



原创论文

260 例支气管扩张症患者的中医证候规律调查研究

张正易¹, 樊雅欣¹, 柏萍², 苏奔¹, 张少言¹, 吴定中¹, 郑培永¹, 鹿振辉¹, 邱磊¹

¹上海中医药大学附属龙华医院

²上海交通大学医学院附属新华医院

摘要: 目的本研究为探讨支气管扩张患者的中医证素和证型分布规律。方法将集 2020 年 5 月至 2022 年 1 月上海中医药大学附属龙华医院门诊和住院支气管扩张患者 260 例的中医证素证候信息和临床资料, 分析中医证素证候分布及不同证候中其临床分期, 近一年急性加重次数, 身体质量指数 (BMI, Body Mass Index) 和微生物定植的差异。结果该病在人群中的主要病位证素集中于肺 257 例 (98.85%), 其次分别为为肾 (16.54%)、心 (7.69%)、脾 (7.31%) 和肝 (7.31%); 病性证素中痰出现的频率最高为 152 例 (58.46%), 其次为阴虚 (45.77%), 气虚 (41.15%) 和火 (22.69%)。证素组合中, 以肺合并气虚最多, 共 39 例 (15.00%), 证型分布中实证占 90 例 (34.62%), 虚证占 100 例 (38.46%), 虚实夹杂占 79 例 (30.38%)。以证素组合构成证型, 260 例病例中实证共 90 例 (34.62%), 虚证共 100 例 (38.46%), 虚实夹杂证共 70 例 (26.92%)。中医证型分布最多的分别为痰热壅肺证 53 例 (20.38%), 肺气虚证 34 例 (13.08%) 和肺气阴两虚证 32 例 (12.31%)。结论支气管扩张患者证素分布广泛, 证型虚实夹杂, 且与不同证型的患者其临床特征差异较大。

关键词: 支气管扩张; 证素; 证型; 临床特征

通讯作者: 邱磊: dr_qiulei@shutcm.edu.cn



Received: 2 May 2024

Revised: 4 June 2024

Accepted: 20 June 2024



前言

支气管扩张症是多种原因引起的气管树的病理性扩张, 导致反复发生化脓性感染的气道慢性炎症, 临床上常表现为持续或反复性咳嗽、咳痰, 有时伴有咯血。临床上支气管扩张常发生间歇性加重, 最终可导致呼吸功能衰竭, 慢性肺源性心脏病等严重结果。在中国, 支气管扩张症在 40 岁以上人群中的总患病率估计为 1.2%, 并且随着人口老龄化呈上升趋势。然而, 70% 以上的患者尚未发现支气管扩张症的病因。^[1] 支气管扩张症根据其临床表现可归于中医“咳嗽”、

“肺痈”、“咯血”等范畴。本研究以中医证素与临床特征为切入点, 运用统计学方法进行数据分析, 以探索其中医证素分布与组合规律, 总结其证候分型特点, 为中医辨证论治支气管扩张提供参考。

资料与研究对象

1. 研究对象来源

所有调查对象来源于 2020 年 5 月至 2022 年 1 月, 就诊于上海中医药大学附属龙华医院门诊及住院的支气管扩张症病人。

2. 诊断标准

参考《成人支气管扩张症诊治专家共识》^[2]和《英国胸科协会成人支气管扩张指南》^[3]中有关诊断标准制定根据胸部高分辨率 CT 的表现诊断支扩,至少符合下述一条:(1)支气管内径/伴行肺动脉直径 >1 ;(2)支气管沿其走行方向,管径未逐渐变细;(3)靠近胸膜 1 cm. 或接近纵隔胸膜范围内可见支气管影;(4)可见支气管增厚、粘液嵌塞、呼吸相 CT 可见马赛克征或气体陷闭、轨道征等征象(5)长期(超过 8 周)咳嗽、咳痰、痰中带血、或反复咯血等临床表现,且 CT 征象符合以上任意一条。

3. 纳入标准

(1)符合支气管扩张诊断标准;(2)无语言沟通障碍;(3)年龄 ≥ 18 岁,性别不限。

4. 排除标准

(1)精神或认知障碍,不能配合或者完全不能交流者;(2)合并严重的心脑血管、肾、肝、造血系统等疾病者;(3)系统性疾病或免疫缺陷(如系统性红斑狼疮、原发性干燥综合征、抗中性粒细胞胞质抗体相关性血管炎、低免疫球蛋白血症等)引起者;(4)出现呼吸衰竭、脓毒性休克、多脏器衰竭等严重临床情况或需监护治疗的患者;(5)合并大咯血支气管扩张症患者。

