

· 临床 ·

非ST段抬高型心肌梗死证候分布及其中医药干预策略

张振鹏, 邢雁伟, 李军*, 王阶

(中国中医科学院广安门医院, 北京 100053)

[摘要] 目的:分析非ST段抬高型心肌梗死患者的证候特点和分布规律,以期指导临床实践,提高中医药的疗效。方法:选取符合诊断标准的非ST段抬高型心肌梗死住院患者,利用频数统计法分析中医证候要素的频次和常见程度,以及全部证候的分布特点。结果:263例非ST段抬高型心肌梗死患者的中医证候要素的频次和常见程度分析发现,非ST段抬高型心肌梗死病机多为本虚标实,虚实夹杂。其中本虚以气虚(171频次,32.39%)最为常见,其次是阴虚(42频次,7.95%)较为常见,阳虚(16频次,3.03%)和血虚(1频次,0.19%)相对少见;而标实则以血瘀(129频次,24.4%)和痰浊(125频次,23.7%)最为常见,其次是热蕴(42频次,7.95%)较为常见,水饮(2频次,0.38%)相对少见。根据证候要素组合的证候诊断分析,使用单一证候辨证者220例,占83.65%,使用两个证候同时辨证者42例,占15.97%,3个证候同时辨证者1例,占0.38%。单一证候辨证者220例中,中气虚血瘀证(94例,42.7%)最为常见,其次是痰瘀互结证(46例,20.9%),气阴两虚证(41例,18.6%)和心肾亏虚证(32例,14.6%)较为常见,阳虚水泛证(6例,2.73%)及心火炽盛证(1例,0.45%)相对少见。根据证候分布规律,探讨中医治疗方法以补益正气、固护肾气为主,祛痰浊利水湿与活血化瘀并重。结论:非ST段抬高型心肌梗死病机属本虚标志、虚实夹杂,本虚多为气虚、阴虚,标实多为血瘀、痰浊、热蕴。中医治疗多运用益气养阴、活血化瘀、清热化痰等方法。

[关键词] 非ST段抬高型心肌梗死;冠状动脉粥样硬化性心脏病;证候特征;证候要素

[中图分类号] R22;R242;R2-031;R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2020)16-0108-05

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20201627

[网络出版地址] <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20200616.0918.001.html>

[网络出版日期] 2020-6-16 15:06

Distribution of Non-ST Segment Elevation Myocardial Infarction Syndromes and Traditional Chinese Medicine Intervention Strategies

ZHANG Zhen-peng, XING Yan-wei, LI Jun*, WANG Jie

(Guang'anmen Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China)

[Abstract] **Objective:** To analyze the syndrome characteristics and distribution regularity of patients with non-ST segment elevation myocardial infarction (NSTEMI), in order to guide clinical practice and improve the efficacy of traditional Chinese medicine. **Method:** Inpatients with non-ST segment elevation myocardial infarction in line with the diagnostic criteria were selected, and the frequency statistics method was used to analyze the syndrome elements and their frequency degree and distribution characteristics. **Result:** According to the analysis of syndrome elements and their frequency degree of 263 patients with NSTEMI, the pathogenesis of NSTEMI was mostly deficiency in origin and excess in superficiality. As for deficiency in origin, Qi deficiency (171 times, 32.39%) was the most common, which was followed by Yin deficiency (42 times, 7.95%), Yang deficiency (16 times, 3.03%), and blood deficiency (1 times, 0.19%). As for excess in superficiality, blood

[收稿日期] 20200227(016)

