

# 冠心病合并房颤患者中医证型与心室率和左房内径的关系

胡志亮, 赖惠梅

广东省中医院, 广东 广州 510105

**[摘要]** 目的: 观察冠心病合并房颤患者中医证候与心室率和左房内径的关系。方法: 采用回顾性临床研究方法, 选取 229 例在本院诊断为冠心病合并房颤患者, 分别记录患者的基本信息, 并根据临床症状及舌脉进行中医辨证分型。结果: 本研究纳入的患者以气滞血瘀证和痰浊阻滞证居多, 分别为 65 例 (28.38%) 和 64 例 (27.95%)。虚证组快速型心室率发生率为 34.67%, 实证组快速型心室率发生率为 59.74%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。虚证组左房内径 ( $36.63 \pm 1.84$ )mm, 实证组左房内径 ( $28.35 \pm 2.17$ )mm, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。心脾两虚证与水饮凌心证、气滞血瘀证、痰浊阻滞证患者的左房内径比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ ); 心阳不振证与肝肾亏虚证、水饮凌心证、气滞血瘀证、痰浊阻滞证患者的左房内径比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ); 肝肾亏虚证与水饮凌心证、气滞血瘀证、痰浊阻滞证患者的左房内径比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ ); 水饮凌心证与气滞血瘀证、痰浊阻滞证患者的左房内径比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。结论: 冠心病合并房颤患者中医证候主要以气滞血瘀证及痰浊阻滞证为主, 虚证患者的左房内径长于实证患者。各证型中, 肝肾亏虚证患者左房内径最长, 气滞血瘀证患者左房内径最短。

**[关键词]** 冠心病; 房颤; 中医证候; 心室率; 左房内径

**[中图分类号]** R541.4; R541.7+5

**[文献标志码]** A

**[文章编号]** 0256-7415 (2017) 07-0023-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.07.007

## Relationships of Chinese Medicine Syndrome, Ventricular Rate and Left Atrial Diameter in Patients with Coronary Heart Disease and Atrial Fibrillation

HU Zhiliang, LAI Huimei

**Abstract:** Objective: To observe the relationships of Chinese medicine syndrome, ventricular rate and left atrial diameter in patients with coronary heart disease and atrial fibrillation. Methods: Selected 229 cases of patients diagnosed with coronary heart disease and atrial fibrillation in our hospital by retrospective clinical research methods. Respectively recorded the basic information of each patient, and conducted Chinese medicine syndrome differentiation according to clinical symptoms, tongue and pulse. Results: In the study, the patients with qi stagnation and blood stasis syndrome and phlegm turbidity and stagnation syndrome were the majority, there being respectively 65 cases (28.38%) and 64 cases (27.95%). The incidence of fast-type ventricular rate was 34.67% in deficiency syndrome group and 59.74% in excess syndrome group, the difference being significant ( $P < 0.01$ ). The left atrial diameter was ( $36.63 \pm 1.84$ ) in deficiency syndrome group and ( $28.35 \pm 2.17$ ) in excess syndrome group, the difference being significant ( $P < 0.01$ ). Compared left atrial diameters of patients with deficiency of heart and spleen syndrome with those of patients with pathogenic water attacking heart syndrome, qi stagnation and blood stasis syndrome and phlegm turbidity and stagnation syndrome, differences were all significant ( $P < 0.01$ ). Compared left atrial diameters of patients with devitalization of heart yang syndrome with those of patients with deficiency of the liver and kidney syndrome, pathogenic water attacking heart syndrome, qi stagnation and blood stasis syndrome and phlegm turbidity and stagnation syndrome, differences were all significant ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ). Compared left atrial diameters of patients with deficiency of the liver and kidney syndrome with those of patients with pathogenic water attacking heart syndrome, qi stagnation and blood stasis syndrome and phlegm turbidity and stagnation syndrome, differences were all significant ( $P < 0.01$ ). Compared left atrial diameters of patients with pathogenic water attacking heart syndrome with those of patients with qi stagnation and blood stasis syndrome and phlegm turbidity and stagnation syndrome, differences were all significant ( $P < 0.01$ ).

