

效明显高于对照组 ($P < 0.05$)。

3.4 两组美多芭用量比较

治疗组治疗后美多芭用量比治疗前明显减少 ($P < 0.01$), 而对照组治疗前后美多芭用量比较, 差异无统计学意义 ($P < 0.05$)。

4 讨论

V P在中医中归于“颤振”等范畴。所用增液熄风方是在《温病条辨》之大定风珠基础上佐以清热平肝、通络熄风之剂, 方中阿胶、黄精(代鸡子黄)滋养营阴以熄内风为君; 生地黄、麦冬、白芍滋阴柔肝, 合龟甲、鳖甲滋阴潜阳, 均为臣药; 麻子仁养阴润燥, 牡蛎平肝潜阳, 五味子、炙甘草酸甘化阴, 以加强滋阴熄风之功, 均为佐使药; 酌加桑叶、菊花清热平肝熄风, 麦芽疏肝熄风; 更入牛膝滋补肝肾, 引火归原, 虚风势减, 再加全蝎虫类药物, 走窜经络加强熄风镇颤之力。

参考文献

- [1] 户村则昭, 玉川芳春, 加藤敏郎, 等. Vascular parkinsonism の computed tomography 所见 [J]. 脑と神経, 1985, 37 (10): 1007-1012.
- [2] 许济群, 王锦之. 方剂学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000 168.
- [3] 王振军, 李德祥, 相曼丽, 等. 中西医结合疑难杂病治疗学 [M]. 海口: 南海出版公司, 1996 169.

奇智胶囊治疗血管性痴呆 30例

蹇顺华¹ 指导: 向楠²

(1. 湖北中医药大学临床医学院 2008级博士研究生, 430061;

2. 湖北省中医院)

血管性痴呆(V D)是最常见的老年期痴呆之一。我们在继承名老中医经验的基础上, 运用奇智胶囊治疗轻、中度 V D, 并与经典益智药物喜得镇做对照, 观察其治疗 V D患者的临床疗效。现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

痴呆诊断标准采用美国《精神疾病诊断和统计手册》第四版(DSM-IV-R)痴呆的诊断标准。痴呆程度判定标准采用《临床痴呆评定量表》: CDR= 0.5为可疑痴呆, CDR= 1.0为轻度痴呆, CDR= 2.0为中度痴呆, CDR= 3.0为重度痴呆^[1]。V D诊断标准参照美国国立神经系统和卒中研究所与瑞士神经科学国际协会(NINDS-AIREN)制定的《血管性痴呆诊断标准》^[2]。中医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[3], 中华中医药学会内科延缓衰老专业委员会制定的《血管性痴呆辨证量表(SDSV D)》拟定。

1.2 纳入标准

①符合 DSM-IV 的痴呆诊断标准; ②符合 NINDS-AIREN 的《血管性痴呆诊断标准》; ③《简易精神状态检查(MMSE)量表》符合痴呆; ④《HIS缺血量表》评分 ≥ 7 分者; ⑤痴呆程度为轻度(CDR= 1.0)或中度(CDR= 2.0)患者; ⑥受试者具有一定的文化水平, 能阅读简单的报纸和写简单的句子; ⑦痴呆的发病在脑血管发病后的 3个月以内, 且认知功能的损害呈突发性

或阶梯性, 症状持续 3个月。

1.3 排除标准

①经 DSM-IV 标准诊断为其他原因的痴呆, 如老年性痴呆、混合性痴呆、及其他神经变性疾病引起的痴呆; ②缺血指数(HIS)评分 < 7 分的患者; ③抑郁量表评分 > 8 分, 或患有其它精神病或精神障碍的患者; ④V D重度(CDR= 3.0)和可疑 V D(CDR= 0.5)者; ⑤伴有严重的神经功能缺损, 如各种失语、失认等; ⑥合并有心、脑、肝、肾和造血系统等严重原发疾病; ⑦未按规定服药, 无法判断疗效或安全性。

1.4 一般资料

共观察病例 60例, 所有病例均来自湖北省中医院内科门诊。随机分为治疗组及对照组。治疗组 30例, 男性 16例, 女性 14例; 年龄 55~ 78岁, 平均(61.23 $\pm$ 8.12)岁; 病程 0.6~ 5.9年, 平均(3.13 $\pm$ 1.25)年。对照组 30例, 男性 15例, 女性 15例; 年龄 53~ 78岁, 平均(63.46 $\pm$ 8.05)岁; 病程 0.5~ 6.1年, 平均(2.97 $\pm$ 1.31)年。两组间患者在性别构成、年龄、病程等一般资料方面差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

