

通腑调肺法在肺系病急重症治疗中的应用

苏 龙(山东省济宁市第一人民医院重症医学科一区 272111)

【摘要】 目的 观察通腑调肺法治疗肺系疾病的临床疗效。方法 选取 80 例慢性阻塞性肺疾病急性发作患者作为研究对象,分为观察组和对照组,每组各 40 例。两组患者均给予常规治疗,其中观察组在常规治疗基础上给予通腑调肺法治疗,即大承气汤加减直肠点滴,观察两组患者多器官功能障碍评分、临床肺部感染评分、中医证候积分,对比分析临床治疗效果。结果 治疗 4、7、14 d 后观察组患者的临床肺部感染评分、中医证候积分评分、多器官功能障碍评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。且两组患者的多器官功能障碍评分、临床肺部感染评分、中医证候积分均随治疗时间的延长而逐渐降低。结论 通腑调肺法在治疗肺系疾病中,能够明显降低重症肺炎实热症患者临床肺部感染率和多器官功能障碍综合征发生率,改善重症肺系疾病患者证候。

【关键词】 通腑调肺法; 急重症肺病; 应用分析

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2014.21.023 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2014)21-3003-03

Application of Tongfu Tiaofei method in treatment of acute severe symptoms of pulmonary system disease SU Long
(First Department of Intensive Care Medicine, Jining Municipal First People's Hospital, Jining, Shandong 272111, China)

【Abstract】 **Objective** To observe the clinical effect of the Tongfu Tiaofei method in the treatment of pulmonary diseases. **Methods** 80 cases of acute exacerbation chronic obstructive pulmonary disease(AECOPD) were selected as the research subjects and randomly divided into the observation group and the control group, 40 cases in each group. Two groups were given the conventional treatment, while on this basis the observation group was given the Tongfu Tiaofei therapy, namely modified Dachengqi Decoction by rectal drip. The multiple organ dysfunction score, clinical pulmonary infection score and TCM syndrome integral were observed in the two groups. The clinical curative effects were compared between the two groups. **Results** The multiple organ dysfunction score, clinical pulmonary infection score, TCM syndromes integral after 4, 7, 14 d of treatment in the observation group were significantly lower than those in the control group with statistical differences($P < 0.05$). Moreover the multiple organ dysfunction score, clinical pulmonary infection score and TCM syndromes integral in the two groups were gradually decrease with the time extend. **Conclusion** The Tongfu Tiaofei method in the treatment of pulmonary diseases can significantly reduce the clinical lung infection rate in the patients with severe pneumonia and real fever symptom and the occurrence rate of multiple organ dysfunction syndrome rate, and improve the severe pulmonary disease syndromes.

【Key words】 Tongfu Tiaofei method; acute severe pulmonary disease; application analysis

急重症肺系疾病是临床较为常见的危重症之一,近年来其发病率逐渐增长,病死率较高。临床治疗急重症肺系疾病通常采取祛痰、抗感染、解痉平喘、脱水、降低颅内压等治疗,抗菌威力强大的各类新药不断面世,并广泛应用于急重症肺系病临床治疗当中,但实际上重症肺系疾病患者的病死率未见明显下降。祖国医学中认为肺与大肠由经络构成表里关系,肺气肃降,有助于大肠传导功能发挥,而大肠传导功能正常,则有助于肺的肃降。慢性阻塞性肺疾病急性发作在肺系急危重症基础疾病中最为常见,也是肺系急重症临床治疗所面临的巨大挑战。为了提高慢性阻塞性肺疾病急性发作的治愈率和生存率,基于中医藏象理论中的肺与大肠相关理论,本院运用通腑调肺法治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 12 月至 2013 年 12 月在本院重症监护病房(ICU)治疗的慢性阻塞性肺疾病患者 80 例,其中男 47 例,女 33 例,年龄 44~72 岁,病程 3~14 年。将 80 例患者分为观察组和对照组,每组各 40 例。其中观察组男 24 例,女 16 例,年龄 46~72 岁,病程 4~14 年;对照组男 23 例,女 17 例,年龄 49~68 岁,病程 3~12 年。两组患者年龄、性别、病程

