

中医辨证分型对2型糖尿病合并周围神经病变预后的影响研究

石双军

平凉和平医院 中医内科 甘肃 平凉 744000

【摘要】目的：探讨中医辨证分型对2型糖尿病合并周围神经病变患者预后的影响。方法：纳入2024年12月至2025年12月收治的110例患者，依据气虚血瘀、阴虚燥热、痰瘀互结三型分组，均接受12周规范化中西医结合治疗；以神经传导速度（MCV/SCV）及临床症状积分变化为主要评价指标，比较各组疗效差异。结果：三组治疗后神经传导速度与症状积分均显著改善（ $P < 0.05$ ），但改善幅度呈梯度递减——气虚血瘀型最优（总有效率94.6%），阴虚燥热型次之（86.1%），痰瘀互结型最低（67.6%），组间差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：辨证分型不仅反映疾病内在病机差异，更直接影响治疗响应与功能恢复程度；益气活血法对该病具有突出干预优势，而痰瘀互结型需延长疗程或联合外治以提升远期获益。

【关键词】2型糖尿病；糖尿病周围神经病变；消渴痹证；中医辨证分型

DOI:10.12417/2811-051X.26.06.051

前言

2型糖尿病作为临床高发代谢性疾病，病程进展中易累及周围神经，形成周围神经病变，其发生率随糖尿病病程延长呈上升趋势，严重时可引发肢体感觉异常、运动功能障碍，甚至影响患者生活质量^[1]。目前临床治疗以控制血糖、营养神经为主，虽能延缓病情进展，但对已出现的神经损伤修复效果有限，且难以兼顾不同患者的个体病理差异，整体治疗针对性不足^[2]。中医将其归为“消渴痹证”范畴，强调病程中气血、津液失衡与脉络瘀阻的核心病机，辨证施治理念与该病复杂的病理演变特点高度契合^[3]。基于此，本研究选取2024年12月至2025年12月收治的110例患者，按中医辨证分型实施针对性治疗，通过分析不同证型患者的疗效差异，探究辨证分型对疾病预后的影响，为优化临床治疗方案、提升中医治疗该病的精准性提供临床参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年12月至2025年12月期间就诊的110例2型糖尿病合并周围神经病变患者作为研究对象，所有患者均自愿参与本研究并签署知情同意书。患者年龄45~78岁，平均（61.5±8.3）岁；糖尿病病程5~18年，平均（11.2±3.5）年；周围神经病变病程1~6年，平均（3.4±1.2）年。依据中医辨证分型将患者分为三组，气虚血瘀型37例、阴虚燥热型36例、痰瘀互结型37例，三组患者在年龄、病程、基础血糖水平等一般资料方面比较，差异无统计学意义，具有可比性。纳入标准：符合2型糖尿病诊断标准，经神经电生理检查确诊合并周围神经病变；存在肢体麻木、疼痛、感觉减退等典型症状；符合中医辨证分型标准；意识清晰，可配合治疗及随访。排除标准：合并其他类型神经病变者；严重肝肾功能不全、心脑血管疾病及恶性肿瘤患者；对本研究用药过敏者；依从性差，无法完成规定治疗疗程及随访者。

1.2 方法

三组患者均给予基础治疗，包括饮食控制、运动指导及降糖治疗，根据患者血糖情况选用口服降糖药或胰岛素，将空腹血糖控制在4.4~7.0mmol/L，餐后2h血糖控制在4.4~10.0mmol/L，维持血糖水平稳定。在此基础上，各组依据中医辨证分型采用针对性治疗方案，疗程均为12周。气虚血瘀型患者给予益气活血汤加减治疗，方剂组成：黄芪30g、党参20g、白术15g、当归15g、川芎12g、赤芍12g、桃仁10g、红花10g、鸡血藤20g、炙甘草6g，每日1剂，水煎取汁400mL，分早晚两次温服，随症加减，肢体麻木甚者加地龙10g、全蝎6g以通络止痛^[4]。阴虚燥热型患者给予消渴方合玉女煎加减治疗，方剂组成：生地20g、麦冬15g、知母12g、石膏20g、牛膝15g、葛根15g、玄参15g、黄连6g、甘草6g，每日1剂，水煎取汁400mL，分早晚两次温服，口干甚者加天花粉15g、玉竹12g以生津润燥。痰瘀互结型患者给予二陈汤合桃红四物汤加减治疗，方剂组成：陈皮12g、半夏12g、茯苓15g、当归15g、川芎12g、赤芍12g、桃仁10g、红花10g、苍术12g、薏苡仁20g，每日1剂，水煎取汁400mL，分早晚两次温服，痰浊甚者加胆南星10g、浙贝母12g以化痰散结^[5]。治疗期间密切监测患者血糖变化，及时调整降糖方案，避免低血糖发生，同时嘱患者避免生冷、辛辣刺激食物，规律作息，适度进行肢体功能锻炼。