方法

1. 调查内容

主要包括患者一般信息:姓名、性别、年龄、病程、BMI、胸部影像学表现、痰菌培养、近一年急性加重次数等;临床症状包括:咳嗽、咳痰、咯血、胸闷、喘息、等临床表现。

2. 调查方法

2.1 中医证素的选取

根据查阅文献发现支气管扩张证常出现的证型有痰热壅肺、肺脾两虚证、气虚血瘀、肝火犯肺、肺热壅肺、肺脾气虚、阴虚肺热,出现频次较多的证素是“痰”、“热”、“气虚”、“阴虚”、“瘀”、“肺”、“肝”等,并参考《支气管扩张症中医证候诊断标准》^[4]同时参阅《中医内科学》、

中关于肺病、咳嗽、咯血部分中证候组成,选取“痰、热(火)、血瘀、气虚、阴虚”5个主要病性证素,和“肺、脾、肾、肝、心”5个病位证素。

2.2 证素判定标准

根据朱文锋主编的《证素辨证学》以各症状要素的积分及阈值法确定各证素的权重。各辨证要素的诊断确定,以 20 作为阈值,各症状对各辨证要素贡献度之和达到或超过 20 时,即可诊断为这些辨证要素。每一症状的轻重,以中等程度为准,若该症状重时,其定量诊断值乘 1.5,若该症状轻时,乘 0.7。

2.3 证型判定标准

结合文献资料、证素组合,并参照《中医诊断学》、《中医内科学》及 2019 版《支气管扩张症中医证候诊断标准》,并咨询三位主治及以上医师等判定支气管扩张症患者的中医证型。

3. 统计学分析

所有数据均采用 SPSS 26.0 软件统计分析。所有统计检验均以 $P < 0.05$ 为检验水准,提示有统计学意义。计量资料符合正态分布的采用 $\bar{x} \pm s$ 描述,不符合正态分布的使用中位数 $M(Q_{25}, Q_{75})$ 描述,计数资料用构成比及频率表示。差异性检验采用交叉表卡方检验,当 $T < 1$ 或 $n < 40$,则用 Fisher 精确检验;当 $n > 40$ 且 $T \geq 5$ 时,用 Pearson 卡方检验。

结果

1. 一般资料

本研究共收集有效病例 260 例,其中男性 80 例,占 30.77%,女性 180 例,占 69.23%。所有患者平均年龄为 60.58 ± 13.48 岁,最小为 22 岁,最大为 89 岁,病程中位数为 6 (10.39, 13.73) 年,病程最少不足 1 年,最长病程数 66 年;这些患者中,近一年急性加重次数大部分均小于两次,大于等于三次者仅占 3.85%;在检出微生物的群体中,铜绿假单胞菌占比最高,为 66.67%;根据 FACED 评分将患者划分为轻中重三中严重程度,轻度患者最多,占 66.15%,中度和重度分别占 20.38% 和 13.46% (见表 1)

表 1 患者一般资料 n=260

资料	人数	百分比 (%)
年龄		
<40	22	8.46
40-59	86	33.08
60-69	82	31.54
≥70	70	26.92
性别		
男	80	30.76
女	180	69.23
BMI		
正常 (18.5-23.9)	188	72.31
偏胖 (24-27.9)	34	13.08
肥胖 (≥28)	6	2.31
合并疾病		
无	117	45.00
心血管疾病	63	24.23
COPD	29	11.15
糖尿病	24	9.23
哮喘	20	7.69
肺结核	15	5.77
恶性肿瘤	13	5.00
脑血管疾病	5	1.92
甲状腺疾病	5	1.92
慢性胃炎	5	1.92
高尿酸血症	4	1.53
NTM*	3	1.15
病程		
<10	148	56.92
10-19	49	18.85
20-29	22	8.46
≥30	41	15.77
近 1 年急性加重次数		
0 次	116	44.62
1-2 次	134	51.54
≥3 次	10	3.85

表 1 患者一般资料 n=260 (续)

资料	人数	百分比 (%)
影像学类型分布情况		
囊状型	73	28.08
柱状型	107	41.15
囊柱状	80	30.77
微生物分布情况 (n=54)		
铜绿假单胞菌	36	66.67
NTM	5	9.26
曲霉菌	3	5.56
流感嗜血杆菌	2	3.70
草绿色链球菌	2	3.70
肺炎克雷伯杆菌	2	3.70
鲍曼不动杆菌	1	1.85
耐甲氧西林葡萄球菌	1	1.85
金黄色葡萄球菌	1	1.85
嗜麦芽窄食单胞菌	1	1.85
FACED 评分分级		
轻度	172	66.15
中度	53	20.38
重度	35	13.46

*NTM: 非结核分枝杆菌 (Non-Tuberculous Mycobacteria)

2. 中医证素和证候分布情况

在选取的 10 个证素中,肺的出现频率最高,共出现 257 次,占 98.85%,肾出现 43 次 (16.54%),心出现 20 次 (7.69%),脾和肝均出现 19 次 (7.31%),病性证素中,出现频率最高的为痰,共 152 次,占 58.46%,其次分别为阴虚、气虚、火和血瘀。不同证素组合中,以肺+气虚最多,为 39 人 (15%)。根据证素组合所判定证型中实证占 90 例 (34.62%),虚症占 100 例 (38%),虚实夹杂占 79 例 (27%)。(见表 2,3)

