

目次

论著

- 温阳行水法治疗肝硬化腹水 36 例临床观察 李林 王丽春 庄逢源等 131
- 心衰颗粒对慢性充血性心力衰竭患者血管紧张素Ⅱ、醛固酮的影响 宋庆桥 高改地 付亚龙等 134
- 保肾方对糖尿病肾病血液高凝状态干预的研究 张胜容 136
- 解忧汤外洗治疗慢性皮肤溃疡临床观察 ... 韩 洪 张 军 张增仁等 139
- 辨证治疗慢性原发性血小板减少性紫癜 32 例疗效观察 叶 明 141
- 老中医经验
- 任俊杰从痰瘀辨治老年消化性溃疡的经验探讨 张伯君 143
- 学术探讨
- 中医多学科研究的基本思路和展望 雷顺群 王淑珍 146
- 临床报道
- 综合疗法治疗中风急症 414 例临床研究 ... 李祥舒 杜长海 齐锡友等 150
- 乳增消汤治疗乳腺囊性增生病 83 例临床疗效观察 付 军 152
- 扶正疏泄法治疗慢性乙肝 96 例 王京奇 李永泉 李登福 154
- 疏肝健脾汤治疗慢性乙肝 287 例临床观察 王国玮 李晓梅 157
- 四物汤合玉屏风散治疗春季卡他性结膜炎 48 例疗效观察 宋爱青 卢晓峰 159
- 全麻下推拿治疗腰椎间盘突出症 108 例 车士祥 160
- 化痰逐瘀法治疗糖尿病周围神经病变的临床观察 潘继兵 161
- 健脾调肝通脉汤治疗冠心病的临床观察 郭 兰 163
- 中药与方剂
- 龙胆泻肝汤治疗输精管结扎术并发阴囊急性坏疽 郑天贵 张玉兰 164
- 番泻叶的功效及不良反应 骆小娟 王荣芳 165
- 宣痹汤治疗热痹 73 例疗效观察 桑庆生 166

针灸经络

- 针灸加中药治疗头风 115 例临床报告 吴春节 李 建 167
- 针灸治疗假性延髓麻痹研究进展 肖 蕾 169
- 首都医科大学中医药学院专栏
- 生脉散预防脑局部缺血的机理探讨 文朝阳 丰 平 172
- 中医治疗阳虚型原发性高血压病的概况 邹志东 仲 英 174
- 影响中医临床思维的主要因素分析 章红英 176
- 实验研究
- 健脾清化汤体外对 H_p 抑杀作用的实验研究 ... 汪红兵 周 晶 张声生等 180
- 参附注射液治疗中风临床观察 曹佩红 焦晓燕 占 戈 182
- 国外中医
- 针刺、耳穴贴压配合中药治疗头痛疗效观察 吴 诗 184
- 综述
- 糖尿病肾病的中医药研究进展 洪昱铃 187
- 短篇报道
- 化湿解毒汤治疗狐惑证验案 ... 肖建军 145
- 幼年类风湿关节炎全身型治验举隅 么 远 183
- 牛黄羚珠丹治疗痰热上壅型二级高血压 53 例临床观察 赵学勤 186
- 攻补兼施法治疗肾病综合征 61 例 李宝生 190
- 加味桂枝汤治疗寒冷性多形红斑 杨 芳 193
- 成药研究
- 辨证施治治疗肝纤维化 石怀芝 191
- 血府逐瘀胶囊治疗慢性盆腔炎 17 例 郭 玲 郭宏宇 徐金英等 192
- 消息
- 2002 年全国中药现代研究与发展学术会议征文通知 151
- 消息 149
- 消息 181

BEIJING JOURNAL OF TRADITIONAL CHINESE MEDICINE

Bimonthly Volume 21, Number 3 June 2002

MAIN CONTENTS

Clinical Observation of Warming Yang to Promote Diuresis Therapy for Ascites due to Cirrhosis; A Report of 36 Cases	Li Lin, et al	131
Affect of Heart Failure Grain for Angiotensin II and Aldosterone of Chronic Congestive Heart Failure patients	Song Qingqiao, et al	134
Affect of Baoshen Recipe for Blood Hypercoagulability due to Diabetic Nephropathy	Zhang Shengrong, et al	136
Clinical Observation of Skin Ulcer Treated by Jieyou Tang Bathe a Wound	Han Hong, et al	139
Differential Treatment for 32 Cases of Chronic Primary Thrombocytopenic Purpura	Ye Ming	141
Ren Junjie's Experience on Differential Treatment of Peptic Ulcer in Senility From Phlegm Stasis	Zhang Bojun	143
Basic Thinking and Prospect of Research in TCM Many Subject	Lei Shunqun, et al	146
Research of Combined Treatment for Apoplectic Emergency; A Report of 414 Cases	Li Xiangshu, et al	150
Therapeutic Efficacy of Ruzengxiao Tang for Cystic Hyperplasia of Breast; A Report of 83 Cases ...	Fu Jun	152
Treatment for 96 Cases of Chronic Hepatitis B With Fuzheng Shuxie Method	Wang Jingqi, et al	154
Clinical Observation of Chronic Hepatitis B Treated by Shugan Jianpi Tang; A Report of 287 Cases	Wang Guowei, et al	157
Therapeutic Efficacy of Siwu Tang and Yupingfeng San for Spring Catarrhal Conjunctivitis; A Report of 48 Cases	Song Aiqing	159
Complicated Acute Scrotal Gangrene due to Vasoligation Treated by Longdan Xiegan Tang	Zheng Tianguai, et al	164
Therapeutic Efficacy of Xuanbi Tang for Heat Bi; A Report of 73 Cases	Sang Qingsheng, et al	166
Research Development of Treatment of Pseudobulbar Paralysis With Acupuncture and Moxibustion	Xiao Lei	169
Research Development on Treatment of Diabetic Nephropathy on TCM	Hong Yuqian	187

(双月刊)

创刊: 1982 年
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 21 卷第 3 期
2002 年 6 月 25 日出版
名誉主编: 关幼波 路志正
方和谦
主编: 谢阳谷
编辑部主任: 刘殿永
责任编辑: 高丹枫
统一刊号: ISSN1000-4599
CN11-2258/R
广告证号: 京东工商广字 0083

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

• 论著 •

温阳行水法治疗肝硬化腹水 36 例临床观察

李林 王丽春 庄逢源 赵静波 车建斌

【摘要】 目的 研究中医药在肝硬化腹水症中消退腹水、改善肝功能、减少合并症方面的疗效。方法 自拟温阳行水方剂,结合西药小剂量利尿剂和补充白蛋白。并与西药对照组对照观察。结果 总疗效中显效率、有效率、死亡率均有显著差异;腹水消退时间、并发症发生率、肝功能分级评价、血清生化各项指标及血清纤维化指标等各方面均有显著差异。结论 温阳行水法治疗肝硬化腹水具有见效快、有效率高、合并症少、远期疗效好等优点。

【关键词】 肝硬化腹水; 温阳行水法; 中西医结合

肝硬化腹水目前在临床上缺乏理想有效的治疗。我们采用中西医结合温阳行水的方法治疗了 36 例肝硬化腹水患者,在消退腹水、改善肝功能、减少合并症方面取得了满意的疗效。报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

1994 年 5 月~1996 年 10 月因肝硬化腹水在我院住院治疗的病人 60 例为观察对象,随机分组,治疗组 36 例,对照组 24 例。两组病例在年龄、性别上无明显差异,病因、并发症、合并症、腹水的性质、次数及腹水量均具有可比性。

1.2 诊断依据

符合肝硬化诊断标准,并排除其他器官纤维化疾病和胶原性疾病,入院时均有腹水存在。

2 治疗方法

两组病例均自入院起治疗观察 4~8 周,每日记尿量、腹围,每周测体重 1 次,2 周复查 1 次肝肾功能、血电解质及 B 超,部分患者检测肝纤维化指标。所有患者均卧床休息,低盐饮食,密切观察并发症。

2.1 治疗组

使用小量利尿剂,双氢克脉噻 25mg,一日 1~2 次,安体舒通 20~40mg,1 天 1~2 次,白蛋白<3.0g 者酌量适当补充白蛋白。口服中药,

处方:黄芪 30g,白术 10g,茯苓 30g,猪苓 30g,泽泻 10g,制附子 10g,干姜 10g,桂枝 10g,大腹皮 30g,汉防己 15g,冬瓜皮 30g,车前子 30g^①。水煎剂,1 日 1 剂,分 2 次服用。基本方固定,随证稍做加减。

