北京市丰台区部分社区脑卒中高危人群血脂控制现状调查及中医症状证候分析

赵珈艺¹ 张志辰² 金香兰² 张志军³ 贾鸿雁⁴ 吴浩⁴ 盛雪⁵ 杨秀泉⁵

李爱辉⁶ 张永顺⁶ 张腾⁷ 肖建彪⁸ 王菲⁹ 池学洋¹⁰ 张允岭²

(1 北京中医药大学,北京,100029; 2 北京中医药大学东方医院,北京,100079; 3 北京蒲黄榆社区卫生服务中心,北京,100075; 4 北京方庄社区卫生服务中心,北京,100079; 5 北京王佐镇社区卫生服务中心,北京,100074; 6 北京花乡卫生服务中心,北京,100160; 7 北京东铁营社区卫生服务中心,北京,100079; 8 北京大红门社区卫生服务中心,北京,100068; 9 北京卢沟桥社区卫生服务中心,北京,100165; 10 北京兴隆中医医院,北京,100141)

摘要 目的:调查北京市丰台区部分社区脑卒中高危人群血脂控制达标情况及用药现状,探讨分析血脂达标人群与不达标人群的中医症状及证候特点。方法:采用横断面临床流行病学调查的方法对北京市丰台区 8 个社区 40 岁以上人群进行流行病学调查,筛选出脑卒中高危人群共 9 605 例,记录其人口学特征、既往病史、用药信息及中医症状四诊信息,并抽取空腹血检测其三酰甘油(TG)、总胆固醇(TCHO)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)水平。将人群根据有无危险因素与动脉粥样硬化性心血管疾病(ASCVD)进行危险分层,分为极高危组、高危组、中危组、低危组,根据各自的 LDL-C 目标值(2.1 mmol/L、2.6 mmol/L、3.4 mmol/L、4.1 mmol/L)分别统计各组血脂达标率,并分析达标组与不达标组的中医症状、舌脉象及证候之间的差异。结果:在 9 605 例脑卒中高危人群中,血脂代谢异常患病率为 80.4%,药物治疗率为 32.9%,他汀类使用率为 31.9%,极高危组、高危组、中危组、低危组的血脂达标率分别为 15%、26.5%、58.2%、83.7%,总体达标率为 43.8%。达标组形体消瘦发生率显著高于不达标组($P < 0.01$),面色萎黄、面红、头重如裹、头晕、口渴、口苦、口黏腻、胸闷、腰膝酸软、肢体笨拙、乏力、失眠、夜尿频多、咳笑遗尿、舌质暗、脉滑发生率低于不达标组($P < 0.01$, $P < 0.05$)。达标组的血瘀证、气虚证发生率低于不达标组($P < 0.01$, $P < 0.05$)。结论:北京市丰台区部分社区脑卒中高危人群血脂控制达标率较低,存在不合理用药现象,血脂控制不达标人群较之达标人群,脾肾气虚证、痰湿瘀血证更为明显。

关键词 脑卒中高危人群;血脂;LDL-C 达标率;中医症状;中医证候

Observation on Blood Lipids Control of High Risk Population of Stroke and its TCM Syndrome in Fengtai Community

Zhao Jiayi¹, Zhang Zhichen², Jin Xianglan², Zhang Zhijun³, Jia Hongyan⁴, Wu Hao⁴, Sheng Xue⁵, Yang Xiuquan⁵, Li Aihui⁶, Zhang Yongshun⁶, Zhang Teng⁷, Xiao Jianbiao⁸, Wang Fei⁹, Chi Xueyang¹⁰, Zhang Yunling¹

(1 Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 2 Dongfang Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100079, China; 3 Puhuangyu Community Health Service Center, Beijing 100075, China; 4 Fangzhuang Community Health Service Center, Beijing 100079, China; 5 Wangzuozen Community Health Service Center, Beijing 100074, China; 6 Huaxiang Community Health Service Center, Beijing 100160, China; 7 Dongtieying Community Health Service Center, Beijing, 100079, China; 8 Dahongmen Community Health Service Center, Beijing 100068, China; 9 Lugouqiao Community Health Service Center, Beijing 100165, China; 10 Xinglong Traditional Chinese Medicine Hospital, Beijing 100141, China)

