

# 中药复方敷帖治疗支气管炎症 临床探索

□ 张 颖\* 沈玲妹

(上海市同仁医院中医科 上海 200050)

**摘 要** 目的：评价中药复方敷帖对急性支气管炎、慢性支气管炎急性发作期的临床疗效。方法：将临床诊治的支气管炎患者随机分为中药复方敷帖组（治疗组）与西药组（对照组）各47例，急性支气管炎治疗7 d、慢性支气管炎复发患者治疗14 d后，观察症状、体征、C反应蛋白、血常规等，比较两种治法的临床疗效的差异。结果：经统计学分析，在控制咳嗽、咳痰、喘息等症状方面及降低C反应蛋白方面，治疗组较对照组疗效有显著性差异（ $P < 0.05$  或  $P < 0.01$ ）；治疗组总有效率为85%，显控率为74%，对照组总有效率为66%，显控率为40%，治疗组与对照组的总有效率和显控率，均有显著差异（ $P < 0.05$ ）。结论：中药复方敷帖以内病外治的方法治疗支气管炎疗效肯定，从而提示了控制支气管炎症的另一种途径。

**关键词** 内病外治 中药复方敷帖 支气管炎 临床研究

支气管炎在临床上绝大多数用抗生素抗感染治疗，在工作中我们偶尔发现采用中药药膏外敷穴位有较好疗效，为进一步确定其治疗效果，我们将其治疗方法与抗生素疗法进行了临床随机分组的对照研究。

\* 作者简介 张颖，女，副主任医师。主要从事中医临床工作，现任上海市中医药学会呼吸病专业委员会委员。

## 1 资料与方法

### 1.1 临床资料

#### 1.1.1 诊断标准

慢性支气管炎与慢性支气管炎急性发作期诊断标准，依据1979年11月在全国慢性支气管炎临床专业会议上制订的慢性支气管炎与慢性支气管炎急性发作期诊断标准<sup>[1]</sup>；急性支气管炎诊断标准，依据《3200

个内科疾病诊断标准》<sup>[2]</sup>。

1.1.2 纳入标准 符合上述诊断标准。

1.1.3 排除标准 不符合急性支气管炎和慢性支气管炎急性发作期的诊断标准；慢性支气管炎发作期伴有支气管扩张、肺结核、肺肿瘤、重度肺气肿；慢性支气管炎急性期并发严重心、肝、肾、脑、血液系统疾病；妊娠或哺乳期妇女；不合作患者或精神病患者；局部皮肤有破溃者；β 内酰胺抗生素过敏者。

1.1.4 一般资料 将我院门诊及住院符合条件的患者，按随机分组的原则分为治疗组与对照组，各 47 例。治疗组：男性 28 例，女性 19 例，平均年龄（36 ± 13.27）岁，病程 3 ~ 7 天，其中急性支气管炎 25 例，慢性支气管炎急性发作 22 例，中医辨证为痰热蕴肺型 27 例，木火刑金型 20 例；对照组：男性 29 例，女性 18 例，平均年龄（41 ± 12.68）岁，病程 3 ~ 7 天，其中急性支气管炎 23 例，慢性支气管炎急性发作 24 例，中医辨证为痰热蕴肺型 21 例，木火刑金型 26 例。两组间性别、年龄、诊断、病情、证型比较，无显著性差异（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

1.2 治疗方法 中药复方敷贴（实验制备）药物组成：葶苈子、牵牛子、射干、黄芩、石菖蒲、麻黄。上药以 1.5 : 1.5 : 1.5 : 1.5 : 1 比例，研末，过 100 目筛，用等量凡士林等配制成中药乳膏，将药膏约 5g 贴敷在肺俞、神厥俞穴位上。咽痛加贴天突穴；喘息明显者，加定喘穴；痰多者，配丰隆穴。贴敷后外加麝香止痛膏固定，隔日一换。急性支气管炎观察疗程为 7d，慢性支气管炎观察疗程为 14d。对照组：按常规以阿莫西林胶囊（0.5，Tid，口服）为主，7d 后不能控制，改服头孢克洛（0.25，Tid，口服）。二组观察疗程相同，并以一定的利益方式保证研究的顺利完成。

