

激素的副作用通常与剂量及疗程密切相关,单剂量或1次大剂量给药很少导致机体的损害。成人每日用强的松量若小于7.5 mg则很少有副作用,若大于7.5 mg发生率则增多,大剂量,长疗程使用激素其副作用明显增加,应尽量避免。目前多主张采用小剂量、短疗效,也有主张采用间日疗法。即以每日最低有效量2.5倍于隔日晨时前顿服,可减少对肾上腺皮质的抑制和严重副作用的发生。对于支气管哮喘等呼吸系统病,近年来主张采用激素雾化吸入疗法以取代或减少全身用药的剂量,也可达到提高气道局部的药物浓度和疗效,减少副作用的发生。如乳母接受药物性大剂量的激素,则不应哺乳,由于激素可由乳汁中排泄,对婴儿造成不良影响,因激素可抑制患儿的生长和发育。小儿如长期使用激素也需十分慎重,如果有必要长期使用,应采用短效(如可的松)或中效制剂(如强的松),避免使用长效制剂(如地塞米松)。口服中效制剂隔日疗法可减轻对生长的抑制作用。儿童或少年患者长期使用激素必须密切观察,患儿发生骨质疏松症、股骨头缺血性坏死、青光眼、白内障的危险性都增加老年患者用激素易发生高血压。老年患者尤其是更年期后的女性应用激素易发生骨质疏松。用药时不能骤停。

4 停药反应

药源性皮质萎缩和功能不全:长期使用,尤其连日给予超生理剂量激素的患者,由于外源性皮质激素反馈性抑制垂体前叶促皮质激素(ACTH)的分泌,从而使内源性皮质激素释放减少及引起肾上腺皮质萎缩。多数患者可无临床表现。停药后,垂体前叶分泌ACTH的功能一般需3个月~5个月才恢复,肾上腺皮质功能的恢复约需6个月~9个月或更长,因而停药需经一个较长过程,不能骤然停药或减量过快,撤药过程中或停药后一段时间内,如反跳现象和停用综合征(或称戒断现象),反谓反跳现象是指长期应用激素类药物,症状已完全控制后缓解,但因突然停药或减量过大或过快时,可见原发病复发或恶化的现象称为反跳现象,多由患者对激素产生依赖或疾病症状未被充分控制所致。所谓停药综合征是指在短期内应用大量激素,在突然停药后出现一些原来没有的临床症候群,如肌痛、关节痛、肌强直、疲乏无力、发热、情绪低落或无欲状态,少数患者可致虚脱,多系下丘脑-垂体-肾上腺轴系统暂时性机能紊乱所致,反跳现象与停药综合征的处理大致相同,发生后应及时恢复原来使用激素的种类和剂量,加强对原疾病的病因和对症处理,待临床症状平稳后,缓慢减量逐步实验停药。

5 下列情况慎用

心脏病或急性心力衰竭、糖尿病、憩室炎、情绪不稳定和

有精神病倾向、真菌感染、青光眼、肝功能损害、眼单纯性疱疹、高脂蛋白血症、高血压、甲状腺功能减退症(此时激素作用增强)、重症肌无力、骨质疏松、胃溃疡、胃炎或食管炎、肾功能损害或结石、结核病等。

6 以下情况不宜用激素

严重的精神病史,活动性胃、十二指肠溃疡,新近胃肠吻合术后,较重的骨质疏松,明显的糖尿病,严重的高血压,未能用抗生素控制的病毒、细菌、霉菌感染。

7 正确评价疗效

激素的治疗大多属于缓解症状的姑息疗法,其抗炎、抗毒、退热、促进食欲和振奋精神等作用往往给人以假象,所以不能仅根据患者的主观感觉判断疗效,而必须结合必要的客观检查,如实验室检查,放射线检查,超声波检查等,正确评价疗效。如长期应用激素者,应定期检查以下项目:血糖,尿糖或糖耐量试验,尤其是有糖尿病或糖尿病倾向者;小儿应定期监测生长和发育情况;眼科检查,注意白内障、青光眼或眼部感染发生;血清电解质和大便隐血;高血压和骨质疏松的检查,老年人尤应注意。

参考文献:

- [1] 蔡德华,王庆文.糖皮质激素作用机制的新进展[J].肾脏病与透析肾移植杂志,2000,1.
- [2] 王大妮,丛克家.妇产科疾病治疗学[M].天津:天津科学技术出版社,2000,6:523.
- [3] 罗慰慈.与应用糖皮质激素有关的问题[J].中国新药杂志,2000,6.
- [4] 黄炎.长期应用糖皮质激素的毒副作用[J].中国实用儿科杂志,2000,1.
- [5] 金仲品.简述糖皮质激素的药理及其应注意的几个问题[J].中国临床医生,2000,5.
- [6] 蔡德华,王庆文.糖皮质激素作用机制的新进展[J].肾脏病与透析肾移植杂志,2000,1.
- [7] 魏克伦,李娟.糖皮质激素在新生儿临床应用中需注意的问题.
- [8] 蔡永敏.最新中药药理与临床应用[M].北京:华夏出版社,1999:303-483.
- [9] 乐杰.妇产科学[M].北京:人民卫生出版社,2001:246.
- [10] 张惠卿.医药万象[M].2005,3(8).
- [11] 胡文彬,江素玲.中国误诊学杂志,2005,5(11).
- [12] 张晓霞.现代中西医结合杂志,2000,9(16).
- [13] 汤光,陈新谦.新编药理学[M].第14版.北京:人民卫生出版社,1998:278-342.

(收稿日期:2006-04-03)

西黄丸配合逍遥丸治疗乳腺增生症的临床观察

张青,温洪波

(中国医科大学附属第四医院,辽宁沈阳110002)

[摘要] 根据乳房的生理、病理与气血的关系,探讨从瘀论治乳病。乳房疾病多与足厥阴和足阳明关系密切,其病机主要由肝郁气滞,冲任失调和痰凝血瘀所致。它的发生与肝、脾、肾三位有密切关系。“瘀”、“结”、“痛”为其临床基本特征。治疗方面应注重舒肝理气,活血化瘀。气滞血瘀之乳癖,活血化瘀能解除气血不畅引起的血瘀症,软坚通络也能达到活血行血的目的。血能载气,气能生血,气行则血行,理气补血,活血能使气机调达,血运通畅,解除肝气郁结引起的痰凝血瘀,冲任失调的症状,肝气疏泄才能正常。

[关键词] 西黄丸;逍遥丸;乳腺增生症

[中图分类号] R655.8 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-5098(2006)14-2448-02

1 临床资料

1.1 一般资料 我院门诊2002年1月至2005年6月确诊为乳腺增生症,年龄在20岁~60岁的女性患者118例。

1.2 诊断标准 有乳腺肿块,且伴有乳房胀痛等症状,连续3个月不能自行缓解。排除生理性乳房疼痛,如经前乳房胀痛,青春期乳痛及仅有乳痛而无肿块的乳痛症。利用电脑、红外线乳腺诊断仪、钼靶摄影排除乳腺癌、乳腺纤维瘤等其他乳腺疾病,而诊断为乳腺增生症者。

2 药物组成及治疗方法

2.1 药物组成 逍遥丸主要成分为柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、甘草等。西黄丸主要成分为牛黄、麝香、乳香、没药。

2.2 治疗方法 逍遥丸每日3次,每次8粒,经期后连服20d为一个疗程。连续三个疗程。西黄丸每日1次,每次3g,饭后服用。连服20d为一个疗程,连续三个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 根据《中药新药临床研究指导原则》^[1]和中华全国医学会外科学会乳腺病专题组制定的疗效判定标准,拟定:肿块消失,停药后3个月不复发为临床痊愈;肿块最大直径缩小1/2以上,乳痛消失为显效;肿块最大直径缩小不足1/2,乳痛减轻或肿块缩小1/2以上,乳痛减轻不明显为有效;肿块不缩小或单纯乳痛轻度缓解为无效。

3.2 结果 痊愈74例(占62.7%),显效32例(占27.1%),有效10例(占11.8%),无效2例(占1.7%),总有效率为98.3%。

4 讨论

本病的病因病机,可用郁、痰、瘀三字概括。郁乃情志不舒,精神抑郁,气机失调,肝气郁结,致冲任失调。郁久可化

热,热灼津液,煎熬成痰,或肝气犯脾,脾失健运,聚湿成痰;气为血衰,气机不畅,气血失和,血行受阻则成瘀。郁痰瘀互结,阻塞乳络,则成乳癖。在郁痰瘀中,郁是起主导作用的。《外科正宗》云:“忧郁伤肝,思虑伤脾,积想在心,所思不得志者,致经络痞涩,聚积成核。”临床上如患者情志忧郁,精神紧张则乳痛加剧,甚至肿块增大。

