

· 临床论著 ·

## 芪黄疽愈方联合前列地尔注射液治疗下肢动脉硬化闭塞症随机对照研究

张欣<sup>1</sup> 张静<sup>1</sup> 葛建立<sup>1</sup> 张敏妹<sup>1</sup> 何建明<sup>2</sup> 李晓东<sup>3</sup>  
马云龙<sup>1</sup> 孙云朝<sup>1</sup> 白建英<sup>4</sup> 楚信强<sup>1</sup>

**摘要 目的** 观察芪黄疽愈方联合前列地尔注射液治疗下肢动脉硬化闭塞症(ASOLE)的临床疗效。  
**方法** 采用随机对照方法,将 80 例 ASOLE 患者按随机数字表分为试验组和对照组,每组各 40 例。两组均采用常规治疗和前列地尔注射液 2 周,试验组口服芪黄疽愈方(每日 1 剂,分早、晚 2 次服用),对照组口服西洛他唑片(100 mg/次,2 次/日),两组均连续治疗 3 个月。分别于治疗前、治疗后、治疗结束后 6 个月观察患者皮肤温度、色泽、疼痛、踝肱指数(ABI)评价疗效。  
**结果** 治疗后,试验组与对照组愈显率分别为 67.5%(27/40)、65.0%(26/40),两组差异无统计学意义( $\chi^2=0.056, P=0.813$ );试验组与对照组有效率分别为 95.0%(38/40)、92.5%(37/40),两组差异无统计学意义( $\chi^2=0.213, P=0.644$ )。两组治疗后、治疗结束后 6 个月,疼痛评分、ABI 均较治疗前改善( $P<0.05$ ),且治疗结束后 6 个月优于治疗后( $P<0.05$ )。治疗后,对照组皮肤温度、疼痛评分优于试验组( $P<0.05$ );治疗结束后 6 个月,试验组皮肤温度、色泽、疼痛评分和 ABI 均优于对照组( $P<0.05$ )。  
**结论** 芪黄疽愈方治疗 ASOLE 临床疗效确切,对于皮肤温度、疼痛、色泽、ABI 的远期改善效果优于西洛他唑。

**关键词** 芪黄疽愈方;下肢动脉硬化闭塞症;临床疗效

**Effect of Qihuang Juyu Formula Combined with Alprostadil Injection on Patients with Lower Extremity Arteriosclerosis Obliteration: A Randomized Controlled Trial** ZHANG Xin<sup>1</sup>, ZHANG Jing<sup>1</sup>, GE Jian-li<sup>1</sup>, ZHANG Min-mei<sup>1</sup>, HE Jian-ming<sup>2</sup>, LI Xiao-dong<sup>3</sup>, MA Yun-long<sup>1</sup>, SUN Yun-chao<sup>1</sup>, BAI Jian-ying<sup>4</sup>, and CHU Xin-qiang<sup>1</sup> 1 Department of Peripheral Vascular Surgery, Hebei Provincial Hospital of Chinese Medicine, Hebei University of Chinese Medicine, Shijiazhuang (050011); 2 Department of Radiotherapy, Hebei Provincial Hospital of Chinese Medicine, Hebei University of Chinese Medicine, Shijiazhuang (050011); 3 Department of Peripheral Vascular Medicine, Shijiazhuang Hospital of Chinese Medicine, Shijiazhuang (050051); 4 College of Nursing, Hebei University of Chinese Medicine, Shijiazhuang (050200)

**ABSTRACT Objective** To observe the efficacy of Qihuang Juyu Formula(QJF)combined with Alprostadil Injection on arteriosclerosis obliterans(ASO)of the lower extremities(ASOLE). **Methods** Totally 80 patients with ASOLE were randomly assigned to the experimental group and the control group according to random number table,40 in each group. All patients received routine therapy and Alprostadil Injection for 2 weeks. Patients in the experimental group took QJF,one dose daily,twice daily,patients in the control group took Cilostazol Tablets,100 mg each time,twice daily. The skin temperature,color of skin,pain and ankle brachial index(ABI)were evaluated before,after,and 6 months after treatment in the three groups. **Results** After treatment,the cure rates of the experimental group and the control group were 67.5%(27/40) and 65.0%(26/40),respectively. There was no significant difference between the two

基金项目:河北省中医药管理局课题(No. 2017036);河北省科技计划项目(No. 19277753D)