[基金项目] 中国中医科学院基本科研业务费自主选题项目(ZZ0808005);第六批全国老中医药专家学术经验继承人项目

[第一作者] 张振鹏,博士,副主任医师,第六批全国老中医药专家学术经验继承人,从事中西医结合心血管病研究,E-mail:zzpzhou@163.com

[通信作者] *李军,博士,主任医师,从事中西医结合心血管病研究,Tel:010-88001094,E-mail:doctorli1031@163.com

stasis (129 frequency, 24.4%) and phlegm turbidity (125 frequency, 23.7%) were the most common, which were followed by heat accumulation (42 frequency, 7.95%), water drinking (2 frequency, 0.38%). According to the syndrome diagnosis analysis of the combination of syndrome elements, 220 cases (83.65%) had single syndrome differentiation, 42 cases (15.97%) had two syndromes at the same time, and 1 case (0.38%) had three syndromes at the same time. Among all the syndrome types, Qi deficiency and blood stasis syndrome (94 cases, 42.7%) was the most common, which were followed by phlegm and blood stasis syndrome (46 cases, 20.9%), Qi and Yin deficiency syndrome (41 cases, 18.6%) and heart and kidney deficiency syndrome (32 cases, 14.6%). And Yang deficiency and water flooding syndrome (6 cases, 2.73%) and heart fire blazing syndrome (1 case, 0.45%) were relatively rare. According to the distribution regularity of syndrome, traditional Chinese medicine therapies were mainly for tonifying vital qi and protecting kidney qi, with equal emphasis on removing phlegm, eliminating dampness and diuresis, activating blood circulation and removing blood stasis. **Conclusion:** The pathogenesis of NSTEMI is deficiency in origin and excess in superficiality. Deficiency in origin is mostly Qi deficiency and Yin deficiency, while excess in superficiality is mostly blood stasis, phlegm and heat accumulation. traditional Chinese medicine therapies are mostly for invigorating Qi and nourishing Yin, promoting blood circulation and removing blood stasis, clearing heat and resolving phlegm.

[Key words] non-ST segment elevation myocardial infarction; coronary artery disease; syndrome characteristics; syndrome elements

冠状动脉粥样硬化性心脏病是重大公共卫生问题,是导致我国城乡居民死亡的最主要原因之一。非ST段抬高型心肌梗死(NSTEMI)是一类高临床风险,高发病率,严重危及生命的常见疾病群,也是心血管医生面临的最常见和最危急的挑战之一^[1]。近年来,随着冠心病监护室的广泛设立和心脏导管介入诊疗技术迅速发展,NSTEMI的救治水平有了长足的进步,但NSTEMI的各种并发症发生率和死亡率仍较高,这其中与NSTEMI诊断困难、表现多样等原因密切相关^[2]。多项数据显示,NSTEMI发病率显著升高的趋势,来自社区的拟诊断急性心肌梗死患者中超过70%为NSTEMI^[3-5],住院的拟诊断心肌梗死患者中NSTEMI占据了57.2%。另一方面,NSTEMI患者采用直接介入治疗还是药物保守治疗无统一论,这在一定程度上也限制了NSTEMI治疗的效果。在药物保守治疗方案中,中医药一直占有非常重要的地位,相关系统评价显示中医药可以减少急性心肌梗死的并发症,降低患者死亡率,提高临床总体疗效,从而在预防和诊疗过程中发挥了重要的作用^[6-7]。众所周知,辨证论治是中医中药发挥疗效的关键环节,也是中医中药的精髓和特色,辨证论治只有在充分、准确、客观的了解疾病的证候特点或证候要素的基础上方能发挥重要的作用,正所谓“方从法出,法随证立”。证候作为人体疾病病理生理变化整体反应的概括,

是论治的基石。有多项多中心、大样本的病例分析及流行病学调查描述冠状动脉粥样硬化性心脏病的证候分布,为疾病的治疗提供了思路和借鉴,为证候研究的规范化奠定了基础^[8-10]。但是,NSTEMI作为一个特殊疾病,目前的证候特点仍然不完全清晰,其证候要素的分布规律尚不明确,严重影响了中医中药干预NSTEMI患者的疗效和水平。鉴于此,运用科学的方法和手段来统计和分析NSTEMI患者的证候特点并据此探讨主要的治则和治法,具有比较重要的学术价值和临床意义。试图对NSTEMI患者的证候分布特点及中医药干预策略作初步探讨。

