

扶正固本丸(片)防治慢性支气管炎 远期疗效观察

——附 140 例病例分析

中医研究院西苑医院呼吸病研究室 (许建中整理)

内容提要 本文报道根据中医药理论研制的扶正固本丸(片)1号和2号方,防治慢性支气管炎140例,远期有效率达89.3%,稳定和基本稳定者达70.7%。

我院自1971年秋至1979年春,8年中先后在本市复兴门外北蜂窝居民区及我院附近工厂、学校,以送医药到车间、到家,“一抓到底”的方式,对400多例慢性阻塞性肺疾患病人,用固本丸(片)进行缓解防治,其中完成三个疗程以上的慢性支气管炎患者(以下简称慢支)共140例,现将其远期疗效报道如下。

一般资料

一、性别与年龄:本组140例中,男46例,女94例。居民点平均年龄63.2岁;工厂及学校点平均年龄41岁。

二、病程与病情:本组病人病程在5~9年者37例,10~19年者40例,20~29年者26例,30年以上者37例。治疗前属单纯型者92例,喘息型者48例。

按江西上饶全国中西医结合分型会议上制定的分型标准,属肺虚咳痰型20例,脾虚痰湿型95例,肾虚痰喘型25例。

并发症:肺气肿71例占50.7%,支气管扩张7例,慢性鼻炎及慢性咽炎合计39例。

伴发病:高血压病39例,冠心病8例。

三、观察方法及治疗概况:本组140例,全部作了X线胸片检查(后前位、右前斜、左前斜位各1张),心电图测定,其中部分作了超声心动图、肺功能及血液气体测定。部分病人作了痰溶菌酶测定及血浆免疫球蛋白G、A测定及淋巴细胞转化率。

用药方法:每年自年前11月至次年3月

初以3个月为一个疗程,凡临床表现阳虚为主者(证见咳嗽,咯白色粘痰,四肢背冷,口不渴,舌质淡,苔薄白,脉弦缓沉细无力),用固本丸(片)1号(黄芪 党参 白术 防风 茯苓 甘草 陈皮 半夏 补骨脂 紫河车)浸膏片,每片0.3g,每次服4片,一日三次。如证见兼有口干、口渴,痰粘稠,咽燥喜饮,舌质红,苔薄白或黄腻,脉滑数或弦滑者服用固本丸(片)2号(党参 白术 茯苓 甘草 麦冬 五味子 补骨脂)浸膏片,每片0.3g,每次服4片,一日三次,服用一个阶段后再服1号片;或固本2号片一直服下去,服完一个疗程。若疗程中因外感导致感染急性发作或症状迁延者加牡荆挥发油丸(1~2粒,3次/日),或麻杏丸一钱3次/日。1~2个疗程后停用(后者10天为一疗程。)

疗效分析

一、长效分析:1.参照全国气管炎会议制定之慢支长期疗效判断标准分为:(1)稳定(临床治愈):病情稳定在临床控制已达一年以上未复发者。(2)基本稳定:包括近期控制和显效两项。目前病情符合“稳定”标准,唯近一年内曾有短期急性发作(但今冬无发作)者为“近期控制”,咳痰喘等症比治疗前已好转6成以上者为显效。(3)好转:咳、痰、喘比治疗前好转达3成以上者。(4)无效:咳、痰、喘比治疗前未减轻,或虽减轻,但本年内与治疗前比尚不足3成者。

对全身症状的改善（如感冒的次数、气温及感冒对主证的影响，以及体力的恢复、舌苔脉象的改善）仅作为参考指标。

疗效判断皆在疗程结束后进行。化验检查，除炎症指标外皆在疗程初及结束后缓解期进行。

2. 临床疗效：经3~5年（3~5个疗程）连续观察治疗，140例中已有23例达稳定，76例基本稳定，26例好转，15例无效。稳定和基本稳定者99例占70.7%，有效率89.3%。

在两个防治点的慢支病人，在服药一个疗程后，有效率均在90%左右，显效率60%左右。随着疗程延长，显效率逐年有所提高。与此同时，我们还注意观察了服药后，约半数患者有体质的改变。如服固本丸后，感冒减少，体质增强，食欲增进，体重增加，急性发作减少或不发作，四肢背部畏凉有所改善。

