

治疗组: 西药治疗与对照组相同。中医辨证: 肝阳上亢型, 治以平肝潜阳, 滋养肝肾, 方用天麻钩藤饮加减: 天麻 10 g, 钩藤 12 g, 石决明 20 g, 茯神 10 g, 夜交藤 10 g; 气血亏虚型, 治以补养气血, 健运脾胃, 方用归脾汤加减: 党参 20 g, 黄芪 20 g, 茯神 20 g, 白术 20 g, 酸枣仁 20 g, 龙眼 20 g, 木香 15 g, 炙甘草 10 g, 当归 15 g, 远志 15 g, 生姜 6 g, 大枣 5 枚; 肾精不足型, 偏阴虚者, 治以补肾滋阴, 方用左归丸加味: 熟地黄 20 g, 山药 20 g, 山茱萸 15 g, 菟丝子 15 g, 枸杞子 15 g, 川牛膝 15 g, 鹿角胶 20 g, 龟板胶 20 g; 偏阳虚者, 治以补肾助阳, 方用左归丸加味, 熟地黄 20 g, 山药 20 g, 山茱萸 15 g, 枸杞子 15 g, 菟丝子 15 g, 杜仲 10 g, 附子 10 g, 肉桂 10 g, 当归 15 g, 鹿角胶 15 g; 湿浊中阻型, 治以燥湿祛痰, 健脾和胃, 方用半夏白术天麻汤加减, 半夏 15 g, 白术 15 g, 天麻 10 g, 陈皮 15 g, 茯苓 15 g, 甘草 10 g, 生姜 10 g, 大枣 5 枚。以上中药加清水 300 ml, 煎汁 100 ml, 加水 300 ml 再复煎取汁 100 ml, 两次药液混合, 1 次顿服, 每天 1 次, 10 天为 1 疗程, 共治疗 2 个疗程。

3 结果

疗效标准: 治愈: 病状、体征消失, 经颅多普勒检查

血流速度正常, 半年随访无复发; 好转: 症状减轻, 经颅多普勒检查血流速度较治疗前好转; 无效: 症状无变化。结果: 对照组治愈 28 例 (66.7%), 有效 14 例 (33.3%), 治疗组治愈 46 例 (82.1%), 有效 10 例 (17.9%)。经统计学处理有显著性差异 ($P < 0.05$)。

4 讨论

眩晕是临床上常见病证, 归于缺血性脑血管病范畴。其病因是椎—基底动脉供血不足。中医学认为眩晕的病机不外风、火、痰、虚四个方面。各类眩晕可单独出现, 亦可相互并见, 须详察病情, 辨证治疗。急者多偏实, 可选用熄风、潜阳、清火、化痰等治法, 以治标为主; 缓者多偏虚, 当用补养气血, 益肾、养肝、健脾等法以治其本为主。虚实夹杂之证, 治疗应顾其标本, 育阴潜阳, 健脾祛痰。药用天麻、钩藤、石决明、寄生平肝熄风; 党参、茯苓、当归、甘草补养血肝; 熟地、山茱萸、枸杞子、鹿角胶填精补肾; 半夏、陈皮、白术、生姜燥湿化痰。本资料显示, 采用中西医结合治疗眩晕可以明显提高疗效。

(收稿日期: 2000-12-28)

中西医结合治疗糖尿病足 104 例临床观察

潘从清 常宝成 孙秀芹 郑少雄 曾淑范

(天津医科大学代谢病医院 300070)

中图分类号: R514.4 文献标识码: B 文章编号: 1005-7145(2001)03-0022-03

1 临床资料

自 1999 年 1 月至 2000 年 2 月我院门诊及住院患者 104 例, 平均年龄 69 岁 (69.2 ± 15.4), 其中男 58 例, 女 46 例; 平均糖尿病病史 (自诊断时计算) 15 年 (5 年以上者 19 例, 5~10 年者 26 例, 10 年以上 59 例)。其中合并高血压者 34 例, 冠心病 57 例, 脑梗塞 15 例, 视网膜病变 49 例, 糖尿病肾病 47 例, 周围神经病变 68 例 (65.4%), 下肢血管多普勒超声检查诊断闭塞性动脉硬化 78 例 (75%), HBA1C < 70% 的 13 例, 7%~9% 的 29 例, 大于 90% 的 62 例, 常见诱因有大疱、鸡眼、胼胝、烫伤、嵌甲、足癣、静脉曲张、足趾关节畸形等。

