

亢，日久化火，引动肝风，表现为眩晕头痛、面红目赤、口苦、舌红苔黄等症，日久火热灼津耗液，致阴虚之象，此为因实致虚，临床较多见于中年人。总之，眩晕的主要根源是肝肾阴虚，肝阳上亢。发作期以标实为主，缓解期以本虚为主。

肝阳上亢型眩晕主要表现为眩晕伴耳鸣、肢体麻木、震颤、恶心呕吐等症，此为阴亏于下，阴不潜阳，肝阳鸱张，引动心肝之火，阳化风动，风火相煽，风火挟痰，横窜经络，上扰清窍，发为本证。此证虽以肝肾阴亏为本，但此阶段以标实为主，关键有三：其一为风，即《临证指南医案·中风》所谓“肝阳偏亢，内风时起”，故见半身不遂，口□言蹇等症。其二为火，见口苦、面红、目赤，大便干结。即《素问玄机病原式·火类》所谓：“心火盛，而肾水衰弱，不能制之，热气怫郁，心神昏冒，筋骨不用。”其三为痰，可见恶心呕吐，苔黄腻，痰多而黏，此即《临证指南医案·中风》所谓：“风过动，中土受戕，不能御其所胜……饮食变痰”。

平肝熄风胶囊以天麻、钩藤、石决明为君药，平熄肝阳上扰之内风；菊花、蜈蚣、水蛭、黄芩、大黄为臣药，平肝熄风、祛风通络、清热泻火，协助主药以制阳亢。丹参、川牛膝、豨莶草为佐药，活血化痰、引血下行，起着“治风先治

血，血行风自灭”的作用，其中，牛膝兼补益肝肾，有标本兼治之力。甘草为使，调和诸药。诸药合用，共达清热平肝、熄风止痉、化痰通腑之功。根据现代药理研究结果，天麻、钩藤均有明显镇静、抗惊厥作用，天麻能降低脑血管阻力，增加脑血流量，钩藤有降低血压的作用。地龙、石决明均有镇静、抗惊厥、降压作用。丹参有明显镇静、扩血管、改善微循环、抗凝、抗血小板聚集、促进纤溶作用。牛膝直接扩张血管，起降压、镇痛、利尿作用。甘草有解毒、解痉作用。根据以上药理资料，推测该药治疗脑血管病药效学机制可能是镇静、抗惊厥、扩血管、降血压、利尿等。诸药合用，共奏清热平肝、熄风止痉之功。

[参考文献]

- [1] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 7.
- [2] 中国后循环缺血专家共识组. 后循环缺血专家共识[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(9): 786-787.

(责任编辑: 骆欢欢)

白及止血抗癆散联合抗结核治疗浸润型肺结核临床观察

郑迪

舟山医院感染性疾病科, 浙江 舟山 316000

[摘要] 目的: 观察白及止血抗癆散联合西药抗结核治疗浸润型肺结核的临床疗效。方法: 采用随机双盲法将符合纳入标准的 70 例浸润型肺结核患者分为 2 组各 35 例, 对照组采取抗结核西药治疗, 观察组在对照组治疗方案的基础上行白及止血抗癆散治疗, 比较 2 组临床疗效、痰菌阴转率、不良反应及治疗前后中医症状积分。结果: 观察组治疗总有效率、痰菌阴转率分别为 97.1%、77.1%, 高于对照组 80.0%、51.4%, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。观察组治疗 6 月咳嗽、胸闷及咯血评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 白及止血抗癆散联合抗结核西药治疗浸润型肺结核疗效明确, 痰菌阴转率较高, 不良反应少。

[关键词] 浸润型肺结核; 抗结核治疗; 利福平; 异烟肼; 乙胺丁醇; 吡嗪酰胺; 白及止血抗癆散; 痰菌阴转率

[中图分类号] R521.5 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 12-0039-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.018

浸润型肺结核有内源性结核与外源性继发肺结核之分, 前者由体内潜伏结核菌增殖引起, 后者与结核菌反复感染

有关^[1]。受药物耐药性增高、疗程长、不良反应多等因素的影响, 西药常规抗结核治疗效果不是很理想, 特别是浸润型

[收稿日期] 2015-07-20

[作者简介] 郑迪 (1985-), 男, 住院医师, 主要从事感染性疾病及肝病的临床工作。

肺结核。中医学认为，肺结核属肺癆范畴，病机在于本虚标实，治疗以补虚、抗菌为主。中医药在肺结核疾病治疗中发挥了独特优势。本研究对本院收治的浸润型肺结核患者行白及止血抗癆散联合西药抗结核治疗，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 参照《中西医临床呼吸病学》^[2]，均符合浸润型肺结核诊断标准：胸部 X 线摄片提示病灶多分布于锁骨上下，呈片状或斑点状阴影，或形成空洞；痰培养结核菌阳性；表现出胸闷、咳嗽、咯血等症状；符合医院伦理委员会伦理要求；患者知情并同意治疗。

