

苓甘五味姜辛汤加減治疗 寒饮停肺型慢性阻塞性肺疾病急性加重期 30 例

廖涛,李露 指导 高蓉

(四川省内江市中医医院,四川 内江,641000)

[摘要] 目的:观察苓甘五味姜辛汤加減治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期寒饮停肺证的临床疗效。方法:将慢性阻塞性肺疾病急性加重期寒饮停肺证患者 60 例随机分为 2 组各 30 例。对照组采用西医常规治疗,治疗组在对照组治疗的基础上加苓甘五味姜辛汤加減治疗,疗程均为 2 周。观察 2 组综合疗效、肺功能改善情况及临床症状积分。结果:总有效率治疗组为 93.3%,对照组为 86.7%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组临床症状积分及肺功能治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:苓甘五味姜辛汤加減治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期寒饮停肺证有较好的临床疗效。

[关键词] 慢性阻塞性肺病;急性加重期;寒饮停肺证;中西医结合疗法;苓甘五味姜辛汤

[中图分类号] R259.63 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.07.029

慢性阻塞性肺疾病急性加重期(Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, AE-COPD)是一种严重危害人类健康的常见病、多发病,严重影响患者的生活质量。本病病死率较高,给患者及其家庭以及社会带来沉重的经济负担,世界银行和世界卫生组织的资料表明,至 2020 年,慢阻肺将位居世界疾病经济负担的第 5 位^[1]。在临床中,笔者在高蓉主任中医师(第五批四川省老中医药学术经验指导老师)的指导下使用苓甘五味姜辛汤加減治疗 AECOPD 寒饮停肺证 30 例,取得了较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院 2012 年 6 月至 2014 年 3 月 AECOPD 寒饮停肺证患者 60 例,随机分为 2 组。治疗组 30 例中,男 21 例,女 9 例;年龄 45 ~ 87 岁,平均 (63.42 ± 19.44) 岁;病程 5 ~ 30 年,平均 (19.23 ± 8.34) 年。对照组 30 例中,男 19 例,女 11 例;年龄 47 ~ 85 岁,平均 (65.57 ± 14.16) 岁;病程 5 ~ 26 年,平均 (16.49 ± 10.11) 年。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照“慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007 年修订版)”^[2]拟定。(1)慢性咳嗽、咳痰和(或)呼吸困难等主要症状加重;(2)桶状胸,叩诊过清音,双肺呼吸音减弱,呼气相延长,或

可闻及干湿性啰音;(3)肺功能检查:用支气管舒张剂后 $FEV_1/FVC < 70\%$ 可确定为不完全可逆性气流受限;(4)结合患者病史、体征、X 线胸片、心电图及肺功能检查确定;(5)排除其他引起咳嗽、咳痰及气急的心肺疾病。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]辨证为寒饮停肺型。咳嗽、咳痰,痰清稀或呈泡沫状,气喘,或者兼见寒热,四肢不温,身痛、苔滑或白腻,脉弦紧或细。

1.3 排除标准 (1)肺部其他疾病;(2)合并肝、肾、心、脑和造血系统等严重原发性疾病;(3)精神病;(4)妊娠或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。低流量鼻导管吸氧及常规抗感染、平喘、止咳化痰等治疗。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加苓甘五味姜辛汤加減治疗。处方:茯苓 15g,甘草 10g,五味子 10g,干姜 10g,细辛 3g。久咳者加紫菀 12g、款冬花 12g、桔梗 12g、杏仁 10g、川贝母 10g;老年体弱者加生黄芪 15g、党参 15g;痰多者加枳实 12g、陈皮 12g、制半夏 12g;咳甚者加杏仁 10g、海浮石 10g、款冬花 10g;气滞腹胀者加陈皮 12g、砂仁 12g;脾虚食少者加党参 15g、神曲 15g、白术 12g;形寒肢冷者加附子 10g、肉桂 10g;湿重苔白者加苍术 12g、生薏苡仁 15g、藿香 12g、佩兰 12g。每天 1 剂,水煎,分 3 次服。