比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断方法 按照 2002 年中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病组制定的《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》进行诊断。本研究中 80 例患者主要症状为反复咳嗽、咳痰、气促、头晕、双下肢水肿、身倦乏力、大便 3 d 内未解等,入院后 4 h 病情加重,部分患者有球结膜水肿、呼吸急促、颈静脉怒张、口唇发绀、肝颈静脉回流征阳性,叩及双肺呈过清音,叩双下肺呈浊音,双上肺闻及痰鸣音及散在哮鸣音,呼吸音较粗且双下肺呼吸音减弱,存在心界不大、心律不齐、心音强弱等。舌质暗红而干、舌少苔、脉弦细。胸部 CT 检查提示部分患者伴肺叶膨胀不全,双肺出现局限性纤维化,临床诊断 80 例患者中 14 例患者可能伴有少许感染。

1.3 治疗方法 80 例患者发现病情加重立即转入 ICU 病房,并给予呼吸机辅助呼吸、祛痰、抗感染、脱水降低颅内压、解痉平喘以及兴奋呼吸中枢等对症治疗。在此基础上,观察组患者运用通腑调肺法给予大承气汤加减直肠点滴治疗,方从大黄 6 g,苏子 12 g,厚朴 12 g,川芎 12 g,葶苈子 20 g,丹参 10 g,莱菔子 20 g,石菖蒲 6 g,南沙参 10 g,取一副药水煎 30 min 后,取 450 mL 药汁直肠点滴,每次 150 mL,每天 2 次。治疗 2 d 后,

观察组 40 例患者大便通畅、下肢水肿症状有所减轻。继续上述大承气汤直肠点滴治疗 4 d 后,患者可纳食,精神状态佳。两组患者从转入 ICU 治疗后开始观察 14 d,比较两组患者治疗后 4、7、14 d 临床肺部感染评分(CPIS)、多脏器功能障碍评分(Marshall)、中医证候积分。

1.4 评价标准 CPIS、Marshall 按照呼吸频率每分钟大于 30 次,氧合指数小于 250 mm Hg,影像检查提示患者病变累及双肺或多肺叶,患者存在意识障碍,尿素氮检测结果大于 14.3 mmol/L,白细胞计数小于 $4 \times 10^9/L$,血小板计数小于 $100 \times 10^9/L$,体温小于 36 ℃,患者存在低血压需要进行液体复苏作为评价标准^[1]。中医证候评分参照《中医病症诊断疗效标准》及《中医诊断学》^[1]。

1.5 统计学处理 采用 SPSS15.0 统计学软件进行分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 *t* 检验,计数资料采用率表示,比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

治疗 4、7、14 d 后观察组患者的 CPIS、Marshall、中医证候积分评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。且两组患者的 CPIS、Marshall、中医证候积分评分均随治疗时间的延长而逐渐降低。见表 1~3。

表 1 两组患者治疗后 4、7、14 d CPIS 比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗后 4 d	治疗后 7 d	治疗后 14 d
观察组	40	5.7 ± 1.6	5.3 ± 1.2	3.7 ± 1.5
对照组	40	6.9 ± 1.9	5.8 ± 1.5	4.5 ± 2.3

表 2 两组患者治疗后 4、7、14 d Marshall 比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗后 4 d	治疗后 7 d	治疗后 14 d
观察组	40	5.2 ± 2.1	5.1 ± 1.7	4.2 ± 1.8
对照组	40	6.7 ± 2.5	5.9 ± 1.6	5.1 ± 2.5

表 3 两组患者治疗后 4、7、14 d 中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗后 4 d	治疗后 7 d	治疗后 14 d
观察组	40	7.6 ± 2.4	7.1 ± 2.5	6.2 ± 1.8
对照组	40	10.7 ± 2.7	9.4 ± 2.2	8.1 ± 2.4

