

腹膜透析合并消化道症状患者的中医证候与营养指标相关性分析

吴一帆¹ 刘旭生² 黄春林² 鲁新红¹ 汪涛¹

(1. 北京大学第三医院肾内科, 北京市海淀区花园北路 49 号, 100191; 2. 广东省中医院肾内科)

[摘要] **目的** 分析腹膜透析合并消化道症状患者的中医证候与营养指标之间的相关性, 为临床辨证施治提供参考。**方法** 将 81 例腹膜透析合并消化道症状的患者进行中医辨证分型, 对各证型患者进行消化道症状临床评分, 测定患者平均每日每千克体重能量摄入 (DEI)、蛋白质摄入 (DPI) 及血清白蛋白 (ALB) 水平。**结果** 本虚证中脾肾气虚 39 例 (48.1%)、气阴两虚 16 例 (19.8%)、脾肾阳虚 10 例 (12.3%)、阴阳俱虚 9 例 (11.1%)、肝肾阴虚 7 例 (8.6%); 脾肾阳虚证的 DEI 比脾肾气虚证及气阴两虚证明显减少 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 脾肾阳虚证及阴阳俱虚证的 ALB 比脾肾气虚证明显下降 ($P < 0.01$)。标实证中血瘀证 36 例 (35.3%)、湿热证 26 例 (25.5%)、湿浊证 25 例 (24.5%)、热毒证 12 例 (11.8%)、无标证 3 例 (2.9%); 湿浊证及湿热证与热毒证比较, 临床评分明显偏高 ($P < 0.01$)。**结论** 腹膜透析合并消化道症状的患者本虚证候中以脾肾气虚证为主, 而标实证候中以血瘀、湿热、湿浊证为主, 且与营养指标中 DEI、ALB 有一定相关性。

[关键词] 腹膜透析; 消化道症状; 中医证候; 营养指标

Analysis on the Relations between TCM Syndromes and Nutritional Status in the Peritoneal Dialysis Patients with Gastrointestinal Symptoms

WU Yifan¹, LIU Xusheng², HUANG Chunlin², LU Xinhong¹, WANG Tao¹

(1. The Third Hospital, Peking University, Beijing 100191; 2. Guangdong Provincial TCM Hospital)

ABSTRACT **Objective** To analyze the relations between the TCM syndromes and the nutritional status in the peritoneal dialysis patients with gastrointestinal symptoms in order to facilitate the clinical treatment. **Methods** The 81 peritoneal dialysis patients with gastrointestinal symptoms were differentiated according to the TCM differentiation treatment. They were scored based on their gastrointestinal symptoms. Their daily energy intake (DEI) and protein intake (DPI) per kilogram of body weight, and the serum albumin (ALB) level were measured. **Results** In the Ben-root-deficiency syndromes, there were 39 cases (48.1%) of spleen and kidney qi deficiency, 16 cases (19.8%) of both qi and yin deficiency, 10 cases (12.3%) of spleen and kidney yang deficiency, 9 cases (11.1%) of both yin and yang deficiency, and 7 cases (8.6%) of liver and kidney yin deficiency. The DEI of those cases with spleen and kidney yang deficiency was significantly lower than that of those with spleen and kidney qi deficiency and both qi and yin deficiency ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The ALB of those cases with spleen and kidney yang deficiency and both yin and yang deficiency was significantly lower than that of those who with spleen and kidney qi deficiency ($P < 0.01$). In the Biao-symptom-excess syndromes, there were 36 cases (35.3%) of blood stasis, 26 cases (25.5%) of damp heat, 25 cases (24.5%) of damp turbidity, 12 cases (11.8%) of evil heat toxins, and 3 cases (2.9%) without Biao-symptom. The score of those cases with the syndrome of damp turbidity and damp heat was significantly higher than those who with the syndrome of evil heat toxins in comparison ($P < 0.01$). **Conclusion** Of the peritoneal dialysis patients with gastrointestinal symptoms, the syndrome of spleen and kidney qi deficiency is the main one in the deficiency syndromes, while the syndromes of blood stasis, damp heat, and damp turbidity are the main excess ones, and there is a certain relation with DEI and ALB in the nutritional indices.

