

· 临床研究 ·

宣肺达郁汤联合常规西药治疗痰热壅肺型慢性阻塞性肺疾病的效果观察

咸志强¹, 宋阳¹, 郭沛华¹, 唐静²

(1. 河南省周口市郸城县人民医院 康复医学科, 河南 周口 477150;

2. 郑州大学第一附属医院 呼吸内科)

摘要:目的:探究宣肺达郁汤联合常规西药治疗痰热壅肺型慢性阻塞性肺疾病(AECOPD)效果及对肺功能影响。方法:选取2018-07~2020-06在我院就诊的AECOPD患者80例作为研究对象,依据随机数表法分组,分为对照组和治疗组(各40例),对照组采用常规的西药治疗方法,治疗组在常规西药治疗基础上联合宣肺达郁汤治疗,观察两组患者治疗前后的临床疗效,中医症候评分以及对肺功能的影响。结果:治疗组的临床疗效总有效率明显高于对照组(95%VS 80%, $P < 0.05$);两组患者治疗后均比治疗前中医症候评分低($P < 0.05$),且治疗组治疗后中医症候评分均比对照组低($P < 0.05$);治疗后两组患者第一秒用力呼气量(FEV1)/用力肺活量(FVC)、FEV1水平均高于治疗前($P < 0.05$),治疗后治疗组FEV1/FVC、FEV1水平均高于对照组($P < 0.05$);两组患者治疗过程中对照组不良反应的总发生率略低于治疗组(67.5%VS 72.5%, $P > 0.05$)。结论:宣肺达郁汤联合西药治疗AECOPD效果显著,可明显改善肺部功能,提高临床疗效,且药物的安全性良好,值得推广使用。

关键词: 宣肺达郁汤;痰热壅肺型;慢性阻塞性肺;临床疗效;对肺部功能影响

中图分类号:R34

文献标识码: B

文章编号:1673-9388(2021)01-018-03

DOI: 10.19891/j.issn1673-9388.(2021)01-018-03

慢性阻塞性肺疾病(COPD),临床主要表现为咳嗽、呼吸困难、咳痰等呼吸道症状,是呼吸系统的常见病,研究表明我国患者年龄 ≥ 20 岁的发病率高达8.6%,也就是说我国目前约有1亿人为COPD患者^[1],但此病是一种可以提前预防,提早治疗的疾病。在疾病加重期,患者会出现咳嗽加重,呼吸十分困难、咳痰颜色改变甚至出现黄痰等症状,还可能诱发心力衰竭甚至造成死亡^[2],因此应尽早对患者进行治疗,可以有效提高患者的生活质量。目前西药治疗主要采用福莫特罗、异丙托溴铵气雾剂、糖皮质激素等对AECOPD患者进行治疗^[3],而中医主要以平喘活血、宣肺清热治疗AECOPD患者出现的临床症状^[4],而目前对于中西医联合治疗AECOPD的作用机制并不明确。本研究探讨宣肺达郁汤联合常规西药治疗AECOPD的临床疗效,并对其作用机制以及对肺功能的影响进行分析,以其为临床治疗AECOPD提供相关的理论依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018-07~2020-06在我院就诊的AECOPD患者80例作为研究对象,依据随机数表法分组,分为对照组和治疗组(各40例)。治疗组40例,男性24例,女性16例,年龄54~79岁,平均年龄(67.25 \pm 8.36)岁;病程7~30年,平均病程时间(16.15 \pm 6.32)年;重度15例,轻度25例。对照组40例,男性22例,女性18例,年龄53~80岁,平均年龄(66.32 \pm 8.25)岁;病程6~29年,平均病程时间(15.89 \pm 6.28)年;重度14例,轻度26例。两组患者在年龄、平均病程时间等一般资料对比,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。纳入标准:(1)均符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》^[5]中AECOPD的诊断标准,根据《慢性阻塞性肺疾病中医证候诊断标准》^[6]辨证属于痰浊壅肺型^[6];(2)具有自主行为能力,可正

