

血府逐瘀汤联合西药治疗老年慢性阻塞性肺疾病急性加重期临床研究

蔡万在

苍南县南宋镇卫生院, 浙江 苍南 325807

[摘要] 目的: 观察血府逐瘀汤联合西药治疗老年慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)患者的临床疗效。方法: 将98例气虚血瘀型老年AECOPD患者随机分为观察组和对照组各49例, 对照组予西医常规治疗, 观察组在对照组基础上加服血府逐瘀汤, 对比2组患者的用力呼气肺活量(FVC)、1秒用力呼气容积(FEV₁)、平均动脉压(mPAP)、血清C-反应蛋白(CRP)定量、动脉血氧分压(PaO₂)、二氧化碳分压(PaCO₂)。记录药物不良反应, 判定2组的中医临床疗效。结果: 治疗后, 观察组中医临床疗效总有效率高于对照组($P < 0.05$)。2组患者的肺功能、动脉血气、肺动脉压、炎症指标均较入组时改善($P < 0.05$), 观察组治疗后FVC、FEV₁、PaO₂均高于对照组($P < 0.05$), PaCO₂、CRP、mPAP均低于对照组($P < 0.01$)。2组中医证候积分均较治疗前降低($P < 0.01$), 观察组中医证候积分低于对照组, 差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。2组不良反应发生率比较, 差异无显著性意义($P > 0.05$)。结论: 血府逐瘀汤联合西药治疗老年AECOPD患者能有效改善肺功能, 减轻炎症反应与血液黏滞, 具有较高的临床安全性。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病(COPD); 急性加重期; 中西医结合疗法; 血府逐瘀汤

[中图分类号] R563 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)11-0068-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.11.026

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是以气道气流受限为主要特征, 并伴局部异常炎症反应的进行性加重的阻塞性肺部疾病, 是老年人呼吸系统的常见疾病。慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)主要由气管或支气管受细菌或病毒感染引起, 由于长期存在气道阻力, AECOPD患者常伴有肺动脉高压或肺源性心脏病, 严重者出现呼吸衰竭或右心衰竭, 患者病死率高, 严重危害老年人的身心健康。中医学认为COPD患者多伴有肺气亏虚、痰热血瘀等症, 为此笔者采用中医学祛瘀类代表方剂——血府逐瘀汤, 联合西药治疗AECOPD, 并观察该治法的疗效, 报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 AECOPD按照《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007修订版)》^[1]与《中医病证疗效诊断标准》^[2]相关标准进行诊断。患者有短期内咳嗽, 咳脓性痰, 呼吸困难, 喘息加重, 口唇发绀, 发热, 肺部

可闻及明显哮鸣音或湿啰音, 体温38.2~39.8℃。

1.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]标准, 中医辨证为气虚血瘀型, 主症: 咳嗽、咯痰、喘息; 次症: 口唇发绀, 舌质紫暗、苔腻, 脉涩或弦滑。

1.3 纳入标准 符合以上诊断标准; 属气虚血瘀型; 年龄≥60岁; 对治疗方案知情同意, 并签署知情同意书。

1.4 排除标准 COPD缓解期、先天性心脏病、肺脓肿、肺结核、肺癌、支气管扩张、原发性肺动脉高压患者; 胃食管反流等其他疾病引起的咳嗽、咯黏液性脓痰者。

1.5 一般资料 纳入本院2012年2月~2013年12月诊治的98例AECOPD患者为研究对象。男52例, 女46例; 年龄60~75岁, 平均(66.5±6.1)岁。将患者按照就诊次序根据随机数字表分为观察组和对照组各49例。观察组男28例, 女21例; 年龄

[收稿日期] 2014-06-03

[作者简介] 蔡万在(1971-), 男, 主治医师, 主要从事中西医结合内科临床工作。

(65.4 ± 5.3)岁；COPD 病程为(9.3 ± 2.5)年；中医证候积分(25.2 ± 3.7)分；合并呼吸衰竭类型：Ⅰ型 32 例，Ⅱ型 17 例；合并肺动脉高压 41 例。对照组男 24 例，女 25 例；年龄(67.1 ± 5.8)岁；COPD 病程为(8.9 ± 2.2)年；中医证候积分(24.8 ± 4.1)分；合并呼吸衰竭类型：Ⅰ型 30 例，Ⅱ型 19 例；合并肺动脉高压 38 例。2 组性别、年龄、COPD 病程等一般资料比较，差异均无显著性意义($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西医常规抗感染治疗，包括解痉、平喘、氧疗、化痰等支持疗法，主要用药有左氧氟沙星、阿奇霉素、氨茶碱、异丙托溴铵或氨溴索、甲强龙等，治疗 5~7 天。

