

动、骨延迟愈合(不愈合)及感染等并发症。根据 Johner-Wrahs 疗效评定,术后优良率 98%,仅一例近膝关节骨折患者术后膝关节屈曲稍受限,所有患者术后均未出现疼痛及跛行。

3 讨论

LCP 特点:锁定加压钢板结合了有限接触动力加压钢板(LC-DCP)、点接触钢板(PC-FIX)和微创稳定系统的临床优势,具有加压和锁定双重功能,临床使用时可根据实际情况选用普通加压螺钉或锁定螺钉。其设计符合肢体解剖形状,术中不用塑形,而且邻近关节部位增加了锁定螺钉孔的密度,这样能使用较多螺钉进行有效固定,解剖型设计,有利于接骨板在微创技术中的应用,钢板下方的切割槽使钢板不需要直接接触骨面,减少对骨膜血运的破坏,从而最大限度降低骨不连的发生率^[1]。在切开复位内固定时,LCP 坚强的钉板系统可获得满意的复位和坚强的内固定^[2]。使用后不出现螺钉松动,大大提高

了内固定物的抗拔出,特别适合于骨质疏松症患者。

手术中应注意如下问题:①锁定加压钢板主要体现生物力学原则(BO 原则),术中尽量采用闭合复位或有限切开复位尽可能使骨折达解剖复位,以便使钢板放置更加准确,术中尽量保护骨折端血供,操作轻柔。②手术必须在 C 臂机透视下进行。③置入锁定螺钉时,应用导向器以确保方向准确无误,以防日后取出困难。④对于骨质疏松患者,建议采用双皮质螺钉固定,增加螺钉的力臂,以提高内固定的稳定性。

参考文献

- [1]黄长明,王建雄,沈瑞群,等. AO 微创内固定系统治疗胫骨近端骨折[J]. 中国骨与关节损伤杂志,2005,20(12):12814
- [2]张长清,曾炳芳. 四肢骨折锁定钢板内固定技术[J]. 上海:上海科学技术出版社,2007:3.

* 浙江省台州曙光医院(318050)

辨证治疗类风湿关节炎 76 例

曾 颖*

类风湿关节炎(RA)是一种小关节病变为主的、慢性全身性自身免疫疾病,其病因及发病机理尚未完全明了。中医学中属“痹证”范畴。笔者采用辨证分型治疗 RA76 例,并以西药甲氨蝶呤片、雷公藤片治疗作对照,获得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

全部病例均为本院门诊或住院患者,124 例随机分为两组,治疗组 76 例,男 30 例,女 46 例;年龄 29~67 岁,平均(41±3.8)岁;病程 1~8 年。对照组 48 例,男 18 例,女 30 例;年龄 30~68 岁,平均(40±2.5)岁;病程 9 个月~8 年。两组患者在性别、年龄、病程等方面经统计学处理,差异无显著性意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准

根据美国风湿病学会(ARA)1987 的修正的 RA 的诊断标准^[1]满足以下 4 条或 4 条以上并排除其他关节炎即可诊断:①晨僵至少 1h(≥ 6 周);②3 个或 3 个以上关节肿(≥ 6 周);③腕、掌指关节或近端指间关节肿(≥ 6 周);④对称性关节肿(≥ 6 周);⑤皮下类风湿结节;⑥手 X 线摄片有典型的 RA 改变,包括骨侵袭或明确的骨质疏松;⑦类风湿因子阳性。

1.3 中医辨证分型

①寒湿痹阻型:四肢关节肿胀疼痛,晨僵,屈伸不利,遇寒则痛剧,得热则痛减,局部畏寒怕冷,皮肤不红,触之不热,舌淡红,苔薄白,脉弦紧。X 线片显示软组织肿胀及骨质疏松。②湿热痹阻型:关节红肿,疼痛如燎,按之痛甚,晨僵,活动受限,得冷稍舒,兼有发热、口渴,烦闷不安,舌质红,苔黄腻,脉滑数。X 线片显示软组织肿胀,骨质疏松及关节间隙变窄或不同程度的骨质侵蚀。③痰瘀互结型:关节肿大,僵硬变形,屈伸受限,疼痛固定,痛如

