

中西医结合治疗高脂血症 50 例临床观察

王辉¹ 包文亮²

(1 江苏省徐州市中医院 徐州 221000; 2 江苏省邳州市人民医院 邳州 221300)

摘要:目的:观察中西医结合治疗高脂血症临床疗效。方法:将 100 例高脂血症患者随机分成西药组和中西医结合组各 50 例。西药组用辛伐他汀治疗,中西医结合组在西药组的基础上加用中药治疗。观察两组患者治疗前后血脂指标血清总胆固醇(CH)、三酰甘油酯(TG)、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:治疗后两组的 TG、CH 明显下降,与治疗前差异均有非常显著意义($P<0.01$);治疗后两组的 HDL-C 显著升高,与治疗前比较差异也有非常显著意义($P<0.01$)。治疗后中西医结合组总有效率 84%,西药组总有效率 64%,两组总有效率比较,差异有非常显著意义($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗高脂血症能增加降脂疗效,减少副作用,临床值得推广。

关键词:高脂血症;中西医结合疗法;辛伐他汀;中药降脂饮

中图分类号:R 589.2

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2012.01.013

高脂血症患者血脂代谢发生紊乱,脂肪代谢或转运异常,血浆中一种或几种脂质浓度,包括血浆 TC 及 TG 水平过高或血浆 HDL-C 水平过低,既可表现为单纯高 TC 血症或单纯高 TG 血症,也可表现为高 TC 合并高 TG 混合型高脂血症。随着人们饮食结构的不断改变,高脂血症的发病率逐年升高,而大量研究表明,高脂血症是心脑血管疾病的主要危险因素之一,降低 TC、TG、LDL-C 水平,升高 HDL-C 的水平,有助于阻止动脉粥样硬化的发生,然后把电极安置于耳后乳突处,通电后调节治疗参数(一般选模式 2,强度 6~10),治疗 30 min。每日在针刺后治疗 1 次,共治疗 4 周。

1.4 统计学分析 采用 SPSS17.0 统计分析软件,病死率比较采用卡方检验,神经功能评分采用重复测量资料的方差分析和卡方检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 疗效观察

2.1 观察指标 随访期末(6 个月)死亡、生存、复发情况;患者治疗前、治疗后 4 周及 6 个月神经功能缺损评估采用斯堪的纳维亚量表(SSS)。

2.2 随访期末(6 个月)死亡、生存、复发情况 脑梗死恢复期患者 120 例全部完成 6 个月随访,无失访病例,随访率 100%。治疗结束后 6 个月时,对照组有 1 例病人死亡,死亡原因为脑出血,病死率为 1.69% (1/59);治疗组有 1 例病人死亡,死亡原因为消化道肿瘤,病死率为 1.64 (1/61),两者差异无显著性意义($\chi^2=0.001, P=0.981$)。对照组复发率 5.08% (3/59),对照组复发率 3.28% (2/61),两者差异无显著性意义($\chi^2=0.246, P=0.620$)。

2.3 治疗前、治疗后 4 周及 6 个月神经功能缺损(SSS)评分 见表 1。

表 1 两组神经功能缺损(SSS)评分变化比较 ($\bar{X} \pm S$) 分				
分组	n	针刺前	针刺后 4 周	针刺后 6 个月
治疗组	61	32.78± 3.03	45.97± 6.26*	50.95± 3.82*
对照组	59	32.23± 2.47	44.03± 7.45	48.03± 4.51

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

生和发展,降低冠心病的发生率和死亡率,同时也降低脑血管病的发生率和死亡率^[1]。近年来,人工合成他汀类降脂药治疗高胆固醇血症或以胆固醇升高为主的混合型高脂血症,临床取得较好的疗效,但是副作用大,易反复。笔者采用西药联合中药治疗高脂血症效果显著,现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2008 年 3 月~2009 年 6 月本院门诊及体检中心的患者 100 例,随机分成两组。

3 讨论

在我国,传统针灸、中药治疗脑梗死恢复期及后遗症期有很悠久的历史,但治疗效果仍欠理想。石学敏院士倡导的醒脑开窍针法已显著提高了针刺的临床疗效^[2],本研究在采用标准石氏醒脑开窍针法方案治疗基础上,运用脑神经促通治疗仪治疗脑梗死恢复期病例,取得满意临床效果,治疗 4 周及 6 个月神经功能缺损评分均较对照组高,有显著统计学差异, $P<0.05$ 。对照组疗效接近杨氏研究结果^[3]。

