

• 文献研究 •

基于文献的肺炎中医证候要素组合规律研究

孙俊波¹ 陈璐² 赵璐^{3*}

(1. 河南省中医院, 郑州市东风路 6 号, 450002; 2. 北京中医药大学; 3. 河南中医学院第一附属医院)

* 通讯作者: zhaolu.cn@163.com, 13503859306

[摘要] 目的 探讨肺炎证候要素与诊断指标的相关性。方法 采用计算机检索和人工检索相结合的方法, 通过文献研究, 分析肺炎中医证候的分布特征、证候要素及其组合规律。结果 证候按出现频率名列前 10 位的依次为: 风热袭肺、痰热壅肺、气阴两虚、热陷心包、邪陷正脱、邪热壅肺、风寒束肺、痰湿阻肺、风燥伤肺、表寒里热。在证候构成中, 实证和虚实夹杂证占大部分, 且实证远多于虚实夹杂证, 也存在虚证, 虚证少于虚实夹杂证, 单证情况较少。影响肺炎辨证的主要证素在病位因素中以肺为主; 病性因素中以火热、痰浊为主; 病因证素中以风邪、热邪为主。结论 据此可初步确定肺炎证候要素及其诊断指标体系, 为临床辨证论治提供依据。

[关键词] 肺炎; 证候要素; 文献研究

The Combination Rule of Chinese Medicine Syndrome Elements in Pneumonia: Based on the Literature Study

SUN Junbo¹, CHEN Lu², ZHAO Lu³

(1. TCM Hospital of Henan Province, Henan 450002; 2. Beijing University of Chinese Medicine; 3. The First Affiliated Hospital of Henan University of TCM)

ABSTRACT **Objective** To investigate the correlation between syndrome elements and diagnostic indicators in pneumonia. **Methods** The distribution characteristics, syndrome elements and combination rule of Chinese medicine syndrome in pneumonia patients were analyzed with computer and manual search. **Results** The top 10 syndromes in descending order of the frequency were as following: wind-heat assailing the lung, phlegm-heat congesting the lung, both qi and yin deficiency, heat entering the pericardium, evil entering and right desertion, evil heat congesting the lung, wind-cold fettering the lung, phlegm-damp obstructing the lung, wind-dryness damaging the lung and exterior cold and interior heat. In the syndrome composition, repletion syndrome and deficiency-repletion complex syndrome accounted for the majority. Both the repletion syndrome and the deficiency syndrome were more than the deficiency-repletion complex syndrome, especially the repletion syndrome. The simple syndrome was less. The common syndrome elements of pneumonia were the lung in disease location, heat and phlegm turbidity in disease nature and wind and heat in pathogen. **Conclusion** The syndrome elements and diagnostic indicators in pneumonia could be initially identified to improve the clinical level and the quality of life in patients.

Keywords pneumonia; syndrome elements; literature study

肺炎是指由多种病因所致的肺组织充血、水肿和渗出性炎症, 以细菌感染最为常见, 临床表现主要有发热、咳嗽、咯痰和呼吸困难。肺炎是老年人最常见的感染性疾患, 也是引起老年人死亡的重要原因。中医药在改善其临床症状和提高患者生存质量等方面具有很大的优势。本研究采用医学统计学方法, 对肺炎证候因素进行分析, 以期制定统一、客观、规范化的证候诊断及疗效评价体系。

1 资料与方法

1.1 文献来源

检索 1984—2009 年中国生物医学文献光盘数据库(CBMdisc)、中国中医药文献数据库及中国学术期刊全文数据库(CNKI)中有关肺炎证候分型的

全部文献。

1.2 纳入标准

①有关肺炎(包括风温肺热、风温)的证候、证或证治的内容。②具有明确的证候分型和/或症状。

1.3 排除标准

①个案报道; ②重复发表的论文或重复引用的文献内容, 仅取 1 篇, 其余排除; ③年龄 < 18 岁的肺炎患者的相关文献; ④仅对某一证型或几个证型进行详细的证候分析的文献。

1.4 文献收集策略

①检索方法: 计算机检索和人工检索; ②计算机检索式: CBMdisc 检索式(关键词): 肺部感染 and (中医 or 证), 肺炎 and (中医 or 证), 中国中医药文

