

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2020.04.013

# COPD 稳定期中医证型对 BODE 指数及 MNA 评分的影响

张艳<sup>1,2</sup> 董滢<sup>3△</sup><sup>1</sup>成都中医药大学第三附属医院(西区),成都 611730<sup>2</sup>成都市郫都区中医医院,成都 611730<sup>3</sup>成都中医药大学附属医院,成都 610075**关键词** 慢性阻塞性肺疾病稳定期;肺脾肾虚证;BODE 指数;微型营养评定表**中图分类号** R563.9 **文献标识码** A

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是以持续气流受限为特征的慢性肺部疾病,患病率和病死率居高不下,严重影响人类生活质量,造成巨大社会负担。近年来随着研究逐渐深入,对其病情评估水平逐步提高,评估方法也在不断改进。BODE 指数由 Celli BR<sup>[1]</sup>等提出,是一种简单的多维分级系统,在预测 COPD 患者死亡风险方面优于第一秒用力呼气量(FEV<sub>1</sub>),还可用于评价 COPD 患者病情严重程度与其生活质量相关性<sup>[2]</sup>。微型营养评估表(MNA)是评估和筛查老年人营养状态最常用的工具,高士媛等<sup>[3]</sup>研究发现,MNA 能较好地预测老年慢阻肺患者的急性加重风险。本课题组观察了 COPD 稳定期不同中医证型对 BODE 指数及 MNA 评分的影响,旨在为 COPD 稳定期的中医辨证分型提供客观依据,实现中医辨证量化、客观化。

## 1 资料与方法

### 1.1 研究对象

选取 2013 年 10 月—2015 年 3 月就诊于成都中医药大学附属医院及郫都区中医医院呼吸科门诊的慢性阻塞性肺疾病稳定期患者 175 例,根据中医证型分为 4 组。痰湿蕴肺组 43 例,其中男 29 例,女 14 例;痰瘀阻肺组 38 例,其中男 26 例,女 12 例;肺脾气虚组 50 例,其中男 35 例,女 15 例;肺脾肾虚组 44 例,其中男 29 例,女 15 例。4 组患者的性别构成比比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 西医诊断标准

西医诊断标准符合《内科学》<sup>[4]</sup>中相关诊断标准,存在吸烟史等高危因素,临床症状体征符合 COPD 临床表现,肺功能检查显示吸入支气管舒张剂后 FEV<sub>1</sub>/

用力肺活量(FVC) $<70\%$ ,即确定存在持续气流受限,排除其他影响气流受限的疾病。COPD 稳定期指患者咳嗽、咳痰、气短等症状稳定或症状轻微。

### 1.3 中医辨证标准

中医辨证标准参照《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011 版)》<sup>[5]</sup>及导师临床经验确定以下 4 种临床常见证型:①痰湿蕴肺证,症见咳嗽反复或因痰而嗽,痰量多,清稀或黏腻色白;气短,痰多泡沫易咳出,胸闷,胃脘痞满,纳呆食少;舌苔白腻或舌质淡,脉滑或濡。②痰瘀阻肺证,症见咳嗽、咳痰,痰量较多,喘息,口唇青紫;胸闷痛,气短,面色紫暗,爪甲青紫;舌质紫暗、带有瘀斑,苔厚腻,或舌下脉络曲张,脉弦滑或涩。③肺脾气虚证,症见喘息短促无力,动则加重,咳痰稀白量多,纳呆,便溏;食欲不振,腹胀,声低懒言,神疲倦乏力,面白无华,自汗恶风;舌体胖大有齿痕,舌质淡,苔白滑或腻,脉细软。④肺脾肾虚证,症见呼吸浅短难续,甚则张口抬肩,咳痰清稀,纳少便溏,腰膝酸软;面目浮肿,胸闷,耳鸣,夜尿多,咳而遗溺,小便清长,或面色晦黯,易感冒,自汗,盗汗;舌体胖大有齿痕,脉沉弱。

