

表1 两组患者治疗后临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	改善	稳定	恶化	总有效率
治疗组	30	8(26.66)	17(56.66)	5(16.66)	25(83.33)
对照组	20	4(20.00)	10(50.00)	6(30.00)	14(70.00)

2.2 实验室指标比较

治疗组治疗后血糖、胰岛素、血液流变学指标与治疗前比较均有明显改善($P<0.05$), 治疗组治疗后血糖、血浆黏度、凝血因子指标与对照组治疗后比较有统计学差异($P<0.01$)。

3 讨论

DR 是糖尿病严重的并发症之一, 在中老年人群的失明原因中占首位。视网膜微循环内微血管病变伴

血栓形成及新生血管形成在 DR 的发生发展中起重要的作用。

本研究中活血化瘀类中成药脉平片与阿司匹林联合应用治疗单纯性 DR, 取得良好疗效。脉平片是由银杏叶提取物加何首乌、当归、维 c、芦丁组成的复方制剂。银杏叶提取物可以降低血脂、血黏度, 改善血液流变学状态, 改善微循环; 有效地清除体内自由基和提高抗氧化能力; 改善血糖代谢及高胰岛素血症。阿司匹林可以降低血小板黏聚性及纤维蛋白原, 改善血液流变和微循环, 增加血管通透。

* 山东省栖霞市唐家泊中心卫生院内科(265315)

仙附温阳通络饮治疗阳虚寒凝型
血栓闭塞性脉管炎 32 例

李怀军¹ 王学军²

血栓闭塞性脉管炎(TAO) 为临床常见的周围血管疾病, 主要发生在下肢的中、小动静脉, 中青年男性为其主要的发病对象, 属中医学“脱疽”范畴。本病病程较长, 易反复发作, 致残率高, 治疗亦较为困难。根据《黄帝内经》“诸寒收引, 皆属于肾”之理, 笔者近期以温肾通络法论治阳虚寒凝型血栓闭塞性脉管炎取得较好疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

所有病例均来自我院皮肤科门诊及住院患者, 其中男 58 例, 女 6 例, 年龄 22~43 岁, 平均(28.37±3.84) 岁; 病程 1 个月~13 年, 平均(2.75±1.07) 年; 64 例患者中Ⅰ期 49 例, Ⅱ期 15 例, 均为Ⅰ级表现。将患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 32 例, 两组患者在年龄、病程、临床表现等方面经统计学检验无差异($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

诊断依据: 参照《中药新药临床研究指导原则(试行) 》拟定: ①患者有受冷冻、居地潮湿、吸烟或外伤等病史; ②临床表现: 患肢静止性疼痛; 下肢间歇性跛行; 患肢有麻木、发凉、怕冷、肢端皮色苍白等慢性缺血症状, 或出现小面积溃疡; 趾端肿胀或伴有表浅性静脉炎; 患肢中、小动脉搏动减弱或消失; 后期可发生干性或湿性坏死; ③动脉造影可见受累处血管管壁不规则,

管腔狭窄或闭塞, 周围有侧枝血管, 呈节段性改变; ④肢体动脉血流图及彩色多普勒等检查提示或证实有肢体动脉闭塞致供血障碍者。

中医辨证标准: 依照高等中医院校教材《中医外科学》(第 7 版) 寒湿阻络证制定。临床表现为: 平素畏寒喜暖, 患趾(指) 喜暖怕冷, 皮肤苍白冰凉、麻木疼痛, 遇冷疼痛加重, 行走不利, 呈间歇性跛行, 舌苔白腻, 脉沉细, 趺阳脉减弱或消失。

1.3 治疗方法

对照组: 给予复方丹参注射液 30ml 加入 0.9% 氯化钠注射液 250ml, 每日 1 次静脉滴注, 创面局部每日给予常规清洁消毒换药处理 1 次, 脓性分泌物较多时行外科清创术并给予雷弗奴尔溶液湿敷。治疗组: 在对照组治疗的基础上给予口服仙附温阳通络饮, 药物组成为: 肉桂、(炮) 附子、赤芍、川楝子、乳香、没药、延胡索各 15g, 黄芪、党参、当归、鸡血藤、女贞子、菟丝子各 20g, 淫羊藿 25g。两组均以 4 周为 1 个疗程, 2 个疗程后判断疗效。

1.4 疗效判断标准

参照《中医病证诊疗效标准》: 临床治愈: 临床症状基本消失, 肢体疮面完全愈合, 持续行走 1500m 以上无不适, 肢体动脉血流图、彩色多普勒等检查证实肢体动脉闭塞病灶供血良好者; 显效: 临床症状明显改善, 肢体疮面愈合或接近愈合, 能持续步行 500m 以上, 肢

体动脉血流图、彩色多普勒等检查证实肢体动脉供血明显改善者;有效:临床症状减轻,肢体疮面接近愈合或缩小,能行走 300m 左右者;无效:经过治疗后症状无明显好转或反见加重者。

