

葛苓术参汤治疗青中年痰湿瘀阻型代谢综合征临床研究

陈楠涛¹, 王俊安¹, 詹建勇¹, 周宗民¹, 罗列波¹, 陈丽川², 吴新加¹

1. 普宁市中医医院, 广东 普宁 515300; 2. 武汉市中医医院, 湖北 武汉 430000

[摘要] 目的: 观察葛苓术参汤治疗青中年痰湿瘀阻型代谢综合征的临床疗效。方法: 将 180 例患者随机分为 3 组, 各组均以严格合理的健康饮食、运动指导为基础, 中药组 60 例, 应用葛苓术参汤治疗; 西药组 60 例, 应用控制血糖血压等西药对症治疗; 中西医结合组 60 例, 应用葛苓术参汤联合西药治疗。比较 3 组治疗前后中医证候疗效、体重指数 (BMI)、血压、血糖、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) 和治疗后药物不良反应发生率等。结果: 中药组总有效率为 95.0%, 西药组为 85.0%, 中西医结合组为 98.3%, 中西医结合组与西药组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$); 中药组与西药组比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。3 组治疗后 BMI、血压与治疗前比较, 均明显改善, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); 治疗后中药组、中西医结合组与西药组比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。3 组治疗后血糖、血脂均有明显下降, 与治疗前比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后中药组 TG、LDL-C、HDL-C 及中西医结合组全部指标与西药组比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 葛苓术参汤和 (或) 联合西药治疗痰湿瘀阻型代谢综合征治疗效果确切, 值得临床应用与推广。

[关键词] 代谢综合征; 痰湿瘀阻; 葛苓术参汤; 青中年

[中图分类号] R442.8 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 01-0064-04

代谢综合征 (MS) 的发现与干预对于防治心脑血管病有着重大意义。临床中发现痰湿瘀阻证在 MS 早中期尤为多见, 笔者据此拟出葛苓术参汤, 开展治疗 MS 的临床研究, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 MS 诊断标准按照 2005 年国际糖尿病联盟 (IDF)^[1] 公布的 MS 全球共识诊断标准。必须具备中心性肥胖: 亚洲男性腰围 > 90 cm, 亚洲女性腰围 > 80 cm。另加下述 4 项因素中任意 2 项: ①甘油三酯 (TG) 水平升高 > 1.7 mmol/L, 或已接受针对此脂质异常的治疗; ②高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-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治疗; ③血压升高: 收缩压 > 130 mmHg (1 mmHg = 0.133 kPa) 或舒张压 > 85 mmHg, 或此前已被诊断为高血压并接受相应治疗; ④空腹血糖升高: 空腹血糖 (FBG) > 5.6 mmol/L,

或已被诊断为 2 型糖尿病并接受相应治疗。中医证型诊断参照普通高等教育中医院类规划教材第 6 版《中医内科学》^[2]、《中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语证候部分》^[3] 及《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[4] 制定标准, 并根据临床观察到青中年 MS 患者中, 痰湿阻遏和痰瘀交结证较多见, 自拟痰湿瘀阻证。主症为: ①形体肥胖; ②头重昏蒙; ③脘腹痞满; ④胸胁刺痛; ⑤多食多饮易饥。次症为: ①精神倦怠; ②恶心暖气; ③心悸乏力, 动则气短、汗出; ④尿频量多; ⑤舌淡胖大或黯、边齿痕、苔白厚腻, 脉沉滑或弦涩。主症具备 3 项以上, 加次症具备 2 项以上即可诊断。

1.2 纳入标准 ①符合上述诊断标准和中医辨证为痰湿瘀阻证者; ②年龄 18~65 岁; ③患者知情同意; ④中药组患者均能够自愿并坚持服用中药。

1.3 排除标准 ①年龄 18 岁以下或 65 岁以上者;

[收稿日期] 2013-06-30

[作者简介] 陈楠涛 (1981-), 男, 主治医师, 研究方向: 中西医结合治疗心脑血管病。

②继发性肥胖,如继发于下丘脑-垂体的炎症、肿瘤等;③继发性高血压,如嗜铬细胞瘤、肾性高血压;④继发性血脂异常,如甲状腺功能减退、肾病综合征、胆道阻塞、口服避孕药、胰腺炎等;⑤1型糖尿病、妊娠期糖尿病,及其他特殊类型糖尿病;⑥合并严重肝肾脏器病变,或并发冠心病、脑卒中者;⑦糖尿病伴发严重并发症,如糖尿病足、眼病变、糖尿病肾病、神经病变、感染及酮症酸中毒;⑧哺乳期或妊娠期的妇女。

