

68 例患者中出现不良反应 6 例,其中治疗组轻度头晕 1 例;对照组转氨酶轻度升高 1 例,头晕、恶心 2 例,皮疹 1 例,胃痛 2 例。治疗组未见肝、肾及血液系统的严重副作用,对症处理后所有不良反应病例均未中断治疗。所有患者均随诊 1.5 年以上。

4 讨论

定痫冲剂以僵蚕、地龙为基础组方而成,僵蚕、地龙治疗癫痫为传统经验用药,并为君药。僵蚕辛咸,气味俱薄,升多降少,熄风解痉,散风止痛,化痰散结,有镇惊、抗惊厥作用;地龙咸寒,以下行为主,清热熄风,通络散结,止痉,具有镇惊、抗惊厥和解热作用。二药伍用,一升一降,升降协和,化痰散结,熄风解痉,去瘀生新,通络止痛之力增强,可主治癫痫等。龙齿性味涩凉,镇惊安神,适用于惊痫、心悸等

症。当归为血分要药,能促进骨髓造血功能,对非特异性和特异性免疫功能都有增强作用,对肝脏具有保护作用,还具有镇静、镇痛、抗缺氧等作用,与白芍相合以养血活血,共防久病入络入血。炙甘草具有镇静、保肝、抗心律失常、解热、降血脂及抗动脉粥样硬化等作用,同时所含甘草次酸、甘草黄酮有明显的镇咳、祛痰作用。茯神健脾和中,宁心安神,与当归白芍合方可舒理中焦气血水湿,配以和中之甘草,能和中而助当归之补养。

参考文献

[1] 贾建平. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008: 312.

(收稿日期:2010-09-26;修回日期:2010-11-05)

[编辑:黄健]

清热祛湿方对 2 型糖尿病胰岛素抵抗患者 肿瘤坏死因子 α 的影响

曹莹^{1*} 赵建鑫² 刘金玲¹

(1. 潍坊市中医院内分泌科, 山东省潍坊市奎文区潍州路 1055 号, 261041; 2. 山东省青州市人民医院)

* 通讯作者: caoy329@163.com, (0536) 8060131

[关键词] 清热祛湿方; 2 型糖尿病; 胰岛素抵抗

近年来, 中医病机湿热内阻已逐渐成为 2 型糖尿病发生发展的重要环节。深入研究湿热证对肿瘤坏死因子 α (TNF- α) 水平及胰岛素抵抗 (IR) 的影响, 对于临床改善 IR 和防治由此引起的各种血管并发症具有十分重要的意义。我们根据中医基础理论及临床经验创制了清热祛湿方, 并在临床应用中取得良好疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择

2 型糖尿病湿热内阻型患者 60 例, 均来自潍坊市中医院内分泌科病房及门诊。全部病例均符合 1999 年 WHO 糖尿病专家咨询委员会正式公布的《糖尿病诊断标准》及 2004 年中华医学会糖尿病分会 (CDS) 建议的《代谢综合征的诊断标准》中 IR 诊断标准; 并参照《中药新药临床研究指导原则》^[1] 的湿热证候诊断标准。

1.2 一般资料

将 60 例患者采用随机数字表法随机分为治疗组和对照组。治疗组 30 例, 男 18 例, 女 12 例; 平均年

龄 (63.45 $\pm$ 8.67) 岁; 糖尿病平均病程 (10.22 $\pm$ 5.67) 年; 合并高血压病 8 例, 冠心病 6 例, 脑血管病 2 例, 糖尿病周围神经病变 7 例, 其他疾病 3 例。对照组 30 例, 男 16 例, 女 14 例; 平均年龄 (62.98 $\pm$ 9.55) 岁; 糖尿病平均病程 (9.97 $\pm$ 6.15) 年; 合并高血压病 5 例, 冠心病 5 例, 脑血管病 1 例, 糖尿病周围神经病变 5 例, 其他疾病 1 例。2 组患者年龄、性别、职业、伴发病情况、病情严重程度差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

治疗组 30 例均服用清热祛湿方汤剂。组方: 黄连 12g, (炒) 苍术 15g, 厚朴 10g, (炒) 枳壳 15g, 茵陈 30g, 佩兰 12g, 当归 15g, 薏苡仁 20g, 玄参 12g, 丹参 15g。每日 1 剂, 用清水 800ml 煎至 300ml, 150ml/袋, 由潍坊市中医院制剂室加工, 每次 1 袋, 早晚温服; 联合二甲双胍 (格华止, 中美上海施贵宝制药有限公司生产, 500mg/片, 生产批号: 0601060), 每次 500mg, 每日 3 次, 餐后即服, 并据血糖调整剂量。对照组 30 例, 均口服二甲双胍, 剂型及服用方法同治疗组。2 组均以 2 个月为 1 个疗程, 1 个疗程结束后统计疗效。2 组自观察之日起基础治疗相同, 即生活方

