

血瘀证范畴,故选用具有活血化瘀、行气破瘀为主,兼以滋阴宣泄作用的中药,通过破瘀以通肝,行气以疏肝,滋阴以养肝,宣泄以调肝等环节融为一体,破中有补,补中有泻,从而达到标本兼治、机体功能和顺调达而降脂目的。

经本治疗组 124 例临床观察,除 3 例有轻度恶心外,未见明显毒、副作用及出血倾向,证明安全有

效。此法值得临床推广应用。

参 考 文 献

1. 中华人民共和国卫生部. 药物临床指导原则(试行) 1988: 86.
2. 周文泉,等. 延缓衰老中药的筛选规程和临床观察规范. 中西医结合杂志 1986; 6(11): 682.

驱毒汤加甘露醇灌肠和口服治疗慢性肾功能不全的对比观察

上海中医学院附属岳阳医院肾内科(上海 200031) 姚少吾

笔者用中药驱毒汤加甘露醇保留灌肠和口服两法治疗慢性肾功能不全患者 17 例,发现灌肠组疗效优于口服组。现报告于下。

资料与方法

全部患者均符合以下诊断标准: (1) 有导致慢性肾功能不全的肾脏病。(2) 血尿素氮 $> 8.9 \text{ mmol/L}$, 血肌酐 $> 176.8 \mu\text{mol/L}$ 。17 例患者随机分为灌肠治疗组(灌肠组)9 例,口服治疗组(口服组)8 例。两组临床资料: (1) 原发病: 灌肠组慢性肾炎 8 例、慢性肾盂肾炎 1 例; 口服组慢性肾炎 7 例、高血压肾动脉硬化 1 例。(2) 肾功能分期: 灌肠组 9 例均为尿毒症期; 口服组尿毒症期 6 例,氮质血症期 2 例。(3) 病程: 灌肠组平均病程 4.6 ± 5.0 年($\bar{x} \pm S$,下同),口服组为 5.8 ± 8.2 年, $P > 0.05$ 。(4) 年龄: 灌肠组平均 50.7 ± 20.7 岁,口服组平均为 46.0 ± 15.3 岁, $P > 0.05$ 。(5) 性别: 灌肠组男 4 例,女 5 例; 口服组男、女均为 4 例。(6) 治疗方法: 驱毒汤为大黄 25 g 牡蛎 25 g 蒲公英 12.5 g,加水煎成 125 ml,加 20%甘露醇 125 ml,略加温至 $37 \sim 38^\circ\text{C}$,保留灌肠或口服,每天 2 次,疗程 14~21 天,1 个疗程后评定疗效。

结 果

一、疗效评定标准 (1) 显效: 症状明显改善,尿毒症期患者血肌酐降至 $< 442 \mu\text{mol/L}$,氮质血症期降至 $< 176.8 \mu\text{mol/L}$ 。(2) 有效: 症状有所改善,血肌酐下降,但尿毒症期仍 $\geq 442 \mu\text{mol/L}$,氮质血症期仍 $\geq 176.8 \mu\text{mol/L}$ 。(3) 无效: 症状无改善,

血肌酐不下降。

二、临床疗效 按此标准评定,灌肠组显效 1 例,有效 6 例,无效 2 例;口服组有效 5 例,无效 3 例。食欲不振、恶心呕吐等症状改善灌肠组例数多于口服组。灌肠组血肌酐治疗前平均 $797.54 \pm 332.03 \mu\text{mol/L}$,治疗后 $641.43 \pm 443.96 \mu\text{mol/L}$,其中,1 例上升,8 例下降,平均降低 $156.11 \mu\text{mol/L}$, $P < 0.01$;口服组治疗前血肌酐 $717.19 \pm 386.93 \mu\text{mol/L}$,治疗后 $737.08 \pm 460.74 \mu\text{mol/L}$, $P > 0.05$ 。其中上升 2 例,不变 1 例,下降 5 例。两组疗效对比有显著性差异, $P < 0.05$ 。

讨 论

驱毒汤以大黄为主药,大黄具有通便泄下、攻逐湿浊,使毒邪从大便排泄的作用,还有活血解毒、推陈致新、降低血肌酐与尿素氮等作用,是治疗尿毒症一种有前途的药物。将甘露醇加入驱毒汤中合用灌肠,使肠腔内形成一个高渗状态,因肠粘膜毛细血管壁为半透膜,使血内的尿毒症毒素随水分进入肠腔而排出体外,加强了疗效。由于慢性肾功能不全患者多有恶心、呕吐等胃肠道症状,患者口服汤药加甘露醇常有困难,有时还会将药液吐出,影响药效的发挥。此外,大黄虽能导滞解毒,但口服药性峻猛,诛伐过甚,虚体难支;而改变给药途径,配入灌肠方内,可峻药缓用,再配以牡蛎可收涩敛阴。因此,灌肠法的疗效优于口服法,且简便易行,值得在基层医疗单位推广应用。