

慢性阻塞性肺病从胸痹论治的临床探讨

南京中医学院附属医院内科 奚肇庆

指导:李石青 方蕴春 俞荣青

慢性阻塞性肺部疾病是一组慢性进行性呼吸系疾病,包括慢性支气管炎、支气管哮喘、慢性阻塞性肺气肿等,后期常并发肺心病、呼吸衰竭、肺性脑病,为老年人常见的死亡原因之一。慢性阻塞性肺部疾病常反复发作,迁延不愈。急性发作期多以咳嗽、痰鸣、喘息、气促为特征,有胸满、气短、呼吸不畅甚则喘息不得卧等临床表现,属中医的咳嗽、哮、喘、痰饮、肺胀等范畴。我们运用辛滑通阳、辛开苦泄之品从胸痹论治,取得了较满意效果。现将1987年4月~1988年4月从胸痹论治的住院病人40例的临床资料,与对照组30例进行比较,并加以分析探讨如下。

一般资料

治疗组共40例,其中男31例,女9例;年龄在36~77岁之间,平均年龄为59岁;病程5~10年14例,11~20年16例,20年以上10例;按1979年全国慢性支气管炎临床专业会议所制订的诊断标准⁽¹⁾,属慢性支气管炎单纯型5例,喘息型35例;病情轻度8例,中度10例,重度22例。对照组共30例,其中男22例,女8例;年龄在38~71岁之间,平均年龄为57岁;病程5~10年10例,11~20年14例,20年以上6例;诊断为慢性支气管炎单纯型2例,喘息型28例;病情轻度6例,中度9例,重度15例。两组病例均处急性发作期,并均并发有阻塞性肺气肿。治疗组中有早期肺心病22例,合并冠心病3例;对照组中有早期肺心病14例。经统计学处理,两组病情无显著性差异,有可比性。

两组病例均有长期咳嗽、痰鸣、胸满症状,或兼有心悸、胸痛,舌暗、苔粘腻,脉弦滑或滑数。按1979年修订的慢性支气管炎中西医

结合诊断分型⁽²⁾,属热痰(热喘)者治疗组38例,对照组29例;属寒痰(寒喘)者治疗组2例,对照组1例。

治疗方法

治疗组以瓜蒌薤白半夏汤为基本方。药用:全瓜蒌15克,薤白12克,半夏10克,杏仁10克,菖蒲6克,射干10克,紫菀10克。热重加连翘、黄芩、竹沥、苇茎汤;寒重加苓桂术甘汤、葶苈子;夹瘀加桃仁、丹参。对照组以麻杏石甘汤为基本方。热重加黄芩、鱼腥草、一枝黄花;寒重合小青龙汤出入。

两组均用水煎剂,每日一剂,病情重者每日二剂。治疗3周为一疗程。

治疗结果

一、主要症状的疗效⁽¹⁾

咳嗽:两组患者均有咳嗽。治疗组40例,治疗后获临床控制12例(30%)、显效20例(50%)、好转5例(12.5%)、无效3例(7.5%);对照组30例,分别为8例(26.7%)、9例(30%)、8例(26.7%)、5例(16.6%)。治疗组的显控率为80%,对照组为56.7%。两组的显控率相比较显然以治疗组为高($P<0.05$)。

咯痰:两组患者均有咯痰。治疗组40例,治疗后获临床控制19例(47.5%)、显效9例(22.5%)、好转8例(20%)、无效4例(10%);对照组30例,分别为5例(16.7%)、8例(26.6%)、12例(40%)、5例(16.7%)。经统计学处理治疗组的祛痰疗效明显高于对照组($P<0.05$)。

喘息:治疗组有喘息35例,治疗后获临床控制9例(25.7%)、显效14例(40%)、好转

6例(17.1%)、无效6例(17.1%);对照组有喘息28例,治疗后分别为6例(21.4%)、5例(17.9%)、12例(42.8%)、5例(17.9%)。治疗组的显控率为65.7%,对照组为39.3%,经统计学处理两组的显控率有显著性差异($P<0.05$)。

哮喘音:治疗组有哮喘音35例,治疗后获临床控制24例(68.6%)、显效4例(11.4%)、好转2例(5.7%)、无效5例(14.3%);对照组有哮喘音28例,治疗后分别为11例(39.3%)、4例(14.3%)、9例(32.1%)、4例(14.3%)。治疗组的显控率为80%,对照组为53.6%,两组的显控率相比较,以治疗组为高($P<0.05$)。

