

10 杨广栋, 陈兰羽, 张莎莎, 等. 茵陈在肝病治疗中的应用. 吉林中医药 2011; 31(5): 455~457
 11 刘明. 中药连翘药理作用的研究近况. 现代医药卫生 2007; 23(16): 2438~2439

12 张彤, 柳淑玉, 柳晨. 车前草的药理作用及临床应用进展. 时珍国医国药 2005; 16(1): 67~67
 13 张建国, 桃仁佐治急性淤胆型乙型肝炎. 中医杂志 2003; 44(3): 170~170

银杏内酯注射液辅助治疗高血压脑出血疗效及对神经功能恢复的影响

曾静波, 王鹏, 高学军, 刘力
 (成都市第五人民医院神经外科, 成都 611130)

摘要 目的: 观察银杏内酯注射液辅助治疗高血压脑出血疗效及对神经功能恢复的影响。方法: 纳入 2014 年 1 月至 2015 年 4 月科室收诊的高血压脑出血患者 62 例, 按随机数字表法分为治疗组及对照组各 31 例, 所有患者均行微创血肿清除术, 对照组患者术后给予止血、营养等对症治疗, 治疗组患者在对照组常规基础上加用银杏内酯注射液辅助治疗。分析治疗后不同方案的治疗效果, 对治疗前和治疗后两组患者血清白蛋白(Albumin, ALB)、血浆神经元特异性烯醇化酶(Neuron-specific enolase, NSE)、白介素-6(Interleukin-6, IL-6)、肿瘤坏死因子- α (Tumor necrosis factor- α , TNF- α)、超敏 C-反应蛋白(Hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP)、运动功能评分 Fugl-Meyer、格拉斯哥昏迷评分(Glasgow Coma Scale, GCS)、美国国立卫生院神经功能缺损评分(National Institute of Health stroke scale, NIHSS) 进行分析。结果: 治疗组治疗后总有效率为 67.74%, 显著高于对照组 38.71%; 治疗后治疗组 ALB、NSE 水平分别为(36.73 \pm 1.34g/L, 12.46 \pm 1.75ug/L), 均明显优于对照组(33.85 \pm 1.00g/L, 16.27 \pm 2.39ug/L); ③治疗组治疗后 IL-6、TNF- α 水平分别为(13.55 \pm 2.90, 2.08 \pm 0.32) ug/L, 均明显优于对照组(22.64 \pm 3.17, 3.16 \pm 0.49) ug/L; ④治疗后治疗组患者 hs-CRP 水平和 Fugl-Meyer 得分分别为(16.82 \pm 2.73mg/L, 75.58 \pm 9.11 分), 均明显优于对照组(25.67 \pm 3.24mg/L, 60.44 \pm 7.12 分)。⑤治疗组治疗后 GCS 评分和 NIHSS 评分分别为(10.55 \pm 1.10, 13.64 \pm 1.74) 分, 均明显优于对照组(8.82 \pm 1.07, 17.08 \pm 2.42) 分。结论: 银杏内酯注射液对高血压脑出血具有良好的辅助作用, 可调节患者体内炎症因子, 改善患者的生存质量, 促进患者神经功能恢复的恢复。

关键词 银杏内酯注射液; 高血压脑出血; 神经功能恢复

DOI:10.13412/j.cnki.zyyl.2016.06.061

高血压脑出血是临床常见急症, 短时间内的大量出血会导致局部脑组织的压迫, 严重情况下患者可因脑疝形成而死亡^[1]。药物保守治疗或微创手术治疗显著提高了高血压脑出血患者的生存率, 但部分患者康复后仍遗留有神经功能障碍等问题。银杏内酯注射液是具有活血化瘀、通经活络功能的中药制剂, 以往报道显示该药物辅助治疗高血压脑出血具有一定效果, 但关于该药物的机制及其对患者神经功能的影响报道较少^[2]。本研究纳入了近期收治疗的若干例高血压脑出血患者, 其中部分患者设为治疗组并采用银杏内酯注射液辅助治疗, 对治疗前后患者的血清白蛋白(Albumin, ALB)、血浆神经元特异性烯醇化酶(Neuron-specific enolase, NSE)、白介素-6(Interleukin-6, IL-6)、肿瘤坏死因子- α (Tumor necrosis factor- α , TNF- α)、超敏 C-反应蛋白(Hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP)、运动功能评分 Fugl-Meyer、格拉斯哥昏迷评分(Glasgow Coma Scale, GCS)、美国国立卫生院神经功能缺损评分(National Institute of Health stroke scale, NIHSS) 指标进行分析, 以评价银杏内酯注射液辅助治疗高血压脑出血疗效及其对神经功能恢复的影响, 现将结果报道如下。

