

表1 2组治疗前后血压水平比较($\bar{x} \pm s$) mmHg

指标	组别	n	治疗前	治疗后
收缩压	治疗组	60	171.33±8.23	134.63±9.35 ^{①②}
	对照组	60	170.95±8.32	143.95±12.48 ^①
舒张压	治疗组	60	99.00±12.87	82.65±7.56 ^{①②}
	对照组	60	98.83±13.14	86.40±8.64 ^①

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

血压大鼠大血管中膜的损害, 抑制血管重塑, 与培哚普利及天麻钩藤饮原方比较无明显差异($P > 0.05$)。对左心室重塑也有抑制作用, 与培哚普利比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$), 表明天麻钩藤饮、正交方均有保护靶器官的作用^[2]。七味降压方是方显明教授在其正交I方(天麻、钩藤、牛膝、石决明、桑寄生)的基础上加上龟板及鳖甲两味药而成。方中天麻性味甘平, 平肝熄风, 钩藤性味甘凉助天麻平肝熄风, 共为君药。石决明与前两药合用加强平肝熄风之力, 川牛膝引血下行, 共为臣药。桑寄生补益肝肾以制肝阳, 而龟板、鳖甲则增强滋阴潜阳作用, 共为佐药。药理研究证实, 天麻及天麻密环菌菌丝具有降血压、减慢心率, 舒张外周血管、增加心脑血管血流的作用^[3]; 钩藤及其生物碱能抑制细胞外 Ca^{2+} 经电位依

赖性 Ca^{2+} 通道的内流, 抑制细胞内 Ca^{2+} 释放, 此作用与经典钙拮抗剂相似; 桑寄生能舒张冠状血管, 增加冠脉血流, 起到降压作用, 另外还有利尿镇静作用, 可协同降压; 川牛膝苯提取物有显著降压及利尿作用。龟板具有增加冠脉血流和提高耐缺氧能力作用; 鳖甲可保护肾上腺皮质功能。本临床研究表明, 运用七味降压方联合培哚普利治疗肝阳上亢或阴虚阳亢型原发性高血压病患者, 在降压方面, 比单纯使用培哚普利效果更显著; 在症状改善方面, 亦比单纯使用培哚普利疗效更显著。提示运用七味降压方联合培哚普利是治疗高血压病及改善高血压病患者症状的有效方法之一。但两药协同作用的降压机制尚有待进一步探讨。

[参考文献]

- [1] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [2] 方显明, 朱志华, 郭艳艳, 等. 天麻钩藤饮正交方对肝阳上亢证高血压大鼠血管内膜的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2009, 7(10): 1173-1175.
- [3] 黄泰康. 现代本草纲要(上卷)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2001: 1080.

(责任编辑: 骆欢欢)

脑梗死急性期中医证型与血清尿酸水平关系探讨

聂志红, 马卫琴

桐乡市中医医院, 浙江 桐乡 314500

[摘要] 目的: 观察分析脑梗死急性期中医证型与血清尿酸水平的关系。方法: 选择在本院住院的300例脑梗死(中风——中经络)急性期患者, 中医辨证分为风火上炎、风痰瘀阻、痰热腑实、气虚血瘀、阴虚风动5个证型, 选取健康者50例作为对照, 测定尿酸水平, 进行统计学分析。结果: 脑梗死组尿酸平均水平(326.84±95.16) $\mu\text{mol/L}$, 较健康对照组(247.90±88.78) $\mu\text{mol/L}$ 显著升高($P < 0.01$)。脑梗死组尿酸水平升高者比例为38.67% (116/300), 显著高于健康对照组16.00% (8/50), 2组比较, 差异有显著性意义($P < 0.01$)。提示尿酸水平升高是脑梗死的一个重要危险因素。尿酸水平最高者为痰热腑实证(57/300, 19.00%), 其次为风痰瘀阻证(107/300, 35.67%), 最低者为风火上炎型(31/300, 10.33%)。各证型间比较, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$), 提示不同证型脑梗死患者尿酸水平不同。痰热腑实证尿酸水平比风痰瘀阻证高, 但差异无显著性意义($P > 0.05$), 比风火上炎、气虚血瘀、阴虚风动证显著升高($P < 0.01$); 风痰瘀阻证尿酸水平比风火上炎、气虚血瘀、阴虚风动证均明显升高($P < 0.01$), 提示尿酸水平升高可能与脑梗死痰热腑实、风痰瘀阻证型的形成有一定关系。结论: 尿酸水平升高是脑梗死的重要危险因

