

提高机体免疫功能^[12]。同时结肠灌肠给药可使药物直达病所,药液经结肠黏膜及血管被充分吸收后,高浓度作用于病灶,有利于促进直肠、结肠黏膜血管新生、肉芽组织增生和溃疡修复愈合;其次是药物通过直肠中、下静脉及肛管静脉,绕过肝脏直接进入大循环,可避免肝脏首过效应,从而大大提高了康复新液的生物利用度^[13]。

本研究对照组采用常规治疗,治疗组在常规治疗的基础上加用温补脾肾法联合康复新液保留灌肠治疗,结果治疗组的疗效明显高于对照组,治疗组血清促炎因子 IL-8、TNF- α 下降幅度明显大于对照组,抗炎因子 IL-10 上升幅度明显大于对照组。本研究结果提示温补脾肾法联合康复新液保留灌肠治疗溃疡性结肠炎,可能是通过抑制 UC 患者的促炎因子 IL-8、TNF- α 的表达,促进抗炎因子 IL-10 的表达,从而有效抑制结肠损伤部位的炎症反应,避免进一步的损伤,以达到治疗 UC 的目的。

参考文献

[1]赵祥运,陈尼维.炎症性肠病的流行病学研究进展[J].国际消化病杂志,2011,31(6):342-344
[2]中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组.对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见 (2007 年, 济南)[J]. 中华消化杂志, 2007,27(8):545-550

[3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002.129-134
[4]陈治水,危北海,张万岱,等.溃疡性结肠炎中西医结合诊治方案(草案)[J].中国中西医结合消化杂志,2005,13(2):133-136
[5]中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.溃疡性结肠炎中西医结合诊疗共识 [J]. 中国中西医结合消化杂志,2010,18(6): 416-419
[6]Pedersen J,Coskum M,Soendergaard C,et al.Inflammatory pathways of importance for management of inflammaory bowel disease [J]. Wold J Gastroenterol,2014,20(1):64-77
[7]卢艺涛,高静,姚桂琴.溃疡性结肠炎患者相关细胞因子的实验性研究[J].现代预防医学,2005,32(7):735-736
[8]Ghilardi N,Ouyang W.Targeting the development and effector functions of TH17 cells[J].Semin Immunol,2007,19(6):383-393
[9]李晓东,张学彦,郑磊,等.白细胞介素在溃疡性结肠炎中的作用[J].胃肠病学和肝病学杂志,2015,24(1):4-7
[10]张超贤,秦咏梅.溃疡性结肠炎患者血清肿瘤坏死因子 - α 、白细胞介素 - 8 水平变化及其临床意义[J].西安交通大学学报(医学版),2009,30(5):646-647
[11]Targownik LE.Immortal time bias: a likely alternate explanation for the purported benefits of DXA screening in ulcerative colitis[J].Am J Gastroenterol,2014,109(10):1689
[12]李珊瑚,李勇敏,彭淑珍.康复新液对家兔创伤愈合的影响[J].临床和实验医学杂志,2006,5(6):730-731
[13]沈舒文.内科难治病辨治思路[M].北京:人民卫生出版,2002.182

(收稿日期: 2015-10-12)

高脂血症颈动脉粥样硬化的中医证候分布特点 *

黎波¹ 龚向京¹ 况珊² 楚瑞阁^{1#}

(1 江西中医药大学附属医院 南昌 330006;2 江西中医药大学 2013 级硕士研究生 南昌 330004)

