

广东省中医药学会
广东省中医药学会内科专业委员会

组织编纂



岭南 内科

LINGNAN NEIKE JINZHAN

进展 2018

主编◎冼绍祥 杨忠奇



广东高等教育出版社
Guangdong Higher Education Press

广东省中医药学会 组织编纂
广东省中医药学会内科专业委员会

岭南 内科

LINGNAN NEIKE JINZHAN

进展 2018

主编◎洗绍祥 杨忠奇



广东高等教育出版社
Guangdong Higher Education Press

• 广州 •



图书在版编目 (CIP) 数据

岭南内科进展 (2018) / 冼绍祥, 杨忠奇主编. —广州: 广东高等教育出版社, 2018. 9

ISBN 978 - 7 - 5361 - 6264 - 8

I. ①岭… II. ①冼… ②杨… III. ①内科学 - 研究进展 - 广东 - 2018 IV. ① R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 199551 号

LINGNAN NEIKE JINZHAN 2018

出版发行	广东高等教育出版社
	地址: 广州市天河区林和西横路
	邮政编码: 510500 电话: (020) 87554152
	http://www.gdgjs.com.cn
印 刷	广东信源彩色印务有限公司
开 本	787 毫米 × 1 092 毫米 1/16
印 张	17.75
字 数	421 千
版 次	2018 年 9 月第 1 版
印 次	2018 年 9 月第 1 次印刷
定 价	97.00 元

编委会

主 编：洗绍祥 杨忠奇
副 主 编：黎治荣 肖波
秘 书：陈洁 段骄

编委会成员（以姓氏笔画排名）：

于扬文 王超 戈焰 叶玺 叶桃春 叶穗林
邝秀英 汤水福 阮岩 李俊雄 杨忠奇 吴辉
吴智兵 肖波 陈洁 陈兴华 陈瑞芳 张伦
张恩欣 林丽珠 罗怡乐 金燕 洗绍祥 段骄
贺雅琪 袁天慧 梁东辉 梁佩玲 曾征伦 黎治荣
魏爱生

前 言

“岭南内科大会”秉承“传承医家经验，凝练岭南特色”之理念，已经成功举办五届，学术影响与日俱增。大会以岭南医学为核心，邀请全国中医名家，总结临床经验，交流实践体会，致力提高疗效，受到同行赞许。

为整理、总结及升华岭南内科大会学术成果，广东省中医药学会内科专业委员会每年在会议举办同期出版图书《岭南内科进展》。在“第六届岭南内科大会”筹备期间，本书编委会收到来自各地的学术论文53篇，荟萃同行宝贵临床经验、独到观点见解和研究新成果，在此基础上编撰出版《岭南内科进展（2018）》。

《岭南内科进展（2018）》能够顺利出版，感谢广东省中医药学会内科专业委员会全体委员辛勤劳动，感谢广大同仁出谋划策和积极投稿；同时感谢广东高等教育出版社的鼎力支持。

由于我们水平有限，书中存在不足和需要完善的地方，望各位读者不吝批评指正。

《岭南内科进展（2018）》编委会
2018年8月



第一篇 心血管病篇

冠心病患者血瘀证积分联合超敏 C 反应蛋白对动脉粥样硬化斑块性质的初步评价	··· (1)
冼绍祥教授治疗心系病证的临床医案赏析	····· (8)
养心康调节自噬对心力衰竭小鼠心肌纤维化的影响	····· (11)
基于数据挖掘的冼绍祥教授治疗慢性稳定性冠心病用药规律研究	····· (18)
颈动脉粥样硬化患者不同中医证型的动脉超声特点分析	····· (26)
基于中医传承辅助系统探讨冼绍祥教授治疗不寐用药规律	····· (31)
以软坚散结法论治冠心病介入治疗后再狭窄	····· (40)
论心脑血管病的“心身同治”及其临床应用	····· (44)
女性冠心病的特殊性及中西医结合诊治思路探讨	····· (46)
冼绍祥教授论治心悸的经验介绍	····· (50)
五脏相关理论论治眩晕治疗经验	····· (56)
中医药治疗体位性低血压合并焦虑抑郁状态	····· (61)

第二篇 呼吸病篇

六经辨证治疗咳嗽经验	····· (65)
李俊雄教授治疗支气管哮喘特色经验介绍	····· (69)

第三篇 消化病篇

脾胃湿热理论及其临床应用	····· (74)
萎胃汤调控慢性萎缩性胃炎胃窦黏膜组织 Lgr 5 蛋白、E-cad 蛋白表达的研究	····· (80)
健胃消胀片联合三联方案治疗幽门螺杆菌相关性胃炎的临床观察	····· (86)
萎胃汤对脾虚气滞血瘀证慢性萎缩性胃炎患者胃黏膜病变 及 Musashi-1 mRNA 表达的影响	····· (90)

