

小青龙汤联合膀胱经姜疗辨证治疗 肺胀外寒内饮临床疗效

程怡, 黄少君, 范良, 卢保强*, 潘小丹, 黄琼莲, 林月华, 傅汝梅
(海口市中医医院, 海口 570216)

[摘要] 目的:以傅汝梅教授论治肺胀学术思想为指导,探讨小青龙汤辨治联合膀胱经姜疗治疗肺胀外寒内饮证的临床疗效及对血清炎症因子的影响。方法:将116例住院患者采用SAS软件生成,随机按住院先后顺序分为对照组和观察组各58例。两组患者均给予控制感染、支气管扩张剂、氧疗、祛痰止咳及对证支持等处理。对照组采用膀胱经姜疗,观察组采用小青龙汤辨治联合膀胱经姜疗;两组疗程均为连续治疗14d。进行治疗前后慢阻肺患者自我评估测试(CAT),外寒内饮证,6min步行距离(6MWD)和BODE指数评分,测量治疗前后血氧分压(PaO₂),二氧化碳分压(PaCO₂),血氧饱和度(SaO₂),第1秒用力呼气容积(FEV₁),第1秒用力呼气容积占预计值百分比(FEV₁%)和第1秒用力呼气容积占用力肺活量的比值(FEV₁/FVC%)指标,检测治疗前后血清降钙素原(PCT),白细胞介素-8(IL-8),肿瘤坏死因子- α (TNF- α),血清淀粉样蛋白A(SAA)水平。结果:治疗后观察组临床疗效总有效率为96.55%,高于对照组的84.48% ($\chi^2 = 4.92, P < 0.05$);治疗后观察组患者CAT,外寒内饮证和BODE指数评分均低于对照组($P < 0.01$),6MWD距离长于对照组($P < 0.01$);观察组患者PaO₂和SaO₂水平均高于对照组,PaCO₂水平低于对照组($P < 0.05$);观察组患者FEV₁,FEV₁%和FEV₁/FVC%水平均高于对照组($P < 0.05$);观察组患者血清PCT,SAA,IL-8和TNF- α 水平均低于对照组($P < 0.01$)。结论:小青龙汤辨治联合膀胱经姜疗治疗肺胀外寒内饮证,能改善患者临床症状,增强肺功能和活动能力,减轻气流受限程度,控制炎症反应,提高临床疗效。

[关键词] 肺胀;慢性阻塞性肺疾病急性加重;外寒内饮证;小青龙汤;膀胱经姜疗;炎症反应

[中图分类号] R25;R242;R244 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2018)05-0160-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.2018050160

[网络出版地址] <http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20171212.1823.018.html>

[网络出版时间] 2017-12-13 10:33

Clinical Efficacy of Dialectical Therapy of Xiao Qinglongtang Combined with Bladder Meridian Ginger Therapy on Lung Distension with Syndrome of External Cold and Internal Fluid Based

CHENG Yi, HUANG Shao-jun, FAN Liang, LU Bao-qiang*, PAN Xiao-dan,
HUANG Qiong-lian, LIN Yue-hua, FU Ru-mei
(Haikou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Haikou 570216, China)

[Abstract] **Objective:** To discuss the clinical efficacy of dialectical therapy of Professor Fu Rumei's Xiao Qinglongtang combined with the therapy of applying ginger at urinary bladder meridian on pulmonary distention with excessive dyspnea with syndrome of external cold and internal fluid, and its effect on serum inflammatory factors. **Method:** One hundred and sixteen patients were randomly into control group (58 cases) and observation group (58 cases) by random number table. Both groups' patients were treated with infection control, bronchodilator,

[收稿日期] 20170821(127)

[基金项目] 国家中医药管理局2013年度全国名老中医专家传承工作室建设项目(2013-47);海南省自然科学基金项目(817388, 817389);2015年度海南省卫生计生行业科研项目[琼卫科教(2015)9号];海南省社会发展科技专项资金项目(ZDYF2017109)

