

养肝补肾方联合西药治疗高脂血症临床观察

刘培强, 李林, 张琼, 王娅囡

山东省交通医院, 山东 济南 250031

[摘要] 目的: 观察养肝补肾方联合西药治疗高脂血症的临床效果。方法: 将 80 例高脂血症患者按照随机数字表法分为观察组与对照组各 40 例。对照组口服辛伐他汀片, 观察组在口服辛伐他汀片的基础上加用自拟养肝补肾方治疗, 比较 2 组的治疗效果与治疗前后血清甘油三酯 (TG)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 及总胆固醇 (TC) 的变化情况。结果: 观察组总有效率为 95.00%, 对照组总有效率为 65.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 2 组血脂指标对比, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组 TG、LDL-C、TC 均较治疗前下降 ($P < 0.05$), HDL-C 较治疗前上升 ($P < 0.05$), 与对照组相比, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 采用养肝补肾方联合西药辛伐他汀片治疗高脂血症, 可提升临床治疗效果, 改善患者的血脂水平。

[关键词] 高脂血症; 中西医结合疗法; 养肝补肾方; 辛伐他汀片

[中图分类号] R589.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 08-0033-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.015

高脂血症主要指血浆脂质超过正常水平, 属于对人体危害较大的心血管系统疾病, 可分为原发性与继发性 2 种, 可促进动脉粥样硬化的发展, 与脑卒中、冠心病、周围动脉硬化等疾病的发病相关, 且发病率高^[1]。中医学认为, 久食酒酪肥甘、膏粱厚味, 均可致脉络痹阻, 血瘀内结, 形成高脂血症^[2]。当前临床上对高脂血症患者主要采取西药治疗, 以他汀类药物为主, 降脂效果确切; 也有研究观点表示, 采取中西医结合治疗方案, 可综合中医学及现代医学的优势, 降脂效果好, 安全性高, 疗效满意^[3]。基于此, 为观察中西医结合治疗高脂血症的临床效果, 本院对收治的 80 例患者展开了对照研究, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 符合高脂血症诊断标准^[4]; 血脂指标有不同程度的上升; 以胸闷、头晕、头痛、夜眠不实、虚汗为主症, 伴纳差、心悸, 符合肝肾亏虚兼痰瘀阻络型辨证标准; 患者知情同意。

1.2 排除标准 由心肌梗死、急性脑血管疾病所致血脂异常者; 患有严重精神疾病者; 对药物过敏者; 依从性差者。

1.3 一般资料 将 2013 年 1 月—2015 年 1 月于本院接受治疗的 80 例高脂血症患者, 按照随机数字表法分为观察组与对照组各 40 例。对照组男 25 例, 女 15 例; 年龄 41~79 岁, 平均(57.6±5.2)岁; 病程 1~10 年, 平均(5.2±2.3)年; 高胆固醇血症 7 例, 高甘油三酯血症 14 例, 混合型高脂血症 19

例; 合并高血压 8 例, 合并脑动脉硬化症 4 例。观察组男 26 例, 女 14 例; 年龄 42~78 岁, 平均(56.9±6.1)岁; 病程 1~9 年, 平均(5.0±2.1)年; 高胆固醇血症 8 例, 高甘油三酯血症 13 例, 混合型高脂血症 19 例; 合并高血压 7 例, 合并脑动脉硬化症 3 例。2 组基线资料经统计学处理, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西医疗法。口服辛伐他汀片(杭州默沙东制药有限公司), 每次 20 mg, 每天 1 次, 于餐后服用, 坚持服用 2 月。治疗期间严格行低脂饮食方案。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用自拟养肝补肾方治疗。药方组成: 白菊花、补骨脂各 30 g, 蛇床子 20 g, 丹参、山药各 15 g, 黄连、法半夏、土鳖虫、川芎各 10 g, 白芍、柴胡、当归、扁豆各 5 g。对失眠梦多、口燥咽干、腰膝酸软者加用旱莲草 10 g, 女贞子 15 g; 对苔黄腻、口渴、燥热者, 加用草决明 20 g, 竹茹 15 g; 对指甲暗紫、舌有瘀点者, 加用赤芍 15 g, 红花 10 g。每天 1 剂, 水煎取汁, 分早晚 2 次口服, 每次 200 mL。坚持服用 2 月。治疗期间同样严格行低脂饮食方案。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 记录 2 组治疗前后血脂指标的变化情况, 包括甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)及总胆固醇(TC)。

