

- [6] 李庆玲, 赵帅, 孙乐婷, 等. 人参附子有效成分强心作用的研究[J]. 长春中医药大学学报, 2015, 31(3): 463-465.
- [7] 左军, 张文钊, 胡晓阳, 等. 黄芪现代药理及临床研究进展[J]. 中医药信息, 2014, 31(1): 111-112.
- [8] 许源, 宿树兰, 王团结, 等. 桂枝的化学成分与药理活性研究进展[J]. 中药材, 2013, 36(4): 674-678.
- [9] 张晓娟, 左冬冬, 范越, 等. 茯苓化学成分、质量控制和药理作用研究进展[J]. 中医药信息, 2014, 31(1): 117-119.
- [10] 李靖璐. 浅谈葶苈子的药理作用[J]. 大家健康: 下旬版, 2014, 8(9): 30.
- [11] 赵健嫦. 中药川芎中有效成分川芎嗪的药理作用研究[J]. 海峡药学, 2015, 27(8): 145-146.
- (责任编辑: 吴凌)

加味桑皮汤联合西药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热郁肺证临床观察

杜义斌, 闫士平

云南中医学院, 云南 昆明 650011

[摘要] 目的: 观察加味桑皮汤联合西药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)痰热郁肺证的临床疗效。方法: 将符合纳入标准的 66 例 AECOPD 痰热郁肺证患者随机分为治疗组和对照组各 33 例, 对照组给予西医常规治疗, 治疗组在西医常规治疗的基础上加服中药加味桑皮汤。14 天后统计分析 2 组患者的中医证候积分、证候疗效、肺功能、血常规、抗菌药物使用时间。结果: 治疗后, 治疗组证候疗效优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组咳嗽、痰量、痰液性状、呼吸困难、哮鸣音、发热积分与总积分均较治疗前下降 ($P < 0.01$); 除发热外, 治疗组其余各项症状积分和总积分均较对照组减少, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组第 1 秒用力呼气容积 (FEV₁)、第 1 秒用力呼气容积占预计值百分比 (FEV₁%)、第 1 秒用力呼气量与用力肺活量之比 (FEV₁/FVC) 均较治疗前提高, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 2 组各指标比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。2 组白细胞计数、中性粒细胞均较治疗前降低, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 治疗组 2 项指标均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗组抗菌药物使用时间较对照组缩短 ($P < 0.05$)。结论: 加味桑皮汤联合西医常规治疗 AECOPD 痰热郁肺证患者较单纯西医治疗效果更显著, 能够迅速缓解患者的全身症状, 改善肺功能, 有效缓解炎症, 缩短抗菌药物使用时间。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病急性加重期 (AECOPD); 痰热郁肺证; 中西医结合疗法; 加味桑皮汤; 临床研究

[中图分类号] R563 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2017) 04-0025-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.04.008

Clinical Observation of Modified Sangpi Tang Combined with Western Medicine for AECOPD with the Syndrome of Phlegm-Heat Obstructing Lung

DU Yibin, YAN Shiping

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of modified Sangpi tang combined with western medicine for AECOPD with the syndrome of phlegm-heat obstructing lung. Methods: Selected 66 patients with AECOPD due to phlegm-heat obstructing lung, and divided them into the treatment group and the control group with 33 cases in each. The control group was given routine western medicine, and the treatment group was given modified Sangpi tang based on the treatment of the control group. After 14 days of treatment, analysis the main Chinese medicine symptom score, therapeutic effect of syndrome, pulmonary function, blood routine and time of antibiotics usage in the two groups. Results: After treatment,

