

中西医结合治疗轻中度血管性痴呆30例临床研究

(无锡市中西医结合医院,江苏无锡 214041)
李超生 胡玲玲 孔亮 王引明

摘要 目的:观察中西医结合治疗轻中度血管性痴呆(VD)的临床疗效及对脂质代谢的影响。方法:选取 VD 患者 60 例,随机分为 2 组。对照组 30 例予尼莫地平治疗,治疗组 30 例在对照组基础上加用补肾活血化痰方药治疗,2 组疗程均为 12 周。观察 2 组用药前后 MMSE 评分、ADL 评分及血脂系列指标血清 ApoE、TC、TG、LDL-ch 和 HDL-ch 的变化。结果:2 组治疗后 MMSE 评分及 ADL 评分均较治疗前明显改善,且治疗组较对照组改善更为显著;治疗组能显著降低血脂 ApoE、TG、LDL-ch 水平及升高 HDL-ch 水平。结论:中西医结合治疗轻中度血管性痴呆,能改善患者的认知功能、日常生活能力,改善脂质代谢,值得临床推广应用。

关键词 血管性痴呆 补肾活血化痰 中药复方 中西医结合疗法 MMSE ADL 血脂
中图分类号 R749.13 **文献标识码** A **文章编号** 1672-397X(2014)05-0030-03

2010 年 8 月至 2013 年 2 月期间,笔者在常规西药尼莫地平治疗基础上,应用补肾活血化痰方药治疗轻中度血管性痴呆(VD)患者 30 例,旨在观察其临床疗效及对脂质代谢的影响,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 全部病例均为我院门诊及住院患者,共 60 例,随机分为 2 组。治疗组 30 例:男 18 例,女 12 例;年龄 59~78 岁,平均年龄(62.18±7.64)岁;病程 0.5~6 年,平均病程 3.48 年。对照组 30 例:男 20 例,女 10 例;年龄 60~79 岁,平均年龄(63.11±8.22)岁;病程 0.5~6 年,平均病程 3.55 年。2 组患者一般资料比较,均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 痴呆诊断采用 1994 年美国精神病学会(APA)

修订的《精神障碍诊断与统计手册》第 4 版(DSM-IV)^[1]中痴呆诊断标准。血管性痴呆诊断采用 1993 年美国国立神经系统疾病与卒中研究所和瑞士神经科学研究国际协会(NINDS/AIREN)制订的很可能(Probable)血管性痴呆诊断标准^[2]。中医证候诊断标准参照文献[3]中血管性痴呆辨证量表(SDSVD)制定,按照各证型计分,各证候满分 30 分,≥7 分为该证候成立。

1.3 纳入标准 (1)符合 DSM-IV 的痴呆诊断标准,且持续 3 个月以上;(2)符合 NINDS/AIREN 的血管性痴呆诊断标准;(3)符合血管性痴呆辨证量表中相关证候积分≥7 分;(4)根据 1993 年 Morris 修订临床痴呆分级表(CDR)标准,选择轻度(CDR=1.0)

和轻度(CDR=2.0)痴呆患者为观察对象;(5)简易精神状态检查量表(MMSE)-R 评分≤23 分;(6)缺血指数 HIS 评分≥7 分;(7)患者有小学以上文化程度,能独立阅读简单的报纸文章、写简单的小文章;(8)经头颅影像学检查证实为脑梗死的患者。