作者单位:1. 河北省中医院周围血管科(石家庄 050011);2. 河北省中医院放射治疗科(石家庄 050011);3. 石家庄市中医院脉管科(石家庄 050051);4. 河北中医学院护理学院(石家庄 050200)

通讯作者:葛建立, Tel: 0311-69095023, E-mail: 2408750867@qq.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20191021.184

groups ( $\chi^2 = 0.056, P = 0.813$ ). The effective rates were 95.0% (38/40) and 92.5% (37/40), respectively. There was no significant difference between the two groups ( $\chi^2 = 0.213, P = 0.644$ ). Compared with baseline, the pain and ABI were improved significantly in both groups after or 6 months after treatment ( $P < 0.05$ ), moreover, those were improved significantly 6 months after treatment ( $P < 0.05$ ). Skin temperature and pain were improved in the control group than in the experimental group after treatment ( $P < 0.05$ ). Skin temperature, color of skin, pain and ABI were improved in the experimental group than in the control group 6 months after treatment ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** QJF is effective in the treatment of ASOLE, and it is better than cilostazol in the long-term improvement of skin temperature, color of skin, pain and ABI.

**KEYWORDS** Qihuang Juyu Formula; arteriosclerosis obliterans of the lower extremities; clinical effect

动脉硬化闭塞症 (atherosclerosis obliterans, ASO) 是由于血管阻塞而导致的一系列疾病, 主要影响腹主动脉及下肢的中小动脉<sup>[1-3]</sup>。下肢动脉硬化闭塞症 (ASO of the lower extremities, ASOLE) 是 ASO 在下肢的特殊表现。全球 ASOLE 患者超过 20.2 亿, 且近年来呈上升趋势, 发病率也随着年龄的增加而升高<sup>[1,2,4]</sup>。动脉内膜剥脱术、人造血管移植术、静脉动脉化等是临床常用的 ASOLE 外科治疗方法, 但因创伤大、并发症多、局部血管再狭窄且再次手术困难等, 远期疗效欠佳<sup>[1-3]</sup>。而目前药物治疗效果亦不令人满意<sup>[1,2,5]</sup>。超过 1% 患者出现严重下肢缺血、甚至截肢<sup>[2]</sup>。

葛建立教授科研团队以“消癥通络”为法, 以红花、鸡血藤、海藻、浙贝母为君药, 遣方用药组成“芪黄疽愈方”, 临床应用 10 余年, 发现该方有效改善了 ASOLE 患者临床症状及肢体循环状况, 在此基础上, 笔者采用随机对照的方法进行前瞻性临床研究, 以明确该方的确切疗效, 报道如下。

## 资料与方法

**1 诊断标准** 参照《下肢动脉硬化闭塞症诊疗指南》<sup>[6]</sup>: (1) 年龄 > 40 岁; (2) 有吸烟、高血压、高血脂血症等高危因素; (3) 符合 ASOLE 的临床表现; (4) 缺血肢体远端动脉搏动减弱或消失; (5) 踝肱指数 (ankle brachial index, ABI)  $\leq 0.9$ ; (6) 影像学检查证据: 彩色超声、CTA、MRA 或 DSA 等影像学检查显示相应动脉狭窄或闭塞等病变。满足上述诊断标准前四条即可诊断为 ASOLE。ABI 和影像学检查可以判断下肢的缺血程度。

**2 纳入及排除标准** 纳入标准: 符合 ASOLE 诊断标准, Fontaine 分期 I ~ III 期; 年龄 50 ~ 75 岁; 舒张压稳定在 90 mmHg 以下; 患者签署知情同意书。排除标准: 合并严重肢体感染或传染性疾病; 肝、肾功能严重损伤; 合并糖尿病、癌症或其他严重疾病;

精神疾病患者; 妊娠。剔除标准: 合并或改用手术治疗; 治疗过程中依从性差, 复诊不及时; 治疗过程中出现严重药物不良反应被迫停药。脱落标准: 中途退出试验或失访。

**3 一般资料** (表 1) 选择 2015 年 6 月—2017 年 6 月在河北省中医院 (52 例)、石家庄市中医院 (28 例) 血管外科住院诊治的 ASOLE 患者 80 例, 采用随机数字表法分为试验组和对照组, 每组 40 例。两组患者性别、年龄、病程比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。本研究符合医学伦理学标准, 经河北省中医院医学伦理委员会批准 (No. 2018Z018)。

