

中药取材相对方便, 价格低廉, 适宜于社区医院应用。

综上所述, 在常规西药干预的基础上加用中药参芪地黄汤加减治疗社区老年糖尿病患者, 可优化患者的治疗效果, 改善血糖、糖化血红蛋白水平, 且不良反应发生率低, 安全性高, 应用价值高。

[参考文献]

[1] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994.

[2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.

[3] 吴莹. 双降汤配合西药治疗老年糖尿病合并高血压 43 例[J]. 陕西中医, 2013, 34(8): 963-965.

[4] 姜红, 徐胜东, 李彦明, 等. 自拟稳糖汤治疗 2 型糖尿病脾肾阳虚证的有效性和安全性[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(23): 6594-6595.

[5] 姜平, 李冰, 刘艳, 等. 益气养阴和化痰利水中药治疗糖尿病合并冠心病慢性心功能不全老年患者 32 例[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2011, 18(3): 178.

(责任编辑: 吴凌)

中药熏洗联合胰岛素治疗糖尿病足临床观察

陈华

浙江普陀医院, 浙江 舟山 316100

[摘要] 目的: 观察中药熏洗联合胰岛素治疗糖尿病足的临床效果。方法: 糖尿病足 60 例, 随机分为 2 组, 各 30 例。对照组给予胰岛素治疗; 治疗组在对照组治疗基础上加用中药熏洗治疗。治疗 14 天。观察 2 组患者临床疗效, 治疗后神经传导变化 [运动神经传导速度 (MNCV)、感觉神经传导速度 (SNCV)], 血液流变学变化。结果: 总有效率治疗组 93.33%, 对照组 73.33%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组运动神经传导速度、感觉神经传导速度各项指标比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后治疗组血小板聚集率、血浆黏度、红细胞压积、红细胞聚集指数与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 中药熏洗法联合胰岛素治疗糖尿病足, 临床疗效显著, 可有效改善患者临床症状, 简单方便。

[关键词] 糖尿病足; 胰岛素; 中药熏洗; 临床效果

[中图分类号] R587.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0119-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.045

糖尿病足是糖尿病慢性并发症之一, 是糖尿病血管、神经病变所引起的下肢异常总称, 因下肢中小血管病变与微循环障碍, 感染与周围神经病变所导致的足部坏疽、溃疡的慢性致残并发症。主要特征为感觉减退、四肢麻木、肢端发凉、静息疼痛、间歇性跛行、坏疽与溃疡。西医应用大量镇静剂与止痛剂治疗, 效果不甚理想^[1]。笔者采用中药熏洗联合胰岛素治疗糖尿病足, 取得较好效果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2014 年 3 月—2015 年 1 月本院糖尿病足患者, 共 60 例, 随机分为 2 组, 各 30 例。对照组男 14 例, 女 16 例; 年龄 46~70 岁, 平均 (63.62 ± 3.64) 岁; 病程 4~20 年, 平均 (13.2 ± 1.36) 年; 入院时空腹血糖 (11.2 ± 1.9) mmol/L, 餐后 2h 血糖 (17.6 ± 2.2) mmol/L。治疗组男 16 例, 女 14 例; 年龄 48~72 岁, 平均 $(64.62 \pm$