2.2 对照组

常规用 VitC、VitBco、肌苷等保肝药,根据腹水程度酌情使用利尿剂,一般用双氢克脉噻 25~50mg,1 日 3 次,安体舒通 20~40mg,1 日 3 次,补充人体白蛋白,每周 10~30g。两组病例在有并发症时均予以及时处理。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照中国中医药学会肝病专业委员会制定的肝硬化腹水的中医疗效标准(试行)草案自拟。显效:腹水及浮肿完全消退,主要症状基本消除,食欲及一般状况好,平脐腹围缩小 8cm 以上,体检移动性浊音阴性,B 超无液性暗区,脾脏缩小。好转:腹水及浮肿大部消退,主要症状减轻,食欲及一般状况改善,平脐腹围缩小 3cm 以上,体检轻度移动性浊音,B 超提示少量腹水,脾脏略缩小或不变。包括病情好转到一定程度未再改善,但未反复者。无效:腹水不减或增多,症状加重,病情逐渐恶化。死亡:治疗无效,出现各种并发症而致死。

3.2 结果

3.2.1 两组疗效结果见表 1。

作者单位:1.100029 北京中日友好医院

2.075100 张家口医学院二附院传染科

表 1 两组疗效对比

(例,%)

组别	例数	显效	好转	无效	死亡	总有效
治疗组	36	28(77.78)	4(11.11)	1(2.78)	3(8.33)	32(88.89)
对照组	24	9(37.5)	3(12.5)	4(16.67)	8(33.33)	12(50.00)

治疗组显效率 77.78%,总有效率 88.89%,死亡率 8.33%,对照组显效率 37.5%,总有效率 50%,死亡率 33.33%。两组相比,显效率($\chi^2=9.883$)及有效率($\chi^2=11.136$)均有非常显著的差异($P<0.005$),死亡率($\chi^2=5.69$)有显著性差异($0.01<P<0.05$)。

3.2.2 腹水消退时间的比较:治疗组较对照组腹水消退快,两周之内腹水消退率分别为 57.14%,11.11%,两组相比,有显著性差异($P<0.05$)。治疗组的平均消退时间为 2.54 周,对照组为 3.89 周。

3.2.3 两组并发症的发生率:详见表 2。两组病

表 2 两组并发症的发生率对比

(例,%)

组别	总例数	上消化道出血	感染	肝性脑病	肝肾综合征	水电解质紊乱	各种并发症的总发生率
治疗组	36	2(5.56)	7(19.44)	7(19.44)	3(8.33)	10(27.78)	15(41.67)
对照组	24	5(20.83)	9(37.50)	8(33.33)	10(41.67)	10(41.67)	17(70.83)

例各种并发症的总发生率分别为 41.67%和 70.83%,经显著性检验, $P<0.05$,其中肝肾综合征发生率两者相比,有非常显著的差异($P<0.01$)。

3.2.4 肝功能分级的评价:治疗前治疗组 36 例中 A 级 0 例, B 级 17 例, C 级 19 例,而对照组 A 级 0 例, B 级 12 例, C 级 12 例,两组在肝功能分级上无差别($P>0.05$),治疗后治疗组中 A 级 10 例, B 级 22 例, C 级 4 例,而对照组 A 级 4 例, B 级 10 例, C 级 10 例,两组比较有显著差异($P<0.05$)。

3.2.5 血清生化各项指标:ALB:两组病例治疗后均较治疗前升高,但升高幅度无差异。A/G:治疗前两组无明显差异,治疗后治疗组则明显高于对照组。GPT:治疗后治疗组 GPT 下降明显,而对照组未下降甚至呈升高趋势。TBIL:治疗前两组无明显差异,治疗后差别显著($P<0.05$)。

3.2.6 部分病人(治疗组 14 例,对照组 4 例)检测血清纤维化指标:HA(透明质酸)、HPC30 型前胶原肽)、LN(层粘连蛋白)。两组病例的三项指标均高于正常,但治疗前后无明显差异。因样本数量太小,数据不列于此。

4 讨论

4.1 肝硬化腹水的形成是由于肝脏纤维化,假小叶形成而导致门脉高压,肝淋巴液失衡,同时血浆胶体渗透压降低,加上肾脏及内分泌因素的参与,从而出现腹水。目前对于腹水的治疗实质上是对症处理,如快速利尿、静滴白蛋白、穿刺放水、腹水超滤回输等。西医外科行 TIPS 腹腔-颈静脉旁路术有一定疗效,但并发症多,而内科的自身腹水浓缩后静脉回输,也仅有 52% 的患者腹水消退,而且对于感染性腹水、癌性腹水、肝性脑病和深度黄疸均属禁忌,而中西医结合治则在以上情况时有其优势。

4.2 本方剂的核心用药为附子、桂枝、干姜。附子味辛、甘,性大热,为补助元阳之主药,奏回阳救逆、温寒燥湿、温助肾阳之功。它药性刚燥,走而不守,能上助心阳以通脉,中温脾阳以健运,下补肾阳以益火。根据中医“血得寒则凝,得温则行”的理论,温热药附子可通过扩张血管,改善微循环,抗凝血和抗血栓形成,增加组织器官的血流量,从而改善组织器官的病变和功能,表现出温通血脉之功效(从动物实验可得到证实)。桂枝味辛、甘,性温,可通心脾之阳,起温通血脉、透达三焦作用,使水液得以运

行,周流全身,减少并消退腹水。干姜味辛,性热,可辅助附子温中回阳,同时减低附子的毒性。阳虚多兼气虚,故恰当地用黄芪、白术补气药,达补气健脾、燥湿利水之功。方剂中茯苓味甘,性平,既可利水渗湿,又能健脾补中,且利水而不伤气,与猪苓、泽泻同用可加强利水渗湿的作用。大腹皮功能下气宽中,利水消肿。汉防己可利水、清下焦湿热,与大腹皮同用可加强利水消肿的作用。

总之,肾阳不足不能化气行水,脾阳虚弱,不能运化水湿,而真武汤温补脾肾之阳,起温阳利水作用。方中附子温肾阳,以温在里的寒水;肾主水,脾制水,配茯苓、白术健脾利湿,使湿邪从小便而去;干姜温运脾阳,助附子祛寒邪;诸药合用,成为温肾祛寒、健脾利水之剂。

在病例的选择上无特殊,结果表明以辨证而分的各型疗效均好,以脾肾阳虚型为最好。因为此方剂的作用机理为改善肝脏、胃肠道的微循环,改善肝细胞功能及纤维化,所有肝硬化患者均存在微循环障碍,故各型肝硬化均可应用,无须辨证选择病例。这即是中西医结合治疗方法的特点,走出了纯中医辨证分型的模式。

4.3 从统计资料上看,治疗组的疗效明显优于对照组,二者有非常显著的差异($P<0.05$),而且治疗组疗效快,2周之内腹水消退例数两组亦有明显差异($P<0.05$)。同时,治疗组的并发症(包括上消化道出血、感染、肝性脑病、水电解质紊乱、肝肾综合征等)的发生率也明显低于对照组($P<0.05$)。在改善肝功能的血清生化指标上,对于 Alb 的升高, A/G 比例的纠正, TBIL 的下降治疗组均优于对照组。我们对部分治疗组病例进行了随访,至今状况尚好。可以看到,温阳行水法治疗肝硬化腹水具有见效快、有效率高、合并症少、远期疗效好的优点。

部分病人(治疗组 14 例,对照组 4 例)进行了血清纤维化指标的检测,包括 HA(透明质酸)、HPC3(三型前胶原肽)、LN(层粘连蛋

白)。结果:每例患者的 3 项指标均明显高于正常,但病例自身治疗前后无明显差异,治疗组与对照组之间亦无明显差异。考虑原因可能为:(1)肝硬化的形成需要很长时间,因此恢复也较慢,且药物的作用机理为改善微循环,并非直接针对纤维化,8 周的治疗时间较短,不足以使纤维化改善明显。(2)样本数量太少,无法得出结论。(3)上述三个指标尚不够敏感。

4.4 在临床观察中,许多病人有大量腹水,下肢浮肿,同时又有口干舌燥的现象。此类病人的中心静脉压低于正常,说明全身血容量呈不足状态,且分布不均,大量体液积存于腹腔。若不恰当地应用利尿剂,可导致有效血容量进一步降低,肾血流量减少,进而出现氮质血症及电解质紊乱,可诱发肝昏迷等。本疗法并不是通过大量利尿把腹水排出体外,而是通过改善肝脏及胃肠道之微循环和肝细胞功能,减少肝脏纤维化程度,使腹水及水肿体液返回血循环,因此较少出现肝肾综合征、低钾等并发症,降低了死亡率。

4.5 治疗组及对照组均说明:病程、病情、有无合并症、患者的一般情况、药物的合理使用等均可影响肝硬化腹水的治疗效果。一般说来,患者病程短、病情轻,第一次出现腹水且量不大,无严重合并症的患者效果较好,而反复顽固性腹水,出现过各种并发症的则效果差,死亡率高。

参考文献

- 1 刘厚钰. 难治性肝硬化腹水的内科治疗. 实用内科杂志, 1989, 9(2): 58-59.
- 2 湛宁生. 肝硬化腹水辨证论治规律之探讨. 北京中医. 1986, 5(4): 27-28.
- 3 李 林. 中西医结合治疗肝硬化腹水 18 例临床观察. 北京中医, 1983, 2(4): 31-32.
- 4 高章武. 辨证治疗肝硬化腹水 150 例. 四川中医, 1995, 13(4): 22-23.

