

1161 例高脂血症患者中医证候及体质类型的临床特征与流行病学分析

王雪可^{1,2}, 李天星², 丁虹³, 关东升³, 程率芳³, 王琦^{2*}, 李玲璐^{2*}

(1. 河南省中医院, 河南 郑州 450002;

2. 北京中医药大学国家中医体质与治未病研究院, 北京 100029; 3. 河南中医药大学, 河南 郑州 460046)

【摘要】目的 探讨高脂血症患者中医证候及体质类型的分布特征。**方法** 采用流行病学调查方法, 通过中医辨证分型及体质辨识调查问卷, 选取河南省中医院 1161 例符合高脂血症诊断标准的患者, 进行中医证候及体质类型判定。**结果** 纳入 1161 例高脂血症患者, 以男性、中年组(41 至 65 岁)、超重组($24.0 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} \leq 27.9 \text{ kg/m}^2$)、混合型高脂血症人群居多。证候分布提示, 痰湿阻遏证占比最高, 其次是气滞血瘀证、脾肾阳虚证、肝肾阴虚证、阴虚阳亢证。体质分布提示, 痰湿质居于首位, 其次是湿热质、气虚质和平和质。相关性分析提示, 脾肾阳虚证以阳虚质和痰湿质为主, 气滞血瘀证以血瘀质和气郁质为主, 痰湿阻遏证以痰湿质和湿热质为主。**结论** 高脂血症患者以痰湿阻遏证最为常见, 痰湿质和湿热质为其易感体质类型, 证候与体质类型分布具有一定的相关性。

【关键词】 高脂血症; 中医证候; 中医体质; 治未病

DOI:10.70976/j.1008-0805.SZGYGY-2025-0113

CSTR:32392.14.j.1008-0805.SZGYGY-2025-0113

【中图分类号】R259 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1008-0805(2025)01-0088-07

高脂血症是指血液中的脂质水平异常升高, 是导致心脑血管疾病的重要风险因素之一, 对人类的健康和医疗构成了极大的负担^[1,2]。全球范围内, 高脂血症的患病率在逐年上升, 尤其是在高收入和中等收入国家。随着饮食西化、城市化和生活方式的变化, 发展中国家的群体高脂血症患病率也逐年上升^[3]。《中国成人血脂异常防治指南(2016 年修订版)》显示, 中国成人血脂异常总体患病率高达 40.4%^[4]。研究表明 2012 至 2015 年我国 >35 岁血脂异常的知晓率为 16.10%, 治疗率为 7.8%, 控制率仅为 4.0%^[5]。

高脂血症的防治常有生活方式调整和药物干预。其中生活方式的调整由于依从性问题, 许多患者仍需药物才能达到治疗目标^[6]。目前常用的药物有他汀类、贝特类、烟酸类等, 虽确有疗效, 同时也存在肝功能损害、神经性毒性及胃肠道等不良事件报道^[7-9]。此外由于费用及对副作用的担忧, 药物的长期服用依从性同样较差, 严重阻碍了疗效的发挥^[10]。有研究表明^[11], 药物开始治疗 1 年后持续依从率低于 50%, 治

疗 5 年后持续依从率仅为 19%。因此, 更加需要科学的营养策略来调节脂类代谢紊乱, 降低心脑血管疾病的发生发展。

中医体质学提出“体质可分、体病相关、体质可调”^[12], 即“每个人都可以找到自己的体质归属、特定体质存在特定疾病易感性、调节体质可以预防相关疾病”^[13]。中医体质学通过建立“筛查-预警-干预”的诊疗体系, 降低疾病易感性, 延缓疾病的发生与发展^[14,15]。这一体系不仅减少健康风险, 还能以较低的成本减轻社会和医疗系统的负担。

本研究对河南省中医院体检中心高脂血症患者中医证型及体质分布特征进行整理分析。现将研究结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取河南省中医院体检中心自 2022 年 12 月至 2024 年 6 月诊断为高脂血症并行中医体质辨识的患

收稿日期:2024-09-18; 修订日期:2024-12-04

基金项目:国家中医药管理局第七批传承人项目(国中医药办人教函[2021]272 号);国家重点研发计划项目(2022YFC2010104);

国家自然科学基金(82374308)河南省科技攻关项目(242102311066);河南省高等学校重点科研项目(23A360021)

