

中药对磺脲类降糖药治疗 失效的 II 型糖尿病作用观察

徐云生* 指导:程益春*

主题词 糖尿病,非胰岛素依赖型/中医药疗法 药物
耐受性 @ 磺脲类

目前,磺脲类降糖药作为治疗 II 型糖尿病(NIDDM)的主要药物被广泛地应用于临床。然而有些病人即使在合理的饮食控制与运动治疗的前提下,应用了足量的磺脲类降糖药,仍难以获得满意的疗效。据统计,每年约 5~10% 接受磺脲类降糖药治疗的 NIDDM 患者产生失效,5 年累积失效率高达 50% 以上。因此,寻求一种新的有效的治疗手段具有重要的临床意义。近年来,我们运用中药治疗此类患者 41 例,取得了良好的疗效。

1 临床资料

41 例患者均为本院门诊和住院病人,符合 WHO 确定的 NIDDM 诊断标准。其中男 19 例,女 22 例。年龄 50~71 岁,平均 57.51 ± 5.63 岁。糖尿病病程 1~10 年,平均 5.11 ± 3.04 年。所有病人在排除了饮食控制不良、运动不足、感染、停药或药量不足、精神紧张、服用其他升糖药物等因素的影响下,应用磺脲类降糖药治疗失效累积 1 年以上(均属继发性失效),16 例患者并用双胍类(足量)治疗 3 个月以上,血糖仍未降低。

2 观察方法

将 41 例患者随机分为两组,中药组 21 例,中西药组 20 例,两组疗前均衡性比较无显著性差异($P > 0.05$)。

中药组:停用一切口服降糖药,中药以健脾益气、祛痰行瘀为主要治则,基本药物:黄芪 45g,山药 30g,鸡内金 15g,白术 24g,生地 15g,山萸肉 15g,黄连 9g,瓜蒌 24g,枳实 12g,葛根

30g,丹参 30g,虎杖 15g,泽兰 12g。加減:气虚重改黄芪为西洋参;燥热加花粉、地骨皮;冠心病加川芎、桂枝;高血压加钩藤、牛膝;肾病加益母草、冬虫草;眼底出血加丹皮、三七粉;周围神经病变加当归、忍冬藤。上药水煎 2 次,取汁 400ml,分两次温服,日 1 剂。

中西药组:原磺脲类降糖药物均改为维持量,即每次 1 片,每日 2~3 次。加服上述中药,日 1 剂。

两组疗程均为 3 个月,治疗前后分别测定葡萄糖(GS)耐量试验(OGTT)、胰岛素(IRI)和 C 肽(CP)释放试验、糖基化血红蛋白(HbA_{1c})、胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、全血比粘度(NB)、血浆比粘度(NP)、红细胞压积(HT)、血沉(ESR)、纤维蛋白原(FIBG)等。

3 治疗结果

3.1 临床疗效:参照《中药新药临床指导原则》进行评定。结果中药组 21 例中显效 3 例,有效 13 例,总有效率为 76.2%;中西药组 20 例中显效 5 例,有效 12 例,总有效率为 85.0%。两组显效率和总有效率无显著性差异(P 均 > 0.05)。

3.2 治疗前后 OGTT、IRI 和 CP 释放试验的变化:表 1 显示各项变化情况。

血糖的变化:经 3 个月的治疗,两组 OGTT 各时点的 GS 较治疗前显著降低,表明中药对口服降糖药治疗失效的 NIDDM 具有明显的降血糖和改善糖耐量的作用。

IRI 和 CP 的变化:治疗后两组的空腹 IRI 和 CP 水平无明显变化($P > 0.05$),而 IRI/GS、CP/GS 值较治疗前显著增加($P < 0.01$)。糖负荷后 60 分钟、120 分钟时,两组的 IRI 和 CP 分泌较治疗前明显增加,特别是服糖后 60 分钟时,IRI 和 CP 增多最为显著,其中,中西药组的分泌量较中药组为高。

* 山东中医药大学附属医院,山东省济南市经十路
(250011)

