

蛭辅助治疗急性性卒中 33 例,并与单纯西药治疗的 33 例作比较,现报告如下。

临床资料

1 病例选择 66 例均为我院住院的脑卒中患者,诊断符合 1986 年第二次全国脑血管会议通过的标准,均经颅脑 CT 证实,且具有半身不遂、便秘、舌苔黄腻、脉弦滑,伴口舌歪斜、或舌强语蹇或不语等痰热腑实证之征象;均于发病后 48h 内入院,伴有明确的肢体瘫痪,肌力在 0~IV 级的患者。排除病例:颅脑外伤,蛛网膜下腔出血,短暂性脑缺血发作,腔隙性脑梗死无偏瘫表现者,脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病、代谢障碍等引起脑栓塞者,合并有肝、肾、造血系统等严重原发性疾病、精神病患者及临床资料收集不完全者。

2 一般资料 按随机数字表法分为两组,治疗组 33 例,男 17 例,女 16 例;年龄 39~74 岁,平均(66.19 ± 7.54)岁;发病时间(11.69 ± 5.79)h;CT 检查:脑梗塞 23 例(其中基底节 11 例,皮质 6 例,内囊 2 例,小脑 1 例,多灶 3 例),脑出血 8 例(其中基底节 5 例,脑叶 1 例,其他 2 例),混合性中风 2 例;出血量(18.35 ± 5.79)ml;原发病:高血压病 17 例,糖尿病 13 例;病后意识清醒 18 例,浅昏迷 11 例,深昏迷 4 例。对照组 33 例,男 19 例,女 14 例;年龄 38~72 岁,平均(64.18 ± 6.85)岁;发病时间(10.78 ± 5.67)h;CT 检查:脑梗塞 20 例(其中基底节 9 例,皮质 6 例,内囊 3 例,小脑 1 例,多灶 1 例),脑出血 10 例(其中基底节 6 例,脑叶 2 例,其他 2 例),混合性中风 3 例;出血量(17.96 ± 5.39)ml;原发病:高血压病 11 例,糖尿病 4 例;病后意识清醒 19 例,浅昏迷 10 例,深昏迷 4 例。2 组患者资料比较差异无显著性,具有可比性。

方法 两组患者均采用一般常规治疗(包括给氧、降颅压、控制血压、维持水和电解质平衡)及治疗并发症外,还给予脑细胞活化剂。治疗组另加星蒺承气汤(由大黄 10g 芒硝 3g 制胆南星 6g 全栝蒌 6g 组成),加水蛭 10g,每天 1 剂,水煎 3 次,合并煎液,每次 200ml,每日 2 次,口服或鼻饲,使腑气通畅,每口排便 2~3 次为宜(若用药后大便仍不通,可酌加大黄 2g,若大便次数过多,可酌减大黄 4g,此乃有协同降颅压的作用,且有效地避免了患者因大便困难而烦躁不安致血压骤升后出现的各种不良反应),2 组患者疗程均为 15 天,疗程结束后进行疗效判断。统计学方法:采用 χ^2 检验和 *t* 检验。

结果

1 疗效评定标准 根据实用中西药治疗手册疗效标准判定(满分 28 分,起点分值最高不超过 18 分),基本痊愈:积分值 >24 分;显效:积分值 24~10 分;有效:积分值 9~4 分;无效:积分值 <4 分;恶化:病情加重或死亡。

2 两组患者临床疗效比较 见表 1。两组疗效比较差异有显著性($\chi^2 = 8.65, P < 0.05$),治疗组优于对照组。

3 随访疗效 两组患者治疗后均经 1 年随访,治疗组有效病例中随访 29 例,其中复发 8 例(27.6%),对照组有效病例中随访 22 例,其中复发 12 例(54.5%),治疗组卒中复发率低于对照组($\chi^2 = 6.48, P < 0.05$)。

4 不良反应 治疗组中有 2 例患者初用时有轻度下腹部

疼痛,未予处置,继续用药,腹痛消失,未见其他不良反应。

表 1 两组临床疗效比较 [例(%)]

