

- [2] 张玉焕, 徐士欣, 朱亚萍, 等. 合用舒脑欣滴丸对眩晕(高血压)炎症因子水平的影响[J]. 中成药, 2014, 36(10): 2055- 2059.
- [3] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南2010[J]. 中华心血管病杂志, 2011, 39(7): 579- 615.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 73- 77.
- [5] Duracinsky M, Mosnier I, Bouccara D, et al. Literature review of questionnaires assessing vertigo and dizziness, and their impact on patients' quality of life[J]. Value Health, 2007, 10(4): 273- 284.
- [6] 李为民, 何华, 李鲤. 李鲤运用保和丸化裁治疗原发性高血压病眩晕经验[J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21(4): 472- 473.
- [7] 杨桦, 罗永丽. 安脑片治疗脑卒中后血管性痴呆的临床疗效[J]. 昆明医科大学学报, 2015, 36(8): 132- 133.

(责任编辑: 刘淑婷)

清热化痰活血法联合西药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效观察

许建华

宁波市鄞州区第三医院内科, 浙江 宁波 315191

[摘要] 目的: 观察清热化痰活血法联合西药治疗慢性阻塞性肺疾病(COPD)急性加重期患者的临床疗效。方法: 将100例患者随机分为对照组与观察组各50例。对照组予抗菌消炎、化痰平喘等常规治疗, 治疗组在对照组的基础上加用清热化痰活血中药治疗。观察2组患者治疗前后血气分析及肺功能、临床症状评分变化, 统计2组临床疗效、不良反应及随访6月的复发情况。结果: 治疗后2组患者氧分压(PO_2)、1秒用力呼气容积(FEV_1)/用力肺活量(FVC)均较治疗前上升($P < 0.05$), 二氧化碳分压(PCO_2)、 FEV_1 较治疗前下降($P < 0.05$); 且观察组上述各项指标改善较对照组更显著($P < 0.05$)。治疗后2组临床症状评分均较治疗前显著下降($P < 0.05$), 且观察组各症状评分下降较对照组更显著($P < 0.05$)。总有效率观察组为94.0%, 对照组为62.0%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。随访6月, 复发率观察组为4.3%, 对照组为32.3%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 清热化痰活血法联合西药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者, 疗效优于单纯西药治疗, 且复发率较低。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病; 急性加重期; 中西医结合疗法; 清热化痰活血

[中图分类号] R563 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)06-0038-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.06.017

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种以持续气流受限为主要特征的可防治性疾病, 该疾病进行性发展的气流受限与患者气道及肺组织对烟雾等有害气体或颗粒的慢性炎症反应增强有紧密联系^[1]。目前尚未完全清楚该疾病发病机制, 然气道慢性炎症为临床医学所认可的发病机制。现代医学认为, 急性加重期常见原因是受细菌或病毒感染所致患者气道炎症加重, 因此治疗应以抗生素、控制性氧疗及支气管舒张药等为主, 其虽可改

善患者临床症状, 但效果并不理想且长期应用易产生耐药性, 增加治疗难度^[2]。中医学对COPD认识由来已久, 且治疗取得一定成效。临床上, 中西医联合用药则可弥补各自不足, 最大限度改善患者预后。本次研究应用清热化痰活血法联合西药治疗COPD急性加重期患者, 收到较好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 西医诊断符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指

[收稿日期] 2015-12-03

[作者简介] 许建华(1971-), 男, 副主任医师, 主要从事内科临床工作。

南》^[3]有关诊断标准,吸入支气管扩张剂后行肺功能检查提示1秒用力呼气容积(FEV₁)/用力肺活量(FVC)<70%、气促加重、咳嗽痰量增加。中医诊断符合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]中相关标准,属痰热郁肺证,主症:胸满、咳逆喘息气粗、咯痰黄或白;次症:烦躁、便干、出汗、口渴欲饮、咽痒疼痛、舌质暗红、苔黄、脉滑数。

