

表 2 两组临床疗效比较

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
实验组	25	4	18	3	88.0
对照组	25	2	16	7	72.0

3 讨论

随着人口老龄化、生活节奏的加快、生活水平的提高,使糖尿病患病率不断上升,同时,作为糖尿病的重要并发症糖尿病肾病的人数也急剧增长。现阶段西医治疗主要运用胰岛素,但治疗效果不佳。而大量的研究表明,中医药能有效减少尿蛋白^[3]。

糖尿病肾病属中医“消渴、水肿”的范畴^[4]。《素问·六节藏象论》中有云:“肾者主蛰,封藏之本,精之处也,若肾气虚亏,封藏失职,则可造成失精的病理变化。”尿蛋白形成的最主要原因就是脾肾亏虚,因此肾病需要温补脾肾,而中药黄芪、金樱子等温补脾

肾阳气。血瘀是消渴病的重要病机,中药中泽兰等药物有通络化瘀的功效。本研究将所选病例根据病因和机制分为三类,分别为气阴两虚型、燥热阴虚型和脾肾气虚型,对不同证型选择不同的药方进行辨证论治,取得了较好的疗效。本研究结果表明,中药联合胰岛素不仅可以降低胆固醇、减少尿蛋白、降低空腹血糖含量,且疗效比单纯应用胰岛素治疗效果显著,值得推广。

参考文献

[1]王宗强.中西医结合治疗糖尿病肾病临床研究[J].河南中医,2014,34(4):731-732
[2]高祥福.中西医结合治疗糖尿病性肾病 30 例疗效观察[J].浙江中医学院学报,2003,27(4):42-43
[3]倪珊珊.中药联合胰岛素治疗糖尿病肾病 30 例[J].河南中医,2013,33(12):2143-2144
[4]陈凯.中西医结合治疗糖尿病肾病的临床研究[J].光明中医,2013,28(4):775-777

(收稿日期:2014-11-05)

刘中勇教授临床运用中药药对举隅

陈显宏¹ 指导:刘中勇²

(1 江西中医药大学 2012 级硕士研究生 南昌 330004;
2 江西中医药大学附属医院心内科 南昌 330006)

关键词:中药药对;临床运用;刘中勇;名医经验

中图分类号:R249.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.04.036

刘中勇为江西中医药大学教授,主任中医师,博士研究生导师,江西省名中医,江西省中西医结合心血管专家,享受国务院特殊津贴。从事中西医结合治疗心血管疾病教学、临床、科研 30 余年,注重辨证论治与辨病用药相结合的诊治方法,擅长运用中药药对。现将导师临床常用的几个中药药对予以介绍。

1 天麻配川芎

1.1 方解 天麻:甘,平,归肝经,功效息风止痉、平肝潜阳、祛风通络。川芎:辛,温,归肝、胆、心包经,功效活血行气、祛风止痛。天麻与川芎,天麻既能祛外风又能息内风,善于止眩晕。川芎为血中气药,既能行气又能活血。二者合用,可增强祛风止痛、平肝潜阳之力,用于治疗多种原因引起的眩晕、头痛。常用量:天麻 10 g,川芎 15 g。

1.2 典型病例 胡某,女,37 岁,个体户,2013 年 9 月 21 日初诊。主诉:头痛反复发作 1 月余。患者 1 个月前因业务纠纷,情志抑郁易怒而起病。症见:头痛左右不一,多呈胀痛,时感头昏,喜太息,舌质红,苔薄白,脉弦。中医诊断:头痛,证属肝郁气滞。治以

疏肝解郁、理气止痛。方选柴胡疏肝散化裁:柴胡 15 g、天麻 10 g、川芎 15 g、白芍 10 g、赤芍 10 g、香附 10 g、枳壳 10 g、陈皮 10 g、炙甘草 3 g。7 剂,水煎服,日 1 剂。服 7 剂后,诸症俱除,头痛痊愈。

