

急性脑梗死合并糖代谢异常患者发病 初期中医证候分析

朱宏勋* 曹锐 胡文忠 李京

(首都医科大学附属北京朝阳医院中医科, 北京市朝阳区工体南路 8 号, 100020)

基金项目: 北京市科技计划项目(H020920010220)

* 通讯作者: zhuhongxun@sohu.com, (010)85231378

[摘要] **目的** 研究急性脑梗死合并糖代谢异常患者在脑梗死发病初期中医证候的分布特点。 **方法** 对 224 例急性脑梗死患者进行血糖检测, 并采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)进行神经功能缺损评分, 同时对患者的中医证候进行评分, 分析急性脑梗死合并糖代谢异常者的证候特点。 **结果** 急性脑梗死合并糖代谢异常患者 121 例, 无糖代谢异常者 103 例; 急性脑梗死合并糖代谢异常患者的 NIHSS 评分高于无糖代谢异常患者($P < 0.05$), 急性脑梗死合并糖代谢异常组患者的高血压患病比例明显高于无糖代谢异常组的患者($P < 0.01$), 急性脑梗死合并糖代谢异常组火热证例数比例较无糖代谢异常患者要高($P < 0.05$), 两组分布前 10 位的中医证候类型大体相似。 **结论** 急性脑梗死合并糖代谢异常患者火热证多于无糖代谢异常患者, 神经功能缺损也较严重, 且多合并高血压病。

[关键词] 急性脑梗死; 糖代谢异常; 中医证候

Analysis on the TCM syndromes of the Early Stage of Acute Cerebral Infarction Complicated with Glycometabolic Abnormality

ZHU Hongxun, CAO Rui, HU Wenzhong, LI Jing

(Beijing Chaoyang Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100020)

ABSTRACT **Objective** To study the distribution characteristics of TCM syndromes of acute cerebral infarction (ACI) patients accompanied with glycometabolic abnormality in the early stage. **Methods** Totally 224 ACI patients were given blood glucose test and were scored with National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) for evaluating neural function defect. Meanwhile their TCM syndromes were scored for analyzing the syndrome characteristics of ACI accompanied with glycometabolic abnormality. **Results** There were 121 patients of ACI accompanied with glycometabolic abnormality and 103 cases without glycometabolic abnormality. The NIHSS score of ACI patients accompanied with glycometabolic abnormality was higher than that without glycometabolic abnormality ($P < 0.05$). The morbidity of hypertension of ACI patients with glycometabolic abnormality was significantly higher than that without glycometabolic abnormality ($P < 0.01$). The cases of fire-heat syndrome in the ACI patients with glycometabolic abnormality were more than those in the ACI patients without glycometabolic abnormality ($P < 0.05$). The first 10 TCM syndromes of the two groups were almost the same.

Conclusion ACI patients with glycometabolic abnormality are more susceptible to fire-heat syndrome than those without glycometabolic abnormality, their neural function defect is more severe, and most of them are complicated with hypertension.

Key Words acute cerebral infarction (ACI); glycometabolic abnormality; TCM syndromes

糖代谢异常是糖尿病(DM)与糖调节受损(IGR)的总称, IGR 包括空腹血糖受损(IFG)和糖耐量受损(IGT)。糖尿病作为缺血性脑卒中的独立危险因素已经得到公认, 因此, 观察急性脑梗死合并糖代谢异常患者脑梗死发病时的中医证候特点, 可以为临床治疗及二级预防提供一定依据。

1 资料及方法

1.1 诊断标准

糖代谢异常参照《中国糖尿病防治指南》^[1]中的诊断标准: IGT: 空腹血糖(FBG) $< 7.0 \text{ mmol/L}$ 且

$7.8 \text{ mmol/L} \leq \text{餐后 2 小时血糖}(2\text{hPG}) < 11.1 \text{ mmol/L}$; IFG: $6.1 \text{ mmol/L} \leq \text{FBG} < 7.0 \text{ mmol/L}$ 且 $2\text{hPG} < 7.8 \text{ mmol/L}$; DM: 任意时间血糖 $\geq 11.1 \text{ mmol/L}$ 或 $\text{FBG} \geq 7.0 \text{ mmol/L}$ 或口服糖耐量试验(OGTT)中 $2\text{hPG} \geq 11.1 \text{ mmol/L}$ 。脑梗死采用中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[2]中的脑梗死诊断标准。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准: 脑梗死符合上述诊断标准, 并经头颅 CT 或核磁共振证实; 发病 72h 内; 格拉斯哥昏迷量

表 1 两组患者一般情况比较

组别	例数	平均年龄(岁)	性别		NIHSS(分)	合并高血脂		合并高血压	
			男	女		是	否	是	否
合并糖代谢异常组	121	67.2±10.5	71	50	6.2±5.2	89	32	68	53
无糖代谢异常组	103	65.4±11.7	61	42	4.8±4.9	63	40	34	69
		$t=-1.226$	$\chi^2=0.007$		$t=-2.104$	$\chi^2=3.915$		$\chi^2=12.063$	
P 值		0.222	1.000		0.036	0.062		0.001	

