

高脂血症患者的中西医结合康复治疗

唐 韬¹ 崔庆玲¹

高脂血症(hyperlipidemia, HL)可导致血压升高、消化道不适及动脉粥样硬化等, 长期以来, 单纯用药物降脂或辅以有氧运动训练为主要治疗手段。本研究入选 150 例高脂血症伴消化道不适症状的患者, 在传统治疗的基础上辅以穴位按压, 观察其临床疗效及血脂变化情况。

1 对象与方法

1.1 研究对象

入选病例来自 2006 年 2 月—2007 年 8 月本院门诊和住院的高脂血症患者 150 例, 诊断符合 1999 年 WHO 诊断标准。病程 12 个月—12 年(平均 5.7±4.39 年), 按照就诊顺序随机分为三组: 治疗组 50 例, 其中男 40 例, 女 10 例, 年龄 31—76 岁(平均 46.3±10.5 岁); 单纯药物组 50 例, 其中男 38 例, 女 12 例, 年龄 32—77 岁(平均 45.7±11.4 岁); 药物加运动组 50 例; 其中男 39 例, 女 11 例。三组在年龄、性别、病程构成上差异均无显著性($P>0.05$), 并排除严重肝、肾、肺疾病和精神病的患者。

1.2 治疗方法

单纯药物组按临床常用降脂方案治疗, 力平之 200mg, 1 次/晚; 药物加运动组在药物治疗的基础上加中等强度的有氧运动训练, 有氧运动训练为跑步、快步走、骑单车、游泳、球类、气功等, 每次 30min 以上, 每周 3—4 次, 每次练至出汗为佳; 治疗组在药物加运动组的基础上加 1 次/d 的穴位按压。穴位按压由医务人员告知其穴位后再示范部位、手法、力度等, 按压穴位有: 合谷穴、曲池穴、涌泉穴、足三里穴、风池穴等, 这些穴位由中南大学湘雅医院中医专家研究提供, 每次按压 20—40min。按压后喝水 300ml 以上, 各种出血症疾病及吃饭前后、洗澡后 30min 内不宜按压, 严重心脏病及糖尿病

患者按压不超过 20min/次,

1.3 观察指标

所有入选者入选时采用同样的方法测定以下指标。身高体重在同一台仪器由专业人员测量 2 次, 取平均值, 计算体重指数(body mass index, BMI), $BMI = \text{体重}(\text{kg}) / \text{身高}(\text{m}^2)$ 。抽取空腹静脉血分离血清, 在日立全自动生物化学仪上采用酶法测定血清甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL), 按 Friedewald 公式计算低密度脂蛋白胆固醇(LDL)浓度: 低密度脂蛋白胆固醇(mmol/L) = (总胆固醇 - 高密度脂蛋白胆固醇 - 甘油三酯) / 2.2。消化道不适积分评定: 消化道不适包括上腹痛、饱胀、早饱、嗝气、恶心、呕吐、肝区闷胀、食欲下降 8 个症状分别按程度记 0—3 分, 判断标准为: 0 分为无症状; 1 分为症状轻微, 需注意才感觉到; 2 分为自觉症状明显, 但不影响工作生活; 3 分为自觉症状明显, 影响工作生活^[1]。治疗 3 个月后复查上述项目及观察临床症状改善情况。

1.4 统计学分析

采用 SPSS11.0 版统计软件进行数据分析, 所有计量资料以均数±标准差表示, 采用 U 检验。

2 结果

治疗前与治疗后比较, 三组患者的血脂、BMI 及消化道症状均有显著改善($P<0.05$, $P<0.01$)。治疗后, 治疗组患者的血脂、BMI 及消化道症状改善均显著优于单纯药物组, 差异具有非常显著性($P<0.01$); 治疗组患者的高密度脂蛋白胆固醇和消化道症状积分明显优于药物加运动组, 差异具有非常显著性($P<0.01$), 其他指标也优于药物加运动组, 差异具有显著性($P<0.05$)见表 1。

表 1 治疗前后血脂、BMI 及消化道症状比较

($\bar{x} \pm s$)