Key Words Peritoneal dialysis; Gastrointestinal symptoms; TCM syndromes; Nutritional status

腹膜透析是终末期肾病患者常用的一种肾脏替代疗法, 近年来已取得了很大的进展。但患者透析过程中仍会出现一些并发症, 其中, 消化道症状就是常见的临床综合征, 可能表现为厌食、恶心呕吐、腹胀腹泻等, 并进一步导致营养不良等结局。为有效防治上述并发症,

我们收集了 81 例长期进行持续性非卧床腹膜透析合并有消化道症状的患者资料, 进行中医证候分析, 以期运用中医药有效防治并发症, 改善腹膜透析质量提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

病例来源于 2009 年 3~5 月在北京大学第三医院腹膜透析中心复诊的维持性腹膜透析患者共 81 例。其

中男性 42 例, 女性 39 例; 年龄 31~84 岁, 平均(63. 26 ± 12. 50) 岁; 透析时间 4~78 个月, 平均(22. 62 ± 14. 51) 个月。

1.2 纳入标准

①腹膜透析方式为持续性非卧床腹膜透析且透析时间≥3 个月; ②消化道症状的临床评分>1 分; ③近 3 个月透析方案稳定, 病情较平稳者; ④知情同意者。

1.3 排除标准

①同时行血液透析的患者; ②有明确的消化道器质性病变如消化道肿瘤、溃疡等; ③近 3 个月内出现感染、心功能衰竭等急性并发症者; ④精神病患者或其他原因不能配合调查者。

1.4 观察指标及方法

1.4.1 中医辨证分型方法 参照中华中医药学会肾病分会 2006 年制定的《慢性肾衰的诊断、辨证分型及疗效评定》^[1]标准制定《腹膜透析患者中医证候分布临床症状调查表》, 对患者进行问卷调查及四诊观察, 把握四诊摘要, 确定中医证型并记录。其中本虚证包括脾肾气虚、气阴两虚、脾肾阳虚、阴阳俱虚、肝肾阴虚, 标实证包括血瘀证、湿热证、湿浊证、热毒证。

1.4.2 消化道症状临床评分标准 参考既往研究文献^[2-3]制定《消化道症状临床评分表》, 包括厌食、恶心、呕吐、烧心、反胃、腹部饱胀、便秘、腹泻 8 项, 评估的标准分为 5 个等级: 1 分: 无; 2 分: 轻度; 3 分: 中度; 4 分: 严重; 5 分: 非常严重; 每次复诊时由责任护士评估并统计, 将所得总分除以 8, 即患者的消化道症状临床得分。

1.4.3 营养摄入指标评估 采用 24h 膳食回顾调查法, 由患者记录复诊前 1 周内任意 3 天摄入的食物量, 按照中国疾病预防控制中心营养与食品安全所制定的《中国食物成分表》^[4], 由营养师评估平均每天摄入的能量和蛋白质, 再以患者的标准体重标化后, 得出平均每日每公斤体重能量摄入(DEI) 和蛋白质摄入(DPI) 。

1.4.4 血清白蛋白(ALB) 测定 抽取患者空腹静脉血约 5ml, 应用全自动生化分析仪(Olympus AU 5400) 测定, 作为营养状况客观评价的参考指标。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 13.0 软件对数据进行统计处理, 采用双侧检验($\alpha=0.05$), 多组间计量资料比较采用方差分析, 各组间两两比较采用 LSD -T 检验。

2 结果

2.1 本虚证候分布情况

本虚证中每个病例归入 1 种证型, 结果各证型总的分布情况是: 脾肾气虚 39 例(48. 1%) 、气阴两虚 16

例(19. 8%) 、脾肾阳虚 10 例(12. 3%) 、阴阳俱虚 9 例(11. 1%) 、肝肾阴虚 7 例(8. 6%) 。

2.2 本虚证候各证型患者临床评分、DEI、DPI 及 ALB 比较

表 1 示, 脾肾阳虚证的 DEI 较脾肾气虚证及气阴两虚证明显减少, 差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$); 脾肾阳虚证及阴阳俱虚证的 ALB 较脾肾气虚证明显降低, 差异有统计学意义($P<0.05$)。各证型临床评分、DPI 比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 本虚证候各证型患者临床评分、DEI、DPI 及 ALB 比较($\bar{x} \pm s$)

