

颈动脉粥样硬化超声分级与中医证候相关性研究

施林枫

湖州市中心医院, 浙江 湖州 313000

[摘要] 目的: 探讨颈动脉粥样硬化超声分级与中医证候的相关性。方法: 对急性脑梗死患者 264 例进行回顾性分析, 对患者采用彩色多普勒超声进行动脉粥样硬化分级, 并对患者进行中医证候分型, 明确患者的中医证候分布百分率、颈动脉粥样硬化程度。结果: 264 例颈动脉粥样硬化患者中, 中医证候所占比例高低依次为痰浊证、血瘀证、肝肾阴虚证, 44.70% 兼证 2 种。颈动脉粥样硬化程度主要以 Ⅰ级、Ⅱ级为主。血瘀证、痰浊证在颈动脉粥样硬化各分级中所占百分比最高, 即颈动脉粥样硬化分级程度越高。颈动脉硬化程度分级仅与痰浊证候 (X²) 的相关性有统计学意义。痰浊证与颈动脉粥样硬化高级硬化程度风险呈正相关。结论: 颈动脉粥样硬化患者的彩色多普勒超声检查结果与其中医证候之间存在一定相关性, 可在临床诊治中发挥预定指导作用, 以早期诊断, 避免心血管疾病的发生。

[关键词] 颈动脉粥样硬化; 辨证分型; 彩色多普勒; 相关性研究

[中图分类号] R543.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 03-0039-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.019

冠心病、脑卒中等心脑血管疾病的发生除与血管狭窄有重要联系外, 动脉粥样硬化斑块的形成也是一个不可忽视的重要原因, 且动脉粥样硬化不稳定斑块发生破裂后导致血栓的形成^[1]。彩色多普勒超声是颅外段颈动脉的检查中敏感性较高的一种方法, 可将颈动脉斑块的范围、性质以及内中膜情况清晰显示出来, 对颈动脉粥样硬化分级程度的测定准确性较高。笔者以本院收治颈动脉粥样硬化患者进行研究, 以此探析彩色多普勒超声的结果与患者中医证候之间的关系, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 研究对象 纳入本院心血管疾病中心 2010 年 1 月—2013 年 12 月收治的急性脑梗死患者 264 例, 进行回顾性分析, 男 154 例, 女 110 例; 年龄 47~70 岁, 平均(64.3±5.21)岁, <60 岁 98 例, ≥60 岁 166 例; 病程 1~6 年, 平均(3.11±0.20)年; 合并糖尿病 50 例, 合并高血压病 174 例, 合并缺血性脑血管病 118 例, 合并高脂血症 66 例, 合并冠心病 92 例; 吸烟史>3 年 78 例, 饮酒史>3 年 50 例。

1.2 病例选择 颈动脉粥样硬化的诊断参照文献^[2]中的标准: 内膜-中层厚度>1.0 mm 为内膜增厚, >1.3 mm 为斑块形成。符合上述诊断标准; 合并疾病(脑卒中、冠心病等); 签署知情同意书。排除严重肝肾功能损害病例与妊娠哺乳期女性。

1.3 中医证候分型标准 血瘀证: 头昏、眩晕、固定部位出现胸闷、胸痛与头痛如刺症状。痰浊证: 胸闷、口粘、眩

晕、下肢沉、肢体麻木、呕吐痰涎。肝肾阴虚证: 口干、耳鸣、眩晕、盗汗、五心烦热、失眠健忘、腰膝酸软、脉细数、舌红少苔。

2 方法

2.1 检查方法 彩色多普勒超声诊断仪型号为飞利浦 HD15000, 高频线阵探头 CL15-7 探头, 频率 7~15 MHz, 于患者颈总动脉分叉近端 1 cm 处后壁以及分叉水平上方、距离球部 1 cm 处测量内膜-中层厚度, 测 3 次取平均值。根据斑块大小、部位以及回声等影像学表现将斑块分为强回声伴声影钙化性硬斑块、低回声脂质软斑块以及回声强弱不均的溃疡性混合性斑块。计算血管管腔直径狭窄百分比, 为狭窄处剩余管腔直径和原管腔直径差值与原管腔直径的比值。

