

· 学术论坛 ·

# 冠心病心绞痛患者 320 例证素分析和证候分型调查

陈光宇 刘松山 李思洁

**【摘要】 目的** 了解冠心病心绞痛(胸痹心痛)的证素及证型的变化及现状,为探讨中医证素分布及证型分类提供参考。**方法** 对 320 例冠心病心绞痛患者进行证素的分析及辨证分型并进行统计分析。**结果** (1)证素分布频次由高到低分别为血瘀、痰浊、气虚、气滞、寒凝和阴虚;男性排前 3 位的证素分别是痰浊、血瘀、气虚;女性排前 3 位的证素为血瘀、气虚和痰浊;男女之间证素分布有统计学差异。(2)痰痹胸阳证、气虚血瘀证 2 个证型占有所有证型的 83%,前者以男性为主,后者女性为多;在痰痹胸阳证中男性比例为 58%,气虚血瘀证中女性比例为 66%。**结论** 冠心病心绞痛病机以本虚标实为主,血瘀、痰阻、气虚是主要病变。

**【关键词】** 冠心病心绞痛; 胸痹心痛; 证素; 中医证型。

**【中图分类号】** R256.22 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.06.018

冠心病心绞痛和中医学的“胸痹”、“心痛”在症状、发病上类似。《灵枢·五邪》篇记载“邪在心,则病心痛”。《素问·藏气法时论》有“心病者,胸中痛,胁支满,胁下痛,膺背肩胛间痛,两臂内痛”等记载。胸痹最早见于《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》篇“胸痹之病,喘息咳唾,胸背痛,短气……”随着中国人口老龄化进程的加快及生活方式的变化,冠心病心绞痛(胸痹心痛)患病率呈逐年上升趋势,中医药在该病的防治方面有着重要的作用和良好的前景。由于该病老年居多,病情复杂,常合并糖尿病、高血压病等多种慢性疾病,加之地域、年龄、性别、体质、发病季节等等差异,导致中医证型分型众多,目前尚无统一的共识。加强中医证素及证型的研究及规范,有助于临床疗效的提高。为此笔者对 320 例冠心病心绞痛患者中医证素及证型进行了分析调查。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

研究对象 320 例均为 2008 年 1 月至 2009 年 12 月成都中医药大学附属医院心血管科住院病人,其中男性 152 例(47.50%),女性 168 例(52.50%)。年龄分布在 35~95 岁之间,其中 40 岁以下 4 例(1.25%),40~59 岁 75 例(23.44%),60~69 岁 140 例(43.75%),70~79 岁 74 例(23.13%),80 岁以上 27 例(8.44%)。合并高血压病 140

例(43.75%),合并糖尿病 68 例(21.25%),合并脂代谢紊乱 153 例(47.81%),合并肺部感染 29 例(9.06%)。心脏相关并发症情况如下:心房纤颤 25 例(7.81%),其它心律失常 156 例(48.75%),心脏长大 101 例(31.56%),心力衰竭 45 例(14.06%)。

### 1.2 诊断与辨证标准

西医诊断标准根据《中药新药临床研究指导原则》冠心病心绞痛的西医常规诊断标准(此书籍相关内容参照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发布的《缺血性心脏病的命名及诊断标准》)<sup>[1]</sup>。中医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[1]</sup>。辨证标准参照中国中西医结合学会心血管学会《冠心病中医辨证标准》<sup>[2]</sup>。

### 1.3 纳入与排除标准

纳入标准:入院第一诊断符合上述中西医诊断标准的冠心病心绞痛(胸痹心痛)病人。排除标准:(1)其他心脏疾病或其他原因所导致的胸痛患者;(2)出院时第一诊断修正为其它疾病者。

### 1.4 数据收集和统计分析

结合临床经验,确定基本的临床观察症状,制定以症状为主的规范性调查文本,由笔者所在科室且经过培训的医师记录症状,并由主治医师以上职称医师进行辨证分型。使用 Excel 建立数据库,为保证数据严谨,由专人进行双录入。各种症状分别归类对应不同证素。本研究对数据主要进行了频次统计。比较男女之间证素频次和证型使用 $\chi^2$ 检验。

