

SOUTH BAYLO UNIVERSITY

The Analysis of TCM Differentiation of Familial Hyperlipidemias

by

Shengqi Cao

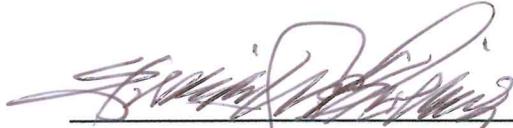
**A RESEARCH PROJECT SUBMITTED
IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE
REQUIREMENTS FOR THE DEGREE**

Doctor of Acupuncture and Oriental Medicine

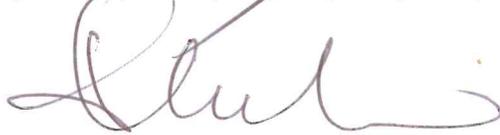
ANAHEIM, CALIFORNIA

September 2017

**THE RESEARCH PROJECT OF SHENGQI CAO
APPROVED BY RESEARCH PROJECT COMMITTEE**



Follick, Edwin, Ph.D., DTheol, J.D., D.C., Director of Libraries and ADA Officer



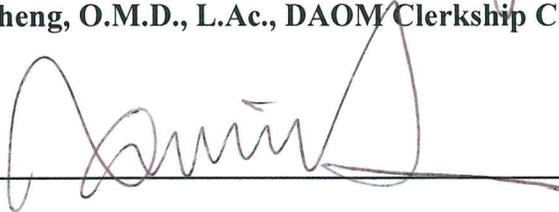
Melen, Pia, O.M.D., L.Ac., Dean



Cheng, Wayne, O.M.D, L.Ac., Doctoral Program Director



Li, Sheng, O.M.D., L.Ac., DAOM Clerkship Coordinator



Sun, Xuemin, M.D.(China), Ph.D., L.Ac., DAOM Research Coordinator

SOUTH BAYLO UNIVERSITY

ANAHEIM, CALIFORNIA

September 26, 2017

Copyright

by

Shenqqi Cao

2017

ACKNOWLEDGEMENTS

I would like to thank to Dr. Junfeng Xi, Dr. Xuemin Sun, Dr. Wayne Cheng, Dr. Sheng Li and my family who have supported me this doctoral research paper.

The Analysis of TCM Differentiation of Familial Hyperlipidemias

Shengqi Cao

SOUTH BAYLO UNIVERISTY AT ANAHEIM, 2017

Research Advisor: Jun Feng Xi, OMD, L.Ac.

ABSTRACT

Cardiovascular disease is one of the most important causes of death, and hyperlipidemia and cardiovascular disease are so closely related that medical professional attaches great importance to the control of blood lipids in patients. In the field of Western medicine, blood lipids could be regulated with drugs or by lifestyle improvement. However, the side effects from drugs are obvious, such as nausea, stomach pain, chest pain, insomnia, diarrhea, and even liver damage. Comparing to Western medicine, Chinese medicine has unique advantages, with fewer side effects and more diverse methods, such as single herb, herbal formula, acupuncture, and so on.

Although there is no exactly the same name as “hyperlipidemia” could be found in ancient Chinese medical works, people did find many records regarding the hyperlipidemia-related symptoms in those books, such as phlegm, palpitations, dizziness, chest pain, stroke, angina and pectoris, etc. Resaerches on cardiovascular disease in the Chinese medicine field started from early 1970’s, when the first report of cardiovascular disease treated by Chinese medicine was published in 1973. Acording to Traditinal Chinese Medicine (TCM), the root of symptoms of hyperlipidemia such as phlegm and blood stasis is the lack of vital qi. The dysfunction of spleen, liver and kidney results in qi and blood fluid transport disorders and thus produces pathological products such as

sputum, damp, and blood stasis, all of which are mixed with each other. Phlegm occurs due to the disharmony between spleen and kidney, and the production of pathological products in turn increase the dysfunction of liver, spleen and kidney, upon which a vicious circle is therefore formed. Although professionals in the field of Chinese Medicine have been working hard on the treatment of hyperlipidemia and the remarkable achievement has been made, the consensus on the differentiation of the disease has not been established based on the TCM theory, resulting in the uncertainty in the diagnosis and treatment of the disease.

This article analyses the papers about the TCM classification of hyperlipidemia from the Chinese knowledge and Wanfang database between 1998-2017 to find the reasonable classifications. The reasons why there are so many different types are following: First, the use of different dialectical system led to the different types of evidence; Second, different syndromes lead to the number of syndromes types; Third, different academic schools led to the different types of evidence; Fourth, different cognition to accompanied symptoms. Fifth, the sample size is still too small to stand for the huge patient population.

Key words: hyperlipidemias, dialectics of Chinese Medicine, Treatment of Chinese Medicine

TABLE OF CONTENTS

I.	INTRODUCTION	1
II.	MATERIALS AND METHODS	17
III.	RESULTS	19
IV.	DISCUSSION	20
V.	CONCLUSION	23
VI.	REFERENCES	24
	APPENDIX	

I. INTRODUCTION

脂质代谢为三大物质代谢之一，具有储存和供应能量、组成细胞膜结构等重要生理功能。高脂血症是脂质代谢异常最常见疾病之一，主要由脂肪代谢或转运异常造成，可表现为高胆固醇症、高甘油三脂血症或两者兼有^[1]。高脂血症是引起动脉粥样硬化,继发高血压、冠心病、脑卒中等严重心脑血管疾病的基础病变^[2]。对于高脂血症的诊断治疗，西医在流行病学调查中掌握大量数据，理论研究已深入到分子生物学水平，并形成一套降糖降脂的治疗规范。

1 非药物治疗

1.运动

The Americans with Disabilities Act (ADA)运动委员会在声明中强调降低动脉粥样硬化性(CVD)的危险因素，并推荐在日常生活中加入中等强度的运动。经常性的小运动可以改善血糖、胰岛素抵抗和血脂谱。据研究，运动可使总脂肪酸和 LDL-C 下降 5%，TG 下降 10%，HDL-C 升高 10%。

2.饮食

在 CVD 的一级预防和二级预防中，不管基线 LDL-C 水平如何，我们都应首先纠正患者的不良生活习惯，包括改变其饮食习惯，减少摄入饱和脂肪酸、反式不饱和脂肪酸和胆固醇，减轻多余体重，多摄入可溶性纤维。

2 药物治疗

1.他汀类：他汀类药物是目前降低 LDL-C 最有效的药物，所以高脂血症患者治疗脂蛋白异常首选他汀类药物他汀类药物又称 3-羟基 3-甲基戊二酰辅酶 A 还原

酶(HMG-CoA)抑制剂,可抑制羟甲戊二酰还原酶,减少胆固醇的生成,反馈性调节细胞表面 LDL-C 的活性,促进血浆中 LDL-C 的清除,降低血浆 LDL 的浓度。胆固醇是合成 VLDL 的必须原料,他汀类药物通过降低胆固醇的含量、减少肝脏中 VLDL 的合成、增加其分解,进而降低 VLDL,而 VLDL 既是 LDL-C 的前体物质,又为转运 TG 所必须,因此他汀类药物能使 TG、VLDL、LDL-C 的水平降低。他汀类还能改善血管内皮功能,直接抑制血管内膜和平滑肌细胞的增值,改变血液流变学特性,改善血管扩张力,改善心肌灌注和凝血功能,这是其改善甚至逆转动脉粥样硬化等心脑血管性疾病的重要机制。他汀类还能使载脂蛋白 B100(apoB100)显著下降,HDL-C 升高。

众多研究还表明,他汀类药物在与贝特类药物、游离胆酸、大剂量的烟酸等的联合应用均取得积极的疗效^[3]他汀类药物除显著的调脂作用外,强化他汀治疗可降低 C 反应蛋白,具有抗炎、抗血栓作用。新发表的 REVERSAL 研究对 LDL-C 与 C 反应蛋白对疾病进展的关系进行研究,结果显示强化他汀治疗可显著减缓冠心病动脉硬化的进展,这与其降低 C 反应蛋白有关^[4]。

