

2 1 两组患者治疗前后肾功能及尿蛋白定量比较

表 1 两组患者治疗前后肾功能及尿蛋白定量的比较 (x±s)

组别	时间	例数	尿蛋白 (g/24h)	Scr (μmol/L)	BUN (mmol/L)
治疗组	治疗前	14	2 14±1 21	641 13±210 41	20 34±7 99
	治疗后 2 个月	14	2 02±0 91	597 97±201 28	19 02±1 74
	治疗后 6 个月	14	1 01±0 75	232 36±70 02	8 75±1 54
对照组	治疗前	14	2 34±1 20	619 38±226 60	20 73±6 35
	治疗 2 个月	14	2 11±1 28	540 15±178 16	21 68±3 52
	治疗 6 个月	14	1 34±1 17	527 70±148 73	17 37±4 34

2 2 不良反应

本临床观察 2 个月中,除治疗组 1 例有轻度的牙龈出血外,未发现特殊的不良反应。

3 讨论

我们在中西医结合的基础上,在加用川芎嗪注射液静脉滴注,结果表明,该药不仅能改善临床症状,而且能降低血肌酐、尿素氮等,且优于对照组。本治疗提示川芎嗪对于慢性肾衰竭患者(特别是早、中期患者)具有一定的肾脏保护作用,延缓了肾衰竭的进展。有研究报道川

芎嗪可以治疗尿毒症;它对多方面基因起作用,调节基因功能;而川芎嗪保护肾功能与其对肾脏基因调节可能有关。

川芎具活血行气,祛风止痛的作用。而川芎嗪是从川芎总生物碱中分离的四甲基吡嗪,已证实该药是一种新型的钙离子拮抗剂及自由基清除剂,能降低血清镁和肾组织中钙含量,减轻“钙超载”所致的肾组织损伤;具有抗血小板聚集,提高红细胞表面电荷,恢复受损红细胞的变形能力,扩张微血管,降低高血凝及全血黏度,抑制微血栓形成,改善微循环,增加肾血流量及肾小球滤过率等作用。曹文富等实验也提示,川芎嗪还具有拮抗钙和抗纤维化的作用,可降低肾血管阻力,减轻肾小球代偿性肥大,延缓肾小球硬化的进程的作用。西医对慢性肾衰竭的治则主要是积极治疗原发病,去除加重肾衰竭的可逆因素,纠正水、电解质酸碱平衡的紊乱;而川芎嗪则是从根本上治疗肾脏的病变,应该说此药属肾内科的专科用药。

贵州省遵义市中医院肾内科 (563000)

四四汤煎剂与固本益肠片联合治疗慢性顽固性腹泻 60 例

薛 锦 云

慢性顽固性腹泻是以排便增多、粪质稀薄、黏液便、腹痛等为主要症状的肠道证候群,常反复发作,呈慢性病程,笔者近几年来以四君子汤合四神丸为基本方组成四四汤煎剂,与固本益肠片联合使用治疗本病,并与柳氮磺吡啶合四神丸内服对照观察,现报告如下。

1 临床资料

1 1 一般资料

本组 98 例均为我院消化内科自 2005 年 5 月~2008 年 12 月门诊及住院患者,随机分为治疗组 60 例,对照组 38 例,其中治疗组男 34 例,女 26 例,年龄 18~65 岁,平均 41.2 岁,病程 1~12 年,平均 4.42 年,病变程度:轻度 15 例,中度 30 例,重度 15 例。对照组男 24 例,女 14 例,年龄 21~52 岁,平均 36.62 岁,病程 1~8 年,平均 3.41 年,病变程度:轻度 14 例,中度 18 例,重度 6 例,两组在年龄、性别、病程、严重程度方面无统计学意义,具有可比性。

1 2 纳入标准

根据《中医病证诊断疗效标准》中泄泻的诊断标准及《中药新药临床研究指导原则》试行中慢性泄泻的分类标准而确定。证候:凡病程超过 3 个月经中,西医正规治疗无效的腹痛、腹泻、泻后痛减或五更作泻、大便稀烂或黏

