

丹参注射液穴位注射治疗糖尿病周围神经病变 33 例

赵慧玲¹ 关红雨¹ 李新艳² 石爱华³ 汪天娟¹ 安静¹ 李文凤¹ 马庆宇¹

(1 北京中医药大学针灸学院,北京市北三环东路 11 号,100029; 2 中国人民解放军 306 医院中医科; 3 密云县中医院)

关键词 糖尿病性周围神经病变/穴位注射疗法

糖尿病性周围神经病变(Diabetic Peripheral Neuropathy, DPN)是糖尿病(DM)最主要的慢性并发症之一,也是造成糖尿病足及截肢的主要原因之一,文献报道其发生率为 60%~90%^[1],严重影响患者的生活质量。我们在临床用丹参注射液穴位注射治疗 DPN,与单纯针刺组进行随机对照观察,取得较好的临床疗效,现介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 将 2006 年 9 月~2007 年 12 月间在北京中医药大学附属东方医院内分泌科病房住院治疗的 65 例确诊为糖尿病周围神经病变的患者,按就诊顺序随机分为治疗组和对照组。治疗组 33 例,其中男性 18 例,女性 15 例;年龄 46~70 岁,平均(57.67±8.21)岁;DM 病程 1.5 年~18 年,平均(8.40±4.73)年;DPN 病程 6 个月~8 年,平均(3.77±2.15)年;合并有肾病的 8 例,视网膜病变的 18 例,下肢血管病变的 9 例,高血压的 18 例,高脂血症 23 例。对照组 32 例,其中男性 15 例,女性 17 例;年龄 45~67 岁,平均(57.41±6.70)岁;DM 病程 2~18 年,平均(8.23±3.56)年;DPN 病程 6 个月~7.5 年,平均(3.46±1.77)年。合并有肾病的 9 例,视网膜病变的 19 例,下肢血管病变的 8 例,高血压的 14 例,高脂血症 1 例。2 组患者在性别、年龄、DM 病程、DPN 病程以及并发症等方面经统计学处理,无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 西医诊断标准 参照沈雅舟主编的《糖尿病慢性并发症》^[2]及蒋雨平主编的《临床神经病学》^[3],制订如下诊断标准:1)符合 WHO 的糖尿病诊断标准(1999 年);2)四肢(至少在双下肢)有持续性疼痛和/或感觉异常;3)双侧或一侧踝反射减弱;4)振动觉减弱(内踝弱于胫骨内侧髁);5)主侧(以利手侧算)神经传导速度减低;6)排除其他因素(如遗传、酒精中毒、尿毒症、甲减、药物等)引起的周围神经病变。

1.3 中医辨证标准 按照中国中医药学会糖尿病

(消渴病)专业委员会制订的辨证标准,证属气阴两虚、络脉痹阻者(具备气虚、阴虚、血瘀辨证标准者即为气阴两虚、络脉痹阻证)^[4]。

1.4 病例纳入标准 凡诊断为 DPN,中医辨证属气阴两虚,兼见瘀阻经络,年龄在 30~75 岁者,均可纳入试验病例。

1.5 病例排除标准 1)年龄在 30 岁以下或 75 岁以上的患者;2)妊娠期或哺乳期妇女;3)合并糖尿病酮症酸中毒等急性并发症者;4)有严重的肝肾损害、心脑血管疾病(心绞痛、心肌梗死、多发性脑梗、脑出血等)、恶性肿瘤、严重精神病、慢性酒精中毒者等。

2 治疗方法

2.1 调整阶段 调整 1 个月,所有受试者均接受糖尿病教育,通过饮食控制,适当运动,选用口服降糖药或注射胰岛素,使血糖控制在:空腹血糖(FBG) $<7.0\text{mmol/L}$,餐后 2 小时血糖(2hPBG) $<10.0\text{mmol/L}$,糖化血红蛋白(HbA1C) $<7.0\%$,并根据患者具体情况选用适当药物,使血压、血脂控制在正常范围内。

2.2 治疗阶段 调整阶段结束后,血糖控制在规定范围内的患者即进入治疗阶段。

2.2.1 基础治疗 2 组入选患者在试验期间均继续接受糖尿病教育,通过饮食控制,适当运动,选用口服降糖药或注射胰岛素,使血糖控制在规定范围内,并口服弥可保(苏州卫才制药有限公司生产)500ug,每日 3 次,连续服用 8 周。

2.2.2 治疗组治疗方案 在基础治疗的同时,加用丹参注射液(由江苏神龙药业有限公司生产)穴位注射。1)选穴处方(均为双侧):a. 足三里、三阴交、昆仑;b. 阳陵泉、丰隆、悬钟。2)操作:3mL 一次性注射器 2 只,每只注射器抽取丹参注射液 2mL,用快速无痛针法垂直刺入穴位,得气后回抽无血,缓慢注入丹参注射液,每穴 1mL,2 组交替使用,隔日 1 次,10 次为 1 个疗程,每疗程间休息 3 天再进行下 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程。

2.2.3 对照组治疗方案 在基础治疗的同时,加用针刺治疗。1)针刺处方(均为双侧):足三里、阳陵泉、丰

隆、三阴交、昆仑、悬钟。2)补泻手法:选用30号1-1.5寸毫针,行平补平泻手法。3)针刺量:毫针刺入穴位后行均匀提插捻转,以患者耐受为度,得气后留针30min,期间间断行针2次,隔日1次,10次为1个疗程,每疗程间休息3天再进行下1个疗程,连续治疗3个疗程。

