



· 中西医结合 ·

甲钴胺配合补阳还五汤治疗老年糖尿病周围神经病变对血清铁蛋白水平的影响分析

张丽琼 杨云贵 孙荣艳 刘欣婕 (云南省曲靖市第一人民医院老年病科 云南曲靖 655000)

摘要: **目的** 探讨甲钴胺配合补阳还五汤治疗老年糖尿病周围神经病变(DPN)的临床疗效及血清铁蛋白的变化。**方法** 选取2015年12月-2017年9月我院老年病科收治确诊为DPN患者92例,按随机对照实验法分为对照组(n=45例)和观察组(n=45例)。均给予降糖、降脂、饮食控制、甲钴胺等基础治疗,观察组加用口服中药复方补阳还五汤。观察两组经药物治疗神经传导速度、氧化应激及血清铁蛋白指标变化,统计不良反应。**结果** 与对照组比较,治疗后观察组神经传导速度、血清铁蛋白水平均增加,氧化应激SOD含量增加,MDA含量降低明显,差异有统计学意义(均 $P<0.05$)。**结论** 甲钴胺配合补阳还五汤治疗DPN可明显改善糖尿病周围神经病患者四肢疼痛、麻木、反应迟钝症状,临床治疗DPN效果显著。

关键词: 补阳还五汤 甲钴胺 DPN**中图分类号:** R587.2 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)02-190-02

糖尿病周围神经病变(DPN)作为糖尿病相对常见的一种并发症,其多发于老年群体,临床表现多以下肢麻痹、疼痛、出汗等症状,导致患者生活质量下降^[1]。目前,有研究发现氧化应激损伤与DPN疾病发展有着紧密联系,且有研究发现铁蛋白水平与氧化应激损失呈现正相关^[2]。本文旨在通过采取补阳还五汤联合甲钴胺治疗DPN,分析其对氧化应激损伤和血清铁蛋白水平的作用,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2015年12月-2017年9月,我院老年病科收治的确诊为DPN患者92例,其中男48例,女44例,随机分为对照组(n=46例)和观察组(n=46例)。两组平均年龄(70.2±5.3)岁,糖尿病病程(6.5±3.2)年,DPN病程(4.4±2.1)年。观察组空腹血糖(7.3±2.2)mmol/L;对照组空腹血糖(7.9±2.0)mmol/L。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性。所有患者均符合1999年WHO制定的糖尿病诊断标准^[3]。排除标准:(1)年龄≤40岁或≥78岁者;(2)患有严重肝肾功能损害、心脑血管疾病,或合并酮血症者;(3)认知障碍、表达能力极差、无法配合治疗者;(4)患有周围神经炎、脑梗死等可能引起周围神经异常感觉的其他相关疾病;(5)服从性差,不按规定服药,影响治疗进程者。

1.2 方法

给予两组患者口服甲钴胺片每次0.4mg,每天3次和基础教育、饮食指导、合理运动、药物降糖、降压、降脂等基础治疗;观察组给予相同剂量甲钴胺片加用补阳还五汤,煎汤剂服用,每次180ml,早晚服用,疗程均为8周。中药复方补阳还五汤处方:赤芍5g,川芎3g,当归尾6g,地龙3g,黄芪120g,红花3g,桃仁3g。

1.3 观察指标

观察受试患者的体表症状和临床表现,记录神经传导速度、氧化应激及铁蛋白水平相关指标,并统计患者的不良反应。

1.4 统计学方法

表3: 两组患者氧化应激、铁蛋白水平相关指标比较

组别	N	SOD(U/ml)		MDA(nmol/ml)		血糖(mmol/L)	血清铁蛋白(mg/ml)
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗后	治疗后
观察组	45	84.3±13.36	95.3±12.21	5.31±1.02	4.65±1.78	10.21±1.33	675.23±124.23
对照组	45	85.1±12.84	84.4±13.18	5.59±1.01	5.34±2.09	8.02±1.03	450.52±105.56

注:与对照组比较, $P<0.05$;与治疗前比较, $P<0.01$

2.4 两组不良反应比较

观察组胃肠道不适2例,不良反应率4.44%。对照组轻微头昏1例,不良反应率2.22%,差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

DPN作为糖尿病慢性并发症,可导致患者残疾,其发病机制复杂,

所有数据采用SPSS18.0统计软件分析,计量资料以平均数±标准差($\bar{x}±s$)表示,采用t检验, χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

如表1所示,治疗后,观察组临床有效占比93.3%高于对照组临床有效占比77.8%,差异有统计学意义($P<0.01$)。

表1: 两组患者临床疗效比较

组别	n	无效	有效	显效	有效率(%)
观察组	45	3	27	25	93.3
对照组	45	10	25	10	77.8

注:与对照组比较, $P<0.01$

2.2 两组神经传导速度比较

如表2所示,治疗后正中神经、腓总神经NMCV及SNCV均升高,治疗前后有差异性,观察组与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表2: 两组神经传导速度比较(n=45, m/s)

