

# 清咳平喘颗粒辅助治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热壅肺证疗效观察

吴细丹<sup>1</sup>, 汪丙柱<sup>1</sup>, 桑雅清<sup>2</sup>

1. 舟山市中医骨伤联合医院呼吸脾胃病科, 浙江 舟山 316000

2. 丽水市中心医院药学部, 浙江 丽水 323000

**[摘要]** 目的: 探讨清咳平喘颗粒辅助治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)痰热壅肺证的临床疗效。方法: 选取160例AECOPD痰热壅肺证患者, 随机分为观察组和对照组, 每组各80例。对照组予以常规治疗措施, 观察组在此基础上辅以清咳平喘颗粒治疗。于治疗前、治疗7天后分别观察2组的临床证候积分、血气分析及肺功能指标。结果: 2组患者治疗前临床证候积分比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。治疗7天后, 2组临床证候积分均低于治疗前( $P < 0.05$ ); 且观察组临床证候积分低于对照组( $P < 0.05$ )。2组患者治疗前pH、血氧分压(PaO<sub>2</sub>)、血二氧化碳分压(PaCO<sub>2</sub>)比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。治疗7天后, 2组PaO<sub>2</sub>均较治疗前升高( $P < 0.05$ ); 观察组PaCO<sub>2</sub>降低( $P < 0.05$ ), 对照组治疗前后PaCO<sub>2</sub>变化差异无显著性意义( $P > 0.05$ ); 2组间PaO<sub>2</sub>比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ ), 观察组PaCO<sub>2</sub>低于对照组( $P < 0.05$ )。2组治疗前最大肺活量(FVC)、肺功能第1秒用力呼气量(FEV<sub>1</sub>)、第1秒用力呼气量占预计值的百分比(FEV<sub>1</sub>%)比较, 差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。治疗7天后, 2组FVC、FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>%均较治疗前升高( $P < 0.05$ ); 观察组FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>%均高于对照组( $P < 0.05$ )。观察组临床控制41例, 显效19例, 进步17例, 无效3例, 总有效率96.25%; 对照组临床控制23例, 显效20例, 进步26例, 无效11例, 总有效率86.25%; 观察组总有效率高于对照组( $P < 0.05$ )。结论: 在西医常规治疗的基础上, 辅以清咳平喘颗粒治疗AECOPD痰热壅肺证, 可有效缓解急性期呼吸困难症状, 改善肺功能和血气指标, 取得较好的临床疗效, 优于单纯西药治疗。

**[关键词]** 慢性阻塞性肺疾病; 急性加重期; 中西医结合疗法; 痰热壅肺证; 清咳平喘颗粒

**[中图分类号]** R563 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 11-0062-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.11.024

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是常见的慢性呼吸系统疾病, 如患者出现症状加重和(或)需要增加药物治疗, 被称为慢性阻塞性肺疾病急性加重期(Acute exacerbation of COPD, AECOPD)<sup>[1]</sup>。AECOPD发作可致患者气道炎症加重、气道定植菌增加、加速肺功能恶化。目前, 西医治疗AECOPD以抗感染、应用皮质激素为主, 但临床疗效仍不甚满意<sup>[2]</sup>。在临床实践中, 笔者在西医治疗的基础上, 辅以清咳平喘颗粒治疗AECOPD痰热壅肺证患者, 缓解急性期呼吸困难症状, 改善肺功能和血气指标, 取得了较好的临床疗效, 现报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 于2012年10月~2013年12月在

本院呼吸内科选取符合条件的研究对象, 共纳入研究对象160例, 以随机数字表法将患者分为观察组与对照组, 每组各80例。观察组男50例, 女30例; 年龄50~82岁, 平均(63.0±12.5)岁; 病程0.5~17年, 平均(7.5±3.2)年; 急性发作0.5h~4天, 平均(1.6±0.6)天。对照组男47例, 女33例; 年龄49~80岁, 平均(61.7±11.8)岁; 病程0.4~15年, 平均(7.2±3.0)年; 急性发作0.2h~5天, 平均(1.5±0.6)天。本研究经医院伦理委员会批准通过, 患者均自愿参加本研究, 并签署知情同意书。2组性别构成、年龄分布、病程与急性发作时间等一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

