

益气活血通络方足浴 治疗糖尿病周围神经病变 100 例临床观察

杨勇娟, 黄丽梅, 韦永明

(广西壮族自治区贵港市中医医院, 广西 贵港, 537100)

[摘要] 目的: 观察益气活血通络方足浴治疗糖尿病周围神经病变的临床疗效。方法: 将 200 例糖尿病周围神经病变患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 100 例, 对照组采用西医常规治疗, 治疗组在对照组治疗基础上加益气活血通络方足浴治疗。观察比较 2 组患者综合疗效及血液流变学、血脂、神经传导速度的变化情况。结果: 总有效率治疗组为 91.0%, 对照组为 65.0%, 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组血液流变学指标治疗前后组内比较及治疗后与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组治疗后血脂、神经传导速度比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 益气活血通络方足浴可明显提高糖尿病周围神经病变患者的临床疗效, 改善血液流变学, 提高神经传导速度。

[关键词] 糖尿病周围神经病变; 中药足浴; 益气活血通络方

[中图分类号] R259.872 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.02.023

糖尿病周围神经病变是糖尿病患者常见的并发症之一, 其发病率可达 25% ~ 90%, 严重影响患者的生活质量, 给家庭和社会造成经济负担^[1]。目前西医对于糖尿病周围神经病变仍未有特殊有效的治疗方法。笔者在西医常规治疗的基础上结合益气活血通络方足浴治疗糖尿病周围神经病变 100 例, 疗效显著, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将我院 2015 年 1 月至 2017 年 12 月内分泌科门诊 200 例糖尿病周围神经病变患者按就诊先后顺序随机分为 2 组。治疗组 100 例中, 男 54 例, 女 46 例; 年龄 36 ~ 80 岁, 平均 (51.80 ± 10.24) 岁; 糖尿病病程 5 ~ 22 年, 平均 (8.56 ± 6.03) 年。对照组 100 例中, 男 49 例, 女 51 例; 年龄 35 ~ 78 岁, 平均 (49.65 ± 9.84) 岁; 糖尿病病程 6 ~ 23 年, 平均 (9.17 ± 5.76) 年。2 组一般资料比较, 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 西医诊断标准 参照《中国 2 型糖尿病防治指南》^[2] 拟定。1) 有明确的糖尿病病史; 2) 在诊断糖尿病时或之后出现的神经病变; 3) 临床症状和体征与糖尿病周围神经病变的表现相符; 4) 有临床症状(疼痛、麻木、感觉异常等)者踝反射、针刺痛觉、震动觉、压力觉、温度觉 5 项检查中任 1 项异常, 无临床症状者 5 项检查中任 2 项异常, 即可诊断为糖尿病周围神经病变。

1.2.2 中医辨证标准 参照《现代中医神经病学》^[3] 拟定气虚血瘀、脉络瘀阻证辨证标准。症见肢体麻木, 肢痛, 神疲乏力, 气短懒言, 自汗畏风, 舌淡暗, 脉细涩或沉细无力。

1.3 排除标准 1) 年龄 < 35 岁或 > 80 岁; 2) 有心、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病; 3) 合并酮症酸中毒; 4) 近 1 个月有感染, 有足部溃疡或坏疽; 5) 妊娠或哺乳期妇女; 6) 其他疾病引起的周围神经病变。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。在合理饮食、适当运动、糖尿病健康教育的基础上给予控制血糖治疗, 将空腹血糖控制在 7.0 mmol/L , 餐后 2h 血糖控制在 7.8 mmol/L 以下。甲钴胺片口服, 每次 0.5 mg , 每天 3 次。高血压、高血脂患者同时给予降压、降血脂治疗。每天温水足浴 1 次。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上配合益气活血通络方足浴治疗。处方: 黄芪 40g, 当归 20g, 红花 10g, 川芎 20g, 赤芍 20g, 附子 20g, 细辛 10g, 桂枝 20g, 鸡血藤 20g, 乳香 20g, 没药 20g, 木瓜 20g。将以上药物用粉碎机研为细末, 放入专用木桶内, 加沸水 2000 ~ 3000ml, 待水温降至 38°C ~ 40°C 时, 患者将双足放入盛有药液的木桶内浸泡, 药水浸泡至踝关节以上 10cm, 每天 1 次, 每次 30min, 1 周为 1 个疗程, 连续浸泡 4 个疗程。因糖尿病周围神经病变患者感觉迟钝, 患者在浸泡过程中, 要有护士或家

