

# 糖尿病 2 号方联合西药治疗阴虚内热型糖尿病临床观察

余琼

嘉兴市第二医院, 浙江 嘉兴 314000

**[摘要]** 目的: 观察糖尿病 2 号方联合西药治疗阴虚内热型糖尿病患者的临床疗效, 以及对控糖效果和氧化应激的影响。方法: 选取本院内分泌科收治的 98 例阴虚内热型糖尿病患者为研究对象, 采用随机数字表法分为观察组和对照组各 49 例, 对照组给予常规西药治疗, 观察组在对照组用药基础上联合糖尿病 2 号方治疗, 观察 2 组临床疗效, 以及治疗前后血糖 [空腹血糖 (FBG)、餐后 2 h 血糖 (P2hBG)] 和氧化应激指标 [血清丙二醛 (MDA)、超氧化物歧化酶 (SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶 (GSH-Px)] 的变化。结果: 治疗总有效率观察组为 91.84%, 高于对照组的 77.55%, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 观察组的 FBG、P2hBG 和 MDA 水平均低于对照组和同组治疗前 ( $P < 0.05$ ), SOD、GSH-Px 水平均高于对照组和同组治疗前 ( $P < 0.05$ )。结论: 糖尿病 2 号方联合西药治疗阴虚内热型糖尿病临床疗效显著, 可有效控制血糖, 并改善氧化应激指标。

**[关键词]** 糖尿病; 阴虚内热型; 中西医结合疗法; 糖尿病 2 号方

**[中图分类号]** R587.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 08-0093-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.08.039

糖尿病是一组以高血糖为特征的代谢性疾病, 该病早期起病隐匿, 易被忽视, 由其引发的慢性并发症是糖尿病高致残率、高病死率的主要原因。临床治疗多采用口服降糖药物及注射胰岛素等治疗, 但由于长期口服降糖药物不仅易引发低血糖, 且久用依赖性高, 对肾脏毒副作用较大。长期注射胰岛素, 可抑制胰腺  $\beta$  细胞分泌胰岛素, 过量注射同样易导致低血糖昏迷, 因而较难在临床中持续应用。中医学认为糖尿病属消渴病范畴, 主要病变部位在肺、胃、肾, 基本病机为阴津亏耗, 燥热偏盛。为此, 本研究对本院收治的 98 例阴虚内热型糖尿病患者进行临床对照研究, 旨在探讨糖尿病 2 号方联合西药治阴虚内热型糖尿病患者的临床疗效, 以及对控糖效果与氧化应激的影响。

## 1 临床资料

**1.1 纳入标准** ①符合 2 型糖尿病的诊断标准, 经血糖仪测定空腹血糖 (FBG)  $\geq 7.0$  mmol/L, 餐后 2 h 血糖 (P2hBG)  $\geq 11.10$  mmol/L; ②符合阴虚内热型消渴的辨证标准, 症见口干舌燥, 烦渴引饮, 身体消瘦, 消谷善饥, 大便干结, 疲倦乏力, 舌淡红、苔黄, 脉细数; ③患者及家属均知情同意并签署知情同意书。

