

· 临床 ·

款冬花散治疗支气管扩张症急性加重期 痰热郁肺证的临床观察

钟云青*, 许光兰, 王秀峰, 陈平, 欧阳喆
(广西中医药大学第一附属医院, 南宁 530023)

[摘要] **目的:**观察款冬花散治疗支气管扩张症急性加重期痰热郁肺证患者的临床疗效。**方法:**将符合条件的 100 例患者采用随机数字表法分成治疗组、对照组各 50 例。治疗组患者采用常规西医治疗联合服用款冬花散,对照组患者单纯采用常规西医治疗,两组疗程均为 7 d,比较两组患者的临床症状评分、中医证候疗效、血炎症指标水平、血气分析及不良反应。**结果:**与本组治疗前比较,两组患者治疗后的临床症状评分(咳嗽、痰量、痰色、痰质、口渴、便干、尿黄)均显著降低,且治疗组显著低于对照组($P < 0.01$);治疗组患者总有效率为 92%,对照组为 80%,治疗组总有效率高于对照组($P < 0.01$);与本组治疗前比较,治疗后两组患者血炎症指标水平(白细胞计数、中性粒细胞数、粒淋比、血沉、快速 C 反应蛋白及降钙素原)均明显降低,且治疗组显著低于对照组($P < 0.01$);与本组治疗前比较,治疗后两组患者在血气分析血氧分压(PaO_2),血二氧化碳分压(PaCO_2)方面均有所改善,且治疗组显著优于对照组($P < 0.01$)。在试验过程中,治疗组中有 2 例患者出现轻微腹泻,经对症处理后症状好转,不影响后续的治疗。**结论:**在常规西医治疗基础上,加用款冬花散能明显改善支气管扩张症急性加重期痰热郁肺证患者的临床症状,提高中医证候疗效,减少血炎症指标水平,改善血气分析指标,疗效更好,值得在临床上推广使用。

[关键词] 款冬花散;支气管扩张症;急性加重期;痰热郁肺证;随机对照临床试验

[中图分类号] R22;R242;R2-031;R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2018)20-0169-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfx.20181818

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20180629.1107.006.html>

[网络出版时间] 2018-06-29 18:52

Effect of Kuandonghua San for Acute Exacerbation of Bronchiectasis with Phlegm-heat Stagnation Syndrome

ZHONG Yun-qing*, XU Guang-lan, WANG Xiu-feng, CHEN Ping, OUYANG Tun

(The First Affiliated Hospital of Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning 530023, China)

[Abstract] **Objective:** To observe the clinical efficacy of Kuandonghua San for the treatment of acute exacerbation of bronchiectasis with the phlegm-heat stagnation syndrome. **Method:** A total of 100 eligible patients were randomly divided into treatment group and control group through random number table, 50 cases in each group. The patients in treatment group were treated with conventional western medicine and oral Kuandonghua San, while the patients in control group were only treated with conventional western medicine. The treatment was seven days in both groups. Clinical symptom and sign scores, curative effect of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome, blood inflammatory markers, blood gas analysis and adverse drug reactions were evaluated and compared between two groups. **Result:** As compared with the conditions before treatment, clinical symptom and sign scores (degree of cough, sputum volume, sputum color, sputum nature, degree of thirst, degree of constipation and degree of urine color) were decreased significantly after treatment in both groups, and those scores in treatment group were significantly lower than those in the control group ($P < 0.01$). The total effective rate was 92% in

[收稿日期] 20180126(001)

[基金项目] 国家自然科学基金项目(81760846)

[通信作者] * 钟云青, 博士, 副主任医师, 从事中西医结合呼吸疾病研究工作, Tel:0771-5627215, E-mail:jackvictor6666@163.com

treatment group, higher than 80% in control group ($P < 0.01$). As compared with the levels before treatment, the levels of blood inflammatory markers (white blood cell count, neutrophil count, neutrophil to lymphocyte ratio, erythrocyte sedimentation rate, rapid C reactive protein, and procalcitonin) were significantly decreased after treatment in both groups, and the levels in treatment group were lower than those in the control group ($P < 0.01$). In addition, both groups showed improvement in blood-gas analysis (the partial pressure of oxygen and partial pressure of carbon dioxide) after treatment in both groups, and the effect was more obvious in treatment ($P < 0.01$). Mild diarrhea occurred in two patients of the treatment group, but was completely recovered after proper medical treatment, without affecting the subsequent treatment. **Conclusion:** Conventional western medicine combined with Kuandonghua San can significantly improve the clinical symptoms of patients, increase the the total effective rate, reduce the levels of blood inflammatory markers, and improve blood-gas analysis parameters. It may be an effective treatment for patients with acute exacerbation of bronchiectasis with the phlegm-heat stagnation syndrome, which is worthy of clinical popularization and application.

