

2001 年第 5 期目录 (总第 120 期)

* 老中医经验 *

- 吴一纯辨治恶性肿瘤的经验 汤岳龙(3)
龙振华用三花一子藤饮治疗寒冷所致皮肤病案举隅 蓝海冰(5)

* 学术探讨 *

- 胆心综合征的中医病机浅识 李爱国等(6)
厥阴病理论对急性热病的指导意义 齐 静(8)

* 临床报道 *

- 小儿癫痫的辨证分型与脑电图检测的关系——附 320 例分析 马 融等(10)
健脾泄浊化瘀合剂治疗早中期慢性肾衰临床观察 殷苏燕(13)
自拟“益肾汤”治疗慢性肾功能衰竭的临床观察 张家铭等(15)
丹芪益肾汤治疗糖尿病性肾病疗效观察 胡建萍(16)
米非司酮配伍中药治疗早期异位妊娠 108 例 雷丽红等(18)
丹栀逍遥散合二至丸治疗男性“更年期综合征”58 例 左松青(19)
自拟平律汤治疗频发室早 106 例疗效观察 马玉萍等(20)
理郁活血汤治疗频发室性早搏(气滞血瘀型)36 例临床观察 王 宁(22)
降脂口服液治疗高脂血症 210 例临床观察 李 京(23)
疏肝健脾法治疗高脂血症 64 例疗效观察 王慧英(26)
自拟化痰方在肺心病治疗中化痰作用的临床观察 王雪京(27)
内消散治疗消化性溃疡 王海峰等(28)
面瘫 47 例临床治疗观察 宋瑞华(29)
中药治疗偏头痛 50 例临床体会 刘松惠(31)
颈椎病治法举要 王旭峰等(32)

- 颈椎松解术治疗神经根型颈椎病 142 例 孟怀忠等(34)
中医药及整体平衡法治疗慢性疲劳综合征 郭 兰(35)
辨证治疗 63 例脱发的体会 宋佩华等(36)
除风益损汤治疗外伤性瞳孔散大 30 例疗效观察 吴 森等(39)

* 中药与方剂 *

- 同名异物话地丁 吴顺俭等(44)
三黄泻心汤的药理研究概况 蒋爱品(45)
几种伪劣中药饮片的鉴别 杨建平等(47)

* 针灸经络 *

- 挑筋疗法治疗强直性脊柱炎临床研究 罗 健等(49)
针刺治疗血液透析中高血压症 32 例临床观察 江 琪(52)
火针治疗缺血性中风的临床观察 张晓霞等(54)

* 首都医大中医药学院专栏 *

- 中医治疗慢性丙型肝炎的研究进展 黄 娟等(56)
旋复代赭汤治疗呃逆的变通运用 徐大鹏(58)

* 短篇报道 *

- 中西医结合治疗食管癌验案举例 石怀芝(40)
过敏性紫癜验案及误诊分析 闫俊国等(42)
CO₂ 激光治疗肛肠病 320 例报告 王良泉(43)
龙胆泻肝汤新用 赵明华(53)

* 成药研究 *

- 活血祛瘀法治疗更年期综合征临床观察 王 勇等(60)
通窍搜瘤汤配合金龙胶囊治疗脑胶质瘤 30 例临床观察 时水治等(61)
片仔癀临床应用综述 刘丛盛(63)

(双月刊)

1982 年创刊 每逢双月 25 日出版
主办单位 北京中医药学会
北京中西医结合学会
编辑出版 《北京中医》编辑部
地 址 北京东单三条甲七号
邮政编码 100005
电子信箱 bjTcm@pubLic3.bta.net.CN

第 20 卷第 5 期
2001 年 10 月 25 日出版
名誉主编 关幼波 高寿征
主 编 余 靖
编辑部主任 刘殿永
责任编辑 张 纲
统一刊号 ISSN1000-4599
CN11-2258/R
广告证号 京东工商广字 0173

印刷装订 北京时事印刷厂
国内发行 北京市报刊发行局
国内邮发代号 2-587
国内订购 全国各地邮局
国内定价 每册 5.50 元
全年 33.00 元
国外发行 中国国际图书贸易总公司(北京 399 信箱)
国外邮发代号 BM668

MAIN CONTENTS

Wu Yichen 's Experience on Differential Treatment of Malignant Tumor Tang Yuelong(3)

Examples of Long Zhenhua 's Proven Recipe on Treatment of Dermatosis due to Frigidity With Sanhua
Yizifeng Potion Lan Haibing(5)

A Brief Talk on TCM Mechanism of Gallbladder Heart Syndrome Li Aiguo et al(6)

Relationship of Type According to Differentiation and Electroencephalographic Examination in Infant-
ile Epilepsy :An Analysis of 310 Cases Ma Rong et al(10)

Clinical Observation of Early – Intermediated Chronic Renal Failure Treated by Jianpi Xiezhuo Mixture
..... Yin Suyan(13)

Clinical Observation on Treatment of Chronic Renal Failure With Self Yishen Tang
..... Zhang Jiaming et al(15)

Therapeutic Efficacy of Dangi Yishen Tang for Diabetic Renopathy Hu Jianping(16)

Treatment of Early Heterotopic Pregnancy With Mifepristone and Chinese Drugs
..... Lei Lihong et al(18)

Clinical Observation on Treatment for 36 Cases of Frequent Ventricular Premature Beats(Qizhi Xueyu
Type)With Liyu Huoxue Tang Wang Ning(22)

Clinical Observation of Hyperlipemia Treated by Jiangzhi Oral Liquid Li Jing(23)

Talk on Same Name but Different Thing of Diding Wu Shunjiar(44)

Survey on Pharmscological Study to Sanhuang Xiexin Tang Jiang Aipin(45)

Identification for several Pseudo – Inferior Chinese Heabs Yinpian Yang Jianping et al(47)

Clinical Research for Ankylosing Spondylitis Treated by Tendon – Pricking Method
..... Luo Jian et al(49)

Clinical Observation of Acu puncture Therapy for Hypertension in Hemodialysis Jiang Q(52)

Examples of Cases on Combined TCM and Western Medicine Treatment of Esophageal Carcinoma
..... Shi Huaizh(40)

Treatment of Hiccup With Xuanfu Daizhe Tang Xu Dapeng(58)

吴一纯辨治恶性肿瘤的经验

第一军医大学(510515) 汤岳龙

关键词 恶性肿瘤 老中医经验

吴一纯教授(1918~1997),是我军首届中医研究生指导老师和师承制导师。数十年来,一直工作在教学、医疗、科研第一线,积累了丰富的学识与经验。特别对辨治恶性肿瘤有独到的学术思想、方法和理论。不但救人无数,也对中医肿瘤学、中西医结合肿瘤学的建立、完善有一定的贡献。为我们的教学和研究奠定了宝贵的理论和实践基础。

一、中医辨治

恶性肿瘤的治疗在历代医籍、民间有不少经验。吴教授在汲取有关学科知识的基础上,把建立与完善中医肿瘤学辨治作为自己的任务之一。他认为肿瘤类疾病,必有其规律性内涵,中医药的防治,也应治病与治证相结合。

辨病治病:吴教授指出,肿瘤主要是气、血、痰、食的郁积结聚所致。其中气血郁结是主要原因,其次是痰食积聚,之间相互作用,相兼为病。肿瘤的恶性发展过程,可认为与中医的毒邪致病性质类似。两者结合构成了恶性肿瘤的总体规律性特点。在治疗方面,主要以气、血、痰、食论治,或佐以清热解毒之剂。强调不同部位的肿瘤其病机规律与特点各异。如肺癌以气滞或痰聚为主,淋巴肉瘤主要以痰浊为主,胃、大肠癌以痰食积聚、血瘀为主,子宫颈癌以血瘀者多。

吴教授根据辨病治病的原则,研制了对肺癌、胃癌、食管癌及大肠癌等有缓解病状、缩小瘤体、抑制肿瘤生长,并有提高免疫水平、延长患者生命作用的中药制剂平消片。处方由仙鹤草、枳壳、郁金、干漆、五灵脂、净火硝、白矾、制马钱子 8 味药按一定比例组成。经临床观察和实验研究,有显著临床疗效和对于 EAC 瘤

