

· 临床论著 ·

清热化痰方药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热壅肺证 69例临床观察

李建生^{*} 李彬¹ 余学庆² 陈萍¹ 侯政昆¹ 李素云² 王明航²

(1. 河南中医学院老年医学研究所, 河南省郑州市金水路1号, 450008 2. 河南中医学院第一附属医院)

基金项目: 国家自然科学基金资助 (30772797)

^{*} 通讯作者: li_js@163.com, (0371) 65676568

[摘要] 目的 评价清热化痰方药对慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)痰热壅肺证患者的临床疗效。方法 选取AECOPD患者140例,随机分为试验组和对照组,两组均参照《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》的急性加重治疗方案实施,试验组在以上治疗的基础上,给予清热化痰方药,对照组给予安慰剂。7天为1个疗程,共观察2个疗程。观察患者临床综合疗效、单个症状疗效、实验室指标及生存质量。结果 两组患者共脱落6例,试验组69例,总显效57例占82.6%;对照组65例,总显效34例占52.4%,临床综合疗效比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。在咳嗽、咯痰、胸闷、喘息、食欲不振5个症状方面试验组疗效优于对照组($P < 0.05$)。试验组可改善患者的肺功能,促进炎症的吸收,提高生存质量($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论 清热化痰方药治疗AECOPD痰热壅肺证患者临床疗效确切,可明显改善临床症状和肺功能,提高生存质量。

[关键词] 清热化痰方;慢性阻塞性肺疾病;急性加重期;痰热壅肺证;临床疗效

Treatment of Acute Embittering Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Heat-clearing and Phlegm-dissolving Formulas Clinical Observation on 69 Cases with Phlegm Heat in the Lung

LI Jiansheng¹, LI Bin¹, YU Xueqing², CHEN Ping¹, HOU Zhengkun¹, LI Suyun², WANG Minghang²

(1. Institute of Geriatrics, Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou 450008; 2. The First Affiliated Hospital, Henan University of Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To evaluate comprehensively the effect of Qingre Huatan Formula (formula for heat-clearing and phlegm-dissolving) on the phlegm heat in lung of acute embittering chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD).

Methods Totally 140 AECOPD patients were randomized into test group and control group, both were treated according to the Guide on Diagnosis and Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, additionally, the test group was administered heat-clearing and phlegm-dissolving formulas, while the control group was given placebo, 7 days as one course of treatment, totally for 2 courses. The comprehensive effect, single symptom effect, lab indices, and survival quality were observed. **Results** The dropout of two groups was 6 cases in all. Of the 69 cases in the test group, 57 (82.6%) were remarkably effective; of the 65 cases in the control group, 34 (52.4%) were remarkably effective. There was statistical difference in the comprehensive effect between ($P < 0.05$). In improving the symptoms including cough, expectoration, fullness in chest, asthmatic breathing, and poor appetite, the effect of the test group was better than that of the control group ($P < 0.05$). In the test group, there existed an improvement of lung function, promotion of absorption of inflammation, and promotion of survival quality ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion** Qingre Huatan Formula is effective in treating AECOPD, significantly improving the clinical symptoms and lung function in enhancing the survival quality.

Key Words Qingre Huatan Formula (formula for heat-clearing and phlegm-dissolving); chronic obstructive pulmonary disease; acute embittering stage; phlegm heat in lung; clinical effect

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是呼吸系统常见病,病死率高,严重影响患者的劳动能力和生活质量。在COPD的发病过程中,患者常经历急性加重,每一次发作都可导致症状加重,病情恶化,加速肺功能的下降^[1]。中医药治疗COPD急性加重期(Acute exacerbation of COPD, AECOPD)具有明显优势,

临床中缺少严格的试验设计和客观评价方法去判定其疗效,使中医防治AECOPD的临床疗效评价缺乏说服力。基于此,以AECOPD痰热壅肺证为研究对象,通过多维评价指标的观察,评价清热化痰方药的临床疗效,为建立、完善中医临床疗效评价指标体系及标准提供依据。

