

# 加味补阳还五汤治疗糖尿病周围神经病变 32 例临床分析

李春红

(河南省尉氏县人民医院 尉氏 475500)

关键词:糖尿病;周围神经病变;中西医结合疗法;加味补阳还五汤;降糖药

中图分类号:R 587.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0023-02

糖尿病周围神经病变是糖尿病最常见的并发症, 临床表现为四肢麻木、疼痛、蚁行感、出汗异常、腱反射减弱或消失、神经传导速度减慢等。西医治疗多采用神经营养药或镇静止痛药, 疗效慢且不显著。为提高疗效, 笔者近年来采用加味补阳还五汤治疗此病, 疗效满意。现总结报道如下:

### 1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例共 64 例, 随机分为 2 组。治疗组 32 例, 男 20 例, 女 12 例; 年龄 39~60 岁; 病程 1 月~18 年; 其中 1 型糖尿病 2 例, 2 型糖尿病 30 例。对照组 32 例, 男 18 例, 女 14 例; 年龄 37~61 岁; 病程 1 月~20 年; 其中 1 型糖尿病 3 例, 2 型糖尿病 29 例。2 组病例一般资料基本相同 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.2 诊断标准 糖尿病诊断符合 WHO 诊断标准<sup>[1]</sup>, 伴有明显手套、袜套样分布的肢体麻木、疼痛等感觉异常, 运动障碍和植物神经功能紊乱症状, 符合糖尿病周围神经病变诊断<sup>[2]</sup>。

### 2 治疗方法

2.1 一般治疗 2 组均积极控制糖尿病的血糖水平, 包括饮食控制、个体化运动、口服降糖药及胰岛素注射, 使血糖控制在 7.0mmol/L 以下。

2.2 对照组 弥可保针 0.5mg, 隔日 1 次肌肉注射; 维生素

B<sub>1</sub> 片 20mg, 每日 3 次口服; 地巴唑 20mg, 每日 3 次口服。4 周为 1 个疗程, 并判断疗效。

2.3 治疗组 在西药常规治疗基础上给予加味补阳还五汤治疗。处方: 黄芪 30g, 生地 30g, 山药 30g, 薏苡仁 30g, 鸡血藤 30g, 当归 15g, 川芎 15g, 桃仁 15g, 红花 15g, 地龙 15g, 赤芍 12g。加减: 肢体疼痛明显者加乳香 9g、没药 9g, 麻木甚者加豨莶草 30g、木瓜 15g, 肢冷者加肉桂 6g, 烦渴甚者加知母 12g。每日 1 剂, 水煎 2 次后混匀, 分 2 次早晚服, 4 周为 1 个疗程, 并判断疗效。

### 3 疗效观察

3.1 疗效标准 显效: 四肢感觉障碍如麻木、疼痛等症状消失, 腱反射减弱明显改善, 肌电图传导速度明显改善。有效: 四肢感觉障碍如麻木、疼痛等症状减轻, 腱反射减弱有所恢复, 肌电图传导速度有所改善。无效: 症状、体征及肌电图检查无好转或有加重。

3.2 治疗结果 见表 1。治疗组总有效率为 93.8%, 对照组总有效率为 78.1%, 2 组比较差异有显著意义 ( $P < 0.01$ )。

表 1 2 组疗效比较 例

	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	32	24	6	2	93.8
对照组	32	10	15	7	78.1

### 3 讨论

DPN 的发病机理目前有多种学说: (1) 代谢紊乱学说: 糖代谢异常, 细胞内三梨醇增多, 渗透压升高, 细胞肿胀, 高血糖又可使神经蛋白质非酶糖基化, 脂类和蛋白质代谢异常, 最终改变神经细胞的结构和功能, 引起节段性髓鞘脱失性改变, 神经传导速度减慢。病理检查亦证实神经细胞轴突萎缩变性, 甚至消失, 神经节段性或弥漫性皱缩或脱髓鞘。(2) 微血管病变学说: 微循环障碍, 毛细血管基底膜肿胀、增生、透明性变, 血管壁有脂肪和糖蛋白沉积, 致使毛细血管狭窄, 血流受阻, 缺血缺氧, 神经营养障碍。(3) 血液流变学异常: DM 患者血液呈“高黏滞综合征”表现, 血液黏度增加, 红细胞变形能力下降, 凝血功能亢进, 血流缓慢, 神经供血供氧不足。(4) 其它因素: 自身免疫因素异常、神经营养因子缺乏、维生素缺乏、遗传因素等对 DPN 的发生发展也起一定作用<sup>[3]</sup>。

