

中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期效果分析

孔凡英,宋 曦,戴景芳(河北省邯郸市邯钢医院老年病科 056001)

【关键词】 慢性阻塞性肺疾病; 稳定期; 免疫指标; 生存质量
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.24.071 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)24-3533-02

慢性阻塞性肺疾病(慢阻肺)是一种临床常见的肺部疾病,主要表现为气流受限、不完全可逆和进行性发展。近年来,随着生态环境的恶化,其发病率呈现明显的上升趋势,相关研究预计 2030 年,我国患有慢阻肺的患者达到 300 万。慢阻肺的发病率和病死率均较高,对患者的身体健康、家庭的和谐幸福以及社会的稳定均造成较大的威胁。本文以本院 2012 年 3 月至 2013 年 12 月收治的慢阻肺患者为研究对象(136 例),分析其有效的治疗措施和效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次研究中入选的研究对象共 136 例,均选自于本院收治的慢阻肺患者,入选时间为 2012 年 3 月至 2013 年 12 月。所有患者入院后均经过严格的临床检查和诊断,并符合《中医病证诊断疗效标准》^[1]及《中药新药临床研究指导原则》中规定的相关诊断标准^[2],与 WHO 中规定的关于慢阻肺患者的诊断标准^[3]相符合,根据患者接受治疗的不同时间和临床期间采用的不同治疗方案,将 136 例患者分为两组,每组 68 例。对照组 68 例患者中男 50 例,女 18 例;年龄 55~74 岁,平均(64.25±7.96)岁;病程 4~31 年,平均(18.49±5.05)年;吸烟史(30.75±8.45)年;体质量指数(20.25±3.05)kg/m²。观察组 68 例患者中男 52 例,女 16 例;年龄 54~76 岁,平均(61.34±8.05)岁;病程 5~33 年,平均(18.40±5.30)年;吸烟史(40.23±8.05)年;体质量指数(22.05±3.14)kg/m²。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组患者临床期间给予常规西药治疗,舒利迭吸入治疗,用药剂量为每次 50~250 μg,每日吸入 2 次,茶碱缓释片口服,用药剂量为 100~200 mg,每日 2 次。观察组患者在对照组治疗的基础上加用中药汤剂补肺汤和苓桂术甘汤加味治疗,将黄芪、茯苓各 20 g,熟地、党参、丹参各 15 g,五味子、苏子、紫菀、白术、桂枝、法夏各 10 g,陈皮、甘草各 5g 加水煎制后取 400 mL 温服,每日 2 次。

1.3 观察指标 加强患者临床治疗期间的症状观察,做好各项生命指标的监测,记录患者治疗期间的急性加重情况;注意患者的用力肺活量(FVC)、1 秒钟用力呼气量占预计值百分数(FEV1%)、最大通气量(MVV)水平变化。同时进行 CD3⁺、CD4⁺、及 CD4⁺/CD8⁺等免疫指标的监测。

1.4 疗效评价标准 根据《中药新药临床研究指导原则》^[4]评估患者的治疗效果,治疗后患者的各项临床症状和体征消失,临床症候积分减少 95%或以上,为临床控制;治疗后,患者的症状情况、生命体征有所好转,症候积分减少 70%~95%,为显效;治疗后,患者的临床症状和体征均有明显改善,症候积分减少水平为 30%~70%,为有效;治疗后患者的各项症状和体征均无明显好转,症候积分减少水平低于 30%,为无效。有效率=(临床控制+显效+有效)/总例数×100%。根据慢阻肺

的特异性生存质量量表评估患者的生存质量情况,主要分焦虑症状、抑郁症状、社会生活能力和日常生活能力 4 项,35 小项,每项均分为 1~4 分,4 分表示最差,1 分为最佳,总分为所有项目的评分之和,总分/项目数=均分,各个大类因子的分数由组成的项目数获得,主要评分方式为自评,分数越高视为生活质量越差。

1.5 统计学处理 采用 SPSS15.0 统计学软件分析、处理,计数资料使用率表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;以 $\alpha=0.05$ 为检验标准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 治疗效果 观察组患者的治疗有效率为 97.1%,对照组为 82.4%,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者的治疗效果对比分析(n 或 %)						
组别	n	临床控制	显效	有效	无效	有效率
观察组	68	8	24	34	5	97.1*
对照组	68	6	18	32	12	82.4

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

2.2 发作次数 经严格全面的临床治疗,两组患者的发作次数有明显减少,与治疗前比较差异有统计学意义($P<0.05$),且观察组患者治疗后的发作次数明显少于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者治疗前后的疾病发作次数比较分析(次, $\bar{x}\pm s$)			
组别	n	治疗前	治疗后
对照组	68	2.18±0.39	1.89±0.37 [#]
观察组	68	2.27±0.40	1.18±0.37*

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

2.3 肺功能情况 治疗后两组患者的肺功能指标均有所上升,与治疗前相比差异有统计学意义($P<0.05$);且治疗后观察组患者的 FVC、FEV1、MVV 等肺功能指标高于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组患者的治疗前后的 FVC、FEV1%、MVV 水平变化分析($n=68,\bar{x}\pm s$)				
组别	时间	FVC(L)	FEV1%	MVV(L)
观察组	治疗前	1.19±0.50	57.05±10.59	31.10±10.20
	治疗后	1.95±0.59	59.50±12.00	33.80±10.40
对照组	治疗前	1.28±0.58	58.19±12.03	30.10±9.20
	治疗后	1.48±0.49	58.29±11.20	31.09±8.29

