

中西医结合治疗肾虚痰湿证代谢综合征 30 例临床研究

冯占荣¹ 马俊杰²

(1.沭阳县中医院,江苏沭阳 223600; 2.南京中医药大学基础医学院,江苏南京 210023)

摘要 目的:观察在常规西药治疗基础上加用温肾利湿化浊方干预肾虚痰湿证代谢综合征患者的临床疗效及中药对炎症及凝血功能的影响。方法:将 60 例代谢综合征患者随机分为治疗组与对照组各 30 例。对照组采用二甲双胍缓释片降糖、氟伐他汀降脂治疗,治疗组在对照组治疗的基础上加服温肾利湿化浊方。2 组疗程均为 4 周。观察 2 组患者临床疗效及治疗前后体重指数(BMI)、甘油三酯(TG)、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)、空腹血糖(FBG)、C 反应蛋白(CRP)、肿瘤坏死因子(TNF- α)、纤维蛋白原(FIB)变化。结果:治疗组总有效率(93.33%)明显高于对照组(73.33%)。治疗组治疗后 TG、TC、LDL-C、FBG、BMI、CRP、TNF- α 、FIB 水平较治疗前明显降低,且明显低于对照组治疗后;HDL-C 明显升高,且明显高于对照组治疗后。结论:温肾利湿化浊方能明显改善代谢综合征患者临床症状,此作用可能与其对炎症状态及凝血功能的调节有关。

关键词 代谢综合征 肾虚痰湿 温肾利湿化浊方 中西医结合疗法

中图分类号 R589.05

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)11-0020-03

近年来,我们运用沭阳县中医院经验方温肾利湿化浊方干预代谢综合征(MS)肾虚痰湿证患者,进行临床疗效及炎症、凝血功能机制的探索,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集 2011 年 1 月至 2013 年 4 月沭阳县中医院代谢综合征门诊及住院患者 60 例,随机分为治疗组与对照组。治疗组 30 例:男 12 例,女 18 例;年龄 30~62 岁,平均年龄(51.2 $\pm$ 9.3)岁;BMI 在 25.8~33kg/m²,平均 BMI(29.16 $\pm$ 2.35)kg/m²。对照组 30 例:男 14 例,女 16 例;年龄 32~65 岁,平均年龄(50.5 $\pm$ 9.5)岁;BMI 在 26~32kg/m²,平均 BMI(28.69 $\pm$ 2.47)kg/m²。2 组患者性别比例、年龄、病程及治疗前体重、血糖、血脂等一般情况经统计学比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 2005 年 4 月国际糖尿病联盟全球共识定义^[1]:确认一个个体是否为 MS,必须具备中心性肥胖,中国人定义男性腰围 ≥ 90 cm,女性腰围 ≥ 80 cm;另加下列 4 因素中任意 2 项——①TG 水平升高且 >1.7 mmol/L,或已接受针对此脂质异常的特殊治疗;②HDL-C 水平降低,男性 <1.03 mmol/L,女性 <1.29 mmol/L,或已接受针对此脂质异常的特殊治疗;③血压升高,收缩压 ≥ 130 mmHg 或舒张压 $\geq$

85mmHg,或此前已被诊断为高血压而接受治疗;④FBG 升高,FBG ≥ 5.6 mmol/L。

1.2.2 中医诊断标准 主要条件:①形体肥胖;②身重乏力,恶心欲呕;③舌淡苔厚腻;④脉滑;⑤畏寒,腰膝酸软。次要条件:①头晕头重;②纳呆腹胀;③咳嗽有痰。具备主要条件⑤+其他主要条件 2 项+次要条件 2 项即可诊断肾虚痰湿证。

1.3 排除标准 不符合上述诊断标准;6 个月内有急性心肌梗死或脑卒中病史者;严重心脏瓣膜病者;不稳定心绞痛者;控制不良的糖尿病患者;伴有恶性肿瘤、肝肾功能不全的患者;对于一线药过敏者。

