

科技出版社, 2002: 356-362.

- [6] 李光成. 小青龙汤加减治疗慢性支气管炎急性发作 30 例[J]. 中医临床研究, 2014, 6(22): 97-98.
- [7] 张娟, 朱云丽, 王宝玉. 清肺化痰汤治疗慢性支气管炎急性发作 32 例[J]. 陕西中医, 2014, 35(6): 683-684.
- [8] 黄文曼, 马慧妹. 苏黄止咳胶囊治疗咳嗽变异性哮喘 64

例疗效观察[J]. 中国医药指南, 2013, 11(15): 290-291.

- [9] 许建新, 王洪玉, 郭欣. 苏黄止咳胶囊治疗慢性支气管炎急性发作期临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(3): 186-189.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

加味小承气汤灌肠联合无创通气治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期呼吸衰竭临床研究

夏清华, 程继荣, 黄光辉, 何慧嫦

清远市中医院, 广东 清远 511500

[摘要] 目的: 观察加味小承气汤灌肠联合无创正压通气治疗慢性阻塞性肺病急性加重期(AECOPD)患者呼吸衰竭的临床疗效。方法: 将 32 例 AECOPD 呼吸衰竭的患者随机分为治疗组与对照组, 各 16 例, 2 组均采用无创正压通气及西医常规治疗方法, 治疗组加用加味小承气汤保留灌肠。比较 2 组临床症状、血气分析、无创通气并发症、气管插管发生率及平均通气时间变化。结果: 2 组治疗 24 h 后心率(HR)、呼吸频率(RR)、血气分析指标较治疗前均有改善($P < 0.05$), 2 组间治疗后比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。2 组治疗后腹胀、呕吐、误吸等症发生率、气管插管率及平均通气时间比较, 治疗组明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 加味小承气汤灌肠可减少 AECOPD 呼吸衰竭患者无创通气并发症, 降低气管插管率, 缩短无创通气时间。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD); 加味小承气汤; 灌肠; 无创通气; 呼吸衰竭

[中图分类号] R563 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 04-0067-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.033

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是呼吸系统疾病中的常见病和多发病, 其患病率和病死率均高。在慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)出现呼吸衰竭的患者中, 应用无创正压通气(NPPV)能有效改善患者低氧及二氧化碳潴留, 收到了较好的疗效。但也因其副作用, 如腹胀、呕吐、便秘及引起痰液黏稠等, 影响治疗效果。本研究旨在通过加味小承气汤保留灌肠联合 NPPV 缓解 AECOPD 呼吸衰竭患者临床症状, 减轻无创通气并发症, 缩短通气时间及减少气管插管率, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 32 例为 2011 年 3 月—2012 年 3 月在本院呼吸内科住院且符合纳入标准的 AECOPD 呼吸衰竭患者。采用随机数字表法分为 2 组, 对照组 16 例, 男 10 例, 女 6 例;

平均年龄(70.69 ± 11.90)岁; pH 值 7.30 ± 0.07 , 动脉血氧分压(PaO_2)(49.6 ± 11.0)mmHg, 动脉二氧化碳分压(PaCO_2)(64.4 ± 14.5)mmHg, 动脉血氧饱和度(SaO_2)(80.0 ± 11.3)%; 呼吸频率(RR)(30.8 ± 9.0)次/min, 心率(HR)(105.3 ± 10.0)次/min。治疗组 16 例, 男 11 例, 女 5 例; 平均年龄(69.62 ± 12.36)岁; pH 值 7.29 ± 0.08 , PaO_2 (48.2 ± 12.2)mmHg, PaCO_2 (65.9 ± 15.3)mmHg, SaO_2 (79.5 ± 12.0)%; RR(31.1 ± 8.6)次/min, HR(104.5 ± 11.6)次/min。2 组患者治疗前血气分析等指标经统计学处理, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合 2013 年修订的 COPD 全球倡议(GOLD)^[1], 并属急性加重期。入院当天血气分析符合 $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg, 伴有或不伴有 $\text{PaCO}_2 > 50$ mmHg。中医辨证参照《现代中医临床诊断学》^[2]标准, 证属痰热郁肺型。

[收稿日期] 2014-11-09

[作者简介] 夏清华 (1981-), 女, 主治医师, 研究方向: 呼吸系统疾病基础与临床。

1.3 排除标准 需要紧急气管插管；昏迷；不能配合治疗；上消化道出血；气道分泌物多，排痰能力障碍；面部手术、创伤或畸形者；气道损伤或阻塞、气管食管瘘；血流动力学不稳定和多脏器功能损害。

