

况比较 治疗前两组血液流变学情况和神经功能情况比较无显著差异,  $P>0.05$ ; 治疗后镇肝复遂汤组

血液流变学情况和神经功能情况改善幅度更大,  $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组治疗前后血液流变学情况和神经功能情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	时间	全血比黏度(mPa/s)	血浆比黏度(mPa/s)	红细胞聚集指数	神经功能缺损评分(分)
镇肝复遂汤组	38	治疗前	5.70± 0.67	1.92± 0.42	11.16± 0.71	27.25± 4.71
		治疗后	4.24± 0.51**	1.55± 0.19**	9.34± 0.26**	10.51± 0.26**
西医治疗组	38	治疗前	5.69± 0.61	1.90± 0.41	11.19± 0.81	27.24± 4.81
		治疗后	5.13± 0.29#	1.76± 0.34#	10.27± 0.22#	13.58± 0.22#

注:与治疗前比较, # $P<0.05$ ; 与西医治疗组治疗后比较, \* $P<0.05$ 。

2.3 两组患者药物副作用发生率比较 两组均无严重副作用发生,  $P>0.05$ 。见表 3。

表 3 两组患者药物副作用发生率比较

组别	n	恶心呕吐(例)	面色潮红(例)	心悸(例)	发生率(例/%)
西医治疗组	38	1	1	0	2(5.26)
镇肝复遂汤组	38	1	0	1	2(5.26)
$\chi^2$					0.000
P					1.000

### 3 讨论

脑梗塞属于中医“中风”范畴,患者以突然晕倒、口眼歪斜、肢体偏瘫等为主要特征,具有高发病率、致残率和死亡率,治愈率较低<sup>[3-4]</sup>。在脑梗塞发病后,治疗的重点在于抢救和改善患者脑神经功能,以减轻后遗症,促进患者生活质量的改善<sup>[5-6]</sup>。

中医采用镇肝复遂汤治疗脑梗塞,生代赭石可镇肝降逆;生牡蛎、生石决明可养血柔肝;制半夏、钩藤、胆南星、全蝎、羚羊角粉可熄风化痰;白芍可养血柔肝;郁金可疏肝解郁;茯苓、橘红可健脾化湿;石菖蒲可开窍祛痰;赤芍、红花和桃仁可活血化瘀;桑枝可祛风活络,通达四肢;竹沥汁可祛湿化痰;炙山甲可痛经活络,直达病所,诸药合用,可共奏化痰活络、镇肝熄风之功<sup>[7-8]</sup>。

本研究结果显示,镇肝复遂汤组患者脑梗塞治疗总有效率高于西医治疗组,  $P<0.05$ ; 两组均无严重副作用发生,  $P>0.05$ ; 治疗前两组血液流变学情况和神经功能情况比较无显著差异,  $P>0.05$ ; 治疗后镇肝复遂汤组血液流变学情况和神经功能情况改善幅度更大,  $P<0.05$ 。综上所述,脑梗塞病人采用镇肝复遂汤医治的临床效果确切,可有效改善患者血液流变学以及神经功能,对患者预后有益,且无严重副作用,值得推广。

#### 参考文献

[1]彭粉花.镇肝潜阳汤联合依拉达奉注射液对急性期糖尿病性脑梗死患者神经功能及日常生活能力的影响[J].河南中医,2016,36(5):809-811

[2]李树斌.镇肝复遂汤加减治疗脑梗死临床研究[J].河南中医,2015,35(11):2640-2641

[3]王展.蒿芩清胆汤治验三则[J].浙江中医杂志,2013,48(12):921

[4]李录山.镇肝熄风汤加味治疗中风阴虚风动型疗效观察[J].中国实用神经疾病杂志,2014,17(3):93-94

[5]金越.镇肝熄风汤加味治疗急性腔隙性脑梗死 60 例临床观察[J].中国实用医药,2015,10(34):175-176

[6]童蓓丽,仇年芳,李辉,等.镇肝息风活血汤治疗急性脑梗死 33 例[J].陕西中医,2010,31(10):1323-1325

[7]赵李琳,刘方.化痰息风活血法治疗急性脑梗死病案分析[J].中国中医急症,2014,23(3):548-549

[8]吴晓慧,平启年.镇肝熄风汤治疗阴虚风动型脑梗死临床观察[J].中外医学研究,2011,9(28):59-60

(收稿日期: 2016-12-07)

## 补肾生血汤治疗肾性贫血的临床观察

徐敏

(江苏省靖江市中医院 靖江 214500)