2.2 观察组 在对照组常规用药基础上加服血府逐瘀汤，组方为：当归、生地黄、川芎、红花、桔梗各 9 g，桃仁、牛膝各 12 g，枳壳、赤芍、柴胡各 6 g，黄芪、瓜蒌各 15 g，甘草 3 g。每天 1 剂，水煎 300 mL，分早晚 2 次口服，每次 150 mL，10 天为 1 疗程。观察 1 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗前后测定 2 组患者的用力呼气肺活量(FVC)、1 秒用力呼气容积(FEV₁)、平均动脉压(mPAP)，血清 C-反应蛋白(CRP)定量，动脉血氧分压(PaO₂)、二氧化碳分压(PaCO₂)。治疗期间监测患者的血常规、尿常规与肝肾功能，记录不良反应。

3.2 统计学方法 所有数据经 Epidata 软件建数据库，采用 SPSS19.0 软件进行统计学处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验，计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治疗 1 疗程后，参照文献^[3]中医证候积分标准评定临床疗效。主症按无、轻、中、重分别赋值 0、2、4、6 分，次症按无、轻、中、重分别赋值 0、1、2、3 分。临床控制：临床症状、体征基本消失，证候积分减少 $\geq 95\%$ 。显效：症状、体征均有明显改善，证候积分减少 $\geq 70\%$ 。好转：症状、体征均有好转，证候积分减少 $\geq 30\%$ 。无效：症状、体征均无明显改善，证候积分减少 $< 30\%$ 。

4.2 2 组中医临床疗效比较 见表 1。总有效率观察组为 95.9%，对照组为 83.7%，2 组比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组中医临床疗效比较

组别	n	例(%)				总有效
		临床控制	显效	好转	无效	
观察组	49	3(6.1)	30(61.2)	14(28.6)	2(4.1)	47(95.9)
对照组	49	1(2.0)	22(44.9)	18(36.7)	8(16.3)	41(83.7)

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗前后理化指标比较 见表 2。2 组患者治疗后，肺功能、动脉血气、肺动脉压、炎性指标均较入组时改善($P < 0.05$)。观察组治疗后 FVC、FEV₁、PaO₂ 均高于对照组($P < 0.05$)，PaCO₂、CRP、mPAP 均低于对照组($P < 0.01$)。

表 2 2 组治疗前后理化指标比较($\bar{x} \pm s$)

指标	时间	观察组(n=49)	对照组(n=49)
FVC(L)	治疗前	2.31 ± 0.55	2.37 ± 0.52
	治疗后	2.96 ± 0.59	2.72 ± 0.55
FEV ₁ (L)	治疗前	1.28 ± 0.42	1.24 ± 0.40
	治疗后	1.63 ± 0.47	1.44 ± 0.45
PaO ₂ (mmHg)	治疗前	57.8 ± 7.2	58.8 ± 6.9
	治疗后	84.0 ± 8.8	79.5 ± 9.0
PaCO ₂ (mmHg)	治疗前	49.2 ± 4.3	49.6 ± 4.7
	治疗后	42.4 ± 4.7	44.8 ± 4.1
CRP(mg/L)	治疗前	28.4 ± 13.2	27.6 ± 12.2
	治疗后	13.6 ± 5.1	17.5 ± 5.4
mPAP(mmHg)	治疗前	46.4 ± 4.3	45.8 ± 4.6
	治疗后	34.2 ± 3.7	38.5 ± 4.0

与治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.01$ ，③ $P < 0.05$

4.4 2 组治疗前后中医证候积分比较 见表 3。治疗后，2 组患者咳嗽、咯痰、紫绀等症状体征明显改善，中医证候积分均较治疗前降低($P < 0.01$)。观察组中医证候积分低于对照组，差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表 3 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	49	25.2 ± 3.7	8.3 ± 2.2
对照组	49	24.8 ± 4.1	11.5 ± 2.7

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

4.5 2 组不良反应情况比较 治疗期间，观察组有 9 例患者服汤剂后出现腹胀、恶心情况，4 例患者治疗期间出现肝功能异常(谷草转氨酶 > 40 mmol/L)，不良反应发生率为 26.5%；对照组消化道不适、肝功

能异常病例各出现 3 例，上述病例均未停止药物治疗，不良反应发生率为 15.4%。其余患者未见明显药物不良反应。2 组不良反应发生率比较，差异无显著性意义($P > 0.05$)。