3 讨 论

慢性阻塞性肺疾病急性发作在中医学领域属于“肺胀”范畴,是以邪热闭肺,肺失宣肃所致^[2]。《素问·通评虚实论》中有“五脏不平,六腑闭塞之所生也”,《黄帝内经》中有“肺与大肠相表里”,《灵枢》中有“肺合大肠、大肠者,传导之府”,其中“肺合大肠”与“肺与大肠相表里”意义相同。《灵枢·经络篇》中有“肺手太阴之脉,起于中焦,下络大肠,还循胃口,上膈属肺.....”,而“大肠手阳明之脉,起于大指次指之端.....”,指出肺与大肠两者之间通过经络互相络属^[2]。藏象理论中也有“肺与大肠通过经络相关联,形成表里关系”一说。可见,若大肠实热,肺气不通,可影响肺部肃降,使患者产生胸闷、咳嗽等症状,进一步发展,可引起呼吸衰竭、心脏功能衰竭、肺性脑病等急危重症。

在中医学领域,肺与大肠存在一定的表里关系,因而在生理上相互协调,在病理上则相互影响。《素灵微蕴》第四卷中有“肺与大肠表里同期,肺气化精,滋灌大肠,则肠滑便易”^[3]。唐宗海的《医经精义·脏腑之官》中详细论述了大肠传导作用,其

中提到“大肠之所以能传导者,以其为肺之腑,肺气下达,故能传导。”说明了肺与大肠在生理上紧密联系,正是两者病理上相互作用、相互影响的首要原因^[3]。《素问·咳论》中有“肺咳不已,则大肠受之,大肠咳状,咳而遗失”,《黄帝内经灵枢集注》第五卷总则有“大肠为肺之腑而主大便,邪痹于大肠,故上则为气喘.....大肠之病,亦能上逆而反之于肺”,《儒门亲事》中则倡导祛邪安正学说,张子和认为除荃去而肠胃洁,痕尽而荣卫昌,即便“五积在脏,有常形属里”亦可以以苦寒之药,通之泻之,故提出通腑安脏是肺系疾病急重症的临床治疗法则^[4]。

“肺与大肠相表里”这一理论经现代研究证实,因人体气管、支气管来源于肠道的一个皱襞,肺、气管则是由前肠的发展形成,呼吸道上皮与腺体是由原肠内的胚层分化而来^[5]。胚胎发育上存在共同起源,为中医学理论中所提到的肺与大肠存在功能上内在联系奠定了胚胎学基础。部分学者从临床研究及采用动物模型“大鼠呼吸窘迫症”研究中,可以看到中医学能够从“肺”和“大肠”的内在关联性上治疗肺系疾病的急危重症。基于“肺与大肠相表里”和现代研究结果,临床采用肺病治肠或肺肠同治,即运用通腑调肺法,在辨证治疗过程中加入宜肺通腑药剂,通常可取得优于常规抗感染、平喘、脱水治疗的效果。张燕对 60 例痰湿内盛、肠道气滞所致的便秘,采用化痰通腑法予以治疗,临床治疗总有效率达 96.7%。周慧生在“活血通腑法治疗哮喘发作期体会”一文中指出肺络淤阻是导致哮喘发作的主要病机,并以活血通腑法治疗哮喘。陈清滢等采用清肺通腑之法治疗喘息性支气管炎 200 例,方从麻杏石甘汤加味,临床治疗的总有效率达 94%。上述研究结果表明通腑泻肺法在临床治疗中的应用范围不断扩大,开阔了中医学理论中“扶正祛邪”的治疗思路与方法。

与此同时,还有一些学者从病理和生理角度讨论了肺系疾病与肠道功能紊乱之间的关系,用现代医学阐述了“肺合大肠、肺与大肠相表里”的中医理论^[6-7]。研究证实,肺系疾病常见临床症状呼吸障碍,可导致胃肠缺血、缺氧,从而使大肠蠕动功能失常,引起大便干结,下解不利,也就是中医学理论中的“传导失司”。而在肠梗阻患者中,因其合并肠腔膨胀症状,导致患者腹腔压升高、膈肌上升、腹式呼吸变弱,上述症状极大影响了肺内气体的交换,易引起呼吸功能障碍。此外,还有临床研究表明,肺气肃降与大肠传导之间具有紧密联系、相互依存的关系,因而临床对肺系疾病急重症期患者从肠施治,对于缓解症状,改善肺部功能具有十分重要的临床意义^[7]。中医学理论中的通腑调肺法,遵从“六腑以通为用”的治疗原则,结合“肺与大肠相表里”,从大肠传导功能入手,泻下里实、通降腑结,一旦治疗有效,则燥实下泻,肺复肃降,则气顺喘平。通过祛除大肠内邪气,降肠道气压,对于恢复肠道组织及其功能,减轻肺部负担有确切疗效,肺部循环的不断改善,是通腑调肺法临床应用过程中清除病灶的主要原因。