表 2 两组患者中医证候分布情况比较[例(%)]

组别	风		火热		痰		血瘀		气虚		阴虚阳亢	
	≥7 分	<7 分	≥7 分	<7 分	≥7 分	<7 分	≥7 分	<7 分	≥7 分	<7 分	≥7 分	<7 分
无糖代谢异常组	67(65)	36(35)	38(37)	65(63)	61(59)	42(41)	48(47)	55(53)	13(13)	90(87)	12(12)	91(88)
合并糖代谢异常组	80(66)	41(34)	62(51)	59(49)	71(59)	50(41)	54(45)	67(55)	26(21)	95(79)	16(13)	105(87)
χ ² 值	0.028		4.634		0.007		0.087		3.042		0.126	
P 值	0.889		0.043		1.000		0.789		0.111		0.840	

表≥8 分;住院时间≥10 天。排除标准:合并其他内分泌疾病者;长期服用糖皮质激素者;合并感染性疾病者。

1.3 一般资料

选择 2004 年 1 月至 2009 年 12 月北京朝阳医院中医科及神经内科的住院患者共 224 例,其中男性 132 例,年龄 24~88 岁,平均年龄(64.9±11.9)岁;女性 92 例,年龄 41~85 岁,平均年龄(68.5±9.4)岁。

1.4 研究方法

所有患者入院当天检测随机血糖,随机血糖<11.1mmol/L 者行 OGTT 试验,OGTT 试验仅检测 FBG 和 2hPG。第 2 天测 FBG,发病后(14±4)天复测血糖,以排除应激性血糖升高,患者入院时进行神经功能缺损评分,神经功能缺损评定采用美国国立卫生研究院卒中量表(National Institutes of Health Stroke Scale,NIHSS)^[3]。采用国家中医药管理局脑病急症科研组的《中风病辨证诊断标准》^[4],对患者的中医证候进行评分。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 16.0 统计软件包,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用两样本 t 检验;计数资料采用卡方检验。

2 结果

按是否合并糖代谢异常,将急性脑梗死分为两组,即合并糖代谢异常组 121 例和无糖代谢异常组 103 例。

2.1 两组患者一般情况比较

表 1 示,急性脑梗死合并糖代谢异常患者的 NIHSS 评分高于急性脑梗死无糖代谢异常患者($P<0.05$),两组在发病年龄及性别组成差异无统计

学意义($P>0.05$)。急性脑梗死合并糖代谢异常组患者的高血压患病比例明显高于急性脑梗死无糖代谢异常组的患者($P<0.01$),两组在高血脂的发病率方面无统计学意义($P>0.05$)。

2.2 两组患者中医证候分布情况

根据文献[4],每个证候分值≥7 分时,证候成立。表 2 示,急性脑梗死合并糖代谢异常组患者火热证例数比例高于急性脑梗死无糖代谢异常患者($P<0.05$),而两组间其他证候差异无统计学意义($P>0.05$)。

2.3 两组患者分布前 10 位的证候组合情况

表 3 两组患者分布前 10 位的中医证候组合比较

合并糖代谢异常组			无糖代谢异常组		
证候组合	例数	百分比(%)	证候组合	例数	百分比(%)
风+火热+痰+血瘀	11	9.1	风+痰+血瘀	16	15.5
风	11	9.1	风+火热+痰+血瘀	9	8.7
风+火热+痰	9	7.4	风+火热+痰	8	7.8
风+火热	7	5.8	无证可辨	8	7.8
风+痰	7	5.8	风	7	6.8
火热+痰+血瘀	7	5.8	痰	7	6.8
无证可辨	6	5.0	风+火热+阴虚	5	4.9
风+痰+血瘀+气虚	5	4.1	风+火热	4	3.9
风+痰+血瘀	5	4.1	风+痰	4	3.9
痰+血瘀	5	4.1	风+血瘀	4	3.9

表 3 示,两组患者分布前 10 位的中医证候大体相似,其中的 7 个证候是相同的。急性脑梗死合并糖代谢异常组火热证比例排列顺序多靠前,急性脑梗死无糖代谢异常组患者风证较多,合并糖代谢异常组患者(火热+痰+血瘀)、(风+痰+血瘀+气虚)、(痰+血瘀)3 个证候组合未在急性脑梗死无糖代谢异常组的前 10 位中医证候中。

