

泻肺化痰祛瘀汤配合西药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期临床观察

马丽华

安吉县中医院, 浙江 安吉 313300

[摘要] 目的: 观察泻肺化痰祛瘀汤配合西药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的疗效及对患者呼吸功能、证候的影响。方法: 100例慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者, 按照单双号分为西药组与联合组, 各50例。西药组给予常规西药治疗, 联合组在对照组治疗基础上给予泻肺化痰祛瘀汤配合西药治疗, 观察2组患者治疗后呼吸功能的改善情况, 评价其治疗后中医证候的变化。结果: 总有效率联合组98.00%, 对照组78.00%, 2组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后联合组证候积分明显低于西药组, 2组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 联合组1秒用力呼气容积 (FEV_1) /用力肺活量 (FVC)、 FEV_1 占预计值、 FEV_1 均明显高于西药组, 2组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 在慢性阻塞性肺疾病加重期患者的临床治疗中, 采用泻肺化痰祛瘀汤联合治疗, 可明显改善患者的证候积分, 优化呼吸功能, 提高治疗效果, 值得推广。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病; 急性加重期; 泻肺化痰祛瘀汤; 呼吸功能

[中图分类号] R563 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0053-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.025

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是呼吸系统常见、多发疾病类型之一, 有较高的病死率, 给患者家庭及社会带来严重的经济负担^[1]。当前对COPD的治疗已成为医学领域研究的重点课题。一般观点认为COPD患者主要以肺实质、气道、肺血管的慢性炎症反应为其特征表现, 吸烟是其独立、致病危险因素之一^[2]。中医学认为其主要由肺气宣降、肺肾出纳失常引起, 表现为咳嗽、咯痰、气促、胸闷、胸部膨满、鼻翼煽动、无法平卧, 病情反复发作, 久治不愈, 易迁徙^[3]。笔者观察了泻肺化痰祛瘀汤配合西药治疗COPD急性加重期的疗效及对患者呼吸功能、证候的影响, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本院2012年2月—2014年2月收治的100例慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者作为研究对象。按照单双号分为联合组与西药组。西药组50例, 男31例, 女19例; 年龄46~76岁, 平均(63.2±5.3)岁; 病程2~14年, 平均(7.1±0.6)年; 病情严重程度: I级7例, II级41例, III级2例。联合组50例, 男32例, 女18例; 年龄45~78岁, 平均(61.9±4.9)岁; 病程3~13年, 平均(7.2±0.4)年; 病情严重程度: I级6例, II级41例, III级3例。2组患者在性别、年龄、病程、病情严重程度等比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 ①符合COPD临床诊断标准; ②急性加重5天内, 肺功能严重程度分级在I~II级; ③中医辨证分型属痰热瘀阻型; ④自愿参与研究, 依从性好; ⑤排除妊娠、哺乳期妇女; ⑥排除严重精神疾病、药物过敏者; ⑦排除慢性阻塞性肺疾病缓解期, 慢性咳嗽喘息患者。

2 治疗方法

2.1 西药组 西药组给予常规治疗。①氧疗。经面罩或鼻导管持续低流量吸氧, 控制流量为2~3 L/min。②药物治疗。支气管舒张剂、茶碱缓释片(口服茶碱缓释片, 每次0.2 g, 每天2次)、 β_2 受体激动剂(雾化吸入硫酸沙丁胺醇, 每次200 μ g, 每天3次)、抗胆碱药物(雾化吸入异丙托溴铵, 每次20 μ g, 每天3次)及抗生素(静脉滴注左氧氟沙星, 每次0.3 g, 每天1次)、祛痰药(口服沐舒坦, 每次30 mg, 每天2次)。

2.2 联合组 在西药组治疗基础上给予泻肺化痰祛瘀汤治疗。药物组成: 浙贝母、冬瓜仁、苇茎、丹参各15 g, 毛冬青20 g, 紫苏子、紫菀、瓜蒌皮、桃仁、款冬花、生山楂、薏苡仁各10 g。加水500 mL, 煎服, 取汁300 mL, 每天1剂, 分早晚2次服用。

2周为1疗程, 2组均治疗2疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 采取肺功能测定仪器, 监测治疗前后2组1