1.2 纳入标准 ①符合以上诊断标准;②年龄40~80岁;③自愿参与本研究且签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①不符合以上各项诊断、纳入标准者;②合并结核或恶性肿瘤疾病、严重性心血管或肝肾功能障碍者;③过敏体质者;④近期使用免疫抑制剂者;⑤合并血液系统疾病、自身免疫系统疾病者;⑥合并其他感染或重大手术或创伤者、精神疾病者。

1.4 一般资料 观察病例均为本院2013年12月—2015年12月就诊的COPD急性加重期患者,共100例,按照随机数字表法分为2组,各50例。对照组男30例,女20例;年龄55~80岁,平均(67.5±4.6)岁;病程2.5~22.3年,平均(13.5±5.1)年。观察组男32例,女18例;年龄54~77岁,平均(66.9±4.4)岁;病程2.7~22.1年,平均(13.1±5.0)年。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 莫西沙星(拜耳医药保健有限公司)口服,每次0.4g,每天1次。噻托溴铵粉雾剂(正大天晴药业集团有限公司)吸入,每次1粒,每天1次;低流量吸氧(流量10~20L/min),吸氧持续时间>15h/d。茶碱缓释片口服,每次0.2g,每天3次。万托林雾化液硫酸沙丁胺醇雾化吸入,每次200μg,每天1次;沐舒坦口服,每次30mg,每天1次。疗程为2周。

2.2 观察组 在对照组的基础上加用清热化痰活血中药治疗。处方:薏苡仁25g,毛冬青20g,瓜蒌皮、紫菀、款冬花、桃仁、紫苏子各10g,芦根、冬瓜仁、浙贝母、丹参、山楂各15g。每天1剂,加水煎熬至300mL,取汁150mL服用,复渣,早晚各服用1次,疗程为2周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床症状评分^[5]:0分:患者无咳嗽、喘息及气短等;1分:间断咳嗽,昼夜咳痰量为10~50mL,上楼梯或快走时气短、喘息;2分:中度咳嗽,昼夜咳痰量51~100mL,穿衣或洗脸时喘息或气短;3分:咳嗽影响日常生活及睡眠,昼夜咳痰量>100mL,休息时喘息。②采用德国耶格公司Master Screen肺功能仪测定肺功能:FEV₁及FEV₁/FVC。③采用AVL-OPTI血气分析仪检测动脉血气分析:氧分压(PO₂)、二氧化碳分压(PCO₂)。④统计2组临床疗效、不良反应及随访6月的复发情况

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0软件进行统计分析,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用百分率(%)表

示,采用 χ^2 表示。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]拟定。显效:治疗后,患者咳嗽次数较治疗前明显减少,痰量较治疗前明显减少且更稀薄且易咳嗽,呼吸困难消失,肺部湿啰音明显减轻或完全消失;有效:治疗后,患者咳嗽次数、痰量稍减少,用力则可排出,呼吸困难减轻,肺部湿啰音减少,但未达显效标准;无效:治疗后各症状、体征无改善,甚至加重。

4.2 2组治疗前后血气分析及肺功能变化比较 见表1。治疗后,2组患者PO₂、FEV₁/FVC均较治疗前上升($P < 0.05$),PCO₂、FEV₁较治疗前下降($P < 0.05$);且观察组上述各项指标改善较对照组更显著($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后血气分析及肺功能变化比较($\bar{x} \pm s$)

项目	对照组($n=50$)		观察组($n=50$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
PQ(mmHg)	53.29±6.98	67.52±8.79 ^①	53.32±7.01	70.58±9.75 ^②
PCO ₂ (mmHg)	65.56±7.41	57.15±5.45 ^①	65.62±7.39	52.16±4.71 ^②
FEV ₁ /FVC(%)	45.69±5.68	54.79±6.69 ^①	45.72±5.71	59.16±7.28 ^②
FEV ₁ (%)	36.89±5.61	45.26±6.02 ^①	36.92±5.63	50.12±6.99 ^②

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

4.3 2组临床症状评分变化比较 见表2。治疗后,2组临床症状评分均较治疗前显著下降($P < 0.05$),且观察组各症状评分下降较对照组更显著($P < 0.05$)。

