

冠心病心绞痛中医证型与中心动脉压相关性初探

周鑫斌 武丽

(浙江中医药大学第一临床医学院 2013 级研究生 杭州 310007)

摘要:目的:探讨冠心病心绞痛中医证型与中心动脉压之间的相关性。方法:将 187 例冠心病心绞痛患者按中医辨证为阳气虚衰、心血瘀阻、痰浊壅塞、心肾阴虚 4 个证型,检测各证型中心动脉压各项值并进行比较。结果:心血瘀阻、痰浊壅塞证型中心动脉收缩压(SBP)、脉压(PP)、收缩压分数(FSP)水平均显著高于其他组,中心动脉舒张压(DBP)、舒张压分数(FDP)水平均显著低于其他组。结论:中心动脉压与冠心病心绞痛各证型存在一定的相关性,可指导中医辨证分型并为其提供客观依据。

关键词:冠心病心绞痛;中医证型;中心动脉压

Correlative Study between TCM Syndromes of Angina Pectoris and Central Aortic Pressure

ZHOU Xin-bin, WU Li

(The First Clinical Medical College of Zhejiang University of TCM, Hangzhou310007)

Abstract: Objective: To explore the relativity between TCM syndromes of angina pectoris and central aortic pressure (CAP). Methods:187 Angina pectoris patients were divided into 4 TCM syndromes groups: Yangqi deficiency (YQD) group, cardiac blood stasis (CBS) group, phlegm stagnation (PS) group, and yin deficiency of heart and kidney (HKYD) group. Then, central aortic pressure were measured and compared. Results: Central artery systolic pressure (SBP), central pulse pressure (PP), fractional systolic pressure (FSP) of CBS group and PS group were significant higher than that of other groups, while central artery diastolic pressure(DBP), fractional diastolic pressure (FDP) were significant lower. Conclusion: CAP have a relationship with different TCM syndromes of angina pectoris, can guide and provide objective bases for syndrome differentiation of TCM.

Key words: Angina pectoris; TCM syndromes; Central aortic pressure

中图分类号:R541.4 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.048

冠心病心绞痛属于中医“胸痹、心痛”等范畴。近年来,中医辨证分型及其与相应客观指标的相关性研究取得了显著进展。临床研究显示中心动脉压是心血管事件的独立危险因素,并且优于外周动脉压^[1]。本研究旨在通过各证型中心动脉压测定,初步探讨中心动脉压与冠心病心绞痛中医证型的关系。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 前瞻性随机收集 2013 年 1 月~2014 年 1 月于浙江省中医院住院的经冠状动脉造影确诊的 187 例冠心病患者。其中男性 140 例(74.9%),女性 47 例(25.1%);年龄 28~84 岁,平均(58.3±10.4)岁;伴糖尿病 39 例(20.8%),高血压 117 例(62.6%),高脂血症 64 例(34.2%)。男女比例及年龄在各证型组无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 诊断及纳入、排除标准 西医诊断标准参照《缺血性心脏病诊断的命名及标准》及《慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南》;中医辨证分型诊断标准参照《冠心病中医辨证标准》及浙江省科学技术出版社 2006 年 8 月制定的“浙江省中医(中西医结合)单病种诊疗规范”^[2-4]。纳入经冠状动脉造影成像证实至少一支主要分支管腔直径狭窄大于 50%,具有诊断意义的患者。排除急性心肌梗死或其他影响辨证患者,如合并重度的心肺功能不全等。

1.3 观察指标 包括研究对象的一般情况及中心动脉压(CAP)。患者入院 24 h 内通过 A-PULSE

CASPro 中心动脉压检测仪测量 CAP,取三个不同时间段平均值,包括中心动脉收缩压(SBP)、舒张压(DBP)、脉压(PP)、平均动脉压(MAP)、收缩压分数($FSP=SBP/MVP$)及舒张压分数($FDP=DBP/MAP$)。

1.4 统计学处理 采用 SPSS20.0 统计软件处理数据。计量资料以($\bar{X} \pm S$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,多组比较经方差齐性检验后采用方差分析,非正态且方差不齐时采用秩和检验。检验水平取 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 各证型组与 SBP、DBP 及 MAP 比较分析 经方差分析,冠心病心绞痛心血瘀阻组与痰浊壅塞组 SBP 显著性增高,DBP 水平显著降低,上述差异有统计学意义($P<0.05$);但 SBP 及 DBP 水平在心血瘀阻组与痰浊壅塞组之间、阳气虚衰组与心肾阴虚组之间无显著性差异;各证型间 MAP 无显著性差异($P=0.587$)。见表 1。

表 1 各证型组与 SBP、DBP 及 MAP 比较 ($\bar{X} \pm S$) mmHg						
证型	n	男	女	SBP	DBP	MAP
阳气虚衰	45	35	10	124.2±10.6	86.5±5.7	99.0±7.3
心血瘀阻	53	39	14	132.1±11.5	82.9±5.7	99.3±7.6
痰浊壅塞	50	38	12	130.5±11.2	80.8±5.6	97.4±7.5
心肾阴虚	39	28	11	127.0±10.1	84.6±6.4	98.7±7.6

2.2 各证型组与 PP、FSP 及 FDP 比较分析 心血瘀阻组与痰浊壅塞组 PP、FSP 水平显著高于心肾阴虚组和阳气虚衰组,有显著差异($P<0.05$);心血瘀阻组与痰浊壅塞组 FDP 水平显著低于心肾阴虚组和阳气虚衰组,有显著差异($P<0.05$)。见表 2。