[收稿日期] 2016-12-05

[作者简介] 杜义斌 (1968-), 男, 医学硕士, 主任医师, 研究方向: 中西医结合治疗老年病。

therapeutic effect of syndrome of the treatment group was better than that of the control group ($P < 0.05$). Scores of cough, phlegm quantity, sputum character, dyspnea, asthma wong, fever and the total scores of the two groups were all lower than those before treatment ($P < 0.01$). Expect fever, scores of every single index and total scores of the treatment group were lower than those of the control group ($P < 0.05$). Forced expiratory volume in one second (FEV_1), the percentage of FEV_1 in predicted value, the ratio of forced expiratory volume in one second (FEV_1) to forced vital capacity (FEV_1/FVC) of both groups were all higher than those before treatment ($P < 0.01$); compared every index of the two groups respectively, there was no significant difference ($P > 0.05$). White blood cell and neutrophil of the two groups were both lower than those before treatment ($P < 0.01$); the two indexes of the treatment group were lower than those of the control group ($P < 0.01$). The time of using antibiotics in the treatment group was shorter than that in the control group ($P < 0.05$). Conclusion: Effect of modified Sangpi tang combined with western medicine for AECOPD with the syndrome of phlegm-heat obstructing lung is better than use western medicine only, which can relieve general symptom quickly, improve pulmonary function and shorten the time of using antibiotics.

Keywords: Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD); Phlegm-heat obstructing lung; Integrated Chinese and western medicine therapy; Modified Sangpi tang; Clinical observation

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种以持续气流受限为特征的疾病, COPD 急性加重(AECOPD)是以呼吸道症状加重为特征的临床事件,会降低患者的生命质量,使病情加重,加快肺功能下降速率^[1]。提高 AECOPD 的临床疗效对改善本病预后意义重大。笔者在临床工作中观察到,加味桑皮汤治疗 AECOPD 痰热郁肺证患者具有显著的疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013 年修订版)》^[2]中 AECOPD 的诊断标准。

1.2 辨证标准 参照《慢性阻塞性肺病中医诊疗指南(2011 版)》^[3]中痰热郁肺证的辨证标准。症见:①咳嗽或喘息气急;②痰多色黄或白黏;③发热或口渴喜冷饮;④大便干结;⑤舌质红、苔黄或苔白少津,脉数或滑数。具备①、②,加③、④、⑤中的任意 2 项,即可辨证。

1.3 纳入标准 ①符合 AECOPD 诊断标准;②中医辨证属痰热郁肺证;③肺功能分级为 ~ 级;④年龄 50~70 岁;⑤血白细胞计数和(或)中性粒细胞比值升高,未经过抗生素治疗者;⑥同意并且能够接受检查、治疗和观察。

1.4 排除标准 ①不符合 AECOPD 诊断标准者;②不属痰热郁肺证者;③肺功能 ~ 级的患者;④年龄不足 50 岁或 70 岁以上,对本研究药物有过敏史或不接受中药者;⑤不同意参加本次研究者;⑥合并严重的心、肺功能不全和造血系统疾病,或其他严重的原发性疾病。

1.5 一般资料 将符合纳入标准的 66 例患者按随机数字表法分为治疗组及对照组各 33 例。实验过程中由于未按照要求服药而导致 2 组各脱落 3 例,剩余对照组与治疗组各 30 例。治疗组男 22 例,女 8 例;平均年龄(69.57 ± 6.45)岁;平均病程(10.47 ± 4.34)年。对照组男 19 例,女 11 例;平均年龄(70.20 ± 5.90)岁;平均病程(11.00 ± 5.17)年。2 组性别、年

龄、病程、治疗前症状总积分、单项症状体征积分、血细胞分析、肝肾功能测定结果等经统计学处理,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 采用西医常规治疗方案:①持续低流量吸氧:氧流量 1.5~3 L/min;②抗菌药物:首选注射用头孢哌酮钠他唑巴坦钠(海口奇力制药股份有限公司),每次 2.25 g,先用氯化钠注射液或灭菌注射用水适量(5~10 mL)溶解,然后再加 5% 葡萄糖注射液或氯化钠注射液 150~250 mL 稀释,静脉滴注,12 h 用药一次。3 天后若疗效不显著则根据痰培养和药敏结果选用敏感抗菌药物;如用药有效则维持原抗菌素治疗不变;③支气管扩张剂:沙丁胺醇雾化液(葛兰素史克制药(苏州)有限公司)每次 5 mg,压力雾化吸入,每天 2 次;④祛痰药:盐酸氨溴索片(上海勃林格殷格翰药业有限公司),每次口服 30 mg,每天 3 次。

