

• 证的研究 •

138 例冠心病患者的证候分布与组合特点分析

王晓才 农一兵 林 谦 宋麦芬

(北京中医药大学东方医院,北京市丰台区芳星园一区 6 号,100078)

[摘 要] 目的 探讨冠心病证候分布特点及基本病机。方法 168 例住院患者均进行冠状动脉造影,完成病史、中医证候的采集,作出冠心病或非冠心病诊断并进行辨证分型。结果 138 例冠心病以血瘀证(92.0%)和气虚证(81.9%)最为多见,且两者出现比例明显高于非冠心病组($P<0.05$);心绞痛组与急性心肌梗死组各中医证候构成比之间差异无显著性意义($P>0.05$);冠心病证候以三证组合最多,气虚血瘀证为其基本证候组合。结论 气虚、血瘀是冠心病患者的基本证候特点,并且以其组合为基本证候组合形式。

[关键词] 冠心病;心绞痛;急性心肌梗死;气虚血瘀

Analysis on the Combination Characteristics of TCM Syndromes of 138 Cases with Coronary Heart Disease

WANG Xiao-cai, NONG Yi-bing, LIN Qian, et al.

(Dongfang Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100078)

ABSTRACT **Objective** To study the TCM syndrome characteristics and pathogenesis of coronary heart disease. **Methods** The 168 in-patients were examined by coronary arteriography and the syndrome differentiation was made for diagnosis of coronary heart disease or not. **Results** Of the 138 patients of coronary heart disease, the blood stasis syndrome (92.0%) and qi deficiency syndrome (81.9%) were most common, and their existing rate was obviously higher than that of the non-coronary heart disease group ($P<0.05$). There was no significant difference in the composition of TCM syndromes in the angina group and acute myocardial infarction group ($P>0.05$). Coronary heart disease took the combination of three syndromes as the most common pathologic condition, while qi deficiency and blood stasis were the basic combination of syndromes. **Conclusion** Qi deficiency and blood stasis are the basic pathogenesis of coronary heart disease.

Key Words Coronary heart disease; Angina; Acute myocardial infarction; Qi deficiency and blood stasis syndrome

证候是中医辨证的对象和论治的依据,对冠心病证候的深入研究有助于提高中医药防治冠心病的水平。为探讨冠心病的病机,我们分析了经冠状动脉造影证实的 138 例冠心病患者的中医证候分布与组合特点,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

以 2005 年 3 月~2006 年 3 月北京中医药大学东方医院和北京市垂杨柳医院心内科住院并做过冠状动脉造影检查的患者为研究对象。入选病例共计 168 例,其中男性 102 例(60.7%),女性 66 例(39.3%);年龄 35~88 岁,平均(63.55±1.79)岁。确诊为冠心病患者 138 例,心绞痛 87 例,其中不稳定型心绞痛 86 例(98.9%),稳定型心绞痛 1 例(1.1%);急性心肌梗死 51 例,其中 ST 段抬高心肌梗死 36 例(70.6%),非 ST 段抬高心肌梗死 15 例(29.4%);非冠心病 30 例,其中冠状动脉造影完全正常 29 例,仅见左前降支狭窄 30% 1 例。

1.2 诊断标准

1.2.1 冠心病心绞痛诊断标准 参照美国心脏病学院(ACC)/美国心脏学会(AHA)制定的《慢性稳定型心绞痛诊疗指南(1999 年)》^[1,2]及中华医学会心血管病学分会 2000 年制订的《不稳定性心绞痛诊断和治疗建议》^[3]。具有典型心绞痛症状,冠脉造影所示冠脉主支狭窄程度 $\geq 50\%$ 者,或有冠心病支架置入术史和心绞痛症状,本次冠脉造影所示冠脉主支狭窄程度未达到 50%者,均属于明确的心绞痛。

