

苏黄止咳胶囊联合西药治疗慢性支气管炎急性发作期临床观察

沈君, 高景篷

嘉兴市第二医院呼吸科, 浙江 嘉兴 314000

[摘要] 目的: 观察苏黄止咳胶囊联合西药治疗慢性支气管炎急性发作期的疗效。方法: 选取 90 例慢性支气管炎急性发作期风邪犯肺证患者, 随机分为对照组和治疗组各 45 例, 对照组采用盐酸氨溴索片和氨茶碱缓释片治疗, 必要时使用抗生素, 治疗组在此基础上加用苏黄止咳胶囊, 均连续治疗 10 天。比较治疗前后临床症状、用力呼气量等指标的变化情况。结果: 经治疗, 总有效率对照组为 77.8%, 治疗组为 95.6%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组患者的肺功能各项指标均较治疗前有所改善 ($P < 0.01$), 治疗组各项指标的改善程度均优于对照组 ($P < 0.01$)。2 组患者均未出现严重的不良反应。结论: 在常规治疗慢性支气管炎急性发作期的基础上加用苏黄止咳胶囊, 可显著改善患者的肺功能指标与临床症状, 临床疗效优于单纯西药治疗。

[关键词] 慢性支气管炎; 急性发作期; 风邪犯肺; 苏黄止咳胶囊

[中图分类号] R562.2*1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 04-0065-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.032

慢性支气管炎是由各种因素引起的气管、支气管黏膜及其周围组织出现慢性非特异性炎症, 常出现咳嗽、咳痰、哮喘、呼吸困难等, 如未及时采取积极有效的措施进行干预, 可发展为慢性阻塞性肺气肿或慢性肺心病^[1-3]。根据慢性支气管炎的特点, 将其分为急性发作期、缓解期及慢性迁延期, 临床治疗慢性支气管炎急性发作期多使用西药以达到抗菌、镇咳、平喘、化痰的效果, 近期疗效较好, 但存在较大的副作用^[4], 而中西医结合治疗有较好的效果。笔者在常规治疗的基础上加用苏黄止咳胶囊, 取得了较好的临床效果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 入选病例为 2013 年 1—12 月本院呼吸科收治的 90 例慢性支气管炎急性发作期的患者, 按照随机数字表法将其分为对照组和治疗组, 每组 45 例。对照组男 36 例, 女 9 例; 年龄 49~67 岁, 平均(56.8±6.8)岁; 病程 1~14 年, 平均(5.6±2.4)年。治疗组男 37 例, 女 8 例; 年龄 48~69 岁, 平均(57.1±6.9)岁; 病程 1~13 年, 平均(5.7±2.1)年。经对照分析, 2 组性别、年龄、病程等比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 西医诊断标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]中关于慢性支气管炎急性发作期的诊断标准。临床出现咳嗽、咳痰、胸闷、喘息、呼吸困难等症状, 每年发病时间超出 3 月并持续 2 年以上; 血常规检查结果显示嗜酸性粒细胞明显增高; X 线胸片显示肺部出现纹理增粗、增多且紊乱, 部分有斑片状阴影; 肺功能明显下降, 部分患者有不可逆气流受

限。发作期: 1 周内为脓性或黏液性痰, 痰量明显增多或伴有其他炎症表现; 或 1 周内咳、痰、喘症状任何一项明显加剧。

1.3 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]辨证属风邪犯肺证。

1.4 纳入标准 符合慢性支气管炎急性发作期临床诊断标准, 且辨证属风邪犯肺证者; 年龄在 45~70 岁之间; 同意参加临床研究并签署知情同意书者; 无大量饮酒、吸烟等不良生活习惯者。

1.5 排除标准 对药物出现严重过敏者; 因肺结核、支气管哮喘、心脏病等诱发慢性支气管炎急性发作期者; 合并有严重的肝、肾等重要脏器疾病者; 有精神疾病的患者及未按照临床给药方案治疗者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予盐酸氨溴索片(江苏恒瑞医药股份有限公司, 批号: 201229145)及氨茶碱缓释片(修正药业集团股份有限公司, 批号: 201211052)进行治疗, 用法用量分别为: 盐酸氨溴索片, 每次 30 mg, 每天口服 2 次; 氨茶碱缓释片, 每次 2 片, 每天口服 2 次。感染者加用抗生素治疗。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用苏黄止咳胶囊(扬子江药业集团北京海燕药业有限公司, 批号: 201211035), 每次 3 粒, 每天口服 3 次。

2 组患者均连续治疗 10 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 严密监测 2 组患者的临床症状与体征, 如