2 治疗方法

所有受试者接受健康教育,采用低盐低脂糖尿病饮食,每日 30min~2h 走步锻炼。

2.1 对照组 给予二甲双胍缓释片(中美上海施贵宝制药有限公司,批准文号:H20023370)口服,每次 0.5mg,每日 2 次;氟伐他汀胶囊(浙江海正药业股份有限公司,批准文号:H20070168)40mg,每晚 1 次。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加服温肾利湿化浊方,组方如下:附子(制)9g、淫羊藿 20g、贝母 5g、瓜蒌 10g、水蛭 6g、茯苓 10g、泽泻 10g、白术 10g、猪苓 10g。颗粒剂(江阴天江药业有限公司,批号 1211137),开水冲服,早晚分服。

2 组疗程均为 4 周,治疗 4 周后观察疗效。

基金项目:江苏省宿迁市指导性课题(z201408)

3 疗效观察

3.1 体重、血脂、血糖指标 治疗前后各检测 1 次体重指数(BMI)、甘油三酯(TG)、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)、空腹血糖(FBG)。

3.2 炎症及凝血功能指标 C 反应蛋白 (CRP)、肿瘤坏死因子(TNF- α)、纤维蛋白原(FIB)。所采静脉血均置于不抗凝无菌带塞试管中,3000r/min 离心 10min 后分离出血清,之后将标本贮于-80℃低温冰箱内保存,全部病例血样收集完后一次性成批检测。

3.3 疗效评定标准 显效:血糖、血脂指标基本恢复正常,临床症状和体征得到缓解;有效:血糖、血脂指标明显改善,临床症状和体征明显减轻;无效:血糖、血脂指标较治疗前无明显改善,临床症状无改善或进一步加重。^[2]

3.4 统计学方法 数据统计用 SPSS17.0 统计软件包进行,计量资料采用($\bar{x} \pm s$)形式表示,进行组间 t 检验分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.5 治疗结果

3.5.1 2 组治疗后临床疗效比较 见表 1。

表 1 治疗组与对照组临床疗效比较 例

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	18	10	2	93.33% [△]
对照组	30	10	12	8	73.33%

注:与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

3.5.2 2 组治疗前后血脂水平比较 见表 2。

表 2 治疗组与对照组治疗前后血脂水平比较($\bar{x} \pm s$) mmol/L

组别	例数	时间	TG	TC	HDL-C	LDL-C
治疗组	30	治疗前	3.01 $\pm$ 0.35	5.52 $\pm$ 0.68	0.92 $\pm$ 0.63	4.04 $\pm$ 0.46
		治疗后	1.84 $\pm$ 0.26 ^{*△}	4.61 $\pm$ 0.37 [*]	1.48 $\pm$ 0.12 ^{*△}	2.85 $\pm$ 0.34 ^{*△}
对照组	30	治疗前	2.91 $\pm$ 0.24	5.33 $\pm$ 0.51	0.93 $\pm$ 0.81	3.71 $\pm$ 0.31
		治疗后	2.63 $\pm$ 0.32	4.71 $\pm$ 0.26 [*]	1.37 $\pm$ 0.12	3.36 $\pm$ 0.40 [*]

注:与本组治疗前比较, $*P < 0.05$,与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$ 。

3.5.3 2 组治疗前后空腹血糖及体重指数比较 见表 3。

表 3 治疗组与对照组治疗前后空腹血糖及体重指数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	FBG (mmol/L)	BMI (kg/m ²)
治疗组	30	治疗前	9.96 $\pm$ 1.54	29.16 $\pm$ 2.35
		治疗后	5.81 $\pm$ 0.87 ^{*△}	24.02 $\pm$ 1.85 ^{*△}
对照组	30	治疗前	9.33 $\pm$ 1.52	28.69 $\pm$ 2.47
		治疗后	7.66 $\pm$ 1.57 [*]	27.53 $\pm$ 1.81

注:与本组治疗前比较, $*P < 0.05$,与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$ 。