收稿日期: 2020-09-11; 修回日期:2020-12-16

作者简介: 咸志强(1987-),男,河南省周口市郸城县人民医院康复医学科主治医师。

常沟通交流;(3)所有患者均签署知情同意书。排除标准:(1)抑郁、精神分裂症等其他精神病患者;(2)伴严重心、肺、肝、肾等器官功能不全者;(3)已经接受其他相关药物治疗者。

1.2 方法

对照组采用常规的西药治疗方法,给予常规吸氧、化痰药物、支气管扩张剂、抗生素以及抗感染药物治疗。治疗组在常规西药治疗基础上联合宣肺达郁汤治疗。方剂组成:炒苦杏仁、桂枝、法半夏、炒白芍各10g,橘皮、党参、茯苓各15g,蜜百合20g,醋鳖甲12g(先煎),炙甘草6g,干姜8g,一共11味中药,使用前鳖甲与其余10味药分别加水浸泡0.5h,在鳖甲煎煮0.5h后与剩余10味药一起煎煮两次,一次0.5h,过滤即制得宣肺达郁汤。每次150mL,每日两次,早晚各服用一次。两组患者疗程均为14天。

1.3 疗效标准及观测指标

1.3.1 疗效标准 按照《中药新药临床研究指导原则》中临床疗效判定标准^[7]分为三种:(1)显效:肺部啰音消失,肺功能明显好转,咳嗽、咳痰、喘息症状明显改善;(2)有效:咳嗽、咳痰、喘息等症状有所减轻,肺功能有所好转,肺部啰音减轻;(3)无效:咳嗽、咳痰、喘息等症状基本没变化,甚至症状加重,肺部啰音加重。总有效率=(总例数-无效)/总例数*100%。

1.3.2 中医症候评分 中医症候积分参考《中药新药临床研究指导原则》^[7]进行评估,咳嗽、喘息、咳痰等主要症状按照0、2、4、6分进行评分,观察记录这三项对其进行评分。

1.3.3 肺功能检查 使用肺功能检测仪,检测FEV1/FVC及FEV1水平^[8],检测时间为疗前的24h,治疗后的14天。

1.3.4 安全性观察 对所有患者从治疗开始至治疗结束,观察记录患者是否出现有头晕、恶心呕吐、四肢乏力等不良反应。总不良反应发生率=(恶心呕吐+头晕+四肢乏力)/总例数*100%。

1.4 统计学方法

采用SPSS 18.0统计软件包处理。中医症候评分等计量资料均以均数±标准差表示,采用t值检验,患者的临床疗效等计数资料采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 表示差异间具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者疗效对比

治疗组的临床疗效总有效率明显高于对照组(95%VS 80%),差异有统计学意义($P < 0.05$)(见表1)。

2.2 两组患者治疗前后中医症候评分对比

表1 两组患者的临床疗效对比(n,%)

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组(n=40)	20	12	8	80%
治疗组(n=40)	24	14	2	95%
χ^2 值				4.114
P值				0.043

表2 两组患者治疗前后中医症候评分对比($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	咳嗽		喘息		咳痰	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	2.34 ± 0.36	1.81 ± 0.21*	2.45 ± 0.38	1.78 ± 0.20*	2.86 ± 0.45	1.92 ± 0.32*
治疗组	40	2.32 ± 0.37	0.76 ± 0.18**	2.43 ± 0.40	0.74 ± 0.16**	2.87 ± 0.46	0.86 ± 0.18**

注:对同组治疗前相比,* $P < 0.05$;与治疗组对照组相比,** $P < 0.05$ 。

表3 两组患者治疗前后肺部指标对比

组别	n	FEV1/FVC($\bar{x} \pm s, \%$)		FEV1($\bar{x} \pm s$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40	56.78 ± 6.89	60.73 ± 7.93*	49.52 ± 5.35	56.42 ± 6.34*
治疗组	40	56.82 ± 6.93	67.85 ± 9.05**	49.48 ± 5.33	61.28 ± 7.45**
t值		0.026	3.742	0.033	3.412
P值		0.979	0.001	0.973	0.002