二、急性发作期疗效

急性发作期疗效标准制订如下:(1)临床控制:症状及哮喘音恢复到发作前水平;肺通气功能主要指标用力肺活量(FVC)、第一秒用力呼气量/用力肺活量($FEV_{1.0}/FVC$)和最大呼气中期流速(MMEF)有一项增值 $\geq 30\%$ 。(2)减轻:症状及哮喘音有好转;FVC、 $FEV_{1.0}/FVC$ 和MMEF有一项增值15~29%。(3)无效:经治疗一个疗程后症状及哮喘音仍未恢复到发作前水平;FVC、 $FEV_{1.0}/FVC$ 和MMEF

增值 $<15\%$ ⁽³⁾。

治疗组40例,治疗后获临床控制19例(47.5%)、减轻16例(40%)、无效5例(12.5%);有效率为87.5%。对照组30例,治疗后分别为11例(36.7%)、8例(26.6%)、11例(36.7%);有效率为63.3%。两组有效率经统计学处理有显著性差异($P<0.05$)。

三、肺功能改善情况

两组治疗前后的肺通气功能变化见附表。治疗组40例,治疗后肺通气功能各指标均有明显增高。其中FVC和最大通气量(MBC)、 $FEV_{1.0}/FVC$ 治疗前后比较有高度显著性差异($P<0.01$);MMEF、50%肺量位的流速($\dot{V}_{50}$)和25%肺量位的流速($\dot{V}_{25}$)治疗前后比较也有显著性差异($P<0.05$)。对照组30例,治疗后肺通气功能各指标虽均有不同程度增高,但与治疗前相比较仅FVC、MBC、 $FEV_{1.0}/FVC$ 有显著性差异($P<0.05$)。

四、心电图P波变化

治疗组20例作了治疗前后的心电图检查。治疗前 P_{II} 高度均值为 0.23 ± 0.053 毫伏, ($M\pm SD$,下同),治疗后为 0.18 ± 0.063 毫伏。治疗后II导联P波高度较治疗前明显降低($P<0.01$)。

附表 两组肺通气功能治疗前后的变化

检测项目	治 疗 组 (40 例)			对 照 组 (30 例)		
	治疗前 $M\pm SD$	治疗后 $M\pm SD$	治疗前后 比较	治疗前 $M\pm SD$	治疗后 $M\pm SD$	治疗前后 比较
FVC(升)	2.14 ± 0.72	2.68 ± 0.88	$P<0.01$	2.03 ± 0.89	2.49 ± 0.76	$P<0.05$
MBC(升/分)	46.10 ± 20.12	59.20 ± 22.55	$P<0.01$	47.20 ± 25.20	59.40 ± 19.73	$P<0.05$
$FEV_{1.0}/FVC(\%)$	50.01 ± 14.94	59.50 ± 13.44	$P<0.01$	47.90 ± 16.30	56.90 ± 14.31	$P<0.05$
MMEF(升/秒)	0.80 ± 0.51	1.14 ± 0.65	$P<0.05$	0.71 ± 0.62	0.82 ± 0.55	$P>0.05$
$\dot{V}_{50}$ (升/秒)	0.61 ± 0.50	0.86 ± 0.38	$P<0.05$	0.54 ± 0.31	0.66 ± 0.41	$P>0.05$
$\dot{V}_{25}$ (升/秒)	0.24 ± 0.14	0.34 ± 0.23	$P<0.05$	0.21 ± 0.19	0.23 ± 0.21	$P>0.05$

五、其他检查

治疗组作血液流变学、免疫功能和血气分析者分别为21、20和17例。治疗前、后血沉分别为 30.58 ± 10.54 、 22.58 ± 7.13 毫米/小时, $P<0.01$;红细胞压积分别为 52.40 ± 8.81 、 47.18 ± 7.11 容积%, $P<0.05$; IgG分别为 1279 ± 89.34 、 1368 ± 94.69 毫克%, $P<0.01$ 。

其他检查如血浆粘度、全血粘度、IgA、IgM、 C_3 、 C_4 、外周血淋巴细胞促凝血活性(LPCA)、动脉血二氧化碳分压($PaCO_2$)、及动脉血氧分压(PaO_2)等治疗前后均无显著性差异。

