

# 非酒精性脂肪胰与中医体质类型及相关危险因素的 Logistic 回归分析

翁思颖<sup>1</sup>, 柴可夫<sup>2</sup>, 周建扬<sup>1</sup>

1. 浙江中医药大学附属宁波中医院, 浙江 宁波 315010; 2. 浙江中医药大学基础医学院, 浙江 杭州 310053

**[摘要]** 目的: 探讨非酒精性脂肪胰 (NAFPD) 患者中医体质分布规律及与发病相关糖脂代谢因素的关系。方法: 对宁波地区 1604 例入组人群 (NAFPD 者 946 例, 健康人群 658 例) 进行中医体质判定, 运用 Logistic 回归法分析疾病易感体质、易感体质与发病相关糖脂代谢因素的关联性。结果: NAFPD 患者中痰湿质、血瘀质、气虚质分布较多 ( $P < 0.05$ ), 三者均为 NAFPD 发病易感体质因素 ( $P < 0.05$ ), 平和质分布较少 ( $P < 0.05$ )。痰湿质与 NAFPD 者的体质指数、伴发 2 型糖尿病、糖化血红蛋白水平呈正相关; 血瘀质与 NAFPD 加重、伴发非酒精性脂肪肝正相关, 与脂联素水平负相关; 气虚质与相关因素均无明显相关性。结论: 痰湿质、血瘀质、气虚质为 NAFPD 患者高频体质与发病易感因素, 其中痰湿质与肥胖、糖代谢紊乱有关, 血瘀质与脂代谢紊乱、内脏脂质沉积加重有关。

**[关键词]** 非酒精性脂肪胰; 中医体质; Logistic 回归分析

**[中图分类号]** R576; R259 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 09-0072-05

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2018.09.020

## Logistic Regression Analysis on Non-alcoholic Fatty Pancreas Disease and Chinese Medicine Constitution Type and Related Risk Factors

WENG Siying, CHAI Kefu, ZHOU Jianyang

**Abstract:** Objective: To explore the relationship between the distribution of Chinese medicine constitution in patients with non-alcoholic fatty pancreas disease (NAFPD) and the factors of incidence-associated glucolipid metabolism. **Methods:** Judged Chinese medicine constitution of 1604 cases of Ningbo region (946 cases with NAFPD and 658 cases with healthy people), and analyzed the relevance of incidence-associated glucolipid metabolism factors with disease susceptible constitution and susceptible constitution respectively by Logistic regression analysis method. **Results:** In these patients with NAFPD, the distributions of phlegm-dampness constitution, blood stasis constitution and qi deficiency constitution were comparatively more ( $P < 0.05$ ), all being factors of disease susceptible constitutions for NAFPD ( $P < 0.05$ ), while the distribution of gentleness constitution was comparatively less ( $P < 0.05$ ). There was a positive correlation in phlegm-dampness constitution and body mass indexes of NAFPD, accompanied type 2 diabetes mellitus and levels of glycosylated hemoglobin. Blood stasis constitution was positively correlated with aggravated NAFPD and accompanied non-alcoholic fatty liver and was negatively correlated with adiponectin levels, while the qi deficiency constitution was disassociated with the related factors above. **Conclusion:** Phlegm-dampness constitution, blood stasis constitution and qi deficiency constitution are the high-frequency constitutions and disease susceptible constitution factors in patients with NAFPD, among which the phlegm-dampness constitution is related to obesity and glucose metabolism disorders and the blood stasis constitution is related to lipid metabolism disorders and the aggravation of visceral lipid deposition.

