

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.23.009

临床研究

冠心病现代中医证候特征的临床流行病学调查

毕颖斐¹, 王贤良¹, 赵志强¹, 侯雅竹¹, 王帅¹, 赵国元¹, 毛静远^{1*}, 张伯礼^{1,2*}

(1. 天津中医药大学第一附属医院, 天津市西青区李七庄街昌凌路 88 号, 300380; 2. 中国中医科学院)

摘要 目的 探讨目前我国冠心病患者中医证候学特征。方法 运用临床流行病学调查方法, 对来自全国 21 个省、市、自治区 40 家三级中医或中西医结合医院的 8129 例冠心病患者中医证候特征进行临床横断面调查建立冠心病中医诊疗信息数据库, 运用频数分析及关联规则等方法进行数据处理。结果 冠心病中医证候多属本虚标实、虚实夹杂的复合证型, 本虚以气虚 (67.17%) 为主, 标实以血瘀 (77.89%)、痰浊 (43.97%) 为主, 同时可兼见阴虚 (28.97%)、气滞 (19.60%)、阳虚 (17.39%) 等证候要素; 其中气虚、血瘀、痰浊之间关联度最强; 证候类型以气虚血瘀 (15.06%)、气虚痰瘀 (10.95%)、气阴两虚血瘀 (9.28%)、痰瘀互结 (8.75%) 最为多见; 男性与女性的证候要素常见度排序基本一致, 男性较女性更多见血瘀 (78.81% / 76.19%)、痰浊 (46.79% / 39.00%)、热蕴 (9.70% / 8.27%), 女性则较男性多见气虚 (74.74% / 67.01%)、阴虚 (32.21% / 27.08%)、阳虚 (18.45% / 16.73%)、血虚 (12.15% / 8.01%); 不同年龄段冠心病患者证候要素常见度分析, 随着年龄增长 (<45 岁、45~60 岁、61~75 岁、>75 岁), 气虚 (54.75% / 60.38% / 69.52% / 73.88%)、血虚 (5.57% / 8.63% / 9.40% / 11.86%)、阴虚 (23.93% / 29.27% / 28.69% / 30.08%)、阳虚 (12.13% / 15.01% / 17.33% / 21.93%) 以及水饮证 (6.23% / 7.21% / 9.53% / 13.24%) 比例呈明显增长趋势。结论 目前我国冠心病患者中医病机为“本虚标实”, 证候以气虚为本、血瘀或兼痰浊为标多见。

关键词 冠心病; 证候特征; 流行病学调查; 阳微阴弦

证候是中医药辨治疾病的关键, 精准把握疾病的证候特征有益于提高疾病的诊疗水平。张仲景提出的“阳微阴弦”是胸痹心痛的病机, 至今仍指导着冠心病的临床辨治。但冠心病作为一种生活方式疾病, 随着人们生活环境及饮食的变化, 其中医证候特征也在发生变化^[1], 与东汉张仲景“阳微阴弦”病机表现出的证候内涵已有所不同。为准确把握目前我国冠心病患者中医证候的特征和内涵, 冠心病中医临床研究联盟 40 家成员单位在前期工作的基础上^[2-3], 进行协作研究, 开展了多地域、大样本的临床流行病学横断面调查, 对冠心病中医证候特征进行了调查, 现将结果报告如下。

基金项目: 国家中医临床研究基地业务建设科研专项 (JDZX2012136); 教育部“创新团队发展计划” (IRT-16R54); 天津市科技计划项目 (15ZXLCY00020)

* 通讯作者: 毛静远: jymao@126.com, (022) 27986000; 张伯礼: zhangbolipr@163.com

1 资料与方法

1.1 病例来源

本调查从 2012 年 1 月至 2014 年 11 月在全国 21 个省市自治区的 40 家三级中医或中西医结合医院同时展开, 病例均为门诊或住院患者。

1.2 西医诊断标准

参考《2007 年中国慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南》^[4]、《2007 年中国不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断与治疗指南》^[5]、《2010 年中国急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南》^[6] 进行制定。

1.3 中医辨证标准

参考《冠心病中医辨证标准》^[7]、《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[8]、《中医诊断学》^[9] 及《中医内科学》^[10] 相关内容进行制定。

