

结核性胸膜炎患者的辨证施治

何珂 陈燕明

(中国人民解放军第 309 医院结核四科,北京,100091)

摘要 目的:探讨结核性胸膜炎患者的临床辨证施治及疗效。方法:将 295 例结核性胸膜炎患者,随机分为对照组和治疗组,对照组 149 例给予西医常规治疗,治疗组 146 例在对照组治疗基础上给予中医辨证施治,对比 2 组疗效及安全性。结果:治疗组近期疗效、远期疗效均优于对照组;治疗过程中治疗组胸水排出量较对照组明显减少,胸水完全消退时间较对照组明显提前;治疗组安全性明显优于对照组;2 组近、远期疗效、胸水排出量、胸水完全消退时间、安全性差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:辨证施治治疗结核性胸膜炎,标本兼治,扶正祛邪,可迅速缓解症状,缩短病程,减少并发症,减轻药物不良反应,综合疗效确切,值得临床进一步研究推广。

关键词 结核性胸膜炎;辨证施治;疗效

Syndrome Differentiation in Patients with Tuberculous Pleurisy Treatment

He Ke, Chen Yanming

(No. 4 TB Clinic, No. 309 Hospital of Chinese people's Liberation Army, Beijing 100091, China)

Abstract Objective: To study syndrome differentiation and treatment of tuberculous pleurisy patients clinically. **Methods:** A total of 295 cases of tuberculous pleurisy patients were randomly assigned to the control group and treatment group. Control group (149 cases) received western medicine treatment while treatment group (146 cases) was given additional syndrome differentiation of traditional Chinese medicine treatment. Efficacy and safety were compared between the two groups. **Results:** Short-term and long-term treatment effects of the treatment group were better than that of the control group. Compared to the control group, pleural effusion discharge procedure in the treatment group significantly reduced, and timing of pleural effusion dissipation appeared much earlier. Security in the treatment group was also better than that in the control group. Short and long-term curative effect, chest water excretion, time, security differences are statistically significant between the two groups ($P < 0.05$). **Conclusion:** Treatment based on syndrome differentiation in treating tuberculous pleurisy strengthens healthy qi, relieves symptoms promptly, shortens the course, reduces complications, and alleviates adverse drug reaction. With curative effect being significant, it is worthy of further study clinically.

Key Words Tuberculous Pleurisy; Diagnosis and treatment; Therapeutic effect

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2013.10.017

结核性胸膜炎是主要的胸膜炎类型,也是常见的结核病发作形式之一,其治疗不当多可留有不同程度的呼吸功能障碍,甚至需手术剥脱胸膜,严重影响患者生活质量。现代医学治疗结核性胸膜炎疗效肯定,但抗结核药物不良反应较常见,一定程度上影响了疗效。笔者近年来以中医辨证施治辅助治疗结核性胸膜炎患者 146 例,疗效颇佳,现总结报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将我科 2011 年 1 月至 2011 年 12 月期间收治的 295 例结核性胸膜炎患者随机分为对照组和治疗组。对照组 149 例:男 69 例,女 80 例;年龄 21 ~ 75 岁,平均(41.9 ± 6.5)岁;病程 9 ~ 29 d,平均(16.3 ± 8.6) d;住院 15 ~ 52 d,平均(29.2 ± 9.5) d。治疗组 146 例:男 65 例,女 81 例;年龄 18 ~ 78 岁,平均(42.5 ± 6.9)岁;病程 11 ~ 32 d,平均(16.7 ± 8.9) d;住院 16 ~ 48 d,平均(28.9 ± 9.3) d。2 组患者性别、年龄、病程、住院天数、辨证分型等方面差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参考《现代结核病学》^[1]制定;中医辨病辨证依据参考《中西医结合实用传染病学》^[2]制定:主要分为邪犯胸肺证、饮停胸胁证、络气不和、阴虚内热证、脾肾两虚证等 5 个证型。

1.3 纳入及排除标准 纳入标准:1)符合上述中西医诊断标准;2)年龄 18 ~ 80 岁;3)签署知情同意书。排除标准:1)伴有其他可引起胸腔积液的疾病;2)近期(半年内)采取过抗结核治疗;3)伴有严重肝肾功能不全或精神、智力障碍。