注:对同组治疗前相比,* $P < 0.05$;与治疗后对照组相比,** $P < 0.05$ 。

表4 两组患者治疗过程中不良反应发生情况

组别	恶心呕吐	头晕	四肢乏力	不良反应总发生
对照组(n=40)	7	9	10	27(67.5%)
治疗组(n=40)	12	8	9	29(72.5%)
χ^2 值				0.238
P值				0.808

两组患者治疗后均比治疗前症候评分低($P < 0.05$),且治疗组治疗后症候评分均比对照组低($P < 0.05$)(见表2)。

2.3 肺部功能检查结果对比

两组患者治疗前肺部功能指标差异无统计学意义($P > 0.05$),治疗后两组患者FEV1/FVC、FEV1水平均高于治疗前($P < 0.05$),治疗后治疗组FEV1/FVC、FEV1水平均高于对照组($P < 0.05$)(见表3)。

2.4 安全性对比结果

两组患者治疗过程中,均有出现恶心呕吐、头晕、四肢乏力等不良反应,且对照组不良反应的总发生率略低于治疗组(67.5%VS 72.5%, $P > 0.05$)(见表4)。

3 讨论

COPD患病人群广泛,如若不及时治疗,很容易引起病情加重,而对于治疗COPD,临床上多采用短期给予糖皮质激素治疗,但只能短暂改善患者的喘息的症状,缩短病症恢复的时间。目前,临床上对于AECOPD的发病机制尚无明确的定论,多数学者认为呼吸道感染导致发病的最常见诱因,主要病理

因素为发热和咳痰,临床上症状主要表现为咳痰量增多、咳嗽加重、患者出现喘息、痰液的颜色及黏度明显异于常人。传统中医学认为AECOPD在中医中属于“肺胀”、“咳嗽”等范畴^[9],而中医学认为COPD与一些中医病症有关如咳嗽、肺胀、水肿等相关。迄今为止,西医治疗AECOPD普遍采用 β 受体激动剂和激素进行对症治疗,而古中医主要以平喘活血、宣肺清热治之。

本研究采用在传统西药治疗的基础上联合宣肺达郁汤治疗,陈玲等人^[10]研究表明处方中法半夏、橘皮等具有平喘、止咳化痰的功效,法半夏性味归经,燥湿化痰,多用于痰多咳喘;橘皮味苦,归肺、归经,主要用于咳嗽痰多的治疗;本研究治疗组治疗后症候评分均比对照组低,治疗后治疗组的临床疗效总有效率明显高于对照组,表明在传统西药治疗的基础上联合宣肺达郁汤治疗AECOPD可明显改善患者的临床症状,提高临床疗效。茯苓,味甘,茯苓归肺,主治痰饮眩悸、心神不安等;党参味甘,古籍《纲目拾遗》中记载可治肺虚,益肺气;江赞亚等人^[11]研究发现茯苓、党参等具有保护胃肠道的作用、可提升肺部上皮细胞的恢复速度,本研究发现治疗

(上接第24页)

解临床症状,加速患儿康复,且具有安全性。

参考文献

[1] 朱向宝,黄启凌,黄金.莫沙比利联合双歧杆菌四联活菌片治疗早产儿喂养不耐受临床分析[J].儿科药理学杂志,2016; 22(2):22-24

[2] Doheny K K,Gardner F C,Browning K N,et al.Sa2011 Vagal Tone Is a Non-Invasive Predictor of Feeding Intolerance and NEC-Risk in Preterm Infants[J].Gastroenterology,2015; 148(4):S383

[3] 刘梅.双歧杆菌三联活菌联合多潘立酮治疗新生儿喂养不耐受40例[J].中国药业,2014; 23(19):80-81

[4] 杜国辉,曹冬梅,尹树旺,等.小剂量红霉素联合微生态制剂治疗早产儿喂养不耐受疗效观察[J].河北医科大学学报,2015; 36(5):587-589

[5] Ignacio L,Alfaleh K.Feeding Intolerance in Preterm Infants

Fed with Powdered or Liquid Formula:A Randomized Controlled,Double-blind Pilot Study[J].Eur J Pediatr,2013; 172(4):529-536