组别	时间	正中神经		腓总神经	
		NMCV	SNCV	NMCV	SNCV
观察组	治疗前	42.5±0.88	40.2±2.05	39.2±3.01	37.4±3.20
	治疗后	44.6±1.29	42.3±3.02	41.2±3.11	39.5±2.65
对照组	治疗前	42.1±1.42	38.6±2.61	40.0±3.05	38.2±2.98
	治疗后	44.3±2.56	42.0±2.98	41.2±2.34	41.1±2.50

注:与治疗前比较,与对照组比较, $P<0.05$

2.3 两组氧化应激、铁蛋白水平相关指标比较

如表3所示,与治疗前比较,治疗后观察组患者SOD水平增加;MDA水平治疗后与治疗前比较两组均下降,观察组下降更明显。比较血糖、血清铁蛋白指标,观察组较对照组逐渐增加。差异有统计学意义(均 $P<0.05$)。

现代医学暂不明确,DPN导致神经受损,其形成原因与神经微血管功能障碍,引发神经营养供应不足和神经元细胞凋亡有紧密联系^[4]。现代研究表明,控糖能预防并延缓神经病变,不能阻止神经病变发生,通过调节氧化应激不平衡性,加强抗氧化功能,在阻止神经病变中具有重要作用。当机体氧化与抗氧化作用失衡,且氧化作用居于主导地位时,嗜中性粒细胞入侵体内,酶蛋白分泌量增加,氧化产物严重超



标,超出机体负容量,糖尿病病情加重,导致神经病变和微血管损伤,因此机体氧化与抗氧化不平衡作用是引起周围神经功能病变的重要机制。本次研究发现甲钴胺有利于阻断糖尿病病变患者氧化应激反应过程,可以降低氧化物质含量增强抗氧化能力,对恢复周围神经损伤有益。有学者认为反应机体铁元素缺失和铁元素过量的重要指标是血清铁蛋白,对脂质过氧化、启动和催化 Haber-Weiss 反应、诱发氧化应激过程有促进作用^[5]。相关研究发现糖尿病糖耐量受损患者糖化血红蛋白与 SF 含量呈正相关关系^[6]。说明糖耐量受损的发生与铁元素异常有某种联系,因此血清铁蛋白水平可评估 DPN。

中医辩证认为“消渴”、“血痹”和西医上的糖尿病对症,消渴旨在“阴虚为本,燥热为标”,二者相互作用,步入恶性循环,使得病情加重,且阴虚灼伤脉络,不利脉道,燥热破血妄行,溢出脉外为淤,且耗损气血,气血无力,不得达于下肢^[7]。中医认为津血同源,均需要气来运载,脉搏无力,则津停血滞为瘀,瘀瘀燥热相互作用,使得脉络阻塞,病情更加严重,故而中医认为糖尿病的病机为气血亏虚,脉络瘀阻。DPN 病理机制复杂,中医认为通络化瘀、补气活血可为其一。补阳还五汤成方治疗气血两亏有明显疗效,该方大量使用补气药,佐以少量活血药,治本亦治标,诸药配伍,共奏通络活血之力,则可痊愈。DPN 的发病主因是五脏虚弱,气机阻滞。应在中医气血理论的指导下,结合脏腑理论,以“虚”,“瘀”为契机开展治疗。补阳还五汤治疗 DPN 在氧化应激方面有相关研究进展,主要在清除自由基、提高抗氧化酶活性、抑制 MAPK 信号传导通路途经、抑制细胞凋亡、抑制核因子- κ B 活化方面影响氧化应激反应进程,从而发挥重要作用^[8]。本文研究甲钴胺配合补阳还五汤治疗 DPN,改善血液循环,气滞,

修复周围神经,对患者的临床症状、神经传导速度有明显治疗效果,可减少轻微头昏,消化道不适等不良反应。临床辩证时应具体问题具体分析,依据患者病情对症下药,辨证论治。就目前的治疗方式和研究进展来看,该药虽疗效确切,仍缺乏大量有价值的医学证据,今后应加大研究力度,对其治疗机制进行更深入研究。

参考文献

- [1] 潘大军. 中医药治疗糖尿病周围神经病变[J]. 吉林中医药, 2015, 28(2):1160-1162.
- [2] 杨昕, 刘志民. 氧化应激和炎症反应与初诊 2 型糖尿病合并周围神经病变的关系[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(4):346-349.
- [3] 符春苗, 胡耀华, 吴翔. 不同年龄层次糖尿病患者糖化血红蛋白诊断标准研究[J]. 中国现代医学杂志, 2015, 25(8):59-62.
- [4] 彭雨媛. 糖尿病微血管障碍的发生机制及其与周围神经病变的关系[J]. 医学综述, 2013, 19(3):513-515.
- [5] 刘杰, 孙冰, 班博, 等. 糖尿病周围神经病变氧化应激等相关机制探讨[J]. 北京医学, 2015, 37(1):16-19.
- [6] 张肖. 血清铁蛋白与糖尿病周围神经病变及神经传导速度关系的研究[D]. 河北联合大学, 2014.
- [7] 单亮亮, 邓小敏, 王振刚, 等. 五味消渴方治疗糖尿病机理探讨[J]. 陕西中医, 2017, 28(6):783-784.
- [8] 刘桂伶, 商建军, 彭正发. 补阳还五汤合增液汤加减对糖尿病周围神经病变神经功能和氧化应激反应的影响[J]. 中医学报, 2016, 31(7):968-971.

