

龙葵六君煎联合西医常规治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期临床观察

彭景钦, 梁玉书, 祝富利

暨南大学附属江门中医院, 广东 江门 529200

[摘要] 目的: 观察龙葵六君煎联合西医常规治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期患者的疗效。方法: 将确诊为慢性阻塞性肺疾病稳定期的 76 例患者随机分为 2 组各 38 例, 治疗组口服龙葵六君煎汤剂联合西医抗炎、化痰、舒张气道等常规治疗, 对照组单纯以西医常规治疗。疗程均为 180 天, 观察 2 组治疗前后血清肿瘤坏死因子- α 水平、气道细菌菌落计数情况的变化。结果: 治疗前, 2 组血清肿瘤坏死因子- α 水平、气道细菌菌落计数评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗 180 天后, 2 组血清肿瘤坏死因子- α 水平、气道细菌菌落计数评分均低于治疗前 ($P < 0.05$); 治疗组血清肿瘤坏死因子- α 水平、气道细菌菌落计数评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 龙葵六君煎联合西医抗炎、化痰、舒张气道等常规治疗可以有效降低慢性阻塞性肺疾病稳定期患者的血清肿瘤坏死因子- α 水平以及气道内的细菌负荷。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病 (COPD); 稳定期; 气道炎症; 中西医结合疗法; 龙葵六君煎; 肿瘤坏死因子- α

[中图分类号] R563 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 07-0053-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.024

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是我国常见的呼吸道疾病, 其频繁发作的急性加重对 COPD 患者的生活质量产生巨大的负面影响, 也是患者住院和死亡的重要原因。为研究减少 COPD 稳定期患者气道炎症、急性加重的有效方法, 本院于 2014 年 2 月开始在呼吸科门诊应用龙葵六君煎联合西药抗炎、舒张气道治疗 COPD 稳定期患者, 有效降低血清肿瘤坏死因子- α 以及气道内的细菌负荷, 现将临床应用结果分析如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①符合 COPD 诊断标准^[1], 1 秒用力呼气容积 (FEV₁)占预测值百分比 $< 50\%$, 1 秒用力呼气容积与用力肺活量的比值 (FEV₁/FVC) < 0.70 ; 分期属稳定期; ②符合高等医药院校第 5 版教材《中医内科学》中肺胀的诊断标准, 辨证为“肺脾肾虚, 痰瘀阻肺”, 症见: 呼吸短浅, 动则气促, 咳嗽, 痰多色白, 咳声低怯, 胸满气短, 形寒易汗出, 纳呆, 舌淡暗, 脉细无力或沉细; ③51 岁 \leq 年龄 \leq 75 岁; ④呼吸科门诊患者; ⑤知情同意, 自愿受试。

1.2 排除标准 ①过敏体质或对本药已知成分过敏者; ②需机械通气的患者; ③合并严重心脑血管、肝、肾及造血系统等疾病; ④合并支气管哮喘、支气管扩张、肺结核等其他肺部疾病; ⑤不能配合肺功能检查或行肺功能检查时有风险者, 患有可能影响肺功能结果的疾病者。

1.3 一般资料 观察病例共 76 例, 均来源于 2014 年 2—7 月本院呼吸科门诊治疗的 COPD 稳定期患者, 采用分层随机

双盲法分成治疗组和对照组各 38 例。治疗组男 29 例, 女 9 例; 年龄 51~73 岁, 平均 (64.53 \pm 4.95) 岁; COPD 病程 6~31 年, 平均 (18.95 \pm 7.77) 年。对照组男 28 例, 女 10 例; 年龄 53~75 岁, 平均 (63.79 \pm 6.08) 岁; COPD 病程 8~32 年, 平均 (21.55 \pm 7.92) 年。2 组性别、年龄、病程等基线资料经统计学分析, 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 维持吸入噻托溴铵粉吸入剂, 每次 1 吸 (18 μ g), 每天 1 次; 或吸入沙美特罗替卡松粉吸入剂, 每次 1 吸, 每天 2 次; 痰多难咯者加用盐酸氨溴索片, 每次 30 mg, 每天 3 次。

