

· 中医证候研究 ·

3 408 例老年慢性阻塞性肺疾病患者中医体质与共患病相关性分析

江芳超¹, 李骧¹, 张积友², 王玉春²

[1. 青岛市中医医院(青岛市海慈医院), 山东青岛 266000; 2. 青岛市第五人民医院呼吸内科, 山东青岛 266000]

摘要:【目的】观察老年慢性阻塞性肺疾病(COPD)稳定期患者中医体质类型与共患病相关性。【方法】采用横断面研究方法, 调查2017年1月~2019年12月在青岛市中医医院、青岛市第五人民医院门诊就诊, 年龄 ≥ 65 岁的COPD稳定期患者3 408例, 对所有患者进行中医体质判定, 同时完成衰弱、疲劳、蒙特利尔认知评估量表(MoCA)的评估, 测量肌肉质量、步行速度、握力, 检测老年营养风险指数(GNRI); 分析不同中医体质患者衰弱、认知障碍、营养不良等并发症的发生情况。【结果】①衰弱情况: 与非衰弱组比较, 衰弱组患者的平和质比例较低, 气虚质、阳虚质比例较高($P < 0.05$); ②疲劳情况: 与无疲劳组比较, 疲劳组患者的平和质比例较低, 气虚质、阳虚质比例较高($P < 0.05$); ③认知功能情况: 与认知功能正常组比较, 认知功能障碍组患者的平和质比例较低, 气虚质、血瘀质比例较高($P < 0.05$); ④肌肉情况: 与肌肉正常组比较, 肌肉衰减组患者的平和质比例较低, 气虚质、阳虚质、痰湿质比例较高($P < 0.05$); ⑤营养情况: 与营养正常组比较, 营养不良组患者的平和质比例较低, 气虚质、阳虚质、痰湿质比例较高($P < 0.05$)。【结论】平和质老年COPD稳定期患者出现共患病的几率较低, 气虚质、阳虚质出现共患病的几率较高, 故临床应重点关注气虚质、阳虚质患者的共患病情况。

关键词: 慢性阻塞性肺疾病; 共患病; 中医体质; 气虚质; 阳虚质

中图分类号: R259.622

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2022)01-0001-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2022.01.001

Correlation Between Traditional Chinese Medicine Constitution and the Comorbidities in Elderly Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: An Analysis of 3 408 Cases

JIANG Fang-Chao¹, LI Xiang¹, ZHANG Ji-You², WANG Yu-Chun¹

[1. Qingdao Hospital of Traditional Chinese Medicine (Qingdao Hiser Hospital), Qingdao 266000 Shandong, China; 2. Dept. of Respiratory Medicine, Qingdao Fifth People's Hospital, Qingdao 266000 Shandong, China]

Abstract: **Objective** To observe the correlation between the types of traditional Chinese medicine (TCM) constitution and the comorbidity in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) at stable phase. **Methods** A cross-sectional study was conducted to investigate 3 408 COPD patients at stable phase and aged ≥ 65 years who visited the outpatient department of Qingdao Hospital of TCM and Qingdao Fifth People's Hospital from January 2017 to December 2019. The classification of TCM constitution was performed on all patients. Meanwhile, we completed the frailty scoring with FRAIL scale, fatigue scoring with fatigue severity scale (FSS) and cognition scoring with Montreal Cognitive Assessment Scale (MoCA), measured the muscle mass, walking speed, grip strength and geriatric nutritional risk index (GNRI), and analyzed the occurrence of complications such as frailty, cognitive impairment and malnutrition in patients with different TCM constitutions. **Results** (1) Correlation of TCM constitution with frailty: compared with the non-frailty group, the frailty group had a lower proportion of balanced constitution and a higher proportion of *qi* deficiency constitution and yang

