

中西医结合治疗糖尿病周围神经病变 30 例临床观察

徐红梅 滕涛

(山东省泰安市中医医院 泰安 271000)

摘要:目的:观察中西医结合对糖尿病周围神经病变的治疗效果。方法:在基础降糖的前提下,将临床诊断为糖尿病周围神经病变的 60 例患者随机分为两组,其中对照组 30 例,予弥可保肌注;治疗组 30 例,予弥可保肌注,并给予中药活血通络合剂;两组均以 1 个月为 1 个疗程,连用 2 个疗程。结果:经临床观察,治疗组在改善临床症状、提高神经传导速度方面均优于对照组($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗糖尿病周围神经病变的疗效优于单纯西药治疗。

关键词:糖尿病周围神经病变;中西医结合疗法;弥可保;活血通络合剂

中图分类号:R 587.2 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.017

糖尿病周围神经病变是严重影响糖尿病患者身体健康最常见的慢性并发症之一。近年来,随着糖尿病发病率的急剧升高,糖尿病周围神经病变的发病率也呈明显上升趋势^[1]。本病病情复杂,痛苦较大,严重影响患者的生活质量。目前对糖尿病周围神经病变的治疗虽然有降糖、B 族维生素营养神经、改善微循环等综合治疗方案,但疗效仍不够满意。笔者于 2007 年 3 月~2009 年 3 月运用活血通络合剂合并弥可保治疗糖尿病周围神经病变 30 例,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例均为泰安市中医医院内分泌科门诊及住院患者,随机分为治疗组 30 例与对照组 30 例。治疗组男 17 例,女 13 例;年龄 33~67 (50.73 ± 7.54) 岁;病程 3~20(8.55 ± 2.17) 年。对照组男 14 例,女 16 例;年龄 31~65(48.57 ± 7.33) 岁;病程 3~21(8.63 ± 3.14) 年。两组病例一般资料比较,无显著差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 全部符合 1999 年 WHO 制定的糖尿病诊断标准,确诊为 2 型糖尿病。糖尿病周围神经病变诊断标准(参考 1993 年上海全国糖尿病慢性并发症专题会议糖尿病周围神经病变的诊断标准):

的损伤^[4],破坏了胃黏膜屏障,同样也可破坏 HP 的细胞膜,产生抑制和杀灭作用^[5]。

残胃不同手术方式引起胆汁反流及 HP 感染率差异很大,本组病例中毕氏 I 式术后 16 例,胆汁反流率 25.0%,毕氏 II 式术后 32 例,胆汁反流率 75.0%;伴胆汁反流组 HP 感染率 14.3%,不伴胆汁反流组 HP 阳性率 65.0%,两组间差异性显著 ($P<0.05$)。原因可能是:(1)反流的胆汁提高残胃内 pH,不利于 HP 的生存;(2)反流的胆汁损伤胃黏膜,并破坏 HP 细胞膜;(3)胆汁酸可抑制 HP 的生长。

综上所述,胆汁反流及 HP 感染是残胃病变的重要因素,残胃 HP 感染与胆汁反流有明显相关性。

(1)糖尿病病史;(2)两肢呈对称性感觉障碍、麻木刺痛、烧灼痛、腿疼痛、痛温觉减弱、触觉异常、腱反射减退;(3)运动障碍主要表现为肢软乏力,手、足肌肉麻痹或萎缩;(4)神经传导速度测定:运动神经传导速度(MNCV)及感觉神经传导速度(SNCV)均显著减慢。

1.3 治疗方法 基础治疗:所有患者采用糖尿病饮食和合理的体育锻炼,口服降糖药物或给予胰岛素治疗以控制血糖。对照组在基础治疗基础上予弥可保注射液 0.5mg 肌注,每日 1 次。治疗组在基础治疗基础上予弥可保注射液 0.5mg 肌注,每日 1 次,并给予中药活血通络合剂(熟地、当归、赤芍、鸡血藤、川芎、丹参、水蛭、全蝎、黄芪、桑枝、牛膝等)每次 200mL,每日 2 次。两组均以 1 个月为 1 个疗程,连服 2 个疗程。