2.2 治疗组 在对照组抗炎、化痰、舒张气道等常规治疗基础上联合龙葵六君煎治疗, 龙葵六君煎配方组成: 熟地黄 20 g, 党参 15 g, 当归、白术、龙葵、法半夏、陈皮、茯苓各 10 g, 炙甘草 6 g。每天 1 剂, 水煎取汁 150 mL, 饭后 2 h 服用, 持续 15 天后间隔 15 天为 1 疗程, 共治疗 6 疗程。

2 组疗程均为 180 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①安全性指标: 包括一般不良反应, 如胃肠道反应等; 血常规、尿常规检查; 肝、肾功能检查。治疗前、治疗 180 天后各检查记录 1 次。②疗效指标: 血清肿瘤坏死因子- α , 治疗前、治疗 180 天后各检查 1 次; 气道细菌菌落计数: 治疗前、治疗后各 1 次痰培养 (口腔清洁后采用雾化

[收稿日期] 2015-02-19

[基金项目] 广东省中医药局建设中医药强省立项资助课题 (20141290)

[作者简介] 彭景钦 (1980-), 男, 主治医师, 主要从事中西医结合治疗呼吸内科疾病的临床工作。

吸入浓盐水诱导取痰,菌阴者再次留取 1 次痰培养);除外口咽部定植菌(奈瑟氏菌、甲链等),拟定:菌阴(指除奈瑟氏菌、甲链等口咽部定植菌外,无其他定植或致病菌)为 0 分,菌落计数 1+ 为 1 分,2+ 为 2 分,3+ 为 3 分,4+ 为 4 分。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 软件对研究数据进行统计分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组内治疗前后均数比较采用配对样本 t 检验,组间均数比较采用两独立样本 t 检验。计数资料比较行 χ^2 检验。

4 治疗结果

2 组治疗前后肿瘤坏死因子- α 水平与气道细菌菌落计数评分比较,见表 1。治疗前,2 组肿瘤坏死因子- α 水平、气道细菌菌落计数评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组血清肿瘤坏死因子- α 水平、气道细菌菌落计数评分均低于治疗前,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗组血清肿瘤坏死因子- α 水平、气道细菌菌落计数评分均低于对照组($P < 0.05$)。

表 1 2 组治疗前后肿瘤坏死因子- α 水平与
气道细菌菌落计数评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	血清肿瘤坏死因子- α ($\mu\text{g/L}$)		气道细菌菌落计数评分(分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30.07 \pm 6.78	18.12 \pm 3.16 ^{①②}	1.63 \pm 0.85	0.58 \pm 0.50 ^{①②}
对照组	30.17 \pm 8.17	21.77 \pm 5.26 ^①	1.61 \pm 0.86	1.47 \pm 0.79 ^①

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

5 讨论

COPD 是一种可防可治的常见疾病,其特征为持续存在的气流受限,并呈进行性发展,伴有气道和肺对有害颗粒或气体所致慢性炎症反应增加。肿瘤坏死因子- α 是一种具有广泛生物活性的促炎细胞因子,在 COPD 炎症反应中起核心作用,其不仅能够增强 COPD 患者气道的炎症反应,而且还能促进支气管平滑肌的再生^[2],并改变平滑肌的功能^[3],参与气道的重构过程。这提示肿瘤坏死因子- α 与 COPD 的发生发展相关。因此通过检测患者血清中肿瘤坏死因子- α 的浓度变化对病程进行分析和指导具有临床意义。

早在 2002 年 Miravittles M 就提出在 COPD 稳定期患者气道内存在低浓度的细菌寄居,在机体免疫功能作用下,这些细菌与机体保持平衡状态,而在各种外因或机体发生变化后,这种平衡被打破,一旦菌量骤增超过某个阈值,就会出现气道炎症反应,产生临床症状,导致 COPD 急性加重^[4]。国外有研究发现:通过选择覆盖能引起 COPD 急性加重期主要病原体的抗生素可以有效降低气道内的细菌负荷,从而减少 COPD 的急性发作次数和改善患者预后^[5]。然而关于 COPD 稳定期抗生素的应用仍存在着很大争议。因此本院呼吸科在充分认识 COPD 的中西医理论以及现代研究结论的基础上,自拟龙葵