收稿日期: 2020-08-19; 修回日期: 2021-04-20

作者简介: 江芳超(1983-), 女, 博士, 主治医师; E-mail: fej183117@126.com

通讯作者: 王玉春(1965-), 女, 主任医师; E-mail: 3240664434@qq.com

基金项目: 山东省中医药科研项目(编号: 2021M116); 青岛市医疗卫生优秀人才培养项目(编号: ZYYRC1702002); 青岛市中医药科研计划项目(编号: 2021-zyym01)

deficiency constitution ($P < 0.05$). (2) Correlation of TCM constitution with fatigue: compared with the non-fatigue group, the patients in the fatigue group had a lower proportion of balanced constitution and a higher proportion of *qi* deficiency constitution and yang deficiency constitution ($P < 0.05$). (3) Correlation of TCM constitution with cognitive function: compared with the normal cognitive function group, the patients in cognitive dysfunction group had a lower proportion of balanced constitution and a higher proportion of *qi* deficiency constitution and blood stasis constitution ($P < 0.05$). (4) Correlation of TCM constitution with muscles: compared with the normal muscle group, patients with sarcopenia group had a lower proportion of balanced constitution and a higher proportion of *qi* deficiency constitution, yang deficiency constitution and phlegm-damp constitution ($P < 0.05$). (5) Correlation of TCM constitution with nutrition status: compared with the normal nutrition group, the malnutrition group had a lower proportion of balanced constitution and a higher proportion of *qi* deficiency constitution, yang deficiency constitution, and phlegm-damp constitution ($P < 0.05$). **Conclusion** The incidence of comorbidities in elderly COPD patients at stable phase with balanced constitution is relatively low, while the incidence of comorbidities in the patients with *qi* deficiency constitution and yang deficiency constitution is relatively high. Therefore, more attention should be paid to the comorbidities in patients with *qi* deficiency constitution and yang deficiency constitution.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease (COPD); comorbidities; traditional Chinese medicine (TCM) constitution; *qi* deficiency constitution; yang deficiency constitution

衰弱^[1]、认知功能下降^[2]、营养不良^[3]等是慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 的常见合并症。其原因可能与慢性炎症、氧化应激、激素水平异常、蛋白质和维生素D等营养物质缺乏有关^[4]。COPD疾病本身可导致衰弱、认知功能下降等,而这些合并症又可影响患者的预后和生命质量^[5],从而出现恶性循环。观察不同中医体质在这些共患病中的分布情况,寻找易感体质,可为COPD共患病的预防、治疗提供帮助。基于此,本研究采用横断面研究方法,调查了老年COPD稳定期患者中医体质和共患病情况,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取2017年1月~2019年12月在青岛市中医医院(青岛市海慈医院)、青岛市第五人民医院门诊部就诊的老年COPD稳定期患者,共3408例。其中,男性2442例,女性966例,平均年龄(73.91 ± 5.62)岁。本研究方案由青岛市中医医院医学伦理委员会审议并批准(批准号:2016HC06LQ103),并且所有患者均签署了知情同意书。

1.2 诊断标准 COPD诊断及分级标准:参照

《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2019年修订版)》中的肺功能检查诊断标准^[6]。

1.3 纳入标准 ①年龄 ≥ 65 岁;②符合COPD诊断,肺功能分级为中度或重度,且至少入组前1个月呼吸道症状稳定;③无肿瘤、急性脑卒中、精神类疾病史及无酗酒史;④沟通无障碍,能完成调查问卷并配合查体;⑤知情并同意接受量表评定的患者。

1.4 排除标准 ①合并有严重的心血管、肝脏、肾脏疾病的患者;②经临床或头颅磁共振检查证实患有急性脑血管疾病、先天性脑发育异常的患者;③智力和精神障碍,或严重失语,或有精神类药物应用史及脑外伤史,或有严重贫血、焦虑、抑郁等疾病的患者;④无法完成量表填写及量表资料填写不完整的患者;⑤预期生存期 < 6 个月的患者。

1.5 研究方法

1.5.1 中医体质分类与判定 采用《老年版中医体质分类与判定》^[7]进行体质判定。该量表共37个条目,包括平和质维度的5个条目和气虚质等偏颇体质维度的各4个条目,每条目按5级评分。

