

# 大柴胡汤合桂枝茯苓丸汤剂 治疗气滞痰阻血瘀型混合型高脂血症的临床疗效

卢健胜 胡宗仁 梁斯娜

528000 佛山市中医院禅城高新区医院, 广东 佛山

**摘要** 目的: 分析大柴胡汤合桂枝茯苓丸汤剂治疗气滞痰阻血瘀型混合型高脂血症患者的临床效果。方法: 选取2020年6月-2021年12月佛山市中医院禅城高新区医院收治的气滞痰阻血瘀型混合型高脂血症患者90例为观察对象, 根据随机数字表法分为对照组与观察组, 各45例。观察组给予大柴胡汤合桂枝茯苓丸汤剂治疗, 对照组给予辛伐他汀片治疗, 比较两组患者血脂水平、安全性指标、治疗效果。结果: 治疗后, 两组患者非高密度脂蛋白胆固醇(N-HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)水平均降低, 高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)水平均升高, 观察组N-HDL-C、LDL-C、TG、TC水平低于对照组, HDL-C水平高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ ); 观察组治疗总有效率高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论: 大柴胡汤合桂枝茯苓丸汤剂治疗气滞痰阻血瘀型混合型高脂血症的效果显著, 可有效改善患者血脂水平, 安全性较高。

**关键词** 大柴胡汤; 气滞痰阻血瘀型; 桂枝茯苓丸; 血脂; 混合型高脂血症

Clinical Efficacy of Dachaihu Decoction Combined with Guizhi Fuling Pill Decoction in Treatment of Mixed Hyperlipidemia with Qi Stagnation, Phlegm Blockage and Blood Stasis

Lu Jian-sheng, Hu Zong-ren, Liang Si-na

Chancheng High-tech Zone Hospital of Foshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Foshan 528000, Guangdong Province, China

**Abstract** Objective: To analyze the clinical effect of Dachaihu decoction combined with Guizhi Fuling pill decoction in treating patients with mixed hyperlipidemia with Qi stagnation, phlegm obstruction and blood stasis. Methods: Ninety patients with mixed hyperlipidemia with Qi stagnation, phlegm blockage and blood stasis admitted to Chancheng High-tech Zone Hospital of Foshan Hospital of Traditional Chinese Medicine from June 2020 to December 2021 were selected as observation subjects and divided into control group and observation group according to random number table method, with forty-five cases in each group. The observation group was treated with Dachaihu decoction combined with Guizhi Fuling pill decoction, while the control group was treated with simvastatin tablets. The blood lipid levels, safety indexes, and treatment effects of the two groups were compared. Results: After treatment, the levels of non-high-density lipoprotein cholesterol (N-HDL-C), low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), triglyceride (TG) and total cholesterol (TC) decreased and the levels of high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) increased in both groups. The levels of N-HDL-C, LDL-C, TG, and TC in the observation group were lower than those in the control group, and the levels of HDL-C in the observation group were higher than those in the control group, with statistically significant differences ( $P < 0.05$ ). The total effective rate of treatment in the observation group was higher than that in the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Dachaihu decoction combined with Guizhi Fuling pill decoction can effectively improve blood lipid levels in patients with mixed hyperlipidemia with Qi stagnation, phlegm blockage and blood stasis, and has a high safety profile.

**Key words** Dachaihu decoction; Qi stagnation, phlegm blockage, blood stasis type; Guizhi Fuling pill; Blood lipid; Mixed hyperlipidemia

高脂血症是引起心脑血管事件的危险因素。2012年的全国调查数据中指出, 我国成年人中, 血脂异常率 $> 39\%$ , 同2002年相比显著升高<sup>[1]</sup>。早期防治血脂异常对预防心脑血管疾病非常重要。单一降脂药物治疗很难获得理想的降脂效果, 常需要采用机制不同的降脂药物联合治疗<sup>[2]</sup>。常用的降脂药物有引起心肌病、心肌炎以及影响肝功能的风险<sup>[3]</sup>。研究表明<sup>[4]</sup>, 中医药可以作为补充及替代防治心血管疾病的方法。本研究旨在分析大柴胡汤合桂枝茯苓丸汤剂治疗气滞痰阻