逍遥丸用柴胡疏肝理气,又有当归、白芍养血补肝,白术、茯苓健脾祛湿,使运化有权,气血有源,炙甘草益气补中,肝气条达,脾运自健,血气和畅,凝气得散。纵观全方共具疏肝解郁,健脾和营养之功。

西黄丸方出《外科全生集》,为治疗“乳岩”、“瘰疬”、“痰核”、“肺癰”之名方^[2],其主要成分有麝香、牛黄、乳香、没药组成。方中之牛黄清心、退热、化痰、通窍、散肿结,为主药。辅以麝香芳香辛窜之性,通经络,散结滞,辟恶毒,除秽泄,为辅药。主辅配合,相得益彰,牛黄制麝香,辛窜助火之弊,麝香增牛黄化痰散结之功。佐以乳香、没药活血祛瘀,消肿定痛。全方配合,清热解毒,活血祛瘀,消坚肿可称上品。

逍遥丸和西黄丸两药合用治疗乳腺增生症简单有效,易于坚持治疗,值得推广。

参考文献:

- [1] 中华人民共和国卫生部. 中医新药研究指导原则[S]. 1997:51-51.
- [2] 编辑委员会. 简明中医辞典[M]. 北京:人民卫生出版社,1979:900-901.

(收稿日期:2006-04-04)

作者简介:张青(1960-),女,山东黄县人,1982年毕业于大连铁路卫生学校,药剂师。

低分子肝素钠治疗糖尿病肾病临床疗效评价

韩从华¹, 龚时鹏²

(1. 仙桃市第一人民医院,湖北 仙桃 434000; 2. 南方医科大学南方医院,广东 广州 510515)

[摘要] 糖尿病肾病是糖尿病的严重微血管病变,多见于糖尿病病史超过10年的患者,已成为导致终末期肾功能衰竭的主要原因之一,糖尿病肾病患者血液多呈高凝状态,高凝状态加重糖尿病肾病肾小球内凝血,血栓形成,导致慢性肾功能进展加剧,我院自1999年起应用低分子肝素钠治疗高黏血症45例疗效显著,明显延缓了糖尿病肾病病程进展。

[关键词] 糖尿病肾病;低分子肝素钠;药物治疗

[中图分类号] R587.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1671-5098(2006)14-2449-02

1 对象和方法

1.1 对象 90例糖尿病住院患者具备下列条件:符合1998年WHO咨询委员会临时性报告诊断标准;尿蛋白定性2次以上阳性,24h尿蛋白定量 $>0.3\text{g} \sim 0.5\text{g}$,BUN $<12\text{mmol/L}$,Cr $<133\mu\text{mol/L}$;排除其他原因引起的蛋白尿和氮质血症,随机分两组,A组45例(男20例、女25例)年龄25岁~74岁,病程10a~15a,其中高血压25例,浮肿40例,大量蛋白尿 $>3.0\text{g/d}$ 20例,B组45例(男18例、女27例)年龄23岁~79岁,病程8a~16a,其中高血压30例,浮肿25例,大量蛋白尿 $>3.0\text{g/d}$ 30例。

1.2 血液流变学测定及正常值 测定全血比黏度,血浆比黏度,纤维蛋白原红细胞压积和血沉5项血液流变学指标,另选45名健康人群为对照者(男20例,女25例),年龄20岁~65岁。测定血液流变学正常值($\bar{x} \pm s$)。

1.3 治疗方法 A组常规治疗糖尿病肾病(降糖、降尿蛋白、

降脂)基础上加用低分子肝素钠注射液5000u,每12h皮下注射一次,四周为一个疗程,治疗中监测凝血酶血时间不超过正常值的2倍,B组中除不加低分子肝素钠注射液外,余同A组。

1.4 近期疗效评定标准,血流变学4项以上指标明显改善为显效,3项指标改善为有效,3项以下指标改善为无效。

2 结果

2.1 疗效判断 应用低分子肝素钠注射液的A组(45例)显效28例,有效16例,无效1例,总有效率97.8%,B组(45例):显效5例,有效7例,无效33例,总有效率26.7%,A、B两组疗效比较差异有显著性($\chi^2=48.403, P<0.05$),说明单用阿司匹林、潘生丁治疗DH高黏血症疗效较差。

2.2 血液流变学检查结果 A、B两组治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$),见表1。