

痿痹方治疗糖尿病周围神经病变的临床观察

任爱华 阎方旭

1998 年 1 月~1999 年 1 月,笔者自拟痿痹方治疗糖尿病周围神经病变 38 例,疗效满意,现报告如下。

临床资料

1 诊断标准 西医诊断标准参照 WHO 糖尿病诊断标准^[1],并且临床上出现不同程度的四肢发凉、麻木、末端束缚感或蚁行感,疼痛呈刺痛或钝痛,夜间尤甚,行走似踩棉絮,腱反射减弱或消失等症状和体征。临床出现气短畏寒,肢麻无力或疼痛,舌淡红,苔薄白或黄腻,脉弦细或沉涩,中医辨证为元气亏虚、痰瘀阻络型。

2 一般资料 选择符合上述诊断标准的 68 例患者,均为本院门诊和住院病例,随机分为两组。治疗组 38 例,男 23 例,女 15 例;年龄 30~71 岁,平均 51 岁;1 型糖尿病 9 例,2 型糖尿病 29 例;糖尿病病程 4~21 年,平均 8.5 年;周围神经病变 6 个月~6 年,平均 2.2 年。对照组 30 例,男 17 例,女 13 例;年龄 32~69 岁,平均 49.5 岁;1 型糖尿病 8 例,2 型糖尿病 22 例;糖尿病病程 4~19 年,平均 8.2 年;周围神经病变 6 个月~6.5 年,平均 2.3 年。两组患者性别、年龄、病程、病情诸方面经统计学处理无显著性差异,具有可比性($P > 0.05$)。

方 法

1 治疗方法 两组患者均常规服用降糖药物。治疗组在此基础上加服痿痹方(药物组成:黄芪 50g 淫羊藿 15g 姜黄 15g 威灵仙 15g 僵蚕 10g 水蛭 15g 乌梢蛇 15g 骨碎补 15g),每日 1 剂,水煎 600ml,分 3 次口服,每周服 6 剂,连续服用 4 周为 1 个疗程。对照组在基础治疗上加用弥可保注射液(日本卫材株式会社提供,每支 500 μ g,批号:94B55M)500 μ g,肌肉注射,隔日 1 次,4 周为 1 个疗程。两组观察 1 个疗程后评定疗效。

2 观察项目 (1)两组患者治疗前后症状改善情况;(2)两组患者治疗前后血脂、血液流变学改善情况;

(3)两组患者(治疗组 12 例、对照组 11 例)治疗前后心电图改善情况。

3 统计学方法 计数资料比较采用 χ^2 检验,组间比较采用两组 t 检验,治疗前后自身比较采用配对 t 检验。

结 果

1 疗效判定标准 显效:周围神经病变症状消失,腱反射恢复正常;有效:症状缓解,腱反射有所恢复;无效:症状无明显改善,腱反射无明显变化。

2 两组临床疗效比较 治疗组 38 例,显效 21 例(55.3%),有效 14 例(36.8%),无效 3 例(7.9%),显效率 55.3%,总有效率 92.1%;对照组 30 例,显效 4 例(13.3%),有效 12 例(40.0%),无效 14 例(46.7%),显效率 13.3%,总有效率 53.3%,两组显效率及总有效率比较均有显著性差异($\chi^2 = 10.939, P < 0.01$; $\chi^2 = 11.453, P < 0.01$)。治疗组空腹血糖由 (9.61 ± 1.42) mmol/L 降至 (6.72 ± 1.33) mmol/L,餐后 2h 血糖由 (14.12 ± 3.01) mmol/L 降至 (10.20 ± 2.59) mmol/L;对照组空腹血糖由 (9.12 ± 1.12) mmol/L 降至 (7.41 ± 1.54) mmol/L,餐后 2h 血糖由 (13.90 ± 1.28) mmol/L 降至 (11.23 ± 1.87) mmol/L。两组治疗前后比较均有统计学差异($P < 0.05, P < 0.01$),两组治疗后比较无统计学差异。

3 两组患者治疗前后 TC、TG、LDL-C 及 HDL-C 水平比较 见表 1。治疗组血胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)及高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)均较治疗前有明显改善($P < 0.05, P < 0.01$),其中 TC、TG、LDL-C 水平显著低于对照组治疗后,两组比较有显著性差异($P < 0.05$),对照组血脂水平无明显改善。

4 两组患者治疗前后血液流变学指标比较 见表 2。治疗组能明显降低患者全血粘度、血浆粘度和纤维蛋白原定量($P < 0.05, P < 0.01$),改善血液流变性,进而改善微循环及神经末梢营养状况,有利于神经系统传导功能恢复。对照组治疗后各项指标无明显变化。