表 1 两组患者一般资料比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	男/女(例)	病程(年)	年龄(岁)
试验	40	23/17	3.1 ± 1.0	63 ± 5
对照	40	26/14	3.1 ± 1.6	65 ± 7

**4 治疗方法** 两组均给予基础对症治疗 (西药降压、调节血脂、肢体保暖、合理饮食)<sup>[2,6]</sup>, 并给予前列地尔注射液 (10  $\mu$ g/支, 北京泰德制药股份有限公司, 批号: 3B015F) 10  $\mu$ g 入壶于 0.9% 氯化钠溶液, 1 次/日, 连续治疗 2 周。试验组口服芪黄疽愈方 (红花 12 g 鸡血藤 15 g 海藻 12 g 浙贝母 12 g 鬼箭羽 12 g 虻虫 9 g 延胡索 12 g 黄芪 20 g 黄精 12 g 牛膝 9 g) 中药汤剂, 饮片均购自国药乐仁堂石家庄药材有限公司, 红花 (产地: 新疆, 批号: 150401), 鸡血藤 (产地: 河北, 批号: 150301), 海藻 (产地: 山东, 批号: 15040715), 浙贝母 (产地: 浙江, 批号: 150710); 鬼箭羽 (产地: 广东, 批号: 1404001), 虻虫 (产地: 江苏, 批号: 151209), 延胡索 (产地: 浙江, 批号: 151103), 黄芪 (产地: 内蒙古, 批号: 15031501), 黄精 (产地: 云南, 批号: 20150203), 牛膝 (产地: 河南, 批号: 15111701)。汤剂由河北省中医院煎药室应用十功能自动煎药机 (北京东华原医疗设备有限公司, 型号: YJD20D-

GL), 严格按照《医疗机构中药煎药室管理规范》<sup>[7]</sup> 统一煎制, 水煎 400 mL, 每日 1 剂, 分早、晚 2 次口服, 连续服用 3 个月。对照组口服西洛他唑片 (50 mg/片, 浙江大冢制药有限公司, 批号: 150307P) 100 mg/次, 2 次/日, 口服, 连续服用 3 个月。治疗结束后随访 6 个月, 共观察 9 个月。

5 观察指标及方法 分别于治疗前、治疗后、治疗结束后 6 个月检测相关指标。

5.1 临床疗效评价 治疗后评价临床疗效<sup>[2,8]</sup>。痊愈: 患肢临床症状基本消失。显效: 患者间歇性跛行症状消失, 夜间静息痛明显缓解; 有效: 步行距离明显增加, 下肢动脉搏动好转; 无效: 症状无变化, 甚至加重。愈显率 (%) = (痊愈 + 显效) / 总例数 × 100%, 有效率 (%) = (痊愈 + 显效 + 有效) / 总例数 × 100%。

5.2 肢体循环评分 分别于治疗前、治疗后、治疗结束后 6 个月依据中西医结合学会周围血管病专业委员会制定的疗效判定标准<sup>[9]</sup> 进行评价, 皮肤温度 (0~4 分, 正常为 4 分)、色泽 (0~4 分, 正常为 4 分)、疼痛 (0~4 分, 正常为 4 分)。

5.3 ABI 检测 采用美国心脏协会推荐的方法<sup>[10]</sup>: 先测量双侧肱动脉收缩期血压并取其平均值, 若两侧血压差值 > 10 mmHg 则以高值作为肱动脉收缩压; 再测同侧胫后动脉和足背动脉, 取其中的高值作为踝部收缩压; 用选定的踝部收缩压除以选定的肱动脉收缩压, 所得的值即这一侧的 ABI。正常值应 > 1.0; 0.8~0.9 为可疑下肢动脉狭窄; 0.5~0.8 为中度缺血; < 0.5 为重度缺血; < 0.3 需要血管外科治疗<sup>[4]</sup>。

5.4 安全性评价 监测两组患者血、尿、便常规, 肝功能, 心电图, 评价药物安全性。

5.5 终点事件 ASOLE I、II、III 期患者进入 IV 期或者截肢为终点事件。发生终点事件, 根据《下肢动脉硬化闭塞症诊治指南》<sup>[6]</sup> 治疗。

6 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件进行分析。各组计量资料进行正态性及方差齐性检验, 以  $\bar{x} \pm s$  表示, 如两组数据服从正态分布则采用两个独立样本 *t* 检验, 如不服从正态分布则采用非参数检验; 计数资料采用  $\chi^2$  检验; 肢体循环评分应用重复测量的方差分析, *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

