

AECOPD 呼吸衰竭中医证素、证候的分布及与胃肠功能障碍相关研究

付跃峰¹ 刘清泉² 蔡阳平¹ 王 兰¹ 赵红芳¹ 江其敏¹

(1 北京中医药大学东直门医院,北京,100700; 2 首都医科大学附属北京中医医院,北京,100010)

摘要 目的:通过对 AECOPD 呼吸衰竭临床病例症状、体征等的横断面调查研究,得出该病证素、证候的分布,并分析其证候与胃肠功能障碍之间的相关性。方法:对符合纳入标准的临床病例资料进行横断面调查研究。以选用的症状、体征辨证素表,症状、体征对证素贡献度(权值)表为基准,计算症状、体征对相关证素的贡献度,根据标准选用达到或超过 20 的证素,得出常见证素;根据证素组合证候规律及临床实际组合证候,确定 AECOPD 呼吸衰竭临床常见证候,进一步分析中医证候与胃肠功能障碍的相关性。采用 SPSS 20.0 统计软件包,进行统计描述和分析等。结果:1) AECOPD 呼吸衰竭病位证素以肺出现频率最高(100%),其次为脾(81.32%)、心(72.29%)、肾(71.08%)等;虚性病性证素气虚出现频率最高(92.17%),其次为阳虚(72.29%)、阴虚(58.43%)等;实性病性证素痰出现频率最高(100%)、热(48.8%)、饮(48.19%)、血瘀(47.59%)等。AECOPD 呼吸衰竭的主要证候为肺脾气虚痰浊阻肺证(21.69%),肺肾气阴两虚痰热壅肺证(16.27%),肺脾肾阳虚痰饮停肺证(15.06%)等。2) AECOPD 呼吸衰竭中医证候间胃肠功能障碍的发生率及严重程度有统计学意义($P < 0.05$),其中肺脾肾不足痰蒙神窍证发生率最高(100%),且胃肠功能障碍评分整体偏高(9.7 ± 3.3),病情严重。结论:AECOPD 呼吸衰竭的证素以痰、气虚、阳虚、阴虚、热、饮、血瘀等为主,期间常互相联合,易侵袭肺、脾、心、肾等脏,主要证候表现为肺脾气虚痰浊阻肺证,肺肾气阴两虚痰热壅肺证,肺脾肾阳虚痰饮停肺证等,其各证候间胃肠功能障碍的发生率及严重程度有统计学意义。

关键词 慢性阻塞性肺疾病急性加重;呼吸衰竭;证素;中医证候;胃肠功能障碍

Study about Syndrome Elements and TCM Syndromes and the Correlation between the TCM Syndromes and Gastrointestinal Dysfunction of AECOPD with Respiratory Failure

Fu Yuefeng¹, Liu Qingquan², Cai Yangping¹, Wang Lan¹, Zhao Hongfang¹, Jiang Qimin¹

(1 Dongzhimen Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China; 2 Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100010, China)

Abstract **Objective:** By cross-sectional survey study of clinical cases of AECOPD with respiratory failure, come to the Syndrome elements, TCM syndromes, then further analysis the correlation between the TCM syndromes and gastrointestinal dysfunction. **Methods:** Try selection symptoms contribution to Syndrome elements dialectic table, Calculate the contribution of each patient's clinical symptoms of the Syndrome elements, selected the Syndrome elements as standard to meet or exceed 20, frequency statistics of Syndrome elements, come to the common Syndrome elements; according to the Syndrome elements combination TCM syndromes. Last analysis the correlations between TCM syndromes and gastrointestinal dysfunction. **Results:** 1) Aspects of Syndrome elements, Syndrome elements of disease location: Lung (100%), spleen (81.32%), heart (72.29%), kidney (71.08%); Deficiency Syndrome elements of disease nature: Qi deficiency (92.17%), Yang deficiency (72.29%), Yin deficiency (58.43%). Excess Syndrome elements of disease nature: phlegm (100%), heat (48.8%), fluid-retention (48.19%), blood stasis (47.59%), etc. Aspects of TCM syndromes: syndrome of lung spleen Qi deficiency and turbid phlegm obstructing lung (21.69%), syndrome of lung kidney Qi and Yin deficiency and phlegm-heat obstructing lung (16.27%), syndrome of lung spleen kidney Yang deficiency and phlegm remain in lung (15.06%), which are the major TCM syndromes of AECOPD with respiratory failure. 2) There are significant differences of major TCM syndromes in the incidence and severity of the gastrointestinal dysfunction ($P < 0.05$). Syndrome of lung spleen kidney deficiency and heart spirit confused by phlegm which has the highest incidence (100%) and highest gastrointestinal dysfunction score (9.7 ± 3.3). **Conclusion:** Phlegm, Qi deficiency, Yang deficiency, Yin deficiency, heat, fluid-retention, blood stasis, which are the major Syndrome elements. Lung, spleen, heart, kidney, which are the major disease location. Syndrome of lung spleen Qi deficiency and turbid phlegm obstructing lung, syndrome of lung kidney Qi and Yin deficiency and phlegm-heat obstructing lung, syndrome of lung spleen kidney Yang deficiency and phlegm remain in lung, which are