株明显的抑制率。辨病治疗还根据病变的部位如肺癌佐以葶苈子、鱼腥草,肝癌佐柴胡、鳖甲,肠癌佐败酱草、槐角,乳腺癌佐瓜蒌、山甲等。

辨证治证:辨阴阳;恶性肿瘤大多病症缓起,无痛无痒,根脚散漫,有时坚硬,长成难消,久则溃烂不收,属阴疽恶疮之类。但如瘤体高热、红肿痛,出现热象则为阳证。辨病位;病灶所在的脏腑经络及其引起的其它脏腑经络失调必需辨清,除各脏腑所属的病灶外,如子宫属冲任,口腔属心、脾,眼部属肝,耳及颈侧属肝、胆,脑属肾,均应明确辨之。辨舌脉;舌脉在辨症状中有重要意义,舌质淡、肿胀、中裂属虚,舌质暗红或绛为内有热毒,舌质瘀血,舌苔淡白为寒,黄苔为热,腻苔为湿浊不化,黑苔为阴亏燥热或阴伤之候。癌症患者的脉象多见弦、滑、细、数、虚、弱几种。弦、滑脉多反映气血瘀滞、痰热壅盛,或癌必疼痛,为病进之象,细、弱、虚脉多属气血亏虚。若体虚而脉盛,是热毒嚣张,体虚而脉弱则是正气不支。必四诊合参以定虚实攻补。辨标本缓急;针对肿瘤各种并发症如出血、感染、恶心呕吐、疼痛等均属治标。恶性肿瘤病人常表现复杂的标本虚实,治当标本兼顾。但癌本不除,标证亦难收效。辨整体与局部;掌握整体与局部对立统一的辩证关系,是治疗的关键。当整体情况处于较好状况下,侧重于局部肿物的攻伐,如皮肤癌、乳腺癌、宫颈癌等。肿瘤晚期病情恶化全身衰竭时,则必须侧重整体功能的维护,特别是调整脾胃,补养气血,以保后天之本,增强患者抗病能力,以延长生命。

二、辨证论治的特点

立足治病求因,吴教授曾讲,肿瘤之形成,大多是由七情所伤,引起体内气血津液运行失常及脏腑功能失调,气血痰毒瘀滞于体内或局部而形成肿瘤。病人则因禀赋与客观条件的差异,应激励其在治疗中的主动作用。一方面以情胜情,另一方面善用逍遥散化裁调和心肝脾,用四逆散舒肝解郁,一贯煎养阴柔肝,理气消滞。

重视温肾健脾,善于扶正固本。瘀之所结,阳气衰微。根据不同的病理阶段,中期扶正培本,攻补兼施,病至极寓攻于补。若阳气充足,活血化瘀才有动力,欲令阳气充足,应注意温肾,山萸、杜仲、川断、巴戟天、紫河车、鹿茸为温肾要药。根据患者病程阶段,适时应用补中益气、建中汤之类,以气血立而后润五脏,健脾胃增强食欲,增强体质,提高御邪抗毒之力。

活血化瘀消顽、解毒祛瘀软坚。只要有血瘀见证,如针刺样痛、瘀点瘀斑。肿块增生、血管体征异常征之一均当用活血化瘀之法,方用通窍活血汤、血腑逐瘀汤、大黄廑虫丸。药用三棱、莪术、五灵脂、枳壳、干漆、山甲、地龙、三七、王不留行等。无痛性的癌肿,或伴脘腹胀闷,多用化痰之剂,常用南星、半夏、火硝、贝母、山慈菇、皂刺、猪苓等。

三、中西医结合辨治

与手术治疗结合:掌握手术治疗的适应症、禁忌症及预后。他说,以肺癌为例,鳞癌发病率高,约占肺癌的半数,发展扩散较慢,应争取早期手术治疗的机会。腺癌术后易出现远处转移。未分化癌手术后生存率低,应以中药治疗为主。根据疾病性质手术配合中药治疗,可使生存质量、存活时间相应提高,减少复发,恢复体质。具体方法可于术后小剂量服平消片,每次3~5片,每日3次。结合辨证,服用扶正固本为主的中草药。吴教授提示手术后注意养血,放疗后注重滋阴,化疗后益气为主。

与放射治疗结合:放疗对鳞癌效果较好,腺癌效果较差,分化不良之肺癌对放疗最敏感,可在几次照射后,病变完全消失,但绝大多

数不久即出现广泛转移。放疗加中药治疗,一是发挥中药的抗癌作用和调整机体功能,发挥协同作用,二是用中药克制放疗的副反应。一般根据机体的反应状态辨证施治,以清热解毒、生津润燥、益气凉血法为基本原则。同时,放疗属加温疗法,类似于热毒攻邪法,热可化火,火能灼津,引起阴亏毒热症候。在放疗期间,防治其毒副反应宜以扶正养阴、健脾和胃、滋补肝肾或清热解毒为主要治则。选用药物既符合中医治则,又根据现代研究有抗癌或增强免疫作用。多用西洋参、太子参、沙参、麦冬、天冬、黄芪、五味子、女贞子、石斛、生地、鸡血藤、丹参、玄参、天花粉、生苡米、土茯苓、虎杖、连翘、山豆根、白花蛇舌草等。

与化疗结合:化疗结合中药应用,可减轻化疗的毒副反应,增强抗癌效果。化疗类似于中药的苦寒祛邪,在祛邪的同时,常有克伐人体生气的毒副反应,可概括为机体衰弱。表现乏力倦怠、气短心悸;消化障碍表现为食欲减退、恶性呕吐、脘痛、腹泻等;骨髓抑制多表现为白细胞、血小板减少。防治原则是配以扶正固本,益气养血,药用人参、党参、黄芪、白术、茯苓、猪苓、鸡血藤、女贞子、阿胶、当归、白芍、龙眼肉、三七、姜半夏、陈皮、枸杞子、何首乌、补骨脂、菟丝子、杜仲。还可配合食疗,脾虚服用大枣,肾虚血亏者服鳖血、黄鳝鱼血、核桃仁等。

四、病案举例

患者男性,45岁,1991年7月18日初诊,因鼻咽癌、淋巴结转移接受手术治疗,术后定期放疗,间断服用中药治疗。放疗后毒副反应较大,约月余方能缓解,患者对放疗有一种恐惧感。7天前CT复查示:放疗后鼻咽癌,未见明显骨质改变,范围累及两侧咽旁组织。特请吴教授诊治。表现鼻咽干燥,烦躁头昏,食纳尚可,大便调畅,神情疲惫,眉头皱锁,唇舌色暗,舌苔薄白,脉沉弦。辨证为瘀毒互结,阴津伤损。治疗以化痰祛瘀解毒生津法。处方:西洋参3g(冲服),麦冬10g,花粉12g,辛荑12g,苍耳子12g,山豆根10g,蜂房10g,白花蛇舌草

龙振华用三花一子藤饮治疗 寒冷所致皮肤病验案举隅

北京鼓楼中医医院(100009) 蓝海冰

关键词 寒冷性红斑 寒冷性荨麻疹 中医药疗法

三花一子藤饮是龙振华教授于江苏泰州搜集的地方民间验方,他在临床随证加减用于治疗寒冷性多形红斑、寒冷性荨麻疹取得很好疗效。笔者有幸随师学习,将其经验总结如下。

一、治疗方法

1. 三花一子藤饮组成 红花 10g,槐花 10g,白菊花 10g,地肤子 10g,首乌藤 15g。

2. 用法 每日 1 剂,水煎服,分 2 次服用,5 剂为 1 个疗程。

3. 加减 若自觉畏寒怕风,加黄芪 15g,防风 10g,以益气实卫,祛风散寒;面部及四肢末端凉甚,加当归 10g,桂枝 10g,以温经散寒;皮肤瘙痒较甚者,可加白鲜皮 10g,以散风除湿止痒;有水疱、糜烂,加冬瓜皮 10g,干姜皮 10g,车前子草各 10g,以散湿消肿;皮损部位发红,毛细血管扩张明显时,加赤芍 10g,丹皮 10g,以凉血活血。

二、病案举例

张某某,女,40 岁,农村妇女,1998 年 11 月 20 日初诊。

近 5 年来,每逢入冬,双手及腕部、面部、耳朵等暴露部位遇寒即起红斑、风团伴瘙痒,遇暖则诸症消失,反复发作,曾就诊于当地医院,诊为“皮肤瘙痒症”治疗无效。查:双手背、

手指、面部、耳朵潮红,面部毛细血管扩张明显,手部扪之略有凉感,皮肤划痕试验(±),舌暗红,苔薄。西医诊断:寒冷性荨麻疹。中医辨证:瘾疹(风寒湿邪,痹阻经络)。治法:祛风散寒除湿,活血通络。方药:地肤子 10g,白鲜皮 15g,防风 10g,红花 10g,丹皮 10g,夜交藤 10g,白菊花 10g,生槐花 10g,赤芍 10g。

