

◆临床研究◆

化浊消斑汤联合西药治疗颈动脉斑块 52 例临床观察

王颖

丽水市中医院, 浙江 丽水 323000

[摘要] 目的: 观察化浊消斑汤联合西药治疗颈动脉斑块的疗效。方法: 将 110 例痰浊瘀阻型颈动脉粥样硬化患者随机分为对照组和治疗组, 对照组以普伐他汀钠片、阿司匹林肠溶片治疗, 治疗组在对照组治疗基础上加用化浊消斑汤, 2 组疗程均为 4 月。采用彩色多普勒超声测量颈动脉内中膜厚度 (IMT)、记录斑块数量, 采用 Crouse 斑块积分法评价斑块硬化程度; 检测高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)、甘油三酯 (TG)、总胆固醇 (TC)、高敏 C-反应蛋白 (hs-CRP)、纤维蛋白原 (FIB)、D-二聚体 (D-D) 水平。结果: 治疗后, 2 组颈动脉 IMT 变薄、斑块个数减少, Crouse 积分、TG、TC、LDL-C、hs-CRP 水平与中医证候评分均下降, HDL-C 水平均升高, 与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗组 IMT 值低于对照组 ($P < 0.05$), 斑块个数少于对照组 ($P < 0.05$), Crouse 积分、中医证候评分与 TG、hs-CRP、FIB、D-D 水平均低于对照组 ($P < 0.05$), HDL-C 水平高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 化浊消斑汤联合西药治疗有助于减少颈动脉斑块, 使斑块厚度变薄, 减轻临床症状, 并有调节脂代谢、抗炎和改善血液黏度的作用, 从而有利于减少心脑血管病不良事件的危险因素。

[关键词] 颈动脉粥样硬化 (CAS); 颈动脉斑块; 痰浊瘀阻证; 中西医结合疗法; 化浊消斑汤; 血脂

[中图分类号] R543.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 04-0049-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.04.012

Clinical Observation of Huazhuo Xiaoban Tang Combined with Western Medicine for Carotid Plaques: A Report of 52 Cases

WANG Ying

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of Huazhuo Xiaoban tang combined with western medicine for carotid plaques. **Methods:** Divided 110 cases of patients with carotid atherosclerosis with phlegm-turbidity stasis syndrome into the control group and the treatment group randomly. Both groups were given pravastatin sodium tablets and aspirin enteric-coated tablets for treatment, while the treatment group was additionally given Huazhuo Xiaoban tang. The treatment of both groups lasted for four months. Detected carotid intima-media thickness (IMT) by means of color doppler ultrasound, recorded the number of plaques, and evaluated degree of plaque hardening by using plaque integration method. Detected high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C), low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), triglycerides (TG), total cholesterol (TC), high-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP), fibrinogen (FIB), and levels of d-dimer (D-D) before and after treatment. **Results:** After treatment, IMT of carotid became thinner and the number of plaques was decreased in both groups. Scores of Crouse, levels of TG, TC, LDL-C, and hs-CRP, and scores of Chinese medicine syndromes were all decreased, while the levels of HDL-C were increased when comparing with those before treatment, differences being significant ($P < 0.01$). IMT in the treatment group was lower than that in the control group ($P < 0.05$) and the number of plaques in the treatment group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). Scores of Crouse, scores of Chinese medicine syndrome and levels of TG, TC, LDL-C as well as hs-CRP in the treatment group were all lower than those in the control group ($P < 0.05$), while the level of HDL-C was higher than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** The therapy of Huazhuo Xiaoban tang combined with western medicine can help reducing the number and thickness of carotid plaques, alleviate clinical symptoms, and regulating

[收稿日期] 2017-12-12

[作者简介] 王颖 (1985-), 女, 住院医师, 研究方向: 心血管疾病。

lipid metabolism, anti-inflammatory and improving blood viscosity, which will help reducing the risk factors for adverse cardiovascular and cerebrovascular diseases.

