

热,散郁除烦;生姜调和脾胃且制半夏毒性;甘草调和诸药。而对于脾肾两虚、痰湿内泛之证,补之则痰益固,攻之则正不支,惟寓攻于补,庶正复而痰不滋;或寓补于攻,斯痰去而正无损。治宜健脾益肾、温化痰湿,方用半夏汤,方中桂附“益火之源,以消阴翳”;人参培补正气,以健运痰湿;半夏燥湿化痰;茯苓、白术健脾利湿,以绝生痰之源;生姜助桂附以温阳散寒,佐茯苓、白术以温散水气,甘草调和诸药。

参考文献

- [1]李雪莉,姜亚云,张景玲,等. WHO与美国糖尿病学会糖尿病诊断标准异同的探讨[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2000, 2(16): 87-90.
- [2]陆再英,钟南山. 内科学[M]. 7版. 北京:人民卫生出版社, 2007: 809.

收稿日期: 2010-12-30 修回日期: 2011-02-17

编辑:黄健]

中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效观察

吴允华 谢洪波 申屠敏 吴如飞 徐欣欣

东阳市中医院呼吸内科,浙江省东阳市艺海路 25号, 322100

通讯作者: dyw_yh1964@126.com, 13516912051

关键词 慢性阻塞性肺疾病急性加重期; 中西医结合治疗; 慢阻肺

我们近年来采用中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD) 33例,在患者第一秒用力呼气容积(FEV₁)占预计值百分率,肺功能改善,活动能力增加,呼吸困难改善方面与单纯的西药常规治疗进行对照观察,现报告如下。

1 临床治疗

1.1 一般资料

3组 100例均为我科 2008年 10月~2010年 5月的住院患者,随机分为治疗加中药组 33例、治疗组 33例和对照组 34例。治疗组加中药组 33例中,男 25例,女 8例;年龄 51~83岁,平均 67.2岁;病程 5~36年,平均 13.7年。治疗组 33例中,男 25例,女 8例;年龄 50~84岁,平均 66.7岁;病程 5~35年,平均 13.6年。对照组 34例,男 25例,女 9例;年龄 49~87岁,平均年龄 65.5岁;病程 6~38年,平均 14.2年。3组一般资料经统计学处理差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

①西医诊断标准:按照中华医学会呼吸病分会慢性阻塞性肺疾病学组制定的《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》(2007年修订本)^[1]拟定。COPD分级参照 2001年 4月《慢性阻塞性肺疾病全球倡议》(GOLD)标准拟定。②中医诊断标准:参照《浙江省中医单病种诊疗规范》^[2]拟定,主要表现为:反复咳嗽、咳痰、喘息,每年发病持续 3个月以上并连续 2年或 2

年以上。急性加重期伴有发热、咳痰明显增多,肺部听诊可闻及大小不等干湿啰音,血常规检查:白细胞增多,超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)增高,影像学检查肺纹理增粗或见斑片状影。

1.3 纳入标准

符合 AECOPD 肺功能 III~IV 级西医和中医痰湿壅肺,痰热伤阴,气虚血瘀型诊断标准者。

1.4 排除标准

①合并或伴有严重肝肾功能不全、中风、心肌梗死、肿瘤等疾病者;②严重呼吸衰竭需呼吸机进行机械通气者;③其他肺部疾病者。

2 治疗方法

2.1 对照组

采用西医常规治疗:①持续低流量吸氧;②积极抗感染治疗,先经验性选用抗生素,然后根据治疗反应,结合痰培养结果决定是否调整抗菌药物;③解痉平喘,喘定 0.25g 静脉推注,每日 2 次;④化痰药物:氨溴索口服液 15ml (天津药物研究所药物有限公司)口服每日 3 次;⑤病情严重者配合甲基强的松龙 40~80mg 或地塞米松针 5~10mg 静脉推注,每日 1~2 次,10 天为 1 个疗程。

2.2 治疗组

在对照组基础上配合吸入用硫酸沙丁胺醇溶液 5mg/5ml (葛兰素史克公司),吸入用异丙托溴胺液 500μg/2ml (英国勃林殷格翰公司),加入生理盐水 2ml 中,布地奈德悬液 1mg/2ml (阿斯利康公司),加入生理盐水 2ml 中氧气雾化吸入,每日 2 次。

表 1 3组治疗前后血气分析及肺功能检测结果比较 单位: mmHg

组别	例数	PaO ₂ (mmHg)		PaCO ₂ (mmHg)		FEV ₁ 占预计值百分率 (%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗+中药组	33	56.6±10.6	82.6±10.1 [△]	72.9±10.2	44.2±8.2 [△]	37.6±10.5	60.1±10.7 [△]
治疗组	33	55.6±10.2	80.6±11.1 [△]	71.8±11.2	46.2±10.7 [△]	38.4±10.2	59.6±10.1 [△]
对照组	34	56.4±10.5	60.8±10.7	70.6±10.8	62.7±10.6	38.2±10.4	52.8±10.3

