

中西医结合治疗寒饮内停型慢性阻塞性肺疾病急性发作期的疗效观察[※]

● 刘 欢

摘 要 目的:观察中西医结合治疗寒饮内停型慢性阻塞性肺疾病急性发作期(acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease, AECOPD)的临床疗效。方法:将符合标准的 AECOPD 患者 80 例随机分为治疗组和对照组,对照组给予常规西医治疗,治疗组在对照治疗基础上给予小青龙汤加减治疗;治疗 14 d 后,对比分析两组患者在治疗效果、症状、体征、肺功能、炎症指标方面的差异。结果:治疗组的总有效率明显高于对照组,且显效率亦高于对照组($P < 0.05$);两组患者治疗后症状、体征积分较治疗前显著降低($P < 0.05$),且治疗组咳嗽、咯痰积分较对照组改善明显($P < 0.05$);治疗组 FEV1%、FEV1/FVC 较治疗前显著升高,对照组仅 FEV1% 较治疗前显著升高($P < 0.05$);两组 hs-CRP、PCT 均较本组治疗前显著降低,且治疗组较对照组降低更明显($P < 0.05$)。结论:在西医治疗基础上结合小青龙汤治疗,可显著提高寒饮内停型 AECOPD 的临床疗效;并可显著改善 AECOPD 患者的症状体征及肺功能,降低炎症指标,值得临床推广应用。

关键词 慢性阻塞性肺疾病 急性发作期 中西医结合治疗 寒饮内停

慢性阻塞性肺疾病(COPD),是一种具有气流受限为特征的慢性气道炎症性疾病,在慢性阻塞性肺疾病急性发作期(AECOPD),患者短期内出现咳嗽、咯痰、气促和(或)喘息等症状加重,痰量较前增多,可伴肺功能减退及炎症因子升高的表现。中医学以辨证施治为指导原则,吸收西医之长,结合现代药理、病理研究,将药方完善,可发挥减毒增效(降低西药的副作用,提高疗效)的作用,因此中西医结合治疗成为了一种新的治疗理念,旨在二者互补,发挥更好的疗效^[1,2]。本研究观察中西医结合治疗寒饮内停型慢性阻塞性肺疾病急性发作期的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 5 月至 2016 年 5 月期间我院住院的 AECOPD 患者,共计 80 例,其中男 48 例,女 32 例。按入院先后顺序随机、平行分为两组,

对照组 40 例、治疗组 40 例。其中,对照组男 23 例,女 17 例,年龄 65.24 ± 8.32 岁,病程 5.84 ± 3.01 年;治疗组男 24 例,女 16 例,年龄 64.89 ± 8.14 岁,病程 5.84 ± 3.01 年。两组患者在性别、年龄、病程、肺功能、病情严重程度等一般资料方面比较无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照 2013 年中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组制订的《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013 年修订版)》^[3];中医诊断标准参照《中医内科学》第 7 版“喘证-寒饮内停”诊断标准^[4]。

1.3 纳入标准 ①符合中西医诊断标准;②在本次发作中未用过其他类似的药物;③意识清醒,可自主咳痰;④同意本研究方案且签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①COPD 缓解期;②合并有严重心、肝、肾功能及血液、内分泌系统功能异常;③合并恶性肿瘤、严重感染、自身免疫系统疾病等;④过敏体质或对本研究药物过敏者;⑤近期接受免疫抑制制剂、激素类药物者。

1.5 治疗方法 对照组常规予以低流量吸氧、抗生

※基金项目 中国人民解放军第九七医院院内课题(No. YN2013009)

• 作者单位 中国人民解放军第九七医院(221000)

素控制感染、解痉平喘、化痰等治疗。治疗组在对照组治疗基础上,给予小青龙汤加减。药物组成:炙麻黄 9g,桂枝 15g,白芍 10g,炙甘草 5g,干姜 10g,细辛 3g,姜半夏 12g,制五味子 6g。痰鸣喘息、胸满气逆者加射干、葶苈子各 10g;寒痰较重,痰白清稀者加苏子、白芥子各 10g;口唇发绀者加当归 15g、丹参 30g。并嘱少吃膏粱厚味,注意保暖。每日 1 剂,水煎 400mL,分早、晚 2 次服。两组均以 7d 为 1 个疗程,2 个疗程后评估临床疗效,并继续用药至出院。

