

· 临床论著 ·

SAS、SDS 评分在肝气郁滞型代谢综合征 中医辨证分型中的作用

夏晓莉 张烈元 胡佳俊 蔡鑫桂 刘淑玲 陈伯钧

摘要 目的 采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)评分验证肝气郁滞型代谢综合征(MS)患者中医辨证分型的准确性,为肝气郁滞型MS的中医辨证分型提供规范化、量化的依据。**方法** 将548例(男287例,女261例)MS患者根据中医四诊资料分为肝气郁滞型(147例)、痰湿壅盛型(140例)、瘀血阻络型(131例)、脾肾两虚型(130例)4种证型。测所有患者的身高、体重、腹围、血压、血糖、血脂(包括TG、TC、LDL-C、HDL-C)等指标并计算患者体重指数(BMI)、SAS和SDS标准分,分析不同中医证型中各观察指标的关系。**结果** 肝气郁滞型MS患者的SAS及SDS标准分与其余3种证型比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。肝气郁滞型MS患者的体重、腹围及TG与瘀血阻络型、脾肾两虚型比较,差异亦有统计学意义($P < 0.05$),肝气郁滞型MS患者的BMI与脾肾两虚型比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 肝气郁滞型MS患者的SAS、SDS标准分结果证实了肝气郁滞型MS中医辨证分型的准确性,为肝气郁滞型MS的中医辨证分型提供了规范化、量化的依据。其可能引发心脑血管疾病的风险增加。

关键词 代谢综合征;焦虑自评量表;抑郁自评量表;肝气郁滞型

Roles of SAS and SDS in Chinese Medicine Syndrome Differentiation of Metabolic Syndrome with Gan-qi Stagnation XIA Xiao-li, ZHANG Lie-yuan, HU Jia-jun, CAI Xin-gui, LIU Shu-ling, and CHEN Bo-jun *Second Clinical Medical College, Guangzhou University of TCM, Guangzhou (510120)*

ABSTRACT Objective To verify the accuracy of self-rating anxiety scale (SAS) and self-rating depression scale (SDS) for Chinese medicine (CM) syndrome typing of metabolic syndrome (MS) with Gan-qi stagnation syndrome (GQSS), therefore, providing standardized and quantitative evidence. **Methods** Totally 548 (287 males and 261 females) MS patients were assigned to four syndrome types by CM clinical data, i.e., GQSS (147 cases), excessive accumulation of dampness and phlegm syndrome (EADPS, 140 cases), blood stasis blocking syndrome (BSBS, 131 cases), Pi-Shen deficiency syndrome (PSDS, 130 cases). All patients' height, body weight, abdominal circumference, blood pressure, blood glucose, and blood lipids (including TG, HDL-C) were measured. Body mass index (BMI), SDS and SAS standardized scores were calculated. The relationships among different syndromes were analyzed. **Results** SAS and SDS scores showed statistic difference between GQSS and the other three syndrome types ($P < 0.01$). The body weight, abdominal circumference, and TG showed statistica difference between GQSS and BSBS/PSDS ($P < 0.05$). BMI showed statistic difference between GQSS and PSDS ($P < 0.05$). **Conclusions** Results of SAS and SDS standardized scores of GQSS confirmed the accuracy of syndrome typing of MS patients with GQSS, and could provide standardized and quantitative evidence for syndrome typing of MS patients with GQSS. GQSS might increase the risk of cardio-/cerebrovascular diseases.