摘要:目的:分析高脂血症颈动脉粥样硬化与中医证型的关系,确立其分布特征。方法:运用四诊对高脂血症患者进行症候调查,并结合动脉粥样硬化斑块的临床超声评估及血脂成分的变化,分析有/无斑块患者在各证型的分布特点。结果:高脂血症颈动脉粥样硬化的中医证型分布规律按痰浊阻遏证(46.3%)、气滞血瘀证(14.8%)、阴虚阳亢证(13.9%)、肝肾阴虚证(12.9%)、脾肾阳虚证(12.0%)依次递减,高脂血症无斑块患者出现的频数依次为痰浊阻遏证(38.0%)、气滞血瘀证(21.7%)、肝肾阴虚证(16.3%)、脾肾阳虚证(13.0%)、阴虚阳亢证(10.9%);颈动脉内中膜增厚与颈动脉粥样硬化以痰浊阻遏为主证,其中脾肾阳虚证患者斑块严重程度较重,与其他证型比较差异显著, $P<0.05$ 。结论:高脂血症合并颈动脉粥样硬化患者的证型存在一定的规律,以痰浊阻遏证为最主要的证型,脾肾阳虚证患者斑块严重程度较重。

关键词:高脂血症;颈动脉粥样硬化;中医证型;分布规律

中图分类号:R543.4

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.005

高脂血症是一种脂质代谢紊乱的代谢性疾病,最主要的危害是易引起冠心病及其他动脉粥样硬化性疾病,对高脂血症中医临床辨证分型有从血脂类型、炎症因子、生化因素等进行研究的,而动脉粥样硬化作为高脂血症引起心血管疾病过程中关键的病理变化,其与中医证型的相关性有待于进一步研究。因此,本研究旨在探究高脂血症动脉粥样硬化斑块与中医证型分布特征的关系,为中医辨证论治动脉

粥样硬化斑块奠定理论基础。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 所有病例均为 2012~2014 年期间在江西省中医院急诊科以及心内科门诊及住院的患者。此次调查共收集病例 200 例,平均年龄(63.03±12.55)岁,其中男性 118 例(59.0%),女性 82 例(41.0%),均属于高脂血症,抽烟(包含已戒烟)患者 98 例(49.0%),嗜好喝酒患者 56 例(28.0%),患者伴

* 基金项目:江西省科技支撑计划(编号:20112BBG70033)

通讯作者:楚瑞阁,E-mail:384861926@qq.com

有其他基础疾病情况（包含重复患多种疾病的情况）：中风 46 例（23.0%），冠心病 96 例（48.0%），糖尿病 70 例（35.0%），高尿酸血症 15 例（7.5%），无其他基础病患者 10 例（5.0%）。根据诊断分为有斑块患者以及无斑块患者两组。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断 根据 2007 年中国成人血脂异常防治指南制订联合委员会制定的《中国成人血脂异常防治指南》^[1]进行诊断，所有患者血脂检测均符合原发性高脂血症的诊断标准。

1.2.2 中医诊断 高脂血症中医辨证分型参照郑筱萸主编《中药新药临床研究指导原则》（试行）^[2]分为脾肾阳虚型、肝肾阴虚型、阴虚阳亢型、痰浊阻遏型和气滞血瘀型。（1）脾肾阳虚证：主症：畏寒怕冷、眩晕、倦怠乏力、便溏；次症：食少、脘腹作胀、面肢浮肿，舌淡质嫩、苔白，脉沉细。（2）肝肾阴虚证：主症：眩晕、耳鸣、腰酸、膝软、五心烦热；次症：口干、健忘、失眠、舌质红、少苔，脉细数。（3）阴虚阳亢证：主症：眩晕、头痛、急躁易怒、面红、口苦；次症：心悸、失眠、便秘、溲赤、舌质红或紫黯、苔黄，脉弦或弦细而数。（4）痰浊阻遏证：主症：形体肥胖、头重如裹、胸闷、肢麻沉重、舌胖、苔滑腻、脉弦滑；次症：心悸、失眠、口淡、食少。（5）气滞血瘀型：主症：胸胁胀闷、走窜疼痛，心前区刺痛；次症：心烦不安、舌边尖有瘀点或瘀斑、脉沉涩。

1.3 纳入标准 年龄 30~90 岁，男女不限，高血压、肥胖、吸烟者、皮肤黄色瘤者、绝经期后女性、已有冠心病、脑血管病或周围动脉粥样硬化病患者不限，符合高脂血症的诊断标准。

