

# 黄连温胆汤治疗痰热型2型糖尿病合并眩晕33例临床观察

● 张 敏\*

**摘 要** 目的:观察黄连温胆汤治疗痰热型2型糖尿病合并眩晕患者的临床疗效。方法:选取痰热型2型糖尿病合并眩晕患者65例,随机分为治疗组和对照组,治疗组33例,对照组32例。对照组用降糖药治疗,治疗组在应用降糖药的基础上,联合黄连温胆汤治疗。观察两组治疗前后空腹及餐后2小时血糖、糖化血红蛋白、体重指数、C-反应蛋白以及眩晕发作频率。结果:两组治疗后,以上指标均较治疗前下降,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗组明显优于对照组( $P < 0.05$ )。结论:黄连温胆汤治疗痰热型2型糖尿病合并眩晕疗效确切。

**关键词** 黄连温胆汤 痰热型 糖尿病合并眩晕 疗效观察

国际知名学术期刊《新英格兰医学杂志》今年发表了一篇中华医学会糖尿病学分会前主委杨文英教授撰写的论文,指出中国现有9240万成人患有糖尿病,这意味着中国20岁以上成人糖尿病的患病率达9.7%。近年从流行病学角度证实,以痰热为突出表现占肥胖人的67.69%,远高于非肥胖人(33.85%)。糖尿病患者中,肥胖者痰热体质的发生率高达98.93%<sup>[1]</sup>。而笔者在临床工作中观察到,糖尿病患者伴发眩晕症状者尤为多见,特别是在体重指数超标的糖尿病肥胖患者中,眩晕是糖尿病的常见并发症。笔者自2008年10月~2012年2月在临床上以调理枢机、燥湿化痰为法,运用黄连温胆汤治疗痰热型2型糖尿病伴发眩晕33例,临床疗效确切,现整理报告如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 所有病例均为2008年10月~2010年12月在厦门大学附属中山医院湖里分院确诊为痰热型2型糖尿病伴发眩晕患者。65例患者按随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组33例,其中男

18例,女15例,平均年龄 $54.71 \pm 8.32$ 岁,平均病程 $5.76 \pm 3.23$ 年;对照组32例,其中男16例,女16例,平均年龄 $54.82 \pm 7.69$ 岁,平均病程 $6.11 \pm 2.98$ 年。两组在性别、年龄、病程等一般资料上对比,差别无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 西医诊断标准** 按照中华医学会糖尿病学会建议MS的诊断标准<sup>[2]</sup>:(1)超重和(或)肥胖: $BMI \geq 25.0$ ;(2)高血糖: $FPG \geq 6.1 \text{ mmol/L}$ 及(或)2小时PG $\geq 7.8 \text{ mmol/L}$ 及(或)已确认为糖尿病并治疗者;(3)高血压: $SBP/DBP \geq 140/90 \text{ mmHg}$ ,及(或)已确认为高血压并治疗者;(4)血脂紊乱:空腹血TG $\geq 1.7 \text{ mmol/L}$ 及(或)空腹血HDL-C $< 0.9 \text{ mmol/L}$ (男)或 $< 1.0 \text{ mmol/L}$ (女)。具备以上4项组成成分中的3项或全部者。

**1.3 中医证候诊断标准** 糖尿病中医分型属痰热中阻型,诊断标准参照《实用中医内科学》<sup>[3]</sup>。主症:眩晕、胸闷腹胀、口渴、头身困重、形态肥胖、呕吐痰涎、肢麻沉重。次症:心悸、失眠、口渴、食少、小便黄赤、大便不爽。舌脉:舌胖、苔黄腻、脉弦滑或滑数。其中眩晕的中医诊断标准亦参照《实用中医内科学》<sup>[3]</sup>。

