

中西医结合治疗高脂血症 30 例临床观察

覃海

(广西河池市第三人民医院 河池 547000)

摘要:目的:观察中药调脂汤加減与辛伐他汀治疗高脂血症的临床疗效。方法:将 60 例高脂血症患者随机分为 2 组。对照组使用辛伐他汀治疗,治疗组使用调脂汤加減与辛伐他汀治疗,2 组均治疗 3 个月后观察甘油三酯、血清总胆固醇、高密度脂蛋白的改善情况及药物的不良反应。结果:治疗组的疗效优于对照组($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗高脂血症比单纯西药治疗疗效显著。

关键词:高脂血症;调脂汤;辛伐他汀;中西医结合疗法

中图分类号:R 589.2

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)06-0017-02

笔者在临床工作中采用调脂汤加減联合辛伐他汀治疗高脂血症 30 例,并与辛伐他汀单独治疗的 30 例进行对照,取得较好的疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例均为我院门诊患者,将其随机分为 2 组,每组 30 例。治疗组男 18 例,女 12 例;年龄 42~68 岁,平均(48.2±6.6)岁;病程 2~12 年,平均(6.5±3.6)年。对照组男 19 例,女 11 例;年龄 40~65 岁,平均(50.3±5.9)岁;病程 1.5~14 年,平均(7.3±2.8)年。2 组性别、年龄、病程等无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 参照《中药新药临床指导原则》^[1],在正常饮食情况下,2 周内至少 2 次测得血清总胆固醇(TC)≥5.72mmol/L,或甘油三酯(TG)≥1.70mmol/L,符合其中任何一项者均可诊断。所有患者 1 个月内均未服任何降脂药,2 组治疗前 TG、TC、HDL-C 无显著性差异($P>0.05$)。

2 治疗方法

2.1 治疗组 根据辨证论治,随证服用调脂汤加減。调脂汤基本方:山楂 30g,泽泻 20g,大黄、丹参、茯苓、茵陈各 15g。无症状型:临床无明显症状表现,主要以实验室检查血脂升高为标准,选用调脂汤治疗。肝肾阴虚型:以失眠多梦,腰膝酸软,头晕眼花,耳鸣,手足心热,口干,健忘,舌红少苔,脉沉细或细数为主,治以滋养肝肾,方选调脂汤合六味地黄丸加減:枸杞、山茱萸、山药、丹皮、茯苓、丹参、泽泻各 15g,熟地黄 20g,山楂、茵陈各 18g,黄精 30g,首乌 30g。气滞血瘀型:胸闷刺痛,气短,胸胁胀痛,肢麻,舌质紫黯或有瘀点瘀斑,脉沉涩或结代,治以活血行气通络,方选调脂汤合血府逐瘀汤加減:党参、黄芪、赤芍、丹参、泽泻各 15g,川芎、枳壳、当归、大黄、桃仁、红花各 12g,柴胡 6g,山楂、茵陈、首乌各 20g。阴虚血瘀型:胸胁闷痛,口干咽燥,午后潮热,心烦,手足心热,舌质暗或紫暗,无苔或少苔,脉沉细数或细涩,治宜滋阴清热、活血通脉,方选调脂汤合桃红四物汤加減:赤芍、丹参、大黄各 15g,柴胡、川芎各 12g,当归、桃仁、红花各 15g,麦冬、生地、山楂、茵陈、首乌各 20g。脾肾阳虚型:精神萎靡,面白少华,形寒怕冷,神疲乏力,纳少便溏,脘闷腹胀,腰膝酸软,头昏,舌

质淡胖,苔白,脉沉细,治以温补脾肾,方选调脂汤合附子理中丸加減:党参、白术各 15g,干姜、附子各 12g,黄精、首乌、山楂各 30g,泽泻、茵陈各 15g,大黄 10g(大黄后下,附子先煎)。脾虚痰阻型:形体肥胖,头重如裹,懒言倦怠,肢麻沉重,胸闷气短,或伴心悸、乏力、口黏,舌质淡,苔白腻,脉濡缓,治以健脾化痰,方选调脂汤合二陈汤加減:陈皮、半夏各 15g,苍术、厚朴各 10g,山楂 30g,泽泻 20g,大黄、茯苓、茵陈各 15g。以上中药水煎服,每日 1 剂,分上、下午各服 1 次。并加服辛伐他汀(国药准字 H20050840),每日 10mg,每天 1 次。

