

10min, 取汁。患者蹲位, 先用热气熏蒸肛门局部。水温达 40℃ 时, 坐浴 10~20min。每天早、晚各 1 次, 7 天为 1 个疗程。治疗期间不用其他药物。

结 果 疗效判断标准: 显效: 治疗 7 天后症状和体征消失, 血栓吸收。有效: 治疗 7 天后自觉症状消失, 嵌顿内痔回纳, 血栓软化, 无效: 治疗 7 天后症状无明显改善。结果: 显效 92 例占 92%, 有效 5 例占 5%, 无效 3 例占 3%, 总有效率为 97%。

讨 论 痔肿痛的发生, 中医学认为是由于饮食不节, 导致湿热内生, 下注魄门, 阻遏气机, 气血失调, 脉络瘀滞而致。祛毒汤最早见于《医宗金鉴》, 本方重用瓦松、马齿苋、甘草三味。瓦松味酸苦, 性凉, 具清热解毒、利湿消肿之功, 为治疗痔肿痛的专药, 马齿苋协同瓦松, 加强清热利湿之功。配以生甘草, 既取其解毒之功, 又兼温和之性, 攻邪而不伤正。在此基础上, 配以苍术、防风燥湿健脾, 枳壳、川椒行气活血散瘀, 五倍子、侧柏叶止血, 朴硝软坚消肿, 使湿热得解, 瘀血得散, 脉络通畅而痊愈。现代药理学研究表明, 五倍子、侧柏叶对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌、痢疾杆菌等有明显的抑制作用, 可见从西医学角度而言, 本方还有抗感染的作用。

(收稿: 1998-03-27 修回: 1998-06-10)

黄芪注射液合并小剂量尿激酶 治疗不稳定性心绞痛 56 例

山东省聊城地区第二医院(山东 252600)

钟尹元 孙廷芹 周杰忠 陈 立

1996 年 5 月~1997 年 3 月, 我们用黄芪注射液合并小剂量尿激酶治疗 56 例冠心病不稳定性心绞痛取得较好疗效, 现报告如下。

临床资料 106 例住院患者, 均符合冠心病不稳定性心绞痛的诊断标准(J Am Coll Cardiol 1995; 26: 313), 且于入院前胸痛发作次数增多, 而在入院前 24h 内休息时亦有胸痛发作或近 1 周内胸痛发作间歇期 < 48h。所有患者排除应用溶栓剂和抗凝剂的禁忌症, 同时排除中重度充血性心衰、长期服用华法令(抗凝剂)及明显肝肾功能损害者。按入院的单日或双日随机分为黄芪组和对照组, 前者 56 例(男 33 例, 女 23 例), 年龄 37~69 岁(平均 48 ± 11 岁), 病程 0.5~15 年(平均 4.7 ± 3.3 年); 后者 50 例(男 35 例, 女 15 例); 年龄 39~70 岁(平均 49 ± 12 岁), 病程 0.4~14 年(平均 4.5 ± 3.9 年)。两组病情及病程基本相同。

治疗方法 所有 106 例入选患者均接受静脉给予

肝素 6250 IU 和硝酸甘油 2.5~5mg, 每日 1 次, 同时静脉给予小剂量尿激酶 10~30 万 u, 每日 1 次, 连用 7~10 日。黄芪组患者还接受静脉注射黄芪注射液 20ml (2ml 相当于生药黄芪 4g, 成都地奥公司生产, 批号 960415), 每日 1 次, 连用 10 日; 对照组不用黄芪注射液。

观察指标:

1 统计分析入院前 1 周和治疗结束后 1 周心绞痛发作次数、疼痛强度及持续时间记分值 自拟记分法分为: “0”分: 无症状和 ST-T 改变; “1”分: 轻微胸痛但无 ST-T 改变; “2”分: 胸痛持续时间 ≤ 5 min, 但无明显 ST-T 改变; “3”分: 胸痛持续时间 ≤ 5 min, 伴有胸闷或恶心, 胸痛发作时有 ST-T 改变; “4”分: 胸痛持续 5~10min 伴有烦躁, 发作期可见 ST-T 缺血性改变; “5”分: 严重的胸痛持续 10~20min, 并有濒死感和极度烦躁不安, 发作期可见缺血性 ST-T 改变。当计时时, 所有患者每天都有 1 个分数; 当在 1 天内有数次发作时, 计算最严重的一次。

