

高胆固醇血症与 MBS 发生的关系,提示这些因素不是发生 MBS 的独立危险因素。

腔隙性脑梗死和脑白质疏松是脑小血管病变(cerebral small vessel disease, CSVD)的两个显著的影像学标志,通常认为是由微血管受损所致的病变,反映了脑内微血管损伤的情况<sup>[6]</sup>。CSVD 是指累及直径 400  $\mu\text{m}$  以下的脑微小动脉血管病,脑微小动脉位于脑血液循环的最末梢,血流动力学改变以及血管本身的病变会造成相应脑组织持续性和进展性损伤,这种损伤在临床表现并不明显,但长期的慢性缺氧就导致了脑小血管病,其临床表现包括无症状性脑梗死,各种腔隙综合征以及认知功能减退,影像表现包括腔隙性脑梗死、脑白质病变、MBS 等<sup>[9]</sup>,这些表现可单独存在也可同时存在。本研究发现腔隙性脑梗死和脑白质疏松是发生 MBS 的独立危险因素。MBS 是因为长期慢性高血压导致的微血管病引起的,因此, MBS 的数量可能反映了易出血的倾向和 SVD 的倾向<sup>[6]</sup>。腔隙性脑梗死、脑白质病变、MBS 三者之间存在何种相互作用关系,目前尚不清楚。

发生 MBS 的细胞内机制目前尚不清楚。内皮细胞的活性改变和之后发生的血脑屏障的破坏是发生小血管病的关键<sup>[10]</sup>。易感的老年患者基线水平的 MBS 数量和 SVD 的严重程度,反映了长期存在的高血压,可能也代表了突如其来的内皮功能障碍以及由此导致新发的 MBS。与卒中相关的血压的突然升高可能会加剧血液外漏的风险。

MBS 的临床意义目前还不是十分清楚。有研究认为发生 MBS 者可能与之后认知功能障碍、步态异常等相关,当然这还需要进一步研究证实。

CMB 作为一种有出血倾向的微小血管病变标志,是目前神经科研究热点之一,其确切的发病机制、危险因素及临床意义尚在探讨之中。本研究旨在通过 CMB 的观察评估该群体患者的疾病特点、

小血管病变情况及继发出血的危险,有助于指导溶栓、抗凝及抗血小板聚集等治疗。另外,本研究样本量相对偏少,其结果尚有待于大样本的前瞻性研究证实。

#### 参考文献

- [1] Offenbacher H, Fazekas F, Schmidt R, et al. MR of cerebral abnormalities concomitant with primary intracerebral hematomas [J]. AJNR Am J Neuroradiol, 1996, 17: 573-578.
- [2] Soo YO, Yang SR, Lam WW, et al. Risk vs benefit of anti-thrombotic therapy in ischaemic stroke patients with cerebral microbleeds [J]. J Neurol, 2008, 255: 1679-1686.
- [3] Greenberg SM, Vernooij MW, Cordonnier C, et al. Cerebral microbleeds: a guide to detection and interpretation [J]. Stroke, 2003, 34: 2453.
- [4] Koenecke HC. Cerebral microbleeds on MRI: prevalence, associations, and potential clinical implications [J]. Neurology, 2006, 66: 165-171.
- [5] Fazekas F, Kleinert R, Roob G, et al. Histopathologic analysis of foci of signal loss on gradient-echo T2\* -weighted MR images in patients with spontaneous intracerebral hemorrhage: evidence of microangiopathy-related microbleeds [J]. AJNR Am J Neuroradiol, 1999, 20: 637-642.
- [6] Tanaka A, Ueno Y, Nakayama Y, et al. Small chronic hemorrhages and ischemic lesions in association with spontaneous intracerebral hematomas [J]. Stroke, 1999, 30: 1637-1642.
- [7] Koenecke HC. Cerebral microbleeds on MRI: prevalence, associations, and potential clinical implications [J]. Neurology, 2006, 66: 165-171.
- [8] Lee SH, Park JM, Kwon SJ, et al. Left ventricular hypertrophy is associated with cerebral microbleeds in hypertensive patients [J]. Neurology, 2004, 63(1): 16-21.
- [9] Pantoni L. Cerebral small vessel disease: from pathogenesis and clinical characteristics to therapeutic challenges [J]. Lancet Neurol, 2010, 9: 689-701.
- [10] Hjort N, Butcher K, Davis SM, et al. Magnetic resonance imaging criteria for thrombolysis in acute cerebral infarct [J]. Stroke, 2005, 36: 388-397.