献数据库检索式(关键词):肺炎*证。CNKI检索式(关键词):肺炎、中医、证;③有关文件及教材检索方法为人工检索。

1.5 评价与筛选方法

根据纳入及排除标准对每一篇文献的题目、摘要进行阅读,剔除不合格文献;经初步筛选后的文献进行全文阅读,再次进行筛选,未全文收录者,进行手工查阅;将3个文献数据库中合格的文献进行对比,相同文献仅取1篇。

1.6 资料处理及统计学方法

编写《肺炎文献处理规范》,将资料按照《肺炎文献处理规范》进行数据处理并输入计算机,使用SPSS 11.5统计软件进行频数描述,采用Logistic回归分析和聚类分析进行统计分析。

2 结果

研究结果显示,①证候按出现频率名列前10位的依次为:风热袭肺(60.5%)、痰热壅肺(59.7%)、气阴两虚(38.0%)、热陷心包(34.1%)、邪陷正脱(25.6%)、邪热壅肺(19.9%)、风寒束肺(19.4%)、痰湿阻肺(16.3%)、风燥伤肺(13.3%)、表寒里热(12.4%)。在证候构成中,实证和虚实夹杂证占大部分,且实证远多于虚实夹杂证。②本研究共提取了包括病位、病性、病因等23个证素。结果显示,影响肺炎辨证的主要证素在病位证素中以肺为主;病性证素中以火热、痰浊为主;病因证素中以风邪、热邪为主。③证素的组合形式有6种。其中主要集中在两证素组合(37.3%)、三证素组合(49.5%),两者累计构成比为86.8%。④在89个肺炎症状中,咳嗽出现频率最高(59.3%),其次为发热(51.4%)、咯痰(44.0%)、高热(42.7%)、口渴(32.4%)、舌红(31.9%)。

3 讨论

肺炎临床主要表现为咳嗽、咯痰、发热、气喘、胸痛、胸闷等,属于中医“风温”、“风温肺热病”、“肺热病”、“咳嗽”、“喘证”等范畴。我们认为,本病多因气候失常、脏腑功能失调、人体正气不足、劳倦受凉之后或肺之卫外功能减弱,外邪从口鼻而入,侵犯肺脏,使肺失宣发肃降引起本病,多发于冬春季节。本病病机复杂,且呈动态变化。

3.1 关于证型分类数目

由于肺炎中医临床病机复杂、多变,以及对肺炎的辨证方法不规范,导致临床辨证中证型分类不一。国家中医药管理局出台的分型标准为风热犯肺、痰

热壅肺、肺胃热盛、热闭心包、气阴两虚、邪陷正脱^[1]。1999年朱文峰等将“肺热病”的辨证分为风热犯肺、表寒肺热、肺热炽盛、肺燥肠闭、痰热结胸、热闭心神、正虚邪恋、邪陷正脱证^[2]。本研究所收集的109篇原始文献对肺炎证型分类共有13种方法。但总体看有关肺炎证型分类方法主要集中在3型、4型和5型,三者所占构成比为69.72%。我们根据本研究分析结果,并结合临床的可操作性和推广性,认为肺炎临床辨证诊断分型以3~5型为宜。

3.2 关于肺炎的证候因素及组合规律

证候因素,简称证素,即辨证的基本要素。朱文锋等认为,“证素是通过辨证候(症状、体征等病理信息)的辨识而确定的病位和病性,是构成证名的基本要素”。“证素主要指辨证所确定的病位和病性”^[3-4]。“证候因素”概念的提出对中医辨证论治、理法方药产生了重要的影响^[5]。研究证候要素的应证组合规律,进一步确定证候的诊断标准是证候研究的基本方法^[6]。目前关于肺炎证素的研究较少。因此,从辨证基本证素着手进行肺炎证候规范化研究是十分必要的。

3.2.1 关于肺炎辨证的主要证素 本研究中共提取了包括病位、病性、病因等23个证素,结果显示,影响肺炎辨证的主要证素,在病位因素中以肺为主;病性因素中以火热、痰浊为主;病因证素中以风邪、热邪为主。在疾病的证候因素中,病位证素具体反映了疾病的病变部位;病性证素是对正邪相争的本质概括,反映了疾病的病变本质,也即能够反映疾病病机;病因证素则是对导致疾病发生的病因的具体说明。

