

高血压性脑出血病 118 例舌象分析

何子明

(江西省金溪县中医院 金溪 344800)

关键词:高血压性脑出血病;舌象分析;诊断

中图分类号:R 743.2

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2006)05-0058-02

舌象是中医学判断疾病的重要手段之一。笔者通过对 118 例高血压性脑出血病舌象的观察,发现高血压性脑出血病不同时期的舌象变化有显著性差异。现浅析如下:

1 一般资料

本文所选病例均为 2000 年元月~2004 年 12 月期间的神经内科、急诊科的住院病人(24h 内死亡病人除外)。经测血压和头颅 CT 等检查,确诊为高血压性脑出血病共 118 例。其中男 64 例,女 54 例;年龄最小 38 岁,最大 81 岁,平均(56.41±6.78)岁;冬春季发病 72 例,夏秋季发病 46 例;发病后 24h 内就诊 72 例,24~72h 就诊 38 例,超过 72h 就诊 8 例;病后意识状态清醒者 31 例,嗜睡 32 例,浅昏迷 28 例,深昏迷 27 例;CT 检查提示水肿位于基底节区 83 例,丘脑 17 例,脑叶 15 例,脑干 2 例,小脑 1 例。本组病人均采用常规西医抢救治疗。

2 观察方法

在自然光线下用肉眼或放大镜观察,不能张口者,用开口器。一般每隔 3d 或有明显变化时记录一次。本研究重点观察高血压性脑出血病不同时期与舌象和辨证的关系。

3 观察结果

3.1 高血压性脑出血病不同时期与舌象变化的关系 从表 1~表 3 中看出,舌苔变化除白腻苔外,均有显著性差异(薄白、黄腻、黄燥 $P<0.01$,薄黄、光剥 $P<0.05$)。24h 内舌苔以薄白、薄黄较多,24h~7d 以黄腻、黄燥为主,7d 后以光剥、黄燥、薄白多见。舌色变化亦有显著性差异(淡红、红、紫暗 $P<0.01$,绛 $P<0.05$,淡白 $P>0.05$)。在 24h 内以红、淡红较多,24h 以后绛、紫暗舌增多明显(部分与脱水剂运用有关),7d 左右达到高峰,以后则逐渐减少。舌形变化相对缓慢,4d 乃有显著性差异(除歪斜、短缩、强硬 $P>0.05$ 外,余均 $P<0.05$)。并随着病程延长,相兼舌形也逐渐增多,病情更加复杂化。

表 1 高血压性脑出血病不同时期与舌苔的关系 例							
时间	<i>n</i>	薄白	薄黄	白腻	黄腻	黄燥	光剥
24h 内	72	49	16	3	2	1	1
24~96h	104	18	10	8	33	24	11
4~7d	108	6	3	10	16	49	24
7~10d	106	20	13	4	4	26	39

注:因死亡病人,故不同时期的总例数比原例数少(表 2、3、4 同)。

表 2 高血压性脑出血病不同时期与舌色的关系 例						
时间	<i>n</i>	淡红	红	绛	紫暗	淡白
24h 内	72	22	28	12	4	6
24~96h	104	15	21	31	28	9
4~7d	108	5	10	46	42	5
7~10d	106	24	32	22	20	8

表 3 高血压性脑出血病不同时期与舌形的关系 例								
时间	<i>n</i>	苍老	胖大	瘦薄	瘀斑	歪斜	短缩	强硬
24h 内	72	14	8	23	32	38	12	16
24~96h	104	35	3	48	62	58	14	15
4~7d	108	39	2	54	79	59	10	14
7~10d	106	32	4	49	81	55	6	12

注:舌形有相兼舌形。

3.2 高血压性脑出血病不同时期与辨证的关系 从表 4 中可以看出,24h 内以肝阳暴亢、风火闭窍为主,24h~7d 以痰热腑实、气虚血瘀、阴虚阳亢较多,7d 后以气虚血瘀和阴虚阳亢多见。高血压性脑出血病不同时期与辨证型有显著性差异(除痰湿蒙窍、元气衰败 $P>0.05$ 外,余均 $P<0.01$)。

表 4 高血压性脑出血病不同时期与辨证的关系 例								
时间	<i>n</i>	肝阳暴亢	风火闭窍	痰热腑实	气虚血瘀	阴虚阳亢	痰湿蒙窍	元气衰败
24h 内	72	28	21	3	7	8	3	2
24~96h	104	24	16	26	15	14	6	3
4~7d	108	4	1	45	28	27	2	1
7~10d	106	2	0	21	42	40	1	0

