

中药干预治疗慢性阻塞性肺疾病的临床观察*

陈家前 陈南官 常丽 吴子承 廖钢 黄学健 陈高振

(广东省云浮市罗定市中医院 罗定 527200)

摘要:目的:探讨中药干预治疗慢性阻塞性肺疾病(COPD)的临床效果。方法:采用随机数字表法将 100 例 COPD 急性发作患者分为观察组和对照组,每组 50 例,对照组给予西医常规治疗,观察组在对照组的基础上加用三参胶囊进行治疗,比较两组患者的临床疗效以及治疗前后中医证候(咳嗽、咳痰、喘息、肺部哮鸣音)、生活质量、肺功能(FEV₁/FVC)、6 min 步行试验评分(6MWT)的变化情况。结果:治疗后,观察组的治疗总有效率高于对照组,观察组咳嗽、咳痰、喘息、肺部哮鸣音、SGRQ 评分及 6MWT 评分均低于对照组,观察组的 FEV₁/FVC 水平高于对照组,差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:三参胶囊能够有效提高西药对 COPD 的治疗效果,改善患者的中医证候、生活质量和肺功能,值得临床推广。

关键词:慢性阻塞性肺疾病;三参胶囊;中医证候;临床效果

中图分类号:R563

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.03.005

慢性阻塞性肺疾病(COPD)临床发病率较高,严重影响患者的肺功能及生活质量。常规西医治疗是通过使用支气管扩张剂、糖皮质激素、免疫调节剂及氧疗等改善患者的临床症状,但效果并不令人满意^[1]。随着中西医结合治疗在临床上逐渐受到青睐,我院在 COPD 急性发作期加用中药进行治疗,取得了较为满意的效果。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 6 月~2016 年 11 月在我院内一科住院的 100 例 COPD 急性发作患者,按照随机数字表法分为观察组和对照组,每组 50 例,观察组男性 30 例,女性 20 例,年龄 45~78 岁,平均年龄(58.22±8.47)岁;对照组男性 31 例,女性 19 例,年龄 45~78 岁,平均年龄(58.26±8.52)岁。两组患者的性别、年龄等资料比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入标准 纳入标准:符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013 年修订版)》^[2]中 COPD 相关诊断标准者;经肺功能检查确诊者;家属签署知情同意书者。

1.3 排除标准 合并其他急慢性疾病者;入选前已使用其他药物治疗者;依从性很差或有交流障碍者。

1.4 治疗方法 对照组给予西医常规治疗,包括抗感染、解痉平喘、止咳化痰、吸氧等。观察组在对照组的基础上加用三参胶囊进行治疗,4 粒/次,口服,3 次/d。连续治疗 10 d。

1.5 观察指标 比较两组患者的临床疗效以及治疗前后中医证候(咳嗽、咳痰、喘息、肺部哮鸣音)、生活质量、肺功能(FEV₁/FVC)、6 min 步行试验评分(6MWT)的变化情况。临床疗效评价标准^[3]:临床控

制:症状体征消失或基本消失,中医证候积分减少 $>95%$;显效:症状体征明显改善,证候积分减少 $>70%$;有效:症状体征均有好转,证候积分减少 $>30%$;无效:未达到上述标准;总有效=临床控制+显效+有效。中医证候评分参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]制定:0 分(无)、1 分(轻度)、2 分(中度)、3 分(重度)进行计分。生活质量使用圣乔治呼吸问卷(SGRQ)进行评分^[5],包括症状、活动能力和疾病对日常生活的影响 3 个维度,总分为 100 分,评分越高表示生活质量越低。6MWT 评分标准^[6]:0 分:6 min 步行距离超过 350 m;1 分:6 min 步行距离 250~350 m;2 分:6 min 步行距离 150~249 m;3 分:6 min 步行距离低于 149 m。

1.6 统计学分析 采用 SPSS19.0 统计学软件进行数据分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效对比 观察组的治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效对比[例(%)]

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效
观察组	50	15(30.0)	22(44.0)	10(20.0)	3(6.0)*	47(94.0)*
对照组	50	10(20.0)	20(40.0)	10(20.0)	10(20.0)	40(80.0)

注:与对照组对比,* $P<0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后的中医证候评分及 SGRQ 评分对比 治疗后,两组患者咳嗽、咳痰、喘息、肺部哮鸣音及 SGRQ 评分均低于同组治疗前,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组咳嗽、咳痰、喘息、肺部哮鸣音及 SGRQ 评分均低于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

* 基金项目:广东省云浮市医药卫生科研课题(编号:2015B64)

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

组别	n	时间	咳嗽	咳痰	喘息	肺部哮鸣音	SGRQ 评分
观察组	50	治疗前	2.82± 0.44	2.79± 0.52	2.78± 0.49	2.75± 0.50	82.55± 9.64
		治疗后	0.66± 0.17**	0.57± 0.19**	0.42± 0.13**	0.48± 0.16**	40.06± 7.71**
对照组	50	治疗前	2.83± 0.39	2.80± 0.55	2.77± 0.47	2.73± 0.44	82.53± 9.88
		治疗后	1.10± 0.23*	1.09± 0.28*	0.98± 0.22*	1.17± 0.30*	62.48± 8.22*

