

血府逐瘀汤加味治疗慢性阻塞性肺疾病缓解期 40 例

李霞 肖鹏云

【摘要】 目的 观察血府逐瘀汤加味对慢性阻塞性肺疾病缓解期患者临床疗效的影响。**方法** 将 80 例慢性阻塞性肺疾病缓解期患者随机分为治疗组和对照组,每组 40 例,两组均予西医基础治疗,治疗组另给予口服中药汤剂治疗,治疗 8 周后观察两组患者 6 分钟步行试验、肺功能及临床证候积分改善情况。结果两组患者 6 分钟试验较治疗前均有增加,但治疗后与治疗前及治疗后组间比较均无统计学差异($P>0.05$);两组患者肺功能较治疗前略有改善,但治疗后与治疗前及治疗后组间比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);两组患者主要症状和体征均较治疗前改善,组间比较示治疗组疗效优于对照组($P<0.05$)。**结论** 血府逐瘀汤加味能有效改善慢性阻塞性肺疾病缓解期患者的症状、体征及肺功能情况,并可增加患者 6 分钟步行试验路程,应在临床广泛推广,以期提高患者生存质量。

【关键词】 血府逐瘀汤加味; 慢性阻塞性肺疾病缓解期; 肺功能; 6 分钟步行试验; 证候积分

【中图分类号】 R259 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.08.015

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease,COPD)是一种以持续气流受限为特征的呼吸系统疾病,临床以咳嗽、咳痰及慢性、进行性加重的呼吸困难为特征性症状。研究表明,中国 40 岁以上人群中本病患病率达 8.2%,且预计至 2020 年本病致死率将位居第 3 位^[1]。本病发病原因复杂,且病势缠绵、多反复发作,病久不愈则可导致呼吸衰竭、肺源性心脏病等,严重影响了患者的预后。西医治疗本病效果不甚理想,且价格昂贵,难以提高患者生存质量,中医因其特有的辨证论治体系,逐渐成为本病的重要治疗方法。研究表明^[2-4],血瘀是 COPD 病程的必然产物和最终归宿,现代众多医家使用活血化瘀法治疗 COPD 加重期患者取得了良好疗效。笔者认为活血化瘀法应贯穿本病治疗始终,故本研究在西医基础治疗上加用血

府逐瘀汤治疗 COPD 缓解期患者 40 例,取得满意疗效,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

选取 2015 年 1 月~2016 年 6 月在北京中医院顺义医院呼吸科门诊就诊 COPD 稳定期患者 80 例,将患者按照随机数表法随机分为 2 组,治疗组 40 例,对照组 40 例。对照组患者中男性 32 例,女性 8 例;年龄 40~74 岁,平均年龄(61.63 ± 5.14)岁;病程 5~20 年,平均病程(13.23 ± 7.54)年;《中华医学呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病诊治指南》(2013 年修订版)病情严重分级:Ⅰ级 15 例,Ⅱ级 21 例,Ⅲ级 4 例。治疗组患者中男性 33 例,女 7 例;年龄 40~75 岁,平均年龄(62.39 ± 4.32)岁;病程 5~22 年,平均(13.73 ± 6.83)年;依照病情严重分级:Ⅰ级 17 例,Ⅱ级 20 例,Ⅲ级 3 例。两组患者在性别、年龄、病程及病情程度等基础资料无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准

所有纳入实验患者均属于 COPD 缓解期诊断标准,并符合《慢性阻塞性肺病全球倡议慢性阻塞性肺病指南(2013 更

作者单位:101300 北京中医医院顺义医院呼吸科(李霞、肖鹏云)

作者简介:李霞(1987-),女,本科,医师。研究方向:肺系疾病。
E-mail:ruyi_1109@126.com

通信作者:肖鹏云(1981-),女,本科,主治医师。研究方向:慢性阻塞性肺病的诊治。E-mail:xiaopengyun@aliyun.com

新版)》^[1] COPD 严重程度分级 I ~ III 级。中医诊断均符合《中医病证诊断疗效标准》中关于咳嗽、喘证及肺胀,且辨证属瘀血阻络者。本试验获得了医院伦理委员会的批准,患者年龄均在 40 ~ 75 岁,自愿参加临床试验并签署知情同意书。