Abstract Objective: To investigate blood lipid level and medication of high-risk population of stroke in eight communities of Beijing and to explore the TCM syndrome differences and distribution between patients who reached ideal LDL-C and those who did not. **Methods:** A total of 9605 cases aged over 40 with high-risk factors of stroke were recruited from eight communities of Beijing. Demographic characteristics, past medical history, drug history, TCM symptoms and four diagnostic information were obtained. Blood lipid levels were measured from fasting blood, including Triglyceride(TG), total cholesterol(TCHO), low-density lipoprotein cholesterol(LDL-C) and high-density lipoprotein cholesterol(HDL-C). According to different risk factors and whether the patient has arteriosclerotic cardiovascular disease(ASCVD), patients were divided into extremely-high-risk group, high-risk group,

基金项目:2011 年医改重大专项“国家脑卒中高危人群筛查与干预试点项目”;北京中医药大学研究创新团队项目(编号:2011-CXTD-23);2011 年北京市科技计划项目(编号:Z111107056811040);2014 年中医药行业专项(编号:201407100)

作者简介:赵珈艺(1991.4—),女,硕士研究生,研究方向:中医脑病,E-mail:357852616@qq.com

通信作者:张允岭(1963.8—),男,博士,教授,主任医师,研究方向:中医脑病,E-mail:yunlingzhang2004@163.com

medium-risk group and low-risk group. Different LDL-C goals were set up for each groups: 2.1 mmol/L, 2.6mmol/L, 3.4mmol/L and 4.1 mmol/L. The percentages of cases achieved the goals in these four groups were calculated respectively. Besides, TCM symptoms, tongue examinations and pulse manifestations were analyzed. **Results:** Among 9605 residents with high risk of stroke, the percentage of cases with dyslipidemia was 80.4%, lipid-lowering treatment rate was 32.9%, and statin treatment rate was 31.9%. The percentages of patients who achieved LDL-C goals in extreme-high-risk group, high-risk group, medium-risk group and low-risk group were 26.5%, 15%, 58.2%, 83.7% respectively, and the overall LDL-C-goal-achieved rate was 43.8%. As for TCM symptoms, the occurrence rate of emaciation in goal-achieved group was significantly higher than that in goal-not-achieved group ($P < 0.01$). The occurrence rates of sallow complexion, flushing, head feeling heavy as if swathed, dizziness, insomnia, thirst, bitter taste of mouth, sticky and greasy mouth, chest tightness, soreness and weakness of waist and knees, clumsy limb, fatigue, frequent urination at night, cough laugh enuresis, dark tongue and slippery pulse in goal-achieved group were lower than that in goal-not-achieved group ($P < 0.01$, $P < 0.05$). The occurrence rate of blood stasis syndrome and Qi deficiency syndrome in goal-achieved group were lower than those of the goal-not-achieved group ($P < 0.05$, $P < 0.01$). **Conclusion:** The percentage of patients who achieved LDL-C goals in communities of Beijing was relatively low, and there was a phenomenon of drug misuse. Spleen and kidney deficiency, phlegm and blood stasis syndrome were more obvious among patients who fail to control cholesterol.

Key Words High-risk population of stroke; Blood lipid; LDL-C-goal-achieved rate; TCM symptoms; TCM syndromes