对于急重症肺系疾病而言,通腑调肺法可使肺气通利,有助于肺系疾病的痊愈。通腑调肺法治疗肺系疾病,是以“上病下取”之意为基本治疗思路,以“肺与大肠相表里”为治疗基础,通过疏通肺腑,因势利导,使邪有出,从而达到下解的治疗目的,正所谓下窍通则上窍自通,通腑调肺后,肺之宣肃即可恢复^[7]。临床上采用通腑调肺治疗因肺气郁滞、肺失肃降、肺脏亏虚、痰淤阻络所致的肺系疾病,会在一定程度上影响大肠的传导,致腑气不通、浊气上逆。中医学临床对于肺系疾病的治疗,又需要根据虚实的统一,在辨证的基础上,实证则应用通腑调肺法,搓其病势,当即遏制病情发展。如肺系疾病经辩证属虚证,在应用通腑调肺法时,需要在补益的基础上进行通腑,使

腑气通、肺气降,故又有“腑病以通为补”一说,临床应用通腑调肺法,不必时时忌用。

通腑调肺法是对症治疗肺系疾病急性发作或合并临床肺部感染引起的痰热蕴肺、腑气不通、肺热及肠等痰热腑实证,且多见于合并慢性肺系疾病史患者,如遇外邪侵袭,可引起伏痰,痰液郁结化热,痰热蕴肺,只是肺失肃降,又因“肺与大肠相表里”,肺热注大肠,可致腑气不通。肺系疾病急重症临床主要表现为咳嗽、咳痰、胸闷、发热、气喘、大便干结、脉滑数,临床治疗当以清热宣肺通腑为主,方中带有芒硝、大黄等通便药物,方从三承气汤或小陷胸汤加味大黄、芒硝等。于雪峰采用清腑通肺颗粒治疗 36 例慢性阻塞性肺疾病患者,临床治疗总有效率为 97.22%。赵琦峰采用宣肺通腑汤治疗 74 例痰热壅肺型支气管哮喘急性期患者,药用炙麻黄、苏子、炒杏仁、葶苈子、桑白皮、桃仁、清半夏等,临床治疗总有效率为 95.95%。上述大量临床研究证实了通腑调肺法联合常规治疗肺系疾病急性发作疗效明显,对于改善患者肺功能和减轻临床症状具有重要意义。

本研究中采用 CPIS 对临床肺部感染率进行评价,综合了临床、微生物学、影像学资料等来评估肺部感染的严重程度;采用 Marshall 对多器官功能障碍综合征的严重程度进行评价;采用中医证候积分对患者临床症状的好转程度进行评价;并选择慢性阻塞性肺部疾病发作患者 80 例作为研究对象,对其中 40 例患者采用常规西医治疗与通腑调肺法相结合的治疗方法,运用《伤寒论》中的大承气汤,泻热通便,除满消痞,从而起到了主治患者阳明里热炽盛、胃燥成实、汗出津伤、脏腑同治的作用,本方可使上逆肺气得以平,壅滞之腑得以通,所谓通腑调肺,正是由此而来。本研究结果表明,观察组 40 例患者在避免临床肺部感染、降低多脏器障碍发生率、减少中医证候方面明显优于对照组,本方中的大黄经现代药理学研究证明,能够有效降低体内毒素所致的胃肠道微血管通透性,减轻肠壁内水肿,同时还具有保护肠黏膜、抑制肠道内毒素吸收以及一定的抗炎作用。