1.3 观察指标

1.3.1 症状、体征 观察咳嗽、咳痰、喘息、哮鸣音等症状，体征分无、轻、中、重度四级，分别计 0、1、2、3 分。划分轻重依据 1979 年 11 月全国慢性支气管炎临床专业会议制订的慢性支气管炎病情判断标准<sup>[1]</sup>。

1.3.2 疗效指标 于用药前及治疗后检查血常规、

C 反应蛋白。血常规检查、C 反应蛋白在本院检验科完成，CRP 为上海玉兰生物技术研究所提供的比浊法试剂盒。临床疗效评判方法：采用半定量积分法，用治疗前后症状总积分值变化的百分率进行判断，即（治疗前总积分值 - 治疗后总积分值）/ 治疗前总积分值 × 100%，90% 以上为临床控制，60% ~ 89% 为显效，30 ~ 59% 为有效，30% 以下者为无效。

1.4 统计方法 组间比较和同组治疗前后的配对资料比较用 t 检验，等级资料比较用 Ridit 分析。

2 结 果

2.1 两组单项症状比较 中药复方敷贴对支气管炎患者止咳、化痰、平喘作用优于对照组，具有统计学意义。

2.1.1 止咳作用 治疗组临控 14 例（30%），显效 20 例（42%）有效 8 例（17%）无效 5 例（11%）；对照组临控 6 例（13%），显效 14 例（30%）有效 17 例（36%）无效 10 例（21%）；两组总疗效比较，治疗组明显高于对照组（ $P < 0.05$ ）。

2.1.2 化痰作用 治疗组临控 18 例（38%），显效 12 例（26%）有效 9 例（19%）无效 8 例（17%）；对照组临控 7 例（15%），显效 14 例（30%）有效 14 例（30%）无效 12 例（25%）；两组总疗效比较，治疗组明显高于对照组  $P(< 0.05)$ 。

2.1.3 平喘作用 治疗组临控 19 例（40%），显效 10 例（32%）有效 10 例（32%）无效 8 例（17%）；对照组临控 5 例（11%），显效 11 例（23%）有效 17 例（36%）无效 14 例（30%）；两组总疗效比较，差异非常显著（ $P < 0.01$ ）。

2.2 两组肺部体征比较（见表 1）

表 1 两组肺部体征比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 项 目          | 治疗组         | 对照组         | P 值    |
|--------------|-------------|-------------|--------|
| 呼吸音粗消失时间 (d) | 4.33 ± 0.25 | 5.20 ± 0.32 | < 0.05 |
| 哮鸣音消失时间 (d)  | 2.87 ± 0.33 | 4.21 ± 0.43 | < 0.01 |
| 湿罗音消失时间 (d)  | 3.45 ± 0.28 | 3.67 ± 0.54 | > 0.05 |

两组病人治疗后肺部体征均有不同程度改变，经统计学处理，改善呼吸音粗及哮鸣音方面，治疗组优于对照组，改善湿罗音方面，两组无显著差异，疗效相近。

## 2.3 两组综合疗效比较(见表2)

表2 两组综合疗效比较

| 组别  | 例数 | 临床控制 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率(%) | 显控率(%) | 备 注                        |
|-----|----|------|----|----|----|---------|--------|----------------------------|
| 治疗组 | 47 | 17   | 14 | 9  | 7  | 85      | 66     | 两组总有效率、显控率比较( $P < 0.05$ ) |
| 对照组 | 47 | 6    | 13 | 16 | 12 | 74      | 40     |                            |

注:结果表明,治疗组的显控率、总有效率均明显高于对照组( $P < 0.05$ )。

## 2.4 对血常规影响及C反应蛋白(见表3)

表3 两组病人治疗前后WBC、N%、C反应蛋白改变( $\bar{x} \pm S$ )

| 组别  |     | 例数 | WBC( ×10 <sup>9</sup> /L) | N%          | C 反应蛋白(mg/L)  | 备 注                      |
|-----|-----|----|---------------------------|-------------|---------------|--------------------------|
| 治疗组 | 治疗前 | 47 | 10.1 ± 3.2                | 0.77 ± 0.05 | 35.88 ± 17.42 | 两组治疗前比较 P>0.05           |
|     | 治疗后 | 47 | 7.8 ± 1.7                 | 0.67 ± 0.03 | 8.47 ± 3.16   | 两组内治疗前后比较 P<0.01         |
| 对照组 | 治疗前 | 47 | 10.5 ± 2.9                | 0.76 ± 0.05 | 34.52 ± 16.38 | 两组间治疗后比较                 |
|     | 治疗后 | 47 | 7.5 ± 1.8                 | 0.69 ± 0.02 | 14.31 ± 4.46  | 前两项 P>0.05<br>后一项 P<0.01 |