[第一作者] 程怡,主管护师,从事中医肺病护理工作,Tel:13876004728, E-mail:2810167560@qq.com

[通信作者] *卢保强,主任医师,从事中西医结合老年病的临床工作,Tel:13098910038, E-mail:13098910038@163.com

oxygen therapy, expectorant and cough medicine, and symptomatic supportive treatment. Patients in control group got treatment of ginger acting at urinary bladder meridian. And patients in observation group got Xiao Qinglongtang combined with the therapy of applying ginger at urinary bladder meridian. A course of treatment was 14 days. Before and after treatment, self-assessment test of chronic obstructive pulmonary disease (CAT), excessive dyspnea with syndrome of external cold and internal fluid, six-minutes' walk distance (6 MWD) and BODE were scored. Levels of partial pressure of oxygen (PaO_2), partial pressure of carbon dioxide (PaCO_2), blood oxygen saturation (SaO_2), the 1st-second forced vital capacity (FEV_1), percentage of 1st-second forced vital capacity in estimated value ($\text{FEV}_1\%$) and ratio of FEV_1 to forced vital capacity ($\text{FEV}_1/\text{FVC}\%$) were calculated. And levels of procalcitonin (PCT), interleukin-8 (IL-8), tumor necrosis factor- α (TNF- α), serum amyloid A (SAA) were detected. **Result:** The total effective rate in observation group was 96.55%, which was higher than 84.48% in control group ($\chi^2 = 4.921, P < 0.05$). After treatment, scores of CAT, excessive dyspnea with syndrome of external cold and internal fluid, and BODE in observation group were all lower than those in control group ($P < 0.01$), while 6 MWD in observation group was longer than that in control group ($P < 0.01$). Levels of PaO_2 , SaO_2 , FEV_1 , $\text{FEV}_1\%$ and $\text{FEV}_1/\text{FVC}\%$ in observation group were higher than those in control group, whereas PaCO_2 , PCT, SAA, IL-8 and TNF- α in observation group were lower than that in control group ($P < 0.05, P < 0.01$). **Conclusion:** Dialectical therapy of Xiao Qinglongtang combined with the therapy of applying ginger at urinary bladder meridian can ameliorate clinical symptoms, improve pulmonary function and activity, relieve limited degree of airflow and control inflammation, with an obvious clinical effect.

[Key words] pulmonary distention; aggravated chronic obstructive pulmonary disease; syndrome of external cold and internal fluid; Xiao Qinglongtang; applying ginger at urinary bladder meridian; inflammatory reaction

肺胀 (Lung distension) 为慢性肺系疾患, 反复发作, 迁延不愈, 以胸部胀满, 憋闷如塞, 气促喘息, 咳逆上气, 咳嗽痰多、面色晦黯, 唇舌紫绀, 面目四肢浮肿等为主要表现, 严重者可出现神昏、惊厥、出血、喘脱等危重证候, 相当于西医慢性阻塞性肺疾病 (COPD, 简称慢阻肺)、肺源性心脏病^[1]。

傅汝梅教授是海南省名老中医, 第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导教师, 尤擅长肺胀、慢性咳嗽等病证的治疗, 在治疗肺胀方面有自己独到的见解。傅老以肺胀为本虚标实之症, 本虚为肺、脾、肾虚, 标实主要为风寒、痰饮、瘀血、热毒等邪气亢盛, 常夹杂致病^[2]; 应用“三因制宜”理论, 依据天时气候、地域环境及患者性别、年龄、体质、生活习惯等因素, 实施个体化方式治疗, 区别对待, 制定适宜的治法与方药, 治疗肺胀积累了较为丰富的临床经验^[3]。傅老认为急性期感受外邪是引起本病的主要诱因, 感受风寒引动痰瘀宿根, 或接触有害气体, 或过食油腻、海鲜等生风酿痰之品均可影响肺气之肃降则为内因, 内外相干导致咳喘急性发作。急性加重期阶段, 主要矛盾是邪实, 标证突出, 因此首重解表, 扶正祛邪, 主张中医应尽量参与治疗, 临床主要以小青龙汤辨证治疗外寒内饮型肺胀, 以外散

