

缺血性脑卒中患者复发与其中医体质的相关性研究

刘芳 周德生 贺海霞

(湖南中医药大学第一附属医院,长沙,410007)

摘要 目的:探讨缺血性脑卒中患者复发与其中医体质的相关性。方法:随机选取2013年1月至2015年12月湖南中医药大学第一附属医院收治的急性缺血性脑卒中患者120例,根据Essen卒中风险评分(ESRS),随机分为高危组($n=60$)和低危组($n=60$)。其中高危组患者ESRS ≥ 3 分,低危组患者ESRS < 3 分。采用王琦的“中医体质量表”对所有入选患者进行体质测评,并使用统计推断分析以及统计描述。结果:脑卒中复发高危组与低危组患者的中医体质构成经比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。与低危组比较,脑卒中复发高危组患者的阴虚质显著升高,而平和质则明显降低,经比较差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。结论:在中医阴虚体质比例方面,脑卒中复发高危组患者明显高于低危组患者;而在中医平和质比例方面,高危组患者则明显低于低危组患者。

关键词 缺血性脑卒中;中医体质;Essen卒中风险评分;相关性

Correlation Study on the Recurrence and Chinese Medicine Constitution of Patients with Ischemic Stroke

Liu Fang, Zhou Desheng, He Haixia

(Department of Traditional Chinese Medicine, the First Hospital of Hu'nan University of Chinese Medicine, Changsha 410007, China)

Abstract Objective: To explore the correlation between the recurrence of ischemic stroke and Chinese medicine constitution in patients with ischemic stroke. **Methods:** A total of 120 patients with acute ischemic stroke treated in our hospital from January 2013 to December 2015 were selected randomly and divided into a high-risk group ($n=60$) and a low-risk group ($n=60$) according to the Essen stroke risk score (ESRS). Those whose ESRS was lower than 3 points were placed in the low-risk group, while all other in the high-risk group. All the selected patients were assessed by Wang Qi's Chinese Body Weight Scale and the results were analyzed using statistical inference analysis and statistical description. **Results:** There was significant difference in the constitution of Chinese medicine constitution between the high-risk group and the low-risk group ($P < 0.05$). Compared with that of the low-risk group, the yin deficiency of the high-risk group was significant higher, while the mild constitution was significantly reduced ($P < 0.05$). **Conclusion:** The proportion of yin deficiency of Chinese medicine constitution in the high-risk group was significantly higher than that of the low-risk group, but the proportion of the mild type of Chinese medicine physique constitution in the high-risk group was significantly lower than that of the low-risk group.

Key Words Ischemic stroke; Chinese medicine constitution; Essen stroke risk score; Correlation

中图分类号:R255.2 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.05.014

缺血性脑卒中它是由于椎动脉和颈动脉的闭塞或狭窄使得脑部组织供血不足,继而导致脑细胞和组织缺氧坏死的一种疾病总称^[1-3]。由于缺血性脑卒中一旦发生,其对患者的损伤常常是非常巨大的,患者预后较差,死亡率、复发率以及致残率也相当的高,这给临床医护人员带来了很大的治疗压力^[4-6]。因此,对缺血性脑卒中复发患者的特点研究以及对缺血性脑卒中患者的复发危险度进行不同层次的分层是非常必要的^[7-8]。体质是指机体处于相对稳定的一种特殊状态,包括机体功能、外部形态以及内部结构和物质代谢等方面^[9-10]。随着我国中医的不断

发展,中医体质与缺血性脑卒中的相关性也越来越受到研究人员的关注,而在国内关于缺血性脑卒中患者复发与其中医体质特点的相关性研究却非常鲜有^[11-12]。本文旨在探讨缺血性脑卒中患者复发与其中医体质的相关性,为临床上不同危险程度缺血性脑卒中患者复发中医体质的特点研究提供一定的理论依据,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 随机选取2013年1月至2015年12月我院收治的急性缺血性脑卒中患者120例,根据Essen卒中风险评分(ESRS),随机分为高危组(n

