

肠道功能,缓解胃肠平滑肌痉挛,抑制胃酸分泌等作用^[7]。此外,柴胡温胆汤还可以减轻患者痛苦,改善症状,利于患者恢复^[8]。

综上所述,柴胡温胆汤联合西药治疗胆热犯胃型胃食管反流病患者相对于单纯服用西药疗效显著,可以提高疗效,显著减少反酸、烧心、胸骨后灼痛的发作次数和持续时间,改善口苦、腹胀、嗝气、疼痛等症状。因此,对于其他证型的胃食管反流病也可以考虑采用中西医结合的方式治疗,以提高临床疗效。

[参考文献]

- [1] Moraes JPP, Barbuti R, Eisig J, et al. Guidelines for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease: An evidence-based consensus[J]. Arq Gastroenterol, 2010, 47(1): 99-115.
- [2] 王浩郁. 胃食管反流病证治体会[J]. 实用中医药杂志, 2011, 27(5): 334.
- [3] 卢保强, 姜蓉. 旋覆代赭汤治疗胃食管反流病 36 例[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(13): 224.
- [4] 许永攀, 支江平, 田正良. 半夏厚朴汤加味联合西药治疗胃食管反流病 58 例[J]. 现代中医药, 2011, 31(3): 13-14.
- [5] 朱增柱, 郝建军. 半夏泻心汤合旋覆代赭汤治疗反流性食管炎 120 例临床观察[J]. 中西医结合研究, 2012, 8(4): 185.
- [6] 覃仁期. 奥美拉唑联合西沙必利治疗胃食管反流炎 85 例临床分析[J]. 中国医药指南, 2012, 10(13): 236-237.
- [7] 汤瑾, 孙吉, 王晓素, 等. 龙胆泻肝汤合温胆汤加减治疗胃食管反流病胆热犯胃证 40 例临床观察[J]. 新中医, 2011, 43(9): 32-34.
- [8] 王鹏. 加味四逆温胆汤治疗胃食管反流病 36 例疗效分析[J]. 实用中医药杂志, 2013, 29(8): 618-619.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

中西医结合疗法治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作期 45 例临床观察

宋红朋¹, 李蕾²

1. 杭州市上城区清波望江卫生服务中心, 浙江 杭州 310000; 2. 杭州市红十字会医院, 浙江 杭州 310000

[摘要] 目的: 观察中西医结合疗法治疗慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 急性发作期的临床疗效。方法: 将 90 例患者随机分为观察组和对照组各 45 例。对照组, 给予抗感染、止咳、平喘、化痰、营养支持等治疗, 注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠, 盐酸氨溴索注射液, 沙丁胺醇 1 mL 加异丙托溴胺 2 mL 雾化吸入。疗程 14 天。观察组在对照组的基础上采用痰热清注射液静脉滴注, 清肺涤痰汤内服。疗程 14 天。分别于第 1、7、14 天记录症状、体征评分; 分别于第 1、2、3、7、14 天进行评估呼吸困难程度; 进行治疗前后肺功能检测。结果: 总有效率观察组 93.33%, 对照组 77.78%, 观察组优于对照组 ($P < 0.05$); 观察组在治疗后第 7、14 天症状、体征评分均低于对照组 ($P < 0.01$); 观察组在治疗第 3、7、14 天呼吸困难评分均低于对照组 ($P < 0.01$); 治疗后观察组用力肺活量 (FVC)、第 1 秒用力呼气量 (FEV_1) 和 FEV_1/FVC 均高于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 中西医结合疗法能减轻 COPD 急性发作期患者临床症状, 改善肺功能, 减轻呼吸困难, 提高临床疗效。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病 (COPD); 急性加重期; 痰热清注射液; 清肺涤痰汤

[中图分类号] R563 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 09-0067-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.09.032

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种以不完全可逆的气流受限为特征的疾病,是呼吸内科常见病、多发病,占 40 岁以上人群的 8.2%,反复发作,死亡率高,社会经济负担重,已

成为一个重要的公共卫生问题^[1]。COPD 急性加重期(AECOPD)患者气道黏膜充血水肿,黏液分泌物大量增多,痰液潴留造成气道阻塞,肺通气/换气障碍。AECOPD 容易出

[收稿日期] 2014-05-05

[作者简介] 宋红朋 (1969-), 男, 主治医师, 主要从事中医内科临床工作。

现呼吸衰竭,病死率高,气流受限不完全可逆,呈进行性发展,是严重影响患者预后的因素^[2]。笔者在西医常规治疗的基础上采用痰热清注射液静脉滴注及自拟清肺涤痰汤治疗AECOPD取得了显著疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择杭州市红十字会医院2012年8月~2014年3月呼吸科诊治的COPD患者。共90例。采用随机数字表法分为观察组和对照组各45例。观察组男27例,女18例;年龄44~71岁,平均(58.4±8.5)岁;病程4~15年,平均(7.2±3.5)年;中度25例,重度20例。对照组男29例,女16例;年龄45~70岁,平均(59.1±7.9)岁;病程3~14年,平均(6.9±2.9)年;中度27例,重度18例。2组患者性别、年龄、病程以及病情轻重程度等一般资料比较,差异均无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 COPD诊断标准:参照《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》^[1]制定。AECOPD是指患者出现超越日常状况的持续恶化,患者短期内咳嗽、咳痰、气短和(或)喘息加重,痰量增多,呈脓性或黏脓性,可伴发热等炎症明显加重的表现。

