

# 南征运用清热养阴活血法联合浴足方治疗2型糖尿病合并高血压病的临床研究<sup>※</sup>

● 余昌光<sup>1</sup> 南征<sup>2▲</sup>

**摘要** 目的:观察清热养阴活血法联合浴足方治疗2型糖尿病合并高血压病的疗效。方法:选取我院进行治疗的2型糖尿病合并高血压患者60例,采用随机数字表法分为观察组、对照组各30例。治疗组采用清热养阴活血法联合浴足方治疗,对照组采用常规西药(格列美脲、硝苯地平控释片)治疗。4周为1个疗程,2个疗程后进行疗效评价。结果:治疗组总有效率为86%,对照组为70%,治疗组优于对照组,结果有统计学差异( $P<0.05$ )。FBG、PBG、HbA<sub>1c</sub>、DBP、SBP以及血脂代谢均较治疗前有显著明显下降( $P<0.05$ );中医症状均有改善,治疗组治疗后中医症状积分均低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:清热养阴活血法联合浴足方治疗2型糖尿病合并高血压病疗效显著,对临床症状有改善效果,值得运用。

**关键词** 清热养阴活血法;浴足方;2型糖尿病;高血压;临床研究

在二十世纪初的西方,Botti和Neubauer就发现糖尿病人常常合并血压的升高<sup>[1]</sup>。据统计<sup>[2]</sup>,我国糖尿病患病率从1979年的0.67%发展到现今的11.6%,超过60%糖尿病患者合并高血压,而高血压患者的糖尿病发病率更是高达70.3%。研究发现<sup>[3]</sup>,部分糖尿病患者会不同程度合并高血压病,两者关系密切。前者本身伴有多个危险因素,特征性病证与后者有重叠,所以,糖尿病和高血压并存的危险系数会达到“很高危”水平<sup>[4]</sup>。病情继续发展,又会诱发各种严重的并发症,故而威胁患者健康及预后<sup>[5]</sup>。中医药为治疗糖尿病合并高血压病提供了更多的手段,本研究以清热养阴活血法联合浴足方治疗本病取得很好的疗效,现将研究报

告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选取2017年9月-2018年12月在长春中医药大学附属医院门诊和病房进行治疗的2型糖尿病合并高血压患者60例。采用随机数字表法分为观察组及对照组各30例。观察组男13例,女17例,年龄26~72岁,平均年龄(53.2±3.4)岁,病程3~8年,平均病程(6.9±0.8)年;对照组男15例,女16例,患者年龄28~72岁,平均年龄(52.4±2.1)岁,病程4~9年,平均病程(7.0±0.5)年。两组患者在年龄、性别、病程等方面经比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** (1)2型糖尿病:参照中华医学会糖尿病分会《中国2型糖尿病防治指南》(2017年版)<sup>[6]</sup>,凡符合以下任一条件,均可诊断为2型糖尿病。①典型糖尿病症状(多饮、多尿、多食、体重下降)加上随机血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ ;②空腹血糖(FPG)检测 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ ;③葡萄糖负荷后2h血糖检测 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 。

※ 基金项目 吉林省科技发展计划基金项目(No.20180201066YY)

▲ 通讯作者 南征,男,教授,博士研究生导师。E-mail: nanzheng001@aliyun.com

• 作者单位 1.长春中医药大学(吉林 长春 130117);2.长春中医药大学附属医院(吉林 长春 130012)

L;无糖尿病症状者,需改日重复检查。(2)高血压病:根据《中国高血压基层管理指南》(2014年修订版)<sup>[9]</sup>的诊断标准制定,非同日3次测量诊室血压,收缩压 $\geq 140$  mmHg和(或)舒张压 $\geq 90$  mmHg。1级高血压(轻度)为收缩压在140~159mmHg和(或)舒张压在90~99mmHg;2级高血压(中度)为收缩压在160~179mmHg和(或)舒张压在100~109mmHg;1级高血压和2级高血压统称为轻中度高血压。

