

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2016.06.012

69 例自身免疫性肝炎患者中医体质特点分析

池晓玲^{*}, 黎胜², 萧焕明¹, 张朝臻¹, 刘燕燕², 魏泽辉², 王嘉豪², 刘乐鑫²

(1. 广东省中医院, 广东省广州市越秀区大德路 111 号, 510120; 2. 广州中医药大学研究生院)

摘要 目的 探讨自身免疫性肝炎(AIH)患者中医体质类型特点。方法 收集 69 例 AIH 患者(其中单纯 AIH 患者 53 例、AIH 后肝硬化患者 16 例)的一般资料,运用中医体质分类与判定表对患者进行中医体质类型判定,分析不同性别、年龄段 AIH 患者中医 9 种体质类型分布情况。结果 69 例 AIH 患者中属于单一体质者 11 例(15.94%),兼挟体质 58 例(84.06%)。单纯 AIH 患者前 3 位的体质类型分别是气虚兼气郁血瘀质(15.09%)、气虚兼气郁质(13.21%)、痰湿兼气虚质(11.32%)。AIH 后肝硬化患者前 3 位的体质类型分别是阴虚兼痰湿质(31.25%)、气虚兼气郁质(18.75%)、阴虚兼气虚气郁质(18.75%)。从 9 种体质类型来看,单纯 AIH 患者中气虚质(27.83%)、阴虚质(20.00%)、气郁质(18.26%)最常见;AIH 后肝硬化患者中阴虚质(33.34%)、气虚质(24.24%)、气郁质(18.18%)最常见。单纯 AIH 及 AIH 后肝硬化患者比较,不同性别、不同年龄阶段之间的体质类型分布差异均无统计学意义($P>0.05$)。结论 气虚质、气郁质、阴虚质是 AIH 患者最常见的体质类型,提示临床疏肝健脾、柔肝养阴是治疗 AIH 的重要治法。

关键词 自身免疫性肝炎; 中医体质; 中医证候

自身免疫性肝炎(autoimmune hepatitis, AIH)是一种由自身免疫所引起的急、慢性肝病。严重病例可快速进展为肝硬化和肝衰竭,如不及时治疗,半年内病死率高达 40%^[1]。肝硬化是 AIH 发展到后期的常见并发症,预后不佳。中医体质学通过研究不同体质类型与疾病的关系,通过改善体质、调整功能状态,为预防疾病提供了理论和方法。我们在实践中发现 AIH 及 AIH 后肝硬化患者的中医体质类型具有一定特征,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准按照 2008 年发表的简化的自身免疫性肝炎评分系统^[2]进行诊断。

1.2 纳入标准

符合 AIH 西医诊断标准者;同意接受本研究,并可以追踪观察的知情同意者。

1.3 排除标准

重叠综合征患者;有精神障碍或严重的心脑血管

管等疾病者;合并严重的感染性疾病及活动性结核者;妊娠期或哺乳期妇女;出现意识不清、神志障碍、言语不能者。

1.4 一般资料

69 例病例均来源于 2013 年 11 月至 2015 年 3 月在广东省中医院肝病慢病管理中心参加体质调养的患者。其中单纯 AIH 患者 53 例(单纯 AIH 组),AIH 后肝硬化患者 16 例(AIH 后肝硬化组);女 58 例,男 11 例;年龄 14~78 岁,平均(53.07±15.31)岁;其中≤20 岁 1 例,21~40 岁 14 例,41~50 岁 10 例,>50 岁 44 例;病程 1~20 个月,平均(11.33±5.39)个月。

2 方法

2.1 调查方法

患者在首次进入广东省中医院肝病慢病管理中心进行长期随访管理时填写患者一般情况表及中医体质分类与判定量表^[3]。所有表格均由患者独立填写,当场收回。同时由具有副主任医师资格的医生给患者进行四诊信息的采集并填写中医四诊信息部分内容。

基金项目:广东省中医院中医药科学技术研究专项(YN2014PJ04)

* 通讯作者:chixiaoling@163.com,(020)39318398

2.2 调查内容

包括一般情况调查表和中医体质分类与判定表。一般情况调查表主要包括患者年龄、性别、民族、职业、婚姻状况、文化程度、出生时父母年龄、出生时情况、有无不良嗜好、饮食习惯、睡眠及运动习惯、体型、体质指数 (BMI)、血型、有无合并其他免疫性疾病或家族遗传病、直系亲属有无自身免疫性疾病。

