

临 床 报 道

中西医结合治疗 2 型糖尿病伴颈动脉
粥样硬化斑块 32 例

浙江省象山县中医院(315700)

李雅琴 钟志明

动脉粥样硬化(AS)是一种损害全身大中动脉的慢性疾病。糖尿病大血管病变是糖尿病致死致残的主要原因,对其早期检测干预治疗是防治糖尿病并发症的重要措施。我们对 32 例 2 型糖尿病伴颈动脉粥样硬化患者采用中西医结合治疗,疗效满意,现报告如下。

1 临床资料

2 型糖尿病(根据 1997 年美国糖尿病协会糖尿病诊断标准)受检者为 2002 年 6 月~2005 年 5 月本院住院或门诊病例,分为治疗组 32 例,对照组 28 例。治疗组男性 14 例,女性 18 例;年龄 46~78 岁,平均 (62.96 ± 9.98) 岁;病程 5~18 年,平均 (10.09 ± 3.53) 年。对照组男性 13 例,女性 15 例;年龄 48~76 岁,平均 (63.07 ± 10.15) 岁;病程 6~20 年,平均 (10.25 ± 4.27) 年。两组比较差异无显著性($P > 0.05$)。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法:两组均用常规西药治疗基础疾病(包括降脂治疗)。治疗组加用健脾化浊、养阴解毒、益气活血中药。方药:葛根 15g,川芎 10g,土茯苓 15g,鬼箭羽 10g,枳壳 10g,白术 15g,茯苓 15g,黄芪 30g,决明子 30g,刺蒺藜 10g,水蛭 3g,丹参 15g,何首乌 15g,黄精 15g。气虚明显加太子参 30g;便秘加大黄 6~10g。每日 1 剂,共煎 250ml,分上午 9 时、下午 3 时两次服,1 个疗程为 3 个月,1 个疗程后彩色多普勒复查颈动脉。

2.2 彩色多普勒颈动脉超声检查:治疗前后检测颈总动脉(CCA)内径、颈内动脉(ICA)内径、颈外动脉(ECA)内径、颈总动脉内膜中层厚度(IMT)、血管阻力(RI)、管腔内血流变化。动脉壁增厚定义为:IMT ≥ 1.1 mm;局部斑块测量:用彩色多普勒探头检测颈动脉确定斑块存在,在纵切面上测量斑块厚度(Tmax),在横切面上测量斑块长度(Smax),若同时存在数块,计算斑块数量(N),取其最大作为观察指标。

3 治疗结果

治疗组 32 例,IMT 治疗前后厚度分别为 (1.13 ± 0.14) mm、 (1.00 ± 0.08) mm,Tmax 分别为 (2.16 ± 0.78) mm、 (1.70 ± 0.86) mm,Smax 分别为 (5.40 ± 1.98) mm、 (4.05 ± 2.25) mm,N 分别为 (2.09 ± 0.82) 个、 (1.72 ± 0.81) 个;对照组 28 例,IMT 治疗前后分别为 (1.13 ± 0.15) mm、 (1.14 ± 0.13) mm,Tmax 分别为 (2.18 ± 0.75) mm、 (2.37 ± 0.96) mm,Smax 分别为 (5.33 ± 2.03) mm、 (5.31 ± 2.12) mm,N 分别为 $(2.11 \pm$

$0.74)$ 个、 (2.18 ± 0.67) 个。

治疗组治疗后 IMT 变薄($P < 0.05$),Tmax、Smax 缩小($P < 0.05$),N 减少($P < 0.05$);对照组各指标治疗前后差异无显著性($P > 0.05$)。

4 讨论

近年来,随着动脉粥样硬化所致心脑血管事件日益增多,2 型糖尿病血管病变的并发症已成为脑梗死、冠心病的独立危险因素。用彩色多普勒检测 2 型糖尿病患者颈动脉,发现颈动脉粥样硬化斑块形成,用中西医结合对其早期干预治疗,可使其心脑血管发病率明显下降。2 型糖尿病患者大多属于肥胖型,主要病因为长期嗜食肥甘醇酒厚味,损伤脾胃,脾失健运,痰浊湿毒内生,发生脂质代谢紊乱。日久则气机郁滞,瘀血内阻,可出现血小板黏附和聚集,血液处于高凝状态。痰瘀湿毒互结,浸淫脉道,阻碍气血运行,血瘀脉痹,管壁异常,斑块形成。故采用健脾化浊、养阴解毒、益气活血中药治疗。方中太子参、黄芪健脾补气,白术、土茯苓、鬼箭羽、决明子、茯苓、枳壳、刺蒺藜化浊行滞解毒,丹参、水蛭、川芎活血化瘀,黄精、葛根、何首乌养阴生津。全方具有抗氧化、抗炎、抗血小板聚集、抗动脉粥样硬化、降脂、保护血管内皮功能及消退、缩小、稳定斑块作用。