表寒, 内化寒饮, 使邪去正安^[2]; 而对于稳定期肺胀患者, 傅老以培土生金法辨证治疗, 能明显地改善患者的临床症状^[4]。小青龙汤源于张仲景《伤寒杂病论》, 解表散寒, 温肺化饮, 止咳平喘, 是临床用于风寒外袭, 内有寒饮诸证的代表方, 具有止咳、平喘、抗炎、解热、抑菌、抗过敏、增加免疫等作用^[5]。傅老临床主张对外寒内饮型肺胀的阳明郁热、痰浊壅盛、四肢厥冷、元气亏虚、往来寒热等兼证灵活化裁, 随证加减^[2]。采用足太阳膀胱经刮痧后给予鲜姜汁涂抹, 起到辛温解表, 宣肺解肌散寒, 是课题组针对外寒内饮型肺胀常用的外治之法。本研究以傅老治疗肺胀的学术思想为指导, 开展了对小青龙汤辨证联合膀胱经姜疗治疗肺胀 (外寒内饮证) 的临床疗效研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料 共选择2016年1月—2017年3月海口市中医医院肺病科住院部的116例患者作为研究对象。采用SAS软件生成, 随机按住院先后顺序分为对照组和观察组各58例。对照组男性32例, 女性26例; 年龄50~72岁, 平均(60.41±10.72)岁; 病程3.5~14年, 平均(8.16±4.82)年; 气流受限严重程度^[6]为I级13例, II级29例, III级16例,

慢阻肺的综合情况评估^[6]为A组13例,B组26例,C组12例,D组7例。观察组男性31例,女性27例;年龄49~75岁,平均(61.55±11.06)岁;病程4~17年,平均(8.75±4.95)年;气流受限严重程度为I级14例,II级31例,III级13例,慢阻肺的综合情况评估为A组12例,B组26例,C组11例,D组9例。两组年龄、性别、病程、气流受限严重程度和慢阻肺的综合情况评估等基线资料比较,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治中国专家共识(2014年修订版)》^[6]拟定标准。根据呼吸困难、慢性咳嗽或疲乏的症状和表现,并且有暴露于吸烟、长期吸入生物燃料等危险因素病史,综合分析确定COPD诊断。急性加重期(AECOPD)患者呼吸道症状超过日常变异范围的持续恶化,并需改变药物治疗方案,在疾病过程中,患者短期内咳嗽、咳痰、气短和(或)喘息加重,痰量增多,脓性或黏液脓性痰,可伴有发热等炎症明显加重的表现。

1.2.2 中医诊断标准 肺胀诊断参照中华中医药学会2011年《肺胀诊疗指南》^[1]。根据病史、诱因、临床表现和胸部X射线、心电图、超声心动图、肺功能检查进行确诊。外寒内饮证辨证标准,参照慢性阻塞性肺疾病中医证候诊断标准(2011版)^[7]。①咳嗽或喘息;②恶寒、无汗,或鼻塞、流清涕,或肢体酸痛;③痰白稀薄或兼泡沫、痰易咯出;④喉中痰鸣;⑤胸闷甚至气逆不能平卧;⑥舌苔白滑、脉弦紧或浮弦紧。具备①,②项,加③,④,⑤,⑥中的2项可确诊。

1.3 纳入标准 ①符合慢阻肺急性加重期诊断标准;②符合中医肺胀和外寒内饮证诊断标准;③气流受限严重程度I~III级者;④年龄45~75岁,男女不限;⑤近2周内未采用过糖皮质激素治疗者;⑥研究获得本院医学伦理委员会审查批准,并取得患者或其家属签署的知情同意书。

1.4 排除标准 ①稳定期慢阻肺患者;②气流受限程度为重度,需要有创机械通气的患者;③合并严重肺心病,心功能IV级或血流动力学不稳定者;④合并其它系统严重疾病需要紧急治疗者、肿瘤及精神病患者;⑤过敏体质或对多种药物过敏者;⑥神志不清、痴呆或有智力功能障碍无法清晰表达者;⑦合并其它治疗措施,影响疗效判断者。

