· 临床论著 ·

急性胰腺炎患者中医体质及证型分布特点研究

王倩倩[1]　周　健[1]　江志伟[2]　龚冠闻[2]

摘要　目的　分析急性胰腺炎（AP）患者中医体质分布特点，初步探讨 AP 患者常见中医体质类型与中医证型、病因之间的关系。**方法**　纳入 2016 年 1 月—2019 年 12 月在江苏省中医院普外科住院的 AP 患者 250 例，对其进行中医体质类型和中医证型判定。比较不同性别 AP 患者之间中医体质分布的差异，不同中医体质 AP 患者之间中医证型分布的差异及胆源性 AP（BAP）、高脂血症性 AP（HLAP）、酒精性 AP（AAP）、特发性 AP（IAP）、其他病因引起的 AP 患者之间中医体质分布的差异。**结果**　250 例 AP 患者中痰湿质 101 例（40.4%）、湿热质 59 例（23.6%）、气郁质 42 例（16.8%）、气虚质 21 例（8.4%）、阴虚质 9 例（3.6%）、血瘀质 7 例（2.8%）、阳虚质 6 例（2.4%）、平和质 4 例（1.6%）、特禀质 1 例（0.4%）。男性 AP 患者 128 例，常见体质为痰湿质（37.5%）、湿热质（35.2%）；女性 AP 患者 122 例，常见体质为痰湿质（43.4%）、气郁质（20.5%）。男性 AP 患者的湿热质比例高于女性 AP 患者（P<0.05）。250 例 AP 患者中肝胆湿热证 144 例（57.6%）、腑实热结证 48 例（19.2%）、肝郁气滞证 43 例（17.2%）、瘀毒内结证 14 例（5.6%）、内闭外脱证 1 例（0.4%）。痰湿质 AP 患者中肝胆湿热证（74.3%）最多；湿热质 AP 患者中肝胆湿热证（72.9%）最多；气郁质 AP 患者以肝郁气滞证（69.0%）最常见；气虚质 AP 患者主要为腑实热结证（57.1%）。BAP 患者以痰湿质（48.3%）最常见；HLAP 患者中痰湿质（62.8%）最多；APP 患者中湿热质（75.0%）占首位；IAP 患者主要为气郁质（46.2%）和气虚质（42.3%）。**结论**　AP 患者中痰湿质中医体质最多见，AP 患者的中医体质与中医证型之间存在相似性，不同性别 AP 患者的中医体质类型比例存在差异，不同病因 AP 患者的中医体质类型结构有区别。

关键词　急性胰腺炎；中医体质；中医证型；病因

Study on the Characteristics of Chinese Medicine Constitutions Distributions and Chinese Medicine Syndrome Types in Patients with Acute Pancreatitis　WANG Qian-qian[1], ZHOU Jian[1], JIANG Zhi-wei[2], and GONG Guan-wen[2]　*1 Department of Pre-treatment, Affiliated Hospital of Nantong University of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu (226001); 2 Department of General Surgery, Jiangsu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Nanjing (210001)*

ABSTRACT　Objective　To analyze the characteristics of Chinese medicine (CM) constitutions distributionss in patients with acute pancreatitis (AP), and to preliminarily explore the relationship between common CM constitution types and CM syndrome types and etiology of AP patients. **Methods**　Totally 250 AP inpatients at the General Surgery Department, Jiangsu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine from January 2016 to December 2019 were enrolled, and they were judged for their CM constitutions and CM syndrome types. The differences in the distributions of CM constitutions among AP patients in different genders were compared. The differences in the distribution of CM syndrome types between AP patients with different CM constitutions were compared. Differences in the physical distribution of CM were compared as well in biliary AP (BAP), hyperlipidemia AP (HLAP), alcoholic AP (AAP), idiopathic AP (IAP), and other causes induced

基金项目：国家自然科学基金资助项目（No.81704083）；南京市科技委面上项目（No.201715005）

作者单位：1. 南京中医药大学南通附属医院（南通市中医院）治未病科（江苏 226001）；2. 南京中医药大学附属医院（江苏省中医院）普外科（南京 210001）