注:相兼证型以主证为主。

3.3 从本组 118 例病人舌象与辨证的关系来看,肝阳暴亢者舌色以红、绛、淡红多见,舌苔薄白、薄黄较多,舌体多瘦薄、苍老,舌形多歪斜、强硬;风火闭窍者舌色以淡红、红为主,舌苔以薄黄、薄白为主,舌形不定;气虚血瘀者舌色多见淡红、红、紫暗,舌体多有瘀斑;痰热腑实者舌色多红、绛,舌苔多黄腻、黄燥,舌体多苍老;阴虚阳亢者舌色多红、绛、紫暗,舌苔多光剥少苔;元气衰败者舌色淡白,舌形短缩。

4 讨论

高血压性脑出血病不同时期的舌象变化,对观察疾病的顺逆、判断病情轻重和推断预后有重要意义。从本组 118 例病人舌象观察结果表明,舌苔由薄变厚变腻,然后逐渐消退者为顺;若舌苔光剥者,病程相对较长;若厚、腻苔长期持续存在或舌苔多变,骤退骤起者,提示预后不良^[1]。西医认为感染和消化道功能紊乱等因素,都可使高血压性脑出血病的急性期延长。黄腻、黄燥苔增多,主要是由于感染和消化道功能紊乱所致^[2]。舌色由淡红→红→绛→紫为逆象,反之为顺象^[3];若绛色持续不退或变成紫色者,说明病情严重预后不良。本组死亡的 12 例病人,舌色紫暗 7 例(58.3%),绛 3 例(25.0%)。病后第 10 天仍有意识障碍的 18 例病人,舌色紫暗 12 例(66.7%),绛 6 例(33.3%)。从上可以说明绛和紫暗舌是病情严重的信号。舌形短缩,预后极差。本组 12 例死亡病人中,临死亡数小时前舌体均变为短缩。本组 24h 内就诊的 12 例舌形短缩病人,5 例(41.7%)死亡,3 例(25.0%)病人第 10 天仍意识不清,4 例(33.3%)舌体转为歪斜。

素体肝阳上亢或夹瘀是高血压性脑出血病的主要病理

高血压肾病患者血浆内皮素的变化及临床意义

汤归春 陈薇 鲁贵春
(浙江省杭州市余杭区中医院 杭州 311106)

关键词:内皮素;高血压肾病;肾脏损害;临床意义
中图分类号:R 692 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2006)05-0059-01

近年来,血浆 ET-1 水平的增高与靶器官损害、功能障碍的关系,已引起学者们的广泛关注。高血压肾病是高血压病的严重并发症之一。本文通过对高血压肾病的 ET-1 测定,以探讨血浆 ET-1 水平与肾损害的关系。

1 材料与方法

1.1 病例选择 所有病例均为我院 2003 年 2 月~2005 年 8 月的住院患者,均符合 WHO/ISH 高血压诊断标准,高血压肾病诊断参照《肾脏病学》(王海燕主编,1996 年 2 月第二版 1151 页)提出的良性肾小动脉硬化症的诊断标准。血压稳定于 100~150/70~90mmHg。并剔除治疗过程中应用对 ET-1 有影响药物(如抗凝剂、VitE 及降血脂药物)的患者。

1.2 研究方法 从所有入选患者随机选取普通高血压组和高血压肾病学组各 30 例。2 组一般情况见表 1。2 组在性别、年龄、病程、降压用药方面均无显著差异性(P>0.05)。血浆 ET-1 测定的药盒由 PTI INC. USA 提供(批号 0730H1)。

表 1 2 组一般情况比较 (X±S) 例

项目	n	性别		年龄/岁	病程/年	降压用药		
		男	女			ACEI	CCB	ACEI+CCB
高血压肾病学组	30	18	12	67.10±9.94 [△]	8.61±2.90 [△]	7	10	13
普通高血压组	30	16	14	66.50±8.13	9.68±5.20	9	10	11

注:与普通高血压组比较,△P>0.05。

1.3 统计方法 采用美国 SPSS/PC10.0 版本的统计分析软件进行统计学处理。计量资料以均数±标准差(X±S)表示,差异显著性采用 t 检验进行分析,计数资料采用卡方检验。