第四篇 内分泌病篇

复方丹参滴丸对早期糖尿病下肢动脉硬化病变的影响	····· (98)
-------------------------	------------



艾灸膈俞穴治疗早期糖尿病肢体动脉闭塞症的临床研究	(105)
2 型糖尿病患者中医证型与生化指标的相关性分析	(112)
柴胡疏肝散对代谢综合征大鼠血脂、胰岛素、葡萄糖转运蛋白 4 的影响	(116)
益气养阴消癥通络中药联合西药对早期糖尿病肾病尿微量白蛋白的影响	(121)

第五篇 肾病篇

糖尿病肾病伴生物节律紊乱的中医证候特征分析	(125)
何氏养肾方对Ⅲ、Ⅳ期糖尿病肾病患者尿蛋白的影响	(129)
洪钦国教授辨治特发性膜性肾病的临床经验介绍	(133)
何氏调补脾肾、化痰通络法干预 CKD 的思想研究	(139)
洪钦国教授治疗慢性肾衰竭经验采撷	(143)
温阳利水方水提物缓解脾肾阳虚 IMN 患者血清致小鼠足细胞损伤的机制研究	(146)
真武汤联合免疫抑制剂治疗脾肾阳虚型狼疮性肾炎的疗效观察	(156)

第六篇 脑病篇

缺血性脑卒中后睡眠障碍患者的睡眠结构及中医证候特点研究	(161)
基于“既病防复”浅析中风病复中的防治	(171)
综合医院门诊抑郁状态患者的中医体质类型分布特点	(175)
大黄素对神经病理性疼痛大鼠脊髓背角 IL-1 β 、IL-10 干预作用	(182)
刘氏菖郁汤治疗中风中经络风痰阻络证疗效观察	(191)
帕金森病的中医论治思路	(196)

第七篇 治未病篇

原发性高尿酸血症患者中医体质分布及其相关指标研究	(200)
陈瑞芳教授岭南养生膏方处方思路	(204)
岭南地区常住人口 25 羟维生素 D3 水平及其相关因素分析	(206)
健脾与美容的关系	(210)
中医经络检测在“治未病”中的运用	(213)
中医健康管理配合鼻窦灌注液超声雾化治疗阳虚体质慢性咽炎患者临床研究	(217)
中医体质是生理学概念还是病理学概念	(221)



第八篇 肿瘤病篇

岭南中医肿瘤学术流派学术内涵诠释	(225)
中西医结合诊治原发性肺淋巴上皮瘤样癌验案 1 则	(231)
中医药对原发性肝癌 TACE 增效减毒的研究	(236)

第九篇 名医传承篇

中药芪红散对慢性心力衰竭气虚血瘀证患者的影响	(239)
沈宝藩教授临证痰瘀同治处方用药特色	(245)
土家族抑制胃癌药物规律文献研究	(247)
基于数据的孟河邹氏肾病流派研究	(253)
基于 BATMAN - TCM 在线平台的邹燕勤教授治疗 CKD 机制研究	(261)
国医大师孙光荣教授养生要诀	(269)
国医大师周岱翰肿瘤临证六法	(271)

第一篇 心血管病篇

冠心病患者血瘀证积分联合超敏 C 反应蛋白对 动脉粥样硬化斑块性质的初步评价

彭春丽 梁东辉 黄曾艳 刘永源 黄曼萍 张慧杰 江宇宁

冠心病 (coronary heart disease, CHD) 的病理基础是动脉粥样硬化 (atherosclerosis, AS), 其中不稳定斑块破裂并诱发血栓形成是导致急性冠脉综合征 (acute coronary syndromes, ACS) 的主要原因^[1]。斑块的稳定性与其主要成分密切相关, 富含脂质的非钙化斑块较钙化斑块更易发生破裂导致 ACS^[2]。近年来, 研究证实炎症反应参与了 AS 病变发生、发展的各个阶段, 包括从早期的脂质条纹到斑块形成及至破裂的过程^[3]。作为重要的炎症标志物之一, 超敏 C 反应蛋白 (high-sensitivity C-reactive protein, hs-CRP) 浓度水平与 AS 进程高度相关^[4], 但与斑块性质之间的关系并不明确。在中医学中 CHD 属于“胸痹心痛”范畴, 血瘀证是胸痹心痛患者最常见的证型之一, 研究显示血瘀证积分与 CHD 危险因素及冠状动脉狭窄程度均存在显著的相关性^[5], 但目前针对 CHD 患者血瘀证积分与斑块性质的相关性研究鲜有报道。本研究通过多层螺旋 CT 冠脉成像 (coronary computed tomographic angiography, CCTA) 对冠状动脉粥样硬化斑块性质进行判断, 探讨 CHD 患者血瘀证积分及 hs-CRP 浓度与 AS 斑块性质之间的关系, 以期为中西结合诊治不稳定斑块寻找新的切入点。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取了 2015 年 11 月—2017 年 1 月在南方医科大学珠江医院经冠状动脉造影确诊为 CHD 患者 96 例 (男 63 例, 女 33 例, 年龄 45 ~ 77 岁), 其中 ACS 患者 53 例,

