

引用: 闵珊, 陈虹燕. 健脾祛湿化痰法治疗脾虚痰湿型代谢综合征 28 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2021, 37(2): 37-39.

健脾祛湿化痰法治疗 脾虚痰湿型代谢综合征 28 例临床观察

闵珊, 陈虹燕

(广州市番禺区中医院, 广东 广州, 511400)

[摘要] 目的: 观察健脾祛湿化痰法对脾虚痰湿型代谢综合征患者肥胖及糖脂代谢的影响。方法: 将 56 例脾虚痰湿型代谢综合征患者随机分为 2 组, 每组各 28 例。对照组采用常规疗法治疗, 治疗组在对照组基础上加服以健脾祛湿化痰法组方的中药汤剂, 2 组均治疗 3 个月。观察 2 组肥胖评价指标[体重质量、腰围、体质质量指数(BMI)]、糖代谢指标[空腹血糖(FBG)、餐后 2h 血糖(PBG)、糖化血红蛋白(HbA1c)]和脂代谢指标[三酰甘油(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)]的变化。结果: 2 组肥胖评价指标及糖、脂代谢指标治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 采用健脾祛湿化痰法治疗脾虚痰湿型代谢综合征, 可改善患者的糖、脂代谢指标, 减轻体重质量, 疗效确切。

[关键词] 代谢综合征; 脾虚痰湿证; 中西医结合疗法; 健脾祛湿化痰法

[中图分类号] R259.89 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.02.014

代谢综合征(metabolic syndrome, MS)是指多种代谢性疾病危险因素在同一个体聚集而成的综合征, 包括肥胖、糖脂代谢紊乱、高血压等^[1], 是多种代谢性疾病的危险因素, 且与心脑血管不良事件相关。有研究表明, MS 人群糖尿病和心脑血管疾病发生风险较正常人群明显升高^[2-3]。随着社会生活方式的改变及生活工作压力的增大, 肥胖越来越常见, MS 的发病率也逐年升高。有研究显示, 全世界约有 20%~25% 的成人患有 MS^[4], 且有着年轻化的趋势。1 项国内大样本研究发现, 我国 7~16 岁儿童青少年 MS 的发病率达 2.4%, 其中肥胖人群发病

率高达 28.8%^[5], MS 已逐渐成为严峻的公共卫生问题。目前 MS 的治疗主要通过改变不良生活方式以减少并发症的发生和靶器官的损害, 若出现症状, 则给予相应药物进行积极干预, 如降压、调脂、控制血糖、减体重等。中医学把 MS 多归属于“脾瘕”“肥满”“消渴”“湿阻”等范畴, 认为 MS 是本虚标实之证, 主要病位为脾胃, 主要病理产物为痰、湿、瘀。近年来, 中医药在减体重、改善糖脂代谢方面显示出了良好的效果。本研究以健脾祛湿化痰法组方治疗 MS, 观察中药治疗对 MS 患者肥胖、糖代谢、脂代谢指标的影响, 现报告如下。

第一作者: 闵珊, 女, 副主任中医师, 研究方向: 代谢综合征的中医药治疗

金汤治疗组病灶吸收率明显优于纯西医对照组。本研究采用百合固金汤加味辅助治疗初治涂阳肺结核患者, 并在总有效率、痰菌转阴率、不良反应发生率方面也均优于单用西药治疗的对照组, 说明百合固金汤可缓解临床症状体征, 促进肺部空洞或病灶的吸收, 提高痰菌转阴率, 减轻药物不良反应, 值得进一步研究和推广。

参考文献

[1] 梁武毅, 曾妍. 广州口岸耐多药肺结核患者 X 线影像学特征

分析[J]. 中国国境卫生检疫杂志, 2017, 15(3): 55-56.

[2] 中华人民共和国卫生和计划生育委员会. 肺结核诊断[J]. 传染病信息, 2017, 30(6): I-III.

[3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 3.

[4] 张劲, 腾丹华, 张天. 中药联合莫西沙星治疗耐多药肺结核患者疗效及对免疫功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(6): 650-652.

[5] 吴立群, 黄睿, 廖柳, 等. 百合固金汤加减治疗肺结核及改善肺部病灶情况的系统评价[J]. 中医药导报, 2018, 24(9): 104-109.

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月至 2019 年 12 月我院门诊及住院部收治的 MS 患者 56 例,根据简单随机法将其分为 2 组,每组各 28 例。治疗组中,男 14 例,女 14 例;平均年龄(42.6±8.6)岁。对照组中,男 11 例,女 17 例;平均年龄(44.2±7.1)岁。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合 2005 年国际糖尿病联盟(IDF)修订的 MS 诊断标准^[1]。中心性肥胖(中国人):腰围(WC)男性 $\geq 90\text{cm}$,女性 $\geq 80\text{cm}$,再加上以下任意 2 点即可诊断。1)三酰甘油(TG) $\geq 1.7\text{ mmol/L}$,或已针对此项血脂异常进行治疗;2)高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)减低,男性 $< 1.0\text{ mmol/L}$,女性 $< 1.3\text{ mmol/L}$,或已针对此项血脂异常进行治疗;3)血压升高,收缩压 $\geq 130\text{ mmHg}$ ($1\text{ mmHg}=0.133\text{ kPa}$)或舒张压 $\geq 85\text{ mmHg}$,或已确诊为高血压病并开始治疗;4)空腹血糖(FBG) $\geq 5.6\text{ mmol/L}$,或已确诊为 2 型糖尿病。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医临床诊疗术语·证候部分》^[6]辨证为脾虚痰湿证。症见食少、腹胀、便溏、体胖困重、疲乏嗜睡。舌淡胖、苔白腻,脉濡缓。

