

- 辽宁中医药大学学报, 2009, 11(5): 24-25.
- [5] 罗威, 盖国忠, 任继学. 伏痰与高血脂血症相关性初探[J]. 中国中医基础医学杂志, 2009, 15(3): 171.
- [6] 牟宗毅, 张茂云, 陈颖. 冠心病稳定性心绞痛痰瘀伏邪本质探索[J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(4): 711-712.
- [7] 陈颖, 邓悦, 崔英子, 等. 基于痰瘀伏邪病因的中医药干预稳定性心绞痛的方案研究[J]. 辽宁中医杂志, 2013, 40(5): 939-941.
- [8] 丁义, 吕仕超, 彭立, 等. 基于伏邪理论探析冠心病介入术后病机[J]. 中华中医药学刊, 2012, 30(3): 530-531.
- [9] 常立萍, 邢笑佳, 邓悦. 伏邪理论指导治疗血管重建术后冠状动脉粥样硬化性心脏病临床疗效研究[J]. 环球中医药, 2012, 5(9): 669-672.
- [10] 王小玲, 张军平, 吕仕超. 病毒性心肌炎从伏邪论治探析[J]. 中医杂志, 2011, 52(10): 826-827.

(责任编辑: 黎国昌)

基于肺脾两虚的慢性阻塞性肺疾病营养不良理论探析

孙杰^{1,2}, 韩敏娟¹, 曹鹏鹏¹

1. 甘肃中医学院中医临床学院, 甘肃 兰州 730000

2. 甘肃中医学院附属医院呼吸科, 甘肃 兰州 730020

[摘要] 营养不良是慢性阻塞性肺疾病(COPD)常见并发症, 是COPD预后不良的独立危险因素。基于中医学理论分析, 肺脾两虚是导致COPD营养不良的重要病机, 其中: 肺气虚是内在基础; 脾气虚是关键环节; 肾气虚是必然结局。肺脾两虚理论为COPD并发营养不良早期治疗提供了新的研究思路 and 方向。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病; 营养不良; 肺脾两虚;

[中图分类号] R563 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 08-0003-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.002

慢性阻塞性肺疾病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)是一种可以预防和可以治疗的常见疾病。其特征是持续存在的气流受限, 气流受限呈进行性发展, 伴有气道和肺对有害颗粒或气体所致慢性炎症反应的增加。急性加重和合并症影响患者整体疾病的严重程度。由于其患病人数多, 死亡率高, 社会经济负担重, 已成为一个重要的公共卫生问题。近年对我国成年人群进行调查, COPD患病率占40岁以上人群的8.2%, 其患病率之高十分惊人^[1]。在我国的主要致死病因中排第3位(17.6%), 是危害我国公众健康的主要疾病之一^[2]。

随着对COPD研究的深入, 目前已经认识到COPD的异常炎症反应不仅仅局限于肺部, COPD患者存在全身性、系统性的不良效应^[3]。COPD的全身不良效应具有重要的临床意义, 它可引起和(或)加重各种并发症及合并症, 加剧患者的活动能力受限, 使生活质量下降, 预后变差。不仅增加住院率和

医疗负担, 更会增加病残率及病死率, 近年来已成为研究的热点问题。

1 营养不良是导致COPD加速恶化的重要因素

营养不良是COPD的常见并发症, 是COPD预后不良的独立危险因素^[4]。营养不良损害患者的免疫功能, 使患者易遭受各种感染、减少呼吸肌的储备能力等, 是导致COPD患者呼吸衰竭的重要原因之一, 并发肺心病、心力衰竭发生率均明显升高^[5], 在老年患者中尤其如此^[6]。研究表明, 20%~70% COPD患者出现体重低于理想体质量的10%^[7]。我国约有60%的COPD患者存在营养不良。2010年NICE所颁布的《在初级和二级医疗系统中稳定期COPD的管理指南》提出了对多维严重度评估的需求, 营养支持正是其中重要的一环^[8]。2013年更新的中国《COPD诊治指南》^[1]、2013年慢性阻塞性肺疾病全球倡议(GOLD)都相继提出了营养支持在COPD治

[收稿日期] 2014-03-20

[基金项目] 国家自然科学基金资助项目(编号: 81360539)