1 资料与方法

1.1 病例来源 所有非ST段抬高心肌梗死患者263例均来自2012年1月至2019年12月中国中医科学院广安门医院心血管科的住院患者,临床诊断以出院诊断为最终标准入选。

1.2 西医诊断标准 2011年美国心脏病学会/美国心脏协会制定的《2011年不稳定性心绞痛、非ST段抬高心肌梗死患者管理指南(更新2007年版本)》^[11]。

1.3 中医辨证标准 参考《中药、天然药物治疗冠心病心绞痛临床研究指导原则》^[12]和《中药新药临床研究指导原则》^[13]《冠心病中医辨证标准》^[14]急性心肌梗死中西医结合诊疗专家共识^[15]等相关内容

进行制定。证候要素分类标准,①外感六淫,风、寒、暑、湿、燥、火6个因素;②内生五气,内风、内寒、内火、内湿、内燥5个因素;③气相关因素,气虚、气滞、气郁、气逆、气脱、气陷6个因素;④血相关因素,血虚、血瘀、血脱、血燥、出血5个因素;⑤阴阳相关因素,阴虚、阳虚、阴盛、阳亢。由两名高年资中医医师根据患者症状、舌苔及脉象进行辨证分析,两名医师诊断一致则纳入系统。

1.4 纳入标准 符合西医诊断标准,年龄在35~90岁的患者。全球急性冠状动脉综合征事件注册评分(GRACE)<140分。不建议行或患者拒绝经皮冠状动脉介入术、药物溶栓、冠状动脉旁路移植术等血运重建术者。

1.5 排除标准 明确诊断为心肌病、心肌炎、神经官能症、更年期综合征、甲状腺功能亢进症、主动脉夹层等;重度心功能不全或急性肺水肿(心脏左室射血分数 $\leq 40\%$ 或呼吸氧合指数 ≤ 300 mmHg, 1 mmHg ≈ 0.133 kPa);恶性心律失常;严重肝肾功能不全;精神疾患;恶性肿瘤。

1.6 数据分析方法 利用SQL Server工具对人口学资料、一般临床特点、证候、治法及方药数据进行转换、加载,利用SPSS 19.0软件进行统计分析。一般资料采用频数统计分析。

1.7 统计方法 利用频数统计,频数是对总数据按某种标准进行分组,统计出各个组内含个体的个数。在变量分配数列中,频数表明对应组标志值的作用程度。频数数值越大表明该组标志值对于总体水平所起的作用也越大;反之,频数数值越小表明该组标志值对于总体水平所起的作用越小。

2 结果

2.1 NSTEMI患者中医证候要素分布统计 对263例NSTEMI患者进行中医证候要素的频次和常见程度分析,可见证候要素中气虚出现频次171次,占比32.39%;血瘀出现129次,占比24.43%;痰浊出现125次,占比23.67%;阴虚和热蕴均出现42次,占比7.95%;阳虚出现16次,占比3.03%,水饮出现2次,占比0.38%,血虚出现仅1次,占比0.19%。见表1。

2.2 NSTEMI患者全部证候分布统计 263例NSTEMI患者的全部证候分布统计,使用单一证候辨证为220例患者,占就诊比例的83.65%,使用两个证候同时辨证的为42例患者,占就诊比例的15.97%,3个证候同时辨证的患者仅为1例,占比0.38%。见表2。

表1 263例NSTEMI患者证候要素出现频次与常见程度分析

Table 1 Analysis of occurrence frequency and common degree of syndrome elements in 263 patients with NSTEMI

证候要素	出现频数/次	占比/%
气虚	171	32.39
血瘀	129	24.43
痰浊	125	23.67
阴虚	42	7.95
热蕴	42	7.95
阳虚	16	3.03
水饮	2	0.38
血虚	1	0.19

