

99例慢性阻塞性肺疾病中医证候横断面调查

傅开龙¹ 卢健² 焦扬²

(1. 福建医科大学附属协和医院中医科, 福州市新权路 29 号, 350001; 2. 北京中医药大学东方医院)

[摘要] 目的 探讨慢性阻塞性肺疾病(COPD)的中医症状、证候特征。方法 制定 COPD 中医证候调查表, 对 99 例患者进行横断面临床调查。结果 急性加重期实证的发生率依次为: 血瘀证、痰热蕴肺证、表寒肺热证、痰湿阻肺证; 虚证的发生率依次为: 肺气虚证、脾气虚证、肾阳虚证。缓解期实证的发生率依次为: 血瘀证、痰热蕴肺证、痰湿阻肺证; 虚证的发生率依次为: 肺气虚证、脾气虚证、肾阳虚证。结论 急性加重期是外邪诱发而病情急性加重的本虚标实、虚实夹杂、以实为主、病机复杂的时期。缓解期是以肺、脾、肾三脏气虚、阳虚为主, 伴有血瘀、痰热等本虚标实、以虚为主的病期。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病; 中医证候; 临床调查

Investigation on TCM Syndromes of 99 Cases of Chronic Obstructive Pulmonary Diseases

FU Kai-long¹, LU Jian², Jiao Yang²

(1. Xiehe Hospital Affiliated to Fujian Medical University, Fuzhou 350001; 2. Dongfang Hospital of Beijing University of Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To study the characteristics of TCM symptom and syndrome of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Methods** The TCM syndrome investigation tables on COPD were made to carry out the transection clinical investigation on 99 cases. **Results** In the acute aggravating stage, the incidence of excess syndrome was in an order of blood stasis syndrome, phlegm heat in lung syndrome, exterior cold and lung heat syndrome, and phlegm damp in lung syndrome; while the incidence of deficiency syndrome was in an order of lung-qi deficiency syndrome, spleen-qi deficiency syndrome, and kidney-yang deficiency syndrome. In the relieved stage, the incidence of excess syndrome was in an order of blood stasis syndrome, phlegm heat in lung syndrome, and phlegm damp in lung syndrome; while the incidence of deficiency syndrome was in an order of lung-qi deficiency syndrome, spleen-qi deficiency syndrome, and kidney yang deficiency syndrome. **Conclusion** The acute aggravating stage is characterized by deficiency in origin and excess in superficiality, complicated case of deficiency with excess, induced by exogenous pathogenic factors. The relieved stage is the one in which the pathological changes are symptomized as qi deficiency of lung, spleen and kidney, mainly yang deficiency, and accompanied with manifestations of excess in superficiality, blood stasis and phlegm heat, mainly deficiency.

Key Words Chronic obstructive pulmonary disease; TCM symptoms; TCM syndromes; Clinical survey

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种严重危害人类健康的慢性呼吸系统疾病,在世界上已占当前死亡病因的第四位。本研究拟通过探讨 COPD 在急性加重期和稳定期的中医证候特征,为提高该病的中医临床辨证论治水平提供依据。

1 临床资料

1.1 一般资料

本研究共收集 2004 年 9 月~2006 年 5 月在北京中医药大学东方医院呼吸科住院的 COPD 患者 99 例,西医诊断明确,符合纳入标准。其中男性 49 例,女性 50 例;年龄 43~88 岁,平均 72.25 岁。全部患者入院时均处于急性加重期,经过 2~4 周的治疗,99 例中 94 例病情得到缓解,进入稳定期,被纳入到稳定期组,病情持续加重或死亡的 5 例患者未被计入稳定期进行分析。

