

• 证候诊断 •

600 例Ⅲ期慢性肾脏病患者体质与证候的相关性

倪永华¹ 董飞侠^{2*} 赵燕云² 周 艳¹ 王建敏¹ 程志文³ 胡 臻⁴(1. 乐清市中医院, 浙江省乐清市建设东路 206 号, 325600; 2. 浙江中医药大学附属温州市中医院;
3. 浙江省永嘉县中医院; 4. 温州医科大学附属第二医院)

基金项目: 温州市科技计划资助项目(Y20100222); 乐清市科技项目(2011Y016);

浙江省“151 人才工程”专项; 温州市“551 人才工程”专项; 温州市中医药实验室专项

* 通讯作者: cgrsfhtd@163.com, 13587638576

[摘要] 目的 分析慢性肾脏病(CKD)Ⅲ期患者的体质、证候分布特点及二者的相关性。方法 对 600 例 CKD Ⅲ期患者进行中医体质问卷调查并根据四诊资料进行证候诊断, 证候诊断分为气虚证、阳虚证、阴虚证、水湿证、湿热证、血瘀证、湿浊证, 体质分类分为平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、瘀血质、气郁质、特禀质 9 种, 统计 600 例患者体质类型分布和中医证候分布, 并采用 Pearson 相关分析法探讨体质类型和中医证候的相关性。结果 600 例 CKD Ⅲ期患者体质主要为气虚质(30%)、阳虚质(20%)、瘀血质(15%)、湿热质(15%), 证候主要为气虚证(30%)、阳虚证(20%)、血瘀证(15%)、湿热证(15%)。相关分析显示, 气虚质与气虚证、血瘀证、湿热证、阳虚证、水湿证、湿浊证呈正相关; 阳虚质与血瘀证、气虚证、阳虚证、水湿证、湿浊证呈正相关; 瘀血质与血瘀证、湿热证、气虚证、阳虚证、水湿证、湿浊证呈正相关; 湿热质与湿热证、血瘀证、气虚证、阴虚证、水湿证、湿浊证呈正相关($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论 气虚质、阳虚质、瘀血质、湿热质是 CKD Ⅲ期患者的常见体质类型, 其体质类型与中医证候密切相关。

[关键词] 慢性肾脏病; 中医体质; 中医证候; 相关性

Correlation between Constitution and Pattern in 600 Cases of Stage Ⅲ Chronic Kidney Disease

NI Yonghua¹, DONG Feixia², ZHAO Yanyun², ZHOU Yan¹, WANG Jianmin¹, CHENG Zhiwen³, HU Zhen⁴

(1. TCM Hospital of Yueqing City, Zhejiang Province 325600; 2. TCM Hospital of Wenzhou City Affiliated to Zhejiang Chinese Medical University; 3. TCM Hospital of Yongjia County, Zhejiang Province; 4. The Second Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University)

ABSTRACT **Objective** To research the distribution characteristics of constitution and pattern and analyze their relationship in patients with stage 3 chronic kidney disease (CKD). **Methods** The TCM constitution questionnaire was conducted and TCM four diagnostic data was collected in 600 patients with stage 3 CKD. The pattern diagnosis was divided into qi deficiency pattern, yang deficiency pattern, yin deficiency pattern, water-damp pattern, damp-heat pattern, blood stasis pattern and damp-turbidity pattern. The constitution was classified into gentleness type, qi deficiency type, yang deficiency type, yin deficiency type, phlegm-damp type, damp-heat type, blood stasis type, qi depression type and special type. The distribution of constitution and pattern in 600 patients was analyzed. The relationship between constitution and pattern was analyzed with Pearson correlation analysis. **Results** The common constitutions of 600 patients with stage 3 CKD were qi deficiency type (30%), yang deficiency type (20%), blood stasis type (15%) and damp-heat type (15%). The common patterns were qi deficiency pattern (30%), yang deficiency pattern (20%), blood stasis pattern (15%) and damp-heat pattern (15%). The correlation analysis showed that qi deficiency type was significantly positively correlated with qi deficiency pattern, blood stasis pattern, damp-heat pattern, yang deficiency pattern, water-damp pattern and damp-turbidity pattern, yang deficiency type was significantly positively correlated with blood stasis pattern, qi deficiency pattern, yang deficiency pattern, water-damp pattern and damp-turbidity pattern, blood stasis type was significantly positively correlated with blood stasis pattern, damp-heat pattern, qi deficiency pattern, yang deficiency pattern, water-damp pattern and damp-turbidity pattern and damp-heat type was significantly positively correlated with damp-heat pattern, blood stasis pattern, qi deficiency pattern, yin deficiency pattern, water-damp pattern and damp-turbidity pattern ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion** The common constitution types of patients with stage 3 CKD are qi deficiency type, yang deficiency type, blood stasis type and damp-heat type and the constitution types are closely related with TCM pattern.