中图分类号:R743 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.01.009

血脂代谢异常是我国心脑血管疾病发病的重要因素,血脂代谢异常与缺血性脑卒中发生率之间存在明显相关性。亚太组织合作研究项目发现,总胆固醇每升高 1 mmol/L,卒中发生率就增加 25%^[1]。而在各项胆固醇指标中,LDL-C 增高是动脉粥样硬化发生、发展的主要脂质危险因素^[2]。控制血脂,尤其是降低 LDL-C 水平,是预防卒中的重要措施之一。本研究基于 2013 年脑卒中筛查与防治工程,在北京市丰台区纳入符合脑卒中高危人群标准的 9 605 例患者,分析其血脂控制达标率、用药情况及中医症状证候特点。现将结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象 本研究所有病例来源于 2012 年 5 月至 2013 年 2 月在北京市丰台区王佐镇、蒲黄榆社区、花乡社区、方庄社区、铁营社区、大红门社区、卢沟桥社区中心、兴隆社区筛查的脑卒中高危人群,共选取合格病例 9 605 例。

1.2 诊断、纳入和排除标准 1) 筛查地点 40 岁以上的北京市常住人口。2) 脑卒中高危人群的判定标准根据《2011 年医改重大专项国家脑卒中高危人群筛查及干预试点项目实施方案》:既往有脑卒中/短暂性脑缺血发作(TIA)的病史者或具有以下 3 项及 3 项以上的危险因素者则判定为脑卒中高危人群: a. 血压 $\geq 140/90$ mmHg,或未知; b. 房颤和心瓣膜病; c. 吸烟; d. 血脂异常或未知; e. 糖尿病; f. 很少进行体育活动(根据 2000 年国民体质监测方案体育锻炼的定义是每周体育锻炼 ≥ 3 次、每次坚持 30 min、持续时间超过 1 年); g. 超重或肥胖(BMI ≥ 26.0 kg/

m²); h. 有卒中家族史。3) 血脂异常诊断标准:参照《中国成人血脂异常防治指南 2007》,三酰甘油 ≥ 2.26 mmol/L,或总胆固醇 ≥ 6.22 mmol/L,或低密度脂蛋白胆固醇 LDL ≥ 4.14 mmol/L,或高密度脂蛋白胆固醇 HDL < 1.04 mmol/L。

1.3 观察指标和评定方法 1) 制定统一的脑卒中高危人群筛查防治临床观察表及工作手册,对参与人员进行统一培训,保证研究工作的可靠性、一致性。2) 所有筛查对象均抽取空腹血送至北京中医药大学东方医院检验科进行血脂各项(TG、TCHO、LDL-C、HDL-C)检测。3) 由经过培训的中医医师对所有筛查对象进行中医症状、四诊信息采集。

1.4 统计学方法 使用 Epidata 3.1 软件建立数据库,数据采用双人双机独立录入,合库后对数据进行核查,保证数据准确性。采用 SPSS 20.0 统计软件对数据进行分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)描述,计数资料以频数、百分比描述,组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料 共纳入病例 9 605 例,平均年龄(60 ± 9)岁,男性 3 694 例(38.5%),女性 5 911 例(61.5%)。既往血脂异常病史者 6 062 例(63.1%),否认或未知血脂异常者 3 543 例(36.9%),化验结果示血脂异常者 4 816 例(50.1%),血脂异常总人数为 7 719 例(80.4%)。而在既往否认或未知血脂异常人群中,化验血脂示异常者 1 657 例,占否认或未知血脂异常总人数的

46.7%,说明血脂异常知晓率仅为53.3%。其他一般资料具体见表1。

表1 研究人群的基本资料

项目	例数	$\bar{x} \pm s$
年龄	—	60 ± 9
性别(男/女)	3694(38.5%)/5911(61.5%)	—
体重指数(BMI)	—	25.99 ± 3.58(kg/m ²)
既往脑卒中病史	1404(14.6%)	—
既往短暂性脑缺血发作病史	1309(13.6%)	—
脑卒中家族史	5000(52.1%)	—
高血压病	6927(72.1%)	—
糖尿病	2871(29.9%)	—
冠心病	1112(11.6%)	—
既往血脂异常病史	6062(63.1%)	—
化验结果示血脂异常	4816(50.1%)	—
血脂异常总人数*	7719(80.4%)	—
血脂水平 总胆固醇	—	4.99 ± 1.07(mmol/L)
三酰甘油	—	1.89 ± 1.42(mmol/L)
低密度脂蛋白	—	3.21 ± 0.97(mmol/L)
高密度脂蛋白	—	1.25 ± 0.40(mmol/L)

