

照组,在改善患者颈部动脉的血流供方面效果更优。证实了动留针术可明显改善患者治疗后的颈椎血流动力学变化,从而达到治疗CSA的目的。与唐波等^[19]研究针刺颈夹脊穴可调节椎动脉血流动力学,缓解椎动脉痉挛,增加大脑供血的结论相类似。

目前研究针刺治疗CSA临床观察的报道较多,而研究针刺治疗CSA机制的文章较少。本研究可为今后进一步深入研究针刺治疗CSA机理的试验提供参考。此外,本研究只纳入了60例患者进行治疗观察,样本量较小。在后续的研究中,研究者可设计更加完善的试验方案,如采用大样本量观察与统计,进一步观察动留针术治疗椎动脉型颈椎病眩晕的临床效果,以促进动留针术在临床的全面推广与传承。

参 考 文 献

- [1] 张慧宇,张金峰,白振军,等. 针刺配合按摩治疗对椎动脉型颈椎病患者血清炎性因子和基质金属蛋白酶的影响[J]. 山西大同大学学报(自然科学版),2020,36(5):66-69.
- [2] 田海英. 推拿按摩治疗颈肩综合症疗效观察[J]. 按摩与康复医学,2012,3(5):52.
- [3] 中国康复医学会. 颈椎病诊治与康复指南[C]. 北京:中国康复医学会颈椎病专业委员会,2010:1-7.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准:ZY/T001.1-94[S]. 南京:南京大学出版社,1994:186-187.
- [5] 王毅刚. 动留针术的临床应用[J]. 南京中医学院学报,1992,8(2):110-111.
- [6] 高树中,杨骏. 针灸治疗学[M]. 北京:中国中医药出版社,2016.
- [7] 邓燕青,张春芳,李晓丹,等. 视觉模拟版IPSS评分表的应用评价[J]. 中华泌尿外科杂志,2011,32(10):691-694.
- [8] 吴春宝,马善治. 循经针刺与同神经节段针刺治疗神经根型颈椎病临床观察[J]. 实用中医药杂志,2020,36(1):95-98.
- [9] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002.
- [10] 陈洋,罗建. 中医非药物疗法治疗椎动脉型颈椎病研究进展[J]. 按摩与康复医学,2021,12(14):86-87.
- [11] 夏圆元,赵继. 中医治疗椎动脉型颈椎病研究进展[J]. 河南中医,2020,40(2):317-320.
- [12] 曾姿霏,苏美意,范德辉. 近10年椎动脉型颈椎病发病机制的研究进展[J]. 心电图杂志(电子版),2019,8(2):200-203.
- [13] YOON SH, KIM KJ, CHUNG SK, et al. Inflammatory myofibroblastic tumor in the intradural extramedullary space of the lumbar spine with spondylolisthesis: case report and review of the literature[J]. Eur Spine J, 2010, 19(S2): 153-157.
- [14] 张成亮,刘加元,刘守正. 外周血细胞因子水平与颈椎病病情严重程度的相关研究[J]. 检验医学与临床,2014,11(6):776-777.
- [15] 陈腾,姚新苗. 椎动脉型颈椎病的发病机制及治疗进展[J]. 黑龙江中医药,2013,42(1):49-50.
- [16] 王雷,王遵来,盛坤,等. 椎动脉型颈椎病临床治疗进展[J]. 世界中西医结合杂志,2010,5(2):175-177.
- [17] 蔡成美,贾红玲,张永臣. 针灸疗法治疗椎动脉型颈椎病机制的研究进展[J]. 湖南中医杂志,2015,31(11):198-200.
- [18] 李延萍. 王毅刚针灸临床穴法精要[M]. 北京:人民卫生出版社,2018.
- [19] 唐波,单佳靖,鲍淑红,等. 针刺颈夹脊穴对椎动脉型颈椎病患者血流动力学的影响[J]. 云南中医学院学报,2018,41(1):87-89.