3.2.2 关于肺炎证素的组合规律 “证素”包涵有病位和病性两个基本因子,任何复杂的“证”都可以两者为基础排列组合形成,从而对把握辨证起到执简驭繁的作用^[7]。证素组合均有一定的规律。通过对证素组合规律的认识,有助于把握疾病病机及演变规律,为临床治疗和证候规范研究提供依据。本研究中证素的组合形式有6种。其中主要集中在2证素组合(37.3%)、3证素组合(49.5%),两者累计构成比为86.8%。在两证素组合形式中,火热、阴虚、气虚、肺等证素出现频率较高,均超过20.0%,各证素相互组合,出现了25种不同组合类型。其中气虚+阴虚、火热+心(心包)、肺+火热等组合类型出现较高,3种类型累计构成比为49.7%,其他组合类型构成比率相对较低。在3证素组合形式中,肺

出现频率最高,为94.9%。此外,外感六淫因素在此类组合形式中所占比例较大,其中以风邪(38.2%)和热邪(33.5%)的频率为高。病性因素中,以内热(34.9%)、痰(31.6%)为高。其他证素频率则相对较低。在3证素组合形式中,共出现了22种组合类型。其中肺+痰+火热、肺+风邪+热邪、肺+风邪+寒邪、肺+燥邪+热邪等组合类型出现比率高。在4证素组合形式中,气虚、阴虚、阳虚、血虚、肺、火热、寒邪等证素出现频率较高。在4证素组合形式中,出现了6种不同的组合类型。其中,肺+卫+寒+热、气虚+血虚+阴虚+阳虚等组合类型出现较高,两种类型累计构成比为92.7%。5证素组合形式中,主要由风邪、热邪、痰、水湿、肺、脾等证素组合了4种类型。6证素组合形式中,共出现了2种组合类型,即肝+肾+阴虚+肺+风邪+热邪、脾+肾+阳虚+肺+风邪+热邪。在单一证素构成中,仅出现血瘀(血瘀证)和阳虚(阳气虚脱)两种类型。从证候组合规律来看,肺炎疾病的临床病机特点应是以实证为主,尤其是在疾病的早期,风、热等邪气的侵袭肺卫,正气与之抗争,斗争剧烈,而表现出高热、咳嗽、口渴等症状,虽然临床表现激烈,但病机不甚复杂,如在3证素组合中,其主要证素以病因证素为主,病性证素中也以火热、痰浊为主,在所组合的证型中,实证在构成中占据着主要地位。

3.3 肺炎中医证候分布

肺炎临床证型复杂、繁多,亟待进行规范。本研究收集的文献中计有149个原始证型,经过规范整理后证型名称仍有80个,其中证候按出现频率大小名列前10位的如前文所述。在证候构成中,实证和虚实夹杂证占大部分,且实证远多于虚实夹杂证,也存在虚证,虚证少于虚实夹杂证,单证情况较少。

3.4 关于肺炎中医临床症状特征

本研究结果显示,在收集的109篇文献中,共出现了106个症状,经整理后共计有89个症状(包含舌象15个,脉象18个)。在所有症状中,咳嗽出现频率最高(59.28%),其次为发热(51.35%)、咯痰(43.96%)、高热(42.70%)、口渴(32.43%)、舌红(31.89%)。根据症状所出现的频次(频率),以频率 $\geq 50\%$ 的症状作为筛选肺炎中医临床主要症状的依据,则仅有咳嗽、发热入选。若以频率 $\geq 30\%$ 作为筛选依据,则有咳嗽、发热、咯痰、高热、口渴、舌红等症状入选。咳嗽、发热是肺炎患者最主要的临床表现症状。由于肺炎在临床中以实证、热证多见,其发

热也以高热为主,因此,临床中咯痰、口渴、舌红等热证症状的出现频率也非常高,鉴于此,为了便于今后对于肺炎证候的研究,我们暂以频率 $\geq 30\%$ 作为筛选依据,最后将咳嗽、发热、咯痰、高热、口渴、舌红等症状初步筛选为肺炎的临床主要症状。

