制炎性介质释放的作用,临床总有效率与西药对照组比较差异无显著性 ($P>0.05$),且无明显副反应,证明治风化痰平哮方治疗小儿支气管哮喘发作期疗效确切。

参 考 文 献

1 全国儿科哮喘防治协作组. 儿童哮喘防治常规(试行). 中国实用儿科杂志 1999;14(8):503—504.

2 中华人民共和国卫生部.《中药新药临床研究指导原则》. 第一辑. 北京:人民卫生出版社,1993:6—7.
3 周 彤,张勇力. 酶联免疫吸附试验测定人血清 IgE 水平. 中华微生物学和免疫学杂志 1981;1(1):48—53.
4 高学敏主编. 中药学. 北京:中国医药科技出版社,1990:300.
5 Yanagisawa H, Kimnvura S. A novel potent vasoconstrictor peptide produced by vascular endothelial cells. Nature 1988; 332:411.

(收稿 2002-12-06 修回 2003-01-26)

中西医结合治疗早中期慢性肾衰竭的体会

赵 文¹ 关晓东¹ 叶任高²

1996 年 2 月—2001 年 12 月 笔者应用叶任高教授治疗慢性肾衰竭(慢肾衰)的经验方作为基本方 随证加减治疗 113 例早、中期慢肾衰患者并取得了较好疗效 现报告如下。

临床资料 所有入选患者均符合慢肾衰的诊断标准(内科学,第 5 版.北京:人民卫生出版社,2000:569—579),并排除了慢肾衰的可逆病因和可逆因素,治疗前 SCr 水平两次以上(含两次)的测定比较恒定。183 例慢肾衰患者均为在本院和中山大学第一医院肾内科住院及门诊患者,按随机数字法分为两组。治疗组 113 例,男 69 例,女 44 例;年龄 14~75 岁,平均(41.4±19.3)岁,病程 8 个月~25 年,平均(9.2±4.4)年。对照组 70 例,男 48 例,女 22 例;年龄 17~70 岁,平均(43.5±16.7)岁,病程 1~22 年,平均(8.9±5.0)年。原发疾病:治疗组:慢性肾小球疾病 82 例,糖尿病肾病 8 例,高血压肾动脉硬化 9 例,梗阻性肾病 4 例,其他肾脏疾病 10 例。对照组:依次为 53 例、6 例、7 例、2 例及 2 例。两组病例在性别、年龄、病程、原发病、肾功能等经统计学处理差异无显著性 ($P>0.05$),有可比性。

治疗方法 对照组予单纯西医治疗,包括优质低蛋白、低磷饮食加开同(α -酮酸),控制感染、降血压、补充维生素及叶酸、纠正水电解质及酸碱平衡失调、改善肾性贫血及肾性骨病等。治疗组在上述治疗方案的基础上加用叶任高教授治疗慢肾衰经验方,即黄芪 15g 党参 20g 白术 10g 仙灵脾 9g 丹参 12g 当归 9g 赤芍 12g 麦冬 10g 生牡蛎 30g 大黄 12g(后下),水煎服,每日 1 剂。并在此方的基础上可随证加减。如常感冒可加防风 6g,若恶心呕吐、腹胀纳呆,可加半夏 9g、陈皮 6g、竹茹 9g、生姜 3 片等;若水肿、少尿,可加猪苓 9g、泽泻 12g、茯苓 9g、桂枝 6g 等;若皮肤瘙痒,可加苦参 9g、防风 6g、蝉衣 6g、地肤子 15g 等;若血瘀症候明显,可加川芎 6g、红花 6g 等。两组病例均以治疗 3 个月为 1 个周期,每周复诊 1 次以上。观察治疗前后 SCr、BUN、Cr、Hb、血压、营养状况、生活能力及工作能力等。统计学方法 采用 t 检验、 χ^2 检验。

结 果

1 疗效判定标准 参照 1987 年全国肾衰竭保守疗法专题学术会议制订的标准(原发性肾小球疾病分型与治疗及诊断

标准专题座谈会纪要.中华内科杂志 1993;32(2):131—134)。显效(1)症状减轻或消失(2)SCr 降低 $\geq 30\%$ (3)Cr 增加 $\geq 30\%$ 。以上(1)项必备(2)(3)项具备 1 项,即可判定。有效:(1)症状减轻或消失(2)SCr 降低 $\geq 20\%$ (3)Cr 增加 $\geq 20\%$;(4)治疗前后 SCr 的对数或倒数,用直线回归方程分析,其斜率有明显意义者。以上(2)项必备,其他具备 1 项,即可判定。无效:不符合显效和有效判定条件或治疗过程中改透析治疗者。

2 疗效 治疗组显效 48 例、有效 56 例、无效 9 例,显效率和总有效率分别为 42.48%、92.04%;对照组显效 19 例、有效 35 例、无效 16 例,显效率和总有效率分别为 27.14%、77.14%;两组比较差异有显著性 ($P<0.01$)。

3 两组治疗前后肾功能比较 见表 1。治疗组治疗后 BUN、SCr 较治疗前显著下降 ($P<0.05, P<0.01$),对照组治疗后 BUN、SCr 较治疗前下降,特别是 BUN 的下降明显 ($P<0.05$)。

表 1 两组治疗前后肾功能变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数		BUN(mmol/L)	SCr(μ mol/L)
对照	70	治疗前	14.23±5.52	339.56±89.74
		治疗后	13.71±5.08*	325.48±53.30
治疗	113	治疗前	14.91±5.11	356.15±91.62
		治疗后	12.47±5.45*	322.37±67.65**

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

4 副作用 治疗组有 12 例出现腹痛或腹泻(≥ 3 次/日)的症状,经减少大黄用量后,症状缓解,未发现其他副作用。

讨 论 中医学认为慢肾衰病位广泛,病机复杂,病程长久,是虚实夹杂之候。脾肾衰败,湿浊水毒潴留是病机的关键,湿浊、瘀血是贯穿始终的病邪,肝脾肾是损害的主要部位。本研究应用的处方,体现滋阴潜阳、温补脾肾、活血化瘀、泄毒清浊的治疗原则,方中大黄为要药,现代药理研究证实,大黄有泻下、止血、抗菌、利尿、纠正脂质代谢紊乱的作用;可抑制系膜细胞及肾小管上皮细胞的增生;减轻肾受损后的代偿性肥大,抑制残余肾的高代谢状态;还能通过抑制白细胞介素分泌,减轻免疫炎症反应而改善肾功能,具有双相调节免疫的功能;并能提供一些必需的氨基酸。本研究表明,中西医结合治疗早、中期慢肾衰有明显疗效。

1. 广东省东莞市东华医院肾内科(广东 523013);2. 中山大学第一临床医学院

(收稿 2003-06-20 修回 2003-07-08)