

生脉丹参饮联合西药治疗重症肺胀临床观察

卓维波, 邓秋生

奉化市中医院, 浙江 奉化 315500

[摘要] 目的: 观察生脉丹参饮联合西药治疗重症肺胀的临床疗效。方法: 选取本院 92 例重症肺胀气阴两虚兼血瘀证患者为研究对象, 随机分为观察组与对照组各 46 例。对照组给予西药治疗, 观察组在对照组治疗基础上加用生脉丹参饮。治疗后比较 2 组各项症状的改善情况, 以及观察 2 组治疗前后血气指标 [氢离子浓度指数 (pH)、血氧分压 (PaO₂)、动脉血二氧化碳分压 (PaCO₂)]、肺功能指标 [用力肺活量 (FVC)、1 秒钟用力呼气量 (FEV₁)、1 秒钟用力呼气量实际值与预计值百分比 (FEV₁%)] 和中医证候积分的变化。结果: 观察组治疗总有效率为 86.96%, 高于对照组的 52.17% ($P < 0.05$)。治疗前, 2 组各项血气和肺功能指标比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组 pH、PaCO₂ 及 FVC、FEV₁、FEV₁% 均较治疗前升高 ($P < 0.05$), PaO₂ 较治疗前降低 ($P < 0.05$); 观察组的 pH、PaCO₂ 及 FVC、FEV₁、FEV₁% 均高于对照组 ($P < 0.05$), PaO₂ 低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗前, 2 组各项中医证候积分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组各项中医证候积分及总积分均较治疗前降低 ($P < 0.05$); 观察组心悸、气短、乏力、四肢水肿、胸闷、出汗、喘息、咳嗽、咯痰积分及总积分均较低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 生脉丹参饮联合西药治疗气阴两虚兼血瘀型重症肺胀, 能有效改善患者的临床症状, 提高呼吸功能和肺功能。

[关键词] 肺胀; 气阴两虚证; 血瘀证; 中西医结合疗法; 血气指标; 肺功能

[中图分类号] R256.14 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 12-0034-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.015

肺胀是以胸中胀闷、咳嗽、咯痰、气短而喘为主要表现的肺系疾病。多因久病肺虚, 痰浊潴留, 而致肺不敛降, 气还肺间, 肺气胀满, 每因复感外邪诱使病情发作或加剧。病理性质多属本虚标实, 外感诱发时偏于邪实, 平时偏于本虚。生脉丹参饮是治疗气阴两虚兼血瘀型肺胀的验方, 能益气养阴, 活血化瘀, 泻肺平喘。本研究选取本院 92 例气阴两虚兼血瘀型重症肺胀患者为研究对象, 探讨生脉丹参饮联合西药治疗该病的临床疗效, 研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院 2013 年 7 月—2014 年 7 月收治的 92 例气阴两虚兼血瘀型重症肺胀患者为研究对象, 随机分为观察组与对照组各 46 例。观察组男 31 例, 女 15 例; 年龄 42~73 岁, 平均(57.09±10.82)岁; 病程 1~12 年, 平均(6.58±3.55)年。对照组男 28 例, 女 18 例; 年龄 45~76 岁, 平均(60.08±11.58)岁; 病程 0.5~11 年, 平均(6.04±3.42)年。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较, 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《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007

年修订版》^[1]中慢性阻塞性肺疾病的诊断标准; ②符合气阴两虚兼血瘀型肺胀的辨证标准, 主症: 咳嗽、气短、心悸、乏力; 次症: 口干舌燥, 盗汗, 面色或唇色紫暗, 舌苔暗红、舌体瘦、少苔或无苔, 脉细弱无力或结代; ③经本院医学伦理委员会审核批准, 患者自愿参与, 并签署知情同意书; ④近 1 月无呼吸道感染或急性加重; ⑤精神意识清晰, 无交流障碍。

1.3 排除标准 ①患心源性休克、高血压病、冠心病、梗阻性心脏病、急性肺动脉栓塞、急性肺水肿者; ②肝、肾功能不全或患内分泌、造血系统疾病者; ③对本研究所用药物过敏者; ④未按规定服药或资料不全者; ⑤妊娠或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予抗感染、祛痰、止咳、平喘等西药治疗; 给予低流量吸氧; 嘱患者控制盐分和水量的摄入, 盐分每天摄入量应低于 6 g, 饮水量应参照前日尿量, 不应比前日尿量超出 400 mL 以上。共治疗 14 天。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用生脉丹参饮。处方: 麦冬、五味子、炒酸枣仁、炙甘草各 10 g, 丹参、砂仁、葶苈子各 12 g, 党参 15 g, 茯神 20 g。每天 1 剂, 水煎取汁