治疗组服用奇智胶囊(药物组成: 黄芪、水蛭、石菖蒲、川芎、胆南星, 湖北省中医院制剂室提供), 每次服用奇智胶囊 4粒(0.5g/粒)+ 安慰剂片 1片(1mg/片), 每日 3次。对照组服用喜得镇片(天津华津制药厂生产) 每次服用喜得镇片 1片(1mg/片)+ 安慰剂胶囊 4粒(0.5g/粒), 每日 3次。两组患者均观察用药 12周。用药期间糖尿病患者酌加降血糖药; 高血压患者可适当加用降血压药; 停用其他血管扩张药、脑细胞代谢药、神经功能调节剂及改善血流动力学的药物。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

①临床疗效评定标准: 临床控制: 主要症状基本消失, 反应灵敏, 答题正确, 生活自理, 各量表治疗前后分值改变平均值 $\geq 36\%$; 显效: 临床症状明显缓解, 各量表分值平均改善 21%~ 35%; 有效: 部分症状缓解, 各量表分值平均改善 6%~ 20%; 无效: 症状无缓解, 各量表分值变化为 $\pm 5\%$ 。②中医证候疗效判定标准: 临床痊愈: 临床症状或体征消失或基本消失, 证候积分减少 $\geq 95\%$; 显效: 单独症状或体征明显改善, 证候积分减少 $\geq 70\%$ 但 $< 95\%$; 有效: 单独症状或体征有好转, 证候积分减少 $\geq 30\%$ 但 $< 70\%$; 无效: 单独症状或体征无明显改善, 证候积分减少 $< 30\%$ 。

3.2 两组治疗前后 MMSE 及 ADL 积分比较

两组治疗 12周后, MMSE 及 ADL 积分较治疗前均有显著改善($P < 0.05$), 两组治疗后组间比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。说明奇智胶囊与喜得镇片在改善 MMSE 及 ADL 积分方面均有较好疗效。

3.3 两组临床疗效比较

治疗组 30例, 临床痊愈 4例, 显效 17例, 有效 6例, 无效 3例, 总有效率为 90%; 对照组 30例, 分别为 2例、14例、9例、5例, 83.3%。两组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3.3 两组中医证候疗效比较

治疗组 30例, 临床控制 2例, 显效 21例, 有效 5例, 无效 2例, 总有效率为 93.3%; 对照组 30例, 分别为 1例、14例、7例、8例, 73.3%。两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

VD属中医学“痴呆”、“健忘”、“善忘”、“呆病”、“文痴”等范畴。中风病多由脑脉痹阻或血溢脉外引起,而脑部瘀血阻滞,气血运行不畅,脑髓失养以致“髓减脑消,神机失用”而发痴呆。本病的病本主要为气虚所致,其病之标则为瘀痰阻窍所致,故其治疗亦当以益气为主,辅以活血、化痰、开窍为法,诸法合用,主次分明,缓急得当,更能切中病机。奇智胶囊由黄芪、川芎、水蛭、石菖蒲、胆南星等五味中药组成。方中重用黄芪补气,补气升阳,气旺血行津布,瘀化痰去络通,为君药;川芎、水蛭活血通络,为臣药;石菖蒲、胆南星化痰开窍醒神,为佐药。

参考文献

[1] Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules[J]. Neurology, 1993, 43(11): 2412-2414.

[2] Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies. Report of the NINDS-AIREN International Workshop [J]. Neurology, 1993, 43(2): 250-260.

[3] 郎葆莢. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002 91.

序贯治疗肾虚湿热下注型糖尿病
神经源性膀胱病变 22例

严冬

(南京中医药大学第一临床医学院中医内科教研室, 210029)

糖尿病患者出现的各种尿道膀胱功能失常称为糖尿病神经源性膀胱。主要是由于糖尿病神经病变累及支配膀胱的植物神经和周围神经所造成的膀胱功能障碍。本病临床表现复杂,常伴发不同程度的甚至顽固的尿道感染,其发展最终会导致尿潴留和尿失禁及尿意消失、肾功能衰竭等严重后果^[1]。笔者在临床中采用分期辨证治疗该病,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本研究 42例均为 2006~ 2009年南京中医药大学第一附属医院门诊患者,随机分为两组,治疗组 22例,男 9例,女 13例;年龄 45~ 75岁,平均(63± 6.4)岁;病程 5~ 18年,平均(11.5± 1.8)年。对照组 20例,男 7例,女 13例;年龄 48~ 75岁,平均(64± 7.8)岁;病程 6~ 19年,平均(11.0± 1.7)年。两组临床资料比较差异无统计学意义($P> 0.05$)。

