

自拟肺脑一号方灌肠对肺性脑病患者呼吸功能的影响

谢美平¹ 唐明杰²

(1 湖北省武汉市中医医院 武汉 430000;2 湖南省常德市第一中医院 常德 415000)

摘要:目的:探究自拟肺脑一号方灌肠对肺性脑病患者呼吸功能的影响。方法:共观察肺性脑病患者 60 例,采用完全随机对照设计,将 60 例患者分为治疗组与对照组,治疗组予西医常规治疗加用自拟肺脑一号方灌肠治疗,对照组仅予西医常规治疗。观察两组患者治疗前后的临床症状、血气分析指标及血液流变学指标,并采用统计学方法分析。结果:治疗后,治疗组总有效率高于对照组;治疗组酸碱度(pH)、氧分压(PaO₂)、二氧化碳分压(PaCO₂)情况均优于对照组;治疗组全血黏度低切、高切均优于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:自拟肺脑一号方灌肠能缓解肺性脑病患者临床症状,可使血气分析、血液流变学相关指标好转,改善肺性脑病患者的肺通气及肺换气功能。

关键词:肺性脑病;肺脑一号方;呼吸功能

中图分类号:R563.9

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.07.010

近年来,本院采用自拟肺脑一号方灌肠治疗肺性脑病,观察其对肺性脑病患者呼吸功能的改善情况。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 7 月~2012 年 8 月,共观察常德市第一中医院肺病科肺性脑病患者 60 例。所有患者均符合《内科疾病诊断标准》之“肺性脑病诊断和临床标准”^[1]。排除标准:呼吸心跳暂停,自主呼吸微弱,血流动力学不稳定;气道大量分泌物;气胸、纵隔气肿、肺大泡、支气管扩张、肺内大空洞;消化道大出血、穿孔,高度误吸可能;严重心律失常;严重心、肝、肾多脏器功能衰竭;晚期血吸虫肝脾肿大;颜面部损伤或畸形。采用完全随机对照设计,将 60 例患者分为治疗组和对照组,每组 30 例。两组患者在年龄、性别、病情程度等方面比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。见表 1。

表 1 两组一般资料比较($\bar{x}\pm s$)						
组别	年龄(岁)	性别(例)		病情程度(例)		
		男	女	轻	中	重
治疗组	64.7±4.8	24	6	11	14	5
对照组	65.8±5.6	27	3	10	17	3

注:两组比较, $P(\text{年龄})=0.447>0.05$, $P(\text{性别})=0.470>0.05$, $P(\text{病情程度})=0.915>0.05$ 。

1.2 治疗方法 对照组给予西医常规治疗,主要包括无创呼吸机机械辅助通气,持续低流量吸氧,药物强力抗感染(头孢吡肟针 1 g 静滴 q 8 h,或美罗培南针 1 g 静滴 q 8 h,或亚胺培南西司他丁针 2 g 静滴 q 8 h,使用 1 周后更换),抗炎、解痉平喘(甲泼尼龙针 80 mg 静滴 bid,多索茶碱针 0.3 g 静滴 qd),祛痰(氨溴索针 60 mg 静滴 q 8 h),促醒(选用纳洛酮以 0.18 mg/h 泵入维持,至苏醒后 1 d),护胃(泮托拉唑针 80 mg 静滴 bid),及纠正水、电解质失衡,能量营养支持等,并配合人工辅助排痰。治疗组在对照组

基础上加用自拟肺脑一号方灌肠治疗,药物组成:法夏 10 g、橘红 12 g、胆南星 10 g、全瓜蒌 15 g、竹茹 10 g、石菖蒲 10 g、郁金 10 g、青皮 10 g、地龙 15 g、丹参 20 g、当归 10 g、桃仁 10 g、红花 10 g。用法:1 剂/d,水煎 2 次,合并药汁,早晚 2 次加温后灌肠。两组均以 10 d 为 1 个疗程,治疗 1 个疗程后观察病情变化。

1.3 观察指标 (1)临床症状;(2)血气分析指标;(3)血液流变学指标。

1.4 疗效判定标准 显效:无意识障碍,精神症状消失,咳嗽、咯痰、呼吸困难症状缓解,低氧血症和高碳酸血症基本纠正;有效:意识较前清晰,精神症状较前好转,咳嗽、咯痰、呼吸困难症状好转,低氧血症和高碳酸血症较前改善;无效:意识障碍、精神症状及以上呼吸系统症状无改善或加重,低氧血症和高碳酸血症无改善,或病情恶化甚至死亡。

