

患者的血糖,比单用二甲双胍更有效;2组患者治疗后 FINS、HOMA-IR、FCP、HOMA- β 水平较治疗前都有改善,观察组改善程度明显,与对照组比较,差异有显著性意义($P < 0.05$),提示观察组的血糖控制较对照组明显,这可能与观察组的胰岛素抵抗水平较低、胰岛 β 细胞功能恢复较好有关系。

综上所述,二半汤能提升老年2型糖尿病患者对胰岛素的敏感性、降低对胰岛素的抵抗水平,能促进老年2型糖尿病患者胰岛 β 细胞功能的恢复。二甲双胍联合二半汤比单用二甲双胍更能有效控制老年2型糖尿病患者的血糖。

[参考文献]

- [1] 戴婧,郭立新. 2013 国际糖尿病联盟老年 2 型糖尿病管理指南解读[J]. 中国医学前沿杂志: 电子版, 2014, 6(2): 98-102.
- [2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 233-237.
- [3] 肖慧中. 苓桂丹附汤治疗脾肾气虚兼痰瘀型糖尿病肾病临床研究[J]. 中医药学报, 2013, 41(4): 138-140.
- [4] 李志强,常红娟,桑文凤. 特效三消汤加减治疗 2 型糖尿病的临床研究[J]. 中药材, 2013, 36(1): 163-166.

(责任编辑: 骆欢欢)

五苓散加味联合二甲双胍治疗肥胖型 2 型糖尿病 48 例疗效观察

虞寒芬

舟山市妇幼保健院内二科, 浙江 舟山 316000

[摘要] 目的: 观察五苓散加味联合二甲双胍治疗肥胖型 2 型糖尿病患者的临床疗效。方法: 将 100 例脾虚湿盛证肥胖型 2 型糖尿病患者按半随机法分为观察组和对照组。对照组采用盐酸二甲双胍片治疗, 观察组在对照组用药基础上加用五苓散加味治疗, 2 组患者均连续治疗 60 天。观察患者治疗后体重指数 (BMI)、腰臀比 (WHR)、空腹血糖 (FBG)、糖化血红蛋白 (HbA1c)、血脂 [总胆固醇 (TC)、甘油三酯 (TG)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C)] 的改变情况以及不良反应发生情况。结果: 治疗前, 2 组 BMI、WHR、FBG、HbA1c 比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 观察组 4 项指标均较治疗前下降 ($P < 0.05$), 对照组 FBG、HbA1c 与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); 2 组 4 项指标比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组治疗前 TC、TG、LDL-C、HDL-C 比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 观察组 4 项指标均较治疗前下降 ($P < 0.05$), 对照组 4 项指标与治疗前比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$); 2 组 4 项指标比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组患者在治疗过程中均未见明显不良反应。结论: 五苓散加味联合二甲双胍治疗脾虚湿盛证肥胖型 2 型糖尿病患者, 不仅可辅助降低肥胖型 2 型糖尿病患者的血糖, 还能降低患者的 BMI、WHR 和血脂含量。

[关键词] 2 型糖尿病; 肥胖; 脾虚湿盛证; 中西医结合疗法; 五苓散; 二甲双胍

[中图分类号] R587.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 10-0092-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.10.038

糖尿病是目前临床常见病和多发病之一。我国作为糖尿病大国, 90% 的糖尿病患者为 2 型糖尿病, 其中又有约 80% 的 2 型糖尿病患者存在不同程度的超重或肥胖^[1~2]。由于此类患者多存在胰岛素抵抗, 肥胖已成为 2 型糖尿病一个独立的危险因素, 极易

加重糖尿病病情^[3]。目前临床多选用二甲双胍、 α -糖苷酶抑制剂进行治疗, 但此类药物胃肠道反应较大, 且对肥胖型 2 型糖尿病的疗效尚未获得循证医学证据支持^[4]。为探讨中药对此类患者的作用, 笔者近年来在常规降糖治疗的基础上以五苓散加味治疗,