3.5 肺炎主要证素的初步诊断标准的拟订

证素概念提出以后,主要(基本)证素临床表现特征的确定,对于整个证候诊断及规范化研究显得尤为重要。本研究依据证素的频率并结合专业知识,对于肺炎主要证素进行了筛选,并对主要证素的临床表现特征进行了分析。本研究仅对病性证素中痰浊(痰证)、火热(火热证)及病因证素中的风邪(风证)、热邪(热证)、寒邪(寒证)的临床症状特点进行了筛选。

主要证素主、次症的划分或判定方法及依据是证候诊断标准规范化研究中的关键,直接影响到证候标准的准确度和真实度。本研究分别利用频率描述和 Logistic 回归分析进行了对于主要证素的主、次症进行了筛选。对于主、次症的划分标准,我们参照相关分析结果并结合临床实际,对于主要证素临床症状中主、次证的判定进行了设定:①按症状出现频率判定,频率 $\geq 50\%$ 的症状作为主症, $\geq 20\%$ 且 $< 50\%$ 的作为次症, $< 20\%$ 的症状剔除。②根据 Logistic 回归分析中 OR 值的大小进行划分。OR 值 ≥ 3 的症状作为主症, > 1 且 < 3 的作为次症,其余症状剔除。③将频率和 OR 值判定的所有主、次症状均纳入,同为主症的就作为该证素的主症,不同时为主症者结合临床专业知识进行主次判定;同为次症或某一方法未入选者均作为该证素的次症。④参考聚类分析结果,结合中医理论和临床实际,对个别症状入选和剔除进行判定。关于 OR 值的大小,统计学认为,当 Logistic 回归模型中某一自变量指标的 OR 值 ≥ 3 时,表明该自变量对于应变量的判定具有实际意义,本次研究只是整个证候研究的前期工作,在筛选症状时如果设定得过于严格,可能会使许多信息难以发现。如设定为频率 $\geq 50\%$ 的症状作为主症, $\geq 30\%$ 且 $< 50\%$ 的作为次症, $< 30\%$ 的症状剔除时,各证素的症状特点难以更好地区分,而我们把 20%作为判定点时,则各证素的特点能够较好地凸现出来。综合以上因素,我们设定了上述依据对肺炎主要证素临床特点进行了分析,其结果尚不能令人十分满意。

(下转第1149页)

元阴元阳,全身气机的运行,都有赖于肾中元阳的发动。所谓母病及子,肺病日久多伤及肾,肾不纳气故见喘促无根。肺为相傅之官,朝百脉,主气之升降出入,肾阳不足,温煦失职,则血脉紧缩,推动无力不能助肺行气血,则气血运行不利,留滞上焦。临床配伍或反佐温肾壮阳之品,则肾阳得充,气化有力。临床配伍仙茅、淫羊藿等温肾良品,甘温不燥,药缓而不峻,无肉桂、附子辛温燥烈之性,经过配伍佐制,患者并未出现烦热、口干等燥热之象,由此可见对于辛温之品的选用并非拘泥于寒证或虚象。

2.2 辛开苦降,宣调气机

对于肺间质纤维化患者,临床症见咳嗽咯痰反复发作,痰黏色黄或白,咳势不剧,缠绵难愈者,王老师喜用半夏泻心汤加减止咳化痰^[2]。他认为,肺主一身之气,而全身气机的升降出入无不依赖于脾胃的升清降浊,肺的宣发肃降与之密切相关。脾胃清阳不升,则肺气无力宣发,水谷精微不能上承输布全身,可见口干不欲饮,舌胖嫩有齿痕之象,聚而成痰留贮于肺,可见咯痰不止,时少时多,时黄时白,甚则结成窠臼,以致缠绵难愈。脾胃浊阴不降,肺气肃降下行受阻,可见咳喘胸闷,甚则逆而为上,导致喘促难止,不能平卧,大便无力而下。王老师强调,从脾胃论治咳嗽,尤重辛开苦降,宣调气机,中焦气机条畅,则肺得以行宣发肃降之职,而喘咳自止。半夏泻心汤为辛开苦降、平调寒热之代表方,方以黄芩、黄连苦寒降浊燥湿,半夏、干姜辛温宣肺化饮,配伍人参、甘草、大枣培土生金,实为治疗肺气痹阻,宣降不行或痿弱不用,咳嗽不止之良方,上可以清肺胃郁热,下可温脾肠虚寒,对于老年肺间质纤维化患者合并腹泻者尤为恰当。王老师认为,半夏止咳之力甚于化痰之功,故临床止咳每多配伍用之。