[收稿日期] 2014-12-06

[作者简介] 沈君 (1971-), 女, 主管护师, 主要从事呼吸系统疾病临床护理工作。

喘息、咳嗽、肺部啰音等；使用肺功能仪检测患者的用力呼气量(FVC)、第1秒用力呼气量(FEV₁)与用力呼气量的比值(FEV₁/FVC)；不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS 17.5统计软件对数据进行分析处理，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 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]拟定。显效：临床症状显著改善，肺部哮喘音及湿啰音消失；有效：临床症状明显改善，肺部哮喘音及湿啰音基本消失；无效：临床症状较治疗前未出现改善甚至加重。临床总有效率 = (显效例数 + 有效例数) / 总例数 × 100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。经治疗，总有效率对照组为77.8%，治疗组为95.6%，治疗组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	45	12	23	10	77.8
治疗组	45	15	28	2	95.6

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后肺功能指标比较 见表2。治疗后，2组患者的肺功能各项指标均较治疗前有所改善($P < 0.01$)，治疗组各项指标的改善程度均优于对照组($P < 0.01$)。

表2 2组治疗前后肺功能指标比较($\bar{x} \pm s, n=45$)

组别	时间	FVC(L)	FEV ₁ (L)	FEV ₁ /FVC(%)
对照组	治疗前	2.61 ± 0.78	1.68 ± 0.52	61.62 ± 5.62
	治疗后	3.05 ± 0.67	2.06 ± 0.49	81.42 ± 6.12
治疗组	治疗前	2.66 ± 0.79	1.74 ± 0.55	60.89 ± 5.96
	治疗后	3.42 ± 0.52	2.37 ± 0.35	92.15 ± 6.18

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

4.4 2组不良反应情况比较 治疗期间，对照组有3例患者出现恶心、呕吐、腹胀等胃肠道反应，2例患者出现轻度的皮疹、红斑等过敏反应，2例患者出现轻度的头晕、焦虑等反应，不良反应发生率为15.6%；治疗组有2例患者出现恶心、呕吐、腹胀等胃肠道反应，2例患者出现轻度的皮疹、红斑等过敏反应，1例患者出现轻度的头晕、焦虑等反应，不良反应发生率为11.1%。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。2组患者均未出现其他严重的不良反应。

5 讨论

慢性支气管炎为临床较为常见的呼吸系统疾病，常于冬季发作，春暖后逐渐缓解，具有病程长、易反复、迁延难愈等特点，如未及时采取积极有效的措施进行干预，将会产生较严重

的后果，严重影响患者的生活质量。因处于急性发作期的患者，病情均比较严重，故临床中常采用抗菌、镇咳、祛痰等常规药物进行治疗，可在短时间内迅速消除患者的不适症状，临床疗效较好，但大剂量使用该类药物将有可能产生较大的副作用，如使用抗菌药物有引起耐药性的风险，使用祛痰药(盐酸氨溴索片)会出现胃肠道不适及过敏反应。据文献[6]报道，中西医结合治疗慢性支气管炎急性发作期具有较好的临床效果，在提高临床治疗效果的同时还可减少西药的使用量，有效克服单纯使用西药的缺点，为临床治疗慢性支气管炎急性发作期患者提供了参考。

中医学将慢性支气管炎归为咳嗽、喘证、痰饮等范畴，认为慢性支气管炎急性发作主要是由于患者外感风寒，痰饮内伏，肺气上逆，宣降失常，肺不布津，阻塞气道所致，故临床治疗常以外散风寒、内化痰饮为主^[7]。苏黄止咳胶囊是以麻黄、紫苏叶、地龙、蜜枇杷叶、炒紫苏子、蝉蜕、前胡等中药材按照配伍原则组方，采用现代制剂技术制备而成的可供口服的中药制剂，方中麻黄具有发汗散寒、宣肺平喘等功效，为方中君药；紫苏叶具有解表散寒、行气和胃的作用；地龙具有清热定惊、通络平喘的功效，同时与蜜枇杷叶、炒紫苏子、蝉蜕、前胡共同配伍，协同发挥祛邪利肺、止咳化痰的功效。现代药理研究结果表明，苏黄止咳胶囊能够使患者血清中的IL-6、IL-8及TNF- α 均明显下降，减轻慢性支气管炎急性发作期患者气道的损伤，抑制气道的炎症反应，从而发挥止咳、平喘、祛痰、抗气道炎症等作用^[8-9]。笔者在常规治疗的基础上，对慢性支气管炎急性发作期的患者加用苏黄止咳胶囊，使患者的肺功能指标得到了显著的改善，提高了临床治疗的效果，具有较大的借鉴意义。

[参考文献]

- [1] 苗凤英,魏汉林,伍青,等.三拗片联合盐酸氨溴索注射液治疗慢性支气管炎84例[J].中医杂志,2013,54(22):1957-1958.
- [2] 赵雷,熊蕾,熊清平,等.荔枝草提取液治疗慢性支气管炎临床疗效观察[J].亚太传统医药,2013,9(11):149-150.
- [3] Mizukane R, Kadota Ji J, Yamaguchi T, et al. An elderly patient with hemophagocytic syndrome due to severe mycoplasma pneumonia with marked hypercytokinemia [J]. Respiration, 2012, 69(1): 87-91.
- [4] Garcia AV, Fingeret AL, Thirumoorthi AS, et al. Severe Mycoplasma pneumoniae infection requiring extracorporeal membrane oxygenation with concomitant ischemic stroke in a child [J]. Pediatr Pulmonol, 2013, 48(1): 98-101.
- [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: 356-362.

