

中西医结合治疗慢性支气管炎合并肺气肿临床观察

李慧娇

绍兴市中医院, 浙江 绍兴 312000

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗慢性支气管炎合并肺气肿的临床疗效。方法: 将慢性支气管炎合并肺气肿患者 76 例随机分为 2 组各 38 例, 对照组取西药治疗, 观察组在对照组基础上行化痰平喘、宣肺止咳法治疗, 观察肺功能指标和中医症状评分变化, 并评估临床疗效。结果: 观察组总有效率为 78.95%, 高于对照组的 57.89%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组咳嗽、咳痰、喘息、肋胀胸闷评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组治疗后肺功能指标改善均优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 中西医结合治疗慢性支气管炎合并肺气肿, 可提高患者肺功能, 改善患者的全身症状, 利于控制疾病发展。

[关键词] 慢性支气管炎; 肺气肿; 中西医结合疗法; 化痰平喘; 宣肺止咳

[中图分类号] R562.2 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0068-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.032

慢性支气管炎是感染或非感染因素诱发的气管、支气管黏膜及周围组织出现慢性非特异性炎症, 具有反复发作的特点, 发病期以咳嗽、呼吸异常等症状为主, 随着疾病的严重发展可能诱发肺气肿, 进而对患者的正常生活造成影响^[1]。目前, 临床常采用平喘、止咳、解痉等药物治疗, 但停药后疾病复发率相对较高。中医学对慢性支气管炎合并肺气肿具有深入认识, 认为其与肺胀相似, 可采用化痰平喘、宣肺止咳法治疗, 控制疾病发展。笔者采用中西医结合疗法治疗慢性支气管炎合并肺气肿, 以提高患者生活质量, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 病例选择 符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》^[2]中拟定的肺气肿诊断标准; 发病时间 > 3 月; X 线胸片检查结果证实存在肺气肿征象; 了解并自愿签署知情同意书。排除严重心功能疾病患者; 妊娠期或哺乳期妇女; 精神异常; 器质性病变; 过敏体质。

1.2 一般资料 纳入 2012 年 4 月—2014 年 4 月本院收治的 76 例慢性支气管炎合并肺气肿患者作为研究对象, 年龄 49~76 岁, 平均 (59.62 ± 2.18) 岁; 病程 3~14 年, 平均 (8.65 ± 1.06) 年。患者入院时伴咳嗽、喘息、咯痰等症状, 采用随机对照法将患者分为 2 组各 38 例, 2 组一般资料经统计学处理, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 遵医嘱取药物行止咳、抗感染、解痉等药物治疗, 必要时予以氧气吸入。

2.2 观察组 在对照组基础上行化痰平喘、宣肺止咳法治疗,

方用阳和汤加味, 处方: 熟地黄、黄芪各 30 g, 鹿角胶 20 g (炖服), 紫苏子、白芥子、地龙、桂枝、法半夏、干姜、厚朴各 15 g, 麻黄 8 g, 甘草 5 g。水煎, 早晚服用, 每天 1 剂。

2 组均治疗 30 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察 2 组临床疗效; 比较 2 组治疗后中医症状评分, 评估内容包括咳嗽、咯痰、喘息、肋胀胸闷 4 个因子, 根据症状的严重程度计分, 由轻到重分别记为 0 分、2 分、4 分、6 分; 监测 2 组治疗前后 1 秒用力呼气量 (FEV₁)、最大呼气流量 (PEF)、1 秒用力呼气量占预计值比值 (FEV₁%) 等肺功能指标变化情况。

3.2 统计学方法 采用统计学软件 SPSS19.0 分析数据, 计数资料以百分率 (%) 表示, 行 χ^2 检验; 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 采用 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考文献^[3]相关标准, 显效: 咯痰、喘息等症状消失, 肺部哮鸣音消失, 肺功能指标恢复正常; 有效: 咯痰、喘息等症状明显改善, 肺部哮鸣音有所减轻, 肺功能指标明显改善; 无效: 咯痰、喘息等症状未见明显变化, 肺功能指标未见变化或呈加重趋势。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。观察组总有效率为 78.95%, 高于对照组的 57.89%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

4.3 2 组中医症状评分比较 见表 2。观察组咳嗽、咯痰、喘息、肋胀胸闷评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

[收稿日期] 2014-12-03

[作者简介] 李慧娇 (1974-), 女, 主治医师, 研究方向: 呼吸内科。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	38	11(28.95)	19(50.00)	8(21.05)	30(78.95) ^①
对照组	38	4(10.53)	18(47.37)	16(42.11)	22(57.89)

