

表 2 60 例患者治疗前后 ESR、RF 及 CRP 检测结果比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

时间	ESR (mm/h)	RF		CRP (mg/L)
		(mg/L)		
治疗前	46.28 ± 11.24	58.37 ± 14.31	32.42 ± 2.06	
治疗后	23.41 ± 4.58*	28.57 ± 8.24*	14.20 ± 5.38*	

注:与治疗前比较, \*P<0.01

**讨论** 类风湿性关节炎主要病机为六淫外袭, 经脉痹阻, 气血瘀滞, 肢节受损引起。类风湿 1 号根据上述病机而制定, 具有温经散寒, 清热除湿, 化痰通络的作用。其方中防己、秦艽、青风藤、海风藤均有利水消肿、祛风止痛之功效, 秦艽有清虚热之效, 治疗风湿病引起的低热、关节痛效果较好, 同时能提高体内激素水平, 长期使用对泼尼松减量有利。诸药用于 RA 之关节肿痛, 既有促进肾上腺皮质代偿而起消炎止痛的作用, 防己、秦艽又有抑制免疫、抗过敏的作用。黄芪甘微温, 有补气利水消肿之功, 桃仁、红花有活血化痰之功效, 能降低血管通透性, 促进炎症渗出物的吸收而起到活血消肿功效。川乌具有温经通络、散寒止痛之功效, 佐桂枝、甘草能松弛肌肉痉挛, 对关节具有消炎镇痛作用。蜈蚣有祛风镇惊之功效, 地龙清热熄风、利尿, 主要药理作用为抗炎、镇痛、抗栓塞。对西医没有治疗方法的某些临床表现, 如多汗、乏力、手足冷、畏风恶寒等, 用中药探索性治疗, 尤其是西药的毒副反应, 如雷公藤多甙对生殖系统的毒副反应, 对育龄青年的生育及月经不调、严重闭经可配合六味地黄丸补肾以减轻其毒副反应。中西医结合治疗 RA 见效快, 毒副反应少, 取得疗效后, 逐渐将西药减撤, 用中药辨证巩固疗效, 值得推广应用。

(收稿:2004-06-02 修回:2004-09-28)

## 中西医结合治疗糖尿病足 63 例

广州中医药大学第三附属医院(广州 510360)

敖雪仁 黄凤婷 凌志敏

糖尿病足又称糖尿病肢端坏疽, 属中医学“消渴”、“脱疽”范畴, 是糖尿病慢性并发症。我院自 1995 年运用中西医结合疗法治疗糖尿病足 63 例, 取得了较满意治疗效果, 现报道如下。

**临床资料** 1995 年 6 月—2003 年 4 月到本院留院观察的 93 例患者, 依据 1985 年世界卫生组织(WHO)提出的诊断和分类标准确诊为糖尿病患者, 全部为足坏疽。将患者按入院的先后时间随机分为观察组和对照组。其中观察组 63 例, 男 33 例, 女 30 例; 年龄 51~68 岁, 平均(64.12 ± 6.35)岁; 空腹血糖 8~

11mmol/L 38 例, 12~15mmol/L 25 例; 糖尿病病程 8~20 年 21 例, 21~32 年 42 例, 平均病程 18 年; I 级坏疽 21 例, II 级坏疽 23 例, III 级坏疽 19 例; 坏疽病程 1~2 年 17 例, 3~5 年 25 例, 5 年以上 21 例, 平均病程 3 年。对照组 30 例, 男 13 例, 女 17 例; 年龄 54~63 岁, 平均(61.23 ± 5.86)岁; 空腹血糖 8~11mmol/L 18 例, 12~15mmol/L 12 例; 糖尿病病程 8~19 年 9 例, 20~31 年 21 例, 平均病程 18.5 年; I 级坏疽 9 例, II 级坏疽 12 例, III 级坏疽 9 例; 坏疽病程 1~2 年 5 例, 3~5 年 16 例, 5 年以上 9 例, 平均病程 3 年。两组一般资料差异无显著性, 有可比性。

### 方法

1 治疗方法 两组病例均严格控制饮食, 忌食肥甘。口服优降糖, 血糖不能控制的改用胰岛素, 并视尿糖反应调整用量, 逐渐过度到短效与长效胰岛素按 2:1 比例使用。创面有脓者选用敏感抗生素。