**[收稿日期]** 2016-11-16

**[作者简介]** 胡志亮 (1985-), 男, 住院医师, 主要从事急诊科临床工作。

Conclusion: The major Chinese medicine symptoms of patients with coronary heart disease and atrial fibrillation are qi stagnation and blood stasis syndrome and phlegm turbidity and stagnation syndrome. Left atrial diameters of patients with deficiency syndrome are longer than those of patients with excess syndrome. Among all syndromes, left atrial diameters of patients with deficiency of the liver and kidney syndrome are the longest, while those of patients with qi stagnation and blood stasis syndrome are the shortest.

Keywords: Coronary heart disease; Atrial fibrillation; Chinese medicine symptoms; Ventricular rate; Left atrial diameter

冠心病是指由于冠状动脉粥样硬化使管腔狭窄、痉挛或阻塞导致心肌缺血、缺氧或坏死而引起的心脏病,是严重危害人类健康的常见病。在冠心病的并发症中,心房颤动所占的比例逐年上升<sup>[1]</sup>,而房颤患者最大的风险就是出现血栓事件导致的脑卒中。据现有的研究及笔者临床观察,随着心脏左房内径的增大,房颤的发病率也会增加<sup>[2]</sup>。本研究旨在观察冠心病房颤患者中医证候的分布规律,及与心室率和左房内径的关系,为中医药防治冠心病房颤提供依据。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 6 月—2015 年 6 月在本院诊治的 229 例冠心病合并房颤患者为研究对象,根据中医辨证分为 6 组。其中,心脾两虚证 30 例,男 16 例,女 14 例;年龄(72.17±8.79)岁;病程(6.8±5.1)年。肝肾亏虚证 25 例,男 13 例,女 12 例;年龄(77.12±7.43)岁;病程(6.2±3.7)年。心阳不振证 20 例,男 8 例,女 12 例;年龄(73.24±8.32)岁;病程(6.7±4.7)年。水饮凌心证 25 例,男 15 例,女 10 例;年龄(75.09±6.88)岁;病程(6.9±4.1)年。气滞血瘀证 65 例,男 27 例,女 38 例;年龄(76.80±5.64)岁;病程(6.1±2.5)年。痰浊阻滞证 64 例,男 30 例,女 34 例;年龄(72.73±5.05)岁;病程(6.3±2.6)年。6 个证型的患者一般资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 ①根据冠状动脉造影结果诊断为冠心病,采用 Judkin's 方法进行冠状动脉造影检查,冠状动脉分段标准根据美国心脏病学会 1975 年分段标准,病变至少在 2 个线投影位置上能看到冠状动脉分支段狭窄 50%。②心房纤颤诊断标准:参考 2006 年《ACC/AHA/ESC 房颤治疗指南》<sup>[3]</sup>。

1.3 辨证标准 符合《中医内科学》<sup>[4]</sup>中心悸的辨证标准,分为虚证(心脾两虚、肝肾亏虚、心阳不振)和实证(水饮凌心、气滞血瘀、痰浊阻滞)。①心脾两虚证症见心悸气短,头晕目眩,少寐多梦,健忘,面色无华,神疲乏力,纳呆食少,腹胀便溏,舌淡红,脉细弱;②肝肾亏虚证症见心悸眩暈,耳鸣,两目干涩,五心烦热,盗汗,腰膝酸软或男子梦遗,女子月经不调,舌红少苔,脉细弦数;③心阳不振证症见心悸不安,胸闷气短,动则尤甚,面色苍白,形寒肢冷,舌淡苔白,脉虚弱或沉细无力;④水饮凌心证症见心悸,胸闷痞满,渴不欲饮,下肢浮肿,形寒肢冷,伴有眩暈,恶心呕吐,流涎,小便短少,舌淡苔滑,脉沉细而滑;⑤气滞血瘀证症见心悸,胸闷不适,心痛时作,痛如针刺,唇甲青紫,舌质紫暗或有瘀斑,脉涩或