(上接第 188 页)

并延长患者生存期。胃癌在传统中医中,常被归属于“胃积”、“胃脘痛”等的范畴,但其病因病机以及病态预后与之完全不符,现代中医对其有新的认识,将其归入内科癌病范畴,命名为“胃癌病”。我单位认为,本病以脾胃虚弱为发病根本,多由饮食不节、嗜食肥甘而致,而菌虫之毒或熏腌烟酒之毒长期损伤胃腑是其最终致病因素,毒邪与痰互结伤胃腑结而成块,进而侵蚀胃腑;另外此病发病过程中,常伴情志抑郁,肝郁气滞之临床表现多伴随出现于各种症候之中。在常规西医治疗的基础上,根据患者具体情况随症加减相应的中药,可促使患者机体恢复平衡,提高临床治疗有效性。

本次研究数据显示,相较于仅接受常规西医治疗的对照组患者,接受中西医结合治疗的观察组患者 1 年生存率显著明显更高($P<0.05$);此外,观察组患者 ORR 略高于对照组患者,但两组数据比较不存在显著差异($P>0.05$);最后,两组患者在治疗期间不良反应发生率的比较上未见明显差异($P>0.05$)。研究结果证实了中西医结合治疗的优越性,在延长患者生存期的同时,还可有效控制了不良反应的

发生。

综上所述,中西医结合使用是治疗 IV 期胃癌的有效途径,一方面可提高患者临床治疗总有效率,提升患者生存质量;另一方面,不会增加患者不良反应发生风险,安全可靠,有较高的临床应用价值,值得推广。

参考文献

- [1] 秦河峰. 中西医结合治疗 III、IV 期胃癌的疗效观察[J]. 临床和实验医学杂志, 2013, 12(7):515-516, 518.
- [2] 王晓艳. 中西医结合治疗中晚期胃癌的疗效分析[J]. 中医临床研究, 2017, 9(16):105-106.
- [3] 刘燕珠. 中西医结合治疗中晚期胃癌临床效果分析[J]. 中医临床研究, 2011, 03(16):22.
- [4] 热孜亚·库来西, 修雪梅. 中西医结合治疗晚期胃癌的临床观察[J]. 中国保健营养, 2016, 26(29):77-78.
- [5] 徐孟. 中西医结合内科治疗中晚期胃癌临床体会[J]. 世界临床医学, 2015, 9(2):16-17.

(上接第 189 页)

度的提升、临床治疗效果的改善,患者及其家属对于治疗的满意度自然能够随之得到提高,这对于增进患者家属信任、改善医患纠纷有着重要意义。

为进一步发挥中西医结合绿色通道在急性脑卒中患者治疗中的突出效果,笔者结合本次研究将中西医结合绿色通道的构建方法和要点总结如下:首先,对构建中西医结合绿色通道时,应当严格把握“以患者为中心”的基本原则,在绿色通道中明确各科室、各人员的工作职责,最大程度的优化工作流程,减少治疗环节瓶颈,提高治疗效率;其次,邀请检验科、放射科等科室共同参与绿色通道的制定之中,保证制定的各项措施的有效性和针对性;再次,建立配套的管理规则制度,营造良好的医疗环境,促使相关科室不断改进自身的工作流程,提高整体服务质量水平;最后,治疗措施要充分显示中医药的特色与优势,全面发挥中、西医学的各自优势,实现中西医的良性结合。

综上所述,构建中西医结合绿色通道对急性脑卒中患者进行诊治

有重要意义,可提高患者治疗有效性和满意度,在具体构建过程中,应当明确接诊前→接诊→病情评估→急救护理→术前护理→护送等各个流程的任务和时间,制定一套连贯、高效的救护模式与临床路径。

参考文献

- [1] 叶启福. 中西医结合治疗急性脑卒中的绿色通道构建方法及临床意义分析[J]. 医药前沿, 2013, (13):68-68.
- [2] 覃小兰, 李玉明, 杨时鸿等. 急性脑卒中中西医结合绿色通道的优化研究[C]. //2015 年广东省中医药学会脑病专业委员会学术年会论文集. 2015:388-392.
- [3] 尤茂海. 构建急性脑卒中中西医结合绿色通道研究[J]. 河南中医, 2013, 33(10):1659-1660.
- [4] 裴若燕. 急诊绿色通道护理流程在急性缺血性脑卒中患者救治中的效果[J]. 哈尔滨医药, 2016, 36(2):199-200.
- [5] 雷晓芬, 程燕玲, 司静琦等. 临床路径在创建脑卒中病人急救“绿色通道”中的应用[J]. 护理研究, 2014, 28(9):1101-1102.