

原发性高血压合并血脂异常患者中医体质类型与血脂指标相关性研究

何焯根, 戴韵峰

广东省中医院, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 探讨原发性高血压合并血脂异常患者的中医体质类型与血脂指标的相关性。方法: 采用标准化的9种中医体质调查问卷对718例原发性高血压合并血脂异常患者进行体质辨识, 分析中医体质类型与血脂指标的相关性。结果: 718例原发性高血压合并血脂异常患者, 共发现34类体质, 其中单体质273例, 2种体质兼夹的366例, 3种体质兼夹的79例。痰湿质185例(25.77%), 气虚兼痰湿质107例(14.90%), 气虚兼瘀血质76例(10.58%)。原发性高血压合并血脂异常常见体质中, 平和质、气虚质、气虚兼瘀血质以TC升高的较多; 痰湿质以混合型高脂血症及高TG血症多见; 气虚兼痰湿质、阳虚兼瘀血质则以混合型高脂血症及高TC血症多见 ($P < 0.05$)。各常见中医体质间TG、TC、LDL-C、Apo-B水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), HDL-C、Apo-A1、LP(a)水平比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 原发性高血压合并血脂异常患者主要的中医体质类型是痰湿质、气虚兼痰湿质、气虚兼瘀血质; HDL-C、Apo-A1、LP(a)水平高低与痰湿类或瘀血类体质相关。

[关键词] 原发性高血压; 血脂异常; 中医体质; 相关性

[中图分类号] R544.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)08-0035-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.016

高血压病及血脂异常是心脑血管疾病公认的两大可控危险因素。据统计学分析, 目前我国高血压病患者已达2.0亿, 而血脂异常发病率更高, 保守估计目前我国高血压合并血脂异常患者约0.6亿~1.0亿^[1]。高血压与血脂异常2个绝非简单的危险因素并存, 两者之间相互影响、相互促进, 具有密切关系。Framingham心脏中心研究表明, 两者并存可使心血管疾病发生的风险增加3~4倍^[2]。虽然运用现代医学治疗高血压合并血脂异常疗效快且确切, 但也附着不少的副作用。中医学从整体观出发, 辨证论治高血压合并血脂异常具有较好的疗效。因此探讨高血压合并血脂异常的中医体质类型与血脂指标的相关性, 可为临床上对高血压合并血脂异常的预防及治疗提供新思路。

1 临床资料

1.1 一般资料 对本院2012—2014年体检人群中诊断为原发性高血压合并血脂异常的718例患者进行血脂6项及中医体质辨识。男432例, 年龄22~78岁, 平均(46.83±11.83)岁; 女286例, 年龄31~82岁, 平均(57.86±10.47)岁。

1.2 诊断标准 原发性高血压参照《中国高血压病防治指南(2010年修订版)》, 符合收缩压(SBP)≥140 mmHg和(或)舒张压(DBP)≥90 mmHg。血脂异常参照2007年《中国成人血脂

异常防治指南》, 满足下列4条中的1条或1条以上即可诊断: ①血清总胆固醇(TC)≥5.20 mmol/L; ②甘油三酯(TG)≥1.70 mmol/L; ③低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)≥3.37 mmol/L; ④高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C) < 1.15 mmol/L。

1.3 纳入标准 ①符合原发性高血压诊断标准, 并无明确高血压病因素; ②符合血脂异常诊断标准, 未服用降脂药物或虽服用降脂药物, 但已停药2周以上, 且血脂指标仍符合诊断标准者。

1.4 排除标准 ①不符合上述诊断标准和纳入标准者; ②继发性高血压; ③因甲状腺功能减退、肾病综合征或由药物(利尿剂、β-受体阻滞剂、激素等)引起的血脂异常; ④合并糖尿病; 急性心脑血管事件; 心功能Ⅱ级以上; 合并肾功能不全失代偿期(肌酐>177 mmol/L); 合并造血系统等严重威胁生命安全的疾病; 精神病患者; ⑤已接受其他有关治疗, 可能影响本研究指标观测者; ⑥因文化程度等原因不能很好地理解调查问卷内容者。

