

痰、瘀、虚与高脂血症相关性研究初探

丰胜利 张学智 张月苗 赵冬梅 房颖 张杰

(北京大学第一医院中医中西医结合科, 北京, 100034)

摘要 目的:探索原发性高脂血症的中医证型与血脂异常的相关性。方法:按气血津液辨证分为痰浊内阻、气滞血瘀、气血不足,对确诊的151例原发性高脂血症患者进行观察,指标包括病程、年龄、体重、血脂四项及颈动脉血管超声,使用SPSS 16.0软件进行统计并分析。结果:原发性高脂血症的中医证型与血脂指标、颈动脉血管超声、年龄、病程、体重指数之间有一定的相关性。结论:为中医辨证分型客观化提供证据,为从痰、瘀、虚治疗高脂血症提供理论依据。

关键词 原发性高脂血症;辨证分型;相关性研究

Preliminary Exploration on the Correlation Between Hyperlipidemia and TCM Phlegm, Stasis and Deficiency

Feng Shengli, Zhang Xuezhi, Zhang Yuemiao, Zhao Dongmei, Fang Ying, Zhang Jie

(Integrated TCM & Western Medicine Dept of Peking University First Hospital, Beijing 100034, China)

Abstract Objective: To study the correlation between the dyslipidemia and its TCM syndrome types. **Methods:** According to differentiation of qi-blood-body fluid, the TCM syndrome types were divided into the following three categories: Phlegm turbidity resistance, Qi stagnation and blood stasis, deficiency of qi and blood. One hundred and fifty-one diagnosed primary hyperlipidemia patients were selected to observe the relevant indicators including course of disease, age, weight, blood lipid levels and carotid artery ultrasound. SPSS 16.0 software was used to analyze the statistics. **Results:** There was certain relevance between the TCM syndrome types of hyperlipidemia and lipid levels, carotid artery ultrasound, age, course of disease and BMI. **Conclusion:** This study provides the objectified evidence for TCM syndrome differentiation types and offers theoretical basis for treating hyperlipidemia in terms of phlegm, blood stasis, and deficiency.

Key Words Primary hyperlipidemia; Differentiation types; Correlation research

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2013.06.015

高脂血症是目前公认的动脉粥样硬化和心脑血管疾病的主要危险因素。因此,有效地防治血脂异常是防治心脑血管疾病的重要途径。对高脂血症辨证分型研究不仅是中医科研的基础,还对其治疗有指导意义。为了进一步探索原发性高脂血症的中医证型与血脂异常的相关性,笔者对151例原发性高脂血症患者进行临床观察,从痰浊、血瘀、气血不足几方面探讨该病中医证型与客观指标的相关性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 151例原发性高脂血症病例来源于2012年2月至2012年5月我院的门诊和住院患者。其中男性35例,女性116例,年龄在27~76岁,平均(60.46±9.93)岁。其中伴有高血压52例、脑血管49例、糖尿病14例、冠心病10例。

纳入标准:符合1997年由中华心血管病杂志编委会高脂血症防治对策专题组定义的原发性高脂血症患者^[1]。在正常饮食情况下,禁食12~14 h后检测血脂水平,血清总胆固醇(TC)≥5.72 mmol/L(220 mg/dL),或血清低密度脂蛋白-胆固醇(LDL-C)≥3.64 mmol/L(140 mg/dL),或血清高密度脂蛋白-胆固醇(HDL-C)≤0.91 mmol/L(35 mg/dL),或血清三酰甘油(TG)≥1.70 mmol/L(150 mg/dL)。

排除标准:继发性高脂血症患者。

1.2 研究方法 观察指标有症状、体征(包括舌象、脉象)、血脂4项(包括TC、TG、HDL-C和LDL-C)、颈动脉超声和体重指数(BMI)。问诊包括患者年龄、病程、伴随疾病等。参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2]与《中医诊断学》教材并结合自身临床经验,将症状、体征辨证归属于痰浊内阻、气滞血瘀、气血不足三个中医证型^[3]。将上述收集到的临床资料,应用SPSS 16.0软件进行统计和分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用方差分析和 q 检验。计数资料以例数和百分比(%)表示,采用卡方检验。

