

由基作用;五味子有抑制脂质过氧化作用。生脉注射液能抑制凝血功能,抑制血小板黏附聚集,降低血黏度,解除冠状动脉及外周血管痉挛,从而使冠脉血流量增加,降低心肌耗氧量,改善心肌代谢,改善微循环,提高心肌耐缺血缺氧的能力。本研究结果与文献报道一致,证实生脉注射液对冠心病心绞痛有很好的疗效,与常规治疗合用有协同作用,并且无明显副反应,是治疗冠心病心绞痛的一种安全有效的方法。

(收稿:2005-01-10 修回:2005-05-24)

益气健脾方对慢性阻塞性肺病营养状态的影响

浙江省中医院呼吸科(杭州 310006)

朱渊红 王新华 朱奕豪 宋康

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种以不完全可逆的气流受限为特征的常见慢性疾病,30%~50%的COPD患者有营养不良,且营养状况是影响COPD预后的独立危险因素。有研究表明血清瘦素、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、生长激素与COPD营养状态密切相关。本院开展冬病夏治已近20年,其中以益气健脾方夏治II号冲剂治疗气虚痰湿型COPD缓解期患者取得较好疗效。我们通过检测COPD患者血清瘦素、TNF- α 、生长激素水平,探讨夏治II号冲剂对COPD营养状态的影响和益气健脾方可能的作用机理。

资料与方法

1 临床资料 32例均为COPD缓解期男性患者,诊断标准参照中华医学会呼吸分会慢性阻塞性肺疾病诊治指南;并参照《中医病证诊断疗效标准》属中医气虚痰湿证;年龄56~79岁,平均(62.5±16.8)岁,病程11~34年,平均(23.36±10.41)年;所有患者均无心、脑、肝、肾、内分泌及生殖系统合并疾病,无长期使用糖皮质激素史。另选老年男性健康体检者20名作对照组,年龄57~80岁,平均(63.8±17.3)岁。

2 治疗方法 COPD患者服用夏治II号冲剂(党参30g 苍术12g 胆南星12g 黄芩12g 野荞麦根30g 桑白皮12g 川芎12g 赤芍12g,由本院中药制剂室制成,每袋15g),每次15g,每日3次,于6月20日—9月20日共3个月为1个疗程。

3 观察项目及检测方法 COPD组于治疗前、对照组于健康体检时测定:(1)反映营养状况的人体测量学指标:体重指数(BMI)、三头肌皮褶厚度(TSF)、上臂中部臂围(MAC),参照《慢性阻塞性肺疾病与肺源性心脏病》(翁心植.北京:北京出版社,1999:371—

374)方法进行测量;理想体重百分比(IBW%)对照理想体重表计算。(2)早晨空腹静脉采血,离心分离血清,-20℃低温冰箱保存,用放射免疫法测定血清瘦素、TNF- α 、生长激素(试剂盒由美国DSL公司提供)。另测定血清白蛋白(Alb)、总淋巴细胞计数(LYM)。

4 统计学方法 数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示,应用SPSS 10.0统计软件处理,采用t检验。

结果

1 两组BMI、IBW%、TSF、MAC比较 见表1。COPD组治疗前BMI、IBW%、TSF、MAC均低于对照组($P < 0.05$),治疗后BMI、IBW%、TSF、MAC均高于治疗前($P < 0.05$)。

表1 COPD组与对照组BMI、IBW%、TSF、MAC比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	BMI(kg/m ²)	IBW%	TSF(mm)	MAC(cm)
COPS	32	疗前	19.65±4.69*	79±8*	8±2*	20.1±3.1*
		疗后	22.27±5.11 [△]	88±9 [△]	10±3 [△]	22.9±2.5 [△]
对照	20		23.02±4.39	96±10	11±3	23.8±2.8

注:与对照组比较,* $P < 0.05$;与本组治疗前比较,[△] $P < 0.05$

2 两组瘦素、生长激素、TNF- α 及Alb、LYM比较 见表2。治疗前COPD患者瘦素、生长激素、Alb及LYM低于对照组而TNF- α 高于对照组,差异均有显著性($P < 0.05$);治疗后,COPD组瘦素、生长激素及Alb、LYM升高而TNF- α 降低,与治疗前比较,差异有显著性($P < 0.05$)。

