

基于中医理论的慢阻肺辨证分型及治疗策略研究

韩晓宇

1. 滨州医学院 山东 滨州 264003;
2. 滨州市中医医院 山东 滨州 256600

摘要: 慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 是一种难以根治且高发病率的呼吸道疾病, 其致残率和死亡率相当之高。近年来, 学者发现中医药在治疗与管理慢阻肺疾病方面展现出较理想的效果。本篇文章主要从基于中医理论的慢阻肺辨证分型及其治疗策略等方面展开论述, 以期临床慢阻肺患者的管理与治疗提供中医思路。

关键词: 慢阻肺; 中医理论; 辨证分型; 治疗策略

慢性阻塞性肺疾病 (简称慢阻肺) 是以持续性气流受限为特征的慢性疾病, 气流受限呈不完全可逆的进行性发展。该疾病的发生往往与吸入烟尘、雾霾等有害物质有紧密关系, 这些有害物质会触发肺部的非正常炎症反应, 其主要影于肺部, 但同时也会引起全身性的不良反应。该病在全球范围内发病率及死亡率居高不下, 且近年来仍呈不断上升的趋势^[1]。《金匱要略》中所言“上气”, 即气喘、肩息、不能平卧, 是对喘证临床表现的详细阐述。至病程后期, 由于病情迁延日久, 最终肺气胀满, 导致出现憋闷如塞、胸部膨满、喘息上气、咳嗽痰多、面色晦暗、烦躁心悸等, 甚则肢体浮肿、脘腹胀满等症, 归属中医“肺胀病”范畴。本文针对慢阻肺的中医辨证分型及其治疗策略展开论述, 以期临床慢阻肺疾病的中医诊治提供思路及方法。

一 基于中医理论的慢阻肺辨证分型

近年学者对慢阻肺急性加重的证型和证候研究颇多。中华中医药学会“慢阻肺中医诊疗指南 (2011 版)”中将慢阻肺急性加重期的主要中医证型总结为外寒内饮证、痰蒙神窍证、风寒袭肺证、痰湿阻肺证与痰热壅肺证^[2]。王洁等通过文献研究归纳, 最终认为慢阻肺急性加重常见的四种中医证型分别为: 肺气郁闭证、肺肾阳虚证、痰热郁肺与痰饮伏肺, 且其认为瘀血内阻, 痰瘀互结证, 痰浊阻肺、肺脾气虚证^[3]。赵文瀚等对 3096 例慢阻肺急性加重住院患者进行了中医证候特征分析, 结果显示: 患者多见虚实夹杂证候, 肺脾两虚、肺脾肾虚和肺气亏虚为虚证前 3 位, 痰热壅肺、痰湿阻肺和湿热瘀阻为实证前 3 位^[4]。张纤难等检索了 2000 年至 2014 年有关慢阻肺急性加重的中医辨证文献, 总结了出现频次居前 10 位的中医证候类型为: 表寒肺热证、水凌心肺证、肺肾气虚证、痰瘀阻肺证、血瘀证、脾肺气虚证、痰热蕴肺证、气阴两虚证、痰湿壅肺证, 以及风热犯肺证^[5]。王胜等采集了 320 例慢阻肺急性加重患者的中医症状及体征, 采用聚类分析和主成分分析法, 总结常见证型为: 脾肾气虚、气滞血瘀证, 肺肾气虚、外邪留恋证, 痰热壅肺、肺气上逆证, 肺脾气虚、痰浊阻肺证^[6]。

二 基于中医理论的慢阻肺治疗策略

1. 中药辨证治疗

1.1 化痰法

1.1.1 清热化痰法

多项研究发现: 痰热壅肺 / 痰热蕴肺证是慢阻肺急性加重期患者临床最常见的证型。痰的产生最初由肺气郁滞、脾气健运、津液不归正化所致, 咳喘日久, 肺虚不能化津, 脾虚不能转输, 肾虚不能蒸腾气化, 痰浊愈益潴留, 若感受风

热或风寒入里化热或痰浊久郁化热, 则痰热互结, 壅塞于肺, 当治以清热化痰之法。王彬等对 102 例慢阻肺急性加重痰热蕴肺证患者进行观察, 结果显示清金化痰方 (药物组成: 生石膏、郁金、桑白皮、紫苏子、川芎、炒葶苈子、炒莱菔子、炙麻黄、石菖蒲、苦杏仁、浙贝母等) 联合西医常规疗法可显著改善患者症状、呼吸困难严重程度及痰液性状, 抑制气道炎症, 减轻黏液高分泌状态。王新茹等自拟双金喘嗽方 (药物组成: 金银花、金荞麦、太子参、茯苓、京半夏、化橘红、浙贝母、黄芩、桔梗、芦根、丹参、赤芍、炒白术、连翘、炙款冬花、甘草) 治疗慢阻肺急性加重痰热壅肺型患者, 可显著改善咳嗽等相关症状及白细胞 (WBC)、C 反应蛋白 (CRP)、肺功能、血气分析等实验室指标, 疗效优于清肺化痰丸。