证型	例数	临床评分(分)	DEI(kJ/kg)	DPI(g/kg)	ALB(g/L)
脾肾气虚	39	1.32±0.25	27.25±6.27▲▲	0.84±0.20	40.03±3.15
肝肾阴虚	7	1.21±0.12	26.10±3.84	0.83±0.17	39.29±2.81
脾肾阳虚	10	1.55±0.46	20.48±4.43	0.64±0.22	36.70±3.47△
气阴两虚	16	1.34±0.26	25.78±7.90▲	0.89±0.34	38.60±3.63
阴阳俱虚	9	1.49±0.37	24.21±4.70	0.76±0.14	36.86±4.78△

注: 与脾肾阳虚证比较, ▲ $P<0.05$, ▲▲ $P<0.01$; 与脾肾气虚组比较, △ $P<0.05$

2.3 标实证候分布情况

《慢性肾衰的诊断、辨证分型及疗效评定》标准中将“标证”写为“兼证”, 故有的患者不具有标证, 有的具有 2 个以上标证, 故 1 个病例可有 1 个以上证型, 各证型总频数可超过总病例数。各证型总的分布情况是血瘀证 36 例(35. 3%) 、湿热证 26 例(25. 5%) 、湿浊证 25 例(24. 5%) 、热毒证 12 例(11. 8%) 、无标证 3 例(2. 9%) 。

2.4 标实证候各证型患者临床评分、DEI、DPI 及 ALB 比较

表 2 示, 湿浊证及湿热证与热毒证比较, 临床评分偏高, 差异均有统计学意义($P<0.01$)。各证型 DEI、DPI 及 ALB 比较差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 2 标实证各证型患者临床评分、DEI、DPI 及 ALB 比较($\bar{x} \pm s$)

证型	例数	临床评分(分)	DEI(kJ/kg)	DPI(g/kg)	ALB(g/L)
无标证	3	1.13±0.00	22.68±3.02	0.84±0.03	38.67±4.51
湿浊证	25	1.45±0.36▲	26.49±6.78	0.86±0.24	40.21±3.81
湿热证	26	1.48±0.31▲	25.84±6.40	0.80±0.26	38.44±3.87
热毒证	12	1.17±0.08	23.56±6.51	0.78±0.25	38.33±2.54
血瘀证	36	1.35±0.28	25.15±5.90	0.78±0.20	38.60±3.49

注: 与热毒证比较, ▲ $P<0.01$

3 讨论

当腹膜透析患者出现消化道症状时, 会引起摄入减少, 导致营养不良, 而营养不良严重影响腹透患者的预后^[5], 所以有效预防及缓解腹透患者的消化道症状

非常重要。正如《养老奉亲书》所说：“有胃气则生，无胃气则死”，中医向来重视调理脾胃，在改善消化道症状方面，有其独到之处。中医诊疗以证候为基础，因此本研究以腹膜透析合并消化道症状的患者为研究人群，进行证候分析，以期为临床辨证论治改善腹透并发症提供参考。

从研究的结果可以看出，本虚证候中，脾肾气虚证占了极大的比例，而标实证候中，以血瘀、湿热、湿浊证为主。中医认为，腹膜透析患者脾胃长期浸渍于水湿之中，湿浊之邪伤脾碍胃耗气，加之久病损伤肾络，所以脾肾正气最容易受损；而水湿痰浊因气虚运化无力，潴留于体内，日久化热，加之“久病化瘀”，所以出现了血气瘀滞、湿热交结、湿浊内阻等病理改变。

本研究还比较了各个证型间反映消化道症状轻重的临床评分、反映营养摄入的 DEI、DPI，及反映营养状况的 ALB 等指标。结果本虚证方面，阳虚证及阴阳俱虚证营养摄入及营养状况最差 ($P < 0.05$)，而临床评分最高，可能因为样本量较少临床评分差异无统计学意义，但还是显示出一定的趋势，表明这两证型的临床症状较严重。阳虚是气虚进展的结果，阳虚进展则导致阴阳俱虚，由此可见，阳气确为机体内运化水谷的动力，阳气不足者消化道蠕动乏力，临床症状突出，营养摄入减少，且水谷无法化生为精微物质，营养状况偏差。而标实证方面，湿热证及湿浊证的临床评分最高 ($P < 0.05$)，可见水湿痰浊既是病理产物，又是病因，潴留于体内弥漫三焦，困阻脾胃，导致气机失畅，胃失受纳，脾失健运，传导失司，出现了各种消化道合并症。

