

补肾益肺方联合西药治疗慢性阻塞性肺疾病缓解期临床观察

钟之洲, 徐宁

宁波市第一医院中医科, 浙江 宁波 315010

[摘要] 目的: 观察补肾益肺方联合西药治疗慢性阻塞性肺疾病缓解期患者的临床疗效。方法: 将68例慢性阻塞性肺疾病缓解期患者随机分为观察组36例和对照组32例。观察组采用中药汤剂补肾益肺方联合西药治疗, 对照组采用西药治疗。2组疗程均为1月。对比分析2组的疗效、肺功能指标、血气分析指标、生存质量积分及不良反应发生情况。结果: 观察组总有效率(94.44%) 高于对照组(68.75%) ($P < 0.05$)。治疗后, 2组用力肺活量(FVC)、最大通气量(MVV)均较治疗前上升($P < 0.05$), 而第1秒用力呼气容积(FEV_1)较治疗前无改善($P > 0.05$); 观察组FVC、MVV均高于对照组($P < 0.05$)。观察组动脉血氧分压(PaO_2)高于对照组($P < 0.05$), 二氧化碳分压($PaCO_2$)、生存质量积分均低于对照组($P < 0.05$)。治疗期间2组均未见明显不良反应。结论: 补肾益肺方联合西药治疗慢性阻塞性肺疾病缓解期临床疗效显著, 能够明显改善患者的肺功能、提高患者的生存质量, 具有重要临床研究意义。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病; 缓解期; 肺肾阴虚证; 中西医结合疗法; 补肾益肺方; 肺功能

[中图分类号] R563 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0069-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.027

慢性阻塞性肺疾病简称慢阻肺, 该病临床表现为肺部过度膨胀、哮鸣音、咳嗽以及气急等^[1]。该病病因较为复杂, 缠绵难愈, 且反复发作, 严重者会使预后及生存质量受到影响, 故而采取积极正确的治疗方法尤为重要^[2-3]。目前, 针对慢阻肺患者仅采用西药治疗效果并不十分理想。近年来, 有文献报道中西医结合治疗慢阻肺患者取得了明显的临床疗效, 且临床应用安全可靠, 值得进一步研究^[4-5]。本研究旨在分析中药汤剂补肾益肺方联合西药治疗慢阻肺患者的临床疗效及对患者肺功能的影响, 为临床用药提供一定的参考数据。见下文报道。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》^[6]与《中医病证诊断疗效标准》^[7]中的相关标准, 中医辨证属肺肾阴虚证, 症状可见: 干咳无痰或少痰, 口干咽燥, 五心烦热, 气短眩晕, 腰酸肢软, 舌红少苔或光剥苔, 脉细数; ②经医院医学伦理委员会审核通过者; ③签署知情同意书者; ④属慢阻肺缓解期。

1.2 排除标准 ①不符合纳入标准者; ②精神疾病

患者; ③患有严重肝、心、肾等疾病者; ④妊娠或哺乳期妇女; ⑤患有肺结核、肺癌等其他呼吸系统疾病; ⑥过敏体质者。

1.3 一般资料 选自2012年1月—2014年12月期间本院收治的68例慢阻肺缓解期患者, 年龄30~74岁, 病程1~16年。根据随机分组法分为观察组和对照组。观察组36例, 男27例, 女9例; 平均年龄(51.49 ± 8.32)岁; 平均病程(8.58 ± 2.29)年。对照组32例, 男22例, 女10例; 平均年龄(52.78 ± 8.76)岁; 平均病程(9.36 ± 2.56)年。2组一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用常规西药治疗, 包括祛痰剂(标准桃金娘油胶囊)、支气管扩张剂(沙美特罗替卡松吸入剂)。标准桃金娘油胶囊(成人装)(德国保时佳大药厂, 规格: 每粒含300 mg), 每次口服300 mg, 每天3次。沙美特罗替卡松[Glaxo Operations UK Limited, 规格: 50 μ g/500 μ g(沙美特罗/丙酸夫卡松)]每次一吸, 每天2次。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上结合中药补肾益