血瘀型混合型高脂血症的临床效果, 现报告如下。

## 资料与方法

选取2020年6月-2021年12月佛山市中医院禅城高新区医院收治的90例气滞痰阻血瘀型混合型高脂血症患者作为研究对象, 根据随机数字表法分为对照组与观察组, 各45例。观察组男25例, 女20例; 年龄40~78岁, 平均 $(48.29 \pm 4.76)$ 岁; 病程2~10年, 平均 $(4.33 \pm 0.25)$ 年。对照组男27例, 女18例; 年龄

41~76岁,平均(49.18±4.59)岁;病程3~9年,平均(5.02±0.39)年。两组临床资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

西医诊断标准<sup>[5]</sup>:总胆固醇(TC)≥6.2 mmol/L;同时甘油三酯(TG)≥2.3 mmol/L。

中医诊断标准:参考《高脂血症中医诊疗指南(2008)》<sup>[6]</sup>。

纳入标准:①年龄20~70岁;②原发性高脂血症;③患者配合治疗;④患者签署知情同意书;⑤治疗前相关药物已经停用≥1个月。

排除标准:①精神疾病者;②肝肾疾病者;③继发性高脂血症者;④过敏体质,对本研究用药物过敏者;⑤妊娠期、哺乳期女性;⑥严重心脑血管疾病者;⑦血液疾病者。

中途退出标准:①研究期间并发其他疾病者;②未定时复诊或失访者;③依从性较差者;④不配合研究者。

方法:对照组给予辛伐他汀片(生产企业:浙江京新药业股份有限公司;批准文号:国药准字H20000009)口服,20 mg,晚上服用,1次/d。

观察组给予大柴胡汤合桂枝茯苓丸汤剂治疗。组方:熟大黄6 g,柴胡、茯苓各15 g,法半夏、赤芍、枳实、桂枝、丹皮和桃仁各10 g,大枣4枚,甘草5 g。水煎服,文火煎2次,各煎取药汁200 mL混合,1剂/d,早晚分服。两组均治疗1个月。

观察指标及疗效判定标准:①血脂水平:非高密度脂蛋白胆固醇(N-HDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、TG、TC。②安全性指标:利用酶联吸附法检验肌酸激酶(CK)、肌酐(Cr)、天门冬氨酸氨基转氨酶(AST)、丙氨酸氨基

转移酶(ALT)。③治疗效果:a.显效:血脂水平降低90%~100%;b.有效:血脂水平降低60%~89%;c.无效:血脂水平降低<60%,甚至升高。总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。

统计学方法:数据均用SPSS 18.0统计学软件予以处理;计数资料以 $[n(\%)]$ 表示,比较采用 $\chi^2$ 检验;计量资料以 $(\bar{x}\pm s)$ 表示,比较采用 $t$ 检验; $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

结果

两组患者血脂水平比较:治疗前,两组患者N-HDL-C、HDL-C、LDL-C、TG、TC水平比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后,两组患者N-HDL-C、LDL-C、TG、TC水平均降低,HDL-C水平均升高,观察组N-HDL-C、LDL-C、TG、TC水平低于对照组,HDL-C水平高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表1。

两组患者安全性指标比较:治疗前、后,两组患者治疗安全性指标比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表2。

两组患者治疗效果比较:观察组治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表3。

讨论

在临床中,混合型高脂血症为多发病、常见病,其发生机制复杂,早中期症状不明显,常常被忽略,长此以往成为很多疾病的隐性杀手<sup>[7]</sup>。研究表明<sup>[8]</sup>,重视降脂治疗可有效降低相关疾病的发生率。

