

引用:赵琴,郑朝晖,林盼,胡凤,唐娜,肖凤.耳穴压豆联合中药熏洗治疗痛性糖尿病周围神经病变阴虚血瘀证的疗效分析[J].中医导报,2023,29(2):101-105,110.

护 理

耳穴压豆联合中药熏洗治疗痛性糖尿病周围神经病变阴虚血瘀证的疗效分析

赵 琴^{1,2},郑朝晖²,林 盼²,胡 凤²,唐 娜²,肖 凤²

(1.湖南中医药大学护理学院,湖南 长沙 410208;

2.长沙市中医医院/长沙市第八医院,湖南 长沙 410100)

[摘要] 目的:探讨耳穴压豆联合中药熏洗治疗痛性糖尿病周围神经病变阴虚血瘀证的临床疗效。方法:将90例痛性糖尿病周围神经病变阴虚血瘀证患者按随机数字表法分为耳穴压豆组、中药熏洗组、耳穴压豆联合中药熏洗组,每组30例,7 d为1个疗程,共治疗2个疗程。比较3组患者治疗前、治疗1个疗程后、治疗2个疗程后中医证候积分及肢体疼痛程度[疼痛数字评分法(NRS)],并比较3组患者治疗2个疗程后的中医证候疗效、治疗前后匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)各项评分及总评分。结果:耳穴压豆组、中药熏洗组及耳穴压豆联合中药熏洗组治疗2个疗程后中医证候疗效总有效率分别为76.7%(23/30)、73.3%(22/30)、96.7%(29/30),耳穴压豆联合中药熏洗组疗效优于耳穴压豆组、中药熏洗组,差异有统计学意义($P<0.05$)。3组患者治疗1个疗程、2个疗程后中医证候积分均低于治疗前($P<0.05$),治疗2个疗程后均低于治疗1个疗程后($P<0.05$),且耳穴压豆联合中药熏洗组治疗1个疗程、2个疗程后中医证候积分均低于耳穴压豆组、中药熏洗组($P<0.05$)。耳穴压豆组及耳穴压豆联合中药熏洗组治疗1个疗程、2个疗程后肢体疼痛评分均低于治疗前($P<0.05$),治疗2个疗程后均低于治疗1个疗程后($P<0.05$);中药熏洗组治疗1个疗程后与治疗前比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗2个疗程后与治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.05$);耳穴压豆联合中药熏洗组治疗1个疗程、2个疗程后肢体疼痛评分均低于耳穴压豆组、中药熏洗组($P<0.05$)。治疗2个疗程后,3组患者PSQI催眠药物评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),耳穴压豆组入睡时间评分、日间功能障碍评分与治疗前比较,差异无统计学意义($P>0.05$);3组患者其余PSQI评分及总分均低于治疗前,且耳穴压豆联合中药熏洗组低于耳穴压豆组、中药熏洗组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:耳穴压豆联合中药熏洗能改善痛性糖尿病周围神经病变阴虚血瘀证患者临床症状,减轻其肢体疼痛,提高其睡眠质量,值得临床应用。

[关键词] 痛性糖尿病周围神经病变;阴虚血瘀证;耳穴压豆;中药熏洗;临床研究

[中图分类号] R248.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-951X(2023)02-0101-05

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2023.02.021

随着现代人们生活水平的提高及生活方式的改变,糖尿病患病率已经从1980年的0.67%上升到2017年的11.2%^[1]。根据国际糖尿病联盟(international diabetes federation, IDF)统计,预计到2045年全球糖尿病患者将增加到6.93亿^[2]。糖尿病周围神经病变(diabetic peripheral neuropathy, DPN)是糖尿病常见的慢性并发症之一,临床表现主要有四肢远端感觉、运动功能障碍及筋脉挛急疼痛,是糖尿病患者截肢的重要原因^[3]。痛性糖尿病周围神经病变(painful diabetic peripheral neuropathy, PDPN)是一种以疼痛为主要临床表现的DPN,患病率为23.1%^[4]。患者往往因为疼痛导致睡眠、情绪障碍,严重

影响其生活质量^[5-6]。王瑞琦^[7]研究发现,阴虚血瘀证是PDPN最常见的中医证候之一。目前,临床治疗多采取控制血糖、改善微循环、抗氧化应激、止痛等对症治疗,其中止痛管理多采用抗惊厥药、抗抑郁药和阿片类药物^[8],但这些药物易出现药物依赖。近年来,中医外治疗法已广泛应用于临床,常用疗法有耳穴压豆、中药熏洗等。耳穴压豆充分体现了中医的全息理念,可通过刺激耳廓上特定的阳性反应点调节神经传导、促进气血运行,进而减轻患者肢体麻木、疼痛等症状^[9]。中药熏洗属于温热疗法,可通过热力和药力双重作用改善局部血液循环与神经传导速度,迅速缓解患者疼痛、麻木症状^[10]。基于