1.2 排除标准 肝肾功能严重障碍；全身性严重感染；抗结核药物过敏、中药禁忌症者；不符合纳入标准者。

1.3 一般资料 观察病例为本院 2012 年 1 月—2014 年 12 月收治的浸润型肺结核患者，共 70 例。随机双盲法将患者分为 2 组各 35 例。对照组男 25 例，女 10 例；年龄 20~67 岁，平均(33.4±7.5)岁；病程 4 月~2 年，平均(8.5±2.2)月。观察组男 24 例，女 11 例；年龄 21~66 岁，平均(33.8±7.2)岁；病程 3 月~2.2 年，平均(8.8±2.0)月。2 组年龄、病程等比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用抗结核西药治疗，强化期用药：利福平，每次 0.45 g，每天 1 次；异烟肼，每次 0.3 g，每天 1 次；乙胺丁醇，每次 0.75 g，每天 1 次；吡嗪酰胺，每次 0.75 g，每天 2 次。用药 2 月，随后继续治疗期间则给予异烟肼、利福平处理，持续 4 月。共治疗 6 月。

2.2 观察组 行白及止血抗癆散联合抗结核西药治疗，其中抗结核西药治疗方案同对照组。白及止血抗癆散成分：五倍子、百部各 20 g，生大黄 50 g，龟板胶、芙蓉叶各 100 g，白及 200 g，研磨至粉，每次 30 g，每天 3 次，用药 6 月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察和记录 2 组患者临床疗效、痰菌阴转率、不良反应及治疗前后中医症状积分情况。

3.2 统计学方法 应用 SPSS 18.0 统计软件分析数据，计数资料以 % 表示，采用 χ^2 检验；计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献《中西医临床呼吸病学》^[2]，临床痊愈：胸闷、咳嗽等临床症状及体征完全消失，肺部病灶吸收，痰菌阴转；有效：胸闷、咳嗽等临床症状及体征明显改善，肺部病灶部分吸收；无效：胸闷、咳嗽等临床症状及体征不变或加重。总有效率 = 临床痊愈率 + 有效率。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗总有效率观察组 97.1%，对照组 80.0%，2 组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。

4.3 2 组痰菌阴转率及不良反应情况比较 见表 2。治疗 6 月

后痰菌阴转率观察组 77.1%，对照组 51.4%，2 组痰菌阴转率比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组不良反应 1 例，对照组不良反应 3 例，均为谷丙转氨酶上升，差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	例(%)			总有效
		临床痊愈	有效	无效	
观察组	35	19(54.3)	15(42.8)	1(2.9)	34(97.1) ^①
对照组	35	10(28.6)	18(51.4)	7(20.0)	28(80.0)

与对照组比较，^① $P<0.05$

表 2 2 组痰菌阴转率及不良反应情况比较

组别	n	例(%)	
		痰菌阴转	不良反应
观察组	35	27(77.1) ^①	1(2.9)
对照组	35	18(51.4)	3(8.6)

与对照组比较，^① $P<0.05$

4.4 2 组中医症状积分变化情况比较 见表 3。2 组治疗 6 月，咳嗽、胸闷及咯血评分均低于治疗前，差异均有统计学意义($P<0.05$)；观察组治疗 6 月，上述症状积分均低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表 3 2 组中医症状积分变化情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	分		
			咳嗽	胸闷	咯血
观察组	35	治疗前	4.25±1.12	4.28±1.03	4.11±1.08
		治疗 6 月	0.92±0.50 ^②	0.95±0.25 ^②	1.00±0.52 ^②
对照组	35	治疗前	4.23±1.14	4.26±1.04	4.12±1.06
		治疗 6 月	1.67±0.95	1.89±0.58	2.01±0.93

与本组治疗前比较，^① $P<0.05$ ；与对照组治疗 6 月比较，^② $P<0.05$

5 讨论

现代医学认为，肺结核主要是由机体免疫能力低下致使结核杆菌感染引起，表现出咳嗽、胸闷、咯血等症状^[3]，通常病程较长，严重影响患者生活质量。浸润型肺结核相对普通肺结核病情严重，反复感染，或空洞形成，治疗难度相对大^[4]。西医治疗肺结核以抗结核药物化疗为主，虽能有效改善临床症状，但难以根除，且存在一定的毒副作用，增加患者痛苦。