[收稿日期] 2014-06-01

[作者简介] 虞寒芬 (1978-), 女, 主治医师, 研究方向: 内分泌疾病的临床治疗。

现总结报道如下。

1 临床资料

- 1.1 西医诊断标准 采用2型糖尿病的诊断标准^[5]。
- 1.2 中医辨证标准 符合脾虚湿盛证消渴病的临床特征：神疲乏力，脘腹胀满，口黏口腻，烦渴欲饮，小便不利，大便异常(或溏，或烂，或先硬后溏，或时溏时硬)，形体肥胖，舌体胖大、苔滑或腻，脉细濡。
- 1.3 纳入标准 ①年龄18~65岁；②体重指数(BMI)≥28；③符合西医诊断标准和中医辨证标准。
- 1.4 排除标准 ①1型糖尿病、继发性糖尿病、妊娠期糖尿病患者；②使用胰岛素治疗者；③血压≥160/110 mmHg者；④下丘脑综合征、库欣综合征等导致的继发性肥胖症者；⑤伴有感染、酮症酸中毒、高渗性昏迷等糖尿病急性并发症者；⑥严重心、肝、肾功能不全者；⑦既往有乳酸性酸中毒、急性心肌梗塞病史者；⑧正在服用糖皮质激素、利尿剂等影响血糖的药物者；⑨患有精神疾病者。
- 1.5 剔除标准 ①对本类药物过敏者；②不配合治疗者、研究结束前失访者。
- 1.6 一般资料 研究对象均为2012年9月~2013年9月在本院就诊的患者，共100例，按患者身份证号码尾数的奇偶分为观察组和对照组。观察组48例，男12例，女36例；平均年龄(51.63±6.34)岁；平均病程(8.72±3.93)年；平均BMI 29.62±0.75；平均空腹血糖(FBG)(13.26±2.58)mmol/L。对照组52例，男13例，女39例；平均年龄(52.18±7.05)岁；平均病程(8.68±4.17)年；平均BMI 30.01±0.84；平均空腹血糖(13.53±2.61)mmol/L。2组性别、年龄、病程、平均BMI和空腹血糖值经统计学处理，差异均无显著性意义($P>0.05$)，可进行对比。

2 治疗方法

2组患者均进行健康教育和生活方式干预，以饮食控制、合理运动为基础。

2.1 对照组 予盐酸二甲双胍片(上海北杰集团关东药业有限公司)口服，每次0.5g，每天3次。

2.2 观察组 在对照组用药基础上加用五苓散加味治疗，基本方：炒白术、黄芪、茯苓、猪苓各20g，葛根、鸡内金各15g，泽泻、桂枝各10g。加味：口干咽燥者加玄参、天花粉各15g；气虚甚者加党参、薏苡仁各15g；消谷善饥者加知母15g，黄连5g；脾虚湿盛者加藿香、佩兰各10g；痰湿明显者，

加法半夏、瓜蒌皮各15g；伴有血瘀征象者加当归、丹参各15g。每天1剂，水煎取汁400mL，分早晚2次温服。

2组患者均连续治疗60天后统计临床疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察患者治疗后BMI、腰臀比(WHR)、FBG、糖化血红蛋白(HbA1c)、血脂[总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)]的改变情况以及不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS18.0统计软件进行数据分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验。

4 治疗结果

4.1 2组治疗前后BMI、WHR、FBG、HbA1c比较见表1。治疗前，2组BMI、WHR、FBG、HbA1c比较，差异均无显著性意义($P>0.05$)。治疗后，观察组4项指标均较治疗前下降($P<0.05$)，对照组FBG、HbA1c与治疗前比较，差异均有显著性意义($P<0.05$)；2组4项指标比较，差异均有显著性意义($P<0.05$)。

4.2 2组治疗前后血脂含量比较见表2。2组治疗前TC、TG、LDL-C、HDL-C比较，差异均无显著性意义($P>0.05$)。治疗后，观察组4项指标均较治疗前下降($P<0.05$)，对照组4项指标与治疗前比较，差异均无显著性意义($P>0.05$)；2组4项指标比较，差异均有显著性意义($P<0.05$)。

表1 2组治疗前后BMI、WHR、FBG、HbA1c比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	BM	WR	FBG(mmol/L)	HbA1c(%)
观察组 (n=48)	治疗前	29.62±0.75	0.94±0.47	13.26±2.58	8.35±0.92
	治疗后	24.53±3.18 ^{①②}	0.85±0.11 ^{①②}	0.53±0.37 ^{①②}	6.56±0.71 ^{①②}
对照组 (n=52)	治疗前	30.01±0.84	0.95±0.48	13.53±2.61	8.52±0.93
	治疗后	27.63±2.95	0.90±0.07	0.96±0.26 ^①	6.91±0.84 ^①

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

表2 2组治疗前后血脂含量比较($\bar{x} \pm s$) mmol/L

组别	时间	TC	TG	HDL-C	LDL-C
观察组 (n=48)	治疗前	6.05±1.13	2.68±0.57	1.42±0.98	2.76±0.25
	治疗后	5.21±0.98 ^{①②}	1.81±0.42 ^{①②}	1.74±0.57 ^{①②}	2.24±0.56 ^{①②}
对照组 (n=52)	治疗前	5.88±1.24	2.71±0.58	1.48±1.05	2.79±0.28
	治疗后	5.60±0.92	2.29±0.53	1.50±0.45	2.41±0.53

