加味补中益气汤缓解慢阻肺稳定期呼吸肌疲劳的临床观察

高　洁　　张暮盈
（陕西中医学院附属医院呼吸科，陕西 咸阳 712000）

摘　要：目的 观察加味补中益气汤对慢性阻塞性肺疾病（COPD）稳定期患者呼吸肌疲劳的临床疗效。**方法** 60 例 COPD 稳定期患者随机分为治疗组与对照组各 30 例，治疗组服用加味补中益气汤为治疗措施，对照组给予口服多索茶碱片，观察两组在治疗前和治疗后患者的总有效率、中医证候积分、呼吸困难评分、6 min 步行试验（6MWT）的变化，疗程 3 个月。**结果** 两组总有效率分别为治疗组 93.33 %、对照组 66.67 %（$P<0.01$）。治疗组主要症候、体征改善优于对照组（$P<0.05$），呼吸困难评分、6 min 步行距离，治疗组优于对照组（$P<0.05$）。**结论** 加味补中益气汤对 COPD 稳定期呼吸肌疲劳有较好治疗作用及应用前景。

关键词：慢阻肺稳定期；呼吸肌疲劳；中药治疗；加味补中益气汤
中图分类号：R 563.3　　**文献标识码：**A　　**文章编号：**1672-0571（2014）06-0011-03

慢性阻塞性肺疾病是以气流阻塞为特征的慢性呼吸道疾病，由于病情反复迁延不愈最终发展为肺心病和呼吸衰竭。临床特点为进行性加重的呼吸困难，呼吸肌疲劳是导致运动耐力、生活质量下降的主要因素，因此，缓解呼吸肌疲劳是提高 COPD 患者运动耐力和生活质量的关键，也是改善 COPD 患者病情，降低病死率的重要手段。我们采用“培土生金法”选用补中益气汤加减，治疗慢性阻塞性肺病稳定期中医辩证属肺脾气虚者，观察其对呼吸肌疲劳的改善作用，取得较好疗效，现总结报道如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　选择 2012 年 8 月 ~ 2013 年 12 月期间在陕西省中医学院附属医肺病科门诊治疗的慢性阻塞性肺病稳定期呼吸肌疲劳患者 60 例，其中男性 47 例，女性 13 例，随机分为治疗组和对照组。治疗组 30 例，男 24 例，女 6 例，平均年龄（65.17±6.26）岁，病程为（15.11±6.96）年，对照组 30 例，男 23 例，女 7 例，平均年龄（66.53±6.89）岁，病程为（14.713±7.16）年，具有统计学意义 $P>0.05$。

1.2　诊断标准　①符合 2011 年 4 月中华医学会呼吸病学会 COPD 学组在《慢性阻塞性肺疾病诊治指南（2011 修订版）》的诊断、分期及分级标准[1]，全部病例均经肺功能证实。②符合中医咳嗽、喘证、肺胀的诊断标准；③辨证分型属于肺脾气虚证或肺脾气虚兼杂它症；④年龄在 50 ~ 80 岁；⑤同意并能接受治疗、观察和各项检查者，及时复诊者。

1.3　排除标准　①慢性阻塞性肺疾病急性发作期；②过敏体质及对多种药物过敏者；③治疗前 2 周服用益气健脾类中医者；④合并心肝肾、造血系统、内分泌系统的严重原发病及有精神疾病的患者；⑤未按规定用药，无法判定疗效者。

1.4　治疗方法　对照组 30 例给予口服多索茶碱片，0.2，日 2 次；治疗组 30 例，服用加味补中益气汤，药物组成为：黄芪 30 g，党参 15 g，白术 15 g，升麻 6 g，柴胡 6 g，茯苓 15 g，苏子 10 g，陈皮 15 g，当归 15 g，款冬花 10 g，鸡内金 10 g，山药 15 g，甘草 6 g，日一剂，水煎至 400 mL，分早晚口服，共用三个月。

1.5　观察指标　记录两组患者治疗前后出现咳嗽、咯痰、喘息、自汗、易感冒、气短、神疲乏力等症状体征评分，判断参照郑筱臾主编《中药新药临床研究指导原则》的分级量化表[2]，按照线性量法，正常为 0 分，轻为 1 分，中为 2 分，重为 3 分，判断进行评分。舌象、脉象、二便具体描述，不记分。呼吸困难评分、6 min 步行距离参照美国胸科医师