组别例数	基本治愈	显效	有效	无效	死亡	总有效
治疗 33	9(27.3)	10(30.3)	12(36.4)	1(3.0)	1(3.0)	31(93.9)*
对照 33	3(9.1)	5(15.2)	17(51.5)	6(18.2)	2(6.1)	25(75.7)

注:与对照组比较,**P* < 0.05

讨论 中风病机可概括为“本虚标实”,急性期的本缓标急,治疗当务之急是通腑泄浊,釜底抽薪,使痰瘀速下,诸症自除。因此尽早使用通腑化痰祛瘀药物,对影响中风病势轻重浅深和预后转归有着极其重要的意义。星蒺承气汤由大黄、芒硝、全栝蒌和制胆南星组成,方中大黄通腑泻热、活血祛瘀;芒硝咸寒软坚、润燥散结,助大黄通腑导滞;全栝蒌清热、化痰、利大便,使痰热下行;制胆南星清热、化痰、熄风,诸药合用,共奏通腑化痰之功效;另加破血逐瘀之品水蛭,与大黄伍用增强其活血祛瘀之功效,即增强了星蒺承气汤的活血祛瘀之功效,二者可发挥协同治疗作用。现代研究表明,通腑化痰中药治疗中风急性期可改善人体的新陈代谢,排除毒素,增加胃肠道活动,降低机体应激状态,稳定血压,降低颅内压,促进血肿吸收,增加脑供氧,调整血管通透性,改善微循环,减轻神志障碍,使患者较易度过急性期。有研究表明,水蛭中含有多种生物活性物质,主要为水蛭素,具有抗凝、保护血管内皮细胞和血小板功能等作用。本结果说明本方辅助治疗急性性出血性脑卒中和缺血性脑卒中都有效。

(收稿:2002-05-15 修回:2002-07-18)

复方皂矾丸辅助治疗慢性再生障碍性贫血 28 例

川北医学院附属医院(四川 637000)

陈 静 魏 锦 胡 宏

四川省自贡市桑海医院 刘 川

1998 年 1 月~2001 年 9 月,我们采用复方皂矾丸加康力龙等西药治疗慢性再生障碍性贫血(CAA)28 例,并与单用康力龙等西药常规治疗的 28 例作对照,现报告如下。

临床资料

1 病例选择 凡符合 1987 年第四届全国再障学术会议中制定的 CAA 的诊断标准,即全血细胞减少、网织红细胞绝对值减少,无肝脾肿大,骨髓增生低下,骨髓小粒非造血细胞增多,用一般抗贫血药物治疗无效,且能排除引起全血细胞减少的其他疾病,又未达急性再生障碍性贫血标准者。

2 一般资料 56 例 CAA 患者,按就诊单双号顺序随机分为两组。治疗组 28 例中,住院 13 例,门诊 15 例;男性 13 例,女性 15 例;年龄 12~60 岁,平均 36 岁;病程 0.5~5.5 年,平均 3 年;初诊 12 例,复诊 16 例;Hb30~80g/L,平均 55g/L;WBC 1.2~3.8 × 10⁹/L,平均 2.5 × 10⁹/L,PLT32~86 × 10⁹/L,平均 59 × 10⁹/L。对照组 28 例中,住院 13 例,门诊 15 例;男性 12 例,女性 16 例;年龄 16~65 岁,平均 35.5 岁;病程 0.3~6.2 年,平均 3.25 年;初诊 13 例,复诊 15 例;Hb33~81g/L,平均 57g/L;WBC 1.1~3.8 × 10⁹/L,平均 2.45 × 10⁹/L;PLT34~82 × 10⁹/

