

中西医结合治疗糖尿病并高脂血症 30 例临床观察

徐红梅 滕涛 耿峰
(山东省泰安市中医医院 泰安 271000)

摘要:目的:观察中西医结合治疗糖尿病并高脂血症的治疗效果。方法:在基础降糖的前提下,将临床诊断为糖尿病并高脂血症的 60 例患者随机分为两组,其中对照组 30 例,予以氟伐他汀或非诺贝特胶囊;治疗组 30 例,在对照组基础上,并给予中药降脂合剂;两组均以 1 个月为 1 个疗程,连用 2 个疗程。结果:经临床观察,治疗组在改善临床症状、降糖、降脂方面均优于对照组($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗糖尿病并高脂血症的疗效优于单纯西药治疗。

关键词:糖尿病;高脂血症;中西医结合疗法

中图分类号:R 587.1

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.06.015

糖尿病合并高脂血症是糖尿病常见的慢性并发症之一,也是糖尿病微循环障碍和血管病变的重要原因。近年来,随着糖尿病发病率的急剧升高,糖尿病并高脂血症的发病率也呈明显上升趋势^[1]。据报道,2 型糖尿病患者伴脂质代谢异常者占 70%~80%。长期服用降脂药物尤其他汀类药物,不可避免对肝肾功能带来一定的影响。笔者于 2007 年 3 月~2010 年 3 月运用降脂合剂合并西药治疗糖尿病并高脂血症 30 例,疗效满意。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例患者均来源于泰安市中医医院内分泌科病房及门诊,所有患者随机分为治疗组和对照组:治疗组 30 例,男性 18 例,女性 12 例,平均年龄(46.5 ± 7.8)岁,病程 7 个月~18 年;对照组 30 例,男 17 例,女 13 例,平均年龄(44.6 ± 9.1)岁,病程 5 个月~20 年。两组病例年龄、性别、病程无显著差异,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 糖尿病诊断标准:依照 1999 年 WHO 通过的糖尿病诊断标准:(1)糖尿病症状加随机血糖(PPG) $\geq 11.1\text{mmol/L}$;(2)空腹血浆葡萄糖水平(FPG) $\geq 7.0\text{mmol/L}$;(3)餐后 2h 血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 。凡符合以上 3 项中的任何 1 项,次日再次验证仍符合者,即诊断糖尿病。高脂血症诊断标准:空腹血清甘油三酯(TG) $>1.8\text{mmol/L}$ 或(和)总胆固醇(TC) $>6.2\text{mmol/L}$ 。中医辨证标准:脾虚痰湿、气虚血瘀型:倦怠乏力,气短懒言,口渴不多饮,胸闷脘痞,头

联系,从而脉道通利,清阳上升,气血上注于头,则髓海充盈,眩晕自止。针刺颈夹脊穴是根据病变部位“以痛为腧”的原则,可使针感直达病所,使病变的脊椎、关节、肌肉、韧带等组织结构以及神经血管邻近组织产生良性反应,调整改善脊椎的内环境^[9]。有研究表明,针刺可刺激局部的穴位感受器,反射性降低交感神经的兴奋性,促进局部血液循环,松懈局部软组织粘连,纠正椎间关节紊乱等,从而恢复颈椎正常解剖结构和生物力学平衡。

晕目眩,肢体麻木或疼痛,舌质暗或有瘀斑,脉濡或细涩无力。

1.3 纳入标准 (1)符合糖尿病、高脂血症诊断标准,且糖尿病病史在高脂血症之前,中医辨证属脾虚痰湿、气虚血瘀者。(2)无糖尿病酮症或酮症酸中毒及严重感染。(3)无严重心、肝、肾功能损害者。

1.4 排除标准 (1)年龄在 18 岁以下或 75 岁以上,妊娠或哺乳妇女。(2)合并心脑血管、肝脏或造血系统等严重疾病。(3)近 1 个月内有糖尿病酮症、酮症酸中毒及感染者。(4)未按规定用药、无法判断疗效或资料不全等影响连续及安全性判断者。(5)原发性高脂血症。

