中药治疗糖尿病下肢动脉硬化闭塞症的临床观察

刘 阳 于世家 辽宁中医药大学附属医院内分泌科（沈阳 110032）

摘 要 目的：观察木丹颗粒联合丹红注射液治疗糖尿病下肢动脉硬化闭塞症的临床疗效。方法：将68例符合诊断及纳入标准的糖尿病下肢动脉硬化闭塞症患者随机分为对照组、治疗组，各34例。对照组应用丹红注射液治疗，治疗组在对照组基础上予以木丹颗粒治疗，两组均以15d为1个疗程。结果：总有效率治疗组为91.2%，对照组为70.6%；两组患者ABI、足背动脉的血管内径、足背动脉峰值流速、足背动脉血流量治疗前后组内比较及组间比较差异显著；治疗组全血黏度、纤维蛋白原明显降低，与对照组比较差异显著。结论：木丹颗粒联合丹红注射液能明显改善糖尿病下肢动脉硬化闭塞症，值得在临床上推广应用。

主题词 闭塞性动脉硬化/中医药疗法 糖尿病血管病变 @木丹颗粒 @丹红注射液

【中图分类号】 R587.1 **【文章标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1000-7369.2015.02.033

糖尿病下肢动脉硬化闭塞症是糖尿病严重的慢性并发症之一，是引起下肢血管腔狭窄、栓塞、甚至截肢的原因之一[1]。该病发病率逐年增高，影响了患者的生活质量，造成了巨大的经济、社会负担，因此是临床工作者研究的热点领域。西医对本病多采用抗凝和稳定斑块等，效果不甚满意。中医药在治疗本病上具有一定的特色和优势，本文就我院采用木丹颗粒联合丹红注射液治疗糖尿病下肢动脉硬化闭塞症的治疗情况报道如下。

临床资料 选取我院2012年5月～2013年5月收治的糖尿病下肢动脉硬化闭塞症68例作为研究对象，随机分为两组。治疗组34例，男19例，女15例；年龄54～75岁，平均60.5±7.2岁；糖尿病病程5～20年，平均11.8±5.6年；对照组34例，男17例，女17例；年龄55～78岁，平均62.7±7.4岁；糖尿病病程5～21年，平均12.9±5.2年。两组在性别、年龄、病程等方面，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。

诊断标准 参照中国中西医结合学会周围血管疾病专业委员会制定的诊疗标准[2]。有下肢症状（间歇性跛行、静息痛、麻木、发凉、足部皮肤发绀），足背动脉搏动减弱或消失，静息踝肱指数ABI<0.90，超声多普勒和/或下肢血管CTA（MRA）显示有下肢体动脉狭窄或闭塞改变。

排除标准 并发糖尿病急性并发症（包括糖尿病酮症酸中毒、糖尿病高渗性高血糖状态、糖尿病乳酸性酸中毒）；严重的心肝肾功能衰竭；恶性肿瘤及血液病；严重意识障碍；按糖尿病肢体动脉闭塞症临床分期标准属于Ⅲ期（坏死期）者；对本药过敏者。

治疗方法 两组均予低盐、低脂饮食，控制血糖、血压、调脂等常规治疗。对照组：予阿司匹林肠溶片100 mg（国药准字：H37022291，规格：0.5 g），1次/d，口服；辛伐他汀片20 mg，1次/d，口服；同时予丹红注射液30 mL溶解于250 mL生理盐水中静脉输注，1次/d，15d为1个疗程。治疗组：在对照组治疗的基础上联合木丹颗粒（国药准字：Z20080033，规格：7 g）治疗，给予患者口服3次/d木丹颗粒，使用温水冲服，1袋/次。两组治疗疗程均为15d。

疗效标准 主要观察治疗前后血流变化的情况，包括胭动脉区、足背动脉区，这两个区域的观察主要是血流量、血管内经、峰值情况，同时监测ABI，以及血液黏稠度（包括纤维蛋白原、血浆及全血黏度）。

从患者自觉症状及监测指标判断具体情况。临床治愈：当自觉麻木、发凉消失，皮肤未见发绀等，同时血流速度得到提升，与治疗前比较间歇性跛行缓解程度在2倍以上；有效：上述自觉症状有所改善，肢体血流速度略有增快，与治疗前比较间歇性跛行缓解程度1倍以上；无效：不符合上述者。

统计学方法 应用统计学软件SPSS 17.0对收集的数据进行分析，计量资料以$\bar{x}\pm s$表达，数据组间采用t检验进行分析，计数资料主要用百分比表示，统计学比较应用χ^2检验，当$P<0.05$时认为差异具有统计学意义。

治疗结果 总有效率治疗组为91.2%，对照组为70.6%，两组比较差异显著，见表1，2。两组治疗后ABI、足背动脉各项指标较治疗前改善明显，均（$P<0.05$）。两组纤维蛋白原检测、血液流变学比较，治疗组的情况改善显著，其中纤维蛋白原、全血低切黏度、全血高切黏度与对照组治疗后比较显著，而对照组只有血浆黏度与治疗前比（$P<0.05$），详见表3。

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

表 1 两组治疗结果及疗效比较(n)