1.2.2 中医辨证标准 (1)根据中华中医药学会《糖尿病中医诊疗标准》<sup>[6]</sup>(2011年版)、《糖尿病中医药临床循证实践指南》<sup>[7]</sup>(2016年版)为阴虚热盛兼血瘀证候:症状为口渴多饮、眩晕耳鸣、五心烦热、消瘦、疲乏无力、腰膝酸软、肢体麻木或疼痛;舌有瘀斑,苔白,脉弦涩。以上有2项即可诊断。

1.3 纳入标准 (1)同时符合2型糖尿病及高血压病诊断标准,并辨证为阴虚热盛兼血瘀;(2)年龄控制在18~65岁之间,性别无要求;(3)糖化血红蛋白 $\geq 6.5\%$ 。

1.4 排除标准 (1)近期有糖尿病急性并发症及感染者或合并症;(2)1型糖尿病、继发性糖尿病者;(3)严重心、肝、肾损害影响药物代谢等原发性疾病者;(4)对药物过敏者或孕妇及哺乳期妇女。

### 1.5 治疗方法

1.5.1 生活管控 所有患者均予“一则八法”为生活管控规范<sup>[10]</sup>。“一则八法”是消渴及其并证的有效管控机制,遵从于此,执行饮食表、运动表、养生表,充分发挥患者的生活自主能动性,从饮食、二便、睡觉、运动、情志、监测血糖血压等方面入手,让患者从自身出发,养成有效的自我守则和规律的作息习惯。

1.5.2 对照组 采用常规的西医治疗。方法为:口服格列美脲(生产厂家:赛洛菲安万特制药有限公司,批准文号:H20057672)、硝苯地平控释片(生产厂家:拜耳医药保健有限公司,批准文号:J201301115)。格列美脲的用法为:2mg/次,1次/d;硝苯地平控释片的用法为:30mg/次,1次/d。

1.5.3 治疗组 在对照组治疗基础上予清热养阴活血法和浴足方治疗。清热养阴活血法选用知地消渴安汤,药用:生地15g,知母15g,黄连10g,玉竹15g,地骨皮20g,人参10g,枸杞子30g,黄芪50,丹参10g。水煎取汁360mL,3次/剂,早中晚分服。浴足方药用:炮附子5g,吴茱萸10g,车前子10g,莱菔子10g,青葙10g,透骨草10g,怀牛膝10g。每剂水煎取汁2000mL,温度控制在36℃~45℃之间,浸泡双足0.5个小时,1

次/日。

疗程:两组均以4周为1个疗程,连续治疗2个疗程后观察比较疗效。

### 1.6 观察指标

1.6.1 中医症状积分 分别于治疗前及治疗后,观察主要临床症状(口渴多饮、眩晕耳鸣、五心烦热、疲乏无力、腰膝酸软、视物模糊)的改善情况,采用计分法进行评价,分为重度、中度、轻度、无四级,分别计为6、4、2、0分评价,统计症状总积分,得分越高表示症状越严重。

1.6.2 实验室指标 两组患者治疗8周,每周2次指尖采血检测患者的FBG、PBG和电子血压计测量DBP、SBP并详细记录血糖和血压的变化程度,并分别治疗前后各静脉抽血检测HbA1c、TC、TG的数值,记录糖化血红蛋白和血脂常规情况。

