

消糖降压汤辅助西医治疗对糖尿病合并高血压患者 糖脂代谢及血压情况的影响

白发臣 彭华东 张明妍 郑翔

(福建省三明市中西医结合医院 三明 365000)

摘要:目的:探讨消糖降压汤辅助西医治疗对糖尿病合并高血压患者糖脂代谢及血压的影响。方法:选取 2018 年 7 月~2020 年 11 月收治的 75 例糖尿病合并高血压患者,按随机数字表法分为试验组 37 例和对照组 38 例。对照组给予西医常规治疗,试验组在对照组基础上联合消糖降压汤治疗,两组均治疗 12 周。比较两组治疗后临床疗效及治疗前后血糖、血脂、血压水平。结果:治疗后试验组临床总有效率为 94.74%,较对照组 75.68%高;与治疗前比较,治疗后两组血清糖化血红蛋白、餐后 2 h 血糖、空腹血糖、低密度脂蛋白胆固醇、三酰甘油与舒张压、收缩压水平均降低,且试验组低于对照组,两组血清高密度脂蛋白胆固醇水平升高,且试验组高于对照组($P<0.05$)。结论:消糖降压汤辅助西医治疗可提升糖尿病合并高血压患者临床疗效,改善糖脂代谢水平,同时降低血脂,改善血压,提升治疗效果。

关键词:糖尿病合并高血压;消糖降压汤;西医治疗;糖脂代谢;血压

中图分类号:R587.2

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.19.010

糖尿病是临床中常见的一种内分泌紊乱性疾病,而高血压是该病常见的合并症,具有较高发病率,严重影响患者生命健康。糖尿病、高血压患者通常可伴发脑卒中、冠心病,而糖尿病合并高血压患者可加速动脉粥样硬化的发展,具有一定危险性。临床治疗糖尿病合并高血压常采用西医疗法,如二甲双胍、厄贝沙坦、格列美脲等药物治疗,虽有一定缓解作用,但多数患者单纯采用西医疗法并不能有效控制其血糖、血压水平,需进行长期治疗,而长期服用西药可导致患者出现一系列不良反应,影响患者生活质量,造成治疗依从性降低^[1]。近年来,中医疗法逐渐应用于临床治疗中,且治疗效果较为理想,同时不良反应少,患者接受度较高。中医认为,糖尿病、高血压属中医“消渴、头痛、眩晕”等范畴,应以活血化瘀为主要治疗原则^[2]。消糖降压汤是中医名方,方中含有丹参、天麻等多味中药,具有通经止痛、熄风定惊之功效,对代谢性疾病具有较好的治疗效果,同时可改善患者血流动力学水平^[3]。本研究探讨消糖降压汤辅助西医治疗对糖尿病合并高血压患者血压情况及糖脂代谢的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2018 年 7 月~2020 年 11 月我院收治的 75 例糖尿病合并高血压患者,按随机数字表法分为对照组 37 例和试验组 38 例。对照组年龄 38~72 岁,平均(54.12±10.63)岁;男 20 例,女 17 例;病程 1~13 年,平均(7.16±2.18)年。试验组年龄 38~71 岁,平均(54.13±10.61)岁;男 22 例,女 16 例;病程 1~14 年,平均(7.17±2.15)年。两组基础资料均衡可比($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员会审核批准。诊断标准:中医以《中医内科疾病诊疗

常规》^[4]中糖尿病与高血压相关诊断标准为参照;西医以《内科疾病诊断标准》^[5]中糖尿病与高血压相关诊断标准为参照。纳入标准:符合上述中西医诊断标准者;患者及其家属知情同意并签字;均为阴虚火旺型患者;可以清晰准确配合者。排除标准:伴有严重全身感染者;合并肝肾功能异常者;合并精神行为异常者;伴有严重全身感染者;合并继发性高血压患者。

1.2 治疗方法 对照组给予西医常规治疗,除生活方式干预(适当的运动、糖尿病饮食管理、戒烟、限酒、限制钠盐摄入等)外,给予厄贝沙坦氢氯噻嗪片(国药准字 H20113240),口服,150 mg/次,1 次/d;格列美脲片(国药准字 H20010575),口服,2 mg/次,1 次/d;盐酸二甲双胍缓释片(国药准字 H20052243),0.5 g/次,2 次/d,口服。试验组在对照组基础上予以消糖降压汤治疗,方剂组成:丹参、钩藤 15 g,葛根、山萸肉、天麻 20 g,熟地黄、鬼箭羽、泽兰 30 g,水煎服,取汁 400 ml,2 次分早晚服用,200 ml/次;两组均治疗 12 周。