1.2 西医诊断标准

根据中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病

学组于 2002 年发表的《COPD 诊治指南》的标准进行诊断^[1]。根据美国国立心肺血液研究所与世界卫生组织合作制订的《慢性阻塞性肺疾病防治全球倡议(GOLD)》进行病情分级^[2]。0 级(危险期):慢性症状(咳嗽、咯痰),危险因素暴露史,肺功能正常。I 级(轻度): $FEV_1/FVC < 70\%$, FEV_1 占预计值百分比 $\geq 80\%$ 。II 级(中度): $FEV_1/FVC < 70\%$, FEV_1 占预计值百分比 $< 80\%$ 但 $\geq 50\%$ 。III 级(重度): $FEV_1/FVC < 70\%$, FEV_1 占预计值百分比 $< 50\%$ 但 $\geq 30\%$ 。IV 级(极重度): $FEV_1/FVC < 70\%$, FEV_1 占预计值百分比 $< 30\%$,或 FEV_1 占预计值百分比 $< 50\%$ 并伴有慢性呼吸衰竭。

根据患者的临床症状变化进行分期。急性加重期:患者在短期内咳嗽、咯痰、气短和(或)喘息加重,痰量增多,呈脓性或黏液脓性,可能伴有发热等症状。稳定期:临床症状好转,咳嗽、咯痰、气短等症状明显减轻或消失。

1.3 纳入标准

根据患者的病史、症状、体征及实验室和肺功能检查,符合西医诊断标准;年龄大于 18岁;住院患者;肺功能检查病情分级为Ⅱ级以上。

1.4 排除标准

合并结核、恶性肿瘤的患者;合并急性左心功能衰竭、肾功能衰竭等各种其他器官严重病变患者。

2 研究方法

2.1 中医证候诊断方法

在总结文献资料和既往临床经验基础上,初步确定 COPD的 12种常见中医证候。参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]中咳嗽、喘证,《中药新药临床研究指导原则》^[4]中慢性支气管炎,《实用中医内科学》^[5]中咳嗽、喘证、肺胀等的辨证标准,制定出 COPD12种常见证候的证候诊断标准。风寒犯肺:主症:恶寒重发热轻,咳嗽,咯痰稀白。兼症:喘息,头痛或身痛,鼻塞,喷嚏,流清涕,口不渴,舌苔薄白,脉浮紧。主症必备,合并兼症中 2项以上可以确定诊断。风热犯肺:主症:发热重恶寒轻,咳嗽,口干。兼症:喘息,舌苔薄黄,舌边尖红,脉浮数,鼻塞,流浊涕,咽喉疼痛,痰黄黏。主症必备,合并兼症中 2项以上可以确定诊断。表寒肺热:主症:恶寒发热,咳嗽,咯痰色黄质黏稠。兼症:喘息,心烦,头身痛,口渴,小便黄,大便干,舌红,苔黄,脉浮数。主症必备,合并兼症中 2项以上可以确定诊断。痰热蕴肺:主症:咳嗽,痰黄黏。兼症:喘息,心烦,口干渴喜冷饮,发热无恶寒,小便黄,大便干结,舌红,苔黄或黄腻,脉滑数。主症必备,合并兼症中 2项以上可诊断。痰湿阻肺:主症:咳嗽,痰多色白。兼症:喘息,脘腹胀满,口黏不渴,胸闷,舌质淡或偏胖,苔腻,脉滑。主症必备,合并兼症中 2项以上可以确定诊断。水凌心肺:主症:水肿,喘息,心悸。兼症:腹部胀满有水,小便量少,咳嗽,咯痰稀白量多,畏寒肢冷,舌淡胖,苔白滑,脉沉细。主症必备,合并兼症中 2项以上可以确定诊断。肺气虚:主症:咳嗽,气短,自汗,恶风,易感冒。兼症:久咳不愈,咳声低弱,喘息,神疲乏力,少气懒言,舌质淡,苔白,脉弱。具备主症 2项,次症 2项,或主症 1项,次症 3项者即可诊断。脾气虚:主症:食少纳呆,腹胀,便溏,体倦乏力。兼症:口淡不渴,面色萎黄,水肿,恶心呕吐,少气懒言,舌质淡,舌体胖或有齿痕,脉细弱,具备 2项主症,或主症 1项,次症 2项即可诊断。肾阳虚:主症:腰膝酸软,畏寒肢冷,动则气促。兼症:精神萎靡,夜尿频数,下肢水肿,咳时遗尿,舌淡苔白,脉沉迟。具备主症 2项,次症 2项,或主症 1项,次症 3项即可诊断。肺阴虚:主症:干咳,无痰或少痰,痰黏难

