

中西医结合治疗对代谢综合征患者血脂及血糖水平的影响分析

周雷¹ 杨宁²

(1 江苏省中医院内分泌科,南京,210029; 2 南京医科大学附属脑科医院,南京,210029)

摘要 目的:探讨中西医结合治疗代谢综合征(MS)的临床疗效及对患者血脂、血糖的影响。方法:选取2014年2月至2016年9月江苏省中医院收治的MS患者108例,并据治疗方式不同分为观察组和对照组,每组54例,对照组采用二甲双胍片降糖、阿托伐他汀降脂治疗;观察组在对照组的基础上加用健脾利湿化浊汤治疗,1周为1个疗程,2组均连续治疗4个疗程。统计并比较2组患者临床疗效,检测并比较2组患者治疗前后血脂、血糖的变化,并计算平均体重指数(BMI)变化。结果:治疗后观察组总有效率明显高于对照组($P < 0.05$);治疗后2组HDL-C较治疗前升高,BMI、TC、TG、LDL-C及FPG、2 hPG、HbA1c均较治疗前显著下降,且观察组HDL-C显著高于对照组,BMI、TC、TG、LDL-C及FPG、2 hPG、HbA1c均显著低于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论:中西医结合治疗MS效果显著,能有效控制患者血糖、血脂水平,降低BMI。

关键词 代谢综合征;中西医结合;血脂;血糖;健脾利湿化浊汤

Effects of Combination of Traditional Chinese and Western Medicine on Blood Lipid and Blood Glucose Level in Patients with Metabolic Syndrome

Zhou Lei¹, Yang Ning²

(1 Department of Endocrinology, Jiangsu Traditional Chinese Medicine Hospital, Nanjing 210029, China;

2 Nanjing Brain Hospital Affiliated to Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China)

Abstract Objective: To explore the clinical effects of combination of traditional Chinese and western medicine in the treatment of metabolic syndrome (MS) and its effects on blood lipid and blood glucose. **Methods:** A total of 108 patients with MS enrolled in our hospital from February 2014 to September 2016 were divided into control group ($n = 54$) and observation group ($n = 54$). The control group was treated with metformin tablets and hypoglycemic and atorvastatin, while the observation group on the basis of the control group was treated with Jianpi Lishi Huazhuo Decoction. After 1 week for a course of treatment, the 2 groups were continuously treated for 4 courses. The clinical efficacy in the 2 groups before and after treatment was compared; the blood lipids, blood glucose changes of the 2 groups were detected and compared, and the mean body mass index (BMI) changes were detected. **Results:** The total effective rate in the observation group was higher than that in the control group (85.19%) and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The levels of HDL-C was significantly higher than before treatment, BMI while TC, TG, LDL-C and FPG, 2 hPG, HbA1c in the 2 groups were significantly lower than those before treatment. The levels of BMI, TC, TG, LDL-C and FPG, 2 hPG, HbA1c were significantly lower in the observation group than those in the control group. HDL-C was significantly higher than that in the control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion:** The combination of traditional Chinese and western medicine in the treatment of MS has significant effects, which can effectively control the blood glucose, blood lipid levels and reduce BMI.

Key Words Metabolic syndrome; Integrated traditional Chinese and western medicine; Blood lipids; Blood glucose; Jianpi Lishi Huazhuo decoction

中图分类号:R255.4 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.03.025

代谢综合征(Metabolic Syndrome, MS)属于多种疾病和多重危险因素共同作用于个体的聚集型代谢紊乱综合征,临床主要表现为腹型肥胖、糖脂代谢紊乱以及高血压、高血脂等,且随着病情的持续恶化,易引发动脉粥样硬化性心血管疾病^[1-2]。近些年,随

着人们生活水平的提高及体力活动减少,并在不良生活方式的影响下,MS的发病率逐年升高,西医常采用调脂、降压等常规治疗,但部分患者仍未达到理想疗效^[3-4]。中医理论认为,MS的病机多由饮食不节、劳逸失当而致“脾胃内伤,痰湿淤热”

