

慢性阻塞性肺疾病(COPD)稳定期合并 营养不良中医证候规律初探[※]

● 陆学超^{*} 李莉莎 宁天芳 殷 彬

摘 要 目的:探讨慢性阻塞性肺疾病(COPD)稳定期营养不良中医证候规律。方法:采用中医临床流行病学研究的科学方法,制定“慢性阻塞性肺疾病患者中医证候调查表”。把符合研究的 200 例住院患者分为两组,其中合并营养不良 105 例,非营养不良 95 例。观察营养不良组与非营养不良组临床资料,对比分析两组证候构成特点。结果:COPD 稳定期营养不良组(105 例)中单一证候共 21 例,占 20.00%,无证可辨 4 例,占 3.81%,复合证候共 80 例,占 76.19%,主要为两证组合,共计 62 例,占 59.05%,三证复合 10 例,占 9.52%。常见复合证候按照出现频次依次为:肺气虚兼脾气虚证 22 例,占 20.95%,肺气虚兼肾气虚证 20 例,占 19.05%,脾阳虚兼肾阳虚证 14 例,占 13.33%。单纯实证 12 例,占 11.88%,单纯虚证 60 例,占 59.41%,虚实夹杂证 29 例,占 28.71%。涉及脾虚证候的单证、复合证候高达 49.52%。结论:COPD 稳定期合并营养不良以虚证为主,多涉及到脾虚证候,以两两兼证居多,多表现为肺脾气虚证、肺肾亏虚证、脾肾阳虚证。

关键词 慢性阻塞性肺疾病 营养不良 证候 中医

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是一种具有气流受限特征的可以预防和治疗的疾病,气流受限不完全可逆、呈进行性发展,与肺部对香烟烟雾等有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关^[1]。COPD 是一种病理进展缓慢、治疗棘手的高患病率、高病死率疾病,在当前临床上疾病死亡病因中居第 4 位^[2]。COPD 主要累及肺脏,但也可引起全身(或称肺外)的不良效应。营养不良作为 COPD 的常见不良效应之一,是 COPD 患者独立的预后因素。近年来中医药防治 COPD 合并营养不良的研究比较少,证型也比较单一,多从一法一方入手,缺乏系统性研究,严重影响中医药防治本病的疗效。针对这一现状,本研究采用中医临床流行病学研究的科学方法,对 COPD 营养不良稳定

期的主症、兼症,进行调查统计分析,揭示其证候构成规律,为 COPD 营养不良的中医防治提供相应依据,以提高中医药防治该病的疗效水平,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 按照研究计划,筛选 COPD 患者 200 例住院患者,均为青岛市海慈医疗集团肺病科 2010 年 8 月至 2013 年 4 月住院病例,其中合并营养不良 105 例(观察组),非营养不良组 95 例(对照组)。200 例稳定期患者,其中合并营养不良 105 例(观察组),男 60 例,女 45 例,年龄最小 45 岁,最大 80 岁,平均年龄 58.59 岁;退休工人 44 例,农民 16 例,干部 10 例,职员 10 例,技术人员 7 例,商业人员 10 例,其他人员 8 例,无业人员 2 例;病程最短 8 年,最长 45 年,平均 34.32 年。病程小于 5 年 12 例,5~10 年 28 例,10~15 年 20 例,15~20 年 25 例,20 年以上 20 例。

非营养不良组 95 例(对照组),男 51 例,女 44 例,年龄最小 40 岁,最大 78 岁,平均年龄 50.71 岁;

※基金项目 青岛市公共领域科技支撑计划项目(No:11-2-3-4-(4)-nsh)

*** 作者简介** 陆学超,男,副主任医师,医学硕士。主要从事中医、中西医结合防治呼吸系统疾病。

• 作者单位 山东省青岛市海慈医疗集团(266033)

退休工人 30 例,农民 15 例,干部 13 例,职员 8 例,技术人员 5 例,商业人员 8 例,其他人员 10 例,无业人员 6 例;病程最短 3 年,最长 40 年,平均 28.02 年。病程小于 5 年 26 例,5~10 年 15 例,10~15 年 22 例,15~20 年 17 例,20 年以上 15 例。

经统计分析,两组在性别、职业分布比较, $P > 0.05$,无显著性差异。通过对比,观察组与对照组在年龄段分布、平均年龄以及病程分布和平均病程上有统计学差异, $P < 0.05$,说明 COPD 稳定期营养不良组年龄偏大且病程偏长。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断和分期标准 参照中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组 2007 年《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》^[3] 的诊断标准和病情判定标准执行。