1.5 统计学方法 计量资料采用 t 检验(不满足正态性及方差齐性时选用非参数检验);计数资料采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义, $P<0.01$ 表示差异有显著统计学意义。

2 结果

2.1 两组疗效比较 统计学分析显示,治疗组总有效率高于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组疗效比较					
组别	n	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	30	16	9	5	83.3
对照组	30	11	7	12	60.0

注:两组总有效率比较,差异具有统计学意义, $P=0.042<0.05$ 。

2.2 血气分析指标 统计学分析显示,治疗组患者治疗后酸碱度(pH)、氧分压(PaO₂)、二氧化碳分压(PaCO₂)与治疗前比较均明显改善($P<0.01$);与对照组治疗后相比,治疗组患者治疗后 pH、PaO₂、PaCO₂ 情况均优于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗前后血气分析指标比较($\bar{x} \pm s$)

指标	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
pH	7.294± 0.036	7.382± 0.021**	7.297± 0.038	7.370± 0.023
PaO ₂ (kPa)	7.66± 0.60	12.52± 0.22**	7.64± 0.57	12.37± 0.25
PaCO ₂ (kPa)	10.74± 1.06	5.43± 0.25**	10.70± 1.11	5.59± 0.24

注:与治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组治疗后比较,** $P<0.05$ 。

2.3 血液流变学指标 统计学分析显示,治疗组患者治疗后全血黏度低切、高切与治疗前比较均得到明显改善($P<0.01$);与对照组治疗后相比,治疗组患者治疗后全血黏度低切、高切均优于对照组($P<0.01$)。

表 4 两组血液流变学指标比较($\text{mPa} \cdot \text{s}$, $\bar{x} \pm s$)

指标	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
全血黏度低切(3/s)	12.60± 1.83	9.99± 1.42**	12.46± 1.82	12.29± 1.67
全血黏度高切(200/s)	5.80± 0.85	4.69± 0.72**	5.86± 0.86	5.80± 0.82

注:与治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组治疗后比较,** $P<0.01$ 。

3 讨论

中医认为,肺性脑病乃多种慢性肺系疾患反复发作所致,迁延不愈,久病则肺气虚损,五脏功能失常,致痰浊内生,壅塞气道,肺气不得敛降而为“肺胀”,进而痰蒙神窍,神机失用而成。又《丹溪心法·咳嗽》曰:“肺胀而嗽,或左或右不得眠,此痰挟瘀血碍气而病”,故肺胀之病,常兼夹瘀血,复而痰瘀互结为患。肺性脑病亦与瘀血关系密切,系痰瘀交杂,蒙蔽心神,而表现出神志异常改变。本病总属“本虚标实”之候,痰浊与瘀血交结,蒙蔽神窍为其标,气血阴阳俱虚,五脏功能失调为其本,其主要病理因素为痰浊、瘀血,病位主要在脑,其次在心,并与肺密切相关。朱丹溪云:“自气成积,自积成痰,痰挟瘀血,遂成巢囊”,认为“善治痰者,必先治气,同时也要治血”,提出“痰瘀并存,痰瘀共治”的理论。自拟肺脑一号方以痰瘀同治为法,取涤痰汤化裁,复加活血祛痰之品,方中法夏、橘红、胆南星涤痰熄风;竹茹、全瓜蒌清热化痰;石菖蒲豁痰开窍,郁金清心开窍,二者合用开窍醒神;丹参活血祛瘀、凉血安神,桃仁活血散瘀、止咳平喘,配合红花、当归加强活血之效;青皮行气力强,配合上药行气利水、理气化痰;加以地龙性寒降泻、清肺平喘;诸药合用,共奏豁痰祛瘀、开窍醒神、止咳平喘之功效。

西医认为,本病系慢性阻塞性肺疾病(COPD)等肺部疾患逐渐发展,继发严重呼吸衰竭、肺通气及换气功能障碍,引起大脑缺氧、二氧化碳潴留,而出现一系列神经精神症状的一种临床综合征。目前治疗原则主要为改善患者肺通气及换气功能,进而缓解严重缺氧及二氧化碳潴留引起的相关神经系统症状。现代药理学研究表明,自拟肺脑一号方组成中