综上所述,应用通腑调肺法治疗肺系疾病急重症具有明显效果,对于肺系疾病实证治疗效果更为确切。因此,在常规西药治疗基础上,采取通腑调肺法可以进一步降低急重症肺系疾病实证患者的 CPIS 及 Marshall。利用“肺与大肠相表里”的中医学理论,通腑调肺,增加患者肠道蠕动,使肠道中的病原体、毒素以及各种肠源性有害物质代谢并排出体外,以达到改善肠道微循环,缓解临床症状,促进病灶清除的治疗目的。

参考文献

[1] 郭建辉,梁栋. 益气通腑法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重患者临床研究[J]. 中医学报,2011,26(12):1421-1422.
 [2] 贾旭,钟相根,李宇航,等. “从肠论治”对慢性阻塞性肺疾病模型大鼠肺组织病理学影响[J]. 辽宁中医杂志,2011,38(7):1439-1440.
 [3] 全贞雪,钟相根,彭桂英,等. 通利大肠对慢性阻塞性肺疾病大鼠外周血 T 淋巴细胞亚群的影响[J]. 中华中医药杂志,2012,27(4):992-994.
 [4] 李明生,卢友明,史利亚. 慢性阻塞性肺疾病患者血清超敏 C-反应蛋白,白细胞介素-6,白细胞介素-8 水平及其与吸烟的关系[J]. 中国基层医药,2012,19(1):102-103.
 [5] 彭素岚,敖素华,王俊峰,等. 承气灌肠液治疗慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭 40 例总结[J]. 湖南中医杂志,2011,27(2):4-6.
 [6] 申玉敏,王新杰,申素琴,等. 注射用益气复脉治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期并呼吸衰竭的疗效观察[J]. 河北中医,2012,34(2):261-263.
 [7] 孟繁魁,郭应军,侯杰,等. 宣白承气汤对脓毒症大鼠肠屏障功能保护的实验研究[J]. 数理医药学杂志,2011,24(2):151-152.

(收稿日期:2014-02-24 修回日期:2014-04-15)

(上接第 3002 页)

[9] Geissler WB, Adams JE, Bindra RR, et al. Scaphoid fractures; what's hot, what's not[J]. J Bone Joint Surg Am, 2012,94(2):169-181.
 [10] Slade JF, Jaskwlich D. Percutaneous fixation of scaphoid fractures[J]. Hand Clin, 2001,17(4):553-574.
 [11] Singh HP, Taub N, Dias JJ. Management of displaced fractures of the waist of the scaphoid; meta-analyses of comparative studies[J]. Injury, 2012,43(6):933-939.
 [12] Waitayawinyu T, McCallister WV, Katolik LI, et al. Outcome after vascularized bone grafting of scaphoid nonunions with avascular necrosis[J]. J Hand Surg Am, 2009,34(3):387-394.
 [13] Schödel-Höpfner M, Marent-Huber M, Gazyakan E, et al. Acute non-displaced fractures of the scaphoid; earlier return to activities after operative treatment. A controlled multicenter cohort study[J]. Arch Orthop Trauma Surg, 2010,130(9):1117-1127.
 [14] Chan KW, McAdams TR. Central screw placement in percutaneous screw scaphoid fixation; a cadaveric comparison

of proximal and distal techniques[J]. J Hand Surg Am, 2004,29(1):74-79.
 [15] 陈松,唐长友,雷青,等. 带旋前方肌桡骨膜瓣移植治疗腕舟骨骨不连[J]. 医学临床研究,2007,24(3):428-429.
 [16] 刘斌,张立岩,王济纬,等. 空心拉力螺钉治疗腕舟状骨骨折疗效分析[J]. 中国骨伤,2010,23(3):227-228.
 [17] Capo JT, Shamian B, Rizzo M. Percutaneous screw fixation without bone grafting of scaphoid non-union[J]. Isr Med Assoc J, 2012,14(12):729-732.
 [18] Jeon IH, Micic ID, Oh CW, et al. Percutaneous screw fixation for scaphoid fracture; a comparison between the dorsal and the volar approaches[J]. J Hand Surg Am, 2009,34(2):228-236.
 [19] McAdams TR, Srivastava S. Arthroscopic evaluation of scaphoid waist fracture stability and the role of the radioscaphocapitate ligament [J]. Arthroscopy, 2004, 20(2):152-157.

(收稿日期:2014-03-05 修回日期:2014-05-08)