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

4.3 2 组不良反应比较 2 组患者在治疗过程中均未见明显不良反应。

5 讨论

由于肥胖患者体内脂肪的分解速率和转换率增加,大量游离脂肪酸进入肝脏,对肝糖的利用产生抑制,从而下调肝胰岛素受体,形成肝胰岛素抵抗。而胰岛素又有促进脂肪合成与抑制脂肪分解的作用。因此高胰岛素可加重肥胖,导致肥胖与糖尿病互为因果,形成恶性循环。胰岛素抵抗是肥胖与 2 型糖尿病共同的病理、生理基础^[6~8]。控制肥胖型 2 型糖尿病患者的体重可增加机体对胰岛素的敏感性,从而有利于提高临床疗效。加之肥胖患者还多伴有高脂血症,是诸多心脑血管疾病的严重危险因素。因此,在临床治疗时不仅要控制血糖,还应控制体重。

本病属中医学消渴病范畴。长期以来学术界多认为气阴两虚是消渴病患者的基本体质,临床多以上消、中消、下消进行辨证论治。这种辨治方法虽简便,但并非切合所有消渴病患者的实际,尤其是超重或肥胖的患者。有统计显示,脾虚痰湿证是消渴病肥胖患者最多见的中医临床证型^[9]。“脾虚致消”是目前消渴病病机研究中的重要观点之一。脾主散精和运化水湿,脾气虚则水谷精微不能四布,体内水湿难以运化,机体水津不足则出现口干多饮;水湿内停则出现小便不利;脾虚不能运化水谷,则出现大便异常;机体失于濡养则出现倦怠乏力、肥胖。即《灵枢·本脏》所云:“脾脆,善病消瘵。”因此肥胖型 2 型糖尿病的防治当在干预生活方式的基础上,以“脾”为中心,注重健脾益气、化气利水等方法。五苓散出自《伤寒论》,是调节机体水液代谢最具代表性的方剂。方中泽泻咸寒,咸走水府,寒胜热邪,且“咸味泄肾气,不令生消渴也”(《金镜内台方议》),为君药;茯苓合猪苓甘淡渗湿,共为臣药;佐以白术,合茯苓健脾益气;桂枝温阳化气,火暖则水流,为使药。诸药合用,共奏利水渗湿、温阳化气之功。有研究表明,

五苓散不仅能调节水盐代谢,还能改变血管通透性,其作用几乎涉及水液代谢的全过程^[10]。本研究结果显示,加用中药五苓散加味,不仅可辅助降低肥胖型 2 型糖尿病患者的血糖,还能降低患者的 BMI、WHR 和血脂含量,表明五苓散可能通过清除肥胖患者体内的痰湿等病理产物,起到减肥降脂之功,值得深入研究。

[参考文献]

- [1] 李吉武,孟立锋. 温阳益气活血方治疗初发肥胖 2 型糖尿病临床观察[J]. 新中医, 2013, 45(3): 105- 107.
- [2] 常柏,刘喜明,甄仲,等. 肥胖 2 型糖尿病的病因病机及证治规律初探[J]. 北京中医药, 2008, 27(12): 946- 948.
- [3] 丁曦,姚定国. 2 型糖尿病肥胖患者血糖、胰岛素指标及中医辨证特征[J]. 中华中医药学刊, 2010, 28(9): 1963- 1964.
- [4] 张家林. 五苓散加味治疗 2 型糖尿病合并肥胖症 30 例[J]. 辽宁中医杂志, 2014, 41(1): 75- 76.
- [5] 中国成人糖尿病防治指南制订联合委员会. 中国 2 型糖尿病防治指南[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2007: 26- 30.
- [6] 李龙心,何森,陈晓平,等. 成都地区中老年人群体质量指数及腹型肥胖对糖尿病患病率及空腹血糖水平的影响[J]. 华西医学, 2012, 27(4): 504- 507.
- [7] 纪文娟,杨文军. 黄连解毒汤联合基础胰岛素治疗肥胖型初发 2 型糖尿病 30 例临床研究[J]. 甘肃中医学院学报, 2013, 30(5): 28- 30.
- [8] Nagle CA, Klett EL, Coleman RA. Hepatic triacylglycerol accumulation and insulin resistance [J]. J Lipid Res, 2009, 50(Suppl): S74- 79.
- [9] 唐咸玉,范冠杰,赵晓华. 肥胖 2 型糖尿病中医证型频数分析[J]. 中医临床研究, 2013, 5(20): 115- 116.
- [10] 赵鸣芳. 五苓散的应用思路及机理分析[J]. 江苏中医药, 2005, 26(7): 36- 38.

(责任编辑:刘淑婷,吴凌)