

140/90mmHg, 水肿消失;有效:24h 尿 Pr 0.3~2.0g;尿 BLD 减少, Hb 有所升高, BUN, SCr 有所下降, 血压 < 140/90mmHg, 水肿消失。无效:未达到有效标准。

2 疗效 治疗组 12 例, 显效 4 例, 有效 6 例, 无效 2 例, 总有效率 83%;对照组 11 例, 显效 4 例, 有效 5 例, 无效 2 例, 总有效率 81.8%。

3 副反应及并发症 两组(治疗组与对照组)出现柯兴氏综合征分别为 0 例、2 例(18.2%);细菌感染分别 0 例、1 例(9.1%);消化道症状分别为 1 例(8.3%)、2 例(18.2%)。提示治疗组的副反应及并发症明显低于对照组。

4 两组患者治疗前后的部分观察指标变化情况 BUN、SCr、24h 尿 Pr 治疗后两组均较治疗前降低($P < 0.01$), TC 只有治疗组下降显著($P < 0.01$);Hb、WBC、Alb 治疗组治疗后较治疗前显著升高($P < 0.01$), 对照组治疗前后比较差异无显著性($P > 0.05$)。可见中西医结合治疗可促进肾功能的恢复, 调节血脂水平(具体数据略)。

讨论 狼疮性肾炎发病至肾功能衰竭在系统性红斑狼疮死因中占 1/3, 且长期服用激素会出现肥胖、血糖升高、诱发感染、骨质疏松等, 用环磷酰胺会引起脱发、胃肠道反应、肝损害、血白细胞减少等。我们用中药配合小剂量糖皮质激素, 大大减少了药物副反应。中医学认为“湿热不止, (尿)蛋白不清”、“肾精不足, (尿)蛋白仍存”, 治疗应“补泻兼顾”。清热除湿汤方中女贞子、枸杞子、栀子补泻清热;白花蛇舌草、忍冬藤、仙鹤草等清热除湿;尿蛋白量大者加黄柏、薏苡仁以加大清热除湿之功;有血尿者, 加白茅根凉血止血;有水肿者加茯苓、白术、党参以健脾利湿消肿。清热除湿汤配合小剂量激素治疗狼疮性肾炎, 不但可大大减少副反应, 且在升高血色素、血浆白蛋白、血白细胞计数及降低血脂等方面有着单用西药所达不到的效果。

(收稿:2002-03-25 修回:2002-08-21)

残石净配合胆道镜治疗术后 肝内胆管结石 420 例

南通医学院第四附属医院(江苏盐城 224001)

杨林 黄卫

肝内胆管结石在我国仍有较高的发病率, 手术后难以取净, 复发率高, 需反复手术, 难度大。1990 年 1 月~2000 年 12 月, 我们用自拟的残石净合剂配合纤维胆道镜(下称胆道镜)治疗术后肝内胆管结石 420 例, 并与单行手术取石的 440 例作对照, 现报道如下。

临床资料

1 一般资料 选择经胆总管切开取石难以取净的住院患者, 按数字表法随机分为两组, 治疗组 420 例, 男 134 例, 女 286 例;年龄 15~69 岁, 平均(42.0 ± 12.3)岁;病程 0.55~20 年, 平均(4.6 ± 0.5)年。对照组 440 例, 男 141 例, 女 299 例;年龄 14~72 岁, 平均(41.0 ± 13.4)岁;病程 0.5~19 年, 平均(4.7 ± 0.5)年。

2 实验室检查 两组 B 超检查均见结石;治疗组 WBC: >

$10 \times 10^9/L$ 327 例, $< 10 \times 10^9/L$ 93 例;中性:70% 以上 327 例, 70% 以下 93 例;SGPT > 50U/L 96 例, 总胆红素 > 17.1 μmol/L 109 例。对照组 WBC: > $10 \times 10^9/L$ 339 例, $< 10 \times 10^9/L$ 101 例;中性:70% 以上 340 例, 70% 以下 100 例;SGPT > 50U/L 103 例, 总胆红素 > 17.1 μmol/L 112 例。两组资料比较差异无显著性($P > 0.05$)。

方法

1 治疗方法 两组均经胆总管切开探查后留置 T 型引流管, 通过 T 型引流管窦道插入胆道镜进入胆管, 进行生理盐水冲洗或清除狭窄因素, 术后 6 周行第 1 次胆道镜治疗, 隔 10 天后重复使用胆道镜检查。治疗组于胆道镜检查前 10 天开始口服残石净合剂(每瓶 500ml 含金钱草 30g 海金沙 20g 威灵仙 15g 郁金 20g 槟榔 20g 白鲜皮 20g 大黄 20g 柴胡 20g 廔虫 10g 等, 为本院药厂生产), 每次 90ml, 每日 2~3 次(空腹为宜), 10 天为 1 个疗程, 疗程结束后作胆道镜检查。下次行胆道镜前同法应用该药。为防复发, 还要在结石排净后每月口服 2 瓶, 0.5 年后停药。对照组 440 例单行手术及胆道镜取石, 不加服中药残石净。

