

1 013 例心脑血管疾病患者饮酒量与中医证型的关系

魏陵博¹ 戎冬梅¹ 丁书文² 焦华琛²

摘要 目的 探讨 1 013 例心脑血管疾病患者饮酒量与中医证型的关系。**方法** 选取 1 013 例心肌梗死或(和)脑梗死的住院患者为研究对象,采取多元逐步回归和分组比较的方法研究患者饮酒量与中医证型的关系。**结果** 瘀血证积分随饮酒量的增加有下降趋势,但不能证明饮酒能防止瘀血证;长期、大量饮酒湿热证积分增高。**结论** 饮酒导致湿热证是心脑血管疾病的基本病机之一,应限制酒精的摄入量。

关键词 饮酒;血栓;中医证型

Relationship between Alcohol Intake and TCM Syndrome Type in 1013 Patients with Cardio-cerebral Diseases
WEI Ling-bo, RONG Dong-mei, DING Shu-wen, et al *Qingdao Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shandong (266033)*

Abstract Objective To explore the relationship between alcohol intake and traditional Chinese medicine Syndrome type in patients with cardio-cerebral diseases. **Methods** Study was conducted in 1013 selected inpatients with myocardial infarction (MI) or/and cerebral infarction (CI) by logistic multivariate regression analysis and comparison among groups. **Results** The scores of blood stasis syndrome showed a decreasing tendency along the increasing of alcohol intake, but it cannot prove that taking alcohol could prevent blood stasis. The scores of dampness-heat syndrome increased in patients who had chronically taken alcohol in large dose. **Conclusion** Dampness-heat syndrome induced by alcohol is one of the basic mechanisms of cardio-cerebral diseases. Alcohol intake should be restricted.

Key words alcohol intake; thrombus; Traditional Chinese Medicine syndrome type

中医学认为“酒为百药之长”,辛温大热之品,有毒,药用具有活血化瘀的作用,但是过量饮酒则对身体有害。本课题采用临床调查的方法研究了饮酒与心脑血管患者中医证型的关系,现报告如下。

资料与方法

1 入选原则及诊断标准 选取已确诊为心肌梗死或(和)脑梗死(腔隙性脑梗死除外)的初次发病的住院患者为研究对象。病例来源于 18 家医院(省、市、县级医院),共有符合标准病例 1 013 例。信息来源是通过临床医师询问调查及其病历而获取的资料设计调查表,重点记录饮酒的种类、量、时间、频率、戒酒时间等,调查表内容包括:年龄、性别、职业、居住环境、饮食习惯、体重、身高、运动情况、吸烟情况、饮酒情况、病种、血糖、血压、血脂、中医证型积分以及有无血栓性疾病

遗传史。

2 中医证型诊断标准 瘀血证的诊断标准根据第二届全国活血化瘀研究学术会议修订稿(1986 年 11 月,广州),阴虚、湿热证的诊断标准参照国标(GB/T 16751.2-1997)中医临床诊疗术语证候部分制定。(1)瘀血证:面部、唇、齿龈及眼周紫黑,固定性疼痛或绞痛,或疼痛拒按,血管异常,人体各部位的静脉曲张,毛细血管扩张,血管痉挛,唇及肢端紫绀,血栓形成,血管阻塞,舌质紫暗或瘀斑、瘀点,舌下静脉曲张瘀血,脉涩或结代。(2)阴虚证:潮热盗汗,午后颧红,五心烦热,口燥咽干,舌红少苔,脉细数。(3)湿热证:身热不扬,头身困重,口渴不欲多饮,便溏不爽,小便发黄,舌红苔黄腻,脉滑数。根据症候的轻中重分别设为 1、2、3 分,计算每一个患者的瘀血、湿热、阴虚的症候积分。