1.4 纳入标准

1) 符合冠心病诊断标准 (具备以下至少一项): (1) 冠状动脉造影或冠状动脉 CT 血管造影 (CTA) 证实至少一支主要分支管腔直径狭窄在 50% 以上, 有或无心绞痛、心力衰竭、心律失常、猝死复苏; (2) 既往或当时有明确的 ST 段抬高或非 ST 段抬高型心肌梗死证据; (3) 有明确的经皮冠状动脉介入术 (PCI) 史; (4) 有明确的冠脉旁路移植术 (CABG) 史。2) 年龄 > 18 岁。3) 签署知情同意书。

1.5 排除标准

1) 患有风湿性心脏病、严重瓣膜病、肺源性心脏病、扩张性心肌病、肥厚性心肌病、心肌炎、甲状腺功能亢进症、恶性肿瘤、血液病。2) 精神或智力异常, 难以准确获取病情资料。

1.6 调查表的制作

在文献分析及专家调查基础上, 初步形成调查表, 进行信度、效度、反应度检验, 并进一步通过多次临床预调查及多轮专家咨询、论证, 最后制定量表, 开展临床调查。量表内容包括一般资料、发病情况、中医四诊信息采集、中医证候要素判断、临床诊断及相关理化检查等^[3]。

1.7 分析内容与方法

针对病位分布及证候要素常见度分析, 运用频数统计; 针对证候要素严重度分析, 首先在临床调查时对各种证候要素的表现程度进行 0~3 分判定, 实际分表示存在某证候要素所有患者的得分总和, 最高分为存在某证候要素的患者人数 × 3 分, 严重度即为实际得分与最高得分的比值。关联规则分析能够挖掘两个或多个变量取值之间存在某种规律性, 其形式为 A→B, A 称为规则的前项, B 称为规则的后项, 主要评价指标包括支持度 (项目 A 和项目 B 同时出现的概率)、置信度 (在包含 A 的事务中同时出现 B 的概率) 以及提升度 (置信度与后项支持度的比)。

1.8 质量控制

严格执行诊断及纳入、排除标准, 对调查人员进行系统培训 (培训光盘 + 现场指导), 提高研究者及患者依从性, 制定中医信息采集、量表填写等操作规范, 加强资料管理。运用内部检查和外部监督相结合方式, 对协作单位进行不定期现场或电话监督, 并撰写监督报告, 发现问题及时解决, 保证调查结果的真实性和准确性。

1.9 统计学方法

采用 EpiData 3.0 建立数据库, 运用 SPSS 19.0

对数据进行统计分析。描述性资料进行频次分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计数资料用例数和百分比进行表达, 采用 χ^2 检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般情况

共纳入病例 8129 例, 住院患者 5893 例, 门诊患者 2236 例; 男性 5093 例, 女性 3036 例; 年龄 25~97 岁, 平均 (65.52 ± 11.06) 岁; 民族分布: 汉族 7749 例, 回族 144 例, 维吾尔族 132 例, 壮族 27 例, 满族 24 例, 蒙古族 21 例, 哈萨克族 15 例, 朝鲜族 8 例, 锡伯族 3 例, 藏族 2 例, 俄罗斯族 2 例, 东乡族 1 例, 土家族 1 例; 文化程度: 低于小学 501 例, 小学 1802 例, 中学 4273 例, 大学 1524 例, 研究生及以上 29 例; 职业: 工人 981 例, 农民 931 例, 农民工 30 例, 干部 789 例, 职员 455 例, 教师 206 例, 医护人员 48 例, 科研人员 34 例, 离退休者 3944 例, 自由职业者 131 例, 个体劳动者 139 例, 无业者 210 例, 其他 134 例, 未提供信息 97 例。病源分布于 28 个省、市、自治区, 具体见表 1。

表 1 8129 例冠心病患者病源地分布情况

区域	省市	病例数	区域	省市	病例数
华北地区 (2561 例)	北京	877	华中地区 (1274 例)	河南	926
	天津	1110		湖北	153
	河北	242		湖南	195
东北地区 (637 例)	山西	332	华南地区 (487 例)	广东	293
	黑龙江	321		广西	194
	吉林	108	西南地区 (432 例)	四川	427
	辽宁	208		重庆	1
华东地区 (968 例)	山东	158	西北地区 (1770 例)	贵州	2
	江苏	104		云南	2
	上海	452		陕西	903
	安徽	132		甘肃	199
	江西	113		宁夏	3
	浙江	8		青海	1
	福建	1		新疆	664