1.2 纳入标准 临床表现、影像学与肺功能检查

**[收稿日期]** 2014-06-10

**[作者简介]** 吴细丹(1987-), 女, 护师, 研究方向: 呼吸内科护理。

均符合中华医学会呼吸病分会《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》<sup>[3]</sup>关于 AECOPD 的诊断标准；中医辨证符合文献<sup>[4]</sup>中痰热壅肺证的诊断标准。

1.3 排除标准 合并其他严重肺部疾患；合并免疫系统疾病、血液病、肿瘤、糖尿病、甲状腺功能亢进等，以及心肝肾等重要器官功能不全；需要机械通气者；有激素使用禁忌症、过敏体质者；妊娠、哺乳期妇女，精神不正常或不合作者。

## 2 治疗方法

2.1 对照组 给予常规综合治疗措施，包括戒烟，三代头孢类药物抗感染，盐酸氨溴索祛痰，氨茶碱解痉平喘；控制性氧疗，氧流量(2~3)L/min；纠正电解质紊乱及酸碱失衡等。

2.2 观察组 在对照组的基础上，辅以清咳平喘颗粒(长春国奥药业有限公司生产，批准文号：国药准字 Z20040047，批号：2012082725)治疗，开水冲泡，温服，每次 10g，每天 3 次。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 于治疗前及治疗 7 天后分别观察并记录下列指标：临床证候积分：咳嗽、咳痰、气喘等主要症状，按照无、轻、重、中依次计为 0、2、4、6 分；发热、胸闷、心悸及肺部体征等为次要症状，按照无、轻、重、中依次计为 0、1、2、3 分；根据主要症状及次要症状合计总分；血气分析：采集肘动脉血 0.5 mL，肝素抗凝，进行动脉血气分析；

肺功能指标：使用 MS-ISO 肺功能仪(德国 JAEGER)测量患者的最大肺活量(FVC)、肺功能第 1 秒用力呼气量(FEV<sub>1</sub>)、第 1 秒用力呼气量占预计值的百分比(FEV<sub>1</sub>%).

3.2 统计学方法 采用 SPSS16.0 统计软件行数据分析，计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示，组间比较采用 *t* 检验，计数资料比较采用  $\chi^2$  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》，综合临床单个症状、证候疗效评价，分为：临床控制：临床症状、体征消失或基本消失，证候积分减少  $\geq 80\%$ ；显效：临床症状、体征明显改善， $50\% \leq$  证候积分减少  $< 80\%$ ；进步：临床症状、体征均有好转， $30\% \leq$  证候积分减少  $< 50\%$ ；无效：临床症状、体征无明显改善，甚或加重，证候积分减少  $< 30\%$ 。临床控制、显效、进步合计为有效，

据此计算总有效率。

4.2 2 组临床证候积分比较 见表 1。2 组患者治疗前临床证候积分比较，差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。治疗 7 天后，2 组临床证候积分均低于治疗前( $P < 0.05$ )；且观察组临床证候积分低于对照组( $P < 0.05$ )。

组别	治疗前	治疗 7 天	<i>t</i> 值	<i>P</i>
对照组( <i>n</i> =80)	15.05 ± 1.82	10.35 ± 1.51	4.79	< 0.05
观察组( <i>n</i> =80)	14.88 ± 1.95	7.15 ± 1.07	7.22	< 0.05
<i>t</i> 值	0.27	3.50		
<i>P</i>	> 0.05	< 0.05		

