

# 临床报道 ·

## 益气活血散结法对特发性肺纤维化患者生活质量的影响

天津中医药大学第二附属医院呼吸科(300150)

孙增涛 封继宏 李小娟 廉 富 刘恩顺

特发性肺纤维化(IPF)是一种原因不明的以弥漫性肺泡炎和肺泡结构紊乱、胶原组织增生,最终导致肺间质纤维化为病理特征性疾病。目前现代医学对本病尚缺乏有效的治疗方法,糖皮质激素和细胞毒类药物是主要的治疗用药,但是在临床上这些药物都不能明显改善患者的生活质量或延长其生存期,一些药物有较大的副作用。因此,大多数患者具有生理和心理的双重痛苦,尤其是心理上的悲观失望带来的失落感和负疚感,导致生存质量的下降。根据本病的临床表现,我们认为,气虚血瘀是该病的基本病机表现,临床运用中药复方配合西药治疗IPF,取得了一定效果。现就益气活血散结法中药复方对IPF患者生活质量影响的临床观察报告如下。

### 1 临床资料

#### 1.1 西医诊断标准

参照中华医学会呼吸病学会2002年拟定的《特发性肺(间质)纤维化诊断和治疗指南(草案)》:(1)主要诊断标准:除外已知原因的间质性肺疾病(ILD),如某些药物毒性作用、职业环境接触史和风湿性疾病等。肺功能表现异常,包括限制性通气功能障碍(肺活量减少,而一秒钟用力呼气量/快速肺活量( $FEV_1/FVC$ )正常或增加和(或)气体交换障碍,即静态/运动时 $P_{(A-a)O_2}$ 增加或肺一氧化碳弥散量( $D_LCO$ )降低。胸部高分辨率CT表现为双肺网状改变,晚期出现蜂窝肺,可伴有极少量磨玻璃影。经支气管肺活检或支气管肺泡灌洗液检查不支持其它疾病的诊断。(2)次要诊断标准:年龄 $\geq 50$ 岁;隐匿起病或无明确原因进行性呼吸困难;病程 $\geq 3$ 个月;双侧听诊可闻及吸气性爆裂音。

#### 1.2 中医(气虚血瘀痰阻证)辨证标准

参照《中药新药临床研究指导原则》和《中医病证诊断疗效标准》:(1)主症:呼吸困难、活动后加重、且渐进性加重;(2)次症:①胸痛、胸闷;②干咳;③倦怠乏力;舌脉:舌质暗红或红绛、少苔或无苔,脉沉细或弦滑。具备主症及次症中2项以上,同时参考以上舌象、脉象,即可诊断为气虚血瘀痰阻证。

选择2003年6月~2006年6月在天津中医药大学第二附属医院呼吸科就诊的符合IPF诊断标准、中医辨证属气虚血瘀痰阻证患者30例,年龄18~75岁,采用随机数字表法分为两组。治疗组与对照组各15例,两组性别、年龄、病情程度、肺功能指标 $FEV_1$ 、 $FVC$ 和 $D_LCO$ 比较,差异均无显著性,具有可比性( $P > 0.05$ )。中途脱落病例5例,治疗组2例,对照组3例。

### 2 治疗方法

对照组按照《特发性肺(间质)纤维化诊断和治疗指南(草

案)》方案:糖皮质激素:泼尼松或其它等效剂量的糖皮质激素,每日 $0.5\text{mg/kg}$ (理想体重,以下同),口服4周;然后减为每日 $0.25\text{mg/kg}$ ,口服8周;继之减量至每天 $0.125\text{mg/kg}$ ,或 $0.25\text{mg/kg}$ 隔日1次口服;治疗组在对照组基础上同时口服益气活血散结基本方(黄芪 $20\text{g}$ ,莪术 $10\text{g}$ ,丹参 $20\text{g}$ ,当归 $10\text{g}$ ,贝母 $10\text{g}$ ,黄芩 $10\text{g}$ ,郁金 $10\text{g}$ 等)每日1剂,两组疗程均为3个月。所有患者均建立管理档案,定期随访,并进行健康宣传教育活动。

### 3 治疗结果

#### 3.1 疗效评定方法

治疗前后两组患者分别采用圣·乔治医院呼吸问题调查问卷(SGRQ)对患者治疗前后生活质量进行评估。该问卷包括50道问题,可划分为三个能区:呼吸症状(咳嗽、咳痰、气喘发作等)、活动受限(爬坡、穿衣、游戏、家务等)、疾病影响(焦虑、痛苦、不安全感、失望等)。每道题的答案都有特定预先给出的分数,具体评分方法分为每一部分的分值和包括所有问题在内的总分分值。每一部分的分值等于该部分阳性选项的得分之和与该部分总预计分比值的100倍;总分分值等于所有阳性选项的得分之和与全部问题总预计分比值的100倍。分值范围为0~100,分值越低代表生活质量越好。

