

• 研究报告 •

高血压患者颈动脉粥样硬化与中医证型的相关性研究

胡万华, 陈克龙, 支英豪, 黄建平, 陈凌

(浙江省温州市中医院, 浙江 温州 325000)

高血压是临床最常见疾病之一,严重的高血压可引起卒中的发生,流行病学调查显示,不良生活习惯、高盐饮食、吸烟、饮酒、心理应激等因素与高血压及其卒中的发生有关^[1]。同时,高血压是多种心脑血管疾病的重要危险因素,迄今仍是冠心病、脑梗死、脑出血等心脑血管疾病死亡的主要原因之一,给家庭和社会带来了严重危害^[2]。高血压也是动脉粥样硬化的重要危险因素。动脉粥样硬化可累及全身器官或系统的动脉血管,导致一过性脑缺血发作、脑卒中、心绞痛、心肌梗死(心梗)和心脏性猝死等。颈部动脉是动脉粥样硬化最常累及的部位^[3],超声检查颈动脉内-中膜厚度(IMT)是观察早期动脉粥样硬化病变的定量指标^[4]。有研究提示颈动脉 IMT 厚度是心脑血管疾病的重要危险因子^[5]。本研究拟观察原发性高血压患者颈动脉粥样硬化的病变情况,探讨其与中医证型之间的关系及临床意义。

1 资料及方法

1.1 病例选择方法:采用回顾性研究方法。选择 2005 年 6 月至 2006 年 9 月在本院就诊的 65 岁以上老年患者共 168 例,其中男性 91 例,女性 77 例;平均年龄(72.8±5.7)岁。西医诊断符合原发性高血压的诊断标准^[6]。中医证候诊断参照《中药新药临床研究指导原则》中的辨证标准^[7]执行。排除标准:合并心脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病;哺乳期或妊娠妇女;严重精神疾病患者。

本研究符合医学伦理学标准,并经医院伦理委员会批准,所有治疗取得患者或家属知情同意。

1.2 检测指标和方法:采用美国 Philips 公司的 HD15000 和 IU22 超声仪。分别检测颈总动脉、颈内动脉、颈外动脉、颈动脉分叉部粥样斑块的形态、大小、IMT、管腔狭窄程度;观察不同中医证型患者颈动脉 IMT、颈动脉斑块发生率、不同程度颈动脉狭窄患者的中医证型分布。

1.3 判定标准

1.3.1 颈动脉斑块^[8]:颈总动脉、颈内动脉球部(窦部)IMT ≥ 1.0 mm 为增厚,局限性 IMT ≥ 1.5 mm 定义为斑块。

1.3.2 颈动脉狭窄^[8]:采用 2003 年美国放射年会超声会议公布的标准,管腔狭窄 < 50% 为轻度狭窄,50% ~ 69% 为中度狭窄,≥ 70% 为重度狭窄。

1.4 统计学方法:使用 SPSS 16.0 软件,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验或方差分析;计数资料以例数表示,采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 原发性高血压患者的中医证型分布:168 例患者中有痰湿壅盛型 67 例(39.9%),阴虚阳亢型 41 例(24.4%),肝

火亢盛型 37 例(22.0%),阴阳两虚型 23 例(13.7%)。

2.2 不同中医证型原发性高血压患者颈动脉 IMT 的比较(表 1):痰湿壅盛型患者颈动脉 IMT 明显高于其他证型,差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。

表 1 不同中医证型高血压患者颈动脉 IMT 和颈动脉斑块发生率的比较

证型	例数	IMT (mm, $\bar{x} \pm s$)	阳性率[%(例)]
痰湿壅盛	67	1.11 ± 0.25	71.6 (48)
阴虚阳亢	41	0.98 ± 0.14 ^a	53.7 (22) ^a
肝火亢盛	37	0.94 ± 0.15 ^a	40.5 (15) ^a
阴阳两虚	23	0.96 ± 0.16 ^a	52.2 (12) ^a

注:与痰湿壅盛型比较,^a $P < 0.05$

2.3 不同中医证型高血压患者颈动脉斑块发生率的比较(表 1):痰湿壅盛型患者斑块发生率明显高于其他证型,差异有统计学意义(均 $P < 0.05$)。

2.4 不同程度颈动脉狭窄的证型分布(表 2):168 例患者中 97 例发生不同程度的颈动脉狭窄,发生率为 57.7%。轻、中、重度颈动脉狭窄患者间各中医证型比较差异有统计学意义($\chi^2 = 35.917$, $P < 0.05$),均以痰湿壅盛型狭窄最为严重。