六、药物敏感性试验结果

以瓜蒌、薤白、半夏、菖蒲、杏仁、射干、紫菀、黄芩、连翘、桃仁、丹参组方的水煎剂

对五种致病菌,采用平板打孔法进行了药物敏感性试验。结果对金黄色葡萄球菌、变形杆菌均中度敏感;对绿脓杆菌、霉菌均轻度敏感;而对大肠杆菌不敏感。

七、毒副作用

治疗组40例治疗前后作血压、血象和肝、肾功能检查,均未发现不利影响,亦未有其他不良症状反应。

讨 论

一、胸痹包含心疾及肺疾

胸痹的命名,最初见于《灵枢·本脏》:“肺大则多饮,善病胸痹喉痹逆气”。其后,《金匱要略》也有胸痹心痛短气专篇。前者侧重中医肺系疾病的病机,后者所列方药现已成为治疗冠心病、心绞痛的常用药。《金匱要略·胸痹心痛短气》篇瓜蒌薤白白酒汤及瓜蒌薤白半夏汤证中,有多处涉及肺系症状,如“胸痹不得卧”、“喘息咳唾,胸背痛,短气”。该方经对临床咳、痰、喘验证,收效较著。基于此,后人运用于治疗肺疾者颇多,王孟英医案中按胸痹方治疗胸痹咳喘,更是屡见不鲜。近年来,我们通过对慢性阻塞性肺病急性发作期的临床观察,发现无论从临床表现还是从病理机制,都可用胸痹来概括。为此,我们将传统辨治胸痹病证的方药移用于治疗慢性阻塞性肺病,从本文对40例临床资料的治疗结果来看,瓜蒌薤白半夏汤对咳、痰、喘、哮鸣音的有效率分别达到92.5%、90%、82.9%、85.7%;其对急性发作期的总有效率达87.5%,效果满意。证实胸痹不仅含心疾,尚含有肺疾。

二、病机乃气痹与邪恋

慢性阻塞性肺病多由内伤咳嗽、支饮、喘、哮等病证历久渐积而成,以痰浊滞留、肺气壅阻、胸阳被浊阴邪气所闭为急性期的发病基础。清·尤在泾对胸痹“阳微阴弦”的病机解释谓:“阳主开,阴主闭,阳虚而阴干之,即胸痹而痛。痹者,闭也。”在这里,“阳”乃指上焦胸中阳气的宣发功能,“阴”应属病邪痰饮浊瘀之类。我们认为慢性阻塞性肺病之胸痹证,因阴浊诸邪,

留阻肺络,肺气失展,上焦清阳失旷,遂致气机郁闭,肺之宣肃治节功能失常。临床上气痹与邪恋往往互为因果,互相影响,气闭不能运痰泄浊,邪恋而气机又无从宣展,终成恶性循环,以致病程缠绵,迁延不愈。

气痹邪恋,易于郁而化热。《金匱要略》将胸痹脉象“迟”与“小紧数”并列,意味着该证常有化热的趋势,因此方中配用性寒的瓜蒌。《千金要方·胸痹第七》“习习如痒,喉中干燥,气有余便是火”,指出了胸痹阴寒化热的病理机转。从本文的临床资料分析表明,40例中属热者占95%,表现为痰液黄稠,或痰白粘难咯,苔多粘浊腻,脉多弦滑数,这些都是慢性阻塞性肺病胸痹证痰郁化热的辨证依据。久病入络,由气及血,形成气滞血瘀的病机转化。“络”一是指血络,一是指肺之窍络。临证可见唇甲紫绀,喘悸难眠,咯痰不爽,胸闷气塞。

总之,慢性阻塞性肺病胸痹证的病机演变复杂,肺气郁闭,痰热浊瘀相互胶结不解,使遣方用药常难两全。

三、治疗本病应以宣痹开结为先

对咳喘胸痹证的治疗,《类证治裁·胸痹》谓:“夫诸阳受气于胸中,必胸次宣旷,而后清气转运,布息展舒。”《临证指南医案·胸痹》曰:“肺卫窒痹,胸膈痹痛,咳呛痰粘,苦辛开郁为主”,提出了展气开郁的治法。王孟英治疗胸痹咳喘痰热之证,也明确指出:“痰热阻气,法当开上。”我们通过临床观察,认为不解决气痹这一病理环节,即使运用多种清热化痰通络药物,也难以顿挫病势。针对气痹邪恋的病理特点,我们选用瓜蒌、薤白、半夏、菖蒲等具有辛滑通阳、辛开苦泄特长的药物,在展气开结的基础上达到下气化痰、止咳平喘的作用。从治疗组的临床资料来看,其对主要症状和体征的显控率及急性发作期总有效率均显著高于对照组($P<0.05$)。说明辛滑通阳、辛开苦泄药物能顿挫慢性阻塞性肺病急性期的咳嗽、咯痰、喘息及哮鸣,这可能与治疗后患者胸阳得到舒展和肺气得到肃降有关。方中薤白味辛苦性滑,辛可以宣痹,滑可以泄浊,苦可以降逆,

