

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.09.014

慢性阻塞性肺疾病证候演变特点临床调查

李建生^{1,*}, 张海龙^{2,3}, 王海峰^{2,3}, 曹帆⁴, 侯聪霞⁵, 潘颖超⁶, 张盼奎^{2,3}, 余学庆^{2,3}

(1. 河南中医药大学老年医学研究所, 河南省郑州市郑东新区龙子湖高校园区, 450008; 2. 呼吸疾病诊疗与新药研发河南省协同创新中心; 3. 河南中医药大学第一附属医院; 4. 河南省人民医院; 5. 河南省胸科医院; 6. 浙江中医药大学附属第二医院)

摘要 目的 探讨慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 急性加重期-危险窗-稳定期中医证候演变特点。方法 收集 8 家医院 COPD 急性加重期、危险窗、稳定期患者 500 例, 制定 AECOPD 危险窗中医证候临床研究调查表, 调查内容包括患者一般人口学资料、疾病相关指标和中医四诊信息指标, 分别观察并记录 COPD 急性加重期、危险窗及稳定期各阶段基础证、临床证候的分布及演变情况。结果 收回急性加重期、危险窗期有效调查表各 406 份, 稳定期有效调查表 370 份。病性: COPD 在急性加重期, 病性虚实比为 1 : 2.86, 证候以实为主; 危险窗时, 病性虚实比为 1 : 1.06, 证候以虚实夹杂为主; 稳定期, 病性虚实比为 1 : 0.09, 证候以虚为主。病位: 痰热壅肺、痰湿阻肺、外寒内饮、痰热壅肺兼肺肾气虚、痰热壅肺兼血瘀和痰湿阻肺兼肺脾气虚为急性加重期的 6 个主要证候, 急性加重期病位以肺为主, 进入危险窗后新增病位心和脾, 进入稳定期后, 病位以肺肾和肺脾多见。急性加重期共出现 54 种证候类型, 危险窗期 53 种, 稳定期 44 种。结论 COPD 急性加重期以实证为主, 病位主要在肺; 危险窗虚实兼半, 病位在肺、脾及肾; 稳定期以虚证为主, 病位在肺、脾及肾, 体现了本病本虚标实的临床特点。

关键词 慢性阻塞性肺疾病; 急性加重期; 危险窗; 稳定期; 证候特点

慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 是一种严重危害公众健康的重大疾病^[1]。COPD 急性加重 (acute exacerbation of COPD, AECOPD) 是影响 COPD 病程的重大事件, 是导致患者住院率、死亡率增加的主要原因^[2-3]。AECOPD 发生并非是随机的、偶然的, 除了有部分高危因素可导致 COPD 患者再次出现急性加重外^[4], 急性加重多是在一次急性加重后的某一段时间集中发生^[5], 在此时期内 COPD 极易再次出现急性加重, 这个高度危险的时期称为 AECOPD 危险窗^[6]。本研究基于 AECOPD 危险窗, 采用多中心临床调查 COPD 急性加重期、危险窗和稳定期三个阶段的证候分布情况, 从疾病不同阶段主要证候构成来分析证候变化特点, 总结 COPD 中医证候演变规律, 为丰富 COPD 中医病机学说提供理论依据。

基金项目: 中医药行业科研专项 (201107002); 2012 年度国家中医临床研究基地业务建设科研专项 (JDZX2012028); 河南省高等学校重点科研项目计划 (14B360026)

* 通讯作者: li_js8@163.com

1 资料与方法

1.1 研究对象

收集 2011 年 7 月至 2012 年 12 月河南中医学院第一附属医院、河南省人民医院、河南省胸科医院、浙江中医药大学附属第二医院、江苏省中医院、郑州大学第一附属医院、河南科技大学第一附属医院、河南大学附属淮河医院 8 家医院呼吸内科住院 AECOPD 患者 500 例。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 AECOPD 参照《COPD 诊断、处理和预防全球策略》^[7]及 Anthonisen 关于 AECOPD 的定义^[8]进行诊断。