作者简介:王雪可(1994-),女(汉族),河南郑州人,河南省中医院住院医师,博士学位,主要从事中医体质治未病研究工作。

*通讯作者简介:王琦(1943-),男(汉族),江苏高邮人,北京中医药大学终身教授,硕士学位,主要从事中医体质学的研究工作。

*通讯作者简介:李玲璐(1986-),女(汉族),山东枣庄人,北京中医药大学国家中医体质与治未病研究院教授,博士学位,主要从事中医体质治未病研究工作。

者,共收集 1245 例调查问卷,最终纳入 1161 例患者。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

以《中国成人血脂异常防治指南(2016 年修订版)》^[16]中基本原则及相关临床试验文献^[17]作为诊断依据。在正常饮食的情况下,禁食 8~14h 后采集空腹静脉血检测血脂四项,其中 $TC \geq 6.2\text{mmol/L}$, $TC \geq 2.3\text{mmol/L}$, $LDL - C \geq 4.1\text{mmol/L}$, $HDL - C < 1.0\text{mmol/L}$,满足任何 1 项即可诊断为高脂血症。

1.2.2 中医证型判定标准

参考 2022 年《中药新药临床研究指导原则》^[18]高脂血症中医分型标准,分为痰浊阻遏、气滞血瘀、阴虚火旺、肝肾阴虚、脾肾阳虚。中医证候分型参照《中医临床诊疗术语证候部分》^[19]制定标准。

1.2.3 中医体质判定标准

参考《中医体质分类与判定》^[20]成人标准版(60 道题目),构建中医体质辨识服务平台,由后台计算原始分及转化分,从而判定体质类型,包括平和质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质、阴虚质、阳虚质、气虚质、特禀质。

1.3 纳入标准

①符合西医诊断标准者;② $18 \leq \text{年龄} \leq 80$ 岁,性别不限;③能在研究者指导下顺利完成调查问卷者。满足上述所有选项者。

1.4 排除标准

①合并有严重躯体或脏器疾病者;②妊娠或哺乳期妇女;③经评估处于疾病急性发作期患者;④由药物(如抗精神病药物、免疫抑制、糖皮质激素等)引起的高脂血症者;⑤资料提供不全或其他因素影响判定者。

1.5 剔除标准

①误纳;②依从性差,不能完成问卷调查者;③问卷结果不完整,缺项大于 10%者;④中医证型、体质判定不明确者。

1.6 观察指标

1.6.1 一般资料

受试者性别、年龄、BMI、血压、烟酒史、既往史等资料。

1.6.2 血清血脂四项

在正常饮食下,检测空腹血清中血脂四项(TC、TG、HDL - C、LDL - C)。

1.6.3 中医体质辨识

记录主要体质类型。

1.7 数据分类定义

1.7.1 年龄的分类

根据我国年龄划分标准,将纳入者分为三组:18~40 岁为青年组,41~65 岁为中年组,66~80 岁为老

年组。

1.7.2 BMI 的分类

根据《中国成人超重和肥胖症预防控制指南》^[21],BMI(kg/m^2)的临床分级标准: $BMI < 18.5$ 为低体重、 $18.5 \leq BMI \leq 23.9$ 为正常体重、 $24.0 \leq BMI \leq 27.9$ 为超重、 $BMI \geq 28.0$ 为肥胖。

1.7.3 血压的判定

根据中国高血压防治指南(2018 版)^[22],在未使用降压药的情况下,收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ($1\text{mmHg} = 0.133\text{kPa}$)。

1.8 质量控制

整个研究过程中严格执行质量控制,研究者参与流行病学的培训,按照统一的调查方法;主要研究人员为中医临床人员,可熟练掌握中医四诊技能,保证问卷的质量;对于收集到的信息,应有另一名研究者按照标准进行复核、录入,保证录入数据的准确性。

1.9 伦理委员会批准

本研究已获得河南省中医院伦理委员会批准(批准号:AF/SC-04/04.0)。

1.10 统计学分析

对纳入者的临床资料录入 Excel 软件表格中,运用 SPSS 27.0 进行统计分析。计量资料用均值 $\pm$ 标准差,中位数四分位数间距描述;计数资料使用频数、百分比描述;组间比较采用卡方检验,采用 logistic 回归模型对影响因素与中医证型和体质进行相关性分析。 $P < 0.05$ 表示具有统计学意义。