5 讨论

COPD 进程较长，严重危害老年人群身心健康，主要病理改变是由于气道、肺实质及肺血管的慢性非特异性炎症反复刺激，引发气道壁损伤 - 修复 - 结构重塑，导致气道狭窄、痉挛与进行性气流受限。AECOPD 患者气道阻塞更为明显，超微结构显示肺泡壁纤维化趋势，毛细血管床减少，血流不能充分氧合，引起低氧血症和二氧化碳潴留^[4]；同时，AECOPD 患者由于全身性的系统性炎症、血液高凝状态及缺氧，往往造成肺动脉高压，5%~10%的进展期 COPD 患者可能合并重度肺动脉高压、右心衰^[5]。西医治疗 AECOPD 以抗生素、激素、支气管扩张剂、化痰类药物为主，具有一定临床疗效，但或多或少存在一定的不良反应^[6]。

COPD 属中医学咳嗽、喘证、肺胀等范畴。中医学认为肺主气，气主行血，久病肺虚，肺气不利，宣肃失司，气虚则血运不畅，以致血脉瘀阻，津液归化失常，迁延不愈致脾失健运，脾虚生湿，湿聚生痰，久郁化热，痰瘀阻肺，故出现咳嗽、咯痰等证候^[7]。因此，痰热、血瘀、肺失宣降是 COPD 的主要病机，根据中医学“急则治其标，缓则治其本”的法则，临床当以清热祛痰、活血逐瘀，恢复肺宣降功能为治则。近年来，清肺化痰、活血逐瘀法在减轻 AECOPD 患者喘憋、炎症反应、血液黏稠度方面取得了显著疗效^[8]。

血府逐瘀汤是行气活血的代表方剂，具有化痰祛瘀、止咳平喘的功效。方中桃仁破血行滞、红花活血祛瘀，二者共为君药。赤芍清热凉血，祛瘀止痛；川芎祛风止痛，活血行气；牛膝引血下行，活血通络，三药共为臣药，辅助君药活血祛瘀。生地黄、当归养血和血；枳壳、桔梗宽胸行气、止咳化痰；柴胡疏肝解郁，与桔梗、枳壳同用，理气行滞，上述 5 味药物共为佐药。甘草益气补脾、止咳化痰，协调诸药为使。基本方加黄芪补益肺气，加瓜蒌以清热化痰，宽胸散结。现代药理学分析表明：桃仁中的苦杏仁甙、红花中的红花甙具有舒张血管、增加纤溶活性与抗血栓功效，兼有抗炎、镇静的作用；赤芍中的芍药甙、

川芎中的川芎嗪、牛膝中的磷酸镁，具有扩张肺部毛细血管与小动脉，抗血小板凝集，改善机体微循环的作用；生地黄中的有效成分具有强心、利尿，增加细胞免疫的功能^[9]；当归中的阿魏酸能改善外周循环，兼有镇静作用；枳壳可兴奋胃肠道平滑肌，又可降低胃肠道平滑肌张力。桔梗中的皂甙能反射性促进气道分泌黏液，从而稀释痰液，使之易于排出。柴胡皂甙具有抗炎、解热、镇痛、镇咳等作用。甘草黄酮止咳祛痰作用明显；黄芪具有增强机体免疫功能、利尿、保肝等作用；瓜蒌中的皂甙及氨基酸有化痰功效，并且对绿脓杆菌、金黄色葡萄球菌及流感嗜血杆菌等有抑制作用^[10]。全方共奏清肺化痰止咳、活血祛瘀之功效。

本研究结果显示，2 组治疗后，患者的肺功能、动脉血气、肺动脉压、炎症指标均较入组时明显改善，观察组治疗后 FVC、FEV₁、PaO₂ 均高于对照组，PaCO₂、CRP、mPAP 均低于对照组，提示观察组在改善肺通气、肺部炎症及微循环、增加肺部氧合方面，效果要优于对照组，也说明血府逐瘀汤在改善肺部微循环方面作用显著。与此同时，观察组疗效优于对照组，中医证候积分低于对照组，2 组不良反应发生率相当，提示血府逐瘀汤联合西药治疗老年 AECOPD 较之单纯采用西药治疗在疗效方面表现出优势。

总之，血府逐瘀汤治疗老年 AECOPD 患者，能从促进肺部微循环、减轻炎症反应方面改善肺功能与血液氧合，具备较高的临床安全性；联合西药能进一步增强抗炎、祛痰、镇咳功效。

[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(2007 修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2007, 30(1): 8-17.
- [2] 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.
- [3] 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: 366-368.
- [4] 崔家栋. 血府逐瘀胶囊用于 COPD 稳定期患者临床效果观察[J]. 山东医药, 2011, 51(39): 73-74.
- [5] 蒋延文, 庞莉, 方秋红, 等. 血清炎症因子水平与慢性阻塞性肺疾病继发肺动脉高压的相关性研究[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2011, 34(12): 904-908.

