

• 临床报道 •

二陈汤合丹参饮加味联合西医治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期 30 例

张俊图* 吴洪波

昆明市中医医院, 云南省昆明市东风东路 25 号, 650011)

* 通讯作者: jjt9@sina.com, (0871)3129334

[摘要] 目的 观察二陈汤合丹参饮加味联合西医治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)的临床疗效。方法 将 60 例 AECOPD 患者随机分为治疗组和对照组各 30 例。对照组予西医常规治疗, 治疗组在对照组治疗基础上加用二陈汤合丹参饮加味, 每日 1 剂。两组均治疗 14 天。观察入院当天及出院当天患者第 1 秒用力呼气容积(FEV₁)、红细胞压积变化, 统计住院天数及临床疗效。结果 治疗组总有效率显著优于对照组($P < 0.05$)。两组患者治疗后 FEV₁、第 1 秒用力呼气容积占预计值百分比(FEV₁%)均显著升高($P < 0.05$), 治疗组治疗后红细胞压积显著下降($P < 0.05$)。治疗组治疗后 FEV₁、FEV₁%和红细胞压积改善均优于对照组($P < 0.05$)。治疗组住院天数显著短于对照组($P < 0.01$)。结论 二陈汤合丹参饮加味联合西医治疗 AECOPD 能有效改善肺通气功能, 降低红细胞压积, 减少住院天数, 临床疗效优于单纯西医治疗。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病; 急性加重期; 二陈汤; 丹参饮; 痰瘀痹肺; 肺功能; 红细胞压积

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种具有气流受限特征的可以预防和治疗的疾病, 气流受限不完全可逆, 呈进行性发展, 在我国 7 个地区 20245 成年人群中进行调查, COPD 患病率占 40 岁以上人群的 8.2%^[1]。COPD 急性加重期(AECOPD)指患者超越日常状况的持续恶化, 并需改变基础 COPD 的常规用药者, 通常在疾病过程中患者短期内咳嗽、咯痰、气短和(或)喘息加重, 痰量增多, 呈脓性或黏脓性, 可伴发热等炎症明显加重的表现^[1]。我们采用二陈汤合丹参饮加味配合西医治疗 AECOPD 30 例, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

60 例均为 2010 年 1 月至 2012 年 1 月在昆明市中医医院肺病科住院的 AECOPD 患者, 采用抽签法随机分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组中男 22 例, 女 8 例; 年龄 53~76 岁, 平均年龄(65.13±6.37)岁; 病程 7~25 年, 平均病程(15.82±7.20)年; 病情程度: 轻度 3 例, 中度 17 例, 重度 10 例。对照组中男 23 例, 女 7 例; 年龄 51~75 岁, 平均年龄(63.85±5.02)岁; 病程 5~30 年, 平均病程(16.76±8.50)年; 病情程度: 轻度 2 例, 中度 19 例, 重度 9 例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断标准: 参照《慢性阻塞性肺疾病诊治指

南(2007 年修订版)》^[1]制定: 有慢性咳嗽、咯痰和(或)呼吸困难及危险因素接触史; 存在不完全可逆性气流受限, 肺功能测定用支气管舒张剂后第 1 秒用力呼气容积/用力肺活量(FEV₁/FVC) < 70%; 有急性加重临床表现者。

中医辨证标准: 参照《中医内科学》^[2]制定, 证属痰瘀阻肺。

1.3 纳入及排除标准

纳入符合西医诊断标准及中医辨证标准者; 年龄 49~80 岁; 患者知情同意。排除支气管哮喘; 其他原因所致的咳嗽; 肺纤维化。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组: 根据患者具体病情给予: ①控制性氧疗, 氧流量 2~3L/min; ②抗感染治疗, 轻、中度选头孢二代, 重度选头孢三代, 药敏回报后根据药敏调整抗生素, 疗程 5~14 天; ③舒张支气管、祛痰, 并予维持水、电解质和酸碱平衡及支持、对症等常规治疗。

治疗组: 在对照组治疗的基础上加用二陈汤合丹参饮加味, 药物组成: 陈皮 15g, 法半夏 15g, 茯苓 9g, 丹参 20g, 檀香 6g, 砂仁 6g, 藕节 20g, 地龙 15g, 杏仁 10g, 桔梗 15g, 浙贝母 15g, 甘草 4g。每日 1 剂, 浓煎 100ml, 分 3 次服用。

两组均治疗 14 天。

2.2 观察指标及方法

两组患者均于入院当天及出院当天采用肺功能

检查仪(日本美能达公司生产)测定 FEV₁ 及用全自动血细胞分析仪(日本希森美康公司生产)行静脉血常规检查,统计红细胞压积。出院时统计住院天数。

2.3 疗效评定标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]制定。临床控制:咳、痰、喘及肺部啰音恢复到急性发作前水平,其他客观检查指标基本正常。显效:咳、痰、喘及肺部啰音显著减轻,但未恢复到急性发作前水平,其他客观检查指标明显改善。有效:咳、痰、喘及肺部啰音有减轻,但程度不足显效者,其他客观检查指标有改善。无效:咳、痰、喘症状及啰音无改变或加重,其他客观检查指标未见改善或加重。