## 2 结果

### 2.1 中医证素频次分布

冠心病心绞痛患者 320 例证素分布频次在 5% 以上的有 6 种证素,由高到低分别为血瘀、痰浊、气虚、气滞、寒凝和

作者单位:610072 成都中医药大学附属医院心血管科(陈光宇),血液科(刘松山);成都中医药大学临床医学院[李思洁(硕士研究生)]

作者简介:陈光宇(1959-),本科,副主任医师。研究方向:心血管疾病。E-mail:cdzydy@126.com

通讯作者:刘松山(1968-),硕士,主任医师。研究方向:血液疾病。E-mail:pine009@163.com

表 1 320 例冠心病心绞痛患者证素的分布情况

性别	血瘀	痰浊	气虚	气滞	寒凝	阴虚
男性(n=152)	59(38.82%)	87(57.24%)	46(30.26%)	8(5.26%)	11(7.24%)	6(3.95%)
女性(n=168)	96(57.14%)	62(36.90%)	87(51.79%)	11(6.55%)	8(4.76%)	10(5.95%)
合计(n=320)	155(48.44%)	149(46.56%)	133(41.56%)	19(5.94%)	19(5.94%)	16(5.00%)

阴虚,同一患者证素有兼见,所以证素频次和高于总数相加。见表 1。上述各项证素最终均导致心脉痹阻而发胸痹心痛,其病位均在心。

比较不同性别之间证素的分布,虽然血瘀、痰浊、气虚为男女两组共同的高发证素,但是三证素出现频次和比例不同。男性冠心病心绞痛患者证素频次是痰浊(87 次) > 血瘀(59 次) > 气虚(46 次),而女性冠心病心绞痛患者证素频次是血瘀(96 次) > 气虚(87 次) > 痰浊(62 次)。经  $\chi^2$  检验,差异具有统计学意义( $\chi^2 = 21.283, P < 0.01$ )。

## 2.2 中医证型分布

本研究团队对本次入选的 320 例冠心病心绞痛患者进行中医辨证分型,痰痹胸阳证 149 例(46.56%)和气虚血瘀证 117 例(36.56%)两证型为主,而气滞血瘀证 19 例(5.94%)、寒凝心脉证 19 例(5.94%)、气阴亏虚证 16 例(5%)三证合计仅 16.88%。见表 2。

比较冠心病心绞痛患者中男女不同证型分布发现,男性患者中痰痹胸阳证比例明显高于女性患者中该证比例;女性患者气虚血瘀证患者比例却明显高于男性患者该证患者比例。经  $\chi^2$  检验,  $P < 0.01$ , 差异有统计学意义。

表 2 320 例冠心病心绞痛患者证型的分布情况

性别	痰痹胸阳	气虚血瘀	气滞血瘀	气阴亏虚	寒凝心脉
男(n=152)	87	40	8	6	11
女(n=168)	62	77	11	10	8
合计(n=320)	149	117	19	16	19

## 3 讨论

本研究展示冠心病心绞痛证素频次分布的排序为血瘀、痰浊、气虚、气滞、寒凝和阴虚。前 3 位血瘀(48.44%)、痰浊(46.56%)、气虚(41.56%)占据了总频次的 89%,说明冠心病心绞痛的主要病机为本虚标实,虚以气虚为主,实则血瘀、痰浊为多。

李鸥等<sup>[3]</sup>通过多中心横断面研究发现冠心病前 3 位的证素为血瘀(83.6%)、气虚(62.8%)和痰浊(43.8%)。毕颖斐等<sup>[4]</sup>通过中医证候临床调查,唐艳梅<sup>[5]</sup>通过文献分析提取的证素,频次由高到低前 3 位仍是血瘀、气虚、痰浊。各研究中进入前 3 位的证素与本次观察结果相同,第一位均为血瘀,但第二、第三位排序不同。血瘀在心绞痛的发病中具有核心地位,毋庸置疑。本研究痰浊证素较多见可能有以下原因,本次 320 例病例大部分来自四川西部地区,其气候潮湿,易伤脾生湿化痰,故其特点以痰浊证为多。衷敬柏等<sup>[6]</sup>

通过对 11 个省(市)2689 例冠心病心绞痛证候要素的文献统计分析,由北向南,气虚、血瘀降低,而痰浊增高,说明冠心病心绞痛证候存在着可能与纬度、自然环境等地区差异有关的证候表现。

