

中西医结合治疗肾病综合征 36 例疗效观察

张赛君

(浙江省台州市路桥中医院中医科 台州 318050)

关键词: 肾病综合征; 中西医结合疗法; 益肾汤; 强的松

中图分类号: R 692

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)04- 0045-01

2000 年 6 月~2004 年 3 月, 我科采用中西医结合治疗肾病综合征 36 例, 取得较满意的疗效。现报告如下:

1 临床资料

本组 36 例病人的诊断符合全国中医肾病专题会议关于肾病综合征的标准。其中男性 20 例, 女性 16 例; 年龄 30~58 岁, 平均年龄 42 岁; 病程 1.5~8 年。

2 治疗方法

全部病例均采用自拟益肾汤加减治疗。益肾汤基本方: 黄芪 30g、党参 20g、茯苓 20g、炒白术 10g、淫羊藿 15g、菟丝子 20g、金樱子 20g、丹参 30g、益母草 15g、炮山甲 6g、红花 6g、车前子 30g、苡仁 30g, 每日 1 剂, 水煎服, 每日服 2 次。同时配合小剂量强的松每日 20g, 口服; 蛋白转阴后, 巩固治疗 4 周, 然后逐渐减量, 8 周为 1 个疗程。

3 治疗结果

完全缓解: 症状体征消失, 多次测定尿蛋白阴性, 24h 尿蛋白定量 <0.2g, 血白蛋白正常或接近正常 (12 例); 基本缓解: 症状体征消失, 多次测定 24h 尿蛋白定量 <1g, 血白蛋白显著改善 (14 例); 部分缓解: 症状体征好转, 实验室检查好转, 但未达到基本缓解标准 (7 例); 无效: 症状体征和实验室检查, 均无好转或恶化 (3 例)。总有效率达 91.7%。

4 典型病例

患者宋某, 女, 33 岁, 腰酸又下肢浮肿反复发作 2 年, 加重 10 月, 曾在多家医院诊断为原发性肾病综合征, 常规西药

治疗无好转。诊见: 舌暗红苔白, 脉沉细、无力, 血压 145/96mmHg, 尿常规检查: 尿蛋白(++++)、颗粒管型(+)、红细胞(+), 尿蛋白定量 4.33g, 血尿素氮 8.15mol/L, 血肌酐 96mol/L, 血清总蛋白 29.4g/L, 白蛋白 15.4g/L, 球蛋白 14g/L。方用益肾汤配合小剂量强的松治疗 76d, 每次复查尿蛋白(-), 血胆固醇 4.5mmol/L, 血清白蛋白 40g/L, 球蛋白 12g/L, 临床症状缓解, 随访 2 年未复发。

5 讨论

肾病综合症是浮肿、大量蛋白尿、低蛋白血症等主要症状为特征的临床症候群, 主要生理病理改变是肾小球滤过膜对血浆白蛋白的通透性增高。临床上以浮肿和大量蛋白尿为主要特点。中医辨证认为, 其发病病因主要在于脾肾功能失调, 脾虚不能制水, 肾虚不能行水, 故出现浮肿; 肾气不固, 出现蛋白尿。现代医学表明: 肾病综合症都存在程度不同的高凝状态, 是肾血栓形成的重要原因。益肾汤的主要功能在于健脾益气, 温阳利水, 活血化瘀。方中党参、黄芪、茯苓、白术益肾健脾, 温阳化气; 淫羊藿、菟丝子、金樱子补肾固精; 丹参、炮山甲、红花活血化瘀; 益母草、车前子、苡米利水消肿。临床实践证明, 益肾汤配合小剂量强的松, 一方面可以使病情迅速缓解; 另一方面可减少后者的用量, 有利于激素的停止, 防止反跳现象。因此, 中西医结合治疗肾病综合症, 能显著增强疗效, 又减轻西医的副作用, 值得推广。

(收稿日期: 2004-12-21)

中药灌肠治疗慢性盆腔炎 50 例

张红霞

(新疆建工医院 乌鲁木齐 830002)