作者单位: 南方医科大学中医药学院。

稳定型心绞痛 (stable angina pectoris, SAP) 患者 43 例。根据 CCTA 检测结果, 将 CHD 患者分为: 非钙化斑块组 (37 例)、混合斑块组 (31 例) 和钙化斑块组 (28 例)。入选标准: ①符合 CHD 诊断标准: 参考 2010 年中华人民共和国卫生部出台的《冠状动脉粥样硬化性心脏病诊断标准》^[6]。②ACS 诊断标准: 参照 2016 年《急性冠脉综合征急诊快速诊疗指南》^[7]; SAP 诊断标准: 参照中华医学会心血管病学分会 2007 年制订的《慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南》^[8]。③无 CCTA 检查禁忌证, 并能够完成各项检查。排除标准: ①曾行血运重建者, 生命体征不稳定者。②心肌炎、心脏神经官能症、胃食管反流病、颈椎病、肋间神经痛所致胸痛及其他疾病引起的心绞痛者。③合并有重度高血压, 重度心律失常, 重度心肺功能不全, 肝、肾、免疫系统、造血系统、内分泌系统疾病。④急性感染 (4 周内), 正在服用抗生素、激素、免疫抑制剂药物者。⑤妊娠期或哺乳期患者。⑥精神病患者, 依从性差、不能配合完成调查者。⑦过敏体质者, CCTA 检查失败者。本研究经南方医科大学珠江医院伦理委员会批准, 所有入选患者均签署知情同意书。

1.2 方法

1.2.1 收集基本临床资料 详细记录所有入选患者的基本临床资料, 主要包括年龄、性别、身高、体重、吸烟史、高血压病史、糖尿病史等一般资料。

1.2.2 hs-CRP 及生化指标测定 所有患者在禁食 12 h 后于次晨取外周血, 应用日本 HITACHI7600-110 大型自动生化分析仪检测 hs-CRP、血脂等血液生化指标。

1.2.3 血瘀证积分的计算 依据《冠心病血瘀证诊断标准》^[9], 选取心绞痛发作程度、舌质紫暗或瘀斑、口唇及齿龈色暗、舌下脉络曲张、脉涩或结代、四肢末端紫暗或麻木等症状和体征, 进行血瘀证积分的计算。

1.2.4 CCTA 检查 ①图像信息收集: 采用 256 层螺旋 CT 进行冠状动脉血管检查。若患者心率大于 75 次/min, 给予口服 β 受体阻滞剂降低心率至 55 ~ 75 次/min。根据患者个人的体重, 单次给予非离子型含碘对比剂碘海醇 1 mL/kg, 以 5.5 mL/s 的速度于肘静脉注射, 随后以相同的速度注入 50 mL 的生理盐水。应用回顾式心电门控心脏扫描模式, 扫描范围为隆突直至膈肌, 准直器宽度 256×0.625 mm, 扫描层厚 1 mm, 层间距 0.45 mm, 机架转速 0.27 r/s, 管电压 120 kV, 管电流 800 mA。图像重建主要是在心动周期的舒张期 (75% R-R 间期)。②图像分析及冠状动脉评价: CCTA 图像均由 2 名未获知患者临床资料和造影结果的高年资放射科医生独立分析, 以一致性的结论作为最终的 CCTA 分析结果。冠状动脉图像采用美国心脏协会 (AHA) 推荐的冠脉 16 段分法进行分析, 观察判断冠状动脉斑块的性质, 在任意冠脉段上冠脉管腔内或者附着在冠脉管腔上的能与周围组织区分开来的任何组织结构大于 1 mm^2 的就被认定为斑块。非钙化斑块定义为斑块的密度值高于周围软组织的密度而低于管腔密度, 钙化斑块定义为斑块密度值高于管腔的密度值, 如果斑块中的钙化成分所占体积大于 75% 则归为钙化斑块, 钙化所占体积小于 25% 归为非钙化斑块, 钙化所占体积 25% ~ 75% 定义为混合斑块^[10]。临床常见多个斑块同时存在, 根据斑块的存在对患者的影响, 在记录时对于存在不同类型斑块者占斑块类型绝对优势者 (大于 70%) 为准, 以类型区分^[11]。