所致。研究发现^[5-6], 采用以祛湿清热、化痰降浊为主的健脾利湿化浊汤可显著改善患者临床症状。本研究探讨在常规西医治疗手段的基础上加用健脾利湿化浊汤治疗 MS 的临床疗效及对患者血脂、血糖的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 2 月至 2016 年 9 月在江苏省中医院确诊、治疗的 MS 患者 108 例。依据治疗方式的不同分为对照组和观察组, 每组 54 例。对照组中男 26 例, 女 28 例, 年龄 28 ~ 68 岁, 平均年龄 (52.57 ± 9.37) 岁; 病程 1 ~ 7.5 年, 平均病程 (6.25 ± 2.31) 年; 平均体重指数 (BMI) (30.02 ± 2.83) kg/m², 临床表现: 高血压 9 例, 糖尿病 12 例, 肥胖 8 例, 高血脂 25 例。观察组中男 25 例, 女 29 例, 年龄 29 ~ 65 岁, 平均年龄 (53.06 ± 9.28) 岁, 病程 1.5 ~ 8 年, 平均病程 (6.34 ± 2.34) 年; 平均 BMI (29.89 ± 2.91) kg/m², 临床表现: 高血压 10 例, 糖尿病 11 例, 肥胖 9 例, 高血脂 24 例。2 组患者上述基线资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 均符合 2004 年中华医学会糖尿病学分会 MS 研究协作组制定的关于 MS 的诊断标准^[7]。

1.3 纳入标准 符合诊断标准者; 年龄 27 ~ 69 岁者; 病程 10 年内; 对研究药物无禁忌证者; 所有纳入对象及其家属对本次研究内容及意义均知情同意。

1.4 排除标准 合并其他嗜肝病毒感染或恶性肿瘤者; 合并肝性脑病、上消化道出血及重症肝炎; 造血及凝血系统障碍者; 重要脏器器质性病变或功能障碍者; 对本研究中所用药物过敏者或合并其他治疗禁忌证者; 治疗依从性差者等。

1.5 脱落与剔除标准 治疗期间擅自增减治疗药物者; 未能按照治疗方案完成既定治疗周期者; 主动提出退出本研究者等。

1.6 治疗方法 对照组患者采用二甲双胍片口服治疗, 0.85 g/次, 2 次/d, 餐后服用; 阿托伐他汀片口服, 20 mg/次, 1 次/d。观察组在对照组的基础上加用健脾利湿化浊汤, 方药: 苍术 15 g、茯苓 20 g、生薏苡仁 30 g、泽泻、猪苓、荷叶、陈皮、牡丹皮、白术、丹参各 10 g, 桂枝 5 g、干姜 3 g。水煎服, 2 次/d。2 组均连续治疗 4 周。

1.7 观察指标 1) 统计 2 组临床疗效; 2) 采集 2 组患者治疗前后晨起空腹静脉血 5 mL, 经 2 500 r/min 离心分离血清, 并置于 -80 °C 保存待测。采用全自动生化分析仪检测总胆固醇 (TC)、三酰甘油 (TG)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 等血脂指标和空腹血糖 (FPG)、餐后 2 h 血糖 (2 h PG)、糖化血红蛋白 (HbA1c) 等血糖指标。3) 计算并比较 2 组患者治疗前后 BMI。

1.8 疗效判定标准 依据《中药新药临床研究指导原则》^[8] 进行临床治疗效果的判定, 主要临床症状和表现完全消失, 血糖、血脂控制在正常范围则为显效; 主要临床症状及表现有所好转, 血糖、血脂基本稳定在正常范围则为有效; 经过治疗, 临床表现未有明显改善, 血糖、血脂未改善, 甚者加重者则为无效。总有效率 = 显效率 + 有效率。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 20.0 软件对研究数据进行统计学分析, 计量资料以均值 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验; 计数资料以百分比 (%) 表示, 采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效比较 治疗后, 观察组总有效率明显高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者临床疗效比较

组别	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
观察组($n=54$)	33	19	2	96.30*
对照组($n=54$)	18	28	8	85.19

