

中药浴足联合弥可保治疗糖尿病周围神经病变 30 例

★ 徐权胜 卢利员 张火林 (广东省河源市中医院内科 河源 517000)

摘要:目的:观察中药浴足联合弥可保治疗糖尿病周围神经病变(DPN)的疗效。方法:将 60 例 DPN 患者随机分为治疗组和对照组,每组各 30 例,在糖尿病基础治疗的同时,治疗组依据辨证分型给予中药浴足,每日 1 次,同时口服弥可保 500 μg /次,每天 3 次;对照组单纯口服弥可保,观察 8 周,观察治疗前后患者症状及体征改善情况、感觉与运动神经传导速度的变化。结果:总有效率治疗组为 86.67%,明显高于对照组 63.33%,两组比较差异有统计学意义。神经传导速度情况治疗组明显优于对照组($P < 0.01$)。结论:中药浴足与弥可保联合应用能够明显减轻 DPN 患者的临床症状及改善其神经传导速度,疗效确切,值得临床推广。

关键词:辨证分型;中药浴足;糖尿病周围神经病变

中图分类号:R 587.1 **文献标识码:**B

笔者以中药浴足联合弥可保治疗糖尿病周围神经病变(DPN)取得了很好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择自 2007 年 3 月~2008 年 4 月就诊于我院门诊及住院部的 DPN 患者 60 例,符合 1999 年 WHO 糖尿病及 DPN 诊断标准^[1]:(1)症状:四肢末梢感觉异常或障碍,有麻木、灼热、发凉、蚁行感,针刺样或灼热样疼痛、闪痛或刀割样痛。(2)体征:浅感觉、震动觉及腱反射减弱或消失。(3)肌电图检查:感觉神经或运动神经传导速度减慢。(4)除外溃疡或糜烂及其他周围神经病变。60 例患者按随机数字表法分为两组,每组各 30 例。治疗组男性 16 例,女性 14 例,平均年龄(62.40 ± 7.33)岁,糖尿病平均病程(9.91 ± 4.28)年,DPN 平均病程(2.71 ± 2.58)年;对照组男性 15 例,女性 15 例,平均年龄(61.52 ± 8.45),糖尿病平均病程(9.87 ± 5.32)

8.95%^[1]。IGT 一旦转化为糖尿病,预示患者的胰岛 β 细胞有了进一步损害,病情发展到了一个新的阶段。

根据临床表现,在中医学中,IGT 属《内经》提出的“脾瘴”范畴,中医病机主要包括气虚、阴虚、燥热,后期出现痰湿内停,瘀血阻滞等^[2],但出现频率最高的是气阴两虚兼燥热型。本院自制定糖灵胶囊是临床使用多年,治疗 IGT 有显著疗效,且服用方便的纯中药制剂。近年来,本院临床医生将该药试用于治疗 IGT,取得了满意的疗效。定糖灵胶囊具有滋肾养阴,益气生津之功效,方中既有天花粉、石斛、太子参、麦冬生津之治标,又有山药、山萸肉养阴补脾肾之治本,既有五味子、山药之收,又有茯苓、泽泻、丹皮之泄,故该方具标本兼治,收泄平衡,滋阴降火,最终调和阴阳之功,能通过

年,DPN 平均病程(2.65 ± 2.61)年。经统计学处理两组患者一般资料无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 治疗组和对照组均采用常规降糖治疗,将血糖控制在正常范围,给予弥可保 500 μg /次,3 次/日,口服。在此基础上,治疗组依据中医辨证分型加用中药浴足:(1)湿热阻络型:关节红肿疼痛、发热感,舌红苔滑腻,脉弦滑。治法:清热利湿,活血通络。药用苍术 15 g、黄柏 15 g、忍冬藤 10 g、苦参 10 g、赤芍 10 g、青风藤 30 g、透骨草 30 g、炙乳没各 10 g、土茯苓 15 g、茵陈 20 g。(2)寒湿阻络型:关节发凉、局部冷痛、怕冷、病情在阴雨天加重,舌质淡苔白或腻脉沉迟。治法:散寒温经,化湿通络。药用细辛 3 g、桂枝 10 g、麻黄 10 g、赤芍 15 g、川芎 15 g、泽兰 10 g、青风藤 30 g、生黄芪 15 g、白术 15 g、蜀椒 10 g。(3)肝肾不足型:关节疼痛伴腰膝酸软、疲

整体调节作用来改善紊乱的机体内环境,从而达到截断并扭转机体由 IGT 向糖尿病转变的作用。

本临床观察表明,定糖灵胶囊治疗 IGT 疗效显著,无毒副作用,值得临床推广使用。

参考文献

- [1] 陆菊明,潘长玉,田慧,等.二甲双胍和膳食纤维在糖耐量低减人群向 2 型糖尿病发展中的干预作用[J].中国糖尿病杂志,2002,10:340-343.
- [2] 刘铜华,郑鸿雁.中医药防治糖耐量异常的思路与方法[J].国际中医中药杂志,2006,28(5):313-316.

