

· 证的研究 ·

102例冠心病心绞痛患者中医证候特征分析

王 阶¹ 邢雁伟² 李志忠³ 朱小玲³ 李十红³

(1. 中国中医科学院广安门医院, 北京市宣武区北线阁5号, 100053;

2. 中国中医科学院西苑医院; 3. 首都医科大学附属北京安贞医院)

[摘要] **目的** 研究冠心病心绞痛患者的中医证候学特点。**方法** 用临床流行病学方法调研经冠脉造影证实的不稳定心绞痛患者。然后用 SAS 软件中的多元对应相关统计学方法进行分析。**结果** 冠脉造影无病变组与中医证型密切相关的先后顺序为气滞>气虚>气阴两虚>血瘀; 单支病变组与中医证型密切相关的先后顺序为血瘀>气虚>痰浊>阴虚; 双支病变组与中医证型密切相关的先后顺序为阴虚>痰浊>血瘀>气虚; 三支病变组与中医证型密切相关的先后顺序为阳虚寒凝>阴虚>痰浊>血瘀。冠脉不同病变支数的证型相兼分布差异也有显著性意义($P<0.01$)。**结论** 冠脉造影无病变的患者与中医的肝郁气滞相关性较强, 而随着冠脉病变支数的增加, 痰浊证、血瘀证和阴虚证与冠脉病变程度的相关性越来越强。

[关键词] 冠状动脉疾病; 心绞痛; 对应相关分析方法; 中医证候

Analysis on Pattern Characteristic of 102 Cases of Angina Pectoris

WANG Jie¹, XING Yan-wei², LI Zhi-zhong³, et al.

(1. Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053; 2. Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences; 3. Anzhen Hospital Affiliated to the Capital University of Medical Sciences)

ABSTRACT **Objective** To study the pattern characteristic of angina pectoris patients. **Methods** Clinical epidemiological method was used to investigate unstable angina pectoris patients confirmed by coronary arteriography. Multy corresponding related analytical method in SAS was used. **Results** The sequence related to patterns in nonmorbid group was: qi stagnation>qi deficiency>dual deficiency of qi and yin>blood stasis; the sequence in single ramus morbid group was: blood stasis>qi deficiency>phlegm turbidity>yin deficiency; the sequence in dual rami morbid group was: yin deficiency>phlegm turbidity>blood stasis>qi deficiency; the sequency in trirami morbid group was: yang deficiency and congealing cold>yin deficiency>phlegm turbidity>blood stasis. There was significant difference in distribution of combination pattern among different ramus morbid($P<0.01$). **Conclusion** There is close relation between liver depression qi stagnation and nonmorbid by coronary arteriography. As the amount of morbid rami increasing, the relation between phlegm turbidity, blood stasis, yin deficiency and morbid degree of coronary artery become closer.

Key Words Coronary artery disease; Angina pectoris; Corresponding related analytical method; Chinese medical pattern

冠心病中医名为胸痹, 是临床常见疾病。20世纪90年代, 介入性诊断治疗技术迅速崛起, 冠状动脉造影技术丰富了我们对于冠心病病理解剖学的认识。我们希望了解冠心病中医证型与冠心病“诊断金标准”——冠状动脉造影结果之间是否存在某种内在联系, 藉此丰富并指导冠心病中医诊疗学, 通过探讨冠心病患者冠脉病变程度和中医证型的关系, 为中药干预冠状动脉病变的药物选择提供理论和临床方面的依据。

1 临床资料

1.1 一般资料

所收集的102份临床资料均来自首都医科大学附

属北京安贞医院抢救中心的患者, 男72例, 平均年龄(62.3 ± 7.0)岁; 女30例, 平均年龄(57.9 ± 11.1)岁。其中经冠脉造影检查无病变的患者21例, 单支病变的患者33例, 双支病变的患者25例, 三支病变的患者23例。

