

对照组 ( $P < 0.05$ )。

表 1 两组临床疗效比较 例

| 组别  | n  | 治愈 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) |
|-----|----|----|----|----|---------|
| 观察组 | 36 | 28 | 6  | 2  | 94.4*   |
| 对照组 | 32 | 12 | 13 | 7  | 78.1    |

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$ 。

2.4 两组治疗前后中医积分比较 见表 2。观察组及对照组均能改善中医症状评分,观察组优于对照组 ( $P < 0.05$ )。

表 2 两组治疗前后中医积分变化的比较 ( $\bar{X} \pm S$ ) 分

| 组别  | n  | 治疗前         | 治疗后          |
|-----|----|-------------|--------------|
| 观察组 | 36 | 17.15± 1.95 | 9.06± 1.53** |
| 对照组 | 32 | 16.23± 1.86 | 10.45± 1.45* |

注:与治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,\*\* $P < 0.05$ 。

2.5 两组治疗前后 24 h 尿蛋白定量、尿红细胞数检测结果比较 见表 3。观察组及对照组尿红细胞数及尿蛋白量均降低,观察组优于对照组 ( $P < 0.05$ )。

表 3 两组治疗前后尿蛋白定量、尿沉渣红细胞数比较 ( $\bar{X} \pm S$ )

| 组别  | n  | 尿蛋白(g/24 h) |              | 尿红细胞(个/HP)  |              |
|-----|----|-------------|--------------|-------------|--------------|
|     |    | 治疗前         | 治疗后          | 治疗前         | 治疗后          |
| 观察组 | 36 | 2.78± 0.94  | 0.56± 0.39** | 42.58± 8.69 | 7.19± 3.01** |
| 对照组 | 32 | 2.86± 0.87  | 1.25± 0.91*  | 41.97± 9.28 | 15.12± 4.21* |

注:与治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,\*\* $P < 0.05$ 。

2.6 随访 观察组实证组无复发,虚证组复发 2 例,结合中药治疗痊愈,随访半年无复发;对照组复发 7 例。

### 3 讨论

过敏性紫癜性肾炎(HSPN)是指过敏性紫癜(HSP)引起的肾实质损害,是小儿最常见的继发性肾小球疾病。本病西医目前多采用激素及免疫抑制剂治疗,疗效不确切,副作用大,病情不易控制,少部分甚至发展为肾衰竭。本病属于中医“血尿、溺血、水肿”范畴。其病机多为患者素有血热内蕴,又易为外感、饮食、虫毒、药物或化学毒素所诱发,风

热相搏,灼伤血络,以致迫血妄行,外溢肌肤为紫癜,热蕴于下焦,内伤肾阴,络脉烁伤,则出现尿血、少尿,甚则浮肿、热毒伤肾,肾失固摄,脾气受伤,则精微下泻,可有不同程度的蛋白尿。

刺络放血主要通过清热解毒、活血祛瘀、通经活络、消肿止痛、清热开窍等途径来调整人体,使人体脏腑阴阳达到平衡,起到治疗疾病的目的。近年来对刺络疗法的现代研究可归纳为以下几方面:(1)刺络疗法对血液系统有良好的双向调节作用。一方面通过改善微循环和血管功能,使机体中的有害物质从机体中清除出去,并使有益物质及时补充到血液循环中去,从而使机体恢复正常的生理功能。另一方面通过改善微循环阻止炎症过度反应和促进炎症的恢复。(2)刺络疗法有很好的镇痛作用。(3)刺络疗法可以提高人体免疫功能,激发体内的防御功能,增强自身的免疫力。(4)刺络疗法具有增加肾血流量、减少尿蛋白等作用。现代医家多认为过敏性紫癜性肾炎其病机初期以实为主;久病反复,中后期以虚为主,并认为瘀血贯穿疾病的始终。过敏性紫癜性肾炎患者实证选用合谷、曲池、血海、委中、尺泽及少商,具有调理肠胃、行气活血、凉血解毒的作用。虚证患者选用脾俞、肾俞、足三里、阴陵泉、太溪和三阴交,具有运化水湿、疏通经络、补益脾肾、养血柔肝的功效。本实验研究证明采用刺络放血疗法治疗过敏性紫癜性肾炎,临床疗效显著,能有效控制过敏性紫癜性肾炎的血尿和蛋白尿,缩短紫癜的消退时间。刺络放血疗法不失为治疗紫癜性肾炎的一种好方法,进一步拓宽了中医外治法的范围。