2.2 对照组 单服辛伐他汀,用法、用量同治疗组。所有患者均维持用药前的饮食习惯和生活方式,停用其他可能影响血脂的药物。治疗 1 个月为 1 个疗程,3 个疗程后进行复查,所有病例治疗前后均检查 TG、TC、HDL-C、肝功能、血常规、肾功能、尿常规等。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》标准拟定^[2]。显效:TC 下降≥20%,或 TG 下降≥40%,或 HDL-C 上升>0.26mmol/L;有效:TC 下降 10%~20%,TG 下降 20%~40%,或 HDL-C 上升 0.11~0.26mmol/L;无效:治疗前后血脂无明显改变,未达到有效标准。

3.2 治疗结果

3.2.1 2 组临床疗效比较 见表 1。

表 1 2 组临床疗效比较 例					
组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	15	12	3	90.0
对照组	30	9	11	10	66.7

注:2 组疗效经 Ridit 分析, $P<0.05$,有显著性差异。

3.2.2 2 组治疗前后血脂的变化情况 见表 2。

表 2 2 组治疗前后血脂变化比较 ($\bar{X} \pm S$) mmol/L						
组别	n	TC		TG		HDL-C
治疗组	30	治疗前	7.15± 1.22	4.02± 1.63	0.89± 0.16	
		治疗后	5.56± 0.92* [#]	2.40± 0.84* [△]	1.18± 0.12* [△]	
对照组	30	治疗前	6.98± 1.29	3.75± 1.10	0.83± 0.17	
		治疗后	6.13± 1.05	3.01± 0.85	1.06± 0.16	

注:同组治疗前后比较,* $P<0.05$;2 组治疗后比较,[#] $P<0.05$,[△] $P<0.01$ 。

参考文献

[1]蔡春,王家同.Glasgow 昏迷计分与智残评分在脑复苏监测中的联合应用[J].中国康复医学杂志,1997,12(2):81~83
[2]汪洋,董雪松.纳络酮治疗脑复苏的临床观察[J].中国实用内科学杂志,2003,26(5):367
[3]王一镗.心肺脑复苏[M].上海:上海科学技术出版社,2001.264~274
[4]曹权.尼莫地平对脑复苏影响的实验研究[J].南京:南京医科大学

学报,1999,19(2):100
[5]王卫霞,王巍,陈可冀.人参皂苷对动物脑神经保护作用及其机理研究进展[J].中国中西医结合杂志,2005,25(1):89
[6]水海峰,王凤.尼莫地平及麦角注射液对脑复苏效应的实验研究[J].急诊医学杂志,1996,5(3):131~134

(收稿日期:2007-06-05)

奥拉西坦治疗血管性痴呆的临床观察

钟涛

(山东铝业公司医院 淄博 255069)

摘要:目的:观察奥拉西坦治疗血管性痴呆的临床疗效。方法:将 50 例血管性痴呆患者随机分为治疗组 and 对照组,治疗组在对照组基础性治疗的基础上给予奥拉西坦静滴,1 个月后运用简易精神状态检查量表(MMSE)积分法进行评价。结果:2 组治疗后 MMSE 积分均有提高($P<0.01$),治疗组总有效率明显优于对照组($P<0.05$)。结论:奥拉西坦是治疗血管性痴呆的有效药物之一。
关键词:血管性痴呆;奥拉西坦;简易智力状态检查量表;阿司匹林;尼莫地平;舒血宁
中图分类号:R 743.9 **文献标识码:**B **文献编号:** 1671-4040(2007)06-0018-02

血管性痴呆(Vascular Dement)系指在缺血性、出血性及慢性缺血缺氧性脑血管疾病引起的脑组织损害基础上,产生的以高级神经认知功能障碍为主的一组临床综合征。在美国和欧洲,Alzheimer 病(AD)是导致进行性和不可逆痴呆的首要原因,血管性痴呆(VD)是第二位病因,但在亚洲地区卒中发病率高,在日本,VD 占老年期痴呆患者的 60%~70%,在我国,老年人 VD 患病率为 324/10 万,AD 为 238/10 万,而且城市高于农村^[1]。随着社会老龄化,VD 的发病率在逐年上升,严重地影响着老年人的生活质量,给社会和家庭都带来沉重的负担。笔者 2004 年 6 月~2006 年 10 月采用奥拉西坦治疗血管性痴呆,取得满意疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组共观察 50 例,全部病例均为我院住院患者,符合诊断标准,并随机分为 2 组。其中治疗组 25 例,男 13 例,女 12 例;年龄 36~69(54.2)岁;病程平均 7.8 个月;伴高血压者 18 例,高血脂者 15 例,冠心病者 11 例,糖尿病 4 例。对照组 25 例,男 15 例,女 10 例;年龄 38~65(52.2)岁;病程平均 7.5 个月;伴高血压者 10 例,高血脂者 13 例,冠心病者 7 例,糖尿病 5 例。2 组患者一般资料经统计学处理无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 痴呆及其程度判定根据长谷川痴呆量表(HDS)、简易精神状态检查量表(MMSE)确定。用 HDS 检查法,询问 11 项,满分 32.5 分,>31 分为正常,22~30.5 分为轻度痴呆,10.5~21.5 分为中度痴呆,<10 分为重度痴呆;MMSE19 项 <27 分为异常,24~27 分为轻度认知障碍,19~23