外治用 VitE 霜,每日 2 次外涂。

5 剂后患者诉皮肤瘙痒减轻,红斑及风团发生间隔时间变长。又予 5 剂后,诸症消失,当年冬季未见复发。次年复发一次,服药后消退,近一年随访未见复发。

三、讨论

寒冷性红斑、寒冷性荨麻疹、冻疮等病虽然临床表现不同,但发病机理皆为长期处于寒湿环境(室温 10℃ 以下),毛细血管收缩,久之血管麻痹扩张,静脉瘀血,大量血浆渗出引起局部水肿、水疱形成甚至组织坏死,中医学认为,本病皆因气血亏虚,阳气不能达于四末,复感寒、湿、风邪,侵犯肌肤,致使气血凝滞,不通则痛,痛微为痒,瘀肿呈紫红色,甚至寒邪化热生毒,破溃难愈。

方中白菊花平肝抑肝,有增强毛细血管抵抗力及降低毛细血管通透性作用。首乌藤又名

20g,全蝎 10g,郁金 10g,甘草 3g,生姜 5 片,每日一剂,煎服。平消片每次服 5 片,每日服 3 次。并为患者讲解合理治疗的良好预后,消除郁闷情志。药后鼻咽干燥减轻,精神好,舌脉同前。患者每周就诊一次,均给上方案继施,中药汤剂适当加减。1992 年 8 月 13 日再诊,病情稳定,一般情况好,预定下周放疗要求配

合服中药,处方:太子参 10g,北沙参 30g,麦冬 12g,天花粉 12g,诃子 10g,女贞子 30g,旱莲草 12g,炒麦芽 24g,阿胶珠 6g,每日一剂,煎服。9 月 12 日再诊,放疗后毒副反应轻微。继给首诊治疗方案。至今患者生存状况良好。

· 学术探讨 ·

胆心综合症的中医病机浅识

北京中日友好医院(100029) 李爱国 汪冬梅 指导 仝小林

关键词 胆心综合征 病机

胆心综合征是由于胆道疾病(胆囊炎、胆石症...)诱发一过性冠心病症状或体征为特点的疾病,如一过性心绞痛、心律失常或(和)心电图改变。其发生与胆道扩张、胆囊高压反射性引起冠状动脉痉挛有关。本综合征自 1953 年 Hersters 提出后,临床常有报道,发病率甚高,109 例胆道患者中 63% 有此症状。对于此病证,中医作者在其病机证治方面也积累了一定见解和经验。但纵观各家多从临床治验阐述,而对本综合征的基本病因病理及转归演变则缺乏较为系统深入的探讨,故本文就此谈点粗浅看法。

本病的临床特点以疼痛、发热、黄疸为三大主症。疼痛,包括右上腹持续性疼痛,阵发性加剧和心前区疼痛,多以高脂肪餐为诱因,应用解痉药治疗常可缓解,待胆系疾病缓解后心绞痛亦随之缓解。发热,严重感染时,如急性化脓性胆管炎见高热等中毒症状,轻者或慢性炎症时见持续性低热、日晡潮热或无发热。黄疸,色泽或鲜亮或晦滞暗淡。三大主症中以心前区疼痛与右上腹痛的程度、发作先后、缓解方式的相互关系最为重要。本病的诊断依

据有四:1. 有胆系疾病史;2. 心绞痛发作与胆系疾病发作有关,多见于高脂肪餐后,无恐惧感,可有右上腹疼痛,持续时间较长,阵发性加剧,伴心音减弱;3. 心绞痛发作时使用扩张血管药物及抗心律失常药物治疗差,应用解痉药物常可使患者疼痛缓解,恢复正常;4. 患者可有消化道症状,舌红,苔腻,脉弦。腹部 B 超提示有胆囊炎或胆石症,血常规、血沉变化等均可作为参考。

本病究其病因不外有三:1. 情志不畅,气机郁结;2. 酒食所伤或有虫积,郁遏脾胃肝胆;3. 寒温不适,尤以湿热外感、外邪直中为多。临床上三者常互为影响。但无论何种因素,均可导致邪阻胆腑,致少阳枢机不利。

少阳枢机不利可引发以下几个病理变化:1. 肝胆疏泄失调,气血运行不畅。肝具疏通气血的功能,体阴而用阳,以血为本,司血液贮藏调节,以气为用,司人体气机转输畅达。胆乃中清之腑,受五脏六腑之精汁,通降下泄方得发挥功效。少阳之气不得舒畅则全身气机运行不利,气行则血行,气滞则血凝,且心主血脉,气血运行不畅即可累及心脉之血液环流,

夜交藤,有养血安神、祛风通络止痒作用;生槐花清热凉血止血,可减少毛细血管通透性,有使毛细血管致密,从而抑制渗出作用;红花活血通经,祛瘀止痛,散瘀消肿,故用于治疗气滞血瘀、经络阻滞所致皮肤病,可扩张血管,对血管平滑肌有兴奋作用;地肤子可利湿清热止痒,祛皮肤之风湿邪气,故可止痒消肿。诸药合用共奏祛风散寒除湿。活血通络之功。

另外,患者还应该注意调摄,如平时加强身体锻炼,增加耐寒力,入冬后则注意采取防寒保暖措施。预防冻疮可每日 1~2 次用温辣椒水浸泡手足 10~15min,同时内服 Vit E 0.1g,每日 3 次,连用 1~2 个月。已发生冻疮者,可以同时服三花一子藤饮加减。有破溃者禁用辣椒水。

(收稿日期 2000-12-28)

血液凝滞不畅,痹阻心脉,此为心病发作的重要原因之一。胆与心通,《医贯》:“脾胃肝胆各有一系,系于包络之旁,以通于心”。即从经络学说论证了肝(胆)与心的密切关系。《灵枢·厥病篇》:“厥心痛,色苍苍如死状,终日不得太息,肝心痛”。指出肝气不和上逆犯心可致心痛。《灵枢·经脉篇》:“胆足少阳之脉,是动病口苦善太息,心胁痛不能转侧,甚则面微有尘,体无膏泽”。亦论及了胆气上逆犯心的病证。另从五行观点上讲,肝(胆)属木,心属火,肝为心之母,且胆腑内寄相火,相火妄动即可扰动君火(心火),发为心病,故可见胆病伴发一过性心绞痛等临床症状。但此类疼痛多由枢机不利,气滞血凝,而非日久瘀结成实,故当原发病缓解消除后,气畅血行,心绞痛症状自然消失。

2. 湿热壅滞肝胆粘滞难去,复感湿热外邪,内外合病更易郁阻胆腑,如长期不化,胆汁凝结瘀积日久为石,如因气血郁结,热结不散,里热炽盛,可见高热,热盛肉腐,胆腑化脓,火毒扩散,出现严重感染所致之中毒反应或腹满硬痛,类似现在所述之急性重症胆石症并发急性腹膜炎;如湿热缠绵见有日晡潮热,湿热熏蒸胆腑,胆汁外溢肌肤发为黄疸;如胆汁淤留,气血郁结为痞为聚,见有胁痛拒按等一系列郁热蕴胆之征。

3. 肝胆与脾胃同处中焦,以生气血,化源水谷精微,共转中运。如少阳枢机不利,胆腑贮泄失常,难助脾胃消化,且食积湿热郁遏脾胃以致气机不畅,疏泄失常累及脾胃转输,津液失于布散,反聚为湿,湿困于脾,反助肝胆湿热之邪,亦即肝病及脾,土壅木郁,从而有肝胆失和,或有胆腑不利,气逆横犯于胃而有胆胃不利之征。总之,本病不外与肝、胆、脾、胃、心相关切,并可相互累及。

随着本病的病理变化,其发展演变,邪正消长又可为三个阶段:1. 气滞阶段,此阶段病在气分,疼痛主要以右胁肋窜痛,胸闷及右上腹痛为主,发热,寒战,潮热或壮热,身目俱黄,随病证不同分为几型:肝胆气郁、肝胆湿

热、肝脾不和、胆胃不和、肝实火盛。2. 血瘀阶段,气机不畅,血液凝滞,病入血分总以肝郁血瘀为主,表现为右胁肋刺痛,胸闷,心绞痛,发热不显但扪久可觉郁热自内生。本阶段又有肝郁、血瘀轻重不同之分。3. 挟虚阶段,病程日久,耗伤肝之阴血,乙癸同源,损及肾中元阴,最终致肝肾阴虚,阴亏津少之候,可见胸闷隐痛。或素体阳虚加以寒凉误下,日久损及脾肾之阳,而见有脾肾阳虚之证。由此可见,本病的演变是一个由气及血,由实到虚的发展过程。

探明本病的基本病机转归,可以指导我们在临床辨证施治时抓住核心病机,在治则上以疏通为主,疏肝利胆,和畅少阳。常用大柴胡汤加减,和畅少阳枢机,泄胆疏肝清里之剂,往往收到事半功倍之效。

