

# 弥可宝和中药联合治疗糖尿病足 13 例疗效观察

董绍贵

(浙江省中医学院附属金华市中医医院 金华 321017)

关键词:糖尿病足;中西医结合疗法;弥可宝;胰岛素;口服降糖药;温经通络散;中药熏洗

中图分类号:R 587.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)02-0043-02

糖尿病足是周围动脉闭塞病变与周围神经病变,是糖尿病患者的一种常见慢性并发症,其发病因素涉及神经、血管和感染。糖尿病患者 12 年后合并周围动脉闭塞病变与周围神经病变增加 12%<sup>[1]</sup>,治疗比较棘手。本院采用温经通络散熏洗配合弥可宝肌注,治疗早期糖尿病足取得较好疗效。

## 1 临床资料

**1.1 病例选择** 本组病例为本院住院及门诊病人,按 WHO 规定糖尿病诊断标准,周围动脉闭塞诊断标准参照 wagner 分级法 0 级:为皮肤无开放性病灶,表现肢体端供血不足,皮肤凉,颜色紫褐,麻木刺痛、灼痛,感觉迟钝或丧失,兼有足趾或足的畸形,间歇性跛行。深浅感觉明显减退,跟腱反射、膝反射明显减退消失。肌电图检查腓总神经、胫神经有传导障碍。排除其他原因下肢周围动脉闭塞与周围神经病变患者。

**1.2 一般资料** 26 例糖尿病 2 型病人,男 13 例,女 13 例;年龄 43~76 岁;病程 4~33 年。入选标准符合 WHO 糖尿病诊断标准及 wagner 分级法 0 级。

## 2 治疗方法

在应用胰岛素、口服降血糖药综合的基础上,达到血糖基本控制理想。对照组弥可宝 500ug 肌肉注射,每日 1 次,3 周为 1 个疗程;治疗组在肌肉注射弥可宝的同时加用我院自制温经通络散熏洗。温经通络散组成:白芷、独活、五加皮、海风藤、伸筋草、枳壳、花椒、艾叶、桂枝、苏叶各等分。上药混合打粉过目筛分装 50g 使用时加入沸水闷 4~5min,先热气熏蒸患处,待水温在约 36~40℃ 时,将下肢浸没患处。水温下降,随时增加热水,温度基本保持恒定。每日 2 次,3 周 1 个疗程,使用时防烫伤,连用 2 个疗程。

英 30g,芡实 15g,白术 15g,金樱子 15g,丹参 25g,牛膝 15g。连服 15 剂,同时口服降糖与降血压药。服药后精神转佳,体力渐增,血糖降至 7.0mmol/L,血压 130/88mmHg;尿常规:GLU(-),PRO(-),24h 尿白蛋白定量 1.5g。后以上方为基础去牛膝,加山药 15g、山萸肉 15g,连服 2 个疗程,血糖稳定在正常值,PRO(-)。

## 5 体会

糖尿病肾病(DN)属中医消渴病“下消”范畴,是糖尿病的主要并发症及死亡原因之一,而糖尿病肾病蛋白尿,则归属“精微下注”、“精气下泄”证,属于“虚劳病”范畴,常与“水肿”病同时并存。消渴常循上消伤肺,继而中消伤脾,最终下消伤肾之途径演变。始于上焦湿热蕴结,终于气虚阴伤,阴损及阳,湿热瘀血相壅,既失封藏而精微下泄,蛋白流失,又致湿邪留连,水毒不去,虚实相间,甚为复杂。糖尿病

## 3 结果

**3.1 疗效评定标准** 显效:症状明显改善或消失,腱反射基本恢复正常,肌电图神经传导较前增加 $\geq 5\text{m/s}$ 。有效:症状改善、腱反射感觉有恢复,肌电图神经传导较前增加 $\leq 5\text{m/s}$ 。无效:深浅感觉及腱反射感觉无改善,肌电图无改善。

**3.2 疗效结果** 经 2 个疗程治疗,弥可宝组显效 4 例(30.7%),有效 5 例(38.5%),无效 4 例(30.7%),总有效率 69.2%;联合组显效 6 例(46.1%),有效 5 例(38.5%),无效 2 例(15.3%),总有效率 84.6%。

**3.3 2 组治疗前后 MNCV 及 SNCV 测定结果比较见表 1。**

表 1 治疗前后传导速度比例( $\bar{X} \pm S$ ) m/s

组别		治疗前	治疗后
腓总神经	治疗组	30.5 $\pm$ 2.2	35.39 $\pm$ 2.2
	对照组	30.1 $\pm$ 2.5	29.7 $\pm$ 2.2
胫神经	治疗组	29.1 $\pm$ 2.6	35.20 $\pm$ 2.2
	对照组	28.6 $\pm$ 2.5	28.9 $\pm$ 2.6