六君煎联合西医常规方案治疗 COPD 稳定期患者,并观察其对 COPD 稳定期患者的炎症因子以及气道菌落浓度的影响。

中医学认为,COPD 属于中医学肺胀范畴,病机为肺、脾、肾虚,痰瘀阻肺,肺气壅滞,胸膈胀满,不能敛降。病位初在肺,渐及脾、肾,后期可病及心、肝、脑等脏腑。每因复感外邪诱使病情发作或加剧。本病病性本虚标实,虚实夹杂:以肺、脾、肾虚为本,痰浊、血瘀、气滞为标。稳定期以本虚为主,痰瘀交阻为其主要病机特点。故在稳定期主要治以补益肺、脾、肾之虚损,恢复正气,兼以化痰祛邪,使得病情稳定,带病延年。目前已有大量关于金水六君煎的现代医学研究结果,文献[6]报道,金水六君煎能促进支气管纤毛运动和排痰,消除自由基,抗炎、抗疲劳,保护支气管纤毛,提高淋巴细胞的吞噬率,提高血清白细胞介素(IL)-2 水平。文献[7]报道,金水六君煎能明显改善慢性支气管炎小鼠气管及支气管壁纤毛的病理损伤程度,促进受损纤毛的结构修复,并可能由此部分恢复呼吸道黏液-纤毛转运系统的防御功能。这些研究均肯定了金水六君煎在治疗慢性支气管炎、COPD 方面的疗效。现代药理研究发现,龙葵煎剂对多种致病球菌和杆菌(金黄色葡萄球菌、痢疾杆菌、伤寒杆菌、大肠杆菌、绿脓杆菌)有一定的抑菌作用;龙葵水溶部分小鼠灌服有明显的祛痰作用和止咳作用,通过持续释放组胺,导致肺支气管的组胺耗竭而具有平喘作用^[8]。龙葵果浸膏,氯仿提取物,石油醚提取物及水溶部分小鼠灌服(剂量相当于最大耐受量的 1/2)有明显的祛痰作用^[9]。龙葵六君煎由龙葵和金水六君煎(熟地黄、当归、法半夏、陈皮、茯苓、炙甘草)加党参、白术组成。方中以寒润的熟地黄滋培肾水,辛润的当归补血活血,党参、白术、茯苓、炙甘草健脾益气,陈皮、法半夏燥湿化痰,龙葵止咳、祛痰、平喘以逐邪。诸药配合,共奏滋肾健脾益肺、化痰止咳平喘之功。符合 COPD 稳定期的病机特点。

本研究结果显示,治疗组肿瘤坏死因子- α 水平、气道细菌菌落计数评分均低于对照组($P < 0.05$),提示在西医常规治疗基础上加服龙葵六君煎,可以有效降低 COPD 稳定期患者的血清肿瘤坏死因子- α 水平以及气道内的细菌负荷。至于是否能够有效避免或减少使用抗生素、减缓肺功能持续下降以及减少 COPD 急性加重,则有待继续随访跟踪。

[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 年修订版)[J].中华结核和呼吸杂志,2007,30(1):8-17.
- [2] Amrani Y, Panettieri RA, Frossard N, et al. Activation of the TNF- α -p55 receptor induces myocyte proliferation and modulates agonist-evoked calcium transients in cultured human tracheal smooth muscle cells[J]. Am J Respir Cell Mol Biol, 1966, 15: 55-63.