痰热壅肺证辨证标准:参照《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011版)》^[3]:主症:咳嗽,喘息,胸闷,痰多,痰黄、白黏干,咯痰不爽,舌质红、舌苔黄腻,脉滑数。次症:胸痛,发热,口渴喜冷饮,大便干结,舌苔厚。

1.3 纳入标准 符合AECOPD诊断标准;符合痰热壅肺辨证者;COPD严重程度评估为中、重度患者;年龄40~75岁;知情同意。

1.4 排除标准 合并支气管哮喘、支气管扩张、肺结核、肺部真菌感染、肺癌等及其他肺部原发性疾病者;轻度或极重度患者;合并心、脑、肝、肾等严重原发性疾病及肿瘤患者;不愿意服用中药或对本研究所用药物过敏者。

2 治疗方法

2.1 对照组 参照《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》^[1],给予患者抗感染、止咳、平喘、化痰、营养支持等治疗。注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠(国药集团国瑞药业有限公司),每次3~4g,静脉推注,疗程7~10天;盐酸氨溴索注射液(浙江康恩贝制药股份有限公司),每次30mg,快速静脉滴注,每天2次,疗程14天;沙丁胺醇1mL加异丙托溴胺2mL雾化吸入,每天1次,疗程14天。

2.2 观察组 西医治疗同对照组。并加用:痰热清注射液(上海凯宝药业股份有限公司),每次20mL,静脉滴注,每天1次,疗程14天;清肺涤痰汤内服,药物组成:葶苈子、桑白皮、苦杏仁、枳壳、紫苏子、法半夏、桃仁(打)、牵牛子各10g,沉香6g,化橘红、黄芩各15g,鱼腥草20g,瓜蒌30g,生大黄(后下)6~10g。每天1剂,常规水煎2次,取药液约400mL,分2次服用,疗程14天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 症状、体征评分:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]对咳嗽、痰量、痰色质、胸闷、气喘等主要症状根据不同程度分别记录0、3、6、9分;发热、胸痛、口渴喜冷饮等次要症状分别记录0、1、2、3分。分别于第1、7、14天记录。肺功能检测:进行治疗前后肺功能检测,记录第1秒用力呼气量(FEV₁),用力肺活量(FVC)以及两者的比值FEV₁/FVC。呼吸困难评分标准^[2]:0级(0分):无明显呼吸困难(剧烈活动除外);I级(1分):快走或上坡时有气短;II级(2分):由于呼吸困难比同龄人走得慢或者自己在平地上行走时需要停下来呼吸;III级(3分):在平地上步行100m或数分钟后需要停下来呼吸;IV级(4分):明显呼吸困难而不能离开病房或者换衣服时气短。分别于第1、2、3、7、14天进行评估。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0软件进行统计分析,计量资料符合正态分布以($\bar{x} \pm s$)表示,组间均数比较采用成组设计的 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《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]制定:临床控制:患者咳嗽、咳痰、哮喘等症状完全好转,听诊时肺野湿啰音消失,积分减少 $\geq 95\%$;显效:咳嗽、咳痰、哮喘等症状有所改善,听诊时肺野湿啰音明显减轻,70% \leq 积分减少 $< 95\%$;有效:咳嗽、咳痰、哮喘等症状有所改善,听诊时肺野湿啰音减轻,30% \leq 积分减少 $< 70\%$;无效:咳嗽、咳痰、哮喘等症状及肺部听诊音无变化或情况恶化,积分减少不足30%。

4.2 2组疾病综合临床疗效比较 见表1。总有效率观察组93.33%,对照组77.78%,观察组优于对照组,差异有显著性意义($P < 0.05$)。

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	45	7	13	15	10	77.78
观察组	45	12	17	13	3	93.33

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组不同时点症状、体征评分比较 见表2。2组治疗后第7、14天症状、体征评分均呈下降趋势($P < 0.01$),观察组在治疗后第7、14天症状、体征评分均低于对照组,差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。

组别	n	第1天	第7天	第14天
对照组	45	22.6±4.15	14.7±2.86	8.6±1.58
观察组	45	23.2±4.37	10.5±2.73	4.2±1.34

与前一时间点比较,① $P < 0.01$;与同期对照组比较,② $P < 0.01$

4.4 2组不同时点呼吸困难评分比较 见表3。2组治疗后不同时点呼吸困难评分均呈下降趋势($P < 0.01$), 观察组在治疗第3、7、14天呼吸困难评分均低于对照组, 差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表3 2组不同时点呼吸困难评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	第1天	第2天	第3天	第7天	第14天
对照组	45	3.17±0.42	2.62±0.35	2.23±0.28	1.78±0.36	1.25±0.41
观察组	45	3.23±0.46	2.51±0.39	2.02±0.30	1.43±0.32	0.82±0.35

