

· 经验交流 ·

莪黄降脂片治疗脂质代谢失调的临床观察

解放军第二〇八医院(长春 130062)

曹铁梅 牛 彤 侯毅敏 段英春 张玉珍 李洪涛 范业萍 金爱利

近3年来,我们自制以活血化瘀法为主要治则的中药制剂,对124例高脂血症患者进行临床降脂观察。现将结果报告如下。

资料与方法

一、病例选择 参照卫生部试行的《药物临床研究指导原则》中的调整血脂药物研究制定的标准^①,符合高脂血症诊断者。

二、临床资料 按上述标准选择病例161例,均为原发性高脂血症患者,按就诊顺序以3:1比例随机分为治疗组和对照组。其中治疗组124例,男性90例,女性34例,平均年龄60.04岁;单纯血总胆固醇(TC)高者41例,单纯甘油三酯(TG)高者58例,TC与TG均高者15例,单纯HDL-C低者10例。对照组37例,男性22例,女性15例,平均年龄58.9岁;单纯TC高者10例,单纯TG高者15例,TC与TG均高者7例,单纯HDL-C低者5例。两组临床症状轻重和血脂高低程度无显著差异,具有可比性。

三、观察方法

1. 治疗组 服用自制莪黄降脂片(由姜黄30g 莪术30g 黄精20g 玉竹20g 大黄20g 山楂20g 石菖蒲15g 柴胡15g等药物浓缩制成片剂),每次4~5片(含生药1~1.2g),每日3次,饭前温开水送服。30天为1个疗程,1个疗程后评定疗效。

2. 对照组 服用菸酸肌醇酯片(上海延安制药厂生产,批号:900512)每次200mg,每日3次,饭前温开水送服,疗程同治疗组。1个疗程评定疗效。

结 果

一、疗效判定标准 参照卫生部颁发的《药物临床研究指导原则》中调整血脂药物研究判定的标准^①。

二、临床症状疗效评定标准 参照1986年全国中医、中西医结合第3次老年医学协作会通过的疗效标准^②。

三、临床症状疗效分析 两组症状积分值经 χ^2

检验,其有效率 $\chi^2=7.0032$,两组值间相差非常显著($P<0.01$)。提示本药改善症状方面明显优于菸酸肌醇酯片。

四、疗效观察 治疗组:显效87例,占70.16%;有效22例,占17.74%;无效15例,占12.10%,总有效率87.90%。对照组:显效10例,占27.03%;有效10例,占27.03%;无效17例,占45.95%,总有效率54.05%。两组显效率、有效率相差均非常显著($P<0.01$),治疗组优于对照组。

五、对血脂及动脉硬化指数(AI)的影响 见附表。

附表 两组血脂及AI比较 ($\bar{x} \pm S$)

组 别		TC	TG	HDL-C	AI
		(mmol/L)			
治疗	疗前	6.06±0.99	2.20±1.53	1.21±0.30	4.21±1.46
	疗后	^{**Δ} 5.30±0.81	^{**Δ} 1.72±1.35	^{**} 1.45±0.38	^{**ΔΔ} 2.91±1.10
对照	疗前	5.99±1.20	2.08±0.91	1.21±0.35	4.26±1.80
	疗后	5.63±0.80*	1.92±0.72	1.31±0.40	3.74±1.89

注:与治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与对照组比较,Δ $P<0.05$,ΔΔ $P<0.01$

由附表所见,莪黄降脂片在降低TC、TG、AI和升高HDL-C方面均有明显作用。与对照组相比,在降低TC、TG方面,治疗组优于对照组, $P<0.05$;在降低AI方面,治疗组明显优于对照组, $P<0.01$;在升高HDL-C方面,治疗组虽有明显上升趋势,但与对照组比较无统计学意义, $P>0.05$ 。

六、对活血化瘀作用观察 治疗组有60例治疗前后进行血液流变学检测,其中血沉、全血比粘度、全血还原粘度、血浆比粘度均有显著差异;治疗组有30例治疗前后进行球结膜彩色微循环检测,其积分值对比有显著差异。该两项检查说明本药具有活血化瘀作用。

讨 论

从血液呈高凝状态角度出发,高脂血症符合中医

血瘀证范畴,故选用具有活血化瘀、行气破瘀为主,兼以滋阴宣泄作用的中药,通过破瘀以通肝,行气以疏肝,滋阴以养肝,宣泄以调肝等环节融为一体,破中有补,补中有泻,从而达到标本兼治、机体功能和顺调达而降脂目的。

经本治疗组 124 例临床观察,除 3 例有轻度恶心外,未见明显毒、副作用及出血倾向,证明安全有

效。此法值得临床推广应用。

参 考 文 献

1. 中华人民共和国卫生部. 药物临床指导原则(试行) 1988: 86.
2. 周文泉,等. 延缓衰老中药的筛选规程和临床观察规范. 中西医结合杂志 1986; 6(11): 682.