1.6.3 安全性指标 一般的生命体征检测(包括:体温、脉搏、呼吸、血压等)、心电图、血常规、大小便常规;肝功能、肾功能以及可能出现的不良反应。

1.7 疗效评价标准 疗效判定标准参照2002年《中药新药治疗消渴病(糖尿病)的临床研究指导原则(试行本)》。显效:临床症状显著改善,中医症状积分降低 $\geq 70\%$ ,FBG及PBG降低至正常水平或降低率 $\geq 40\%$ ,HbA1c $< 6.2\%$ 或者降低率 $> 30\%$ ,DBP降低 $> 10$ mmHg并且达到正常范围,或者降低 $\geq 20$ mmHg但尚未恢复正常。有效:症状所改善,中医症状积分降低 $\geq 30\%$ ,FBG及PBG降低 $\geq 20\%$ 但尚未达到显效标准,HbA1c降低率 $> 10\%$ ,SBP降低 $\geq 30$ mmHg或DBP降低10~19mmHg但尚未恢复正常。无效:临床症状无改善,中医症状积分降低 $< 30\%$ ,血糖、血压及HbA1c水平无变化。有效率=(显效例数+有效例数)/总病例数 $\times 100\%$ 。

1.8 统计学方法 应用SPSS22.0统计软件计算和分析,计量资料采用 $t$ 检验,计数资料采用 $\chi^2$ 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组总体疗效比较 治疗组显效20例,有效6例,无效4例,总有效率86.0%。对照组显效14例,有效7例,无效9例,总有效率70.0%。治疗组的总有效率与对照组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表1。

2.2 两组治疗前后血糖、糖化血红蛋白水平变化

治疗前,两组患者的FBG、PBG、HbA1c值进行对比,无统计学差异( $P>0.05$ );治疗后两组的FBG、PBG、HbA1c的指标均下降,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),通过组间比较,治疗组在改善血糖、糖化血红蛋白方面优于对照组。见表2。

**2.3 两组血压、血脂代谢的疗效比较** 治疗前,两组患者的血压、血脂水平进行对比,无统计学差异( $P>$

$0.05$ );8周的治疗后两组的SBP、DBP、TC、TG值均下降,患者血糖、血脂代谢均较治疗前好转,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),且治疗组在改善血压、血脂方面优于对照组。见表3。

**表1 两组患者疗效及总疗效(例)**

组别	例	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	20	6	4	86.0*
对照组	30	14	7	9	70.0

注:与对照组比较,\* $P<0.05$

**表2 两组血糖、糖化血红蛋白水平比较(mmol/L,  $\bar{x} \pm s$ )**

组别	例	时间	FBG/(mmol/L)	PBG/(mmol/L)	HbA1c(%)
治疗组	30	治疗前	8.39±0.83	11.35±1.12	6.89±0.73
		治疗后	5.84±0.51*#	7.92±0.63*#	5.70±0.56*#
对照组	30	治疗前	8.49±0.89	11.46±0.97	7.11±0.78
		治疗后	7.14±0.60	9.43±0.75	6.63±0.75

注:与本组治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,\* $P<0.05$

**表3 血压、血脂代谢疗效变化( $\bar{x} \pm s$ )**

组别	例	时间	SBP(mmHg)	DBP(mmHg)	TC(mmol/L)	TG(mmol/L)
治疗组	30	治疗前	157.61±4.49	97.94±3.87	6.91±0.54	2.67±0.70
		治疗后	129.81±3.99*#	89.26±3.41*#	5.69±0.53*#	1.05±0.55*#
对照组	30	治疗前	157.92±3.80	96.41±3.69	6.77±0.54	2.70±0.66
		治疗后	127.31±4.36	85.35±3.16	6.68±0.67	2.36±0.73

注:与本组治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,\* $P<0.05$

**2.4 两组中医症状积分比较** 治疗前,两组患者的中医症状积分对比,无统计学差异( $P>0.05$ );经过治疗后两组的中医症状均有好转,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),且治疗组症状改善方面优于对照组。见表4。

**表4 两组治疗前后中医症状积分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )**

主要症状	组别	治疗前	治疗后
口渴多饮	治疗组	5.32±0.13	2.45±0.12*#
	对照组	5.47±0.09	3.86±0.09
眩晕耳鸣	治疗组	4.87±0.17	1.85±0.06*#
	对照组	4.92±0.18	4.21±0.02
疲乏无力	治疗组	5.40±0.07	2.94±0.01*#
	对照组	5.39±0.15	3.25±0.15
五心烦热	治疗组	5.61±0.08	3.04±0.10*#
	对照组	5.70±0.10	3.18±0.21
腰膝酸软	治疗组	4.88±0.11	1.97±0.12*#
	对照组	3.94±0.08	4.02±0.04
视力模糊	治疗组	3.80±0.06	2.65±0.20*#
	对照组	3.26±0.15	3.26±0.15