1.5 治疗方法 基础治疗措施参照指南^[6],首先控制感染、支气管扩张剂、氧疗、祛痰止咳及对证支

持等处理。对照组采用膀胱经姜疗,患者取俯卧位,露出背部,操作者位于患者右侧,取水牛角刮痧板1把,从上到下,从左到右,在背部涂刮痧油后刮痧至背部皮肤微红;取鲜姜汁20~30 mL,涂抹整个背部;予背部两侧足太阳膀胱经循行处放置鲜姜蓉20~30 g;使用保鲜膜覆盖整个背部,保留15~20 min;取下保鲜膜及姜蓉。观察组采用小青龙汤辨治+膀胱经姜疗;姜疗膀胱经同对照组。药物组成为炙麻黄10 g,五味子、干姜、桂枝、炙甘草各5 g,细辛3 g,僵蚕、地龙、葶苈子、白芍、法半夏各10 g。随证加味,痰浊壅盛者加瓜蒌皮、枳实各15 g,肾阳不足者加白附片15 g^(先煎),生龙骨、生牡蛎各30 g^(先煎),年老元气亏耗者加人参10 g,黄芪30 g;阳明郁热者加石膏、鱼腥草各30 g;瘀阻肺络者加丹参、桃仁各15 g,1剂/d。饮片由海口市中医医院中药房统一提供,由医院煎药室采用煎药机煎煮2次,混合药液至400 mL,200 mL/次,分早、晚两次温服。两组疗程均为连续治疗14 d。

1.6 观察指标 ①症状评估采用慢性阻塞性肺疾病诊疗指南(2013年修订版)^[8],CAT的分值范围为0~40分,得分越高表示症状越重;治疗前后各评价1次。②外寒内饮证证候分级与评分参照《中药新药临床研究指导原则》,见表1;治疗前后各评价1次。③两组患者6 min步行距离(6 MWD)的测定,治疗前后各评价1次。④动脉血气分析,包括血氧分压(PaO₂),二氧化碳分压(PaCO₂),血氧饱和度(SaO₂)三个指标;治疗后前各评价1次。⑤肺功能检测,第1秒用力呼气容积(FEV₁),第1秒用力呼气容积占预计值百分比(FEV₁%)和第1秒用力呼气容积占用力肺活量的比值(FEV₁/FVC%);治疗前后各评价1次。⑥判断BODE指数^[9],包括体质指数(BMI),气流受限程度(以FEV₁%表示),呼吸困难程度(以MMRC表示)^[8]和运动能力(以6 MWD表示)4个变量,BMI为0~2分,其余变量为0~3分,BODE指数总分0~10分,得分越高则状态越差;治疗前后各评价1次。⑦炎症因子检测,降钙素原(PCT),白细胞介素-8(IL-8),肿瘤坏死因子-α(TNF-α),血清淀粉样蛋白A(SAA),采用酶联免疫吸附法检测,试剂盒(上海申索佑福医学诊断用品公司,批号20170561);治疗前后各检测1次。

1.7 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》标准拟定。临床控制为咳嗽、咳痰、喘息等主要症状基本消失,疗效指数≥90%;显效为咳嗽、咳痰、喘息等症状大部分消失,疗效指数70%~89%;有

表 1 外寒内饮证分级与评分

Table 1 Classification and scores of syndrome of external cold and internal fluid

项目	1 分	2 分	3 分
咳嗽	间断咳嗽,程度轻	阵咳,但不影响睡眠	咳剧,影响休息和睡眠
咯痰	尚能咯出	咯吐费力	痰粘完全不能咯出
喘息	平地快走或登楼时气急	平步走气急	慢走或静息时气急
喉中痰鸣	偶可闻及痰鸣音	痰鸣音明显且响亮	痰鸣如吼,喉如曳锯
恶寒无汗	微恶寒无汗	恶寒无汗,无需加衣被	恶寒重无汗,需加衣被
肢体酸痛	酸痛不影响生活、工作	酸痛明显	时感酸痛
胸闷痛	隐发	时发时止	持续发作
肺部哮鸣音	偶闻及,见于咳嗽、深呼吸后	散在	满布
肺部湿啰音	偶在咳嗽或深呼吸时闻及	两肺底可闻及	两肺满布湿啰音