2 结果

高血压肾病学组血浆 ET-1 (145.52±113.25)ng/L,普通高

基础。本组 118 例患者,有平时头晕史 89 例(75.4%),有情绪易激动史 91 例(77.1%)。24h 内就诊的 72 例病人,与肝阳上亢有关证型 57 例(79.2%)。《素问·至真要大论》云:“诸风掉眩,皆属于肝。”《医述·杂证汇参·中风》曰:“凡非风等证,其为强直掉眩者,皆肝邪风木之化也……”从上所述,进一步佐证了肝阳上亢是其主要病理基础。再从本组不同时期舌象观察表明,早期 72 例病人病后第 2 天紫绛舌、黄腻苔和舌下瘀斑均逐渐增多,说明瘀血、痰浊不断再生。所以尽早逐瘀化痰,杜绝瘀痰的再生,是促进高血压性脑出血病恢复的有效措施^[4]。

外感风寒是高血压性脑出血病的诱因之一。高血压性脑出血病是在原有高血压病和脑血管病变基础上,血压骤升所致^[5]。除用力和情绪激动等因素外,外感风寒亦是其诱发因素。在本组 118 例患者中,冬春季发病 72 例(61.0%)。24h 内就诊的 72 例患者,舌苔薄白 49 例(68.1%)。现代医学认为寒冷刺激,可使周围毛细血管和微血管收缩,导致外周阻力升

高血压 ET-1 (80.00±77.82)ng/L。2 组 ET-1 水平有明显差异(P<0.01),提示高血压肾病学患者的 ET-1 水平有明显增高。

3 讨论

内皮素(ET)是 1998 年日本学者 Yanagisawa 等^[1]从猪的主动脉内皮细胞中分离纯化的一种由 21 种氨基酸组成的血管活性多肽。人的 ET 有 3 种同分异构体,即 ET-1、ET-2、ET-3。其中 ET-1 是迄今已知的最强的缩血管物质,且作用时间长,范围广,参与血压基础长期调节。临床发现,即使血压控制良好,其肾损害仍不能完全阻止,这说明还存在与血压升高互相独立或一定程度上独立的其他因素。高血压肾病学组 ET-1 水平显著高于普通高血压组(P<0.01),提示高血压肾病学患者存在内皮细胞的损伤或内皮素系统的高度活跃。

ET-1 主要由血管内皮细胞合成,主要分布于心血管、脑、肺、肝、肾及胃肠道等组织器官。近年研究发现^[2]:某些非内皮细胞亦能合成 ET。除肾血管内皮细胞及平滑肌细胞外,肾脏的大部分细胞如肾小球内皮细胞(EC)、上皮细胞(GEC)、系膜细胞(MC)和肾小管上皮细胞均能合成 ET。ET 对血管有强大的收缩作用,而肾血管对 ET 的反应尤为敏感。因此,肾脏既是合成 ET-1 的重要器官,也是 ET-1 重要的靶器官之一。ET 可通过 Et-a 和 Et-b 两种膜受体介导调节肾血管和系膜细胞能力,促进细胞增生和基质的形成。进一步导致肾小动脉痉挛,肾脏缺血,肾小球滤过率下降,从而加速肾小球硬化。我们的资料提示:ET-1 可能参与高血压肾损害的形成。故降低血浆内皮素水平,可能有助于防止高血压肾损害的发生与发展。但也有研究认为:肾脏局部的 ET-1(下转第 79 页)

高和循环血量增多,使血压进一步升高。再从中医理论上分析,由于素体肝阳上亢,风寒束表,郁遏阳气而不得外泄,日久助阳生风,以致肝风内动。故外感风寒与里虚相结合是形成中风病机的第一步^[6]。

参考文献

[1]陈可冀,廖家桢,肖镇祥,等.心脑血管疾病研究[M].上海:上海科学技术出版社,1988.226
[2]陈泽霖,陈梅芳.舌诊研究[M].上海:上海科学技术出版社,1965.150
[3]刘孟安,许继平.急性脑出血病 240 例舌象分析[J].中医杂志,1992,33(6):343
[4]杨万章,魏周科,吴源琴,等.逐瘀化痰汤对脑出血患者颅内血肿及血液流变学的影响[J].中医杂志,1996,37(11):670
[5]史玉泉,周孝达,汪元级,等.实用神经病学[M].上海:上海科学技术出版社,1995.642
[6]李克光,杨百菲,殷品之,等.金匱要略讲义[M].上海:上海科学技术出版社,1989.56

(收稿日期: 2006-03-23)