**Keywords:** Non-alcoholic fatty pancreas disease; Chinese medicine constitutions; Logistic regression analysis

非酒精性脂肪胰 (Nonalcoholic fatty pancreas disease, NAFPD), 又称胰腺脂质异位沉积症, 是以胰腺脂质浸润或胰岛细胞脂肪变性为特征的疾病。研究表明, 胰腺脂质异位沉积可引起机体

胰岛  $\beta$  细胞早相分泌功能障碍及胰岛素抵抗, 此二者恰是 2 型糖尿病 (Type 2 diabetic mellitus, T2DM) 发病的关键因素<sup>[1]</sup>。NAFPD 病因尚未明确。动物实验及临床研究显示, NAFPD 者

**[收稿日期]** 2018-01-26

**[基金项目]** 浙江省科技计划项目 (2015C33169); 浙江省中医药科技计划项目 (2017ZA042); 宁波市中医重点学科中西医结合内分泌科项目 (2016-Z01)

**[作者简介]** 翁思颖 (1985-), 女, 主治中医师, 研究方向: 中西医结合治疗内分泌疾病。

**[通信作者]** 柴可夫, E-mail: cki666@163.com。

更易出现肥胖、糖脂代谢紊乱、高胰岛素血症<sup>[2-3]</sup>。中医体质是结合了人体先天禀赋与后天获得的一种相对稳定的特质,其影响机体疾病的发生、发病倾向及病情转归<sup>[4]</sup>。本研究拟从中医体质角度出发,探讨NAFPD患者中医体质的分布特点,并采用 Logistic 回归分析方法对疾病的易感体质与胰腺脂质沉积程度、糖脂代谢指标、脂肪因子等因素的相关性进行研究。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 本研究选取 2015 年 10 月—2017 年 6 月期间就诊于宁波市中医院体检中心、门诊受检者为研究对象,筛选NAFPD患者。

**1.2 纳入标准** NAFPD 人群:经腹部超声检查确诊 NAFPD 者;健康对照人群:无糖脂代谢异常的相关疾病、无重大脏器疾病及传染病、无急性疾病、非应激状态者。

**1.3 排除标准** ①胰腺外分泌疾病、胰腺占位等疾病者;②大量饮酒者,每周饮用乙醇(男性 >280 g/周,女性 >140 g/周)之间<sup>[5]</sup>;③服用他汀类、贝特类降脂药者,服用二甲双胍、噻唑烷二酮类、肠促胰岛素(GLP-1)类似物及二肽基肽酶 4 抑制剂对血清脂肪因子水平有影响药物患者;④各种应激状态、严重心脑血管并发症、各类糖尿病急性并发症、糖尿病其他兼症(如肿瘤、免疫系统或血液系统疾病)患者;⑤妊娠或哺乳期、行经期妇女。

**1.4 超声资料采集及诊断** 超声资料采集由 2 位超声医师联合完成,采用高分辨率超声(LOGIQ7,美国 GE)、探头频率 3.5 MHz。受检者空腹 12 h 以上,取仰卧位、左侧卧位及半卧位常规扫查胰腺、肝脏范围。NAFPD 诊断参照文献[5]标准,将脾脏作为对照物,与胰腺进行比较,评估胰腺实质回声强度。超声下可见胰腺形态饱满,体积增大,边缘模糊,胰腺头体尾三值接近,回声强于脾脏,回声增强面积 >80%,排除胰腺纤维化。①轻度:胰腺实质回声中高度增强,腺体边缘中度模糊,胰管边界中度模糊;②重度:胰腺实质回声高度增强,腺体边缘重度模糊,胰管边界重度模糊。非酒精性脂肪性肝(NAFLD)诊断参照 2012 年中华肝脏病学学会制定《非酒精性脂肪肝诊断标准》<sup>[6]</sup>,具备以下异常发现中的 2 项以上者可诊断为脂肪肝:①肝脏近场回声增强,远场回声减弱;②肝脏实质回声致密,强于肾脏实质;③肝内血管和胆道结构显示不清<sup>[7]</sup>。

**1.5 其他一般资料采集** 记录入组人群的性别、年龄,测身高、体重,计算体质质量指数(BMI)。

**1.6 实验室资料采集** 入组人群在禁食 12 h 后,空腹取血。测定血清总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白(HDL)、低密度脂蛋白(LDL)、空腹血糖(FBG),放免法测定血清空腹 C 肽。亲和色谱微柱法测糖化血红蛋白(HbA1c)。Elisa 法测定血清脂联素(APN)、瘦素(LP)。以 FBG 与空腹 C 肽数值,运用 HOMA2 计算器 2.2.3ver 计算胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)<sup>[8]</sup>。