脑梗死恢复期治疗任务是控制病情发展,最大限度减少后遗症的发生。本研究结果显示脑神经促通治疗仪有助提高临床疗效,其机理可能为,能够通过改善 MCA 血液速度,降低脑血管阻力,进而迅速改善脑损伤后血管痉挛及脑缺血、低氧^[4]。由于本研究样本量不够大,其疗效有待进一步评估。

参考文献

[1]石学敏.以针灸治疗为中心的中风诊疗体系[J].江苏中医,1999,20(8):3-4
[2]李健.电针结合脑神经促通仪治疗中风偏瘫 59 例[J].中国针灸,2004(s):2
[3]全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管疾病诊断要点[J].中国实用内科杂志,1997,17(5):312
[4]杨志新,卞金玲,许军峰,等.针刺治疗脑梗死恢复期远期疗效及安全性研究:多中心随机对照[J].中国针灸,2008,28(4):239-243
[5]刘洛同,陈礼刚,董劲虎,等.K/KSJ-II 型脑神经促通仪临床应用评价[J].四川医学,2006,27(9):935-937

(收稿日期:2011-10-27)

治疗组 50 例,男 28 例,女 22 例;年龄 35~70 岁,平均 54.3 岁;合并高血压 22 例,合并冠心病稳定性心绞痛 10 例。对照组 50 例,男 26 例,女 24 例;年龄 36~68 岁,平均 53 岁;合并高血压 20 例,合并稳定性冠心病心绞痛 12 例。两组性别、年龄、病情等方面经统计学处理,差异无显著意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照第七版《内科学》^[2]诊断标准。治疗前 1 个月停用其他降血脂药物,并经饮食控制至少 15 d。但胆固醇(TC) ≥ 5.18 mmol/L,血甘油三酯 (TG) ≥ 1.70 mmol/L,LDL-C ≥ 3.37 mmol/L, HDL-C <1.04 mmol/L。排除继发于代谢性紊乱疾病患者,如:甲状腺功能低下、肝肾疾病、肾上腺皮质功能亢进,或长期服用类固醇激素、避孕药、甲状腺激素等患者。

1.3 治疗方法

1.3.1 西药组 予辛伐他汀(商品名:降舒之,国药准字 H19990366)20 mg,每晚睡前口服 1 次,4 周为 1 个疗程,共 3 个疗程。所有患者于治疗开始前及治疗后 4 周末、8 周末清晨空腹抽血测血脂、血糖、肝肾功能及肌酸磷酸肌酶(CPK),在采血前 1 d 晚餐避免高脂饮食及饮酒。伴有高血压、冠心病、糖尿病患者继续服用降压药、硝酸脂类药及降糖药。

1.3.2 中西医结合组 在西药组的基础上加用中药降脂饮治疗,处方:丹参 15 g,山楂 12 g,黄芪 25 g,陈皮 12 g,何首乌 15 g,红花 10 g,荷叶 10 g,泽泻 12 g,赤芍 12 g,决明子 15 g,每日 1 剂,分 2 次饭后服用,4 周为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程。

1.4 观察指标与统计方法 观察两组治疗前后血脂 TC、TG、LDL-C、HDL-C 的变化。数据采用 SPSS13.0 统计软件处理,计数资料以 ($\bar{X} \pm S$) 表示,治疗前后自身及组间对照采用 t 检验。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 按卫生部《中药新药临床研究指导原则》^[3]心血管药物实验指导原则评定疗效:显效:TC 下降 $\geq 20\%$,TG 下降 $\geq 40\%$,HDL-C 上升 ≥ 0.26 mmol/L; 有效:TC 下降 10%~20%,TG 下降 20%~40%,HDL-C 上升 0.10~0.26 mmol/L; 无效:未达到上述标准。

2.2 两组血脂指标比较 见表 1。治疗后两组的 TC、TG 均明显下降,与治疗前相比差异均有非常显著意义($P<0.01$)。两组的 HDL-C 明显升高,与治疗前比较,差异有显著意义($P<0.01$)。两组 TC、TG、HDL-C 比较,中西医结合组改善更明显($P<0.05$)。