1.2.2 中医证候判断标准 参照《中医内科学》^[4]、国家卫生部药政局颁布的《中药新药临床研究指导原则》^[5]、《中医虚证辨证参考标准》^[6]、《中国中医药行业标准—中医病证诊断疗效标准》^[7] 等有关内容确定。

1.3 纳入标准

1.3.1 慢性阻塞性肺疾病稳定期非营养不良患者纳入标准 ①符合西医 COPD 诊断标准,并处于稳定期;②病情属 II 级~III 级(中~重度);③年龄在 40~80 岁。

1.3.2 慢性阻塞性肺疾病稳定期营养不良患者纳入标准 ①符合上述条件;②符合 COPD 营养不良诊断标准^[8]:体重指数(BMI) $< 18.5 \text{ kg/m}^2$,理想体重的百分比(%IBW) $< 90\%$,胧三头肌皮皱厚度(TSF) $< 8.4 \text{ mm}$,上臂中点臂围(MAC) $< 24 \text{ cm}$,血清白蛋白(ALB) $< 35 \text{ g/L}$ 、血清前白蛋白(PALB) $< 200 \text{ mg/L}$,总淋巴细胞计数(LYM) $< 1.2 \times 10^9/\text{L}$ 。符合以上两项者可诊断。

1.4 排除标准 ①不符合上述诊断标准及纳入标准;②排除肿瘤、支气管扩张症、肺结核、结缔组织病、心力衰竭、糖尿病、消化系统等消耗性疾病;③合并心、肝、肾等严重原发性疾病。

2 方法

2.1 调查表制定 查询、检索、整理文献资料,回顾既往中医药学研究内容,分析已有病例资料,整理现有中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病研究内容,广

泛征求本专业专家的意见,制定“慢性阻塞性肺疾病稳定期患者中医证候调查表”,此次调查主要汇集了近年来报道的 COPD 主要证型中的 69 个症状、22 个常见舌象、11 个常见脉象。

2.2 临床调查与辨证 遵循流行病学的原理,采用统一的调查和观察方法、步骤和问卷,对住院慢性阻塞性肺疾病患者进行调查和观察,由两名中级以上职称的医师依据调查表,并参考相关标准,进行中医辨证分型,对 COPD 稳定期营养不良组和非营养不良组进行对比分析,确立各组常见证候。

2.3 统计方法 使用 Microsoft Access 2003 建立 COPD 中医证候学数据库,使用 SPSS10.0 对数据进行统计学分析。

3 结果

3.1 COPD 稳定期单一证候分布情况

3.1.1 COPD 稳定期营养不良组单一证候分布情况 COPD 稳定期营养不良组(105 例)中单一证候共 21 例,占 20.00%,分布及发生频率为单纯肺气虚 8 例,占 7.62%,单纯脾气虚 5 例,占 4.76%,单纯脾阳虚 3 例,占 2.86%,单纯肾阳虚 3 例,占 2.86%,单纯肾阴虚 1 例,占 0.95%,单纯肺阴虚 1 例,占 0.95%。无证可辨 4 例,占 3.81%。见表 1。

表 1 COPD 稳定期营养不良组单一证候分布情况

证候名称	例数	构成比(%)
单纯肺气虚证	8	7.62
单纯脾气虚证	5	4.76
单纯脾阳虚证	3	2.86
单纯肾阳虚证	3	2.86
单纯肾阴虚证	1	0.95
单纯肺阴虚证	1	0.95
无证可辨	4	3.81

3.1.2 COPD 稳定期非营养不良组单一证候分布情况 COPD 稳定期非营养不良组(95 例)中单一证候 40 例,占 42.11%,分布及发生频率为单纯肺气虚 14 例,占 14.74%,单纯脾气虚 12 例,占 12.63%,单纯脾阳虚 6 例,占 6.32%,单纯肾阳虚 6 例,占 6.32%,单纯肾阴虚 1 例,占 1.05%,单纯肺阴虚 1 例,占 1.05%。无证可辨 25 例,占 26.32%。见表 2。

表 2 COPD 稳定期非营养不良组单一证候分布情况

证候名称	例数	构成比(%)
单纯肺气虚证	14	14.74
单纯脾气虚证	12	12.63
单纯脾阳虚证	6	6.32
单纯肾阳虚证	6	6.32
单纯肾阴虚证	1	1.05
单纯肺阴虚证	1	1.05
无证可辨	25	26.32