[收稿日期] 2015-04-15

[作者简介] 刘培强 (1966-), 男, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合内科。

3.2 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学软件处理数据, 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料采用 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5] 拟定。显效: 血清 TC 下降超过 20% 或 TG 下降超过 40%, 或 HDL-C 上升超过 0.26 mmol/L; 好转: TC 下降 10% ~ 20%, TG 下降 20% ~ 40%, 或 HDL-C 上升 0.104 ~ 0.26 mmol/L; 无效: 血脂指标未达上述标准。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。观察组总有效率为 95.00%, 对照组总有效率为 65.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	疗效			总有效率(%)
		显效	好转	无效	
观察组	40	23(57.50)	15(37.50)	2(5.00)	95.00 ^①
对照组	40	12(30.00)	14(35.00)	14(35.00)	65.00

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后血脂指标比较 见表 2。治疗前, 2 组血脂指标对比, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组 TG、LDL-C、TC 均较治疗前下降 ($P < 0.05$), HDL-C 较治疗前上升 ($P < 0.05$), 与对照组相比, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 2 组治疗前后血脂指标比较 ($\bar{x} \pm s$) mmol/L

指标	对照组(n=40)		观察组(n=40)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
TG	3.31 ± 0.98	3.01 ± 0.86	3.35 ± 1.00	2.08 ± 0.81 ^②
LDL-C	4.57 ± 1.02	4.15 ± 1.14	4.59 ± 1.03	3.45 ± 1.01 ^②
HDL-C	1.07 ± 0.37	1.11 ± 0.43	1.06 ± 0.38	1.42 ± 0.41 ^②
TC	6.45 ± 1.11	5.81 ± 1.22 ^①	6.43 ± 1.12	5.12 ± 1.17 ^②

与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

5 讨论

高脂血症属于临床常见代谢性疾病之一, 多发于中老年群体, 与部分心脑血管疾病的发病息息相关。随着人们生活水平的提升、饮食结构及生活方式的改变, 高脂血症的发病有明显年轻化趋势。临床上对高脂血症患者的治疗, 主张在运动、饮食纠正的基础上给予药物治疗, 以他汀类药物为主。国内外大量文献报道, 他汀类药物有明显的降脂作用, 可调节内皮功能, 调控血管活性物质, 抑制胆固醇合成, 有一定的降脂作用, 但短期效果并不显著。也有研究者表示, 在他汀类药物基

础上联用中药方案, 可在确保降脂效果的同时提升治疗的安全性, 患者服药依从性高^[6-7]。

中医学认为, 该病属本虚标实, 脾、肾、肝为其主要病位, 正虚为本, 痰瘀气阻为标。肝主疏泄、脾主运化、肾主藏精, 肥甘饮食过度, 遂伤脾胃, 脾失健运, 水液输布异常, 致痰湿内生, 血脉阻滞, 肝气郁结, 肾精亏虚, 机体升降、受纳功能失调, 遂瘀血、痰浊、湿热生成, 积于体内, 脏腑功能失调, 脂质代谢紊乱, 发为本病。因此在治疗方面必须遵循养肝、补肾、健脾的原则。

本次研究的观察组患者在辛伐他汀片治疗的基础上加上养肝补肾方治疗, 方中丹参活血通络, 柴胡疏肝理气, 补骨脂补肾壮阳, 黄连、白菊花清热解毒, 土鳖虫、法半夏、山药、川芎健脾理气、化痰祛瘀, 蛇床子温肾壮阳, 祛风燥湿。诸药同用, 可共奏养血柔肝、疏肝和胃、健脾益气、温阳补肾、化痰祛瘀的功效, 发挥养肝、补肾、健脾之效。本次研究结果显示, 观察组临床疗效优于对照组, 血脂指标的改善情况优于对照组, 与早期研究报道内容一致。

综上, 在高脂血症患者的临床治疗中, 采用养肝补肾方联合西药辛伐他汀片治疗, 可提升临床治疗效果, 改善患者的血脂水平, 值得推广。

[参考文献]

- [1] 刘博, 王玉梅, 王涛, 等. 中西医结合治疗高脂血症急性胰腺炎的临床研究[J]. 西部中医药, 2014, 16(5): 96-98.
- [2] 张英, 曹保利. 中药一贯煎辅助治疗妊娠高征并高脂血症疗效观察[J]. 山东医药, 2014, 54(7): 81-82.
- [3] 郑默. 中西医结合对高脂血症患者颈动脉内-中膜厚度及斑块影响的临床研究[J]. 中医药学报, 2013, 41(3): 112-114.
- [4] 刘婷, 张士荣, 李培培, 等. 调脂汤治疗冠心病稳定型心绞痛合并高脂血症临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2015, 10(1): 35-39.
- [5] 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: 89.
- [6] 冯锦. 健脾化痰祛湿方治疗高脂血症脾虚痰浊型 56 例[J]. 中国中医药科技, 2012, 19(1): 93.
- [7] 赵秀敏. 脂康颗粒联合阿托伐他汀治疗高脂血症的疗效及安全性[J]. 临床荟萃, 2015, 6(3): 268-271, 272.

(责任编辑: 吴凌)