

糖尿病足的分期辨治及对患者微循环的影响

范冠杰* 导师:吕仁和*

摘要 在基础治疗基本相同的前提下,用国产 WX-6 多功能微循环显微镜,采用中医分期辨治的方法并用 654-2 做对照,观察 39 例非胰岛素依赖型糖尿病足病人(治疗组 21 例,对照组 18 例)的微循环变化及临床疗效。结果两组患者治疗后微循环积分明显下降($P < 0.05$),治疗组下降更为明显($P < 0.05$)。治疗组治愈 15 例,显效 3 例,有效 2 例,无效 1 例。对照组治愈 13 例,显效 1 例,无效 4 例,治疗组与对照组疗效差别无统计学意义($P > 0.05$)。

主题词 糖尿病足/中医药疗法 微循环/药物作用

糖尿病足是一种损及神经、血管、皮肤、肌腱,甚至骨骼的慢性进行性病变。初起四肢麻木、疼痛、苍白、怕冷、感觉迟钝,继则出现浅表性溃疡,甚则深达肌肉、肌腱,形成大的脓疡,终则患肢(趾)坏死、尸干脱落,部分病人常需要截肢(趾),给患者造成终生残废和极大痛苦。近 3 年来,我们采用分期辨治的方法治疗本病,取得了比较满意的疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:39 例研究对象均按 WHO 诊断标准,确诊为非胰岛素依赖型糖尿病,按随机分组设计原则分为中医治疗组和西医对照组。治疗组 21 例病人中男性 10 例,女性 11 例;年龄 46~78 岁,平均 58.6 ± 6.9 岁(均值 $\pm$ 标准差,下同);糖尿病病程 1.5~24.5 年,平均 8.4 ± 1.2 年;糖尿病足病程 7~320 天,平均病程 72.3 ± 8.3 天;患糖尿病足时空腹血糖水平 $10.3 \sim 17.6 \text{ mmol/L}$,平均 $13.6 \pm 1.8 \text{ mmol/L}$ 。对照组 18 例病人中男性 10 例,女性 8 例;年龄 42~74 岁,平均 57.4 ± 7.8 岁;糖尿病病程 1~18 年,平均 8.6 ± 1.3 年;糖尿病足病程 15~362 天,平均病程 68.4 ± 9.1 天;患糖尿病足时

空腹血糖水平 $9.6 \sim 18.3 \text{ mmol/L}$,平均 $14.8 \pm 1.8 \text{ mmol/L}$ 。已溃破 31 例病人中干性坏疽 8 例,湿性坏疽 15 例,混合性坏疽 8 例。诱发因素中,自发性水泡 11 例,鞋子狭窄,磨破脚趾者 5 例,异物损伤 3 例,蚊虫叮咬后感染者 2 例,胼胝合并感染者 2 例,皲裂 2 例,修脚不慎损伤后感染者 3 例,烫伤 2 例,医源性损伤者 1 例。39 例病人中,合并周围神经病变者 20 例,眼底病变者 16 例,高血压及冠心病者 14 例,糖尿病肾病者 12 例,糖尿病脑病者 2 例。

1.2 分组标准:参照美国 Levin 及中华医学会糖尿病学会第一届全国糖尿病足学术会议制定的“糖尿病足(肢端坏疽)检查方法及诊断标准(草案)”,39 例研究对象中,属于 0 期(高危足)的患者 8 例(治疗组 5 例,对照组 3 例),1~4 期(已溃破,有开放性伤口者)共 31 例(治疗组 16 例,对照组 15 例),其中溃疡发生在左小腿者 3 例,右小腿者 2 例,左足(背,踝,底,趾)者共 13 例,右足(背,踝,底,趾)者共 10 例,双足同时受累者 3 例;溃疡最小者 $0.5 \text{ cm} \times 1.0 \text{ cm}$,溃疡最大者 $10 \text{ cm} \times 14 \text{ cm}$,溃疡最多的一例患者双足共有溃面 5 处。两组间一般情况及坏疽分级程度基本相似,具有可比性。