=60)和低危组($n=60$)。其中高危组患者 ESRS ≥ 3 分,低危组患者 ESRS < 3 分。所有入选患者病程均在 7 d 之内。其中高危组男 36 例,女 24 例;低危组男 33 例,女 27 例;2 组患者在一般资料上,包括性别、病程等方面的差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$)即 2 组研究对象具有可比性。本研究获医学伦理委员会批准,患者均对研究方案签署知情同意书。所有患者均经我院检查确诊为急性缺血性脑卒中,并且符合中医中风病以及西医缺血性脑卒中相关诊断标准。

1.2 诊断标准 根据王琦教授的中医体质类型分型方法进行诊断,采用王琦教授的“中医体质量表”对所有入选患者进行体质测评,此种量表包括有 9 个亚量表,可用于诊断上述 9 种不同类型的中医体质。分别记录和算出所有患者 9 个亚量表的各个量表原始分数以及经转化后的分数,参照标准对患者体质类型进行评定。

1.3 纳入标准 将所有患者分别分为以下 9 种体质,包括特禀质、气郁质、瘀血质、湿热质、痰湿质、阴虚质、阳虚质、气虚质、平和质。

1.4 排除标准 平和质(体质类型为阴阳协调型)者。

1.5 脱落与剔除标准 1)伴有痴呆、精神异常、晚期肿瘤以及严重的造血系统原发性疾病者;2)孕妇及哺乳期妇女等特殊人群;3)具有认知、语言等不同程度功能障碍,不能获得可靠病史资料的患者或既往有房颤病史者。

1.6 研究方法 在患者入院时,以问卷形式的临床调查方法,对所有入选患者的 ESRS 各危险因素以及背景资料进行详细的调查。为了确保信息的准确和真实性,患者需在研究者指导下自行填写量表,填写完成后由研究者对量表进行逐条检查核对,合格后方可结束。对于其他特殊情况的患者,包括:肢体

瘫痪以及文化程度较低的患者,则由研究者询问获得患者真实资料后代填。

1.7 观察指标 包括患者年龄、性别、饮酒史、脑卒中家族史、高胆固醇血症、既往 TIA(缺血性脑梗死)病史、吸烟史、外周动脉疾病(PAD)、既往心肌梗死(MI)及其他心血管病史、糖尿病史、高血压病史等。

1.8 疗效判定标准 1)Essen 卒中风险评分表:首先算出患者各项脑卒中危险因子的得分,最后将各项危险因子得分累计得出患者 ESRS 总得分。2)中医体质量表:选用王琦教授的“中医体质量表”对所有入选患者进行体质测评。根据患者自身的真实情况在量表 Likert 尺度中选择一个合适的答案,包括:总是、经常、有时、偶尔、没有共 5 段。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计学软件对本次数据进行统计学的分析,采用均数 \pm 标准差表示计量资料,并采用 t 检验的方法对 2 组间计量资料的数据进行比较分析;计数资料用率表示,并采用卡方检验或秩和检验的方法对 2 组间计数资料的数据进行比较。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者中医体质类型比较 低危组患者中最为常见的体质为阳虚质、平和质以及气虚质,未见瘀血质体质类型;而高危组最为常见的体质则为痰湿质、阴虚质以及气虚质,未见特禀质体质类型,2 组患者中医体质构成比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 2 组患者 ESRS 相关危险因素比较 高危组患者平均年龄明显低于低危组患者平均年龄,经比较 2 组间差异有统计学意义($P < 0.05$);高危组患者既往 TIA(缺血性脑梗死)病史、吸烟史、既往心肌梗死(MI)、糖尿病、高血压发病率明显高于低危组($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 2 组患者中医体质类型比较

组别	例数	气虚质	平和质	阴虚质	阳虚质	湿热质	痰湿质	气郁质	瘀血质	特禀质
高危组	60	17	3*	13*	7	4	10	2	4	0
低危组	60	16	13	4	11	4	7	4	0	1

注:与复发低危组比较,* $P < 0.05$ 。

表 2 2 组患者 ESRS 相关危险因素比较

组别	年龄	TIA 史	吸烟史	MI 史	糖尿病	高血压	PAD	其他心血管病
高危组	70.52 \pm 8.24	29*	19	13*	32*	54*	3	6
低危组	61.51 \pm 8.22	7	23	3	6	23	0	2

