

中西医结合治疗 2 型糖尿病 50 例临床观察

● 沈祥立* 夏元清

摘要 目的:对益气滋阴、疏肝健脾、清热通络法治疗 2 型糖尿病进行临床研究。方法:将 80 例患者,采用单盲法随机分为两组,在原用口服降糖西药种类、剂量不变的此基础上,治疗组 50 例加用自制十三味玉泉丸口服;对照组 30 例加用参芪降糖胶囊口服。12 周后观察两组疗效、血糖、血脂变化及用药安全性。结果:治疗组总有效率 90.0%,优于对照组 70% ($P < 0.05$);治疗组 P2hBG、HbA1C 比对照组下降更明显 ($P < 0.01$);治疗组血脂改善优于对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);两组患者治疗过程中未见明显不良反应,检测安全指标均无明显变化。结论:益气滋阴、疏肝健脾、清热通络法治疗 2 型糖尿病不仅可以明显降低患者的 FBG、P2hBG、HbA1C,还能很好地改善临床症状,调整患者血脂,而且使用安全。

关键词 2 型糖尿病 消渴病 中医药疗法 临床研究

2 型糖尿病发病率正逐年增加,严重危害人类健康。如何安全、有效地治疗 2 型糖尿病是临床医生期待解决的问题。近年来,我们运用多纲辨证思路,以益气滋阴、疏肝健脾、清热通络立法,用张仲景小柴胡汤方化裁治疗 2 型糖尿病,取得较满意疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

1.1.1 一般资料 80 例患者均为 2005 年 6 月至 2009 年 10 月我院专科门诊及住院病人,采用单盲法随机分为两组。治疗组 50 例,男性 27 例,女性 23 例,年龄 30 ~ 66 岁,平均 (46.6 ± 7.9) 岁,平均病程 (7.1 ± 3.6) 年。对照组 30 例,男性 16 例,女性 14 例,年龄 32 ~ 65 岁,平均 (44.8 ± 8.3) 岁,平均病程 (6.9 ± 3.9) 年。两组病例在性别、年龄、病程等方面无显著性差异,具有可比性。

1.1.2 诊断标准 西医诊断标准:参照《实用内科

学》糖尿病诊断标准^[1],除外严重心、脑损害、肝肾功能不良及急性并发症者。中医辨证标准参照《中国中西医结合糖尿病专业委员会·中西医结合糖尿病诊疗标准(草案)》^[2],结合临床实际,自拟符合气虚、阴虚和热盛证混合型为主的辨证标准:咽干多饮,易饥多食,体倦乏力,尿频,便秘,烦热,汗出,肢体麻木、舌红少苔,脉细数。在符合西医 2 型糖尿病诊断标准的前提下,具有上述辨证标准中一项或一项以上症状,并符合舌象、脉象任意一项,即可诊断。

1.2 治疗方法 两组患者均给予糖尿病饮食运动基础治疗,原用口服降糖西药种类、剂量不变。在此基础上,治疗组以益气滋阴、疏肝健脾、清热通络为法,加用纯中药制剂十三味玉泉丸(由黄芪、北沙参、天花粉、生地、柴胡、黄芩、山药、丹参、山楂、鸡内金、知母、泽泻、甘草组成,我院制剂室制备,该制剂被湖北省药品监督局批准注册,批准文号:鄂药制字(2001)第 CZ06-017 号),每次 10g,每日 3 次口服。对照组加参芪降糖胶囊(河南羚锐制药股份有限公司生产),每次 3 粒,每日 3 次口服。两组疗程均为 12 周。

1.3 观察指标

1.3.1 中医证候指标 咽干多饮,易饥多食,体倦乏力,尿频便秘,烦热汗出,舌红少苔,脉细数。

* 作者简介 沈祥立,男,医学硕士。主要从事中医、中西医结合防治内分泌疾病。

● 作者单位 湖北省黄石市中医院(435000)

1.3.2 实验室指标 两组治疗前后空腹血糖(FBG)、餐后2h血糖(P2hBG)、糖化血红蛋白(HbA1C)、血清胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)。

1.3.3 安全检测 三大常规、肝肾功能、心电图。

1.4 统计学方法 全部数据采用SAS系统进行统计分析。计数资料以例数或百分比表示,采用 χ^2 检验;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

2.1 疗效标准 参考《中药新药治疗消渴病(糖尿病)的临床研究指导原则》拟定治疗标准。显效:治疗后症状消失,空腹血糖 $< 7.2\text{mmol/L}$,餐后血糖 $< 8.3\text{mmol/L}$,或血糖较治疗前下降30%以上;有效:治