计分方法:平和质有4个反向计分,其余均为正向计分;各亚量表条目得分直接相加即为各亚

量表得分。

体质判定标准:平和体质亚量表得分 ≥ 17 分且其他亚量表得分 ≤ 10 分归为平和质;偏颇体质亚量表得分 ≥ 9 分为该偏颇体质,以得分最高的亚量表判定为其主要体质类型,若两个或以上亚量表得分相同,则由2名副主任中医师进行再次判定;如意见仍不统一,则由主任中医师进行最终体质判定,无多种偏颇体质。

1.5.2 共患病评定相关量表 用于评定纳入患者的衰弱、认知、疲劳状况。本研究所选用量表条目较少,整体简便易完成,适合老年患者理解、填写。(1)衰弱量表:采用FRAIL量表^[8]进行评估(共5个条目)。计分方法:所有指标阳性结果计1分,阴性结果计0分,总分为0~5分。分值越高,表示衰弱程度越重,其中,0分为无衰弱,1~2分为衰弱前期, ≥ 3 分为衰弱。(2)疲劳量表:采用疲劳严重程度量表(fatigue severity scale, FSS)进行评估(共9个条目)。计分方法:各条目得分相加,最高分为63分, < 36 分为正常, ≥ 36 分为疲劳。分值越高,表示疲劳状态越严重。(3)认知功能量表:采用蒙特利尔认知评估量表(Montreal Cognitive Assessment, MoCA)进行评估(共11个条目)。计分方法:如果受教育年限 ≤ 12 年则加1分,最高分为30分; ≥ 26 分属于正常。得分越高,表示认知功能越好^[9]。

1.5.3 共患病相关指标检测

1.5.3.1 肌肉减少 ①肌肉质量检测:采用DBA-210人体成分分析仪(东华原,上海涵飞医疗器械有限公司)测量患者体质量和四肢肌肉质量。以男性 $< 7.0 \text{ kg/m}^2$ 、女性 $< 5.7 \text{ kg/m}^2$ 为肌肉质量低下^[10]。②步行速度检测:测试前保证患者无身体不适;嘱患者按平时步行速度行走;预留8 m的直线距离,测量中间4 m的行走时间。以步行速度 $< 0.8 \text{ m/s}$ 为步行速度低下^[10]。③握力检测:采用江苏乔康复科技有限公司QJ-WLJ握力计测量握力。以男性 $< 26 \text{ kg}$ 、女性 $< 18 \text{ kg}$ 为握力低下^[10]。

1.5.3.2 营养情况 ①采用老年营养风险指数(geriatric nutritional risk index, GNRI)进行评估。 $\text{GNRI} = 1.489 \times \text{血清白蛋白}(\text{g/L}) + 41.7 \times (\text{实际体质量} / \text{理想体质量})$ 。理想体质量:男性: $0.75 \times \text{身高}(\text{cm}) - 62.5$;女性: $0.60 \times \text{身高}(\text{cm}) - 40$ 。其中,严重风险:GNRI < 82 ;中度风险: $82 \leq \text{GNRI} <$

92;低风险: $92 \leq \text{GNRI} < 98$;无风险:GNRI ≥ 98 。②血清白蛋白检测:所有患者于入组后第2天早晨采集空腹静脉血,采用日立7600全自动生化分析仪进行分析。血清白蛋白由青岛市海慈医疗集团统一完成检测,参考值范围为35~55 g/L。

1.6 统计方法 应用SPSS 23.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料用率或构成比表示,组间比较采用卡方检验或Fisher's精确概率法。均采用双侧检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医体质类型分布情况 3 408例患者中,肺功能中度受损2 376例(69.72%),重度受损1 032例(30.28%)。中医体质分布情况由高到低依次为阳虚质780例(22.89%)、气虚质738例(21.65%)、气郁质468例(13.73%)、血瘀质390例(11.44%)、湿热质342例(10.04%)、痰湿质258例(7.57%)、平和质252例(7.39%)、阴虚质144例(4.23%)、特禀质36例(1.06%)。

2.2 老年COPD稳定期共患病情况

2.2.1 衰弱 3 408例患者的FRAIL平均得分(2.21 ± 1.57)分,其中合并衰弱1 290例(37.85%),衰弱前期1 464例(42.96%),无衰弱654例(19.19%)。