注:与复发低危组比较,* $P < 0.05$ 。

2.3 ESRS 相关危险因素与中医体质类型的关系

高危组患者既往 TIA(缺血性脑梗死)病史、吸烟史、既往心肌梗死(MI)、糖尿病、高血压并发率明显高于低危组($P < 0.05$),此外,逐一研究上述各个危险因素与中医体质的关系,结果显示:经比较,年龄 ≥ 65 岁以及年龄 < 65 岁患者的中医体质构成差异无统计学意义($P > 0.05$)。经比较,非高血压与高血压患者的中医体质构成差异无统计学意义($P > 0.05$)。经比较,无 MI 史与有 MI 史患者的中医体质构成差异无统计学意义($P > 0.05$)。经比较,无 TIA 史与有 TIA 史患者的中医体质构成差异无统计学意义($P > 0.05$)。但非糖尿病患者与糖尿病患者中医体质构成差异有统计学意义($P < 0.05$)。糖尿病患者平和质例数明显低于非糖尿病患者,经比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

卒中中常常以预后差,死亡率高、复发率高以及致残率高为著称,卒中一旦发生其对患者机体的损害是非常严重的^[13-14]。因此,对缺血性脑卒中复发患者的特点研究以及对缺血性脑卒中患者的复发危险度进行不同层次的分层是非常必要的^[15-16]。Essen 卒中风险评分(ESRS)是目前用于患者脑卒中风险评估的是一种常用工具^[17-18]。在中医上,脑卒中是属于中风的范畴,其认为中风的发生与患者饮酒饱食过度、情志不遂、劳逸失度以及外邪侵袭相关,再加上患者自身有内伤机损的基础最终导致机体脏腑阴阳失衡,脑部血管气血逆乱^[19-21]。随着我国中医的不断发展,中医体质与缺血性脑卒中的相关性也越来越受到研究人员的关注^[22-23]。

本文旨在探讨缺血性脑卒中患者复发与其中医体质的相关性,通过采用较为规范的中医体质量表,对脑卒中患者的中医体质特点进行深入调查,为临床上不同危险程度缺血性脑卒中患者复发中医体质的特点研究提供一定的理论依据。研究结果显示,低危组患者中最为常见的体质为阳虚质、平和质以及气虚质,未见瘀血质体质类型;而高危组最为常见的体质则为痰湿质、阴虚质以及气虚质,未见特禀质体质类型,2 组患者中医体质构成比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。提示在中医阴虚质体质比例方面,脑卒中复发高危组患者明显高于低危组患者;而在中医平和质体质比例方面,高危组患者则明显低于低危组患者。这与相关类似研究结果相一致^[24-25]。在卒中患者平均年龄方面,本研究发现高危组患者平均年龄明显低于低危组患者平均年龄,

经比较,2 组间差异有统计学意义($P < 0.05$);ESRS 相关危险因素方面,高危组患者既往 TIA(缺血性脑梗死)病史、吸烟史、既往心肌梗死(MI)、糖尿病、高血压并发率明显高于低危组($P < 0.05$)。逐一研究上述各个危险因素与中医体质的关系,结果发现:年龄 ≥ 65 岁以及年龄 < 65 岁患者的中医体质构成差异无统计学意义($P > 0.05$)。经比较,非高血压与高血压患者的中医体质构成差异无统计学意义($P > 0.05$)。经比较,无 MI 史与有 MI 史患者的中医体质构成差异无统计学意义($P > 0.05$)。无 TIA 史与有 TIA 史患者的中医体质构成差异无统计学意义($P > 0.05$)。非糖尿病患者与糖尿病患者中医体质构成差异有统计学意义($P < 0.05$)。糖尿病患者平和质例数明显低于非糖尿病患者,经比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。与低危组比较,高危组中糖尿病患者增多,我们分析这与高危组卒中患者平和质体质类型较低危组少相关。另外,我们发现,其余危险因素疾病虽与体质类型并不存在显著的关系,但是未患有这些危险因素的患者阴虚质比率低于患有这些危险因素的患者,平和质比率也相对升高。因此,我们认为高危组患者的众多伴发疾病在一定程度上影响了其阴虚质和平和质的比率。

综上所述,在中医阴虚质体质比例方面,脑卒中复发高危组患者明显高于低危组患者;而在中医平和质体质比例方面,复发高危组患者则明显低于低危组患者。但由于本次研究样本量太小,关于缺血性脑卒中患者复发与其中医体质特点的相关性仍需进一步深入研究。