由以上分析可以看出，腹膜透析合并消化道症状的患者，其中医证候的分布情况，在本虚证方面主要以脾肾气虚为主，而脾肾阳虚及阴阳俱虚患者的临床表现最突出，在标实证方面则以血瘀、湿热、湿浊为主，其

中湿热及湿浊证患者临床表现最突出。因此防治上可以从脾胃入手，以补气健脾益肾为大法，补充机体正气，增强运化水谷的动力，同时针对标实证佐以祛湿泄浊、清热化瘀，祛除体内湿浊瘀热，防止病邪潴留阻碍脾胃运化，减轻消化道症状。这个结果与国内众多医家的临床思路是一致的^[6-8]。而且除了汤剂治疗外，还可以运用食疗等方法进行干预^[9]，这也许能为中医药有效防治腹膜透析并发症，提高腹透质量提供更开阔的思路。

参考文献

[1] 中华中医药学会肾病分会. 慢性肾脏病的诊断、辨证分型及疗效评定[J]. 上海中医药杂志, 2006, 40(8) : 8-9.
[2] 汤维新. 枸橼酸莫沙必利联合羟苯磺酸钙治疗糖尿病胃轻瘫 38 例[J]. 实用医学杂志, 2009, 25(22) : 3861-3862.
[3] 严琴霞, 冀黎明, 谢一平. 红霉素联合诺为治疗糖尿病性胃轻瘫的疗效观察[J]. 实用医学杂志, 2009, 25(22) : 3877-3878.
[4] 中国疾病预防控制中心营养与食品安全所. 中国食物成分表[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2002: 21-220.
[5] 秦永芳, 袁海, 徐倩, 等. 持续不卧床腹膜透析营养状况的评价与分析[J]. 内蒙古中医药, 2009, 28(9) : 3-5.
[6] 张嘉毅. 腹膜透析患者胃肠功能障碍的中医辨治体会[J]. 上海中医药杂志, 2006, 40(5) : 25-26.
[7] 傅玉素. 持续腹膜透析并发缺失综合征的辨证论治体会[J]. 实用医药杂志, 2007, 24(1) : 62.
[8] 黄雪霞, 吴金玉, 伍朝春. 腹透消食汤治疗腹膜透析患者胃肠道功能紊乱的临床观察[J]. 四川中医, 2005, 23(6) : 37-39.
[9] 沈麒云, 吴冬春, 李黎梅, 等. 食疗方在改善腹膜透析病人营养状况中的应用研究[J]. 护理研究, 2008, 22(12) : 3231-3233.

(收稿日期: 2009-12-28; 修回日期: 2010-05-04)

[编辑: 邓媛]

(上接第 1020 页)

更多的大样本临床研究、科学统计方法及有经验的医师共同来制定更加合理、完善的规范标准。本研究均选择主治医师以上临床医师填写临床观察表，增加了对中医症状判断的可信性。鼻咽癌放疗后并发症的中医证型研究有重要意义。我们还发现患者四诊表现和证型还与放射治疗的时间、剂量、照射部位有关，由于病例信息收集的局限，暂未予分析。考虑到放疗后中药的干预及个人体质的情况对中医证型的影响，鼻咽癌放疗后中医证型规律尚需进一步研究。

参考文献

[1] 陈彩凤, 李云英. 中医药防治鼻咽癌放疗毒副反应的研究进

展[J]. 2005, 18(6) : 881-883.

[2] 黄选兆, 汪吉宝, 孔维佳. 实用耳鼻咽喉头颈外科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 346.
[3] 朱咏华, 朱文锋. 中医症状的规范化研究[J]. 湖南中医学院学报, 2002, 22(3) : 35-37.
[4] 徐迪华, 徐剑球. 中医量化诊断[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1996: 34-93.
[5] 袁肇凯. 中医诊断实验方法学[M]. 2 版. 北京: 科学出版社, 2007: 288-309.
[6] 朱克俭, 黄一九. 常见病中医证候临床流行病学调研思路[J]. 中国医药学报, 1999, 14(1) : 62-64.

(收稿日期: 2010-01-26; 修回日期: 2010-05-12)

[编辑: 邓媛]