

# 从痰论治肥胖型糖耐量异常患者 46 例

张 众

(商丘市中医院, 河南省商丘市团结东路 38 号, 476000)

通讯方式: zzh69@sina.com, 13837053456

**[关键词]** 痰湿内盛; 从痰论治; 肥胖型; 糖耐量异常

我们针对肥胖型糖耐量异常(IGT)患者痰湿内盛的病机特点, 使用中药, 从痰论治 46 例, 现报告如下。

## 1 临床资料

94 例均为本院内分泌门诊或体检时发现的患者, 符合 1999 年 WHO 的 IGT 诊断标准<sup>[1]</sup>和 2003 年公布的《中国成人超重和肥胖症预防控制指南(试用)》诊断标准<sup>[2]</sup>, 即空腹血糖(FPG) 6.1~7.0 mmol/L、口服 75g 葡萄糖耐量试验(OGTT)检查餐后 2h 血糖(2hPG)为 7.8~11.1 mmol/L, 体重指数(BMI)  $\geq 28$ ; 排除合并甲状腺功能亢进症、急性慢性胰腺炎, 以及严重的肝、肾、心、肺功能不全, 无服用影响糖代谢的药物, 近期无感染、创伤、手术等应激情况。94 例随机分为治疗组 46 例和对照组 48 例。治疗组男 22 例, 女 24 例; 平均年龄(42.5 $\pm$ 8.5)岁。对照组男 23 例, 女 25 例; 平均年龄(42.1 $\pm$ 8.2)岁。两组年龄、性别、BMI、FPG、2hPG、空腹胰岛素(FINS)等资料具有可比性( $P>0.05$ )。

## 2 治疗方法

对照组给予饮食控制及运动治疗。治疗组在饮食控制及运动治疗基础, 配合中药治疗。若症见: 形盛体胖、身体重着、肢体困倦、胸膈痞满、头眩心悸、大便不爽、中脘不快、舌苔腻、脉滑, 证属痰浊内盛, 治宜燥湿化痰、理气消痞, 方用导痰汤加减。半夏 12g, 橘红 12g, 茯苓 20g, 生姜 10g, 枳实 12g, (制)胆南星 12g。若症见: 口燥、咽干、便秘、睡浅梦多、易燥不宁、头昏目重、面目红赤、舌红苔黄腻、脉滑数, 证属

痰热互结, 治宜化痰祛湿, 清热除烦, 方用黄连温胆汤去大枣加减。竹茹 15g, 陈皮 15g, 枳实 15g, 黄芩 12g, 黄连 9g, 茯苓 15g, 连翘 12g, 栀子 12g, 生姜 10g, (制)半夏 12g, 甘草 6g。若症见: 身胖虚浮、面色㿔白, 畏寒肢冷, 腹胀便溏, 胸闷不舒, 舌淡胖、苔白滑, 脉细, 证属脾肾两虚, 痰湿内泛。治宜健脾益肾, 温化痰湿, 方用半夏汤加减。桂枝 10g, (制)附子 9g, 人参 10g, (制)半夏 9g, 茯苓 15g, 白术 15g, 生姜 10g, 甘草 5g。两组疗程均为 4 个月。

## 3 疗效观察

### 3.1 指标测定结果

治疗组 BMI、FPG、2hPG、FINS、胰岛素敏感指数(ISI)较治疗前均明显降低( $P<0.01$ ), 而对照组除 FPG、BMI、FINS( $P<0.05$ 或 $P<0.01$ )较治疗前有改善外, 其余指标均无显著改善, 见表 1。

### 3.2 转归

治疗组 IGT 转为正常者 17 例(36.9%), 仍为 IGT 者 28 例(60.9%), 转为 DM 者 1 例(2.2%); 对照组 IGT 转为正常者 13 例(27.1%), 仍为 IGT 者 30 例(62.5%), 转为 DM 者 3 例(6.3%)。经 J 检验, 治疗组与对照组经 4 个月治疗后正常者、IGT 者和转为 DM 者的分布差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

## 4 讨论

导痰汤中半夏燥湿化痰, 橘红理气化痰, 茯苓健脾化痰, 生姜降气化痰, 枳实行气化痰, 胆南星祛风化痰, 诸药共奏化痰消痞之功。黄连温胆汤中半夏、竹茹燥湿化痰、降逆止呕, 且能互制偏性; 陈皮、枳实合用理气化痰之力倍增; 黄芩、黄连清肺胃之热, 燥湿化痰; 茯苓健脾, 以杜生痰之源; 连翘、栀子善清伏