1.2.2 急性心肌梗死诊断标准 参照中华医学会心血管病学分会 2001 年制定的《急性心肌梗死诊断和治疗指南》^[4]。

1.2.3 非冠心病诊断标准 以冠状动脉造影阴性为诊断标准,即冠脉造影显示冠脉主支狭窄程度 $<50\%$ 。

1.3 冠心病辨证分型标准

参照中国中西医结合学会心血管学会 1990 年修订的《冠心病中医辨证标准》^[5],分为痰浊证、血瘀证、气滞证、寒凝证、气虚证、阴虚证、阳虚证 7 个中医证型。

1.4 纳入标准

(1)进行冠状动脉造影检查的住院患者;(2)患者能配合研究者完成中医证候及相关病史资料的完整采

基金项目:国家重点基础研究发展规划(“973”)项目(2003CB517103)

通讯作者:林谦, LinQian@mail.cintcm.ac.cn, (010)67689611

集;(3)临床检查资料完整。

2 方法

2.1 研究方法

冠状动脉造影采用标准技术,病变血管的狭窄程度由两位介入治疗专家共同判断。于冠脉造影检查后的 48 小时内完成病史和 71 项中医症状、体征、舌象、脉象的采集,完善实验室和理化检查,依据病史、症状、实验室和理化检查结果,参照相关标准,作出冠心病或非冠心病诊断。根据中医症状、体征、舌象、脉象进行冠心病辨证分型。

2.2 统计学方法

使用 SPSS 11.5 统计分析软件,两组计数资料构成比比较采用 χ^2 检验。

3 结果

3.1 冠心病组与非冠心病组中医证候分布比较

表 1 示,冠心病组血瘀证出现比例最高,其他依次为气虚证、阴虚证、痰浊证、阳虚证、气滞证、寒凝证。冠心病组血瘀证、气虚证的出现比例明显高于非冠心病组,气滞证出现比例明显低于非冠心病组,差异有显著性意义($P<0.05$);而两组的阴虚证、痰浊证、阳虚证和寒凝证构成比差异无显著性意义($P>0.05$)。

表 1 冠心病组与非冠心病组中医证候分布[例(%)]

组别	例数	血瘀证	气虚证	阴虚证	痰浊证	阳虚证	寒凝证	气滞证
冠心病组	138	127 (92.0)*	113 (81.9)*	58 (42.0)	49 (35.5)	35 (25.4)	16 (11.6)	16 (11.6)*
非冠心病组	30	16 (53.3)	17 (56.7)	9 (30.0)	6 (20.0)	3 (10.0)	0	9 (30.0)

与非冠心病组比较,* $P<0.05$

3.2 心绞痛组与急性心肌梗死组中医证候分布比较

表 2 示,两组各中医证候构成比差异无显著性意义($P>0.05$)。

表 2 心绞痛组与急性心肌梗死组中医证候分布[例(%)]

组别	例数	血瘀证	气虚证	阴虚证	痰浊证	阳虚证	寒凝证	气滞证
心绞痛组	87	80 (92.0)	74 (85.1)	35 (40.2)	27 (31.0)	26 (29.9)	10 (11.5)	7 (8.0)
心肌梗死组	51	47 (92.2)	39 (76.5)	23 (45.1)	22 (43.1)	9 (17.6)	6 (11.8)	9 (17.6)

3.3 冠心病证候组合特点分析

138 例冠心病患者经辨证分型,其证候多为具体的中医证候组合,以三证组合最多(78 例,56.5%),其次为两证组合(32 例,23.2%)和四证组合(18 例,13.0%),而五证组合(8 例,5.8%)和单证(2 例,1.4%)少见。其中,单证中气滞证 1 例,阴虚证 1 例;两证组合以气虚血瘀证最多(14 例,43.8%),其次为痰