1.3 观察指标 (1)临床疗效,参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]中相关标准进行评定。显效:患者临床症状基本消失,血糖水平达标,血压恢复至正常范围;有效:患者临床症状明显缓解,血糖水平基本保持稳定,血压波动较小;无效:患者临床症状未缓解甚至加重,血糖血压水平均无明显改变。(2)比较两组治疗前后血糖水平,采集患者空腹静脉血 5 ml,待其自行凝固后,以 3 500 r/min 离心 15 min 取上清,采用全自动生化分析仪测定血清糖化血红蛋白(HbA1c)、餐后 2 h 血糖(2 h PG)、空腹血糖(FBG)水平。(3)比较两组治疗前后血脂水平,血液采集、血

清制备及检测方法同(2),测定血清低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、三酰甘油(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)水平。(4)比较两组治疗前后血压水平,舒张压(DBP)、收缩压(SBP)采用电子血压计测定。

1.4 统计学方法 数据采用 SPSS23.0 统计学软件分析处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

表 1 两组治疗前后血糖水平比较($\bar{x} \pm s$)								
组别	n	HbA1c(%)		2 h PG(mmol/L)		FBG(mmol/L)		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
对照组	37	7.92± 0.32	7.27± 0.43 [*]	13.84± 1.15	11.84± 1.62 [*]	9.29± 0.46	7.84± 0.31 [*]	
试验组	38	7.93± 0.31	6.19± 0.36 [*]	13.85± 1.11	10.12± 0.93 [*]	9.28± 0.48	6.47± 0.52 [*]	
t		0.137	11.806	0.038	5.658	0.092	13.812	
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$ 。

2.3 两组治疗前后血脂水平比较 治疗后两组血清 LDL-C、TG 水平均较治疗前降低,且试验组较对

表 2 两组治疗前后血脂水平比较(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)								
组别	n	TG		LDL-C		HDL-C		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
对照组	37	5.74± 0.68	1.63± 0.38 [*]	4.37± 0.48	2.49± 0.12 [*]	0.89± 0.09	1.27± 0.12 [*]	
试验组	38	5.75± 0.64	1.45± 0.40 [*]	4.38± 0.45	1.86± 0.36 [*]	0.91± 0.10	1.56± 0.36 [*]	
t		0.066	2.219	0.093	10.110	0.909	4.654	
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$ 。

2.4 两组治疗前后血压水平比较 与治疗前比,治疗后两组 SBP、DBP 水平均降低,且试验组较对照组低($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后血压水平比较(mm Hg, $\bar{x} \pm s$)								
组别	n	SBP		DBP				
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后			
对照组	37	158.12± 30.72	134.31± 21.38 [*]	101.32± 16.37	90.81± 15.82 [*]			
试验组	38	158.16± 30.65	123.36± 22.54 [*]	101.34± 16.31	82.32± 18.59 [*]			
t		0.006	2.157	0.005	2.127			
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05			

注:与同组治疗前比较,^{*} $P<0.05$ 。

3 讨论

糖尿病、高血压是临床中常见的疾病,二者常合并存在。随着目前我国进入人口老龄化阶段,糖尿病合并高血压发病率逐年攀升,对患者生活质量造成严重影响。目前,西药治疗是临床中常用的糖尿病合并高血压治疗方法,大多数患者经治疗后可得到有效控制,但仍有相当一部分人群血压、血糖控制不佳,并对患者肾脏造成不同程度损伤,同时导致一系列并发症发生,严重影响患者健康,降低生活质量。

中医学认为,糖尿病合并高血压是由于饮食不节、邪毒内侵引起发病。消糖降压汤中丹参活血祛瘀。钩藤清热平肝,葛根生津止渴,山萸肉补益肝肾,天麻熄风定惊,熟地黄养阴补血,鬼箭羽破血通经,

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 对照组显效 12 例,有效 16 例,无效 9 例;试验组显效 22 例,有效 14 例,无效 2 例。试验组临床总有效率为 94.74%,高于对照组的 75.68%($P<0.05$)。