1.6 观察指标

1.6.1 症状体征评分 观察患者治疗前后咳嗽、咯痰、喘息、湿啰音等情况,症状体征评分参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]。(1)咳嗽:轻度:间断出现,计 1 分;重度:频繁或阵咳,影响睡眠、工作,计 3 分;中度:介于轻、重度之间,计 2 分。(2)咯痰:轻度:时轻时重,间断出现或昼夜 10~50ml,计 1 分;中度:持续明显,昼夜 50~100ml,计 2 分;重度:持续显著,昼夜 100ml 以上,计 3 分。(3)喘息:轻度:偶有发作,不影响睡眠、活动,计 1 分;重度:喘息明显,不能平卧,影响睡眠、活动,计 3 分;中度:介于轻度与重度之间,计 2 分。(4)湿啰音:轻度:偶闻或在咳嗽、呼吸后出现,计 1 分;中度:散在,计 2 分;重度:满布,计 3 分。

1.6.2 实验室检查 (1)肺功能:包括用力肺活量(FVC)、第一秒用力呼气容积占预计值百分比(FEV1%)、用力肺活量百分比(FEV1/FVC)。(2)血清超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)与降钙素原(PCT)含量。

表 2 两组患者治疗前后症状体征积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	时间	例数	咳嗽	咳痰	喘息	湿啰音
治疗组	治疗前	40	2.11 ± 0.56	2.15 ± 0.36	2.37 ± 1.26	2.26 ± 0.69
	治疗后	40	0.62 ± 0.38 ^{*△}	0.75 ± 0.51 ^{*△}	0.58 ± 0.27 [*]	0.78 ± 0.46 [*]
对照组	治疗前	40	2.05 ± 0.59	2.21 ± 0.52	2.48 ± 1.18	2.19 ± 0.76
	治疗后	40	0.89 ± 0.71 [*]	0.94 ± 0.45 [*]	0.57 ± 0.43 [*]	0.83 ± 0.85 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.05$ 。

2.3 肺功能和血清 hs-CRP、PCT 的比较 治疗组 FEV1%、FEV1/FVC 较治疗前显著升高,对照组仅 FEV1% 较治疗前显著升高($P < 0.05$);两组治疗后组

1.6.3 疗效评价标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]。显效:咳嗽喘息及呼吸困难等主要症状明显好转或消失,日常生活不受影响,肺部湿啰音消失或较治疗前减少;好转:咳嗽喘息及呼吸困难等主要症状稍减轻,但仍存在,对日常活动有轻度影响;无效:咳嗽喘息症状未明显减轻或进一步加重,严重时合并呼吸衰竭,肺部啰音未减少或增多。

1.7 统计学方法 用 SPSS15.0 统计学软件进行处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料的组间比较采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效观察 治疗 2 疗程后,治疗组的总有效率明显高于对照组,且显效率亦高于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]					
组别	例数	显效	好转	无效	总有效
治疗组	40	33(82.50) [*]	5(12.50)	2(5.00)	38(95.00) [*]
对照组	40	28(70.00)	4(10.00)	8(20.00)	32(80.00)

注:与对照组比较,^{*} $P < 0.05$ 。

2.2 症状体征积分比较 两组患者治疗后咳嗽、咯痰、喘息及湿啰音积分较治疗前显著降低($P < 0.05$);治疗后治疗组咳嗽、咯痰积分较对照组改善明显($P < 0.05$),喘息、湿啰音积分与对照组比较无差异($P > 0.05$)。见表 2。

间肺功能比较差异无显著性意义($P > 0.05$)。两组 hs-CRP、PCT 均较本组治疗前显著降低,且治疗组较对照组降低更明显($P < 0.05$)。见表 3。

表3 两组患者治疗前后肺功能及血清指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	肺功能			hs - CRP/mg/L	PCT/ μ g/L
			FVC/L	FEV1%	FEV1/FVC		
治疗组	治疗前	40	2.47 \pm 0.34	67.21 \pm 4.52	57.39 \pm 5.78	52.47 \pm 3.15	1.19 \pm 0.32
	治疗后	40	2.87 \pm 0.56	73.26 \pm 8.04 [*]	63.35 \pm 6.29 [*]	7.19 \pm 2.35 ^{*Δ}	0.34 \pm 0.16 ^{*Δ}
对照组	治疗前	40	2.39 \pm 0.47	65.19 \pm 7.82	58.72 \pm 4.38	53.12 \pm 4.02	1.21 \pm 0.29
	治疗后	40	2.66 \pm 0.72	69.98 \pm 7.35 [*]	58.84 \pm 6.23	12.29 \pm 3.18 [*]	0.49 \pm 0.38 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, ^{Δ} $P < 0.05$ 。