1.2 诊断标准

血瘀证诊断参照1986年11月第二届全国活血化瘀研究学术会议修订的血瘀证诊断标准^[1]。中医虚证辨证参照全国中西医结合虚证与老年病研究专业委员会1986年5月修订的标准^[2]。痰证诊断参照《中华人民共和国行业标准·中医病证分类代码》^[3]。冠心病心绞痛诊断参照美国心脏病学院(ACC)/美国心脏病学会(AHA)等2002年联合议定的《慢性稳定性心绞痛诊疗指南》^[4], 以及中华医学会心血管病学分会2000年制定的《不稳定性心绞痛诊断和治疗建议》^[5]的标准。

1.3 入选标准和排除标准

1.3.1 入选标准 (1) 入选冠心病类型:稳定性心绞痛、初发劳力型心绞痛、恶化劳力型心绞痛、静息心绞痛、变异型心绞痛、梗死后心绞痛及非ST段抬高性心肌梗死。(2) 所有入选病例的诊断应符合上述冠心病心绞痛诊断标准。(3) 所有入选病例须经冠脉造影证实为1支或以上冠脉主支直径狭窄≥70%,或冠脉左主干直径狭窄≥50%;冠脉造影显示为1支或以上冠脉主支直径狭窄≥50%,但≤70%,则应有造影时冠状动脉痉挛或有急性Q波心肌梗死病史。(4) 患者同意接受调查。(5) 年龄在35岁以上。

1.3.2 排除标准 (1) ST段抬高的急性心肌梗死。(2) 经检查证实为其他心脏疾病、重度神经官能症、更年期综合征、颈椎病、甲亢、胆心病、胃及食管反流等所致胸痛者。(3) 合并充血性心力衰竭(心功能为Ⅲ、Ⅳ级者)、重度心律失常(如持续性快速房颤、房扑、室速)、脑梗死(急性期)、重度肺功能不全等急性疾病者。(4) 合并肝、肾、造血系统等严重原发性疾病者。(5) 因其他较重但又必须治疗的疾病(如血液病、恶性肿瘤、感染等)而影响本研究的患者。(6) 按ICD-10诊断规范^[6],“心绞痛”为次要诊断的病例。(7) 未控制的高血压(1周内静息偶测血压≥160/95mmHg)。(8) 精神、神经异常或智力障碍不能完成问卷调查。

2 方法

2.1 研究方法及观察指标

以文献研究、专家咨询为基础,制定好病历表。收集2005年6月~2006年4月首都医科大学附属北京安贞医院抢救中心病房102例行冠状动脉造影患者的资料,对入院24小时患者的病史和症状体征进行分析,如病史(包括现病史、既往史、家族史等),听诊、实验室检查(包括血、尿、便常规,肝肾功能,血脂,血糖),心电图等,对冠心病做初步诊断,然后对其按照中医虚证、痰证、血瘀证和气滞证的诊断标准进行中医证型的分类。进行冠状动脉造影后,按照其结果分为无病变组、单支病变组、双支病变组、三支病变组。最后应用多元对应相关等方法对其进行分析。

2.2 统计学方法

用SAS统计软件中的对应相关分析方法、SPSS 11.5软件中单因素方差分析和卡方检验。

3 结果

3.1 冠脉病变患者的基本情况

表1示,单支病变、双支病变和多支病变组的年龄和冠脉无病变组比较差异有显著性意义($P<0.05$);双支病变和多支病变组的病程和冠脉无病变组差异有

显著性意义($P<0.05$)。

表1 冠脉病变患者的基本情况

项目	冠脉无病变	单支病变	双支病变	多支病变
例数	21	33	25	23
年龄(岁)	50.8±10.1	55.6±8.9*	58.8±9.1*	59.8±12.1*
病程(年)	0.8±1.3	3.1±4.9	4.0±3.5*	5.3±3.6*
病程范围	3天~8年	5天~20年	3天~25年	1个月~15年
伴糖尿病(例)	0	3	4	11

与冠脉无病变组比较,* $P<0.05$

3.2 冠脉病变支数与中医证型关系的频数分布

表2示,气虚、痰浊、血瘀、寒凝证候随着冠脉病变程度的加重,所占比例逐渐增加,气滞证所占比例逐渐减少。

表2 冠脉病变支数与中医证型关系的频数分布表[例(%)]

