

· 临床报道 ·

健脾补肾法治疗轻中度慢性阻塞性肺疾病稳定期患者
47 例

傅元冬 朱桂松

【摘要】 目的 观察健脾补肾法治疗轻中度(Ⅰ级、Ⅱ级)慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary diseases, COPD)稳定期的临床疗效。**方法** 选取满足条件的轻中度 COPD 稳定期患者 100 例,随机分为对照组(西医规范治疗)和中药治疗组(西医规范治疗+健脾补肾法)各 50 例,总疗程 12 周。治疗期间脱落 5 例,其中对照组 2 例,中药治疗组 3 例。治疗前及疗程结束比较临床症状积分、肺功能、6 分钟步行距离(six-minutes walk test, 6MWT)、体质指数(body mass index, BMI)、COPD 每年急性加重频次及临床疗效等变化。**结果** 对照组和中药治疗组有效率分别为 87.5% 和 93.6%;12 周后中药治疗组在临床症状积分、肺功能、6MWT、BMI、COPD 每年急性加重频次等方面与治疗前及对照组治疗后比较,差异均具有统计学意义($P<0.05$, $P<0.01$)。**结论** 在规范西医治疗的基础上,应用健脾补肾法治疗轻中度 COPD 稳定期,能进一步改善临床症状,延缓肺功能减退,减少 COPD 急性发作次数,提高患者活动能力及生活质量。

【关键词】 健脾补肾法; 轻中度; 慢性阻塞性肺病; 稳定期

【中图分类号】 R256.1 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.09.027

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary diseases, COPD)是呼吸系统常见的慢性疾病,以反复咳、痰、喘为主要临床表现,以持续气流受限为特征,与气道和肺组织对有害颗粒或有害气体的慢性异常炎症反应有关^[1],会导致肺功能逐渐减退甚至恶化,严重影响患者生活质量。因此,减少 COPD 的急性发作,避免使用呼吸机及防治呼吸衰竭、心力衰竭等严重并发症,是 COPD 治疗中的重要环节,也是 COPD 稳定期主要的治疗目标^[2]。中医药在慢性疾病治疗中有一定的优势,中医学认为 COPD 早期病位在肺,后期影响脾肾,肺脾肾三脏的亏虚是 COPD 稳定期的根本^[3]。本研究采用健脾补肾法治疗 COPD 稳定期患者,针对痰、瘀等病理因素,结合辨证治疗,对延缓患者肺功能减退、减少急性发作次数及提高患者生活质量方面有明显疗效,体现出中医药在 COPD 稳定期的防治优势。

1 对象与方法

1.1 对象

研究对象为 2012 年 1 月至 2013 年 12 月期间在南京中医药大学第三附属医院就诊的门诊及住院治疗的轻中度 COPD 稳定期患者,共 100 例,采用随机数字法将其分为两组。对照组 50 例,其中男性 29 例,女性 21 例,平均年龄

(68.9 ± 10.5)岁,平均病程(6.8 ± 4.0)年,COPD 分级Ⅰ级(轻)22 例,Ⅱ级(中)28 例;中药治疗组 50 例,其中男性 27 例,女性 23 例,平均年龄(70.5 ± 11.3)岁,平均病程(6.6 ± 4.2)年,COPD 分级Ⅰ级(轻)20 例,Ⅱ级(中)30 例。两组患者在年龄、性别、病程、病情分级等各项指标差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。治疗期间脱落 5 例,其中对照组 2 例,中药治疗组 3 例。

1.2 诊断标准

西医诊断标准、分期标准及严重程度分级标准参照《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007 年修订版)》^[4]。

1.3 纳入标准

(1)符合 COPD 诊断标准,分期属于稳定期,分级属于Ⅰ级、Ⅱ级;(2)签署知情同意书。

1.4 排除标准

(1)不符合 COPD 诊断;(2)COPD 急性发作期;(3)根据病情需要呼吸支持;(4)排除合并支气管哮喘、支气管扩张、肺结核、肺部肿瘤、肺纤维化等其他呼吸系统疾病;(5)排除心力衰竭、甲状腺功能亢进、严重肝肾疾病、精神疾病及对服用药物过敏患者。

1.5 治疗方法

两组患者均按照《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007 年修订版)》^[4]所制定的稳定期慢性阻塞性肺疾病的推荐治疗方案给予规范治疗。对照组:Ⅰ级按需吸入沙丁胺醇 100~200 μg /次,Ⅱ级规律吸入沙美特罗替卡松 50~250 μg /次,每次 1 吸,每天 2 次,必要时加用氨茶碱片 0.1 g,每天 1~2 次。中药治疗组在对照组西医规范治疗基础上加用健脾补