[收稿日期] 2014-04-25

[作者简介] 聂志红(1976-), 男, 主治医师, 研究方向: 中西医结合脑病。

素,可能与痰瘀有关的证型形成相关,可作为脑梗死急性期中医辨证分型的参考指标之一。

[关键词] 脑梗死;急性期;辨证分型;尿酸

[中图分类号] R743.3 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415(2014)10-0043-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.10.018

脑梗死是老年人常见病,但随着人们生活和出行方式的改变,发病年龄有年轻化的趋势,给家庭和社会造成沉重负担。大型前瞻性流行病学研究揭示,高尿酸血症是脑梗死发病的危险因素,其中 Chen JH 等^[1]进行的一项前瞻性的队列研究中发现,经校正混杂因素后高尿酸血症者死于脑梗死的风险比为 1.35。防治脑梗死,中医药一直发挥着重要作用。尿酸的形成与中医痰瘀等病理因素的产生有相似之处,笔者探讨脑梗死急性期患者中医证型与尿酸水平的关系,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 根据《脑梗死和脑出血中西医结合诊断标准(试行)^[2],中医诊断为中风——中经络,辨为风火上炎、风痰瘀阻、痰热腑实、气虚血瘀、阴虚风动等 5 个证型。

1.2 病例选择 符合脑梗死诊断标准,经头颅 CT 或 MRI 证实;首次急性发病,病程在 7 天以内;排除神志不清、心源性脑栓塞、慢性肾病、痛风患者,以及近期服用别嘌醇、利尿剂等影响血清尿酸代谢药物的患者。

1.3 一般资料 共收集 2012 年 1 月~2013 年 12 月在本院神经内科病房住院治疗的脑梗死急性期患者 300 例,设为脑梗死组,男 166 例,女 134 例,年龄 58~83 岁,平均(66.12±9.38)岁。收集健康对照组 50 例,均为同期在本院体检的健康中老年人,设为健康对照组,男 29 例,女 21 例,年龄 55~80 岁,平均(64.39±10.75)岁。2 组性别、年龄等一般资料经统计学处理,差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

2 研究方法

2.1 检测方法 于清晨空腹抽取肘静脉血送检,采用全自动生化分析仪酶法测定血清尿酸值。正常值范围 89~357 $\mu\text{mol/L}$ 。

2.2 统计学方法 应用 SPSS16.0 统计软件,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,数据比较用成组 t 检验,多组数

据比较用方差分析;计数资料采用 χ^2 检验。

3 研究结果

3.1 2 组总体尿酸水平比较 脑梗死组尿酸平均水平(326.84±95.16) $\mu\text{mol/L}$,较健康对照组(247.90±88.78) $\mu\text{mol/L}$ 显著升高($t=5.760, P<0.01$)。脑梗死组尿酸水平升高者比例为 38.67%(116/300),显著高于健康对照 16.00%(8/50),2 组比较,差异有显著性意义($\chi^2=9.625, P=0.002$)。提示尿酸水平升高是脑梗死的一个重要危险因素。

3.2 脑梗死组各中医证型尿酸水平比较 见表 1。尿酸水平最高者为痰热腑实证(57/300, 19.00%),其次为风痰瘀阻证(107/300, 35.67%),最低者为风火上炎型(31/300, 10.33%)。各证型间比较,差异有非常显著性意义($F=8.772, P<0.01$),提示不同证型脑梗死患者尿酸水平不同。痰热腑实证尿酸水平较风痰瘀阻证高,但差异无显著性意义($P=0.060$),较风火上炎、气虚血瘀、阴虚风动证显著升高($P<0.01$);风痰瘀阻证尿酸水平较风火上炎、气虚血瘀、阴虚风动证均明显升高($P<0.01$),提示尿酸水平升高可能与脑梗死痰热腑实、风痰瘀阻证型的形成有一定关系。

表 1 脑梗死组各中医证型尿酸水平比较($\bar{x}\pm s$) $\mu\text{mol/L}$

证型	<i>n</i>	尿酸
风火上炎	19	260.32±105.81 ^{①②}
风痰瘀阻	107	341.45±83.45
痰热腑实	57	369.44±92.48
气虚血瘀	86	310.07±89.40 ^{①②}
阴虚风动	31	285.39±103.53 ^{①②}

与痰热腑实证比较,① $P<0.01$;与风痰瘀阻证比较,② $P<0.01$

4 讨论

尿酸升高导致脑梗死发生的机制,国内外学者研究总结认为主要有以下几个方面:①尿酸生成过程中产生的氧自由基参与血管炎症反应;②尿酸增加血小板的黏附性;③尿酸盐作为炎性物质刺激血管平滑肌