1.3 排除标准

急性或暴发性患者,晚期危重患者妊娠或哺乳期妇女;已知对本药组成过敏者;合并严重心、肝、肾和血液系统等原发疾病或精神病患者,均予以排除。

1.4 治疗方法

对照组采用常规西医治疗,给予日一次吸入噻托溴铵粉吸入剂(德国勃林,批号:401561A) 18 μ g,日二次口服多索茶碱片(黑龙江福台华星,批号:141029) 0.4 g。治疗组在西医基础治疗上加用中药颗粒剂(处方:当归 9 g、生地黄 9 g、桃仁 5 g、红花 9 g、枳壳 6 g、赤芍 6 g、川芎 4 g、炙甘草 6 g、柴胡 6 g、桔梗 10 g、川牛膝 9 g、黄芪 20 g、苦杏仁 10 g、桑白皮 20 g,批号:409214K),水冲服,每日早晚二次服用。两组均以 2 个月为 1 疗程,1 疗程后进行疗效观察。

1.5 疗效评价标准

1.5.1 6 分钟步行试验(six-minute walk test, 6MWT) 在平坦的地面标注出 30.5 米的直线距离,分别于治疗前 1 天及治疗 8 周后让患者尽全力在其间往返走动,在旁设有观察人员以监测患者体征、保证患者生命安全,并予患者鼓励,给患者计时、记录患者不适症状。如患者体力难支可暂时休息或中止试验,于试验结束后计算患者步行路程,并予记录。

1.5.2 肺功能 分别于治疗前 1 天及治疗 8 周后采用 MS-10S 型专业肺功能仪(产地:德国耶格;型号:Diffusion+IOS+APS)检测患者第一秒用力呼气量(forced expiratory volume in first second, FEV₁)、最大通气量(maximum ventilatory volume, MVV)、用力肺活量(forced vital capacity, FVC)及 FEV₁/FVC%。

1.5.3 中医证候积分 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》(2002 年版)^[5]将患者咳嗽、咳痰、喘憋症状及肺部啰音等制定证候积分表,以证候积分减少率设定为评判标准,并设定显效、有效、无效、加重四级。显效:患者症状、体征明显改善,证候积分减少 60% 或以上;有效:患者症状、体征有所改善,证候积分减少 30% ~ 60%;无效:患者症状、体征无明显改善,证候积分减少 30% 或以下;加重:患者症状、体征加重,证候积分较前增加。于治疗前 1 天及治疗 8 周后对患者评分进行统计。

1.6 统计学处理

采用 SPSS 19.0 统计软件进行统计分析,计量资料均符合正态分布,用均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间对比用独立样本 *t* 检验,计数资料用卡方检验,以 $P<0.05$ 设定为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 6MWT 路程比较

治疗前,两组患者 6MWT 路程无明显差异($P>0.05$);与

治疗前相比,两组患者治疗后 6MWT 均略有增加,但无统计学差异($P>0.05$);与对照组相比,治疗组患者 6MWT 略有增加,但两组比较无统计学差异($P>0.05$),详见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 6MWT 比较($\bar{x}\pm s, n=40$)

组别	步行路程(m)
治疗组	
治疗前	423.51 \pm 46.73
治疗后	440.86 \pm 48.31
对照组	
治疗前	426.13 \pm 48.65
治疗后	438.57 \pm 49.77

2.2 两组患者肺功能比较

治疗前,两组患者的 FEV₁、MVV、FVC 及 FEV₁/FVC% 均无明显差异($P>0.05$);治疗后,两组患者的 FEV₁、MVV 与治疗前相比有改善,但结果无统计学差异($P>0.05$),组间比较亦无统计学差异($P>0.05$);治疗后,治疗组患者 FVC、FEV₁/FVC% 与对照组相比,结果有统计学意义($P<0.05$),详见表 2。