1.5 治疗方法 两组病例均给予常规治疗,包括糖尿病教育、适量运动、糖尿病饮食、口服降糖药或胰岛素控制血糖。对照组服用氟伐他汀 40mg,1 次/d,或非诺贝特胶囊 0.1g,3 次/d;治疗组在对照组的基础上,每日加降脂合剂(葛根 30g、黄芪 30g、党参 15g、苍术 15g、瓜蒌 6g、熟大黄 3g、花粉 15g、泽兰 12g、川芎 12g、赤芍 10g、桃仁 10g、地龙 10g),高压浓缩煎药机煎煮药物后,将药液浓缩分装,每袋 100mL,每次 1 袋,2 次/d。30d 为 1 个疗程,两组均治疗 2 个疗程。

1.6 统计方法 采用 SPSS13.0 软件,计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原

参考文献

[1]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.186
[2]邹勇.风池、天柱穴位注射丹参液治疗颈性眩晕 40 例[J].针灸临床杂志,2007,23(3):34
[3]张松兴,张立德.完骨穴临证运用探析[J].实用中医内科杂志,2007,21(8):75
[4]王希琳,黄海燕.百会穴留针治疗椎动脉型颈椎病疗效观察[J].四川中医,2007,25(4):96
[5]杨克勤,张之虎.颈椎病[M].北京:人民卫生出版社,1985.47-51
[6]蒋振亚,李常度.杵针大椎八阵穴为主治疗颈椎病的临床观察[J].中国针灸,2001,21(2):94

(收稿日期:2010-07-21)

实用中西医结合临床 2010 年 11 月第 10 卷第 6 期

则》疗效标准拟定。显效：临床症状消失，FPG< 7.0 mmol/L，PPG<8.3mmol/L，TC<4.68mmol/L，TG<1.70 mmol/L，HbA1c<6.5%；有效：临床症状明显好转，FPG<8.5mmol/L，PPG<10.0mmol/L，TC<5.2mmol/L，TG<1.70mmol/L，HbA1c 6.5%~7.5%；无效：临床症状无缓解，FPG、PPG、HbA1c、TC、TG 无降低。

2.2 观察指标 观察治疗前后两组临床症状体征、空腹血糖、餐后血糖、糖化血红蛋白(HbA1c)、血清胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平。

2.3 治疗前后中医症状体征的比较 治疗 2 个月后，治疗组患者体倦乏力、渴不多饮、胸闷脘痞、肢体麻木症状均有明显改善，与对照组比较，差异显著，说明降脂合剂对糖尿病并高脂血症患者的症状有明显的改善作用。见表 1。

表 1 两组主要症状积分治疗前后比较 ($\bar{X} \pm S$) 分

主要症状	组别	治疗前	治疗后	差值
体倦乏力	治疗组	4.97± 0.18	1.56± 1.14 [△]	3.41± 1.57
	对照组	4.89± 0.26	2.78± 0.85 [△]	2.11± 1.14*
渴不多饮	治疗组	3.73± 0.50	0.93± 0.73 [△]	2.80± 1.12
	对照组	3.41± 0.67	1.45± 0.89 [△]	1.96± 1.02*
胸闷脘痞	治疗组	2.91± 0.72	0.42± 0.79 [△]	2.49± 1.42
	对照组	3.02± 0.81	1.50± 1.01 [△]	1.52± 1.07*
肢体麻木	治疗组	3.58± 0.57	1.43± 0.98 [△]	2.15± 0.85
	对照组	3.43± 0.91	2.10± 1.50 [△]	1.33± 1.27*

注：治疗前后比较，[△]P<0.01；组间比较，*P<0.05。

2.4 治疗前后 FPG、PPG、HbA1c 比较 经治疗两组患者 FPG、PPG、HbA1c 均下降，治疗组明显优于对照组，说明降脂合剂对糖尿病合并高脂血症有明显的降血糖作用。见表 2。

表 2 两组治疗前后 FPG、PPG、HbA1c 比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别	时间	n	FPG (mmol/L)	PPG (mmol/L)	HbA1c(%)
对照组	治疗前	30	10.36± 1.67	13.22± 2.67	9.58± 1.24
	治疗后	30	9.68± 1.34 [△]	10.41± 2.56 [△]	7.06± 0.42 [△]
治疗组	治疗前	30	10.20± 1.78	12.81± 2.68	9.68± 1.16
	治疗后	30	8.72± 1.26 ^{△*}	9.12± 2.64 ^{△*}	6.84± 0.76 ^{△*}

