

· 临床报道 ·

柴苓降脂方治疗脂肪肝合并高脂血症 110 例

范志刚^{1*} 贾高锁² 梁培福³ 张红云¹ 郭淑玲³ 张健² 解鹏飞¹

(1. 山西省临汾职业技术学院, 临汾市尧都区建设北路 113 号, 041000;

2. 山西省临汾市第二人民医院; 3. 山西省临汾职业技术学院附属第二医院)

基金项目: 山西省科技攻关计划项目课题(20090312023)

* 通讯作者: fzg606@163.com, (0357) 2250030

[关键词] 脂肪肝; 高脂血症; 柴苓降脂方; 中药治疗

随着人们生活水平的不断改善, 脂肪肝、高脂血症的发病率在逐年升高。自 2006 年 10 月~2009 年 10 月, 我们在自拟方肝脂消的基础上进一步调整, 形成柴苓降脂方, 应用该方对我院门诊脂肪肝合并高脂血症患者 110 例进行试验治疗, 并与 101 例采用传统护肝片配合血脂康胶囊组进行对照, 结果显示, 采用中药柴苓降脂方治疗与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.01$), 现报告如下。

1 临床资料

入选对象均为我院门诊收治患者, 随机分组, 全部病例均经 B 超和实验室检查确诊(脂肪肝的 B 超诊断标准为肝脏近场回声增强, 远场回声衰减; 实验室检查主要是血脂 3 项升高,^[1-3])。治疗组 110 例, 男 80 例, 女 30 例; 年龄 27~66 岁, 平均年龄 46.5 岁。对照组 101 例, 男 56 例, 女 45 例; 年龄 28~68 岁, 平均年龄 48 岁。两组病例均为脂肪肝并伴有血脂增高, 中医辨证均属痰湿郁阻型。临床表现为肝区不适或隐痛, 全身困重, 舌质暗、苔白腻, 脉弦。治疗组和对照组病例临床资料经统计学处理, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

治疗组选用中药柴苓降脂方: 柴胡 10g, 枳壳 15g, 白芍 15g, 茯苓 15g, 白术 10g, 半夏 10g, 陈皮 10g, 车前子 15g, 丹参 15g, 山楂 15g, 五味子 10g, 香附 15g, 葛根 20g, 赤芍 15g。每日 1 剂, 水煎分 2 次服, 早晚各服 1 次, 治疗期间嘱患者戒酒, 低脂饮食, 规律生活, 适当运动。10d 为 1 个疗程, 3 个疗程后评定疗效。对照组选用护肝片配合血脂康胶囊治疗。护肝片(柴胡、茵陈、五味子、板蓝根、猪胆粉、绿豆, 每片含量 0.35g, 黑龙江葵花药业股份有限公司生产, 批号:

0609120、0806002), 用法: 每次 4 片, 每日 3 次, 口服; 血脂康胶囊(主要成分为红曲, 规格 0.3g, 北京北大维信生物科技有限公司生产, 批号 060918、080112), 用法: 每次 2 粒, 每日 2 次, 治疗期间嘱患者戒酒, 低脂饮食, 规律生活, 适当运动。10d 为 1 个疗程, 3 个疗程后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

治愈: 症状体征消失, B 超检查肝脏大小正常, 回声均匀, 肝血管清晰; 血脂 3 项均正常。显效: 症状体征消失, B 超检查肝脏大小正常, 回声稍增强, 肝血管清晰; 血脂 3 项正常。进步: 症状体征减轻, B 超检查和血脂化验检查有好转。无效: 症状体征无改善, B 超检查和实验室检查指标未明显改善^[2-3]。

3.2 两组治疗前后 B 超检查情况

治疗组 110 例, 3 个疗程后, 肝脏回声完全正常者 60 例, 肝脏回声稍增强者 25 例, 肝脏回声增强稍有好转者 16 例, B 超检查无明显改变者 9 例。对照组 101 例, 3 个疗程后, 肝脏回声正常 16 例, 肝脏回声稍增强 29 例, 稍有好转 18 例, B 超检查无明显改变者 38 例。

3.3 两组治疗前后血脂情况

将血清总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C) 3 项作为两组治疗前后观察比较指标, 两组治疗前后比较, 3 项指标差异有统计学意义($P < 0.01$), 治疗后优于治疗前。两组治疗后组间比较, 2 项指标差异均具有统计学意义(P 均 < 0.01), 治疗组优于对照组。结果见表 1。