降尿酸合剂治疗高尿酸血症 30 例

武汉钢铁公司总医院(430080)

张 芙 蓉

近年来,高尿酸血症的发病率呈不断上升的趋势。目前常用的西药治疗高尿酸血症的副作用较大,远期疗效较差。笔者近年来采用降尿酸合剂治疗部分高尿酸血症检出者,并与西药治疗组对照观察,疗效较好,现报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准:参照《全国临床检验操作规程》中有关高尿酸血症的诊断标准,即连续两次检测血尿酸 $> 420 \mu\text{mol/L}$,排除影响血尿酸因素(包括未服降尿酸药,控制高嘌呤饮食 1 周,停用 水杨酸药物及利尿药 1 周,避免剧烈运动)及其他原因所致继发性高尿酸血症。

1.2 一般资料:本院中医专家门诊患者 60 例,随机分为两组。两组在年龄、性别、血尿酸水平等方面经统计学处理差异无显著性。治疗组 30 例,男 23 例,女 7 例;年龄 40~65 岁,平均 (54.6 ± 8.2) 岁;血尿酸 440~610 $\mu\text{mol/L}$,平均 (515.1 ± 41.2) $\mu\text{mol/L}$ 。对照组 30 例,男 22 例,女 8 例;年龄 39~65 岁,平均 (56.1 ± 6.3) 岁;血尿酸 438~607 $\mu\text{mol/L}$,平均 (513.6 ± 43.5) $\mu\text{mol/L}$ 。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法:治疗组以自拟降尿酸合剂治疗。方药:苍术、黄柏、防己、牛膝各 10g,土茯苓、薏苡仁、王不留行各 20g,萆薢、威灵仙、赤芍各 15g,车前子、鸡血藤各 30g。湿热偏盛加金钱草、忍冬藤;寒湿偏盛加海风藤。每日 1 剂,煎水取汁 300ml,每日 2 次分服。对照组口服别嘌醇片,每日 2 次,每次 100mg。两组均以 6 周为 1 个疗程。

2.2 观察指标:观察治疗前、治疗后、停药 1 个月及停药 3 个月血尿酸、肝功能、肾功能、血常规、尿常规的变化。

2.3 注意事项:两组均要求低嘌呤、低热量饮食,多饮水,避免饮酒、过度劳累、精神紧张、创伤、受凉等诱发因素。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:痊愈:血尿酸恢复正常,停药 3 个月后仍正常。有效:血尿酸基本正常或明显下降,停药 1 个月后仍稳定。无效:血尿酸虽有所下降,但停药后 1 个月即恢复甚至超过治疗前水平。

3.2 两组总体疗效比较:治疗组 30 例,痊愈 15 例,有效 12 例,无效 3 例,总有效率为 90%;对照组 30 例,痊愈 5 例,有效 15 例,无效 10 例,总有效率为 66.7%。两组治疗 1 个疗程后均获得较好疗效,差异无显著性($P>0.05$)。停药 3 个月治疗后痊愈率、总有效率分别为 50%、90%,对照组分别为 16.7%、66.7%,治疗组远期治愈率和总有效率明显优于对照组,差异均有显著性($P<0.05$)。

3.3 两组血尿酸变化比较:治疗组血尿酸治疗前、治疗后、停药 1 个月、停药 3 个月分别为(515.1 ± 41.2) $\mu\text{mol/L}$ 、(403.5 ± 58.2) $\mu\text{mol/L}$ 、(410.3 ± 60.1) $\mu\text{mol/L}$ 、(416.1 ± 61.5) $\mu\text{mol/L}$,对照组分别为(513.6 ± 43.5) $\mu\text{mol/L}$ 、(401.2 ± 51.7) $\mu\text{mol/L}$ 、(421.8 ± 56.7) $\mu\text{mol/L}$ 、(457.3 ± 50.7) $\mu\text{mol/L}$ 。两组治疗 1 个疗程后血尿酸均有所下降,两组间差异无显著性($P>0.05$)。停药 1 个月和 3 个月后,两组比较,患者血尿酸水平差异有显著性($P<0.05$)。表明治疗组降尿酸的作用更平稳、持久、有效。

3.4 不良反应:治疗组在治疗后未发现肝肾功能损害及血、尿常规异常者,4 例超重患者体重有所下降,6 例血脂偏高患者得到了改善。对照组 3 例出现肝功能异常,2 例出现白细胞减少,4 例出现不同程度的胃肠道反应,停药后逐渐恢复正常。治疗组无明显副作用。