疗后症状基本消失或明显减轻,空腹血糖 $< 8.3\text{mmol/L}$,或餐后2h血糖 $< 10.0\text{mmol/L}$ 或血糖较治疗前下降10%~29%;无效:治疗后症状无明显改善,血糖下降未达到有效标准。

2.2 两组临床疗效比较 见表1。

表1 两组临床疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	50	10	35	5	90.0 [△]
对照组	30	2	19	9	70.0

注:与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

2.3 两组治疗前后FBG、P2hBG、HbA1C变化比较 治疗组和对照组治疗后FBG、P2hBG、HbA1C均较治疗前有显著下降($P < 0.01$),治疗组P2hBG、HbA1C比对照组下降更明显($P < 0.01$)。见表2。

表2 两组治疗前后血糖比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n		FBG(mmol/L)	P2hBG(mmol/L)	HbA1C(%)
治疗组	50	治疗前	9.64 ± 2.43	14.63 ± 3.45	8.57 ± 1.13
		治疗后	6.22 ± 1.28 ^{**}	8.60 ± 1.62 ^{**△△}	6.64 ± 0.42 ^{**△△}
对照组	30	治疗前	9.26 ± 2.22	14.22 ± 3.31	8.31 ± 1.20
		治疗后	6.72 ± 1.41 ^{**}	10.26 ± 1.71 ^{**}	7.11 ± 0.67 ^{**}

注:与同组治疗前比较, $** P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta \Delta P < 0.01$

2.4 两组治疗前后血脂水平变化比较 治疗组治疗后血脂各指标均较治疗明显改善($P < 0.01$),对照组TC、LDL-C也较治疗前改善($P < 0.01$)。两组治疗

后比较,治疗组血脂改善较对照组更明显($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。见表3。

表3 两组治疗前后血脂水平变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n		TC(mmol/L)	TG(mmol/L)	HDL-C(mmol/L)	LDL-C(mmol/L)
治疗组	50	治疗前	2.36 ± 0.55	6.89 ± 1.40	0.82 ± 0.13	4.32 ± 0.71
		治疗后	1.74 ± 0.38 ^{**△△}	4.67 ± 0.84 ^{**△△}	1.28 ± 0.25 ^{**△△}	3.16 ± 0.47 ^{**△}
对照组	30	治疗前	2.29 ± 0.53	6.96 ± 1.29	0.87 ± 0.15	4.25 ± 0.64
		治疗后	2.07 ± 0.42	5.63 ± 0.76 ^{**}	0.95 ± 0.18	3.67 ± 0.56 ^{**}

注:与同组治疗前比较, $* P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta \Delta P < 0.01$

2.5 安全性评价 两组患者治疗过程中未见明显不良反应,检测安全指标均无明显变化。

3 讨论

2型糖尿病属祖国医学“消渴”范畴,中医药治疗糖尿病历史悠久,可以追溯到两千多年以前。传统中医理论认为,先天不足、饮食、劳伤、六淫、情志诸病因耗

伤肺、胃、肾之阴,导致阴虚燥热而出现消渴,临证以“三多一少”为特征^[3]。近些年来,随着临床经验的进一步积累和丰富,越来越多的医者认识到,消渴病的病机绝非单纯用燥热和阴虚能解释清楚,因而提出了许多新的思路和见解,如五脏正气不足、情志不舒、瘀血内阻、痰浊蕴结、病毒侵扰等,丰富了糖尿病的病机学说,与西医的多病因学说不谋而合。辨证论治是中医

治疗消渴病的特色,临床上由于对阴虚燥热病机认识的突破,治疗上也不囿于三消论治。近十年来中医治疗糖尿病,有从肾论治、从脾胃论治、从肝论治、从气血论治者^[4]。这些都大大发展了中医消渴病学说。