the major TCM syndromes. There are significant differences of major TCM syndromes in the incidence and severity of the gastrointestinal dysfunction.

Key Words AECOPD;Respiratory Failure;Syndrome elements;TCM Syndromes;Gastrointestinal Dysfunction

中图分类号:R256.1;R229 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2014.03.001

慢性阻塞性肺疾病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease,COPD)是一种以气流受限为特征且不完全可逆的呈慢性进展的疾病。患者短期内出现病情恶化,咳嗽、咳痰、气短及喘息明显加重,痰量增多,呈脓性或黏液脓性,可伴发热等即为慢性阻塞性肺疾病急性加重期(Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease,AECOPD),如果血气分析结果提示呼吸衰竭即为 AECOPD 呼吸衰竭^[1-2]。虽然该病主要累及肺,但也可引起显著的全身效应^[3]。本病是一种病程缓慢、治疗棘手的疾病,就世界平均水平而言,约占当前临床上疾病死亡病因中的第四位^[4-5]。中医虽无此病名,但根据其发病特点及临床表现,本病当属于中医“咳嗽”“肺胀”“痰饮”“喘证”“厥脱”“神昏”等范畴。中医学历来强调辨证论治,因证施药,辨证准确与否直接影响治疗效果。由于目前对 AECOPD 呼吸衰竭中医证候学分布没有统一意见,造成中医治疗方案混乱,临床疗效欠佳,因此开展关于 AECOPD 呼吸衰竭中医证素、证候学研究具有重要意义,另外探索本病中医证候和胃肠功能障碍关系的研究将为中医药防治危重病提供重要依据。

1 临床资料

本研究病例资料 166 例全部来自 2008 年 1 月 1 日至 2012 年 12 月 31 日北京中医药大学东直门医院急诊科、呼吸科、ICU 等的患者。

2 诊断标准

2.1 西医诊断标准

2.1.1 AECOPD 及呼吸衰竭诊断标准 参照中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组制定的《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013 年修订版)》、2006 年美国心、肺、血液研究所与世界卫生组织发表了《慢性阻塞性肺疾病全球倡议》(GOLD)制定标准^[5]。

表 1 胃肠功能障碍评分

事件	评分	事件	评分
禁食	1	腹痛	2
返流	2	腹泻	2
胃肠减压	1	肠鸣音减弱	1
胃潴留	2	肠鸣音消失	2
腹胀	2	便秘	2

2.1.2 胃肠功能障碍诊断标准 采用 2007 年中华医

学会急诊医学分会危重病专家委员会、中国中西医结合学会急救医学专业委员会联合制定的诊断标准,胃肠功能障碍指腹胀(肠鸣音减少)持续时间超过 24 h。

胃潴留:胃残留量每天超过 200 mL 者;便秘:连续 3d 无排便者;腹泻:1d 排便次数超过 3 次者,伴或不伴有粪便超过 200g/d;肠鸣音减弱:肠鸣音数分钟才听到 1 次;肠鸣音消失:连续听诊 3~5 min 未听到肠鸣音。

胃肠功能障碍分级标准:以上评分进行累计求和,所得分数即为该患者胃肠功能障碍评分。0 级(正常):0 分;1 级(轻度):1~4 分;2 级(中度):5~9 分;3 级(重度):≥10 分。

