

# 1264 例动脉粥样硬化患者中医证候特征研究

许凌之<sup>1</sup> 龚少愚<sup>2</sup>

(1. 南京中医药大学, 江苏 南京 210000; 2. 南京中医药大学附属无锡市中医医院, 江苏 无锡 214000)

**摘 要:**目的 分析动脉粥样硬化(arteriosclerotic vascular disease, ASVD)患者中医证候的分布特点,探讨 ASVD 证候的特异性,提高动脉粥样硬化辨证论治水平,推动 ASVD 的早期发现及早期干预。方法 随机抽取 1264 例动脉粥样硬化患者,通过中医望闻问切,将其分为气虚、痰湿、阴虚、火旺、气滞、血瘀等证候,同时采集所有患者的臂踝脉搏波传导速度(brachial-ankle pulse wave velocity, baPWV)、踝臂指数(Ankle-brachial Index, ABI)以及血脂数据,进行统计学分析。结果 (1)动脉硬化患者具有证候差异性分布,其中气虚痰湿比例最高,占 29.9% ( $P<0.05$ ),其次为阴虚火旺、气滞血瘀证。(2)各证候分型之间踝臂指数比较无统计学意义( $P>0.05$ ),各证候臂踝脉搏波传导速度比较,痰湿证>阴虚证>血瘀证>气郁证,有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 动脉粥样硬化患者证候分布以痰湿为主,符合本病气血亏虚、肝肾不足为基础;痰浊、瘀血、脉络不畅为标实的病因病机。通过辨证施治,辨证预防,积极推动早期干预,可以有效阻断动脉粥样硬化的发展,减少并发症的发生。

**关键词:**动脉粥样硬化;中医;证候;辨证

**中图分类号:** R 241 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-168X(2015)01-0016-04

**DOI:**10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.01.007

十年的运作,形态结构出现变形、闭塞,致病因素不断侵袭机体,较长时间潜伏于体内导致病理产物堆积,组织器官衰老而致气血津液运行迟缓,表现出动脉硬化、血栓形成、微循环障碍等种种瘀塞不通的改变。邪居体内,气机不畅,津停生痰,血行受阻,变生瘀血,气痰瘀相互为患。老年病防治之疏通原则,以祛邪导滞,流畅气机;涤痰通瘀使津血转化复常,恢复机体通达状态为主。

针灸可选用足厥阴肝经,手阳明大肠经和任脉经的穴位,如合谷、太冲、期门、膻中等疏理气机。偏血瘀者加以血海、膈俞;偏痰湿阻滞者加以丰隆、阴陵泉。针刺手法采用泻法,可配合刺络放血、拔罐等。多适用于既病阶段的治疗。

针灸“治未病”具有调节气血功能,而不涉及更复杂的问题的优势。在中医辨证指导下,对提高老年病治疗效果、改善老年人生活质量、延年益寿都很有帮助。在临床中,当特别注意针刺的体位、深度等问题,虚实夹杂者也当先审察机体正气是否耐伐以及是否能受补,从而选择攻补先后,揆度权衡,灵活运用。

## 参考文献

[1] 国家统计局. 第六次全国人口普查主要数据 [http://www. stats. gov. cn/zgrkpc/dlc/yw/t20110428](http://www.stats.gov.cn/zgrkpc/dlc/yw/t20110428) \_

402722384.htm[EB/OL]. 国家统计局网,2011-04-28.

[2] 吴志强,李惠林.“治未病”思想在老年病防治及辨证论治的指导意义[J]. 中国医药导报,2006,3(14):298.

[3] 李静,贾翠平. 2006 年—2011 年老年住院患者疾病及死亡原因分析[J]. 中国病案,2013,14(2):58-59.

[4] 于普林,邓亚中. 1998、1999 年全国城乡老年人死因顺位[J]. 中华老年医学杂志,2001,20(1):69.

[5] 刘群英,刘春宏. 逆针灸与治未病略论[J]. 中国中医药现代远程教育,2013,11(2):1-3.

[6] 赵城基. 古代针灸“治未病”方法初探[D]. 武汉:湖北中医学院,2005.

[7] 沈琴红. 老年科住院病人疾病种类及口服用药状况调查分析[J]. 全科护理,2012,10(8):753.

[8] 彭明德,杨殿兴,林红,等. 老年人辨证及其证型的疗效评价研究[J]. 中国中医药现代远程教育,2008,6(6):575-577.

[9] 王玉玲,朱建贵,张润顺. 870 例次老年病的八个证候要素数据挖掘研究——老年病中医临床思维模式探讨[J]. 北京中医药,2009,28(2):86-89.

