

温通法治疗下肢血栓性浅静脉炎慢性期 (瘀阻脉络证)的临床观察

董 雨 游 伟 王 雨 王广宇 徐旭英 王伏声

(首都医科大学附属北京中医医院疮疡科,北京,100010)

摘要 目的:观察温通法治疗下肢血栓性浅静脉炎慢性期的临床疗效以及评价其安全性。方法:将2012年1月至2014年1月间我科收治的下肢血栓性浅静脉炎患者采用随机数字表法分成治疗组、对照组,各40例,分别给予口服救生汤、活血通脉汤。对2组总体疗效、临床症状、体征、下肢静脉超声的变化进行评价,同时观察有无不良反应。结果:治疗组治愈率76.36%,对照组治愈率51.35%。经统计学分析,2组治疗前后各阶段症状、体征、下肢静脉超声结果均有改善($P < 0.05$),2组间疗效比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:与化瘀通络法相比,温通法治疗下肢血栓性浅静脉炎慢性期治愈率高、复发率低,对下肢皮肤红肿、疼痛、条索、硬结、色素沉着改善明显,该治法安全,有效。

关键词 温通法;血栓性浅静脉炎;青蛇毒;临床观察

Observation of the Efficacy of Warm and Circulate Therapy in Treating Superficial Shrombophlebitis of Lower Extremity

Dong Yu, You Wei, Wang Yu, Wang Guangyu, Xu Xuying, Wang Fusheng

(Dermatological Department of Beijing Hospital of TCM, Beijing 100010, China)

Abstract Objective: To observe the clinical efficacy and safety of warm and circulate therapy in treating superficial thrombophlebitis of lower extremity. **Methods:** Eighty patients with superficial thrombophlebitis of lower extremity were randomly divided into treatment group (Jiusheng decoction) and control group (Huoxue Tongmai decoction) in Ulcerous Vascular Surgical Department from January 2012 to January 2014. The changes of curative effect, clinical symptoms, signs, and Doppler ultrasound were observed. **Results:** The cure rates were 76.36% and 51.35% in treatment group and control group respectively. Compared with pre-treatment, the clinical symptoms, signs, and the results of Doppler ultrasound in two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and these results in treatment group were significantly improved compared with control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Compared with disperse blood stagnation and dredge collateral method, warm and circulate therapy for treating superficial thrombophlebitis of lower extremity has a higher cure rate and a lower recurrence rate, and can provide significant efficacy in reducing the level of inflammation, relieving pain, decreasing the size of scleroma and healing hyperpigmentation. This treatment was feasible and safe.

Key Words Warm and circulate therapy; Superficial thrombophlebitis of lower extremity; Clinical observation

中图分类号:R269 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.03.013

血栓性静脉炎是临床常见疾病,表现为浅静脉分布区域的局部红斑和触痛,以及可触及的条索样血栓,可以引起患肢较为严重的不适和功能受限^[1]。尽管以往的教科书上认为这是一个良性、自限性的疾病,但是临床报道指出在确诊的血栓性静脉炎的患者中,深静脉血栓形成的发生率为6%~44%,无症状的肺栓塞发生率为20%~33%,有症状的肺栓塞发生率为2%~13%^[2],若得不到及时、有效地治疗,临床上可出现致命性的肺栓塞^[3]。在急性期,西医治疗手段包括休息、抬高患肢、局部理疗、口服非甾体类抗炎药、应用抗凝药物等,但是研究指出这些

治疗均存在一定的局限性,临床效果并不是十分满意^[1,3,4]。其中,绝大多数罹患下肢血栓性浅静脉炎的患者会进入慢性期,此时病情迁延难愈,多表现为肢体肿胀、疼痛,尤其以久站、久行后为重,部分患者足靴区淤积性皮炎持续存在,皮肤色素沉着,局部缺氧,营养失衡,下肢慢性溃疡的发生率大大增加。因此,若不能很好地控制患者慢性期的病情势必会影响到他们的日常工作、生活,进而使得生活质量降低^[4]。中医学上认为该病慢性期多为瘀阻脉络所致,临床上多施以活血化瘀、益气通络之方^[3-11],但是我们在实践工作中基于该病在中医理论上病因病

