

中医治疗糖尿病性肢端坏疽的临床观察

贾 文 华*

主题词 糖尿病血管病/中医药疗法 坏疽/中医药疗法

糖尿病性肢端坏疽是糖尿病血管合并症之一,是发生在四肢末端的缺血性坏死,尤以下肢多见。临床主要表现为早期肢端麻木、疼痛、发凉,间歇性跛行明显,继而末梢皮肤变黑,组织溃烂、感染、坏疽,严重者可并发骨髓炎。本症一旦出现,发展快,病情重,单纯西药治疗难度大,所以截肢率极高。

本病属中医“脱疽”范畴,近年来,用中医辨证治疗取得了很好疗效,特别在早期予以治疗,可以明显缩短病程,提高治愈率,减少病残率。笔者从1991年4月以来,对24例糖尿病性肢端坏疽患者用中药为主进行辨证治疗,收到很好疗效,现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料:根据WHO糖尿病诊断标准选择糖尿病并发肢端坏疽患者24例,按随机区组设计原则分为中药治疗组和西药对照组。治疗组18例中男10例,女8例;年龄42~68岁,平均 55.7 ± 0.12 岁(均值±标准差,下同);糖尿病病程2~10年,平均 5.4 ± 0.1 年;肢端坏疽病程1~13个月,平均 6.7 ± 0.13 月。对照组6例中男3例,女3例;年龄44~70岁,平均 55 ± 0.82 岁;糖尿病病程3~11年,平均 6.3 ± 0.31 年;肢端坏疽病程1~11个月,平均 4.7 ± 0.52 个月。

1.2 病情分级:全部病例均为非胰岛素依赖性糖尿病并发肢端坏疽者,按黄家驷主编《外科学》(1979年第一版)血栓闭塞性脉管炎Ⅲ期Ⅲ级分类法,24例中Ⅲ期3例,Ⅲ期Ⅰ级19例,Ⅲ期Ⅱ级2例;其中干性坏疽10例,湿性坏疽

3例,深部脓肿2例,溃疡面积1~3cm 5例,3~5cm 3例,5cm以上1例。两组间一般情况和坏疽程度基本相似,具有可比性。

2 治疗及观察方法

2.1 治疗方法:治疗组气阴两虚型6例,用参芪麦味地黄汤加減(党参、黄芪、麦冬、五味子、熟地、山药、泽泻、山萸肉、茯苓、丹皮、桃仁、苡仁);气虚血瘀型9例,用补阳还五汤加減(黄芪、党参、赤芍、川芎、当归、地龙、苍术、元参、桃仁、苡仁、红花、水蛭粉);湿热壅盛型3例,用四妙勇安汤加減(银花、元参、土茯苓、生甘草、苍术、黄柏、当归、赤芍、川芎、桃仁、苡仁、黄芪)。均每日1剂,水煎两次内服,15天为1疗程,连用2~4个疗程,平均3个疗程。以上3型证状相互兼有者,可参照3方相互加減并用。阴虚内热明显,加生石膏、知母;疼痛明显,加元胡、乳香、没药;红肿热痛明显,加蒲公英、败酱草;溃烂日久不愈,加穿山甲、鹿角胶;阳虚证候明显,加附子、麻黄;合并骨髓炎者及时配合外科处理。

治疗组病例均配合中药外治法,干性坏疽用5年以上老甘草100g加水煎煮,每次1小时,每日两次;湿性坏疽者用二黄贝甲粉(黄柏、黄连、浙贝母、山甲珠)外敷,每日换药1次;溃疡者用生肌玉红膏(当归、白芷、紫草、甘草、血竭、白蜡、轻粉)外敷,每日换药1次。

对照组行扩张血管和抗感染药物治疗,每日654-210mg,氨苄青霉素6g用0.9%盐水稀释静脉滴注,同时配合外科清创,15天为1疗程,连用2~4个疗程。

两组均用相同的基础治疗:(1)控制血糖,24例患者均服用降糖灵每天75~150mg,优降糖每天2.5~15mg;(2)改善微循环,每日用低分子右旋糖酐500ml静滴,14天为1疗程,连用1~2个疗程,有其他合并症者对症处理。

* 山西省万荣县中医院(044200)

收稿日期:1995-10-08;修回日期:1996-05-06

2.2 观察指标:所有病例均做血糖、尿糖、肢体血流图检查,部分病例做血流变学检查及趾骨拍片。临床症状重点观察治疗前后肢麻、发凉、肢痛、足背动脉搏动、趾端颜色变化及坏疽范围的变化。