表 2 支气管扩张患者证素分布和证素组合形式的分布情况 n=260

资料	例数	百分比 (%)
证素		
肺	257	98.85
痰	152	58.46

表 2 支气管扩张患者证素分布和证素组合形式的分布情况 n=260 (续)

资料	例数	百分比 (%)
证素		
阴虚	119	45.77
气虚	107	41.15
火	59	22.69
肾	43	16.54
心	20	7.69
脾	19	7.31
肝	19	7.31
血瘀	4	1.54
证素组合形式		
肺+气虚	39	15
肺+痰+热	21	8.08
肺+气虚+痰	20	7.69
肺+阴虚+痰	16	6.15
痰+肺	15	5.77
肺+阴虚	14	5.38
肺+气虚+阴虚	13	5
肺+痰+热+阴虚	13	5
肺+气虚+阴虚+痰	10	3.85
肺+肾+痰	6	2.31
肺+肾+阴虚+痰+热	5	1.92

表 3 支气管扩张患者证型分布情况 n=260

证型	例数	百分比 (%)
实证	90	34.62
痰热壅肺证	53	20.38
痰浊阻肺证	21	8.08
肝火犯肺证	9	3.46
外邪犯肺证	7	2.69
虚证	100	38
肺气虚证	34	13.08
肺气阴两虚证	32	12.31
肺肾气阴两虚证	26	10
肺脾气虚证	8	3.08

表 3 支气管扩张患者证型分布情况 n=260 (续)

证型	例数	百分比 (%)
虚实夹杂证	70	27
肺阴虚夹痰证	23	8.85
肺气虚夹痰证	12	4.62
肺肾气阴两虚夹痰证	9	3.46
肺气阴两虚夹痰证	12	4.62
肺肾气虚夹痰证	7	2.69
肺脾气虚夹痰证	7	2.69

3. 中医证型在不同临床特征中的差异性分析

在中医证型与临床分期中, 各种证型的分布存在差异, 其中实性证候中处于急性加重期的患者明显较稳定期更多, 虚性证候中则处于稳定期的

患者分布较多, 虚实夹杂证型中二者分布类似。在近一年急性加重次数中可以发现, 带有痰或阴虚的证候其急性加重次数相比不带有痰或阴虚的证候更多。(见表 4-6)

表 4 不同证候的支气管扩张患者在不同临床特征中的BMI分布情况 n=260

证型	BMI 指数			
	瘦	正常	超重	肥胖
实证				
痰热壅肺证	2 (6.3%)	42 (22.3%)	8 (23.5%)	1 (16.7%)
痰浊阻肺证	1 (3.1%)	16 (8.5%)	3 (8.8%)	1 (16.7%)
肝火犯肺证	0 (0%)	4 (2.1%)	1 (2.9%)	0 (0%)
外邪犯肺证	0 (0%)	8 (4.3%)	3 (8.8%)	0 (0%)
虚证				
肺气虚证	4 (12.5%)	30 (16.0%)	0 (0%)	0 (0%)
肺气阴两虚证	4 (12.5%)	19 (10.1%)	7 (20.6%)	2 (33.3%)
肺肾气阴两虚证	6 (18.8%)	14 (7.4%)	5 (14.7%)	1 (16.7%)
肺脾气虚证	0 (0%)	7 (3.7%)	1 (2.9%)	0 (0%)
虚实夹杂证				
肺阴虚夹痰证	3 (9.4%)	19 (10.1%)	1 (2.9%)	0 (0%)
肺气虚夹痰证	3 (9.4%)	8 (4.3%)	1 (2.9%)	0 (0%)
肺肾气阴两虚夹痰证	2 (6.3%)	6 (3.2%)	1 (2.9%)	0 (0%)
肺气阴两虚夹痰证	4 (12.5%)	8 (4.3%)	0 (0%)	0 (0%)
肺肾气虚夹痰证	1 (3.1%)	3 (1.6%)	2 (5.9%)	1 (16.7%)
肺脾气虚夹痰证	2 (6.3%)	4 (2.1%)	1 (2.9%)	0 (0%)
			卡方值	P 值
			46.806	0.183

