

降压药物与高血压病中医证候的对应性研究

——附 1105 例临床资料

金志超¹ 申春梯²

(1.南京中医药大学,江苏南京 210023; 2.南京中医药大学附属常州市中医医院,江苏常州 213003)

摘要 目的:分析、挖掘高血压病患者降压药物与中医证候之间的相关性,建立关联规则,为辨证使用降压药物提供依据。方法:临床流行病学调查 1105 例高血压病患者中医证候与降压药物的使用,运用关联分析探索降压药物与中医证候之间的关系。结果:肝火亢盛证对应钙通道阻滞剂,肝肾阴虚证对应钙通道阻滞剂和血管紧张素转换酶抑制剂,痰湿夹瘀证对应血管紧张素转换酶抑制剂,心肾两虚证对应利尿剂。结论:降压药物与高血压病中医证候之间存在一定的关联性,中医学的辨证论治思想可以指导降压药物对不同证候人群的选择使用。

关键词 高血压病 降压药 证候 关联规则

中图分类号 R544.104

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2015)01-0039-03

高血压病是临床最常见的心血管疾病,已经成为全球范围内的重大公共卫生问题。中、西医在治疗高血压病方面各有所长,西医使用不同的降压药治疗,重在使血压达标。但降压药物种类繁多,如何选择适合患者的药物一直困扰着临床医生。而中医学根据辨证论治对高血压病人群进行因人施治,可显著改善高血压病患者的临床症状。本研究通过对原发性高血压病多中心、大样本的临床流行病学调查资料分析,进行降压药物与中医证候分类的对应研究,以指导降压药物对不同证候人群的合理使用,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究资料来自 2006 年 7 月至 2008 年 12 月在南京中医药大学附属常州市中医医院、南京市中医医院、江苏省中西医结合医院、辽宁中医药大学附属医院和广东省中医院珠海医院 5 个三级甲等中医院收集的高血压病病例。本研究采用降压药治疗第二观察点时血压降至正常的高血压病患者的西药处方,共 1105 张。

1.2 纳入标准 原发性高血压病均按照《中国高血压病防治指南(2005 年修订版)》^[1]所制定的诊断分级标准,即收缩压(SBP)≥140mmHg 和(或)舒张压(DBP)≥90mmHg,年龄 20~75 岁,初次诊治或已经

诊治过的高血压病患者,同时本研究要求纳入血压在第二观察点已降至正常的患者。

1.3 排除标准 出现下列情况中任何一项,该病例被排除。(1)年龄在 20 岁以下及 75 岁以上;(2)高血压但无临床症状供辨证者;(3)已出现高血压并发症的临床情况,如:大面积脑梗死、脑出血、不稳定心绞痛、急性/陈旧性心梗、心衰等;(4)合并有肝、肾、造血系统、内分泌系统等严重疾病;(5)妊娠期或哺乳期妇女;(6)继发性高血压;(7)精神病患者或因其他原因不能配合完成调研者。

2 研究方法

2.1 临床流行病学调查 调查方法采用四诊信息采集表对高血压病病例 2 个观察点(入选时和 2 周至 1 月内)的相关数据进行采集摘录,调查内容包括一般情况、临床四诊信息及患者所使用的降压药等。

2.2 高血压病辨证分型及命名 高血压病的中医证候分型依据“973”计划课题“证候规范与辨证方法体系的研究”中《高血压病病证结合证候要素研究》临床流行病学现场调查研究结果^[2],在中医证候要素研究的基础上,采用中医基本理论对高血压病的主要中医证候分类进行命名^[3],分别为:肝火亢盛

基金项目:国家重点基础研究发展计划(“973”计划)(2003CB517101)

证、肝肾阴虚证、痰湿内盛证、心肾两虚证、肝郁伤神证。

2.3 数据处理及统计分析方法 本研究应用 Epi-Data3.1 建立相关数据库,采用数据挖掘的频数分析、关联规则对资料进行统计分析。软件主要采用 SAS EM 模块和 SPSS Clementine 11.1 软件。

2.4 研究内容 通过对 1105 例患者的处方进行频数分析与关联分析,探索高血压病降压药物与中医证候分型之间的关联关系。

3 研究结果

3.1 中医证候分型频数统计 因部分高血压病例存在 2 个及 2 个以上的证候分类,本研究从 1105 例高血压病例中提取证候分类信息 1914 个记录,其中肝火亢盛型最为多见,占 29.36%,痰湿夹瘀型、肝肾阴虚型、心肾两虚型、肝郁伤神型分别占据 28.21%、20.74%、11.07%、10.44%。详见表 1。