表 2 不同程度颈动脉狭窄患者的证型分布

颈动脉狭窄程度	例数	证型类别(例)			
		痰湿壅盛	阴虚阳亢	肝火亢盛	阴阳两虚
轻度	59	23	16	11	9
中度	23	15	3	3	2
重度	15	10	3	1	1
合计	97	48	22	15	12

3 讨论

原发性高血压是发生动脉粥样硬化的重要危险因素,血压过高,血流对血管壁的冲击会损害血管内膜,内皮的功能受到损伤后,血液中的脂质更加容易沉积在血管壁,促进动脉粥样硬化的发生发展。颈动脉是动脉粥样硬化最常累及的大血管之一,颈动脉血流连续且速度快,可造成动脉内斑块破裂,容易导致脑卒中等疾病的发生^[9]。颈动脉连接心与脑两个重要器官,84.28% 的脑梗死患者合并颈动脉粥样硬化,心肌梗死患者颈动脉粥样硬化患病率为 92.3%,因此,早期诊断和积极预防高血压合并颈动脉粥样硬化可减少心脑血管疾病的发生^[10]。

古代文献中尚无“高血压病”、“动脉粥样硬化”的病名,根据高血压合并颈动脉粥样硬化患者的临床症状将其归属于头痛、眩晕病症范畴^[11]。临床中采用中医中药、针灸等治

疗方法,均取得良好疗效^[12]。元代朱丹溪认为“无痰不作眩”,其在《丹溪心法·头眩》中说:“头眩,痰挟气虚并火,治痰为主,挟补气药及降火药。无痰不作眩,痰因火动,又有湿痰者,有火痰者。”痰湿阻滞脉络,痰瘀互结,沉积脉道,脉道失柔,脉壁增厚,血府狭窄,导致血压升高。痰湿贯穿疾病发生发展的全过程^[13]。高血压病痰湿体质的患者更易发生靶器官的损害^[14]。因此,中医学认为高血压的主要病机为痰湿壅盛,化痰祛湿也是临床治疗高血压的重要治则。

本研究也证实痰湿壅盛型患者颈动脉 IMT、斑块的发生率及狭窄程度均大于其他证型,提示痰湿壅盛是高血压合并颈动脉粥样硬化的重要病因病机,这为中医临床从痰从湿论治高血压合并颈动脉粥样硬化提供了有力的客观依据。

参考文献

- [1] 于瑞英,谭建聪,周华东,等. 高血压并发脑卒中危险因素分析及行为干预对策研究. 中国危重病急救医学, 2002, 14 (11): 681-683.
- [2] 陈灏珠. 实用内科学. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 1526.
- [3] 雷玉峰,陈红彩,叶英姿. 超声诊断 76 例颈动脉粥样硬化的声像图回顾分析价值. 中国疗养医学, 2010, 19 (10): 946-947.
- [4] 黄焕亮,吴沃栋,许耘红,等. 中青年原发性高血压患者循环内皮祖细胞 CD34⁺ 水平与颈动脉粥样硬化的相关性研究. 中国危重病急救医学, 2010, 22 (6): 375-378.
- [5] 李莉,姜玉新,纪宝华. 高血压及心脑血管疾病与颈动脉粥样硬化. 中华心血管病杂志, 1996, 24 (2): 126-129.
- [6] 刘力生,王振纲,李艳丽. 2004 年中国高血压防治指南 (上) (实用本). 中国医院用药评价与分析, 2005, 5 (1): 64.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行). 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 74-75.
- [8] 中国医师协会超声医师分会. 血管超声检查指南. 中华超声影像学杂志, 2009, 18 (10): 911-920.
- [9] 冯丽洁,尹明,沈洪. 第 47 例——动脉粥样硬化性疾病的防治策略. 中国危重病急救医学, 2002, 14 (9): 574-576.
- [10] 孙毅,张琪. 颈动脉粥样硬化中医辨证分型研究进展. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13 (1): 207-209.
- [11] 段开骏,刘洁,白春锦,等. 不同中医辨证分型的高血压患者颈动脉血管重构变化. 中医药学刊, 2006, 24 (5): 893-896.
- [12] 王平平,高利. 颈动脉粥样硬化的中西医结合研究进展. 中国中西医结合急救杂志, 2007, 14 (2): 125-128.
- [13] 张小庆,孙丹杰. 从痰湿论治高血压. 中国现代医生, 2012, 50 (8): 33, 36.
- [14] 钱岳晟,张怡,周晓鸥,等. 痰湿体质高血压病患者脂联素异常与脂联素基因多态性的相关性研究. 中国中西医结合杂志, 2010, 30 (5): 454-457.