2.2 研究方法 根据中医证候分型标准为患者分型, 与彩色多普勒超声检查结果相结合, 以此明确颈动脉粥样硬化患者的中医证候要素分布特点, 并统计中医证候与颈动脉粥样硬化程度之间的相关性。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 中医证候分布百分率、颈动脉粥样硬化程度(0 级、Ⅰ级、Ⅱ级、Ⅲ级、Ⅳ级)分布情况。

3.2 统计学方法 采用 SPSS18.0 统计学软件分析数据, 自变量为颈动脉粥样硬化程度, 因变量为中医证候要素, 通过回归分析以明确二者与中医证候之间有无相关性。

[收稿日期] 2014-11-26

[作者简介] 施林枫 (1975-), 女, 主治医师, 研究方向: 超声医学。

4 判定标准与研究结果

4.1 判定标准 颈动脉粥样硬化程度分级标准^[3]: 0 级, 颈内动脉内 - 中膜厚度 ≤ 1 mm; Ⅰ级: 1 mm < 颈动脉内 - 中膜厚度 < 1.2 mm; Ⅱ级, 动脉腔内硬化斑块形成, 局部呈现增厚、隆起, 且向血管内方向突出心态, 但未发现动脉出现明显狭窄情况, 颈动脉内 - 中膜厚度 ≥ 1.2 mm; Ⅲ级, 血管狭窄, 且 20% < 血管管腔直径狭窄百分比 < 50%; Ⅳ级, 50% ≤ 血管管腔直径狭窄百分比 < 99%, 血流动力学显著变化。

4.2 中医证候分布情况 见表 1。264 例颈动脉粥样硬化患者中, 中医证候所占比例高低依次为痰浊证、血瘀证、肝肾阴虚证, 44.70% 兼证 2 种。

n	血瘀证	痰浊证	肝肾阴虚证	合并 2 种
264	156(59.09)	174(65.91)	78(29.54)	118(44.70)

4.3 颈动脉粥样硬化分级分布情况 见表 2。颈动脉粥样硬化程度主要以 Ⅱ级、Ⅲ级为主。

n	Ⅱ级	Ⅲ级	Ⅳ级	Ⅴ级
264	45(17.05)	77(29.17)	87(32.95)	55(20.83)

4.4 颈动脉粥样硬化分级与中医证候分布关系 见表 3。血瘀证、痰浊证在颈动脉粥样硬化各分级中所占百分比最高, 即颈动脉粥样硬化分级程度越高。

证候	Ⅱ级(n=45)	Ⅲ级(n=77)	Ⅳ级(n=87)	Ⅴ级(n=55)
血瘀证(n=174)	21(46.67)	50(64.94)	57(65.52)	46(83.64)
痰浊证(n=156)	18(40.00)	45(58.45)	49(56.32)	44(80.00)
肝肾阴虚证(n=78)	10(22.22)	19(24.68)	25(28.74)	24(43.64)

注: 部分颈动脉粥样硬化患者合并 2 种中医证候。

4.5 中医证候与颈动脉粥样硬化程度分级的相关性分析 见表 4。以血瘀证等 3 证候分别记为自变量 X1、X2 和 X3, 以颈动脉粥样硬化程度为因变量 Y, 因颈动脉粥样硬化程度的分级分布情况不符合正态分布, 故以斯皮尔曼等级相关系数和肯德尔等级相关系数为准。颈动脉硬化程度分级仅与痰浊证(X2)的相关性有统计学意义, 行逐步回归分析发现, 回归方程: $Y=0.063X1 + 1.674(F=4.451, P=0.041 < 0.05)$, 即痰浊证与颈动脉粥样高级硬化程度风险呈正相关。