浊血瘀证(7 例,21.9%)、气滞血瘀证(3 例,9.4%)和气虚痰浊证(3 例,9.4%);三证组合大多数为气虚血瘀证合并其他某一证候(66 例,84.6%),其中合并阴虚证最多(35 例,44.9%),其次为合并痰浊证(24 例,30.8%)和阳虚证(7 例,9.0%);四证组合大多为气虚血瘀阳虚证合并其他某一个证候,其中合并寒凝证 7 例(38.9%),合并痰浊证 6 例(33.3%),合并阴虚证 3 例(16.7%);五证组合均为气虚血瘀阳虚寒凝证合并其他某一个证候,其中合并阴虚证 4 例,合并痰浊证 4 例。

4 讨论

本研究对冠心病证候组合特点的分析结果显示,冠心病证候组合以三证组合最为多见,两证组合多为为气虚血瘀证,三证组合多为气虚血瘀证合并阴虚证或痰浊证或阳虚证,四证组合多气虚血瘀阳虚证合并阴虚证或痰浊证或寒凝证,五证组合为气虚血瘀阳虚寒凝证合并阴虚证或痰浊证。分析各个证候之间的组合关系,可以看出气虚血瘀是基本证候组合,在此基础上,从二证组合到五证组合,随着证候组合增多,阳虚证和寒凝证出现比例呈上升趋势,通常先在气虚证的基础上合并阳虚证,再合并寒凝证。可见,冠心病的中医证候组合变化特点为:以气虚血瘀为基本证候组合,以“气虚→阳虚→寒凝”为组合变化轴线。

历代医家对冠心病的病机早有论述,张仲景在《金匱要略》中说:“阳微阴弦,即胸痹而痛……”指出胸痹属阳气虚而阴邪盛之本虚标实证;王清任在《医林改错》中提出了“气血合脉说”,并“立血府逐瘀汤,治胸中血府血瘀之证”。由此可见,前人已认识到本病属本虚标实证,以上焦阳气不足、胸阳不振为本,以血瘀、阴寒为标。

我们分析了心绞痛与急性心肌梗死患者的中医证候分布情况,结果表明,两者的中医证候构成比无明显差异,表明心绞痛与急性心肌梗死患者的证候分布特点相同,本研究中 138 例冠心病患者具有共同的证候分布特点。进一步的分析结果显示,气虚证和血瘀证为冠心病的基本证候,气虚和血瘀为冠心病的基本病理变化。而且,气虚血瘀证为冠心病的基本证候组合,可见冠心病患者大多气虚、血瘀同时并见。气虚与血瘀为气血关系,二者联系密切,正如《寿世保元》中所说:“盖气者血之帅也,气行则血行,气止则血止。”王清任也指出:“元气既虚,必不能达于血管,血管无气,必停留而瘀。”气虚则血运迟缓而形成血瘀,使心脉痹阻而发为胸痹,故气虚血瘀为冠心病的基本病机,气虚为本,血瘀为标,属于“因虚致瘀”。

(下转第 66 页)

效果有显著影响($P<0.05$),并且对症候总积分有显著影响($P<0.05$),但对气短、神疲乏力、胸闷、心悸、面色暗紫的治疗效果不明显。

表 2 第 2903 位碱基突变对疗效的影响

项 目	突变组平均秩 (n=3)	未突变组平均秩 (n=35)	P 值
症候总积分差	37.00	18.00	0.004
胸痛差	36.67	18.03	0.003
胸闷差	9.50	20.36	0.085
气短差	25.83	18.96	0.272
神疲乏力差	26.67	18.89	0.224
心悸差	26.50	18.90	0.235
自汗差	31.67	18.46	0.039
面色紫暗差	11.67	20.17	0.119

4 讨论

芪参益气滴丸中黄芪性味甘微温,《神农本草经》谓其可以“补虚”。丹参性味苦微寒,《神农本草经》:“主心腹邪气,肠鸣幽幽如走水,寒热积聚,破癥除瘕,止烦满,益气”,《本草纲目》:“活血,通心包络”。三七性味甘微苦温,《本草纲目》:“止血、散血、定痛”,《玉楸药解》:“合营止血,通脉行瘀,行瘀血而敛新血”。降香功能为行气止痛,活血止血^[4]。研究表明,黄芪^[5]、丹参^[6]、三七^[7,8]具有降脂作用。

