

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: * $P > 0.05$

表 2 血清心肌酶降至正常平均时间比较($\bar{X} \pm S$)

	中西医结合组(天)	西医组(天)	P
CPK-MB	1.4 ± 0.14	2.2 ± 0.15	< 0.001
LDH	4.5 ± 0.98	9.8 ± 1.16	< 0.001
GOT	3.5 ± 0.41	6.1 ± 0.53	< 0.001

血清酶降至正常平均时间中西医结合组明显短于西医组($P < 0.001$)。

4 讨论

急性心肌梗塞在静脉溶栓基础上,采用化瘀通脉注射液治疗,从改善症状、心电图、再灌注心律失常等指标上看,两组无明显差异($P > 0.05$),但对心肌酶降至正常的平均时间来看,中西医结合组明显短于西医组($P < 0.001$),提示中药对心肌细胞损伤的修复,减少梗塞面积具有一定的临床意义。

急性心肌梗塞在祖国医学中属于“真心痛”范畴,

为本虚标实之证,其病机为气虚血瘀,痰瘀痹阻。化瘀通脉注射液由黄芪、丹参、白芥子等药物组成,具有补气豁痰、化瘀通络之功效。现代药理研究证明,黄芪、丹参具有缓解和减轻冠状动脉痉挛,增加心肌对缺血、缺氧的耐受性,对心肌缺血具有良好的防治作用,并能防治再灌注损伤^[2]。我们采用化瘀通脉注射液治疗心肌梗塞,达到补气豁痰,化瘀通络目的,同时改善坏死心肌修复能力,提高了临床疗效。

参考文献

- 1 陈国伟,郑宗锷主编.现代心脏内科学(第一版).长沙:湖南科学技术出版社,1994:950~962
- 2 李析.国外医学.心血管分册,1998;25(9):22

(收稿日期:2001-04-10)

中西医结合治疗冠心病心绞痛临床观察

魏连琴

(天津市和平中医医院 300051)

中图分类号:R262 文献标识码:B 文章编号:1005-7145(2001)03-0025-01

1 临床资料

均为 1997 年~2000 年门诊患者,按随机的方法分为两组进行对比观察,其中男性 39 例,女性 21 例,年龄 49~81 岁。病程 7~33 年。治疗组男性 21 例,女性 9 例,年龄 49~81 岁,病程 8~33 年;对照组男性 18 例,女性 12 例,年龄 48~74 岁,病程 7~25 年。

2 治疗方法

治疗组:5%CS(NS)250ml,复方丹参注射液 20ml,黄芪注射液 20ml/vid,西药常规治疗:5%GS(NS)500ml,硝酸甘油 5~10mg/vid × 3,消心痛 10mg, tid.

对照组:西药常规治疗:5%as(NS)500ml.硝酸甘油 5~10mg/vid × 3,消心痛 10mg, tid.

以上两组治疗均 14 为 1 疗程,1 疗程后观察 EKG 和症状体征变化判定疗效。

3 治疗结果

疗效判定标准:根据 1979 年上海会议制定的冠心病心绞痛及心电图疗效评定标准进行评定。显效:症状消失,静息状态下心电图恢复正常或运动试验由阳性转为阴性,早搏消失。有效:临床症状减轻,静息时心电图 S-T 段回升 0.03~0.05mV,早搏较治疗前减少。无效:临床症状、心电图无变化。早搏不减少。

治疗结果:治疗组显效 9 例,占 30%;有效 18 例,

占 60%,无效 3 例;占 10%,总有效率 90%。对照组显效 4 例,占 13.3%,有效 16 例,占 53.3%;无效 10 例,占 13.3%,总有效率为 66.6%,据统计学处理,两组疗效有显著性差异,治疗组疗效确实优于对照组。 $(P < 0.05)$

4 讨论

祖国医学对冠心病心绞痛认为是本虚标实,并认为本虚影响血液循环、津液输布,导致气滞血瘀、痰浊痹阻心脉,“瘀血不去,新血不生”,瘀血日久导致血虚,这种血虚之痛。往往较血液运行不畅而致“不通则痛”更为剧烈,病情进一步加重,因此瘀血内阻为冠心病心绞痛基本病理基础,益气活血化瘀是其基本治疗方法。

现代药理证实:黄芪有增强心肌收缩力,扩张冠脉,改善心肌供血和心肌代谢,降低血液粘稠度和消除自由基功能。而复方丹参注射液,有活血通脉,化瘀止痛作用,临床资料和动物实验证实有扩张冠状动脉,增加冠脉血液量,舒张血管平滑肌,降低心肌耗氧量,抗血小板聚集和降脂作用。两药联合应用治疗冠心病心绞痛是标本兼治,应用本方法治疗,结果表明心肌缺血明显改善,总有效率优于对照组,且两种液体混合使用未发生不良反应。

(收稿日期 2001-06-15)