

• 结合医学 •

(文章编号) 1007-0893(2021)07-0035-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.07.016

# 中西医结合治疗 2 型糖尿病合并动脉粥样硬化的效果

詹淑娜 黄 威 潘婷女

(广州市花都区炭步镇中心卫生院, 广东 广州 510820)

**〔摘要〕** **目的:** 探讨对 2 型糖尿病伴有动脉粥样硬化患者采用滋脾通脉饮加减联合瑞格列奈的临床效果。**方法:** 选取广州市花都区炭步镇中心卫生院 2019 年 10 月至 2020 年 3 月期间收治的 84 例 2 型糖尿病伴有动脉粥样硬化患者, 进行数字奇偶法分为观察组 (42 例): 采用基础治疗+滋脾通脉饮加减+瑞格列奈; 对照组 (42 例): 采用基础治疗+瑞格列奈; 观察比较两组患者的血脂水平、血清胆红素水平、尿酸水平 (UA)、血糖水平以及颈动脉内膜中层厚度。**结果:** 治疗前两组患者的 UA 及血清胆红素水平比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后观察组患者的 UA、间接胆红素 (IBIL)、直接胆红素 (DBIL) 以及总胆红素 (TBIL) 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗前两组患者的血脂水平比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。治疗后观察组患者低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)、三酰甘油 (TG) 以及总胆固醇 (TC) 低于对照组, 高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗前两组患者的血糖水平以及颈动脉内膜中层厚度比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后观察组血糖水平低于对照组、颈动脉内膜中层厚度小于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 滋脾通脉饮加减联合瑞格列奈应用, 可使 2 型糖尿病伴有动脉粥样硬化患者血脂水平、血清胆红素水平、UA 水平、血糖水平以及颈动脉内膜中层厚度获得显著改善, 最终实现 2 型糖尿病伴有动脉粥样硬化患者的有效预后。

**〔关键词〕** 2 型糖尿病; 动脉粥样硬化; 滋脾通脉饮; 瑞格列奈

**〔中图分类号〕** R 587.1; R 587.2 **〔文献标识码〕** B

糖尿病作为慢性疾病之一, 其表现出较高发病率, 并且疾病发展期间存在较高概率伴有动脉粥样硬化, 对此确定有效方法展开 2 型糖尿病伴有动脉粥样硬化治疗, 意义显著<sup>[1-2]</sup>。笔者将本院 2019 年 10 月至 2020 年 3 月期间收治的 84 例 2 型糖尿病伴有动脉粥样硬化患者进行数字奇偶法分组; 探析分别采用基础治疗+滋脾通脉饮加减+瑞格列奈以及采用基础治疗+瑞格列奈完成疾病治疗可行性, 以有效改善 2 型糖尿病伴有动脉粥样硬化患者预后, 现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院 2019 年 10 月至 2020 年 3 月期间收治的 84 例 2 型糖尿病伴有动脉粥样硬化患者, 进行数字奇偶法分组; 观察组: 女 20 例, 男 22 例; 年龄 39~72 岁, 平均年龄 ( $55.25 \pm 2.25$ ) 岁; 对照组: 女 19 例, 男 23 例; 年龄 38~73 岁, 平均年龄 ( $55.26 \pm 2.26$ ) 岁。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.1.1 诊断标准** (1) 糖尿病诊断标准: 患者表现出多饮、消瘦、多尿以及多食等系列症状, 并且空腹血糖水平不小于  $7.0 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ ; 动脉粥样硬化诊断标准: 通过彩色多普勒超声检查, 患者颈动脉内膜中层厚度在 0.9~1.3 mm 范围。

**1.1.2 纳入标准** (1) 糖尿病以及动脉粥样硬化获得明确诊断; (2) 无滋脾通脉饮以及瑞格列奈应用禁忌证现象。

**1.1.3 排除标准** (1) 呈现出痴呆、神志不清以及各种精神疾病现象; (2) 患有其他严重原发性疾病。

### 1.2 方法

**1.2.1 对照组** 采用基础治疗+瑞格列奈治疗, 其中基础治疗主要集中于低脂、低糖以及低盐饮食, 通过对患者病情状况加以了解, 就热量摄入进行有效控制。对于过度劳累充分避免, 确保心情愉悦并且生活作息规律, 合理展开系列健康教育。通过对患者血糖情况加以了解, 采用瑞格列奈 (江西新赣江药业股份有限公司, 国药准字 H20163343) 口服治疗, 用药时间为餐前 15 min,  $0.5 \text{ mg}$  初始剂量; 用药频率为  $3 \text{ 次} \cdot \text{d}^{-1}$ , 控制最大剂量  $< 16 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$ ; 通过对患者血糖水平加以了解, 对应进行用药剂量调整; 治疗 1 个疗程为 3 个月, 共进行 1 个疗程治疗。

