

表 1 两组患者治疗前后 T 细胞亚群测定结果比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	CD <sub>3</sub> <sup>+</sup> (%)	CD <sub>4</sub> <sup>+</sup> (%)	CD <sub>8</sub> <sup>+</sup> (%)	CD <sub>4</sub> <sup>+</sup> /CD <sub>8</sub> <sup>+</sup>
治疗组	53.5±10.0	30.0±8.0	29.0±8.7	1.2±0.5
(45) 治疗后	69.5±3.8**△	39.5±7.1*△	27.0±3.2	1.5±0.3*△
对照组	53.6±9.1	30.7±9.2	29.4±8.4	1.1±0.6
(30) 治疗后	52.5±3.8	30.5±7.5	28.5±3.1	1.1±0.2

注:与本组治疗前比较,\* $P<0.05$ ,\*\* $P<0.01$ ;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$ ( )内数据为例数

4 不良反应 治疗组在服药过程中均未见明显的不良反应发生。

讨论 急性白血病中医将其归属“虚劳、血症”等范畴,不同病期表现不同征候,早期常正盛邪实,应祛邪为主,佐以扶正,化疗后完全缓解期多因气血耗伤,有明显虚象,宜扶正。贞芪扶正颗粒由黄芪、女贞子组成,具益气、扶正、补肾、保护骨髓之功效。药理研究发现,女贞子具升高白细胞、增进免疫功能作用;黄芪能刺激骨髓粒单系、红系造血祖细胞增殖和分化以及骨髓基质细胞增殖,使降低的骨髓有核细胞数及外周血象回升,并增强 T 淋巴细胞活性,削弱或消除抑制性淋巴细胞活性,促进机体细胞免疫功能。本研究观察 45 例急性白血病完全缓解期强化及维持化疗同时服用贞芪扶正颗粒,细胞免疫功能均有不同程度增强,与对照组比较,外周血白细胞上升较快,感染率减少,感染期缩短,明显改善患者的临床症状,平安渡过化疗期,并提高生活质量。

(收稿 2003-04-20 修回 2003-07-26)

## 尿毒清配合腹膜透析治疗尿毒症 40 例

广西百色地区人民医院肾内科(广西 533000)

王三亨

1999 年 8 月—2002 年 8 月,我院采用尿毒清配合腹膜透析治疗尿毒症 40 例,并与单行腹膜透析治疗的 40 例作对照观察,现报告如下。

临床资料 80 例均为住院患者。尿毒症符合透析指征诊断标准(叶任高等主编.肾脏病诊断与治疗.北京:人民卫生出版社,1999:568—570)。根据入院先后次序随机分为两组。治疗组 40 例,男 22 例,女 18 例;年龄 32~72 岁,平均(38.3±8.4)岁;病程 5~23 个月,平均(13.8±6.2)个月;原发病:慢性肾小球肾炎 19 例,高血压肾病 6 例,糖尿病肾病 6 例,狼疮性肾病 5 例,多囊肾 3 例,梗阻性肾病 1 例。对照组 40 例,男 21 例,女 19 例;年龄 34~69 岁,平均(37.6±9.3)岁;病程 6~25 个月,平均(13.6±5.8)个月;原发病:慢性肾小球肾炎 17 例,高血压肾病 7 例,糖尿病肾病 8 例,狼疮性肾病 4 例,多囊肾 2 例,梗阻性肾病 2 例。两组资料比较差异无显著性( $P>0.05$ )具有可比性。

治疗方法 两组均采用 Baxter 公司生产的双联腹膜透析装置及双联腹透液(每袋 2 000ml,浓度为 1.5%、2.5%、4.25%),置管后先作间歇性腹膜透析(IPD)7 天,每天 8~12 组,每组 700ml,操作持续不卧床腹膜透析(CAPD),每天 4 组,

