

术还能直接封闭扩张渗漏的毛细血管及其微血管瘤,降低血管通透性,从而减轻黄斑水肿程度;同时清除视网膜坏死色素上皮细胞,重建视网膜屏障。但是,全视网膜光凝术作为一种破坏性的治疗手段,对视网膜正常结构及功能均可能造成影响,致使术后早期黄斑区视网膜功能降低。

复方血栓通胶囊为临床常用中药复方制剂,有效成分包括黄芪、丹参、三七,具有活血化瘀之功效,因其能显著改善糖尿病视网膜病变患者眼底微循环,被广泛应用于糖尿病视网膜病变治疗中。现代药理学表明,三七中主要成分三七总皂苷能有效抑制血管平滑肌受体,促使血管扩张,降低血液黏稠度,从而改善血液循环^[9]。

本研究结果显示,术前,两组患者视力水平、黄斑中心凹厚度比较无显著性差异($P>0.05$);术后 3 个月、6 个月,研究组视力水平均高于对照组,黄斑中心凹厚度均低于对照组($P<0.05$);研究组治疗总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。说明糖尿病视网膜病变采用全视网膜光凝术辅以复方血栓通胶囊治疗,可显著提高患者视力水平,改善黄斑中心凹厚度,从而提高临床疗效。其原因可能为:复方血栓通胶囊能有效缓解疾病所致血管出血、阻塞、硬性渗出

等症状,更好改善视网膜微循环,弥补单纯光凝术治疗的不足之处,促进光凝损伤修复作用。综上所述,全视网膜光凝与复方血栓通胶囊联合治疗糖尿病视网膜病变的效果显著,值得临床推广应用。

参考文献

[1]温晏,王慧,于晓明,等.全视网膜光凝术对糖尿病视网膜病变患者视力的影响[J].河北医学,2017,23(9):1522-1524
[2]谢晓珂.全视网膜光凝术治疗糖尿病视网膜病变临床疗效观察[J].实用糖尿病杂志,2018,14(3):16-17
[3]邢玉微,邹俊杰,石勇铨,等.复方血栓通胶囊对糖尿病大鼠视网膜氧化应激损伤的保护作用[J].医学研究杂志,2016,45(1):40-43
[4]中华医学会糖尿病学分会.中国 2 型糖尿病防治指南(2013 年版)[J].中国医学前沿杂志,2015,7(3):26-29
[5]中华医学会眼科学会眼底病学组.我国糖尿病视网膜病变临床诊疗指南(2014 年)[J].中华眼科杂志,2014,50(11):851-865
[6]张育,顾健,朱妍.内科学[M].北京:科学出版社,2016.86
[7]刘三梅,李杰,董文韬,等.玻璃体腔内注射康柏西普联合视网膜光凝治疗增生性糖尿病视网膜病变的中长期临床观察[J].成都中医药大学学报,2017,40(1):63-65
[8]陈海军,沈白云.糖尿病视网膜病变行全视网膜激光光凝术后玻璃体视网膜的变化[J].广西医学,2016,38(2):277-279
[9]方鹏飞,常丽霞,宋渊.三七总皂苷临床应用研究进展[J].中医药学报,2016,44(3):120-123
[10]伍岚.全视网膜光凝术联合复方血栓通胶囊对糖尿病视网膜病变的应用研究[J].中国实用医药,2018,13(17):110-112

(收稿日期:2018-08-28)

糖痛外洗方治疗老年糖尿病高危足的临床分析

李静

(河南省开封市中医院 开封 475001)

摘要:目的:分析糖痛外洗方治疗老年糖尿病高危足的临床效果。方法:选取 2016 年 1 月~2018 年 1 月我院收治的 90 例老年糖尿病高危足患者,随机分为对照组和观察组,每组 45 例。对照组在常规治疗的基础上给予前列地尔+甲钴胺+温开水足浴进行治疗,观察组在对照组的基础上加用糖痛外洗方。治疗 2 个月后,比较两组患者的治疗效果、足部 10 g 尼龙丝检查阳性率和治疗前后的 ABPI(踝肱压指数)及 TBPI(趾肱压指数)。结果:观察组的治疗总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;治疗后,观察组的足部 10 g 尼龙丝检查阳性率明显低于对照组, $P<0.05$;治疗后,观察组患者的 ABPI 及 TBPI 均高于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:老年糖尿病高危足患者应用糖痛外洗方进行治疗的临床效果较好。