**1.2.2 观察组** 采用基础治疗+滋脾通脉饮加减+瑞格列奈完成疾病治疗, 对于基础治疗方法以及瑞格列奈应用方法与对照组相同; 在此基础上添加滋脾通脉饮加减进行治疗, 组方: 黄精、生地黄、山药各 20 g, 黄芪 30 g, 山茱萸、丹参各 15 g, 僵蚕、瓜蒌、鬼箭羽各 10 g, 黄连、地龙、

**〔收稿日期〕** 2021-02-03

**〔基金项目〕** 广州市花都区科技计划项目资助课题 (19-HDWS-029)

**〔作者简介〕** 詹淑娜, 女, 主治医师, 主要研究方向是中医内科。

甘草各 6 g, 蒲黄 8 g, 1 剂 · d<sup>-1</sup>, 水煮取汁 400 mL · 剂<sup>-1</sup>, 200 mL · 次<sup>-1</sup>, 分早晚 2 次温服。治疗 1 个疗程为 3 个月, 共进行 1 个疗程治疗。

### 1.3 观察指标

观察比较两组患者的血脂水平(三酰甘油(triglycerides, TG)、总胆固醇(serum total cholesterol, TC)、高密度脂蛋白胆固醇(high density lipoprotein cholesterol, HDL-C)以及低密度脂蛋白胆固醇(low density lipoprotein cholesterol, LDL-C)、血清胆红素水平(间接胆红素(indirect bilirubin, IBIL)、直接胆红素(direct bilirubin, DBIL)、总胆红素(total bilirubin, TBil))、尿酸(uric acid, UA)水平、血糖水平以及颈动脉内膜中层厚度。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理, 计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示, 采用 *t* 检验, 计数资料用百分比表示, 采用  $\chi^2$  检验, *P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者治疗前后 UA 及血清胆红素水平比较

治疗前两组患者的 UA 及血清胆红素水平比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗后观察组患者的 UA 低于对照组, IBIL、DBIL 以及 TBIL 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 1。

表 1 两组患者治疗前后尿酸及血清胆红素水平比较

(*n* = 42,  $\bar{x} \pm s$ , μmol · L<sup>-1</sup>)

组别	时间	UA	IBIL	DBIL	TBIL
对照组	治疗前	295.63 ± 25.29	13.59 ± 4.25	7.13 ± 2.02	19.29 ± 2.91
	治疗后	350.05 ± 81.79	11.45 ± 5.13	5.01 ± 1.18	16.46 ± 2.07
观察组	治疗前	295.69 ± 25.33	13.63 ± 4.27	7.15 ± 2.07	19.33 ± 2.93
	治疗后	305.55 ± 64.09 <sup>a</sup>	8.91 ± 2.79 <sup>a</sup>	4.15 ± 1.05 <sup>a</sup>	13.05 ± 2.05 <sup>a</sup>

与对照组治疗后比较, <sup>a</sup>*P* < 0.05

注: UA — 尿酸; IBIL — 间接胆红素; DBIL — 直接胆红素; TBIL — 总胆红素

### 2.2 两组患者治疗前后血脂水平比较

治疗前两组患者的血脂水平比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗后观察组患者 LDL-C、TG 以及 TC 低于对照组, HDL-C 高于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 2。

表 2 两组患者治疗前后血脂水平比较 (*n* = 42,  $\bar{x} \pm s$ , mmol · L<sup>-1</sup>)

组别	时间	HDL-C	LDL-C	TG	TC
对照组	治疗前	1.25 ± 0.35	2.95 ± 0.25	0.95 ± 0.35	3.09 ± 0.25
	治疗后	2.17 ± 0.76	1.53 ± 0.33	2.02 ± 1.05	4.75 ± 0.31
观察组	治疗前	1.26 ± 0.33	2.99 ± 0.29	0.97 ± 0.39	3.11 ± 0.34
	治疗后	2.61 ± 0.95 <sup>b</sup>	1.21 ± 0.35 <sup>b</sup>	1.33 ± 0.27 <sup>b</sup>	4.12 ± 0.35 <sup>b</sup>

