

中医体质类型与脑微出血的相关性研究

——附 90 例临床资料

吴 滢 李士明 童舒雯 王 潇 钟 萍

(上海中医药大学附属上海市中西医结合医院, 上海 200082)

摘 要 目的:研究中医体质类型与脑微出血的相关性。方法:对纳入的 90 例脑小血管病患者进行脑微出血分级以及中医体质分型,中医体质调查采用标准化的中医体质量表实施,采用多变量 Logistic 回归分析中医体质类型与脑微出血各级的相关性。结果:脑微出血患者中医体质分布以痰湿质、瘀血质、气虚质为多,分别占比 18.9%、18.9%、7.8%。其中,痰湿质和瘀血质在脑微出血各级比较中差异有统计学意义 ($P<0.05$)。单因素分析显示脑微出血的主要危险因素有年龄、高血压、瘀血质,多变量 Logistic 回归分析发现脑微出血与年龄、高血压密切相关。结论:脑微出血患者的中医体质以痰湿质和瘀血质为主,危险因素有高龄、高血压和瘀血质。

关键词 脑微出血 中医体质 危险因素

中图分类号 R743.340.4

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2018)09-0027-04

基金项目 上海市卫生和计划生育委员会科研课题(201540207);上海市科学技术委员会计划项目(15401931300, 17401933100)

脑微出血(cerebral microbleeds, CMBs)是脑小血管在损害后,血液外渗造成含铁血黄素沉积的一种出血倾向的病理状态,属于脑小血管病(cerebral small vessel disease, CSVD)的范畴^[1]。研究表明,CMBs可见于任何类型的脑血管病,而在缺血性脑卒中患者中的发生率高达35%,远高于正常人群(4.7%)^[2-3]。近年来,随着MRI磁敏感加权成像(MRI-SWI)的使用,进一步提高了CMBs的检出率。目前CMBs已成为影响卒中后出血转化、预后、引起认知功能障碍以及年龄相关能力丧失的重要因素^[4],且尚无有效防治手段。大多数CMBs患者并无明显的临床表现,中医学中也无“脑微出血”这一病名,因此对CMBs患者中医体质及危险因素进行分析,可以归属于中医学“治未病”范畴。基于此,笔者探讨中医体质类型与脑微出血分级的关系,以期对CSVD的早期预防、体质调理提供临床依据,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有病例均为我院脑病科 2016 年 1 月至 2017 年 6 月门诊及住院患者,经头颅磁共振(MRI)检测确诊为脑小血管病变,且已签署《知情同意书》,共 90 例。其中男 48 例,女 42 例;年龄 33~85 岁,平均年龄(67.9 ± 11.2)岁;根据是否存在脑微出血分为脑微出血阳性组 21 例和脑微出血阴性组 69

例;根据脑微出血的数量将脑微出血阳性组分为 2 级,1 级(病灶数量 1~5 个)13 例,2 级(病灶数量 ≥ 6 个)8 例。中医辨证分型分为:痰湿质 51 例,瘀血质 50 例,气虚质 37 例,平和质 15 例,阳虚质 9 例,阴虚质 7 例,气郁质 10 例,湿热质 2 例,特禀质 1 例。其中可见夹杂体质,以痰湿气虚、瘀血气虚多见。

1.2 诊断标准

1.2.1 脑小血管病变诊断标准 参考 2015 年版《中国脑小血管病诊治共识》中相关诊断标准。

1.2.2 脑微出血诊断标准 在 MRI-SWI 序列上表现为均匀一致直径 2~10mm 的卵圆形信号缺失区,周围无水肿,需排除血管间隙、软脑膜的含铁血黄素沉积、钙化灶、动脉远端分支的流空影等其他原因^[5]。

1.2.3 中医体质分型标准 中医体质类型判定参照 2009 年中华中医药学会颁布的《中医体质分类与判定》^[6],将体质分为平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、瘀血质、气郁质、特禀质等 9 种类型。在入院后的 1~10d 内,采用标准的中医体质量表对所有入选患者进行问卷调查。问卷者不对问卷内容进行解释,只负责阅读问卷内容,有阅读能力的患者可独立完成问卷,问卷由科室医生进行,需具备中医四诊及基本理论知识。患者主要体质类型判定以判定结果为“是”且分值最高者为标准。在平和体

