

# 温肺汤治疗慢性阻塞性肺疾病难治性 细菌感染的临床研究※

● 吴吉锋<sup>1\*</sup> 刘良倚<sup>2▲</sup> 张元兵<sup>2</sup> 王丽华<sup>2</sup> 付向春<sup>2</sup> 李映霞<sup>2</sup> 汤 蔚<sup>2</sup>

**摘 要** 目的:观察自拟方温肺汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期难治性细菌感染患者的临床疗效。方法:将 80 例慢性阻塞性肺疾病急性加重期属气阳虚衰证患者随机分为治疗组和对照组,每组 40 例。两组均予西医常规治疗,治疗组加用温肺汤。观察两组在主要症状、体征的改变及治疗效果、二重感染发生率等方面的差异。结果:治疗组临床显控率、总有效率分别为 67.5% 和 95%;对照组临床显控率、总有效率分别为 37.5% 和 85%,两组显控率相比有显著性差异( $P < 0.05$ );两组总有效率相比无显著性差异( $P > 0.05$ );在前后主要症状、体征的改变、平均治愈天数、二重感染出现例数比较等方面有显著性差异( $P < 0.05$ )。结论:温肺汤有助于慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者细菌感染的控制,能有效改善的临床症状,缓解病情。

**关键词** 温肺汤 慢性阻塞性肺疾病 难治性细菌感染 中药治疗

慢性阻塞性肺疾病(以下简称慢阻肺)是一种具有不完全可逆的、呈进行性加重的气流受限特征的疾病,为呼吸系统的多发病、常见病,有较高的致残率和病死率。根据长期的临床实践,我们自拟温肺汤,用于慢阻肺的临床治疗,体会到该方对急性发作期患者难治性细菌感染的治疗有一定作用,现报告如下:

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 均为江西省中医院呼吸科 2004 年 12 月至 2007 年 12 月住院或门诊患者,符合慢阻肺急性加重期诊断标准<sup>[1]</sup>,并排除合并有气胸、肺栓塞,慢阻肺缓解期及依从性差的患者等,同时符合中医辨证属气阳虚衰者<sup>[2]</sup>。根据《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》<sup>[1]</sup>和《中药新药临床研究指导原则》<sup>[3]</sup>将症状、体征分级记分,每项按轻、中、重,分别记 2、4、6 分,如本

项症状体征阴性,则记 0 分。共 80 例随机分成两组,治疗组男性 31 例,女性 9 例,年龄平均  $60.45 \pm 9.57$  岁,病程平均  $16.65 \pm 4.76$  年;对照组男性 34 例,女性 6 例,年龄平均  $62.95 \pm 8.73$  岁,病程平均  $17.77 \pm 5.29$  年。两组性别、病程、年龄差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 治疗方法** 温肺汤组成:熟附片 10g,生黄芪 30g,白术 10g,西党参 20g,升麻 8g,柴胡 8g,当归 10g,陈皮 10g,炙甘草 10g,地龙 15g,葶苈子 15g,青皮 15g,炙大黄 10g。水煎服,日一剂,分两次服。对照组单用抗生素治疗,治疗组则在抗生素治疗基础上加服温肺汤。抗生素的选择参考有关标准<sup>[1]</sup>。二重感染判定标准参照有关文献<sup>[4]</sup>。两组均以观察 2 周为 1 疗程。

**1.3 疗效判定标准** 参照有关标准<sup>[3]</sup>进行疗效评价:以临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少  $\geq 95\%$  为临床控制;以临床症状、体征明显改善,证候积分减少  $\geq 70\%$  为显效;以临床症状、体征均有好转,证候积分减少  $\geq 30\%$  为有效;以临床症状、体征无明显好转,证候积分不足 30% 为无效。

**1.4 统计学处理** 应用 SPSS12.0 for windows 统计软件进行统计,疗效评定采用 Ridit 分析,计量资料采用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验。检验水准  $\alpha = 0.05$ 。

※基金项目 江西省卫生厅项目(No:040015)

\* 作者简介 吴吉锋,男,医学硕士,主治医师。研究方向:中西医结合防治呼吸系统疾病。

▲通讯作者 刘良倚,男,医学博士,主任医师,硕士研究生导师。研究方向:中医药防治呼吸系统疾病。

● 作者单位 1. 江西省南昌市中西医结合医院呼吸科(330003);2. 江西中医学院附属医院呼吸科(330006)

