

中风病患者的表型与中医体质分类关系的研究

任国华 郭增元 屈原明 田巧枝

【摘要】 目的 观察中风病患者与中医体质分类的关系,探讨中风病人的主要病理体质类型,为从体质调控降低中风病的发病率寻找一条新的途径。**方法** 选取 201 例患者,采用中医体质分类标准进行分类,并作脉搏、血压、身高、体重及体重指数、心电图及血生化指标测定。**结果** 痰湿质 55 例,阳虚质 46 例,气虚质 31 例,阴虚质 11 例,分别占 27%、23%、15%、5%,占全部患者的 71%;痰湿质与气虚质及痰湿质与阳虚质的胆固醇比较均有显著性差异($P<0.05$)。**结论** 中风病患者中以痰湿、阳虚、气虚、阴虚 4 种体质类型为主,痰湿质的血脂水平明显高于气虚质和阳虚质。

【关键词】 中风病; 体质分类; 临床研究

【中图分类号】 R255.2 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.08.003

Relationship between Phenotype and Traditional Chinese Medicine Constitution of Stroke Patients

REN Guo-hua, GUO Zeng-yuan, QU Yuan-ming, et al. Encephalopathy Department, Traditional Chinese Medicine Hospital of Inner Mongolia, Hohhot 010020, China

Corresponding author: GUO Zeng-yuan, E-mail: guozengyuan@sina.com

【Abstract】 Objective To investigate the relationship between physiological indexes and traditional Chinese medicine (TCM) constitutions of stroke patients. **Methods** 201 cases of patients were included and classified into different TCM constitutions. Meanwhile, physiological indexes including the pulse rate, blood pressure, height, weight and body mass index (BIM), electrocardiogram (ECG) and blood biochemistry indexes were determined. **Results** There were 55 cases of phlegm dampness (27% of the total), 46 cases of yang deficiency (23%), 31 cases of qi deficiency (15%), and 11 cases of yin deficiency (5%), contributing 71% of all cases. There was significant difference of cholesterol between phlegm-dampness and qi-deficiency constitution, as well as between phlegm-

作者单位:010020 呼和浩特,内蒙古中医医院脑病科

作者简介:任国华(1977-),硕士,主治医师。研究方向:脑血管病、头痛、脱鞘病、帕金森病等。E-mail: 15947519891@139.com

通讯作者:郭增元(1964-),硕士,主任医师,硕士研究生导师。研究方向:脑血管病、头痛、眩晕、癫痫、脱鞘病等的治疗与科研。E-mail: guozengyuan@sina.com

dampness and yang-deficiency constitution ($P < 0.05$). **Conclusions** TCM constitutions of stroke patients were composed mainly of phlegm-dampness, yang-deficiency, qi-deficiency and yin-deficiency constitutions. The blood lipid level in phlegm-dampness constitution was significantly higher than that of yang-deficiency and qi-deficiency constitutions.

【Key words】 Stroke; TCM constitution; Clinical research

随着世界范围内人群预期寿命的延长和人口老龄化速度的加快,脑血管病发病率和患病率呈逐年递增的趋势。在全世界,脑血管病是第一位的致残原因和第二位的致死原因。据世界卫生组织估计中国目前共有 500 万脑血管病患者,每年约有 160 万人死于脑血管病^[1]。积极采取措施预防脑血管病的发生是降低致残率和病死率的根本方法。本研究通过观察中风病患者与中医体质分类的关系,探讨中风病人的主要病理体质类型,为从体质调控降低中风病的发病率寻找一条新的途径。

1 对象与方法

1.1 对象

本研究的病例选取 2009 年至 2013 年在内蒙古中医医院住院的中风确诊患者,共 201 例。其中,男性 152 例(75.6%),女性 49 例(24.4%);年龄 45 ~ 80 岁,平均年龄(62.5±8.7)岁。

1.2 诊断标准

参照 1995 年中华医学会第四届全国脑血管病学术会议《各类脑血管疾病诊断要点》^[2]。中医诊断标准:参照 1986 年中华全国中医学会内科学会制定的《中风病中医诊断、疗效评定标准》^[3]。主症:偏瘫,神识昏蒙,言语謇涩或不语,偏身感觉异常,口舌歪斜。次症:头痛,眩晕,瞳神变化,饮水发呛,目偏不瞬,共济失调。急性起病,发病前多有诱因,常有先兆症状。发病年龄多在 40 岁以上。具备 2 个主症以上,或 1 个主症 2 个次症,结合起病、诱因、先兆症状、年龄即可确诊;不具备上述条件,结合影像学检查结果亦可确诊。