表2 COPD组与对照组瘦素、TNF- α 、生长激素、ALB、LYM比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	瘦素(μ g/L)	TNF- α (ng/L)	生长激素(μ g/L)	Alb(g/L)	LYM($\times 10^9/L$)
COPD	32	疗前	3.1±2.1*	7.98±2.64*	4.2±1.6*	34±6*	1.0±0.3*
		疗后	4.3±1.9* [△]	7.04±1.90* [△]	5.4±1.9* [△]	39±5 [△]	1.4±0.4 [△]
对照	20		5.2±2.4	6.13±1.96	7.2±2.2	42±4	1.7±0.3

注:与对照组比较,* $P < 0.05$;与本组治疗前比较,[△] $P < 0.05$

讨论

瘦素是由瘦素基因(ob基因)编码的产物,主要由脂肪组织分泌,其主要功能是调控进食、能量消耗及体重;生长激素由脑垂体前叶嗜酸性颗粒细胞分泌,参与脂肪、蛋白质的代谢,其主要生理功能是促进蛋白质合成;有研究表明COPD患者血清瘦素、生长激素水平与其营养状况密切相关。已证实TNF- α 与恶病质有关,且有研究发现在COPD营养不良患者中由TNF- α 等细胞因子介导的新陈代谢紊乱起很大作用。本研究显示,COPD缓解期患者治疗前存在一定程度的营养不良,而经冬病夏治后营养状况明显改善。

COPD由于长期患病,体内形成痰瘀,出现气血、阴阳、寒热及脏腑功能的失调。我们认为COPD缓解

期患者的营养不良与长久肺病及脾致脾气虚弱,运化失常有关。由于 COPD 无论在急性期还是缓解期均存在“痰、瘀、热”的病理现象,故在夏治 II 号冲剂的组方上体现了“补中不忘祛痰清热”及“益气必参活血”的调摄原则。通过党参等益气健脾使脾气健运,纳谷得馨,水谷精微运化输布正常,津液得以上承给养诸窍,机体消化吸收功能增强而营养状况改善。而应用桑白皮、野荞麦根、川芎等祛痰清热活血之品则使补中有清,气血畅行,水道调通,邪祛正盛,机体内环境改善而能量消耗减少,阴阳调和,从而达到扶正固本,加强卫外功能,防止反复发作的目的。

(收稿:2004-11-29 修回:2005-04-11)

中药治疗腹透患者皮肤 瘙痒症的临床观察

浙江省绍兴市第二医院(浙江 312000)

沈伟钢

腹膜透析是治疗肾功能衰竭的常用和有效的方法。皮肤瘙痒是尿毒症终末期患者的常见症状,影响了腹透患者的生活质量。目前西药治疗以抗组胺药,阿法骨化醇为主。临床治疗效果并不理想。腹膜透析对大中分子物质的清除优于血透,但仍有一部分患者存在皮肤瘙痒症。笔者根据腹膜透析患者的临床特点用中药内服、外洗配合透析治疗,取得了一定效果,具体报道如下。

临床资料 2002 年 12 月—2004 年 12 月期间在我院行连续性非卧床腹透透析(CAPD),同时伴有皮肤瘙痒症的患者共 30 例,根据发病顺序随机分为两组,对照组 15 例,男 10 例,女 5 例,年龄 25~65 岁,平均 39.3 岁;其中原发性慢性肾小球肾炎 5 例,高血压肾损害 3 例,狼疮肾 2 例,糖尿病肾 3 例,痛风肾 1 例,类风湿关节炎肾损害 1 例,已维持性腹透 3~24 个月,平均 16 个月。治疗组 15 例,男 8 例,女 7 例;年龄 23~63 岁,平均 41.2 岁,原发性慢性肾小球肾炎 6 例,高血压肾损害 4 例,狼疮肾 2 例,糖尿病肾 3 例,已维持性腹透 6~22 个月,平均 18 个月。所有患者均有皮肤瘙痒症,舌苔白腻或黄腻,舌质暗红或红,脉数,皮肤有抓痛、干燥、表面脱落等表现,排除原发性皮损的皮肤病。

