

中西医结合治疗糖尿病合并高血脂的效果分析

龚静

隆化县医院

DOI:10.32629/carnc.v3i11.20805

[摘要] 目的：分析中西医结合方案对糖尿病合并高血脂患者临床疗效。方法：选取我院2024年2月至2025年8月期间的126例患者，随机分为对照组（西药治疗）与观察组（中西医结合治疗）。结果：观察组的FPG、2hPG、HbA1c、TG、LDL-C、hs-CRP及ET-1水平低于对照组，HDL-C水平更高（ $P<0.05$ ）。两组总胆固醇降幅无统计学意义（ $P>0.05$ ）。结论：中西医结合治疗能更有效控制糖尿病合并高血脂患者的血糖血脂水平。

[关键词] 糖尿病；高血脂；中西医结合

中图分类号：R587.1 文献标识码：A

Analysis of the Effect of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine in the Treatment of Diabetes Mellitus Complicated with Hyperlipidemia

Jing Gong

Longhua County Hospital

Abstract: Objective: To analyze the clinical effect of integrated traditional Chinese and western medicine on patients with diabetes mellitus complicated with hyperlipidemia. Methods: A total of 126 patients in our hospital from February 2024 to August 2025 were randomly divided into a control group (western medicine treatment) and an observation group (integrated traditional Chinese and western medicine treatment). Results: The levels of FPG, 2hPG, HbA1c, TG, LDL-C, hs-CRP and ET-1 in the observation group were lower than those in the control group, and the level of HDL-C was higher ($P<0.05$). There was no significant difference in the reduction of total cholesterol between the two groups ($P>0.05$). Conclusion: Integrated traditional Chinese and western medicine can more effectively control blood glucose and lipid levels in diabetic patients with hyperlipidemia.

Keywords: Diabetes; Hyperlipidemia; Integration of traditional Chinese and Western medicine

引言

糖尿病与高脂血症是常见的代谢性疾病，两者常互为因果，协同加剧心血管疾病风险^[1]。现代医学治疗此类疾病以生活方式干预为基础，联合降糖调脂药物干预。其疗效明确，但长期应用时部分患者有疗效差、不良反应或心血管剩余风险等情况^[2]。中医学无对应病名，但根据其多饮、多食、多尿、形体肥胖或伴有眩晕、胸闷等症状，可将其归入“消渴”“痰浊”“血瘀”等范畴。其理论认为，本病病机为脏腑功能失调，尤其是脾失健运、肾阴亏虚。导致气阴两伤，进而痰浊、瘀血内生，相互胶结。此整体观和动态辨证思维，为从多靶点治疗代谢紊乱提供了理论视角^[3]。近年，中西医结合治疗在慢病管理中逐渐受到关注。但如何将中医的辨证论治与现代医学结合，评价其对复合代谢紊乱的效果，仍需更多临床研究验证。本研究旨在以随机对照试验，评估中西医结合方案对糖尿病合并高血脂患者糖脂代谢及部分相关血清学标志物的影响，以期优化临床实践提供循证依据。

1 对象和方法

1.1 研究对象

选取我院2024年2月至2025年8月期间内分泌科就诊的2型糖尿病合并高脂血症患者作为126例研究对象。采用随机数字表法（由独立统计师使用SAS 9.4生成随机数字序列，区组长度设为4。将分配方案装入密封不透光信封，信封编号与患者筛查序号对应，研究者拆解对应编号信封，按内藏卡片标记观察组或对照组）分为观察组与对照组，两组患者的年龄、性别、病程等基线资料差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），有可比性。见表1。研究过程遵循《赫尔辛基宣言》及相关伦理要求。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准：

（1）符合《中国2型糖尿病防治指南》^[4]中2型糖尿病诊断标准；

（2）符合《中国成人血脂异常防治指南》中高脂血症诊断标准；

Clinical Application Research of Nursing Care

(3) 中医辨证分型参照《中药新药临床研究指导原则》中相关标准，辨证属阴虚热盛、气阴两虚或痰瘀互结型；

(4) 签署知情同意书。

排除标准：

- (1) 1型糖尿病、妊娠糖尿病或其他特殊类型糖尿病；
- (2) 合并严重心、肝、肾功能不全；
- (3) 近半年内有急性心脑血管事件、酮症酸中毒等急性并发症；
- (4) 严重沟通障碍或精神疾病。

1.3 干预方法

1.3.1 对照组方法

对照组接受西医基础资料，依据当前主流临床指南制定。具体操作如下

1.生活方式干预

所有患者入组时由内分泌专科医师与营养师共同做健康教育。内容主要有个性化饮食计划、规律运动处方（一般每周两小时以上中等强度有氧运动），以及自我血糖监测指导。强调依据理想体重来计算每日的热量摄入，均衡营养素比例，强调低血糖指数碳水化合物、优质蛋白及膳食纤维摄入。

