

思路与方法

动脉粥样硬化斑块的中医药治疗思路

黄建平*

摘要 从以下几方面探讨动脉粥样硬化斑块(AS)的中医药治疗思路。(1)粥样斑块病理与中药现代药理:认为应将中药传统药性与中药现代药理相结合,发挥中医药稳定斑块的疗效优势。(2)粥样斑块病理与微观辨证:强调动态观察现代医学的某些微观辨证指标,将有助于 AS 的临床分期与辨证论治。(3)临床分期与辨证论治:主张临床可分期进行辨证论治,即斑块稳定期、斑块易损期、斑块破裂或糜烂期、好转恢复期。

主题词 动脉粥样硬化/中医药疗法 瘀斑/中医药疗法

动脉粥样硬化(Atherosclerosis, AS)是冠心病,大多数卒中和周围血管病的基础,在此基础上斑块破裂,血栓形成。闭塞血管管腔是不稳定型心绞痛(UA),急性心肌梗死(AMI)和猝死等急性冠状动脉综合征(ACS)的首要原因^[1],粥样硬化斑块破裂和血栓形成部位的机化能最终引起斑块的进展和狭窄加重^[2~3],因此,粥样斑块的稳定对于减少心血管事件发生,延缓粥样硬化进展,具有重要意义。目前,稳定斑块尚无理想药物和特效疗法,中医药治疗具有潜力,如何发挥其疗效优势,治疗思路值得探讨。

1 粥样斑块病理与中药现代药理

组织形态学研究证明^[4],破裂斑块具有易损性,易损性特征主要为:大脂核使斑块更易破裂,脂核暴露在循环中时致血栓原性增高;斑块炎症,纤维帽变薄,易使斑块破裂。能够促进炎性细胞招募和在粥样硬化斑块中激活的因素包括:氧化脂质、血管紧张素Ⅱ(ATⅡ)活性增加,动脉压升高。糖尿病远离动脉壁部位的感染创造了一个全身性的显著的炎症前状态(Pro-inflammatory State),还有血管壁潜在的感染微生物(即肺炎衣原体、巨细胞病毒)以及免疫系统的激活。新生血管增加,这种变薄的滋养血管(Vasa Vasora)倾向于易破裂,引起斑块内出血,最终导致斑块破裂。此外,虽无斑块破裂,但斑块糜烂和钙化结节糜烂作用,也可致血栓形成。可见,脂质、炎症、出血、糜烂是影响斑块稳定性和导致血栓形成的主要病理因素。高血压、糖尿病、感染、免疫、生物活性物质等因素促使了病变的发展。近年研究发现,耗竭粥样斑块内的脂质和炎症,可

以帮助减少斑块破裂和血栓形成的危险。血脂异常的改善,可防止或逆转动脉粥样硬化病变的进展^[5]。实验证明,许多中草药具有调脂,抗凝,溶栓,止血,消炎,抗菌,抑制病毒,免疫调理,扩张血管,降低血糖,降血压等现代药理作用,因而能有效针对上述病理环节治疗,尤其在辨证论治中,将中药传统药性与中药现代药理相结合,遣药组方,可充分发挥中医药稳定斑块的疗效优势,如中药血脂康能综合调脂,稳定斑块,临床试用于治疗冠心病已取得初步疗效。

2 粥样斑块病理与微观辨证

许多研究表明^[6],炎症与免疫在 AS 的发生、发展过程及其引起的并发症中起着重要作用。炎症反应的激活可能是导致斑块不稳定的主要因素。组织病理学研究证明,与完整斑块比较,破裂斑块或易损斑块炎性细胞数量增加,其主要分布在脂核周围,纤维帽薄弱部位以及新生血管外膜周围区域。现已证实,C-反应蛋白(CRP),细胞间黏附分子(ICAM)、血管细胞黏附分子(VCAM),L-、P-、E-选择素,CD₄₀L,细胞因子(IL-6和IL-8),基质金属蛋白酶(MMPs),核因子-κB等参与 AS 斑块内主要细胞成分如血管内皮细胞、血管平滑肌细胞、巨噬细胞、T 淋巴细胞等发生的炎症反应过程及调节作用。ACS 患者缺血性事件的发生常与上述所检出的全身性炎症成分变化,如浓度的增加及反应强烈程度等相一致。因此,可把上述与炎症相关的生化标志物作为 AS 的微观辨证客观指标和预测 ACS 的危险因子。血管内超声(IVUS)和血管造影检查对评估斑块及血管狭窄、重构等具有重要参考价值,也可纳入微观辨证指标体系。动态观察这些微观辨证指标,将有助于 AS 的临床分期与辨证论治,对于提高中医药治疗 AS,尤其是稳定斑块的临床疗效,具有积极意义。但上述各炎症标志物均非特异性,应注意排除其它引起炎症标志物增高的各种急、慢性炎症,免疫性疾病等。

3 临床分期与辨证论治

根据症状表现,炎症标志物变化及心电图,IVUS,血管造影等检查,综合判断斑块病理状态,按临床分期辨证论治,可分为 4 期:即斑块稳定期、斑块易损期、斑块破裂或糜烂期、好转恢复期。AS 的中医基本病机为

* 江西财经大学医院,南昌市庐山中大道(330013)

