

· 临床报道 ·

慢阻肺合并轻度认知障碍中医临床特点及证候要素分析

张艳霞 张允岭 史利卿 杨效华 吴晓红 马建岭

【摘要】 目的 探讨慢阻肺合并轻度认知障碍中医临床特点及证候要素分布情况。**方法** 采集慢阻肺合并轻度认知障碍患者中医临床信息,建立相应的数据库,采用 SPSS 13.0 统计软件包进行数据统计分析。**结果** 共收集有效数据 120 例,在慢阻肺合并轻度认知障碍诸多证素中寒出现频率最高,其次为热、风、气虚、痰饮等,作用病位主要位于肺,其次为肾和脑;关于病性证素的组合形式共有 6 种,两证素组合的最多,其次是三证素、四证素组合,单一证素和五证素较少;将证候按虚实由多到少排序依次是虚实夹杂、单纯虚证、单纯实证。**结论** 本病病位在肺,脏腑失调以肾为主,涉及脑等其他脏,寒、热、痰饮等是其发病的主要病理因素。

【关键词】 慢性阻塞性肺病; 轻度认知障碍; 证候要素; 临床特点

【中图分类号】 R277.7 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.10.025

慢性阻塞性肺病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 是一种严重危害公共健康的重大疾病,其并发症亦不容忽视,正确评估 COPD 并发症并给予恰当的治疗,可有效控制 COPD 病程,并减少急性加重次数^[1-2]。轻度认知障碍 (mild cognitive impairment, MCI) 是慢性阻塞性肺病常见并发症之一,近年来关于慢阻肺合并轻度认知障碍的相关研究也逐渐深入。证候要素是指证候降维的产物,是构成证候的基本单位,通过对疾病证候要素的提取,有助于把握疾病的本质,提高辨证论治的准确性^[3-4]。基于此,本研究通过收集临床慢阻肺合并轻度认知障碍患者相关信息,初步探讨 COPD 合并轻度认知障碍中医特点及证候分布情况,为临床辨证论治提供依据。

1 对象与方法

1.1 对象

140 例病例资料均来自 2013 年 12 月~2015 年 3 月间北京中医药大学东方医院呼吸热病科门诊及住院患者。其中 20 份因缺乏中医证候诊断而排除,故将有效的 120 份进行分析。其中男性 68 例,女性 52 例;年龄 50~80 岁之间,平均年龄 (64.0±15.8) 岁;合并疾病方面主要有支气管哮喘 34 例,陈旧性肺结核 79 例,肺间质纤维化 26 例,肺癌 32 例等;发病诱因多见受凉有 101 例,劳累 14 例,无明显诱因 5

例;发病季节:春 28 例,夏 19 例,秋 32 例,冬 41 例。

1.2 诊断标准

(1) 诊断标准参照 2013 版《慢性阻塞性肺疾病全球倡议》,分级标准参照《慢性阻塞性肺疾病全球倡议 (2009 版)》;血管源性认知障碍诊断标准参照 2006 年美国国立神经疾病和卒中研究所——加拿大卒中网 (NINDS-CSN) 制定的标准;(2) 中医诊断标准参照中华中医药学会“全国中医内科肺系病第十四次学术研讨会”讨论通过的慢性阻塞性肺疾病中医证候诊断标准 (讨论稿) 的辨证标准进行辨证。

1.3 入选标准

纳入标准:(1) 符合 COPD、轻度认知障碍诊断标准;(2) 年龄 ≥40 岁、≤80 岁;(3) 中医辨证诊断经副主任医师以上确诊者;(4) 依从性好的患者;(5) 受试对象或家属已签订知情同意书。

排除标准:神志不清、痴呆、各种精神病患者及不愿意合作者。

1.4 资料录入

选择北京中医药大学东方医院呼吸科门诊及病房患者 140 例,采用流行病横断面调查方法对患者进行中医证候学调查。将研究因素进行规格量化后进行数据整理并输入计算机。

1.5 统计学处理

使用 EpiData 3.0 数据录入软件,将所收集资料进行数据审核、整理后,由 2 个数据管理员独立进行双录入后建立 COPD 轻度认知障碍临床调查研究数据库,进行频次、频率或均数的统计描述。

