

Traditional Chinese Medicine Syndrome Type Analysis of Stable Angina Pectoris

Yiru Wang^{1,2}, Ping Liu^{1,2}

¹Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai

²Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai

Email: wangyiruen@163.com, pingliu0207@126.com

Received: Dec. 26th, 2018; accepted: Jan. 4th, 2019; published: Jan. 11th, 2019

Abstract

Objective: To explore the inherent law and frequency of Traditional Chinese Medicine (TCM) syndrome types of stable angina pectoris (SAP), and deepen the current understanding of different TCM types of SAP, to guide the clinical medication. **Methods:** Literature reports related to TCM syndrome classification of SAP were collected since 1979 according to inclusion and exclusion criteria. Frequency method and chi-square test were applied to analyse data. **Results:** 34 articles were included. The analysis results indicated 10 most common kinds of SAP patterns: qi deficiency and blood stasis, heart blood stasis, phlegm and blood stasis, phlegm in heart vessels, qi and blood stasis, qi deficiency with blood stasis and phlegm, qi and yin deficiency, qi deficiency with phlegm, cold in heart vessels, weak heart yang. Excess syndrome is most common, especially heart blood stasis and phlegm and blood stasis. The second one is syndrome of intermingled deficiency and excess. Based on qi deficiency, it is accompanied by blood stasis, phlegm and blood stasis or phlegm stasis. **Conclusions:** At present, the research on TCM syndrome types of SAP is still at the exploratory stage, and large sample TCM syndrome investigation is still needed to improve the reliability and scientificity.

Keywords

Stable Angina Pectoris, Analysis of Syndrome, Traditional Chinese Medicine

稳定型心绞痛的中医证型分析

王怡茹^{1,2}, 刘萍^{1,2}

¹上海中医药大学附属龙华医院, 上海

²上海中医药大学, 上海

Email: wangyiruen@163.com, pingliu0207@126.com

收稿日期: 2018年12月26日; 录用日期: 2019年1月4日; 发布日期: 2019年1月11日

文章引用: 王怡茹, 刘萍. 稳定型心绞痛的中医证型分析[J]. 中医学, 2019, 8(1): 35-41.

DOI: 10.12677/tcm.2019.81008

摘要

目的: 探讨稳定型心绞痛中医证型的出现频率以及其内在规律, 加深目前中医对稳定型心绞痛不同证型的认识, 以期一定程度上指导临床用药。方法: 收集自1979年起我国与稳定型心绞痛中医证型分型有关的文献报道, 按照一定的纳排标准, 对纳入文献中的病例资料数据进行提取, 应用Frequencie法和卡方检验进行数据处理。结果: 共纳入34篇论文, 分析结果显示稳定型心绞痛常见证型有10种, 分别为气虚血瘀、心血瘀阻、痰瘀交阻、痰阻心脉、气滞血瘀、气虚兼痰瘀交阻、气阴两虚、气虚痰阻、寒凝心脉、心阳不振。稳定型心绞痛证型以实证多见, 其中心血瘀阻和痰瘀交阻是最常见的证型。其次是虚实夹杂证, 其中多以气虚为本, 在此基础上伴有血瘀、痰瘀交阻、痰阻等标实表现。结论: 目前对稳定型心绞痛中医证候的证型研究尚属于探索阶段, 仍需展开大样本的中医证候调查以提高证据的可靠性与科学性。

关键词

稳定型心绞痛, 证型分析, 中医

Copyright © 2019 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

稳定型心绞痛是冠心病的一种分型, 指多种原因造成冠状动脉狭窄, 心肌暂时性缺血缺氧而产生的一系列临床症状, 治疗不及时则发生急性心肌梗死, 猝死率极高。2009年的一份流调中提示急性心血管事件是全球人口排名第一的致死原因[1], 我国最新的流调中显示, 冠心病死亡占居民疾病死亡构成40%以上, 居首位, 高于肿瘤及其他疾病[2]。近几年采用中药治疗稳定型心绞痛的研究日趋增多, 不乏一些系统评价提示中药疗效尚可[3], 另外采用中西医结合的方法更是可有效预防冠心病急性心血管事件的二次复发[4]。但患者临床症状复杂, 证型不一, 为了探讨稳定型心绞痛中医证型出现的频率及内在关系, 明确临床常见的中医证型, 使中医药治疗更具针对性, 本文就相关文献进行了纳排、整理、数据提取和统计分析。