3 临床资料 1 013 患者男 708 例,女 305 例,男:女为 2.3:1;年龄 31~94 岁,平均(62.19±11.29)岁;居住环境:城市 574 例,农村 420 例,沿海 18 例,未填写 1 例;职业:脑力劳动 477 例,体力劳动 535 例,未填写 1 例;饮食习惯:素食 73 例,一般 684 例,鱼 39 例,肉食 212 例,未填 5 例。患病情况:心肌梗死 282

基金项目:国家自然科学基金资助项目(No. 39970643)

作者单位:1. 青岛市中医医院心内科(山东 266033);2. 山东中医药大学

通讯作者:魏陵博, Tel: 0532-83777526, E-mail: weilingbo98@yahoo.com.cn

例,脑梗死 655 例,未填 76 例;遗传史:无 648 例,有 280 例,不清楚 85 例;吸烟情况[每日吸烟量(支):0 支 = 不吸烟;≤10 支为少量吸烟;>10 支为大量吸烟]:不吸烟 575 例,少量吸烟 196 例,大量吸烟 218 例,未填 24 例;饮酒情况[月饮用乙醇量(kg)=月饮酒体积(L)×酒精度(V/V)×乙醇比重(0.789kg/L);0 kg = 不饮酒;0~0.5 kg = 少量饮酒;0.5~1.5 kg = 中量饮酒;>1.5 kg = 大量饮酒]:不饮酒 449 例,饮酒者 564(少量饮酒 236 例,中量饮酒 179 例,大量饮酒 149 例),占 55.7%;男性患者中饮酒者 516 例(72.88%)。

4 观察方法 以瘀血证积分、阴虚证积分、湿热证积分为因变量,以性别、年龄、体重指数、居住环境、职业、饮食习惯、患病情况、遗传史、吸烟情况、饮酒情况、血脂、血糖、血压为自变量,进行多元逐步回归分析。采用 SAS(6.12 版)数理统计软件。

708 例男患者剔除戒酒≥1 年者,剩余 592 例患者,对所选病例按饮酒量的大小进行分层研究。观察不同饮酒量与患者中医证型(血瘀、湿热、阴虚)积分的关系。为了消除吸烟这一因素的影响,将不吸烟者 288 例(不饮酒 123 例,少量饮酒 79 例,中量饮酒 49 例,大量饮酒 37 例)分为 4 组;吸烟者 304 例(不饮酒 67 例,少量饮酒 76 例,中量饮酒 81 例,大量饮酒 80 例)分为 4 组,并以不吸烟不饮酒的 123 例患者作为对照;计量资料用方差分析及 q 检验,经统计学处理各组间在性别、环境、病种、遗传史等方面差异无显著性,有可比性。

结 果

1 中医证型积分的多元回归分析

1.1 瘀血证积分的回归方程 瘀血积分 = 6.985808 - 3.108373 疾病 - 2.089500 高密度脂蛋白 - 0.001838 累积乙醇量 - 0.920369 月饮乙醇量 - 1.346507 环境 + 1.126490 日吸烟量 - 0.396565 低密度脂蛋白 + 0.019735 收缩压。决定系数(R-square)为 0.8746,校正决定系数(Adj R-sq)为 0.8189,说明所求的回归方程能够解释的因变量变异占因变量总变异的 81.89%。

自变量的标准化回归系数由大到小对方程的贡献依次减小,“+”提示与因变量呈正相关,“-”提示与因变量呈负相关,下同。分别为疾病 - 0.71003872,高密度脂蛋白 - 0.40512379,累积乙醇量 - 0.35846004,月饮乙醇量 - 0.35547146,环境 - 0.30025525,日吸烟量 + 0.26624872,低密度脂蛋白 - 0.22352680,收缩压

+ 0.16782578。

1.2 阴虚证积分的回归方程 阴虚积分 = - 1.851657 + 1.212894 饮食 + 0.069498 年龄 + 1.655760 高密度脂蛋白 - 1.274349 环境 - 0.030048 收缩压。决定系数(R-square)0.5301,校正决定系数(Adj R-sq)0.4182。

