高脂血症中醫研究進展

Research progress in Chinese medicine treatment of hyperlipidaemia

伊麗古瑪　*YILI Guma*

（天津中醫藥大學　300193）

郵箱：1092652327@qq.com

[摘要]　**目的**　對高脂血症中醫藥研究進展進行總結，並提出未來發展前景。　**方法**　查閱2012-2014年中50篇關於高脂血症中醫藥治療方面的論文，闡述了高脂血症的病因病機，臨床證型分佈情況，中醫治療方法。　**結果**　近3年來高脂血症的病機研究主要為本虛標實，其中腎氣虛衰、脾失健運、肝失疏泄為本，痰濁、血瘀為標。高脂血症的證候多與痰瘀有關，與肝臟相關的證型最多見。高脂血症的治療以中藥飲片、中成藥、針灸治療為主，還有藥膳、練功、激光儀等治療方法。　**結論**　收集循證醫學證據，建立規範化的辨證論治體系，發展基礎醫學研究，探索更有效的治療方法，是未來中醫藥治療高脂血症的發展方向。

[關鍵詞]　高脂血症；中醫藥；治療；進展；綜述

高脂血症（HLP）是指因各種原因導致的血漿中某一種或幾種脂質濃度超過正常高限。通常表現為高總膽固醇（TC）、高甘油三酯（TG）和低密度脂蛋白膽固醇（LDL-C）過高或高密度脂蛋白膽固醇（HDL-C）過低。高脂血症是冠心病、動脈粥樣硬化、腦梗死、心肌梗死等心腦血管病的重要危險因素。高脂血症屬於中醫「痰濕」、「血濁」、「肥胖」、「痰瘀」等範疇。在中醫古代文獻中沒有「高脂血症」、「血脂」之名稱，但有類似的描述。如在《黃帝內經》中有「脂者」、「油脂」、「脂膜」等記載，《靈樞·衛氣失常》中有「人有脂有膏有肉」，這是最早論及脂的記載。《靈樞·五癃津液別》中有：「五谷之津液，和合而為膏者，內滲於骨空，補益腦髓，而下流於陰股」。明·張景岳在其《景岳全書》中指出：「脂者，血清而氣滑大，故不能大，雖肥盛皆別於眾人，而脂者之氣似不及膏，肉也」。記載的「脂者」、「膏者」與現代醫學肥胖症、高脂血症相近或相似。

近年來對中醫藥治療高脂血症的研究日漸增多，現綜述如下。

1　病因病機

高脂血症的病因主要為年邁體虛、飲食不節、情志不暢。文傑等[1]對886例高脂血症患者行為因素進行流行病學調查，發現高脂血症的發生於不良生活習慣、不良飲食習慣及缺乏保健知識等有關。對高脂血症病機的研究主要認為本虛標實是本病的基本病機，其中腎氣虛衰、脾失健運、肝失疏泄為本，痰濁、血瘀為標。

1.1　脾失健運，痰濁內生

脾是人體對飲食、水液進行消化、吸收並輸佈其精微的主要臟器，故脾為「後天之本」、

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

「氣血生化之源」。如果因過食肥甘或素體脾虛等原因導致脾的運化功能失常，則水液在體內停聚，成為水濕痰飲等病理產物。清·張志聰《靈樞集注》云：「中焦之氣，蒸津液化，其精散溢於外則皮肉膏肥，餘於內則膏脂豐滿。」指出脾的運化功能對膏脂生成的影響。葉倩等[2]認為過度嗜食肥甘厚味，或長期酗酒，損傷脾胃，脾失健運，內生痰濕，痰又成為脂濁，在血脈中留滯，而致血脂升高。

1.2 年老體衰，腎精不足

腎是人體貯藏先天之精的臟器，故腎為「先天之本」、「五臟陰陽之本」。腎臟還有主司和調節全身水液代謝的功能和主納氣的功能。腎氣由腎精所化，腎氣又有陰、陽之分。張景岳《景岳全書》指出：「五臟之陰氣非此不能滋，五臟之陽氣非此不能發」。梁紀文[3]認為腎氣的推動無力，腎陽的溫煦不足，腎陰失於潤是人中年以後，血脈瘀滯，痰濁凝聚，形成高脂的原因。