Keywords chronic kidney disease; TCM constitution; TCM pattern; correlation

慢性肾脏病(CKD)与其他危害人类健康的重大疾病相比,其表现更为隐匿,而且预后差、治疗费用高,已成为世界范围内的严重危害人类健康的公共卫生问题^[1]。CKD 确诊患者也往往因临床无明显症状而无证可辨,然而早期防治是治疗的关键,如能及早发现及早干预,可明显改善本病的预后。因此,研究其个体体质和证候的关系,实施“因人制宜”的个体化治疗,对延缓 CKD 进展具有重要意义。本研究对 CKD Ⅲ期患者体质与证候进行分析,旨在从中医体质学和证候学角度为其治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1 诊断及分期标准

诊断标准参照《肾脏病学》^[2]。①肾损害 ≥ 3 个月,有或无肾小球滤过率(GFR)降低。肾损害系指肾脏的结构或功能异常,表现为下列之一:a)肾脏病理形态学异常;b)具备肾损害的指标,包括血、尿成分异常;c)肾脏影像学检查异常。②GFR $< 60 \text{ ml}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$ 在 3 个月及以上,有或无肾脏损伤证据。

分期参照美国国家肾脏基金会制定的标准^[3]。

I 期(GFR 正常或升高):GFR $\geq 90 \text{ ml}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$;II 期(肾损害伴随 GFR 轻度下降):GFR 为 $60 \sim 89 \text{ ml}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$;III 期(GFR 中度下降):GFR 为 $30 \sim 59 \text{ ml}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$;IV 期(GFR 重度下降):GFR 为 $15 \sim 29 \text{ ml}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$;V 期(肾衰竭期):GFR $< 15 \text{ ml}/(\text{min} \cdot 1.73 \text{ m}^2)$ 。

1.2 纳入标准

符合Ⅲ期 CKD 诊断标准;未接受过中医药系统治疗者;年龄 ≤ 65 岁,病程 > 3 年;患者本人或亲属签署知情同意书。

1.3 排除标准

患有严重精神疾患、行为障碍或因文化程度等原因不能很好地理解调查问卷内容者;并发较严重其他疾患,如心功能衰竭、中风、肝功能衰竭、癌症等。

1.4 脱落标准

观察资料不全或调查发现错误信息而影响评估者;调查过程中出现严重并发症或出现病情恶化甚至死亡,未能完成统计者;患者主动提出退出。

1.5 一般资料

600 例病例来自 2010 年 1 月至 2013 年 6 月温州市中医院肾内科、温州医科大学附属第二医院中

医科、乐清市中医院肾内科、永嘉县中医院肾内科住院以及门诊患者。其中男性 300 例,平均年龄 (59.31 ± 5.58) 岁;女性 300 例,平均年龄 (59.47 ± 5.51) 岁;平均病程 (6.25 ± 1.12) 年。

1.6 资料收集

调查资料包括患者的基本情况、中医体质情况、中医四诊 3 部分。其中基本情况调查包括性别、年龄、既往史、家族史、病程等。中医体质情况按照制定的统一表格调查,由 2~3 名副主任以上中医师如实填写,并与患者家属等知情人核查真实性,尽可能减少偏差。收集四诊资料,进行证候诊断,以减少选择性或测量性偏倚。将病例资料统一录入数据库,并进行核对检查。

1.7 中医证候诊断及体质分类

证候诊断参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]分为气虚证、阳虚证、阴虚证、水湿证、湿热证、血瘀证、湿浊证。体质分类按《中医体质分类与判定》^[5]分为平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、瘀血质、气郁质、特禀质 9 种体质类型。根据收集到的病例资料进行证候诊断和体质分类。