通讯作者：龚冠闻，Tel：025-86617141，E-mail：love_ggw2@163.com

DOI：10. 7661/j. cjim. 20210526. 173

中国中西医结合杂志

AP patients. **Results** Among 250 AP patients, there were 101 with phlegm-damp syndrome (40.4%), 59 with damp-heat syndrome (23.6%), 42 with qi stagnation syndrome (16.8%), 21 with qi deficiency syndrome (8.4%), and 9 with yin deficiency syndrome (3.6%), 7 with blood stasis syndrome (2.8%), 6 with yang deficiency syndrome (2.4%), 4 with calm syndrome (1.6%), and 1 with idiosyncratic syndrome (0.4%). There were 128 male AP patients, and the common constitutions were phlegm-dampness syndrome (37.5%) and damp heat syndrome (35.2%). There were 122 female AP patients, and the common constitutions were phlegm-dampness syndrome (43.4%) and qi depression syndrome (20.5%). The proportion of damp-heat syndrome in male AP patients [35.2% (45/128)] was higher than that of female AP patients [11.5% (14/122), P<0.05]. Among the 250 AP patients, there were 144 cases (57.6%) with Gan-Dan damp-heat syndrome, 48 cases (19.2%) with Fu-organs heat accumulation syndrome, 43 (17.2%) with Gan-qi stagnation syndrome (17.2%), and 14 (5.6%) with inner accumulation of toxic syndrome, 1 (0.4%) with internal closure and external exclusion. Gan-Dan damp-heat syndrome (74.3%) was the most commonly seen among patients with phlegm-dampness AP. Gan-Dan damp-heat syndrome (72.9%) was the most commonly seen among patients with damp-heat AP. Gan-qi stagnation syndrome (69.0%) was the most commonly seen among patients with qi depression AP. The most commonly seen symptom of AP patients with qi deficiency syndrome were Fu-organs excess heat syndrome (57.1%). Phlegm-damp syndrome (48.3%) was the most commonly seen in BAP patients. Phlegm-damp syndrome (62.8%) was the most commonly seen in HLAP patients. Damp-heat syndrome (75.0%) occupied the first place in APP patients. IAP patients were mainly qi-stagnation syndrome (46.2%) and qi deficiency syndrome (42.3%). **Conclusions** Phlegm-dampness syndrome was the most commonly seen in AP patients. There was a similarity between TCM constitutions and CM syndrome types in AP patients. There were differences in the proportions of CM constitutions types in AP patients of different genders, and the CM constitution types and structures of AP patients with different causes were different.

KEYWORDS acute pancreatitis; Chinese medicine constitution; Chinese medicine syndrome; etiology

急性胰腺炎（acute pancreatitis，AP）是临床常见的急腹症之一，约 1/4 患者会发展为重症急性胰腺炎（severe acute pancreatitis，SAP），SAP 并发症多，病死率高[1]。部分 AP 具有复发倾向，复发急性胰腺炎（recurrent acute pancreatitis，RAP）发病率为 10%~30%，临床对于预防其反复发作尚缺乏有效手段[2]。中医体质类型与 AP 的预防及治疗密切相关[3]。中医体质和人体对致病因素的易感性和发病的倾向性密切相关，而体质具有可调性[4]。因此，从中医角度探讨 AP 患者的体质分布、体质与中医证型及病因之间的关系，对于指导 AP 的预防和中西医结合治疗有重要的临床意义。

资料与方法

1 诊断标准及中医辨证分型标准

1.1 西医诊断标准及病因分类 参考《中国急性胰腺炎诊治指南（2019，沈阳）》[5]中的 AP 诊断标准。AP 病因分类[5]：（1）胆源性急性胰腺炎（biliary acute pancreatitis，BAP）；（2）高脂血症性急性胰腺炎（hyperlipidemic acute pancreatitis，HLAP）；（3）酒精性急性胰腺炎（alcoholic acute pancreatitis，AAP）；（4）特发性急性胰腺炎（idiopathic acute pancreatitis，IAP）；（5）其他病因：本研究仅纳入暴饮暴食所致的 AP。