注：与治疗前比较，[△]P<0.01，[△]P<0.01；组间比较，*P<0.05。

2.5 两组治疗前后血脂比较 两组患者治疗后 TC、TG、LDL-C 较前下降，HDL-C 较前升高，治疗组明显优于对照组。见表 3。

表 3 两组治疗前后 TC、TG、HDL-C、LDL-C 变化 ($\bar{X} \pm S$) mmol/L

组别	时间	n	TC	TG	HDL-C	LDL-C
对照组	治疗前	30	7.65± 0.24	3.12± 0.31	0.87± 0.16	4.95± 1.36
	治疗后	30	6.99± 0.12 [△]	3.09± 0.25 [△]	1.04± 0.13 [△]	3.59± 0.26 [△]
治疗组	治疗前	30	7.85± 0.22	3.16± 0.47	0.85± 0.16	5.07± 0.76
	治疗后	30	5.87± 0.14 ^{△*}	2.14± 0.16 ^{△*}	1.31± 0.12 ^{△*}	2.96± 0.74 ^{△*}

注：治疗前后比较，[△]P<0.01，[△]P<0.05；组间比较，*P<0.05。

2.6 临床综合疗效比较 治疗组有效率 96.7%，对照组有效率 86.7%，治疗组和对照组总有效率比较有显著差异，可见降脂合剂对糖尿病并高脂血症患者的总疗效明显优于对照组。见表 4。

表 4 两组治疗后综合疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	有效率(%)
治疗组	30	22	7	1	96.7
对照组	30	18	8	4	86.7

注：两组有效率比较，P<0.05，具有显著差异。

3 讨论

糖尿病合并高脂血症是糖尿病常见的慢性并发症之一，也是糖尿病微循环障碍和血管病变的重要原因，是心脑血管并发症的重要病理机制。高血脂与糖尿病相关的特殊危险因素如高血糖、糖基化终产物、胰岛素抵抗、高胰岛素血症、血液流变学变化和血管功能紊乱等协同作用，使糖尿病患者较非糖尿病人群动脉粥样硬化的患病率更高、发病更早、程度更重、发展更快。临床上西药降脂药物种类很多，但由于个体差异很大，长期服用降脂药物及其他汀类药物，对肝肾功能带来一定的影响，临床应用受到一定的限制。

中医学认为，糖尿病合并高脂血症患者多平素形体肥胖，多食肥甘醇酒，临床症状多表现为体胖懒动，倦怠乏力，胸闷脘痞，渴不多饮或肢麻肿胀，舌淡或暗淡，苔白或厚腻，脉濡或滑。究其病因病机，多因过食油腻肥甘及醇酒，损伤脾胃，痰浊内蕴，阻碍气机，气不行血致血瘀，痰浊瘀血阻滞，清气不升，津失传输发为消渴^[2]。因此治疗本病关键是扶正祛邪，健脾益气，化痰活血通络。降脂合剂方中重用葛根、黄芪、党参为君药以健脾益气，升清化浊，以治病之本，使脾健则水湿得以健运，气充则津布血行，痰浊、瘀血无以由生；苍术、瓜蒌为臣药，助君药健脾化湿祛浊之功；花粉、赤芍、桃仁、泽兰、川芎、地龙为佐使药，花粉阴润燥，佐制君药之燥性伤阴，余者佐助君臣以行气活血，化痰泄浊；熟大黄一则清热泄浊，二则活血祛瘀。诸药合用，以达健脾益气、化痰活血之功，标本兼治，扶正祛邪。

糖尿病并高脂血症的复杂性决定其治疗方案必定是综合性的，单纯中医或西医对早期 DN 的治疗均存在一定的局限性，故应联合治疗^[3]。本研究结果显示，降脂合剂联合西药治疗糖尿病并高脂血症取得了较好的疗效，同对照组相比，既能改善患者的临床症状、体征，又能有效降低总胆固醇及甘油三酯水平，显示了中西医结合治疗糖尿病并高脂血症的独特优势，临床上值得推广。

参考文献

[1]中华医学会糖尿病分会代谢综合征研究协作组.中华医学会糖尿病分会关于代谢综合征的建议[J].中华糖尿病杂志,2004,12(3): 156

[2]全小林,段军.代谢综合征的中医认识与治疗[J].中日友好医院学报, 2002,16(5): 347-350

[3]林兰,魏军平.第五次全国中西医结合糖尿病学术研讨会会议纪要[J].中国中西医结合杂志,2000,20(11): 875-877

(收稿日期：2010-07-20)