[收稿日期] 2014-10-21

[作者简介] 马丽华 (1979-), 女, 主治医师, 研究方向: 临床内科疾病研究。

秒用力呼气容积(FEV₁)、用力肺活量(FVC)的比值,2组患者治疗前后证候积分的变化情况,包括哮喘音、喘息、咳嗽、咯痰等体征的积分总均值。

3.2 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$),行 t 检验;计数资料以率表示采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 临床控制:临床症状及体征基本消失,患者证候积分降低幅度超过 95%;显效:临床体征及症状有明显改善,证候积分降低幅度在 70%~95%;有效:临床症状及体征明显好转,证候积分降低幅度在 30%~69%;无效:临床症状及体征无改善,或有加重表现,证候积分降低幅度 <30%。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率联合组 98.00%,对照组 78.00%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	例(%)				总有效率(%)
		临床控制	显效	有效	无效	
联合组	50	14(28.00)	29(58.00)	6(12.00)	1(2.00)	98.00 ^①
西药组	50	4(8.00)	15(30.00)	20(40.00)	11(22.00)	78.00

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后证候积分变化比较 见表 2。治疗前,2 组患者证候积分情况比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后,联合组证候积分低于西药组,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	治疗前	治疗后
联合组	50	18.16 \pm 2.15	4.99 \pm 2.87 ^①
西药组	50	17.98 \pm 2.18	7.68 \pm 3.99

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.4 2 组治疗前后肺功能指标变化比较 见表 3。治疗前,2 组患者肺功能指标测定结果比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后,2 组 FEV₁/FVC、FEV₁ 占预计值、FEV₁ 均高于治疗前,2 组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗后 2 组各项指标比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	时间	FEV ₁ /FVC(%)	FEV ₁ 占预计值(%)	FEV ₁ (L)
联合组	治疗前	52.75 \pm 4.75	52.53 \pm 5.55	1.62 \pm 0.44
	治疗后	62.66 \pm 4.73 ^{①②}	62.44 \pm 5.93 ^{①②}	1.99 \pm 0.88 ^{①②}
西药组	治疗前	51.44 \pm 5.66	54.62 \pm 5.97	1.65 \pm 0.53
	治疗后	57.74 \pm 4.75 ^①	58.77 \pm 6.66 ^①	1.86 \pm 0.77 ^①

与治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

5 讨论

COPD 疾病特征表现为明显气流受限,有其不完全可逆性

特点,呈进行性发展趋势,与肺部有害颗粒、有害气体异常炎症反应有较强的相关性,通常累及人体肺脏,同时也可引起严重不良反应^[4]。临床上多表现为呼吸困难、咳嗽、胸闷、气促、喘息、咯痰等症状,对患者的生活质量可能产生严重负面影响^[5]。

COPD 归于中医学“肺胀”、“喘证”的范畴,病名初见于《内经》,古籍《灵枢》云:“肺胀者,虚满喘咳也。”指出肺胀症状表现为胸闷与咳喘。同时汉代学者指出“咳嗽上气,此为肺胀,人喘,如脱状。”《医宗必读》曰“喘者,气促,气急,胸闷,痰声喝喝,张抬肩。”中医学认为 COPD 由慢性肺疾病反复发作,久治不愈,迁徙所致。致使人体肾脾肺三脏受损,导致痰淤气阻,废气壅塞,敛降不调,以胸闷,憋塞,咳痰,喘息为表现^[6]。肺虚久病,以标实为表,气不布津,痰液聚集为里,痰液久聚,生痰浊,引起气血不畅,气滞血瘀,两者相互作用,致痰瘀互结,伤及心肺。COPD 主要病理产物为痰、瘀^[7]。两者同样是致其发病与疾病加重的关键原因,参与 COPD 发病的整个过程^[8]。因此,在治疗方面主要遵循化痰祛瘀的原则。

本研究表明,联合组采用西医传统治疗联合泄肺化痰祛瘀汤治疗,方药中桃仁主要发挥其润肠通便、活血化瘀功效,葶苈则有其清肺化痰的作用,冬瓜仁则清热化痰,泄肺通便,款冬花则止咳效果明显,浙贝母解郁散结,清热化痰,瓜蒌皮则化痰宽胸,紫菀化痰清肺,生山楂则健胃消食,丹参则有其活血化瘀之功效。诸药合用,可起到药效协同作用,起到润肺止咳化痰祛瘀之功效^[9]。本组研究结果显示,采用泄肺化痰祛瘀汤联合西药治疗的联合组患者证候积分明显改善,其胃纳、喘息、胸闷、哮喘音等体征显著好转,且联合组整体治疗有效率高达 98.0%,明显优于常规西药组的 78.00%,加之联合组呼吸功能改善情况明显优于西药组。同时也进一步证实,在 COPD 加重期患者的临床治疗中,采用泄肺化痰祛瘀汤联合治疗,可明显改善患者的证候积分,优化呼吸功能,提升其生活质量,提高治疗效果,值得推广。