2 调查方法与统计学方法

2.1 中医体质 采用王琦的《中医体质分类研究》调查问卷, 由具有中医内科副主任医师以上职称的中医体质专家依据中华中医药学会《中医体质分类与判定》^[3]进行判断, 将中医体质

[收稿日期] 2015-02-21

[作者简介] 何焯根(1986-), 男, 住院医师, 主要从事中医内科工作。

分为平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、瘀血质、气郁质、特禀质 9 个基本类型。

2.2 血脂指标 患者均空腹抽血,采用 Modular PPI 生化分析仪进行检测,其中 TC、TG 采用酶法(GPO- PAP)测定, HDL- C、LDL- C 采用直接法测定,载脂蛋白(Apo)、脂蛋白(a) [LP(a)]采用免疫透射比浊法。

2.3 统计学方法 采用 SPSS13.0 进行统计分析。计量资料,呈正态分布时,多组间均数的两两比较采用方差分析;呈非正态分布时,采用非参数秩和检验。计数资料比较,采用 χ^2 检验。

3 研究结果

3.1 原发性高血压合并血脂异常患者的中医体质分型情况 718 例原发性高血压合并血脂异常患者,共发现 34 类体质,其中单一体质 273 例,2 种体质兼夹 366 例,3 种体质兼夹

79 例。平和质 35 例(4.88%),气虚质 30 例(4.18%),痰湿质 185 例(25.77%),气虚兼痰湿质 107 例(14.90%),气虚兼瘀血质 76 例(10.58%),阳虚兼瘀血质 39 例(5.43%),气虚兼痰湿瘀血质 44 例(6.13%);其余为出现例数 < 25 的体质类型,共计 202 例(28.13%)。由此可知,原发性高血压合并血脂异常患者最常见的中医体质分型为痰湿质、气虚兼痰湿质及气虚兼瘀血质。

3.2 各常见体质类型血脂异常临床分型特点 见表 1。在原发性高血压合并血脂异常患者中,平和质、气虚质、气虚兼瘀血质以 TC 升高的较多;痰湿质以混合型高脂血症及高 TG 血症多见;气虚兼痰湿质、阳虚兼瘀血质则以混合型高脂血症及高 TC 血症多见。各常见体质类型的血脂异常临床分型比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 各常见体质类型血脂异常临床分型特点

体质类型	n	高 TG 血症	高 TC 血症	混合型高脂血症	高 LDL- C 血症	低 HDL- C 血症	例
平和质	35	9	15	7	2	2	
气虚质	30	5	20	4	1	0	
痰湿质	185	62	38	74	2	9	
气虚兼痰湿质	107	16	39	46	4	2	
气虚兼瘀血质	76	9	39	21	5	2	
阳虚兼瘀血质	39	2	18	16	2	1	
气虚兼痰湿瘀血质	44	10	12	17	2	3	

3.3 各常见体质类型与血脂水平关系 见表 2。原发性高血压合并血脂异常患者各常见体质类型的 TG、TC、LDL- C 水平均高于正常水平,采用秩和检验进行统计学分析,组内不同体质类型间 TG、TC、LDL- C 比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。各常见体质类型的 HDL- C 均处于正常水平,其中痰湿质 < 气虚兼痰湿瘀血质 < 气虚兼痰湿质 < 气虚质 < 平和质 < 阳虚兼瘀血质 < 气虚兼瘀血质,经方差分析,不同体质类型间 HDL- C 水平比较,差异有统计学意义($P < 0.01$),提

示痰湿质及兼夹痰湿质体质类型的 HDL- C 偏低。各常见体质类型的 Apo- A1、Apo- B 均处于正常水平,Apo- A1 组间比较,差异有统计学意义($P < 0.01$),其中以痰湿质患者的 Apo- A1 水平最低;Apo- B 组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。LP(a)组间比较,差异有统计学意义($P < 0.01$),其中以气虚质患者的 LP(a)平均水平最高,兼夹瘀血质患者次之,平和质患者最低。