(收稿日期: 2014-11-20)

## 西黄丸治疗慢性肥厚性喉炎 68 例临床观察

张浩杰 徐王勇 张强伟

西黄丸原名犀黄丸,出自《外科证治全生集·

卷四》,是清代名医王洪绪的祖传秘方。犀黄丸由牛黄、麝香、乳香、没药 4 味中药粉碎研配以水泛丸

作者单位: 030012 太原,山西省人民医院耳鼻喉科

而成,清热解毒、和营消肿,用于痈疽疔毒、瘰疬、流注、癌肿等。现代药理已经证实西黄丸的组方药材含有丰富的抗癌成分,尤其是乳香和没药<sup>[1]</sup>。但复方的药理作用并不是单味药药理作用的简单加和,所体现的药理作用是四味药协同作用的结果。

慢性喉炎是一种常见的喉部疾病,是发生在喉黏膜的慢性非特异性炎症性疾病:可为急性喉炎反复发作、长期发音不当、过度用嗓、有害气体粉尘的刺激、平时烟酒过度邻近器官的慢性炎症等引起:在症状上主要以声音嘶哑及紧缩感、异物感、干燥发痒等为主。目前西医治疗多采用声休、发声训练、抗炎、局部物理治疗及对症处理等方法为主;中晚期肥厚增生重者以手术摘除为主。临床治疗多无良法且易反复,而中医药在治疗上有其自身优势,中医把本病属于“慢喉暗”“久暗”的范畴,认为多由肺脾肾虚损而致。因声音出于肺而根于肾;肺主气脾为气之源,肾为气之根;肾精充沛,肺脾气旺则声音清亮,反之,肺脾肾虚损,则有声暗之证。临床辨证以肺肾阴虚为多或肺脾气虚或气滞血瘀痰凝,常见虚实兼杂。治疗上以养阴为主兼以益气开音或兼行气活血祛痰清热等法,临床只要辨证准确,用药得当,患者多可获效<sup>[2]</sup>。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料:观察病例共 68 例,均为门诊患者。其中男性 32 例,女性 36 例;年龄 20~60 岁;教师、个体经商等职业用声患者 47 例,合并慢性鼻炎、经常用口呼吸者 10 例,经常接触粉尘者 6 例,无明显诱因者 5 例。

1.2 诊断标准:中医诊断标准:参照《中医耳鼻咽喉口腔科学》相关标准拟定:①声音嘶哑,病程在 2 个月以上,或时轻时重;②喉肌膜、声带呈慢性充血,肥厚;③声门闭合不全。

西医诊断标准:参照《临床诊疗指南,耳鼻咽喉头颈外科分册》。诊断要点:①病程长,久治不愈;②喉黏膜广泛肥厚,杓间区显著:双声带增厚圆钝,表面粗糙不平;室带肥厚,有时肥厚的室带会遮盖声带或发音时超越声带;杓会厌皱襞亦可增厚;③频因喉镜见声带振幅减弱,黏膜波减弱甚至消失,声门闭合差;④排除喉结核、喉厚皮病、早期喉肿瘤等其他疾病。

病例选择标准:本文慢性肥厚性喉炎,主要指喉部声、室带肥厚,不包括:慢性环杓关节炎,慢性环甲关节炎。中医辨证为气滞痰浊血瘀的声带肿

胀不消。不含声带息肉、声带小结。

1.3 治疗方法:对照组:布地奈德混悬液 2 mL:1 mg 加 0.9%氯化钠注射液 6 mL 高压泵雾化吸入,2 次/d,7 d 为 1 个疗程;治疗 2 个疗程。治疗组:在对照组治疗的基础上,口服西黄丸(天一堂),1 次 3 g,每日 2 次。14 d 为 1 个疗程。