(收稿日期: 2001-12-11)

• 论著 •

心衰颗粒对慢性充血性心力衰竭患者 血管紧张素Ⅱ、醛固酮的影响*

宋庆桥¹ 高改地² 付亚龙² 石 洁²

【摘要】 目的 研究心衰颗粒对慢性充血性心力衰竭患者血管紧张素Ⅱ、醛固酮的影响。方法 符合入选标准患者 90 例,随机分为治疗组 60 例、对照组 30 例(2:1),单盲应用心衰颗粒或对照药。治疗前后检测患者血清血管紧张素Ⅱ、醛固酮水平。结果 治疗后 AgⅡ、ALD 水平较治疗前有明显下降($P<0.05$)。治疗前后两组血管紧张素Ⅱ、醛固酮均无明显差异。结论 心衰颗粒对心衰患者降低血管紧张素Ⅱ、醛固酮的水平与开搏通相当。

【关键词】 充血性心力衰竭; 血管紧张素Ⅱ; 醛固酮; 心衰颗粒

我们于 1996 年~2000 年,观察了心衰颗粒对心衰患者 AgⅡ、ALD 的影响,结果报告如下。

1 临床资料

1.1 病例选择标准

符合《中药新药治疗充血性心力衰竭的临床指导原则》中关于充血性心力衰竭诊断。心功能在Ⅱ~Ⅳ级(NYHA 分级)。诊断时排除急性心肌梗塞、梗阻性肥厚性心肌病、风湿性心脏病、高血压患者经有效降压治疗血压仍大于 160/100mm Hg 以上,严重心律失常、贫血、甲亢、甲低、血糖难以控制的糖尿病、感染性心内膜炎、心衰合并未控制的感染、严重的电解质紊乱、原发性慢性肺部疾患。由于肝、肾等重要脏器功能衰竭导致的心力衰竭、妊娠、哺乳期妇女、过敏患者亦排除在外。

1.2 一般资料

入选病例 90 例,其中住院病人 68 例,门诊病人 22 例。治疗组 60 例,对照组 30 例;男 47 例,女 43 例。其中治疗组男 35 例,女 25 例,对照组男 18 例,女 12 例;年龄最小 40 岁,最大

69 岁,平均年龄 60.3 ± 6.8 岁,性别、年龄、病程经统计学检验没有显著差异。

2 治疗方法

按照随机对照的原则(2:1),分为治疗组和对照组。

2.1 用药方法

治疗组服用心衰颗粒(中国中医研究院广安门医院制剂室制,主要成分为丹参、当归、川芎、黄芪等,生药含量 9g/袋),每次 1 袋,每日 3 次;对照组服用外观与心衰颗粒相同的对照药(由地高辛 0.0417mg、卡托普利 4.167mg 加辅料组成,重量、外观与心衰颗粒相同,中国中医研究院广安门医院制剂室制),每次 1 袋,每日 3 次。疗程为 4 周。两组用药均采用单盲法给药。治疗前后均详细询问患者病史、一般资料、用药情况、临床症状,并作详细的体格检查,治疗前后各检查一次临床实验指标。

2.2 生化监测方法

AgⅡ、ALD 采用放射免疫方法,使用西安 262 厂生产的 500g/G γ -放射免疫计数器,试剂由北京福瑞生物有限公司提供,由广安门医院全国中医糖尿病研究中心实验室检测。

2.3 统计学处理

计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,采用 SPSS for windows 9.0 计算。

3 结果

* 本研究为国家中医药管理局资助项目,课题编号 95B105

作者单位:1. 100053 中国中医研究院广安门医院急诊科

2. 100053 中国中医研究院广安门医院心内科(课题负责人)

表 1 治疗前后 Ag II、ALD 的比较 (x±s)

组别	Ag II		ALD	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	128.45±57.80	94.27±47.47*	192.24±67.72	14560±53.86*
对照组	114.78±52.80	96.34±42.36*	175.94±42.30	145.22±43.38*

注：* 与治疗前比较，P<0.05

3.1 疗效制定标准

参照《中药新药治疗充血性心力衰竭的临床指导原则》的疗效标准。

3.2 治疗前后患者血管紧张素 II (Ag II)、醛固酮(ALD)变化的比较:见表 1。

由上表可以看出,两组治疗前后的均值均有明显的降低,P<0.05;治疗组和对照组在治疗前后均无显著性差异。

4 讨论

新近研究表明,在 CHF 发展过程中,循环激素起着重要的作用,特别是肾素-血管紧张素-醛固酮系统(RAS),在发挥代偿作用的同时,由于过度激活而引起的血管收缩和水钠潴留,进一步使心脏的前后负荷增加,造成恶性循环,从而使体、肺循环瘀血加重,心衰也随之加重。已有研究证实,血浆 RAS 激活程度与 CHF 严重程度正相关,可作为 CHF 病情评估和药物疗效常规评价的补充^[1],其中以 Ag II、ALD 最为重要。并且 Ag II、ALD 激活可引起心肌细胞坏死,继以修补性纤维化和瘢痕形成,造成心肌细胞纤维化。Losartan 治疗老年人心衰评估实验(ELITE)结果表明,Ag II 的降低能明显降低死亡危险^[2]。同时,Ag II、ALD 的降低除了可以减轻心室负荷,还能减轻心肌肥厚和纤维化,逆转心室重构^[3],也可以降低血管对交感神经的反应性,从而直接扩张血管,改善心功能。

中医学认为心衰的主要病机为气虚、血瘀、水停,《金匱·水气病脉证并治第十四》论述:“心水者,其身重而少气,不得卧,烦而躁,其人阴肿。”“肺水者,其身肿,小便难,时时鸭溏”等,随病情的加重,血瘀水停的表现更加明显。现代研究也表明,同时可以看到肾素、血管紧张素、醛固酮含量相应地升高^[4]。目前多数医家认为本证属本虚标实,以气虚、阴虚、阳虚为本,

血瘀、痰饮、水湿为标。在治疗上,中医温阳利水、活血化瘀的治疗大法对后世颇有影响。

心衰颗粒是我们在长期、大量临床实践的基础上研制的治疗心衰的方剂,具有益气活血利水的作用,临床疗效肯定。本研究的结果表明,心衰颗粒不仅能有效地改善患者的临床症状,而且对影响心衰预后的重要指标 Ag II、ALD 也有较好的降低作用,达到了与地高辛、开搏通相同的疗效。由于心衰颗粒是纯中药制剂,不是 RAS 系统的直接抑制剂,因此,心衰颗粒对 RAS 系统的影响,有可能是通过对心衰的治疗作用,以及对心衰患者的全身调整作用,反馈性地起到对 RAS 系统的抑制作用,有待在今后的研究中进一步验证。动物实验也表明,心衰颗粒能显著改善实验性心力衰竭动物模型的心脏舒缩功能,增加心力衰竭动物的冠状动脉和肾动脉的供血,延长离体心力衰竭心脏的停搏时间、缩短复跳时间,改善心力衰竭动物心脏的心肌能量代谢。因此,心衰颗粒是很有前途的治疗充血性心力衰竭的新药物。

参考文献

- 1 Dickstein K,Larsen AL,Bonarjee V,et al. Plasma proatrial natriuretic factor is predictive of clinical status in patients with congestive hear failure[J]. Am J Carciol, 1995, 76 (10):679-683.
- 2 Pitt B, Segal R, Martines FA, et al. Randomised trial of losartan versus captopril in patients over 65 with heart failure. Lacent,1997,349:747-752.
- 3 Weber KT,Sun Y,Campbell SE. Structural remodeling of the heart by fibrous tissue:fole of circulating hormones and locally produced peptides. Eur Heart J,1995,16(suppl N): 12.
- 4 蒋梅先,彭鹏,唐静芬,等.“心肾同病”等病机与充血性心力衰竭循环激素的关系. 上海中医药大学学报,2000,14 (1):27-29.