锥刺,昼轻夜重,舌紫暗,苔腻,脉细滑。X 线片显示不同程度的骨质侵蚀,甚至关节严重破坏脱位或融合。④肝肾亏虚型:病程日久关节肿胀变形僵直,屈伸不利,头昏目眩,腰膝酸软或自汗,舌淡、苔薄白,脉沉细弱。X 线片显示关节严重破坏脱位或融合。

2 治疗方法

2.1 寒湿痹阻型治宜祛风化湿,温经散寒

方用乌头汤加减。药物:制川乌、桂枝、川芎、片姜黄、防己、羌活、独活各 10g,白芍、熟地黄、威灵仙、仙鹤草各 15g,当归 20g。

2.2 湿热痹阻型治以清热燥湿,通络止痛

方用二妙散加减。药物:苍术、黄柏、连翘、淫羊藿、生地黄、续断、木瓜、防己各 10g,独活、威灵仙、地龙各 15g。

2.3 痰瘀互结型治以祛湿化痰,逐瘀止痛

方用身痛逐瘀汤加减。药物:羌活、独活、白芥子各 10g,甘草 6g,威灵仙、川芎、赤芍各 15g,蜈蚣 2 条。

2.4 肝肾亏虚型治以补益肝肾,化湿通络

方用独活寄生汤加减。药物:独活、桑寄生、熟地黄、续断、牛膝、赤芍、白芍、枸杞子、黄精、桃仁、骨碎补各 10g,黄芪 30g,乌梢蛇 15g。

治疗组按辨证分型以中药水煎服,每日 1 剂,30 天为 1 个疗程。对照组用雷公藤片(湖北黄石制药厂生产),每次 2 片,每日 3 次,饭后服,甲氨蝶呤片 10mg,口服每周 1 次,连服 30 天为 1 个疗程。

3 结果

3.1 疗效判定标准

依据《中药新药临床研究指导原则》^[2]拟定。显效:主要症状体征改善 $\geq 75\%$,血沉及 C 反应蛋白及实验室指标正常或明显改善;有效:主要症状体征改善 $\geq 50\%$,

血沉及 C 反应蛋白及其他实验室指标有改善;无效:主要症状体征改善 $<30\%$,血沉及 C 反应蛋白及其他实验室指标无改善。

3.2 治疗结果

治疗组 76 例,显效 28 例,有效 44 例,无效 4 例,总效率为 94.7% ;对照组 48 例,分别为 16 例、22 例、10 例、 79.1% 。两组比较,治疗组疗效明显为优($P<0.05$)。

3.3 不良反应

治疗组服药过程中未见明显不良反应,对照组胃出血 1 例、白细胞减少 2 例,月经紊乱 2 例。

4 讨论

RA 以关节肿痛、运动障碍,晚期导致关节僵硬、畸形为主要特点。属中医“痹证”范畴。其发生多由正气不足,复感风寒湿邪,痹阻血脉,留驻筋骨关节所致,正如《类证治裁·痹证》中所预:“诸痹……良为营卫先虚,腠理不密,风寒湿乘虚内袭,正气为邪所阻,不能宣行,因而留滞气血凝涩,久而成痹”。笔者认为,本病属于本虚标实之证,肝肾脾虚为本,湿滞痰阻为标,以补肾调卫为基

本方法,辅祛风、化湿、散寒、清热、化痰、祛瘀之剂。寒湿痹阻型治以乌头汤温经散寒,方中制川乌、桂枝温经散寒,白芍、川芎、当归益气固卫,熟地黄补精填髓;湿热痹阻型方用二妙散清热化湿,淫羊藿、续断、生地黄补肾益卫;痰瘀互结型中,身痛逐瘀汤活血,血行则可祛瘀,瘀血尽去,则寒湿等邪亦随之而散。方中白芥子善治顽痰,而用蜈蚣等虫类药,可增强祛风止痛作用;肝肾亏虚型治以独活寄生汤补益肝肾,化湿止痛。偏于阳虚者加附子、巴戟天、淫羊藿;偏于阴虚者加枸杞子、肉苁蓉、山茱萸、黄精;病久气血亏虚者加黄芪、白术、防风等,起益气固卫作用。

参考文献

- [1]胡荫奇.风湿性疾病诊断治疗指南[M].北京:中国协和医科大学出版社,2005:10,96.
- [2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国中医药科技出版社,2002:1115-119.