#### 参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.18-19  
 [2]叶任高.临床肾脏病学[M].第 2 版.北京:人民卫生出版社,2007.232-237  
 (收稿日期:2014-01-21)

## 电针联合 α-硫辛酸治疗糖尿病周围神经病变疗效观察

张雅琴<sup>1</sup> 张玲<sup>1</sup> 付星<sup>2#</sup>

(1 甘肃省平凉市华亭县第一人民医院 华亭 744100;2 北京市朝阳区中医医院 北京 100025)

**摘要:**目的:观察电针联合 α-硫辛酸治疗糖尿病周围神经病变的疗效。方法:选取我院 60 例糖尿病周围神经病变患者,随机分成实验组(30 例)和对照组(30 例),两组均进行基础治疗,对照组采用甲钴胺 500 μg/d 肌肉注射,实验组采用电针联合 α-硫辛酸 600 mg/d 避光静脉滴注治疗。结果:实验组肢体刺痛、麻木、灼热、蚁行感、感觉减退的改善率分别为 79.3%、79.2%、61.5%、73.3%、75.0%,均明显高于对照组,神经传导速度的增加值也高于对照组,两组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:电针联合 α-硫辛酸治疗糖尿病周围神经病变疗效满意,且无明显不良反应,是一种安全、有效的治疗方法,值得推广应用。

**关键词:**糖尿病;周围神经病变;电针;α-硫辛酸

中图分类号:R587.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.023

糖尿病周围神经病变是糖尿病常见的慢性并发症之一,病变影响中枢神经及周围神经,后者尤为常见,患病率 10%~96%不等<sup>[1]</sup>。在病程长的 2 型糖尿病中常见,临床症状以对称性肢体刺痛、麻木、

灼热、蚁行感、感觉减退为主要特征,尤以下肢感觉神经最早受累,严重影响患者的生活质量。自 2010 年 4 月~2013 年 10 月,我院在对糖尿病周围神经病变患者积极控制血糖的同时给予电针联合 α-硫

# 通讯作者:付星,E-mail:0404035@163.com

辛酸治疗,取得良好的临床疗效。现报告如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 4 月~2013 年 10 月在我院内二科就诊的 2 型糖尿病患者 60 例。入选病例符合 1999 年 WHO 糖尿病诊断标准,同时符合下列标准:(1)肢端感觉异常:有麻木、刺痛、蚁行等感觉异常,10 g 尼龙丝检查阳性<sup>[2]</sup>;(2)膝腱反射减退或消失;(3)除外其他疾病引起的周围神经病变;

表 1 两组患者一般资料比较 ( $\bar{X} \pm S$ ) 例

| 组别  | n  | 男  | 女  | 年龄(年)    | 糖尿病病程(年) | 周围神经病变病程(年) | 空腹血糖(mmol/L) | 糖化血红蛋白(%) | 踝肱比      |
|-----|----|----|----|----------|----------|-------------|--------------|-----------|----------|
| 实验组 | 30 | 17 | 13 | 61.8±7.8 | 12.6±4.2 | 5.2±0.6     | 8.9±3.6      | 8.6±4.2   | 1.3±0.32 |
| 对照组 | 30 | 19 | 11 | 61.4±8.3 | 12.1±4.0 | 4.8±0.7     | 8.5±3.8      | 8.7±3.8   | 1.2±0.29 |