1.4 观察指标 观察治疗前后两组临床症状、神经传导速度及血脂变化。

1.5 统计方法 计量资料用($\bar{X}\pm S$)表示,比较采用 t 检验;计数资料比较用 χ^2 检验;临床等级资料比较用 Ridit 分析。操作均在统计软件 SPSS13.0 上进行, $P<0.05$ 为有统计学意义, $P<0.01$ 为有显著统计学意义, $P>0.05$ 为无统计学意义。

HP 感染可能是毕氏 I 式术后残胃的主要病因,而胆汁反流是毕氏 II 式术后残胃病变的主要因素。毕氏 II 式术后较毕氏 I 式术后胆汁反流发生率高,伴胆汁反流者 HP 感染率明显降低。

参考文献

[1]张正坤,郭进华.胃次全切除术后残胃病变的内镜分析[J].中华消化内镜杂志,2000,17(2):113
[2]赵景涛,刘玉兰.消化内科学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2000.40
[3]朱云华.返流性胃炎与幽门螺杆菌相关胃炎[J].内镜,1993,10(3):148
[4]Arroyo AJ,Huyghe WA.Entergastic refluxmimicking gallbladder: detection,quantitation and potential signifcancee [J].Nuel Med Technol,1999,27(3):207-214
[5]庄彦华,沙瑞华,付浩然.残胃炎与幽门螺杆菌感染[J].中华消化内镜杂志,1999,16(2):117

(收稿日期:2010-03-10)

1.6 疗效判定标准 显效:临床主要症状、体征消除或明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$;SNCV 及 MNCV 较治疗前增加一个标准差以上或恢复正常;实验室检查指标恢复正常,或较治疗前下降 30%以上。有效:临床主要症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$;MNCV 及 SNCV 较治疗前增加不足一个标准差;实验室检查指标较治疗前下降 10%~29%。无效:临床主要症状体征、MNCV 及 SNCV 未达到上述标准;实验室检查无改善或较治疗前下降 10%以下。

2 治疗结果

2.1 两组治疗前后中医单项证候比较 治疗组治疗 2 个月后四肢疼痛、肢端麻木、四肢发凉、感觉障碍、肢软无力、头晕失眠症状改善有显著统计学意义($P<0.01$),舌苔改善有统计学意义($P<0.05$),脉象有好转趋势但无显著差异;对照组四肢疼痛、四肢发凉和感觉障碍症状改善有统计学意义($P<0.05$)。详见表 1。提示:治疗组在改善中医证候方面明显优于对照组。

表 1 两组治疗前后中医单项证候比较 ($\bar{X}\pm S$) 分						
证候	n	治疗组		n	对照组	
		治疗前	治疗后		治疗前	治疗后
四肢疼痛	27	3.31±1.74	1.57±1.33 ^{▲▲}	27	3.32±1.66	2.33±1.56 ^{▲*}
肢端麻木	27	3.06±1.69	1.38±1.38 ^{▲▲}	26	2.93±1.61	2.27±1.77 [*]
四肢发凉	24	2.83±1.84	1.58±1.31 ^{▲▲}	23	2.76±1.82	1.80±1.66 [▲]
感觉障碍	25	2.89±1.78	1.26±1.31 ^{▲▲}	24	2.88±1.84	2.23±1.74 ^{▲*}
肢软无力	26	2.78±1.66	1.17±1.24 [▲]	27	2.93±1.68	1.93±1.67 [*]
头晕失眠	25	1.83±1.02	1.03±1.00 ^{▲▲}	26	1.93±0.96	1.73±1.43 [*]
口干多饮	20	1.75±1.37	1.10±1.12	22	1.73±1.24	1.16±1.12
舌苔	24	0.78±0.40	0.51±0.50 [▲]	22	0.73±0.44	0.53±0.50
脉象	23	0.78±0.42	0.58±0.50	24	0.76±0.42	0.63±0.48