表 2 两组患者治疗前后 CAT, 外寒内饮证, 6 MWD 和 BODE 指数比较 ($\bar{x} \pm s, n = 58$)

Table 2 Comparison of CAT, syndrome of external cold and internal fluid, 6 MWD and BODE between in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s, n = 58$)

组别	时间	CAT/分	外寒内饮证/分	6 MWD/m	BODE 指数/分
对照	治疗前	28.75 ± 5.92	24.63 ± 4.19	295.47 ± 51.76	6.68 ± 1.54
	治疗后	11.46 ± 3.28 ¹⁾	10.57 ± 3.16 ¹⁾	361.85 ± 63.41 ¹⁾	2.87 ± 0.98 ¹⁾
观察	治疗前	29.18 ± 5.86	25.34 ± 4.47	289.71 ± 54.29	6.75 ± 1.69
	治疗后	8.16 ± 2.39 ^{1,2)}	5.22 ± 1.63 ^{1,2)}	435.28 ± 71.06 ^{1,2)}	1.74 ± 0.75 ^{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 5 同)。

表 3 两组患者治疗前后动脉血气比较 ($\bar{x} \pm s, n = 58$)

Table 3 Comparison of arterial blood gas between in two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s, n = 58$)

组别	时间	PaO ₂ /mmHg	PaCO ₂ /mmHg	SaO ₂ /%
对照	治疗前	65.74 ± 8.92	62.37 ± 7.49	67.15 ± 11.43
	治疗后	88.92 ± 10.17 ¹⁾	47.83 ± 7.05 ¹⁾	89.65 ± 8.46 ¹⁾
观察	治疗前	64.82 ± 9.17	63.21 ± 7.34	66.29 ± 10.68
	治疗后	95.75 ± 7.82 ^{1,2)}	43.78 ± 6.27 ^{1,2)}	96.57 ± 7.38 ^{1,2)}

注:1 mmHg = 0.133 kPa;与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后肺功能变化情况比较 与本组治疗前相比较,治疗后两组患者的 FEV₁% 和 FEV₁/FVC/% 水平均有上升 ($P < 0.05$);对照组 FEV₁ 上升,但差异无统计学意义,观察组 FEV₁ 较

效为咳嗽、咳痰、喘息等明显减轻,疗效指数 30% ~ 69%;无效为咳嗽、咳痰、喘息等症状减轻不明显或加重,疗效指数 $< 30\%$ 。

1.8 统计学处理 数据分析采用 SPSS 21.0 统计学软件包,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验分析,计算资料组间比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为比较差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 CAT, 外寒内饮证, 6 MWD 和 BODE 指数比较 与本组治疗前相比较,治疗后两组患者 CAT, 外寒内饮证和 BODE 指数评分均明显下降 ($P < 0.01$), 6 MWD 距离较治疗前显著增加 ($P < 0.01$);治疗后观察组患者 CAT, 外寒内饮证和 BODE 指数评分均低于对照组 ($P < 0.01$), 6 MWD 距离长于对照组 ($P < 0.01$), 见表 2。

2.2 两组患者治疗前后动脉血气分析比较 与本组治疗前相比较,治疗后两组患者 PaO₂ 和 SaO₂ 均有升高, PaCO₂ 下降 ($P < 0.01$);治疗后观察组患者 PaO₂ 和 SaO₂ 均高于对照组, PaCO₂ 低于对照组 ($P < 0.05$), 见表 3。

治疗前升高 ($P < 0.05$);治疗后观察组患者 FEV₁, FEV₁% 和 FEV₁/FVC/% 水平均高于对照组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后肺功能变化情况比较 ($\bar{x} \pm s, n = 58$)

Table 4 Comparison of changes in lung function between the two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s, n = 58$)