病案举例:吴某某,男,57岁,病案号:0570478,3月11日入院。主因“反复发作性剑突下剧痛,右下腹痛放射至腰背部3年”。入院后经腹部B超检查提示:“慢性胆囊炎、慢性胰腺炎,肝内囊性实变”。疼痛发作时急查心电图示:ST-T改变, V_5-V_6 水平下移。多因饮食不当诱发,入夜尤甚,持续时间长达2小时,曾服用消心痛等扩管药无效,而用654-II等解痉药可缓解。伴低热及恶心、纳呆、腹胀等消化道症状,舌淡红,苔白腻,脉弦。该患者具备胆心综合症的典型症状和体征,证属肝胆湿热,脾胃不和。治以大柴胡汤加减:柴胡15g,川军6g,枳实15g,黄芩15g,法半夏12g,白芍15g,金铃子12g,元胡12g,黄芪12g,生姜3片,大枣5枚。每日1剂,水煎服。连服5剂症状缓解,剑突下疼痛消失,复查心电图正常。继服上方7剂,除偶感上腹部不适外,无其他不适主述,复查两次心电图均正常,病情得以控制。当然,大柴胡汤虽为本病首倡之方,但临床需随证辨别,依各型偏重,对证用药。

(收稿日期 2000-05-21)

厥阴病理论对急性热病的指导意义

北京水利总医院(100036) 齐 静

关键词 厥阴病 急性热病 热厥 寒厥

厥阴病与现代临床的急性热病有着十分密切的关系。应用《伤寒论》厥阴病理论指导急性热病的治疗,仍有着十分重要的现实意义。结合现代医学理论研究,“厥”实际上是多种感染性疾病发展到极点,即感染性休克阶段所致的一种微循环障碍的表现。其中高排低阻型休克,类似厥阴病的热厥;低排高阻型休克,类似厥阴病的寒厥^[1];因此,应用厥阴病理论治疗急性热病,特别是在我们和基层医院,仍不失是有效的治疗手段。以下,我不揣浅陋,试探讨厥阴病理论对急性热病的指导意义。

一、厥阴病与急性热病的关系

厥阴病中的寒厥与热厥,与急性热病中最后阶段常出现的感染性休克有密切的关系。厥阴病是急性热病的最后阶段。中毒性痢疾、败血症、中毒性肺炎等急性热病发展至最后阶段,往往出现感染性休克,表现出微循环障碍。感染性休克有二种类型:一是心输出量正常或增高,外周阻力降低,称为高排低阻型或暖休克。暖休克以高热、皮肤潮红而干燥为主要临床表现,同时也可见呼吸急促、烦躁不安、神志昏迷,脉搏一般是洪数有力,与厥阴病的热厥极为类似。二是心输出量降低,外周阻力增高,称为低排高阻型或冷休克。冷休克以体温不升,皮肤苍白湿冷、四肢冰凉、神志昏迷加重为主要临床表现,脉搏一般是细数无力,衰微欲绝,与厥阴病中的寒厥极为类似^[1]。从临床角度分析,暖休克一般是感染性休克的早期阶段,预后较好,冷休克是感染性休克的晚期阶段,预后较差。临床上常见有暖休克转化为冷休克的表现。

厥阴病中热厥转化为寒厥,如《伤寒论》中:“伤寒,厥四日,热反三日,复厥五日,其病

为进,寒多热少,阳气退,故为进也”。伤寒,发热不利,厥逆,躁不得卧者,死”。“伤寒,发热,下利至甚,厥不止者,死”。这些病理的阐述,均表明热厥进一步加深,厥逆更重,病情发生质变,热厥转化为寒厥,预后极其不好。这与急性热病中感染性休克由暖休克渐渐发展至冷休克的机理也是极为一致的。

由此可以看出,厥阴病与急性热病确实存在着共同的病理机制,只不过由于时代的不同,观察方法的不同,其表述有别罢了。

二、应用厥阴病理论治疗急性热病的重要意义

急性热病的发生较为普遍,且往往病情发展迅速,症状较为严重、传变较快。虽然目前的诊断水平和医疗水平有很大提高,可以收到较好疗效,但是也要看到,由于抗生素的普遍应用,而产生了不少的抗药菌种。用西医西药有时很难收到良效。如笔者在临床上治疗 1 例败血症和 2 例中毒性肺炎伴感染性休克患者,在西医临床应用抗生素等治疗仍发热,血压上升不理想,加用中医厥阴病理论辨证施治,临床取得良好疗效。如:贺某某,男,56 岁,住院号 9866。因咳嗽咯痰,高热 3 天住院,右侧胁痛,气急,血压 60/20mmHg,体温 41℃,意识淡漠,右肺呼吸音低,满布细湿罗音。胸片显示:右中下肺实变征象。白细胞总数 $26 \times 10^9/L$,中性 0.93,痰培养克雷白杆菌多种抗生素耐药。西医诊断:肺炎杆菌性肺炎伴感染性休克。中西医共同抢救。诊得神清,气促,四肢清冷,腹胀满,小溲尚清,大便 4 日未行,舌红,苔黄而腻,脉弦细带数。即如仲景所说:“前热者,后必厥,……厥应下之”之例,投以大承气汤加清热化痰之品,处方:大黄 20g,枳实 15g,厚朴 15g,芒硝 10g,苏子 15g,黄芩 15g,莱

菰子 30g, 葶苈子 30g, 蒲公英 30g。1 剂药后大便二次, 色黑, 再服热渐退, 喘渐平, 血压、血象恢复正常, 热厥亦除。

急性热病的早期阶段, 由于未发展到热厥与寒厥的程度, 及早辨证施治, 往往会收到挽危重于平安的疗效。一旦发展到热厥甚至寒厥的阶段, 就应遵循厥阴病的理论, 在热厥时期, 坚持“厥应下之”的法则, 以白头翁汤、大承气汤为主, 荡涤实热之邪, 以保纯真之气, 使阴阳之气相顺接, 不致发展到寒厥的程度。如一旦病情转为寒厥, 就应以“回阳救逆”为治疗方法, 以四逆汤、通脉四逆汤为主, 培护本元之阳, 急救肝肾之阴, 以冀阴阳相济, 起死回生。据张月波报道, 用当归四逆汤配合西医抢救措施, 治疗证属寒厥的急性严重苯胺中毒 6 例, 获得良效^[2]。1997 年 7 月, 我院儿科门诊邀我会诊一中毒性菌痢患者, 男 10 岁, 高热 40℃, 意识清, 面色苍白, 腹泻 1~2 次/日, 四肢不温, 胸腹湿冷, 脉细数。有不洁饮食史。BP50/30mmHg。灌肠查大便常规: WBC 满视野,

RBC15~25 个/高倍视野。中医辨证为阳气欲脱, 法宜回阳救逆。方用四逆汤: 甘草 6g, 干姜 4.5g, 附子 2g。2 剂后热退肢温。总之, 热厥宜清, 寒厥宜温, 这是治疗厥阴病的基本法则。

应用厥阴病理论指导急性热病的治疗, 特别要注意辨证的准确性。在厥阴病的危重急症中。有里真寒外假热之象, 又有里实热、外假寒之候。一是不要将热厥误诊为寒厥, 二是在热厥向寒厥转化期间, 往往出现寒热错杂的复杂情况, 辨证时必须慎之又慎。应用厥阴病理论辨证施治可以阻止热厥向寒厥转化, 一旦发生寒厥, 在西医治疗基础上配合厥阴病理论辨证施治, 临床可取得良好疗效。

参 考 文 献

1. 时振声 时门医述, 北京: 中国医药科技出版社, 1996: 119~141
2. 张云鹏, 以《伤寒论》厥阴病探讨危重急症的辨治法则, 云南中医杂志, 1985 (5)。

(收稿日期 2001-08-29)

《北京中医》2002 年征订启事

《北京中医》是中医、中西医结合综合性学术期刊, 双月刊, 为国际连续出版物, 中国自然科学核心期刊, 北京市优秀期刊, 由北京中医药学会、北京中西医结合学会主办。统一刊号 ISSN1000-4588/CN11-2258/R。本刊面向基层, 注重临床实践, 突出中医特色和北京地区特色, 选登全国各地文章, 栏目多样, 编排规范, 内容充实新颖, 设有京都名医、老中医经验、临床报道、中药方剂、针灸经络、学术探讨、文献综述、专题笔谈、京华中医医院、疑难病研治、科研动态、短篇报道、成药研究等栏目。本刊附有英文目录, 适宜各级中医、中西医结合工作者和中医爱好者阅读, 欢迎广大读者订阅。国内定价每册 5.50 元, 全年 33.00 元。国内代号 2-587。各地邮局订购: 国外代号 BM668, 中国国际图书贸易总公司(北京 399 信箱)订购。广告证号: 京东工商广字 0173 号, 当地订阅不方便者, 本编辑部代办邮购。编辑部地址: 北京东单三条甲七号。邮政编码: 100005 电话 (010) 65251589 传真 (010) 6522.3477 电子信箱: bjTcm@pubLic3.bta.net.CN