(收稿日期 2023-03-15)

432例急性胰腺炎患者中医体质特点分析

罗琰文 黎贵湘[△] 伍嘉莉 王定玺

(四川大学华西医院,四川 成都 610000)

中图分类号:R576 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2023)05-0837-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2023.05.019

【摘要】 目的 观察急性胰腺炎(AP)患者中医体质的分布特点,分析AP患者中医体质与患者一般资料、病情严重程度关系,并探讨其机制。**方法** 横断面调查四川大学华西医院2021年1月至2022年1月在中西医结合科病房住院治疗的AP患者,收集患者的一般资料(包括年龄、性别、身高、体质量)、病情严重程度,判定中医体质类型;分析AP患者中医体质分类与一般资料、病情严重程度关系。**结果** 共纳入432例AP患者,其中中医体质分布情况为:占比最高的是痰湿质90例(20.83%),其次为湿热质73例(16.90%)和气虚质59例(13.66%),占比最低的是特禀质12例(2.78%)。AP患者中医体质类型在不同性别、年龄、体质量指数(BMI)分级方面存在差异($P<0.05$),AP患者中医体质类型与病情严重程度差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** AP患者体质以偏颇体质为主,居前3位的是痰湿质、湿热质和气虚质,不同性别、年龄、BMI分级的AP患者,其中医体质亦不同,临床上应根据患者的具体情况进行综合判断,辨证施治。

【关键词】 急性胰腺炎 中医体质分类 痰湿质 湿热质

[△]通信作者(电子邮箱:hxlguixiang@126.com)

急性胰腺炎(AP)是多种因素引起的胰酶被异常激活,胰腺组织自身消化所致的以胰腺局部水肿、炎性浸润、实质坏死为主要病理改变的炎症性疾病^[1],是胃肠道疾病患者常见的住院原因,也是导致院内死亡的主要疾病之一。据统计,约有10%~32%的患者仍可再发AP,甚至进展为重症急性胰腺炎(SAP),成为复发性急性胰腺炎(RAP)^[2]。轻症AP患者虽具自限性,但其早期诊断和干预至关重要,如果错失诊治时间窗,进展为SAP的风险仍然较大。SAP发生后,病情迅速衍变,容易造成多器官功能衰竭,病死率高^[3]。因此,早期预防、及时诊断和干预是改善AP预后的关键环节。中医“体病相关论”认为人的体质分为9种,1种平和,8种偏颇,这种个体化的差异可能影响疾病的发生、发展,同时这种差异化可能治疗手段的选择和临床转归判断具有一定指导作用,这是中医辨证论治的基础^[4-5]。本研究探讨了AP患者中医体质的特点,以及与患者一般资料、病情严重程度关系,以期为该病的早期预防、预后判断以及中西医结合治疗方案的制定提供参考。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准:诊断标准参考《中国急性胰腺炎诊治指南(2021)》^[6]。纳入标准:符合AP诊断标准;年龄≥18岁;意识清楚,可配合完成中医体质辨识问卷填写者。本研究经医院伦理委员会审核,且患者或家属签署知情同意书。排除标准:合并有其他严重的血液系统疾病等、免疫系统疾病、心脑血管疾病者;已确诊为恶性肿瘤者;入院时处于妊娠期或哺乳期者;存在精神疾病或认知功能障碍者。

1.2 临床资料 选取四川大学华西医院2021年1月至2022年1月在中西医结合科病房住院治疗的AP患者,本次共纳入432例AP患者,其中男性226例,女性206例;年龄18~86岁,平均(46.78±14.91)岁;身高150~183 cm,平均(160.98±17.34) cm;体质量44~88 kg,平均(63.14±14.52) kg;体质量指数(BMI)14.53~26.31 kg/m²,平均(23.81±4.59) kg/m²。病情程度为轻症233例(53.94%),中度重症156例(36.11%),重症43例(9.95%)。

1.3 资料收集 收集患者的资料,涵盖性别、年龄、体质量、身高、病情严重程度。计算BMI,公式为: BMI=体质量(kg)÷身高²(m²)。

1.4 中医体质分类判定标准 参照中华中医药学会提出的《中医体质分类与判定》^[7]标准,分为9种体质,包括平和质和8种偏颇体质,其中平和质为正常体质。回答体质量表全部问题,每1个问题按5级评分,计算原始分及转化分,依据分数结果判定体质类型。判定结果为“基本是”,不满足相关条件为“否”,亚量表