### 结 果

1 受试者流程 (图 1) 两组共 80 例患者, 随访期间, 对照组 1 例患者于治疗结束后 2 个月进入 IV 期, 发生终点事件, 试验组无终点事件发生。

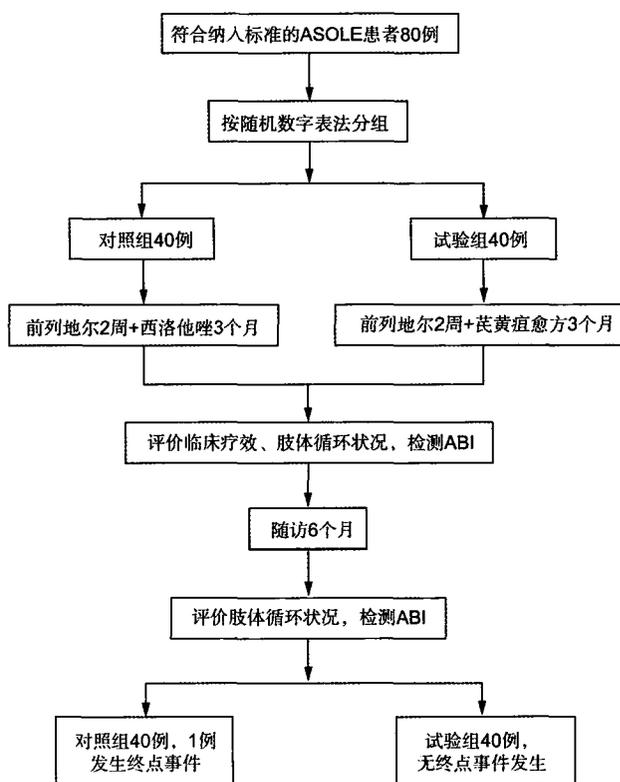


图 1 受试者流程图

2 两组临床疗效比较 (表 2) 两组愈显率比较, 差异无统计学意义 ( $\chi^2 = 0.056, P = 0.813$ ); 两组有效率比较, 差异无统计学意义 ( $\chi^2 = 0.213, P = 0.644$ )。

表 2 两组临床疗效比较

组别	例数	痊愈 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	愈显 [例(%)]	有效 [例(%)]
试验	40	4	23	11	2	27(67.5)	38(95.0)
对照	40	5	21	11	3	26(65.0)	37(92.5)

3 两组肢体循环评分比较 (表 3) 治疗前, 两组色泽、疼痛评分差异无统计学意义 (*P* > 0.05), 试验组皮肤温度评分低于对照组 (*P* < 0.05)。治疗后, 试验组色泽及疼痛评分较治疗前升高 (*P* < 0.05); 对照组皮肤温度及疼痛评分较治疗前升高 (*P* < 0.05); 试验组皮肤温度、疼痛评分低于对照组 (*P* < 0.05)。治疗结束后 6 个月, 两组患者皮肤温度、色泽、疼痛评分均较治疗前、治疗后升高 (*P* < 0.05); 试验组皮肤温度、色泽、疼痛评分均较对照组升高 (*P* < 0.05)。

4 两组各时间点 ABI 比较 (表 4) 两组治疗前 ABI 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。与本组治疗前比较, 两组治疗后、治疗结束后 6 个月 ABI 均升高 (*P* < 0.05); 试验组治疗结束后 6 个月 ABI 高于对照组 (*P* < 0.05)。

表 3 两组肢体循环评分比较 (分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	皮肤温度	色泽	疼痛
试验	40	治疗前	1.96 ± 0.74 <sup>▲</sup>	2.09 ± 0.46	1.89 ± 0.26
		治疗后	2.12 ± 0.43 <sup>▲</sup>	2.47 ± 0.31 <sup>*</sup>	2.16 ± 0.17 <sup>*</sup> ▲
		治疗结束后 6 个月	3.14 ± 0.29 <sup>*</sup> ▲▲	3.21 ± 0.62 <sup>*</sup> ▲▲	3.29 ± 0.45 <sup>*</sup> ▲▲
对照	40	治疗前	2.07 ± 0.42	2.13 ± 0.21	2.03 ± 0.37
		治疗后	2.37 ± 0.28 <sup>*</sup>	2.35 ± 0.24	2.29 ± 0.13 <sup>*</sup>
		治疗结束后 6 个月	2.87 ± 0.63 <sup>*</sup> ▲	2.79 ± 0.81 <sup>*</sup> ▲	2.94 ± 0.64 <sup>*</sup> ▲

