

滋阴涤痰调脂方对原发性高脂血症血脂的影响

王彦*

(天津中医药研究院附属医院心内科,天津 300120)

[摘要] **目的:**观察滋阴涤痰调脂方对 40 例原发性高脂血症患者的临床疗效及血脂相关指标的影响。**方法:**将 40 例原发性高脂血症患者双盲法随机分为两组。治疗组口服滋阴涤痰调脂方每日 1 剂,煎煮取汁 150 mL,每日 2 次。对照组口服荷丹片,每次 2 片,每日 3 次。8 周为 1 个疗程。观察患者用药前后的症状、舌苔、脉象的变化及血脂血清总胆固醇(TC)、血清甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白-胆固醇(LDL-C)、血浆内皮素(ET)的含量检测及用药前后安全性指标,并详细记录用药过程中的不良反应。**结果:**服用滋阴涤痰调脂方后高脂血症患者的 TC、TG、LDL-C、血浆 ET 均较服用前显著降低($P < 0.01$);HDL-C 有所提高,但与服用前比较,差异无显著性。**结论:**滋阴涤痰调脂方是一种有效的血脂调节剂,是治疗原发性高脂血症的高效、安全的方法,对提高患者的生活质量,有重要的临床意义。

[关键词] 高脂血症;滋阴涤痰调脂方;荷丹片

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2013)01-0318-03

随着我国人民生活水平逐渐提高,饮食结构发生改变,血脂水平也呈逐年上升的趋势。高脂血症已成为威胁现代人身体健康的主要疾病之一。高脂血症是导致动脉粥样硬化的主要原因。动脉粥样硬化可引发冠心病、中风等多种心脑血管病且后果严重,所以早期预防及治疗高脂血症具有极其重要的意义。近年来,笔者在临床上运用滋阴涤痰调脂方对 40 例原发性高脂血症患者进行临床疗效观察,同时观察其对血脂及相关指标的影响,疗效满意。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择门诊和住院患者,证属痰浊阻遏,肝肾阴虚的原发性高脂血症患者共 40 例,随机分为两组,治疗组 20 例,对照组 20 例。其中治疗组男 11 例,女 9 例,年龄 35 ~ 70 岁,平均(54.5 ± 0.50)岁;对照组男 10 例,女 10 例。年龄 35 ~ 75 岁,平均(52.5 ± 0.52)岁。病程 4 个月 ~ 20 年。其中合并高血压 12 例,糖尿病 5 例,冠心病 9 例,脑血管病后遗症 2 例。两组患者治疗前临床基本特征相似,其男女比例、年龄和治疗前血脂各项指标统计分析差异无显著性,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医证候诊断标准 参照中华人民共和国国家药品监督管理局 2002 年制订颁布的参照《中药新

药治疗高脂血症的临床研究指导原则》^[1]及高等医药院校教材《中医诊断学》(供中医、中西医结合专业用)^[2],证属痰浊阻遏,肝肾阴虚型。痰浊阻遏型主证:眩晕、头重;次证:心悸、胸闷气短、肢麻沉重、形体肥胖、乏力、腹胀纳呆、口黏,间有恶心欲吐、舌苔滑腻、脉弦滑。肝肾阴虚型主证:头晕、耳鸣;次证:口干、腰酸、健忘少寐、手足心热、舌质红少苔、脉细数。以上主证中见二项,次证中见二项或以上者,结合舌脉,即可诊断。

1.2.2 西医诊断标准 参照中华心血管病杂志编辑委员会血脂异常防治对策专题组《血脂异常防治建议》^[3](1997 年)。正常饮食情况下,2 周内 2 次血标本(血清)检查。血清总胆固醇(TC) ≥ 5.72 mmol·L⁻¹或血清甘油三酯(TG) ≥ 1.70 mmol·L⁻¹;低密度脂蛋白(LDL-C) ≥ 3.64 mmol·L⁻¹或高密度脂蛋白(HDL-C) ≤ 1.04 mmol·L⁻¹者即可确诊。