与前一时间点比较, ① $P < 0.01$; 与同期对照组比较, ② $P < 0.01$

4.5 2组治疗前后肺功能检测情况比较 见表4。治疗后2组FVC、FEV₁和FEV₁/FVC均较治疗前上升($P < 0.01$); 治疗后观察组FVC、FEV₁和FEV₁/FVC均高于对照组, 差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表4 2组治疗前后肺功能检测情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	FVC(L)	FEV ₁ (L)	FEV ₁ /FVC(%)
对照组	45	治疗前	1.82±0.43	1.28±0.41	60.2±5.39
		治疗后	2.16±0.37	1.48±0.45	65.8±6.46
观察组	45	治疗前	1.84±0.46	1.26±0.44	61.3±5.45
		治疗后	2.38±0.44	1.71±0.49	72.4±6.33

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

5 讨论

在过去20年里, COPD的病死率同期增长103%, COPD列全球死亡原因第4位, 疾病负担第10位, 世界银行/世界卫生组织公布, 至2020年COPD将居世界疾病经济负担的第5位^[6]。COPD的急性加重是导致死亡和住院率升高的主要原因, 其对患者的健康和生活方式造成严重威胁。目前普遍认为COPD以气道、肺实质和肺血管的慢性炎症为特征。引起COPD加重的最常见原因是气管-支气管感染, 主要是病毒、细菌的感染^[1]。指南建议根据不同的病情程度给予控制性氧疗、抗感染治疗、支气管舒张剂、糖皮质激素及机械通气等多种综合治疗措施。

COPD属于中医学的咳嗽、喘病、肺胀等范畴。中医学认为本病病因病机多为久病肺虚, 痰浊潴留所致, 每因再感外邪诱使病情发作或加剧, 为标本本虚之证。急性加重期病机为痰瘀互结, 阻碍肺气, 导致肺气胀满, 不能敛降, 以标实为急^[9]。因此急性加重期以清热、涤痰、活血、宣肺降气、开窍而立法^[9]。近年来中医学者对中医药治疗COPD进行了广泛的探索, 并取得了一定的疗效, 形成了中医诊疗指南。研究表明在西医常规治疗基础上应用中药治疗AECOPD, 能提高疗效, 缩短病程, 减少并发症, 改善肺通气功能, 降低致残率, 中西医结合

疗法为临床广泛采用^[7]。

痰热清注射液由熊胆粉、羚羊角、黄芩、金银花、连翘组成, 药理试验研究显示其对肺炎链球菌、乙型溶血性链球菌有一定的抑制作用; 可降低金黄色葡萄球菌和流感病毒感染小鼠的死亡率; 还具有退热、抗惊厥、止咳、抗炎等多种作用^[8], 广泛用于呼吸系统多种疾病的治疗。

清肺涤痰汤中葶苈子泻肺降气、祛痰平喘、利水消肿, 桑白皮、苦杏仁泻肺平喘, 黄芩、鱼腥草清热毒, 瓜蒌清热涤痰、宽胸散结, 紫苏子降气消痰、止咳平喘, 化橘红、法半夏燥湿化痰、理气散结, 枳壳行气宽胸, 桃仁活血化瘀, 生大黄通腑泻热。全方共奏清热化痰, 泻肺平喘, 活血通腑之功。

本组资料显示, 观察组在治疗后第7、14天症状、体征评分均低于对照组, 观察组在治疗第3、7、14天呼吸困难评分均低于对照组, 观察组FVC、FEV₁和FEV₁/FVC均高于对照组, 临床疗效总有效率观察组为93.33%, 优于对照组的77.78%, 均提示了中西医结合疗法能进一步减轻AECOPD患者的临床症状, 改善了通气/换气功能, 减轻了呼吸困难, 提高了临床疗效, 效果优于单纯西医治疗, 值得推广使用。

【参考文献】

- [1] 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, 2007, 30(1): 8-19.
- [2] 刘涛, 刘莉莎. 布地耐德异丙托溴铵联合雾化吸入治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作期的临床试验[J]. 黑龙江医学, 2009, 33(2): 99-100.
- [3] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会. 慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011版)[J]. 中医杂志, 2012, 53(1): 80-85.
- [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: 57-64.
- [5] 周玉美, 王林. 21世纪慢性阻塞性肺病的治疗[J]. 国外医学: 药学分册, 2004, 31(4): 226-229.
- [6] 李建生. 慢性阻塞性肺疾病中医辨证治疗概要[J]. 河南中医学院学报, 2009, 24(4): 911-913.
- [7] 李建生, 王至婉, 余学庆, 等. 中药治疗COPD急性加重期的系统评价[J]. 天津中医药, 2008, 25(5): 428-432.
- [8] 胡庆全. 痰热清注射液对老年慢性支气管炎急性发作患者体液免疫及肿瘤坏死因子 α 浓度的影响[J]. 中成药, 2008, 30(10): 1415-1417.

(责任编辑: 马力)