

大黄蛭虫丸联合维生素 E 治疗非酒精性脂肪肝高脂血症的疗效分析

谢永忠¹ 夏金荣¹ 王招玲²

(1 江西省上饶市第二人民医院 上饶 334000; 2 江西中西医结合医院 南昌 330077)

关键词: 大黄蛭虫丸; 维生素 E; 非酒精性脂肪肝高脂血症; 降血脂

中图分类号: R 589.2 文献标识码: B 文献编号: 1671-4040(2008)05-0054-02

1 资料与方法

1.1 一般资料 120 例为我院门诊就诊的非酒精性脂肪肝 (NAFLD) 患者, 全部病例均符合 2002 年 10 月中华肝病学会脂肪肝和酒精性肝病学组制定的 NAFLD 诊断标准^[1], 且所有入选病例均伴有高脂血症。120 例患者随机分为治疗组和对照组。治疗组 60 例, 男 35 例, 女 25 例; 平均年龄 38.7 岁; 其中单纯性脂肪肝 33 例, 脂肪肝肝炎 22 例, 脂肪肝肝硬化 5 例。对照组 60 例, 男 38 例, 女 22 例; 平均年龄 36.3 岁; 其中单纯性脂肪肝 35 例, 脂肪肝肝炎 21 例, 脂肪肝肝硬化 4 例。

1 临床资料

1.1 病例选择 依据第四届全国脑血管病会议修订的诊断标准, 将临床特征符合颈内动脉系统脑梗死, 并经头部 CT 或 MRI 明确诊断, 除外颅内出血, 无严重全身并发症及出血性疾病或出血倾向, 未用过抗凝剂、血小板抑制剂并除外 TIA 及房颤的 96 例住院病人随机分为治疗组和对照组。其中治疗组 48 例, 男性 26 例, 女性 22 例, 年龄 48~76 岁, 平均 63.4 岁, 其中伴发高血压病 18 例, 糖尿病 8 例, 高脂血症 3 例。对照组 48 例, 男性 27 例, 女性 21 例, 年龄 46~77 岁, 平均 62.5 岁, 其中伴发高血压病 15 例, 糖尿病 7 例, 高脂血症 2 例。两组患者资料经统计学分析具有可比性 ($P>0.05$)。

1.2 治疗方法 在常规治疗的基础上 (包括管理血压、控制血糖、调脂、营养神经、维持水电解质平衡治疗等), 两组均给予血栓通注射液 0.3g 加入 0.9%NS 250mL 中静脉滴注, 1 次/d, 口服肠溶阿司匹林 0.1g, 每晚 1 次, 连用 10d; 治疗组加用低分子肝素 4 100IU, 腹部皮下注射, 2 次/d, 连续治疗 10d。

1.3 观察指标 两组患者分别于治疗前和治疗后 10d, 检测血小板计数 (PLT)、凝血酶原时间 (PT)、活化部分凝血活酶时间 (APTT); 同时观察患者有无脑出血、皮肤、牙龈出血、消化道出血及肝、肾等脏器损害。

1.4 疗效评价标准 参照 1995 年全国第四届脑血管病学术会议制定的标准^[2]。治愈: 神经系统症状、体征基本消失, 肌力达 4 级以上, 生活自理; 显效: 神经系统症状、体征好转, 肌力提高 2 级以上, 生活部分自理; 好转: 神经系统症状、体征好转, 肌力提高 1 级以上, 或失语、球麻痹好转; 无效: 治疗前后神经系统症状、体征无好转或加重。

1.5 统计学处理 所有数据处理均采用 SPSS10.0 统计软件包。两组间比较采用 t 检验, 率的比较用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 疗效评价 见表 1。临床疗效治疗组明显优于对照组, $P<0.05$ 。

2.2 实验室指标的比较 两组患者血小板计数、凝血酶原时

1.2 方法 (1) 改变生活方式, 如节食、适量运动、禁酒戒烟。(2) 控制原发病、基础病或伴随疾病, 以减少肝内脂肪含量, 促进脂肪消退。(3) 药物治疗: 治疗组: 大黄蛭虫丸 9g/ 次, 3 次/d; 维生素 E 100mg/ 次, 3 次/d, 服药期间停用其它治疗本病的药物, 疗程 2 个月。对照组: 单用大黄蛭虫丸 9g/ 次, 3 次/d, 疗程 2 个月。

2 疗效观察

2.1 疗效判定标准 显效: 血脂完全正常。有效: 血脂下降但未达到正常指标。无效: 血脂无变化或反而升高。问、活化部分凝血活酶时间治疗前后比较, 差异均无显著性意义 ($P>0.05$)。

