

多武片(江苏泰州制药厂生产, 每片 10 mg), 每日 20~60 mg, 共治疗 26 例; 雷公藤 10~15 g, 水煎服, 每日 1 次, 治疗 8 例, 疗程均为 6~12 个月。强的松诱导缓解剂量 0.6~0.9 mg/kg·d, 缓解后缓慢减药至最小剂量(与雷公藤伍用能维持疗效即可), 维持治疗 0.5~1 年。

二、对照组 强的松 0.9~1.3 mg/kg·d, 连续治疗 4~6 周后改 0.5~0.6 mg/kg·d, 巩固治疗 2~3 个月后逐渐减量, 维持用药 0.5~1 年; 环磷酰胺剂量为 200 mg/次, 加生理盐水 20 ml 隔日静脉注射, 总剂量 6~8 g, 总疗程 0.5~1 年。

三、观察项目 全部病例每周均查血、尿常规及 24 h 尿蛋白测定, 治疗前后均查血浆蛋白、肾功能、血脂、免疫球蛋白、补体、肝功能、空腹血糖及电解质等, 同时还作肾脏 B 超、胸部透视等检查, 治疗过程中若白细胞计数低至 $3.5 \times 10^9/L$, 则停用环磷酰胺及雷公藤药物。

结 果

一、疗效判定标准 (1) 显效: 治疗后临床症状消失, 尿常规正常, 24 h 尿蛋白测定 $<0.4 g$, 血浆蛋白、血脂、肾功能及血压正常; (2) 有效: 临床症状消失, 尿蛋白定性好转, 但仍在微量~(+) 水平, 尿蛋白定量 $<1.5 g$, 血浆蛋白、血脂均正常或接近正常, 肾功能改善并稳定在一定水平; (3) 无效: 临床症状无改变或加重, 尿蛋白不降, 血浆蛋白、血脂、肾功能及血压无变化或加重; (4) 复发: 近期疗效达显效, 停药 6 个月后其症状及检验各值均恢复到原水平。

二、治疗结果

1. 临床疗效 治疗组 52 例显效 29 例, 有效 21 例, 无效 2 例, 总有效率 96.2%, 复发 6 例(6/29 例)。其中 18 例雷公藤片治疗者显效 10 例, 有效 8 例, 复发 2/10 例; 26 例雷公藤多武治疗者显效 15 例, 有效 10 例, 无效 1 例, 复发 3/15 例; 8 例雷公藤水煎剂治疗者显效 4 例, 有效 3 例, 无效 1 例, 复发 1/8 例。对照组 53 例显效 28 例, 有效 21 例, 无效 4 例, 总有效率 92.5%, 复发 18 例(18/28 例)。两组的显效率、总有效率及病情缓解时间上均很接近, 统计学处理无差异, 但复发率相差很大, 经检验有显著差异 ($P < 0.05$)。治疗组三种剂型疗效相接近, 无统计学意义。

2. 药物维持治疗过程中出现的明显感冒等体内感染(下称“感染”)与因此而诱发的症状、体征及实验室检查的反复(下称“反复”)比较: 治疗组 52 例“感染”16 人次, “反复”4 人次, 占 25%; 对照组 53 例“感染”21 人次, “反复”17 人次, 占 81%。两组统计学处理有

非常显著的差异 ($P < 0.01$)。

3. 治疗组中有 8 例是在单用大剂量强的松治疗无效的情况下, 伍用雷公藤并将强的松减至小剂量, 结果: 显效 3 例, 有效 4 例, 无效 1 例。

4. 副作用 治疗组出现柯兴氏征(满月脸、水牛背、粉刺、紫纹、多血质、多毛等)4 例, 皮肤色素沉着 5 例, 月经失调 5 例, 少精、弱精、无精 3 例, 消化道症状 14 例, 转氨酶增高 2 例, 感染 1 例, 白细胞减少 8 例, 欣快症 3 例; 对照组出现柯兴氏征 20 例, 月经失调 7 例, 类固醇性糖尿病 3 例, 肌病 3 例, 脱发 11 例, 消化道症状 27 例, 应激性溃疡 3 例, 转氨酶增高 3 例, 感染 9 例, 白细胞减少 13 例, 欣快症 11 例, 血尿 3 例, 撤停反应 4 例。治疗组在柯兴氏征、消化道症状、感染、脱发、欣快症等副作用上均明显少于对照组, 统计学上有显著差异。三种剂型的副作用无差异。

