

表2 两组患者临床症状积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	主要临床症状		
		疼痛	活动不利	行走困难
治疗组 (n=33)	治疗前	4.00 ± 1.68	2.61 ± 1.20	1.12 ± 0.73
	治疗后	1.22 ± 1.00 ^{▲*}	0.56 ± 0.51 ^{▲*}	0.28 ± 0.46 ^{▲*}
对照组 (n=33)	治疗前	3.67 ± 1.57	2.39 ± 1.24	1.05 ± 0.73
	治疗后	2.11 ± 1.28 [▲]	1.06 ± 0.72 [▲]	0.72 ± 0.67 [▲]

注:与同组治疗前比较, [▲] $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, ^{*} $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者临床疗效比较 治疗20天后,治疗组临床控制12例,显效16例,有效4例,无效1例,总有效率为84.85%;对照组临床控制7例,显效13例,有

效10例,无效3例,总有效率为60.61%;治疗组总有效率优于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 两组患者临床疗效比较(例·%)

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	33	12	16	4	1	28(84.85) [*]
对照组	33	7	13	10	3	20(60.61)

注:与对照组比较, ^{*} $P < 0.05$ 。

3 讨论

中医学认为,膝骨关节炎属“痹证”、“鹤膝风”范畴。多因年高体迈、肝肾亏虚、复感风寒湿热邪、筋脉痹阻,导致气血瘀阻、不通则痛、日久筋脉失养、挛缩不用,则出现关节活动不利等症状。本病多以本虚标实。中医临床治疗以补益肝肾、益气活血、化瘀止痛为主,辅以清热化痰、祛风除湿等法,多采用中药、针灸、推拿、中药外敷等多种手段综合治疗。

本研究采用中药内服配合中药外熨治疗中老年膝骨关节炎患者,取得显著临床疗效。中药内服组方以补益肝肾、活血化瘀止痛为主,并根据患者不同症候进行加减。内服组方中骨碎性温味苦,入肾补骨,补中有行、行中有补、以补肾强骨、活血续伤止痛,是为君药;独活、熟地、杜仲、续断、鹿含草、牛膝等为臣药助君补肝益肾;佐以当归、羌活、川乌、红花、甘草等活血化瘀,祛风除湿止痛。全方补虚兼以祛实,标本兼顾。药熨组方中制川乌、威灵仙、透骨草、白芷等具有祛风散寒胜湿之效;透骨草引诸药入骨;羌独活祛风湿,行气活血,通络止痛。中药外熨是药物在温热的作用下直透腠理,疏通气血,改善局部微循环,达到祛风散寒、活血通络、消肿止痛目的。《黄帝内经素问·调经论》言:“病在骨,淬针药熨。”《素问·血气形志》曰:“形苦志乐,病生于筋,治之以熨引。”目前,大量研究表明,补肾中药具有促进关节软骨细胞的增殖修复、阻止关节软骨破坏降解作用,抑制蛋白多糖的合成,降低TNF- α 的含量,从而延缓软骨退变,抑制滑膜炎性改变,同时能提高机

体免疫力^[4,5]。活血化瘀中药不仅能够改善微循环,而且能够有效清除体内过多氧自由基^[6]。透骨草、伸筋草、川芎等中药能够消除炎症致痛因子、提高非特异性免疫功能及降低末梢神经兴奋性,从而达到抗炎镇痛的作用^[7]。苏达明^[8]等研究发现,补益肝肾类中药可增强膝骨关节炎模型兔关节软骨细胞发生蛋白7的表达,从而促进膝关节软骨再生,减少软骨变形坏死,达到治疗关节炎的目的。