2 观察方法 所有患者治疗前后均作 B 超、血常规、肝功能及胆道“T”管造影, 用胆道镜观察患者肝胆管内结石分布、炎症、狭窄、排出、排净等情况。

3 统计学方法 采用 χ^2 检验。

结果

1 疗效评定 参照 1993 年卫生部制定的《中药新药临床指导原则·胆石症》的标准。痊愈:经胆道镜及胆道“T”管造影检查结石取净, 临床症状和体征全部消失;有效:未梢胆管仍有残余小结石, 临床症状、体征基本消失;无效:经胆道镜及胆道“T”管造影未见结石减少或增多者, 临床症状及体征无好转或加重。

2 疗效比较 治疗组 420 例, 痊愈 340 例(81.0%), 有效 50 例(11.9%), 无效 30 例(7.1%), 总有效率为 92.9%。对照组 440 例, 分别为 220 例(50.0%), 50 例(11.4%), 170 例(38.6%)和 61.4%。治疗组结石排净(340 例)明显优于对照组(220 例), 差异有显著性($P < 0.01$)。

3 副反应 治疗过程中治疗组因服药引起大便次数每天 2 次以上者 83 例, 腹部隐痛 78 例, 停药后消失。对照组未见上述副反应。

4 随访结果 两组病例均在疗程结束后 0.5 年后分别作了随访, 治疗组复发 30 例, 对照组复发 170 例。

5 胆道镜治疗次数 治疗组 1 次者 116 例, 2 次 260 例, 3 次 44 例;对照组分别为 98 例、144 例、198 例。

6 实验室检查结果 治疗组治疗结束后复查 B 超、胆道“T”管造影, 肝内胆管仍有残余结石 80 例, WBC > $10 \times 10^9/L$ 30 例, SGPT > 50U/L 27 例, 总胆红素 > 17.1 μmol/L 21 例;对照组分别为 220 例、49 例、36 例、84 例。提示治疗组疗效优于对照组。

体会 肝内胆管结石术后残留率明显高于肝外胆管结石, 这也是多次行胆道手术的主要原因, 极易造成肝胆管狭窄。

所以,本病的治疗原则是祛除病灶,解除狭窄,通畅引流为主。我院自拟残石净合剂是根据残余结石的形成三要素(结石、炎症、狭窄)而设计,方中金钱草、海金沙含单萜酮海金沙素,能使奥狄氏括约肌松弛,清热抗炎,利胆排石;郁金、槟榔有促使胆汁分泌,使胆汁下行,冲涤结石,并有驱蛔作用;威灵仙含白头翁素,有化石抗菌作用;虻虫善化瘀血、最补损伤,能减轻术后组织粘连,使梗阻狭窄解除;白鲜皮、大黄含有鲜碱及蒽醌甙大黄素等物质,有较强的抗炎及泻下作用,具有抗胆道感染及清除炎性胆汁排入肠腔;柴胡促使胆汁分泌,并可引药直达病所,故该药含有排石、化石、抗炎、解除狭窄、粘连等作用,因而用于术后肝内胆管结石有效。唯服药后部分患者会引起大便次数稍增多,腹部隐痛的副反应,但停药后即消失。

(收稿:2002 05 10 修回:2002-08-13)

中药导气饮辅助治疗粘连性肠梗阻 108 例

湖南省耒阳市人民医院(湖南 421800)

邱崇怡 谷安文

1998 年 1 月~2001 年 12 月,我们采用中药导气饮辅助治疗粘连性肠梗阻 108 例,并与单纯西医治疗的 108 例作对照,现报告如下。

临床资料

1 病例选择 全部病例均为我院住院患者,有腹部手术、创伤或感染的病史;临床症状出现 4 大症状(腹痛、腹胀、呕吐、停止排气排便,简称痛、胀、吐、闭),体征有腹隆,可见肠型及蠕动波,腹肌软,有压痛,无反跳痛或轻反跳痛,可听到气过水声;腹部 X 线检查可见肠管扩张、积气或阶梯状液平面。其他类型肠梗阻(如肠肿瘤、肠套叠)除外。

2 一般资料 按简单随机化原则分为两组:治疗组 108 例,男 59 例,女 49 例;年龄 6~68 岁,平均 32.5 岁;病程 6 个月~25 年,平均 4.1 年,原发病:阑尾炎 37 例,肠梗阻 29 例,胃肠穿孔 25 例,其他因腹部外伤、剖宫产、宫外孕、女性绝育手术者 17 例。对照组 108 例,男 52 例,女 56 例;年龄 8~72 岁,平均 31.7 岁;病程 5 个月~24 年,平均 3.9 年;原发病:阑尾炎 41 例,肠梗阻 27 例,胃肠穿孔 22 例,其他因剖宫产、腹部外伤、宫外孕者 18 例。两组均有 4 大症状,两组患者资料比较差异无显著性,具有可比性。

