

温胆片治疗湿热困脾型糖耐量异常患者临床观察

陈钰仪, 赵萍, 贾节, 梁思莹, 卓文杏

广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 观察温胆片治疗湿热困脾型糖耐量异常患者的临床疗效。方法: 选择 69 例湿热困脾型糖耐量异常患者, 随机分为治疗组 37 例、对照组 32 例, 2 组患者均给予单纯的饮食控制及运动疗法指导, 对照组不服用药物, 治疗组服用温胆片, 2 组患者均观察 6 月, 评价 2 组患者治疗前后血糖、血脂指标变化及中医证候积分的改善情况。结果: 治疗后, 治疗组餐后 2 h 血糖 (P2hBG) 较治疗前降低 ($P < 0.01$), 且低于对照组 ($P < 0.01$), 但 2 组空腹血糖 (FBG) 比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。治疗组血脂异常情况较治疗前改善, 总胆固醇 (TC)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 降低 ($P < 0.05$), 高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 升高 ($P < 0.01$); 与对照组比较, 治疗组 LDL-C 降低, HDL-C 升高, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗组除体型肥胖的改善不明显外, 与治疗前比较, 其余症状积分均较治疗前下降 ($P < 0.05$)。对照组中医证候亦有一定的改善, 胸脘腹胀、四肢倦怠、小便黄三者积分均较治疗前下降 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。治疗组头身困重、体型肥胖、心胸烦闷、四肢倦怠、大便不爽的症状积分均低于对照组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论: 与单纯的饮食控制及运动疗法相比, 加服温胆片对改善湿热困脾型糖耐量异常患者的血糖及中医证候有较确切的疗效, 且能有效改善血脂异常情况, 调节血脂平衡。

[关键词] 糖耐量异常 (IGT); 温胆片; 血糖; 血脂; 中医证候

[中图分类号] R589.1 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 11-0103-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.11.039

目前, 糖尿病已成为第三大威胁人类健康的慢性疾病, 而糖耐量异常 (IGT) 患者数量也在日益增加, 其成为了糖尿病的主要“后备大军”之一。目前对糖耐量异常尚无明确的治疗方案, 主要采用改善生活方式的防治手段, 但这不足以控制 IGT 发展为糖尿病, 本研究旨在观察温胆片对 IGT 患者的血糖控制作用及临床症状改善作用, 评估其对 IGT 的防治价值。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考 2010 年美国糖尿病学会 (ADA) 《糖尿病标准化诊疗指南》IGT 诊断标准: OGTT 试验中 2 h 血糖 $7.8 \sim 11.0$ mmol/L ($140 \sim 199$ mg/dL)。

1.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》中相关标准, 辨证为湿热困脾型, 主症: 胸脘腹胀, 或食后饱满, 头身困重; 次症: 体型肥胖, 心胸烦闷, 四肢倦怠, 小便黄赤, 大便不爽; 舌脉: 舌红、苔黄腻, 脉滑而数。

1.3 纳入标准 符合诊断标准; 辨证属湿热困脾型; 签署知情同意书。

1.4 排除标准 妊娠期或哺乳期妇女; 对本研究药物成分过敏者。严重心、脑血管病变, 肿瘤患者。精神病患者。不符合纳入标准者; 未按规定服药者; 无法判定疗效者; 不愿意接受研究措施等干扰疗效或安全性判断者。

1.5 一般资料 纳入 2010 年 1 月~2013 年 5 月在本院体检发现的 69 例 IGT 患者, 查随机数字表, 将患者随机分为 2 组。治疗组 37 例, 男 23 例, 女 14 例; 年龄 $40 \sim 69$ 岁, 平均 (56.8 ± 8.6) 岁。对照组 32 例, 男 18 例, 女 14 例; 年龄 $38 \sim 70$ 岁, 平均 (54.2 ± 8.4) 岁。2 组性别、年龄、血糖值、血脂指标值、中医证候积分比较, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$)。

2 研究方法

2 组患者均给予单纯的饮食控制及运动疗法指导。

2.1 对照组 不加用任何药物。观察 6 月。

2.2 治疗组 加服温胆片 (温胆片由本院药物制剂室

[收稿日期] 2014-05-20

[基金项目] 广州中医药大学科研创新资助项目 (编号: 10CX003)

[作者简介] 陈钰仪 (1982-), 女, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 妇产科及血管超声检查。