注: * 血脂异常总人数:既往血脂异常病史患者 + 既往否认或未知血脂异常但化验示血脂异常者。

2.2 降脂药物使用情况 服用降脂药患者共1995例,药物治疗率(服用降脂药人数/既往血脂异常病史人数)为32.9%,在用药患者中,一联用药1961例(98.3%),二联用药34例(1.7%),其中他汀类使用率(包括一联、二联用药)31.9%。具体用药情况见表2、表3。

表2 一联用药分布情况

一联药物	例数
他汀类	1913(97.5%)
贝特类	36(1.8%)
烟酸类	7(0.3%)
树脂类	3(0.2%)
胆固醇吸收抑制剂	2(0.2%)
合计	1961(100%)

表3 二联用药分布情况

二联用药	人数
他汀类 + 贝特类	10
他汀类 + 烟酸类	7
他汀类 + 胆固醇吸收抑制剂	2
他汀类 + 树脂类	4
树脂类 + 贝特类	2
贝特类 + 胆固醇吸收抑制剂	1
树脂类 + 胆固醇吸收抑制剂	1
贝特类 + 烟酸类	1
树脂类 + 烟酸类	1
其他	5
合计	34

2.3 血脂达标率 根据《中国成人血脂异常防治指南2007》,将9605例患者根据有无危险因素与动脉

粥样硬化性心血管疾病(ASCVD)^[3]进行危险分层,分为极高危组、高危组、中危组、低危组,2014年指南^[4]所推荐的LDL-C目标值分别为<2.1mmol/L、2.6mmol/L、3.4mmol/L、4.1mmol/L。

极高危组:ASCVD合并糖尿病;

高危组:ASCVD或糖尿病;

中危组:高血压且其他危险因素数≥1;

低危组:其他。

注:其他危险因素包括年龄(男≥45岁,女≥55岁)、吸烟、低HDL-C、肥胖和早发缺血性心血管病家族史。

各组例数及达标例数如下,见表4。

表4 各组LDL-C达标率

组别	LDL-C目标值	各组例数	达标例数
极高危组	<2.1mmol/L	1022(10.6%)	153(15%)
高危组	<2.6mmol/L	4079(42.5%)	1079(26.5%)
中危组	<3.4mmol/L	3114(32.4%)	1812(58.2%)
低危组	<4.1mmol/L	1390(14.5%)	1163(83.7%)
合计	—	9605(100%)	4207(43.8%)

2.4 中医症状、舌脉象及中医证候特点

2.4.1 中医症状及舌脉象比较 将9605例高危人群分为血脂达标组(4207例,43.8%)、不达标组(5398例,56.2%),分别统计2组患者的中医症状及舌象脉象,进行Pearson卡方检验。中医症状:形体消瘦、形体肥胖、面色萎黄、面色晄白、面色晦暗、面红、唇色淡白、口唇紫暗、睑下青黑、头痛、头重如裹、头晕、失眠、多梦、急躁易怒、视物模糊、双目干涩、耳鸣、口渴、口苦、口臭、口黏腻、口舌生疮、咯痰、神疲、气短、乏力、心悸、胸闷、胸胁胀痛、善太息、吞酸嘈、纳差、腹胀、腰膝酸软、肢倦身重、肢体笨拙、手足震颤、畏寒肢冷、五心烦热、面肢浮肿、自汗、潮热盗汗、小便清长、小便短赤、夜尿频多、尿后余沥、咳笑遗尿、便溏。舌象脉象:舌质淡、淡红、红、绛、暗,舌体胖、瘦、少津、舌上裂纹、舌边齿痕、舌上有瘀斑、瘀点、舌下脉络迂曲;舌苔白、黄、少或无、薄、厚、腻、燥;脉弦、滑、数、沉、缓、紧、涩、迟、细、弱。将卡方检验结果P<0.05的各项选出列表如下,见表5。