关键词:糖尿病高危足;糖痛外洗方;临床效果

中图分类号:R587.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.037

糖尿病高危足(Diabetic Foot,DF)是在糖尿病性神经病变、血管病变及感染病变等几个因素共同作用下所形成的一种症状,在临床上又被称为糖尿病肢端坏疽^[1]。这类患者的下肢多存在感染、溃疡或深部组织破坏的现象,具有高致残率和死亡率,是糖尿病患者死亡的主要原因^[2]。近年来,其发病率有上升的趋势。在相关研究中发现,因糖尿病住院的患者中有 5%患有该病,且这类患者的截肢率可达 85%以上^[3]。尤其是老年患者本身的免疫力较差,基础性疾病较多,在发生该病后,其影响程度加深。可

以说,糖尿病高危足的存在已经直接影响着老年患者的生存质量与幸福指数,因此,必须要采取积极的治疗措施。笔者在近几年的临床研究中发现,糖痛外洗方的治疗效果较好。本研究选取 2016 年 1 月~2018 年 1 月我院收治的患者作为研究对象,比较了常规的温开水和糖痛外洗方足浴两种不同治疗方案的临床效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 1 月~2018 年 1 月我院收治的 90 例老年糖尿病高危足患者,随机分为对

照组和观察组,每组 45 例。对照组中男性 23 例,女性 22 例;年龄 62~83 岁,平均年龄(72.34± 2.39)岁;糖尿病病程 1~12 年,平均病程(6.28± 2.49)年。观察组中男性 22 例,女性 23 例;年龄 61~83 岁,平均年龄(72.03± 2.98)岁;糖尿病病程 1~13 年,平均病程(6.57± 2.09)年。两组患者的性别、年龄和病程等资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。所有患者均符合糖尿病的诊断标准,且具有高危足的发病症状,均为单侧足^[4]。患者及其家属自愿参与研究,并签署知情同意书。

1.2 治疗方法

1.2.1 常规治疗 两组患者均予以饮食控制(以低糖、低脂肪的食物为主)、运动干预(促进血液循环,改善血脉瘀阻)及降糖药或胰岛素等糖尿病基础治疗,严格控制患者的血糖在控制要求范围内;同时积极治疗其他基础疾病。

1.2.2 对照组 在常规治疗的基础上,对照组给予前列地尔(国药准字 H10980023),药物用量为 5 μg/d,加入至 100 ml 的 0.9%氯化钠注射液静脉滴注,1 次/d;甲钴胺(国药准字 H20052325)0.5 mg,3 次/d;同时用温开水进行足浴,取温开水 4 000 ml,37~40 ℃恒温浸泡双足,30 min/次,1 次/d。连续治疗 2 个月。

1.2.3 观察组 在对照组的基础上给予糖痛外洗方进行足浴。组方:透骨草 30 g,生艾叶、苏木、木瓜、白芥子各 9 g,桂枝、红花、川芎、白芷、川乌、生麻黄各 10 g,川椒 6 g,赤芍 12 g,草乌 3 g。加水煎煮成 300 ml,加入 4 000 ml 的温开水,37~40 ℃恒温浸泡双足,30 min/次,1 次/d。连续治疗 2 个月。

1.3 观察指标及疗效评价标准 (1)比较两组患者的临床治疗效果。(2)分别于治疗前后用彩色多普勒超声对两组患者的踝肱压指数(ABPI)及趾肱压指数(TBPI)进行测定。(3)比较两组患者治疗后足部 10 g 尼龙丝检查阳性率。采用 10 g 尼龙丝主要对患者的足大趾掌面、足跟、第 1 趾跖骨、第 3 趾跖骨及足背进行感觉测定,当患者单侧刺激点有 3 处及以上存在刺激感时,检测结果为阴性,否则为阳性。(4)疗效评价标准:治疗结束后,患者的临床症状及皮肤的异常感觉(皮肤颜色紫褐、刺痛、感觉迟钝等)基本消失,且 ABPI 及 TBPI 在正常范围内,为显效;治疗结束后,患者的临床症状及皮肤的异常感觉显著改善,ABPI 及 TBPI 较治疗前明显升高,但未至正常范围内,为有效;治疗结束后,患者的临床症状及皮肤的异常感觉与治疗前相比较未有明显变化,