**摘要:**目的:探讨补肾生血汤治疗肾性贫血的临床效果。方法:收集我院 2011 年 2 月~2015 年 9 月收治的 82 例肾性贫血患者资料,其中实施促红细胞生成素等西医治疗的 42 例患者为对照组,另 40 例采用中药加促红细胞生成素治疗者为观察组,比较两组临床症状,并对血红蛋白浓度(Hb)、红细胞压积(Hct)及疗效进行对比。结果:观察组总有效率为 97.50%,显著高于对照组的 78.57% ( $P<0.05$ )。两组治疗前 Hct、Hb 比较无显著差异 ( $P>0.05$ )。治疗 2 个月后,两组 Hct、Hb 与治疗前比较均显著提高 ( $P<0.05$ )。结论:中西医结合治疗肾性贫血,可有效纠正贫血状态,改善肾功能,值得推广。

**关键词:**肾性贫血;补肾生血汤;促红细胞生成素;临床疗效

中图分类号:R692.5

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.01.012

慢性肾功能衰竭(CRF)患者中,15%~45%存在肾性贫血,近几年来随着 CRF 患者数量的递增,肾性贫血者也与日俱增。造成肾性贫血的原因众多,其中促红细胞生成素不足是最为常见且最重要的因

素,皮下注射促红细胞生成素是临床中普遍的治疗方式<sup>[1]</sup>。然而,临床实践发现,长期进行促红细胞生成素治疗,不仅需要支付昂贵的治疗费用,且会造成促红素抵抗、高血压等病症,临床效果不佳。我院采

用中西医结合的方式,在肾性贫血患者治疗中取得显著效果。现报告如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2011 年 2 月~2015 年 9 月收治的 82 例肾性贫血患者,本研究选取患者无血液系统疾病,无心衰、高血钾、高血压、恶性肿瘤等疾病,均符合国内贫血标准。经医院伦理委员会批准,且患者知情同意后,采用双盲法分组治疗。观察组 40 例,女 23 例,男 17 例,年龄 29~68 岁,平均年龄(47.3±2.9)岁;对照组 42 例,女 24 例,男 18 例,年龄 31~67 岁,平均年龄(48.2±3.1)岁。两组年龄、性别等比较无显著差异( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组均给予饮食控制,以低盐、低脂、优质低蛋白为主。

1.2.1 对照组 给予西医治疗,患者入院后给予水电解质纠正治疗,补充维生素 B<sub>12</sub> 等,并合理控制患者血糖、血压等;补充铁剂:口服,200 mg/次,1 次/d;补充叶酸片:口服,10 mg/次,3 次/d;补充促红细胞生成素:重组人促红素注射液(国药准字 S20133002),皮下注射,每周 100~150 IU/kg,每周分 2~3 次给药。持续治疗 2 个月。

1.2.2 观察组 给予中西医结合治疗,西医治疗同对照组,中医治疗给予患者补肾生血汤治疗,组方:党参 20 g,炙黄芪 20 g,白术 10 g,当归 15 g,川芎 10 g,阿胶(烊化)10 g,仙灵脾 10 g,赤芍 10 g,生大黄 5 g,泽泻 10 g 等,水煎服,1 剂/d,分早晚 2 次服用,每次 100 ml。连续用药 2 个月。

1.3 观察指标 于治疗期间对患者生命体征与临床症状进行监测,并用全自动生化仪对血红蛋白浓度(Hb)、红细胞压积(Hct)进行测定。

1.4 疗效评定 依据慢性肾衰竭疗效标准联合贫血疗效标准,对两组的临床效果进行评定:无效:临床症状无好转,且 Hb、Hct 增加幅度<10%;有效:临床症状出现好转迹象,且 Hb、Hct 均增加 10%以上;显效:临床症状已消失,或明显减轻,且 Hb、Hct 增加幅度超过 25%。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

1.5 统计学方法 采用 SPSS18.0 统计学软件,对临床数据资料加以处理,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,行  $t$  检验,计数资料行  $\chi^2$  检验, $P<0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组治疗效果比较 观察组总有效率为 97.50%,显著高于对照组的 78.57%( $P<0.05$ )。见表 1。

表 1 两组治疗效果比较

组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察组	40	28	11	1	97.50
对照组	42	17	16	9	78.57
$\chi^2$					9.146
P					<0.05

