

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 的西医治疗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 $\pm$ 11.59)岁;病程 3~12 个月,平均(5.64 $\pm$ 2.53)个月。对照组 59 例,男 34 例,女 25 例;年龄 40~86 岁,平均(63.48 $\pm$ 11.50)岁;病程 3~11 个月,平均(5.41 $\pm$ 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)133~707 μ 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

记 0 分。

2.3 统计学方法

两组治疗有效率的比较采用 *Riddit* 分析; 计量资料数据以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示; 比较两组治疗前后的生化指标及症状评分, 自身前后比较采用配对 *t* 检验, 组间比较采用 *t* 检验。采用 SPSS 11.5 统计软件处理数据。

3 结果

3.1 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则》。显效: 临床症状明显改善, CCr 增加 $\geq 20\%$, SCr 降低 $\geq 20\%$; 有效: 临床症状改善, CCr 增加 $\geq 10\%$, SCr 降低 $\geq 10\%$; 稳定: 临床症状有所改善, CCr 增加 $< 10\%$, SCr 降低 $< 10\%$; 无效: 临床症状无改善或加重, CCr 降低, SCr 升高。

3.2 两组患者治疗有效率的比较

治疗组 68 例, 显效 28 例 (41.18%), 有效 22 例 (32.35%), 稳定 11 例 (16.18%), 无效 7 例 (10.29%), 总有效 61 例 (89.71%); 对照组 59 例, 分别为 12 例 (20.34%)、15 例 (25.42%)、9 例 (15.25%)、22 例 (37.29%) 及 36 例 (61.02%)。治疗组总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。

3.3 两组患者治疗前后肾功能变化的比较

两组治疗后 CCr、SCr、BUN 均改善, 与治疗前比较

差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗后治疗组 SCr、BUN 低于对照组, CCr 高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。表明中药治疗可改善患者肾功能。

3.4 两组患者治疗前后主要症状量化评分的比较

两组症状分布无统计学差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。治疗组治疗后 4 个症状积分均显著减少, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 对照组治疗后倦怠乏力症状积分减少, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 其余 3 个症状积分变化无统计学意义 ($P > 0.05$)。表明中药治疗可明显改善患者临床症状。

4 讨论

笔者自拟方剂以温肾降浊、活血利湿为法。大剂量生黄芪益气利水; 重用黄精补气、养阴、益肾、润肺, 配合枸杞子滋肾阴, 石斛养胃阴, 三药合用滋养上、中、下三焦之阴; 沙苑子益肾固精, 巴戟天、淫羊藿性温, 功善补肾壮阳, 温化水湿, 运气行血; 杜仲补肾, 炒炭后具收敛作用, 可增加收藏肾精之效, 灶心土健脾祛湿降浊; 丹参、鸡血藤活血化瘀。诸药合用, 补泻兼施, 阴阳双调, 肾气足, 则气运得畅, 血瘀得散, 浊湿得利得降。

* 北京大学人民医院中医科 (100044)

补阳还五汤治疗退变性腰椎管狭窄 73 例

康世林*

退变性腰椎管狭窄症为骨伤科临床常见病、疑难病, 病程长, 给患者造成严重痛苦, 目前除现代医学的手术治疗外, 尚无特效疗法。笔者自 2003 年以来, 应用补阳还五汤加味治疗该病 73 例, 取得满意疗效, 现报道如下。

1 临床资料

本组 93 例, 随机分为两组; 治疗组 73 例, 其中男 61 例, 女 12 例, 年龄 57~79 岁, 病程 27 天~3.4 年; 发病部位在 L4~5 者 43 例; L4~5、L5~S1 者 25 例; L3~4、L4~5、L5~S1 者 5 例; 合并椎体滑脱者 27 例, 有明显外伤史者 38 例, 双腿放射性疼痛者 37 例, 左腿 7 例, 右腿 5 例, 双腿交替者 24 例。对照组 20 例, 其中男 16 例, 女 4 例, 年龄 48~74 岁, 病程 29 天~2.7 年。发病部位在 L4~5 者 11 例, L4~5、L5~S1 者 8 例, L3~4、L4~5、L5~S1 者 1 例。双腿放射性疼痛者 12 例, 左腿 1 例, 右腿 2 例, 双腿交替者 5 例。均有反复发作的腰腿痛及间歇性跛行。所有病例均经拍摄腰椎正侧位, 斜位 X 线片及 CT 检查确诊, 并排除其他相关疾病。两组资料无统计学差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

治疗组用补阳还五汤加味: 基本方, 生黄芪 50g, 当归 12g, 赤芍 15g, 地龙 10g, 川芎 15g, 桃仁 10g, 红花 10g, 杜仲 15g, 金毛狗脊 20g, 鹿角胶 15g, 蜈蚣 2 条, 川牛膝 15g, 僵蚕 15g, 甘草 10g, 生姜 5g。水煎 2 次, 每次 150ml, 合并早晚 2 次分服, 连用 2 周。腰部胀痛明显者加台乌药

12g, 延胡索 12g; 下肢麻痛者加土鳖虫 10g, 木瓜 15g; 下腰及双腿常有冰冷感者加制川乌 9g。

对照组静脉滴注丹参注射液 20ml, 维生素 B₁ 100mg, 加入 5% 葡萄糖液 250ml, 连用 14 天。神经根受压症状明显者加用 20% 甘露醇 250ml, 地塞米松 5mg, 连用 3 天。

3 疗效评定

治愈: 腰腿症状完全消失, 功能活动自如, 能正常工作。好转: 腰腿症状明显减轻, 行走活动后小腿轻度感觉麻木, 但能胜任一般工作。未愈: 治疗前后症状无明显改变。

4 治疗结果

治疗组 73 例, 治愈 59 例占 81%; 好转 12 例占 16%; 未愈 2 例占 3%; 总有效率为 97%。对照组 20 例, 治愈 12 例占 60%; 好转 3 例占 15%; 未愈 5 例占 25%; 总有效率为 75%。

5 讨论

腰椎管狭窄症是腰椎管内神经根管、侧隐窝或椎间孔因骨性或纤维性增生, 移位导致一个或多个平面管腔狭窄, 压迫马尾、神经根或血管而产生临床症状的综合征。据病因可分为先天性和继发性, 前者多由于椎管各构件发育不良所致。本文所治皆为后者, 多因退变、外伤、劳损等所致。本病是慢性腰腿痛的常见病因之一, 发病率仅次于腰椎间盘突出症, 占椎管内疾病的第 2 位, 属