式的改变、饮食、运动控制。

3 疗效观察

3.1 观察方法

临床症状、体征的变化(采用中医症状计分法)。治疗前后分别检测身高、体重,计算BMI,空腹血糖(FBG)、餐后2h血糖(2hPBG)(静脉血浆葡萄糖氧化酶法),糖化血红蛋白(HbA_{1c})采用德国拜尔公司2000型检测仪测定、空腹胰岛素(FINS)(放射免疫法),血脂测定(HUMAN法)包括:甘油三酯(TG)、血清总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C),胰岛素敏感指数(IAI)采用1993年我国李光伟教授提出的胰岛素作用指数,即 $IAI = \ln(FBG \times FINS)^{-1}$ 。HOMA-IR采用Haffner等在Homa模型中计算IR的公式,即 $HOMA-IR = FBG \times FINS / 22.5$ 。TNF-α采用上海晶美生物技术公司的ELISA试剂盒,严格按照说明书操作。

3.2 疗效标准

参考卫生部《中药新药临床研究指导原则》中的《中药新药治疗消渴病(糖尿病)临床研究指导原则》及1999年WHO糖尿病专家咨询报告拟定的标准,根据临床症状、体征及观察指标的变化,制定综合疗效标准如下:①显效:治疗后中医症状、体征基本消失,或总积分减少≥70%,TNF-α血糖较治疗前下降>40%,IAI提高>30%。②有效:治疗后中医症状、体征明显改善,或总积分减少≥30%但<70%,TNF-α血糖较治疗前下降20%~40%,IAI提高10%~30%。③无效:治疗后中医症状、体征无明显改善,或总积分减少<30%,TNF-α血糖较治疗前

下降<20%,IAI提高未达到有效标准。

3.3 两组临床疗效比较

治疗组30例,显效18例,有效8例,无效4例,总有效率为86.7%;对照组30例,显效10例,有效7例,无效13例,总有效率为56.7%。两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$),治疗组疗效明显优于对照组。

3.4 两组治疗前后TNF-α水平比较

治疗组30例,治疗前后TNF-α水平分别为(0.79 ± 0.04)ng/L、(0.38 ± 0.06)ng/L;对照组30例,分别为(0.77 ± 0.05)ng/L、(0.46 ± 0.09)ng/L。两组治疗后TNF-α较治疗前均有明显改善($P < 0.05$),且治疗组改善为优($P < 0.01$)。

3.5 胰岛素抵抗指标比较

表1示,两组治疗后FINS、IRI均明显降低,IAI明显升高,与治疗前比较,差异有非常显著性($P < 0.05$)。两组间比较,以上3项指标改善程度治疗组均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3.6 两组治疗前后血脂水平比较

表2示,治疗后两组患者的血脂水平均有改善,但治疗组TC、TG、LCL-C水平明显下降,与治疗前比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4 讨论

近年来,随着生活水平的提高,湿热中阻成为糖尿病发病的重要一环^[1]。清热利湿方中黄连苦寒,清热燥湿兼泻火解毒,苍术味苦性温而燥,最擅燥湿,兼以健脾,能使湿去而脾运有权,脾健则湿邪得化;厚朴辛苦性温,行气而兼祛湿,消胀除满;与苍术相伍,燥湿以健脾,行气以化湿;三药相伍,使气行则湿

表1 两组治疗前后FBG、FINS、IAI、HOMA-I比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	FBG (mmol/L)	FINS (mU/L)	IAI	HOMA-IR
治疗组	治疗前	30	10.6±1.36	34.30±2.68	-5.90±0.15	16.19±2.44
	治疗后	30	6.21±0.76*△	23.54±2.92*△	-4.94±0.18*△	6.50±1.57*△
对照组	治疗前	30	10.80±1.48	33.82±2.73	-5.89±0.16	16.17±2.50
	治疗后	30	8.28±1.21*	29.81±2.49*	-5.51±0.42*	11.08±2.15*

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,△ $P < 0.05$

表2 两组治疗前后血脂水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	TG (mmol/L)	TC (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)	HDL-C (mmol/L)
治疗组	治疗前	30	3.91±0.73	4.62±1.12	4.14±1.10	0.87±0.21
	治疗后	30	1.52±0.65*	3.08±0.84*	2.96±1.25*	1.13±0.29*
对照组	治疗前	30	3.88±0.80	4.59±0.99	4.09±1.06	0.86±0.06
	治疗后	30	3.42±0.90	3.82±0.89	3.53±0.97	0.99±0.28