液血便,舌淡苔白,脉弦细或虚弱者。

1 3 排除标准

经肠镜、B 超、生化等相关检查排除细菌性痢疾、阿米巴痢疾、血吸虫病、肠结核等感染性肠炎及胃肠胰肝肾等实质性病变所致的腹泻者。

2 治疗方法

治疗组给予四四汤煎剂,方剂组成:党参 15g 茯苓 20g 淮山药 20g 苍术 10g 白术 16g 肉豆蔻 10g 五味子 10g 吴茱萸 6g 炮姜 6g 补骨脂 12g 甘草 6g 头煎加水 600ml 取汁 300ml 二煎加水 400ml 取汁 200ml 两煎混合,分 3 次服。固本益肠片(沈阳绿洲制药有限责任公司生产)每次 8 粒,每日 3 次,4 周为 1 个疗程,病情缓解后单用固本益肠片巩固 1~2 个疗程。临症加减:腹痛甚者加制附片 8g 白芍 12g 腹胀甚者加焦三仙 30g 脓血便者加茜草炭 10g 地榆炭 10g 肛门下坠者加黄芪 30g 升麻 8g 葛根 12g 肝郁气滞者加柴胡 8g 陈皮 8g 沉香 10g

对照组口服柳氮磺吡啶(上海信谊嘉华药业有限公司生产),每日 4g 分 4 次餐后口服,四神丸(山西华康药业股份有限公司生产),每日 3 次,每次 1 包,病情缓解后两种药逐渐减量,4 周为 1 个疗程,连续服用 2~3 个疗程。

3 结果

3.1 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导规则》进行评定。治愈:临床症状及体征消失或肠镜检查黏膜恢复正常。显效:临床症状及体征基本消失或肠镜检查黏膜较治疗前愈合 70%。有效:临床症状及体征有所改善或肠镜检查黏膜愈合 50%。无效:临床症状及体征无改善或肠镜检查黏膜无改变。

3.2 两组总疗效比较

治疗组 60例,治愈 39例,显效 11例,有效 8例,无效 2例,总有效率 98.2%,对照组分别为 12例、14例、6例、8例、79.1%,治疗组明显优于对照组。

4 讨论

慢性顽固性腹泻属中医“泄泻”、“肠风”、“肠癖”等范畴,其病机与脾肝肾三脏关系密切。脾虚生湿,湿胜则濡泻,肝郁侮土,脾失健运,可致腹泻,肾虚虚衰,不克温

养脾胃成久泻。《景岳全书》云“泄泻之本,无不由于脾胃”“凡迂怒气所作泄泻者……此肝脾二脏之病也,盖以肝木侮土脾气受伤而然。今肾中阳气不足,则命门火衰……阴气盛极之时,则令人洞泻不止也,因此脾虚肝郁是慢性腹泻的重要致病因素,而肾阳亏虚又是久泻慢性病程发展的结果,故方取党参、茯苓、山药补脾胃之气,淡渗利湿,苍术、白术健脾燥湿,吴茱萸、炮姜暖脾胃散寒除湿,肉豆蔻、五味子涩肠止泻,甘草调和诸药,补骨脂补命门之火,为壮火益土之要药,诸药合用益气健脾,脾健则制水,补肾助阳,补火即生土,土盛再克水,制则生化,起到良性循环之功。固本益肠片除增强四逆汤之功效外,还兼有活血、促凝、镇痛、消炎等数层作用。待病情缓解后单用固本益肠片进行巩固,俾其根治,确能受到事半功倍之益也。

江苏省海安县中医院集团李堡医院 (226631)