注:治疗组与对照组治疗前、对照组治疗前后比较, $P > 0.05$ ,无差异;治疗组治疗前后比较, $P < 0.05$ ,有差异。

## 4 讨论

现代医学对周围动脉闭塞与周围神经病变发病机制,目前尚未完全清楚,认为糖尿病病人长期处于高血糖状态,机体代谢障碍,葡萄糖得不到充分氧化利用,血管基底膜增厚,加之滋养维生素缺乏,使神经营养障碍,缺血缺氧,神经细胞肿胀变性,轴突、鞘膜代谢失常。应用维生素 B<sub>12</sub> 治疗,对改善症状有一定疗效,选用弥可宝主要促进核酸、蛋白的合成,促进轴索内输送和轴索再生,促进髓鞘的形成,恢复神经键的传导延迟和神经传达物质减少。在注射弥可宝同时合用温经

5~10 年以上,多导致糖尿病肾病,蛋白尿又是其最重临床表现。有人发现透过肾小球的尿蛋白,对肾有直接毒性作用,尿蛋白本身就是肾病进展、恶化的单一因素。因此,探讨中医药防治糖尿病肾病早期蛋白尿,对中止或延缓出现终末期肾病极有意义。根据糖尿病肾病病程较长、本虚标实、气虚血瘀特点,用较大剂量黄芪以补气,黄芪量大功胜人参,且有利尿运血之妙;益母草用于肾小球疾病已有多多年,期望两药配伍以改善糖尿病肾病早期肾小球系膜细胞增生、基质积聚,阻止肾小球硬化;土茯苓、蒲公英以祛湿毒;白术、芡实、金樱子以敛精固摄减少蛋白下泄,以减轻尿蛋白对肾之毒性损害。据临床观察糖尿病肾病初期微量蛋白尿,在有效控制血糖基础上,依本方法调治确有疗效。

(收稿日期:2004-08-11)

# 扶正托毒法为主治疗糖尿病合并足部溃疡 16 例

仇绍晨

(辽宁省盘锦市中医院四病区 盘锦 124000)

关键词 糖尿病 ; 并发症 ; 足部溃疡 ; 中西医结合疗法 ; 扶正托毒法 ; 中药煎剂 ; 清创 ; 降糖药 ; 抗生素

中图分类号 R 587.2

文献标识码 B

文献编号: 1671-4040(2005)02- 0044-01

糖尿病合并足部溃疡是祖国医学中“消渴”之变证,属“痈疽”范畴。糖尿病数年后,多易并发本症,故又称为“糖尿病足”。该症与足部微循环障碍及周围神经病变有关。临床表现为足趾、足跟或内外踝部位破溃、流脓、色紫暗或灰白,久不收口,疼痛轻重不一(与足部末梢神经病变程度有关)。并发足部浅静脉炎或淋巴管炎时可见病变周围红肿热痛,甚则全身发热等严重感染。笔者用扶正托毒法为主辨证施治,配合局部清创包扎,取得一定疗效。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 在 16 例中,男 10 例,女 6 例;年龄 41~75 岁之间,平均年龄 57.5 岁;病程(指足部溃疡)半个月~5 个月不等;曾经接受正规治疗 7 例(病程均在 3 个月以上),间断性接受门诊换药治疗者 5 例,未曾特殊处理 4 例。本组病例不包括因动脉硬化闭塞或脉管炎所致足趾坏疽者,因该症多为外科截肢适应症。

1.2 临床表现 足趾部溃疡、渗出较多、并足背红肿者 9 例,足跟部溃疡伴病灶周围皮肤明显角化者 4 例,单纯足外踝部溃疡 1 例,第 4 足趾及足跟溃疡伴周围明显红肿热痛、全身发热者 2 例。

## 2 治疗方法

所有病例均经严格无菌清创,切去坏死组织后,外敷雷佛奴尔纱条包扎,严格控制血糖。中药治以益气托毒、扶正祛邪之法。方药组成:生黄芪 30g、当归 15g、穿山甲(炒) 9g、皂角刺 15g、川芎 10g、苍术 10g、知母 10g、葛根 20g、牛膝 10g。口干渴多饮加黄精 15g、玉竹 10g、花粉 15g,食欲不振加炒白术 15g、陈皮 10g、焦三仙各 20g,发热明显者加双花 15g、牛蒡子 10g,便溏者加山药 20g、肉桂 6g。每日 1 剂,分早晚 2 次水煎服。部分感染较重者配合静滴抗生素治疗。