分数越高,该体质类型倾向越明显。相兼体质则取最高分作为主要体质类型。

1.5 统计学处理 运用SPSS20.0统计软件和Excel 2016对所需用的数据进行归纳和分析。计量资料服从正态分布以($\bar{x}\pm s$)表示,采用方差分析;计数资料用频数、构成比表示,采用 χ^2 检验、Kruskal-Wallis 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医体质分类 见表1。432例AP患者中,占比最高的是痰湿质90例(20.83%),其次为湿热质73例(16.90%)和气虚质59例(13.66%),占比最低的是特禀质12例(2.78%)。

表1 432例患者中医体质分类排名和占比									
项目	痰湿质	湿热质	气虚质	阴虚质	平和质	气郁质	阳虚质	血瘀质	特禀质
例数(n)	90	73	59	54	46	39	30	29	12
占比(%)	20.83	16.90	13.66	12.50	10.65	9.03	6.94	6.71	2.78

2.2 不同性别患者中医体质分类比较 见表2。不同性别患者中医体质分类比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。男性中湿热质、痰湿质、平和质的占比较高,居前3位;女性中痰湿质、气虚质、阴虚质的占比较高,居前3位。

表2 不同性别患者中医体质分类比较[n(%)]										
性别	n	痰湿质	湿热质	气虚质	阴虚质	平和质	气郁质	阳虚质	血瘀质	特禀质
男性	226	48(21.24)	49(21.68)	27(11.95)	27(11.95)	35(15.49)	15(6.64)	10(4.42)	11(4.87)	4(1.77)
女性	206	42(20.39)	24(11.65)	32(15.53)	27(13.11)	11(5.34)	24(11.65)	20(9.71)	18(8.74)	8(3.88)

($\chi^2=29.478, P<0.001$)

2.3 不同年龄患者中医体质分类比较 见表3。不同年龄患者中医体质分类比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。年龄<60岁者痰湿质、湿热质和气虚质的占比较高,居前3位;年龄≥60岁者阴虚质、痰湿质和气虚质的占比较高,居前3位。

表3 不同年龄患者中医体质分类比较[n(%)]										
年龄	n	痰湿质	湿热质	气虚质	阴虚质	平和质	气郁质	阳虚质	血瘀质	特禀质
<60岁	372	81(21.77)	68(18.28)	50(13.44)	40(10.75)	41(11.02)	34(9.14)	22(5.91)	25(6.72)	11(2.96)
≥60岁	60	9(15.00)	5(8.33)	9(15.00)	14(23.33)	5(8.33)	5(8.33)	8(13.33)	4(6.67)	1(1.67)

($\chi^2=15.590, P<0.001$)

2.4 不同BMI患者中医体质分类比较 见表4。不同BMI患者的中医体质分类存在差异,其中湿热质和气虚质、平和质、气郁质、阳虚质、特禀质比较差异有统计学意义($P<0.05$),痰湿质和阳虚质、气虚质比较差异有统计学意义($P<0.05$),湿热质和痰湿质的体质指数最高。

表4 不同BMI患者中医体质分类比较

项目	痰湿质	湿热质	气虚质	阴虚质	平和质	气郁质	阳虚质	血瘀质	特禀质
例数(n(%))	90(20.83)	73(16.90)	59(13.66)	54(12.50)	46(10.65)	39(9.03)	30(6.94)	29(6.71)	12(2.78)
BMI(kg/m ² , $\bar{x}\pm s$)	24.40 $\pm$ 3.30 ^a	25.30 $\pm$ 8.20 ^a	22.90 $\pm$ 3.20 ^a	23.90 $\pm$ 3.40	22.90 $\pm$ 3.90 ^a	23.50 $\pm$ 3.30 ^a	22.50 $\pm$ 2.90 ^a	23.80 $\pm$ 3.10	21.80 $\pm$ 2.80 ^a