2.2 中医症状、体征分类标准及症状、体征辨证素标准 参考《中医诊断学》《证素辨证学》《中医临床诊疗术语·证候部分》《中医内科学》以及相关研究制定^[6-9]。

2.3 纳入和排除标准

2.3.1 纳入标准 1)年龄≥18 岁的成年患者;2)符合 AECOPD 诊断标准;3)符合呼吸衰竭诊断标准。

2.3.2 排除标准 2)孕妇或哺乳期妇女;2)合并有癌症者;3)合并有消化道大出血、急性脑出血、再生障碍性贫血等严重致死性疾病或患者处于濒死状态;4)伴有精神疾病、严重神经功能缺损(如失语、失认)者。

3 研究内容及方法

3.1 制定病例报告表 对所有纳入病例进行横断面调查并完成病例报告表。使用 EpiData 3.1 建立“AE-COPD 呼吸衰竭中医证素、证候的分布及与胃肠功能障碍相关研究”数据库,由专人进行病例报告表整体数据录入,并采用双人双录入形式。

3.2 对纳入病例的一般情况及其他观察指标进行统计学描述 以选用的症状辨证素表、症状、体征对证素贡献度(权值)表为基准,对症状、体征进行频数统计;计算患者的所有症状、体征对相关证素的贡献度,根据标准选用达到或超过 20 的证素,并对证素进行频数统计;根据证素组合证候规律及临床实际组合证候,确定 AECOPD 呼吸衰竭临床常见证候,最后对纳入病例的中医证候分布与胃肠功能障碍之间进行相关性分析。

4 统计学处理

采用 SPSS 20.0 统计软件包,进行统计描述和分

析等,计数资料用率或构成比描述,用卡方检验进行统计分析,计量资料用均数±标准差描述,用方差分析进行统计分析。

5 结果

5.1 一般资料

5.1.1 年龄、性别 研究资料显示患者年龄在 45~93 岁,多数集中在 60 岁以上,其中 70~89 岁人数占 71%,平均年龄为(74.58±9.81)岁(见表 2)。本研究男性占 57%,女性 43%,男女比例为 1.31:1。

表 2 年龄资料统计

年龄(岁)	<50	50~59	60~69	70~79	80~89	≥90	合计
例数(人)	1	13	28	63	56	5	166
构成比(%)	1	8	17	37	34	3	100

表 3 症状、体征的分布

症状	例数/人	频率/%	体征	例数/人	频率/%
气喘	160	96.39	肺部湿啰音	164	98.8
咳嗽	156	93.98	桶状胸	158	95.18
气短	153	92.17	肺部干啰音	144	86.75
倦怠乏力	152	90.36	唇紫	119	71.69
胸闷	150	90.36	指端青紫	112	67.47
容易感冒	147	88.55	胸腔积液	111	66.87
懒言	147	88.55	心界扩大	62	37.35
身体素弱	147	88.55	面色少华	62	37.35
经常恶风	144	86.75	肌肤甲错	59	35.54
吐痰	128	77.11	新起微发热	53	31.93
经常畏冷	113	80.12	水肿	27	16.27
纳呆恶食	107	64.46	面色淡白	23	13.86
自汗	105	63.25	肠鸣音减弱	22	13.25
失眠	95	57.23	面目浮肿	19	11.45
声低	95	57.23	三凹征阳性	14	8.4
喉中哮鸣音	95	57.23	舌暗红	95	57.23
食后痞胀	93	56.02	舌赤	27	16.27
口黏腻	92	55.42	舌紫暗	25	15.06
心悸	91	54.82	舌苔腻	108	65.06
口淡	83	50	舌苔黄	81	48.8
咳痰色白	82	49.4	舌苔薄白	23	13.86
口渴	81	48.8	脉滑	94	56.63
喘不能卧	80	48.19	脉数	56	33.73
多梦	75	45.18	脉弦	56	33.73

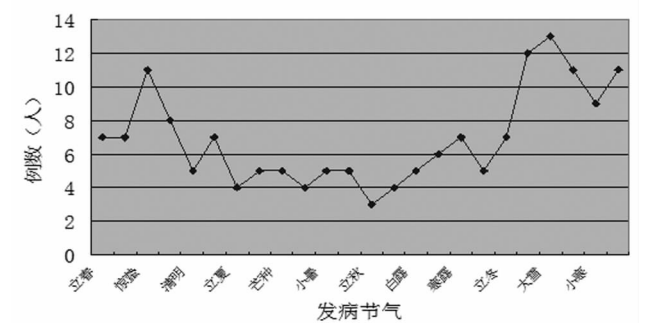


图 1 发病节气分布

5.1.2 发病节气 本研究发现发病节气大多集中在小雪之后至第二年谷雨之前;以我国传统四季划分标准,3—5 月为春季,6—8 月为夏季,9—11 月为秋季,12—2 月为冬季,则冬季发病人数最多占总人数 39%,其次为秋季、春季,夏季最少。