1.4 一般资料 所有病例均选自2009年8月~2013年3月普宁市中医医院门诊及住院患者共180例,男91例,女89例;年龄19~65岁。采用随机数字表法分为3组。中药组60例,男31例,女29例;平均年龄(38.24±10.56)岁;病程8月~7年,平均(22.4±10.8)月。西药组60例,男28例,女32例;平均年龄(39.63±9.78)岁;病程5月~8年,平均(20.4±11.2)月。中西医结合组60例,男32例,女28例;平均年龄(39.05±8.87)岁;病程7月~8年,平均(23.4±9.8)月。3组性别比例、年龄、病程等一般资料比较,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

各组均以严格合理的健康饮食、运动指导为基础。

2.1 中药组 应用葛苓术参汤按患者证型偏倚进行剂量酌情加减,处方:葛根、茯苓各20~30g,苍术、白术、丹参、玄参、莱菔子各15~20g。中药饮片由广东省康美药业股份有限公司提供。

2.2 西药组 应用控制血糖(格列齐特,每次40~80mg,每天3次,山东力诺科峰制药有限公司生产)、血压[硝苯地平控释片() (尼福达),每次20mg,每天2次,青岛黄海制药有限责任公司生产]、降脂(阿托伐他汀钙片,每次10mg,每天1次,辉瑞制药有限公司生产)等西药对症治疗。

2.3 中西医结合组 应用葛苓术参汤联合西药治疗,用量、用法分别同中药组、西药组。

每组以30天为1疗程,共治疗2疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 均于空腹状态下测量身高(cm)、体重(kg)、腰围(cm)、体重指数(BMI)=体重(kg)/身高²(m²);血压(mmHg);FBG;极低密度脂蛋白

(VLDL)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)及HDL-C、TC、TG的测定采用全自动生化分析仪计算。中医证候积分参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]相关内容。并观察不良反应发生率,包括胃肠道症状(食欲减退、恶心、呕吐、上腹痛、便秘、腹泻等)、心脑血管症状(头晕、乏力、嗜睡、感觉异常、低血压、心动过速等)。

3.2 统计学方法 采用SPSS11.5统计分析软件,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用方差分析,偏态分布时采用秩和检验,构成比采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 中医证候疗效参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]。按尼莫地平法计算证候有效率,通过证候有效率进行判定。临床痊愈:中医临床症状、体征明显改善,证候有效率 $\geq 95\%$;显效:中医临床症状、体征明显改善,证候有效率 $\geq 70\%$;有效:中医临床症状、体征均有好转,证候有效率 $\geq 30\%$;无效:中医临床症状、体征均无明显改善,甚或加重,证候有效率 $<30\%$ 。

4.2 临床疗效标准 参照建议的MS各组分理想的治疗目标及《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]相关内容,自拟评定标准。临床痊愈:临床症状消失,体重、BMI、FBG、餐后2h血糖(P2hBG)、TC、TG、HDL-C等基本恢复正常。显效:体重下降5%以上或BMI ≤ 25 ,舒张压下降10mmHg或以上,并达到正常范围(血压 $<125/75$ mmHg);或舒张压下降20mmHg或以上;血糖水平:FBG <6.1 mmol/L, P2hBG <7.8 mmol/L;血脂检测达到以下任一项者:TC下降 $\geq 20\%$,TG下降 $\geq 40\%$,HDL-C上升 >0.26 mmol/L。有效:体重下降5%以下或 $25 \leq \text{BMI} \leq 28$,舒张压下降不及10mmHg,但达到正常范围;或下降10~19mmHg,但未达到正常范围;血糖水平:FBG <7.8 mmol/L, P2hBG <8.4 mmol/L;血脂检测达到以下任一项者:TC下降 $\geq 10\%$ 但 $<20\%$,TG下降 $\geq 20\%$ 但 $<40\%$,HDL-C上升 ≥ 0.104 mmol/L但 <0.26 mmol/L。无效:未达到以上指标。

4.3 3组中医证候疗效比较 见表1。中药组总有效率为95.0%,西药组为85.0%,中西医结合组为98.3%,中西医结合组与西药组比较,差异有显著性意义($P<0.05$),中药组与西药组比较,差异无显著