1.3 排除标准 甲状腺功能减退、肝、肾疾病、长期服用类固醇激素、避孕药、噻嗪类利尿剂、甲状腺素、酗酒等引起继发性高脂血症的情况。并排除了不论何种原因肝功能受损者(>正常上限 20%)或基础肌酸激酶(CK) > 正常(>正常上限 20%)者。

2 治疗与观察方法

2.1 治疗方法

2.1.1 治疗组 口服滋阴涤痰调脂方,处方:何首乌、泽泻各 15 g,太子参、山楂各 20 g,黄芪、茯苓各 30 g,丹参 24 g,天麻 6 g,当归、赤芍、地龙、片姜黄、瓜蒌、苍术,法半夏各 10 g,大黄 8 g。每天 1 剂,煎煮取汁 150 mL,分早晚 2 次空腹温服。

[收稿日期] 20120804(002)

[通讯作者] *王彦,副主任医师,从事心脑血管病的中医诊断治疗研究, Tel: 13132155372, E-mail: gaoyinwanghou2008@163.com

2.1.2 对照组 口服荷丹片(南昌济顺制药有限公司生产)每次2片,每日3次。

两组患者均保持用药前的生活方式及饮食习惯。原则上不用其他影响血脂代谢的药物。允许加用其他不影响血脂代谢的药物,将所服用药物的名称、剂量、服用时间详细记录。治疗8周。

2.2 观察指标 观察记录患者治疗前后的症状、舌苔、脉象的变化及血脂TC, TG, HDL-C, LDL-C, 血浆内皮素(ET)的含量检测。记录治疗前后安全性指标,如血压、心电图、肝肾功能、血常规、尿常规。详细记录用药过程中的不良反应。

2.3 疗效标准 参照卫生部《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]制定,分为临床控制、显效、有效、无效。临床控制:治疗后症状消失,血脂检测恢复正常。显效:主症消失或基本消失,血脂检测达以下任一项者,TC下降 $\geq 20\%$, TG下降 $\geq 40\%$, HDL-C上升 $\geq 0.2 \text{ mmol}\cdot\text{L}^{-1}$ 。有效:症状减轻,TC下降

10%~19%,或TG下降20%~39%,或HDL-C上升0.1~0.2 mmol·L⁻¹。无效:症状无改善,未达到有效标准者。

2.4 统计学方法 计量资料同组治疗前后比较若满足正态性及方差齐性,则采用 t 检验,若不满足,则采用近似 t 检验。两组间比较,计量资料满足正态性及方差齐性,则用 t 检验;方差不齐,用近似 t 检验。等级资料,用秩和检验。

3 结果

3.1 两组治疗前后血脂指标变化比较 治疗组治疗后TC, LDL-C分别下降26.3%, 32.7% ($P < 0.01$), TG下降34.9% ($P < 0.01$), HDL-C上升24.2%。对照组治疗8周后TC, LDL-C分别下降24.8% ($P < 0.05$), 31.3%, HDL-C上升20.9% ($P < 0.01$), TG下降33.5% ($P < 0.01$)。两组治疗后组间比较,差异无显著性意义($P > 0.05$)。见表1。

表1 两组治疗前后血脂指标变化的影响($\bar{x} \pm s, n=20$)

mmol·L⁻¹

| 组别 | 时间 | TC | TG | HDL-C | LDL-C |
|----|-----|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 治疗 | 用药前 | 7.28 ± 0.65 | 2.12 ± 0.77 | 1.03 ± 0.30 | 4.49 ± 0.86 |
| | 用药后 | 5.36 ± 0.60 ¹⁾ | 1.38 ± 0.53 ¹⁾ | 1.36 ± 0.27 ¹⁾ | 3.05 ± 0.74 ¹⁾ |
| 对照 | 用药前 | 7.17 ± 1.8 | 2.56 ± 1.17 | 1.02 ± 0.23 | 4.40 ± 2.18 |
| | 用药后 | 5.39 ± 0.66 ¹⁾ | 1.70 ± 0.90 ¹⁾ | 1.29 ± 0.35 ¹⁾ | 3.02 ± 0.88 ¹⁾ |

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$ (表2同)。

3.2 两组治疗前后ET变化比较 治疗组治疗后ET下降11.11%,与治疗前比较,差异有非常显著性意义($P < 0.01$),对照组ET下降12.05%,与治疗前比较,差异也有非常显著性意义($P < 0.01$)。两组治疗后组间比较,差异无显著性意义。见表2。