[作者简介] 孙杰(1972-), 男, 医学硕士, 副教授, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合呼吸病教学与临床。

疗中的重要意义^[9]。

2 COPD 营养不良的发病机制

目前,对 COPD 营养不良的发病机制尚不完全清楚。研究表明,除能量/代谢失衡、组织缺氧等因素外,系统炎症及细胞因子、瘦素、脂联素、内脂素等其他相关因子的相互调节可能也参与其发病。因为 COPD 营养不良,虽与进食减少和消耗增加有关,但仍不能仅以此来解释其营养不良。一方面患者的能量需求可通过增加热量供给来满足,另一方面营养支持治疗对部分 COPD 患者作用甚微^[10]。

近年来的研究发现,细胞因子介导的代谢紊乱是目前较为明确的机制之一。目前研究表明,与 COPD 营养不良明确相关的炎症因子包括肿瘤坏死因子(TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-1(IL-1)等。TNF- α 与 COPD 患者的能量消耗增加有关,可诱导恶病质的发生;IL-6、IL-1 具有和 TNF- α 相似的作用,可以导致食欲减退、体重减轻、低蛋白血症^[11]。瘦素对 COPD 患者营养状况的改变可能起到不可低估的作用,它与 COPD 患者的营养不良和炎症状态有关。COPD 稳定期患者血清瘦素浓度降低与营养不良可能存在互为因果关系。COPD 患者病情越重,营养状况越差,血清瘦素水平亦越低^[12]。细胞因子-瘦素的联合作用可能是 COPD 患者极度营养不良且对营养支持反应差的原因之一^[13]。

3 COPD 营养不良的中医学认识

中医学并没有 COPD 的病名,但从其临床表现及病变过程来看,可归属于中医学咳嗽、痰饮、喘证及肺胀病等范畴。《素问·评热病论》曰:“邪之所凑,其气必虚”。纵观 COPD 之所以反复发作,并进行性加重,呈现不可逆之趋势,最根本的原因就是机体虚弱,抵抗力低下,即“虚”,久病肺虚是发病的基础,肺、脾、肾三脏之虚成为 COPD 发生及纵向传变的关键所在;感受外邪是促使病情反复加重的诱发因素。

3.1 肺气虚是 COPD 并发营养不良的内在基础 COPD 的发病部位首先在肺,早期表现为咳、喘,为肺功能失调的表现。《素问·六节脏象论》曰:“肺者,气之本”。肺主气,开窍于鼻,外合皮毛,职司卫外,故外邪从口鼻、皮毛入侵,每多首先犯肺,以致肺之宣降功能不利,久则肺虚。《灵枢·经脉》曰:“肺手太阴之脉,……是动则病肺胀满、膨膨而喘咳”。《灵枢·胀论》曰:“肺胀者,气满而喘咳”,说明肺功能失调是咳、喘的主要原因。而肺系病症日久导致肺气虚又是肺胀满产生的原因。肺是通过生成宗气而起主一身之气的作用。肺主气的功能失常,则会影响呼吸功能、宗气的生成、气的升降出入运动。临床可表现为咳嗽喘促、少气不足以息、声低气怯、肢倦乏力等症状。宗气贯心脉、行气血,它与肺主气和主治节功能密切相关。宗气为病,虚多实少。COPD 患者肺气虚弱,宗气生成不足,既可导致气虚血瘀,也可因气道阻塞气机不利,血滞为瘀。故肺气虚是 COPD 发病的内在基础和首要条件,直接影响 COPD 的发生和发展。

3.2 脾气虚是 COPD 并发营养不良的关键环节 COPD 的病位虽在肺,但久则耗伤脾胃之气,引起脾气虚。脾为生痰之源,肺为贮痰之器。脾气虚则失健运,津液代谢障碍,水液停滞,聚而成痰、成饮,阻碍气机,痰瘀互结,进一步影响肺宣发肃降,加重咳喘。此外,脾为后天之本,气血生化之源。脾虚失运,可致气血生化乏源,脾之精气不足以充养四肢肌肉,则出现四肢瘦削,大肉将脱。