注:与本组治疗前比较,<sup>\*</sup>P < 0.05;与本组治疗后比较,<sup>▲</sup>P < 0.05;与对照组同期比较,<sup>▲▲</sup>P < 0.05

表 4 两组各时间点 ABI 比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	ABI		
	治疗前	治疗后	治疗结束后 6 个月
试验	0.60 ± 0.19	0.68 ± 0.14 <sup>*</sup>	0.87 ± 0.11 <sup>*</sup> ▲▲
对照	0.61 ± 0.22	0.71 ± 0.18 <sup>*</sup>	0.76 ± 0.20 <sup>*</sup> ▲

注:与本组治疗前比较,<sup>\*</sup>P < 0.05;与本组治疗后比较,<sup>▲</sup>P < 0.05;与同期对照组比较,<sup>▲▲</sup>P < 0.05

5 两组不良反应比较 两组治疗后均未出现不良反应,患者血、尿、便常规,肝功能,心电图等未出现异常。

6 两组终点事件比较 随访期间试验组中未出现进入IV期或者截肢患者;对照组 1 例患者于治疗结束后 2 个月进入IV期,根据患者病情及影像学检查结果,施行球囊扩张支架植入术。

### 讨 论

ASOLE 治疗主要包括针对危险因素的治疗和改善下肢缺血两个方面。前列地尔和西洛他唑是临床指南推荐的改善下肢缺血的一线药物<sup>[6]</sup>。前列地尔为前列腺素类药物,其主要功能是扩张血管,也可以通过改变红细胞的形状来控制微循环,从而增加血氧供给<sup>[6,11,12]</sup>。西洛他唑为特异性环磷腺苷磷酸二酯酶抑制剂,主要作用是抗血小板,兼有舒张血管的作用,用于 ASOLE 患者,能使下肢血压指数上升,血流增加<sup>[6,12]</sup>。相关文献显示,前列地尔注射液单一用药有效率达 80%,联合西洛他唑有效率可达 92% 左右<sup>[12-15]</sup>,二者联合应用是目前内科治疗 ASOLE 的主要方法,但仍存在一定的副作用和明确的禁忌症等问题<sup>[1,2,4,6]</sup>。

ASO 属中医学“脱疽”范畴,是指发于四肢末端,严重时趾(指)节坏疽脱落的周围血管疾病。对脱疽的认识,最早见于《黄帝内经》,《灵枢·痈疽篇》谓“发于足指,名脱痛。其状赤黑,死不治;不赤黑,不死。不衰,急斩之,不则死矣”<sup>[16]</sup>。其后历代医家辨证施治虽各有所长,但均以“瘀血阻络”为主要病机,以“活血通络”为基本大法,临床应用虽取得了一定疗效,但多为临床经验的总结,尚缺乏系统的科学论证。根据中医

学“气血津液”、“标本虚实”及“久病入络”等理论,本课题组提出“癥积阻络”的发病观,认为脱疽患者年老发病,素体气阴两虚,气虚推动无力,气血津液输布异常,津凝为痰,血滞为瘀,痰瘀互结为癥,日久致癥积阻络,经脉不通而发病。脱疽是气阴两虚为本,经络癥积瘀结为标,且瘀血易消,而癥积日久难化,其病位在血脉,为本虚标实之证,其病机关键为“癥积阻络”,故治疗以“消癥通络”为大法,组成“芪黄疽愈方”。方中红花、鸡血藤活血化痰通络,浙贝母、海藻化痰散结,四药合用消癥通络为君药;鬼箭羽、廬虫、延胡索协助君药增强活血化瘀之效为臣药;黄芪、黄精益气养阴固本为佐药;使以牛膝引血下行。诸药合用,标本兼治,使癥积得化,经络畅通,诸症悉除。