与对照组比较, ①P<0.05

表2 2组中医症状评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	咳嗽	咯痰	喘息	肺胀胸闷
观察组	0.89±0.44 ^①	1.02±0.41 ^①	0.84±0.36 ^①	0.93±0.52 ^①
对照组	2.18±0.43	2.55±0.49	1.98±0.62	2.07±0.61

与对照组比较, ①P<0.05

4.4 2组肺功能指标比较 见表3。观察组治疗后FEV₁、PEF、FEV₁%均优于对照组(P<0.05)。

表3 2组肺功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	FEV ₁ (L)	PEF(L/s)	FEV ₁ %
观察组	治疗前	1.20±0.62	4.15±1.13	60.36±4.11
	治疗后	3.04±0.64 ^{②③}	5.39±1.67 ^{②③}	78.62±3.52 ^{②③}
对照组	治疗前	1.18±0.54	4.13±1.16	60.11±4.26
	治疗后	1.78±0.30 ^①	4.59±1.51 ^①	65.29±3.54 ^①

与本组治疗前比较, ①P<0.05; 与对照组治疗后比较, ②P<0.05

5 讨论

慢性支气管炎是临床常见的疾病, 与吸烟、病原体感染、气候变化、过敏等存在直接关系。肺气肿是慢性支气管炎常见的合并疾病, 发病期以咳嗽、喘息、咯痰等症状为主, 严重者还可能出现呼吸困难症状^[4]。目前, 临床并无根治的特效药物, 常取止咳、平喘、解痉等药物行对症治疗, 控制疾病的发展。有学者指出, 慢性支气管炎合并肺气肿患者停药后, 疾病复发率相对较高^[5]。

中医学认为慢性支气管炎合并肺气肿与“肺胀”相似, 肺胀病位在肺, 与心、脾、肾有关, 肺为人体呼吸器官, 肺虚弱、外邪入侵, 则肺气失宣, 纳气不能, 易诱发咳嗽喘促; 浊痰内滞、体虚会造成疾病加重; 痰壅气道, 则气机失降, 最终可诱发肺胀。基于此, 临床可采用宣肺止咳、化痰平喘法治疗, 本研究在西药基础上辅以阳和汤加味治疗, 取得满意效果。阳和汤出自《外科论治全生集》, 具有止咳、活血祛瘀的功效^[6]。本研究采用的阳和汤加味, 主要由熟地黄、紫苏子、

白芥子、地龙、麻黄、甘草、鹿角胶、黄芪、干姜等药物组成, 其中熟地黄有活血、养阴之效; 紫苏子归肺、大肠经, 具有止咳平喘的作用; 《医通》指出白芥子可平喘; 地龙常用于咳嗽、咽喉肿痛等疾病的治疗中; 麻黄有宣肺、平喘之效; 鹿角胶可滋肝补肾; 黄芪归肺、脾、肝经, 具有补气、止咳之效^[7]; 干姜温中散寒、温肺化饮, 可有效改善患者脘腹冷痛症状, 甘草可调和诸药。

本研究结果显示, 观察组总有效率高于对照组(P<0.05), 肺功能指标改善情况优于对照组(P<0.05)。提示采用阳和汤加味治疗慢性支气管炎合并肺气肿可提高肺功能, 改善患者全身症状, 提高临床疗效。

综上所述, 遵循化痰平喘、宣肺止咳原则, 采用中西医结合治疗慢性支气管炎合并肺气肿, 可有效改善患者咯痰、喘息等症状, 缩短治疗周期, 值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 庄志祥, 沈旭东, 沈丽琴, 等. 雷替曲塞与5-氟尿嘧啶联合奥沙利铂治疗晚期结直肠癌的疗效比较[J]. 苏州大学学报: 医学版, 2010, 30(3): 573-576, 607.
- [2] 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, 2002, 25(8): 453-460.
- [3] 中华人民共和国卫生部药政局. 中药治疗慢性支气管炎的临床研究指导原则[J]. 中国医药学报, 1988, 3(6): 68-69.
- [4] 李建生, 李彬, 余学庆, 等. 活血化瘀方药治疗血瘀证慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床疗效评价[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2011, 18(1): 9-13.
- [5] 王娟, 周奎龙. 史锁芳运用补益肺肾法治疗肺胀经验[J]. 中国中医药信息杂志, 2014, 15(4): 95-96.
- [6] 邢筱华. 冬病夏治穴位贴敷对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者免疫因子的影响[J]. 陕西中医, 2014, 9(8): 949-951.
- [7] 伍森林, 王顺朝. 多索茶碱治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的疗效观察[J]. 西部医学, 2011, 23(5): 948-949.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)