

表 3 治疗期间两组患者 SDRS评分的变化 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	基线总分	第 1周末	第 2周末	第 3周末	第 4周末	减分差
治疗组	131	26.5±9.8	24.8±10.7	18.2±10.9* *	14.5±8.4* *△	9.2±6.3* *△△	-17.3±10.4△△
对照组	122	26.1±10.7	23.2±11.6*	19.8±10.4* *	20.1±9.5* *	23.0±8.5*	-3.1±7.8

注:与本组基线总分比较,* $P<0.05$,* * $P<0.01$;与对照组同时间比较,△ $P<0.05$,△△ $P<0.01$

其治疗前后的减分差也显著大于对照组 ($P<0.01$)。

3.4 两组不良反应比较

常见的不良反为嗜睡、口干、视物模糊、头晕、便秘和食欲减退。治疗组的嗜睡、头晕、口干、视物模糊与便秘明显少于对照组 ($P<0.05$)。对照组有 11 例出现肝功异常 (ALT 升高), 3 例尿常规异常 (镜下红细胞和白细胞), 但均于停药后转为正常。治疗组肝、肾功能均未见明显异常。两组患者治疗期间心电图无异常改变。

4 讨论

本研究采用中医辨证论治, 观察中医药治疗抑郁症的临床疗效。结果发现, 采用中医辨证论治能显著降低患者的 HAMD₁₇ 评分, 改善患者的抑郁症状, 总有效率为 79.4%, 优于对照组 (68.0%)。本研究还发现, 中医药在有效地改善患者抑郁症状的同时, 还能显著降低患者的 HAMA 评分, 减轻患者的焦虑症状。而且此作用优于黛立新 ($P<0.01$)。本研究还观察中医药治疗抑郁症患者

睡眠障碍的临床疗效, 结果发现, 中医药能显著改善抑郁症患者的失眠症状, 分析疗效指标睡眠障碍量表条目减分值时发现中医药对入睡困难的疗效明显, 对早段失眠症状的减分亦比较明显, 并能改善睡眠质量, 延长睡眠时间, 达至患者的生理睡眠要求。中医药改善患者睡眠的作用显著地优于黛立新 ($P<0.01$)。本研究药物不良反应分析显示, 治疗组的嗜睡、头晕、口干、视物模糊与便秘明显少于对照组 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。本研究亦未发现两组药物引起实验室指标的明显异常。根据临床表现和特征, 结合中医理论分析, 抑郁症相当于中医学的“郁症”、“失眠”、“善忘”、“癰证”、“百合病”、“梅核气”等范畴。在中医分型方面, 本研究分为气血亏虚型、阴虚内热型、气滞血瘀型、痰火上扰型 4 种类型, 而以气血亏虚型为多见, 以此进行中医辨证论治可取得较好的临床效果。

* 中日友好医院中医老年病科 (100029)

2型糖尿病下肢血管病变中医证候积分与并发症关系分析

王文锐* 孙 平* 王彩萍* 何慧虹*

气阴两虚兼血瘀证是 2 型糖尿病下肢血管病变患者中医临床常见证型。为深入了解该类证型的证候学特点, 凸显中医临床辨证辨病中的整体观念, 我们就 2 型糖尿病下肢血管病变气阴两虚兼血瘀证患者中医证候积分与其并发症发生情况进行了观察, 兹将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

糖尿病诊断标准: 按照 1999 年世界卫生组织 (WHO) 糖尿病专家委员会协商性报告制订的标准。糖尿病下肢血管病变诊断标准: ①有糖尿病病史, 并符合糖尿病诊断标准; ②在糖尿病的发展及治疗过程中出现有足背动脉搏动减弱和 (或) 下肢慢性缺血、营养障碍、血管神经损伤的临床表现, 如肢体酸软无力, 肢体麻木、疼痛、间歇性跛行、灼热、怕冷等; ③多谱勒超声检查显示: 有下肢动脉 (股动脉、腘动脉、胫动脉及足背动脉) 内径宽度减少, 内中膜增厚, 血流速度下降, 每搏血流量减少, 动脉硬化伴斑块形成, 管腔狭窄或闭塞性等改变。

消渴病诊断标准: 参照中华人民共和国中医药行业标准中消渴辨证标准; 气阴两虚兼血瘀证辨证标准: 参考中华中医药学会糖尿病专业委员会制定的辨病辨证标准

和第 5 版《中医内科学》的有关内容拟定。

1.2 纳入标准

①符合中医消渴病诊断标准; ②中医辨证符合气阴两虚兼血瘀证判定标准; ③符合糖尿病诊断标准, 且糖尿病分型属于 2 型者; ④符合糖尿病下肢血管病变诊断标准。

1.3 中医症状量化评分及证候分级标准

参考文献并结合临床制定气阴两虚兼血瘀证评分标准如下: 首先根据对该类患者临床症状的辨证归属分为气虚、阴虚、血瘀 3 组, 再结合每组证候群中单一症状的辨证特异性分属为主要症状和次要症状两类, 两类症状间的评分等级有所不同, 所有收集症状依据患者近期主观感觉的轻重, 量化为不同等级的评分。舌象、脉象符合者分别计 3 分, 不符合者计 0 分。最后统计评分结果。证候分级标准: 轻度: 总分 ≤ 36 分, 中度: 总分 37~60 分, 重度: 总分 ≥ 61 分。

1.4 研究对象

74 例符合纳入条件的 2 型糖尿病下肢血管病变且中医辨证属气阴两虚兼血瘀证的患者皆为我院 2008 年 8 月~2009 年 10 月住院患者。74 例中男性 44 例, 女性 30

