

宣肺化痰通络法治疗痰瘀阻肺型慢性阻塞性肺疾病稳定期疗效观察

赵海方, 陈宁, 李慧

广东省第二中医院呼吸科, 广东 广州 510095

[摘要] 目的: 观察宣肺化痰通络法治疗痰瘀阻肺型慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 稳定期的疗效。方法: 将符合纳入标准的 80 例患者采用简单随机化的分组方法随机分成 2 组, 每组 40 例。西医治疗组采用西医基础治疗, 中药干预组采用西医基础治疗加宣肺化痰通络法中药冲剂治疗。观察临床疗效及中医证候积分变化等。结果: 2 组治疗前中医证候积分比较, 差异无显著性意义 ($P>0.05$); 2 组治疗前后组内中医证候积分比较, 差异均有显著性意义 ($P<0.05$); 2 组治疗后比较, 差异也有显著性意义 ($P<0.05$)。中医干预组总有效率为 100%, 西医治疗组为 30%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P<0.05$)。研究过程中未发现任何不良反应, 肝肾功能检测指标未见异常。结论: 宣肺化痰通络法联合西医基础治疗能起到改善 COPD 患者的肺外效应及临床症状, 改善生活质量和劳动能力的目的。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病 (COPD); 中西医结合疗法; 宣肺化痰通络

[中图分类号] R563 [文献标识码] A [文章编号] 0256-7415 (2014) 01-0048-04

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种具有气流受限特征的可以预防和治疗的疾病, 气流受限不完全可逆、呈进行性发展, 与肺部对香烟烟雾等有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关^[1]。其发病率和死亡率逐年上升。据悉在英国和美国 COPD 是引起死亡的第 4 位疾病, 世界银行 / 世界卫生组织公布, 至 2020 年 COPD 将位居世界疾病经济负担的第 5 位。在我国, COPD 同样是严重危害人民身体健康的重要慢性呼吸系统疾病。近期对我国 7 个地区 20 245 名成年人进行调查, COPD 患病率占 40 岁以上人群的 8.2%, 患病率之高十分惊人, 而每年因 COPD 死亡或致残的人数可能以数十万上百万计^[1]。COPD 是一种常见的, 高花费的, 危害性极大的慢性呼吸系疾患, 是可以预防和治疗的疾病, 但目前缺乏有效阻止其发展的治疗和方法, 故防治 COPD 已成为当前研究的热点。

近年来 COPD 的病理生理研究取得长足的进步, 研究表明, COPD 特征病理生理改变被发现在 4 个

方面: 中央气道、外周气道、肺实质和肺的血管系统。中央气道慢性炎症反应和黏液过多分泌; 外周气道慢性炎症导致气道壁损伤和修复过程反复循环发生, 胶原含量增加和疤痕组织形成引起气道壁结构重塑, 造成气道内腔的狭窄, 引起固定气道阻塞; 基因缺陷致内生蛋白水解酶和抗蛋白水解酶平衡失调、炎症作用和炎症介质及氧化应激等造成肺实质破坏, 也造成肺毛细血管床破坏; 肺血管平滑肌增加和炎症细胞浸润致血管结构改变, 随 COPD 恶化大量平滑肌增生、蛋白聚糖和胶原进一步使血管内皮增厚^[2~4]。

鉴于全球对 COPD 日益严重的危害性和对 COPD 病理生理的最新认识, 本研究采用随机、单盲、对照、前瞻性的研究方法, 在整体辨证的基础上, 结合 COPD 稳定期肺气郁闭、痰凝瘀血、痹阻络脉的病机特点, 对 COPD 稳定期的患者运用有多年临床使用经验并获得良好疗效的宣肺化痰通络法联合西医基础治疗, 为防治 COPD 稳定期肺功能进行

[收稿日期] 2013-07-01

[作者简介] 赵海方 (1979-), 男, 主治中医师, 研究方向: 呼吸内科。

性下降筛选有效方药。

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究共收集 2008 年 5 月~2010 年 2 月在广东省第二中医院门诊及住院的患者 80 例, 西医诊断明确。男 54 例, 女 26 例; 年龄 50~82 岁, 平均年龄 65.9 岁。全部患者入选时均处于稳定期。采用简单随机化的分组方法将参加实验的对象随机分成 2 组, 每组 40 例。2 组治疗前年龄、性别、病程、中医证候积分等资料经统计学处理, 差异无显著性意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择 根据中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组于 2007 年修订的《慢性阻塞性肺疾病诊疗指南(2007 年修订版)》^[1]的标准进行诊断。分期标准: 稳定期则指患者咳嗽、咳痰、气短等症状稳定或症状轻微。中医辨证分型标准按《中医内科学》“肺胀”痰瘀阻肺型的辨证标准执行。症见: 咳嗽痰多, 色白或呈泡沫, 喉间痰鸣, 喘息不能平卧, 胸部膨满, 憋闷如塞, 面色灰白而暗, 唇甲紫绀。舌质暗、或暗紫、舌下瘀筋增粗、苔腻或浊腻, 脉弦滑。

