

弥可保穴位注射综合治疗糖尿病周围神经病变 32 例

盛骥锋 徐佑娟

(江苏省靖江市中医院针灸科, 214500)

糖尿病周围神经病变(DPN)是糖尿病(DM)常见并发症,也是糖尿病致残的主要原因之一。我们采用弥可保穴位注射配合针灸治疗 DPN 32 例,并与单纯口服弥可保治疗 24 例进行对照,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

入选的 56 例 DPN 患者均来自门诊,按随机数字表法分为治疗组 32 例,对照组 24 例。治疗组中男 17 例,女 15 例;年龄 46.8~74.6 岁;DM 病程 6.2~18.6 年,DPN 病程 0.8~12.2 年;伴视网膜病变、肾病、冠心病、白内障等 8 例;空腹血糖(FPG) 8.72~18.82mmol/L,糖化血红蛋白(HbA1c) 8.42%~11.62%。对照组中男 13 例,女 11 例;年龄 46.5~75.7 岁;DM 病程 5.8~18.8 年,DPN 病程 0.7~11.8 年;伴视网膜病变、肾病、冠心病、白内障等 6 例;FPG 8.76~18.32mmol/L, HbA1c 8.86%~11.29%。两组在性别、年龄、病程、病情等方面经统计学处理,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

入选病例均符合 1999 年 WHO 制定的 2 型糖尿病(T2DM)诊断标准,有 DPN 的临床症状和体征,即肢端麻木、疼痛、感觉障碍、腱反射和肌紧张减弱或消失。肌电图显示神经运动传导速度(MNCV)和神经感觉传导速度(SNCV)减慢。且排除其他原因引起的周围神经病变。

2 治疗方法

两组患者均在相同的基础治疗 2 周后,获得均衡一致的疗前基线和治疗依从性,然后分组治疗,基础治疗方案继续进行。基础治疗包括饮食控制、运动治疗、糖尿病教育、口服降糖药物或/和胰岛素皮下注射,控制 FPG 4.00~7.00mmol/L,餐后 2h 血糖(2hPG) <10.00mmol/L。

2.1 治疗组

2.1.1 穴位注射 选穴:曲池、外关、合谷、足三里、阴陵泉、阳陵泉。每次选 1~2 穴,以弥可保 0.5mg 穴位注射,隔日 1 次,15 次为 1 个疗程,1 个疗程后改每次口服弥可保 0.5mg,每日 3 次。

2.1.2 针刺疗法 上肢病变选穴:中渚、三间、后溪、外关、太陵、手三里;下肢病变选穴:太冲、内庭、行间、太溪、三阴交、环跳;手足背部病变以三阳经穴为主,手掌足底病变以三阴经穴为主。每次选 6~8 穴,行提插捻转平补平泻手法,得气后接 G6805-II 型电针仪,连续波治疗,留针 20~30 分钟;隔日 1 次,15 次为 1 个疗程。每疗程间休息 2~3 天,3 个疗程后评定疗效。

2.1.3 艾灸治疗 针刺结束后,可在以下穴位施以艾灸治疗:选穴:脾俞、胰俞、肾俞、足三里、关元穴,每穴施灸 3~5 分钟,以局部皮肤潮红为度,防止烫伤。

聪。采用斜刺或平刺,捻转得气为法。②上肢选穴:极泉、肩髃、后溪、合谷。进针方法:极泉穴在针刺时以针感放射至手指尖部,得气后不留针;肩髃穴为 1 针 3 刺法直刺进针,得气后出针至皮下,前后各刺 1 次,得气后出针;其余 2 穴留针 30 分钟。③下肢选穴:环跳、风市、三阴交、照海。采用直刺法,以泻法为主,留针 30 分钟。④兼证配穴:伴神志不清者配神庭、神门;伴肌力低下者配天柱、扶突;伴言语不利者配廉泉、通天、内关;伴二便失禁者配气海、关元、中极、足三里。

2.1.3 西药治疗 肠溶阿司匹林每次 0.1g,每日 1 次,口服。5%葡萄糖注射液 250ml 或 0.9%氯化钠注射液 250ml 加胞二磷胆碱钠 0.5g 静脉滴注,每日 1 次,15 天为 1 个疗程。低分子肝素钙 5000IU,每 12 小时 1 次,皮下注射,7~10 天为 1 个疗程,定期检查凝血常规使活化部分凝血活酶时间(APTT)维持在 1.5 倍以内,国际标准化比值(INR)在 2.0~3.0 之间。辛伐他丁每次 20mg,每日 1 次,口服,2 个月为 1 个疗程。