## 3 治疗结果

住院时间最短 7d,最长 2 个月,平均住院 19d。足趾溃疡 9 例中,足背红肿消失、溃疡面完全愈合 6 例;3 例创面明显缩小,尚有少量渗出,自行出院。足跟溃疡 4 例中 3 例痊愈,1 例明显好转,自行出院。单纯足外踝部溃疡 1 例,痊愈出院。

足趾并足踝溃疡 2 例中,1 例痊愈出院,1 例足趾痊愈,足跟未完全痊愈。总有效率 100%,治愈率 62.5%。

## 4 典型病例

张某,男,41 岁。患糖尿病 6 年,患病期间口服各种降糖药,但血糖控制不理想,半年前自觉双足趾麻木,足跟增厚感。半个月前,左足外踝部起水泡 1 处,直径约 2.5cm,破溃后脓水渗出较多。左足第 4 趾外侧破溃直径约 1cm,脓水臭秽,创面周围红肿明显,曾到某诊所换药处理数次,创面无明显改善,随入院治疗。入院时餐后 2h 血糖 18.5mmol/L,足背及胫后动脉尚明显。入院后给予胰岛素皮下注射控制血糖,静滴抗生素,局部清创,去掉坏死组织,充分暴露创面,外敷雷佛奴尔纱条包扎。治以益气托毒、清热解毒之法(中药方略)。服药 1 周,局部渗出明显减少,创面周围肿胀减轻,仍皮色暗红。继续服药至 2 周,足踝部溃疡愈合,足趾溃疡面有少量渗出,肿胀消失,皮色暗。服药至 20d,足趾溃疡完全愈合出院。随访 2 个月未复发。

## 5 讨论

糖尿病合并足部溃疡较为常见,其发生与代谢异常、周围神经受损有关,也与血液动力学改变后导致的周围神经循环障碍有着直接关系。糖尿病日久,皮肤营养不良,往往出现皮肤粗糙、脱屑,毛发稀疏、脱落。皮肤脆弱,极易损伤,特别是足部收到摩擦、挤压后,即可能形成较大溃疡,如处理不当,迁延不愈。临床治疗该证较为棘手,单纯换药处理,往往收效缓慢。中医认为,消渴日久,气血亏虚,正不胜邪,脾气不足,肌肤失养,致溃疡久不收口。黄芪益气托毒,辅以当归、川芎,养血活血;山甲、皂刺消散通透,软坚溃脓;苍术健脾燥湿;知母、葛根滋阴健脾;牛膝引诸药下行;共奏扶正祛邪、去腐生新之功。现代药理研究证实,黄芪、当归、川芎等具有激活人体免疫、改善血液动力学状态、扩张小动脉、改善微循环等作用。可见,扶正托毒之法在治疗本病中具有重要意义。值得注意的是,黄芪宜选生黄芪,益气托毒之力较强,且无炙黄芪助火益毒之弊。

(收稿日期: 2005 -01 -18)

通络散熏洗。糖尿病中医称之为“消渴”,其主要病机为阴虚燥热,并常因此而变证百出,如“肺癆”、“雀盲”、“疮疖”、“痈疽”。糖尿病足可归属到中医之“痹证”等范畴,如不积极治疗也会变生为“痈疽”。其本质是本虚标实之证,由于消渴病日久,燥热伤阴耗气,使正气日虚,气血阴阳不足,脏腑功能减退,外邪乘虚入中,致脏腑功能紊乱气血阴阳失调,痰浊瘀血痹阻经络而发病。温经通络散中,白芷祛风湿胜湿,散结消肿;独活祛风湿胜湿,止痛;海风藤祛风湿,通络止痛;伸筋草祛风散寒,除湿消肿,舒筋活血;五加皮祛风湿,补肝肾,强筋

骨;花椒散寒除湿止痛;艾叶逐寒湿;桂枝温经通络,通阳祛瘀;枳壳破气消结;苏叶行气散寒。现代医学证实桂枝镇痛,扩张血管;独活抑制血小板凝集,抗血栓。熏洗法在热能作用下通过皮肤吸收药物,促进血液循环,起到活血化痰、祛风除湿功效。中西药合用,改善微循环,增加神经组织供血供氧,改善周围动脉闭塞,促进周围神经损伤修复,取得较好疗效。

## 参考文献

[1]许樟荣.糖尿病足与周围动脉闭塞症[J].国外医学·内分泌分册, 2004,24(5):312

(收稿日期: 2005 -01 -04)