

L, 平均  $58 \times 10^9/L$ 。两组资料比较, 差异无显著性。

**治疗方法** 两组患者均使用康力龙, 每次 2mg, 每日 3 次, 常规剂量的维生素口服及一般对症治疗; 治疗组同时加复方皂矾丸(由皂矾、人参、海马、油桂(是含挥发油的优质肉桂)、核桃仁、大枣、七寸蛇等组成, 并有 10 种微量元素; 每丸 0.2g, 陕西郝其军制药有限责任公司生产) 每次 1.8g, 每日 3 次。疗程均为 3 个月~2 年, 治疗不满 3 个月者不作为统计病例。治疗后每 7 天复查血象 1 次, 每月复查肝、肾功能 1 次。

**观察项目:** (1) 临床表明(头昏、乏力、及活动后心悸、气促情况), 观察患者皮肤、粘膜色泽变化及有否出血征象; (2) 实验室检查: 外周血中 WBC、Hb、PLT 计数, 肝肾功能; (3) 追踪随访。

**统计学方法:** 两组数据的比较用  $\chi^2$  检验。

**结果**

1 疗效评定标准 按上述文献的疗效标准。基本治愈: 贫血和出血症状消失, Hb 男  $\geq 120g/L$ 、女  $\geq 100g/L$ , WBC  $\geq 4 \times 10^9/L$ , PLT  $\geq 80 \times 10^9/L$ , 随访 1 年以上未复发; 缓解: 贫血和出血症状消失, Hb 男  $\geq 120g/L$ 、女  $\geq 100g/L$ , WBC  $\geq 3.5 \times 10^9/L$ , PLT 也有一定程度增加, 随访 3 个月病情稳定或继续进步; 明显进步: 贫血和出血症状明显好转, 不输血, Hb 较治疗前 1 个月内增长 30g/L, 并能维持 3 个月; 无效: 未达明显进步标准。判定前 3 条标准, 均应在 3 个月内不输血。

2 疗效 治疗组 28 例, 基本治愈 7 例, 缓解 8 例, 明显进步 6 例, 无效 7 例, 总有效率为 75%; 对照组 28 例, 基本治愈 3 例, 缓解 3 例, 明显进步 5 例, 无效 17 例, 总有效率为 39%。两组总有效率比较差异有显著性 ( $\chi^2 = 8.13, P < 0.05$ )。提示治疗组疗效明显高于对照组。

3 不良反应 治疗组有 6 例在服药初期有恶心、上腹不适、腹泻等消化道反应, 减量后能耐受。对照组无消化道反应。治疗组有 3 例肝功能异常, 对照组有 4 例肝功能异常, 均经保肝治疗后肝功能恢复正常。

**讨论** 中西医结合治疗 CAA 有 40 余年之久, 已在 CAA 的治疗上取得较好疗效。根据中医学理论, 与造血有关的脏腑为心、肝、脾、胃、肾, 尤其与肾的关系最为密切, 肾主骨、生髓、藏精, 血为精所化, 这就为 CAA 的治疗要从肾着手提供了理论依据。复方皂矾丸为纯中药制剂, 是由皂矾、人参、海马、油桂、核桃仁、大枣、七寸蛇等组成, 并有 10 种微量元素, 其中铁、铜、钴等都是造血必需的原料, 整体上具有温肾健髓、益气养阴, 生血养血的功能。同时现代药理学认为, 它对 GM-CFU 和 CFU-E 的生成有明显的促进作用, 从而加速造血细胞生成、分化、成熟, 达到促进骨髓造血功能恢复, 使萎缩的造血组织重建; 而康力龙是雄性激素, 主要功能是壮肾阳(温肾健髓), 无养阴之功能。CAA 的发生不离肾之阴阳失调, 贫血之疾以阴虚为本, 即使有阳虚为主表现者, 在补阳时也应时时顾护阴液。故单用康力龙等西药补阳, 而无滋阴药物, 故治疗效果不理想, 而与复方皂矾丸联合运用, 既壮阳又滋阴, 使肾的阴阳失衡得以纠正, 才能让肾脏正常发挥主骨生髓、藏精之功效, 让骨髓更快的恢复造血, 进而达到治疗 CAA 的目的。本结果显示复方皂矾丸加康力龙治疗 CAA 的疗效明显高于对照组, 且在治疗过程中不良反应轻, 故