1.2 诊断标准

西医诊断参照《糖尿病神经病变诊断与治疗》^[1]诊断标准。①符合WHO糖尿病诊断标准。②经B超检查测定残余尿量,排尿前充盈量> 500ml,排空后残余量> 50ml。③排除尿道梗阻、外伤手术、前列腺增生及中枢神经系统病变。中医诊断参照《中医内科学》淋证、癃闭膀胱湿热的诊断标准:小便点滴而下或欲出不尽,排出困难,短赤灼热、小腹拘急,口干苦或黏,渴不欲饮,遇劳即发,腰膝酸软,神疲乏力,或大便不畅,舌体胖或有裂纹,舌质红、苔根部黄腻,脉沉数、滑数或细数,属肾虚膀胱湿热。

2 治疗方法

治疗组和对照组均按统一的治疗方案控制血糖,包括糖尿病饮食;强化药物降糖治疗,将血糖控制在正常范围(6.7mmol/L以下);适当增加活动量,指导患者注意个人卫生;定时排尿、利用腹肌加压排尿;辅以少腹热敷、顺时针下腹部自我按摩、口服弥可保等。另外,治疗组早期以八正散加减:石韦 30g,六一散 30g(包),车前子 25g,篇蓄 20g,瞿麦 25g,黄芩 10g,梔子 10g,通草 6g,大黄 6g(后下),黄柏 10g,枳实 12g。排尿不畅加青皮 10g,沉香 3g;湿热伤阴者去大黄;口干发渴加知母 15g。10d为 1个疗程。治疗 1~ 3个疗程。药后小便短涩刺痛感觉消失,表现为尿意仍频,腰膝酸软,口干,舌红苔少,脉细数。以肾阴虚为主者服知柏地黄丸(河南宛西制药厂生产),每次 8粒,每日 3次,1个月为 1个疗程,连服 3个月;表现为排尿无力,神疲乏力,劳累后明显,腰酸,舌淡胖,脉沉弱或细;以肾气虚为主者服至灵菌丝胶囊(南京中医药大学第一附属医院院内制剂),每次 4粒,每日 3次,1个月为 1个疗程,连服 3个月;上述两种症状均有者,两药同服,连服 3个月。疗程结束后即复查 B超测定残余尿量。随访半年。

3 疗效观察

3.1 疗效判断标准

参照《糖尿病神经病变诊断与治疗》^[1]制定。显效:经上述序贯治疗后,尿频、尿急、尿失禁、小腹坠胀等症状消失,排尿能够控制,残余尿量在 100ml以下。有效:经上述序贯治疗后,尿频、尿急、尿失禁等症状改善,排尿比较通畅,能够部分控制,残余尿量在 100~ 200ml之间。无效:经上述序贯治疗后,排尿仍不能控制,残余尿量无改变。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 22例,显效 12例,有效 9例,无效 1例(因胃脘不适不能耐受中途退出),总有效率 95.5%。对照组 20例,显效 3例,有效 11例,无效 6例,总有效率 70.0%。两组比较治疗组疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P< 0.05$)。

3.3 两组治疗前后排尿情况比较

治疗后,两组患者在排尿次数、每次尿量、B超膀胱液性暗区等各指标均较治疗前改善,差异有统计学意义($P< 0.05$ 或 $P< 0.01$),治疗组各指标较对照组改善明显($P< 0.05$)。

4 讨论

本病早期为湿热内蕴,以邪实为主,治当攻邪治标,以八正散加清利湿热;待邪去又当扶正固本,根据肾阴虚和气虚的不同,分别采用知柏地黄丸养阴清热;至灵菌丝胶囊补益肺脾肾之气,按照病程采用序贯治疗,取得很好的临床疗效。知柏地黄丸出自《症因脉治》,由六味地黄丸加知母、黄柏组成,功在滋阴补肾,清利湿热,主治“热结小便不利,腰痛骨蒸,两足心热,此肾与膀胱有热,而小便不利,左尺细数,肾经有火,知柏地黄丸。”至灵菌丝胶囊由生黄芪和人工虫草菌丝组成。黄芪具有补气升阳、益卫固表、托毒生肌、利水消肿等功效。药理研究表明,黄芪能增强人体免疫功能,促进DNA和蛋白质合成,使细胞生长旺盛,增强机体抗病能力;它还具有调节血糖、抗菌等功能。至灵菌丝有补肾、镇静、平喘、祛痰、提神、强心养血之功效。

参考文献

[1] 衡先培. 糖尿病神经病变诊断与治疗 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002 417- 427, 414- 417.

[编辑: 黄健]