自变量的标准化回归系数由大到小为饮食 + 0.64362456,年龄 + 0.43450871,高密度脂蛋白 - 0.36187555,环境 - 0.32032201,收缩压 - 0.28803438。

1.3 湿热证积分的回归方程 湿热积分 = - 8.460148 + 5.328103 遗传史 + 0.105298 饮酒史 + 0.339974 体重指数。决定系数(R-square)0.4813,校正决定系数(Adj R-sq)0.4136

自变量的标准化回归系数由大到小为遗传史 + 0.56052617,饮酒史 + 0.33011331,体重指数 + 0.22736835

由以上 3 个方程可得如下结论:提示心肌梗死患者瘀血证积分较高,累积乙醇量及月饮乙醇量少者,瘀血证积分越高,日吸烟量越多瘀血证积分越高;饮酒对阴虚积分无明显影响;饮酒史长者湿热积分高。

2 饮酒量与中医证型积分关系比较 不吸烟者饮酒量与中医证型积分关系比较:见表 1。吸烟者饮酒量与中医证型积分关系比较:见表 2。结果表明:不论是否吸烟,随着饮酒量的增加,患者湿热证积分增加,故饮酒似可促进湿生热。瘀血证积分随饮酒量的增加有下降趋势,但与不饮酒组比较差异无显著性,说明饮酒少量并无减轻瘀血症的作用。

表 1 不吸烟者饮酒量与中医证型积分关系比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	湿热	瘀血	阴虚
不饮酒	123	2.92 ± 4.17	1.92 ± 1.79	1.80 ± 1.82
饮酒大量	37	6.52 ± 4.97**	2.48 ± 2.04	1.76 ± 2.09
饮酒中量	49	4.72 ± 4.51*	1.87 ± 1.68	2.19 ± 2.46
饮酒少量	79	3.93 ± 4.50 [△]	2.50 ± 1.72	1.97 ± 1.77

注:与不饮酒组比较,* P < 0.05,** P < 0.01;与饮酒大量组比较,[△] P < 0.01

表 2 吸烟者饮酒量与中医证型积分关系比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	湿热	瘀血	阴虚
不吸烟不饮酒	123	2.92 ± 4.17	1.92 ± 1.79	1.80 ± 1.82
吸烟不饮酒	67	2.39 ± 3.74	2.24 ± 1.77	1.98 ± 1.77
吸烟饮酒大量	80	6.03 ± 4.64* [△]	1.72 ± 1.51	1.41 ± 1.75
吸烟饮酒中量	81	4.97 ± 4.57* [△]	2.11 ± 1.69	1.65 ± 1.97
吸烟饮酒少量	76	4.64 ± 5.14* [△]	2.48 ± 1.70	1.74 ± 1.93

注:与不吸烟不饮酒组比较,* P < 0.01;与吸烟不饮酒组比较,[△] P < 0.01

讨 论

酒^[1],为米、麦、黍、高粱等酿成的。味辛、甘、苦,

性温,有毒,入心、肝、肺、胃四经。酒有非蒸馏酒与蒸馏酒之分,米酒,黄酒,果酒多为非蒸馏酒,性温偏补,元代以后才有了蒸馏酒,辛热走窜之力大,即今之白酒、烧酒。中医学认为酒有以下作用:(1)活血通脉作用;(2)酒性辛热,有温通逐寒作用;(3)酒制升提,主行药势,改变药性,增强补益作用;(4)酒是中药炮制的主要辅料;(5)有健脾和胃,除湿矫味的作用。