表 2 治疗前后两组患者肺功能比较($\bar{x}\pm s, n=40$)

组别	FEV ₁ (L)	MVV(L)	FVC(L)	FEV ₁ /FVC%
治疗组				
治疗前	1.28 \pm 0.33	30.52 \pm 8.23	1.92 \pm 0.61	42.35 \pm 12.17
治疗后	1.33 \pm 0.31	31.93 \pm 9.52	2.12 \pm 0.62 ^a	38.48 \pm 12.62 ^a
对照组				
治疗前	1.27 \pm 0.32	30.29 \pm 9.32	1.90 \pm 0.53	41.97 \pm 12.66
治疗后	1.32 \pm 0.36	30.52 \pm 8.23	1.92 \pm 0.61	41.35 \pm 12.42

注:与对照组相比,差异有统计学意义,^a $P<0.05$ 。

2.3 两组患者症状积分改善情况比较

两组患者主要症状和体征均较治疗前改善,组间比较示治疗组疗效优于对照组,结果有统计学差异($P<0.05$),详见表 3。

表 3 治疗前后两组患者症状积分改善情况比较($n=40$)

组别	显效	有效	无效	加重	总有效率%
治疗组	26	11	3	0	92.5% ^a
对照组	19	15	6	0	85.0%

注:与对照组相比,差异有统计学意义,^a $P<0.05$ 。

2.4 不良反应

两组患者均无明显不良反应发生。

3 讨论

COPD 是一种可防、可控的常见呼吸系统疾病,其具有反复发作、进行性加重等特点,病程较长,多数患者出现进行性营养不良及免疫力低下,致反复感染,疾病恶化,最终可导致多器官衰竭,严重影响患者的生活质量及寿命。如何在缓

解期延缓病情的发展,缓解患者临床症状,并提高患者生存质量成为目前治疗 COPD 的重点。目前西医认为^[6]本病多因有害气体或颗粒进入人体,导致呼吸道及肺部产生慢性的炎症反应,而对于本病缓解期的治疗多集中于脱离危险环境(包括戒烟等)、氧疗等非药物治疗手段及支气管舒张剂、茶碱等药物治疗,必要时则可选择手术等治疗方案。治疗手段单一,疗效一般,给患者及患者家庭带来了精神负担。如何提高患者生存质量、延缓疾病的发展成为本病治疗的重点之一。

中医有其独特的辨证体系,对提高患者免疫力、延缓病情发展及缓解患者临床症状、提高其生存质量有着很大优势。中医虽无慢性阻塞性肺病病名,但根据其临床咳嗽、咳痰及喘憋气短症状,多将本病归为“咳嗽”“肺胀”“喘病”范畴,临床疗效颇佳。本院国家级名老中医高才达主任医师临床治疗本病疗效颇佳,高老认为长期反复的喘咳发作必致肺肾气虚,气之与血,司出一源,气非血不和,血非气不运,相辅相成。张景岳云:“人之气血犹如源泉也,盛则流畅,少则壅滞,故气血不虚则不滞,虚则无有不滞者。”咳喘日久定见肺肾气虚,气虚则滞,故而病人肺络不通、瘀血阻滞,即瘀血阻络是慢性阻塞性肺疾病的主要病理因素。且治之当“调和气血,克静促动,清除瘀血,通畅心脉,肺乃受益”。现代医家^[7-8]亦多认为本病病机多虚实夹杂,以脾肺气虚为本,气虚卫外不固则易感外邪,脾虚则水湿不化、痰饮内停,气虚推动无力则血留脉络而为瘀血,痰饮内停阻滞脉道亦见瘀血内停,更有医家冠以“微型癥瘕”,可见瘀血这一病理产物在本病发生、发展过程中的重要程度。因此活血化瘀之法为本病最重要的治疗大法,并应贯穿本病治疗始终。