2.2.2 疲劳 3 408例患者的FSS平均得分(34.28 ± 13.76)分,其中合并疲劳1 590例(46.65%)。

2.2.3 认知功能 3 408例患者的MoCA平均得分(22.01 ± 4.20)分,其中合并认知功能障碍2 268例(66.55%)。

2.2.4 肌肉 3 408例患者的平均肌肉质量为(7.12 ± 0.76) kg/m^2 ,平均步行速度为(0.91 ± 0.32) m/s ,平均握力为(27.26 ± 8.90) kg 。满足肌肉质量低下合并步速低下,或肌肉质量低下合并握力低下时判定为肌肉衰减^[11],判定为肌肉衰减的患者1 134例(33.27%)。

2.2.5 营养 3 408例患者的GNRI平均得分为(89.98 ± 7.63)分,其中合并严重营养风险1 014例(29.75%),中风险918例(26.94%),低风险762例(22.36%),无风险714例(20.95%)。将GNRI得分 < 92 归为营养不良,GNRI ≥ 92 归为无营养不良,

结果判定为营养不良的患者为1 932例(56.69%)。

2.3 不同中医体质患者共患病情况比较

2.3.1 中医体质与衰弱 表1结果显示:衰弱组与无衰弱组比较,分布有差异的中医体质为平和质、气虚质、阳虚质,衰弱组患者的气虚质、阳虚质比例较高,平和质比例较低,差异有统计学

意义($P < 0.05$)。

2.3.2 中医体质与疲劳 表2结果显示:疲劳组与无疲劳组比较,分布有差异的中医体质为平和质、气虚质、阳虚质,疲劳组患者的气虚质、阳虚质比例较高,平和质比例较低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 老年慢性阻塞性肺疾病(COPD)稳定期患者中医体质与衰弱分布状况

Table 1 Correlation of TCM constitution with frailty in elderly patients with COPD at stable phase [例(%)]

衰弱状况	例数/例	平和质	气虚质	阳虚质	阴虚质	痰湿质	湿热质	血瘀质	气郁质	特禀质
衰弱组	1 290	78(6.05) ^①	305(23.64) ^①	321(24.88) ^①	59(4.57)	103(7.98)	122(9.46)	130(10.08)	160(12.40)	12(0.93)
无衰弱组	2 118	174(8.22)	433(20.44)	459(21.67)	85(4.01)	155(7.32)	220(10.39)	260(12.28)	308(14.54)	24(1.13)
χ^2 值		5.507	4.838	4.687	0.622	0.509	0.768	3.823	3.096	0.316
P值		0.019	0.028	0.030	0.430	0.476	0.381	0.051	0.078	0.574

① < 0.05 , 与无衰弱组比较

表2 老年慢性阻塞性肺疾病(COPD)稳定期患者中医体质与疲劳分布状况

Table 2 Correlation of TCM constitution with fatigue in elderly patients with COPD at stable phase [例(%)]

疲劳状况	例数/例	平和质	气虚质	阳虚质	阴虚质	痰湿质	湿热质	血瘀质	气郁质	特禀质
疲劳组	1 590	101(6.35) ^①	371(23.33) ^①	390(24.53) ^①	58(3.65)	106(6.67)	173(10.88)	179(11.26)	199(12.52)	13(0.82)
无疲劳组	1 818	151(8.31)	367(20.19)	390(21.45)	86(4.73)	152(8.36)	169(9.30)	211(11.61)	269(14.80)	23(1.27)
χ^2 值		4.728	4.949	4.548	2.457	3.479	2.359	0.102	3.724	1.625
P值		0.030	0.026	0.033	0.117	0.062	0.125	0.750	0.054	0.202

① $P < 0.05$, 与无疲劳组比较

2.3.3 中医体质与认知功能 表3结果显示:认知正常组与认知障碍组比较,分布有差异的中医体质为平和质、气虚质、血瘀质,认知障碍组患者的气虚质、血瘀质比例较高,平和质比例较低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3.4 中医体质与肌肉 表4结果显示:肌肉衰减组与无肌肉衰减组比较,分布有差异的中医体质为平和质、气虚质、阳虚质、痰湿质,肌肉衰减组患者的气虚质、阳虚质、痰湿质比例较高,平和质比例较低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3.5 中医体质与营养 表5结果显示:营养不

