

引水归原”。对于八味丸,赵氏推崇备至,凸显其温补特色。“余所以谆谆于此方者,盖深知仲景为立方之祖,的认此方为治肾之要,毫不敢私意增减。”由于赵氏认为命门之火乃一身之主宰,所谓“人非此火不生,非此火不活”,故每予八味丸水中补火,“益火之源,以消阴翳”,更兼“益脾胃而培万物之母”(八味丸说)。

赵献可在《医贯》中的医学思想,如其所言,“可称是千载不明之说,予独表而出之”,在医理论述、遣方用药方面的观点发古人之未发,独辟蹊径,令人耳目一新,对后人的理论研究和临床运用均有重要的参考价值,然文中不乏有待商榷之处,须持审慎态度。

· 基层园地 ·

糖尿病周围神经病变 病因病机浅析及治法探讨

邱作成¹,张振国^{2*},李志钢¹,谷培恒¹,乐德行¹

(1. 新疆维吾尔自治区中医院,新疆

医科大学附属中医院,乌鲁木齐 830000;

2. 武警乌鲁木齐市公安消防支队

后勤处卫生队,乌鲁木齐 830000)

随着现代社会生活方式模式改变,糖尿病患者在全球急剧上升,2型糖尿病已成为一种常见病、多发病,且有进一步高发的趋势。其慢性并发症尤其糖尿病周围神经病变(DPN)的致残率、死亡率尤显突出,严重影响患者正常工作,带来沉重经济负担,需积极防治。现代研究认为DPN与长期高血糖及由此导致代谢异常,微循环障碍,神经因子缺乏,自身免疫代谢失调等诸多因素密切相关,以感觉神经受累较早,常伴见麻木,疼痛,无力,进行性肌萎缩等,后期可累及运动及自主神经。目前治疗缺乏特效方法,良好血糖控制为基础,醛糖还原酶抑制剂,维生素,血管活性物质,营养神经等综合治疗措施有一定作用,但其有效性及副作用尚需进一步研究。

1 病因病机

中医此病始述于《黄帝内经》曰“营气虚则不仁,卫气虚

[参考文献]

- [1] 赵献可医贯. 陈永萍校注. 北京:学苑出版社,2005.
- [2] 李志更,潘桂娟,刘理想.《医贯》中的五行学说思想[J].中华中医药学刊,2008,26(8):1701.
- [3] 刘景超,赵云芳,凌芳.《医贯》学术思想探析[C].中华中医药学会第十六届医古文学术会议论文集,2006:70.

[责任编辑 何伟]

则不用,营卫俱虚则不仁且不用。”历代医家将之归于“痹证”“萎证”“麻木”等病,如《王旭高医案》有“消渴日久,但见手足麻木,肢凉如冰。”而《证因脉治》亦有“因膏粱积热,湿热伤脾,脾主肌肉,故常不仁”记载。近代学者将其归于“脉痹”“血痹”“皮痹”等范畴,病机治法多从气阴亏虚,阳气亏虚,肝气郁滞,瘀血痰浊等多角度研究,取得一定效果。脾肾双亏为其物质基础,痰浊瘀血贯穿于糖尿病始末,为糖尿病血管病变主要原因,结合长期临证,我们认为此病多本于脾肾亏虚,标于痰浊瘀毒。兹浅析如下。

脾主运化水谷,运输精微。正如《脾胃论》所云“人以脾胃二气为本。”消渴病患者多因饮食不节、嗜食肥甘、思虑劳倦等伤脾,致脾气亏虚,健运失司,精微不化,聚湿成痰,如《格致余论》所云“人内虚,阳虚难降则气郁化痰。”《读医随笔》曰:“气虚不足以推血,则血必有瘀”。又如《黄帝内经》所云“汁沫与血搏,则并合凝聚不得散也。”《血证论》又云“瘀血即久,亦能化为痰水。”久病痰瘀同病,病久可致毒。《素问·逆调论》云:“肾者水藏,主津液。”《医贯》亦云:“肾虚不能制水,则水不下归源,如水逆行,洪水泛滥为痰。”《难经》曰:“肾者,气之所系。”《医林改错》亦云:“元气既虚,必不能达于血,血管无气必停留为瘀。”“痰滞阻津血行,可致血瘀;血瘀则水湿停滞,可聚为痰”可知瘀血痰浊与肾虚密切相关,日久可致毒。现代临床已明证痰浊血瘀贯穿于糖尿病始末,并可致毒。