参考文献

- [1] 贾爱明,谭婧,胡文梅,等. 缺血性脑卒中复发的体质因素及中医诱因[J]. 中国老年学杂志,2014,12(9):2435-2437.
- [2] 甄晓敏,陈曦,郭德莹,等. 中医体质与缺血性脑卒中的相关性研究[J]. 中国中医急症,2015,16(4):650-652.
- [3] Wu J, Huang Q, Ma QF. What Matters in the Results of Repeated Intravenous Thrombolysis for Recurrent Ischemic Stroke? [J]. Eur Neurol, 2016, 75(3-4):150-154.
- [4] 姚立岩,杨晓炜,李海红,等. C 反应蛋白与缺血性脑卒中关系的研究进展[J]. 中国老年学杂志,2016,36(17):4370-4373.
- [5] 王班,关天嘉,尤莉莉,等. 我国缺血性脑卒中残疾情况及其影响因素分析[J]. 中国全科医学,2016,19(2):216-219.
- [6] Bayer-Karpinska A, Schindler A, Saam T. Detection of Vulnerable Plaque in Patients with Cryptogenic Stroke[J]. Neuroimaging Clin N Am, 2016, 26(1):97-110.
- [7] 寻伟娜,刘新桥. 151 例缺血性脑卒中合并重症肺感染患者体质研究[J]. 颈腰痛杂志,2014,18(5):453-455.
- [8] Sharma VK. Elevated Blood Pressure in Acute Ischemic Stroke—Treat or Leave? [J]. Cerebrovasc Dis, 2016, 41(3-4):101-102.

- [9]姚涛,任明山,李淮玉.缺血性脑卒中急性期超敏C-反应蛋白水平变化与进展性卒中的相关性[J].实用医学杂志,2016,32(5):735-738.
- [10]翟莉红.缺血性脑卒中患者血清同型半胱氨酸水平与颈动脉粥样硬化的相关性[J].山东医药,2015,15(42):94-95.
- [11]Yin D,Shao P,Liu Y. Elevated lipoprotein (a) levels predict deep vein thrombosis in acute ischemic stroke patients[J]. Neuroreport, 2016,27(1):39-44.
- [12]张云云,燕飞,龙燮,等.缺血性脑卒中复发高危与低危患者中医体质比较[J].中国中医急症,2014,23(5):846-848.
- [13]田婷,关智媛,石正洪,等.复发性缺血性脑卒中的危险因素、严重程度及短期预后分析[J].中国康复理论与实践,2016,24(2):172-177.
- [14]Lawrence M,Pringle J,Kerr S, et al. Stroke survivors' and family members' perspectives of multimodal lifestyle interventions for secondary prevention of stroke and transient ischemic attack: a qualitative review and meta-aggregation[J]. Disabil Rehabil, 2016,38(1):11-21.
- [15]方建,陈文武.进展性缺血性脑卒中患者血清细胞黏附分子-1和血管细胞黏附分子-1水平变化及依达拉奉对其的影响[J].中国老年学杂志,2015,10(21):6246-6247.
- [16]兰卫明,麻乐乐.缺血性脑卒中患者血清 Chemerin 因子表达及其临床意义[J].中国临床药理学杂志,2016,32(15):1353-1355.
- [17]Vaughan L,Bushnell C,Bell CL, et al. Global cognitive function before, surrounding, and after ischemic stroke: the role of risk and protective factors varies with time among ischemic stroke survivors[J]. Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn, 2016,23(1):117-131.
- [18]胡晓琳,高静.缺血性脑卒中患者血浆脂蛋白相关磷脂酶A2检测的临床意义[J].检验医学,2015,22(9):968-970.
- [19]曾洁,柳青,林爱华.广州市社区中老年人缺血性脑卒中影响因素分析及发病风险预测[J].中山大学学报:医学科学版,2016,37(4):614-620.
- [20]朱祖福.缺血性脑卒中急性期血清缺血修饰蛋白、脂肪酸结合蛋白水平的变化及与神经功能缺损程度的关系[J].中国老年学杂志,2016,36(14):3436-3438.
- [21]Evaristo EF. Endovascular thrombectomy in acute ischemic stroke: a major breakthrough and a big challenge for Brazil[J]. Arq Neuropsiquiatr, 2016,74(1):1-2.
- [22]尹莲花,黄守清,许艺惠,等.300例高血压前期患者中医体质与动脉硬化程度的相关性研究[J].世界中医药,2015,10(9):1424-1426.
- [23]Nolte CH, Audebert HJ. [Management of acute ischemic stroke] [J]. Fortschr Neurol Psychiatr, 2016,84(1):14-8.
- [24]杨小雯.高血压患者动态血压变异与中医体质分类的相关性研究及中医干预[J].世界中医药,2015,10(2):287-289.
- [25]赵雅宁,曹书华,王红阳,等.缺血性脑卒中患者执行功能障碍程度与P300、N200的相关性[J].中国老年学杂志,2015,24(18):5132-5134.