1.4 排除标准 (1)经 DSM-IV 标准和 NINDS/ADRDA 标准诊断为其他原因痴呆的病人,如老年性痴呆、混合性痴呆及其他神经变性疾病引起的痴呆;(2)血管性痴呆辨证量表相关证候积分<7 分;(3)HIS 评分<7 分的患者;(4)抑郁量表(CSDD)评分>8 分的患者;(5)患有焦虑症及其他精神病、精神障碍的病人;(6)由于头部损伤后,患有认知障碍的病人;(7)合并有严重的心血管疾病、肝肾功能异常、造血系统疾病、脑出血以及其他脏器功能不全等;(8)患有某些疾病能干扰认知功能评价,包括嗜酒的病人,吸毒或其他精神性药物滥用者;(9)有严重神经功能缺损的病人,如失语、失认、严重偏瘫、视听障碍等。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予尼莫地平片口服,每次 30mg,每日 3 次。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用补肾活血化痰方口服。方药组成:熟地黄 15g,肉苁蓉 15g,巴戟天 15g,石菖蒲 15g,制首乌 15g,远志 10g,茯苓 10g,丹参 10g,地龙 10g,山萸肉 10g,川芎 10g,山楂 10g,荷叶 6g,甘草 9g。每日 1 剂,水煎取 300mL,早晚分次温服。

2 组患者均以 4 周为 1 个疗程,3 个疗程后进行疗效观察。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)治疗前后分别测定简易智能量表(MMSE)评分及日常生活能力量表(ADL)评分。(2)治疗前后分别检测实验室指标血脂系列:血清载脂蛋白 E(ApoE)、总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-ch)及高密度脂蛋白胆固醇(HDL-ch)水平。

3.2 统计学方法 本研究数据采用 SPSS17.0 软件处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为有显著性差异。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组MMSE、ADL 评分比较 见表1。

表1 治疗组与对照组治疗前后 MMSE、ADL 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	MMSE		ADL	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	18.67±3.18	22.90±3.08** $\Delta\Delta$	46.80±7.47	38.07±7.05** Δ
对照组	18.20±2.82	20.73±3.15*	47.43±6.98	42.23±8.45*

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

3.3.2 2组血脂系列指标比较 见表2。

表2 治疗组与对照组治疗前后血脂系列指标比较($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
ApoE(g/L)	0.63±0.12	0.53±0.15** Δ	0.67±0.13	0.63±0.16
TC(mmol/L)	5.83±1.28	5.26±1.21	5.88±1.03	5.60±1.09
TG(mmol/L)	2.62±0.96	2.14±0.75* Δ	2.69±1.27	2.64±1.06
HDL-ch(mmol/L)	1.09±0.38	1.46±0.51** $\Delta\Delta$	1.21±0.52	1.09±0.47
LDL-ch(mmol/L)	3.44±0.93	2.89±0.78* Δ	3.52±0.92	3.48±1.06

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$, $\Delta\Delta P < 0.01$ 。

4 讨论

VD 是由一系列脑血管因素(缺血或出血及慢性缺氧性脑血管病)导致脑组织损害而引起的获得性智能损害综合征,为一种慢性进行性疾病。在亚洲及许多发展中国家,由于中风发病率较高,因而导致 VD 成为最常见的痴呆类型^[4]。近期国际研究提示中医药治疗痴呆具有良好的前景^[5]。

VD 属于中医学“呆病”、“文痴”、“健忘”、“郁证”等范畴。本病属本虚标实,其中以肾精气血亏虚为本,以痰瘀痹阻脑络邪实为标。肾主骨生髓而通于脑,《医方集解》云:“肾精不足则志气衰,不能上通于心,故迷惑善忘也”,明确阐明肾精亏虚为该病的根本所在。VD 患者常见于中风之后,血瘀与痰浊是中风病的基本致病因素,痰瘀互结,久滞不化,酿生浊毒,阻络伤络,败坏脑髓形体是导致灵机记忆性丧失的关键。因此治疗以补肾填精治其本,祛瘀化痰治其标,标本兼顾,使髓海充足,痰祛瘀消,脑窍得养,病情渐愈。

高脂血症是 VD 的危险因素之一,脂质物质在动脉壁的沉积,引发血管动脉粥样硬化改变,致使脑内血流量减少,进而导致认知功能障碍以及 VD 的发生。其中 LDL-ch 上升和 HDL-ch 降低与 VD 具有显著相关性^[6]。2 项回顾性研究表明,服用他汀类调脂药物者比未服者痴呆发生率可下降 60%~