Keywords: Carotid atherosclerosis (CAS); Carotid plaque; Phlegm-turbidity stasis syndrome; Integrated Chinese and western medicine therapy; Huazhuo Xiaoban tang; Blood lipid

动脉粥样硬化(AS)是大多数心脑血管并发症的基础,颈动脉是AS最易侵犯的血管之一,颈动脉粥样硬化(CAS)是全身AS病变的典型特征。CAS除导致占位性管腔狭窄外,斑块内部成分异常还易导致斑块破裂和继发血栓^[1]。缺血性脑血管病不良事件的发生与CAS形成密切相关,因此防治缺血性脑血管病不良事件的关键在于防治CAS,对缺血性脑血管病临床治疗的重心前移至“治未病,防传变”^[2]。现代医学除采用他汀类药物外,缺乏有效的干预措施,并且此类药物长期使用存在毒副反应和停药反弹的缺点。中医学者将CAS归为脉痹范畴,多因痰浊、瘀血交织互结附于脉道所致,病位在血脉,根在脏腑,脏腑虚损为前提,痰浊、血瘀、毒邪为标实^[1,3]。本研究采用化浊消斑汤联合西药治疗痰浊瘀阻型CAS取得一定的临床疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组110例患者均来源于2015年5月—2017年1月于本院就诊的患者。采用SAS软件生成的随机表按1:1比例分为对照组和治疗组。因脱落、失访,治疗组完成52例,对照组完成50例。对照组男28例,女22例;年龄45~71岁,平均(57.48±9.56)岁;斑块平均(2.24±0.71)个;合并疾病:高血压病40例,冠心病31例,高脂血症50例,糖尿病26例。治疗组男33例,女19例;年龄48~74岁,平均(59.14±10.47)岁;斑块平均(2.35±0.74)个;合并疾病:高血压病42例,高脂血症51例,冠心病30例,糖尿病29例。2组性别、年龄、斑块个数、合并疾病等基线资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准^[4] 彩色多普勒超声检查示颈动脉内中膜厚度(IMT)≥1.0 mm为CAS; IMT≥1.5 mm为斑块形成;稳定斑块指扁平斑或硬斑,不稳定斑块指软斑或溃疡斑。

1.3 辨证标准^[5] 痰浊瘀阻证:眩晕,头痛,头重如裹,胸闷,走窜疼痛,心前区刺痛,呕恶痰涎,肢麻沉重,心悸,失眠,心烦不安,口淡,食少;舌胖,

舌质紫暗、暗红,舌边尖有瘀点或瘀斑,苔滑腻,脉弦滑或沉涩。

1.4 纳入标准 ①符合CAS诊断标准,且IMT≥1.5 mm; ②符合痰浊瘀阻证辨证标准; ③年龄40~75周岁,男女不限; ④同意配合治疗和随访,取得知情同意。

1.5 排除标准 ①颈动脉狭窄≥70%,需要进行手术治疗者; ②中风病程<3月者,或后遗症明显,难以配合治疗者,或语言障碍不能配合者; ③近6月有急性心肌梗死者,或受严重创伤,或重大手术后患者; ④各种继发型血脂异常者,如甲状腺功能减退、慢性肝胆疾病、药物等; ⑤哺乳、妊娠或正准备妊娠的妇女; ⑥合并其他系统严重疾病,不能控制者。

2 治疗方法

2.1 对照组 普伐他汀钠片(华北制药股份有限公司),每次20 mg,每天1次;阿司匹林肠溶片(上海上药信谊药厂有限公司),每次0.1 g,每天1次。

2.2 治疗组 西药使用同对照组,并加用化浊消斑汤,处方:丹参、生山楂各15 g,陈皮、川芎各12 g,制半夏、郁金、姜黄、红曲、石菖蒲各10 g,三七粉3 g(冲)。加减:血瘀明显,走窜疼痛,心前区刺痛,加桃仁、枳壳各10 g,红花6 g;痰湿阻滞加虎杖、瓜蒌、厚朴各15 g;脾虚痰多,呕恶痰涎,加党参、茯苓各20 g,白术、苍术各10 g。每天1剂,常规水煎分2次服。

2组疗程均为4月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①颈动脉斑块:采用彩色多普勒超声诊断仪检测颈动脉分叉处、近心端1 cm处和远心端1 cm处。方法:取以上3处的IMT均值作为IMT值。Crouse斑块积分^[6]:仪器同上,记录双侧颈总动脉分叉处以下4 cm、颈内外动脉2 cm范围内的斑块总数,并采用Crouse斑块积分法评价斑块硬化程度,治疗前后各评价1次。②血脂指标:甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C),治疗前后各检测1次。③