良组与无营养不良组比较,分布有差异的中医体质为平和质、气虚质、阳虚质、痰湿质,营养不良组患者的气虚质、阳虚质、痰湿质比例较高,平和质比例较低,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

本研究采用横断面调查方法,调查了老年慢性阻塞性肺疾病(COPD)稳定期患者中医体质与共患病情况。结果显示:3 408例老年COPD稳定期患者中,最常见的中医体质是阳虚质、气虚质、气郁质。37.85%患者合并衰弱,46.65%患者合并

表3 老年慢性阻塞性肺疾病(COPD)稳定期患者中医体质与认知功能分布状况

Table 3 Correlation of TCM constitution with cognitive function in elderly patients with COPD at stable phase [例(%)]

认知功能	例数/例	平和质	气虚质	阳虚质	阴虚质	痰湿质	湿热质	血瘀质	气郁质	特禀质
认知障碍组	2 268	152(6.70) ^①	515(22.71) ^①	523(23.06)	92(4.06)	161(7.10)	216(9.52)	280(12.35) ^①	305(13.45)	24(1.06)
认知正常组	1 140	100(8.77)	223(19.56)	257(22.54)	52(4.56)	97(8.51)	126(11.05)	110(9.65)	163(14.30)	12(1.05)
χ^2 值		4.747	4.425	0.114	0.478	2.156	1.964	5.444	0.463	0.000
P值		0.029	0.035	0.735	0.489	0.142	0.161	0.020	0.496	0.988

① $P < 0.05$, 与认知正常组比较

表4 老年慢性阻塞性肺疾病(COPD)稳定期患者中医体质与肌肉分布状况

Table 4 Correlation of TCM constitution with muscles in elderly patients with COPD at stable phase [例(%)]

肌肉状况	例数/例	平和质	气虚质	阳虚质	阴虚质	痰湿质	湿热质	血瘀质	气郁质	特禀质
肌肉衰减组	1 134	69(6.08) ^①	274(24.16) ^①	285(25.13) ^①	40(3.53)	102(8.99) ^①	98(8.64)	119(10.49)	138(12.17)	9(0.79)
无肌肉衰减组	2 274	183(8.05)	464(20.40)	495(21.77)	104(4.57)	156(6.86)	244(10.73)	271(11.92)	330(14.51)	27(1.19)
χ^2 值		4.257	6.298	4.853	2.046	4.927	3.654	1.513	3.505	1.122
P值		0.039	0.012	0.028	0.153	0.026	0.056	0.219	0.061	0.289

① $P < 0.05$, 与无肌肉衰减组比较

表5 老年慢性阻塞性肺疾病(COPD)稳定期患者中医体质与营养分布状况

Table 5 Correlation of TCM constitution with nutrition in elderly patients with COPD at stable phase [例(%)]

营养状况	例数/例	平和质	气虚质	阳虚质	阴虚质	痰湿质	湿热质	血瘀质	气郁质	特禀质
营养不良组	1 932	126(6.52) ^①	442(22.88) ^①	468(24.22) ^①	71(3.67)	162(8.39) ^①	187(9.68)	215(11.13)	246(12.73)	15(0.78)
无营养不良组	1 476	126(8.54)	296(20.05)	312(21.14)	73(4.95)	96(6.50)	155(10.50)	175(11.86)	222(15.04)	21(1.42)
χ^2 值		4.961	3.932	4.513	3.339	4.231	0.627	0.438	3.762	3.345
P值		0.026	0.047	0.034	0.068	0.040	0.429	0.508	0.052	0.067

