

# 化痰祛瘀汤治疗高脂血症的效果

闫 涛

天津市南开中渤医院 300113

**摘要:** **目的:** 探讨化痰祛瘀汤加减治疗瘀血阻络型高脂血症的效果及其临床改善作用。**方法:** 此次研究初始时间为2021年2月, 截止时间为2022年2月, 抽取此段时间内我院接收的高脂血症患者, 共110例作为本次研究对象。按照随机抓阄法均分组, 其中55例予以化痰祛瘀汤加减治疗, 为观察组, 余下55例予以常规西医进行治疗, 为对照组。**结果:** 观察组高脂血症临床总有效53例, 占比96.36%, 对照组高脂血症临床总有效43例, 占比78.18%, 具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者的血清总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇各指标的改善效果明显由于对照组, 具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者NIHSS、及ADL评分的改善效果明显优于对照组, 且观察组患者中医症候积分 ( $7.35 \pm 1.39$ ) 更高, 具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 化痰祛瘀汤加减治疗瘀血阻络型高脂血症的临床应用当中, 患者的血脂控制效果更为理想, 且患者的精神状态及生活水平等均得到较好的改善效果, 值得推广应用。

**关键词:** 化痰祛瘀汤; 瘀血阻络型高脂血症

高脂血症主要是由于血浆脂质成分明显高于正常人体水平, 若未接受及时有效的干预还有可能随着病程发展形成系列慢性病等, 对患者的身体健康造成严重影响<sup>[1]</sup>。鉴于此, 本文就以2021年2月到2022年期间我院收治的高脂血症患者110例作为本次研究对象, 将患者均分为两组分别采取中医药加减及常规西药两种不同的治疗措施, 最后对化痰祛瘀汤加减治疗瘀血阻络型高脂血症的效果进行探讨, 详细报道如下。

## 1. 资料与方法

### 1.1 一般资料

此次研究初始时间为2021年2月, 截止时间为2022年2月, 抽取此段时间内我院接收的高脂血症患者, 共110例作为本次研究对象。按照随机抓阄法均分组, 其中55例予以化痰祛瘀汤加减治疗, 为观察组, 余下55例予以常规西医进行治疗, 为对照组。观察组患者男女构成比例为35:20, 年龄跨度保持在33到71岁, 均值 ( $46.87 \pm 5.23$ ) 岁; 对照组患者男女构成比例为37:18, 年龄跨度保持在34到71岁, 均值 ( $45.92 \pm 5.43$ ) 岁。对比以上数据,  $P > 0.05$ , 差异无统计学意义, 具有可比性。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

对照组患者予以常规西医进行治疗, 患者服用阿托伐他汀钙片 (批准文号: 国药准字H19990258; 产品规格: 10mg\*7片; 生产厂家: 北京嘉林药业股份有限公司), 每天一次剂量控制在20mg, 患者于睡前服用, 12

周为一个疗程。

#### 1.2.2 观察组

观察组患者予以化痰祛瘀汤加减治疗, 取半夏10g、茯苓30g、泽泻15g、丹参30g、橘红10g、山楂15g、草决明30g作为基础, 然后在此基础上配合没药10g、当归10g、乳香10g、桃仁10g、红花10g、乳香10g清水煎服, 将其均分为两份早晚服用, 12周为一个疗程。

#### 1.3 观察指标

比较不同治疗方式下患者的临床疗效, 经治疗后患者血清总胆固醇指标相比治疗前好转范围达到20%或以上, 甘油三酯相比治疗前好转范围达到40%或更多, 呈持续下降模式, 而高密度脂蛋白胆固醇相比治疗前提升0.26mmol/L (10mg/d) 之上, 治疗后6个月时间内血脂水平稳定为显效; 经治疗后患者的血清总胆固醇相比治疗前下降10%~20%左右, 甘油三酯相比治疗前好转范围下降20%~40%左右, 高密度脂蛋白胆固醇增殖空间达到0.104~0.26mmol/L (10mg/d) 左右, 治疗后血脂水平并未出现回弹现象为有效; 经治疗后患者并未得到上述任何改善, 或在停药后6个月时间内血脂水平反出现回弹现象为无效 (总有效率=显效+有效)。

记录不同治疗方式下患者血脂水平的改善差异, 分别从血清总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇各指标的改善效果进行统计分析, 于患者接受治疗前、及治疗后不同时间段进行记录。

比较不同治疗方式下患者各方面改善效果及中医症

候积分,使用神经功能缺损(NIHSS)标准进行评估,总分42分,分值越高则患者神经功能恢复效果越好。同时使用生活能力(ADL)标准对患者生活质量进行评估,分别为完全自理(40-60分)、部分自理(20-40分)、完全依赖(<20分)为阶段,分值越高则患者生活自理能力越高。最后的中医症候积分还需要从患者的神志、语言、眼症多个方面进行观察对比,分值和患者的预后恢复效果之间成正比。