AECOPD 危险窗: 参照《社区获得性肺炎诊断和治疗指南》^[9]患者出院标准和文献^[1]中 AECOPD 患者出院规范, 初步制定 AECOPD 危险窗诊断标准: 1) 体温 $\leq 37.0^{\circ}\text{C}$; 2) 平静时心率 ≤ 100 次/min; 3) 平静时呼吸频率 ≤ 24 次/min; 4) 收缩压 ≥ 90 mmHg; 5) 动脉血氧饱和度 $\geq 90\%$ 或

者未吸氧状态下 $\text{PaO}_2 \geq 60 \text{ mmHg}$; 6) 对短效 β_2 受体激动剂的吸入应少于每 4 小时 1 次; 7) 临床稳定 12 ~ 24 h; 8) 白细胞计数 $< 10 \times 10^9 / \text{L}$ 或中性粒细胞百分比 $\leq 70\%$; 9) 无需使用抗菌药物; 10) 患者能够进食, 且睡眠不受呼吸困难的影响。以上条件需同时满足。

1.2.2 中医诊断标准 AECOPD 中医诊断标准参照中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会制定的《慢性阻塞性肺疾病中医证候诊断标准 (2011 版)》^[8]。

1.3 纳入及排除标准

纳入标准: 符合 AECOPD 诊断标准; 年龄 40 ~ 80 岁; 患者依从性好且签署知情同意书。

排除标准: 1) 合并严重心功能不全 (IV 级) 及血流动力学不稳定者; 2) 合并支气管扩张, 或活动性肺结核; 3) 闭塞性细支气管炎, 弥漫性泛细支气管炎; 4) 合并有气胸、胸腔积液、肺栓塞者; 5) 合并影响呼吸运动功能的神经肌肉疾病; 6) 肿瘤患者; 7) 需进行机械通气的呼吸衰竭者。

1.4 研究方法

1.4.1 调查内容 包括患者一般人口学资料、疾病相关指标和中医四诊信息。分别观察并记录 COPD 急性加重期、病情缓解后进入危险窗及危险窗 8 周后进入稳定期的中医证候学相关资料。

1.4.2 调查方法 根据文献 [9-10] 及前期预研究结果, 制定 AECOPD 危险窗中医证候临床研究调查表。当出现调查表中未列出的证候类型或相关诊断指标等内容时, 可由问卷研究人员或被研究者如实填写。

调研前对所有研究人员进行统一培训, 一致性检验结果良好 ($\text{Kappa} = 0.790$, $P = 0.008$); 中医辨证诊断需经两名医师 (包括副主任医师及以上者) 明确诊断; 为确保调查质量, 成立质量控制小组, 对研究病例进行抽样和复核。

1.5 统计学方法

采用 EpiData 3.0 数据录入软件, 将所收集资料进行数据审核、整理后, 由两位数据管理员独立进行双录入, 建立 AECOPD 危险窗临床调查研究数据库。运用 SPSS 13.0 统计软件进行频次、频率或均数的统计描述。

2 结果

2.1 一般资料

发放调查表 500 份, 收回 496 份。其中急性加重期死亡 15 例、脱落 45 例, 急性加重治疗 21 天

未进入危险窗 21 例、9 例因缺乏中医证候诊断而被排除, 故得到急性加重期、危险窗期有效调查表 406 份, 其中男性 308 例, 女性 98 例; 平均年龄 (68.51 ± 10.26) 岁; 吸烟者 243 例, 不吸烟者 163 例。406 例患者进入危险窗后, 25 例在危险窗出现急性加重, 11 例脱落, 共收集 370 份稳定期有效调查表。

2.2 COPD 各阶段基础证及临床证候分布情况

2.2.1 COPD 各阶段基础证分布 表 1、表 2 示, 406 例急性加重期患者共出现了 20 个基础证 (实证 12 个、虚证 8 个), 实证中痰热证频率最高 (57.4%), 其次是痰湿证 (27.6%)。406 例危险窗期患者共出现了 14 个基础证 (实证 6 个, 虚证 8 个), 其中肺气虚证频率最高 (91.9%), 其次是肾气虚证 (60.6%) 和痰湿证 (53.7%)。370 例稳定期患者共出现 12 个基础证 (实证 4 个, 虚证 8 个), 其中肺气虚频率最高 (84.3%), 其次是肾气虚 (55.1%)。