表 1 两组治疗 10d 后疗效比较 例					
组别	n	治愈	显效	好转	无效
治疗组	48	17	19	9	3
对照组	48	11	13	15	9

2.3 不良反应 所有患者治疗期间均无脑出血、皮肤、牙龈出血、消化道出血及肝、肾等脏器损害。

3 讨论

血凝块的扩展是进展性缺血性脑卒中的主要病理生理机制^[3], 因此抗凝治疗至关重要。低分子肝素是由肝素经过解聚和分离所得到的低分子量肝素片段, 其抗凝血作用主要是由抗凝血因子 Xa 的作用来实现的, 与普通肝素相比, 不具有凝血酶的结合位点, 因此抗凝血酶和延长部分凝血活酶时间作用明显低于普通肝素, 因此不影响凝血酶原时间和部分凝血活酶时间, 与我们的监测结果相一致。低分子肝素除具抗凝作用外还可抑制内皮细胞分泌内皮素, 促进一氧化氮分泌, 抑制白细胞和内皮细胞结合, 促进血管内皮细胞释放纤维蛋白、溶解酶原激活剂^[4], 从而促进血栓溶解。血栓通能够降低机体耗氧量, 提高耐缺氧能力, 抑制血小板聚集, 降低血黏度, 扩张脑血管, 增加脑血流量^[5]。两药联用, 作用互补, 有协同作用, 且无严重副作用, 便于临床应用。本研究结果显示, 低分子肝素治疗进展性缺血性脑卒中有效且安全可靠; 血栓通和低分子肝素联合应用无明显不良反应, 能明显改善进展性缺血性脑卒中的近期预后。

参考文献

[1] 苏志强. 进展性卒中[J]. 黑龙江医学, 2004, 28(2): 89
[2] 陈海棠. 脑卒中患者临床神经功能损伤程度评分标准及临床疗效评定标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383
[3] Toole JF. 脑血管疾病[M]. 第 5 版. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2004. 203
[4] 李军荣, 张正毅. 低分子肝素治疗急性脑梗死患者的疗效观察[J]. 临床神经病学杂志, 2000, 13(4): 237-238
[5] 陈新谦, 金有豫. 新编药理学[M]. 第 14 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 562

加味半夏泻心汤治疗胃溃疡的疗效观察

李锐争¹ 敖卫红²

(1 江西省萍乡市中医院 萍乡 337000;2 江西省萍乡市赣西医院 萍乡 337019)

关键词:胃溃疡;加味半夏泻心汤;中医药疗法

中图分类号:R 573.1

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)05-0055-01

胃溃疡(gastric ulcer, GU)是一种多发病、常见病,严重影响患者的工作和生活,如何提高临床疗效,一直是医学研究的方向。近年来,笔者运用加味半夏泻心汤治疗胃溃疡 24 例,疗效显著。现介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 2005 年 7 月~2008 年 4 月治疗的胃溃疡患者 48 例,电子胃镜确诊为胃溃疡,幽门螺杆菌阳性,中医辨证属寒热中阻、脾胃虚弱证。男性 40 例,女性 8 例,男女比例 5:1;年龄 21~45 岁,平均 32.5 岁;病程 1~6 个月,平均 1.7 个月。临床表现为胃痛、呕吐、呃逆、返酸等胃肠道症状。将患者随机分为两组:治疗组 24 例,对照组 24 例,两组患者年龄、病程相比较差异无统计学意义。

1.2 治疗方法 对照组采用西医综合治疗:(1) 软食;(2) 兰索拉唑片 30mg, po, qd; 果胶铋胶囊 150mg, po, qid; 阿莫西林胶囊 0.5g, po, qid 或克拉霉素颗粒 0.25g, po, qid。治疗组服中药加味半夏泻心汤治疗,每日 1 剂,每剂煎 2 次,混匀后冷服,每次 150mL。方药组成:半夏 10g、黄芩 9g、黄连 3g、干姜 9g、炙甘草 9g、党参 10g、白及 15g、海螵蛸(先煎)30g、大枣 15 枚。两组均治疗 4 周为 1 个疗程,1 个疗程后比较疗效。

1.3 疗效标准 显效:症状消失,胃镜检查胃溃疡瘢痕期,HP 阴性;有效:症状明显好转,胃镜检查胃溃疡治愈期,HP 阴性;

2.2 结果 见表 1、表 2。

表 1 两组患者治疗前后血脂比较 ($\bar{X} \pm S$) mmol/L				
		CH	TG	HDL-C
治疗组	治疗前	6.38± 1.1	2.82± 1.22	0.95± 0.08
	治疗后	5.35± 0.6 ^{***}	1.15± 0.50 [*]	1.30± 0.09 ^{**}
对照组	治疗前	6.39± 1.2	2.79± 0.81	0.90± 0.07
	治疗后	6.18± 0.8	1.90± 0.57	1.07± 0.07