2 治法探讨

综上所述认识,治以培土解毒、活血化瘀为法。方予黄芪、黄精、丹参、虎杖、玄参、苍术、黄连、鬼箭羽、六月雪、当归、白芥子、鹰嘴豆等药组成。并协同降糖药,治疗2型糖尿病合并DPN,尤其伴有胰岛素抵抗患者,优势互补,协同增效显著。方中主药黄芪味甘性温,功善补气生津,托毒生肌。《本草汇言》亦云“贼分之病,偏中血脉,而手足不遂者,黄芪可以荣筋。”现代药理研究显示黄芪能降低高血糖、升高低血糖,明显抑制醛糖还原酶,有促进胰岛细胞分泌胰岛素之效。制黄精《本经逢原》曰其“宽中益气,使五脏调和,肌肉重盛,骨髓坚强,皆为养阴之功。”可滋脾补肾。现代研究可抑制肝糖元酶解而发挥降血糖作用。丹参功善活血去瘀。《本草正

[收稿日期] 2010-10-09

[第一作者] 邱作成,医学硕士,主治医师,主要从事中医内科杂病临床、教学、科研,Tel:15899203366,E-mail:xjqzc@sohu.com

[通讯作者] *张振国,主治医师,主要从事中西医结合临床,E-mail:654946370@99.com

义》云“丹参, 专入血分, 功在活血止血, 内之达脏腑而化郁滞, 故积聚消而癥瘕破; 外之利关节而通经络, 则腰膝健而痹著行。”现代研究有较强抑制醛糖还原酶及蛋白非酶糖基化作用, 降低血糖之效。苍术辛平健脾燥湿, 善治脾瘵。虎杖功善清热解毒, 散瘀止痛。元参解毒养阴。黄连苦寒清热解毒坚阴。当归《医学起源》曰其“能和血补血, 身和血, 尾破血。”鬼箭羽、六月雪活血去瘀。白芥子《本草纲目》曰其“利气豁痰, 除寒暖中, 散肿止痛, 治麻木脚气, 筋骨腰节诸痛。”尤善治皮里膜外痰湿阻滞经络肢体麻木疼痛。诸药共奏培土解毒, 活血化痰之效。

3 典型病例

张某, 男, 56 岁, 因“多食, 倦怠乏力伴下肢麻木 2 年加重 1 周”就诊。3 月前至当地医院查餐前血糖 $8 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 餐后 2 h 血糖 $12 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 肌电图检查示: 下肢胫腓神经感觉运动传导速度均减慢, 符合周围神经病变。西医诊断为 2 型糖尿病, 糖尿病周围神经病变。经控制饮食, 运动, 口服格列吡嗪, 二甲双胍, 加钾钴胺(弥可保)效果不显就诊。症见: 精神欠振, 面色少华, 多食, 倦怠乏力, 下肢麻木, 寐安, 二便调, 舌暗红, 边有齿痕, 苔薄白腻, 脉涩。中医诊断: 消渴; 脉痹证。属脾气亏虚, 瘀血痰浊。嘱患者继续控制饮食, 适量运动, 口服阿卡波糖(卡博平), 格列吡嗪(美吡哒), 并加服培土解毒、活血化痰方, 重用鬼箭羽。予黄芪 30 g, 黄精 12 g, 丹参 12 g, 虎杖 9 g, 元参 15 g, 苍术 6 g, 黄连 3 g, 鬼箭羽 20 g, 六月雪 9 g, 当归 12 g, 白芥子 15 g, 鹰嘴豆 15 g。8 剂水煎服, 日 1 剂。复诊时诸症减, 餐前血糖 $7 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 餐后 2 h 血糖 $11 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 上方加鹿衔草 12 g 加强强筋健骨, 继服 8 剂。再诊麻木症状明显减轻, 餐前血糖 $6 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 餐后 2 h 血糖 $8 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$, 后随证更方。两月后诸症消, 复查肌电图检查示: 下肢胫腓神经感觉、运动传导速度均显著提高, 较前好转。

