

冠心病心绞痛中医证候的文献研究

李艳娟^{1,5} 王凤荣² 张明雪³ 陈 星⁴ 王 蕾⁵ 王 丹⁵

(1 辽宁中医药大学, 沈阳, 110032; 2 辽宁中医药大学附属第一医院, 沈阳, 110032; 3 辽宁中医药大学附属第一医院, 沈阳, 110032; 4 营口出入境检验检疫局, 营口, 115000; 5 沈阳市第二中医医院, 沈阳, 110101)

摘要 本文对冠心病心绞痛中医证候进行了系统综述。本研究主要从传统医学文献研究、现代医学文献研究、现代医学对冠心病心绞痛的认识、中医证候的多方位研究等多个方面进行总结, 为量化临床症状和体征, 建立冠心病心绞痛计量诊断表, 探讨常见中医证候的规范化和量化研究方法提供依据, 为建立冠心病心绞痛常见中医证候诊断模型, 实现冠心病心绞痛定量诊断开辟了新的途径。

关键词 冠心病心绞痛; 中医证候; 计量学; 文献研究

Literature Study on TCM Syndromes of Angina Pectoris Caused by Coronary Heart Disease

Li Yanjuan^{1,5}, Wang Fengrong², Zhang Mingxue³, Chen Xing⁴, Wang Lei⁵, Wang Dan⁵

(1 Liaoning University of Traditional Chinese Medicine, Shenyang 110032, China; 2 Internal Medicine-Cardiovascular Department, The First Clinical College Of Liaoning Hospital of TCM, Shenyang 110032, China; 3 Yingkou Entry-Exit Inspection and Quarantine Bureau, Yingkou 115000, China; 4 Medical record room, Shenyang Second Hospital of TCM, Shenyang 110101, China; 5 Pharmacy Department, Shenyang Second Hospital Of TCM, Shenyang 110101, China)

Abstract In this paper, the TCM syndromes of angina pectoris caused by coronary heart disease were comprehensively reviewed. This research mainly summarized different understandings of angina pectoris due to the coronary heart disease from the traditional medicine literature research, the modern medical literature research and the modern medicine and multi-orientation studies about TCM syndromes on etc. It may provide a basis for the quantification of clinical signs and symptoms, the establishment of the measuring and diagnostic tables for coronary heart disease angina pectoris, the standardization of common TCM syndromes and quantification of research methods. It may open up a new way for the establishment of the traditional Chinese medicine syndrome diagnosis model for angina pectoris due to coronary heart disease and to realization of the quantitative diagnosis for angina pectoris caused by coronary heart disease.

Key Words Angina pectoris of coronary heart disease; Chinese medicine syndrome; Metrology; Literature research

中图分类号: R256.22 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2016.03.049

冠心病(Coronary Heart Disease, CHD)是冠状动脉粥样硬化改变导致血管管腔狭窄、阻塞, 和(或)因冠状动脉痉挛等功能性改变, 导致心肌缺血、乏氧或坏死而引起的心脏疾病^[1]。冠心病心绞痛是临床常见病、多发病, 临床上以胸骨后部压榨性疼痛为主, 是心肌暂时性或急剧性缺血、缺氧引起的临床综合征。本病属于中医学“胸痹”“心痛”等病症的范畴^[2]。目前中医证候研究仍存在着多种问题, 很大程度上阻碍了中医药研究的发展。中医证候规范化, 是中医学现代化、客观化、标准化的重要体现。众多学者通过对中医古籍、现代文献、临床调查等所做的研究, 促进了冠心病心绞痛中医证候规范化的

进展, 现就冠心病心绞痛的研究概况总结如下。

1 古代医学文献研究

1.1 对病名的认识 中医文献中并无冠心病心绞痛这一病名, 通过临床实践结合病象分析, 冠心病心绞痛可归属于中医“胸痹”“胸痛”“心痛”等范畴。“胸痹”病名首见于《灵枢·五邪》中, 曰:“邪在心, 则病心痛”。《素问·藏气法时论》中记载:“心病者, 胸中痛, 胁支满, 胁下痛, 膺背肩胛肩痛, 两臂内痛”, 对冠心病心绞痛疼痛的性质和部位进行了较详细的描述。“胸痹”病名正式提出是在张仲景的《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》篇, 书中记载:“胸痹之病, 喘息咳唾, 胸背痛, 短气, 寸口脉沉而迟,

基金项目: 国家自然科学基金面上项目(编号: 81273698); 辽宁省中医药临床学(专)科能力建设项目(编号: 2012-lnzyxzk-01); 辽宁省特聘教授项目; 沈阳市科技计划项目(编号: F12-155-9-00)