表2 两组治疗前后ET变化比较($\bar{x} \pm s, n=20$) ng·L⁻¹

| 组别 | 时间 | ET |
|----|-----|---------------|
| 治疗 | 用药前 | 59.62 ± 11.88 |
| | 用药后 | 48.44 ± 4.56 |
| 对照 | 用药前 | 59.2 ± 10.58 |
| | 用药后 | 47.15 ± 4.36 |

3.3 两组临床疗效比较 治疗组总有效率为85%,对照组为80%,两组比较,差异无显著性意义。见表3。

3.4 不良反应 治疗组1例服药10d后出现胃部不适,大便次数增多,停药3d后症状消失,继续服用。对照组1例服药23d后出现时感恶心、心悸,停药3d后症状消失,继续服用。

表3 两组临床疗效比较($n=20$)

例(%)

| 组别 | 临床控制 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 |
|----|---------|---------|---------|---------|--------|
| 治疗 | 8(40.0) | 6(30.0) | 3(15.0) | 3(15.0) | (85.0) |
| 对照 | 7(35.0) | 5(25.0) | 4(20.0) | 4(20.0) | (80.0) |

4 讨论

中医学虽无高脂血症的病名,但历代医家对本病的临床症状和体征均有详细的描述,多把高脂血症归属于“痰浊”、“血瘀”、“胸痹”、“眩晕”、“中风”等病的范畴。早在《黄帝内经》中已有关于脂的相关论述,认为“脂”是一种充盈身体的正常营养物质,而“膏”是过多的“脂”。《灵枢·血络论》曰:“血气俱盛而阴气多者,其血滑,刺之则射,阳气蓄积,久留而不泻者,其血黑以浊,故不能射”。其中“其血黑以浊”形象地说明了气血津液代谢失调,导致痰瘀胶结于血脉之中的状况,从而使膏脂的吸收、输布、代谢异常,浊脂内生,侵及血脉,导致血脂升高而发病。《生气通天论》中提出:“味过于甘,心气喘满,色黑,肾气不衡”,提出了饮食不节,味过甘肥,

损伤脾胃功能,影响肝胆疏泄,以致精汁不能泌输,而转化为痰浊,这与现代医学提出的高脂高糖饮食和脂代谢紊乱的病因学说是基本一致的。

肝脾胃不足是高脂血症发生的病理基础,痰浊血瘀是高脂血症发生、发展、转归和预后的基本病理机制,而滋阴涤痰调脂方以活血化瘀、化痰通络,消除痰瘀为基本治法,兼以益气养阴柔肝,调理脏腑功能,祛除病理产物。其中当归、赤芍、片姜黄、归心肝脾经,以活血化瘀、荡涤淤积;丹参归肝经,活血祛瘀,搜风通络降脂^[4];瓜蒌化痰宽胸、理气散结;陈皮、法半夏、苍术燥湿化痰健脾,兼可行气;天麻化痰熄风、止头眩;地龙化痰通络降压 诸药共伍,痰瘀尽除;黄芪益气健脾化湿;太子参健脾补肺、滋阴益气;何首乌、泽泻培肝肾之阴;泽泻利水泄热,使邪有出路;大黄泻下攻积、逐瘀通经,扶正祛邪,合二为一。以上诸药,共奏涤痰逐瘀、补益肝肾之功。