药理学研究表明,“芪黄疽愈方”中的药物大多具有调节血脂、抗血小板聚集、抗炎、抗动脉硬化、改善肢体血液循环的作用,其中红花主要成分红花黄色素、羟基红花黄色素 A 等,在抗炎、抗血栓、抗氧化、抗细胞凋亡等方面有明确作用<sup>[17]</sup>;鸡血藤可抑制血小板聚集,从而影响动脉硬化形成过程<sup>[18]</sup>;浙贝母能降低全血黏度、抑制红细胞聚集、提高红细胞变形能力、延长凝血时间和部分凝血活酶时间<sup>[19]</sup>;海藻可有效提高 HDL-C 水平、加速 LDL-C 代谢、阻止 LDL-C 所引发的氧化应激对内皮细胞的损伤<sup>[20]</sup>。鬼箭羽能够降低其血清 TC、TG、LDL-C、血液流变学指标,升高 HDL-C<sup>[21]</sup>;廬虫提取物能够明显降低高脂血症大鼠体质量,并显著降低 TC、TG、LDL-C、肝脏脂肪含量,抑制高脂血症模型大鼠的胰脂肪酶活性,提高 HDL-C 水平<sup>[22]</sup>;左旋延胡索乙素具有抗炎作用,能减少血清脂肪酶诱导的细胞间黏附分子-1 (intercellular cell adhesion molecule-1, ICAM-1) 和 E-selectin 表达<sup>[23]</sup>;黄芪多糖具有降低血糖、增强细胞抗氧化能力、防止脂质过氧化等药理作用<sup>[24]</sup>;黄精多糖能够调节动脉粥样硬化仓鼠血脂、载脂蛋白及内皮功能紊乱<sup>[25]</sup>;牛膝多糖及其衍生物在降糖、调节血脂、抗肿瘤、增强心肌收缩力等方面发挥作用<sup>[26]</sup>。

ASOLE 是由于下肢动脉内膜增厚、管腔狭窄或闭塞导致病变肢体血液供应不足,引起下肢皮温降低、间歇性跛行、疼痛甚至出现溃疡或坏死等一系列临床表现的慢性进展性疾病<sup>[1,2,4]</sup>。皮肤温度、色泽、疼痛、ABI 是反映肢体血液供应的重要指标<sup>[6,10,27,28]</sup>,本研究通过观察相关指标在治疗后、治疗结束后 6 个月的改善状况,评定近期疗效和远期疗效。两组治疗后疼痛评分、ABI 均较治疗前升高( $P < 0.05$ );治疗结束后 6 个月,两组皮肤温度、色泽、疼痛评分、ABI 均较治疗前升高( $P < 0.05$ )。提示芪黄疽愈方或西洛他唑片联合前列地尔均可有效改善患者肢体循环。治疗后,试验组皮肤温度、疼痛评分皆低于对照组( $P < 0.05$ ),色泽评分、ABI 两组间差异无统计学意义,提示芪黄疽愈方改善患者疼痛的近期疗效略逊于西药西洛他唑片。治疗结束后 6 个月,试验组皮肤温度、色泽、疼痛评分、ABI 皆高于对照组( $P < 0.05$ )。提示芪黄疽愈方改善皮肤温度、色泽、疼痛、ABI 的远期疗效优于西洛他唑。

本研究证实芪黄疽愈方能够有效改善 ASOLE 患者临床症状、肢体血液循环。但试验仍存在不足,如样本量有限、非多中心临床研究、因药物剂型差异导致无法采用盲法等。因此,尚需进一步扩大样本量,进行多中心试验等,减少结论的偏移。同时,芪黄疽愈方的作用机制尚不明确,有必要采用现代分子生物学技术进行深入研究。

