



# 糖尿病合并冠心病临床实施中医导痰祛瘀药治疗的效果观察

睦立新 (永州市第二中医院 湖南永州 425006)

**摘要:**目的 探讨糖尿病合并冠心病临床实施中医导痰祛瘀药治疗的临床疗效。方法 选择我院2015年1月至2016年10月之间收治的60例糖尿病合并冠心病患者,随机分为研究组和对照组各30例,对照组采用常规治疗,研究组在此基础上加用中医导痰祛瘀药治疗,观察对比两组血糖、心绞痛、中医症候疗效。结果 两组治疗后胸痹中医症候评分比较有差异( $t=7.0558, P<0.05$ );两组治疗后空腹血糖、餐后2小时血糖比较有差异( $t=8.5256, P<0.05$ 及 $t=6.7854, P<0.05$ );研究组治疗后心绞痛疗效总有效率高于对照组,比较有差异( $\chi^2=6.8741, P<0.05$ )。结论 导痰祛瘀中药治疗糖尿病合并冠心病患者疗效显著,安全有效。

**关键词:**糖尿病 冠心病 导痰祛瘀药 血糖 心绞痛

**中图分类号:** R259 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2016) 14-067-02

随着社会老龄化、人们饮食习惯的改变、不良生活方式的增加,糖尿病的发生率逐年上升。动脉粥样硬化是2型糖尿病的严重并发症之一,其冠心病的发生率为非糖尿病普通人群的2-4倍,糖尿病与冠心病在发病过程中相互影响,增加心脑血管疾病的发生,是病死的高危原因之一,严重威胁患者生命安全。糖尿病合并冠心病在中医属于“消渴”、“心悸”、“胸痹”范畴,中医认为气阴两虚、淤血痰浊所阻心脉是本病的基本病机,本研究中,对我院诊断为糖尿病合并冠心病的患者,给予中医导痰祛瘀中药治疗,临床效果肯定,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择我院2015年1月至2016年10月之间收治的60例糖尿病合并冠心病患者作为研究对象,临床表现为胸痛、胸闷气短、口渴多饮、腰酸腿软、乏力、纳差、舌质红或暗红伴瘀点瘀斑等症。随机将患者分为研究组和对照组各30例,研究组男12例,女18例,年龄35-75岁,平均年龄(60.7±6.9)岁,病程3-19年,平均病程(12.1±5.7)年,对照组男11例,女19例,年龄35-75岁,平均年龄(61.4±6.0)岁,病程3-20年,平均病程(12.3±6.4)年。纳入标准:①符合糖尿病诊断标准;②符合冠心病心绞痛诊断标准;③符合中医“消渴”、“胸痹”的气阴两虚瘀血阻滞证。排除标准:①年龄35岁以下或75岁以上;②妊娠或哺乳期妇女;③肝、肾、造血系统等严重病变者。两组患者性别、年龄、病程、平均血糖水平等一般资料上比较无显著差异( $P>0.05$ ),资料可比。

### 1.2 治疗方法

对照组采用常规治疗,冠心病治疗方案为降脂、硝酸甘油扩张冠状动脉、阿司匹林、降压、倍他乐克等,糖尿病治疗方案为二甲双胍、吡格列酮,并联用饮食、运动、控制情志等综合疗法进行治疗。研究组在此基础上加用中医导痰祛瘀药进行治疗。组方包括:五味子6g,地龙10g,法半夏10g,茯苓10g,当归12g,赤芍12g,瓜蒌30g。根据患者类型辨证加减:便秘者加酒大黄15g;脉结代加桂枝12g;胸痛、胸闷者加川穹12g、郁金12g;高血脂加茵陈12g、泽泻12g;口干多饮者加知母12g、石膏12g、天花粉15g;气虚者加甘草6g、党参9g、白术9g;头晕目眩加牡蛎12g、石明子15g、鳖甲15g;心悸加龙骨9g、牡蛎9g,枣仁12g、远志12g。水煎服,每次150mL,早晚2次。

### 1.3 观察指标

观察对比两组血糖、心绞痛、胸痹中医症候疗效。

**心绞痛疗效标准**<sup>[1]</sup>:参照《中药新药治疗胸痹(冠心病心绞痛)的临床研究指导原则》,分为①显效:胸痛症状减轻2级以上,心绞痛疗效积分减少 $\geq 60\%$ ;②有效:胸痛症状明显减轻或减轻达1级,心绞痛疗效积分减少 $\geq 30\%$ ;③无效:胸痛症状前后无变化,心绞痛疗效积分减少 $< 30\%$ ;④加重:胸痛症状较治疗前加重达1级或1级以上,心绞痛疗效无减少。