作者单位:210001 南京市中医院重症医学科

作者简介:傅元冬(1979-),本科,主治医师。研究方向:重症医学。E-mail:fuyuandong_sky@163.com

通讯作者:朱桂松(1982-),博士,主治医师。研究方向:危重病的基础和临床研究。E-mail:zhuguison@hotmail.com

表 1 治疗前后患者临床症状积分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

| 组别 | 例数 | 咳嗽 | 咳痰 | 气喘 | 肺部啰音 |
|-------|----|-------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|
| 对照组 | 48 | | | | |
| 治疗前 | | 5.28±1.36 | 6.25±1.84 | 3.39±1.25 | 2.27±0.55 |
| 治疗后 | | 2.35±0.98 ^a | 2.44±0.65 ^a | 1.98±0.76 ^a | 1.49±0.31 ^a |
| 中药治疗组 | 47 | | | | |
| 治疗前 | | 5.42±1.38 | 6.31±1.90 | 3.26±1.20 | 2.16±0.52 |
| 治疗后 | | 1.83±0.82 ^{ab} | 1.38±0.31 ^{ab} | 1.74±0.72 ^{ab} | 1.18±0.14 ^a |

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

肾方:炙黄芪 15 g、党参 10 g、白术 12 g、茯苓 12 g、淫羊藿 10 g、补骨脂 10 g、防风 10 g、紫菀 15 g、款冬花 10 g、枳壳 10 g、桔梗 6 g、紫丹参 15 g、地龙 10 g、炙甘草 6 g,水煎服,每天 1 剂,分早晚 2 次温服。根据辨证随证加减,痰壅肺者,可加紫苏子、杏仁、瓜蒌等;兼有痰热者加桑白皮、竹茹等;喘甚者加射干、麻黄等;腹部胀满者加用鸡内金、炒谷麦芽等。两组均以 4 周为 1 个疗程,治疗 12 周后进行统计学分析。如出现急性加重 COPD,即退出本观察,给予相应对症支持治疗,待症状缓解、进入 COPD 稳定期后再重新计算疗程。

1.6 观察指标

治疗前后观察两组患者以下指标:(1)临床症状积分比较:根据《中药新药临床研究指导原则》制定症状标准^[5],症状(咳、痰、喘)按照四级划分法取 0~9 分,体征(肺部啰音)按照四级划分法取 0~3 分。(2)肺功能比较:包括 1 秒用力呼气容积(forceil expiratory volume in one second, FEV1)、1 秒用力呼气容积/用力肺活量(FEV1/FVC)。(3)根据 2002 年美国胸科学会(ATS)指南^[6]制定的标准进行 6 分钟步行距离(six-minutes walk test, 6MWT)比较。(4)体质指数[body mass index, BMI=体质量(kg)/身高(m²)]比较。(5)COPD 急性加重频次(次/年)比较。(6)临床疗效比较。疗效判定标准:临床控制:临床症状、体征消失或基本消失;显效:临床症状、体征明显改善;有效:临床症状、体征均有好转;无效:临床症状、体征均无明显改善,甚至加重。有效率=(临床控制+显效+有效)/总例数×100%。(7)安全性评价:两组患者于每个疗程后进行尿、粪常规,肝功能和心电图检查。

1.7 统计学处理

数据采用 SPSS 18.0 软件分析,临床症状积分、肺功能、6MWT、体质指数、COPD 急性加重频次均为计量资料,采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验;临床疗效比较为计数资料,采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

纳入并完成临床观察患者 95 例,两组患者均未发现药物不良反应,尿、粪常规,肝功能和心电图等检查在服药治疗前后均无异常变化。

2.1 症状积分比较

两组患者在治疗 12 周后症状积分均较本组治疗前症状

积分明显下降($P<0.05$);COPD 稳定期气喘和肺部啰音积分较咳嗽、咳痰积分偏低;中药治疗组在 12 周后咳、痰、喘症状与对照组治疗后比较,差异具有统计学意义($P<0.05$),在肺部啰音方面比较亦有所改善,但无统计学意义。见表 1。

2.2 疗效比较

治疗 12 周后对照组有效率 87.5%,低于中药治疗组有效率 93.6%,但两组比较无统计学差异($\chi^2=0.446$, $P>0.05$)。见表 2。