1.4 排除标准 继发性和家族性高脂血症者，包括患有可引起血脂升高的系统性疾病者（主要有糖尿病、肾病综合征、甲状腺功能减退症、肾功能衰竭、肝脏疾病、系统性红斑狼疮、糖原累积症、骨髓瘤、脂肪萎缩症、急性卟啉病、多囊卵巢综合征患者等），及某些药物如利尿剂、β 受体阻滞剂、糖皮质激素等可引起继发性血脂升高者。

1.5 颈动脉超声检查 应用颈部血管超声检测，采集颈动脉内膜中层厚度（IMT）数值，计算斑块积分。斑块积分采用 Crouse 积分法：将 IMT≥1.2 mm 定义为斑块形成，不考虑长度变化，另外，将两侧颈动脉斑块积分定为斑块的总积分^[3]。

1.6 血清血脂检测 所有研究对象均测定总胆固醇（total cholesterol, TC）、甘油三酯（triglyceride, TG）、低密度脂蛋白（low density lipoprotein-cholesterol,

LDL-C）、高密度脂蛋白胆固醇（high density lipoprotein-cholesterol, HDL-C），由我院检验中心全自动生化仪检测。

1.7 数据统计分析 采用 SPSS13.0 统计学软件和频数分析进行统计分析，计数资料采用卡方检验，计量资料组间比较采用单因素方差分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 高脂血症患者斑块分布与血脂成分变化频数比较 斑块的分布（或有无）与血脂成分升高或者降低没有相关性，经卡方检验，无显著差异， $P>0.05$ 。见表 1。

表 1 高脂血症患者斑块分布与血脂成分变化频数比较[例(%)]					
组别	n	TC(升高)	TG(升高)	LDL-C(升高)	HDL-C(降低)
无斑块组	92	58(63.0)	62(67.4)	65(70.7)	50(54.3)
有斑块组	108	59(54.6)	61(56.5)	65(60.2)	78(72.2)

2.2 高脂血症颈动脉粥样硬化患者的中医证型分布情况 有斑块组出现的频数依次为痰浊阻遏证（46.3%）、气滞血瘀证（14.8%）、阴虚阳亢证（13.9%）、肝肾阴虚证（12.9%）、脾肾阳虚证（12.0%）；无斑块组出现的频数依次为痰浊阻遏证（38.0%）、气滞血瘀证（21.7%）、肝肾阴虚证（16.3%）、脾肾阳虚证（13.0%）、阴虚阳亢证（10.9%）。两组均以痰浊阻遏证和气滞血瘀证为高频主要的证型，相比无斑块组，有斑块患者更易出现阴虚阳亢证，经卡方检验，差异无统计学意义， $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 高脂血症患者颈动脉粥样硬化中医证型分布比较[例(%)]						
组别	n	痰浊阻遏证	阴虚阳亢证	脾肾阳虚证	肝肾阴虚证	气滞血瘀证
无斑块组	92	35(38.0)	10(10.9)	12(13.0)	15(16.3)	20(21.7)
有斑块组	108	50(46.3)*	15(13.9)*	13(12.0)	14(13.0)	16(14.8)
总数	200	85(42.5)	25(12.5)	25(12.5)	29(14.5)	36(18.0)

注：与无斑块组比较，* $P<0.05$ 。

2.3 高脂血症患者不同证型颈动脉斑块积分和 IMT 比较 脾肾阳虚证患者斑块严重程度较重，与其他证型比较差异有统计学意义， $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 不同证型颈动脉斑块积分和 IMT 比较($\bar{x} \pm s$)			
证型	n	斑块积分(分)	IMT(mm)
痰浊阻遏证	50	7.45± 1.02	1.38± 0.23
阴虚阳亢证	15	7.15± 1.18	1.22± 0.15
脾肾阳虚证	13	8.89± 1.12*	2.12± 0.21*
肝肾阴虚证	14	6.12± 1.05	1.52± 0.26
气滞血瘀证	16	6.18± 1.21	1.28± 0.18