人指导,浸泡结束后要及时擦干,以免受凉。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察2 组综合疗效、血液流变学、血脂、神经传导速度、不良反应。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]拟定。疗效指数 = [(治疗前积分 - 治疗后积分)/治疗前积分] × 100%。显效:中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少 ≥ 70%;有效:中医临床症状、体征均有好转,证候积分减少 ≥ 30%,但 < 70%;无效:中医临床症状、体征均无明显改善,甚或加重,中医证候积分减少 < 30%。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 15.0 统计学软件进行统计分析,计量资料用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,用 *t* 检验;计数资料采用 χ^2 检验,以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 91.0%,对照组为 65.0%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	100	58(58.0)	33(33.0)	9(9.0)	91(91.0) ^a
对照组	100	29(29.0)	36(36.0)	35(35.0)	65(65.0)

注:与对照组比较,^a*P* < 0.05。

3.4.2 2 组治疗前后血液流变学指标比较 治疗组血液流变学各项指标治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	全血黏度 (mpa·s)	全血还原黏度 (mpa·s)	血浆黏度 (mpa·s)	血浆纤维蛋白原 (g/L)
治疗组	100	治疗前	4.98 ± 1.16	8.43 ± 3.25	1.84 ± 0.36	3.26 ± 0.68
		治疗后	3.32 ± 1.21 ^{ab}	5.65 ± 3.64 ^{ab}	1.30 ± 0.26 ^{ab}	2.01 ± 0.65 ^{ab}
对照组	100	治疗前	5.02 ± 1.35	8.46 ± 3.54	1.78 ± 0.45	3.24 ± 0.77
		治疗后	5.14 ± 1.45	8.56 ± 3.51	1.76 ± 0.44	3.23 ± 0.78

注:与本组治疗前比较,^a*P* < 0.05;与对照组治疗后比较,^b*P* < 0.05。

3.4.3 2 组治疗前后血脂比较 2 组血脂各项指标治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均无统计学意义。(见表 3)

3.4.4 2 组治疗前后运动神经传导速度比较 2 组运动神经传导速度治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 4)

表 3 2 组治疗前后血脂比较($\bar{x} \pm s$,mmol/L)

组别	例数	时间节点	TC	TG
治疗组	100	治疗前	5.68 ± 0.65	1.83 ± 0.43
		治疗后	5.56 ± 0.63 ^{ab}	1.76 ± 0.36 ^{ab}
对照组	100	治疗前	5.68 ± 0.58	1.82 ± 0.37
		治疗后	5.24 ± 0.56 ^a	1.75 ± 0.35 ^a

注:与本组治疗前比较,^a*P* > 0.05;与对照组治疗后比较,^b*P* > 0.05。

表 4 2 组治疗前后运动神经传导速度比较($\bar{x} \pm s$,m/s)

级别	例数	时间节点	正中神经	尺神经	胫神经
治疗组	100	治疗前	40.15 ± 4.81	39.96 ± 4.98	30.93 ± 3.49
		治疗后	49.80 ± 7.20 ^{ab}	53.15 ± 5.21 ^{ab}	37.68 ± 4.25 ^{ab}
对照组	100	治疗前	40.10 ± 4.70	40.15 ± 5.21	31.20 ± 5.12
		治疗后	44.32 ± 4.26 ^a	46.48 ± 5.23 ^a	33.06 ± 4.87 ^a

注:与本组治疗前比较,^a*P* < 0.05;与对照组治疗后比较,^b*P* < 0.05。

4 讨 论

糖尿病周围神经病变是糖尿病常见的慢性并发症之一,现代医学比较公认糖尿病周围神经病变是在糖代谢紊乱基础上多种因素共同作用的结果,高血糖引起微血管受损,血管内皮细胞损害,导致微细血管基底膜增厚,微血栓形成,造成管壁内脂肪和多糖类沉积使管腔狭窄,血液黏滞度增高使血管易被纤维蛋白与血小板聚集堵塞,引起神经纤维缺血、营养障碍及神经变性等^[5]。西医除有效控制血糖外,多采用 B 族维生素、血管扩张剂、钙拮抗剂、醛糖还原酶抑制剂及神经营养因子等对症治疗,但效果欠佳。