(收稿日期:2002-01-18)

• 论著 •

保肾方对糖尿病肾病血液高凝状态干预的研究

张胜容

【摘要】 目的 证实保肾方是否能对抗糖尿病肾病(DN)的高凝状态。方法 实验采用自身前后对比的方法,方法 益气养阴、活血利水。对照组使用低分子肝素皮下注射 0.6mL/日。结果 用该方对 49 例病人进行了治疗,发现其在减少蛋白尿、降低 TG、CHOL,减少症状积分方面优于对照组。并与对照组一样可降低 FIB、提高 ATⅢ、PLG 水平。结论 保肾方对 DN 高凝状态具有一定的干预作用,可改善和保护肾功能。

【关键词】 糖尿病肾病; 血液高凝状态; 益气养阴活血利水

血液的“高凝状态”是糖尿病肾病(DN)发展过程中主要危险因素之一。其可导致肾脏微血管病变、微血栓形成,并引起一系列病理反应。如能有效地对其进行干预,即可减缓 DN 进程,改善 DN 的预后。对于它的治疗,现代医学尚缺乏满意的手段。我们运用中医中药治疗 DN,发现益气养阴、活血利水法有利于改善机体的高凝状态,减少微血栓形成的条件,缓解病人的临床症状,减少尿蛋白漏出,从而延缓肾功能的减退。经过临床筛选创立了保肾方,并运用该方对 49 例 DN 的患者进行了临床观察。

1 临床资料

1.1 入选标准

中医诊断参照《中医证候鉴别诊断学》^[1],西医诊断参照《肾脏病学》(第 2 版)^[2]。糖尿病病人有乏力、腰痛、水肿、口干夜甚,舌质黯红或有瘀斑、瘀点,舌苔黄白欠津,脉沉细或涩等中医气阴两虚、血瘀水泛证的临床表现。西医客观指标见:24h 尿蛋白定量 $>0.5\text{g}$,除外原发及其它继发性肾病;血总胆固醇(CHOL)和/或甘油三酯(TG)增高,纤维蛋白原(FIB)增高,纤溶酶原活性(PLG)下降,抗凝血酶Ⅲ(TAⅢ)减少;血肌酐(Cr) $<150\mu\text{mol/L}$,肌酐清除率(CCr) $>50\text{ml/min}$ 。

1.2 一般资料

全部病人为北京中医医院住院病人,共 96

例。其中男 54 例,女 42 例;年龄最小 39 岁,最大 68 岁。所有病人均采用口服降糖药和/或胰岛素控制血糖。

1.2.1 分组:96 例病人被随机分为 A 组(保肾方组)49 例,B 组(低分子肝素组)47 例。两组病人一般情况、病程及既往用药情况见表 1。

1.2.2 实验室检查:A、B 两组病人治疗前 24h 尿蛋白漏出情况、肝、肾功能、空腹血糖、血脂及血凝情况见表 2。

经统计,两组病人无差别,分布情况相似($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 方药组成

自拟保肾方:生黄芪 30g,生地 30g,当归尾 10g,炒山甲 10g,制水蛭 3g,生蒲黄 10g,泽泻 15g 等 7 味中药组成。西药低分子肝素(速碧林),为法国赛诺菲制药有限公司生产,6150IU/支(0.6ml)。

2.2 给药方法与疗程

在病人原所使用控制血糖药物的基础上,A 组服保肾方水煎剂 200ml(每日 2 次),B 组皮下注射速碧林 0.6ml(每日 1 次)。2 周为 1 个疗程,共观察 2 个疗程,连续用药 2 周以上者均为观察病例。

2.3 实验室检查

观察指标包括 24h 尿蛋白定量、Cr、CCr、CHOL、TG、FIB、PLG、TAⅢ、ALT、AST 等,均采用常规方法测定。

表 1 两组病人一般情况、病程及既往用药情况 (x±s)

组别	性别(例)		平均年龄(岁)	平均发病时间(年)	既往用药情况(例)	
	男	女			口服降糖药	胰岛素
A 组	28	21	52.2±13.6	5.8±1.2	31	18
B 组	26	21	54.6±11.3	6.1±1.4	28	19

表 2 两组治疗前后实验室检查变化 (x±s)

组别	24h 尿蛋白定量(g)	Cr(μmol/L)	CCr(ml/min)	ALT(U/L)	AST(U/L)	GLU(mmol/L)
A 组疗前	2.96±0.87	112.02±31.65	60.67±10.62	32.50±16.42	29.42±19.62	9.89±4.23
A 组疗后	2.02±0.32*	103.44±28.61	66.54±9.28	30.62±18.42	31.20±17.98	9.87±5.41
B 组疗前	2.92±0.91	119.33±29.23	61.29±9.98	36.20±13.24	32.18±16.51	9.67±4.60
B 组疗后	2.75±0.88*	108.26±30.31	62.51±9.14	34.59±11.66	34.38±14.76	9.81±4.88

组别	FIB(mg/L)	ATⅢ(%)	PLG(%)	CHOL(mmol/L)	TG(mmol/L)
A 组疗前	587.62±101.01	54.33±26.43	76.67±11.09	7.95±1.23	2.21±0.96
A 组疗后	403.68±85.36**	69.17±28.81*	82.12±10.46*	5.26±1.18*	1.45±0.71*
B 组疗前	594.02±96.83	57.38±23.21	71.12±15.36	7.87±2.01	2.34±0.87
B 组疗后	411.37±83.45**	61.21±20.34*	80.69±14.66*	7.69±1.98	2.28±0.76

注:与治疗前相比,*P<0.05 **P<0.001

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

参考《中医病证诊断疗效标准》中医水肿证的疗效判定标准^[3]制定。

3.2 统计学处理方法

临床症状按每例病人问诊、望诊、切诊积分之总和记录其积分值。

积分方法:患者有乏力、腰痛、口干夜甚等症状,主动说出的记 4 分,经询问说出且持续出现的记 3 分,症状间断出现的记 2 分,偶尔出现记 1 分,无症状记 0 分。水肿则按其可凹程度分别记 4、3、2、1、0 分。患者如有舌质黯或有瘀斑、瘀点,舌苔黄白欠津,脉沉细或涩等舌脉表现的分别记 4 分,没有记 0 分。治疗结果采用自身前后积分对照法统计,并采用百分比法进行处理。

实验室指标采用成组比较和成对比较 t 检验法进行统计学处理。

3.3 治疗结果

A、B 两组病人中除 A 组 2 人、B 组 1 人只完成 1 个疗程外,其余全部完成了 2 个疗程的治疗,两组症状积分变化见表 3。A、B 两组治疗前后实验室检查变化见表 2。

4 讨论

表 3 两组治疗前后症状积分变化 (x±s)

组别	总例数	平均积分		平均积分减少率(%)
		治疗前	治疗后	
A 组	49	11.15	6.10**	43.91
B 组	47	11.40	9.24*	18.95

注:与治疗前相比,*P<0.05 **P<0.001

糖尿病肾病是消渴证的变证之一。由于其多以水肿为主要临床表现,故许多医家把它归为水肿病范畴。从中医基础理论来认识本病病变的脏腑主要在肺、胃(脾)、肾,而以肾为关键。三者中虽有所偏重,但往往相互影响。肺为水之上源,阴虚肺燥,津液不能敷布,可使胃失濡润,肾失滋养。胃火炽盛则可灼伤肺阴,伤及脾阴,耗损肾阴。而肾阴不足,阴虚火旺亦可上炎肺胃。消渴的基本病机为阴虚燥热,如不及时治疗,可导致气阴两虚或阴阳两虚。日久可使气血凝滞,化生瘀血;瘀血又可使消渴进一步加重。正如《血证论·发渴》篇所说:“瘀血发渴者,以津液之生其根出于肾水……有瘀血则气为血阻,不得上升,水津不能随气上布,是以发渴。”消渴如不能及时有效地治疗,又可因肺失肃降、脾失健运、肾失开合而使水湿内聚生成水肿,瘀血内停可使水肿加重。正所谓:“瘀血化水,亦

发水肿。”