1.2 治疗方法 两组均给予相同的基础治疗,具体包括:(1)制定糖尿病饮食标准,适当运动;(2)根据患者全身状况及血糖水平,分别给予胰岛素或口服降糖治疗,将血糖控制在空腹 6~7 mmol/L,餐后 2 h 7~10 mmol/L;(3)合并高血压的患者,将血压控制在 130/80 mmHg 左右;(4)合并高脂血症的患者,将 LDL-胆固醇控制在 2.6 mmol/L 以下;HDL-胆固醇控制在 1.0 mmol/L 以上,甘油三酯控制在 1.5 mmol/L 以下;(5)改善末梢循环:口服阿司匹林肠溶片 100 mg/d 及静滴马来酸桂哌齐特注射液 240 mg/d,连续应用 3 周。在基础治疗基础上,实验组给予电针联合  $\alpha$ -硫辛酸治疗:(1)生理盐水注射液 250 mL+ $\alpha$ -硫辛酸 600 mg,1 次/d,避光静脉滴注;(2)电针取穴:以肩髃、曲池、内关、合谷、足三里、血海、膈俞、委中、三阴交、阳陵泉等为主穴,根据辨证分型及疼痛部位适当配穴。选用 28 号 1.5~2 寸不锈钢毫针,用提插、捻转补法,选用四川恒明科技开发有限公司生产的 HM6805-II 经穴治疗仪,连续波,频率调至 100 次/min,留针 30 min,每周针 5 次,隔 2 d 后继续下 1 个疗程。对照组采用甲钴胺 500  $\mu$ g/d,肌肉注射。两组疗程均为 3 周,3 周后统计疗效。

1.3 观察指标 感觉异常减轻的程度,神经传导速度改变的程度,监测治疗前后血糖、血压、血脂、血尿常规、肝肾功能等指标的变化,观察药物不良反应。

1.4 疗效判定标准 显效:症状明显改善,肌电图神经传导速度增加 5 m/s 以上或恢复正常;有效:患者自觉临床症状减轻,肌电图神经传导速度增加小于 5 m/s;无效:临床症状无改善,肌电图神经传导速度无变化。

1.5 统计学分析 应用 SPSS11.0 统计软件处理数据。计量资料以( $\bar{X} \pm S$ )表示,根据数据性质,实验组、对照组数据比较用  $t$  检验、 $\chi^2$  检验与 fisher 精确

(4)均在院外使用过扩血管及维生素 B<sub>12</sub> 等营养神经的药物。将 60 例糖尿病周围神经病变患者随机分为实验组和对照组,两组患者性别、年龄、糖尿病病程、糖尿病周围神经病变病程、空腹血糖、糖化血红蛋白、踝肱比等经比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。见表 1。所有患者均履行告知义务,并签署知情同意书,不违背医学伦理。

概率法, $P<0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 临床疗效 实验组、对照组治疗 3 周后,肢体刺痛、麻木、灼热、蚁行感、感觉减退均有不同程度地改善。实验组症状改善效果优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 2。

表 2 两组治疗前后症状改善比较 有效例数/治疗前例数(%)

| 组别  | 肢体刺痛                     | 麻木                       | 灼热                      | 蚁行感                      | 感觉减退                    |
|-----|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 实验组 | 23/29(79.3) <sup>#</sup> | 19/24(79.2) <sup>*</sup> | 8/13(61.5) <sup>#</sup> | 11/15(73.3) <sup>#</sup> | 9/12(75.0) <sup>#</sup> |
| 对照组 | 11/26(42.3)              | 11/25(44.0)              | 2/9(22.2)               | 4/13(30.8)               | 4/13(30.8)              |

注:与对照组比较,\* $P<0.05$ ,<sup>#</sup> $P<0.01$ 。

2.2 两组治疗前后肌电图变化比较 实验组、对照组治疗 3 周后,运动神经传导速度(MCV)、感觉神经传导速度(SCV)均有所变化,对两组神经传导速度增加差值进行  $t$  检验,实验组增加值高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表 3。

