

例、10 例、10 例、4 例、51.43%。治疗组完全缓解率明显优于对照组($P < 0.01$)。

3.3 两组治疗前后实验室指标比较

两组治疗后 24 小时尿蛋白定量、血清白蛋白、血清甘油三酯、总胆固醇均明显改善,与治疗前比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。治疗组改善更为显著,与对照组比较差异有显著性意义($P < 0.01$)。

3.4 两组不良反应发生情况比较

对照组不良反应的发生率如柯兴综合征(64.3%)、肝功能损伤(37.1%)、并发感染(4.3%)、激素撤减综合征(31.4%)明显高于治疗组(14.3%、22.9%、1.4%、5.7%),差异有显著性意义($P < 0.01$)。

3.5 两组复发率比较

治疗组在治疗后 3 个月、6 个月、12 个月的复发率明显低于对照组,差异有显著性意义($P < 0.01$)。

4 讨论

我们认为,在合理选择适应证并尽可能避免不良反应或并发症的情况下,肾病综合征的治疗不必拘泥于常规的口服激素疗法,采用激素及免疫抑制剂加中药序贯治疗,充分发挥了中西医结合的优势,取长补短,不仅提高临床疗效,最大限度地减少了激素和细胞毒药物的不良反应,减少撤减综合征的发生,减少复发,适于广大基层医疗单位使用。

参考文献

[1]叶任高,陈裕盛,方敬爱.肾脏病诊断与治疗及疗效标准专题讨论纪要[J].中国中西医结合肾病杂志,2003,4(5):249-250.

郁可舒胶囊治疗卒中后抑郁症患者 30 例

任绪东 陈建强 李 莉

(山东省莱芜市中医医院,271100)

卒中后抑郁(简称 PSD)是发生于脑卒中后的一种心境障碍,属于继发性抑郁症,是常见的脑血管病并发症之一。我们在临床中采用具有活血化痰,解郁安神的郁可舒胶囊治疗 PSD,现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

选择 2008 年 3 月~2009 年 8 月在山东省莱芜市中医医院门诊及住院就诊的脑卒中患者 190 例,符合卒中后抑郁诊断的有 65 例,将其纳入 PSD 组,非 PSD 组 125 例。在 65 例 PSD 患者中,由于年龄过大,已经或正在服用抗抑郁药物、中医辨证不符合痰浊血瘀者共 5 例,纳入本课题观察者共 60 例。

1.2 诊断标准

卒中的诊断参照中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[1],抑郁症的诊断以《中国精神障碍分类与诊断标准·第 3 版》(CCMD-3)作为诊断标准^[2]。中医证候标准根据国家中医药管理局 1994 年发布的《中医病证诊断疗效标准》^[3]及中国中西医结合学会精神疾病委员会 1991 年 4 月于昆明制定的《情感性(心境)障碍中西医结合辨证分型标准》制定临床证候标准。主症:抑郁善忧,表情淡漠,静而少动,情绪不宁,或伴失眠善忘,或伴易烦善哭。证候分类:①

痰浊郁结:主证兼有少语懒动,不思饮食。舌苔白腻,脉弦细或弦滑或缓。②瘀血阻滞:主证兼有胸闷叹息,手足麻木,面色晦暗,舌质暗淡,舌底脉络青紫迂曲,苔薄白或白腻,脉细缓或细涩。

1.3 纳入与排除标准

纳入标准:①年龄 ≤ 75 岁;②继发于脑血管疾病急性期(2 周)后;③符合抑郁诊断的轻、中度抑郁症患者;④HAMD 测试 ≥ 18 分但 < 35 分者;⑤符合中医证候学诊断标准中痰浊瘀血阻滞型;⑥生命体征平稳,神志清楚,有一定表达及沟通能力,同时符合上述 6 项标准者,方可入选。排除标准:①不符合纳入标准;②由于主观或客观原因,未按规定服药,无法判断疗效,或资料不全影响疗效或安全性判断者。

1.4 一般资料

将纳入 PSD 组患者按照 1:1 比例由随机表随机分为治疗组与对照组,每组 30 例,两组在年龄、性别、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)测试评分方面,差异无显著性($P > 0.05$)。

2 治疗方法

治疗组与对照组均给予神经内科常规治疗,包括降颅压、稳定血压、扩血管、神经保护、理疗和康复治疗等。治疗组加服郁可舒胶囊(莱芜市中医医院制剂科制备)每次 3 粒,每日 3 次,餐后服用,每粒含生药 0.33g。对照组口服氟西汀(百优解,美国礼来公司生产)每次 20mg,早餐后服用。用药 12 周为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