1.3 讨论 天麻配川芎是刘中勇教授治疗头痛、眩晕诸症最常用的药对。本例患者因肝失疏泄、气机郁滞而发病。方选柴胡疏肝散是辨证论治,用天麻、川芎是辨病用药。刘中勇教授认为辨证论治理论并不是完美无缺的,对于有病无证者,辨病用药可对辨证论证进行补充。辨证论治和辨病用药各有特长,不应该重辨证而轻辨病,两者合则兼美,离则两伤。辨病用药通俗地说就是专病专药,有什么病用什么药,病不变药也不变。川芎是头痛的要药,天麻是眩晕的要药。二者合用,具有协同作用,常可不受证之阴阳虚实、病性之寒热与药性之温凉是否对应,用于头痛、眩晕的治疗。

2 枇杷叶配郁金

2.1 方解 枇杷叶:苦,微寒,归肺、胃经,功效清肺化痰止咳、降逆止呕。郁金:辛、苦,寒,归心、肝、脾

经,功效活血止痛、行气解郁、凉血清心、利胆退黄。枇杷叶与郁金,枇杷叶质轻而味苦,苦能肃降肺气,轻能达上焦。郁金既入气分,又入血分,入气分可开上焦郁滞,入血分能活血凉血。两药配伍,一气一血,气血同治,治疗肺气宣降失职、上焦不通、胸阳不振导致的胸闷、胸痛。常用量:枇杷叶 10 g,郁金 10 g。

2.2 典型病例 涂某,男,58 岁,职工,2013 年 11 月 7 日初诊。主诉:反复胸闷痛 1 年余,加重 10 d。患者 1 年前无明显诱因出现胸闷、胸痛。在当地医院行心电图示:ST 段改变,但未接受任何治疗。10 d 前患者因劳累感胸闷痛明显加重,刻下症见:胸闷,胸痛,上楼时感眼花,近日频吐黏痰,舌质暗,苔白稍腻,脉弦滑。中医诊断:胸痹,证属胸阳不振、痰瘀互结。治当宣痹通阳、化痰泻浊、行气活血。方选瓜蒌薤白半夏汤合丹参饮化裁:瓜蒌 10 g、薤白 10 g、法半夏 10 g、橘红 10 g、丹参 15 g、檀香 6 g、砂仁 6 g、枇杷叶 10 g、郁金 10 g。10 剂,水煎服,日 1 剂。二诊(11 月 19 日):患者诉服药后吐黏痰症状基本消失,胸闷、胸痛减轻,眼花次数减少,时感乏力,舌质暗红,苔薄白,脉弦稍滑。考虑为患者体虚,久病耗气,守上方加黄芪 20 g 以健脾补气,继服 10 剂。三诊(11 月 30 日):患者诉服药后,胸闷、胸痛未再发作,目前无明显不适。为进一步巩固疗效,守 11 月 19 日方去法半夏、橘红,继服 10 剂。随访半年未复发。

2.3 讨论 胸痹在中老年人群中发病率较高,张仲景在《金匮要略》中将胸痹的病因病机总结为“阳微阴弦”,即胸阳不足,阴邪搏结。胸部为阳气宣发之区,胸中阳气不振,则气上下不能顺接,气血郁滞,津液凝结成痰,不通则痛,故见胸痹。胸中阳气不畅,清阳不升,浊阴不降,故见胸闷、眼花、吐黏痰。方中瓜蒌、薤白二药合用,一润一散,化痰泄浊,宣痹通阳。法半夏与橘红配伍,体现了治痰先理气、气顺痰自消之理。丹参、檀香、砂仁组药,能活血行气止痛又不伤阴。枇杷叶配郁金,轻宣胸痹,肺心同治。患者在二诊时出现气虚的症状,加用黄芪补益脾肺之气。三诊时胸痹已痊愈,方案继用以巩固疗效。

3 地龙配水蛭

3.1 方解 地龙:咸,寒,归肝、脾、膀胱经,功效清热息风、通络、平喘、利尿。水蛭:咸、苦,平,归肝经。功效破血逐瘀消癥。地龙与水蛭,地龙伏地而走窜,可通十二条经脉。水蛭居水而潜行,能破干血、瘀血。二药配用,同入肝经,具有活血化瘀、通经活络之功效,适用于缺血性中风所致的口舌歪斜、言语不利,偏身麻木、半身不遂。常用量:地龙 10 g,水蛭 6 g。

