

原发性高血压左室肥厚相关因素与中医证型关系的探讨

周文强¹ 刘德桓¹ 戴一娜¹ 庄增辉¹ 林惠琴²

(1. 泉州市中医院针灸康复科, 福建省泉州市温陵南路215号, 362000; 2. 福建省泉州市第一医院)

[摘要] **目的** 探讨原发性高血压病左室肥厚(EH-LVH)相关因素与中医临床辨证分型的关系。**方法** 将138例EH-LVH患者分为肝火亢盛证、痰湿壅盛证、阴虚阳亢证和阴阳两虚证4个证型,分析其年龄、性别、病程、血压水平、血脂、尿酸(UA)等对各证型的影响。**结果** 在年龄及病程的分布上,阴阳两虚证与其他3个证型间差异均有统计学意义($P < 0.05$);不同证型在舒张压水平、脉压大小上差异有统计学意义;各证型的血清低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、甘油三酯(TG)以及UA有统计学差异。**结论** 年龄、病程均是影响临床证型分类的基本因素;血压水平的变化尤其是脉压水平的高低影响了临床证型的分类和发展变化;痰瘀互结是EH-LVH痰湿壅盛证病理过程中的主要特征。
[关键词] 原发性高血压病;左心室肥厚;中医证型

Study on the Correlation between the Related Factors and TCM Syndromes of Essential Hypertension with Left Ventricular Hypertrophy

ZHOU Wenqiang, LIU Dehuan, DAI Yina, et al.
(Quanzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Fujian 362000)

ABSTRACT **Objective** To discuss the impact of the related factors of essential hypertensive with left ventricular hypertrophy (EH-LVH) on TCM Syndromes. **Methods** The 138 patients with EH-LVH were differentiated into 4 types, i. e. liver-fire hyperactivity, excessive accumulation of phlegm-dampness, yin deficiency with yang hyperactivity and deficiency of both yin and yang, and the impact of age, sex, course of disease, blood pressure, blood lipid, and uric acid (UA) on the different TCM syndromes was studied. **Results** Regarding to the age and course of disease, the group of type of deficiency of both Yin and Yang was significantly different from the other 3 types. Each type was significantly different in diastolic blood pressure and pulse pressure difference. The low density lipoprotein cholesterol (LDL-C), triglyceride (TG), and uric acid (UA) in different type were significantly different. **Conclusion** Age and course of disease are basic factors that influence TCM Syndromes. The change of blood pressure, especially the level of pulse pressure, affects the differentiation of TCM syndromes with their development. Phlegm and blood stasis is the main manifestation of phlegm-damp syndrome in EH-LVH patients.
Key Words Essential hypertension; Left ventricular hypertrophy; TCM syndromes

原发性高血压(EH)约有25%~30%患者合并左室肥厚(LVH),LVH是心力衰竭、心肌梗死、心律失常及猝死等心血管并发症及死亡的一种独立的危险因素^[1]。EH-LVH的相关因素较多,本研究旨在探讨这些相关因素对EH-LVH中医临床辨证分型产生的影响,从这一层面初步揭示EH-LVH中医证型变化的规律,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

共观察临床病例138例,均来自泉州市中医院门诊或住院患者,其中男性97例,女性45例;年龄55~83岁,平均(61.84±5.25)岁。

1.2 诊断标准

EH诊断标准及分级标准:按1999年世界卫生组织和国际高血压联盟(WHO/ISH)建议的18岁以上或成

年人血压分类标准^[2],确定分级、分层。LVH诊断标准:参考全国高血压左心室肥厚临床及基础研究研讨会纪要^[3],即左室重量指数(LVMI)男性>125g/m²,女性>120g/m²。应用M型、二维、脉冲多普勒及彩色多普勒超声技术,对所有患者进行超声心动图检查,得出左房内径、室间隔厚度、左室舒张末内径、左室后壁等指标,然后按照Devereux公式算出左室重量(LVM),并进一步算出LVMI^[3]。

