

健脾化痰方治疗痰湿型 2 型糖尿病的疗效观察

● 孟晓嵘* 郑姜钦 李 红 吕绍光

摘 要 目的:观察在常规糖尿病治疗方案基础上加用健脾化痰方治疗痰湿型 2 型糖尿病的临床疗效。方法:以临床诊断为 2 型糖尿病痰湿型患者 59 例作为研究对象,随机分成对照组 29 例(即糖尿病饮食、运动和降糖治疗方案常规治疗)、中药组 30 例(常规治疗加用健脾化痰方),疗程 4 周。结果:中药组的空腹血糖(FPG)、餐后 2 小时血糖(2hPG)、糖基化血红蛋白(Hb1Ac)、中医证候积分变化及总体疗效分析与对照组比较均有所改善,差异有显著性意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论:健脾化痰方具有改善 2 型糖尿病痰湿型患者临床症状、血糖水平的作用。

关键词 2 型糖尿病 痰湿型 中医药疗法 健脾化痰方

糖尿病是由多种病因引起以高血糖为特征的慢性代谢性疾病,大致属中医“消渴病”的范畴。大量的临床观察表明,痰湿不仅是消渴病的重要病理产物,而且作为一个主要病因导致消渴病的发病及多种并发症的产生。本研究所采用的中西医结合治疗较之单纯采用西医疗法 2 型糖尿病痰湿型患者,更能显著缓解患者的症状和纠正异常的理化指标。

1 临床资料

1.1 纳入标准 (1)符合西医 2 型糖尿病诊断标准:采用 1999 年世界卫生组织(WHO)确定的:①糖尿病症状加任意时间血浆葡萄糖水平 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dl),或②空腹血浆葡萄糖水平(FPG) $\geq 7.0\text{mmol/L}$ (126mg/dl),或③OGTT 试验中,餐后 2 小时血浆葡萄糖水平(2hPG) $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dl)。注:需再测一次,予以证实,诊断才能成立。(2)符合中医消渴病痰湿型辨证标准:参照 1992 年中国中医药学会内科学会消渴病(糖尿病)专业委员会通过的《消渴病(糖尿病)中医分期辨证与疗效评定标准》^[1]:①主症:胸闷脘痞、纳呆呕恶、形体肥胖、全身

困倦、头胀肢沉。具备两项可诊断。②次症:神疲乏力、气短懒言、大便失调。③舌脉:舌淡红,苔白或腻,脉缓或滑或弦。

1.2 排除标准 (1)年龄在 18 岁以下或 70 岁以上者;(2)虽然血糖高于正常,但通过饮食控制,增加活动量等后血糖检测下降至诊断值以下者,或空腹血糖(FPG) $> 13.9\text{mmol/L}$ 者;(3)1 型糖尿病或近 1 月内有糖尿病酮症酸中毒或糖尿病高渗性昏迷史;(4)糖尿病性视网膜病变 IV 期以上;(5)2 型糖尿病中医辨证不属于痰湿型消渴病者;(6)有严重心脏病、明显肝肾功能障碍、消化系统疾病、恶性肿瘤;(7)孕妇和哺乳期妇女,过敏体质;(8)有精神病史。

1.3 一般资料 根据上述诊断标准、排除标准将符合入选标准的观察对象(均为 2004 年 2 月~2006 年 2 月福建省立医院中医科及内分泌科门诊和住院患者),总计 59 例,采用随机数字法分为 2 组。在常规糖尿病治疗方案基础上加用健脾化痰方为中药组 30 例,不加用者为对照组 29 例。中药组 30 例中男 15 例,女 15 例;平均年龄(51.59 ± 7.88)岁;2 型糖尿病病程 2 个月~9 年,平均 3.79 ± 2.36 年;空腹血糖 $9.98 \pm 1.55\text{mmol/L}$,餐后 2 小时血糖 $14.66 \pm 3.91\text{mmol/L}$,糖基化血红蛋白 $9.45 \pm 1.29\%$ 。对照组 29 例中男 18 例,女 11 例;平均年龄(52.31 ± 5.72)岁;2 型糖尿病病程 3 个月~6.5 年,平均 4.25 ± 1.61 年;空腹血糖 $10.70 \pm 1.71\text{mmol/L}$

* 作者简介 孟晓嵘,女,医学硕士。主要从事中医内分泌临床与研究工作。

• 作者单位 福建省立医院中医科(350001)

L,餐后 2 小时血糖 $16.33 \pm 3.20\text{mmol/L}$,糖基化血红蛋白 $10.28 \pm 2.34\%$ 。两组性别和年龄、糖尿病病程、空腹血糖、餐后 2 小时血糖、HbA1c 治疗前差异无显著性意义($P>0.05$)。