**1.2 排除标准** ①伴严重感染性、免疫系统疾病者; ②酮症酸中毒或肾功能衰竭者; ③存在内分泌、循环系统等严重病变者; ④妊娠期、哺乳期女性; ⑤依从性差者; ⑥治疗期间出现严重糖尿病并发症者。

**1.3 一般资料** 选取本院内分泌科 2014 年 3 月—2015 年 10 月收治的 98 例阴虚内热型糖尿病患者为研究对象, 采用随机数字表法分为观察组和对照组各 49 例。观察组男 25 例, 女 24 例; 年龄 28~63 岁, 平均  $(45.12 \pm 1.35)$  岁; 口干舌燥 12 例, 烦渴引饮 16 例, 身体消瘦 21 例。对照组男 26 例, 女 23 例; 年龄 27~62 岁, 平均  $(45.13 \pm 1.28)$  岁; 口干舌燥 11 例, 烦渴引饮 18 例, 身体消瘦 20 例。2 组性别、年龄、临床表现等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 给予盐酸二甲双胍缓释片 (中美上海施贵宝制药有限公司) 治疗, 初始剂量为每天 1 次, 每次 0.5 g, 晚饭时与食物同服。在病情不能控制时可根据实际情况逐渐加量, 以每周 0.5 g 的方式增加, 但每天服药不能超过 2 g。若每天 1 次, 每次 2 g 对血糖的控制仍不满意, 可考虑改为每天 2 次, 每次 1 g。合并肾病者, 给予扶正益肾颗粒剂治疗, 处方: 黄芪、白花蛇舌草各 30 g, 丹参、制首乌、淫羊藿、石韦、山楂各 20 g, 灵芝 12 g, 熟大黄 6 g。将该方制成颗粒剂, 每天 2 次餐后冲服, 每次 1 包。7 天为 1 疗程, 给药 4 疗程。

**2.2 观察组** 在对照组用药基础上联合糖尿病 2 号方治疗。处方: 熟地黄 30 g, 麦冬、山药、葛根各 20 g, 山茱萸 12 g, 地骨皮、天花粉、桑椹、郁金、茯苓各 10 g, 黄连 6 g。将该方制成颗粒剂, 每天 2 次餐后冲服, 每次 1 包。7 天为 1 疗程, 给药 4 疗程。

**[收稿日期]** 2016-04-08

**[作者简介]** 余琼 (1973-), 女, 副主任医师, 主要从事糖尿病及甲状腺疾病的临床诊治工作。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察2组临床疗效；②比较2组治疗前后的血糖指标(FBG、P2hBG)水平。采用雅培越捷型血糖仪，分别于餐前、餐后2h采血测患者血糖并记录，操作过程中严格按照说明书进行；③观察2组治疗前后氧化应激指标[血清丙二醛(MDA)、超氧化物歧化酶(SOD)、谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-Px)]的变化，于患者治疗前后空腹采血测定。采用硫代巴比妥酸荧光法测MDA含量，采用黄嘌呤氧化酶法测定SOD含量，采用催化GSH的反应速度来表示GSH-Px活力。测定过程均严格按照试剂盒说明书进行操作，所用试剂盒均由南京建成生物工程研究所提供。

3.2 统计学方法 采用SPSS15.0统计学软件。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示，采用t检验；计数资料以率(%)表示，采用 $\chi^2$ 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>拟定。显效：治疗后临床症状基本消失，经血糖仪测定FBG<7.2mmol/L，P2hBG<8.3mmol/L，24h尿糖定量及血糖较治疗前降低30%；有效：治疗后临床症状显著改善，经血糖仪测定FBG<8.3mmol/L，P2hBG<10.0mmol/L，24h尿糖定量及血糖较治疗前降低10%以上；无效：治疗后临床症状未改善甚至加重，血糖仪测定各指标亦无明显变化。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组为91.84%，高于对照组的77.55%，差异有统计学意义(P<0.05)。

组别	n	例(%)			总有效
		显效	有效	无效	
观察组	49	23(46.94)	22(44.90)	4(8.16)	45(91.84)
对照组	49	17(34.69)	21(42.86)	11(22.45)	38(77.55)
$\chi^2$ 值					3.85
P					<0.05

4.3 2组治疗前后血糖指标比较 见表2。治疗前，2组FBG、P2hBG水平比较，差异均无统计学意义(P>0.05)。治疗后，2组FBG、P2hBG水平均较治疗前降低(P<0.05)，观察组FBG、P2hBG水平均低于对照组(P<0.05)。