**1.7 T2DM 诊断标准** 采用美国糖尿病协会标准(2010 年)<sup>[9]</sup>:空腹血糖(FBG)≥7.0 mmol/L,糖负荷后 2h 血糖(P2hBG)≥

11.1 mmol/L。

**1.8 中医体质资料采集及体质分型判定方法** 参照《中医体质分类判定》标准(中华中医药学会行业标准,标准号 ZYYXH/T157-2009),由 2 名有体质辨识经验的中医医师对受检者体质进行共同分类判定,分气虚、阳虚、阴虚、痰湿、湿热、气郁、血瘀、特禀及平和质,将受检者答案输入“炎黄中医体质辨识软件”(北京炎黄东方健康科技公司),统一计分、判定体质类型。

**1.9 统计学方法** 数据用 SPSS 22.0 软件进行分析。编制各组计数资料的频数分布表,计数资料组间比较采用  $\chi^2$  检验,连续性变量以  $(\bar{x} \pm s)$  表示,用  $t$  检验进行比较;单因素分析采用非条件 Logistic 回归分析,变量进入方程按照  $\alpha=0.05$ ,剔除变量按照  $\alpha=0.1$ ,选取单因素 Logistic 回归分析中差异有统计学意义的因子进行多因素 Logistic 回归分析,进入与剔除条件同前。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 2 组人群的一般情况** 在受检者选取符合诊断及排除标准的 NAFPD 患者共 946 例(男 542 例/女 404 例)为 NAFPD 组,同时选取体检健康人群 658 例(男 372 例,女 286 例)为健康对照组。入组人群年龄分布在 35~65 岁。NAFPD 组平均年龄(49.51 ± 9.15)岁,健康对照组平均年龄(48.65 ± 8.93)岁。2 组人群性别、年龄比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**2.2 2 组中医体质类型分布情况** 见表 1。对 2 组人群中中医体质分布频率进行统计发现,与健康对照组比较,NAFPD 组中气虚质(27.48%)、痰湿质(37.42%)、血瘀质(26.22%)增多,平和质(25.16%)减少,其差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组中医体质类型分布情况 例(%)

体质类型	NAFPD 组	健康对照组	$\chi^2$ 值	P
	(n=946)	(n=658)		
气虚质	260(27.48)	108(16.41)	13.452	<0.001
阳虚质	118(12.47)	70(10.64)	0.632	0.427
阴虚质	134(14.16)	68(10.33)	2.587	0.108
痰湿质	354(37.42)	78(11.85)	64.451	<0.001
湿热质	38(4.23)	46(6.99)	2.918	0.088
气郁质	82(8.67)	62(9.42)	0.135	0.713
血瘀质	248(26.22)	56(8.51)	39.597	<0.001
特禀质	34(3.59)	18(2.74)	0.456	0.500
平和质	238(25.16)	374(56.84)	82.529	<0.001

**2.3 2 组中医体质兼夹情况比较** 见表 2。在 NAFPD 组中共出现单一体质 510 例(52.91%),多于健康对照组 446 例(68.39%),差异有统计学意义( $P < 0.05$ );出现 2 种体质兼夹 NAFPD 组 322 例(34.04%),健康对照组 198 例(30.09%),差异无统计学意义( $P > 0.05$ );出现 2 种以上体质兼夹 NAFPD 组

114例(13.04%),健康对照组198例(1.52%),差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组中医体质兼夹情况比较 例(%)

体质类型	NAFDP组	健康对照组	$\chi^2$	$P$
单一体质	510(53.91)	446(68.39)	15.503	<0.001
2种体质兼夹	322(34.04)	198(30.09)	1.380	0.240
2种以上体质兼夹	114(13.04)	14(1.52)	26.019	<0.001

