

中西药合用治疗阳虚痰湿型代谢综合征 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: 观察中西药合用治疗阳虚痰湿型代谢综合征的临床疗效及其对凝血纤溶系统功能的影响。方法: 将 60 例代谢综合征患者随机分为对照组与治疗组, 每组 30 例。对照组采用二甲双胍缓释片降糖、辛伐他汀降脂治疗, 治疗组在对照组治疗的基础上给予温肾利湿化浊汤口服, 疗程均为 4 周。观察 2 组患者治疗前后体重指数 (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)、凝血酶原时间 (PT)、活化部分凝血活酶时间 (APTT)、凝血酶时间 (TT)、纤维蛋白原 (FIB)、D-二聚体变化, 并评价临床疗效。结果: 2 组治疗后比较, 治疗组 TG、LDL-C、FBG、BMI、FIB、D-二聚体水平明显低于对照组 ($P < 0.05$), HDL-C、APTT、PT、TT 明显高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 中西药合用能明显改善代谢综合征, 并对凝血功能有明显的调节作用。

关键词 温肾利湿化浊汤 代谢综合征 阳虚痰湿 凝血纤溶指标 血脂 中西医结合疗法
中图分类号 R589.05 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2015)11-0032-03

代谢综合征 (MS) 是一种表现为肥胖、胰岛素抵抗、糖调节受损或 2 型糖尿病、高血压、血脂异常、高尿酸血症等, 以引起代谢紊乱为基础的病理生理改变, 呈显著的促凝血状态, 可诱发动脉粥样硬化等多种危险因素聚集, 导致心脑血管疾病等发生^[1]。近年来 MS 发病率逐年增高, 目前尚缺乏有效单一的治疗药物。本研究采用经验方温肾利湿化浊汤合用常规西药治疗代谢综合征 30 例, 疗效满意, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集 2014 年 5 月至 2015 年 2 月间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。对照组 30 例: 男 18 例, 女 12 例; 年龄 28~66 岁, 平均年龄 (51.5±9.4) 岁; BMI 在 27.3~31.8 kg/m², 平均 BMI (29.47±2.85) kg/m²。治疗组 30 例: 男 16 例, 女 14 例; 年龄 29~65 岁, 平均年龄 (52.2±9.2) 岁; BMI 在 28.1~30.4 kg/m², 平均 BMI (29.23±2.33) kg/m²。2 组患者一般资料经统计学处理无显著性差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合 2005 年 4 月国际糖尿病联盟全球共识定义^[2]。

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。^[3]

1.3 纳入标准 符合代谢综合征诊断标准; 年龄 28~66 岁; 32 kg/m² > BMI > 27 kg/m²; 病程 < 10 年。

1.4 排除标准 服用糖皮质激素所致向心性肥胖者; 6 个月内有急性心肌梗死或不稳定心绞痛者; 有脑卒中病史者; 伴有恶性肿瘤、肝肾功能不全的患者; 继发性糖尿病患者; 继发性高血压患者; 有精神疾病不能配合治疗者。

2 治疗方法

2.1 对照组 接受 MS 生活方式干预。给予二甲双胍缓释片 0.85g, 餐后口服, 每日 2 次; 辛伐他汀 10mg, 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汤颗粒剂, 组方: 附子 (制) 9g、泽泻 10g、白术 10g、猪苓 10g、淫羊藿 20g、水蛭 6g、细辛 3g、陈皮 10g、夏枯草 10g、茯苓 10g。用法: 开水冲服, 早晚各 1 次。

2 组疗程均为 4 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 体重指数、血脂、血糖 治疗前后测体重、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) 及空腹血糖 (FBG), 计算体重指数 (BMI)。

3.1.2 凝血功能指标 治疗前后测凝血酶原时间 (PT)、活化部分凝血活酶时间 (APTT)、凝血酶时间

基金项目: 江苏省宿迁市指导性课题 (z201408)

(TT)、纤维蛋白原(FIB)、D-二聚体。

3.2 疗效标准 显效:血糖、血脂基本恢复正常,临床症状和体征得到缓解;有效:血糖、血脂得到明显改善,临床症状和体征明显减轻;无效:血糖、血脂控制很不理想,临床症状无改善或进一步加重^[4]。

3.3 统计学方法 数据统计采用 SPSS 16.0 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 $P < 0.05$ 为差别有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组临床疗效比较 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	19	9	2	93.3% [△]
对照组	30	13	10	7	76.7%

注:△与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后体重指数及血糖变化比较 见表2。

表2 治疗组与对照组治疗前后体重指数及血糖变化($\bar{x} \pm s$)				
组别	例数	时间	FBG(mmol/L)	BMI(kg/m ²)
治疗组	30	治疗前	9.86±1.54	29.17±2.35
		治疗后	5.89±0.87* [△]	24.32±1.84* [△]
对照组	30	治疗前	9.30±1.51	28.79±2.47
		治疗后	7.36±1.57*	27.43±1.81