2.2 对照组

单纯应用西医治疗,方法同治疗组。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》中的相关疗效标准。治愈:症状及体征消失,基本能独立生活。好转:症状及体征好转,能扶杖行动或基本生活自理。未愈:症状及体征无变化。

3.2 两组临床疗效比较

治疗组 120 例,治愈 62 例,好转 48 例,未愈 10 例,治愈率 51.7%,总有效率 91.7%;对照组 90 例,治愈 28 例,好转 32 例,未愈 30 例,治愈率为 31.1%,总有效率 66.7%。两组治愈率、总有效率比较差异有统计学意义($P<0.01$)。

4 讨论

缺血性脑卒中是由于脑动脉粥样硬化,血管内膜损伤使脑动脉管腔狭窄,进而因多种因素使局部血栓形成,使动脉狭窄加重或完全闭塞,导致脑组织缺血、缺氧、坏死,引起神经功能障碍的一种疾病。多见于 45~70 岁中老年人。西医治疗主要在于使处于半休眠状态的脑细胞功能恢复,增加缺血半暗带的供血。其中低分子肝素钙抗凝血,阻止血栓发展和防止血栓形成,达到治疗或预防脑血栓形成的目的。阿司匹林抑制血小板聚集,改善微循环及抗凝。胞二磷胆碱营养脑神经细胞并促进神经细胞活化,防止脑水肿发生。辛伐他丁主要保护血管内膜,稳定斑块,防止血栓形成。中医认为,本病病机为阴亏于下,肝阳暴张,阳化风动,血随气逆,挟痰挟火,横窜经隧,蒙蔽清窍,而形成上实下虚,阴阳互不维系的危急证候。方中当归、生地黄、白芍、川芎为四物汤,一可养血活血以通经络,二可滋补肝肾,以育阴血。香附为血中气药,一防补碍滋腻,二助血行,三可疏肝解郁。生黄芪益气补中,气充血盈,气帅血行。赭石、钩藤、全蝎平肝潜阳、熄风通络。旋覆花、杏仁、橘红化痰理气,且可健脾运中。桃仁、红花活血化瘀,行气通络。针刺风池、百会、翳风、完骨、四神聪醒脑开窍;针刺三阴交、照海补益肝肾;针刺极泉、肩髃、后溪、合谷、环跳、风市益气活血、化痰通络。针药合用共奏滋补肝肾、平肝潜阳、益气活血、化痰通络之效。

2.2 对照组

每次口服弥可保0.5mg,每日3次。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

显效:自觉肢体麻木疼痛等症状消失,MNCV恢复正常或增加 $\geq 5\text{m/s}$ 。有效:自觉肢体麻木疼痛等症状明显好转,MNCV增加 $\geq 3\text{m/s}$ 但 $< 5\text{m/s}$ 。无效:肢体麻木疼痛等症状无明显变化,MNCV增加 $< 3\text{m/s}$ 或无变化。

3.2 两组疗效比较

治疗组32例,显效14例,有效16例,无效2例,显效率为43.8%,总有效率为93.8%;对照组24例,分别为6例、12例、6例、25%、75%。两组显效率比较,治疗组明显为优($P < 0.01$)。

3.3 两组症状改善比较

治疗组在疼痛、腱反射减弱改善方面明显优于对照组,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3.4 两组治疗前后MNCV和SNCV比较

由肌电图科室专职人员对腓总神经MNCV和SNCV进行测定,选择治疗前和3个月治疗后为测量时点,结果表明,治疗前两组神经传导速度差异无统计学意义,治疗3个月后,治疗组MNCV、SNCV明显高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