3.4 两组疗效比较

治疗组 110 例, 治愈 60 例, 显效 25 例, 进步 16 例, 无效 9 例, 总有效率为 91.82%; 对照组 101 例, 治愈 16 例, 显效 29 例, 进步 18 例; 无效 35 例, 总有

表1 两组治疗前后血脂水平比较(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	TC	TG	LDL-C
治疗组	110	治疗前	3.95±0.25	7.99±1.06	2.12±0.38
		治疗后	1.55±0.26*	4.61±0.77*△	1.21±0.15*△
对照组	101	治疗前	3.89±0.32	7.87±1.03	2.14±0.35
		治疗后	1.56±0.42*	5.43±1.42*	1.30±0.26*

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

效率为 62.38%;治疗组与对照组疗效比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。

4 讨论

中医认为,脂肪肝属“胁痛”范畴,它的形成与“痰湿”有关,首先各种致病因素损伤脾胃,脾不化湿,郁久成痰,而痰湿之邪阻碍气机,使肝失疏泄,故治以疏肝行气燥湿化痰。方中选用柴胡、枳壳、白芍、陈皮调畅气机,茯苓、白术、半夏、车前子燥湿化痰,山楂、丹参消食化瘀降脂,新增加香附、葛根和赤芍

疏肝理气,活血降脂。全方配伍,标本兼治,使湿化气畅,而诸症自平。

参考文献

- [1]曾民德·脂肪肝[J]·中华消化杂志,1999,19(2):120-121.
- [2]范建高·非酒精性脂肪肝的临床流行病学研究[J]·中华消化杂志,2002,22(2):106-107.
- [3]陈灏珠·实用内科学[M]·12版·北京:人民卫生出版社,2005;2004-2010.
(收稿日期:2010-09-26;修回日期:2010-11-08)
[编辑:黄健]

益气活血化痰方治疗缺血性脑卒中 30 例

秦保锋

(上海中医药大学附属曙光医院神经内科,上海市普安路 125 号,200021)

通讯方式:qbf2006@126.com

[关键词] 益气活血化痰方;缺血性脑卒中;中医药疗法

脑梗死(CI)又称缺血性脑卒中,是由于脑组织局部动脉血流灌注减少或突然血流完全中断,停止供血、供氧,引起该供血区的脑组织坏死、软化。笔者自 2009 年 7 月~2010 年 7 月采用中西医结合疗法,应用益气活血化痰方佐治脑梗死 30 例。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

60 例患者均为我院 2009~2010 年的住院及门诊患者,符合 1995 年中华医学会第四次脑血管病学术会议制定的各类脑血管疾病诊断要点中关于 CI 诊断标准^[1],经头颅 CT 检查后确诊为 CI,除外合并有应激性溃疡、重要脏器衰竭、血液系统疾病、脑出血以及严重意识障碍者。证属气虚血瘀夹痰型。主要表现为半身不遂、言语不利、口眼歪斜、口角流涎和肢体无力等。随机分为治疗组和对照组各 30 例,其中治疗组男 18 例,女 12 例;年龄 44~80 岁;病程 10 天~2 年。对照组中男 17 例,女 13 例,年龄 45~80

岁;病程 15 天~1 年 6 个月。两组性别、年龄、治疗前神经功能缺损评分和病程等资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准

①符合 1995 年第四次全国脑血管病学术会议修订的 CI 的诊断要点,并经脑 CT 或 MRI 证实,排除脑出血;②35~80 岁之间的患者,性别不限;③无全身严重的并发症;④中医诊断符合气虚血瘀夹痰型。

1.3 病例排除标准

①短暂性脑缺血发作;②中脏腑或伴有意识障碍;③腰穿或影像学检查疑为出血性 CI;④检查证明由脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病、代谢障碍性疾病、风湿性心脏病、冠心病及其他心脏病合并房颤引起脑栓塞者;⑤合并心、肝、肾、造血系统、内分泌系统等原发性疾病者;⑥精神智能障碍者;⑦合并消化道出血者;⑧生命体征不稳定者。

2 治疗方法

两组均予常规治疗,包括阿司匹林、氯吡格雷,必要时予肝素抗凝治疗,并给予脱水、降颅压、降血