

口服,连服5天。治疗组在此基础上加服中药抗病毒合剂(病区协定处方),每日1剂,水煎分2次服,疗程3天。抗病毒合剂组成:连翘15g,石膏20g,知母15g,蒲公英30g,紫花地丁15g,金银花20g,菊花20g,板蓝根20g,牛蒡子10g,芦根30g,大青叶15g,马勃9g,竹叶10g,甘草6g,藿香10g。

1.3 疗效评定标准

参照全国防治感冒科研协作座谈会制定的《感冒诊断要点防治效果判断标准(草案)》^[3]拟定:显效:用药48h内体温降至正常,病情无反复,临床症状及体征消失;好转:用药48~96h体温下降2℃以上,病情无反复,临床症状及体征大部分消失;无效:用药96h体温下降不明显,临床症状无改善或病情加重者。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

治疗组78例,显效63例占80.7%,好转13例占16.7%,无效2例占2.0%,总有效率97.4%;对照组70例,显效38例占54.3%,好转23例占32.8%,无效9例占12.9%,总有效率87.1%。两组比较,治疗组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2 两组平均退热时间比较

治疗组48h内退热63例,48~96h内退热13例,超过96h退热2例,平均退热时间49.6h;对照组48h内退热38例,48~96h内退热23例,超过96h退热9例,平均退热时间56.8h。两组平均退热时间比较,治疗组优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

中医学认为流行性感冒又称时行感冒,多由于新

感六淫或伏邪内发,邪气峻烈,从阳化火,迅猛内传,表邪未尽,里热已炽,而正气急起抗邪所致,属于表实里热,邪正剧争的病理状态。症见急骤发病,初期恶寒发热,继则出现高热,无汗或微汗,头痛乏力,鼻塞咽痛,口渴面红,口干口苦,小便短赤,大便干结,舌红苔黄,脉浮数。故以清热解毒,清气泄热为法,方拟抗病毒合剂,方中石膏、知母清气分热,滋阴降火;连翘、菊花、牛蒡子、芦根、竹叶辛凉解表,祛邪外透,利咽生津;蒲公英、紫花地丁、金银花、板蓝根、大青叶、马勃共奏清热解毒之功;配以藿香化湿止呕,甘草调和诸药。本研究中西医结合治疗流行性感,标本兼治,治疗组患者热退迅速、稳定,较对照组中医症状缓解更快速和明显,如咽痛,口渴面红,小便短赤,大便干结等症在服中药后迅速得到改善,明显提高疗效,减少并发症的发生。清热解毒类中药早期介入能够抑制与杀灭病毒,也可防范细菌进一步的感染,驱逐入侵病邪。中西医结合治疗流行性感,具疗效佳,疗程短,不易反弹,安全可靠的优点,适合于基层医生临床应用。

参考文献

- [1]张卓然,倪语星,尚红.病毒性疾病诊断与治疗[M].北京:科学出版社,2009:227.
- [2]袁长津,何清湖.现代中医疫病学[M].北京:化学工业出版社,2008:187.
- [3]陈贵廷.实用中西医结合学[M].北京:中国医药科技出版社,1991:248.

* 武钢总医院中医科(430080)

通讯作者:何萍萍, hpp810@126.com

中成药治疗以血尿为主IgA 肾病患者 34 例

胡顺金* 茅燕萍* 任克军* 刘家生* 顾建霞* 刘小平*

IgA 肾病是以肾小球系膜区IgA 沉积为特征的免疫复合物肾小球肾炎。本病以中青年为多发,其发病高峰年龄在20~40岁^[1],15%~40%的成人患者在10年后会进展成终末期肾病^[2]。近年来,雷公藤多甙片对治疗本病有一定的作用,但其副作用明显。为此,笔者于2008年2月~2009年10月采用脉平片配合雷公藤多甙片治疗以血尿为主的IgA 肾病,旨在观察其临床治疗效果及其对雷公藤多甙片副作用的影响,并探讨其可能的作用机理。