1 资料和方法

1.1 研究对象 选取 2014 年 1 月~2015 年 4 月期间在我院诊治的 62 例高血压脑出血患者为研究对象, 将其随机分为对观察

组 31 例和对照组 31 例。治疗组: 男性 19 例, 女性 12 例; 年龄 45~80 岁, 平均年龄(61.54 \pm 6.94) 岁; 发病时间 0.5~8 小时, 平均发病时间(4.39 \pm 1.27) 小时; 高血压病史 3~10 年, 平均(4.98 \pm 2.64) 年; 出血部位为脑叶 5 例, 基底节区 20 例, 丘脑 2 例, 破入脑室 4 例。对照组: 男性 21 例, 女性 10 例; 年龄 45~79 岁, 平均年龄(60.64 \pm 6.85) 岁; 发病时间 0.5~7.5 小时, 平均发病时间(4.41 \pm 1.31) 小时; 高血压病史 3~11 年, 平均(5.01 \pm 2.49) 年; 出血部位为脑叶 7 例, 基底节区 17 例, 丘脑 2 例, 破入脑室 5 例。两组患者在性别、年龄、发病时间、高血压病史以及出血部位等基础资料方面, 差异无统计学意义。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准^[3]: 参照中华医学会制定的《各类脑血管疾病诊断要点》。主要有以下几点: ①体力活动过重或情绪波动时容易发病; ②发病快, 常伴有意识模糊、瘫痪、呕吐、血压升高等症状; ③有高血压病史; ④经头颅 CT 扫描确诊为高血压脑出血。

1.2.2 中医诊断标准^[4]: 参照《脑出血中医诊疗指南》。①阴虚风动证: 半身不遂或偏身麻木, 口舌歪斜, 头晕耳鸣, 舌质暗红, 少苔, 脉细; ②气虚血瘀证: 半身不遂, 口舌歪斜, 面色苍白, 气短乏力, 口角流涎, 手足肿胀, 舌暗苔薄, 脉沉; ③痰湿蒙塞清窍: 神志昏蒙, 半身不遂, 口舌歪斜, 面白唇暗, 软弱无力, 周身湿冷, 舌暗, 苔白, 脉沉。

1.3 纳入标准 ①符合以上中西医诊断标准; ②年龄在 45~80 岁之间; ③脑出血量小于 80ml 且患者生命体征较平稳; ④所

有患者遵从医嘱性良好且家属均已签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①排除除高血压外,脑部有原发性出血性疾病以及其他造成出血疾病的患者;②有精神疾病或已出现意识模糊的患者;③心、肝、脾胃等存在系统性疾病的患者;④对实验药物过敏者。

1.5 治疗方法 采用开颅血肿清除术和利用 CT 导向技术将穿刺针置于血肿中心,吸出血肿。同时患者均进行止血措施,静脉注射止血药物血凝酶(Solco Basle AG,规格 0.5KU,批号 130902),给药时间为术前一天晚上、术前 15min 和术后三天各注射 1.0KU。为防止再次出血,术后密切监视和控制患者颅内压和血压,当患者平均血压大于 130mmHg 且持续 15min 以上,则需要立即使用降压药,使用甘露醇(华润双鹤药业股份有限公司,规格 250ml:50g,批号 131002)控制颅内压,按照体重 1~2g/kg 给药,用生理盐水配制为浓度为 20% 的溶液于 40~60 分钟内静脉滴注完毕,使用盐酸尼卡地平注射液(河南福森药业有限公司,规格 5ml:5mg,批号 131101)控制血压,用生理盐水稀释为 0.02% 的浓度后以 $6\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ 的用量和滴注速度给药,血压控制到正常范围后调整滴注速度。

