

便秘,舌红少津,苔薄白或薄黄,脉细数无力或细而弦。

1.3 治疗方法 两组均执行糖尿病饮食,并减少蛋白摄入。对照组使用门冬胰岛素 30 控制血糖,将空腹血糖控制在小于7.8 mmol/L, 餐后2 h血糖小于11.1 mmol/L,糖化血红蛋白小于8%;同时口服厄贝沙坦分散片 150 mg,1 次 /d。观察组在对照组基础上予益气养阴收敛固涩方(黄芪 20 g、党参 15 g、熟地黄 10 g、山茱萸10 g、淮山 15 g、泽泻 10 g、茯苓10 g、牡丹皮 10 g、芡实 20 g、乌不宿 15 g、金樱子30 g),治疗12周后统计两组患者尿微量白蛋白、24 h 尿蛋白定量及中医症状评分。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件进行统计分析,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

1.5 治疗结果 治疗后,两组尿微量白蛋白、24 h 尿蛋白定量及中医症状评分均较治疗前有明显改善,且观察组优于对照组, $P<0.05$,具有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后各指标比较 ($\bar{X} \pm S$)				
组别		尿微量白蛋白(mg/L)	24h 尿蛋白定量(g)	中医症状评分(分)
观察组	治疗前	128.2± 9.36	1.48± 0.52	21.6± 3.25
	治疗后	65.8± 8.52	1.18± 0.47	15.2± 3.31
对照组	治疗前	127.7± 9.58	1.44± 0.50	21.3± 3.84
	治疗后	76.5± 8.72	0.99± 0.39	18.7± 3.55

2 讨论

早在《黄帝内经》里就有“消渴”的记载,并认为恣食肥甘厚味、情志不遂、五脏虚弱等都与消渴的发生、发展关系密切。《灵枢》:“五脏皆柔弱者,善病消瘅。”并指出蛋白尿形成的机理为:“夫消渴,小便白浊如脂者,此由劳伤于肾,肾气虚冷故也……三消久而小便不臭,反做甜气,在溺中滚桶,更有浮溺,而如猪脂,此精不禁,真元竭也。”消渴病日久肾气衰惫,固摄失职,而至精微外泄。气阴两

虚是糖尿病肾病的基本病机,偏气虚者可转化为脾肾气虚,甚至脾肾阳虚;偏阴虚者,可转化为肝肾阴虚,甚至阴虚阳亢;气阴两虚本身又可以转化为阴阳两虚。

肾脏中广泛存在肾素 - 血管紧张素 - 醛固酮系统(RAAS),血管紧张素 II 受体拮抗剂(Ang II)增加可引起系统血压升高,影响肾脏血流动力学,增加肾小球出球小动脉的张力,使肾小球内压增加,尿蛋白排出增加^[1]。ARB 类通过拮抗血管紧张素受体而减少尿蛋白排泄。江西省中医院血液内分泌科在控制血糖及 ARB 类降低尿蛋白的基础上运用益气养阴收敛固摄方治疗气阴两虚型糖尿病肾病,方中黄芪、党参补气固本;山药、茯苓、地黄补脾气、滋肾阴^[4];芡实固肾涩精,补脾止泄;金樱子固精缩尿,涩肠止泻。现代药理研究证明,黄芪能增强机体免疫功能,增加蛋白质合成,提高肾小球滤过率,保护残余肾单位功能。本临床观察结果显示,两组患者治疗前后血、尿、便常规,肝、肾功能,心电图安全性指标未出现异常,未发现益气养阴收敛固涩方有不良反应。综上所述,益气养阴收敛固涩方可以改善气阴两虚型糖尿病肾病患者临床症状,减少尿蛋白排出,达到延缓糖尿病肾病病情进展的目的,值得临床推广应用。

参考文献

[1]Zhuo L,Zou G,Li W,et al.Prevalence of diabetic nephropathy complicating non-diabetic renal disease among Chinese patients with type 2 diabetes mellitus[J].Eur J Med Res,2013,18:4
[2]刘桂月.尿微量蛋白系列测定诊断早期糖尿病肾病[J].医学理论与实践,2004,17(8):889-890
[3]Brown NJ.Aldosterone and vascular inflammation [J].Hypertension, 2008,51(2):161-167
[4]任淑梅,常新瑞.参芪地黄汤对气阴两虚型慢性肾衰竭患者肾血流动力学及肾功能的影响[J].河北中医,2011,33(8):1 159-1 160
(收稿日期: 2013-11-28)