作者简介: 李艳娟(1981.02—), 女, 博士, 主治医师, 研究方向: 中西医结合心血管方向, E-mail: 582902286@qq.com

通信作者: 张明雪(1962.02—), 女, 博士, 教授, 博士研究生导师, 研究方向: 中医药防治心血管疾病临床与实验研究, E-mail: zmx6228@163.com

关上小紧数”。宋金元时代的《圣济总录·心痛总论》对胸痹的记载与冠心病心绞痛发作时的症状相似。其曰“心痛诸候,有寒气卒客于脏腑,发卒痛者;有阳虚阴厥,痛引喉者;有心背相引,善蜷偻者;有腹胀归于心,痛甚者;有急痛如针锥所刺者,有其色苍苍,终日不得太息者;有卧则从心间痛,动作愈甚者;有发作积聚往来,上下痛有休止者。或因于饮食,或从于外感,中脏既虚,邪气客之,痞而不散,宜通而塞,故为痛也”。明清时期,医者明确指出了心痛与胃脘痛的区别。《证治准绳·杂病·诸痛门》云:“心与胃各一脏,其病形不同,因胃脘痛处在心下,故有当心而痛之名,岂胃脘痛即心痛者哉。历代方论,将二者混同叙于一门,误自此始”。

1.2 对病因病机的认识 战国时期的《素问·生气通天论》记载:“味过于甘,心气喘满”。《素问·五脏生成论》记载:“多食咸,则脉凝涩而变色”。可见,嗜食肥甘,或烟酒成癖,内伤脾胃,运化失健,聚湿生痰,上犯心胸,阻滞心阳,胸阳失展,气机不畅,心脉痹阻,可发胸痹。汉代张仲景《金匮要略·胸痹心痛短气病脉证治》篇云“夫脉当取太过不及,阳微阴弦,即胸痹而痛,所以然者,责其极虚也”,“阳微”是上焦阳气不足,胸阳不振之象;“阴弦”是阴寒太盛,水饮内停之征,说明胸痹心痛的病因是上焦阳气不足,下焦阴寒太盛,病机归纳为“阳微阴弦”。隋代巢元方在《诸病源候论·胸痹候》云“因邪迫于阳气,不得宣畅,壅瘀生热”。此外,《诸病源候论》中还说到“心痛者,风冷邪气乘于心也……”“寒气客于五脏,因虚而发,伤之而痛为真心痛”。指出心痛的发生与风、寒之邪等内乘于心有关,并将心痛分为虚实治疗。宋代陈无择在《三因极一病证方论》中说“皆脏气不平,喜怒忧郁所致”,提出情志发病的理论。金元名家张子和在《儒门事亲》所言:“夫膏粱之人,……酒食所伤,以致中脘留饮胀闷,痞膈醋心”。嗜食膏粱厚味,损伤脾胃,脾失健运,化湿成痰,痰浊痹阻发为本病。到了明清时期,对本病有了进一步的认识。清代喻嘉言在《医门法律·中寒门》曰:“胸痹心痛,然总因阳虚,故阴得乘之”。林佩琴在《类证治裁·胸痹》中云“胸痹胸中阳微不运,久则阴乘阳位,而为痹结也”。认为患者老龄,素体亏虚,精血渐竭。肾阳虚则无法温煦其他脏器,心阳不足,血运不畅,阻滞心脉,发为胸痹。经过历代医家的不断完善,目前认为胸痹病因主要有外邪侵犯、脏腑亏虚、饮食不节、情志失调等,而心阳不足为病之本,气滞、血瘀、痰浊、寒凝为病之标。

2 现代医学文献研究

2.1 对病名的界定 由国家质量监督检验检疫总局颁布,中医临床术语中将胸痹(心痛)定义为:因胸阳不振,阴寒痰浊留踞胸廓;或心气不足,鼓动乏力使气血痹阻,心失所养,导致的以胸闷、反复发作性胸痛为主要表现的内脏痹病类疾病^[3]。《国家标准应用·中医内科疾病诊疗常规》指出:胸痹(心痛)相当于西医学所说的缺血性心脏病,即冠心病^[4]。

2.2 对病因病机的认识

2.2.1 气血不调,心脉瘀阻 曹玉山^[5]认为:心主血脉,心气不足,鼓动乏力,气血运行不畅,阻滞心脉,不通则痛。故主张胸痹应重视气血,和调为旨,认为疾病产生皆因气血失调。

2.2.2 毒瘀互结,侵袭心脉 陈可冀^[6]等在血脉瘀滞致病的基础上,结合冠心病中医临床征象,微观变化特点,传统医学有关因毒致病的认识,指出冠心病的主要病因病机为毒瘀互结、因毒致变。