2.2 两组治疗前后血糖水平比较 治疗后两组血清 HbA1c、2 h PG、FBG 水平均较治疗前降低,且试验组较对照组低($P<0.05$)。见表 1。

照组低,两组血清 HDL-C 水平较治疗前升高,且试验组较对照组高($P<0.05$)。见表 2。

泽兰活血祛瘀。全方共奏活血祛瘀、生津止渴、养阴补血、补益肝肾之功效^[7]。本研究结果显示,治疗后试验组临床总有效率与血清 HDL-C 水平较对照组高,试验组血清 HbA1c、2 h PG、FBG、TG、LDL-C 水平均较对照组低,表明消糖降压汤辅助西医治疗可提升糖尿病合并高血压患者临床疗效,改善糖脂代谢水平,同时降低血脂,与闫文等^[8]研究结果基本相符。SBP、DBP 是常见的血压指标,由于患者机体产生胰岛素抵抗,导致肾脏增加钠吸收,使 SBP、DBP 水平升高。现代药理学研究表明,天麻中的天麻素具有抗凝作用,丹参中的丹参酮具有抑制血小板凝集作用,可有效防止血栓形成,保证血流通畅^[9]。本研究结果显示,治疗后试验组 SBP、DBP 水平均较对照组低,表明消糖降压汤辅助西医治疗可降低糖尿病合并高血压患者血压水平,提升治疗效果,与霍明艳等^[10]研究结果基本一致。

综上所述,消糖降压汤辅助西医治疗可提升糖尿病合并高血压患者临床疗效,改善糖脂代谢,同时降低患者血脂,改善血压,提升治疗效果,值得临床进一步推广与应用。

参考文献

[1]杜莹璇,王慧.西格列汀对糖尿病合并高血压患(下转第 85 页)

表 1 两组骨延长参数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	骨延长长度 (cm)	骨延长速度 (cm/月)	外固定佩戴时间 (月)
观察组	36	7.63± 2.15	1.79± 0.31	4.52± 0.24
对照组	36	7.54± 2.07	1.84± 0.38	12.28± 1.24
t		0.181	0.612	36.864
P		0.857	0.543	0.000

2.2 两组膝关节活动度比较 两组治疗后伸膝、屈膝最大角度较治疗前均改善,且观察组改善程度优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组膝关节活动度比较($^{\circ}$, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	伸膝最大角度		屈膝最大角度	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	36	-0.21± 0.11	-0.67± 0.25	78.42± 5.75	113.38± 8.66
对照组	36	-0.24± 0.14	-0.36± 0.17	79.03± 5.63	89.42± 5.83
t		1.011	6.152	0.455	13.771
P		0.316	0.000	0.651	0.000

2.3 两组并发症发生情况比较 观察组并发症总发生率低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组并发症发生情况比较[例(%)]

组别	n	再骨折	畸形	针道感染	延长针滑脱	总发生
观察组	36	1(2.8)	0(0.0)	0(0.0)	1(2.8)	2(5.6)
对照组	36	3(8.3)	2(5.6)	2(5.6)	2(5.6)	9(25.0)
χ^2						5.258
P						0.022

3 讨论

股骨缺损不等长是创伤骨科常见并发症,既往研究发现其与感染、外伤以及先天发育异常等因素有关,主要表现为肢体短缩畸形,一方面会导致患侧骨盆下倾,影响外观形象,另一方面会降低患者生活质量^[5-6]。骨延长术是目前临床治疗股骨缺损不等长常见手段,其先进行截骨处理,术后结合患者实际情况不断进行调整牵拉,无须多次手术操作,避免了反复手术带来的创伤及痛苦,而且能够实现对股骨缺损不等长的有效矫正^[7]。以往采用外固定架实施骨延长术存在较高的并发症发生风险,且术后需要长时间佩戴外固定架,患者接受度不高。随着现代医疗卫生技术的进步,髓内钉在骨延长术治疗中得以应用,与外固定架联合取得了较好的效果^[8]。本研

(上接第 24 页)者血压、动脉僵硬度和内皮功能的影响[J].广西医学,2020,42(10):1193-1197.
[2]杨新伟.中西医结合治疗老年 2 型糖尿病合并高血压病人的临床疗效观察[J].临床检验杂志(电子版),2018,7(4):626-627.
[3]李成春.消糖降压汤治疗 2 型糖尿病合并高血压阴虚阳亢夹瘀证的效果观察[J].糖尿病新世界,2016,19(12):35-36.
[4]朱文锋.中医内科疾病诊疗常规[M].长沙:湖南科学技术出版社,1999.162-168.
[5]贝政平.内科疾病诊断标准[M].北京:科学出版社,2001.115-119.
[6]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出