冠心病心绞痛的证素在性别之间的分布也有着显著的差异。男性患者,前 3 位证素中痰浊(57.24%)明显高于血瘀(38.82%)和气虚(30.26%)。女性患者以血瘀(57.14%)第一,气虚(51.79%)第二,明显高于痰浊(36.90%)。张晓英等<sup>[7]</sup>对 87 例冠心病心绞痛的分析,认为女性以虚证居多,男性以实证居多;其证素中痰浊男性明显多于女性,气虚女性明显多于男性,与本次观察一致。并认为,除男女体质之间的差别外,女性虚证居多可能与经、胎、产、乳等生理过程和情感丰富,多愁善感等多种因素有关;笔者分析,男性具有烟酒嗜好者大大多于女性,易生痰湿,可能也是男性痰浊高于女性的原因之一。

冠心病心绞痛患者中痰痹胸阳证(46.56%)和气虚血瘀证(36.56%)远远多于其它证型,说明本虚标实、痰浊阻痹、气虚血瘀是冠心病心绞痛的主要病机。痰痹胸阳证最为多见,符合《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》“阳微阴弦,即胸痹而痛”的病理机制。唐艳梅<sup>[5]</sup>的研究认为冠心病心绞痛前 4 位证型为心血瘀阻证、心气亏虚证、气虚血瘀证、痰阻心脉证。本次观察与其有所出入,但主要是描述的不同及排位顺序不同,可能的原因同前所述。董国菊等<sup>[8]</sup>报道的 300 例冠心病患者中前 3 位证候类型为痰瘀互阻型、气阴两虚痰瘀互阻或气虚兼痰瘀互阻、气虚血瘀,其单因素证素与本次调查基本一致,但未单独列出心绞痛的证型。和证素的分析一样在“痰痹胸阳”的患者中男性比例为 58%,明显大于女性,在“气虚血瘀证”的患者中女性患者比例为 66%,明显大于男性,而均具有统计学意义。气滞血瘀证女性也多于男性,但例数较少。其它证型性别之间没有统计学差异,同样例数较少,实际比较意义不大。

综上所述,胸痹心痛其病机以本虚标实为主,血瘀、痰阻、气虚是主要病变,主要证型也多与此有关,本研究初步说明本科胸痹心痛的患者中中医证型主要集中在痰痹胸阳证及气虚血瘀证两类证型中,证明了这 2 个证型为该病的主要证型,可为探讨中医胸痹心痛证素的分布和证型分类提供一定的参考。由于病例数较少,今后应该进一步扩大观察例数。

## 参 考 文 献

- [1] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 中国医药科技出版社, 2002, 5: 68-73.

- [2] 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.
  - [3] 李鸥, 徐浩, 高铸焯. 1072 例冠心病住院患者中医证候分布特点的多中心横断面研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2011, 9(4): 385-386.
  - [4] 毕颖斐, 毛静远, 陆一竹, 等. 冠状动脉粥样硬化性心脏病临床分型中医证素分布特征的初步调查[J]. 环球中医药, 2011, 4(6): 434-437.
  - [5] 唐艳梅. 冠心病心绞痛中医辨证分型研究[J]. 实用中医内科杂志, 2012, 26(9): 77-78.
  - [6] 袁敬柏, 董绍英, 王阶, 等. 2689 例冠心病心绞痛证候要素的文献统计分析[J]. 中国中医药信息杂志, 2006, 13(5): 100-101.
  - [7] 张晓英, 郭利平. 冠心病心绞痛中医证型分布在性别上的差异性[J]. 浙江中医杂志, 2009, 44(6): 406-407.
  - [8] 董国菊, 刘建刚, 王承龙, 等. 300 例冠心病患者中医证型分布特点分析[J]. 环球中医药, 2009, 2(2): 96-98.
- (收稿日期: 2013-05-06)  
(本文编辑: 黄凡)

