

二冬汤加减方对阴虚质糖耐量异常糖脂代谢指标的影响

谢振东

深圳市龙岗区横岗人民医院, 广东 深圳 518115

[摘要] 目的: 观察二冬汤加减方对阴虚质糖耐量异常血糖及血脂代谢的影响。方法: 70例患者随机分为2组各35例, 均予以饮食与运动疗法, 治疗组加服二冬汤加减方, 观察12周。治疗前后检查空腹血糖(FBG)、餐后2h血糖(P2hBG)、游离脂肪酸(FFA)、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)。结果: 2组治疗后各糖脂代谢指标与治疗前比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$); 2组治疗后比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。结论: 二冬汤加减方对阴虚质糖耐量异常患者糖脂代谢指标具有显著的影响。

[关键词] 糖耐量异常; 阴虚质; 二冬汤

[中图分类号] R587.1

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415(2014)01-0117-03

近年糖尿病发病率逐年升高, 已占到35岁以上总人口的15.5%^[1], 是继心脑血管疾病、肿瘤之后又一严重危害我国中老年人健康的慢性疾病。而糖耐量异常(IGT)是介于正常血糖与糖尿病之间的中间代谢状态, 每年约有5%~8% IGT患者发展为2型糖尿病, 同时该人群发生大血管病变的危险性也大大提高。对IGT的干预, 是预防糖尿病的关键。笔者对阴虚质IGT人群进行中医药干预, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 2011年1~6月对深圳市多个社区35岁以上居民进行糖尿病筛查, 对符合标准且自愿者签署知情同意书70例, 按照分层抽样法随机分为治疗组和对照组。治疗组35例, 年龄35~71岁, 平均52.7(59.8±11.3)岁; 男24例, 女11例; 体重指数(23.77±1.73)。对照组35例, 年龄35~73岁, 平均50.4(57.2±12.7)岁; 男27例, 女8例; 体重指数(23.19±1.81)。2组一般资料经统计学处理, 差异无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准: 对年龄≥35岁的居民进行自愿性体检调查, 采用2004年WHO制定的IGT诊断标准^[2]: 空腹血糖受损(IFG): 6.0 mmol/L≤空腹血

糖(FBG)<7.0 mmol/L; IGT: 7.8 mmol/L≤餐后2h血糖(P2hBG)(择日统一口服无水75g葡萄糖后2h血糖)<11.0 mmol/L。中医诊断标准: 对IGT人群根据2009年4月9日中华中医药学会发布的《中医体质分类与判定》^[3], 由两位主任中医师共同判定中医体质为阴虚质。

1.3 排除标准 排除1型、妊娠期等其他类型糖尿病, 精神疾病, 恶性肿瘤, 消化系统疾病, 肝肾功能障碍的患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 对所有IGT者均建立健康档案并实施健康管理, 由中医师每月组织1次该类人群的健康讲座、义诊、咨询活动, 根据不同人群制定饮食与运动疗法。

2.2 治疗组 在对照组的基础上, 加服二冬汤加减方口服, 药物均为江阴天江药业有限公司生产的中药配方颗粒, 组成: 西洋参颗粒1g, 天冬颗粒、麦冬颗粒各2.5g, 天花粉颗粒、葛根颗粒、黄芩颗粒、知母颗粒各1.5g, 甘草颗粒0.5g。每剂中药颗粒用开水300~500 mL加盖焗3~5 min后代茶饮, 每天1剂。

观察12周。

[收稿日期] 2013-06-15

[作者简介] 谢振东(1973-), 男, 副主任中医师, 研究方向: 中医药适宜技术社区开展及应用。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 血糖:FBG 已糖激酶法测定、P2hBG 已糖激酶法测定;血脂:游离脂肪酸(FFA)酶促动法测定、胆固醇(TC)酶法测定、甘油三酯(TG)酶法测定、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)直接测定法测定、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)直接测定法测定。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件。计量