KEYWORDS metabolic syndrome; self-rating anxiety scale; self-rating depression scale; Gan-qi stagnation syndrome

作者单位:广州中医药大学第二临床医学院(广州 510120)

通讯作者:陈伯钧, Tel:020-39318103, E-mail:gzcbj@163.com

DOI: 10.7661/j.cjim.20170215.105

代谢综合征 (metabolic syndrome, MS) 是体内的脂肪、蛋白质、碳水化合物等物质出现代谢紊乱, 从而导致一系列的临床综合征, 它不仅可以增加心脑血管疾病的发病率, 也可以增加心脑血管疾病的病死率, 是目前国内外关注的热点。

目前, 现代医学对于 MS 的认识, 主要关注其各个代谢异常的组分。中医学的整体观可以为 MS 的辨证分型及规范治疗提供新的思路, 但目前 MS 无规范、统一的辨证分型标准。笔者在临床工作中发现, 一部分 MS 患者合并有抑郁或焦虑状态, 这部分患者的中医辨证分型为肝郁气滞型, 本研究采用国际通用的焦虑自评量表 (self-rating anxiety scale, SAS)、抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS) 对 MS 患者进行评分, 以期验证肝郁气滞型 MS 中医辨证分型的准确性, 为肝郁气滞型 MS 的中医辨证分型提供规范化、量化的依据。

资料与方法

1 MS 诊断标准 参考 2005 年国际糖尿病联盟 (IDF) 公布的 MS 诊断标准^[1]: 将中心性肥胖 (根据腰围判断, 不同人种腰围值不同, 中国人: 男 ≥ 90 cm, 女 ≥ 80 cm) 作为诊断 MS 的首要条件, 合并以下 4 项指标中任意 2 项可诊断为 MS: (1) TG 水平升高: > 1.7 mmol/L, 或已接受相应治疗; (2) HDL-C 水平降低: 男性 < 1.03 mmol/L, 女性 < 1.29 mmol/L, 或已接受相应治疗; (3) 血压升高: 收缩压 ≥ 130 mmHg 或舒张压 ≥ 85 mmHg, 或已接受相应治疗或此前已诊断为高血压; (4) 空腹血糖 (FBG) 升高: $FBG \geq 5.6$ mmol/L 或已接受相应治疗或此前已诊断为 2 型糖尿病。若 $FBG \geq 5.6$ mmol/L, 为明确有无糖尿病, 则强烈推荐口服葡萄糖耐量试验 (OGTT), 但是 OGTT 在诊断 MS 时并非必须^[2]。

2 MS 中医辨证分型标准 参照及代谢综合征候调查条目^[3], 结合相关文献研究^[4-11], 按患者中医四诊资料分为肝气郁滞型、脾肾两虚型、瘀血阻络型、痰湿壅盛型 4 种证型: (1) 肝气郁滞型: 主症: 情志抑郁或急躁易怒, 善太息, 胸胁胀痛。兼症: 咽部异物感, 癭瘤、瘰疬, 肋下癥块。妇女可见乳房胀痛, 月经不调, 痛经, 甚则闭经。舌苔薄白, 脉弦或涩。(2) 脾肾两虚型: 主症: 精神疲倦, 气短乏力, 畏寒肢冷。兼症: 自汗, 气喘, 动则尤甚, 腰膝或下腹冷痛, 夜尿频, 粪质清冷, 五更泄泻, 完谷不化。舌淡胖, 苔白滑, 脉沉迟无力。(3) 瘀血阻络型: 主症: 胸部刺痛, 痛处固定无转移, 夜间疼痛加重。兼症: 面色晦暗, 皮肤粗糙干涩, 夜

寐不安, 妇女可见经闭或血崩、漏下。舌质紫暗或有瘀点、瘀斑, 或舌下络脉曲张, 脉沉弦或涩或结代。(4) 痰湿壅盛型: 主症: 身体困重, 肢体倦怠, 胸膈痞满。兼症: 神疲嗜卧睡, 头晕目眩, 痰涎壅盛, 呕不欲食, 口干而不欲饮, 口腻纳呆, 便溏。舌体胖, 苔白腻或白滑, 脉滑。辨证分型标准为具备 2 项主症, 或 1 项主症加 2 项兼症。

3 纳入标准 (1) 符合西医诊断标准; (2) 年龄 18~65 岁, 本城市常住居民; (3) 具备理解问卷内容的能力, 并且同意参与本研究。

4 排除标准 (1) 妊娠或哺乳期妇女; (2) 既往有冠心病, 脑血管病, 严重肝、肾功能损害, 造血系统疾病, 严重创伤或大手术者; (3) 过敏体质者; (4) 就诊时有高血压脑病或高血压危象或糖尿病酮症酸中毒者; (5) 既往有精神病史、严重认知功能障碍者。

