

解炎汤加味治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(痰热壅肺证)的疗效观察

俞 洋 方 容[△]

(上海中医药大学附属曙光医院,上海 200120)

中图分类号:R563.9 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2023)02-0314-03

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2023.02.034

【摘要】 目的 观察解炎汤加味治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)(痰热壅肺证)的临床疗效。**方法** 选取AECOPD患者共98例,随机分为对照组与治疗组均为49例。对照组参考指南予AECOPD干预方案,治疗组在对照组的基础上应用解炎汤加味治疗。两组治疗2周。比较两组肺功能、血气指标、痰热壅肺证证候评分和临床疗效。**结果** 治疗后,两组第1秒用力呼气容积占预计值的百分比(FEV1%Pre)、第1秒钟用力呼气容积(FEV1)占用力肺活量(FVC)百分比(FEV1/FVC%)明显升高,且治疗组升高更明显(均 $P<0.01$);治疗后,两组血氧分压(PaO_2)明显升高以及二氧化碳分压(PaCO_2)明显下降,且治疗组改善明显优于对照组(均 $P<0.01$);治疗后,两组痰热壅肺证证候评分明显降低,且治疗组降低更明显(均 $P<0.01$);治疗组总有效率为95.92%,显著高于对照组的79.59%($P<0.05$)。**结论** 于常规西医干预措施的基础上解炎汤加味治疗AECOPD(痰热壅肺证)患者,较单用常规西医措施能进一步改善患者的肺功能、血气指标,提高治疗效果。

【关键词】 慢性阻塞性肺疾病 急性加重期 解炎汤 痰热壅肺证 肺功能

慢性阻塞性肺疾病(COPD)急性加重期在临床较为常见,患者多伴有呼吸功能、运动耐力的急剧降低,且存在低氧与二氧化碳潴留,严重影响患者的工作、生活质量等,甚至导致死亡发生^[1]。目前临床常运用糖皮质激素、长效支气管扩张剂等干预COPD急性加重期患者,但总体效果欠佳^[2]。中医药治疗COPD急性加重期具有独特优势,在西医常规干预措施的基础上结合中医药治疗模式已广泛用于该病的临床中^[3-4]。COPD属中医学“肺胀”“喘病”范畴。中医学认为肺脏感邪,迁延失治,肺失宣降,痰瘀稽留,损伤正气,以致肺、脾、肾皆虚损,正虚卫外不固,易复感受外邪,诱导本病发作,病性为邪实正虚,理因素主要是痰、瘀^[5]。而对于COPD急性加重期的基本病机为痰阻(痰热、痰浊)或痰瘀互阻,常兼气虚或气阴两虚、水凌心肺,其中痰瘀互阻为病理关键,痰热壅肺证在中医临床证较为常见^[6]。中医治疗多以清肺化痰、降逆平喘为基本法则。解炎汤出自《辨证录》,具有清心肃肺、消痰降火的功效,主治肺失清肃、气凝不通、液聚不达、渴欲饮水等症。笔者近年在西医常规干预措施的基础上采取解炎汤加味治疗COPD急性加重期(痰热壅肺证)患者,取得满意效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 西医诊断按照《慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治中国专家共识(2017年更新版)》^[7]。病情程度^[6]分为Ⅰ:单用短效支气管扩张剂

(SABD)干预。Ⅱ:使用SABD联合抗生素,加或不加糖皮质激素。Ⅲ:需住院或急诊治疗,重度可能并发急性呼吸衰竭。中医辨证按照《国际中医临床实践指南·慢性阻塞性肺疾病》^[8]中相关标准。纳入标准:具备COPD急性期诊断标准,病情程度为Ⅱ级或Ⅲ级;中医辨证为痰热壅肺证;年龄30~70岁;急性发作48 h以内;签署知情同意书。排除标准:对治疗药物过敏者;伴间质性肺疾病、肺结核、肺炎等疾病者;不能配合完成临床观察者;凝血功能障碍者;伴心、肝、肾等系统严重障碍者。