2.2 两组治疗前后 Hct、Hb 改善情况比较 两组治疗前 Hct、Hb 比较无显著差异( $P>0.05$ )。治疗 2 个月后,两组 Hct、Hb 与治疗前比较均显著提高( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组治疗前后 Hct、Hb 改善情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	Hct(%)		Hb(g/L)	
		治疗前	治疗 2 个月后	治疗前	治疗 2 个月后
观察组	40	22.04±3.25	28.14±6.48 <sup>#</sup>	72.57±10.54	92.34±11.71 <sup>#</sup>
对照组	42	21.87±3.37	25.65±4.02 <sup>#</sup>	72.65±11.04	78.16±10.37 <sup>#</sup>
t		0.384	6.054	0.257	9.117
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ 。

## 3 讨论

肾性贫血多由肾功能损伤引起,是肾功能衰竭的常见并发症,且随着肾功能衰竭程度而不断恶化。从肾性贫血的发病机制看,肾功能出现损伤后,肾脏促红细胞生成素难以正常产生,含量明显下降,而促红细胞生成素与红细胞的合成有关,随着生成素的减少,红细胞生成受阻,最终红细胞数量严重减少,出现贫血症状<sup>[2]</sup>。此外,肾脏严重衰竭后易出现尿毒症,大量的毒素物质滞留在血浆中,严重干扰红细胞的代谢过程,加剧肾性贫血症状。经临床实践证实,肾性贫血患者多出现唇甲苍白、腰膝酸软、面色萎黄无光泽、气短懒言、肢体水肿、眼结膜苍白、神疲乏力等症状表现,严重危及患者机体健康与生活质量的提升<sup>[3]</sup>。

近几年来,慢性肾功能衰竭发病率不断增加,促使肾性贫血患者数量呈现上升趋势,加强临床治疗研究刻不容缓。据文献报道显示,促红细胞生成素在肾性贫血治疗中具有一定的效果,但该种治疗方案难以改善肾功能,不能对疾病进行根治,需要长期服药治疗,治疗副作用大、经济负担重,于临床推广中困难重重<sup>[4]</sup>。基于促红细胞生成素治疗的局限性,在肾性贫血治疗中,我院加用补肾生血汤(中药)进行辅助,经中西医药结合作用,显著提高了临床治疗效果,且对肾功能改善起到一定疗效。

肾性贫血属中医“水肿、血虚、虚劳”等范畴,而本虚标实则是病因所在,“本虚”则指脾肾虚衰,因脾胃是气血生化的根源,脾胃表现虚衰后,则无法获取气血生化的物质基础,致使气血生化受阻,进而无法滋养机体<sup>[5]</sup>;肾脏则具有藏精、生髓、主骨等作用,若肾脏虚衰,必将肾精亏耗,阻碍生髓、生血等。“标实”

则为血虚,因慢性肾衰竭疾病长期不能治愈,伴随肾脏功能失调的加重,可因“浊毒”、“水湿”、“瘀血”等因素,造成气机阻滞、气血损伤,进而出现血虚<sup>[6]</sup>。因肾性贫血患者多由肾功能衰竭疾病造成,因而“本虚”、“标实”病因错杂,给予促红细胞生成素治疗,只能暂时性的缓解毒邪的蓄积,但是无法根治血虚、脾肾虚衰等。

中药方剂补肾生血汤,对气血两虚、脾肾亏虚等疗效确切,组方内含多种健脾补肾药材,如炙黄芪、党参、仙灵脾、川芎、赤芍等,随着脾肾的强健,进而可实现气血化生。此外,组方内添加活血化瘀良药,如当归、阿胶等,进而增加补血填精的功效。依据现代中医学理论认为,黄芪具有利尿、扩张血管等作用,能够促进肝脏蛋白的合成,降低蛋白尿发生,从而纠正肾衰竭、保护肾功能<sup>[7]</sup>;党参则能够对红细胞生成起到促进作用,增加 Hb;当归则可直接与过氧化氢发生反应,降低自由基含量,避免拮抗作用对红细胞造成的损伤<sup>[8]</sup>;大黄能够减缓肾小球硬化,对肾组织起到保护作用;川芎则可改善血液,阿胶可促进生血,多种药物协同后,共同起到健脾补肾、益气生血的功效<sup>[9]</sup>。