腹蛇抗栓酶 0.75U, 复方丹参注射液 20~30ml, 654-2 20mg 加入生理盐水中静脉滴注, 每天 1 次, 改善肢端微循环。创面正常组织与坏死组织界限未清时采用少量、多次切除坏死组织的蚕食清创法, 对界限清楚的干性坏疽可进行一次性清创或截肢(趾)术, 遇有窦道或创面感染及时清创, 对继发坏死性筋膜炎的, 及时切开引流, 适时切除坏死组织后持续灌注。

观察组在上述治疗基础上, 加服自拟脉炎冲剂: 党参 30g 黄芪 30g 丹参 30g 毛冬青 30g 当归 25g 甘草 25g 通筋草 20g 黄柏 20g 茵陈 20g 生地 20g 山药 20g 白芍 20g 牛膝 20g 金银花 20g 川芎 20g, 并随证加减。水煎至 200ml, 早晚各服 1 剂, 20~30 日为 1 个疗程, 连用 3~5 个疗程。

2 观察项目及检测方法 每 0.5 个月门诊观察 1 次, 观察患部肿胀情况, 创面是否愈合, 晨空腹取血, 常规氧化酶法测定血糖、胆固醇、甘油三酯的值, 以微量定氮法测定纤维蛋白原的含量。

3 统计学方法 等级资料采用 Ridit 分析, 无序的 R×C 表资料采用  $\chi^2$  检验。计量资料治疗前、后比较采用配对 t 检验, 两组间比较采用成组资料 t 检验。

### 结果

1 疗效判定标准 临床治愈: 局部肿胀、炎症消退, 创面完全愈合, 空腹血糖 < 7mmol/L; 显效: 局部肿胀基本消失, 创面缩小 > 2/3, 空腹血糖 7~8mmol/L; 好转: 局部肿胀减轻, 创面脓腐已清且缩小 1/3~2/3, 空腹血糖 8<sup>+</sup>~10mmol/L; 无效: 坏疽发展, 血糖未能控制, 而做膝下截肢(或截趾)者。

2 治疗结果 本组 93 例患者, 无高位截肢。观

## 瘦宁胶囊配合西药治疗桥本氏 甲状腺炎 48 例

山东省无棣县人民医院(山东 251900)

罗宝龙

2001 年 10 月—2002 年 12 月,笔者采用本院自制中药瘦宁胶囊配合西药,治疗桥本氏甲状腺炎 48 例,现报告如下。

**临床资料** 本病诊断标准参照《内分泌学》(廖二元,超楚生主编.北京:人民卫生出版社,2001:716)。48 例均为我院内分泌科门诊初诊患者,其中男 8 例,女 40 例;年龄 12~65 岁,平均(43.12±11.26)岁;病程 2 个月~17 年,平均(2.7±1.7)年;有甲状腺疾病家族史者 13 例。48 例均有甲状腺肿大,其中 I 度肿大 5 例,II 度肿大 36 例,III 度肿大 7 例,伴结节者 12 例;甲状腺功能:甲状腺功能正常者 12 例(25%),功能亢进者 9 例(18%),功能减退者 27 例(56%);甲状腺抗体:抗甲状腺球蛋白抗体(TG-Ab)、抗甲状腺微粒体抗体(TM-Ab)均呈阳性。

**治疗方法** 根据患者甲状腺功能情况分为正常组、甲亢组、甲减组。甲亢组给予他巴唑,每次 5~10mg,每日 3 次;或丙基硫氧嘧啶,每次 50~100mg,每日 3 次;甲减组服用甲状腺片,每次 20~40mg,每日 1 次;或左旋甲状腺素钠(L-T<sub>4</sub>),每次 25~50μg,每日 1 次。所有患者均同时服用瘦宁胶囊(主要成分:生黄芪、白花蛇舌草、黄药子、夏枯草、柴胡、三棱、莪术、蝉蜕等,每粒含生药 0.5g,本院制剂室生产)每次 3 粒,每日 2 次口服。2 个月为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程。