[通讯作者] 赵萍, E-mail: zhaosiping@126.com。

生产), 每次 3 粒, 每天 3 次。温胆片组方: 党参 20 g, 茯苓、郁金各 15 g, 法半夏 12 g, 竹茹、枳实、陈皮各 10 g, 炙甘草 6 g。每粒温胆片的生药含量为 0.25 g。功效: 理气化痰、清胆和胃、祛痰除浊、活血通脉。3 月为 1 疗程, 共治疗 6 月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗前后检测空腹血糖(FBG)、餐后 2h 血糖(P2hBG)、血脂指标[总胆固醇(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)]。中医证候积分参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》相关标准对症状进行分级量化, 评分标准: 0 级: 无症状(0 分); 1 级: 稍有症

状, 程度较轻(1 分); 2 级: 经常有症状(2 分); 3 级: 症状明显, 影响工作或生活质量(3 分)。

3.2 统计学方法 应用 SPSS11.5 软件处理数据, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 *t* 检验。

4 研究结果

4.1 2 组治疗前后血糖、血脂情况比较 见表 1。治疗后, 治疗组 P2hBG 较治疗前降低($P < 0.01$), 且低于对照组($P < 0.01$), 但 2 组 FBG 比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$)。治疗组血脂异常情况较治疗前改善, TC、LDL-C 降低($P < 0.05$), HDL-C 升高($P < 0.01$); 与对照组比较, 治疗组 LDL-C 降低, HDL-C 升高, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组治疗前后血糖、血脂情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	FBG	P2hBG	TC	TG	HDL-C	LDL-C
治疗组	治疗前	4.91 ± 0.47	9.23 ± 0.98	5.83 ± 1.58	1.70 ± 0.86	1.04 ± 0.49	4.05 ± 1.23
	治疗后	4.68 ± 0.97	7.72 ± 1.01	5.40 ± 1.63	1.57 ± 0.77	1.36 ± 0.56	3.63 ± 1.41
对照组	治疗前	4.87 ± 0.45	9.25 ± 1.02	4.87 ± 1.48	1.65 ± 0.88	1.09 ± 0.49	4.47 ± 1.87
	治疗后	4.62 ± 0.44	8.82 ± 1.58	4.95 ± 1.56	1.66 ± 0.87	1.09 ± 0.53	4.51 ± 2.06

与治疗前比较, ① $P < 0.05$, ② $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ③ $P < 0.05$, ④ $P < 0.01$

4.2 2 组治疗前后中医证候积分比较 见表 2。治疗后, 治疗组除体型肥胖的改善不明显外, 其余症状积分均较治疗前下降($P < 0.05$)。对照组中医证候亦有一定的改善, 胸脘腹胀、四肢倦怠、小便黄三者积分

均较治疗前下降($P < 0.05$, $P < 0.01$)。治疗组头身困重、体型肥胖、心胸烦闷、四肢倦怠、大便不爽的症状积分均低于对照组($P < 0.05$, $P < 0.01$)。

表 2 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	胸脘腹胀	头身困重	体型肥胖	心胸烦闷	四肢倦怠	小便黄	大便不爽
治疗组	治疗前	1.38 ± 0.95	1.49 ± 1.09	1.30 ± 0.97	1.43 ± 1.07	1.40 ± 1.07	1.41 ± 1.07	1.67 ± 1.11
	治疗后	0.84 ± 0.69	0.70 ± 0.66	0.97 ± 0.73	0.84 ± 0.87	0.59 ± 0.55	0.86 ± 0.67	0.70 ± 0.81
对照组	治疗前	1.28 ± 0.92	1.44 ± 0.80	1.37 ± 0.91	1.72 ± 1.11	1.47 ± 0.72	1.47 ± 0.76	1.59 ± 1.16
	治疗后	0.62 ± 0.55	1.25 ± 0.88	1.40 ± 0.91	1.59 ± 0.87	1.12 ± 0.66	1.09 ± 0.69	1.34 ± 0.97

与治疗前比较, ① $P < 0.05$, ② $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ③ $P < 0.05$, ④ $P < 0.01$

5 讨论

中医学认为, 糖尿病属于消渴范畴, 主要以气阴两虚为主, 然而结合现代医学, 亦可认为 IGT 属于脾瘴、食郁范畴, “久卧伤气, 久坐伤肉”, 现代人过食油腻, 久坐少动, 加上精神过度紧张, 致脾胃损伤。《素问释义》云: “食肥则气滞而不达, 故内热, 食甘则中气缓而善留, 故中满。”长期过食肥甘厚腻, 导致脾运呆滞, 脾胃运化失司, 津液失布, 水湿积聚, 郁而不化, 则生痰浊。张景岳亦云: “肥者