注:与本组治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较,\* $P<0.05$

**2.5 不良反应** 在治疗前后,对受试的患者均进行了心电图、血常规、大小便常规、肝功能、肾功能检查,结果均在安全范围之内。在受试过程中,两组患者未

见明显不良反应。

### 3 讨论

糖尿病合并高血压病,即中医的消渴并证,从属于“消渴病”“眩晕”范畴。吾师南征教授特别推崇国医大师任继学“散膏,今胰脏”之消渴病位理论。消渴病的病机核心是阴虚燥热,耗损精液,阴液不达,损伤散膏,袭侵三焦,损及经络,伤及脏腑、募原<sup>[1]</sup>。基本病机体现了“一源多支”的特征<sup>[2]</sup>,阴虚是其“一源”,燥热、气虚、血瘀是其“多支”。

根据《素问·上古天真论》等中医经典理论,南师在治疗消渴和消渴并证方面创造性地总结出了新的消渴患者管控守则:“一测八法”。“一测”即辨证求因,审因论治,坚持从中医整体理论出发<sup>[3]</sup>。辨证和审因后才可论治,急缓标本相呼应,次序分明,治病求本。对于其病理特点,南师确立扶正祛邪、标本同治大法。南师<sup>[4]</sup>常言“消渴之疾,治一测偏,阴阳兼调则全”。在辨证施治消渴病中运用了“滋阴清热、益气养阴、活血化瘀”的综合疗法<sup>[5]</sup>,特别强调滋阴清热即是滋肾之阴以护本源;益气养阴则重在补脾胃之气以顾护散膏;活血化瘀即清血络、通经络,使络畅瘀去。三法并下,进而整体上去调节气血阴阳经络平衡。

外治法是通过体外用药治疗疾病的方法,和内治法配合使用,相得益彰,可收到更好的临床疗效。《理渝骈文》云:“外治之理,即内治之理;外治之药,即内治之药。”指出了外治法与内治法只是在给药途径上的不同。内外合治,因势利导,以提高临证疗效,南师常配合应用足浴法、灌肠法、熏洗法等治疗消渴并病<sup>[15]</sup>。

中医辨证治疗糖尿病合并高血压病时,从整体上对人体的气血进行调节,进而降低患者的血压、血糖,同时改善患者症状,极大地避免了西药对各个脏器的损害。

清热养阴活血法选知地消渴安汤。方中生地滋阴清热,甘寒生津,《本草新编》曰:“凉头面之火,清肺肝之热”;知母上济肺金,下滋肾水,清燥热。上二药清润肺肾,润燥泻火共为君药。地骨皮甘淡微寒,退热凉血退蒸,《本草崇原》曰:“主去骨热、消渴”;玉竹清肺润胃,生津止渴;黄连清心泻火。上三药退火而入阴,共为臣药。人参止渴生津,大补元气,《医学启源》曰:“补元气、止渴,生津液”;黄芪益气升阳;枸杞子,滋肾润肺。此三药上提阳而益气,阳之升而阴之动,气阴同顾,共为佐药。丹参<sup>[16]</sup>清血热,通经络。综观上方,动静相和,三消同治,共奏清热养阴活血之功<sup>[17]</sup>。