2.2.3 七情内伤,累及于心 张守刚^[7]指出:“心病从肝论治”的理论。大量资料表明,精神心理性疾病,心血管疾病,经常同时出现在一个患者身上,彼此影响、互为因果,影响疾病的发展和变化。这与中医理论“脏腑相关、形神统一”相得益彰。

2.2.4 饮食不节,痰饮内生 顾仁樾^[8]认为:嗜食肥甘或生冷之物,日久损伤脾胃,运化失司,聚湿生痰,痰湿生热,或痰阻血瘀均可引发胸痹心痛。故“痰邪”是冠心病的独立的危险因素,且与吸烟、肥胖、高脂血症等易致冠心病的其他因素亦有密切的关系。

2.3 对辨证分型的认识 目前,中医对冠心病心绞痛的辨证分型认识尚不统一,亦无统一规范。国家多次召开会议,在不同时期总结、修改了冠心病心绞痛的分型,主要成果有:1987 年修订的诊疗规范^[9],包括 6 个证型:心阳不振型、心血亏损型、寒凝气滞型、心血瘀阻型、气阴两虚型、痰浊闭塞型。1990 年中国中西医结合学会修订了“冠心病中医辨证标准”^[10],该标准将冠心病分为标实、本虚 2 类。本虚证包括气虚证、阴虚证、阳虚证、阳脱证,标实证包括寒凝证、气滞证、痰浊证、血瘀证。2002 年由国家食品药品监督管理局制定的指导原则^[11],包括 8 个证型:阴寒凝滞型、气滞血瘀型、痰阻心脉型、阳气虚衰型、气虚血瘀型、气阴两虚型、心肾阴虚型、心血瘀阻型。

同时,不同学者亦通过理论探索,结合多年临床

实践,为方便临床应用,总结出不同的辨证分型方法。如李幼勋等^[12]认为本病是以心气亏虚为本,故而分为4个证型:心气不足型、气虚血瘀型、气阴两虚型、气虚痰阻型。周氏^[13]对30年的冠心病心绞痛相关文献辨证分型进行统计,可总结为:1)按八纲分型;2)按标本分型;3)脏腑阴阳分型;4)按阴阳、脏腑、气血、痰浊等混合分型;5)按证候分型;6)按有痛、无痛分期分型;7)按辨病与辨证相结合分型。张桂明^[14]认为,冠心病心绞痛应首辨虚实,虚证包括:心脾肾虚型、阴虚阳亢型、心气亏虚型、心阴不足型,实证包括:气滞血瘀型、痰湿内阻型。陶克文^[15]认为,血脉运行瘀滞是胸痹心痛的主要病理特点,围绕血瘀的特点,将该病分为气滞血瘀型、痰热血瘀型、阴虚血瘀型、气虚血瘀型、血瘀阻络型、痰饮血瘀型、阳虚血瘀型、痰浊血瘀型等8个证型。目前,冠心病辨证分型方法和辨证思路,多是临床报道和个人经验,尚缺乏系统的证候学观察和研究,而国家标准存在涵盖临床范围小等问题。进一步的完善和修订,总结出更科学、有效的辨证分型规范,已成为目前亟待解决的问题。

2.4 对治疗方法的研究

2.4.1 名老中医经验 颜德馨^[16]认为心主血脉,情志所伤,气机郁结,血流不畅则脉络瘀滞,或久病入络,气滞血瘀,心脉痹阻,发为本病。王清任的“血府逐瘀汤加减”最为合适。心体阴而用阳,心阳失于温煦,胸阳不展,气血运行不畅,饮凝胸中,痹阻心脉,发为本病,故颜老自拟的益气化瘀,活血通络的“益心汤”配以瓜蒌、薤白通阳为主,酌加半夏、茯苓、橘皮、枳壳、桔梗、菖蒲、郁金等,宣痹化饮,温通心阳。邓铁涛^[17]认为冠心病病机特点是“正虚为本,邪实为标”。岭南地区气候湿热,冠心病少见寒邪凝滞,临床多见胸闷、胸痛,胸中压迫感,伴有肢体困倦、舌苔浊腻、脉滑或弦等痰湿之象。邓老提出心脾相关理论,主张治心必健脾,处方取温胆汤清利痰湿之效,佐以健脾利湿,效如桴鼓。张伯臾^[18]认为:冠心病为本虚标实之证,本虚分气、血、阴、阳不足,标实有气滞、血瘀、痰浊3种。治疗讲究阴中求阳,阳中求阴,气血双调。治虚证以“补中寓通寓化”为理念,以补为主,同时加活血、理气、祛痰药。治邪实以“活血化瘀”“开痹化痰”“芳香理气”为理念,但又注意顾护正气,以达“祛邪不伤正”。名老中医在治疗冠心病方法上虽各有千秋,但益气活血、化痰通络法贯穿于治疗的始终,佐证了冠心病为本虚标实之证,治疗当以扶正祛邪的原则。