2 结果

2.1 研究对象基本情况

本研究共纳入 1245 例患者,经纳入、排除、剔除等方法,最终纳入 1161 例患者进行本次研究。有效回收率为 93.25%。纳入者基本情况见表 1。

表 1 纳入者基本情况

相关因素	频数/例	构成比/%
男性	823	70.89
女性	338	29.11
青年组	362	31.18
中年组	719	61.93
老年组	80	6.89
正常组($18.5 \leq BMI \leq 23.9$)	181	15.59
超重组($24.0 \leq BMI \leq 27.9$)	598	51.51
肥胖组($BMI \geq 28.0$)	382	32.90
高血压	521	44.88
吸烟 ≥ 5 年	531	45.74
饮酒史 ≥ 4 年	527	45.39
缺乏锻炼(平均 $< 2\text{h}/\text{周}$)	686	59.09
疾病临床分类		
高胆固醇血症	93	8.01
高甘油三酯血症	300	25.84
混合型高脂血症	768	66.15

2.2 中医证型分布情况

2.2.1 中医证型总体分布情况

见表 2。5 种证型中痰湿阻遏证占比最高(40.05%),从高到低依次为痰湿阻遏证>气滞血瘀证>脾肾阳虚证>肝肾阴虚证>阴虚阳亢证。

表 2 中医证型总体分布情况

中医证型	频数/例	占比/%
肝肾阴虚证	156	13.44
脾肾阳虚证	163	14.04
气滞血瘀证	256	22.05
痰湿阻遏证	465	40.05
阴虚阳亢证	121	10.42

2.2.2 不同性别高脂血症患者中医证型分布情况

见表 3。不同性别的高脂血症患者中医证型分布

在肝肾阴虚证、脾肾阳虚证和痰湿阻遏证方面,组间存在显著差异($P<0.05$)。

表 3 不同性别高脂血症患者中医证型分布情况

中医证型	男($n=823$)		女($n=338$)		χ^2 值	P 值
	例数	占比/%	例数	占比/%		
肝肾阴虚证	94	8.10	58	5.00	6.934	0.008
脾肾阳虚证	89	7.67	70	6.03	19.852	<0.001
气滞血瘀证	169	14.56	79	6.80	1.149	0.284
阴虚阳亢证	81	6.98	40	3.45	1.019	0.313
痰湿阻遏证	390	33.59	91	7.84	41.352	<0.001

2.2.3 不同类型高脂血症患者中医证型分布情况

见表 4。不同类型的高脂血症患者中医证型分布在肝肾阴虚证、气滞血瘀证、痰湿阻遏证和阴虚阳亢证方面,组间存在显著差异($P<0.05$)。

表 4 不同类型高脂血症患者中医证型分布情况

中医证型	高胆固醇血症($n=93$)		高甘油三酯血症($n=300$)		混合型高脂血症($n=768$)		χ^2 值	P 值
	例数	占比/%	例数	占比/%	例数	占比/%		
肝肾阴虚证	17	1.46	16	1.38	119	10.25	21.97	0
脾肾阳虚证	18	1.55	33	2.84	108	9.30	4.452	0.108
气滞血瘀证	18	1.55	89	7.67	141	12.14	16.662	0
痰湿阻遏证	26	2.24	141	12.14	314	27.05	10.887	0.004
阴虚阳亢证	14	1.21	21	1.81	86	7.41	6.395	0.041

2.2.4 不同年龄段患者中医证型分布情况

见表 5。不同年龄段患者中医证型分布在痰湿阻

遏证方面,组间存在显著差异($P<0.05$)。

表 5 不同年龄段患者中医证型分布情况

中医证型	青年组($n=362$)		中年组($n=719$)		老年组($n=80$)		χ^2 值	P 值
	例数	占比/%	例数	占比/%	例数	占比/%		
肝肾阴虚证	46	3.96	96	8.27	10	0.86	0.114	0.944
脾肾阳虚证	46	3.96	100	8.61	13	1.12	0.768	0.681
气滞血瘀证	65	5.60	162	13.95	21	1.81	4.223	0.121
阴虚阳亢证	34	2.93	78	6.72	9	0.78	0.61	0.737
痰湿阻遏证	171	14.73	283	24.38	27	2.33	8.246	0.016