1.4 治疗方法 2 组均给予积极对症治疗。对照组给予西医常规抗结核治疗:采用“利福平 + 异烟肼片 + 乙胺丁醇片 + 强的松”方案;胸水多者抽取胸水缓解症状并注入地塞米松针 5 mg 和异烟肼 300 mg 的混合液。治疗组在对照组治疗基础上辨证施治:1)邪犯胸肺证给予柴枳半夏汤加减(柴胡、枳壳、黄芩、半夏、瓜蒌、赤芍、桔梗、杏仁、延胡索、甘草);2)饮停胸胁证给予葶苈大枣泻肺汤加减(葶苈子、桑白皮、紫苏子、瓜蒌皮、枳壳、茯苓、猪苓、车前子、大枣);3)络气不和证给

予香附旋覆花加减(旋覆花、柴胡、香附、紫苏子、枳壳、延胡索、赤芍、甘草);4)阴虚内热证给予沙参麦冬汤加减(沙参、麦冬、玉竹、桑白皮、地骨皮、鳖甲、瓜蒌皮、黄芪、甘草);5)脾肾两虚证给予参苓白术散加减(人参、茯苓、白术、山药、牡丹皮、熟地黄、山茱萸、莲子肉、薏苡仁、黄芪、桔梗、白扁豆)。2组均以4周为1个疗程周期,连续治疗2个周期,1个疗程治愈者可不进行第2个疗程治疗。

1.5 观察指标 观察2组患者胸水完全消退时间,并记录2组患者治疗过程中排出胸水总量;观察治疗过程中2组实验室检查及临床症状的异常变化以评估用药安全性;治疗2个疗程后对所有患者随访6个月,观察出现胸膜肥厚、粘连的例数以评估远期疗效。

1.6 疗效评价标准 参考薛黎君^[3]学者研究对近期疗效进行评价。显效:临床症状、体征明显改善,但未正常;有效:临床症状、体征均有好转;无效:临床症状、体征均无明显改善,甚或加重。无效患者联合会诊后制定进一步治疗计划。显效、有效之和与总例数之比的百分数为总有效率。参考曹月琴^[4]学者研究对胸膜肥厚、粘连进行定义:胸膜超过3mm定义为胸膜增厚,胸部X线出现条索状和大片高密度阴影判定为胸膜粘连。

1.7 统计学方法 所得数据使用SPSS 14.0统计软件进行统计学分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 近期疗效对比 具体数据见表1。

表1 两组患者疗效对比(例)

组别	总例数	1个疗程后			2个疗程后				
		显效	有效	无效	总有效率	显效	有效	无效	总有效率
对照组	149	87	19	43	71.14%	108	14	27	81.88%
治疗组	146	102	29	15	89.73%*	134	12	0	100.00% [△]

注:与对照组同时时间对比, $\chi^2 = 14.9704$,* $P < 0.05$; $\chi^2 = 26.9832$,[△] $P < 0.05$ 。

2.2 远期疗效对比 随访结束后,对照组共出现31例胸膜肥厚、粘连,发生率为20.81%,治疗组共出现13例,发生率为8.90%,2组远期疗效对比的差异有统计学意义($\chi^2 = 7.3193$, $P < 0.05$)。

2.3 胸水排出量、完全消退时间对比 具体数据见表2。

2.4 安全性对比 2组不良反应主要为尿酸异常增高、胃肠道不适、皮疹、白细胞减少、肝功能异常等,但均未中止治疗。对照组共31例患者出现49例次,发生率为20.81%,治疗组共15例患者出现18例次,发生率为10.27%。2组安全性差异有统计学意义($\chi^2 =$

5.4397, $P < 0.05$)。

表2 两组胸水排出量、完全消退时间对比, ($\bar{x} \pm s$)

组别	对照组	治疗组
总例数	149	146
胸水排出量(mL)	3293.36 ± 286.78	2423.46 ± 251.51*
胸水完全消退时间(d)	12.35 ± 2.63	9.82 ± 1.97 [△]

注:两组胸水排出量比较, $t = 27.6772$,* $P < 0.05$;两组胸水完全消退时间比较, $t = 9.3369$,[△] $P < 0.05$ 。

3 讨论

结核性胸膜炎是指结核分支杆菌和其代谢产物经胸膜邻近结核病灶淋巴管血管性播散或直接感染胸膜进入高敏状态而引起的渗出性胸膜炎^[5],多以发热、胸闷和气短,伴或不伴刺激性咳嗽为主要临床表现。其治疗目的是控制炎症,减少继发性渗出,及时清除胸水,改善症状,防止并发症的发生^[6]。现代医学对其治疗以抗结核、排胸水为主要手段,但结核性胸膜炎高发病率、高感染率、高耐药率、高死亡率的特点导致现代医学治疗受到局限^[7]。本组数据显示,对照组2个疗程后总有效率为81.88%,而不良反应发生率达20.81%,提示长疗程的抗结核治疗,易出现不良反应,同时胸膜肥厚、粘连发生率20.81%,提示单纯西药抗结核疗程较长或耐药率较高致胸水吸收较慢或反复渗出,纤维蛋白大量沉积于胸膜,而出现胸膜肥厚、粘连^[8-9]。