1 资料

1.1 一般资料

140例 AECO PD患者来自 2007年 10月~ 2008年 6月河南中医学院第一附属医院和河南省人民医院老年病研究中心呼吸内科住院患者。采用分层区组随机法将患者分为对照组和试验组,剔除资料不全、未按规定服药等 6例,符合研究要求的共 134例。对照组 65例,男 50例,女 15例;平均年龄(67.20±10.49)岁;平均病程(13.4±8.93)年;病情程度:中度 48例,重度 17例;教育程度:文盲半文盲 8例,小学 9例,初中 14例,高中 22例,大专 12例;发病诱因:感冒 32例,受凉 31例,吸烟 1例,其他 1例;平均体重指数(22.73±4.84) kg/m²;合并呼吸衰竭、低氧血症、电解质紊乱等共 14例。试验组 69例,男 45例,女 24例;平均年龄(66.80±10.51)岁;平均病程(15.47±11.06)年;病情程度:中度 58例,重度 11例;教育程度:文盲半文盲 2例,小学 14例,初中 24例,高中 11例,大专 12例,大学 6例;发病诱因:感冒 10例,受凉 53例,吸烟 2例,有害粉尘 1例,其他 3例;平均体重指数(22.80±3.89) kg/m²;合并呼吸衰竭、低氧血症、电解质紊乱等共 9例。两组患者在性别、年龄、病程、病情程度、教育程度、发病诱因、体重指数及合并症方面无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断及辨证标准

AECO PD诊断、分级参照中华医学会呼吸病学分会《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》^[2]和 2006年制定诊断标准及疾病分级标准^[3]。病情分级标准参照美国胸科医师学会和欧洲呼吸学会 2004年的共识^[4]。中医辨证标准参照《实用中医内科学》^[5]中“喘证”及“肺胀”中痰热壅肺证的诊断标准和翁维良主编的《中药临床药理学》^[6]中有关慢性支气管炎的辨证标准,结合以往研究^[7],拟定痰热壅肺证诊断标准如下:主症:咳嗽,喘息,痰多、色黄、白黏,咯痰不爽,舌质红,舌苔黄、腻,脉滑数。兼症:胸闷,胸痛,发热,口渴,面红,尿黄,大便干结。诊断:①咳嗽或喘息;②痰多色黄或白黏;③发热或口渴;④大便干结;⑤舌质红,舌苔黄或黄腻,脉数或滑数。具备①、②项,加③、④、⑤中 2项。

1.3 纳入标准

凡确诊为 COPD并且处于急性加重期,肺功能在 I 级~IV 级,年龄 40~80 岁,中医辨证符合痰热者肺证者。

1.4 排除标准

①合并有结核病、真菌感染、肿瘤及其他肺部原发疾病。②合并严重心功能不全者(心功能 3级以上)。③合并其他疾病如心血管、泌尿、消化、造血、内分泌代谢系统等严重并发症,肝、肾功能不全,精神病患者。④对抗感染药及本药过敏者。⑤未按规定用药,无法判断疗效或资料不全影响疗效或安全性判断者。

2 方法

2.1 治疗方法

两组均参照中华医学会呼吸病学分会制定的《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》^[2]的急性加重治疗方案实施,根据患者具体病情给予:①控制性氧疗,氧流量 2~3 L/min;②用三代头孢类药物头孢哌酮/舒巴坦(4.0g,静脉滴注,每日 2次)作为基础性抗感染治疗;③祛痰选用沐舒坦(30mg,每日 3次,口服);④解痉选用多索茶碱(0.2g,静脉滴注,每日 2次),当患者出现呼吸衰竭、低氧血症时给予无创或有创机械通气治疗(对照组 17例,试验组 11例)。试验组在以上治疗的基础上,给予清热化痰方药[瓜蒌 20g(姜)半夏 6g 川贝母 10g(焦)栀子 10g(炙)桑白皮 20g 黄芩 10g(苦)杏仁 10g等],折合成中药免煎颗粒的剂量,每日 1剂,分 2次口服;对照组给予安慰剂,由糊精、苦味剂、食用色素、5% 清热化痰方药物成分等组成。7 天为 1 个疗程,共观察 2 个疗程。试验药物和安慰剂均由江阴天江药业有限公司提供。