2.2 治疗组 在对照组西医常规治疗的基础上,加服加味桑皮汤治疗。处方:玄参、鱼腥草各 20 g,炙桑白皮、炙瓜蒌皮、炙紫菀各 15 g,麻黄、苦杏仁、荆芥、蝉蜕、桔梗、白前、百部、炙款冬花各 10 g。每天 1 剂,中药汤剂由云南中医学院第一附属医院煎药室煎煮,饭后温服,每天 3 次。

2 组疗程均为 14 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 疗程开始前和结束时进行相关检查,观察统计各项指标。如患者急性发作症状得到有效控制或恢复到发作前水平,可以根据药物停用原则提前终止治疗并记录治疗天数。①中医证候积分:根据主要症状、体征按量化标准计分。咳嗽程度:无咳嗽计 0 分;咳嗽少,基本不影响生活计 2 分;昼夜咳嗽,影响生活计 4 分;昼夜频咳、严重影响生活计 6 分。痰量:无痰或痰量与缓解期相同计 0 分,24 h 咯痰量小

于30 mL计2分,24 h咯痰量30~60 mL计4分,24 h咯痰量大于60 mL计6分。痰液性状:无痰计0分,白清稀痰或者泡沫痰计2分,白稠痰计4分,浓稠痰或黄痰计6分。呼吸困难程度:无呼吸困难计0分;呼吸困难,但不影响日常生活及睡眠计2分;呼吸困难,明显影响日常生活及睡眠计4分;呼吸困难,严重影响日常生活及睡眠计6分。哮鸣音:无哮鸣音计0分,偶可闻及哮鸣音计2分,双肺散在哮鸣音计4分,双肺满布哮鸣音计6分;发热程度:体温小于37.5℃计0分,体温37.5~38.0℃计2分,体温38.1~39.0℃计4分,体温大于39.0℃计6分。根据治疗前后证候的评分结果进行中医证候疗效的判定,证候积分减少率=(治疗前分值-治疗后分值)÷治疗前分值×100%。②专人负责使用肺功能仪(德国百瑞公司)检测第1秒用力呼气容积(FEV₁)、第1秒用力呼气容积占预计值百分比(FEV₁%)、第1秒用力呼气量与用力肺活量之比(FEV₁/FVC);③采用B360全自动血细

胞分析仪检测血白细胞计数(WBC)、中性粒细胞(N)。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0统计软件分析数据。符合正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,治疗前后组内比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验;不符合正态分布的计量资料及等级资料采用秩和检验;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 临床控制:临床症状、体征消失或基本消失,中医证候积分减少 $\geq 95\%$;显效:临床症状、体征明显改善,70% \leq 中医证候积分减少 $< 95\%$;有效:临床症状、体征均有好转,30% \leq 中医证候积分减少 $< 70\%$;无效:临床症状、体征无明显改善,甚或加重,中医证候积分减少不足30%。

4.2 2组证候疗效比较 见表1。治疗组证候疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组证候疗效比较

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	控显率(%)	总有效率(%)	Z 值	P 值
治疗组	30	8	17	4	1	83.3	96.7	-1.975	0.048
对照组	30	5	12	11	2	56.7	93.3		

4.3 2组治疗前后各项症状积分比较 见表2。由于数据不符合正态分布,经配对样本 t 检验和两独立样本秩和检验,2组治疗后各项症状积分均较治疗前减少,差异均有统计学意义($P < 0.01$);除发热外,治疗组其余各项症状积分均较对照组减少,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后各项症状积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