表 1 高血压病中医证候分型频数

证候分类	频数	百分比(%)
肝火亢盛	567	29.36
痰湿夹瘀	540	28.21
肝肾阴虚	397	20.74
心肾两虚	212	11.07
肝郁伤神	200	10.44
缺失	3	0.15
合计	1914	100

3.2 降压药物频数统计 1105 例患者中,使用钙通道阻滞剂(CCB)人数最多,为 775 例,占 70.14%,其次分别为血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)类、 β 受体阻滞剂及血管紧张素 II 受体阻滞剂(ARB)类,最少为利尿剂及 α 受体阻滞剂。详见表 2。

表 2 降压药物频数统计

降压药	钙通道阻滞剂	血管紧张素转换酶抑制剂	血管紧张素 II 受体阻滞剂	β -受体阻滞剂	利尿剂	α -受体阻滞剂
频数	775	499	201	301	163	6

3.3 中医证候分型与降压药物的关联规则分析结果 以中医证候分型作为前项,降压药物为后项,进行关联规则分析,设置支持度和置信度,最小支持度设置为 5%,最小置信度设置为 30%。高血压病各中医证候与降压药物对应关系如下:肝肾阴虚证对应钙通道阻滞剂及血管紧张素转换酶抑制剂,肝火亢盛证对应钙通道阻滞剂,痰湿夹瘀证对应血管紧张素转换酶抑制剂,心肾两虚证对应利尿剂。肝郁伤神证未能得到满足要求的对应降压药。详见表 3。

表 3 证候分型与降压药物的关联规则结果

后项	前项	支持度(%)	置信度(%)
钙通道阻滞剂	肝肾阴虚	28.64	52.46
利尿剂	心肾两虚	8.31	56.45
钙通道阻滞剂	肝火亢盛	26.72	49.62
血管紧张素转换酶抑制剂	肝肾阴虚	24.51	36.34
血管紧张素转换酶抑制剂	痰湿夹瘀	10.05	30.10

4 讨论

临床上广泛使用的降压药物有 6 大类:噻嗪类利尿剂、 β 受体阻滞剂、钙通道阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素 II 受体阻滞剂及 α 受体阻滞剂。本研究基于数据挖掘的方式,探讨了不同降压药物与中医证候分型之间的关联性。研究结果初步提示高血压病患者若出现以健忘、视物模糊、目涩、目痒、身重、肢麻等为主要临床表现的肝肾阴虚证时,可以选择 CCB 或 ACEI 类;出现以面红、头痛、目胀、口苦、急躁易怒、小便黄赤等为主要临床表现的肝火亢盛证时,可以选择 CCB 制剂;出现以呕吐痰涎、恶心、呕吐、口黏腻等为主要临床表现的痰湿夹瘀证时,可以选择 ACEI 药物;出现以叹息、善悲欲哭、忧思郁闷、五心烦热、盗汗、多梦等为主要临床表现的心肾两虚证时,则可以选择利尿剂。

中医辨证论治强调整体观念,注重人体气血、脏腑、阴阳的平衡,从宏观角度阐述人体与内外环境的辩证统一,侧重“因人制宜,因时制宜,因地制宜”,用药亦“因人施药,因时施药,因地施药”。这些治疗思想正与现代医学的“个体化”理念相一致。因而在中医辨证的基础上选用抗高血压药可以使治疗更有针对性,将会提高降压药对不同人群的治疗效果。

多项研究表明,高血压病不同中医证候有不同的病理改变,如肾素、血管紧张素、醛固酮以及心钠素、去甲肾上腺素、性激素、胰岛素抵抗等各不相同,每一证候分类代表高血压病发展的不同病理阶段,了解高血压病人的中医证候分类可以有助于指导我们选择降压药物的方向^[4-6]。

依据中医辨证理论指导选择降压药的使用,减少了降压药物应用的盲目性,为临床降压药的选择提供了新的模式。本研究初步验证了降压药物与中医证候分型之间的相关性,建立关联规则,为降压药的辨证使用提供了一定的依据。然而,本研究只是初步性研究,降压药物辨证使用理论的完善,还需更深入的研究,比如具体疗效的判定以及研究降压药证候分型选择的机制等,进而使药物的选择更为精准。