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$

· 临证心得 ·

朱婉华治疗痛风性关节炎经验

顾冬梅* 蒋 恬 指导:朱婉华

(南通良春风湿病医院,江苏省南通市经济技术开发区上海东路 68 号,226009)

基金项目:国家中医药管理局“十一五”重点专科建设项目(10J4X2L124K127);

2009 年度江苏省科技支撑计划项目(BE2009614)

* 通讯作者:jszlcweb@yahoo.com.cn, 18962991893

[关键词] 痛风性关节炎;中医药疗法;名医经验;朱婉华

痛风是一种内源性嘌呤代谢性疾病,高尿酸血症是痛风最重要的生化基础,以急性关节炎反复发作、关节畸形、泌尿系结石、痛风性肾病等为主要临床特征,是常见多发的风湿性疾病。该病属中医痹证的范畴,朱良春教授依据该病的特征性而称之为“浊瘀痹”,创立泄浊化瘀大法,疗效确切^[1]。朱婉华教授在继承朱良春教授学术思想的基础上,将痛风的病机治则遣方择药进一步完善发展,恪守泄浊化瘀法的同时,重视调整脾肾功能,在防治痛风性关节炎的临床研究中,积累了丰富的经验,现介绍如下。

1 泄浊化瘀,推陈致新

《医学入门·痛风》云:“形怯瘦者,多内虚有火;形虚肥者,多外因风湿生痰,以其循历遍身,曰历节风,其如虎咬,曰白虎风,痛风必夜甚者,血行于阴也。”历代医家对痛风的论述,多囿于外邪或兼夹郁

火致病之说。朱良春教授对痛风的证候病因曾有“症似风而本非风”、“乃浊毒瘀滞使然”的高度概括。朱老师亦认为,痛风多由内生湿(痰)浊,留阻血脉,难以泄化,血涩结滞,化为浊瘀,郁闭化热,蓄积成毒。浊毒滞留血中,适逢外邪相合,或嗜酒,恣食肥甘均可诱发。临证中出现骨节剧痛,或溃流脂浊,或关节蹉跎,或石淋尿血,甚则关格尿闭等险恶之征。凡此种种,皆由浊毒瘀滞为患,导致本病的发生。朱老师认为,泄浊化瘀,荡涤污垢,推陈致新,不但可以解除痹痛,而且能够改善人体内环境,促进血液循环,排泄和降低尿酸。

2 调益脾肾,正本清源

《杂病会心录》曰:“脾元健运,则散精于肺,而肌腠坚固,外湿无由而入;肾气充实,则阴阳调和而升降有度,内湿何由而生”。在痛风发病的过程中,湿浊痰瘀是始终贯穿的病理产物。朱老师认为:浊毒瘀结内生,与脾肾二脏清浊代谢的紊乱有关。先天禀赋不

化,湿去热自消,清热祛湿,两擅其长。佩兰清暑化湿,醒脾和胃,肃清肠胃,配苍术、厚朴以增强芳香化湿之功效;枳壳下气宽肠,行胸腹滞气。茵陈清热祛湿加强川黄连清热祛湿作用,薏苡仁甘淡性寒,利水渗湿健脾,又因其性偏凉,能清利湿热。当归性味平和,有补血活血,润肠之功,使血行气畅,玄参清热生津,防止黄连苦寒燥伤津,玄参与苍术相配具有健脾敛精以助运化之功能,又能滋阴清热以降血中伏火,使水升火降,中焦健运,气复津回,血糖自降。诸药合用共奏清热祛湿,健脾行气之功。

现代研究表明,TNF- α 与IR密切相关,是2型糖尿病IR发生的中心环节^[2-3]。临床观察表明,TNF- α 与IAI呈负相关,与HOMA-IR呈正相关,提

示TNF- α 水平能反映IR的程度,经多元逐步回归分析,TNF- α 与IR独立相关。清热祛湿方可明显改善2型糖尿病IR患者的临床症状、体征、明显降低患者血TNF- α 水平,同时可降低血糖、改善血脂,从而增加胰岛素敏感性,改善IR。

参考文献

- [1]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:233-234.
- [2]丁学屏,陆灏,虞芳华,等.非胰岛素依赖型糖尿病中医辨证分型与胰高糖素、胰岛素敏感性相关研究[J].上海中医药杂志,1999,33(9):18-20.
- [3]裴新军,张静喆.脂肪细胞因子与IR关系的研究进展[J].医学综述,2007,13(16):1201-1203.

(收稿日期:2010-08-06;修回日期:2010-11-25)

[编辑:黄健]