症状	组别	治疗前	治疗后	组内比较		组间比较	
				t 值	P 值	Z 值	P 值
咳嗽	治疗组	4.47±1.25	1.20±1.13	18.252	0.000	-2.027	0.043
	对照组	4.33±1.30	2.00±1.58	16.858	0.000		
痰量	治疗组	3.53±1.25	1.13±1.01	16.155	0.000	-2.001	0.045
	对照组	3.67±1.30	1.73±1.14	16.554	0.000		
痰液性状	治疗组	3.93±0.98	1.87±0.73	17.696	0.000	-2.104	0.035
	对照组	4.00±1.05	2.27±0.69	13.730	0.000		
呼吸困难	治疗组	4.80±0.99	1.47±1.30	19.039	0.000	-2.159	0.031
	对照组	4.87±1.01	2.27±1.46	15.277	0.000		
哮鸣音	治疗组	3.87±0.90	1.40±1.19	15.703	0.000	-2.198	0.028
	对照组	3.93±0.98	2.00±0.91	16.000	0.000		
发热	治疗组	0.80±1.24	0.13±0.51	3.808	0.001	-0.463	0.643
	对照组	0.87±1.36	0.27±0.69	3.525	0.001		

4.4 2组治疗前后症状总积分比较 见表3。治疗后,2组症状总积分均较治疗前减少,差异均有统计学意义($P < 0.01$);治疗组症状总积分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后症状总积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后	组内比较		组间比较	
				t 值	P 值	t 值	P 值
治疗组	30	21.20±9.67	7.93±4.29	11.756	0.000	-2.312	0.024
对照组	30	20.53±10.09	10.60±5.05	9.598	0.000		

4.5 2组治疗后肺功能指标比较 见表4。治疗后,2组FEV₁、FEV₁%、FEV₁/FVC均较治疗前提高,差异均有统计学意义($P < 0.01$);2组各指标比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表4 2组治疗前后肺功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

指标	组别	治疗前	治疗后	组内比较		组间比较	
				t 值	P 值	t 值	P 值
FEV ₁ (L)	治疗组	1.56±0.34	1.71±0.31	19.236	0.000	0.519	0.606
	对照组	1.57±0.35	1.67±0.33	22.268	0.000		
FEV ₁ (%)	治疗组	58.67±13.59	67.40±14.10	28.824	0.000	0.197	0.845
	对照组	58.10±12.56	66.67±14.77	12.138	0.000		
FEV ₁ /FVC(%)	治疗组	53.43±10.59	61.27±8.59	15.501	0.000	-0.123	0.902
	对照组	52.50±10.12	61.53±8.16	18.344	0.000		

4.6 2组治疗前后血常规指标比较 见表5。治疗后,2组WBC、N均较治疗前降低,差异均有统计学意义($P < 0.01$);治疗组2项指标均低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

4.7 2组抗菌药物使用时间比较 抗菌药物使用时间治疗组

(9.57±2.52)天,对照组(10.77±1.89)天,组间比较,差异有统计学意义($t=-2.09, P=0.041<0.05$)。

表5 2组治疗前后血常规指标比较($\bar{x}\pm s$)

血常规指标	组别	治疗前	治疗后	组内比较		组间比较	
				t值	P值	t值	P值
WBC($\times 10^9/L$)	治疗组	12.11±1.68	7.03±1.08	16.790	0.000	-3.186	0.002
	对照组	11.98±1.65	7.88±0.97	7.807	0.000		
N	治疗组	0.80±0.06	0.63±0.05	47.768	0.000	-3.328	0.002
	对照组	0.78±0.06	0.66±0.04	24.321	0.000		

4.8 安全性评价 经过14天的临床观察,2组患者均未见因本次试验药物原因引起的不良反应事件。治疗过程结束后全部受试者的肝功能、肾功能、大便常规及尿常规较治疗前未见明显异常。