《灵枢·五变》云:“五藏皆柔弱者,善病消瘵。”这说明体质不足,五脏禀赋有亏易患消渴病。《素问·奇病论》云:“此肥美之所发也,此人必数食甘美而多肥也,肥者,令人内热,甘者令人中满,故其气上溢,转为消渴。”说明饮食不节致病。《备急千金要方·消渴》云:“盛壮之时,不自慎惜,快情纵欲,极意房中,稍至年长,肾气虚竭……此皆由房室不节之所致也。”说明消渴病与房室过度有关。《血证论·脏腑病机论》指出:“木之性主于疏泄、食气入胃,全赖肝木之气以疏泄之,而水谷乃化。”可见肝疏泄作用的重要性。该书发渴篇云:“血虚则发渴,有瘀血则发渴,水虚亦发渴。”可以看出阴虚可致瘀,瘀血亦加重渴。笔者认为消渴病的发生有其特殊性、复杂性,与脏腑经络、气血津液、三焦一系列复杂的病理变化有关。其发病的关键是:体质因素、饮食不节、情志失调、劳逸过度等致阴虚燥热,燥热又伤津耗气,气阴耗伤又致气血瘀滞,等等,互为影响,互为因果。因而,治疗上如果单从某一脏、某一腑、或气、或血、或津、或瘀、或湿、或痰、或上、中、下焦论治,理论上说不通,临床效果也不太满意。我们在长期临床观察研究中发现以中医多纲辨证,即以张仲景脏腑经络辨证为主,结合六经辨证及后世的气血津液辨证、三焦辨证等,参考西医对 2 型糖尿病的认识,采用益气滋阴、疏肝健脾、清热通络法治该病,重视气滞血瘀不典型症状的早期用药,注重脏腑经络气血功能的整体调理,可以提高临床疗效。

笔者临床所见消渴病多表现为:咽干多饮,易饥多食,体倦乏力,体重下降,尿频便秘,烦热,舌红少苔,脉细数。多食是胃热;多饮、多尿是由于脾不能为胃行其津液,即“脾气不能散精”,肝失疏泄,肺不主治节,肾不藏精,而津液不能正常运行,直趋膀胱所致;体重下降、乏力是水谷精微不能正常化生营养身体;便秘是阴虚燥热,大肠失润;烦热与阴虚燥热、胃热、肝郁有关。本研究所用十三味玉泉丸方由《伤寒论》小柴胡汤、白虎加人参汤,《丹溪心法》^[5]消渴方等化裁而来,方中黄芪、北沙参、甘草益气;天花粉、生地滋阴凉血;黄芩、泽泻、知母清热;山药、鸡内金健脾;柴胡疏肝;山楂、丹参活血通络。共奏益气滋阴、疏肝健脾、清热通络之效。

本研究通过临床观察表明该法治疗不仅可以明显降低 2 型糖尿病患者的 FBG、P2hBG、HbA1C,还能很好地改善临床症状,调整血脂,而且使用安全,该法组方制作丸剂,服用方便,且药源广、价格便宜,值得推广、深入研究。

参考文献

- [1]陈灏珠.实用内科学[M].第 12 版.北京:人民卫生出版社,2006:1026.
- [2]林 兰.中国中西医结合糖尿病专业委员会·中西医结合糖尿病诊疗标准(草案)[J].中国中西医结合杂志,2005,25(1):94-95.
- [3]刘杰潮.中医药治疗 2 型糖尿病近况[J].承德医学院学报,2006,23(2):187.
- [4]范冠杰.专科专病名证经验丛书·糖尿病[M].第 1 版.北京:人民卫生出版社,2006:11.
- [5]王 英,竹剑平,江凌圳整理.丹溪心法[M].第 1 版.北京:人民卫生出版社,2005:159.

医 论

人身一小天地论

造化一阴阳也,阴阳一太极也,太极本无极也。无极之前,阴含阳也,有象之后,阴分阳也。阴为阳母,阳为阴父。

阳生于子,极于巳,而一阴来;阴生于午,极于亥,而一阳来复。震为长男属火,火生于寅,胞胎在巳;巽为长女属水,水生于申,胞胎在亥。巳亥为天地之门户,阴阳之根本也。人禀健顺之德,以生五行之气,隐于五脏,见于六腑。呼吸,即阴阳运输也;津液,即雨露灌溉也;光泽,即花木荣繁也;耳目,即日月晦明也,人身一小天地,信哉。善观脉者,知阴则知阳,知阳则知阴,可以心察,可以指别,可以类求,可以意会,可以万全,至道渊微,莫逾于此。顺而调之,真气乃安,邪气乃正,反之则病。实则气入,虚则气出;气实则热,气虚则寒。治之若何?温凉各随其候,补泻各有其宜,无虚虚,无实实,无太过,无不及,上应天光、星辰、象纬,下副四时、五行、贵贱,以明三部九候,以察八正、八风、阴阳、升降,配天象地之说,是在神悟灵机,心识微妙者矣。

(摘自清·唐大烈《吴医汇讲》)