无统计学意义,说明两种方案在骨延长方面疗效相当。与对照组相比,观察组外固定佩戴时间更短,说明联合治疗方案下可缩短外固定佩戴时间。与单一外固定架治疗相比,联合治疗优势如下:(1)减少股骨穿针。髓内钉支持下具有较高的稳定性,降低了移位及成角发生率,可适当减少螺纹半针,减轻患者痛苦。(2)降低关节僵硬并发症发生率。联合治疗方案下缩短了外固定器佩戴时间,有利于加快关节功能的恢复,降低膝关节僵硬发生率。(3)促进新生骨生长。经过扩髓处理的新生骨会受到扩髓后血管影响产生代偿作用,诱导新骨的形成。髓内钉的应用系统稳定性增强,新生骨获得良好的力学环境。本研究结果显示,观察组患者膝关节活动度改善程度优于对照组,且并发症发生率低于对照组,表明联合治疗方案的安全性及有效性。综上所述,髓内钉及外固定架联合应用于股骨缺损不等长治疗,较单一外固定架治疗能够获得更好的疗效,患者膝关节活动度改善更为明显,有利于缩短外固定架佩戴时间,在预防并发症方面优势突出,可予以临床推广。

参考文献

[1]余霄,张迪峰,宋蒙胜,等.骨质疏松性股骨颈骨折空心钉内固定术后股骨颈短缩对髋关节生物力学影响的有限元分析[J].中华医学杂志,2020,100(33):2628-2632.
[2]李祖涛,赵清斌,蔡昱,等.单边外固定架与环形外固定架搬运技术治疗股骨骨髓炎并骨缺损的疗效比较[J].中国骨与关节损伤杂志,2020,35(12):1253-1256.
[3]蔡礼权,方凯彬,黄念来,等.股骨近端形态和髋关节置换术后下肢不等长的关系[J].中华关节外科杂志(电子版),2020,14(6):665-669.
[4]黄小俊,薛健康,张腊瑞,等.IIizarov 技术治疗股骨感染性骨不连或骨缺损[J].局解手术学杂志,2016,25(7):494-497.
[5]黄雷,杨胜松,滕星,等.外固定支架延长、矫形结合接骨板治疗股骨短缩并成角畸形[J].中华创伤骨科杂志,2018,20(10):831-836.
[6]张锦锋,叶登花,刘远昌,等.侧方钢板治疗下肢骨折髓内钉内固定术后骨不连的效果[J].现代诊断与治疗,2017,28(13):2440-2442.
[7]沙佳,徐会法,严亚波,等.IIizarov 外固定架非对称性延长一期治疗股骨短缩合并重度膝外翻畸形[J].中国矫形外科杂志,2017,25(4):297-302.
[8]刘文斌.带锁髓内钉治疗股骨创伤骨折后骨不连的疗效分析[J].现代诊断与治疗,2019,30(6):927-928.
[9]杨华清,章耀华,韩庆海,等.微创截骨 Ilizarov 技术结合髓内钉行股骨延长的疗效观察[J].中国修复重建外科杂志,2018,32(12):1524-1529.
[10]于伟,肖聪,高志祥,等.APFN 及 PFNA-II 髓内钉技术治疗股骨粗隆间骨折的有效性和安全性比较[J].医学综述,2020,26(19):3917-3921.
(收稿日期:2021-06-16)
版社,1994.62-68.
[7]杜顺锦,任平,张凌,等.双降汤配合西药治疗对糖尿病合并高血压患者中医临床症候积分、血糖代谢、血压控制的影响[J].四川中医,2019,37(9):53-56.
[8]闫文,唐世琪.消糖降压汤对糖尿病合并高血压患者血清 Betatrophin、Ang II 及 β 细胞功能的影响[J].世界中医药,2018,13(4):915-919.
[9]施侠威,胡珏,王鼎,等.基于数据挖掘法探析“丹参-当归”活血药对在古代中風方剂中的配伍规律[J].中国中医急症,2018,27(8):1329-1332.
[10]霍明艳,郭玉峰.降糖降脂汤对 2 型糖尿病合并高血压患者脂肪因子及细胞因子的影响[J].湖南中医药大学学报,2019,39(8):998-1002.
(收稿日期:2021-05-16)