1.4 疗效标准和治疗结果:疗效标准:声嘶,咽喉不适,喉部充血及黏膜肥厚程度由轻到重分别计为 1~9 分。记分方式:(声嘶程度计分+咽喉不适程度计分+充血程度计分+黏膜肥厚程度计分)÷4。

治愈:治疗后得分为 1~3 分,治疗前后得分之差≥3 分。有效:治疗后得分为 4~6 分,治疗前后得分之差≥2 分。无效:治疗后得分为 7~9 分,治疗前后得分之差≤1 分。

临床治愈:主要症状声嘶消失,喉部分泌物无增多、无干咳及不适感等次要症状,间接喉镜检查声带无肥厚充血,声门闭合良好。好转:主要症状声嘶明显好转,喉部分泌物增多、干咳及不适感等次要症状也有明显改善,间接喉镜检查声带无明显肥厚、声门闭合情况有甲显改善。无效:治疗 3 个疗程后症状及间接喉镜检查体征无改善。

### 2 结果

1 个月后评定疗效,治疗组治愈率和总有效率与对照组相比较,经统计学处理差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。(见表 1)。

表 1 治疗组与对照组疗效比较

组别	例数	治愈	有效	无效	治愈率(%)	总有效率(%)
治疗组	68	46	17	5	68	93
对照组	27	14	5	9	48	67

### 3 讨论

西黄丸是抗癌的经典名方,历史悠久。现代药理表明两黄丸通过多种作用机制产生抗肿瘤作用如抗新生血管生成、干扰肿瘤细胞周期、提高机体免疫力、抗炎、止痛等。在临床上单独或联合用药治疗多种肿瘤,且疗效显著<sup>[3,4]</sup>。西黄丸治疗痰热内蕴兼心血瘀阻证冠心病心绞痛安全有效<sup>[5]</sup>。

慢性肥厚性喉炎的病因多认为是急性喉炎反复发作迁延不愈的结果,与用声过度,发声不当有关。属中医学慢喉瘖之范畴,多因咽喉病后余邪未清,结聚于喉,或过度用声,耗气伤阴,咽喉脉络干涩受损而致气滞血瘀痰凝,痰瘀互结于喉部而致喉黏膜及声带肿胀不消所致。以气结、痰凝、血瘀互结于喉窍为基本病机。有研究认为本病虽常由内伤劳损或外感风邪致声带黏膜充血肿胀增厚肥厚

等但均为气血运行失调停滞于咽喉局部而成淤滞故以血瘀论治。炎症使机体正常组织的损伤,促进局部组织炎症和坏死,导致大量的组织因子及凝血物质的释放入血而造成机体高凝状态。有资料表明,西黄丸在 0.05~0.5 g/kg 剂量范围内,可降低高黏高凝大鼠血液黏度,减少血小板的数量,也可能降低其黏附率。通过此作用可达到活血化瘀的目的。另外,西黄丸可使肠系膜血管扩张,血细胞流速加快,毛细血管开放数增加,说明可改善肠系膜微循环<sup>[6]</sup>。

西黄丸以百草精华凝结而成之牛黄清心、退热、化痰通窍、散结肿为主要。辅以麝香芳香辛窜之性,通经络,散结滞,辟恶毒,除移浊。主辅阳伍,相得益彰,牛黄制麝香芳香辛窜助火之弊,麝香增牛黄化痰散结肿之功。佐以乳香、没药活血祛瘀,消肿定痛。辅料黄米饭为丸,既可调胃和中,又免诸药攻邪太过而伤脾胃。全方配