1.3 统计学方法

应用 SPSS 20.0 统计软件, 计量资料满足正态分布者以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 两组间均数比较用独立样本 t 检验, 多组间均数比较用单因素方差分析。计数资料组间比较采用 χ^2 检验。两变量间相关性采用 Pearson 相关分析。以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结 果

2.1 不同斑块组患者基本临床资料比较

各组患者年龄、性别、体重指数 (body mass index, BMI)、总胆固醇 (total cholesterol, TC)、甘油三酯 (triglyceride, TG)、低密度脂蛋白 (low density lipoprotein, LDL)、高密度脂蛋白 (high density lipoprotein, HDL)、高血压病史、糖尿病史、吸烟史等相关危险因素均无统计学意义 ($P > 0.05$), 见表 1。

表 1 不同斑块组患者基本临床资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

项目	非钙化斑块组 ($n=37$)	混合斑块组 ($n=31$)	钙化斑块组 ($n=28$)	F 值/ χ^2 值	P
年龄/岁	58.19 $\pm$ 7.47	59.03 $\pm$ 6.45	60.07 $\pm$ 7.86	0.533	0.589
男性 [例 (%)]	25 (39.7)	20 (31.7)	18 (28.6)	0.101	0.951
高血压史 [例 (%)]	18 (38.0)	15 (32.0)	13 (30.0)	0.036	0.982
吸烟史 [例 (%)]	8 (40.0)	7 (35.0)	5 (25.0)	0.222	0.895
糖尿病史 [例 (%)]	12 (40.0)	11 (36.7)	7 (23.3)	0.792	0.673
BMI/ $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$	27.22 $\pm$ 3.80	26.41 $\pm$ 3.45	25.96 $\pm$ 4.37	0.893	0.413
TC/ $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	5.18 $\pm$ 1.09	4.75 $\pm$ 1.23	4.75 $\pm$ 0.95	1.75	0.179
TG/ $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	1.88 $\pm$ 1.00	1.93 $\pm$ 0.73	1.78 $\pm$ 0.82	0.248	0.781
LDL/ $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	3.42 $\pm$ 1.19	3.25 $\pm$ 0.91	3.17 $\pm$ 0.85	0.541	0.584
HDL/ $\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$	1.36 $\pm$ 0.32	1.38 $\pm$ 0.26	1.39 $\pm$ 0.27	0.048	0.953

2.2 不同斑块组患者血清 hs-CRP 浓度、血瘀证积分比较

非钙化斑块组患者血清 hs-CRP 浓度及血瘀证积分均高于混合斑块组、钙化斑块组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 与钙化斑块组患者相比, 混合斑块组患者血清 hs-CRP 浓度及血瘀证积分较高, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 不同斑块组血清 hs-CRP 浓度、血瘀证积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数/例	hs-CRP/mg · L ⁻¹	血瘀证积分/分
非钙化斑块组	37	6.11 ± 2.59* [△]	43.24 ± 8.93* [△]
混合斑块组	31	4.49 ± 2.21 [△]	34.77 ± 7.46 [△]
钙化斑块组	28	3.11 ± 1.47	28.25 ± 4.41
F 值		15.191	33.643
P 值		<0.001	<0.001

注：* 与混合斑块组比较 $P < 0.05$ ， Δ 与钙化斑块组比较 $P < 0.05$ 。

2.3 血清 hs-CRP 浓度、血瘀证积分在不同斑块组中的相关性分析

双变量 Pearson 相关分析结果显示，非钙化斑块组、混合斑块组中血清 hs-CRP 浓度与血瘀证积分呈正相关 ($r = 0.680$, $P < 0.001$; $r = 0.577$, $P = 0.001$)，两者在钙化斑块组中无明显相关性 ($r = 0.265$, $P = 0.174$)，见图 1。