通信作者:郑朝晖, E-mail: 280942249@qq.com

此,本研究采用耳穴压豆联合中药熏洗治疗PDPN阴虚血瘀证的患者,分析临床效果,旨在指导临床治疗。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 参照《中国2型糖尿病防治指南(2020年版)》^[8]中糖尿病周围神经病变的诊断标准,并符合《痛性周围神经病的诊断和治疗共识》^[9]中痛性周围神经病变诊断标准。

1.1.2 中医诊断标准 参照《糖尿病周围神经病变中医临床诊疗指南(2016年版)》^[10]中阴虚血瘀证辨证标准:肢体麻木,腿足挛急,酸胀疼痛,四肢发凉或肢体灼热疼痛,夜间为甚,五心烦热,失眠多梦,皮肤干燥,口干咽燥,腰膝酸软,头晕耳鸣,便秘,舌质嫩红或暗红,苔花剥少津,脉细数或细涩。

1.2 纳入标准 (1)符合DPN中西医诊断标准,并且行神经性疼痛问卷(DN4问卷)调查,DN4问卷得分 ≥ 4 分;(2)临床诊断未合并有心、脑血管等疾病;(3)依从性良好,年龄30~70岁,性别不限;(4)愿意参加本次研究,且签署知情同意书。(5)血糖控制良好:空腹血糖(FPG) ≤ 7.0 mmol/L,餐后2 h血糖(2 hPG) ≤ 10.0 mmol/L。

1.3 排除标准 (1)发生糖尿病急性并发症,如糖尿病酮症酸中毒、糖尿病非酮症高渗昏迷、糖尿病乳酸酸中毒的患者;(2)可能存在引起周围神经病变的其他病因者(如代谢遗传疾病、腰椎间盘突出症、吉兰-巴雷综合征、肿瘤、中毒等);(3)妊娠期患者;(4)不能坚持配合治疗2个疗程的患者;(5)耳部、足部皮肤破损及过敏者。

1.4 研究对象 选取2021年4月至2022年2月在长沙市中医医院内分泌科住院的90例阴虚血瘀证PDPN患者,按随机数字表法分为耳穴压豆组、中药熏洗组、耳穴压豆联合中药熏洗组,每组30例。所有研究对象资料收集及指标评定均由经过培训的科研小组成员完成。本临床研究项目经长沙市中医医院伦理委员会审核通过(批号:2021035)。

1.5 治疗方法 3组患者均按照糖尿病周围神经病变的治疗原则进行综合治疗,包括饮食、运动及降糖药物治疗;3组患者进行同质化的人文关怀。

1.5.1 耳穴压豆组 在常规治疗护理基础上给予患者耳穴压豆治疗,选取神门、皮质下、心、交感、枕、内分泌、三焦、胰、胆、肾;先用探棒找到各耳穴的敏感点,然后用75%乙醇棉签消毒耳廓两次、待干,再将带有王不留行籽的胶布贴于相应的耳穴上,用指腹按压耳穴,以患者感觉酸、麻、胀、痛、发热为宜。同时嘱患者自行按压穴位,每日按压3~5次,每穴每次按压20次。每3 d更换耳豆1次,双耳交替进行,7 d为1个疗程,共治疗2个疗程。贴敷期间耳部注意防水,防脱落,如有脱落,重新贴敷,按压耳穴过程中,避免揉搓,以免耳廓受损。

1.5.2 中药熏洗组 在常规治疗护理基础上给予患者中药熏洗双下肢。药物组成:五加皮20 g,威灵仙30 g,木瓜20 g,炒苍术10 g,醋制乳香20 g,醋没药20 g,防己20 g,当归15 g,花椒3 g,红花5 g。中药由长沙市中医医院(长沙市第八医院)中药房提供,由煎药室煎煮,每剂中药浓煎成400 mL,以每袋200 mL密封备用。中药熏洗具体方法:调节室温18~22℃,将浓煎好的400 mL药液,加热水制成约3 000 mL的液体,用足浴

盆装好后静置,再用温度计测量药液温度,待药液温度在38~40℃时使用,告知患者背靠座椅,全身放松,将双足浸泡于足浴盆中,注意保暖,浸泡时间30 min,浸泡过程中护理人员陪伴在患者身旁,注意观察患者的反应,防止烫伤,浸泡后嘱患者擦干足部和趾间。每天熏洗1次,7 d为1个疗程,共治疗2个疗程。

1.5.3 耳穴压豆联合中药熏洗组 在常规治疗护理基础上给予患者耳穴压豆+中药熏洗治疗,按先耳穴压豆、后中药熏洗的顺序进行治疗。具体治疗方法及疗程同耳穴压豆组、中药熏洗组。

1.6 观察指标

1.6.1 中医证候积分 治疗前、治疗1个疗程后、治疗2个疗程后,参照《糖尿病周围神经病变中医诊疗规范初稿》^[11]评定中医证候积分。(1)主症:肢体麻木、四肢发凉、酸胀疼痛、腰膝酸软、感觉减退,按无、轻度、中度、重度分别计0、2、4、6分;(2)次症:心烦、手足心热、口干咽燥、头晕耳鸣、失眠,按无、轻度、中度、重度分别计0、1、2、3分。