《北京中医》编辑部

· 临床报道 ·

小儿癫痫的辨证分型与脑电图检测的关系 ——附 320 例分析

天津中医学院第一附属医院(300193) 马融 张喜莲

关键词 癫痫 辨证分型 脑电图检测 儿科

小儿癫痫是儿科常见的难治病之一,它是以脑内神经元反复过度的异常放电引起反复发作性的脑功能障碍为特征的一种慢性脑部疾患。而脑电图(EEG)是诊断该病最重要的工具。近年来,我们在用中药治疗癫痫的研究中发现,中医的辨证分型与患者的 EEG 检测及西医发作分类之间有一定的内在联系,现报道如下。

一、临床资料

1. 一般资料 本组 320 例癫痫患者为本院癫痫专科门诊及住院病人,均由专科医生根据详细可靠病史、临床表现、EEG 检测及神经系统检查确诊。其中男性 185 例,女性 135 例;年龄最小 8 个月,最大 16 岁,病程最短 1 天,最长 15 年。

2. 分型标准 全部病例由指定专科医生进行辨证分型及发作分类。

(1) 中医辨证分型:根据普通高等教育“九五”国家级重点教材——中医儿科学硕士研究生教材《中医儿科学》标准分为以下四型^[1]:

惊痫:起病前常有惊吓史,发作时有惊叫,吐舌,急啼,神志恍惚,面色时红时白,惊惕不安,如人将捕之状,四肢抽搐,大便粘稠,舌淡红苔白,脉弦滑,乍大乍小,指纹色青。

痰痫:发作时痰涎壅盛,喉间痰鸣,瞪目直

视,神志恍惚,状如痴呆、失神,或仆倒于地,手足抽搐不甚明显,或局部抽动,智力低下,或头痛、腹痛,呕吐,肢体疼痛,骤发骤止,日久不愈,舌苔白腻,脉弦滑。

风痫:发作常由外感高热引起,发作时突然仆倒,神志不清,颈项及全身强直,继而四肢抽搐,两目上视或斜视,牙关紧闭,口吐白沫,口唇及面部色青,舌苔白,脉弦滑。

瘀血痫:发作时头晕眩仆,神识不清,单侧或四肢抽搐,抽搐部位及动态较为固定,头痛或头晕,大便干硬如羊矢,舌红少苔或见瘀点,脉涩,指纹沉滞。

(2) 西医发作分类:根据 1983 年我国小儿神经工作者参考国际抗癫痫协会 1981 年癫痫发作分类标准,并结合我国实际进行修改,提出的小儿癫痫发作分类建议。^[2]

根据以上标准,本组 320 例患者分型情况见下表。

表 1 中医分型情况

分型	n	%	平均年龄 (岁)	平均病程 (年)
风痫	173	54.1	9.3	4.4
痰痫	88	27.5	8.5	2.9
惊痫	30	9.4	9.7	1.9
瘀血痫	29	9.0	11.1	4.3

表 2 西医发作分类情况

分类	强直-阵 挛发作	强直 发作	肌阵挛 发作	失神 发作	婴儿痉 挛症	复杂部 分性发 作	局限运 动性发 作	精神运 动性发 作	植物神 经性发 作
n	167	16	9	16	4	10	41	18	39
%	52.2	5	2.8	5	1.3	3.1	12.8	5.6	12.2

二、脑电图检测及结果

1. 检测方法 采用日本光电公司生产

4317 脑电图描记仪,按国际 10/20 系统安装头皮电极,时间常数为 0.3ms,滤波为 75Hz,纸速

为 3cm/S 标准电压 50uV = 5mm。采用单、双极描记,病人取坐位或卧位。EEG 均在发作间期描记,并以首次描记结果进行分析。

2.EEG 检测结果 320 例患者中 EEG 检测正常者 28 例(8.8%)异常者 292 例(91.2%)

表 3 异常脑波出现情况

慢波(δθ)	快波(β)	尖波	棘波	尖慢波	棘慢波	多棘慢波	节律波(3Hz)	高度失律
185	20	143	41	110	54	20	19	4

注:每个患者可见上述一种或数种异常波。

表 4 各型患者 EEG 检测情况

分型	n	正常	异常	异常率
风病	173	15	158	91.3%
痰病	88	8	80	90.9%
惊病	30	2	28	93.3%
瘀血病	29	3	26	89.7%

$X^2=0.27, P>0.05$

表 5 各型患者特异癫痫波出现情况

分型	n	特异波	非特异波
风病	158	123(77.8%)	35(22.2%)
痰病	80	56(70%)	24(30%)
惊病	28	20(71.4%)	8(28.6%)
瘀血病	26	20(76.9%)	6(23.1%)

注:特异癫痫波包括尖波、棘波、尖慢波、棘慢波、多棘慢波、节律波(3Hz)高度失律。

$X^2=1.99, P>0.05$

表 6 各型患者异常脑波情况

分型	n	尖波、棘波、快波	慢波	尖慢、棘慢、多棘慢或各种波混杂交替出现
风病	158	35(22.2%)	37(23.4%)	86(54.4%)
痰病	80	14(17.5%)	21(26.2%)	45(56.3%)
惊病	28	8(28.6%)	6(21.4%)	14(50%)
瘀血病	26	1(3.8%)	4(15.4%)	21(80.8%)
合计	292	58(19.9%)	68(23.3%)	166

$X^2=9.13, P>0.05$

表 7 中西医分型情况

分型	n	强直—阵挛发作	强直发作	肌阵挛发作	失神发作	婴儿痉挛症	复杂部分性发作	精神运动性发作	植物神经性发作	局限运动性发作
风病	173	109	11	8	1	2	5	5		32
痰病	88	24	1	1	14	0	5	1	36	6
惊病	30	12	3	0	1	2	0	11	0	1
瘀血病	29	22	1	0	0	0	0	1	3	2
合计	320	167	16	9	16	4	10	18	39	41

三、讨论

随着现代医学检查手段的发展,影像学技术如 CT 或 MRI 的检查对于癫痫的诊断起了很好的协助作用,尤其是继发性癫痫,但对于脑生物电异常改变的检查,EEG 仍是最重要的、不可替代的方法之一。目前根据中医辨证

分型和 EEG 检测以观察各个证型的 EEG 效应的资料不多。近几年我们通过对癫痫患者中医辨证分型的 EEG 检测及其与西医分类的对照观察,发现其中似有一些规律可循:

1. 实证波多以尖、棘、快波为主 从临床辨证来看,无论是风、痰、惊、瘀血病,其中凡以

邪气盛,正气充的实证为主者,EEG 多见尖波、棘波、快波。从西医分型来看,多属于癫痫症状发作较重的强直—阵挛性发作、强直发作等,因此我们将 EEG 中以尖波、棘波、快波单一出现或混杂出现为主者,称为实证波。现代医学认为尖波和棘波的形成是由于各种因素(如神经元树突侧枝减少或消失,发生持续去极化,或神经元轴突侧枝抑制系统破坏)导致神经元兴奋性异常增高而致;快波的形成主要由桥脑、延脑病变使中央脑及网状结构上行系统损害,导致机能亢进而致。总之为神经元的兴奋与抑制状态的失衡,兴奋增强。这与中医阴阳失调;“阳亢”的邪实状态极为相似。因此治疗时我们用抑制“兴奋”的攻实祛邪法(如平肝潜阳,豁痰熄风,清心安神,镇惊定痫,泻火通实,吐泻导痰等)治疗取得了很好的疗效。

2. 虚证波以慢波为主 脑电图表现为单独慢波或以慢波为主,我们称此种慢波为虚证波。此类患儿起病较慢,素体虚弱,痰浊内伏,遇有外因触动则反复发作;或患儿癫痫发作继发于其它器质性病变(如脑发育畸形,遗传代谢病,颅内感染,脑病等);或癫痫反复发作,日久不愈,正气耗损者;亦有部分患儿为癫痫发作虽基本控制,但造成严重的认知功能障碍者。此类患儿病程较长,且发作频繁,持续时间长,症状较重,表现为一派“虚象”(抽搐无力,仅为颤动、蠕动,失神呆滞、失张力等表现)临床辨证可见于各型中,但主要以出现虚证为主。可涉及肝、脾、肾、脑及气血阴阳的虚损。现代医学认为慢波的形成因大脑受损伤神经元代谢降低,神经纤维传导速度减慢,反映了皮层机能低下。尤其小儿本身神经元发育尚未健全,突触间联系不完善,因此慢波特点更明显。而这种机能低下与中医之虚证极为吻合。临床对此类病人采用补虚扶正为主,甚至单纯使用扶正法(如滋补肝肾之杞菊地黄丸,健脾之参苓白术散及补肾之河车八味丸等)治疗效果可佳。