* 湖北省洪湖市中医医院(433200)

自拟降浊汤治疗糖尿病肾病慢性肾衰竭 68 例临床观察

王少杰* 杨嘉颐* 白文* 王春玲*

糖尿病肾病(diabetic nephropathy, DN)是糖尿病的严重并发症, DN 是导致慢性肾衰竭(chronic renal failure, CRF)的主要原因之一。目前, DN 致 CRF 的西医疗法以支持及对症治疗为主,尚无特效药,疗效有限。笔者应用自拟降浊汤,以温肾降浊、活血利湿为主,配合西医对症处理,收到较满意的疗效,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

按随机数字表法将 1999~2009 年北京大学人民医院门诊及住院的 127 例 DN 致 CRF 患者分为 2 组。治疗组 68 例,男 38 例,女 30 例;年龄 42~89 岁,平均 (68.63 ± 11.59) 岁;病程 3~12 个月,平均 (5.64 ± 2.53) 个月。对照组 59 例,男 34 例,女 25 例;年龄 40~86 岁,平均 (63.48 ± 11.50) 岁;病程 3~11 个月,平均 (5.41 ± 3.23) 个月。两组患者临床资料比较均无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断及纳入标准

符合 1999 年 WHO 制定的糖尿病诊断标准,糖尿病肾病分期达到 Mogensen 分期 IV 期。慢性肾衰竭诊断标准参照 1992 年《中华内科杂志》编委会肾脏病专业组制订的标准,分为肾功能不全代偿期、肾功能不全失代偿期、肾功能衰竭期及尿毒症期,前三期病例纳入为观察对象,血清肌酐(SCr) $133 \sim 707 \mu\text{mol/L}$,感染、酸中毒、电解质紊乱等得到有效控制。

1.3 中医辨证标准

中医证候诊断符合肾虚湿蕴、瘀浊内阻,参照《中药新药临床研究指导原则》,以倦怠乏力、腰膝酸软、畏寒肢冷、恶心呕吐为主症,口中黏腻、夜尿清长、头晕目眩、肢

体麻木、面色晦暗为次症。

1.4 排除标准

能引起慢性肾衰竭的其他疾病,如原发性肾小球肾炎、高血压肾病、多囊肾等;严重心血管、肝脏及血液系统疾病者;精神病患者;孕妇、哺乳期妇女;对本疗法所用药物过敏者;临床资料不完整、影响疗效判定者。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组用自拟降浊汤配合西医对症处理。中药处方:生黄芪 60g,黄精 15g,石斛 12g,枸杞子 12g,沙苑子 12g,淫羊藿 15g,巴戟天 12g,补骨脂 12g,杜仲炭 12g,灶心土 35g,茜草炭 12g,丹参 12g,鸡血藤 12g,甘草 12g。腰膝酸软明显加川续断 12g,狗脊 12g,骨碎补 12g;血瘀明显者加益母草 12g,红花 12g,川芎 12g;下焦湿热加金钱草 15g,白茅根 15g,车前子 30g,白花蛇舌草 30g,地榆炭 12g,茜草 12g,灯心草 6g,猪苓 30g;大便不畅加熟大黄 12g,肉苁蓉 15g;恶心呕吐加炒白术 12g,茯苓 12g,炮姜炭 12g。

对照组不予中药,仅予西医对症治疗,控制血糖,优质低蛋白饮食 $(0.6 \text{ g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1})$,复方 α -酮酸营养支持,控制血压,纠正电解质紊乱、酸中毒等。两组均治疗 6 个月。

2.2 观察指标

①每个月检查 1 次内生肌酐清除率(CCr)、血清肌酐(SCr)、尿素氮(BUN);②观察倦怠乏力、腰膝酸软、畏寒肢冷、恶心呕吐 4 个症状的程度变化,每 2 周对患者进行 1 次症状分级量化评分,参照《中药新药临床研究指导原则》,按症状轻、中、重程度分级,分别评 1、2、3 分,无症状