1.5.1 对照组:均行 CT 引导下血肿清除术,术后对照组患者进行止血、补充营养等对症治疗。

1.5.2 治疗组:患者在对照组基础上加用银杏内酯注射液(成都百裕科技医药有限公司,规格 2ml/支(含萜类内酯 10mg,批号 13110002),一次 5 支(10ml)加入到 250ml 的 0.9% 氯化钠注射液中静脉滴注,一日 1 次,两周为一个疗程,连续治疗 2 个疗程。常规药物和对照组保持一致。两组患者在其他基础治疗上均保持一致。

1.6 观察指标 治疗后临床疗效和对两组患者治疗前和治疗后 ALB、NSE、IL-6、TNF- α 、hs-CRP、运动功能评分 Fugl-Meyer、GCS 评分、NIHSS 评分进行观察分析。

1.7 疗效判定 参照全国第四届脑血管病学术会议标准^[5]: 显效:症状明显改善,生活可以自理,功能缺损评分减少 75% 以上;有效:症状改善,意识恢复,功能缺损评分减少 25%~75%; 无效:症状无改变甚至加重。总有效率 = 显效率 + 有效率。

1.8 实验室检查 ALB、NSE、IL-6、TNF- α 、hs-CRP 使用 ELISA 检测法进行检测,取患者治疗前和治疗后空腹静脉血各 25ml,分离出血清,分装于 5 支相同的试管中,酶标仪由深圳市华科瑞科技有限公司提供(型号为 HR801),ALB 试剂盒由上海盈公酶联检测试剂有限公司生产(规格 48T,批号 13100001),NSE 试剂盒由上海拜力生物科技有限公司生产(规格 48T,批号 13090003),IL-6 试剂盒由北京百奥莱博科技有限公司生产(规格 48T,批号 13090002),TNF- α 试剂盒由上海酶联生物科技有限公司生产(规格 96T,批号 13070001),hs-CRP 试剂盒由齐一生物科技(上海)有限公司生产(规格 96T,批号 13110002)。运动功能评分采用 Fugl-Meyer 运动功能量表:得分 50 分以下为严重运动障碍;50~84 分为明显运动障碍;85 分~95 分为中度运动障碍;96 分~99 分为轻度运动障碍。神经功能缺损采用 NIHSS 评分量表:按照严重程度由轻到重为 0~45 分。昏迷程度采用 GCS 评分表:按照昏迷程度由重到轻为 0 分~15 分,分数越低,昏迷程度越高。

2 结果

2.1 两组患者治疗后治疗疗效比较 治疗后治疗组总有效率显著高于对照组,如表 1。

表 1 两组患者治疗后治疗疗效对比表(n,%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	31	4(12.90%)	8(25.81%)	19(61.29%)	12(38.71)
治疗组	31	10(32.26%)	11(35.48%)	10(32.26%)	21(67.74) Δ

与对照组相比 $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$ (下同)

2.2 两组患者治疗前和治疗后 ALB 和 NSE 水平比较 两组患者治疗前 ALB 和 NSE 水平差异无统计学意义。治疗后治疗组 ALB 和 NSE 水平均显著优于对照组,如表 2。

表 2 两组患者治疗前和治疗后 ALB 和 NSE 水平对比表($\bar{x} \pm s$)

组别	n	ALB(g/L)		NSE(ug/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	31	38.92 \pm 2.01	33.85 \pm 1.00	25.73 \pm 3.18	16.27 \pm 0.39
治疗组	31	38.95 \pm 2.02	36.73 \pm 1.34 Δ	25.75 \pm 3.21	12.46 \pm 1.75 Δ

2.3 两组患者治疗前和治疗后 IL-6 和 TNF- α 水平比较 两组患者治疗前 IL-6 和 TNF- α 水平差异无统计学意义。治疗后治疗组 IL-6 和 TNF- α 水平显著优于对照组,如表 3。