3. 虚实夹杂证多见尖—慢波、棘—慢波、多棘慢波等 脑电图表现以尖—慢波、棘—慢波、多棘慢波、高度失律为主或此类波与实证波及虚证波混杂交替出现,我们将此种波称为

虚实夹杂波。此类病人一般素体本虚,遇有外邪触动则发作不已;或素体尚佳,但因癫痫发作日久不愈,邪气未祛,又耗伤正气,形成虚实夹杂证。邪不去则正更伤,正气虚则邪更易留滞。如此恶性循环,虚实错杂,缠绵难愈。此型病人病程亦较长,发作频繁,症状较重。表现既有风、火、痰、惊、瘀等实象,又兼肝、脾、肾等虚损。临床可见于各证型中,且所占比例较大:风痫(54.4%),痰痫(56.3%),惊痫(50%),瘀血痫(80.8%)。尤其瘀血痫更常见,正如中医之所谓“久病必虚”、“久病必瘀”。临床治疗时宜采用攻补兼施,扶正祛邪的方法。如用健脾祛痰之抗痫胶囊治疗小儿癫痫 73 例,总有效率达 76.7%^[3],采用益肾填精、豁痰熄风之熄风胶囊治疗 30 例强直—阵挛性发作,总有效率达 90%^[4]。另外采用育阴潜阳、柔肝熄风之柴胡龙骨牡蛎汤加减治疗精神运动性癫痫亦取得了很好的疗效。

另外我们发现,320 例患者中,EEG 正常者 28 例(8.8%),异常者 292 例(91.2%),而特异性癫痫波的出现仅有 219 例(75%)。这提示我们不能把 EEG 检查及特异癫痫波的出现作为诊断癫痫的必要的依据,还要根据其可靠的病史、临床表现及其它检查综合做出确切的诊断。

总之,中医辨证分型与脑电图检测之间存在着一定的关系,这为我们临床辨证论治提供了较可靠的参考指征,对中医分型量化及指标客观性具有实践意义。但其具体的机制尚待进一步研究。

参 考 文 献

1. 汪受传. 中医儿科学. 北京:人民卫生出版社, 1998:874
2. 全国小儿神经病学专题讨论会 关于小儿癫痫临床分类和治疗的建议. 中华儿科杂志, 1984 2X(2):100
3. 马融. 抗痫散为主治疗小儿痫证 73 例临床观察及实验研究. 北京中医, 1988, 1:32
4. 马融, 张喜莲, 刘玉珍等. 针刺加熄风胶囊治疗小儿癫痫强直—阵挛性发作的临床观察. 中医杂志, 2001 4X(5):276

健脾泄浊化瘀合剂治疗早中期慢性肾衰临床观察

北京市公安医院(100006) 殷苏燕

内容摘要 为观察自拟健脾泄浊化瘀合剂对早中期慢性肾衰的治疗作用,将 50 例患者随机分为中药治疗组(25 例)和西药对照组(25 例)。结果治疗组血清肌酐、尿素氮、甘油三酯、磷均较治疗前明显下降(均为 $P < 0.05$);而对照组血清肌酐、尿素氮、甘油三酯、磷较治疗前无明显变化($P > 0.05$)。治疗组总有效率 76%,对照组总有效率 24%,治疗组总有效率明显优于对照组($P < 0.05$)。表明本方确能有效地延缓早中期慢性肾功能衰竭的进展速度。

关键词 健脾泄浊合剂 早中期慢性肾衰

慢性肾功能衰竭(CRF)多呈进行性恶化,最终将发展为尿毒症,需行替代治疗。CRF 早中期阶段的中药治疗,对延缓肾功能衰竭进展,改善临床症状,提高生活质量有一定作用。本文采用中药健脾泄浊合剂治疗早中期 CRF 取得了较好疗效,现报道如下。

一、临床资料

1. 一般资料 本组共观察 50 例,均为 1999 年 2 月~2000 年 12 月住院及门诊病人,随机分为治疗组 25 例,对照组 25 例。所有患者入选前均经内科保守治疗,血压、水电解质、酸碱度等已处于较为平稳状态。治疗组男 11 例,女 14 例,年龄 30~68 岁,平均 45.38 ± 12.17 岁。对照组男 10 例,女 15 例,年龄 26~72 岁,平均 42.95 ± 17.34 岁。导致 CRF 病因:慢性肾小球肾炎 21 例,糖尿病肾病 8 例,高血压肾动脉硬化 7 例,慢性肾盂肾炎 6 例,狼疮性肾炎 6 例,尿酸性肾病 1 例,多囊肾 1 例。肾功能分期以 1992 年全国原发性肾小球疾病分型与治疗及诊断标准专题座谈会纪要为标准。其中慢性肾功能不全代偿期 9 例,肾功能不全失代偿期 24 例,肾功能衰竭期 17 例,均为 CRF 早中期患者。两组在性别、年龄、CRF 病因、肾功能分期等方面均无显著性差异($P > 0.05$)。

2. 观察指标 两组治疗前后血清肌酐、尿素氮、胆固醇、甘油三酯、钙、磷。

3. 统计学处理 所有数据均以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm SD$)表示,组间及组内比较采用 t 检验。

二、治疗方法

两组病人均接受低蛋白饮食、纠正代谢性

酸中毒、维持水电解质平衡、纠正贫血、控制血压等非透析治疗以缓解临床症状,延缓肾功能进行性恶化。蛋白质摄入量为 $0.6 - 0.8g/kg$ 体重/日,以高效价动物蛋白为主,磷摄入量为 $10mg/kg$ 体重/日;热量摄入为 $25 \sim 30$ 千卡/ kg 体重/日。以 $NaHCO_3$ $0.5 - 3g/次$, 3 次/日,纠正代谢性酸中毒,严重者缓慢静点 $5\% NaHCO_3$ $125ml$ 。以益比奥 $50 \sim 100IU/kg$ 体重/周皮下注射纠正贫血。血压高者酌情加用钙拮抗剂、 α 受体阻滞剂、 β 受体阻滞剂、利尿剂。在此基础上,治疗组患者加用自拟健脾泄浊化瘀合剂:黄芪 $30g$,苡仁 $15g$,芡实 $10g$,当归 $10g$,丹参 $20g$,何首乌 $10g$,生大黄 $6 \sim 30g$ (后下),生牡蛎 $30g$ (先下),半夏 $10g$,茯苓 $15g$,陈皮 $10g$,红花 $10g$ 。湿浊犯胃,恶心呕吐者加竹茹 $10g$,兼夹外邪者加金银花 $15g$,连翘 $10g$;血尿明显者加白茅根 $15g$,有蛋白尿者加金樱子 $10g$ 。每日一剂,水煎服,疗程 3 个月,大便以每日 $1 \sim 3$ 次为宜。

三、结果

1. 疗效判定 显效:症状、体征减轻或消失,血清肌酐降低 $\geq 30\%$,有效:症状、体征减轻或消失,血清肌酐降低 $< 30\%$, $\geq 5\%$,无效:症状、体征无变化或加重,血清肌酐不降低或上升。

2. 治疗结果

(1) 生化指标变化:两组治疗前血清肌酐、尿素氮比较无显著差异($P > 0.05$),说明两组具有可比性。治疗后,治疗组血清肌酐、尿素氮、甘油三酯、磷均较治疗前明显下降(均为 $P < 0.05$);而对照组血清肌酐、尿素氮、甘油三酯、磷较治疗前无明显变化($P > 0.05$)。

附表 治疗前后观察指标变化情况

项目	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
血清肌酐 ($\mu\text{mol/L}$)	479.52 $\pm$ 165.41	391.55 $\pm$ 170.87 *	458.78 $\pm$ 146.29	461.40 $\pm$ 153.37 #
血清尿素氮 (mmol/L)	19.63 $\pm$ 5.74	16.82 $\pm$ 7.31 *	19.15 $\pm$ 5.69	19.22 $\pm$ 6.14 #
血清胆固醇 (mmol/L)	4.51 $\pm$ 1.03	4.39 $\pm$ 1.27 #	4.59 $\pm$ 1.07	4.59 $\pm$ 1.04 #
血清甘油三酯 (mmol/L)	1.67 $\pm$ 0.47	1.24 $\pm$ 0.63 *	1.66 $\pm$ 0.82	1.67 $\pm$ 0.75 #
血清钙 (mmol/L)	2.31 $\pm$ 0.11	2.38 $\pm$ 0.12 #	2.32 $\pm$ 0.13	2.37 $\pm$ 0.09 #
血清磷 (mmol/L)	1.66 $\pm$ 0.35	1.37 $\pm$ 0.23 *	1.65 $\pm$ 0.29	1.64 $\pm$ 0.17 #