2.4.2 外治法

2.4.2.1 针灸治疗 丁奇峰^[19]在辨证论治的基础上,对45例冠心病心绞痛患者以内关穴为主穴辨证加减,施以温通针刺手法。研究结果:显效14例,改善27例,无效4例,总有效率91.1%。可见,传统温通针刺手法对冠心病心绞痛有良好的效果。

2.4.2.2 穴位贴敷 穴位贴敷疗法是以经络、穴位为载体和通道,将药物直接作用于相关脏腑。潘善余^[20]通过选心俞、足三里等6组穴位,治疗36例患者,治疗前后心电图ST段与T波的改变有改善的有20例,有效率55.6%。

2.4.2.3 穴位推拿按摩 推拿法是通过刺激胸壁、摩擦穴位或敏感痛点,利用经络传导,增加心肌供血,改善冠心病心绞痛。张建国^[21]在临床上治疗心绞痛有效率93.1%。辨证配取手少阴经、任脉、督脉等经络的穴位,采用揉法、震颤法、按法、擦法等多种手法。

3 现代医学对冠心病心绞痛的认识

3.1 对病名的认识 冠心病是以心肌缺血为特征,故又称为缺血性心脏病,是冠状动脉粥样硬化使血管腔狭窄或阻塞,或(和)因冠状动脉功能性改变(痉挛)导致心肌缺血、缺氧或坏死而引起的心脏疾病,是临床常见病之一。冠心病心绞痛即冠状动脉供血不足、心肌暂时性或急剧性缺血、缺氧所引起的,以胸骨后部压榨性疼痛为主要临床表现的临床综合征,是临床常见病、多发病。

3.2 对病因及发病机理的认识 现代研究表明,冠心病心绞痛是多因素共同参与,导致冠状动脉粥样硬化。随着现代科学技术的发展,工作、生活压力在增加,人类平均寿命在延长,体力活动在减少,饮食结构在改变,多种危险因素不断叠加。

3.2.1 年龄与冠心病 冠心病的患病率与年龄增长呈正比。

3.2.2 性别与冠心病 冠心病有较高的发病率、复发率及死亡率,是威胁人类健康的头号杀手^[22]。但由于性别差异使机体内NO的生物活性和反应性不同、能量代谢及生理性雌激素在性别中的差异,降低了女性患冠心病的风险^[23-27]。故使本病男女死亡率之比为2:1,且男性发病年龄比女性平均早近10年。

3.2.3 季节与冠心病 张地红等^[28]对314例急性心肌梗死患者的分析不难看出,由于寒冷因素刺激,体循环血管收缩,外周阻力增加,心肌耗氧量随之增加,诱发冠脉痉挛、心肌缺血甚至管腔闭塞,从而导致发病,故临床上春、冬季节急性心肌梗死(AMI)发

患者数均高于夏秋季节。

3.2.4 血脂与冠心病 血脂异常是冠心病的独立危险因素。通过损伤血管壁内层表皮,促使形成氧化型低密度脂蛋白。氧化型低密度脂蛋白是由巨噬细胞、血管壁内皮细胞、平滑肌细胞,结合氧自由基,共同作用修饰,通过活化 T 淋巴细胞和 B 淋巴细胞,最终导致炎性免疫反应。多项研究表明:冠状动脉斑块破裂、出血和炎性反应,斑块不稳定导致血液内氧化型低密度脂蛋白数量增多,为急性冠脉综合征发病主要诱因。于顾然等^[29]研究发现:冠心病脂质代谢异常实证者多于虚证者,实证的心血瘀阻证和痰浊壅塞证脂质代谢异常最为明显,虚证者以气阴两虚证变化较显著。

3.2.5 急性炎症反应蛋白(hs-CRP) 研究发现 hs-CRP 是冠心病独立的危险因素,hs-CRP 浓度,可间接反映血管内斑块的稳定性。

3.2.6 胰岛素抵抗(IR) 胰岛素抵抗是冠心病的独立危险因素。张继东等^[30]研究发现:胰岛素敏感指数(ISI)在冠心病痰阻心脉、心血瘀阻型中,要低于气阴两虚、气虚血瘀型($P < 0.05$),且存在纤溶系统活性的异常。

3.2.7 高同型半胱氨酸(Hcy)血症 高同型半胱氨酸血症为冠心病的独立危险因素。严卉等^[31]研究发现:筛查冠脉造影呈阳性中,患者的血 Hcy 水平在心血瘀阻型中显著高于气阴两虚型及痰浊壅塞型($P < 0.05$),而血 Hcy 水平在痰浊壅塞型及气阴两虚型中无明显差异。