1 资料

1.1 纳入标准

①肾活检病理明确诊断为IgA 肾病。②除外系统性红斑狼疮、过敏性紫癜、慢性肝病等继发性系膜区IgA 沉积的疾病及其他疾病合并IgA 肾病者。③24h尿蛋白定量 ≤ 1.5 g,且肾功能正常。

1.2 一般资料

将符合病例选择条件的68例来自我科门诊和住院患者,根据随机数字表法分为两组各34例。治疗组,男15例,女19例,年龄16~45岁,平均 (26.5 ± 12.3) 岁;病程1个月~8年,平均 (1.5 ± 2.5) 年;临床表现:

发作性肉眼血尿者 15 例, 无症状性尿检异常(镜下血尿伴蛋白尿) 者 19 例。对照组, 男 16 例, 女 18 例; 年龄 16~47 岁, 平均(26. 1±11. 9) 岁; 病程 0. 8 个月~7. 5 年, 平均(1. 4±2. 6) 年; 临床表现: 发作性肉眼血尿者 14 例, 无症状性尿检异常者 20 例。两组资料无统计学差异($P>0. 05$), 具有可比性。

2 方法

2. 1 治疗方法

两组均口服雷公藤多甙片(产自上海复旦复华药业有限公司), 每次 20mg, 每日 3 次; 治疗组加服脉平片(甘肃独一味生物制药有限责任公司生产, 国药准字 Z20025366), 每次 4 片, 每日 3 次; 疗程均为 3 个月。

2. 2 中医症状量化标准^[3]

①血尿: 离心后尿常规: 红细胞≥3 个/HP, 但少于 1 个“+”计 3 分; 红细胞 1 个“+”~2 个“+”计 6 分; 红细胞>2 个“+”计 9 分。②24h 尿蛋白定量: <0. 5g 计 3 分; 0. 5g~1. 0g 计 6 分, >1. 0g 计 9 分。③脉络瘀血: 1 个部位者计 3 分; 2 个部位者计 6 分; ≥3 个部位者计 9 分。④肌肤甲错: 手足皮肤粗糙不起鳞屑计 3 分; 手足皮肤粗糙起鳞屑计 6 分; 全身多处皮肤粗糙, 鳞屑脱落计 9 分。⑤舌象: 舌暗红计 3 分; 舌紫暗, 有瘀斑、瘀点计 6 分; 舌青紫或舌下静脉粗张计 9 分。⑥脉象: 脉涩计 3 分; 细涩计 6 分; 无脉计 9 分。⑦其他如腰酸腰痛等症均按轻、中、重程度, 分别计 3、6、9 分。

2. 3 观察项目

①中医证候: 观察中医症状并计分, 治疗前及疗程中每月记录 1 次。②尿红细胞计数(直接计数法)、24h 尿蛋白定量(双缩脲法)、血常规、肝功能、肾功能: 治疗前及疗程中每月检测 1 次。③血清免疫球蛋白(IgA、IgG、IgM, 免疫比浊法)、血白细胞介素 6(IL-6), 试剂盒由上海森雄科技实业有限公司提供, 酶联法、尿 IL-6 (试剂盒由深圳晶美生物有限公司提供, 酶联法)、血一氧化氮(NO), 试剂盒由南京建成生物工程研究所提供, 硝酸还原酶法: 治疗前后各检测 1 次。④不良反应: 恶心、呕吐、食欲减退、脱发、月经紊乱等, 随时记录。

2. 4 疗效判断标准

按文献[4]标准: 临床控制: 中医临床症状、体征消

失或基本消失, 证候积分减少≥95%; 镜下血尿消失; 尿蛋白转阴性, 或 24h 尿蛋白定量正常。显效: 中医临床症状、体征明显改善, 证候积分减少≥70%; 尿常规检查红细胞减少≥3 个/HP 或 2 个“+”计或尿沉渣红细胞计数减少≥40%; 24h 尿蛋白定量减少≥40%。有效: 中医临床症状、体征均有好转, 证候积分减少≥30%; 尿常规红细胞减少<3 个/HP 或 1 个“+”计或尿沉渣红细胞计数减少<40%; 24h 尿蛋白定量减少<40%。无效: 临床表现及上述指标均无改善甚或加重。