中医体质分类与判定表由平和质、气虚质、阴虚质、阳虚质、血瘀质、痰湿质、湿热质、气郁质、特禀质 9 个亚量表构成, 各个亚量表含有 7 ~ 9 个条目。每个条目按 5 级评分, 最低分是 1 分, 最高分是 5 分, 分别对 9 个亚量表计分。计算每种体质的原始分及转化分, 原始分 = 各个条目分值相加; 转化分数 = $[(\text{原始分} - \text{条目数}) / (\text{条目数} \times 4)] \times 100$ 。体质判定标准^[3]: 1) 平和质的判定标准: 平和质转化分 ≥ 60 分, 且其他 8 种偏颇体质转化分均 < 30 分时, 判定为“是”; 平和质转化分 ≥ 60 分, 且其他 8 种偏颇体质转化分均 < 40 分时, 判定为“基本是”; 否则判定为“否”。2) 偏颇体质 (除平和质外, 其他体质类型统称为偏颇体质) 判定标准: 偏颇体质转化分 ≥ 40 分, 判定为“是”; 30 ~ 39 分, 判定为“倾向是”; < 30 分, 判定为“否”。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 19.0 统计学软件, 将数据进行描述分析, 计算患者各种体质类型的频数, 并采用非参数检验中的 Mann-Whitney U 检验方法进行统计分析, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 69 例 AIH 患者中医体质类型分布

中医体质类型包含单纯体质类型、兼挟体质类型。69 例 AIH 患者中属于单一体质者 11 例 (15.94%), 兼挟体质者 58 例 (84.06%), 具体见表 1。单纯 AIH 组患者前 3 位的体质类型分别是: 气虚兼气郁血瘀质、气虚兼气郁质、痰湿兼气虚质。AIH 后肝硬化组患者前 3 位的体质类型分别是阴虚兼痰湿质、气虚兼气郁质、阴虚兼气虚气郁质。

表 1 不同中医体质类型在两组自身免疫性肝炎患者中分布情况 例 (%)

体质类型	单纯 AIH 组 (53 例)	AIH 后肝硬化组 (16 例)
气虚兼气郁血瘀质	8 (15.09)	0
气虚兼气郁质	7 (13.21)	3 (18.75)
痰湿兼气虚质	6 (11.32)	0
阴虚兼气虚质	5 (9.43)	2 (12.50)
阴虚质	5 (9.43)	1 (6.25)
湿热兼阴虚血瘀质	4 (7.55)	0
阴虚兼气虚气郁质	3 (5.66)	3 (18.75)
阴虚兼气虚血瘀质	3 (5.66)	0
湿热兼阴虚质	3 (5.66)	0
气郁兼血瘀质	2 (3.77)	0
湿热兼血瘀质	1 (1.89)	0
湿热兼气郁质	1 (1.89)	0
痰湿兼血瘀质	1 (1.89)	1 (6.25)
阴虚兼痰湿质	0	5 (31.25)
痰湿质	2 (3.77)	0
湿热质	1 (1.89)	0
阳虚质	0	1 (6.25)
血瘀质	1 (1.89)	0

3.2 69 例 AIH 患者 9 种体质类型分布

根据个体实际体质, 将其中的兼挟体质拆分成单一体质类型 (例如气虚兼气郁血瘀质拆分成气虚质、气郁质、血瘀质)。本研究中, 单纯 AIH 组和 AIH 肝硬化组患者均未出现特禀质及平和质。表 2 示, 单纯 AIH 组患者 9 种体质分布前 3 位为气虚质、阴虚质、气郁质; AIH 后肝硬化组患者 9 种体质分布前 3 位为阴虚质、气虚质、气郁质及痰湿质。单纯 AIH 组及 AIH 后肝硬化组不同体质类型比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.3 不同性别 AIH 患者 9 种体质类型分布

表 3 示, 男性患者体质类型主要以气虚质为主, 气郁质及血瘀质次之; 女性患者也以气虚质多见, 阴虚质次之。单纯 AIH 组不同性别患者的体质类型分布组内比较无统计学差异 ($P > 0.05$)。AIH 后肝硬化组患者以女性为主, 女性患者中以阴虚质最为常见 (占 37.93%), 其次是气虚质 (占 24.14%); 但是由于男性只有 4 例次, 故难以反映不同性别之间体质分布差异。

表 2 两组自身免疫性肝炎患者 9 种体质类型分布情况 例次 (%)

组别	例数	气虚质	阴虚质	气郁质	血瘀质	湿热质	痰湿质	阳虚质
单纯 AIH 组	115	32 (27.83)	23 (20.00)	21 (18.26)	20 (17.39)	10 (8.69)	9 (7.83)	0
AIH 后肝硬化组	33	8 (24.24)	11 (33.34)	6 (18.18)	1 (3.03)	0	6 (18.18)	1 (3.03)

注: 两组患者均未见特禀质及平和质, 故未纳入统计

表 3 两组自身免疫性肝炎不同性别患者 9 种体质类型分布情况 [例次 (%)]