2.2 疾病诊断

8129 例冠心病患者中, 心绞痛 5310 例, 急性心肌梗死 1367 例, 心力衰竭 1570 例, 心律失常 1599 例, PCI 术后 3693 例, CABG 术后 335 例。心绞痛患者中, 稳定型劳力性 2900 例, 初发型劳力性 455 例, 恶化型劳力性 1560 例, 自发型 585 例。急性心肌梗死患者中, ST 段抬高 671 例, 非 ST 段抬高 696 例; 前壁 1243 例, 下壁 1329 例, 高侧壁 197 例, 后壁 140 例, 右室 92 例。心力衰

竭患者中，急性 147 例，慢性 1423 例。心律失常患者中，窦性心动过速 105 例，窦性心动过缓 180 例，窦性心律不齐 78 例，房性早搏 322 例，室性早搏 455 例，结性早搏 6 例，心房颤动 366 例，1 度房室传导阻滞 97 例，2 度房室传导阻滞 33 例，3 度房室传导阻滞 14 例，左束支传导阻滞 96 例，右束支传导阻滞 126 例。

2.3 合并疾病

8129 例冠心病患者中，合并高血压病 5343 例，糖尿病 2205 例，高脂血症 2036 例，陈旧脑梗死 1133 例，既往脑出血病史 111 例，慢性肾病 209 例，既往肺栓塞病史 25 例，周围血管病 147 例。2036 例高脂血症患者中高甘油三酯血症 601 例，高低密度脂蛋白胆固醇血症 296 例，低高密度脂蛋白胆固醇血症 167 例，混合型高脂血症 972 例。

2.4 冠心病患者的中医证候特征

2.4.1 病位分布 8129 例冠心病患者中，按脏腑辨证，病位在心者 8030 例（98.78%），兼及脾者 2340 例（28.79%），及肾者 1469 例（18.07%），肝者 1303 例（15.85%），肺者 504 例（6.20%），胃者 385 例（4.74%），其他 32 例（0.39%）。

2.4.2 证候要素的常见度和严重度 对 8129 例冠心病患者中医证候要素常见度和严重度进行分析，结果如表 2。

表 2 8129 例冠心病患者中医证候要素的常见度和严重度

证候要素	常见度		严重度		
	出现频次	常见程度(%)	最高分	实际分	严重程度(%)
血瘀	6332	77.89	18996	10733	56.50
气虚	5460	67.17	16380	8546	52.17
痰浊	3574	43.97	10722	5756	53.68
阴虚	2355	28.97	7065	3579	50.66
气滞	1593	19.60	4779	2322	48.59
阳虚	1414	17.39	4242	2091	49.29
水饮	771	9.48	2313	1101	47.60
血虚	775	9.53	2325	968	41.63
热蕴	745	9.16	2235	986	44.12
寒凝	510	6.27	1530	679	44.38

2.4.3 证候类型分布 8129 例冠心病患者中医证候类型的分布特征如表 3 所示。

2.5 中医证候要素的关联规律

以最小置信度 60%，最小支持度 15% 生成关联规则，共生成 15 个有效关联，其中最大前项数为 2 项，后项均为 1 项。规则支持度在 11.02% ~ 54.63% 之间，规则置信度在 62.46% ~ 86.58%，规则提升度在 0.90% ~ 1.21% 之间，部署能力在 2.68% ~ 23.26% 之间。

表 3 8129 例冠心病患者中医证候类型分布(频次 > 100)

排序	证候类型	出现频次	占比(%)
1	气虚血瘀	1224	15.06
2	气虚痰瘀	890	10.95
3	气阴两虚血瘀	754	9.28
4	痰瘀互结	711	8.75
5	气阴两虚，痰瘀互结	393	4.83
6	气滞血瘀	323	3.97
7	阳虚血瘀	318	3.91
8	气阴两虚	268	3.30
9	痰浊闭阻	197	2.42
10	心血瘀阻	178	2.19
11	心气不足	149	1.83
12	气阳两虚，痰瘀互结	137	1.69
13	心阳不振	123	1.51
14	阴虚血瘀	122	1.50
15	气虚血瘀水停	121	1.49
16	气虚痰凝	118	1.45
17	阳气亏虚	106	1.30

2.5.1 两个证素之间的关联规则 对两个证素之间的关联频度进行分析，可形成直观的关联网络图，有效关联规则中前项为 1 项，后项为 1 项，得到两个证素之间的关联规则有 10 条，结果如表 4 所示。