2.4 中医体质分布对NAFPD发病影响的非条件Logistic回归分析 见表3。对九种体质与NAFPD发病的Logistic回归分析结果发现,在校正了年龄、性别的影响后,气虚质、痰湿质、血瘀质、平和质进入回归方程。将以上4个因素进行多元Logistic回归分析进行验证,结果气虚质、痰湿质、血瘀质与NAFPD发病呈正相关( $P < 0.05$ ,  $OR > 1$ ),说明拥有这三种体质者NAFPD易感性增加,且根据OR值所示,其易感性血瘀质(3.955)>痰湿质(3.840)>气虚质(1.705);平和质与发病呈负相关( $P < 0.05$ ,  $OR < 1$ )。以上结果说明气虚质、痰湿质、血瘀质是NAFPD发病危险因素,为易感体质,平和质则为保护因素。

表3 中医体质分布对NAFPD发病影响的非条件Logistic回归分析

体质类型	二元Logistic回归			多元Logistic回归		
	OR	95% CI	$P$	OR	95% CI	$P$
气虚质	1.687	1.110~2.564	0.014	1.705	1.146~2.536	0.008
阳虚质	0.886	0.533~1.474	0.642	—	—	—
阴虚质	1.224	0.736~2.036	0.435	—	—	—
痰湿质	3.609	2.343~5.558	<0.001	3.840	2.539~5.808	<0.001
湿热质	0.517	0.258~1.037	0.063	—	—	—
气郁质	0.627	0.347~1.134	0.123	—	—	—
血瘀质	3.953	2.474~6.316	<0.001	3.955	2.489~6.285	<0.001
特禀质	1.244	0.494~3.133	0.644	—	—	—
平和质	0.370	0.252~0.542	<0.001	0.404	0.288~0.568	<0.001

2.5 NAFPD易感体质与NAFPD严重程度、伴发疾病、BMI、HOMA-IR、血脂及血清脂肪因子相关性的单因素非条件Logistic回归分析 将NAFPD的高频体质气虚质、痰湿质、血瘀质设为因变量(是=1,否=0),以BMI、HOMA-IR、HbA1c、血脂(TC、TG、HDL、LDL)、血清脂肪因子(APN、LP)、是否伴发NAFLD、T2DM(是=1,否=0)以及NAFPD严重程度(轻度=0,重度=1)为自变量,分别行单因素及多因素非条件Logistic回归分析。

2.5.1 气虚质分布对NAFPD严重程度影响的单因素非条件Logistic回归分析 见表4。结果显示,气虚质与以上自变量均无明显相关性( $P > 0.05$ )。

2.5.2 痰湿质分布对NAFPD严重程度影响的单因素及多因素

非条件Logistic回归分析 见表5。单因素Logistic回归分析结果显示:T2DM发病、BMI、HbA1c水平进入回归方程( $P < 0.05$ )。将以上因素进行多元Logistic回归分析验证,T2DM发病、BMI、HbA1c水平均进入回归方程,与痰湿质呈正相关( $P < 0.05$ ,  $OR > 1$ ),相关程度:T2DM( $OR=1.857$ )>HbA1c( $OR=1.300$ )>BMI( $OR=1.101$ )。

2.5.3 血瘀质分布对NAFPD严重程度影响的单因素及多因素非条件Logistic回归分析 见表6。结果显示:NAFPD加重、NAFLD发病、APN进入回归方程( $P < 0.05$ )。将以上因素进行多元Logistic回归分析验证,三者均进入回归方程,NAFPD加重、NAFLD发病与血瘀质出现呈正相关( $P < 0.05$ ,  $OR > 1$ ),相关程度:NAFPD( $OR=2.819$ )>NAFLD( $OR=1.641$ ),APN与血瘀质出现呈负相关( $P < 0.05$ ,  $OR=0.896$ )。