2.3 观察指标

2.3.1 疗效性指标 1)临床症状:每一症状按无(0分)、轻(1分)、中(2分)、重(3分)分为4级,计算治疗前后的总积分。2)神经病变记分(MDNS):采用Michigan糖尿病神经病变评分表计算治疗前后神经病变积分。3)肌电图:采用意大利百胜公司生产的Reporter型肌电图检测仪,查胫神经的感觉神经传导速度(SCV)及其波幅,运动神经传导速度(MCV)及其波幅,分别于治疗前后各检查1次。

2.3.2 疗效判定标准 临床症状积分及糖尿病周围神经病变积分评定采用尼莫地平法,即(治疗前积分-治疗后积分)÷(治疗前积分)×100%。1)完全缓解:症状、体征基本消失,中医征候或糖尿病周围神经病变积分减少≥90%,神经传导速度恢复正常;2)显效:症状、体征明显好转,中医征候或糖尿病周围神经病变积分减少≥70%,神经传导速度提高≥10%;3)有效:症状、体征好转,中医征候或糖尿病周围神经病变积分减少≥30%,神经传导速度提高≥5%;4)无效:未达到以上标准者。

2.3.4 统计学方法 计量资料采用t检验,计数资料(率)用χ²检验,等级资料用Ridit检验。统计分析用SPSS13.0软件进行分析。

3 结果

3.1 2组患者临床疗效比较 经过3个疗程的治疗后,2组患者的临床疗效为治疗组31例(未完成治疗2例)中完全缓解4例,显效13例,有效10例,无效4例,总有效率87.10%;对照组29例(未完成治疗3例)中完全缓解1例,显效8例,有效9例,无效11例,总有效率62.07%。经Ridit检验显示,治疗组总有效率优于对照组(P<0.05),提示丹参注射液穴位注射治疗该病的疗效优于针刺治疗。

3.2 2组患者临床症状积分、神经症状(MDNS)记分比较 见表1,提示丹参注射液穴位注射法在改善DPN患者临床症状和神经症状方面均优于单纯针刺疗法。

3.3 2组患者治疗前后肌电图神经传导速度的比较 见表2,提示丹参注射液穴位注射和针刺均可改善DPN患者胫神经传导速度,且丹参注射液穴位注射优

表1 2组患者临床症状积分和神经症状积分比较(̄x±s)

项目	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
临床症状积分	20.94±2.66	9.87±2.16** [△]	21.77±5.48	14.42±2.53**
神经症状积分	11.68±2.52	5.03±1.97** [△]	11.32±2.20	7.10±2.18**

注:本组治疗前后比较,采用配对t检验,**P<0.01;治疗后组间比较,采用独立样本t检验,[△]P<0.05。

表2 2组患者治疗前后肌电图神经传导速度的比较(̄x±s)

项目	治疗组(n=31例)		对照组(n=29例)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
右胫MNCV(m/s)	40.08±3.19	44.16±2.67** [△]	40.63±3.13	42.02±2.63*
神经SNCV(m/s)	35.59±3.59	40.13±3.35** [△]	35.82±4.85	37.99±2.51*
左胫MNCV(m/s)	40.02±3.00	43.97±2.73** [△]	40.33±2.99	41.95±2.78*
神经SNCV(m/s)	36.08±3.49	39.78±3.01** [△]	36.61±3.06	38.44±2.64**

注:本组治疗前后比较,采用配对t检验,*P<0.05,**P<0.01;2组治疗后组间比较,采用独立样本的t检验,[△]P<0.05。

于单纯针刺。

4 讨论

消渴日久,阴损耗气损阳而致气阴两伤,气虚则血行无力,阴虚则脉道艰涩,从而导致瘀血痹阻脉络,不通则痛,肌肤百骸失于气血濡养,从而出现肢体麻木、疼痛、乏力、发凉等诸多症状。糖尿病性周围神经病变以气阴两虚,瘀血阻络证型最为常见,治宜益气养阴、活血化痰、疏通经络。

本组针刺处方是以治疗周围神经病变为重点,疏通病变局部壅塞之气血,具有活血通络、治痹疗痿之效。足三里穴为足阳明胃经之合穴,有疏通局部经络、活血通络、除痹止痛的功效。三阴交为肝、脾、肾三经交会穴,可起到益气养阴、活血化痰之效。昆仑穴为足太阳膀胱经经穴,具有疏筋活血通络、消肿止痛、强健腰腿的作用。阳陵泉为足少阳胆经合穴、筋会,有舒筋通络之功。丰隆穴为足阳明胃经的络穴,针刺可达到舒筋通络、行气活血、止痛之目的。悬钟穴为足少阳胆经经穴、髓会,具有行气血、通经络、填精髓之功效。诸穴合用,共奏益气养血、通经活络之效。

本研究显示,丹参注射液穴位注射法既可以长时间发挥腧穴的经穴一腑脏相关特异性功效,又可以发挥丹参的药理作用,使其最大限度地作用于患病机体,增强疗效。

参考文献

[1]中华医学会糖尿病学分会.中国糖尿病防治指南(试行本).2004:52.
 [2]沈雅舟,吴松华,邵福源,等.糖尿病慢性并发症.上海医科大学出版社,1999:206-287.
 [3]蒋雨平.临床神经病学.上海:上海医科大学出版社,1999:470-479.
 [4]吕仁和,张法荣,高彦彬,等.消渴病(糖尿病)的分期辨证与疗效评价标准.中国医药学报,1993,8(3):50-56.

(2008-07-02 收稿)