咳。兼症:口咽干燥,午后潮热,盗汗,形体消瘦,气短,痰中带血,舌红少津,脉细数。主症必备,合并兼症中 2项可以确定诊断。肾阴虚:主症:腰膝酸软,五心烦热。兼症:头晕,耳鸣或耳聋,口燥咽干,潮热,盗汗,形体消瘦,失眠健忘,舌红少津,少苔或无苔,脉细数。主症必备,合并兼症中 2项可以确定诊断。血瘀证:主症:刺痛,痛有定处,拒按,唇甲紫绀,面色紫暗,舌紫暗,舌有瘀斑,舌下脉络迂曲青紫,脉涩或弦迟。兼症:肌肤甲错,皮下瘀斑,癥积。具备主症 2项,或主症 1项,次症 2项者即可诊断。

2.2 制订调查表

查询、检索、整理文献资料,回顾既往中医药学相关研究,借鉴循证医学研究方法,分析已有病例资料,整理现有中西医结合治疗 COPD的内容,广泛征求本专业专家的意见,制定中医证候调查表,主要内容包括性别、年龄、吸烟史、病程、咳嗽、喘息、痰色、质量等主症以及其它辨证论治所需的四诊资料。

2.3 进行中医证候的横断面调查

由经过培训的硕士研究生进行临床证候调查,观察、记录患者急性加重期和稳定期的临床症状、体征、舌象及脉象,填写中医证候调查表。急性加重期调查时间为患者入院后 24小时内,稳定期调查时间为患者进入稳定期后 48~72小时。

2.4 统计学分析

使用 SPSS10.0进行统计学分析,比较 COPD急性加重期和稳定期不同证候的分布情况。

3 结果

3.1 中医症状特征

此次调查的 99例 COPD患者中,急性加重期的主要症状表现为中、重度的连声咳,伴大量难以咯出的黏痰,痰色以黄或黄白相兼较多见,同时,大部分患者可出现中、重度的喘息、气短,伴有“呼多吸少”,严重影响活动和睡眠。舌红、口苦等热象,唇甲紫暗、舌暗有瘀斑等瘀象,肺、脾、肾三脏的虚象和恶寒、发热、头身痛等表证均有较高的发生率。

与急性加重期相比,在 COPD稳定期患者咳嗽、咯痰、喘息、气短等症状有明显的好转,舌红口苦等热象也有显著的减轻,而唇甲紫暗、舌暗有瘀斑等瘀象仍有较高的发生率,肺、脾、肾三脏虚损的程度减轻,全身症状减轻,饮食、舌、脉均有好转趋势。

3.2 中医证候频次分布

3.2.1 COPD中医证候不同病期分布 表 1示,急性加重期实证的发生率由多至少依次为:血瘀证、痰热蕴肺证、表寒肺热证、痰湿阻肺证;虚证的发生率由多至

少依次为:肺气虚证、脾气虚证、肾阳虚证 稳定期实证的发生率由多至少依次为:血瘀证、痰热蕴肺证、痰湿阻肺证;虚证的发生率由多至少依次为:肺气虚证、脾气虚证、肾阳虚证。