表 2 各常见体质类型与血脂水平关系($\bar{x} \pm s$)

体质类型	n	TG(mmol/L)	TC(mmol/L)	LDL- C(mmol/L)	HDL- C(mmol/L)	Apo- A1 (g/L)	Apo- B(g/L)	LP(a)(mg/L)
平和质	35	1.92± 1.08	5.53± 1.15	3.85± 1.17	1.32± 0.32	1.43± 0.27	0.98± 0.25	118.37± 79.21
气虚质	30	2.13± 1.21	6.04± 1.17	4.08± 1.13	1.30± 0.33	1.35± 0.16	1.04± 0.21	389.29± 288.09
痰湿质	185	2.53± 1.36	5.70± 1.05	3.69± 0.84	1.18± 0.29	1.32± 0.23	1.05± 0.22	139.09± 128.13
气虚兼痰湿质	107	2.48± 1.64	5.98± 0.88	3.98± 0.89	1.25± 0.36	1.45± 0.26	1.08± 0.27	198.18± 189.15
气虚兼瘀血质	76	1.85± 0.83	5.76± 0.67	3.65± 0.69	1.58± 0.37	1.62± 0.25	1.12± 0.15	217.23± 183.28
阳虚兼瘀血质	39	2.14± 1.26	6.16± 0.72	3.92± 0.76	1.43± 0.28	1.54± 0.24	1.13± 0.18	245.05± 203.31
气虚兼痰湿瘀血质	44	2.46± 1.52	5.68± 1.14	3.68± 0.70	1.19± 0.29	1.40± 0.22	1.09± 0.23	276.65± 296.43

注: TG、TC、LDL- C、Apo- B、LP (a) 体质间两两比较采用秩和检验,其中 TG、TC、LDL- C、Apo- B 比较 $P > 0.05$, LP (a) 比较 $P < 0.01$; HDL- C、Apo- A1 体质间两两比较采用方差分析, HDL- C 比较 $F = 16.78, P < 0.01$; Apo- A1 比较 $F = 16.68, P < 0.01$ 。

4 讨论

原发性高血压与血脂异常具有较高的发病率,是心脑血管疾病两大常见危险因素,而两者同时存在使心血管疾病发生的风险增加3~4倍。如何有效地控制高血压及改善血脂异常,甚至避免两者的发生,将成为预防心脑血管疾病的重要一环。中医体质学认为个体体质是在先天遗传和后天获得基础上形成的,能决定疾病的发展变化、转归预后以及个体对治疗措施的反应性。因此,分析原发性高血压合并血脂异常患者的中医体质特点,辨证与辨体质相结合,将有助于更好地指导中医临床辨治及养生。

近年有不少学者就中医体质类型与高血压、血脂异常等心脑血管疾病危险的相关性进行了研究。如朱燕波等^[4]汇集我国9省市横断面中医体质调查7782例高血压患者,采用多元逐步 Logistic 回归分析筛选原发性高血压的体质类型的主要影响因素,结果提示痰湿质、阴虚质和气虚质是原发性高血压患者的主要体质类型。成杰辉等^[5]对277例原发性血脂异常患者的中医体质分布情况进行调查,发现湿热质、阳虚质、痰湿质是原发性血脂异常人群的主要偏颇体质类型。从上述的研究可以发现,原发性高血压与血脂异常均存在的主要体质类型为痰湿质,提示痰湿质人群容易罹患原发性高血压与血脂异常。从本研究统计结果来看,原发性高血压合并血脂异常患者的常见体质以痰湿质、气虚兼痰湿质及气虚兼瘀血质为主,这与原发性高血压合并血脂异常的发生由脏腑阴阳失调,内生痰浊、瘀血,痰瘀互结的病机所致相符。由此可见,临床上辨治该病时,应着重从益气化痰活血方面出发。