考虑到 DPN 的发病机理复杂, 参与因素众多, 彼此间相互影响, 故对 DPN 治疗应从多系统、多环节、多层面、多靶点综合治疗, 以求获得理想疗效。针对病因病机我们在糖尿病的基础治疗上选用弥可保 + 葛根素治疗。弥可保又名甲钴胺 (CH<sub>3</sub>-B<sub>12</sub>, 化学名甲基钴胺素), 是维生素 B<sub>12</sub> 的衍生物, 参与体内一碳单位 (甲基) 代谢, 促进核酸、蛋白质、磷脂的生物合成, 使髓鞘形成和突触再生, 修复受损的神经纤维, 提高传

导速度。葛根素注射液是豆科植物葛根中提取的单体—异黄酮化合物, 其治疗 DPN 的机理是: (1) 改变血流动力: 降低血液黏度, 抑制血小板聚集, 减少血浆纤维蛋白原含量<sup>[4]</sup>。(2) 改善微循环: 可能是通过增加血浆的内皮素含量, 降低肾素和血管紧张素 II 的水平, 从而实现扩张微动脉, 改善微循环, 增加神经的血氧供应<sup>[5]</sup>。(3) 改善代谢: 抑制醛糖还原酶活性, 减少三梨醇、果糖生成, 抑制蛋白质非酶糖基化水平等。通过临床观察, 弥可保联合葛根素注射液治疗 DPN 是通过作用于糖尿病的多个代谢环节使受损的神经修复和再生<sup>[6]</sup>, 从而达到改善临床症状、提高神经传导速度的作用, 故其疗效确切。

### 参考文献

[1] 刘自力, 吴兆利. 精神安汤剂治疗糖尿病周围神经病变的临床研究 [J]. 四川中医, 2006, 24 (3): 46

[2] 许曼音, 陆广华, 陈名道. 糖尿病学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2003. 16~17

[3] 邓尚平. 临床糖尿病学 [M]. 成都: 四川科学技术出版社, 2000. 287

[4] 单艳华, 张勇刚, 王运, 等. 葛根素注射液治疗急性脑梗塞疗效观察 [J]. 四川中医, 2006, 24 (7): 47

[5] 李淑梅, 刘斌, 陈海芬, 等. 葛根素注射液对急性心肌梗塞患者血浆内皮素及血管紧张素系统的影响 [J]. 中国中西医结合杂志, 1997, 17 (6): 339~340

[6] 段有金, 王韵颖, 三轮一智, 等. 五种中药对蛋白质非酶糖基化的抑制作用 [J]. 中国糖尿病杂志, 1998, 6 (4): 227

# 中西医结合治疗急性胰腺炎临床疗效观察

周慧芬 徐安姝

(浙江省江山市中医院 江山 324000)

**摘要:**目的:探讨急性胰腺炎中西医结合治疗的疗效。方法:收集 2001 年 12 月~2006 年 6 月间我科收治的 28 例急性胰腺炎病例,必须是采用中西药结合治疗的,并对其疗效进行回顾性分析。结果:25 例轻型胰腺炎,无 1 例重型化,无并发症,平均治愈时间 10.5d。3 例重型胰腺炎中仅 1 例并发胰周脓肿,平均治愈时间 23.0d。结论:中西医结合治疗急性胰腺炎,具有较理想的治疗效果,可明显减少并发症,降低病死率,缩短住院时间,节省医疗费用。

**关键词:**急性胰腺炎;中西医结合疗法;红藤煎;善得定;抑肽酶;抗生素

**中图分类号:**R 657.51

**文献标识码:**B

**文献编号:**1671-4040(2007)04-0024-02

急性胰腺炎(Acute Pancreatitis, AP)的治疗问题目前仍是学术上的一个研讨热点。中医中药治疗疾病主要是通过口服药液发挥作用,鉴于 AP 的病理生理特点,中药治疗 AP 临床医师难免有一定顾虑。我科 2001 年 12 月~2006 年 6 月采用中西医结合治疗 AP 28 例,效果良好。现总结报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 28 例 AP 患者,男 16 例,女 12 例;最小年龄 17 岁,最大年龄 69 岁,平均年龄 41 岁;既往有胆道病史者 8 例(28.6%),反复发作胰腺炎 5 例(17.8%),胰管结石 2 例(7.1%)。

1.2 临床表现 多数发病诱因与饮酒、进食高脂或暴饮暴食有关,5 例为肝胆道术后并发。28 例均以腹痛、腹胀及或恶心呕吐等症入院。其中中上腹痛 23 例,全腹痛 5 例,伴呕吐者 20 例,发热 18 例,白细胞升高者 21 例,血淀粉酶升高 20 例,23 例尿淀粉酶升高,腹膜炎伴血性腹水 4 例,23 例彩超检查示胰腺局部或全胰增大。