#### 1.4 统计学方法

采用SPSS 21.0分析,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,经t检验,计数资料经 $\chi^2$ 检验,以(%)表示,差异有统计学意义为 $P < 0.05$ 。

### 2. 结果

#### 2.1 比较不同治疗方式下患者的临床疗效

观察组高脂血症临床总有效53例,占比96.36%,对照组高脂血症临床总有效43例,占比78.18%,具有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表1:

表1 比较不同治疗方式下患者的临床疗效[例、(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	55	48 (87.27)	5 (9.09)	2 (3.64)	53 (96.36)
对照组	55	39 (70.91)	4 (7.27)	12 (21.82)	43 (78.18)
$\chi^2$		8.092	0.221	14.875	14.875
P		0.044	0.639	0.000	0.000

#### 2.2 记录不同治疗方式下患者血脂水平的改善差异

治疗前,血清总胆固醇指标分别为观察组( $6.83 \pm 0.57$ ) mmol/L、对照组( $6.82 \pm 0.61$ ) mmol/L,得出结果( $t=0.089$ ,  $p=0.929$ );甘油三酯指标分别为观察组( $2.98 \pm 0.27$ ) mmol/L、对照组( $2.95 \pm 0.23$ ) mmol/L,得出结果( $t=0.627$ ,  $p=0.532$ );高密度脂蛋白胆固醇指标分别为观察组( $4.13 \pm 0.79$ ) mmol/L、对照组( $4.25 \pm 0.81$ ) mmol/L,得出结果( $t=0.787$ ,  $p=0.433$ );低密度脂蛋白胆固醇指标分别为观察组( $1.37 \pm 0.26$ ) mmol/L、对照组( $1.35 \pm 0.28$ ) mmol/L,得出结果( $t=0.388$ ,  $p=0.699$ );可见两组患者在在接受治疗前各临床指标比较,不具有统计学意义( $P > 0.05$ )。

治疗后,血清总胆固醇指标分别为观察组( $4.85 \pm 0.16$ ) mmol/L、对照组( $5.37 \pm 0.29$ ) mmol/L,得出结果( $t=11.643$ ,  $p=0.000$ );甘油三酯指标分别为观察组( $1.43 \pm 0.35$ ) mmol/L、对照组( $1.79 \pm 0.48$ ) mmol/L,得出结果( $t=4.494$ ,  $p=0.000$ );高密度脂蛋白胆固醇指标分别为观察组( $2.17 \pm 0.53$ ) mmol/L、对照组( $2.78 \pm 0.46$ ) mmol/L,得出结果( $t=6.446$ ,  $p=0.000$ );

低密度脂蛋白胆固醇指标分别为观察组( $1.97 \pm 0.35$ ) mmol/L、对照组( $1.62 \pm 0.33$ ) mmol/L,得出结果( $t=5.396$ ,  $p=0.000$ );可见观察组患者的血清总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇各指标的改善效果明显由于对照组,具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

#### 2.2 比较不同治疗方式下患者各方面改善效果

治疗前,NIHSS评分分别为观察组( $20.46 \pm 2.38$ )分、对照组( $20.38 \pm 2.45$ )分,得出结果( $t=0.174$ ,  $p=0.862$ );ADL评分分别为观察组( $43.45 \pm 3.67$ )分、对照组( $43.62 \pm 3.58$ )分,得出结果( $t=0.246$ ,  $p=0.806$ );中医症候积分评分分别为观察组( $18.36 \pm 2.45$ )分、对照组( $18.41 \pm 2.38$ )分,得出结果( $t=0.109$ ,  $p=0.914$ );可见两组患者在在接受治疗前各临床指标及中医症候积分等比较,不具有统计学意义( $P > 0.05$ )。

治疗后,NIHSS评分分别为观察组( $9.13 \pm 1.05$ )分、对照组( $10.39 \pm 1.26$ )分,得出结果( $t=5.693$ ,  $p=0.000$ );ADL评分分别为观察组( $81.57 \pm 5.69$ )分、对照组( $72.34 \pm 4.95$ )分,得出结果( $t=9.076$ ,  $p=0.000$ );中医症候积分评分分别为观察组( $7.35 \pm 1.39$ )分、对照组( $9.78 \pm 1.24$ )分,得出结果( $t=9.675$ ,  $p=0.000$ );观察组患者NIHSS、及ADL评分的改善效果明显优于对照组,且观察组患者中医症候积分( $7.35 \pm 1.39$ )更高,具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 3. 讨论