（1）辨证分型与疗效的关系（见表1）。

表1 辨证分型与疗效关系

型 别	例数	稳定	基本稳定	好转	无效	有效率(%)	稳定率及基本稳定率
肺虚咳嗽型	20	9	8	2	1	95.0	85.0%
脾虚痰湿型	95	10	60	18	7	92.6	73.7%
肾虚痰喘型	25	4	8	6	7	72.0	48.0%
合 计	140	23	76	26	15	89.3	70.7%

从表1可见有效率为89.3%，稳定及基本稳定率为70.7%。从三型稳定及基本稳定率相比，肺虚型与肾虚型相比， $P < 0.01$ ，有非常显著性差异；肺虚型与脾虚型相比 $P > 0.05$ ，无显著性；脾虚型次之，肾虚型更次之，提示早期诊断早期治疗的必要性。

肾虚型疗效较其他二型差的原因可能是肾虚型中混有早期肺心病病例，因未作导管测定肺动脉压力，无法剔除其病例。

（2）疗程与疗效分析（见表2）。

从表2可见疗效随着疗程的增加，稳定及基本稳定者有明显增加。3个疗程稳定及基本稳定率与5个疗程相比 $P < 0.05$ ，有显著性差异。

表2 疗程与疗效关系

疗程*	例数	稳定	基本稳定	好转	无效	有效率%	稳定及基本稳定率
3	77	12	40	14	11	85.7	67.5%
4	16	3	6	6	1	93.8	56.3%
5	47	8	28	8	3	93.6	76.6%
合计	140	23	74	28	15	89.3	70.7%

每年11月至次年3月初，三个月为一疗程。所谓3个疗程系指连续服药三年每年服三个月，4、5疗程以此类推。

综上所述，可见口服固本片3~5个疗程，可使67.5~76.6%的多年慢支患者病情处于稳定和基本稳定状态，特别是老慢支患者，随着年龄的增长，半数病人不仅病情未加重，相反地病情明显改善。

（3）X线胸片分析：140例中，经3~4个疗程治疗后，有X线胸片可借以对比者98例。治疗后除并肺气肿征者减少3例，肺纹理增重1例及心膈肺未见异常者增加1例外，其他治疗前后大致相同。

（4）心电图分析：140例中有完整3~4个疗程前后心电图可借对比者75例。治疗后有肺性P波者减少1例，期前收缩及左室肥大或冠状动脉供血不足者增加1例、心电图大致正常或正常者减少1例，其它治疗前后大致相同。

（5）血液气体分析：经过3~4个疗程治疗前后，有血液气体分析对比者9例，由于可资对比的病例过少，难以评价。

二、扶正固本组与单纯对症组疗效对比

此组研究取1975~1979年两个院外防治点，各24例作为研究对照，第一组为扶正固本组（简称扶正组），第二组为对照组（单纯对症治疗组）。两组病例分布的年龄、性别、病程、病情（中、重型所占比例）、分型（脾虚痰湿型和肾虚痰喘型所占比例）等，经统计学处理，均有可比性。

1. 临床观察：扶正组24例，四年中每年自冬季至次年春3个月处于缓解阶段者，服固本片（服法见前）；如有急性发作给予服用牡荆油丸（见前，症候控制后再继续服固本片，至次年春疗程结束）。

对照组：四年中当急性发作期或迁延期给予牡荆油丸，但缓解期不服固本片。

两组经四年临床防治，治疗结果扶正组稳定及基本稳定者 13 例占 54.2%；好转者 10 例占 41.6%。对照组稳定及基本稳定者 1 例占 4.2%；好转者 8 例占 33.3%。二组疗效比较 $X^2=15.370$, $P<0.001$ ，有非常显著性差异。

2. 心电图对比：扶正组 24 例心电图加重者 3 例，其中 1 例正常心电图变为不完全性右束支传导阻滞；1 例额面电轴正常变至 90° ；另 1 例由中度顺钟向变为重度顺钟向转位。