① $P < 0.05$, 与无营养不良组比较

疲劳, 66.55%患者合并认知功能障碍, 33.27%患者合并肌肉衰减, 56.69%合并营养不良。

本研究发现, 老年COPD稳定期患者不同中医体质在共患病方面有所差异: 气虚质、阳虚质患者易合并衰弱、疲劳, 气虚质、血瘀质患者易合并认知功能障碍, 气虚质、阳虚质、痰湿质患者易合并肌肉衰减、营养不良。在各偏颇体质中, 气虚质、阳虚质更容易出现共患病, 故临床对于以上两种体质患者, 应重点评估其共患病情况, 早期干预, 对疾病预防有一定的指导意义。

衰弱作为生理储备下降的老年综合征, 常与COPD等慢性疾病同时存在^[12], 导致预后不良^[13]。有学者提出, 衰弱应作为COPD的一部分纳入疾病的多维评估^[14], 有针对性地对衰弱进行干预可以减少COPD患者再入院次数^[15]。本研究发现, 37.85%老年COPD稳定期患者合并衰弱, 介于日本^[14]和波兰^[16]之间。疲劳是COPD患者第二大常见症状^[17]。本研究中, 46.65%患者合并疲劳。慢性疲劳不仅导致呼吸肌无力, 还可降低体力活动水平^[18]和整体生命质量。COPD属中医“肺胀”范畴, 衰弱、疲劳属中医“虚劳”范畴。本研究发现二者的中医体质均以气虚质、阳虚质为主。平和质患者合并虚劳较少。虚劳的基本病机为脏腑亏损、气血阴阳虚衰。气虚质是指脏腑功能减弱, 气的化生不足, 临床常表现为语声低微, 面色无华, 体倦乏力, 常自汗出, 动则尤甚, 而以上症状恰恰是老

年COPD患者的常见临床症状。研究显示, 气虚是肺胀最常见的证候要素^[19], 久虚不复成劳, 故出现虚劳诸不足之症。气虚进一步发展则出现阳气衰减, 阳气不足导致津液输布障碍, 聚为痰饮。饮为阴邪, 进一步耗伤阳气, 故患者出现畏寒肢冷、感寒则咳喘加重等症状。

我国的一项研究显示, COPD与老年人群认知功能障碍密切相关^[20]。认知障碍作为COPD常见的全身表现之一^[21], 是COPD的独立危险因素, 即使在疾病的早期阶段, 认知也可能受到影响^[22]。本研究中66.55%患者合并认知功能障碍, 介于白璐^[23]、温红侠等^[24]研究结果之间。认知功能下降属中医“痴呆”范畴。本研究发现气虚质、血瘀质患者易合并痴呆, 与汪永坚等^[25]对老年人体质辨识结果相同。肺气不足日久, 母病及子, 肾中精气渐耗, 无以将“肾之精华上升于脑”, 脑髓失养, 故出现反应迟钝、记忆力差等症状。“气为血之帅”, 气虚无力推动血液运行, 出现血液凝滞, 瘀阻经脉, 脑络壅塞, 故而出现善忘等症。

COPD还可合并肌肉衰减^[26]。本研究显示33.27%患者合并肌肉衰减。肌肉衰减是骨骼肌质量和数量下降的同时, 伴随肌肉功能的改变。中医认为肌肉衰减属“痿证”范畴。本研究发现, 气虚质、阳虚质、痰湿质患者易合并痿证, 平和质合并痿证较少。肺胀后期, 肺气不足, 子病及母, 脾胃之气亦虚。《素问·太阴阳明论》曰: “四

肢皆禀气于胃”。脾胃之气日渐虚弱，脾阳不足，脾失健运，清阳不升，则出现肢体痿软，肌肉瘦削，四肢倦怠，步速下降。“脾病不能为胃行其津液”，水谷精微不能正常输布，聚为痰饮，湿痰客于经脉，则出现手足软弱无力、畏寒、握力下降等症。

营养不良是COPD的独立危险因素，提高营养状况可以一定程度上改善COPD患者肺功能、提高患者生命质量^[27]。本研究显示56.69%合并营养不良。中医认为营养不良属“疴证”范畴。本研究发现，气虚质、阳虚质、痰湿质患者易合并疴证，平和质患者合并疴证较少。疴证病位在脾，病机为脾气虚。脾主运化水谷，脾气不足，运化功能下降，水谷精微失于输布，故营养不良；脾病日久，中阳失展，气不化水，水湿泛滥，更加阻遏中阳，则出现肢体肿胀等症。脾阳不足，日久累及肾阳，水液失于温煦，代谢障碍而为痰为饮，痰饮上储于肺，则痰液咳吐不尽，同时身体日渐羸弱。