表 5 不同证候的支气管扩张患者在不同临床特征中的微生物定植、临床分期分布情况 n=260

证型	是否有微生物定植		临床分期	
	是	否	稳定期	急性加重期
实证				
痰热壅肺证	15 (27.8%)	38 (14.4%)	20 (11.0%)	33 (41.8%)
痰浊阻肺证	6 (11.1%)	15 (7.3%)	18 (9.9%)	3 (3.8%)
肝火犯肺证	2 (3.7%)	7 (3.4%)	7 (3.9%)	2 (2.5%)
外邪犯肺证	0 (0%)	7 (3.4%)	5 (2.8%)	2 (2.5%)
虚证				
肺气虚证	1 (1.9%)	33 (16.0%)	32 (17.7%)	2 (2.5%)
肺气阴两虚证	5 (9.3%)	27 (13.1%)	25 (13.8%)	7 (8.9%)
肺肾气阴两虚证	6 (11.1%)	20 (9.7%)	17 (9.4%)	9 (11.4%)
肺脾气虚证	1 (1.9%)	7 (3.4%)	4 (2.2%)	4 (5.1%)
虚实夹杂证				
肺阴虚夹痰证	7 (13.0%)	16 (7.8%)	16 (8.8%)	7 (8.9%)
肺气虚夹痰证	2 (3.7%)	10 (4.9%)	10 (5.5%)	2 (2.5%)
肺肾气阴两虚夹痰证	1 (1.9%)	8 (3.9%)	6 (3.3%)	3 (3.8%)
肺气阴两虚夹痰证	2 (3.7%)	10 (4.9%)	10 (5.5%)	2 (2.5%)
肺肾气虚夹痰证	3 (5.6%)	4 (1.9%)	6 (3.3%)	1 (1.3%)
肺脾气虚夹痰证	3 (5.6%)	4 (1.9%)	5 (2.8%)	2 (2.5%)
	卡方值	P 值	卡方值	P 值
	18.161	0.151	43.794	<0.001*

表 6 不同证候的支气管扩张患者在不同临床特征中的在近一年急性加重次数分布情况 n=260

证型	近 1 年内急性加重次数		
	0 次	1 次	2 次及以上
实证	116	123	21
痰热壅肺证	22 (19.3%)	24 (19.5%)	7 (33.3%)
痰浊阻肺证	12 (10.5%)	8 (6.5%)	1 (4.8%)
肝火犯肺证	4 (3.5%)	5 (4.1%)	0 (0%)
外邪犯肺证	1 (0.9%)	4 (3.3%)	0 (0%)
虚证			
肺气虚证	27 (23.7%)	7 (5.7%)	0 (0%)
肺气阴两虚证	11 (9.6%)	20 (16.3%)	1 (4.8%)
肺肾气阴两虚证	8 (7.0%)	11 (8.9%)	7 (33.3%)
肺脾气虚证	3 (2.6%)	5 (4.1%)	0 (0%)

表 6 不同证候的支气管扩张患者在不同临床特征中的在近一年急性加重次数分布情况 n=260 (续)

证型	近 1 年内急性加重次数		
	0 次	1 次	2 次及以上
虚实夹杂证			
肺阴虚夹痰证	8 (7.0%)	14 (11.4%)	1 (4.8%)
肺气虚夹痰证	5 (4.4%)	7 (5.7%)	0 (0%)
肺肾气阴两虚夹痰证	4 (3.5%)	5 (4.1%)	0 (0%)
肺气阴两虚夹痰证	4 (3.5%)	5 (4.1%)	3 (14.3%)
肺肾气虚夹痰证	3 (2.6%)	4 (3.3%)	0 (0%)
肺脾气虚夹痰证	2 (1.8%)	4 (3.3%)	1 (4.8%)
		卡方值	P 值
		50.614	0.003*

讨论

1. 中医证素分布情况

本研究结果显示，病位证素中肺占比最高，为 98.85%，其次分别为肾、脾等藏腑。病性证素中又以痰占比最高，为 58.46%。证型分布中实证共 90 例、虚证共 100 例，虚实夹杂证 70 例，出现次数最多的前五个证型分别为痰热壅肺证（53 例，20.38%），肺气虚证（34 例，13.08%），肺气阴两虚证（32 例，12.31%），肺肾气阴两虚证（26 例，10%），肺阴虚夹痰证（23 例，8.85%）。

支气管扩张的临床表现主要为慢性咳嗽咳痰、间断咯血、伴或不伴有胸闷气促等症状，可归属于中医“肺癰”范畴。支气管扩张的病机可归纳为热毒侵袭，痰与热毒搏结与肺，壅扼气道，肺气升降失调。正如《金匱要略》中提出的“咳而胸满，振寒，脉数，咽干不渴，时出浊唾腥臭，久久吐脓如米粥者。”支气管扩张病位在肺，肺为娇藏，不耐外邪，每当热毒外邪侵袭，肺先受之。肺受外邪主要影响到水液代谢和气机调节两方面。水液代谢失调则痰邪内生，积聚于肺而不化；另一方面肺主一身之气机，母病及子，子病及母，脾肾二藏易受累及，肺脾肾三藏作为调节津液运行的主要脏腑，在预防痰邪生产和水液代谢起到