1.3 纳入标准 1)无严重基础疾病;2)年龄 18~65 岁;3)对研究知情同意,并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)血糖、血压、血脂等控制不佳,如 FBG $>9\text{ mmol/L}$,餐后 2h 血糖(PBG) $>16.9\text{ mmol/L}$,收缩压 $>170\text{ mmHg}$;2)严重感染或急性心脑血管疾病;3)对本研究药物存在过敏史;4)妊娠期或哺乳期女性。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用常规疗法治疗。患者均进行健康教育,叮嘱控制饮食、适当运动,制定合理的生活方式干预方案。配合阿卡波糖片(拜耳医药保健有限公司,批准文号:国药准字 H19990205,规格:50 mg/片)口服,1 片/次,3 次/d。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用以健脾祛湿化痰法组方的中药汤剂治疗。方药组成:党参 20 g,白术 15 g,茯苓 20 g,桂枝 10 g,山楂 15 g,苍术 15 g,法半夏 10 g,陈皮 10 g,丹参 10 g,红曲 10 g。以上药物由本院中药房煎制,每剂 2 袋,每袋 150 ml,每天 1 剂,早晚各服 1 袋。

2 组疗程均为 3 个月。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)肥胖评价指标。腹围、体质量、体质量指数(BMI)。所有纳入者治疗前后均需要评估空腹体质量、腹围、身高,并计算出 BMI。2)糖代谢指标[FBG、PBG、糖化血红蛋白(HbA1c)]。3)脂代谢指标[TG、总胆固醇(TC)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、HDL-C)]。

3.2 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计学软件进行分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较和组内的前后比较分别采用独立样本 t 检验和配对 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验或秩和检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2 组肥胖评价指标比较 2 组体质量、腰围、BMI 治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组肥胖评价指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间节点	体质量(kg)	腰围(cm)	BMI(kg/m ²)
治疗组	28	治疗前	66.43±6.03	91.57±5.87	26.47±0.74
		治疗后	60.18±5.70 ^{ab}	87.32±4.98 ^{ab}	22.77±1.21 ^{ab}
对照组	28	治疗前	65.89±6.14	89.18±5.56	26.25±0.81
		治疗后	63.32±6.00 ^a	86.57±5.36 ^a	23.33±1.00 ^a

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

3.3.2 2 组糖代谢指标比较 2 组糖代谢指标治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组糖代谢指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间节点	FBG(mmol/L)	PBG(mmol/L)	HbA1c(%)
治疗组	28	治疗前	6.24±0.55	7.89±0.83	6.31±0.4
		治疗后	4.98±0.17 ^{ab}	6.33±0.55 ^{ab}	5.28±0.39 ^{ab}
对照组	28	治疗前	6.22±0.52	7.96±0.83	6.35±0.46
		治疗后	5.37±0.54 ^a	6.83±0.35 ^a	5.60±0.41 ^a

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

3.3.3 2 组脂代谢指标比较 2 组脂代谢指标治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 3)

4 讨论

目前 MS 的病因及发病机制尚未完全明确,大多认为是由多种遗传因素和环境因素相互作用的结果,其中胰岛素抵抗、腹型肥胖、炎症反应是 MS 发生的重要机制^[7-9]。肥胖,特别是腹型肥胖,对肝脏的

表 3 2 组脂代谢指标比较 ($\bar{x}\pm s$,mmol/L)

组别	例数	时间节点	TG	TC	LDL-C	HDL-C
治疗组	28	治疗前	2.63±0.61	5.49±.55	3.61±0.47	1.08±0.27
		治疗后	1.52±0.25 ^{ab}	4.00±.46 ^{ab}	2.97±0.29 ^{ab}	1.41±0.23 ^{ab}
对照组	28	治疗前	2.71±0.67	5.31±.58	3.72±0.50	1.10±0.33
		治疗后	1.94±0.47 ^a	4.37±.51 ^a	3.18±0.35 ^a	1.26±0.27 ^a

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

糖脂等代谢造成影响,诱导形成胰岛素抵抗,而且易致动脉粥样硬化。另外,脂肪组织分泌的细胞因子可以导致胰岛素抵抗,诱导炎症介质大量表达,使机体处于炎症状态。研究证实,MS 是一种全身性低水平的炎症状态,这种炎症反应可能是 MS 各种代谢异常之间相互联系的枢纽^[10-12]。目前,对于 MS 的治疗主要包括生活方式改变及减轻体质量、控制血压、调控血糖、调节脂代谢等,以预防心脑血管疾病等并发症发生。