**胸痹中医症候评分标准**<sup>[2]</sup>:分为主症:胸痛、胸闷;次症:背痛、疲乏、肢体沉重、气短、痰多、舌质淡、脉滑。主症0-6分,次症

0-3分。总分33分,分值越高症状越严重。

### 1.4 统计学

采取SPSS 18.0统计学软件分析本研究中所获得数据,计量资料t检验。两样本率用 $\chi^2$ 检验法,以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组治疗前后胸痹中医症候疗效对比

两组治疗前胸痹中医症候评分比较无差异( $P>0.05$ );两组治疗后胸痹中医症候评分比较有差异( $P<0.05$ ),见表1。

表1: 两组治疗前后胸痹中医症候疗效对比( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	胸痹中医症候评分(分)	
		治疗前	治疗后
研究组	30	19.5±3.2	6.3±2.7
对照组	30	18.9±4.1	10.4±5.5
t		0.6786	7.0558
P		>0.05	<0.05

### 2.2 两组治疗前后血糖对比

两组治疗前空腹血糖(FBG)、餐后2小时血糖(2hPBG)比较无差异( $P>0.05$ );两组治疗后空腹血糖、餐后2小时血糖比较有差异( $P<0.05$ ),见表2。

表2: 两组治疗前后血糖对比( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	FBG (mmol/L)		2hPBG (mmol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	30	7.59±1.31	5.54±0.95	13.65±2.58	7.58±1.96
对照组	30	7.68±1.25	6.21±1.15	13.58±2.41	9.54±2.08
t		0.5187	8.5256	0.3104	6.7854
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

### 2.3 两组心绞痛疗效对比

研究组治疗后心绞痛疗效总有效率高于对照组,比较有差异( $P<0.05$ ),见表3。

表3: 两组治疗后心绞痛疗效对比(n,%)

组别	例数	显效	有效	无效	加重	总有效率
研究组	30	10 (33.3)	17 (56.7)	3 (10.0)	0	90.0
对照组	30	6 (20.0)	16 (53.3)	8 (26.7)	0	73.3
$\chi^2$						6.8741
P						<0.05

## 3 讨论

西医认为糖尿病是由遗传因素、微生物感染及精神因素等因素导致胰岛功能紊乱的代谢性疾病,糖尿病患者糖代谢和脂代谢紊乱导致血管内皮受损,血小板粘附及聚集功能增强,循环系统血液呈高凝状态,类似于中医的“血瘀证”范畴<sup>[3]</sup>,糖尿病引发的代谢紊乱与心血管系统疾病密切相关,尤其是合并冠心病,是糖尿病并发大血管病变致残、致死的最主要原因,严重威胁着患者的生活质量和生命安全。

糖尿病合并冠心病发病机制复杂,中医上,糖尿病属“消渴”范畴,病因与脏腑虚弱、饮食不节,过食肥甘、情志失调、劳伤过度等

(下转第69页)



0.05), 男女之间 LSM 值比较差异有统计学意义 ( $p < 0.05$ ), 提示男性硬度值高于女性。见表 3 及表 4

表 3: 各年龄组间 LSM 值比较

组间	青年组与中年组	中年组与老年组	青年组与老年组
t 值	2.328	1.675	1.988
P 值	$p < 0.05$	$p > 0.05$	$p < 0.05$

表 4: 性别之间 LSM 值比较

性别	t 值	P 值
男性与女性	2.068	$p < 0.05$

### 2.3 不同临床诊断组间 LSM 值的差异性

肝炎和肝硬化 LSM 值分别为  $8.82 \pm 3.22$  KPa 和  $15.53 \pm 5.41$  KPa, 肝硬化组显著高于肝炎组, 比较差异有统计学意义 ( $p < 0.05$ ), 其中原发性胆汁性肝硬化患者 LSM 值可达 80 KPa, 提示 LSM 值与纤维化程度有关。