表 4 两个证素之间的关联规则

排序	前项	后项	支持度(%)	置信度(%)	提升度
1	气虚	血瘀	54.63	81.34	1.04
2	血瘀	气虚	54.63	70.14	1.04
3	痰浊	血瘀	35.76	81.34	1.04
4	痰浊	气虚	27.69	62.99	0.94
5	阴虚	气虚	22.82	78.77	1.17
6	阴虚	血瘀	22.57	77.92	1.00
7	气滞	血瘀	16.91	86.32	1.11
8	气滞	气虚	12.24	62.46	0.93
9	阳虚	血瘀	12.20	70.16	0.90
10	阳虚	气虚	11.02	63.37	0.94

2.5.2 三个证素之间的关联规则 有效关联规则中前项为 2 项，后项为 1 项，得到三个证素之间的关联规则有 5 条，结果如表 5 所示。

表 5 三个证素之间的关联规则

排序	前项	后项	支持度(%)	置信度(%)	提升度
1	痰浊 & 气虚	血瘀	23.98	86.58	1.11
2	痰浊 & 血瘀	气虚	23.98	67.05	1.00
3	阴虚 & 血瘀	气虚	18.32	81.14	1.21
4	阴虚 & 气虚	血瘀	18.32	80.27	1.03
5	气滞 & 血瘀	气虚	11.02	65.16	0.97

2.6 不同性别冠心病患者的中医证候

2.6.1 证候要素常见度及严重度的性别差异 冠心病中医证候要素常见度及严重度的性别差异分析

如表 6、表 7 所示。

2.6.2 证候类型分布的性别差异 冠心病患者中医证候类型分布的性别差异如表 8 所示。

2.7 不同年龄段冠心病中医证候特征分析

8129 例患者中, <45 岁 305 例, 45~60 岁 2398 例, 61~75 岁 3757 例, >75 岁 1669 例。分别对中医证候要素常见度和严重度的年龄差异分析如下。

2.7.1 冠心病中医证候要素常见度的年龄差异

冠心病中医证候要素常见度的年龄差异分析如表 9

所示。

2.7.2 冠心病中医证候要素严重度的年龄差异

冠心病中医证候要素严重度的年龄差异分析如表 10 所示。

3 讨论

“阳微阴弦”是张仲景对胸痹心痛病机的经典阐释,“阳微”是指上焦阳虚,“阴弦”则指阴邪之盛,也有本虚标实的解释,至今仍被广泛认可。但“阳微阴弦”病机在当代冠心病临床辨证时所

表 6 8129 例冠心病患者中医证候要素常见度的性别差异

证候要素	男性 (5093 例)		女性 (3036 例)		P 值
	有 (%)	无 (%)	有 (%)	无 (%)	
血瘀	4014 (78.81)	1079 (21.19)	2313 (76.19)	723 (23.81)	0.0058
气虚	3413 (67.01)	1680 (32.99)	2269 (74.74)	767 (25.26)	0.0001
痰浊	2383 (46.79)	2710 (53.21)	1184 (39.00)	1852 (61.00)	0.0001
阴虚	1379 (27.08)	3714 (72.92)	978 (32.21)	2058 (67.79)	0.0001
气滞	989 (19.42)	4104 (80.58)	602 (19.83)	2434 (80.17)	0.6523
阳虚	852 (16.73)	4241 (83.27)	560 (18.45)	2476 (81.55)	0.0482
热蕴	494 (9.70)	4599 (90.30)	251 (8.27)	2785 (91.73)	0.0304
水饮	476 (9.35)	4617 (90.65)	294 (9.68)	2742 (90.32)	0.6151
血虚	408 (8.01)	4685 (91.99)	369 (12.15)	2667 (87.85)	0.0001
寒凝	314 (6.17)	4779 (93.83)	195 (6.42)	2841 (93.58)	0.6428

表 7 8129 例冠心病患者中医证候要素严重度的性别差异

证候要素	男性 (5093 例)			女性 (3036 例)		
	最高分	实际分	严重程度 (%)	最高分	实际分	严重程度 (%)
血瘀	12048	6827	56.66	6948	3906	56.22
气虚	9786	5068	51.79	6594	3678	55.78
痰浊	7161	3866	53.99	3561	1890	53.07
阴虚	4128	2075	50.27	2937	1504	51.21
气滞	2973	1237	41.61	1806	885	49.00
阳虚	2559	1252	48.93	1683	839	49.85
热蕴	1482	654	44.13	1104	471	42.66
水饮	1428	678	47.48	885	423	47.79
血虚	1221	497	40.70	753	332	44.09
寒凝	945	427	45.19	585	252	43.08