2 结果

对照组 32 例,痊愈 2 例,显效 7 例,有效 13 例,无效 10 例,有效率 68.75%;治疗组 32 例,痊愈 9 例,显效 15 例,有效 6 例,无效 2 例,有效率 93.75%。两组患者治疗后在痊愈率、总有效率方面均有统计学差异性($P < 0.01$),治疗组优于对照组。

3 讨论

中医学认为,阳虚寒凝型脱疽的发生是由于素体脾胃亏虚,阳气不充,精血不足,导致经脉空虚,加之复感寒湿之邪,留于经络,收引拘急,致气滞血瘀、经络阻滞,久之气血不能温养四末而成坏疽。如《素问·痹论》云:"痛者,寒气多也,有寒故痛也",《素问·举痛论》亦说:"寒气入经而稽迟,注而不行,客于脉外则血少,客于脉中则气不通,故卒然而痛",因此,此型患者主要表现为患肢疼痛麻木、皮温冰冷,且遇冷加重。《素问·至真要大论》有"诸寒收引,皆属于肾"之说,《灵枢·本神》云"肾藏精……肾气虚则厥……厥者阳之衰",已经认识到肾阳不足对于治疗阳虚寒凝作痛的关键性作用。我们以温肾散寒、通络止痛为治疗本病的大法。方中重用淫羊藿温肾壮阳以治本、散寒除湿以治标,

(炮)附子温补肾阳、散寒止痛力著,二药合用,切合温肾散寒止痛之法,温补肾阳为主,散寒除湿止痛为辅,标本兼顾,共为君药;黄芪、党参甘温益气以助阳行血,肉桂能温经通脉、助阳散寒,当归、赤芍可养血活血、通经止痛,诸药合用以增君药温阳散寒止痛之力,兼能活血通经止痛,共为臣药;乳香、没药、延胡索皆辛散温通之品,能活血散瘀、行气通络、消肿止痛,经络通则不痛,与黄芪、党参、当归、赤芍相伍更增活血温通之力而无耗气伤血之虞,鸡血藤行气和血、舒筋活络,女贞子、菟丝子合君药能补肾益精温阳以柔筋,即阳气者、精则养神、柔则养筋之理,以上诸药共为佐药;川楝子味苦性寒,功能行气止痛,配伍于大队温热药中,以防诸药温燥化热而耗伤气血,是为反佐之用。全方具有温肾散寒、活血行气、通络止痛之功效,使肾阳得复,四末得以温煦,则寒湿自除,经络得通。研究表明,其临床疗效明显优于对照组。临床治疗中活血行气通络应贯穿于治疗始终,但本型患者若重于活血通络而轻于温补阳气,则虽可收一时之功,远期疗效不理想,且有病情加重的趋势,临床医生不可不察。

1 黑龙江省中医研究院南岗院区皮肤科(150001);

2 黑龙江省中医研究院

通讯作者:李怀军,lihuaijun2001@yahoo.com.cn,13604807135

活血消肿法治疗腰椎间盘突出症 48 例

闫 仲 超*

腰椎间盘突出症主要是在椎间盘功能性退变的基础上,由于腰部受寒、急慢性损伤等因素导致椎间盘的纤维环破裂、髓核突出压迫、刺激神经根和局部无菌性炎症引起腰腿痛,是临床常见病、多发病。2009 年 1 月~2010 年 6 月,我们采用腰痛宁胶囊治疗椎间盘突出症患者 48 例,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

全部病例均来自我校附属医院门诊及住院患者,随机分为两组。治疗组 48 例,男 37 例,女 11 例;年龄 18~56 岁,平均 43 岁;病程 1 天~3 年,平均 4 个月。对照组 48 例,男 38 例,女 10 例;年龄 16~55 岁,平均 42.1 岁;病程 1 天~4 年,平均 5 个月。两组患者在年龄、性别、病程等方面无统计学差异($P > 0.05$),具有可比

性。

1.2 诊断标准

参照胡有谷主编《腰椎间盘突出症》和国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》制定:①有腰部扭伤史或(和)腰部慢性劳损及慢性腰痛史,发病前多有感受风、寒、湿病史;②腰痛、臀部及下肢放射痛,腹压增加(如咳嗽)时疼痛加重;③脊柱不同程度侧弯,腰椎生理弧度变浅或消失,病变部位椎旁压痛,并向下肢放射,腰活动受限;④下肢受累神经支配区感觉过敏或迟钝,病程长可出现肌肉萎缩,直腿抬高或加强试验阳性,膝、跟腱反射减弱或消失,拇趾背伸肌力减弱;⑤X 线检查脊柱侧弯,腰曲变浅或消失,病变椎间隙变窄,CT 检查可显示椎间盘突出部位及程度。

2 治疗方法