表 5: 肝炎和肝硬化之间 LSM 值比较

组间	t 值	P 值
肝炎和肝硬化	2.012	$p < 0.05$

### 2.4 LSM 值与 CAP 之间的相关性

不同年龄人群 LSM 的差异无统计学意义, 肝脏超声显示脂肪肝的 LSM 值较高, BMI  $< 24$  kg/m<sup>2</sup> 的患者 LSM 值及 CAP 低于 BMI  $\geq 24$  kg/m<sup>2</sup> 的患者, Spearman 相关分析提示合并脂肪肝可上调 LSM 值, LSM 与 CAP 值呈显著性正相关 ( $P < 0.01$ )。

表 6: LSM 值与 CAP 之间的比较

组间	LSM (KPa)	CAP (db/m)	r 值	P 值
BMI $< 24$	$4.75 \pm 1.67$	$222.14 \pm 58.61$	0.29	$p > 0.05$
BMI $\geq 24$	$5.12 \pm 1.89$	$251.32 \pm 59.63$	0.37	$P < 0.01$

## 3 讨论

目前, 认为肝纤维化的形成, 主要是由于肝内细胞外基质大量沉积所致<sup>[4]</sup>, 而肝纤维化及早期肝硬化难以识别, 因为多数无明显的症状、体征及生化指标, 一旦出现特异的症状、体征, 大部分已经肝硬化、肝衰竭、甚至肝癌, 研究表明, 如能早期诊断及早期消除病因, 可延缓或逆转肝硬化的发展。因而早期发现肝纤维化及早期肝硬化尤其重要。

目前肝脏瞬时弹性成像技术已受到广泛关注, 临床正在逐步扩大范围使用, 它是一种无创检测技术, 其优势为操作简便、可重复性好, 能够比较准确地识别出轻度肝纤维化和重度肝纤维化或早期肝硬化。其原理是根据肝脏的瞬时弹性变化评估肝脏的纤维化程度, 肝脏弹性波在肝内的传播速度与肝硬度呈正相关, 即肝硬度值越高, 传播速度越快, 所检测的弹性值越高, 最终判断出肝纤维化程度。近年来发表的关于 FibroScan 肝脏瞬时弹性成像文献逐年增多, 研究表明, 肝脏硬度值可部分替代肝活检, 在诊断肝纤维化和肝硬化具有良好的应用

价值<sup>[5]</sup>, 虽然 FibroScan 被广泛认可, 但是该方法具有局限性, 肝内结节、血管瘤等因素会影响检测结果的准确性, 尤其肝硬化患者肝脏缩小, 操作者需靠个人经验找到肝脏, 避开影响区域很困难, 体重指数较高时需要更换探头, 给工作带来不便。

本研究使用的 Fibrotouch 是我国生产的首台影像引导的肝纤维化和脂肪肝程度的集成检测系统, 提供了对肝脏组织形态、肝纤维化程度和肝脏脂肪变性的一体化检测和全方位评估方案, 打破了只能盲测, 无法定位检测的局限。最新一项研究<sup>[6]</sup>对 253 例慢性乙肝、健康志愿者分别进行 FibroScan、Fibrotouch 检测肝脏硬度, 评价临床疗效, 结果认为两者具有良好的 consistency。本研究结果也表明肝硬化组显著高于肝炎组, 其中对原发性胆汁性肝硬化诊断有特异性, 可作为无创肝纤维化诊断检测工具。

本研究发现 Fibrotouch LSM 值与 ALT、AST、TBIL、GGT 之间密切正相关 ( $P < 0.05$ ), 与 A/G 之间呈负相关, 与 HA、LN、IV-C 之间差异有统计学意义 ( $r > 0.5$ ,  $p < 0.05$ ), 与 P III P 关系不密切 ( $r < 0.05$ )。青年组硬度低于中年组, 中年组硬度低于老年组, 男性硬度值高于女性, 与文献报道一致<sup>[7]</sup>。超声有脂肪肝的 LSM 值较高, BMI  $< 24$  kg/m<sup>2</sup> 的患者 LSM 值及 CAP 低于 BMI  $\geq 24$  kg/m<sup>2</sup> 的患者, Spearman 相关分析提示合并脂肪肝可上调 LSM 值, LSM 与 CAP 值呈显著性正相关 ( $P < 0.01$ )。