[收稿日期] 2016-01-04

[作者简介] 钟之洲 (1973-), 男, 副主任医师, 研究方向: 慢性阻塞性肺疾病的治疗。

肺方,组成:南沙参、北沙参、党参、山茱萸各 25 g,丹参、干地黄、女贞子、菟丝子各 20 g,瓜蒌皮、紫菀各 15 g,款冬花 12 g,五味子 5 g,炙甘草 3 g。每天 1 剂,水煎,取汁 300 mL,分早晚 2 次温服。

2 组疗程均为 1 月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察 2 组治疗 1 月的临床疗效,统计总有效率;②观察 2 组肺功能指标的变化,包括用力肺活量(FVC)、最大通气量(MVV)、第 1 秒用力呼气容积(FEV₁);③观察 2 组血气分析指标的变化,包括动脉血氧分压(PaO₂)、二氧化碳分压(PaCO₂);④观察 2 组生存质量评分的变化,以慢阻肺生存质量量表进行评定,有 4 个测评类,包括焦虑心理障碍、抑郁心理障碍、社会活动情况、日常生活能力,每项按照难易程度分为 4 级评分,积分越高,说明生存质量越差;⑤观察 2 组不良反应。

3.2 统计学方法 应用 SPSS22.0 统计学软件分析处理数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验;计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献[8]拟定。显效:喘、痰、

咳及肺部哮鸣音消失或者基本消失,并且患者能够完全自理生活;好转:喘、痰、咳及肺部哮鸣音有所改善,并且患者生活自理能力改善 40% 以上;无效:喘、痰、咳及肺部哮鸣音以及患者生活自理能力无改善,甚至加重。总有效率=(显效例数+好转例数)/总例数×100%。

4.2 2 组疗效比较 见表 1。观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。

表 1 2 组疗效比较

组别	n	例(%)			总有效率(%)
		显效	好转	无效	
观察组	36	19(52.78)	15(41.67)	2(5.56)	94.44
对照组	32	12(37.50)	10(31.25)	10(31.25)	68.75
χ^2 值					7.696 1
<i>P</i>					<0.05

4.3 2 组治疗前后肺功能指标比较 见表 2。2 组治疗前 FVC、MVV、FEV₁ 比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组 FVC、MVV 均较治疗前上升($P < 0.05$),而 FEV₁ 较治疗前无改善($P > 0.05$);观察组 FVC、MVV 均高于对照组($P < 0.05$)。

表 2 2 组治疗前后肺功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	FVC		MVV		FEV ₁	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
		观察组	36	1.90±0.37	2.69±0.39 ^①	44.89±4.89	55.19±6.13 ^①
对照组	32	1.93±0.31	2.31±0.37 ^①	45.38±5.13	49.97±5.78 ^①	1.54±0.30	1.57±0.38
<i>t</i> 值		0.3599	4.108 0	0.403 0	3.600 0	0.284 3	0.225 9
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	>0.05

与治疗前比较,① $P < 0.05$

4.4 2 组治疗前后血气分析指标比较 见表 3。2 组治疗前 PaO₂、PaCO₂ 比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组 PaO₂ 均较治疗前增加($P < 0.05$),PaCO₂ 均较治疗前下降($P < 0.05$);观察组 PaO₂ 高于对照组($P < 0.05$),PaCO₂ 低于对照组($P < 0.05$)。

表 3 2 组治疗前后血气分析指标比较($\bar{x} \pm s$) mmHg

组别	n	PaO ₂		PaCO ₂	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
		观察组	36	65.38±5.42	79.64±7.14 ^①
对照组	32	66.51±5.67	71.35±6.89 ^①	57.35±5.03	50.92±4.39 ^①
<i>t</i> 值		0.839 7	4.858 0	1.049 7	5.515 5
<i>P</i>		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