总之，老年COPD稳定期患者气虚质、阳虚质出现共患病的几率较高，临床应重点评估此类患者的共患病情况，及早干预，通过益气、温阳等方法纠正体质偏颇，努力使其趋于平和，达到减少共患病发生和延缓病情进展的目的。

参考文献:

- [1] BEEK L T, VAART H V D, WEMPE J B, et al. Coexistence of malnutrition, frailty, physical frailty and disability in patients with COPD starting a pulmonary rehabilitation program [J]. *Clin Nutr*, 2020, 39(8): 2557-2563.
- [2] XIE F, XIE L. COPD and the risk of mild cognitive impairment and dementia: a cohort study based on the Chinese longitudinal health longevity survey [J]. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2019, 14: 403-408.
- [3] MARCO E, SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ D, DÁVALOS-YEROVI V N, et al. Malnutrition according to ESPEN consensus predicts hospitalizations and long-term mortality in rehabilitation patients with stable chronic obstructive pulmonary disease [J]. *Clin Nutr*, 2019, 38(5): 2180-2186.
- [4] KIM S H, SHIN M J, SHIN Y B, et al. Sarcopenia associated with chronic obstructive pulmonary disease [J]. *J Bone Metab*, 2019, 26(2): 65-74.
- [5] HIRAI K, TANAKA A, HOMMA T, et al. Comparison of three frailty models and a sarcopenia model in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease [J]. *Geriatr Gerontol Int*, 2019, 19(9): 896-901.
- [6] 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]. *中华呼吸和结核杂志*, 2013, 36(4): 1-10.
- [7] 柳璇. 《老年版中医体质分类与判定》量表研制与初步应用分析[D]. 北京: 北京中医药大学, 2013: 56-58.
- [8] FRIED L P, TANGEN C M, WALSTON J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype [J]. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2001, 56(3): M146-156.
- [9] 张积友, 常晓艳, 江芳超, 等. 降浊化痰理肺方对高血压合并睡眠呼吸暂停患者认知功能的影响[J]. *广州中医药大学学报*, 2018, 35(6): 986-992.
- [10] 韩佩佩. 老年人肌肉衰减综合征与心血管疾病的相关性研究[D]. 天津: 天津医科大学, 2019.
- [11] CEDERHOLM T, CRUZ-JENTOFT A J, MAGGI S. Sarcopenia and fragility fractures [J]. *Eur J Phys Rehabil Med*, 2013, 49(1): 111-117.
- [12] GUAN C, NIU H. Frailty assessment in older adults with chronic obstructive respiratory diseases [J]. *Clin Interv Aging*, 2018, 13: 1513-1524.
- [13] KUNIAKI H, AKIHIKO T, TETSUYA H, et al. Improvement in frailty in a patient with severe chronic obstructive pulmonary disease after Ninjin'yoeito therapy: a case report [J]. *Front Nutr*, 2018, 5: 71.
- [14] KUSUNOSE M, OGA T, NAKAMURA S, et al. Frailty and patient-reported outcomes in subjects with chronic obstructive pulmonary disease: are they independent entities? [J]. *BMJ Open Respir Res*, 2017, 4(1): e000196.
- [15] BERNABEU-MORA R, GARCÍA-GUILLAMÓN G, VALERA-NOVELLA E, et al. Frailty is a predictive factor of readmission within 90 days of hospitalization for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a longitudinal study [J]. *Ther Adv Respir Dis*, 2017, 11(10): 383-392.
- [16] UCHMANOWICZ I, JANKOWSKA-POLANSKA B, CHABOWSKI M, et al. The influence of frailty syndrome on acceptance of illness in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease [J]. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2016, 11: 2401-2407.
- [17] GOËRTZ Y M J, LOOIJMANS M, PRINS J B, et al. Fatigue in patients with chronic obstructive pulmonary disease: protocol of the Dutch multicenter, longitudinal, observational FANTASTIGUE study [J]. *BMJ Open*, 2018, 8(4): e021745.
- [18] ANDERSSON M, STRIDSMAN C, RÖNNMARK E, et al. Physical activity and fatigue in chronic obstructive pulmonary disease—a population based study [J]. *Respir Med*, 2015, 109(8): 1048-1057.
- [19] 王维亮, 林杏华, 叶家荣, 等. 慢性阻塞性肺疾病中医体质与证型的相关性研究[J]. *现代中西医结合杂志*, 2020, 29(13): 1369-1372, 1378.
- [20] YIN P, MA Q, WANG L, et al. Chronic obstructive pulmonary disease and cognitive impairment in the Chinese elderly

