

# 超重高尿酸高甘油三酯血症患者中医 体质分布规律研究※

● 戴跃龙<sup>1\*</sup> 白慧颖<sup>2▲</sup> 张 华<sup>3</sup> 黄自冲<sup>1</sup>

**摘 要** 目的:研究超重高尿酸高甘油三酯血症患者中医体质分布规律,为临床治疗提供参考。方法:以武警学院体检查体单纯超重者 1210 例(A 组)、超重 + 高尿酸血症患者 576 例(B 组)、超重 + 高甘油三酯血症患者 748 例(C 组)及超重 + 高尿酸 + 高甘油三酯血症患者 553 例(D 组)为研究对象,对比分析各组中医体质类型分布情况。结果:超重者主要偏颇体质为痰湿质、湿热质、气虚质和阳虚质;A 组痰湿质所占比例高于其它 3 组( $P < 0.05$ );B 组患者湿热质所占比例高于其他 3 组( $P < 0.01$ );C 组阳虚质所占比例高于 A 组、B 组( $P < 0.01$ ),气虚质比例亦高于 A 组( $P < 0.01$ );D 组气虚质、阳虚质所占比例高于 A 组、B 组( $P < 0.01$ )。结论:超重患者常为偏颇体质,合并高尿酸血症、高甘油三酯血症患者防治中应注重痰湿质、湿热质、气虚质、阳虚质的体质纠偏。

**关键词** 超重;高尿酸血症;高甘油三酯血症;体质;中医

超重常合并高尿酸血症、高甘油三酯血症,严重威胁患者健康。血尿酸水平升高除可引起痛风、肾功能损伤外,尚与心血管病发生关系密切。研究显示,高尿酸血症是心血管疾病的独立危险因素<sup>[1]</sup>。甘油三酯轻、中度增高时可致冠心病发病风险增高,重度增高时易致急性胰腺炎的发生<sup>[2]</sup>。现代医学对于高尿酸血症、高甘油三酯血症的治疗干预缺乏个性化特征,如部分降尿酸药物毒副作用较多,患者依从性差,限制了其临床应用。而祖国医学注重整体观念,以辨证论治的个体化治疗为特征,一些成方如四妙丸治疗高尿酸血症疗效显著,安全性好,临床应用较多<sup>[3]</sup>。但超重、超重合并高尿酸血症或超重合并高甘油三酯血症早期多无明显症状体征,常陷入“无证可辨”的困

境中。中医体质辨识从整体把握患者的阴阳、气血平衡状态,是临证用药的重要参考。近年来,体质研究多侧重单病种分布规律探索,对比患者与正常人群发病的风险。当前尚不多见多种疾病并存的体质分布规律研究,与临床中多种疾病同时存在的现实存在差距。为此,笔者就超重人群合并高尿酸、高甘油三酯血症体质分布规律进行研究,以期为该疾病防治过程中的体质纠偏提供参考。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2014 年 5 月 - 2017 年 9 月在武警学院体检的男性军人 3087 人,其中单纯超重(A 组)1210 人,超重 + 高尿酸血症(B 组)576 人、超重 + 高甘油三酯血症(C 组)748 人、超重 + 高尿酸 + 高甘油三酯血症(D 组)553 人。各组患者平均年龄组间比较无统计学差异,肝肾功能指标组间比较无统计学差异( $P > 0.05$ )。

**1.2 诊断标准** 超重诊断标准参照《中国成人超重和肥胖症预防控制指南》标准:  $18.5 \leq \text{体质质量指数} < 24$  为体质质量正常,  $24 \leq \text{体质质量指数} < 28$  为超重,体质质量指数  $\geq 28$  为肥胖<sup>[4]</sup>。高尿酸血症诊断参照《高尿酸血症和痛风治疗的中国专家共识》,血尿酸水平男

※基金项目 武警学院博士科研创新计划课题(No. BSKY2017002)

\*作者简介 戴跃龙,男,主治医师,医学博士。主要从事中西医结合治疗内分泌疾病的临床研究。

▲通讯作者 白慧颖,女,主治医师。主要从事中西医结合治疗内分泌疾病的临床研究。Email:bhy-2152157@163.com

•作者单位 1. 中国人民武装警察部队学院(河北 廊坊 065000);2. 河北省廊坊市中医院(河北 廊坊 065000);3. 解放军总医院第一附属医院(北京 100037)



性或绝经后女性  $> 420 \mu\text{mol/L}$ , 绝经前女性  $> 350 \mu\text{mol/L}$ , 诊断为高尿酸血症<sup>[1]</sup>。高甘油三酯血症诊断参考《中国成人血脂异常防治指南 2016 年修订版》, 甘油三酯(TG)  $\geq 2.3 \text{ mmol/L}$  诊断为高甘油三酯血症<sup>[2]</sup>。

