

健脾活血补肾法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期 40 例疗效观察

★ 姚亮 宋文宝 杨佩兰 (上海岳阳中西医结合医院 上海 200437)

摘要:目的:探讨中医药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的一种理想方法。方法:对慢性阻塞性肺疾病急性加重期的患者在应用常规的抗感染、解痉止咳化痰的基础上,同时自拟健脾活血补肾法治疗,并设对照组(应用常规的抗感染、解痉止咳化痰治疗)观察疗效,进行比较。结果:治疗组对慢性阻塞性肺疾病急性加重期有较好的疗效, $P<0.05$ 。治疗后治疗组的症状积分明显低于对照组,患者的 FVC(%)、FEV₁ 占预计值(%)、PEF(%)明显高于对照组,两组比较有显著性差异($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。治疗组细菌清除率明显高于对照组,两组比较有显著差异性($P<0.05$)。结论:健脾活血补肾法是能够提高慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效的一种方法。

关键词:健脾活血补肾法;慢性阻塞性肺疾病;急性加重期

中图分类号:R 562.2 **文献标识码:**A

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种主要累及气道的疾病,主要特征是产生进行性的慢性气流阻塞,且在其病程中往往出现反复的呼吸道感染,故该病已成为一个重要的公共卫生问题。

1 临床资料

参照中华医学会呼吸病学分会《慢性阻塞性肺疾病(COPD)诊疗常规》急性加重期各项指标,选择

2001 年 10 月至 2003 年 3 月期间慢性阻塞性肺疾病急性发作期患者 80 例随机分治疗组及对照组进行治疗。其中治疗组男性 21 例,女性 19 例;年龄 56~83 岁,平均年龄 67.6 岁;病程 7~23 年,平均 15.6 年。对照组男性 20 例,女性 20 例;年龄 57~81 岁,平均年龄 67.1 岁;病程 8~24 年,平均 15.2 年。两组病例在吸烟史、临床症状、肺功能、胸片检

表 2 治疗组和对照组主要症状消失情况比较 例

		腹胀	腹痛	嗝气或反酸	纳差
治疗组	治疗前	53	31	19	24
	治疗后	23	8	8	9
对照组	治疗前	26	21	16	14
	治疗后	19	13	11	9

3.3 中医辨证分型与临床疗效比较 见表 3

表 3 中医辨证分型与疗效关系比较

	例数	显效	有效	无效	显效率(%)	总有效率(%)
肝胃不和	40	26	12	2	65.0	95.0
脾虚肝郁	13	8	4	1	61.5	92.3
肝胃郁热	8	4	2	2	50.0	75.0
胃阴不足	1	0	0	1		

注:各組間差異無統計學意義, $P>0.05$ 。

4 讨论

FD 在中医诊断上应属“胃脘痛”、“痞满”的范畴,张介宾在《景岳全书·痞满》中说:“痞者,痞塞不开之谓……所以痞满一证,大有疑辨,则在虚实二字,凡有邪有滞而痞者,实痞也;无邪无滞而痞者,虚

痞也。”多数 FD 病人并无明显的脾虚表现,说明 FD 病人的中医辨证应以“实痞”为主。就临床所见,FD 的发病常与情志因素、工作压力导致肝失疏泄有关,本组治疗效果的临床分析也表明,中医分型以肝胃不和和肝胃郁热型的临床效果最好,说明肝失疏泄,肝气犯胃,肝胃不和是 FD 的基本病机,而脾虚肝郁和肝胃郁热等型均可以认为是在此基础上变化而来。

中医药在治疗功能性一类的疾病方面历来有着丰富的临床经验和明显的疗效优势,在总结前人经验的基础上,结合自身临床实践总结出疏肝和胃基本方,其中柴胡、枳壳疏肝行气;半夏、陈皮和胃降逆,一升一降,恢复正常的胃肠气机运行;香附、佛手、郁金理气止痛;茯苓、白术健脾利湿;白芍柔肝敛阴;炒谷、麦芽疏肝消食;公英清热解毒。全方能从总体上达到疏肝理气、和胃健脾、调整脾胃功能的作用。

(收稿日期:2004-03-09)

查及年龄、性别诸方面差异无显著性($P>0.05$)。

排除病例:患有其他心肺疾病、内分泌疾病、慢性消耗性疾病、妊娠及急性发作者。

2 方法

2.1 治疗方法 所有病例均根据临床表现及检查结果使用常规的抗感染、解痉止咳化痰、对症治疗等方法进行治疗。治疗组在此基础上加用健脾活血补肾法,药用黄芪 30 g、党参 15 g、茯苓 15 g、白术 10 g、当归 10 g、熟地黄 10 g、桃仁 10 g、丹参 30 g、广地龙 15 g、炙麻黄 10 g、杏仁 10 g、补骨脂 15 g、菟丝子 15 g、淮山药 30 g、山茱萸 15 g,每日 1 剂,水煎服。对照组仅用常规的抗感染、解痉止咳化痰、对症治疗等方法。疗程均为 1 个月。