临床常用的药物有:洛伐他汀(Lovastatin),辛伐他汀(Simvastatin),普伐他汀(Pravastatin),阿托伐他汀(Atovastatin),氟伐他汀(Fluvastatin),长效氟伐他汀缓释片,西立伐他汀(Cerivastatin,由于其严重的横纹肌溶解副作用已从市场撤销)。最新上市的有罗苏伐他汀(Rosuvastatin),匹伐他汀(Pitavastatin)。罗苏伐他汀是全合成药,对肝细胞具有选择性,其降 LDL-C 效果优于现有的其他他汀类药物,能使 LDL-C 的水平下降 52%-63%,是相同剂量的阿托伐他汀 8.3%。本品半衰期长,1

日 1 次，药物相互作用少，被誉为“超级他汀”。匹伐他汀是又一个潜在的“超级他汀”，低剂量(0.1mg、0.3mg、1mg/kg)降 LDL-C 疗效与十倍剂量的阿托伐他汀相似^[5]，且对糖尿病合并高胆固醇血症的患者更为有效，与辛伐他汀、洛伐他汀、阿托伐他汀相比，虽然都能剂量依赖性的降低 TC，但本品效果最好。他汀类药物是目前降血脂药物中最有效的 LDL-C 降低药物。

血脂康是一种天然复合他汀类调脂药物。中国冠心病二级预防研究(CCSPP)纳入 4870 例有心肌梗死历史的患者，其中 591 例为糖尿病患者，平均随访 4 年。结果显示，血脂康治疗组冠状动脉事件较安慰剂对照组减少 45%，冠心病死亡减少 31%，急性心肌梗死减少 56%，总死亡减少 33%。与其他他汀类药物的观察结果相似。

他汀类药物的不良反应相对于其他降血脂药较少，主要有两类:一是由胆固醇前体物质甲羟戊酸合成受抑制所造成的体内代谢障碍，另一类是直接的毒性作用。最常见的症状为轻度胃肠反应、鼻炎、鼻窦炎、头痛、咽痛、流感综合症、关节炎、胸痛、失眠等。由于西立伐他汀撤出市场，与肝、肾相关的不良反应已成为他汀类药物最令人关注的安全性问题。他汀类药物偶见转氨酶升高，服用时应检测肝功能。肌肉毒性包括肌痛、肌炎、横纹肌溶解，单独使用很少出现，主要与其他类药物如贝特类、环孢素类等合用时引起。

2.贝特类：是降低甘油三脂 TG 水平最有效地药物，升高 HDL-C 作用优于他汀类，降 TG 作用尤为突出，对 LDL-C 疗效差^[6]。其机理为激活核膜上过氧化酶体激活型增值型受体(PPAR)，LPL、载脂蛋白 A1、A2 及 LPL 的基因表达，减少

apoC3 基因表达，增加血中 apoA1、apoA2、HDL-C、LDL-C 的浓度，减少 apoC3 浓度，使血中 VLDL 加速降解，降低血浆中 TG 水平；贝特类药物还能减少肝脏中 VLDL 的合成与分泌，有效降低空腹 TG 水平；贝特类还能通过抑制凝血、促进纤溶、影响导致动脉粥样硬化的因子产生等非脂蛋白途径来发挥其抗动脉粥样硬化作用。

临床常用的药物有:吉非罗齐(Gemfibrozil)，降 TG 疗效确切，升高 HDL-C 强于他汀类，适用于原发型高脂血症。非诺贝特(Fenofibrate)，为苯氧异丁酸衍生物，有较强的调整血脂作用，可明显降低 TG、TC、LDL-C、apoB100 的作用。

贝特类药物不良反应有恶心、胃痛、腹胀、腹泻等胃肠反应，偶有一过性 ATL 升高，严重的导致肝损害，与他汀类联用增加肌病危险。

3.烟酸类：烟酸类是最早应用的降脂药，属 B 族维生素类，能抑制环磷腺苷(cAMP)的形成和脂肪组织分解，使血中游离脂肪酸和甘油含量减少，并抑制肠道吸收游离脂肪酸，从而降低血清中 TG 的含量；抑制肝脏合成 VLDL，并使 VLDL 释放减少，增加胆固醇的肠道排泄，降低血清中 LDL 浓度。此外，还可使 HDL-C 分解减少，使其浓度增加。

临床常用的药物有:烟酸、烟酸维 E 酯、烟酸肌醇酯、阿昔莫司(Acipimox，乐脂平)。上述药物在治疗剂量下不但降低 TG、LDL-C 的浓度，还能明显升高 HDL-C 的浓度，尤其是阿昔莫司，可降低 TC、TG，升高 HDL-C，并以原型排出，不引起游离脂肪酸反跳和胰岛素抵抗，不引起血尿酸增高，副作用少，适用于各种高脂血症、糖尿病和痛风患者的治疗。

烟酸静脉给药时可能出现皮肤红斑或瘙痒甚至哮喘等过敏反应。口服用药时可能出现感觉温热，皮肤发红及头痛等不适。大量长期用药可能导致腹泻、头晕、乏力、皮肤干燥、瘙痒、眼干燥、恶心、呕吐、胃痛等不良反应。偶见高血糖，高尿酸，心律失常，肝毒性反应。

4.胆酸螯合剂类：主要为阴离子结合树脂，其既能增加胆固醇的转化，又能提高胆固醇合成酶的活性。在肠道内与胆酸不可逆结合，使胆酸在肠道内吸收减少，胆酸排除增加，促使胆酸合成增加，肝细胞消耗胆固醇增加；使血液中 LDL 和 TC 含量减少；通过肠道中 HDL-C 的合成增加 HDL-C 的水平。本类药物是公认的降低 TC 有效药，但不良反应多。

临床常用的药物有：降脂葡胺(poli-dexide)，考来烯胺(Dholestyramine)，考来替泊(Co-lestpol)，地委烯胺(Divistyramine)以及最新上市的盐酸考来维仑(Colesevelam, hydrochloride)。

胆酸螯合剂类药物的不良反应为胃肠道反应，包括恶心、腹胀、便秘、腹泻、肠梗阻等，考来烯胺和考来替泊与地高辛、华法令、他汀类、贝特类相互作用，干扰脂溶性维生素的吸收，降低其他药物的吸收和生物利用度，故联合应用要注意。

5.多烯类：为多不饱和脂肪酸，降脂机制是与 TC 结合为酯，促进其降解为胆汁酸随胆汁排出，使血中 TC、TG 浓度下降，对 HDL-C、LDL-C 的水平影响小，主要用于治疗高甘油三脂症。多烯类降脂药根据成分分为两大类：一是 $\Omega-6$ 脂肪酸族，以亚油酸为主，降脂作用弱，适用于轻度高脂血症，复方制剂有益寿宁、月见草丸、多烯康丸等；第二类是以亚麻油酸为主的鱼油类制剂，称为 $\Omega-3$ 脂肪酸

族，降脂作用较前者强，主要有二十碳五烯酸和二十二碳六烯酸。目前该类制剂更受重视。Omacor 是二十碳五烯酸和二十二碳六烯酸的复方制剂，能降低 TG 达 25%，增高 HDL-C 达 10%，本品与他汀类合用能增强降 TG 的作用，并对冠心病有防治作用。

多烯类药物不良反应一是多烯类易氧化成致动脉粥样硬化的物质，二是其具有抗血小板聚集作用，故需谨慎使用。另外一个最常见的副作用是消化系统紊乱。服用多烯类药物后，许多人有轻微反胃和胃胀气现象。此外，在服用鱼油类制剂时要注意：肝病患者摄入高剂量的鱼油可能会增加肝病患者出血的危险；对鱼或海鲜过敏者在服用鱼油补充剂进，也可能会出现过敏症状；躁郁症患者摄入高剂量的鱼油可能会增加躁郁症患者的症状；抑郁症患者摄入高剂量的鱼油可能会加重抑郁症。糖尿病患者摄入高剂量的鱼油可能会使血糖控制更加困难；高血压患者，摄入高剂量的鱼油可能会造成血压太低；家族性腺瘤性息肉患者摄入高剂量的鱼油可能会进一步增加家族性腺瘤性息肉患者的癌症风险。