## 2 方法

**2.1 治疗方法** 将所选病例随机分为治疗组和对照组。治疗组和对照组患者血糖、血压、甘油三酯、糖化

\* 作者简介 张敏,女,副主任医师。主要从事中医治疗糖尿病的临床研究工作。

• 作者单位 厦门大学附属中山医院湖里分院(361000)

血红蛋白、体重指数等指标均无差异。治疗组 33 例：初发患者若空腹血糖 < 7.0 mmol/L, 则不用西药降糖药, 只用黄连温胆汤加减治疗(黄连 10g, 黄芩 10g, 法半夏 12g, 佩兰 15g, 茯苓 15g, 郁金 10g, 石菖蒲 20g, 陈皮 6g, 枳壳 10g, 竹茹 10g); 若空腹血糖 > 7 mmol/L, 或正在使用西药降糖药治疗, 则用西药降糖的方法, 将血糖控制在理想范围, 同时服黄连温胆汤。对照组 32 例: 只使用口服降糖药或胰岛素, 将血糖控制在理想范围内。

**2.2 观察指标及方法** 观察 3 个月, 观察两组治疗前后空腹及餐后 2 小时血糖、糖化血红蛋白、体重指数、血压、甘油三酯以及眩晕发作频率。氧化酶法测定空腹及餐后血糖, 亲和层析法测定糖化血红蛋白, 氧化酶法测定甘油三酯。

**2.3 疗效标准** 西医疗效标准参照世界卫生组织有关糖尿病的诊断标准。临床缓解: ①空腹血糖 < 6.1 mmol/L (110mg/dl), 餐后 2 小时血糖 ≤ 7.8 mmol/L, 糖基化血红蛋白 < 6%; ④临床症状消失; ⑤体重向标准方向发展, 并在标准体重上下 20% 以内。

眩晕中医疗效评定主要从以下三个方面的变化

进行评价: ①主证: 头晕目眩; ②伴随症状: 如恶心呕吐, 耳鸣耳聋, 倦怠乏力, 汗出等; ③发作频率。具体积分计算标准参照《颈性眩晕症状与功能评估量表》<sup>[4]</sup>。

疗效指数: [(治疗前积分 - 治疗后积分) ÷ 治疗前积分] × 100%。治愈: 临床症状、体征积分改善 ≥ 90%; 显效: 临床症状、体征积分改善 ≥ 70%, < 90%; 有效: 临床症状、体征积分改善 ≥ 30%, < 70%; 无效: 临床症状、体征积分改善 < 30%。

**2.4 统计学方法** 数据采用 SPSS14.0 统计软件分析, 计量资料用均数 + 标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 进行 *t* 检验, 计数资料进行  $\chi^2$  检验, *P* < 0.05 表示差异具有统计学意义。

### 3 结果

**3.1 两组治疗前后血糖变化** 治疗后两组患者空腹血糖、餐后 2h 血糖与治疗前比较均下降, 治疗组与治疗前比较差异有显著性意义 (*P* < 0.05), 且与对照组比较差异有显著性意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组治疗前后血糖变化 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别		空腹血糖 (mmol/L)	餐后血糖 (mmol/L)	糖化血红蛋白 (%)	体重指数 kg/m <sup>2</sup>
治疗组	治疗前	8.26 ± 1.34	10.35 ± 2.63	8.9 ± 0.3	27.5 ± 1.2
	治疗后	5.82 ± 1.30 <sup>▲*</sup>	7.62 ± 1.43 <sup>▲*</sup>	6.7 ± 0.2 <sup>▲*</sup>	23.6 ± 0.9 <sup>▲*</sup>
对照组	治疗前	8.25 ± 1.32	10.26 ± 2.68	8.5 ± 0.3	27.4 ± 1.3
	治疗后	7.11 ± 1.32 <sup>▲</sup>	9.27 ± 1.40	7.8 ± 0.3 <sup>▲</sup>	25.4 ± 1.1 <sup>▲</sup>