### 1.3 纳入与排除标准

1.3.1 纳入标准 ①男性;②年龄 18~45 岁;③超重或超重合并高尿酸高甘油三酯血症患者;④入选前 4 周末服用降尿酸和或调脂药物;⑤患者知情同意。

1.3.2 排除标准 发热、精神障碍、恶性肿瘤、糖尿病、严重心脑血管疾病及痛风性关节炎发作期患者。

1.4 调查方法 利用集中体检机会对纳入人员采用问卷调查法进行中医体质辨识。

1.5 观察指标 对比各组的中医体质分布情况。中医体质判别参照王琦教授等制定的《中医体质量表》, 包含平和质、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 个主要分类<sup>[5]</sup>。

1.6 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计软件进行数

据分析。计量资料以  $(\bar{x} \pm s)$  表示, 组间比较采用单因素方差分析; 计数资料行  $\chi^2$  检验。  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 四组患者中医体质分布情况 各组中医体质类型的前五位: 单纯超重者(A 组)依次为痰湿质(30.9%)、湿热质(20.9%)、平和质(19.6%)、气虚质(9.0%)、阳虚质(8.8%); 超重 + 高尿酸血症患者(B 组)依次为湿热质(29.7%)、痰湿质(19.4%)、平和质(15.8%)、气虚质(11.6%)、阳虚质(9.2%); 超重 + 高甘油三酯血症患者(C 组)依次为痰湿质(26.5%)、湿热质(18.9%)、平和质(16.8%)、阳虚质(15.5%)、气虚质(15.2%); 超重 + 高尿酸 + 高甘油三酯血症患者(D 组)依次为痰湿质(18.4%)、湿热质(17.9%)、气虚质(17.7%)、平和质(16.8%)、阳虚质(16.3%)。可以看出超重人群偏颇体质以痰湿质、湿热质、气虚质、阳虚质 4 种为主。见表 1。

表 1 四组患者中医体质分布情况(例)

组别	例数	平和质	气虚质	阳虚质	痰湿质	湿热质	气郁质	血瘀质	特禀质
A 组	1210	237	109	106	374	253	58	41	32
B 组	576	91	67	53	112	171	36	27	19
C 组	748	126	114	116	198	141	23	17	13
D 组	553	93	98	90	102	99	30	23	18

2.2 各组偏颇体质分布情况 A 组痰湿质所占比例高于其它三组( $P < 0.05$ ); B 组患者湿热质所占比例高于其他 3 组( $P < 0.01$ ); C 组阳虚质所占比例高于

A 组、B 组( $P < 0.01$ ), 气虚质比例亦高于 A 组( $P < 0.01$ ); D 组气虚质、阳虚质所占比例高于 A 组、B 组( $P < 0.01$ )。见图 1。

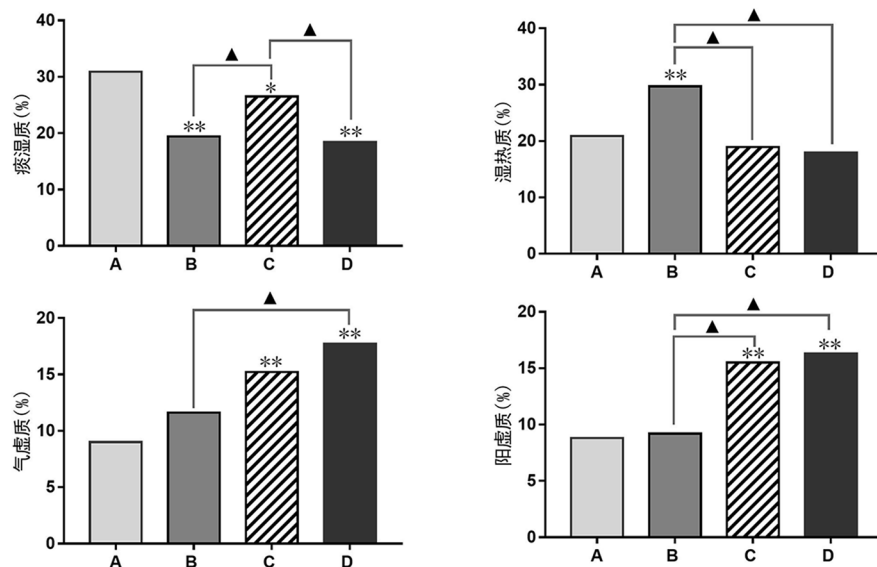


图 1 各组患者偏颇体质分布情况

注:①A 组:超重组;B 组:超重 + 高尿酸血症组;C 组:超重 + 高甘油三酯血症组;D 组:超重 + 高尿酸血症 + 高甘油三酯血症



组。②与 A 组相比, \* $P < 0.05$ , \*\* $P < 0.01$ 。③两组相比,  $\Delta P < 0.01$ 。

### 3 讨论

中医无“高尿酸血症”“高甘油三酯血症”病名,相关论述散见于“痛风”“痹症”“眩晕”等疾病的论述中。对于超重的认识,《黄帝内经》即有“膏人”“肥人”的记载。中医学认为体质偏颇是疾病发生的重要条件。如痰湿体质总以津液运化不畅,痰饮水湿易聚为特点,易发生中心性肥胖、代谢性综合征<sup>[6]</sup>。中医认为,尿酸、甘油三酯等物质本为“水谷精微”,不归正化则滞为痰饮水湿之邪。本研究中痰湿质在超重人群中所占比例较高,分别为单纯超重者 30.9%、超重+高尿酸血症患者 19.4%、超重+高甘油三酯血症患者 26.5%、超重+高尿酸+高甘油三酯血症患者 18.4%。此外,单纯超重人群痰湿质所占比例最高(见图 1),而合并高尿酸、高甘油三酯血症患者湿热质、气虚质等体质类型所占比例较高,显示出病邪随体质从化的特点,与传统中医理论具有一致性。