2.4 统计学方法

采用 PFMS 3.1 医用统计软件包分析数据,各项指标以($\bar{x} \pm s$)表示,计量资料采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。

3 结果

3.1 两组患者综合疗效比较

表 1 示,治疗组总有效率显著高于对照组($P < 0.05$)。

表 1 两组患者综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	7(23.3)	16(53.3)	5(16.7)	2(6.7)	28(93.3)
对照组	30	4(13.3)	11(36.7)	7(23.3)	8(26.7)	22(73.3)

3.2 两组患者治疗前后肺功能、红细胞压积比较

表 2 示,两组患者治疗后 FEV₁、第 1 秒用力呼气容积占预计值百分比(FEV₁%)均较治疗前显著升高($P < 0.05$),治疗组治疗后红细胞压积显著下降($P < 0.05$)。治疗组治疗后 FEV₁、FEV₁% 升高和红细胞压积下降均显著优于对照组($P < 0.05$)。

表 2 两组患者治疗前后 FEV₁、FEV₁%、红细胞压积比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	FEV ₁ (L)	FEV ₁ (%)	红细胞压积(%)
治疗组	治疗前	30	1.53 ± 0.63	55.56 ± 15.66	49.53 ± 7.64
	治疗后	30	2.19 ± 0.55*	66.48 ± 15.13*	43.54 ± 6.89*
对照组	治疗前	30	1.48 ± 0.69	54.73 ± 16.17	48.16 ± 7.58
	治疗后	30	1.84 ± 0.61*	58.04 ± 16.05*	47.63 ± 7.13

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,

$\Delta P < 0.05$

3.3 两组患者住院天数比较

治疗组住院平均天数(12.1 ± 2.62)天,对照组为(14.3 ± 1.94)天,两组比较差异有统计学意义($P < 0.01$)。

4 讨论

COPD 属中医学“肺胀”范畴,根据其临床表现

还可以归属于“咳嗽”、“喘证”、“痰饮”等。COPD 的病理因素主要是痰浊、水饮与血瘀互为影响,兼见同病,一般早期以痰浊为主,渐而痰瘀并见,终至痰浊、血瘀、水饮错杂为患。痰饮的产生,病初由肺气郁滞,脾失健运,津液不归正化而成;渐因肺虚不能化津,脾虚不能转输,肾虚不能蒸化,痰浊潴留益甚,喘咳持续难已;瘀血的产生,主要因痰浊内阻,气滞血瘀,心之阳气虚损,血失推动,脉失温煦所致^[3]。COPD 患者长期咳喘,肺气虚损,则血行无力,痰浊阻肺,肺气壅塞,则气壅血滞^[4]。无论在急性发作期或缓解期,血瘀证为 COPD 的主要病机,并随着病期不同有所侧重^[5]。痰饮可加重瘀血,瘀血又可变生痰水,二者互相作用,互为因果,以痰瘀每因复感外邪诱使病情发作或加剧。

我们以化痰降浊、活血通络为治则,方选二陈汤合丹参饮加味治疗 AECOPD。方中二陈汤具有燥湿化痰、理气和中之功效。丹参饮源于《医宗金鉴》,由丹参、檀香、砂仁组成,具有活血祛瘀、行气止痛之功效。现代药理研究证实^[6],丹参饮可使冠状动脉扩张,对周围血管也有扩张作用,可改善心肌收缩力,促进侧枝循环及体内血流的再分配,可降低血浆黏度,增加红细胞电泳率,进而改善微循环;对血小板聚集具有明显的抑制作用;有抗感染、抗炎及解热作用,对结核杆菌、大肠杆菌、变形杆菌、葡萄球菌等有抑菌作用。方中加藕节散瘀,地龙通络、平喘,杏仁止咳平喘,桔梗、浙贝母加强开宣肺气、清热化痰之效。全方共奏化痰降浊、活血通络之功效。

本研究结果显示,二陈汤合丹参饮加味联合西医治疗 AECOPD,能有效改善肺通气功能,降低红细胞压积,减少住院天数,临床疗效优于单纯西医治疗。

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]田德禄.中医内科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:94-102.
- [3]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,2002:53-58.
- [4]洪广祥.对慢性阻塞性肺疾病诊治指南的若干思考[J].中华中医药杂志,2009,24(1):16-18.
- [5]王世寿,刘焕乐,王超,等.COPD 患者血浆 Fbg 变化及临床意义[J].山东医药,2006,46(4):32-33.

(收稿日期:2012-08-03;修回日期:2012-10-10)

[编辑:王利芬]