机的溯本求源施以温通法,临床中取得满意的疗效,论述如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2012 年 1 月至 2014 年 1 月间首都医科大学附属北京中医医院疮疡科治疗的下肢血栓性浅静脉炎患者,共计 80 人,男性患者 44 例,女性患者 36 例,年龄最大 82 岁,年龄最小 35 岁。其中,患者在性别、年龄方面差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准 参照《中医病症诊断疗效标准》^[12]。青蛇毒:患肢常有外伤、感染、静脉输液史,表现为局部筋脉肿胀色红,灼热疼痛,多发于下肢浅表筋脉,尤其是存在筋瘤者。

1.2.2 分期 1)急性期:病变筋脉局部红肿热痛,多于一条筋脉上呈索状上下蔓延,也可呈游走性,发于多条筋脉。2)慢性期:发于下肢者,病变筋脉可触及条索或结节状肿硬,与皮肤粘连,日久可见色素沉着,伴有沉重、隐痛感及胫踝部水肿。

1.2.3 证候分类 1)血热瘀结:相当于急性期,病变筋脉红肿热痛,上下游走,伴患肢活动不利。舌红,苔黄,脉数。2)瘀阻脉络:相当于慢性期,病变筋脉肿如条索,粘连不移,牵扯不适,或呈多个硬性结节,皮色晦暗,胫踝水肿。舌质暗红,或有瘀斑,脉沉涩。

1.2.4 西医诊断标准 参照 1995 年中国中西医结合学会周围血管疾病专业委员会制订的诊断标准。1)外周静脉近期有输液、损伤史,或既往存在静脉曲张病史。2)急性发病,沿四肢浅静脉走向处出现局限性的索条状物,伴有红肿、疼痛。3)白细胞轻度升高或伴有低热。

1.3 纳入标准 1)符合中医诊断标准和瘀阻脉络证型。2)符合西医诊断标准。3)明确血栓性浅静脉炎由下肢静脉曲张和(或)下肢静脉功能不全继发所致。

1.4 排除标准 1)合并或继发下肢深静脉血栓。2)由自身免疫系统疾病、肿瘤等引起的血栓性浅静脉炎或由血栓闭塞性脉管炎引起的游走性血栓性浅静脉炎。3)合并下肢静脉性溃疡。4)存在严重的心、肝、肾功能不全或全身感染者应用抗生素者。5)已知存在出血倾向或出血性疾病。6)未能坚持完成治疗,或期间选择口服西药或手术治疗。7)妊娠期或哺乳期妇女。

1.5 病例分组 应用随机数表法分为治疗组、对照

组,每组 40 人。

1.6 治疗方法

1.6.1 治疗组 救生汤^[13]:川附片、公丁香、生姜、木香、赤芍、当归。1 剂/d,水煎 100 mL,3 餐前服用,5 d 为 1 个疗程,共计 12 个疗程,其间主方不变,随症加减。

1.6.2 对照组 活血通脉汤^[14]:生黄芪、鸡血藤、苦地丁、蒲公英、天葵子、天花粉、丹参、赤芍、乳香、没药。1 剂/d,水煎 100 mL,3 餐后服用,疗程同上。