3 讨论

中医学虽无慢性阻塞性肺疾病之病名,但根据其临床症状,可归属“喘证”之范畴辨治。慢性阻塞性肺疾病急性加重期病机应属本虚复感外邪,外邪犯肺,肺失宣肃,痰浊内蕴,属邪盛阶段。治疗以急则治其标为原则,治以蠲饮化痰、止咳平喘。小青龙汤是《伤寒论》的名方,用于治疗寒饮伏肺、复感客寒而引发之喘咳。方中麻黄、桂枝为君,发汗散表以解表邪,且麻黄又能宣发肺气而平喘。干姜、细辛、半夏,温肺助阳化饮,兼助麻黄解表,而又宣通肺气,以共为臣药。方中纯用辛温发散,既恐伤肺气,又须防诸药温燥伤津,故配五味子酸收敛气为反佐之药,芍药、甘草和营养血、调和诸药而为使药。以上诸药,君臣协力,佐使相合,共奏温化痰饮、解表散寒、宣肺平喘之功效。现代研究亦发现小青龙汤煎剂可拮抗组胺引起的离体豚鼠气管平滑肌收缩作用,减少哮喘大鼠气道阻力,增大肺动态顺应性,对外周小气道的病理改变有显著的改善作用^[6,7]。此外,小青龙汤还可选择性抑制 I 型变态反应的 IPR 和 LPR,起到免疫调节和抗炎作用^[8]。

本研究以小青龙汤原方为基础,根据症状变化随症加减,结合西医常规治疗,系统观察了其对 APCOPD 疗效的影响。结果显示,治疗组的总有效率明显高于对照组,且显效率亦高于对照组($P < 0.05$)。治疗组咳嗽、咯痰症状体征积分改善显著优于对照组,说明治疗组在改善 APCOPD 患者的临床症状方面优于对照组治疗,可能具有一定的提高临床疗效作用。两组患者治疗后肺功能有显著改善,但均未恢复到正常,分析原因可能与治疗时间短有关,这也从侧面反应了 APCOPD 患者的气道功能受限为不可逆,其改善需要长期治疗^[9]。

CRP 升高是大多数感染疾病的早期并且敏感的经典指标,曾被广泛用于感染性疾病的监控及判断预后^[10]。胡伟贞等^[11]通过观察 AECOPD 患者治疗前后的 CRP 及 IL-8 的血清水平变化发现,AECOPD 患者经治疗后 CRP 及 IL-8 的血清水平明显下降,认为 AECOPD

可作为判断有无急性感染的参考指标之一。血清 PCT 是用于检测严重细菌感染的一个重要炎症标记物,也是一种敏感的判断炎症活动情况的指标。现有研究结果表明,PCT 可以作为慢阻肺预后评价标志物且具有重要临床意义^[12]。本研究结果表明,两组患者治疗后血清 CRP 和 PCT 水平均明显降低,治疗组降低更明显,说明小青龙汤联合西药能显著改善 AECOPD 患者炎症反应。

综上所述,AECOPD 可以采用中西医相结合的治疗措施,对改善患者的临床症状、体征,降低炎症指标均十分有效。

参考文献

- [1]何延忠,周 淼,王海峰.中西医结合治疗急性加重期慢性阻塞性肺疾病临床研究[J].中医学报,2016,31(216):789-790.
- [2]吴允华,谢洪波,申屠敏,等.中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效观察[J].中医杂志,2011,52(9):652-655.
- [3]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):255-264.
- [4]周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2003.
- [5]郑筱萸.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,2002:61.
- [6]张在其,梁 仁,黄建明,等.小青龙汤对哮喘小鼠肺组织 Th1/Th2 作用的实验研究[J].中国中西医结合急救杂志,2004,11(6):368-371.
- [7]吴 奎,王 彦,毕玉田,等.小青龙汤对哮喘小鼠气道变应性炎症作用的研究[J].重庆医学,2014,43(17):2145-2148.
- [8]朱晓宏.小青龙汤现代药理研究及临床应用概况[J].国医论坛,2007,22(6):52-53.
- [9]路 明,姚婉贞.慢性阻塞性肺疾病防治全球倡议(2015 年更新版)解读[J].中华医学杂志,2015,95(22):1715-1718.
- [10]郑玉强,邢 佳,宋竹翠,等.超敏 C 反应蛋白与降钙素原联合应用在 AECOPD 诊治中的意义[J].国际呼吸杂志,2016,26(2):121-123.
- [11]胡伟贞,陈小龙,朱金霞.COPD 急性加重期患者血清 IL-8 与 C 反应蛋白变化及临床意义[J].临床肺科杂志,2007,12(1):19-20.
- [12]IU R,HE R,LUO BL,et al.The effect of tai chi on chronic obstructive pulmonary disease:a pilot randomized study of lung function, exercise capacity and diaphragm strength[J].Heart Lung Circ,2014,23(4):347-352.