表 1 慢性阻塞性肺疾病各阶段实证分布情况 频次 (%)

实证	急性加重期 (406 例)	危险窗 (406 例)	稳定期 (370 例)
痰热证	233 (57.4)	24 (5.9)	1 (0.3)
痰湿证	112 (27.6)	218 (53.7)	0
寒饮证	30 (7.4)	1 (0.2)	0
血瘀证	29 (7.1)	73 (18.0)	35 (9.5)
风寒证	18 (4.4)	2 (0.5)	0
风热证	6 (1.5)	0	0
痰闭证	6 (1.5)	0	1 (0.3)
水饮证	4 (1.0)	21 (5.2)	2 (0.5)
风燥证	2 (0.5)	0	0
邪热证	2 (0.5)	0	0
寒痰证	2 (0.5)	0	0
腑实证	1 (0.2)	0	0

表 2 慢性阻塞性肺疾病各阶段虚证分布情况 频次 (%)

虚证	急性加重期 (406 例)	危险窗 (406 例)	稳定期 (370 例)
肺气虚	84 (20.7)	373 (91.9)	312 (84.3)
肾气虚	62 (15.3)	246 (60.6)	204 (55.1)
脾气虚	27 (6.7)	106 (26.1)	114 (30.8)
肺阴虚	21 (5.2)	84 (20.7)	73 (19.7)
肾阴虚	21 (5.2)	83 (20.4)	75 (20.3)
肾阳虚	20 (4.9)	32 (7.9)	25 (6.8)
心阳虚	12 (3.0)	13 (3.2)	21 (5.7)
脾阳虚	10 (2.5)	24 (5.9)	23 (6.2)

2.2.2 COPD 各阶段临床证候分布 406 例急性加重期患者中共出现了 22 个 (频次 ≥ 2) 临床证候:

1) 实证中痰热壅肺证出现频率最高 (185, 45.6%), 其次是痰湿阻肺证 (67, 16.5%)、外

寒内饮证 (30, 7.4%)、痰热壅肺兼血瘀证 (8, 2.0%)、风寒袭肺证 (5, 1.2%)、风热袭肺证 (4, 1.0%)、痰湿阻肺兼血瘀证 (2, 0.5%)、痰瘀互阻证 (2, 0.5%); 2) 无虚证出现; 3) 虚实夹杂证中痰热壅肺兼肺肾气虚证出现频率最高 (17, 4.2%), 其次是痰湿阻肺兼肺脾气虚证 (8, 2.0%)、痰热壅肺兼肺脾气虚证 (7, 1.7%)、痰湿阻肺兼肺肾气虚证 (7, 1.7%)、风寒袭肺兼肺肾气虚证 (5, 1.2%)、痰热壅肺兼气阴两虚证 (5, 1.2%)、痰热壅肺兼肺肾阴虚证 (4, 1.0%)、痰湿阻肺兼气阴两虚证 (4, 1.0%)、风寒袭肺兼肺气虚证 (3, 0.7%)、风热袭肺兼肺脾气虚证 (2, 0.5%)、痰热壅肺兼肺肾气虚及脾肾阳虚证 (2, 0.5%)、痰湿阻肺兼肾气虚及心肾阳虚证 (2, 0.5%)、痰瘀互阻兼肺肾气虚证 (2, 0.5%)、痰瘀互阻兼气阴两虚证 (2, 0.5%)。