《血证论》思想在脾胃系疾病的临床应用举例

侯延军¹ 黄玲¹ 指导:傅萍²

(1 江西中医药大学 2011 级中医内科学研究生 南昌 330006;2 江西中医药大学附属医院 南昌 330006)

关键词:血证论;脾胃系疾病;呕血;便血;便秘

中图分类号:R256.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.053

唐容川乃一代治血大家,其论著《血证论》更是把治血之病因病机、禁忌、预后贯穿于五脏六腑疾病之中,尤其治血四法止血、消瘀、宁血、补血对后世医家起到了深远的影响。其中对脾胃系疾病如吐血、呕血、便血、便秘、泄泻、痞满、腹痛均有较为详述的记载。现笔者就以《血证论》思想在脾胃系疾病

中的临床应用,在此简要概述呕血、便血、便秘的治疗。

1 吐血

吐血皆因胃火炽盛,灼伤胃络,导致胃失和降,血逆妄行,气血冲逆,从口中不循常道而出^[1]。唐氏认为,吐血之病家,其证属实证,“血入胃中则胃家

实……故必亟夺其实，釜底抽薪，然后能降气止逆^[2]。”所以治疗当以和胃降逆、泻火止血为治法。唐氏极喜欢用仲景泻心汤泻火降逆，清泄胃火，使得胃火消退，气机平调，血止而愈。泻心汤中唐氏尤对君药大黄颇为赞誉，认为大黄为气血同治之药，可以入气分荡涤胃中实邪，使得邪有去路，于血分中，“凡属气逆于血分之中，致血有不和之处，大黄之性，亦无不达”，凉血化瘀，止血而不留瘀，为吐血证首选要药。因瘀血而导致吐血不止者，予以血府逐瘀汤活血化瘀治之。

1.1 典型病例 某女，26 岁，因“胃脘部胀痛 1 周伴呕血 1 d”而就诊。患者自诉有慢性胃炎病史。1 周前因进食辛辣之食物后，出现口干喜冷饮，就诊时见口苦，额头出现痤疮，胃脘部胀满不适，大便干结，小便平，舌红苔黄腻，脉细数。血压 120/70 mmHg，查血常规示：白细胞 $13 \times 10^9/L$ ，其余均正常，大便潜血弱阳性。胃镜示：急性胃黏膜损伤。脉症合参，本病中医诊断：吐血，辨证为湿热化火，灼伤胃络。治法为泻火止血，选方仲景泻心汤，处方：大黄 10 g（后下）、黄芩 10 g、黄连 6 g、白及 12 g、白茅根 12 g、三七粉 3 g（冲服）、生甘草 6 g，上药以水煎 2 次，共取药汁 200 mL，分 2 次服完，每日 1 剂。服药 7 剂以后，复查血常规、大便潜血均在正常范围。故在上方基础上去三七粉加佛手 12 g 以和胃，再服用 7 剂，以巩固疗效。随访 3 个月，未再复发。

1.2 讨论 本病为湿热蕴结于胃，久而化火，伤及胃络，迫血而出，胃失和降，血逆而行，故而见呕血。故治疗上遵《血证论》止血法，一改往日见血只是单纯的益气补血止血，反以攻法予以仲景泻心汤加止血药物泻火止血，其中以大黄、黄芩、黄连清热泻火；白茅根泻火止血；白及、三七粉收敛止血；生甘草调和诸药。故二诊时血已止，遂去三七粉加用佛手以益胃。

2 便血

唐氏以为，便血当分清近血与远血。先血后便为近血，出血部位在大肠中；先便后血为远血，出血部位在胃中。其中近血因脏毒而导致下血者，以仲景之赤豆当归散治之，皆因赤豆发芽为红色，而红色又入于血分，当归和血滑肠，诸药合用止血利湿，使得瘀血可从肠而去。因肠风而导致便血者，治疗以清火养血为主要治法，方用槐角丸治疗，其中以荆芥、防风，除却风邪；因外风引起者，以葛根芩连汤清热除风。远血因脾胃虚寒，导致脾失统血，中气下陷，而便血者，以仲景黄土汤治之。