指标	治疗组		单纯药物组		药物加运动组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
TG(mmol/L)	2.54±0.76	1.65±0.70 ^②	2.53±0.77	2.15±1.01 ^{①③}	2.53±0.67	1.95±0.98 ^①
TC(mmol/L)	5.28±0.73	4.46±0.46 ^②	5.45±0.94	5.16±0.67 ^{①③}	5.42±0.87	4.86±0.71 ^①
LDL(mmol/L)	3.25±0.45	2.69±0.41 ^②	3.33±0.56	3.13±0.57 ^{①③}	3.29±0.57	3.10±0.51 ^①
HDL(mmol/L)	0.99±0.21	1.35±0.14 ^②	0.97±0.27	1.05±0.14 ^④	0.99±0.27	1.15±0.19 ^{①③}
BMI(kg/m ²)	26.38±4.71	21.48±1.82 ^②	25.71±2.79	23.20±2.77 ^④	25.83±3.07 ^④	22.19±2.80 ^①
消化道症状积分	14.38±3.52	4.16±0.97 ^②	15.12±3.69	9.65±2.17 ^{①③}	14.67±3.48	7.13±1.25 ^{①③}

与治疗前比较: ① $P<0.05$, ② $P<0.01$; 与治疗组治疗后比较: ③ $P<0.05$, ④ $P<0.01$

3 讨论

高脂血症多属于中医学“痰浊”、“血瘀”范畴。《灵枢·血络论》云: “血气俱盛而阴气多者, 其血滑, 刺之则射, 阳气蓄积, 久留而不泻者, 其血黑以浊, 故不能射。”形象说明了气血津液代谢失调, 以致胶结于血脉中的状况, 与现代 HL、高黏血症的概念非常相近。本病多为饮食失节, 嗜食肥甘等, 痰湿腻浊, 浸淫脉管, 壅滞血脉, 痰浊与瘀血互生。魏氏^[2]认为血脂增高和脂蛋白的异常与中医学的“痰”有关, 而血脂和脂蛋白的异常又常并发血液流变学的异常。黄氏^[3]认为脂质代谢紊乱,

过氧化脂质对血管内皮的损伤导致动脉粥样硬化, 其病理与中医学的“痰”、“瘀”密切相关。故采用对 HL 有一定的防治作用, 从健脾化湿、祛瘀化痰、疏肝利胆立法的常用穴位如合谷穴、曲池穴、涌泉穴、足三里穴、风池穴等进行按压^[4]。

长期规律的体育运动均可有效地改善其不良的脂质结构, 并能延缓因年龄增加而带来的不良影响, 中等强度有氧

1 中南大学湘雅医院干部医疗科, 长沙, 410008

作者简介: 唐韬, 女, 主管护师

收稿日期: 2007-12-19

训练有利于改善身体素质,与有氧运动训练相比,无氧训练对血脂水平无明显影响,中等强度有氧运动对脂质代谢产生积极作用,表现为运动训练肌肉组织有摄取和氧化非酯化脂肪酸的能力,提高肌肉中脂蛋白酯酶活性,从而提高 HDL-C,降低 TG,TC 及 TC/HDL-C,而在非耐力型运动中不存在此种关系^[5-6]。

通过有氧运动加穴位按压的训练,调节自主神经系统,降低交感神经兴奋性,减少血液中儿茶酚胺浓度,缓解小动脉痉挛,从而降低血压。运动时,活动肌肉毛细血管大量开放,从而降低外周阻力,产生降压效果。还可促进尿酸排出,使血容量减少,血压下降;运动可消耗热量,降低体重,按摩可刺激穴位加速血液循环,加快新陈代谢、调节心律、健脑提神,消除压迫感,解除精神紧张状态,达到平稳镇痛目的,防气、血、痰、火、冲逆而上,补不足,损有余,起双向调节作用。通过经络传导及经络与脏腑相关性原理,刺激穴位及特定部位,激发经络传感,以疏导经络,调和营卫气血及脏腑功能,致使痰湿血瘀之邪得除,脏腑经络气血功能恢复而达到平衡阴阳,调和脏腑,邪去正安之目的。