综上所述,采用中药内服外熨治疗膝骨性关节炎,充分体现了中医在骨科疾病的治疗方面内外兼顾的治疗原则和特色,值得在临床推广应用。

参考文献

[1] Egloff C, Htgle T, Valderrabano V. Biomechanics and pathomechanisms of osteoarthritis[J]. Swiss medical weekly, 2012, 142: w13583.
[2] 中华医学会风湿病学分会. 骨关节炎诊断及治疗指南[J]. 中华风湿病学杂志, 2010, 14(6): 416-419.
[3] 郑筱萸. 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, 49.
[4] 张冲, 季亚成, 张英泽, 等. 传统中医药补肾固筋方对膝骨关节炎中IL-1、TNF- α 表达的影响[J]. 中国骨质疏松杂志, 2013, 9(6): 568.
[5] 宁显明, 樊奥光, 徐传毅, 等. 补肾中药对膝骨关节炎软骨TGF- β 表达的影响[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2004, 12(2): 36.
[6] 周尊谦, 谢林, 孙达武. 丹紫康膝冲剂治疗膝关节退行性骨关节炎临床研究[J]. 中国骨伤, 1999, 12(2): 49.
[7] 孙军强, 程静, 冯俊奇. 关节镜下清理术联合中药离子导入治疗膝骨关节炎41例[J]. 中国中西医结合外科杂志, 2009, 15(6): 593.
[8] 苏达明, 赵军华, 黄志远, 等. 健膝强骨丸对膝骨关节炎家兔模型关节软骨病理改变的影响[J]. 中国组织工程研究, 2014, 18(5): 657-661.

2 型糖尿病并发周围神经病变 患者证素分析※

● 朱 敏* 唐 娟 张鹏声 魏仲南 吴宽裕 赵钟文

摘 要 目的:探讨 2 型糖尿病合并周围神经病变患者病位病性。方法:根据是否并发周围神经病变,将患者分为合并周围神经病变组、未合并周围神经病变组,对两组患者病位、病性积分均数进行统计分析。结果:2 型糖尿病病位积分由高到低为:肝、肾、脾、胃、经络、筋骨、心神;病性积分由高到低为:阴虚、血虚、气虚、湿、阳虚、血瘀、热、气滞、痰;合并周围神经病变者肝、筋骨及血瘀积分较高。结论:2 型糖尿病的主要病位在肝肾脾胃及经络,病性为阴阳气血亏虚、湿热血瘀等夹杂;合并周围神经病变者在病位肝、筋骨、经络及病性血瘀方面更显著。

关键词 2 型糖尿病 周围神经病变 证素 病位 病性

周围神经病变是 2 型糖尿病最为常见的慢性并发症之一,目前对其临床分型、辨证分歧较多,对临床辨证施治有一定的影响。本研究是应用新兴的证素辨证的证候计量诊断方法研究糖尿病并发周围神经病变患者的中医临床特点、病位病性分布,希望能更客观地反映患者中医证候的主次轻重及合并周围神经病变患者的中医证候特点。

1 资料和方法

1.1 研究对象 选取 2009~2014 年于福建省第二人民医院内分泌科就诊的 2 型糖尿病住院患者。病例总数 99 人,根据有无并发周围神经病变分为合并周围神经病变组、未合并周围神经病变组,其中合并周围神经病变者 52 例,未合并周围神经病变者 47 例,其年龄分别为 (60.63 ± 9.51) 岁、 (62.66 ± 13.25) 岁,二者在性别、年龄上无统计学差异 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照 1997 年 WHO 标准^[1]确诊为 2 型糖尿病。合并周围神经病变患者还应符合《糖

尿病周围神经病变诊断和治疗共识》^[2]关于糖尿病周围神经病的诊断标准:存在周围神经病变的临床和(或)电生理的证据。

1.3 纳入标准 ①符合 2 型糖尿病诊断标准者;②有或无周围神经病变的临床和(或)电生理证据者;③年龄 18~80 岁者;④自愿签署知情同意书者。

1.4 排除标准 ①不符合糖尿病诊断者或经临床分型为 1 型糖尿病患者;②临床证实为继发性糖尿病,如使用皮质激素、继发于急性胰腺炎等;③年龄 > 80 岁、 < 18 岁者;④妊娠、出血倾向、严重心、肝、肾功能障碍、导致周围神经病变的其它原因(如慢性炎性脱髓鞘性多发性神经根周围神经病、营养缺乏、中毒、异常球蛋白血症、肝功能不全、肾功能不全、甲状腺功能减退、恶性肿瘤、结缔组织病、感染性疾病以及遗传病等)者;⑤不愿意配合,无法进行中医四诊信息采集者。

1.5 研究方法 对所有根据证素系统所使用的中医证候资料采集量表进行规范的四诊采集,并将收集的四诊资料录入至证素辨识系统,所得结果进行统计分析。所得的积分 < 70 ,归为 0 级,说明基本无病理变化,无临床意义; $70 \leq$ 积分 < 100 ,归为 1 级,说明存在轻度病理变化; $100 \leq$ 积分 < 150 ,归为 2 级,说明存在中度病理变化;积分 ≥ 150 ,归为 3 级,

※基金项目 陈可冀中西医结合发展基金(No. CKJ2010013)