5.1.3 胃肠功能障碍发生率与分级 经统计,本纳入病例发生胃肠功能障碍的人数占 59%,其中轻、中度共占胃肠功能障碍发生数的 86%。

5.2 常见症状、体征的资料统计 见表 3。

5.3 证素分布情况

5.3.1 病位证素 结果显示,证素中病位证素主要集中在肺、脾、心、肾、心神等。

表 4 病位证素

病位	例数/人	频率/%	病位	例数/人	频率/%
肺	166	100	胃	56	33.73
脾	135	81.32	大肠	40	24.1
心	120	72.29	心神	17	10.24
肾	118	71.08	肝	4	2.4

5.3.2 病性证素 结果显示,在病性证素中虚性证素以气虚、阳虚、阴虚为主要,实性证素主要为痰、热、饮、血瘀、风、表等。

表 5 病性证素

证素	例数/人	频率/%	证素	例数/人	频率/%
气虚	153	92.17	痰	160	100
阳虚	120	72.29	热	81	48.8
阴虚	97	58.43	饮	80	48.19
血虚	65	39.16	血瘀	79	47.59
阳脱	20	35.54	风	53	31.92
阴竭	2	12.05	表	50	30.12

5.4 中医证候分布 结果显示肺脾气虚痰浊阻肺证,肺肾气阴两虚痰热壅肺证,肺脾肾阳虚痰饮停肺证,心肺气虚痰瘀阻肺证,肺脾肾不足痰蒙神窍证,肺脾气虚表寒肺热证,此六种证型共占 153 例,占总数的 92.2%,结合临床实际,以此六种证型为本病常见证型。

表 6 中医证候分布

中医证候	例数(人)	构成比(%)
肺脾气虚 痰浊阻肺证	36	21.69
肺肾气阴两虚 痰热壅肺证	27	16.27
肺脾肾阳虚 痰饮停肺证	25	15.06
心肺气虚 痰瘀阻肺证	20	12.05
肺脾肾不足 痰蒙神窍证	17	10.24
肺脾气虚 表寒肺热证	8	4.82

5.5 中医证候分布与胃肠功能障碍之间相关性

5.5.1 中医各证候间是否发生胃肠功能障碍 见表 7。

表 7 中医各证候间是否发生胃肠功能障碍的统计描述

			发生与否		Total
			发生	不发生	
中医证候	1	Count	20	16	36
		%	55.6%	44.4%	100.0%
	2	Count	22	5	27
		%	81.5%	18.5%	100.0%
	3	Count	8	17	25
		%	32.0%	68.0%	100.0%
	4	Count	13	7	20
		%	65.0%	35.0%	100.0%
	5	Count	17	0	17
		%	100.0%	.0%	100.0%
	6	Count	4	4	8
		%	50.0%	50.0%	100.0%
Total		Count	84	49	133
		%	63.2%	36.8%	100.0%

注:中医证候一栏 1 代表肺脾气虚痰浊阻肺证,2 代表肺肾气阴两虚痰热壅肺证,3 代表肺脾肾阳虚痰饮停肺证,4 代表心肺气虚痰瘀阻肺证,5 代表肺脾肾不足痰蒙神窍证,6 代表肺脾气虚表寒肺热证,下同。

采用卡方检验,结果显示 $P = 0.000 < 0.05$, 差异有统计学意义,说明本病中医各证候之间是否发生胃肠功能障碍存在差异,其中肺脾肾不足痰蒙神窍证胃肠功能障碍发生率为 100.0%,肺肾气阴两虚痰热壅肺证为 81.5%,心肺气虚痰瘀阻肺证为 65.0%。