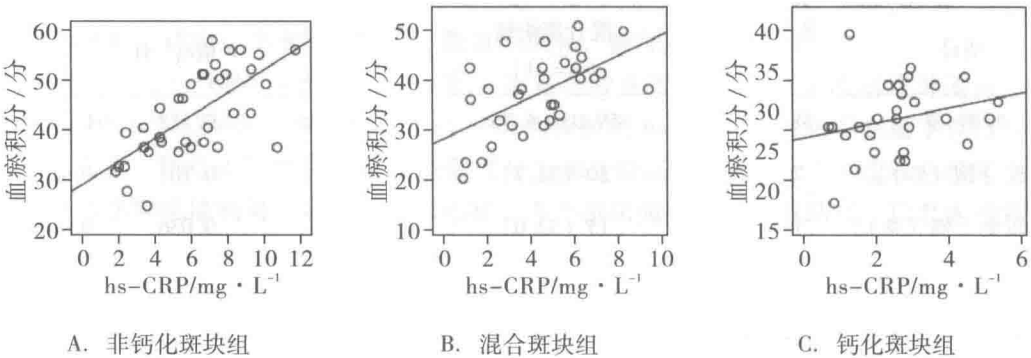


图 1 不同斑块组血清 hs-CRP 浓度与血瘀证积分相关性分析

2.4 ACS 组和 SAP 组各型斑块的分布比较

ACS 组主要为非钙化斑块和混合斑块，SAP 组主要为钙化斑块，组间比较差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 ACS 组和 SAP 组各型斑块的分布比较 [例 (百分比/%)]

组别	例数/例	非钙化斑块	混合斑块	钙化斑块
ACS 组	53	26 (49.1)	22 (41.5)	5 (9.4)
SAP 组	43	11 (25.6)	9 (20.9)	23 (53.5)
χ^2 值		5.523	4.598	22.301
P 值		0.019	0.032	<0.001

2.5 ACS 组和 SAP 组血清 hs - CRP 浓度、血瘀证积分比较

ACS 组患者血清 hs - CRP 浓度、血瘀证积分均明显高于 SAP 组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.001$), 见表 4。

表 4 ACS 组和 SAP 组血清 hs - CRP 浓度、血瘀证积分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数/例	hs - CRP/mg · L ⁻¹	血瘀证积分/分
ACS 组	53	5.74 ± 2.49	40.15 ± 9.47
SAP 组	43	3.44 ± 1.85	31.19 ± 7.19
<i>t</i> 值		5.040	5.125
<i>P</i> 值		<0.001	<0.001

3 讨 论

冠状动脉粥样硬化是 CHD 的主要病理基础, 血管的狭窄及斑块的形成和不稳定性均可引起缺血性心脏病; 然而越来越多的研究表明斑块的不稳定性较血管狭窄危险性更高, 70% ~ 80% 的 ACS 是由不稳定斑块破裂和继发性血栓形成所致^[1]。斑块稳定性与斑块性质密切相关, 富含脂质的非钙化斑块较富含钙化组织及纤维组织的钙化斑块稳定性更差, 更容易发生破裂。本研究通过 CCTA 对 CHD 患者的斑块性质进行辨识, 结果表明, ACS 患者斑块分布以非钙化斑块、混合斑块为主, SAP 患者以钙化斑块为主, 与国内外相关文献报道相符^[12], 证实了非钙化斑块及混合斑块的存在与 ACS 发病相关, 早期预测斑块性质有利于评估 CHD 患者发生急性冠脉事件的危险性。

血瘀作为胸痹心痛基本病机, 贯穿于 CHD 发生发展的始终。冠心病血瘀证的临床表现为胸前刺痛、舌有瘀斑、舌下脉络迂曲; 在实验室检查中则表现为脂质沉积、血小板活化、炎症反应、内皮功能损伤, 这些情况可导致微循环障碍、血管狭窄、斑块形成等病理改变^[13], 提示血瘀程度与血管病变程度相关。20 世纪 80 年代, 陈可冀院士提出了血瘀证诊断标准, 对血瘀证患者的临床症状、体征及客观指标做了定量分析, 总结出了一套可以量化血瘀程度的血瘀证积分方法^[14]。近年来研究表明, 血瘀证积分与冠状动脉的病变程度密切相关, 血瘀证积分越高, 冠状动脉病变支数越多, 狭窄程度越重^[15], 但直接针对血瘀证积分与斑块性质的相关性研究尚未见报道。本研究通过对不同性质 AS 斑块组患者的血瘀证积分进行比较, 分析血瘀证积分与斑块性质的关系。非钙化斑块组的血瘀证积分显著高于混合斑块组和钙化斑块组, 而混合斑块组的血瘀证积分也高于钙化斑块组。从血瘀证角度分析, 血瘀证积分越高斑块性质越不稳定; 从斑块角度分析, 不稳定斑块的血瘀程度较稳定斑块严重。在 CHD 的不同分型中, 本研究结果表明, ACS 患者的血瘀证积分高于 SAP 患者, 提示 ACS 患者血瘀程度更重。因此在中医临床治疗中尽早评估血瘀程度, 干预治疗血瘀证, 可能有助于减少不稳定斑块的形成, 从而有效预防急性心血管事件的发生。