表 1 不同病期 COPD 中医证候分布

证型	急性加重期 (99例)		稳定期 (94例)	
	频次	频率 (%)	频次	频率 (%)
风寒犯肺	0	0	0	0
风热犯肺	7	7.1	0	0
表寒肺热	19	19.2	0	0
痰热蕴肺	55	55.6	11	11.7
痰湿阻肺	11	11.1	2	2.1
水凌心肺	6	6.1	1	1.1
肺气虚	81	81.8	52	55.3
脾气虚	78	78.8	41	43.6
肾阳虚	47	47.5	38	40.4
肾阴虚	13	13.1	12	12.8
肺阴虚	0	0	0	0
血瘀证	82	82.8	44	46.8

3.2.2 COPD急性加重期不同病情分级的中医证候分布 表 2示,COPDⅡ级、Ⅲ级、Ⅳ级患者在急性加重期的证候发生频率与总体情况一致。但 COPDⅣ级患者的虚证发生率中脾气虚证发生率升高至首位,肺气虚证发生率相对降低,其他证候发生率未出现变化。

表 2 COPD急性加重期不同病情分级的中医证候分布

证候	Ⅱ级 (30例)		Ⅲ级 (43例)		Ⅳ级 (24例)	
	频次	频率 (%)	频次	频率 (%)	频次	频率 (%)
风寒犯肺	0	0	0	0	0	0
风热犯肺	4	13.3	2	4.4	1	4.2
表寒肺热	7	23.3	6	13.3	6	25.0
痰热蕴肺	13	43.3	28	62.2	14	58.3
痰湿阻肺	3	10.0	6	13.3	2	8.3
水凌心肺	4	13.3	1	2.2	1	4.2
肺气虚	21	70.0	42	93.3	18	75.0
脾气虚	22	73.3	35	77.8	21	87.5
肾阳虚	11	36.7	22	48.9	14	58.3
肾阴虚	3	10.0	5	11.1	5	20.8
肺阴虚	0	0	0	0	0	0
血瘀证	20	66.7	40	88.9	22	91.7

3.2.3 COPD稳定期不同病情分级的中医证候分布 表 3示,COPDⅡ级、Ⅲ级、Ⅳ级患者在稳定期所出现的证候发生频率按实证与总体情况一致,虚证的发生率在各级之间略有差异,但皆以肺、脾、肾三脏的气虚、阳虚为主,阴虚者相对较少。

3.3 COPD证候组合情况

3.3.1 COPD急性加重期证候组合结果 COPD急性加重期的证候以 4种以上复合证候多见,4种证候组合者 29例,5种证候组合者 28例,6种证候组合者 17例,7种证候组合者 3例,共 77例。其中,最为常见

表 3 COPD稳定期不同病情分级的中医证候分布

证候	Ⅱ级 (30例)		Ⅲ级 (43例)		Ⅳ级 (24例)	
	频次	频率 (%)	频次	频率 (%)	频次	频率 (%)
风寒犯肺	0	0	0	0	0	0
风热犯肺	0	0	0	0	0	0
表寒肺热	0	0	0	0	0	0
痰热蕴肺	2	6.7	8	18.6	1	4.8
痰湿阻肺	2	6.7	0	0	0	0
水凌心肺	0	0	0	0	1	4.8
肺气虚	15	50.0	25	58.1	12	57.1
脾气虚	10	33.3	22	51.2	9	42.9
肾阳虚	12	40.0	16	37.2	10	47.6
肾阴虚	4	13.3	6	14.0	2	9.5
肺阴虚	0	0	0	0	0	0
血瘀证	10	33.3	24	55.8	10	47.6

的证候组合为痰热瘀血兼肺脾气虚证候;痰热瘀血兼肺脾肾俱虚证候;表寒肺热兼痰热血瘀、肺脾肾俱虚证候;痰热瘀血、肺脾气虚兼肾阴阳两虚证候;痰湿瘀血兼肺脾肾俱虚证候等。