胃凉证治体会

晁俊 刘绍能

(中国中医科学院广安门医院,北京 100053)

摘要 胃凉症是指患者自觉胃脘部有凉的感觉,惧怕寒凉刺激,或食生冷之物即引起胃脘部胀满或疼痛不适的病证。胃凉症的病因主要有寒邪犯胃、脾胃虚寒、湿困脾胃、肝胃气郁、胃络瘀血、胃热炽盛等。临床分型论治,获效满意。

关键词 胃凉症 中医病机 中医药疗法

中图分类号 R256.39

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2015)01-0041-03

胃凉症是指患者自觉胃脘部有凉的感觉,并惧怕寒凉刺激,或食生冷之物即引起胃部胀满或疼痛不适的病证。胃凉症在临床上较为多见,常与胃脘胀满、胃脘疼痛、胃灼热、嘈杂等症状相兼出现,成为困扰患者的主要症状之一。目前,尚未见对胃凉症进行系统论述和总结的报道。多数医家认为胃凉、胃部怕冷即是胃寒,多因受寒或脾胃虚寒所致。笔者发现,临床表现为胃凉者并非皆因寒邪犯胃、脾胃虚寒所致,其他如湿困脾胃、肝胃气郁、胃络瘀阻、胃热炽盛等均可导致胃凉症。现将胃凉症的中医证治浅析如下。

1 寒邪犯胃

寒为阴邪,易伤阳气;寒性凝滞、收引,外感寒邪可引起胃凉、胃痛,如《素问·举痛论》云:“寒气客于肠胃之间,膜原之下,血不得散,小络急引故痛。”《素问·离合真邪论》言:“地有经水,人有经脉。天地温和,则经水安静;天寒地冻,则经水凝泣……寒则血凝泣……”寒邪犯胃所致的胃凉症起病较急,病程较短,常因外感寒邪、饮食生冷、过用寒药等所

致,临床表现为胃脘怕冷,胃凉如冰,胃脘疼痛,恶寒喜暖,得温痛减,遇寒加重,口淡不渴,或喜热饮,小便清长,大便溏,舌淡、苔薄白,脉弦紧。寒邪犯胃,气机阻滞,寒邪伤阳,胃阳被遏,不能外达,故胃凉如冰;寒得温则散,故得温痛减;遇寒则气收更甚,故痛势加剧。寒邪犯胃所致的胃凉症治宜温胃散寒、行气止痛。方用香苏散合良附丸加减,常用药物有高良姜、香附、吴茱萸、干姜、紫苏、乌药、陈皮、木香等,有表证者加用藿香、苏叶。

案1. 铉某,女,47岁。2013年12月2日初诊。

患者1周前因饮食不慎有胃痛,食后明显,胃中畏凉,恶心无呕吐,纳少,乏力,微恶寒,无发热,大便正常,舌淡暗、苔白腻,脉缓滑。胃腹无压痛。中医诊断:胃痛。辨证属寒邪犯胃。治法:温胃散寒,理气和胃。处方:

广藿香 10g,干姜 6g,紫苏叶 10g,醋香附 15g,陈皮 10g,白芷 10g,姜半夏 9g,麸炒神曲 15g,麸炒白术 15g,甘草 6g,砂仁 6g,煅瓦楞子 15g。常法煎服。

参考文献

- [1] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南(2005年修订全文). 北京:中华人民共和国卫生部、卫生部心血管病防治中心、高血压联盟(中国),2005:7
- [2] 申春悌,陈启光,陆岩,等. 中医证候要素研究中潜在变量模型的应用. 北京中医药大学学报,2010(11):9
- [3] 申春悌,陆岩,陈炳为,等. 高血压病中医证候要素提取和命名的方法学研究. 南京中医药大学学报,2010(5):23
- [4] 王爱珍. 原发性高血压病中医辨证分型与肾素、血管紧张素初探. 中国现代医学杂志,1998,8(5):43
- [5] 李莲静,陈晓虎,张华强. 高血压病中医分型与实验室相关指标关系综述. 江苏中医药,2004,25(3):59
- [6] 王清海,陈宁,李爱华. 血管活性物质与高血压不同中医证型相关关系的临床研究. 中医药学刊,2004,22(7):1255

第一作者:金志超(1990-),男,硕士研究生,从事中医内科学(肺病)临床研究。

通讯作者:申春悌, czsct@163.com

收稿日期:2014-10-30

编辑:王沁凯 岐 轩