伍,清热解毒,活血祛瘀,消坚肿,散痰结,可谓上品。文中治疗组治愈率和总有效率均高于对照组,差异有统计学意义,认为而黄丸治疗慢性肥厚性喉炎有确切疗效。

#### 参考文献

- [1] 戴一. 西黄丸的药理作用及临床应用概况[J]. 药物评价研究, 2012, 35(6): 473-476.
- [2] 李锐键. 慢性喉炎中医药治疗近况[J]. 中医耳鼻喉科学杂志, 2012, 9(3): 27-34.
- [3] 陈锡强, 侯海荣, 王思锋, 等. 丙黄丸及其拆方药味对斑马鱼胚胎血管生成的影响[J]. 现代药物与临床, 2011, 26(1): 50-53.
- [4] Shen T, Lou HX. Bioactive constituents of myrrh and frankincense, two simultaneously prescribed gum resins in Chinese traditional medicine[J]. Chem Biodivers, 2008, 5(4): 540-553.
- [5] 李卓明. 西黄丸治疗冠心病心绞痛临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(7): 1143-1145.
- [6] 陈信义, 王娟, 张雅月, 等. 西黄丸药效学研究及治疗肿瘤特点分析[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(3): 409-411.

(收稿日期: 2015-02-11)

## 60 岁以上老年人代谢综合征的患病情况分析

韩献华 段建国 王松涛

代谢综合征(metabolic syndrome, MS)是一组以肥胖、高血压、血脂紊乱、糖尿病或糖耐量异常以及胰岛素抵抗为主要临床表现的一组症候群。及早识别与治疗干预,有利于减少心脑血管疾病的发生。中华医学会糖尿病分会依据中国人代谢综合征流行病学的调研结果,于 2004 年提出了中国代谢综合征工作定义<sup>[1]</sup>。为了解健康体检的老年人群中代谢综合征的患病情况,为检后健康宣教及治疗干预提供依据,我们对 2013 年 3 至 7 月在我院体检的 351 名 60 岁以上人员的体检资料进行分析,报告如下。

### 1 对象与方法

1.1 研究对象: 2013 年 3 月至 7 月在我院进行健康体检的 60 岁以上人员 351 名,其中,男性 262 名,女性 89 名,年龄 60~85 岁,平均(68±6)岁。

1.2 方法: 所有人员于空腹至少 10 h 后进行肝、肾功能、血脂、血糖、血常规、尿常规检查。常规进

行内科、外科、眼科、耳鼻喉科、口腔科检查。所有人员进行心电图、胸部 X 线、腹部彩色多普勒超声检查。

1.3 诊断标准: 高甘油三酯血症: 甘油三酯(TG)  $\geq 1.7$  mmol/L; 高胆固醇血症: 总胆固醇  $\geq 5.7$  mmol/L; 血糖异常: 空腹血糖  $\geq 6.1$  mmol/L。高血压: 收缩压  $\geq 140$  mmHg 及/或舒张压  $\geq 90$  mmHg。体质指数(BMI) = 身高(kg)/身高(m)<sup>2</sup>。超重:  $25 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} < 30 \text{ kg/m}^2$ ; 肥胖:  $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ 。代谢综合征: 依据中华医学会糖尿病分会(CDS)代谢综合征诊断标准建议(2004 年)符合以下 4 个组成成分中的 3 个或全部者: ①超重或肥胖:  $\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$ 。②高血糖: 空腹血糖  $\geq 6.1$  mmol/L 和(或)糖负荷后血糖  $\geq 7.8$  mmol/L 和(或)已确诊为糖尿病并治疗者。③高血压: 收缩压/舒张压  $\geq 140/90$  mmHg 和(或)已确诊为高血压并治疗者。④血脂紊乱: 空腹血 TG  $\geq 1.7$  mmol/L 和(或)空腹血高密度脂蛋白胆固醇, 男性  $< 0.9$  mmol/L, 女性  $< 1.0$  mmol/L。

1.4 统计学处理: 用 Excel 建立数据库, 进行描述

作者单位: 100027 北京, 武警北京市总队医院门诊部 (韩献华), 药剂科(段建国), 医务处(王松涛)