我们在多年临床观察中发现,糖尿病肾病“气阴两虚、血瘀水泛证”的发病率高达 70% 左右,因此经临床筛选创立了保肾方。本方以生黄芪、生地为主药(重用);黄芪可补气利水,推动血脉运行;生地滋阴养血清热,可制黄芪之燥性,两者相合益气养阴。以当归尾、炒山甲、制水蛭、生蒲黄为辅药活血通络;且山甲善通十二经;水蛭善于剔络;四药在黄芪的推动下与生地相配可疏通周身之血脉。以泽泻清热利水为佐使药。全方具有益气养阴、活血利水的功效。

现代药理学研究表明,黄芪、生地均有降低血糖、抗缺氧、抗炎、保护心脏的作用,并与蒲黄合用有增强、调节机体免疫功能的功用^[4]。黄芪可以增加肝脏合成蛋白的能力,改善低蛋白血症^[4],并与蒲黄一样可抑制毛细血管的通透性,减轻水肿^[4]。当归尾、炒山甲、生蒲黄、水蛭可减少血小板聚集、黏附、释放,改善红细胞变形能力,增加其电泳速度,降低纤维蛋白原,并有增加其溶解的作用。从而有效地降低血液粘稠度,防止血栓形成,改善微循环。当归尾、蒲黄、水蛭、泽泻还具有降低血脂作用,防止动脉硬化斑块的形成^[4]。泽泻除利尿外,还有一定的降压作用^[5]。

低分子肝素(速碧林)是由肝素钠裂解获取的氨基葡聚糖片段,其平均分子量是 4 500 道尔顿。本品作用快,可持久长效地抗血栓。其作用通过不同的途径抑制血液的凝固过程,与抗凝血酶Ⅲ及其复合物结合而起抗血栓作用。与普通肝素相比,由于它具有明显的抗因子 Xa 的活性,而对抗因子Ⅱa 活性较低,对血栓溶解有间接作用,不延长活化部分凝血激酶时间,对出血和血小板功能影响低^[5]。因此它比普通肝素更安全,是近年来常用的抗血栓形成的药物。另外最近有报道说,低分子肝素对肾脏的系膜细胞增生有抑制作用,并有一定的降脂功能,所以经常被用作糖尿病肾病的辅助治疗药。

在本实验中,将低分子肝素作为对照药观察保肾方对 DN 高凝状态的干预作用。实验结果表明:A、B 两组治疗后,24h 尿蛋白定量均较

治疗前有所下降,但 A 组有统计学意义($P < 0.05$)。Cr、ALT、AST、GLU 治疗前后没有明显变化($P > 0.05$)。Ccr A、B 两组治疗后均较治疗前有所提高,但没有统计学意义。FIB: 两组治疗后均较治疗前下降($P < 0.001$),但两组之间下降幅度比较没有统计学差别。ATⅢ、PLG: 两组治疗后较治疗前均有提高($P < 0.05$)。两组间比较没有明显差别。CHOL、TG: A 组治疗后较治疗前明显下降($P < 0.05$)。B 组治疗后虽较治疗前有所下降,但没有统计学意义。

上述结果提示,保肾方在减少 DN 尿蛋白漏出、降低 TG、CHOL 方面优于低分子肝素。两组均可以降低 FIB、提高 ATⅢ、PLG 水平,但两组间比较没有明显差别。对 CCr, 两组均较治疗前有所提高,但没有明显的统计学意义,考虑可能与治疗时间短有关。两组治疗前后症状积分值有明显差异,保肾方明显优于低分子肝素。

综上所述,保肾方与低分子肝素对糖尿病肾病高凝状态都具有一定的干预作用,可以防止微血栓形成,减少尿蛋白漏出,从而改善和保护肾功能,但保肾方在降低血脂、降低蛋白尿、改善临床症状方面优于低分子肝素,保肾方对 DN 高凝状态的干预很可能是通过多角度实现的,本研究为该方的临床开发利用提供了实验依据。

参考文献

- 1 赵金铎. 中医证候鉴别诊断学. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 35-37, 49, 63.
- 2 王海燕. 肾脏病学. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 1995. 957.
- 3 陈佑邦. 中医病证诊断疗效标准. 国家中医药管理局, 1994. 25-26.
- 4 赵荣莱, 王莒生, 等. 临床中药学研究进展. 北京: 北京出版社, 2000. 208-249, 452.
- 5 潘学田, 彭名炜, 国仁, 等. 中国药品实用手册. 北京: 石油工业出版社, 2001. 261.

(收稿日期: 2002-01-11)

• 论著 •

解忧汤外洗治疗慢性皮肤溃疡临床观察*

韩 洪 张 军 张增仁 卢海英

【摘要】 目的 观察解忧汤外洗治疗慢性下肢皮肤溃疡的临床疗效。方法 93 例患者分为治疗组 63 例和对照组 30 例,观察治疗后和随访期溃疡面的治愈率及有效率。结果 治疗组的总有效率为 96.8%,治愈率为 84.1%,对照组总有效率 73.3%,治愈率 33.3%,两组相比有非常显著的差异 $P<0.001$ 。结论 解忧汤能清热解毒祛腐,活血化瘀生肌,特别是对热毒血瘀型的慢性皮肤溃疡疗效更佳。从而提高了临床疗效。

【关键词】 慢性皮肤溃疡; 药浴; 清热解暑活血生肌法

慢性下肢皮肤溃疡,其特点是溃疡面经久不愈。无论是抗生素的应用还是局部换药、植皮,疗效均不理想。重症患者还需截肢、截趾。为此,我们自拟解忧汤进行临床观察,寻找治疗此病的有效方药,现将结果报告如下:

1 临床资料

本组 93 例均为 1996~2000 年诊断为慢性下肢皮肤溃疡的门诊病人(皮肤溃疡超过 30 天)。分为治疗组(药浴组)和对照组(换药组)。

1.1 一般资料

治疗组 63 例,男 44 例,女 19 例。年龄最小 33 岁,最大 82 岁,平均 62.3 岁。病程最短 3 个月,最长 2 年 7 个月,平均病程为 9 个月;其中糖尿病合并下肢皮肤溃疡或坏疽者 31 例,下肢静脉曲张合并溃疡(臃疮)者 26 例,外伤性

溃疡者 6 例。对照组 30 例,男 23 例,女 7 例。年龄最小 35 岁,最大 80 岁,平均 60.8 岁。病程最短 1 个月,最长 2 年 3 个月,平均病程为 8 个月;其中糖尿病合并下肢慢性皮肤溃疡或坏疽者 16 例,下肢静脉曲张合并溃疡者 12 例,外伤性溃疡者 2 例。

溃疡面大小测定:测量溃疡面(不包括溃疡浸润面积)最长直径(cm)和最短直径相加除 2,作为溃疡面直径计算溃疡面积。分为小(溃疡面积 $<1.5\text{cm}^2$)、中(溃疡面积 $1.5\sim4\text{cm}^2$)、大(溃疡面积 $>4\text{cm}^2$)。溃疡面深度测定,分为浅(皮下组织溃疡)、中(溃疡深达肌肉层)、重(溃疡深至骨膜)。两组溃疡部位、数量、大小、深度可比性分析见表 1。

两组在实验条件,性别构成比,年龄、病程、

表 1 两组溃疡部位、数量、大小、深度可比性分析 (例)

分组	部位			数量		大小			深度		
	足	踝	小腿	单发	多发	小	中	大	浅	中	深
治疗组	38	16	9	45	18	21	33	9	28	31	4
对照组	19	7	4	22	8	9	17	4	15	14	1

合并病种分布以及溃疡部位、数量、大小、深度方面经统计学处理无显著差异 $p>0.05$,具有可比性。

1.2 诊断标准

膝关节以下皮肤溃疡,疮口破溃腐烂或深陷,分泌物有臭味,伴有疼痛。病程超过 30 天。舌质红或暗红或有瘀斑,脉滑弦或涩。属热毒血瘀型。

北京市东城区科研课题立项

作者单位:100007 北京市第六医院中医科

2 治疗方法

2.1 解忧汤方组成:生大黄 30g,黄柏 30g,桃仁 30g,红花 30g,冰片 5g,生白矾 10g。

加減:重症加大生大黄、黄柏的剂量各至 50g;溃疡面脓性分泌物减少,周围组织色红,有肉芽生长者,加白芨 30g;病史较长,疮面下陷,周围组织黯黑色,局部血液循环差,加桂枝 30g 艾叶 30g。