资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用方差分析对各组均数进行检验。

4 治疗结果

2 组治疗前后糖脂代谢指标比较,见表 1。2 组治疗后各糖脂代谢指标与治疗前比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$);2 组治疗后比较,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后糖脂代谢指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	FBG	PBG	FFA	TC	TG	LDL-C	HDL-C
治疗组	35	治疗前	6.51±0.29	9.61±0.59	0.65±0.10	6.76±1.27	4.01±1.91	4.27±1.01	0.79±0.47
		治疗后	5.81±0.21 ^{①②}	8.02±0.15 ^{①②}	0.51±0.08 ^{①②}	4.61±2.01 ^{①②}	1.18±0.32 ^{①②}	3.09±1.05 ^{①②}	1.71±0.61 ^{①②}
对照组	35	治疗前	6.60±0.32	9.57±0.72	0.67±0.11	6.81±1.14	4.04±1.88	4.19±1.02	0.95±0.53
		治疗后	6.19±0.24 ^①	8.61±0.23 ^①	0.58±0.07 ^①	5.53±2.09 ^①	1.83±0.72 ^①	3.52±0.92 ^①	1.36±0.62 ^①

与本组治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

5 讨论

目前对 IGT 人群的干预方法主要是行为干预与药物干预。中医学提倡“不治已病治未病”的思想,强调“未病先防,已病防变”,认为消渴病是因为先天禀赋为阴虚体质,复因长期恣食肥甘厚味,损伤脾胃,积热内蕴,化燥伤津,或肝气郁结,郁久化火,消灼肺胃津液,或劳欲过度,肾精亏损,虚火内生,消耗阴津,肾虚肺燥胃热,而发为消渴。肝、脾、肾是主要病变脏腑。IGT 的病机,主要有阴虚^[4]、脾虚^[5]、肝郁^[6]及痰瘀内结^[7]。但 IGT 的临床症状不典型,较难作出临床分型。2009 年中华中医药学会发布的《中医体质分类与判定》则为相关人群体质进行分类提供科学依据,并根据体质分类进行养生保健、健康管理。而中药配方颗粒的出现也为人群进行中医药保健提供方便,免于煎煮,易于接受,从而提高对中医药保健的长期依从性。

二冬汤出自《医学心悟》,由人参、天冬、麦冬、天花粉、黄芩、知母、甘草、荷叶组成。将原方荷叶改为葛根;人参改为西洋参,因人参性味甘温,故用西洋参代替。《医学衷中参西录》记载:“西洋参性凉而补,凡欲用人参而不受人参之温补者,皆可以此代之。”此方具有益气养阴、清热生津之功效。其中天冬、麦冬、西洋参益气养阴生津为君药;天花粉、葛根、黄芩、知母清热养阴、生津止渴为臣药;甘草味甘而性凉,有益气清热、滋养五脏、通行百脉的作用而为佐药。现代药理研究表明,益气养阴、清热药

对胰岛素、C-肽有双相调节作用;能促进胰岛β细胞恢复,提高血清胰岛素的水平,调节糖脂代谢,改善胰岛素抵抗状态;同时还具有抑制炎症反应,清除自由基和抗脂质过氧化过程的作用。如组方中葛根的葛根素可通过阻断肾上腺素受体对血管的收缩作用,扩张血管,减轻对抗胰岛素的激素(肾上腺素、糖皮质激素等)的作用,有利于胰岛素的生物效应的发挥,提高胰岛素的敏感性;通过降低全血黏度,改善血液流变学指标,使物质运输及糖和胰岛素越膜(肌肉、脂肪细胞等)能力提高,从而提高胰岛素敏感性,改善胰岛素抵抗^[8]。

通过本研究表明,二冬汤加减方确有改善阴虚质 IGT 者糖脂代谢紊乱的作用。而通过中医体质分类进行识别其他体质型 IGT 者进行中医药干预是否具有相同的效果,对不同体质类别的 IGT 患者中医药干预最为有效的方剂及中药配方颗粒与中药饮片之间疗效差异等问题尚有待进一步研究。

[参考文献]

- [1] Yang W, Lu J, Weng J, et al. Prevalence of diabetes among men and women in China[J]. N Eng J Med, 2010, 362(12): 1090-1101.
- [2] 卫生部疾病控制司,中华医学会糖尿病学分会. 中国糖尿病防治指南(试行本)(节选)[J]. 中国慢性病预防与控制, 2004, 12(6): 283-285.
- [3] 中华中医药学会. 中医体质分类与判定(ZYYXH/T157-2009)[J]. 世界中西医结合杂志, 2009, 4(4): 303-304.