5 讨论

颈动脉粥样硬化在中医学中归属于头晕、头痛、健忘范畴, 病因以痰凝血瘀、气血亏虚为主。有研究认为, 肥甘厚味为该病的外因, 而脾肾不足则为内因, 而痰浊、血瘀以及气虚等因素与斑块的形成为重要联系^[4]。此外, 对于颈动脉粥样硬化的不同中医证候, 临床治疗原则以化痰祛瘀、疏肝补肾、

表4 中医证候与颈动脉粥样硬化分级程度相关性分析

等级系数		血瘀证(X1)	痰浊证(X2)	肝肾阴虚证(X3)
斯皮尔曼等	相关系数	0.127	0.221	-0.017
级相关系数	P 值	0.176	0.031	0.876
肯德尔等级	相关系数	0.109	0.171	-0.015
相关系数	P 值	0.145	0.039	0.855

固本健脾为主^[5]。有研究以血瘀、痰浊证候的颈动脉粥样硬化患者为例进行研究, 结果表明, 痰浊为继发性致病因素, 主要为机体发生津液代谢障碍与脏腑气血功能异常所致。血瘀证以“凝血蕴里而不散”、“血泣不通”以及“血凝不行”为主要表现, 说明主要是患者的血液流变学受到影响。精藏于肾, 主生殖发育, 为先天之本, 下丘脑 - 垂体 - 性腺轴提前发生老化就会导致肝肾阴虚, 进而痰瘀互阻, 影响血液运行^[6]。

单一功能超声诊断技术在疾病的临床诊断与评价过程中均存在一定局限性, 低回声斑块或血管难以通过二维图像确定管腔内缘界限, 进而影响测量结果。彩色血流显像将残留管腔面积与内径清晰显示出来, 进而对血管斑块情况、硬化范围以及狭窄程度进行判断, 但也存在出现充盈不足或彩色外溢等情况, 对疾病评估结果造成影响。彩色多普勒超声集二维、多普勒以及彩色血流显像等多功能为一体, 可对病变血管进行多方位探测, 实现各技术的互补, 与彩色血流显像以及二维图像相比可更准确评价患者血管狭窄程度^[7], 进而实现综合评价颈动脉粥样硬化的目的。本研究采用彩色多普勒超声诊断仪进行检查以明确患者颈动脉粥样硬化的斑块形成情况以及狭窄程度, 有助于进一步阐明颈动脉粥样硬化不同证候患者病理过程与特点, 进而为该病的对症治疗提供有力依据。研究结果显示, 264 例患者中痰浊证患者所占比例最高, 达到 65.91%, 且该中医证候患者的动脉粥样硬化程度也最高, 对中医证候与患者颈动脉粥样硬化程度进行线性分析, 结果显示痰浊证与颈动脉粥样硬化程度呈正相关。本次研究的结果证实中医证候分型与患者颈动脉粥样硬化程度之间呈正相关, 可让患者情况更加明确, 做到尽早确诊, 也在该病的临床诊断与治疗中发挥一定参考作用。

[参考文献]

[1] 杨军, 邵蕾. 多层螺旋 CT 和彩色多普勒超声联合应用评价老年脑梗死患者颈动脉粥样硬化的价值[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2013, 15(12): 1324- 1325.
 [2] 沈小平, 劳金伟, 盛晓杰, 等. 彩色多普勒超声诊断老年急性脑梗死患者颈动脉粥样硬化的探讨[J]. 中华老年医学杂志, 2012, 31(6): 482- 484.
 [3] 马玉栋, 李宝民, 王君, 等. 超声在老年颈动脉粥样硬化狭窄诊断中的应用[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2011, 13(8): 686- 688.