1.8 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计软件进行分析,计数资料以百分率(%)表示,两指标间相关性检验采用 Pearson 相关分析法。

2 结果

2.1 主要体质类型分布情况

600 例患者 9 种中医体质类型分布比例由高到低依次为气虚质 180 例占 30%、阳虚质 120 例占 20%、湿热质 90 例占 15%、瘀血质 90 例占 15%、阴虚质 48 例占 8%、气郁质 30 例占 5%、特禀质 24 例占 4%、痰湿质 18 例占 3%、平和质 0 例。

2.2 主要中医证候分布情况

600 例患者中医证候最常见单证证候为气虚证 168 例占 28%、阳虚证 126 例占 21%、血瘀证 96 例占 16%、湿热证 90 例占 15%、阴虚证 60 例占 10%、水湿证 42 例占 7%、湿浊证 18 例占 3%,各证型患者中医症状排名前 5 位情况见表 1。两证以上组合多为气虚+血瘀证 60 例占 10%、血瘀证+湿热证 48 例占 8%、气虚证+湿热证 42 例占 7%、阳虚证+血瘀证 36 例占 6%等组合出现。

2.3 主要体质类型与中医证候的相关性分析

平和质与痰湿质体质类型因其例数少,未作相

表 1 各证型患者中医症状排名前 5 位分布情况[例(%)]

气虚证(168 例)	阳虚证(126 例)	阴虚证(60 例)	血瘀证(96 例)	湿热证(90 例)	水湿证(42 例)	湿浊证(18 例)
腰酸乏力 150(89)	腰酸乏力 112(89)	腰酸乏力 53(89)	舌下络脉瘀滞 62(65)	舌苔黄腻 52(58)	泡沫尿 24(57)	舌苔白腻 9(50)
气短懒言 92(55)	畏寒怕冷 63(50)	手足心热 25(42)	腰痛固定 61(64)	口苦黏腻 44(49)	腰酸困重 23(54)	肢体重着 8(44)
自汗尿频 60(36)	自汗 45(36)	目睛干涩 17(29)	血尿 47(49)	口干不多饮 39(43)	舌苔白腻 22(52)	胸闷恶心 7(39)
容易感冒 47(28)	夜尿频多 45(36)	口燥咽干 17(28)	肌肤甲错 36(37)	尿短赤涩痛 29(32)	水肿如裹 15(36)	头昏闷胀 7(39)
大便稀溏 42(25)	容易感冒 35(28)	头晕耳鸣 13(22)	肢体麻木 34(35)	面部痤疮 5(6)	胃纳呆滞 10(24)	胃脘胀满 4(22)

表 2 主要中医证候与体质类型的相关性分析(r)

证候	气虚质	阳虚质	湿热质	瘀血质	阴虚质	气郁质	特禀质
气虚证	0.858**	0.388*	0.194*	0.196*	-0.175	-0.091	-0.082
阳虚证	0.356*	0.973**	-0.012	0.423*	-0.029	-0.012	-0.091
血瘀证	0.381*	0.372*	0.189*	0.983**	-0.018	-0.017	-0.083
湿热证	0.375*	-0.021	0.936**	0.394*	0.112*	-0.021	-0.075
阴虚证	-0.056	-0.087	0.126*	-0.042	0.938**	-0.042	-0.063
水湿证	0.235*	0.365*	0.116*	0.109*	-0.068	-0.048	-0.863
湿浊证	0.187*	0.198*	0.103*	0.105*	-0.021	-0.582	-0.952

注: * $P<0.05$, ** $P<0.01$

关性分析。表 2 示,气虚质与气虚证、血瘀证、湿热证、阳虚证、水湿证、湿浊证呈正相关($P<0.05$ 或 $P<0.01$);阳虚质与血瘀证、气虚证、阳虚证、水湿证、湿浊证呈正相关($P<0.05$ 或 $P<0.01$);瘀血质与血瘀证、湿热证、气虚证、阳虚证、水湿证、湿浊证呈正相关($P<0.05$ 或 $P<0.01$);湿热质与湿热证、血瘀证、气虚证、阴虚证、水湿证、湿浊证呈正相关($P<0.05$ 或 $P<0.01$);阴虚质与湿热证和阴虚证呈正相关($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