2.2.5 不同 BMI 患者中医证型分布情况

见表 6。不同 BMI 患者中医证型分布在肝肾阴虚

证、脾肾阳虚证、气滞血瘀证和阴虚阳亢证方面,组间存在显著差异($P<0.05$)。

表 6 不同 BMI 患者中医证型分布情况

中医证型	正常组($n=181$)		超重组($n=598$)		肥胖组($n=382$)		χ^2 值	P 值
	例数	占比/%	例数	占比/%	例数	占比/%		
肝肾阴虚证	31	2.67	63	5.43	58	5.00	7.494	0.024
脾肾阳虚证	33	2.84	90	7.75	36	3.10	9.977	0.007
气滞血瘀证	58	5.00	152	13.09	38	3.27	47.78	0.001
痰湿阻遏证	38	3.27	226	19.47	217	18.69	71.631	0.001
阴虚阳亢证	21	1.81	67	5.77	33	2.84	1.963	0.375

2.2.6 中医证型与客观资料的相关性分析

见表 7。分别将证型作为因变量(1=是,0=否),各种危险因素作为自变量,进行二分类的多因素 Logis-

tic 回归分析,饮酒使得肝肾阴虚证($OR=4.767$)和脾肾阳虚证($OR=5.44$)的概率更高;男性脾肾阳虚证($OR=0.578$)的概率更低,痰湿阻遏证的概率更高(OR

=1.437);BMI 越高的人痰湿阻遏证的概率越高(OR = 1.204);吸烟使得痰湿阻遏证的概率更高(OR =1.404)。

表 7 中医证型与客观资料的相关性分析

因变量	自变量	B	Wald	P	OR	95% CI	
						下限	上限
肝肾阴虚证	TC	-0.366	4.088	0.043	0.694	0.487	0.989
	饮酒	1.562	23.352	<0.001	4.767	2.53	8.982
脾肾阳虚证	男性	-0.548	6.635	0.01	0.578	0.381	0.877
	BMI	-0.065	4.168	0.041	0.937	0.88	0.997
气滞血瘀证	高血压	-0.439	4.808	0.028	0.645	0.435	0.954
	饮酒	1.694	52.989	<0.001	5.44	3.448	8.584
	BMI	-0.177	38.846	<0.001	0.838	0.792	0.886
	LDL-C	-0.354	4.877	0.027	0.702	0.513	0.961
阴虚阳亢证	BMI	-0.089	6.121	0.013	0.915	0.853	0.982
	TG	-0.297	5.368	0.021	0.743	0.578	0.955
痰湿阻遏证	吸烟	1.779	40.789	<0.001	5.926	3.433	10.231
	男性	0.362	3.997	0.046	1.437	1.007	2.049
	BMI	0.185	55.309	<0.001	1.204	1.146	1.264
	吸烟	0.262	68.957	<0.001	1.404	0.074	0.146

2.3 中医体质类型分布情况

2.3.1 中医体质类型总体分布情况

见表 8。9 种体质类型中痰湿质占比最高(25.06%),从高到低依次为痰湿质>湿热质>气虚质>平和质>阳虚质>血瘀质>气郁质>阴虚质>特禀质。

表 8 中医主要体质类型分布情况

体质类型	频数/例	占比/%
痰湿质	291	25.06
湿热质	232	19.98
气虚质	162	13.95
平和质	140	12.06
阳虚质	92	7.92
血瘀质	82	7.06
气郁质	81	6.98
阴虚质	58	5.00
特禀质	23	1.98

2.3.2 不同类型高脂血症患者中医体质分布情况

见表 9。不同类型高脂血症患者中医体质分布在

在痰湿质、湿热质、气虚质、血瘀质方面,组间存在显著差异($P<0.05$)。

表 9 不同类型高脂血症患者中医体质分布情况

体质类型	高胆固醇血症/例	高甘油三酯血症/例	混合型高脂血症/例	χ^2 值	P 值
痰湿质	15	89	187	7.088	0.029
湿热质	3	60	169	17.78	0
气虚质	29	20	114	38.389	0
平和质	9	29	102	3.098	0.212
阳虚质	7	16	35	1.813	0.404
血瘀质	9	33	40	12.236	0.002
气郁质	7	26	48	2.017	0.365
阴虚质	7	16	35	1.813	0.404
特禀质	2	3	17	1.761	0.415