2.2 治疗方法

将上药加水至 3 500~5 500ml 左右,煮沸后,文火煎煮 30min,取药汁 3 000~5 000ml,将其放入较深的容器中,药汁一定要没过疮面,温度以皮肤的温热度为宜。先除去溃疡面上的坏死组织,再将溃疡面浸入药液中浸泡,每日 2 次,重者 3 次,每次 30min。药浴后疮面暴露,无需包扎。冬季要注意局部保暖。30 天为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

对照组:用归黄油换药,每 2 日 1 次。疗程同治疗组。2 组患者均不使用抗生素和口服中药治疗。对患有糖尿病的患者,要有效的控制血糖。疗程结束后随访 3 个月。

3 结果

3.1 疗效判定标准

临床治愈:溃疡面愈合,随访 3 个月溃疡处无复发。有效:溃疡面积为 1.5cm^2 以下者,经治疗缩小到 0.5cm^2 以下。溃疡面积为 $1.5\sim 4\text{cm}^2$ 以下者经治疗缩小到 1cm^2 以下,溃疡面积为 4cm^2 以上者经治疗缩小到 1.5cm^2 以下,或愈合后 3 月内有复发。无效:疮面无变化或继续发展者。

3.2 疗效比较见表 2

表 2 两组治疗前后疗效比较 (例,%)

分组	治愈	有效	无效	平均治愈天数	总有效率
治疗组	53(84.1)	8(12.7)	2(3.2)	28	63(96.8)*
对照组	10(33.3)	12(40.0)	8(26.7)	51	30(73.3)

* 与对照组比较 $P<0.001$

两组比较总有效率及治愈率有显著差异

($P<0.001$),平均治愈天数治疗组明显低于对照组($P<0.001$)。

4 讨论

慢性皮肤溃疡的特点是溃疡面经久不愈,常合并于糖尿病、下肢静脉曲张等疾病,是多种不同疾病中出现的相同临床症状。临床证型错杂,以热毒血瘀证多见,常涉及皮科、外科、骨科等多个学科。中医把皮肤疮疡溃后统称溃疡,在溃疡阶段多以溃腐流脓及机体组织损伤为主要症状。多由外感、内伤等因素造成气血瘀滞,经络阻塞,邪毒蕴结,蕴腐成脓。而脓的产生,系由火热熬炼血肉,以至肉腐成脓,即《内经》所言“热胜则腐”。因此可以说,疮疡的产生多有一个化火的过程,与热毒、火毒关系最为密切。另外溃疡的形成必因邪毒与气血相搏,阻滞气血,导致气滞血瘀。因此治疗慢性皮肤溃疡的原则应以清热解毒祛腐、活血化瘀生肌为主。解忧汤的组成正是基于这一思路而产生。治疗关键是祛腐生肌。方中重用大黄、黄柏清热解毒。大黄有清热泻火,凉血解毒,祛瘀通络的作用。现代药理研究表明,大黄有抗病原微生物作用,对多种革兰氏阳性和阴性细菌有不同程度抑制作用,尤对葡萄球菌、链球菌最敏感,对白喉杆菌、枯草杆菌也较敏感。抑菌有效成分蒽醌衍生物。抗菌机理主要是抑制菌体糖代谢以及蛋白质和核酸的合成。煎剂对许兰毛癣菌、趾间毛癣菌等多种真菌有抑制作用;黄柏清热解毒燥湿,可减轻疮面水肿,外用可促使皮下渗血的吸收,有利于肉芽组织的生长。现代药理研究黄柏具有抗菌作用,水煎剂在体外对葡萄球菌、溶血性链球菌、大肠、枯草、绿脓、粪产等杆菌有不同程度的抑制作用;对多种致病性皮肤真菌也有不同程度的抑制作用。再配桃仁、红花活血祛瘀止痛,改善微循环,并且桃仁有明显的抗炎性渗出和抗炎性肉芽肿作用。佐以冰片、白矾祛腐生肌止痛。冰片可治疗痈疽肿毒,对部分细菌及部分致病性皮肤真菌有抑制作用。白矾外用去腐生肌,解毒敛疮,燥湿止痒。即有收敛、消炎、防腐、止血等作用。本品主含硫酸铝钾,有抗菌作用;在体外对金黄色葡

萄球菌、溶血性链球菌、变异链球菌,变形、绿脓、大肠杆菌等多种细菌有抑制作用。六药配合共奏清热解毒以祛腐,活血化瘀以生肌之功效。特别是对耐药菌株引起的慢性皮肤溃疡疗效佳。本方还观察了 15 例丹毒患者,全部治愈,治愈时间平均为 7 天。由此可见,本方对皮肤的急性感染疗效更佳。

归黄油是由当归、大黄制成的油沙条,用于治疗皮肤溃疡,也具有活血解毒之功效,与解忧汤有可比性。治疗组疗效好于对照组,可能与

方药的组成及剂型有关。

参考文献

- 1 雷载汉主编,中药学,上海:上海科技出版社,1995.62,99.
- 2 宋立人,洪恂,丁绪亮主编.现代中药学大辞典,北京:人民卫生出版社,2001.116,654,890,924,1661,1882.
- 3 谭新华,陆德铭主编.中医外科学,北京:人民卫生出版社,1999.103-104.

(收稿日期:2002-01-08)

• 论著 •

辨证治疗慢性原发性血小板减少性紫癜 32 例疗效观察

叶 明

【摘要】 目的 观察中医辨证治疗慢性原发性血小板减少性紫癜的临床疗效。方法 32 例按阴虚血热型和脾肾不足型辨证施治,观察治疗前后患者的血小板计数及出血程度。结果 血小板计数治疗前后比较 $P < 0.005$,差异具有非常显著意义。出血程度治疗前后比较 $P < 0.05$,差异具有显著意义。结论 中医辨证治疗慢性原发性血小板减少性紫癜疗效肯定。

【关键词】 慢性原发性血小板减少性紫癜; 清热凉血; 健脾补肾法

原发性血小板减少性紫癜是一种病因不明,与自身免疫有关的疾病。同祖国医学书籍中记载的“肌衄”、“发斑”相似,属于中医“血证”的范畴。笔者于 1993~1999 年间在门诊应用中药辨证治疗 32 例,获满意疗效,介绍如下:

1 临床资料

本组 32 例中男性 12 例,女性 20 例;年龄 2~50 岁,平均 28 岁。病程均较长,最短者 10 个月,最长者 12 年,平均 5 年。患者都有不同程度的出血症状如鼻衄、齿衄、月经量多等,其中出血程度 I 级者(无出血或仅在损伤后有出血)4 例;II 级者(皮肤粘膜明显出血,或有鼻

衄、齿衄或月经量多等,但有局限性)20 例;III 级者(皮肤粘膜明显出血,常有鼻衄、齿衄或月经量多,有时尚需采用局部止血措施,血红蛋白 $< 100\text{g/L}$ 8 例。周围血象:血小板计数均 $< 50 \times 10^9/\text{L}$,其中血小板计数 $< 20 \times 10^9/\text{L}$ 18 例,血小板计数 $20 \times 10^9/\text{L} \sim 50 \times 10^9/\text{L}$ 14 例。32 例均经作骨髓穿刺检查确诊为原发性血小板减少性紫癜。按照中医辨证分型,属阴虚血热型 12 例,多见于病程 < 3 年者,脾肾不足型 20 例,多见于病程 > 3 年者。

2 治疗方法

2.1 阴虚血热型

方药:仙鹤草、生地各 30g,白茅根 15g,地骨皮、玄参、丹皮、龟板、生阿胶、侧柏叶、知母、

黄柏、大青叶、公英、杏仁各 10g。水煎服,每日 2 次,每次 200ml。

2.2 脾肾不足型

方药:仙鹤草、生地各 30g,何首乌、黄芪各 15g,党参、茯苓、白术、山萸肉、枸杞子、熟地、女贞子、大青叶、公英、杏仁各 10g。水煎服,每日 2 次,每次 200ml。

待患者服用汤药,化验血小板稳定在 $100 \times 10^9/L$ 以后,再用原方到药店配成丸药,服 3 个月以巩固疗效。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准

参照《中医病症诊断疗效标准》(1994)。治愈:紫斑、紫点及全身症状消失,实验室指标恢复正常。好转:皮肤青紫斑点明显减少,全身症状减轻,实验室指标有改善。无效:皮肤青紫斑点、全身症状及实验室指标均无变化^[1]。

3.2 治疗结果

治愈 17 例(53.1%),好转 11 例(34.4%),无效 4 例(12.5%)。血小板上升时间最短 14 天,最长 90 天。血小板计数 $< 30 \times 10^9/L$ 2 例, $(30 \sim 90) \times 10^9/L$ 者 11 例, $> 100 \times 10^9/L$ 19 例。治疗前后比较 $P < 0.005$, 差异具有非常显著意义。