表 3 两组治疗前后运动神经传导速度变化比较 ( $\bar{X} \pm S$ ) m/s

| 组别  | n   | MCV                   |                       | SCV                   |                       |
|-----|-----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|     |     | 正中神经                  | 腓浅神经                  | 正中神经                  | 腓浅神经                  |
| 实验组 | 30  | 39.8±3.3              | 32.7±3.9              | 33.1±2.6              | 32.9±4.6              |
|     | 治疗前 | 49.9±2.9              | 44.6±3.5              | 45.5±4.5              | 48.2±5.5              |
|     | 差值  | 10.1±1.4 <sup>#</sup> | 11.9±1.9 <sup>#</sup> | 12.4±2.3 <sup>*</sup> | 15.3±2.9 <sup>#</sup> |
| 对照组 | 30  | 38.0±2.7              | 33.8±4.5              | 32.6±3.6              | 34.6±3.4              |
|     | 治疗前 | 40.1±2.9              | 39.2±4.5              | 39.1±5.0              | 36.4±3.4              |
|     | 差值  | 2.1±0.4               | 5.4±1.7               | 6.5±1.7               | 1.8±0.4               |

注:与对照组比较,\* $P<0.05$ ,<sup>#</sup> $P<0.01$ 。

2.3 不良反应 两组均无明显不良反应。

## 3 讨论

糖尿病周围神经病变是糖尿病的常见慢性并发症,其病因及发病机制尚不完全清楚,较为接受的是代谢学说和血管学说<sup>[3]</sup>。近年来氧化应激在糖尿病发病机制中的作用引起人们的广泛关注<sup>[4]</sup>。高血糖引起线粒体电子传递链过氧化物(ROS)产生过多,它们通过多元醇通路、己糖胺通路、糖基化终产物形成、蛋白激酶 C 激活等,增加体内氧化应激反应,损伤血管内皮功能,加上血流动力学改变,血液黏稠度增高,营养神经的小动脉舒张功能障碍,血流灌注减少,神经传导速度下降,导致神经缺血缺

氧,引起轴突变性和脱髓鞘改变,氧化应激还可导致许多神经营养因子减少,神经纤维的再生能力减低。以上因素共同促进糖尿病血管神经并发症的发生发展<sup>[9]</sup>。 $\alpha$ -硫辛酸是一种强有力的抗氧化剂,它可以通过清除自由基以及再生其他抗氧化剂发挥氧化作用,增加神经营养血管的血流量,增加 $\text{Na}^+\text{-K}^+\text{-ATP}$ 酶的活性,使周围神经能量消耗的通路恢复,修正神经肽缺陷,促进神经纤维再生,加快神经传导速度。本组研究结果显示,实验组肢体刺痛、麻木、灼热、蚁行感、感觉减退等总体症状改善率明显优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

中医文献中虽无周围神经病变的病名,但对该病早有认识,相关论述见于“痹症、痿证”等病证当中<sup>[6]</sup>。中医认为消渴日久、气阴两虚、久病入络、肌肤筋脉无以濡养会出现肢体麻木、刺痛、无力等症,针刺治疗本病是根据经络与脏腑在生理病理上相互影响的机制,通其经脉,调其血气。临床选取肩髃、曲池、内关、合谷、足三里、血海、膈俞、委中、三阴交、阳陵泉等穴共奏补益肝肾、行气活血化瘀等功效。近年研究发现,针刺具有提高糖尿病周围神经

病变的神经传导功能、增加神经血管流量、改善神经缺血缺氧、促进微血管生长、降低神经突触前肾上腺能反应等多种协调作用<sup>[7]</sup>。本组研究结果也显示,实验组神经传导速度优于对照组。综上所述,在积极控制血糖的基础上,采用电针联合 $\alpha$ -硫辛酸治疗糖尿病周围神经病变临床疗效显著,且无明显不良反应,是一种安全、有效的治疗方法,值得推广应用。

