

高血压病患者心脏结构及功能与中医证型相关性研究

付彦君 李 新

(辽宁中医药大学, 辽宁沈阳 110847)

摘 要 目的:探索高血压病患者心脏结构及功能与中医证型的相关性。方法:收集高血压病患者 113 例,根据中医四诊资料进行辨证分型,同时行心脏彩超检测相关指标,应用方差分析进行统计分析中医证型与心脏结构及功能的相关性。结果:阴阳两虚型左室舒末前后径、左房前后径及左室后壁厚度显著大于其他各证型,EDV、ESV 显著高于其他各证型,同时 EF%及 E/A 显著低于其他各证型;痰湿壅盛型室间隔和左室后壁厚度显著大于肝阳上亢和阴虚阳亢型,EDV、ESV 显著高于阴虚阳亢型。结论:高血压病患者阴阳两虚型较其他各证型左心扩张及心室肥厚显著,同时左心室收缩及舒张功能也显著降低;痰湿壅盛型较肝阳上亢及阴虚阳亢型左心室结构改变显著。

关键词 高血压病 证型 心脏 病理学

中图分类号 R544.102 文献标识码 A 文章编号 1672-397X(2014)01-0030-02

高血压病(EH)是一种世界范围内发病率较高的疾病,长期高血压可引起左室肥厚、左房增大、心脏的收缩、舒张功能下降等心脏结构及功能损伤^[1]。本研究旨在探索 EH 中医证型与心脏结构及功能的关系,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2011~2012 年在辽宁中医药大学附属医院收治的 EH 患者,共 113 例。其中肝阳上亢型 46 例,阴虚阳亢型 32 例,阴阳两虚 14 例,痰湿壅盛型 21 例。统计学处理结果显示,各证型间性别、平均年龄无显著性差异,而阴阳两虚型患者的平均病程高于其他各组。详见表 1。

1.2 诊断标准 西医诊断标准采用 1999 年世界卫生组织(WHO)及世界高血压联盟(ISH)关于高血压治疗修订指南中所规定的高血压定义:高血压(EH)是指在未服用抗高血压药物的情况下,收缩压(SBP)≥140mmHg 和(或)舒张压(DBP)≥90mmHg^[2]。中医

证候分型按照《中药新药临床研究指导原则》^[3],将 EH 分为肝阳上亢、阴虚阳亢、阴阳两虚和痰湿壅盛 4 型。

表 1 113 例 EH 患者不同中医证型患者的一般资料

中医证型	例数	男性(例)	女性(例)	平均年龄(岁)	平均病程(年)
肝阳上亢	46	20	26	60.8±13.5	8.3±2.1*
阴虚阳亢	32	16	16	70.1±11.3	9.4±3.2*
阴阳两虚	14	7	7	69.0±11.8	15.1±4.6
痰湿壅盛	21	9	12	67.1±11.2	10.5±2.7*

注:*与阴阳两虚比较 $P<0.05$ 。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准;年龄范围 18~90 岁;患者本人同意参与本次调查研究。

1.4 排除标准 (1)年龄在 18 岁以下或 90 岁以上者;(2)合并肝、肾、肺、内分泌等其他脏器严重病变;(3)继发性高血压及精神病患者;(4)中医辨证两型并见,无主次之分或证型复杂者;(5)孕期妇女。

of the SLEDAI, a disease activity index for lupus patients The Committee on Prognosis Studies in SLE. Arthritis Rheum, 1992, 35(6):630

[3] Lin J, Gu Y. Effect of monocyte chemo attractant protein-1 and estradiol on the secretion of vascular endothelial growth factor in endometrial stromal cells in vitro. Fertil Steril, 2005, 84(6):1793

[4] Robak E, Wozniacka A, Sysa-Jedrzejowska A, et al. Serum levels of angiogenic cytokines in systemic lupus erythematosus and their correlation with disease activity. Eur Cytokine Netw, 2001, 12(3):445

[5] 廖蕴华, 伍巧源, 冯震博, 等. 血管内皮细胞生长因子表达与狼疮肾炎肾脏病理的关系. 中华肾脏病杂志, 2004, 20(2):139

[6] 陈山源, 王丽萍, 张勇, 等. 狼疮性肾炎中医证型与肾脏病理的相关性研究. 中国中西医结合肾病杂志, 2011, 12(4):343

第一作者:孙美娟(1983-),女,医学硕士,住院医师,主要从事中西医结合肾脏病的临床治疗研究。sunmj_sz@163.com

收稿日期:2013-09-09

编辑:傅如海

2 研究方法

2.1 中医证候诊断 运用中医四诊的方法收集每个患者的证候资料,分别对患者进行辨证,得出辨证结论。

2.2 心脏结构及功能检测 对入组患者进行心脏结构及功能检查。患者安静状态下,取左侧卧位,使用 PHILIPS IU22 型彩色多普勒超声仪进行超声检查,探头频率为 2.5mHz。检测室间隔厚度(IVS),左室后壁厚度(LVPW),左室收末内径(ESD),左室舒末内径(EDD),左室收缩期容积(ESV),左室舒张期容积(EDV),射血分数(EF%)及E/A 比值。

2.3 统计学方法 本研究数据采用 SPSS17.0 软件包进行分析,计数资料采用百分率表示,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用方差分析,以 $P < 0.05$ 为有显著性差异。