2.2 观察指标及方法

①患者的临床症状体征参照翁维良主编的《中药临床药理学》^[6]中有关慢性支气管炎的相关标准制定,对疾病的相关症状、体征进行筛选。②实验室指标:包括血常规、胸部影像(普通 X 线胸片及胸部 CT)、病原学(采用常规培养和鉴定及药敏试验,鉴定和药敏采用德灵 Microscan Walk Away 40SI 进行)、血气分析(采用电极法)。③证候相关指标:参照《实用中医内科学》^[5]和《中药临床药理学》^[6]有关慢性支气管炎痰热壅肺证相关内容制定。④生存质量:采用国际上通用的、具有良好效度和信度的《生存质量测定量表简表》(WHO QOL-BRE)^[8]、蔡映云等基于圣乔治呼吸问卷《SGRQ》改良的适合国人的呼吸问卷^[9]、《呼吸功能状态和呼吸困难问卷修改版》(PFSDQ-M)^[10]进行评定,PFSDQ-M 量表包括日常活动变化 10 项(CA)、活动气短(DA)、活动疲劳(FA)、呼吸困难评价-一般问题(GD)、疲劳评价一

一般问题 (GF)

2.3 疗效判定标准

综合疗效评定、证候疗效评价、临床单个症状的疗效评价均参照《中药临床药理学》^[6]分为:① 临床控制: 临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 80\%$ 。② 显效: 临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 50\%$ 。③ 有效: 临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$ 。④ 无效: 临床症状、体征无明显改善,甚或加重,证候积分减少 $<30\%$ 。临床控制与显效两者合计为显效,据此计算显效率

2.4 统计学方法

运用 SPSS 13.0 统计分析软件处理,对于考虑时间效应的定量资料采用重复测量方差分析处理,其余数据采用 *t* 检验,若数据不服从正态分布做非参数检验,采用 Mann-Whitney U 法。定性资料采用卡方 (χ^2) 检验、秩和检验。对于脱失病例分别按病例脱失及参考《临床流行病学——临床科研、衡量与评价》^[11]采用意向性分析方法统计处理

3 结果

3.1 两组患者临床综合疗效比较

两组患者将资料不全、未按规定完成观察的 6 例,分别按数据集分析 (PP) 和意向性分析 (ITT) 处理。按 PP 处理,试验组 69 例,临床控制 24 例占 34.8%,显效 33 例占 47.8%,有效 10 例占 14.5%,无效 2 例占 2.9%,总显效 57 例占 82.6%。对照组 65 例,临床控制 17 例占 26.2%,显效 17 例占 26.2%,有效 26 例占 40.0%,无效 5 例占 7.7%,总显效 34 例占 52.4%,两组临床综合疗效比较,差异有统计学意义

($P < 0.05$)。按 ITT 处理,试验组 70 例,临床控制 24 例占 34.3%,显效 33 例占 47.1%,有效 10 例占 14.3%,无效 3 例占 4.3%,总显效 57 例占 81.4%。对照组 70 例,临床控制 22 例占 31.4%,显效 17 例占 24.3%,有效 26 例占 37.1%,无效 5 例占 7.1%,总显效 39 例占 55.7%,两组综合疗效比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3.2 两组患者证候疗效比较