2.4 免疫指标 对两组患者治疗前后的免疫指标作监测和比较,经临床治疗,两组患者的 CD3⁺、CD4⁺ 及 CD4⁺/CD8⁺ 均有明显上升,与治疗之前的水平比较差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,观察组患者的改善水平优于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 4。

表 4 两组患者治疗前后的 CD3⁺、CD4⁺、CD8⁺ 及 CD4⁺/CD8⁺ 水平比较($n=68, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	CD3 ⁺	CD4 ⁺	CD8 ⁺	CD4 ⁺ /CD8 ⁺
观察组	治疗前	68.80±5.09	39.39±3.30	30.05±4.03	1.40±0.20
	治疗后	75.03±6.02 ^b	45.80±3.98 ^b	29.89±4.03	2.01±0.20 ^b
对照组	治疗前	70.14±5.06	40.17±4.10	30.20±3.37	1.29±0.09
	治疗后	70.09±4.79 ^a	40.02±3.98 ^a	30.04±4.02	1.29±0.20 ^a

注:与同组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

表 5 两组患者治疗前后的生存质量比较($n=68, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	日常生活能力	社会生活能力	抑郁	焦虑	生存质量分数
观察组	治疗前	2.61±0.50	2.80±0.40	2.71±0.38	2.10±0.27	2.61±0.40
	治疗后	2.10±0.41 ^{ab}	2.39±0.38 ^{ab}	2.09±0.30 ^{ab}	1.50±0.30 ^{ab}	2.10±0.31 ^{ab}
对照组	治疗前	2.52±0.30	2.80±0.40	2.60±0.40	2.01±0.41	2.39±0.30
	治疗后	2.51±0.31	2.59±0.28	2.51±0.29 ^a	1.95±0.40	2.10±0.19 ^a

注:与同组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

3 讨 论

慢阻肺是临床中常见的呼吸系统疾病,以气流不完全可逆阻塞为主要特征^[5]。慢阻肺的治疗不但强调在病情发作阶段的治疗,如何让其有效地康复也逐渐受到临床重视。患者稳定期的临床症状相对较轻,但是气流受限的病症情况仍然存在,若不给予有效的治疗,将会对患者的肺功能变化产生较大的影响。

在中医中,慢阻肺属“痰饮”“喘证”等范畴,其主要治疗原则为补气、温阳、化痰、健脾等^[6]。苓桂术甘汤源自于《伤寒杂病论》,方中的白术、桂枝、茯苓和甘草均具有温阳化痰、健脾渗湿的作用,茯苓可健脾渗湿,桂枝可通阳化气,二者合用能够有效增加化饮的功效。白术与茯苓合用可恢复患者的脾运功能^[7]。补肺汤中,党参、黄芪具有益气、补肺、健脾的功效,五味子、熟地可补肾纳气,苏子能平喘、止咳、行痰、降气,诸药合用可起到温阳化痰的作用。在现代药理学的研究中,五味子、白术、党参、黄芪、茯苓和熟地黄均具有增强免疫功能的作用,茯苓可抑菌、镇静和抗炎,陈皮能够刺激祛痰,半夏可祛痰镇咳,甘草的祛痰和镇咳效果良好^[8]。

本组研究中,观察组患者在常规治疗的基础上加用中药补肺汤和苓桂术甘汤加味治疗,治疗后患者的临床疗效、肺功能、免疫指标、生存质量均明显优于对照组($P<0.05$),且其发作次数明显减少,与对照组比较差异有统计学意义($P<0.05$),可见其临床价值,值得在临床中广泛推广应用。

参考文献

[1] 欧宗兴. 噻托溴铵联合沙美特罗/氟替卡松对慢阻肺稳定期患者肺功能影响[J]. 中国药师, 2012, 15(8): 1157-1159.

[2] Group of chronic obstructive pulmonary diseases, the

2.5 生存质量 观察组治疗后生存质量明显提高,与治疗前比较差异有统计学意义($P<0.05$);对照组治疗后在抑郁与生存质量分数方面较治疗前有改善,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后观察组患者的生存质量优于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 5。

branch of respiratory disease of China medical association (CMA). Guidance of diagnosis and treatment of chronic obstructive pulmonary diseases [J]. Chin J Tuberc Respir Dis, 2012, 13(4): 198-199.

[3] 刘恩顺, 孙增涛, 付敏, 等. 补肺颗粒治疗 130 例 COPD 稳定期患者随机、安慰剂对照临床研究[C]//全国中医内科肺系病第十四次学术研讨会论文集. 西安: 西安电子科技大学出版社, 2012: 106-107.

[4] Lin L, Tang CY, Xu YJ. Clinical observation of “spleen-lung nourishing granule” in treating respiratory muscle fatigue of stable chronic obstructive pulmonary disease [J]. Shanghai J TCM, 2012, 20(17): 120-121.

[5] 张勇, 李媛. 参芎葡萄糖注射液治疗慢阻肺稳定期合并椎-基底动脉供血不足性眩晕疗效观察[J]. 陕西中医, 2013, 33(12): 1623-1625.

[6] 陈燕, 杨道文, 张洪春, 等. 晁恩祥调补肺肾法治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病的思路与经验[J]. 北京中医, 2012, 50(12): 132-133.

[7] Johnello, Pauuels R, Lofdahl CG. Bone mineral density in patients with chronieobst ructive pulmonary disease treated with budesonide urbuhaler[J]. European Respiratory Journal, 2012, 18(14): 116-117.

[8] 吴成云, 戴元荣. 无创正压通气治疗稳定期 COPD 的研究进展[C]//华东地区第 6 届中青年呼吸医师论坛暨浙江省第 29 届呼吸疾病学术年会论文集. 西安: 西安电子科技大学出版社, 2011: 110-111.