

3.1 疗效评定标准

采用Fugl-Meyer运动功能积分评定法评定偏瘫患者治疗前后运动功能恢复情况。日常生活能力采用Barthel指数步行能力评价,包括步行站立程度,监视步行、辅助步行、乘坐轮椅、卧床5个等级来评估。

3.2 两组治疗前后Fugl-Meyer运动功能积分变化比较

治疗组治疗后上肢积分分别为(11.89±14.04)分、(39.21±18.88)分,下肢积分分别为(10.62±8.22)分、(24.92±6.92)分;对照组治疗前后上肢积分分别为(12.55±18.04)分、(29.24±18.77)分,下肢积分分别为(11.67±9.03)分、(20.09±8.55)分。两组治疗后积分较治疗前均有明显改善($P<0.01$),但治疗组改善程度明显优于对照组($P<0.01$)。

3.3 两组治疗前后Barthel指数评分变化比较

治疗组治疗前后Barthel指数评分分别为(30.84±16.64)分、(73.74±20.04)分;对照组分别为(30.81±19.70)分、(60.87±25.74)分。治疗组改善程度明显优于对照组($P<0.01$)。

4 讨论

针灸疗法是通过刺激体表感受器,将针刺信号通过外周传入到大脑皮层,从而对大脑皮层各区功能产生调整作用,所以从这一点来说针灸学与现代康复医学有其共性。但针灸疗法过分重视患者肌力的恢复,而忽视患者的异常运动模式的改变,其结果是患者的肌力有明显提高,但运动功能、生活质量并没有相应提高。为此我们在临床实践中,在应用现代康复手法的同时,根据中风病患者所处的不同阶段,采用相应的针灸方法进行治疗,在临床上收到了很好的治疗效果。

参考文献

- [1]全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379.
- [2]杨志新,石学敏.醒脑开窍针刺法及其临床应用[J].中国临床医生杂志,2007,35(10):4-7.

中西医结合治疗难治性
肾病综合征70例

陈晓风

(河北省三河市燕郊开发区京东中美医院肾科,065201)

我们于2008年1月~2009年12月,采用中西医结合方法治疗难治性肾病综合征140例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准

西医诊断标准^[1]:①大量蛋白尿($>3.5\text{g}/24\text{h}$);②低蛋白血症(白蛋白 $<30\text{g/L}$);③明显水肿;④高脂血症。①、②为必备条件。并排除继发性肾病综合征,肾功能正常,并具备以下任何一种情况:①激素抵抗(强的松 $1\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$ 正规治疗8周无效或仅部分有效);②激素依赖(在激素治疗最初缓解后,于减药过程中复发或停药两周内复发);③常复发(在治疗过程中1年内复发3次以上或6个月内复发2次或以上者)。

1.2 一般资料

1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net
入选病例140例,均为我院住院患者,采用随机数字表随机分为治疗组和对照组。治疗组70例,男51例,女19例;平均年龄

26.8岁;平均病程34个月。微小病变型(MCD)13例,系膜增生性肾炎(MSPGN)38例,局灶节段性肾小球硬化(FSGS)6例,膜性肾病(MGN)12例,膜增生性肾炎1例。对照组30例,男48例,女22例;平均年龄28.6岁;平均病程31个月;MCD14例, MSPGN 37例, FSGS 7例, MGN 11例,膜增生性肾炎1例。两组患者年龄、性别、病程、病理类型等方面差异均无显著性($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组

①给予氟美松 $0.8\sim1\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$,加5%葡萄糖注射液150ml静脉滴注,连用3日后,给予中等量强的松($0.5\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$)口服维持3~4个月,当减至小剂量维持治疗阶段(强的松 $0.2\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$)时缓慢减量。②环磷酰胺 $10\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$ 加入0.9%氯化钠100ml,连续静脉滴注2日,视病情每两周冲击治疗1次,总量 $\leq150\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}$ 。③同时配合中药汤剂治疗:治疗前表现为脾肾阳虚浮肿者,治宜温阳利水,自拟温阳利水方。药用:黄芪30g,桂枝10g,茯苓10g,猪苓10g,大腹皮15g,淫羊藿15g,肉苁蓉15g,丹参15g。每日1剂,水煎服;当大剂量激素治疗后出现阴虚火旺症状,可见五心烦热,精神兴奋,面部潮红,失眠盗汗,口干咽燥,舌红少苔,脉弦细数等,治宜滋阴降火,自拟滋阴降火方。药用:生地黄20g,墨旱莲20g,女贞子20g,山药15g,茯苓10g,牡丹皮12g,丹参15g,白茅根20g等。每日1剂,水煎服,连服1~1.5个月;中等量强的松维持治疗阶段,患者表现气阴两虚甚至阴阳两虚时,症见神疲乏力,少气懒言,口干纳差,腰膝酸软,恶寒肢冷,舌淡苔薄,脉沉细。治宜在养阴的基础上佐以健脾益气补肾之品,以参芪地黄汤加减。药用:生地黄20g,山药15g,黄芪30g,白术10g,陈皮10g,党参15g,淫羊藿15g,肉苁蓉10g,茯苓10g。每日1剂,水煎服,连服6个月以上;小剂量维持治疗阶段,患者多无明显症状,为巩固疗效,防止复发,治宜培补脾肾,扶正固本,以四君子汤加减。药用:黄芪25g,党参10g,炒白术10g,陈皮10g,山药12g,山茱萸12g,茯苓10g,淫羊藿10g,再服用1~2个月。

1.2 对照组

采用标准疗程的激素治疗^[1]:①首始量要足:强的松首始剂量 $1\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$,清晨空腹1次顿服,服用8周;②减量要慢:每周减原量的10%,至中等量阶段,即 $0.5\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$ 时,应更加缓慢减量;③维持时间要长:当减至小剂量维持治疗阶段($0.2\text{mg}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$),再服1年或更长。环磷酰胺及中药汤剂用法同上。

两组在上述治疗的基础上均给予抗感染、抗凝及纠正水电解质平衡等对症治疗。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准^[1]

完全缓解:多次测定尿蛋白阴性,24h尿蛋白定量 $<0.2\text{g}$,肾功能正常,肾病综合征表现完全消除;显著缓解:多次测定24h尿蛋白定量 $<1\text{g}$,血白蛋白显著改善,肾功能正常或基本正常;部分缓解:多次测定尿蛋白有所减轻,24h尿蛋白定量 $<3\text{g}$,血白蛋白有改善,肾功能好转;无效:尿蛋白及血白蛋白与治疗前比较无大改变,肾病综合征表现未消除,肾功能无好转。

3.2 两组疗效比较

治疗组70例,完全缓解61例,显著缓解6例,部分缓解3例,无效0例,完全缓解率为87.14%;对照组70例,分别为36

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