化疗加复方苦参注射液 治疗晚期胰腺癌 27 例

刘秀平*, 褚磊

(山东省青岛市肿瘤医院, 山东 青岛 266042)

胰腺癌为高度恶性肿瘤。由于早期缺乏特异性症状和

体征, 一旦发现, 80% 的患者已丧失手术机会, 即使病变局限行根治性切除, 仍会复发和转移, 5 年生存率不足 25.0%。化疗药物吉西他滨对胰腺癌的疗效肯定。复方苦参注射液具有抗癌、止痛、减轻化疗毒副反应等功效。我科收治晚期胰腺癌 27 例, 予以吉西他滨加复方苦参注射液治疗, 观察其疗效及毒副反应。

1 资料与方法

1.1 资料 2005 年 10 月—2009 年 10 月, 我院中西医科收治 27 例晚期胰腺癌患者。其中男性 17 例, 女性 10 例; 年龄 45 ~ 73 岁, 平均 58.5 岁; 17 例经病理组织学证实, 10 例根据临床体征、影像学及血液肿瘤标记物确认。根据国际抗癌联盟(UTCC)临床分期: I 期 9 例, II 期 18 例。胰头癌 18 例, 胰体癌 5 例, 胰尾癌 4 例。KPS 评分 40 ~ 70 分, 预计生存期 > 3 个月, 心电图、肝肾功能及血常规基本正常。主要临床症状有上腹痛或腰背部疼痛, 食欲减退, 发热、体重减轻, 黄疸等。所有患者均有不同程度的疼痛, 根据主诉疼痛程度分级法(VRS)分为: 0 级腹痛无, 1 级腹痛 6 例, 2 级腹痛 8 例, 3 级腹痛 7 例, 4 级腹痛 6 例。

1.2 治疗方法 西医治疗: 所有患者均以吉西他滨化疗。吉西他滨 $1000 \text{ mg}/\text{m}^2$ 加入生理盐水 250 mL 中 gtt, 第 1, 8, 15 在 30 ~ 60 min 内 gtt 完毕, 全部患者在化疗前 30 min iv 托烷司琼 5 mg, 28 d 为 1 个周期, 所有患者均完成 2 个或 2 个周期以上化疗。复方苦参注射液治疗: 复方苦参注射液 20 mL 加入生理盐水 250 mL 中 gtt, 1 次/d, 连用 15 d, 休息 5 d 重复。

1.3 评价标准

1.3.1 近期疗效判定^[1] 以完全缓解(CR), 部分缓解(PR), 稳定(SD), 进展(PD)进行判定。远期疗效判定^[1]: 观察 0.5 年、1 年生存率。

1.3.2 临床受益反应(CBR)^[2] 对疼痛、体力状况及体重变化做出评估, 其评判标准凡符合下列任何 1 项指标(持续 4 周以上), 并无任何 1 项恶化者, 定义为临床受益。疼痛缓解: 镇痛药用量减少 50% 或疼痛强度减轻 50%; 体力状态: 按 KPS 评分标准改善 20 分; 体重变化: 如疼痛程度及体力状况均稳定, 治疗后体重增加 7% (除外体腔积液, 体液滞留的质量)。

1.3.3 毒性反应 按 WHO 抗癌药急性与亚急性毒性表现与分级标准进行评价, 分为 0 ~ III 度。

2 结果

2.1 近期疗效 治疗 2 个月后, 第 1 次评价疗效: CR 1 例 (3.7%), PR 5 例 (18.5%), SD 10 例 (37.04%), PD 11 例 (40.74%)。有效率(CR + PR) 6 例 (22.2%), 远期疗效: 随访到 2009 年 10 月, 有 1 例失访, 随访率 96.3%, 失访者按死亡统计。治疗后, 患者 0.5 年生存率 44.44% (12/27), 1 年生存率 29.63% (8/27), 有 2 例至今存活: 其中 1 例存活 5 年, 1 例存活 3 年。

2.2 临床受益反应(CBR) 经治疗 2 个月后, 全组 27 例患

[收稿日期] 2010-06-13

[通讯作者] * 刘秀平, 副主任医师, 从事中西医结合治疗消化系统肿瘤的临床, Tel: 0532-84962203, E-mail: qdlyxp@126.com