表 3 两组患者治疗前和治疗后 IL-6 和 TNF- α 水平对比表($\bar{x} \pm s$, $\mu\text{g}/\text{L}$)

组别	n	IL-6		TNF- α	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	31	54.39 \pm 5.18	22.64 \pm 3.17	4.97 \pm 0.79	3.16 \pm 0.49
治疗组	31	54.42 \pm 5.20	13.55 \pm 2.90 Δ	4.95 \pm 0.75	2.08 \pm 0.32 Δ

2.4 两组患者治疗前和治疗后 hs-CRP 水平和 Fugl-Meyer 评分比较 两组患者治疗前 hs-CRP 水平和 Fugl-Meyer 评分差异无统计学意义。治疗后治疗组 hs-CRP 水平和 Fugl-Meyer 评分显著优于对照组,如表 4。

表 4 两组患者治疗前和治疗后 hs-CRP 水平和 Fugl-Meyer 评分对比表($\bar{x} \pm s$)

组别	n	hs-CRP(mg/L)		Fugl-Meyer(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	31	45.76 \pm 5.48	25.67 \pm 3.24	40.59 \pm 6.49	60.44 \pm 7.12
治疗组	31	45.80 \pm 5.50	16.82 \pm 2.73 Δ	40.55 \pm 6.47	75.58 \pm 9.11 Δ

2.5 两组患者治疗前和治疗后 GCS 和 NIHSS 评分比较 两组患者治疗前 GCS 和 NIHSS 评分差异无统计学意义。治疗后治疗组 GCS 和 NIHSS 评分显著优于对照组,如表 5。

表 5 两组患者治疗前和治疗后 GCS 和 NIHSS 评分对比表($\bar{x} \pm s$)

组别	n	GCS 评分		NIHSS 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	31	7.05 \pm 1.01	8.82 \pm 1.07	26.49 \pm 4.03	17.08 \pm 2.42
治疗组	31	7.07 \pm 1.03	10.55 \pm 1.10 Δ	26.51 \pm 4.04	13.64 \pm 1.74 Δ

3 讨论

高血压脑出血是一种以血肿压迫为主要表现的脑血管疾病,也是临床最常见的脑出血类型,病情急、愈后差。局部的血管破裂导致血液溢出血管,聚集后形成血肿,后者压迫脑组织造成出血部位脑组织的缺血缺氧^[6]。其治疗则以缓解血肿压迫,改善出血部位脑组织的神经细胞代谢为主。目前在影像技术的协助下,已经能够实现对血肿部位的精确定位及定点清除,但出血的对神经功能的影响机制十分复杂,仅清除血肿并不能使损伤的神经功能完全恢复^[7]。高血压脑出血患者急性期过后,仍需要采用止血、抗感染、营养等对症支持治疗,以促进神经功能的恢复和降低再次出血几率^[8]。中医对高血压脑出血的治

疗有独特见解,主张采用活血化瘀、舒脉通经等方式对高血压脑出血进行治疗。银杏内酯注射液为含有白果内酯、银杏内酯 A、银杏内酯 B 和银杏内酯 C 等成分的中药制剂,研究表明银杏内酯注射液对手脚麻木、头痛等脑血管病后遗症有一定效果^[9]。动物学实验显示银杏内酯注射液对脑缺血再灌注损伤具有一定保护作用,还具有清除过量氧自由基、抑制血管内皮细胞凋亡及改善缺血部位循环的作用^[10-11]。