2 治疗及观察方法

2.1 给药方法 两组患者自观察之日起,均要求糖尿病饮食控制。两组每位患者均同时服用西药美吡哒与二甲双胍。美吡哒[制造商:法玛西亚普强(中国)有限公司]剂量为 5mg,日三次,餐前半小时口服,或者在治疗过程中可以根据患者的实际血糖水平调整其用药剂量。每次增减 2.5~5mg,但是美吡哒的日最大剂量不能超过 30mg。二甲双胍(商品名:美迪康,制造商:深圳中联制药厂),剂量为 250mg,每日 3 次,餐后服用,在治疗过程中可以根据患者的实际血糖水平调整其用药剂量。(1)中药组 30 例加用口服健脾化痰方(黄芪 30g,党参 15g,苍术 10g,煮半夏 9g,皂刺 10g,天竹黄 10g,胆南星 10g,山楂 30g,胶股蓝 15g,荷叶 10g),每日早 8 点~9 点,晚 18 点~20 点分次口服,每次 100ml。(2)对照组 29 例不加用健脾化痰方。以 4 周为 1 疗程,观察 1 个疗程。对合并症的处理,两组方法相同。

2.2 观察指标 (1)临床症状:胸闷脘痞、纳呆呕恶、形体肥胖、全身困倦、头胀肢沉、神疲乏力、气短懒言、大便失调,按正常、轻、中、重分为 0、1、3、5 级计分,每天观察并于每周记录一次。(2)空腹血糖(FBG)、餐后 2 小时血糖(2hPG)、糖基化血红蛋白(HbA1C),空腹血糖(FBG)、餐后 2 小时血糖(2hPG)每周检测 1 次,糖基化血红蛋白(HbA1C)治疗前后各检测 1 次,全部由福建省立医院检验室协助完成。(3)安全性观察:血、尿、粪常规、肝肾功能、胸片、心电图及相关不良反应的临床表现。

2.3 疗效评定标准 根据《中药新药治疗糖尿病的临床研究指导原则》^[2]制定。

2.3.1 糖尿病总体疗效判定标准 (1)显效:中医临床症状、体征明显缓解,证候积分减少 $\geq 70\%$ 。空腹血糖及餐后 2 小时血糖下降至正常范围;或空腹血糖及餐后 2 小时血糖值下降超过治疗前的 40%,糖化血红蛋白值下降至 6.2% 以下,或下降超过治疗前的 30%。(2)有效:中医临床症状、体征好转,证候积分减少 $\geq 30\%$ 。空腹血糖及餐后 2 小时血糖值下降超过治疗前的 20%,但未达到显效标准,糖化血红蛋白值下降超过治疗前的 10%,但未达到显效标准。(3)无效:空腹血糖及餐后 2 小时血糖无下降,或下降未达到有效标准,糖化血红蛋白值无下降,或下降未达到有效标准。

2.3.2 中医证候疗效判定标准 (1)临床痊愈:中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 90\%$ 。(2)显效:中医临床症状、体征明显缓解,证候积分减少 $\geq 70\%$ 。(3)有效:中医临床症状、体征好转,证候积分减少 $\geq 30\%$ 。(4)无效:中医临床症状、体征无明显改善,甚或加重,证候积分减少不足 30%。注:计算公式(尼莫地法)为:[(治疗前积分-治疗后积分)÷治疗前积分]×100%。

2.4 统计学分析 用 SPSS13.0 for Window 统计软件进行分析和检验。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm \text{SD}$)表示;组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料用 χ^2 检验。检验水平设定为 $\alpha=0.05$, $P \leq 0.01$ 或 $P \leq 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

两组受试者治疗前后的观察指标及疗效性指标比较见表 1~4,试验过程中,两组均未出现不良反应。

表 1 两组治疗前后血糖(mmol/L)、糖基化血红蛋白及下降幅度变化($\bar{x} \pm \text{SD}$)

项目	组别	n	治疗前	治疗后	差 值
FPG	中药组	30	9.98 ± 1.55	$6.48 \pm 1.33^{\Delta\Delta}$	3.50 ± 1.77
	对照组	29	10.70 ± 1.71	$6.94 \pm 1.46^{\Delta}$	3.76 ± 2.10
2hPG	中药组	30	14.66 ± 3.91	$9.11 \pm 2.11^{\Delta\Delta}$	5.55 ± 3.03
	对照组	29	16.33 ± 3.20	$10.78 \pm 2.16^{\Delta}$	5.54 ± 3.36
HbA1C	中药组	30	9.45 ± 1.29	$6.28 \pm 1.14^{\Delta\Delta}$	3.17 ± 1.36
	对照组	29	10.28 ± 2.34	$6.61 \pm 1.34^{\Delta}$	3.66 ± 1.96