4 讨论

高尿酸血症是指血中尿酸水平超过正常的一种状态,是由于人体嘌呤类物质代谢紊乱导致尿酸生成过多,或肾脏排泄尿酸障碍所致。人体长期处于高尿酸状态下,组织器官会发生相应的病变,可导致痛风性关节炎、痛风性结石、痛风性肾病、痛风性心脏病、痛风性高血压等严重并发症,与高血压、高血脂、冠心病、脑血管意外、糖尿病的发生发展密切相关。对高尿酸血症早期干预治疗意义深远。目前临床常用的降尿酸的西药副作用大,停药后复发率高,用药过程中脏器损害严重,患者往往因为担忧得不偿失而拒服西药,使部分患者错过了最佳治疗期。

从其主要临床表现看,本病应属于中医学腰痛、石淋、水肿、痹证、历节、痛风、肾劳等病症的范畴。究其病因多为先天禀

赋不足,后天脾胃失养,过食肥甘厚味、辛辣醇酒等,导致脏腑功能失调,脾失健运,肺失通调,肾失气化,变生痰浊,与湿、热、瘀、毒等邪气夹杂,流注脏腑、关节、经络而成。因此,笔者在嘱咐患者节饮食、薄厚味的同时,以“清热利湿解毒,化瘀涤痰通络”之法治标,佐以“健脾固肾清肺”之法固本。方以《丹溪心法》二妙散(苍术、黄柏)燥湿清热为主;加薏苡仁、牛膝健脾补肾,通淋渗湿,强筋骨,利关节合为四妙丸方;辅以防己通经络、除痰湿;萆薢除阳明之湿,固下焦,分清别浊;威灵仙除湿通络,祛肌表之风湿;车前子清肺,利水道,分清浊;佐以土茯苓清热解暑;王不留行、赤芍、鸡血藤活血化瘀、舒经活络。现代药理学研究证实,黄柏能碱化尿酸;萆薢能提高内生肌酐清除率,增加尿量,降低血尿酸;薏苡仁能利尿消炎;土茯苓、车前子、苍术可以促进尿酸从肾脏排出;诸药合用,在促进体内尿酸排泄方面起到明显作用。同时配合活血化瘀之品,能有效改善血液循环,促进糖脂代谢,防止并发症的产生。

清热解毒活血化瘀法治疗陈旧性包块型异位妊娠 37 例

首都医科大学附属北京妇产医院中医科(100006)

张莹

异位妊娠保守治疗中,附件包块下降速度较血绒毛膜促性腺激素(HCG)下降速度缓慢。往往血 HCG 恢复正常,附件包块仍然存在。笔者于 2002 年 8 月~2005 年 1 月对 70 例陈旧性包块型异位妊娠患者用两种方案治疗,现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择:观察病例为我院中医门诊就诊患者。入选标准:(1)一般情况良好,生命体征平稳。(2)血 HCG 恢复正常(酶标免疫测定法,非孕 $\leq 10\text{mIU/ml}$)。(3)附件包块直径 $\leq 5\text{cm}$ 。(4)各项生化指标正常,外周血计数正常。

1.2 一般资料:共观察 70 例,随机分为两组。A 组 37 例,年龄 21~42 岁,平均 31.8 岁;血 HCG 正常时,B 超检查附件包块直径 1.8~5.0cm。B 组 33 例,年龄 20~43 岁,平均 30.4 岁;血 HCG 正常时,B 超检查附件包块直径 1.6~4.9cm。两组一般资料经统计学处理,差异无显著性($P>0.05$)。

2 治疗方法

A 组采用清热解毒,活血化瘀法。选用我院经验方盆腔炎康颗粒(主要成分:薏苡、郁金、萆薢、木通、香附、延胡索、败酱草、蒲公英等,由北京九龙制药厂生产),每次 12g,每日 3 次;加用血府逐瘀口服液(主要成分:桃仁、红花、当归、川芎、赤芍、生地、黄、柴胡、牛膝等,由吉林敖东延边药业股份有限公司生产),每次 10ml,每日 3 次。B 组采用单纯清热解毒法。只用盆腔炎康颗粒,每次 12g,每日 3 次。每周复查 B 超,观察附件包块完全被吸收所用的时间。

3 治疗结果

A 组治疗前包块直径为(3.43 ± 1.51) cm,包块完全吸收所需时间为(41.84 ± 24.67)天;B 组治疗前包块直径为(3.24 ± 1.66) cm,包块完全吸收所需时间为(63.26 ± 29.41)天。两组包块完全吸收所需时间比较,差异有显著性($P<0.01$)。