

临

床

报

道

补益方稳定动脉硬化粥样斑块 50 例

中日友好医院老年病科(100029)

王 燕

动脉粥样硬化斑块的破裂及继发血栓形成,是引起急性心脑血管疾病的病理基础,与防治血栓相比,稳定斑块具有更大的临床价值。西药在此方面已有肯定疗效,如降脂药物、抗氧化剂、 β 受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂,但中药对此研究甚少,本研究试图从补益的角度研究其对斑块的稳定作用。

1 临床资料

诊断标准:用彩色多普勒超声探查患者颈动脉,凡见斑块呈扁平斑和软斑者作为观察对象。纳入病例标准及排除病例标准均参照《中药新药临床研究指导原则》制定。

本组病例均选自 2003 年 3 月~2004 年 5 月中日友好医院老年病科的住院患者,彩超结果以治疗前及停止治疗后的检查为准。将 100 例患者随机分为治疗组和对照组,各 50 例。治疗组男 31 例,女 19 例;年龄 65~93 岁,平均 (72.12 ± 10.2) 岁;伴有高血压者 36 例,伴有糖尿病者 38 例,高脂血症者 45 例,脑梗死者 25 例,冠心病者 32 例。对照组男 39 例,女 11 例;年龄 60~86 岁,平均 (71.68 ± 9.13) 岁;伴有高血压者 41 例,伴有糖尿病者 29 例,高脂血症者 40 例,脑梗死者 26 例,冠心病者 21 例。两组患者在性别、年龄、病情等方面均无明显差异,具有可比性($P > 0.05$)。

2 治疗方法

在常规治疗的情况下(如降压、降脂、扩冠、降糖等),治疗组予补益方(黄芪 20g,白术 12g,茯苓 15g,五味子 6g,熟地黄 8g,山茱萸 9g,陈皮 12g,甘草 6g)每日 1 剂,分早晚两次服。对照组则服用舒降之 20mg(默沙东中国有限公司生产,每片含辛伐他汀 10mg),每晚 1 次。两组均服药 1 个月为 1 个疗程,用药 2 个疗程,观察斑块的变化。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:(1)用彩色多普勒超声探测斑块大小的变化,颈动脉中膜(IMT) ≥ 0.12 cm 为粥样硬化斑块存在的标准。显效:IMT < 0.12 cm,即斑块消失;有效:IMT 减少 0.01cm 以上;无效:IMT 无变化。(2)用彩色多普勒超声探测斑块的病理学改变:①扁平斑:早期有少量脂类积聚,局部隆起或弥漫性增厚,显示动脉管腔的偏心性增厚,内膜不光滑,呈较均匀的低回声。②软斑:纤维组织及钙盐沉积,但仍以脂类为主,斑块内出血,斑块突出于管腔,呈现不同强度的混合回声。③硬斑:强回声后伴声影,来自斑块内纤维组织钙化灶。④溃疡斑:斑块表面不平,有时显示壁龛,溃疡边缘回声较低。扁平斑和软斑中以脂类

成分为主,具有不稳定性,是引起心脑血管病变的主要类型。

3.2 两组患者斑块大小疗效比较:治疗组 50 例,显效 15 例,有效 24 例,无效 11 例,总有效率为 78%;对照组 50 例,显效 10 例,有效 21 例,无效 19 例,总有效率为 62%。两组疗效比较差异有显著性($P < 0.05$)。

3.3 两组患者斑块治疗前后病理学变化比较:治疗组治疗前扁平斑 23 例,软斑 27 例,硬斑 0 例,溃疡斑 0 例,治疗后分别为 4 例、9 例、11 例、26 例,有效率为 75%;对照组治疗前分别为 30 例、20 例、0 例、0 例,治疗后分别为 6 例、12 例、11 例、18 例,有效率为 64%。两组比较差异有显著性($P < 0.05$)。

4 讨论

粥样斑块是动脉粥样硬化的基本病理改变,人类动脉粥样硬化的好发部位在主动脉、冠状动脉、颈动脉、脑动脉及周围动脉,目前,用非创性检测手段可观察到的动脉粥样硬化的部位,主要在颈动脉。斑块脆性是导致脑梗死、冠心病等心脑血管疾病发生的根本原因,如果是一个完整的斑块,对人体的危害通常并不十分严重,而动脉粥样硬化斑块一旦破裂,即可使斑块内具有高度血栓性的物质与血液成分接触,触发血栓形成,从而引起完全或不完全性冠状动脉阻塞。动脉粥样硬化的发病机理,主要在于中年以后,脾肾亏虚,气虚无力运化津液,日久痰瘀内阻,脉道不通。