2 治疗方法

两组患者均给予相同的基础治疗和外治法治疗,治疗组内治法给予中医分期辨证施治,对照组给予扩张血管治疗。

2.1 内治法:治疗组 21 例病人采用中国中医药学会消渴病专业委员会辨证诊断标准(1992 年),明确中医证候分型。参照中华医学会糖尿病学会第一届糖尿病足学术会议制定的“糖尿病足(肢端坏疽)检查方法及诊断标准(草案)”,将西医诊为糖尿病足 0 期、I 期的病人归于中医消渴病足的早期,将 II 期、III 期患者归于中医消渴病足的中期,将 IV 期、V 期患者归于中

* 北京中医药大学东直门医院,北京东直门内海运仓(100700)

收稿日期:1997-11-10;修回日期:1998-02-24

医消渴病足的晚期。早期的 8 例患者中气阴两虚、脉络不和型 5 例,用增液汤加味(生黄芪 15g,生地 15g,麦冬 10g,党参 12g,丹皮 10g,赤芍 10g,桃仁 10g,白芍 10g);阳虚血瘀型 3 例,用四逆散加味(桂枝 6g,细辛 2g,制川乌 9g,制草乌 6g,当归 10g,赤芍 10g,丹参 12g,木瓜 15g)。中期的 9 例病人中,气血亏虚、湿毒内蕴型 2 例,用当归补血汤加味(生黄芪 20g,当归 10g,党参 15g,土茯苓 30g,土贝母 20g,黄柏 10g,生苡仁 15g,天花粉 15g,皂刺 6g);热毒炽盛,胃肠结热者 4 例,用四妙勇安汤加味(银花 30g,玄参 10g,白芷 20g,黄柏 10g,生大黄 6g,枳实 10g,知母 10g,蒲公英 15g,败酱草 15g);肝胆湿热型 3 例,用龙胆泻肝汤加味(柴胡 6g,黄芩 10g,栀子 10g,龙胆草 15g,土茯苓 20g,青黛 10g,枳实 10g,泽泻 8g)。晚期的 4 例病人中肝肾阴虚、痰阻血瘀型 2 例,用六味地黄丸加味(熟地 20g,山药 20g,山茱萸 10g,土茯苓 20g,生苡仁 15g,土贝母 15g,水蛭粉 3g,三七粉 1g);脾肾阳虚,经脉不通型 2 例,用右归丸加味(杜仲 12g,菟丝子 15g,枸杞子 12g,狗脊 10g,川断 10g,制附子 6g,白芷 15g,木瓜 15g,血竭粉 0.5g(分冲),穿山甲 12g)。以上患者均每日 1 剂,水煎,分两次服,4 周为一疗程,连用 1~4 个疗程。平均 1.5 个疗程。

对照组 18 例患者,予改善微循环及扩张血管治疗,除 3 例(1 例前列腺肥大引起尿潴留,2 例青光眼患者)外,其余 15 例均用 654-2 10~20mg,用 0.9% 盐水 250~500ml 稀释后静脉滴注,每天 1 次,4 周为一疗程,连用 1~4 疗程。平均 1.7 个疗程。

2.2 外治法:两组病人均采用相同的外治方法。(1)干性坏疽:用络合碘及 75% 酒精常规消毒,手术切除尸干部分,手术面选择正常组织与坏死组织之间,而后用“蚕食”的方法逐步清除坏死组织,新鲜疮面暴露后,用庆大霉素 8 万 U,川芎嗪 40mg,654-2 10mg 加 0.9% 盐水 20ml 湿敷,以改善局部循环及微循环,促进疮面上皮的生长;(2)湿性坏疽:对于已形成大的脓腔者,依具体情况选择不同的切口方式,彻

底暴露伤口,用雷佛努儿纱布湿敷疮面 7~10 天,而后继续用“蚕食”的方法逐步清除坏死组织,清创过程继续用雷佛努儿纱布湿敷,新鲜肉芽组织暴露后,继续用庆大霉素、川芎嗪、654-2 药液湿敷,促进肉芽组织及上皮生长;(3)混合性坏疽:依情况不同,以切开脓腔为主,或先用手术切除尸干部分。合并骨髓炎者及时切除死骨,切开窦道。