2. 5 统计学方法

计量资料以($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验; 计数资料均用 χ^2 检验。

3 结果

3. 1 两组患者临床疗效比较

治疗组和对照组, 临床控制分别为 11、8 例, 显效分别为 16、11 例, 有效分别为 4、9 例, 无效分别为 3、6 例, 总显效(即临床控制+显效) 分别为 27 例(79. 41%)、19 例(55. 88%)。总显效率治疗组显著高于对照组($P<0. 05$)。

3. 2 两组患者治疗前后证候积分变化的比较

表 1 示, 治疗组治疗 1 个月时其积分值即明显下降($P<0. 05$), 2 个月后下降更显著($P<0. 01$), 而对照组 2 个月时明显下降($P<0. 05$); 各时间段, 治疗组均显著优于对照组($P<0. 05$ 或 $P<0. 01$)。

3. 3 两组患者治疗前后尿红细胞计数变化的比较

表 2 示, 治疗组 1 个月时即显著减少($P<0. 05$), 2 个月后下降更显著($P<0. 01$); 对照组 2 个月时明显减少($P<0. 05$)。3 个月时, 两组改善较治疗前均有统计学意义($P<0. 01$), 并且治疗组显著优于对照组($P<0. 01$)。

3. 4 两组患者治疗前后尿蛋白定量的比较

表 3 示, 两组 1 个月时均降低明显($P<0. 05$), 2 个月时降低更明显($P<0. 01$), 3 个月时均降低更显著($P<0. 01$)。两组间各时间段均无统计学差异($P>0. 05$)。

表 1 两组治疗前后证候积分的比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	1 个月	2 个月	3 个月
治疗组	34	37. 42±8. 36	28. 25±7. 57*▲	18. 33±6. 64*▲▲	9. 61±5. 18*▲▲
对照组	34	36. 28±7. 96	32. 43±7. 21	26. 26±6. 89*	21. 29±7. 02*

注: 与本组治疗前比较, * $P<0. 05$, * * $P<0. 01$; 与对照组同一时间点比较, ▲ $P<0. 05$, ▲▲ $P<0. 01$

表2 两组治疗前后尿红细胞计数的比较(个/HP)

组别	例数	治疗前	1个月	2个月	3个月
治疗组	34	34.24±13.16	23.42±11.36*	16.51±10.42**	7.35±6.43**▲
对照组	34	33.97±14.15	28.64±13.81	22.42±13.54*	14.15±8.76**

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,▲ $P<0.01$

表3 两组治疗前后尿蛋白定量的比较(g/24h,x±s)

组别	例数	治疗前	1个月	2个月	3个月
治疗组	34	0.92±0.31	0.62±0.23*	0.39±0.24**	0.21±0.22**
对照组	34	0.91±0.28	0.65±0.26*	0.44±0.25**	0.32±0.26**

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

3.5 两组患者治疗前后血清免疫球蛋白水平比较

表4示,治疗后,两组血IgA水平均显著下降($P<0.01$);而血IgG、IgM水平两组均无统计学差异($P>0.05$)。

表4 两组治疗前后血清IgA、IgG、IgM水平比较(g/L,x±s)

组别	时间	例数	IgA	IgG	IgM
治疗组	治疗前	34	2.81±0.34	12.02±2.11	1.31±0.16
	治疗后	34	1.62±0.41*	12.42±1.96	1.34±0.12
对照组	治疗前	34	2.83±0.36	12.14±2.08	1.36±0.14
	治疗后	34	1.66±0.43*	12.06±2.12	1.38±0.13

注:与本组治疗前比较,* $P<0.01$

3.6 两组患者治疗前后血、尿IL-6及NO水平比较

表5示,治疗后,两组血、尿IL-6及血NO水平均显著改善($P<0.05$ 或 $P<0.01$);且治疗组各项均优于对照组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