5 一般资料 本研究共纳入符合标准的 MS 患者 548 例 (男 287 例, 女 261 例), 平均年龄 (56.54 ± 5.86) 岁, 所有病例均为 2012 年 6 月—2015 年 12 月广东省中医院门诊、体检中心及住院患者。

6 研究方法 将符合标准的 548 例 MS 患者按中医四诊资料辨证分型为肝气郁滞型 (147 例)、脾肾两虚型 (130 例)、瘀血阻络型 (131 例) 和痰湿壅盛型 (140 例) 4 种证型。观察所有患者年龄、身高、体重、腹围、血压、FBG 和血脂 4 项等指标并计算患者 BMI, 并请患者在安静状态下独立完成 SAS 和 SDS 的所有题目, 研究者根据患者所选答案算出总粗分和标准分, 比较分析不同中医证型之间各观察指标的关系。

7 观察指标及检测方法

7.1 测患者身高 (cm)、体重 (kg)、腹围 (cm)、血压 (mmHg), 并计算 BMI [体重 (kg)/身高² (m²)]。

7.2 空腹 8 h 以上于次日清晨测 FBG、血脂 (包括 TG、HDL-C)。

7.3 SAS、SDS 标准分 请患者在安静状态下根据最近 1 周的实际情形以第一印象对 SAS 及 SDS 的所有题目选择相应的选项; 研究者先根据 SAS 及 SDS 的评分标准算出总粗分, 再以总粗分乘以 1.25 取整数即得标准分。

8 统计学方法 采用 SPSS 16.0 软件进行统计分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

1 各证型组 SAS、SDS 标准分比较 (表 1) 肝

气郁滞型 MS 患者的 SAS 及 SDS 标准分高于其余 3 组,差异均有统计学意义($P < 0.01$),其余各组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 各证型组 SAS、SDS 标准分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

证型	例数	SAS	SDS
肝气郁滞型	147	59.18 ± 6.96	63.85 ± 7.46
痰湿壅盛型	140	48.14 ± 7.09*	51.26 ± 6.78*
瘀血阻络型	131	48.83 ± 6.95*	50.36 ± 5.48*
脾肾两虚型	130	47.65 ± 7.43*	50.89 ± 6.05*

注:与肝气郁滞型比较,* $P < 0.01$

2 各证型组年龄、身高、体重、BMI、腹围比较(表 2) 肝气郁滞型 MS 患者的体重及腹围高于瘀血阻络型、脾肾两虚型,差异有统计学意义($P < 0.05$),其余各组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。肝气郁滞型 MS 患者的 BMI 高于脾肾两虚型,差异有统计学意义($P < 0.05$),其余各组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 各证型组血压、FBG、HDL-C、TG 比较(表 3) 收缩压、舒张压、FBG、HDL-C 4 个证型组间比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。肝气郁滞型 MS 患者的 TG 高于瘀血阻络型、脾肾两虚型,差异有统计学意义($P < 0.05$),其余各组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

讨 论

SDS 由美国的 Zung 于 1965 年编制,共有 20 个项目,每个项目分为 4 个评分等级。该量表不仅使用简便,而且能相当直观地反映出受试者的主观感受,可信度高,可重复性强,是目前精神医学界最常用的抑郁自测量表之一。

SAS 由 Zung 于 1971 年编制,也有 20 个项目,每个项目同样分为 4 个评分等级。无论是量表构成形式,还是具体评定方法,SAS 都与 SDS 十分相似,它能够较为准确地反映有焦虑倾向的精神病患者和普通人的主观感受。