关于饮酒与中医证型的研究较少,陈冰^[2]认为:饮酒不当与血瘀证的发生有着密切的关系;适当饮酒可降低血瘀证疾病的发生率。而本研究未发现饮酒少量使瘀血证积分降低,回归分析虽显示饮酒量与瘀血证积分呈负相关,但在分组分析中无显著性差异,且不吸烟不饮酒者积分较低,不能证明饮酒能防止瘀血症。长期、大量饮酒湿热证积分与不饮酒者相比增高是确切结论,正如朱丹溪论酒:“《本草》止言其热而有毒,不言其湿热,湿中发热,近于相火,大醉后振寒战栗者,可见矣”。酒为熟谷之液,性温,多饮可伤及脾胃,脾运不健,以致痰湿内生,痰湿日久则郁而化热。杨春波等^[3]通过临床调查发现:慢性胃病中,湿热证患者嗜烟酒者占 88.4%,可见湿热证与嗜酒关系密切;他还认为湿热证与炎症关系十分密切,尤其是以循环障碍,渗出为主的炎症急性期和亚急性期。吴仕九^[4]认为,湿热证的关键和主要病理改变是由于机体的过氧化反应增加,抗氧化机制减弱,细胞膜的完整性受到破坏,引起坏死,导致大量病理产物堆积的结果。因此笔者认为饮酒导致湿热证是心脑血管病的基本病机之一,湿

热证导致血脂代谢异常^[5],脂质过氧化反应,炎症反应损伤等,造成心脑血管的形成。

参 考 文 献

- 1 冉先德. 中华药海. 下册. 哈尔滨: 哈尔滨出版社, 1993: 1521. Ran XD. Chinese medicine sea. Book II. Haerbin: Haerbin Publishing House, 1993: 1521.
- 2 陈冰, 丁书文. 饮酒与血瘀证关系研究. 中国中医基础医学杂志 2002; 8(3): 77—79. Chen B, Ding SW. Effects of alcohol consumption in blood stasis identification. Chin J Basic Med Tradit Chin Med 2002; 8(3): 77—79.
- 3 杨春波, 柯晓, 祁建生, 等. 脾胃湿热证的临床研究. 福建中医学院学报 1999; 9(4): 1—6. Yang CB, Ke X, Qi JS, et al. Clinical study on syndrome of damp-heat of spleen and stomach. J Fujian Coll TCM 1999; 9(4): 1—6.
- 4 吴仕九, 杨运高, 佟丽, 等. 中医湿热证证候模型的应用研究. 中医杂志 2001; 42(9): 553—555. Wu SJ, Yang YG, Tong L, et al. Study on application of damp-heat syndrome model of TCM. J Tradit Chin Med 2001; 42(9): 553—555.
- 5 吕文亮. 湿邪与血脂代谢异常关系的探讨. 河南中医学院学报 2004; 19(3): 5—6. Lu WL. Relationship between pathogenic dampness and abnormal metabolism of blood lipid. J Henan Univ Chin Med 2004; 19(3): 5—6.

(收稿: 2004-12-30 修回: 2005-06-25)

欢迎订阅 2006 年《中华中医药杂志》
(原《中国医药学报》)

《中华中医药杂志》(原《中国医药学报》)是中国科学技术协会主管、中华中医药学会主办的国家级中医药学术期刊。本刊以“把握前沿,探索未知”为己任,坚持“继承与发展并重、中医与中药并重、理论与实践并重”的原则,全面反映中医药学科的新思想、新观点、新技术、新成果,交流国内外中医药学术信息,为发展中医药学术服务。

2006 年本刊将继续重点报道国家级、省部级科研课题及中医药专家学术经验。设立论著、临证经验、思路与方法、专题讲座、综述、会议述要、海外中医药、书评、研究报告、临床报道、读者作者编者等栏目,主要读者对象为广大临床、科研、教学、管理、生产的中医药工作者。

本刊为国际标准大 16 开,月刊,每期 7.00 元,全年 84.00 元。国内外公开发行。国内统一刊号:CN11-5334/R, 国际标准连续出版物编号:ISSN 1673-1727; 邮发代号:18-90, 全国各地邮局均可订阅。国外发行:中国国际贸易总公司, 发行代号:M968。亦可直接汇款至本杂志社, 每册 8.00 元(含邮费), 全年 96.00 元。

地址:北京市和平街北口樱花路甲 4 号, 邮编:100029。电话/传真:010-64216650。