1.2 临床资料 选取2019年1月至2022年1月在上海中医药大学附属曙光医院就诊的COPD急性加重期患者共98例,按随机数字表法分为对照组与治疗组各49例。对照组男性30例,女性19例;年龄46.97~69.8岁,平均(63.77±7.41)岁;COPD病程3.90~7.10年,平均(5.33±0.64)年;病情程度为Ⅱ级33例,Ⅲ级16例;急性发作时间13~43 h,平均(21.85±3.21) h。治疗组男性28例,女性21例;年龄46.30~68.2岁,平均(63.46±7.40)岁;COPD病程3.40~7.20年,平均(5.43±0.65)年;病情程度为Ⅱ级31例,Ⅲ级18例;急性发作13~41 h,平均(21.71±3.19) h。两组临床资料差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医学伦理委员会批准。

1.3 治疗方法 对照组:参考指南^[7]对患者进行COPD急性加重期干预方案。根据病情予控制性氧疗:鼻导管(1~2 L/min,每天3次),必要时采取机械通气疗法。雾化吸入硫酸沙丁胺醇溶液(Glaxo Smith Kline Australia Pty Ltd,国药准字H20160660)2.5 mg+布

△通信作者(电子邮箱:fangfairy88@163.com)

地奈德混悬液(AstraZeneca Pty Ltd,国药准字H20140475) 2 mg,每天2次。对伴抗菌指征者采取抗菌药物:盐酸左氧氟沙星注射液(扬子江药业集团有限公司,国药准字H1999032)0.6 g入液静滴,每天1次;伴铜绿假单胞菌感染采取注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠[石药集团中诺药业(石家庄)有限公司,国药准字H20033068]3 g入液静滴,每8小时1次,并联合硫酸依替米星注射液(无锡济民可信山禾药业股份有限公司,国药准字H19991422)0.3 g入液静滴,每天1次。治疗组患者于对照组基础上采用解炎汤加味:黄连 17 g,天花粉 14 g,黄芩 12 g,麦冬 12 g,茯苓 12 g,桔梗 10 g,甘草 9 g,陈皮 9 g,神曲 9 g,杏仁 9 g,瓜蒌 15 g,清半夏 9 g,浙贝母 9 g。每天1剂,由我院中药房统一煎煮2次,共取汁约350 mL,分2次口服。两组均治疗2周。

1.4 观察指标 运用肺功能检测仪检测第1秒用力呼气容积占预计值的百分比(FEV1% Pre)与FEV1/FVC%。运用动脉血气分析仪检测血氧分压(PaO₂)、二氧化碳分压(PaCO₂)。参考《中药新药临床研究指导原则》^[9]评价痰热壅肺证症状喘息气急、痰多色黄、咯痰不爽、口渴喜冷饮、大便干结,按无、轻、中、重对应计0、1、2、4分。

1.5 疗效标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9]。临床控制:主要症状基本消失,疗效指数≥95%。显效:症状大部分消失,疗效指数≥70%但<95%。有效:症状明显减轻,疗效指数≥30%但<70%。无效:临床症状无明显改善,疗效指数<30%。疗效指数(%)=(治疗前的中医证候总评分-治疗后的中医证候总评分)÷治疗前的总评分×100%。总有效率=(临床控制+显效+有效)例数÷总例数×100%。

1.6 统计学处理 应用SPSS22.0统计软件。符合正态性的计量数据以($\bar{x}\pm s$)表示,比较采取 t 检验;计数资料用例数或率表示,比较采取 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后肺功能指标比较 见表1。治疗后,两组FEV1%Pre、FEV1/FVC%明显升高($P<0.01$),且治疗组升高更明显($P<0.01$)。

表1 两组治疗前后肺功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	FEV1%Pre	FEV1/FVC
治疗组 (n=49)	治疗前	46.41±5.73	51.49±6.23
	治疗后	58.31±6.93 ^{*△}	63.90±7.46 ^{*△}
对照组 (n=49)	治疗前	46.33±5.72	51.41±6.22
	治疗后	50.98±6.17 [*]	57.40±6.81 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.01$;与对照组治疗后比较,[△] $P<0.01$ 。下同。

2.2 两组治疗前后血气指标比较 见表2。治疗后,两组PaO₂水平明显升高,PaCO₂明显下降($P<0.01$),且治疗组改善明显优于对照组($P<0.01$)。