2.5 副作用观察 治疗组47例患者中,有6例患者感不同程度的背部皮肤发痒,停药后消失。

## 3 讨 论

中医学无急性支气管炎之称,根据其咳嗽、咳痰等症状应归属于“咳嗽”的范畴。其病因是外感与内伤,其中以外感咳嗽为多见。慢性支气管炎的症状可归结为“咳”、“痰”、“喘”,大致属于中医学“咳嗽”、“喘证”、“痰饮”等病证范畴。慢支发生主要与肺、脾、肾三脏有关,以痰为主要病理因素。

穴位中药敷贴是用特定中药敷在相应穴位上,属于中医的内病外治疗法。中药制剂贴敷是基于中医理论,中药穴位敷贴后药物既可直接刺激穴位,发挥穴位及经络的治疗效用,又可从毛孔、汗腺渗透,穿皮肤,过穴位,入腠理,驱病邪,通经络,调脏腑,治其外而通其内。背部俞穴是脏腑经气输注于背部的特定穴位,肺俞是主治肺疾患的常用穴,为历代医家所公认。中药复方敷贴方中葶苈子<sup>[3]</sup>苦降辛散,其性寒凉,功专泻肺气之实,有泻肺、消痰、平喘之功,为肺家气分要药。现代药理发现:该药有镇咳祛痰、缓解支气管痉挛的作用;黄芩<sup>[3]</sup>苦、寒,入肺、脾、大小肠、胆经,有泻肺经之实热,可治肺热咳喘,痰黄脓浊。现代药理显示:黄芩具有抗菌、抗病毒、抗炎、抗过敏作用,对各类支气管炎均有效;牵牛

子<sup>[3]</sup>苦、寒、有小毒,入肺、肾、大肠经,有逐痰消饮之功;射干<sup>[3]</sup>性味苦寒,功擅解毒降气,为治疗咽喉肿痛、痰热哮喘之要药。其药理证实:本药有广谱抗菌、抗病毒、抗真菌及祛痰、兴奋唾液腺等作用,临床主要用于急、慢性支气管炎及支气管哮喘等肺系疾病;石菖蒲<sup>[3]</sup>辛、温,功能化湿除痹,开窍化痰。现代药理显示本品有细辛样作用,可缓解支气管痉挛,对支气管哮喘有效。麻黄<sup>[3]</sup>辛、苦,温,有宣肺平喘止咳作用,《滇南本草》提到治“肺寒咳嗽”,《本草纲目》亦提到:“麻黄乃肺经专药,故治肺病多用之”;麝香味辛,性温,有辛散温通,芳香走窜,开毛窍,通经络,透肌骨作用。综观本方,苦寒药与辛温药配伍功专辛透发散,泻肺除痰,宣肺止咳,加贴麝香止痛膏以借麝香辛散温通,芳香走窜之性,促进药物向穴位渗透,从而调节经络及气血的运行,发挥中药及穴位经络相结合的双重治疗作用,改善整体及局部的生理机能,有利于消除局部炎症等病变,对各类肺热型哮喘均有较好疗效。

中药复方敷贴组在改善咳嗽、咳痰、喘气等方面明显优于西药组( $P < 0.05$ 或 $0.01$ ),治疗前后血常规、C反应蛋白(CRP)均显著改善,与西药组相比,虽然降低WBC计数方面差异不显著

(下转第17页)

多系心虚。火不制金，岂能不悲？《金匱》百合病虽说是心肺阴虚兼内热之病，上海已故名老中医程门雪认为，治百合病的主方百合地黄汤即体现了“见心之病，知心传肺，当先实肺”的原则，可见，此肺阴虚内热乃心阴虚内热所致。正如酸枣仁汤的胃火乃肝阴虚内热所传承一样。《肺痿肺痛咳嗽上气病》篇的“或从汗出，或从呕吐，或从消渴，小便利数，或从便难，又被快药下利”乃虚热肺痿四大成因，其中的“汗出”致痿正是反复汗出或发汗，致心阴虚而生内热，继之乘克于肺而成。