肺主气属卫,而脾胃化生之水谷精微是营卫气血的主要物质基础。脾健胃纳正常,则后天气血充旺,腠理卫外固密,贼邪难以侵入,所谓“正气存内,邪不可干。”明·王节斋《明医杂著》云:“人之身,脾胃为主。人惟饮食不节,起居不时,脾胃损伤,胃损则不能纳,脾损则不能化,脾胃俱虚,纳化皆难,元气斯弱,百邪易侵”。同时,脾胃象土,万物皆生化于土,脾胃通连上下,为升降之枢,脾健胃纳正常,气机升降有序,则肺气宣发肃降才能如常。所以李东垣提出了“脾胃一虚,肺气先绝”。清·汪昂《医方集解·补养之剂第一》曰:“脾者,万物之母也;肺者,气之母也。脾胃一虚,肺气先绝;脾不健运,故饮食少思;饮食减少,则营卫无所资养;脾主肌肉,故体瘦面黄;肺主皮毛,故皮毛聚落;脾肺皆虚,故脉来细软也。”即脾胃虚的时候,首先影响到肺。脾胃与肺具有土金相生母子关系,脾为肺之母,肺主气而脾益气,肺所主之气来源于脾,脾运的强弱决定了肺气的盛衰。若脾胃虚弱,中虚失运,精微不化,气血生化乏源,肌肉无以充养,则消瘦、乏力;水湿不运,则纳呆、腹泻;聚而成痰,上储于肺,使肺气壅滞,还于肺间而胀满,不能敛降,则发为咳、痰、喘、满、闷等诸症。故临床上很多 COPD 患者表现为消瘦、乏力,这与脾气虚关系密切。脾气虚,运化水谷精微的功能减弱,肌肤失养,卫外功能减弱,外邪易乘虚而入,加重肺气虚。这与现代医学阐述的 COPD 并发营养不良出现的体重指数降低、呼吸肌疲劳、免疫力低下、反复感染的认识是一致的。故脾气虚是病情演变的关键,为该病逐渐加重抑或减轻的重要转折点。

笔者临床观察,稳定期轻、中度及部分重度 COPD 患者多表现为:咳嗽、喘息、气短、动则加重等肺气虚证候为主,兼有神疲、食少、胃脘痞满、腹胀、便溏纳呆、乏力等脾虚证候及自汗、恶风、易感冒,舌体胖大、齿痕,舌暗淡、苔白,脉沉、细、缓、弱。基于中医学对 COPD 的辨证仍缺乏统一可参照的标准,中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会于 2012 年组织撰写并先后发表了《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011 版)》、《慢性阻塞性肺疾病中医证候诊断标准(2011 版)》。将肺脾气虚证列为常见证候虚证类主要证型^[14-15]。临床研究表明,脾胃在 COPD 发展中起决定作用^[16],肺脾气虚为 COPD 重要证型^[17-18]。实验研究证实,培土生金法治疗 COPD 合并营养不良大鼠,可改善大鼠的营养状况^[19]。临床研究表明,通过以培土生金法指导治疗 COPD 稳定期患者,可有效地改善患者的消化吸收功能,改善营养不良以提高呼吸肌肌力

和耐力,消除呼吸肌疲劳,提高患者的生存质量,减少该病的急性发作次数,最终改善患者预后^[20-22]。这些研究成果也说明肺脾两虚是 COPD 营养不良发病中的主要病机。

3.3 肾气虚是 COPD 并发营养不良的必然结局 《景岳全书·传忠录》曰:“肺出气也,肾纳气也,故肺为气之主,肾为气之本。”气根于肾,主于肺,肺久病及于肾,使下元虚惫。肺不主气而气虚,肾不纳气而气逆。肺肾之气不能相交贯通,以致清气难入,浊气难出,滞于胸中,壅塞于肺而为满胀气喘。肾为先天之本,寓元阴元阳,而 COPD 又是以老年人或体弱者居多,易反复发作,久病必及于肾,故肾气虚是 COPD 的必然结局。至此阶段,病程日久,多属于 COPD 临床中、重度患者。