2.2 观察方法 两组病例治疗期间均逐日观察记录用药后症状、体征变化。治疗开始前 1 天及治疗结束后均检查血常规、24~48 小时送痰培养及行肺通气功能检查和胸部 X 线检查。治疗 1 个疗程后评定疗效。

2.3 统计学方法 统计数据用 $\bar{x} \pm s$ 表示,等级资料用 Ridit 检验,计量资料用 t 检验。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 (1)症状、体征分级及积分标准:①喘息:0 分为无喘息症状;1 分为偶有喘息,程度轻不影响睡眠或活动;2 分为频发喘息,程度较重,难以平卧,但不影响睡眠或活动;3 分为喘息明显,呈持续状,不能平卧,影响睡眠及活动;②咳嗽:0 分为无咳嗽症状;1 分为白天间断咳嗽,不影响正常工作及活动;2 分为昼夜均有间断咳嗽,对休息及睡眠有一定影响;3 分为昼夜频繁咳嗽或阵咳,影响休息及睡眠;③哮鸣音:0 分为听诊未及哮鸣音;1 分为偶闻,或在咳嗽、深呼吸后出现哮鸣音;2 分为两肺散在哮鸣音;3 分为两肺满布哮鸣音;④咯痰:0 分为昼夜痰量不足 10 mL,或夜间及清晨痰量不足 5 mL;1 分为昼夜痰量 10~50 mL,或夜间及清晨痰量 5~25 mL;2 分为昼夜痰量 51~100 mL,或夜间及清晨痰量 26~50 mL;3 分为昼夜痰量 100 mL 以上,或夜间及清晨痰量 50 mL 以上。(2)细菌学评定标准:按照病原学“清除、未清除、替换”三级进行评定。

3.2 结果

3.2.1 临床疗效比较 见表 1。

表 1 两组疗效比较 例

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	40	7	20	9	4	90.9 [▲]
对照组	40	3	18	7	12	70.0

注:疗效比较, $P<0.05$ 。

3.2.2 症状积分比较($\bar{x} \pm s$) 见表 2。

表 2 两组症状积分比较($\bar{x} \pm s$)

症状积分		
治疗组	治疗前	7.92 $\pm$ 1.81
	治疗后	3.54 $\pm$ 2.15 [*]
对照组	治疗前	7.62 $\pm$ 2.12
	治疗后	5.66 $\pm$ 1.92

注:与对照组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$ 。下同

3.2.3 肺功能变化($\bar{x} \pm s$)比较 见表 3。

表 3 两组治疗前后肺通气功能的比较($\bar{x} \pm s$)

		FVC(%)	FEV ₁ 占预计值(%)	PEF(%)
治疗组	治疗前	63.44 $\pm$ 17.28	62.52 $\pm$ 13.70	53.04 $\pm$ 15.18
	治疗后	72.08 $\pm$ 14.35 ^{**}	71.48 $\pm$ 14.62 ^{**}	66.17 $\pm$ 19.36 ^{**}
对照组	治疗前	65.12 $\pm$ 12.48	60.34 $\pm$ 16.48	60.14 $\pm$ 16.38
	治疗后	67.08 $\pm$ 14.22	59.43 $\pm$ 10.89	56.41 $\pm$ 13.21

3.2.4 细菌学疗效及清除率比较 见表 4。

表 4 两组治疗前后细菌学疗效及清除率的比较 例

	n	清除	未清除	替换	清除率(%)
治疗组	22	20	1	1	90.90 [▲]
对照组	19	12	4	2	66.67

注:▲与对照组相比较, $P<0.05$ 。

4 讨论

笔者根据长期的临床实践认为,慢性阻塞性肺疾病患者随着疾病的发展,除了常见的肾虚及痰湿、痰浊之邪外,经常会随着病程的进展而出现“因虚致瘀”、“因痰致瘀”。因为对于反复发作的患者,多伴有肾虚。肾虚阴之津液不足易致血瘀脉络;肾虚阳气不足,温煦推动血行无力也易瘀致脉络。另外,痰湿阻于肺络,而致气运不畅,气滞于肺,血络阻滞,而成痰瘀交阻之患。所以古人有“久病则入络致瘀”之论。慢性阻塞性肺病患者还具有年龄大、病程长、反复发作的特点,故临床上可不必拘于舌脉的瘀血之象而酌加丹参、桃仁等活血化瘀之品。故古人有“但去瘀则痰水自消”的论断。

基于对慢性阻塞性肺疾病的病因病机的认识,笔者在治疗慢性阻塞性肺疾病过程中以“补肾纳气、益气理虚、活血化痰”为基本法则。在方药组成上以十全大补汤合三拗汤为基础化裁而成。方中重用生黄芪益气活血。当归为血分之药,《神农本草经》谓“主咳逆上气”;桃仁活血化瘀,化痰止咳;麻黄、杏仁宣肺化痰,止咳平喘降逆;补骨脂、菟丝子、淮山药、山茱萸均有补肾纳气之功,只有纳气于下,肾气得以蛰,才能从根本上治疗患者的咳喘之症。

参考文献

- [1]中华医学会呼吸病学分会.慢性阻塞性肺疾病(COPD)诊疗规范[J].中华结核和呼吸杂志,1997,20(2):199

(收稿日期:2004-02-26)