现代中医认为高尿酸血症、高甘油三酯血症的发生均与平素嗜食肥甘厚味,谷气过旺,食伤脾胃有关<sup>[1,7]</sup>。血尿酸为核酸代谢产物,生理情况下生成与排泄保持平衡状态。尿酸排泄不良是导致高尿酸血症的主要原因。本研究发现高尿酸血症患者湿热体质比例明显高于高甘油三酯血症者;高甘油三酯血症患者阳虚体质高于高尿酸血症患者,提示体质偏颇状态可能决定疾病发生的倾向。高尿酸血症湿热体质人数较多,提示高尿酸血症发生过程中“从化湿热”发挥重要作用;高甘油三酯阳虚体质人数较多,提示高甘油三酯血症发生过程中“阳虚失化”有关。

高尿酸血症伴发疾病中以高甘油三酯血症最为常见<sup>[8]</sup>。高甘油三酯血症影响体内嘌呤代谢,导致内源性嘌呤生成增加,血尿酸水平升高。高尿酸水平影响脂蛋白酶活性,加剧了高甘油三酯血症的发生。本研究中高尿酸合并高甘油三酯血症气虚、阳虚体质人数较多,与高尿酸血症湿热体质人数较多不同,亦与高甘油三酯血症痰湿体质人数较多不同,不是二者的简单相加,而是反映出“气虚失化”“阳虚失化”的截然不同体质特点。现代医学治疗高尿酸合并高甘油三酯一般采用降尿酸药物、降(调)脂药物叠加的治疗

方式。与之不同的是,结合体质判别的中医治疗,势必会兼顾高尿酸合并高甘油三酯血症部分患者“气虚失化”“阳虚失化”的体质特点,在辨病治疗的基础上,酌用补益治法。

体质受先天禀赋、后天生活环境影响,先于疾病发生而形成,影响着疾病的发生与发展。体质的“动态可变”是其可以调节的理论基础<sup>[9,10]</sup>。日常中部分高尿酸血症患者、高甘油三酯血症患者多无明显症状体征,部分患者常同时服用西药治疗,亦对中医“辨证论治”形成干扰。临床中,判别偏颇体质,在辨病论治的基础上,针对不同体质采用“纠偏”治疗,才能更好地防治高尿酸血症、高甘油三酯血症。但需要指出的是,体质的形成是长期渐进的过程,具有相对的稳定性<sup>[9,10]</sup>。如王琦等认为“体质是人体生命过程中,在先天禀赋与后天获得的基础上所形成的形态结构、生理功能和心理状态方面综合的相对稳定的固有特质”<sup>[9]</sup>。体质纠偏是一个缓慢的过程,需长期坚持才能达到调整阴阳气血平衡、防治疾病的目的。

### 参考文献

- [1] 中华医学会内分泌学分会. 高尿酸血症和痛风治疗的中国专家共识[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2013, 29(11): 913-920.
- [2] 中国成人血脂异常防治指南修订联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南 2016 年修订版[J]. 中国循环杂志, 2016, 31(10): 937-950.
- [3] Liu YF, Huang Y, Wen CY, et al. The effects of modified Simiao decoction in the treatment of gouty arthritis: A systematic review and Meta-analysis[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2017, 2017(1): 1-12.
- [4] 中华人民共和国卫生部疾病控制司. 中国成人超重和肥胖症预防控制指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006: 3.
- [5] 朱燕波, 王琦, 折笠秀树. 中医体质量表的信度和效度评价[J]. 中国行为医学科学, 2007, 16(7): 651-654.
- [6] 梁雪, 王琦, 沈坤, 等. 痰湿体质人群易发代谢综合征相关危险因素调查研究[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(4): 1500-1503.
- [7] 陶亮, 陈民. 血脂异常中医病因病机及辨证论治初步探讨[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(4): 105-107.
- [8] 陈涛, 李卫, 王杨, 等. 高尿酸血症的患病情况及相关因素分析[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2012, 6(13): 3526-3529.
- [9] 王琦. 中医体质学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 286-293.
- [10] 孙学达, 倪诚. 基于体质与证候辨析的湿热体质主药方筛选[J]. 北京中医药大学学报, 2017, 40(4): 272-275.

(收稿日期: 2018-03-03)

(本文编辑: 蒋艺芬)