L, 平均 $58 \times 10^9/L$ 。两组资料比较, 差异无显著性。

治疗方法 两组患者均使用康力龙, 每次 2mg, 每日 3 次, 常规剂量的维生素口服及一般对症治疗; 治疗组同时加复方皂矾丸(由皂矾、人参、海马、油桂(是含挥发油的优质肉桂)、核桃仁、大枣、七寸蛇等组成, 并有 10 种微量元素; 每丸 0.2g, 陕西郝其军制药有限责任公司生产) 每次 1.8g, 每日 3 次。疗程均为 3 个月~2 年, 治疗不满 3 个月者不作为统计病例。治疗后每 7 天复查血象 1 次, 每月复查肝、肾功能 1 次。

观察项目: (1) 临床表明(头昏、乏力、及活动后心悸、气促情况), 观察患者皮肤、粘膜色泽变化及有否出血征象; (2) 实验室检查: 外周血中 WBC、Hb、PLT 计数, 肝肾功能; (3) 追踪随访。

统计学方法: 两组数据的比较用 χ^2 检验。

结果

1 疗效评定标准 按上述文献的疗效标准。基本治愈: 贫血和出血症状消失, Hb 男 $\geq 120g/L$ 、女 $\geq 100g/L$, WBC $\geq 4 \times 10^9/L$, PLT $\geq 80 \times 10^9/L$, 随访 1 年以上未复发; 缓解: 贫血和出血症状消失, Hb 男 $\geq 120g/L$ 、女 $\geq 100g/L$, WBC $\geq 3.5 \times 10^9/L$, PLT 也有一定程度增加, 随访 3 个月病情稳定或继续进步; 明显进步: 贫血和出血症状明显好转, 不输血, Hb 较治疗前 1 个月内增长 30g/L, 并能维持 3 个月; 无效: 未达明显进步标准。判定前 3 条标准, 均应在 3 个月内不输血。

2 疗效 治疗组 28 例, 基本治愈 7 例, 缓解 8 例, 明显进步 6 例, 无效 7 例, 总有效率为 75%; 对照组 28 例, 基本治愈 3 例, 缓解 3 例, 明显进步 5 例, 无效 17 例, 总有效率为 39%。两组总有效率比较差异有显著性 ($\chi^2 = 8.13, P < 0.05$)。提示治疗组疗效明显高于对照组。

3 不良反应 治疗组有 6 例在服药初期有恶心、上腹不适、腹泻等消化道反应, 减量后能耐受。对照组无消化道反应。治疗组有 3 例肝功能异常, 对照组有 4 例肝功能异常, 均经保肝治疗后肝功能恢复正常。

讨论 中西医结合治疗 CAA 有 40 余年之久, 已在 CAA 的治疗上取得较好疗效。根据中医学理论, 与造血有关的脏腑为心、肝、脾、胃、肾, 尤其与肾的关系最为密切, 肾主骨、生髓、藏精, 血为精所化, 这就为 CAA 的治疗要从肾着手提供了理论依据。复方皂矾丸为纯中药制剂, 是由皂矾、人参、海马、油桂、核桃仁、大枣、七寸蛇等组成, 并有 10 种微量元素, 其中铁、铜、钴等都是造血必需的原料, 整体上具有温肾健髓、益气养阴, 生血养血的功能。同时现代药理学认为, 它对 GM-CFU 和 CFU-E 的生成有明显的促进作用, 从而加速造血细胞生成、分化、成熟, 达到促进骨髓造血功能恢复, 使萎缩的造血组织重建; 而康力龙是雄性激素, 主要功能是壮肾阳(温肾健髓), 无养阴之功能。CAA 的发生不离肾之阴阳失调, 贫血之疾以阴虚为本, 即使有阳虚为主表现者, 在补阳时也应时时顾护阴液。故单用康力龙等西药补阳, 而无滋阴药物, 故治疗效果不理想, 而与复方皂矾丸联合运用, 既壮阳又滋阴, 使肾的阴阳失衡得以纠正, 才能让肾脏正常发挥主骨生髓、藏精之功效, 让骨髓更快的恢复造血, 进而达到治疗 CAA 的目的。本结果显示复方皂矾丸加康力龙治疗 CAA 的疗效明显高于对照组, 且在治疗过程中不良反应轻, 故