3.2 复合证候分布情况

3.2.1 COPD 稳定期营养不良组复合证候分布情况

COPD 稳定期营养不良组复合证候共 80 例,占 76.19%,复合情况按照出现频次依次为:两证组合 62 例,占 59.05%,三证复合 10 例,占 9.52%,四证组合 5 例,占 4.76%,五证组合 2 例,占 1.90%,其它 1 例,占 0.95%。COPD 稳定期营养不良组常见复合证候按照出现频次依次为:肺气虚兼脾气虚证 22 例,占 20.95%,肺气虚兼肾气虚证 20 例,占 19.05%,脾阳虚兼肾阳虚证 14 例,占 13.33%,肺气虚兼脾气虚兼肾阳虚证 4 例,占 3.81%,脾阳虚兼血瘀证 3 例,占 2.86%,肾阳虚兼血瘀证兼脾气虚证 2 例,占 1.9%,痰湿阻肺兼肺气虚兼脾阳虚证 2 例,占 1.9%。见表 3、4。

表 3 COPD 稳定期营养不良组复合证候分布情况

证候组合形式	频数	%
两证组合	62	59.05
三证组合	10	9.52
四证组合	5	4.76
五证组合	2	1.90
其它	1	0.95

表 4 COPD 稳定期营养不良组常见复合证候分布情况

证候组合形式	频数	%
肺气虚兼脾气虚证	22	20.95
肺气虚兼肾气虚证	20	19.05
脾阳虚兼肾阳虚证	14	13.33
肺气虚兼脾气虚兼肾阳虚证	4	3.81
脾阳虚兼血瘀证	3	2.86
肾阳虚兼血瘀证兼脾气虚证	2	1.90
痰湿阻肺兼肺气虚兼脾阳虚证	2	1.90
合计	67	63.81

3.2.2 COPD 稳定期非营养不良组复合证候分布情况 COPD 稳定期非营养不良组复合证候共 30 例,占 31.58%,复合情况按照出现频次依次为:两证组合 13 例,占 13.68%,三证复合 10 例,占 10.53%,四证组合 5 例,占 4.21%,五证组合 2 例,占 2.11%,其它 1 例,占 1.05%。COPD 稳定期非营养不良组证候复合情况按照出现频次依次为:肺气虚兼脾气虚证 9 例,占 5.26%,肺气虚兼肾气虚证 3 例,占 3.16%,脾阳虚兼肾阳虚证 2 例,占 2.11%,肺气虚兼脾气虚兼肾阳虚证 4 例,占 4.21%,脾阳虚兼血瘀证 2 例,占 2.11%,肾阳虚兼血瘀证兼脾气虚证 1 例,占 1.05%,痰湿阻肺兼肺气虚兼脾阳虚证 2 例,占 2.11%。见表 5、6。

表 5 COPD 稳定期非营养不良组复合证候分布情况

证候组合形式	频数	%
两证组合	13	13.68
三证组合	10	10.53
四证组合	4	4.21
五证组合	2	2.11
其它	1	1.05

表 6 COPD 稳定期非营养不良组常见复合证候分布情况

证候组合形式	频数	%
肺气虚兼脾气虚证	5	5.26
肺气虚兼肾气虚证	3	3.16
脾阳虚兼肾阳虚证	2	2.11
肺气虚兼脾气虚兼肾阳虚证	4	4.21
脾阳虚兼血瘀证	2	2.11
肾阳虚兼血瘀证兼脾气虚证	1	1.05
痰湿阻肺兼肺气虚兼脾阳虚证	2	2.11
合计	19	20.00

3.3 COPD 稳定期营养不良组、非营养不良组单一证候、复合证候比较 COPD 急性稳定期营养不良组单一证候 21 例,占 20%,复合证候 80 例,占 76.19%,无证可辨者 4 例,占 3.81%;非营养不良组单一证候 40 例,占 42.11%,复合证候 30 例,占 31.58%,无证可辨者 25 例,占 26.32%。经卡方检验, $\chi^2 = 43.461, P = 0.0000 < 0.05$,两组有统计差异,说明 COPD 稳定期营养不良组以复合证候为主,非营养不良组以单一证候、无证可辨分布较多。见表 7。

表 7 COPD 稳定期营养不良组、非营养不良组单一证候、复合证候比较

分组	总数	单一证候		复合证候		无证可辨	
		n	发生率	n	发生率	n	发生率
营养不良组	105	21	20.00%	80	76.19%	4	3.81%
非营养不良组	95	40	42.11%	30	31.58%	25	26.32%