表2 263例NSTEMI患者全部证候分布统计

Table 2 Statistics of distribution of all syndromes in 263 patients with NSTEMI

证候数量	频数/例	占比/%
单一证候	220	83.65
双证候组合	42	15.97
三证候组合	1	0.38

2.3 NSTEMI患者单一证候分布统计 单一证候分布统计,220例患者在诊治过程中使用单一证型,主要使用了8种证型,根据使用频次依次是气虚血瘀证94例患者,占比42.73%,痰瘀互结证46例,占比20.91%,气阴两虚证41例,占比18.64%,心肾亏虚证32例,占比14.55%,阳虚水泛证6例,占比2.73%,心火炽盛证1例,占比0.45%。见表3。

表3 263例NSTEMI患者单一证候分布统计

Table 3 Statistics of single syndrome distribution in 263 patients with NSTEMI

证候	频数/例	占比/%
气虚血瘀证	94	42.73
痰瘀互结证	46	20.91
气阴两虚证	41	18.64
心肾亏虚证	32	14.55
阳虚水泛证	6	2.73
心火炽盛证	1	0.45

2.4 NSTEMI患者双证候分布统计 双证候分布统计,42例患者同时使用两个证候进行辨证论治,根据数据分析,按照出现频次依次是气虚血瘀证+心肾亏虚证14例,占比33.33%;痰瘀互结证+肝肾亏虚证7例,占比16.67%;气阴两虚证+心肾亏虚证5例,占比11.90%;阳虚水泛证+气阴两虚证及阳虚水泛证+心肾亏虚证均为4例,均占比9.52%;阳虚

水泛证+气虚血瘀证及气阴两虚证+气虚血瘀证均2例,均占比4.76%;痰瘀互结证+心火炽盛证、痰瘀互结证+气虚血瘀证、心血亏虚证+气虚血瘀证、心火炽盛证+气阴两虚证的证型组合均为1例患者,占比2.38%。见表4。

表4 263例NSTEMI患者双证候分布统计

Table 4 Statistics of distribution of double syndromes in 263 patients with NSTEMI

证候	频数/例	占比/%
气虚血瘀证+心肾亏虚证	14	33.33
痰瘀互结证+心肾亏虚证	7	16.67
气阴两虚证+心肾亏虚证	5	11.90
阳虚水泛证+气阴两虚证	4	9.52
阳虚水泛证+心肾亏虚证	4	9.52
气阴两虚证+气虚血瘀证	2	4.76
阳虚水泛证+气虚血瘀证	2	4.76
痰瘀互结证+心火炽盛证	1	2.38
痰瘀互结证+气虚血瘀证	1	2.38
心血亏虚证+气虚血瘀证	1	2.38
心火炽盛证+气阴两虚证	1	2.38

2.5 NSTEMI患者三证候分布统计 263例患者中辨证使用三证候者仅有1例,辨证为“痰瘀互结证+气阴两虚证+心肾亏虚证”。

3 讨论

目前认为NSTEMI疾病的证候和表现属于中医“心痛”“胸痹”“真心痛”等范畴。“胸痹”病名最早见于《黄帝内经》,张仲景的病机分析成就了胸痹患者治疗的经典方法。认为胸痹的病机以阳微阴弦为主,由上焦阳虚,阴寒之邪上乘,胸阳痹塞所致。治疗以辛温通阳为基本法则。随着疾病谱的改变和对疾病的不断深入认识,NSTEMI的证候特点是否还符合“胸痹心痛”或“真心痛”的经典病机,有哪些不同的变化,本次课题组通过有限病例的回顾性研究拟做初步探讨。