1.6.2 肢体疼痛评分 治疗前、治疗1个疗程后、治疗2个疗程后,采用疼痛数字评分法(NRS)^[12]评估患者肢体疼痛程度,将一条横线等比例分成10段并依次标记0~10分,让患者根据自身的疼痛感觉,选择最能代表其疼痛程度的数字,数字越高,代表疼痛越严重。

1.6.3 匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评分 治疗前、治疗后(治疗2个疗程)评定PSQI评分,PSQI^[13]包括5个他评条目和19个自评条目,包含7个成分,分别是睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物及日间功能影响,每个成分按0~3分进行等级积分,各成分得分总和为量表的总评分,总分范围为0~21分,总分越高,代表睡眠质量越差。

1.7 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[14]制定,中医证候积分减少率 $=[(治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分)/治疗前中医证候积分] \times 100\%$ 。治愈:中医证候积分减少率 $\geq 90\%$,临床症状、体征消失或基本消失;显效:70% $\leq$ 中医证候积分减少率 $< 90\%$,临床症状、体征改善明显;有效:30% $\leq$ 中医证候积分减少率 $< 70\%$,临床症状、体征好转;无效:中医证候积分减少率 $< 30\%$,临床症状、体征无好转甚至加重。

1.8 统计学方法 采用SPSS 26.0统计学软件对数据进行统计分析,计量资料符合正态分布且方差齐采用“均数 $\pm$ 标准差”($\bar{x} \pm s$)表示,符合正态分布及方差齐性,多组间比较采用单因素方差分析,两两比较采用SNK- q 检验,重复测量计量资料比较采用重复测量方差分析,两两比较采用LSD- t 检验;不符合正态分布则用中位数(四分位数)[$M(P_{25}, P_{75})$]表示,组间比较采用Kruskal-Wallis H 检验,组内治疗前后比较采用秩和检验。计数资料用率(%)表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 基线资料 3组患者基线资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。(见表1)

表1 3组患者基线资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	身高 ($\bar{x}\pm s$,cm)	体质量 ($\bar{x}\pm s$,kg)	DPN病程 [M(P ₂₅ ,P ₇₅),年]
		男	女				
耳穴压豆组	30	16	14	58.10±7.88	160.50±9.12	61.77±9.95	2.00(1.00,4.00)
中药熏洗组	30	15	15	59.10±6.44	161.57±8.01	63.17±10.59	2.50(1.00,5.50)
耳穴压豆联合中药熏洗组	30	15	15	55.07±8.24	161.97±7.65	61.77±12.70	2.00(1.00,5.00)
检验统计量		$\chi^2=0.089$		$F=2.314$	$F=0.251$	$F=0.158$	$H=0.483$
P		0.957		0.105	0.778	0.854	0.786

2.2 3组患者中医证候疗效比较 耳穴压豆组、中药熏洗组及耳穴压豆联合中药熏洗组治疗2个疗程后中医证候疗效总有效率分别为76.7%(23/30)、73.3%(22/30)、96.7%(29/30)。3组患者中医证候疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$);耳穴压豆联合中药熏洗组中医证候疗效优于耳穴压豆组、中药熏洗组($P<0.05$);耳穴压豆组与中药熏洗组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。(见表2)

表2 3组患者中医证候疗效比较 [例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
耳穴压豆组	30	0(0.0)	9(30.0)	14(46.7)	7(23.3)	23(76.7)
中药熏洗组	30	0(0.0)	9(30.0)	13(43.3)	8(26.7)	22(73.3)
耳穴压豆联合中药熏洗组	30	3(10.0)	11(36.7)	15(50.0)	1(3.3)	29(96.7) ^{ab}
χ^2						6.537
P						0.038

注:与耳穴压豆组比较,^a $P<0.05$;与中药熏洗组比较,^b $P<0.05$

2.3 3组患者中医证候积分比较 3组患者治疗前中医证候积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有患者治疗前后不同时间点中医证候积分比较,差异有统计学意义($P<0.05$),即存在时间效应,3组均如此;3组患者治疗1个疗程、2个疗程后中医证候积分均低于治疗前($P<0.05$),治疗2个疗程后3组患者中医证候积分均低于治疗1个疗程后($P<0.05$)。3组患者中医证候积分总体比较,差异有统计学意义($P<0.05$),即存在分组效应;耳穴压豆联合中药熏洗组治疗1个疗程、2个疗程后中医证候积分均低于耳穴压豆组、中药熏洗组($P<0.05$);耳穴压豆组治疗1个疗程、2个疗程后中医证候积分与中药熏洗组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。时间因素与分组因素存在交互效应,差异有统计学意义($P<0.05$),表明3组患者治疗后中医证候积分下降幅度不一致,且耳穴压豆联合中药熏洗组下降幅度高于耳穴压豆组及中药熏洗组。(见表3、图1)