注:与本组治疗前比较, [△] $P<0.05$; [△] $P<0.01$;与对照组治疗后比较, [△] $P<0.05$

2.3 治疗加中药组

在治疗组基础上,加用科室协定慢阻肺方加减治疗,基本方:金荞麦 30g (炒)黄芩 20g 桑白皮 12g 浙贝母 20g 桔梗 12g 海蛤壳 12g 海浮石 12g 皂角刺 9g 紫苏子 12g 白芥子 15g 川芎 12g 加减:痰湿壅肺 (慢阻肺 I 号方):基础方加生薏苡仁 30g 草果 12g 防风 9g 淫羊藿 20g 痰热伤阴 (慢阻肺 II 号方):基础方加羊乳 30g 芦根 15g 百部 15g 制黄精 15g 海浮石 改寒水石 12g 气虚血瘀型 (慢阻肺 III 号方):基本方加太子参 20g 生白术 12g 防风 6g 桃仁 12g 丹参 20g 每日 1 剂。水煎至 300ml 分 2 次服。10 天为 1 个疗程,1 个疗程后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]拟定:有效:咳、痰、喘等主要症状明显减轻,肺部干湿啰音有所减轻,实验室检查结果有所改善。无效:咳、痰、喘等主要症状无减轻,肺部干湿啰音无减轻,实验室检查结果无变化或恶化。6WMD 分级量化评分标准:≥ 350m 0 分; 250~ 349m 1 分; 150~ 249m 2 分; ≤ 149m 3 分。

3.2 3组临床疗效比较

治疗加中药组 33 例,有效 31 例,无效 2 例,总有效率 93.9%;治疗组 33 例,有效 30 例,无效 3 例,总有效率 90.9%;对照组 34 例,有效 25 例,无效 9 例,总有效率 73.5%。治疗加中药组、治疗组疗效明显优于对照组 ($P<0.01$),前两组疗效差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

3.3 3组治疗前后血气分析及肺功能检测比较

表 1 示,3 组氧分压 (PaO₂)、二氧化碳分压 (PaCO₂) 及 FEV₁ 与治疗前比较均有明显改善 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$),且前两组改善程度明显优于对照组 ($P<0.05$)。

3.4 3组住院天数及治疗前后 6WMD 比较

表 2 示,3 组 6WMD 治疗后较治疗前均有明显改善 ($P<0.05$ 或 $P<0.01$),且前两组改善程度明显优于对照组 ($P<0.05$)。且治疗加中药组住院天

数明显短于后两组 ($P<0.05$)。

表 2 3组住院天数及治疗前后 6WMD 比较 单位: 分

组别	时间	6WMD (分)	住院天数 (d)
治疗加中药组	治疗前	2.16±0.57	13.21±3.25 [▲]
	治疗后	1.02±0.11 [△]	
治疗组	治疗前	2.21±0.46	23.45±4.18
	治疗后	1.12±0.08 [△]	
对照组	治疗前	2.19±0.49	26±4.82
	治疗后	1.32±0.06	

注:与本组治疗前比较, [△] $P<0.05$;与对照组治疗后比较, [△] $P<0.05$;与治疗组、对照组住院天数比较, [▲] $P<0.05$

4 讨论

我们以清肺化痰、降气平喘、活血通络作为治疗 AECOPD 的基本大法,选用慢阻肺方为基本方,方中金荞麦、炒)黄芩、桑白皮清肺化痰,一方面助抗生素抗菌,更重要的是对抗细菌内毒素的作用,与抗生素合用,起到协同作用,为主药;浙贝母、桔梗、皂角刺、海蛤壳、海浮石祛痰豁痰,与清热化痰药合用,共奏清泄肺热、豁痰止咳之效,为臣药,现代医学证实这些药具有抗菌、抗病毒双重作用,能增强白细胞吞噬能力,提高机体免疫力;紫苏子、白芥子祛痰又降气平喘,兼有润肠通便作用,肺与大肠相表里,便通则肺气得降,现代医学证实,紫苏子、白芥子均有松弛支气管平滑肌作用,川芎活血通络为佐使药。

参考文献

[1]中华医学会呼吸病学会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007年修订本)[J].中华结核与呼吸杂志,2007,30(1):8—17.
[2]国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准[S].1994:24—25.

收稿日期:2010-12-27;修回日期:2011-02-28)

编辑:黄 健]

长期销售空心胶囊

本产品严格按照国家标准和《中国药典》规定的质量要求生产,符合药用各项指标,有 0 号、1 号、2 号等多种型号、多种颜色可供选择。本公司以合理的价格欢迎单位和个人来电来函咨询。对用量少的单位和个人将办理邮购业务。价格:每万粒 135 元 (含邮资)。
地址:浙江新昌县一诺胶丸有限公司,邮编:312560。
电话:(0575) 86061888 013706852676 联系人:潘炎锋