每组 2 000ml。均采用相同的食谱和西药对症治疗。治疗组同时加用尿毒清冲剂(由黄芪、胡芦巴、鱼腥草、鹿衔草、制大黄、川芎、黄连、枳实、半夏、茯苓等药物组成,每包 5g,含生药 3.5g,第一军医大学广州康臣制药厂生产),每日 4 次,早、中、晚各 1 包,夜间 2 包冲服。两组疗程均为 2 个月。观察并记录治疗前后的临床症状、透析次数,测定尿素氮(BUN)、内生肌酐清除率(CCr)、血清总蛋白、血红蛋白(Hb)、电解质、肝功能、血糖等。统计学方法:计量资料用  $t$  检验,计数资料用  $\chi^2$  检验。

### 结果

1 两组患者临床症状改善情况 治疗组治疗后消化道症状(恶心、呕吐)均消失(100.0%)精神好转(90.0%),乏力改善(87.5%)水肿减轻(82.4%),对照组分别为 75.0%、65.0%、65.0%、60.6%,两组间比较差异有显著性( $\chi^2=5.59\sim 11.42$ , $P<0.05$ 或 $P<0.01$ )。

2 两组患者肾功能和部分生化指标变化 见表 1。BUN、CCr、血清总蛋白和 Hb 两组患者治疗后均较治疗前改善( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ ),且治疗组治疗后 BUN 较对照组明显下降( $P<0.01$ ),CCr、血清总蛋白、Hb 均较对照组升高( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ )。

表 1 两组患者治疗前后 BUN、CCr、血清总蛋白及 Hb 测定结果比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	BUN (mmol/L)	CCr (ml/min)	血清总蛋白 (g/L)	Hb (g/L)
治疗组	45.1±7.8	9.6±5.3	49.1±3.1	65.8±6.5
治疗后	14.1±2.1**△△	19.2±2.3**△△	75.1±4.5**△	97.8±8.7**△
对照组	44.1±6.9	10.1±4.9	48.5±3.2	64.1±6.5
治疗后	22.2±2.3**	11.6±2.1**	67.3±5.1*	79.1±8.7*

注:与本组治疗前比较,\* $P<0.05$ ,\*\* $P<0.01$ ;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$ ,△△ $P<0.01$ ;两组均为 40 例

3 两组患者所行的腹透次数比较 对照组 2 个月共行腹透 10 440 例次,治疗组为 6 786 例次。治疗组腹透次数较对照组减少了 35%。

4 不良反应情况 治疗组服用尿毒清后可有大便稀烂,每日 2~3 次,尿量稍增多,未见有电解质紊乱、肝功能受损及血糖升高等现象。

讨论 尿毒症的病机复杂,中医学可概括为虚、瘀、浊毒,脾肾亏虚是其病机关键,治疗上必须立足于这两方面。尿毒清方中黄芪补气、消水肿,胡芦巴温肾阳,鱼腥草、鹿衔草清热除湿解毒,凉血活血又温阳,能扩张肾小球毛细血管,增加肾血流量,既能减少蛋白漏出,又能降低血压[河北中医 2002;24(6):432],制大黄通腑泄浊,使浊毒之邪从大便而解,可改善氮质代谢,纠正脂质紊乱,清除自由基,黄连、半夏、枳实、茯苓等对浊毒犯胃引起的胃脘不适、恶心、呕吐等症有良效;黄芪尚具有提高机体免疫力,促进蛋白质合成,减少蛋白漏出作用。尿毒清能降低 BUN,提高 CCr,延缓肾功能衰竭进展与腹膜透析疗效协同,还可改善胃肠道症状,增加食欲,提高血清总蛋白及血红蛋白,补充了腹膜透析的蛋白丢失。另一方面,使用尿毒清后腹透次数可减少,从而进一步减少了蛋白丢失,降低了腹膜炎的发生,明显地改善了尿毒症患者的生活质量。因此,尿毒清配合腹膜透析治疗尿毒症优于单行腹膜透析,不失为治疗尿毒症的一