总之, Fibrotouch 检测能较早发现肝纤维化, 动态复查纤维化, 指导治疗, 提高诊断的准确性, 值得临床进一步推广使用。

## 参考文献

- [1] 徐燕, 李桂明, 薛芳, 冯艳玲, 施裕新. 瞬时弹性成像对慢性乙肝肝纤维化诊断的研究[J]. 现代医学生物进展, 2014, 14(07): 1279-1282.
- [2] 梁杰. 瞬时弹性成像系统在慢性 HBV 感染者肝纤维化诊断的研究[J]. 中国热带医学, 2013, 13(11).
- [3] 秦涛尹华发. 瞬时弹性成像联合 APRI 在慢性乙肝肝纤维化诊断中的应用价值[J]. 安徽医学, 2015, 36(5): 552-555.
- [4] 李才. 器官纤维化: 基础与临床[M]. 人民卫生出版社, 2003: 44-45; 63, 67.
- [5] 孟繁坤, 郑颖, 徐晓鸾, 穆晓洁, 丁蕾. 实时组织超声弹性成像与瞬时弹性成像评价慢性乙肝感染肝纤维化程度的对比研究[J]. 临床超声医学杂志, 2013, 13(12): 807-809.
- [6] 夏长虹, 王文欢, 王伟芳, 等. FibroTouch 与 FibroScan 检测肝脏硬度的临床效能比较[J]. 北京医学, 2014(3).
- [7] 侯平志, 郑红梅, 李惠丽. 超声瞬时弹性成像技术在慢性乙肝肝纤维化诊断中的价值[J]. 湖北医药学院学报, 2013, (02): 143-145.

(上接第 67 页)

有关; 冠心病属“心悸”、“胸痹”范畴。痛位以心为主, 年老体弱、饮食不当、情志失调、寒邪内侵为病因病机<sup>[4]</sup>。此病多见于肥胖之人, 胖人多痰, 痰浊内阻, 瘀血生成, 瘀血痹阻心脉, 故出现胸闷、心慌。糖尿病和冠心病合并后, 加重动脉粥样硬化和血管病变, 给治疗带来难度。

本次研究中我们对研究组加用导痰祛瘀中药治疗, 治疗结束时我们发现研究组在胸痹中医症候评分、空腹血糖、餐后 2 小时血糖、BMI 上明显优于对照组。五味子味酸、甘、温, 敛肺止咳、滋补涩精、止泻止汗、生津止渴、宁心安神。地龙味咸、寒, 清热熄风、通经活络、活血化痰, 性善走窜, 可引诸药直达病所。法半夏清热息风、清肺定喘。当归有补血和血, 调经止痛。赤芍味苦、性微寒, 清热凉血, 散瘀止痛。茯苓味甘、淡、平, 归心、脾、肾经, 利水渗湿, 健脾, 宁心。瓜蒌解热止渴、利尿、镇咳祛痰。共奏祛痰化痰、益气行血、活血通脉之效<sup>[5]</sup>。药理学指出导痰祛瘀中药有以下疗效: 改善微循环, 降低血糖和血液黏稠度, 抑制血小板聚集, 抑制纤维蛋白酶原活性, 扩张血管,

保护血管内皮、减少脂质沉积, 具有保护心肌的结构和功能, 降低心肌耗氧量, 调节血脂、抗血小板凝聚, 保护心脏的功能。

综上所述, 糖尿病合并冠心病属于消渴胸痹范畴, 中医导痰祛瘀药能有效改善代谢紊乱状况、缓解心绞痛症状, 疗效肯定, 可在临床上推广应用。

## 参考文献

- [1] 郭杰. 探讨中医导痰祛瘀药治疗糖尿病合并冠心病的效果[J]. 中国继续医学教育, 2016, 8(19): 187-188.
- [2] 吴春玲, 查彩琴, 骆清照. 中医导痰祛瘀药治疗糖尿病合并冠心病临床价值评述[J]. 中医临床研究, 2016, 8(11): 87-88.
- [3] 邓亮. 糖尿病合并冠心病临床实施中医导痰祛瘀药治疗的效果分析[J]. 医学理论与实践, 2015(5): 611-612.
- [4] 孙波. 导痰祛瘀药对糖尿病伴冠心病的治疗价值评析[J]. 糖尿病新世界, 2016, 19(13): 65-66.
- [5] 郭新年. 中医导痰祛瘀药治疗糖尿病合并冠心病 40 例临床观察[J]. 中国医药科学, 2015(10): 41-42.