

DN是糖尿病致残、致死的重要原因。其发病机制是多因素的,与血流动力学改变、蛋白非酶糖化作用、多元醇通路活性增加、肾小球滤过屏障改变、细胞因子作用等均有关,最终导致肾小球基底膜增厚和系膜基质增加^[2],从而导致蛋白尿,肾小球硬化,且呈进行性、不可逆的,但经过正规治疗可延缓其发展。因此,早期糖尿病肾病的治疗在临床上显得尤为重要。

黄芪甘温,能补脾益气,升举阳气,温运阳气,以利水消肿;黄芪对DN保护作用机制主要有:调节内皮素与一氧化氮平衡,改善血小板功能,改善水钠代谢,抗氧化作用,抗蛋白非酶糖化作用,改善肾小球滤过屏障,对细胞因子作用,从而延缓糖尿病进程^[3-4]。

厄贝沙坦是一种AT₁受体拮抗剂,除了良好降压作用外,还有具独立于降压作用之外的靶器官保护作用。研究表明,AngⅡ可收缩肾小球,入球出球小动脉(以出球小动脉动为主),使肾小球囊内跨膜压,滤过分数增加;可使滤过膜上非选择大孔数目增加,孔径增大,导致蛋白尿,蛋白尿对肾小球

耳膜细胞和肾小管上皮细胞有直接毒性作用,并促进肾小球进行性硬化^[5]。厄贝沙坦通过阻滞AngⅡ与AT₁受体结合,降低血压抑制肾间质纤维化,保护肾功能。

总之,厄贝沙坦和黄芪联合应用,可更好保护肾功能,延缓了DN的进展,值得在临床上推广。

[参考文献]

- [1] 古仁明. 内分泌代谢病临床新技术[M]. 北京:人民军医出版社,2002:383-384;465-467
- [2] 邱组强. 糖尿病肾病早期诊断的研究进展[J]. 医学综述,2003,9(3):160-162
- [3] 焦健. 黄芪对糖尿病肾病保护机制的研究进展[J]. 吉林中医药,2004;2(24):54-55
- [4] 余凌,李惊子,王海燕. 黄芪、当归在肾脏疾病中的应用及其机制研究进展[J]. 中国中西医结合杂志,2001,21(5):396-399
- [5] 孟庆利,唐善荣,侯凌波,等. 缬沙坦对腹主动脉缩窄大鼠肾脏保护[J]. 临床肾病杂志,2006,6(1):17-19

[收稿日期] 2007-03-20

乐脉颗粒治疗冠心病无症状心肌缺血 60 例

吕兴,高鹤

(浙江省桐乡市中医医院,浙江桐乡 314500)

[摘要] 目的 探讨乐脉颗粒治疗冠心病无症状性心肌缺血(SMI)的疗效。方法 120例SMI患者被随机分为治疗组(予乐脉颗粒)和对照组(予单硝酸异山梨酯片),各用药3个月。2组均在用药前、后做Holter检查。结果 治疗组心电图ST段下移次数和持续时间减少优于对照组(P 均 <0.01)。结论 乐脉颗粒可改善SMI患者心肌缺血。

[关键词] 乐脉颗粒;无症状性心肌缺血;动态心电图;缺血型ST段改变

[中图分类号] R541.4

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-8849(2007)36-5426-02

无症状性心肌缺血(SMI)近年来已引起国内外医学界的高度重视,成为冠心病研究的热点。中医临床治疗以理气活血法为治则,但市场上这类药物品种繁多,难以选择。笔者选用乐脉颗粒与西药进行了对照观察,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 120例冠心病患者诊断标准均符合WHO制定的缺血性心脏病的命名及诊断标准^[1],并参照美国专门委员会的无症状性心肌缺血诊断标准^[2]制定。患者心电图均有ST段水平型或下垂型下降 ≥ 1 mm,持续 ≥ 1 min,2次缺血之间至少相隔1 min,可无心绞痛感觉。同时排除心室肥厚、心脏瓣膜病、预激综合征、束支传导阻滞以及洋地黄、奎尼丁等药物所致的ST段改变。其中男72例,女48例;年龄38~72岁,平均51.5岁。将患者随机分为治疗组和对照组各60例。

1.2 治疗方法 治疗组口服乐脉颗粒(主要成分:丹参、川芎、赤芍、红花、木香、香附、山楂)每次3g,每天3次。对照组予单硝酸异山梨酯胶囊20mg,每日2次,口服。在治疗前2周停用一切与本病有关的其他药物。2组用药均以3个月为1个疗程,在治疗前、后做Holter检查。

1.3 疗效评定标准 显效:Holter复查,缺血型ST段消失;有效:Holter复查,心缺血频率减少50%或下移ST段回升0.5 mm以上,但未恢复正常;无效:Holter复查较治疗前无变化;恶化:治疗后发作频率反而增加,或ST段下移幅度加大。

1.4 统计学方法 采用 t 检验,判断差异的显著性。

2 结果

2.1 2组动态心电图疗效比较 见表1。

表1 2组SMI患者治疗后动态心电图疗效比较 例

分组	n	显效	有效	无效	恶化	总有效率/%
治疗组	60	27	25	8	0	87 ^①
对照组	60	12	23	20	5	58

注:①与对照组比较, $P<0.05$ 。

2.2 2组药物对心肌缺血的影响 见表2,治疗后2组ST段下移次数及下移总时间均有减少,但治疗组明显优于对照组($P<0.01$)。

3 讨论

大量资料表明SMI与心绞痛发作有同样的预后意义,甚

表2 2组SMI患者用药对ST段的影响($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	ST段下移次数	ST段下移持续时间/(min/d)
治疗组	60	治疗前	111.2 $\pm$ 1.4	286.4 $\pm$ 3.8
		治疗后	19.3 $\pm$ 10.2 ^①	66.6 $\pm$ 10.8 ^①
对照组	60	治疗前	117.5 $\pm$ 1.2	279.8 $\pm$ 45.1
		治疗后	59.4 $\pm$ 8.7	105.4 $\pm$ 39.7