3.3 诊断与临床表现

3.3.1 表现部位 胸骨体后,可波及心前区,并向左肩部、左上肢的前内侧放散,甚至达无名指和小指及颈咽、下颌部。症状不典型或老年人仅见胃部不适或牙痛。

3.3.2 疼痛性质 压迫性、紧缩性、烧灼感,甚至有濒死的恐惧感。当心绞痛不典型时,疼痛很轻或仅有左前胸不适感。

3.3.3 发病诱因 体力劳动、情绪波动、寒冷、饱餐、吸烟等情况下诱发。

3.3.4 持续时间 多为 3~5 min,很少超过 0.5 h。

3.3.5 缓解方式 停止诱因活动或舌下含服硝酸酯类药物可迅速缓解。

3.4 心电图表现 心电图不仅能反映心房、心室的结构功能情况,还可以反映心肌受损的程度和发展过程。

心绞痛发作时,心电图表现为以 R 波为主的导

联中,以 ST 段压低,T 波低平或倒置多见(变异型心绞痛除外)。田松^[32]对冠心病中医辨证分型与心电图变化相关性研究发现:心电图异常中,以心阴亏虚证最低,心血瘀阻证最高。

3.5 超声心动图表现 三维超声心动图能更直观发现病变心脏和血管结构的改变,了解异常心肌室壁运动情况,把握心脏舒、缩功能等。林金忠等^[33]研究发现:心血管重构可能与心血瘀阻证相关。三维超声心动图显示,收缩期末和舒张期末室间隔厚度,左室后壁厚度在冠心病实证者中均明显厚于正常对照组,心功能降低程度心血瘀阻证 > 痰浊壅塞证 > 阴寒凝滞证($P < 0.01$)。

3.6 冠状动脉造影表现 冠状动脉造影是目前诊断冠心病的“金标准”。冠脉造影不仅可以直观的观察冠脉血管的数量、走行情况、有无畸形和变异,还可发现冠脉狭窄的部位、斑块的稳定程度和狭窄的严重程度,是冠心病最有价值的有创性检测手段。何静等^[34]对 40 例有典型心前区疼痛史,心电图有 ST-T 改变,且行冠脉造影检查的患者,进行回顾性分析,结果提示:冠脉造影阳性(冠脉狭窄 > 50%)21 例,占 52.5%,阴性 19 例,占 47.5%。张敏州等^[35]研究发现:中医证型和冠脉狭窄具有相关性。三支病变组痰浊证和血瘀证均明显高于冠脉正常组,气滞证较无病变组明显减少,双支病变组的痰浊证比无病变组要高。可见,痰浊证和血瘀证是胸痹心痛危险证型。

4 对中医证候的多方位研究

4.1 中医证候的规范化研究 “证”是对疾病阶段性病理本质的概括,是机体整体反应状态,是中医辨证论治的根本。四诊方法是对临床资料的收集、整合,在此过程中必然受到主观因素的影响,势必影响中医的发展。王叔和的《脉经》记载曰:“百病根源,各以类例相从,声色证候靡不赅备”。历代医者对证、证候解释亦不同。1984 年召开的“中医证候规范”研究课题会议规定:“证”代表证候,“症”代表症状,“病”代表疾病^[17],但却没有得到广大学者的认同。广大学者从冠心病中医证候的分布规律及客观化等多角度进行了研究。

4.1.1 冠心病中医证候的分布规律 吴辉等^[36]研究发现:冠心病病程较短、年龄偏低的多为实证,反之病程较长、年龄较高者多为虚证。张晓英等^[37]研究发现:冠心病的虚实与性别相关,女性多为虚证,男性多为实证。刘志刚等^[38]对冠心病的证候分布与地域相关性研究发现:冠心病南方发病以痰浊阻

滞证居多,而心血瘀阻证则北方多见。可见,在探寻冠心病心绞痛的中医证候时,应注意虚、实辨别,参考性别、年龄、病程、地域、气候等相关因素的影响,综合分析。

4.1.2 冠心病中医证候的客观化 管昌益等^[39]借助冠状动脉造影,这一诊断冠心病“金标准”所做的研究发现:冠脉3支病变的阳虚者<气虚者,冠脉1-2支病变的气虚者<阳虚者。可见,冠心病中医证型与冠状动脉的狭窄程度、病变支数存在相关性。孙春霞等^[40]对1 001例介入治疗患者研究发现:冠心病术后再狭窄以阳虚血瘀证最为多见。袁肇凯等^[41]研究发现:胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、胆固醇低密度脂蛋白(LDL-C)的含量与冠心病血瘀证及痰浊证具有相关性。