学会(ACCP)和美国心血管和肺康复学会(ACCPR)在2007年"肺康复循证指南"所提出的评价标准[3]记录治疗前后的呼吸困难评分和6 min步行距离。

1.6 疗效评价 参照《中药新药临床研究指导原则》的疗效判定标准,进行疗效评价。临床控制临床症状、体征消失或基本消失,疗效指数≥95 %;显效临床症状、体征明显改善,疗效指数≥70 %;有效临床症状、体征均有所好转,疗效指数≥30 %;无效临床症状、体征无明显改善,甚或加重,疗效指数不足30 %。

1.7 统计学方法 计量资料用 t 检验,以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示;同组前后对照采用配对设计的 t 检验;计数资料用 χ^2 检验。

2 结果

两组疗效比较,治疗组显效16例占53.33 %,有效12例占40 %,无效2例占6.67 %,总有效率为93.33 %,对照组显效8例占26.67 %,有效12例占40 %,无效10例占33.3 %,总有效率为66.67 %,治疗组其治疗疗效与对照组相比较,两组经统计学处理(χ^2 检验)具有显著性差异($P<0.01$),说明治疗组的治疗效果明显优于对照组。

两组临床症状对照观察见表1,两组6 min步行距离对照观察见表2,两组呼吸困难评分对照观察见表3。

表1 两组临床症状疗效比较 ($\bar{x}\pm s$)

观察项目	治疗组(n=30)		对照组(n=30)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
咳嗽	1.78±0.69	0.64±0.58△**	1.91±0.81	1.31±0.95△
咯痰	1.51±0.58	0.62±0.48△*	1.45±0.65	1.01±0.81△
喘息	1.31±0.48	0.41±0.51△*	1.31±0.85	0.76±0.67△
气短	1.91±0.57	0.72±0.51△*	1.95±0.68	1.11±0.72△
自汗	0.91±0.73	0.21±0.42△**	1.08±0.57	1.04±0.55
易感冒	1.51±0.52	0.81±0.49△**	1.68±0.77	1.41±0.83
神疲乏力	1.38±0.58	0.28±0.46△*	1.08±0.77	0.61±0.66△

注:△与治疗前比较 $P<0.01$;*与对照组的治疗后相比 $P<0.05$,**$P<0.01$

表2 两组6 min步行距离比较 ($\bar{x}\pm s$)

组 别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	295.2±72.54	339.40±54.76**△
对照组	30	301.50±59.44	306.70±61.95

注:*与各自治疗前比较 $P<0.05$,**$P<0.01$,△两组治疗后比较 $P<0.05$

表3 两组呼吸困难评分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组 别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	2.31±0.66	1.61±0.51**△
对照组	30	2.51±0.83	2.31±0.93

注:*与各自治疗前比较 $P<0.05$,**$P<0.01$,△两组治疗后比较 $P<0.05$

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病属于中医"肺胀""虚喘""喘脱"的范畴,病理性质为本虚标实,缓解期以正虚为主,即肺、脾、肾三脏亏虚。"肺为气之主"司呼吸而摄纳清气,"脾为气之源"运化水谷之精气而上输于肺,两者结合化为宗气,肾居下焦,为气之根。主要临床表现为呼吸急促,动则喘甚,出汗乏力,少气懒言,面青唇紫等,或伴随有大肉削脱,纳差消瘦,咳嗽、咯痰,易感冒,舌黯苔白或苔少,脉滑细且重按无力,证属"本虚标实、上实下虚",尤其本病多为久病老年之人,久病多虚,况且上寿之人,血气已衰,元气易耗难复,下元虚惫,肾不纳气,以致气不归根,逆而上冲,表现为呼多吸少,动则气喘;标实则是风、寒、痰、瘀、湿等邪蕴气机,使气血凝结,加重气流受限,使病情进一步恶化,成为肺气肃降失常、反复发病的诱因。脾胃为后天之本,气血生化之源,主四肢肌肉,脾胃所运化的水谷精微充沛,才能使肌肉发达、丰满、健壮,相反,脾气虚,脾主运化功能失调,消化和吸收障碍,则可发生四肢乏力,不耐劳作,肌肉萎缩,甚至萎弱不用[4]。因此,通过"培土生金""补益宗气",健脾补肺、补中兼运控制和延缓呼吸肌疲劳的发生和发展。6 min步行距离是一个反映运动耐力、活动能力及生存质量的重要指标,简单、易行、且重

