

半导体激光联合复方血栓通胶囊治疗糖尿病视网膜病变的临床观察

钱进

(南昌大学第四附属医院 江西南昌 330006)

关键词: 半导体激光; 糖尿病视网膜病变; 复方血栓通胶囊

中图分类号: R 587.2

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0045-02

糖尿病视网膜病变是糖尿病的常见并发症, 常由于视网膜新生血管的形成导致玻璃体积血、牵拉性视网膜脱离、黄斑囊样水肿而导致患者视力下降或丧失, 如能早期对新生血管及视网膜无灌注区进行激光光凝, 促进出血的吸收, 能有效降低视力丧失的风险。我科以半导体激光联合复方血栓通胶囊治疗增殖前期和增殖期的糖尿病视网膜病变患眼, 现报告如下:

1 对象与方法

1.1 对象 自 2005 年 1 月~2006 年 1 月在本科室行激光治疗的糖尿病视网膜病变患者 142 例 284 眼, 年龄 42~71 岁, 平均年龄为 47.5 岁; 糖尿病患病时间为 10 个月~5 年, 平均 3.6 年; 男性 58 例 116 眼, 女性 84 例 168 眼。所有患者均进行眼底荧光血管造影检查, 如没有新生血管, 但视网膜无灌注区面积大于 5PD 诊断为增殖前期糖尿病视网膜病变, 如有新生血管伴有视网膜无灌注区存在则诊断为增殖期糖尿病视网膜病变。

1.2 方法 所有患者均充分散瞳, 在间接眼底镜及三面镜下详细检查双眼眼底情况。采用 IRIDEX 型半导体激光通过全视网膜镜或三面镜对病变区进行光凝。如造影存在黄斑囊样水肿, 则先进行黄斑部格栅样光凝, 分次对视网膜进行光凝, 分 3~4 次进行, 每次光凝范围不超过一个象限, 顺序为颞下、鼻下、鼻上、颞上象限, 每次间隔时间为 7~10d。主要针对视网膜新生血管及造影所显示的无灌注区。激光参数: 激光能量: 100~300mW, 曝光时间: 0.2s, 光斑直径: 200~300nm, 光凝强度以视网膜出现灰白色光斑为宜^[1]。自第一次光凝治疗后给予复方血栓通胶囊 3 粒口服, 每日 3 次, 坚持用药 4~5 个月。

1.3 疗效评价 记录患者视力改善、出血吸收及新生血管的生长情况。

2 结果

所有患者均进行随访, 平均随访时间为 21 个月。其中 203 眼视力不同程度提高, 出血明显吸收; 47 眼视力维持激光治疗前的水平, 出血大部分吸收; 34 眼因新生血管继续生长导致玻璃体积血、视力下降, 其中有 22 眼因患者血糖一直不能控制, 在治疗后有 3 眼新生血管出血加重。

在脐周; (2)遇寒加重, 遇热减轻; (3)屈膝弯腰喜按; (4)反复发作; (5)与过度贪食生冷有关。这种慢性脐周痛在中医诊断为寒疝, 究其原因多为素体脾胃阳虚, 或是过食生冷损伤脾胃阳气。方中用干姜、白术、砂仁、木香、桔梗、陈皮温补脾胃、调畅气机, 以治本; 细辛辛温香窜而止痛; 芍药、甘草缓急止痛; 加防风是仿痛泻白术散之意; 蒲公英能治疗胃脘痛, 清代医家王洪绪《外科证治全生集》载: 本品“炙脆存性, 火酒送

3 讨论

糖尿病性视网膜病变导致视力严重下降的原因是由于黄斑囊样水肿所致, 黄斑水肿包括局部水肿、弥漫水肿、囊样水肿及缺血性黄斑病变和增生性病变^[2]。ETDRS 研究小组报道黄斑部水肿进行格栅样光凝可避免视力下降^[3]。本组病例均为增殖前期或增殖期糖尿病视网膜病变, 因此采用全视网膜光凝, 对有黄斑囊样水肿的患者, 首先对黄斑区进行格栅样光凝。增殖前期虽然没有新生血管的存在, 但视网膜存在大量出血、微血管瘤、棉絮样斑及视网膜血管内异常等, 荧光造影有大片无灌注区存在, 如不进行激光光凝, 则可形成视网膜新生血管导致玻璃体积血、增殖性玻璃体视网膜病变或新生血管性青光眼的发生。研究表明, 光凝视网膜内微血管瘤和扩张的毛细血管使之闭塞, 减少视网膜的渗出与水肿; 同时, 光凝破坏了视网膜的外层高耗氧细胞如光感受器及视网膜色素上皮细胞, 可使视网膜内层得到更多营养和氧气; 光凝可使视网膜变薄, 氧气及营养成分更容易扩散进入内层视网膜; 无灌注区被光凝后, 可减少新生血管生长因子如 VEGF、IGF-1 等的产生, 减少新生血管的形成^[4,5]。

