



200例风痰瘀阻型中风患者颈动脉斑块与卒中危险因素相关性研究

解雨彤¹ 李玉娟² (1 长春中医药大学 吉林长春 130117 2 长春中医药大学附属医院电诊科 吉林长春 130021)

摘要：目的 探讨中风（风痰瘀阻证）患者颈动脉斑块形成与卒中危险因素的相关性，从而为预防颈动脉斑块的形成提供临床数据，进而通过控制颈动脉斑块的形成来间接降低中风的发生率。**方法** 选择200例中风（风痰瘀阻证）患者，通过颈动脉超声检查，将患者分为颈动脉粥样硬化伴斑块形成组（斑块组）188例（94.00%），颈动脉粥样硬化无斑块形成组（无斑块组）12例（6.00%）。采用横断面研究方法对纳入患者的观察项目进行统计。最后应用多因素Logistic回归分析方法分析颈动脉斑块形成与卒中危险因素的相关性；用描述性定性数据分析不同组之间危险因素的差异；用频数分布对危险因素进行分层分布比较。**结果** （1）采用多因素Logistic回归分析得出：导致颈动脉斑块形成的独立危险因素为吸烟（OR=11.741，95%CI：1.255-109.851， $P < 0.05$ ），40-60岁患者中独立危险因素为吸烟（OR=32.019，95%CI：1.643-624.103， $P < 0.05$ ）及糖尿病（OR=47.280，95%CI：1.606-1391.869， $P < 0.05$ ）。（2）纳入的斑块组患者的危险因素组间频数比较得出：心脏病及糖尿病病史患者中<10年比例最高，高血压病病史患者10-20年比例最高，吸烟者>20年比例最高。血脂异常患者中比例最高的为高密度脂蛋白胆固醇异常升高患者。**结论** 颈动脉斑块形成的独立危险因素为吸烟，40-60岁患者中独立危险因素为吸烟及糖尿病。且高血压病病史在10-20年间的患者更易形成颈动脉斑块，吸烟者烟龄越大越易形成斑块；初发心脏病及糖尿病患者与斑块形成也密切相关。建议控制这些危险因素，且根据危险因素的分布特点出发来预防颈动脉斑块的形成，从而降低中风的发生率。

关键词：中风 颈动脉斑块 危险因素 相关性

中图分类号：R277.7 **文献标识码：**A **文章编号：**1009-5187（2018）11-005-04

基金项目：吉林省卫生计生委科研基金项目（2015ZFZC11）

Abstract : Objective To investigate the correlation between carotid plaque formation and stroke risk factors in patients with stroke (wind-deflected syndrome), so as to provide clinical data for the prevention of carotid plaque formation and control of carotid plaque formation. Indirectly reduce the incidence of stroke. **METHODS** A total of 200 patients with stroke were selected. The patients were divided into carotid artery atherosclerosis with plaque formation group (plaque group) (188 cases (94.00%)) by carotid artery ultrasonography. There were 12 cases (6.00%) of carotid atherosclerosis without plaque formation group (no plaque group). Cross-sectional study methods were used to count the observation items included in the patients. Finally, multivariate Logistic regression analysis was used to analyze the correlation between carotid plaque formation and stroke risk factors. Descriptive qualitative data were used to analyze the differences of risk factors among different groups. Risk factors were stratified and compared by frequency distribution. **Results** (1) Multivariate Logistic regression analysis showed that the independent risk factors for carotid plaque formation were smoking (OR=11.741, 95%CI:1.255-109.851, $P<0.05$), among 40-60 years old patients. The independent risk factors were smoking (OR=32.019, 95%CI: 1.643-624.103, $P<0.05$) and diabetes (OR=47.280, 95%CI: 1.606-1391.869, $P<0.05$). (2) Comparison of the frequency of risk factors among patients with plaque group: The patients with a history of heart disease and diabetes had the highest proportion in <10 years, the patients with hypertension had the highest proportion in 10-20 years, and the smokers>20 years. highest. The highest proportion of patients with dyslipidemia was abnormally elevated HDL cholesterol. **Conclusion** The independent risk factor for carotid plaque formation is smoking. The independent risk factors for smoking in patients aged 40-60 years are diabetes and diabetes. Patients with a history of hypertension have a tendency to form carotid plaques in 10-20 years. The larger the age of smokers, the easier it is to form plaques; the occurrence of primary heart disease and diabetes is closely related to plaque formation. It is recommended to control these risk factors and to prevent carotid plaque formation based on the distribution of risk factors, thereby reducing the incidence of stroke.