的药物,多数具有扩张支气管、祛痰等作用,能改善患者肺通气功能。石菖蒲挥发油成分 β - 细辛醚能抑制组胺对支气管平滑肌的收缩作用^[2],陈皮水提取物或挥发油均能缓解乙酰胆碱引起的支气管平滑肌收缩^[3],青皮亦对组胺引起的支气管痉挛具有松弛作用^[4],当归具有抗过敏及稳定炎症细胞膜作用,从而抑制呼吸道平滑肌收缩^[5],地龙具有抗炎、抗组胺和解痉的作用^[6],瓜蒌提取物中含有的半胱氨酸等多种氨基酸,能裂解痰液黏蛋白,以降低痰液黏稠度^[7],半夏中含有的总游离有机酸亦具有类似的作用^[8],竹茹具有明显抗菌效果^[9]。部分药物还具有扩张血管、抗血小板聚集、溶栓等作用,可改善肺循环及脑循环,如丹参能提高血浆一氧化氮(NO)水平而扩张脑血管,显著抑制二磷酸腺苷(ADP)及胶原诱导的血小板聚集^[10],桃仁具有改善血流动力学等作用^[11],地龙存在纤维蛋白溶解酶、蚓激酶、蚓胶酶 3 种酶,具有溶栓作用^[6];红花所含红花黄色素(SY)可显著延长凝血酶原时间和凝血时间,提高血浆纤溶酶原激活剂的活性,使局部血栓溶解^[12]。少数中药具有抗躁狂的作用。胆南星对中枢系统有抑制作用,而未见急性毒性反应^[13]。郁金中所含姜黄二酮能延长各期睡眠,具有明显的中枢神经抑制作用^[14]。

本研究果表明,自拟肺脑一号方灌肠治疗肺性脑病,能显著改善本病患者临床症状,并可使血气分析、血液流变学相关指标明显好转,改善肺性脑病患者的肺通气及肺换气功能,从而提高治愈率,降低病死率。

参考文献

[1]戴瑞鸿.内科疾病诊断标准[S].第 10 版.上海:上海科技教育出版社,1992.162
[2]吴天立.石菖蒲的药用价值[J].中国药理学报,1983,4(2):95
[3]徐彭.陈皮水提取物和挥发油的药理作用比较[J].江西中医学院学报,1998,10(4):172
[4]陈红,刘传玉,李承晏.青皮的化学及药理作用研究进展[J].中草药,2001,32(11):1050-1052
[5]叶丽红,陈志春.当归、红花防治支气管哮喘的实验研究[J].江苏中医,1998,19(7):41-42
[6]木海鸢,苏孝共.地龙的药理研究概要[J].中国药业,2007,16(1):61-62
[7]巢志茂,刘静明,王伏华,等.五种瓜蒌皮挥发性有机酸的分析[J].中国中药杂志,1992,17(11):673-674
[8]张科卫,吴皓,沈绣红.半夏中总游离有机酸的作用研究[J].南京中医药大学学报(自然科学版),2001,17(3):159-161
[9]孙媛.竹茹现代研究近况[J].黑龙江医药,2008,21(6):78-79
[10]刘艾林,李铭源,王一涛,等.丹参药理学活性物质基础研究现状[J].中国药学杂志,2007,42(9):641-646
[11]赵强,李莹,孔令升,等.桃仁化学成分及药理作用研究进展[J].天水师范学院学报,2008,28(2):56-59

(下转第 44 页)

1.3 治疗方法 所有患者均在良好护理的基础上实施治疗方案。(1)中药组:患者服用我院自制郁舒胃汤进行中医治疗,方剂组成:白芍、柴胡、茯苓、当归各 10 g,百合、大枣各 20 g,枳壳、合欢皮各 15 g,甘草 5 g,黄芩 3 g,水煎服,2 次/d,4 周为 1 个疗程,共服用 2 个疗程。(2)西药组:吗丁啉片(国药准字 H10910003)10 mg/次,3 次/d,口服;赛乐特(国药准字 H10950043)20 mg/次,1 次/d,口服,均服用两周,用药期间停用其他药物。治疗过程中密切关注患者用药反应,若出现不良反应暂停用药,待症状转好后继续治疗。在治疗结束后,对患者进行 FD 症状的评分,并统计不良反应发生的情况^[1]。