1.3 治疗方法 AP 发病初期均用西医治疗或抢救。西医治疗主要措施为:(1)抗休克和液体疗法;(2)抑制胰腺分泌;包

## 4 典型病例

患者男,59 岁,2003 年 10 月 26 日初诊。自述有糖尿病病史 10 年余,在多家医院诊断为 2 型糖尿病,口服多种降糖药,血糖水平未监测,近半年来口渴多饮,短气乏力,双下肢麻木疼痛,以肢端为重,夜间尤甚,影响正常工作和学习。曾服用神经营养药及止痛药,效果欠佳。查体:皮肤干燥发凉,无肌肉萎缩,双下肢呈袜套样感觉减退,腱反射减弱;肌电图示腓神经传导速度减慢;空腹血糖 9.1mmol/L。舌质暗,苔白,脉细弱。诊断为糖尿病周围神经病变,证属气阴两虚,血脉瘀滞,治宜益气养阴,活血化瘀,给予加味补阳还五汤,每日 1 剂,10d 后症状明显减轻,25d 后诸症完全消失,随访 2 个月,无复发。

## 5 讨论

糖尿病周围神经病变属中医“消渴、血痹、痿证”范畴<sup>[1]</sup>。消渴病的病因病机为阴虚燥热,消渴日久,气阴两虚,气虚血滞,脉络瘀阻,筋脉失养,不通则痛,故中医治疗以益气养阴、活血通络为主。补阳还五汤出自《医林改错》,是益气活血、疏通经络的代表方剂,笔者辨证加味运用。方剂中黄芪补气,力大功宏,使气旺而促血行;生地养阴清热;山药、薏苡仁补气养阴;当归补血活血;赤芍、川芎、桃仁、红花入血分,活血化瘀,通调血脉;鸡血藤活血通络,止痛;地龙气腥而窜,搜经通

括禁食,胃肠减压和应用生长抑素(善得定)及一些抑制胰酶活性的药物(抑肽酶)等;(3)预防性应用抗生素,控制高血糖;(4)营养和代谢支持;(5)保护重要脏器的功能;(6)镇痛解痉等。25 例轻型 AP 在腹痛缓解、呕吐停止后加服中药治疗,3 例重型 AP 在急性炎症反应缓解、有肠鸣音时开始服用中药。中药方用“红藤煎”加减:红藤 25g,丹皮 15g,赤芍 12g,乳香 10g,没药 10g,紫花地丁 15g,延胡 10g,枳实 10g,厚朴 10g,大黄 10g(后下),柴胡 12g,黄芩 15g,陈皮 15g,木香 10g,甘草 5g。水煎成 500mL,分次口服,每日 1 剂。

1.4 治愈标准 患者症状、体征均消失,实验室检查(血、尿淀粉酶)正常,B 超或 CT 检查结果正常。

1.5 治疗结果 25 例轻型 AP,无 1 例发生重型化,无明显并发症,平均治愈时间 10.5d。3 例重型 AP 出现胰周脓肿 1 例,无死亡病例,平均治愈时间为 23.0 d。

## 2 讨论

2.1 红藤煎加减方的作用 中医学认为 AP 多为肝郁气滞、脾胃升降失调、湿热内蕴所致。笔者以红藤煎为主药,方中红藤、丹皮、延胡、乳香、没药活血化瘀止痛;红藤、丹皮、紫花地

络:全方共奏益气养阴、活血通络之效。  
现代医学认为糖尿病周围神经病变的发病机理为:糖尿病病情未能有效控制,血糖长期增高,能量代谢及脂质代谢异常,使机体处于高血糖、高血脂、高血黏及高血凝状态,以及糖尿病本身造成微血管内皮细胞增生和毛细血管基底膜增厚,引起微血管狭窄或闭塞,神经组织发生缺血、缺氧改变。现代药理学认为,黄芪能明显提高机体免疫力,降低血糖;山药、薏苡仁有显著降低血糖的作用;桃仁、红花、川芎可降低血黏度、血小板黏附、纤维蛋白原而改善微循环和组织缺氧,从而改善神经功能;当归有增强免疫、抗菌及镇静的作用<sup>[4-5]</sup>:诸药合用,具有降低血糖、改善微循环、增强机体免疫力和抵抗力、促进机体修复的功效。

## 参考文献

[1]蒋国彦.实用糖尿病学[M].北京:人民卫生出版社,1992.94~110  
[2]朱文炳,毛悦时.糖尿病周围神经病变[A].见:陈灏珠.实用内科学[M].第 11 版.北京:人民卫生出版社,2001.2 409~2 410  
[3]方药中,邓铁涛.实用中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,1985.478,556~571  
[4]方文贤,宋崇顺,周立孝.医用中药药理学[M].北京:人民卫生出版社,1998.899  
[5]赵素霞,程再兴,李连玲.薏苡仁药理研究新进展[J].河南中医,2004,24(2):83~84

(收稿日期:2007-01-22)