炎症是冠状动脉粥样硬化发展过程中的核心因素,在炎症背景下,多种危险因素共同作用于血管组织,导致粥样斑块形成并逐渐向不稳定型转变^[16]。hs-CRP 是炎症反应的一种急性时相蛋白,其浓度水平与炎症反应、组织损伤程度大致呈正比。hs-CRP 可通过介导局部炎症反应、激活补体系统、触发凝血功能等机制促进 AS 的发展,并诱导泡沫细胞产生、引起内皮损伤、激活基质金属蛋白酶,从而导致斑块稳定性下降,最终引发斑块破裂和血栓形成^[17]。本研究对 ACS 及 SAP 患者血清 hs-CRP 浓度进行比较,结果表明 ACS 患者的 hs-CRP 浓度水平显著高于 SAP 患者。hs-CRP 在不同斑块的浓度水平也存在差异,非钙化斑块组及混合斑块组中 hs-CRP 浓度均高于钙化斑块组;与混合斑块组相比,非钙化斑块组的 hs-CRP 浓度明显升高。由此可见,hs-CRP 浓度水平在一定程度上可以反映斑块的稳定状态。

CHD 血瘀证的本质在于血液循环障碍,瘀血阻滞于脉络,血行或缓滞或不循常道;然瘀久不消,壅塞络道,郁而蕴蒸,可凝聚化毒而内生邪毒;而毒邪煎熬血液、阻滞气机,血凝成瘀,毒邪伤络损脏,血行失司亦可成瘀。因而“瘀”“毒”在 AS 发展过程中可相互协同,互生互结,形成恶性循环,使斑块趋于不稳定,最终导致斑块破裂^[18,19]。炎症在一定程度上反映了“毒”的病理变化,导致斑块不稳定的 hs-CRP 等炎症因子均可归属于中医学“毒”的范畴^[20]。hs-CRP 与不稳定斑块的关系体现了毒邪诱发易损斑块的病因病机,为中医辨证论治不稳定斑块提供了客观依据。本研究对血瘀证积分与 hs-CRP 浓度相关性分析结果表明非钙化斑块组及混合斑块组中两者呈正相关关系,说明血瘀及 hs-CRP 同时影响着斑块稳定性的变化过程,反映出“瘀”中有“毒”,“毒”中有“瘀”,“瘀”“毒”互生互结的病理状态,毒瘀搏结、痹阻心脉,可导致不稳定型心绞痛、急性心肌梗死、心源性猝死等急危重症。

综上所述,血瘀证积分联合 hs-CRP 浓度水平对斑块性质的识别、临床危险性的评估有一定的价值,对于中西医结合诊治冠状动脉粥样硬化斑块具有重要的临床意义。未来将继续进行大样本的前瞻性研究,以进一步证实血瘀证积分联合 hs-CRP 评估 AS 斑块性质的临床应用价值。

[参考文献]

- [1] MIN J K, EDWARDES M, LIN F Y, et al. Relationship of coronary artery plaque composition to coronary artery stenosis severity: results from the prospective multicenter ACCURACY trial [J]. *Atherosclerosis*, 2011, 219 (2): 573-578.
- [2] HOFFMANN U, MOSELEWSKI F, NIEMAN K, et al. Noninvasive assessment of plaque morphology and composition in culprit and stable lesions in acute coronary syndrome and stable lesions in stable angina by multidetector computed tomography [J]. *J Am Coll Cardiol*, 2006, 47 (8): 1 655-1 662.
- [3] LIBBY P, RIDKER P M, HANSSON G K. Progress and challenges in translating the biology of atherosclerosis [J]. *Nature*, 2011, 473 (7347): 317-325.
- [4] FONSECA F A, IZAR M C. High-sensitivity C-reactive protein and cardiovascular disease across countries and ethnicities [J]. *Clinics (Sao Paulo)*, 2016, 71 (4): 235-242.
- [5] 钱伟, 赵福海, 史大卓. 不稳定心绞痛 TIMI 危险分层与中医血瘀证积分研究进展 [J]. *中国中西医结合杂志*, 2013, 33 (7): 998-1 002.