本次研究发现对照组患者采用微创血肿清除术及术后给与对症处理,其总有效率约 38.71%,这与贾爱军等^[12]的报道结果一致。本研究治疗组患者在联合银杏内酯注射液后总体有效率达 67.74%,提示银杏内酯注射液能够提高高血压脑出血的治疗效果。另采用格拉斯哥昏迷评分和美国国立卫生院神经功能缺损评分对两组患者的采用不用治疗方案后的神经功能进行评价,结果发现治疗组患者治疗后神经功能评分明显优于对照组,提示银杏内酯注射液有助于高血压脑出血患者的神经恢复。炎症介质与高血压脑出血病情进展有密切关系,研究发现血浆 NSE、IL-6、TNF- α 、hs-CRP 等的含量与患者严重程度呈正相关^[13-14]。本文结果显示治疗组患者治疗后其血浆 NSE、IL-6、TNF- α 、hs-CRP 等的含量下降程度明显优于对照组,提示联合应用银杏内酯注射液能一定程度上抑制患者炎症反应情况,这可能有助于患者病情回复。但本研究有一定局限性,本次研究观察时间较短银杏内酯注射液对高血压脑出血患者的远期效果及神经功能的影响有待进一步研究,且本次研究仅对两组患者血浆 NSE、IL-6、TNF- α 、hs-CRP 等指标进行了观察,并未深入研究其发生机制。

综上所述,银杏内酯注射液对高血压脑出血具有良好的辅助作用,可调节患者体内炎症因子,改善患者的生存质量,促进患者神经功能恢复的恢复,值得临床进一步研究和应用。

参考文献

- 1 Li F, Chen Q X. Risk factors for mental disorders in patients with hypertensive intracerebral hemorrhage following neurosurgical treatment. *Journal of the Neurological Sciences*, 2014; 341(1-2): 128 ~ 132
- 2 高山,孙华北,王秋生等. 银杏内酯注射液辅助颅内血肿清除术治疗高血压性脑出血的疗效观察. *医学理论与实践*, 2015; 19(17): 2277 ~ 2279
- 3 中华神经科学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点. *中华神经科杂志*, 1996; 42(6): 60 ~ 61
- 4 中华中医药学会. 脑出血中医诊疗指南. *中国中医药现代远程教育*, 2011; 9(23): 110 ~ 112
- 5 陈清棠. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995). *中华神经科杂志*, 1996; 29(6): 381 ~ 382
- 6 Ding D. Role of surgical evacuation in the management of giant hypertensive intracerebral hemorrhage. *Clinical Neurology & Neurosurgery*, 2013; 115(12): 2555 ~ 2556
- 7 徐秀芳. 高血压脑出血微创血肿清除术后的观察与护理. *中华全科医学*, 2011; 9(9): 1492 ~ 1493
- 8 卫保林,曾引翠. 高血压脑出血微创血肿清除术及其影响因素. *山西医药杂志*, 2011; 40(1): 58 ~ 60
- 9 张应会,郭霞,丁毅. 银杏内酯注射液对高血压脑出血神经功能恢复的影响. *中国实验方剂学杂志*, 2015; 21(11): 194 ~ 197
- 10 黄曼,胡悦育,徐秋萍等. 银杏内酯 B 对脑出血大鼠神经细胞凋亡的影响. *中华急诊医学杂志*, 2011; 20(11): 1157 ~ 1161
- 11 兰新新,曹磊,王林晓等. 银杏内酯注射液抑制脑缺血再灌注模型大鼠内质网应激和自噬. *中国临床药理学与治疗学*, 2015; 20(6): 634 ~ 639
- 12 贾爱军. 微创颅内血肿清除术治疗高血压性脑出血疗效观察. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2013; 11(11): 1343 ~ 1344
- 13 刘艳红,白保强,陈鸿昌等. 脑出血早期患者出血量与血清白介素-6 和肿瘤坏死因子- α 的关系. *新乡医学院学报*, 2006; 23(6): 580 ~ 581
- 14 王宏. 高血压脑出血后血浆脂联素浓度变化及其与炎症因子相关性研究. *南京医科大学学报:自然科学版*, 2012; 16(3): 378 ~ 381

The effect of Ginkgolides Injections on hypertensive cerebral hemorrhage and neurological function

Zeng Jingbo, Wang Peng, Gao XueJun, Liu Li
(Chengdu Fifth People's Hospital of Neurosurgery, Chengdu 611130)