中医辨证分型标准:按《中药新药临床研究指导原则》^[4]中治疗高血压病的辨证分型标准分为肝火亢盛证、阴虚阳亢证、阴阳两虚证、痰湿壅盛证。

1.3 纳入及排除标准

纳入符合上述诊断标准及中医辨证标准者,排除合并有多脏器衰竭等严重并发症和精神病者,排除无法判断证型及资料不全者。

1.4 观察指标

①一般性指标:患者的年龄、性别、病程、3次偶测

血压的平均值、分级、分层。②生化指标:采集禁食12h后的肘静脉血5ml,分离血清。用酶法测定尿酸(UA)、总胆固醇(TC)和甘油三酯(TG),用比浊法测定低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)。试剂由Beckman公司提供,仪器为Beckman全自动生物化学分析仪。

1.5 统计学方法

采用SPSS 10.0统计软件,计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示,组间差异性检验采用方差分析。

2 结果

2.1 各证型患者的性别、年龄、病程分布情况

表1示,与阴阳两虚证比较,其他3个证型的年龄分布和肝火亢盛证、阴虚阳亢证的病程分布与其有统计学差异($P < 0.05$);与痰湿壅盛证比较,肝火亢盛证的年龄及病程分布均有统计学差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),阴虚阳亢证的平均病程亦与痰湿壅盛证有统计学差异($P < 0.01$)。另外,138例患者挟瘀54例(39.13%),其中肝火亢盛证3例(5.56%)、痰湿壅盛证25例(46.30%)、阴虚阳亢证16例(29.63%)、阴阳两虚证10例(18.52%),约有半数以上(25/45例,5.56%)的痰湿壅盛证患者出现挟瘀现象。

表1 138例不同证型患者性别、平均年龄和病程比较

证型	例数	性别(例)		平均年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	平均病程 (年, $\bar{x} \pm s$)
		男	女		
肝火亢盛证	16	7	9	58.25±1.12*△	11.25±1.12*△△
痰湿壅盛证	45	27	18	61.63±5.10*	14.12±3.73
阴虚阳亢证	43	29	14	60.54±4.07*	11.29±3.49*△△
阴阳两虚证	34	30	4	65.36±6.07	14.03±3.03

注:与阴阳两虚证比较,* $P < 0.01$;与痰湿壅盛证比较,△ $P < 0.05$,△△ $P < 0.01$

2.2 各证型患者血压水平比较

表2示,4个证型患者在收缩压(SBP)的血压水平上无统计学差异,而在舒张压(DBP)方面阴阳两虚证与其他3个证型之间存在统计学差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。在脉压(PP)方面,痰湿壅盛证与阴阳两虚证有统计学差异($P < 0.05$)。

表2 138例不同证型患者SBP、DBP、PP比较(mmHg, $\bar{x} \pm s$)

证型	例数	SBP	DBP	PP
肝火亢盛证	16	168.00±9.60	100.00±8.51**	68.00±10.60
痰湿壅盛证	45	165.02±15.38	99.28±7.58**	65.73±11.79*
阴虚阳亢证	43	166.83±11.09	97.53±7.69*	69.30±5.93
阴阳两虚证	34	166.64±13.84	92.94±8.50	73.70±9.89

注:与阴阳两虚证比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$

2.3 各证型患者PP水平分级比较

将PP水平分为4级^[4](≤60、61~70、71~80、>

80mmHg),肝火亢盛证PP≤60mmHg者4例,61~70mmHg者7例,71~80mmHg者3例,>80mmHg者2例;痰湿壅盛证PP≤60mmHg者16例,61~70mmHg者13例,71~80mmHg者13例,>80mmHg者3例;阴虚阳亢证PP≤60mmHg者3例,61~70mmHg者26例,71~80mmHg者12例,>80mmHg者2例;阴阳两虚证PP≤60mmHg者5例,61~70mmHg者9例,71~80mmHg者12例,>80mmHg者8例。4个证型在PP水平的分布上存在统计学差异($P < 0.01$),提示各证型除了在PP水平上有差异外,在PP的分布区间上亦存在统计学差异。

