

表 2 两组治疗前后甲状腺功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	FT ₃ (pmol/L)	FT ₄ (pmol/L)	TSH (mIU/L)
治疗组	治疗前	44	0.49 ± 0.21	5.47 ± 1.47	34.53 ± 13.82
	治疗后 6 周	44	1.87 ± 0.83*	10.45 ± 3.37* ^{△△}	11.53 ± 5.24* ^{△△}
	治疗后 12 周	44	3.98 ± 1.37** ^{△△}	12.71 ± 4.43** [△]	6.50 ± 1.72** [△]
对照组	治疗前	43	0.52 ± 0.34	4.65 ± 1.37	35.43 ± 13.68
	治疗后 6 周	43	1.68 ± 0.46*	6.45 ± 3.19*	16.65 ± 4.78*
	治疗后 12 周	43	2.42 ± 1.73**	8.47 ± 3.99**	9.14 ± 2.16**

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照组治疗后同时段比较, $\Delta P < 0.05$

表 3 两组治疗前后 TC、TG、HDL-C、LDL-C 比较(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	TC	TG	HDL-C	LDL-C
治疗组	治疗前	44	7.25 ± 1.76	4.64 ± 1.28	0.83 ± 0.34	4.19 ± 1.17
	治疗后	44	4.63 ± 1.52** [△]	1.13 ± 1.36** [△]	1.84 ± 0.87**	1.97 ± 1.78** [△]
对照组	治疗前	43	7.17 ± 1.50	4.45 ± 1.27	0.91 ± 0.31	3.95 ± 1.36
	治疗后	43	6.81 ± 1.61*	2.83 ± 2.94*	1.79 ± 0.98*	2.83 ± 1.97**

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

根据本病主要表现为元气亏乏,气血不足,脾肾受损的阳虚证候,一般将其归属于中医学“虚劳”或“水肿”范畴。本方中,附子培补元阳,温里祛寒,为君药。熟地黄、山茱萸、龟甲胶填精补髓、养血益气,为臣药。君臣相配,阴阳并补,一则“阳得阴助,而生化无穷”,体现了“阴中求阳”的治法;二则可防阳药温燥太过。茯苓、山药、黄芪健脾补中益气,以助后天之本。半夏、泽泻、牛膝、鸡血藤化痰涤饮,活血化瘀,扶正而不忘祛邪。现代药理研究表明,温补肾阳药物能提高甲状腺功能减退症患者血清中甲状腺激素的浓度,其机理与促进残存甲状腺组织功能的恢

复,使激素分泌量增高有关。但温补肾阳药并非通过类似甲状腺激素的直接作用,而是通过调调整体,改善甲状腺本身及全身组织细胞的代谢功能,改善机体的免疫状态而起治疗作用的,不同于激素的替代作用。

参考文献

- [1]陈灏珠.实用内科学[M].10版.北京:人民卫生出版社,1998:1031-1035.
- [2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:276-280.

(收稿日期:2011-02-11;修回日期:2011-03-25)

[编辑:黄健]

加味葛红汤治疗气虚血瘀型糖尿病合并心脏自主神经病变 42 例

李蔚^{1*} 傅松波² 杨瑞¹ 范力¹ 白雪琴¹

(1.兰州市中医医院糖尿病科,甘肃省兰州市七里河区武威路 344 号,730050;2.兰州大学第一医院内分泌科)

*通讯作者:lwliwei11@163.com

[关键词] 心脏自主神经病变;糖尿病;加味葛红汤;心率变异性分析

2007 年 1 月~2009 年 12 月我们在兰州大学第一医院内分泌科和兰州市中医医院糖尿病科采用加味葛红汤治疗气虚血瘀型糖尿病合并心脏自主神经病变患者 42 例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

82 例患者随机分为两组。对照组 40 例,男 25

例,女 15 例,年龄 51~78 岁,平均年龄(63 ± 0.5)岁,病史 7 个月~18 年,平均病史(5.1 ± 0.4)年。治疗组 42 例,男 26 例,女 18 例;年龄 48~76 岁,平均年龄(64 ± 0.3)岁,病史 10 个月~20 年,平均病史(5.3 ± 0.2)年;两组性别、年龄、病程等一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