组别	时间	FEV ₁ /L	FEV ₁ %/%	FEV ₁ /FVC/%
对照	治疗前	1.62 ± 0.47	60.47 ± 8.24	66.43 ± 7.15
	治疗后	1.78 ± 0.53	72.66 ± 10.18 ¹⁾	71.35 ± 8.40 ¹⁾
观察	治疗前	1.59 ± 0.42	61.85 ± 8.32	65.82 ± 7.33
	治疗后	1.92 ± 0.59 ^{1,2)}	80.31 ± 9.83 ^{1,2)}	77.29 ± 9.65 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者治疗前后血清 PCT, SAA, IL-8 和

TNF- α 水平比较 与本组治疗前相比较,治疗后两组患者血清 PCT,SAA,IL-8 和 TNF- α 水平均明显下降

($P < 0.01$);治疗后观察组患者血清 PCT,SAA,IL-8 和 TNF- α 水平均低于对照组($P < 0.01$),见表 5。

表 5 两组患者治疗前后血清 PCT,SAA,IL-8 和 TNF- α 水平比较($\bar{x} \pm s, n = 58$)

Table 5 Comparison of levels of PCT, SAA, IL-8 and TNF- α between the two groups before and after treatment($\bar{x} \pm s, n = 58$)

组别	时间	SAA/mg·L ⁻¹	PCT/ μ g·L ⁻¹	IL-8/ng·L ⁻¹	TNF- α /ng·L ⁻¹
对照	治疗前	143.27 \pm 45.69	0.45 \pm 0.08	44.26 \pm 8.11	49.36 \pm 9.37
	治疗后	42.57 \pm 19.55 ¹⁾	0.26 \pm 0.07 ¹⁾	18.93 \pm 3.85 ¹⁾	21.44 \pm 4.76 ¹⁾
观察	治疗前	146.35 \pm 48.24	0.44 \pm 0.07	46.62 \pm 9.50	50.75 \pm 10.82
	治疗后	27.81 \pm 14.32 ^{1,2)}	0.17 \pm 0.06 ^{1,2)}	14.05 \pm 3.17 ^{1,2)}	15.82 \pm 2.99 ^{1,2)}

2.5 两组患者临床疗效比较 治疗后观察组临床疗效总有效率为 96.55%,高于对照组总有效率 84.48%,组间比较差异有统计学意义($\chi^2 = 4.92, P < 0.05$),见表 6。

表 6 两组患者临床疗效比较

Table 6 Comparison of clinical effect between in two groups

组别	临床控制 /例(%)	显效 /例(%)	有效 /例(%)	无效 /例(%)	总有效率 /%
对照	23(39.65)	17(29.31)	9(15.52)	9(15.52)	84.48
观察	27(46.55)	18(31.03)	11(18.97)	2(3.44)	96.55 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

3 讨论

中医理论认为,AECOPD 属于中医“肺胀”范畴,病机极其复杂。初期肺脏感邪,迁延失治,痰浊潴留,而致肺不敛降,气还肺间,肺气胀满,损伤正气,后期肺、脾、肾虚损,正虚卫外不固,易感外邪,致使本病反复发作或加重,其病理变化为本虚标实。感受外邪是 COPD 急性发作的诱发因素,痰、瘀为其病机特点^[10],傅老认为,海南终年潮湿多雨,加上嗜食肥甘厚腻之品,故体质多呈痰湿之体,加上目前社会生活习惯的变迁,人常在空调房中,易感寒邪,直接伤及肺气、脾胃之阳气,二者相合导致外寒内饮证的出现。故治疗上,及时解除外感,同时以温化体内寒饮之邪,根据寒邪、饮邪侵袭人体致病特点,傅老认为单纯化饮则外邪不解,惟解表散寒,温肺化饮并用,才能使外邪得以宣解,停饮得以蠲化。说明病机多为素体饮邪内停,一旦风寒束表,则影响肺气宣降,形成外寒内饮。故治宜解表散寒、温肺化饮,以使寒散饮去、痰解喘平^[11]。