(2016-12-29 收稿 责任编辑:王明)

(上接第1013页)

- [2]Han MK,McLaughlin VV,Criner GJ, et al. Pulmonary diseases and the heart[J]. Circulation, 2007,116(25):2992-3005.
- [3]Weitzenblum E. Chronic cor pulmonale[J]. Heart, 2003,89(2):225-230.
- [4]王福琴,刘政,李成伟.芪苈强心胶囊对老年慢性阻塞性肺疾病急性加重致中重度肺心病患者的短期疗效观察[J].中国中西医结合急救杂志,2016,23(2):175-177.
- [5]中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会.慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011版)[J].中医杂志,2012,53(1):80-84.
- [6]中华中医药学会肺系病专业委员会.慢性肺原性心脏病中医诊疗指南(2014版)[J].中医杂志,2014,55(6):526-531.
- [7]陈鹿鸣,胡绚,庾慧.中医主症PRO量表在COPD合并肺心病疗效评价中的应用[J].中医药导报,2013,19(8):1-5.
- [8]任明,孙增涛,张伯礼.中医慢性阻塞性肺疾病病人自报告量表(TCM-PRO-COPD)理论模型的建立[J].中国中医药现代远程教育,2010,8(18):151-153.
- [9]卢琼,杨华.参附注射液对肺心病急性期患者血液流变学影响[J].世界中医药,2014,9(10):1310-1312.
- [10]张国富,刘宏宇.肺动脉高压治疗的进展[J].中国胸心血管外科临床杂志,2015,22(12):1157-1161.
- [11]王红,陆月明.慢性阻塞性肺疾病相关肺动脉高压发病机制及治疗进展[J].临床肺科杂志,2015,20(11):2101-2103.
- [12]李彦霞,袁国强.从脉络学说论治慢性肺原性心脏病[J].中医杂志,2012,53(20):1795-1796.
- [13]郭俊华.芪苈强心胶囊在AECOPD并心力衰竭中临床观察[J].中国医药科学,2013,3(20):33-35.
- [14]刘颖,欧阳玥,乔莉.芪苈强心胶囊12种成分的UPLC-MS测定[J].中国中医药,2014,39(10):1822-1825.
- [15]刘奕刚,贾继明,吴以岭.芪苈强心胶囊活性部位中的组成成分研究[J].中草药,2010,41(7):1060-1065.
- [16]崔凌凌,张贺艳.芪苈强心胶囊治疗慢性心力衰竭34例临床观察[J].河北中医,2012,34(6):815-817.
- [17]刘忠民,李南,于贺,等.参麦注射液对家兔心脏骤停后综合征影响的实验研究[J].中华危重病急救医学,2013,25(11):664-668.
- [18]徐宁,唐海沁,张亚文.芪苈强心胶囊治疗慢性心力衰竭疗效分析[J].世界中医药,2014,9(2):237-241.
- [19]FDA. Guidance for industry-patient-reported outcome measures: use in medical product development to support labeling claims, draft guidance. Health Qual Life, 2006,4:79.
- [20]王玲,张翔.基于病人报告结局的中医临床疗效评价方法探讨[J].中国医院管理,2011,31(4):47-49.
- [21]陈鹿鸣,胡绚,黄凯峰.中医主症PRO量表在COPD合并肺心病疗效评价中的应用[J].中医药导报,2013,19(8):1-5.

(2016-06-15 收稿 责任编辑:白桦)