·短篇论著·

早期减重步态训练对脑外伤患者下肢功能的作用

尤爱民¹ 辛玉甫¹ 马振宇¹ 胡延峰¹ 孙守崎¹ 刘青塬¹

步行是人类满足日常生活的基本要求,对伴有运动功能障碍的脑外伤患者恢复下肢功能是康复的基本目标。近年来,减重平板步行训练作为一种新兴的步态训练方法在临床得到广泛应用,我科对存在下肢运动功能障碍的脑外伤患者在常规康复治疗的基础上早期介入了减重步行训练,收到较好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集 2006 年 6 月—2007 年 6 月在我院康复科进行治疗的,条件符合:神经系统症状病情稳定、意识清晰、能够主动配合治疗,没有全身重要器官功能衰竭,当坐位平衡达三级、下肢肌力达 2⁺ 级时进行减重步态训练的、伤后 3 个月有定期随访资料的脑外伤患者 23 例作为治疗组,选取同样条件但没有进行减重步态训练的 23 例作为对照组,两组患者在年龄、性别、病程、开始康复治疗时的下肢运动功能、平衡功能、ADL 能力、步行功能等情况方面差异无显著性意义 ($P > 0.05$),具有可比性,见表 1—2。

1.2 治疗方法

因此,穴位按摩加有氧运动有协同作用,具有改善临床症状、调节脂质代谢、抑制延缓动脉硬化发生、发展的作用,具有良好的应用前景。

参考文献

- [1] 罗晋阳. 六味安消胶囊治疗功能性消化不良的多中心随机对照临床研究[J]. 中华消化杂志, 2006, 26(1): 42—45.
- [2] 魏登科. 高脂血症的中医药治疗思路 [J]. 中医药研究, 1997, 13(6): 22—23.
- [3] 黄学敏, 党毓起, 马浩亮. 软化冠脉汤治疗冠心病 105 例[J]. 陕西中医, 1999; 20(1): 1—2.
- [4] 林宏, 尹庆卫, 王景学. 中医药治疗高脂血症的现状[J]. 中国中医急症, 2003, 12(5): 464—465.
- [5] 李辉, 李可基, 张宝慧. 有氧运动训练与脂代谢关系研究的进展[J]. 心血管康复医学杂志, 2003, 12(2): 184—186.
- [6] 柯小剑, 王人卫, 久保晃信. 有氧运动对原发性高血压病患者血压、脂代谢及糖代谢的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2003, 18(4): 214—216.

两组患者开始康复治疗前根据评定结果,制订康复治疗计划,对照组进行如下常规康复治疗。①理疗:对Brunnstrom运动功能 I—II 期患者,采用功能性电刺激;Brunnstrom 运动功能 III—IV 期患者,采用低频痉挛肌电刺激;②神经肌肉促进技术:主要采用Brunnstrom 技术、Bobath 技术和 PNF 技术,来促进运动功能的恢复;③躯干肌控制训练、髋关节控制训练、膝关节控制训练和踝背屈诱发训练。如:桥式运动;床上抗痉挛体位摆放;运动意念控制髋、膝关节纠正髋外旋,膝关节过伸等;④平衡功能训练;⑤ADL 能力训练;⑥下肢负重训练等。

治疗组在进行常规治疗基础上采用减重步行训练,开始时由 2 名治疗师帮助患者在减重训练平板上站好、悬吊固定好,根据患者下肢肌力情况选择减重程度,肌力在 2⁺—3 级,减重范围在 30%—40%,肌力在 3⁺—4 级患者,减重范围在 20%,以后随着病情恢复逐渐减少。速度范围在 0.1—0.5m/s,通常 0.3m/s;平板坡度为 0;2 名治疗师 1 名站在患者身后,固定髋关节,保证髋伸展、骨盆旋转、躯干正直,1 名治疗师坐在功能障碍侧,帮助促进患侧摆动,确保足跟先着地,防止膝过伸,保证两腿站立时相和步长对称;男性患者步幅选择 60—70cm,女性 50—60cm;步宽为 7—10cm。在进行步态训练过

表 1 治疗组和对照组一般资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	性别(例)		偏瘫部位(例)		年龄(岁)	康复介入时间(d)	总治疗时间(d)
		男	女	左	右			
对照组	23	15	8	11	12	37.42±3.58	23.28±2.27	47.75±3.29
治疗组	23	14	9	11	12	36.95±3.76	22.85±2.34	47.68±3.95

1 河南科技大学第一附属医院康复科,洛阳市, 471003

作者简介: 尤爱民,女,主管治疗师

收稿日期:2008-01-22