血府逐瘀汤出自清·王清任所著的《医林改错》,功效为活血化瘀、行气止痛,用于“胸中血瘀证”,临床常用本方治疗冠心病心绞痛等心血管疾病。本研究处方以血府逐瘀汤为主方进行加减用药,临床疗效颇佳。方以黄芪为君,以补气固表,治病之本,另“气行则血行”,故以黄芪为君尚有推动血液运行之意,研究也表明^[9]黄芪能够提高人体免疫力,以防患者再次感染、病情反复。以桃仁、红花、赤芍、川芎、川牛膝、桑白皮、苦杏仁、桔梗为臣,其中桃仁、红花配伍使用,以增强活血化瘀的作用;以赤芍、川芎活血化瘀,并具行气之功;以牛膝活血通经,祛瘀止痛;以苦杏仁、桑白皮降气化痰平喘,桔梗不仅可止咳化痰,尚可引诸药归肺经。以当归、生地黄、枳壳、柴胡为佐药,其中当归、生地黄有养血益阴、清热活血之效,可解瘀血内停导致的虚热;枳壳、柴胡可疏理气机,使气机调达。炙甘草为使药以调和诸药。大量研究表明^[10-12],血府逐瘀汤具有改善患者血液黏稠度的作用,能够有效降低血清 C 反应蛋白、TNF- α 及 D-二聚体等含量,

减少微小血栓的形成,改善肺部毛细血管血流灌注,从而改善通气血流比例,纠正低氧状态,以达到升高血氧饱和度的效果。由此可见,血府逐瘀汤可延缓 COPD 患者的病情发展,而实验在血府逐瘀汤的基础上加用补气、化痰、止咳平喘之品,不仅延缓了病情的发展,尚可较好缓解临床症状。

但现代研究多集中于血府逐瘀汤治疗 COPD 加重期患者,而对于本方治疗缓解期患者却较为缺乏,故而本实验选用血府逐瘀汤加味治疗 COPD 缓解期患者 40 例。实验结果表明:血府逐瘀汤加味可提高患者 6MWT 及 FEV₁、MVV,并可显著改善患者 FVC、FEV₁/FVC%,此外血府逐瘀汤加味能够有效缓解患者临床症状及体征,提高患者生存质量,取得较好疗效,值得在临床推广使用。

参 考 文 献

- [1] 黄俊芳,王广发.慢性阻塞性肺病全球倡议慢性阻塞性肺病指南(2013 更新版)解读[J].中国医学前沿杂志:电子版,2013,5(3):58-60.
- [2] 张双胜.益气活血法是慢性阻塞性肺疾病稳定期治疗大法探析[J].中华中医药学刊,2007,25(3):571-572.
- [3] 张伟,谷明明.血瘀与慢性阻塞性肺疾病的相关性探讨[J].中医药导报,2012,18(7):3-5.
- [4] 李玉清,杨春霞.补肺活血法治疗慢性阻塞性肺疾病缓解期患者的临床观察[J].北京中医药,2006,25(11):643-645.
- [5] 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.
- [6] 兰丰铃,王胜锋,曹卫华,等.慢性阻塞性肺疾病危险因素流行病学研究新进展[J].中华疾病控制杂志,2014,18(10):998-1002.
- [7] 曹芳,吴志松,王伟,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.
- [8] 王伟,王琦,吴海斌,等.COPD 肺络微型癥瘕的分子病理学阐释[J].环球中医药,2016,9(8):946-949.
- [9] 刘小花,梁瑾,任远,等.黄芪对机体免疫力影响的谱效关系研究[J].中药材,2012,35(12):1978-1981.
- [10] 吕泳城.血府逐瘀汤对 2 型糖尿病肾病 III 期患者 CRP 及尿 CTGF 影响的临床研究[D].福州:福建中医药大学,2011.
- [11] 张广健,高蕊,邱根全,等.血府逐瘀汤对肋骨骨折伴血胸患者凝血功能的影响及疗效观察[J].西安交通大学学报(医学版),2011,32(5):632-635.
- [12] 黄晓涛,马镇川,吕存贤,等.血府逐瘀汤对兔椎间盘退变模型软骨组织中 TNF- α 的影响[J].浙江中西医结合杂志,2010,20(8):468-469.

(收稿日期:2016-10-10)

(本文编辑:王馨瑶)