- [6] 中华人民共和国卫生部. 冠状动脉粥样硬化性心脏病诊断标准: WS 319-2010 [S]. 北京: 中国标准出版社, 2010.
- [7] 中国医师协会急诊医师分会, 中华医学会心血管病学分会, 中华医学会检验医学分会. 急性冠脉综合征急诊快速诊疗指南 [J]. 中华危重症医学杂志 (电子版), 2016, 9 (2): 73-80.
- [8] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南 [J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35 (3): 195-206.
- [9] 中国中西医结合学会活血化瘀专业委员会. 冠心病血瘀证诊断标准 [J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 36 (10): 1162.
- [10] CHENG V Y, WOLAK A, GUTSTEIN A, et al. Low-density lipoprotein and noncalcified coronary plaque composition in patients with newly diagnosed coronary artery disease on computed tomographic angiography [J]. Am J Cardiol, 2010, 105 (6): 761-766.
- [11] ATEŞ A H, AYTEMİR K, KOÇYİĞİT D, et al. Association of neutrophil-to-lymphocyte ratio with the severity and morphology of coronary atherosclerotic plaques detected by multidetector computerized tomography [J]. Acta Cardiol Sin, 2016, 32 (6): 676-683.
- [12] THOMSEN C, ABDULLA J. Characteristics of high-risk coronary plaques identified by computed tomographic angiography and associated prognosis: a systematic review and meta-analysis [J]. Eur Heart J Cardiovasc Imaging, 2016, 17 (2): 120-129.
- [13] 王彦. 血瘀与冠心病的相关性研究概况 [J]. 中医杂志, 2012, 53 (7): 613-616.
- [14] 陈可冀, 史载祥. 实用血瘀证学 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 24-33.
- [15] 刘红旭, 王振裕, 尚菊菊. 冠心病病人冠状动脉造影结果与血瘀证相关性研究 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2007, 5 (3): 189-190.
- [16] SHINDO A, TANEMURA H, YATA K, et al. Inflammatory biomarkers in atherosclerosis: pentraxin 3 can become a novel marker of plaque vulnerability [J]. Plos One, 2014, 9 (6): e100045.
- [17] ADUKAUSKIENĖ D, ČIGINSKIENĖ A, ADUKAUSKAITĖ A, et al. Clinical relevance of high sensitivity C-reactive protein in cardiology [J]. Medicina (Kaunas), 2016, 52 (1): 1-10.
- [18] 陈浩, 苏伟, 龚少愚, 等. 动脉粥样硬化中医“瘀毒”病因病机的研究进展 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2011, 9 (9): 1 104-1 106.
- [19] 张京春, 陈可冀. 瘀毒病机与动脉粥样硬化易损斑块相关的理论思考 [J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28 (4): 366-368.
- [20] FENG Y, ZHANG J C, XI R X. Clinical significance of inflammation factors in acute coronary syndrome from pathogenic toxin [J]. Chinese Journal of Integrative Medicine, 2009, 15 (4): 307-312.

冼绍祥教授治疗心系病证的临床医案赏析

顾颖敏

岭南地处祖国东南部，因有“五岭”阻隔，形成了特殊的自然环境和人文环境，孕育出独特的体质禀赋，风土人情、饮食习惯、治病用药也随之具有了明显的地域特色。笔者有幸跟诊冼绍祥教授临证数年，收集整理相关医案时，不难发现一些规律，就是某些方子运用机会很多，如温胆汤、半夏白术天麻汤、瓜蒌薤白半夏汤、六君子汤、二陈汤。冼绍祥教授博闻强记，心中至少存档了数百条经方、时方和验方，但是，在治疗心系疾病时，如眩晕、胸痹、心悸、气短、高血压、冠心病、心律失常、高脂血症等病证，遣方用药时却对上述方子情有独钟。可见，在岭南地区的心系病者，脾虚痰湿是主要病因病机，通过健脾胃、化痰湿，往往能使看似平淡的用药，起到意想不到的治疗效果。现选举三则医案如下。

案一：胸痹（冠状动脉狭窄症，慢性萎缩性胃炎）属气滞痰瘀者，治以豁痰宽胸，理气和胃。

黄某某，女，出生于1927年7月6日

初诊日期：2014年3月28日 门诊病案号：8584185

主诉：反复胸闷1年，加重1个月。

病史：反复胸闷1年，近1个月胸闷加重，2014年3月11—18日，在广州市第一人民医院住院，出院诊断为“冠状动脉硬化症；慢性萎缩性胃炎；双肾囊肿；轻度脂肪肝；腔隙性脑梗死”。伴心悸，劳累或活动后加重，晚饭后胃脘隐痛，无泛酸，无嗝气，纳眠可，大便2日1次，成形，无干结，小便正常。