笔者认为本法可作为治疗 CAA 患者的首选方案之一。

(收稿: 2001-11-18 修回: 2002-07-18)

清热除湿汤配合小剂量糖皮质激素 治疗狼疮性肾炎 12 例

甘肃省中医院老年病科(兰州 730050)

曹红霞

糖皮质激素虽然是治疗狼疮性肾炎的主要药物, 但长期应用副反应多。1996 年 8 月~2001 年 8 月, 笔者应用导师刘国安的经验方清热除湿汤配合小剂量糖皮质激素治疗狼疮性肾炎 12 例, 并与单用常规剂量激素治疗的 11 例作对照, 现报告如下。

临床资料

1 病例选择 选择在我院住院的狼疮性肾炎患者, 诊断参照美国风湿病学会 1982 年关于系统性红斑狼疮的诊断标准(蒋明等主编, 风湿病学, 北京: 科学出版社, 1996: 1001—1050), 所选病例均有蛋白尿 ($> 0.5g/d$), 狼疮细胞阳性或抗 DS-DNA 或抗 Sm 抗体阳性或梅毒血清试验假阳性, 抗核抗体阳性, 溶血型贫血或血白细胞减少或血小板减少。所有患者均有不同程度发热, 腰困或腰痛, 乏力。

2 一般资料 按就诊顺序随机分为两组, 治疗组 12 例, 男 3 例, 女 9 例; 年龄 34~53 岁, 平均 (45.0 ± 7.7) 岁; 病程 0.5~1.4 年, 平均 (1.0 ± 0.5) 年; 24h 尿蛋白(Pr) 定量 2.5~5.9g, 平均 3.4g; 有蛋白尿者 12 例, 血尿者 6 例, 水肿者 12 例, 高血压者 9 例。对照组 11 例, 男 2 例, 女 9 例; 年龄 32~55 岁, 平均 (43.0 ± 12) 岁; 病程 3 个月~1 年, 平均 (0.7 ± 0.4) 年; 24h 尿 Pr 定量 2.1~5.7g, 平均 3.6g; 有蛋白尿者 11 例, 血尿者 7 例, 水肿者 11 例, 高血压者 9 例。两组资料比较差异无显著性, 具有可比性。

治疗方法 入院前曾用小剂量激素治疗者入院后调整剂量, 服从各组激素服法; 入院前用大剂量激素者不参加治疗组, 用他法治疗者均停止。对照组用药: (1) 强的松每日 1mg/kg, 晨起顿服, 每两周减 10%; (2) 磷酰胺每日 2mg/kg, 分 2 次服用, 当白细胞 $< 3 \times 10^9/L$ 时停用; (3) 高血压者服用心痛定 10mg, 每日 3 次。治疗组用药: (1) 强的松每日 0.5mg/kg, 晨起顿服; (2) 清热除湿汤基本方: 枸杞子 15g 女贞子 15g 梔子 10g 白花蛇舌草 30g 忍冬藤 30g 仙鹤草 30g 杜仲 20g 菟丝子 30g 黄精 30g; 有尿血者加白茅根 30g; 尿蛋白量大者加黄柏 10g, 薏苡仁 30g; 有水肿者加附子 10g, 茯苓 15g, 白术 18g, 党参 30g。 (3) 高血压者服用心痛定 10mg, 每日 3 次。两组疗程均规定 6 个月。治疗前后监测 24h 尿 Pr, 血浆白蛋白(Alb), 尿红细胞(BLD)、血色素(Hb)、血尿素氮(BUN)、血肌酐(SCr)、血清总胆固醇(TC)情况, 并且每日监测血压两次。

统计学方法: 计量资料采用 *t* 检验, 计数资料采用 χ^2 检验。

结果

1 疗效标准 参照上述文献标准, 显效: 24h 尿 Pr $< 0.3g$; 血浆 Alb $> 35g/L$, 尿 BLD 消失, Hb、BUN、SCr 恢复正常, 血压 $<$