2 组疗程均为 2 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察2 组治疗前后咳嗽、咳痰、喘息等 3 项主要症状积分。咳嗽:重度计 9 分,昼夜咳嗽频繁或阵咳,影响休息和睡眠;中度计 6 分,介于重度和轻度之间;轻度计 3 分,白天间断咳嗽,不影响工作和生活;无计 0 分。咳痰:重度计 9 分,昼夜咳痰 100mL 以上或夜间及清晨咳痰 50mL 以上;中度计 6 分,昼夜咳痰 51~100mL 或夜间及清晨咳痰 26~50mL;轻度计 3 分,昼夜咳痰 10~50mL 或夜间及清晨咳痰 5~25mL;无计 0 分。喘息:重度计 9 分,喘息明显,不能平卧,影响睡眠;中度计 6 分,喘息介于重度和轻度之间;轻度计 3 分,喘息偶发,程度轻,不影响睡眠;无计 0 分。肺功能检查 FEV1、FEV1% 预计值。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]拟定。显效:咳、痰、喘症状明显改善或其中一项症状消失,症状积分减少 $\geq 70\%$;有效:咳、痰、喘症状有好转,症状积分减少 $\geq 30\%$,但 $<70\%$;无效:咳、痰、喘症状减轻,但未达上述标准,或无改善,甚或加重,症状积分减少 $<30\%$ 。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计学软件处理,检测数据以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 93.3%,对照组为 86.7%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较(n)

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	26	2	2	93.3 ^a
对照组	30	23	3	4	86.7

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后症状积分比较 2 组各项临床症状积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后症状积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	时间	咳嗽	咳痰	气喘
治疗组	30	治疗前	5.50 $\pm$ 3.22	5.10 $\pm$ 3.15	5.20 $\pm$ 1.34
		治疗 1 周	3.10 $\pm$ 2.18 ^{ab}	2.80 $\pm$ 1.54 ^{ab}	2.60 $\pm$ 2.19 ^{ab}
		治疗 2 周	2.20 $\pm$ 2.35 ^a	2.10 $\pm$ 1.45 ^a	2.10 $\pm$ 2.75 ^a
对照组	30	治疗前	5.60 $\pm$ 2.13	5.20 $\pm$ 2.23	5.00 $\pm$ 2.37
		治疗 1 周	3.50 $\pm$ 1.65 ^a	3.40 $\pm$ 2.12 ^a	3.60 $\pm$ 1.49 ^a
		治疗 2 周	2.20 $\pm$ 1.48 ^a	2.50 $\pm$ 1.13 ^a	2.20 $\pm$ 2.40 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

3.4.3 2 组治疗前后肺功能比较 2 组肺功能各项指标治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后肺功能比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	时间	FEV1(L)	FEV1(%)
治疗组	30	治疗前	1.23 $\pm$ 1.28	53.70 $\pm$ 15.68
		治疗 1 周	1.52 $\pm$ 1.13 ^{ab}	57.70 $\pm$ 12.44 ^{ab}
		治疗 2 周	1.73 $\pm$ 1.14 ^a	68.40 $\pm$ 13.65 ^a
对照组	30	治疗前	1.22 $\pm$ 1.15	54.90 $\pm$ 13.47
		治疗 1 周	1.40 $\pm$ 1.50 ^a	55.40 $\pm$ 14.13 ^a
		治疗 2 周	1.64 $\pm$ 2.12 ^a	64.64 $\pm$ 13.78 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

4 讨论

目前西医学认为,引起 COPD 急性加重最常见原因是支气管感染,主要是病毒、支原体、衣原体和细菌感染,所以抗感染成为常用的治疗手段^[5]。虽然效果较明显,但后期普遍存在抗菌素耐药问题,也增加了二重感染的风险,给后期治疗带来一定困难,往往不能达到理想效果^[6]。COPD 属中医学“喘证”“肺胀”“痰饮”范畴,其寒饮停肺型主要表现为咳嗽,咳痰,痰清稀或呈泡沫状,气喘,或者兼见寒热,四肢不温,身痛、苔滑或白腻,脉弦紧或细。大量研究表明,中医学在 AECOPD 的治疗方面有明显优势和疗效^[7]。高蓉主任中医师对于咳嗽、咳大量稀痰、喘息的寒饮停肺证治以“温药和之”,取得了较好效果。《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》载:“病痰饮者,当以温药和之。”所谓痰饮,稠浊者为痰,阳之盛也;稀清为饮,阴之盛也。有痰无饮,当以凉药治之,有饮无痰,当以热药温之。若痰而兼饮者,此不可纯凉,又不可纯热,当以温药和之可也。因此治疗上当以“温药和之”为主要治疗原则。苓甘五味姜辛汤出自《金匱要略》,方中干姜辛热走肺,既能温肺散寒以化饮,又可温运脾阳以化湿;细辛辛温发散,合干姜除凝聚之饮;茯苓甘淡实脾,益脾以杜生痰之源,渗湿以泄已聚之痰;五味子味酸收敛,久咳之人,肺气必有耗散,与细辛配伍,一收一散,收不留邪,散不伤正;甘草调和诸药,缓和药性。诸药合用,具有温肺散寒、运脾化湿、宣肺达邪、化痰止咳的功效,故为寒饮停肺证首选之方。通过本临床观察结果表明,苓甘五味姜辛汤加减治疗 AECOPD 寒饮停肺证疗效确切,值得推广应用。