治疗后患者出血程度Ⅲ级 1 例,Ⅱ级 4 例,Ⅰ级 2 例,其他均无出血症状。经统计学处理,治疗前后比较 $P < 0.05$, 差异具有显著意义。治疗前血红蛋白 $< 100g/L$ 者 11 例,治疗后血红蛋白 $< 100g/L$ 者仅有 2 例。

4 病案举例

周某,女,53 岁,干部。1993 年 4 月 14 日因反复鼻衄、牙龈出血、皮肤紫癜 1 年而就诊。患者于 1992 年 4 月期间断鼻衄,牙龈出血,周身出现紫癜,即到北京某医院血液病科,化验血小板 $20 \times 10^9/L$,随作骨髓穿刺,提示巨核细胞有成熟障碍,诊断为原发性血小板减少性紫癜,经服用激素强的松等药治疗,效果不佳,1 年中因出血症状加重曾 3 次住院治疗。刻诊:患者头晕、乏力、面色苍白、腰膝酸软,周身可见散在紫癜,颜色淡紫,一般在 $0.5 \text{ cm} \times 0.5 \text{ cm}$ 之间,

出血程度Ⅲ级,舌质淡,苔薄白,脉细无力。化验血小板计数 $26 \times 10^9/L$,血红蛋白 $70g/L$ 。中医辨证气血两亏、脾肾不足,治宜补气养血、健脾益肾。方药:仙鹤草、生地各 30g,何首乌、黄芪各 15g,党参、茯苓、白术、山萸肉、枸杞子、熟地、女贞子、大青叶、公英、杏仁各 10g。水煎服,每日 2 次,每次 200ml。行方药施治 1 个月,鼻衄未作,牙龈出血及紫癜症状消失,血小板升至 $92 \times 10^9/L$,血红蛋白 $100g/L$,2 个月后血小板升至 $100 \times 10^9/L$,血红蛋白 $120g/L$,继用原方到药店配成丸药服 3 个月以巩固疗效。2 年中每月复查 1 次血小板,计数稳定在 $120 \times 10^9/L$ 以上,随访 6 年未复发,痊愈。

5 讨论

重视辨证施治:中医对慢性原发性血小板减少性紫癜,一般分为 2 型辨证,其治疗方药不同,辨别要点亦不同^[2]。笔者体会:阴虚血热型以紫癜散在,颜色似紫偏红,口干舌燥,五心烦热,舌质红,舌苔少,脉细数为特点。脾肾不足型则以紫癜颜色淡紫,出血广泛,面色苍白,腰膝酸软,舌质淡,舌苔薄白,脉细无力为特点。以此为要点辨证用药,均获良效。

重视药理、精炼方剂在选择用药方面,以现代药理研究成果为依据,两方中均以有增加外周血小板数目的仙鹤草和经实验证明对血小板减少有促进回升作用的生地为主药,并且用量较大。再佐以山萸肉、杏仁等促进血小板回升之药。

重视抵抗外邪:慢性原发性血小板减少性紫癜由于与自身免疫有关,所以患者很容易发生感染性疾病,而每次感染都会加重病情,使血小板数进一步减少,或引起出血症状加重。故笔者在处方中加入大青叶、公英以防止感染,有利于提高和巩固疗效。

参考文献

- 1 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 1994. 11-12
- 2 陈贵廷, 杨思澍. 实用中西医结合诊断治疗学. 北京: 中国医药科技出版社, 1991. 619-625.

(收稿日期: 2002-01-25)

• 老中医经验 •

任俊杰从痰瘀辨治老年消化性
溃疡的经验探讨

张伯君

【摘要】 老年消化性溃疡的辨证既要根据传统的中医理论,也要结合现代医学的检查治疗手段,如整体辨证与局部辨证相结合、辨病与辨证相结合。治疗时,要针对痰瘀之轻重、病性之寒热虚实分别处理,如痰停胃脘型用二陈汤加减,瘀血阻滞型用化血丹合金铃子散合丹参饮加减,脾胃虚寒型用黄芪建中汤加减,痰热互结型用小陷胸汤合温胆汤加减。

【关键词】 痰瘀; 老年消化性溃疡; 老中医经验

老年消化性溃疡是老年人常见的疾病,其临床症状不典型,并发症较多且重,又常常兼任其他疾病,故易漏诊或误诊而延误治疗。任俊杰教授从事脾胃研究多年,治学严谨,思路广博,学验俱丰。他从痰瘀论治本病,疗效显著。笔者有幸侍诊任教授左右,闻其教诲,纳其所授,实感收获丰硕,受益笃深。现就随师所得整理如下:

1 辨证特色

老年消化性溃疡一般病程长,不典型,甚至无症状。常常表现为上腹不适、闷胀、食欲不振、恶心、呕吐等,有时会表现为“食物下行不畅”、不典型“心绞痛”、“心肌梗塞”、贫血、体重减轻而来就医^[1]。任师认为辨证非常关键,无论整体辨证还是局部辨证,都必须抓住痰瘀这一核心。

1.1 整体辨证

任师往往通过问“痛闷胀饱酸”来抓主证。以辨疼痛、嗳气反酸、恶心呕吐、饮食口味变化、腹泻、便秘、舌苔、脉象等为手段。他特别强调辨疼痛,疼痛是老年消化性溃疡最常见、最重要的症状,一般具有反复性、季节性、节律性,与进食有关,且疼痛性质随病变的轻重和患者的痛阈而不同。一般说来,得暖痛减,得寒痛增为

寒;胃脘灼热,喜凉恶热为热;隐隐而痛,喜温喜按,饥则痛剧为虚;起病急,疼痛较重,固定不移而胀,食后痛甚为实;在气者病程较短,痛则兼胀,痛无定处,时作时止,时聚时散;在血者病程较长,多为刺痛,痛有定处,或兼有吐血、黑便。

总之,要通过辨中心证候分析出是痰重、瘀重还是痰瘀并重。痰证为主时可根据风寒湿热燥火等外邪,结合五脏辨证,辨风痰、气痰、热痰、燥痰、湿痰、食痰等;或以虚实来辨,辨实痰与虚痰。瘀证为主的,当辨实寒致瘀、虚寒致瘀、血热致瘀、气虚致瘀、津亏致瘀、痰水致瘀、药毒致瘀、医过致瘀。若痰瘀并重,则合而参之。

1.2 局部辨证

任师非常重视现代医学知识,主张中西医合参。通过研究,他认为老年消化性溃疡之痰证,重者其胃液呈深黄或黄绿色浑浊状,且胆酸浓度较高;中度者呈浅黄色透明状。胃阴不足及寒热夹杂型多见胃粘膜充血、糜烂;肝胃不和及脾胃虚寒型多见充血、水肿,部分有出血和疤痕改变^[2],另外,在胃肠道激素、胃粘膜组织中 LPO 升高和 SOD 降低等许多方面都有所表现,有待进一步研究^[3]。

1.3 辨病与辨证相结合

1.3.1 辨 DU 与 GU:老年消化性溃疡从部位分有胃溃疡(GU)和十二指肠溃疡(DU)。一般来说,DU 多腹痛喜按,得食痛减,得温则舒,

舌质偏淡,苔白,多属脾胃虚寒证。GU多胃脘闷痛、痞胀,或有恶心、嗳气、口苦,舌质红,苔薄黄,多属痰停胃脘证和肝胃不和证。老年人又易形成复合溃疡、巨大溃疡,多为胃阴不足证、瘀血阻滞证。

1.3.2 辨痰瘀孰重:消化性溃疡的临床分型较为复杂,任师认为这种分法适于老年人,辨痰瘀孰重即辨基本型。

(1)痰重(痰停胃脘型):表现为胃脘痞满,闷痛,泛泛欲恶,或呕吐粘涎,或朝食暮吐,反复发作,倦怠,纳呆,口粘,胃脘部有震水音,舌淡胖,边布齿痕,苔白腻,脉弦滑。(2)瘀重(瘀血阻滞型):表现为胃脘刺痛,痛点固定,痛处拒按,痛剧则肢冷,汗出,食欲减退,精神不振,可有反复吐血、黑便,舌紫暗有斑点,脉弦或细涩。(3)痰瘀并重者则参合以上二者。