例。年龄 44~89岁,平均 (66.5 ± 9.8) 岁;诊断糖尿病时间 2个月~21年,平均 (8.4 ± 6.6) 年。其中合并有高血压病 28例,冠心病 14例,糖尿病肾病 16例,脑梗死 20例,糖尿病周围神经病变 14例,糖尿病视网膜病变 19例,糖尿病胃肠神经病变 12例,糖尿病神经源性膀胱 6例,糖尿病并皮肤瘙痒症 5例,糖尿病足 7例。根据《中医症状分级量化评分标准》凡证候分级属轻度级的列为轻度组(A),属中度级的列为中度组(B),属重度级的列为重度组(C)。

1.5 研究方法

将符合纳入病例标准的 74例 2型糖尿病下肢血管病变患者根据中医证候积分分级标准分为轻、中、重 3组,观察各组患者中医证候积分、性别、年龄、诊断糖尿病时间、并发症例数及罹患率情况。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 11.0软件进行统计学分析。所有相关中医证候积分、实验参数结果均以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,多组计量资料采用方差分析,计数资料以 χ^2 检验法进行显著性检验。

2 结果

2.1 不同证候积分组一般情况比较

A组患者男性 13例,女性 9例,共 22例,B组患者男性 17例,女性 10例,共 27例,C组患者男性 14例,女性 11例,共 25例,A、B、C 3组间病例数及性别差异比较具有可比性;A、B、C组证候积分分别为 (25.3 ± 9.2) 分、 (51.7 ± 8.5) 分、 (65.5 ± 9.9) 分,3组间证候积分比较差异均有统计学意义($P<0.05$);A、B、C组年龄分别为 (63.5 ± 8.9) 岁、 (66.1 ± 9.5) 岁、 (69.6 ± 9.7) 岁,3组中A、C组间年龄间比较差异有统计学意义($P<0.05$),而A、B组间及B、C组间年龄差异无统计学意义($P>0.05$);A、B、C 3组中A、C组间及B、C组间诊断糖尿病时间方面比较差异有统计学意义($P<0.05$),而A、B组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.2 不同证候积分组并发症发生情况比较

A组 22例患者中 10种糖尿病大、微血管及神经并发症累计发生例数 37例,罹患率 168.2%;B组 27例患者各种并发症累计发生例数 44例,罹患率为 163.0%;C组患者 25例,各种并发症累计发生例数 44例,罹患率为 240.0%。74例观察对象中并发高血压病者 28例,罹患率 37.8%,罹患率居各并发症首位;并发脑梗死者 20例,

罹患率为 27.0%;并发糖尿病视网膜病变 19例,罹患率为 25.7%;并发糖尿病肾病 16例,罹患率为 21.6%;并发冠心病和糖尿病周围神经病变者各 14例,罹患率均为 18.9%。本观察发现糖尿病下肢血管病变气阴两虚兼血瘀证患者多伴有不同程度的慢性并发症,尤以大、微血管病变多见;证候积分重组各种并发症累计发生例数及罹患率明显高于证候积分轻组及中度组。

3 讨论

下肢血管病变是 2型糖尿病大血管并发症之一,糖尿病下肢血管病变患者往往并发有其他部位的大、微血管及神经并发症,在美国 77%的住院糖尿病患者合并有不同程度的心血管病变,25%合并有脑血管或周围血管病。在我国粥样硬化占糖尿病患者死亡原因的 80%,而 75%死于冠状动脉粥样硬化,25%死于脑血管及外周血管病。本研究观察的 74例病例中合并有高血压病 28例,罹患率 37.8%,罹患率居各并发症首位;冠心病 14例,罹患率均为 18.9%;糖尿病肾病 16例,罹患率为 21.6%;脑梗死 20例,罹患率为 27.0%;糖尿病周围神经病变 14例,罹患率为 18.9%。糖尿病视网膜病变 19例,罹患率为 25.7%;糖尿病胃肠神经病变 12例,罹患率为 16.2%;其他并发症如糖尿病神经源性膀胱 6例,糖尿病并皮肤瘙痒症 5例,糖尿病足 7例。我们以中医证候积分为标准进一步行亚组分析发现:中医证候积分轻者其年龄分布偏低,而证候积分重者其年龄分布偏大。中医证候积分轻者较积分重者其诊断糖尿病时间方面要短,糖尿病失治、诊断糖尿病时间越长者其中医证候积分越高、自觉症状越重。中医证候积分轻度组所列 10种糖尿病大、微血管及神经并发症累计发生例数 37例,罹患率 168.2%;中医证候积分中度组患者各种并发症累计发生例数 44例,罹患率为 163.0%;中医证候积分重度组患者其并发症累计发生例数 60例,罹患率达 240.0%。观察结果提示,糖尿病下肢血管病变患者多伴有不同程度的慢性并发症,尤以大、微血管病变多见。糖尿病患者自觉症状的轻重与其并发症发生有关,临床对自觉症状明显、年龄偏大糖尿病史时间较长,尤其已诊断有下肢血管病变患者应更多重视筛查其他部位的慢性并发症,以便全面评估患者病情及预后。

基金项目:浙江省平湖市科技局项目[2008(13)60]

* 浙江省平湖市中医院(314200)

中西医结合治疗对糖尿病肾病尿白蛋白排泄率的影响

赵学兰* 李香玲* 王炎强* 张琳琳* 李 凯*

糖尿病肾病(DN)是糖尿病最常见的微血管慢性并发症之一,是导致终末期肾脏病的主要原因,具有较高的发病率和死亡率。如何对糖尿病肾病患者进行治疗、干预、改善其生活质量具有重要临床意义。为此我们应用