[收稿日期] 2015-10-15

[作者简介] 陈华 (1983-), 男, 主治医师, 研究方向: 中西医结合内分泌代谢病学。

3.68)岁;病程 5~20 年,平均 (13.1 ± 1.37) 年;入院时空腹血糖 (11.4 ± 2.0) mmol/L,餐后 2h 血糖 (17.8 ± 2.1) mmol/L。2 组性别、年龄、病程、空腹血糖、餐后血糖比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断:参照中华医学会糖尿病足学会会议制定糖尿病组检测方法与诊断标准;有明确糖尿病史者,足部有溃疡或者坏疽等创面者;足部表现缺血者,如发冷、疼痛、足背动脉搏动消失或者减弱、皮肤苍白等等;足部神经病变、温觉、痛觉消失或者减退,皮肤与皮下组织出现萎缩^[2]。中医诊断:参考《糖尿病的中医治疗》^[3];患肢肢端发冷,痛有定处,麻木肿痛,状如针刺,舌呈暗紫、瘀斑,苔黄燥,脉弦细涩。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予糖尿病系统治疗,胰岛素的选用因人而异。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上再用中药熏洗治疗。中药组成:吴茱萸、桂枝、透骨草、红花、花椒各 15 g,没药、乳香各 10 g,鸡血藤 30 g,木瓜 50 g。将以上中药加水 3000 mL 煎煮 30 min,药液温度维持 $40^{\circ}\text{C} \sim 42^{\circ}\text{C}$,患足先熏后浸泡,每天 1 次,每次 30 min。4 周 1 疗程,共治疗 2 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组患者临床疗效,治疗后神经传导变化[(运动神经传导速度(MNCV)、感觉神经传导速度(SNCV)],血液流变学变化。

3.2 统计学方法 运用 SPSS19.0 统计学软件进行分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效:临床症状消失,足背动脉触摸十分有力,动脉彩色多普勒检查下肢动脉狭窄改善 $> 20\%$;有效:临床症状显著好转,可触及足背动脉搏动,动脉彩色多普勒检查下肢动脉狭窄改善 $5\% \sim 20\%$;无效:临床症状无改善,足背动脉无法触及,动脉彩色多普勒检查下肢动脉狭窄无变化。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组 93.33%,对照组 73.33%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	30	9	13	8	73.33
治疗组	30	18	10	2	93.33 ^①

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗后神经传导速度变化比较 见表 2。治疗后 2 组 MNCV、SNCV 各项指标比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 2 组治疗后神经传导速度变化比较 $(\bar{x} \pm s)$ m/s

组别	n	MNCV		SNCV	
		正中神经	腓总神经	尺神经	正中神经
对照组	30	43.2 $\pm$ 5.1	39.5 $\pm$ 4.0	40.2 $\pm$ 5.2	38.2 $\pm$ 5.3
治疗组	30	51.2 $\pm$ 5.3 ^①	42.6 $\pm$ 4.3 ^①	44.3 $\pm$ 4.6 ^①	43.1 $\pm$ 4.6 ^①

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.4 2 组治疗后血小板聚集率及血液流变学指标比较 见表 3。治疗后治疗组血小板聚集率、血浆黏度、红细胞压积、红细胞聚集指数与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 3 2 组治疗后血小板聚集及血液流变学指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	血小板聚集率(%)	血浆黏度(mPa·s)	红细胞聚集指数	红细胞压积(%)
对照组	30	62.0 $\pm$ 5.7	1.71 $\pm$ 0.26	1.96 $\pm$ 0.24	49.34 $\pm$ 4.25
治疗组	30	56.0 $\pm$ 5.4 ^①	1.59 $\pm$ 0.20 ^①	1.75 $\pm$ 0.21 ^①	46.24 $\pm$ 3.61 ^①

与对照组比较,① $P < 0.05$

5 讨论

相关报道显示,在全球糖尿病患者中有 15% 以上出现足坏疽或者溃疡。因糖尿病足而导致截肢的人群是非糖尿病截肢者的 15 倍左右,在每年截肢患者之中约有一半的人是糖尿病患者。因此对于还未出现足溃疡或坏疽、感染的糖尿病足者给予有效治疗,遏制恶性发展是减少足溃疡、截肢的最有效的办法。现代医学认为,糖尿病足病变基础是由于糖尿病患者两大慢性并发症,即神经病变与血管病变。因患者机体一直保持高血糖和蛋白质非酶糖化的状态,脂代谢紊乱,血液高黏稠、高凝状态及下肢循环特点等多种原因使得糖尿病患者下肢动脉易出现血管病变,管腔狭窄、管壁增厚,且微血管与微循环亦存在不同程度的障碍,其下肢供血减少。糖尿病性神经病变会导致肢体末梢保护性感觉的减弱或者丧失,足部生物力学出现改变;使得机体对足部保护缺乏,导致机械的或者温度的损伤,受损后,不易修复,此时再出现感染,