小青龙汤方中炙麻黄发散寒邪平喘;桂枝散寒解表、宣肺平喘,与麻黄合用增加解表之力,又能走于肺散寒化饮;干姜、细辛温肺胃,化水饮,兼能辅助麻黄散寒;五味子温敛肺气,以防肺气耗散;葶苈子

能强心逐饮,泻肺平喘;白术、法半夏健脾燥湿化痰;僵蚕能熄风止痉、祛风热、化痰散结;地龙清热定惊通络、平喘利尿;炙甘草益气和缓,调和诸药;全方散中有收,宣中有降,以达解表散寒,温化水饮之目的^[12]。刮痧通过刮板刺激肌肤上相关经络和穴位,疏通经络,调和气血,从而增进人体自身的痊愈能力^[13]。足太阳膀胱经与督脉并行于脊椎,五脏六腑之经气皆输注于此,太阳经弱则表虚,外感病六经传变,必首犯太阳,督脉总督一身之阳气,对人体阳气起着重要的调节作用^[14]。鲜姜蓉直接作用于患者背部穴位,能起到调和背部经络气血、温经通络、祛风散寒作用。通过刮痧使局部皮肤温度增高,再涂姜汁、敷姜蓉,并用保鲜膜覆盖,姜汁渗透入皮肤迅速,吸收率高,至体循环而发挥作用快^[15-16]。

CAT 除了评估 AECOPD 患者的呼吸困难症状,还能反映呼吸困难和相关症状程度及对患者的日常生活活动能力的影响,反映了患者综合症状。6 MWD 可反映 AECOPD 的整体风险情况,短期预后评价中具有较高价值,是 AECOPD 风险因素评估体系中的重要指标^[17]。动脉血气分析可能反映肺的通气(换气)功能,缺氧和缺氧程度的重要指标,也是判断 AECOPD 短期预后的重要指标。肺功能反映了患者的气流受限程度,具有客观性和可重复性的优点,是反映疾病严重程度最主要指标。BODE 指数作为一个综合指标,在预测 COPD 患者的死亡风险方面的能力要优于 FEV₁,因此是临床 COPD 病情及预后、肺康复的效果评价、肺减容术的效果及预后等方面的重要评价指标^[18]。本组资料显示治疗后观察组患者 CAT,外寒内饮证和 BODE 指数评分均低于对照组,6 MWD 距离长于对照组,患者的 PaO₂ 和 SaO₂ 均高于对照组,PaCO₂ 低于对照组,观察组患者 FEV₁,FEV₁% 和 FEV₁/FVC/% 水平均高于对照组,观察组临床总有效率为 96.55%,高于对照组的 84.48%,均提示了小青龙汤辨治联合膀胱

经姜疗治疗肺胀(外寒内饮证),能明显的减轻患者的呼吸困难等临床症状,提高患者的活动能力,减轻了气流受限程度,提高了肺功能。

COPD患者普遍存在气道、肺实质以及肺血管的慢性炎症反应,而感染往往是导致急性加重主要原因,炎症细胞及其细胞因子在AECOPD病程中起着重要作用。IL-8是一种重要的趋化因子,血清不能灭活,能够募集、活化中性粒细胞,抑制中性粒细胞凋亡,并通过自分泌和旁分泌作用扩大炎症反应,与FEV₁/FVC/%呈负相关^[19]。TNF- α 是重要促炎因子,能诱导炎症反应、增强细胞外弹性蛋白溶解、促进中性粒细胞黏附,导致肺组织损伤,是慢阻肺病情加重的指标之一,也是慢阻肺严重程度的一个重要标志^[20]。PCT是一种炎症标志物,其水平升高提示下呼吸道感染,并感染的程度及和疾病的发生发展进程相关,是指导临床使用抗生素及预后判断的重要指标^[21]。SAA是来源于肝脏的急性时相蛋白,炎症感染时急剧升高,能诱导中性粒细胞和其他炎症细胞活化和趋化,促进炎症反应的发展,与CAT分值呈正相关,是评估和监测AECOPD重要指标^[22]。本组资料显示治疗后观察组患者血清PCT, SAA, IL-8和TNF- α 水平均低于对照组,提示了小青龙汤辨治联合膀胱经姜疗可显著控制AECOPD患者的炎症反应,减轻炎症导致的气道和肺组织损伤,有利于病情的控制与恢复。

[参考文献]

[1] 中华中医药学会. 肺胀诊疗指南[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(12):112-113.