- [6] 张剑辉. 养阴清肺逐瘀法治疗慢性阻塞性肺病的疗效及其机理研究分析[J]. 临床医学工程, 2013, 20(10): 1269-1270.
- [7] 杨静伟, 赵晶岩. 血府逐瘀汤临床应用现状[J]. 中国医药导报, 2008, 5(16): 28-29.
- [8] 刘晓颖. 化痰逐瘀法治疗慢性阻塞性肺病急性加重期 42 例临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2007, 14(4): 76-77.
- [9] 谢辉, 罗尧岳, 周小青, 等. 血府逐瘀汤及其拆方对动脉粥样硬化兔血脂、血流动力学的影响[J]. 湖南中医药大学学报, 2008, 28(2): 13-15.
- [10] 杨金星, 袁嘉丽, 管翰粟, 等. 活血化瘀药对 COPD 模型大鼠气道重塑的干预作用[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(23): 2524-2526, 2619.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

六君子汤加味治疗肺脾气虚型慢性阻塞性肺疾病稳定期疗效观察

裘雯慧, 王洲峰

慈溪市第二人民医院, 浙江 慈溪 315315

[摘要] 目的: 观察六君子汤加味治疗肺脾气虚型慢性阻塞性肺疾病稳定期的临床疗效。方法: 选取本院 2012 年 11 月~2014 年 2 月肺脾气虚型慢性阻塞性肺疾病稳定期住院治疗患者共 100 例, 随机分为实验组和对照组各 50 例。对照组予以常规治疗包括吸氧、茶碱制剂、糖皮质激素、支气管扩张剂、祛痰剂和抗生素等; 实验组在对照组基础上, 加用六君子汤加味治疗。对比 2 组患者治疗前及治疗 7 天后的肺功能和痰液相关指标。对比 2 组患者治疗前及治疗 1 月后的生活质量评分与中医证候评分情况。结果: 2 组患者治疗 7 天后的 1 秒钟用力呼气容积 (FEV_1)、 FEV_1 占预计值百分比 ($FEV_1\%$) 和 FEV_1 /用力肺活量 (FVC) 均显著高于治疗前 ($P < 0.05$); 实验组 7 天后的 $FEV_1\%$ 、 FEV_1 和 FEV_1/FVC 均显著高于对照组 ($P < 0.05$)。2 组患者治疗 1 月后的生存质量量表总均分 TMS、日常生活能力 FIS 和抑郁心理障碍 F3S 评分均显著低于治疗前 ($P < 0.05$); 实验组治疗 1 月后的 TMS、FIS 和 F3S 评分均显著低于对照组 ($P < 0.05$)。实验组治疗 1 月后的证候评分情况显著优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在常规治疗的基础上加用六君子汤加味, 除了可以改善稳定期肺脾气虚型慢性阻塞性肺疾病患者的肺功能及中医证候, 同时还可以从内源性抗炎机制上起到治疗作用。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病 (COPD); 肺脾气虚型; 稳定期; 六君子汤

[中图分类号] R563 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 11-0071-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.11.027

慢性阻塞性肺疾病(COPD)归属中医学肺胀、久咳、喘证等疾病范围。本病发病与先天不足及六淫之邪、七情所伤等有关, 患者发病后将出现肺、脾、肾三脏功能失调之症状, 并以咳、痰、喘为外在表现^[1-2]。笔者选取本院 2012 年 2 月~2014 年 2 月肺脾气虚型 COPD 稳定期住院治疗患者共 100 例, 根据患者分组不同进行研究, 旨在探究六君子汤加味临床疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察对象 100 例随机分为 2 组。实验组 50 例, 男 32 例, 女 18 例; 年龄 45~82 岁, 平均(65.4±3.8)岁; 病程 3~45 年, 平均(12.4±6.9)年。对照组 50 例, 男 31 例, 女 19 例; 年龄 48~81 岁, 平均(66.1±3.5)岁; 病程 3~40 年, 平均(12.6±6.4)年。2 组间一般资料经统计学处理, 差异无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

[收稿日期] 2014-07-01

[作者简介] 裘雯慧 (1980-), 女, 主治医师, 主要从事中西医结合临床研究。