高敏C-反应蛋白(hs-CRP)、纤维蛋白原(FIB)、D-二聚体(D-D),治疗前后各检测1次。④中医证候评分:所有症状分为无、轻、中、重4级,分别记0、1、2、3分,治疗前后各记录1次。

3.2 统计学方法 采用Epi Data 3.1进行数据录入,以SPSS22.0软件进行统计分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 治疗结果

4.1 2组治疗前后IMT、斑块个数和Crouse积分比较 见表1。与治疗前比较,2组患者治疗后颈动脉IMT变薄、斑块个数减少、Crouse积分下降,差异均有统计学意义($P < 0.01$);与对照组治疗后比较,治疗组Crouse积分低于对照组($P < 0.05$),IMT值低于对照组($P < 0.05$),斑块个数少于对照组($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后IMT、斑块个数和Crouse积分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	时间	n	IMT(mm)	斑块个数(个)	Crouse积分(分)
对照组	治疗前	50	1.81±0.42	2.24±0.71	4.06±0.95
	治疗后	50	1.45±0.33 ^①	1.90±0.57 ^①	3.11±0.70 ^①
治疗组	治疗前	52	1.87±0.45	2.35±0.74	4.15±0.93
	治疗后	52	1.20±0.29 ^{①②}	1.61±0.47 ^{①②}	2.52±0.67 ^{①②}

与治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.2 2组治疗前后血脂指标比较 见表2。与治疗前比较,2组患者治疗后TG、TC、LDL-C水平均下降($P < 0.01$),HDL-C水平升高($P < 0.01$);与对照组治疗后比较,治疗组TG水平低于对照组($P < 0.05$),HDL-C水平高于对照组($P < 0.05$),TC、LDL-C水平组间比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表2 2组治疗前后血脂指标比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	时间	n	mmol/L			
			TC	TG	HDL-C	LDL-C
对照组	治疗前	50	6.17±0.73	2.41±0.48	0.90±0.22	4.96±0.88
	治疗后	50	4.81±0.58 ^①	1.92±0.39 ^①	1.17±0.31 ^①	3.43±0.47 ^①
治疗组	治疗前	52	6.21±0.80	2.44±0.42	0.89±0.25	4.88±0.76
	治疗后	52	4.68±0.55 ^①	1.64±0.27 ^{①②}	1.45±0.36 ^{①②}	3.25±0.41 ^①

与治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后血清hs-CRP、FIB、D-D水平比较 见表3。与治疗前比较,2组患者治疗后血清hs-CRP水平均降低($P < 0.01$),对照组FIB、D-D水平变化无统计学差异($P > 0.05$),治疗组FIB、D-D水

平均下降($P < 0.01$);与对照组治疗后比较,治疗组hs-CRP、FIB和D-D水平均低于对照组($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后血清hs-CRP、FIB、D-D水平比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	时间	n	hs-CRP(mg/L)	FIB(g/L)	D-D(mg/L)
对照组	治疗前	50	17.62±3.26	3.51±0.65	0.62±0.09
	治疗后	50	11.47±2.51 ^①	3.48±0.49	0.61±0.10
治疗组	治疗前	52	17.85±3.37	3.55±0.59	0.60±0.11
	治疗后	52	9.69±1.58 ^{①②}	3.16±0.42 ^{①②}	0.42±0.08 ^{①②}

与治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后痰浊瘀阻证评分比较 见表4。与治疗前比较,2组患者治疗后痰浊瘀阻证评分均下降($P < 0.01$);与对照组治疗后比较,治疗组痰浊瘀阻证评分低于对照组($P < 0.05$)。

表4 2组治疗前后痰浊瘀阻证评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	50	23.45±4.76	14.36±3.99 ^①
治疗组	52	24.62±4.83	8.15±2.03 ^{①②}