1.6.3 基础治疗 基础疾病常规药物治疗;功能锻炼腿部肌肉、穿戴合适的弹力袜。

1.7 观察指标

1.7.1 临床症状、体征、下肢静脉超声评分 参照中华中医药学会周围血管病分会诊疗指南^[3-4]。1)患肢皮肤红肿:0 分:皮色正常,局部无水肿。2 分:皮色明显变淡,局部轻度可凹性水肿。4 分:皮色暗红、皮温正常,局部中度可凹性水肿。6 分:皮色鲜红、皮温升高,局部重度可凹性水肿,可累及胫踝。2)患肢疼痛:0 分:患肢无酸沉、肿胀及疼痛感,局部无压痛。2 分:休息或短距离行走时无相关症状,局部重按可有轻度疼痛。4 分:长距离行走后出现酸沉、肿胀感,局部条索、硬结触碰后疼痛剧烈。6 分:休息时患肢即感疼痛或行走时疼痛显著,不能触碰局部,影响工作、生活、睡眠。3)患处条索或硬结节:0 分:无。2 分:条索或硬结质地较软,直径或长度 <2 cm。4 分:条索长度为 2~6 cm,硬结单发直径为 2~4 cm,质地较硬。6 分:条索或硬结沿大、小隐静脉主干走形,条索长度为 6~10 cm,硬结最大直径为 4~8 cm,个数为 2~4 个。4)足靴区色素沉着:0 分:无。2 分:散在色素沉着。4 分:片状分布,颜色浅淡。6 分:片状分布,棕褐色或黑色。5)下肢静脉超声:0 分:无血栓及静脉回流。1 分:血栓较短,静脉管腔部分堵塞,轻度静脉回流,血流量减少、流速减慢。2 分:血栓较长,静脉管腔严重堵塞,中度静脉回流,血流量明显减少、流速明显减慢。4 分:血栓向两端延展,静脉管腔完全堵塞,重度静脉回流,血流量、流速严重失常,或存在新发血栓。

1.7.2 临床疗效评价指标 参照 1994 年 6 月 28 日发布的《中华人民共和国中医药行业标准-中医外科病证诊断疗效标准》(ZY/T001.2-94)制定^[12]。1)治愈:患肢局部红肿热痛完全缓解,筋脉条索硬节消退。2)好转:上述症状缓解,筋脉条索硬节部分消退。3)未愈:症状未见好转,筋脉红肿呈蔓延发展趋势。

1.7.3 评价者 评价者经过培训掌握评价标准,他们对于被评价者的治疗方法并不知晓。

1.7.4 安全指标评价 2 组治疗前、后定期复查血尿便常规、血凝、肝肾功能、心电图等基本检查。

1.8 统计学方法 应用 SPSS 19.0 统计软件,计量资料应用独立样本或配对样本 t 检验,用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,取 $P < 0.05$ 为有统计学意义, $P < 0.01$ 为有统计学意义。

1.9 病例脱落 治疗组中 1 名患者脱落,原因是未能坚持服用中药,选择西药治疗。对照组中 3 名患者脱落,其中 2 名是外地患者,未能坚持复诊,另外 1 名未能坚持服用中药,选择西药治疗。

2 结果

2.1 患者临床症状、体征、下肢静脉超声评分 见表 1。通过表 1 数据可以看出,2 组在治疗前各积分基线水平无统计学意义($P > 0.05$)。在患肢皮肤红肿方面,与治疗前相比,治疗组评分在第 2、4、8、12、16、20、24 周降低时差异有统计学意义,经检验 $P < 0.01$ 。对照组评分在第 4、8、12、16、20、24 周降低时差异有统计学意义,经检验 $P < 0.01$ (第 4 周 $P < 0.05$)。与对照组相比,治疗组评分在第 2、4、8、12 周降低时差异有统计学意义,经检验 $P < 0.01$ 。在患肢局部疼痛方面,与治疗前相比,治疗组评分在第 2、4、8、12、16、20、24 周降低时差异有统计学意义,经

检验 $P < 0.01$ 。对照组评分在第 4、8、12、16、20、24 周降低时差异有统计学意义,经检验 $P < 0.01$ 。与对照组相比,治疗组评分在第 2、4、8 周降低时差异有统计学意义,经检验 $P < 0.01$ 。在患处条索或硬结节方面,与治疗前相比,治疗组评分在第 2、4、8、12、16、20、24 周降低时差异有统计学意义,经检验 $P < 0.01$ (第 2 周 $P < 0.05$)。对照组评分在第 8、12、16、20、24 周降低时差异有统计学意义,经检验 $P < 0.01$ 。与对照组相比,治疗组评分在第 12、20、24 周降低时差异有统计学意义,经检验 $P < 0.05$ (第 12 周 $P < 0.01$)。在下肢静脉超声方面,与治疗前相比,治疗组评分在第 2、4、8、12、16、20、24 周降低时差异有统计学意义,经检验 $P < 0.01$ (第 2 周 $P < 0.05$)。对照组评分在第 8、12、16、20、24 周降低时差异有统计学意义,经检验 $P < 0.01$ (第 8 周 $P < 0.05$)。与对照组相比,治疗组评分在第 12、20、24 周降低时差异有统计学意义,经检验 $P < 0.05$ (第 12 周 $P < 0.01$)。在患肢足靴区色素沉着方面,与治疗前相比,治疗组与对照组评分均在第 8、12、16、20、24 周升高时差异有统计学意义,经检验 $P < 0.01$ 。与对照组相比,治疗组评分在第 8、16、20、24 周升高时差异有统计学意义,经检验 $P < 0.01$ 。从表 2 中可以得出,治疗组在第 2、4 周时好转率要高于对照组,在第 24 周时治疗组整体治愈率要高于对照组。