且 ABPI 及 TBPI 无变化甚至降低,为无效。总有效=显效+有效。

1.4 统计学处理 数据处理采用 SPSS18.0 统计学软件,计数资料以%表示,采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床治疗效果比较 观察组的治疗总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者临床治疗效果比较[例(%)]					
组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	45	27(60.00)	17(37.78)	1(2.22)	44(97.78)*
对照组	45	20(44.44)	15(33.33)	10(22.22)	35(77.78)

注:与对照组相比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组患者治疗后足部 10 g 尼龙丝检查阳性率比较 治疗后,观察组的足部 10 g 尼龙丝检查阳性率明显低于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组患者治疗后足部 10 g 尼龙丝检查阳性率比较				
组别	n	阳性(例)	阴性(例)	阳性率(%)
观察组	45	8	37	17.78*
对照组	45	20	25	44.44

注:与对照组相比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组治疗前后的 ABPI 及 TBPI 比较 治疗后,观察组患者的 ABPI 及 TBPI 均高于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组治疗前后的 ABPI 及 TBPI 比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	n	ABPI		TBPI	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	0.61± 0.07	0.96± 0.13**	0.64± 0.03	0.82± 0.03**
对照组	45	0.62± 0.05	0.78± 0.11*	0.62± 0.04	0.70± 0.01*

注:与同组治疗前相比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后相比较,** $P<0.05$ 。

3 讨论

当前,糖尿病患者数量日益增多,老年糖尿病高危足的发病率也相对升高。西医将其称为糖尿病周围神经性病变,症状以坏死、溃疡、感染等为主,在治疗方式上多以抗感染、消炎等为主,并辅以温开水足浴,无特殊治疗方案,治疗效果相对较差。随着近年来中医学的发展不断深入,临床开始将其运用到这类疾病的治疗中。在中医文献中,并无糖尿病高危足这一病名及记录。但是,从其病症来看,这类疾病应属于“血痹、脉痹”等范围。临床结合四诊资料,以中药内服、外洗进行干预,疗效相对较好。糖痛外洗方是临床最为常见的一种外洗方案,该方由透骨草、生艾叶、苏木、木瓜、白芥子、桂枝、红花、川芎、白芷、川乌、生麻黄、川椒、赤芍、草乌组成,其中川芎辛散温

通,为“血中之气药”,具有通达气血的功效;红花、赤芍活血祛瘀止痛;桂枝、川椒、川乌、生艾叶温经通阳,以助川芎、红花、赤芍活血通络、宣痹通阳;草乌、苏木、透骨草温经通络止痛;白芥子、生麻黄、木瓜、白芷祛风通络,又可引诸药直达病所^[5-6]。从总体上来说、以糖痛外洗方进行足浴能够达到温经活血、宣痹通络、缓急止痛的效果。

本研究结果显示,观察组的治疗总有效率明显高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;治疗后,观察组的足部 10 g 尼龙丝检查阳性率明显低于对照组, $P<0.05$;治疗后,观察组患者的 ABPI 及 TBPI 均高于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。说明使用糖痛外洗方相较于单纯使用温开水进行足浴的效果更好。

综上所述,老年糖尿病高危足患者应用糖痛外

洗方进行治疗的临床效果较好,能够有效改善患者的临床症状,且安全性高。

参考文献

[1]姜雨婷,郭海玲,田润溪,等.艾灸治疗糖尿病高危足有效性的系统评价[J].护理研究(上旬版),2017,31(22):2718-2724
[2]吴红英,潘培育,许小娟,等.糖尿病高危足患者自我管理项目的设计与应用[J].齐齐哈尔医学院学报,2016,37(20):2600-2603
[3]赵扬.老年糖尿病高危足应用黄芪桂枝五物汤治疗的疗效分析[J].陕西中医,2015,36(12):1606-1607
[4]岳仁宋,毛黎黎,黄俊莉.糖足煎剂治疗糖尿病高危足近期疗效观察[J].时珍国医国药,2014,25(10):2434-2436
[5]庞国明.糖痛外洗方治疗消渴病痹症(糖尿病周围神经病变)的临床研究[A].中华中医药学会第六次民间医药学术年会暨首批民间特色诊疗项目交流会论文集[C].天津:2013.80-82
[6]马力,吴玉敏,安然,等.糖痛洗剂治疗糖尿病周围神经病变临床观察[J].中国临床医生杂志,2016,44(1):97-100