关键词: 慢性盆腔炎; 中医药疗法; 灌肠法

中图分类号: R 711.33

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)04- 0045-02

慢性盆腔炎是妇科常见病, 其常见症状为下腹部坠胀疼痛、月经紊乱、痛经、白带异常或有腥臭, 劳累、月经前后或性生活后疼痛加重, 影响患者的身心健康, 笔者以中药灌肠治疗 50 例, 疗效良好。介绍如下:

1 一般资料

本组病 50 例中, 门诊 12 例, 住院 38 例; 年龄最小 22 岁, 最大的 50 岁; 均已婚或有性生活史; 病程 1~5 年; 经西医确诊为慢性盆腔炎, 既往均用过西药抗炎而未愈。

2 治疗方法

灌肠中药: 蒲公英 30g, 大黄、红藤、丹皮、丹参各 15g, 紫

花地丁、败酱草各 20g, 黄柏 10g, 桃仁 8g, 莪术 6g, 益母草 10g。加水至 500mL, 浓至 80~100mL, 温度高达 36℃左右, 倒入灌肠桶, 准备灌肠。其方法: 嘱患者左侧卧位, 取头底臀高位 (臀部抬高 10cm) 将灌肠桶挂入输液架上, 高于床面 50cm。操作前将肛管用石蜡棉球涂抹, 徐徐插入肛门内 15~25cm, 行药物保留灌肠, 每晚 1 次, 10 次为 1 个疗程, 休息 1 周, 可行第 2 或第 3 疗程。初期因不适应, 灌肠后即有便意, 数次后逐渐消失。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 治愈: 临床症状消失, 体征转阴, 1 年内未复

米非司酮配伍中药保守治疗异位妊娠的临床观察

张国琼

(重庆市合川市人民医院妇产科 合川 401520)

关键词: 异位妊娠; 中西医结合疗法; 米非司酮; 中药煎剂

中图分类号: R 714.2

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)04-0046-01

异位妊娠是妇科的常见急腹症,近年来,异位妊娠的发病率有上升趋势,目前的发病率约占妊娠总数的 2%。对生育年龄妇女的异位妊娠,需保留输卵管者,探索一种低毒、安全、方便、有效的药物治疗方式十分重要。

1 临床资料

1.1 治疗对象 2002 年 1 月~2004 年 1 月,我院共收治异位妊娠要求保留生育功能而行保守治疗患者 56 人,年龄 18~37 岁,停经 33~60d;符合下列条件:(1)生命体征平稳,无明显腹腔内出血表现;(2)B 超提示附件包块直径 $\leq 3.0\text{cm}$;(3)血 HCG 在 10~3000IU/L 之间;(4)有生育要求的年轻妇女;(5)无血液系统疾患,肝肾功能正常。

1.2 治疗方法 主要药物:米非司酮 100mg,每日 2 次,空腹 2h 口服,共 4 日;停药后加服中药辅助治疗 1~2 周,根据病情而定。中药:丹参、赤芍、桃仁、三棱、莪术等。上述患者全部住院治疗。治疗前检查血常规,肝、肾功能,第 4、7、14、21 天复查 1 次血 HCG,观察血 HCG 下降情况,复查 B 超和血常规,治疗期间严密观察血压、脉搏、腹痛及阴道流血情况。

2 结果

2.1 米非司酮辅助中药保守治疗 56 例,失败 6 例,治愈率 89.29%。

2.2 自觉症状 56 例患者服药后第 4 天,20 例下腹疼痛稍有加重,15 例患者与服药前相同,15 例患者服药前后均无疼痛;6 例患者腹痛加重,后穹窿穿刺抽出不凝固血液 2mL,诊断为异位妊娠破裂,行急诊手术。46 例患者 7d 后腹痛明显减

轻,21d 后 50 例患者症状全部消失。51 例患者服药后 3~5d 均出现阴道流血,流血时间最长 15d,最短 3d,流血量均少于月经量或呈点滴状出血。部分患者服药期间出现恶心、呕吐、腹泻等症状,停药后症状消失。