控制较为困难,最终导致足坏疽^[4]。中医学认为,糖尿病可归属于“脱疽”、“消渴”的范畴,《灵枢·痈疽》中记载:“发于足趾,名曰脱疽,其状赤黑,死不治,不则死矣”。近代大部分学者认为糖尿病足,发病以气阴两虚、正气不足为其本,脉络瘀阻、气血瘀滞、湿热火毒炽盛为标,以血行不畅、络脉瘀阻为主要病机。糖尿病足发病率随糖尿病患者发病人数的增长而增长,且往往伴随着周围神经病变或外周血管病变与周围神经病变并存,因此发病原因复杂^[5]。《诸病源候论》指出:“其病变多发痈疽”,与现代医学中说的微循环障碍肢端缺血合并感染,而诱发糖尿病足观点基本一致。对尚未出现溃疡的糖尿病足初期,多是由于糖尿病者久病而脾失健运、气阴双虚、肾水亏损导致脉络瘀阻不通、运化失常、瘀血留滞,长时间沉积在脉络壁,固定未移,造成脉络闭阻^[6]。

本研究配合中药熏洗治疗糖尿病足,熏洗方中没药、乳香行气止痛,鸡血藤、红花活血补血,吴茱萸、花椒、木瓜、透骨草、桂枝温经祛寒,通络止痛。结果显示,总有效率治疗组 93.33%,对照组 73.33%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后 2 组运动神经传导速度、感觉神经传导速度

各项指标比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后治疗组血小板聚集率、血浆黏度、红细胞压积、红细胞聚集指数与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示胰岛素配合中药熏洗治疗糖尿病足,临床疗效显著,可有效改善患者临床症状,简单方便,患者易于接受。

[参考文献]

- [1] 曾庆明,刘春招. 中西医诊疗糖尿病足概况[J]. 中医学报, 2015, 30(5): 652-654.
- [2] 叶方博. 负压封闭引流联合胰岛素滴灌治疗糖尿病足难治性创面[J]. 临床内科杂志, 2014, 31(8): 564.
- [3] 李秀才. 糖尿病的中医治疗[M]. 北京: 科技文献出版社, 2007.
- [4] 贺兰萍,徐电,李洁,等. 养血通络散浴足联合硫辛酸注射液治疗糖尿病足[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(9): 1140-1142.
- [5] 杨邵波. 内外结合治疗糖尿病足 30 例疗效观察[J]. 新中医, 2008, 40(4): 28-29.
- [6] 丘伟中,闵存云. 苦碟子注射液合外用康复新液加吹氧治疗糖尿病足 33 例临床观察[J]. 新中医, 2008, 40(1): 38-39.

(责任编辑: 马力)

参芪降糖颗粒联合常规疗法治疗老年 2 型糖尿病临床观察

刘颖芳

杭州师范大学附属医院干部科, 浙江 杭州 310015

[摘要] 目的: 观察参芪降糖颗粒联合常规疗法治疗老年 2 型糖尿病患者的临床疗效。方法: 选取 116 例 2 型糖尿病老年患者, 随机分为对照组和治疗组, 2 组均给予拜唐苹、饮食疗法、运动疗法等常规治疗, 治疗组在常规治疗的基础上加用参芪降糖颗粒, 2 组均连续治疗 4 周。比较 2 组主要生理指标变化、临床疗效及不良反应情况等。结果: 治疗 4 周后, 临床总有效率对照组为 72.4%, 治疗组为 94.8%, 治疗组总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组空腹血糖、餐后 2 h 血糖及糖化血红蛋白均有所改善, 与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组各指标改善程度均优于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 除此之外, 均未出现其他严重的不良反应。结论: 采用参芪降糖颗粒联合常规疗法治疗老年 2 型糖尿病患者, 可改善患者的主要生理指标, 提高临床疗效, 安全性较好。

[关键词] 2 型糖尿病; 参芪降糖颗粒; 拜唐苹

[中图分类号] R587.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0121-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.046

[收稿日期] 2016-01-15

[作者简介] 刘颖芳 (1973-), 女, 副主任医师, 主要从事糖尿病治疗工作。