3.4 COPD 稳定期营养不良组、非营养不良组虚实证候分布情况 COPD 稳定期营养不良组 101 例中,单纯实证 12 例,占 11.88%,单纯虚证 60 例,占 59.41%,虚实夹杂证 29 例,占 28.71%。非营养不良组 70 例中,单纯实证 7 例,占 10%,单纯虚证 49 例,占 70%,虚实夹杂证 14 例,占 20%。经卡方检验, $\chi^2=2.108,P=0.345>0.05$,说明,COPD 稳定期营养不良组与非营养不良组无统计差别,说明在 COPD 稳定期两组均已单纯虚证为主,虚实夹杂证次之,单纯实证最少。见表 8。

表 8 COPD 稳定期营养不良组、非营养不良组虚实证候比较

分组	总数	单纯实证		单纯虚证		虚实夹杂证	
		n	发生率	n	发生率	n	发生率
营养不良组	101	12	11.88%	60	59.41%	29	28.71%
非营养不良组	70	7	10.00%	49	70.00%	14	20.00%

4 讨论

本研究采用中医临床流行病学研究的科学方法,观察 COPD 稳定期营养不良与 COPD 稳定期非营养不良两组的主症、兼症,通过对比分析,观察营养不良组和非营养不良组证候特点,揭示 COPD 稳定期合并营养不良的证候规律。

通过对比分析,COPD 稳定期营养不良与非营养不良在年龄段分布、病程上有差异,在性别、职业上无差异,说明 COPD 稳定期营养不良组年龄偏大,病程偏长。一般认为,COPD 发生营养不良与营养摄入不足有关,但与疾病本身病程也密切相关。众所周知,COPD 患者存在高消耗与高代谢,因此其发病必然与年龄、病程等密切相关。本研究发现,与 COPD 非营养不良的患者进行比较,COPD 营养不良患者平均年龄较非营养不良组高约 8 岁,病程上较非营养不良组多约 6 年。

在证候分布方面,通过 COPD 稳定期营养不良组与非营养不良组对比分析发现,营养不良组(105 例)复合证候所占比例明显增高,共 80 例,占 76.19%,多为两证组合,共 62 例,占 59.05%,主要表现为肺脾气虚、肺肾亏虚、脾肾阳虚,单一证候及无证可辨较少。非营养不良组(95 例)以无证可辨及单一证候出现频率最高,合计 65 例,占 68.43%,复合证型出现较少。两组都以虚证为主,虚实夹杂证次之,单纯实证最少,

但营养不良组多为两证组合为主,单一证候较少,涉及脾虚证候的单证、复合证候高达 49.52%,远远多于非营养不良组的 29.47%,说明营养不良组病情复杂,牵扯脏腑多,脾虚在 COPD 营养不良中占绝大多数,提示脾虚的改善,对 COPD 营养不良防治具有重要意义。脾胃为水谷之海,气血生化之源,人体脏腑组织功能活动皆依赖脾胃。沈金鳌称之为“脾统四脏”,并认为“脾有病,必波及之,四脏有病,亦必有待养脾,故脾气充,四脏皆赖煦育,脾气绝,四脏安能不病……凡四脏者安可不养脾哉”。脾气健则肺气充,卫气固则抗御外邪能力增强,从而切断疾病反复发作的诱因。脾为“后天之本”、“主身之肌肉”、“主气血生化”,就是说人体肌肉壮实与否同脾胃的运化功能相关。脾胃的运化功能障碍,必致肌肉瘦削、软弱无力,甚至萎弱不用,故又有“脾虚则肌肉削”之说,治疗时可遵《素问》“治痿独取阳明”。“脾为生痰之源”,故实脾又是杜绝生痰之源的关键,从而剔除宿根。

中医认为 COPD 病位首先在肺,继而影响脾肾,后期累及心、肝、脑等脏腑。从中医病因病机角度分析,肺虚到脾虚、肾虚的发展过程是病情逐渐加重的过程,而营养不良的出现是病情逐渐加重的一重要体现,在病情演变过程中脾虚是横贯始终的一重要因素。从 COPD 稳定期营养不良证候特征可见其涉及脏腑较多,以复合证候、虚证分布为主,确定治则治法

(下转第 55 页)

可明显扩张血管,加速血流,延缓细胞的衰老进程,故对影响美容的早衰现象具有抑制、延缓的效果。

4.2.9 珍珠 润泽肌肤、化腐生肌、解毒敛阴。它含有多种氨基酸,对皮肤有很好的营养、滋润作用。用珍珠制成的乳剂涂抹皮肤,被吸收后,可降低细胞内脂褐质的含量,长期使用能令黄褐斑及色素沉着大为减轻。