[2] 李国政, 谢东, 姜蓉, 等. 傅汝梅治疗慢阻肺急性加重期经验举隅[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(8):1609-1611.

[3] 黄少君, 王宝爱. 傅汝梅教授“三因制宜”治疗慢性阻塞性肺疾病临床经验[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(18):61-62.

[4] 黄少君, 傅汝梅. 培土生金法配合天灸治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2016, 33(3):302-306.

[5] 冯丽梅, 何丽清, 储开博. 小青龙汤方证的研究概述[J]. 中国中医基础医学杂志, 2013, 19(12):1505-1507.

[6] 慢性阻塞性肺疾病急性加重诊治专家组. 慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治中国专家共识(2014年修订版)[J]. 国际呼吸杂志, 2014, 34(1):1-11.

[7] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会. 慢性

阻塞性肺疾病中医证候诊断标准(2011版)[J]. 中医杂志, 2012, 53(2):177-178.

[8] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2013, 36(4):255-264.

[9] Chong W F, Ong K C, Soh C, et al. The Body-Mass index, airflow obstruction, dyspnea and exercise capacity index in predicting hospitalization for chronic obstructive pulmonary disease[J]. Chest, 2004, 126(126):1090-1097.

[10] 李建生, 张海龙, 王海峰, 等. 慢性阻塞性肺疾病证候演变特点临床调查[J]. 中医杂志, 2017, 58(9):772-776.

[11] 温桂荣. 应用小青龙汤的心得体会[J]. 中华中医药杂志, 2013, 28(3):724-727.

[12] 吴建军, 李欣, 秦阳, 等. 小青龙汤在慢性阻塞性肺疾病中的应用[J]. 中医杂志, 2016, 57(22):1925-1928.

[13] 胡倩, 王秋琴, 段培蓓, 等. 刮痧联合宣肺止咳汤治疗感染后咳嗽风寒恋肺证临床观察[J]. 中国针灸, 2016, 36(12):1257-1262.

[14] 赵剑炯, 张新喜. 膀胱经督脉游走罐治疗小儿肺炎喘嗽风热闭肺型40例[J]. 浙江中医杂志, 2016, 51(8):586.

[15] 彭锦绣, 王粤湘, 张秀华, 等. 壮医鲜姜汁敷背治疗风寒型感冒疗效观察[J]. 中国民族医药杂志, 2012, 18(6):9-10.

[16] 潘东洪, 陈栢芸, 吕艳, 等. 穴位贴敷联合温经姜疗治疗100例脾胃虚寒型胃脘痛的疗效观察[J]. 时珍国医国药, 2015, 26(9):2196-2197.

[17] 张晓磊, 许爱国. 6分钟步行试验及联合检测的生化标志物在AECOPD预后评价中的应用价值[J]. 河南医学研究, 2015, 24(10):34-37.

[18] 王赛, 陈宪海. 复合指数评分系统在慢性阻塞性肺疾病中的应用价值[J]. 中华临床医师杂志:电子版, 2014, 8(13):2544-2547.

[19] 牛艳慧, 李宁, 王晓静, 等. AECOPD血清炎症因子相关性研究[J]. 临床肺科杂志, 2013, 18(7):1217-1218.

[20] 梁卫娟, 华锋. CRP和TNF- α 在慢阻肺急性加重期病情严重程度判断中的意义[J]. 中国现代医生, 2015, 53(9):12-15.

[21] 王媛, 张华丽, 张勇. COPD急性加重期患者血清SAA, PCT, hs-CRP水平变化及意义[J]. 陕西医学杂志, 2015, 44(5):616-617.

[22] 吴荣祥, 霍建民. SAA联合纤维蛋白原检测与AECOPD病情的相关性研究[J]. 哈尔滨医科大学学报, 2016, 50(6):555-557.

[责任编辑 何希荣]