3 讨论

中医学将DM归于“消渴”，消渴病多阴虚燥热、气阴两虚之证，在其疾病发展过程中，火热是重要的病理过程，《素问·奇病论》说：“此肥美之所发也，此人必数食甘美而多肥也，肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上溢，转为消渴。”《灵枢·五变》说：“怒则气上逆，胸中蓄积，血气逆流……转而为热，热则消肌肤，故为消瘴。”这里的论述都提到在消渴的发病过程中火热的致病过程。本研究结果显示，急性脑梗死合并糖代谢异常患者火热证例数比例较急性脑梗死无糖代谢异常患者要高，而阴虚阳亢证两组无明显区别，考虑可能是因为糖代谢异常患者包括DM及IGR受损两部分，IGR的患者还未发展到阴虚燥热、气阴两虚的阶段，仍停留在火热证的疾病过程中，故阴虚证还不太明显；另外目前由于医疗条件的改善，很多DM患者发现及确诊时间早，控制及时，远未发展到多饮、多食、多尿的阶段，故火热证较多，而阴虚燥热、气阴两虚的患者比例下降。

两组患者分布前10位的中医证候结果显示，两组相同的中医证候排位有所不同，其中急性脑梗死合并糖代谢异常组含有火热证的中医证候排位多靠前，这与上面的论述相吻合。急性脑梗死合并糖代谢异常组患者中(火热+痰+血瘀)、(风+痰+血瘀+气虚)、(痰+血瘀)3个证候组合未在急性脑梗死无糖代谢异常组的前10位中医证候中，考虑可能与DM损伤血管，导致血瘀证的因素增多有关，但在本研究的单一证候因素中未见血瘀证在两组中有显著差异，其原因有待进一步探讨。

急性脑梗死合并糖代谢异常患者神经功能缺损

(NIHSS评分)较急性脑梗死无糖代谢异常的患者严重；急性脑梗死合并糖代谢异常组患者的高血压患病比例明显高于无糖代谢异常组，表明高血压常与脑梗死、糖代谢异常相关联。《中国糖尿病防治指南》^[1]也指出高血压为糖尿病缺血性脑病的独立危险因素。急性脑梗死合并糖代谢异常的患者占急性脑梗死患者的54.0%，其比例如此高，且多合并高血压，对于脑梗死的治疗及预后具有重要影响，因此分析其中医证候分布，对于中医诊治急性脑梗死具有重要意义。

在本研究中，我们采用急性脑梗死发病后(14±4)天，作为急性脑梗死是否合并DM、IGT、IFG的诊断时间点，主要是参考了贾萍娟等^[5]的研究，另外如果有条件进行更长时间的随访，对于研究结论的可信度将会有进一步的提高。

参考文献

- [1]钱荣立,项坤三,刘力生,等.中国糖尿病防治指南[M].北京:北京大学医学出版社,2004:6-45.
- [2]中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379.
- [3]北京神经病学学术沙龙·BNC.脑血管病临床指南[M].北京:人民卫生出版社,2003:246-255.
- [4]国家中医药管理局脑病急症科研组.中风病辨证诊断标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1994,17(3):64-66.
- [5]贾萍娟,连妙芬,贾震雷,等.急性脑梗死患者糖代谢异常的诊断时机研究[J].浙江实用医学,2009,14(5):377,393.

(收稿日期:2010-08-08;修回日期:2010-11-03)

[编辑:邓媛]

欢迎邮购《中国现代名中医医案精粹》

《中国现代名中医医案精粹》(1-6集),由董建华、王永炎两位院士牵头,组织全国第一批、第二批、第三批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师编写,共收录434位名老中医的5172例医案。这些医案是现代中医名家灵活运用中医理法方药治病活人的真实记录。通过阅读这些医案,读者如同在名老中医的带领下一步一步走近患者,进行思考分析,对于广大的中医医生临床诊治、深入研究及成长发展具有重要的指导作用。医案中的按语或为名医本人所撰,或由后人、门徒所加;编者评注由丛书主编、副主编所撰。第1、2集主要收录146位名老中医的1850例医案,第3、4集主要收录142位名老中医的1884例医案,第5、6集主要收录146位名老中医的1438例医案。

本书特点:①所选名中医在全国有广泛的影响,极具权威性。②各集内对名中医均按行政区划和军队分类编排。③每则医案均由名老中医亲自选定,真实、可靠。其中一部分名老中医已逝世,因此所收医案尤为珍贵。④每集正文后均有该集的病名证索引,第6集书末附有丛书的总病名证索引,方便读者查阅。

《中国现代名中医医案精粹》(1-6集)为精装16开本,已由人民卫生出版社于2010年12月出版。第1集694页,定价95元;第2集669页,定价92元;第3集720页,定价96元;第4集820页,定价108元;第5集619页,定价85元;第6集558页,定价75元。单购一集每本加邮挂号费5元,全套购买免邮费。款到寄书。汇款地址:北京市东直门南小街16号中医杂志北京医海林音像书店;邮政编码:100700;联系人:崔京艳、邓媛;联系电话:(010)64013162,(010)64014411-3053。