故《本草从新》称薤白功擅利窍，治肺气喘急。临床研究曾表明薤白有缓解支气管痉挛的作用⁽⁴⁾。我们发现经过治疗，随着症状和体征的改善，肺通气功能主要指标均有不同程度的好转，故认为薤白的通阳泄浊、利窍平喘作用可能与支气管小气道的通畅、调节通气/血流比值、肺泡壁的弹性和肺的顺应性都得到提高有关。瓜蒌性寒微苦，薤仁滑润，寒可以荡热，滑可以涤垢，与薤白相合具有宽胸散结、行气祛痰的作用。现代药理研究表明，瓜蒌有扩张微血管的作用⁽⁵⁾，说明胸痹通阳泄浊的目的，在于宣开痹结，使胸中阳气得以运转，达到气行血畅目的。半夏、菖蒲通壅开结，展气豁痰。药理研究还表明，菖蒲有抑制流感病毒、提高人体免疫功能以及镇咳、镇静、祛痰等作用⁽⁶⁾。射干、杏仁、紫菀轻苦微辛，宣通气滞，以达归于肺；连翘、黄芩轻清开上，宣散热结，而不苦寒趋下；桃仁、丹参、竹沥活血化瘀，软坚散结，搜络剔痰。据丹参的药理作用研究报道，丹参能增快微循环血流，改善组织灌注及血液流变性，改善机体免疫功能和抗菌消炎作用，对组织胺所致毛细血管通透性增高的炎症反应有明显抑制作用⁽⁷⁾。说明慢性阻塞性肺病胸痹

证瘀血的实质应包含血络和肺之窍络的瘀滞。

我们体会到，将传统辨治胸痹证的方药适当配伍芳化、清热、祛瘀等法，可以提高疗效。临床资料表明，辛滑通阳、辛开苦泄药物在抗菌消炎、止咳平喘、解痰祛瘀和提高肺的顺应性提高机体免疫机能、降低血液粘稠度、改善微循环等方面都有一定的作用，这对延缓肺心病的发生也可望有一定的效果。

承韩树人、曹世宏、朱雪芳、徐丽华大夫提供资料，特此致谢。

参 考 文 献

- (1) 1979年全国慢性支气管炎临床专业会议修订。慢性支气管炎临床诊断及疗效判断标准。中华结核和呼吸系疾病杂志 1980; 3(1):61.
- (2) 1979年修订。慢性支气管炎中西医结合诊断分型防治方案。中华结核和呼吸系疾病杂志 1980; 3(1):62.
- (3) 王鸣歧。基层医院最低限度肺功能检测设备和要求。中华结核和呼吸系疾病杂志 1987; 10(4):231.
- (4) 方蕴春，等。薤白平喘作用的临床观察。南京中医学院学报 1982; (2):40.
- (5) 王红光，等。瓜蒌注射液对微血管作用的实验研究。中草药 1984; (1):29.
- (6) 孙孝洪。芳香化浊药的研究近况。浙江中医杂志 1983; 18(8):380.
- (7) 高玉桂，等。丹参酮的抗炎作用。中西医结合杂志 1983; 3(5):300.

《中医杂志》英文版征稿启事

《中医杂志》英文版创刊于1981年，是有较大影响、发行量较大的英文中医学术刊物，本刊以普及为主，兼顾提高。本刊稿件除部分选自《中医杂志》中文版外，其余均从对英文版的投稿中选择。本刊尤为欢迎下列稿件。

一、有关针灸治疗的临床报道、临床经验、治疗心得等。要求诊断明确、操作手法叙述详细，病种选择以WHO建议推广针灸治疗的病种为主，如：头痛、偏头痛、三叉神经痛、面神经麻痹、美尼尔氏综合症、坐骨神经痛、腰腿痛、高血压、肥胖症、失眠、感冒、支气管哮喘、牙痛、牙龈炎、急慢性咽炎、胃下垂、急慢性胃炎、便秘等。

二、有关介绍传统康复、美容、按摩方法的文章。按摩治疗神经系统、消化系统疾病的临床报道、疗效

总结等。要求详述操作方法，并在需要处配图说明（黑白照片或线条图均可）。

三、有关采用民间疗法（如拔火罐、刮痧等）治疗常见病，辨证精当、疗效确切的报道。

来稿注意事项：

1. 来稿以中文或英文书写均可，若寄英文稿件，需附中文原稿。

2. 来稿如被选用，编辑部将在三个月内通知作者，超过三个月，且未接到本刊联系函者，可另投它刊。由于本刊人力所限，一般不退稿。

3. 临床报道类稿件，请附所在单位推荐介绍信，并证明病例属实。

4. 来稿请寄：北京东直门内北新仓18号中医杂志英文版编辑部，邮政编码：100700。