2 结果

2.1 各项观察指标

2.1.1 两组患者治疗前、后主要症状、体征积分比较  
两组治疗前各项症状、体征无显著性差异,  $P >$

0.05, 具有可比性。两组治疗前、后各项症状、体征差异有显著性意义,  $P < 0.05$ ; 且两组治疗后各项症状、体征差异有显著性意义,  $P < 0.05$ , 表明两组均能改善患者临床症状和体征, 但治疗组效果更明显。见表 1。

表 1 两组患者治疗前、后主要症状、体征积分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	时间	咳嗽	咳痰	喘息	哮鸣音
治疗组	治疗前	4.6 ± 1.446	4.8 ± 0.992	4.85 ± 1.001	4.55 ± 1.197
	治疗后	0.85 ± 1.424	1.15 ± 1.424	2.00 ± 1.109	1.05 ± 1.632
对照组	治疗前	4.6 ± 1.297	4.8 ± 1.265	5.05 ± 1.011	4.7 ± 1.159
	治疗后	1.7 ± 1.471	2.15 ± 1.718	2.8 ± 1.418	2.15 ± 1.657

2.1.2 两组平均治愈天数比较 治疗组平均 (11.07 ± 1.71) d, 对照组 (12.27 ± 1.28) d, 两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

2.1.3 二重感染出现例数的比较 治疗组: 40 例中有 3 例; 对照组: 40 例中有 12 例。两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。

2.2 两组综合疗效比较 两组显控率相比差异有显著性意义,  $P < 0.05$ ; 经 Ridit 分析, 两组总有效率  $P > 0.05$ , 两组总疗效无统计学意义。见表 2。

表 2 两组综合疗效比较 (例)

组别	n	临控	显效	好转	无效	显控率 (%)	总有效率 (%)
治疗组	40	12	15	11	2	67.5*	95
对照组	40	6	9	19	6	37.5	85

注: 与对照组比较, \*  $P < 0.05$ 。

3 讨论

慢阻肺是一种以咳嗽、咯痰、气促等为主要临床表现的疾病, 具有病程长、反复加重的特点, 属中医学“咳嗽”、“喘证”、“肺胀”等范畴。一般认为: “难治性细菌感染”是导致慢阻肺反复加重或迁延不愈的重要原因之一, 所谓“难治性细菌感染”是指针对细菌性呼吸道感染症虽然使用了抗菌药物, 但因细菌耐药及生物膜形成, 导致抗生素的抗菌活性降低, 临床治疗不能达到治疗效果而言, 致使病情反复或病程拖延, 且并发症多<sup>[5]</sup>, 给临床防治带来极大的困难。

洪广祥教授认为<sup>[6]</sup>: 气阳虚弱是本病之本, 痰瘀伏肺为本病之标。本虚标实、虚实夹杂是本病证候的基本特征, 无论在急性加重期还是症状稳定期, 虚中挟实、实中挟虚的证候表现, 全程都可以出现, 因此补

虚泻实的治则应贯穿本病治疗的全过程。我们认为气阳虚弱既有肺卫的气阳不足, 又有肾阳的不足, 但更为重要的是脾胃的虚损。脾胃为水谷之海, 气血生化之源, 人体脏腑组织功能活动皆依赖脾胃。沈金鳌称之为“脾统四脏”, 并认为“脾有病, 必波及之, 四脏有病, 亦必有待养脾, 故脾气充, 四脏皆赖煦育, 脾气绝, 四脏安能不病, ……凡四脏者安可不养脾哉”。脾气健则肺气充, 卫气固则抗御外邪能力增强, 从而切断疾病反复发作的诱因。“脾为生痰之源”, 故实脾又是杜绝生痰之源的关键, 从而剔除宿根。肾藏精, 脾胃充足则能起到补益精气的作用, 故有“补肾不如补脾”之说。自拟温肺汤是在补中益气汤的基础上加入温阳、涤痰、化淤之品形成的。

补中益气汤为治疗脾胃虚损的有效方剂, 现代药理研究证实: 本方对胃肠道运动具有双向调节作用, 有助于慢阻肺患者消化吸收, 改善慢阻肺患者的营养失衡; 可增强体液及细胞免疫<sup>[7]</sup>; 提高机体组织抗缺氧能力<sup>[8]</sup>; 能调节下丘脑—腺垂体—肾上腺皮质系统, 改善植物神经和内分泌系统功能, 从而提高患者抗病及应急能力。另外本方还可诱导细菌感染产生干扰素 (IFN), 增强体内 NK 细胞活性, 一方面激活细胞性免疫, 另一方面, 介导 TLR4 的表达增加, 增强对 G- 感染的防御能力。方中加葶苈子、青皮, 与陈皮共凑利气化痰、泻肺平喘作用; 加大黄、地龙则起化痰平喘之功用, 同时大黄具有较强的导泻通腑作用, 从而达到表里同治之目的。本方加用附子, 能温通肾阳, 进而温通脾阳、肺阳及一身阳气, 从而增强脾肺功能, 加强固表、化痰、行瘀、助气行血等作用, 诚如唐容川在《血证论》中言道: “肺阳布护, 阴翳自消, 一切寒怯虚悸之症自除”。综观本方, 具有益气温阳、补宗益