1.2 中医辨证分型标准 参考《急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见（2017）》[6]，分为肝郁气滞证、肝胆湿热证、腑实热结证、瘀毒内结证和内闭外脱证 5 种证型。

2 纳入标准 （1）符合 AP 诊断标准；（2）年龄 >18 岁；（3）意识清楚，签署知情同意书，愿意配合本研究。

3 排除标准 （1）妊娠期或哺乳期女性；（2）合并严重心脑血管疾病或精神疾病；（3）无法配合研究或其他原因导致研究无法完成。

4 一般资料 纳入 2016 年 1 月—2019 年 12 月在江苏省中医院普外科住院的 AP 患者 250 例。其中男性 128 例，女性 122 例，年龄 27~89 岁，平均（54.56±13.57）岁。病因分布依次为 BAP 143 例（57.2%）、HLAP 43 例（17.2%）、APP 32 例（12.8%）、IAP26 例（10.4%）、其他病因引起的 AP 6 例（2.4%）。本研究经南京中医药大学伦理委员会审批（No.2017NL-133-02）。

5　AP 患者中医体质分型的判断方法　经过研究者培训后的医护工作者指导患者填写《中医体质分类判定标准》[7] 调查问卷判定患者体质。

6　统计学方法　应用 SPSS 23.0 统计学软件对数据进行分析，采用百分数形式描述各类型体质的构成比，体质在不同性别、不同中医证型、不同病因的分布采用 *Pearson* 卡方检验、*Fisher's* 精确概率。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

结　果

1　AP 患者及不同性别 AP 患者的中医体质分型情况（表 1）　250 例 AP 患者体质分布依次为痰湿质、湿热质、气郁质、气虚质、阴虚质、血瘀质、阳虚质、平和质、特禀质。男性 AP 患者共 128 例，最常见的体质为痰湿质，其次为湿热质；女性 AP 患者共 122 例，最常见的体质为痰湿质，其次为气郁质。男性 AP 患者湿热质比例高于女性 AP 患者（χ^2=19.428，*P*<0.001）。

2　AP 患者及不同中医体质 AP 患者的中医证型分布情况（表 2）　250 例 AP 患者的中医证型分布依次为肝胆湿热证、腑实热结证、肝郁气滞证、瘀毒内结证、内闭外脱证。痰湿质 AP 患者中肝胆湿热证最多；湿热质 AP 患者中肝胆湿热证最多；气郁质 AP 患者中肝郁气滞证最常见；气虚质 AP 患者主要为腑实热结证。不同中医体质的 AP 患者，中医证型比较差异有统计学意义（χ^2=128.875，*P*<0.001）。

3　不同病因 AP 患者的中医体质分型情况（表 3）　BAP 患者以痰湿质最常见；HLAP 患者中痰湿质最多；APP 患者中湿热质占首位；IAP 患者主要为气郁质和气虚质。不同发病原因的 AP 患者，中医体质分型比较差异有统计学意义（χ^2=129.286，*P*<0.001）。

讨　论

本研究结果显示，AP 患者的中医体质类型主要为痰湿质（40.4%），其次为湿热质（23.6%）、气郁质（16.8%）和气虚质（8.4%）。许迪等[3] 对 60 例 SAP 患者进行体质归类，痰湿型占 47.0%，其次为

表 1　AP 患者及不同性别 AP 患者的中医体质分型情况　［例（%）］

性别	例数	痰湿质	湿热质	气郁质	气虚质	阴虚质	阳虚质	血瘀质	平和质	特禀质
整体	250	101（40.4）	59（23.6）	42（16.8）	21（8.4）	9（3.6）	6（2.4）	7（2.8）	4（1.6）	1（0.4）
男性	128	48（37.5）	45（35.2）*	17（13.3）	8（6.3）	3（2.3）	1（0.8）	3（2.3）	2（1.6）	1（0.8）
女性	122	53（43.4）	14（11.5）	25（20.5）	13（10.7）	6（4.9）	5（4.1）	4（3.3）	2（1.6）	0（0.0）