表2 2组临床症状评分变化比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后	t 值	P 值
对照组	50	2.51±0.76	1.58±0.49	7.27	0.00
观察组	50	2.54±0.80	0.62±0.35	15.55	0.00
t 值		0.19	11.27		
P 值		0.85	0.00		

4.4 2组临床疗效比较 见表3。总有效率观察组为94.0%,对照组为62.0%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组临床疗效比较 例

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	50	20	11	19	62.0
观察组	50	37	10	3	94.0
χ^2 值					16.75
P 值					0.00

4.5 2组复发率比较 随访6月,复发率观察组为4.3%(3/47),对照组为32.3%(10/31),2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.6 不良反应 治疗期间,对照组呕吐腹泻2例,但症状轻

微；观察组出现腹泻症状1例，症状于30 min后消失，均未影响治疗。

5 讨论

加重期 COPD 属中医学咳嗽、肺胀等范畴。中医学认为，该病发病机制为肺脏反复受邪，气机闭阻，宣降失司，痰浊内蕴，久而不愈损伤肺气，最终使患者生理功能下降而发病。一般认为本病病机为本虚标实，以肺、脾、肾虚为本，以痰、热、瘀为标，故急性加重期治疗应以清热化痰活血法为主，兼治脾肾。临床中笔者拟清热化痰活血法组方治疗，方中苇茎清肺化痰；薏苡仁清肺热；冬瓜仁清热化痰通便；桃仁活血祛瘀、润肠通便；瓜蒌皮清肺化痰；紫菀、款冬花化痰止咳；紫苏子化痰止咳、降气平喘；山楂消食健胃；毛冬青清热化痰，活血祛瘀；丹参活血化痰；浙贝母清热化痰，开郁散结。诸药合用，共奏清热活血、化痰止咳之效。据现代药理学研究发现，苇茎汤可增强机体免疫力^[7]；冬瓜仁具有促进免疫作用；薏苡仁具有抗炎、增强免疫及镇痛作用；大剂量薏苡仁油可抑制呼吸中枢，扩张肺血管^[8]；紫苏子水提取物具有镇咳作用；瓜蒌可化痰、抑菌及增强抗缺氧能力；款冬花水煎剂可镇咳祛痰，缓解组胺和乙酰胆碱等所致气管痉挛；山楂具有提高免疫功能、镇痛抗炎等作用。联合西药抗菌消炎、化痰平喘，进一步改善患者病理状态，从而更好地改善患者临床症状，促进其康复，达到标本兼治目的。

观察结果显示，治疗后观察组各项指标改善情况均明显优于对照组($P < 0.05$)，且观察组总有效率高于对照组、复发率低于对照组($P < 0.05$)，提示清热化痰活血法中药联合西医常规辅助治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者，可显著改善患者临床症状及肺功能，进一步提高临床疗效，降低复发率，值

得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 李杰, 武维屏, 罗慧, 等. 中药化痰法对青霉素在慢性阻塞性肺疾病急性加重期大鼠肺组织中转运能力的影响[J]. 北京中医药大学学报, 2013, 36(6): 404-408.
- [2] 罗水泉. 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期50例临床观察[J]. 中国中医急症, 2014, 23(9): 1745-1746.
- [3] 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[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2002, 25(8): 453-460.
- [4] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 54-58.
- [5] 丁增学. 清热化痰中药联合吸入用复方异丙托溴铵溶液对煤工尘肺合并慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者肺功能及血清白细胞介素-6和白细胞介素-8的影响[J]. 河北中医, 2013, 35(3): 392-394.
- [6] 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: 61-62.
- [7] 冯颖, 张军峰, 张旭, 等. 千金苇茎汤促进撤血清舌鳞癌细胞凋亡机制的研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(18): 236-240.
- [8] 刘聪燕, 黄萌萌, 周静, 等. 不同产地薏苡仁药效成分含量与体外抗肺癌活性的相关性分析[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(11): 7-10.

(责任编辑: 冯天保)