2.3 基础治疗:两组病人用相同的基础治疗方法。(1)纳入病例的两组病人,均用胰岛素控制血糖在理想水平;(2)根据分泌物细菌培养情况,选用有效的抗生素加强抗感染;(3)合理饮食,控制体重向标准化发展;(4)心理治疗及适当运动(若伤及筋骨,则制动)。

3 疗效分析

参照消渴病疗效评定标准(中国中医药学会消渴病专业委员会,1992 年)和新药治疗消渴病(糖尿病)的临床研究指导原则(卫生部医政司,1993 年)制定。

3.1 疗效评定标准:临床治愈:临床症状消失;0 期病人皮肤颜色恢复正常,I 期以上病人疮面完全愈合;显效:临床症状明显好转,0 期病人皮肤颜色明显改善,I 期以上病人疮面 2/3 以上愈合;有效:临床症状好转,0 期病人皮肤颜色改善,I 期以上病人疮面 1/2 以上愈合;无效:达不到有效标准者。

3.2 治疗结果:治疗组 21 例,临床治愈 15 例,显效 3 例,有效 2 例,无效 1 例。对照组 18 例,临床治愈 13 例,显效 1 例,无效 4 例。经统计学处理,治疗组与对照组差异无显著性($P > 0.05$)。

3.3 甲皱微循环变化分析:应用徐州光学仪器厂生产的 WX-6 型多功能微循环显微镜,观察治疗前后两组微循环变化情况。通过微循环观察发现,治疗组治疗后微血管清晰度异常、异常流速及血色异常获明显改善($P < 0.01$),与对照组比较差异有显著性($P < 0.05$),微血管渗出及出血亦获明显改善($P < 0.05$);对照组治疗后微血管渗出及出血明显改善($P < 0.01$),其它如血管形态异常、血管运动性异常

及异常白细胞聚集,两组治疗后均有改善,但差异无显著性(见表 1)。

参照“田牛加权积分法”计算微循环积分。表 2 示,两组病人治疗后微循环积分均明显降低($P<0.05$),但治疗后相比,治疗组较对照组下降更为明显($P<0.05$)。

表 1 治疗前后两组微循环异常变化比较(%)

项目	治疗组(21 例)		对照组(18 例)	
	疗前	疗后	疗前	疗后
清晰度异常	76.2	19.0	72.2	38.9
血管形态异常	57.1	38.1	55.6	33.3
异常流速	61.9	9.5	72.8	38.9
血管运动性异常	57.1	38.1	44.4	22.2
异常白细胞聚集	38.1	19.0	33.3	16.7
血色异常	76.2	14.3	55.6	33.3
渗出	52.4	19.0	55.6	16.7
出血	71.4	33.3	55.6	16.7

表 2 治疗前后两组微循环积分变化($\bar{X}\pm S$)

分组	治疗前	治疗后
治疗组	6.36 $\pm$ 0.84	3.86 $\pm$ 0.62* Δ
对照组	6.24 $\pm$ 0.91	4.38 $\pm$ 0.64*

* 治疗前后自身比较 $P<0.05$, Δ 与对照组比较 $P<0.05$

4 讨论

糖尿病足是疑难病症,如何预防及早期治疗是目前医学界面临的课题。近 10 年来,中医药有关本病治疗的报道不断增加,有以分型论治为主者^[1,2],有以益气养阴,活血通脉为主者^[3],有以活血化瘀为主者^[4],有以清热解毒,活血化瘀为主者^[5],也有以温经活血^[6]和外治为主者^[7],均取得了比较满意的治疗效果。

我们通过对糖尿病足的证候学研究初步发现,由于患者身体条件的差异,血糖控制水平的不同,继发的血管及神经病变轻重不一,病变程度,病变性质的不同,或受病变处于进展期或稳定期等诸多因素的影响,表现出来的证候复杂多变。病变的初起多以虚为主,以气阴亏虚,或阳气亏虚为多见,夹有血瘀或脉络不和,中期的患者由于外邪内侵,正气尚存,正邪相争,表现

