穴位埋線配合藥物治療痰濁血瘀型高脂血症48例

Treatment of 48 cases of hyperlipidaemia of phlegm turbidity and blood stasis type with combination of catgut implantation at acupoints and drugs

黃志勇　黃臻*　陳家鳳　李陶韜　*HUANG Zhiyong, HUANG Zhen, CHEN Jiafeng, et al.*

（廣州市番禺區中心醫院康復科　廣州511400）

Email: huang1585@126.com

[摘要]　目的　探討穴位埋線配合藥物治療痰濁血瘀型高脂血症的臨床療效。　**方法**　93例痰濁血瘀型高脂血症患者隨機分成治療組（48例）和對照組（45例）。治療組採用穴位埋線配合藥物治療，對照組採用單純藥物治療，觀察兩組的臨床療效及血脂水平的變化。　**結果**　治療組和對照組的總有效率分別為95.83%和82.22%，兩組比較有顯著性差異（P<0.05）。治療前兩組患者的血脂水平差異無統計學意義（P>0.05），所有患者的血脂水平治療後與治療前比較差異有統計學意義（P<0.05），而治療組變化更為顯著。　**結論**　穴位埋線既可增強降脂藥物的臨床療效，又可減少藥物副作用的發生，是一種安全有效的方法。

[關鍵詞]　高脂血症；穴位埋線；藥物治療

高脂血症是由於脂肪代謝異常，使血漿脂質中一種或多種成分的濃度超過正常值的一種病症。中醫對高脂血症無相關病名，但對其早有認識，中醫認為高脂血症屬於「痰濁」、「血瘀」範疇，多由臟腑功能失調、飲食失節、痰瘀血內阻等原因所致。脂蛋白代謝異常與動脈粥樣硬化發生、發展關係密切[1]。隨著膳食結構的改變和運動量減少，高脂血症呈逐年上升的趨勢，據統計，在我國每年有100萬人死於高脂血症所致的併發症[2]。筆者自2012年6月~2014年6月來採用穴位埋線配合藥物（阿托伐他汀鈣片）治療痰濁血瘀型高脂血症48例，取得較滿意的療效，現報告如下：

1　臨床資料

1.1 一般資料　所有病例均來自於我院康復科住院部或門診確診為痰濁血瘀型高脂血症。將93例高脂血症患者隨機分為治療組（48例）和對照組（45例）。其中治療組48例中，男29例，女19例；年齡28~65歲，平均（47.69±7.50）歲；病程年齡1~7年，平均（3.87±1.61）年。對照組45例中，男27例，女18例；年齡25~64歲，平均（46.84±8.82）歲；病程年齡1.5~8年，平均（3.97±1.54）年。2組患者在性別、年齡及病程方面無統計學意義（P>0.05），具有可比性。

1.2 診斷標準　參考第六版內科學高脂血症標準制定[3]。（1）血清總膽固醇（TC）

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

5.72mmol/L，甘油三酯（TG）>1.70mmol/L，二者必具其一。（2）中醫辨證符合痰濁血瘀型，臨床表現為胸悶心悸，氣短乏力，耳鳴，體型肥胖，大便乾結或便溏，舌紅多見瘀暗，舌苔白膩或黃膩，脈弦滑或細數[4]。

1.3 納入標準 符合上述診斷標準者；年齡25~65歲；願意接受本治療方法並保證依從性良好者。

1.4 排除標準 （1）半年內發生過腦血管意外、心肌梗塞、重大手術、造血系統等嚴重疾病者；（2）有肝腎功能損害者；（3）合併有精神病及嚴重痲瘋者等；（4）妊娠期及哺乳期婦女；（5）不符合中醫辨證痰濁血瘀型者；（6）依從性差，不能配合治療者。

2 治療方法

2.1 對照組 採用藥物治療。給予阿托伐他汀鈣片（輝瑞製藥有限公司，國藥准字J20070061）20mg，每日1次，晚飯後口服，7天為1個療程，共治療4個療程。

2.2 治療組 在對照組藥物治療基礎上結合穴位埋線治療。主穴：天樞、中脘、足三里，均為雙側。痰濁盛者加雙側豐隆、陰陵泉；血瘀偏盛者加膈俞、血海。操作方法：用安爾碘嚴格消毒穴位，操作者洗手，消毒，用8號注射針頭將長約1cm已消毒的000號羊腸線埋植於穴位的皮下組織或肌層內，四肢穴位直刺，腰部及腹部穴位平刺，有針感後邊推針芯，邊退針管，線頭不得外露，然後用安爾碘消毒針孔，並外敷消毒紗塊。每7天治療1次，7天為1個療程，共治療4個療程。

2.3 療效判定標準 參照衛生部1998年公佈的《中藥新藥臨床指導原則》[5]標準制定。顯效：TC下降≧20%或TG下降≧40%或HDL-C上升0.26mmol/L；有效：TC下降10%~20%或TG下降20%~40%或LDL-C下降10%~20%或HDL-C上升0.104~0.26mmol/L；無效：未達到上述標準。

2.4 觀察指標 治療前後血脂變化比較，要求患者在治療前及治療結束後檢查血脂六項、肝功能、腎功能，記錄TC、TG、LDL-C、HDL-C數值。

2.5 統計學處理 採用SPSS17.0統計軟件進行統計分析，計量資料均數±標準差（±S）表示，採用t檢驗；計數資料採用x^2檢驗。P<0.05為差異有統計學意義。