1.3.3 辨常见亚型:主要有胃阴不足型、肝胃不和型、脾胃虚寒型和痰热互结型^[4]。

2 治法特色

2.1 基本治法

任师提出治疗本病的原则在于“保胃气,调升降,平阴阳,定虚实”,以理气止痛、化痰散瘀为法。考虑到老年人的生理、病理特点,做到攻邪不忘固本,扶正不忘疏导;补肾的同时,调理各脏腑,注意顾护胃气,平衡脾胃阴阳,补虚泻实结合,灵活运用八法,治养并举。遣方用药时上任师强调:遣方不在药味多少在精,用药不在求奇在活;且遣药宜性味平和,不得久投苦寒。他非常重视初治,认为初治是否彻底起决定作用。本病常反复发作,所以服药有效者应守方守法,同时调饮食,适寒温,怡情放怀,劳逸结合。

2.2 死方活法

一首佳方,药物之君臣佐使妙相辉映,多种治疗结合的思路亦符合此规律,任师非常善于探寻其中奥妙,认为方必定、法须活,他十分重视方药的君臣佐使,认为“君”定乾坤,臣辅安邦,佐以对症,使促交流。对于痰重(痰停胃脘型)法以燥温蠲饮,理气和中,健脾化痰,方选二陈汤加减。瘀重(瘀血阻滞型),法以止血化痰,

活血止痛,疏肝理气,方选化血丹合金铃子散、丹参饮加减。胃阴不足型法以益胃生津,滋阴清热,方选一贯煎合芍药甘草汤加减。肝胃不和型法以疏肝和胃,行气止痛,方选柴胡疏肝散合香砂六君子汤加减。脾胃虚寒型法以健脾温中,散寒止痛,方选黄芪建中汤合理中丸。痰热互结型法以清热化痰,理气和胃,方选小陷胸汤合温胆汤。

任师加减用药,十分灵活,注重加强准确性与合理性,促进病愈。如因外感诱发者,加苏梗、桂枝;食积纳呆苔腻者,加神曲、谷芽;反酸嘈杂加黄连、吴茱萸、乌贼骨、贝母;胃胀甚加青皮、郁金、木香、枳壳;腹胀加乌药、枳壳;呕吐加半夏、生姜、吴茱萸;泛吐清水加高良姜、吴茱萸、干姜;嗳气加旋复花、代赭石;口苦,加黄连、栀子;痛甚,单纯者加元胡、枳壳、青皮、乳香、没药、五灵脂,虚寒者加附子、肉桂、高良姜、香附、川椒,瘀痛者加薤白、香附;黑便去桂枝、干姜,加白芨、三七、当归、赤芍;失眠加酸枣仁、夜交藤、五味子、合欢皮。任师指出临床症状多变,加减用药更当灵活,不可拘泥。

对于已诊断为老年消化性溃疡,但症状不典型、不明确,甚或无症状者,需在中医传统辨证治疗基础上,根据西医指标加减。如胃镜下粘膜见苍白、水肿者加黄芪、党参、桑叶、徐长卿;粘膜见充血、出血者加三七、枯矾、丹参;活检查出幽门螺旋杆菌(HP)阳性者加黄连、木香、乌梅、三七、白花蛇舌草、蒲公英、连翘等。

2.3 综合调理

任师非常重视综合治疗与整体调理。他不排斥西药,认为当胃肠道出现出血、穿孔、梗阻、癌变时,必须要以中西药结合,急以治标。另外,他善于为病人做心理调护,帮助其化解心理矛盾,舒畅情志。食疗方面,他提出“饭菜多样化”“药食本一家”,即“辨证施食”。其它方面,如煎药法、服药法、服药时间等,任师也一一讲究。

3 验案举例

唐某,男,70岁,2000年10月30日初诊。患者既往胃小弯溃疡病史5年。秋、冬、春之交

常发胃脘痛,服泰胃美等药后可缓解。本次发病于 1 周前,且伴呕血、黑便。来诊时症见:胃脘胀痛,拒按,痛无定处,泛酸明显,口苦而干,不欲饮,纳呆,眠差,小便可,大便秘黑偏干,舌紫暗,苔黄腻,脉弦滑。便潜血试验:阳性。胃镜提示:滑动性食道裂孔疝;慢性浅表性胃炎伴糜烂;胃小弯溃疡。HP:阳性。治以辛开苦泄,化痰消瘀,理气止痛。方药:黄连 6g,连翘 9g,半夏 9g,陈皮 9g,熟大黄 5g,夜交藤 10g,煅牡蛎 10g,炒枳壳 30g,炒白术 9g,焦神曲 15g,吴茱萸 2g,徐长卿 15g,乌贼骨 12g,大贝母 10g,炒萝卜子 9g,三七^冲 15g。

上方 7 剂后,患者症状明显减轻。守上方加减。随访至今,未见复发。

按:老年胃疾,久病入络,痰瘀互结。综观诸证,此病正属痰瘀胃痛之列,故以消痰行瘀通络为则。方中半夏燥湿化痰,辛散消痞,与理气健脾、化痰和胃之陈皮,理气宽胸、行滞消积之炒枳壳共伍以除痰湿,改变胃液成分和性状。一味三七,单刀要药,止血散瘀定痛,与止血、活血祛瘀之熟大黄相合以除瘀血,改善胃粘膜血流状况。乌贼骨制酸止痛、收敛止血,与清热降

痰、散结消肿之大贝母、及温中降逆止呕之吴茱萸、收敛制酸之煅牡蛎共同抑制胃酸、胃蛋白酶等物质的分泌。清热燥湿解毒之川连加上解毒消痛散结之连翘根除 Hp,降低攻击因子的侵袭力。补气健脾之炒白术与行气化湿、解毒消肿止痛之徐长卿保护胃粘膜,增强防御因子的抵抗力。患者饮食呆滞,故与消食和胃之焦神曲,消食除胀、降气化痰之炒萝卜子对症加药,并改善胃肠道动力功能。又与夜交藤养心安神,调整睡眠,使胃和而卧安。全方洋洋洒洒,痰瘀皆治,补泻参合,有升有降,阴阳并调,疗效明显,很有代表性地体现了任师从痰瘀论治老年消化性溃疡的特色。

参考文献

- 1 汪鸿志,曹世植.现代消化性溃疡病学.北京:人民军医出版社,1999.194-207.
- 2 袁凤仪.消化性溃疡病——基础与临床.贵阳:贵州科技出版社,1999.250-252.
- 3 任俊杰.利胃复胶囊治疗痰瘀胃痛的临床及实验研究.中国中西医结合脾胃杂志,1997,3:151.
- 4 蔡淦,马贵同.实用中医脾胃病学.上海:上海中医药大学出版社,1996.665-689.

(收稿日期:2002-01-25)

• 短篇报道 •

化湿解毒汤治疗狐惑证验案

肖建军

韩某某,男,64岁,2000年1月4日初诊。患者口腔、魄门溃疡交替出现已2年之久,虽多方求治,均未治愈。现患者口腔粘膜溃疡,灼热疼痛,伴咽干口燥,口苦。魄门湿痒,搔之不解。伴见疲乏无力,烦躁易怒,脘腹胀闷,纳呆,大便硬如羊屎,夜寐不安,舌体暗紫,左侧可见一溃疡创面,苔黄,薄腻少津,脉右沉弦,左稍细。诊断:狐惑证。辨证:湿浊内蕴,热毒内壅。治则:化湿解毒,佐以健脾活血。处方:化湿解毒汤加减:当归 10g,连翘 15g,赤小豆 30g,炙杷叶 10g,竹茹 10g,茯苓 15g,生薏米 15g,败酱草 20g,香橼 10g,佛手 10g,黄芩 10g,赤芍 10g,砂仁 6g。7 剂,水煎服,日 1 剂,日服 2 次。

药后口腔溃疡、魄门湿痒均已减轻,咽喉仍干燥而痒,纳食不甘,大便通下但不爽,夜寐尚可,烦躁。舌暗淡,苔白满布少津,脉右弦滑,左沉细滑。继以前法,前方去竹茹 10g,云苓 15g,加焦槟榔 10g,生山楂 12g。继服 7 剂。口腔溃疡处疼痛继见减轻,魄门湿痒亦已缓解,大便较前有所改善,仍纳食不甘,烦躁,夜寐尚可。舌暗淡,苔薄黄,脉弦滑,左稍细。继以前法,前方去焦槟榔 10g,丹参 10g,加生甘草 6g。

四诊时口腔溃疡已基本消失,口干苦已去大半,魄门痒已止,仍潮湿,纳可,便调,夜寐已安。舌暗淡,苔薄白而润,脉沉稍弦。前方加玫瑰花 10g,丝瓜络 10g。7 剂药后患者诸症已消,后回访未再复发。

(收稿日期:2002-01-08)