1.3 肝失疏泄，膽樞不利

肝的主要生理功能為主疏泄和主藏血。肝氣疏泄功能正常則氣能行血，血液運行暢達而無瘀血。如果肝的疏泄功能失調，氣機鬱結，則血行不暢，血液淤滯停積而為瘀血。肝氣的疏泄功能又能影響脾胃的運化機能、膽汁的分泌和排泄功能。所以肝失疏泄又會出現肝脾不和、肝氣犯胃、膽汁鬱滯，進而影響飲食物的消化吸收，導致痰濁生成。高艷君[4]以平頂山地區900名高脂血症患者為調查對象，採用問卷調查法，統計高脂血症患者心理壓力與社會支持以及它們各維度之間的關係，發現高脂血症患者的心理壓力的平均水平高於常模值，屬於社會中的高心理壓力群。吳兢[5]就中醫情志對原發性血脂異常患者證素分佈及血脂指標相關性進行研究，結論為：肝的功能失常是原發性血脂異常最重要的中醫病機。朱吉安[6]以丹溪「六鬱」學說論治高脂血症，提出肝脾氣鬱、膽樞不利是高脂血症的主要病機，認為本病病在氣分，病標在肝脾，病本在少陽，並指出氣鬱是痰濕、血瘀產生的根本，氣鬱、痰瘀、血鬱可相互轉化而致病。

1.4 痰濁血瘀，積與脈道

痰濁、瘀血既是病理產物，又是致病因素[7]。巢元方《諸病源候論·諸痰候》指出：「諸痰者，此由血脈壅塞，飲水積聚而不消散，故成痰也。」繆希雍《本草經疏》云：「飲啖過度，好食油面豬脂，濃厚膠固，以致脾氣不利，壅滯為患，皆痰所為」。李靜嫻[8]提出血脂水平與痰濕密切相關，痰濕質、血瘀質、陽虛質可能是血脂異常發病的另一危險因素。徐舒蔓[9]指出痰濁血瘀、痰瘀互結是高脂血症的主要病理基礎。

2 證型分佈

高脂血症臨床證候分型尚沒有統一標準，各醫家根據自己的臨床經驗辨證分型。郭姣等[10]通過分析1911-2012年836篇中醫藥相關文獻對高脂血症中醫證候分佈規律，最後整理出78種中醫證型，其中痰瘀互結型位列第一佔16.85%，其次是痰濁型10.61%，氣滯血瘀型佔9.45%，肝腎陰虛型佔7.99%，陰虛陽亢型佔4.54%，脾腎兩虛型佔3.52%，還有氣陰兩虛型、心血瘀阻型、肝膽濕熱型等78個分型，所有證型中肝、脾、腎所佔比例分別為43.96%、25.87%、25.49。朴勝華[11]等對316例高脂血症住院患者的中醫臨床證候分佈規律調查研究發現中醫單證辨證以肝氣鬱證（66.46%）最多見，復合證型常見的有肝鬱脾虛證（35.44%）、肝腎陰虛證（16.77%）、脾腎陽虛證（13.61%）、痰瘀內阻證（13.29%）、陰虛陽亢證（9.18%）。

香港中醫藥學會版權所有 Copyright HKCMA All Rights Reserved

3 治療

3.1 飲片治療

谷振偉[12]用其自擬的健脾導滯方（半夏10g，陳皮15g，白茯苓9g，人參9g，蒼朮6g，厚樸6g，白朮15g，澤瀉9g，絞股藍12g，紅景天9g，雞內金10g，炒麥芽20g，炒神曲20g，焦山楂20g，甘草9g）治療高脂血症患者60例，試驗組應用健脾導滯自擬方，水煎400ml，早晚兩次分服，每天一劑，及血脂康膠囊，一天2粒，晚飯後服；對照組採用血脂康膠囊，一天2粒，晚飯後服。觀察8周，結果：試驗組總有效率93.33%，對照組總有效率60.00%，兩組間比較差異有統計學意義（P<0.05），且試驗組高於對照組，說明健脾導滯自擬方對治療高脂血症有療效。苑留雲[13]研究澤瀉湯對高脂血症大鼠血清TC、TG、HDL-C、LDL-C的影響，結果：澤瀉湯組顯著降低模型大鼠血清TC、TG、LDL-C含量（P<0.01），而且澤瀉湯高劑量（21.0g/kg）組和對照組的TC、TG、LDL-C含量均低於澤瀉湯低劑量組（10.5g/kg）。說明低劑量澤瀉湯對治療高脂血症療效更好。