1.3 纳入标准

(1)符合西医诊断标准和中医辨证分型标准;(2)发病之后未曾使用与治疗本病有关的药物者;(3)患者知情同意。

1.4 排除标准

(1)不符合西医诊断标准和中医辨证分型标准;(2)昏迷、感觉性失语、痴呆、失读患者;(3)严重器质性疾病患者;(4)既往有精神疾病及抑郁病史者。

1.5 病例剔除、脱落及中止试验标准

属于观察对象,但因观察资料不全而影响疗效及安全性判断者。

1.6 中医体质分类标准

中医体质分类标准按 2009 年中华中医药学会发布的《中华中医药学会标准·体质分类与判定》^[4],将人体体质分为平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质、特禀质 9 个类型。

1.7 试验要求

选取 201 例符合上述中医及西医诊断标准的患者,参照 2009 年中华中医药学会发布的《中华中医药学会标准·体质分类与判定》制定统一的表格,由 2 名高年资的中医住院医师收集患者的四诊资料,对患者的中医体质类型及中医证型分别进行判定,将收集数据整理建立数据库。

1.8 观察指标

(1)一般信息资料:患者的性别、年龄、病程、文化程度;(2)生理指标:脉搏、血压、身高、体重及体重指数(BIM);(3)检验及检查指标:血、尿常规、肝、肾功能、血糖、胆固醇、甘油三酯、心电图。

1.9 统计学处理

采用 SPSS 11.0 统计软件进行处理。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,各组间的均数比较采用方差分析,计数资料采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医体质类型构成比

将 201 例中风病患者,按中华中医药学会发布的《中华中医药学会标准·体质分类与判定》分为痰湿质 55 例(男性 41 例,女性 14 例)占 27%;阳虚质 46 例(男性 32 例,女性 14 例)占 23%;气虚质 31 例(男性 29 例,女性 12 例)占 15%;阴虚质 11 例(男性 6 例,女性 5 例)占 5%;气郁质 5 例(男性 4 例,女性 1 例)占 2%;湿热质 2 例占(男性 2 例)1%;特禀质 1 例(男性 1 例)占 0.5%;平和质 50 例(男性 37 例,女性 13 例)占 25%。病程平和质最短

1 天,最长 1460 天,平均病程(20.0±47.0)天;痰湿质最短 2 天,最长 4380 天,平均病程(195.0±692.5)天;阳虚质最短 2 天,最长 8395 天,平均病程(365.0±1712.5)天;气虚质最短 1 天,最长 2920 天,平均病程(332.5±342.5)天。

2.2 各体质类型体重指数比较

参照体重指数计算公式,痰湿质体重指数值最大,明显高于其他各类型体质,气虚质体重指数值最小。各组经正态性检验, $P=0.200>0.05$,符合正态分布,经方差齐性检验 $P=0.438>0.05$,方差齐,因此采用 One-Way ANOVA 方差分析方法进行分析,同时采用 LSD 法进行两两组间的多重比较。比较发现气虚质与痰湿质比较体重指数差异有统计学意义($P=0.017<0.05$);气虚质与气郁质在体重指数方面比较,差异有统计学意义($P=0.038<0.05$),其他各组间比较,差异无统计学意义,见表 1。

表 1 各类体质间体重指数的比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	体重(kg)	身高(cm)	体重指数
痰湿质	55	69.50±17.00	172.00±12.00	23.55±0.45 ^a
阳虚质	46	67.20±1.55	170.00±10.25	23.28±0.44
气虚质	31	70.00±13.00	170.00±10.00	25.37±0.66
阴虚质	11	67.27±2.88	167.09±1.84	24.07±0.89
气郁质	5	64.40±5.01	170.60±2.87	21.98±1.07 ^b
湿热质	2	68.00±3.00	168.00±2.00	24.08±0.49
平和质	50	70.20±1.90	172.00±13.00	24.25±0.51