按 PP 处理,试验组 69 例,临床控制 31 例占 44.9%,显效 30 例占 43.5%,有效 7 例占 10.1%,无效 1 例占 1.4%,总显效 61 例占 88.4%。对照组 65 例,临床控制 20 例占 30.8%,显效 23 例占 35.4%,有效 18 例占 27.7%,无效 4 例占 6.2%,总显效 43 例占 66.2%,两组证候疗效比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。按 ITT 处理,临床控制 31 例占 44.3%,显效 30 例占 42.9%,有效 7 例占 10%,无效 2 例占 2.9%,总有效率 61 例占 87.2%。对照组 70 例,临床控制 25 例占 35.7%,显效 23 例占 32.9%,有效 18 例占 25.7%,无效 4 例占 5.7%,总显效 48 例占 68.6%,两组证候疗效比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3.3 两组患者单个临床症状的疗效比较

表 1 示,两组患者各症状均较治疗前明显好转,在咳嗽、咯痰、胸闷、喘息、食欲不振 5 个症状方面试验组疗效优于对照组 ($P < 0.05$),痰量增加、呼吸困难、气短等症差异不明显 ($P > 0.05$)。

3.4 实验室指标

3.4.1 白细胞总数及中性粒细胞百分比 治疗前对照组白细胞总数 (8.05 ± 3.33) $\times 10^9/L$,中性粒细

表 1 两组患者单个临床症状的疗效比较 [例 (%)]

症状	组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总显效
咳嗽	试验组	69	16(23.2)	41(59.4)	7(10.1)	5(7.2)	57(82.6)
	对照组	65	7(10.8)	40(61.5)	8(12.3)	10(15.4)	47(72.3)
咯痰	试验组	69	14(20.3)	40(58.0)	11(15.9)	4(5.8)	47(78.3)
	对照组	65	9(13.8)	33(47.7)	15(24.6)	8(13.8)	42(61.5)
痰量增多	试验组	69	30(43.5)	34(49.3)	3(4.3)	2(2.9)	64(92.8)
	对照组	65	20(30.8)	36(55.4)	3(4.6)	6(9.2)	56(86.2)
喘息	试验组	69	57(82.6)	9(13.0)	1(1.4)	2(2.9)	66(95.6)
	对照组	65	42(64.6)	14(21.5)	7(10.8)	2(3.1)	56(86.1)
呼吸困难	试验组	69	53(76.8)	13(18.8)	0	3(4.3)	66(95.6)
	对照组	65	40(61.5)	21(32.3)	2(3.1)	2(3.1)	61(93.8)
气短	试验组	69	29(42.0)	33(47.8)	2(2.9)	5(7.2)	62(89.8)
	对照组	65	21(32.3)	34(52.3)	5(7.7)	5(7.7)	55(84.6)
胸闷	试验组	69	48(69.6)	17(24.6)	2(2.9)	2(2.9)	65(94.2)
	对照组	65	24(36.9)	31(47.7)	5(7.7)	5(7.7)	55(84.6)
食欲不振	试验组	69	66(95.7)	1(1.4)	1(1.4)	1(1.4)	67(97.1)
	对照组	65	51(78.5)	11(16.9)	1(1.5)	2(3.1)	62(95.4)

胞百分比 (76.10 $\pm$ 8.33)%, 试验组白细胞总数 (8.66 $\pm$ 4.40) $\times 10^9/L$,中性粒细胞百分比 (75.67 $\pm$

10.73%)。两组白细胞总数及中性粒细胞百分比无统计学差异 ($P>0.05$)。治疗后对照组白细胞总数 (6.45 ± 1.95) $\times 10^9$ /L,中性粒细胞百分比 (67.25 $\pm$ 6.02)%,试验组白细胞总数 (5.00 ± 2.42) $\times 10^9$ /L,中性粒细胞百分比 (64.23 $\pm$ 11.30)%,试验组白细胞总数降低较对照组明显 ($P<0.05$),但两组中性粒细胞百分比降低差异无统计学差异 ($P>0.05$)。