驱毒汤加甘露醇灌肠和口服治疗慢性肾功能不全的对比观察

上海中医学院附属岳阳医院肾内科(上海 200031) 姚少吾

笔者用中药驱毒汤加甘露醇保留灌肠和口服两法治疗慢性肾功能不全患者 17 例,发现灌肠组疗效优于口服组。现报告于下。

资料与方法

全部患者均符合以下诊断标准: (1) 有导致慢性肾功能不全的肾脏病。(2) 血尿素氮 $> 8.9 \text{ mmol/L}$, 血肌酐 $> 176.8 \mu\text{mol/L}$ 。17 例患者随机分为灌肠治疗组(灌肠组)9 例,口服治疗组(口服组)8 例。两组临床资料: (1) 原发病: 灌肠组慢性肾炎 8 例、慢性肾盂肾炎 1 例; 口服组慢性肾炎 7 例、高血压肾动脉硬化 1 例。(2) 肾功能分期: 灌肠组 9 例均为尿毒症期; 口服组尿毒症期 6 例,氮质血症期 2 例。(3) 病程: 灌肠组平均病程 4.6 ± 5.0 年($\bar{x} \pm S$,下同),口服组为 5.8 ± 8.2 年, $P > 0.05$ 。(4) 年龄: 灌肠组平均 50.7 ± 20.7 岁,口服组平均为 46.0 ± 15.3 岁, $P > 0.05$ 。(5) 性别: 灌肠组男 4 例,女 5 例; 口服组男、女均为 4 例。(6) 治疗方法: 驱毒汤为大黄 25 g 牡蛎 25 g 蒲公英 12.5 g,加水煎成 125 ml,加 20% 甘露醇 125 ml,略加温至 $37 \sim 38^\circ\text{C}$,保留灌肠或口服,每天 2 次,疗程 14~21 天,1 个疗程后评定疗效。

结 果

一、疗效评定标准 (1) 显效: 症状明显改善,尿毒症期患者血肌酐降至 $< 442 \mu\text{mol/L}$,氮质血症期降至 $< 176.8 \mu\text{mol/L}$ 。(2) 有效: 症状有所改善,血肌酐下降,但尿毒症期仍 $\geq 442 \mu\text{mol/L}$,氮质血症期仍 $\geq 176.8 \mu\text{mol/L}$ 。(3) 无效: 症状无改善,

血肌酐不下降。

二、临床疗效 按此标准评定,灌肠组显效 1 例,有效 6 例,无效 2 例;口服组有效 5 例,无效 3 例。食欲不振、恶心呕吐等症状改善灌肠组例数多于口服组。灌肠组血肌酐治疗前平均 $797.54 \pm 332.03 \mu\text{mol/L}$,治疗后 $641.43 \pm 443.96 \mu\text{mol/L}$,其中,1 例上升,8 例下降,平均降低 $156.11 \mu\text{mol/L}$, $P < 0.01$;口服组治疗前血肌酐 $717.19 \pm 386.93 \mu\text{mol/L}$,治疗后 $737.08 \pm 460.74 \mu\text{mol/L}$, $P > 0.05$ 。其中上升 2 例,不变 1 例,下降 5 例。两组疗效对比有显著性差异, $P < 0.05$ 。

讨 论

驱毒汤以大黄为主药,大黄具有通便泄下、攻逐湿浊,使毒邪从大便排泄的作用,还有活血解毒、推陈致新、降低血肌酐与尿素氮等作用,是治疗尿毒症一种有前途的药物。将甘露醇加入驱毒汤中合用灌肠,使肠腔内形成一个高渗状态,因肠粘膜毛细血管壁为半透膜,使血内的尿毒症毒素随水分进入肠腔而排出体外,加强了疗效。由于慢性肾功能不全患者多有恶心、呕吐等胃肠道症状,患者口服汤药加甘露醇常有困难,有时还会将药液吐出,影响药效的发挥。此外,大黄虽能导滞解毒,但口服药性峻猛,诛伐过甚,虚体难支;而改变给药途径,配入灌肠方内,可峻药缓用,再配以牡蛎可收涩敛阴。因此,灌肠法的疗效优于口服法,且简便易行,值得在基层医疗单位推广应用。