4 结语

基于以上理论分析及研究基础,笔者认为,肺脾两虚在 COPD 营养不良形成中起着关键的作用。当前,现代医学对 COPD 的防治主要着重于肺部局部症状的治疗与缓解,而对于全身不良效应研究有限,工作远远落后于其他慢性疾病,导致 COPD 干预治疗的效果不理想,病死率居高不下^[10]。早期发现和治理 COPD 并发营养不良对改善其长期生存率和预后具有重要意义。COPD 并发营养不良由于机制复杂,影响因素多,迄今仍没有一种可以有效治疗的药物。肺脾两虚理论为 COPD 并发营养不良早期治疗提供了新的研究思路和方向,治疗过程中见肺之病先实脾,脾气健,肺气足,则宗气生化有源。中医药及中西医结合治疗本病具有较好的研究与开发价值,展示了良好的前景。

[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[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2013, 46(4): 255-264.

[2] 钟南山. 慢性阻塞性肺疾病在中国[J]. 中国实用内科杂志, 2011, 31(5): 321-322.

[3] 王会娟, 王昌明. 慢性阻塞性肺疾病与全身炎症反应相关性的研究进展[J]. 国际呼吸杂志, 2011, 31(7): 531-535.

[4] 李艳. 低体重指数对慢性阻塞性肺疾病预后的影响[J]. 临床肺科杂志, 2012, 17(3): 541-543.

[5] 赖天文, 吴斌. 慢性阻塞性肺疾病营养不良的因素分析及治疗进展[J]. 国际呼吸杂志, 2009, 29(3): 159-162.

[6] 朱圆, 余小萍, 朱萍顾等. 老年慢性阻塞性肺疾病患者营养状况调查[J]. 老年医学与保健, 2011, 17(2): 18-20.

[7] 刘又宁. 实用临床呼吸病学[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2007: 312-321.

[8] 文富强, 陈鹏. 应重视慢性阻塞性肺病(COPD)的营养支持治疗[J]. 西部医学, 2011, 23(1): 1-2.

[9] GOLD Executive Committee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease (updated 2014) [EB/OL]. [2014-01-01]. <http://www.goldcopd.org/guidelines-global-strategy-for-diagnosis-management.html>.

[10] 朱裴钦, 罗勇, 郭雪君. 能量型营养支持对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者疗效的荟萃分析[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2008, 31(2): 107-111.

[11] 陈国忠, 余昌平, 黄毅, 等. 慢性阻塞性肺疾病的炎症反应与营养不良密切相关[J]. 中华临床营养杂志, 2009, 17(6): 328-331.

[12] 刘玲, 付强, 况九龙. 瘦素与慢性阻塞性肺疾病病情严重程度相关研究[J]. 国际呼吸杂志, 2010, 30(5): 257-259.

[13] Schols AM, Creutzberg EC, Buurman WA, et al. Plasma leptin is related to proinflammatory status and dietary intake in patients with chronic obstructive pulmonary disease [J]. Am J Respir Crit Care Med, 1999, 160(4): 1220-1226.

[14] 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诊疗指南(2011版)[J]. 中医杂志, 2012, 53(1): 81-84.

[15] 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.

[16] 江璇, 丘梅清. 论 COPD 源于肺, 治在脾胃[J]. 四川中医, 2006, 24(11): 25-26.

[17] 王至婉, 李建生, 李素云, 等. 慢性阻塞性肺疾病稳定期基础证及特征的临床调查研究[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(6): 961-964.

[18] 焦扬, 傅开龙, 孙海燕, 等. 慢性阻塞性肺病常见症状及证候调查[J]. 北京中医药大学学报, 2006, 29(7): 497-501.

[19] 赵晓杰, 敖素华. 培土生金法对慢性阻塞性肺疾病模型大鼠营养状态影响的实验研究[J]. 山西中医, 2011, 27(6): 40-42.

[20] 单丽囡, 刘小虹, 钟亮环. 培土生金法配合西药治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2007, 29(4): 26-27.

[21] 王玲, 居来提·赛买提, 杜丽娟, 等. 培土生金法对慢性阻塞性肺疾病患者 BODE 指数及生活质量的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(14): 269-272.

[22] 郑青秀. 补肺健脾汤治疗慢性阻塞性肺疾病疗效观察[J]. 陕西中医学院学报, 2012, 35(3): 58-59.

(责任编辑: 黎国昌)