1.1.2 化痰活血法

若痰浊久留, 肺气郁结, 且心脉失畅, 从而血郁成瘀, 最终导致痰瘀互结; 或肺气亏虚, 失于宣降, 水液停滞而为痰, 痰阻脉络, 血行不畅而为瘀, 亦可形成痰瘀互结。多项研究发现慢阻肺急性加重患者中痰瘀互结证并不少见。治法应以化痰活血为主, 兼以清热、益气、理气等。如王银菊等对老年慢阻肺急性加重痰瘀互结证者给予苓桂三子汤 (由苏子、莱菔子、白芥子、茯苓、桂枝、白术、炙甘草、姜黄、鱼腥草、薏苡仁、浙贝母、桑白皮等药物共同组成) 联合西医基础治疗, 可显著改善患者咳嗽、咳痰、喘息、发热、胸痛、纳呆及口干等症状, 明显降低 WBC、中性粒细胞百分比 (NEUT%)、分泌型卷曲相关蛋白 5 (SFRP5)、CRP、血清补体 C1q 肿瘤坏死因子相关蛋白 5 (CTRP5)、PaCO₂ 等指标, 提高 FEV₁/FVC 水平。苏连华等自拟理气化痰活血方 (药物组成: 丹参、桃仁、红花、陈皮、半夏、檀香、砂仁、青皮、木香、香附) 治疗痰瘀互阻型慢阻肺急性加重, 可显著改善患者炎症因子水平、中医症状量化评分、6 分钟步行试验距离以及肺功能化验指标等。

1.2 益气活血法

慢阻肺患者久咳久喘, 迁延不愈, 气虚无力推动血液运行, 故形成气虚血瘀证, 当治以益气活血之法。马媛虹等对包含 818 例患者的 11 项相关的随机对照研究展开系统评价, 结果显示: 与其他治疗相比, 采用中药复方组治疗可显著改善临床疗效、肺功能、血气分析等指标, 且不良反应少; 并总结出临床常用的益气活血中药, 包括黄芪、丹参、桔梗、党参、白术、甘草等。李晶等使用常规西药治疗联合血府逐瘀汤加减治疗气虚血瘀型慢阻肺急性加重患者, 其血液黏稠度和血氧饱和度 (SaO₂) 均明显改善。

1.3 温肺化饮法

慢阻肺患者咳嗽久延，阳虚阴盛，气不化津，痰从阴化，为饮为水，形成阳虚水停之证，应治以温肺化饮为主；或又复感风寒之邪，则表里俱寒，应内外兼治，以射干麻黄汤、小青龙汤等为代表方剂的温肺化饮为法。如李秀兰等运用小青龙汤联合西药治疗慢阻肺急性加重阳虚水泛证患者 120 例，结果显示：患者咯痰、喘息、哮鸣、纳呆、胸痛等临床症状显著改善，缺氧及二氧化碳潴留明显减轻。李节以射干麻黄汤化裁成麻甘止咳平喘汤，联合西医治疗用于外寒内饮型慢阻肺急性加重患者，结果显示：可明显改善患者症状、体征、生活质量，提高 FEV1/MVC，降低 CRP、NEUT% 水平，减轻炎症反应，且安全性良好。

1.4 肺肠同治法

肺与大肠相表里，肺热壅盛，灼伤津液，从而腑气不通导致患者大便郁结；大肠传导功能失常导致肺气失于宣发肃降，使咳嗽、胸闷等症状加重，则应给予通腑泄热、肺肠同治之法。夏亚萍研究发现：加味凉膈散联合常规西药治疗痰热郁肺型慢阻肺急性加重期患者，可显著降低 WBC、NEUT%、PCT、CRP、PaCO₂ 水平，提高 PaO₂ 水平，改善肺功能。来薛等应用化痰通腑方（药物组成：黄芩、茯苓、桃仁、杏仁、枳实、瓜蒌、栀子、厚朴、大黄、川芎、地龙、桔梗、金荞麦、甘草）联合常规西药治疗痰热壅肺、瘀血内阻型慢阻肺急性加重患者，结果表明联合治疗组可更有效改善 FVC、FEV1/FVC、PaCO₂、SaO₂ 等指标，增加 6 分钟步行距离，降低 PCT、PaCO₂ 水平，并减少急性发作次数。

2. 中医外治法

中医治疗慢阻肺急性加重期患者，除传统辨证施以中药，还有多种非药物疗法，如针灸、中药穴位贴敷、中药穴位注射、中药灌肠等，临床常用且患者接受度高。多项临床研究均已证实了中医外治法治疗慢阻肺急性加重的疗效及安全性。