2 结果

2.1 证素分布情况

参照相关文献,共提取病性证素 14 个,证素作用的病位

基金项目: 2014 年北京中医药大学校级课题;卫计委全国重点专科

作者单位: 100078 北京中医药大学东方医院呼吸热病科 (张艳霞、史利卿、杨效华、吴晓红、马建岭);北京中医药大学东方医院实验中心 (张允岭)

作者简介: 张艳霞 (1982-), 女, 博士, 主治医师。研究方向: 中医药防治呼吸系统疾病研究。E-mail: zhangyx929@126.com

5 个。14 个证素中,寒出现频率最高,为 89.3%,其次为热、风、气虚、痰饮等,分别为 55.3%、44.5%、29.2%、9.0%等;作用病位主要位于肺,其频率为 85%,其次为肾和脑(24.1%和 8.3%)。结果见表 1。

表 1 慢阻肺合并轻度认知障碍证素分布

病性证素	频次	频率(%)	病位证素	频次	频率(%)
寒	107	89.3	肺	102	85
热	66	55.3	肾	29	24.1
风	53	44.5	脑	10	8.3
气虚	15	29.2	脾	6	3
痰饮	11	9.0	心	2	0.1
燥	7	4.6			
阴虚	6	3.0			
湿	5	2.2			
阳虚	4	1.5			
食积	3	0.4			
暑	3	0.4			
火	2	0.3			
血瘀	1	0.2			
气滞	1	0.2			

2.2 病性证素、病位证素组合情况

关于病性证素的组合形式共有 6 种,两证素组合的最多,其构成比为 57.5%,三证素组合占 28.3%,四证素组合占 6%,单一证素组合占 5%,五证素组合占 2%,其他证素组合占 0.02%。

2.3 病位证素组合情况

单一证素构成比占 50.8% (61 人次),两证素占 38.5% (46 人次),三证素占 9.1% (11 人次),四证素占 1.6% (2 人次)。

2.4 病性证素与病位证素组合规律

2.4.1 单一病性证素与病位证素组合分布情况 在单一证素中,寒所占比例最高,构成比为 59.02%,作用病位在肺;气虚的出现频次居于其次,构成比占 27.87%,作用病位在肺、肾。结果见表 2。

表 2 单一病性证素与病位证素组合分布情况

病性证素	频次	构成比(%)	与病位证素组合	频次
寒	36	59.02	热+肺	2
气虚	17	27.87	气虚+肺	2
阴虚	5	8.19	气虚+肾	10
气滞	2	3.28	气虚+肺+脾	1
火	1	1.64	阴虚+肺	2
合计	61	100	阴虚+肺+肾	4

2.4.2 两病性证素与病位证素组合分布情况 在两证素组合形式中,各证素相互组合,出现了 7 种不同组合类型。其中,痰饮+热、痰饮+湿等组合类型出现频次较高,其作用病位是肺。结果见表 3。

表 3 两病性证素与病位证素组合分布情况

病性证素	频次	构成比(%)	与病位证素组合	频次
痰饮+热	20	33.90	痰饮+热+肺	20
痰饮+湿	14	23.73	痰饮+湿+肺	10
风+寒	10	16.95	风+寒+肺	8
风+热	7	11.86	风+热+肺	5
风+燥	5	8.48	风+燥+肺	4
暑+湿	2	3.39	暑+湿+肺	2
热+阴虚	1	1.69	热+阴虚+肺	1
合计	59	100	火+气虚+肺+肾	1

2.5 慢阻肺合并轻度认知障碍临床症状与体征频次分析

慢阻肺合并轻度认知障碍的症状体征分布特征在 120 例患者中,整理后计有 68 个症状,表 6 中列出的是频率超过 20% 的 30 个症状与体征。结果见表 4。