- [4] 吕仁和. 糖尿病及其并发症中西医诊治学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1997: 129.
- [5] 吴深涛. 脾不散精与糖耐量减低[J]. 中国医药学报, 2004, 19(8): 463-466.
- [6] 杨殿荣, 邢陆, 霍玉书. 中西药干预 IGT 的国内外现状[J]. 辽宁中医杂志, 2002, 29(12): 770-771.
- [7] 黄淑玲, 麦敏. 消瘴汤逆转糖耐量减低的临床研究[J]. 中国中医药科技, 2005, 12(2): 73-74.
- [8] 于健, 苏珂. 葛根素对 2 型糖尿病病人胰岛素病人胰岛素抵抗的影响[J]. 中国新药与临床杂志, 2002, 21(10): 585.
- (责任编辑: 骆欢欢)

补肾活血解毒法治疗良性前列腺增生症临床观察

杜义斌, 杨柏风, 冉滨, 李黔云

云南省中医医院, 云南 昆明 650021

[摘要] 目的: 观察补肾活血解毒法中药联合非那雄胺片治疗良性前列腺增生 (BPH) 的临床疗效。方法: 将 92 例患者随机分为 2 组各 46 例, 治疗组 (脱落 3 例) 予补肾活血解毒法中药联合非那雄胺片治疗, 对照组 (脱落 2 例) 单独口服非那雄胺片, 疗程均为 3 月。采用国际前列腺症状评分 (IPSS)、尿路梗阻评分、膀胱刺激评分、前列腺体积 (PV)、膀胱剩余尿量 (Ru)、治疗前后 6 月内发生急性尿潴留人次等指标评价其临床疗效。结果: 与治疗前比较, 治疗 3 月后治疗组患者 IPSS、尿路梗阻评分、膀胱刺激评分、Ru 均较治疗前减少, 差异有显著性或非常显著性意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。对照组 IPSS、尿路梗阻评分、Ru 均较治疗前减少, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组比较, 治疗组 IPSS、膀胱刺激评分、Ru 减少较对照组更显著 ($P < 0.05$)。2 组治疗前后 PV、发生急性尿潴留例次变化无显著性意义 ($P > 0.05$)。结论: 补肾活血解毒法与非那雄胺联合应用可进一步提高 BPH 的治疗效果。

[关键词] 良性前列腺增生; 中西医结合疗法; 补肾活血; 解毒; 非那雄胺片

[中图分类号] R697⁺.33 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 01-0119-03

良性前列腺增生(BPH)是引起老年男性排尿障碍最为常见的一种良性疾病。5- α 还原酶抑制剂非那雄胺适用于治疗前列腺体积增大伴下尿路症状的患者, 其长期疗效已得到证实。但也尚有部分患者的下尿路症状不能获得较好缓解。笔者应用补肾活血解毒中药联合非那雄胺片治疗 BPH, 可明显改善患者相关症状, 结果报道如下。

1 临床资料

选取在本院诊治的 BPH 患者 92 例, 年龄 62~87 岁, 平均(76.6 \pm 12.6)岁。均经直肠 B 超确诊为

BPH。纳入标准: 年龄 \geq 60 岁, 国际前列腺症状评分(IPSS) \geq 13 分, 前列腺体积(PV) \geq 20 mL; 30 mL \leq 膀胱剩余尿量(Ru) \leq 200 mL。排除标准: 前列腺癌, 急性泌尿系感染, 神经性膀胱, 尿道狭窄, 严重心、肝、肾、肺功能障碍者。治疗期间不得新加用 α -受体阻滞剂。按就诊时间顺序随机分为 2 组各 46 例。治疗组年龄 62~87 岁, 平均(76.4 \pm 11.0)岁; 病程 6~15 年, 平均(9.4 \pm 4.0)年。对照组年龄 62~86 岁, 平均(75.5 \pm 12.0)岁; 病程 5~13 年, 平均(8.7 \pm 3.6)年。2 组患者的年龄、病程构成经统计学

[收稿日期] 2013-07-29

[作者简介] 杜义斌 (1968-), 男, 主任医师, 主要从事中西医结合老年病临床、科研及教学工作。