质辨识中把“趋向是”体质归入“是”的体质类型当中;在偏颇体质判定中均以最突出的体质类型为主。

1.2.4 脑血管危险因素判定标准 (1) 高血压:既往高血压病史,目前正在服抗高血压药物治疗,或1周内收缩压>140mmHg或舒张压>90mmHg。(2) 糖尿病:既往有糖尿病病史,目前正服用降糖药治疗,或空腹血糖>7.0mmol/L或2次随机血糖>11.1mmol/L。(3) 血脂异常:总胆固醇>5.2mmol/L,甘油三酯>1.7mmol/L,低密度脂蛋白>3.1mmol/L。(4) 吸烟史:吸烟≥10支/d,时间>1年者。(5) 饮酒史:饮酒量≥100g/d,连续5年以上者。

1.3 排除标准 (1) 磁共振血管造影(MRA)显示颅内大血管狭窄率≥50%;(2) 颈部血管超声证实颅外大血管狭窄率≥50%;(3) 合并其他严重疾病,如休克、颅内肿瘤、重度肝肾功能不全等。

2 研究方法

2.1 资料采集 所有患者均由脑病科医师详询病史、体格检查及汇总中医体质信息。完善常规实验室检查项目:包括肝肾功能、血脂、血糖、心肌酶、电解质、心电图、胸部X片、超声心动图等。

2.2 影像学检查 采用德国西门子公司1.5T磁共振仪进行SWI检查,根据影像学检查是否存在脑

微出血。由2名具有8年以上工作经验的神经影像主任医师对常规MRI和SWI图像进行分析。依据上述脑微出血的诊断标准对所有患者的头颅MRI进行判断,微出血点按脑叶(额叶、顶叶、颞叶、枕叶、岛叶)、左右幕下(小脑、脑干)、深部脑组织[基底节、丘脑、内囊、外囊、胼胝体、深部侧脑室白质(DPWM)]记录微出血的数量,意见不一致时通过协商决定。

2.3 统计学方法 对所有数据采用SPSS 19.0软件包进行统计学分析,计数资料以频数或率表示,采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为有显著性差异。

3 研究结果

3.1 CMBs数量和位置分布 见表1。

3.2 CMBs阳性组和阴性组中医体质分布比较 见表2。

3.3 CMBs不同程度间脑血管病危险因素比较 脑微出血阳性患者中,脑微出血1级、2级在脑血管病危险因素年龄及高血压方面具有显著性差异($P<0.05$),详见表3。

表1 脑微出血病灶数量和位置分布情况 出血点数(%)

病变部位	脑微出血病灶(总数=105)
基底节	27(25.71)
颞叶	13(12.38)
额叶	11(10.48)
丘脑	12(11.43)
顶叶	9(8.57)
脑干	9(8.57)
小脑	8(7.62)
深部侧脑室白质(DPWM)	6(5.71)
枕叶	4(3.81)
外囊	2(1.90)
内囊	2(1.90)
岛叶	1(0.95)
胼胝体	1(0.95)

表2 CMBs阳性组和阴性组中医体质分布比较 例

体质	脑微出血阳性组(n=21)			脑微出血阴性组(n=69)	P值
	1级(n=13)	2级(n=8)	总计		
痰湿质	10	7	17	34	0.0331
瘀血质	11	6	17	33	0.0255
气虚质	3	4	7	30	0.3384
平和质	1	0	1	14	—
阳虚质	0	0	0	9	—
阴虚质	1	0	1	6	—
气郁质	0	0	0	10	—
湿热质	1	0	1	1	—
特禀质	0	0	0	1	—

表3 CMBs不同程度间脑血管病危险因素比较

危险因素	脑微出血阳性组(n=21)		P值
	1级(n=13)	2级(n=8)	
年龄(岁)	64.07±2.98	70.00±2.92	0.0001
性别(例,男/女)	7/6	4/4	0.8772
高血压(例)	11	7	0.0001
糖尿病(例)	6	2	0.1801
高血脂(例)	3	3	0.2360
冠心病(例)	1	3	0.2187
吸烟(例)	3	1	0.2510
饮酒(例)	2	1	0.4600

3.4 脑微出血与中医体质类型及脑血管疾病危险因素的相关性 以中医体质类型及各危险因素为自变量,CMBs为因变量,行单因素分析,发现年龄、高血压、瘀血质是CMBs的主要危险因素;将以上危险因素纳入多变量Logistic回归分析,显示年龄和高血压与CMBs密切相关(年龄:OR=2.356,95%CI为1.429~3.884, $P<0.001$;高血压:OR=13.063,95%CI为1.026~26.371, $P<0.001$)。

4 讨论

脑微出血是一种脑内微小血管病变导致的脑实质的亚临床损害,无明显临床症状和体征,可见于任何类型的脑血管病患者,其检出率因具体表型而异,在脑出血患者中发生率为38%~66%,脑梗死患者发生率为21%~26%,而健康人群的发生率亦为5%~6%^[4]。其病理学特点是透明变性的小血管血液微量外渗,血液进入血管周围间隙,导致含铁血黄素沉积^[7]。脑微出血广泛分布于大脑基底节区及皮质内,可引起周围脑组织血液循环障碍、代谢紊乱、血脑屏障受损和血液内多种生物活性物质的释放,从而形成对脑组织的损害^[8]。