结核性胸膜炎类属于中医学的“肺癆”“悬饮”“胸肋痛”等病范畴,多因素体亏虚,正气不足,肺卫不固,癆虫外袭,侵入肺脏,正邪相搏,肺体受损,宣通失机,饮停胸肋而发病^[10]。其病初起,邪犯胸肺,正邪交争,故寒热往来,身热弛张起伏,肺失宣通,故汗少或有汗而热不解,肺体受损,气机不利,阻于肺络,故咳嗽、胸肋疼痛,脉弦数而苔薄白或黄,辨证属邪犯胸肺,宜给予柴枳半夏汤加减以清解少阳、宣肺利气;初病失治,或邪已入里,热减退而饮不去,痛势轻而饮不去,郁滞肺气,故呼吸困难渐重,喘息咳逆而不能平卧,脉沉弦苔薄白腻,证属饮停胸肋,需给予葶苈大枣泻肺汤加减以泻肺降气、化痰逐水;邪去正虚或久病迁移,胸肋胀痛渐减而不能消,饮邪久留于肺而伤肺络,气机不利,经脉痹阻,仍有轻咳,气短,脉弦而苔薄白,为络气不和之候,故给予香附旋覆花加减以理气和络、化阴止痛;饮邪久阻肺络,化热伤阴而口干咽燥、潮热盗汗,阴虚肺燥而咳呛时作,痰少而黏,脉细数舌红而少苔,辨证属阴虚内热,故以沙参麦冬汤加减清肺养阴、生津润燥;肺脏久病传变,母病及肾而腰膝酸软、面浮肢肿,

(下接第1186页)

著性差异。患者治疗前后体现出显著性差异的生化指标,如血磷和血清全段甲状旁腺激素,其治疗前后的组间比较却未发现显著性差异。也就是说,这两项指标不能体现两组证候的差异。曾有研究者^[21]将五羟色胺(5 - hydroxytryptamine, 5 - HT)、血小板活化因子(Platelet Activation Factor, PAF)等与尿毒症皮肤瘙痒中的血虚风燥证相联系,但依靠的仅仅是可能的致病因素加上相关症状进而推导证候类型这一思路,却未能给出相关依据。本次观察结果提示我们,在尿毒症性皮肤瘙痒患者中,不同证候间可能具有不同的生物学标记,而这些生物学标记又应该与众多的炎性介质因子、大分子毒素或蛋白结合类毒素有关。因为血液灌流清除的恰恰是这一类毒素。

本次研究仅为阶段性成果,后续研究应当选取具有代表性的炎性介质因子、大分子毒素或蛋白结合类毒素进行深入观察。同时,这一研究也显示出中医辨证施治对现代医学治疗所具有的参考价值。

参考文献

[1] 陈香美, 初启江. 不同血液净化方式对蛋白结合类毒素的清除作用[J]. 中国血液净化杂志, 2005, 4(11): 581 - 584.

[2] Mandolfo S, Borlandelli S, Imbasciati E. Leptin and beta 2 - microglobulin kinetics with three different dialysis modalities[J]. Int J Artif Organs, 2006, 29: 949 - 955.

[3] Bammens B, Evenepoel P, Verbeke K, et al. Removal of the protein - bound solute p - cresol by convective transport: a randomized crossover study[J]. Am J Kidney Dis, 2004, 44: 278 - 285.

[4] Carmichael AJ, McHugh MI, Martin AM. Renal itch as a indicator of poor outcome[J]. Lancet, 1991, 337: 1225 - 1226.

[5] 关玉珍. 血液透析联合血液灌流治疗顽固性尿毒症性皮肤瘙痒[J]. 中国血液净化杂志, 2006, 5(3): 169.

[6] 程晓媚, 谢金芝, 聂燕. 血液灌流联合血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒的临床观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2006, 15(20): 2779 - 2780.

[7] 李九胜, 张喜生, 胡慧娟. 血液灌流联合血液透析治疗尿毒症皮肤瘙痒[J]. 中国危重病急救医学, 2005, 17(4): 250.

[8] Sergio D, Emanuela C, Danilo V, et al. Relief of Pruritu and Decrease in Plasma Histamine Concertrations during Ery 2 Thropoietin Therapy in Patients with Uremis[J]. N Engl J Med, 1992, 326(15): 969 - 974.