[10] 杨明高. 老年病的中医治疗思路[J]. 湖南中医杂志,2014,30(4):132-134.

[11] 缪静. 从中医学角度浅谈老年病的防治[J]. 健康大视野(医学版),2012,20(3):324.

(收稿日期:2014-08-26 编辑:巩振东)

TCM Syndrome Features of 1264 Cases of Patients with Atherosclerosis

Xu Lingzhi<sup>1</sup> Gong Shaoyu<sup>2</sup>

(1. Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, Jiangsu, 210000; 2. Wuxi Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine, Wuxi Jiangsu 214000)

**Abstract:** **Objective** To analyze the atherosclerosis (arteriosclerotic vascular disease, ASVD) distribution characteristics of TCM Syndromes of patients, to explore the specificity of ASVD syndrome, and to improve atherosclerosis syndrome differentiation and treatment level, to push ASVD early detection and early intervention. **Methods** randomly selected 1264 cases of patients with atherosclerosis, through TCM basic diagnosis methods, divided into the Qi deficiency and phlegm dampness, deficiency of Yin, effulgent fire, qi stagnation, blood stasis and other syndromes, simultaneous acquisition of brachial ankle pulse wave velocity in all patients (brachial-ankle pulse wave velocity, baPWV), ankle brachial index (Ankle-brachial, Index, ABI) and blood lipid data were statistically analyzed. **Results** (1) the hardening of the arteries in patients with the syndrome difference distribution, the Qi deficiency and phlegm dampness the highest proportion, accounting for 29.9 % ( $P<0.05$ ), followed by the effulgent fire due to yin deficiency, stagnation of Qi and blood stasis. (2) the syndromes between ankle brachial index showed no statistical significance ( $P>0.05$ ), comparison of various syndromes of brachial ankle pulse wave velocity, phlegm > Yin deficiency syndrome > blood stasis > qi stagnation syndrome, with statistical significance ( $P<0.05$ ). **Conclusion** patients with atherosclerosis syndrome patterns of phlegm dampness, consistent with the disease of deficiency of Qi and blood, deficiency of liver and kidney as the foundation; phlegm and blood stasis, context is not smooth for the etiology and pathogenesis of the real standard. Through the syndrome differentiation, syndrome differentiation and prevention, actively promote the early intervention can effectively prevent the development of atherosclerosis, reduce the occurrence of complications.

**Keywords:** atherosclerosis; traditional Chinese medicine; syndrome; syndrome differentiation

动脉粥样硬化作为病理学概念,是诸多心脑血管疾病产生的常见病理基础,由于其发病晚,早期诊断难,后期危害大,随着社会老龄化,这一关乎衰老与长寿的疾病越来越得到人们的关注。中医学并没有对此病名的单独记载,但其涉及的各种病症,例如“眩晕”“头痛”“胸痹”“中风”“腰痛”“腹痛”“脱疽”“脉痹”等,从《内经》时代就有详细的叙述。其中属于胸痹范畴的冠状动脉粥样硬化性心脏病描述最为详细。张仲景《金匮要略》以脉的“阳微阴弦”论说胸痹,主张温通经脉,散寒化湿,宣痹止痛。宋代则从气、血、痰、水立论治疗胸痹,代表著作有《仁斋直指方》。明代虞搏《医学正传》指出“污血冲心”是胸痹瘀血的主要病因。历代医家还创立了诸多治疗动脉粥样硬化的名方,例如《医林改错》血府逐瘀汤、补阳还五汤<sup>[1]</sup>。

辨证是中医学独特的认识疾病的途径和方法,证候不同,即使同一种疾病,治疗思路也不一样。笔者综合近年来相关研究结果,通过对临床 1264 例动脉粥样硬化患者 baPWV、ABI 及血脂数

据的对比分析,研究动脉粥样硬化患者的证候分布特点,探求动脉粥样硬化患者的主要证候类型,患病人群的性别、年龄构成,从而对 ASVD 患者开展辨证施治的早期干预,以求减缓甚至阻断并发症的发生、发展,探索中医个体化诊疗的新思路。

**1 资料与方法**

**1.1 一般资料** 病例来自 2012 年 7 月~2014 年 6 月江苏省无锡市中医院心血管内科、门诊及住院病人数据库,随机抽取 1264 例动脉粥样硬化患者进行中医证候采集,其中男性 564 例(占 44.6 %),女性 700 例(55.4 %),年龄 40~87 岁,平均年龄(66.8±9.1)岁。