2 结果

2.1 高脂血症各中医证型年龄、病程、体重指数的比较 3组年龄均有统计学意义($P < 0.01$),按发病年龄由小到大为痰浊内阻<气滞血瘀<气血不足。病程上,气血不足组明显高于其他2组($P < 0.01$),其他2组间无统计学意义($P > 0.05$)。体重指数的比较,痰浊内阻组明显高于其他2组($P < 0.01$),其他2组间无统计学意义($P > 0.05$)。结果见表1。

表1 各组年龄、病程、体重指数的比较

证型	年龄	病程	体重指数(BMI)
痰浊内阻(n=58)	56.10±9.81 ^{△△▲}	4.78±3.27	25.67±2.77 ^{△△▲}
气滞血瘀(n=52)	60.92±8.68 [*]	5.50±3.46	23.51±1.88
气血不足(n=41)	66.02±8.77	10.15±4.70 [*]	22.91±2.22

注:与痰浊内阻组比较,^{*} $P < 0.05$,^{**} $P < 0.01$;与气滞血瘀组比较,[△] $P < 0.05$,^{△△} $P < 0.01$;与气血不足组比较,[▲] $P < 0.05$,^{▲▲} $P < 0.01$ 。

2.2 高脂血症各中医证型血脂水平及颈动脉斑块检出率的比较 结果见表 2。就胆固醇(TC)而言,气滞血瘀组、痰浊内阻组较气血不足组均明显升高,有统计学意义($P < 0.01$ 、 $P < 0.05$),但二者之间无统计学意义($P > 0.05$)。就三酰甘油(TG)而言,痰浊内阻组较其他 2 组均明显升高,有统计学意义($P < 0.01$ 、 $P < 0.05$),其他 2 组间无统计学意义($P > 0.05$)。就高密

度脂蛋白(HDL-C)而言,气血不足组较其他 2 组明显降低,有统计学意义($P < 0.01$),其他 2 组间无统计学意义($P > 0.05$)。就低密度脂蛋白(LDL-C)而言,气滞血瘀组较其他 2 组明显升高,有统计学意义($P < 0.01$),其他 2 组间无统计学意义($P > 0.05$)。在颈动脉斑块检出率上,气滞血瘀组及气血不足组较痰浊内阻组明显升高,有统计学意义($P < 0.05$)。

表 2 各组血脂指标、颈动脉斑块检出率比较

证型	TC	TG	HDL-C	LDL-C	颈动脉斑块
痰浊内阻(n=58)	6.11 ± 0.79	2.66 ± 1.37 ^{△△▲}	1.41 ± 0.35	3.34 ± 0.88	18.92%
气滞血瘀(n=52)	6.45 ± 0.93	1.83 ± 0.88	1.40 ± 0.29	4.29 ± 0.97 ^{**▲▲}	44.23% [*]
气血不足(n=41)	5.59 ± 1.22 ^{*△△}	2.18 ± 1.04	1.00 ± 0.26 ^{**△△}	3.51 ± 0.88	39.02% [*]

注:与痰浊内阻组比较,* $P < 0.05$,** $P < 0.01$;与气滞血瘀组比较,[△] $P < 0.05$,^{△△} $P < 0.01$;与气血不足组比较,[▲] $P < 0.05$,^{▲▲} $P < 0.01$ 。