3.3.2 COPD稳定期证候组合结果 COPD稳定期的证候明显较急性加重期单纯,无明显证候者、单证及两证复合证候共计 48例,4种以上复合证候者 28例。其中以血瘀兼肺脾肾俱虚证候;血瘀兼肺肾两虚证候;血瘀、肺脾气虚兼肾阴阳两虚证候;血瘀兼脾气虚证候;血瘀兼肺脾气虚证候最为多见。

4 讨论

COPD的主要临床症状是慢性咳嗽、咳痰、气短或呼吸困难、喘息和胸闷,根据其临床表现可归属于“咳嗽”、“喘证”、“肺胀”范畴。中医学理论认为 COPD多由久病咳喘发展而来,久病肺虚,痰瘀互阻,每因复感外邪诱使病情急性加重。痰和瘀既是疾病过程中产生的重要病理产物,又是导致疾病发生、发展的重要病理因素,而虚则是疾病发生的内因。COPD的病变首先在肺,外邪从口鼻、皮毛入侵,首先犯肺,导致肺气宣降不利,上逆为咳,升降失常则为喘,咳喘日久,耗伤其气,久则肺气虚,肺病及脾,脾失健运,可致肺脾两虚;肺为气之主,肾为气之根,肺病伤及肾,肾气疲惫,摄纳无权,则短气难续,动则尤甚;肺主气,主治节,与心脉相通,肺气辅佐心脉运行,肺虚治节失职,则血行瘀滞,循环不利,血瘀肺脉,肺气更加壅塞,导致气虚血滞,血瘀气滞,病及于心,临床出现心悸、紫绀、舌质紫暗等瘀血的表现^[6,7]。

从研究结果可见,肺气虚证及血瘀证始终存在于COPD的各个时期中,占有极重要地位;痰热蕴肺证在COPD急性加重期中占有主要地位。从COPD的证候特征可见其病因病机的复杂性^[8],这不仅给临床辨证

诊断增加了难度,也增加了治疗的难度,确定治则治法时,需要多因素分析,标本兼顾,驱邪不伤正,补虚不留邪

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.中华结核和呼吸杂志, 2002, 25(8): 453~ 460.

[2] GOLD Executive Committee [DB/OL]. Guidelines Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, November 2003. Http://www.goldcopd.com/Guidelineitem.

[3] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准.南京: 南京大

学出版社, 1994 1~ 4.

[4] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则.北京: 中国医药科技出版社, 2002 54

[5] 方药中.实用中医内科学.上海: 上海科学技术出版社, 1995 148, 163, 175.

[6] 田正鉴,徐幼明,李亚清.慢性阻塞性肺疾病中医病机探微.湖北中医学院学报, 2001, 3(1): 29~ 30.

[7] 田代华整理.黄帝内经素问.北京: 人民卫生出版社, 2005 11, 17, 46

[8] 徐毓华.慢性阻塞性肺疾病辨证的现代化研究.光明中医, 2004, 19(6): 19~ 21.

(收稿日期: 2006- 10- 13;修回日期: 2007- 05- 09)

耳垂刺血配合针刺治疗寻常痤疮 85例

刘 朝 晖

(中国中医科学院针灸研究所,北京市东直门内南小街 16号, 100700)

寻常痤疮是一种毛囊、皮脂腺的慢性炎症性疾病,好发于颜面及胸背部,可形成黑头粉刺、丘疹、脓疮、结节、囊肿等损害,直接影响外貌。笔者自 2001~ 2005 年用耳垂刺血配合针刺治疗本病 85 例,取得较为满意的结果,兹报道如下。

1 临床资料

85 例均为在西医院皮肤科确诊为寻常痤疮,并服用多种中西药物乏效或复发者。85 例患者中男性 32 例,女性 53 例,年龄 15~ 36 岁,病程 0.5~ 8 年。中医辨证属肺经风热型 39 例,肺胃蕴热型 16 例,肝郁阴虚型 25 例,痰瘀互结型 5 例。