气、培土生金、涤痰行瘀、行气平喘之作用。本研究结果也表明:本方有助于慢阻肺急性加重期患者细菌感染的控制,能有效改善的临床症状,缓解病情。

慢阻肺是一个渐进性疾病,在目前西医治疗尚难有效控制难治性细菌感染的情况下,我们应当发挥中医的整体及辨证论治特色、中草药的资源广泛和不易产生耐药优势,充分体现出中医药在治疗慢阻肺方面独特的疗效,温肺汤用于慢阻肺急性加重期患者的治疗,标本兼顾,扶正祛邪,有效地缓解临床症状,延缓疾病进程,改善生活质量。但本课题观察时间较短,观察病例数量偏少,有待于今后继续作进一步的研究,加以完善。

#### 参考文献:

[1] 中华医学会. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南[J]. 中华结核和呼吸杂

志,2002,25(8):453-460.

[2] 刘良倚,蔡灿林,赵凤达等. 肺阳虚证初步客观化研究[J]. 江西中医药,2000,31(6):63.

[3] 郑筱萸. 中药新药临床指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:360.

[4] 韦莉萍,桂希恩. 医院内真菌深部感染调查及其危险因素分析[J]. 中华医院感染学杂志,1998,8:28-30.

[5] 苗青,张燕萍,张文江. 中西医结合治疗难治性肺部感染的思路与方法[J]. 中医杂志,2004,45(3):224-226.

[6] 洪广祥. 补虚泻实法论治慢性阻塞性肺疾病[J]. 中医药通报,2006,5(4):5-7.

[7] 刘倩嫻. 补中益气汤及其拆方的免疫调节作用[J]. 广州中医药大学学报,1997,14(2):108.

[8] 戴锡珍,高淑娟. 补中益气汤的抗缺氧研究[J]. 天津中医,1999,16(2):32-33.

#### 医政要闻

## 第十二届中韩传统医学协调委员会会议在韩国大邱召开

2011年6月9日,第十二届中韩传统医学协调委员会会议在韩国大邱市召开。中国卫生部副部长、国家中医药管理局局长王国强为团长的中国代表团与韩国保健福祉部次官崔元永为团长的韩国代表团出席了会议。双方经过友好的协商和讨论,对下一步合作计划达成共识并由团长签署了第十二届中韩传统医学协调委员会合作备忘录。

会议期间,双方回顾了第十一届协调会以来的工作情况,对中韩两国在共同推动传统医学国际发展上的合作给予了高度评价。王国强和崔元永分别介绍了中韩两国各自传统医学的最新发展情况并对下一步合作计划提出相关意见和建议。经过认真的讨论和友好协商,双方对第十二届中韩传统医学协调会备忘录内容达成共识,同意在进一步加强在传统医学管理方面的信息交流,继续推动落实世界卫生组织“传统医学决议”及世界卫生组织西太平洋区域的传统医药地区战略规划(2011-2020)的各项工作,共同促进传统医学国际标准化建设工作,继续支持中韩相关科研、教育机构在传统医学领域开展务实交流与合作等方面开展合作。

在备忘录签署仪式上,王国强认为此次备忘录的签署意义重大,影响深远,表示中医和韩医对本国大众的卫生保健起着重要作用,体现出各自的优势。两国政府都很重视传统医学的发展,在政策和经费上给予了大力支持。中韩民众喜爱和相信传统医学,是发展传统医学的动力和源泉,备忘录的签署对两国人民有着现实意义。中方将认真落实备忘录相关内容,达到合作共赢的目的。中韩传统医学协调委员会会议机制自1995年建立以来,目前已成功召开了十一次会议。中韩双方以协调委员会会议为平台,在传统医药领域开展了许多卓有成效的交流与协调,在国际上产生了积极的影响,也为两国有关企业、科研机构间的交流与合作发挥了桥梁作用。中国国家中医药管理局、中国中医科学院、中华中医药学会、甘肃省卫生厅负责人与韩国保健福祉部、韩医研究院、大韩韩医师协会、釜山大学韩医学院等机构人员参加了会议。