(收稿日期: 2013-04-24)

(本文编辑: 李银平)

• 经验交流 •

通宣理肺丸与酮替芬联用治疗支气管哮喘 27 例

黄建平

(江西财经大学医院, 江西 南昌 330013)

近几年来,笔者在门诊试用通宣理肺丸与酮替芬联合治疗支气管哮喘 27 例,获满意疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 病例: 27 例均为支气管哮喘急性发作期门诊患者,有反复发作史 2~11 年,符合《支气管哮喘防治指南 (2003 年)》诊断标准,排除心源性哮喘及其他严重心肺疾病所致喘息。其中男性 11 例,女性 16 例;年龄 18~37 岁;病程 1 h~2 d。21 例有过敏性鼻炎,无高血压病史,哮喘急性发作期使用氨茶碱与糖皮质激素治疗可有不同程度缓解。就诊时患者主要表现为喘息、呼吸困难、胸闷、咳嗽、无发热,两肺满布哮鸣音,辨证均属实喘、冷哮。

1.2 治疗方法: 在吸氧、抗感染及支持疗法基础上,给予通宣理肺丸 (浓缩丸),每次 10 丸、每日 3 次口服;酮替芬每次 1 mg、每日 2 次口服;两药联用,疗程 3~5 d。

1.3 疗效判断: 痊愈:哮鸣音消失,哮喘发作终止;好转:哮鸣音减少,哮喘减轻;无效:哮鸣音无变化,哮喘未减轻;加重:哮鸣音增多,哮喘进展为重度或哮喘持续状态。

1.4 结果: 在服药 24 h 内痊愈 23 例 (85.2%),好转 3 例 (11.1%),无效 1 例 (3.7%),无加重病例,总有效率 96.3%,未见不良反应。疗程结束 1 周后复诊或随访,无复发病例。

1.5 典型病例: 患者男性,21 岁,因发作气喘伴胸闷 2 h,于 2004 年 11 月 7 日上午就诊,无发热,咳少许白痰,自幼有哮

喘反复发作史,在当地医院诊断“过敏性哮喘”,每于发作期使用氨茶碱与地塞米松联合治疗而缓解。意识清,呼吸急促,口唇无发绀,查两肺满布哮鸣音,心率 94 次/min、心律齐、无杂音,舌质淡、苔薄白,脉浮紧,诊断:支气管哮喘急性发作 (中度),辨证属实喘、冷哮。门诊留观治疗:给予吸氧,环丙沙星针 0.4 g 静脉滴注;通宣理肺丸 (浓缩丸) 10 丸,每日 3 次口服;酮替芬片 1 mg,每日 2 次口服。服药次日晨患者即诉喘息完全缓解,胸闷消失,查呼吸正常,两肺哮鸣音消失,续服药至 5 d,随访观察,疗效稳定,无不良反应。1 个月后再次随访,未见哮喘发作。

2 讨论

支气管哮喘属于中医学“喘证”、“哮证”范畴。本组 27 例辨证均属实喘、冷哮,是由于外邪侵袭,痰浊内盛或宿痰内伏于肺,壅阻肺气,气机不利,不得宣降而致。通宣理肺丸解表散寒,宣肺止咳,现代药理研究证明具有抗菌、抗病毒、解热、镇痛、抗炎、缓解支气管痉挛、镇咳、祛痰和平喘作用;酮替芬有拮抗组织胺 H1 受体和抑制过敏反应介质释放的作用,且药效持续时间较长。两药联用治疗支气管哮喘急性发作具有协同作用,可增进疗效,本组病例的治疗结果显示,其疗效确切、稳定,起效较快,体现了中西医结合药物疗法的科学内涵和疗效优势。该疗法简、便、廉、验、安全,尤适用于基层医院门诊对支气管哮喘急性发作期患者的治疗。

(收稿日期: 2012-11-21) (本文编辑: 李银平)