表 8 8129 例冠心病患者中医证候类型分布的性别差异

排序	证候类型	男性 (5093 例)		证候类型	女性 (3036 例)	
		出现频次	百分比 (%)		出现频次	百分比 (%)
1	气虚血瘀	739	14.51	气虚血瘀	484	15.94
2	气虚痰瘀	581	11.41	气阴两虚血瘀	325	10.70
3	痰瘀互结	526	10.33	气虚痰瘀	309	10.18
4	气阴两虚血瘀	429	8.42	痰瘀互结	185	6.09
5	气阴两虚, 痰瘀互结	238	4.67	气阴两虚, 痰瘀互结	155	5.11
6	气滞血瘀	220	4.32	阳虚血瘀	119	3.92
7	阳虚血瘀	199	3.91	气阴两虚	118	3.89
8	气阴两虚	150	2.95	气滞血瘀	103	3.39
9	痰浊闭阻	143	2.81	心气不足	63	2.08
10	心血瘀阻	125	2.45	痰浊闭阻	54	1.78

表 9 8129 例冠心病患者中医证候要素常见度的年龄差异

证候要素	<45 岁 (305 例)		45 ~ 60 岁 (2398 例)		61 ~ 75 岁 (3757 例)		>75 岁 (1669 例)	
	出现频次	常见程度 (%)	出现频次	常见程度 (%)	出现频次	常见程度 (%)	出现频次	常见程度 (%)
血瘀	231	75.74	1869	77.94	2953	78.60	1279	76.63
气虚	167	54.75	1448	60.38	2612	69.52	1233	73.88
痰浊	135	44.26	1056	44.04	1671	44.48	712	42.66
阴虚	73	23.93	702	29.27	1078	28.69	502	30.08
气滞	60	19.67	501	20.89	745	19.83	287	17.20
阳虚	37	12.13	360	15.01	651	17.33	366	21.93
热蕴	36	11.80	225	9.38	352	9.37	132	7.91
水饮	19	6.23	173	7.21	358	9.53	221	13.24
血虚	17	5.57	207	8.63	353	9.40	198	11.86
寒凝	16	5.25	132	5.50	243	6.47	119	7.13

表 10 8129 例冠心病患者中医证候要素严重度的年龄差异

证候要素	<45 岁 (305 例)			45 ~ 60 岁 (2398 例)			61 ~ 75 岁 (3757 例)			>75 岁 (1669 例)		
	最高分	实际分	严重程度 (%)	最高分	实际分	严重程度 (%)	最高分	实际分	严重程度 (%)	最高分	实际分	严重程度 (%)
血瘀	693	358	51.66	5607	3106	55.40	8859	5091	57.47	3837	2178	56.76
气虚	501	248	49.50	4344	2202	50.69	7836	4116	52.53	3699	1980	53.53
痰浊	405	214	52.84	3168	1716	54.17	5013	2696	53.78	2136	1130	52.90
阴虚	219	112	51.14	2106	1047	49.72	3234	1633	50.49	1506	783	51.99
气滞	180	86	47.78	1503	739	49.17	2235	1104	49.40	861	393	45.64
阳虚	111	54	48.65	1080	507	46.94	1953	972	49.77	1098	558	50.82
热蕴	108	49	45.37	675	297	44.00	1074	520	48.42	396	168	42.42
水饮	57	23	40.35	621	233	37.52	1059	449	42.40	663	325	49.02
血虚	51	20	39.22	519	250	48.17	1056	472	44.70	594	249	41.92
寒凝	48	21	43.75	396	176	44.44	729	318	43.62	357	164	45.94