3.1 NSTEMI病机多见本虚标实,虚实夹杂 根据263例NSTEMI患者证候要素的分析可见,NSTEMI的病机多为本虚标实,虚实夹杂。其中本虚以气虚(32.39%)最为常见,其次是阴虚(7.95%)较为常见。而标实则以血瘀(24.4%)和痰浊(23.7%)最为常见,其次是热蕴(7.95%)较为常见。根据证候要素组合的证候诊断分析,气虚血瘀(42.7%)最为常见,其次是痰瘀互结(20.9%)、气阴两虚(18.6%)和心肾亏虚(14.6%)。分析NSTEMI与传统和经典的胸痹心痛

病机略有不同,虽然同属本虚标志、虚实夹杂,但是本虚多为气虚及阴虚,标实多为血瘀、痰浊、热蕴。

分析病机变化的主要原因可能与以下几点有关。NSTEMI多发于中老年人,年过半百,肾气渐衰。肾阳虚衰则不能鼓动五脏之阳,引起心气不足,血脉失于阳之温煦、气之鼓动,则气血运行滞涩不畅,发为心痛;若肾阴亏虚,则不能滋养五脏之阴,阴亏则火旺,灼津为痰,痰热上犯于心,心脉痹阻,则为心痛。谓之“邪之所凑,其气必虚”,宋《太平圣惠方》指出:“夫寒气客于五脏六腑,因虚发病,上冲胸间,则发胸痹。”NSTEMI患病人群具有独立的年龄特点,患者发病年龄高,中老年患者居多,中老年气虚为多,加之痛后更虚,患者多表现为痛后乏力气短进一步加重。因此气虚和阴虚可能是NSTEMI(胸痹心痛病)虚证的关键。

另外,随着社会的发展和进步,人们饮食结构的调整,生活方式的改变,使得现代社会人们活动减少,形体肥胖,嗜食肥甘厚味,久之伤脾损胃,积滞不化,酿痰酝热,结聚心下,其人身形肥胖,舌苔黄腻,脉象滑数,痰浊与瘀血相互为患,终因阻滞脉络而发为胸痹心痛。

3.2 NSTEMI的中医治疗初探 总结以上数据,并结合团队常用治法经验可以发现,NSTEMI的中医治疗中重视补益正气,固护肾气。气虚者加用人参、黄芪、甘草等,气阴两虚者投以生脉饮,气虚明显者多运用升陷汤,取《医学衷中参西录》“胸中大气下陷,气短不足以息……”之意。经常使用补骨脂、山茱萸、巴戟天等补益药物作为各类方剂的加减用药,《医学衷中参西录》云:“山茱萸,大能收敛元气,振作精神。”《本草求真》云:“肉苁蓉……是明因其气温,力专滋阴,得此阳随阴附,而阳自见兴耳”。“巴戟天,能治五癆七伤,强阴益精,以其体润故耳。”患者服药后除了自觉胸闷气短等症状得以改善外,尚可自觉精力好转,有利于继续巩固药物疗效,提高治疗效果。

虽然现代医学的抗栓药物层出不穷,治疗理论日新月异,但是运用活血化瘀药物治疗NSTEMI的有效性仍然毋庸置疑。结合名老中医的学术精髓,目前的研究已经充分阐释了活血化瘀药物治疗冠心病等血瘀证的作用机理,并在临床实践中得以应用。临床针对瘀血阻络证的NSTEMI,施以冠心II号方(川芎、赤芍、红花、降香、丹参),或以血府逐瘀汤加减,多可获良效。

通过溯源经典,结合现代疾病变换与体质特

点,充分认识到痰浊在NSTEMI致病的重要作用,祛痰浊利水湿与活血化瘀并重。痰湿为阴邪,易阻遏气机,损伤阳气。痰浊不去,胸阳难复,方选瓜蒌薤白半夏汤通阳泄浊、豁痰开结,习用沉香、瓜蒌、半夏等药物。临床上方药以温胆汤、涤痰汤、小陷胸汤为法,加减化裁,常获良效。