## 基于代谢组学技术研究艾灸治疗溃疡性结肠炎的思考

陆嫻 吴璐一 黄任佳 施茵 杨玲 窦传宇 冯辉 刘慧荣

**【摘要】** 目前西医治疗溃疡性结肠炎缺乏理想手段, 而艾灸治疗该病显示出独特优势, 但其起效机制尚未完全阐明。代谢组学是一种整体性的研究方法, 与艾灸的整体性调节效应相契合。目前已有研究证实将代谢组学应用于溃疡性结肠炎发病机制的研究、诊断及鉴别诊断、疗效评价等方面的可行性。笔者认为可以从探索艾灸治疗该病的腧穴配伍规律以及通过临床与动物实验分析溃疡性结肠炎相关代谢物谱或特异性生物标记物等方面着手, 探讨将代谢组学技术应用于艾灸治疗溃疡性结肠炎的研究, 旨在为揭示其调控机制及提高临床疗效提供思路与方法。

**【关键词】** 溃疡性结肠炎; 代谢组学; 艾灸; 思考

**【中图分类号】** R254.6 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2013.06.019

溃疡性结肠炎(ulcerative colitis)是一种病因未明的慢性非特异性肠道炎症性疾病, 属于难治性疾病。艾灸治疗溃疡性结肠炎具有优势, 但以往的研究多停留在对某些物质、某些部位和某些通路的研究层面, 未涉及到艾灸治疗该病的整体性调节特点。代谢组学(metabolomics)是一门在新陈代谢的动态进程中系统研究代谢产物变化规律, 揭示机体生命活动代谢本质的科学。本文旨在探讨应用代谢组学技术来研究艾灸治疗溃疡性结肠炎疗效机制的思路与方法, 为进一步揭示溃疡性结肠炎发病机理及艾灸整体性调节特点提供实验资料与科学依据。

作者单位: 201203 上海中医药大学针灸经络研究所[陆嫻(博士研究生)、施茵、窦传宇、刘慧荣]; 上海市中医药研究院脑神经生物三级实验室(吴璐一); 上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院[黄任佳(硕士研究生)]; 复旦大学力学与工程科学系(杨玲); 光华中西医结合医院康复科[冯辉(博士研究生)]

作者简介: 陆嫻(1986-), 女, 2012 级在读博士研究生。研究方向: 针灸治疗胃肠疾病的临床与基础研究。E-mail: luyuan\_sh@163.com

通讯作者: 吴璐一(1984-), 女, 硕士, 中医师。研究方向: 中医药治疗炎症性肠病。E-mail: luyitem@163.com

### 1 艾灸治疗溃疡性结肠炎的特色和优势

溃疡性结肠炎是一种主要累及直肠、结肠黏膜和黏膜下层的慢性非特异性炎症, 临床主要表现为腹痛、腹泻、黏液脓血便等<sup>[1]</sup>。西医主要以对症治疗为主, 存在用药量大、副反应多等弊端。艾灸治疗溃疡性结肠炎具有独特优势, 目前多种灸法如隔药饼灸、隔姜灸、隔药铺灸<sup>[2]</sup>、热敏灸<sup>[3]</sup>、艾箱灸<sup>[4]</sup>等已广泛应用于临床。诸多研究显示隔药饼灸对轻、中度溃疡性结肠炎患者腹痛、腹泻、粘液脓血便、肠鸣、腹胀、矢气等症状均有较好的改善作用<sup>[5-6]</sup>; 隔姜灸对溃疡性结肠炎临床症状亦有明显的改善, 尤其是脾肾阳虚型溃疡性结肠炎患者, 有效率均显著高于西药对照组<sup>[7-8]</sup>。

相应的机制研究发现艾灸具有多水平、多靶点的调节作用。隔药灸不仅能明显下调结肠黏膜 TNF- $\alpha$ 、TNF- $\alpha$ R1、TNF- $\alpha$ R2、IL-8、ICAM-1、COX-2 等多种炎症细胞因子的表达<sup>[5,9-10]</sup>, 显著降低溃疡性结肠炎患者过高的 IgM 含量, 而且可以抑制或消除溃疡性结肠炎患者肠上皮细胞 HLA-DR 抗原表达<sup>[11]</sup>, 增加 T8<sup>+</sup> 细胞数, 调节失调的 T 细胞亚群比例。热敏灸也可以使患者明显降低的 CD4<sup>+</sup> T 细胞和 CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> 比值明显升高, 接近正常水平<sup>[3]</sup>。

已有的研究成果从形态学、基因水平、免疫炎症相关因