3 研究结果

3.1 EH 患者不同中医证型与左心结构的关系比较 见表 2。

3.2 EH 患者不同中医证型与左心功能的关系比较 见表 3。

表 2 113 例 EH 患者不同中医证型与左心脏结构的关系比较($\bar{x} \pm s$)

中医证型	例数	室间隔厚度	左室后壁厚度	左室舒末前后径	左房前后径
肝阳上亢	46	8.8±0.9 [#]	8.8±0.9 [#]	46.2±4.9 ^{**}	32.2±4.2 ^{**}
阴虚阳亢	32	8.8±1.3 [#]	8.8±1.2 [#]	47.1±6.2 ^{**}	32.8±6.6 ^{**}
阴阳两虚	14	9.5±0.6	10.7±1.7	56.7±6.7	40.3±2.1
痰湿壅盛	21	10.0±2.3	9.7±2.1 [#]	48.3±4.7 ^{**}	33.2±5.9 ^{**}

注:与阴阳两虚比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与痰湿壅盛比较,# $P < 0.05$ 。

表 3 113 例 EH 患者不同中医证型与左心功能的关系比较($\bar{x} \pm s$)

中医证型	例数	左室舒张期容积	左室收缩期容积	射血分数	E/A
肝阳上亢	46	89.8±28.5 [#]	34.7±15.5 ^{**}	62.4±8.5 ^{**}	1.10±0.40 ^{**}
阴虚阳亢	32	77.6±20.5 [#]	30.7±12.1 ^{**}	61.2±9.9 ^{**}	0.82±0.30 ^{**}
阴阳两虚	14	120.8±44.6	67.9±29.8	54.2±11.4	0.60±0.13
痰湿壅盛	21	98.0±57.7 [#]	42.5±31.7 [#]	58.7±7.4 [#]	0.70±0.20 [#]

注:与阴阳两虚比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与痰湿壅盛比较,# $P < 0.05$ 。

4 讨论

EH 与左室肥厚(LVH)的相关性已为大量的流行病学研究所证实。EH 患者左心室收缩期负荷增加,除可致心肌细胞肥大外,心肌间质细胞亦有不同比例的增生,分泌过多的胶原、非胶原性糖蛋白及蛋白聚糖等细胞外基质(ECM)。EH 患者左心室长久处于高负荷状态,使得 ECM 过度累积,可导致心肌纤维化,而心肌纤维化直接参与了 LVH 的形成^[4]。此外,国内学者有研究发现,EH 不仅可导致 LVH,还可引起左房增大,且左房增大发生率显著高于 LVH 的发生率,左房增大可以单独存在或与 LVH 同时存

在,且随着左房内径增大,LVH 的发生率也显著增高^[5]。

既往研究表明,高血压患者无论有无 LVH,均出现左室舒张功能的损害,可表现为 E/A 比值下降。存在 LVH 时,有典型的左室舒张功能异常,A 峰进一步升高,E/A 比值进一步下降,说明 EH 患者早期即可出现左室舒张功能损害,且伴 LVH 时,舒张功能损害加重。在 EH 早、中期 LVH 对收缩功能影响不明显,但随着 LVH 的发展或加重,收缩功能则随之减退,射血分数及心排出量呈明显的负相关^[6]。

EH 在中医学尚无确切的病名与之对应,但根据临床症状将其划分入“眩晕”、“头痛”等范畴。中医学认为,高血压病的病机为肝火灼伤阴津,导致肝阴虚无以敛阳而发“肝阳上亢”;肝阴虚下劫肾阴,形成“肝肾阴虚”;阴精亏损累及阳气化生不足,形成“阴阳两虚”;在上述阴阳失衡的基础上又常有“痰湿”相兼的状况。依据该病的中医病机,可以得出肝阳上亢型症状较轻,而阴阳两虚是最重型。

在本研究中,EH 患者阴阳两虚型较其他各证型左心扩张及心室肥厚显著,同时左心室收缩及舒张功能也显著降低,这说明阴阳两虚患者较其他各证型的患者有更长的 EH 病史,心脏结构与功能改变更为显著。同时,痰湿壅盛型 EH 患者心脏结构的改变也较肝阳上亢型和阴虚阳亢型更为明显,提示“痰湿”因素会加重 EH 病情,而引起心脏结构的改变。其具体机制有待进一步探索。

5 参考文献

- [1] 申秀玲,王怀江,朱中丽,等.高血压病与心脏损害.中国工业煤炭医学杂志,2001,4(10):737
- [2] Guidelines Subcommittee.1999 World Health Organization-Intemafional Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension Guidelines Subcommittee. Journal of Hypertension,1999,17(2):151
- [3] 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,2002:73
- [4] 刘承云,杨群芳,王琳,等.高血压病患者血清 I 型前胶原羧基端肽水平升高的意义.中华心血管病杂志,1998,26(6):450
- [5] 蔡薇.高血压病患者心脏结构改变与心律失常的关系.临床心血管病杂志,1998,14(1):9
- [6] 孙铁军,吕发勤,马彩娥,等.原发性高血压患者舒张期二尖瓣血流频谱与左室重量的关系.临床心血管病杂志,1999,15(8):366

第一作者:付彦君(1966-),女,药理学博士,副教授,主要从事中药药理研究。yifukim@163.com

收稿日期:2013-06-25

编辑:王沁凯 岐 轩