406 例危险窗期患者共出现了 25 个 (频次 ≥ 2) 临床证候: 1) 虚实夹杂证中肺肾气虚兼痰湿阻肺证出现频率最高 (78, 19.2%), 其次是肺脾气虚兼痰湿阻肺证 (40, 9.9%)、肺肾气阴两虚兼痰湿阻肺证 (31, 7.6%)、肺肾气虚兼痰瘀阻肺证 (16, 3.9%)、肺肾气阴两虚兼痰瘀阻肺证 (9, 2.2%)、肺脾气虚兼血瘀证 (8, 2.0%)、肺肾气虚兼痰热壅肺证 (8, 2.0%)、肺气虚兼痰瘀阻肺证 (7, 1.7%)、肺气虚兼痰湿阻肺证 (6, 1.5%)、肺脾气虚兼痰瘀阻肺证 (5, 1.2%)、肺肾气虚兼血瘀证 (5, 1.2%)、肺肾气虚兼阳虚水泛证 (5, 1.2%)、肺脾气虚兼痰热壅肺证 (4, 1.0%)、肺脾气虚兼阳虚水泛证 (3, 0.7%)、肺肾气阴两虚兼血瘀证 (3, 0.7%)、肺肾阴虚兼痰湿阻肺证 (3, 0.7%)、肺肾阴虚兼痰瘀阻肺证 (3, 0.7%)、肺肾阴虚兼血瘀证 (3, 0.7%)、心脾肾阳虚兼痰热壅肺证 (3, 0.7%); 2) 虚证中肺肾气虚证 (55, 13.5%)、肺脾气虚证 (35, 8.6%)、肺肾气阴两虚证 (22, 5.4%)、肺气虚证 (7, 1.7%)、肺肾阴虚证 (4, 1.0%); 3) 实证痰瘀阻肺证 (4, 1.0%) 出现频率较高。

370 例稳定期患者中共出现了 7 个 (频次 ≥ 2)

临床证候: 以虚证为主, 其中肺肾气虚证 (111, 30.0%) 出现频率最高, 其次是肺脾气虚证 (94, 25.4%)、肺肾气阴两虚证 (53, 14.3%)、肾气虚证 (18, 4.9%)、肺气虚证 (15, 4.1%)、心脾肾阳虚证 (9, 2.4%)、肺肾阴虚证 (7, 1.9%)、肺脾肾阳虚证 (2, 0.5%), 虚实夹杂证及实证较少。

2.3 COPD 各阶段病性及证候虚实构成情况

表 3 示, COPD 在急性加重期, 病性虚实比为 1 : 2.86, 证候以实为主 (75.4%); 危险窗时, 病性虚实比为 1 : 1.06, 病性虚实近半, 证候以虚实夹杂为主 (65.3%); 稳定期, 病性虚实比为 1 : 0.09, 证候以虚为主 (87.3%)。

2.4 COPD 各阶段证候演变

406 例患者急性加重期共出现 54 种证候类型, 危险窗期 53 种, 稳定期 44 种。急性加重期证候出现频率 $> 2.0\%$ 以上的证候有痰热壅肺、痰湿阻肺、外寒内饮、痰热壅肺兼肺肾气虚、痰热壅肺兼血瘀、痰湿阻肺兼肺脾气虚 6 种, 累计占 76.8%。这 6 种证候到危险窗期演变成 29 种证候, 到稳定期演变成 24 种证候。

2.4.1 急性加重期到危险窗期证候演变 以急性加重期最常见痰热壅肺 (168, 45.4%) 为例, 进入到危险窗期后演变为 16 种证候 (虚实夹杂证 12 种、虚证 3 种、实证 1 种), 其中频次 ≥ 2 的证候: 虚实夹杂证为肺肾气虚兼痰湿阻肺 (35, 9.5%)、肺肾气阴两虚兼痰湿阻肺 (20, 5.4%)、肺脾气虚兼痰湿阻肺 (19, 5.1%)、肺肾气虚兼痰瘀阻肺 (7, 1.9%)、肺脾气虚兼血瘀 (4, 1.1%)、肺肾气虚兼痰热壅肺 (3, 0.8%)、肺肾气阴两虚兼痰瘀阻肺 (3, 0.8%)、心脾肾阳虚兼痰热壅肺 (3, 0.8%)、肺脾气虚兼痰瘀阻肺 (2, 0.5%)、肺气虚兼痰湿阻肺 (2, 0.5%)、肺肾气虚兼血瘀 (2, 0.5%)、肺肾阴虚兼痰湿阻肺 (2, 0.5%); 虚证为肺肾气虚 (27, 7.3%)、肺脾气虚 (17, 4.6%)、肺肾气阴两虚 (9, 2.4%); 实证为痰热壅肺 (4, 1.1%)。表明危险窗期以虚实夹杂证为主。