- [6] 李光成. 小青龙汤加减治疗慢性支气管炎急性发作 30 例[J]. 中医临床研究, 2014, 6(22): 97-98.
- [7] 张娟, 朱云丽, 王宝玉. 清肺化痰汤治疗慢性支气管炎急性发作 32 例[J]. 陕西中医, 2014, 35(6): 683-684.
- [8] 黄文曼, 马慧妹. 苏黄止咳胶囊治疗咳嗽变异性哮喘 64

例疗效观察[J]. 中国医药指南, 2013, 11(15): 290-291.

- [9] 许建新, 王洪玉, 郭欣. 苏黄止咳胶囊治疗慢性支气管炎急性发作期临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2014, 20(3): 186-189.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

加味小承气汤灌肠联合无创通气治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期呼吸衰竭临床研究

夏清华, 程继荣, 黄光辉, 何慧嫦

清远市中医院, 广东 清远 511500

[摘要] 目的: 观察加味小承气汤灌肠联合无创正压通气治疗慢性阻塞性肺病急性加重期(AECOPD)患者呼吸衰竭的临床疗效。方法: 将 32 例 AECOPD 呼吸衰竭的患者随机分为治疗组与对照组, 各 16 例, 2 组均采用无创正压通气及西医常规治疗方法, 治疗组加用加味小承气汤保留灌肠。比较 2 组临床症状、血气分析、无创通气并发症、气管插管发生率及平均通气时间变化。结果: 2 组治疗 24 h 后心率(HR)、呼吸频率(RR)、血气分析指标较治疗前均有改善($P < 0.05$), 2 组间治疗后比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。2 组治疗后腹胀、呕吐、误吸等症发生率、气管插管率及平均通气时间比较, 治疗组明显低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 加味小承气汤灌肠可减少 AECOPD 呼吸衰竭患者无创通气并发症, 降低气管插管率, 缩短无创通气时间。

[关键词] 慢性阻塞性肺病急性加重期(AECOPD); 加味小承气汤; 灌肠; 无创通气; 呼吸衰竭

[中图分类号] R563 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)04-0067-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.04.033

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是呼吸系统疾病中的常见病和多发病, 其患病率和病死率均高。在慢性阻塞性肺病急性加重期(AECOPD)出现呼吸衰竭的患者中, 应用无创正压通气(NPPV)能有效改善患者低氧及二氧化碳潴留, 收到了较好的疗效。但也因其副作用, 如腹胀、呕吐、便秘及引起痰液黏稠等, 影响治疗效果。本研究旨在通过加味小承气汤保留灌肠联合 NPPV 缓解 AECOPD 呼吸衰竭患者临床症状, 减轻无创通气并发症, 缩短通气时间及减少气管插管率, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 32 例为 2011 年 3 月—2012 年 3 月在本院呼吸内科住院且符合纳入标准的 AECOPD 呼吸衰竭患者。采用随机数字表法分为 2 组, 对照组 16 例, 男 10 例, 女 6 例;

平均年龄(70.69 ± 11.90)岁; pH 值 7.30 ± 0.07 , 动脉血氧分压(PaO_2)(49.6 ± 11.0)mmHg, 动脉二氧化碳分压(PaCO_2)(64.4 ± 14.5)mmHg, 动脉血氧饱和度(SaO_2)(80.0 ± 11.3)%; 呼吸频率(RR)(30.8 ± 9.0)次/min, 心率(HR)(105.3 ± 10.0)次/min。治疗组 16 例, 男 11 例, 女 5 例; 平均年龄(69.62 ± 12.36)岁; pH 值 7.29 ± 0.08 , PaO_2 (48.2 ± 12.2)mmHg, PaCO_2 (65.9 ± 15.3)mmHg, SaO_2 (79.5 ± 12.0)%; RR(31.1 ± 8.6)次/min, HR(104.5 ± 11.6)次/min。2 组患者治疗前血气分析等指标经统计学处理, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 符合 2013 年修订的 COPD 全球倡议(GOLD)^[1], 并属急性加重期。入院当天血气分析符合 $\text{PaO}_2 < 60$ mmHg, 伴有或不伴有 $\text{PaCO}_2 > 50$ mmHg。中医辨证参照《现代中医临床诊断学》^[2]标准, 证属痰热郁肺型。

[收稿日期] 2014-11-09

[作者简介] 夏清华 (1981-), 女, 主治医师, 研究方向: 呼吸系统疾病基础与临床。