种良策。

(收稿 2003-02-12 修回 2003-07-20)

### 三七胃痛丸治疗消化性溃疡 50 例

河南省汝阳县人民医院(河南 471200) 康存战  
郑州大学医学院癌症研究室 高社干 陈虹  
河南省汝阳县中医院 李新强 田中伟 王春荣

1998 年 9 月—2002 年 12 月,我们用自制的三七胃痛丸治疗消化性溃疡病 50 例,并与用胃苏冲剂和西药各治疗 50 例作对照,现报告如下。

#### 临床资料

1 纳入病例 (1)有典型的慢性周期发作并有节律性的上腹部疼痛病史。(2)治疗前 3 日内经胃镜确诊为溃疡,溃疡直径在 2.5cm 以下,且无复合或多发性溃疡。(3)治疗前 3 日内停用一切其他抗酸、抗菌、胃粘膜保护剂和镇痛等药物。排除 (1)合并有上消化道出血、幽门梗阻、穿孔以及胃癌患者。(2)有其他内科系统的严重疾病如心力衰竭、呼吸衰竭、糖尿病、尿毒症、精神病患者以及孕妇或哺乳期妇女。

2 一般资料 150 例患者根据就诊先后顺序,随机分为 3 组,治疗组 50 例,男 29 例,女 21 例,年龄 18~65 岁,平均(38±10.1)岁,病程 3~20 年,平均(8.9±9.6)年;胃溃疡 16 例,十二指肠球部溃疡 34 例;溃疡直径 0.3~2.5cm,平均(1.5±0.2)cm。中药组 50 例,男 28 例,女 22 例;年龄 19~68 岁,平均(38±8.6)岁,病程 5~21 年,平均(9.3±9.8)年;胃溃疡 17 例,十二指肠球部溃疡 33 例;溃疡直径 0.5~2.5cm,平均(1.6±0.2)cm。西药组 50 例,男 30 例,女 20 例,年龄 20~66 岁,平均(39±9.2)岁;病程 3~19 年,平均(8.8±10.2)年;胃溃疡 15 例,十二指肠球部溃疡 35 例;溃疡直径 0.2~2.5cm,平均(1.6±0.1)cm。3 组资料经统计学处理差异无显著性( $P>0.05$ ),具有可比性。

治疗方法 治疗组:口服三七胃痛丸(由三七、乌贼骨、白及、元胡、莪术、制没药、草果等药物组成,每包含生药量 10g,河南省汝阳县中医院监制生产),每次 1 包,每天 3 次,饭前 0.5h 服;中药组:口服胃苏冲剂(由紫苏梗、香附、陈皮、佛手等药物组成,每包含生药量 10g,扬子江药业有限公司生产),每次 1 包,每天 3 次,饭前 0.5h 服;西药组:口服雷尼替丁片,每天 2 次,每次饭前 0.5h 时服 150mg,3 组疗程均为 4 周。3 组治疗期间均戒烟、戒酒,不合并其他疗法治疗。

观察指标 记录腹痛消失时间,停药 4 周后所有患者行胃镜复查,治愈的患者追踪观察 1 年。胃粘膜内前列腺素  $E_2$ ( $PGE_2$ )测定:用药前后胃镜检查时,于胃窦部距幽门约 2cm 处取胃粘膜组织 3 块,液氮中速冻、称重、匀浆、提取,用放射免疫法测定胃粘膜内的  $PGE_2$ ( $PGE_2$  放免分析试剂盒由中国医科学院基础研究所药理学室提供)的含量。胃粘膜的 HP 检查:取胃粘膜组织 2 块(同上述方法),用快速尿素酶法行 HP 检查(快速尿素酶试剂盒购自福建三强生物化工公司)。