*作者简介 朱敏,女,副主任医师,主要从事内分泌代谢性疾病诊疗及基础研究。

•作者单位 福建中医药大学附属第二人民医院(350003)

说明存在严重病理变化。

1.6 统计方法 数据采用 SPSS13.0 软件进行处理。对病例根据证素系统积分等级进行频次比较,探讨 2 型糖尿病患者的证素分布规律;对两组患者根据证素系统积分分级编秩,并采用非参数检验的 Mann - Whitney 检验,分析两组患者病位、病性证候要素之区别。

2 结果

2.1 2 型糖尿病患者病位、病性特点 病位积分由高到低分别为:肝、肾、脾、胃、经络、筋骨、心神;病性积分由高到低:阴虚、血虚、气虚、湿、阳虚、血瘀、热、气滞、痰。见图 1。

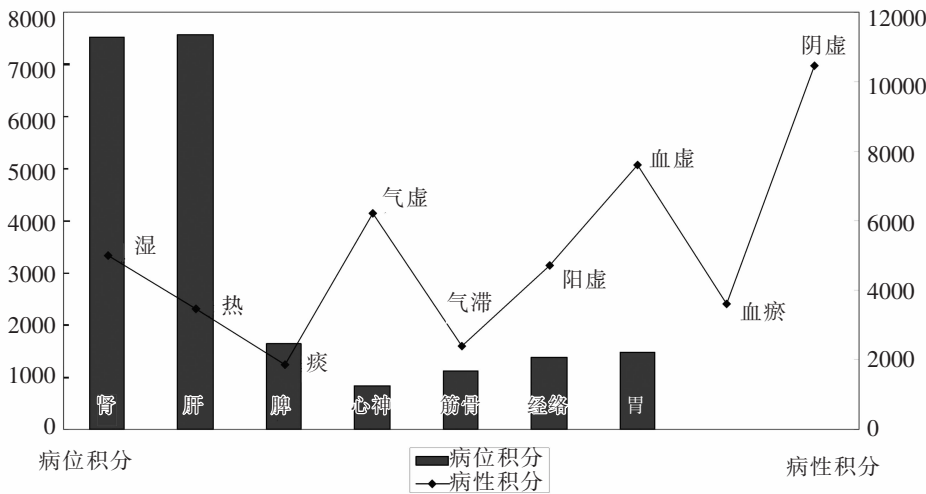


图 1 2 型糖尿病患者病性、病位积分统计

2.2 两组患者病性、病位积分比较 对两组患者出现的主要病性、病位进行非参数分析,可见肝、筋骨、经络 3 个病位及血瘀 1 个病性两组比较有显著性差异,其中合并周围神经病变组患者的肝、筋骨、经络及血瘀积分均较未合并周围神经病变组高 ($P < 0.05$ 、 $P < 0.01$)。见表 1,表 2。

表 1 两组患者病位积分比较 (Mann - Whitney U 值)

分组	肾	脾	肝	心神	胃	筋骨	经络
合并周围神经病变组	2391.5	2463.0	3271.5 **	2617.5	2618.0	2762.0 *	2785.5 *
未合并周围神经病变组	2558.5	2487.0	1678.5	2332.5	2332.0	2188.0	2164.5

注:与未合并周围神经病变组比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ 。

表 2 两组患者病性积分比较 (Mann - Whitney U 值)

分组	湿	热	痰	气虚	气滞	阳虚	血虚	血瘀	阴虚
合并周围神经病变组	2619.5	2552.5	2451.5	2438.0	2718.5	2451.0	2641.5	3000.5 **	2477.5
未合并周围神经病变组	2330.5	2397.5	2498.5	2512.0	2231.5	2499.0	2308.5	1949.5	2472.5

注:与未合并周围神经病变组比较, ** $P < 0.01$ 。

3 讨论

传统中医辨证主观性和随意性强^[3],给临床治疗、研究和学习带来困难。近年有朱文峰教授提出并建立“证素”辨证理论依中医理论要求进行证素匹配形成证型^[4],提高了辨证的客观性、规范性和可重复性。

糖尿病周围神经病变多呈慢性远端型、对称性、多发神经病变,最常见的表现为远端慢性感觉运动性多神经病变^[5],目前多诊断为“消渴痹证”。有关 2 型糖尿病周围神经病变的研究有许多不同观点,林兰^[6]认为糖尿病合并周围神经病变者“阴虚为本、燥热为标”,随着病情进一步发展可分别表现为阴虚火旺、气虚气滞、血虚血瘀、阳虚寒凝等。刘国