3 疗效分析

3.1 疗效标准:参照全国糖尿病会议和活血化瘀研究会议有关指标和疗效评定标准进行综合评定。痊愈:溃疡愈合,血糖正常,尿糖阴性,肢体血流量测定正常,能从事一般工作;好转:溃疡范围缩小 $\geq 50\%$,血糖超正常值部分较治疗前降低 $\geq 50\%$,尿糖较治疗前降低 $\geq 50\%$,肢体血流量测定较治疗前明显增加,临床症状有显著改善者;无效:溃疡范围、血糖、尿糖、肢体血流量测定及全身症状无变化者。

3.2 治疗结果:治疗组18例,经治疗后痊愈12例,好转4例,无效2例;对照组6例,痊愈2例,好转1例,无效3例。经统计学处理,治疗组疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。

3.3 对血糖、尿糖疗效分析:两组治疗前空腹血糖、尿糖基本一致,治疗后治疗组空腹血糖由 $12.5 \pm 0.05 \text{ mmol/L}$ (均值 $\pm$ 标准误,下同)降至 $6.8 \pm 0.03 \text{ mmol/L}$ ($P < 0.01$),尿糖阴转12例;对照组空腹血糖由 $11.9 \pm 0.44 \text{ mmol/L}$ 降至 $8.2 \pm 1.03 \text{ mmol/L}$ ($P < 0.05$),尿糖阴转2例,两组血糖和尿糖均有显著下降,两组血糖下降差值比较有显著差异($P < 0.05$),治疗组明显优于对照组。

3.4 肢体血流量变化分析:两组患者都采用上海医用电子仪器厂生产的RG-2B型血流图仪。治疗前患肢血流图的波形主要呈现为上升支时间延长,超过0.12秒,主波幅(顶峰至基线的高度)明显下降,顶峰角变钝,超过90度以上,重搏波的深度变小或消失。其中波幅较正常下降 $\geq 30\%$,顶峰角变钝,重搏波深度变小者6例;波幅较正常下降 $\geq 50\%$,顶峰角圆钝,重搏波消失者13例,波幅不到0.1mV或基本消失呈直线者5例。治疗组治疗前主波幅为 $0.29 \pm 0.01 \text{ mV}$,治疗后为 $0.77 \pm 0.04 \text{ mV}$ ($P < 0.01$)。治疗后血流图恢复正常者14例,波幅较前

增值 $\geq 30\%$ 者2例,血流图无变化者2例,血流图改善总有效16例;对照组治疗前主波幅为 $0.18 \pm 0.02 \text{ mV}$,治疗后为 $0.42 \pm 0.06 \text{ mV}$ ($P < 0.01$)。对照组治疗后血流图恢复正常者2例,波幅较前增值 $\geq 30\%$ 者1例,血流图无变化者3例,血流图改善总有效率3例。

4 体会

糖尿病性肢端坏疽主要基于微血管病变,主因长期血糖过高对血管壁的慢性损害所致,与中医血瘀证有着相同的病理基础。血管病变与血瘀证的发展趋势即按气阴两虚、气虚血瘀、湿热壅盛的顺序递增,病情也随之加重,所以把糖尿病性肢端坏疽分为以上3型,符合其病理发展的各个阶段。

以上3种证型在每例患者中并不是截然分开和一成不变的,证型之间可相互兼有或转化。总体辨证结果认为,糖尿病性肢端坏疽之本为气阴两虚,主要证型为气虚血瘀,标证为湿热壅盛。临床要根据这个病机发展规律,抓住主证,分清标本缓急,灵活辨证施治。

总之,中药治疗组能明显降低患者的血糖浓度和血粘度,增加肢体血流量,解除微血管和坏死组织的损伤因素,使局部血供得到改善,有利于肢端坏疽的恢复。加之中药的综合治疗效应,可提高人的总体抗病能力,使临床证状和全身状况的改善较快,所以中医治疗糖尿病性肢端坏疽有其优势,能迅速控制感染,防止坏疽范围扩大,明显缩短疗程,治疗效果显著,值得进一步研究总结。

上海市清华科技函授学院中医函授面向全国常年招生

1. 中医专业和中西医结合专业:选用全国高等院校函授教材,各科均由专家教授执教、辅导。参加高等教育中医专业自学考试及格,国家承认其大专学历。2. 性医学与不孕症专业:学习国内外性医学精华,并以我国第一部彩色性病图谱指导临床和教学,它以数百幅国内外罕见的性病图像向您展示中国半个世纪以来的精藏珍品。3. 针灸推拿骨伤专业:以其独特的疗效,成为世界热门。教材博采众家手法技巧精华,医理精深、价值极高,且图像明了,易懂易学易用。后两专业学制一年,发钢印结业证。详见简章,汇报名费5元即寄。

来函请寄 200085 上海 085-314 信箱上海市清华科技函授学院 韩宇虹收 电话:(021)58554512。