统计学方法 采用  $t$  检验及  $\chi^2$  检验法。

#### 结果

1 疗效判定标准 (1)胃镜判定标准(由同一医师操作):治愈:溃疡面消失或仅留疤痕;有效:溃疡由活动期转愈合期,溃疡面积缩小 50% 以上;无效:未达到有效标准。(2)止痛疗效判定标准:治愈:1~3 天内自觉腹痛症状消失;显效:4~7 天内自觉腹痛症状消失;有效:8~20 天内自觉腹痛症状消失或减轻;无效:腹痛症状无缓解。

2 3 组患者胃镜检查结果 治疗组:治愈 47 例(94%),有效 2 例(4%),无效 1 例(2%),总有效率为 98%;中药组:治愈 31 例(62%),有效 9 例(18%),无效 10 例(20%),总有效率为 80%;西药组:治愈 33 例(66%),有效 12 例(24%),无效 5 例(10%),总有效率为 90%。治疗组的治愈率均明显高于中、西药组( $P<0.01$ )。

3 3 组患者止痛疗效比较 治疗组:治愈 46 例(92%),显效 4 例(8%);中药组:治愈 22 例(44%),显效 17 例(34%),有效 11 例(22%);西药组:治愈 24 例(48%),显效 18 例(36%),有效 8 例(16%)。3 组总有效率均为 100%,治疗组的治愈率均明显高于中、西药组( $P<0.01$ )。

4 3 组患者用药前后胃粘膜内  $PGE_2$  的含量( $\mu\text{g}/\text{mg}$  湿组织)比较 治疗组:治疗前为  $254.2 \pm 48.6$ ,治疗后为  $326.2 \pm 67.8$ ( $P<0.05$ );中药组:治疗前为  $258.3 \pm 51.2$ ,治疗后为  $268.0 \pm 61.9$ ;西药组:治疗前为  $260.8 \pm 52.2$ ,治疗后为  $267.8 \pm 63.3$ 。治疗组  $PGE_2$  含量的升高均明显优于中药组及西药组( $P<0.01$ )。

5 3 组患者用药前后胃粘膜 HP 阳性情况 治疗组:胃粘膜 HP 阳性在治疗前为 30 例,治疗后为 7 例( $P<0.01$ );中药组:治疗前后分别为 32 例、16 例( $P<0.05$ );西药组:治疗前后分别为 28 例、16 例( $P<0.05$ )。治疗组 HP 转阴率明显高于中药组( $P<0.05$ )和西药组( $P<0.01$ )。

6 3 组患者 1 年后溃疡的复发情况 1 年后对原来胃镜下确定治愈的患者进行胃镜复查。治疗组复查 47 例,复发 12 例(25.5%);中药组复查 31 例,复发 18 例(58.1%);西药组:复查 33 例,复发 19 例(57.6%)。治疗组溃疡的复发率明显低于中药组及西药组( $P<0.01$ )。

讨论 消化性溃疡属中医学“胃脘痛”范畴,是由于忧思恼怒,七情刺激,肝气失疏,横逆犯胃,饮食失节,损伤脾胃,胃粘膜受损而致溃疡,以胃脘部疼痛为主。治疗以活血化瘀,理气止痛为主,方中选用三七、元胡、莪术、制没药活血化瘀,理气止痛;乌贼骨、白及制酸收敛,促进溃疡愈合;莪术兼有保护胃粘膜和促进胃肠运动的功能;配以草果,具有化湿醒脾、健胃的作用。诸药合用达到痛定胀除、酸消血止、标本兼治之目的。

本方中的主药三七能够增加胃粘膜血流量,为胃粘膜细胞带来氧气和营养物质,带走代谢废物和其他损伤因子,减少对胃粘膜的损害,当胃粘膜发生损伤时,充足的血流量有利于胃粘膜病变的修复;同时,三七能明显升高胃粘膜内的  $PGE_2$ ,而  $PGE_2$  是胃粘膜的重要保护因子,具有抑制胃酸分泌,增加胃、十二指肠粘膜粘液或碳酸氢盐分泌和增加粘膜血流作用,这些作用均