综上所述,现代医学检测手段的不断发展,促进了冠心病中医证候客观化的进步。但中医讲求整体辨证,辨病与辨证相结合,任何一个指标或参数,都难以担当起完整的反映疾病本质的重任,它只能为证候诊断的提供参考。

4.2 中医证候的规范化方法研究

4.2.1 文献整理法 文献整理法是中医证候研究的基本方法。从历代中医文献、期刊、专著及诊疗标准中寻找研究因素,整理归纳。衷敬柏采用统计分析方法,对冠心病心绞痛近10余年21篇文献,2 689例病例的辨证治疗及辨证分型进行整理,总结出10个证候要素。

4.2.2 统计分析法 统计分析法有单因素分析和多元分析两种方法。单因素统计分析适用于中医证候的研究,筛选出对诊断意义较大的指征,做进一步的量化研究。主要有频数、卡方检验、Ridit分析等方法。多元分析在中医证候研究领域中的应用广泛,具有操作简单,结果易于解释等优点。主要有聚类分析、判别分析、因子分析、Logistic回归分析等。吴焕林^[42]等运用聚类分析方法,进行回顾性调查研究,得出不同中医证型的诊断条件。多元统计方法在中医证候研究中价值仍处于探索中,需要做深入研究,摸索新的方法。

4.2.3 数据挖掘法 数据挖掘技术是模拟中医专家诊断推理过程,对证候与症状间的复杂关系进行辨析,目前在中医证候研究领域倍受关注。常用的有神经网络、决策树、贝叶斯等。王学伟等^[43]应用贝叶斯网络方法,对血瘀证进行定量诊断与分析,建立出对血瘀证的贝叶斯诊断模型,其诊断准确率达96.6%。

中医证候诊断是一个非线性的复杂巨系统,借助数据挖掘技术,尝试探索中医证候定量诊断的新方法,以实现中医定量诊断的新突破。

5 计量学在中医研究领域中的应用

辨证论治是将理、法、方、药综合运用于临床的过程,是中医学的基本特点,是中医诊治疾病的主要方法。但受医学水平、地域及文化的差异等主观因素的影响,在继承、发展上存在着局限性。而以中医经典、名家名著作样本,进行辨证分析,存在样本含量低,难以实现信息之间的相关性、复杂性分析。因此,运用数理统计对中医辨证进行量化研究,特别是对各个定量指标与证候的相关性进行分析,总结辨证规律,建立中医证候诊断的量化模型,可为量化辨证开辟一条新的途径。

目前中医证候量化诊断研究,主要运用临床流行病学中的DME(设计、衡量、评价)、计算机模式识别、多元统计分析等方法。证候同源于一种疾病,彼此有一定的相关性,其症状、体征可能会反复出现,对于并不具备特异性者当予以剔除。Logistic回归模型通过分析变量的“贡献率”,可以实现对应变量的取舍。如刘士敬等对脾气虚证的中医不同系统的129种疾病,868例临床患者的证候因素进行研究,甄别出17种对诊断脾气虚证意义较大的因素,建立了脾气虚证诊断标准。而最大似然法模型^[44]是以症状、体征出现的频率为基础,利用指数值与频率的对应关系代入计算,得出最大评分值,将其作为该病诊断的近似评价依据。如邱向红^[45]利用最大似然法,收集了128例患者临床数据,其中脾虚证58例,非脾虚证70例,经过综合分析处理,得出脾虚常见证候11个,把这些证候分为出现、不出现2类,最终建立了脾虚证和非脾虚证的概率表及脾虚证的计量诊断表,经回代检验符合率为98.6%。可见,量化标准要求既能判断证候的有无,又能判别程度轻重,才能与其他基本证候进行横向比较。

6 问题与前景

中医药在冠心病心绞痛治疗中能发挥其独特的疗效和优势。但是,目前中医证候研究仍存在着多种问题,很大程度上阻碍了中医药研究的发展。中医证候规范化,是中医学现代化、客观化、标准化的重要体现。通过对中医古籍研究、现代文献研究、临床调查研究等,冠心病心绞痛的中医证候规范化取得了可喜的成绩,但仍然存在不足。第一,许多研究并未采用冠脉造影这一“金标准”,诊断标准和辨证标准的不一致,势必影响研究成果的对比、分析和应

用。第二,缺少具备多中心、大样本、临床双盲性的研究。第三,目前对证候的本质研究尚处于初步阶段,过度追求特异性指标会导致与宏观研究相分离。

在此背景下,中医证候量化诊断的研究日益受到重视。中医学理论博大精深,融入了许多的数学知识和思维模式,故在中医证候研究中引入数理统计的方法是科学的、可行的。在未来的研究中,我们要采用冠脉造影这一金标准,规范化的中医辨证分型,进行设计科学合理的临床试验研究,合理应用医学统计方法,量化冠心病心绞痛临床症状和体征,建立冠心病心绞痛中医证候定性定量相结合的证候诊断标准,为实现冠心病心绞痛定量诊断开辟新的途径,进而提高冠心病心绞痛的中医防治水平。