1.3 评价指标及判定标准

以神经传导速度及临床症状改善情况作为主要评价指标。神经传导速度检测腓总神经、正中神经的运动传导速度（MCV）及感觉传导速度（SCV），采用神经电生理检测测定。临床症状积分依据肢体麻木、疼痛、感觉减退程度分级，每项症状0~3分，总分0~9分，分数越高提示症状越严重。疗效判定标准：显效为症状积分降低≥70%，神经传导速度较治疗前提高≥5m/s；有效为症状积分降低30%~69%，神经传导速度较治疗前提高2~4.9m/s；无效为症状积分降低<30%，神经传导速度

无明显改善或加重。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计学软件处理数据。计量资料以均数±标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验, 多组间比较采用方差分析; 计数资料以率 (%) 表示, 组间比较采用 χ^2 检验; 等级资料采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义, 所有数据均经过正态性及方差齐性检验, 符合正态分布及方差齐性要求后方进行相应统计分析。

2 结果

2.1 三组患者治疗前后神经传导速度比较

治疗前, 三组患者腓总神经、正中神经的运动传导速度 (MCV) 及感觉传导速度 (SCV) 比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。治疗 12 周后, 三组患者上述神经传导速度均较治疗前明显提高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 且气虚血瘀型、阴虚燥热型、痰瘀互结型患者神经传导速度改善幅度依次递减, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体数据见表 1。

表 1 三组 2 型糖尿病合并周围神经病变患者治疗前后神经传导速度比较 ($\bar{x} \pm s$, m/s)

组别	例数	时间点	腓总神经 MCV	腓总神经 SCV	正中神经 MCV	正中神经 SCV
气虚血瘀型	37	治疗前	38.2±3.1	35.6±2.8	42.5±3.3	39.8±3.0
		治疗后	45.8±3.5	43.2±3.2	49.6±3.6	47.5±3.4
阴虚燥热型	36	治疗前	37.9±3.0	35.3±2.7	42.3±3.2	39.5±2.9
		治疗后	43.1±3.3	40.5±3.1	46.8±3.4	44.6±3.2
痰瘀互结型	37	治疗前	38.1±3.2	35.5±2.9	42.4±3.4	39.6±3.1
		治疗后	40.3±3.2	37.8±3.0	43.9±3.3	41.7±3.1

注: 与本组治疗前比较, $P < 0.05$; 与气虚血瘀型治疗后比较, $P < 0.05$; 与阴虚燥热型治疗后比较, $P < 0.05$ 。

2.2 三组患者治疗前后临床症状积分比较

治疗前, 三组患者临床症状积分比较无统计学差异 ($P > 0.05$)。治疗后, 三组患者肢体麻木、疼痛、感觉减退等症状均得到改善, 症状积分较治疗前显著降低, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 其中气虚血瘀型患者症状积分下降最为明显, 阴虚燥热型次之, 痰瘀互结型下降幅度最小, 组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。具体数据见表 2。

表 2 三组 2 型糖尿病合并周围神经病变患者治疗前后临床症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	差值
气虚血瘀型	37	7.2±1.3	1.8±0.6	5.4±1.1
阴虚燥热型	36	7.1±1.2	3.2±0.8	3.9±1.0

痰瘀互结型	37	7.3±1.4	5.1±1.0	2.2±1.2
-------	----	---------	---------	---------

注: 与本组治疗前比较, $P < 0.05$; 与气虚血瘀型治疗后比较, $P < 0.05$; 与阴虚燥热型治疗后比较, $P < 0.05$ 。

2.3 三组患者临床疗效比较

治疗 12 周后, 气虚血瘀型患者治疗总有效率最高, 阴虚燥热型次之, 痰瘀互结型最低, 三组临床疗效分布比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。气虚血瘀型显效 22 例、有效 13 例、无效 2 例, 总有效率 94.6%; 阴虚燥热型显效 15 例、有效 16 例、无效 5 例, 总有效率 86.1%; 痰瘀互结型显效 8 例、有效 17 例、无效 12 例, 总有效率 67.6%。具体数据见表 3。