糖尿病周围神经病变属中医学“消渴”“痹证”范畴,消渴日久,气阴两虚,气虚血瘀,络脉不畅,四肢筋脉肌肉失于濡养,阴损及阳,阳不达四末,便会出现指端麻木、疼痛及舌暗淡有瘀点,根据其麻木无力、怕冷等症状,其病机特点当以气虚血瘀为主。“气为血之帅,血为气之母”,气虚不能行血,血脉瘀滞,不通则痛,气血无法运行至四肢末梢,则筋脉失养,肌肤不仁。益气活血、化瘀通痹为本病的根本治疗法则。结合长期的临床观察,拟定益气活血通络方足浴治疗本病。方中重用黄芪为君,益气固表升阳;当归、川芎为臣药,益气养血活血,主治血瘀证,尤其是气虚而运行无力以致气滞血瘀,经脉不通者,有活血祛瘀而无伤血之妙;赤芍、红花、乳香、没药活血祛瘀;鸡血藤、木瓜通经活络;附子、桂枝、细辛温肾助阳。现代药理研究表明,黄芪可明显增

补肺汤加减方对类风湿关节炎合并肺间质病变患者肺功能及运动耐力的影响

郭振华, 吴 丹, 王 昱

(陕西省西安市第五医院, 陕西 西安, 710082)

[摘要] 目的:探讨补肺汤加减方对类风湿关节炎合并肺间质病变(RA-ILD)患者肺功能及运动耐力的影响。方法:将RA-ILD患者52例随机分为治疗组和对照组,每组各26例。对照组采用西医常规治疗,治疗组采用补肺汤加减方治疗。观察比较2组6min步行距离(6MWD)及肺功能[单位肺泡容积的一氧化碳弥散量占预计值百分比(DLCO%)、百分肺活量(VC%)、用力肺活量占预计值百分比(FVC%)、第1秒用力呼气末容积占预计值百分比(FEV1%)]。结果:2组DLCO%、VC%、FVC%、FEV1%、6MWD治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:补肺汤加减方治疗RA-ILD,能显著改善患者肺功能,增强运动耐力。

[关键词] 类风湿关节炎合并肺间质病变;肺功能;运动耐力;补肺汤加减方

[中图分类号] R259.932.2, R259.63

[文献标识码] A

DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.02.024

类风湿关节炎合并肺间质病变(RA-ILD)是类风湿关节炎在肺部损害的主要表现,早期无明显症状、体征,随病情进展,就诊常出现咳嗽、咳痰、胸闷、气短、乏力、呼吸困难等症状,严重影响患者生活质量,晚期常因呼吸衰竭而引起死亡^[1]。RA-ILD的治疗在临床上常给予糖皮质激素和免疫抑制剂,有一定的疗效,但长期应用常引起骨质疏松,易合并肺部感染等不良反应^[2]。RA-ILD属于中医学“肺痹”“肺癆”范畴,其病机为本虚标实,以本虚为主,肺气虚,或肺肾两虚,标实表现为痰瘀互结。笔者在西医常规治疗的基础上采用补肺汤加减方治疗RA-ILD 26例,取得了较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2016年3月至2018年3月

本院内科门诊就诊的RA-ILD患者52例,随机分为2组,每组各26例。治疗组中,男9例,女17例;年龄31~65岁,平均 (45.6 ± 16.6) 岁;RA病程2.2~12.3年,平均 (6.2 ± 5.3) 年。对照组中,男8例,女18例;年龄27~70岁,平均 (46.9 ± 15.3) 岁;RA病程3.1~10.6年,平均 (6.5 ± 4.9) 年。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 类风湿性关节炎(RA)根据《类风湿关节炎诊断及治疗指南》^[3]制定。1)关节受累情况:1个中到大关节(0分),2~10个中大关节(1分),1~3个小关节(2分),4~10个小关节(3分),超过10个小关节(5分);2)血清学:RF和抗CCP抗体均阴性(0分),RF或抗CCP抗体低滴度阳性(2分),RF或抗CCP抗体高滴度阳性(3分);

第一作者:郭振华,男,医学硕士,主治医师,研究方向:呼吸系统疾病与危重症的中医诊疗

通讯作者:王昱,女,医学硕士,副主任医师,研究方向:呼吸系统疾病的中医诊疗, E-mail:459370703@qq.com

强机体免疫力,抑制血小板凝集,防止血栓形成;川芎、当归、红花、鸡血藤有明显增加血管通透性,改善血液流变学,帮助周围神经修复的作用^[6]。足浴是中医是传统的治疗方法,利用浸泡将药物的功效直接渗透致病所,药力集中,有利于改善局部微循环,改善远端的神经功能,且简单易行,易于操作,无毒副作用,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 谢隆宾. 补阳还五汤配合中药浴足治疗糖尿病周围神经病变

疗效观察[J]. 四川中医, 2014, 32(12): 110.

[2] 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:电子版, 2015, 7(3): 53.

[3] 鲍远程. 现代中医神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003: 9.

[4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002: 233.

[5] 王维治. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006: 233.

[6] 徐晓玉. 中药药理学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2010: 63, 166.