达标组形体消瘦发生率显著高于不达标组(P<0.01),面色萎黄、面红、头重如裹、头晕、失眠、口渴、口苦、口黏腻、胸闷、腰膝酸软、肢体笨拙、乏力、夜尿频多、咳笑遗尿、舌质暗、脉滑发生率低于不达标组(P<0.01,P<0.05)。

2.4.2 中医证候比较 参照《缺血性中风证候要素诊断量表》^[5],将各项证候要素赋予不同分值,≥10

分可诊断该证候成立。Pearson 卡方检验结果如下, 见表6。

表5 血脂达标组与不达标组的中医症状及舌脉象的比较

中医症状及舌脉象	达标组	不达标组	χ^2	<i>P</i>
形体消瘦	1008(24.2%)	1030(19.3%)	33.666	0.000**
面色萎黄	334(8.4%)	503(9.8%)	4.969	0.026*
面红	164(4.1%)	265(5.1%)	5.188	0.023*
头重如裹	645(15.9%)	958(18.3%)	9.266	0.002**
头晕	1899(46.7%)	2563(48.8%)	4.325	0.038*
失眠	1744(42.9%)	2367(45.1%)	4.639	0.031**
口渴	1772(43.5%)	2430(46.3%)	7.18	0.007**
口苦	1415(34.8%)	1961(37.4%)	6.752	0.009**
口黏腻	1061(26.1%)	1491(28.4%)	6.315	0.012*
胸闷	1298(31.9%)	1876(35.8%)	15.219	0.000**
腰膝酸软	2108(51.8%)	2910(55.5%)	12.139	0.000**
肢体笨拙	403(9.9%)	608(11.6%)	6.683	0.010*
乏力	1545(38.0%)	2119(40.4%)	5.583	0.018*
夜尿频多	1206(29.6%)	1741(33.2%)	13.41	0.000**
咳笑遗尿	562(13.8%)	847(16.1%)	9.753	0.002**
舌质暗	1678(41.7%)	2330(44.8%)	8.75	0.003**
脉滑	1187(29.5%)	1673(32.1%)	7.334	0.007**

注: **P* < 0.05, ***P* < 0.01。

表6 血脂达标组与不达标组的中医证候的比较

中医证候	达标组	不达标组	χ^2	<i>P</i>
痰湿证	2397(57.0%)	3129(58.0%)	0.947	0.330
血瘀证	1958(46.5%)	2669(49.4%)	7.979	0.005**
气虚证	2086(49.6%)	2793(51.7%)	4.403	0.036*
阴虚证	1640(39.0%)	2125(39.4%)	0.146	0.702
内火证	2346(55.8%)	3112(57.7%)	3.431	0.064

注: **P* < 0.05, ***P* < 0.01。

达标组的血瘀证、气虚证发生率低于不达标组 (*P* < 0.01, *P* < 0.05), 其余证型无统计学意义。

3 讨论

本研究覆盖北京市丰台区8个社区共计9605例的脑卒中高危患者, 由经过培训的医师直接面对患者进行问卷调查, 且所有患者血脂检测均由北京中医药大学东方医院检验科承担, 标准统一, 充分保证结果准确度高、可信度高。有别于住院、门诊患者, 本次研究对象均为社区常住居民, 旨在调查当地社区血脂控制情况及用药现状, 增强医疗卫生人员社区血脂调控工作的意识, 更好地进行脑卒中一级、二级预防。

《中国居民营养与健康状况调查报告2002综合报告》^[6]中报告45~59岁和60岁以上人群血脂水平异常患病率分别为22.9%和23.4%, 2010—2013年流行病学调查资料^[7]显示, 大城市成年居民TCHO平均水平为4.66 mmol/L, TG平均水平为1.46 mmol/L。本研究结果显示, 在脑卒中高危人群中, 血脂异常人数为7719例, 占80.4%, TCHO平均水平4.99 mmol/L, TG平均水平1.89 mmol/L, 可以