味厚助阳, 故能生热, 甘者性缓不散, 故能留中, 热留不去。”因此, 脾胃损伤, 痰热湿浊内蕴是 IGT 的主要发病机制。脾为阴土, 胃为阳土, 脾主运化, 输精散微, 胃主收纳、腐熟水谷, 脾气主升, 胃气主降, 升降有序, 才能精液四布, 而精神紧张、情绪激动以及心理压力会引起气机郁滞, 升降失常, 气郁化火, 最终亦导致 IGT 的发生。目前对于 IGT 的治疗, 主要以改善饮食及运动治疗为主要处理原则, 西药治疗无明确指证, 甚至可以引起明显副作用, 如磺脲类

药物可引起低血糖并增加 IGT 患者的体重,二甲双胍可有腹部不适或腹痛腹泻等胃肠道反应。而中医药在这方面有着巨大的优势,大量研究表明,中医药干预 IGT 效果明显:如袁婉丽等^[1]运用加减温胆汤治疗 IGT,发现中药治疗使 30% IGT 患者恢复正常,远高于饮食、运动治疗的转归率(20%)。曾永红等^[2]以六味地黄胶囊配合饮食及干预治疗 IGT 亦得到同样结果。高彦彬等^[3]通过多中心随机双盲试验发现,糖脂平与阿卡波糖干预 IGT 可明显降低 2 型糖尿病的发生率。

温胆汤首见于《千金要方》,以清化中焦脾胃痰湿为主,理气泄浊,疏通血脉,畅通三焦,是治疗脾虚痰湿化热的名方。目前温胆汤广泛应用于心血管疾病及消化系统疾病等。温胆片由温胆汤化裁而得,方中法半夏为君,辛温燥湿、化痰降浊、和胃止呕。竹茹、枳实清化痰热、下气消痰。党参补中益气,郁金活血祛瘀。陈皮理气化湿,茯苓健脾祛湿,炙甘草调和诸药。现代药理研究结果表明,法半夏有显著降血脂作用,可阻止、延缓高脂血症的形成^[4]。陈皮可显著减少高脂饲料造成的主动脉粥样硬化斑块面积,显著降低主动脉弓粥样硬化斑块的厚度及其内膜与中膜厚度比,陈皮提取物可清除次黄嘌呤氧化酶系统产生和具有抗氧化作用^[5]。茯苓多糖和茯苓素有宁心安神的作用。党参可降血脂、抗氧化和提高大鼠血清中一氧化氮^[6]。郁金有改善红细胞功能、改善血液流变及调节血液黏度的作用。枳实对健康大鼠具有明显的抗血小板及红细胞聚集作用。有临床研究表明,温胆汤能减少高血压病患者颈动脉内 - 中膜厚度,改善内皮舒张功能障碍,减少外周血中内皮素的浓度,提高一氧化氮水平^[7]。

本研究结果显示,温胆片对控制 P2hBG 有一定

的作用,可有效改善血脂异常水平,降低湿热困脾型患者的多项症状积分,提示温胆片对湿热困脾型 IGT 患者有较好的防治疗效。目前,现代医学对 IGT 没有确切的治疗方案,主要以运动疗法及饮食改善控制其发展,但这些手段均无统一方案,执行情况难以控制,因此疗效亦难以控制。从本研究结果得出,对照组的血糖及中医证候虽然得到一定的控制,但疗效低于治疗组,治疗组改善异常血脂的作用突出,预期其对防止 IGT 患者向糖尿病发展及逆转血糖异常引起的动脉硬化有更明显的作用。笔者将进一步运用超声速度向量成像技术分析探讨温胆片对动脉弹性的改善作用,以期证实温胆片的药用价值并加以推广。

[参考文献]

- [1] 袁婉丽,胡节惠,唐礴.从痰论治糖耐量低减疗效观察[J].四川中医,2008,26(1):60-61.
- [2] 曾永红,陈芑,王育珊,等.中西医结合防治糖耐量异常及轻型糖尿病疗效观察[J].中国中西医结合脾胃杂志,2000,8(4):196-198.
- [3] 高彦彬,刘铜华.糖尿病肾病中医诊疗方案[C]//第九次全国中医糖尿病学术大会论文汇编.石家庄:[出版单位不详],2006:69-82.
- [4] 徐萍,张学兰,吴畅灏.半夏的研究进展[J].中国药业,2003,12(3):76-77.
- [5] 张群智.浅述陈皮的药理及炮制研究[J].中国药业,2002,11(5):71-72.
- [6] 金琦,曹静,王淑华.大剂量茯苓的药理作用及临床应用概况[J].浙江中医杂志,2003,38(9):410-411.
- [7] 赵萍,陈洁,洪永敦,等.温胆泄浊法对痰浊型高血压病患者血管内皮舒张功能与粥样硬化改善作用的超声研究[J].中国中西医结合杂志,2007,27(1):21-24.

(责任编辑:刘淑婷,吴凌)