3.5.4 2 组治疗前后炎症指标比较 见表 4。

表 4 治疗组与对照组治疗前后炎症指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	CRP(mg/L)	TNF- α (pg/mL)	FIB(g/L)
治疗组	30	治疗前	4.79 $\pm$ 0.85	28.16 $\pm$ 7.84	3.35 $\pm$ 0.70
		治疗后	3.11 $\pm$ 0.69 ^{*△}	22.02 $\pm$ 6.85 ^{*△}	2.45 $\pm$ 0.55 ^{*△}
对照组	30	治疗前	4.87 $\pm$ 0.92	29.69 $\pm$ 8.47	3.45 $\pm$ 0.75
		治疗后	3.32 $\pm$ 0.71 [*]	24.55 $\pm$ 7.81	2.85 $\pm$ 0.61

注:与本组治疗前比较, $*P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$ 。

3.6 药物不良反应 2 组患者在治疗期间均无低血糖发生。对照组腹痛 1 例、恶心 1 例、腹泻 2 例、排气增多 2 例、纳差 3 例;治疗组腹痛 2 例、恶心 1 例、腹泻 3 例、排气增多 1 例、纳差 2 例。2 组不良反应发生情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)

4 讨论

代谢综合征(Metabolic Syndroms, MS)是多种疾病和多重危险因素在同一体聚集的代谢紊乱综合征,以腹型肥胖、糖脂代谢紊乱、高血压等为基本特征,其主要后果为动脉粥样硬化性心血管疾病^[3]。目前现代医学尚缺乏多环节联合的有效治疗方案。

MS 的重要病因可能是肥胖、慢性持续性炎症反应。肥胖患者伴随脂肪物质的过度沉积,释放的游离脂肪酸和甘油三酯增加,循环中的游离脂肪酸和 TG 可以抑制葡萄糖的摄取和利用,游离脂肪酸浓度升高以及脂毒性可以引起胰岛素抵抗(IR)。脂肪组织分泌众多的激素如肿瘤坏死因子- α (TNF- α)及其他的细胞因子,这些炎症介质可能参与了 IR、血脂代谢异常、凝血功能异常等过程^[3-4]。CRP 和 MS 有非常密切的关系,其可能通过引起 IR 和胰岛 β 细胞凋亡而导致 2 型糖尿病^[5]。CRP 水平与炎症过程密切相关,在不同的炎症刺激下,循环中的 CRP 水平会有快速而显著的变化,CRP 升高能加重 IR 并增加糖尿病并发症及心血管事件发生率。TNF- α 可在多种组织细胞中合成与分泌,在多种应激状态下(如感染、肿瘤、烧伤等),体内 TNF- α 水平都有所升高,而且会影响糖类和脂类代谢^[6]。MS 时可引起凝血功能亢进。机体凝血功能一经激活,凝血酶即可使纤维蛋白原转化为纤维蛋白,并形成血栓,凝血在使血小板聚集的同时,也参与细胞信息传递。FIB 可作为冠心病合并代谢综合征患者冠状动脉病变严重程度的预测指标^[7-8]。

MS 的中医病名及证型多,综合各家观点认为:MS 发生涉及脏腑主要为脾、肾、肝、胃,主要病理类型为“虚”、“痰”、“湿”、“瘀”^[9],病机为脾肾阳虚、痰湿内蕴^[10]。肾虚不能为脾阳蒸化水谷,运化失职则气血精微的生成减少;水液输布失常,痰浊生成增多,聚于脉中,则出现高血糖、血脂紊乱等;痰浊堆积在肌肤之下,则是形体肥胖之因;痰浊膏脂溢于管壁

手法整复纸夹板联合木夹板固定治疗 Colles 骨折 32 例临床研究

沈晓峰 李红卫

(苏州市中医医院, 江苏苏州 215000)