82 例均符合 1999 年 WHO 制定的 2 型糖尿病诊断标准^[1];中医诊断标准参照中华人民共和国卫

生部制定的《中药新药临床研究指导原则》^[2],符合 2 型糖尿病诊断标准。同时伴有胸闷、心悸、气短等临床症状,舌红少苔或紫暗,或有瘀斑,脉沉细弱或沉弦,中医辨证为气虚血瘀。24h 动态心电图显示:心率变异性分析提示,频域参数:立位时低频(LF):高频(HF)的比值;卧位时 LF:HF 比值;24h 内正常周期标准差(SDNN)、心率变异指数(HRVI)、R-R 间期大于 50ms 的百分数(PNNSO)均显著降低。对 5 项检查结果进行计分,正常为 0 分,异常为 1 分,临界值为 0.5 分,总分最高为 5 分,总分≥3 分为诊断标准。

2 治疗方法

两组患者在入组前采用统一规范的饮食控制方法及运动疗法,避免过度疲劳和精神紧张,并在以后的研究中维持不变。均给予常规降糖治疗(口服降糖药或胰岛素),要求血糖控制达标,空腹血糖(FBG)<7mmol/L,餐后 2h 血糖(2hPG)<8.3mmol/L,或血糖较治疗前下降>30%,糖化血红蛋白(HbA1c)<6.5%。对照组给予抗心律失常的药物酒石酸美托洛尔片 12.5~25mg,每日 2 次,1 个月为 1 个疗程。治疗组给予加味葛红汤(葛根 30g,红花 15g,川芎 15g,丹参 10g,当归 15g,赤芍 10g,菊花 10g,羌活 10g,党参 15g,麦冬 10g,五味子 10g),水煎服,每日 1 剂,分早晚服,同时给予水蛭

15g,研末装胶囊,每日 3 粒,1 个月为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准

①临床疗效判定标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定:显效:FBG<7mmol/L,2hPG<8.3mmol/L,或血糖较治疗前下降≥30%,HbA1c<6.5%;24h 动态心电图心率变异性分析:立 LF/HF、卧 LF/HF、SDNN、HRVI、PNNSO 5 项总分≤2 分;有效:FBG<8.3mmol/L,2hPG<10mmol/L,或血糖较治疗前下降 10%~29%,HbA1c<7.0%但≥6.5%,24h 动态心电图心率变异性分析:5 项观察指标总分在 2.5~3 分;无效:血糖下降未达到有效标准,24h 动态心电图心率变异性分析:总分为 3.5~5 分。②中医证候疗效判定标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]制定:疗效指数(n)=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分×100%。临床治愈:n≥90%;显效:n≥70%但<90%;有效:n≥30%但<70%;无效:n<30%。

3.2 两组患者临床疗效比较

表 1 示,中药组临床疗效优于对照组(P<0.05)。

3.3 两组患者中医证候疗效比较

表 2 示,两组患者中医证候疗效比较差异无统计学意义(P>0.05)。

3.4 两组患者治疗前后血糖及心率变异指标比较

表 3 示,两组治疗后均有明显下降(P<0.05 或 P<0.01),两组治疗后比较差异有统计学意义(P<0.05),治疗组明显为优。

3.5 两组患者治疗前后中医症状评分改善情况比较

表 4 示,两组中医症状评分均较治疗前显著改

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	14(35)	16(40)	10(25)	30(75)
治疗组	42	21(50)	20(47.6)	1(2.4)	41(97.6)

表 2 两组中医证候疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	8(20)	13(32.5)	19(47.5)	21(52.5)
治疗组	42	10(23.8)	15(35.7)	17(40.5)	25(59.5)

表 3 两组患者治疗前后血糖和心率变异指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	FBG(mmol/L)		2hPG(mmol/L)		HbA1c(%)		心率变异总分(分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组(40)	9.47±3.18	7.89±2.36*	14.98±4.41	11.94±3.39*	7.14±1.90	6.90±1.72*	3.15±0.07	2.58±0.05*
治疗组(42)	9.73±2.63	8.33±2.18*	15.52±4.11	12.41±3.16*	6.86±1.77	6.53±1.42*△	3.12±0.06	1.23±0.03*△

注:与本组治疗前比较,*P<0.05;与对照组治疗后比较,△P<0.01

表 4 两组患者治疗前后中医症状评分改善情况比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	胸闷气短	倦怠乏力	面色晦暗	口唇紫暗	舌红少苔	脉沉细弱
对照组	治疗前	2.46±0.76	1.92±0.52	2.46±0.70	2.34±0.70	1.55±0.30	1.78±0.06
	治疗后	1.36±0.32*	1.49±0.31*	2.11±0.34*	2.23±0.82*	1.37±0.33*	1.37±0.04*
治疗组	治疗前	2.56±0.66	1.99±0.33	2.42±0.23	2.31±0.22	1.56±0.13	1.88±0.15
	治疗后	1.24±0.34*△	1.45±0.15*△	1.95±0.07*△	1.87±0.13*△	1.36±0.41*	1.35±0.35*