注: 与治疗前比较, * $P < 0.05$

表 2 2 组患者血脂水平比较 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	TC	TG	LDL-C	HDL-C
观察组($n=54$)				
治疗前	5.62 ± 0.83	3.73 ± 0.98	3.84 ± 0.46	0.98 ± 0.68
治疗后	4.05 ± 0.44** $\Delta\Delta$	1.33 ± 0.27** $\Delta\Delta$	2.91 ± 0.27** $\Delta\Delta$	1.59 ± 0.13** $\Delta\Delta$
对照组($n=54$)				
治疗前	5.64 ± 0.85	3.81 ± 0.86	3.87 ± 0.43	1.02 ± 0.69
治疗后	4.79 ± 0.36**	2.59 ± 0.32**	3.06 ± 0.33**	1.26 ± 0.11*

注: 与治疗前比较, * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$; 与对照组比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$

表3 2组患者血糖指标水平和BMI比较($\bar{x} \pm s$)

组别	FPG (mmol/L)	2 h PG (mmol/L)	HbA1c (%)	BMI (kg/m ²)
观察组 (n = 54)				
治疗前	11.81 ± 2.33	15.34 ± 0.71	10.88 ± 1.16	30.02 ± 2.83
治疗后	7.61 ± 0.42 ** Δ	8.78 ± 0.54 ** $\Delta\Delta$	7.88 ± 0.40 ** Δ	25.77 ± 1.76 ** $\Delta\Delta$
对照组 (n = 54)				
治疗前	11.72 ± 2.49	15.33 ± 0.69	10.79 ± 1.14	29.89 ± 2.91
治疗后	7.80 ± 0.47 **	9.46 ± 0.53 **	7.68 ± 0.41 **	28.70 ± 1.83 *

注:与治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照组比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$

2.2 治疗前后2组患者血脂水平比较 治疗前2组患者TC、TG、LDL-C、HDL-C等血脂水平比较差异无统计学意义($P > 0.05$),与治疗前比较,治疗后2组TC、TG、LDL-C均显著下降,HDL-C显著升高($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),且观察组HDL-C高于对照组,TC、TG、LDL-C均低于对照组,2组间差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。见表2。

2.3 2组患者治疗前后血糖指标水平和BMI比较 治疗前2组血糖指标水平和BMI比较差异有统计学意义($P > 0.05$),治疗后2组FPG、2 h PG、HbA1c及BMI均较治疗前显著下降($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),且观察组显著低于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。见表3。

3 讨论

临床研究^[9-11]表明,肥胖和胰岛素抵抗是MS发病的主要病理基础,并以糖和脂类代谢异常为主要临床表现,包括糖代谢异常、脂肪肝、微量蛋白尿和血脂代谢紊乱等。目前,医学界尚未对MS的发病机制有明确阐述,而西医常采用二甲双胍等药物对症治疗,但效果常常受限^[12]。中医学据MS的不同临床表现,常将其归属于“肥满”“眩晕”“痰浊”“胸痹”及“消渴”等范畴,并认为痰湿壅盛是肥胖或高血压发生的病理基础,中医学发现,“脾为生痰之源”“气逆而不行,则血积于心胸”“血气虚,脉不通”,痰瘀互结,留滞经络,气机失调,脏腑功能失调,而致病症百出^[13]。有学者报道^[14],MS发生的内在基础为脏腑亏虚、痰浊血瘀,采用化痰除湿、行气祛瘀的健脾利湿化浊汤可有效治疗此类病证。

健脾利湿化浊汤方中以泽泻、猪苓、桂枝、白术和茯苓为主的五苓散可发挥健脾祛湿、振奋脾阳、渗湿行水的功效;辅以苍术、陈皮加强健脾燥湿之力;薏苡仁、荷叶清热利湿化浊;干姜温化水饮,使水湿得化;牡丹皮、丹参能充分活血散瘀,降浊解毒化痰,通畅气血,全方合用,切中病机,共奏健脾祛湿、活血化痰通络之功^[15-16]。本研究结果显示,观察组治疗总有效率高于对照组,且差异有统计学意义,说明中