重要作用。肾虚推动气化无力，脾虚不能通调水道，全身津液输布障碍，肺为贮痰之器，故水液停聚于肺而为痰。支扩患者病程较长，正气虚弱，痰邪长期贮藏于肺，不仅阻碍正常津液代谢，更耗伤肺气肺阴，当机体复感外邪，则与体内痰邪相结，则多反复发作。疾病发展到后期，痰浊侵袭血脉则为瘀血，血瘀则气滞，又可损伤肺气，三者互为因果，进而使得气滞痰凝血瘀于肺，临床多表现为虚实夹杂的病理状态。

现代对于支气管扩张的病机有了进一步认识，国医大师洪广祥认为支气管扩张早期气滞痰瘀热壅于肺，^[5]后期发展为气阳虚弱，提出温补宗气、温阳宣通、温清并用的治法。王安安^[6]基于伏邪理论，从外感，先天和内生伏邪三方面阐述支气管扩张的病机，论证了临床表现和伏邪的相关性。现代对于支气管扩张的证型变化也有所新发现，李建生^[7]指出急性加重期以痰湿和痰热为主，而缓解期常见肺气虚，肺脾气虚等正虚邪恋类证候，同时各个时期均可合并有血瘀等兼证。有关支气管扩张的证素研究大多发现证素分布多由急性加重期的痰、火、瘀转变为缓解期的气虚、阴虚、瘀等证素。^[8-10]支气管扩张的后期阶段，由于长期痰热互结，造成气阴两虚，肺脾肾三藏俱虚的状态。

本研究结果对于支气管扩张的治疗, 结合其病因病机, 宜通过肺脾肾三藏同治来。疾病早期阶段病位主要在肺, 以热、痰等实邪为主, 治疗上以清热化痰法为主, 辅以宣肺止咳, 而疾病中后期, 肺气亏虚, 阴虚火旺, 痰液生成增加的同时排痰能力减弱; 另一方面, 子盗母气, 伤及脾胃, 脾胃虚弱无力运化, 痰瘀之邪较前期更甚。故治疗上从清热化痰转向健脾益气, 润肺滋阴, 通过补肺益脾, 运化气津, 消痰之源的同时养阴化痰, 以达到标本同治的目的。国医大师陈绍宏基于火邪伤络和燥邪伤络提出了金郁泄之、燥者濡之理论, 取得较好疗效。^[11] 支气管扩张因其病位不固定, 病性虚实夹杂, 难以辨明证候以辨证施方, 所以在治疗时应当注意疾病所处的阶段, 通过四诊合参确定病位所在的脏腑和病性的虚实, 在调节肺气宣降、清消肺中痰瘀和兼固肺脾正气之间达到平衡。同时随证加减, 以取得最佳疗效。

2. 中医证候与临床特征的相关性分析

本实验结果显示, 痰热壅肺证处于急性加重期的比例最高, 且带有痰的证型其急性加重次数相比不带有痰的证型更多。支气管扩张早期, 多由外感风邪或内生之邪引起, 外邪入里化热, 痰湿久蕴生热, 多表现为热象。中医认为“久病必虚”、“久病必瘀”久病则痰郁化热, 或合并外感风热之邪, 痰热互结共同损伤脉络, 则为瘀血, 《灵枢·痼疽》中提到: 营卫稽留于经脉之中, 则血泣而不行, 不行则卫气从之而不通, 壅遏而不得行, 故热。大热不止, 热胜则肉腐, 肉腐则为脓。痰热之邪停留于肺, 不仅影响津液正常输布, 更耗伤阴津, 长此以往形成虚实夹杂的病理状态。^[12,13] 现代医学中“恶性循环”假说认为: 细菌在气道上皮中引发炎症反应, 粘膜纤毛清除能力下降, 痰液生成增多并导致细菌定植。慢性感染导致持续的白细胞, 尤其是中性粒细胞气道炎症并损害邻近气道组织, 引起管腔黏膜充血、水肿, 使管腔变窄, 疾病后期分泌物堵塞管腔, 痰液引流不畅, 从而重复恶性循环。^[14] 中医对痰的认识包括有形之痰与无形之痰, 其中气道上皮细胞的炎性病变

可以认为是无形之痰, 后期支气管阻塞和粘液过多分泌, 引起痰液生成聚集, 可认为是有形之痰。无形之痰的产生促进有形之痰的产生, 而有形之痰的产生加速无形之痰的转化, 与现代医学的病理生理冰花相契合。刘方柏^[15] 把痰作为支气管扩张的核心病机, 涉及多个脏腑, 易合并兼证, 化痰的成功与否决定了疾病的发生发展方向, 施丁莉从^[16] “肺为贮痰之器, 脾为生痰之源”将中医标本同治的思想和支气管扩张的治疗有机结合, 提出了清热化痰, 燥湿化痰, 健脾化痰和温阳化痰四法。