以 HAMD 减分率观察临床疗效。HAMD 减分率=(疗前评分-疗后评分)/(疗前评分-量表最低分) $\times 100\%$ 。临床治愈:减分率 $\geq 75\%$;显效:减分率 $\geq 50\%$ 但 $< 75\%$;有效:减分率 $\geq 30\%$ 但 $< 50\%$;无效:减分率 $< 30\%$ 。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 30 例,临床治愈 5 例,显效 15 例,有效 6 例,无效 4 例,总有效率为 86.7%;对照组 30 例,分别为 3 例、9 例、10 例、8 例、73.3%。两组比较治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

3.3 两组血清 5-羟色胺含量分析

PSD 组 65 例,治疗前 5-羟色胺含量为(6.14 ± 1.41) $\mu\text{mol/L}$ 、非 PSD 组 125 例,5-羟色胺含量为(11.37 ± 2.10) $\mu\text{mol/L}$,两组比较,PSD 组 5-羟色胺含量明显低于非 PSD 组($P < 0.05$)。

3.4 两组治疗前后血清 5-羟色胺含量比较

治疗组 30 例,治疗前后 5-羟色胺含量分别为(5.92 ± 1.21) $\mu\text{mol/L}$ 、(20.33 ± 3.33) $\mu\text{mol/L}$;对照组 30 例,分别为(6.28 ± 1.22) $\mu\text{mol/L}$ 、(7.21 ± 1.23) $\mu\text{mol/L}$ 。两组比较,治疗组 5-羟色胺含量改善程度明显优于对照组($P < 0.01$)。

4 讨论

我们认为,中风后痰瘀闭阻,致气机失畅,反之气机不畅又可加重痰瘀,致使痰瘀上阻清窍,脑府失养,心脑之气不接,阴阳失调而致郁证,从而出现精神恍惚,悲忧善哭,心神不宁,多疑易惊,意志不定,喜怒无常,失眠等郁证表现。卒中后抑郁即中风后之郁证,其病因病机建立在中风的基础上,其主要病理变化是气郁、痰瘀、正虚。针对卒中后抑郁的主要病因病机,提出活血化痰解郁的根本治法。组方郁可舒胶囊(药物组成:陈皮、半夏、胆南星、香附、石菖蒲、赤芍、远志、郁金、川芎、僵蚕、天竺黄、柴胡、甘草等)。方中用陈皮、半夏、胆南星、天竺黄、远

志化痰开郁;赤芍、香附、川芎、僵蚕活血化痰通络解郁,石菖蒲、郁金豁痰开窍解郁;陈皮、香附、柴胡疏肝理气解郁。全方共奏活血化痰、开窍解郁之效。

参考文献

[1]各类脑血管疾病诊断要点[J].中国实用内科杂志,1997,17(5):312.
[2]中华医学会精神科分会.中国精神障碍分类与诊断标准[M].3版.济南:山东科学技术出版社,2001:87-88.
[3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:20-21.

祛风胜湿方治疗 IgA 肾病患者 40 例

魏晓娜 檀金川 杨凤文

(河北医科大学中医院,050011)

近年来,我们观察了祛风胜湿方与雷公藤多苷片治疗 IgA 肾病的疗效及副作用,现报告如下。

1 临床资料

1.1 入选标准

①符合原发性 IgA 肾病的诊断标准^[1];②年龄 18~65 岁;③肾活检病理 Lee 分级Ⅱ级以上(包括Ⅱ级);④持续性蛋白尿,24h 尿蛋白定量 1~3.5g;⑤血清肌酐(SCr) < 177 μmol/L;⑥3 个月内未接受过糖皮质激素及其他免疫抑制剂或细胞毒药物治疗。

1.2 排除标准

①继发性 IgA 肾病;②临床表现为急进性肾病综合征或急性肾功能衰竭;③合并严重并发症,如严重感染、肝功能异常[如丙氨酸氨基转移酶(ALT)或门冬氨酸氨基转移酶(AST)]、白细胞(WBC) < 4 × 10⁹/L 或血小板(PLT) < 100 × 10⁹/L。