表 1 两组血脂指标变化 ($\bar{X} \pm S$) mmol/L

组别	TC	TG	LDL-C	HDL-C
中西医结合组	治疗前 6.62± 0.90	3.36± 1.02	3.46± 0.90	1.48± 0.22
	治疗后 4.83± 1.08* [△]	2.18± 0.89* [△]	2.20± 0.82* [△]	1.84± 0.28* [△]
西药组	治疗前 6.59± 0.93	3.43± 1.30	3.48± 0.86	1.52± 0.55
	治疗后 5.12± 1.01*	2.58± 1.22*	2.86± 0.82*	1.61± 0.46*

注:与治疗前比较,* $P<0.01$;与西药组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

2.3 两组临床疗效比较 见表 2。治疗后总有效率中西医结合组 84%,西药组 64%,两组比较,差异有显著意义($P<0.05$)。

表 2 两组临床疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
西药组	50	16	18	16	68
中西医结合组	50	24	18	8	84

3 讨论

传统中医理论认为高脂血症属中医的“痰证”、“虚损”、“胸痹”、“眩晕”等范畴。高血脂是病理产物,亦是致病因素,病理上统属中医学“痰”、“瘀”的范畴,但痰的含义甚广,高脂血症仅是痰症中的一部分,不能认为,凡痰症皆有高脂血症的存在,二者的区别在于痰在机体内无处不到,而高脂血症仅存在血脉之中。痰有广义、狭义、有形、无形之分,而高脂可通过检测来确定,是狭义有形之痰。且血脂系阴精所化,具有黏稠、沉着之性,若血脂过高,则更加黏腻、沉着,又不同于正常之油脂,故可归纳其为“清从浊化,脂由痰生”之病机。高脂血症的病因有素体脾虚痰盛;或胃火素旺,饮食不节,痰浊内生;或年老体虚,脏气衰减,阴虚痰滞,终致痰积血瘀,化为脂浊,滞留体内而为病。病理变化为素体脾虚,痰湿内盛,运化不利,致脂浊郁积;或阳盛之体,胃火素旺,恣食肥甘,致痰热壅积,化为脂浊;或痰积日久,入络成瘀,而使痰瘀滞留;或年高体虚,肝肾阴虚,阴不化血,反为痰浊,痰积血瘀,亦可化为脂浊,滞留体内而为病。世界卫生组织按各种血浆脂蛋白升高的程度不同将高脂血症分为 6 型,我国主要为 II 型和 IV 型。根据我国人群血脂异常的情况,近年来学者提出较简易之分类法:(1)高胆固醇血症:血清 TC 水平增高;(2)高甘油三酯血症:血清 TG 水平增高;(3)混合型高脂血症:血清 TC 与 TG 水平均增高。根据现代实验研究和临床实践,至今已发掘和整理了六十余种降血脂的中草药^[4]。以降胆固醇为主的有:人参、首乌、黄芪等;以降甘油三酯为主的有:金银花、柴胡、荷叶、赤芍、大黄等;对胆固醇和甘油三酯都有降低作用的有:决明子、丹参、山楂、泽泻、三七等。西药降脂多需要大剂量长期服用才能维持降脂效果,更容易引起不良反应,影响患者的治疗依从性,并且停药后容易反弹。中药治疗高脂血症停药后不易反弹,(下转第 26 页)

为主。感染后咳嗽虽可见多种中医证型,但“干咳、痰少”的临床特点与中医燥咳症状符合,故笔者自拟沙参麦冬杏贝汤治疗本病,取得较好的疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 2010年8月~2011年9月在我院就诊的80例患者,随机分为两组。治疗组40例:男26例,女14例,年龄(36.15±12.24)岁,病程(8.64±3.32)d。对照组40例:男22例,女18例,年龄(38.62±13.65)岁,病程(8.21±5.17)d。两组在年龄、性别、病程、病情严重程度上具有可比性。

1.2 纳入标准 诊断标准参照《咳嗽的诊断与治疗指南》^[2],呼吸道感染的急性期症状消失后咳嗽仍然迁延不愈,并排除合并其他气道疾病、妊娠或哺乳妇女、严重心肝肾脏系统疾病、对药物过敏及其他不适合参加本研究者。