脑微出血属于现代医学“脑血管病”范畴,然而多数患者无明显的疾病征兆。中医学无“脑微出血”这一病名,古代医贤认为,医疗应遵循《黄帝内经》倡导的宗旨,首要目的是“消患于未兆”及“济羸劣以获安”,其次才是治病。因此,本研究对脑微出血中医体质的研究正是中医学“治未病”思想的体现。

目前已知脑微出血与脑梗死复发及出血转化显著相关,脑梗死的发病、复发危险因素与中医体质密切相关^[9]。如钟经馨等^[10]研究认为脑小血管病中脑白质疏松患者的中医体质以痰湿质和瘀血质为主。既往的研究多局限于脑小血管病变的类型与中医体质相关性的研究和论述,对脑微出血与中医体质相关的研究尚无报道。此外,CMBs常常与脑白质损害并存,且与脑白质损害严重程度呈正相关。本研究中,脑微出血阳性患者中医体质位于前三的是痰湿质、瘀血质和气虚质,尤以痰湿质和瘀血质居多。且我们通过对脑微出血的数量进行分级后,更细致地研究了脑微出血数量与中医体质的相关性,发现二者也有相关性,表现为痰湿质在脑微出血病变2级中所占比重最多,而瘀血质在1级中居多,说明在脑小血管病微出血病变中,痰湿、瘀血仍是最重要的致病因素。此外,本研究亦表明,脑微出血与中医体质中的痰湿质和瘀血质具有相关性。此研究结果提示临床上可通过辨识中医体质结合评估其他危险因素,从而初步判断脑小血管病变的严重程度。

既往文献报道,脑微出血多见于皮质、皮质下、基底节区、丘脑、脑干及小脑等脑小血管分布丰富的区域^[11]。多数患者脑微出血可以存在于脑内多个部位,不同病因的脑卒中患者脑微出血的分布可能存在差异。本研究发现,脑微出血病灶主要分布于基底节、颞叶、额叶、丘脑、顶叶、脑干等区域,这与既往研究结果类似。脑微出血的危险因素包括高龄、高血压、心房颤动、低总胆固醇水平、载脂蛋白E基因、药物(抗栓药、抗抑郁药、他汀类药)、肾功能不

全等,其中高血压和高龄是其独立危险因素,血压变异性增大会促进脑微出血的发生,且脑微出血在45~50岁的人群中发生率约为6%,在≥80岁人群中比例达36%^[7,12-13]。本研究选取了年龄处于33~85岁的患者,结果发现脑微出血阳性率为21%,且脑微出血与年龄、高血压密切相关,亦与既往研究结果相符。而其他脑血管危险因素如高血脂、糖尿病、吸烟、饮酒等未发现与脑微出血相关,这可能与本次研究样本量较小有关。此外,本研究尚未能对脑微出血病变部位和数量与中医体质的相关性进行分析,有待在今后的研究中进一步探索。

本研究初步探讨了中医体质对脑微出血的影响,结果显示痰湿质、瘀血质是脑微出血的危险因素,说明中医临床诊治评估患者各项危险因素时,应考虑到中医体质的影响。由于年龄、性别均为缺血性脑血管病中不可控的危险因素,鉴于中医体质具有可调性,若从高危人群的主要偏颇体质类型入手,尤其是对痰湿质、瘀血质患者采取“因人制宜”的预防治疗措施,及早进行干预,改善体质状况,从而达到“未病先防、既病防变”的一、二级预防目的。然而,对于调整中医体质因素是否能更有效地预防或逆转脑微出血的发生,仍需进行进一步的前瞻性大样本的临床研究。

参考文献

- [1] CHARIDIMOU A, KAKAR P, FOX Z, et al. Cerebral microbleeds and recurrent stroke risk: systematic review and meta-analysis of prospective ischemic stroke and transient ischemic attack cohorts[J]. Stroke, 2013, 44 (4): 995.
- [2] CORDONNIER C, AL-SHAHI SALMAN R, WARDLAW J. Spontaneous brain microbleeds: systematic review, subgroup analyses and standards for study design and reporting[J]. Brain, 2007, 130 (Pt 8): 1988.
- [3] JEERAKATHIL T, WOLF P A, BEISER A, et al. Cerebral microbleeds: prevalence and associations with cardiovascular risk factors in the Framingham Study[J]. Stroke, 2004, 35 (8): 1831.
- [4] 于永鹏, 谭兰. 脑微出血发病机制、流行病学、影像学表现及其临床意义[J]. 中国卒中杂志, 2017, 12 (8): 759.
- [5] GREGOIRE S M, CHAUDHARY U J, BROWN M M, et al. The Microbleed Anatomical Rating Scale (MARS): reliability of a tool to map brain microbleeds[J]. Neurology, 2009, 73 (21): 1759.
- [6] 中华中医药学会. 中医体质分类与判定[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 3.
- [7] 桂秋萍. 脑小血管病及其病理改变[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2012, 14 (11): 1121.