1.3 病例选择

2008 年 1 月~2009 年 3 月在本院门诊及住院符合要求原发性 IgA 肾病患者 82 例。其中男 43 例,女 39 例;平均年龄(34.5 ± 12.4)岁;病程 1 个月~3 年;病理为 IgA 肾病, Lee 分级Ⅱ级 20 例,Ⅲ级 48 例,Ⅳ级 14 例。采用随机数字表,将入组患者随机分为治疗组 40 例和对照组 42 例。两组患者在性别比例、年龄、病程、血压、尿蛋白、血浆白蛋白及 SCr 水平等方面差异无统计学意义(P > 0.05)。

2 治疗方法

两组患者有或无高血压者均接受血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)治疗(贝那普利每次 10mg,每日 1 次),出现严重干咳反应时贝那普利更换为血管紧张素Ⅱ受体阻滞剂(ARB)(厄贝沙坦每次 150mg,每日 1 次),使血压控制在 ≤ 125/75mmHg 范围。同时每次口服双嘧达莫 50mg,每日 3 次。高脂血症严重者可用他汀类降脂药。水肿明显患者可用利尿剂。

治疗组服用祛风胜湿方(青风藤 20g,海风藤 20g,黄芪 30g,苍术 15g,白术 12g,茯苓 12g,川芎 15g,当归 15g,白芍 12g)。加减:血尿明显者,加白茅根、白花蛇舌草;浮肿明显者,加冬瓜皮、猪苓;血压高者,加生牡蛎;有外感症状者,加金银花、连翘;

易感冒者,加防风。每日 1 剂,水煎取汁 300ml,每次 150ml,每日 2 次。对照组加用雷公藤多苷片(湖南协力药业,国药准字 Z43020138)。每次 20mg,每日 3 次。

随访观察时间为 6 个月。服药后如出现肝功能异常(ALT 或 AST 超过正常值上限 2 倍者)或外周血白细胞降低 < 3 × 10⁹/L,雷公藤多苷片或祛风胜湿方剂量减半继续服用 1 周。如能恢复正常,可继续服用治疗剂量,如不能恢复,则停药。并发严重感染者,暂时停药,待感染控制 2 周后再继续使用。治疗过程中因各种因素停药超过 2 周者,退出观察。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准^[2]

完全缓解:24h 尿蛋白定量 < 0.3g,血清白蛋白 > 35g/L,肾功能稳定(SCr 上升小于基础值 15%);部分缓解:24h 尿蛋白定量 > 0.3g,但下降超过基础值 50%,肾功能稳定;无效:24h 尿蛋白定量下降小于基础值 50%,或 SCr 上升超过 50%。

3.2 两组治疗前后实验室指标变化比较

治疗组与对照组在研究开始时各项指标间差异无统计学意义(P > 0.05)。两组治疗后与治疗前比较,24h 尿蛋白定量、尿红细胞计数均有明显下降(P < 0.01);血白蛋白明显升高(P < 0.05);SCr、尿素氮(BUN)、ALT、WBC 均无明显变化(P > 0.05)。两组间治疗后各项指标比较,差异无统计学意义(P > 0.05)。

3.3 两组临床疗效比较

治疗组 40 例,退出 1 例,失访 1 例,完全缓解 10 例,部分缓解 17 例,无效 11 例,总有效率为 67.5%;对照组 42 例,分别为 4 例、2 例、9 例、17 例、10 例、61.9%。两组总体疗效比较差异无统计学意义(P > 0.05)。

4 讨论

中医理论认为,蛋白尿是精微物质随尿液泄漏的一种病理现象。《黄帝内经》已提到水肿时肾与风邪的相关性,称之为“肾风”。祛风胜湿方中青风藤与海风藤祛风通络活血;当归、川芎、白芍和营卫养血,取治风先治血,血行风自灭之意。黄芪、茯苓益气扶脾,使正气旺则邪气自除。苍术与白术均为燥湿健脾要药,又有祛风之效。

参考文献

[1]中华中医药学会肾病分会. IgA 肾病的诊断、辨证分型和疗效评定(试行方案)[J].上海中医药杂志,2007,41(5):9-10.
[2]王海燕.肾脏病学[M].2版.北京:人民卫生出版社,1997:708.

[编辑:黄健]

欢迎邮购《中医杂志》光盘合订本

1951~1986 年(4 张光盘)480 元;1987~1994 年(1 张光盘)260 元;1995~2004 年(1 张光盘)280 元。光盘合订本为计算机用数据光盘,收入了同期出版的全部杂志内容,可对所有文章进行任意字检索,方便实用。汇款地址:北京东直门内南小街 16 号中医杂志医海林音像书店浦战兵收,邮编:100700。