1.3 纳入标准 符合 COPD 诊断标准, 处于稳定期的患者, 中医辨证为痰瘀阻肺型; 同意参加实验者; 年龄 18~85 岁。

1.4 排除标准 合并气胸、肺癌、肺结核等其他严重肺部疾病的患者; 合并其他脏器疾病如心脑血管、肝、肾严重疾病患者; 合并癫痫、精神病患者; 急性期 COPD 患者; 孕妇。

1.5 脱落标准 不能坚持治疗者; 出现严重不良事件或不良反应, 不适合继续接受试验者; 未严格按照试验方案进行治疗者; 自行退出者。

2 治疗方法

2.1 西医治疗组 采用《慢性阻塞性肺疾病诊疗指南(2007 年修订版)》^[1]中 COPD 稳定期的常规治疗方案, 口服茶碱缓释片, 每次 0.1 g, 每 12 h 1 次; 羧甲司坦片, 每次 0.5 g, 每天 3 次。必要时吸入支气管扩张剂沙丁胺醇气雾剂, 每次 1~2 喷, 每天 1~2 次(或者复方异丙托溴胺气雾剂, 每次 2 掀, 每天 1~2 次)。

2.2 中药干预组 在上述西医治疗组基础上加用宣肺化痰通络法中药冲剂, 每次 1 剂, 每天 1 次。处方: 炙麻黄 5 g, 陈皮 6 g, 苦杏仁、全瓜蒌、法半夏、茯苓、补骨脂、虎杖各 10 g, 鹿角胶、丹参各

15 g。上药均按比例制作成颗粒剂(由广东一方制药有限公司提供)。

观察 12 周, 过程中不使用其他药物, 如有紧急情况对症处理。如出现 COPD 急性发作则采用《慢性阻塞性肺疾病诊疗指南(2007 年修订版)》^[1]中提出的规范治疗方案, 常规控制性氧疗, 静脉滴注或口服氨茶碱, 吸入性解痉剂、抗生素(第二、三代头孢菌素或氟喹诺酮)、化痰药物等。待症状缓解进入稳定期后再重新计算疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 安全性指标: 一般体检项目, 血、尿、便常规化验, 肝、肾功能检查。疗效性指标: 临床症状、体征; 中医证候积分结合《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5], 按病情轻重给予计分, 无症状为 0 分, 轻为 1 分, 中为 2 分, 重为 3 分。舌、脉象不计分。身高、体重记录具体数字, 不记分。以上各项指标分别在治疗前后进行测定。测定 6 min 步行距离, 对呼吸困难进行分级。

3.2 统计学方法 观测结果录入表格, 做统计学处理, 计数资料采用四格表法或行×列表作 χ^2 检验; 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 计量资料组间比较用独立样本 t 检验; 等级资料采用 Ridit 分析。所有数据使用 SPSS15.0 软件包进行统计分析。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 COPD 疗效评价标准: 显效: 主次症基本或完全消失, 治疗后证候积分为 0 或减少 $\geq 70\%$; 有效: 治疗后 $30\% \leq$ 证候积分减少 $<70\%$; 无效: 治疗后证候积分减少不足 30%。

4.2 2 组治疗前后中医证候积分比较 见表 1。2 组治疗前中医证候积分比较, 差异无显著性意义($P>0.05$); 2 组治疗前后组内中医证候积分比较, 差异均有显著性意义($P<0.05$); 2 组治疗后比较, 差异也有显著性意义($P<0.05$)。

4.3 2 组临床疗效比较 表 2。总有效率中医干预组为 100%, 西医治疗组为 30%, 2 组比较, 差异有显著性意义($P<0.05$)。

4.4 不良反应 研究过程中未发现任何不良反应, 肝肾功能检测指标未见异常。

5 讨论

5.1 宣肺化痰通络法治疗 COPD 稳定期痰瘀阻肺型患者的选方基础 COPD 是一种常见的慢性呼吸系

表 1 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

时 间	症 状	西 医 治 疗 组	中 医 干 预 组
治疗前	咳嗽	1.95± 0.686	2.00± 0.795
治疗后		1.35± 0.671 ^①	0.70± 0.470 ^②
治疗前	咯痰	2.00± 0.725	1.95± 0.759
治疗后		1.70± 0.865 ^①	0.90± 0.718 ^②
治疗前	喘息	2.00± 0.725	2.20± 0.768
治疗后		1.60± 0.598 ^①	0.90± 0.553 ^②
治疗前	气促	2.20± 0.686	2.05± 0.686
治疗后		1.75± 0.550 ^①	1.15± 0.745 ^②