支气管扩张早期, 临床多表现为痰热的征象。《备急千金要方》中“千金苇茎汤”因其针对痰热壅肺的病机, 成为治疗支气管扩张的经典名方。研究表明, 千金苇茎汤能够有效改善支气管扩张患者的症状和部分临床指标, 在联合西医治疗的基础上, 能更好改善患者的炎症状态, 提升患者的免疫功能。^[17,18] 桑白皮汤是治疗痰火内盛致哮喘病的经典名方, 研究表明桑白皮汤联合西医常规治疗支气管扩张能够显著改善患者的临床症状、活动能力等方面, 且安全性良好,^[19] 网络药理学结果显示桑白皮汤主要作用域白细胞介素-17、肿瘤坏死因子、甲型流感信号通路发挥抗氧化应激、抗炎、肺损伤保护等作用, 具有多靶点, 多通路的特征。^[20] 对于支气管扩张发展到肺脾气虚阶段, 多采用健脾益肺的方法, 多项研究发现通过补肺益气, 健脾化痰的治疗方案可以降低患者的呼吸困难指数评分, 炎症因子水平, 有效改善患者肺功能, 提高患者生活质量、且肺功能较前显著升高。^[21]

总结

本研究主要讨论了支气管扩张患者的证素、证候特点及其在不同临床特征中的分布差异。支气管扩张病因病机复杂, 证候虚实交错, 本研究通过将证素辨证和四诊合参的有机结合为中医客观认知疾病提供依据。将证素与临床特征相结合, 可以从全局把握患者所处的疾病发展阶段, 本研究中纳入的临床特征相对较少,

结果可能存在一定偏倚，未来仍需扩大对于支气管扩张患者的临床研究，增加中医药对这一疾病的认识，发挥中医药在治疗中的优势。

References

1. Lin JL, Xu JF, Qu JM. Bronchiectasis in China. *Ann Am Thorac Soc*. 2016;13(5):609-16.
2. Cai BQ, He QY, Gao ZC, Cao ZL, Ma YL, Yang RH, et al. Expert consensus on the diagnosis and treatment of bronchiectasis in adults. *Chinese Journal of Critical Care Medicine (Electronic Edition)*. 2012;5(5):315-28. (in Chinese)
3. Hill AT, Sullivan AL, Chalmers JD, De-Soyza A, Elborn JS, Floto AR, et al. British Thoracic Society guideline for bronchiectasis in adults. *Thorax*. 2019;74(1):1-69.
4. Li JS, Wang ZW, Xie Y, Chun L. Diagnostic criteria of bronchiectasis for traditional Chinese medicine syndromes (2019 edition). *J Tradit Chin Med*. 2020;61(15):1377-80. (in Chinese)
5. Yan ZQ, Xu YF, Li KK, Xu YQ, Hu JX, Xiao H, et al. Hong Guang Xiang, a master of traditional Chinese medicine, discussed the experience of treating bronchiectasis in remission from the perspective of "replenishing deficiency and laxative, and treating the lungs and spleen at the same time". *Lishizhen Medicine and Materia Medica Research*. 2023;34(8):1997-9. (in Chinese)
6. Wang AA, Wang ZR, Huang WL, Pan WR, Ma CY, Li YL, et al. Discussion on the treatment of bronchiectasis based on the theory of incubative pathogenic factors. *Chinese Journal of Information on Traditional Chinese Medicine*. 2024;31(2):173-6. (in Chinese)
7. Li JS. Summary of TCM syndrome differentiation and treatment of bronchiectasis. *Acta Chinese Medicine*. 2017;32(10):1867-9. (in Chinese)
8. Yang S, Zhang WR, Ma ZJ, Huang Y. Distribution of TCM syndrome elements and syndrome types of bronchiectasis in remission stage based on literature research. *Guiding Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy*. 2019;25(13):16-8. (in Chinese)
9. Fu L. Distribution of traditional Chinese medical syndrome elements and syndrome types of bronchiectasis. *Journal of Guangzhou University of Traditional Chinese Medicine*. 2016;33(3):310-3. (in Chinese)
10. Wang P, Zhai T, Wang HX, Huang DH. Analysis of TCM syndrome factor distribution, etiological characteristics and disease-related influencing factors in acute exacerbation of bronchiectasis. *Journal of Emergency in Traditional Chinese Medicine*. 2023;32(8):1373-7. (in Chinese)
11. Xie SY, Zhao W. Chen Shao Hong, a master of traditional Chinese medicine, based on the clinical experience of "golden depression and dryness" in the treatment of bronchiectasis with hemoptysis. *Yunnan Journal of Traditional Chinese Medicine and Materia Medica*. 2023;44(8):1-4. (in Chinese)
12. Chen JL, Liang AW, Li Y, Luo XR, Wu GZ, Huang RY. Exploration of therapeutic thoughts for concurrently regulating lung and spleen in bronchiectasis. *Guangxi Medical Journal*. 2022;44(16):1925-7. (in Chinese)
13. Li H, Zhou QW, Cui QR. Based on the lungs, spleen and kidneys, the "common cause general method" was used to identify and treat bronchiectasis. *China's Naturopathy*. 2020;28(2):1-3. (in Chinese)
14. Solarat B, Perea L, Faner R, de La Rosa D, Martínez García MÁ, Sibila O. Pathophysiology of chronic bronchial infection in bronchiectasis. *Arch Bronconeumol*. 2023;59(2):101-8.
15. Xin DY, Di HR. Experience discussion on treating bronchiectasis through phlegm of Liu Fang Bai. *Journal of Sichuan of Traditional Chinese Medicine*. 2021;39(6):1-4. (in Chinese)
16. Shi DL, Li SY, Wang ZW, Cai KK. Research on the treatment of bronchiectasis from