70%^[7]。因此,调脂药物的抗痴呆作用正逐步被业界关注。中国古代文献虽无“高脂血症”之名称,但历代医家对本病的临床症状和体征均有详细的描述,多把高脂血症归属于“痰浊”、“血瘀”等病的范畴。认为过食肥甘厚味、嗜酒等原因致脾胃受损,脾失健运,水谷不化而凝结为痰,痰浊内阻,血行不畅形成血瘀,痰瘀互结而形成高脂血症,治疗上应用活血化痰法可取得较好疗效。然而,活血化痰中草药在改善脂质代谢的同时是否可改善 VD 的认知功能,值得探讨。

载脂蛋白 E(ApoE)是一种富含精氨酸的碱性蛋白,主要存在于极低密度脂蛋白(VLDL)、乳糜微粒(CM)、CM 残骸、B-VLDL 和 HDL-ch 中,可由肝脏、神经等多种组织合成,以肝脏合成为主,在中枢神经系统中则由星形细胞合成并分泌。ApoE 通过与低密度脂蛋白 LDL-BE 受体和肝 ApoE 受体结合,促进 CM、LDL、VLDL 的降解,且有转运和调节脂类代谢的作用,特别是与机体 TC 的代谢密切相关。ApoE 在介导和调节上述多种与动脉硬化有关的脂代谢中均起关键作用,参与了人的神经系统和老化过程,可作为 VD 预后判定的一个重要指标。

本研究采用补肾活血化痰法治疗 VD 患者,方中选用熟地黄、山萸肉、肉苁蓉、巴戟天、制首乌补肾填精,石菖蒲、远志、茯苓、荷叶化痰醒脾,丹参、地龙、川芎、红花、山楂活血化瘀,甘草调和诸药。综观全方,标本兼顾,虚、瘀、痰同治。本研究结果表明,在常规西药尼莫地平治疗基础上,应用补肾活血化痰方治疗 VD,可明显改善轻中度 VD 患者的认知能力及日常生活能力。同时,补肾活血化痰方还能有效降低血清 ApoE、TG、LDL 及提高 HDL 水平,显示出在改善脂质代谢方面的作用,可能具有抗动脉粥样硬化作用。因此,中西医结合可以作为 VD 患者的有效治疗方法,值得临床推广应用。

5 参考文献

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994: 143
- [2] Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, et al. Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies. Report of NINDS-AIREN International Work Group. Neurology, 1993, 43: 250
- [3] 田金州, 韩明向, 涂晋文, 等. 血管性痴呆诊断、辨证及疗效评定标准(研究用). 中国老年学杂志, 2002, 9(22): 329
- [4] 贾建平, 主编. 临床痴呆病学. 北京: 北京大学医学出版社, 2008: 211
- [5] Zhihong Lin, Jie Gu, Jin Xiu, et al. Traditional Chinese Medicine for Senile Dementia. Evidence -Based

降脂脉安冲剂治疗非酒精性脂肪性肝病 40 例临床研究

彭惠平 杨菊 吴坚芳 刘森 孙九光

(昆山市中医医院,江苏昆山 215300)

摘要 目的:观察降脂脉安冲剂治疗非酒精性脂肪性肝病的临床疗效并探讨其作用机制。方法:选取 80 例患者,随机分为 2 组,对照组 40 例予多烯磷脂酰胆碱胶囊口服,治疗组 40 例予降脂脉安冲剂口服。分别检测肝功能(ALT、AST)、血脂(TC、TG、HDL-ch)、稳态模型评估的胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)、血清脂联素(ADP)水平,并测量治疗前后肝/脾 CT 值。结果:治疗组总有效率 85.0%,明显高于对照组的 72.5%;2 组治疗后肝功能、血脂、HOMA-IR、ADP 水平及肝/脾 CT 值均得到改善,且治疗组优于对照组。结论:降脂脉安冲剂能有效改善非酒精性脂肪性肝病的肝功能,纠正血脂代谢紊乱,降低胰岛素抵抗指数,提高血清 ADP 水平,对非酒精性脂肪性肝病有良好的治疗效果。