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与西医治疗组治疗后比较, ② $P < 0.05$

表 2 2 组临床疗效比较 例

组 别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效率(%)
西医治疗组	40	0	12	28	30
中医干预组	40	8	32	0	100 ^①

与西医治疗组比较, ① $P < 0.05$

统疾病, 其气流受限不完全可逆, 而且呈进行性发展, 除了累及肺脏, 还可引起全身(或称肺外)的不良效应。其患病人数多, 死亡率高, 严重影响了患者的劳动能力和生活质量。大多数患者在急性期加重期之后, 临床症状有所缓解, 但由于自身防御和免疫功能的降低以及外界各种有害因素的影响, 会经常反复发作逐渐产生各种心肺并发症, 可加剧患者的活动能力受限, 使生活质量下降, 预后变差。笔者临床应用宣肺化痰通络为治法, 以麻黄汤、小陷胸汤、二陈汤等经方为基础加减化裁, 临床上应用取得满意疗效。《临证指南医案》云: “肺病, 辛以散邪, 佐微苦以降气为治”, “络病, 宜缓通为治法”; 王永炎说: “通络、活络最要紧处在于通阳, 阳气畅达可通过宣透化痰、活血理气诸法恢复络脉出入自由”; 故此以宣肺化痰通络为治法。方中麻黄味辛、微苦、性温, 归肺经, 宣肺平喘; 苦杏仁苦微辛、性微温, 苦降肺气, 辛能宣散, 有止咳平喘之效, 为治咳喘病要药。鹿角胶味甘、性平、无毒, 益精补气, 纳气平喘, 《本草新编》谓其“益气滋阴, 扶肢体羸瘦, 强志坚齿”; 补骨脂味苦、辛, 性大温, 归肾、脾经, 温肾补阳, 此二药温补肺肾, 纳气平喘, 以上四药同为君药。法半夏味辛, 性温, 有毒, 归脾、胃、肺经, 燥湿化痰; 茯苓甘淡而平, 甘补淡渗, 性平缓和, 渗湿化痰, 具化气除饮降逆之功; 陈皮味苦, 性辛、温, 归肺、脾经, 行气、燥湿化痰, 三药共为臣药, 化痰

止咳。肺与大肠相表里, 上郁下闭, 肺气郁闭、腑气不通; 全瓜蒌味甘、微苦而寒, 清热涤痰, 宽胸散结, 润燥滑肠; 虎杖味微苦、性微凉, 归肝、胆、肺经, 止咳化痰平喘, 活血化瘀通腑; 二药协用宣肺通腑、调理气机、化痰泻浊、止咳平喘, 为佐药。丹参味苦, 性微寒, 归心、肝经, 活血化瘀、通经活络, 和虎杖活血使诸药直达肺络, 用为使药。诸药合用, 共成宣肺化痰、通络化痰、止咳平喘之功。现代中药药理学表明, 麻黄中麻黄碱、伪麻黄碱及麻黄挥发油、2, 3, 5, 6- 四甲基吡嗪及 L- α - 萜品烯醇具有较强平喘、抗过敏、镇咳、解热消炎等作用^[6]; 半夏具有镇咳、降血脂、镇静、解毒抗炎等作用^[7]; 丹参可清除氧自由基、抗脂质过氧化损伤、促进损伤细胞的修复、抑制炎症因子释放、改善微循环、抑制胶原生成、促进病理沉积胶原的降解、抑制间质细胞活化、干预细胞内信号转导^[8]; 瓜蒌有抗菌抗炎、祛痰作用^[9]; 虎杖所含白藜芦甙可镇咳平喘、抗菌抗炎、改善微循环、减轻白细胞附壁黏附和肺损伤, 抑制血浆肿瘤坏死因子(TNF)的升高, 减轻肺充血、间质及肺泡水肿, 减轻中性粒细胞在肺中浸润。纵观全方, 具有明显镇咳平喘、抗炎、抑制炎症因子、抑制胶原生成和间质细胞活化、改善微循环等作用, 从而达到宣肺化痰通络功效。