西医主要采取他汀类药物联合治疗,但是会增加不良反应发生率<sup>[9]</sup>。有研究指出<sup>[10]</sup>,混合型高

表1 两组患者血脂水平比较( $\bar{x}\pm s$ , mmol/L)

| 组别       | n  | N-HDL-C   |            | HDL-C     |            |
|----------|----|-----------|------------|-----------|------------|
|          |    | 治疗前       | 治疗后        | 治疗前       | 治疗后        |
| 观察组      | 45 | 5.91±0.38 | 1.96±0.13* | 0.87±0.20 | 1.66±0.35* |
| 对照组      | 45 | 6.02±0.52 | 2.51±0.80* | 0.90±0.08 | 1.53±0.33* |
| $\chi^2$ |    | 0.251     | 5.102      | 0.325     | 6.325      |
| P        |    | 0.068     | 0.001      | 0.079     | 0.000      |

| 组别       | n  | LDL-C     |            | TG        |            | TC        |            |
|----------|----|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
|          |    | 治疗前       | 治疗后        | 治疗前       | 治疗后        | 治疗前       | 治疗后        |
| 观察组      | 45 | 4.61±0.34 | 3.12±0.61* | 3.30±0.87 | 2.98±0.51* | 6.79±0.35 | 4.16±0.83* |
| 对照组      | 45 | 4.74±0.46 | 3.54±0.80* | 3.34±0.55 | 3.27±0.55* | 6.88±0.50 | 4.55±0.81* |
| $\chi^2$ |    | 0.325     | 5.201      | 0.214     | 4.502      | 0.521     | 6.325      |
| P        |    | 0.089     | 0.002      | 0.088     | 0.001      | 0.057     | 0.003      |

注:与本组治疗前比较,\* $P<0.05$

表2 两组患者安全性指标比较( $\bar{x}\pm s$ )

| 组别       | n  | CK(U/L)     |              | Cr( $\mu$ mol/L) |              | AST(U/L)   |             | ALT(U/L)   |             |
|----------|----|-------------|--------------|------------------|--------------|------------|-------------|------------|-------------|
|          |    | 治疗前         | 治疗后          | 治疗前              | 治疗后          | 治疗前        | 治疗后         | 治疗前        | 治疗后         |
| 观察组      | 45 | 74.52±16.54 | 71.04±19.06* | 80.64±21.79      | 82.14±15.86* | 21.22±5.26 | 19.42±6.12* | 23.07±6.03 | 23.42±2.42* |
| 对照组      | 45 | 76.02±15.12 | 72.97±18.93* | 83.12±19.08      | 83.12±12.16* | 20.86±5.51 | 20.62±6.02* | 25.82±6.19 | 24.84±2.14* |
| $\chi^2$ |    | 0.214       | 0.221        | 0.523            | 0.325        | 0.625      | 0.521       | 0.521      | 0.225       |
| P        |    | 0.536       | 0.061        | 0.825            | 0.060        | 0.058      | 0.071       | 0.996      | 0.082       |

注：与本组治疗前比较，\*P<0.05

表3 两组患者治疗效果比较[n(%)]

| 组别       | n  | 显效        | 有效        | 无效        | 总有效       |
|----------|----|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 观察组      | 45 | 32(71.11) | 10(22.22) | 3(6.67)   | 42(93.33) |
| 对照组      | 45 | 23(51.11) | 12(26.67) | 10(22.22) | 35(77.78) |
| $\chi^2$ |    |           |           |           | 13.502    |
| P        |    |           |           |           | 0.002     |