3.2.3 不良反应 治疗期间 2 组均未发现明显的不良反应。

4 讨论

高脂血症是由于摄入脂肪过多或脂质代谢障碍等原因引起的血浆脂质持续增高的一种异常生化征象,是形成动脉粥样硬化的病理基础,是心、脑、肾及周围血管疾病主要危险因素。高脂血症在中医学中属于“痰浊、血瘀、眩晕”等范畴,患者多因肾精虚亏、脾胃运化功能失调、痰湿瘀阻等多因素致使中焦食积不化,精微失于输布,聚而为痰,痰浊阻于血脉,日久而引起高脂血症。本病以痰凝瘀阻为其标,肝脾肾虚为其本,故采用调脂汤随证加减以补脾益气、活血舒肝、化痰利湿、滋阴益肾,使阴阳得以调补,气血得以通畅,方中茯苓等益气健脾利湿;首乌、黄精等健脾补益肝肾;丹参、山楂等活血舒肝消积,化痰通脉,且可抑制胆固醇和甘油三酯合成,减少脂类物质在血管壁的沉积,抗血小板凝集,改善血液的

分为中度认知障碍,0~18 分为重度认知障碍。血管性痴呆诊断标准参照 2002 年中华医学会神经病学分会血管性痴呆诊断标准草案^[2]。Hachinski 缺血量表评分≥7 分,以除外老年性痴呆。且全部患者经脑 CT、MRI 诊断为脑梗死。

1.3 治疗方法 2 组病例均积极治疗基础病,给予阿司匹林、尼莫地平、舒血宁等抗血小板、增加脑供血、改善脑循环等基础治疗。治疗组加用奥拉西坦注射液(国药准字 H20050860),1.0g/支,每次 2g,每日 1 次,加入到 100~250mL 5%葡萄糖注射液或 0.9%氯化钠注射液中静滴。对照组加用脑复康(吡拉西坦)8g,每日 1 次,加入到 100~250mL 5%葡萄糖注射液或 0.9%氯化钠注射液中静滴。2 组均连续用药,1 个月为 1 个疗程,病例中合并高血压、冠心病、糖尿病者运用相应的药物进行治疗。

1.4 疗效评定标准 治疗后 MMSE 评分增加 >3 分为显效,增加 1~2 分为有效,增加 <1 分为无效。1 个月后复查脑 CT、MRI。

2 结果

2.1 疗效比较 治疗组 25 例,显效 12 例(48%),有效 10 例(40%),无效 3 例(12%),有效率 88%。对照组 25 例,显效 6 例(24%),有效 9 例(36%),无效 10 例(40%),有效率 60%,与对照组比较, $P<0.05$ 。

2.2 2 组治疗前后 MMSE 积分比较 治疗组 25 例,治疗前积分 16.94 分,治疗后积分 23.28 分,积分差 6.34 分;对照组 25 例,治疗前积分 16.87 分,治疗后积分 20.23 分,积分差 3.36 分。与本组治疗前比较, $P<0.01$;与对照组比较, $P<0.05$ 。

黏聚^[3];泽泻、茵陈等利湿化浊,促进脂肪代谢。现代医药研究证明,泽泻具有抑制胆固醇在体内合成的作用,首乌具有抑制胆固醇在肠道内吸收的作用,茵陈具有促进胆固醇排泄的作用,泽泻、黄精具有促进血浆脂蛋白的转运和血脂清除作用^[4]。诸药合用,标本兼施,促使肝脾肾三脏恢复正常生理功能,再加用辛伐他汀增强其降脂作用,从而达到调节脂肪代谢的功能。

参考文献

[1] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第二辑)[M].北京:人民卫生出版社,1995.171
[2] 崔国方,何秉贤,吴福恩.血脂及抗氧化作用研究[J].中国中西医结合杂志,1993,13(5):281
[3] 左晋桐,张新德,李青,等.降脂 I 号治疗高脂血症 124 例疗效观察[J].新中医,2001,33(5):18
[4] 王士雯,陈可冀.老年心脏病学[M].北京:人民卫生出版社,1998.1174

(收稿日期:2007-03-27)