体格检查及实验室检查：血压（BP）120/80 mmHg，心率（HR）96 bpm，律整。舌暗红，苔白，脉弦细。

中医诊断（病名及证型）：胸痹（气滞痰瘀）。

西医诊断：冠状动脉狭窄症，慢性萎缩性胃炎。

处方：瓜蒌皮10 g、薤白10 g、法半夏10 g、陈皮5 g、丹参30 g、降香10 g、砂仁6 g、党参25 g、桂枝10 g、浙贝母10 g。

血脂康，温胆片。

二诊：2014年4月4日

症状：胸闷稍缓，仍有心悸，胃脘隐痛，晚饭后加重，前胸怕冷，纳眠可，二便正常。舌暗红，苔白，脉弦细。BP 102/72 mmHg，HR 108 bpm，律整。

处方：瓜蒌皮10 g、薤白10 g、法半夏10 g、化橘红5 g、丹参30 g、党参25 g、龙骨30 g、牡蛎30 g、佛手10 g、葛根30 g、桂枝10 g、毛冬青30 g。

消胀片。

作者单位：广州市中医医院。

服药后，胸闷、心悸缓解，上方减龙骨、牡蛎，加珍珠母 20 g、枳壳 10 g，再进 14 剂，胸闷、心悸消失。

按语：患者西医治疗的效果不佳，但经过中医中药的调治，症状消失。瓜蒌、薤白、半夏、桂枝等药物通阳散结、祛痰宽胸为君，化橘红、丹参、党参、毛冬青等药益气活血化痰为臣，龙骨、牡蛎、珍珠母收敛安神，佛手、枳壳理气止痛和胃为佐使。诸药配伍，共奏通阳散结、豁痰宽胸、理气和胃、收敛安神的作用。通过此案例，可窥见冼绍祥教授用药君、臣、佐、使组合分明，针对症状选方用药严谨周密。

案二：眩晕（高血压；高脂血症；动脉硬化）属痰瘀滞络者，治以健脾化湿熄风。

李某某，女，出生于 1936 年 11 月 2 日

初诊日期：2013 年 6 月 28 日 门诊病案号：7991031

主诉：头麻头痹，手脚麻 3 天。

病史：近日头麻，头痹，左足背痛，腰痛，间头晕，纳眠可，小便量少，次数多，大便偏干。高血压，高脂血症，动脉硬化病史。

体格检查及实验室检查：2013 年 5 月 3 日，浙江苍南县第三人民医院彩色颈动脉 B 超提示，双侧颈动脉斑块形成。经颅多普勒（TCD）提示，脑动脉硬化血流频谱改变，左侧椎动脉、基底动脉轻度狭窄。2013 年 5 月 3 日生化提示，总胆固醇（CHOL）4.80 mmol/L，甘油三酯（TG）2.15 mmol/L，高密度脂蛋白（HDL）1.08 mmol/L，低密度脂蛋白（LDL）3.21 mmol/L，血清尿酸（UA）340 μ mol/L，谷丙转氨酶（ALT）15 U/L，谷草转氨酶（AST）16 U/L。2013 年 6 月 24 日生化提示，CHOL 3.79 mmol/L，TG 1.76 mmol/L，UA 358 μ mol/L，AST 72 U/L，ALT 120 U/L。2013 年 5 月 5 日心电图提示，窦性心律，房性早搏，短暂房速，T 波改变，ST 段轻度下降。舌淡红，苔根腻，脉细滑。

中医诊断（病名及证型）：眩晕（痰瘀滞络）。

西医诊断：高血压；高脂血症；动脉硬化；肝酶升高。

处方：法半夏 10 g、白术 15 g、天麻 15 g、陈皮 6 g、茯苓 15 g、甘草 6 g、白背叶根 15 g、僵蚕 10 g、川芎 10 g、鸡血藤 30 g、红曲 10 g、苦杏仁 12 g。

二诊：2013 年 7 月 5 日

症状：间头晕，纳眠好，腰痛缓解，服上药第 3 天头麻痹明显缓解，小便量少，隔数分钟 1 次，无尿痛，无夜尿，大便正常。舌淡边齿印裂纹脉细。在家早上 BP 137/54 mmHg，晚上 BP 140/70 mmHg，诊室 BP 160/80 mmHg，HR 54 bpm。腰椎 CT 提示腰椎退行性变，L4 - L5 椎间轻度膨出，L5 - S1 椎间盘后缘钙化。

证型：气虚痰滞。

处方：法半夏 10 g、白术 15 g、天麻 15 g、陈皮 6 g、茯苓 15 g、甘草 6 g、僵蚕 10 g、川芎 10 g、鸡血藤 30 g、红曲 10 g、党参 25 g、钩藤 10 g。

吲达帕胺缓释片 0.75 qd。

加味双柏膏 1 贴 qd 外敷。