2. 资料收集

2.1. 资料检索

采用电子数据库检索与人工检索相结合的方法, 检索1979~2018年间公开发表在国内医学期刊上关于中医药及中西医结合治疗稳定型心绞痛的文献, 首次检索词为“冠心病”和“稳定型心绞痛”, 二次检索词为“辨证”、“分型”、“证型”、“中医”和“中西医”。

2.2. 文献纳入和排除标准

纳入标准: 1) 符合稳定型心绞痛的诊断标准; 2) 有明确的中医辨证分型; 3) 文献类型为临床研究。排除标准: 1) 重复发表的文献, 或相同临床资料多次发表; 2) 资料来源不明确, 与临床实际情况明显不符; 3) 只记录自拟方名, 无具体辨证和治则的; 4) 动物实验、综述、评论或方法学等。

2.3. 中医证名

辨证分型的规范参考标准为《中医诊断学》[4]第五版教材的中医基本证候描述。

2.4. 文献整理

通过首次和二次检索,共检索到1972年以来国内公开发表的稳定型心绞痛的中医文献共137篇,按文献入和排除标准共筛选出符合要求的文献42篇,收集到病例2508例。

2.5. 证型归纳方法

42篇文献中稳定型心绞痛证型分类数目不一,最少的分1型,最多者可达9型,涉及不同名称的中医证型多达33种,将这33种证型按异名同类及主证、次证、苔、脉的描述进行分类归纳。具体实施如下:1)笼统的辨证分型如实证、虚证、热证、寒证等删除。2)不同说法但实质相同归为同一证型:如心血瘀阻、瘀血阻络、瘀结于内、瘀阻血脉等统一归为心血瘀阻;痰阻心脉、痰浊壅塞、痰浊阻闭等统一归为痰阻心脉。3)不同证型根据所述的主证及病因病机,实质相同或相似者归为一证,如痰阻心脉、痰热阻络、痰气互结,都是由于痰湿凝滞,化热或阻滞气机,因此均归为痰阻心脉。4)根据文献中的治法和方剂,转换成与其对应的证型,如补益肝肾法转换成肝肾不足证,活血化瘀法转换成心血瘀阻证。最终总结出15个证型,其中各个证型及其在42篇文献中提到的频次如表1所示。

3. 统计学分析

采用SPSS25.0软件,数据采用Frequencie法和 χ^2 检验进行分析,明确其统计学意义。数据的提取及录入由两名提前接受过培训的人员独立完成,若有不同二者通过查阅原始文献和讨论的方法决定最终结果。

4. 统计结果

4.1. 证型频次分布情况(见表1)

根据表1频次多少将其划为常见证型与少见证型两大类,可认为常见证型有10种,分别为气虚血瘀、心血瘀阻、痰瘀交阻、痰阻心脉、气滞血瘀、气虚兼痰瘀交阻、气阴两虚、气虚痰阻、寒凝心脉、心阳不振;少见证型有5种,分别为阳虚兼气滞血瘀、心肾阳虚、阳虚寒凝、阳虚兼痰瘀交阻、气阴两虚兼痰瘀闭塞。其中气虚血瘀所占比例最高,共计31篇文献,占25.76%;其次是心血瘀阻,共22篇文献,占13.28%;排在第三位的是痰阻心脉,共计18篇文献,占10.93%。

Table 1. The literature of TCM syndrome type of frequency distribution table of 42 studies