**观察指标:**(1)甲状腺功能:游离三碘甲状腺原氨酸(FT<sub>3</sub>)、游离甲状腺素(FT<sub>4</sub>)、促甲状腺激素(TSH),测定方法采用酶学免疫测定法,试剂盒由德国 Boehringer Mannheim 公司提供。正常参考值:FT<sub>3</sub> 4.0~7.8pmol/L、FT<sub>4</sub> 11.5~24.4pmol/L、TSH 0.23~4.0mU/L。(2)甲状腺抗体: TG-Ab、TM-Ab,测定方法采用放射免疫法,试剂盒由天津九鼎医学生物工程有限公司提供,正常参考值: TG-Ab < 30%、TM-Ab < 15%。

**统计学方法** 采用 *t* 检验,χ<sup>2</sup> 检验。

### 结果

**1 疗效标准** 临床治愈:临床症状消失,B 超复查甲状腺肿大及结节基本消失,甲状腺功能恢复正常, TG-Ab、TM-Ab 恢复正常;显效:临床症状明显减轻或消失,B 超复查甲状腺体积和(或)结节直径缩小 > 50%,甲状腺功能恢复或基本恢复正常, TG-Ab、TM-

Ab 恢复正常。观察组 63 例中,临床治愈 40 例,显效 9 例,好转 11 例,无效 3 例,总有效率 95.3%;对照组 30 例中,临床治愈 15 例,显效 3 例,好转 2 例,无效 10 例,总有效率 66.7%。对照组小腿截肢 7 例,截趾 3 例;观察组无小腿截肢,截趾 3 例。观察组总有效率高于对照组(*P* < 0.05)。

**3 患者治疗前后血糖、血脂、总胆固醇及纤维蛋白原的含量比较** 见表 1。所有患者治疗后血糖、甘油三酯、总胆固醇、纤维蛋白原的含量均明显低于治疗前(*P* < 0.05),并且观察组明显低于对照组(*P* < 0.05)。

表 1 治疗中加用中药方剂对糖尿病足患者治疗前后血糖、血脂、纤维蛋白原的影响 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	血糖	总胆固醇 (mmol/L)	甘油三酯	纤维蛋白原 (g/L)
观察	63	治前	13.12±0.75	6.82±0.15	1.28±0.24	7.92±1.08
		治后	7.05±0.45* <sup>△</sup>	4.12±0.18* <sup>△</sup>	0.85±0.12* <sup>△</sup>	3.98±0.71* <sup>△</sup>
对照	30	治前	13.55±0.72	6.73±0.18	1.33±0.26	7.83±0.57
		治后	7.82±0.52*	5.14±0.32*	0.96±0.25	4.72±0.67*

注:与本组治疗前比较,\* *P* < 0.05;与对照组治疗后比较,<sup>△</sup> *P* < 0.05

**讨论** 糖尿病足的病理基础是机体毛细血管基底膜增厚导致的肢体微血管病变并发微循环障碍,由于血管闭塞,尤其是下肢负重部位,包括周围神经在内的深部组织缺血引起屏障防御功能下降,轻微外伤和继发感染促使溃疡形成。由于糖代谢异常,白细胞功能受损,感染易扩散以及动脉供血不足,都会促进溃疡发展直至坏疽。

中医学认为,本病多因脾肾两虚,气阴不足,血脉运行不畅,脉道血瘀所致,治疗多以益气养阴,活血化瘀为治则。脉炎冲剂方中党参、黄芪补中益气健脾为君药;丹参、毛冬青祛瘀止痛、活血通络,川芎与当归、白芍配伍更能行血补血,为臣药;黄柏、通筋草、金银花、茵陈、生地凉血除湿、利尿消肿为佐药;牛膝引药下行;甘草既能缓急止痛,又能调和诸药,缓和药性为使药。现代药理研究证实,丹参可调节创伤组织修复,抑制成纤维细胞的增殖,促进已形成的胶原纤维降解,并可通过促进淋巴细胞转化及对抗体生成的影响以增强机体的免疫功能;党参、黄芪具有降低血浆纤维蛋白原含量、抗血栓形成及改善红细胞功能,防止细胞聚集作用;党参抗脂质过氧化,降低胆固醇含量,改善红细胞变形;当归、白芍、川芎除具有降低纤维蛋白原作用外,还具有一定的抗凝作用;金银花、黄柏有减轻组织炎变,利尿消肿的作用。诸药合用,标本兼治,疗效确切而迅速。

(收稿:2004-05-08 修回:2004-09-26)