血糖指标	时间	mmol/L		t值	P
		观察组	对照组		
FBG	治疗前	12.34±3.26	12.32±3.28	0.030	>0.05
	治疗后	6.45±1.79 <sup>①</sup>	8.09±1.87 <sup>①</sup>	4.435	<0.05
P2hBG	治疗前	14.93±4.29	14.91±4.30	0.023	>0.05
	治疗后	8.13±1.92 <sup>①</sup>	13.69±4.18 <sup>①</sup>	8.461	<0.05

与同组治疗前比较，①P<0.05

4.4 2组治疗前后氧化应激指标比较 见表3。治疗前，2组MDA、SOD及GSH-Px水平比较，差异均无统计学意义(P>0.05)。治疗后，2组MDA水平均较治疗前下降，SOD、GSH-Px水平均较治疗前升高，差异均有统计学意义(P<

0.05)；观察组MDA水平低于对照组，SOD、GSH-Px水平均高于对照组，差异均有统计学意义(P<0.05)。

表3 2组治疗前后氧化应激指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

指标	时间	观察组	对照组	t值	P
MDA(nmol/mL)	治疗前	3.69±1.39	3.70±1.36	0.036	>0.05
	治疗后	1.98±1.19 <sup>①</sup>	2.65±1.21 <sup>①</sup>	2.764	<0.05
SOD(U/mL)	治疗前	58.10±1.13	58.09±1.11	0.044	>0.05
	治疗后	79.78±9.78 <sup>①</sup>	68.81±8.98 <sup>①</sup>	5.784	<0.05
GSH-Px(U/mL)	治疗前	71.18±9.99	71.20±9.78	0.010	>0.05
	治疗后	81.89±7.89 <sup>①</sup>	75.88±9.59 <sup>①</sup>	3.388	<0.05

与同组治疗前比较，①P<0.05

5 讨论

盐酸二甲双胍缓释片是临床常用的口服降血糖药，可显著增加外周组织对胰岛素的敏感性，有效促进外周组织对葡萄糖的摄取及利用，达到降糖目的。但长期应用易产生药物依赖性，同时增加患者发生大血管并发症的几率，并存在较高死亡风险，同时二甲双胍主要以原型从肾脏排泄，对于肾功能较差的患者易引起药物蓄积，引发乳酸中毒<sup>[2]</sup>。

中医学认为糖尿病属消渴范畴，饮食失节，过食肥甘，情志过极，劳欲过度等原因均可导致消渴的发生。其基本病机为阴津亏损，燥热偏盛，以阴虚为本，燥热为标，两者互为因果，阴虚则燥热愈盛，燥热愈盛则阴愈虚。消渴病变的脏腑主要在肺、胃、肾，三脏之中，虽有所偏重，但往往互相影响。如肺燥津伤，津液失于敷布，则脾胃不是濡养，肾精不得滋助；脾胃燥热偏盛，上可灼伤肺津，下可耗伤肾阴；肾阴不足则阴虚火旺，亦可上灼肺胃，终至肺燥、胃热、肾虚。故临床治疗以滋阴补肾、润燥生津为原则。本研究所用糖尿病2号方，方中熟地黄、山药、酒萸肉为三补，其中熟地黄可滋阴补肾，山药补益脾阴、固肾，酒萸肉补养肝肾；黄连清热燥湿；地骨皮清肺降火；麦冬、葛根生津止渴；天花粉清热泻火，生津止渴；桑椹补益肝肾，生津润燥；郁金行气解郁；茯苓利水渗湿、宁心。诸药合用可达到滋阴补肾、润燥生津之效。

本研究结果提示，糖尿病2号方联合西药治疗治阴虚内热型糖尿病患者临床疗效显著，能有效控制患者的血糖。同时可改善患者的氧化应激指标，在临床中具有推广应用价值。

[参考文献]

[1] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994: 25.  
 [2] 丁雷, 吴吉平, 石国斌, 等. 二甲双胍治疗老年2型糖尿病患者的疗效和安全性的临床研究[J]. 安徽医药, 2012, 16(8): 1149-1151.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)