表5 两组治疗前后血、尿IL-6及血NO水平比较(x±s)

组别	时间	例数	血IL-6 (ng/L)	尿IL-6 (ng/L)	血NO (μmol/L)
治疗组	治疗前	34	4.74±0.46	8.23±1.42	64.56±8.25
	治疗后	34	2.84±0.41**▲	5.46±0.86**▲	88.43±8.72**▲
对照组	治疗前	34	4.68±0.50	8.14±1.46	64.49±8.31
	治疗后	34	3.16±0.42*	6.82±0.94*	74.28±9.11*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,▲ $P<0.05$,▲▲ $P<0.01$

3.7 副作用比较

治疗过程中,治疗组和对照组出现的副作用分别为:脱发1、3例,月经延迟1、7例,外周血白细胞减少($<3.0\times10^9/L$)2、4例,ALP升高1、4例。治疗组和对照组共发生副作用分别为5、18例,发生率各为14.71%、52.94%,治疗组显著低于对照组($P<0.01$)。两组对白细胞减少及ALP升高者,均分别给予利血生、护肝片治疗。

4 讨论

IgA肾病中医尚无此病名,而以血尿为主要表现

的IgA肾病属中医“尿血”范畴。本病所致尿血,多为本虚标实之证。脾肾亏虚为其本,瘀血阻滞为其标,此乃离经之血便是瘀。瘀血不去,新血不生,出血亦难止。故采用具有活血化瘀功用的脉平片治之,以达到瘀去络通血止的目的。雷公藤多甙片是目前治疗肾小球病变所致蛋白尿、血尿行之有效的药物,而其副作用则常常影响着临床的应用。治疗结果显示,治疗组无论在疗效的取得,还是在改善中医证候、消减患者血尿等方面均显著优于对照组,且副作用亦较对照组显著减少。同时,治疗组对尿蛋白、血清IgA、血和尿IL-6及血NO水平等相关指标均改善显著,尤其对血和尿IL-6及血NO水平的改善均显著优于对照组。表明脉平片对以血尿为主的IgA肾病有显著的治疗效果,并能明显减少雷公藤多甙片所致的血象减少、月经延迟、肝脏受损等副作用,显著提高了患者对雷公藤多甙片的耐受性。

脉平片由银杏叶提取物、首乌、当归、芦丁、维生素C等组成。其中银杏叶活血化瘀,其提取物具有舒张血管,改善微循环,保护肝脏等作用^[4];当归既能补血,又能活血,且兼调经;芦丁为黄酮类化合物,能维持和增强毛细血管的抵抗力,降低其通透性和脆性;维生素C是一种强还原剂,作用广泛。这些特点对雷公藤多甙片引起的月经延迟或闭经、肝功能损害等副作用的干预,无疑起到了重要作用。首乌长于补肾精、益肝血而乌须发,与具有养血活血功用的银杏叶、当归合用,共奏活血化瘀、补血益精之功效。“发乃血之余”,白细胞则是血的有形成分之一。因此,这些作用可能正是脉平片对雷公藤多甙片所致脱发、白细胞减少等副作用抑制的环节所在。

参考文献

[1] Barratt J, Feehally J. IgA nephropathy [J]. J Am Soc Nephrol. 2005; 16(7): 2088-2097.
[2] Smith AC, Feehally J. New insights into the pathogenesis of IgA nephropathy. Pathogenesis of IgA nephropathy [J].

Springer Sem in Immunopathol, 2003, 24(4) : 477-493.
[3]郑筱萸. 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: 159-160, 383-384.
[4]王深, 李昌煜. 银杏叶提取物药理作用研究新进展[J]. 中国

现代中药, 2009, 11(3) : 10-12.