根据DPN临床表现归属“消渴”并发“痹证”、“痿证”范畴。概因消渴日久,耗阴损气,瘀血阻络而致。治宜温经通脉,活血化瘀。研究表明,针刺能调整中枢神经系统,改善代谢,促进血液循环,降低血液黏度,增加神经供血供氧,使受损神经的结构和功能恢复,并影响胰岛素、甲状腺素、肾上腺素等分泌,有利于糖代谢紊乱的纠正并控制血糖。此外,针刺可使胰岛素水平升高,胰岛素靶细胞受体功能增强,加强胰岛素对糖元的合成代谢及氧化酵解和组织利用的功能。艾灸产生的近红外辐射能深入肌体组织,被组织活性物质吸收,加快新陈代谢。有研究表明,艾灸能诱导内源性神经生长因子(NGF),增快传导速度,营养神经轴突及髓鞘,修复受损的神经。针灸脾俞、足三里能健脾益胃,以助气血生化之源;胰俞可使胰岛素分泌反应提前,改善机体的耐糖功能;后溪、外关、三阴交、环跳、阳陵泉等穴针刺可通经活络,行气活血。弥可保为维生素B₁₂的衍生物,参与体内核酸、蛋白质、磷脂的生物合成,使髓鞘形成和突触再生,修复受损的神经纤维,提高传导速度。穴位注射疗法除了针刺疗法的作用外,还有药物的化学刺激和药物作用参与其中,在一定的时间内药液滞留于穴内,使针刺感应得以发挥和延续。

重灸法配合间歇导尿治疗脊髓损伤后神经源性膀胱功能障碍38例

冯晓东 任亚锋 韦大文 刘承梅

(河南中医学院第一附属医院,450000)

脊髓损伤(SCI)后神经源性膀胱造成的膀胱功能障碍可导致泌尿系统感染、结石、肾积水、肾功能不全乃至肾功能衰竭,

是导致死亡的主要原因之一。近年来,我们采用重灸法配合间歇导尿(IC)法治疗SCI后神经源性膀胱患者38例,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

自2005年5月~2007年5月,选择河南中医学院第一附属医院康复中心病房SCI神经源性膀胱功能障碍患者76例,随机分为治疗组和对照组,各38例。年龄14~67岁。其中治疗组男19例,女19例;年龄40岁以下11例,40~60岁18例,60岁以上9例。对照组男20例,女18例;年龄40岁以下11例,40~60岁16例,60岁以上11例。治疗组发病1个月以内14例,1个月~3个月13例,6个月以上11例;对照组发病1个月以内15例,1个月~3个月14例,6个月以上9例。发病特征:治疗组排尿不能29例;排尿困难,残余尿量增多9例。对照组排尿不能28例;排尿困难,残余尿量增多10例。两组一般资料,经 χ^2 检验差异无显著性,具有可比性($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 基础治疗

两组均参照南登昆主编的《康复医学》及常规导尿技术,采用国际公认治疗神经源性膀胱功能障碍的间歇导尿法。具体操作步骤如下。

①限制每日液体摄入量:控制每日液体摄入量在1000~2000ml,避免不规则饮水。方法:早、中、晚各饮水400ml,包括饮食水分,两餐间饮水200ml,晚上8点以后尽量不要再饮水,使膀胱有规律地充盈。②导尿的时间和次数:一般情况每6小时导尿1次,每次尿量不超过400~500ml;膀胱内压不得超过40cmH₂O,残余尿量小于250ml时应改为每8小时导尿1次;残余尿量小于200ml每日导尿2次;残余尿量小于150ml每日导尿1次;残余尿量低于100ml时,可以根据情况停止记录。③膀胱功能训练:刺激逼尿肌排尿反射的触发点促使排尿。叩击耻骨上部,挤压患者敏感地区。如摩擦大腿内侧,牵拉肛门括约肌等,以促使出现自发排尿反射,激发膀胱,逼迫尿肌反射性收缩和外括约肌松弛。

2.2 中医重灸疗法

取穴:百会、关元、命门、足三里、阴陵泉、八髎等。方法:采用温和灸,无烟及有烟灸条均可,每穴灸至皮肤潮红,以不起泡为度。每日上午1次,治疗6天,休息1天,以42天为1个疗程。两组间歇导尿治疗每日均进行,治疗组在以上治疗的基础上加中医重灸疗法。

3 疗效观察

3.1 疗效观察指标

①治疗后残余尿量 $< 100\text{ml}$ 例数;②治疗后膀胱容量300~400ml例数;③治疗前后尿中白细胞阳性例数;④治疗后达到膀胱功能平衡状态例数。

3.2 疗效评定标准

临床痊愈:达到膀胱功能平衡状态(泌尿系感染无或轻度,残余尿量小于100ml,无尿失禁情况发生)。显效:残余尿量减少;尿中无白细胞。无效:病情变化不明显或无变化。

3.3 两组临床疗效比较

76例患者中,治疗组38例,临床痊愈30例,显效7例,无效