**1.2 诊断标准**

**1.2.1 动脉粥样硬化诊断标准**<sup>[2]</sup> 臂踝脉搏波传导速度(baPWV)、踝臂指数(ABI)异常的病人:baPWV≥1400 cm/s,ABI≤0.9。

**1.2.2 证候分型标准** 按照 2001 年《中西医结合血栓病学》<sup>[1]</sup>对动脉粥样硬化证候分类,通过中医望闻问切,中医师对所有病例进行证候辨识,将

其分单纯证候:气虚、痰湿、阴虚、气滞、血瘀等中医证候,或兼杂证类,包含二个或三个证候,例如气虚痰湿证,阴虚火旺证。

**1.2.3 纳入标准** 符合动脉粥样硬化诊断标准的患者。同意并签署知情同意书,能配合参与各项检查患者。

**1.2.4 排除标准** 服用降脂药物的动脉粥样硬化患者,以及不愿或不能配合完成调查者。

### 1.3 评价指标及检测方法

**1.3.1 baPWV 及 ABI** 采用日本科林公司动脉硬化监测仪(型号:ST-203ATⅢ)。

**1.3.2 胆固醇、甘油三脂** 检测前一天 20:00 后禁食,次日清晨抽取空腹静脉血,测定胆固醇、甘油三脂。

**1.4 统计学方法** 采用 spss19.0 软件包进行统计学分析。中医证候分型采用因子分析,计量资料以( $\bar{x}\pm s$ )表示;证候分型与 baPWV、ABI、血脂指标比较采用非参数检验。

## 2 结果

**2.1 1264 例动脉粥样患者证候分布** 1264 例动脉粥样患者证候呈差异性分布,总发病率与年龄成正相关,且男性高于女性,其中气虚痰湿证比例

最高,占 29.90%,其次为阴虚火旺证、气滞血瘀证,有统计学差异( $P<0.05$ )。详见表 1。

表 1 1264 例动脉硬化患者中医证候分布 ( $n$ )

证候类型	例数	百分比(%)
气虚痰湿证	378	29.90
阴虚火旺证	180	14.24
气滞血瘀证	169	13.37
气郁化火证	125	9.89
湿热证	87	6.88
血虚证	86	6.80
阴虚证	85	6.73
气虚证	82	6.49
阳虚证	72	5.70
合计	1264	100

**2.2 动脉粥样患者各证候臂踝脉搏波传导速度、踝臂指数及血脂比较** 动脉粥样患者各证候间踝臂指数无统计学差异( $P>0.05$ ),臂踝脉搏波传导速度比较显示:气虚痰湿证>阴虚火旺证>气滞血瘀证>气郁化火证,组间有统计学差异( $P<0.05$ )。气虚痰湿证患者臂踝脉搏波传导速度、血浆胆固醇水平高于其他证候患者,提示动脉硬化程度、脂代谢紊乱更为明显,更容易发生并发症<sup>[3]</sup>。详见表 2。

表 2 1264 例动脉硬化患者中医证候分布各证候臂踝脉搏波传导速度、踝臂指数及血脂比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

证候分型	$n$		BaPWV (cm/s)	ABI	CHO (mmol/L)	TG (mmol/L)
	男	女				
血虚证	52	34	1972.72±1005.13	1.05±0.17	5.10±1.12	1.58±0.61
气虚证	47	35	2115.35±1068.23	1.04±0.15	4.50±1.32	1.72±1.02
阳虚证	24	48	1523.62±982.36	1.01±0.18	5.20±1.38	1.54±0.91
湿热证	51	36	2073.55±1024.16	1.02±0.10	5.11±1.42	1.73±1.11
阴虚证	43	42	1842.57±998.96	1.05±0.14	5.23±1.48	1.78±0.72
阴虚火旺证	97	83	2672.13±1148.61	1.0±0.11	5.18±1.33	1.83±1.01
气虚痰湿证	209	169	3237.87±1377.81	1.03±0.09	5.93±1.02	1.93±1.01
气滞血瘀证	85	84	2572.69±1117.66	1.04±0.09	5.19±1.22	1.83±1.39
气郁化火证	55	70	2476.34±1108.13	1.01±0.08	5.30±1.17	1.80±1.01

## 3 讨论

**3.1 动脉粥样硬化患者与中医证候的相关性** 动脉粥样硬化的形成,多由于心、脾、肝、肾气血阴阳失调,气血亏虚、肝肾不足为根本;造成机体气血瘀滞、痰浊闭阻为标实。本研究发现,动脉粥样硬化的发病与中医证候具有相关性,痰湿证候人群

更容易罹患此病。从中医理论来讲,心脾是母子关系,心为脾之母,脾为心之子。心主血脉,依赖于脾胃的运化功能。痰湿人群往往脾失健运,水湿内停。痰浊上蒙清窍,则头晕、健忘,阻于心脉,则心痛胸痹。脾胃与心关系密切,《灵枢·经脉》曰:“脾足太阴之脉……其支者,别上膈,注心中。”