2.3.3 不同年龄段患者中医体质类型分布情况

见表 10。不同年龄段患者中医体质类型分布在痰湿质、气虚质、平和质、阳虚质、血瘀质方面,组间存在显著差异($P<0.05$)。

表 10 不同年龄段患者中医体质类型分布情况

体质类型	青年组		中年组		老年组		χ^2 值	P 值
	例数	占比/%	例数	占比/%	例数	占比/%		
痰湿质	130	11.20	154	13.26	7	0.60	39.102	0.001
湿热质	61	5.25	154	13.26	17	1.46	3.228	0.199
气虚质	60	5.17	86	7.41	17	1.46	7.948	0.019
平和质	31	2.67	99	8.53	10	0.86	6.168	0.046
阳虚质	18	1.55	65	5.60	9	0.78	6.763	0.034
血瘀质	14	1.21	66	5.68	2	0.17	13.076	0.001
气郁质	19	1.64	52	4.48	10	0.86	5.499	0.064
阴虚质	24	2.07	28	2.41	6	0.52	4.932	0.085
特禀质	5	0.43	15	1.29	2	0.17	0.813	0.666

2.3.4 不同 BMI 患者中医体质类型分布情况

质组间均存在显著差异($P<0.05$)。痰湿质以肥胖组占比最高,其余体质类型以超重组占比最高。

见表 11。不同 BMI 患者中医体质类型在 9 种体

表 11 不同 BMI 患者中医体质类型分布情况

体质类型	正常体重组($n=131$)		超重组($n=598$)		肥胖组($n=382$)		χ^2 值	P 值
	例数	占比/%	例数	占比/%	例数	占比/%		
痰湿质	1	0.09	31	2.67	259	22.31	555.201	<0.001
湿热质	0		131	11.28	101	8.70	56.546	<0.001
气虚质	34	2.93	111	9.56	18	1.55	41.049	<0.001
平和质	35	3.01	103	8.87	2	0.17	72.019	<0.001
阳虚质	35	3.01	56	4.82	1	0.09	64.752	<0.001
血瘀质	24	2.07	58	5.00	0		45.950	<0.001
气郁质	27	2.33	54	4.65	0		50.119	<0.001
阴虚质	21	1.81	36	3.10	1	0.09	36.004	<0.001
特禀质	4	0.34	18	1.55	0		11.475	0.003

2.3.5 中医体质类型与客观资料的相关性分析

危险因素,年龄和 BMI 是湿热质的危险因素,BMI 和 LDL-C 是平和质的保护因素,饮酒是阴虚质和阳虚质的危险因素。

见表 12。分别将体质类型作为因变量(1 = 是,0 = 否),各种危险因素作为自变量,进行二分类的多因素 Logistic 回归分析,BMI、TG、饮酒、缺乏锻炼是痰湿质的

表 12 中医体质类型与客观资料的相关性分析

因变量	自变量	B	Wald	P	OR	95% CI	
						下限	上限
痰湿质	年龄	-0.035	7.845	0.005	0.966	0.942	0.99
	BMI	1.155	204.664	<0.001	3.174	2.709	3.718
	TG	0.121	7.852	0.005	1.128	1.037	1.228
	吸烟>5 年	-0.757	6.181	0.013	0.469	0.258	0.852
	饮酒>5 年	0.9	9.484	0.002	2.459	1.387	4.358
	锻炼<2h/周	0.707	4.203	0.04	2.028	1.032	3.988
湿热质	年龄	0.018	5.212	0.022	1.018	1.003	1.034
	BMI	0.124	21.581	0	1.132	1.074	1.193
	TG	-0.122	4.45	0.035	0.885	0.791	0.991
	饮酒>5 年	-0.55	9.309	0.002	0.577	0.405	0.821
气虚质	年龄	-0.017	3.238	0.072	0.983	0.965	1.002
	BMI	-0.29	57.514	0	0.748	0.694	0.807
	TG	-0.344	8.621	0.003	0.709	0.564	0.892
平和质	男性	1.074	14.667	0	2.928	1.69	5.075
	BMI	-0.509	96.565	0	0.601	0.543	0.665
	高血压	0.83	13.079	0	2.294	1.463	3.599
	LDLC	-0.685	7.568	0.006	0.504	0.31	0.821
	饮酒>5 年	-0.533	5.059	0.025	1.587	0.369	0.934
阳虚质	男性	-1.486	12.599	0	0.226	0.1	0.514
	BMI	-0.501	31.359	0	0.606	0.508	0.722
	高血压	-1.582	11.85	0.001	0.206	0.084	0.506
	HDLC	-4.666	10.025	0.002	0.009	0.001	0.169
	饮酒>5 年	0.878	4.122	0.042	2.407	1.031	5.62
血瘀质	BMI	-0.29	7.925	0.005	0.748	0.611	0.916
气郁质	BMI	-0.238	14.224	0	0.788	0.697	0.892
阴虚质	BMI	-0.348	24.995	0	0.706	0.616	0.809
	LDLC	-1.415	12.577	0	0.243	0.111	0.531
	饮酒>5 年	0.856	5.611	0.018	2.353	1.159	4.775
特禀质	BMI	-0.231	5.912	0.015	0.794	0.659	0.956