表 1 两组患者治疗前后 TC、TG、LDL-C 及 HDL-C 水平比较 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数		TC	TG	LDL-C	HDL-C
治疗	38	治疗前	6.38 ± 0.97	2.61 ± 0.72	4.01 ± 0.72	0.81 ± 0.32
		治疗后	4.71 ± 0.87** [△]	1.57 ± 0.34* [△]	2.56 ± 0.43** [△]	1.24 ± 0.36*
对照	30	治疗前	6.42 ± 0.85	2.58 ± 0.38	4.11 ± 0.68	0.85 ± 0.24
		治疗后	5.89 ± 0.74	2.21 ± 0.41	3.98 ± 0.47	0.86 ± 0.25

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $^{\Delta}P < 0.05$

表 2 两组患者治疗前后血液流变学指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数		全血粘度(mPa·s)		血浆粘度(mPa·s)	纤维蛋白原定量(g/L)
			高切(200s ⁻¹)	低切(3s ⁻¹)		
治疗	38	治疗前	8.41 ± 0.62	13.78 ± 1.54	1.82 ± 0.14	4.58 ± 0.44
		治疗后	6.21 ± 0.81*	9.51 ± 1.47**	1.31 ± 0.21*	2.43 ± 0.45**
对照	30	治疗前	8.43 ± 0.58	13.65 ± 1.52	1.79 ± 0.12	4.47 ± 0.49
		治疗后	7.91 ± 0.49	12.84 ± 1.53	1.78 ± 0.23	4.23 ± 0.78

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$

5 两组患者治疗前后肌电图变化比较 见表 3。治疗组治疗后腓总神经、胫神经传导速度均较治疗前显著增加($t = 7.9575, P < 0.01$; $t = 6.0706, P < 0.01$),亦显著快于对照组治疗后($t = 5.4924, P < 0.01$; $t = 3.9748, P < 0.01$)。对照组治疗后各项指标无明显改善($P > 0.05$)。

表 3 两组患者治疗前后肌电图变化比较 (m/s, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数		腓总神经	胫神经
治疗	12	治疗前	31.2 ± 4.3	35.7 ± 3.2
		治疗后	46.7 ± 5.2* [△]	46.7 ± 5.4* [△]
对照	11	治疗前	31.9 ± 4.1	36.7 ± 4.2
		治疗后	35.8 ± 4.2	38.2 ± 4.8

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $^{\Delta}P < 0.01$

讨 论

糖尿病神经病变的病因及发病机理目前尚未完全清楚,一般认为糖尿病患者病情未能满意控制,长期处于高血糖状态,能量代谢失常,周围细小血管动脉硬化,脂质沉积,缺血缺氧,以致神经细胞轴突、鞘膜中代谢失常而致病。

糖尿病周围神经病变属中医学“痿证”、“痹证”范畴,属本虚标实之证,本虚为元气亏虚,标实当责之痰瘀为患。元气亏虚,则无力运化阴津达于四肢,亦无力运血周流全身以资营养四末,致痰瘀内阻,痹塞脉络,经脉不通而出现四末冷凉、肢痛无力、下肢软弱,治疗当扶元固本,祛瘀化痰,通络止痛。

方中以黄芪、淫羊藿扶元益气以固其本;姜黄、水蛭、虻虫、乌梢蛇、骨碎补等祛瘀化痰、通络止痛,全方共奏祛瘀化痰,止痛起痿之功。现代药理研究证实⁽²⁾,黄芪能增强机体免疫功能,促进机体代谢;淫羊藿促进机体免疫,扩张外周血管,增加肢端血流量,改善微循环,并有降脂降糖作用,两者相伍,共固其本;姜黄能增强纤溶酶活性,抑制血小板聚集,有降低胆固醇、甘油三酯作用,有利于阻止或减轻动脉粥样硬化,对实验动物足肿有考的松、保泰松样的抗炎作用;水蛭含水蛭素、肝素、抗血栓素等,可改善微循环和组织缺血缺氧,使组织得到充分的营养供给,从而使神经功能得到改善;乌梢蛇⁽³⁾含果糖、1,6-二磷酸酯酶、蛇肌醛缩酶、骨胶原等,具有祛风通络作用;骨碎补⁽³⁾降血脂,防治动脉粥样硬化,并有明显镇静、镇痛作用,有助于改善微循环,以增加肢体末端血流量。以上诸药配伍,可以进一步改善末梢神经的代谢、传导功能,从而达到治疗的目的,值得临床推广。

参 考 文 献

1. 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则. 第一辑. 1993:215.
2. 庞俊忠主编. 临床中药学. 北京:中国医药科技出版社, 1989: 325, 346, 60, 80.
3. 阴 健主编. 中药现代研究与临床应用. 北京:中医古籍出版社, 1995:74, 272.

(收稿:1999-06-01 修回:2000-03-10)