看出, 高危人群中血脂异常发病率、TCHO、TG均明显高于普通人群。调查发现, 血脂异常知晓率为55.8%, 药物治疗率为32.9%, 表明尚有近半高危人群对自身血脂异常处于未知状态, 而在已知自身血脂异常的患者中, 仍有大于2/3尚未启动药物治疗。提示社区血脂异常防控工作仍然艰巨。

在血脂异常的各种类型中, 以低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)增高为主要表现的高胆固醇血症是动脉粥样硬化性心血管疾病(ASCVD, 包括冠心病、缺血性卒中以及外周动脉疾病)最重要的危险因素。大量随机化临床研究也证实降低LDL-C可显著减少ASCVD事件风险^[4], 因此本研究以LDL-C值界定血脂是否达标, 这与各项临床指南^[2-4,8]建议相一致。2006年文献报道^[9]的临床高胆固醇血症患者达标率为39%, 而本研究结果示筛查人群中LDL-C总达标率为43.8%, 虽较文献报道数据有所上升, 但仍很不理想, 特别是高危组、极高危组(15%、26.5%)。

在降脂药物的选择上, 98.3%患者为单一用药, 1.7%为二联用药。单一用药中他汀使用比例达97.5%, 指南建议脑卒中高危、极高危患者不论基线LDL-C水平如何, 均提倡首选他汀类药物^[7], 提示基层医师对指南有较好依从性。贝特类药物可降低TG、增加HDL-C水平, 可作为具有发生胰腺炎风险的高三酰甘油血症患者(>11.2 mmol/L)的一线用药^[10]。烟酸可导致糖代谢异常或糖耐量恶化, 一般不推荐在糖尿病患者中使用^[11]。不推荐胆固醇吸收抑制剂与贝特类联用, 可能导致胆石症^[12], 与他汀类联用安全性较好。本研究中服用贝特类47例, 其中仅2例TG水平>11.2 mmol/L, 服用烟酸类17例, 其中7例合并糖尿病, 胆固醇吸收抑制剂与贝特类联用1例。这说明尽管例数较少, 仍存在不合理用药现象, 可能增加不良反应的发生, 降低降脂效果及患者依从性。不足之处是本研究仅记录了降脂药物的种类, 未对其服用剂量进行详细记录, 主要原因为参与调查的患者平均年龄较大, 大多数患者难以准确告知药物规格、剂量等。

中医学文献中虽无高脂血症相对应的病名, 但有其相关论述。《灵枢·血络论》说:“血气俱盛而阴气多者, 其血滑, 刺之则射, 阳气蓄积, 久而不泻者, 其血黑以浊, 故不能射。”其中“其血黑以浊”形象地说明了气血津液代谢失调, 以致痰浊胶结于血脉中的状况, 与现代高脂血症的概念非常相近。现代学者^[13-15]多认为, 高脂血症主要病机多为脾肾气

虚,痰浊瘀血。本研究结果发现,对比血脂达标组,不达标组的血瘀证、气虚证发生率高。对于痰浊证,虽中医证候的组间比较无统计学意义,但从中医症状及舌脉象的组间比较中,可以看出,在2组间有差异的17个症状中,7个症状可以概括为痰浊证的表现(头重如裹、头晕、口渴、口苦、口黏腻、胸闷、脉滑),7个可以概括为脾肾气虚证的表现(面色萎黄、头晕、腰膝酸软、肢体笨拙、乏力、夜尿频多、咳笑遗尿)。综合证候组间比较结果与症状组间比较结果,总的来说,血脂不达标组的脾肾气虚,痰浊瘀血证更为明显,这与其他学者研究结果较为一致。脾肾气虚为本,痰浊、瘀血为标,痰凝、瘀血既是气血津液运行障碍或脏腑功能失调的病产物,又是致病因素,它们既可单独致病,又能相互为患,滞留脉络,引起高脂血症及其并发症。

参考文献

[1] Zhang X, Patel A, Horibe H, et al. Cholesterol, coronary heart disease, and stroke in the Asia Pacific region[J]. *Int J Epidemiol*, 2003, 32(4):563-572.