### 1.4 纳入及排除标准

纳入标准:符合上述西医诊断标准及中医辨证标准;患者同意参与本研究,签署知情同意书,经过本院伦理委员会批准。

排除标准:合并支气管哮喘、支气管扩张症、充血性心力衰竭、肺结核、肺癌等其他影响气流受限疾病者;合并心、肝、肾等重要脏器功能不全或血液系统、免疫系统严重疾病者;精神障碍、依从性差,无法配合完成研究者。

### 1.5 评价指标

比较 4 组不同中医证型患者年龄、BODE 指数各项指标及总分、MNA 评分及过去 1 年急性加重次数。

△通信作者,Corresponding author,E-mail:463174044@qq.com

BODE 指数包括体重指数(B)、气流阻塞程度(O)、呼吸困难程度(D)和运动能力(E)共 4 个因素, 体重指数(BMI)等于体重(kg)除以身高(m)的平方, 气流阻塞程度根据患者 FEV<sub>1</sub> 占预计值百分比(FEV<sub>1</sub>%<sub>prep</sub>)进行评价, 呼吸困难程度采用改良版英国医学研究委员会呼吸困难问卷(mMRC)<sup>[6]</sup>进行评估, 运动能力以 6 min 步行距离(6MWT)表示。

MNA 评分包括人体测量评价、总体评价、膳食评价、主观评价 4 部分共 18 条问题组成, 得分越低说明受试者的营养状况越差。

**1.6 统计学方法**

采用 SPSS 19.0 统计软件进行数据处理, 计量资料采用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组间比较采用方差分析或秩和检验; 以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结果**

**2.1 年龄比较**

肺脾肾虚组患者年龄显著大于另外 3 组( $P < 0.05$ )。

见表 1。

**表 1** 4 组患者年龄比较(岁,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	年龄
痰湿蕴肺组	43	60.34±8.29*
痰瘀阻肺组	38	62.45±10.06*
肺脾气虚组	50	63.73±9.85*
肺脾肾虚组	44	64.15±8.34

与肺脾肾虚组比较, \*  $P < 0.05$

**2.2 BODE 指数各项指标比较**

肺脾肾虚组患者 FEV<sub>1</sub>%<sub>prep</sub>、6MWT、BMI 显著低于另外 3 组, mMRC 分级显著高于另外 3 组( $P < 0.05$ )。见表 2。

**2.3 BODE 指数、MNA 评分及过去 1 年急性加重次数比较**

肺脾肾虚组患者 BODE 指数、过去 1 年急性加重次数显著高于另外 3 组, MNA 评分显著低于另外 3 组( $P < 0.05$ )。见表 3。

**表 2** 4 组患者 BODE 指数各项指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	BMI(kg/m <sup>2</sup> )	FEV <sub>1</sub> % <sub>prep</sub> (%)	mMRC(级)	6MWT(m)
痰湿蕴肺组	43	23.39±3.05*	65.50±13.76*	1.32±0.70*	285.13±71.73*
痰瘀阻肺组	38	22.88±3.07*	58.35±15.61*	1.53±0.75*	250.82±63.21*
肺脾气虚组	50	20.83±1.99*	50.00±14.20*	2.00±0.75*	213.64±75.89*
肺脾肾虚组	44	19.87±2.22	41.36±11.18	2.41±0.88	179.36±69.14

与肺脾肾虚组比较, \*  $P < 0.05$

**表 3** 4 组患者 BODE 指数、MNA 评分及过去 1 年急性加重次数比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	BODE 指数(分)	MNA 评分(分)	急性加重次数(次)
痰湿蕴肺组	43	2.40±1.76*	22.04±2.36*	0.58±0.56*
痰瘀阻肺组	38	3.42±2.06*	21.57±2.42*	0.99±0.75*
肺脾气虚组	50	4.95±2.16*	20.18±2.12*	1.71±1.24*
肺脾肾虚组	44	6.31±2.02	19.01±2.50	2.57±0.38