目前 MS 尚无统一、规范的中医辨证分型标准,近现代文献研究表明,MS 的发生和发展与情志失调、肝气郁结、气机阻遏有关,并认为肝脾郁滞是 MS 的核心病机^[12-19]。本研究首次采用 SAS、SDS 标准分验证 MS 中医证型,发现肝气郁滞型 MS 患者的 SAS、SDS 标准分与其余各证型组比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$),用 SAS、SDS 标准分证实了肝气郁滞型 MS 中医辨证分型的准确性,为肝气郁滞型 MS 的辨证分型提供了规范化、量化的依据。

肝气郁滞型 MS 患者的腹围、体重、TG 都高于瘀血阻络型和脾肾两虚型两组,可能引发心脑血管疾病的风险增加,提示肝气郁滞型 MS 患者可能有比瘀血阻络型和脾肾两虚型更差的长期预后。已有大量文献研究及临床经验发现痰湿壅盛在 MS 的发生和发展中起重要作用^[20-26],本研究发现肝郁气滞型 MS 患者与痰湿壅盛型 MS 患者各代谢指标并无统计学意义,提示肝郁气滞可能和痰湿壅盛一样在 MS 的发生和发展中起重要作用。

本研究参照相关教材并结合现代文献研究将 MS 分为 4 种证型,每种证型以患者最常见的四诊资料为依据进行辨证分型,是矛盾的主要方面,但人体的发病是个复杂的过程,有可能存在多个致病要素兼夹发病的情况,但从研究结果来看,肝气郁滞型和其他 3 种证型的 SAS、SDS 标准分差异有统计学意义($P < 0.01$),即使其他证型夹杂有轻微肝郁的因素或肝气

表 2 各证型组年龄、身高、体重、BMI、腹围比较 ($\bar{x} \pm s$)

证型	例数	年龄(岁)	身高(cm)	体重(kg)	BMI	腹围(cm)
肝气郁滞型	147	55.21 ± 5.75	168.75 ± 7.56	73.03 ± 9.06	26.14 ± 2.92	105.12 ± 6.87
痰湿壅盛型	140	55.58 ± 5.31	167.63 ± 7.71	70.92 ± 8.95	25.85 ± 3.04	103.98 ± 5.41
瘀血阻络型	131	56.33 ± 6.87	168.13 ± 6.97	66.52 ± 7.46*	25.43 ± 2.76	100.06 ± 5.85*
脾肾两虚型	130	57.05 ± 6.02	167.89 ± 7.49	65.15 ± 6.97*	24.24 ± 2.57*	100.65 ± 5.26*

注:与肝气郁滞型比较,* $P < 0.05$

表 3 各证型组血压、FBG、HDL-C、TG 比较 ($\bar{x} \pm s$)

证型	例数	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)	FBG (mmol/L)	HDL-C (mmol/L)	TG (mmol/L)
肝气郁滞型	147	143.21 ± 20.15	87.04 ± 10.01	7.69 ± 1.02	1.03 ± 0.15	2.58 ± 0.89
痰湿壅盛型	140	142.57 ± 18.24	87.18 ± 8.94	7.45 ± 1.17	1.05 ± 0.19	2.15 ± 0.75
瘀血阻络型	131	143.78 ± 18.07	86.95 ± 9.06	6.98 ± 1.25	0.99 ± 0.21	1.81 ± 0.58*
脾肾两虚型	130	144.08 ± 19.21	86.17 ± 9.78	7.05 ± 1.34	1.10 ± 0.20	1.93 ± 0.41*

注:与肝气郁滞型比较,* $P < 0.05$

郁滞型夹杂轻微其他因素也不足以影响 SAS、SDS 标准分结果的准确性,故在本研究的中医辨证分型时将兼夹因素作为矛盾的次要方面忽略不计。由于本研究所纳入病例数偏少,4 个证型组人群分布相对平均,在以后的进一步研究中将扩大病例数,以期使研究结果有更强地说服力。