注:气虚质与痰湿质比较^a $P<0.05$;气虚质与气郁质比较^b $P<0.05$

2.3 各体质类型生化指标比较

在生化检查结果中,各组血糖、胆固醇的水平顺序一致,为痰湿质>平和质>阴虚质>阳虚质>气虚质。各组胆固醇经正态性检验, $P=0.200>0.05$,符合正态分布,经方差齐性检验 $P=0.807>0.05$,方差齐,因此采用 One-Way ANOVA 方差分析方法进行分析,同时采用 LSD 法进行两两组间的多重比较。比较发现痰湿质与气虚质比较有显著性差异($P=0.048<0.05$),痰湿质与阳虚质的胆固醇比较有显著性差异($P=0.044<0.05$),其他各组间比较无显著性差异。见表 2。各组血糖和甘油三酯经正态性检验, $P=0.000<0.05$,不符合正态分布,采用 Kruskal-Wallis H 秩和检验进行比较,统计结果显示:甘油三酯 $H=10.822$, $P=0.094>0.05$;血糖 $H=2.737$, $P=0.841>0.05$,所以不同体质类型的血糖和甘油三酯的水平差异无统计学意义。

表 2 各类体质间血脂、血糖的比较($\bar{x}\pm s$, mmol/L)

组别	例数	血糖	胆固醇	甘油三酯
痰湿质	55	5.16±0.15	5.69±0.96	1.48±1.08
阳虚质	46	4.70±0.15	5.50±0.19 ^b	1.35±0.68
气虚质	31	4.67±0.18	5.53±1.08 ^a	1.38±1.09
阴虚质	11	4.71±0.24	5.50±1.58	1.89±1.41
气郁质	5	5.23±2.45	5.50±0.51	1.31±0.29
湿热质	2	4.95±0.50	5.97±0.28	1.06±0.04
平和质	50	4.89±0.16	5.54±1.21	1.72±0.74

注:痰湿质与气虚质比较^a $P<0.05$;痰湿质与阳虚质比较^b $P<0.05$

2.4 各体质类型心电图情况比较

各组心电图情况采用 χ^2 检验进行组间比较, $n=200>40$,但存在理论值 $T=0.94<1$,因此采用 Fisher exact 检验,得到 Value=2.071, $P=0.956>0.05$,所以各类体质间心电图比较无显著性差异, $P>0.05$ 。见表 3。

表 3 各类体质间心电图情况比较

组别	例数	心电图正常	心电图异常
痰湿质	55	27	28
阳虚质	46	21	25
气虚质	31	14	17
阴虚质	11	6	5
气郁质	5	3	2
湿热质	2	1	1
平和质	50	22	28

3 讨论

中风病是以突然昏仆、半身不遂、口舌歪斜、言语蹇涩或不语、偏身麻木为主症。本病属危急重病,临床极为常见。其发生多由于患者脏腑功能失调、或气血素虚,加之劳倦内伤、忧思恼怒、饮酒饱食、用力过度,而导致瘀血阻滞、痰热内蕴;或阳化风动、血随气逆、导致脑脉闭阻或血溢脑脉之外而成。虽然中风病机复杂,但归纳起来不外虚、火、风、痰、气、血六端。但就个体患者而言是何因发病,这又与患者的体质密切相关。本研究发现中风病患者中以痰湿、阳虚、气虚、阴虚 4 种体质类型为主,共占 71%,说明这 4 种体质对该病的易罹和病变过程具有明显的倾向性。本研究还发现,另有 25% 的患者从体质上分析,没有明显的异常,可能与这部分人的病程较短、病情较轻有关,这说明后天因素对体质的变化是有一定影响的。从一系列的生化指标分析,痰湿质的血脂水平明显高于气虚质和阳虚质,说明痰湿质的患者在脂质代谢上可能存