* 安徽中医学院第一附属医院(230031)

活血通络方联合自制药枕治疗颈椎病 160 例

陈 一 卫*

颈椎病是中老年人的常见病和多发病, 笔者运用颈复康颗粒和自制药枕治疗颈椎病 160 例, 报道如下。

1 临床资料

选取经颈部 X 线摄片或 CT、MRI 检查确诊的 260 例颈椎病患者, 随机分为两组, 治疗组 160 例, 男 92 例, 女 68 例; 年龄 28~88 岁, 平均 38 岁; 病程 6 个月~3 年; 神经根型 35 例, 椎动脉型 15 例, 交感型 6 例, 颈型 83 例, 混合型 20 例, 脊髓型 1 例。对照组 100 例, 男 57 例, 女 43 例; 年龄 29~78 岁, 平均 37 岁; 神经根型 26 例, 椎动脉型 10 例, 交感型 4 例, 颈型 47 例, 混合型 13 例。两组患者一般资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

治疗组采用口服颈复康颗粒(河北承德颈复康药业集团有限公司生产), 每次 5g, 每日 3 次; 外用自制药枕平卧枕颈, 每日休息或睡眠时使用 40 分钟以上。药枕制作方法: 将女贞子 200g、菊花 200g、蚕沙 200g、决明子 200g 装入尺寸为长 36cm、宽 12cm 的棉布枕套内封口。对照组口服盐酸氟桂利嗪胶囊, 每次 10mg, 每晚 1 次, 并配合颈椎牵引, 每日 1 次, 每次 30min。两组均以 2 周为 1 个疗程, 治疗 2 个疗程后判定疗效。

3 结果

治疗组 160 例, 痊愈 38 例, 显效 89 例, 有效 32 例,

无效 4 例, 总有效率 97.5%; 对照组 100 例, 痊愈 16 例, 显效 20 例, 有效 42 例, 无效 12 例, 总有效率 78.0%。治疗组临床疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。

4 讨论

颈椎病又称颈椎综合征, 本病多发于中老年人, 尤以长期从事低头伏案工作或颈部有损伤者居多。颈椎病是由于颈椎的椎体边缘骨质增生、椎间盘变性膨出、颈部肌肉慢性劳损及小关节、韧带的退行性病理改变, 使颈神经根、颈段脊髓、椎动脉或交感神经及颈周围软组织受压或刺激而引起。中医学认为, 本病内因是精亏体衰, 肝肾亏损; 而外因则多为感受风寒, 寒邪入络则寒凝血瘀; 寒邪易伤阳气, 阳气伤则水湿不能化气而成痰, 导致痰湿阻络; 外来损伤或颈部活动不慎自伤均可造成颈部慢性劳损, 导致经筋络脉受损, 经气不畅, 气滞血瘀而成。

颈复康颗粒由葛根、乳香、没药、土鳖虫、丹参、川芎、白芍、羌活、地龙等组成, 具有活血通络、祛风止痛的功效。与自制药枕两法合用, 内外兼治, 较好地改善了因颈椎病引起脑供血不足、眩晕、颈僵肢麻、颈枕痛、颈肩痛等症。

* 浙江省农科院卫生所(310021)

中西医结合治疗骨髓增生异常综合征(RAEB-Ⅱ 型)

李平亮¹ 严鲁萍²

骨髓增生异常综合征(MDS) 是以外周血一系或多系血细胞减少, 骨髓象多呈增生活跃或明显活跃, 一系或多系病态造血, 可以伴有原始细胞增多的一类异常的克隆性造血干细胞疾病, 临床多表现为贫血、出血、感染等症。而 RAEB-Ⅱ 型是其中的一个分型, 多见于老年人, 若不经正规治疗多转变为白血病, 我们在临床中采用化疗联合中药治疗此病取得较好的疗效, 现

总结如下。

1 病因病机

中医学多认为此病为“虚劳、血证、瘀证、内伤发热”等范畴, 其病因病机多为素体先天肾气不足, 后天脾胃失调, 加之情志抑郁, 日久精亏血虚, 又感受各种火毒痰瘀为病, 致使气血阴阳俱虚, 其中以脾肾虚弱为本, 火毒痰瘀内蕴为标, 形成本虚标实, 虚实夹杂之证。