

治疗组36例,完全缓解19例,部分缓解9例,好转5例,无效3例,另有1例复发,总有效率为91.7%;对照组28例,分别为9例、7例、3例、9例、3例、67.9%。两组比较,治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

3.3 两组治疗前后检测指标比较

治疗组、对照组治疗前血清白蛋白(Alb)均值分别为(18.72 ± 3.02)g/L、(19.52 ± 3.52)g/L,治疗后分别为(36.78 ± 5.80)g/L、(33.02 ± 2.18)g/L;两组24h尿蛋白均值,治疗前分别为(4.52 ± 2.59)g/24h、(4.76 ± 3.12)g/24h,治疗后分别为(1.12 ± 0.87)g/24h、(2.87 ± 1.15)g/24h,两组治疗后比较,治疗组两项指标改善程度明显优于对照组($P<0.05$)。此外,治疗组治疗后血尿素氮(BUN)、血清肌酐(SCr)、甘油三酯(TG)、空腹血糖(FBS)改善程度均较对照组为优($P<0.05$)。

4 讨论

DN属中医学“虚劳”、“消渴”、“水肿”等范畴。DN基本病机为本虚标实,本虚为脾胃两虚,标实为湿热瘀阻。组方原则为健脾益气、活血化瘀、清热燥湿。芪术汤中以黄芪为君,配伍当归补气养血;苍术为臣,配以黄柏合为二妙散清利下焦湿热,水蛭为佐,配以地龙有破瘀血而不伤正的活血逐瘀之功;使以大黄利湿清热泄浊活血。黄芪是治疗DN最常用的中药,其味甘性温,具有补气升阳,固表益卫,利水消肿等功效,其保护肾功能的作用已得到广泛的证实^[1]。其主要的成分有苷类、多糖、氨基酸和微量元素,具有降血糖,调节脂类代谢,扩张血管,降低血压,改善微循环,抗血小板和红细胞聚集,降低血液黏度,增加肾血流量,有利于减轻脂质在肾小球的沉积和清除过氧化物,促进肾小球基底膜的修复,显著改善尿蛋白的排泄,提高肾小球滤过率,降低纤维蛋白原水平。苍术、黄柏具有消炎降糖、降压作用。水蛭、地龙改善微循环,降低血黏度,抗凝血,抗血小板聚集,抑制血栓形成,增强肾小球血供,改善肾功能。大黄具有降血糖作用,可改善DN肾组织的非酶促糖基化作用,并能下调肾小球内多肽生长因子的表达,并有降肌酐、改善血液流变学功效^[2]。

参考文献

[1]余凌,李惊子,王海燕.黄芪当归在肾脏疾病中的应用及其机制研究进展[J].中国中西医结合杂志,2001,21(7):396-399.
[2]雷作熹,罗仁,赵晓山,等.中药防治糖尿病肾病机制研究进展[J].中国中西医结合肾病杂志,2003,4(5):303-305.

增液熄风方联合美多芭治疗
血管性帕金森综合征 35 例

马海燕

(山东省淄博市博山区中医院,255200)

血管性帕金森综合征(VP)是由于双侧或单侧基底节和脑白质区域多发性脑梗死,导致的以下肢帕金森病(PD)症状为主的一组综合征。目前对VP的治疗以改善脑循环、降低血黏度、抑制血小板聚集及脑保护剂等为主。为改善血管性帕金森综合征的疗效,我院应用增液熄风方联合美多芭治疗35例VP患者,取得一定效果,现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断及辨证标准

西医诊断标准:经颅脑CT或MRI检查,符合户村则昭等^[1]提出的VP诊断标准。并符合:①表现为PD的症状,但是静止性震颤少见;②伴有不同程度智能障碍及锥体束征;③有高血压动脉硬化病史或既往脑卒中史;④发病年龄较PD晚,多巴胺替代治疗效果差。

中医辨证标准:参照文献[2-3]标准。阴虚风动证:症见手足颤动,肌肉僵硬,四肢麻木或疼痛,目光无神,少寐或不寐,多梦易惊,头晕盗汗,舌质绛红,苔少或无苔,脉弦细或细数。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:根据文献[1]标准诊断为VP,且符合上述诊断标准4条。中医证型为阴虚风动型;年龄46~78岁;均经本人或家属签署治疗知情同意书。排除标准:排除药物及其他原因引起的帕金森综合征患者。

1.3 一般资料

68例均为2006年1月~2009年12月在我院内科门诊和住院患者,随机分为两组。治疗组35例,男22例,女13例;年龄46~78岁,平均(67.4 ± 5.2)岁;病程3~14年,平均(5.6 ± 4.3)年;病情分级:轻度7例,中度18例,重度10例。对照组33例,男24例,女9例,年龄46~78岁,平均(66.1 ± 5.4)岁;病程3~13年,平均(5.4 ± 4.5)年;病情分级:轻度8例,中度16例,重度9例。两组患者的年龄、性别、病程、病情分级比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

两组患者均给予口服美多芭治疗,125~500mg/次,每日2~4次;合并有高血压、高血糖者给予降血压药、降糖药治疗。治疗组患者在以上治疗的基础上给予增液熄风方汤剂内服。药物组成:阿胶9g,黄精15g,生地黄18g,麦冬18g,白芍18g,龟甲12g,鳖甲12g,麻子仁6g,牡蛎12g,五味子6g,炙甘草12g,菊花9g,桑叶9g,麦芽12g,牛膝12g,全蝎粉3g(冲服)。每日1剂,水煎分2次服。30d为1个疗程,连续3个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

采用Webster评分进行病情严重程度评分,即观察面部表情、姿势、坐位起立、震颤、书写困难、言语、步态、运动障碍、生活自理、肌强直,正常0分,轻度异常1分,中度异常2分,严重异常3分;将10项症状的分数相加。在治疗前、治疗后90d分别给患者进行Webster评分,10分以下为轻度患者,11~20分为中度患者,21~30分为重度患者。按公式(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分 $\times 100\%$,Webster评分减少100%为临床治愈,减少50%~99%为显效,减少1%~49%为有效,减少<1%为无效。统计两组患者治疗前、治疗后90d时每日美多芭的用量。

3.2 两组治疗前后 Webster 评分比较

两组治疗前后Webster评分比较,差异均有统计学意义($P<0.01$);增液熄风汤联合美多芭治疗组治疗后Webster评分明显低于对照组($P<0.05$),治疗前后Webster评分差值显著大于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3.3 两组临床疗效比较

治疗组35例,临床治愈5例,显效18例,有效8例,无效4例,总有效率为88.6%;对照组33例,临床治愈0例,显效13例,有效11例,无效9例,总有效率为72.7%。两组比较,治疗组疗

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

VP 在中医学中归于“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, 龟板甲、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]. 脳と神経, 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(VD)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 VD, 并与经典益智药物喜得镇做对照, 观察其治疗 VD 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]。VD 诊断标准参照美国国立神经系统疾病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(SDSVD)》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; ④VD 重度(CDR=3.0)和可疑 VD(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($P<0.05$)。