

3 讨论

糖尿病肾病是一种较为常见的糖尿病并发症,属于全身微血管疾病,是由于糖尿病患者的蛋白非酶糖化、高糖滤过以及多元醇通道活性的增加引起。糖尿病肾病的临床表现为肾小球硬化、系膜细胞增生和基底膜增厚等,尿微量白蛋白是反映糖尿病对肾损伤程度的重要指标,患者长期的高血糖会使其肾毛细血管的基底膜增厚,导致尿微量白蛋白的滤出量增加。控制血糖虽可以延缓糖尿病及其并发症,但是仍会有部分患者出现糖尿病肾病,而降低尿微量白蛋白能有效阻止肾病的发展,延缓糖尿病对患者肾功能的损伤。

糖尿病肾病属于中医学“水肿、肾消、尿浊”等范畴,此病发展较为缓慢,早期的糖尿病肾病是以肾虚为主,瘀滞贯穿始终,伴有痰湿浊毒之证,其主要临床症状是尿微量白蛋白的增加。益气活血补肾汤是治疗糖尿病肾病的良方,药材中的黄芪、太子参、山茱萸和黄精具有补气固阴之效;大黄、川芎、丹参和益母草起活血化瘀和降浊的作用^[1]。诸药合用能减

少患者 24 h 的尿微量白蛋白,保护肾脏和靶器官。本次研究结果显示,观察组治疗总有效率为 93.3%,对照组治疗总有效率为 80.0%,两组对比差异显著, $P < 0.05$;观察组治疗后的尿微量白蛋白、甘油三酯、总胆固醇、肌酐和尿素氮水平显著低于治疗前和对照组, $P < 0.05$ 。因此,使用中医治疗糖尿病肾病具有显著疗效,益气活血补肾汤能有效降低患者的尿微量白蛋白,值得临床的广泛应用。

参考文献

- [1] 王建华,邵雪珍,熊玮,等.早期糖尿病肾病中西医干预的临床疗效比较[J].湖北中医杂志,2013,35(6):13-14
- [2] 王保明,卢绍霞,张伟.益气活血补肾为主治疗糖尿病肾病尿微量白蛋白临床研究[J].实用中医内科杂志,2010,24(9):73-74
- [3] 李颖.补阳还五汤对早期糖尿病肾病尿微量白蛋白的影响[J].实用中医药杂志,2010,26(7):452-453
- [4] Wolf G, Chen S, Ziyadeh FN. From the periphery of the glomerular capillary wall toward the center of disease: podocyte injury comes of age in diabetic nephropathy[J]. Diabetes, 2005, 54(6): 1626-1634
- [5] 吴薇,王旭.中医药治疗早期糖尿病肾病研究述略[J].实用中医内科杂志,2007,21(10):3-5

(收稿日期: 2015-03-26)

中西医结合治疗 30 例急性胰腺炎的临床研究

强锦辉

(甘肃省定西市人民医院普外二科 定西 743000)

摘要:目的:对中西医结合治疗急性胰腺炎的效果进行分析探讨。方法:将 2014 年 1 月~2015 年 1 月我院收治的 60 例急性胰腺炎患者随机分为对照组和观察组各 30 例,对照组患者单纯采用西医治疗。观察组患者采用中西医结合治疗。对比两组患者的治疗有效率、临床症状消失时间及血淀粉酶等指标的恢复时间。结果:观察组的治疗有效率为 100%,对照组的治疗有效率为 80%,观察组的治疗有效率明显高于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$;观察组的各项指标恢复时间显著短于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。结论:对急性胰腺炎采用中西医结合治疗的方法具有效果好、安全性高等优点,在临床上值得推广应用。

关键词:急性胰腺炎;中西医结合疗法;疗效

中图分类号:R576

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.011

急性胰腺炎(Acute Pancreatitis, AP)为外科常见消化系统急症,发病率呈逐年升高趋势^[1]。该病的主要临床症状为发热、恶心、呕吐、血尿淀粉酶升高、腹痛等,给患者的健康及生命安全造成严重威胁^[2]。为了探讨急性胰腺炎的有效治疗方法,笔者对 2014 年 1 月~2015 年 1 月我院收治的 60 例 AP 患者进行随机对照研究。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2014 年 1 月~2015 年 1 月收治 60 例的 AP 患者,所有患者均符合中华医学会消化病学会制定的急性胰腺炎相关诊断标准^[3]。将患者按照就诊顺序随机分为对照组和观察组各 30 例,对照组中男 16 例,女 14 例;年龄 24~58 岁,平均年龄(43.3±5.2)岁;观察组中男 19 例,女 11