3.2 典型病例 王某,男,69 岁,退休职工,2014 年 2 月 27 日初诊。主诉:右侧肢体麻木 4 d,加重伴言语欠清 1 d。患者于 4 d 前休息中出现右侧肢体麻木,症状逐渐加重。1 d 前出现言语欠清,在江西中医药大学附属医院行头颅 CT 示:左侧基底节区脑梗死。现症见:右侧肢体麻木,言语欠清,口舌歪斜,头昏,舌质暗,苔白腻,舌下络脉粗大瘀曲,脉弦滑。中医诊断:缺血性中风,证属风痰血瘀,痹阻脉络。治当息风化痰、活血通络。方选涤痰汤合血府逐瘀汤加减:天麻 10 g、川芎 10 g、橘红 10 g、法半夏 10 g、石菖蒲 10 g、白芍 10 g、赤芍 10 g、桃仁 10 g、红花 10 g、地龙 10 g、水蛭 6 g。10 剂,水煎服,日 1 剂。配合针刺项颞前斜线,水沟、内关、尺泽、廉泉、委中、丰隆、三阴交等穴,热敏灸百会、足三里。患者治疗 10 d 后,右侧肢体麻木减轻,言语较流利。按上方案继续治疗 10 d 后病情明显好转。

3.3 讨论 中医认为中风的病性多为本虚标实、上盛下虚。刘中勇教授认为缺血性中风的病理产物多为瘀血、痰浊。水蛭即蚂蟥,为吸血之物,破血逐瘀力强,《衷中参西录》云:“凡破血之药,多伤气分,惟水蛭味咸专入血分,于气分丝毫无损。”地龙与水蛭配伍逐瘀通络力强,可用于治疗瘀血痹阻经脉的各种病症。

4 白扁豆配薏苡仁

4.1 方解 白扁豆:甘,微温,归脾、胃经,功效健脾化湿、和中消暑、解毒。薏苡仁:甘、淡,微寒,归脾、胃、肺经,功效利水渗湿、健脾止泻、清热排脓、除痹。白扁豆长于消暑除湿而健脾,薏苡仁长于渗湿而健脾。两药配伍,可增强健脾除湿之力,用于治疗脾虚湿盛所引起的面色萎黄、四肢乏力、胸脘痞闷、泄泻等症。常用量:白扁豆 10 g,薏苡仁 20 g。

4.2 典型病例 何某,女,51 岁,职工,2014 年 5 月 23 日初诊。主诉:四肢乏力 1 月余。患者 1 个月前无明显诱因出现四肢乏力,阴雨天加重。双侧颈动脉彩超示:颈动脉内膜中层增厚,双侧颈动脉粥样斑块形成。刻下症见:四肢乏力,纳呆,饭后脘腹胀满,大便秘,舌质淡红,舌边有齿痕,苔薄白,脉滑缓。中医诊断:脉痹,证属脾虚湿阻。治当健脾益气、和胃渗湿。方选香砂六君子汤加减:党参 20 g、白术 10 g、茯苓 20 g、山药 20 g、广木香 6 g、砂仁 6 g、白扁豆 10 g、薏苡仁 20 g。7 剂,水煎服,日 1 剂。服药 7 剂,药尽诸症悉除。

4.3 讨论 脉痹最早见于《内经》,属于中医学“痹证”范畴,与现代医学动脉粥样硬化相似,是中老年

人的常见病。颈动脉粥样硬化是全身动脉硬化的一个窗口。本例患者为脉痹(颈动脉粥样硬化)之脾虚湿阻证,脾虚则运化失职,水谷不化精微,内湿由生。白扁豆与薏苡仁补而不膩,甘淡利湿,利湿而不伤阴,是治疗脾虚有湿的基本用药。