Key words : Stroke Carotid plaque Risk factors Correlation

中风是现今国际社会已经明确的可以预防以及可以控制的疾病。在一些发达性国家，中风的防控工作已经大量开展，并且获得了满意的效果。根据近年来流行病学调查可知，中风的危险因素包括两大类，即可干预性因素和不可干预性因素。其中可干预性包括动脉粥样硬化、房颤、高血压病、糖尿病、血脂异常、高尿酸血症、高同型半胱氨酸血症、吸烟、过量饮酒、肥胖或肥胖、体育运动锻炼减少等；而性别、年龄、种族、家族史等属不可干预性危险因素。有研究表明^[1]，在我国的心脑血管疾病患者中合并有颈动脉粥样硬化斑块形成高达63%；而通过检测颈动脉硬化程度可间接探知全身其他动脉粥样硬化的程度，并且，颈动脉粥样硬化甚至斑块形成已被证实为中风发生的重要因素之一^[2]。

目前国内针对中风颈动脉斑块患者的中医证候研究较少。从中医角度来说，颈动脉斑块的形成其本虚为肾精不足，标实为痰瘀互结阻滞于经脉。其病机之气血精液的紊乱是气变于病之始，血变于病之成，而气之变导致的气滞，血之变导致的血瘀均在一定程度上导致津液运行的不畅，从而集聚成

日久成痰，加之血瘀的形成，最终导致痰瘀互结于脉络，日久成形，形成斑块。而痰瘀的形成进一步影响了气机的运行，阻断了气机的升降出入，使气滞更加严重，形成了恶性循环。日久严重闭塞脉络，导致有形病灶，形成动脉硬化甚至斑块。有研究者依据中医证候中痰浊证及血瘀证与现代医学中的血流变学、机体微循环以及产生的自由基等病理方面的类似性，提出了痰瘀同源的理论，阐明了二者都是气血津液运行失衡的病理产物^[3]。

中风中医辨证分型主要分为风痰瘀阻、风痰火亢、气虚血瘀、痰热腑实及阴虚阳亢5型^[4]。戴旭辉等^[5]研究表明，风痰瘀阻型中风患者的IMT及Crouse积分均明显高于其他各型；稳定斑块组中最主要证型为风痰瘀阻证和风痰火亢证，分别占29.2%和26.2%，不稳定斑块组以风痰瘀阻证为，占34.8%，其中风痰瘀阻证及风痰火亢证患者斑块检出率也高于其他证型。周春艳等^[6]研究表明，中风的中医证型分布中颈动脉不稳定型斑块在风痰阻络证与痰湿阻滞证患者中所占比例最高，分别为68.3%和62.8%；其他均在50%以下。周冬梅等^[7]在研究不同证型中风与颈动脉斑块的关系中表明，风痰瘀阻型中风患者的颈动脉不稳定斑块占42%，比例最高。

作者简介：解雨彤（1991-），女，专业硕士研究生，脑病方向。



饶凯华等^[13]研究表明,中风颈动脉斑块组的主要证型有风、痰、血瘀及火热证;其中,不稳定型斑块发生率最高的为风证,其次为血瘀证及痰证,依次所占比例为83.3%、77.8%及69.7%;而在复合证候中以风证痰瘀证最多,占25.00%,其中不稳定斑块患者占85.71%。

所以本课题选择中风风痰瘀阻证患者为研究对象,来探讨中风(风痰瘀阻证)颈动脉斑块形成与卒中危险因素的相关性,为预防颈动脉斑块形成及缺血性中风提供临床数据支持。

1 资料与方法

1.1 病例来源

采用横断面研究方法,选择2015年05月—2017年05月期间长春中医药大学附属医院门诊及住院病人,筛选出缺血性中风病患者,同时将中风病患者进行证候评估,筛选出风痰瘀阻证患者为研究对象。

1.2 病例选择标准

1.2.1 诊断标准

1.2.1.1 西医诊断标准:参照中华医学会神经病学分会主编的《2016版中国脑血管病诊治指南与共识》^[8];