2.药物治疗方案

降糖治疗：使用药物为盐酸二甲双胍片（吉林省汇鑫医药有限公司，国药准字H20203366，规格0.5g/片），起始剂量0.5g，每日3次，随餐服用。治疗期间，需要每4周复查血糖，若效果不佳，则按0.5g/次的梯度增加剂量。最大剂量不超过2.0g/日。以此模拟真实临床实践中的优化过程。

调脂治疗：使用药物为阿托伐他汀钙片（武汉同心茂源医药有限公司，国药准字H20203378，规格10mg*7片），20mg，每晚睡前口服一次。该剂量是兼顾强效降低LDL-C与安全性的常用起始及维持剂量，研究期间保持不变。

1.3.2 观察组方法

观察组在上述方法的基础上，联合应用中医辨证论治。具体实施操作如下：

1.辨证与处方

入组后一周内，由两位中医专家独立辨证，意见不一致时协商达成共识。根据辨证结果，将患者归入以下三个主要证型之一，并给予相应经典方剂加减治疗。

阴虚热盛证：治以清热润燥、养阴生津。方用玉女煎合增液汤加减。处方与剂量：生石膏（先煎），知母，麦冬，生地黄，玄参，川牛膝，黄连。加减：若烦渴甚，可加天花粉；若大便干结，可加大黄（后下）。

气阴两虚证：治以益气健脾、滋阴补肾。方用参芪地黄汤加减。处方与剂量：太子参，黄芪，生地黄，山茱萸，山药，茯苓，牡丹皮10g，泽泻。加减：若乏力明显，可增加黄芪至30g；若夜尿频多，可加益智仁、金樱子。

痰瘀互结证：治以化痰祛浊、活血通络。方用黄连温胆

汤合桃红四物汤加减。处方与剂量：黄连，法半夏，陈皮，茯苓，枳实，竹茹，桃仁，红花，当归，川芎，赤芍。加减：若胸闷胁痛明显，可加丹参、郁金；若头重昏蒙，可加石菖蒲、白术。

2.中药煎服与疗程

所有中药都由我院中药房统一采购并质量控制。并由我院统一煎煮，每剂浓缩至400ml，分装为两袋，由患者每日早晚各温服一袋。治疗周期与西医治疗同步，共计12周。

3.治疗过程中的中医调方

研究期间，原则上维持初始辨证方剂。但若患者出现明显的证候变化（如由阴虚热盛转为气阴两虚），或在第4、8周随访时，主症改善未达预期且无其他明显原因，则可由中医专家进行一次方药微调，调整记录需详细备案。此举旨在体现中医“动态辨证”的临床特色，增强治疗方案的个体化与适应性。

1.4 观察指标

代谢指标：分别于治疗12周末，检测空腹血糖（FPG）、餐后血糖（2hPG）、糖化血红蛋白（HbA1c）、总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）。

血清学生物标志物：于相同时间点，采集清晨空腹静脉血，采用酶联免疫吸附法（ELISA）检测血清超敏C反应蛋白（hs-CRP）水平，放射免疫分析法检测内皮素-1（ET-1）水平。

安全性指标：记录治疗期间发生的不良反应（如胃肠道不适、肌痛等），并于治疗前后检测肝功能（ALT、AST）、肾功能（BUN、Scr）。

1.5 统计学方法

使用SPSS 22.0软件分析，使用t和“ $\bar{x} \pm s$ ”表示计量资料，使用卡方和%表示计数资料， $P < 0.05$ 为有统计学意义。

2 结果

2.1 患者的基线资料比较

两组患者的年龄、性别、病程等基线资料差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），有可比性。见表1。

表1 两组患者的基线资料对比[n,(%)、($\bar{x} \pm s$)]

组别	对照组	观察组	t/x ²	P
例数	63	63	-	-
性别（男）	34 (53.97)	36 (57.14)	0.133	0.728
年龄（岁）	58.34±7.21	57.89±6.95	0.364	0.726
糖尿病病程（年）	6.82±2.45	7.11±2.63	0.657	0.523

2.2 患者治疗后糖脂代谢指标比较

干预后，观察组的FPG、2hPG、HbA1c、TG及LDL-C水平及不良反应率低于对照组，HDL-C水平更高，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。两组总胆固醇（TC）降幅无统计学

意义（ $P>0.05$ ）。见表2。

表2 两组患者治疗后糖脂代谢指标对比（ $\bar{x} \pm s$ ）

组别	对照组	观察组	t	P
例数	63	63	-	-
FPG (mmol/L)	7.23±1.02	6.58±0.89	3.811	0.001
2hPG (mmol/L)	10.45±1.98	9.12±1.76	3.985	0.001
HbA1c (%)	7.21±0.78	6.83±0.72	2.841	0.005
TC (mmol/L)	4.89±0.67	4.76±0.62	1.130	0.261
TG (mmol/L)	2.01±0.54	1.62±0.48	4.285	0.001
LDL-C (mmol/L)	2.78±0.51	2.45±0.47	3.777	0.001
HDL-C (mmol/L)	1.12±0.18	1.28±0.20	4.720	0.001