表 4 慢阻肺合并轻度认知障碍临床症状与体征频率分布

症状	频次	频率(%)	证候	频次	频率(%)
舌质淡	96	79.6	头痛	21	17.1
气短	87	73.0	苔腻	20	16.3
苔白	92	56.4	头昏	18	15.0
间断咳嗽	79	55.7	脉紧	18	15.0
脉数	65	54.0	肢体困倦	16	13.4
苔黄	59	49.2	齿痕舌	15	12.6
急躁易怒	58	49.2	小便黄	15	12.5
失眠多梦	53	44.5	痰多	15	12.4
苔黄	52	43.2	胸闷	15	12.4
痰少	51	42.6	痰易咳出	14	11.7
舌质红	48	40.4	脉滑	14	11.6
口渴欲饮	44	37.8	舌质胖大	12	10.2
纳呆	43	35.5	口渴	12	10.2
咽喉不利	41	34.1	无心烦热	12	10.2
神疲乏力	41	34.1	大便干结	11	9.3

2.6 慢阻肺合并轻度认知障碍证候虚实构成情况

将证候按虚实构成分为单纯虚证、单纯实证和虚实夹杂证。统计结果显示:单纯实证 7.5%、单纯虚证 39.2%、虚实夹杂 53.3%。

3 结论

证素,就是指辨证的基本要素,是辨证的关键,其通过相互组合形成了疾病临床证候的复杂、多变,但其组合均有一定的规律^[5-6]。本次临床调查研究共提取病性证素 14 个,证素作用的靶点 5 个。病性证素中寒、热、风、气虚、痰饮是重要致病因素,主要病位证素在肺、肾两脏。从证素分布看,COPD 合并轻度认知障碍的临床病机特点以虚实夹杂为主,兼有单纯虚证,单纯实证较少见。COPD 合并轻度认知障碍数据库中,关于病性证素的组合形式共有 6 种。两证素组合的最多,其构成比为 57.5%,三证素组合占 28.3%,说明 COPD 合并轻度认知障碍的病理因素为复合型多维因素。病位证素组合时,单一证素的频次最高,单一证素构成比占

50.8% (61 人次), 两证素占 38.5% (46 人次), 三证素占 9.1% (11 人次), 四证素占 1.6% (2 人次), 作用病位主要在肺, 累及肾、脑等, 这些主要致病邪气单发者较少, 常相互联合, 或袭于肺, 久之伤及于肾, 引发疾病或变化为病。其基本病机是外邪影响肺卫功能失调, 导致卫表不和, 肺失宣肃, 且又因为体质原因、正气不足导致人之气虚、阳虚、阴虚等, 更伤正气, 相互为因, 使病机更为复杂。

另外, 本课题的临床调查资料中有部分患者基础疾病较多, 比如合并支气管哮喘、肺间质纤维化等, 这些患者在后期因为疾病消耗而年老体弱、正气不足, 表现为气虚、气阴两虚, 导致卫外不固, 容易感受外邪而使疾病反复发作且病程较长, 临床上表现为虚实夹杂证。气虚、阴虚等证素在该病的病机发展过程中也起着重要作用。慢阻肺合并轻度认知障碍的症状体征分布特征在 120 例患者中, 整理后共计有 68 个症状; 其中, 舌质淡、苔白、间断咳嗽是出现频次最多的临床症状, 与病性要素相一致。由于中医证候信息多且繁杂, 具有非线性、复杂性、高维性的特点。因时间原因, 故本研究所纳入的病例数量相对有限, 可能会造成研究结果与临床实际存在偏倚, 这些不足有待在今后研究中通过寻找更合

理的方法加以解决。

参 考 文 献

- [1] Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability 1990-2020: Global Burden of Disease Study [J]. Lancet, 199, 349(9064) : 1498-1504.
- [2] 白春学, 蔡柏蔷, 陈荣昌, 等. 慢性阻塞性肺疾病慢性加重 (AECOPD) 诊治中国专家共识 (草案) [J]. 中国哮喘杂志, 2013, 7(1) : 1-13.
- [3] 张志斌, 王永炎. 辨证方法新体系的建立 [J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(1) : 1-3.
- [4] 朱文峰. 创立以证素为核心的辨证新体系 [J]. 湖南中医报, 2004, 24(6) : 38-39.
- [5] 朱文峰, 甘慧娟. 对古今有关证素概念的梳理 [J]. 湖南中医药导报, 2004, 10(11) : 1-3.
- [6] 李建生, 余学庆, 王至婉, 等. 基于文献的肺炎中医证素组合规律研究 [J]. 中华中医药杂志, 2008, 23(5) : 379-383.

(收稿日期: 2015-12-19)

(本文编辑: 韩虹娟)