5 体会

药对理论起源于《神农本草经》的“七情和合”学说。“药对”一词最早见于《雷公药对》。《伤寒杂病

论》中的许多方剂体现了药物配伍的理论。由此可见,中药药对是在长期的临床实践中探索和总结出的宝贵经验,是在辨证论治和辨病用药的指导下,将两种药物进行配伍,通过药物之间的相互作用,使之产生更稳定、更有效、更安全的临床效果。刘中勇教授临床运用的中药药对,既有古代医家经验的借鉴,又有自身临证用药的验证。临床时灵活地运用药对,可以提高疗效。

(收稿日期:2014-10-31)

恩替卡韦治疗失代偿期乙肝肝硬化临床体会

罗永灵

(广东省普宁市华侨医院 普宁 515300)

摘要:目的:探讨恩替卡韦治疗失代偿期乙肝肝硬化的临床效果。方法:选取 2012 年 6 月~2013 年 6 月我院收治的 86 例失代偿期乙肝肝硬化患者,随机分为观察组与对照组各 43 例。在综合性治疗的基础上,观察组采用恩替卡韦治疗,对照组采用阿德福韦酯治疗,观察两组的肝功能指标与临床疗效。结果:观察组的肝功能指标改善情况明显优于对照组,且临床疗效高于对照组, $P<0.05$,有统计学意义。结论:采用恩替卡韦治疗失代偿期乙肝肝硬化具有显著疗效,能够在不同程度上对肝硬化进行有效逆转,值得临床推广应用。

关键词:失代偿期乙肝肝硬化;恩替卡韦;阿德福韦酯;临床疗效

中图分类号:R657.31

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.04.037

失代偿期乙肝肝硬化是临床上一种常见的慢性疾病,主要由于乙肝不断发展引起,属于晚期肝病,易发并发症,且预后效果较差,具有较大的治疗难度,其死亡率不断上升,除了内科综合治疗之外,目前主要采用抗病毒药物治疗^[1]。为了探讨恩替卡韦治疗失代偿期乙肝肝硬化的临床效果,本文选取 2012 年 6 月~2014 年 6 月我院收治的 86 例失代偿期乙肝肝硬化患者进行研究。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 资料来源于 2012 年 6 月~2013 年 6 月我院收治的 86 例失代偿期乙肝肝硬化患者,随机分成观察组和对照组各 43 例。观察组男性 30 例,女性 13 例;年龄 35~60 岁,平均年龄为 (41.3 ± 1.4) 岁;按 Child-Pugh 分级,A 级 13 例,B 级 20 例,C 级 10 例。对照组男性 25 例,女性 18 例;年龄 37~68 岁,平均年龄为 (45.7 ± 1.2) 岁;按 Child-Pugh 分级,A 级 14 例,B 级 20 例,C 级 9 例。两组患者在性别、年龄以及疾病类型等一般资料上不存在显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 临床诊断标准 (1)对两组患者均进行血常规与肝功能检查,确诊为失代偿期乙肝肝硬化;(2)临床表现为厌油、纳差、腹胀、尿黄以及乏力等;(3)

排除合并有其他药物性肝炎、病毒性肝炎以及酒精性肝病的患者。

1.3 治疗方法 对两组患者均采取利尿、防感染以及甘草酸二胺与还原型谷胱甘肽等综合治疗。在此基础上,对照组患者每日口服一次 10 mg 阿德福韦酯,观察组患者每日口服一次 0.5 mg 恩替卡韦^[2],观察周期为 48 周。

1.4 观察项目和指标 (1)肝功能^[3]:观察两组患者治疗前后的血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)、白蛋白(ALB)以及总胆红素(TBIL)等肝功能指标;(2)临床疗效^[4]:显效:患者的临床症状基本消失,肝功能基本恢复;有效:患者的临床症状得到一定缓解,肝功能有所恢复;无效:患者的临床症状无明显变化,甚至加重,肝功能不全。

1.5 统计学方法 采用 SPSS18.0 软件进行统计学分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 表示有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后肝功能对比 两组 ALT 与 TBIL 在治疗前无明显差别,治疗后均得到有效改善,且观察组改善水平明显优于对照组($P<0.05$);而两组的 ALB 在治疗前后均无明显差别 ($P>$