1.3 治疗方法 治疗组:口服沙参麦冬杏贝汤,组成:北沙参30g,麦冬、花粉、玉竹、冬桑叶、生扁豆、杏仁、浙贝母各15g,甘草6g。每日1剂,2次分服。对照组:酮替芬1mg,po,bid;多索茶碱缓释片0.2g,po,bid;复方甘草合剂10mL,po,tid。两组均7d为1个疗程。

1.4 疗效判断 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]制定量化积分表,根据咳嗽、咽痒、痰黏轻重程度不同,计0~3分。疗效判定参照尼莫地平法:治愈:症状消失,中医证候积分较治前减少≥95%;显效:证候积分较治前减少70%~95%;有效:证候积分较治前减少30%~70%;无效:证候积分较治前减少<30%或病情未见好转或加重。

1.5 统计方法 应用SPSS 17.0统计软件,计数资料用卡方检验,等级资料采用秩和检验,计量指标用t检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 见表1。

表1 两组疗效比较 例					
组别	n	治愈	显效	有效	无效
治疗组	40	10	16	13	1
对照组	40	4	10	18	8

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 中医证候积分 见表2。两组治疗前证候积分比较,差异无显著性($P>0.05$),具有可比性。经过治

参考文献

[1]邱一真.辛伐他汀联合参麦治疗高血脂症的疗效观察[J].实用中西

疗后,两组积分均有显著改善($P<0.05$),组间比较治疗组优于对照组($P<0.05$)。

表2 治疗前后中医证候积分比较 ($\bar{X}\pm S$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	40	6.47±1.56	1.17±0.94
对照组	40	6.83±1.32	2.87±1.84

3 讨论

感染后咳嗽的发病机制尚未完全明确,可能与呼吸道上皮细胞的损伤、炎症、气道高反应、神经源性炎症及咳嗽敏感性增高等多种因素有关^[4]。本病西医无特异性治疗,抗生素治疗无效,咳嗽指南认为可以短期应用抗组胺 H_1 受体拮抗剂及中枢性镇咳药,少数病情顽固、迁延不愈者可短期试用吸入或者口服糖皮质激素治疗^[2]。但这些治疗方法只对部分患者有效,并可能出现嗜睡、食欲减退、恶心、便秘等不良反应。

中医学对于咳嗽的治疗具有独特的优势,疗效较好且毒副作用少。本病传统中医学并没有与之完全对应的分类,目前中医对本病证型分类较多,但多认为基本病机为邪恋肺卫、余邪未尽,从外感咳嗽论治。本病虽感受外邪引起,但病久外邪易入里化热伤津,且病初多使用解热镇痛药、抗生素等易伤阴亡液的药物,此时以刺激性干咳或咳少量白黏痰为临床特征,而无表证征象,与中医燥咳症状相符,故治以养阴润燥^[5]。沙参麦冬汤原为吴鞠通治疗“秋燥、肺胃阴伤”之方剂,本病虽证见于肺,其开源于胃,胃阴不足,肺津不继,故以沙参、麦冬清养肺胃,玉竹、花粉生津润肺,扁豆、甘草益气培中,冬桑叶清宣燥热,辅以杏仁、浙贝助津化痰止咳:共奏清养肺胃、生津润燥之功。与对照组相比,沙参麦冬杏贝汤能够提高临床疗效,尤其是临床症状改善方面具有一定优势,值得深入研究及推广应用。

参考文献

[1]许文兵,刘莎.感染后咳嗽的发病机制和尝试性治疗[J].中华全科医师杂志,2009,8(9):598-599
[2]中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.咳嗽的诊断与治疗指南(2009)[J].中华结核和呼吸杂志,2009,32(6):407-413
[3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,2004.1-2
[4]刘玉.感染后咳嗽的发病机制研究[J].浙江中西医结合杂志,2009,19(4):262-263
[5]刘琼.感染后咳嗽从燥论治思路探讨[J].四川中医,2010,28(9):32-33
(收稿日期:2011-10-08)

医结合临床,2010,10(6):9

[2]陆再英,钟南山.内科学[M].第7版.北京:人民卫生出版社,2008.807
[3]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[S].第二辑.1995.171
[4]中国成人血脂异常防治指南制定联合委员会.中国血脂异常防治指南[J].中华心血管杂志,2007,35(5):390-419
(收稿日期:2011-10-08)