脂血症的中医病机为气滞血瘀、痰浊、痰瘀互结。本次研究采取具有祛湿清热、理气活血作用的大柴胡汤合桂枝茯苓丸汤治疗。柴胡有疏肝解郁、补阳、退热的作用，柴胡中的柴胡皂苷有降血脂的作用。黄芩有泻火解毒、清热燥湿功效，黄芩中的总黄酮可有效降低血脂水平。熟大黄具有消肿止痛、清热凉血、润肠通便、降血脂的作用<sup>[11]</sup>。生姜温肺、解表散寒，可有效降低胆固醇含量。大枣补中益气，可提高身体免疫能力和抗氧化能力，降低甘油三酯、胆固醇水平<sup>[12]</sup>。桂枝温通经脉的活性物质可以使细胞活性增强，利于血液的流通。茯苓利水、健脾。现代研究显示<sup>[13]</sup>，茯苓有抗肿瘤、降脂、提升免疫力、减肥等作用。丹皮可活血、凉血，可降低毛细血管的黏稠性，对血小板在体内淤积存在抑制作用，活血化瘀作用显著。法半夏有降逆止呕、清利咽喉、消肿止痛的作用；赤芍散瘀、凉血；枳实止泻通便、止咳化痰、破气消积；桃仁止咳平喘、活血化瘀、润肠通便<sup>[14]</sup>。甘草有调和诸药的作用，其有效成分可显著降低TG和TC水平。

综上所述，采用大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗气滞痰阻血瘀型混合型高脂血症患者，可有效改善其血脂水平，安全性较高。

参考文献

[1] 左雨晴,贾秋颖.大柴胡汤合桂枝茯苓丸加减治疗高脂血症(痰瘀互结证)的临床应用体会[J].养生保健指南,2021(33):84.

[2] 林炜基,廖慧丽,刘健红,等.赵立诚教授运用健脾除痰降脂方治疗高脂血症经验[J].中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(4):694-696.

[3] 向文秀,简爱萍,张继红.中医药治疗高脂血症的研究进展[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2019,19(80):

137-138.

[4] 王磊,张慧荣.浅谈中医治疗糖尿病高脂血症体会—大黄酒蛭合剂对糖尿病患者血脂的临床研究分析[J].养生保健指南,2020(35):79.

[5] 王晓璐,郭建新.血常规生化检验在高脂血症患者临床诊断中的应用分析[J].中国保健营养,2021,31(8):58.

[6] 王学美.《高脂血症中医诊疗指南(2008)》关键内容解读[J].中华全科医师杂志,2012,11(3):180-182.

[7] 刘辉.痰瘀舌象在高脂血症中医诊断治疗中的应用效果观察[J].健康前沿,2018,27(8):233.

[8] 李欢,申冬冬,魏征,等.隔姜灸联合瑞舒伐他汀治疗脾虚湿阻型肥胖并发高脂血症的临床观察[J].世界科学技术-中医药现代化,2021,23(5):1540-1545.

[9] 冯妍,王以新,马涵英,等.冠状动脉粥样硬化性心脏病心力衰竭不同兼症及合并病中医治疗方案优化研究[J].中国医药,2020,15(8):1192-1196.

[10] 曾尹亮,周建平,钱学群,等.皮下揸针联合循经走罐治疗脾虚痰湿型中心型肥胖伴高脂血症疗效观察[J].浙江中医杂志,2021,56(1):61-62.

[11] 刘逸南,雷燕,杨静,等.半夏白术天麻汤联合血府逐瘀汤治疗高血压合并高脂血症临床疗效的Meta分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(15):2481-2488.

[12] 姚明鹤,闫海峰,王静,等.基于网络药理学探讨荷丹片治疗高脂血症的作用机制[J].天津中医药大学学报,2021,40(6):783-789.

[13] 周明春,王震.柴芍承气汤联合低相对分子质量肝素钙治疗高脂血症性胰腺炎患者临床疗效及对炎症介质、血脂水平与凝血功能的影响[J].血栓与止血学,2021,27(2):224-225.

[14] 赵娅,杜蕾,徐涛,等.阿托伐他汀与瑞舒伐他汀治疗高脂血症的疗效及成本-效果分析[J].中国合理用药探索,2021,18(8):72-76.