讨 论

雷公藤是我国民间中草药, 它具有免疫抑制作用, 可以使抗原刺激后的免疫活性细胞受抑制, 从而抑制抗体的产生, 减轻肾脏病变; 它有改善肾小球毛细血管通透性, 明显的降尿蛋白、尿红细胞作用, 对肾病综合征的发病具有一定防治作用。该药与强的松合用对推迟且减轻 Masugi 肾炎第二相免疫复合物带来的损害所致蛋白尿有协同抑制作用, 治疗中的稳定性得到了提高, 复发率低; 对单用激素无效的病例亦显示了较好的疗效。雷公藤本身还可以作为激素依赖者的替代治疗, 帮助激素的撤减而不存在其副作用。我们还观察了 9 例应用小剂量雷公藤维持治疗达 2 年以巩固疗效, 取得了满意的效果, 无复发病例, 亦未发现明显的并发症。因此, 我们认为本法是治疗肾病综合征较为理想的方法。

番泻叶与甘露醇液清洁 肠道效果的比较

湖北省宣恩县人民医院(湖北 445500) 阳时祥

为了提高肠道清洁的效果及腹部 X 线检查的诊断质量, 我院 1984 年以来先后采用番泻叶及甘露醇液作肠道清洁, 经 500 例试用及比较, 结果证明, 番泻叶法优于甘露醇法。

临床资料 为对比观察番泻叶及甘露醇液清洁肠道的效果, 我们不加选择地抽取近 6 年来所拍照的腹部平片或肾孟造影片共 500 份(番泻叶组 250 份, 甘露

醇组 250 份), 集中评级对照, 以观察清洁肠道效果。

方 法 番泻叶组: 番泻叶 20 g, 用沸水 500 ml 浸泡 5 min 后服第 1 次, 再以沸水 500 ml 浸泡 10 min 后服第 2 次, 服药时间在摄片前 12~14 h。甘露醇组: 检查前 8~10 h 口服 5~10% 甘露醇液 500~800 ml, 排便 3~4 次后, 嘱患者走动 0.5~1 h 后摄片。

结 果 上述两组所摄 X 线片均按甲、乙、丙三等评级。甲级片系指全腹部肠道无气体、粪便或仅有少许气体, 肾影及腰大肌轮廓清晰; 乙级片指全腹肠道少量气体和粪便, 肾影及腰大肌轮廓可见; 丙级片肠道内有大量气体或粪便, 肾影及腰大肌轮廓不清晰而影响诊断需重照者。按上述评级标准, 番泻叶组 250 例中, 甲级片 159 例(占 63.6%), 乙级片 73 例(占 29.2%), 丙级片 18 例(占 7.2%); 甘露醇组 250 例中, 甲级片 87 例(占 34.8%), 乙级片 128 例(占 51.2%), 丙级片 35 例(占 14.0%)。

体 会 通过两组各 250 例腹部 X 线片比较, 番泻叶法甲级片为 63.6%, 甘露醇法只占 34.8%; 丙级片前者为 7.2%, 后者达 14.0%, 说明番泻叶法优于甘露醇法。用番泻叶作肠道清洁, 由于其作用柔和、缓慢, 且简便、副作用少, 患者容易接受, 只要以沸水浸泡(勿煮沸), 按规定量服药, 照片前嘱患者走动 0.5~1 h 以排除肠气, 一般均能获得满意 X 线照片。