临床前动物实验表明,芪参益气滴丸可缩小心肌梗死犬的梗死范围,降低血浆及全血黏度;扩张冠脉血管,增加冠脉流量。我们的临床实验表明,芪参益气滴丸降低血脂,同时提高了载脂蛋白 ApoA1 的含量,对气虚血瘀型冠心病患者血脂代谢紊乱具有良好的调节作用,从而缓解气虚血瘀型冠心病患者自觉症状,减轻中医证候表现^[9]。可见,调节血脂可能是芪参益气滴丸治疗冠心病的作用途径之一。ApoE 对血脂代谢起着重要作用,它主要由肝脏合成,是由 299 个氨基酸组成的多肽。其羧基末端的稳定区(主要由第 4 外显子编码的氨基酸组成)可能是脂类结合区^[10,11]。该区域中氨基酸的变化将对 ApoE 的结构和功能产生很大的影响。本

研究中检测出的 2 个有义 SNP 位点位于该区域,对中医临床症状的胸痛、气短、神疲乏力等有显著影响。这表明,基因多态性与中药对证治疗之间存在相关关系。

参考文献

- [1]丘瑞香,罗致强,朱雅宜,等.冠心病血瘀证血液理化特性与中医证型相关性研究.中医杂志,2002,43(5):378~379.
- [2]国际心脏病学会和协会及世界卫生组织临床命名标准化联合专题组.缺血性心脏病的命名及诊断标准.中华心血管杂志,1981,9(1):75.
- [3]郑筱萸主编.中药新药临床研究指导原则(试行).北京:中国医药科技出版社,2002:68~77.
- [4]国家药典委员会编.中华人民共和国药典.北京:化学工业出版社,2000:184.
- [5]付华,陈焕春,王东升.黄芪注射液对冠心病患者血液流变学及血脂的影响.现代中西医结合杂志,2006,15(2):165~166.
- [6]张梅,温进坤,孙辉臣,等.丹参注射液对动脉粥样硬化大鼠血脂及细胞间粘附分子-1 表达的影响.中国病理生理杂志,2004,20(10):1871~1873.
- [7]黄泽华.三七总甙降血脂作用临床观察.医师进修杂志,1997,20(2):84.
- [8]严学维.三七总甙片对高血粘度、高脂血症的疗效观察.上海中医药杂志,1999,33(5):19.
- [9]李欲来,张军平,赵广荣,等.芪参益气滴丸对气虚血瘀型冠心病患者血脂影响观察研究.中华实用中西医杂志,2005,10(18):1421~1423.
- [10]Zaiou M, Arnold KS, Newhouse YM, et al. Apolipoprotein E-low density lipoprotein receptor interaction: Influences of basic residue and amphipathic α -helix organization in the ligand. J Lipid Res, 2000, 41(7):1087~1095.
- [11]Saito H, Dhanasekaran P, Baldwin F, et al. Lipid binding induced conformational change in human apolipoprotein E: evidence for two lipid-bound states on spherical particles. J Biol Chem, 2001, 276(44):40949~40954.

(收稿日期:2006-10-17;修回日期:2007-01-15)

[编辑:叶 晨]

(上接第 63 页)

参考文献

- [1]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.
- [2]Gibbons RJ, Chatterjee K, Daley J, et al. ACC/AHA/ACP-ASIM guidelines for the management of patients with chronic stable angina: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Patients with Chronic Stable Angina). J AM Coll Cardiol, 1999, 33(7):

2092~2197.

- [3]中华医学会心血管病学分会.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.
- [4]中华医学会心血管病学分会.急性心肌梗死诊断和治疗指南.中华心血管病杂志,2001,29(12):710~712.
- [5]中国中西医结合学会心血管分会.冠心病中医辨证标准.中西医结合杂志,1991,11(5):257.

(收稿日期:2006-09-06;修回日期:2006-11-01)

[编辑:叶 晨]