5.5.2 中医各证候之间胃肠功能障碍严重程度 见表 8、表 9。

表 8 中医各证候之间胃肠功能障碍严重程度的统计描述

中医证候	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% 可信区间		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1	20	4.7500	3.14350	0.70291	3.2788	6.2212	1.00	11.00
2	22	7.0455	2.23558	0.47663	6.0543	8.0367	2.00	12.00
3	8	4.8750	2.29518	0.81147	2.9562	6.7938	2.00	8.00
4	13	6.7692	2.12736	0.59002	5.4837	8.0548	2.00	9.00
5	17	9.7059	3.29326	0.79873	8.0126	11.3991	4.00	15.00
6	4	2.5000	1.29099	0.64550	0.4457	4.5543	1.00	4.00
Total	84	6.5714	3.27563	0.35740	5.8606	7.2823	1.00	15.00

采用方差分析,结果显示 $P = 0.000 < 0.05$, 差异有统计学意义,说明中医各证候间胃肠功能障碍严重程度是不同的,其中肺脾肾不足痰蒙神窍证胃肠功能障碍评分为 (9.7 ± 3.3) 分,肺肾气阴两虚痰热壅肺证为 (7 ± 2.2) 分,心肺气虚痰瘀阻肺证为 (6.8 ± 2.1) 分。对各证型之间进行两两比较得出,肺脾气虚痰浊阻肺证与肺肾气阴两虚痰热壅肺证、心肺气虚痰瘀阻肺证、肺脾肾不足痰蒙神窍证之间差异有统计学意义 ($P < 0.05$);肺肾气阴两虚痰热壅肺证与肺脾肾不足痰蒙神窍证、肺脾气虚表寒肺热证之间差异有统计学意义 ($P < 0.05$);肺脾肾阳虚痰饮停肺证与心肺气虚痰瘀阻肺证、肺脾肾不足痰蒙神窍证之间差异有统计学意义 ($P < 0.05$);心肺气虚痰瘀阻肺证与肺脾肾不

足痰蒙神窍证、肺脾气虚表寒肺热证之间差异有统计学意义 ($P < 0.05$);肺脾肾不足痰蒙神窍证与其余各证型之间的差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 9 Multiple Comparisons

	(I) 证候	(J) 证候	Std. Error	Sig.	95% 可信区间	
					Lower Bound	Upper Bound
LSD 法	1	2	0.82962	0.007	-3.9471	-0.6438
		3	1.12331	0.912	-2.3613	2.1113
		4	0.95665	0.038	-3.9238	-0.1147
		5	0.88582	0.000	-6.7194	-3.1924
		6	1.47076	0.130	-0.6781	5.1781
		2	0.82962	0.007	0.6438	3.9471
	2	3	1.10863	0.054	-0.0367	4.3776
		4	0.93936	0.769	-1.5939	2.1463
		5	0.86712	0.003	-4.3867	-0.9341
		6	1.45958	0.003	1.6397	7.4512
	3	1	1.12331	0.912	-2.1113	2.3613
		2	1.10863	0.054	-4.3776	0.0367
	4	4	1.20663	0.120	-4.2965	0.5080
		5	1.15128	0.000	-7.1229	-2.5389
		6	1.64436	0.153	-0.8987	5.6487
	5	1	0.95665	0.038	0.1147	3.9238
		2	0.93936	0.769	-2.1463	1.5939
		3	1.20663	0.120	-0.5080	4.2965
	6	5	0.98934	0.004	-4.9063	-0.9670
		6	1.53534	0.007	1.2126	7.3259
	5	1	0.88582	0.000	3.1924	6.7194
		2	0.86712	0.003	0.9341	4.3867
		3	1.15128	0.000	2.5389	7.1229
		4	0.98934	0.004	0.9670	4.9063
	6	6	1.49223	0.000	4.2351	10.1767
		1	1.47076	0.130	-5.1781	0.6781
		2	1.45958	0.003	-7.4512	-1.6397
		3	1.64436	0.153	-5.6487	0.8987
		4	1.53534	0.007	-7.3259	-1.2126
		5	1.49223	0.000	-10.1767	-4.2351

6 讨论

在我国,COPD 严重危害人民群众健康,流行病学调查结果显示 COPD 总患病率在 9.11% ~ 12% 之间,由于其患病人数多,反复发作,死亡率高,社会经济负担重,已成为一项重要的公共卫生问题^[10]。其急性发作,特别是合并呼吸衰竭者,为临床急危重症,对患者危害更大,为 COPD 的主要死亡原因^[11]。中医学对本病的主要临床特点早有认识,将其归属于“咳嗽”“肺胀”“痰饮”“喘证”“厥脱”“神昏”等范畴。中医学审证求因、据因论治、早期治疗、多途径、多环节、多靶点的治疗方法确能提高临床疗效。当然辨证准确与否直接影响治疗效果。可见进行中医证候分布规律的研究具有十分重要的意义。