6. 新型胆固醇吸收抑制剂：代表药物为依折麦布(Ezetimibe, Zetia)，降脂机制与胆酸螯合剂不同，能通过影响小肠刷状缘摄取和转运胆固醇微胶粒的载体活性，抑制食物和胆汁中的胆固醇在小肠刷状缘的吸收，减少肠道胆固醇向肝脏转运，从而减少肝脏胆固醇的储存，增加血液中胆固醇的清除，降低血浆胆固醇的含量^[7]。依折麦布最适合的给药剂量是 10mg/d，无论单用还是合用，都能使血浆 LDL-C、TG 水平分别降低 18%-25%、5%；HDL-C 水平升高 3.5%，且耐受性良好，不良反应较少。

单独服用依折麦布时的主要不良反应有：头痛、腹痛、腹泻。与他汀类联合时可能会出现头痛、乏力；腹痛、便秘、腹泻、腹胀、恶心；ALT 升高、AST 升高；肌痛。

7.胆固醇酯酰基转移酶(ACAT)抑制^[8]剂:本类药物开辟了高胆固醇血症治疗机制。通过抑制 ACAT，使机体吸收胆固醇减少，从而降低血清中总 TC。ACAT 能催化胆固醇三位羟基辅酶 A，将酯酰基转入后生成胆固醇酯酶(CE)，后者对 VLDL 形成动脉硬化病变起关键作用，抑制 ACAT 有利于降低 TC 水平，减少病变中的 CE，从而阻止 AS 的形成。代表药物阿伐麦布被认为具有直接抗动脉粥样硬化作用。临床表明其降血液中的 TC、VLDL 有很好的效果。其他正在研发中的药物包括微粒体甘油三酯(MTP)抑制剂，CETP 抑制剂，固醇断裂活化蛋白(SCAP)配体等等。

阿伐麦布正在进行III期临床研究。目前看来耐受性良好，较少发生不良反应，但是可发生一过性，轻微腹部不适，其安全性有待进一步观察。

3 药物选择原则

降低 LDL-c 首选他汀类；次选烟酸类或贝特类。降低 TG 应在控制血糖的基础上首选贝特类；对于伴有 LDL-c 升高的高 TG 血症，大剂量他汀类有中等疗效。升高 HDL-C 应在减轻体重、适量锻炼、戒烟限酒的基础上首选贝特类或烟酸^[9]。混合型高脂血症在改善血糖控制基础上，首选加用大剂量他汀类；次选加用他汀类和贝特类；再次加用树脂和贝特类或加用他汀类和烟酸(严密检测血糖)。新型的胆固醇吸收抑制剂依折麦布与其他类降脂药联用降脂作用机制互补，对于脂质改善更有益。

西药效果肯定，但是其药物副作用也是不容忽视的方面。他汀类^[10]最常见的症状为轻度胃肠反应、鼻炎、鼻窦炎、头痛、咽痛、流感综合症、关节炎、胸痛、失眠等。贝特类^[11]药物不良反应有恶心、胃痛、腹胀、腹泻等胃肠反应，偶有一过性ATL升高，严重的导致肝损害，与他汀类联用增加肌病危险。烟酸类药物的不良反应主要表现为红斑、潮热、皮肤瘙痒、头痛、乏力等。胆酸螯合剂类药物的不良反应为胃肠道反应，包括恶心、腹胀、便秘、腹泻、肠梗阻等。多烯类药物不良反应一是多烯类易氧化成致动脉粥样硬化的物质，二是其具有抗血小板聚集作用，故需谨慎使用。另外一个最常见的副作用是消化系统紊乱。服用多烯类药物后，许多人有轻微反胃和胃胀气现象。单独服用依折麦布^[12]时的主要不良反应有：头痛、腹痛、腹泻。与他汀类联合时可能会出现头痛、乏力；腹痛、便秘、腹泻、腹胀、恶心；ALT升高、AST升高；肌痛。胆固醇酯酰基转移酶(ACAT)抑制^[13]剂，目前看来耐受性良好，较少发生不良反应，但是可发生一过性，轻微腹部不适，其安全性有待进一步观察。目前中医药防治高脂血症方面的研究很多，在病因病机基本达成共识，但是辨证分型仍有较多分歧。深入开展这一方面的中医药理论研究，为临床提供指导，为新药的研发提供理论依据，具有重要社会效益和经济效益。

1 中医病名

中医并无“高脂血症”的病名，但中医对本病认识较早，在《黄帝内经》中已有“脂者”、“油脂”、“脂膜”等记载。如《灵枢·卫气失常》篇说：“脂者，其血清，气滑少。”这是最早论及脂者的记载。在历代医籍中，对类似高脂血症及引起的动脉粥样硬化等并发症的临床表现和治法，都有较详细的论述，分别见于痰饮、心悸、

眩晕、胸痹、卒中、真心痛等病症中。现代中医对本病的研究是从 70 年代开始的，中医中药治疗本病的报道首见于 1973 年。此后，在单味中药治疗本病的文章不断发表的同时，并开展了中医辨证分证候的探讨。

2 中医病因病机研究进展

中医认为本病以正虚为本，痰浊血瘀为标。主要是由于脾^[13-17]、肝^[18-22]、肾^[13-24]三脏功能失调，致使气血津液运化失常而产生病理产物痰、湿、瘀，且相互夹杂为患，痰浊的产生多因于脾肾二脏，如张景岳：“痰之所化无不在脾，痰之本无不在肾”，病理产物产生以后，反过来又可加重肝、脾、肾三脏功能失调，互为因果，形成恶性循环。中青年高脂血症的病机关键在于肝胆疏泄不利，痰湿内停，病位在肝胆脾胃，病性属邪气实；老年^[15-29]高脂血症的病机关键在于肾气虚弱^[30]，痰浊瘀血内生，病位在于肝、肾、脾、胃，病性属虚实夹杂。因此，治疗时当以肝、脾、肾三脏为主，以痰、瘀、湿为标，辨证施治，急则治其标，缓则治其本，或标本同治。钱卫东^[31]等研究认为，饮食不节，过逸少劳为外因，肾精亏虚，肾阳衰弱为内因，脾失健运，清浊不分为基本病机，而湿浊、痰凝、瘀血为主要病理产物。高脂血症导致人体脏腑组织功能失调，致病因素并不是血脂本身，而是由异常血脂引发的病理产物所为。湿浊为高脂血症的早期病理产物，痰凝为中期病理产物，而瘀血为后期病理产物，故三大病理产物是随着疾病的演进而逐渐产生的。陈湘君^[32]认为脾运不足，水谷不能化为精微，聚而为痰为浊，为膏为脂，血脉因而壅塞不通。村上透^[33]认为肝主疏泄，分泌胆汁，供脂质消化之用，当肝胆功能失常时则引起血脂升高。

3 中医辨证分型

目前对于本病的中医辨证分型，中医界尚有分歧。喻富强^[34]采用脏腑辨证将高脂血症分为3个证型：脾胃损伤型、肝失疏泄型和肾精亏虚型。龙庆余^[35-38]等认为高脂血症是一组以脏腑功能失调，膏脂输化不利而致以痰瘀为主要致病因素的疾病，并“从痰瘀辨治高脂血症”，将高脂血症分为4型：“痰瘀中阻型”、“痰瘀阻络型”、“痰瘀痹胸型”和“痰瘀阻窍型”。张振^[39-41]等以《灵枢·卫气失常论》所载：“人有脂，有膏，有肉”和张志聪的补注“中焦之气，蒸津化液，其精微……溢于外则皮肉膏肥，余于内则膏脂丰满”为依据，认为高脂血症是体内津液异化后的产物，是血脉伏行的痰浊，由此“以痰凝为核心论治高脂血症”，将高脂血症分为5型：“痰浊凝滞型”、“痰凝血瘀型”、“痰凝阳亢型”、“痰凝阴亏型”和“痰凝脾虚型”；王驰^[42]以《素问·举痛论》中“百病生于气”的理论为指导，“从气论治高脂血症”，将高脂血症分为3型：“肝郁气滞型”、“脾弱气虚型”和“肾气亏虚型”。杨坚毅^[43]将高脂血症分为7型：“痰湿内阻型”、“肝郁气滞型”、“气滞血瘀型”、“肝阳痰火型”、“痰滞瘀阻型”、“气虚血瘀型”和“脾肾阳虚型”，其中“肝阳痰火型”、“痰滞瘀阻型”、“气虚血瘀型”就属于兼夹证型。陈可冀^[44]将本病分为痰浊中阻、肝郁脾虚、肝肾阴虚、气滞血瘀4个证型。王永炎^[45]认为高脂血症可分为5型：脾虚痰阻型、湿热内蕴型、肝胆湿热型、肝肾阴虚型及气滞血瘀型。而多数人在高脂血症辨证时往往同时使用数种辨证体系，如贾钰华^[46]等将高脂血症分为4型：脾虚湿困型、肝郁气滞型、脾肾两虚型和血瘀型，既用了脏腑辨证，又用了气血津液辨证。伍天和^[47]将高脂血症分为6型：阴虚