为以实为主,以肝胆湿热,湿毒内蕴,热毒炽盛为主;晚期的患者多病程既久,耗伤正气,表现为虚实夹杂,以肝肾阴虚或脾肾阳虚夹瘀痰互阻为主。在明确病人的分期的基础上,早期病人以补虚为主,兼祛邪实;中期病人则以祛邪为主,晚期则攻补兼施。临床实践证明,用该思路指导临床治疗,取得了比较满意的治疗效果。由于本病的治疗仍处于探索阶段,一般报道都没有设立对照组,且疗效标准不统一,要判断何种治疗方法谁优谁劣为时尚早,还需要进一步做大量的工作。

糖尿病微循环障碍是导致糖尿病组织器官损害的病理基础^[8]。山莨菪碱对糖尿病足病人的甲皱微循环有明显的调节作用^[9]。本研究发现,654-2 组对糖尿病足患者的各项微循环指标均有不同程度的改善,尤以对微血管渗出及出血的改善更为明显,654-2 减轻血管内皮细胞损伤,减少血液渗出的作用较强。但 654-2 临床使用的禁忌症以及毒副作用限制了其在临床上的广泛使用。

养阴清热,益气化瘀的治疗方法可以使糖尿病足病人微循环改善,微血管增加,血流速度明显加快,微动脉口径扩张^[10]。我们从临床实际出发,依据患者的症状表现,病变局部情况,采用分期辨治的方法,结果发现:中医药治疗组微循环各项指标均有不同程度的改善,且以微循环的血管清晰度异常、血色改变、异常流速的改善更为明显,说明中医药治疗组与 654-2 对照组相比,在加速微循环血流,提高微循环灌注,及提高微循环含氧饱和度方面,有一定的优势。但由于我们观察例数尚少,要说明中医药对微循环的改善在不同病变程度及不同证型之间是否有差异性,还要做更深一步的工作。

采用分期辨治方法在糖尿病足的治疗上取得较好效果,但其不足之处是过于繁杂,不利于其他医者的掌握和运用,进一步的研究应建立在大宗病例研究的基础上,归纳、总结出糖尿病足辨治规律性及共性的东西,做到执简驭繁。同时,应该注意到糖尿病的诸多并发症有时是同时并见的,因此,在观察中医药对糖尿病足治疗

作用的同时,应该对中医药对其它并发症是否有治疗作用,治疗作用的大小,甚至副作用等做同步的研究。

5 参考文献

- 1 贾文华. 中医治疗糖尿病性肢端坏疽的临床观察. 中医杂志, 1996, 37(9): 552.
- 2 刘祖高. 糖尿病足 62 例临床小结. 湖北中医杂志, 1994, 14(4): 8.
- 3 谢文秀, 屈国云, 伍汉文, 等. 糖尿病足 16 例中西医结合治疗分析. 中西医结合杂志, 1990, 10(9): 554.
- 4 郭国臻, 张德义, 赵建辉, 等. 中西医结合治疗糖尿病肢端坏疽 20 例. 中西医结合杂志, 1990, (3): 165.
- 5 章士美. 中西医结合治疗糖尿病足 12 例报告. 江苏中医, 1995, 16(5): 214.
- 6 潘保华, 杨庆运, 李蓉. 温经活血法治疗糖尿病并发坏疽. 中医研究, 1993, 6(3): 27.
- 7 张万能. 中药煎液浸泡治疗糖尿病性趾端坏疽 20 例. 浙江中医杂志, 1990, 25(3): 176.
- 8 池芝盛. 糖尿病微血管病变的发病机理. 国外医学内科分册, 1978, 5(8): 348.
- 9 刘德辉, 朱西娥, 郑世荣, 等. 山莨菪碱治疗前后糖尿病足坏疽病人的甲皱微循环变化. 微循环学杂志, 1994, 4(4): 16.
- 10 唐祖宣, 王云恒, 高华林, 等. 30 例消渴病脱疽治疗前后的微循环变化和临床疗效观察. 上海中医药杂志, 1987, (9): 8.