对于肺间质纤维化患者早期肺络痹阻证,王老师临床多配伍威灵仙、丝瓜络、海风藤等辛温通络、

祛风湿之品。取其性辛善行,通行十二经络,善除经络之风寒湿邪气的效用,现代药理学证实其有缓解气道痉挛等作用。

3 病案举例

周某,男,60岁,2009年8月27日初诊。患者于1年前无明显诱因出现咳嗽,咯白黏痰量少,气促动则加重,病情呈进行性加重,2008年10月在北京某医院查肺CT示:双肺弥漫性病变。行肺功能示:中度限制性通气功能障碍。当时未行血气分析检查,临床诊断肺间质纤维化,具体诊治不详,患者诉曾服用激素(强的松)治疗,症状未见明显改善,自行减量停用,近半年一直服用冬虫夏草,症状未见改善。现症见:咳嗽,咯少量白黏痰,气短气促,动则加重,活动耐力下降,步行二层楼即喘促,口唇紫暗,纳眠可,二便调,舌质紫暗、苔薄白,脉沉。查体:双肺底可闻及爆裂音。诊断肺间质纤维化,治疗以益气养阴,活血通络,止咳平喘为法。处方:仙茅20g,淫羊藿20g,补骨脂12g,葛根30g,三棱12g,莪术15g,威灵仙30g,络石藤20g,穿山龙30g,地龙20g,黄芩15g,黄连10g,半夏10g,干姜10g,黄芪60g,麦冬15g,紫苏子12g,杏仁12g。7剂,水煎服。2009年9月3日二诊,患者咳嗽气促较前明显减轻,面色较前有光泽,活动耐力较前改善,仍时有咯痰,量少色白,口唇暗红,舌质紫暗、边有瘀斑瘀点、苔薄白,脉沉。处方:上方去干姜,加僵蚕10g。继服7剂。随症加减,患者坚持服用汤药3个月余,复查肺CT示:双肺弥漫性病变未见进展,肺功能、血气分析亦在正常范围内。

参考文献

- [1]焦扬,付小芳,王宗华.肺间质纤维化中医药临床研究概述[J].环球中医药,2009,2(4):292-295.
- [2]韩克华.王书臣运用半夏泻心汤化裁治疗慢性咳嗽经验[J].中医杂志,2009,50(S1):76-77.
- [3]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.
- [4]朱文锋.中医辨证体系及“证”的规范化研究[J].天津中医,2002,19(5):1-4.
- [5]李宇航.谈“证候要素”与“方剂要素”[J].中华中医药杂志,2009,24(2):117-120.
- [6]王阶,何庆勇,张允岭.基于因子分析的稳定性心绞痛证候要素研究[J].中医杂志,2009,50(11):1016-1017.
- [7]张晓东,杜斌,聂红明,等.慢性乙型肝炎中医证候研究思路探析[J].中医杂志,2009,50(2):173-175.

(收稿日期:2011-09-02;修回日期:2011-11-14)

[编辑:洪涛]

(上接第1139页)

由于中医证候信息多而繁杂,具有非线性、复杂性、高维性的特点,传统的聚类分析、回归分析等多因素分析方法很难充分挖掘此类数据的信息,本研究使用的 Logistic 回归分析和聚类分析,其结果依据专业知识尚难以得出满意的解释,有待于寻找更好的方法。

参考文献

- [1]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:272-273.
- [2]朱文锋.中医内科疾病诊疗常规[M].长沙:湖南科学技术出版社,1999:2-4.

术出版社,1999:2-4.

- [3]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.
- [4]朱文锋.中医辨证体系及“证”的规范化研究[J].天津中医,2002,19(5):1-4.
- [5]李宇航.谈“证候要素”与“方剂要素”[J].中华中医药杂志,2009,24(2):117-120.
- [6]王阶,何庆勇,张允岭.基于因子分析的稳定性心绞痛证候要素研究[J].中医杂志,2009,50(11):1016-1017.
- [7]张晓东,杜斌,聂红明,等.慢性乙型肝炎中医证候研究思路探析[J].中医杂志,2009,50(2):173-175.

(收稿日期:2011-11-28;修回日期:2012-01-11)

[编辑:黄健]