性意义($P>0.05$)。

表1 3组中医证候疗效比较

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
中药组	60	22	30	5	3	95.0 ^①
西药组	60	15	26	10	9	85.0
中西医结合组	60	26	29	4	1	98.3 ^①

与西药组比较, ① $P < 0.05$

4.4 3组BMI、血压变化比较 见表2。3组治疗后BMI、血压与治疗前比较, 均明显改善, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。治疗后中药组、中西医结合组与西药组比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表2 3组BMI、血压变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	BMI	舒张压(mmHg)	收缩压(mmHg)
中药组	60	治疗前	29.5±4.8	145.2±7.4	94.0±5.3
		治疗后	24.7±2.2 ^{①②}	134.5±4.8 ^{①②}	83.7±4.1 ^{①②}
西药组	60	治疗前	30.3±4.2	146.3±6.7	94.0±4.9
		治疗后	27.1±2.1 ^①	137.7±6.2 ^①	87.1±4.5 ^①
中西医结合组	60	治疗前	31.4±3.9	145.8±7.0	95.1±4.6
		治疗后	24.2±1.7 ^{①②}	132.9±4.2 ^{①②}	83.2±3.8 ^{①②}

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与西药组治疗后比较, ② $P < 0.05$

4.5 3组血糖、血脂比较 见表3。3组治疗后血糖、血脂均有明显下降, 与治疗前比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。治疗后中药组TG、LDL-C、HDL-C及中西医结合组全部指标与西药组比较, 差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表3 3组血糖、血脂比较($\bar{x} \pm s$) mmol/L

组别	n	时间	FBG	TC	TG	LDL-C	HDL-C
中药组	60	治疗前	8.5±1.9	5.3±1.4	3.2±1.2	3.9±1.7	0.9±0.8
		治疗后	7.2±1.3 ^①	4.2±1.3 ^①	1.7±0.8 ^{①②}	2.2±1.4 ^{①②}	1.4±0.5 ^{①②}
西药组	60	治疗前	7.9±2.1	5.1±1.9	3.1±1.7	3.5±2.1	1.0±0.5
		治疗后	7.3±1.1 ^①	4.5±1.7 ^①	2.5±1.3 ^①	2.9±1.8 ^①	1.1±0.9 ^①
中西医结合组	60	治疗前	8.1±2.6	5.7±1.2	3.4±1.1	3.7±2.5	0.9±0.7
		治疗后	6.2±1.0 ^{①②}	3.7±0.9 ^{①②}	1.6±0.8 ^{①②}	2.0±1.1 ^{①②}	1.5±0.9 ^{①②}

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与西药组治疗后比较, ② $P < 0.05$

4.6 3组不良反应发生率比较 见表4。治疗后中药组不良反应发生率为11.7%, 西药组为35.0%, 中西医结合组为10.0%, 3组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$); 中药组、中西医结合组不良反应发生率明显低于西药组($P < 0.05$)。

表4 3组不良反应发生率比较

组别	n	胃肠道症状	心脑血管症状	不良反应发生率(%)
中药组	60	3	4	11.7 ^①
西药组	60	12	9	35.0
中西医结合组	60	3	3	10.0 ^①

与西药组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

由于痰湿瘀阻证在早中期MS较为多见, 笔者据此拟出葛苓参术汤, 方药采取二君(葛根、茯苓)、二臣(炒苍术、炒白术)、二佐(丹参、玄参)、一使(莱菔子)。药方任葛根、茯苓为君药, 味甘, 性平。葛根轻扬升发, 能解肌退热, 生津止渴, 滋润筋脉; 通足太阳膀胱经的经气、改善脑血循环及外周血液循环; 疏表透疹、升发清阳之气、引内陷之邪外出; 鼓舞脾胃阳气上升, 而升清止泻、生津止渴。茯苓甘淡而平, 甘则能补、淡则能渗, 能扶正祛邪, 功专益心脾、利水湿, 且补而不峻、利而不猛, 为健脾渗湿之要药。苍术、白术为臣药, 性温, 炒后入药, 为增强燥湿之力。苍术健脾平胃, 燥湿化浊, 升阳散郁, 祛风湿; 白术补脾燥湿, 益气生血。苍术苦温辛烈, 燥湿力胜, 散多于补, 偏于平胃燥湿; 白术甘温性缓, 健脾力强, 补多于散, 善于补脾益气, 止汗。二药伍用, 一散一补, 一胃一脾, 则中焦得健, 脾胃纳运如常, 水湿得以运化。玄参、丹参为佐药, 味苦, 性寒, 可制臣药之燥性。玄参甘苦而寒, 质润多液, 功擅泻火滋阴, 清热凉血, 养阴润燥, 除烦止渴。丹参味苦色赤, 性平而降, 入走血分, 能活血化瘀, 行血止痛, 去瘀生新, 凉血清心、除烦安神。莱菔子为使药, 味苦, 性寒, 长于顺气开郁, 下气定喘, 消食化痰, 消胀除满, 通调诸药之特性。该方药在中医理论中遵循君臣佐使、气血津液、五脏六腑相生互用, 集活血化瘀祛瘀、益气养阴生津、健脾和胃消食、疏肝解郁除满为一体。