2.4 各证型患者高血压分级和危险因素分层比较

各证型在高血压的分级上,肝火亢盛证1级1例,2级11例,3级4例;痰湿壅盛证1级8例,2级27例,3级10例;阴虚阳亢证1级7例,2级32例,3级4例;阴阳两虚证1级11例,2级17例,3级6例。各证型在高血压的分级上并未见差别($P > 0.05$)。但在危险因素分层上,肝火亢盛证高危6例,很高危10例;痰湿壅盛证高危8例,很高危37例;阴虚阳亢证高危4例,很高危39例;阴阳两虚证高危3例,很高危31例。组间存在统计学差异($P < 0.05$)。

2.5 各证型患者血清TC、LDL-C、TG及UA比较

表3示,各证型间的TC无统计学差异;痰湿壅盛证的TG、LDL-C与其他3个证型均存在统计学差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);阴阳两虚证的UA明显高于肝火亢盛证($P < 0.05$)。

表3 138例不同证型患者血清TC、TG、LDL-C、UA比较($\bar{x} \pm s$)

证型	例数	TC (mmol/L)	TG (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)	UA (μmol/L)
肝火亢盛证	16	4.98±0.53	1.74±0.48*	3.15±0.42*	412.62±50.03
痰湿壅盛证	45	5.40±0.58	2.12±0.65	3.53±0.61	438.42±34.39
阴虚阳亢证	43	5.37±0.65	1.75±0.26**	3.20±0.23*	435.47±26.91
阴阳两虚证	34	5.30±0.61	1.66±0.24**	3.20±0.19**	451.15±24.39△

注:与肝火亢盛比较,△ $P < 0.05$;与痰湿壅盛比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$

2.6 相关性分析

对LVMI与其他各项指标(除外心脏本身的结构及功能性指标)进行相关性分析。计算其相关系数(r),LVMI与年龄($r = 0.494$)、病程($r = 0.577$)、SBP($r = 0.607$)、DBP($r = 0.16$)、PP($r = 0.659$)、TC($r = 0.29$)、UA($r = 0.678$)等指标均呈现正相关($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。其中 $r > 0.50$ 的有SBP、PP、病程、UA等指标。

3 讨论

中医虽无 EH-LVH 的记载,但其所具有的各种症状如眩晕、头痛、心悸、胸闷、失眠等描述散见于历代医籍文献中,其发展规律是在早期多为肝火上升,肝阳偏亢;在中期由于阴虚阳亢,逐渐发展为肝肾阴虚;后期由于阴损及阳,常表现为阴阳两虚,并可挟有痰、瘀^[6]。本研究发现,肝火亢盛证年龄轻,病程短;而阴阳两虚证年龄大,病程长,提示与上述疾病发展规律相似,年龄、病程均是影响临床证型分类的基本因素。

若仅从本研究的样本总体来看,EH 患者发生 LVH 男女的检出率不一,纳入研究的性别样本的差异直接导致性别因素在各个辨证分型的分布。根据有关的中医理论,不同性别在生理、病理上的变化是不同的,并有一定的规律可循,因此,对于性别因素对 EH-LVH 的发展变化会如何产生影响,是进一步研究的一个方向。血压水平与心血管发病率呈连续性相关,本研究发现,血压水平的变化尤其是脉压水平的高低影响了临床证型的分类和发展变化。但值得指出的是本研究采用的是3次偶测血压的平均值,且受测量时间的限制,未能全面而准确地反映研究对象的血压水平和变化规律,建议进一步研究时采用动态血压监测以得到更加准确的结论。

本研究提示,脂质的异常代谢在痰湿壅盛证表现较为突出,与既往研究痰浊与高血脂有关的报道一

致^[7]。在研究中发现,EH-LVH 患者挟瘀的现象较为突出,提示痰瘀互结可能是 EH-LVH,尤其是痰湿壅盛证病理过程中的主要特征。EH-LVH 的相关因素较多,基于 LVMI 水平是作为衡量 EH-LVH 的疾病发展程度的重要指标,仅对年龄、SBP、DBP、PP、病程、TC、TG、LDH、UA 等指标与 LVMI 进行相关性分析。由于以上指标大部分与中医辨证分型有密切的关系,因此从另一侧面表明中医临床辨证分型的合理性和实用性。