3.4.2 痰细菌培养情况 细菌清除率=转阴例数/原阳性例数 $\times 100\%$ 。试验组为78.95%,对照组为70.59%,试验组较对照组有增高趋势,但无统计学差异 ($P>0.05$)。

3.4.3 血气分析 表2示,治疗前后两组pH值无明显差异,二氧化碳分压(PaO₂)、二氧化碳分压吸氧浓度(PaO₂/FiO₂)较治疗前均明显升高 ($P<0.01$)。

表 2 两组患者治疗前后血气分析比较 ($\bar{x}\pm s$)				
组别	例数	pH	PaO ₂ (mmHg)	PaO ₂ /FiO ₂
试验组	11 治疗前	7.32 $\pm$ 0.11	60.55 $\pm$ 4.97	211.66 $\pm$ 13.75
	治疗后	7.34 $\pm$ 0.06	73.36 $\pm$ 6.41 Δ	252.98 $\pm$ 22.10 Δ
对照组	17 治疗前	7.33 $\pm$ 0.09	65.59 $\pm$ 7.86	226.17 $\pm$ 27.10
	治疗后	7.37 $\pm$ 0.03	73.76 $\pm$ 7.87 Δ	254.36 $\pm$ 27.12 Δ

注:与本组治疗前比较, $\Delta P<0.01$

3.4.4 肺功能 两组患者用力肺活量(FVC)、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%)各项较治疗前均有明显增高 ($P<0.01$),两组治疗后FVC无明显差异 ($P>0.05$),FEV₁、FEV₁%试验组较对照组改善明显 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

表 4 两组患者治疗前后 WHOQOL-BREF 积分比较 (分, $\bar{x}\pm s$)						
组别	例数	生理领域	心理领域	社会领域	环境领域	
试验组	治疗前	69	12.24 $\pm$ 1.56	12.43 $\pm$ 1.77	12.52 $\pm$ 1.79	12.34 $\pm$ 2.02
	治疗后	69	13.50 $\pm$ 1.34 $\Delta\Delta$	13.50 $\pm$ 1.34 $\Delta\Delta$	13.70 $\pm$ 1.41 $\Delta\Delta$	12.97 $\pm$ 1.37 Δ
对照组	治疗前	65	12.15 $\pm$ 1.44	12.43 $\pm$ 1.77	12.72 $\pm$ 1.72	12.35 $\pm$ 2.03
	治疗后	65	13.45 $\pm$ 1.39 $\Delta\Delta$	13.02 $\pm$ 1.45 Δ	13.95 $\pm$ 1.34 $\Delta\Delta$	12.99 $\pm$ 1.21 Δ

注:与本组治疗前比较, $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.01$

表 5 两组患者治疗前后改良 SGRQ 量表积分比较 (分, $\bar{x}\pm s$)				
项目	试验组		对照组	
	治疗前 (69)	治疗后 (69)	治疗前 (65)	治疗后 (65)
日常生活领域	2.37 $\pm$ 0.64	1.76 $\pm$ 0.38 $\Delta\Delta\star$	2.37 $\pm$ 0.39	1.92 $\pm$ 0.37 $\Delta\Delta$
社会活动领域	2.47 $\pm$ 0.45	2.18 $\pm$ 0.29 $\Delta\Delta$	2.33 $\pm$ 0.41	2.08 $\pm$ 0.34 $\Delta\Delta$
抑郁心理领域	2.50 $\pm$ 0.27	2.57 $\pm$ 0.18 Δ	2.48 $\pm$ 0.28	2.56 $\pm$ 0.22 $\Delta\Delta$
焦虑心理领域	2.14 $\pm$ 0.40	1.66 $\pm$ 0.29 $\Delta\Delta$	2.05 $\pm$ 0.26	1.62 $\pm$ 0.38 $\Delta\Delta$
总积分	83.0 $\pm$ 11.76	70.42 $\pm$ 7.27 $\Delta\Delta$	81.28 $\pm$ 8.39	71.24 $\pm$ 7.94 $\Delta\Delta$
总积分均值	2.37 $\pm$ 0.34	2.01 $\pm$ 0.21 $\Delta\Delta$	2.32 $\pm$ 0.24	2.04 $\pm$ 0.23 $\Delta\Delta$