3.2 中成藥治療

尹文雁[14]將60例高脂血症患者隨機分為對照組（血脂康治療）和試驗組（降脂顆粒治療），觀察治療6周。結果：兩組均能降低血清TC、TG、LDL-C水平，升高HDL-C水平，而在降低TG方面試驗組比對照組更有療效（P<0.05）。任海祥等[15]對消脂片對實驗性高脂血症大鼠降脂作用進行研究，對模型大鼠給予消脂片和血脂康膠囊干預治療，連續給藥9周，觀察大鼠體重變化及血清TC、TG、HDL-C、Apo-B、Apo-I水平，結論：消脂片對高脂血症大鼠的體重的降低有明顯改善作用；消脂片可降低高脂血症大鼠血清TC、TG、LDL-C、Apo-B的含量，升高HDL-C、Apo-I的含量，並能降低動脈硬化指數（TC/HDLC）。吳昊[16]用心舒寶片治療氣虛血瘀型高甘油三酯血症患者120例，對照組用阿昔莫司治療，治療4周。結果：治療組中醫證候療效總有效率91.7%，對照組為68.3%，兩組間對比具有顯著統計學差異（P<0.01）。說明心舒寶片對改善其中醫證候有良效。紀睿圳[17]研究丹蔞片對新西蘭兔慢性高脂血症模型的長期調脂及抗脂蛋白氧化的保護作用，發現丹蔞片可明顯降低血清TC、TG、LDL-C含量，並可明顯減輕LDL的氧化作用。母敏[18]採用蒲參膠囊聯合舒伐他汀鈣片治療68例中老年高脂血症串者，以單用瑞舒伐他汀鈣片作為對照組，連續治療2月，發現合用蒲參膠囊組降低TG和升高LDL-C水平效果優於單用瑞舒伐他汀組。

3.3 針灸治療

許辛寅[19]通過艾灸足三里穴、豐隆穴、足三里穴合豐隆穴的方法，治療75名高脂血症患者，每次艾灸20分鐘，每日一次，連續治療5天，休息2天，共治療4周，20次。結論：艾灸足三里、豐隆、足三里合豐隆均可有效治療高脂血症，其中足三里合豐隆治療效果更好。馬明雲[20]對來自南京中醫藥大學門診部高脂血症專科的60例原發性高脂血症患者進行艾灸神闕穴和雙側足三里穴的治療，每穴灸10分鐘，隔日一次，連續治療12周。結果：治療6周後TC、TG、LDL-C含量均下降，但只有TC具有統計學差異（P<0.05）。治療後6周與12周相比，TG含量下降具有統計學意義（P<0.05）。HDL-C含量前後無統計學意義。說明溫和灸對高脂血症患總膽固醇、甘油三酯和低密度脂蛋白膽固醇有良好的調節作用。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCMP All Rights Reserved

3.4 其它治療

莊晨[21]採用臍療加澤瀉降脂茶治療59例高脂血症患者，對照組用單純飲食控制治療，觀察12周。結果：治療後組間中醫症狀積分相比有顯著差異（P<0.01），提示治療組在改善中醫症狀方面優於對照組；治療後兩組間TC比較（P<0.01），TG、LDL-C比較（P<0.05），提示在降低TC、TG、LDL-C方面治療組優於對照組。任琳君[22]觀察藥膳山楂絞股藍湯（山楂30g，絞股藍20g，三七9g，蘇梗5g，薏苡仁30g，炒萊菔子8g）對60隻高脂血症模型大鼠血脂水平及血液流變學改變，結果：藥膳山楂絞股藍湯能有效降低血液流變學各項指標並能有效降低肝臟膽固醇含量（P<0.01）。袁滿[23]將90名高脂血症患者隨機分為藥物組、慢跑組、練功組，觀察易筋經對原發性高脂血症的血脂及自由基代謝水平的影響，結果：三組對血脂水平都有良好的改善作用，藥物組療效最快，但遠期療效不佳；慢跑組時間越長，效果越明顯；練功組療效慢，但長期療效優於慢跑，時間越長，療效越明顯。薛陽[24]通過實驗觀察低能量激光照射儀對60例高脂血症（痰濁型）患者的影響，對照組為單純西藥調脂治療組，實驗結果表明，在改善患者血脂、血流變、臨床症狀方面，兩組治療前後數據比較均有統計學差異（P<0.05），且試驗組高於對照組。說明低能量激光照射儀對治療痰濁型高脂血症有療效。

4 小結與展望

高脂血症是引起冠心病、動脈粥樣硬化、高血壓等病的危險因素，也是糖尿病、肝臟疾病、甲狀腺疾病的主要併發症。高脂血症可無症狀或表現為肥胖、黃色瘤等。主要通過實驗室檢查血清膽固醇或甘油三脂含量超過正常值而診斷。中醫藥治療高脂血症有其優點和不足。優點：①中成藥對改善高脂血症臨床症狀比西藥更有效果；②中藥副作用小，禁忌症少，對肝腎功能無損害，尤其適合老年人臟器衰竭的患者，而西藥副作用多，對肝腎功能有一定損害，不良反應發生率高，容產生耐藥性，停藥後出容易現病情復發；③中草藥應用靈活，可隨時根據患者的病情改變藥物及其劑量；④中醫針灸、練功、藥膳等非藥物治療方法，能有效調節血脂水平。不足：①中醫藥治療高脂血症沒有統一的病名及辨證分型、方劑種類繁多、適應症不明確、沒有足夠的循證醫學證據；②對單味中藥治療高脂血症的藥理作用機制不明確，研究不夠深入；③中醫治療高脂血症合併症的相關研究少。對未來的展望：①統一中醫病名、分型，對方劑進行分類，開發適應不同類型高脂血症的中草藥和中成藥，能同時治療高脂血症及其併發症的中成藥；②依據患者年齡、性別、體質、肥胖程度、婦女絕經前後、合併症等情況，選擇運動治療、飲食治療、藥物治療；③結合中藥和針灸、按摩等多種方法合用治療高脂血症；④重視患者的情志對血脂的影響，開展心理療法。此外醫生應鼓勵患者加強鍛煉、改善生活方式、控制飲食，預防高脂血症的發生，以減少冠心病、動脈粥樣硬化、糖尿病、高血壓等病的危險因素。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCMA All Rights Reserved