表4 气虚质分布对NAFPD严重程度影响的单因素非条件Logistic回归分析

变量	OR	95% CI	$P$ 值
NAFPD	1.041	0.629~1.722	0.877
NAFLD	0.778	0.498~1.216	0.271
T2DM	1.131	0.710~1.800	0.604
BMI	1.042	0.972~1.118	0.246
HOMA-IR	1.264	0.918~1.742	0.152
HbA1c	0.938	0.822~1.069	0.336
TC	1.197	0.970~1.479	0.094
TG	1.035	0.851~1.257	0.733
HDL	0.718	0.359~1.435	0.348
LDL	0.822	0.564~1.200	0.310
APN	1.003	0.965~1.043	0.864
LP	0.994	0.977~1.012	0.516

表5 痰湿质分布对NAFPD严重程度影响的单因素及多因素非条件Logistic回归分析

变量	二元Logistic回归			多元Logistic回归		
	OR	95% CI	$P$	OR	95% CI	$P$
NAFPD	1.065	0.655~1.732	0.799	—	—	—
NAFLD	0.678	0.444~1.036	0.072	—	—	—
T2DM	1.581	1.027~2.435	0.038	1.857	1.233~2.795	0.003
BMI	1.094	1.019~1.173	0.013	1.101	1.030~1.176	0.005
HOMA-IR	1.118	0.823~1.529	0.475	—	—	—
HbA1c	1.198	1.062~1.352	0.003	1.300	1.165~1.451	<0.001
TC	1.010	0.971~1.050	0.620	—	—	—
TG	0.991	0.974~1.009	0.333	—	—	—
HDL	1.170	0.944~1.449	0.151	—	—	—
LDL	0.836	0.684~1.021	0.080	—	—	—
APN	1.305	0.653~2.610	0.452	—	—	—
LP	0.732	0.499~1.075	0.112	—	—	—



表6 血瘀质分布对NAFPD严重程度影响的单因素  
及多因素非条件Logistic回归分析

变量	二元 Logistic 回归			多元 Logistic 回归		
	OR	95% CI	P	OR	95% CI	P
NAFPD	2.407	1.466~3.952	0.001	2.189	1.276~2.665	0.001
NAFLD	1.661	1.017~2.714	0.029	1.641	1.042~2.583	0.032
T2DM	0.718	0.434~1.185	0.376	—	—	—
BMI	1.019	0.944~1.101	0.597	—	—	—
HOMA-IR	0.691	0.486~0.984	0.059	—	—	—
HbA1c	1.104	0.959~1.270	0.678	—	—	—
TC	0.854	0.673~1.083	0.262	—	—	—
TG	0.894	0.720~1.111	0.389	—	—	—
HDL	0.545	0.251~1.187	0.107	—	—	—
LDL	1.414	0.918~2.178	0.131	—	—	—
APN	0.883	0.842~0.927	<0.000	0.896	0.856~0.937	<0.001
LP	1.000	0.981~1.020	0.991	—	—	—

### 3 讨论

NAFPD为内脏脂质沉积相关的代谢性疾病。《内经》对“肥气”的描述与本病相类似，指出疾病发生与肥胖、脂浊相关，亦具有体质易感性。《灵枢·阴阳二十五人》指出土型人“圆面大头，美肩背，大腹，美股腔，小手足，多肉”，属太阴湿土，易损阳气；水型人“大头，廉颐，小肩，大腹，动手足”，属少阴肾水，易损肾阳。此二者脾肾弱而无力运化水湿，聚湿成痰，痰滞于经络、脏腑、分肉间则为肥。本研究对宁波地区946例NAFPD患者中医体质类型分析发现，NAFPD患者较健康人群有着更复杂的体质分布，存在着更多的兼夹体质。其中气虚质、血瘀质、痰湿质为高频体质，且纠正年龄、性别因素后，Logistic回归分析结果亦显示此三者为NAFPD易感体质，易感程度血瘀质>痰湿质>气虚质(OR值分别=3.955、3.840、1.705)，而平和质则为NAFPD患病的保护体质。此结果与内经所述肥气“气虚不运、痰瘀阻络”的病机相符。本团队的前期研究亦发现，气虚质、痰湿质为NAFLD的易感体质<sup>[10]</sup>，可见同为内脏脂肪沉积症，疾病的易感体质有着共通之处。