2.4.2 危险窗期到稳定期证候演变 1) 肺肾气虚兼痰湿阻肺 (35, 9.5%) 演变为肺肾气虚

表 3 慢性阻塞性肺疾病各阶段病性及证候虚实构成情况

虚实情况	急性加重期 (406 例)		危险窗 (406 例)		稳定期 (370 例)	
	频次	构成比 (%)	频次	构成比 (%)	频次	构成比 (%)
虚 (病性)	258	25.9	493	48.5	853	91.7
实 (病性)	740	74.1	523	51.5	77	8.3
虚 (证候)	2	0.5	130	32.0	323	87.3
实 (证候)	306	75.4	11	2.7	2	0.5
虚实夹杂 (证候)	98	24.1	265	65.3	45	12.2

(23, 6.2%)、肺脾气虚(6, 1.6%)、肾气虚(4, 1.1%)、肺肾气虚兼痰湿阻肺(1, 0.3%)、肺肾气虚兼血瘀(1, 0.3%); 2) 肺肾气阴两虚兼痰湿阻肺(20, 5.4%) 演变为肺肾气阴两虚(12, 3.2%)、肺肾气阴两虚兼痰湿阻肺(4, 1.1%)、心脾肾阳虚(2, 0.5%)、肺肾气虚(1, 0.3%)、肺肾气阴两虚兼痰瘀阻肺(1, 0.3%); 3) 肺脾气虚兼痰湿阻肺(19, 5.1%) 演变为肺脾气虚(15, 4.1%)、肺肾气虚(2, 0.5%)、肾气虚(2, 0.5%)。4) 肺肾气虚兼痰瘀阻肺(7, 1.9%) 演变为肺肾气虚(5, 1.4%)、肺脾气虚(1, 0.3%)、肺肾气虚兼痰瘀阻肺(1, 0.3%); 5) 肺脾气虚兼血瘀(4, 1.1%) 演变为肺脾气虚(2, 0.5%)、肺脾肾阳虚兼痰瘀阻肺(1, 0.3%); 6) 痰热壅肺(4, 1.1%) 演变为肺脾气虚(1, 0.3%)、肺肾阴虚(1, 0.3%)、肾气虚(1, 0.3%)、心脾肾阳虚兼痰瘀阻肺(1, 0.3%); 7) 肺肾气虚兼痰热壅肺(3, 0.8%) 演变为肺脾气虚(2, 0.5%)、肾气虚(1, 0.3%); 8) 肺肾气阴两虚兼痰瘀阻肺(3, 0.8%) 演变为肺肾气阴两虚(2, 0.5%)、肺肾气阴两虚兼痰瘀阻肺(1, 0.3%); 9) 心脾肾阳虚兼痰热壅肺(3, 0.8%) 演变为心、脾、肾阳虚(2, 0.5%)、心、脾、肾阳虚兼痰瘀阻肺(1, 0.3%); 10) 肺脾气虚兼痰瘀阻肺(2, 0.5%) 演变为肺肾气阴两虚(1, 0.3%)、肺脾气虚(1, 0.3%); 11) 肺气虚兼痰湿阻肺(2, 0.5%) 演变为肺气虚(2, 0.5%); 12) 肺肾气虚兼血瘀(2, 0.5%) 演变为肺肾气虚(2, 0.5%); 13) 肺肾阴虚兼痰湿阻肺(2, 0.5%) 演变为肺肾阴虚(2, 0.5%)。表明稳定期以虚证为主。

3 讨论

COPD 属于中医学“喘证”“肺胀”“咳嗽”等范畴。其病理性质有虚实之分, 实喘在肺, 为外邪、痰浊壅肺, 宣降不利所致; 虚喘责之肺、肾两脏, 因正气不足, 阴精亏耗, 而致肺肾出纳失常, 尤以气虚为主。在 COPD 病程中, 反复出现的急性加重是导致患者住院率、死亡率增加的主要原因, 因此, 减少反复发作的 AECOPD 已成为 COPD 的治疗目标之一, “AECOPD 危险窗”的提出为治疗 COPD 提供了新的思路。本研究基于 AECOPD 危险窗, 从疾病不同阶段总结了 COPD 中医证候演变规律。