在着紊乱,这是否提示痰湿质中风患者的预后要比其他体质的患者差,有待进一步研究证实。

究其体质的形成与以下因素有关,内蒙古地区属温带大陆性气候,其特点是冬季漫长而寒冷、少雪,夏季短而温热、降水集中,春季干旱多风,秋季日光充足,凉爽而短促,气温日较差和年较差大。高寒地区缺氧、寒冷的地理气候环境特征,使“高原气虚证”增加。进而脾气不足,运化迟滞,无力散精布津,可使体内水液停聚,形成痰湿。故朱丹溪认为:“盖脾为后天之本,脾运不健,则津液不化,聚而成痰。”再加之当地居民有偏食高蛋白、高脂肪的饮食习惯,更加重了本已虚弱之脾的负担,使脾之运化功能更为迟滞,加速、加重了痰湿的形成。正如明·王节斋《名医杂著》所讲“脾土不及,气虚不运,食少化迟而生湿”,形成痰湿体质。内蒙古地区冬季漫长,气温低,终年偏寒冷,使该地区的人一方面容易感受寒邪,寒邪易伤人体阳气;另一方面寒性收引、凝滞,可使全身小动脉痉挛,寒冷环境还可使机体的耗氧量增加,可加重机体的慢性缺氧程度,日久居住在此的人们比其他地区的人更易出现阳虚质,同时北方气温偏低,寒冷季节长,日照时间短,人们相对少动,消耗能量少,新陈代谢较慢,肉食及乳酪较南方多。因此,多为阳气不足之体质特点^[5]。内蒙古地势高,空气稀薄,氧气相对不足,而且地势越高,大气压就越低,大气中的氧分压也同时下降,使该地区的人长期处于慢性缺氧状态,即中医学认为的“食人之气”(清气)不足。造成气不足的原因可归纳为:宗气生成不足,脾胃化生精微之气不足和正气耗伤太过,使“高原气虚证”增加。在高原地区,人体内津液的生成、输布虽然遵循着水液代谢的一般规律,但由于特殊的地理环境,人体往往呈现出阴津不足的特点。造成津液亏乏的原因主要有^[6]:(1)环境因素耗津。由于高原多数地区的年降水量少,年平均相对湿度低,空气中水分缺乏,风速大,气候非常干燥,燥性干涩;再加上日照长、紫外线辐射强,蒸发量一般大于降水量3倍左右,极易耗损人体津液。(2)过食辛辣伤津。由于高原寒冷、缺氧,使长期居住于此的人们有喜食辛辣之物、牛羊肉之类的饮食习惯。而辛热之品,易伤胃津。(3)血停碍津。由于高原缺氧,使人体内血液流变学发生了很大变化,呈现出黏、稠、聚的瘀血特性。瘀血内停,则妨碍津液之生成。

体质是相对稳定的特质。体质要素的稳定性

只能是相对的,“相对稳定”意味着体质是可变的。导致体质可变性的原因一是人体的自发性内因,如年龄等,二是外界随机性环境因素,如饮食、起居、疾病等^[7]。体质是可以改变的,那么如何通过积极的干预,使病理体质趋向正常体质呢?首先通过药物治疗可改变病理体质。其次根据“药食同源”,食物同样具有寒、热、温、凉、平五气,酸、苦、甘、辛、咸、淡五性,对五脏六腑各有所好,各有所归。每种食物作用于人体都能产生一定的反应和功能,《神农本草经》《本草纲目》等中药著作中都包括食物在内^[8]。另外还要重视情志对体质的影响。情志是指喜、怒、忧、思、悲、恐、惊七情变化,是机体的精神状态。《素问·举痛论》云:“怒则气上,喜则气缓,悲则气消,恐则气下……惊则气乱,思则气结。”情志变化无论强弱久暂,从其开始出现,就包含有影响脏腑气机协调运行的致偏作用,不同程度地影响体质。

随着中医体质学说的不断发展,并且对中风病人体的研究不断深入,了解到中风病人的主要病理体质类型后,就可以对中风病的高危人群进行干预,调整其体质,改善体质状况,从而降低发病率,提高人们的健康水平,达到“治未病”的最高境界。

参 考 文 献

- [1] Murray CJL, Lopez AD. The Global burden of disease, volume 1: a Comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 [M]. Boston: Harvard University Press on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996:134-136.
- [2] 中华医学会全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6):379-380.
- [3] 中华全国中医学会内科学会. 中风病中医诊断、疗效标准[J]. 中华中医药杂志, 1986, (2):23.
- [4] 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.
- [5] 黄志杰. 试论南北地域病证特点与因地制宜治则[J]. 中国中医基础医学杂志, 2001, 7(3):8.
- [6] 王津慧. 气津相关理论与高原常见病论治[J]. 辽宁中医杂志, 2003, 30(8):636.
- [7] 姜侠,姜建国. 浅谈疾病对体质的影响[J]. 新中医, 2006, 38(4):7-9.
- [8] 匡调元. “体质食养学”纲要[J]. 浙江中医药大学学报, 2006, 30(3):217-219.

(收稿日期:2014-08-18)

(本文编辑:蒲晓田)