中医学多将其归为“脾瘕”“肥满”“消渴”“湿阻”等范畴,其病因主要是过食肥甘、生活过逸、情志失调、先天禀赋等。饮食过度、嗜食肥甘,或年老体弱,致脾胃虚弱,运化失司,饮食水谷运化不及,精微物质不能被转输利用,水液代谢失调,停滞为水湿,聚积成痰湿而发病。情志不畅,肝失疏泄,横逆犯脾,脾胃受损,健运失司,酿生痰湿,亦可致病。因此,MS 发病与脾胃关系密切,脾虚痰湿是其主要病机,健脾祛湿化痰是 MS 的主要治法。

本研究以健脾祛湿化痰法组方,以六君子汤合苓桂术甘汤加减而成。方中茯苓健脾渗湿,桂枝温阳化气,党参、白术益气健脾化湿,苍术健脾燥湿,法半夏、陈皮燥湿化痰,山楂健胃消食,红曲健脾和胃活血,丹参活血,诸药合用,可健脾益气,祛湿化痰,杜绝生痰之源,兼化已成之湿。有临床研究表明,六君子汤可降低单纯性肥胖患者血清瘦素、趋化素的含量,并能降低患者体质量指数和脂肪百分率^[13]。苓桂术甘汤可降低血清炎症因子和氧化应激水平,改善冠心病患者血脂成分^[14];还能显著降低 MS 模型大鼠血清抵抗素、胰岛素水平,降低胰岛素抵抗指数^[15]。现代药理学研究显示,山楂、红曲具有良好的降血脂作用^[16-17]。故本研究运用健脾祛湿化痰法治疗 MS,结果显示,与对照组相比,治疗组患者的体质量、腰围、BMI 均得到改善,说明患者肥胖程度得以减轻;FBG、PBG、HbA1C、TC、TG、HDL-C、LDL-C 均

明显改善,说明健脾祛湿化痰中药在糖脂代谢改善方面疗效显著。

参考文献

[1] 金文胜,潘长玉. 国际糖尿病联盟关于代谢综合征定义的全球共识[J]. 中华内分泌代谢杂志,2005,21(4):412-413.

[2] DEKKER JM,GIRMAN C,RHODES T,et al. Metabolic syndrome and 10-year cardiovascular disease risk in the hoorn study[J]. Circulation,2016,112(5):666-673.

[3] TANG X,LIEBESKIND D,TOWFIGHI A. The role of diabetes,obesity,and metabolic syndrome in stroke[J]. Seminars in Neurology,2017,37(3):267-273.

[4] TANNER RM,BROWN TM,MUNTNER P. Epidemiology of obesity,the metabolic syndrome,and chronic kidney disease[J]. Current hypertension reports,2012,14(2):152-159.

[5] 孙冬玲,顾东风. 代谢综合征的定义及其流行病学[J]. 中华预防医学杂志,2006,40(2):133-135.

[6] 国家技术监督局. 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.

[7] BROWN AE,WALKER M. Genetics of insulin resistance and the metabolic syndrome[J]. Curr Cardiol Rep,2016,18(8):75.

[8] ISENOVIC ER,RADAK D,MITROVIC A,et al. Link between metabolic syndrome and insulin resistance[J]. Current Vascular Pharmacology,2017,15(1):30-39.

[9] MCCracken E,MONAGHAN M,SREENIVASAN S. Pathophysiology of the metabolic syndrome[J]. Clinics in Dermatology,2018,36(1):14-20.

[10] YUAN M,KONSTANTOPOULOS N,LEE J,et al. Reversal of obesity and diet-induced insulin resistance with salicylates or targeted disruption of ikkβ[J]. Science,2001,293(5535):1673-1677.

[11] SALTIEL AR,OLEFSKY JM. Inflammatory mechanisms linking obesity and metabolic disease[J]. The Journal of Clinical Investigation,2017,127(1):1-4.

[12] PRIYA R,DANIELLA LS,NEERAJ R,et al. Metabolic syndrome is an inflammatory disorder;a conspiracy between adipose tissue and phagocytes[J]. Clinica Chimica Acta,2019,496(9):35-44.

[13] 孔月晴,王玉中. 六君子汤加减对单纯性肥胖女性血清 Leptin、chemerin 的影响[J]. 中国中医药科技,2016,23(5):521-523.

[14] 夏明,苏浩亮,傅张永. 苓桂术甘汤对冠心病患者血清炎症因子、血脂及氧化水平的影响[J]. 中国生物药学杂志,2017,37(3):356-360.

[15] 黄江荣,杜亚明,鄢进,等. 加味苓桂术甘汤对代谢综合征大鼠血清抵抗素、脂联素、胰岛素、胰岛素抵抗的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2013,19(6):227-230.

[16] 陈垚,卢连华,高景芳,等. 葛根、山楂、绞股蓝的提取物与红曲米合用降血脂作用研究[J]. 预防医学论坛,2018,24(7):556-559.

[17] 戴伟,李立,刘海波,等. 红曲调节血脂作用的研究[J]. 上海预防医学杂志,2003,15(8):374-376.