注: 与本组治疗前比较, <sup>▲</sup>*P* < 0.05, 与对照组比较, <sup>\*</sup>*P* < 0.05。

**3.2 两组治疗前后血脂情况比较** 治疗后两组患者血脂均明显改善 (*P* < 0.05), 治疗组改善优为明显, 与

对照组比较差异有显著性意义 (*P* < 0.05), 其中 HDL - C 升高未达统计学意义, 见表 2。

表 2 两组治疗前后血脂变化 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别		TC (mmol/L)	TG (mmol/L)	HDL - C (mmol/L)	LDL - C (mmol/L)
治疗组	治疗前	6.89 ± 1.01	2.98 ± 0.82	1.27 ± 0.34	4.10 ± 0.72
	治疗后	5.35 ± 0.90 <sup>▲*</sup>	1.25 ± 0.36 <sup>▲*</sup>	1.28 ± 0.38	1.62 ± 0.63 <sup>▲*</sup>
对照组	治疗前	6.88 ± 1.02	2.97 ± 0.80	1.26 ± 0.38	4.08 ± 0.75
	治疗后	6.01 ± 0.89 <sup>▲</sup>	1.51 ± 0.40 <sup>▲</sup>	1.27 ± 0.40	2.89 ± 0.65 <sup>▲</sup>

注: 与同组治疗前比较, <sup>▲</sup>*P* < 0.05, 与对照组比较, <sup>\*</sup>*P* < 0.05。

**3.3 两组治疗前后血压值比较** 治疗后两组收缩压、舒张压与治疗前比较均明显下降, 有显著性差异

(*P* < 0.05), 其中治疗组改善优为明显, 与对照组比较差异有显著性意义 (*P* < 0.05), 见表 3。

表3 两组治疗前后血压值比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别		收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
治疗组	治疗前	152 ± 11	95 ± 7
	治疗后	125 ± 6 <sup>▲*</sup>	75 ± 6 <sup>▲*</sup>
对照组	治疗前	153 ± 10	95 ± 7
	治疗后	133 ± 5.82 <sup>▲</sup>	85 ± 5 <sup>▲</sup>

注:与本组治疗前比较,▲ $P < 0.05$ ,与对照组比较,\* $P < 0.05$ 。

3.4 两组治疗前后眩晕比较 治疗后两组主证、发作频率、伴随症状缓解均较对照组明显好转,其中治疗组改善尤为明显,与对照组比较差异有显著性意义( $P < 0.05$ ),见表4。

表4 两组治疗前后眩晕指标比较(n)

组别	痊愈 (例)	显效 (例)	好转 (例)	无效 (例)	好转率 (%)
治疗组	12	15	5	1	96.7
对照组	5	10	7	8	68.8

注:与对照组比较,治疗组的好转率远远高于对照组, $P < 0.05$ 。

## 4 讨论

本病属祖国医学的“消渴”并“眩晕”范畴,一般起病突然,与颈部活动有关,好发年龄40岁以上,属本虚标实证。中医认为,消渴病其病性为阴津亏损,燥热偏胜,以阴虚为本,燥热为标,但《灵枢·本藏》:“脾脆则善病消瘠易伤”。《类证治裁·三消论治》“小水不臭反甜者,此脾气下脱症最重”等论述,说明消渴与脾虚有关;脾虚失运,则痰湿内生;脾虚不能为胃散精,生化乏源,故神疲、乏力、少饮、舌苔黄厚、脉滑。脾胃功能紊乱,则纳谷不香;胃热未尽,热与湿浊互结于中焦反映在舌象则为苔厚微黄。祖国医学认为过食膏粱厚味,损伤脾胃或久坐不动,脾胃呆滞或肝气郁结,升降失常,水谷不化,聚湿成痰,痰湿郁久化热,加之久病瘀血内阻,痰瘀互结,使脏腑功能失调,各种代谢失衡,从而变证百出<sup>[5]</sup>。《丹溪心法·头眩》有“无痰不作眩”的记载,并曰:“头眩,痰挟气虚并火,治痰为先,挟补气药及降火药”。痰浊阻遏清阳,上犯巅顶,阻闭清窍可致气血逆乱,经脉瘀阻而发生眩晕。饮食失节,过食肥甘,会使脾胃运化失常而聚湿生痰,痰浊中阻,蒙蔽清阳,发为眩晕。此型眩晕症的临床表现为头重昏蒙,胸闷恶心,时呕痰涎,不思饮食。痰既为病理产物又是本病反复发作长期不愈的因素,故有“百病皆由痰作祟”之说,治痰为本病的关键,故采用黄连温胆汤清热祛痰降