增生；④高尿酸血症促进低密度脂蛋白氧化和脂质过氧化，以上因素相互作用，导致动脉粥样硬化，从而导致血栓性脑梗死的发生^[3~5]。基于临床的研究进一步证实，在脑梗死的 TOAST 病因分型中，高尿酸血症与动脉粥样硬化型脑梗死的相关性最为密切^[6]。

尿酸是人体内核酸的代谢终产物，尿酸排泄减少和生成增多，血中尿酸浓度长期高于相应饱和点，称之为高尿酸血症。这种代谢性疾病与性别、年龄、种族、遗传等个体因素有关，同时与饮食有着密切的关系。尿酸作为体内代谢失常而产生的致病因素，符合中医痰的病机特点。中医学认为，饮食不节、肥甘厚味可伤及脾胃，脾胃运化失常，影响水湿的敷布、运化、排泄，可聚湿生痰。在许多情况下，痰、湿并不能截然分开，故常统称“痰湿”。林志健等^[7]报道，采用肥甘厚味(高嘌呤饮食)诱导法，可成功诱导鹌鹑高尿酸血症，高尿酸血症鹌鹑模型定量“问诊”、闻诊及望诊提示，模型动物部分病理改变与饮食不节导致的“脾虚痰湿”证候有一定的相似之处，可见痰湿是其病理本质。李海昌等^[8]研究发现，痰湿体质与代谢综合征具有明显的相关性，调整痰湿体质是防治代谢综合征的重要措施，亦是降低血尿酸的有效途径。痰既是病理产物，同时又成为某些疾病的致病因素。痰停于体内既可阻滞气机，影响脏腑气机的升降，又可以流注经络，阻碍气血的运行形成瘀血，因此痰、瘀可互相影响，互为因果。

脑梗死属于中医学中风病范畴。其病因病机，是由于脏腑功能失调，正气虚弱，在情志过极、劳倦内伤、饮食不节、用力过度、气候骤变等内外因素的诱发下，致瘀血阻滞、痰热内生、心火亢盛、肝阳暴亢、风火相煽、气血逆乱、上冲犯脑而形成^[9]。基本病理因素是风、火、痰、瘀、虚、气六端。基本病机是阴阳失调，气血逆乱，痰瘀上蒙，脑络闭阻。本研究中，脑梗死组尿酸水平显著高于健康对照组，提示尿酸水平升高是脑梗死的一个重要危险因素。在脑梗死各中医证型中，痰热腑实证尿酸水平最高，其次是风痰瘀阻证，明显高于其他 3 个证型，提示尿酸水

平升高与痰热、痰瘀证型形成密切相关，可能是痰瘀的致病因素之一。痰瘀可郁而化热，痰热证尿酸水平最高，符合中医病机特点。本研究表明，脑梗死急性期患者中医病理因素中，痰瘀与尿酸水平关系密切，可作为辨证分型的参考条件之一。由于本研究样本含量少，结论有待于进一步深入研究证实。

[参考文献]

- [1] Chen JH, Chuang SY, Chen HJ, et al. Serum uric acid level as an independent risk factor for all-cause, cardiovascular, and ischemic stroke mortality: A Chinese cohort study[J]. *Arthritis Rheum*, 2009, 61(2): 225-232.
- [2] 赵建国, 高长玉, 瑛宝玉, 等. 脑梗死和脑出血中西医结合诊断标准(试行)[J]. *中国中西医结合杂志*, 2006, 26(10): 948-949.
- [3] Feinberg MW, Jain MK, Werner F, et al. Transforming growth factor- β 1 inhibits cytokine-mediated induction of human metalloelastase in macrophages[J]. *J Biol Chem*, 2000, 275(33): 25766-25773.
- [4] Nieto FJ, Iribarren C, Gross MD, et al. Uric acid and serum antioxidant capacity: a reaction to atherosclerosis[J]. *Atherosclerosis*, 2000, 148(1): 131-139.
- [5] 吴剑钰. 缺血性脑血管病患者颈动脉斑块形成与血清尿酸水平关系的研究[J]. *临床神经病学杂志*, 2007, 20(4): 309-310.
- [6] 胡玉婷, 朱本亮, 魏秀娥, 等. 同型半胱氨酸、血尿酸水平与不同分型急性脑梗死的相关性研究[J]. *卒中与神经疾病*, 2012, 19(4): 207-210.
- [7] 林志健, 张冰, 刘小青, 等. 基于数字化定量的尿酸血症鹌鹑模型“四诊”证候研究[J]. *北京中医药大学学报*, 2013, 36(5): 317-321.
- [8] 李海昌, 温成平, 谢志军. 痰湿体质与痛风及高尿酸血症的相关性探讨[J]. *中华中医药学刊*, 2013, 31(4): 841-843.
- [9] 田德禄. 中医内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 269-271.

(责任编辑: 骆欢欢)