注:湿热质和气虚质、平和质、气郁质、阳虚质、特禀质比较,^a $P<0.05$;痰湿质和阳虚质、气虚质比较,^a $P<0.05$ 。下同。

2.5 不同病情分级患者中医体质分类比较 见表5。不同病情分级患者中医体质分类比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。但数据显示,轻症者湿热质、痰湿质和气虚质的总数居多;中度重症者痰湿质、阴虚质和湿热质的总数居多;重症者痰湿质、气虚质和阳虚质的总数居多。

表5 不同病情分级患者中医体质分类比较[n(%)]

体质	n	痰湿质	湿热质	气虚质	阴虚质	平和质	气郁质	阳虚质	血瘀质	特禀质
轻症	233	40(17.17)	44(18.88)	31(13.30)	24(10.30)	29(12.45)	21(9.01)	17(7.30)	19(8.15)	8(3.43)
中度重症	156	38(24.36)	25(16.03)	20(12.82)	26(16.67)	15(9.62)	14(8.97)	8(5.13)	7(4.49)	3(1.92)
重症	43	12(27.91)	4(9.30)	8(18.60)	4(9.30)	2(4.65)	4(9.30)	5(11.63)	3(6.98)	1(2.33)

3 讨论

AP在中医属“胁痛”“腹痛”“黄疸”等范畴,多由饮食不节、嗜酒过度、脾胃运化失职而湿热内蕴所致,或由情志不畅、肝失疏泄、肝气郁结而日久化火生瘀所致;还可由结石、寄生物等阻滞于胆道,致胆汁淤积、气机失调而发病。西医认为该病的发病机制尚存在争议,多数研究显示,该病发生与机体抑制胰蛋白酶原激活或降低胰蛋白酶活性的细胞内保护机制紊乱有关,可导致胰蛋白酶原的过早激活,而这一病理过程可介导一系列促炎因子的释放,形成炎症反应^[8-9],无论何种发病机理,人体的个体化差异与疾病的易感性和发病倾向均密切相关,这是中医“体病相关论”的核心理论,亦是研究重点。体质是人体在先天遗传基础上,通过后天环境因素缓慢而持续的影响所形成的一种躯体和心理素养综合体,其在形态、结构、功能等多方面具有稳定性,同时也具有特异性,而人类基因多态性说明人体本身对某些疾病具有易患性、忍耐性、临床上症状及体征的特异性以及对治疗效果的反应性等均存在不同。中医“体病相关论”的理论核心与人类基因多态性理论存在相关性^[10-11],而中医体质具有一定的可调性,因此分析某种疾病患者中医体质分类的特征对指导临床诊治和预防至关重要。

本研究中,432例患者中医体质分布以痰湿质为主,占20.83%,其次为湿热质,占16.90%,占比最低的是特禀质,仅为2.78%,与国内学者的研究相符^[12],但是其余几种体质分类的占比排序存在一定差异,可能与纳入研究患者的年龄、基础疾病、发病原因等相关。痰湿质、湿热质为AP患者的主要体质,这一结果

与该病发病机制有关,饮食不节,过食肥甘厚腻,可致脾运化失职,水气停滞,痰湿凝聚于内,因此大多表现为痰湿质;如果嗜酒过度、情志不畅、肝失疏泄、脾失健运,又可导致湿热内蕴,因此湿热质亦为该患者的主要体质。432例患者中气虚质的构成比为13.66%,位居第三,气虚患者对摄入的水谷精微运化水平受到影响,这些代谢物质或为湿,或为痰,停滞于体内;阴虚质患者占12.50%,这类患者则是由于体内阴液亏虚,机体濡养不足所致,阴虚火旺可使阴液炼化为痰浊,阻于脏腑器官,致多种不适症状的发生。因此,这些体质均可能导致痰湿发生,临床辨证施治时应注意并针对性干预。