2.1 典型病例 某男，37 岁，因“反复解柏油样便 3

月加重 2 d”而就诊。患者自诉 3 个月前有胃窦溃疡（A1 期）病史。2 d 前无明显诱因开始出现胃脘部胀闷疼痛，解柏油样便 1 次，无头晕，自汗，无恶寒发热，无恶心呕吐，无烧心反酸，纳食不振，饮食生冷食物即感不适，小便量少，舌淡红苔白，脉细涩。查体生命体征平稳，剑突下压痛阳性。辅助检查示：大便潜血阳性，血常规正常。辨证为湿热内蕴，灼伤胃络。脉症合参，遵唐容川《血证论》便血治法，予以仲景黄土汤加止血药物治疗，处方：灶心土 30 g（包煎）、干姜 12 g、白术 12 g、生地炭 15 g、黄芩 10 g、阿胶 10 g（烊化）、炙甘草 3 g、白及 6 g、厚朴 12 g，上药以水煎 2 次，共取药汁 200 mL，分 2~3 次服完，每日 1 剂。服用 7 剂以后，复查血常规、大便潜血实验均为阴性。未解柏油样便，然仍感胃脘部饱胀不适，口干，口苦，舌暗红苔薄黄腻，脉细数，故二诊时予以和胃益气、和血清火之法，以麦门冬汤加减，处方：麦门冬 20 g、太子参 15 g、生地黄 15 g、山楂 12 g、佛手 12 g、柴胡 10 g、枳壳 10 g、栀子 15 g、牛膝 6 g、大枣 6 枚，上药以水煎 2 次，共取药汁 200 mL，分 2 次服完，每日 1 剂。服用 15 剂以后，上述症状明显减轻。继守上方，再服 7 剂后，上述症状消除。随访 3 个月后，病情平稳，未再复发。

2.2 讨论 本病为湿热蕴结，胃失和降，胃络灼伤，脾气虚寒，失于统血，运化失常，使得血难以行于脉中，故而溢于胃络，从胃而出顺大肠而下，继而排除体外，所以见便血。据《血证论》中脾胃虚寒型便血记载遂予以仲景黄土汤治之，于是二诊时便血即已停，然二诊时却出现了与脾胃虚寒型完全不同的伤津症状，考虑该患者有反复大便解柏油样便病史，此种情况与《血证论》中记载的“血已止，然血为阴，瘀血未去，阴津不生，郁火相伤，且新血不能循脉而行”，故见口干口苦，气血同源，胃气未复，运化不畅。所以予以麦门冬汤和胃益气，另加清泄气血分之栀子、牛膝，山楂消食化瘀。三诊时上述情况即得到明显缓解，故继守上方，以巩固疗效。

3 便秘

大肠传送糟粕，为浊道当属于血，唐氏认为因血而致便秘者，不外乎由失血、血燥、瘀血闭阻而导致。失血而便秘者以四物汤加麻仁治之，加桃仁润肠通便、活血化瘀。血燥者以四物汤加桃仁润肠通便，酒制大黄泻下通便。瘀血闭结者，用桃仁承气汤荡涤泻下、活血化瘀治之，或用失笑散活血化瘀，加杏仁、桃仁、当归润肠通便。

3.1 典型病例 某男，77 岁，因“反复大便干结不通 3 年加重 1 个月”而就诊。自诉 3 年前曾行内痔

手术,后反复大便干结,排出不畅。就诊时见面起皮屑,皮肤瘙痒,见抓痕,口干,大便干结不通,每3~5天解大便1次,量少,小便尚可,舌暗红苔薄黄腻,脉细涩。肠镜示:大致正常肠黏膜。脉症合参,辨证为血燥型便秘,处方:全当归15g、熟地黄15g、赤白芍各12g、桃仁10g、酒制大黄10g(后下)、麻子仁15g、白蒺藜12g、白鲜皮12g、炙甘草6g,上药以水煎2次,共取药汁200mL,分2次服完,每日1剂。服药14剂以后复诊见皮肤瘙痒减轻,大便干结稍有减轻,每2~3天解1次,纳食较前明显增多,舌暗红苔薄黄,脉弦细。上方基础上加厚朴12g顺气通肠,杏仁10g降逆肺气、润肠通便,继续服用14剂,上述症状明显缓解。以上药物作为丸药,服用1个月后,大便每日均有,停药继续观察,嘱患者饮食清淡营养易消化食物,