2 治疗方法

2.1 耳垂刺血方法

常规消毒后,用直径 0.6mm 的一次性三棱针刺耳垂部的扁桃体穴,可刺 1~ 2 次,深度约 2mm,挤出 10~ 15 滴血。每周治疗 2 或 3 次,以 10 次为 1 个疗程。刺血疗法在针刺治疗之前或之后均可。

2.2 局部穴位

百会、印堂、瞳子髎、承浆,均斜刺;颧髎、巨髎、下关,直刺;阿是穴(即痤疮明显或有结节囊肿的部位),平刺,一般用 2 或 3 针围刺。局部穴不用补泻手法,留针候气。

2.3 体穴

根据辨证分型,按组选穴治疗。肺经风热型选合谷、曲池、大椎、肺俞;肺胃蕴热型选合谷、曲池、外关、足三里、阳陵泉、三阴交;肝郁阴虚型选肝俞、肾俞、太溪、太冲;痰瘀互结型选丰隆、足三里、血海、气海。体穴用平补平泻手法,留针 30 分钟。每周 2 或 3 次,10 次为 1 个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

基本痊愈:自觉症状及皮损消失 95% 以上,无新疹出;显效:皮损减少 $\geq 70\%$,少有新疹出现;有效:皮损减少 $\geq 30\%$;但无新疹出现;无效:治疗 3 个疗程后,皮损消退 $\leq 30\%$,或无明显

变化,有新疹增多。

3.2 治疗结果

治疗 85 例,痊愈 6 例,显效 12 例,有效 9 例,无效 3 例,总有效率 96.47%。按中医辨证分型统计治疗结果如下:(1)肺经风热型:治疗 39 例,痊愈 3 例,显效 5 例,有效 3 例。(2)肺胃蕴热型:治疗 16 例,痊愈 8 例,显效 4 例,有效 3 例,无效 1 例。(3)肝郁阴虚型:治疗 25 例,痊愈 2 例,显效 2 例,有效 1 例。(4)痰瘀互结型:治疗 5 例,显效 1 例,有效 2 例,无效 2 例。

4 讨论

痤疮中医称之为“肺风粉刺”。肺主皮毛,肺与大肠相表里。颜面为阳明胃经、大肠经所过之处,为痤疮易发多发部位。痤疮的发生主要由于年轻人阳气旺盛,血热壅盛;或由于外来风热侵袭肺卫,宣发于头面;或嗜好辛辣肥甘厚味,以致胃肠蕴积湿热,发于肌肤;或中年人因劳倦,精神紧张,郁怒伤肝,耗伤阴血,虚火上炎而发疹;若反复发作,缠绵不愈,则造成痰热郁结,形成囊肿、结节、瘢痕和色素沉着。不论是实热、蕴热、湿热,还是虚火,总的病因均以火热之邪炎上而发病为主。

耳垂刺血的疗法是基于耳垂是人体头面部的反射区。因此,在耳垂部的扁桃体穴刺血,可以达到清泻头面部火热邪气的目的;另外,扁桃体位于咽喉部,为肺所主,因此,在此穴刺血亦可达到清肺热的效果。一般在治疗 3~ 5 次,即可取得明显的效果。再配合局部和体针可取得较为满意的疗效。

本方法的优点在于:(1)不会在面部留下明显创伤和治疗的痕迹。据临床报道,面部和背部刺络拔罐法也有较好的疗效,但往往造成明显的印迹,影响工作生活。(2)避免了药物的副作用。(3)局部治疗与全身调理并举,既重视生理因素,也考虑到心理因素,标本兼顾。(4)疗程短,疗效显著。

为了预防复发,患者还必须注重皮肤养护,保持皮肤清洁,切勿用手挤压皮疹,以防继发感染;合理饮食,忌食辛辣、肥甘厚味、腥发之物,防止便秘;调理情绪,以防肝郁气滞,伤脾生湿,郁而化热。

(收稿日期: 2006- 12- 05;修回日期: 2007- 04- 05)