NAFPD易感体质与疾病相关因素的Logistic回归分析显示，痰湿质与肥胖相关指标BMI及T2DM发病、HbA1c呈正相关，表明在NAFPD患者中，有痰湿质者是肥胖、糖尿病易感人群，易出现血糖控制不佳。《素问·通评虚实论》云：“凡治消瘴……气满发逆，甘肥贵人，则膏粱之疾也。”肥人食多动少，气化不利、痰浊滋生，气机不畅，三焦气化失司，气不化津、热灼津液、肾失固摄故见消渴之症。可见肥胖与消渴发病密切相关，痰湿则是联系此二者的关键元素。痰湿因水谷精微运化不利而聚，又填充于肌肤分肉发为肥胖，具有致病因子与病理产物的双重特性，它作为一个关键因素广泛地存在于NAFPD发病过程中，与NAFPD患者糖代谢紊乱的发生及体重增加密切相关。然而内脏脂肪沉积的严重程度、机体脂代谢紊

乱却不一定与肥胖直接相关。

本研究结果亦显示，易感体质血瘀质与NAFPD加重、NAFLD发病呈正相关，与APN呈负相关。APN是一类通过降低脂肪酸合成、加强脂肪酸氧化以抗脂肪变性、增加胰岛素敏感性的脂肪因子，在肥胖、内脏脂质沉积人群中下降，可推断有血瘀质的NAFPD者易发生脂代谢紊乱及内脏脂质沉积增多。血瘀者，水谷精微积于经络脏腑，日久成瘀，致经络、脏腑失司，气机逆乱，则精微化生与输布的愈加失调，故有此体质者疾病易感性最高。

另外，气虚质虽与各因素未发现明显关联，且与NAFPD发病易感程度低于痰湿、血瘀质，但其构成比在8种偏颇体质中最高(27.48%)，故可推断气虚质是贯穿NAFPD发病的必要因素，胰腺脂质沉积而成的“肥气”始于气虚引起的气化失司。

现代中医体质学理论以《内经》体质学说为基础，相较传统学说注重先天禀赋，现代理论更重视后天影响，即与证候的紧密结合与互相改变<sup>[11]</sup>。有学者提出“证”在形成前已存在变化趋势，可分“前证”与“显证”<sup>[12]</sup>；而现代体质学理论中以气、血、津液为要素评价的偏颇体质则被认为更接近于传统辨证的“前证”。本研究发现，NAFPD患者中气虚质、血瘀质、痰湿质为高频体质，且为发病易感因素，其中痰湿质与NAFPD患者肥胖、糖代谢紊乱相关，血瘀质与其脂代谢紊乱、内脏脂质沉积增多相关。中医体质有体现证候趋化与疾病转归的特点，我们可以此结论为指导，给予患者更超前、更有针对性的体质调护与理化指标监测，以实现“未病先防”“已病防变”的目的。

### 【参考文献】

- [1] Van NJ, Goossens GH, Moors CC, et al. Ectopic fat storage in the pancreas, liver, and abdominal fat depots: impact on  $\beta$ -cell function in individuals with impaired glucose metabolism[J]. J Clin Endocrinol Metab, 2011, 96(2): 459-467.
- [2] Lee Y, Lingvay I, Szczepaniak LS, et al. Pancreatic steatosis: harbinger of type 2 diabetes in obese rodents[J]. Int J Obes (Lond), 2010, 34(2): 396-400.
- [3] Maggio AB, Mueller P, Wacker J, et al. Increased pancreatic fat fraction is present in obese adolescents with metabolic syndrome[J]. J pediatr Gastroenterol Nutr, 2012, 54(6): 720-726.
- [4] 王琦. 中国人九种体质的发现[M]. 北京: 科学出版社, 2011: 1, 25-27, 65-67.
- [5] Yang DM, Kim HC, Ryu JK, et al. Sonographic appearance of focal fatty infiltration of the pancreas[J]. J Clin Ultrasound, 2010, 38(1): 45-47.