摘要 目的:探讨手法整复纸夹板联合木夹板固定治疗 Colles 骨折的临床疗效。方法:64 例 Colles 骨折患者随机分为治疗组和对照组。治疗组 32 例使用拧毛巾复位法,纸夹板联合木夹板固定;对照组 32 例使用常规手法复位夹板固定。观察 2 组治疗后的掌倾角、尺偏角和桡骨短缩等影像学指标和 PRWE 评分,比较组间治疗前后影像学改变和功能恢复指数。结果:治疗组首次整复后和拆除固定后均可达到满意复位。治疗组在控制掌倾角、尺偏角复位丢失方面明显优于对照组,在桡骨短缩和 PRWE 评分方面组间比较无显著性差异。结论:手法整复纸夹板联合木夹板固定治疗 Colles 骨折疗效满意,是一种理想的治疗方法。

关键词 Colles 骨折 手法复位 纸夹板 外固定

中图分类号 R683.410.5

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)11-0022-03

我院采用拧毛巾复位+纸木夹板联合固定的方法治疗 Colles 骨折具有 50 余年的历史,临床疗效显著,现选取 32 例,与常规手法复位夹板固定的 32 例做疗效比较,将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2011 年 1 月~2013 年 12 月间就诊的 Colles 骨折患者 64 例,随机分为 2 组。治疗组 32 例;男 5 例,女 27 例;年龄 39~77 岁,平均

之中而形成脉痹,其甚者可见血溢脉外。

温肾利湿化浊方中附子、桂枝、淫羊藿温肾助阳,其中附子能强壮健体,通行十二经,内温脏腑骨髓,外暖肌肉肌肤,淫羊藿温肾壮阳,以“少火生气”,有温振脾肾之功;伍用白术健脾化湿,培补后天之本;泽泻、猪苓、茯苓利湿;贝母、瓜蒌化痰;水蛭具有活血祛瘀、降浊解毒而助化痰之功,可使邪去正安气血运行通畅,人体各脏腑功能得以恢复。本方大胆选用贝母、瓜蒌、附子十八反药物配伍,以温阳通行经脉,软坚化痰散结取得奇效,取其相激而增强药效,去沉痾顽疾^[1]。

本研究结果表明,常规西医疗法加用温肾利湿化浊方后对患者血糖、血脂的调控作用增强,且对炎症相关指标(CRP、TNF- α)及凝血相关指标(FIB)的改善作用也增强。本研究对温肾利湿化浊方的治疗机理做了初步探索,并对该药的临床推广和进一步研究提供了思路。

5 参考文献

- [1] 宋秀霞.国际糖尿病联盟代谢综合征全球共识定义.中华糖尿病杂志,2005,13(3):178
- [2] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准.南京:南京大学出版社,1994:40

- [3] 窦京涛,孙启虹.肥胖、胰岛素抵抗与代谢综合征.内科理论与实践,2012,7(4):241
- [4] 鲍双振,王保芝.慢性炎症在肥胖和代谢综合征中的重要意义.临床荟萃,2011,26(20):1834
- [5] 周斌,蒋晓真,顾哲.吡格列酮对合并代谢综合征的 2 型糖尿病患者血清炎症因子及胰岛素抵抗的影响.实用医学杂志,2010,26(2):305
- [6] 刘雪梅,赵恒侠,李惠林,等.代谢综合征的中医辨证与病理基础相关研究.河南中医,2010,30(2):151
- [7] 梅卫义,陈国伟.代谢综合征与凝血-纤维蛋白溶解功能异常.新医学,2009,40(1):64
- [8] 张伟,王广.冠状动脉病变及代谢综合征与高水平纤维蛋白原的关系.山东医药,2009,49(9):54
- [9] 王宝,李怡,李晔.代谢综合征中医证候研究阐微.中华中医药杂志,2013,28(3):832
- [10] 王昌儒,向楠.脾肾阳虚与代谢综合征的关系探讨.江苏中医药,2013,45(7):8
- [11] 冯占荣.金东明教授伍用附贝蒌治喉癌验案.吉林中医药,2011,31(1):57

第一作者:冯占荣(1979-),男,医学硕士,主治中医师,从事内分泌及代谢病临床及科研工作。fengyill@126.com

收稿日期:2014-07-18

编辑:吴宁