表3 3组患者中医证候积分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗1个疗程后	治疗2个疗程后	F	P
耳穴压豆组	30	28.10±4.34	18.67±6.21 ^a	12.90±7.02 ^{ab}	287.373	0.000
中药熏洗组	30	27.50±4.18	18.33±6.32 ^a	13.57±6.77 ^{ab}	238.538	0.000
耳穴压豆联合中药熏洗组	30	26.33±4.49	14.43±5.94 ^{cd}	8.43±5.12 ^{abcd}	405.918	0.000
F		1.285	4.384	5.752		
P		0.282	0.015	0.005		

注: $F_{\text{时间主效应}}=918.795$, $P_{\text{时间主效应}}=0.000$; $F_{\text{组间主效应}}=4.190$,

$P_{\text{组间主效应}}=0.018$; $F_{\text{交互效应}}=5.492$, $P_{\text{交互效应}}=0.000$;与治疗前比较,^a $P<0.05$;与治疗1个疗程后比较,^b $P<0.05$;与耳穴压豆组比较,^c $P<0.05$;与中药熏洗组比较,^d $P<0.05$

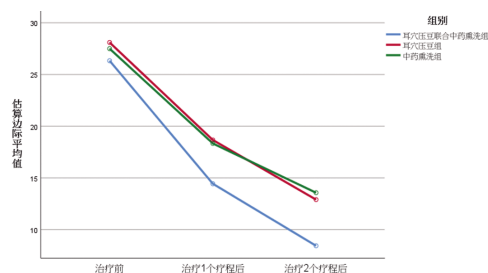


图1 3组患者中医证候积分交互效应轮廓图

2.4 3组患者肢体疼痛评分比较 3组患者治疗前肢体疼痛评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有患者治疗前后不同时间点肢体疼痛评分比较,差异有统计学意义($P<0.05$),即存在时间效应,3组均如此;耳穴压豆组及耳穴压豆联合中药熏洗组治疗1个疗程及2个疗程后肢体疼痛评分均低于治疗前($P<0.05$),治疗2个疗程后两组患者肢体疼痛评分均低于治疗1个疗程后($P<0.05$);中药熏洗组治疗1个疗程后与治疗前比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗2个疗程后与治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。3组患者肢体疼痛评分总体比较,差异有统计学意义($P<0.05$),即存在分组效应;耳穴压豆联合中药熏洗组治疗1个疗程、2个疗程后肢体疼痛评分均低于耳穴压豆组、中药熏洗组($P<0.05$);耳穴压豆组治疗1个疗程、2个疗程后肢体疼痛评分与中药熏洗组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。时间因素与分组因素存在交互相应,差异有统计学意义($P<0.05$),表明3组患者治疗后肢体疼痛评分下降幅度不一致,且耳穴压豆联合中药熏洗组下降幅度高于耳穴压豆组及中药熏洗组。(见表4、图2)

表4 3组患者肢体疼痛评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗1个疗程后	治疗2个疗程后	F	P
耳穴压豆组	30	4.70±1.78	3.87±1.61 ^a	3.00±1.44 ^{ab}	126.011	0.000
中药熏洗组	30	4.53±1.72	3.80±1.47	3.10±1.30 ^a	79.966	0.000
耳穴压豆联合中药熏洗组	30	4.63±1.27	3.07±1.29 ^{ac}	2.03±1.13 ^{abcd}	188.195	0.000
F		0.082	2.763	6.218		
P		0.922	0.069	0.003		

注: $F_{\text{时间主效应}}=387.572$, $P_{\text{时间主效应}}=0.000$; $F_{\text{组间主效应}}=1.750$, $P_{\text{组间主效应}}=0.180$; $F_{\text{交互效应}}=14.308$, $P_{\text{交互效应}}=0.000$;与治疗前比较,^a $P<0.05$;与治疗1个疗程后比较,^b $P<0.05$;与耳穴压豆组比较,^c $P<0.05$;与中药熏洗组比较,^d $P<0.05$

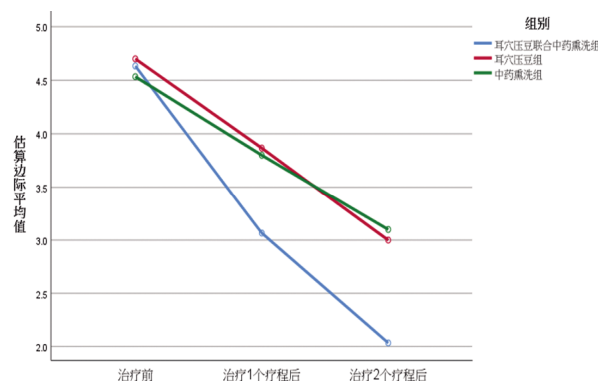


图2 3组患者肢体疼痛评分交互效应轮廓图

2.5 3组患者PSQI各项评分及总分比较 3组患者治疗前PSQI各项评分及总分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具