表 3 三组 2 型糖尿病合并周围神经病变患者临床疗效比较 (例, %)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
气虚血瘀型	37	22 (59.5)	13 (35.1)	2 (5.4)	35 (94.6)
阴虚燥热型	36	15 (41.7)	16 (44.4)	5 (13.9)	31 (86.1)
痰瘀互结型	37	8 (21.6)	17 (45.9)	12 (32.4)	25 (67.6)

注: 与痰瘀互结型比较, $P < 0.05$; 与气虚血瘀型比较, $P < 0.05$ 。

3 讨论

2 型糖尿病合并周围神经病变属中医“消渴痹证”范畴, 其发病机制复杂, 核心在于消渴日久耗伤气血、津液, 致脉络瘀阻、筋脉失养, 临床辨证多以气虚血瘀、阴虚燥热、痰瘀互结为常见证型。本研究结果显示, 依据中医辨证分型实施针对性治疗, 可有效改善患者神经传导功能及临床症状, 且不同证型患者治疗效果存在显著差异, 印证了辨证施治在该疾病治疗中的重要价值。

气虚血瘀型患者以肢体麻木、乏力伴刺痛为典型表现, 病机为气虚无力推动血行, 瘀血阻滞经络。本研究采用益气活血汤加减治疗, 方中黄芪、党参、白术健脾益气, 筑牢气血生化之源; 当归、川芎、桃仁、红花活血化瘀, 搭配鸡血藤通络养血, 诸药合用共奏益气活血、通络止痛之效。该证型患者治疗总有效率达 94.6%, 神经传导速度及症状积分改善幅度最优, 提示气虚血瘀证为临床易治证型, 益气活血法可直击病机核心, 促进神经功能修复。

阴虚燥热型多由消渴病初起燥热伤阴所致, 阴虚失润、燥热内生, 灼伤脉络引发肢体疼痛、口干咽燥等症状。消渴方合玉女煎加减中, 生地、麦冬、玄参滋阴润燥, 知母、石膏清热泻火, 葛根生津止渴, 牛膝引血下行, 兼顾滋阴与清热, 契合阴虚燥热的病机特点。该证型治疗效果次于气虚血瘀型, 推测与燥热日久易耗伤正气、间接加重瘀滞有关, 需在清热滋阴基

础上适当佐以活血之品，提升疗效。

痰瘀互结型患者病程多较长，痰湿内生与瘀血阻滞相互交织，形成虚实夹杂之证，治疗难度最大，本研究中其总有效率仅 67.6%。二陈汤合桃红四物汤加减以陈皮、半夏、茯苓燥湿化痰，当归、川芎、桃仁、红花活血化瘀，苍术、薏苡仁增强健脾化痰之力，但痰湿与瘀血胶结难化，单一疗程内难以彻底消散，故症状及神经功能改善有限。临床针对此证型，可适当

延长治疗疗程，或配合针灸、理疗等外治法，强化化痰逐瘀效果。

本研究局限性在于样本量较小、观察周期较短，未对远期预后进行追踪分析。后续可扩大样本量、延长随访时间，进一步探究不同辨证分型与远期疗效的关联，优化治疗方案，为中医治疗 2 型糖尿病合并周围神经病变提供更可靠的临床依据。

参考文献：

- [1] 封爱婷,江桂林,杜丽荣,等.阶段性康复运动联合中药泡脚在 2 型糖尿病合并周围神经病变患者中的应用[J].国际护理学杂志,2022,41(23):6-7.
- [2] 雷翰霖,邓奕辉,蔡昱哲,等.不同针刺深度对 2 型糖尿病患者周围神经病变疗效的影响分析[J].河北中医,2025,47(2):279-283.
- [3] 陆亚文.中西医结合治疗 2 型糖尿病周围神经病变的临床效果研究[J].中文科技期刊数据库(引文版)医药卫生,2022(8):3-4.
- [4] 罗开中,张春玲,陈露,等.糖尿病周围神经病变的中医外治法研究新进展[J].贵阳中医学院学报,2020(6):70-73.
- [5] 渠昕,赵恒侠,李增英,etal.254 例糖尿病周围神经病变中医辨证分型及相关性研究[D].广州:广州中医药大学,2022(2):23-24.