2 诊断标准

糖尿病足的诊断: 参考 Wagner 分类将糖尿病足

溃疡、坏疽分为 0~5 级 (见表 1), 本组病例属 1~5 期糖尿病足。

闭塞性动脉硬化症自觉症状的 Fontaine 分类^[2]: 度 (25 例): 冷感、麻木感, 度 (17 例): 间歇性跛行, 度 (15 例): 静息性疼痛, 度 (21 例): 自发性脱疽。

3 治疗方法

3.1 内科综合治疗: 应用饮食控制, 口服降糖药和胰岛素控制血糖; 支持疗法纠正其他急慢性并发症如酮症酸中毒、低蛋白血症以及心、脑、肾并发症; 合并感染用四妙勇安汤合五味消毒饮, 同时依据细菌培养和药敏实验选用有效的抗菌素; 对周围神经病变应用弥可保、中药圣愈汤加味改善周围神经功能; 抗动脉粥样硬化、扩张血管、改善血液流变性是合并 ASO 性足溃疡、

坏疽的重要治疗手段,常用前列腺 E1、Clostazol、补阳还五汤合血府逐瘀汤化裁。

3.2 局部处理: 见表 1

表 1 糖尿病足溃疡、坏疽的 Wagner 分类与处理

分级(n)	病变形态	处理方法
0	无开放性创面,有皮肤干燥、感觉障碍,足趾或足畸形(claw toes, 胼胝等)	足部护理的教育,足部护理
1(42)	溃疡深及皮肤全层,但无皮肤缺失	局部清创,减少体重负荷,当归紫草膏、生肌象皮膏、bFGF 外用
2(19)	深肌肌腱、骨、关节的溃疡	
3(12)	伴有脓肿、骨髓炎的深部溃疡	
4(20)	趾坏疽	坏死与正常组织界面清楚后截趾
5(11)	足大部坏疽	明确缺血部位后截肢

4 结果

4.1 104 例糖尿病足分泌物或拭取物细菌培养、药敏实验结果: 对 104 例糖尿病足分泌物或拭取物进行细菌培养、药敏实验,以阳性频率为序依次为金黄色葡萄球菌 9 例;产粘变形杆菌 7 例;肠球菌 6 例;大肠埃希菌 6 例;表皮葡萄球菌 6 例;链球菌 3 例;产气肠杆菌 1 例;白色念珠菌 1 例;无菌落发育 2 例。敏感药物依次为环丙沙星 24 例,青霉素 17 例,庆大霉素 16 例,洁霉素 15 例,先锋 B 14 例,菌必治 14 例,氨苄青霉素 5 例,SMZ. Co 6 例,氯霉素 5 例,丁胺卡那 2 例。

4.2 78 例合并 ASO 自觉症状 Fontaine 分类改善情况。(见表 2)

表 2 78 例合并 ASO 自觉症状 Fontaine 分类改善情况

分度(n)	显著改善	改善	不变	恶化	有效率
度(25)	8	10	4	3	72%
度(17)	6	7	4		76.5%
度(15)	6	3	3	3	60%
度(21)	截趾 6 例高位截肢 8 例拒绝手术 3 例死亡 4 例				

4.3 104 例糖尿病足患者溃疡愈合时间:

104 例糖尿病足患者溃疡愈合时间(包括截趾、截肢术后缝合或未缝合创面的愈合)2 周以内 21 例,2~4 周 24 例,4~8 周 36 例,8 周以上 15 例,因经济条件中断治疗 4 例,因肾衰、脑梗塞等死亡 4 例。96 例糖尿病足愈合时间为 5.68 周。