中医认为,高血脂主要是由于“气虚夹淤”所导致,主要是在气虚的影响之下则会导致血的运化和运转出现无力感,而血流不畅在长时间影响下就会形成淤堵,因此气虚导致运化无法完成,长时间也就会导致膏粱厚味变生痰浊<sup>[2]</sup>。在对瘀血阻络型高脂血症展开辨证论治过程中,还需要辨别患者的身体状况,判断其为本虚标实何种类型,若为本虚型患者则需要从脾肾两方面入手,若为标实型患者则需要通过燥湿运脾的方式进行治疗<sup>[3]</sup>。

在本次数据分析中发现,观察组高脂血症临床总有效53例,占比96.36%,对照组高脂血症临床总有效43例,占比78.18% ( $P < 0.05$ );观察组患者在中医汤药的治疗下血清总胆固醇指标相比治疗前好转范围达到20%或以上,甘油三酯相比治疗前好转范围达到40%或更多,呈持续下降模式,而高密度脂蛋白胆固醇相比治疗前提升0.26mmol/L (10mg/d)之上,治疗后6个月时间内血脂水平稳定。且观察组患者的血清总胆固醇、甘油三酯、

高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇各指标的改善效果明显由于对照组 ( $P < 0.05$ ); 观察组患者NIHSS、及ADL评分的改善效果明显优于对照组, 且观察组患者中医症候积分 ( $7.35 \pm 1.39$ ) 更高 ( $P < 0.05$ )。常规的他汀类药物完全能够切断外源性脂质的吸收, 降低内源性脂质合成的可能, 相对之下能够更好的促进脂质的转运、排泄、及抗炎等作用, 在稳定患者病情变化的情况下, 还能够更好的实现降血脂功效。而本次研究所选取的化痰祛瘀汤方中包含半夏、茯苓、泽泻、丹参、橘红、山楂、草决明、没药、当归、乳香、桃仁、红花、乳香各类中药材, 其实最原始的化痰祛瘀汤是由二陈汤不断改良而形成的一种药方, 在原有的燥湿化痰基础上, 配合丹参、及山楂等达到活血化瘀的功效<sup>[4]</sup>。现代药理学表示, 草决明、及泽泻等对患者的血脂稳定效果具有较好的改善作用, 能够更好的降低血糖胆固醇含量, 稳定疾病的持续发展, 减轻疾病对患者的影响。其中山楂主要是由于黄酮类物质所组成, 患者在服用后能够很好的达到扩充血管的作用, 在稳定血脂指标的同时还具有降脂的效果。而但是能够提升血流变形, 在稳定了患者疾病发展的前提下, 还能够达到预防动脉粥样硬化及抗血栓的效果, 促使局部位置血流频率加快, 避免血栓等不良现象的发生。而淤血阻络型高脂血症患者在临床治疗中主要仍需将目光放在活血化瘀的应用当中, 因此本次的药方配比中将没药、当归、乳香、桃仁、红花、乳香几味药材作为活血的关键, 利用津血同源的道理, 以此来达到化痰解淤的作用<sup>[5]</sup>。然而在疏通脉络的同时, 难

免会产生胸痛或四肢麻木等现象, 所以在配伍中加入乳香、当归、及没药, 和基本药方当中的丹参达成互补功效, 进一步提升活血祛瘀的效果, 同时再配合赤芍、桃仁、及红花则更是在原有的基础上加强了活血化瘀的效果, 实现双重保障, 针对性为患者展开对症论治。

综上所述, 化痰祛瘀汤加减治疗瘀血阻络型高脂血症的临床应用当中, 患者的血脂指标更为稳定, 同时也更好的减轻了疾病对患者神经组织的影响, 进而增强了患者的预后生活质量, 值得推广应用。

#### 参考文献:

[1] 魏玉玲, 刘松年, 席佳佳. 加味化痰通络汤联合西药治疗中风病风痰瘀阻证疗效及对患者神经功能的影响研究[J]. 陕西中医, 2019, 40(4): 434-436.

[2] 宁俊云, 柴姗姗. 化痰祛瘀汤在老年脑梗死患者康复治疗中的应用效果及对患者生活质量的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(4): 135-137

[3] 李蕊, 王少波. 化痰祛瘀汤联合瑞舒伐他汀治疗冠心病伴高脂血症疗效及对心脏功能、血脂和血液流变学的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(8): 886-889.

[4] 张树和. 健脾活血化痰汤加减联合厄贝沙坦治疗痰浊血瘀型高血压的临床效果[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2022, 6(3): 84-86

[5] 杜倩, 郑蛟东. 化痰祛瘀通脉汤加减治疗冠心病不稳定型心绞痛患者的疗效及其对心肌酶谱、血清基质金属蛋白酶9、可溶性细胞间黏附因子-1水平的影响[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(12): 2255-2260