[6] 袁玉肖.联合应用小剂量红霉素与微生态制剂治疗早产儿喂养不耐受的效果[J].包头医学院学报,2017; 33(3):70-71

[7] 邹国新,吕羨英,陈雨彬,等.小剂量红霉素联合多潘立酮治疗早产儿喂养不耐受的疗效[J].热带医学杂志,2017; 17(4):520-522

[8] 赵立明,高健东,王海君,等.益生菌联合抚触对喂养不耐受早产儿的治疗效果和血清胆红素及生长发育的影响[J].河北医药,2018; 40(3):347-351

[9] 王华,乔林霞,朱文英,等.早期口服双歧杆菌三联活菌散对早产儿喂养不耐受的影响[J].中国血液流变学杂志,2013; 23(2):335-337

[10] 周建,方锦平,蒋璐瑶.双歧杆菌三联活菌散治疗晚期早产儿喂养不耐受的效果[J].中国乡村医药,2014; 21(11):31-32

(上接第20页)

后治疗组 FEV1/FVC、FEV1 水平均高于对照组,表明宣肺达郁汤可明显改善患者的肺部指标,在促进患者肺部恢复上有显著作用。有文献报道^[12]干姜、甘草等具有抗炎的功效,干姜,味辛,归肺经,可温肺化饮,甘草味甘,归经,可清热解毒,祛痰止咳,可以促进炎症吸收,改善患者的炎症水平,提高患者的生活质量,提高药物治疗的安全性^[13]。

综上所述,宣肺达郁汤联合西医疗 AECOPD 效果显著,可明显改善肺部功能,提高临床疗效,且药物的安全性良好,值得推广使用。

参考文献

[1]赵锋,杨震,刘素香,等.宣肺达郁汤治疗新型冠状病毒肺炎恢复阶段临床研究[J].陕西中医,2020;41(7):846-848

[2]段兴秋.慢性阻塞性肺疾病与呼吸道微生态的关系研究进展[J].临床医学进展,2020;10(06):884-889

[3]王燕芳.补肺益肾汤治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期肺肾气虚型患者的临床研究[J].中国中医药科技,2020;27(4):506-508

[4]冷建春.慢性阻塞性肺疾病急性加重患者肺部耐药细菌感染的中医药治疗探讨[J].中国全科医学,2020;23(27):3457-3459,3465

[5]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].中国医学前沿杂

志(电子版),2014;(2):67-79,80

[6]中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会.慢性阻塞性肺疾病中医证候诊断标准(2011版)[J].中医杂志,2012;53(2):177-178

[7]刘保新.《中药新药临床研究指导原则》与绝经后骨质疏松症的辨证论治[J].中国美容医学,2010;19(z3):133-135

[8]孙红红,武自力,何永杰,等.咳喘敷贴治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作期疗效分析[J].中国中西医结合急救杂志,2020; 27(3):287-290

[9]姚汉玲,李青林,陈德明,等.痰热清注射液对痰浊壅塞型慢性阻塞性肺疾病肺功能与肺血管阻力影响[J].中华中医药学刊,2020;38(2):210-213

[10]陈玲,甘辉虎,周文博,等.疏风解毒胶囊联合西医疗法治疗痰热壅肺型慢性阻塞性肺疾病急性加重期临床观察[J].北京中医药,2020;39(1):59-62

[11]江赞亚.穴位敷贴联合加味麻杏石甘汤治疗老年痰热壅肺型慢性阻塞性肺疾病急性加重期68例[J].浙江中医杂志,2020;55(1):47-48

[12] Shi L, Zhu B, Xu M, et al. Selection of AECOPD-specific immunomodulatory biomarkers by integrating genomics and proteomics with clinical informatics[J]. Cell Biol Toxicol, 2018;34(2):109-123

[13]郑延龙.化痰清肺煎剂治疗痰热壅肺型慢性阻塞性肺疾病急性加重的临床观察[J].中国社区医师,2019;35(21):116-117