[Key words] Kuandonghua San; bronchiectasis; acute exacerbation; phlegm-heat stagnation syndrome; randomized controlled clinical trial

支气管扩张症是各种原因引起的支气管异常、持久扩张为特征的慢性气道炎症性疾病。以往国内外学者对支气管扩张症的重视程度远不及慢性阻塞性肺疾病和支气管哮喘,至今国内仍缺乏相关的流行病学资料,但在我国属常见病,患病率随着年龄的增加而增加,造成沉重的社会经济负担^[1]。支气管扩张症的主要病因为支气管-肺组织感染和支气管阻塞,两者相互影响,促使支气管扩张的发生和发展,主要临床症状为慢性咳嗽、咳大量脓痰和(或)反复咯血,疾病临床分期包括稳定期和急性加重期。稳定期患者常常因感染而反复急性加重,急性加重一般由稳定期潜在的定植菌引起,研究发现最常见的分离菌为流感嗜血杆菌和铜绿假单胞菌。对于无铜绿假单胞菌高危因素患者,可经验性选用对流感嗜血杆菌有抗菌活性的药物;对于有铜绿假单胞菌高危因素者,可经验性使用对铜绿假单胞菌有抗菌活性的药物^[2-3]。但部分患者的症状缓解慢,以致频繁更换抗生素,引发相关不良反应,易引起细菌对多种抗菌药物耐药,增加临床治疗难度。

近年来,一些临床试验发现中药能有效改善支气管扩张症患者的临床症状,提高治疗效果,其作用也逐渐受到关注^[4]。根据支气管扩张症临床特点,可归属于中医“咳嗽”“咯血”“肺络张”等病证范畴。临床上支气管扩张症在急性加重时,往往表现出“热”和“痰”的证候。通过对支气管扩张症中医证型及证候分布规律进行统计分析,亦发现痰热郁肺证为支气管扩张症的常见中医证型^[5]。明代缪希雍《本草经疏》中有“肺气热则煎熬津液,凝结为痰”之说;明代赵继宗《儒医精要》提出“痰能生火”

“火有生痰”等观点;《杂病源流犀烛·痰饮源流》曰:“若由于外感而生者……热痰,即火痰也……宜清气化痰丸、清热导痰汤。”治热勿忘痰,治痰勿忘热,痰热并治,治宜清热化痰。房波等^[6]报道在常规西医治疗基础上,加用苇金消痈汤能明显减轻支气管扩张症急性加重期患者的临床症状,提高临床疗效,改善肺功能及血气分析,但未涉及炎症方面研究。本研究所用款冬花散出自《妇人大全良方》,由款冬花、蜜麻黄、浙贝母、桑白皮、石膏、前胡、紫菀、旋覆花、白术、甘草组成,功用为清热化痰止咳。原方用于妊娠心膈痰毒壅滞,肺气不顺之咳嗽^[7]。但结合组方及功用,临床工作中广西中医药大学第一附属医院用于肺部疾病属痰热郁肺证者效果显著。本研究采用临床症状评分、中医证候疗效、血炎症指标水平及血气分析指标,综合评价在常规西医治疗基础上联合服用款冬花散在治疗支气管扩张症急性加重期痰热郁肺证患者的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 100例支气管扩张症痰热郁肺证患者来源于2014年1月至2017年6月广西中医药大学第一附属医院呼吸内科住院患者。采用随机数字表按1:1比例分为治疗组(50例)和对照组(50例),两组均无脱落病例。治疗组男27例,女23例,年龄23~63岁,平均年龄(43.16±12.73)岁;病程1~16年,平均病程(7.44±4.51)年;病情加重时间1~14d,平均(6.90±3.62)d;其中囊状支气管扩张19例,柱状支气管扩张21例,静脉曲张样支气管扩张2例,混合型支气管扩张8例;累及1个肺叶(舌叶当作单独1个肺叶,共6个肺叶)者12例,累及

2个肺叶者28例,累及3个肺叶及以上者10例。对照组男31例,女19例,年龄22~60岁,平均(41.48±10.79)岁;病程1~13年,平均病程(6.80±3.39)年;病情加重时间1~15d,平均(7.66±4.31)d;其中囊状支气管扩张16例,柱状支气管扩张28例,静脉曲张样支气管扩张1例,混合型支气管扩张5例;累及1个肺叶者16例,累及2个肺叶者21例,累及3个肺叶及以上者13例。两组患者的性别、年龄、病程、病情加重时间、支气管扩张形态学改变及病变范围比较无显著性差异,两组具有可比性。本研究经广西中医药大学第一附属医院医学伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《成人支气管扩张症诊治专家共识》^[3]中的诊断标准拟定,①慢性咳嗽、大量脓痰、反复咯血,既往有肺部感染等病史;②肺部可闻及固定、持久、局限性湿啰音,可合并有杵状指(趾);③胸部高分辨率CT显示柱状型、囊状型、静脉曲张型及混合型改变。对于出现咳嗽增加、痰量增加、痰色改变、呼吸困难加重、发热、咯血者即判断为支气管扩张症急性加重。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医内科学》^[8]制定,主证为咳嗽,咳吐大量黄稠痰;次证为口渴欲饮,便干,尿黄;舌脉象为舌红,苔黄腻,脉滑数。

1.3 纳入标准 ①符合支气管扩张症急性加重期;②符合痰热郁肺证者;③年龄在20~65岁,男女不限;④患者或家属签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①伴有咯血的患者;②既往痰培养出多重耐药铜绿假单胞菌者;③病情重需入住重症监护室者;④因免疫功能缺陷、结缔组织疾病、肺结核、囊性纤维化、变应性支气管肺曲霉病及Kartagener综合征引起的支气管扩张者;⑤合并支气管哮喘、活动性肺结核、间质性肺疾病及肺部肿瘤等者;⑥合并重度营养不良、心脑、肝肾、血液系统等严重疾病者;⑦3个月内曾参加其他药物临床试验者或1个月内服用过其他中药制剂者;⑧长期使用糖皮质激素或免疫抑制剂者;⑨患有精神病而无法配合者;⑩已知对试验药物过敏者。

1.5 剔除标准 试验过程中痰培养出多重耐药铜绿假单胞菌或纳入后发现不符合纳入标准者。

1.6 脱落标准 自行退出,无法判定疗效或未遵方案服用药物者。

1.7 方法 对照组予常规西医治疗,包括①排痰治疗:包括体位引流、震动排痰及主动呼吸训练;

②抗菌药物,无假单胞菌感染高危因素者,使用头孢甲肟(桂林澳林制药有限公司,国药准字H20060381)2g,加入生理盐水100mL,2次/d,静脉滴注。对于有假单胞菌感染高危因素者,经验性选用头孢哌酮他唑巴坦(海南通用三洋药业有限公司,国药准字H20030932)2g,加入生理盐水100mL,3次/d,静脉滴注;③祛痰药:盐酸氨溴索注射液(国药集团国瑞药业有限公司,国药准字H20143385)30mg,加入生理盐水100mL,2次/d,静脉滴注;④支气管舒张剂,对于合并气流阻塞患者,使用生理盐水4mL加复方异丙托溴铵2.5mL(上海勃林格殷格翰药业有限公司,H20150173),3次/d,雾化吸入。

治疗组在常规西医治疗基础上,服用款冬花散(款冬花15g,蜜麻黄10g,浙贝母10g,桑白皮10g,石膏30g,前胡12g,紫菀10g,旋覆花^(包煎)10g,白术10g,甘草6g),1剂/d。本研究所用中药均来自于广西中医药大学第一附属医院中药房,并由本院药学部覃学谦副主任中药师鉴定为正品,在煎药室统一煎煮,水煎约200mL,用真空袋包装(100mL/袋),早晚分次服。两组疗程均为7d。

1.8 观察指标

1.8.1 临床症状评分 参照《中药新药临床研究指导原则》^[9],依据患者的咳嗽、痰量、痰色、痰质、口渴欲饮、便干、尿黄程度进行评分。采用线性量法,未出现的症状为0分,轻度记2分,中度记4分,重度记6分。

1.8.2 中医证候疗效 参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]制定,临床控制为临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少≥95%;显效为临床症状、体征均明显改善,证候积分减少≥70%;有效为临床症状、体征部分好转,证候积分减少≥30%;无效为临床症状、体征无好转或加重,证候积分减少<30%。

1.8.3 血常规测定 分别于试验前及治疗结束后采集患者的清晨静脉血,采用BC-6900型全自动血液细胞分析仪(迈瑞生物医疗电子股份有限公司)进行检测,观察治疗前后两组患者血常规的白细胞总数(WBC),中性粒细胞数(GRAN)及粒淋比(NLR)变化。

1.8.4 外周血其他炎症指标检测 分别于试验前及治疗结束后采集患者的清晨静脉血,血沉(ESR)采用SD-100型动态血沉/压积测试仪(北京赛科希德科技发展有限公司)测定,快速C反应蛋白

(CRP) 采用 Getein1600 型荧光免疫定量分析仪(基蛋生物科技股份有限公司)检测,降钙素原(PCT)采用 cobase 411 型电化学发光全自动免疫分析仪(上海罗氏制药有限公司)检测,比较治疗前后两组患者 ESR, CRP, PCT 变化。

1.8.5 动脉血气分析 分别于试验前及治疗结束后采集患者动脉血,采用 cobasb 221 型血气分析仪(上海罗氏制药有限公司)进行检测,比较治疗前后两组患者动脉血氧分压(PaO₂)及二氧化碳分压(PaCO₂)。

1.9 安全性检测 观察不良反应,在治疗前后各检测 1 次肝肾功能,采用 7600-020 型生化分析仪(日本日立公司)进行检测。

1.10 统计学处理 采用 SPSS 17.0 统计软件进行数据处理。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 *t* 检验,等级资料采用秩和检验,计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床症状评分比较 两组治疗前各项临床症状积分差异均无统计学意义。与本组治疗前比较,两组患者治疗后咳嗽、痰量、痰色、痰质、口渴欲饮、便干、尿黄评分均显著降低($P < 0.01$);治疗后与对照组比较,治疗组患者的咳嗽、痰量、痰色、痰质、口渴欲饮、便干、尿黄评分显著降低($P < 0.01$),见表 1。

表 1 两组患者临床症状评分比较($\bar{x} \pm s, n = 50$)

Table 1 Comparison of clinical symptom scores between two groups($\bar{x} \pm s, n = 50$)

组别	时间	咳嗽	痰量	痰色	痰质	口渴	便干	尿黄
对照	治疗前	5.08 ± 1.16	5.32 ± 1.19	5.24 ± 0.98	4.88 ± 1.15	3.96 ± 1.18	3.88 ± 1.36	4.96 ± 1.01
	治疗后	3.08 ± 1.82 ¹⁾	2.72 ± 1.75 ¹⁾	2.44 ± 1.77 ¹⁾	2.68 ± 1.38 ¹⁾	2.28 ± 1.40 ¹⁾	2.00 ± 1.76 ¹⁾	2.28 ± 2.02 ¹⁾
治疗	治疗前	5.36 ± 1.10	5.16 ± 1.22	5.48 ± 0.89	4.68 ± 1.19	4.24 ± 1.32	4.28 ± 1.21	4.68 ± 1.04
	治疗后	2.12 ± 1.48 ^{1,2)}	1.68 ± 1.63 ^{1,2)}	1.48 ± 1.33 ^{1,2)}	2.00 ± 1.07 ^{1,2)}	1.48 ± 1.45 ^{1,2)}	1.16 ± 1.15 ^{1,2)}	1.28 ± 1.26 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ (表 3 ~ 5 同)。

2.2 两组患者中医证候疗效比较 治疗组总有效率 92%,对照组总有效率 80%,治疗组总有效率高于对照组($P < 0.01$),见表 2。

表 2 两组患者中医证候疗效比较

Table 2 Comparison of curative effect of traditional Chinese medicine syndrome between two groups

组别	临床控制 / 例	显效 / 例	有效 / 例	无效 / 例	总有效率 / %
对照	1	12	27	10	80.00
治疗	4	23	19	4	92.00 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.01$ 。

2.3 两组患者治疗前后血常规 WBC, GRAN, NLR 比较 两组治疗前血常规 WBC, GRAN, NLR 差异均无统计学意义。与本组治疗前比较,两组患者治疗后血常规 WBC, GRAN, NLR 水平均显著降低($P < 0.01$);治疗后与对照组比较,治疗组患者的 WBC, GRAN, NLR 水平显著降低($P < 0.01$),见表 3。

2.4 两组患者治疗前后外周血炎症指标 ESR, CRP, PCT 比较 两组治疗前外周血 ESR, CRP, PCT 差异均无统计学意义。与本组治疗前比较,两组患者治疗后外周血炎症指标 ESR, CRP, PCT 均显著降

表 3 两组患者治疗前后血常规 WBC, GRAN 及 NLR 水平比较($\bar{x} \pm s, n = 50$)

Table 3 Comparison of WBC, GRAN and NLR in routine blood test between two groups($\bar{x} \pm s, n = 50$)

组别	时间	WBC/10 ⁹ 个/L	GRAN/10 ⁹ 个/L	NLR
对照	治疗前	12.41 ± 2.99	8.91 ± 1.94	6.82 ± 1.44
	治疗后	8.57 ± 1.28 ¹⁾	5.36 ± 0.75 ¹⁾	3.54 ± 0.51 ¹⁾
治疗	治疗前	13.08 ± 3.10	9.36 ± 1.98	7.08 ± 1.35
	治疗后	6.86 ± 1.13 ^{1,2)}	4.36 ± 0.67 ^{1,2)}	2.83 ± 0.38 ^{1,2)}

低($P < 0.01$);治疗后与对照组比较,治疗组的 ESR, CRP, PCT 水平显著降低($P < 0.01$),见表 4。

表 4 两组患者治疗前后外周血 ESR, CRP 及 PCT 比较($\bar{x} \pm s, n = 50$)

Table 4 Comparison of ESR, CRP and PCT in peripheral blood between two groups($\bar{x} \pm s, n = 50$)

组别	时间	ESR/mm·h ⁻¹	CRP/mg·L ⁻¹	PCT/μg·L ⁻¹
对照	治疗前	97.06 ± 24.80	115.80 ± 28.56	1.91 ± 0.77
	治疗后	59.88 ± 13.08 ¹⁾	61.78 ± 15.79 ¹⁾	0.45 ± 0.10 ¹⁾
治疗	治疗前	103.56 ± 22.94	124.66 ± 28.88	2.05 ± 0.71
	治疗后	33.44 ± 15.00 ^{1,2)}	34.24 ± 16.19 ^{1,2)}	0.20 ± 0.06 ^{1,2)}

2.5 两组患者治疗前后动脉血气分析指标比较
两组治疗前 PaO₂, PaCO₂ 差异均无统计学意义。与本组治疗前比较, 两组患者治疗后 PaO₂ 显著升高, PaCO₂ 显著降低 ($P < 0.01$); 治疗后与对照组比较, 治疗组患者 PaO₂ 显著升高, PaCO₂ 显著降低 ($P < 0.01$), 见表 5。

表 5 两组患者治疗前后 PaO₂, PaCO₂ 比较 ($\bar{x} \pm s, n = 50$)
Table 5 Comparison of PaO₂ and PaCO₂ between two groups ($\bar{x} \pm s, n = 50$)

组别	时间	PaO ₂	PaCO ₂
对照	治疗前	63.04 ± 5.11	63.22 ± 11.28
	治疗后	70.32 ± 4.41 ¹⁾	54.12 ± 7.22 ¹⁾
治疗	治疗前	61.16 ± 6.01	65.38 ± 10.50
	治疗后	77.82 ± 5.19 ^{1,2)}	46.26 ± 8.09 ^{1,2)}

注: 1 mmHg = 0.133 kPa。

2.6 安全性评价 治疗组患者中有 2 例出现轻微腹泻, 经对症处理后缓解, 不影响继续治疗; 对照组患者治疗过程中未出现不良反应。所有受试者治疗前后的肝肾功能未见异常。

3 讨论

支气管扩张症病程长, 病变无法逆转, 由于反复感染, 严重者可损害肺组织, 影响患者的生活质量。支气管扩张症急性加重期的治疗方法包括排痰引流、抗菌药物控制感染、咯血的对症处理, 酌情使用黏液溶解剂及支气管舒张剂。由于支气管扩张症主要累及中等大小的局部支气管呈病理性、永久性扩张, 属于结构性肺病, 而结构性病变是铜绿假单胞菌的高发人群^[10]。一项来自于广州医科大学第一附属医院的研究, 对 144 例支气管扩张症患者进行分析, 结果显示最常见的致病菌为铜绿假单胞菌 (30.6%), 其次为流感嗜血杆菌 (10.4%)^[11]。临床上根据有无铜绿假单胞菌高危因素 (近期住院; 每年 4 次以上或近 3 个月内使用过抗菌药物; 重度气流阻塞; 每日服用糖皮质激素达 2 周以上) 来选择抗菌药物, 但使用抗菌药物的具体疗程尚未确定^[3]。

中医将支气管扩张症归属于“咳嗽”“咯血”“肺络张”范畴。痰热郁肺证为支气管扩张症急性加重期常见中医证型。中医证候为咳嗽, 咳吐大量黄稠痰, 口渴欲饮, 便干, 尿黄, 舌红, 苔黄腻, 脉滑数。多因素有宿痰, 复感风热, 伏于肺金之痰极易化热, 使痰与热结, 壅阻肺气, 或外邪犯肺, 郁而化热, 热伤肺津, 炼液成痰, 以致痰热蕴肺, 肺失肃降。《圣济

总录》云:“热痰者, 由气道壅塞, 津液不通, 热气与痰水相搏, 聚而不散也。”痰热壅阻肺气, 肺失肃, 故咳嗽, 咳吐大量黄稠痰; 肺热内郁伤津, 则见口渴欲饮, 便干, 尿黄; 舌红, 苔黄腻, 脉滑数, 均属痰热之候。治疗如《金匱钩玄》所云:“属热与痰在肺, 清肺火降痰, 或解散出汗, 亦有可下者。”因此, 痰热郁肺证治疗当以清热化痰, 肃肺止咳为法。

款冬花散由款冬花、蜜麻黄、浙贝母、桑白皮、石膏、前胡、紫菀、旋覆花、白术、甘草组成。款冬花药性辛温, 善止咳平喘, 咳喘无论寒热虚实, 皆可配伍用之。清代张璐《本经逢原》中记载:“润肺消痰, 止嗽定喘”; 蜜麻黄药性辛、微苦, 温, 能宣肺平喘止咳。明代李时珍《本草纲目》中记载:“麻黄乃肺经专药, 故治肺病多用之”; 浙贝母苦寒, 长于清热化痰止咳, 正如明代汪机《本草会编》所云:“治虚劳咳嗽, 吐血咯血, 肺痿肺癰, 妇人乳癰, 癰疽及诸郁之证”; 桑白皮性甘寒, 归肺经, 善于清肺平喘, 常用于肺热所致咳嗽痰多之证; 石膏辛甘大寒, 能清热泻火, 用于肺热所致的咳嗽、痰稠、气喘等证。在《名医别录》中载有石膏能治“喘息咽热”; 前胡性味苦、辛, 微寒, 长于降气祛痰。《本草纲目》谓: 前胡能“清肺热, 化痰热, 散风邪”; 紫菀长于祛痰, 可用多种类型的痰嗽; 旋覆花消痰降气, 主治咳嗽痰多, 寒热虚实都可用, 如《名医别录》中所载:“消胸上痰结, 唾如胶漆”; 白术补气健脾燥湿, 历代本草学家将之称为“脾脏补气健脾第一要药”; 甘草祛痰止咳、调和药性。诸药相配, 共奏清热化痰, 肃肺止咳之功。

现代药理学研究表明, 款冬花具有止咳、平喘、祛痰等活性^[12]; 麻黄所含麻黄碱、伪麻黄碱、麻黄挥发油均有平喘作用, 麻黄水溶性提取物有镇咳作用, 麻黄水煎剂及挥发油有不同程度的抗菌活性^[13]; 浙贝母兼有止咳、祛痰及松弛气管平滑肌等多种药理作用, 此外, 浙贝甲素对大肠埃希菌、肺炎克雷伯杆菌等有一定的抑菌作用^[14]; 桑白皮有镇咳、祛痰、平喘、抑菌抗炎等药理作用^[15]; 石膏有抗炎作用, 对消炎有协同作用^[16]; 前胡的化学成分有祛痰、镇咳、解痉、平喘、抗炎等药理作用, 对大肠埃希菌、金黄色葡萄球菌等有抑菌或杀菌活性^[17]; 紫菀水煎剂具有祛痰作用, 对大肠埃希菌、绿脓杆菌及变形杆菌等有不同程度的抑制作用^[18]; 而旋覆花有一定的祛痰、止咳和抗炎作用^[19]。

前期研究客观地评估了款冬花散对慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热郁肺证患者的疗效, 结果表明在常规西医治疗基础上加用款冬花散能有效改善

患者的咳嗽、痰量、痰色、痰质及喘息症状,提高了临床疗效,改善患者动脉血气分析及肺功能指标^[20-22]。本试验同样采用款冬花散作为干预措施,以临床症状评分、中医证候疗效、外周血炎症指标(WBC, GRAN, NLR, ESR, CRP, PCT)及动脉血气分析作为疗效评价指标。结果显示,在常规西医治疗基础上,加用款冬花散有助于改善支气管扩张症急性加重期痰热郁肺证患者的临床症状,提高中医证候疗效,降低外周血的炎症指标水平,改善氧合状态及减少二氧化碳潴留,具有较好的治疗效果,明显地优于单纯西医治疗组。在治疗过程中,治疗组中有2例患者发生了轻微腹泻,其原因除考虑与中药使用相关外,尚不排除使用广谱抗菌药物引起肠道菌群失调,发生抗生素相关性腹泻。因腹泻的程度轻微,经对症处理后症状完全缓解,不影响后续治疗。

综上所述,对于支气管扩张症急性加重期痰热郁肺型患者,在标准西医治疗的基础上,加用款冬花散能更好地缓解临床症状,疗效更好,值得在临床工作中推广应用。但款冬花散对支气管扩张症气道炎症和黏液高分泌过程的调控作用及其分子机制,有待于进一步的研究。

[参考文献]

[1] 陈荣昌,关伟杰,钟南山. 支气管扩张症:需要更多的关注和研究[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2017, 40(1):5-7.

[2] 李达仕,马为. 支气管扩张症的诊治现状与展望[J]. 新医学, 2017, 48(8):519-523.

[3] 成人支气管扩张症诊治专家共识编写组. 成人支气管扩张症诊治专家共识[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2012, 35(7):485-492.

[4] 欧降红,廖井波. 清肺化痰汤治疗支气管扩张痰热壅肺型35例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2016, 32(5):44-46.

[5] 何德平,王维亮,黄颖. 支气管扩张症中医辨证分型规律的文献研究[J]. 新中医, 2012, 44(12):129-130.

[6] 房波,赵刚. 葶金消痈汤加减辅助治疗支气管扩张急性加重期痰热壅肺证的临床分析[J]. 中国实验方剂

学杂志, 2016, 22(15):194-198.

[7] 宋·陈自明. 妇人大全良方[M]. 北京:人民卫生出版社, 1992:386.

[8] 吴勉华,王新月. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2012:81.

[9] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002:54-58.

[10] 刘颖,董碧蓉. 支气管扩张症的抗生素治疗研究进展[J]. 现代临床医学, 2017, 43(6):459-461.

[11] GUAN W J, GAO Y H, XU G, et al. Sputum bacteriology in steady-state bronchiectasis in Guangzhou, China[J]. Int J Tuberc Lung Dis, 2015, 19(5):610-619.

[12] 吕培霖,李成义,翟丽芳. 款冬花化学成分和药理作用研究进展[J]. 中国药房, 2007, 18(12):948-949.

[13] 杨昕宇,肖长芳,张凯熠,等. 麻黄临床应用与药理作用研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(12):2874-2877.

[14] 张明发,沈雅琴. 浙贝母药理研究进展[J]. 上海医药, 2007, 28(10):459-461.

[15] 张明发,沈雅琴. 桑白皮的药理研究进展[J]. 上海医药, 2006, 27(4):164-167.

[16] 赖智捷,巩江,路锋,等. 石膏药理学研究新进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2011, 13(3):42-44.

[17] 鞠康,赵利敏. 前胡化学成分及其药理作用研究进展[J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(3):142-143.

[18] 侯海燕,陈立,董俊兴. 紫菀化学成分及药理活性研究进展[J]. 中国药学杂志, 2006, 41(3):161-163.

[19] 王建华,齐治,贾桂胜,等. 中药旋覆花与其地区习用品的药理作用研究[J]. 北京中医, 1997, 16(1):42-44.

[20] 钟云青. 款冬花散治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(痰热郁肺证)临床观察[J]. 中国中医急症, 2017, 26(1):149-151.

[21] 赵宁生,崔宇,钟云青. 基于扶阳思想探讨益肺宣肺汤对慢性阻塞性肺疾病的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2017, 23(10):178-182.

[22] 钟云青,许光兰,王秀峰,等. 加味陈平汤治疗老年社区获得性肺炎患者痰湿阻肺夹瘀证的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2017, 23(5):168-173.

[责任编辑 张丰丰]