参考文献

- [1] 谈志强, 庞振瑶. 高血压病血压昼夜节律与左室肥厚[J]. 血管病进展, 1996, 17(3): 129-131.
- [2] 中国高血压防治指南起草委员会. 中国高血压防治指南(试行本)[J]. 高血压病杂志, 2000, 8(1): 100.
- [3] 全国高血压左室肥厚临床及基础研究研讨会纪要[J]. 中华内科杂志, 1994, 33(2): 139-140.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 74-75.
- [5] 徐蕾, 倪幼方, 方唯一, 等. 高血压病患者脉压与左室肥厚关系的探讨[J]. 实用医学杂志, 2005, 21(15): 1636-1637.
- [6] 何绍奇. 现代中医内科学[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1991: 259.
- [7] 宋剑南, 刘东远, 牛晓红, 等. 高脂血症与中医痰浊关系的实验研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 1995, 1(1): 49-51.

(收稿日期: 2008-05-21; 修回日期: 2008-10-06)

[编辑: 邓媛]

首届全国中医肝病痰病论坛暨 中医特色疗法经验交流会

《科普文摘》(中华医学论坛专辑)杂志、北京聚英杰国际文化中心传统医药部主办, 北京聚英杰医药科学研究院承办的本次会议定于2009年6月上旬在深圳召开, 会议期间将组织赴香港、澳门、珠海考察。特邀请各级中医、中西医结合名医和乡村医生、民间中医中的特色医疗名医报名参加会议。

1. 会议内容: (1) 专家讲座(特邀请《湖北中医杂志》原主编、全国著名的中医肝病专家、中医痰病学说的创始人朱曾柏教授等作肝病、痰病等方面的讲座); (2) 交流特色医疗经验; (3) 表彰优秀的特色医疗名医; (4) 赴港、澳、珠海考察。

2. 征文内容: 中医药、中西医结合、民间疗法等各方面的特色疗法治疗各种常见病多发病疑难病经验均可。须打印, 文后附200字以内作者简介。

3. 有关说明: (1) 入选论文均安排在杂志上发表; (2) 颁发优秀论文证书和继续教育学分证书; (3) 择优授予“中国特色医疗名医”称号(证书、奖章); (4) 颁发纪念品; (5) 请提前40天在当地公安局办理港澳通行证或护照; (6) 帮助会议代表中的民间中医、乡村医生评审由人事部门发证的中高级卫生技术职称。

4. 报名方法: 请在2009年5月10日前将论文(无论文也可报

名参会)、个人技术简介、参会申请书(写上姓名、地址、电话、邮编)、1寸红底彩照4张、报名费100元一起寄北京100036-98信箱痰病肝病论坛会务组李莹莹主任收, 邮编100036, 电话: 010-87013859, Email: 100036-98@163.com。

全国特效绝技学术交流会征稿通知

为探讨、交流临床特效绝技 防治疾病的作用机理与实践经验, 拟于2009年5月在无锡召开“聚杰杯全国特效绝技学术交流会”。会议主要内容: 特效绝技演示、展示(在会场), 临床经验交流。征稿内容: 以临床医案分析、病例报导、经验总结为主, 题材不限; 本着百花齐放、各抒己见的精神, 欢迎掌握一定特效医术, 并得到患者广泛认可的祖传、师承、一技之长的医务人员参会及投稿。请注明“特效绝技”会议。

为研究、整理我国各地名医独具匠心的临证思路和用药技巧, 我们拟将编纂《当代名医临证金鉴》。现征稿如下: 名医学术思想研究与临床经验总结; 名老中医、中医新秀、民间医生经验总结及医案、医话、经验方药介绍; 单方、验方临床应用总结; 疑难病、少(罕)见病、危重病的诊断与治疗及典型病例分析。请注明“临证金鉴”字样。

截稿日期: 2009年4月26日。稿件请寄: 南京市商埠街27号, 南京聚杰医药科技研究中心刘凤国收, 邮编: 210011, 电子邮箱: tg@huaxia120.com。电话: (025) 86054929、86054939。会议细则请见会议通知或华夏医药网 www.huaxia120.com。