治疗方法 对照组:CAPD 治疗,每日 4 次,每次 2L,每次留腹时间 4~12h,腹膜液为百特公司生产的 Dianeal® PD-2 腹膜透析液,1.5% 腹膜液为主,间隙换用 2.5% 腹膜液,以保证透析的充分性,常规降压对症治疗,同时口服开瑞坦 10mg,每日 1 次,尿素软膏外

搽皮肤瘙痒处 1~2 次/日,1 个月为 1 个疗程。治疗组:在腹透治疗基础上,每位患者每日内服中药 1 剂,外洗 1 次。内服方:枸杞子 15g 杜仲 15g 泽泻 15g 熟地 15g 黄芪 15g 淮牛膝 12g 茯苓 12g 当归 12g 牡丹皮 12g 白术 10g 草薢 10g 熟大黄 10g 山药 20g 薏苡仁 30g 陈皮 6g。用法:每日 1 剂,浓煎 200ml,分两次内服;外洗方:苦参 12g 地肤子 12g 苍耳子 12g 黄柏 12g 白鲜皮 12g 生大黄 12g 威灵仙 30g,用法:每日 1 剂,水煎 2 次,取药汁后用水稀释至 500ml 左右,外洗皮肤,每日 1 次。

观察两组的临床症状,检测治疗 1 个月前后的血肌酐、血磷、甲状旁腺素(PTH,采用化学发光法测定,正常值 7.0~53.0μg/L),记录 24h 尿量。统计学方法:采用 χ^2 检验和 *t* 检验。

结果

1 瘙痒疗效评定标准 痊愈:治疗后瘙痒症状完全消失,随访期间无复发;显效:治疗后瘙痒症状明显减轻,偶有瘙痒,无需用药;有效:治疗后瘙痒症状有所减轻,瘙痒范围、瘙痒程度、持续时间均有改善,停药后易复发;无效:治疗后瘙痒症状无改善。

2 两组疗效比较 根据上述疗效评定标准,治疗组痊愈 5 例(33.3%),显效 5 例(33.3%),有效 4 例(26.7%),无效 1 例(6.7%),总有效率 93.3%;对照组痊愈 1 例(6.7%),显效 1 例(6.7%),有效 5 例(33.3%),无效 8 例(53.3%),总有效率 46.7%。两组有效率比较差异有显著性($\chi^2=3.97, P<0.05$)。

3 两组治疗前后生化指标及 24h 尿量比较 见表 1。治疗组血磷、PTH 与治疗前比较差异有显著性($P<0.05, P<0.01$);两组治疗后血肌酐无明显变化;血磷、PTH、24h 尿量差异有显著性($P<0.05, P<0.01$)。

表 1 两组治疗前后生化指标及尿量变化 ($\bar{x} \pm s$)

组别例数	时间	SCr(umol/L)	磷(mmol/L)	PTH(μg/L)	24h 尿量(ml)
治疗 15	疗前	688.7±103.5	1.75±0.42	361.2±167.2	750±125
	疗后	664.7±115.9	1.54±0.53* [△]	138.2±85.4** ^{△△}	930±110 [△]
对照 15	疗前	679.4±102.5	1.72±0.34	330.1±124.5	780±120
	疗后	674.6±112.6	1.74±0.36	334.3±132.5	750±105

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.05$,^{△△} $P<0.01$

讨论

皮肤瘙痒是尿毒症终末期患者的常见症状,其原因主要与肾衰时甲状旁腺功能亢进、钙磷代谢紊乱、尿毒素物质对皮肤刺激等有关。单独血液透析或 CAPD 治疗均不能有效改善症状。腹透对中大分子毒素的清除优于血透,但仍不能彻底杜绝皮肤瘙痒的出现。腹透患者往往能较长时间保留一定残肾功能,保持一定