益气化浊方治疗气虚痰浊型肺癌 40 例临床观察

王志慧

(南阳医学高等专科学校第二附属医院,河南 南阳,473000)

[摘要] 目的:观察益气化浊方治疗气虚痰浊型肺癌的临床疗效。方法:将 80 例气虚痰浊型肺癌患者随机分为 2 组各 40 例。对照组采用西医常规治疗,治疗组采用益气化浊方治疗,观察 2 组综合疗效及治疗前后的中医证候积分。结果:总有效率治疗组为 67.5%,对照组为 42.5%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组中医证候积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:益气化浊方治疗气虚痰浊型肺癌有较好疗效,优于西医常规治疗。

[关键词] 肺癌;气虚痰浊型;中医药疗法;益气化浊方

[中图分类号] R273.42 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.07.030

肺癌是临床上常见的恶性肿瘤,在我国恶性肿瘤死亡原因中居首位,且发病率呈逐年递增趋势。针对肺癌的治疗,早期以手术切术为主,而中晚期肺癌患者则进行以化疗为主的综合治疗,肺癌患者一旦停止治疗,有着较高的复发及转移风险,是现代医学治疗的难题及盲区^[1]。随着我国临床医学对中医学的重视,肺癌患者在接受手术切除及化疗等治疗后临床医师常根据患者具体情况为其实施合理的中医辨证治疗,中医药的使用在一定程度上能降低放化疗的不良反应,从而促使临床症状得到有效改善,明显延长患者的生存期,提高生活质量,因此中医药辨证治疗在肺癌的治疗中备受重视^[2]。笔者采用益气化浊方治疗气虚痰浊型肺癌 40 例,收到较好的临床疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2015 年 4 月至 2017 年 5 月于本院就诊的肺癌患者 80 例,根据随机数字表法分为治疗组及对照组各 40 例。治疗组中,男 23 例,女 17 例;年龄 44~72 岁,平均(61.54±5.79)岁;肿瘤 TNM 分期:I 期 16 例,II 期 10 例,III 期 9 例,IV 期 5 例。对照组中,男 24 例,女 16 例;年龄 42~72 岁,平均(62.11±6.12)岁;肿瘤 TNM 分期:I 期 15 例,

II 期 10 例,III 期 10 例,IV 期 5 例。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《中国常见恶性肿瘤诊治规范·第六分册·原发性支气管肺癌》^[3]中的诊断标准。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医诊断学》^[4]中气虚痰浊型肺癌诊断标准拟定。喘逆痰多,咳嗽呕恶,神疲乏力,腹胀纳差,盗汗,口干,失眠,舌淡红,苔白干,脉细滑。

1.3 纳入标准 (1)符合上述诊断标准,并经我院病理学诊断确诊;(2)经我院医学伦理委员会批准;(3)患者及家属知情并同意。

1.4 排除标准 (1)合并严重肝肾功能衰竭;(2)预计生存期 < 3 个月;(3)精神疾病史。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用益气化浊方治疗。处方:当归、半夏、茯苓、麦冬、白术各 12g,熟地黄 15g,北沙参、石见穿各 20g,太子参、生黄芪各 30g,陈皮 10g,红豆杉 8g。

1 剂/d,水煎至 400mL,分早晚温服。连续用药 12 周。

2.2 对照组 采用西医常规治疗。喘定注射液(常州兰陵制药有限公司生产,批准文号:国药准字

参考文献

- [1] 慢性阻塞性肺疾病急性加重诊治专家组. 慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治中国专家共识(2014 年修订版)[S]. 国际呼吸杂志,2014,34(1):1-11.
- [2] 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(2007 年修订版)[S]. 中华结核和呼吸杂志,2007,30(1):8-17.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994.

- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:54.
- [5] 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)[S]. 中华结核和呼吸杂志,2013(36):255-264.
- [6] Gould IM. The epidemiology of antibiotic resistance[J]. Int. J. Antimicrob. Agents,2008,32(1):2-9.
- [7] 夏倩. 慢性阻塞性肺疾病的中医治疗进展[J]. 中国老年保健医学,2012,10(2):52-54.

(收稿日期:2017-08-14)