2.4 中医证型和体质类型的相关性分析

见表 13。肝肾阴虚证以痰湿质(3.27%)、湿热质

(2.93%)为主,脾肾阳虚证以阳虚质(6.72%)、痰湿质为主(2.41%),气滞血瘀证以血瘀质(6.20%)、气

郁质(5.94%)为主,痰湿阻遏证以痰湿质(15.42%)、湿热质(10.77%)为主,阴虚阳亢证以气虚质(2.24%)、痰湿质(2.07%)为主;通过卡方检验进行相关性分析, $P<0.05$,提示高脂血症患者中医证型与体质类型之间存在显著差异性。

表 13 中医证型和体质类型的相关性分析						例
体质	肝肾 阴虚证	脾肾 阳虚证	气滞 血瘀证	痰湿 阻遏证	阴虚 阳亢证	合计
痰湿质	38	28	22	179	24	291
湿热质	34	19	33	125	21	232
气虚质	25	11	21	80	26	163
平和质	19	8	23	70	20	140
阳虚质	0	78	3	5	6	92
血瘀质	2	1	72	6	1	82
气郁质	3	0	69	7	2	81
阴虚质	25	9	3	6	15	58
特禀质	6	5	2	3	6	22
合计	152	159	248	481	121	1161

3 讨论

在本研究中,纳入 1161 例高脂血症患者,以男性、中年组(41 至 65 岁)、超重组($24.0\leq\text{BMI}\leq 27.9$)、混合型高脂血症人群居多。对纳入者进行中医证型判定,发现痰湿阻遏证占比最高,其次是气滞血瘀证、脾肾阳虚证、肝肾阴虚证、阴虚阳亢证。中医体质辨识结果显示,占比大于 10% 的体质类型分别为痰湿质、湿热质、气虚质和平和质。分析其可能存在的原因^[23~25]:①饮食结构:高脂血症患者通常饮食结构不合理,偏好摄入高脂肪、高热量食物,这类不良饮食习惯容易引起体内湿浊生成与滞留,随着时间推移,湿浊积滞会转化为痰并化热,促使痰湿和湿热在体内停滞。②代谢紊乱:高脂血症患者常伴随脂质代谢紊乱,导致食物在体内停留时间延长,加剧痰湿、湿热排泄不畅,从而增加痰湿质和湿热质的发生倾向。③遗传因素:某些患者可能存在遗传因素,使其更易形成痰湿质和湿热质。此外,遗传因素也可能影响高脂血症的发生,两者之间可能存在一定的相关性。基于上述分析,痰湿阻遏证、痰湿质和湿热质在高脂血症患者中占比较高。高脂血症患者的脂代谢紊乱使体内痰湿杂质堆积过多,阻碍气血的生成和输布,易出现气滞血瘀证。痰湿过多可能损伤脾胃功能,影响脾胃对营养物质的消化、吸收及转化,导致气血不足,从而出现气虚,久而久之可发展为气虚体质。中医体质类型主要根据个体的体态、外貌、生理功能、心理特征等多方面进行辨识判定,这些基本特征在一定时间内保持相对稳定,即中医体质类型具有相对稳定性^[27]。高脂血症是一个慢性发展的过程,当血脂水平逐渐升高时,身体可能会适应这种慢性变化,尤其是在早期阶段,即使血脂已超过临界值,

也可能不会产生明显的症状,被称为“无症状阶段”。此外一些高脂血症患者可能在早期被诊断并接受了医疗干预,包括药物治疗、改变生活方式等。这些干预措施可能有助于控制血脂水平,使得这部分患者暂时保持了平和质。体质是影响证候形成的重要因素,对疾病的临床表现产生直接或间接影响,体质具有特异性,能够决定致病因素的易感性及病变的倾向性^[28,29]。相关性分析可见脾肾阳虚证以阳虚质和痰湿质为主,气滞血瘀证以血瘀质和气郁质为主,痰湿阻遏证以痰湿质和湿热质为主。