#### 3.2 两组治疗前后生活质量积分值比较

治疗组治疗前后呼吸症状SGRQ评分分别为( $64 \pm 11$ )分、( $35 \pm 10$ )分;对照组分别为( $63 \pm 13$ )分、( $43 \pm 12$ )分。治疗组治疗前后活动受限SGRQ评分分别为( $44 \pm 13$ )分、( $31 \pm 12$ )分;对照组分别为( $55 \pm 15$ )分、( $36 \pm 14$ )分。治疗组治疗前后疾病影响SGRQ评分分别为( $54 \pm 11$ )分、( $31 \pm 12$ )分;对照组分别为( $45 \pm 12$ )分、( $28 \pm 10$ )分。治疗组治疗前后总分积分值分别为( $54 \pm 11$ )分、( $31 \pm 12$ )分;对照组分别为( $54 \pm 13$ )分、( $36 \pm 13$ )分。两组治疗后与治疗前比较,分值均降低,差异均有显著性( $P < 0.01$ )。而两组治疗后呼吸症状、活动受限、总分积分值差值比较,差异均有显著性( $P < 0.05$ )。治疗组疗效明显优于对照组。

### 4 讨论

IPF属于呼吸系统难治性疾病之一,起病隐匿,以进行性呼吸困难、最终导致I型呼吸衰竭为主要临床表现,多数伴有干咳,临床治疗效果不理想。运用中医药治疗IPF具有一定的优势,中华医学会呼吸病学分会颁布的《IPF推荐治疗方案》也将试用中医药治疗列为主要内容之一。由于本病病理的难以逆转性,无论中医、西医均认识到治疗上不能追求解剖学的复原,而应以缓解症状、提高生存质量为目的。

我们认为,特发性肺纤维化的病机特点是因虚致病、因虚致瘀,本虚标实,虚实夹杂。其中以气虚血瘀为基本病机表现,并贯穿疾病始终,病机复杂,预后不佳。根据IPF的基本病机表现,制定了益气活血散结的治疗法则,结合IPF的病机演变过程和疾病分期,进行辨证施治。治疗过程中紧紧围绕IPF因虚

致病、因虚致瘀的病机特点,虚实并治,补破结合,早期以益气活血散结为主,中期在此基础上配合化痰清瘀,晚期则增加补肾纳气或温阳利水。结果表明,益气活血散结中药复方可以缓解IPF患者临床症状,改善肺功能,减少药物副作用,提高患者的生活质量,与单用西药的对照组比较差异有显著性。

# 益气养血利水方治疗肝硬化腹水70例

中国中医科学院广安门医院(100053)

燕 东 李光照 刘绍能  
周 斌 李 游 吴红梅

我们从2003年5月~2006年5月采用益气养血利水方(自拟方)治疗肝硬化腹水70例,取得较好疗效,现总结如下。

## 1 临床资料

### 1.1 病例选择标准

所有病例均符合2000年西安第十次全国病毒性肝炎防治及肝病学术会议讨论修订的《病毒性肝炎防治方案》中肝硬化诊断标准,同时超声检查证实有腹水,腹水程度按梁扩寰《肝脏病学》中文标准执行,并排除癌性、心源性、肾源性、结核性、血管性等其它性质腹水。

### 1.2 中医辨证标准

中医辨证分型按1993年11月洛阳会议《肝硬化临床诊断、中医辨证和疗效评定标准(试行方案)》执行。

### 1.3 一般资料

130例均为中国中医科学院广安门医院住院患者,并经肝功能、腹部B超证实,分为中西医结合组(治疗组)及西医治疗组(对照组)。治疗组70例,男性37例,女性33例,年龄35~65岁,平均44.1岁,病程5~76个月,平均4.2年;对照组60例,男性32例,女性28例,年龄32~68岁,平均43.5岁,病程6~62个月,平均4.5年。两组性别、年龄、病情及病程等资料经统计学处理,差异无显著性意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 2 治疗方法