进一步比较患者中医体质分类与性别和年龄的关系,结果显示,男性湿热质、痰湿质、平和质的比例更高,而女性中痰湿质、气虚质、阴虚质的比例更高。男性喜食肥甘厚腻、酗酒的比例相对更高,因此湿热、痰湿体质的比例更高。男性平和质位居第3,平和质是理论上最为稳定和健康的体质,与先天禀赋良好、后天调养得当有关,通常男性多于女性,这与男性先天体质良好有关,而女性除了先天因素外,还需经历月经和孕产等生理活动,这些均是女性平和质的比例低于男性,而容易形成气虚质、阴虚质的重要原因^[13]。女性痰湿质的占比最高,但湿热质的占比低于气虚质和阴虚质,这是由于女性气血亏虚,易受寒气侵袭,形成寒凝气滞之象。因此,临床对于男性和女性患者体质辨识结果应给予清晰的认知,施以针对性的干预。在年龄方面,本研究结果显示,患者中医体质分类与年龄存在相关性,其中,年龄<60岁者痰湿质、湿热质和气虚质的占比较高,位居前3位;年龄 ≥ 60 岁者阴虚质、痰湿质和气虚质的占比更高,位居前3位。这可能与年龄<60岁者发病多与暴饮暴食、酗酒等有关^[14];而气虚质占比更高的原因则可能与长期体力过度消耗、饮食不节制、生活无规律所导致,且对于中年人来说,即将步入老年,一些代谢性疾病,如糖尿病、高脂血症、甲状腺功能异常以及泌尿系统疾病等均可能在此阶段出现^[15]。年龄 ≥ 60 岁者阴虚质、痰湿质和气虚质的占比更高,位居前3位,老年人可能合并多种基础疾病,且胆源性胰腺炎的发生率较高,各脏腑功能较弱,阳气不足,阴液亏虚,易形成阴虚质和气虚质,使得气不畅达,津液无法遍布全身,亦可致痰湿内蕴,形成痰湿质。因此,临床在辨证施治时应尤其注意不同年龄段的中医体质差异的辨识,尤其是老年患者,其体质较为复杂,在进行辨识时更易仔细询问和观察,以准确判断。

有研究显示^[16],依据BMI分级可预测急性胰腺炎的病情严重程度,本研究结果则显示,患者中医体质分类与BMI值大小存在一定的关系,其中最为明显的差异为湿热质和痰湿质的体质指数最高。“肥人多湿”,这

是中医的经典理论,机体痰湿之处在皮肤,则为肥胖,痰湿之处在肺部,则为痰多、胸闷之证^[17]。痰湿质体质的形成主要与非健康的生活方式有关,如喜食高热量、高脂肪食物,以及生冷、辛辣之物,长期可给胃肠道带来极大负担,还可损伤胃黏膜,抑制肠道屏障功能,导致肠胃基础功能受损;另一方面,缺乏运动、疏于保暖、熬夜失眠均可能导致体内气血运行不畅,痰湿内蕴^[18-19]。依据患者的BMI值,可给予患者不同的饮食、运动和生活干预,以改善体质。

中医体质分类与病情严重程度之间无显著差异,但数据显示,轻度和中重度者湿热质、痰湿质的数量居多,最大的区别在于,轻症者气虚质数量相对较高,中度重症者阴虚质数量相对较高,重症者气虚质、阳虚质的数量相对较高。这可能由于部分中度重症者阴虚质患者气机失调,阴液亏虚,津液流通受阻,从而引发痰浊内停而致病;而重症者多病情进展较快,多发生于平日阳气亏虚,存在长期胃肠功能紊乱的患者中,再加上突然进食肥甘厚腻、酗酒或寒邪侵袭,发病风险极高,且进展速度较快。

综上所述,AP患者中医体质以痰湿质最为常见,其分类受性别、年龄、BMI分级的影响,其中,男性湿热质、痰湿质更多,女性则痰湿质、气虚质更多;年龄<60岁以痰湿质、湿热质最多,随着年龄的增长,阴虚和气虚等风险逐渐升高;湿热质和痰湿质的BMI最高;轻症者气虚质更为常见,中度重症者阴虚质更为常见,而重症气虚质、阳虚质则更多。中医体质学的八种偏颇体质亦是病理体质,是病理表现,即为宿病,这些体质的差异性对致病因子的易感性与易罹性,是宿病对新病的从化、传化、转归、发展的影响。临床上应当仔细辨识患者的体质,再依据诱因进行综合判断,仔细分析体质、疾病、证候之间存在的联系,辨证施治,治随证变。