笔者认为本法可作为治疗 CAA 患者的首选方案之一。

(收稿: 2001-11-18 修回: 2002-07-18)

## 清热除湿汤配合小剂量糖皮质激素 治疗狼疮性肾炎 12 例

甘肃省中医院老年病科(兰州 730050)

曹红霞

糖皮质激素虽然是治疗狼疮性肾炎的主要药物, 但长期应用副反应多。1996 年 8 月~2001 年 8 月, 笔者应用导师刘国安的经验方清热除湿汤配合小剂量糖皮质激素治疗狼疮性肾炎 12 例, 并与单用常规剂量激素治疗的 11 例作对照, 现报告如下。

**临床资料**

1 病例选择 选择在我院住院的狼疮性肾炎患者, 诊断参照美国风湿病学会 1982 年关于系统性红斑狼疮的诊断标准(蒋明等主编, 风湿病学. 北京: 科学出版社, 1996: 1001—1050), 所选病例均有蛋白尿 ( $> 0.5g/d$ ), 狼疮细胞阳性或抗 DS-DNA 或抗 Sm 抗体阳性或梅毒血清试验假阳性, 抗核抗体阳性, 溶血型贫血或血白细胞减少或血小板减少。所有患者均有不同程度发热, 腰困或腰痛, 乏力。

2 一般资料 按就诊顺序随机分为两组, 治疗组 12 例, 男 3 例, 女 9 例; 年龄 34~53 岁, 平均  $(45.0 \pm 7.7)$  岁; 病程 0.5~1.4 年, 平均  $(1.0 \pm 0.5)$  年; 24h 尿蛋白(Pr) 定量 2.5~5.9g, 平均 3.4g; 有蛋白尿者 12 例, 血尿者 6 例, 水肿者 12 例, 高血压者 9 例。对照组 11 例, 男 2 例, 女 9 例; 年龄 32~55 岁, 平均  $(43.0 \pm 12)$  岁; 病程 3 个月~1 年, 平均  $(0.7 \pm 0.4)$  年; 24h 尿 Pr 定量 2.1~5.7g, 平均 3.6g; 有蛋白尿者 11 例, 血尿者 7 例, 水肿者 11 例, 高血压者 9 例。两组资料比较差异无显著性, 具有可比性。

**治疗方法** 入院前曾用小剂量激素治疗者入院后调整剂量, 服从各组激素服法; 入院前用大剂量激素者不参加治疗组, 用他法治疗者均停止。对照组用药: (1) 强的松每日 1mg/kg, 晨起顿服, 每两周减 10%; (2) 磷酰胺每日 2mg/kg, 分 2 次服用, 当白细胞  $< 3 \times 10^9/L$  时停用; (3) 高血压者服用心痛定 10mg, 每日 3 次。治疗组用药: (1) 强的松每日 0.5mg/kg, 晨起顿服; (2) 清热除湿汤基本方: 枸杞子 15g 女贞子 15g 梔子 10g 白花蛇舌草 30g 忍冬藤 30g 仙鹤草 30g 杜仲 20g 菟丝子 30g 黄精 30g; 有尿血者加白茅根 30g; 尿蛋白量大者加黄柏 10g, 薏苡仁 30g; 有水肿者加附子 10g, 茯苓 15g, 白术 18g, 党参 30g。 (3) 高血压者服用心痛定 10mg, 每日 3 次。两组疗程均规定 6 个月。治疗前后监测 24h 尿 Pr, 血浆白蛋白(Alb), 尿红细胞(BLD)、血色素(Hb)、血尿素氮(BUN)、血肌酐(SCr)、血清总胆固醇(TC)情况, 并且每日监测血压两次。