西医结合直击病机,进而明显改善患者临床症状,同姚俊^[17]研究相吻合。临床发现,肥胖形盛气虚,多痰湿,而痰湿质同血脂、血糖水平及BMI呈正相关,且能加重胰岛素抵抗。本研究结果显示,与治疗前比较,治疗后2组TC、TG、LDL-C均显著下降,HDL-C显著升高,且观察组HDL-C显著高于对照组,TC、TG、LDL-C均显著低于对照组。表明健脾利湿化浊汤联合西医常规治疗,可明显改善患者的血脂、血糖水平,同时能有效减轻患者BMI。推测是二甲双胍缓释片为西医临床治疗肥胖性2型糖尿病的主要药物,其能有效抑制胆固醇生成物的合成与释放,并能增强胰岛素敏感性,改善胰岛素抵抗;他汀类是最为常用的降血脂药物,但长期使用,易出现病症的不断反弹,而辅以健脾利湿化浊汤进行多靶点、整体治疗,可显著改善临床症状,同任昶等^[18]研究相似。

综上所述,采用中西医结合治疗MS疗效确切,可显著改善患者血糖、血脂水平,进而降低BMI,效果显著,值得临床推广与应用。

参考文献

- [1] Grossmann M, Hoermann R, Wittert G, et al. Effects of testosterone treatment on glucose metabolism and symptoms in men with type 2 diabetes and the metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials [J]. Clin Endocrinol (Oxf), 2015, 83(3): 344-351.
- [2] Porporato PE. Understanding cachexia as a cancer metabolism syndrome [J]. Oncogenesis, 2016, 5: e200.
- [3] 冯占荣, 马俊杰. 中西药合用治疗阳虚痰湿型代谢综合征 30 例临床研究 [J]. 江苏中医药, 2015, 47(11): 32-33, 34.
- [4] 雷学剑, 梁智东, 冯惠珍, 等. 麝香保心丸治疗代谢综合征合并冠心病稳定型心绞痛 52 例 [J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(11): 49-51.
- [5] 窦京涛, 孙启虹. 肥胖、胰岛素抵抗与代谢综合征 [J]. 内科理论与实践, 2012, 7(4): 241-244.
- [6] 胡宾, 周玉杰. 代谢综合征发病机制的研究进展 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2012, 14(3): 328-329.
- [7] 中华医学会糖尿病学分会代谢综合征研究协作组. 中华医学会糖尿病学分会关于代谢综合征的建议 [J]. 中华糖尿病杂志, 2004, 12(3): 156-161.