肺结核与中医学肺癆、肺疔等症类似，根本在于先天禀赋不足，身体虚弱，自身细胞免疫能力低下，而情志不舒、饮食不节等会加重正气亏损；加上外受“癆虫”感染^[5]，内外结合致使肺结核发生。肺结核发病于肺，与肾、肝、脾密切相关，肺气不足则卫外不固，清肃失常，致使声音嘶哑；且肺气亏损继发肺肾同并，累及心肝。治疗以“扶正不助邪，祛邪不伤正”为基本原则，除了给予抗结核治疗外，更要增强机体细胞免疫能力^[6]。白及活血化瘀，消肿生肌，临床实践表明，抗癆药物治疗无效或效果不明显者，加用白及后效果较好。《本草纲目》载“白及性涩而收，得秋金之令，故能入肺止血”。

白及止血抗癆散中含有百部、白及、生大黄、龟板胶、五倍子、芙蓉叶等成分，其中白及味苦且涩，性寒且凉，具有活血化瘀、止血消肿、去腐生肌功效，适用于肺结核等肺部损伤疾病；现代药理学研究表明，白及能有效抑制结核杆菌、金色葡萄球菌等病原菌，通过提高血小板因子 III 活性以缩短 TT、PT，局部止血作用强，同时能有效保护胃黏膜^[7-8]。百部味甘、苦，性微温，主要功效为润肺止咳、杀虫，适用于百日咳、肺癆咳嗽等病症。生大黄味苦，性寒，具有凉血泻火、导泻功效；现代药理学研究表明，生大黄抗感染作用强，能有效增强机体免疫能力，同时还具有抗炎、抗病原微生物、止血保肝作用。龟板胶味甘且咸，性偏和，可益肾健骨，补血止血。五倍子味酸且涩，性寒，归肺、肾、大肠经；具有固精、止血、解毒功效；现代药理学研究表明，五倍子中含有的鞣酸对皮肤、黏膜等组织蛋白质有凝固收敛作用，同时该药物对肺炎球菌、链球菌等抗菌作用强。芙蓉叶性凉，主要作用为清肺凉血、消肿，《玉楸药解》曰：“木芙蓉，清利消散，善败脓毒……”。诸药共奏活血止血、消肿生肌、固精益肾之效。

本结果显示，观察组治疗后咳嗽、胸闷、咯血症积分均比对照组低，差异均有统计学意义($P < 0.05$)，提示与常规抗结核西药治疗比较，白及止血抗癆散改善患者临床症状效果更明显。同时观察组治疗 6 月痰菌阴转率高达 77.1%，高于对照组 51.4%，提示白及止血抗癆散能提高痰菌阴转率，这与该中药方抗感染、抗菌作用强，增强机体免疫能力有关。观察组治疗总有效率 97.1%，高于对照组的 80.0%，且不良反应发生率 2.9%，提示白及止血抗癆散治疗浸润型肺结核安全可靠。

综上所述，白及止血抗癆散联合抗结核西药治疗能改善患

者临床症状，提高痰菌阴转率，安全有效，可作为浸润型肺结核治疗的有效方法。

[参考文献]

- [1] 陈福连. 扶正抗癆膏配合西药治疗浸润型肺结核疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(10): 1131-1132.
- [2] 武维屏. 中西医临床呼吸病学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1998: 201.
- [3] 何珂. 健脾益气中药干预肺结核细胞免疫失衡及护理干预的研究[J]. 中国医药导报, 2013, 10(31): 104-107, 111.
- [4] 赵澎湃, 武孝芝. 中西医联合治疗难治性肺结核的疗效观察[J]. 临床肺科杂志, 2012, 17(3): 485-486.
- [5] 周建民, 王胜圣, 田洋, 等. 中药联合化疗治疗初治继发性肺结核 701 例临床观察[J]. 中医杂志, 2013, 54(12): 1017-1020.
- [6] 王怀冲, 徐颖颖, 张相彩, 等. 中药与免疫调节剂辅助治疗复治肺结核临床研究[J]. 中华全科医学, 2014, 12(5): 815-817.
- [7] 赵伟, 袁云枝, 王颖, 等. 芪参四味散联合治疗难治性肺结核疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(7): 808-809.
- [8] 康庄, 李洪芳, 王和, 等. 中药白及凝胶治疗肺外结核及空洞型肺结核的临床观察[J]. 河北医药, 2012, 34(11): 1731-1733.

(责任编辑: 刘淑婷)

交流中医学术

传承中医技能