

◆ 临床研究 ◆

清肺化痰宣肺汤联合常规西医疗法治疗肺源性心脏病痰热壅肺证 55 例临床研究

张丹

庆阳市人民医院心血管内科, 甘肃 庆阳 745000

[摘要] 目的: 探讨清肺化痰宣肺汤联合常规西医干预治疗肺心病痰热壅肺证的临床疗效。方法: 选取本院收治符合研究条件的肺源性心脏病患者共 110 例, 采取随机数字表法分为对照组和观察组各 55 例。对照组给予常规干预措施, 观察组在对照组基础上予清肺化痰宣肺汤治疗。2 组连续治疗 1 周。比较 2 组痰热壅肺证症状积分、肺动脉平均压和心输出量以及血气指标二氧化碳分压 (PaCO₂) 和氧分压 (PaO₂), 统计 2 组临床疗效。结果: 观察组总有效率为 94.55%, 明显高于对照组 80.00%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组患者痰热壅肺证症状 (咳嗽、咳痰、喘息、口渴、胸闷) 评分较治疗前明显下降 ($P < 0.01$); 观察组治疗后痰热壅肺证症状评分明显低于对照组 ($P < 0.01$)。治疗后, 2 组肺动脉平均压较治疗前明显减少 ($P < 0.01$), 心输出量较治疗前明显增加 ($P < 0.01$); 观察组治疗后肺动脉平均压显著少于对照组 ($P < 0.01$), 心输出量明显高于对照组 ($P < 0.01$)。治疗后, 2 组 PaCO₂ 较治疗前显著减少 ($P < 0.01$), PaO₂ 较治疗前显著增加 ($P < 0.01$); 观察组治疗后 PaCO₂ 明显低于对照组 ($P < 0.01$), PaO₂ 明显高于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 清肺化痰宣肺汤联合常规西医干预措施治疗肺源性心脏病痰热壅肺证, 可促进患者临床症状体征改善, 提高临床疗效。

[关键词] 肺源性心脏病; 痰热壅肺证; 清肺化痰宣肺汤; 血气水平

[中图分类号] R541.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2019) 03-0099-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.03.030

Clinical Study on Qingfei Huatan Xuanfei Tang Combined with Routine Western Medicine for 55 Cases of Pulmonary Heart Disease with Syndrome of Phlegm-heat Obstructing Lung

ZHANG Dan

Abstract: **Objective:** To explore the clinical effect of Qingfei Huatan Xuanfei tang combined with routine western medicine intervention for pulmonary heart disease with syndrome of phlegm-heat obstructing lung. **Methods:** Selected 110 cases of patients with pulmonary heart disease who met the criteria for research in our hospital, and divided them into the control group and the observation group randomly, 55 cases in each group. The control group was given the routine intervention measures, while the observation group was additionally given Qingfei Huatan Xuanfei tang. The treatment for both groups lasted for one week. Compared the symptom scores of phlegm-heat obstructing lung syndrome, mean pulmonary artery pressure, cardiac output and indexes of blood gas including the partial pressure of carbon dioxide (PaCO₂) and partial pressure of oxygen (PaO₂) in both groups, and statistically analyzed the clinical effect in both groups. **Results:** The total effective rate was 94.55% in the observation group, being significantly higher than 80.00% in the control group, difference being significant ($P < 0.05$). After treatment, the symptom scores of phlegm-heat obstructing lung syndrome (cough, expectoration, wheezing, thirst and chest distress) in both groups were significantly lower than those before treatment ($P < 0.01$); the symptom scores of phlegm-heat obstructing lung syndrome in the observation group were significantly lower than those in

[收稿日期] 2018-07-10

[作者简介] 张丹 (1977-), 女, 副主任医师, 研究方向: 心血管内科。

the control group ($P < 0.01$). After treatment, the mean pulmonary artery pressure in both groups was significantly lower than that before treatment ($P < 0.01$), and the cardiac output was significantly higher than that before treatment ($P < 0.01$); the mean pulmonary artery pressure in the observation group was significantly lower than that in the control group ($P < 0.01$), and the cardiac output was significantly higher than that in the control group ($P < 0.01$). After treatment, the level of PaCO₂ in both groups was significantly lower than that before treatment ($P < 0.01$), and the level of PaO₂ in both groups was significantly higher than that before treatment ($P < 0.01$); the level of PaCO₂ in the observation group was significantly lower than that in the control group ($P < 0.01$), and the level of PaO₂ was significantly higher than in the control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Qingfei Huatan Xuanfei tang combined with routine western medicine intervention for pulmonary heart disease with syndrome of phlegm-heat obstructing lung can help improve the clinical symptoms and signs of patients and enhance the clinical effect.

Keywords: Pulmonary heart disease; Phlegm-heat obstructing lung syndrome; Qingfei Huatan Xuanfei tang; Blood gas level

肺源性心脏病(简称肺心病)多由慢性阻塞性肺疾病进展至晚期诱发,患者的病情重、治疗过程较长,是当前我国老年人群致死的重要因素之一^[1]。临床资料显示,肺、胸廓及周围血管慢性病变诱发肺组织功能结构异常改变是该病发生发展的主因,如不及时治疗可导致肺动脉高压及右心功能衰竭,研究显示,我国住院肺心病患者死亡率高达15%~45%^[2]。目前西医对肺心病以对症治疗为主,如保持气道通畅、控制气道感染、纠正血气异常及电解质平衡紊乱以及改善心脏功能等,仅能部分控制临床症状体征,无法满足患者需要^[3]。近年中医药被用于肺心病的临床治疗,且在缓解症状体征、改善生活质量等方面取得满意效果^[4]。本研究针对肺心病痰热壅肺证患者的病情特点,在常规干预基础上予清肺化痰宣肺汤,取得满意治疗效果,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年1月至2018年7月间本院收治符合研究条件的肺心病患者共110例,采取随机数字表法分为对照组和观察组各55例。对照组,男34例,女21例;年龄52~70岁,平均(67.01±7.45)岁;病程2.5~5.5年,平均(4.04±0.45)年;心功能分级(NYHA)^[5]:Ⅱ级27例,Ⅲ级28例。对照组,男36例,女19例;年龄53~70岁,平均(66.95±7.51)岁;病程2.5~6年,平均(4.14±0.49)年;NYHA:Ⅱ级29例,Ⅲ级26例。2组患者上述基本资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。研究方案经本院医学伦理委员会批准。

1.2 诊断标准 根据《内科学》^[6]标准拟定。①结合病史,合并呼吸衰竭、肺动脉高压以及右心功能衰竭等症状、体征,肺部感染诱导加重。②痰色由稀变稠或由白变黄,痰量增多,或为脓性痰。③听诊:肺局部大小不等湿啰音。④血常规:白细胞增多。⑤伴体温增高。⑥结合X线等影像学检测。

1.3 辨证标准 痰热壅肺辨证标准根据《慢性肺原性心脏病中医诊疗指南(2014版)》^[7]拟定。主症:喘促,动则喘甚,咳嗽,痰黏稠,痰黄,胸闷,口渴,尿黄,大便秘结,舌质红、舌苔黄腻,脉滑数。次症:发热,烦躁,紫绀,不能平

卧,纳呆,咯痰不爽,气短,舌苔干燥。诊断:①喘促或胸闷气短、甚者不能平卧,动则加重,或咳嗽。②痰色黄或黏稠,咯痰不爽。③发热或口渴。④大便干结。⑤舌质红,或舌苔黄或黄腻,或脉数或滑数。确诊条件:①+②兼③、④、⑤中任意2项。

1.4 纳入标准 ①具备肺心病诊断标准。②满足痰热壅肺证辨证标准。③年龄50~75岁,性别不限。④NYHA为Ⅱ~Ⅲ级。⑤近期未采用相关治疗者。⑥患者或患者家属知情,且签署同意书。

1.5 排除标准 ①精神病患者。②严重肝肾功能障碍者。③伴血液系统、内分泌系统等严重障碍者。④药物过敏者。⑤风湿性心脏病、心肌病等其他类型心脏病。⑥肺结核、肺癌者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规干预措施。持续低流量吸氧,纠正水电解质酸碱失调;根据药敏试验、痰培养结果行抗感染,左氧氟沙星(福安药业集团宁波天衡制药有限公司,国药准字H20060508)0.3g,用0.9%氯化钠注射液稀释后静脉滴注,1次/天;注射用盐酸氨溴索(山东罗欣药业集团股份有限公司,国药准字H20090043)30mg,5%葡萄糖注射液100mL稀释后静脉滴注,2次/天;祛痰口服沐舒坦(上海勃林格殷格翰药业,国药准字H20030360)30mg,2次/天;心功能改善口服单硝酸异山梨酯缓释片(阿斯利康制药有限公司,国药准字H20030418),60mg/次,1次/天;改善呼吸困难注射用多索茶碱(瑞阳制药有限公司,国药准字H20052239)0.2g,用5%葡萄糖注射液100mL稀释后静脉滴注,2次/天。

2.2 观察组 在对照组基础上予清肺化痰宣肺汤治疗,处方:瓜蒌15g,法半夏、浙贝母、栀子、桔梗、茯苓、枳实、苦杏仁各9g,桑白皮、黄芩、玄参、陈皮各12g,胆南星、甘草各6g。随症加减:胸闷痛明显者加延胡索9g;咯痰黄多者加薏苡仁12g,鱼腥草18g,冬瓜仁12g;兼有血瘀者加赤芍、桃仁各12g;大便秘结者加大黄9g;热盛伤阴者加天花粉12g,生地黄15g;热甚烦躁、面红、大汗出者加生石膏(先煎)20g,知母12g。每天1剂,常规水煮2次,取药液

200 mL, 分2次内服。

疗程: 2组连续治疗1周, 每周复诊1次。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①2组痰热壅肺证症状积分: 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8]标准拟定。按症状分级评价咳嗽、咳痰、喘息、口渴、胸闷, 记分为无(0分)、轻度(1分)、中度(2分)和重度(4分)。②2组肺动脉平均压和心输出量: 于治疗前后采用彩色多普勒显像仪检测。③2组血气评价: 于治疗前后使用血气分析仪测定2组患者的二氧化碳分压(PaCO₂)和氧分压(PaO₂)。

3.2 统计学方法 采取SPSS18.0软件包分析数据, 计量资料用($\bar{x} \pm s$)描述, 组间比较用 t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据《中医病证诊断疗效标准》^[9]拟定。显效: 痰热壅肺证症状积分减分率 $\geq 75\%$, 血气分析 PaO₂下降 > 3 mm Hg, PaCO₂上升 > 15 mm Hg。有效: 痰热壅肺证症

状积分减分率 $30\% \sim 75\%$, 血气分析 PaO₂下降 < 3 mm Hg, PaCO₂上升 > 10 mm Hg。无效: 痰热壅肺证症状积分减分率 $< 30\%$, 或血气分析均无变化, 甚或加重。总有效率=(显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。痰热壅肺证症状积分减分率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率为94.55%, 明显高于对照组80.00%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	55	17	27	11	80.00
观察组	55	23	29	3	94.55 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

4.3 2组痰热壅肺证症状评分比较 见表2。治疗后, 2组患者痰热壅肺证症状(咳嗽、咳痰、喘息、口渴、胸闷)评分较治疗前明显下降($P < 0.01$); 观察组治疗后痰热壅肺证症状评分明显低于对照组($P < 0.01$)。

表2 2组痰热壅肺证症状评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	咳嗽	咯痰	喘息	胸闷	口渴
对照组	55	治疗前	3.44 \pm 0.39	3.35 \pm 0.36	3.31 \pm 0.37	3.38 \pm 0.37	3.21 \pm 0.34
	55	治疗后	2.03 \pm 0.23 ^①	2.01 \pm 0.24 ^①	2.09 \pm 0.23 ^①	2.04 \pm 0.22 ^①	1.92 \pm 0.22 ^①
观察组	55	治疗前	3.41 \pm 0.38	3.31 \pm 0.35	3.26 \pm 0.34	3.32 \pm 0.35	3.15 \pm 0.33
	55	治疗后	1.04 \pm 0.12 ^{①②}	1.01 \pm 0.13 ^{①②}	1.06 \pm 0.11 ^{①②}	1.08 \pm 0.13 ^{①②}	0.99 \pm 0.11 ^{①②}

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

4.4 2组肺动脉平均压和心输出量比较 见表3。治疗后, 2组肺动脉平均压较治疗前明显减少($P < 0.01$), 心输出量较治疗前明显增加($P < 0.01$); 观察组治疗后肺动脉平均压显著少于对照组($P < 0.01$), 心输出量明显高于对照组($P < 0.01$)。

4.5 2组血气分析比较 见表4。治疗后, 2组 PaCO₂ 较治疗前显著减少($P < 0.01$), PaO₂ 较治疗前显著增加($P < 0.01$); 观察组治疗后 PaCO₂ 明显低于对照组($P < 0.01$), PaO₂ 明显高于对照组($P < 0.01$)。

5 讨论

肺心病属中医学喘证、肺胀等疾病范畴, 多由于患者感受外邪使病情反复发作加重, 表现为外感风热至肺, 与痰湿相搏, 痰郁化热, 引起痰热阻塞气道, 壅闭于肺, 引起肺失宣降, 最终表现为肺经实热证候^[10]。《寿世保元·痰喘》指出: “肺胀喘满, 膈高气急, 两肋煽动, 陷下作坑, 两鼻窍张, 闷乱喘渴, 声嘎不鸣, 痰涎壅塞。”《医方集解·除痰之剂》曰: “气有余则为火。液有余则为痰, 故治痰者必降其火, 治火者必顺其气也。”因此, 临床治宜以清热化痰、宣降肺气为主要法则。