- phlegm. Traditional Chinese Medicinal Research. 2019;32(2):5-8. (in Chinese)
17. Zhang MF, Liu CX, Zhan SF, Huang HT, Liu XH, Jiang Y, et al. Clinical efficacy of modified Weijing decoction in the treatment of acute exacerbation of bronchiectasis with syndrome of phlegm-heat obstructing lung. Journal of Emergency in Traditional Chinese Medicine. 2023;32(12):2161-4. (in Chinese)
 18. Qi HQ, Huang WM, Li H. Qian Jin Wei Jing decoction combined with phentolamine for the treatment of bronchiectasis efficacy and its effects on serum indexes and immune function of patients. Tianjin Journal of Traditional Chinese Medicine. 2023;40(11): 1371-6. (in Chinese)
 19. Qiu L, Yang XY, Chen JJ, Zhang SY, Wu DZ, Zhang HY, et al. Observation on curative effect of Sangbaipi decoction combined with routine western medicine in treating bronchiectasis with phlegm-heat obstructing lung syndrome. Beijing Journal of Traditional Chinese Medicine. 2023;42(8):819-23. (in Chinese)
 20. Qiu L, Xu H, Yang XY, Pan CH, Zhang SY, Wu XW, et al. Discussion on the potential mechanism Sangbaipi decoction in the treatment of bronchiectasis based in network pharmacology. Journal of Practical Traditional Chinese Internal Medicine. 2023;37(7):9-12. (in Chinese)
 21. Yu LT, Luo TT, Guo ZB, Gao ZX. Shen Zhu Yang Fei decoction combined with cough and asthma patch to treat lung, spleen an qi deficiency in bronchiectasis 56 cases. Global Traditional Chinese Medicine. 2021;14(5): 968-71. (in Chinese)

นิพนธ์ต้นฉบับ

การวิจัยแบบสำรวจกลุ่มอาการตามศาสตร์การแพทย์แผนจีนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโป่งพอง 260 ราย

จาง เจิ้งฉี¹, ฟ่าน หย่าซิน¹, ป้อ ผิง², ซู เปิน¹, จาง เส้าเอี้ยน¹, อู๋ ดิงจง¹, เจิ้ง ผ่ายหย่ง¹, หลู่ เจิ้นฮุย¹, ชิว เหล่ย¹

¹ โรงพยาบาลหลงหัว สังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้

² โรงพยาบาลซินหว่า สังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์เจียวทงเซี่ยงไฮ้

