

附片等药物为主的方剂。本组西药治疗同上。

疗 效

治疗后血浆 NPN 下降 30mg 以上者, 中西组 23 例(46%), 西药组 14 例(28%); 治疗后血浆白蛋白提升到 3g% 以上者, 中西组 5 例, 西药组 3 例。住院病死率: 中西组死亡 19 例, 死亡率为 38%, 西药组死亡 38 例, 死亡率为 76% ($P < 0.01$)。

死亡与病情分级的关系: 轻型(NPN 40~60mg%), 中西组无死亡, 西药组死亡 2 例; 中型(NPN 61~100mg%), 中西组死亡 2 例, 西药组死亡 4 例; 重型(NPN > 100mg%), 中西组死亡 17 例, 西药组死亡 32 例。

讨 论

一、慢性肾功能衰竭以往均采用不同方法的利尿治疗, 如利尿合剂的应用; 减少蛋白质摄入以降低 NPN 的产生; 也有用血液透析或肾移植等法治疗, 但均需要一定条件而不能普及。我们在临床观察中, 应用中西药治疗,

使患者于住院期间 NPN 有所下降, 如治疗后中西组 NPN 下降者 32 例, 西药组 19 例。从两组回顾性对比看, 应用以大黄为主的中药治疗, 都能不同程度地降低 NPN, 缓解病情, 使住院期间病死率降低。

二、本症在祖国医学中认为系脾肾虚衰、湿浊内阻引起, 正虚邪实是 its 特点。脾肾两虚为其本、湿浊热邪为其标, 故其治疗需标本兼治。降氮汤中大黄除荡涤肠胃陈垢、通腑降浊外, 还有清热解毒、活血化瘀、降压利尿等作用, 桂枝有温经通脉作用, 可治水饮内停、小便不利。根据临床观察, 降氮汤保留灌肠对降低 NPN 有一定作用, 一般于治疗 10 天后 NPN 即有不同程度下降。原拟方加桂枝是用于阳虚寒象明显者, 但经临床观察两方效果区别不明显。

通过本文总结我们体会到, 采用以大黄为主的汤剂保留灌肠, 并配合中医辨证中药口服, 辅以西医纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱等中西医结合的综合治疗措施, 可以延长慢性肾功能衰竭患者生存时间, 降低住院病死率。

中西医结合治疗溃疡病虚证 92 例的临床观察

第一军医大学南方医院 张万岱 喻方亭 秦刚

为提高溃疡病的治愈率, 对胃镜确诊的活动期溃疡病, 中医辨证有虚证表现者, 按随机化原则分成中西医结合治疗组及对照组。两组溃疡类别、分型、病程及性别、年龄分布等临床资料大致相仿。治疗组 92 例采用健脾益胃汤为基本方, 由黄芪 12g 白芍 12g 白芨 9g 两面针 9g 云苓 12g 炙甘草 9g 大枣 4 枚等组成。根据中医分型予加味: 肝郁胃弱型加柴胡 9g 枳壳(或厚朴) 9g 川楝子 9g; 脾胃虚寒型加桂枝 9g 生姜 3 片; 胃阴不足型加沙参 12g 麦冬 12g 生地 15g 钩藤 12g (后下); 虚寒夹热型加桂枝 9g 黄芩 9g 知母 9g; 或按不同兼证而加减。同时给痢特灵, 每次 0.1g, 每天 3~4 次, 服 6 天停 4 天, 再服 6 天停 4 天。共 20 天为一疗程, 一疗程后复查胃镜, 必要时连服 2~3 疗程。对照组 40 例按常规用量给予一般解痉制酸剂对症治疗, 疗程同治疗组。中西医结合治疗组平均经 34.9 天治疗, 临床治愈(溃疡消失)

58 例, 显效(溃疡缩小) 24 例, 进步(溃疡及症状改善) 7 例, 无效(溃疡症状均无改善) 3 例; 对照组平均经 54.1 天治疗, 临床治愈 13 例, 显效 7 例, 进步 13 例, 无效 7 例。前者总有效率 96.74%, 治愈率 63.04%; 后者总有效率 82.5%, 治愈率 32.5%。两组间对比具有非常显著差异, P 均 < 0.01 。说明中西医结合的方法疗效较优。不同类型或证型之间的疗效未见明显差异, P 均 > 0.05 。

溃疡病系慢性病损, 溃疡周缘及附近粘膜常伴有急性或慢性炎症改变, 辨证多属虚证。我们根据辨证与辨病相结合的原则, 运用中医“扶正祛邪”的理论, 采用健脾益胃汤加味方调动机体内因, 增强内脏功能以扶正, 采用痢特灵作用于溃疡局部, 制酸消炎以祛邪, 使扶正与祛邪相结合, 基本方与辨证加味相结合, 中药与西药相结合, 从而提高了疗效。