1.2.1.2 中医病及证候诊断标准:参照中华中医药学会发布的《中医内科常见病诊疗指南(中医病证部分)》^[9];证型判定参照《中药新药临床研究指导原则》^[10];

1.2.1.3 危险因素标准:参照中国国家卫生和计划生育委员会2014年制定的《卒中筛查与防治技术规范》^[11];①高血压病史($\geq 140/90\text{mmHg}$, $1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$)或正在服用降压药;②心房颤动和(或)心瓣膜病等心脏病;③吸烟;④血脂异常;⑤糖尿病;⑥很少进行体育活动;⑦明显超重或肥胖(体重指数 $\geq 26\text{kg/m}^2$);⑧有卒中家族史。

1.2.2 纳入标准:①符合西医脑梗死及中医中风病的诊断标准;②符合风痰瘀阻证中医证型;③年龄在40岁—80岁之间;④首次发病或既往发病但未遗留肢体活动不利者。

1.2.3 排除标准:①合并有精神障碍的患者;②合并有感染、上消化道出血、严重心、肝、肾功能不全、血液病或肿瘤的患者;③生命体征不稳定的患者;④一般资料、体格检查、既往病史、个人史、家族史、心电图检查及实验室检查等不完整者。

1.3 研究方法

选择2015年05月—2017年05月期间长春中医药大学附属医院门诊及住院患者,筛选出全部符合诊断标准的患者。经过纳排标准的筛选后,纳入200例中风(风痰瘀阻证)患者,通过颈动脉超声检查,测量颈动脉内中膜厚度(IMT),根据颈动脉IMT测量结果,将患者分为颈动脉粥样硬化伴斑块形成(斑块组)188例(94.00%)和颈动脉粥样硬化无斑块形成组(无斑块组)12例(6.00%)。

采用横断面研究方法,对纳入患者的一般资料、体格检查、既往病史、个人史、家族史、心电图检查及实验室检查的结果进行统计。探讨中风(风痰瘀阻证)患者颈动脉斑块形成与危险因素的相关性,从而确定颈动脉斑块形成的危险因素,比较与斑块性质相关的危险因素分布特点,并进行分层分析。

1.3.1 观察项目

1.3.1.1 一般记录项目:(1)患者姓名,门诊/住院号。(2)生命体征:体温、静息脉率、呼吸、静息时的血压(收缩压、舒张压)、身高、体重。(3)实验室检查:空腹血糖FBG、总胆固醇TCHO、甘油三酯TG、高密度脂蛋白胆固醇HDL-C、低密度脂蛋白胆固醇LDL-C。(4)心电图检查:标准多导心电图检查的心律、心电图轴、心率、P波、QRS波、T波、P-R间期、Q-T间期等信息。

1.3.1.2 危险因素记录:①不可干预因素:年龄、性别、种族、家族遗传性等;②可干预因素:动脉粥样硬化、高血压病、

糖尿病、血脂异常、房颤及瓣膜性心脏病、高同型半胱氨酸血症、吸烟、酗酒、肥胖等。

1.3.2 颈动脉多普勒超声检查:颈动脉超声采用德国西门子公司彩色多普勒超声仪,具备7.5—10MHz超宽频加变频线阵探头,由专门的颈动脉超声医师分别对双侧颈总动脉、分叉部、颈内动脉及颈外动脉检测,观察颈动脉管壁形态、内膜—中层厚度、斑块位置和形态、大小、数目。根据颈动脉内中膜厚度(IMT)的测定, $\text{IMT} \geq 1.0\text{mm}$ 为IMT增厚, $\text{IMT} \geq 1.5\text{mm}$ 为颈动脉斑块。

1.4 统计分析方法

全部数据采用SPSS17.0统计软件对数据进行统计学分析。临床一般资料,定量资料描述其均值、标准差,定性资料使用频数、百分率或构成比表达,相关性使用多因素Logistic回归分析,用OR及其95%估计相对危险度, $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料

2.1.1 年龄、性别分布情况分析:所有病例来源于2015年05月—2017年05月期间长春中医药大学附属医院门诊及住院中风患者,经过证候评估后,最终有200例合格病例纳入分析。其中男性119例,占59.50%,女性81例,占40.50%,平均年龄(65.07 ± 9.55)岁。其中男性年龄在42—80岁,平均年龄(64.36 ± 9.88)岁,女性年龄在43—80岁,平均年龄(66.67 ± 9.18)岁。具体分布情况见表1。