甘露醇液在肠内不被吸收, 通过肠腔高渗作用, 其导泻作用强。但其最大弱点是肠气形成多, 尽管照片前嘱患者走动 0.5~1 h, 仍不能达到目的。本组 35 例丙级片中有 28 例系大量肠气而明显影响诊断, 部分患者服药后有恶心、呕吐、腹胀和不适感, 少数甚至出现剧烈腹痛、腹胀。本组中有 3 例服甘露醇液后出现剧烈腹痛、腹胀, 腹部片见高度肠胀气, 经灌肠及胃肠减压等方法治疗方使病情缓解。有研究表明, 单纯口服甘露醇可使大肠杆菌明显增加, 甘露醇分解发酵产生氢气及甲烷。前者为碳水化合物代谢产物, 后者与肠道菌种有关。与空气混合时, 氢气发生爆炸的浓度为 4~74%, 甲烷为 5~15%。为此提出, 甘露醇在肠道中可产生易爆性气体, 且有增加术后感染率的危险, 故口服甘露醇液作术前肠道清洁时应引起注意。

半夏厚朴汤加味治疗咽异感症 34 例疗效观察

山东省东平县第一人民医院(山东 271506)

耳鼻喉科 傅 刚

中 医 科 展广勇 廖玉兰

我们从 1990 年以来应用《金匮要略》半夏厚朴汤

加味治疗咽异感症 34 例, 取得了较好的效果。现报告如下。

临床资料

一、咽异感症患者均系我院门诊患者, 按其就诊的先后顺序, 随机分为治疗组和对照组。治疗组共 34 例, 其中男性 10 例, 女性 24 例; 年龄最小 20 岁, 最大 62 岁, 平均年龄 32.4 岁。对照组共 36 例, 其中男性 11 例, 女性 25 例, 年龄最小 19 岁, 最大 60 岁, 平均年龄 33.6 岁。两组一般情况、职业、文化程度和生活习惯均相近, 具有可比性。

二、以武汉医学院第一附属医院编著《耳鼻咽喉科学》为诊断依据, 详细问诊及客观检查, 排除咽异感症以外的各种疾病。

三、全部患者采用单盲疗法。治疗组所用基本方剂为: 半夏 12 g 厚朴 10 g 茯苓 12 g 生姜 10 g 紫苏 10 g, 水煎服, 每日 1 剂, 并根据患者具体病情进行加减。因情志刺激, 伴有胸胁胀满、善太息较重者, 在原方的基础上加香附、陈皮、瓜蒌; 对于病久气阴两虚伴有神疲乏力、心烦失眠等症者, 加用黄芪、沙参、黄连、黄芩、枣仁、丹皮等。

治疗期间不用其它任何辅助药物。对照组给予镇静剂及维生素类药物。

结 果

一、疗效评定标准 治愈: 症状完全消失, 1 年以上无复发者; 显效: 症状基本消失, 无明显复发者; 有效: 症状得到控制, 易复发; 无效: 症状无明显改善者。

二、治疗结果 治疗组 34 例, 治愈 8 例, 显效 20 例, 有效 4 例, 无效 2 例, 总有效率为 94.1%。对照组 36 例, 治愈 2 例, 显效 8 例, 有效 16 例, 无效 10 例, 总有效率为 69%。两组经统计学处理有显著性差异($\chi^2=24.9, P<0.01$)。疗程: 治疗组平均治疗天数 8.88 ± 2.27 d ($\bar{x} \pm S$, 下同), 对照组平均治疗天数 12.03 ± 2.62 d, 两组经统计学处理差别有显著性意义($u=5.34>2.58, P<0.01$)。

讨 论

中医认为本病主要是情志不遂, 抑郁伤肝, 导致肝郁气滞, 经络之气不舒, 随经上逆, 结于咽喉; 或肝病乘脾, 以致肝郁脾滞, 运化失司, 津液不得输布, 积聚成痰结于咽喉; 或妇人断经前后, 肝易失疏泄调达之常, 气机不利, 气滞痰凝, 而发病。半夏厚朴汤中, 半夏、茯苓、生姜健脾燥湿化痰和胃, 厚朴、紫苏下气行滞, 疏肝解郁, 降逆和中。因此, 我们临床以此为基本方, 并结合具体病情加减化裁, 一般均可收到比较满意的疗效。