2 心电图监测 入院时记录标准 12 导联心电图, 住院期间每天记录至少 1 次完整的 12 导联心电图。ST 段的偏移以 J 点后 0.06s 处测量(Am J Cardiol 1996; 77: 1237)。对每 1 份心电图, 相同导联上测量 5 个波形求其平均值, 再计算 12 导联(除 aNR 外)ST 段下移的和($\Sigma ST \downarrow$)和 T 波倒置的和($\Sigma T \downarrow$)。

统计学方法: 两组间及组内平均数的比较用 t 检验。

结 果

1 对不稳定性心绞痛发作频率的影响 黄芪组和对照组入院前 1 周胸痛发作次数分别为 3.1 ± 1.1 次/日和 3.0 ± 1.0 次/日, 治疗结束后 1 周分别为 0.3 ± 0.5 次/日和 1.1 ± 0.7 次/日, 两组治疗前后比较, $P < 0.01$ 和 $P < 0.05$, 治疗后两组间对应值比较, $P < 0.05$ 。说明两组治疗后心绞痛发作频率都比治疗前明显减少, 而黄芪组比对照组更显著。

2 对心绞痛持续时间和疼痛强度记分的影响 黄芪组和对照组入院前 1 周平均每日疼痛发作强度和持续时间记分值分别为 1.55 ± 0.46 分/日和 1.77 ± 0.37 分/日, 治疗结束后 1 周分别为 0.07 ± 0.07 分/日和 0.15 ± 0.10 分/日, 两组治疗前后比较, $P < 0.05$ 和 $P < 0.01$, 治疗后两组间对应值比较, $P < 0.05$, 说明两组用药后心绞痛发作强度和持续时间都有明显减少, 而黄芪组的作用更明显。

3 对心电图 ΣST 的影响 黄芪组和对照组入院时心电图 ΣST 分别为 -0.34 ± 0.12 mV ($n = 32$) 和 $-$

$0.35 \pm 0.13\text{mV}$ ($n = 24$), 治疗结束时分别为 $-0.13 \pm 0.08\text{mV}$ ($n = 32$) 和 $-0.17 \pm 0.11\text{mV}$ ($n = 24$)。两组治疗前后其自身比较, $P < 0.05$ 和 $P < 0.01$, 治疗后两组间对应值比较, $P < 0.05$ 。说明两组用药后心电图 ST 段缺血性下移都有明显减轻, 而黄芪组的作用更明显。

4 对心电图 ST 的影响 黄芪组 and 对照组入院时心电图 ST 分别为 $-1.78 \pm 0.88\text{mV}$ ($n = 24$) 和 $-1.88 \pm 0.56\text{mV}$ ($n = 26$), 治疗结束时分别为 $-1.25 \pm 0.56\text{mV}$ ($n = 24$) 和 $-1.32 \pm 0.67\text{mV}$ ($n = 26$), 两组治疗后与其自身基础值比较, 均 $P < 0.05$, 治疗后两组间对应值比较, $P > 0.05$, 说明两组用药后心电图缺血性 T 波倒置都有明显改善, 但两组间无显著性差异。

讨论 黄芪注射液加强小剂量尿激酶抗心绞痛作用的机理涉及到: (1) 在狭窄的冠状动脉内有残存的血栓损伤或存在微血栓。据报道, 梗塞相关动脉再闭塞发生率占 14%~18%, 相关死亡率较高; 或损伤冠脉由不稳定性心绞痛演变为 AMI; (2) 不稳定性心绞痛的病因之一是微血管扩张反应的异常; (3) 与凝血系统的高活性有关。AMI 和不稳定性心绞痛发作后仍存在持续高凝血状态, 易在狭窄冠脉或其他有损伤冠脉局部形成血凝块。黄芪注射液加强了小剂量尿激酶和肝素的抗凝作用, 继而产生明显的抗心肌缺血效能; (4) 与心肌缺血和再灌注时自由基有关, 黄芪能减少自由基的产生并能促进其清除。

(收稿: 1997-04-09 修回: 1998-05-22)

中西医结合治疗糖尿病足 12 例

中国中医研究院广安门医院(北京 100053)