逆通窍不失为治疗消渴合并眩晕的有效方法。用温胆汤化痰,加用苏叶与竹茹可加强清胃和胃作用,加入白术、薏苡仁以加强健脾化湿之力。本法应用于痰湿型肥胖体型的消渴病眩晕患者收到了较好的协同疗效。

温胆汤出自孙思邈《备急千金要方》卷,黄连温胆汤正是在《三因极一病症方论》所载温胆汤基础上加黄连而成,方由黄连、半夏、陈皮、茯苓、甘草、竹茹、枳实、大枣八味药组成,此方是在温胆汤基础上增强了清热化痰的作用,对痰热内扰诸症有奇效。该方以黄连为君,清热燥湿力强,陈皮理气健脾,燥湿化痰,枳实破气消积,化痰散结,共为方中之臣药;茯苓健脾渗湿,竹茹清热化痰,祛痰止呕,合为方中之佐药;半夏性味辛温燥湿化痰,甘草化痰和中,调和诸药,大枣补脾益胃,养血安神,缓和药性,为方中之使药。诸药同用清热祛痰化痰,在治疗代谢综合征方面疗效显著,尤其适用于痰热壅盛证型。现代研究表明<sup>[6]</sup>黄连含小檗碱,有降血压、血糖、改善血脂的作用。近年研究表明,温胆汤可提高肝脏总脂解酶、脂蛋白脂酶的活性,从而有效降低甘油三酯、总胆固醇水平<sup>[7]</sup>;还证实了黄连温胆汤不仅可较快的改善和消除糖尿病酮症出现的症状,缩短病程,而且还能明显降低血糖、尿糖、消除酮体,改善高凝、高粘状态,改善血脂,减肥,还能减少胰岛素及口服降糖药的用量,其确切作用机制需待我们进一步研究以明确。

糖尿病患者平素膳食肥甘厚味,缺少运动,致使湿热之邪留存体内。而眩晕患者除了以上致病原因外,与颈部活动位置有密切关系,现代医学认为颈椎失稳及软组织损伤所致。因此,患者平时应注意除药物治疗,养成良好的生活工作习惯,要节制饮食,进行适当的运动锻炼,保持颈椎正常曲度,减少糖尿病并眩晕的发生。

## 参考文献

- [1]项坤三,贾伟平,陆俊茜.中国上海地区40岁以上成人中肥胖与代谢综合征的关系[J].中华内科杂志,2000,39(4):224.
- [2]王吉耀,廖二元,黄从新,等.内科学[M].北京:人民卫生出版社,2010:1068-1073.
- [3]王永炎,严世芸,等.实用中医内科学[M].第2版.上海:上海科学技术出版社,2009:424,515.
- [4]王楚怀,卓大宏.颈性眩晕患者症状与功能评估的初步研究[J].中国康复医学杂志,1998,13(6):245-247.
- [5]张京春,陈可冀.代谢综合征与中西医结合综合干预[J].中国中西医结合杂志,2004,24(11):1029-1032.
- [6]雷载权,陈松育,高学敏,等.中药学[M].上海:上海科学技术出版社,2002,13:61.
- [7]淳泽,李佳楠,陈东辉,等.温胆汤对高脂血症大鼠脂质代谢的影响[J].中国中药杂志2003,28(12):1184-1186.