心电图好转的 5 例中低电压恢复正常者 2 例；重度顺钟向变为轻度者 1 例；顺钟向变为正常者 1 例。

对照组心电图加重者 6 例（其中 2 例 II、III、aVF 3 个导联正常 P 波变为肺性 P 波；2 例由正常 P 波变为高尖 P 波（尚未达到 $0.22mV$ ）；1 例电轴 $+90^\circ$ 变为 $+100^\circ$ ；1 例由正常变为不完全性右束支传导阻滞；好转者 1 例（由重度顺钟向转位变为轻度顺钟转位）。可能因病例过少，经统计学处理未见显著性差异（ $X^2=3.4798$, $P>0.05$ ）。

3. X 线胸片对比（静息吸气位投照）：扶正组 24 例并发肺气肿者 6 例占 25%；对照组并发肺气肿者 10 例占 42%， $X^2=1.5003$, $P>0.05$ 。四年后扶正组 24 例中并发肺气肿者仍为 6 例占 25%；而对照组 24 例中有 13 例占 54%， $X^2=4.269$, $P<0.05$ ，四年后两组已出现显著性差异。

从膈肌位置，两组自身分别对比（1975 及

1979 年），扶正组， $t=0.395$, $P>0.6$ ，无显著性差异。对照组， $t=2.329$, $P<0.05$ ，有显著性差异。说明扶正组四年后膈肌位置未见显著改变；相反对照组膈肌已明显较前下降。

4. 肺功能测定对比（见表 3）。

从表 3 可见 FEV_1 、 $FEV_1\%$ 、 $FEV_3\%$ 其均值 1979 年较 1975 年为高，且经统计学处理有显著性差异。但 FVC、VC% 及 FEV_3 均值虽亦有增高，但经统计处理未见显著性差异。

讨 论

祖国医学扶正固本法是治疗久病不愈、正气虚损的慢性病辨证论治的重要方法。1971 年以来，我院在防治慢性气管炎的研究工作中，在老中医赵锡武、岳美中、郭士魁的指导下，根据祖国医学对慢性支气管炎病机的认识，针对临床“证”的表现特点，组成中药复方固本丸（片）。为预防复发，在慢性支气管炎缓解期给病人服用，取得了较好的疗效。完成三个疗程以上的 140 例中有效率为 89.3%，稳定及基本稳定者占 70.7%。扶正固本组临床疗效明显优于对照组，肺功能亦见明显改善。

慢性支气管炎病人多由于急性支气管炎治疗不当或长期吸烟，大气中烟雾，以及其他化学物理微生物等刺激或遗传等因素，致使患者正气虚损，皮毛卫外之功不固，外邪易于侵袭肌表。肺与皮毛相表里，肺气壅塞不得宣畅，久咳不愈，正气虚损不仅导致肺虚，同时兼见脾肾不足。脾虚则失健运，痰湿内生。脾虚进一步促进肺气不宣，气短、咯痰，胃脘痞满，

表 3 21 例*慢支 1975 年与 1979 年肺功能比较

	单 位	1975 年			1979 年			t	P
		M	SD	SE	M	SD	SE		
VC(预计值)	L	3.44	0.51	0.50	3.44	0.51	0.50		
FVC	L	2.97	0.72	0.70	3.07	0.72	0.70	0.45	>0.6
VC%	%	86.71	16.94	16.54	90.0	18.66	18.21	0.5982	$<0.6>0.5$
FEV_1	L	2.04	0.72	0.70	2.62	0.64	0.62	2.7593	$<0.02>0.01$
$FEV_1\%$	%	68.10	13.84	13.51	85.67	9.15	8.93	4.8529	<0.001
FEV_3	L	2.80	0.79	0.77	3.06	0.72	0.70	1.1149	$>0.2<0.3$
$FEV_3\%$	%	93.71	7.77	7.58	99.76	0.70	0.68	3.5538	<0.01