本研究结果显示,观察组总有效率为 97.50%,

显著高于对照组的 78.57% ( $P < 0.05$ )。两组治疗前 Hct、Hb 比较无显著差异 ( $P > 0.05$ )。治疗 2 个月后,两组 Hct、Hb 与治疗前比较均显著提高 ( $P < 0.05$ )。综上所述,给予肾性贫血患者促红细胞生成素的同时,加用补肾生血汤,能够显著改善贫血症状,提高 Hb、Hct 等,具有良好的肾功能保护作用,值得推广。

参考文献

[1]徐首航.当归补血汤联合重组促红细胞生成素治疗肾性贫血 40 例[J].浙江中医杂志,2013,48(6):414

[2]Hu SL,Said FR,Epstein D,et al.The impact of anemia on renal recovery and survival in acute kidney injury[J].Clin Nephrol,2013,79(3):221-228

[3]吴秋枫,闫瑞芬.中西医结合治疗肾性贫血疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2013,22(11):1205-1206

[4]陈豪.中西医结合治疗肾性贫血 60 例临床观察[J].浙江中医杂志,2012,47(9):661

[5]何敏尔,孔仕波,沈伟钢.加减补中益气汤联合促红细胞生成素治疗肾性贫血疗效观察[J].中国中西医结合肾病杂志,2013,14(3):260-261

[6]黄柳莺.补肾通络汤肾区离子导入治疗对血液透析患者贫血指标的影响[J].江西中医药,2012,43(7):18-19

[7]De Lima GA,Mazzali M,Gentil AF,et al.Anemia in chronic renal disease: evaluation of inflammatory activity on erythropoiesis and iron metabolism in patients not submitted to dialysis treatment[J].Clin Lab,2012,58(7-8):695-704

[8]谢志芬.慢性肾脏病肾性贫血的中西医结合治疗[J].实用中西医结合临床,2015,15(7):42-43

[9]胡江华.中西医结合治疗肾性贫血临床研究[J].实用中医药杂志,2012,28(6):478-479

(收稿日期: 2016-05-24)

## 洗二方配按摩治疗风湿痹症的疗效观察

陈雪

(中信惠州医院 广东惠州 516006)

**摘要:**目的:研究洗二方联合按摩疗法对风湿痹症的临床治疗效果。方法:将我院 2013 年 11 月~2015 年 11 月收治的 112 例风湿痹症患者随机分为对照组与研究组,每组 56 例。给予所有患者进行按摩治疗,在此基础上采用洗二方对研究组患者进行治疗。治疗后观察并分析两组患者的治疗效果。结果:研究组与对照组治疗的总有效率分别为 96.43%和 76.79%,对照组明显低于研究组;且对照组住院时间长于研究组,复发率 37.50%也高于研究组的 10.71%,差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论:相比单纯采用按摩法治疗风湿痹症,洗二方联合按摩疗法的临床治疗效果更为有效,还能缩短患者的住院时间,降低复发率,值得推广应用。

**关键词:**风湿痹症;洗二方;按摩法;治疗效果

中图分类号:R255.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.01.013

风湿痹症是一种临床常见病,患有该疾病的患者会产生屈伸不利、肿大、麻木、关节酸痛等症状,该疾病还能对患者的关节、骨骼、滑囊、肌肉、筋膜、肌腱等组织器官产生不良的影响,患者的生活水平也明显地下降<sup>[1]</sup>。据资料显示,临床上常采用的按摩法治疗风湿痹症虽有一定效果,但与洗二方联合按摩的治疗法相比还不够全面,并有一定差距。洗二方是一种用中药熏洗热敷的理疗方法<sup>[2]</sup>。该方法能够促进患者机体的血液循环,还能够止痛行气、除湿祛风、活血化瘀。另外,洗二方还会使患者的韧带、肌肉、肌腱组织以及局部神经末梢均处于放松的状态,有效地缓解患者的疼痛感。为研究洗二方联合按摩

疗法对风湿痹症的临床治疗效果更为有效,我院对部分风湿痹症患者采取了该方法进行治疗,获得了较为满意的结果。现报道如下:

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择我院 2013 年 11 月~2015 年 11 月收治的风湿痹症患者 112 例,按照随机原则分为对照组与研究组,每组 56 例。所有患者均符合风湿痹症的诊断标准,且均无严重神经系统或心肝肾疾病。研究组女 30 例,男 26 例;年龄 35~68 岁,平均年龄 ( $56.81 \pm 0.67$ ) 岁;病程 1~9 年,平均病程 ( $4.03 \pm 0.67$ ) 年。对照组女 28 例,男 28 例;年龄 37~70 岁,平均年龄 ( $56.77 \pm 0.71$ ) 岁;病程 1~9 年,