5 讨论

糖尿病足属中医“脱疽”范畴,是由于周围神经病变、血管障碍、感染等原因单独或组合引起的糖尿病特有的足部病变。

5.1 周围神经病变: 本组病例合并周围神经病变 68 例(65.4%),糖尿病周围神经病变包括感觉神经病变和运动神经病变,感觉神经病变通常会引起严重的疼痛或感觉丧失,是患者足部受伤和加重的重要原因;运动神经病变可以引起足部和下肢肌张力低下、萎缩,导致足部结构的异常,如爪形趾和弓形足会使跖骨头下、足跟和胼胝的垂直与水平力增加,异常切力的产生是导致糖尿病足部溃疡的主要原因,大多数神经性溃疡都发生于足下尤其是跖骨头下。交感神经病变可以引起下肢和足部的泌汗减少甚至消失,皮肤角质干燥,肥厚,导致胼胝形成。

5.2 周围血管病变(PVD): 糖尿病由于以长期高血糖为主的各种代谢异常导致全身动脉硬化形成,临床表现为脑梗塞、心肌梗死、闭塞性动脉硬化症,ASO(本组病例占 75%)时,由于下肢动脉(包括股动脉、胫前动脉、胫后动脉、足背动脉)血管壁增厚,粥样斑块形成以及血流障碍、血液性状的异常(凝固能力亢进、纤溶能力低下、血小板机能亢进)加之外部诱因如外伤、感染、烫伤、血液透析时灌流压力低下,引起足部血栓形成成为糖尿病干性坏疽的主要原因。

5.3 感染: 糖尿病患者一旦足部皮肤受损很容易发生感染,伤口分泌物或拭取物细菌培养常见的是金黄色葡萄球菌,其次是链球菌和大肠杆菌,以及链球菌属和拟杆菌属。有时可以由多种细菌混合感染,真菌感染等。足部和下肢的糖尿病性水疱破裂也是引起感染的一个重要原因。

糖尿病足患者大多数为糖尿病病史较长的高龄患者,在血糖控制较差的情况下同时合并心脑血管的血管病变以及周围神经病变,尤其是合并 PVD 的情况较多,这些因素严重影响溃疡坏疽的愈合过程。内科药物治疗需要贯穿始终,积极控制血糖,抗感染,使用扩张血管抗凝溶栓药物以及活血化瘀中药改善循环与微循环为创面的修复创造条件。本组病例平均愈合时间为 5.68 周,优于文献报道(8 周)^[2]。

外科彻底清创术并不适合糖尿病足,合理的方法是在全身支持疗法和抗感染治疗的同时,应以中医外科蚕食法清创即清除明显的坏死组织,然后应用生肌象皮膏、当归紫草膏等去腐生肌中药,深部窦道要引流通畅。对干性坏疽在创面清洁保护下待坏死与正常组织界面清楚后切除坏死组织,以尽可能保留足部功能。我们进行了 6 例截趾,岛状坏死可待其自然脱落,8 例

进行了高位截肢, 截肢率为 7.69%。

糖尿病足最常见最严重的表现就是下肢血管栓塞所致的自发性脱疽, 其特征是以全身性的动脉硬化为背景尤其是下肢大血管的动脉硬化性闭塞, 足部的血流状态是糖尿病足愈合的关键, Wagner 报道足部缺血指数(下肢收缩压/上肢收缩压或 ankle pressure index; API) 大于 0.45 才有可能提供溃疡愈合的血液^[3]。因此在早期发现、早期治疗的同时, 必须确立血栓倾向的诊断方法, 进一步寻求更完全更有效的抗血栓药物疗法, 糖尿病中医证型分布特点的流行病学资料表明糖尿病以气阴两虚血瘀证最为常见符合中医久