本研究结果显示, 痰热壅肺、痰湿阻肺、外寒

内饮、痰热壅肺兼肺肾气虚、痰热壅肺兼血瘀和痰湿阻肺兼肺脾气虚为急性加重期的 6 个主要证候, 在 6 个主要证候中, 病位以肺为主, 与肺相兼的有肺肾和肺脾; 进入危险窗后新增病位心和脾, 但仍以肺肾和肺脾脏腑相兼为主, 另外, 还有与其他脏腑相兼如肺、脾、肾和肺、脾、肾、心, 单纯为肺的较少; 进入稳定期后, 病位仍以脏腑相兼为主, 以肺肾和肺脾多见, 其他如肺脾肾、心脾肾、肺脾肾心和肺心少见, 单一脏腑的也较少。肺为气之主, 司呼吸, 为五脏之华盖, 是气机升降之枢纽; 肾主摄纳, 有助于肺气肃降, 故有“肺为气之主, 肾为气之根”之说。外邪侵袭, 首先犯肺, 致肺宣发肃降功能失调, 呼吸不利致喘, 日久肺气亏虚, 气失所主, 亦可少气不足而为喘; 肺病日久, 金不生水, 肾气亏虚, 摄纳失常气不归原, 气逆于肺而为喘; 若肺病及脾, 子病及母, 脾失健运, 则可能出现肺脾气虚; 肺虚治节失职, 或是肾虚命门火衰, 也可病及于心, 使心气、心阳衰竭, 因此, COPD 病位在肺, 继则影响脾、肾, 后期及心。COPD 因外邪、痰浊阻遏肺气, 使宣降不畅而加重发为 AECOPD, 病位主要在肺; 病情缓解, 邪实渐去, 本虚渐露, 病位责之肺、脾、肾三脏, 严重阶段则影响到心, 故危险窗及稳定期病位主要在肺、脾、肾。

本研究结果表明, COPD 急性加重期证候以实为主, 危险窗以虚实夹杂为主, 稳定期以虚为主。由此可以看出, COPD 病理性质总属本虚标实, 在急性加重期为痰邪(痰热、痰湿)阻肺或痰瘀互阻, 常兼以气虚或气阴两虚, 病理性质以实为主^[1]; 病情缓解进入危险窗后, 邪实渐去, 本虚显露, 出现以痰湿、痰瘀与气虚、气阴两虚相互兼夹的证候, 病理性质为虚实夹杂; 到稳定期以气虚、气阴两虚为主, 兼有痰瘀, 病理性质以虚为主^[13]。COPD 的主要病理因素为痰浊、水饮或血瘀相互影响。在疾病早期以痰浊为主, 痰从寒化则成饮, 饮溢肌表则为水; 痰浊久留, 肺气郁滞, 肺朝百脉失职, 或气虚血行无力而为瘀, 瘀阻血脉, 血不利则为水, 渐而痰瘀并见。在急性加重期, 痰壅肺气则可出现痰浊(痰湿)之证; 感受寒邪则可为外寒内饮之证; 表邪未解入里化热或感受风热之邪, 热邪炼液成痰, 痰热壅塞肺气, 出现痰热之证; 病情缓解, 热象减退, 痰湿仍未完全消失, 痰瘀减轻但仍有羁留, 正虚显露, 进入虚实夹杂的危险窗期; 进入稳定期后, 正虚凸露, 实邪进退, 表现为气(阳)虚、气阴两虚为主, 兼存痰瘀。