3 治疗方法 两组患者在治疗期间均给予胃肠减压,纠正水电解质紊乱和酸碱失衡,防治感染等常规治疗。治疗组另加中药加味导气饮:莪术、三棱、陈皮、赤芍、皂角刺、厚朴、枳壳、地榆、当归各 10g,槟榔 15g,吴茱萸 5g。腹痛明显者加延胡索、木香;呕吐严重者加旋复花、法半夏;伴发热者加黄芩、连翘、大黄;体质虚弱者加党参、白术。将上药加水 400~500ml,煎至 250ml,分早晚两次服,或分 2~4 次从胃管注入,用药后夹胃管 2h,每天 1 剂,疗程 2~4 天。

结果

1 疗效标准 以临床 4 大症状为计分指标,痛、胀、吐、闭症状消失各记 3 分,减轻记 2 分,无变化记 1 分,加重记 0 分;排

气排便通畅记 3 分,有排气排便,但不顺畅者记 2 分,排气不顺畅、不排便者记 1 分,无排气、排便者记 0 分。治愈为 11~12 分,显效为 7~10 分,有效为 3~6 分,无效为 0~2 分。治疗过程中除中转手术外,所有患者经治疗 48h 统计疗效。

2 两组疗效 治疗组 108 例,治愈 88 例(81.5%),显效 10 例(9.2%),有效 6 例(5.6%),无效 4 例(3.7%),总有效率为 96.3%。对照组 108 例,治愈 54 例(50.0%),显效 25 例(23.1%),有效 8 例(7.4%),无效 21 例(19.4%),总有效率 80.6%。两组治愈率、总有效率比较差异均有显著性($P < 0.05$)。

3 两组患者疗效分值(分, $\bar{x} \pm s$)比较 疗效分值:治疗组为 10.35 ± 1.65 ,对照组为 8.22 ± 1.11 ($P < 0.05$)。

4 两组患者疗程(h, $\bar{x} \pm s$)比较 疗程:治疗组为 18.63 ± 10.27 ,对照组为 36.42 ± 18.54 ($P < 0.01$)。

讨论 粘连性肠梗阻为外科常见急腹症,占肠梗阻病例的 20%~40%,以往治疗多采用胃肠减压,维持水电解质平衡,以及对症处理,但疗效不太满意,而致大多数患者被迫多次手术治疗。中医学认为本病属于“腹痛”范畴,其病机多为肠道痞塞不通,气血不畅,通降失调;不通则痛,气滞则胀,气逆则呕。因手术等多种原因导致气滞血瘀,气血运行不畅,肠腑运化失常,气机不利而产生痛、胀、吐、闭等症。因此,我们以行气宽肠,活血祛瘀,通结导滞为原则,选用元·危亦林《世医得效方》中的导气饮进行加减,方中三棱、莪术破血祛瘀,行气止痛;槟榔泻下行气、消胀止痛;地榆、当归凉血活血,润肠通便;陈皮疏肝理气,消积化滞;枳壳、厚朴行气,消除胃肠胀满、腹中疼痛;吴茱萸理气温中,祛瘀止痛;赤芍活血祛瘀;皂角刺活血散结。本方具有行气活血,宽肠通腑之功效,在西医常规治疗的基础上加用本方其疗效更佳。值得提出的是,在治疗过程中,应严密观察腹部情况,一旦出现绞窄性肠梗阻特征,须及时中转手术治疗。

(收稿:2002-05-12 修回:2002-07-18)

温针疗法治疗雷诺氏病 30 例

黑龙江省中医研究院(哈尔滨 150036)

王 顺 蔡玉颖

哈尔滨市第一医院 卢金荣

我们于 2000 年 3 月~2002 年 3 月采用温针疗法治疗雷诺氏病 30 例,并与用倍他乐克治疗的 30 例作对照,现报道如下。

临床资料 参照中华人民共和国《中药新药临床研究指导原则》(第 2 辑,1995 年)制定的雷诺氏病的西医诊断标准。60 例均为门诊患者,按数字表法随机分为两组。治疗组 30 例,男 9 例,女 21 例;年龄 26~58 岁,平均 (40.0 ± 2.5) 岁;病程 3 个月~3 年,平均 (1.0 ± 0.4) 年;病变部位:双手指 19 例,双足趾 6 例,双手指及双足趾者 5 例;对照组 30 例,男 7 例,女 23 例;年龄 24~57 岁,平均 (39.0 ± 3.0) 岁;病程 2 个月~2.8 年,平均 (1.0 ± 0.1) 年;病变部位:双手指 20 例,双足趾者 5 例,双手指及足趾者 5 例。60 例患者中有 47 例均有不同程度的寒冷接触史。两组资料比较差异无显著性,具有可比性。