表 1 患者临床症状、体征、下肢静脉超声评分改善

症状与体征	组别	治疗前	2 周	4 周	8 周	12 周	16 周	20 周	24 周
皮肤红肿	治疗组	2.72 ± 0.97	1.90 ± 0.64 ** $\Delta\Delta$	0.36 ± 0.78 ** $\Delta\Delta$	0.10 ± 0.45 ** $\Delta\Delta$	0.00 ± 0.00 ** $\Delta\Delta$	0.00 ± 0.00 **	0.00 ± 0.00 **	0.00 ± 0.00 **
	对照组	2.65 ± 0.95	2.43 ± 0.83	2.16 ± 0.73 *	1.24 ± 0.98 **	0.65 ± 0.95 **	0.11 ± 0.46 **	0.00 ± 0.00 **	0.00 ± 0.00 **
肢体疼痛	治疗组	3.23 ± 1.09	2.15 ± 0.96 ** $\Delta\Delta$	1.08 ± 1.01 ** $\Delta\Delta$	0.26 ± 0.68 ** $\Delta\Delta$	0.15 ± 0.54 **	0.00 ± 0.00 **	0.00 ± 0.00 **	0.00 ± 0.00 **
	对照组	3.30 ± 1.08	3.14 ± 1.00	2.05 ± 0.74 **	1.35 ± 0.95 **	0.43 ± 0.83 **	0.16 ± 0.55 **	0.00 ± 0.00 **	0.00 ± 0.00 **
局部硬结	治疗组	3.28 ± 0.97	2.97 ± 1.01 *	2.72 ± 0.97 **	2.21 ± 1.10 **	1.38 ± 1.04 ** $\Delta\Delta$	0.87 ± 1.00 **	0.62 ± 0.94 ** Δ	0.51 ± 0.88 ** Δ
	对照组	3.24 ± 0.98	3.08 ± 1.01	2.92 ± 1.01	2.65 ± 0.95 **	1.95 ± 0.33 **	1.24 ± 0.98 **	1.08 ± 1.01 **	0.97 ± 1.01 **
下肢静脉超声	治疗组	1.64 ± 0.49	1.49 ± 0.51 *	1.36 ± 0.49 **	1.10 ± 0.55 **	0.69 ± 0.52 ** $\Delta\Delta$	0.44 ± 0.50 **	0.31 ± 0.47 ** Δ	0.26 ± 0.44 ** $\Delta\Delta$
	对照组	1.62 ± 0.49	1.54 ± 0.51	1.46 ± 0.51	1.32 ± 0.47 *	0.97 ± 0.16 **	0.62 ± 0.49 **	0.54 ± 0.51 **	0.54 ± 0.51 **
色素沉着	治疗组	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.15 ± 0.54	1.64 ± 0.78 ** $\Delta\Delta$	2.10 ± 1.12 **	1.54 ± 0.85 ** $\Delta\Delta$	1.08 ± 1.01 ** $\Delta\Delta$	0.72 ± 0.97 ** $\Delta\Delta$
	对照组	0.00 ± 0.00	0.00 ± 0.00	0.05 ± 0.33	0.81 ± 1.10 **	1.68 ± 1.53 **	2.43 ± 1.07 **	2.76 ± 1.28 **	2.59 ± 1.40 **

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照组比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

表 2 治疗组和对照组患者疗效结果(n,%)