参考文献

- [1] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD [EB/OL]. (2012-3-15) [2013-5-10]. <http://www.goldcopd.org>.
- [2] WEDZICHA JA, SEEMUNGAL TA. COPD exacerbations: defining their cause and prevention [J]. Lancet, 2007, 370 (9589): 786-796.
- [3] HURST JR, VESTBO J, ANZUETO A, et al. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease [J]. N Engl J Med, 2010, 363 (12): 1128-1138.
- [4] HURST JR, DONALDSON GC, QUINT JK, et al. Temporal clustering of exacerbations in chronic obstructive pulmonary disease [J]. Am J Respir Crit Care Med, 2009, 179 (5): 369-374.
- [5] 李建生, 王海峰. 基于慢性阻塞性肺疾病急性加重危险窗的祛邪扶正序贯辨证治疗策略 [J]. 中国中西医结合杂志, 2011, 31 (9): 1276-1280.
- [6] ANTHONISEN NR, MANFREDA J, WARREN CP, et al. Antibiotic therapy in exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease [J]. Ann Intern Med, 1987, 106 (2): 196-204.
- [7] 中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南 [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29 (10): 651-655.
- [8] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会. 慢性阻塞性肺疾病中医证候诊断标准 (2011 版) [J]. 中医杂志, 2012, 53 (2): 177-178.
- [9] 王至婉, 李建生, 余学庆, 等. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期证候及特征的临床调查研究 [J]. 中华中医药杂志, 2010, 25 (4): 504-509.
- [10] 李建生, 王至婉, 李素云, 等. 慢性阻塞性肺疾病稳定期常见证候及特征的临床调查 [J]. 河南大学学报 (医学版), 2010, 29 (3): 155-159.
- [11] 李建生, 余学庆, 王明航, 等. 中医治疗慢性阻塞性肺疾病研究的策略与实践 [J]. 中华中医药杂志, 2012, 27 (6): 1607-1614.
- [12] 李建生. 正虚积损为慢性阻塞性肺疾病的主要病机 [J]. 中华中医药杂志, 2011, 26 (8): 1710-1713.

Clinical Survey on Syndrome Evolution Characteristics in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients

LI Jiansheng^{1,2}, ZHANG Hailong^{2,3}, WANG Haifeng^{2,3}, CAO Fan⁴, HOU Congxia⁵, PAN Yingchao⁶, ZHANG Pankui^{2,3}, YU Xueqing^{2,3}

(1. Institute of Geriatric Medicine, Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, 450008; 2. Henan Collaborative Innovation Center of Diagnosis and Treatment of Respiratory Diseases and New Drug Development; 3. First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine; 4. Henan Provincial People's Hospital; 5. Henan Provincial Chest Hospital; 6. Second Affiliated Hospital of Zhejiang University of Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To explore the Chinese medicine syndrome evolution characteristics of acute exacerbation-risk window-stationary phase of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Methods** Totally 500 COPD patients (acute exacerbation, risk window and stationary phase) from 8 hospitals were collected. Chinese medicine syndrome clinical research questionnaires of acute exacerbation of COPD (AECOPD) and risk window were made. The survey included patients' general demographic data, disease related indexes and Chinese medicine four diagnostic information indexes. The basic syndrome, distribution of clinical syndrome and the evolution in COPD acute exacerbation, risk window and stationary phase were examined and recorded. **Results** Questionnaires in acute exacerbation and risk window recalled were both 406. Questionnaires in stationary phase were 370. 1) Nature of disease. In acute exacerbation of COPD, deficiency-excess ratio of disease nature was 1 : 2.86. The main syndrome was excess. In risk window, the ratio was 1 : 1.06. The main syndrome was intermingled deficiency and excess. In stationary phase, the ratio was 1 : 0.09. The main syndrome was deficiency. 2) Location of disease. Six main syndromes in acute exacerbation were phlegm-heat obstructing lung, phlegm-damp obstructing lung, external cold and internal fluid, phlegm-heat obstructing lung with Qi deficiency of lung and kidney, phlegm-heat obstructing lung with blood stasis, as well as phlegm-damp obstructing lung with Qi deficiency of lung and spleen. In acute exacerbation, the location of disease was mainly lung. After going to risk window, new disease location heart and spleen increased. After going to stationary phase, common disease locations were lung-kidney and lung-spleen. In acute exacerbation, there were 54 syndromes recorded, 53 in risk window, and 44 in stationary phase. **Conclusion** In acute exacerbation of COPD, the main syndrome was excess syndrome; the main disease location was lung. In risk window, the syndrome was intermingled deficiency and excess; the disease locations were lung, spleen and kidney. In stationary phase, the main syndrome was deficiency syndrome; the disease locations were lung, spleen and kidney. The results reflected the clinical characteristics of asthenia in origin and asthenia in superficiality of this disease.

Keywords chronic obstructive pulmonary disease; acute exacerbation phase; risk window phase; stationary phase; syndrome characteristics

(收稿日期: 2016-05-20; 修回日期: 2017-01-10)

编辑: 侯建春