[2] 中国成人血脂异常防治指南制订联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南[J]. *中华心血管病杂志*, 2007, 35(5):390-419.

[3] Robinson J G, Stone N J. The 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular disease risk: a new paradigm supported by more evidence[J]. *Eur Heart J*, 2015, 36(31):2110-2118.

[4] 2014年中国胆固醇教育计划血脂异常防治建议专家组, 中华心血管病杂志编辑委员会, 血脂与动脉粥样硬化循证工作组, 等.

2014年中国胆固醇教育计划血脂异常防治专家建议[J]. *中华心血管病杂志*, 2014, 42(8):633-636.

[5] 王平平. 缺血性中风不同时点神经功能缺损程度、证候特征与预后相关性的研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2011.

[6] 王陇德. 中国居民营养与健康状况调查报告之一:2002综合报告[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:60-65.

[7] 马冠生, 赵丽云. 中国居民营养与健康状况监测报告(2010-2013)[Z]. 北京:2014-6-13.

[8] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国脑血管病一级预防指南 2015[J]. *中华神经科杂志*, 2015, 48(8):629-643.

[9] 第二次中国临床血脂控制状况多中心协作研究组. 第二次中国临床血脂控制达标率及影响因素多中心协作研究[J]. *中华心血管杂志*, 2007, 35(5):420-427.

[10] Berglund L, Brunzell J D, Goldberg A C, et al. Evaluation and treatment of hypertriglyceridemia: an Endocrine Society clinical practice guideline[J]. *J Clin Endocrinol Metab*, 2012, 97(9):2969-2989.

[11] Canner P L, Furberg C D, Terrin M L, et al. Benefits of niacin by glycemic status in patients with healed myocardial infarction (from the Coronary Drug Project) [J]. *Am J Cardiol*, 2005, 95(2):254-257.

[12] 赵广聚. 调脂药物的合理应用及不良反应[J]. *中国医药指南*, 2013(8):57-59.

[13] 陶元宝. 2型糖尿病合并脂代谢紊乱的中医证候学研究[D]. 北京:北京中医药大学, 2010.

[14] 郑智雄. 高脂血症中医证候规律研究[D]. 广州:广州中医药大学, 2013.

[15] 唐大暄, 张敬峰, 曹征, 等. 原发性高脂血症中医证候规律研究[J]. *北京中医药大学学报:中医临床版*, 2011(3):11-13.

(2015-12-28 收稿 责任编辑:洪志强)

(上接第39页)

响不大,需要进一步完善社区干预项目,充分应用中医学治未病理论,将中医的管理理念融入到目前西医的健康管理中,探索一套脑卒中健康管理中西医结合新模式。

本研究尚存在一定不足:1)在采集病例的过程中,对于涉及舌象、脉象等夹杂主观性因素的中医观察项目,虽有专家现场指导,仍不能完全避免病例采集者标准不一,需进一步规范。2)本研究中纳入指标有限,未对颈动脉内膜厚度值、斑块大小、性质、部位等因素进行更为详细的相关性研究,故社区干预效果还需进一步深入化研究。3)因若能将符合

纳入标准的人群中随机分组,一组进行定期的中医健康指导,另外一组为空白对照,对2组人群跟踪随访,比较二者生化指标及终点事件的发生率及其中医证候学特点的差异,将更有意义。

参考文献

[1] 陈竺. 全国第三次死因回顾抽样调查报告-中华人民共和国卫生部[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2008:140-141.

[2] 中华人民共和国卫生部. 脑卒中高危人群筛查和干预试点项目管理办法(试行)[Z]. 卫办疾控函[2012]275号.

[3] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准[S]. *北京中医药大学学报*, 1996, 19(1):55-56.

[4] 刘悦坡. “肝主疏泄”探析[J]. *现代中医药*, 2004, 24(2):43.

(2015-12-28 收稿 责任编辑:洪志强)