[參考文獻]

[1] 文傑，杜曉彬. 高脂血症行為因素的流行病學調查[J]. 內蒙古中醫藥，2014,3:121.

[2] 葉倩. 論高脂血症中醫治療[J]. 遼寧中醫藥大學學報，2014,16(1):159-160.

[3] 梁紀文. 高脂血症的中醫病因病機的探討[J]. 中醫臨床醫生，2012,40(3):23-24.

[4] 趙艷君. 高脂血症患者心理壓力與社會支持的相關研究[D]. 南京：南京中醫藥大學，2013.

[5] 吳兢. 就中醫情志對原發性血脂異常者證素分佈及與血脂指標相關性研究[D]. 北京：北京中醫藥大學，2013.

[6] 朱吉安. 以丹溪六鬱學說論治高脂血症的臨床研究[D]. 濟南：山東中醫藥大學，2012.

[7] 錢衛東，王繼偉，魯海婷. 高脂血症從痰瘀論治研究進展[J]. 四川中醫，2014,32(12):185-186.

[8] 李靜嫻. 飲食療法對痰濕體質高脂血症患者作用的研究[D]. 杭州：浙江中醫藥大學，2014.

[9] 徐舒蔓. 化痰祛瘀、軟堅散結法治療高脂血症的臨床觀察[D]. 北京：北京中醫藥大學，2014.

[10] 郭姣，朴勝華，石忠峰等. 高脂血症中醫證候分佈規律文獻研究[J]. 廣州中醫藥大學學報，2013,30(5):609-614.

[11] 朴勝華，郭姣，胡竹平.高脂血症住院患者中醫證候臨床研究[J].中國中西醫結合雜誌，2012,32(10):1322-1325.

[12] 谷振偉. 健脾導滯方對高脂血症的臨床干預[D]. 濟南：山東中醫藥大學，2013.

[13] 苑留雲. 澤瀉湯對高脂血症大鼠肝組織PPARaRNA、ACOmRNA基因表達的影響[D]. 石家莊：河北醫科大學，2013.

[14] 尹文雁. 降脂顆粒治療高脂血症的臨床研究[D]. 北: 北京中醫藥大學，2013.

[15] 任海華，蘇華，周曉東. 消脂平片對實驗性#大鼠降脂作用及機制的研究[J]. 醫學研究生學報，2012,25(12):1247-1250.

[16] 吳昊. 心舒寶片對氣虛血瘀型高甘油三酯血症患者臨床療效觀察[D]. 福州：福建中醫藥大學，2014.

[17] 紀睿圳. 丹蔞片調節脂質代謝及其抗脈硬化作用的研究[D]. 上海：第二軍醫大學，2013.

[18] 母敏. 蒲參膠囊聯合瑞舒伐他汀片治療中老年濕合型高脂血症43例[J]. 中國藥業，2014,23(24):102-103.

[19] 許辛寅. 艾灸足三里豐隆對高脂血症模型大干預及臨床驗證研究[D]. 廣州：廣州中醫藥大學，2012.

[20] 馬明雲.溫和灸影響高脂血症患者微循環的臨床研究[D]. 南京：南京中醫藥大學，2013.

[21] 莊晨. 臍療結合飲食療法對台灣地區高脂血症患者的康復干預療效及其評價[D]. 南京：南京中醫藥大學，2013.

[22] 任琳君. 藥膳山楂絞股藍湯對高脂血症大鼠血脂及血液流變學的影響[D].揚州：揚州大學，2014.

[23] 袁滿. 健身氣功·易筋經對高脂血症患者血脂的影響及機理初探[D]. 南京：南京中醫藥大學，2014.

[24] 薛陽. 激光治療儀治療高脂血症痰濁型的臨床研究[D]. 南京：南京中醫藥大學，2013.

（編委：王冠明審校2017.07.06）

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved