

中药内外治结合治疗难治性慢性支气管炎 155 例临床观察\*

黄爱民 沈望平

(上海市南汇区三灶镇卫生院咳喘病专科 上海 201300)

**摘要** 目的 观察中药内外治结合治疗难治性慢性支气管炎的临床疗效。方法 运用中药内服、穴位敷贴治疗的 155 例难治性慢性支气管炎病例进行回顾性总结,并与单一运用穴位敷贴治疗的 120 例病例加以对照。结果 治疗 4 周后,治疗组近期总有效率 96.1%,对照组 86.7%;治疗 3 年后,治疗组远期总有效率 90.9%,对照组 80.0%。2 组近、远期总有效率比较,差异有非常显著意义 ( $P<0.01$ ),治疗组优于对照组。结论 中药内外治结合疗效优于单一疗法,可显著减轻病情的发作频率和程度,改善患者的劳动能力和生活质量。

**关键词** 慢性支气管炎 中医药疗法 内治法 外治法 咳喘纳气汤 中药穴位贴敷 芥遂姜辛散 拔罐

**中图分类号** R 562.2<sup>1</sup>

**文献标识码** :B

**文献编号** : 1671-4040(2004)04-0015-02

我科 1996~2001 年,结合运用中药内服、穴位敷贴治疗难治性慢性支气管炎 155 例,取得了较好疗效,并与 1992~1995 年我科单一运用穴位敷贴治疗的 120 例病例作对比。兹报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 治疗组 155 例,男 72 例,女 83 例;年龄 16~80 岁,平均 53.9 岁;病程 2~40 年,平均 10.5 年;单纯型 93 例,喘息型 62 例;痰浊阻肺型 98 例,肺肾亏虚型 36 例,其他 21 例。对照组 120 例,男 51 例,女 69 例;年龄 18~78 岁,平均 52.3 岁;病程 2~35 年,平均 9.9 年;单纯型 75 例,喘息型 45 例。2 组性别、年龄、病程、西医分型经统计学处理差异无显著性 ( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 病例选择 (1)符合《上海市中医病证诊疗常规》(第 2 版)慢性支气管炎诊断标准<sup>[1]</sup>; (2)经常规西药治疗病情无明显改善者; (3)按规定完成治疗疗程。

1.3 辨证分型标准 参照《上海市中医病证诊疗常规》的证候分类进行辨证。但按本科经验,属于难治性的基本证型多为“痰浊阻肺”和“肺肾亏虚”2 种,往往兼夹风寒、风热、燥邪、痰热、瘀阻、肝火等,按不同情况予以辨证施治。

2 治疗方法

2.1 内治 以中药“咳喘纳气汤”(自拟经验方)内服,药物组成:黄芪 20~60g,黄精 20g,炙麻黄 10~15g,细辛 3~6g,五味子 6g,制南星 10g,炙苏子 15g,葶苈子 10g,地龙 10g,黄芩 15g,鱼腥草 30g,赤芍 10g,丹参 15g,南沙参 15g,甘草 10g,沉香(后下) 6g,生姜 15g。每日 1 剂,水煎 2 次温服。20d 为 1 个疗程。发作期,服 1~2 个疗程,缓解期,每年大暑、冬至各服 1 个疗程。临床加减:咳剧,加蛇床子 15g;大便干燥,加生大黄(后下) 6~10g;女性月经期去丹参;缓解期去葶苈子、黄芩,加仙灵脾、炒白术、怀山药、生熟地各 15g。

2.2 外治 中药“芥遂姜辛散”穴位敷贴<sup>[2]</sup>,药物配制:生白芥子、甘遂、细辛按 2:1:1,混合干燥后研末,过 80 目筛。鲜生姜若干,洗净捣烂取汁。敷贴:基本穴:定喘、肺俞、天突、膻中。备用穴:大椎、膏肓、膈俞。敷贴时以基本穴为主,若穴位皮肤有水泡、结痂,则改选备用穴,每次 4~6 穴(双穴按 2 穴计)。其方法是:先用“神罐”(辽宁丹东新佳机械研究所制)