表1:中风(风痰瘀阻证)患者不同性别间各年龄分布情况分析

年龄段(岁)	男性人数	百分比(%)	女性人数	百分比(%)
40—50	11	5.50	3	1.50
51—60	33	16.50	19	9.50
61—70	38	19.00	29	14.50
71—80	37	18.50	30	15.00

2.1.2 分组情况:根据颈动脉超声结果,将200例纳入组患者分组如下:颈动脉粥样硬化伴斑块形成组(斑块组)188例(94.00%),颈动脉粥样硬化无斑块形成组(无斑块组)12例(6.00%)。具体见表2。

表2:患者分组情况

组别	合计(人)	频率(%)
斑块组	188	94.00
无斑块组	12	6.00

2.2 单一危险因素分布频率情况分析

将200例中风(风痰瘀阻证)患者进行单一危险因素频数及频率进行分析,结果详见表3。

表3:200例中风(风痰瘀阻证)患者单一危险因素频数及频率分布情况

危险因素	频数	频率(%)
高血压病	132	66.00
心脏病	63	31.50
糖尿病	50	25.00
空腹血糖升高	67	33.50
吸烟	75	37.50
血脂异常	87	43.50

如上表可知,所纳入的200例中风(风痰瘀阻证)患者中,高血压病所占比例最多,达66.00%,其次高血脂症,再次为吸烟,分别为43.50%、37.50%。

2.3 不同危险因素与颈动脉斑块形成的相关性

2.3.1 采用多因素Logistic回归分析方法分析所有患者颈动脉斑块形成与危险因素之间的相关性,结果如表4。



表 4: 颈动脉斑块形成与危险因素相关性

危险因素	B	S. E.	Wald	P 值	OR 值	95%CI
高血压病	1.001	0.645	2.410	0.121	2.722	0.769-9.634
心脏病	0.445	0.825	0.291	0.590	1.560	0.310-7.855
糖尿病	2.462	1.278	3.710	0.054	11.731	0.958-143.690
空腹血糖异常	-1.515	0.815	3.456	0.063	0.220	0.044-1.086
吸烟	2.463	1.141	4.661	0.031	11.741	1.255-109.851
血脂异常	-0.853	0.668	1.634	0.201	0.426	0.115-1.576

从表 4 可以看出, 多因素回归分析认为颈动脉斑块的独立危险因素为吸烟 (OR=11.741, 95%CI: 1.255-109.851, $P < 0.05$)。

2.3.2 采用多因素 Logistic 回归分析方法分析 40-60 岁患者颈动脉斑块形成与危险因素之间的相关性, 结果如表 5。

表 5: 40-60 岁患者颈动脉斑块形成与危险因素相关性

危险因素	B	S. E.	Wald	P 值	OR 值	95%CI
高血压病	0.735	0.867	0.719	0.396	2.086	0.381-11.414
心脏病	0.385	1.016	0.144	0.704	1.470	0.201-10.767
糖尿病	3.856	1.726	4.993	0.025	47.280	1.606-1391.869
空腹血糖异常	-2.670	1.476	3.273	0.070	0.069	0.004-1.249
吸烟	3.466	1.515	5.233	0.022	32.019	1.643-624.103
血脂异常	-1.450	0.851	2.903	0.088	0.235	0.044-1.244

从表 5 可以看出, 多因素回归分析认为年龄在 40-60 岁的患者颈动脉斑块的独立危险因素为吸烟 (OR=32.019, 95%CI: 1.643-624.103, $P < 0.05$) 及糖尿病 (OR=47.280, 95%CI: 1.606-1391.869, $P < 0.05$)。

2.4 每个危险因素间进行分层的组间频数比较分析

2.4.1 将斑块组患者按危险因素患病年限进行分组, 共分为三组, 如表 6;

表 6: 危险因素的分层频数和频率分布

年限	高血压病频数 (频率%)	心脏病频数 (频率%)	糖尿病频数 (频率%)	吸烟频数 (频率%)
< 10 年	50(39.37)	38(62.30)	25(51.02)	2(2.70)
10-20 年	58(45.67)	15(24.59)	17(34.69)	16(21.62)
> 20 年	19(14.96)	8(13.11)	7(14.29)	56(75.68)
合计	127	61	49	74