表2 两组治疗前后血气指标比较(mmHg, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	PaO ₂	PaCO ₂
治疗组 (n=49)	治疗前	49.95±6.01	62.51±7.34
	治疗后	78.40±8.93 ^{*△}	42.41±5.34 ^{*△}
对照组 (n=49)	治疗前	50.04±6.11	62.71±7.36
	治疗后	71.39±8.25 [*]	48.46±5.98 [*]

注:1 mmHg≈0.133 kPa。

2.3 两组治疗前后中医证候评分比较 见表3。治疗后,两组痰热壅肺证证候评分明显降低($P<0.01$),且治疗组降低更明显($P<0.01$)。

表3 两组治疗前后中医证候评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	喘息气急	痰多色黄	咯痰不爽	口渴喜冷饮	大便干结
治疗组 (n=49)	治疗前	3.53±0.45	3.58±0.45	3.46±0.44	3.43±0.44	3.49±0.44
	治疗后	0.90±0.18 ^{*△}	0.93±0.18 ^{*△}	0.95±0.18 ^{*△}	0.89±0.17 ^{*△}	0.85±0.16 ^{*△}
对照组 (n=49)	治疗前	3.49±0.44	3.55±0.45	3.41±0.44	3.50±0.45	3.40±0.44
	治疗后	1.51±0.25 [*]	1.54±0.25 [*]	1.56±0.26 [*]	1.46±0.24 [*]	1.41±0.24 [*]

2.4 两组临床疗效比较 见表4。治疗组的总有效率高于对照组($P<0.05$)。

表4 两组临床疗效比较(n)

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	49	27	15	5	2	47(95.92) [△]
对照组	49	20	13	6	10	39(79.59)

注:与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

3 讨论

COPD急性加重是指COPD的呼吸道症状出现急性恶化,患者须给予支气管舒张剂,也应采取糖皮质激素、祛痰药物等进行对症干预,以增加肺通气、改善血气指标、缓解呼吸困难、解除支气管痉挛和减轻呼吸道炎症反应等,治疗目标是为了减轻急性加重的病情以及预防其再发^[10-11]。然而,现代医学单纯采取机械通气、抗生素、止咳化痰药物等西医常规干预措施治疗效果并不理想,且长期或反复给予抗生素亦可出现耐药菌株,降低疗效,影响临床预后^[12-13]。

中医学认为,COPD病位在肺,病机累及脾、肾^[14]。肺司呼吸,为娇脏,不耐寒热,易受外邪、内伤侵袭,使肺失宣降,呼吸不利。肺居上焦,亦为储痰之器;脾居中焦,为生痰之源。因咳嗽反复发作,使肺脏虚损,肺虚及脾,以致脾脏受损,其运化功能失职,导致痰饮内生^[14]。肺脾气虚,易受外邪侵袭,引动痰饮,肺失

宣降,而加重咯痰、气喘之证。肺为气之主,肾为气之根,肺吸入的清气须下纳于肾,以维持生理性的呼吸功能,而肾气亏耗,摄纳无权,也会引起肺失宣降。在急性加重期,因患者素体正气亏虚、痰湿内盛,易受外邪侵袭,复感外邪经口鼻而入,首先袭肺,郁而化热,煎灼津液,炼液为痰,痰热壅肺,使肺之宣发肃降功能失调,出现咳嗽、喘息、胸闷、气短等COPD急性发作期症状,故中医临床宜清肺化痰、降逆平喘为主^[15-16]。运用清气化痰、降气平喘为主的治法采取解炎汤加味治疗,方中黄芩、黄连清泻肺中实火,为君药。陈皮理气行滞、能燥湿化痰;清半夏燥湿化痰,又和胃降逆;体现治痰先理气、气顺则痰消之意。茯苓健脾渗湿,健脾以杜生痰之源,渗湿以助化痰之力。神曲既助茯苓健脾,又与清半夏以和胃降逆,间接消痰。瓜蒌、浙贝母清热化痰止咳。苦杏仁宣肺中之痰,化痰止咳。天花粉可清降肺热,又与麦冬合用发挥润肺养阴生津之效。桔梗宣肺化痰,且引诸药入肺经;甘草调和诸药;全方合用,可清肺化痰、降逆平喘。