注：与其他证型比较，* $P<0.05$ 。

3 讨论

对于高脂血症，中医无对应的疾病谱，基于现代医学对高脂血症的认识，中医学将本病归属于头痛、

眩晕、胸痹、心悸、中风的范畴。有研究结果表明,高脂血症最主要的危害是易引起冠心病及其他动脉粥样硬化性疾病^[4]。多个领域的研究包括动物实验、人体动脉粥样斑块的组织病理学研究、大规模临床降脂治疗试验及冠心病及其他动脉粥样硬化性疾病患者的血脂检测等,均已证实高脂血症与动脉粥样硬化间的关系^[5-8]。基于证候辨证客观化和规范化的要求,许多研究者进行了高脂血症与相关辨证分型规律的研究。唐大畹等应用因子分析与聚类分析方法发现原发性高脂血症的中医证候分为 6 类,其中以心脾两虚证、类痰浊阻遏证、类瘀血阻络证多见,占前三位^[9]。郭姣等通过文献研究发现高脂血症涉及病变脏器以肝、脾、肾为主,而证素以瘀、痰占多数^[10]。进一步临床调查发现高脂血症患者以肝气郁证最为多见,肝郁脾虚证可能是其主要证型^[11]。倪永骋等相关炎症标记物与高脂血症患者辨证分型的关联性进行观察和分析,发现高脂血症患者辨证分型偏于实证组(痰浊阻遏型和气滞血瘀型)的炎症因子(血 hs-CRP 和 TNF-α 及 IL-6)水平显著高于虚证组(脾肾阳虚型和肝肾阴虚型)^[12]。闻莉等根据文献资料筛选,采用分析方法对 6 151 例高脂血症进行临床辨证分型,发现痰湿阻遏型和气血瘀滞型最为多见,而痰、瘀、湿的分型占全部病例 66.98%,涉及脏腑气血虚损的分型占 33.02%^[13]。另外,也有从氧自由基代谢及凝血-纤溶活性^[14]、血液流变学的变化^[15]以及胰岛素抵抗^[16]等角度探讨高脂血症与中医辨证分型的特点的。这些研究提示高脂血症患者有痰浊阻遏证、气滞络瘀证、脾肾阳虚证、肝肾阴虚证以及虚实夹杂证等不同的证型。本研究基于血脂成分的高危因素进一步分析其并发颈动脉粥样硬化证型的特征,提示高脂血症患者痰浊阻遏证的发病率远高于气滞血瘀证、阴虚阳亢证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证等其他证型,但高脂血症患者斑块的有无与血脂组分的关系,不存在关联性。

王秋风等调查^[17]117 例颈动脉粥样硬化的中医证型提示患者多见痰浊证、肝肾阴虚证、血瘀证;颈动脉斑块厚度:血瘀证组>肝肾阴虚证组>痰浊证组。本研究显示高脂血症患者有斑块者其证型特点依次为痰浊阻遏证、气滞血瘀证、阴虚阳亢证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证;相比无斑块患者,有斑块患者更易出现阴虚阳亢证,而斑块严重程度以脾肾阳虚证患者为重。各证型患者斑块的整体情况并无明显差异,其中痰浊阻遏证作为主要证型,与王秋风的调查发现颈动脉粥样硬化合并高脂血症时痰浊证患病

率最高^[17],以及张蕾等实验研究^[18]提示高脂血症及动脉粥样硬化病理过程早中期以痰湿为主要病机是一致的;陈明荃等采用因子分析和聚类分析颈动脉粥样硬化患者中医证候分布有肾虚精亏证、痰浊气滞证、阴虚内热证、阳虚血瘀证四型^[19],进一步提示痰浊和气滞在颈动脉粥样硬化中充当重要的证素。