注:Δ治疗前后比较 $P<0.01$,与对照组治疗后比较 $\Delta\Delta P>0.05$

表2 两组治疗前后临床积分变化比较($\bar{x} \pm SD$)

组别	n	治疗前	治疗后
中药组	30	37.20 ± 8.61	8.87 ± 4.84 Δ^*
对照组	29	36.51 ± 10.96	20.38 ± 9.27 Δ

注:与治疗前比较, $\Delta P < 0.01$;与对照组比较, $\star P < 0.01$ 。

表3 两组中医证候疗效比较(n·%)

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
中药组	30	7(23)	17(57)	5(17)	1(3)	29(97)
对照组	29	1(3)	4(21)	18(62)	6(21)	23(79)

注: $\chi^2 = 23.38, P < 0.001$ 。

表4 两组总体疗效比较(n·%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
中药组	30	10(33)	13(44)	7(23)	23(77)
对照组	29	4(14)	14(48)	11(38)	18(62)

注: $\chi^2 = 9.18, P < 0.01$ 。

4 讨论

消渴在《内经》中称“消瘴”。吕绍光主任医师在历代医家的认识基础上认为,糖尿病为水谷精微不能正常的生成、输布和排泄而出现紊乱的疾病,倡导从痰湿论治。2型糖尿病患者以痰湿阻滞症状为主要临床表现,但脾虚贯穿糖尿病发生发展的全过程。本研究临床遣方用药祛邪兼顾正气,以健脾气、化痰浊为治法,方选黄芪配党参益气健脾为君药,补中气而生脾阳,摄纳脾精而生津液;苍术芳香化浊,煮半夏健脾燥湿,降逆止呕,消痞散结;天竹黄、胆南星相须为用清热化痰;山楂健脾消食化积,增强机体对药物的吸收;胶股蓝补气养阴,佐以天竺黄、胆南星,降低其毒性;荷叶健脾利湿,升清降浊,配以皂刺活血托毒以防浊毒之生,且活血有利于脾的升清。健脾化痰方在改善临床症状如胸闷脘痞、纳呆呕恶、全身困倦、头胀肢

沉等症状方面明显优于对照组。健脾化痰方健脾气,化痰湿,调气机,使血中精微物质通过血脉得以发挥它们的正常功能,从而降低血糖。其西医机理可能是通过增强外周组织对葡萄糖的摄取,减少肝脏肌肉组织中的糖之输出,减少糖元的异生而达到降糖的目的。

现代药理研究证实,黄芪有对血糖具有双相调节作用^[3],能不同程度地促进血管内皮细胞游走与增殖,有利于促进血管生成过程;党参^[4]能增强机体抵抗力,能扩张周围血管而降低血压;苍术^[5]能使兔、小鼠、大鼠等动物的血糖降低,同时降低肌糖原和肝糖原,抑制糖原生成;山楂^[6]其提取物具有降压、降血脂、促进消化作用;胶股蓝^[5]有降血脂、降血糖和改善糖代谢作用。

故从本观察结果可以看出,中西医结合治疗痰湿型2型糖尿病发挥了中西医证与病、整体与局部治疗的各自的优势,通过其有机结合,可调整机体虚实夹杂状态,恢复正气,容易为患者所接受,不失为一条好的治疗途径。在中医药改善糖尿病临床症状、减轻西药副作用、防治糖尿病血管病变的研究工作中,可以借鉴现代医学的研究成果,深入开展有关机理的研究从而筛选出高效特异、机理明确的中药和方剂,从而为中西医结合治疗2型糖尿病作出有益的探索。

参考文献

[1] 中国中医药学会内科学会消渴病专业委员会. 消渴病(糖尿病)中医分期辨证与疗效评定标准[J]. 中国医药学报, 1993, 8(3): 54-56.
[2] 郑筱萸主编. 中药新药临床指导原则[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002.
[3] 朱瑾波. 黄芪多糖对血糖的影响. 河北中医[J], 1996, (4): 21.
[4] 高野邦夫. 大建中汤促进消化器官运动的作用机制[J]. 日本东洋医学杂志, 1997, 47(6): 179.
[5] 高学敏主编. 中药学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000.
[6] 罗玉梅, 王贺振. 山楂的化学成分及药理研究进展. 时珍国医国药[J], 2004, 15(1): 53-54.

(上接第27页)

气,而难使针感传导;二是虽有针感传导,但放射方向难以调控而使之必达病所;三是即使传导达病所,有时疗效未必满意;四是得气不达病所,有时效果并不逊色。可

见动穴与得气感传及其疗效之间,似无必然联系,其间规律尚待探索。

当然,针灸疗效的取得,除正确选择刺激部位外,还须正确选择

刺激工具、操作与时间。因本文专论刺激部位,故其它三要素,此处不予赘述。请参阅1983年12期《中医杂志》拙著“关于针灸处方四大要素”一文。