与治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

5 讨论

AS表现为进行性脂质沉积、炎性细胞浸润、动脉管壁受损以及纤维组织增生,是心脑血管系统疾病的主要病理基础,CAS是早期动脉硬化的标志,与冠状动脉粥样硬化密切相关,CAS可作为冠心病事件的独立预测因子,20%~30%的缺血性脑卒中是CAS所致。颈动脉狭窄程度 $\geq 70\%$,并伴有质地松软、不均质或出血性斑块的患者被认为是处于卒中高危状态,颈动脉狭窄亦是卒中复发的危险因素。因此,CAS斑块的面积和质地等常被用于筛选高危患者和评价治疗效果^[3,6-7]。年龄、糖尿病、冠心病与高血压性心脏病、脂质代谢紊乱、高同型半胱氨酸血症及FIB等所造成的炎症免疫反应,均可使斑块的稳定性下降而形成不稳定斑块^[8]。本研究所选的对照药物普伐他汀为羟甲戊二酰辅酶A还原酶抑制剂类调血脂药物,主要使血胆固醇和LDL-C水平降低,使血清FIB浓度和血液黏度恢复,还能抑制血管平滑肌细胞增殖,稳定AS斑块以及抑制血小板凝聚,但具有损害肝功能、溶解横纹肌等副作用^[9]。

中医学认为本病的发生与饮食不当、嗜好烟酒、

多逸少劳有关。病机有脾虚水液运化输布失常，膏脂不能施泄于外而化生痰浊；或肝失疏泄，气机郁滞，气滞血瘀，导致痰浊内阻；或心气虚，推血无力，血停为瘀，痰借血体，血借痰凝，滞而为瘀，胶结血脉，痰瘀结于脉壁成“脉痹”即粥样斑块^[1,3]。可见斑块乃痰浊、血瘀之实结于脉道，临床须以消痰活血以化斑块。本研究所用的化浊消斑汤中以丹参活血祛瘀、凉血安神，生山楂消食健胃、行气散瘀，制半夏燥湿化痰、消痞散结，郁金活血止痛、行气解郁，姜黄破血行气、通经止痛，红曲活血化瘀、健脾消食，三七活血祛瘀，石菖蒲开窍豁痰、化湿开胃，陈皮理气健脾、燥湿化痰，川芎活血行气。全方共奏化痰散结、行气活血、通络化瘀之功。

本研究结果显示，治疗后，治疗组 IMT 值低于对照组，斑块个数少于对照组，Crouse 积分、TG、hs-CRP、FIB、D-D 水平与中医证候评分均低于对照组，HDL-C 水平高于对照组。提示了化浊消斑汤联合西药治疗有助于减少颈动脉斑块，使斑块厚度变薄，减轻临床症状，并有调节脂代谢、抗炎和改善血液黏度的作用，从而有利于减少心脑血管不良事件的危险因素。

[参考文献]

- [1] 黄群莲, 向淑利, 胡运春, 等. 活血通脉片对颈动脉易损斑块的干预作用[J]. 中国实验方剂学杂志, 2017, 23(8): 184-189.
- [2] 梁芳, 马玉梅, 魏德芝, 等. 稳消方对颈动脉粥样硬化不稳定斑块影响的临床研究[J]. 中国医药导报, 2016, 13(1): 121-125.
- [3] 杨芳, 杨茜. 蒲参胶囊对颈动脉不稳定斑块的干预作用及机制探讨[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(21): 177-181.
- [4] PJ Touboul, MG Hennerici, S Meairs, et al. Mannheim carotid intima-media thickness and plaque consensus (2004-2006-2011). An update on behalf of the advisory board of the 3rd and 4th watching the risk symposia 13th, 15th and 20th European Stroke Conferences, Mannheim, Germany, 2004, Brussels, Belgium, 2006, and Hamburg, Germany, 2011[J]. Cerebrovascular Diseases, 2012, 34(4): 290-296.
- [5] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 19-25.
- [6] 陈文强, 黄小波, 王宁群, 等. 补肾活血化痰法干预颈动脉粥样硬化斑块的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(11): 3211-3214.
- [7] 王文靖, 耿萍, 廖辉雄. 化痰通脉法治疗老年颈动脉粥样硬化患者临床疗效研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 18(7): 180-182.
- [8] 黎红华, 陈洪汉, 周佩, 等. 颈动脉粥样硬化斑块的稳定性与缺血性脑血管疾病危险因素的相关研究[J]. 脑与神经疾病杂志, 2012, 20(3): 166-169.
- [9] 张安兴. 不同他汀类药物在颈动脉粥样硬化患者中的作用[J]. 心血管康复医学杂志, 2011, 20(4): 380-382.

(责任编辑: 吴凌)