利益冲突:无。

#### 参 考 文 献

- [1] Jazwa A, Florczyk U, Grochot-Przeczek A, et al. Limb ischemia and vessel regeneration: Is there a role for VEGF? [J]. *Vascul Pharmacol*, 2016, 86: 18-30.
- [2] Conte MS, Pomposelli FB, Clair DG, et al. Society for vascular surgery practice guidelines for atherosclerotic occlusive disease of the lower extremities: management of asymptomatic disease and claudication [J]. *J Vasc Surg*, 2015, 61(3): 2S-41S.
- [3] Antonopoulos AS, Papanikolaou E, Vogiatzi G, et al. Anti-inflammatory agents in peripheral arterial disease [J]. *Curr Opin Pharmacol*, 2018, 39: 1-8.
- [4] Valkova M, Lazurova I, Petrasova D, et al. Humoral predictors of ankle-brachial index in patients with peripheral arterial disease and controls [J]. *Bratisl Lek Listy*, 2018, 119(10): 646-650.
- [5] Grebe A, Hoss F, Latz E. NLRP3 inflammasome and the IL-1 pathway in atherosclerosis [J]. *Circ Res*, 2018, 122(12): 1722-1740.
- [6] 中华医学会外科学分会血管外科学组. 下肢动脉硬化闭塞症诊治指南[J]. *中华医学杂志*, 2015, 95(24): 1883-1896.
- [7] 国家中医药管理局. 医疗机构中药煎药室管理规范[EB/OL]. <http://www.satcm.gov.cn/yizhengsi/gongzuodongtai/2018-03-25/6577.html> [2019-03-27] [2018-11-20].
- [8] 中国中医药学会脉管专业委员会. 周围血管病中医研究最新全书[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2005: 354-357.
- [9] 国家中医药管理局医政司. 22 个专业 95 个病种中医诊疗方案[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010: 229-234.
- [10] 田燕平. 踝臂指数(ABI)的测量及应用[J]. *中国医药导刊*, 2011, 13(7): 1186-1187.
- [11] 张翠霞. 前列地尔注射液的临床用药分析[J]. *中国医药指南*, 2017, 15(19): 78-79.
- [12] 牟财国, 蔡杨阳, 王弋萍, 等. 前列腺素 E1 脂微球载体制剂联合西洛他唑治疗老年下肢动脉硬化闭塞症的疗效分析[J]. *中华全科医学*, 2017, 15(3): 427-430.
- [13] 牛敏, 孙玲玲, 王太行. 下肢动脉硬化闭塞症患者应用西洛他唑联合前列地尔治疗的效果分析[J]. *中外医疗*, 2019, 11: 136-138.
- [14] 周志向, 陈圆, 周家春, 等. 西洛他唑联合前列地尔治疗下肢动脉硬化闭塞症的临床观察[J]. *中国药房*, 2017, 28(17): 2402-2405.
- [15] 卢冬喜, 于常英, 张建东. 前列地尔与西洛他唑联合治疗老年下肢动脉硬化闭塞症[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2009, 7(7): 862-863.
- [16] 李世征. 脱疽(动脉硬化闭塞症)文献辑要[J]. *实用中医内科杂志*, 2014, 28(7): 12-14.
- [17] Yue SJ, Xin LT, Fan YC, et al. Herb pair Danggui-Honghua: mechanisms underlying blood stasis syndrome by system pharmacology approach [J]. *Sci Rep*, 2017, 7: 40318.
- [18] 张浩, 王芳. 鸡血藤醇提物的体外抗血小板聚集与离体血管舒张作用研究[J]. *中国药房*, 2013, 24(35): 3271-3273.
- [19] 蒋文跃, 杨宇, 李燕燕. 化痰药半夏、瓜蒌、浙贝母、石菖蒲对大鼠血液流变性的影响[J]. *中医杂志*, 2002, 43(3): 215-216, 225.
- [20] 赵东生, 应辰骏, 赵文元. 海藻酸抗动脉粥样硬化实验研究[J]. *中国中医药信息杂志*, 2011, 18(10): 32-34.
- [21] 李宇. 鬼箭羽对血瘀证 2 型糖尿病患者血脂和血液流变学的影响[J]. *中医临床研究*, 2015, 7(16): 18-20.
- [22] 王鹏程, 吕文纲. 土鳖虫质量控制及药理作用研究进展[J]. *山东中医杂志*, 2016, 35(9): 846-848.
- [23] 唐逸丰. 延胡索化学成分与药理作用研究概况[J]. 中

医临床研究, 2018, 10(23): 144 - 146.

[24] 胡彩虹, 徐坤, 孙静, 等. 黄芪多糖对老年糖尿病大鼠糖脂代谢的影响[J]. 中国老年学杂志, 2018, 38(6): 1453 - 1455.

[25] 赵文莉, 赵晔, Yiider Tseng. 黄精药理作用研究进展[J]. 中草药, 2018, 49(18): 4439 - 4445.

[26] 胡婷婷, 张振凌. 中药牛膝化学成分、药理作用及储藏保管[J]. 中国老年学杂志, 2016, 36(7): 3321 - 3322.

[27] 吴建华, 鞠振国, 王轶, 等. 通脉穴贴膏治疗下肢动脉硬化闭塞症的临床观察[J]. 中医药导报, 2018, 24(5): 95 - 98.