清肺化痰宣肺汤是依据《医方考》古方清气化痰丸加减化

表3 2组肺动脉平均压和心输出量比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	肺动脉平均压(kPa)	心输出量(L/min)
对照组	55	治疗前	5.85 \pm 0.62	3.25 \pm 0.34
	55	治疗后	4.70 \pm 0.55 ^①	3.99 \pm 0.43 ^①
观察组	55	治疗前	5.82 \pm 0.63	3.30 \pm 0.36
	55	治疗后	3.30 \pm 0.36 ^{①②}	4.79 \pm 0.51 ^①

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

表4 2组血气分析比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	PaCO ₂	PaO ₂
对照组	55	治疗前	72.56 \pm 7.71	55.03 \pm 5.89
	55	治疗后	56.05 \pm 5.97 ^①	62.13 \pm 6.64 ^①
观察组	55	治疗前	72.49 \pm 7.63	55.09 \pm 5.94
	55	治疗后	48.03 \pm 5.21 ^{①②}	69.88 \pm 7.41 ^{①②}

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

裁而成, 方中胆南星味苦性凉, 清热化痰, 治痰热之壅闭; 瓜蒌甘寒, 长于清肺化痰, 与胆南星合用泻肺火、化痰热, 以助胆南星之力; 黄芩苦寒, 善能清泻肺火; 治痰当须理气, 故又

以枳实行气化痰、消痞除满，以宽胸；陈皮理气宽中，兼可燥湿化痰；脾为生痰之源，肺为贮痰之器，兼以茯苓健脾渗湿，苦杏仁宣利肺气，法半夏燥湿化痰，既消已生之痰，又杜生痰之源；桔梗宣肺化痰，且引诸药入肺经；桑白皮味甘、性寒，归肺经，可泻肺平喘、利水消肿；栀子味苦、性寒，具有泻火除烦、清热利湿、凉血解毒之功；浙贝母清热散结，化痰止咳；玄参味咸能软坚而消散郁结，起到清热凉血、滋阴降火、解毒散结之效；甘草调和诸药兼以共奏宣肺升阳、祛痰散瘀之功效。全药配伍清热与化痰并重，且于清化之中佐以理气之品，使热清火降，气顺痰消，则诸症自除。

本研究结果显示：治疗后，观察组患者痰热壅肺证症状（咳嗽、咳痰、喘息、口渴、胸闷）评分明显低于对照组，提示了加用清肺化痰宣肺汤治疗肺心病痰热壅肺证可促进症状改善；观察组治疗后肺动脉平均压显著少于对照组，心输出量明显高于对照组，说明了加用清肺化痰宣肺汤治疗肺心病痰热壅肺证可促进患者心肺功能好转；治疗后，观察组患者 PaCO₂ 明显低于对照组，PaO₂ 明显高于对照组，说明了加用清肺化痰宣肺汤治疗肺心病痰热壅肺证可进一步改善患者的血气指标。疗效统计发现，观察组总有效率为 94.55%，明显高于对照组 80.00%，提示了加用清肺化痰宣肺汤治疗肺心病痰热壅肺证可提高临床疗效。

综上所述，清肺化痰宣肺汤结合常规西医干预措施治疗肺心病痰热壅肺证，可促进临床症状、体征改善，提高临床疗效，值得临床借鉴。

[参考文献]

[1] 吴建顺, 曹得胜, 李强, 等. 麻杏五子汤辅助治疗肺心

病急性加重期(痰湿阻肺证)55例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2015, 21(18): 187-190.

[2] 唐万云, 曾玉英, 汪秀玲. 血府逐瘀汤合小青龙汤治疗慢性肺源性心脏病急性加重期临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(4): 164-168.

[3] 王国臣, 王传博. 木防己汤加减联合丹红注射液治疗慢性肺源性心脏病急性发作期疗效探讨[J]. 中国实验方剂学杂志, 2016, 22(6): 145-148.

[4] 魏婧韬. 复方丹参注射液治疗慢性肺源性心脏病急性加重期疗效的 Meta 分析[J]. 中国现代医学杂志, 2017, 27(11): 68-74.

[5] 戴闰柱, 黄峻. 慢性心力衰竭诊断治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(12): 1076-1095.

[6] 王吉耀. 内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 281.

[7] 李建生, 余学庆. 慢性肺原性心脏病中医诊疗指南(2014版)[J]. 中医杂志, 2014, 55(6): 526-531.

[8] 郑筱萸. 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: 53-58.

[9] 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: 7-8.

[10] 牛国平, 康斐. 针刺治疗急性加重期痰热壅肺型肺源性心脏病临床研究[J]. 中医学报, 2015, 30(11): 1687-1689.

(责任编辑: 冯天保, 郑锋玲)