由表 6 可见, 斑块组心脏病及糖尿病病史患者中 < 10 年比例最高, 高血压病病史患者 10-20 年比例最高, 吸烟者 > 20 年比例最高。

2.4.2 将斑块组高血压病患者临床分级的不同进行分组, 共分为三组, 比较各组频数及频率分布差异, 结果如表 7;

表 7: 高血压病临床分级的分层频数和频率分布

分组	频数 (频率%)
1 级	1(0.79)
2 级	24(18.90)
3 级	102(80.31)
合计	127

由表 7 可见, 斑块组高血压病患者中临床分级越高所占斑块组中比例越大。

2.4.3 将斑块组血脂异常患者实验室指标的不同进行分组, 共分为四组, 比较各组频数及频率分布差异, 结果如表 8;

表 8: 血脂异常的分层频数和频率分布

分组	频数 (频率%)
甘油三酯 TG $\geq 2.26\text{mmol/L}$	37(45.68)
总胆固醇 TCHO $\geq 6.22\text{mmol/L}$	19(23.46)
高密度脂蛋白胆固醇 HDL-C $< 1.04\text{mmol/L}$	44(54.32)
低密度脂蛋白胆固醇 LDL-C $\geq 4.14\text{mmol/L}$	21(25.93)
合计	81

由表 8 可见, 不稳定型斑块组血脂异常者中高密度脂蛋白胆固醇异常者比例最高, 其次为甘油三酯异常。

3 讨论

颈动脉斑块是中风致病性危险因素。其机制可能为: ①颈动脉斑块直接阻塞血管, 甚至导致血管腔闭塞; ②颈动脉斑块不稳定, 经过血流冲击后导致破裂, 破裂的斑块成为栓子阻塞远端血管; ③斑块表面凹凸不平, 导致血小板和凝血因子在此聚集而被激活, 形成新的血栓; ④颈动脉斑块突出于血管内膜表面, 导致血管狭窄, 从而减慢狭窄远端血流的速度以及血流量, 使灌注压降低, 导致分水岭区供血减少, 造成边缘带梗死或低灌注性梗死^[12]。

通过比较这些危险因素与颈动脉斑块形成的关系, 得出颈动脉斑块形成的独立危险因素为吸烟, 40-60 岁患者颈动脉斑块形成的独立危险因素为吸烟及糖尿病。分析导致颈动脉斑块形成的原因, 具体阐述如下: 1、通过本研究得出: 吸烟是颈动脉斑块形成的独立危险因素。在本研究的 Logistic 回归分析得出吸烟对颈动脉斑块形成影响最大。而在分层分析中得出斑块组患者中吸烟者烟龄 > 20 年者比例最高。所以吸烟跟颈动脉斑块形成密切相关, 且烟龄越大者越可能导致斑块的形成。吸烟对颈动脉斑块形成的影响机制可能如下: ①促进低密度脂蛋白氧化修饰及降低高密度脂蛋白水平, 通过组织缺氧及氧化应激等过程损伤内皮功能; ②使血小板的黏附及聚集增加, 加速颈动脉斑块的形成; ③提高白细胞表面黏附分子的表达, 改变了血流特性, 使血管堵塞; ④烟草中的尼古丁对交感神经有刺激性作用, 又可增加儿茶酚胺以及加压素的分泌, 促进平滑肌细胞的增多, 导致颈动脉斑块的形成; ⑤烟草中的一氧化碳容易与血红蛋白结合, 形成碳氧血红蛋白, 导致细胞缺少血红蛋白运输氧气而缺氧, 使细胞坏死^[13]。2、通过本研究得出: 对于 40-60 岁患者来说, 糖尿病是颈动脉斑块形成的独立危险因素。在分层分析中得出不稳定型患者中糖尿病病史 < 10 年比例最高, 考虑可能与血糖控制不良有关。所以糖尿病跟颈动脉斑块形成密切相关, 控制好血糖是预防颈动脉斑块形成的重要举措。研究表明, 血糖升高及血糖代谢异常会损伤微血管壁及内膜, 从而导致动脉粥样硬化斑块的形成^[14]。对于其他危险因素阐述如下: 本研究得知, 在缺血性中风单一影响因素比较后得出所纳入的 200 例中风 (风痰瘀阻证) 患者中, 高血压病所占比例最多, 达 70.52%。用分层分析后得出颈动脉斑块组中高血压病患者病史在 10-20 年间的比例最高。斑块组高血压病患者中临床分级越高所占斑块组中比例越大。所以高血压病不仅与颈动脉斑块形成有着密切的联系, 也可能是决定斑块性质的重要因素。有研究表明, 高血压病导致颈动脉斑块的机制可能为:

(下转第 9 页)



0.05), 详见表1。

表1: 2组患者治疗临床效果比较

组别	n	临床治疗效果			总有效率 (%)
		显效	有效	无效	
对照组	40	12	19	9	77.5
治疗组	40	18	20	2	95.0 [#]

[#] P < 0.05, 与对照组比较

2.2 2组患者肢体肿胀消失时间、疼痛消失时间比较结果

通过对患者肢体肿胀及疼痛进行记录, 治疗组患者的肢体肿胀消失时间、疼痛消失时间均短于对照组患者, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 详见表2。

表2: 2组患者肢体肿胀消失时间、疼痛消失时间对比 ($\bar{x} \pm s$, 天)

组别	n	肢体肿胀消失时间	肢体疼痛消失时间
对照组	40	6.3 ± 2.3	5.7 ± 1.7
治疗组	40	3.8 ± 1.3 [#]	2.3 ± 0.3 [#]

[#] P < 0.05, 与对照组比较

2.3 2组患者肢体肿胀评分、肢体疼痛评分比较结果

表3: 2组患者治疗前后肢体肿胀评分、肢体疼痛评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	肢体肿胀评分		肢体疼痛评分 (NRS 评分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	4.82 ± 1.14	1.78 ± 0.52 [*]	6.65 ± 1.69	3.56 ± 1.72 [*]
治疗组	40	4.78 ± 1.19	1.25 ± 0.31 ^{##}	6.73 ± 1.65	1.47 ± 0.69 ^{##}

^{*} P < 0.05, 与同组治疗前比较; [#] P < 0.05, 与对照组治疗后比较

2组患者在用药前和用药5d后进行肢体肿胀评分和肢体

疼痛评分, 治疗5d后, 2组患者的肢体肿胀评分及肢体疼痛评分均显著降低, 且治疗组肢体肿胀评分和肢体疼痛评分均显著低于对照组患者, 差异均有统计学意义 (P < 0.05), 详见表3。

3 讨论

骨折后患处肿胀、疼痛的发生同经脉之血离经溢出、瘀滞组织相关^[3], 气滞血瘀为其主要病机, 经脉不畅、瘀血阻滞、气行不过等不通之症均可引起痛症, 需以行气止痛、活血化瘀、消肿散结为治则。本院制剂室生产的新伤丸中药组方为: 当归、土鳖虫、红花、三七、川芎、茜草等药味, 其中当归为君药, 起行气补血、活血止痛的作用; 土鳖虫为臣药, 具有破血逐瘀、续筋接骨的功用^[4]; 两药合用, 共奏活血化瘀、强筋健骨之功; 辅以散瘀止血、消肿定痛的三七、红花、川芎等药物, 该制剂可有效缓解骨折术后肢体肿胀疼痛。本临床研究证实了新伤丸可有效治疗胫腓骨远端骨折术后肢体肿胀及疼痛, 并能缩短肢体肿胀消失时间和肢体疼痛时间, 且患者术后肢体肿胀评分及肢体疼痛评分均显著降低, 对患者术后骨折愈合及功能恢复有利。

参考文献

- [1] 郝博川, 谢克波, 鲍树仁, 等. 手法复位经皮微创锁定钢板固定治疗胫腓骨远端骨折60例[J]. 中国骨伤, 2014, 27(06): 491-495
- [2] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 339-34
- [3] 殷强. 活血止痛汤治疗骨折术后肢体肿胀疼痛[J]. 安徽医药, 2013, 17(8): 1368-1369
- [4] 王毅, 舒建国, 秦革会, 等. 中药自拟方分期论治不稳定桡骨远端骨折内固定术后疗效分析[J]. 新中医, 2014, 46(11): 124-126

(上接第7页)