表 5 3 组患者 PSQI 各项评分及总分比较 [M(P₂₅,P₇₅),分]

组别	例数	睡眠质量				入睡时间				睡眠时间			
		治疗前	治疗后	Z	P	治疗前	治疗后	Z	P	治疗前	治疗后	Z	P
耳穴压豆组	30	2.00(2.00,2.00)	1.00(1.00,2.00) ^a	-3.095	0.002	2.00(1.00,2.00)	1.50(1.00,2.00)	-1.515	0.130	2.00(2.00,2.00)	2.00(1.00,2.00) ^a	-2.713	0.007
中药熏洗组	30	2.00(2.00,2.00)	1.50(1.00,2.00) ^a	-2.833	0.005	2.00(2.00,2.00)	1.00(1.00,2.00) ^a	-3.182	0.001	2.00(2.00,2.00)	2.00(1.00,2.00) ^a	-2.436	0.015
耳穴压豆联合中药熏洗组	30	2.00(1.75,3.00)	1.00(1.00,1.00) ^{abc}	-4.803	0.000	2.00(1.75,2.00)	1.00(1.00,1.00) ^{abc}	-4.942	0.000	2.00(1.75,2.00)	1.00(1.00,1.00) ^{abc}	-4.960	0.000
H		0.167	17.303			1.030	11.884			0.746	18.741		
P		0.920	0.000			0.598	0.003			0.689	0.000		

组别	例数	睡眠效率				睡眠障碍				催眠药物			
		治疗前	治疗后	Z	P	治疗前	治疗后	Z	P	治疗前	治疗后	Z	P
耳穴压豆组	30	2.00(2.00,2.00)	2.00(1.00,2.00) ^a	-2.448	0.014	2.00(1.00,2.00)	1.00(1.00,2.00) ^a	-2.015	0.044	0.00(0.00,0.00)	0.00(0.00,0.00)	-0.557	0.577
中药熏洗组	30	2.00(2.00,2.00)	2.00(1.00,2.00) ^a	-2.112	0.035	2.00(1.00,2.00)	1.00(1.00,2.00) ^a	-2.225	0.026	0.00(0.00,0.00)	0.00(0.00,0.00)	-0.476	0.634
耳穴压豆联合中药熏洗组	30	2.00(2.00,2.00)	1.00(1.00,1.00) ^{abc}	-5.354	0.000	2.00(1.00,2.00)	1.00(0.100,1.00) ^{abc}	-5.256	0.000	0.00(0.00,0.00)	0.00(0.00,0.00) ^b	-1.000	0.317
H		0.455	22.336			1.073	20.295			2.928	4.043		
P		0.797	0.000			0.585	0.000			0.231	0.132		

组别	例数	日间功能障碍				总分			
		治疗前	治疗后	Z	P	治疗前	治疗后	Z	P
耳穴压豆组	30	2.00(1.75,2.00)	2.00(1.00,2.00)	-1.596	0.110	11.50(9.75,13.00)	9.00(6.00,12.00) ^a	-2.448	0.014
中药熏洗组	30	2.00(1.75,2.00)	1.50(1.00,2.00) ^a	-2.037	0.042	12.00(9.00,12.00)	9.00(7.00,12.00) ^a	-2.759	0.006
耳穴压豆联合中药熏洗组	30	2.00(1.00,2.00)	1.00(1.00,1.00) ^{abc}	-4.180	0.000	11.00(9.00,13.00)	6.00(4.00,7.00) ^{abc}	-5.676	0.000
H		0.448	22.321			0.306	26.834		
P		0.799	0.000			0.858	0.000		

注:与治疗前比较,^aP<0.05;与耳穴压豆组比较,^bP<0.05;与中药熏洗组比较,^cP<0.05

有可比性。治疗后,3组患者催眠药物评分比较,差异无统计学意义(P>0.05);耳穴压豆组入睡时间、日间功能障碍与治疗前比较,差异无统计学意义(P>0.05);3组患者其余各项评分及总分均低于治疗前,且耳穴压豆联合中药熏洗组低于耳穴压豆组、中药熏洗组,差异均有统计学意义(P<0.05);耳穴压豆组与中药熏洗组比较,差异无统计学意义(P>0.05)。(见表5)

3 讨 论

近年来,随着糖尿病患病率逐年增长,PDPN发病率也随之上升,如神经性肢体疼痛、肢体麻木等临床症状已成为导致糖尿病患者生活质量下降的主要原因^[16]。目前PDPN的发病机制尚不清楚。PDPN引起疼痛主要原因是高血糖损害人体的施万细胞,并使胶质轴突退化;同时高血糖状态会导致血液流变学异常、微血管通透性增加、神经营养因子减少、脂质代谢紊乱,从而导致疼痛^[17-18]。临床治疗主要有控制血糖、抗氧化应激、改善微循环等方法,针对疼痛主要采取止痛药物进行治疗,但抗惊厥药、阿片类药物等会增加中枢神经系统和心血管系统的不良反应,且长期使用易产生依赖性^[19-21],因此越来越多的学者探寻PDPN的中医中药治疗方法。