收稿日期:2004-10-13

本虚标实,因饮食不洁,过食甘肥,并有脏腑亏虚,使痰浊、瘀血内生,痰瘀互结,闭阻脉络;或由于情志郁结,气机不畅,或邪毒侵害,正气亏虚,以致痰浊凝结,瘀滞脉络。可按痰证,瘀证,痹证论治,并参照血浊,胸痹,厥心痛,络病,癭病,瘰癧,症积,癌瘤等病症辨证论治。针对各期病理特点,辨病与辨证相结合,宏观辨证与微观辨证相结合,微观辨证与中药现代药理相结合,中药传统药性与中药现代药理相结合,在斑块稳定期治疗侧重于消退斑块,软化血管;斑块易损期治疗侧重于稳定斑块,防止血栓形成;斑块破裂期或糜烂期治疗侧重于抗凝溶栓,疏通脉络;好转恢复期治疗侧重于调理脏腑功能,改善营养代谢。

综上所述,中医药治疗 AS 斑块具有良好的实践基础和应用前景,尤其是引入了中药现代药理、微观辨

证、临床分期辨证论治等治疗思路,可望提高稳定斑块的临床疗效。

参考文献

- Libby P, Current concepts of the pathogenesis of the acute coronary syndromes. *Circulation*, 2001, 104(3): 365~372.
- Goldstein JA, Demetriou D, Grines CL, et al. Multiple complex coronary plaque in patients with acute myocardial infarction. *N Engl J Med*, 2000, 343(13): 915~922.
- Burke AP, Kolodgie FD, Farb A, et al. Healed plaque ruptures and sudden coronary death: Evidence that subclinical rupture has a role in plaque progression. *Circulation*, 2001, 103(7): 934~940.
- 杨顺来, 刘兆昶. 冠状动脉血栓形成的病理生理学——斑块破裂和斑块糜烂的作用. *中国心血管杂志*, 2003, 8(5): 366~368.
- 陆宗良, 项志敏. 血脂异常的治疗. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 17~18.
- 孙秀玲, 张希颐. 急性冠状动脉综合征与炎症相关的生化标志物研究进展. *中国心血管杂志*, 2003, 8(5): 374~376.

益气解毒化痰法治疗萎缩性胃炎 100 例

王健康* 应武江* 李幼平*

我们以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,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。治疗组男 57 例,女 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±2.37)分;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 27 例,女 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±2.41)分;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。两组统计学差异无显著性($P>0.05$)。诊断标准:疾病诊断参照 2000 年 5 月中华医学会消化病学会,井冈山全国慢性胃炎研讨会共识意见标准,经内镜和病理诊断确诊。辨证分为 4 型:(1)肝郁犯胃型;(2)脾虚湿热型;(3)心脾双亏型;(4)胃阴亏损型。排除标准:(1)胃癌或异型增生;(2)合并有心脏、肝、肾等系统严重疾病;(3)治疗不合作,无法判定疗效。

2 治疗方法

用药方法:治疗组用自拟益气治萎汤为基本方(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 等)。肝郁犯胃型加五花芍药汤(川朴花、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。

对照组肝郁犯胃型用五花芍药汤加柴胡疏肝散加减;脾虚湿热型用半夏泻心汤加枳壳、青陈皮、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。均不合用益气治萎汤。以上方药,每日 1 剂,水煎分 2 次服,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,加用西医常规抗菌药物。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:按相关通用标准,确定如下:(1)症状疗效标准:显效:临床症状消失或基本消失,症状分值 $\geq 80\%$ [症状分值=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$];有效:临床症状有所改善或明显减轻,症状分值 $\geq 20\%$;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:黏膜萎缩改善两个级差以上,或改善两个级差同时改善肠化生一个级差,或黏膜萎缩改善一个级差同时改善肠化生两个级差或消失;有效:黏膜萎缩、肠化生各改善一个级差或单纯改善一个级差;无效:病理无改善,或加重。

3.2 两组症状疗效比较:治疗组 100 例,显效 46 例,有效 44 例,无效 10 例,总有效率为 90%;对照组 50 例,显效 15 例,有效 27 例,无效 8 例,总有效率为 84%。两组间临床症状疗效差异无显著性($P>0.05$)。

3.3 病理疗效:结果表明,两组对腺体萎缩治疗前后差异均有显著性,且两组间疗效差异亦具显著性($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组;对肠腺化生的疗效治疗组的治疗前后差异有显著性,对照组对肠腺化生虽有部分改善,但治疗前后差异无显著性($P>0.05$)。综合统计后疗效判定:治疗组病理疗效显效 26 例,占 26%,有效 45 例,占 45%,无效 29 例,占 29%;总有效率占 71%;对照组显效 3 例,占 6%,有效 20 例,占 40%,无效 27 例,占 54%,总有效率占 46%。两组病理疗效比较差异有显著性($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组。

4 讨论

辨证论治方法与益气治萎汤专方结合辨证加减方法二者对改善症状均有效,说明传统的辨证论治方法不能丢弃。但益气治萎汤对不表现气虚证型者不加重自觉症状,说明了 CAG 患者普遍存在脾胃气虚的潜在病理。此外,辨证论治方法虽能改善腺体萎缩,但疗效不及治疗组,且对肠腺化生疗效更弱,说明不用专病专方,而拘泥于辨证论治,则对根治本病不利。

* 浙江省奉化市中医院,奉化市大桥镇广平路 34 号(315500)

收稿日期:2005-01-07