“从龙止咳浓煎剂”治疗风痰阻肺型过敏性咳嗽 50 例临床研究

卢岱魏 王东旭

(南京中医药大学附属南京市中西医结合医院老年病科, 江苏南京 210014)

摘要 目的:观察从龙止咳浓煎剂治疗风痰阻肺型过敏性咳嗽的临床疗效。方法:将 100 例风痰阻肺型过敏性咳嗽患者随机分为治疗组与对照组,每组 50 例。治疗组予从龙止咳浓煎剂(25mL, 2 次/d),对照组予孟鲁司特钠 10mg 每日 1 次口服,2 组均以治疗 14d 为 1 个疗程。观察 2 组患者临床疗效,症状总分以及咳嗽、咯痰评分改善情况。结果:治疗组总有效率为 90.00%,明显高于对照组的 66.00% ($P<0.05$)。治疗后 2 组患者症状总分及咳嗽、咯痰评分均明显低于治疗前 ($P<0.01$),治疗组上述评分明显低于对照组 ($P<0.05, P<0.01$)。结论:中药从龙止咳浓煎剂治疗风痰阻肺型过敏性咳嗽能明显提高临床疗效,改善患者症状,值得临床推广。

关键词 过敏性咳嗽 风痰阻肺 从龙止咳浓煎剂

中图分类号 R562.250.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2018)09-0030-03

过敏性咳嗽又称为咳嗽变异性哮喘(cough variant asthma, CVA)或过敏性支气管炎,是以慢性、持续性咳嗽为临床表现的一种特殊类型的哮喘。该咳嗽呈阵发性刺激性干咳,或有白色泡沫样痰。据统计,过敏性咳嗽患者约占临床慢性咳嗽患者的 57.3%^[1]。据临床统计,过敏性咳嗽早期阶段,约有 5%~6% 的患者仅以持续性咳嗽为主要症状^[2],因其症状不典型而容易误诊,从而错过最佳的治疗时机。现代医学治疗本病主要运用激素、支气管舒张剂、特殊受体拮抗剂等,可以改善

患者的症状,但疗效不持久,易产生耐药性。我科采用从龙止咳浓煎剂治疗风痰阻肺型过敏性咳嗽取得了一定疗效,现将相关临床研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究纳入的 100 例风痰阻肺型过敏性咳嗽患者均为 2014 年 7 月至 2016 年 7 月于我院老年病科及呼吸科就诊者,采用前瞻性研究方案,用随机单盲法将 100 例患者分为治疗组和对照组。治疗组 50 例:男 22 例,女 28 例;平均年龄 (42.5 ± 7.4)

- [8] POELS M M, IKRAM M A, VAN DER LUGT A, et al. Cerebral microbleeds are associated with worse cognitive function: the Rotterdam Scan Study[J]. Neurology, 2012, 78 (5): 326.
- [9] NIGHOGHOSSIAN N, HERMIER M, ADELEINE P, et al. Old Microbleeds Are a Potential Risk Factor for Cerebral Bleeding After Ischemic Stroke: A Gradient-Echo T2*-Weighted Brain MRI Study[J]. Stroke, 2002, 33 (3): 735.
- [10] 钟经馨, 张峰, 招远祺, 等. 脑小血管病变脑白质疏松与中医体质相关性研究[J]. 新中医, 2015, 47 (8): 23.
- [11] ABUFANNE R, NASSAR T, YAROVOI S, et al. Blood-brain barrier permeability and tPA-mediated neurotoxicity[J]. Neuropharmacology, 2010, 58 (7): 972.

- [12] 李凤, 谭守文, 严兴亚, 等. 脑微出血的检测和临床意义[J]. 国际脑血管病杂志, 2017, 25 (3): 258.

- [13] 中华医学会神经病学分会. 中国脑小血管病诊治共识[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48 (10): 838.

第一作者: 吴滢 (1984—), 女, 医学硕士, 主治医师, 神经内科专业。

通讯作者: 钟萍, 医学博士, 主任医师, 硕士研究生导师。zphgl@163.com

收稿日期: 2018-02-01

编辑: 傅如海 岐 轩