梅核气分六型论

李文哲[1]　　指导:田丙坤[2]
(1. 陕西中医学院中西医临床医学系 1003 班,陕西 咸阳 712046;
2. 陕西中医学院第二附属医院名老中医工作室,陕西 咸阳 712000)

摘　要:结合文献与临床研究认为,梅核气当分六郁论治,气郁当以逍遥散加减,血郁当以会厌逐瘀汤加减,痰郁当以半夏厚朴汤加减,火郁当以知柏地黄丸加减,湿郁当以平胃散加减,食郁当以健脾丸加减。诸证皆附病案一则。

关键词:六郁;梅核气;越鞠丸。
中图分类号:R 276.1　　**文献标识码**:B　　**文章编号**:1672-0571(2014)06-0013-03

逢梅核气之患临床多以半夏厚朴汤主之,不效者颇多。盖梅核气多以郁为病,而人身之中,气、血、痰、火、湿、食皆可致郁耳,岂可独尊仲景痰湿之论? 是以不效者颇多。

1　气郁型梅核气

李某,男,20 岁,2012 年 8 月初诊。自述咽部

复性好,易被患者接受,亦可以反映呼吸肌肌力及耐力状况,与其呈正相关关系,用来监测各种肺疾病。呼吸困难评分是检测呼吸肌力量及耐力的临床评价指标,从侧面反映呼吸肌的疲劳程度。

补中益气汤由金元时期著名医家李东垣所创,首载于《内外伤辨惑论》,具有“补益宗气”“益气举陷”之功,方中黄芪益气固本,大补脾肺之气为君药,党参、白术、茯苓、山药、甘草共为臣药,以补气生津、健脾化痰,其中山药有益气补脾,养阴益精,滋补肺肾之疗效,主治气弱脾虚,咳喘肺虚,肾虚尿频等症,现代药理研究证实具有提高机体免疫力、抑制细胞突变、增强新陈代谢等作用[5];炙甘草益气健脾,有助于发挥其他补气药的作用,提高补益效能。苏子降气平喘,化痰止咳;鸡内金运脾消食,固精止遗;当归补血活血;陈皮理气行滞,宽满消胀;款冬花下气止咳,润肺化痰,共为佐药,以止咳、健脾助运,行血脉,有利于消除患者脏腑瘀血及 COPD 血流黏、浓、聚现象,降低肺动脉高压,改善肺通气。升麻、柴胡为使药,升阳举陷、升提下陷之清气,治疗 COPD 膈肌下垂,增加膈肌活动度,改善肺通气。诸药合用,使宗气得补、食滞得化,脾胃升降运化功能正常,则身体强健,正气旺盛,机体免疫力增强,从而抗邪能力增强,减少发病次数,达到“正气存内,邪不可干”之目的。同时,通过增强脾胃功能,提高机体蛋白的吸收和储备,足以支持骨骼肌和呼吸肌的营养,从而达到预防、治疗该病目的[6]。因此,补益中气汤加减治疗 COPD,可明显改善患者临床症状体征、呼吸困难评分及 6min 步行距离,从而减缓或阻止肺功能下降,延缓疾病进程,达到改善 COPD 患者活动能力,提高生活质量的目的,具有良好的研究及临床应用前景。

参考文献

[1]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(2011 年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志,2011,36(4):255-264.
[2]国家中医药管理局. 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.
[3]RiesAL, Bauldoff, CS, CarlinBW, etalPulmonaryrehabilitationjointACCP/AACVPREvidence - BasedClininalpracticeGuidelines[J]. Chest,2007,131:4s-42s.
[4]张艳玲,席文胜,彭敏,等. 补中益气汤治疗慢性阻塞性肺疾病及对血清瘦素 TNF-α 的影响[J]. 陕西中医,2011,32(4):391-393.
[5]胡振明,丁云东. 补中益气汤治疗慢性阻塞性肺病稳定期的临床观察[J]江西中医药,2005,36(11):22.
[6]韩云,林琳,许银姬,等. 培土生金综合疗法对慢性阻塞性肺病稳定期患者生存质量的影响[J]. 广州中医药大学学报,2005,22(2):114-117.

(收稿日期:2014-07-31　编辑:王益平)