NSTEMI患者症状多变,病情复杂和隐匿,增加了临床诊断和识别的困难。虽然血运重建对改善患者预后有益,但是介入治疗因为时间窗和合并症较多常实施受限,导致大量患者运用药物开展保守治疗。仔细优化、梳理、滴定药物治疗方案,在现阶段对提升NSTEMI的疗效具有重要影响。而病证结合是现代心血管疾病中西医结合诊疗的重要手段。充分利用与结合现代医学所提供的诊断资料,以诊断明确的疾病基础,同时发挥中医药辨证论治的精髓和特点,可明显提高病证结合的有效性、针对性,提高临床疗效^[16],因此,以NSTEMI疾病为范畴,探讨证候分布特点具有现实指导意义。本研究主要在单中心开展的回顾性研究,结果可能存在一定的偏倚,有待于进一步开展多中心、大样本的临床试验以获得更加丰富的数据,以期充分发挥中医药治疗NSTEMI的疗效而提供循证依据。

[参考文献]

[1] 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. 非ST段抬高型急性冠状动脉综合征诊断和治疗指南(2016)[J]. 中华心血管病杂志,2017,45(5):359-376.

[2] 葛均波,戴宇翔. 中国非ST段抬高型急性冠状动脉综合征诊断和治疗现状[J]. 浙江医学,2017,39(13):1045-1047,1052.

[3] ZHANG Q, ZHAO D, WU X X, et al. Recent trends in hospitalization for acute myocardial infarction in Beijing: increasing overall burden and a transition from ST-segment elevation to non-ST-segment elevation myocardial infarction in a population-based study[J]. Medicine,2016,95(5):e2677.

[4] KOOK H Y, JEONG M H, Oh S, et al. Current Trend of acute myocardial infarction in Korea (from the Korea acute myocardial infarction registry from 2006 to 2013) [J]. Am J Cardiol, 2014, 114(12): 1817-1822.

[5] WRIGHT R S, ANDERSON J L, ADAMS C D, et

al. 2011 ACCF/AHA Focused Update of the Guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction (updating the 2007 guideline): a report of the American college of cardiology foundation/american heart association task force on practice guidelines[J]. Circulation, 2011, 123(18):2022-2060.

[6] 张俭,张敏州,郭立恒,等. 中医药治疗急性心肌梗死的系统评价[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2011,9(5):513-515.

[7] 龙凤玺,戴国华,赵晨. 中医药治疗急性心肌梗死临床研究概况[J]. 辽宁中医药大学学报,2014,16(5):240-242.

[8] 李军,王阶. 冠心病心绞痛证候要素与证型组合的5099例文献病例分析[J]. 中国中医基础医学杂志,2007,13(12):926-927,930.

[9] 毕颖斐,王贤良,赵志强,等. 冠心病现代中医证候特征的临床流行病学调查[J]. 中医杂志,2017,58(23):2013-2019.

[10] ROSAMOND W, FLEGAL K, FRIDAY G, et al. Heart disease and stroke statistics-2007 update. A report from the american heart association statistics committee and stroke statistics subcommittee [J]. Circulation,2007,115(5):e69-e171.

[11] ANDERSON J L, ADAMS C D, ANTMAN E M, et al. 2011 ACCF/AHA focused update incorporated into the ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines [J]. Circulation,2011,123(18):e426-e579.

[12] 程龙.《中药、天然药物治疗冠心病心绞痛临床研究指导原则》解读[J]. 中国执业药师,2012,9(3):3-6.

[13] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:72-73.

[14] 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.

[15] 陈可冀,张敏州,霍勇. 急性心肌梗死中西医结合诊疗专家共识[J]. 中国中西医结合杂志,2014,34(4):389-395.

[16] 衷敬柏,王阶,赵宜军,等. 病证结合与方证相应研究[J]. 辽宁中医杂志,2006,33(2):137-139.

[责任编辑 张丰丰]