组别	性别	例数	气虚质	阴虚质	气郁质	血瘀质	湿热质	痰湿质	阳虚质
单纯 AIH 组	男	9	6 (28.57)	5 (23.81)	2 (9.52)	0	5 (23.81)	3 (14.29)	0
	女	44	26 (27.66)	16 (17.02)	8 (8.51)	9 (9.57)	15 (15.96)	20 (21.28)	0
AIH 后肝硬化组	男	2	1 (25.00)	1 (25.00)	0	1 (25.00)	1 (25.00)	0	0
	女	14	7 (24.14)	5 (17.24)	0	5 (17.24)	0	11 (37.93)	1 (3.45)

注：两组患者均未见特禀质及平和质，故未纳入统计

表 4 两组自身免疫性肝炎不同年龄段患者 9 种体质类型分布情况 [例次 (%)]

组别	年龄	例数	气虚质	阴虚质	气郁质	血瘀质	湿热质	痰湿质	阳虚质
单纯 AIH 组	≤40 岁	15	10 (30.30)	8 (24.24)	1 (3.03)	4 (12.12)	6 (18.18)	4 (12.12)	0
	41~50 岁	8	4 (23.53)	5 (29.41)	2 (11.76)	1 (5.89)	3 (17.65)	2 (11.76)	0
	≥51 岁	30	18 (27.69)	8 (12.31)	7 (10.77)	4 (6.16)	11 (16.92)	17 (26.15)	0
AIH 后肝硬化组	≤40 岁	1	1 (50.00)	0	0	0	0	1 (50.00)	0
	41~50 岁	2	0	0	0	2 (50.00)	1 (25.00)	1 (25.00)	0
	≥51 岁	13	7 (25.93)	6 (22.22)	0	4 (14.82)	0	9 (33.33)	1 (3.70)

注：两组患者均未见特禀质及平和质，故未纳入统计

3.4 不同年龄段 AIH 患者 9 种体质类型分布

表 4 示，在单纯 AIH 组患者中，≤40 岁及 ≥51 岁两个年龄段的发病人数较多，而 40~50 岁的人群发病人数较少，不同年龄段的发病人数比较，差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。在 ≤40 岁的患者中气虚质 (30.30%) 最常见，气郁质 (24.24%) 次之。在 AIH 后肝硬化组患者中，以 ≥51 岁的人群发病率最高，在体质类型分布中，≥51 岁人群以阴虚质最常见 (33.33%)，气虚质 (25.93%)、气郁质 (22.22%) 次之。同一年龄段的单纯 AIH 与 AIH 后肝硬化组患者体质类型分布比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

4 讨论

根据 AIH 的临床特点和表现，当归属于中医学“胁痛”“黄疸”“积聚”“鼓胀”等范畴。AIH 病因复杂，常见多种病因夹杂、相合所致。或由于先天禀赋不足，或素体脾胃虚弱，或饮食不当，或为情志所伤，或感染邪毒，或药毒损伤等，病位主要在肝，与脾、胃、胆、肾相关。

本研究结果显示，AIH 以女性患者多见，男：女比例约为 1：4.89，与相关流行病学报道的 AIH 发病率相似^[4]。无论单纯 AIH 还是 AIH 后肝硬化均以两种或多种体质类型兼挟出现为主，单一体质类型少见，反映了本病病情复杂的特点。本研究中患者未见特禀质与平和质，考虑与本研究纳入患者的发病状态及样本量较少有关。气虚质、阴虚质、气郁质是单纯 AIH 的常见体质类型，说明本病与先天禀赋不足、脾胃虚弱、情志不遂、阴津暗

耗等因素密切相关。疏肝健脾、益气养阴当为 AIH 的基本调治原则。而 AIH 后肝硬化患者的体质类型以阴虚质最常见，气虚质、气郁质及痰湿质次之，说明阴血亏虚可能是 AIH 后肝硬化病情发展的一个重要因素，而气虚、气郁、痰湿在本病的发展中也起着重要的作用。因此，在 AIH 后肝硬化的调治中，滋养肝阴、疏肝健脾、化痰祛湿是重要治法，临床注意根据患者体质分层次应用。

从本病的男女性别的体质类型分布来看，在单纯 AIH 患者不同性别的体质类型分布无明显差异，均以气虚质为主，说明气虚是单纯 AIH 患者发病的重要病机。在 AIH 后肝硬化患者中以阴虚质为主，尤其是女性患者，阴虚质占 37.93%，说明在 AIH 后肝硬化患者中，阴虚是女性 AIH 后肝硬化患者的重要病机，正如《灵枢·五音五味第六十五》所言“妇人之生，有余于气，不足以血，以其数脱血也”。这提示我们在治疗 AIH 后肝硬化时除重视养阴、顾护阴液之外，还要重视疏肝健脾，顾护后天之本。