激光治疗本身对视网膜存在一定的损害, 特别是视网膜的微循环遭到破坏, 视功能恢复不理想。复方血栓通胶囊是一种中药复方制剂, 对改善组织的微循环, 促进出血吸收有一定的作用。而且为纯中药制剂, 对糖尿病患者长期口服不会带来副作用。本文所治疗的 284 眼中, 视力提高、出血吸收为 203 眼, 47 眼视力保持稳定并且出血大部分吸收, 34 眼病情继续进展, 视力下降, 表明半导体激光联合复方血栓通胶囊对于增殖期和增殖前期的糖尿病视网膜病变有较好的治疗效果, 对于提高患者的视力和生活质量有重要意义。激光可改善视网膜缺氧, 复方血栓通胶囊可改善视网膜的微循环, 两者的联合应用可起到更好的治疗效果。但是糖尿病为全身性疾病, 患者必须控制血糖在正常范围, 在本组中, 导致最后新生血管形成、玻璃体积血或增殖性玻璃体视网膜病变的患者中, 有 22 眼与血糖控制不佳有关。

总之, 半导体激光联合复方血栓通胶囊治疗糖尿病视网膜病变是一种安全有效的方法, 对提高患者的视力和生活质量, 疗胃脘痛”; 九香虫能补脾肾、壮元阳、散滞气; 蝉衣不仅能祛外风, 又能熄内风, 达到定惊解痉的作用^[6]。肠痈呈阵发性, 起病急, 缓解相对较快, 符合风邪数变的致病特点, 故而重用蝉衣。药症相符, 故疗效满意。

参考文献

[1]朱良春. 虫类药应用[M]. 太原: 山西科学技术出版社, 1994. 38, 76

(收稿日期: 2007-06-01)

股动脉注射 654-2、川芎嗪治疗 DPN 疗效观察

李宝华 张杰

(湖北省襄樊市中医医院 襄樊 441000)

关键词:糖尿病周围神经病变;654-2;川芎嗪;股动脉注射

中图分类号:R 587.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)06-0046-01

糖尿病周围神经病变(DPN)目前尚缺乏特效治疗,我们采用股动脉注射 654-2、川芎嗪治疗 31 例 DPN 患者,取得了较好的疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 病例选择 选择糖尿病周围神经病变患者 62 例,糖尿病诊断符合 WHO1999 标准,同时还需伴有下列全部 4 项症状:(1)四肢感觉异常:麻木、疼痛、灼热或其他感觉异常;(2)跟膝腱反射减弱;(3)MNCV、SNCV 提示四肢神经传导速度减慢;(4)排除其他原因所致的周围神经损伤。随机分成治疗组 31 例,其中男 17 例,女 14 例,年龄 35~74 岁,病程 5~22 年,HBA₁C 5.7%~11.2%;对照组 31 例,其中男 19 例,女 12 例,年龄 38~75 岁,病程 7~21 年,HBA₁C 5.9%~10.7%。2 组资料具有可比性。

1.2 治疗方法 2 组均给予糖尿病综合治疗,治疗组给予 654-2 10mg、川芎嗪 80mg 溶于生理盐水 5mL 中,双侧交替加压股动脉注射,qd,共 2 周。对照组给予 VitB₁10mg、VitB₁₂ 500μg,肌注,qd,共 2 周。记录临床症状、疼痛、麻木、蚁走感等异常感觉及体征,检测肌电图,测定正中神经和腓神经传导速度变化。

1.3 疗效判断 显效:自觉症状明显好转,腱反射明显好转或恢复,浅感觉改善或恢复正常,肌电图示神经传导速度增加大于 5m/s 或恢复正常。有效:症状减轻,神经传导速度较前增加小于 5m/s。无效:症状无改变,神经传导速度无变化。