2 治疗方法

2.1 对照组 皆视病情使用抗生素、支气管舒张剂、糖皮质激素、雾化吸入治疗、化痰药、强心药、呼吸兴奋剂(必要时)等。予面罩接无创呼吸机通气，呼吸机为澳大利亚瑞思迈无创呼吸机，使用双水平气道正压通气，通气模式为S/T模式。吸气正压(IPAP)从6~8 cm H₂O开始，根据患者病情需要和耐受程度经过5~20 min逐渐上调IPAP至10~18 cm H₂O，呼气正压(EPAP)0~6 cm H₂O，具体视SpO₂或血气分析结果调整。每天通气时间依患者病情程度而定，一般为6~20 h。通气前向患者做好解释工作，消除其顾虑和紧张情绪。通气期间加强气道湿化，间歇期给予充分排痰。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上，加用加味小承气汤保留

灌肠。处方：大黄15 g，厚朴20 g，枳实、丹参、蒲公英各30 g。上述药物以水500 mL，煎取200 mL，凉至37℃左右，予保留灌肠，每天1次。疗程3~7天，视患者的治疗反应可适当调整剂量及疗程，如出现较严重的腹泻症状则予及时调整剂量或结束疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察治疗24 h后RR、HR及血气分析变化，及无创通气并发症、通气时间等的变化。

3.2 统计学方法 采用SPSS 13.0统计软件包进行处理和分析。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示，组间差异采用单因素方差分析；治疗前后的计量资料采用配对t检验。

4 治疗结果

4.1 2组RR、HR及血气分析指标变化比较 见表1。2组治疗24 h后HR、RR、血气分析指标较治疗前均有改善($P < 0.05$)，2组间治疗后比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表1 2组RR、HR及血气分析指标变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	pH	PaCO ₂ (mmHg)	PaO ₂ (mmHg)	SaO ₂ (%)	RR(次/min)	HR(次/min)
治疗组	16	治疗前	7.29 ± 0.08	65.9 ± 15.3	48.2 ± 12.2	79.5 ± 12.0	31.1 ± 8.6	104.5 ± 11.6
		治疗24 h后	7.37 ± 0.05	46.7 ± 7.4	84.6 ± 10.3	95.6 ± 6.0	22.1 ± 5.4	95.0 ± 10.6
对照组	16	治疗前	7.30 ± 0.07	64.4 ± 14.5	49.6 ± 11.0	80.0 ± 11.3	30.8 ± 9.0	105.3 ± 10.0
		治疗24 h后	7.38 ± 0.05	48.9 ± 8.8	82.1 ± 10.6	93.5 ± 6.8	23.5 ± 6.0	96.4 ± 11.2

与本组治疗前比较，①P < 0.05

4.2 2组无创通气并发症及通气时间比较 见表2。2组治疗后腹胀、呕吐、误吸等症状发生率、气管插管率比较，治疗组明显低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。平均通气时间治疗组为(6.9 ± 3.5)天，对照组为(9.0 ± 5.4)天，治疗组明显少于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组无创通气并发症比较 例(%)

组别	n	腹胀发生率	呕吐发生率	误吸发生率	气管插管率
治疗组	16	3(18.8)	1(6.3)	0	1(6.3)
对照组	16	11(68.8)	3(18.8)	5(31.3)	5(31.3)

与对照组比较，①P < 0.05

5 讨论

COPD患者免疫功能低下，容易合并感染及呼吸肌疲劳而出现急性加重，对患者的生活质量、肺功能、疾病进程和社会经济负担产生严重的负面影响，其主要特征是持续存在的气流受限、进行性加重、迁延不愈、反复发作等^[3-4]。AECOPD患者合并呼吸衰竭使肺泡通气不足，导致低氧血症，CO₂潴留，无创正压通气能够有效减小呼吸负荷，缓解呼吸肌疲劳，降低氧耗量，从而提高PaO₂，降低PaCO₂^[5]。

COPD属于中医学肺胀范畴，急性加重期以痰、热、瘀、壅为主，治疗以“急则治其标”为原则。《黄帝内经》曰：

“脉盛、皮热、腹胀、前后不通、闷瞀，此谓五实。”故化痰祛瘀、调畅气机作为COPD实证的基本治疗方法，是改善COPD患者“痰瘀壅塞”的关键。加味小承气汤灌肠，方中大黄攻积导滞，使肺热从大肠解泄；枳实辛开苦降，善破气除痞、消积导滞，厚朴行气、燥湿除满、降逆平喘；丹参活血祛瘀，蒲公英清热解毒散结；全方共奏清热泻肺平喘、理气消积、行气通腑之功。现代药理研究表明，大黄能通过刺激结肠肌电变化，改变肠神经系统递质和胃肠激素分泌等多种途径，从而增加结肠蠕动，抑制大肠水分吸收、刺激肠黏膜分泌^[6-7]，且有直接抑菌作用^[8]。丹参可以降低血液黏稠度^[9]，改变血液高凝状态，改善微循环，减少血栓形成，还可以通过直接扩张肺小动脉平滑肌，降低肺循环阻力，通过增加心脏输出量，改善肺血流^[10]。蒲公英有抗菌、免疫调节等作用^[11-12]。