参考文献

- [1] 陆再英,钟南山. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:267-302.
- [2] 滕龙,洪芳,何建成. 冠心病中医证候微观诊断指标的研究进展[J]. 时珍国医国药,2012,23(12):3119-3121.
- [3] 陈贵廷,薛赛琴. 最新国内外痰病诊疗标准[S]. 北京:学苑出版社,1992:209-212.
- [4] 中西医结合心血管学会. 冠心病的中医辨证标准[S]. 中西医结合杂志,1991,11(5):257.
- [5] 金华,曹玉山治疗冠心病思路探析[J]. 中国中医药信息杂志,2011,18(3):92-93.
- [6] 陈可冀,史大卓,徐浩,等. 冠心病稳定期因毒致病的辨证诊断量化标准[J]. 中国中西医结合杂志,2011,31(3):313-314.
- [7] 张守刚. 心病从肝论治思维探析[J]. 上海中医药杂志,2011,45(6):28-30.
- [8] 褚田明. 顾仁樾从痰论治冠心病经验[J]. 中医临床研究,2011,3(18):86.
- [9] 陈贵廷,薛赛琴. 最新国内外痰病诊疗标准[S]. 北京:学苑出版社,1992:209-212.
- [10] 中西医结合心血管学会. 冠心病的中医辨证标准[S]. 中西医结合杂志,1991,11(5):257.
- [11] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002.
- [12] 李幼勋,王德华. 胸痹的病因病机及其证治述略[J]. 实用中医内科杂志,2002,16(4):184.
- [13] 周文泉. 冠心病心绞痛辨证论治研究进展(一)[J]. 新中医,1980,12(5):43.
- [14] 张桂明. 冠心病心绞痛从虚实论治[J]. 长春医学院学报,1994,10(45):8-9.
- [15] 陶克文. 胸痹心痛证治体会[J]. 实用中医药杂志,1994,10(3):3.
- [16] 颜德馨. 中医心脑血管病诊治精粹[M]. 北京:人民卫生出版社,

2009:37-40.

- [17] 邓铁涛. 邓铁涛医学文集[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:1729.
- [18] 张伯臾. 中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1999:108-111.
- [19] 丁奇峰,郑俊江. 温通针法针刺内关穴治疗冠心病[J]. 甘肃中医学院学报,2002,19(4):3-4.
- [20] 潘善余. 穴位敷贴治疗冠心病 36 例疗效分析[J]. 浙江中医学院学报,1998,22(1):34.
- [21] 张建国. 推拿治疗冠心病心绞痛临床观察[J]. 按摩与导引,2002,18(3):21-22.
- [22] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of coronary heart disease—United States, 2006-2010 [S]. MMWR Morb Mortal Wkly Rep,2011,60(40):1377-81.
- [23] Dougherty AH. Gender balance in cardiovascular research: importance to women's health[J]. Tex Heart Inst J,2011,38(2):148-50.
- [24] Pérez-López FR, Larrad-MurL, Kallen A, et al. Gender differences in cardiovascular disease; hormonal and biochemical influences[J]. Reprod Sci,2010,17(6):511-531.
- [25] Regitz-Zagrosek V, Lehmkuhl E, Mahmoodzadeh S. Gender aspects of the role of the metabolic syndrome as a risk factor for cardiovascular disease[J]. Gend Med,2007,4 Suppl B:S162-177.
- [26] Thomson VS, John B, George P, et al. Aspirin resistance in Indian patients with coronary artery disease and cardiovascular events[J]. J Postgrad Med,2009,55(4):252-256.
- [27] Candore G, Balistreri CR, Listì F, et al. Immunogenetics, gender, and longevity[J]. Ann N Y Acad Sci,2006,1089:516-537.
- [28] 张地红,梁三平. 急性心肌梗塞患者 314 例分析[J]. 山西职工医学院学报,1999,9(3):29.
- [29] 于顾然,贺燕勤,郭云庚,等. 冠心病中医证型与胰岛素抵抗、脂质及红细胞膜 ATP 酶关系的临床研究[J]. 中医杂志,2004,41(2):111-112.
- [30] 张继东,乔云,武传龙,等. 冠心病患者胰岛素抵抗与中医辨证分型及纤溶系统活性的相关性研究[J]. 中国中西医结合杂志,2004,24(5):408-410.
- [31] 严卉,胡晓晨,陈君柱,等. 血浆同型半胱氨酸和冠状动脉粥样硬化严重程度与中医证型的关系[J]. 中国中西医结合杂志,2002,22(11):813-815.
- [32] 田松. 冠心病心电图变化与中医辨证分型的相关性研究[J]. 中医药临床杂志,2006,8(18):333-334.
- [33] 林金忠,蔺德明. 冠心病辨证属实证者左心室功能和结构变化研究[J]. 实用中医药杂志,2001,17(12):3-5.
- [34] 何静,李炎华,刘旭辉. 冠心病心电图诊断与冠脉造影结果的对比研究[J]. 中国中医药咨讯,2011,3(14):388.
- [35] 张敏宇,丁邦哈,张维东,等. 375 例胸痹心痛患者冠状动脉造影结果与中医证型的对比研究[J]. 中国中西医结合急救杂志,2004,