与治疗前比较,① $P < 0.05$

4.5 2 组治疗前后生存质量积分比较 见表 4。2 组治疗前生存质量积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组生存质量积分均较治疗前减少($P < 0.05$),观察组生存质量积分低于对照组($P < 0.05$)。

表 4 2 组治疗前后生存质量积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	分		<i>t</i> 值	<i>P</i>
		治疗前	治疗后		
观察组	36	106.42±8.94	68.56±5.31	21.846 4	<0.05
对照组	32	108.31±8.45	85.79±5.76	12.457 2	<0.05
<i>t</i> 值		0.892 8	12.833 7		
<i>P</i>		>0.05	<0.05		

与治疗前比较,① $P < 0.05$

4.6 不良反应 治疗期间, 2组均未见明显不良反应。

5 讨论

目前, 慢阻肺的发病机制尚不明确, 有炎症学说、免疫失衡学说、感染学说以及蛋白酶/抗蛋白酶系统失衡学说等, 对其治疗方法主要包括降低危险因素、药物治疗、氧疗、机械通气以及外科手术等, 但临床上尚未取得突破性进展。慢阻肺缓解期的治疗目的主要在于缓解症状, 控制病情进展, 以及阻止或者缓解肺功能衰退; 提高活动能力, 改善患者的生活质量; 延长存活时间, 从而提高存活率。

中医学认为, 慢阻肺属喘证、肺胀范畴, 中医学理论认为肺主气、司呼吸, 肾主纳气, 若出现喘病日久, 病位会由肺及肾, 因此, 肺肾两虚是引起慢阻肺的主要发病机制。本研究采用补肾益肺方治疗, 方中南沙参具有养阴清肺、益气、化痰功效; 北沙参具有养阴清肺、祛痰止咳功效; 党参具有补中益气、健脾益肺功效; 瓜蒌皮具有清热化痰、宽胸散结功效; 紫菀具有温肺、下气、消痰止咳功效; 款冬花具有润肺下气、止咳化痰功效; 丹参具有活血清瘀热功效; 干地黄可滋阴补肾; 山茱萸、女贞子、菟丝子具有补肝益肾、益精髓功效; 五味子具有敛肺滋肾功效; 炙甘草调和诸药。纵观全方, 可奏养阴益肺、补肾化痰功效。

本研究结果表明, 观察组总有效率高于对照组, FVC、MVV、PaO₂均高于对照组, PaCO₂、生存质量积分均低于对照组, 提示补肾益肺方联合西药治疗疗效确切, 可有效改善患者的症状、体征和肺功能、血气分析指标, 提高生存质量; 治疗期间2组均未

见明显不良反应, 说明补肾益肺方联合西药用药安全性良好。

综上所述, 补肾益肺方联合西药治疗慢阻肺缓解期临床疗效显著, 二者结合治疗后能够明显改善患者的肺功能、提高患者的生存质量, 具有重要临床意义, 值得临床进一步研究、应用和推广。

[参考文献]

- [1] Janita Pak-Chun Chau, Diana Tze-Fan Lee, Doris Sau-Fung Yu, et al. A feasibility study to investigate the acceptability and potential effectiveness of a telecare service for older people with chronic obstructive pulmonary disease[J]. International Journal of Medical Informatics, 2012, 81(10): 674-682.
- [2] 夏杰, 谢俊刚, 徐永健, 等. 慢性阻塞性肺疾病发病机制的研究进展[J]. 国际呼吸杂志, 2014, 34(1): 53-57.
- [3] 胡国平, 冉丕鑫. 慢性阻塞性肺疾病发病机制研究进展[J]. 中华医学杂志, 2008, 88(30): 2158-2160.
- [4] 邓剑英, 曾义菊, 王太丽, 等. 益气活血化痰汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(22): 193-196.
- [5] 郭洁, 张勇, 武蕾, 等. 慢性阻塞性肺疾病缓解期的中医治疗[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 12(3): 337-339, 340.
- [6] 中华医学分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.
- [7] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[J]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [8] 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.

(责任编辑: 吴凌)