:与治疗前比较 $P > 0.05$ 。 * :与治疗前比较 $P < 0.05$ 。

(2)临床疗效 治疗组显效 5 例 ,有效 14 例 ,无效 6 例 ,总有效率 76%(19/25)。对照组有效 6 例 ,无效 19 例 ,总有效率 24%(6/25)。治疗组总有效率明显优于对照组($P < 0.05$)。

四、讨论

1.CRF 多属本虚标实、虚实夹杂之证 ,病机关键为脾肾衰败 ,湿浊壅盛。临床治疗当扶正祛邪 ,虚实兼顾 ,标本同治。据此原则拟定的健脾泄浊化瘀合剂具有调理脾肾、泄浊通络作用 ,既可健脾益肾 ,补气养血 ,扶其正之不足 ,又可祛湿泄浊 ,化瘀通络 ,泄其邪之有余 ,使邪有出路 ,不致为患。方中黄芪健脾益气 ,利水消肿 ,配当归补气生血 ,合半夏、茯苓、陈皮、苡仁 ,祛湿泄浊 ,现代研究证明黄芪有利尿、降血清肌酐、尿素氮、蛋白尿作用^[1]。大黄清热解毒 ,活血化瘀 ,泻下攻积 ,为延缓肾衰进展之要药。其攻下泄毒作用 ,能使一部分氮质从肠道清除体外 ,其化瘀作用能改善肾衰病人的高凝状态 ,抑制残余肾的高代谢 ,纠正脂质紊乱。此外 ,大黄内含有多种人体必需氨基酸 ,尚有利尿降压消炎作用 ,对防治 CRF 病人感染 ,缓解高血压有一定作用^[2 3 4]。丹参活血化瘀 ,有抑制肾小球纤维化作用^[3 4] ,配何首乌、红花补肾化瘀 ,尚可降血脂 ,调节免疫功能^[5]。牡蛎富含 CaCO_3 ,可调节钙磷代谢 ,有益于防治肾性骨病^[4]。诸药合用 ,攻补兼施 ,促进体内气血运行 ,可使早中期 CRF 患者肾功能得到保护及不同程度恢复 ,从而延缓肾衰进展。

2. 本文结果显示 治疗后血清肌酐、尿素氮均较治疗前明显降低 ,提示本方确能有效地延缓早中期 CRF 的进展速度 ,保护其残余肾功能。

3. 脂质代谢紊乱是导致肾小球硬化 ,从而引起肾病进行性恶化的重要因素之一。本方治疗后甘油三酯水平明显下降 ,表明其有调节脂质代谢 ,进而延缓肾衰进展作用。

4.CRF 患者多存在钙磷代谢紊乱 ,易继发甲状旁腺功能亢进 ,促进溶骨过程加剧 ,导致骨痛、皮肤瘙痒等肾性骨病症状。本方有明显降磷作用 ,从而可防止肾性骨病发生与加重 ,有助于 CRF 患者生活质量提高。

总之 ,健脾泄浊化瘀合剂扶正祛邪 ,可有效缓解 CRF 早中期患者临床症状 ,保护其残余肾功能 ,延缓肾衰进展 ,并使病人生活质量得到不同程度提高。

参 考 文 献

1. 胡仲仪 ,陈以平 ,沈珍珠 ,等 . 黄芪注射液治疗糖尿病肾病性水肿的疗效观察 . 中国中西医结合杂志 ,2000 ,20(8) :618 - 619 .
2. 孙延兵 ,陈秉良 ,贾强 ,等 . 新清宁配合小剂量持续胃肠透析治疗尿毒症临床疗效观察 . 中国中西医结合杂志 ,2000 ,20(9) :660 - 663 .
3. 朱群疆 ,韦先进 ,赵卫兵 ,等 . 保元强肾 II 号胶囊对慢性肾功能衰竭肾小管间质损伤的临床研究 . 中国中西医结合杂志 ,1999 ,19(12) :721 - 724 .
4. 焦富英 ,吴卫红 . 自拟大黄附子龙牡汤灌肠治疗尿毒症 30 例 . 辽宁中医杂志 ,1999 ,26(6) :254 .
5. 赵东升等主编 . 肾类尿毒症独特秘方绝招 . 中国医药科技出版社 . 1998 年 8 月 .

自拟“ 益肾汤 ”治疗慢性肾功能衰竭的临床观察

上海市第六人民医院(200233) 张家铭 周莹 马建慧

近年来笔者自拟“ 益肾汤 ”,结合西医疗法治疗慢性肾功能衰竭,取得了较好的疗效,报道如下。

一、临床资料

46 例均为本院门诊或住院病人,其中门诊病人 42 例,住院病人 4 例;男性 34 例,女性 12 例;年龄 40~79 岁,平均 57 岁。原发病包括慢性肾小球肾炎 23 例,慢性肾盂肾炎 7 例,高血压肾病 7 例,糖尿病肾病 6 例,痛风性肾病 2 例,多囊肾 1 例。病程 1 年以内 16 例,1~3 年 26 例,3 年以上 4 例。

二、治疗方法

自拟“ 益肾汤 ”治疗。基本方:六月雪 30g,黑大豆 15g,菟丝子 12g,生黄芪 15g,炒白术 9g,熟薏仁 15g,仙灵脾 12g,茯苓 12g,丹参 9g,当归 12g,杜仲 9g,制军 9g。加减:畏寒加附子、巴戟;腰痛甚加狗脊、续断;纳呆减生黄芪至 9g,加鸡金、谷芽、麦芽;失眠加夜交藤、灵芝、景天三七;尿血加茅根、芦根、侧柏叶、仙鹤草;尿蛋白加芡实、金樱子;高血压加钩藤、羚羊角粉。用法:每日 1 剂,煎 2 次分服,3 个月为一个疗程。结合中成药和西医疗法:血糖控制不好的糖尿病肾病患者加用达美康、拜糖平;高血压肾病患者加用珍菊降压片、科素亚等;痛风性肾病患者加用别嘌呤醇。患者采取优质低蛋白饮食、劳逸结合的生活方式。

三、疗效统计

1. 疗效标准 根据 1997 年全国中医肾脏病学术会议制定的疗效标准^[1]:显效:自觉症状显著改善,主要症状消失,Scr 下降 $\geq 30\%$ 。有效:临床症状明显改善,Scr 下降 $15\% \sim 30\%$ 。改善:Scr 下降未达 15% ,临床症状改善。无效:Scr 以及临床症状无改善或加重。肾功能分级诊断指标,参考美国心脏学会制定的肾功能分级标准^[2]根据 Scr 将病人分为 6 级:

- I 级 Scr<2mg/dL(177umol/L)
- II 级:Scr 2. 0 ~ 2. 4mg/dL(177 ~

- 212umol/L)
- III 级:Scr 2. 5 ~ 4. 9mg/dL(221 ~ 433umol/L)
- IV 级 Scr 5~7. 9mg/dL(442~698umol/L)
- V 级 Scr 8~12mg/dL(704~1056umol/L)
- VI 级 Scr >12mg/dL(>1056umol/L)
- 46 例患者中 I 级 28 例,II 级 14 例,III 级 3 例,IV 级 1 例。

2. 治疗效果 (1)临床疗效:显效 30 例(占 65.22%),有效 10 例(占 21.74%),改善 4 例(占 8.70%),无效 2 例(占 4.35%),总有效率为 86.96%。

(2)肾功能分级的改善:

	I	II	III	IV
治疗前	28 例	14 例	3 例	1 例
治疗后	34 例	10 例	2 例	

(3)肾功能化验指标的改善:

	Scr(umol/L)	Bur(umol/L)
治疗前	17. 125 ± 51. 38	15. 22 ± 8. 37
治疗后	132. 74 ± 45. 26 * *	9. 93 ± 5. 76 *

注:与治疗前相比 * P < 0.05 * * P < 0.01

四、讨论

慢性肾功能衰竭病人多现脾肾两亏、血脉瘀阻的证象。我们运用黄芪、黑大豆、白术、茯苓健脾益气,菟丝子、仙灵脾、杜仲补肾壮腰,丹参、当归活血补血,六月雪、熟薏仁、制军涤泄秽浊。攻补兼施,扶正达邪,取得了较好的效果。从临床疗效和化验结果看,本方能保护残存肾功能,恢复少量丧失的功能,延缓或阻止病情进一步恶化,提高病人生存质量。

参 考 文 献

1. 中国中医药学会中医肾病专业委员会,第十二届全国中医肾病学术会议论文汇编,1997,75.
2. 陈力田. 慢性肾功能衰竭, 哈尔滨:黑龙江人民出版社, 1981,32.