[9] Szepietowski JC, Sikora M, Kusztal M, et al. Uremic pruritus; a clinical study of maintenance hemodialysis patients[J]. J Dermatol, 2002, 29(10): 621 - 627.

[10] Idit FS, Adrian I. Urimic pruritus[J]. Nephrol Dial Transplant, 1999, 14: 834 - 839.

[11] Carmichael AJ, Mottugh MM, Martin AM. Serological markers of renal itch in patients receiving longterm hemodialysis[J]. Br Med J, 1988, 296: 1575.

[12] Cole DEC, Boucher MJ. Increased sweat sulfate concentrations in chronic renal failure[J]. Nephron, 1986, 44: 92 - 95.

[13] Stahle - Backdahl M. Stratum corneum hydration in patients undergoing maintenance hemodialysis[J]. Acta Derm - Venereol, 1988, 68: 531 - 544.

[14] Yosipovieth G, Tur E, Morduchowitz G, et al. Skin surface ph, moisture and pruritus in hemodialysis patients[J]. Nephrol Dial Transplant, 1993, 8: 1129 - 1132.

[15] Dimkovic N, Djukanovic L, Radmilovic A, et al. Uremic prurire and skin mast cells[J]. Nephron, 1992, 61: 5 - 9.

[16] 赵炳南, 张志礼. 简明中医皮肤病学[M]. 北京: 中国展望出版社, 1983.

[17] 赵炳南. 赵炳南临床经验集[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1974.

[18] 马卫国. 息风止痒汤辅助治疗尿毒症皮肤瘙痒的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2012, 34(4): 44.

[19] 马绍恒. 中药辨证治疗血液透析患者顽固性皮肤瘙痒症 31 例[J]. 临床医学, 2009, 29(3): 122.

[20] 赵惠, 周春祥. 尿毒症皮肤瘙痒中医外治概览[J]. 中医外治杂志, 2011, 20(5): 50 - 51.

[21] 杨慧敏, 徐佳, 杨岚等. 皮肤瘙痒的发生机理与中医辨证施治相关性探讨[J]. 中国中西医结合皮肤性病学期刊, 2006, 5(3): 175 - 181.

(2013 - 09 - 17 收稿)

(上接第 1182 页)

病乘脾而气短乏力、神疲纳差,水液不运,气血不行,脉弱舌淡苔薄白,为脾肾两虚证,故应以参苓白术散加减以温肾行水、健脾敛液。本研究数据显示,治疗组近期和远期疗效、胸水排出量、胸水完全消退时间、安全性均优于对照组,提示辨证施治因人制宜、因证制宜,标本兼治,扶正祛邪,在消除症状的同时改善患者体质,综合疗效较好。

辨证施治辅助治疗结核性胸膜炎,标本兼治,扶正祛邪,可迅速缓解症状,缩短病程,减少并发症,减轻药物不良反应,综合疗效确切,值得临床进一步研究推广。

参考文献

[1] 张敦荣. 现代结核病学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2000: 261 - 263.

[2] 曹武奎, 袁贵玉, 范玉强, 等. 中西医结合实用传染病学[M]. 天津: 天

津科学技术出版社, 2008: 736 - 739.

[3] 薛黎君. 中西药联合应用治疗结核性胸膜炎 50 例[J]. 现代中医药, 2010, 30(6): 33.

[4] 曹月琴, 朱明林. 胸膜腔微创置管引流并尿激酶注入对结核性胸膜炎疗效观察[J]. 临床肺科杂志, 2011, 16(5): 786.

[5] 熊友乐. 中西医结合治疗结核性胸膜炎的临床报道[J]. 中外医学研究, 2011, 9(34): 72 - 73.

[6] 曹建欣, 王守法. 自拟化痰通络汤治疗结核性胸膜炎 62 例临床分析[J]. 中国现代药物应用, 2012, 6(14): 88 - 89.

[7] 李盛. 中西医结合治疗结核性胸膜炎 48 例临床分析[J]. 中外医学研究, 2009, 7(7): 67 - 68.

[8] 郝建国, 严志刚, 郭燕蓉, 等. 结核性渗出性胸膜炎不同阶段中医辨证治疗的临床研究[J]. 中国科技成果, 2009, 10(19): 29 - 30.

[9] 杨斌. 结核性胸膜炎治疗新进展[J]. 中国医药导报, 2012, 9(3): 8 - 10.

[10] 李乔, 卢家胜, 班文明, 等. 自拟消饮汤对结核性胸膜炎的治疗作用观察[J]. 中医临床杂志, 2012, 24(9): 837 - 838.

(2013 - 04 - 02 收稿)