注:与治疗前比较,▲ $P<0.05$,▲▲ $P<0.01$;组间比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后神经传导速度比较 治疗前两组各指标比较均无统计学意义($P>0.05$),治疗组治疗 2 个月后感觉神经传导速度和运动神经传导速度改善均有显著统计学意义($P<0.01$),对照组改善无统计学意义($P>0.05$)。详见表 2。提示:治疗组能明显改善糖尿病周围神经病变患者的神经传导速度。

表 2 两组治疗前后感觉神经传导速度和运动神经传导速度比较 ($\bar{X}\pm S$) m/s						
组别	n	感觉神经		运动神经		
		腓总神经	正中神经	腓总神经	正中神经	
治疗组	治疗前 30	41.17±4.61	40.20±4.45	40.99±4.53	40.00±4.30	
	治疗后 30	45.56±5.38 [▲]	44.51±4.54 [▲]	46.17±4.56 [▲]	43.75±4.32 [▲]	
对照组	治疗前 30	40.36±5.00	39.67±4.38	40.15±4.12	40.10±4.64	
	治疗后 30	41.95±5.56 [*]	41.63±5.13 [*]	42.11±4.68 [*]	41.92±4.75 [*]	

注:与治疗前比较,▲ $P<0.01$;组间比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组治疗前后血脂比较 两组总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)治疗前后比较均无统计学意义($P>0.05$),组间比较无统计学意义($P>0.05$)。详见表 3。提示:两组血脂在整个试验中均控制在规定范围内,从而排除了由于血脂波动对研究结果产生的影响,使治疗前后的神经传导速度具有可比性。

表 3 两组治疗前后血脂比较 ($\bar{X}\pm S$) mmol/L

项目	n	治疗组		n	对照组	
		治疗前	治疗后		治疗前	治疗后
TC	30	5.70±0.66	5.51±0.63 [▲]	30	5.66±0.56 [*]	5.51±0.55 ^{▲*}
TG	30	1.84±0.42	1.78±0.35 [▲]	30	1.82±0.38 [*]	1.70±0.36 ^{▲*}

注:与治疗前比较,▲ $P>0.05$;组间比较,* $P>0.05$ 。

2.4 综合疗效比较 综合中医证候和神经传导速度的改善情况,治疗组总有效率为 83.3%,对照组总有效率为 67.7%,经 Ridit 分析, $P<0.05$,有统计学意义。详见表 4。提示:治疗组对糖尿病周围神经病变有更好的治疗作用。

表 4 两组综合疗效比较 例					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	7	18	5	83.3
对照组	30	1	19	10	66.7

3 讨论

糖尿病周围神经病变的发生机制相当复杂,一般认为与维生素缺乏有关,近年来大量研究证实,还与血管病变、代谢紊乱以及神经生长因子减少有关。高血糖、高血脂、血液的高黏高凝状态,特别是微血管内皮增生、基底膜增厚、微循环障碍,均可引起神经组织缺血缺氧,导致神经纤维退行性变化和脱髓鞘改变。甲钴胺(弥可保)是目前临床上公认的治疗糖尿病周围神经病变的药物,其通过甲基化的功能参与体内甲基转移作用,参与核酸、蛋白质及卵磷脂的合成,并促进髓鞘形成和轴突再生,从而修复受损的神经细胞,改善神经传导速度。临床研究证实,单纯甲钴胺对糖尿病周围神经病变引起的疼痛麻木及感觉减退有一定治疗作用,但效果不十分满意^[2]。