原发性高血压合并血脂异常患者主要表现为2个或2个以上的血脂指标异常,以TC与LDL-C升高,TC、TG与LDL-C升高两大类为主。但不同体质类型间仅HDL-C水平的差异具有统计学意义($P<0.01$)。我国有关血脂异常流行病学研究发现,HDL-C <1.04 mmol/L的人群与HDL-C ≥ 1.55 mmol/L人群比较,心血管事件危险率增加50%^[6]。虽然本研究结果中各体质类型患者的HDL-C平均水平高于正常值,但仍以痰湿质及兼夹痰湿质体质类型的HDL-C偏低,提示改善痰湿体质有可能改善HDL-C水平,降低心脑血管事件的危险性。然而,上述4项指标容易受饮食、肝肾疾病等因素干扰,影响其对评估心脑血管疾病风险的作用,Apo-A1、Apo-B、LP(a)等指标则较少受饮食及肝肾疾病的影响。陈一伟等^[7]研究表明Apo-A1、Apo-B较血脂常规项目更为敏感,对心脑血管疾病危险性预测有一定临床价值。Apo-A1是HDL-C的主要结构蛋白,可直接反映HDL-C水平,本研究结果也较好地反映两者的相关性,Apo-A1、HDL-C水平与体质类型的关

系中,两者均以痰湿质患者最低($P<0.01$),提示痰湿质患者可能较其他体质类型患者具有更高的心脑血管疾病患病风险。Apo-B是LDL-C的主要结构蛋白,与LDL-C呈显著相关,本研究中常见体质类型患者的Apo-B与LDL-C水平间比较,差异无统计学意义($P>0.05$),但其中医体质的关系尚需要大样本量的调查研究加以论证。LP(a)是一种由Apo-A与Apo-B通过二硫键连接而成的特殊脂蛋白,其水平不受性别、年龄、饮食等因素的影响,主要由遗传因素决定,水平的升高与临床多种疾病(尤其是动脉硬化及心脑血管疾病)有关。有研究表明LP(a)是独立于其他血脂指标的心脑血管疾病危险因素^[8]。本研究结果显示,各常见体质类型患者中以气虚质患者LP(a)水平最高,兼夹瘀血质患者次之,而平和质患者水平最低,提示临床辨治以LP(a)升高为主的原发性高血压合并血脂异常患者时,适当增加益气活血类药物可能具有增加疗效的作用。

[参考文献]

- [1] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南2010[J]. 中华心血管病杂志, 2011, 19(7): 701-708, 709-743.
- [2] Lloyd-Jones DM, Evans JC, Larson MG, et al. Cross-classification of JNC VI blood pressure stages and risk groups in the Framingham Heart Study[J]. Arch Intern Med, 1999, 159(18): 2206-2212.
- [3] 中华中医药学会. ZYYXH/T157-2009 中医体质分类与判定[M]. 北京:中国中医药出版社, 2009.
- [4] 朱燕波,王琦,邓棋卫,等. 中医体质类型与高血压的相关性研究[J]. 中西医结合学报, 2010(1): 40-45.
- [5] 成杰辉,吴芷兴,曾永红,等. 原发性血脂异常人群中中医体质分布研究[J]. 新中医, 2014, 46(2): 66-69.
- [6] 武阳丰,赵冬,周北凡,等. 中国成人血脂异常诊断和危险分层方案的研究[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(5): 428-433.
- [7] 陈一伟,陈希. 老年心脑血管疾病患者血脂与载脂蛋白测定的临床价值[J]. 中华保健医学杂志, 2010, 12(5): 390-392.
- [8] 范列英,孙立山. 脂蛋白(a)与心血管病风险评估[J]. 中华检验医学杂志, 2014, 37(7): 505-508.

(责任编辑:骆欢欢,李海霞)