3 結果

3.1 2 組臨床療效比較 見表1。

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

表1　兩組臨床療效比較　　例（%）

組別	n	顯效	有效	無效	總有效率
治療組	48	27（56.25）	19（38.58）	2（4.17）	46（95.83）
對照組	45	20（44.44）	17（37.78）	8（17.78）	37（82.22）

注：與對照組比較，＊P<0.05。

由表1可見：治療組（穴位埋線配合藥物治療）的總有效率為95.83%，對照組（單純藥物治療）為82.22%，2組比較，具有統計學意義（P<0.05），治療組的臨床療效優於對照組。

3．2　治療組與對照組治療前後血脂變化比較　見表2。

表2　2組治療前後血脂變化比較　　（x±s, mmol/L）

組別	n	時間	TC	TG	LDL-C	HDL-C
治療組	48	治療前	6.75±1.21	2.77±0.74	4.64±0.92	1.01±0.24
		治療後	4.73±0.52#*	1.65±0.49#*	2.89±0.58#*	1.60±0.32#*
對照組	45	治療前	6.86±1.17	2.76±0.69	4.49±0.84	1.04±0.22
		治療後	4.97±0.51#	1.86±0.44#	3.20±0.85#	1.29±0.35#

注：與治療前比較：＃P<0.05；治療後與對照組比較：＊P<0.05。

由表2可見：治療前兩組患者TC、TG、LDL-C、HDL-C數值差異無統計學意義（P>0.05）。與治療前相比，治療後兩組患者TC、TG、LDL-C數值均顯著下降（P<0.05），而治療組下降較對照組更明顯（P<0.05）。

3.3 不良反應　治療組在治療期間有2例出現皮下硬結，局部無紅腫、疼痛及化膿，予熱敷後硬結消散；有1例出現胃腸道不適，口服護胃藥物後症狀可緩解，無出現肝腎功害。對照組有4例出現胃腸道不適，口服護胃藥物後症狀可緩解，2例出現谷丙轉氨酶輕度升高，均在100U/L以下，加護肝藥治療，1月後復查轉氨酶恢復正常。兩組患者均無因不良反應而終止治療。

4　討論

現代醫學認為，高脂血症是指血中三酰甘油、總膽固醇、低密度脂蛋白膽固醇水平升高，高密度脂蛋白膽固醇降低。是誘發心腦血管疾病的重要危險因素。中醫對於高脂血症的認識源於《內經》中的「膏脂學說」，為血中之痰濁，屬於血脈中的病變，故中醫學把高脂血症列為「痰濁」、「血瘀」的範疇[6]。是由於脾失健運，痰瘀阻絡所致，脾運化功能失調，水谷不化精微而

香港註冊 Copyright HK 版權所有 Reserved

生痰濁，血氣運化不暢內生瘀血，痰瘀互結，聚於管壁而成。治療上應以降濁化痰，活血祛瘀為原則。筆者以天樞、中脘、足三里為主穴，天樞為大腸募穴，中脘為胃募穴，足三里為胃之下合穴，有健脾益氣、升發脾陽、通腑降濁功能，三者相配具有健脾和胃、通腑降濁、化濕除穢的作用。痰濁偏盛者配豐隆、陰陵泉，具有降痰濁、健脾泄熱通腑的功效；血瘀偏盛者加膈俞、血海，膈俞為血會，具有行氣活血的作用。羊腸線作為一種異體蛋白，埋植於穴位下，可形成持續刺激，既可減少治療時間，又可起到調整臟腑功能，通暢脈絡作用，從而達到升清降濁以化痰，活血祛瘀以降脂。阿托伐他汀鈣是3羥基-3甲基戊二酰輔酶A還原酶選擇性及競爭性抑制劑，通過競爭性抑制膽固醇的合成，令受體活性增強，加快LDL的清除，達到降低TC、TG，升高HDL-C的作用[7]。阿托伐他汀鈣在動脈粥樣硬化性疾病一級和二級預防中的作用已經得到流行病學和臨床研究的廣泛驗證，降脂療效已得到共識。但它可產生肝毒性，對腎功能不全患者發生肌病和橫紋肌溶解危險性增加。因此長時間使用存在風險，需定期監測肝腎功能。筆者運用穴位埋線配合阿托伐他汀鈣治療痰濁血瘀型高脂血症患者，經臨床觀察，既可增強降脂藥物的臨床療效，又可減少藥物副作用的發生，是一種安全有效的方法。

參考文獻：

[1] Berliner A, Navab M, Fogelman AM, et al. Atheroselerosis: basic mecha-nisms. Oxidation, inflammation and genetics [J]. Circulation, 1995.91(9):2488.

[2] 魏卓紅，何劍榮. 中醫藥治療高脂症的思路[J]. 時珍國醫國藥，2007,18(9):2300-2301.

[3] 葉任高，陸再英. 內科學[M]. 第6版. 北京：人民衛生出版社，2004:828.

[4] 周嘉燕，李濱. 針灸治療痰濁血瘀高脂血症50例[J]. 吉林中醫藥，2005,25(6):39.

[5] 中華人民共和國衛生部. 中藥新藥臨床指導原則第二輯[S]. 北京：人民衛生出版社，1995.

[6] 金恆，張紅星. 埋線豐隆穴治療高脂血症的臨床研究[J]. 針灸臨床雜誌，2012,28(4):9.

[7] 趙水平. 冠心病整體防治中他汀類藥的重要地位[J]. 中華心血管病雜誌，2004,32(4):379-381.

（編委：嚴新傑審校 2018.01.30）

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