中医^[3]认为:“久病入络”、“久病必瘀”。后世医家根据糖尿病周围神经病变临床表现主要为肢体末端麻木、疼痛,多将其归入“痹证”及“痿证”范畴。消渴日久不愈,耗气伤阴,阴损及阳,终致气阴两虚,肝肾不足,以致脉络瘀阻,血脉失和,属本虚标实,故治疗以益气养阴、平补肝肾、化瘀通络为主。中药方中黄芪益气健脾;熟地养阴生津;当归养血活血;赤芍、川芎凉血活血;全蝎、水蛭搜风通络,活血止痛,长于透络,功力虽猛,但不伤正气;藤类药物活血化瘀,通络。其中黄芪、丹参经现代药理学证实具有降血糖、促进周围神经再生的作用^[4]。水蛭含水蛭素,具有抗凝、扩张血管、降低血液黏稠度、改善循环和组织缺血缺氧等作用,可使组织得到充分的营养供给,神经功能得到改善^[5]。总之,中西医结合治疗糖尿病周围神经病变可降低血糖、改善微循环、改善感觉障碍症状。本研究结果证实,中西药并用对糖尿病周围神经病变有较好的疗效,值得临床推广使用。

肾炎消白颗粒联合怡开注射液治疗早期糖尿病肾病

刘松 魏昱杰 张碧海 王涛
(黑龙江省中医研究院 哈尔滨 150036)

摘要:目的:观察肾炎消白颗粒联合怡开注射液治疗早期糖尿病肾病的疗效。方法:将 90 例患者随机分为治疗组 45 例、对照组 45 例,两组均在良好控制血糖基础上加用怡开注射液,治疗组联合肾炎消白颗粒,疗程 12 周,观察治疗前后尿微量白蛋白(UAER)、尿素氮(BUN)、血肌酐(Scr)、糖化血红蛋白(HbA1c)、空腹血糖(FPG)的变化。结果:两组各指标治疗前后比较差异具有显著性($P<0.05$),两组治疗后各指标比较差异具有显著性($P<0.05$)。结论:在西药常规治疗的基础上加用中药肾炎消白颗粒治疗早期糖尿病肾病,疗效明显优于单用西药治疗。

关键词:肾炎消白颗粒;怡开注射液;早期糖尿病肾病;中西医结合疗法

中图分类号:R 587.2 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.018

糖尿病肾病(DN)是常见的糖尿病慢性微血管并发症之一,早期表现为微量蛋白尿,继之出现临床蛋白尿,最后进展为慢性肾功能不全,终末期肾衰(ESRD)是 DN 病人的主要死亡原因。在早期逆转 DN 微量蛋白尿,阻止 DN 进展意义重大。笔者观察肾炎消白颗粒联合怡开注射液治疗早期糖尿病肾病患者 45 例,取得满意疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均来自我院内分泌科病房,共 90 例,随机分为两组,治疗组 45 例,其中男 22 例,女 23 例,病程 5~15 年,年龄 42~68 岁;对照组 45 例,其中男 23 例,女 22 例,病程 5~14 年,年龄 41~65 岁。经统计学检验,两组一般资料差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 参照 2003 年《中国糖尿病防治指南》,符合以下三条之一者即可诊断为糖尿病:(1)有糖尿病症状(如多尿、多食、不明原因的消瘦),随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dL);(2)空腹血糖 $\geq 7\text{mmol/L}$ (126 mg/dL);(3)75g 葡萄糖糖耐量试验(OGTT)2h 血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dL)。同时符合早期 DN 诊断标准,即按照 Mogensen^[1]诊断标准,尿微量白蛋白排泄率(UAER)在 20~200 $\mu\text{g/min}$ 之间。

1.3 排除标准 (1)伴有心血管、脑、肝脏和造血系统等严重原发性疾病患者,过敏体质或对多种药物过敏者;(2)年龄在 40 岁以下或 70 岁以上,妊娠或哺乳期妇女,或对本治疗措施不能耐受者;(3)无法合作者,如精神病患者;(4)其他肾脏病或全身疾病引起的蛋白尿或肾功能不全;(5)对于 DN 的加重因素,如感染、水电解质平衡紊乱及严重的酸中毒、严重心功能不全等难以控制者;(6)未按规定用药,资