参考文献

[1]廖二元,莫朝晖.内分泌学(下册)[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2007.11  
 [2]McGill M,Molyneuz L,Yue DK.Use of the Semmes-Weinstein 5.07/10 gram monofilament: the long and the short of it[J].Diabet Med,1998,15(7):615-617  
 [3]潘长玉.Joslin 糖尿病学[M].第14版.北京:人民卫生出版社,2007.5  
 [4]苏会璇.糖尿病神经病变的发病机制[J].临床神经病学杂志,2003,16(5):314-315  
 [5]胡仁明,樊东升.糖尿病周围神经病变临床诊疗规范[J].中国糖尿病杂志,2009,17(8):638-640  
 [6]吴耀持,施茵,吴焕淦.针灸治糖尿病周围神经病变的临床研究概况[J].陕西中医学院学报,2004,22(2):6  
 [7]谌剑飞,丁萍,沈晶,等.针刺对糖尿病性周围神经病变垂体-肾上腺轴激素和免疫细胞因子的影响[J].中国针灸,2002,22(4):255-257

(收稿日期:2014-01-13)

## 中西医结合治疗脑出血后脑积水 32 例临床分析

黄必胜

(广西河池市中医医院 河池 547000)

**摘要:**目的:分析中西医结合用药治疗脑出血后脑积水的临床效果。方法:选取 64 例脑出血后脑积水患者,平均分成试验组和对照组各 32 例,对照给予单纯西药治疗,试验组给予中西医结合治疗,比较两组的临床疗效和神经功能缺失情况。结果:试验组患者总有效率明显高于对照组患者, $P<0.05$ ,差异有统计学意义;两组患者治疗后的神经功能缺损评分均明显低于本组治疗前, $P<0.05$ ,差异有统计学意义;治疗后试验组患者神经功能缺损评分明显低于对照组患者, $P<0.05$ ,差异有统计学意义。结论:中西医结合治疗脑出血后脑积水效果明显好于单纯应用西药治疗,神经功能缺失情况也大有改善,建议临床广泛推广使用。

**关键词:**脑出血;脑积水;中西医结合疗法;临床分析

中图分类号:R743.34

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.04.024

随着人们生活压力的增大和生活节奏的增快,脑出血等神经血管疾病的发生率在大大增加<sup>[1]</sup>。脑出血患者大部分有先天血管畸形并且常有血压过高、血压不稳定等情况<sup>[2]</sup>。脑出血患者的预后与出血的部位及脑出血后对于脑积水的处理有效度有很大关系<sup>[3]</sup>。临床上治疗脑出血后脑积水的常见方法是西药治疗。本次研究对中西医结合与单纯西药治疗对比,探究中西医结合治疗本症的临床疗效。现报告如下:

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2012 年 5 月~2013 年 5 月在我院就诊的脑出血后发生脑积水患者 64 例。纳入标准:(1)初次发生脑出血患者;(2)患者患病前无神经功能障碍病史;(3)脑出血发生后 1 周内发

生脑积水并出现头疼、呕吐等典型症状;(4)头 CT 显示脑积水,支持诊断。所有患者随机分为试验组和对照组各 32 例。对照组中,男 18 例,女 14 例,年龄 39~72 岁,平均(48.1±4.5)岁;试验组中,男 17 例,女 15 例,年龄 38~73 岁,平均(46.8±5.6)岁。两组患者的性别、年龄、病情等一般情况比较无统计学意义, $P>0.05$ ,具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用常规治疗方式,即单纯西药治疗,给予患者甘露醇静脉注射,配合定期头部 CT 检查,评估脑积水情况。同时密切观察患者的病情变化,特别注意头疼、呕吐等症状,及时给予相应处理。疗程 3 周。试验组在对照组基础上结合中药治疗,丹参注射液(国药准字 Z33020177)静脉滴注,10~20 mL/次,1 次/d;中风醒脑口服液(成都中