与对照组治疗后比较, <sup>b</sup>*P* < 0.05

注: HDL-C — 高密度脂蛋白胆固醇; LDL-C — 低密度脂蛋白胆固醇; TG — 三酰甘油; TC — 总胆固醇

### 2.3 两组患者治疗前后血糖水平及颈动脉内膜中层厚度比较

治疗前, 两组患者的血糖水平以及颈动脉内膜中层厚度比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后, 观察组患者的血糖水平低于对照组、颈动脉内膜中层厚度小于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后血糖水平及颈动脉内膜中层厚度比较 (*n* = 42,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	空腹血糖 /mmol · L <sup>-1</sup>	糖化血红蛋白 /%	餐后 2h 血糖 /mmol · L <sup>-1</sup>	颈动脉内膜中层厚度 /mm
对照组	治疗前	9.52 ± 0.52	10.11 ± 1.23	13.26 ± 1.29	2.19 ± 0.23
	治疗后	6.92 ± 0.71	7.39 ± 0.25	9.39 ± 0.49	1.11 ± 0.09
观察组	治疗前	9.53 ± 0.57	10.08 ± 1.29	13.29 ± 1.33	2.22 ± 0.25
	治疗后	6.83 ± 0.43 <sup>c</sup>	6.71 ± 0.43 <sup>c</sup>	8.95 ± 0.76 <sup>c</sup>	1.03 ± 0.09 <sup>c</sup>

与对照组治疗后比较, <sup>c</sup>*P* < 0.05

## 3 讨论

临床针对 2 型糖尿病伴有动脉粥样硬化患者在治疗期间, 瑞格列奈药物运用, 其能够将胰岛细胞内胰岛素分泌增加, 但对于血脂、血糖等系列指标控制无法获得显著效果<sup>[3-5]</sup>。中医学认为, 糖尿病发病机制主要集中于痰瘀痹阻以及脾肾亏虚方面, 未经及时治疗, 会因其症状严重而表现出动脉粥样硬化现象。治疗期间, 滋脾通脉饮加减运用, 能够对血糖水平有效稳定, 将血糖显著降低, 使脂质代谢紊乱获得有效改善, 最终两药联用, 获得确切 2 型糖尿病伴有动脉粥样硬化治疗效果<sup>[6-7]</sup>。

本研究发现, 治疗前两组患者的 UA 及血清胆红素水平比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗后观察组患者的 UA 低于对照组, IBIL、DBIL 以及 TBIL 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05); 治疗前两组患者的血脂水平比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗后观察组患者 LDL-C、TG 以及 TC 低于对照组明显, HDL-C 高于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。治疗前两组患者血糖水平以及颈动脉内膜中层厚度比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05); 治疗后观察组患者血糖水平低于对照组、颈动脉内膜中层厚度小于对照组, 差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)。分析结果原因为滋脾通脉饮加减+瑞格列奈联合应用, 可将血糖水平有效降低, 充分改善患者脂质代谢紊乱、高尿酸血症症状, 改善血糖症状, 获得上述理想结果, 充分证明滋脾通脉饮加减+瑞格列奈药物联合应用于 2 型糖尿病伴有动脉粥样硬化治疗中可行性。

综上所述, 滋脾通脉饮加减+瑞格列奈联合应用, 可使 2 型糖尿病伴有动脉粥样硬化患者血糖水平、血脂水平、血清胆红素水平以及 UA 水平获得显著改善, 最终有效改善 2 型糖尿病伴有动脉粥样硬化患者的预后。

### [参考文献]

(1) 刘中华, 王晨睿, 王晓东. 益气疏风通络方联合阿托伐他汀治疗 2 型糖尿病合并冠状动脉粥样硬化性心脏病疗效观

察 (J). 中医学报, 2018, 33(5): 751-755.

(2) 刘中华. 益本活血方联合氯吡格雷对冠心病合并 2 型糖尿病患者认知功能和血管内皮功能的影响 (J). 中医学报, 2018, 33(3): 382-386.

(3) 王君均, 商广芸. 2 型糖尿病患者下肢动脉粥样硬化病变与血糖水平的相关性 (J). 山东医药, 2018, 58(14): 45-47.

(4) 李洪寅, 李更新, 李敬文, 等. 2 型糖尿病病人下肢动脉粥样硬化与同型半胱氨酸及尿酸的关系探讨 (J). 中西医结合心脑血管病杂志, 2018, 16(21): 3225-3226.