表 1 两组治疗前后各项指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间  | 例数 | FPG (mmol/L)     | 2hPG (mmol/L)     | BMI (kg/m <sup>2</sup> ) | FINS (mU/L)       | ISI                |
|-----|-----|----|------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|--------------------|
| 治疗组 | 治疗前 | 46 | 6.55 $\pm$ 0.34  | 9.45 $\pm$ 1.65   | 29.1 $\pm$ 0.83          | 18.36 $\pm$ 8.41  | -4.68 $\pm$ 0.89   |
|     | 治疗后 | 46 | 5.35 $\pm$ 0.84* | 7.45 $\pm$ 1.45** | 24.1 $\pm$ 1.23*         | 15.36 $\pm$ 5.34* | -3.59 $\pm$ 0.76** |
| 对照组 | 治疗前 | 48 | 6.55 $\pm$ 0.31  | 9.46 $\pm$ 1.64   | 29.2 $\pm$ 0.81          | 18.35 $\pm$ 8.11  | -4.70 $\pm$ 0.91   |
|     | 治疗后 | 48 | 5.83 $\pm$ 0.54  | 9.25 $\pm$ 1.58   | 27.1 $\pm$ 1.63          | 16.34 $\pm$ 7.29  | -4.18 $\pm$ 0.87   |

注: 与治疗前相比, \* $P<0.01$ , \*\* $P<0.05$

热,散郁除烦;生姜调和脾胃且制半夏毒性;甘草调和诸药。而对于脾肾两虚、痰湿内泛之证,补之则痰益固,攻之则正不支,惟寓攻于补,庶正复而痰不滋;或寓补于攻,斯痰去而正无损。治宜健脾益肾、温化痰湿,方用半夏汤,方中桂附“益火之源,以消阴翳”;人参培补正气,以健运痰湿;半夏燥湿化痰;茯苓、白术健脾利湿,以绝生痰之源;生姜助桂附以温阳散寒,佐茯苓、白术以温散水气,甘草调和诸药。

## 参考文献

- [1]李雪莉,姜亚云,张景玲,等. WHO 与美国糖尿病学会糖尿病诊断标准异同的探讨[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2000, 2(16): 87-90.
- [2]陆再英,钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2007: 809.

(收稿日期:2010-12-30;修回日期:2011-02-17)

[编辑:黄健]

# 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效观察

吴允华\* 谢洪波 申屠敏 吴如飞 徐欣欣

(东阳市中医院呼吸内科,浙江省东阳市艺海路 25 号,322100)

\* 通讯作者:dywyh1964@126.com, 13516912051

**[关键词]** 慢性阻塞性肺疾病急性加重期;中西医结合治疗;慢阻肺方

我们近年来采用中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD) 33 例,在患者第一秒用力呼气容积(FEV<sub>1</sub>)占预计值百分率,肺功能改善,活动能力增加,呼吸困难改善方面与单纯的西药常规治疗进行对照观察,现报告如下。

## 1 临床治疗

### 1.1 一般资料

3 组 100 例均为我科 2008 年 10 月~2010 年 5 月的住院患者,随机分为治疗加中药组 33 例、治疗组 33 例和对照组 34 例。治疗组加中药组 33 例中,男 25 例,女 8 例;年龄 51~83 岁,平均 67.2 岁;病程 5~36 年,平均 13.7 年。治疗组 33 例中,男 25 例,女 8 例;年龄 50~84 岁,平均 66.7 岁;病程 5~35 年,平均 13.6 年。对照组 34 例,男 25 例,女 9 例;年龄 49~87 岁,平均年龄 65.5 岁;病程 6~38 年,平均 14.2 年。3 组一般资料经统计学处理差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

①西医诊断标准:按照中华医学会呼吸病分会慢性阻塞性肺疾病学组制定的《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》(2007 年修订本)<sup>[1]</sup>拟定。COPD 分级参照 2001 年 4 月《慢性阻塞性肺疾病全球倡议》(GOLD)标准拟定。②中医诊断标准:参照《浙江省中医单病种诊疗规范》拟定,主要表现为:反复咳嗽、咳痰、喘息,每年发病持续 3 个月以上并连续 2 年或 2

年以上。急性加重期伴有发热、咳痰明显增多,肺部听诊可闻及大小不等干湿啰音,血常规检查:白细胞增多,超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)增高,影像学检查肺纹理增粗或见斑片状影。

### 1.3 纳入标准

符合 AECOPD 肺功能 III~IV 级西医和中医痰湿壅肺,痰热伤阴,气虚血瘀型诊断标准者。

### 1.4 排除标准

①合并/并发有严重肝肾功能不全、中风、心肌梗死、肿瘤等疾病者;②严重呼吸衰竭需呼吸机进行机械通气者;③其他肺部疾病者。

## 2 治疗方法

### 2.1 对照组

采用西医常规治疗:①持续低流量吸氧;②积极抗感染治疗,先经验性选用抗生素,然后根据治疗反应,结合痰培养结果决定是否调整抗菌药物;③解痉平喘,喘定 0.25g 静脉推注,每日 2 次;④化痰药物:氨溴索口服液 15ml(天津药物研究所药物有限公司)口服每日 3 次;⑤病情严重者配合甲基强的松龙 40~80mg 或地塞米松针 5~10mg 静脉推注,每日 1~2 次,10 天为 1 个疗程。

### 2.2 治疗组

在对照组基础上配合吸入用硫酸沙丁胺醇溶液 5mg/ml(葛兰素史克公司),吸入用异丙托溴胺液 500μg/2ml(英国勃林殷格翰公司),加入生理盐水 2ml 中,布地奈德悬混液 1mg/2ml(阿斯利康公司)加入生理盐水 2ml 中氧气雾化吸入,每日 2 次。