组别	例数	气虚	痰浊	气滞	血瘀	阳虚寒凝	阴虚	气阴两虚
无病变组	21	12(57)	3(14)	7(33)	9(43)	4(19)	3(14)	4(19)
单支病变组	33	22(67)	8(24)	6(18)	17(51)	9(27)	10(30)	7(21)
双支病变组	25	21(84)	9(36)	2(8)	15(60)	7(28)	11(44)	5(20)
三支病变组	23	17(74)	10(43)	1(4)	18(78)	12(52)	12(52)	9(39)
病例总数	102	72(71)	30(29)	16(16)	59(57)	32(31)	36(35)	25(25)

以上一个患者可能出现多证相兼的情况,因此每组各证型例数之和大于患者总例数

3.3 冠脉病变支数与中医证型的关系

表3示,冠脉造影无病变组与中医证型密切相关的先后顺序为气滞>气虚>气阴两虚>血瘀;单支病变组与中医证型密切相关的先后顺序为血瘀>气虚>痰浊>阴虚;双支病变组与中医证型密切相关的先后顺序为阴虚>痰浊>血瘀>气虚;三支病变组与中医证型密切相关的先后顺序为阳虚寒凝>阴虚>痰浊>血瘀。

表3 冠脉病变支数与中医证型的相关距离表

组别	例数	气虚	痰浊	气滞	血瘀	阳虚寒凝	阴虚	气阴两虚
无病变组	21	0.4355	0.6582	0.4107	0.5679	0.6040	0.6919	0.5181
单支病变组	33	0.2769	0.2929	0.5853	0.2039	0.3353	0.3141	0.3876
双支病变组	25	0.2106	0.1110	1.0445	0.1439	0.2805	0.1106	0.3269
三支病变组	23	0.3783	0.1527	1.1339	0.1890	0.1316	0.1588	0.2286

行与列相对应的数值表示在直角坐标系的相关距离,数值越小说明关系越近

3.4 冠脉病变支数与中医证型的关系

表4示,冠脉不同病变支数的证型相兼分布差异也有显著性意义($P<0.05$)。

表4 冠心病不同病变支数的证型相兼分布表[例(%)]					
组别	例数	单证	两证相兼	三证相兼	四证相兼
无病变组	21	8(38)	7(33)	4(19)	2(10)
单支病变组	33	6(18)	14(42)	9(27)	4(12)
双支病变组	25	2(8)	7(28)	11(44)	5(20)
三支病变组	23	1(4)	4(17)	8(35)	10(43)

4 讨论

对应分析(correspondence analysis) 是行因素与列因素二维列联表资料的加权主成分分析, 适用于行因素和列因素都是定性的资料, 数据是频次(人数) 或频率。样本含量估计, 按多因素分析的一般规则, 观测次数至少是变量数目的5~10倍^[7,8]。以往研究血瘀证的方法多为判别分析、回归分析, 这类方法是求多个自变量和单个应变量之间的关系, 对于研究中医证候这个复杂的体系, 可能会丢失一些信息, 我们探索性地用SAS 中多元对应相关的统计方法去研究冠脉病变的程度与中医证型的量化关系, 以期为临床提供依据^[9,10]。

经冠脉造影检查为阴性的患者, 包括无病变和动脉硬化证, 多为冠脉病变的初期, 病程短, 年龄较轻。主要中医证型为气滞, 此部分患者多有胸痛胸闷的症状, 病机多为七情郁结, 情志不遂, 肝气郁滞, 气机不畅, 气滞血瘀, 心脉受阻, 西医多诊断为神经官能症和冠状动脉硬化症。

同样可以从表3看出, 从单支病变到多支病变, 痰浊证和血瘀证始终贯穿其中。随着疾病的发展, 病程的延长, 气虚不能运行津液, 津液停聚而生痰; 老年肾气渐衰, 温煦、鼓动无力, 聚湿为痰; 老年阴虚火旺, 灼津成痰; 忧思伤脾, 脾虚气结, 津液不得输布, 聚而为痰; 郁怒伤肝, 肝郁化火, 灼津成痰。气虚和气滞日久而不能鼓动血脉而血瘀。因此, 我们认为, 痰和瘀是导致冠心病的主要病理因素。