[参考文献]

- [1] 裴红霞,汝成霞,黄敬文,等. 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作期呼吸衰竭 120 例临床观察[J]. 中国医药导报,2010,7(24):81-82.
- [2] 陆益民,奚肇庆,虞乐群,等. 中西医结合治疗老年慢性阻塞性肺疾病急性发作期的疗效观察[J]. 中国老年学杂志,2013,33(2):296-298.
- [3] 辛功勋. 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作 45 例[J]. 中医研究,2012,25(7):44-46.
- [4] 刘化作. 补肺汤加减治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作期临床观察[J]. 中国中医急症,2013,22(12):2108-2109.

- [5] 方建庆, 沈瑜, 武学农, 等. 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作期 40 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2014, 46(5): 28-29.
- [6] 刘建博, 杨海娟. 健脾清肺化痰法对慢性阻塞性肺疾病合并全身炎症反应综合征疗效及核因子- κ B 表达的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2009, 26(2): 120-123.
- [7] 李海宁. 麻杏石甘汤加味对急性发作期 COPD 血清 TNF- α 的影响[J]. 河南中医, 2012, 32(9): 1120-1121.
- [8] 李昌彬, 金英, 王博, 等. 苗药配合人参五味子汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的疗效观察及对肿瘤坏死因子- α 的影响[J]. 贵阳中医学院学报, 2014, 36(4): 86-88.
- [9] 崔娜. 慢性阻塞性肺疾病急性发作期的临床治疗[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(32): 3948-3949.

(责任编辑: 马力)

固本活血平喘方联合西医常规疗法治疗慢性阻塞性肺疾病老年患者临床观察

林文波

金华市中医医院肺病科, 浙江 金华 321017

[摘要] 目的: 观察在常规治疗基础上加用固本活血平喘方治疗慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 老年患者的临床疗效。方法: 根据随机数字表法将 110 例 COPD 肺肾气虚证老年患者分为对照组与观察组各 55 例, 对照组接受常规治疗, 观察组在常规治疗基础上加用固本活血平喘方, 15 天为 1 疗程, 连续服用 2 疗程。观察 2 组血气分析指标、肺功能指标、气道重塑指标的变化, 比较 2 组的临床疗效。结果: 临床疗效显效率观察组为 63.6%, 对照组为 40.0%, 2 组显效率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组血气分析指标、肺功能指标、气道重塑指标均较治疗前改善 ($P < 0.05$), 观察组动脉血氧分压 (PaO_2)、pH、血氧饱和度 (SaO_2)、深吸气量 (IC)、第 1 秒用力呼气量 (FEV_1)、 FEV_1 与用力肺活量 (FVC) 的比值 (FEV_1/FVC)、 FEV_1 占预计值百分比 (FEV_1 预计值) 均高于对照组, 二氧化碳分压 (PaCO_2)、透明质酸 (HA)、型前胶原 (PC) 值均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 在常规治疗基础上加用固本活血平喘方治疗 COPD 老年患者可以显著改善其肺功能, 并且干预气道重塑, 从而使患者获得更为显著的疗效。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病 (COPD); 中西医结合疗法; 肺肾气虚证; 固本活血平喘方; 肺功能; 气道重塑

[中图分类号] R563 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0055-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.026

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是目前临床上最常见的呼吸系统疾病之一。流行病学研究表明, 我国 50 岁以上人群 COPD 发病率约为 15%, 约 90% 的肺源性心脏病患者继发于 COPD; 在全球范围内, COPD 与艾滋病已并列成为第 4 大致死原因, 且其死亡率仍然在不断攀升, 成为较为严重的公共卫生问题^[1-2]。中医药治疗 COPD 具有独到的优势, 本研究旨在观察加用固本活血平喘方治疗 COPD 老年患者的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①符合 COPD 的诊断标准^[3]; ②年龄 ≥ 60 岁; ③中医辨证分型为肺肾气虚证; ④签署知情同意书。

1.2 排除标准 ①最近 1 月内接受过针对 COPD 的治疗; ②合并其他肺部疾病的患者; ③合并心、脑、肾、肝等重要脏器功能受损的患者; ④合并免疫系统疾病的患者。

1.3 一般资料 选取 2011 年 1 月—2014 年 3 月本院收治的

[收稿日期] 2015-01-03

[作者简介] 林文波 (1977-), 男, 中级, 主要从事呼吸内科临床工作。