表 2 治疗后两组患者临床疗效比较

| 组别 | 例数 | 临床控制 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率 |
|-------|----|------|----|----|----|-------|
| 对照组 | 48 | 19 | 16 | 7 | 6 | 87.5% |
| 中药治疗组 | 47 | 25 | 14 | 5 | 3 | 93.6% |

2.3 肺功能比较

两组患者在 12 周后肺功能较本组治疗前肺功能明显改善($P<0.05$);中药治疗组患者在 12 周后肺功能与对照组治疗后比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

 表 3 治疗前后两组患者肺功能比较($\bar{x}\pm s$)

| 组别 | 例数 | FEV1(L) | FEV1/FVC(%) |
|-------|----|-------------------------|---------------------------|
| 对照组 | 48 | | |
| 治疗前 | | 1.02±0.37 | 51.52±9.78 |
| 治疗后 | | 1.33±0.46 ^a | 56.24±10.46 ^a |
| 中药治疗组 | 47 | | |
| 治疗前 | | 1.10±0.32 | 50.89±9.67 |
| 治疗后 | | 1.54±0.41 ^{ab} | 57.53±10.80 ^{ab} |

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

2.4 6 分钟步行距离(6MWT)比较

两组患者在治疗 12 周后 6MWT 较本组治疗前明显增加($P<0.05$);中药治疗组患者在 12 周后 6MWT 与对照组治疗后比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

 表 4 治疗前后两组患者 6MWT 比较($\bar{x}\pm s$, m)

| 组别 | 例数 | 治疗前 | 治疗后 |
|-------|----|------------|--------------------------|
| 对照组 | 48 | 288.3±86.4 | 310.6±91.2 ^a |
| 中药治疗组 | 47 | 286.5±85.1 | 332.4±93.5 ^{ab} |

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.01$ 。

2.5 体质指数(BMI)和 COPD 急性加重频次比较

对照组患者在治疗前后 BMI 和 COPD 急性加重频次比较均无统计学差异($P>0.05$);中药治疗组在治疗后 BMI 和 COPD 急性加重频次与治疗前及与对照组治疗后比较,均具有统计学差异($P<0.05$, $P<0.01$)。见表 5。

表 5 治疗前后两组患者 BMI 和 COPD 急性加重频次比较($\bar{x}\pm s$)

| 组别 | 例数 | BMI (kg/m^2) | 加重频次(次/年) |
|-------|----|--------------------------------|-----------------------------|
| 对照组 | 48 | | |
| 治疗前 | | 20.59 \pm 2.68 | 3.6 \pm 1.2 |
| 治疗后 | | 19.92 \pm 2.97 | 3.6 \pm 1.3 |
| 中药治疗组 | 47 | | |
| 治疗前 | | 19.85 \pm 2.34 | 3.4 \pm 1.2 |
| 治疗后 | | 23.50 \pm 2.85 ^{ab} | 1.8 \pm 0.6 ^{ab} |

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

3 讨论

COPD 是多种慢性肺系疾患反复发作的一种慢性渐进性疾病,其防治关键在于阻止病情发展和反复发作,提高生活质量。中医学认为“急则治其标,缓则治其本”。中医药治疗可减少抗生素和激素的使用,减轻发作症状,减少发作次数,延缓病情的进展^[7]。

COPD 属中医学“咳嗽”“喘证”“肺胀”“痰饮”等病范畴,病发首先在肺,继之影响脾、肾,后期病及于心^[3]。肺气亏虚,使肺主行水及宣发肃降功能失职,津液停易为痰,痰阻气机,肺气上逆而喘咳不止。肺病日久,子盗母气,累及于脾,导致脾气亏虚。“肺为气之主,肾为气之根”,肺虚及肾,可导致肾不纳气。《医贯·喘》曰:“真元损耗,喘出于肾气之上奔……乃气不归元也。”可见,痰为病之标,而肺脾肾的亏虚为病之根本。故治本之法当以健脾补肾求之,而固本首当健脾。《内经》云:“饮入于胃,游溢津气,上输于脾。脾气散津。上归于肺,通调水道……”此即“培土生金”之意。又朱丹溪云:“补肾不如补脾,脾得温则化而食味进……”清代许豫和亦云“善补肾者,当于脾胃求之”,肾得脾的供养,才能肾气充盈。