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

3.4.3 2组治疗前后血脂水平比较 见表3。

3.4.4 2组治疗前后凝血纤溶指标变化比较 见表4。

表 3 治疗组与对照组治疗前后血脂水平变化($\bar{x}\pm s$)						mmol/L
组别	例数	时间	TG	TC	HDL-C	LDL-C
治疗组	30	治疗前	3.02±0.33	5.51±0.67	0.91±0.65	3.77±0.45
		治疗后	1.82±0.26* Δ	4.51±0.32*	1.47±0.12* Δ	2.83±0.35* Δ
对照组	30	治疗前	2.93±0.23	5.31±0.49	0.92±0.68	3.72±0.35
		治疗后	2.60±0.30*	4.70±0.24*	1.33±0.11	3.34±0.41*

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

表4 治疗组与对照组治疗前后凝血指标变化($\bar{x} \pm s$)							
组别	例数	时间	PT(s)	APTT(s)	TT(s)	FIB(g/L)	D-二聚体(mg/L)
治疗组	30	治疗前	10.7±3.2	24.9±4.8	10.8±3.2	4.61±1.13	0.39±0.09
		治疗后	14.4±2.6 [△]	32.5±4.3 [△]	15.2±3.1 [△]	3.12±1.05 [△]	0.23±0.08 [△]
对照组	30	治疗前	10.4±3.8	25.2±5.1	10.2±3.0	4.65±1.12	0.41±0.11
		治疗后	11.2±3.5	26.2±4.9	11.4±3.4	4.35±1.09	0.38±0.10

注:△与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

3.5 2组不良反应监测 治疗过程中对照组出现腹痛1例、呕吐3例,治疗组出现腹泻1例、呕吐1例,经对症治疗后好转,组间比较无显著性差异($P > 0.05$)。

4 讨论

目前确定 MS 的中心环节是肥胖和胰岛素抵抗(IR)。IR 情况下血液中的凝血因子浓度增高,释放多种血管活性物质激活凝血系统,促使组织缺氧,损伤内皮细胞。IR 程度、血糖、血脂水平决定了血管

内皮细胞损伤及凝血纤溶异常的程度^[5]。本研究通过血凝四项(APTT、PT、TT、FIB)与 D-二聚体联合检查,评价机体凝血与纤溶状态,对预测 MS 血管并发症发生的危险性有重要的临床意义^[6]。

低糖低脂饮食、运动等行为和生活方式的改变,仍是代谢综合征治疗的基础^[7]。目前仍无针对 MS 的单一药物,需要根据 MS 各个已明确的组分进行治疗。二甲双胍是治疗 2 型糖尿病伴肥胖的主要治疗药物,可减轻体重,缓解高胰岛素血症,抑制胆固醇生物合成及储存,降低甘油三酯、胆固醇水平,改善 IR。他汀类药物是 LDL-C 明显升高者首选治疗药物^[8]。但此类药物长期应用体重、血糖指标易反弹。因此,发挥中医中药多靶点、整体治疗及副反应小等优势,筛选有效治疗 MS 的方剂具有广阔市场前景。

中医认为:肥胖者形盛气虚,多痰湿。痰湿质和体质量、血脂水平呈正相关,增加胰岛素抵抗^[9]。根据这一特点,我们选用了温肾利湿化浊汤治疗阳虚痰湿证代谢综合征。本方为沐阳县中医院内分泌科的协定处方,对阳虚痰湿型代谢综合征糖脂代谢及减重、改善全身炎症状态有明显作用^[10]。本研究在上述工作基础上,进一步优化方药组成,探讨温肾利湿化浊汤对 MS 凝血纤溶系统功能作用。研究结果所示:治疗组对血糖、血脂的调控作用皆优于对照组,从临床对照研究角度验证了前期的疗效经验;治疗组对凝血纤溶相关的指标 PT、APTT、TT、D-二聚体、FIB 皆有显著改善作用,亦较对照组为优。

温肾利湿化浊汤选用五苓散为主方,能振奋脾阳,通气化而祛水湿,具有健脾燥湿、渗湿行水之效。动物实验表明,五苓散具有降压,调节水、电解质、糖代谢作用^[11]。附子、淫羊藿温肾助阳散寒,以培补先天之本;伍用水蛭活血化瘀,降浊解毒化痰,使气血运行通畅;陈皮、夏枯草化痰软坚散结;细辛散寒化饮,与附子配伍,入少阴肾经,有除寒通脉之功。全方脾肾双补,兼顾化痰利湿、活血通络,直中 MS 中医发病机制,从研究结果来看,取得了令人满意的疗效。