- population: a large national survey [J]. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 2016, 11: 399-406.
- [21] SPILLING C A, JONES P W, DODD J W, et al. Disruption of white matter connectivity in chronic obstructive pulmonary disease[J]. *PLoS One*, 2019, 14(10): e0223297.
- [22] KRISHNAMURTHY S, SIVAGNANAME Y, GUMALLAPU G C. Identification of subclinical cognitive impairment in chronic obstructive pulmonary disease using auditory P300 event related potential[J]. *Monaldi Arch Chest Dis*, 2019, 89(2): 165-169.
- [23] 白璐, 郭佑民, 段小艺, 等. 慢性阻塞性肺疾病患者认知障碍研究进展[J]. *现代预防医学*, 2016, 43(12): 2280-2283.
- [24] 温红侠, 李艳, 孙莉, 等. 老年慢性阻塞性肺疾病稳定期病人的认知评估及相关因素分析[J]. *实用老年医学*, 2019, 33(2): 161-165.
- [25] 汪永坚, 陈晓洁, 倪斐玲, 等. 养老机构老年人体质辨识及对中医药技术需求的现状调查[J]. *中医药管理杂志*, 2019, 27(8): 34-37.
- [26] IANNUZZI SUCICH M, PRESTWOOD K M, KENNY A M. Prevalence of sarcopenia and predictors of skeletal muscle mass in healthy, older men and women[J]. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2002, 57(12): M772-777.
- [27] 江芳超, 张积友, 解春霞, 等. 温润辛金培本膏方对慢性阻塞性肺疾病患者营养状况及生活质量的影响[J]. *国际中医中药杂志*, 2019, 41(9): 926-930.

【责任编辑：陈建宏】

中医体质与癫痫难治性相关性探讨

张青¹, 杨洞洞¹, 丁成赞², 刘金民³

(1. 浙江中医药大学附属第一医院, 浙江杭州 310000; 2. 中国人民解放军总医院第一附属医院, 北京 100048; 3. 北京中医药大学东方医院, 北京 100078)

摘要:【目的】分析中医体质与癫痫难治性的相关性。【方法】全面收集322例癫痫患者的一般资料、服药情况、发作类型及发作次数、中医体质分类与判定量表评分, 进行中医体质类型、癫痫严重程度及难治性的判定, 采用Pearson卡方检验、Fisher's精确概率法分析不同体质癫痫患者在癫痫严重程度、是否难治的分布差异。【结果】平和质患者在癫痫不同严重程度上的分布有差异, 无发作和轻度的分布较多($P < 0.01$); 平和质患者中难治性的比例低于非难治性, 气郁质和阳虚质患者中难治性的比例高于非难治性($P < 0.05$)。【结论】平和质的癫痫患者疾病严重程度轻、难治性者少, 而气郁质、阳虚质患者难治性的几率可能比较高。

关键词: 癫痫; 中医体质; 难治性; 平和质; 气郁质; 阳虚质

中图分类号: R277.7

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2022)01-0007-05

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2022.01.002

收稿日期: 2021-01-14

作者简介: 张青(1987-), 女, 博士, 主治医师; E-mail: zhongyizhangqing@126.com

基金项目: 浙江省自然科学基金项目(编号: LY18H270010); 浙江省中医药科技计划项目(编号: 2018ZB042, 2020ZB070)