11(2):115-117.

[36] 吴辉, 于扬文, 吴伟, 等. 116 例冠心病患者中医证候及病因分析[J]. 江苏中医药, 2004, 25(10):30-31.

[37] 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.

[38] 刘志刚, 柴程芝. 冠心病症候分布的地域特征[J]. 中医研究, 2008, 21(12):30-32.

[39] 管昌益, 张文高. 冠心病本虚标实证冠状动脉造影结果分析[J]. 山东中医药大学学报, 2000, 24(1):29.

[40] 孙春霞, 颜乾麟, 黄书慧, 等. 1001 例冠心病介入术后患者中医证候调查[J]. 中医杂志, 2010, 51(9):827-829.

[41] 袁肇凯, 田松, 黄献平, 等. 冠心病痰瘀证候血脂指标的 Meta 分

析[J]. 云南中医学院学报, 2008, 31(5):1-8.

[42] 吴焕林, 阮新民, 罗文杰, 等. 319 例冠心病患者证型分布聚类分析及证型诊断条件的确立[J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(7):616-618.

[43] 王学伟, 瞿海斌, 王阶, 等. 一种基于数据挖掘的中医定量诊断方法[J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(1):4-7.

[44] 黄正南. 医用多因素分析[M]. 3 版. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1995:147.

[45] 邱向红. 脾虚证计量诊断的探讨[J]. 广州中医学院学报, 1990, 7(1):25-27.

(2015-12-28 收稿 责任编辑:王明)

《世界中医药》杂志中药研究栏目征稿通知

《世界中医药》杂志为世界中医药学会联合会的会刊, 目前该会已经成立了 26 个中药相关专业(如中药、中药新剂型、中药药剂、中药分析、中药化学、中药药理、药材资源、中药鉴定、方剂、中药饮片等)委员会, 这些专业委员会在各自的学科建设、学术交流、人才培养等方面都发挥着重要的作用, 本杂志与各专业委员会联手, 产、学、研、用、政结合, 优化学科建设, 解决中药领域面临的实际困难, 实现“学术、创新、转化、共赢”为目的, 共同推动学科的发展, 在中药领域的推广应用等方面做出了突出贡献。本杂志近几年稳步发展, 办刊质量逐步提升, 影响不断扩大, 据中国科学技术信息研究所 2015 年期刊评价最新数据显示, 本杂志核心影响因子为 0.773, 在中医学类期刊中排名第 3, 在中药学类期刊中排名第 4, 连续 7 年被评定为中国科技核心期刊。杂志设置“中药研究”栏目, 陆续宣传展示国内外中药学研究进展和最新动态, 是中药研究高学术水平的交流平台。如果您致力于中药领域的研究, 请将您在新药研发、中药资源与鉴定、中药分析、药剂学、中药化学、药

理、不良反应等方向的新成果、新技术、新方法与新思路撰写成有创新性的文章或综述, 在本杂志上发表。内容以 6 000~7 000 字符为宜, 稿件一经录用, 优先安排发表。《世界中医药》杂志(CN 11-5529/R; ISSN 1673-7202)由国家中医药管理局主管, 世界中医药学会联合会主办, 创刊于 2006 年, 是中国第一本面向国内外公开发行的中医药类综合性学术期刊, 月刊。2009 年被国家科技部收录为“中国科技核心期刊”。杂志全文收录在《中国期刊全文数据库》《中文科技期刊数据库》《中国核心期刊数据库》《中文科技期刊综合评价数据库》《美国乌利希期刊指南收录期刊数据库》《美国化学文摘 CA 收录期刊数据库》等一系列检索系统。

欢迎您踊跃投稿!

投稿请通过《世界中医药》杂志社官方网站: www.sjzyyz.com, “在线投稿”入口注册投稿, 并注明“中药征稿”字样。

联系电话: 0086-10-58650023, 58239055; 传真: 0086-10-58650236

E-mail: sjzyyz@vip.126.com