与肺脾肾虚组比较, \*  $P < 0.05$

**3 结论**

西医学认为, COPD 病理生理改变复杂, 不仅局限于肺部, 更是一种全身性系统性疾病, 可导致全身不良效应, 包括全身炎症反应、骨骼肌功能不良等。《素问·阴阳应象大论》曰: “脾生肉, 肉生肺”, 脾胃为后天之本, 气血生化之源, 人体气血津液、五脏六腑、肌肉形体、四肢百骸皆赖以养, 脾之若健, 肺气则强。

本研究结果显示, 4 组 COPD 稳定期患者中肺脾肾虚证患者 BODE 指数、mMRC 分级及过去 1 年急性

加重次数最高, FEV<sub>1</sub>%<sub>prep</sub>、6MWT、BMI 及 MNA 评分显著低于另外 3 组; 表明肺脾肾虚证患者营养情况及生活质量最差, 病情最为严重。从中医病因病机角度分析, 本病病位首先在肺, 继而影响脾肾, 从肺虚到脾虚、再到肾虚的发展过程是病情逐渐加重的过程。本病首先表现为肺失宣发肃降, 日久则肺虚, 肺气不足, 津液不能正常输布排泄, 聚而为痰; 脾为气血生化之源, 又主统血, 气为血帅, 脾气不足则血液运行不畅停而为瘀, 导致痰瘀互结; 痰瘀形成后进一步阻滞气机, 加重气流受限, 使病情进一步恶化。肺病及

脾,脾胃虚弱,则上不能化生水谷精微,升发清阳以养肺金,使其缺乏康复再生之力;下不能运化水湿,助肾以制水,水寒之气反伤肾阳,肾虚气化不利,寒湿困脾,则加重脾虚;肾虚摄纳无权,脾虚运化失常,进一步加重肺虚,导致肺、脾、肾俱虚。肺脾肾虚时,机体防御免疫功能进一步下降,更易并发感染,导致病情加重,使得其呈现恶性循环之势。

综上所述,肺脾肾虚证 COPD 稳定期患者 BODE 指数较高,MNA 评分较低,急性加重次数较多。

#### 参 考 文 献

[1] Celli BR, Cote CG, Marin JM, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease[J]. *N Engl J*

*Med*, 2004, 350(10):1005-1012.

[2] 郑乐贵,徐显,李继法,等. COPD 老年患者病情严重程度与生活质量的相关性[J]. *中国老年学杂志*, 2015, 35(1): 35-37.

[3] 高士媛,施敏骅,陈锐,等. 精简微型营养评价量表预测老年慢性阻塞性肺疾病患者急性加重风险的效能评价[J]. *中华医学杂志*, 2020, 100(14):1063-1067.

[4] 葛均波,徐永健,王辰. 内科学[M]. 9 版. 北京:人民卫生出版社, 2018:23-25.

[5] 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):80-84.

[6] Mahler DA, Wells CK. Evaluation of clinical methods for rating dyspnea[J]. *Chest*, 1988, 93(3):580-586.

(收稿日期:2020-05-18)

## 科技论文引言写作的注意事项

引言,又称前言、概述、绪论等,是论文主体部分的开端,它向读者交代本研究的来龙去脉,引导读者阅读和理解全文。引言的内容应包括:本研究工作的背景;相关领域前人研究的历史、现状、知识空白(如结论存在矛盾等);研究目的、理论依据、所作假设、要解决的问题、目的意义等。其目的是引导读者进入论文主题,帮助读者理解论文内容。撰写引言时应注意:言简意赅,突出重点,不应过多描述同行熟知的、教材上能找到的基本理论知识;在回顾前人的研究时,不需要面面俱到,应引用具有代表性的、与本研究关系最密切的资料以指引读者,优先引用相关研究中经典、重要、最新和最具说服力的文献,避免写成文献综述;尊重科学,实事求是,审慎评价,切忌使用“有很高的学术价值”、“填补了国内外空白”、“首次发现”等不适之词;图、表、公式等在引言中不宜列出;对不常用的专门术语或缩写词,应进行解释或定义,以帮助编辑、审稿人和读者阅读稿件。