**4.2 肺虚** 肺主一身之气，肺气虚，则每每不制肝木，要么肝疏不及，要么肝气横逆。《金匱》胸痹病的“胸下逆抢心”正是肺阳虚，

金不制木，肝气上冲所致（与心阳虚，子病累母也相关）。肝着病虽多系寒邪直中肝之经脉而成，但也不排除寒邪由肺传乘之可能。“其人常欲蹈其胸上”说明，肝寒乘肺虚而反侮之，虽总体偏实，但肺虚无疑。

**4.3 脾虚** 脾为中州。若脾的运化水液功能减退，多导致水液在体内的停滞，而产生湿、水、痰、饮等病理产物，即土不制水。是以《素问·至真要大论》谓：“诸湿肿满，皆属于脾。”就《金匱》而论，肾著病以腰部的冷、重、痛为主证，其治却用甘姜苓术汤温中散寒，健脾利湿。寒、湿其所以郁积于腰部，正是脾阳虚，运化功能减退而然。故其治立足于中即脾。《水气病》篇“病下利后，……小

便不利，腹满因肿者，……此法当病水”亦系脾虚病传肾之例。此外，与脾相表里的胃虚也能传病于肾。如《呕吐啰下利病》篇的“呕而脉弱，小便复利，身有微热见厥者，……四逆汤主之”即是。呕而脉弱，征呕而日久，正气大虚，土不制水，且传病于肾，致肾阳亏虚，水无以摄，故小便自利。

**4.4 肾虚** 肾阴亏虚，水不上济心火则可引起心火上炎，出现心烦、失眠、尿黄……肾阳不足则阳不煦于心，可出现心悸、脉迟、汗出、肢冷、气短……就《金匱》而论，如妇人转胞病之心“烦热不得卧”即乃肾气虚不上煦所致；心痛病，乌头赤石脂丸所主，则系肾阳虚而寒，趁心阳虚而上乘阳位所致。

如此等等，不一而足。

（上接第43页）

（ $P > 0.05$ ），但在改善C反应蛋白（CRP）方面，有显著性差异（ $P < 0.01$ ）。说明中药复方敷贴以中医的作用机理能更有效地减轻局部支气管的炎症。CRP是由肝细胞合成的一种急性时相反应蛋白，能激活补体，促进吞噬细胞的免疫功能。在感染后2小时即可升高，48小时达高峰，远早于体温、WBC计数、ESR等改变<sup>[4]</sup>。由于机体反应差，老年人感染后体温、WBC计数、ESR可不升或降低，使感染不易早期发现，而CRP浓度不受年龄影响。一旦感染得到控制，血清CRP又会随炎症反应缓解而随之下降。因而测定血中CRP对了解和控制炎症发展具有重要临床指导意义。中药复方敷贴组总疗效优于西药组，可能是支气管炎患者，特别是慢性支气管炎患者长期应用抗生素，使致病菌产生耐药性，也可能因为除了感染因素外存在的粘膜腺体增生、肥大、充血、水肿、形成粘液栓等炎症原因的复杂性所所致，而中药敷贴恰好在这些方面发挥了较好的调节作用。本研

究也提示了控制支气管炎的另一种途径，中药敷贴可能通过特定穴位的作用，改善人体整体的免疫功能，也减轻了支气管局部的炎症反应。

研究表明，内病外治，中药敷贴疗效肯定，且使用简便，用药量少，费用低，对机体的副作用少。中药复方敷贴组在支气管炎的防治方面表现出一定优势，值得临床推广应用，但其复杂的生理病理机制还有待于进一步探讨研究。

## 参考文献

- [1] 慢性支气管炎临床诊断及疗效判断标准. 中华结核和呼吸疾病杂志[J]. 1980, 3(1): 61-62.
- [2] 贝政平. 3200个内科疾病诊断标准. 北京: 科学出版社, 1996: 318.
- [3] 张丰强. 现代中药临床手册[M]. 上海: 上海科学普及出版社, 1997: 1, 47, 81, 100, 122.
- [4] 张琴. 补肾健脾汤治疗肾虚慢支的临床观察[J]. 天津中医, 1999, 16(6): 13-14.