本方中黄芪有益气固表的功效;白术、茯苓益气健脾,补益后天之本;熟地黄、山茱萸滋阴补肾,补益先天之本;五味子收敛固涩,陈皮理气和中,使本方补而不腻;甘草调和诸药。诸药合用,可达到补脾益肾,收敛固涩的目的,从而有效地稳定动脉粥样硬化斑块,减少心脑血管病的发生。

降脂饮治疗高脂血症 40 例

郑州大学第二附属医院(450003)

罗 凤 萍

高脂血症为冠心病、动脉硬化、脑梗死发病的重要危险因素,严重危害患者身心健康。为探讨有效的治疗方法,1997 年 2 月~2001 年 10 月,我们以降脂饮治疗本病 40 例,采用脂必妥片随机对照观察,疗效满意,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:所有病例均为门诊患者,随机分为治疗组 10 例,对照组 30 例。治疗组男性 26 例,女性 14 例;年龄 31~77 岁,平均 47 岁;发病时间 1~6 年;血清胆固醇(TC)增高者 13 例,甘油三酯(TG)增高者 16 例,TC+TG 增高者 11 例,低密度脂蛋白胆固醇(LDH-C)增高者 20 例,高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)降低 18 例;合并冠心病者 23 例,合并动脉硬化 10

例,脑梗死 7 例,血压高者 30 例。对照组男性 21 例,女性 9 例;年龄 30~76 岁,平均 46 岁;发病时间 2~7 年;TC 增高者 10 例,TG 增高者 12 例,TC+TG 增高者 8 例,LDH-C 增高者 15 例,HDL-C 降低者 13 例;合并冠心病者 16 例,脑动脉硬化 9 例,脑梗死 5 例,血压高者 20 例。两组临床资料经统计学处理,差异无显著性,具有可比性($P>0.05$)。

1.2 诊断与疗效标准:诊断标准依据《实用内科学》第 9 版中的判断标准,年龄 30~77 岁,停用降脂药物 2 周以上,TC ≥ 5.7 mmol/L,或 TG ≥ 1.8 mmol/L。疗效判断标准:参照 1995 年 7 月卫生部《中药新药临床研究指导原则(试行)》的标准。显效:达以下任何一项者,TC 下降 $\geq 20\%$,TG 下降 $\geq 40\%$,HDL-C 上升 ≥ 0.26 mmol/L。有效:TC 下降 $\geq 10\%$ 而 $<20\%$,TG 下降 $\geq 20\%$ 而 $<40\%$,HDL-C 上升 >0.014 mmol/L 而 <0.26 mmol/L。无效:未达到有效标准者。

2 治疗方法

2.1 治疗方法:治疗组用降脂饮(炒白术 12g,茯苓 20g,山楂 30g,炒决明子 30g,昆布 30g,泽泻 15g,红花 15g,淫羊藿 6g)治疗。水煎浓缩,每次 40ml,每日 3 次,口服。对照组用脂必妥片(成都地奥九泓制药厂生产,每片 0.35g),每次 3 片,每天 3 次。

2.2 观察方法:两组均保持普通饮食习惯,停用其它降脂药物,8 周为 1 个疗程。治疗前及治疗 8 周后各采静脉血检查 1 次血脂(TC、TG、HDL-C、LDL-C),并观察临床症状、血压、不良反应的变化。

3 治疗结果

3.1 近期疗效比较:治疗组近期显效 27 例,有效 10 例,无效 3 例,总有效率 92.5%。对照组近期显效 14 例,有效 8 例,无效 8 例,总有效率 73.4%。治疗组显效率明显高于对照组,经统计学处理差异有显著性($P<0.01$)。

3.2 临床症状、血压改善情况比较:治疗组治疗后比治疗前临床症状均有不同程度的改善,轻、中度患者疗效明显,20 例高血压患者血压均降至正常,并有降低血液黏稠度、血小板聚集的作用。两组均未发现不良反应。