浴足方中吴茱萸散寒止痛,助阳止泻,《本草思辨录》曰:“伸阳戢阴而辟寒邪”;炮附子回阳救逆,温里逐寒止痛。上二药引火归元、散寒止痛,为君药。车前子清热利尿渗湿;莱菔子除胀降气;青葙子祛风热,清肝火明目。上三药共为臣药。透骨草祛风湿,舒筋活络止痛,为佐药。怀牛膝补肝益肾、通经络,引上之火下行,为使药。本方源于张景岳的引火归元理论,把上越之火引导回到命门之中,在行气、温药中加引火下行,补泻结合,综合治疗。

#### 4 结论

2型糖尿病合并高血压是一组同源性疾病,中医辨证治疗具有良好的效果。据观察的数据可知,治疗组有效率达86.0%,高于对照组治疗的有效率70%。相比较西医治疗,南师运用清热养阴活血法联合浴足方,既可发挥近期疗效高的优点,又可以针对糖尿病合并高血压病的患者长期的生活方式作出规律性的

调整,极大地利于其预后。因此运用清热养阴活血法联合浴足方治疗2型糖尿病合并高血压病的临床效果佳,具有临床运用和推广的价值。

#### 参考文献

- [1] Major S G. Blood pressure in diabetes mellitus[J]. Arch Intern Med (Chic),1929,44:797-812.
- [2] 张敏,李建香,马文静.我国糖尿病流行病学和疾病经济负担研究现状[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(56):176.
- [3] SLIWINSKA A, KASZNICKI J, KOSMALKI M, et al. Tumour protein 53 is linked with type 2 diabetes mellitus[J]. Indian Journal of Medical Research, 2017, 146(2):237-243.
- [4] 赵进喜. 糖尿病合并高血压病中医诊疗方案[A]. 中华中医药学会糖尿病分会. 第九次全国中医糖尿病学术大会论文汇编[C]. 中华中医药学会糖尿病分会:中华中医药学会糖尿病分会,2006:241-248.
- [5] KANODIA K, VANIKAR A, NIGAM L, et al. Clinicopathological study of nondiabetic renal disease in type 2 diabetic patients: A single center experience from India[J]. Saudi J Kidney Dis Transpl, 2017, 28(6):1330-1337.
- [6] 仝小林. 糖尿病中医诊疗标准[J]. 世界中西医结合杂志, 2011, 6(6):543.
- [7] 仝小林. 糖尿病中医药临床循证实践指南[M]. 北京: 科学出版社, 2016: 6.
- [8] 中华医学会糖尿病分会. 中国2型糖尿病防治指南(2017年版)[J]. 中国糖尿病杂志, 2018, 10(1):6-7.
- [9] 《中国高血压基层管理指南》修订委员会. 中国高血压基层管理指南(2014年修订版)[J]. 临床荟萃, 2015, 30(7):725-744.
- [10] 南征,刘世林,祝志岳,等. 一则八法是诊治消渴及并证管控有效机制[J]. 长春中医药大学学报, 2018, 34(1):1-3.
- [11] 张博,南征,许崇明,等. 中西医结合治疗2型糖尿病30例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(8):13-15.
- [12] 张琦,赵芸芸,南征. 南征教授运用中药治疗消渴气阴两虚挟瘀证的研究[J]. 吉林中医药, 2019, 39(3):338-340, 350.
- [13] 何泽. 名老中医南征教授治疗消渴病学术思想及临证经验[J]. 光明中医, 2016, 31(3):331-334.
- [14] 刘扬扬,南征. 南征教授治疗2型糖尿病经验举隅[J]. 光明中医, 2017, 32(3):331-332.
- [15] 鲍鹏杰,南征. 解毒通络益肾导邪法治消渴肾功能衰竭[J]. 长春中医药大学学报, 2018, 34(6):1136-1139.
- [16] 刘乐,南征. 以聚类分析法分析南征教授治疗消渴肾病用药规律[J]. 中医药通报, 2018, 17(2):57-60.
- [17] 南红梅,孙胜君,邹耀武,等. 南征教授中药干预糖尿病停用胰岛素典型病例分析[J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(8):1042-1044.

(收稿日期:2019-09-21)

(本文编辑:金冠羽)