“足阳明胃经……散之脾,上通于心。”心与脾胃在生理上的密切联系决定了两者在病理上的相互影响,研究表明健脾药可以调整神经—内分泌—免疫系统<sup>[4]</sup>,促进胃肠功能,通过调节脂质代谢、改善脂质过氧化损伤,减轻血管壁压力,减少内膜损伤率和脂质沉积率,提高血管平滑肌细胞增殖,从而抑制动脉粥样硬化产生。

由于中医证候具有可调性,针对证候干预有利于丰富动脉粥样硬化中医治疗思路。心在体合脉,其华在面。全身血脉均属于心,心的生理功能是否正常,可以通过血脉是否充盈,面部色泽变化来判断。血液由营气和津液所组成,《灵枢·决气》曰:“中焦受气取汁,变化而赤,是谓血。”营气和津液均来自于经脾胃消化吸收而成的水谷精微,故脾胃是气血生化之源。血液的正常运行与心脾肺三脏密切相关,如《素问·痿论》指出“心主身之血脉”,全身的血和脉,均统属于心,心脏的搏动是血液的基本动力。因此,通过早期的辨证施治引导患者在饮食、起居、运动等方面改变不良的生活习惯,可以阻断动脉粥样硬化的发展,减少并发症的发生。

**3.2 动脉粥样硬化早期发现的重要性** 我们研究疾病发生、发展,以及诊断治疗,目的就是为了减少疾病对人体造成极大危害。但由于动脉粥样硬化发病隐匿性,症状多样性,无创性早期诊断筛查手段尚未普及,故本病早期不易诊断,往往发展到器官损伤,出现相应临床症状,甚至造成不可逆病变时,才被诊断及治疗。

所有1264例动脉粥样硬化患者,按照年龄进行分组发现动脉粥样硬化病变与血浆胆固醇水平持续升高成正相关,且动脉粥样硬化发病率与年龄成正相关。笔者考虑老年患者肾精渐损,并见气血亏虚,脾运失职,所以发病,但是此疾病的产生是经过数年甚至数十年病灶演变的结局,动脉粥样硬化早期发现显得尤为重要。检查发现baPWV $\geq 1400$  cm/s(需参考年龄),ABI $\leq 0.9$ ,或ABI $\geq 1.4$ ,血脂异常,超重,动脉造影、超声波检查

发现血管狭窄性病变时,都应考虑本病,及早干预。

**3.3 动脉粥样硬化早期干预的探索** 动脉粥样硬化的形成因素是多元的,这些危险因素在整个疾病的发生发展及预后起着重要的作用。纵观这些危险因子,有些是基因、年龄、性别等不可逆的因素,但也有很大一部分因素是可逆的,例如高脂饮食、烟酒、超重、体力劳动缺乏和精神因素等<sup>[5]</sup>。早期的证候干预,通过饮食指导形成一套合理健康的膳食模式,如清淡饮食,多吃蔬菜、水果、忌烟酒、油腻、辛辣之品,并注意适度的体力劳动和规律的体育锻炼。中医认为脂质代谢依赖于肝脾肾三脏的运化,痰浊、血瘀是其主要病因。确诊为冠状动脉粥样硬化者,必须绝对避免暴饮暴食,以免诱发心绞痛或心肌梗死。合并高血压或心力衰竭者,应同时低钠低盐饮食。

纵观我国现阶段动脉粥样硬化治疗现状,还停留在并发症治疗阶段,缺乏系统的具有针对性的健康教育,缺乏正确的健康方式的引导,因此以这些因素为核心的健康教育就显得更为重要。中医辨证是中医学独特的认识疾病的途径和方法,通过辨证施治,辨证预防,积极推动早期干预,可以有效阻断动脉粥样硬化的发展,减少并发症的发生,是中医治疗动脉粥样硬化的精髓所在。

#### 参考文献

- [1] 池明宇. 中西医结合血栓病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:208-219.
- [2] 宋明强,田海晔,蛭田啓之,等. 从脉搏速度到心-踝血管指数评价动脉硬化[J]. 中华实用诊断与治疗杂志,2011,25(5):419.
- [3] 黄小波,李宗信,陈文强,等. 脑动脉硬化症中医证型与血脂代谢的相关性分析[J]. 中华中医药杂志,2008,23(3):233.
- [4] 冯氏,张梅,张运. 吸烟与动脉粥样硬化的关系[J]. 中国动脉硬化杂志,2006,14(11):1004-1006.
- [5] 吴焕林. 心脾相关论与心血管疾病[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:23-24.

(收稿日期:2014-10-07 编辑:何伟)