4 讨论

高脂血症是动脉硬化的主要危险因素,中医学认为,本病与痰浊、瘀血关系最为密切,过食肥甘厚味,损伤脾胃,脾土失运至水谷精微不能正常输布,聚湿为痰,壅塞脉道,阻滞气机,血运不畅,脉络涩滞,痰瘀互结而为病。因此痰瘀互结为本病的主要病理因素。故治以健脾祛痰,活血通络。方中白术、茯苓、昆布健脾化痰;山楂、红花活血化瘀通络,消食降浊;泽泻、决明子利湿降浊;佐以淫羊藿温阳化湿祛痰。综观全方健脾除湿,活血行滞,标本兼顾,气血和调,经络通利,共奏消痰祛瘀之效。现代药理研究也证实,山楂、红花有不同程度的降血脂作用,泽泻、昆布有明显的降 TC 和 TG 的作用,抑制肠道吸收胆固醇,淫羊藿也有降 TC 和 TG 的作用,草决明子有降血脂、抗血小板聚集作用。临床观察表明,降脂饮确有改变血液流变性,降低血液浓、黏、聚、凝状态,调节脂质代谢,而达到降低血清中 TC、TG,降低 LDH-C 和升高 HDL-C 的效果,体现了病因治疗的特点。

益气解毒化痰法治疗萎缩性胃炎 100 例

浙江省奉化市中医院(315500)

王建康 应武江 李幼平

我们运用自拟益气治萎汤为基本方,结合辨证加减,治疗慢性萎缩性胃炎(CAG)疗效满意。现将近 2 年的临床观察结果报告如下。

1 临床资料

全部病例为近 2 年的门诊患者,随机分为治疗组 100 例,对照组 50 例。其中治疗组男性 57 例,女性 43 例;年龄 31~67 岁,平均 48 岁;病程 1~29 年,平均 7 年;症状积分(8.53 $\pm$ 2.37);胃黏膜腺体萎缩程度:轻度 28 例,中度 62 例,重度 10 例;不完全性结肠型肠腺上皮化生程度:无化生 23 例,轻度 32 例,中度 25 例,重度 20 例。对照组男性 27 例,女性 23 例;年龄 29~68 岁,平均 46 岁;病程 1~32 年,平均 7 年;症状积分(8.46 $\pm$ 2.41);胃黏膜腺体萎缩程度:轻度 13 例,中度 32 例,重度 5 例;不完全性结肠型肠腺上皮化生程度:无化生 11 例,轻度 17 例,中度 13 例,重度 9 例。经统计学处理,两组临床资料差异无显著性($P>0.05$)。

诊断标准:参照 2000 年 5 月中华医学会消化病学分会并岗山全国慢性胃炎研讨会意见标准,经胃镜和病理诊断确诊。

辨证分型标准:(1)肝郁犯胃型:胃脘胀满,痛引两胁,情绪不良时为甚,嗳气或矢气后减轻,泛酸嘈杂,舌苔薄白、质淡红,脉弦。(2)脾虚湿热型:胃脘痞满,恶心纳差,口苦而干,大便溏泄,舌苔黄腻、质淡,脉细滑。(3)心脾双亏型:胸脘胀闷,胃痛隐隐,喜食温热,夜间失眠,心悸易惊,神疲短气,面色萎黄,舌苔薄白净、质淡,脉弦细。(4)胃阴亏损型:胃痛隐隐,嘈杂灼热,口干不欲饮,形体消瘦,面色潮红,大便干,舌苔光剥、质红,脉细数。

2 治疗方法

治疗组以自拟益气治萎汤为基本方,组成:黄芪 30g,太子参 30g,莪术 10~15g,白花蛇舌草 30g,香茶菜根 30~60g,土茯苓 30g,炮穿山甲 5~10g。按辨证分型相应加减:肝郁犯胃型加五花芍药汤(厚朴花、佛手花、玫瑰花、玳玳花、绿萼梅、白芍);脾虚湿热型加半夏泻心汤;心脾双亏型加归脾汤;胃阴亏损型加一贯煎。对照组按上述辨证分为 4 型,肝郁犯胃型用五花芍药汤合柴胡疏肝散加减;脾虚湿热型用半夏泻心汤加枳壳、青皮、陈皮、桂枝、砂仁等;心脾双亏型用归脾汤加桂枝、柏子仁、丹参等;胃阴亏损型用一贯煎加蒲公英、白芍、牡丹皮、绿萼梅、女贞子等。对照组各型均不合用益气治萎汤。

以上方药,每日 1 剂,水煎分上、下午各口服 1 次,3 个月为 1 个疗程,一般 1~2 个疗程。伴有幽门螺杆菌阳性者,加用西药常规抗菌药物。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:(1)症状疗效标准:显效:临床症状消失或基本消失,症状分值 $\geq 80\%$;有效:临床症状有所改善或明显减轻,症状分值 $\geq 20\%$ 而 $<80\%$;无效:临床症状无改善,或加重,症状分值 $<20\%$ 。(2)病理疗效标准:显效:黏膜萎缩改善 2 个级