随访3个月,病情平稳,未再复发。

3.2 讨论 本病为血燥难以濡养,肌肤失润,风起血燥,见皮肤瘙痒,面起皮屑;大肠浊道属于血,血燥难以濡养大肠,可见大便干结,数日一解。所以根据《血证论》血燥型便秘以四物汤加桃仁、酒军、麻子仁养血润肠通便,白蒺藜、白鲜皮祛风止痒,赤芍、生甘草调和诸药。故二诊情况有所改变,考虑该患者为年老体衰之人,肺与大肠相表里,大肠疾病当从肺论治,故加厚朴以顺气通肠,杏仁降逆肺气、润肠通便。三诊时诸症皆有明显改变,考虑本病为慢性病当以丸药治疗,故以上方药做丸剂继续服用1个月,并嘱患者注意饮食。

参考文献

[1]周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003.139-143
[2]清·唐容川.血证论[M].北京:中国医药科技出版社,2001.17
(收稿日期:2013-08-19)

98 例小儿支气管肺炎疗效分析

茅雪莉¹ 柴梅月¹ 韩玲²

(1 陕西中医学院 2011 级研究生 咸阳 712046;2 陕西中医学院附属医院 咸阳 712000)

关键词: 小儿支气管肺炎;喜炎平;盐酸氨溴索;雾化吸入;临床疗效

中图分类号: R725.6 文献标识码: B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.03.054

小儿支气管肺炎是婴幼儿时期的常见病、多发病,全年均可发病,以冬春季节气候变化时发病率为高,临床上常以发热、咳嗽、痰多、呼吸急促等为主要症状。小儿特殊的解剖及生理特点决定其较成人易发生上呼吸道感染,感染易扩散引起支气管肺炎。若诊疗不及时,可导致重症肺炎,严重威胁患儿生命健康。本文在常规治疗的基础上应用喜炎平及盐酸氨溴索治疗小儿支气管肺炎 50 例,效果肯定。现总结分析报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取患者共 98 例,为 2011 年 10 月~2013 年 3 月期间入住我科治疗的小儿支气管肺炎患儿,年龄 8 个月~4 岁,发病 3 d 以内,排除肺结核、支气管异物或支气管炎等疾病,且无合并心、肝、肾及血液系统等严重的疾病^[1]。全部病例均急性起病,大部分具有发热、咳嗽、喘息、呼吸稍促症状,肺部听诊可闻及双肺湿性罗音。血常规示大多数白细胞总数增高,分类中性粒细胞与淋巴细胞比例基本正常或淋巴细胞稍高于正常。查支原体及衣原体均(一)。胸部 X 线片示双肺野纹理增粗、紊乱,散在点片状阴影。将患儿随机分为治疗组 50 例和对照组 48 例,两组患儿年龄、性别、症状、体征等一般资料比较差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组和对照组均予常规治疗,主要包括应用抗生素控制感染和支气管扩张剂解痉、祛痰、吸氧等对症及支持治疗。治疗组在常规治疗基础上给予喜炎平注射液 0.2~0.4 mL/(kg·d),加入生理盐水 100~150 mL 中静脉点滴,每日 1 次,连用 3~7 d;同时加用盐酸氨溴索 7.5 mg,加生理盐水至 5 mL,氧驱动超声雾化吸入,每日 1 次。

1.3 观察指标 观察两组患儿治疗前后咳嗽、咳痰、喘息、肺部湿罗音等症状体征变化及有无不良反应。

1.4 疗效判断标准 显效:用药 3~4 d 体温正常,咳嗽、气促缓解,肺部湿罗音消失;有效:用药 3~4 d 体温下降,5~7 d 咳嗽、气促明显减轻,肺部湿罗音减少;无效:用药 3~4 d 仍发热,咳嗽、气促明显,肺部湿罗音仍较多,体征有明显加重者^[2]。

1.5 统计学方法 疗效分析采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

1.6 治疗结果 治疗组总有效率明显优于对照组($P<0.05$),差异有统计学意义。见表 1。

表 1 两组患儿治疗后疗效比较 例					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	48	20	19	9	81.25
治疗组	50	32	15	3	94.00

注:两组总有效率比较, $\chi^2=6.83,P<0.05$ 。(下转第 84 页)