2.3 血 HCG 下降情况 药物治疗后血 HCG 7d 内降至正常者 14 例,14d 内降至正常者 27 例,21d 内降至正常者 9 例;6 例因持续性输卵管妊娠,血 HCG 持续性增高,腹痛加重,改行手术治疗。

2.4 B 超 患者于第 4 日复查 B 超时,有 35 例包块减少,孕囊变形,15 例变化不明显,6 例见附件包块增大,边界不规则,腹腔内见大量液性暗区。14d 复诊时,37 例患者包块明显缩小;21d 复诊时 23 例患者包块消失;2 月复查时,除 6 例已手术外,其余患者包块完全消失。

3 讨论

米非司酮是一种新型的黄体期孕酮拮抗剂,它是一种合成类固醇,同时具有抗糖皮质激素的作用。米非司酮与孕激素受体结合,从而产生较强的抗孕酮作用,使绒毛组织及蜕膜组织变性,黄体溶解,胚囊坏死,产生流产。同时加服的中药有活血化瘀、清热利湿、软坚散结的作用,使剥脱的胚胎组织及出血尽快吸收,有助于患者恢复健康。

总之,对于异位妊娠未流产、未破裂型患者,尤其有生育要求的妇女,米非司酮辅以中药保守治疗是一个比较安全可靠的方法,值得推广。

(收稿日期: 2005-02-04)

发者;显效:临床症状显著减轻,但未完全消失或有复发者;无效:临床症状无改善者。

3.2 治疗结果 治疗时间最短者 2 个疗程,最长者 5 个疗程,治疗痊愈者 15 例(30.0%),显效 33 例(66.0%),无效 2 例(4.00%),总有效率为 96.0%。

4 典型病例

杨某,女性,35 岁,已婚,2002 年 3 月 11 就诊,自诉小腹坠胀疼痛伴腰酸困反复 1 年余,每因经期或性生活后症状加重,间断静点、口服抗生素效果欠佳。本次因经期劳累而出现小腹坠胀,腰痛,白带量多,色黄有味,纳眠差,在外院妇科检查:外阴正常,阴道光滑,黄色分泌物量多有臭味,宫颈光滑,子宫前位,有压痛,双附件伴增厚压痛。盆腔 B 超检查:盆腔少量积液。建议西药抗炎治疗,患者有思想顾虑来我科要求中医治疗,并收住入院,经完善相关检查后采用中药灌肠治疗 10d,上述症状有明显缓解,休息 1 周后,行第 2 个疗程的治疗之第 5 天,临床症状全部消失;复查 B 超未见积液,继续后 5 次治疗,以巩固疗效。

5 讨论

本病多于流产或产后感染病史,或见于不注意经期卫生,或因急性盆腔炎治疗不彻底反复发作为诱发,祖国医学认为冲任损伤或任脉不固,带脉失约,以致湿浊、痰浊、瘀血内阻,病程日久不愈所致,而子宫附件均位于下腹部,根据盆腔静脉壁薄,缺乏外鞘,中小静脉没有瓣膜和静脉丛等特点,使盆腔脏器的静脉系统像网一样相互连接,故经直肠吸收药物可以很快在盆腔弥散,使之直达病所,在一定时间内维持局部的药物有效浓度,以达到解除疼痛之目的。方中大黄、蒲公英、败酱草、地丁草、黄柏均有清热解毒利湿、活血祛瘀生新之功;丹皮、丹参、红藤有凉血祛瘀、活血止痛之效;桃仁、莪术、益母草有破瘀行血之效。上方组合后以清热解毒、活血化瘀为主,从而使盆腔的炎症充血、水肿得以吸收、消散,使病情痊愈或改善。总之,中药灌肠治疗慢性盆腔炎,明显高于单用内服药,见效快,复发率低,同时也避免了内服药对胃的不良刺激,患者也乐于接收此法,疗效满意。

(收稿日期: 2005-03-12)