(5) 陈小英, 郑关毅, 林侃, 等. 益肾活血化痰方对 2 型糖尿病合并颈动脉粥样硬化患者的影响 (J). 中国中西医结合杂志, 2018, 37(11): 1301-1304.

(6) 谢心, 周丽霞, 竺春玲, 等. 益气养阴方对 2 型糖尿病动脉粥样硬化患者 SDF-1 $\alpha$ /CXCR4 表达及免疫炎症因子作用的临床研究 (J). 医药前沿, 2018, 8(19): 346-347.

(7) 李美杰, 姚丽娜, 纪利利, 等. 普罗布考联合瑞舒伐他汀治疗脑梗死合并糖尿病患者颈动脉粥样硬化斑块的价值 (J). 现代中西医结合杂志, 2018, 27(26): 2934-2937.

〔文章编号〕 1007-0893(2021)07-0037-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.07.017

## 针刺联合间苯三酚治疗肾绞痛的疗效观察

孙 铄 孔祥照 蔡 颀

(广州市中医医院, 广东 广州 510130)

〔摘要〕 **目的:** 观察针刺联合间苯三酚对肾绞痛的临床疗效。**方法:** 选取广州市中医医院 2018 年 2 月至 2019 年 5 月期间收治的 60 例肾绞痛患者, 随机分为对照组与观察组, 各 30 例。对照组予间苯三酚联合哌替啶治疗; 观察组予针刺 (双侧京门、肾俞、委中) 联合间苯三酚治疗。观察比较两组患者在 30 min 内的镇痛疗效以及不同时点的镇痛效果。**结果:** 治疗前及治疗后 30 min, 两组患者视觉模拟评分法 (VAS) 评分比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。经治疗 10 min, 观察组患者的 VAS 评分低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者的治疗总有效率为 93.3%, 与对照组的 90.0% 比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论:** 针刺联合间苯三酚治疗肾绞痛与哌替啶联合间苯三酚的疗效相当, 但前者的镇痛起效时间较后者提前。

〔关键词〕 肾绞痛; 针刺; 间苯三酚

〔中图分类号〕 R 246 〔文献标识码〕 B

肾绞痛是急诊科和泌尿外科的常见急症, 发病机制是由于各种原因引起肾盂、输尿管内压力的升高, 导致平滑肌痉挛, 从而表现为腰背或腰腹部突然发生的剧烈疼痛, 疼痛常呈阵发性, 也可持续数分钟至数小时, 从腰部开始沿输尿管向下放射至膀胱。因此有必要寻求一种及时有效的镇痛治疗手段, 目前临床上常见的是解痉药及麻醉镇痛药, 但存在成瘾性的弊端。针刺镇痛效果显著, 且毒副作用少。笔者近年来在临床工作中运用针刺疗法联合间苯三酚治疗肾绞痛, 效果满意, 现报道如下。

### 1 资料和方法

#### 1.1 一般资料

选取本院 2018 年 2 月至 2019 年 5 月期间收治的 60 例肾绞痛患者, 所有患者均符合肾绞痛的诊断标准<sup>[1]</sup>, 对照组年龄 24~55 岁, 平均年龄 (38.52 $\pm$ 8.23) 岁。男性 17 例, 女性 13 例; 观察组 21~48 岁, 平均年龄 (38.93 $\pm$ 7.95) 岁。

男性 14 例, 女性 16 例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

#### 1.2 方法

1.2.1 对照组 予注射用间苯三酚 (湖北午时药业股份有限公司, 国药准字 H20060385) 120 mg 配 5% 葡萄糖注射液 100 mL 静脉滴注, 同时予盐酸哌替啶注射液 (东北制药集团沈阳第一制药有限公司, 国药准字 H21022413) 50 mg 肌肉注射。

1.2.2 观察组 予注射用间苯三酚 120 mg 配 5% 葡萄糖注射液 100 mL 静脉滴注, 同时针刺穴位 (京门、肾俞、委中, 均取双侧), 针刺方法: 受试者取坐位, 根据病人肥瘦不同, 选取华佗牌合适尺寸的一次性针灸针, 以 75% 乙醇局部常规消毒, 采用缓慢进针法进针, 京门穴直刺深度 0.5~1.0 寸, 肾俞穴直刺 1.0~1.2 寸, 委中穴直刺 1.0~1.5 寸。进针后行提插捻转法, 以得气为度, 每隔 10 min 行提插捻转手法, 30 min 后出针。

〔收稿日期〕 2021-01-09

〔作者简介〕 孙铄, 男, 主治中医师, 主要研究方向是针灸在急诊科的运用。