注：与女性患者比较，*P<0.001

表 2　AP 患者及不同中医体质 AP 患者的中医证型分布情况　［例（%）］

中医体质	例数	肝郁气滞证	肝胆湿热证	腑实热结证	瘀毒内结证	内闭外脱证
整体	250	43（17.2）	144（57.6）	48（19.2）	14（5.6）	1（0.4）
痰湿质	101	6（5.9）	75（74.3）	14（13.9）	5（5.0）	1（1.0）
湿热质	59	4（6.8）	43（72.9）	9（15.3）	3（5.1）	0（0.0）
气郁质	42	29（69.0）	7（16.7）	5（11.9）	1（2.4）	0（0.0）
气虚质	21	0（0.0）	7（33.3）	12（57.1）	2（9.5）	0（0.0）
阴虚质	9	1（11.1）	6（66.7）	2（22.2）	0（0.0）	0（0.0）
阳虚质	6	1（16.7）	1（16.7）	3（50.0）	1（16.7）	0（0.0）
血瘀质	7	2（28.6）	3（42.9）	1（14.3）	1（14.3）	0（0.0）
平和质	4	0（0.0）	2（50.0）	2（50.0）	0（0.0）	0（0.0）
特禀质	1	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	1（100.0）	0（0.0）

表 3　不同发病原因 AP 患者的中医体质分型情况　［例（%）］

病因	例数	痰湿质	湿热质	气郁质	气虚质	阴虚质	阳虚质	血瘀质	平和质	特禀质
BAP	143	69（48.3）	29（20.3）	24（16.8）	6（4.2）	5（3.5）	3（2.1）	4（2.8）	3（2.1）	0（0.0）
HLAP	43	27（62.8）	6（14.0）	1（2.3）	3（7.0）	2（4.7）	1（2.3）	2（4.7）	1（2.3）	0（0.0）
AAP	32	3（9.4）	24（75.0）	2（6.3）	0（0.0）	1（3.1）	1（3.1）	1（3.1）	0（0.0）	0（0.0）
IAP	26	1（3.9）	0（0.0）	12（46.2）	11（42.3）	1（3.9）	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）	1（3.9）
其他	6	1（16.7）	0（0.0）	3（50.0）	1（16.7）	0（0.0）	1（16.7）	0（0.0）	0（0.0）	0（0.0）

中国中西医结合杂志

气郁型（25.0%）、湿热型（20.0%）、气虚型（8.0%）。两项研究均发现 AP 以痰湿质为主要体质，但在次要体质上有差异，可能与纳入标准不同有关，本研究纳入包括 MAP 和 SAP。痰湿质是在先天禀赋和后天因素影响下，因饮食不节和肥甘厚味无度而致脾失健运，水津运化失司，痰湿凝聚，以黏滞重浊为主要特征的体质状态[6]。《素问 · 奇病论》云："此肥美之所发也，此人必数食甘美而多肥也。"在发病倾向上，痰湿质易感湿邪，受邪后易从湿化、寒化[8]。66.7% AP 患者体重高于正常[9]，这与痰湿质形体肥胖、腹部肥满松软的体质特征相符。对中医证型分析发现，AP 的常见证型为肝胆湿热证（57.6%），其次为腑实热结证（19.2%）和肝郁气滞证（17.2%），证型分布及占比与前文研究结果大致相同[10,11]。AP 归属中医学"脾心痛""胰瘅"等范畴，病位在脾，以湿邪入侵为主[12]，胆石、饮食不节等因素导致脾运失司，痰湿内蕴，郁久化热，渐生血瘀、浊毒，阻滞中焦，而致"腑气不通，不通则痛"[13]。尚文璠等[14]对 159 例 AP 患者回顾分析发现轻症组和重症组的中医证型分布有显著差异，但两组均以湿热、气滞、血瘀为主，肝胆湿热证发生率最高。