1.4 统计学处理 应用 SPSS10.2 统计软件,数据以($\bar{X} \pm S$)表示,2 组比较采用卡方检验,治疗前后比较采用 t 检验。

2 结果

2.1 治疗前后症状、体征的变化 治疗后治疗组症状明显改善,较对照组有显著性差异(P<0.01)。见表 1。

2.2 神经传导速度的变化 治疗组运动神经传导速度(MNCV)、感觉神经传导速度(SNCV)治疗前后比较差异有统计学意义(P<0.01);对照组 MNCV、SNCV 治疗前后比较差异无统计学意义(P>0.05)。见表 2。

2.3 不良反应 治疗组均有口干现象,3 例出现小便困难,未行处理,可耐受,2 例注射部位形成硬结,改变注射部位后都可以坚持治疗。

量有重要意义。

参考文献

[1]王康孙.眼科激光新技术[M].北京:人民军医出版社,2002.112
[2]张承芬,张惠蓉.糖尿病的眼部并发症及治疗[M].北京:人民卫生出版社,2003.138
[3]The Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Research Group. Photocoagulation for diabetic macular edema [J].Arch ophthalmol,

表 1 2 组治疗前后症状疗效的比较 例

症状	组别	治疗前	治疗后			有效率(%)
			显效	有效	无效	
手足麻木	治疗组	21	9	10	2	90.5*
	对照组	18	3	4	11	38.9
疼痛	治疗组	7	2	3	2	71.4*
	对照组	8	1	3	4	50.0
感觉异常	治疗组	20	8	9	3	85.0*
	对照组	21	3	5	13	38.1
浅感觉减退	治疗组	24	8	11	5	79.2*
	对照组	22	2	4	16	27.3

注:2 组治疗后比较,*P<0.01。

表 2 2 组治疗前后 MNSV 及 SNCV 的变化 ($\bar{X} \pm S$) m/s

	组别	n	MNCV		SNCV	
			正中神经	腓总神经	正中神经	腓总神经
治疗组	治疗前	31	42.7± 5.6	37.8± 5.2	36.1± 3.2	30.7± 2.4
	治疗后	31	49.2± 7.0*	46.4± 5.4*	41.7± 2.9*	36.8± 3.3*
对照组	治疗前	31	41.6± 5.4	39.5± 6.3	36.5± 3.6	32.3± 3.0
	治疗后	31	42.7± 6.2	40.7± 5.8	37.4± 3.2	33.5± 3.4

注:2 组治疗后比较,*P<0.05。

3 讨论

关于糖尿病周围神经病变的发病机理,目前主要认为有微血管病变学说和山梨醇旁路增强学说。微血管病变学说认为神经周围滋养血管病变是糖尿病微血管的特征性改变,在这一过程中长期的高血糖使 PAS 阳性物质沉积于神经内膜毛细血管及小动脉血管壁,内皮细胞肿胀,基膜增厚,血管内膜及平滑肌增生,管腔逐渐狭窄,而高血糖造成的血液高黏状态及血小板高聚集促使血栓形成,进一步加重神经营养血管缺氧,病变尤以下肢远端为主^[1]。川芎嗪能扩张小动脉、降低血小板聚集性,增加微循环血流量,改善神经细胞的缺血缺氧。654-2 是胆碱能受体拮抗剂,具有扩张血管、调节血管张力、降低外周阻力、保护人血管内皮细胞等多种作用^[2]。我们采用股动脉加压注射的方法,使药物直接进入受损严重的下肢血管,减少了药物分流,从而提高了药物在下肢的分布率。本临床观察表明股动脉注射 654-2、川芎嗪对糖尿病周围神经病变有确切疗效。

参考文献

[1] 胡绍文,郭瑞林.实用糖尿病学 [M].北京:人民军医出版社,1998.182~183
[2]吉淑敏,郑明芳,祝云淑.654-2 及灯盏花素联合治疗糖尿病足的疗效观察[J].实用糖尿病杂志,2007,3(1):19~20
[3]Funatsu H,Horin S,Yamashita H,et al.Effective mechanisms of laser photocoagulation for neovascularization in diabetic retinopathy [J].Jpn Ophthalmol,1996,100(5):339~349
[4]Lettke B,Lang GE,Bohm BO,et al.Results of panretinal argon laser coagulation in proliferative diabetic retinopathy [J].Ophthalmologe,1996,93(6):694~698

(收稿日期:2007-06-18)