高脂血症以及颈动脉粥样硬化采用现代医学诊疗技术可以明确诊断,但是中医的诊断总是在具备一定临床并发症并出现某些症候时,才逐渐被正确诊断和治疗,对于预防疾病的发生有滞后之弊。因此,通过临床调查综合分析已病患者的症候特点,归纳出证型,可以作为中医的诊断和治疗基础,并具有“未病先防”的作用。本次研究显示高脂血症患者斑块有无均可见痰浊阻遏证、气滞血瘀证。提示在疾病的早期以实证为主,逐渐损失脏器功能,出现阴虚阳亢证、肝肾阴虚证、脾肾阳虚证等虚证。痰浊、气滞、瘀血既是疾病发展中形成的病理产物,又可以作为新的致病因素,且致病形式多变,可表现为中医临床中的眩晕、头痛、胸痹、中风等。因此,结合早期血脂异常和颈动脉厚度的变化,可为中医证型的辨治提供依据。本次调查发现阴虚证素出现频数居前,提示阴虚的病性证素在高脂血症颈动脉粥样硬化病程中充当重要角色。肝肾阴虚,常致阴不敛阳,肝阳上亢,克伐脾土,脾失健运,痰浊内生,而阴虚生内火又进一步炼液为痰,导致痰浊内生;反之,痰浊乃津液之异化,耗伤阴液,影响脏腑运化生津,容易郁结化热伤阴,故痰饮阻遏证与阴虚证往往兼杂而见。总之,在论治高脂血症颈动脉粥样硬化患者时,应注意多从治疗痰饮、气滞、瘀血、阴虚等方面进行。

参考文献

[1]中国成人血脂异常防治指南制订联合委员会.中国成人血脂异常防治指南[J].中华心血管病杂志,2007,35(5):390-419
[2]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002.85-89
[3]Crouse JR,Harpold GH,Kahl FR,et al.Evaluation of a scoring system for extracranial carotid atherosclerosis extent with B-mode ultrasound[J].Stroke,1986,17(2):270-275
[4]Menotti A,Blackburn H,Kromhout D,et al.Changes in population cholesterol levels and coronary heart disease deaths in seven countries[J].Eur Heart J,1997,18(4):566-571
[5]王薇,赵冬,刘静,等.中国 35-64 岁人群胆固醇水平与 10 年心血管病发病危险的前瞻性研究 [J] 中华心血管病杂志,2006,34(2):169-173
[6]LaRosa JC,Grundey SM,Waters DD,et al.Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease[J].N Engl J Med,2005,352(14):1425-1435
[7]Pedersen TR,Faergeman O,Kastelein JJ,et al.High-dose atorvastatin

vs usual-dose simvastatin for secondary prevention after myocardial infarction: the IDEAL study: a randomized controlled trial[J].JAMA, 2005,294(19):2437-2445

[8]陆宗良,寇文镨,武阳丰,等.中国冠心病二级预防研究[J].中华心血管病杂志,2005,33(2):109-115

[9]唐大珣,张敬峰,曹征,等.原发性高脂血症中医证候规律研究[J].北京中医药大学学报(中医临床版),2011,18(3):11-13

[10]郭姣,朴胜华,石忠峰,等.高脂血症中医证候分布规律文献研究[J].广州中医药大学学报,2013,30(5):609-614

[11]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

[12]倪永骋,陈江宁.高脂血症中医辨证分型与炎症因子的相关性研究[J].辽宁中医杂志,2007,34(1):7-8

[13]闻莉,刘松林,梅国强.高脂血症的中医临床证型分布及辨证规律研究[J].中国中医基础医学杂志,2008,14(3):220-221

[14]郑关毅,洪华山,王一波,等.单纯性高甘油三酯血症辨证分型与自由基代谢及凝血-纤溶活性关系的研究[J].中国中西医结合急救杂志,2002,9(2):73-75

[15]朱学云,庄德成,卞善述,等.高脂血症中医辨证分型与血液流变学指标的相关性研究[J].湖南中医药导报,2001,7(7):355-356

[16]陈江宁,倪永骋,张华强.高脂血症中医辨证分型与胰岛素抵抗的相关性研究[J].中华现代中西医杂志,2004,2(1):22-23

[17]王秋凤,王洋,刘坤,等.117 例颈动脉粥样硬化患者中医证候特点研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2015,13(3):273-275