表 2 各证型组与 PP、FSP 及 FDP 比较 ($\bar{X} \pm S$)mmHg

证型	n	PP	FSP	FDP
阳气虚衰	45	37.7± 4.9	1.25± 0.02	0.87± 0.01
心血瘀阻	53	49.3± 5.8	1.33± 0.02	0.84± 0.01
痰浊壅塞	50	49.7± 5.7	1.34± 0.01	0.83± 0.01
心肾阴虚	39	42.4± 3.8	1.29± 0.01	0.86± 0.01

2.3 实证与虚证组各指标比较分析 实证组包含心血瘀阻及痰浊壅塞证型(共 103 例),虚证组包含阳气虚衰及心肾阴虚证型(共 84 例),经 *t* 检验显示,实证组与虚证组之间除 MAP 外(*P*=0.65),余指标均有显著性差异(*P*<0.05)。

表 3 实证与虚证组各指标比较 ($\bar{X} \pm S$) mmHg

组别	SBP	DBP	MAP	PP	FSP	FDP
实证组	131.3± 11.3	81.9± 5.7	98.4± 7.6	49.5± 5.7	1.33± 0.02	0.83± 0.01
虚证组	125.5± 10.4	85.6± 6.1	98.9± 7.4	39.9± 5.0	1.27± 0.02	0.87± 0.01

3 讨论

研究显示中心动脉压与心血管事件风险及靶器官损害有较强的相关性。SBP、FSP 增大会使左心室摄血负荷增加、舒张受损,DBP、FDP 降低会使冠状动脉灌注减少加重缺血,并且 PP 增大使得动脉壁张力增加及血管内皮受损而加重粥样硬化病变^[9]。冠心病病机主要为本虚标实,临床以实证如痰浊、血瘀等多见,很多研究也证实了冠心病证型与客观指标如冠脉造影、血脂水平存在密切相关性,如李静等^[6]发现痰浊、血瘀证型以多冠脉分支病变为主,而气虚、阴虚等证型以单支病变为主。段媛媛等^[7]证实发现 SBP、PP 随着冠脉病变支数增加而增加,而 FDP 随之降低。

本研究对 187 例冠心病心绞痛患者行中心动脉

压检测发现,较之阳气虚衰及心肾阴虚证,痰浊壅塞及心血瘀阻证型 SBP、PP、FSP 均显著性增高,DBP、FDP 显著性降低,并且 FSP 水平痰浊壅塞>心血瘀阻>心肾阴虚>阳气虚衰,FDP 水平痰浊壅塞<心血瘀阻<心肾阴虚<阳气虚衰,提示冠心病实证的痰浊、血瘀等证型冠脉事件风险较高。结果显示了冠心病心绞痛中医证型与中心动脉压指标如 SBP、DBP、PP 存在一定相关性,结合运用可以指导客观的中医辨证分型,并且不同的证型也能初步判断冠状动脉病变的程度。由于本研究采用的是无创的、经函数推导得出的中心动脉压,与直接测量值可能存在偏差,并且也需要更大的样本量来证实上述结论。

参考文献

[1]Roman MJ,Devereux RB,Kizer JR,et al. Central pressure more strongly relates to vascular disease and outcome than does brachial pressure: the Strong Heart Study [J].Hypertension,2007,50 (1): 197-203
[2]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南[J].中华心血管病杂志,2007,35(3): 195-206
[3]中国中西医结合学会心血管学会.冠心病中医辨证标准[J].中西医结合杂志,1991,11(5):257
[4]徐济民.缺血性心脏病诊断的命名及标准—国际心脏病学会和协会/世界卫生组织临床命名标准化专题组的联合报告[J].国外医学·心血管疾病分册,1979,6(6):365-366
[5]Zhang Y,Li Y,Ding FH,et al. Cardiac structure and function in relation to central blood pressure components in Chinese [J].J Hypertens, 2011,29(12):2 462-2 468
[6]李静,张继东,刘同涛.冠心病中医证型与冠脉病变的相关性[J].山东中医药大学学报,2006,30(2):124-126
[7]段媛媛,刘惠亮,马东星,等.中心动脉压与冠脉病变程度的相关性[J].中华高血压杂志,2008,16(10):881-884

(收稿日期: 2014-03-31)

针刺五脏腧穴治疗高脂血症 30 例

张慧珍¹ 徐杨青²

(1 江西中医药大学 2012 级研究生 南昌 330004;2 江西省热敏灸医院 南昌 330046)

关键词: 高脂血症; 针刺; 五脏腧穴; 疗效观察

中图分类号: R589.2

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.07.049

高脂血症主要是以血浆中胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白(LDL-C)升高、高密度脂蛋白(HDL-C)降低为表现的一种血脂代谢紊乱状态,是导致动脉粥样硬化,进而形成心脑血管疾病的主要危险因素之一。随着人民生活水平的提高和生活方式的变化,中国人群平均的血浆胆固醇水平正逐步升高。流行病学调查显示我国 18 岁及以上成人高胆固醇血症患病率为 2.9%,胆固醇边缘性升高率为 3.9%;高甘油三酯血症患病率为 11.9%;低高密度脂蛋白血症患病率为 7.4%^[1]。目前治疗高脂血症的方法主要有生活方式的改变和降脂药物的应用,但不管是他汀类、贝特类或烟酸类等药物,均有一定的副

作用。笔者采用针刺五脏腧穴治疗高脂血症,取得了较好的疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 60 例均为江西省热敏灸医院针灸科高脂血症患者,年龄 34~70 岁;男 32 例,女 28 例。分为治疗组与对照组各 30 例,两组患者年龄、性别经统计分析均无明显差异,具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]: 血清 TC:5.20 mmol/L 以下为合适范围;5.23~5.69 mmol/L 为边缘升高;5.72 mmol/L 以上为升高。血清 LDL-C:3.12 mmol/L 以下为合适范围;3.15~3.61 mmol/L 为边缘升高;3.64 mmol/L 以上为