结或代;⑥痰浊阻滞证症见心悸,头昏蒙,神识呆滞,胸脘满闷,呕吐痰涎,舌苔白腻,脉滑或弦滑。

1.4 纳入标准 ①年龄大于 18 岁,小于 90 岁,非妊娠或哺乳期妇女;②住院资料完整,包含冠状动脉造影评分结果,入院心电图等,并符合冠心病、心房纤颤的诊断标准;③签署知情同意书。

1.5 排除标准 ①不符合纳入标准者;②由电解质紊乱引起的心房颤动,合并其他严重的心率失常如室上性心动过速、室性心动过速、房性心动过速等;③风湿性心脏病、严重的瓣膜病、肺源性心脏病、扩张性心肌病、肥厚性心肌病、恶性肿瘤、血液病等;④神志异常的患者;⑤拒绝签署知情同意书。

## 2 观察指标与统计学方法

2.1 观察指标 ①冠心病合并房颤患者中医证候的分布情况;②左房内径:行彩色多普勒超声心动图检查,操作仪器为 Philips 公司 HP5500 彩色多普勒超声诊断仪,探头频率为 2~4 MHz,应用 M 型超声检查技术检查。采用左室长轴切面,检查收缩期左房前后径。所有测量值均取连续 3 个心动周期的平均值。

2.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件进行数据处理。计数资料用率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验;计量资料用( $\bar{x}\pm s$ )表示,多组间均数比较采用方差分析,两两比较采用 LSD 法。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 3 研究结果

3.1 冠心病合并房颤患者中医证型分布情况 见表 1。本研究纳入的患者以气滞血瘀证和痰浊阻滞证居多,分别为 65 例(28.38%)和 64 例(27.95%)。

表 1 冠心病合并房颤患者中医证型分布情况 例

中医证型	<i>n</i>	所占比例(%)
心脾两虚证	30	13.10
心阳不振证	20	8.73
肝肾亏虚证	25	10.92
水饮凌心证	25	10.92
气滞血瘀证	65	28.38
痰浊阻滞证	64	27.95

3.2 虚证和实证组患者快速型心室率发生情况比较 见表 2。虚证组快速型心室率发生率为 34.67%,实证组快速型心室率发生率为 59.74%,2 组比较,差异有统计学意义( $\chi^2=12.695$ ,

$P < 0.01$ )。

表2 虚证和实证组患者快速型心室率发生情况比较 例(%)

组别	n	快速型心室率	非快速型心室率
虚证组	75	26(34.67) <sup>①</sup>	49(65.33)
实证组	154	92(59.74)	62(40.26)

与实证组比较, ① $P < 0.01$

3.3 虚证和实证组左房内径比较 虚证组左房内径( $36.63 \pm 1.84$ )mm, 实证组左房内径( $28.35 \pm 2.17$ )mm, 2组比较, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

3.4 各证型患者左房内径比较 见表3。各证型左房内径整体比较, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。心脾两虚证与水饮凌心证、气滞血瘀证、痰浊阻滞证患者的左房内径比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ); 心脾两虚证与心阳不振证及肝肾亏虚证患者的左房内径比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ); 心阳不振证与肝肾亏虚证、水饮凌心证、气滞血瘀证、痰浊阻滞证患者的左房内径比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ); 肝肾亏虚证与水饮凌心证、气滞血瘀证、痰浊阻滞证患者的左房内径比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ); 水饮凌心证与气滞血瘀证、痰浊阻滞证患者的左房内径比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ); 气滞血瘀证与痰浊阻滞证患者的左房内径比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表3 各证型患者左房内径比较 mm