导致血管内皮细胞损伤, 破坏其正常的功能, 另血管平滑肌细胞增殖, 破坏机体凝血与纤溶系统的动态平衡, 且能活化血小板增加血小板的黏附等, 从而促进动脉粥样硬化及形成血栓^[14]。本研究在分层分析中得出不稳定型患者中低密度脂蛋白胆固醇异常升高患者比例最高, 考虑可能与高密度脂蛋白作用有关。所以血脂异常尤其是高密度脂蛋白跟颈动脉斑块形成密切相关, 控制好血脂水平在预防颈动脉斑块形成过程中起到重要作用。

4 结果

中风的发病是多因素、多系统共同作用的结果, 因此, 有必要对其危险因素及各种危险因素之间的内在联系进行探讨, 以得到更加有利于降低发病率。本研究通过采用回顾性、横断面调查方法, 采集中风(风痰瘀阻证)患者200例进行颈动脉斑块形成与卒中危险因素相关性的分析得出: 1、颈动脉斑块形成的独立危险因素为吸烟, 40-60岁患者颈动脉斑块形成的独立危险因素为吸烟及糖尿病。2、纳入的斑块组患者的危险因素组间频数比较得出: 心脏病及糖尿病组患者病史 < 10年比例最高, 高血压病组患者中病史10-20年比例最高, 吸烟组患者中烟龄 > 20年比例最高。斑块组高血压病患者中临床分级越高所占斑块组中比例越大。血脂异常者中高密度脂蛋白胆固醇异常者比例最高。所以, 我们可通过干扰这些危险因素来预防颈动脉斑块形成, 从而可降低缺血性中风的发病率。

5 问题与展望

本研究为回顾性横断面研究, 仅纳入了2015年5月-2017年5月的200例患者, 且病例来源局限于在长春中医药大学附属医院就诊的患者, 有条件的话可以增加研究时间以及扩大研究范围, 使结果更具有说服力。本研究纳入的危险因素仅限于缺血性卒中的危险因素, 在以后的研究中可扩大

危险因素范围, 以及进行大样本的研究。

参考文献

- [1] 陈瑞英, 高素玲, 郑清存. 颈动脉粥样硬化斑块与急性脑梗死患者血脂、血压的相关性研究[J]. 中国老年学杂志, 2011; 31(12):2220-1.
- [2] 于峰, 姚晚霞, 韩伏莅. 颈动脉、股动脉粥样硬化及其相关因素与脑梗死的关系[J]. 蚌埠医学院学报, 2012; 37(1):43-5.
- [3] 王志强, 张学平, 张怀印. 颈动脉粥样硬化斑块的中医治疗进展[J]. 临床合理用药杂志, 2009, 2(12):91-92.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则_试行_[J]. 中国医药科技出版社, 2002, 4:99.
- [5] 戴旭辉, 余晓梅, 梅芳, 等. 脑梗死患者颈动脉粥样斑块与中医证型的相关性分析[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(25):2781-2782.
- [6] 周春艳, 姜菊, 杨亚峰, 等. 缺血性中风易患人群中中医证型与颈动脉斑块回声的相关性研究[J]. 河北中医学报, 2017, 32(2):33-34.
- [7] 周冬梅, 刘红权. 中医不同证型急性脑梗死与颈动脉粥样斑块相关性研究[J]. 中国中医急症, 2011, 20(2):221-221.
- [8] 中华医学会神经病学分会主编. 2016版中国脑血管病诊治指南与共识[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016:1-5.
- [9] 中华中医药学会, 中医内科常见病诊疗指南(中医病证部分)[J]. 中国医药科技出版社, 2008, 7:65.
- [10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则_试行_[J]. 中国医药科技出版社, 2002, 4:99.
- [11] 中国国家卫生和计划生育委员会, 2014卒中筛查与防治规范[J]. 中华神经科杂志, 2014, 47(3):199-203.
- [12] 吕雁, 程璐, 王丛笑. 急性缺血性中风血瘀证与颈动脉粥样斑块、超敏C反应蛋白关系的研究[J]. 中医研究, 2017, 30(06):18-21.
- [13] 李桂源. 病理生理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 8.
- [14] 刘国荣, 高素玲, 张江等. 老年高血压缺血性脑卒中合并2型糖尿病患者颈动脉粥样硬化程度的分析[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2013, 15(06):607-610.