4.2.10 女贞子 滋补肝肾,乌须明目。其有效成分提取物能清除自由基,提高机体对自由基的防御能力。

4.2.11 川芎 有活血行气、祛风止痛的功效。川芎对微循环系统有很好的调节作用,其水浸液对某些致病性皮肤真菌有较强的抑制力。川芎还有抗维生素 E 缺乏的作用。此外,川芎还能抑制酪氨酸酶的活性,从而对黄褐斑、雀斑、老年斑能起到治疗作用。

笔者认为对以上临床药理的了解,可增加临床用药的广度及灵活度,进一步提高疗效。

4.3 结合现代科技 外用药物可配合超声波导入仪进行临床治疗,提高临床疗效。外用药物的疗效与药物的透皮吸收密切相

关,而超声波导入仪是目前提高药物经皮吸收的物理方法之一,它主要是通过超声波的致热作用、机械影响等机制促进药物的渗透吸收。笔者临床采用中药制剂联合超声波导入,有效促进了中药有效成分的渗透吸收。

目前随着激光医学技术的进步,激光在治疗色素增加性疾病显示了卓越的效果,许多色素性疾病获得了根本性的改善,所以一定要严格掌握适应症,如果中医黧黑斑临床表现相当于西医的褐青斑,属调 Q-YAG 激光的适应症,可以采用本法治疗,有效率可达到 90%。

5 防治并重,调理善后

日常防护对本病至关重要,笔者认为本病应注意患者的心理治疗。不少患者存在不同程度的焦虑、抑郁、易怒、精神衰弱等不良情绪,应予心理疏导,使患者保持愉悦的精神状态;生活调理方面则要加强营养,忌食辛辣煎炸酒类;保证充足的睡眠;忌纵欲无度;要尽量避免诱因,患者外出或夏日受阳光照射时要使用遮光剂;慎用口服避孕药;合理使用护肤品,不宜使用含有重金属类

的化妆品,避免重金属物质如金、银、汞、铅、砷等对皮肤的损害;积极治疗致使黄褐斑发生的各种原发疾病。

参考文献

- [1] Wolf R, Wolf D, Tamir A, et al. Melasma: a mask of stress. Br J Dermatol 1991, 125 (2): 192-193.
- [2] 杨慧兰, 冯穗一, 廖元兴. 广州地区黄褐斑有关发病因素的流行病学调查[J]. 临床皮肤科杂志, 1996, (2): 89.
- [3] 林新瑜, 周光平, 李利. 女性黄褐斑患者的血清酶学及血液流变学初步分析[J]. 临床皮肤科杂志, 1997, 26 (6): 359-361.
- [4] 陈燕荫, 秦茂林, 肖利. 黄褐斑的血液流变学[J]. 临床皮肤科杂志, 1992, 21 (2): 95.
- [5] 崔正军, 岑瑛. 黄褐斑的研究现状[J]. 四川医学, 2004, 25 (1): 116-118.
- [6] C. B. Lynde; J. N. Kraft, MD; C. W. Lynde, MD, FRCPC. Topical Treatments for Melasma and Postinflammatory Hyperpigmentation[J]. Skin therapy letter, 2006, 11 (9): 1-6.
- [7] 叶世龙. 中西医结合诊疗黄褐斑[M]. 北京: 人民军医出版社, 2008, 第1版.
- [8] 吴小红, 王煜明, 刘瓦利. 女性黄褐斑 130 例临床资料分析[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2011, 25 (11): 863.
- [9] 翁丽丽. 中医治疗黄褐斑研究进展[J]. 中华中医药杂志, 2005, 20 (12): 741-742.
- [10] 王海棠. 美容药理学[M]. 第1版. 北京: 中国中医药出版社, 2008; 3, 7, 39, 69.

(上接第 51 页)

时,需要多因素分析,多角度考虑,时刻顾护后天之本——脾胃,从而达到治疗目的。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007 年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2007, 30 (1): 8-17.
- [2] 施焕中. 慢性阻塞性肺疾病[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.
- [3] 中华医学会呼吸病分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007 年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2007, 30: 7-

16.

- [4] 周仲英. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 71-100, 117-123.
- [5] 中华人民共和国卫生部制定发布. 中药新药临床研究指导原则(第2辑)[S]. 1995; 5, 13, 17, 20, 50.
- [6] 沈自尹, 王文健. 中国虚证辨证参考标准. 中西医结合杂志, 1986, 6 (10): 598.
- [7] 国家中医药管理局发布. 中华人民共和国中医药行业标准——中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 9-94.
- [8] 郭红卫. 医学营养学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2002: 203-207.