注:中药组与本组治疗前比较,*P<0.05,与对照组比较,△P<0.05

善($P < 0.05$),除倦怠乏力、舌红少苔、脉沉细弱外,其余项目治疗组改善明显为优($P < 0.05$)。

4 讨论

方中配以川芎、丹参、当归、赤芍养心血、通血脉以治其标,党参、麦冬、五味子益气养阴,强心升压以治其本,配羌活、菊花升阳通脉,并有扩张冠脉的作用,并配以水蛭粉。水蛭所含水蛭素是目前公认的最强的凝血酶特效抑制剂,水蛭素不仅能阻止纤维蛋白原凝固,也能阻止凝血酶催化的进一步的血瘀反应。全方配伍具有益气宣痹、通络活血的功用。

参考文献

- [1] World health organization. Definition, diagnosis, and classification of diabetes mellitus and its complications. Report of a WHO consultation. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus [M]. Geneva: World health organization. 1999: 58-59.
- [2] 中华人民共和国卫生部制定. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 233-237.

(收稿日期: 2011-02-11; 修回日期: 2011-04-18)

[编辑: 黄 健]

补阳还五汤加减治疗瘀血阻滞型慢性盆腔炎 30 例

耿嘉玮^{1*} 彭玲玲²

(1. 北京市鼓楼中医医院, 北京市东城区豆腐池胡同 13 号, 100009; 2. 北京电子科技职业学院医务室)

* 通讯作者: gengjiawei1962@sina.com, 13601123462

[关键词] 补阳还五汤; 慢性盆腔炎; 瘀血阻滞型

补阳还五汤出自清代王清任著《医林改错》一书, 我们根据其益气活血通络功效, 应用该方加减治疗瘀血阻滞型慢性盆腔炎 30 例, 现总结如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准

参照《妇产科学》^[1]为依据。通过询问病史、妇科检查及实验室检查明确诊断, 少数诊断有困难者, 借助 B 超检查确诊及输卵管碘油造影摄片。①有感染病史; ②下腹坠胀压痛及骶部疼痛, 在劳累、性生活后、经期加剧, 伴有月经失调、白带异常及不孕症病史; ③妇检时子宫活动受限, 黏连固定, 在子宫旁及输卵管一侧或双侧, 手可扪及索状物, 盆腔结缔组织炎时一侧或双侧有片状增厚, 并有轻压痛或扪及包块。

1.2 排除标准

①年龄在 18 岁以下或 50 岁以上, 妊娠或哺乳期妇女; ②合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重疾病, 精神病患者; ③慢性阑尾炎、盆腔结核、盆腔肿瘤、子宫内膜异位症等疾病; ④不符合纳入标准, 对研究过程中使用的药物过敏, 未按规定用药, 无法判断疗效或资料不全等影响疗效或安全性判断。

1.3 一般资料

医院就诊的符合纳入标准的慢性盆腔炎患者 65 例, 随机分为两组。治疗组 30 例, 年龄 18~50 岁, 平均 34.5 岁; 病程 3 个月~10 年。对照组 25 例, 年龄 20~50 岁, 平均 32.5 岁; 病程 3 个月~10 年。两组病例年龄、病程等经统计学处理, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组

(生)黄芪 60g, 当归 6g, 赤芍 4.5g, 地龙 3g, 川芎 3g, 桃仁 3g, 红花 3g。黄芪初用 30~60g, 以后渐加至 120g。加减: 小腹胀甚加川楝子、香附; 下腹疼痛甚, 带下量多、色黄、秽臭加红藤、败酱草、黄柏、蒲公英; 有包块加莪术、夏枯草、皂角刺。水煎 300ml, 每日服 2 剂, 早晚服, 连服五六日后, 改为每日仍服 1 剂。7d 为 1 个疗程。

2.2 对照组

单纯经期间每次口服氟哌酸每次 0.3g, 每天 2 次; 替硝唑每次 0.5g, 每日 2 次; 7d 为 1 个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准

疗效标准参照国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[2]。显效: 服药 1~2 个疗程, 自觉症状消失, 妇科检查恢复正常, 附件区组织柔软无压痛, 体征改善。好转: 自觉症状明显改善, 体征有所改善。无效: 经 3 个疗程治疗后, 症状体