Objective: To research the effect of Ginkgolides Injection on hypertensive cerebral hemorrhage and neurological function. **Methods:** 62 patients from January 2014 to April 2015, were randomly divided into treatment group and control group, 31 cases respectively. All patients encountered minimally invasive hematoma, the control group patients received symptomatic treatments, such as bleeding, giving nutrition except symptomatic treatment, patients in the treatment group were given Ginkgolides Injection stopping. We recorded and analyzed the data of serum albumin (albumin ALB), serum neuron-specific enolase (NSE), interleukin -6 (IL-6), tumor necrosis factor - α (TNF- α), hypersensitivity reactions C- protein (hs-CRP), motor function score Fugl-Meyer, Glasgow coma score (GCS), the US National Institutes of Health neurological deficits (NIHSS) of two groups patients before and after treatment. **Results:** The total effective rate of the treatment group was 67.74% significantly higher than 38.71% of the control group ($P < 0.05$). After treatment, compared with the control group the ALB, NSE levels of the treatment group ($36.73 \pm 1.34\text{g/L}$, $12.46 \pm 1.75\text{ug/L}$) were obviously improved ($33.85 \pm 1.00\text{g/L}$, $16.27 \pm 2.39\text{ug/L}$) ($P < 0.05$); ③The IL-6, TNF- α levels of the treatment group (13.55 ± 2.90 , 2.08 ± 0.32) ug/L were obviously higher than the control group (22.64 ± 3.17 , 3.16 ± 0.49) ug/L ($P < 0.05$); ④The hs-CRP levels and Fugl-Meyer score of the treatment group were ($16.82 \pm 2.73\text{mg/L}$, $75.58 \pm 9.11\text{mg/L}$, respectively after treatment), were improved, compared to the control group ($25.67 \pm 3.24\text{mg/L}$, 60.44 ± 7.12 min), and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). ⑤The GCS score and NIHSS scores of the treatment group (10.55 ± 1.10 , 13.64 ± 1.74) were improved than that of the control group (8.82 ± 1.07 , 17.08 ± 2.42). **Conclusion:** Ginkgolides Injection

tion hypertensive intracerebral hemorrhage can regulate inflammatory factors in patients, improve the quality of life of patients, promote the recovery of neurological function recovery.

Key words Ginkgolides Injection(银杏内酯注射液); hypertensive intracerebral hemorrhage; recovery of neurological function

红花注射液联合辛伐他汀治疗高脂血症的临床观察

高茜 赵磊磊 黄燕涛

(滨州市滨城区市立医院 滨州 256600)

摘要 目的:观察红花注射液联合辛伐他汀治疗高脂血症的临床疗效。方法:纳入2014年3月至2015年6月我院收治的高脂血症患者103例,按随机数字表法分为观察组($n=51$ 例)和对照组($n=52$ 例)。治疗方案为对照组给予辛伐他汀治疗,观察组给予红花注射液联合辛伐他汀治疗。记录并分析两组患者治疗前和治疗后总胆固醇(Total cholesterol,TC)、甘油三酯(Triglyceride,TG)、高密度脂蛋白胆固醇(High-density lipoprotein-C,HDL-C)和低密度脂蛋白胆固醇(Low-density lipoprotein-C,LDL-C)、血清载脂蛋白A1(Apolipoprotein A1,ApoA1)水平和载脂蛋白B(Apolipoprotein B,ApoB)水平的变化、临床疗效以及不良反应。结果:治疗后两组TC和TG水平均下降,但观察组TC和TG水平为(5.11 ± 0.25 、 1.83 ± 0.10)mmol/L均显著低于对照组(6.10 ± 0.36 、 2.11 ± 0.15)mmol/L。治疗后两组患者的HDL-C水平均上升,LDL-C水平均下降,但观察组HDL-C和LDL-C水平为(1.29 ± 0.16 、 2.86 ± 0.27)mmol/L均优于对照组(1.10 ± 0.15 、 3.65 ± 0.34)mmol/L。③治疗后两组患者血清载脂蛋白A1(ApoA1)水平和治疗前无统计学差异,且组间相比也无统计学差异。治疗后两组载脂蛋白B(ApoB)水平均下降,且观察组患者ApoB水平为(0.91 ± 0.11)mmol/L,显著低于对照组(1.22 ± 0.16)mmol/L。④观察组治疗后总有效率为92.16%,显著高于对照组73.08%。⑤观察组治疗过程中不良反应率为9.80%和对照组相比5.77%相比,差异不具有显著性。结论:红花注射液联合辛伐他汀可有效调节患者体内总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇和低密度脂蛋白胆固醇水平,且不良反应较低,是一种安全有效的治疗方案。