体质类型具有稳定性和可调性,通常在特定的时间段和生活状态下能够保持相对稳定性。然而,并非一成不变,同时具备可调理性,通过科学有效的生活方式及调理措施,个体的体质积分会显著下降,使得偏颇体质逐渐转化为更加健康的平和体质状态。这一过程不仅有助于降低疾病的发生和发展,也体现了中医“治未病”这一重要思想在临床实践中的具体应用。本研究通过对高脂血症患者的中医证型及体质分布情况进行总结,发现高脂血症患者的证型分布与其体质类型之间存在着一定的相关性。通过这一研究,我们总结出了高脂血症患者中常见的高危体质类型,为该疾病及其相关代谢性疾病的防治提供新的思路与方法。但仍存在一定的局限性:①样本局限性:样本来源于特定的医疗机构,可能存在地域或人群选择偏倚,限制了研究结果的普适性,未来应该纳入更多地区、多中心的患者样本,以提高研究结果的代表性和普适性,从而更好地指导中医临床实践;②采用横断面研究设计,虽揭示了高脂血症患者中医证候与体质类型的分布特征,但未能明确两者之间的因果关系,未来需开展纵向队列研究或随机对照试验,探讨中医证候与体质类型在高脂血症发生、发展及治疗过程中的动态变化及其干预效果。

参考文献:

[1] Malik WA, Do R, Rosenbaum RS. Severe hypertriglyceridemia: Existing and emerging therapies [J]. Pharmacol Ther., 2023, 251:108544.

[2] Stewart J, McCallin T, Martinez J, et al. Hyperlipidemia [J]. Pediatr Rev., 2020, 41(8):393.

[3] Ballard-Hernandez J, Sell J. Dyslipidemia Update [J]. Nurs Clin North Am., 2023, 58(3):295.

[4] 诸骏仁,高润霖,赵水平,等.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.

[5] 李苏宁,张林峰,王馨,等.2012-2015 年我国年龄 ≥ 35 岁人群血脂异常状况调查 [J]. 中华高血压杂志,2020, 28(10):1000.

[6] Nie Y, Luo P. Dietary Fiber: An Opportunity for a Global Control of Hyperlipidemia [J]. Oxid Med Cell Longev., 2021, 8:5542342.

[7] Guan ZW, Wu KR, Li R, et al. Pharmacogenetics of statins treatment: Efficacy and safety [J]. J Clin Pharm Ther., 2019, 44(6):858.