料不全者。

1.4 治疗方法 所有患者均予优质低蛋白糖尿病饮食、适量运动、胰岛素或口服药控制血糖,并每日注射怡开注射液 40IU。治疗组在此基础上加用肾炎消白颗粒(黄芪、土茯苓、党参、山药、女贞子、薏苡仁、菟丝子、熟地黄、枸杞子、白茅根、益母草、芡实)10g,3 次/d,疗程 12 周。两组于治疗前后分别测定 UAER、BUN、Scr、HbA1c、FPG。

1.5 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计软件,所得数据用均数 $\pm$ 标准差表示,两均数比较用 t 检验。

2 治疗结果

2.1 两组治疗前后 UAER、BUN 和 Scr 水平 见表 1。

表 1 两组 UAER、BUN 和 Scr 水平比较 ($\bar{X}\pm S$)									
组别	n	UAER($\mu\text{g/min}$)		BUN(mmol/L)		Scr($\mu\text{mol/L}$)		治疗前	治疗后
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后		
治疗组	45	74.6 $\pm$ 28.1	41.5 $\pm$ 19.7 [△] *	8.5 $\pm$ 1.1	6.5 $\pm$ 0.7 [△] *	164.3 $\pm$ 96.1	83.1 $\pm$ 60.5 [△] *		
对照组	45	69.8 $\pm$ 22.1	54.8 $\pm$ 19.3 [△]	8.6 $\pm$ 0.8	7.4 $\pm$ 0.8 [△]	168.4 $\pm$ 87.5	110.6 $\pm$ 71.1 [△]		

注:与本组治疗前比较,[△] $P<0.05$;与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组治疗前后 HbA1c、FPG 水平 见表 2。

表 2 两组 HbA1c、FPG 水平比较 ($\bar{X}\pm S$)					
组别	n	FPG(mmol/L)		HbA1c(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	45	10.41 $\pm$ 2.67	6.65 $\pm$ 1.27 [△] *	8.62 $\pm$ 1.63	6.43 $\pm$ 1.36 [△] *
对照组	45	10.44 $\pm$ 2.57	7.81 $\pm$ 1.45 [△]	8.74 $\pm$ 1.56	7.12 $\pm$ 1.64 [△]

注:与本组治疗前比较,[△] $P<0.05$;与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

糖尿病肾病的病因和发病机制比较复杂,是多种因素相互关联和相互影响的,估计与长期高血糖、蛋白非酶糖化和氧化应激反应造成的微循环障碍有关。高血压、血流动力学改变、遗传学等因素也可能参与糖尿病的发生^[2]。患者可由于长期代谢紊乱,肾小球基膜增厚,进行性肾小球系膜扩张压迫毛细血管,在毛细血管范围内形成微小循环障碍,导致毛细血管内壁损伤^[3]。怡开注射液主要成分胰激肽原酶是一种蛋白水解酶类,具有扩血管、抗氧

参考文献

[1]王霞娟,卜瑞芳,邓振霞.醛固酮与糖尿病及其并发症的关系[J].医学研究生学报,2007,20(5):548-552

[2]北京弥可保观察协作组.甲钴胺治疗糖尿病神经病变的临床观察[J].中华内科杂志,1999,38(1):14-17

[3]林兰,魏军平.第五次全国中西医结合糖尿病学术研讨会会议纪要[J].中国中西医结合杂志,2000,20(11):875-877

[4]方有生.党参、黄芪、丹参等中草药合剂对周围神经再生影响的实验研究[J].中华手外科,1988,14(3):181

[5]苏冬月,翟绍忠.凯时与赛来乐联合治疗糖尿病周围神经病变临床观察[J].中国实用神经疾病杂志,2008,11(7):29

(收稿日期:2009-12-18)