(收稿日期:2009-01-31 责任编辑:曹征)

乏力、面色萎黄,舌质红苔少脉弦细。治法:补益气血,养肝益肾。方药:独活 15 g、桑寄生 15 g、秦艽 15 g、防风 10 g、川芎 15 g、细辛 3 g、桂枝 10 g、杜仲 15 g、牛膝 15 g、鸡血藤 30 g、川断 15 g、地龙 10 g。上药水煎后置于恒温电热桶中,将药液温度维持在 35~40℃,然后将双下肢浸入电热桶中,药液面与膝相平,每次 30 分钟,每日 1 次,4 周为一个疗程,连续治疗 2 个疗程。治疗期间停用其他影响神经病变的药物及镇痛药。

1.3 观察指标 两组患者治疗前后检测血糖、肝肾功能等指标。观察神经系统临床症状及体征(包括麻木、疼痛、无力、痉挛、震动觉、触觉、腱反射等)情况,肌电图检测治疗前后神经传导速度(NCV),包括主侧肢体的正中神经、腓神经的感觉传导速度(SNCV)和运动传导速度(MNCV)。

1.4 疗效判定标准 显效:临床症状、体征明显改善,腱反射基本恢复正常,肌电图测定 NCV 较治疗提高 >5 m/s 或恢复正常;有效:临床症状较前改善,腱反射好转,肌电图测定 NCV 较治疗前提高 3~5 m/s;无效:临床症状及腱反射无改善,各指标未达到以上标准。

1.5 统计学方法 使用 SPSS 软件进行系统分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验,临床等级资料采用 Ridit 分析。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗组中,显效 11 例,有效 15 例,无效 4 例,总有效率为 86.67%;对照组相应为 6、13、11 例,63.33%。经 Ridit 分析, $U = 1.96029$, $P < 0.05$,说明中药浴足联合口服弥可保治疗糖尿病周围神经病变疗效优于单纯口服弥可保。

2.2 两组治疗前后神经传导速度比较 见表 1。治疗后治疗组正中神经、腓总神经运动神经传导速度和感觉神经传导速度与治疗前比较均明显提高,差异有显著性($P < 0.01$),且治疗后组间比较,治疗组神经传导速度提高的幅度明显高于对照组($P < 0.01$)。

表 1 两组治疗前后神经传导速度比较

| 组别 | | MNCV | | SNCV | |
|-----|-----|----------|----------|----------|----------|
| | | 正中神经 | 腓总神经 | 正中神经 | 腓总神经 |
| 治疗组 | 治疗前 | 41.6±3.5 | 36.1±2.6 | 34.8±3.5 | 30.3±2.8 |
| | 治疗后 | 49.7±4.2 | 42.5±3.3 | 39.6±3.9 | 35.2±3.1 |
| 对照组 | 治疗前 | 41.9±3.3 | 35.8±2.7 | 34.3±3.8 | 29.8±3.2 |
| | 治疗后 | 45.8±3.9 | 38.6±2.4 | 36.1±3.4 | 33.1±2.5 |

2.3 安全性分析 (1)安全性指标检测分析:临床试验过程中,60 例患者治疗前后均进行血、尿、大便秘检查,以及肝肾功能等安全指标检测,治疗前后

均无异常变化,说明试验药物对其无明显不良影响。(2)不良反应:治疗过程中未发现明显不良反应。

3 讨论

糖尿病周围神经病变是因糖尿病引起的周围血管、神经病变及代谢障碍,造成末梢神经轴索变性及节段性髓鞘脱失使神经传导速度减慢所致。微循环障碍、血液流变学异常在其发生发展过程中起重要作用。近年来临床上广泛应用弥可保治疗 DPN,弥可保可参与物质的甲醛转换以及核酸、蛋白质和脂质的代谢,并可直接转入神经细胞刺激轴浆蛋白质合成,使轴突受损区域再生从而改善末梢神经功能^[2],获得了一定的临床疗效。糖尿病周围神经病变大致归属于中医学“痹证”、“痿证”、“脉痹”、“血痹”、“不仁”、“麻木”等。现代中医研究认为本病是消渴病日久损及肝肾,导致肝肾气阴亏损,久病入络,络脉闭阻不通则肌肤失荣,而出现肢体麻木、疼痛、局部发凉等症状,最终导致四肢萎废不用。故糖尿病周围神经病变的病机特征为本虚标实。本虚在于气阴不足,阴津耗损,兼内有虚热;标实在于痰浊闭阻,瘀血阻滞,痰瘀交阻,络脉不通。其中标实(痰瘀阻络)是糖尿病周围神经病变发病的直接病因,临床上中医辨证分型以湿热阻络型、寒湿阻络型、肝肾不足三型多见。我们在西医治疗基础上,根据中医辨证分型分别采用中药浴足:方中苍术、黄柏、土茯苓、茵陈、苦参清热利湿,忍冬藤、赤芍、青风藤、透骨草、炙乳没,活血通络用于湿热阻络型;细辛、桂枝、麻黄、蜀椒散寒温经,赤芍、川芎、泽兰、青风藤、生黄芪、白术,补气活血,化湿通络用于寒湿阻络型;独活、桑寄生、秦艽、防风、川芎、细辛、桂枝、杜仲、牛膝、鸡血藤、川断、地龙配伍共奏补益气血,养肝益肾,祛风通络之效,用于肝肾不足型。中药通过热、药的双重作用取得疗效,热能疏松腠理、活血通络,药物在热能的作用下通过皮肤孔穴、腧穴等直接吸收入血络、输布全身而发挥药效作用,可促进血液循环、扩张血管、改善末梢神经营养,从而改善糖尿病周围神经病变临床症状及体征。中药浴足疗效确切、治疗简便、依从性好,为临床治疗糖尿病周围神经病变提供了新的思路。

参考文献

- [1]叶任高,陆在英.内科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2004:787-809.
- [2]刘春翠.糖尿病周围神经病变发病机制及治疗现状[J].实用医院临床杂志,2006,3(1):90-91.

(收稿日期:2009-03-12 责任编辑:秦小珑)