* 24 例中 3 例未复查（此 21 例为固本组）

食纳不佳，舌苔白腻，脉象滑数。病情进一步发展，肾气更加虚损，临床见肾虚不能纳气，气短不能平卧，动则益甚，同时肾阳不足，脾失肾阳之熏蒸，脾阳更虚，痰湿之邪更甚，从而咳痰喘经久不愈，尤其冬季气候寒冷，对肺脾肾三脏阳虚之体更为不利。固本丸(片)复方组成就是针对慢性支气管炎病机取益气固表，健脾益肾的法则所制成的。

固本丸(片)的使用为了适合于患者个体的差异性，按其体质、症状、脉象的不同制成固本1号丸(片)与固本2号片，其立法特点大致相同，只是固本2号片中加用了养阴药物麦冬、五味子，以便适用于部分阴分不足的患者，或久服固本1号丸(片)已有伤阴表现的患者暂时改服固本2号片，如患者证的表现以阴虚为主，则给予固本2号片，这样辨证给药，疗效好，避免了部分患者口干咽燥的不适感觉，因此患者能长期坚持服药而取得长效，这也体现出祖国医学辨证施治的特色和优越性。

此外，为探讨其病理生理学基础，阐明其疗效机制，初步观察到，于扶正固本一个疗程结束后，痰中溶菌酶增加，血中IgG和IgA提高，淋巴细胞转化率增加，均有统计学意

义，说明固本丸(片)增强了支气管、肺的防御机能，加强并调整了体液及细胞免疫的功能；此外还对固本丸(片)1号和2号分别作了一系列动物实验，均可显示小鼠肾上腺皮质功能提高，促使其胸腺萎缩，此结果使我们在探讨肾实质方面得到一些启示，即“肾”的本质除反映下视丘垂体肾上腺皮质功能外，免疫功能的参与也是不可忽视的。

从动物实验中见到固本丸(片)1、2号均可以增强小鼠密闭缺氧耐力和减压耐力，从而提示“补肺益气”与肺功能改善的关系。固本丸方对大白鼠慢支模型的防治作用中，看到固本丸1、2号对大白鼠二氧化碳刺激引起的慢支有明显减少支气管粘液腺数，减轻细支气管炎及气管粘膜损伤等作用，提示固本丸方健脾化痰与中医“脾为生痰之源”的联系。此外固本丸1、2号方可增加小鼠抗疲劳作用，其延长游泳时间及增强耐热运动能力，符合“脾主肌肉”的理论。

通过固本丸(片)防治慢性支气管炎，不仅为慢支患者提供一个长效药物，而且对中医脏腑学说肺、脾、肾的实质探讨有所启发。

(其实验部分，也将在本刊发表)

膀胱癌自身治疗体会

高启汉

我现年65岁，于1979年4月患肉眼全程血尿，经脱落细胞检查发现癌细胞(移行上皮乳头状癌)，当时立即赴天津某医院泌尿科全面检查，确诊为单发性膀胱癌。住院做瘤基底切除，术后用噻替派膀胱内注入化疗一年。时隔两年(1981年6月)复发为多发性膀胱癌，又经天津总医院泌尿科用纤维膀胱镜从尿道内电切，五天后出院。但术后脱痂时膀胱内大出血，尿道内被血块堵塞，尿液点滴不通，致使小腹刺痛，眼冒金花。本人据中医“血遇寒则凝，遇热则行”的理论，急令家人取40℃热水注入膀胱内，约20分钟血块溶化，尿液徐徐排出，继服升提止血中草药数剂，

血止病安。当时因西药噻替派买不到，即试用中草药制鸡蛋治疗。处方：夏枯草60g，败酱草60g，黄药子30g，山豆根60g，白蔹皮60g，草河车60g，半枝莲60g，山慈菇30g，鸡蛋30个。将上药纳锅内放入大半锅水煮开，俟蛋熟捞出，击破蛋皮，再放入锅内煮2小时取出去皮，泡醋内24小时即成。每日1次，每次吃三个，1月为一疗程，连吃三月。后又配合化疗，1年多后膀胱镜检查：粘膜光滑，血管走行正常。食欲增加，体力恢复，面色红润，全身老年黑褐斑及赘生物变少，色素沉着点减轻，目前已恢复全日工作。