注:与本组治疗前比较, $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.01$;与对照组治疗后比较, $\star P<0.05$,

表 3 两组患者肺功能比较 ($\bar{x}\pm s$)				
组别	例数	FVC(L)	FEV ₁ (L)	FEV ₁ %
试验组	69 治疗前	2.79 $\pm$ 0.64	1.38 $\pm$ 0.61	48.44 $\pm$ 14.29
	治疗后	2.85 $\pm$ 0.60 Δ	1.51 $\pm$ 0.60 $\Delta\star$	52.00 $\pm$ 14.04 $\Delta\star\star$
对照组	65 治疗前	2.68 $\pm$ 0.54	1.27 $\pm$ 0.51	45.81 $\pm$ 15.80
	治疗后	2.73 $\pm$ 0.55 Δ	1.36 $\pm$ 0.52 Δ	48.56 $\pm$ 12.03 Δ

注:与本组治疗前比较, $\Delta P<0.01$;与对照组治疗后比较, $\star P<0.05$, $\star\star P<0.01$

3.5 两组患者治疗前后 WHOQOL-BREF 量表评分比较

表4示,两组患者生理、心理、社会、环境4个领域治疗后积分均较治疗前提高 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$),两组治疗后比较无统计学差异 ($P>0.05$)。

3.6 两组患者治疗前后改良 SGRQ 量表评分比较

表5示,两组患者日常生活、社会活动、抑郁心理、焦虑心理4个领域治疗前后积分有统计学差异 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$),治疗后两组日常生活领域积分具有统计学差异 ($P<0.05$)。

3.7 两组患者治疗前后 PFSDQ-M 量表评分比较

表6示,两组CA、DA、FA、CA+、DA+、FA、GD3+、GD4+、GD5、GF3+、GF4+、GF5、GD3、GD4、GD5、GF3、GF4、GF5积分较治疗前均有显著改善 ($P<0.01$);治疗后两组除GD3、GF3外其余各项改善均有统计学差异 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

4 讨论

中医学认为COPD属于咳嗽、喘证、肺胀等范畴。AECOPD患者证候则以痰热壅肺证(18.9%)为最多^[12],针对急性加重期痰热壅肺的基本病机,遵“急则治其标”的原则,我们采用具有明显的清热涤

表 6 两组患者治疗前后 PFSDQ-M 量表积分比较 (分, ±s)

项目	试验组		对照组	
	治疗前 (69)	治疗后 (69)	治疗前 (65)	治疗后 (65)
CA	35.57±14.85	21.78±8.07 ^{△★}	32.36±11.08	23.64±7.36 [△]
DA	31.94±14.56	20.87±10.99 ^{△★★}	27.32±13.32	23.09±9.01 [△]
FA	30.90±15.13	20.27±10.86 ^{△★}	26.70±12.71	22.32±9.30 [△]
GD3	2.94±0.51	2.41±0.73 [△]	2.90±0.49	2.42±0.51 [△]
GD4	4.67±1.35	2.64±0.98 ^{△★★}	4.70±1.29	3.08±1.07 [△]
GD5	6.33±1.46	4.20±1.30 ^{△★★}	6.30±1.35	4.65±1.20 [△]
GF3	2.81±0.49	2.32±0.53 [△]	2.91±0.54	2.46±0.57 [△]
GF4	4.81±0.94	2.38±0.69 ^{△★}	4.63±0.95	2.54±0.65 [△]
GF5	6.28±1.14	3.86±0.93 ^{△★★}	6.27±1.24	4.23±0.96 [△]
CA+ DA+ FA	106.98±35.78	67.75±21.63 ^{△★★}	104.80±24.52	80.08±18.69 [△]
GD3+ GD4+ GD5	14.87±3.48	9.05±2.52 ^{△★}	14.72±2.83	9.64±1.99 [△]
GF3+ GF4+ GF5	14.91±2.90	9.87±2.38 ^{△★★}	14.85±2.91	10.27±2.28 [△]