在定喘、肺俞拔罐,吸力以患者感微痛为度,留罐 15min 左右。去罐后用上述药末 5~6g,姜汁 5mL 左右拌成糊状,用压舌板压成厚 0.5cm 左右药饼,以不挤出姜汁,也不松散为度,再分成直径 0.8cm 左右的小药块,每块贴 1 穴。敷贴时患者取坐位,以 4cm×3cm 大小胶布(或关节止痛膏)将小药块粘固于穴位即可。发作期每周贴 1~2 次,4~6 次为 1 个疗程。缓解期以每年大暑和冬至期间敷贴,每周 1 次,4 次为 1 个疗程。保留时间:冬春 14~20h,夏秋 12~18h。注意事项: (1)贴药后穴位皮肤呈红晕,有热痒或轻微灼痛属正常反应,个别局部出现水泡无妨,会自愈,需防抓破感染。 (2)皮肤过敏者易引起溃坏,不宜使用。孕妇慎用。

治疗组结合运用咳喘纳气汤内服、芥遂姜辛散穴位敷贴,对照组单一运用穴位敷贴,2 组发作期经治疗 4 周,缓解期经治疗 3 年后统计近远期疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 临床治愈:咳、痰、喘及临床体征消失,近期 2 周以上未发作;远期 2 年以上疗效巩固,未再使用其他中西药物,且能恢复正常工作者。好转:近期咳喘减轻,痰量减少;远期咳、痰、喘发作频率和程度减轻 1/2 以上,且能坚持工作者。未愈:症状无明显改变,或病情时好时坏,需借助使用西药等其他治疗方法者。

3.2 治疗结果 治疗组 155 例,近期临床治愈 94 例(占 60.6%),好转 55 例(占 35.5%),未愈 6 例(占 3.9%),总有效率 96.1%; 远期临床治愈 63 例(占 40.6%),好转 78 例(占 50.3%),未愈 14 例(占 9.1%),总有效率 90.9%。对照组 120 例,近期临床治愈 62 例(占 51.7%),好转 42 例(占 35.0%),未愈 16 例(占 13.3%),总有效率 86.7%; 远期临床治愈 38 例(占 31.7%),好转 58 例(占 48.3%),未愈 24 例(占 20.0%),总有效率 80.0%。经统计学处理,2 组近、远期总有效率比较,差异有非常显著意义 ( $\chi^2=8.23, P<0.01$ ;  $\chi^2=10.23, P<0.01$ ),治疗组优于对照组。

4 讨论

慢性支气管炎属中医“咳嗽”、“喘症”、“痰饮”范畴。中医认为其发病机理系肺、脾、肾三脏功能失调,内有痰瘀伏饮,外感风寒湿热,为“本虚标实”之病。治疗原则是根据发

\* 上海市南汇区初级卫生特色项目(编号: NWKP2001002 号)

# 急性胰腺炎患者免疫抑制和微量元素变化及 中西医结合治疗临床观察

宾湘义

(湖南省东安县人民医院 东安 425900)

**摘要** 目的 观察中西医结合对急性胰腺炎患者的治疗作用。方法 36 例急性胰腺炎患者分成中西医结合 (治疗组) 16 例,单纯西医 (对照组) 20 例。分别于入院第 1、3、5 天观察血清 C-反应蛋白 (C-RP)、血浆肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )、白细胞介素-6 (IL-6) 和血清铁 (Fe)、铜 (Cu)、锌 (Zn)、硒 (Se)、锰 (Mn)、铬 (Cr) 等微量元素的变化,并进行比较。结果 治疗组血清 C-RP、TNF- $\alpha$ 、IL-6 的量于入院第 3、5 天明显下降 ( $P<0.01$ ,  $P<0.05$ ),血清 Fe、Cu 下降,血清 Zn、Se、Mn、Cr 均升高 ( $P<0.01$ ,  $P<0.05$ )。结论 中西医结合治疗急性胰腺炎效果好,实用性强。

**关键词** 急性胰腺炎 中西医结合疗法 免疫抑制 微量元素

**中图分类号** R 576

**文献标识码** B

**文献编号** 1671-4040(2004)04--0016-02

2001 年 11 月~2003 年 6 月,我们对 16 例急性胰腺炎患者采用中西医结合治疗,并与单纯西医治疗的 20 例患者进行某些病理、生理、微量元素指标的观察。现报告如下:

### 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 按首都医科大学附属北京红十字朝阳医院消化内科王世鑫整理的《急性胰腺炎诊断标准》<sup>[1]</sup>确诊。

**1.2 病例选择** 36 例均为住院确诊的急性胰腺炎患者,按就诊先后顺序随机分成 2 组,治疗组 16 例,男 7 例,女 9 例;年龄在 32~67 岁,平均 42.7 岁;病程 2h~3d,平均 18h;血清淀粉酶 780~1 420U/L,平均 820U/L。对照组 20 例,男 6 例,女 14 例;年龄 29~68 岁,平均 43.1 岁;病程 1.5h~2d,平均 16h;血清淀粉酶 685~1 352U/L,平均 786U/L。2 组病例临床表现为急性上腹部持续性胀痛,刀割样剧痛,伴恶心、呕吐、发热;上腹部压痛明显,伴肌紧张及反跳痛;B 超检查提示胰腺炎改变。2 组病例资料差异无显著性 ( $P>0.05$ ),具有可比性。

### 2 方法

**2.1 药物** 赤芍 15g,丹皮 15g,玄胡 15g,大黄 20g (后下),枳实 10g,芒硝 20g (冲服),山楂 15g,红藤 30g,败酱草 30g,柴胡 10g。

**2.2 治疗方法** 住院后即给上药水煎,每日 1 剂,煎成 150mL 药液,分 3 次从胃管注入,每次注完后夹闭胃管 1h,

拔除胃管后改口服,连用 5d。对照组无特殊治疗,2 组的西医治疗措施均相同。

### 3 检测指标

**3.1 血清 C-反应蛋白 (C-RP) 测定** 入院第 1、3、5 天清晨空腹取外周静脉血,分离血清,以激光散射比浊法 (采用美国 Beckman Array360 激光散射比浊仪测定)。

**3.2 血浆肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) 及白细胞介素-6 (IL-6) 的测定** 入院第 1、3、5 天清晨空腹取外周静脉血,采用 ELISA 双抗体夹心法测定 (试剂盒由美国 Genzyme 公司提供)。

**3.3 血清微量元素测定** 入院第 1、3、5 天清晨空腹取外周静脉血,立即分离血清,用 WFX-LE2 型原子吸收分光光度计 (北京第二光学仪器厂) 定量测定 Fe、Cu、Zn、Se、Mn、Cr 等元素含量。

**3.4 统计学方法** 采用方差分析和  $t$  检验 (应用 spss8.0 软件)。

### 4 结果

**4.1 血清 C-RP 变化** 见表 1。2 组入院后第 3、5 天值与入院第 1 天比较有明显减少 ( $P<0.05$ ,  $P<0.01$ ),住院第 3 天治疗组比对照组下降明显 ( $P<0.05$ ,  $P<0.01$ ),入院第 5 天治疗组仍较对照组下降明显 ( $P<0.05$ )。

**4.2 血浆 TNF- 和 IL-6 变化** 见表 1。2 组住院第 3、5 天值

作期和缓解期的不同病情,结合运用中药内治、外治,疗效较为显著。内治,为内服全身用药“咳喘纳气汤”针对难治性慢性支气管炎的发病机理设立,方中黄芪、黄精、甘草,益气固表健脾;麻黄、五味子,宣肺敛肺,一开一合,肺气畅达;制南星、细辛、苏子、生姜,温肺化饮,降气平喘;黄芩、鱼腥草、地龙、葶苈子、南沙参,清肺化痰,下气止咳;赤芍、丹参,活血化瘀;沉香温肾纳气。诸药配合,具有标本兼治,寒温并用,降气纳气,祛痰化瘀,肺、脾、肾兼顾的作用。不论发作期或缓解期,均可加减应用。外治,为体表局部治疗。利用药物或器具在体表穴位作治疗,早为广大临床中医所应用,穴位敷贴是较常用的方法之一。由于经络与脏腑间的络属关系,腧穴是人体经络脏腑之气输注于体表的特定部位,是“神气所游行出入之处”,是疾病的外在反应点,也是病邪和药物通过的门

户。药物作用于腧穴皮肤是一种直接刺激,继而通过腧穴对药物的吸收,循经传输,从而激发调节脏腑的功能,达到祛邪治病的目的,而且贴药前先拔罐,更有利于上述作用。

临床实验表明,中药内外治结合治疗难治性慢性支气管炎疗效优于单一疗法。特别是通过临床综合干预 (治疗、预防、保健、康复、宣教),可显著减轻病情的发作频率和程度,改善患者的劳动能力和生活质量。

### 参考文献

[1]上海市卫生局.上海市中医病证诊疗常规[M].第 2 版.上海:上海中医药大学出版社,2003.95~96  
[2]沈望平.中药芥遂姜辛散穴位敷贴治疗顽固性咳嗽 98 例临床观察[J].中医杂志,1995,36(增): 149

(收稿日期: 2004-04-24)