3 讨论

CKD 属于中医“水肿”、“肾劳”范畴。CKD 一方面在整体上表现为气虚、阳虚、阴虚或气阴两虚、阴阳两虚。在脏腑方面出现肺、脾、肾虚损,主要表现为肺肾气虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚。另一方面在病理上又表现为水湿、湿热、瘀血与湿浊。鉴于此,我们将 CKD 的病理实质归纳为 4 点:①气(阳)虚是 CKD 发生的内在因素;②阳虚是 CKD 水湿形成的始动因素;③湿热、瘀血与湿浊是 CKD 久治不愈之关键所在;④气阴两伤、阴阳两虚是 CKD 发展的趋势及最终病理转归^[6]。本研究调查发现,600 例 CKD Ⅲ期患者体质主要为气虚质(30%)、阳虚质(20%)、瘀血质(15%)、湿热质(15%),证候主要为气虚证(30%)、阳虚证(20%)、血瘀证(15%)、湿热证(15%)。结果和以往研究 CKD 中医病理因素表现一致^[7]。

600 例 CKD Ⅲ期患者中有 30%气虚质和 20%阳虚质患者,从体质因素讲水肿多存在气虚与阳虚

象,肾为先天之本,脾为气血生化之源,后天之本,可化生心血,荣养肺气,滋柔肝血,资助肾精。CKD 患者元气不足,脾运失健,气血化生及循行乏源,日久气血匮乏,精微失固,以致肾病日久难愈,而形成气虚、阳虚病理体质。因 CKD 患者多水湿不利,易阻遏血脉络道,郁久化热,形盛气衰,加上病后活动减少,气血运行无力,致瘀血质、湿热质病理体质增多。中医体质学说认为,先天禀赋决定了个体体质的相对稳定性,后天的各种环境因素、精神因素、行为习惯、医药干预等又使体质具有可变性,可以向疾病转变,也可以向健康转化。体质存在的这种可调节性,使调整纠正病理体质成为可能,为临床提供了治疗依据。本研究结果提示,CKD Ⅲ期患者的养生或康复调理,宜从纠正气虚、阳虚、湿热、瘀血体质方面着手,遵循健脾利湿、益气而不致瘀、化瘀而不伤气、清热而不伤津的总则。避免病后滥施大补而致湿热瘀血痼结,或一味活血清热而伤正气。

中医证候研究是选择中医治疗方法的主要依据之一,是通过四诊信息对机体表达的病理生理变化及整体反应状态的概括,体质与疾病证候有着密切的关系,是辨证的基础。证候随体质而转化,体质是产生病证异同的关键,论治原则必须从于体质,体质的特殊性决定着发病后临床证候类型的倾向性,“证”的特征中包含着体质的特征^[8]。本研究相关分析表明,CKD Ⅲ期患者主要体质类型与中医证候要素具有密切相关性。气虚质与气虚证、血瘀证、湿热

(下转第 1862 页)

作用,为检测肺间质纤维化病变的一个较敏感的标志^[8]。本实验结果发现,肺痹通高剂量组与激素组血清中 LN 水平较模型组明显下降($P < 0.05$),肺痹通高剂量可能在一定程度上减轻上皮细胞损伤、抑制 ECM 的过度沉积,起到延缓肺间质纤维化进程的作用。正常肺组织有抗氧化自由基系统,GSH 是其重要组成成分,而氧自由基可刺激成纤维细胞增生。Teramoto 等^[9]测定了 14 例 IPF 患者与 12 例正常人血清中 GSH,发现 IPF 患者血清中 GSH 显著低于正常组。本实验发现大鼠血清中 GSH 水平各组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$),但模型组与正常对照组比较有下降趋势,而肺痹通高、低剂量组与模型组比较血清中 GSH 水平有所上升。提示氧自由基与抗氧化自由基失衡可能是肺间质纤维化发病的机制之一,肺痹通方可能通过提高机体抗氧化能力减轻肺泡炎和纤维化程度的作用,其具体机制有待于进一步深入观察研究。

参考文献

- [1] Raghu G, Collard HR, Egan JJ, et al. An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement: idiopathic pulmonary fibrosis: evidence-based guidelines for diagnosis and management[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2011, 183(6): 788-824.
- [2] 樊茂蓉, 苗青, 罗海丽, 等. 肺纤通方治疗气阴两虚、肺络闭阻型特发性肺纤维化疗效观察[J]. 中国中医急症, 2012, 21(9): 1377-1379.