型、火旺型、气虚型、阳虚型、血瘀型和湿阻型，运用了八纲辨证、气血津液辨证和其他辨证方法。

4 中医治疗进展

4.1 复方研究

高脂血症的复方制剂加减灵活，应用较多。黄大平^[48]采用降浊汤治疗高脂血症48例，药用生北山楂，木瓜，郁李仁，菱角壳，生黄芪，川芎，丹参，牛膝，钩藤，葛根，徐长卿，夏枯草，车前子，莱菔子。治疗组总有效率为93.75%，而辛伐他汀对照组为70%，两组差异显著。董大威^[49]自拟降脂汤(海藻、制首乌、丹参、山楂、草决明、黄芪、白术、泽泻等)治疗原发性高脂血症40例，结果显效24例，有效9例，无效7例，总有效率为82.5%。王振裕等^[50]用清血消脂片治疗高脂血症100例，处方为大黄、蒲黄、姜黄、炒白术、石菖蒲、泽泻、茵陈蒿等。结果清血消脂片对血脂的改善作用明显优于对照组，对TG降低和HDL—C的升高作用明显优于对照组。杨俐等^[51]引用降脂通便胶囊治疗高脂血症阴虚血瘀型39例，处方由制首乌、赤芍、丹参、生山楂、决明子组成。治疗1个月后TC、TG、LDL—C均有显著降低，阴虚血瘀症状明显改善。高雷等^[52]以益气滋阴、健脾生津、活血化瘀、清热疏肝之则，以补肾通脉丸治疗本病368例取得较好疗效。药用川芎、红花、丹参、当归、黄芪、葛根、玉竹、秦皮、石斛、谷精草、菊花、楮实子等。汪何等^[53]以益气养阴、活血化瘀之则拟三芪汤治疗本病，药用黄芪、桑椹、丹参、三七、山楂、决明子。疗程8周，治疗后TC下降的总有效率为67%，TG下降的总有效率为94%，LDL-wC下降的总有效率为52%，HDL—c上升的总有效率为79%。孙炜^[54]以

祛瘀化痰通络之则并自拟方治疗本病56例。药用黄芪、丹参、山楂、三七粉、法半夏、陈胆星、陈皮、白芥子、海藻、牡蛎、炮山甲、络石藤、丝瓜络、路路通、鬼箭羽。连续服用2个月后总有效率为87.5%。周晓等^[55]用黄芪、党参、山楂、黄芩、马齿苋、虎杖、生首乌、泽泻、青蒿、酒制大黄、丹参、白术。总有效率为97.2%。王红等^[56]以三参二根汤治疗本病，并与西药格列齐特对照，基本方药用人参、丹参、玄参、葛根、瓜蒌根、川芎、广郁金等，临床随证加减。疗程4周，同时加服小剂量格列齐特，总有效率为92.39%。郭宝荣^[57]等以降糖活血调脂汤治疗本病。药用西洋参、白术、黄精、何首乌、山楂、泽泻、银杏叶、水蛭粉。并与西药烟酸肌醇脂(每次0.4g，每日3次)对照。结果：治疗组总有效率为92.31%。对照组总有效率为70%。王素美等^[58]以糖脂平颗粒治疗本病，并与西药调脂降糖药对比。基本方药：葛根、黄芪、党参、苍术、瓜蒌、花粉、泽兰、川芎、赤芍药、炒桃仁，观察治疗12周，结果显示治疗组明显优于对照组。朴金花^[59]用血府逐瘀胶囊治疗高脂血症患者48例，结果总有效率为83.4%，比较治疗前后，血清TC、TG、LDL—C水平明显降低，HDL—C水平明显升高(均 $P<0.01$)。李晓红等^[60]观察中药治疗高脂血症痰浊阻遏型及气滞血瘀型患者80例，治疗组使用自拟泽泻丹明饮(泽泻15g，丹参15g，决明子12g，何首乌15g，山楂15g，郁金12g)，对照组采用血脂康胶囊治疗，疗程为2个月，治疗组的总有效率为47.5%，与对照组相比无统计学意义($P>0.05$)，中医证候疗效两组相比非常有统计学意义($P\leq 0.05$)，说明泽泻丹明饮不但可以改善血脂生化指标，而且可以明显改善高脂血症临床症状，是一种疗效确切、应用安全的中药汤剂。薛霁等^[61]观察银丹心脑血管通软胶囊治疗高脂血症不同证型的临床疗

效，将120例高脂血症患者分为瘀血组、痰湿组、虚损组(包括脾虚、肾虚、肝肾不足)、无症状组，每组各30例，观察疗程为3个月，结果证明银丹心脑血管通软胶囊对4个证型的高脂血症患者的血脂情况均有改善作用，对瘀血组的最为明显(总有效率为96.6%)。常翠萍^[62]以从肝论治高脂血症，自拟疏肝行气汤(柴胡15g，川芎10g，陈皮6g，香附10g，枳壳10g，白芍15g，何首乌10g，茯苓12g，泽泻10g，山楂20g，酸枣仁20g，当归20g，绞股蓝15g，甘草5g)治疗58例高脂血症患者，以辛伐他丁分散片进行对照，疗程为2个月，治疗组治疗后各项血脂指标有明显改善($P<0.05$)，且治疗组与对照组比较临床疗效有显著性差异($P<0.05$)，且药效持久，无明显不良反应。

4.2 单味药

在单味药研究上也取得了很多进步。

(1) 黄芪：现代药理实验认为，黄芪具有双向调节血作用，并有降脂、调节人体免疫功能的功效。史玉^[63]等观察了黄芪注射液治疗本病的疗效，治疗后血总胆固醇降高密度脂蛋白胆固醇升高而低密度脂蛋白胆固醇、甘油均显著下降。

(2) 丹参(注射液)：丹参为传统的活血化瘀和清热除药，已从其中分离出 50 多种成分，主要是丹参酮类和丹等。药理实验证明，丹参的某些成分有降低血脂方面作用^[64]。俞文琴^[65]在正常运用西药降糖调脂的基础上丹参注射液，其有效率为63.89%，显示了丹参注射液本病的良好疗效。现代药理研究证实，丹参通过提高肝血流量，改善肝脏微循环，抑制外源性胆固醇的吸收，改脏对脂蛋白的代谢，从

而起到降脂的疗效。另外，丹参提高 SOD 活性及抑制脂质过氧化，抑制醛糖还原酶活在糖尿病合并高脂血症慢性并发症的发生上有较好的预防。

(3) 何首乌：何首乌主要成分为蒽醌类物质，大黄酚、素、大黄酸、大黄苷等。动物实验表明，何首乌能降低血胆固醇和减轻动脉粥样病变，其机制可能是抑制外源性胆的吸收、阻止类脂质进入动脉壁和增加纤溶活性所致。报道应用何首乌片(每片相当于生药 0.81g)口服，多数有效，部分患者胆固醇可降至正常。