杨 军 尹立伟

糖尿病足是在糖尿病基础上, 由于局部缺血, 神经、营养障碍以及感染引起的。在治疗上多年来一直以抗感染及手术截肢为主。我院于 1996 年 3 月~1997 年 12 月间, 采用中西医结合的方法治疗本病 12 例, 取得满意的疗效, 现报告如下。

临床资料 诊断标准: 参考《糖尿病学》(池芝盛主编, 北京: 人民卫生出版社, 1982: 331—334) 中有关糖尿病足标准进行诊断: (1) 有糖尿病病史。 (2) 主要症状: 患足溃疡经久不愈, 或伴有急性感染; 患足疼痛, 呈间歇跛行或静息痛。 (3) 体征: 患足温、热、痛感觉障碍, 皮肤干燥, 足背动脉搏动减弱。

本组 12 例均系住院患者。其中男性 7 例, 女性 5 例, 年龄 55~81 岁, 平均 70 岁。糖尿病病程为 2~11

年, 平均 5 年。糖尿病足溃疡累及 1 个足趾者 4 例, 累及 2~3 个足趾者 3 例, 溃疡范围在 3 个足趾以上者 5 例。

治疗方法 基础疗法: 控制饮食, 控制血糖。12 例患者均采用口服优降糖片治疗, 每日 2~3 次, 每次 1~2 片。患足伴有急性感染者均选用广谱抗生素先锋必, 每日静脉滴注 2~4g。所有患者均应用活脑灵(法国拉丰药厂生产, 批号 B057) 200mg 加入 0.9% 生理盐水 500ml 中静脉滴注, 每天 1 次, 15 天为 1 个疗程。

中医内治法: 自拟通足汤, 方药组成: 当归 30g 川芎 15g 赤芍 12g 牛膝 12g 元胡 12g 地龙 12g 茯苓 12g 黄柏 12g 玄参 12g 金银花 30g 通草 6g 甘草 6g, 随症加减: 热毒炽盛加蒲公英 30g、地丁 15g; 湿毒流注加苍术 15g、薏苡仁 30g; 瘀血作痛加全蝎 9g、水蛭 6g; 寒痹经脉加细辛 3g、附子 9g; 气血亏虚加黄芪 30g、党参 15g。疗程同上。

中医外治法: 疮疡局部腐肉不净, 脓出不畅, 须行清创, 切去腐肉, 引流脓液。每日常规消毒后, 以红粉玉红膏(本院制剂室自制) 制成纱条, 疮内换药以化腐提毒。待疮面干净后可换用玉红膏(本院制剂室自制) 制成的纱条换药以生肌育疮, 疗程同上, 1 个疗程后统计疗效。

结 果

(1) 疗效标准: 治愈: 溃疡愈合, 疼痛消失, 皮温正常, 行走自如。好转: 溃疡范围缩小 1/2, 疼痛基本消失。无效: 溃疡无变化, 疼痛不能控制。 (2) 疗效: 治疗 12 例中, 治愈 7 例 (58%), 好转 4 例 (34%), 无效 1 例 (8%), 总有效率 92%。

讨论 糖尿病足归属中医“阴疽”、“脚疽”、“脱疽”等疾病范畴。由于消渴之人阴津亏损, 虚火内生, 致使热灼营阴, 久成血瘀。因此, 瘀血不行, 血脉不畅为致病的关键, 治疗以活血化瘀通脉为法则。方中重用当归以活血, 辅以川芎、赤芍、牛膝、地龙、元胡化瘀止痛, 茯苓、黄柏、通草利湿消肿, 金银花、玄参、甘草清血中毒热。诸药共用, 可使气血调畅, 灌注双足, 疮口自收。

糖尿病足的特点是足部血液循环并未完全阻断, 因此在病机上与血栓闭塞性脉管炎不同, 临床表现上也以湿性坏疽多见。治疗上应用活脑灵可以良好地扩张周围血管, 增加足部血流量, 从而提高局部抗菌素的浓度, 有利于感染的控制以及疮面的愈合, 而且有明显的镇痛效果。总之, 中医中药的优势与现代医学相结合, 内治与外治相结合, 能够有效地改善足部缺血缺氧组织的营养状况, 从根本上达到治愈糖尿病足的目的。

(收稿: 1998-04-01 修回: 1998-06-12)