中医学将PDPN归属于“痹证”“痿证”“血痹”等范畴。PDPN常见的证候之一为阴虚血瘀证,其发生的关键是阴虚,根本原因是血瘀;瘀血阻滞,从而全身气血运行不畅,进而精血不能充养皮肤,导致肌肤麻木;同时瘀血为阴,可郁遏阳气,阳气不能宣通达表,故肢体发凉;瘀血阻滞脉络,精血不能濡养肢体,不荣则痛;瘀血可使气机不畅,不通则痛^[22-25]。本病病位

在肌肤、筋肉、脉络,血行瘀滞、脉络痹阻为其主要病机,治法为活血化瘀、舒筋通络^[22]。

耳为宗脉之所聚也,内联脏腑、外络肢节。有研究^[19,26-27]指出:交感、皮质下、神门、心等耳穴有镇痛之功效;选用内分泌、胰、胆、皮质下、神门、肾等耳穴治疗DPN患者,能减轻患者肢端麻木、疼痛等症状,提高临床治疗效果。本研究采用耳穴疗法,选取神门、皮质下、心、交感、枕、内分泌、三焦、胰、胆、肾等耳穴;其中肾为先天之本,可补肾气;内分泌可调畅气机;胰、胆有助于气血运化,进而疏经通络;神门、交感、皮质下、三焦有镇痛作用;心和枕可益气养心,清心安神;诸穴合用,可达调节脏腑功能、扶正固本之功,既能行气活血、通络止痛,又能改善患者睡眠质量^[28-31]。

中药熏洗是临床常用中医外治法之一,其治疗DPN有一定的药理学基础^[32]。刘继博等^[33]研究指出,中药熏洗治疗DPN临床疗效肯定,效果明显。本研究的中药熏洗方中醋制乳香、醋没药宣通脏腑,疏通经络;五加皮、炒苍术补益肝肾,燥湿健脾;威灵仙、防己可祛风除湿,通经止痛;木瓜、花椒、红花、当归温中散寒,活血通经,祛瘀止痛。温热药液可刺激足部经穴,激活全身经脉,增强气血对经络、血脉、筋肉的濡养,以达到疏经通络、温通血脉、通痹止痛之功效,从而能有效改善患者冷、痛、麻等临床症状,缓解患者肢体疼痛。中药熏洗与耳穴疗法联合应用,可加强疗效。

本研究在耳穴压豆联合中药熏洗时,先采用耳穴疗法,对耳穴持续刺激,达行气活血之功效,调节全身气机,再进行中药熏洗温通血脉,进而活血化瘀,通痹止痛。本研究结果发现,

耳穴压豆联合中药熏洗组治疗1个疗程、2个疗程后中医证候积分低于耳穴压豆组、中药熏洗组,且中医证候疗效优于耳穴压豆组、中药熏洗组;在缓解患者肢体疼痛方面,耳穴压豆联合中药熏洗应用优于单用其中一种中医护理技术,且单用耳穴疗法的止痛效果优于中药熏洗。耳穴疗法选取特定穴位调理阴阳,镇静安神;中药熏洗利用热效应刺激,疏通腠理,舒筋活络,以助安眠;两者联合运用,可加强改善睡眠质量效果。