5 讨论

COPD为气道、肺实质和肺血管的慢性炎症反应,反复感染是气道炎症加重的重要原因之一。国内有学者研究显示AECOPD痰热郁肺证患者的WBC、中性粒细胞百分比明显高于其他证型^[4]。现代医学认为AECOPD的发作多与感染有关,患者白血细胞和(或)中性粒细胞升高是抗感染治疗的指征,其他如支气管舒张剂(抗胆碱能药物、 β_2 受体激动剂)、糖皮质激素、祛痰药也作为主要治疗措施。上述治疗方法并不能完全有效地延缓或阻止疾病反复发作,特别是阻止肺功能进行性下降。某些药物会增加不良反应的发生率,如长期反复使用抗生素易诱发细菌耐药、引起二重感染、胃肠道反应等;长期吸入糖皮质激素可能引起喉炎、声音嘶哑,长期口服或静脉应用大剂量糖皮质激素可能会抑制肾上腺皮质轴,导致股骨头坏死、骨质疏松、高血压、血糖及血脂代谢紊乱等。近年的研究证明,中西医结合治疗可以改善AECOPD症状、减少发作频率、改善健康状况和提高活动的耐受力^[5]。医学界开始寻求中医学与现代医学结合的治疗方案。

AECOPD的中医病机总属本虚标实,以标实为主。感受外邪是AECOPD发病的重要诱因。有研究发现,构成AECOPD的证素有13种,其中占据前5位的依次为:痰、热、血瘀、气虚、阴虚。可见痰热郁肺为AECOPD的主要证型^[6]。加味桑皮汤中桑白皮、瓜蒌皮为君药,具有清肺化痰、泻肺平喘之功。鱼腥草、麻黄、炙紫菀、炙款冬花清肺热、宣肺窍、止咳嗽、化痰浊为臣药。荆芥、蝉蜕、苦杏仁、玄参、白前、百部祛风邪、降肺气、养肺阴、止咳喘为佐药。麻黄性

温,为肺经专药,有解表、平喘、利水之效;苦杏仁味苦,归肺经,功用止咳平喘。二者一宣一降,相互为用,咳嗽、气喘,肺寒肺热皆可用之。桔梗为肺经引经药,既升又降,以升为主,功擅宣通肺气,升清降浊,与苦杏仁相配,一升一降,升降调和,肺气宣肃调畅。全方配伍精妙,共奏清热化痰、宣肺降气、止咳平喘之功。

本临床研究结果提示:治疗后,2组咳嗽、痰量、痰液性状、呼吸困难、哮鸣音、发热均较治疗前改善,治疗组的改善情况优于对照组,表明加味桑皮汤联合西医治疗能够更好地改善AECOPD患者的主要症状、体征。治疗组总有效率和控显率均高于对照组,说明中西医结合治疗的疗效优于单纯西医治疗。2组肺功能主要指标均较治疗前改善,2组改善情况相当,说明2种疗法均可改善患者的肺功能,效果接近。2组WBC、N均较治疗前降低,治疗组2项指标值均低于对照组,抗菌药物使用时间短于对照组,可见加味桑皮汤联合西医治疗能够更快地控制感染情况,缩短抗菌药物使用时间。

综上所述,加味桑皮汤联合西医常规治疗AECOPD痰热郁肺证患者较单纯西医治疗效果更显著,能够迅速缓解患者的全身症状,改善肺功能,有效缓解炎症,缩短抗菌药物使用时间。

[参考文献]

- [1] 陈灏珠,林果为,王吉耀.实用内科学[M].14版.北京:人民卫生出版社,2013:1694.
- [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(2013年修订版)[J].中华结核和呼吸杂志,2013,36(4):1-10.
- [3] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会.慢性阻塞性肺病中医诊疗指南(2011版)[J].中医杂志,2012,53(1):80-84.
- [4] 许光兰,韦艾凌,黄美杏,等.慢性阻塞性肺疾病中医辨证分型与相关指标的相关性研究[J].中国中医急症,2011,20(11):1753-1754.
- [5] 张丹亭.慢性阻塞性肺疾病的中医病机探讨[J].海南医学院学报,2009,15(4):385-387.
- [6] 李建生,王至婉,余学庆.基于慢性阻塞性肺疾病(COPD)急性加重期文献的多元统计方法在证候研究的应用探讨[J].河南中医学院学报,2007,22(6):8-10.

(责任编辑:吴凌)