本研究通过中医灌肠法调整胃肠功能，增加胃肠蠕动，改善肺血流，从而达到调畅肺气的目的，同时减少无创通气的并发症，提高治疗效果，但其详细机制有待进一步研究与探讨。

[参考文献]

[1] Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, et al. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: GOLD Executive Summary

- [J]. Am J Respir Crit Care Med, 2013, 187: 347-365.
- [2] 朱文锋, 何清湖. 现代中医临床诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003, 528-529.
- [3] 慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治专家组. 慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治中国专家共识(草案)[J]. 国际呼吸杂志, 2012, 32(22): 1681-1691.
- [4] 柳涛, 蔡柏蔷. 慢性阻塞性肺疾病诊断、处理和预防全球策略(2011年修订版)介绍[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2012, 11(1): 1-12.
- [5] 班健. BiPAP 通气在 AECOPD 合并 型呼吸衰竭的临床应用[J]. 临床肺科杂志, 2011, 16(4): 526.
- [6] 汪兴伟, 刘海峰, 徐梅, 等. 大黄对慢传输型便秘大鼠结肠肌间神经丛胆碱能神经的影响[J]. 重庆医学, 2008, 37(15): 1685-1688.
- [7] 刘海峰, 何俊堂, 姜利国, 等. 慢传输型便秘大鼠结肠壁内神经病理学改变[J]. 中华消化杂志, 2005, 25(9): 564.
- [8] 陈海龙, 吴咸中, 关凤林, 等. 中医通里攻下法对器官功能不全综合征时肠道屏障功能保护作用的实验研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2000, 20(2): 120-122.
- [9] 任薇, 王胜. 丹参粉治疗慢性肺源性心脏病临床观察[J]. 临床肺科杂志, 2007, 12(2): 195-196.
- [10] 莫晓能, 陈文彬. 丹参防治肺动脉高压的研究[J]. 中国中西医结合杂志, 1999, 19(4): 252.
- [11] 孙继梅, 郑伟, 周秀珍, 等. 蒲公英体外抑菌活性的研究[J]. 中国误诊学杂志, 2009, 9(11): 2542-2543.
- [12] 于新慧, 石学魁, 张晓莉, 等. 蒲公英对小鼠免疫功能的调节研究[J]. 牡丹江医学院学报, 2008, 29(4): 11-13.

(责任编辑: 骆欢欢)

百令胶囊内服联合穴位敷贴治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期老年患者临床观察

徐静萍, 徐伟刚

象山县第一人民医院, 浙江 象山 315700

[摘要] 目的: 观察在西医常规处理基础上, 加用百令胶囊内服联合穴位敷贴治疗慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 稳定期老年患者的临床疗效。方法: 将 100 例肺肾气虚型 COPD 稳定期老年患者随机分为治疗组和对照组各 50 例。对照组给予氧疗、止咳化痰治疗, 吸入沙丁胺醇气雾剂, 按需使用。治疗组在对照组治疗的基础上口服百令胶囊、穴位敷贴治疗, 连续治疗 12 周。观察肺肾气虚证积分、肺功能和 BODE 指数, 采用圣乔治呼吸问卷 (SGOR) 评价生活质量。结果: 治疗组临床疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 治疗组用力肺活量 (FVC)、第 1 秒用力呼气容积 (FEV₁)、第 1 秒用力呼气容积与用力肺活量的百分比 (FEV₁/FVC) 均较治疗前升高 ($P < 0.01$), 并高于对照组 ($P < 0.05$); 2 组肺肾气虚证积分、SGOR 评分和 BODE 指数均较治疗前下降 ($P < 0.01$), 治疗组 3 项评分值均低于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 加用百令胶囊内服联合穴位敷贴治疗 COPD 稳定期肺肾气虚证老年患者, 能改善患者的肺功能, 减轻临床症状, 提高生活质量, 临床疗效优于单纯西医治疗。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病 (COPD); 稳定期; 肺肾气虚; 百令胶囊; 穴位敷贴; 生活质量

[中图分类号] R563.1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 04-0069-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.034

慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 稳定期指患者咳嗽、咳痰、气短等症状稳定

或症状轻微, 其特征为持续性、进行性气流受限, 常反复急性加重, 病情进行性发展。在 COPD 稳定期进行干预、控制症

[收稿日期] 2014-12-08

[作者简介] 徐静萍 (1978-), 女, 主管护师, 主要从事呼吸内科的护理工作。