1.4 效果评价 (1)FD 症状评分,根据相关标准将 FD 症状分成轻度、中度和重度三个级别,并依次赋值为 5 分、10 分和 15 分,分数越高,FD 症状越严重;(2)不良反应,主要包括腹泻、头痛和恶心呕吐,不良反应率=(腹泻例数+头痛例数+恶心呕吐例数)/总病例数×100%,数值越低则安全性越好;(3)疗效评价,根据 FD 指数分成显效(FD 指数>75%)、有效(FD 指数 25%~75%)和无效(FD 指数<25%)三种疗效^[2],FD 指数=治疗前后 FD 症状评分差值/治疗前 FD 症状评分值×100%,总有效率=(显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.5 统计方法 采用软件 SPSS19.0 统计分析,计数资料用比率(%)表示,采用卡方检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 中药组显效率、总有效率均明显高于西药组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]					
分组	n	显效	有效	无效	总有效
中药组	70	36(51.4)	23(32.9)	11(15.7)	59(84.3)
西药组	54	10(18.5)	18(33.3)	26(48.1)	28(51.9)

2.2 两组不良反应发生情况比较 中药组不良反应发生率明显低于西药组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组不良反应发生情况比较					
分组	n	腹泻(例)	头痛(例)	恶心呕吐(例)	不良反应发生率(%)
中药组	70	0	1	0	1(1.4)
西药组	54	1	3	2	6(11.1)
P 值					<0.05

3 讨论

FD 是由于动力障碍和情绪失调导致的具有反复性、顽固性的以腹部疼痛、消化道不适等为发病特征的一类内科常见疾病。有调查^[3]证实心理状况(即情绪因素)为导致本病发生的重要影响因素,为探讨中医郁舒胃汤治疗 FD 的临床价值,特作本组研究。

本研究结果显示,中药组显效率、总有效率均显著高于西药组($P<0.05$);中药组不良反应发生率明显低于西药组($P<0.05$)。从西医用药角度讲,虽然服用吗丁啉、赛乐特等西药可以从缓解焦虑情绪、促进胃肠蠕动两个方面共同作用达到治疗 FD 的目的,然而吗丁啉、赛乐特具有一定的副作用,安全性欠佳,且其在临床中的疗效并不是很理想,因此选择作用更温和、安全性更强、疗效更佳的药物成为了消化内科较为关注的临床问题。中医理论将 FD 归为“痞症、脘痛”范畴,认为饮食不当、情绪失调为重要病因,气滞血瘀、肝脾不和为病机,因此保肝益脾、疏通气血为中医治疗的主要思路。我院自制的郁舒胃汤中,柴胡用于解肝郁;当归和白芍在养血、护肝、畅通气血的基础上还能减少柴胡的副作用;枳壳则能够行气以促进胃肠蠕动和动力恢复;另外大枣、甘草、茯苓、合欢皮等具有凝神静气、缓解焦虑、抑郁不良情绪的功效;而黄芩则有利于诸药调和、减少副作用产生^[4]。因此 FD 患者服用后症状得以明显改善,且不良反应率低,适于临床 FD 患者的用药治疗。

综上,我院针对 FD 患者饮食、情绪失调造成的气血不畅、肝脾不和等中医病机,自制以柴胡、白芍、当归、百合、茯苓、黄芩等具有养血行气、护肝益脾药理作用的中药为主的郁舒胃汤,用于治疗 FD 效果良好,且不良反应较少,值得临床推广应用。

参考文献

[1]罗茜,王小娟,郭璇,等.舒胃汤治疗功能性消化不良肝胃不和证 30 例[J].中国中医药信息杂志,2012,19(2):69-70
[2]刘小琼,陈红梅.温阳健脾法治疗脾胃虚寒型功能性消化不良 60 例临床观察[J].医学理论与实践,2012,25(11):1284-1285
[3]苏江华,刘冰,冯红,等.心理干预改善功能性消化不良患者焦虑、抑郁状态的效果观察[J].临床误诊误治,2013,26(3):81-84
[4]王迎春.加味解郁舒胃汤治疗功能性消化不良伴抑郁症的临床疗效观察[J].现代医药卫生,2013,29(12):1902-1903

(收稿日期: 2014-12-18)

(上接第 21 页)

[12]杨玉霞,吴卫,郑有良.红花研究进展[J].四川农业大学学报,2004,22(4):365-369
[13]赫炎,吴连英,王孝涛.胆南星不同炮制品的药效和毒性试验研究

[J].中药材,1997,20(9):459-461
[14]郝洪谦,孙兵,郑开俊,等.郁金二酮对家猫睡眠节律电活动的调制作用[J].中草药,1994,25(8):423

(收稿日期: 2015-01-13)