参 考 文 献

- [1] MEDEROS MA, REBER HA, GIRGIS MD. Acute pancreatitis: A 4eview[J]. JAMA, 2021, 325(4): 382-390.
- [2] 康鸿鑫, 李君仪, 唐文富, 等. 复发性急性胰腺炎病因分析及防治概述[J]. 中国普外基础与临床杂志, 2020, 27(7): 895-900.
- [3] 陈梅福, 王方明. 重症急性胰腺炎治疗的进展[J]. 临床肝胆病杂志, 2012, 28(8): 571-572.
- [4] 王琦. 从发病学看体病相关的新视角[J]. 天津中医药, 2019, 36(1): 7-12.
- [5] 吴丽通, 李其信, 车祖钊, 等. 李其信教授基于“体病相关”论辨治血精经验浅析[J]. 浙江中医药大学学报, 2021, 45(3): 278-281.
- [6] 中华医学会外科学分会胰腺外科学组. 中国急性胰腺炎诊治指南(2021)[J]. 中华消化外科杂志, 2021, 20(7): 730-739.
- [7] 中华中医药学会. 中医体质分类与判定(ZYYXH/T157-2009)[J]. 世界中西医结合杂志, 2009, 4(4): 303-304.
- [8] 郭志国, 辛毅. 急性胰腺炎发病机制研究新观点[J]. 中国全科医学, 2018, 21(20): 2400-2403.
- [9] MOORE M, AVULA N, WONG A, et al. Reduction in O-glucNAcylation mitigates the severity of inflammatory response in cerulein-induced acute pancreatitis in a mouse model[J]. Biology(Basel), 2022, 11(3): 347.
- [10] 沈艳, 唐红, 周端, 等. 2型糖尿病患者常见体质与IL-6、IL-10、IL-10R1基因多态性的相关性研究[J]. 安徽中医药大学学报, 2019, 38(3): 6-11.
- [11] 韩文秀, 荀运浩, 过建春, 等. HBeAg阳性慢性乙型肝炎患者阴虚体质及Atg5基因多态性与聚乙二醇干扰素α治疗应答的关联[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(11): 1320-1325.
- [12] 王倩倩, 周健, 江志伟, 等. 急性胰腺炎患者中医体质及证型分布特点研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41(8): 917-921.
- [13] 贺生才, 刘伟, 梁绮婷, 等. 不同性别大学生中医体质与体质健康测试相关性分析[J]. 新中医, 2021, 53(10): 219-224.
- [14] 徐向向, 田甜, 李雪, 等. 不同年龄层急性胰腺炎临床特点分析[J]. 中国临床医生杂志, 2020, 48(10): 1201-1203.
- [15] 王玉虎, 赵红丽. 青年与中老年急性胰腺炎患者的临床特征分析[J]. 华北理工大学学报(医学版), 2021, 23(5): 364-367, 384.
- [16] İ NCE AT, SEVEN G, KOÇHAN K, et al. The course of acute pancreatitis in patients with different BMI groups[J]. Pancreatology, 2022, 22(3): 348-355.
- [17] 史穆然, 朱燕波, 王乐融, 等. 超重/肥胖、运动及其交互作用对痰湿体质的影响研究[J]. 中国全科医学, 2018, 21(34): 4217-4222.
- [18] 郭文茜, 万瑾毅, 姚海强. 从肠道屏障功能受损探讨痰湿体质脾失健运的微观机制[J]. 北京中医药大学学报, 2022, 45(4): 393-397.
- [19] 喻松仁, 舒晴, 王萍, 等. 肥胖痰湿证形成机制及证治规律探微[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(12): 2547-2548.

(收稿日期 2022-10-23)