**统计学方法:** 计量资料采用 *t* 检验, 计数资料采用  $\chi^2$  检验。

**结果**

1 疗效标准 参照上述文献标准, 显效: 24h 尿 Pr  $< 0.3g$ ; 血浆 Alb  $> 35g/L$ , 尿 BLD 消失, Hb、BUN、SCr 恢复正常, 血压  $<$

140/90mmHg, 水肿消失;有效:24h 尿 Pr 0.3~2.0g;尿 BLD 减少, Hb 有所升高, BUN, SCr 有所下降, 血压 < 140/90mmHg, 水肿消失。无效:未达到有效标准。

2 疗效 治疗组 12 例, 显效 4 例, 有效 6 例, 无效 2 例, 总有效率 83%;对照组 11 例, 显效 4 例, 有效 5 例, 无效 2 例, 总有效率 81.8%。

3 副反应及并发症 两组(治疗组与对照组)出现柯兴氏综合征分别为 0 例、2 例(18.2%);细菌感染分别 0 例、1 例(9.1%);消化道症状分别为 1 例(8.3%)、2 例(18.2%)。提示治疗组的副反应及并发症明显低于对照组。

4 两组患者治疗前后的部分观察指标变化情况 BUN、SCr、24h 尿 Pr 治疗后两组均较治疗前降低( $P < 0.01$ ), TC 只有治疗组下降显著( $P < 0.01$ );Hb、WBC、Alb 治疗组治疗后较治疗前显著升高( $P < 0.01$ ), 对照组治疗前后比较差异无显著性( $P > 0.05$ )。可见中西医结合治疗可促进肾功能的恢复, 调节血脂水平(具体数据略)。

讨论 狼疮性肾炎发病至肾功能衰竭在系统性红斑狼疮死因中占 1/3, 且长期服用激素会出现肥胖、血糖升高、诱发感染、骨质疏松等, 用环磷酰胺会引起脱发、胃肠道反应、肝损害、血白细胞减少等。我们用中药配合小剂量糖皮质激素, 大大减少了药物副反应。中医学认为“湿热不止, (尿)蛋白不清”、“肾精不足, (尿)蛋白仍存”, 治疗应“补泻兼顾”。清热除湿汤方中女贞子、枸杞子、栀子补泻清热;白花蛇舌草、忍冬藤、仙鹤草等清热除湿;尿蛋白量大者加黄柏、薏苡仁以加大清热除湿之功;有血尿者, 加白茅根凉血止血;有水肿者加茯苓、白术、党参以健脾利湿消肿。清热除湿汤配合小剂量激素治疗狼疮性肾炎, 不但可大大减少副反应, 且在升高血色素、血浆白蛋白、血白细胞计数及降低血脂等方面有着单用西药所达不到的效果。

(收稿:2002-03-25 修回:2002-08-21)

## 残石净配合胆道镜治疗术后 肝内胆管结石 420 例

南通医学院第四附属医院(江苏盐城 224001)

杨林 黄卫

肝内胆管结石在我国仍有较高的发病率, 手术后难以取净, 复发率高, 需反复手术, 难度大。1990 年 1 月~2000 年 12 月, 我们用自拟的残石净配合纤维胆道镜(下称胆道镜)治疗术后肝内胆管结石 420 例, 并与单行手术取石的 440 例作对照, 现报道如下。

### 临床资料

1 一般资料 选择经胆总管切开取石难以取净的住院患者, 按数字表法随机分为两组, 治疗组 420 例, 男 134 例, 女 286 例;年龄 15~69 岁, 平均(42.0 ± 12.3)岁;病程 0.55~20 年, 平均(4.6 ± 0.5)年。对照组 440 例, 男 141 例, 女 299 例;年龄 14~72 岁, 平均(41.0 ± 13.4)岁;病程 0.5~19 年, 平均(4.7 ± 0.5)年。