中医证候	n	左房内径
心脾两虚证	30	$37.24 \pm 2.34$
心阳不振证	20	$35.71 \pm 2.09$
肝肾亏虚证	25	$39.14 \pm 1.45$ <sup>②</sup>
水饮凌心证	25	$31.61 \pm 3.24$ <sup>①③④</sup>
气滞血瘀证	65	$27.45 \pm 2.13$ <sup>①③④⑤</sup>
痰浊阻滞证	64	$29.12 \pm 1.89$ <sup>①③④⑤</sup>

与心脾两虚证比较, ① $P < 0.01$ ; 与心阳不振证比较, ② $P < 0.05$ , ③ $P < 0.01$ ; 与肝肾亏虚证比较, ④ $P < 0.01$ ; 与水饮凌心证比较, ⑤ $P < 0.01$

#### 4 讨论

本研究发现, 冠心病房颤患者中医证候主要以气滞血瘀以及痰浊阻滞为主, 与目前国内学者的研究相一致<sup>[4-5]</sup>。无论是哪种类型的冠心病, 其病理生理基础均是冠状动脉缺血缺氧, 进而影响心肌细胞的能量代谢, 导致电生理改变。从本研究来看, 在属于实证的气滞血瘀、痰浊阻滞以及水饮凌心证中, 患者的心室率偏慢, 而属于虚证的心脾两虚、肝肾亏虚以及心阳不振证患者, 心室率偏快。此外, 中医证候与左房内径亦有相

似的关系, 实证患者左房内径明显比虚证患者的短, 以气滞血瘀证患者的左房内径最短, 肝肾亏虚证患者的左房内径最长。在疾病早期, 患者正气尚足, 机体鼓动正气抗邪于外, 心室率和左房内径无明显改变。随着疾病的发展, 患者正气越来越弱, 临床上多表现为肝肾亏虚, 此时人体已无力抵抗外邪, 出现心脏扩大、心功能不全等表现。

房颤可以是导致左房内径扩大的原因, 反过来也可以是左房内径扩大所致的。国外学者研究提示, 房颤会导致心肌纤维化, 这可能与血小板衍生的生长因子激活心肌成纤维细胞增殖有关, 而且以心房纤维化为主。另外, 如果心室率长期控制较差, 会促进心室纤维化进展<sup>[6-7]</sup>, 并且快速心室率会导致细胞重塑, 降低心室功能, 引起心肌细胞紊乱, 最终出现收缩功能障碍, 引起心脏功能下降, 出现心功能不全。从本研究来看, 在心室率偏快的冠心病房颤患者中, 左房内径均较大, 提示临床工作者, 应积极控制房颤患者的心室率, 可减缓心脏重构的进展, 改善患者远期的生存质量。在中医方面, 针对不同证候, 采用相应的方药, 积极控制冠心病房颤患者的临床症状, 对冠心病房颤患者的临床治疗具有重要意义。

#### [参考文献]

- [1] Members WC. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the mangments of patients with atrial fibrillation- Executive summary [J]. J Am Coll Cardiol, 2006, 48(4): 854-906.
- [2] 范文. C反应蛋白、左房内径及射血分数对心房颤动的影响[J]. 海南医学院学报, 2009, 15(12): 1541-1544.
- [3] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 126-133.
- [4] 贺春辉. 120例冠心病房颤患者的中医证候分析[J]. 中国中医药咨讯, 2012, 4(5): 314.
- [5] 汪云翔. 203例房颤患者中医辨证相关因素分析[J]. 西部中医药, 2012, 25(12): 61-62.
- [6] Busseuil D, Shi Y, Mecteau M, et al. Heart rate reduction by ivabradine reduces diastolic dysfunction and cardiac fibrosis [J]. Cardiology, 2010, 117(3): 234-242.
- [7] Yue L, Xie J, Nattel S. Molecular deteminants of cardiac fibroblast electrical function and therapeutic implications for atrial fibrillation [J]. Cardiovas Res, 2011, 89(4): 744-753.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)