又《内经》云“治病必求于本”,“本”于阴阳,故健脾补肾之法当注重固护阳气^[8]。痰湿之中,湿为阴邪,最易耗伤阳气;气阳者,即元气、宗气、卫气也,气虚日久亦必损及阳气。中医学认为“久病必虚,久病必瘀”,脏腑气虚无力推动血脉而致血液瘀滞,运行不畅;痰浊内生,更加阻碍气血津液的运行,以致痰瘀互结^[9]。因此 COPD 稳定期应适当加用活血法,从津血同源的角度来看,活血是化痰的另外一种重要治疗手段。

本研究取用健脾补肾法,根据 COPD 稳定期痰、瘀等致病因素,结合西医常规治疗 COPD 稳定期方案,结果显示,中药治疗组患者的症状积分、肺功能、6MWT、体质指数及每年发作次数等方面,与单纯西医治疗比较差异具有统计学意义($P<0.05$),提示健脾补肾法能有效控制临床症状,提高患者活动能力和生活质量。在疗效判定方面,虽然中药治疗组的

有效率与单纯西医治疗的有效率比较无统计学差异($P>0.05$),但是联合中药治疗组的有效率要高于后者,且治疗无效的病例数要少于单纯西医治疗,这可能与样本量少和/或仅评价“有效率”单个指标有关。本方中黄芪擅长补肺,偏于阳而实表,党参长于益脾,偏于阴而补中,一表一里,一阳一阴,相互为用;且黄芪和防风配伍益卫固表;白术长于健脾燥湿,茯苓长于健脾渗湿,两药配伍,一燥一渗,运利结合,使健脾除湿祛痰效力更强,杜绝生痰之源,培土生金;淫羊藿为阴中之阳药,直入命门,有温肾助阳纳气之功,补骨脂补肾暖脾,纳气平喘,两药合用,加强补肾纳气之功;枳壳、紫菀、款冬花降气止咳化痰,与桔梗配伍有升有降,既可升降肺气,又引药物下达于肾,上及于肺;紫丹参活血化痰,地龙化痰通络平喘,二者共用活血行气,化痰通络;炙甘草既能助君药以补脾益气,又助臣药以润肺止咳化痰,还可缓和药性,一药而有三用。诸药配伍,共奏益肺固表,健脾补肾,化痰通络之功。值得注意的是,健脾补肾法对改善患者 6MWT 及体质指数还具有重要的意义。研究表明,COPD 患者普遍存在免疫力低下、营养不良、呼吸肌疲劳等问题,通过健脾治疗可以有效地改善 COPD 稳定期患者的消化吸收功能,促进物质和能量代谢,改善营养状态,从而缓解呼吸肌疲劳,提高患者活动能力^[10],在本研究中患者 6MWT 和体质指数的改善可以体现一隅。

综上所述,健脾补肾法结合西医治疗轻中度 COPD 稳定期具有协同作用,能改善临床症状,提高患者活动能力及生活质量,有一定的临床推广价值。

参 考 文 献

- [1] 李平,陈涛,闫平. 补肾防喘方防治慢性阻塞性肺疾病肾虚痰阻血瘀型的研究[J]. 中国医学创新,2015,12(1):10-13.
- [2] 刘琼,蔡君. 健脾理气活血法在 COPD 缓解期的应用[J]. 中国中医药咨询,2012,4(4):191.
- [3] 曹芳,吴志松,王玮,等. 周平安教授诊治慢性阻塞性肺疾病经验[J]. 环球中医药,2015,8(12):1496-1497.
- [4] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007 年修订版)[J]. 中华内科杂志,2007,46(3):254-261.
- [5] 郑筱英. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:54-58.
- [6] ATS Committee on Proficiency standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories. ATS statement: guidelines for the six-minute walk test [J]. Am J Respir Crit Care Med,2002,166:111-117.
- [7] 王锦昆. 健脾化痰汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性期 100 例[J]. 中国当代医药,2012,19(4):101-102.
- [8] 陈晨,郑敏宇. 邵长荣健脾燥湿法治疗慢性阻塞性肺病经验[J]. 浙江中医药大学学报,2013,37(7):854-855.
- [9] 王林洋,姚兴伟,王成祥. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热壅肺证辨治浅述[J]. 环球中医药,2015,8(10):1271-1272.
- [10] 李京,伍燕兵,曹志新,等. 健脾益肺汤治疗肺脾气虚型慢性阻塞性肺疾病无创通气患者临床研究[J]. 环球中医药,2013,6(10):725-728.

(收稿日期:2016-02-24)

(本文编辑:董历华)