组别	n	痊愈	有效	无效
治疗组	34	8	23	3
对照组	34	4	20	10

表 2 两组患者治疗前后 ABI 和下肢血管内径、峰值流速、血流量比较

组 别	时间	ABI	胭动脉血管内径	胭动脉峰值流速	胭动脉血流量	足背动脉血管内径	足背动脉峰值流速	足背动脉血流量
治疗组	治疗前	0.86±0.07	5.87±0.71	68.27±0.56	13.86±7.13	2.21±0.58	20.20±1.06	0.52±0.16
	治疗后	1.07±0.05△▲	6.13±0.53	69.75±0.31	14.31±4.52	2.67±0.75△▲	22.29±0.04△▲	0.75±0.17△▲
对照组	治疗前	0.87±0.06	5.81±0.67	68.31±0.49	13.76±5.63	2.23±0.52	20.25±0.04	0.48±0.23
	治疗后	1.03±0.05△	5.95±0.42	69.62±0.27	14.29±3.28	2.42±0.68△	21.08±0.03△	0.54±0.10△

注：与同组治疗前相比，△$P<0.05$；与对照组相比，▲$P<0.05$；足背动脉血流量单位 m / s·mm^2，峰值流速单位 cm/L，血管内径单位 mm

表 3 两组患者治疗前后血流变学指标的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	全血低切黏度(mPa.s)	全血高切黏度(mPa.s)	血浆黏度(mPa.s)	纤维蛋白原(g/L)
治疗组	治疗前	6.37±0.52	5.12±0.61	1.98±0.56	4.87±0.54
	治疗后	4.15±0.57△▲	3.68±0.74△▲	1.24±0.31△	2.21±1.31△▲
对照组	治疗前	5.87±0.39	5.08±0.45	1.89±0.49	4.79±1.06
	治疗后	5.36±0.61	4.98±0.76	1.37±0.27△	3.82±0.72

注：与同组治疗前相比△$P<0.05$，与对照组相比▲$P<0.05$

讨 论 糖尿病下肢动脉硬化症是引起严重的下肢并发症足溃疡、感染、坏疽、下肢截肢的重要原因。其发病机制目前尚不明确，目前临床上常推荐对糖尿病下肢动脉硬化闭塞症患者尽早采取调脂、抗凝、降糖、降压、戒烟等治疗，虽取得一定的疗效，但并不满意。中药以其独特的优势和特点，逐渐成为治疗该病的常用药，临床疗效令人满意，不良反应少。

糖尿病下肢动脉硬化闭塞症属于中医学中“消渴病”合并“痹症”、“脉痹”“血痹”等范畴，《金匮要略·血痹虚劳》指出：“血痹阴阳俱微”、“外证身体不仁，如风痹状”。消渴日久，耗气伤阴，日久阴损及气，气阴两虚，气虚则行血无力，血行瘀滞；病久迁移不愈，阴损及阳，阴阳两虚，阳虚水液失布，脉中痰凝与瘀血阻结闭阻，主要的病机为气虚血瘀。因此，行气活血是治疗大法，临床多用益气活血，通经止痛进行治疗。丹红注射液具有通脉舒络、活性化瘀的作用，其主要成分是丹参、红花。丹参具有保护血管内皮细胞，改善微循环、溶栓、抗凝，抑制炎症发生发展，以及稳定动脉斑块等作用[3]。红花中红花甙、红花黄色素是主要成分，它们共同具有扩张小动脉、抑制血小板聚集、降低血液黏度、提高微循环水平的功效。木丹颗粒是于世家教授 30 余年临床经验的结晶，目前临床上用于治疗糖尿病周围神经病变[4]。方中重用黄芪，益气行血，气行则血行，血行则痛止，又配以赤芍、红花、川芎养血活血，以气血相生之意使气充血旺，从而养筋充肺、荣肢，则麻、痛尽释。本此研究结果显示，对于糖尿病下肢动脉硬化闭塞症采用木丹颗粒联合丹红注射液治疗，对于改善患者肢体疼痛、发凉、麻木、间歇性跛行等临床症状明显改善。两组比较总有效率，治疗组明显高于对照组($P<0.05$)。治疗组在 ABI 、足背动脉峰值流速、足背动脉血管内径、足背动脉血流量方面的改善程度均优于对照组($P<0.05$)。并且血液黏度、血浆纤维蛋白原等指标均明显降低，从而可减少血栓形成，保护血管内皮细胞，促进硬化斑块消退，延缓疾病进展。另外，在本次试验治疗过程中未出现严重不良反应，患者耐受性较好。

综上所述，木丹颗粒联合丹红注射液治疗糖尿病下肢动脉硬化闭塞症，可改善患者双下肢血管情况，具有较好的临床疗效，明显缩短了疾病治愈的进程，值得进一步推广。

参考文献

[1] 彭 欣，银浩强，徐蓉娟，等. 糖尿病下肢动脉病变检测指标与中医证型的关系[J]. 现代中西医结合杂志，2009，18(26)：3155-3156.

[2] 崔公让，谭鸿雁. 动脉硬化闭塞症[M]. 北京：人民军医出版社，2000.

[3] 刘小溪，于世家，王 镁，等. 补气活血法联合西洛他唑治疗糖尿病下肢动脉病变 38 例[J]. 陕西中医，2013，34(6)：681-682.

[4] 郝宏铮，于世家. 木丹颗粒治疗糖尿病下肢动脉闭塞的临床疗效评价[J]. 医学信息，2014，27(4)：98-99.

(收稿 2014-09-12；修回 2014-10-15)

?1994-2015 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net