- [4] 周华, 武彦, 戎靖枫, 等. 原发性高血压中医体质与颈动脉粥样硬化的相关性研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2010, 8(2): 127-129.
- [5] 冯凯. 中医对颈动脉粥样硬化的辨证分类[J]. 贵阳中医学院学报, 2013, 35(5): 68-69.
- [6] 汪铁铮, 王少杰. 原发性高血压病合并颈动脉粥样硬化中医证候学规律研究[J]. 北京中医药, 2011, 30(12): 894-897.
- [7] 魏峥, 富蓉. 冠心病血瘀证及痰浊证与其他证型颈动脉彩超的对比研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2008, 6(8): 899-900.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

多巴丝肼联合培元通脑胶囊治疗帕金森病临床观察

邹小冬, 胡智伟, 李微浪

浙江省立同德医院神经内科, 浙江 杭州 310012

[摘要] 目的: 观察多巴丝肼联合培元通脑胶囊治疗老年帕金森病的临床疗效。方法: 62 例老年帕金森病患者, 数字表格法分为常规组和联合组, 各 31 例, 均给予多巴丝肼片、泰舒达 (D2/D3 受体) 等常规治疗, 联合组同时给予培元通脑胶囊治疗, 观察治疗前后 2 组患者帕金森病评定量表 (UPDRS) 评分及生活质量量表 (PDQ-39) 评分的变化, 记录 Barthel 生活能力指数 (BI) 的改善情况。结果: 总有效率联合组 87.1%, 常规组 61.3%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 常规组 PDQ-39 量表评分明显优于联合组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 联合组 BI 指数评估明显高于常规组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 联合组中医证候有效率及震颤、僵硬、失眠、便秘等症状积分率均较常规组好, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 培元通脑胶囊联合多巴丝肼治疗帕金森病, 疗效显著, 可明显提高患者生活质量。

[关键词] 帕金森病; 多巴丝肼; 培元通脑胶囊

[中图分类号] R742.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 03-0041-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.020

帕金森病(PD)又名震颤麻痹, 是最常见的神经退行性疾病之一。据不完全统计, 全球每年约有 10 万人口患此疾病, 其致病因素虽还未得到准确报告, 但猜测与环境、个人体质及用药等因素相关联。中医学认为 PD 属颤证、痉证范畴, 以非运动症状为主要临床表现^[1], 对患者生存治疗及运动功能恢复不利。本次研究选取 62 例帕金森病患者为研究对象, 分别采用多巴丝肼片、泰舒达(D2/D3 受体)等常规疗法(常规组)与多巴丝肼联合培元通脑胶囊方案(联合组)进行治疗, 以探讨分析联合用药对老年帕金森病的疗效及应用价值, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2012 年 3 月—2014 年 7 月本院住院治疗的帕金森病患者为研究对象, 共 62 例, 均通过 CT、MRI、PET(正电子发射型计算机断层显像)和 SPECT(发射型计算机断层显像)等检查, 符合疾病相关诊断标准^[2-3], 确诊为 PD。采

用数字表格法分为常规组和联合组, 各 31 例。常规组男 17 例, 女 14 例; 中位年龄(65.7±2.5)岁; 中位病程(4.1±1.4)年; 帕金森病赫-雅分级(Hoehn-Yahr): Ⅰ级 19 例, Ⅱ级 8 例, Ⅲ级 4 例; 中医分型: 肾阳亏虚、瘀血内阻型 13 例, 肝肾阴虚、瘀血风动型 10 例, 气血两虚型 6 例, 痰热瘀血风动型 2 例。联合组男 16 例, 女 15 例; 中位年龄(66.1±2.7)岁; 中位病程(3.9±1.6)年; Hoehn-Yahr 分级: Ⅰ级 17 例, Ⅱ级 11 例, Ⅲ级 3 例; 中医分型: 肾阳亏虚、瘀血内阻型 14 例, 肝肾阴虚、瘀血风动型 11 例, 气血两虚型 5 例, 痰热瘀血风动型 1 例。2 组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 ①符合 PD 相关诊断标准及中医证候分型标准者; ②Hoehn-Yahr 分级为 Ⅰ~Ⅲ级者; ③年龄 60~81 岁者; ④自愿签署知情同意书者。

[收稿日期] 2014-10-11

[作者简介] 邹小冬 (1979-), 男, 主治医师, 研究方向: 神经内科。