组别	治疗组				对照组			
	治愈	好转	未愈	总有效	治愈	好转	未愈	总有效
2 周	0(0)	16(41.03)	23(58.97)	16(41.03)	0(0)	4(10.81)	33(89.19)	4(10.81)
4 周	0(0)	35(89.74)	4(10.26)	35(89.74)	0(0)	23(62.16)	14(37.84)	23(62.16)
8 周	4(10.26)	39(100)	0(0)	39(100)	0(0)	32(86.49)	5(13.51)	32(86.49)
12 周	13(33.3)	-	-	39(100)	1(2.70)	37(100)	0(0)	37(100)
16 周	22(56.41)	-	-	39(100)	14(37.84)	-	-	37(100)
20 周	27(69.23)	-	-	39(100)	17(45.95)	-	-	37(100)
24 周	29(74.36)	-	-	39(100)	19(51.35)	-	-	37(100)

2.2 复发率 患者分别于第2、4、8、12、16、20、24、48周随诊。第48周时治疗组中患者复发率为5.13%(2/39),对照组中复发率为16.22%(6/37)。期间,各组患者均未接受手术治疗。结果显示,相比于对照组,治疗组远期复发率低。

2.3 不良反应 2组患者在治疗中、后耐受性好,未出现不良反应。

3 讨论

下肢血栓性浅静脉炎常见于下肢静脉功能不全和下肢静脉曲张的患者,急性期可见沿大隐静脉走行区域出现条索硬结,局部红肿热痛,由此引起的不适症状影响行走及日常基本活动,主要治疗方式是休息、抬高患肢、口服非甾体类抗炎药,病情严重者可使用抗凝药。当这部分患者经过治疗后进入慢性期,尽管发病区域的炎性反应有所减轻,但多数患者患肢仍会存在一定程度上的肿胀、疼痛,尤其是在久行或久站后症状加重,这种情况的持续存在仍然会影响到他们的日常工作、生活,致使患者生活质量大为降低。针对于血栓性静脉炎慢性期,现代医学尚无有效、规范统一的指导用药。尽管研究报道指出患者可以在炎性反应基本消退后选择手术治疗祛除病变静脉,但实践工作中发现手术治疗并非可以完全地治愈此病,临床中存在着许多因素影响着治疗手段的选择,试述如下:第一,患者长期患有下肢静脉曲张,足靴区存在淤积性皮炎,术后局部切口感染、形成溃疡,需要长期换药。第二,患者存在下肢深静脉瓣膜功能不全、回流障碍,手术切除下肢最主要的浅静脉大隐静脉后影响下肢静脉回流,患肢慢性水肿,影响日常活动。第三,患者手术部位浅静脉曲张、血栓性静脉炎复发。我们在临床中总结经验发现应用温通法治疗下肢血栓性浅静脉炎慢性期更具有优势,下面试将经验总结如下。

3.1 基于对“阴阳、寒热、虚实、气血”的理解、融通治疗青蛇毒 中医将血栓性静脉炎归于“恶脉”“赤脉”“脉痹”“青蛇毒”等范畴,一般认为该病在急性期多由于血热瘀结所致,而在慢性期多由于瘀阻脉络所致。早在《内经》中就有关于该病的记载,其中《素问·平人氣象论篇》曰:“脉涩曰痹”。《素问·痹论篇》谓:“痹……在于脉则血凝而不流,在于筋则曲而不伸,在于肉则不仁,在于皮则寒”。《素问·五脏生成篇》谓:“足受血而能步,掌受血而能握,指受血而能摄……血凝于肤者为痹,凝于筋者为泣,凝于足者为厥,此三者血行而不得反其空,故为痹厥”。数千年来,中医外科学不断发展、进步,前辈

们经过不断地继承、实践、升华,将中医外科学总病机归纳、总结为“气血凝滞,经络阻隔,脏腑失和,邪正盛衰”^[14],其中“气血凝滞,经络阻隔”是发病的核心病机。通过对于中医古代文献的研读,我们认为寒邪即是“气血凝滞,经络阻隔”的高度概括,而“气血凝滞,经络阻隔”则是寒邪致病的具体形式。参悟《内经》,结合血栓性静脉炎的临床表现,可以发现该病由急性期转为慢性期符合寒邪致病的特点,寒邪为疾病产生的根本,因瘀化热则是疾病过程中的病机转化,而瘀阻脉络则是疾病消退过程中存留的病理结果。因此,我们认为针对青蛇毒所表现出“气血凝滞,经络阻隔”的征象不应该简单、机械化地使用化瘀通络法。相反,温通法治疗该病则是溯根求源、治病求本,符合《内经》中提出的“寒者热之”的思想。从救生汤的组方来看意在助阳散寒,活血行气,重在温通经络,与传统意义上活血化瘀有别^[15],临床实践中应用此法也得到了满意的疗效。

