

中医辨证论治联合化疗对肺结核患者的影响

张卫涛

(河南省周口市第五人民医院感染科 周口 466001)

摘要:目的:探讨中医辨证论治联合化疗对肺结核患者的影响。方法:选取 2016 年 3 月~2018 年 5 月收治的 100 例确诊为肺结核患者作为对象,采用随机抽签法分为对照组和观察组,各 50 例。对照组采用常规化疗治疗,观察组在对照组基础上联合中医辨证论治,比较两组治疗总有效率、服药依从性情况及毒副反应发生情况。结果:观察组治疗总有效率 98.00%,高于对照组的 84.00%,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组总依从率 96.00%,高于对照组的 80.00%,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组毒副反应发生率为 4.00%,低于对照组的 18.00%,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:对肺结核患者采用中医辨证论治联合化疗的治疗方式,在提高治疗效果的同时,可降低毒副反应的发生,增强患者治疗依从性。

关键词:肺结核;中医辨证论治;化疗;毒副反应;依从性

中图分类号:R521

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.007

肺结核是由结核分枝杆菌感染引起的慢性传染病,结核分枝杆菌可侵及人体多种脏器,其中肺部感染是临床上最常见的类型,排菌者为主要的传染源。患者感染结核分枝杆菌会有一定的潜伏期,随着人体抵抗力下降,或者细胞介导的变态反应增强,疾病就表现出明显的症状,临床表现为低热、盗汗、乏力、咳嗽、咯血、胸痛、女性月经失调及不同程度的胸闷或呼吸困难等,及时采取治疗措施,多数患者可痊愈^[1-2]。本研究旨在探讨中医辨证论治联合化疗对肺结核患者疗效、毒副反应及依从性的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 3 月~2018 年 5 月收治的 100 例确诊为肺结核患者作为对象。纳入标准:年龄 >18 岁;无药物过敏史;患者知晓本研究并自愿参与。排除标准:严重肝肾功能不全或者合并其他脏器功能衰竭者;合并听力异常或精神疾病者;哺乳或妊娠期妇女。采用随机抽签法将研究对象分为对照组和观察组,各 50 例。对照组男 28 例,女 22 例;年龄 19~76 岁,平均年龄(38.50 ± 3.50)岁;平均病程(8.48 ± 1.32)年;初治肺结核 38 例,复治肺结核 12 例。观察组男 27 例,女 23 例;年龄 19~72 岁,平均年龄(38.55 ± 3.50)岁;平均病程(8.50 ± 1.35)年;初治肺结核 40 例,复治肺结核 10 例。两组基线资料比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 采用常规化疗治疗。治疗方案需根据病情以及个体差异制定不同给药剂量,患者必须严格按照治疗方案,适量、规律、全程治疗,治疗周期通常为 6~9 个月。初治肺结核的治疗方案:前 2 个月为强化期,服用异烟肼片、利福平胶囊、盐酸乙胺丁醇片及吡嗪酰胺片 4 种药物,2 个月后,服用异烟

肼片及利福平胶囊巩固治疗 4 个月,总疗程为 6 个月。复治肺结核的治疗方案:前 2 个月为强化期,服用烟肼片、利福平胶囊、盐酸乙胺丁醇片、吡嗪酰胺片及链霉素 5 种药物治疗,2 个月后,服用异烟肼片及利福平胶囊巩固治疗 6 个月,总疗程为 8 个月。用药方法:利福平胶囊(国药准字 H61021365),口服,60 岁以上 0.45 g/次,1 次/d,60 岁及以下 0.6 g,1 次/d;异烟肼片(国药准字 H15020553),口服,0.3 g/次,1 次/d;盐酸乙胺丁醇片(国药准字 H20003657),口服,0.75 g/次,1 次/d;吡嗪酰胺片(国药准字 H41022614),口服,60 岁及以下 1.5 g/次,1 次/d,60 岁以上 1.125 g/次,1 次/d;链霉素(国药准字 H37020187),肌肉注射,60 岁及以下 0.75 g/次,1 次/d,60 岁以上 0.5 g/次,1 次/d,或 0.75 g/次,隔日 1 次。

1.2.2 观察组 采用中医辨证论治联合化疗治疗。患者常规化疗治疗方案同对照组,在化疗前,对患者进行中医辨证分型(肺阴亏虚型、阴虚火旺型、气阴耗伤型),然后按照不同类型对症治疗。肺阴亏虚型采用滋阴润肺免煎颗粒进行治疗,组方含麦冬、沙参、川贝、百合、黄精、山药、百部、白及及桔梗等,20 g/袋,一次半袋,每天 2 次,冲服;阴虚火旺型采用肺泰胶囊(国药准字 Z20040134)治疗,每次 2.5 g,每日 3 次;气阴耗伤型采用生脉散,益气生津,敛阴止汗进行治疗,组方人参 15 g,麦冬 15 g,五味子 12 g,每日 1 剂,分 2 次冲服,人参性味甘温,若气阴不足,阴虚有热可用西洋参或党参代替。治疗疗程为 6~9 个月。

1.3 观察指标 (1)临床治疗有效率,分为无效、好转、显著、痊愈 4 个等级。无效:治疗前后症状、体征均无改善,甚至加重;好转:发热、咳嗽症状有所改善,X 线可见吸收但不明显,痰结核菌阳性;显著:症

状、体征明显改善,痰结核菌阴性,X 线病变有所吸收;痊愈,临床症状及体征均消失,X 线检查病变吸收,血象及血沉恢复正常。治疗总有效率=(好转例数+显著例数+痊愈例数)/总例数×100%。(2)对患者治疗期间的服药依从性进行调查与统计,分为依从、一般依从、不依从,总依从率=(依从例数+一般依从例数)/总例数×100%。(3)统计毒副反应发生情况,包括胃肠道反应、血小板减少及白细胞下降等。

1.4 统计学方法 采用 SPSS20.0 统计学软件进行计数、计量数据对比分析,分别采用 χ^2 检验及 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床治疗总有效率比较 观察组治疗总有效率 98.00%,高于对照组的 84.00%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床治疗总有效率比较

组别	n	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效[例(%)]
对照组	50	15	16	11	8	42(84.00)
观察组	50	22	15	12	1	49(98.00)
χ^2						5.983
P						<0.05

2.2 两组服药依从性比较 观察组治疗总依从率 96.00%,高于对照组的 80.00%,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组服药依从性比较

组别	n	依从(例)	一般依从(例)	不依从(例)	总依从[例(%)]
对照组	50	22	18	10	40(80.00)
观察组	50	28	20	2	48(96.00)
χ^2					6.061
P					<0.05

2.3 两组毒副反应发生情况比较 观察组毒副反应发生率为 4.00%(胃肠道反应 1 例,血小板减少 1 例,白细胞下降 0 例),低于对照组的 18.00%(胃肠道反应 4 例,血小板减少 3 例,白细胞下降 2 例),观察组毒副反应发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3 讨论

肺结核属于中医学“肺癆”范畴,病位在肺,病因为正气虚弱,感染痲虫,侵蚀肺脏所致,以咳嗽、咯血、潮热、盗汗、身体逐渐消瘦为主要症状的慢性消耗性疾病,中医将肺癆患者分为肺阴亏虚型、阴虚火旺型及气阴耗伤型 3 种类型,其中以阴虚火旺型为主,按照不同类型对症治疗^[3]。针对肺阴亏虚型采用滋阴润肺免煎颗粒治疗,主要成分为麦冬、沙参、川贝、百合、黄精、山药、百部、白及及桔梗等,麦冬具有

养阴润肺的功效,沙参具有清热养阴、润肺止咳的功效,川贝具有润肺、止咳、化痰平喘的功效,百合具有养阴润肺、清心安神的功效,黄精具有养阴润肺、补肾填精的功效,山药具有益气养阴、补脾肺肾的功效,百部具有润肺止咳的功效,白及具有收敛止血、消肿生肌的功效,桔梗具有宣肺利咽、祛痰的功效^[4-5]。现代药理学认为,麦冬、沙参具有提高免疫力的功效;百部具有抑制结核菌的功效;山药能刺激胃肠道,促进消化;白及能保护胃黏膜,增强骨髓造血功能^[6-7]。针对阴虚火旺型采用肺泰胶囊治疗,主要成分为苦苣菜、黄芩、北沙参、瓜蒌、太子参、百部、枇杷叶、川贝母及白及等,苦苣菜具有清热解毒,消肿止痛的功效;黄芩具有有清热燥湿、止血的功效;北沙参具有养阴清肺的功效;瓜蒌具有清热化痰的功效;太子参具有益气健脾、生津润肺的功效;枇杷叶具有清肺止咳,降逆止呕的功效。联合用药能起到清热化痰、润肺杀虫的效果^[8]。针对气阴耗伤型,采用生脉散治疗,处方为人参、麦门冬及五味子,其中人参具有大补元气、补脾益肺、生津的功效;麦门冬具有养阴润肺的功效;五味子具有收敛固涩、益气生精、补肾宁心的功效;人参性味甘温,若气阴不足,阴虚有热可用西洋参,党参代替。联合用药能起到益气生津,敛阴止汗的功效^[9]。本研究中观察组采用中医辨证论治联合化疗的治疗方式,治疗效果显著,患者依从性较高,且毒副作用小,安全有效,对于疾病的预后意义较大。可见,采用中西医结合治疗结核,能取得显著的临床疗效。黄舒然等^[10]学者认为,中医辨证论治联合化疗能提高疗效,减少毒副反应,提高患者依从性,与本研究结果基本一致性。郝红^[11]学者认为中医辨证辅助治疗能提高肺结核痰涂片转阴率。综上所述,针对肺结核患者,采用中医辨证论治联合化疗的治疗方式效果显著,提高治疗有效率的同时,降低药物的毒物作用,有利于提高患者治疗依从性。

参考文献

[1]陈大川,王在义.肺结核诊断的研究进展[J].临床肺科杂志,2016,21(1):145-148
 [2]刘晓,吴雪琼.中药治疗耐多药肺结核的研究进展[J].中国防痲杂志,2016,38(1):53-56
 [3]陈森林,杨尚鹏,龚伟,等.肺结核患者产生耐多药危险因素的研究[J].中国防痲杂志,2016,38(1):47-52
 [4]莫敏·赛麦提.分析 X 线胸片诊断肺结核影像临床价值[J].影像研究与医学应用,2019,3(18):231-232
 [5]黄子鑫.中医辨证论治联合常规化疗对阴虚内热型肺癆患者的临床观察[J].光明中医,2018,33(10):1472-1473
 [6]任郭侠,李卫星.润肺汤治疗肺阴亏虚型肺结核临床观察[J].陕西中医,2016,37(11):1470-1471

(下转第 26 页)

下降,且观察组低于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组手术前后肝功能指标对比($\bar{x}\pm s$)

组别	n	TBil($\mu\text{mol/L}$)		DBil($\mu\text{mol/L}$)		ALP(U/L)		ALT(U/L)		AST(U/L)	
		术前	术后 7 d	术前	术后 7 d	术前	术后 7 d	术前	术后 7 d	术前	术后 7 d
对照组	45	26530 \pm 4404	12701 \pm 2350	23856 \pm 12640	10782 \pm 5683	48453 \pm 21545	36035 \pm 18228	21098 \pm 14165	9195 \pm 3362	19806 \pm 7547	9439 \pm 3664
观察组	45	26065 \pm 3635	8016 \pm 1639	22961 \pm 12117	7266 \pm 2894	46116 \pm 24059	24371 \pm 9057	23055 \pm 12302	6567 \pm 2134	17610 \pm 8298	6210 \pm 2150
t		0546	10969	0343	3698	0485	3844	0700	4427	1313	5099
P		0586	0000	0733	0000	0629	0000	0486	0000	0193	0000

2.2 两组临床症状改善时间对比 观察组临床症状改善时间短于对照组,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床症状改善时间对比($d, \bar{x}\pm s$)

组别	n	胆盐血症缓解时间	腹痛缓解时间	黄疸消退时间
对照组	45	3.97 \pm 0.68	2.87 \pm 0.41	5.20 \pm 0.88
观察组	45	3.51 \pm 0.45	1.56 \pm 0.23	3.24 \pm 0.56
t		3.784	18.693	12.605
P		0.000	0.000	0.000

2.3 两组并发症发生情况对比 观察组并发症发生率 6.67%,低于对照组的 22.22%,差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组并发症发生情况对比[例(%)]

组别	n	急性胰腺炎	高淀粉酶症	胆道感染	切口感染	总发生
对照组	45	2(4.44)	2(4.44)	3(6.67)	3(6.67)	10(22.22)
观察组	45	0(0.00)	0(0.00)	1(2.22)	2(4.44)	3(6.67)
χ^2						4.406
P						0.036

3 讨论

胆管梗阻后,胆汁排放受阻,造成胆管内胆汁大量淤积,促使胆管扩张、压力升高,损伤胆管,胆汁则通过破裂的毛细胆管流入组织间隙,进入血液循环,引发胆红素大量代谢,产生黄疸,影响机体正常功能^[4]。ERCP 为临床治疗梗阻性黄疸的常用方法,具有创伤小、易恢复、费用低、安全性高等优点,同时操作中无需携带引流管,有助于保持胆管系统的完整性,维持其正常生理功能,但术后容易引发急性胆囊炎等并发症,影响预后^[5-7]。中医认为,黄疸系感受湿热病邪,气机受阻,胆汁外溢所致,因此治疗梗阻性黄疸应以清热燥湿、退黄扶正为主^[8]。茵栀黄口服液内含茵陈、栀子、金银花等成分,其中茵陈为君药,具有通经止血、退黄利胆的作用,通过疏利瘀滞,可有效改善血液循环,促进胆汁分泌,加速退黄^[9];栀子为

臣药,具有泻火除烦、护肝利胆等作用,可有效降低血清胆红素含量,且对肝细胞无毒性作用^[10];黄芩则具有较广的抗菌谱,不仅有助于镇静解热、促进免疫,同时可有效保护肝肾功能;金银花甘寒清热而不伤胃,同时具有祛邪、解毒的作用。本研究结果显示,术后 7 d,两组 TBil、DBil、ALP、ALT 以及 AST 水平均较术前下降,且观察组低于对照组;观察组临床症状改善时间早于对照组,并发症发生率低于对照组。表明 ERCP 胆道支架置入术联合茵栀黄口服液治疗梗阻性黄疸效果确切,可有效改善患者肝功能,缓解临床症状,减少并发症发生,促进预后。

参考文献

[1]薛鸿,岳鹏,刘晶晶,等.经 ERCP 途径与 PTC D 途径治疗恶性梗阻性黄疸疗效比较的系统评价[J].中国内镜杂志,2019,25(3):17-26

[2]黄继续,陈蓉蓉,翁鑫鑫,等.介入治疗梗阻性黄疸患者胆道感染的影响因素分析[J].中华医院感染学杂志,2019,29(3):415-417,421

[3]陈萃,叶志霞,孙波,等.内镜超声引导下胆管引流术治疗恶性梗阻性黄疸的价值(含视频)[J].中华消化内镜杂志,2018,35(8):557-561

[4]金晓昇,陈璐茜,季婷婷,等.ERCP 胆管支架置入治疗晚期恶性梗阻性黄疸的疗效研究[J].中华全科医学,2018,16(10):1643-1645,1649

[5]许显明.梗阻性黄疸行内镜下逆行胰胆管造影支架植入术后并发性胆囊炎的影响因素[J].广西医学,2018,40(5):527-530

[6]熊杰,张健康.内镜逆行胰胆管造影胆道探条扩张术联合支架置入术治疗梗阻性黄疸 32 例临床分析[J].实用医院临床杂志,2019,16(2):176-178

[7]蒋孙路,黄强,翟东升.经内镜逆行胰胆管造影术和经皮肝穿刺胆道引流术治疗恶性梗阻性黄疸的疗效对比[J].中国内镜杂志,2018,24(1):75-79

[8]韩坤,葛鹏,杨震威.茵栀黄颗粒联合 ERCP 治疗胆总管结石所致阻塞性黄疸临床观察[J].中国医师杂志,2018,20(10):1570-1572

[9]黄建伟,王明亮.肠内营养联合茵陈蒿汤对老年性阻塞性黄疸 ERCP 术后的疗效研究[J].临床和实验医学杂志,2018,17(20):2201-2205

[10]汪凯,张桂信,陈海龙.中药治疗梗阻性黄疸研究进展[J].中国中西医结合外科杂志,2018,24(1):112-114

(收稿日期: 2020-03-10)

(上接第 18 页)

[7]郭惠环,胡春华,罗洁.中医辨证对治疗耐多药肺结核的效果分析[J].现代诊断与治疗,2015,26(13):2899-2902

[8]寿惠蓉,贺颖,刘磊.中医辨证治疗对肺结核患者胃肠道反应率及肝功能改善作用[J].中国地方病防治杂志,2016,31(8):875,951

[9]刘继民,王檀.王檀教授中医康复治疗肺癆喘证经验总结[J].

中国中医药现代远程教育,2019,17(13):59-61

[10]黄舒然,葛海波.中医辨证论治联合化疗对肺结核患者疗效、毒副反应及依从性的影响[J].亚太传统医药,2017,13(21):111-112

[11]郝红.中医辨证辅助治疗对肺结核痰涂片阳性患者转阴率的影响研究[J].中国医学创新,2015,12(17):97-99

(收稿日期: 2020-01-08)