例;年龄 26~52 岁,平均年龄(45.7±5.8)岁。两组患者在性别、年龄等基本资料方面无显著性差异, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 单纯采用西医治疗。(1)非手术疗法:对症状较轻者禁水、禁食,对症状较重者进行持续胃肠减压,纠正患者体内水电解质紊乱及酸碱平衡失调现象,进行静脉营养支持治疗。采用抗生素预防感染,皮下注射思他宁,0.1 mg/次,3 次/d,疼痛严重者采用解痉止痛药治疗。对患者的病情进行密切关注,及时进行对症治疗;(2)手术方法:对合并有胆管结石者应尽量取尽结石,并进行 T 型管引流;对胰周积液多、出血坏死型胰腺炎者应将胰腺包膜切开,松动胰床,把坏死组织彻底清除;在胰周进

行多管引流,对以腹腔积液为主者应在腹腔镜下行盆腔引流;对各种并发症进行相应手术治疗。

1.2.2 观察组 在西医治疗的基础上,采用中医辨证疗法。早期肠胃减压时,经胃管注入中药,在肠胃减压结束后停止,具体方法如下:肝郁气滞型:症状主要为上腹胀痛、痛及两肋、呕吐黄水、恶心、脉弦、苔白薄,应用柴胡疏肝散加减治疗,方剂为:枳实 12 g、柴胡 15 g、郁金 15 g、延胡索 15 g、白芍 12 g、厚朴 10 g、陈皮 6 g、木香 10 g、法半夏 10 g;湿热壅滞型:症状主要为纳呆、呕吐恶心、身目俱黄、疲乏、舌红、脉滑数、大便不爽,应用龙肝泻胆汤联合茵陈蒿汤加减治疗,方剂为:黄连 10 g、茵陈 10 g、龙胆草 10 g、延胡索 15 g、枳实 15 g、柴胡 12 g、大黄 15 g、木香 10 g、黄芩 15 g、山栀子 15 g;脾胃实热型:患者的主要症状为剧烈疼痛、腹胀痞满、咽干口苦、敷热、小便短赤、大便燥结、舌红、苔黄燥、脉滑数,应用大柴胡汤联合大承气汤加减治疗,方剂为:黄芩 15 g、柴胡 15 g、大黄 15 g、延胡索 15 g、黄连 10 g、厚朴 15 g、枳实 15 g、白芍 15 g、芒硝 10 g。经水煎服,1 剂/d,分 3 次服用,10 d 为 1 个疗程,根据患者的病情持续 1~2 个疗程。

1.3 观察指标 以参考文献标准对治疗效果进行评价^[4]:痊愈:临床症状完全消失,经 B 超检查显示胰腺正常,血尿淀粉酶正常;显效:临床症状基本消失,经 B 超检查显示胰腺水肿极大好转,血尿淀粉酶基本恢复;有效:患者偶尔出现轻度腹痛,经 B 超检查显示胰腺水肿变化不大,血尿淀粉酶有所降低;无效:临床症状、体征、血尿淀粉酶及 B 超检查结果没有好转甚至加重。治疗总有效率=(治愈+显效+有效)/组人数×100%。对比两组患者治疗后不同时间并发症的发生率。

1.4 统计学处理 对所得数据以 SPSS22.0 统计软件进行处理分析,计数资料以率(%)表示,用 χ^2 检验。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,行 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效对比 观察组总有效率为 100.0%,对照组总有效率为 80.0%,观察组明显高于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效对比[例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	25(83.3)	3(10.0)	2(6.7)	0(0.0)	30(100.0)
对照组	30	18(60.0)	4(13.3)	2(6.7)	6(20.0)	24(80.0)
χ^2						11.436
P						<0.05