祛毒汤熏洗治疗痔疮 220 例临床观察

陶淑芬* 孙家欣*

痔疮是临床常见病,其发病率较高,我们以中医经验方祛毒汤为主,治疗痔疮 220 例,取得满意疗效,现总结报告如下。

1 临床资料

治疗组病人共 220 例,男性 156 人,女性 64 人;最大年龄 72 岁,最小年龄 16 岁,20~50 岁占 77%。炎性混合痔 93 人(42.3%),血栓痔 78 人(35.5%),嵌顿痔 49 人(22.3%)。病程计算以本次症状发作起到就诊时止,病程最短 1 天,最长 5 天,平均 2.1 天。对照组 90 人,男性 60 人,女性 30 人;最大年龄 80 岁,最小年龄 15 岁,20~50 岁,占 70%。病程最短 0.5 天,最长 6 天,平均 2.5 天。炎性混合痔 42 人(6.7%),嵌顿痔 18 人(20%),血栓痔 30 人(3.3%)。

2 治疗及观察方法

祛毒汤药物组成:马齿苋 10g,甘草 10g,五倍子 10g,防风 10g,枳壳 12g,侧柏叶 12g,芒硝 30g(另包),当归 12g,红花 6g,川芎 15g。以上药除芒硝外,余均研细末装入小布袋中备用,使用时将药袋和芒硝放入盆中,加入开水 2500ml,浸泡 30 分钟后,让患者坐入药液中熏洗患处,熏洗时间为 20 分钟。每日 1 剂,每剂熏洗 2 次,早晚各 1 次,第 2 次使用时只需将药液加温即可,熏洗后患处涂以马应龙痔疮膏,7 天为一疗程。对照组选用 1:5000 浓度的高锰酸钾溶液坐浴,每日 2 次,熏

洗后患处涂以马应龙痔疮膏,7 天为一疗程。

3 结果

经临床观察,优:治疗组中,炎性混合痔、嵌顿痔、血栓痔分别为 52 例(55.9%)、11 例(22.4%)、42 例(3.8%),总计 105 例(47.7%);对照组分别为 12 例(8.6%)、2 例(11.1%)、5 例(16.7%),总计 9 例(21.1%)。良:治疗组 3 类痔分别为 21 例(2.5%)、18 例(6.7%)、21 例(6.9%),总计 60 例(27.2%);对照组分别为 10 例(23.8%)、3 例(16.7%)、6 例(20%),总计 19 例(21.1%)。中:治疗组 3 类痔分别为 8 例(8.6%)、12 例(24.5%)、9 例(11.5%),总计 29 例(13.2%);对照组分别为 12 例(28.6%)、15 例(83.3%)、10 例(33.3%),总计 27 例(30%)。差:治疗组 3 类痔分别为 12 例(12.9%)、8 例(16.3%)、6 例(7.7%),总计 26 例(11.8%);对照组分别为 8 例(19%)、8 例(44.4%)、9 例(30%),总计 25 例(27.8%)。经观察,治疗组与对照组对炎性混合痔、嵌顿痔、血栓痔均有疗效,但两组比较,前者疗效好,特别是客观症状缓解更佳($P < 0.05$)。

4 讨论

在治疗中,选用枳壳、防风理气祛风,当归、红花、川芎活血化瘀,侧柏叶、五倍子收敛燥湿,活血止血,芒硝清热解毒消肿;配以甘草、马齿苋以清热解毒,诸药协助,使肛门局部气血运行,疼痛消失,水肿缓解,出血得以停止,有效地缓解了症状。传统用药是采用煎汤熏洗,病人使用时多有不便,因此,采用将药研成粗末,开水冲泡后熏洗,易被病人接收,其疗效可靠。

* 中国中医研究院广安门医院,北京宣武区北线阁(100053)

收稿日期:1997-09-04;修回日期:1998-02-16