表 1. 42 篇文献中医证型频次分布表

实证			虚实夹杂			虚证		
证型	频次	比例(%)	证型	频次	比例(%)	证型	频次	比例(%)
心血瘀阻	333	13.28	气虚血瘀	646	25.76	气阴两虚	147	5.86
痰瘀交阻	274	10.93	气虚兼痰瘀交阻	164	6.54	心阳不振	98	3.91
痰阻心脉	240	9.57	气虚痰阻	102	4.07	心肾阳虚	42	1.67
气滞血瘀	184	7.34	阳虚兼气滞血瘀	49	1.95			
寒凝心脉	101	4.03	阳虚寒凝	33	1.32			
			阳虚兼痰瘀交阻	26	1.04			
			气阴两虚兼痰瘀闭塞	3	0.12			

4.2. 2508 例病例中的中医证型分布表

由表 2 可以看出有明确中医证型的 298 例病例中这 10 种常见证型的病例所占比例由高到低依次为: 1)气虚血瘀、2)心血瘀阻、3)痰瘀交阻、4)痰阻心脉、5)气滞血瘀、6)气虚兼痰瘀交阻、7)气阴两虚、8)气虚痰阻、9)寒凝心脉、10)心阳不振湿热毒邪。其中气虚血瘀最多, 共 646 例, 占 25.76%; 其次是心血瘀阻, 共 333 例, 占 13.28%; 排在第三位的是痰瘀交阻, 共 274 例, 占 10.93%。为了明确稳定型心绞痛中医证型构成分布是否具有差异性, 笔者对 2508 例病人中各证型病例数进行了 χ^2 检验。具体见表 3。

Table 2. 2058 cases of TCM syndrome type distribution table

表 2. 2508 例病例中的中医证型分布表

证型	例数	构成比
气虚血瘀	646	25.76
心血瘀阻	333	13.28
痰瘀交阻	274	10.93
痰阻心脉	240	9.57
气滞血瘀	184	7.34
气虚兼痰瘀交阻	164	6.54
气阴两虚	147	5.86
气虚痰阻	102	4.07
寒凝心脉	101	4.03
心阳不振	98	3.91
其他证型	219	8.73

4.3. 2508 例病例中中医证型分布比较

由表 3 可以看出: 第 1 和第 2、3、4、5、6、7、8、9、10 组均有显著性差异($P < 0.0001$); 2 和 3 组、3 和 4 组、4 和 5 组、5 和 6 组、5 和 7 组、6 和 7 组的病例数相近, 每组之间比较无显著性差异($P > 0.0001$); 同时第 7、8、9、10 组的病例数均相近, 故两两比较时无显著性差异($P > 0.0001$)。因此, 可以认为 2508 例稳定型心绞痛最常见的证型为气虚血瘀型, 第 2、3、4、5、6 组虽病例数相近, 但均与痰和瘀有关, 也应作为稳定型心绞痛的重要分型。

Table 3. 2058 cases of TCM syndrome type distribution

表 3. 2508 例病例的中医证型比较

比较组	χ^2	P 值
1 和 2	124.3	<0.0001
1 和 3	184.2	<0.0001
1 和 4	226.0	<0.0001
1 和 5	308.2	<0.0001
1 和 6	342.1	<0.0001
1 和 7	373.0	<0.0001
1 和 8	465.0	<0.0001

Continued

1 和 9	467.2	<0.0001
1 和 10	473.9	<0.0001
2 和 3	6.524	0.0106
2 和 4	17.04	<0.0001
2 和 5	47.88	<0.0001
2 和 6	63.79	<0.0001
2 和 7	79.70	<0.0001
2 和 8	134.3	<0.0001
2 和 9	135.8	<0.0001
2 和 10	140.2	<0.0001
3 和 4	2.506	0.1134
3 和 5	19.46	<0.0001
3 和 6	30.27	<0.0001
3 和 7	41.82	<0.0001
3 和 8	85.06	<0.0001
3 和 9	86.26	<0.0001
3 和 10	89.94	<0.0001
4 和 5	8.079	0.0045
4 和 6	15.55	<0.0001
4 和 7	24.22	<0.0001
4 和 8	59.76	<0.0001
4 和 9	60.79	<0.0001
4 和 10	63.97	<0.0001
5 和 6	1.235	0.2664
5 和 7	4.428	0.0354
5 和 8	24.93	<0.0001
5 和 9	25.63	<0.0001
5 和 10	27.79	<0.0001
6 和 7	0.9907	0.3196
6 和 8	15.26	<0.0001
6 和 9	15.81	<0.0001
6 和 10	14.85	<0.0001
7 和 8	8.557	0.0034
7 和 9	8.976	0.0027
7 和 10	10.30	0.0013
8 和 9	0.0051	0.9429
8 和 10	0.0833	0.7728
9 和 10	0.0470	0.8282