病多虚多瘀的特点, 活血化瘀中药的应用可以提高本病的疗效^[3]。及时的介入放射治疗及外科血管重建术是有效降低糖尿病足截肢率的方法之一。

参考文献

- 1 赤沼安夫. 糖尿病-最近展开. 改订第 2 版. 南江堂: 1998, 256
- 2 付小兵, 王德文. 创伤修复基础. 第 1 版. 北京: 人民军医出版社, 1997, 226
- 3 林兰主编. 中西医结合糖尿病研究进展. 第 1 版. 北京: 海洋出版社, 2000, 479

(收稿日期: 2001-04-10)

中西医结合治疗急性心肌梗塞临床观察

梁家利 孙志欣 曲凡

(天津中医学院第一附属医院 300193)

中图分类号: R514.4 文献标识码: B 文章编号: 1005-7145(2001)03-0024-02

1 临床资料

全部病例为我院心脏监护病房急性心肌梗塞患者, 随机分为中西医结合组和西医组。中西医结合组 24 例, 其中男性 18 例, 女性 6 例; 年龄 43~76 岁, 平均年龄 62 岁; 梗塞部位: 下壁 12 例, 广泛前壁 4 例, 前间壁 4 例, 下壁合并右室 3 例, 下壁合并后壁 1 例; 合并心律失常 5 例; 合并心功能不全 4 例。西医组 20 例, 其中男性 4 例, 女性 16 例; 年龄 46~70 岁, 平均年龄 61 岁; 梗塞部位: 下壁 6 例, 广泛前壁 6 例, 前间壁 3 例, 前壁 4 例, 下壁合并右室 1 例; 合并心律失常 4 例, 合并心功能不全 3 例。急性心肌梗塞诊断参照 1979 年 WHO 制订的急性心肌梗塞诊断标准^[1]。两组患者在性别、年龄、梗塞部位及合并症等方面比, 经 X^2 检验, 均无明显差异 ($P > 0.05$)。

2 治疗方法

全部病人都收入心脏监护病房, 持续心电、心压监测 3~5 天。西医组用尿激酶(广东天普制药有限公司生产) 150 万 μ 溶于 100 ml 生理盐水中, 30 分钟内滴完。6 小时后静滴肝素维持凝血时间, 在正常值 1.5~2.5 倍内, 共 3 天, 然后皮下注射肝素钙 4 天, 抗凝, 共维持 7 天。同时常规口服镇静、扩冠、抗凝、 β 受体阻滞或血管紧张素转换酶抑制剂并静滴硝酸甘油。治疗前

作 12 导联心电图, 治疗后即刻和 2、4、6 小时重复记录 12 导联心电图, 观察 ST 段的变化。患者住院后立即抽取静脉血, 然后从溶栓后 6 小时开始, 每间隔 2 小时抽血 1 次, 致血清肌酸磷酸激酶同功酶(CPK-MB) 出现峰值, 再 1 天、3 天、5 天、7 天、10 天、15 天取血各 1 次, 测定心肌酶变化。中西医结合组采用上述方法同时静滴化瘀通脉注射液 250 ml, 每日 1 次, 10 天为 1 疗程。

治疗 2 小时内胸痛消失或缓解; 2) 2 小时抬高 ST 段下降 50%; 3) 血清肌酸磷酸激酶同功酶(CPK-MB) 和(或)谷草转氨酶(60T) 峰值距给药时间 14 小时; 4) 再灌注心律失常, 治疗 2 小时内出现室性期前收缩, 心室颤动, 加速性室性自主心律, 窦房或房室或束支传导阻滞, 窦性心动过缓。患者同时出现以上 3 项或 4 项被确认为再通。

3 结果

表 1 冠状动脉再通指征阳性发生率比较($\bar{X} \pm S$)

组别	例数	胸痛缓解 或消失	ST 段下降 50%	再灌注 心律失常
中西医结合组	24	20(83.3)	19(79.2)	19(79.2)
西医组	20	16(80.0)*	15(75.0)*	15(75.5)*

注: 两组比较: * $P > 0.05$