关键词 非酒精性脂肪性肝病 降脂脉安冲剂 胰岛素抵抗指数 脂联素 肝功能 血脂

中图分类号 R575.505 文献标识码 A 文章编号 1672-397X(2014)05-0032-02

近年来,笔者应用本院自制中药制剂“降脂脉安冲剂”治疗非酒精性脂肪性肝病(NAFLD),疗效较好,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 全部病例均来源于我院消化及肝病门诊或住院患者,共 80 例,随机分为 2 组。治疗组 40 例:男 19 例,女 21 例;平均年龄(47.5±13.0)岁;平均病程(38.4±6.8)月。对照组 40 例:男 17 例,女 23 例;平均年龄(48.4±13.6)岁;平均病程(37.8±7.3)月。2 组一般资料比较,无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照中华医学会制定的《非酒精性脂肪性肝病诊疗指南(2010 年修订版)》^[1]制定。(1)无饮酒史或饮酒折合乙醇量男性每周<140g,女性每周<70g;(2)排除病毒性肝炎、药物性肝病、全胃肠外营养、肝豆状核变性等可导致脂肪肝的特定疾病;(3)肝脏影像学表现符合弥漫性脂肪肝的诊断标准且无其他原因可供解释;(4)有代谢综合征相关组分者出现不明原因的血清 ALT 和(或)AST、GGT 持续增高半年以上。以上 4 条必须同时满足(1)、(2)加(3)和(或)(4)方可诊断。

1.3 纳入标准 (1)年龄 18~70 岁,男女不限;(2)符合上述 NAFLD 诊断者;(3)调查合作,愿意按照方案要求治疗并及时复诊者。

1.4 排除标准 (1)已发展至失代偿期肝硬化患者;(2)正在

使用影响脂肪代谢药物的患者或近 2 周接受过针对 NAFLD 药物治疗的患者;(3)具有严重的原发性心血管病变、肝脏病变、肾脏病变、血液学病变、肺脏疾病,或影响其生存的严重疾病的患者;(4)妊娠或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 对照组 予多烯磷脂酰胆碱胶囊(易善复,安万特制药有限公司)口服,每次 600mg,每日 3 次。

2.2 治疗组 予降脂脉安冲剂(苏药制字 Z04000676,每包 15g,相当于生药黄芪 5g、紫丹参 5g、泽泻 4.67g、决明子 4.67g、生山楂 4.33g、麦芽 4.33g、荷叶 4.33g,昆山市中医医院药剂室制备)口服,每次 1 包,每日 3 次。

2 组患者治疗期间均不再服用其他降脂、降酶药物,按文献^[1]要求,在治疗前均接受健康教育,治疗期间合理的能量摄入以及饮食结构调整,中等量有氧运动,纠正不良生活方式和行为。

2 组疗程均为 3 个月,疗程结束后进行疗效观察。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)血液生化学指标观察:2 组病例治疗前及治疗后分别检测肝功能(ALT、AST)、血脂指标[甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-ch)]、稳态模型评估的胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)及血清脂联素(ADP)水平。ADP 检测采用酶联免疫吸附法(试剂盒购自美国 R&D 公司,按照试剂盒说明书进行操作)。HOMA-IR 计数

基金项目:2012 年度昆山市社会发展计划项目(KS1249)

Complementary and Alternative Medicine,2012,2012:1

[6] Luders S,Stove S,Schrader J.Prevention of vascular dementia: evidence and practice. Internist (Berl), 2012,53(2):223

[7] Jick H,Zornberg GL,Jick SS,et al. Statins and the risk of dementia.Lancet,2000,356:1627

第一作者:李超生(1983-),男,医学硕士,主治医师,研究方向为中西医结合防治脑血管病。

通讯作者:胡玲玲,75198828@qq.com

收稿日期:2013-11-20

编辑:王沁凯 岐 轩