本研究中 AECOPD 呼吸衰竭患者年龄多数集中在 60 岁以上,平均年龄为 (74.58 ± 9.81) 岁,说明本病

病程长,是一种慢性进展性疾病,肺功能逐渐变差,如出现呼吸衰竭一般为本病的后期阶段,故本研究显示平均年龄偏大,另外本医院地处北京老城区,老年人口偏多,造成医院就诊患者年龄偏大;在发病季节方面,节气大多集中在小雪节气之后至第二年谷雨节气之前,以四季划分冬季发病人数最多,与冬季气候寒冷有关,昼夜温差大,寒冷的刺激导致支气管、肺实质、肺血管的结构发生改变,肺的自我清除各种危险因素能力明显下降,导致防御能力严重降低,再加上相关病原微生物侵袭而造成原有阻塞性肺疾病加重而出现呼吸衰竭。

证素,即证候要素,是辨证的基本要素。证素辨证是证候规范的有效思路,朱文锋教授认为证素是依据证候而辨识的病变本质,主要指辨证所确定的病性与病位,是构成证名的要素,病性证素是对正邪相争的本质概括,证素为具体诊断单元而非疾病分类纲领,并有一定的组合规则,某些证素间可有重叠涵盖关系。本研究显示 AECOPD 并呼吸衰竭病位证素为肺、脾、心、肾、心神等;虚性病性证素为气虚、阳虚、阴虚等;实性病性证素为痰、热、饮、血瘀、风、表等。其病位证素反应了本病发生的主要病变脏腑,病性证素反应本病的病理本质。中医认为肺主气,司呼吸,肾主纳气,两者功能出现异常、相互影响最终致阴阳不相顺接而致气逆于上发为本病;肺虚日久,肺病及脾,子盗母气,致脾失健运,则水湿内聚生痰生热,上阻气道,导致咳、痰、喘的症状进一步加重;另外肺朝百脉主治节,心主行血,肺气治理调节心血的运行,宗气贯心肺而行呼吸,肺肾虚损,久病均可伤及于心,使心气、心阳衰竭,甚则可出现喘脱、神昏等危候影响心神。本病虽在肺脏,但与心肝脾肾密切相关,本研究亦证实了这一点。另外久病肺虚,痰浊潴留,病情反复,肺脾肾三脏虚损致水湿凝聚成痰,久则痰液潴留愈甚,咳喘反复加重;肺气不利,升降失常,气虚不能鼓动血脉,则血行涩滞,外感邪热或痰瘀郁而化热均成邪热内炽,灼津成痰,进一步导致脏腑虚损,成为恶性循环,以致病情进一步加重,故本病以痰浊、热、饮、血瘀等为标,以肺、脾、肾脏腑虚损为本,甚则影响心神。

目前国内关于 AECOPD 的辨证分型及辨证论治多有报道,但是对于 AECOPD 呼吸衰竭的分期分型辨证论治尚无权威标准,中医界对于其分型亦无统一的认识。本次研究中通过临床回顾性调查研究,收集 166 例 AECOPD 并呼吸衰竭患者四诊信息,客观统计得出本病中医证候分布情况。显示肺脾气虚痰浊阻肺证 42 例占 25.3%,肺肾气阴两虚痰热壅肺证 34 例占

20.48%,肺脾肾阳虚痰饮停肺证 33 例占 19.88%,心肺气虚痰瘀阻肺证 21 例 12.67%,肺脾肾不足痰蒙神窍证 17 例占 10.26%,肺脾气虚表寒肺热证 6 例占 3.61%。此六种证型共占 153 例,占总数的 92.2%。

以上证素、证候,与近年来有关学者进行调查的结果在总体情况方面较为一致^[12-14],但本研究显示在证型方面单纯的实证很少见,大部分情况下都存在虚性因素,所占比重较大,且多为累及多个脏腑,比如说肺脾、肺肾、心肺、脾肾、甚至肺脾肾三脏同时相关,并较易影响心神的功能,可见本病属虚实夹杂,虚实互存的病证,考虑与慢性阻塞性肺疾病起病过程、进展缓慢有关,统计显示患者平均年龄近 75 岁,老年人本身已有先天肾气的不足,由于长期的疾病困扰,体质越来越差,本虚情况明显,在稍有六淫邪气外袭或者饮食劳倦情志等不调时,即发生疾病的加重。