2.1 针灸治疗

近年来针灸在治疗慢阻肺急性加重期应用广泛。范发才等运用雷火灸（选穴：肺俞、脾俞、肾俞、定喘等）治疗痰浊阻肺型患者，发现雷火灸可明显改善中医证候积分，促进病情恢复，改善生活质量。汪靖羽等用培土生金针灸疗法（选穴：足三里、丰隆、三阴交等）治疗慢阻肺急性加重患者 64 例，结果显示针灸治疗组患者症状缓解率及总有效率明显升高。袁思成等利用超声探测技术评价针刺疗法（选穴：定喘、太渊、肺俞、膻中、中脘）对于 II 型呼吸衰竭合并慢阻肺急性加重患者的临床疗效，结果发现：与常规西医治疗组相比，针刺组可显著改善膈肌功能，降低炎症因子水平，促进动脉氧合，有效减轻二氧化碳潴留，显著缓解患者临床症状，缩短机械通气，临床有效率更高。

2.2 中药穴位贴敷

中药穴位贴敷是通过皮肤组织对中药有效成分的吸收而发挥其药理效应，且其具有对穴位的刺激作用，因而临床上广泛认为其具有双重疗效。王芳等应用“清肺散”穴位贴敷（药物组成：葶房子、黄芩、麻黄、地龙、制甘遂、乳香；选穴：大椎、定喘、肺俞、天突、膻中）治疗痰热郁肺型慢阻肺急性加重，结果显示：穴位贴敷组患者 PCT、CRP、PaCO₂ 水平降低及 PaO₂ 水平升高疗效均优于西医常规治疗组。李春

颖以二陈汤加减口服联合中药穴位贴敷（药物组成：白芥子、麻黄、细辛、黄芩、甘遂；选穴：肺俞、脾俞、肾俞、天突、膻中、大椎）治疗慢阻肺急性加重，可显著降低高迁移率族蛋白-1（HMGB1）、WBC、同型半胱氨酸、NEUT%、CRP、细胞趋化因子 18、以及 PaCO₂ 水平，提高临床有效率。

2.3 中药穴位注射

中药穴位注射指通过药物在穴位的吸收过程中产生对穴位的刺激，从而利用腧穴与药物的双重疗效来起到治疗患者疾病的目的。肖晨汐等对 46 例慢阻肺急性加重患者采用常规治疗联合黄芪注射液治疗，注射部位为患者双侧足三里穴，结果显示，联合治疗组患者 Ts 细胞比率、总机械通气时间、有创机械通气时间显著下降、Th 细胞比率、总 T 淋巴细胞和 NK 细胞明显上升。

2.4 中药灌肠治疗

中药灌肠治疗是近年慢阻肺急性加重期研究的新热点，已有多项研究证实了中药灌肠治疗的疗效。赵彩霞将 68 例慢阻肺急性加重患者进行干预试验，干预组给予常规治疗联合加味大承气汤（由厚朴、大黄、芒硝、鱼腥草、黄芩、枳实等药物共同组成）保留灌肠，结果显示观察组控制感染时间明显缩短。侯梦星等应用无创机械通气联合由枳实、茯苓、黄芪、厚朴、生大黄、丹参、瓜蒌、葶房子等中药灌肠治疗慢阻肺急性加重合并 I 型呼吸衰竭，最终结果显示联合治疗组可有效改善患者的临床症状，显著提高 PaO₂、pH 值及 SaO₂ 水平，明显减轻患者呼吸机依赖以及 PaCO₂ 水平。

综上所述，慢阻肺急性加重作为高发病率、高病死率、高负担的重大疾病，如何进一步提高临床疗效是学界关注的热点。当前中医药作为一种治疗手段在治疗慢阻肺疾病急性加重领域中具有自身的独特优势，关于其病因、发病机制及治疗的研究均取得了新进展，但仍有很多机理尚不明确，很多临床难点亟待突破。建议未来临床学者可设置以中医药治疗慢阻肺疾病为试验组的多中心、大样本的随机对照试验，进一步深入研究其治疗优势以及治疗机制，为临床有效提高慢阻肺急性加重疾病患者的治疗疗效以及生活质量做出贡献。

参考文献

- [1] Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2021 Report [OL]. (2020-11-17)
- [2] 李建生, 李素云, 余学庆. 慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南 (2011 版) [J]. 中医杂志, 2012, 53 (01): 80-84.
- [3] 王洁, 朱振刚. 中医药治疗不同证型慢性阻塞性肺疾病急性加重期的研究进展 [J]. 中国中医急症, 2019, 28 (01): 169-171.
- [4] 赵文翰, 榻美玲. 3096 例慢性阻塞性肺疾病住院患者的临床及中医证候特征分析 [J]. 广州中医药大学学报, 2020, 37 (05): 806-812.
- [5] 苏铭瑞, 张纤难. 慢性阻塞性肺疾病发作期与缓解期中医证候分布特点的文獻研究 [J]. 中国中医急症, 2015, 24 (01): 16-18.
- [6] 王胜, 叶海勇, 陈悦, 等. 302 例慢性阻塞性肺疾病急性加重期中医证候分型 [J]. 北京中医药大学学报, 2015, 38 (01): 57-62.