5.2 宣肺化痰通络法对 COPD 稳定期痰瘀阻肺型患者临床症状的影响 入选本研究的病例中医辨证均为痰瘀阻肺型, 突出表现为咳嗽、咯痰、气促。根据以上 3 个症状进行治疗前后的比较, 发现 2 组均有不同程度的改善, 中药干预组改善较明显($P < 0.05$), 中药联合西医治疗对 COPD 稳定期临床症状的改善作用比较突出。本研究显示此方能显著改善 COPD 稳定期患者咯痰、久咳、气促等症状, 推测其可能通过抗炎、镇咳、祛痰、调节免疫功能、调整胃肠功能、促进受损细胞组织的恢复达到防止感染反复发作的效果, 以阻止因反复感染造成肺动脉压增高, 防止肺心病的发生及心肺功能的进一步恶化, 改善微循环, 改善营养状况, 起到治疗作用。故而宣肺化痰通络法是从多个方面、以不同的作用机制使患者的咯痰、久咳、气促等症状得到缓解, 能降低 COPD 急性发作的频率, 起到显著的治疗作用。

5.3 宣肺化痰通络法治疗 COPD 稳定期痰瘀阻肺型患者安全性评价 在治疗过程中 2 组均未出现任何

不良反应,未发现有肝肾功能的损害,故而此方是安全的。

[参考文献]

- [1] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病分组.慢性阻塞性肺疾病诊疗指南(2007 年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2007, 30(1): 8- 17.
- [2] Salud Santos, Victor I Penado, Josep Rami' rez, et al. Enhanced Expression of Vascular Endothelial Growth Factor in Pulmonary Arteries of Smokers and Patients with Moderate Chronic Obstructive Pulmonary Disease[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2003, 167(9): 1250- 1256.
- [3] James C Hogg, Fanny Chu, Soraya Utokaparch, et al. The Nature of Small- Airway Obstruction in Chronic Obstructive Pulmonary Disease [J]. N Engl J Med, 2004, 350(26): 2645- 2653.
- [4] Juanita H Verwooy, Meheht Kucukaycan, Jan A Jacobs, et al. Local and Systemic Inflammation in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2002, 166(9): 1218- 1224.
- [5] 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.
- [6] 沈映君. 中药药理学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997: 12
- [7] 周倩, 吴皓, 许风清. 半夏中生物碱的研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2006, 13(1): 102- 103.
- [8] 陆新良, 钱可大. 丹参抗纤维化作用机制的研究进展[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(7): 608- 610.
- [9] 屠婕红, 余菁, 陈伟光. 瓜蒌的化学成分和药理作用研究概况[M]. 中国药师, 2004, 7: 562- 563.

(责任编辑: 骆欢欢)

益气养阴合剂治疗气阴两伤型系统性红斑狼疮疗效观察

吴洋¹, 陈宇², 张巍琼², 李东云²

1. 云南省中医医院, 云南 昆明 650021; 2. 云南中医学院, 云南 昆明 650011

[摘要] 目的: 观察益气养阴合剂对气阴两伤型缓解期系统性红斑狼疮的临床疗效、安全性。方法: 选取 60 例患者随机分为 2 组各 30 例, 对照组予醋酸泼尼松、硫酸羟氯喹治疗, 治疗组在对照组治疗的基础上加用益气养阴合剂治疗。2 组疗程均为 2 月, 观察 2 组患者治疗前后临床症状及体征、血沉 (ESR)、C- 反应蛋白 (CRP)、抗核抗体 (ANA) 滴度等变化及临床疗效。结果: 临床疗效总有效率治疗组为 96.67%, 对照组为 80.00%; 控显率 (临床控制和显效) 治疗组为 70.00%, 对照组为 40.00%, 2 组比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。中医证候疗效总有效率治疗组为 90.00%, 对照组为 66.67%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组临床证候积分均较治疗前明显降低 ($P < 0.01$), 治疗组积分降低较对照组更为显著 ($P < 0.05$)。治疗后 2 组 ESR、CRP 均较治疗前明显降低 ($P < 0.01$); 治疗组 2 项指标降低较对照组更为显著 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。治疗后 2 组低 ANA 滴度病例数均增多 ($P < 0.01$); 治疗后治疗组低 ANA 滴度病例数亦多于对照组 ($P < 0.05$)。治疗中对照组有 2 例患者出现视物模糊、畏光症状。结论: 益气养阴合剂治疗气阴两伤型缓解期系统性红斑狼疮能显著改善临床症状, 副作用小。

[关键词] 系统性红斑狼疮; 缓解期; 气阴两伤; 益气养阴合剂

[中图分类号] R593.24⁺¹

[文献标识码] A

[文章编号] 0256- 7415 (2014) 01- 0051- 03

[收稿日期] 2013-07-28

[作者简介] 吴洋 (1962-), 女, 主任医师, 主要从事风湿病的临床研究。