4.3 2 组治疗前后血气分析结果比较 见表 2。2 组患者治疗前后 pH、血氧分压(PaO<sub>2</sub>)、血二氧化碳分压(PaCO<sub>2</sub>)比较，差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。治疗 7 天后，2 组 PaO<sub>2</sub> 均较治疗前升高( $P < 0.05$ )；观察组 PaCO<sub>2</sub> 降低( $P < 0.05$ )，对照组治疗前后 PaCO<sub>2</sub> 变化，差异无显著性意义( $P > 0.05$ )；2 组间 PaO<sub>2</sub> 比较，差异无显著性意义( $P > 0.05$ )，观察组 PaCO<sub>2</sub> 低于对照组( $P < 0.05$ )。

组别	时间	pH	PaO <sub>2</sub> (mmHg)	PaCO <sub>2</sub> (mmHg)
对照组( <i>n</i> =80)	治疗前	7.29 ± 0.12	73.29 ± 9.52	48.72 ± 8.32
	治疗 7 天	7.35 ± 0.07	92.16 ± 3.08	46.20 ± 7.50
观察组( <i>n</i> =80)	治疗前	7.31 ± 0.10	72.98 ± 9.41	49.17 ± 7.75
	治疗 7 天	7.37 ± 0.05	94.27 ± 2.68	36.53 ± 6.09

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

4.4 2 组治疗前后肺功能比较 见表 3。2 组治疗前 FVC、FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>% 比较，差异无显著性意义( $P > 0.05$ )。治疗 7 天后，2 组 FVC、FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>% 均较治疗前升高( $P < 0.05$ )；观察组 FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>% 均高于对照组( $P < 0.05$ )。

组别	时间	FVC(L)	FEV <sub>1</sub> (L)	FEV <sub>1</sub> %
对照组( <i>n</i> =80)	治疗前	2.49 ± 0.53	1.29 ± 0.51	45.45 ± 14.11
	治疗 7 天	2.97 ± 0.51	1.42 ± 0.28	48.24 ± 10.24
观察组( <i>n</i> =80)	治疗前	2.51 ± 0.60	1.32 ± 0.49	46.07 ± 13.72
	治疗 7 天	3.05 ± 0.45	1.57 ± 0.19	53.13 ± 7.20

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

4.5 2 组临床疗效比较 观察组临床控制 41 例, 显效 19 例, 进步 17 例, 无效 3 例, 总有效率 96.25%; 对照组临床控制 23 例, 显效 20 例, 进步 26 例, 无效 11 例, 总有效率 86.25%; 观察组总有效率高于对照组( $\chi^2=3.13, P<0.05$ )。

## 5 讨论

COPD 属中医学喘病、肺胀、咳嗽等范畴, 病机在于慢性肺病迁延不愈, 导致肺、脾、肾三脏虚损, 痰浊内蕴, 气道不畅, 肺气壅滞, 胸膈胀满, 痰浊潴留伏着于胸, 属本虚标实证。一旦感受外邪, 入里化热, 与伏痰相合, 致痰热壅肺, 肺气壅实, 清肃失司, 以致肺气上逆作喘, 使病情急性加重, 即演化至急性加重期<sup>[5]</sup>, 临床多表现为痰热壅肺证, 其诊断多综合考虑主症与兼症而定, 主症包括咳嗽, 喘息, 咯痰不爽, 痰多黄稠; 兼症可有胸闷, 胸痛, 发热, 口干口渴, 面红, 烦躁不安, 大便秘结, 小便短赤, 舌质红、舌苔黄腻, 脉滑数等, 依据主症与兼症的若干项即可诊断。对于痰热壅肺证的治疗, 当以清热宣肺, 止咳平喘为法。

本研究中观察组辅助治疗所选用的清咳平喘颗粒复方中成药制剂, 为棕色至棕褐色颗粒, 气微香, 味苦、微甜。其主要成分包括: 生石膏、川贝母、金荞麦、鱼腥草、麻黄(蜜炙)、苦杏仁(炒)、矮地茶、枇杷叶、紫苏子(炒)、甘草(炙)等 10 味。方中川贝母、鱼腥草清热化痰, 泻肺平喘; 生石膏、苦杏仁、紫苏子清泻肺热, 宣肺利气以平喘; 金荞麦清热解毒、活血化痰、健脾利湿; 麻黄平喘, 镇咳, 祛痰, 发汗, 抗炎, 解热; 矮地茶、枇杷叶清肺, 化痰, 止咳; 甘草调和药性。诸药合用, 使肺热得清, 痰热得化, 肺气得降, 则咳嗽、咳痰、气喘诸症自除<sup>[6]</sup>。现代药理研究表明, 鱼腥草具有广谱抗菌、抗病毒作用; 川贝母有扩张支气管平滑肌作用; 生石膏可增强吞噬细胞吞噬细菌的能力; 苦杏仁具有舒张支气管平滑肌的作用, 可以缓解支气管痉挛; 枇杷叶水煎剂或乙酸乙酯提取物主要包括苦杏仁甙、氢氰酸、挥发油等, 具有止咳、祛痰、平喘作用; 方中诸药的有效成分亦多具有对白色或金黄色葡萄球菌、肺炎双球菌等广谱抗菌、增强机体免疫力等作用<sup>[7]</sup>。动物实验表明, 清咳平喘颗粒可延长氨水或二氧化硫引咳小鼠的咳嗽潜伏期, 减少咳嗽次数, 并能促进小鼠气管酚红排出, 延

长组胺和乙酰胆碱混合液引喘豚鼠的引喘潜伏期, 抑制二甲苯所致小鼠耳肿胀与角叉菜胶所致大鼠足跖肿胀, 对金黄色葡萄球菌感染小鼠的死亡有一定的保护作用<sup>[8]</sup>。

“急则治其标”是中医治疗临床急重症的基本原则, 基于此观察组针对急性加重期痰热壅肺的基本病机, 在西医治疗的基础上辅以中成药治疗, 以求在迅速缓解症状的同时进一步提高临床疗效, 并尽量减少药物的不良反应。本研究结果显示, 观察组治疗后, 其临床证候积分显著降低, 血气分析和肺功能指标改善, 获得了较高的临床治疗有效率, 优于对照组效果, 这与类似文献<sup>[6]</sup>研究的结果是一致的。综上所述, 在西医常规治疗的基础上, 辅以清咳平喘颗粒治疗 AECOPD 痰热壅肺证, 可有效缓解急性期呼吸困难症状, 改善肺功能和血气指标, 达到清热化痰、宣肺平喘的目的, 取得了较好的临床疗效, 优于单纯西药治疗, 这可能是中医辨证论治、中西医结合治疗的优势所在。

## [参考文献]

- [1] Mani RK, Schmidt W, Lund LW, et al. Respiratory dialysis for avoidance of intubation in acute exacerbation of COPD[J]. ASAIO J, 2013, 59(6): 675-678.
- [2] 李子龙, 赖国祥, 林庆安, 等. 细菌感染与慢性阻塞性肺疾病急性加重[J]. 国际呼吸杂志, 2008, 28(17): 1062-1065.
- [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, 2009, 25(18): 459-460.
- [4] 黄风, 王翼洲. 下呼吸道感染患者的中医证候调查[J]. 国际中医中药杂志, 2008, 30(1): 21-22.
- [5] 徐荣谦. 慢性阻塞性肺疾病的中医临证辨治[J]. 中华全科医师杂志, 2008, 7(8): 522-523.
- [6] 杨洋. 清金汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(痰热壅肺证)临床观察[D]. 昆明: 云南中医学院, 2012.
- [7] 宋翠理, 李建华, 杜希英, 等. 中药联合氨溴索雾化吸入治疗 COPD 急性加重期的临床观察[J]. 国际中医中药杂志, 2009, 31(2): 131-132.
- [8] 王传博, 李泽庚, 彭波, 等. 芪白平肺胶囊对慢性阻塞性肺病痰瘀阻肺证模型大鼠右心肥厚指标的影响[J]. 国际中医中药杂志, 2010, 32(1): 5-6.

(责任编辑: 骆欢欢)