[18]张蕾,张琪,游云,等.基于代谢组学技术探讨高脂血症及动脉粥样硬化痰瘀证候的演变规律 [J]. 中国中西医结合杂志,2015,35(7): 823-833

[19]陈明荃,顾耘,徐辉.颈动脉粥样硬化患者中医证候分布探讨[J].中华中医药学刊,2012,30(6):1394-1396

(收稿日期: 2015-09-22)

天麻钩藤饮联合硝苯地平控释片治疗肝阳上亢型 高血压病 40 例的临床疗效观察

陈小飞 张宝霞 张宝均
(江西省新余市中医院内科 新余 338000)

摘要:目的:观察天麻钩藤饮联合硝苯地平控释片治疗肝阳上亢型高血压病的临床疗效。方法:将 80 例肝阳上亢型高血压病患者随机分为治疗组和对照组各 40 例,对照组给予硝苯地平控释片 30 mg 口服,1 次/d;治疗组在对照组的基础上给予天麻钩藤饮,1 剂/d,口服。治疗后,记录两组患者的血压及中医证候改善情况。结果:在血压控制方面,治疗组总有效率为 95.0%,对照组总有效率为 80.0%,治疗组优于对照组, $P<0.05$;在中医证候改善方面,治疗组总有效率为 97.5%,对照组总有效率为 55.0%,治疗组明显优于对照组, $P<0.01$ 。结论:中药天麻钩藤饮联合西药硝苯地平控释片治疗肝阳上亢型高血压疗效显著,能明显改善患者的临床症状,值得临床推广。

关键词: 高血压病;肝阳上亢型;天麻钩藤饮;硝苯地平控释片;疗效观察

中图分类号: R544.1

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.006

高血压病是临床上最常见的慢性病之一,也是心脑血管病最主要的危险因素。在我国,人们生活习惯和饮食结构逐渐改变,且众多患者对高血压病的认识不足或未按医嘱服药,导致该病控制率低,致残率及病死率逐年上升。临床上有约 75%的脑卒中和 50%的心肌梗死发作与高血压有关^[1]。在我国,高血压的发病率为 18.8%,其中肝阳上亢型约为 87.23%,是高血压病最常见证型^[2]。

1 资料和方法

1.1 临床资料 选取 2014 年 1~10 月本院心血管内科住院及门诊治疗的 80 例高血压病患者为研究对象,所有患者中医辨证均为肝阳上亢型。随机将 80 例患者分为治疗组和对照组各 40 例,治疗组男性 22 例,女性 18 例,年龄 44~76 岁,病程 1.2~7.3 年,高血压一级患者 23 例,二级患者 17 例;对照组男性 20 例,女性 20 例,年龄 42~75 岁,病程 1.1~7.2

年,高血压一级患者 18 例,二级患者 22 例。两组患者在性别、年龄、病程、血压分期等方面经统计学分析差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 诊断标准 西医高血压病诊断及分级标准,分别参照《中国高血压防治指南(2010 年版)》^[3]及世界卫生组织 1999 年修订的高血压诊断分级标准^[4];中医高血压病肝阳上亢型诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]。

1.3 治疗方法 对照组给予合理饮食,适度运动,30 mg 硝苯地平控释片,晨起空腹口服,1 次/d。治疗组在对照组的用药基础上加用天麻钩藤饮,具体用药包括:天麻 10 g,钩藤(后下)15 g,石决明 20 g,栀子 8 g,黄芩 8 g,杜仲 12 g,川牛膝 12 g,桑寄生 20 g,益母草 15 g,夜交藤 20 g,茯神 15 g,水煎服,1 剂/d,分 2 次温服。两组均以 2 周为 1 个疗程,疗程结束后分析统计结果。