(4) 葛根：葛根能健脾益气，升举清阳，又能生津止渴。名老中医朱良春治疗消渴常重用葛根伍黄芪等，滋肾养脾升举元气^[66]。翁公清等^[67]报道，重用葛根伍黄精、生地等健脾益肾治疗本病 32 例，临床治愈率 87.5%。

(5) 大黄：查兵兵等^[68]发现，大黄能降低肥胖大鼠的体重和 Iee's 指数，减少腹腔脂肪重量，各剂量大黄组均有不同程度的降血脂作用，降脂作用随大黄灌服剂量的增加而增强，与阴性对照组比较，低剂量大黄组仅能明显降低 TG，大剂量大黄组能明显降低 TG、LDL—C，高剂量大黄组能明显降低 CHO、TG、LDL—C、FFA。

(6) 山楂：熊金萍等^[69]发现，山楂提取物能明显降低血 TC、TG 和 LDL—C 浓度，升高 HDL 百分比值和 SOD 活性，是目前普遍认为具有降脂作用的中药。

4.3 针灸治疗

高脂血症的针灸治疗也取得了诸多成绩。曹锐^[70]用针刺疗法(取双侧足三里、三阴交、丰隆并灸神阙穴，足三里用提插泻法，三阴交用提插补法，丰隆用提插泻法，共奏健脾胃、祛痰湿之功)治疗高脂血症 30 例，结果表明针刺疗法可改善高脂

血症血清 TC、TG、HDL—C 水平，具有较好的降脂作用。王晓宁^[71]将 60 例高脂血症患者随机分为两组，治疗组 30 例采用针刺疗法，对照组 30 例服用洛伐他汀，疗程 30d。结果高脂血症患者血清 TC、TG、HDL—C 和 LDL—C 均有显著改善，与对照组无明显差异。杨振勇等^[72]治疗高脂血症患者 100 例，选取穴位为双侧足三里、三阴交、丰隆，应用梅花磁针增效热和穴位按取压法综合治疗，1 个月为 1 疗程，结果有效率为 100%。焦新民等^[73]对 2 例高脂血症患者行针刺治疗，取三阴交、足三里、内关、太白、阳陵泉、丰隆等穴，总有效率 89%。邓柏颖等^[74]采用“谢氏功能保健灸”，交替灸双侧足三里和悬钟，对高血脂患者进行治疗，总有效率 97.7%。针灸治疗高脂血症的临床研究隋永杰等^[75]以三阴交为主穴，以中脘、丰隆、公孙、气海为配穴针刺治疗高脂血症(脾虚湿阻型)82 例，对照组针刺治疗以足三里为主穴，配穴与治疗组相同，治疗取 1.5 寸毫针，施平补平泻法，得气后留针 30min，3 个疗程(针刺 60 次)后进行疗效统计，治疗组的减肥及调脂的总有效率为 88.37%和 83.72%，对照组为 58.97%和 79.48%，两组减肥疗效比较有明显的统计学差异($P < 0.05$)，调脂疗效比较无统计学意义($P > 0.05$)，证实三阴交穴具有减肥调脂的疗效，可益精气、健脾和胃、除湿祛痰。张淑杰等^[76]使用背俞穴放血疗法治疗痰瘀互结型高脂血症患者 82 例，治疗组选取一组背俞穴(肺俞、厥阴俞、心俞、肝俞、脾俞、肾俞)，以三棱针点刺放血后留罐，另一组作为辅助穴位，直接拔罐，治疗 6 次;对照组口服辛伐他汀片。结果表明，治疗组的临床总有效率为 90.48%，对照组为 87.50%，且治疗组改善中医证候的疗效优于对照组，证明背俞穴刺络放血可以在临床有效的治疗高脂血症(痰瘀互结证)。魏红沁^[77]观察温和灸治疗高脂血

症的临床疗效。66 例患者随机分为两组，治疗组采用艾灸丰隆、足三里穴治疗，1 次/天，共治疗 25min，回旋灸;对照组口服普伐他汀钠片治疗，疗程为 1 个月。研究发现疗后的两组血脂指标均较灸前下降，差别无统计学意义($P>0.05$)，提示艾灸丰隆、足三里，有健脾益气，祛湿化痰的作用，体现了灸法对机体作用的优势。

4.4 其他治疗

中药配合低能量氦氖激光血管内照射治疗高脂血症，孙荣^[78]金红^[79]采用 He—Ne 激光多功能治疗仪，经静脉照射，配合中药脂必妥或中药人参、丹参、三七、冰片、麦冬、降香、檀香、苏合香、青木香、乳香等。结果表明用此法治疗可纠正脂质代谢异常，加速自由基的清除，维持体内脂质代谢平衡，是非常有效的。

II. MATERIALS AND METHODS

数据来源于万方数据库和中国知网，于此数据库中输入关键词：原发性高脂血症, 中医治疗, 中医辨证, 辨证分型, 流行病学, 住院患者, hyperlipidemias, dialectics of Chinese Medicine, Treatment of Chinese Medicine等关键词（年限1998-2017）。证名的规范：（1）按照中华人民共和国国家标准《中医临床诊疗术语·证候部分》（GB / T16751. 2—1997）^[80]对文献中证候术语、辨证分型名称进行规范。（2）对于《中医临床诊疗术语·证候部分》不涉及的症状名、证名按照《中医诊断学》^[81]、《中医证候鉴别诊断学》^[82]进行规范。（3）对于以上3种规范标准中未叙述又不便于规范的原型，按原文予以保留。

纳入标准选择：1998年至2017二十年，中医临床辨证治疗原发性高脂血症有效的论文，原发性高脂血症中医流行病学调查，以及住院病人原发型高脂血症辨证分型。

排除标准（1）无明确高脂血症证型、证候描述的论文；（2）动物实验类文献，虽有证型模型亦不纳入；（3）资料来源不明，与临床实际情况明显不符，如疾病纳入标准、排除标准不明确，证型或症状描述不符合临床实际等。

排除纳入标准的原因：以追求客观为主要目的，区域原发高脂血症流行病学调查以及院内原发高脂血症辨证分型随机性很强，但病患的客观指标不会改变。对于中药治疗后效果显著的研究，可以侧面证明当初辨证方法是可靠的，只有正确的辨证才能给出正确的处方，正确的处方才能有确切的疗效。

结果：共检出临床研究文献为794篇，其中临床研究中证候描述不清晰或无证候描述的为412篇，两篇文章中用药、辨证分型以及病例数等内容相同的有6篇，综述类

文献或理论研究类文献为278篇。按照上述选择标准，最后纳入数据库录入的文献有98篇。

III.RESULTS

所有论文中出现的中医证型按《中医临床诊疗术语.辨证候部分》(GB / T16751. 2—1997)^[80]、《中医诊断学》^[81]、《中医证候鉴别诊断学》^[82]规范共汇总为62个证型,涉及病例数总计4983例,排在前10名的为:痰瘀互结838例(16.81%),痰浊550例(11.02%),气滞血瘀451例(9.05%),肝肾阴虚348例(6.98%),阴虚阳亢252例(5.05%),脾肾两虚173例(3.48%),气虚血瘀150例(3.01%),脾虚痰瘀145例(2.91%),脾虚湿困126例(2.58%),痰湿内阻125例(2.51%)。

序号	证型	病例数	百分比(%)
1	痰瘀互结	838	16.81
2	痰浊	550	11.02
3	气滞血瘀	451	9.05
4	肝肾阴虚	348	6.98
5	阴虚阳亢	252	5.05
6	脾肾两虚	173	3.48
7	气虚血瘀	150	3.01
8	脾虚痰瘀	145	2.91
9	脾虚湿困	126	2.58
10	痰湿内阻	125	2.51