2 实验室检查 两组 B 超检查均见结石;治疗组 WBC: >

$10 \times 10^9/L$  327 例,  $< 10 \times 10^9/L$  93 例;中性:70% 以上 327 例, 70% 以下 93 例;SGPT > 50U/L 96 例, 总胆红素 > 17.1 μmol/L 109 例。对照组 WBC: >  $10 \times 10^9/L$  339 例,  $< 10 \times 10^9/L$  101 例;中性:70% 以上 340 例, 70% 以下 100 例;SGPT > 50U/L 103 例, 总胆红素 > 17.1 μmol/L 112 例。两组资料比较差异无显著性( $P > 0.05$ )。

### 方法

1 治疗方法 两组均经胆总管切开探查后留置 T 型引流管, 通过 T 型引流管窦道插入胆道镜进入胆管, 进行生理盐水冲洗或清除狭窄因素, 术后 6 周行第 1 次胆道镜治疗, 隔 10 天后重复使用胆道镜检查。治疗组于胆道镜检查前 10 天开始口服残石净合剂(每瓶 500ml 含金钱草 30g 海金沙 20g 威灵仙 15g 郁金 20g 槟榔 20g 白鲜皮 20g 大黄 20g 柴胡 20g 廔虫 10g 等, 为本院药厂生产), 每次 90ml, 每日 2~3 次(空腹为宜), 10 天为 1 个疗程, 疗程结束后作胆道镜检查。下次行胆道镜前同法应用该药。为防复发, 还要在结石排净后每月口服 2 瓶, 0.5 年后停药。对照组 440 例单行手术及胆道镜取石, 不加服中药残石净。

2 观察方法 所有患者治疗前后均作 B 超、血常规、肝功能及胆道“T”管造影, 用胆道镜观察患者肝胆管内结石分布、炎症、狭窄、排出、排净等情况。

3 统计学方法 采用  $\chi^2$  检验。

### 结果

1 疗效评定 参照 1993 年卫生部制定的《中药新药临床指导原则·胆石症》的标准。痊愈:经胆道镜及胆道“T”管造影检查结石取净, 临床症状和体征全部消失;有效:未梢胆管仍有残余小结石, 临床症状、体征基本消失;无效:经胆道镜及胆道“T”管造影未见结石减少或增多者, 临床症状及体征无好转或加重。

2 疗效比较 治疗组 420 例, 痊愈 340 例(81.0%), 有效 50 例(11.9%), 无效 30 例(7.1%), 总有效率为 92.9%。对照组 440 例, 分别为 220 例(50.0%), 50 例(11.4%), 170 例(38.6%)和 61.4%。治疗组结石排净(340 例)明显优于对照组(220 例), 差异有显著性( $P < 0.01$ )。

3 副反应 治疗过程中治疗组因服药引起大便次数每天 2 次以上者 83 例, 腹部隐痛 78 例, 停药后消失。对照组未见上述副反应。

4 随访结果 两组病例均在疗程结束后 0.5 年后分别作了随访, 治疗组复发 30 例, 对照组复发 170 例。

5 胆道镜治疗次数 治疗组 1 次者 116 例, 2 次 260 例, 3 次 44 例;对照组分别为 98 例、144 例、198 例。

6 实验室检查结果 治疗组治疗结束后复查 B 超、胆道“T”管造影, 肝内胆管仍有残余结石 80 例, WBC >  $10 \times 10^9/L$  30 例, SGPT > 50U/L 27 例, 总胆红素 > 17.1 μmol/L 21 例;对照组分别为 220 例、49 例、36 例、84 例。提示治疗组疗效优于对照组。

体会 肝内胆管结石术后残留率明显高于肝外胆管结石, 这也是多次行胆道手术的主要原因, 极易造成肝胆管狭窄。