表达的精准证候特征内涵如何? 中医证候分布的时代特征如何? 此次在全国范围内开展的多地域、大样本的临床流行病学调查给出了诸多提示。

3.1 病机为本虚标实, 证候以气虚为本、血瘀或兼痰浊为标多见

本调查结果提示, 冠心病中医证候多属本虚标实、虚实夹杂的复合证型, 本虚以气虚 (67.17%) 为主, 标实以血瘀 (77.89%)、痰浊 (43.97%) 为主, 同时可兼见阴虚 (28.97%)、气滞 (19.60%)、阳虚 (17.39%) 等证候要素; 证候类型则以气虚血瘀、气虚痰瘀、气阴两虚血瘀、痰瘀互结最为多见。关联规则提示, 气虚、血瘀、痰浊之间的关联度较强, 尤以气虚血瘀为关联度最强的证素组合; 就严重程度而言, 血瘀、痰浊 (标实证) 表现程度重于气虚、阴虚 (本虚证)。

3.2 证候分布存在性别与年龄差异

不同性别冠心病患者, 就证候要素常见度分析, 男性患者常见证候要素包括血瘀 (78.81%)、气虚 (67.01%)、痰浊 (46.79%)、阴虚 (27.08%), 女性患者包括血瘀 (76.19%)、气虚 (74.74%)、痰浊 (39.00%)、阴虚 (32.21%), 男性与女性之间的证候要素常见度排序基本一致。

将各种证候要素在男性与女性进行对比可以发现, 男性较女性更多见血瘀 (78.81% / 76.19%)、痰浊 (46.79% / 39.00%)、热蕴 (9.70% / 8.27%), 女性则较男性多见气虚 (74.74% / 67.01%)、阴虚 (32.21% / 27.08%)、阳虚 (18.45% / 16.73%)、血虚 (12.15% / 8.01%); 就证候要素的严重度分析, 男性患者表现程度较重的证候要素为血瘀 (56.66%)、痰浊 (53.99%)、气虚 (51.79%)、阴虚 (50.27%), 女性患者包括血瘀 (56.22%)、气虚 (55.78%)、痰浊 (53.07%)、阴虚 (51.21%)。男性与女性之间的证候要素严重度排序基本一致, 但也有差别, 比如女性较男性气虚 (55.78% / 51.79%) 及气滞 (49.00% / 41.61%) 的程度更甚。不同年龄段冠心病患者证候要素的常见度, 随着年龄增长 (<45 岁、45 ~ 60 岁、61 ~ 75 岁、>75 岁), 气虚 (54.75% / 60.38% / 69.52% / 73.88%)、血虚 (5.57% / 8.63% / 9.40% / 11.86%)、阴虚 (23.93% / 29.27% / 28.69% / 30.08%)、阳虚 (12.13% / 15.01% / 17.33% / 21.93%) 及水饮证 (6.23% / 7.21% / 9.53% / 13.24%) 比例呈增长趋势, 尤以气虚及阳虚较为明显, 血瘀 (75.74% / 77.94% /

78.60% / 76.63%)、痰浊 (44.26% / 44.04% / 44.48% / 42.66%)、气滞 (19.67% / 20.89% / 19.83% / 17.20%) 则无明显差异; 就不同年龄段之间各种证候要素严重度进行对比, 随着年龄增长, 气虚 (49.50% / 50.69% / 52.53% / 53.53%) 和血瘀 (51.66% / 55.40% / 57.47% / 56.76%) 呈现渐进加重的趋势。

3.3 近 40 年冠心病中医证候特征衍变分析

课题组前期对近 40 年冠心病中医证候特征研究的相关文献进行了分析, 1970 ~ 1989 年期间, 气虚 (28.91%) 多于血瘀 (23.78%), 阴虚 (22.44%) 多于痰浊 (10.79%); 1990 ~ 1999 年期间, 气虚 (26.54%) 开始少于血瘀 (30.74%), 阴虚 (15.51%) 仍多于痰浊 (14.04%), 但两者差距已明显缩小; 2000 ~ 2010 年期间, 气虚 (23.89%) 进一步少于血瘀 (32.18%), 同时痰浊 (18.53%) 开始多于阴虚 (13.20%)^[1]。结合本次横断面调查结果, 血瘀 (77.89%) 和气虚 (67.17%) 仍为最常见的证候要素, 两者差距并未随时代迁移而进一步拉大, 但痰浊 (43.97%) 所占比例与阴虚 (28.97%) 的差距进一步扩大, 提示与阴虚相比较, 痰浊证随着时代变迁呈动态增多趋势。

致谢:

本研究由冠心病中医临床研究联盟成员单位协作完成, 得到了全国 21 个省、市、自治区 40 家三级中医或中西医结合医院的各位专家和研究人员的大力支持和参与, 在此一并致谢! 致谢名单如下 (以姓氏拼音排序): 安冬青 (新疆医科大学)、戴小华 (安徽中医药大学第一附属医院)、邓悦 (长春中医药大学附属医院)、董波 (辽宁中医药大学附属第二医院)、樊瑞红 (天津市中医药研究院附属医院)、顾宁 (南京市中医院)、郝伟 (西安市中医院)、何燕 (上海中医药大学附属龙华医院)、蒋梅先 (上海中医药大学附属曙光医院)、李庆海 (河南中医药大学第三附属医院)、李应东 (甘肃中医药大学附属医院)、林谦 (北京中医药大学东方医院)、刘超峰 (陕西省中医院)、刘红旭 (首都医科大学附属北京中医医院)、刘建和 (湖南中医药大学第一附属医院)、刘永家 (成都中医药大学附属医院)、刘真 (石家庄市中医院)、刘中勇 (江西中医药大学附属医院)、罗海明 (上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院)、鲁卫星 (北京中医药大学第三附属医院)、毛以林 (湖南中医药大学第二附属医院)、牛天福 (山西省中医药研究院)、史大卓 (中国中医科学院西苑医院)、王凤荣 (辽宁中医药大学附属医院)、王阶 (中国中

医科学院广安门医院)、王庆高 (广西中医药大学第一附属医院)、王清海 (广东省第二中医院)、王守富 (河南省中医药研究院)、王卫星 (成都中医药大学附属医院)、王晓峰 (新疆维吾尔自治区中医院)、王亚红 (北京中医药大学东直门医院)、王永刚 (陕西中医药大学第二附属医院)、王振涛 (河南中医药大学第二附属医院)、吴焕林 (广东省中医院)、冼绍祥 (广州中医药大学第一附属医院)、徐惠梅 (黑龙江省中医药研究院)、薛一涛 (山东中医药大学附属医院)、赵英强 (天津中医药大学第二附属医院)、郑琼莉 (武汉市中西医结合医院)、周亚滨 (黑龙江中医药大学附属第一医院)、朱明军 (河南中医药大学第一附属医院)。

参考文献

- [1] 毛静远, 牛子长, 张伯礼. 近 40 年冠心病中医证候特征研究文献分析 [J]. 中医杂志, 2011, 52(11): 958-961.
- [2] 毕颖斐, 毛静远, 张伯礼. 基于文献的冠心病中医证型地域性分布特征研究 [J]. 中医杂志, 2012, 53(3): 228-230.
- [3] 毕颖斐, 毛静远. 冠心病中医证型分布与季节关系的文献调查 [J]. 国际中医中药杂志, 2011, 33(11): 1020-1022.
- [4] 毕颖斐, 毛静远. 冠心病中医证候要素特征性条目的专家调查 [J]. 中医杂志, 2012, 53(18): 1580-1584.
- [5] 毕颖斐, 毛静远, 王贤良, 等. 基于 Delphi 法的冠心病不同临床分型中医证候特征专家调查 [J]. 中国中西医结合杂志, 2014, 34(10): 1192-1196.
- [6] 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. 慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南 [J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(3): 195-206.
- [7] 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. 不稳定性心绞痛和非 ST 段抬高心肌梗死诊断与治疗指南 [J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(4): 295-304.
- [8] 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. 急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南 [J]. 中华心血管病杂志, 2010, 38(8): 675-690.
- [9] 中国中西医结合学会心血管学会. 冠心病中医辨证标准 [J]. 中西医结合杂志, 1991, 11(5): 257-258.
- [10] 郑筱萸. 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: 72-73.
- [11] 朱文锋. 中医诊断学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 176-181.
- [12] 王炎炎. 中医内科学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 68-240.
- [13] 毕颖斐, 毛静远, 王贤良, 等. 冠心病中医病因及证候临床流行病学调查表的设计与制作 [J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(12): 3626-3628.