IV. DISCUSSION

之所以有如此多不同分型原因在于以下几点：采用的辨证体系不同导致所分证型不同中医学经过长期的临床实践和反复的理论总结，产生了多种辨证体系，主要的辨证体系有脏腑辨证、八纲辨证、气血津液辨证、六经辨证、卫气营血辨证、三焦辨证等^[83]。高脂血症在中医辨证时，所分证型类别不同有相当一部分与采用不同的辨证体系有关。如喻富强^[34]采用脏腑辨证将高脂血症分为个证型：脾胃损伤型、肝失疏泄型和肾精亏虚型。而多数人在高脂血症辨证时往往同时使用数种辨证体系，如贾钰华^[84]等将高脂血症分为型：脾虚湿困型、肝郁气滞型、脾肾两虚型和血瘀型，既用了脏腑辨证，又用了气血津液辨证；伍天和^[47]将高脂血症分为型：阴虚型、火旺型、气虚型、阳虚型、血瘀型和湿阻型，运用了八纲辨证、气血津液辨证和其他辨证方法。高脂血症的分型层次直接影响到所分证型之数量，若分型层次越深入，那么所得证型数便越多；反之，若分型层次越表浅，那么所得证型数就越少。就高脂血症的“肝肾阴虚”证型而言，典型证型可见“头晕目眩，健忘耳鸣，腰膝酸软，胁痛，五心烦热，盗汗颧红，口干咽燥，舌红少苔，脉细数”等症，其中“头晕目眩，健忘耳鸣，腰膝酸软”为肝肾阴虚，头目筋骨失却精血滋润充养的一般表现；“胁痛”为肝肾阴虚，肝失所养，失其疏泄条达之性，以致肝郁气滞不运的表现；“五心烦热，盗汗颧红，口干咽燥，舌红少苔，脉细数”则是阴虚无以制阳，虚热内生以及虚阳上亢的表现。由此可见，若将“肝肾阴虚”证型进一步细分，可分成3个证型：“肝肾阴虚型”、“肝郁气滞型”和“阴虚阳亢型”。韦湘林^[85]等将高脂血症分为型，其中“肝肾阴虚”证型就分了个型，而多数人只将“肝肾阴虚”证型分个型。再就“湿浊”^[86-97]这一证型而言，一般只分“脾虚湿盛”型，然而，湿郁化热可致“湿

热蕴结”，湿热内蕴肝胆又可致“肝胆湿热”，因此又可多分出“湿热蕴结型”和“肝胆湿热型”。何锦华^[98]将高脂血症分成6型，其中“湿浊”证型就分了“湿浊内阻型”和“湿热蕴结型”个型。部分医生在高脂血症的诊疗中，基于某一理论，经过较长时间的医疗实践，逐步形成了与众不同的学术流派，他们在辨证分型时往往会有所侧重，重点突出某一因素，由此形成的证型也将独具特色。如龙庆余^[35]认为高脂血症是一组以脏腑功能失调，膏脂输化不利而致以痰瘀为主要致病因素的疾病，并“从痰瘀辨治高脂血症”，将高脂血症分为型：“痰瘀中阻型”、“痰瘀阻络型”、“痰瘀痹胸型”和“痰瘀阻窍型”。张振^[39]等以《灵枢卫气失常论》所载：“人有脂，有膏，有肉”和“中焦之气，蒸津化液，其精微……溢于外则皮肉膏肥，余于内则膏脂丰满”为依据，认为高脂血症是体内津液异化后的产物，是血脉伏行的痰浊，由此“以痰凝为核心论治高脂血症”，将高脂血症分为型：“痰浊凝滞型”、“痰凝血瘀型”、“痰阳亢型”、“痰凝阴亏型”和“痰凝脾虚型”；王驰^[42]以《素问举痛论》中“百病生于气”的理论为指导，“从气论治高脂血症”，将高脂血症分为型：“肝郁气滞型”、“脾弱气虚型”和“肾气亏虚型”。在临床上，高脂血症各个证型之间并不是绝对独立的，它们常常呈现相互兼夹的趋势，为执简驭繁、把握主要矛盾，一般在辨证分型时，并不将所有的兼夹证型都标列出来，而是择其要者而列之。若将次要的兼夹证型也一一列举，那么所分证型必然增多。如杨坚毅^[43]将高脂血症分为型：“痰湿内阻型”、“肝郁气滞型”、“气滞血瘀型”、“肝阳痰火型”、“痰滞瘀阻型”、“气虚血瘀型”和“脾肾阳虚型”，其中“肝阳痰火型”、“痰滞瘀阻型”、“气虚血瘀型”就属于兼夹证型。分型不同的根源所在是对兼夹证的认识不同导致所分证型不同。另外发现近年

来文献中，多见肝郁气滞证，有学者形成“肝失疏泄”是高脂血症发病的关键环节，形成“调肝降脂”理论^[99-103]。并以上述理论为指导，研发了调肝降脂方药如“复方贞术调脂方”等。结果表明该类方药降脂疗效显著，对饮食性、传性高脂血症均具有良好的调脂作用，作用机制明确，也为“调肝降脂”理论提供了客观的科学依据^[104-112]。再者，样本量普遍不是很大，导致容易出现误差。

V. CONCLUSION

综上所述，形成高脂血症中医辨证分型不一致的根本原因有以下几个方面：
一是采用的辨证体系不同导致所分证型不同；二是分型层次不同导致证型数量不同；三是学术流派不同导致所分证型不同；四是对兼夹证型的认识不同导致所分证型不同。这同样也是中医其他研究领域辨证分型难以统一，难以规范化的根源所在。五是样本含量对于巨大的患者群体来说依然较小，研究基本只能反应局部地区或个别医院的辨证分型情况。例如洪敏等^[113]通过调查2010年1月—2011年6月广东省粤东、粤西、粤北及珠三角地区857例血脂异常患者，结果肝郁脾虚证最为常见（36.17%），依次为肝肾阴虚、痰瘀内阻、脾肾两虚、阴虚阳亢证。指出肝郁脾虚证是广东地区血脂异常患者的最常见证候。朴胜华根据住院高脂血症病人得出不同结果。^[114]

解决方法：第一，采取大样本，多层次研究。第二，在大样本的辨证分型研究过程中采取不同辨证体系，最后根据结果决定用那种体系更合适，甚至可以混合应用。第三，如果不能统一辨证分型，那就针对不同地区不同人群，采取不同的辨证体系。第四，对于兼夹证患者随机分组，找寻相应方面专家进行药物治疗，并取疗效好的组为辨证分型，如若疗效没有显著差异，可以都保留。

VI. REFERENCES

1. Paramsothy P, Knopp R, Bertoni A G et al. Combined hyperlipidemia in relation to race / ethnicity, obesity, and insulin resistance in the multi-ethnic study of atherosclerosis[J]. *Metabolism*, 2009, 58(2): 212.
2. Aoki T, Yamazaki H Suzuki H, et a. l Cholesterol-lowering effect of NK-104,a-hydroxy-3-methylutarylcoen-zymeA reductase inhibitor,inguinea pig model of hyperlipi-demia[J]. *Arzneimforsch DrugRes*,2001,51(3):197-207.
3. Pan J, Vand JT, Chan E, et al. Extended-release niacin treatment of the atherogenic lipid profile and lipoprotein in diabete[J]. *Metabolism*,2002,51:1120-1127.
4. Ridker PM, Canon CP, Morrow, et al. C-reactive protein levels and outcomes after statin therapy[J]. *N Engl J Med*,2005,352:20-28.
5. 赵秀丽,胡大一,王士雯,等.阿昔莫司和阿托伐他汀单独或合并应用治疗高脂血症的临床疗效和安全性比[J]. *临床荟萃*,2005,13(20):754-756
6. Kajinami K, Takekoshi N. Cholesterol absorption inhibi-tors in development as potential therapeutics[J]. *Expert Opin Investig Drugs*,2002,21(3):831.
7. Stein EA, Isaocsohn JL, MazzuA, et a.l Effect of Bay 13-9952, amicrosomal triglyceride transfer protein inhibitoron lipids and lipoptotein in dyslipoproteinmic patient[J]. *Cic-ulation*,1999,100(Suppl1):1342-1343.
8. KomoriT.CETi-l avant[J]. *CurrOpin Invest Drugs*,2004,5(3):334-338.
9. 赵小平.糖尿病血脂异常及其治疗[J]. *中国临床医生*,2004; 32: 6.