另外,多项研究表明,在重危患者,胃肠道功能障碍常成为多脏器功能障碍的始动器官和中心器官^[14-15]。本研究显示中医各证候是否发生胃肠功能障碍有统计学意义($P < 0.05$),中医各证候胃肠功能障碍严重程度也有统计学意义($P < 0.05$)。中医学认为肺与大肠相表里,肺与大肠在生理、病理方面相互影响,但本研究所纳入病例发生胃肠功能障碍的人数占 59%,表明并非所有 AECOPD 呼吸衰竭患者都发生胃肠功能障碍,即使发生胃肠功能障碍,由于患者自身体质、发病诱因以及病理传变不同,每个证型之间发生胃肠功能障碍的严重程度也不相同,当痰、热证素出现时其胃肠功能障碍发生率明显高于其他,与热灼津液,肠道阴液受损、干涸,从而导致功能障碍有关。当然如果患者出现痰蒙神窍时,其发生率更高,正说明了心为五脏六腑之大主,主明则神安,主不明则十二官危。

根据本研究结论,在诊断治疗 AECOPD 呼吸衰竭,我们首先必须辨清脏腑部位及病理属性。在治疗上,则当根据本病虚实夹杂、虚实互存的病理特点,有所侧重地选用扶正与祛邪的不同治法。当中医证候确定后,可以进行提前预防,避免让机体启动胃肠道这个始动器官,从而避免胃肠功能障碍,降低发生多器官功能障碍发生率,降低该病的临床死亡率。

7 不足及展望

本研究由于条件所限,病例收集范围局限于本院,未能进行大样本、多中心调研;本病属急危重症,在挽救患者生命的同时不可避免地需要采取多种治疗措施,可能对研究结果有影响,而现代医学的治疗方法是否会对中医证候造成影响尚需进一步研究;本次研究

(下接第 274 页)

- [2] 孙淑荣, 马春林, 莫霄云. 二黄粉对心肺复苏术后患者胃肠功能障碍的临床观察[J]. 新中医, 2009, 41(10): 45-46.
- [3] Irving M. Ethical problems associated with the treatment of intestinal failure[J]. Aust NZ J Surg, 1956, 56(4): 425.
- [4] 黎介寿. 肠衰竭——概念、营养支持与肠黏膜屏障维护[J]. 肠外与肠内营养, 2004, 11(2): 65-67.
- [5] 冯顺友. 大黄防治胃肠功能衰竭[J]. 中国中西医结合杂志, 2000, 20(10): 795.
- [6] 刘海亮. 肠功能障碍的发病机制认识[J]. 中国急救医学, 2007, 27(10): 940.
- [7] Thompson JS. Surgical rehabilitation of intestine in short bowel syndrome[J]. Surgery, 2004, 135(5): 465-470.
- [8] 陈德昌, 景炳文, 杨兴易, 等. 大黄对危重病患者胃肠道的保护作用[J]. 中国危重病急救医学, 2000, 12(2): 87.
- [9] 时兢, 宋秀琴, 谢卫星, 等. 大黄对危重病患者胃肠功能衰竭的治疗作用[J]. 现代诊断与治疗, 2004, 15(1): 8-10.
- [10] 胡马洪, 张庚, 许秀娟. 大黄和谷氨酰胺对重症患者血清细胞因子的影响[J]. 浙江中医药大学学报, 2007, 31(2): 166-167.
- [11] 李夏昉, 赵芳芳. 大黄防治危重病机械通气患者胃肠功能衰竭临床观察[J]. 山西中医, 2009, 25(6): 11-13.
- [12] 张琳, 张声生, 刘江奎. 单味大黄防治急性胰腺炎肠道衰竭临床观察[J]. 中国中医急症, 2009, 18(4): 528-529.
- [13] 戴莉. 生大黄灌肠改善肠功能状况的疗效观察[J]. 上海护理, 2004, 4(1): 52.
- [14] 徐君兰. 大黄防治危重症急性肠功能衰竭的护理研究[J]. 中国实用医药, 2010, 5(28): 229-230.
- [15] 董一飞, 华德林. 空肠营养管注入生大黄对预防重症胰腺炎患者肠衰竭的影响[J]. 中国中医急症, 2013, 22(3): 470-471.
- [16] 李书清, 沈宇清. 大黄防治危重症急性肠功能衰竭的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2008, 17(13): 1972-1973.
- [17] 陈海龙, 吴成中, 关凤林, 等. 大承气汤对肠道细菌微生态学影响的实验研究[J]. 中国微生态学杂志, 2007, 19(2): 132-134.
- [18] 张细江. 大承气汤对危重症患者胃肠功能衰竭防治作用的研究[J]. 实用中西医结合临床, 2005, 5(5): 7-8.
- [19] 杜秀民, 张锐. 加味大承气汤灌肠对危重脑卒中患者肠黏膜屏障保护作用的研究[J]. 中国中医急症, 2009, 18(10): 1581-1582.
- [20] 魏霞, 钦丹萍, 赖登攀, 等. 大承气汤加味方对重症急性胰腺炎大鼠肠功能衰竭的干预作用[J]. 中医杂志, 2013, 54(16): 1407-1411.
- [21] 沈震, 钱静华. 香砂六君子汤加减治疗危重病胃肠功能障碍[J]. 浙江中医药大学学报, 2008, 32(5): 621.
- [22] 陈分乔. 肠胃舒煎剂配合西医防治胃肠功能衰竭 24 例疗效观察[J]. 河北中医, 2010, 7(7): 1026-1027.
- [23] 王新宇. 电针治疗急性胰腺炎及对患者肠道通透性的影响[J]. 中国针灸, 2007, 27(6): 421-423.
- [24] 张敬浩, 杨青茹, 张建廷, 等. 医用磁贴对合并胃肠功能障碍的重症肺炎患者的临床疗效[J]. 临床肺科杂志, 2013, 18(10): 1806-1808.