2.3 患者治疗后 hs-CRP、ET-1 水平及不良反应比较
治疗后,观察组的 hs-CRP 及 ET-1 水平明显低于对照组,差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。见表3。

表3 两组患者治疗后 hs-CRP、ET-1 水平及不良反应对比
[n,(%)、（ $\bar{x} \pm s$ ）]

组别	例数	hs-CRP (mg/L)	ET-1 (ng/L)	不良反应 发生率
对照组	63	3.12±0.98	55.67±10.23	8 (12.70)
观察组	63	2.45±0.87	48.92±9.76	3 (4.76)
t/x ²	-	4.058	3.789	2.490
P	-	0.001	0.001	0.115

3 讨论

糖尿病合并高血脂,是以胰岛素抵抗为要点的代谢综合征的表现形式。这两种疾病在生理上紧密交织,相互为恶化因素。胰岛素抵抗及高胰岛素血症,会导致血糖升高,并促进肝脏极低密度脂蛋白合成与分泌,从而引发血脂紊乱。这种特定的脂质谱有更强的致动脉粥样硬化性。脂质异常沉积又可诱发氧化应激并损害胰岛β细胞功能,加剧糖尿病^[5]。故两者结合放大了对血管内皮细胞的损伤,使患者罹患心脑血管疾病的风险增加。

目前对于糖尿病合并高血脂多以常规的治疗为主。以生活方式干预为基础,联合降糖与他汀类调脂药物。其可以有效控制多数患者的生理学指标,是治疗疾病的重要组成部分。但是仍有患者心血管残余风险较高、长期用药的不良反应以及对胰岛素抵抗等病理干预效果差等明显局限性^[6]。故探索能更全面地干预代谢网络、改善治疗依从性与远期结局的综合方案,有现实的临床必要性。

本研究的结果表明,在常规西医治疗上联合中医辨证施治,能显著地改善糖尿病合并高血脂患者的糖脂代谢水平。本研究观察组在降低甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇以及提

升高密度脂蛋白胆固醇方面显示出明显的优势。这一疗效源于中药复方多成分、多靶点的协同作用。已知方中部分药物如黄连、黄芪、丹参等,在现代药理研究中表现出改善胰岛素抵抗、调节脂质代谢等效果。其联合应用可从多个病理环节产生协同作用^[7]。深入分析可以发现,联合治疗在降低血清炎症标志物 hs-CRP 和血管收缩因子 ET-1 方面也更优秀。这提示其作用机制不仅限于直接调节代谢指标,还涉及对慢性低度炎症状态和血管内皮功能的改善。中医辨证中“痰瘀互结”的病机认识与现代医学的炎症、内皮功能障碍等理论看法一致,化痰活血类的中药可通过干预这些共同的病理来发挥更好的保护效果。但是本研究也存在着明显的局限性。本研究的样本量有限、观察周期较短,也未能阐明具体的药效物质基础与细节机制。这些因素为本研究的普遍性带来一定的不确定性。考虑到上述因素,本研究为中西医结合治疗此类代谢性疾病提供了一种着眼于“病理状态的调控”的思路。我们未来研究需通过更大规模且更长周期的试验,并整合系统生物学方法,进一步验证其心血管终点的作用。揭示“证-方-效”之间的科学内涵,推动该模式走向深度融合。

综上所述,中西医结合治疗糖尿病合并高血脂在代谢控制和保护血管方面有双重优势,有较高的临床实用价值。

【参考文献】

[1]欧剑茹,黄俐婷,陈秋霞.临床护理干预对糖尿病合并高血脂患者的疗效观察[J].糖尿病新世界,2023,26(11):118-121.
[2]郭俊和,甘晓斌,林玺,等.健脾疏肝化浊方联合耳穴压豆治疗2型糖尿病合并高血脂的疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2022,17(7):1421-1424+1430.
[3]徐艺峰,王忆勤,郝一鸣.2型糖尿病及其合并高血压高血脂患者四诊客观参数分析[J].世界科学技术-中医药现代化,2022,24(2):591-596.
[4]孙文杰,赵能江,李博,等.《中国2型糖尿病防治指南(2020年版)》推荐中成药品种述评[J].中国中医药信息杂志,2022,29(3):1-5.
[5]李彬彬,胡莉群,谭美华,等.康柏西普联合阿托伐他汀治疗高血脂合并糖尿病性黄斑水肿的疗效观察[J].实用临床医药杂志,2020,24(22):41-43.
[6]田野,狄涛,张文斌,等.2型糖尿病患者下肢血管病变介入治疗后再狭窄影响因素分析及列线图预测模型构建[J].临床和实验医学杂志,2023,22(21):2304-2307.
[7]左建娇,魏萱,李刚,等.雷公藤多苷片联合百令胶囊对糖尿病肾病Ⅳ期患者中医证候积分、脂肪细胞因子及肾纤维化的影响[J].临床误诊误治,2025,38(4):83-87.

作者简介:

龚静(1984.12-),女,汉族,河北承德人,本科,副主任医师,研究方向为中西医结合内科。