3.2 重视中医整体观念治疗提高患者生活质量 临床实践工作中发现绝大多数患者更倾向于非手术疗法,该病急性期相对容易控制,而当进入慢性期时却缺乏有效的治疗方式改善患者较为急迫的临床不适。我们在临床中不断地应用、总结温通法治疗下肢血栓性浅静脉炎(慢性期),这种治法可以在短期内改善患肢皮肤红肿、疼痛,恢复患者日常生活、工作能力,通过配合穿戴弹力袜和适当地锻炼可以进一步对局部色素沉着的改善、条索硬结的消退、静脉回流的促进起到积极、有效的作用,这大为降低了疾病的复发率,最终取得疾病的临床治愈。

如今,医患关系模式逐渐由主动-被动接受型转为指导-配合或者共同合作型,这种进步既尊重患者的自主选择权,又需要他们积极地参与疾病的治疗。对于这类患者,在饮食起居方面,我们认为低于正常体温的食物均属于寒凉之物,应予以忌食。其次,适度的房事可以启阳娱心,但过度则会无谓地耗损肾精、肾阳。此外,快节奏的生活、繁忙的工作已经导致机体疲惫不堪,虚劳的产生成为了该病的主要病因之一,患者试图通过不同的方式补养人体,而我们认为适当的调补可以恢复人体正常的功能,不当的滋补反而会加重机体的瘀滞,成为众病发生的根结。因此,我们建议患者能够做到减少无谓的消耗即可,不必妄加滋补。最后,对于下肢静脉类疾患来讲,有效的“腓肠肌泵”可以促进血液回流、减少静脉瘀滞、降低淤积性皮炎发生率。因此,我们建议患者通过适当的锻炼增加小腿肌肉的收缩力量,每次运动

微微出汗即可,避免剧烈运动使得大汗淋漓,无谓地消耗机体有限的能量。

4 结论

与化瘀通络法相比,温通法治疗下肢血栓性浅静脉炎慢性期(瘀阻脉络证)在2~12周时改善患肢皮肤红肿、疼痛疗效显著,在4~24周时缓解患处条索、硬结疗效显著,在16~24周时改善患肢色素沉着疗效显著,其治愈率高、复发率低,该治法安全、有效。

参考文献

[1] Jack L, Cronenwett K, Wayne Johnston. 卢瑟福血管外科学[M]. 7版. 北京:北京大学医学出版社,2012:984-986.
[2] Belcaro G, Nicolaides AN, Errichi BM, et al. Superficial thrombophlebitis of the legs; a randomized, controlled, follow-up study[J]. Angiology, 1999, 50:523-529.
[3] 张百亮. 中西医结合优化治疗方案治疗血栓性静脉炎的临床观察[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2014.
[4] 王智泉. 中西医结合治疗下肢血栓性浅静脉炎临床疗效观察[D]. 北京:北京中医药大学,2014.
[5] 于海源, 张玥, 张玉冬, 等. 血栓性浅静脉炎中医治疗进展[J]. 实