(收稿日期 2001-01-05)

丹芪益肾汤治疗糖尿病性肾病疗效观察

江苏省盐城市中医院(224002) 胡建萍

关键词 丹芪益肾汤 糖尿病性肾病

糖尿病性肾病是糖尿病的严重并发症。随着胰岛素的问世并广泛应用于临床之后,糖尿病患者的病程便不断延长,糖尿病性肾病及其引起的肾功能衰竭的发生率也在逐年升高,如今已经成为糖尿病患者第二位死亡原因,仅次于心肌梗塞。所以,早期发现、及早诊断和合理治疗糖尿病性肾病具有重要的临床意义。我从 1994 年开始,用自拟丹芪益肾汤治疗糖尿病性肾病 48 例,并与糖适平治疗的 29 例对照,观察其对尿蛋白的排泄及肾功能的影响,疗效满意。现报道如下。

一、临床资料

全部 77 例均为 1994~1999 年本院门诊部肾病专科就诊及部分住院患者,符合 WHO 诊断标准。其中男性 46 例,女性 31 例,年龄最小 35 岁,最大 60 岁,平均 45.6 岁;病程最短 8 年,最长 15 年;血压 $<150/95\text{mmHg}$,尿蛋白定性 $\sim + + +$,尿蛋白定量 $<300\text{mg}/24\text{h}$,血清肌酐 $<132\mu\text{mol/L}$ 。所有患者无心、肝、肾疾病,无尿路感染等。

二、治疗方法

1. 分组 将 77 例随机分成两组,治疗组 48 例,使用自拟丹芪益肾汤,每天 1 剂,水煎分两次温服,30 天为 1 个疗程,治疗两疗程后观察疗效。对照组 29 例,使用糖适平 $30\text{mg} \sim 60\text{mg}/\text{次}$,3 次/d。两组患者均坚持饮食控制。两组一般资料相同,具有可比性。

2. 丹芪益肾汤的组成 丹参、黄芪各 50g,党参、沙参、石韦各 30g,生地、山萸肉、泽泻各 15g,水蛭 3g(研末吞服)。加減(若伴心烦

不寐,面部红赤加竹茹、枳实、山栀各 10g;合并高血压眩晕者,加双钩藤 15g,天麻 6g,磁石 30g(先煎);合并高脂血症者加山楂、茵陈各 15g,决明子 30g;伴有皮肤感染加银花、紫花地丁各 30g,白鲜皮、地肤子各 15g。

3. 观察指标 临床症状与体征的缓解程度;尿蛋白定性、定量检查;血肌酐浓度、尿肌酐浓度测定。血、尿肌酐用全自动生化分析仪(日本岛津 C_2-7200 型)检测,内生肌酐清除率(C_{cr})用标准体表面积 1.73m^2 校正,血糖用葡萄糖氧化酶法,结果以 $\bar{X} \pm D$ 表示,采用 t 检验。

三、疗效观察

1. 疗效判断标准 显效:治疗后症状消失,尿蛋白定性(-),尿蛋白定量 $<30\text{mg}/24\text{h}$,血肌酐 $<103\mu\text{mol/L}$,内生肌酐清除率 $108\text{ml}/\text{min}$, 1.73m^2 ,空腹血糖 $<6.0\text{mmol/L}$,餐后 2h 血糖 $<6.9\text{mmol/L}$ 。有效:治疗后症状明显改善,尿蛋白定性($\pm \sim +$),尿蛋白定量 $<150\text{mg}/24\text{h}$,血肌酐 $<106\mu\text{mol/L}$,内生肌酐清除率 $102\text{ml}/\text{min}$, 1.73m^2 ,空腹血糖 $<6.8\text{mmol/L}$,餐后 2h 血糖 $<7.1\text{mmol/L}$ 。无效:未达到有效标准。

2. 治疗结果 (1)总疗效:治疗组 48 例,显效 10 例,有效 31 例,无效 7 例,总有效率 85.4%。对照组 29 例,显效 5 例,有效 14 例,无效 10 例,总有效率 65.5%。两组总有效率经统计学处理, $P < 0.05$,差异显著。

(2)尿蛋白定性定量 C_{cr} ,空腹血糖变化见表 1

表 1 两组治疗前后尿蛋白定性定量 Ccr、空腹血糖的变化($\bar{x} \pm D$)

组 别	n	治疗前				治疗后			
		尿蛋白		Ccr (ml. min. l. 73m ²)	血糖 mmol/L	尿蛋白		Ccr (ml. min. l. 73m ²)	血糖 mmol/L
		定性	定量 mg/24h			定性	定量 mg/24h		
治疗组	48	++~+++	107±56	98±10.8	10±2.83	—	81±45	96±10.0	7.48±1.98
对照组	29	++	113±51	92±11.3	11.7±2.34	+~++	124±49	85±7.5	7.66±2.59

由表 1 可以看出 ,治疗组经 2 个疗程治疗后 ,其尿蛋白定性及 24h 尿蛋白定量明显下降 ,治疗前后自身比较 ,经 *t* 检验表明差异显著 (*P* < 0. 01) ,与对照组比较 ,也有明显差异 , (*P* < 0. 05) ,表明本方有明显的消除或减少尿蛋白的作用 ,治疗组治疗前后空腹血糖明显下降 ,经 *t* 检验证明差异显著 (*P* < 0. 01) ,与对照组比较无明显差异 (*P* > 0. 05) ,表明本方有较明显的降糖作用 ;治疗组治疗前后 Ccr 无明显变化 (*P* > 0. 05) ,与对照组比较无明显差异 (*P* > 0. 05) ,表明本方对肾小球的滤过功能无影响。

四、体会

糖尿病性肾病的病机特点一般为消渴病程迁延反复 ,阴虚燥热 ,日久耗气致气阴两虚 ,病情发展而阴损及阳。阴阳俱虚 ,气阳摄纳无权 ,精微不固 ,甚则阳虚而浊毒瘀阻。符合中医所谓“久病络瘀”之说。其本在肺、脾、肾三脏皆损 ,其标在于阳虚寒凝 ,瘀血内停 ;或气血耗损 ,血滞成瘀。故笔者治疗本病是从祛邪扶正着手 ,采用活血祛瘀 ,健脾益气 ,滋肺养肾 ,固摄精微的方法 ,使有害的病理产物——瘀血得祛 ,血气通畅 ,后天生化资源充盛 ,五脏精气充盈 ,肺得濡润 ,肾气固摄 ,气血阴阳调和 ,脏腑功能趋于正常运作。自拟丹芪益肾汤选用丹参、水蛭活血祛瘀 ;黄芪、党参健脾温中 ,益气升提 ,化生气血 ,固摄精微 ;沙参养阴清肺 ,益气生津 ;生地、山萸肉滋肾补血 ,益髓填精 ;石韦、泽泻清肺金滋化源以利水道。全方共奏祛邪扶正、调和气血、平衡阴阳的功用。

又据现代药理学研究 ,丹参、水蛭具有抗

凝血、抗血栓形成、抗血小板聚集的作用 ,从而能够改善糖尿病性肾病患者体内的高凝血状态 ,进而改善肾微血循环 ,增加肾小球的有效滤过压 ,缓解肾小球的高灌注、高滤过状态 ,保护肾小球微血管内皮细胞 ,延缓肾小球硬化 ,减少尿蛋白的排泄^[1]。实验研究表明 ,丹参还有降血糖作用。而黄芪对血糖具有双向调节作用 (对胰岛素性低血糖无明显影响) ,并对肾小球基底膜的电荷屏障和机械屏障均有保护作用 ,从而减轻通透性蛋白尿 ,对肾性蛋白尿有减轻和消除作用 ,且疗效确切^[2]。糖尿病患者长期代谢紊乱 ,引起血小板功能异常 ,微循环障碍 ,组织缺氧及血栓素等损伤物质增加 ,导致血管内皮损伤 ,从而导致糖尿病性肾病进行性发展。临床研究已证实 ,黄芪通过扩血管 ,改善血小板功能、改善微循环抗缺氧等作用 ,使内皮细胞受损功能恢复 ,改善肾脏局部血液动力学的异常 ,说明黄芪对早期糖尿病肾病有防治作用 ,可减轻、延缓糖尿病肾病的进展^[3]。石韦可消除蛋白尿 ,泽泻淡渗利尿可减轻容量负荷 ,调节血压 ,保护肾功能。

参 考 文 献

1. 国家中医药管理局 中华本草 编委会. 中华本草. 上海科学技术出版社 ,1998 :1656 - 1571 2353 - 2354.
2. 柏乐 ,毕立群. 黄芪注射液治疗肾病蛋白尿 47 例临床观察. 上海医药 ,1998 ,19(1) :15
3. 冀连军 ,冯林美 ,徐秀云 ,等. 黄芪对早期糖尿病肾病患者尿内皮素的影响. 中国中西医结合杂志 ,2000 ,20(3) :215

(收稿日期 2001 - 01 - 02)