关键词 红花注射液;辛伐他汀;高脂血症

高脂血症是以血清总胆固醇(Total cholesterol,TC)和低密度脂蛋白胆固醇(Low-density lipoprotein-C,LDL-C)升高为特点的脂类代谢异常性疾病^[1]。流行病学调查发现高脂血症是冠心病、脑梗死等严重心脑血管疾病的独立危险因素,因此积极控制血清血脂有利于心脑血管疾病的预防^[2]。目前他汀类药物仍为治疗高脂血症的主要药物,临床实践证明他汀类药物不仅能有效降低患者血脂水平,且能降低患者严重心脑血管疾病的发生率^[3]。但他汀类药物用药时间较长、患者耐受等原因,导致部分患者用药后血脂控制不理想。高脂血症在中医上属于“痰浊”范畴,中医通过辨证多认为痰浊的发生与患者肝肾亏损、浊湿犯脉、气滞血瘀等有关,并主张通过调理肝肾、祛浊通脉等对其综合治疗^[4]。红花注射液是临床常用的活血化瘀类中药,在多种心脑血管病治疗中得到了广泛应用,但关于该药物用于高脂血症的研究报道较少^[5]。本次研究以我院收治的103例高脂血症为研究对象,其中部分患者给与红花注射液联合辛伐他汀治疗,并对治疗后患者TC、甘油三酯(Triglyceride,TG)、高密度脂蛋白胆固醇(High-density lipoprotein-C,HDL-C)和LDL-C、血清载脂蛋白A1(Apolipoprotein A1,ApoA1)水平和载脂蛋白B(Apolipoprotein B,ApoB)等水平及临床疗效、不良反应进行分析,以评价红花注射液治疗高脂血症的疗效及安全性。

1 资料和方法

1.1 研究对象 患者选自我院2014年3月至2015年6月期

间收治的高脂血症患者103例,按随机数字表法分为观察组51例和对照组52例。观察组:男31例,女20例;年龄40~70岁,平均年龄(61.38 ± 7.24)岁;病史1~10年,平均(5.39 ± 3.17)年;伴有高血压者16例,伴有冠心病者11例,中风后遗症者2例,单独高脂血症22例;中医症候为脾虚湿困症候29例,痰浊内阻症候22例。对照组:男24例,女28例;年龄40~70岁,平均年龄(60.52 ± 7.04)岁;病史1~10年,平均(5.51 ± 3.22)年;伴有高血压者14例,伴有冠心病者14例,中风后遗症者3例,单独高脂血症21例;中医症候为脾虚湿困症候24例,痰浊内阻症候28例。两组患者在性别、年龄、病史和并发症等一般资料上差异无统计学意义($P > 0.05$)。患者均签署治疗知情同意书,我院伦理委员会已批准本次研究。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中国成人血脂异常防治指南》^[6]:①TC浓度在5.7mmol/L以上;②TG浓度在2.3mmol/L以上;③HDL-C浓度小于1.6mmol/L;④LDL-C浓度在3.1mmol/L以上。以上指标均于2周内空腹抽血检验2次。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医新药临床研究指导原则》^[7]:①脾虚湿困症候:浑身无力,头晕恶心,胸闷腹胀,体胖,舌苔发白,脉细。②痰浊内阻症候:头重脚轻,恶心呕吐,胸闷气短,口淡无味,舌苔滑腻,脉滑。

1.3 纳入标准 ①符合以上西医和中医症候的诊断标准;②年龄在40~70岁之间;③单独高脂血症以及伴有一种并发症的患者;④积极遵守医嘱。

1.4 排除标准 ①过敏、妊娠期及哺乳期患者;②酗酒和大量