本组治疗结果显示,治疗后两组FEV1% Pre、FEV1/FVC%明显升高,且治疗组升高更明显;治疗后,两组PaO₂明显升高以及PaCO₂明显下降,且治疗组改善明显优于对照组;治疗后,两组痰热壅肺证症状评分明显降低,且治疗组降低更明显;治疗组总有效率为95.92%,显著高于对照组的79.59%。以上结果表明解炎汤加味治疗COPD急性加重期痰热壅肺证的疗效明显,在西医常规干预措施的基础上有助于患者肺功能、血气指标以及痰热壅肺证的好转。

综上,于常规西医干预措施的基础上解炎汤加味治疗COPD急性加重期(痰热壅肺证)患者,较单用常规西医措施,能进一步改善患者的肺功能、血气指标、痰热壅肺证,提高治疗效果,值得进一步探讨。

参 考 文 献

- [1] 来薛,李珊,吴蔚,等.早期运用吐纳联合推拿康复方案对慢性阻塞性肺疾病急性加重期重度患者运动耐力及生活质量的影响[J].中医杂志,2021,62(22):1984-1987,1995.
- [2] 董文敏,陈颖,堵玉萍.归肺理气方内服结合定向透药疗法治疗急性加重期慢性阻塞性肺疾病痰热壅肺证的临床研究[J].辽宁中医杂志,2022,49(2):82-85.
- [3] 何雯青,冯贞贞,春柳,等.慢性阻塞性肺疾病急性加重期证候疗效评价要素研究-基于文献研究结合专家咨询[J].中医杂志,2022,63(5):481-487.
- [4] 郑文江,彭紫荆,陈淑婉,等.三子养亲汤加味治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的系统评价[J].中国中药杂志,2019,44(10):2171-2178.
- [5] 刘承迪,韦美智,陈必勤.现代医学指标与慢性阻塞性肺疾病急性期中证型相关性的研究进展[J].现代中西医结合杂志,2021,30(32):3644-3648.
- [6] 国家卫生健康委员会急诊医学质控中心,中华医学会急诊医学分会,中国医师协会急诊医师分会,世界中医药学会联合会急症专业委员会,中华中医药学会肺系病分会,中国中西医结合学会重症医学专业委员会.中国慢性阻塞性肺疾病急性加重中西医结合诊治专家共识(2021)[J].中华危重病急救医学,2021,33(11):1281-1290.
- [7] 蔡柏蔷,陈荣昌.慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治中国专家共识(2017年更新版)[J].国际呼吸杂志,2017,37(14):1041-1057.
- [8] 世界中医药学会联合会.国际中医临床实践指南?慢性阻塞性肺疾病[J].世界中医药,2020,15(7):1084-1092.
- [9] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医学科技出版社,2002:54-58.
- [10] 赵丽丽,王青霞.止咳平喘十二味合剂联合乌苯美司胶囊对急性加重期慢性阻塞性肺疾病病人氧合指数、免疫失衡及炎性因子的影响[J].安徽医药,2021,25(12):2519-2522.
- [11] 张颖超,单淑香,唐淑金,等.肺力咳合剂联合布地奈德福莫特罗治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床研究[J].现代药物与临床,2021,36(11):2293-2298.
- [12] 叶丽君,朱夏玲.清肺定喘泻热方联合中医个体化肺康复治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重伴呼吸衰竭临床研究[J].新中医,2021,53(24):184-187.
- [13] 王晓峰,李培勇.通腑泻肺方配合双水平无创正压通气治疗AECOPD合并呼吸衰竭的疗效[J].中国现代药物应用,2018,12(4):99-101.
- [14] 张才如,张崇泉.张崇泉辨治慢性阻塞性肺疾病经验[J].湖南中医杂志,2018,34(10):24-26.
- [15] 虞红敏,徐锈,沈蕾君,等.清金化痰降气汤辅助治疗老年慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床观察[J].中国中医药科技,2022,29(1):100-102.
- [16] 刘锐,侯体保,何嘉,等.清气化痰丸加减治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热壅肺证的临床疗效及对血清TNF- α , IL-8, MMP-9的影响[J].中国实验方剂学杂志,2019,25(9):31-37.

(收稿日期 2022-03-28)