10. VAN HIMBERGONTM, MATTHAN N R, RCATCGHINI, N A, et al. Comparison of the effects of maximal dose, atorvastatin and resuscitation therapy on cholesterol synthesis, and absorption markers[J]. *Lipid Rca*, 2009,50(4):730-739.
11. FROCHART J C, SACKS F M, HERRNANS M P, et al. The residual risk reduction initiative a call to action on to reduce residual vascular risk in dyslipidemia patient[J]. *Diab, Vasc Disres*, 2008,5(4):319-335.
12. 叶晓春.调脂治疗的新途径—依折麦布的研究进展[J]. *中国医药导报*, 2010,7(15):11-1.
13. Komori T. CETi-1 avant[J]. *Curr Opin Invest Drugs*, 2004,5(3):334-338.
14. 刘财,侯凤茹,刘晓明.从脾论治高脂血症[J]. *长春中医药大学学报*, 2011,27(1):53.
15. 张选明,杨百京.从脾论治高脂血症[J]. *环球中医药*, 2015,8(S1):80.
16. 刘涵容.从脾论治高脂血症研究进展[J]. *云南中医中药杂志*, 2014,35(3):64—66.
17. 赵顺利,高诗云,杜昊.降脂益肝汤治疗高脂血症疗效观察[J]. *人民军医*, 2012,55(1):39—40.
18. 张金生.高脂血症从肝论治初探[J]. *新中医*, 2006,38(11):61998.
19. 卢亚娟.自拟平肝降脂丸治疗高脂血症45例[J]. *辽宁中医杂志*, 2000,27(4):192.
20. 张柏丽,陆一竹,范英昌.调肝导浊法中药抗高血脂及动脉粥样硬化的研究[J]. *辽宁中医杂志*, 2012,29(8):509.
21. 郭姣,朴胜华,贝伟剑.再论肝在高脂血症发病中的地位和作用[J]. *新中医*, 2011,43(2):1-3.

22. 王居平,冯利民,李立凤,张存彦.从肝论治高脂血症[J]. 吉林中医药,2015, 35(11):1092—1094.
23. 陈晨,方显明.高脂血症的从“肾”论治[J]. 中国民族民间医药,2011,20(9):11—13.
24. 刘克勤,高秀云,李占林.自拟补肾活血化瘀汤治疗高脂血症36例疗效观察[J]. 河北医科大学学报,2013,34(8):955—956.
25. 解琳莉,王亚红.中老年原发性高脂血症辨证分型特点及相关性研究[J]. 北京中医药大学学报:中医临床版,2011,18(4): 5-7.
26. 洪庆祥,梁国才,张伟珍.中医药治疗中老年高脂血症的临床研究[J]. 中医药通报,2002.1(5):22—24.
27. 姚克裘,周曾绮,陈教先.血通胶囊对老年高脂血症影响的临床研究[J]. 上海中医药杂志,1995,1:37.
28. 刘仁人,陈沙维,陆金宝等.固本降脂丸治疗中老年高脂蛋白血症的临床观察 [J]. 上海中医药杂志,1995,10:2.6.
29. 张文彭.老年肾虚症血浆过氧化脂质高密度脂蛋白胆固醇及其组分水平变化 [J]. 中医杂志,1989,30(2):43—4.6.
30. 梁音心.从虚论治高脂血症浅析[J]. 中国民族民间医药,2011,20(22):10.
31. 钱卫东,庞德成,朱学云,等.高脂血症中医病因病机探讨[J]. 湖北中医杂志,2001, 3(11): 5.
32. 陈湘君, 蒋一鸣, 曹强.人参降脂合剂的临床及动物实验研究[J]. 辽宁中医杂志, 1988,(1):21.

33. 村上透.从现代医学的角度来看高脂血症的汉方治疗[J]. 国外医学.中医中药手册 1990,12(5):8.
34. 喻富强.高脂血症的成因与辨治方法[J]. 湖南中医药导报,1998,4(3):7.
35. 龙庆余.从痰辨治高脂血症 60 例[J]. 安徽中医临床杂志,1998,10(1):20-21.
36. 张娜,章怡祎,刘萍.从痰瘀论治高脂血症[J]. 中华中医药学刊,2011,29(6):1263
37. 李扬,王兵.血稠清胶囊对痰瘀阻滞型高脂血症患者血脂影响的临床观察[J]. 辽宁中医药大学学报,2008,10(8):100-101.
38. 刘克勤,高秀云,李占林.自拟补肾活血化瘀汤治疗高脂血症36例疗效观察[J]. 河北医科大学学报,2013,34(8):955—956.
39. 张振,王化猛.谈以痰凝为核心论治高脂血症[J]. 安徽中医学院学报, 1999,18(2):28-29.
40. 宋剑南,刘东远,牛晓红,等.高脂血症与中医痰浊关系的实验研究[J]. 中国中医基础医学杂志,1995,(1):49
41. 王化猛.以痰凝为核心治疗高脂血症46例[J]. 辽宁中医杂志.2000,27(11):499.[16]
42. 王驰.从痰论治高脂血症[J]. 浙江中医学院学报,1999,23(3):35.
43. 杨坚毅,陈惠红.老年高脂血症的中医分型治疗[J]. 新中医,1996,(8):68.
44. 陈可冀.实用中西医结合内科学[M]. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社.1999.药杂志,1998,14(1):1.
45. 王永炎.临床中医内科学[M]. 北京:北京出版社,1994.41.

46. 贾钰华.老年前期高脂血症的中医辨证与微循环改变[J]. 辽宁中医杂志,1992,(4):3-4.
47. 伍天和.辨证分型治疗高脂蛋白血症 22 例[J]. 实用中医药杂志,1998,14(1):17.
48. 黄大平.降浊汤治疗高脂血症 48 例临床观察[J]. 中医药导报,2006,12(5):20—21
49. 董大威.自拟降脂汤治疗原发性高脂血症 40 例疗效观察[J]. 实用中医内科杂志, 2006,20(3):277.
50. 王振裕,金玫,刘红旭,等.祛浊活血法治疗高脂血症的临床观察[J]. 中华中医药杂志,2006,21(9):577~559.
51. 杨俐,陈学忠,尹方,周明贤,等.降脂通便胶囊治疗高脂血症阴虚血瘀型病人 39 例 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2006,4(2):99~101.
52. 高雷, 林海平,等.补肾通脉丸治疗糖尿病并发高脂血症 368 例[J]. 辽宁中医杂志, 2003,30(8):616.
53. 汪何,吕雄,刘乡,等.中西医结合治疗 2 型糖尿病合并高脂血症[J]. 广东医学, 2002,23(2):201.
54. 孙炜.祛瘀化痰通络论治糖尿病高脂血症 56 例[J]. 中国医药学报,2003,18(9): 508.
55. 周晓,张炜宁,曾庆明,等.清化消瘀方治疗 2 型糖尿病合并高脂血症 36 例总结 [J]. 湖南中医杂志,2003,19(4):13.
56. 王红,申凤菊.三参二根汤治疗 II 型糖尿病并高脂血症[J]. 山东医药工业,2003, 22(4):58.

57. 郭宝荣,冯建华,杨文军.降糖活血调脂汤治疗糖尿病合并高脂血症 52 例.[J]. 山东中医学院学报,2001,25(6):449-451.
58. 王素美,徐红梅,吴延平.糖脂平颗粒对 II 型糖尿病合并高脂血症的临床研究 [J]. 中国实验方剂学杂志 2002,8(4):60-61.
59. 朴金花.血府逐瘀胶囊治疗高脂血症患者48例疗效观察[J]. 北京中医药,2008, 27(2):127.
60. 李晓红,安冬青,范辉,等.泽泻丹明饮治疗高脂血症的临床疗效观察[J]. 新中医,2011,43(4):13—15.
61. 薛霁,徐丹,王玉珏.银丹心脑血管通软胶囊对中医不同分型原发性高脂血症观察 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2013,11(3):314—315.
62. 常翠萍.疏肝行气法治疗高脂血症的疗效观察[J]. 四川中医,2015,3(2):107—108.
63. 史玉,邓禄林.黄芩注射液对糖尿病高脂血症的治疗观察[J].中药药理与临床, 2001,17(3):39.
64. 谢梅林,顾振纶,周文轩,等.消瘀比降血脂作用研究[[J]. 中草药,1998,29(3): 178.
65. 俞文琴.丹参注射液治疗 2 型糖尿病合并高脂血症[J]. 浙江中医学院学报,2002, 26(4):46.
66. 朱步先,何绍奇,朱胜华,等.朱良春用药经验[M]. 上海: 上海中医学院出版社,1989.1.
67. 翁公清,蒋建成.葛根黄莲汤治疗 II 型糖尿病 32 例临床观察[J]. 河北中医, 2000, 22(6): 7.