用中医药杂志, 2014, 30(10):978-979.
[6] 王翠芬. 中医药治疗血栓性静脉炎 116 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(6):36-37.
[7] 肖玲, 郑光儒, 陈其庄. 中西医结合治疗血栓性浅静脉炎的临床观察[J]. 光明中医, 2014, 29(4):787-788.
[8] 许文才. 中内并治血栓性静脉炎临床体会[J]. 中医药临床杂志, 2013, 25(6):528-529.
[9] 荀向红. 中医药治疗慢性期下肢血栓性浅静脉炎[J]. 中国城乡企业卫生, 2013, 3:127-128.
[10] 李志军, 雷淑琴, 梁淑华, 等. 中医药综合疗法治疗血栓性静脉炎 45 例[J]. 河南中医, 2014, 34(8):1553-1554.
[11] 徐新玉, 吐苏娜依, 袁丽. 大黄牡丹汤加味治疗下肢血栓性静脉炎 44 例[J]. 中国中医急症, 2014, 23(8):1541-1542.
[12] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994.
[13] 窦材. 扁鹊心书[M]. 北京:中医古籍出版社, 1992:87.
[14] 李曰庆. 中医外科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2007.
[15] 王伏声, 李勇, 马乃箴, 等. 救生汤在急性软组织感染中的应用[J]. 中国中医药信息杂志, 2009, 16(11):54.

(2015-07-09 收稿 责任编辑:王明)

(上接第 421 页)

参考文献

[1] Turner-McGrievy GM, Davidson CR, Wingard EE, et al. Low glycemic index vegan or low-calorie weight loss diets for women with polycystic ovary syndrome; a randomized controlled feasibility study[J]. Nutr Res, 2014, 34(6):552.
[2] Carmina E, Lobo RA. Polycystic ovary syndrome (PCOS): arguably the most common endocrinopathy is associated with significant morbidity in women[J]. J Clin Endocrinol Metab, 1999, 84(6):1897-1899.
[3] Diamanti-Kandarakis E. Polycystic ovarian syndrome: pathophysiology, molecular aspects and clinical implications[J]. Expert Rev. Mol. Med, 2008, 10(3):1-21.
[4] 陈子江, 刘嘉茵. 多囊卵巢综合征——基础与临床[M]. 北京:人民卫生出版社, 2009:26-27.
[5] 周洁, 向红丁, 陈伟, 等. 胰岛素抵抗和血脂异常的关系[J]. 中国糖尿病杂志, 2010, 18(10):740-741.
[6] 洪宇, 刘雯, 赵晓苗, 等. 多囊卵巢综合征患者的血脂代谢异常及胰岛素抵抗的关系分析[J]. 实用妇产科杂志, 2012, 28(3):230-233.
[7] Brewer HB Jr. Hypertriglyceridemia: changes in the plasma lipoproteins associated with an increased risk of cardiovascular disease[J]. Am J Cardiol, 1999, 83:3F-12F.
[8] 邱桂兰, 黄秀深, 张丰华, 等. 半夏泻心汤对糖尿病大鼠糖原合成及 GLUT4 表达的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(21):207-209.

[9] 邱桂兰. 半夏泻心汤对糖尿病大鼠血糖及受体后胰岛素抵抗的影响[D]. 成都:成都中医药大学, 2012.
[10] 半夏泻心汤加减方对糖尿病前期湿热困脾证的临床干预研究[D]. 济南:山东中医药大学, 2011.
[11] 刘新敏, 刘睿, 艾莉, 等. 基于血清异常激素的多囊卵巢综合征中医证候研究[J]. 环球中医药, 2013, 6(1):12-15.
[12] The Rotterdam ESHER/ASRM-sponsored PCOS consensus workshop group. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS)[J]. Hum Reprod 2004, 19(1):41-47.
[13] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2002.
[14] 季绍良. 中医诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2002:99-174.
[15] Homburg R. Androgen circle of polycystic ovary syndrome[J]. Hum Reprod, 2009, 24(7):1548-1555.
[16] 赵冬妮, 石玉华, 陈子江. PCOS 患者胰岛素抵抗的临床评价[J]. 实用妇产科杂志, 2010, 26(8):563-566.
[17] 李昕, 林金芳. 肥胖型多囊卵巢综合征患者临床及内分泌代谢特征的研究[J]. 中华医学杂志, 2005, 85(46):3266-3270.
[18] Legro RS, Kunselman AR, Dunaif A. Prevalence and predictors of dyslipidemia in women with polycystic ovary syndrome[J]. Am J Med, 2001, 111(8):607-613.
[19] 朱桂金, 徐蓓. PCOS 患者诱发排卵方案[J]. 实用妇产科学杂志, 2007, 23(3):131-134.

(2015-05-27 收稿 责任编辑:徐颖)