笔者认为, 在MS辨证施治中, 可拟定西医分期法(早期、中期、后期), 在各期筛选出代表性方药。三期各自对应的中医证候可分别为早期脾虚不运证, 胃失和降, 痰湿内蕴, 阻滞经脉, 气化不利, 血行不畅, 气滞血瘀, 瘀血内生; 中期脾虚肝郁、气滞痰浊阻络, 气血不和, 痰湿、瘀血相互搏结而成痰瘀互阻证; 后期痰瘀内停日久, 郁而生热, 暗耗津液而伤营阴, 成气阴两伤, 日久虚实夹杂而成阴阳两虚

证,其中脾虚不运证,致使气血津液代谢障碍,是产生痰湿瘀血等恶性循环之根本。MS 治疗效果与患者病程长短、年龄、器官代偿性、合并症、并发症、健康饮食、运动方式、用药依从性等密切相关,在 MS 早中期,合理应用有效方剂能够积极防治 MS 所引起的一系列疾病的发生;MS 中后期,筛选出有效方剂联合相关西药(降糖、降脂、降压、抗血小板等),可以延缓 MS 的进展和演变,减少西药的使用剂量和(或)次数、减少相关药物不良反应。

[参考文献]

- [1] 纪立农. 国际糖尿病联盟代谢综合征全球共识定义解读[J]. 中华糖尿病杂志, 2005, 13(3): 175-176.
- [2] 王永炎. 中医内科学[M]. 6 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1997.
- [3] 国家技术监督局. 中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语证候部分. GB/T16751.2-1997[S]. 北京: 中国标准出版社, 1997.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.

(责任编辑: 骆欢欢)

中西医结合治疗肾病综合征高凝及高脂状态疗效观察

卓肖念

泰顺县中医院内科, 浙江 泰顺 325500

[摘要] 目的: 观察采用中西医结合的方法治疗肾病综合征高凝及高脂状态的临床疗效及安全性。方法: 将 46 例原发性肾病综合征伴有高凝及高脂状态患者随机分为治疗组和对照组, 每组 23 例, 均接受常规治疗, 对照组加用低分子肝素钙、辛伐他汀进行抗凝、降脂治疗, 治疗组在对照组基础上加服复方血栓通胶囊, 均连续治疗 4 周。观察 2 组患者的血脂水平、凝血功能及临床疗效。结果: 经治疗, 总有效率对照组为 60.87%, 治疗组为 86.96%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组血脂水平和凝血功能均较治疗前改善 ($P < 0.05$), 治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗肾病综合征高凝及高脂状态疗效确切、安全, 值得临床推广。

[关键词] 肾病综合征; 高凝; 高脂; 中西医结合疗法; 复方血栓通胶囊

[中图分类号] R692 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 01-0067-03

Clinical Observation of Integrated Chinese and Western Medicine for Nephrotic Syndrome at Hyperlipidemia and Hypercoagulation State

ZHUO Xiaonian

Abstract: Objective: To explore the clinical efficacy and safety of integrated Chinese and western medicine for nephrotic syndrome at hyperlipidemia and hypercoagulation state. Methods: Forty-six patients with primary nephrotic syndrome at hyperlipidemia and hypercoagulation state were equally randomized into treatment group and control group. Both group received conventional treatment. Additionally, the control groups were treated with low molecular weight heparin, simvastatin for anticoagulation, and lipid-lowering therapy, and the treatment group was given compound *Xueshuantong*

[收稿日期] 2013-09-26

[作者简介] 卓肖念 (1975-), 男, 主治医师, 研究方向: 慢性肾病的中西医结合治疗。