综上所述,耳穴压豆联合中药熏洗治疗PDPN阴虚血瘀证患者有较好疗效,能缓解患者肢体疼痛,提高其睡眠质量,且疗效优于单用耳穴压豆、中药熏洗。

本研究不足之处在于本研究是单中心临床试验,样本量较小,未进行随访以观察远期疗效,后期可进行多中心、大样本研究,并观察远期效果。

参考文献

- [1] LI Y, TENG D, SHI X, et al. Prevalence of diabetes recorded in mainland China using 2018 diagnostic criteria from the American Diabetes Association: National cross sectional study[J]. BMJ, 2020, 369: m997.
- [2] CHO N H, SHAW J E, KARURANGA S, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045[J]. Diabetes Res Clin Pract, 2018, 138: 271-281.
- [3] SELVARAJAH D, KAR D, KHUNTI K, et al. Diabetic peripheral neuropathy: Advances in diagnosis and strategies for screening and early intervention[J]. Lancet Diabetes Endocrinol, 2019, 7(12): 938-948.
- [4] 康暄, 张延红, 王蒙, 等. 痛性糖尿病周围神经病变患病率及影响因素的meta分析[J]. 护理实践与研究, 2022, 19(3): 363-370.
- [5] 马运涛, 吴深涛. 吴深涛辨治痛性糖尿病周围神经病变经验[J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(8): 2-4, 1.
- [6] 黄玉琪, 冷锦红. 糖尿病性周围神经病变中神经损伤与修复研究进展[J]. 中国疼痛医学杂志, 2019, 25(6): 456-460.
- [7] 王瑞琦. 427例痛性糖尿病神经病变患者中医证候分布特征分析[J]. 中医临床研究, 2019, 11(10): 21-24.
- [8] 中华医学会糖尿病学分会. 中国2型糖尿病防治指南(2020年版)[J]. 中华糖尿病杂志, 2021, 13(4): 315-409.
- [9] 李明哲, 陈丽荣, 王连志. 耳穴压籽治疗糖尿病周围神经病变的疗效Meta分析[J]. 中医导报, 2019, 25(16): 99-102.
- [10] 杨雪蓉, 黄俊, 金桑懿, 等. 穴位埋针联合中药熏洗治疗糖尿病周围神经病变临床观察[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(9): 173-177.
- [11] 中华医学会神经病学分会肌电图与临床神经电生理学组, 中华医学会神经病学分会神经肌肉病学组. 痛性周围神经病的诊断和治疗共识[J]. 中华神经科杂志, 2012, 45(11): 824-827.
- [12] 中华中医药学会糖尿病分会. 糖尿病周围神经病变中医临床诊疗指南(2016年版)[J]. 中医杂志, 2017, 58(7): 625-630.
- [13] 庞国明, 闫镛, 朱璞, 等. 糖尿病周围神经病变中医诊疗规范初稿[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(2): 260-264.
- [14] CHIAROTTO A, MAXWELL L J, OSTELO R W, et al. Measurement properties of visual analogue scale, numeric rating scale, and pain severity subscale of the brief pain inventory in patients with low back pain: A systematic review[J]. J Pain, 2019, 20(3): 245-263.
- [15] BUYSSE D J, REYNOLDS C F, MONK T H, et al. The pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research [J]. Psychiatry research, 1989, 28(2): 193-213.
- [16] WU B, GUO Y, CHEN Q, et al. microRNA-193a downregulates HMGB1 to alleviate diabetic neuropathic pain in a mouse model[J]. Neuroimmunomodulation, 2019, 26(5): 250-257.
- [17] 李婷, 陈旭辉, 张玥, 等. 糖尿病周围神经病变及痛性糖尿病神经病变机制新方向[J]. 中国疼痛医学杂志, 2019, 25(9): 643-647.
- [18] 邓祺丹, 何平平, 杨逸辉, 等. 糖尿病周围神经病变的危险因素及护理干预进展[J]. 中南医学科学杂志, 2018, 46(5): 550-554.
- [19] 陈见纺, 张艺, 胡春平, 等. 中药定向透药联合滋脾蠲痹方治疗痛性糖尿病周围神经病变的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30(17): 1844-1848, 1861.
- [20] 陈元史, 黎传宝. 养经煎协定方联合甲钴胺片改善阳虚寒凝、络脉瘀阻型糖尿病周围神经病变患者神经电生理的临床效果和作用机制[J]. 世界中医药, 2019, 14(7): 1766-1770.
- [21] SOIN A, BOCK G, GIORDANO A, et al. A randomized, double-blind study of the effects of a sustained release formulation of sodium nitrite (SR-nitrite) on patients with diabetic neuropathy[J]. Pain Physician, 2018, 21(2): 179-190.
- [22] 陈国萍. 张兰教授治疗痛性糖尿病性周围神经病变经验总结[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2016.
- [23] 安学冬, 金德, 段丽云, 等. 全小林论治痛性糖尿病周围神经病变[J]. 吉林中医药, 2021, 41(1): 31-34.
- [24] 韩天帅, 冷锦红. 穿山龙与威灵仙药对治疗痛性糖尿病周围神经病变的研究进展[J]. 中医临床研究, 2022, 14(2): 136-139.
- [25] 刘盛扶, 李小林, 刘俊峰. 桃红四物汤加味联合依帕司他对老年糖尿病周围神经病变的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报, 2021, 41(9): 1431-1435.
- [26] 韩影, 方旭. 耳穴压豆联合穴位贴敷护理(下转第110页)