- [8] Pergolizzi JV Jr, Coluzzi F, Colucci RD, et al. Statins and muscle pain[J]. Expert Rev Clin Pharmacol., 2020, 13(3):299.
- [9] Newman CB. Safety of Statins and Nonstatins for Treatment of Dyslipidemia[J]. Endocrinol Metab Clin North Am., 2022, 51(3):655.
- [10] Ferraro RA, Leucker T, Martin SS, et al. Contemporary Management of Dyslipidemia[J]. Drugs, 2022, 82(5):559.
- [11] Toth PP, Granowitz C, Hull M, et al. Long-term statin persistence is poor among high-risk patients with dyslipidemia: a real-world administrative claims analysis[J]. Lipids Health Dis., 2019, 18(1):175.
- [12] 王济. 基于中医体质学的三个关键问题探讨全生命周期健康管理[J]. 北京中医药大学学报, 2023, 46(3):377.
- [13] 王琦. 中医体质学在大健康问题中的应对与优势[J]. 北京中医药大学报, 2021, 44(3):197.
- [14] Ge Y, Ahmed S, Yao W, et al. Regulation effects of indigestible dietary polysaccharides on intestinal microflora: An overview[J]. J Food Biochem., 2021, 45(1):e13564.
- [15] 陈龙娇, 李芳莉, 王琦, 等. 基于中医体质学说探讨主动健康[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(8):4315.
- [16] 褚骏仁, 高润霖, 赵水平, 等. 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.
- [17] 杨文明, 王倩, 于小杰, 等. 阿利西尤单抗联合阿托伐他汀治疗冠心病合并高脂血症的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2024, 22(15):2808.
- [18] 周爽. 健脾降脂散治疗高脂血症(痰浊遏阻型)的临床疗效观察[D]. 黑龙江中医学硕士学位论文, 2023.
- [19] 贾茜婷. 以成都地区为例原发性高脂血症患者中医体质类型与证候特征研究[D]. 成都中医药大学硕士学位论文, 2021.
- [20] 朱燕波. 中医体质分类判定与兼夹体质的综合评价[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(1):40.
- [21] 中国肥胖问题工作组. 中国成人超重和肥胖症预防与控制指南(节录)[J]. 营养学报, 2004, (1):1.
- [22] 中国高血压防治指南修订委员会, 高血压联盟(中国), 中国医疗保健国际交流促进会高血压病学分会, 等. 中国高血压防治指南(2024年修订版)[J]. 中华高血压杂志, 2024, 32(7):603.
- [23] 关媛媛, 赵福方宇, 刘美怡, 等. 基于中医体质学浅谈痰湿体质高甘油三酯血症[J]. 天津中医药, 2023, 40(10):1269.
- [24] 王亚丽. 不同中医体质与证型的高脂血症患者的降脂药物相关基因多态性分布规律及指导降脂治疗的疗效评价[D]. 成都中医药大学硕士学位论文, 2023.
- [25] 郑美鸿, 张斌, 李东彩, 等. 中医体质与血脂、尿酸、体重指数等的相关性研究[J]. 中华全科医学, 2023, 21(9):1581.
- [26] 王雪可, 李天星, 张瀚瀚, 等. 湿热体质相关病症及方药应用探析[J]. 中华中医药杂志, 2023, 38(12):5845.
- [27] 王琦. 中医理论现代化的定义、框架与内涵[J]. 中医杂志, 2024, 65(1):6.
- [28] 黄博臻, 宋姗姗, 王亮, 等. 基于体质与证候辨析的痰湿体质主药主方筛选[J]. 中国药理学, 2024, 22(6):1628.
- [29] 张迈, 程远. 椎—基底动脉供血不足性眩晕的中医体质与证候相关性研究[J]. 中医临床杂志, 2024, 36(5):930.

Analysis of the clinical characteristics and epidemiology of 1,161 patients with hyperlipidemia in TCM syndromes and constitutions

WANG Xue-ke^{1,2}, LI Tian-xing², DING Hong³, GUAN Dong-sheng³, CHENG Shuai-fang³, WANG Qi^{2*}, LI Ling-ru^{1*}

(1. Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450002, China; 2. National Institute of Traditional Chinese Medicine Constitution and Preventive Treatment of Diseases, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China; 3. Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450046, China)

Abstract; Objective To investigate the distribution characteristics of traditional Chinese medicine (TCM) syndromes and constitution types in patients with hyperlipidemia. **Methods** A total of 1,161 patients who met the diagnostic criteria of hyperlipidemia in Henan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine were selected to determine the TCM syndrome and constitution type by the epidemiological investigation method and the questionnaire of TCM syndrome differentiation and constitution identification. **Results** A total of 1,161 patients with hyperlipidemia were enrolled, most of them were male, middle-aged (41–65 years old), overweight ($24.0 \text{ kg/m}^2 \leq \text{BMI} \leq 27.9 \text{ kg/m}^2$) and mixed hyperlipidemia. The distribution of syndromes suggested that phlegm-dampness obstruction accounted for the highest proportion, followed by qi stagnation and blood stasis, spleen and kidney yang deficiency, liver and kidney yin deficiency, and yin deficiency and yang excess. The distribution of constitution suggested that phlegm-dampness constitution ranked first, followed by damp-heat constitution, qi deficiency constitution and balanced constitution. Correlation analysis showed that yang deficiency and phlegm-dampness were the main characteristics of spleen-kidney yang deficiency syndrome, blood stasis and qi depression were the main characteristics of qi stagnation and blood stasis syndrome, phlegm-dampness and damp-heat were the main characteristics of phlegm-dampness obstruction syndrome. **Conclusion** Phlegm-dampness obstruction syndrome is the most common in hyperlipidemia patients, with phlegm-dampness constitution and damp-heat constitution being the susceptible types. There is a certain correlation between syndrome patterns and constitution types in hyperlipidemia patients.

Key words: Hyperlipidemia; TCM syndrome; TCM constitution; Preventive treatment of disease

(责任编辑:张秀兰)