- [6] 中华医学会肝病学会脂肪肝和酒精性肝病学组. 中国非酒精性脂肪性肝病诊疗指南[J]. 中国医学前沿杂志, 2012, 4(7): 4-10.
- [7] Saverymuttu SH, Joseph AE, Maxwell JD. Ultrasound scanning in the detection of hepatic fibrosis and steatosis[J]. Br Med J(Clin Res Ed), 1986, 292(6512): 13-15.
- [8] Wallace TM, Levy JC, Matthews DR. Use and abuse of HOMA modeling[J]. Diabetes Care, 2004, 27(6): 1487-1495.
- [9] American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus[J]. Diabetes Care, 2010, 33(Suppl 1): S62-S69.
- [10] 翁思颖, 柴可夫, 周建扬. 2型糖尿病合并非酒精性脂肪肝中医体质分布规律与基因多态性关系研究[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(5): 2216-2219.
- [11] 王慧如, 于宁, 刘哲, 等. 《黄帝内经》体质学说与现代中医体质学说比较[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(4): 1458-1461.
- [12] 李灿东, 杨朝阳, 林雪娟, 等. 体质、病理特点、证与健康状态的关系[J]. 中华中医药杂志, 2011, 26(8): 1770-1773.

(责任编辑: 冯天保)

## 柴芍六君汤加减治疗肝郁脾虚型反流性食管炎临床观察

丁炎萍, 方悦, 刘丽琴, 黄芳, 金苏霞

杭州市红十字会医院, 浙江 杭州 310003

**[摘要]** 目的: 探究柴芍六君汤加减治疗肝郁脾虚型反流性食管炎的临床疗效。方法: 选择肝郁脾虚型反流性食管炎患者90例, 随机分为对照组和观察组各45例。对照组给予泮托拉唑肠溶胶囊治疗, 观察组给予柴芍六君汤加减治疗。治疗8周后, 比较2组的临床疗效、中医证候评分及食管黏膜病变程度改变情况。结果: 治疗后, 总有效率观察组为95.56%, 对照组为77.78%, 2组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 2组中医证候评分和食管黏膜病变等级均较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ), 观察组中医证候评分和食管黏膜病变等级均较对照组降低更明显 ( $P < 0.05$ )。结论: 柴芍六君汤加减治疗肝郁脾虚型反流性食管炎作用效果显著, 可以明显缓解临床症状, 改善患者食管黏膜病变程度。

**[关键词]** 反流性食管炎; 肝郁脾虚; 柴芍六君汤; 泮托拉唑肠溶胶囊; 食管黏膜病变

**[中图分类号]** R571 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 09-0076-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.09.021

## Clinical Observation of Modified Chaishao Liujun Tang for Reflux Esophagitis of Liver-depression and Spleen-deficiency Type

DING Yanping, FANG Yue, LIU Liqin, HUANG Fang, JIN Suxia

**Abstract:** **Objective:** To discuss the clinical effect of modified Chaishao Liujun tang for reflux esophagitis of liver-depression and spleen-deficiency type. **Methods:** Selected 90 cases of patients with reflux esophagitis of liver-depression and spleen-deficiency type, and divided them into the control group and the observation group randomly, 45 cases in each group. The control group was given pantoprazole enteric-coated capsules, while the observation group was given modified Chaishao Liujun tang. After 8 weeks of treatment, compared the clinical effect, Chinese medicine syndrome scores and changes of lesion degree in esophageal mucosa of both groups. **Results:** After treatment, the total effective rate was 95.56% in the observation group and 77.78% in the control group, difference being significant ( $P < 0.05$ ). After treatment,

**[收稿日期]** 2018-03-28

**[作者简介]** 丁炎萍 (1982-), 女, 中药师, 研究方向: 中药学。