现代药理研究证明,何首乌含丰富的卵磷脂、淀粉等,有助于脂肪运转^[5]。其含有的萜酯衍生物,能使肠蠕动增强,抑制胆固醇吸收,阻止胆固醇在肝内沉积。黄芪多糖是从中药黄芪中提取的有效活性成分,具有罗格列酮样作用^[6]。泽泻主要成分及提取物有抗脂肪肝成分,能够提高原低水平的血中 HDL-C 水平,有助于血胆固醇的运转和排谢,预防其沉积。山楂中含山楂酸、酒石酸、柠檬酸等类物质,有扩张血管,降低血压,降低胆固醇及甘油三酯,抗氧化延缓衰老的作用;山楂叶总黄酮能改善高脂血症大鼠的脂质代谢紊乱状况,有效升高 HDL-C,降低 TC, TG, LDL-C 水平,降低全血黏度,对血液流变性有显著的改善作用^[7]。山楂、黄芪能够抑制胆固醇生物合成的限速酶羟甲基戊二酰辅酶 A 还原酶活力,从而减少内源性胆固醇的生成。法半夏、泽泻、丹参、姜黄等均有降低 TC, TG, β -脂蛋白的作用。姜黄素不仅可以降低高脂饮食兔血清 TC, TG, LDL 水平,还具有抗动脉粥样硬化作用^[8]。瓜蒌仁的主要成分瓜蒌酸对血小板聚集有抑制作用,瓜蒌皮提取液具有保护血管内皮的作用,从而发挥抗 AS 作用^[9]。蚯蚓冻干粉明显降低高脂血症小鼠 TC, TG, LDL-C 水平^[10]。大黄具有抗炎、调节脂质代谢、保护血管内皮细胞、抑制血管平滑肌细胞增殖、抗氧化、抗凝血与抗纤溶作用^[11]。赤芍不仅能够降脂,还具有提高血管内皮细胞抗氧化能力的作用^[12]。丹参不仅对高血压并高脂血症患者肾脏有保护作用^[13],其脂溶性成分和水溶性成分均表现出了一定

的抗动脉粥样硬化(AS)活性作用^[14]。

本临床观察表明,滋阴涤痰调脂方治疗高脂血症在临床应用中疗效可靠,对高脂血症患者血脂指标及血浆 ET 有一定的作用,是治疗高脂血症的高效、安全的方法,对提高患者的生活质量,预防心脑血管病的发生有着及其重要的临床意义。

[参考文献]

- [1] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:85.
- [2] 季绍良,成肇致. 中医诊断学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:161.
- [3] 方圻,王钟林. 血脂异常防治建议[J]. 中华心血管病杂志,1997,25(3):169.
- [4] 卢锟刚,乐智勇,陈桂林,等. 决明子、丹参、苦丁茶、绞股蓝不同组分配伍的降血脂作用[J]. 中国实验方剂学杂志,2012,18(9):191.
- [5] 高王宣,胡英杰,符林春. 何首乌二苯乙烯莲的调节血脂作用[J]. 中国中药杂志,2007,32(4):323.
- [6] 刘毅,王文健,陈伟华,等. 黄芪多糖对 3T3-L1 前脂肪细胞增殖和分化的影响[J]. 中西医结合学报,2007,5(4):421.
- [7] 杨华,杨知贵,李小慧. 山楂叶总黄酮对高脂血症大鼠血脂和血液流变学的影响[J]. 中国实验方剂学杂志,2012,18(12):257.
- [8] 王春彬,高大中,殷跃辉,等. 姜黄素对高脂血症兔主动脉 NF- κ B, VCAM-1, VEGF 表达的影响[J]. 中成药,2007,29(8):1127.
- [9] 芦丽莉,王冬梅. 瓜蒌皮提取液对实验性高脂血症大鼠血清 NO, SOD, MD 的影响[J]. 北华大学学报:自然科学版,2008,9(5):423.
- [10] 单彪,吴金霞,张瑞英,等. 地龙的药理作用研究进展[J]. 医学研究与教育,2009,26(6):77.
- [11] 陈俊荣,陈俊红,王国明. 大黄抗动脉粥样硬化作用机制研究概况[J]. 中国药房,2009,19(18):1429.
- [12] 梁日新,黄璐琦,刘菊福,等. 药对川芎和赤芍对高脂血症大鼠降脂、抗氧化及血管内皮功能的实验观察[J]. 中国实验方剂学杂志,2002,8(1):43.
- [13] 贝光明,刘远林,曾红儒,等. 丹参对难治性高血压并高脂血症患者尿微量白蛋白的远期疗效观察[J]. 中国实验方剂学杂志,2010,16(6):244.
- [14] 尹苗,冯成强. 丹参活性成分抗动脉粥样硬化机理研究进展[J]. 中国中医药信息杂志,2009,16(7):100.

[责任编辑 邹晓翠]