[28] 唐秀明, 陈颖, 刘柱. 复律保心口服液治疗下肢动脉硬化闭塞症临床疗效观察[J]. 中医药临床杂志, 2016, 28(5): 693 - 695.

(收稿: 2018 - 11 - 20 在线: 2019 - 11 - 13)  
责任编辑: 赵芳芳

## 世界中医药学会联合会老年医学专业委员会暨中国中西医结合学会 慢病防治与管理专业委员会 2019 学术年会在北京召开

2019 年 11 月 1—3 日,世界中医药学会联合会老年医学专业委员会暨中国中西医结合学会慢病防治与管理专业委员会 2019 学术年会在北京召开,本次大会由中国中西医结合学会慢病防治与管理专业筹备委员会主办,中国中医科学院西苑医院承办。大会以“新时代·推进老年慢病防治与管理”为主题,设立特邀报告和专题报告,开展了中西医结合老年慢病防治与管理领域多方面的探讨与交流。原国家中医药管理局副局长、世界中联主席马建中教授,中国科学院院士、国医大师陈可冀教授,河北省中医院名誉院长、国医大师李佃贵教授以及来自全国的众多知名中西医结合专家、学者共 300 余人参会。

大会主席李浩教授在致辞中指出,随着世界人口老龄化的不断加剧,老年慢性疾病的防治策略越来越受到世界各国的重视。中医学经过数千年的不断的发展,在老年养生保健康复及慢病防治等方面,积累了丰富的经验,获得了良好的临床疗效。新时代的我们要勇敢地承担起自己的使命,努力提高国内外中医、中西医结合防治老年慢病的理论水平与诊疗能力。为建设健康中国、实现中国梦而努力。

大会名誉主席、国医大师陈可冀院士指出,目前我国面临艰巨的人口老龄化挑战,2018 年,我国 60 岁以上老年人口达 2.49 亿,占总人口 17.9%,80 岁以上的老年人达 2500 万,且不断增长。老年人慢性病多、听力障碍多、多病共发者多、空巢老人多,老年医学社会公众支持等也存在一些问题,虽然我国人均期望寿命达 81 岁,但健康的预期寿命仅 61 岁。保障老年人健康的任务很重。老年医学研究存在一定的难度和问题,如常存在伦理问题和研究质量低等。老年人由于一人多病,中西医治疗方面也存在一系列难点。家家都有老人,人人都会老去,老年人需要关注照顾。老年医学也应该获得社会的关注,这需要医药各界及全社会共同努力,为老年人健康安度幸福的晚年做出贡献。

原国家中医药管理局副局长、世界中联主席马建中教授表示,目前中医药已经传播到了 183 个国家和地区,在一带一路沿线国家建设了一批中医药海外中心,中医药已经纳入国际疾病分类代码。中医药发展已经上升为中国的国家战略。在近日召开的全国中医药大会上,习近平主席在对大会重要指示中强调“传承精华,守正创新”,明确提出中医药现代化、产业化。老年病不仅需要治疗,还要开发出服务于老年健康的一系列产品,这也是中医老年医学未来发展的方向。

国医大师李佃贵教授以肿瘤为例,提出浊毒是肿瘤发生发展的原因,化浊毒应贯穿肿瘤治疗的始终。北京大学第三医院临床流行病学循证医学中心主任赵一鸣教授指出,中医药临床研究过程中需要重视试验设计和伦理管理。日本杏林中医药情报研究所袁世华教授介绍了介绍了日本特色汉方的临床应用,从汉方和传统中医理论、经典方剂适应证的区别讲到日本汉方的特色药材和方剂。澳门大学郑文华教授从分子角度介绍了青蒿素在老年痴呆治疗时引起细胞内的变化。南京中医药大学战丽彬教授介绍了肠道微生物在中西医结合慢病防治中的作用,指出中医药以肠道菌群为主要评价内容或干预靶点的疾病,包括 2 型糖尿病、肥胖、冠心病、炎症性肠病等。中国中医科学院广安门医院吴敏教授在详细解读 2019 ESC 指南的基础上,深入探讨了中医药在冠心病治疗中的优势。提出今后应更加严格遵循临床随机对照试验规范,针对 CCS 患者开展中医药防治冠心病的“全链条”式高质量循证临床研究。

与会专家对中西医结合老年慢病防治与管理进行了深入的探讨。

(王松子 刘龙涛 整理)