บทคัดย่อ: การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การกระจายตัวของลักษณะเด่นของโรค ตำแหน่งของโรค และกลุ่มอาการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโป่งพองตามศาสตร์การแพทย์แผนจีน จากการรวบรวมข้อมูลกลุ่มอาการ ลักษณะเด่นของโรค ตำแหน่งของโรค และข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโป่งพองทั้งคลินิกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลหลงหัว สังกัดมหาวิทยาลัยการแพทย์แผนจีนเซี่ยงไฮ้จำนวน 260 ราย ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2020 ถึงมกราคม 2022 เพื่อวิเคราะห์การกระจายตัวของกลุ่มอาการ ลักษณะเด่นของโรค ตำแหน่งของโรค และกลุ่มอาการในแต่ละระยะของโรค ซึ่งในปีที่ผ่านมาความถี่การเกิดโรคมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ดัชนีมวลกาย (BMI) และความแตกต่างกันของจุลินทรีย์ประจำถิ่น ผลสรุปของกลุ่มตัวอย่างวิจัยออกมาอย่างชัดเจนว่าตำแหน่งของโรคหลักอยู่ที่อวัยวะปอดจำนวน 257 ราย (ร้อยละ 98.85) รองลงมา คืออวัยวะไต (ร้อยละ 16.54) หัวใจ (ร้อยละ 7.69) ม้าม (ร้อยละ 7.31) และตับ (ร้อยละ 7.31) ลักษณะเด่นของโรคพบอัตราการเกิดโรคจากเสมหะสูงที่สุด 152 ราย (ร้อยละ 58.46) รองลงมาคือ อินพรวง (ร้อยละ 45.77%) ชีพรวง (ร้อยละ 41.15) และไฟ (ร้อยละ 22.69) ในการจัดกลุ่มลักษณะเด่นของโรคและตำแหน่งของโรค พบปอดมักมีอาการร่วมกับชีพรวงเป็นส่วนใหญ่โดยมีทั้งหมด 39 ราย (คิดเป็นร้อยละ 15.00) ในการกระจายตัวของกลุ่มอาการ พบว่า กลุ่มแกร่ง 90 ราย (คิดเป็นร้อยละ 34.62) กลุ่มอาการพร่อง 100 ราย (คิดเป็นร้อยละ 38.46) และกลุ่มอาการแกร่งพร่องผสมกัน 79 ราย (คิดเป็นร้อยละ 30.38) ในการจัดกลุ่มลักษณะเด่นของโรคและตำแหน่งของโรคกับกลุ่มอาการของโรค พบว่า จากกลุ่มตัวอย่าง 260 รายที่เป็นกลุ่มแกร่ง 90 ราย (คิดเป็นร้อยละ 34.62) กลุ่มอาการพร่อง 100 ราย (คิดเป็นร้อยละ 38.46) และกลุ่มอาการแกร่งพร่องผสมกัน 70 ราย (คิดเป็นร้อยละ 26.92) จะมีกลุ่มอาการที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มอาการเสมหะร้อนอุดกั้นสะสมในปอด 53 ราย (คิดเป็นร้อยละ 20.38) รองลงมาเป็นกลุ่มอาการชีพอดพร่อง 34 ราย (คิดเป็นร้อยละ 13.08) และกลุ่มอาการชี้อะฮินปอดพร่อง 32 ราย (คิดเป็นร้อยละ 12.31) ผลการวิเคราะห์พบว่าลักษณะเด่นของโรค ตำแหน่งของโรคของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดโป่งพอง มีการกระจายตัวค่อนข้างกว้าง กลุ่มอาการของโรคมีความซับซ้อนแกร่งพร่องผสมกัน อีกทั้งยังมีลักษณะพิเศษทางคลินิกที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการต่างกัน

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดโป่งพอง; ลักษณะเด่นและตำแหน่งของโรค; กลุ่มอาการ; ลักษณะพิเศษทางคลินิก

ผู้รับผิดชอบบทความ: ชิว เหล่ย: dr_qiulei@shutcm.edu.cn



Original Article

Study on traditional Chinese medicine syndrome of 260 patients with bronchiectasis

Zhang Zhengyi¹, Fan Yaxin¹, Bai Ping², Su Ben¹, Zhang Shaoyan¹, Wu Dingzhong¹, Zheng Peiyong¹, Lu Zhenhui¹, Qiu Lei¹

¹ Department of Chinese Medicine, Longhua Hospital a Affiliate to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, China

² Xin-hua Hospital Affiliated to Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, China

Abstract: This study aimed to explore the distribution characteristics and patterns of syndrome elements and syndromes in patients with bronchiectasis. We collected data from a total of 260 outpatient and inpatient patients with bronchiectasis at Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine from May 2020 to January 2022 were collected to analyze the distribution of traditional Chinese medicine syndrome elements and clinical data, as well as the differences in clinical staging, number of acute exacerbations in the past year, body mass index (BMI), and microbial colonization among different syndromes. The results indicate that the main focus of the disease in the population was on the lungs in 257 cases (98.85%), followed by the kidneys (16.54%), heart (7.69%), spleen (7.31%), and liver (7.31%); The highest frequency of phlegm occurrence in pathological syndrome elements is 152 cases (58.46%), followed by Yin deficiency (45.77%), Qi deficiency (41.15%), and fire (22.69%). In the combination of syndrome elements, the combination of lung and qi deficiency is the most common, with a total of 39 cases (15.00%). In the distribution of syndrome types, empirical syndrome accounts for 90 cases (34.62%), deficiency syndrome accounts for 100 cases (38%), and a mixture of deficiency and excess accounts for 79 cases (27%). Among the 260 cases, 90 cases (34.62%) were excess pattern, 100 cases (38.46%) were deficiency pattern, and 70 cases (26.92%) were deficiency-excess complex. The most common TCM syndrome types were phlegm-heat and lung deficiency 53 cases (20.38%), lung qi deficiency pattern 34 cases (13.08%), and lung qi and yin deficiency pattern 32 cases (12.31%). In conclusion, patients with bronchiectasis have a wide distribution of syndrome elements, and their syndrome types are mixed with deficiency and excess, with significant differences in clinical characteristics compared to patients with different syndrome types.

Keywords: bronchiectasis; pattern elements; syndrome type; clinical features

Correspongding author: Qiu Lei: dr_qiulei@shutcm.edu.cn