注:与对照组治疗后比较,*P<0.05;与本组治疗前比较,*P<0.05,**P<0.01。

表 2 两组疗效比较 例				
	n	显效	有效	总有效率(%)
治疗组	60	38	20	96.7
对照组	60	15	30	75.0

注:两组总有效率比较,P<0.05。

3 讨论

NAFLD 属中医学“胁痛”、“积聚”范畴。现代医学认为肝脏是脂类合成和分解的中心器官,肝脏内的脂肪主要来源于食物,食物中的脂肪进入人体后,在小肠被胆汁和胰酶水解成 FFA 和甘油,它们被小肠黏膜上皮细胞吸收后重新酯化成 TG,再与胆固醇、磷脂及肠黏膜上皮细胞合成的载脂蛋白结合成乳糜颗粒,由淋巴管进入血液,在肝外全身血管中运送时,被存在于毛细血管壁的脂蛋白酯酶水解为脂肪酸和甘油,除被组织摄取、利用外,脂肪酸可进入肝脏参与代谢,或经血管壁进入脂肪组织以 TG 形式储藏起来。乳糜颗粒进入肝内毛细血管时可被肝脏巨噬细胞分解为甘油和脂肪酸。高

无效:症状无明显改善,胃镜检查胃溃疡活动期,HP 阳性。

1.4 结果 两组临床疗效比较采用 Ridit 分析,见表 1。

表 1 两组临床疗效比较 例				
分组	n	显效	有效	总有效率(%)
治疗组	24	18	6	100*
对照组	24	11	7	75

注:与对照组比较,*P<0.01。

2 讨论

胃溃疡的病因尚未完全阐明,病机复杂,西医内科治疗效果尚不满意,近年来,使用质子泵抑制剂、胶态次枸橼酸铋与抗生素联合应用,提高了临床治愈率,但副作用大,费用高。GU 属中医学“胃痛、呕吐”病范畴,《素问·举痛论》曰:“寒气客于肠胃之间,膜原之下,血不能散,小络急引,故痛。”《素问·至真要大论》曰:“诸呕吐酸……皆属于热。”中医认为寒热中阻,脾胃虚弱,易致胃络拘急、脾失健运、胃失和降,出现胃痛、呕吐、呃逆、返酸等症状,治疗以清热散寒、健脾和胃、制酸敛疮为法。本研究选用加味半夏泻心汤,方中黄芩、黄连苦降泄热,干姜温中散寒,半夏和胃降逆,党参、红枣、炙甘草健脾益气,海螵蛸、白及制酸敛疮。现代医学证明,半夏泻心汤有保护胃食管黏膜、双向调节胃肠运动功能、利胆等作用,黄连、黄芩有抗 HP 作用,海螵蛸、白及有抗溃疡、中和胃酸的作用。故加味半夏泻心汤治疗胃溃疡的临床疗效显著。

(收稿日期: 2008-05-23)

脂饮食时,输入肝脏的脂质子及脂肪酸过多使肝脏脂蛋白合成代谢发生障碍,脂肪酸氧化不足,脂肪就会在肝脏沉积,发生脂肪肝。因而脂肪肝患者多伴有高脂血症。

大黄蛰虫丸源于汉张仲景《金匱要略》,由大黄、黄芩、甘草、桃仁、杏仁、芍药、干地黄、干漆、芒虫、水蛭、蛭蛭、蛭虫等组成。原为治疗虚中挟实之“内有干血”之证,现代临床应用广泛。方中君以大黄、蛰虫下瘀润燥,破坚通络;干漆、桃仁、芒虫、水蛭、蛭蛭消瘀活血,破结通闭;芍药、干地黄、甘草濡养肝阴,和中缓急,寓祛邪勿忘扶正之意;杏仁宣气散结,能通大肠气闭;黄芩清肺。维生素 E 是动物体内的强氧化剂,特别是脂肪的抗氧化剂,它是使人体过氧化物维持在低水平的一个因素,肝病血浆中维生素 E 的浓度低于健康人,应予补充[□]。国内伍昌伟等曾用大黄蛰虫丸治疗肥胖性脂肪肝[□],疗效满意。笔者通过统计观察,结果显示大黄蛰虫丸联合维生素 E 治疗 NAFLD 高脂血症患者,对降低血脂、促进肝细胞恢复,疗效更佳。此法安全可靠,毒副作用小,值得临床推广。

参考文献

[1]中华医学会肝病学会分会脂肪肝和酒精性肝病学组.非酒精性脂肪性肝病诊断标准[J].中华肝脏病杂志,2003,11(2): 127-128
[2]汤光,吴永佩,谢惠民,等.临床合理用药手册[M].杭州:浙江科技出版社,2002.640
[3]伍昌伟.大黄蛰虫丸治疗肥胖性脂肪肝[J].四川中医,1990(10): 32

(收稿日期: 2008-05-23)