4.4. 证型虚实分布表

证型虚实分布表见表 4。

Table 4. Card type distribution table
表 4. 2508 例病例的证型虚实分布表

比较组	频次	构成比(%)
实证	1132	45.14
虚实夹杂	1023	40.79
虚证	287	11.44

4.5 证型虚实两两比较

见表 5。结果显示, 虚证与实证或虚实夹杂之间均具有显著性差异($P < 0.0001$), 实证与虚实夹杂间差异不显著($P = 0.0019 > 0.0001$)。从中可以看出, 稳定型心绞痛证型中以实证多见, 其次是虚实夹杂, 最后是虚证。

Table 5. The comparison of false or true type of syndrome
表 5. 2508 例病例的证型虚实两两比较

比较组	χ^2	P 值
实证与虚实夹杂	9.666	0.0019
虚证与虚实夹杂	559.7	<0.0001
实证与虚证	701.7	<0.0001

5. 讨论

稳定型心绞痛是冠心病的一种, 中医古籍中最早记载有类似于冠心病症状的为《内经》: “厥心痛, 痛如以锥针刺其心”, 后在《金匱要略》中有“胸痹”之类的胸痹心痛疾病, 仲景认为该病基本病因病机是“阳微阴弦”, 其临床特点为“胸痹缓急”, 这一认识在现代的临床诊断及治疗中起主导作用[5] [6]。现多认为稳定型心绞痛属于中医的“胸痹”、“心痛”范畴, 对其病因多认为寒邪内侵、饮食不当、情志失调、年老体虚等, 病机为气血阴阳失调, 本虚标实[7]。基于“心主血脉”、“久病必瘀”、“宛陈则除之者, 去血脉”的理论基础, 活血化瘀、理气通络是其重要的治疗法则。证型主要分为以下 5 种: 气虚血瘀型、心血瘀阻型、痰阻血脉型、寒滞血脉型、阳气虚衰型[8], 但临床实际则是患者症状复杂, 证型不一。

通过本次的回顾性分析, 笔者发现, 稳定型心绞痛单以证型统计, 最常见的为气虚血瘀型, 这与中医所认为的该病病机为本虚标实相符。以虚实区分则实证最为多见, 常见证型有 6 种, 分别为心血瘀阻、痰瘀交阻、痰阻血脉、气滞血瘀、寒凝心脉。其次是虚实夹杂, 多为气虚血瘀、气虚兼痰瘀交阻、气虚痰阻。最后是虚证, 为气阴两虚和心阳。笔者考虑, 稳定型心绞痛患者大多处于疾病初期, 实邪较甚, 而虚象较轻或尚未造成过度虚损, 故此时宜祛实为主, 邪气已除, 则正气自复, 故对于稳定型心绞痛患者临床辨证多为实。因此, 对于稳定型心绞痛患者的中医药治疗中气虚血瘀者多以活血、化瘀、补气为主, 偏血瘀者多以活血之药为主, 同时也要注意补益虚损, 在此基础上配以补气之品, 标本兼顾, 共奏扶正祛邪之功。而对于单纯实证患者, 则针对实邪的种类分别祛之, 瘀者活之, 痰者化之, 寒者散之。虚实夹杂者应做到二者兼顾治疗, 单纯虚证者则以补虚为宜, 不可过于攻伐。现代医学认为, 稳定型心绞痛也是一种慢性炎症性疾病, 而活血化瘀中药能通过多成分、多靶点、多途径作用模式抗炎以治疗冠心病[9]。