注:与同组治疗前对比,*P<0.05;与对照组治疗后对比,**P<0.05。

2.3 两组患者治疗前后的 FEV₁/FVC 及 6MWT 评分对比 治疗后,两组患者的 FEV₁/FVC 水平高于同组治疗前,6MWT 评分低于同组治疗前,差异有统计学意义,P<0.05;观察组的 FEV₁/FVC 水平高于对照组,6MWT 评分低于对照组,差异有统计学意义,P<0.05。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 FEV₁/FVC 及 6MWT 评分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	FEV ₁ /FVC (%)	6MWT 评分(分)
观察组	50	治疗前	62.82± 8.44	2.44± 0.52
		治疗后	83.66± 9.17**	1.06± 0.19**
对照组	50	治疗前	62.85± 8.39	2.42± 0.55
		治疗后	74.10± 8.23*	1.54± 0.28*

注:与同组治疗前对比,*P<0.05;与对照组治疗后对比,**P<0.05。

3 讨论

COPD 是一种以不能完全可逆的气流受限为特征,进行性加重呼吸困难为主要表现的疾病,后期患者可出现消瘦、纳差、活动耐受差等全身表现,严重影响患者的生活质量。目前,对于 COPD 急性发作,西医治疗主要以抗感染、化痰、解痉平喘、氧疗等为主,随着家庭氧疗的普及,缓解期吸入支气管扩张剂及表面激素更加合理化的应用,COPD 的预后效果得到显著改善,但效果仍不能令人满意。

中医学认为,COPD 属“肺胀”、“喘证”范畴,主要病机为气虚、血瘀、痰浊,常相兼致病,因气虚而发病,因血瘀与痰浊而致病情迁延难愈,虚与实邪均贯穿于疾病过程的始终。该病气虚为本,实邪为标,本虚标实、虚实夹杂,中医辨治应以止咳平喘、纳气补肺、化痰通络为主要原则^[6]。本研究中所用三参胶囊为纯中药制剂,以人参、三七、沉香为主要成分,方中人参可补脾益肺,三七可活血化瘀,沉香可降逆平喘,诸药配伍共奏止咳化痰、纳气平喘之功效^[7]。现代医

学研究显示,人参中皂苷、多糖等成分对垂体肾上腺皮质系统有刺激作用,可使促肾上腺素和皮质醇增加,能提高机体的应激状态,增加对非特异性刺激的抵抗力;三七中的皂甙可通过抑制血小板生长因子,促肺动脉平滑肌细胞增殖,而抑制肺血管结构重建,有效抑制慢性缺氧性肺动脉高压;沉香则有抗菌、镇静、止咳的作用。本研究中观察组的治疗总有效率高于对照组,治疗后咳嗽、咳痰、喘息、肺部哮鸣音及 SGRQ 评分均低于对照组,也证实了三参胶囊在控制 COPD 病情和改善症状方面有显著的效果。另外,治疗后观察组的 FEV₁/FVC 水平高于对照组,6MWT 评分低于对照组,这与三参胶囊能够改善 COPD 患者肺功能有关。总之,三参胶囊能够有效提高西药对 COPD 的治疗效果,改善患者中医证候、生活质量和肺功能,值得临床推广。

参考文献

[1]李佳.慢性阻塞性肺疾病的临床治疗进展[J].中国医学创新,2015,12(9):144-146
 [2]中华医学会呼吸病学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].中华结核和呼吸杂志,2013,36(4):255-266
 [3]Jones PW,Watz H,Wouters EF,et al.COPD: the patient perspective[J].Int J Chron Obstruct Pulmon Dis,2016,19(11):13-20
 [4]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002.159-121
 [5]Decker I,Goodman SA,Phillips SE,et al.The six-minute walk test is a valuable measure of functional change following chemotherapy for AL (light-chain) cardiac amyloidosis[J].Br J Haematol,2017:16-19
 [6]李建生,余学庆,王明航,等.中医治疗慢性阻塞性肺疾病研究的策略与实践[J].中华中医药杂志,2012,27(6):1607-1614
 [7]陆益民,奚肇庆,虞乐群,等.中西医结合治疗老年慢性阻塞性肺疾病急性发作期的疗效观察[J].中国老年学杂志,2013,33(2):296-298
 (收稿日期:2017-02-12)

(上接第 6 页)

[2]钱荣立.关于糖尿病的新诊断标准与分型[J].中国糖尿病杂志,2000,8(1):5-6
 [3]汪会琴,胡如英,武海滨,等.2 型糖尿病报告发病率研究进展[J].浙江预防医学,2016,28(1):37-39,57
 [4]WY Yang, JM Lu, JP Weng, et al.Prevalence of diabetes among men and women in China[J].N Engl J Med,2010,362(12):1090-1091
 [5]Smushkin G,Vella A.What is type 2 diabetes? [J].Medicine

(Abinqdon),2010,38(11):597-601
 [6]王平,祝开思,曲建昌,等.甘精胰岛素联合瑞格列奈治疗老年 2 型糖尿病患者的疗效与安全性[J].中华老年医学杂志,2008,27(8):561-563
 [7]陈森,胡承,贾伟平.瑞格列奈药物基因组学研究进展[J].中华内分泌代谢杂志,2015,31(2):185-187
 [8]陆颖理,赵江波.低血糖症状的病因研究[J].浙江预防医学,2004,16(1):17-18
 (收稿日期:2017-01-20)