收稿日期:1996-09-20

表1 两组治疗前后 OGTT、IRI 和 CP 释放试验的变化

时间		中药组(21例)			中西药组(20例)		
		GS (mmol/L)	IRI (mU/L)	CP (Pmol/L)	GS (mmol/L)	IRI (mU/L)	CP (Pmol/L)
0 分钟	疗前	12.01±3.56	17.93±5.37	0.39±0.13	11.86±2.98	18.71±6.03	0.43±0.14
	疗后	9.73±3.02*	16.87±4.81	0.38±0.11	8.21±2.73**	20.46±7.32	0.47±0.14
60 分钟	疗前	17.34±4.17	24.39±8.73	0.58±0.26	17.11±3.84	26.28±9.14	0.61±0.24
	疗后	13.38±3.82**	39.88±12.29**	0.79±0.31**	12.74±3.71**	48.79±17.35**	0.89±0.31**
120 分钟	疗前	18.01±4.35	36.41±13.92	0.68±0.27	18.62±4.12	36.66±12.47	0.73±0.23
	疗后	14.02±4.04*	47.67±17.53*	0.87±0.34*	12.96±3.45**	58.71±16.38**	0.97±0.27**
180 分钟	疗前	15.12±4.33	38.51±14.90	0.83±0.41	15.80±4.31	39.51±13.86	0.99±0.30
	疗后	10.97±3.76*	44.93±15.15	0.89±0.55	10.07±3.10**	46.31±17.58	0.98±0.28

注:表中数据为均值±标准差,与治疗前比较 *P<0.05, **P<0.01

表2 两组治疗前后 HbA_{1c}、血脂及血液流变指标的变化

项 目	中药组(21例)		中西药组(20例)	
	疗前	疗后	疗前	疗后
HbA _{1c} (mmol/L)	3.37±1.03	2.05±0.87*	3.81±1.08	1.99±0.96**
TC(mmol/L)	7.16±2.01	6.03±1.25*	7.09±1.19	6.11±1.13*
TG(mmol/L)	2.13±1.39	1.35±1.14*	1.99±1.01	1.27±1.02*
NB	7.21±1.77	5.96±1.33**	7.15±1.29	5.82±1.04**
NP	1.97±0.43	1.73±0.38**	1.84±0.39	1.66±0.32*
HT(%)	47.35±5.61	43.71±4.07	48.11±5.53	42.92±4.83
ESR(mm/h)	17.30±2.99	15.66±3.03	15.21±3.35	16.03±3.78
FIBG(g/L)	3.97±1.45	2.81±1.27*	3.65±1.30	2.64±1.25*

注:治疗前后比较 *P<0.05, **P<0.01

3.3 治疗前后 HbA_{1c}、血脂及血流变的变化:
表2示,治疗后两组的 HbA_{1c} 显著降低,血脂
及血液流变学指标亦得到不同程度的改善。

4 讨论

本组 41 例患者在此病理基础上均长期服用大量的口服降糖药,而这些药物具有不同程度的胃肠道反应、肝肾损害等副作用,久服必重伤脾气,使脾气更加虚弱而致痰湿内生,并与瘀血互结,阻滞气机,使脏腑功能紊乱难以恢复,故久治不效。从临床上看,本组患者大都表现有倦怠乏力、脘腹胀闷、气短纳呆、舌暗苔腻等脾气虚弱、痰瘀互结之征。因此,我们在益气养阴的同时,重用健脾益气、祛痰行瘀之品,针对病机,标本兼治,临床疗效显著,提示本治法对失

效的 NIDDM 患者具有较好的治疗作用。

治疗后两组的空腹 GS 和 HbA_{1c} 明显降低,而空腹 IRI 和 CP 浓度无明显变化,且 IRI/GS、CP/GS 较治疗前显著增加,说明中药能增强胰岛素的敏感性,改善胰岛素抵抗,其机理尚待进一步研究。

治疗前两组患者糖负荷后,IRI 和 CP 分泌延迟、水平低下,说明本组患者胰岛 β 细胞对糖负荷刺激的反应能力和贮备功能均降低。治疗后两组患者在服糖后 60 分钟和 120 分钟时,IRI 和 CP 分泌量较治疗前明显增加,特别是服糖后 60 分钟时增加显著。提示本治法能促进糖负荷下胰岛 β 细胞分泌胰岛素,并能提高其对 GS 的反应性和应激性,增加 β 细胞贮备功能。