68. 查兵兵,李益明,焦东海,等.大黄提取片对高脂饮食诱导肥胖大鼠脂代谢及相关基因表达的影响[J]. 中华中医药杂志,2006,21(10):585~588.
69. 熊金平,郭红卫,顾雪峰.山楂提取物对人体血脂影响的研究[J]. 中国公共卫生, 2004,(12):1469—1470.
70. 曹锐.针刺治疗脑卒中患者高脂血症的临床观察[J]. 天津中医,2006,23(1):41.
71. 王晓宁.针刺治疗高脂血症的临床观察[J]. 针灸临床杂志,2005,21(9):9~10.
72. 杨振勇,陈朝晖.奇经梅花磁针灸综合疗法治疗高脂血症的临床观察[J]. 上海针灸杂志,2005,24(5):28.
73. 焦新民,殷克敏,申卓彬,等.针刺降低血脂 82 例临床观察[J]. 新中医,1985,(6): 32.
74. 邓柏颖,谢感共,罗本华,等.功能保健灸治疗高脂血症 48 例疗效观察[J]. 新中医,2002,34(9):48~49.
75. 隋永杰,马兰香,张桂侠,等.三阴交穴为主针刺治疗脾虚湿阻型单纯性肥胖及对血脂的影响[J]. 陕西中医,2010,31(2):213—214.
76. 张淑杰,李淑荣.背俞穴刺血疗法治疗痰瘀互结型高脂血症的临床研究[J]. 针灸临床杂志,2012,28(10):41—43.
77. 魏红沁,丁春华,张晴,等.艾灸治疗高脂血症临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2009,28(12):698—699.
78. 孙蓉.低能量 He-Ne 激光血管内照射配合中药治疗高脂血症 1 临床观察[J]. 中华中西医杂志,2001,2(7):603—604.
79. 金红.中草药配合低能量氧氛激光血管内照射治疗高脂血症体会[J]. 中国中医药信息杂志,1998,5(1):37.

80. GB / T16751.2—1997.“中医临床诊疗术语”证候部分[S]. 北京:国家标准出版社,1997.
81. 朱文锋.中医诊断学 [M] .北京:中国中医药出版社,2007
82. 姚乃礼.中医证候鉴别诊断学 [M] .北京:人民卫生出版社,2005.
83. 刘卫红,张蕾,颜贤宗,等.以三焦气化理论指导脂代谢紊乱等代谢性疾的治疗 [J]. 辽宁中医杂志,2011,38(1):42-43.
84. 贾钰华.老年前期高脂血症的中医辨证与微循环改变[J]. 辽宁中医杂志,1992,(4):3-4.
85. 韦湘林,方显明,李锡光,等.调脂口服液治疗高脂血症106例临床疗效观察[J]. 新中医,1999,31(6):12-14.
86. 王绪,王艳杰.健脾除湿化痰法治疗高脂血症临床观察[J]. 中国中医药信息杂志,2004,11(1):56—57.
87. 熊文生,曾益宏,刘友章.理脾化痰降脂片治疗老年高脂血症140例疗效观察[J]. 新中医,2000,32(7):16.
88. 李翌萌,马超,白长川.升清降浊法与脂浊[J]. 中国实用医药,2013,8(9):224.
89. 唐娜娜,罗嗣卿,骆始华,等.刘中勇教授运用健脾化痰调脂颗粒治疗高脂血症经验 [J]. 中医研究,2015,28(9):38—39.
90. 李晓红,安冬青,范辉,等.泽泻丹明饮治疗高脂血症的临床疗效观察[J]. 新中医,2011,43(4):13-15.

91. 熊文生,曾益宏,刘友章.理脾化痰降脂片治疗老年高脂血症140例疗效观察[J]. 新中医,2000,32(7):16.
92. 沈辉,赵伟康.理气化浊法治疗高脂血症60例[J]. 河南中医,2015,35(10):2458—2459.
93. 吕金仓,魏晓娜,李佃贵.从浊毒论治高脂血症经验介绍[A]. 中华中医药学会李时珍研究分会. 2014年中华中医药学会第七届李时珍医药论坛暨浊毒理论论坛论文集[C]. 中华中医药学会李时珍研究分会,2014:3.
94. 杨克雅,陈东亮.高脂血症从“浊毒”论治探讨[J]. 国医论坛2015,30(2):14—15.
95. 武艳慧,熊秀峰.天麻钩藤饮治疗高脂血症临床研究[J]. 中医学报,2012,27(8):1027—1028.
96. 刘卫红,张琪,张蕾,等.三仁汤对大鼠高脂血症模型血脂及代谢产物谱的影响[J]. 中国中西医结合杂志,2011,31(1):52-56.
97. 曾救凡.莱菔子治疗老年高脂血症38例疗效观察[J]. 浙江中医志,1995,30(11):49.
98. 何锦华.高脂血症辨证论治[J]. 广西中医药1995,18(1):23-24
99. 石光中,刘薇薇.广西北海区中年人群高脂血症、糖尿病流行病学现状[J]. 中国老年学杂志,2004,24(1):57.
100. 殷晓梅,徐斐,朱鸣鸣,等.南京市人群高血脂与高血糖的流行病学分布特征[J]. 中华流行病学杂志,2003,24(7):634.
101. 郭姣,孟昭生.肝证实验研究现状及趋势[J]. 中医药信息,2001,4(18):41.
102. 郭姣.肝证的发病学研究[J]. 浙江中西医结合杂志,2003,13(2):132.

103. 郭姣,朴胜华.从高脂血症发病低龄化趋势探讨其中医发病机制[J]. 中医药信息,2008,25(6):4.
104. 郭姣,贝伟剑,唐春萍,等.复方贞术调脂方对饮食性高脂血症大鼠肝脂酶的作用[J]. 中药材,2009,32(4):582.
105. 郭姣,何伟,陈宝田,等.复方参术调脂胶囊提取工艺的研究[J]. 中药材,2006,29(6):598.
106. 郭彤,郭姣,何伟,等.丹七降脂汤治疗高脂血症的临床观察[J]. 山东中医药大学学报,2006,30(3):204.
107. 郭彤,郭姣,梁颖瑜.复方降脂灵胶囊对高脂血症患者血流变学的调节作用[J]. 江西中医药,2006,37(7):24.
108. 郭彤,郭姣,梁颖瑜.复方调脂康胶囊对高脂血症患者血流变学的影响[J]. 实用中医药杂志,2006,22(10):608.
109. 唐春萍,郭姣,杨超燕,等.调脂灵对高脂血症大鼠脂质过氧化、血液流变学的影响[J]. 中药材,2007,30(7):837.
110. 郭姣,唐春萍,陈宝田,等.不同提取工艺的调脂康对饮食性大鼠高脂血症的调节作用[J]. 中国实验方剂学,2006,12(6):62.
111. 唐春萍,郭姣,陈红红,等.调脂灵对高脂血症大鼠降脂作用实验研究[J]. 中国实验方剂学,2007,13(5):24.
112. 唐春萍,郭姣,杨超燕,等.调脂灵对高脂血症大鼠脂代谢酶及载脂蛋白的影响[J]. 广东药学院学报,2007,23(2):175.

113. 洪敏,郭姣,曾小烈,等.广东地区血脂异常中医证候分布规律初探[J]. 新中医,2012,44(7):11-13.
114. 朴胜华,郭姣,胡竹平.高脂血症住院患者中医证候临床研究[J]. 中国中西医结合杂志,2012,32(10):1322—1325.