[收稿日期] 2016-08-12

[作者简介] 卓维波 (1972-), 男, 主治医师, 主要从事呼吸系统疾病诊治工作。

300 mL, 分3次于饭后1 h服用。共用药14天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①比较2组咳嗽、咯痰、气短、喘息等症状的改善情况。②采集患者动脉血,采用血气分析仪检测2组治疗前后的血气指标[氢离子浓度指数(pH)、血氧分压(PaO₂)及动脉血二氧化碳分压(PaCO₂)]水平。③比较2组治疗前后用力肺活量(FVC)、1秒钟用力呼气量(FEV₁)、1秒钟用力呼气量实际值与预计值百分比(FEV₁%的变化)。④比较2组中医证候积分。采用中医证候积分量表,分别对心悸、气短、乏力、四肢水肿、出汗、胸闷、口干、喘息、咳嗽、咯痰、五心潮热等症状进行评分,症状消失为0分,轻度1分,中度2分,重度3分。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0统计学软件处理研究数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效:咳嗽、咯痰、气短、喘息等症状均好转,70% ≤ 中医证候积分较治疗前减少;有效:咳嗽、咯痰、气短、喘息等症状部份好转,30% ≤ 中医证候积分较治疗前减少 < 70%;无效:咳嗽、咯痰、气短、喘息等症状均未改善,甚至加重,中医证候积分减少 < 30%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组治疗总有效率为86.96%,高于对照组的52.17%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	例(%)			总有效
		显效	有效	无效	
观察组	46	17(36.96)	23(50.00)	6(13.04)	40(86.96)
对照组	46	3(6.52)	21(45.65)	22(47.83)	24(52.17)
χ^2 值					13.143
P					<0.05

4.3 2组治疗前后血气指标比较 见表2。治疗前,2组pH、PaO₂、PaCO₂比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组pH及PaCO₂均较治疗前升高($P < 0.05$),PaO₂较治疗前降低($P < 0.05$);观察组的pH及PaCO₂均高于对照组($P < 0.05$),PaO₂低于对照组($P < 0.05$)。

4.4 2组治疗前后肺功能指标比较 见表3。治疗前,2组FVC、FEV₁及FEV₁%比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,对照组FEV₁%及观察组FVC、FEV₁、FEV₁%均较治疗前升高($P < 0.05$);观察组FVC、FEV₁及FEV₁%均高于对照组($P < 0.05$)。

4.5 2组治疗后中医证候积分比较 见表4。治疗前,2组各项中医证候积分及总积分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组各项中医证候积分及总积分均较治疗前降低($P < 0.05$);观察组心悸、气短、乏力、四肢水肿、胸闷、出

汗、喘息、咳嗽、咯痰积分及总积分均低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后血气指标比较($\bar{x} \pm s, n=46$)

指标	观察组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
pH	7.14 ± 0.04	7.37 ± 0.05 ^{①②}	7.21 ± 0.02	7.29 ± 0.04 ^①
PaO ₂ (mmHg)	63.88 ± 4.27	38.96 ± 3.57 ^{①②}	64.09 ± 4.58	46.24 ± 3.54 ^①
PaCO ₂ (mmHg)	58.69 ± 3.24	88.47 ± 3.27 ^{①②}	55.59 ± 3.67	82.87 ± 3.57 ^①

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

表3 2组治疗前后肺功能指标比较($\bar{x} \pm s, n=46$)

指标	观察组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
FVC(L)	2.39 ± 0.74	3.02 ± 0.59 ^{①②}	2.46 ± 0.67	2.56 ± 0.72
FEV ₁ (L)	1.08 ± 0.39	1.61 ± 0.62 ^{①②}	1.21 ± 0.37	1.25 ± 0.70
FEV ₁ (%)	45.68 ± 5.28	58.37 ± 6.07 ^{①②}	46.12 ± 5.34	49.82 ± 6.52 ^①

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

表4 2组治疗后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s, n=46$)

指标	观察组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
心悸	1.92 ± 0.21	0.49 ± 0.07 ^①	1.93 ± 0.18	1.15 ± 0.14 ^{①②}
气短	2.03 ± 0.18	0.82 ± 0.16 ^①	2.04 ± 0.19	1.29 ± 0.13 ^{①②}
乏力	2.01 ± 0.23	0.57 ± 0.28 ^①	2.03 ± 0.31	1.28 ± 0.12 ^{①②}
四肢水肿	1.74 ± 0.12	0.30 ± 0.07 ^①	1.78 ± 0.17	0.37 ± 0.08 ^{①②}
胸闷	1.62 ± 0.24	0.37 ± 0.21 ^①	1.71 ± 0.21	0.88 ± 0.11 ^{①②}
出汗	2.14 ± 0.21	0.98 ± 0.75 ^①	2.09 ± 0.20	1.27 ± 0.17 ^{①②}
喘息	2.06 ± 0.18	0.62 ± 0.13 ^①	2.03 ± 0.19	1.27 ± 0.15 ^{①②}
口干	1.89 ± 0.21	1.54 ± 0.18 ^①	1.92 ± 0.17	1.12 ± 0.16 ^①
咳嗽	1.88 ± 0.17	0.79 ± 0.21 ^①	1.85 ± 0.15	1.08 ± 0.14 ^{①②}
咯痰	1.96 ± 0.21	0.82 ± 0.12 ^①	1.99 ± 0.22	0.89 ± 0.17 ^{①②}
五心潮热	2.25 ± 0.20	1.45 ± 0.16 ^①	2.21 ± 0.17	1.49 ± 0.17 ^①
总积分	16.28 ± 0.83	8.43 ± 0.68 ^①	16.41 ± 0.84	12.35 ± 0.82 ^{①②}