2008年其其格等[10]对9790例冠心病心绞痛的患者进行辨证分型文献研究,结果发现排在前十位的是气虚血瘀、痰瘀互结、心血瘀阻、气滞血瘀、气阴两虚、气虚痰阻瘀型、痰浊壅塞、气滞血瘀兼心肾阳虚、心阳不振和心气虚损,其中有8种证型与本文研究结果相同,说明近十年来稳定型心绞痛的证型变化不大。

在本次文献分析中,笔者发现稳定型心绞痛的辨证分型存在多种问题,如:辨证依据种类繁多,缺乏统一标准;部分临床入组病例数较少,且诊断、纳入和排除标准不详;研究者对于证型的判定具有较强的主观性,缺乏客观的评判标准等。所以本文也具有一定的局限性,如原始研究材料的研究设计不严谨,纳入文献或有遗漏,证型分类主观性较强等。

冠心病稳定型心绞痛的形成原因和过程复杂,对其辨证治疗也必当根据阴阳气血及脏腑经络之虚实,兼顾各种病理产物,在稳定型心绞痛的治疗中传统医学的疗效有待明确,值得进行深入发掘与研究。

基金项目

第三轮中医三年行动计划——龙华医院国家中医药传承创新工程内涵建设(子项目:基于“心主血脉”理论观察桃仁红花煎对冠状动脉粥样硬化性心脏病免疫损伤的干预研究,编号:ZY(2018-2020)-CCCX-2002-04)。

参考文献

- [1] Mathers, C.D., Boerma, T. and Ma Fat, D. (2009) Global and Regional Causes of Death. *British Medical Bulletin*, **92**, 7-32. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldp028>
- [2] 陈伟伟, 高润霖, 刘力生, 朱曼璐, 王文, 王拥军, 吴兆苏, 李惠君, 顾东风, 杨跃进, 郑哲, 蒋立新, 胡盛寿. 《中国心血管病报告2017》概要[J]. 中国循环杂志, 2018, 33(1): 1-8.
- [3] Liu, W., Xiong, X., Yang, X., Chu, F. and Liu, H. (2016) The Effect of Chinese Herbal Medicine Gualouxiebaibanxia Decoction for the Treatment of Angina Pectoris: A Systematic Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, **2016**, Article ID: 8565907. <https://doi.org/10.1155/2016/8565907>
- [4] Guo, X.Y., Liu, J., Liu, J., Li, H.J. Qi, Y., Qin, L.P., et al. (2013) Use of Traditional Chinese Medicine in Chinese Patients with Coronary Heart Disease. *Biomedical and Environmental Sciences*, **26**, 303-310.
- [5] 田芸. 胸痹辨治中“阳微阴弦”含义初探[J]. 辽宁中医杂志, 2012, 39(3): 451-452.
- [6] 郑虎占. 对《金匱要略》“阳微阴弦”的认识及应用体会[J]. 北京中医药, 2008(4): 270-271.
- [7] 谢昂, 王凤荣. 胸痹心痛病名与病机[J]. 实用中医内科杂志, 2013, 27(12): 160-161 + 165.
- [8] 王永炎. 中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997.
- [9] 孔鹏云, 高琳, 白扬, 丘志良, 任素剑, 杨力强. 血府逐瘀汤治疗冠心病网络模块化分析[J]. 广西中医药, 2017, 40(3): 45-49.
- [10] 其其格, 王伟, 胡立胜, 毕力夫, 郭淑贞. 9790例冠心病心绞痛辨证分型文献统计分析[J]. 山西中医, 2008(10): 31-33.

知网检索的两种方式:

1. 打开知网页面 <http://kns.cnki.net/kns/brief/result.aspx?dbPrefix=WWJD>
下拉列表框选择: [ISSN], 输入期刊 ISSN: 2166-6067, 即可查询
2. 打开知网首页 <http://cnki.net/>
左侧“国际文献总库”进入, 输入文章标题, 即可查询

投稿请点击: <http://www.hanspub.org/Submission.aspx>

期刊邮箱: tcm@hanspub.org