从本病不同年龄段的体质类型的分布来看，在 ≤50 岁的人群中均以气虚质、气郁质为主，说明肝郁脾虚是 ≤50 岁 AIH 人群的重要病机，临床治疗中，应以疏肝健脾为主要治疗原则。在 50 岁以上的患者中，则以阴虚质最多见，气虚质、气郁质次之，因此在 50 岁以上的单纯 AIH 及 AIH 后肝硬化人群中，治疗本病时应以柔养肝阴、疏肝健脾为本病的重要大法。

综上所述，不论从不同性别、不同的年龄阶

段、单纯 AIH 及 AIH 后肝硬化的不同发病阶段的体质分布类型来看,气虚质、气郁质是贯穿始终的体质类型,由此反映肝郁脾虚是贯穿 AIH 发病始终的关键病机。金实教授也认为湿、毒、郁、瘀、痰是本病之原,肝脏功能失调是本病之象,阴阳气血虚弱是本病之本,肝终郁滞是病机的中转环节,治疗应重视疏肝理气、和畅肝络、柔养肝阴,同时,还要结合祛除湿、热、瘀、毒等邪气^[8]。这与本研究显示的结果 AIH 以气虚质、气郁质为主,瘀血质、湿热质、痰湿质等其他体质兼而有之相一致。

由于本研究地域较局限,样本量较少,故结论可能存在一定局限性,亟待开展全国多中心临床研

究,为临床提供高级别循证医学证据。

参考文献

- [1] 王锦辉,陈旻湖. 自身免疫性肝炎的诊断和治疗进展 [J]. 广东医学, 2008, 29(7): 1078-1079.
- [2] ELKE M, HENNES EM, ZENIYA M, et al. Simplified criteria for the diagnosis of autoimmune hepatitis [J]. Hepatology, 2008, 48(1): 169-176.
- [3] 王琦,朱燕波. 中医体质分类与判定 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 1-7.
- [4] 罗云坚,黄穗平. 消化科专病中医临床诊治 [M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 386.
- [5] 刘喜德. 金实教授流气和络法治疗自身免疫性肝炎经验摘要 [J]. 中国中医药信息杂志, 2008, 7(9): 72-73.

Analysis on Characteristics of Chinese Medicine Constitution in 69 Autoimmune Hepatitis Patients

CHI Xiaoling¹, LI Sheng², XIAO Huanming¹, ZHANG Chaozhen¹, LIU Yanyan², WEI Zehui², WANG Jiahao², LIU Lexin²

(1. Guangdong Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou, 510120; 2. Graduate School of Guangzhou University of Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To explore Chinese medicine constitution type characteristics of autoimmune hepatitis (AIH) patients'. **Methods** General information of 69 AIH patients was collected, including 53 simple AIH patients and 16 post-AIH cirrhosis patients. Patients' Chinese medicine constitution types were decided by Chinese medicine constitution classification and decision table. The distribution of 9 types of Chinese medicine constitution of different genders and ages of AIH patients was analyzed. **Results** Among 69 patients, 11 cases (15.94%) were of single-constitution, 58 cases (84.06%) of accompanying-constitution. The top three types of constitution in simple AIH patients were Qi deficiency and Qi stagnation with blood stasis constitution (15.09%), Qi deficiency and Qi stagnation constitution (13.21%), as well as phlegm-dampness and Qi deficiency constitution (11.32%). The top three types of constitution in post-AIH cirrhosis patients were Yin deficiency and phlegm-dampness constitution (31.25%), Qi deficiency and Qi stagnation constitution (18.75%), as well as Yin deficiency and Qi deficiency with Qi stagnation constitution (18.75%). From the aspect of 9 constitution types, Qi deficiency (27.83%), Yin deficiency (20.00%) and Qi stagnation (18.26%) constitutions were common in simple AIH patients; while Yin deficiency (33.34%), Qi deficiency (24.24%) and Qi stagnation (18.18%) constitutions were common in post-AIH cirrhosis patients. Simple AIH patients were compared with post-AIH cirrhosis patients. The distribution difference of constitution types of different genders and ages AIH patients was not significant ($P > 0.05$). **Conclusion** Qi deficiency, Qi stagnation and Yin deficiency constitutions were common in AIH patients, which showed that dispersing the stagnated liver-energy, invigorating the spleen, nourishing Yin and softening the liver were important therapeutic methods to treat AIH in clinic.

Keywords autoimmune hepatitis; Chinese medicine constitution; Chinese medicine syndrome

(收稿日期: 2015-06-30; 修回日期: 2015-08-31)

编辑: 叶 晨