- [3] Emala CW, Kuhl J, Hungerford CL, et al. TNF-alpha inhibits isoproterenol-stimulated adenylyl cyclase activity in cultured airway smooth muscle cells [J]. *Am J Physiol*, 1997, 272(4 Pt 1): L644-L650.
- [4] Miravittles M. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: when are bacteria important? [J]. *Eur Respir J Suppl*, 2002, 36: 9s-19s.
- [5] Wilson R, Allegra L, Huchon G, et al. Short-term and long-term outcomes of moxifloxacin compared to standard antibiotic treatment in acute exacerbations of chronic bronchitis[J]. *Chest*, 2004, 125(3): 953-964.
- [6] 孟辉, 黎俏梅, 沈英森, 等. 金水六君煎及其成分祛痰作用的药效学研究[J]. *中成药*, 2005, 27(7): 849-850.
- [7] 黄景彬, 赵长鹰, 李梅, 等. 金水六君煎对慢性支气管炎模型小鼠呼吸道纤毛病理损伤的影响[J]. *暨南大学学报: 自然科学与医学版*, 2005, 26(4): 523-529.
- [8] 顾黎婷. 中药龙葵的药理毒理和临床应用[J]. *常州实用医学*, 2009, 25(1): 35-36.
- [9] 宋少江, 彭纓, 王淑君, 等. 有毒中药药理与临床应用[M]. 北京: 人民军医出版社, 2008: 81-84.

(责任编辑: 吴凌)

中医辨证治疗感冒风寒咳嗽临床观察

张计果

京珠高速公路广珠段有限公司医务室, 广东 中山 528445

[摘要] 目的: 观察中医辨证治疗感冒风寒咳嗽临床疗效。方法: 将 80 例患者随机分为 2 组。对照组采用西医治疗, 实验组采用中医辨证治疗。疗程均为 14 天。结果: 总有效率实验组 87.5%, 对照组 70.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 感冒风寒咳嗽采用中医辨证治疗临床疗效显著。

[关键词] 感冒; 中医辨证; 风寒; 咳嗽; 临床效果

[中图分类号] R256.11 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 07-0055-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.025

感冒是临床上常见的病症之一, 主要是由于人体接触风寒与遭到病毒侵袭, 而造成患者肺系功能发生紊乱, 疾病发病机制复杂, 发病时, 感冒风寒咳嗽的患者, 其临床表现为: 恶风寒、微发热、头身疼痛、无汗、鼻塞、喷嚏、鼻流清涕、咽痒、口不渴、咳嗽、痰稀白、舌淡红、苔薄白、脉浮紧等, 给患者带来很大痛苦。四季均可发病, 且以冬春季为主。对于病情较轻患者称之为伤风、冒风; 病情严重患者则成为重伤风。中医辨证治疗感冒患者取得理想效果^[1]。笔者观察中医辨证治疗感冒风寒咳嗽的临床效果。现报道如下。

1 临床资料

观察病例为 2010 年 4 月—2013 年 12 月本医务室诊治的感冒患者, 共 80 例, 随机分为 2 组。实验组 40 例, 男 23 例, 女 17 例; 年龄 20 [53 岁, 平均(39.4 ± 1.62) 岁; 病程

1 [6 天, 平均(3.5 ± 2.4) 天。对照组 40 例, 男 24 例, 女 16 例; 年龄 21 [53 岁, 平均(36.7 ± 0.8) 岁; 病程 1.2 [6.5 天, 平均(4.2 ± 3.1) 天。2 组患者年龄、病情等比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医治疗, 具体方法: 根据患者情况采用扑尔敏, 每天 2 次, 每次 4 mg; 氢溴酸右美沙芬片, 每片 15 mg, 每次 1 片, 每天 3 次。连续使用 14 天;

2.2 实验组 采用中医辨证治疗, 具体方法: 基础方药以麻黄汤为主: 炙麻黄、北杏仁、法半夏、紫苏叶、前胡、炒桔梗各 10 g, 白芍 9 g, 生姜 2 片。根据患者症状适当增减药物, 如表寒重者加桂枝; 咳嗽, 痰多, 胸闷, 加茯苓、紫苏子、陈皮; 久咳不愈加细辛、五味子; 咽痒而咳加防风、荆芥。每天

[收稿日期] 2014-12-12

[作者简介] 张计果 (1964-), 男, 主治医师, 研究方向: 全科医学。