2.2 观察指标恢复时间 观察组各项指标恢复时间显著短于对照组,差异具有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者观察指标恢复时间对比($d, \bar{x} \pm s$)

组别	血淀粉酶恢复	白细胞恢复	尿淀粉酶恢复	肠鸣音恢复	排气时间	腹痛消失
观察组	2.82±1.06	5.71±2.46	6.44±1.85	1.88±0.94	8.13±1.76	2.35±1.52
对照组	4.47±1.39	8.41±1.74	9.53±4.02	4.81±1.09	10.33±2.85	8.41±3.17
t	9.553	7.062	11.385	16.574	9.941	18.557
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨论

急性胰腺炎起病急,如果不及时治疗,容易导致病情恶化,会对患者的健康及生命安全造成威胁。急性胰腺炎主要是由人体分解代谢异常引起,发病机制主要为胰酶引起胰腺微循环及自身组织消化障碍,因体内氧化自由基及内毒素作用导致全身脏器受损^[5]。急性胰腺炎引起的肠麻痹及腹胀等会损伤肠道的黏膜功能,导致细菌大量繁殖,内毒素大量产生,肠道细菌移位,引发多器官功能衰竭及全身炎症反应。

中医认为急性胰腺炎为“结胸、脾心痛”的范畴,发病原因为饮食不节制、暴饮暴食、长期情绪低落、劳累过度、酗酒,风寒湿邪入侵,导致脾胃、肝胆功能紊乱,进而脾失健运、肝气郁结、瘀阻中焦^[6]。治疗时应遵循疏肝理气、通腑泻实的原则,笔者结合多年临床经验,对急性胰腺炎患者行中医辨证治疗,方中大黄为君药,祛瘀通便、苦寒泄热;白芍行气止痛、改善微循环、活血化瘀;大黄、芒硝、黄芩可清热通下利湿,缓解炎症渗出。诸药联用能够促进肠蠕动,排出肠内积聚,减少肠道细菌,缓解毒素吸收,改善腹痛腹胀等临床症状。本研究中,观察组患者的各项指标恢复时间明显短于对照组, $P < 0.05$,表明中西医结合治疗急性胰腺炎可快速缓解患者临床症状,促进患者康复。林旭红等报道^[7],采用中西医结合的治疗方法治疗急性胰腺炎的疗效明显优于单纯采用西医治疗,治疗有效率可达 95%以上。本研究中,观察组的治疗有效率为 100.0%,符合相关文献报道。总而言之,对急性胰腺炎患者采用中西医结合的治疗方法,能够有效缓解患者症状,提高治疗效果,在临床上值得推广应用。

参考文献

- [1]朱颖玲,傅长来,唐光华,等.鼻饲加味柴芍承气汤治疗急性胰腺炎 40 例[J].南京中医药大学学报,2014,30(4):329-331
- [2]姜清宇.清下化痰方治疗急性胰腺炎疗效评价及 BISAP 评分对病情和中医证型的评估[D].上海:上海中医药大学,2013.6-12
- [3]赵相,贾玉东,刘海涛.复方丹参联合乌斯他汀治疗急性胰腺炎[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(19):317-318

[4]张正良,白郑海,杜立峰,等.清胰汤联合 DAR 治疗急性胰腺炎的临床疗效[J].中华急诊医学杂志,2013,22(7):760-764
 [5]胡静,鲍文银.乌斯他汀联合地芬诺酯治疗老年急性胰腺炎患者的疗效观察[J].中国生化药物杂志,2012,33(4):472-473

[6]杨国红,王晓,李春颖.中药四联疗法分期辨证优化治疗急性胰腺炎[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(14):301-304
 [7]林旭红,李永渝.急性胰腺炎发病机制及相关治疗的研究进展[J].中国病理生理杂志,2010,26(5):1029-1032

(收稿日期: 2015-03-27)

中西医结合治疗类风湿关节炎活动期 47 例临床观察

胡美兰

(湖南省衡阳市中心医院中医科 衡阳 421001)