(收稿日期: 2018-06-16)

泄浊除痹汤合小剂量秋水仙碱治疗痛风性关节炎临床研究

王琳

(河南省三门峡市中医院内分泌科 三门峡 472099)

摘要:目的:探讨泄浊除痹汤联合小剂量秋水仙碱在痛风性关节炎中应用效果。方法:选取我院收治的痛风性关节炎患者 67 例,按照随机数字表法分为对照组和观察组,对照组 33 例给予小剂量秋水仙碱治疗,观察组 34 例给予泄浊除痹汤联合小剂量秋水仙碱治疗,比较两组临床治疗效果、不良反应发生率及治疗前后血清 IL-1 β 、IL-6、MMP-3 水平变化情况。结果:观察组治疗总有效率为 91.18%(31/34),高于对照组 69.70%(23/33), $P<0.05$;治疗后,观察组血清 IL-1 β 、IL-6、MMP-3 水平均明显低于对照组($P<0.05$);观察组不良反应发生率为 14.70%(5/34),对照组为 12.12%(4/33),组间比较差异不显著($P>0.05$)。结论:泄浊除痹汤联合小剂量秋水仙碱治疗痛风性关节炎疗效确切,可改善患者血清 IL-1 β 、IL-6、MMP-3 水平,提高临床疗效,且安全性相对较高。

关键词:痛风性关节炎;泄浊除痹汤;秋水仙碱

中图分类号:R589.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2018.10.038

痛风性关节炎(Gouty Arthritis, GA)是由痛风引起的风湿性关节病,好发于下肢膝关节,85%~95%的患者以单一性下肢末端关节首发,病发时常伴有骨关节肿胀、疼痛、晨僵、关节活动受限等症状,严重者甚至出现关节坏死,影响患者日常生活及工作^[1]。大剂量秋水仙碱治疗起效快,可迅速缓解患者关节疼痛症状,但患者常因难以耐受腹泻而终止治疗^[2]。小剂量虽可在一定程度上缓解患者临床症状,但仍有部分患者收效不佳。中药在治疗 GA 方面具有独特的优势,不仅疗效确切,且药物毒副作用小,安全性高。本研究将泄浊除痹汤与小剂量秋水仙碱联合应用于 GA 患者中,取得满意疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 研究对象 选取我院 2016 年 3 月~2018 年 1 月收治的 67 例 GA 患者,按照随机数字表法分组。对照组 33 例,女 13 例、男 20 例,年龄 45~70 岁、平

均(54.60 $\pm$ 8.30)岁,病程 1~9 年、平均(4.20 $\pm$ 1.50)年。观察组 34 例,女 14 例、男 20 例,年龄 44~69 岁、平均(53.10 $\pm$ 8.50)岁,病程 1~8 年、平均(4.08 $\pm$ 1.60)年。对比两组临床资料,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院伦理委员会审查批准。

1.2 选取标准 (1)纳入标准:均明确诊断为痛风性关节炎;患者知晓同意本研究。(2)排除标准:存在明显膝关节畸形者;合并消化性溃疡者;合并类风湿性关节炎者;出现局部软组织感染者;心、脑、肾等重要脏器功能不全者。

1.3 治疗方法 对照组给予口服秋水仙碱(国药准字 H22024661)治疗,0.5 mg/次,2 次/d,持续治疗 1 周。观察组于对照组基础上加用泄浊除痹汤治疗,组方:草薢 10 g,威灵仙 10 g,山慈菇 10 g,泽兰 10 g,泽泻 15 g,牛膝 10 g,车前子 10 g,土茯苓 10 g,生薏苡仁 30 g,木瓜 10 g,王不留行 10 g,生蒲黄 10 g;血瘀不通者加没药 10 g,乳香 10 g;寒性体质者加独