Clinical Epidemiological Investigation on Current Syndrome Characteristics of Coronary Heart Disease in Chinese Medicine

BI Yingfei¹, WANG Xianliang¹, ZHAO Zhiqiang¹, HOU Yazhu¹, WANG Shuai¹, ZHAO Guoyuan¹, MAO Jingyuan¹, ZHANG Boli^{1,2}

(1. First Teaching Hospital, Tianjin University of Chinese Medicine, Tianjin, 300380; 2. China Academy of Chinese Medical Sciences)

ABSTRACT Objective To explore the Chinese medicine syndrome characteristics in patients with coronary heart disease in China. **Methods** Using clinical epidemiological survey method, the Chinese medicine syndrome characteristics in 8129 cases of coronary heart disease patients from 40 tertiary Chinese medicine hospitals or integrated Chinese and western medicine hospitals in 21 provinces, municipalities and autonomous regions in China were investigated by clinical cross-sectional survey. **Results** Chinese medicine syndromes of coronary heart disease mostly were the compound syndromes of deficiency in root cause and excess in manifestation and intermingled deficiency and excess. Deficiency of Qi (67.17%) was the main factor of deficiency in root cause. Blood stasis (77.89%) and phlegm-turbidity (43.97%) were the main factors of excess in manifestation. At the same time, the syndrome elements of Yin deficiency (28.97%), Qi stagnation (19.60%) and Yang deficiency (17.39%) might also appear. Among them, Qi deficiency, blood stasis and phlegm-turbidity had the highest correlation degree. The most common syndromes were blood stasis due to Qi deficiency (15.06%), phlegm and static blood due to Qi deficiency (10.95%), blood stasis due to deficiency of both Qi and Yin (9.28%), as well as intermingled phlegm and blood stasis (8.75%). The popularity of syndrome elements between male and female was basically the same. Blood stasis (78.81%/76.19%), phlegm-turbidity (46.79%/39.00%) and heat amassment (9.70%/8.27%) were more common in males than those in females. The females were more likely to suffer from Qi deficiency (74.74%/67.01%), Yin deficiency (32.21%/27.08%), Yang deficiency (18.45%/16.73%) and blood deficiency (12.15%/8.01%) than males. According to syndrome element popularity analysis in patients with coronary heart disease at different ages, the proportions of Qi deficiency (54.75%/60.38%/69.52%/73.88%), blood deficiency (5.57%/8.63%/9.40%/11.86%), Yin deficiency (23.93%/29.27%/28.69%/30.08%), Yang deficiency (12.13%/15.01%/17.33%/21.93%) and fluid retention syndrome (6.23%/7.21%/9.53%/13.24%) showed a significant growth trend with age (less than 45 years, 45 to 60 years, 61 to 75 years and older than 75 years). **Conclusion** At present, the Chinese medicine pathogenesis in patients with coronary heart disease might be "deficiency in root cause and excess in manifestation". The common syndromes are Qi deficiency (as root cause) and blood stasis and phlegm-turbidity (as manifestation).

Keywords coronary heart disease; syndrome; modern characteristics; epidemiological investigation; faint pulse at Yang and stringy pulse at Yin

(收稿日期: 2017-06-27; 修回日期: 2017-08-15)

编辑: 黄 健

中医古籍出版社重印 《文渊阁四库全书子部医家类》

医之所宝者典籍, 典籍之精审者《四库》。《四库全书》是清代中期在朝廷主持下编纂的一部大型丛书, 一直受到学术界的高度重视。《四库全书》系按传统的经、史、子、集四部分类, 故以“四库”名书。其中将医家类书籍收入子部。既往书志, 包括史志在内, 多将医家退之于子部末简。总纂官纪昀重视医书, 认为“医虽一技, 亦良命之所关, 故升诸他艺术之上”, 列于儒家、兵家、法家、农家之后, 为子部第五。

《四库全书》所收历代医籍共 96 种, 以时代为序, 始于《黄帝素问》, 终于徐大椿《医学源流论》, 包括了秦汉至清代乾隆中两千多年间重要的有影响的医经、方书、本草及临床诸科著作。其编纂十分注意考求版本, 所收版本分别为敕撰本、内府本、《永乐大典》本、各省采进本、私人进献本、通行本等, 精钞精校, 且所收珍本甚多, 向为医界推崇。

《四库全书》先后抄录七部, 其中文渊阁本是七部《四库全书》中成书最早、抄录质量最佳、校勘最精的一部, 也是保存较为完好的一部, 是其他六部所无法比拟的。为弘扬岐黄学术, 探求医理真谛, 沾溉杏林学子, 中医古籍出版社此次重印《文渊阁四库全书子部医家类》, 以飨医界广大学者。

联系方式: 中医古籍出版社发行部 (中国中医科学院大楼 537 室), 电话号码 (兼传真) 010-64002949。