### 2.1 治疗方法

两组均限制水盐摄入,并根据肝功能情况,每次给予还原型谷胱甘肽注射液(山东省绿叶制药有限公司;国药准字H20030001) 1.2g,加入0.9%氯化钠注射液(北京双鹤药业股份有限公司;国药准字H11021190) 100ml中静脉滴注,每日1次;每次口服螺旋内酯片(杭州民生药业集团有限公司;浙卫药准字第188901号) 40mg,每日1~2次,或口服呋塞米(上海复星朝晖药业有限公司,国药准字H31021074) 20mg,每日2~3次;合并腹水感染者每次可用头孢哌酮钠舒巴坦钠(深圳市制药厂,国药准字H20040401) 1.5~3g加入0.9%氯化钠注射液100ml中静脉滴注,每日2次。治疗组加服益气养血利水方(黄芪30g,党参15g,白术30g,茯苓15g,甘草6g,丹参15g,当归12g,鸡血藤30g,阿胶15g,白芍15g,柴胡8g,木瓜12g,泽兰15g,泽泻15g,槟榔12g,大腹皮12g)。随症加减:脾虚湿盛者重用黄芪、白术,加用扁豆、陈皮;脾肾阳虚者可加用制附子、干姜、肉桂、鹿角胶、巴戟天、淫羊藿等;肝肾阴虚者可加用生地、熟地黄、龟甲、鳖甲等;湿热内蕴者可去黄芪,加茵陈、酌

加生地、牡丹皮、赤芍等。水煎服,每日1剂。两组疗程均为1个月。

### 2.2 观察指标及方法

观察患者主要临床症状变化,腹水停止增长及腹水消退时间,治疗前后肝功能变化情况,并随诊半年。

## 3 治疗结果

### 3.1 疗效判定标准

显效:症状完全消失,一般情况良好,腹水消失,肝功能(丙氨酸氨基转氨酶、总胆红素、蛋白电泳)恢复正常;有效:疗程结束时,主要症状消失或明显好转,腹水减少至轻度而未完全消失,肝功能指标下降幅度在50%以上而未完全正常;无效:未达有效标准或恶化者。

### 3.2 两组临床疗效比较

治疗组显效28例,有效33例,无效9例,总有效率为87.1%。对照组显效17例,有效25例,无效18例,总有效率为70.0%。两组临床总有效率比较,治疗组疗效明显优于对照组,差异有显著性意义( $P<0.05$ )。

### 3.3 两组腹水停止增长时间比较

治疗组腹水停止增长时间 $\leq 1$ 周者39例, $>1$ 周者22例(其余9例腹水未停止增长);对照组腹水停止增长时间 $\leq 1$ 周者18例, $>1$ 周者24例(其余18例腹水未停止增长)。两组腹水停止增长时间比较,治疗组起效明显快于对照组,差异有显著性意义( $P<0.05$ )。

### 3.4 两组腹水消退时间比较

治疗组腹水消退时间 $\leq 3$ 周者27例, $>3$ 周者34例(其余9例腹水未消退);对照组腹水消退时间 $\leq 3$ 周者15例, $>3$ 周者27例(其余18例腹水未消退)。两组腹水消退时间比较,差异无显著性意义( $P>0.05$ )。

### 3.5 两组腹水消退远期疗效比较

治疗组半年内复发11例,失访2例,复发率为21.3%;对照组半年内复发19例,失访2例,复发率为50.0%。两组半年内复发率比较,治疗组明显低于对照组,差异有显著性意义( $P<0.05$ )。

## 4 讨论

肝硬化腹水属中医“臌胀”范畴。张景岳在《景岳全书·杂证谟·肿胀》中提到:“或因攻击太过而致胀满等证,则皆虚损之易见也。诸如此类,使非培补元气,速救根本,则轻者必重,重者必危矣。……若以虚证而妄行消伐,则百不活一矣。”吴谦《医宗金鉴·杂病心法要诀》指出:“欲投诸攻下之药,而又难堪,然不攻之终无法也。须行九补一攻之法。是用补养九日,俟其可攻之机,而一日用泻下之药攻之。”从中可见张景岳、吴谦主补反对攻法,强调养正补虚。肝硬化腹水往往患病已久,气血大伤,身体自虚,故以虚证为多,虚实夹杂,后期已有正不胜邪之势。病患有瘀血、瘀阻、腹水等邪实一面,又有气血大伤,脾失运化等正虚的一面。而正气太虚的患者,已风中残烛,岌岌可危,故不敢妄加伐戮。脾虚湿盛、脾肾阳虚、肝肾阴虚、湿热内蕴四个证型是肝硬化腹水患者常见的证型,但往往随着病情演变,各证型之间相互转换。但气血双亏是以上诸证型的共同特点。故在