本研究中，不同中医体质的 AP 患者，中医证型分布结构有差异。痰湿质 AP 患者中肝胆湿热证（74.3%）最多；湿热质 AP 患者中肝胆湿热证（72.9%）最多；气郁质 AP 患者中肝郁气滞证（69.0%）最常见；气虚质 AP 患者以腑实热结证（57.1%）为主。体质与证型之间存在趋同性[15]，痰湿质和湿热质 AP 患者发病后易表现为肝胆湿热证，气郁质 AP 患者发病后易表现为肝郁气滞证，气虚质 AP 患者发病后易表现为腑实热结证。体质与证型之间存在矛盾性[16]，阳虚质 AP 患者可出现脘腹胀痛、发热、身目发黄、舌红苔黄腻等肝胆湿热证特点。体质是非疾病状态下机体的整体特征，证候是疾病状态下反映病情演变过程中的病理整体特征。痰湿体质形成缓慢，相对稳定，长期存在。肝胆湿热证形成短暂，演变较快，短期存在，病愈则消。同一致病因素作用于机体，由于体质不同产生的证候不同，体质影响证的性质，证常随体质从化[4]。

结合病因分析，BAP 患者以痰湿质（48.3%）最常见；HLAP 患者中痰湿质（62.8%）最多；APP 患者中湿热质（75.0%）占首位；IAP 患者主要为气郁质（46.2%）和气虚质（42.3%）。不同病因 AP 患者，中医体质分型结构有区别。胆石症是 BAP 最常见的病因，痰湿质是胆石症患者的常见体质[16]，血脂代谢异常是胆囊结石形成的前期代谢特点[17]。痰湿体质者喜食肥腻，致肝胆失疏，胆汁中清不降，日久湿热郁结，煎熬成石，闭阻中焦气机。HLAP 病机尚未明确，目前普遍认为胰酶水解过高的血脂产生并释放大量游离脂肪酸，损伤胰腺腺泡细胞和血管内皮细胞，引起胰腺组织缺血和炎症[18]。痰湿质组的血清总胆固醇、甘油三酯及低密度脂蛋白明显高于平和质组，痰湿体质更易发生血脂异常[19]。《内经》记载的"膏脂学说"是中医最早对血脂异常的论述依据，痰湿入血脉，与血互结流走全身，导致血脂异常症的发生[20]。胆源性疾病及高脂血症与 AP 复发密切相关，应及早针对高危因素进行治疗及预防，防止 RAP 的发生[21]。酒为湿热之品。APP 患者大多表现为舌质红，苔黄腻，脉数，符合湿热质的舌脉特征。湿热质的发病倾向为易患黄疸、火热病症，与 AP 身目发黄、发热的临床表现相一致。国内男性嗜酒者明显多于女性，故男性 AP 患者中湿热质比例高于女性患者。IAP 的常见病因为胆道微小结石、Oddis 括约肌功能失调、胆胰管汇流异常小乳头、胰腺分裂症等[22]，其中 75% 患者合并胆管微结石，30%~65% 合并 Oddis 括约肌功能障碍[23]。本研究发现 IAP 的主要体质类型为气郁质、气虚质。气郁质以性格内向不稳定、忧郁脆弱为主要表现，不畅的情志会影响肝主疏泄功能，导致胆汁分泌排泄异常而形成微小砂砾。气郁质影响肝之疏泄，肝失疏泄则进一步加重气郁程度。气虚质是由于元气不足，以气息低弱、机体、脏腑功能低下为主要特征的一种的体质状态。《灵枢 · 寿夭刚柔》云："形有缓急，气有盛衰，骨有大小……形充而脉小以弱者气衰"。先天本弱及后天失养导致脏腑功能失调，引起 Oddis 括约肌功能失调、胆胰管汇流异常等。

本研究对 AP 患者的中医体质分布、常见中医体质类型与中医证型及病因之间的关系进行了初步分析，发现 AP 患者的中医体质以痰湿质最多见，AP 患者的中医体质与中医证型之间存在相似性，不同病因 AP 患者的中医体质分型结构有区别。本研究收集了本中心 4 年来 250 例 AP 患者，今后应进行多中心的长期动态研究，将体质类型表象特征与实验室指标及其他相关信息进行关联性和对比性分析等，探讨不同体质患者的 AP 演变相关规律。

利益冲突：无。

参 考 文 献

[1] Samarasekera E，Mahammed S，Carlisle S，et al. Pancreatitis：summary of NICE guidance[J]. BMJ，2018（362）：k3443. doi：10.1136/bmj.k3443..