3 讨论

1) 中医学中并没有高脂血症的病名,而是根据高脂血症的产生原因、病症特点,把高脂血症归纳到“痰浊”“瘀血”或“眩晕”中。纵观近年来高脂血症中医辨证分型研究,辨证分型不一致是一个显著的问题,据文献记载达 49 种^[4]。究其原因,一是高脂血症所分证型类别不同,有相当一部分与采用不同的辨证体系有关;二是没有相应的客观指标对其进行定量,使得辨证分型难以统一。中医认为高脂血症基本病机是气虚、痰浊、血瘀,其形成与气血有着密切的联系^[5]。张景岳提出“痰涎本皆血气”“水谷津液若化得其正则成津血,化失其正则为痰浊”。痰浊即成则随气升降,无处不到,痰性稠浊,注于血脉,则血行凝涩,久则成瘀。笔者通过长期的临床观察并参考理论文献,认为高脂血症按气血津液辨证更为合理,更符合临床实际。

2) 从本研究一般资料分析,痰浊内阻组发病年龄相对年轻(56.10 ± 9.81)岁,病程最短(4.78 ± 3.27)岁。而气血不足组年龄最大(66.02 ± 8.77),病程最长(10.15 ± 4.70)。气滞血瘀组在两者之间。说明在高脂血症早期多表现为痰浊内阻,随着病程进展,逐渐表现为气滞血瘀、气血不足。反映了疾病由实证到虚证的逐渐演变过程。在体重的变化上,痰浊内阻组体重指数最高(25.67 ± 2.77)。《丹溪心法·中风篇》指出“肥白人多湿”,《丹溪心法·惊悸怔忡篇》又云“肥人属痰”,张介宾也认为“肥人多湿多滞”,均说明了肥胖与痰湿关系密切^[6],本研究结果与之相符。且体重指数越大,痰浊内阻证越重。

3) 本研究中的血脂 4 项指标是专家建议的高脂血症检测项目。在各项指标变化中,痰浊内阻组以 TC、TG 升高,尤以 TG 升高为主($P < 0.01$)。气滞血瘀组表现在低密度脂蛋白(LDL-C)及 TC 升高为主

($P < 0.01$)。而气血不足组 HDL-C 明显降低($P < 0.01$)。因为实证者以邪气亢盛为主要表现,应在客观指标上体现相应的“有余”。故结果中高脂血症实证的血脂水平高于虚证组,虚证者以正气不足为主要表现,HDL-C 明显降低在客观指标上体现相应的“不足”,符合中医虚实理论认为“实则有余、虚则不足”。LDL-C 升高已证实是促动脉粥样硬化和心脑血管疾病的独立危险因素,而 HDL-C 升高对预防动脉粥样硬化有重要的意义^[7]。本组结果显示,血瘀组 LDL-C 升高及虚证组 HDL-C 水平降低预示此二组更易发生动脉粥样硬化和心脑血管疾病。血瘀组和虚证组颈动脉粥样斑块及内膜增厚的发生率均明显升高($P < 0.05$)。

本研究通过中医证型与血脂异常相关性的观察分析,力求为中医辨证分型客观化提供证据,为从痰、瘀、虚角度治疗高脂血症提供理论依据。随着对中医高脂血症辨证分型研究的不断深入,对其认识也逐渐完善及全面,必将对高脂血症的中医治疗产生积极作用。

参考文献

- [1] 中华心血管病杂志血脂异常防治对策专题组. 血脂异常防治建议[J]. 中华心血管病杂志, 1997, 25(3): 169-171.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 139-143.
- [3] 张学智. 血脂异常中医诊疗标准[J]. 中华中医药杂志, 2008, 23(8): 716-720.
- [4] 钱小奇. 高脂血症中医辨证分型不一致探因[J]. 深圳中西医结合杂志, 2007, 17(1): 24-26.
- [5] 黄春林. 心血管科专病中医临床诊治[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 85-125.
- [6] 娄彦梅. 原发性高脂血症中医证型与客观指标相关性研究[M]. 中华中医药杂志, 2010, 25(4): 631-633.
- [7] 唐荣德. 血生化指标与高脂血症中医虚实证型的关系[M]. 中国中西医结合急救杂志, 2005, 12(1): 5-7.

(2012-09-20 收稿)