综上所述,温肾利湿化浊汤治疗阳虚痰湿型 MS,在调节糖脂代谢、减重、改善血液高凝状态方面疗效确切,值得临床推广。

参考文献

- [1] 苏润泽,王坤芳,麻莉,等.代谢综合征中医常见证型与 IR,CRP,LEP 的相关性.中国实验方剂学杂志,2013,19(6):294

中西医结合治疗难治性类风湿关节炎 30 例临床研究

何奕坤 杨光辉 郑玥琪 潘新 胥晓芳 吴辉辉

(上海中医药大学附属曙光医院,上海 200021)

摘要 目的:观察补肾解毒通络方联合西药治疗难治性类风湿关节炎(RRA)的临床疗效。方法:将 60 例 RRA 患者随机分为对照组和治疗组各 30 例,对照组给予甲氨蝶呤片联合来氟米特片治疗,治疗组在对照组治疗的基础上加用补肾解毒通络方。2 组均治疗 3 个月后观察并比较临床疗效及症状、体征、血沉(ESR)、C 反应蛋白(CRP)改善情况。结果:治疗组治疗后除肿胀关节数、ESR 外,其余指标均有明显改善($P<0.05$)。治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$);除疼痛、健康评分,其余指标均较对照组明显改善($P<0.05$, $P<0.01$)。结论:在西药基础上加用补肾解毒通络方能提高 RRA 临床疗效,并可明显改善症状、体征及炎症指标。

关键词 补肾解毒通络方 类风湿关节炎 肾虚 毒邪络阻 中西医结合疗法 血沉 C 反应蛋白
中图分类号 R684.305 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2015)11-0034-03

类风湿关节炎(RA)是一种病因不明的自身免疫性疾病,临床主要表现为对称性、慢性、进行性多关节炎,其基本病理变化是自身免疫异常引起的致炎细胞因子和炎症介质等的释放,以及由此而致的血管炎和滑膜炎。部分 RA 患者经过传统药物,包括非甾体抗炎药、病情改善药(DMARDs)治疗,病情可得到有效缓解。但约有三分之一的患者经上述治疗后病情仍不能改善,称之为“难治性”或“顽固性 RA”^[1]。目前对于“难治性 RA(RRA)”没有统一定义,多数风湿病学者根据患者的临床表现特点、病程、病情活动性及对 DMARDs 的疗效来诊断该疾病,认为确诊的 RA 患者经非甾体类抗炎药和 2 种以上传统 DMARDs 足量治疗 6 个月以上或 1 种 DMARD 治疗 1 年以上,病情仍处于活动状态,临床通常称为 RRA^[2]。我们在前期补肾解毒通络方治

疗 RA 的基础上^[3],采用该方治疗 RRA 30 例,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例来自本院 2013 年 6 月至 2014 年 12 月的门诊或住院 RRA 患者,总计 60 例,按随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组 30 例:男 10 例,女 20 例;平均年龄(53.12 ± 9.08)岁;平均病程(9.52 ± 6.23)年。对照组 30 例:男 12 例,女 18 例;平均年龄(48.26 ± 10.34)岁,平均病程(10.02 ± 7.91)年。2 组患者性别、年龄、病程比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 RA 西医诊断标准 参照美国风湿病学会(American College Rheumatology,ACR)及欧洲抗风湿协会(European League against Rheumatism,EULAR)

- [2] 宋秀霞,纪立农.国际糖尿病联盟代谢综合征全球共识定义.中国糖尿病杂志,2005,13(3):178
[3] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行).北京:中国医药科技出版社,2002:368
[4] 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,1994:42
[5] 陆志明.胰岛素抵抗与凝血、纤溶功能异常的关系.医学研究生学报,2003(11):864
[6] 余海峰.糖尿病患者与正常人群血脂及凝血指标的对比观察.数理医药学杂志,2012,25(2):239
[7] 樊蓉,王艳华,马国庆,等.代谢综合征的中西医研究进展.中国医药指南,2010,10(19):98
[8] 任爽,朱立光.代谢综合征概念的发展及防治研究进展.

内科,2010,5(1):43

- [9] 刘婉华.2 型糖尿病中医体质与肥胖、血脂、血凝指标相关性分析.中国医药指南,2013,11(8):624
[10] 冯占荣,马俊杰.中西医结合治疗肾虚痰湿证代谢综合征 30 例临床研究.江苏中医药,2014,46(11):20
[11] 李春娟,徐太生,冯占荣,等.仲景五苓散法对实验性代谢综合征大鼠高血压的影响.吉林中医药,2007,27(5):56
第一作者:冯占荣(1979—),男,医学硕士,副主任医师,从事内分泌、代谢疾病的临床研究及科研工作。fengyll@126.com

收稿日期:2015-04-17

编辑:傅如海