注:①与对照组治疗后比较, $P<0.01$ 。至更为不佳,同样可发生严重心律失常、心肌梗死,以致猝死。目前国内尚无统计诊断标准,故本研究的患者不能排除假阳性。动态心电图与冠脉造影的相关性研究表明,动态心电图监测SMI的阳性率达80%,假阳性率为13%。对于冠心病患者采用动态心电图进行SMI监测已得到公认^[3]。SMI患者虽不伴有心肌绞痛及其他心脏缺血的表现,但中医辨证仍可发现患者存在不同程度的情志抑郁,神疲乏力,少气懒言,睡眠差,多梦,舌质

暗,脉弦等气滞血瘀症状。中医学认为“气血冲和,万病不生”,气滞则血瘀。笔者发现,大多SMI患者随情志抑郁程度的增减,心电图缺血型ST改变亦有相应的变化。乐脉颗粒中的丹参、川芎、赤芍、红花具有活血化于瘀之功效,木香、香附具有行气止痛、开窍之功效,而山楂则在促消化、降血脂、调血压方面作用明显。本研究结果表明,治疗组心电图缺血型改善,ST段下移次数及时间减少,治疗效果明显优于对照组。

[参考文献]

- [1] 张鸿修,石毓衡.实用冠心病学[M].3版.天津:天津科学技术出版社,1995:489-491
- [2] 贝政平.2000个国内外最新实用内科诊断标准[M].上海:同济大学出版社,1991:27-28
- [3] 邵耕.现代冠心病[M].北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1994:430-435

[收稿日期] 2007-03-20

眼肌直刺为主治疗不同证型眼肌麻痹 120例

郑艳霞,张沧霞

(河北省沧州中西医结合医院,河北 沧州 061001)

[摘要] 目的 探讨眼肌直刺为主治疗不同证型眼肌麻痹的疗效。方法 应用眼肌直刺、眼周及全身辨证取穴配合常规药物共治眼肌麻痹120例。结果 治愈82例,好转16例,有效11例,无效11例,总有效率90.83%,各证型之间疗效无显著性差异。结论 眼肌直刺为主治疗不同证型眼肌麻痹疗效好,疗程短,疗效与中医分型无关。

[关键词] 眼肌麻痹;斜视;针刺

[中图分类号] R0777.45

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-8849(2007)36-5427-02

眼肌麻痹又称麻痹性斜视,是指在双眼视力已经建立或充分巩固以后,由于外伤、血管性疾病、颅内肿瘤、代谢障碍等因素致下神经元损伤所引起的单独的或多发的眼外肌运动障碍。患者自觉双眼复视,视物模糊,甚则眩晕、恶心、呕吐、走路步态不稳,遮盖一眼则症状消失。中医属“风牵偏视”、“瞳神将反”范畴。临床治疗上早期促进炎症消退和出血水肿吸收,中、后期应用神经营养剂和血管扩张剂以助神经肌肉的功能恢复。药物治疗并追踪观察0.5a以上无好转者采用手术治疗。我院自1996年以来,采用眼肌直刺为主的中西医结合疗法治疗麻痹性斜视120例,取得了较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均来自1996年1月—2006年6月我院眼科、脑内、脑外、糖尿病科门诊及住院患者,共120例。其中男65例,女55例;年龄18~30岁12例,30~50岁53例,50~70岁34例,70岁以上21例,平均年龄49.5岁。均为单眼,其中右眼54例,左眼66例;外伤所致56例,代谢性及血管性疾病所致57例,炎症所致5例,肿瘤术后4例。病程最短1d,最长68d,平均14d。

1.2 诊断标准 参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》(1994年)^[1]:①眼位偏斜,患眼向麻痹肌作用的相反方

向偏斜;②眼球活动障碍,患眼向麻痹肌作用方向受限;③第二斜视角大于第一斜视角;④代偿头位,头向麻痹肌方向偏斜;⑤复视,双眼视一为二,复视像检查确定麻痹肌;⑥头晕目眩或有恶心呕吐。确诊为眼外肌麻痹患者,不包括经眼眶CT平扫、冠扫检查证实眼眶外伤所致眼球移位的眼肌麻痹、眼外肌嵌顿及断裂者。

1.3 辨证分型 根据患者的临床症状、舌苔、脉象不同分为风邪中络、风痰入络、肝风内动、外伤瘀滞4型。

1.4 治疗方法 ①维生素B₁ 100mg及B₁₂ 500 μ g每日1次肌注,10d为1个疗程,间隔3d行第2个疗程;口服芦丁40mg及肌苷0.4g每日3次;静点能量合剂每日1次,10d为1个疗程。②待眼局部肿胀消退,淤血吸收后行眼肌直刺及眼周穴位针刺,眼肌直刺:结膜囊内滴表面麻醉剂,用30号毫针直接刺激麻痹肌,不好暴露者置开睑器,上斜肌麻痹直接刺激眶上壁与眶内壁夹角处滑车表面的肌腱,选眼肌附着点后1mm处进针,与肌肉约成45°角,缓慢进针约1mm,留针30s,不提插捻转,平补平泻,出针后无菌盐水棉签压迫片刻,滴抗生素眼药水,隔日1次,5次为1个疗程。眼周穴位针刺:上直肌、上斜肌、提上睑肌麻痹选鱼腰、上明;下直肌、下斜肌麻痹选承泣、四白;内直肌麻痹选攒竹、睛明;外直肌麻痹选太阳、瞳子