参 考 文 献

- [1] 宋秀霞, 纪立农. 国际糖尿病联盟代谢综合征全球共识定义[J]. 中华糖尿病杂志, 2005, 13(3): 178-180.
- [2] 胡大一主编. 心脏病学实践[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 622-623.
- [3] 陈伯钧, 孟丽琴, 夏晓莉, 等. 代谢综合征中医分型及与过氧化物酶体增殖物激活受体- γ 的关系[J]. 时珍国医国药, 2009, 20(8): 2035-2036.
- [4] 李云楚, 倪青. 代谢综合征的中医辨证治疗研究概述[J]. 环球中医药, 2015, 8(4): 496-499.
- [5] 梁润英, 熊玉鑫, 阎国立. 代谢综合征的中医证候分布规律[J]. 中医研究, 2012, 25(11): 16-19.
- [6] 周英. 疏肝健脾法治疗代谢综合征 32 例[J]. 中国医药导刊, 2013, 15(5): 810-811.
- [7] 渠昕, 李增英, 王太芬. 代谢综合征 178 例辨证分型及相关性研究[J]. 山西中医, 2012, 28(7): 40-42.
- [8] 王昌儒, 向楠. 肝脾肾功能失调与代谢综合征的关系探讨[J]. 世界中医药, 2013, 8(12): 1412-1413, 1444.
- [9] 李艳秋, 张志玲, 李惠林, 等. 健脾化浊法治疗代谢综合征探讨[J]. 新中医, 2012, 44(7): 146-147.
- [10] 吕千千, 徐云生. 从肝脾肾论治代谢综合征[J]. 山东中医杂志, 2013, 32(9): 613-614.
- [11] 刘容秀. 脾肾与代谢综合征的关系探析[J]. 中国医药科学, 2013, 3(15): 91-92.
- [12] 杨宇峰, 石岩. 代谢综合征中医证型与危险因素关系的临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(6): 2041-2043.
- [13] 董卫. 综合治疗胰岛素抵抗综合征 56 例[J]. 山西中医, 2004, 20(6): 17.
- [14] 叶子, 张世珍. 代谢综合征的中医认识和治疗[J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(7): 599.
- [15] 谢淑芸, 霍艳明. 试述代谢综合征的病因病机[J]. 中华实用中西医杂志, 2007, 20(13): 1187.
- [16] 陈广峰, 郭宏敏. 代谢综合征整体观治疗初探[J]. 陕西中医, 2006, 27(11): 1398.
- [17] 陈淑娇, 李灿东, 赖新梅, 等. 160 例代谢综合征患者中医证候特点研究[J]. 中华中医药杂志, 2015, 30(3): 689-692.
- [18] 林士毅, 李赛美, 方剑锋. 代谢综合征病因病机探讨[J]. 新中医, 2010, 42(5): 1-2.
- [19] 仝小林, 段军. 代谢综合征的中医认识和治疗[J]. 中日友好医院学报, 2002, 16(5~6): 347.
- [20] 陈黎明. 从脾虚痰瘀论治代谢综合征[J]. 云南中医中药杂志, 2013, 34(11): 20-21.
- [21] 刘歆颖, 姚实林. 肥胖痰湿体质与代谢综合征的相关性研究与临床应用[J]. 中医药临床杂志, 2007, 19(2): 101.
- [22] 黄家荣. 浅谈脾胃与代谢综合征[J]. 浙江中医杂志, 2006, 41(2): 96-97.
- [23] 李东晓. 痰与代谢综合征[J]. 中国中医基础医学杂志, 2005, 11(2): 144.
- [24] 黄薇, 马建伟. 代谢综合征中医证素与痰湿体质一致性分析[J]. 中国中医药咨讯, 2012, 4(4): 312-313.
- [25] 张晗, 刘金苓. 痰湿瘀论治代谢综合征的临床研究[J]. 中外医疗, 2014, 33(6): 131, 133.
- [26] 高洁, 王旭. 从痰瘀论治代谢综合征[J]. 浙江中医药大学学报, 2013, 37(12): 1463-1465.

(收稿:2015-11-04 修回:2016-11-20)

责任编辑: 段碧芳

英文责编: 张晶晶