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

5 讨论

肺胀是多种慢性肺系疾病反复发作,迁延不愈,导致肺气胀满,不能敛降的一种病证。临床表现为胸部膨满,憋闷如塞,喘息上气,咳嗽痰多,烦躁,心悸,面色晦暗,或唇甲紫绀,脘腹胀满,肢体浮肿等,严重者会出现神志模糊、咯血等症状^[2]。病变首先在肺,继而影响脾、肾,多属气虚、气阴两虚之证。病理因素主要为痰浊、水饮与血瘀相互影响。如痰浊久留,致肺气郁滞,心脉失畅则血郁为瘀。气阴两虚兼血瘀证肺胀属本虚标实之证,治疗应以益气养阴,活血化瘀,泻肺平

喘为主。

生脉丹参饮由麦冬、五味子、炒酸枣仁、炙甘草、丹参、砂仁、葶苈子、党参、茯神组成。其中，麦冬有养阴生津、润肺止咳的功效；五味子能敛肺止咳、生津；炒酸枣仁能宁心、敛汗生津；炙甘草有益气通阳复脉的作用；丹参能活血祛瘀，通经止痛；砂仁可化湿行气；葶苈子具有泻肺平喘、利水消肿的功效；党参能补益肺气；茯神可宁心、安神、利水。全方共奏益气养阴，泻肺平喘，活血化瘀之功效。现代医学研究表明，生脉丹参饮可有效减轻血液黏稠度，提高冠状动脉的供血能力，心脏所受负荷减轻，呼吸系统以及氧和功能得到改善，二氧化碳分压降低，肺通气功能提高，慢性阻塞性肺疾病得以改善^[3]。

本研究结果显示，治疗后观察组的总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)；pH、PaCO₂及FVC、FEV₁、FEV₁%均高于对照组与同组治疗前 ($P < 0.05$)；PaO₂低于对照组与同组治疗前 ($P <$

0.05)；心悸、气短、乏力、四肢水肿、胸闷、出汗、喘息、咳嗽、咯痰积分及总积分均高于对照组与同组治疗前 ($P < 0.05$)。提示生脉丹参饮联合西药治疗气阴两虚兼血瘀型重症肺病，能有效改善患者的临床症状，提高呼吸功能和肺功能。

[参考文献]

- [1] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志. 2007, 30(1): 8-17.
- [2] 刘娟. 肺病从痰瘀虚论治[J]. 四川中医, 2013, 31(5): 33-34.
- [3] 吴艳蕊. 生脉丹参饮治疗气阴两虚兼血瘀型肺病的临床观察[D]. 昆明: 云南中医学院, 2014.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

中西医结合治疗一氧化碳中毒临床研究

刘晓晖, 尤莉

唐山市工人医院, 河北 唐山 063000

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗一氧化碳中毒患者的疗效以及对心肌酶谱指标和甲襞微循环指标的影响。方法: 选择 142 例一氧化碳中毒患者, 按照随机数字表法分为观察组与对照组各 71 例。对照组采用西医疗法治疗, 包括高压氧、吸氧、胞二磷胆碱、舒血宁注射液, 观察组在对照组治疗基础上加用活血养心汤口服治疗, 7 天为 1 疗程, 治疗 3 疗程。观察 2 组患者的临床治疗效果, 统计分析治疗前后心肌酶谱指标 [肌酸激酶 (CK)、肌酸激酶同工酶 (CK-MB)、肌钙蛋白 I (cTnI)、缺血修饰白蛋白 (IMA)] 及甲襞微循环指标 (管襻积分、襻周状态积分、管襻畸形率、白微栓率) 的变化。结果: 临床疗效总有效率观察组 95.77%, 对照组 76.06%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗前, 2 组心肌酶谱指标、甲襞微循环指标比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组 CK、CK-MB、管襻积分、襻周状态积分、管襻畸形率、白微栓率降低, cTnI、IMA 升高, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组 cTnI、IMA、管襻积分、襻周状态积分、管襻畸形率、白微栓率与对照组比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)，2 组 CK、CK-MB 比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 采用中西医结合治疗一氧化碳中毒患者具有确切的临床疗效, 对心肌具有一定的保护作用, 利于患者的预后。

[关键词] 一氧化碳中毒; 中西医结合疗法; 活血养心汤; 心肌损伤; 心肌酶谱; 甲襞微循环

[中图分类号] R749.6+3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 12-0036-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.016

一氧化碳中毒是我国发病及死亡人数较多的一种中毒性疾

是对缺氧敏感的脑以及心脏, 最为容易受到一氧化碳中毒的损伤^[1]。心肌酶谱及甲襞微循环指标是近几年来临床上研究较多

[收稿日期] 2016-07-13

[基金项目] 河北省科学技术支撑计划项目 (20150950)

[作者简介] 刘晓晖 (1969-), 女, 主治医师, 研究方向: 内科。