摘要:目的:观察中西医结合治疗类风湿关节炎活动期 47 例的临床疗效。方法:将 95 例纳入观察的 RA 患者随机分为观察组 47 例和对照组 48 例,两组均接受 DMARDs 治疗,观察组同时口服中药自拟解痹汤,2 个月后对比两组患者的疗效。结果:治疗后,观察组 ACR20 及 ACR50 达标率明显高于对照组, $P < 0.05$;观察组的 ESR、RF 均低于对照组, $P < 0.05$,差异均具有统计学意义。结论:中西医结合治疗类风湿关节炎疗效优异,优于单纯西医治疗,值得临床推广和应用。

关键词:类风湿关节炎;活动期;中西医结合;临床疗效

中图分类号:R593.22

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.012

类风湿关节炎(Rheumatoid Arthritis, RA)是最常见的炎性关节炎,以血管炎和滑膜炎为基本病理特点,好发于四肢末端的小关节,表现为关节的疼痛、肿胀、活动困难及发僵,常反复发作,呈对称分布,还可造成内脏、血液等非关节外的疾病,影响世界上 0.5%~1%的人群^[1]。目前西医提倡积极、早期、联合、个体、规律地使用抗风湿药物(DMARDs)治疗,但疗效有限。笔者在临床中采用中西医结合的方法治疗 RA,疗效满意。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2013 年 1 月~2014 年 12 月在湖南省衡阳市中心医院中医科确诊为 RA 活动期的患者 95 例,按患者纳入治疗的先后顺序排序编号,采用 SPSS15.0 产生的随机数字表随机分为观察组 47 例和对照组 48 例。观察组男 15 例,女 32 例;年龄 18~65 岁,平均年龄(47.5±8.9)岁;病程 6~153 个月,平均病程(62.5±37.2)个月。对照组男 17 例,女 31 例;年龄 18~65 岁,平均年龄(46.8±9.3)岁;病程 5~161 个月,平均病程(63.2±37.9)个月。两组患者一般资料比较差异无统计学意义, $P > 0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 符合美国风湿病学会和欧洲抗风湿联盟 2010 年联合推出的 RA 诊断标准^[2],且符合以下 6 项中 4 项以上指标:休息时中等程度疼痛;血沉(魏氏法)≥28 mm/h;CRP≥1.0 mg/dl;关节肿胀≥4 个;关节压痛≥4 个;晨僵时间≥1 h;同时排除有严重内脏和血液、内分泌系统病变者,消化道溃疡者,恶性肿瘤及精神病患者,孕妇或哺乳期患者。

1.3 治疗方法 两组患者均给予 DMARDs 治疗:

口服甲氨蝶呤片 15 mg,1 次/周;口服硫酸羟氯喹 0.4 g,2 次/d,疗程为 2 个月。观察组同时口服中药自拟解痹汤:土茯苓 20 g、苍术 10 g、黄柏 10 g、丹参 10 g、赤芍 10 g、知母 10 g、泽泻 10 g、虎杖 10 g、鸡血藤 15 g、地龙 10 g、甘草 10 g,1 剂/d,水煎分早晚两次口服,200 ml/次,疗程同对照组,适时辨证加减。

1.4 观察指标 观察治疗前后两组关节肿胀程度、ESR、类风湿因子(RF),疗效标准采用美国风湿病协会(American College of Rheumatology, ACR)反应标准^[3]。

1.5 统计处理 采用 SPSS15.0 统计软件对两组数据进行分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效评价比较 按 ACR 反应标准,观察组 ACR20 及 ACR50 达标率明显高于对照组, $P < 0.05$,但两组仅观察组有 1 例 ACR70 达标,ACR70 达标率两组差异无统计学意义, $P > 0.05$ 。见表 1。

表 1 两组疗效评价标准[例(%)]

组别	n	ACR20 达标	ACR50 达标	ACR70 达标
观察组	47	15(31.9)	10(21.3)	1(2.1)
对照组	48	6(12.5)	3(6.3)	0(0.0)

2.2 两组患者治疗前后 ESR、RF 比较 治疗后,两组患者 ESR、RF 均有明显下降,与治疗前相比差异均有统计学意义, $P < 0.05$;观察组的 ESR、RF 均低于对照组,差异均有统计学意义, $P < 0.05$ 。见表 2。