表1显示, 随着冠脉病变支数的增加, 并发症糖尿病的比例大大增加, 在临床调查中发现, 除痰浊证和血瘀证外, 阴虚证与冠脉双支病变和多支病变密切相关, 排序分别为第1和第3。冠心病合并糖尿病的病机, 主要责之于气虚、阴亏、血瘀。循此病因病机演变规律, 认为冠心病合并糖尿病的病因病机主要为消渴病日久则阴伤及气, 气阴皆虚, 气虚则行血无力, 阴虚则虚火灼津为痰。若气阴不断耗伤而损及于心, 使得心脏气阴亦耗伤。心体受损, 心用失常, 致瘀血、痰浊等实邪痹阻于心脉则胸痹心痛发生。此发现丰富了糖尿病合并冠心病的辨证, 拓宽了对冠心病合并糖尿病的治疗途径。

从表4可以看出, 随着病变冠脉支数的增加, 单证的比例逐渐降低, 而二证相兼、三证相兼、四证相兼的

比例逐渐增加, 一个病例出现多个证型的可能性也增加, 证型更趋复杂化。

研究结果提示, 无论是较轻或较重的冠心病患者, 除了有痰浊、瘀血外, 多兼有气虚, 或阳虚, 或阴虚, 或虚实夹杂, 这与冠心病的病机“本虚标实”是相符的。鉴于此, 我们在治疗冠心病的时候, 除运用活血化瘀、行气化浊的药物之外, 根据辨证, 配合补气、温阳、益阴等方法标本兼治, 可望在中医治疗冠心病上获得较好的疗效。

参考文献

[1] 中国中西医结合研究会活血化瘀研究专业委员会. 血瘀证诊断标准. 中西医结合杂志, 1987, 7(3) : 封2.

[2] 沈自尹. 中医虚证辨证参考标准. 中西医结合杂志, 1989, 9(2) : 11.

[3] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准· 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994: 18.

[4] 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. 不稳定性心绞痛诊断和治疗建议. 中华心血管病杂志, 2000, 28(6) : 409~410.

[5] 廖晓星, 马虹. 慢性稳定型心绞痛诊疗指南(1999年). 岭南心血管病杂志, 2000, 6(3) , (4) : 215~216, 253~256.

[6] 世界卫生组织编, 北京协和医院世界卫生组织疾病分类合作中心编译. ICD-10疾病和有关健康问题的国际分类(中译本). 北京: 人民卫生出版社, 1996: 56.

[7] 胡良平. Windows SAS 6. 12 & 8. 0实用统计分析教程. 北京: 军事医学科学出版社, 2001: 491~496.

[8] 胡立胜. 中医临床研究设计与SAS 编程统计分析. 北京: 学苑出版社, 2004: 45~46.

[9] 王阶. 血瘀证诊断标准及定量诊断. 见: 陈可冀, 史载祥主编. 实用血瘀证学. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 22~23.

[10] 王阶, 姚魁武. 中医学证候量化诊断研究现状与思考. 世界科学技术——中医药现代化, 2003, 5(5) : 10~13.

(收稿日期: 2006-03-15; 修回日期: 2006-05-16)

北京创新东方医学研究中心 湖北东方医学研究院
湖北科技工程培训学院
启动“为社区与乡村卫生人员服务”项目

项目内容: (1) 每月10日开办风湿病、骨病、手技和丸药、膏药制备技术秘密转让培训班, 重点秘传“禄辛疗法”, 科学辨证施治风湿性、类风湿性关节炎、颈肩腰腿痛、腰椎间盘突出、骨质增生、急性瘫痪等, 立竿见影解除酸痛、僵直、弯腰、跛行的症状, 达到标本兼治的目的。合同教学, 面授3~5天。(2) 推介职称评定和技能鉴定, 取人事、劳动部门授发的《医师》、《中医师》、《药师》、《中药师》、《护师》、《中药临方制剂员》、《保健按摩师》等资格证书, 上岗、就业, 全国通行。(3) 推介申请国家专利、商标注册、科技成果鉴定。(4) 代理招收卫生类专科、本科的远程教育学员(弹性学制), 颁发上网文凭。地址: 湖北省浠水县(438200), 电话: 0713-8900147。