

附表 两组治疗前后蛋白尿、血浆白蛋白、胆固醇、甘油三酯变化 ($\bar{x} \pm S$)

组别	蛋白尿/24 h (g)	血浆白蛋白 (g/L)	总胆固醇 (mmol/L)	甘油三酯 (mmol/L)
中西医 治前	6.522±3.769	2.375±1.931	11.409±0.004	3.877±1.692
结合 治后	0.348±0.753*	3.572±0.56**	5.020±1.599*	1.847±0.799*
单纯 治前	7.147±4.513	2.410±0.760	99.009±3.280	3.130±1.774
西药 治后	2.886±3.693*	3.245±0.981**	7.000±3.680*	1.837±0.944*

注: 与治疗前比较, * $P < 0.001$, ** $P < 0.01$

性型2例中,部分缓解与无效各占1例。从上述资料分析,以系膜增生型疗效最佳,但IgA肾炎型治疗时间特别长。其次节段硬化型如能早期诊断,即便属血尿型的也有可能缓解。但以膜性、膜增生型疗效较差。

两组从临床症状与体征消失程度以及蛋白尿、血尿、低蛋白血症等多项检测指标来对比,并经统计学处理有显著差异。中西医结合组有总效率为88.75%,而西药组仅74%。这提示中西医结合组疗效优于西药组。

讨 论

II型肾病综合征采用中西医结合疗法可以扬长避短,提高疗效。据现代药理学研究,雷公藤、黄芪、生

地、熟地、淮山药、五味子等均有调节免疫功能作用。II型肾病综合征常伴血尿,颇为棘手,肾炎II号煎剂中雷公藤能消炎、退肿,又有免疫抑制作用,且无激素的副作用,再加上扶正补肾、活血止血的中药,具有增进免疫的双向调节作用。一般病情较重,疗效较差。中西医结合组70例患者做过肾穿刺活检40例中,系膜增生型,疗效最好,节段硬化型如能早期(肾小球损害<50%)明确诊断,出现血尿者,及时治疗尚有效果。IgA肾病,采用中医中药虽能使部分病情缓解,但疗程长。膜增生型、膜性型疗效较差,3年来采用CTX冲激疗法后,有些病情也有所好转。

(收稿:1993-11-24 修回:1994-05-20)

中西医结合治疗再生障碍性贫血并发腹腔大出血1例

李 达 杨淑莲 梁 冰

再生障碍性贫血(AA)并腹腔大量出血临床少见,我们运用西医止血,中医实脾饮加味促进积血消退,效果较好,报告如下。

病历简介 李某,女,23岁。因面黄乏力6年于1992年10月12日住院。查体: T 36℃,神清,贫血貌,皮肤粘膜(-),心肺(-),肝脾不肿大,余无异常。血象:网织红细胞0.002;红细胞 $1.90 \times 10^{12}/L$;血红蛋白60 g/L;白细胞 $3.2 \times 10^9/L$,分类:中性粒细胞0.32,淋巴细胞0.68;血小板 $15 \times 10^9/L$ 。骨髓象:增生重度低下,粒、红两系显著减少,淋巴系相对增高,浆、网织细胞易见,未见巨核细胞;肝肾功能正常,腹部B超:(-)。诊断为再生障碍性贫血,治疗13个月无效。于1993年11月28日贫血进行性加重,血红蛋白32 g/L,按严重贫血仅给予输血治疗,输血2400 ml,治疗3天,血红蛋白仅36 g/L,临床无出血倾向,但腹部胀满,尿少。查腹部:无腹膜刺激征,移动性浊音(+). B超:腹腔内见大片状暗区,有肠管漂动现象,估计腹

水1800 ml,予腹腔穿刺,抽出100 ml不凝固血液。诊断:再生障碍性贫血并腹腔大量出血。患者面色苍白,腹大如鼓,四肢不温,小便不利,纳差,舌质暗淡,苔白腻,脉沉滑而数。中医辨证为脾虚湿滞,瘀血内阻。治以健脾利湿,活血化瘀,拟实脾饮加味:川朴15 g,苍术20 g,大腹皮、茯苓、泽泻、丹参各30 g,桂枝、川芎各10 g,生大黄12 g,赤芍50 g,水煎服,每日1剂;配合止血定10 g静脉滴注,每日1次,并输注浓缩血小板。治疗6天后腹胀消退,小便通利,查腹部:腹围由77 cm缩至68 cm,移动性浊音(-),B超:无腹水征。血红蛋白124 g/L。继服上方5剂以巩固疗效;1月后复查,病情稳定,查腹部正常。

体 会 腹腔大量出血,宜外科剖腹探查止血,清除积血;但再障患者手术风险很大,予保守治疗,西医输血及止血药以控制出血,中医辨证施治以促进腹腔内积血消退,此证属中医学的“鼓胀”范畴,乃脾虚湿滞、瘀血内阻所致,故用实脾饮加味治疗获效。

(收稿:1994-01-21 修回:1994-05-11)