- [4] HINRICHER N, PAWELZIK L, BACKHAUS C. Investigation of impulse oscillometry for the detection of extravasations using design of experiments and an infusion simulator[J]. Med Eng Phys, 2021, 92: 33–39.
- [5] RADKOWSKI A, RADKOWSKA I, RAPACZ M, et al. Effect of foliar fertilization with magnesium sulfate and supplemental L-ascorbic acid on dry matter yield and chemical composition of CV. Egida timothy grass[J]. J Elementol, 2017, 22(2): 545–558.
- [6] 李来娟, 蒋琪霞, 谷宇, 等. 中药如意金黄散早期湿敷在药物外渗性皮肤损伤中的效果分析[J]. 中华现代护理杂志, 2020, 26(13): 1783–1788.
- [7] 张世辉, 何其英, 邓兰. 六合丹外敷对非化疗刺激性药物外渗的影响[J]. 西部中医药, 2021, 34(11): 21–23.
- [8] 胡小梅, 张国卫, 王宏志, 等. 新生儿静脉输液外渗的影响因素[J]. 临床与病理杂志, 2018, 38(3): 547–552.
- [9] PRASAD M G, NASREEN A, KRISHNA A, et al. Novel Animated Visual Facial Anxiety/Pain Rating Scale: Its reliability and validity in assessing dental pain/anxiety in children[J]. Pediatric Dental Journal, 2020, 30(2): 64–71.
- [10] 李小寒, 尚少梅. 基础护理学[M]. 4版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 298.
- [11] 丁锦艳, 王小萍, 刘月珍. 品管圈活动降低小儿静脉输液药液外渗发生率的应用效果[J]. 中国妇幼保健, 2021, 36(17): 3979–3981.
- [12] 谢园莉. 硫酸镁湿敷在预防临床静脉输液中静脉炎的效果分析[J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23(5): 121–123.
- [13] 游小晴, 孙忠人, 邹香妮, 等. 艾灸隔大艾贴预防榄香烯所致静脉炎的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2018, 34(10): 28–31.
- [14] 李瑞红, 饶艳红, 耿丽娜. 酒灸对外周静脉留置针静脉炎的护理研究[J]. 中医导报, 2019, 25(22): 118–120.
- [15] 周瑞, 项昌培, 张晶晶, 等. 黄连化学成分及小檗碱药理作用研究进展[J]. 中国中药杂志, 2020, 45(19): 4561–4573.
- [16] 王玲, 杜潇, 祝华莲, 等. 黄柏有效成分的药理作用研究进展[J]. 江苏中医药, 2022, 54(4): 77–81.
- [17] 姜希红, 刘树民. 黄芩药理作用及其化学物质基础研究[J]. 中国药师, 2020, 23(10): 2004–2010.
- [18] 杨凯麟, 曾柳庭, 葛安琪, 等. 基于网络药理学探讨桃仁-红花药对活血化瘀的分子机制[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2018, 20(12): 2208–2216.
- [19] 尚坤, 李敬文, 常美月, 等. 冰片化学成分及药理作用研究[J]. 吉林中医药, 2018, 38(1): 93–95.
- [20] 李冀, 李想, 曹明明, 等. 甘草药理作用及药对配伍比例研究进展[J]. 上海中医药杂志, 2019, 53(7): 83–87.
- [21] DENG H F, WANG S, LI L, et al. Puerarin prevents vascular endothelial injury through suppression of NF- κ B activation in LPS-challenged human umbilical vein endothelial cells[J]. Biomed Pharmacother, 2018, 104: 261–267.
- [22] ABDO A, JAGHOORI A, TRAN H, et al. Zinc modulates endothelin-1 and nitric oxide signalling in vascular endothelial and smooth muscle cells[J]. Heart, Lung and Circulation, 2019, 28(s4): S156.
- [23] MATSUMOTO T, KOJIMA M, TAKAYANAGI K, et al. Trimethylamine-N-oxide specifically impairs endothelium-derived hyperpolarizing factor-type relaxation in rat femoral artery[J]. Biol Pharm Bull, 2020, 43(3): 569–573.
- [24] 杨昆鹏, 田国杰, 廖明娟, 等. 基于“颈腰同治”理论温针灸治疗颈型颈椎病的临床研究[J]. 中国中医急症, 2020, 29(10): 1781–1783, 1797.

(收稿日期: 2022-06-24 编辑: 蒋凯彪)

- (上接第105页) 对癌痛患者体力和生活质量的影响[J]. 四川中医, 2022, 40(2): 206–208.
- [27] 张靖哲, 李晓屏, 唐雨, 等. 中医耳穴压籽法联合穴位电生理对消化系统癌痛的改善作用[J]. 湖南中医药大学学报, 2019, 39(2): 241–244.
- [28] 姚玉红, 张华, 李健, 等. 加味黄芪鳖甲汤联合耳穴压豆治疗糖尿病周围神经病变气阴两虚证的疗效及对血清MyD88/I κ B信号通路的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(11): 98–105.
- [29] 倪娟, 刘佳, 彭廷云, 等. 腕踝针联合耳穴压豆对肺癌骨转移患者的镇痛效果观察[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(8): 114–116, 125.
- [30] 张华军, 岳丽军, 马倩, 等. 择时耳穴压豆治疗缺血性脑卒中后失眠的临床观察[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(2): 1198–1200.
- [31] 王洋, 鲍金雷, 胡佳惠, 等. 压力接种训练联合耳穴压豆在老年糖尿病失眠患者中的应用效果[J]. 中国老年学杂志, 2021, 41(5): 955–958.
- [32] 白先, 宋宗良. 糖尿病周围神经病变的中医药治疗研究进展[J]. 中医临床杂志, 2019, 31(11): 2031–2034.
- [33] 刘继博, 吴坚. 中药熏洗对糖尿病周围神经病变的疗效观察[C]//中华中医药学会糖尿病分会全国中医药糖尿病大会(第十九次)资料汇编, 2018: 155.

(收稿日期: 2022-08-01 编辑: 蒋凯彪)