(2014-02-17 收稿 责任编辑:洪志强)

(上接第 269 页)

所需资料主要来自既往病历记录,存在记录不详甚至偏差之处,加之对病例观察时间有限,未能够分期长时间观察。

因此,要对本病的证素、证候分布规律进行规范研究,必须进行多中心大样本前瞻性研究,运用先进的研究方法,最终得出科学的、符合临床实际的证素、证候分布、演变规律及其与胃肠功能障碍的相关性,研究其发生联系的物质基础、机制等,以指导临床,为中医中药在防治危重病方面提供重要依据。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013 年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2013, 36(4): 255-264.
- [2] 王吉耀. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2010.
- [3] 施焕中. 慢性阻塞性肺疾病[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006: 1.
- [4] 冉王鑫. 从我国《慢性阻塞性肺疾病诊治规范》的修订看 COPD 的定义及诊断研究进展[J]. 实用医学杂志, 2002, 18(7): 682-683.
- [5] Burge S, Wedzicha JA. COPD exacerbations: definitions and classifications[J]. Eur Respir J, 2003, 41: 46.
- [6] 朱文锋. 中医诊断学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2008.
- [7] 朱文锋. 证素辨证学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2008.
- [8] 朱文锋, 张华敏. 证素的基本特征[J]. 中国中医基础医学杂志, 2005, 11(1): 17-18.
- [9] 周仲瑛, 金实, 李明富, 等. 中医内科学[M]. 2 版. 北京:中国中医药出版社, 2007: 112-119.
- [10] Halpern MT, Stanford RH, Borker R. The burden of COPD in the U. S. A.: results from the Confronting COPD survey[J]. Respir Med, 2003, 97: S81-S89.
- [11] 蔡柏蔷, 肖毅. 当代呼吸病学进展[M]. 北京:中国协和医科大学出版社, 2008.
- [12] 李建生, 王明航, 余学庆, 等. 慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭中医证候分布规律的文献研究[J]. 中医杂志, 2010, 51(01): 68-71.
- [13] 王明航, 李建生, 余学庆. 慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭中医证候要素分布规律的临床文献分析[J]. 上海中医药大学学报, 2009, 43(04): 35-37.
- [14] 韩云, 邱剑波, 麦舒桃, 等. AECOPD 呼吸衰竭中医证候及证候要素分布规律临床研究[C]. 全国中医内科肺病第十四次学术研讨会论文集, 2010: 35-39.
- [15] MacFie J. Enteral versus parenteral nutrition: the significance of bacterial translocation and gut barrier function[J]. Nutrition, 2000, 16(728): 606-611.

(2014-02-17 收稿 责任编辑:洪志强)