(上接第 1849 页)

证、阳虚证、水湿证、湿浊证呈正相关;阳虚质与血瘀证、气虚证、阳虚证、水湿证、湿浊证呈正相关;瘀血质与血瘀证、湿热证、气虚证、阳虚证、水湿证、湿浊证呈正相关;湿热质与湿热证、血瘀证、气虚证、阴虚证、水湿证、湿浊证呈正相关。提示不同体质的特异性可能决定着疾病的发生及发病后所表现的证候特点。因此,将辨体质与辨证融为一体,将在很大程度上提高临床辨证施治效果,符合中医整体观及辨证论治思想。中医综合诊治 CKD 应注重调整人体脏腑、气血功能,扶正祛邪,最终达到调整体质失衡,改善预后。

参考文献

- [1] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Hospitalization discharge diagnoses for kidney disease—United States, 1980—2005[J]. Morb Mortal Wkly Rep, 2008, 57(12): 309-312.
- [2] 王海燕. 肾脏病学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社,

- [3] Clark JG, Kostal KM, Marino BA. Bleomycin-induced pulmonary fibrosis in hamsters. An alveolar macrophage product increase fibroblast prostaglandin E2 and cyclic adenosine monophosphate and suppresses fibroblast proliferation and collagen production[J]. J Clin Invest, 1983, 72(6): 2082-2091.
- [4] 赵兰才, 武维屏. 肺间质纤维化的中医研究进展述评[J]. 北京中医药大学学报, 2000, 23(4): 70-72.
- [5] Hagimoto N, Kuwano K, Inoshima I, et al. TGF-beta 1 as an enhancer of Fas-mediated apoptosis of lung epithelial cells[J]. J Immunol, 2002, 168(12): 6470-6478.
- [6] Holgate ST, Davies DE, Lackie PM, et al. Epithelial-mesenchymal interactions in the pathogenesis of asthma[J]. J Allergy Clin Immunol, 2000, 105(2Pt1): 193-204.
- [7] Hashimoto S, Gno Y, Takeshita I, et al. IL-4 and IL-13 induce myofibroblastic Phenotype of human lung fibroblasts through a c-jun NH2-terminal kinase dependent pathway[J]. J Allergy Clin Immunol, 2001, 107(6): 1001-1008.
- [8] Sree K, White J, Vaiaunt P, et al. Acute lung injury fibroblast migration of a fibrin matrix is mediated by CD44[J]. J Clin Invest, 1996, 98(8): 1713-1727.
- [9] Teramoto S, Fukuchi Y, Uejima Y, et al. Superoxide anion formation and glutathione metabolism of blood in patients with idiopathic pulmonary fibrosis[J]. Biochem Mol Med, 1999, 55(1): 66-70.

(收稿日期: 2013-02-19; 修回日期: 2013-05-16)

[编辑: 邓 媛]

2008; 1815.

- [3] Levey AS, Eckardt KU, Tsukamoto Y, et al. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)[J]. Kidney Int, 2005, 67(6): 2089-2100.
- [4] 郑筱萸. 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: 163-168.
- [5] 中华中医药学会. 中医体质分类与判定[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009: 1-7.
- [6] 董飞侠. 中西医结合提高慢性肾炎疗效的思路与方法[J]. 中医杂志, 2006, 47(11): 861-863.
- [7] 李亚好, 鲁盈, 陈洪宇, 等. 慢性肾脏病 3 期患者中医临床证候分析[J]. 浙江中医药大学学报, 2010, 34(6): 845-847.
- [8] 田松, 赵丽娟, 梁晓薇, 等. 500 例冠心病患者中医体质分布特点及其与证候的关系[J]. 中国中医药信息杂志, 2011, 18(6): 21-23.

(收稿日期: 2013-07-26; 修回日期: 2013-08-29)

[编辑: 邓 媛]