- Life in Patients with Idiopathic Pulmonary Fibrosis[J]. Lung, 2016, 194(2):227-234.
- [2] Tomassetti S, Gurioli C, Ryu JH, et al. The impact of lung cancer on survival of idiopathic pulmonary fibrosis[J]. Chest, 2015, 147(1):157-164.
- [3] Loveman E, Copley VR, Colquitt J, et al. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for idiopathic pulmonary fibrosis: a systematic review and economic evaluation[J]. Health Technol Assess, 2015, 19(20):i-xxiv, 1-336.
- [4] Murthy S, Larson-Casey JL, Ryan AJ, et al. Alternative activation of macrophages and pulmonary fibrosis are modulated by scavenger receptor, macrophage receptor with collagenous structure[J]. FASEB J, 2015, 29(8):3527-3536.
- [5] Williamson JD, Sadofsky LR, Hart SP. The pathogenesis of bleomycin-induced lung injury in animals and its applicability to human idiopathic pulmonary fibrosis[J]. Exp Lung Res, 2015, 41(2):57-73.
- [6] 丁玉文, 李瑞琴, 金艳, 等. 中医药对肺纤维化大鼠肺组织超微结构的影响[J]. 世界中医药, 2017, 12(1):237-240.
- [7] 杜全宇, 王飞. 益气活血法治疗肺纤维化的研究进展[J]. 环球中医药, 2016, 9(1):119-122.
- [8] 苏凤哲, 赵昕, 刘真, 等. 中药抗肺纤维化临床研究概况[J]. 中医临床研究, 2016, 8(6):107-109.
- [9] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7版. 北京:人民卫生出版社, 2008:101.
- [10] 国家食品药品监督管理局. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:53-66.
- [11] 王宣, 李霞. 中医药防治肺纤维化实验研究进展[J]. 吉林中医药, 2016, 36(9):966-968.
- [12] 杨颖溪, 晏军, 柴立民. 中医药防治特发性肺纤维化研究进展[J]. 医学综述, 2015, 21(6):1073-1075.
- [13] 朱哲, 叶涛, 孙嘉, 等. 地塞米松联合川芎嗪对肺纤维化大鼠肺泡灌洗液中肿瘤坏死因子- α 和转化生长因子- β 1含量及肺纤维化程度的影响[J]. 中华损伤与修复杂志(连续型电子期刊), 2015, 14(2):107-112.
- [14] 章琳, 杨渭临. 沙利度胺对老年特发性肺纤维化患者 BALF 中 IL-6、TNF- α 、TGF- β 1 表达的影响[J]. 西安交通大学学报:医学版, 2012, 33(5):622-625.
- [15] 张瑾, 宋宁, 高耐芬, 等. IL-17 和 IL-6 在特发性肺纤维化患者中的表达及意义[J]. 临床肺科杂志, 2016, 29(2):210-212.
- [16] 孙芸, 李娅青, 吕晓东. 丹红注射液联合依达拉奉治疗特发性肺纤维化患者的临床疗效及对血清 TNF- α 和 TGF- β 1 水平的影响[J]. 中国生化药物杂志, 2015, 35(10):38-40.
- [17] 朱哲, 叶涛, 孙嘉, 等. 地塞米松联合川芎嗪对肺纤维化大鼠肺泡灌洗液中肿瘤坏死因子- α 和转化生长因子- β 1含量及肺纤维化程度的影响[J]. 中华损伤与修复杂志(连续型电子期刊), 2015, 14(2):107-112.
- [18] 张伟, 韩佳, 朱雪, 等. 活血药对肺纤维化大鼠肺组织 TNF- α 和 IL-8 表达的影响[J]. 中国中医药科技, 2015, 22(4):373-375, 380.
- (2017-06-22 收稿 责任编辑:杨觉雄)
- (上接第 650 页)
- [8] 国家食品药品监督管理局. 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.
- [9] 陈敏, 王继宝, 邢辉, 等. 云南省德宏傣族景颇族自治州 2015 年 HIV-1 耐药传播警戒线调查[J]. 中华流行病学杂志, 2017, 38(7):959-962.
- [10] 杨光燃, 袁申元, 傅汉菁, 等. 颈围、腰围、腰臀比对 2 型糖尿病患者超重、肥胖及代谢综合征评价作用的比较研究[J]. 中国全科医学, 2016, 19(7):781-785.
- [11] 仇梦霞, 龙石银, 陈志军, 等. 代谢综合征患者血糖、血脂水平与 HDL 亚类组成的关系[J]. 中国病理生理杂志, 2015, 31(2):319-324.
- [12] 赵丹阳, 赵丹云. 参苓健脾化湿汤治疗代谢综合征的临床研究[J]. 中医药学报, 2015, 43(3):65-68.
- [13] 袁明霞. 代谢综合征研究进展[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2013, 15(1):2-3.
- [14] 邱娅, 马富春, 刘俊. 中西医结合治疗代谢综合征 86 例[J]. 陕西中医, 2013, 34(4):451-452.
- [15] 于坤, 王晓娜, 张丁冉. 健脾化浊汤加减治疗糖尿病胃轻瘫 60 例[J]. 中医研究, 2013, 26(3):38-40.
- [16] 杜鸣, 熊小玲, 邵迎新. 健脾利湿补肾降浊方治疗高尿酸血症的临床研究[J]. 河北中医, 2016, 38(1):60-61, 84.
- [17] 姚俊. 中西医结合治疗代谢综合征的临床疗效[J]. 中国医药导报, 2013, 10(1):85-87.
- [18] 任昶, 高永辉. 化痰降浊汤配合西药治疗痰瘀互阻型代谢综合征 30 例[J]. 陕西中医, 2008, 29(4):452-453.
- (2017-11-16 收稿 责任编辑:王明)