[2] 郭严，陈东风，孙文静 .CT 评估人体脂肪面积与急性高脂血症性胰腺炎复发的相关性研究 [J]. 第三军医大学学报，2019，41（14）：1370–1373.

[3] 许迪，李丽，黄春晓，等 . 从中医体质学说探讨急性胰腺炎预防及治疗 [J]. 山西医药杂志，2018，47（20）：2474–2475.

[4] 王琦 . 论中医体质研究的 3 个关键问题（下）[J]. 中医杂志，2006，47（5）：329–332.

[5] 杜奕奇，陈其奎，李宏宇，等 . 中国急性胰腺炎诊治指南（2019 年，沈阳）[J]. 临床肝胆病杂志，2019，35（12）：2706–2711.

[6] 张声生，李慧臻 . 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见（2017）[J]. 中华中医药杂志，2017，32（9）：4085–4088.

[7] 中华中医药学会 . 中医体质分类与判定（ZYYXH/T157-2009）[J]. 世界中西医结合杂志，2009，4（4）：303–304.

[8] 骆斌，王琦 . 痰湿体质论析 [J]. 安徽中医学院学报，1999，18（5）：10–12.

[9] 刘康，寇潇月 . 51 例急性胰腺炎患者 BMI 指数分析 [J]. 第三军医大学学报，2005，27（23）：2344，2350.

[10] 许根荣，杨薇，谢雁鸣，等 . 基于 5433 例急性胰腺炎入院患者人数与中医证候及节气规律研究 [J]. 中华中医药杂志，2016，31（3）：995–998.

[11] 杜进龙，李玉梅，齐建华，等 . 中医综合方案联合西医常规治疗急性胰腺炎的临床疗效观察 [J]. 中国中医基础医学杂志，2018，24（1）：87–89.

[12] 丁赛丹 . 急性胰腺炎中医证型的文献分析 [J]. 湖北中医杂志，2010，32（3）：34–36.

[13] 张声生，李慧臻 . 急性胰腺炎中医诊疗专家共识意见（2017）[J]. 中华中医药杂志，2017，32（9）：4085–4088.

[14] 尚文璠，黄穗平，余绍源，等 . 中西医结合治疗 159 例急性胰腺炎临床观察 [J]. 广州中医药大学学报，2005，22（6）：421–425.

[15] 周文娟，桂涛，邹建龙，等 . 子宫腺肌病患者中医证候与体质分布情况及两者相关性多中心研究 [J]. 中国中医基础医学杂志，2018，24（11）：1574–1576，1627.

[16] 张东芳 . 肝胆结石患者中医体质类型分析 [J]. 中国卫生标准管理，2015，6（14）：136–137.

[17] 郝文立，王帅 . 胆囊结石与高脂血症及中医体质的相关性研究 [J]. 重庆医学，2016，45（19）：2632–2634.

[18] 吉瑞更，朱国玲，张冰，等 . 血脂异常对急性胰腺炎发病影响的前瞻性队列研究 [J]. 临床肝胆病杂志，2019，35（7）：1536–1540.

[19] 邓小敏，唐丽丽，陆斌 . 痰湿体质人群血脂水平调查及体质相关性研究羟 [J]. 中国中医基础医学杂志，2013，19（4）：432–433.

[20] 陈丽名，傅延龄，李洪娟，等 . 中医体质与人体成分的相关性研究 [J]. 中华中医药杂志，2017，32（3）：1242–1245.

[21] 刘翼，祝琳 . 急性复发性胰腺炎的临床特点及病因分析 [J]. 重庆医学，2014，43（9）：1047–1048.

[22] 王昆宁，徐敏，王兴鹏 . 特发性胰腺炎 [J]. 胰腺病学，2007，7（1）：54–55.

[23] 陈超伍，陈莉丽，邓登豪，等 . 乳头肌切开术在合并十二指肠乳头旁憩室的特发性胰腺炎中的应用价值 [J]. 中国内镜杂志，2014，20（1）：56–58.

（收稿：2020–12–26　在线：2021–08–02）

责任编辑：李焕荣

英文责编：张晶晶

中国中西医结合杂志　中国中西医结合杂志　中国中西医结合杂志　中国中西医结合杂志　中国中西医结合杂志