注:与 本 组 治 疗 前 比 较,△*P*<0.01;与 对 照 组 治 疗 后 比 较,★*P*<0.05,★★*P*<0.01

痰、宣肺降气平喘作用的清热化痰方药治疗 AE-COPD痰热壅肺证患者,评价清热化痰方药的临床疗效

根据学术界提出的中医药疗效判定标准^[12]及以往研究,参照国际上提出的评价指标体系,我们从临床症状体征、生存质量、实验室检查、中医证候方面评价西医基础治疗联合清热化痰方药治疗 AE-COPD的临床疗效。临床研究结果表明,清热化痰方药在改善 AECOPD症状、证候方面,优于单纯西药治疗,特别在控制、改善咳嗽、咳痰、喘息、胸闷、气短、食欲不振等症方面临床疗效显著。清热化痰方药具有较好清热化痰作用,抑制炎症细胞和炎性介质释放,减轻肺部及全身的炎症反应,减少肺部炎性渗出,减轻气道局部炎症反应及肺组织的实质损害,减少气道黏液分泌,促进排痰作用,减轻气道阻塞,从而提高肺通气,临床运用较安慰剂组更好的改善患者的通气功能和血气变化,促进肺部病变吸收。通过运用不同生存质量量表的观察,清热化痰方药具有明显的清热涤痰、宣肺降气平喘作用,通过整体调节机体不适,提高患者急性加重时运动耐力及疲劳阈值,改善生存质量。但在研究过程中,仍有许多问题有待解决,以上 4 个方面的评价是否全面、能否反映中医的特点、运用的 3 种量表之间的关系等有待进一步分析,以更好地完善评价体系。

参考文献

[1] Jones PW, Willits LR, Burge PS, et al. Disease severity and the effect of fluticasone propionate on chronic obstructive pulmonary disease exacerbations [J]. Eur Respir J, 2003, 21(1): 68– 73.

[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 (2007 年修订版) [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2007, 30(1): 8– 17.

[3] Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [EB/OL]. 2006 [2009– 12– 01]. <http://www.goldcopd.com/GuidelineItem.asp?intId=1815>.

[4] Celli BR, MacNee W, ATS/ERS Task Force. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper [J]. Eur Respir J, 2004, 23(6): 932– 946.

[5] 黄文东. 实用中医内科学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 166– 176.

[6] 翁维良. 中药临床药理学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 387.

[7] 汪至婉, 李建生, 王明航, 等. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期中医证候分布规律的文献研究 [J]. 中医杂志, 2008, 49(8): 727– 729.

[8] World Health Organization. WHO Quality of Life– BREF (WHOQOL–BREF) [EB/OL]. 2004 [2009– 09– 10]. http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/whqolbref/en/

[9] 方宗君, 蔡映云, 王丽华, 等. 慢性阻塞性肺疾病患者生存质量测评表及应用 [J]. 现代康复, 2001, 5(4): 7– 13.

[10] Kovelis D, Segretti NO, Probst VS, et al. Validation of the Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire and the Medical Research Council scale for use in Brazilian patients with chronic obstructive pulmonary disease [J]. J Bras Pneumol, 2008, 34(12): 1008– 1018.

[11] 王家良. 临床流行病学——临床科研与设计、衡量与评价 [M]. 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 2002: 68– 69.

[12] 吕佳苍, 王智瑜, 王天芳, 等. 774 例慢性阻塞性肺疾病患者常见的中医证候类型及其舌象分布特点 [J]. 云南中医学院学报, 2009, 32(1): 19– 25.

(收稿日期: 2009– 09– 10; 修回日期: 2010– 09– 08)

[编辑: 邓媛]