2型糖尿病酮症酸中毒病例报告

张 达 人

1 临床资料

病例 1:酮症酸中毒致脑昏迷 1例

某患者,女,57岁,患 2型糖尿病 5年。长期以口服降糖药维持血糖,空腹血糖以及餐后血糖长期居高,血压在 110/80~100/80~70mmHg之间,心肾功能未发现异常,肝功能正常,HBsAg阳性。未曾测胰岛素释放及糖化血红蛋白含量。因外出旅游,停药半个月,加上偶感风寒,疲劳过度,突然高热、咳嗽。由于旅途中未及时治疗,返回单位后突然呕吐不止,继之昏迷不醒。

临床表现:高热 39℃,呼之不醒,呼吸急促,双肺可闻散在湿性啰音,心率 56次/min, BP120/90mmHg 快速血糖 33mmol/L;尿糖(+++),尿酮体(+++)。西医诊为 2型糖尿病酮症酸中毒昏迷,合并肺感染。立即给予抢救:给氧,静脉输液。0.9%生理盐水 500ml加醒脑素注射液 20mg快滴,每日 2次。0.9%生理盐水 500ml加克林霉素 1.2g静脉滴注,每日 2次。5%苏打溶液 250ml快滴。林格氏溶液 500ml加普通胰岛素 12U,快滴。

0.9%生理盐水 250ml加灯盏花素 40mg静脉滴注,每日 2次,根据生化指标给予补钙、补钾。并立即插管灌服安宫牛黄丸。待神志清醒后,测得(血压 110/80mmHg,呼吸 16次/min,心率 78次/min, T: 37.6℃。加肌注普通胰岛素早上 8U、中午 10U、晚上 12U。1周后加服中药。复查: BP110/75mmHg,心率 75次/min,空腹血糖 4.6mmol/L,餐后 2h血糖 7.8mmol/L,尿糖阴性,尿酮体阴性。肝、肾功能正常, X光片示支气管扩张,诊断为:机化性支气管肺炎。诊其脉虚细无力,舌绛边有齿印、瘀

斑。辨证为脾肾阳虚,痰湿阻络型。随按中医扶正排毒法结合治疗之。中医治疗中注重了补益心脾,滋肾柔肝,通络开痹,清利湿热。选方用补中益气汤、八味地黄丸、黄连解毒汤、蠲痹汤加减。

病例 2:2型糖尿病酮症中毒致肝脾肿大,黄疸肝炎

某患者,男,41岁,患 2型糖尿病 3年。因平素饮食不节,嗜酒、多食肥腻厚味。患者体肥胖,双眼巩膜深度黄染,神倦怠,尿赤,腹胀痛隐隐,大便溏烂。查 BP 160/90mmHg,心率 82次/min, B超示:脂肪肝、肝脾肿大。肝功能:总胆红素 876μmol/L,直接胆红素 789μmol/L;空腹血糖 24mmol/L。诊其脉弦,尺寸细数;舌胖边有齿印,舌质紫暗,有瘀斑。此乃湿毒内壅,肝脾有瘀,脾运欠佳,脾虚肝郁之重症。为患者长期暴饮暴食,损伤脾胃,致湿热瘀阻肝脾,气血生化无源。证为肝郁脾虚。所为“清者不升,浊者不降”;正气日虚,气滞血瘀。西医诊断:2型糖尿病并发肝脾肿大;黄疸性肝炎。治疗:西药退黄、护肝、降糖。结合中药清肝利胆、活血化瘀、滋肾柔肝。该患者坚持胰岛素治疗,选用诺和龙。通过 3个月中西结合治疗恢复很快。随后坚持胰岛素诺和龙治疗。早上肌注 14U;晚上肌注 16U。1个月后查肝功能正常,空腹血糖保持在 6.4~7.3mmol/L之间。中医治疗中注重疏肝健脾、活血祛瘀,清肝利胆、清热解毒。选方用柴胡疏肝散、茵陈蒿汤、八味地黄丸汤加减。

2 讨论

2型糖尿病患者多数病程长“久病入络”为其主要病机。其次由于多数患者平素饮食不节,积劳成疾,正气已