

中西医结合治疗 COPD 急性加重期合并下呼吸道感染 50 例临床研究

蓝伟东, 江丽平, 金友平, 陶勇军

丽水市中医院重症医学科, 浙江 丽水 323000

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗急性加重期慢性阻塞性肺疾病 (AECOPD) 合并下呼吸道感染 (痰热郁肺证) 的疗效。方法: 将 100 例 AECOPD 合并下呼吸道感染 (痰热郁肺证) 患者按数字表法随机分为观察组与对照组各 50 例, 对照组患者给予抗感染、低流量吸氧、解痉平喘、止咳、化痰、纠正电解质失衡等对症综合治疗; 观察组在对照组用药的基础上加用桑白皮汤加减治疗, 2 组均治疗 21 天。记录 2 组患者体温恢复正常时间、血白细胞 (WBC) 总数及中性粒细胞百分比恢复正常时间、肺部湿啰音消失时间; 抽动脉血检测 PaO₂ 和 PaCO₂; 记录证候积分包括咳嗽、咳痰、喘息、呼吸困难、啰音、胃纳等方面。结果: 治疗后观察组总有效率 92.0% 优于对照组 82.0%, 2 组临床疗效比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 观察组疗效优于对照组。治疗后 2 组 PaO₂ 水平升高, PaCO₂ 水平下降; 治疗后观察组 PaO₂ 高于对照组, PaCO₂ 低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组体温恢复正常时间、WBC 总数及中性粒细胞百分比恢复正常时间、肺部湿啰音消失时间均短于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 在西药常规治疗基础上联合桑白皮汤治疗 AECOPD 合并下呼吸道感染 (痰热郁肺证) 有良好疗效。

[关键词] 急性加重期慢性阻塞性肺疾病; 下呼吸道感染; 痰热郁肺证; 桑白皮汤

[中图分类号] R563 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 08-0058-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.026

慢性阻塞性肺疾病(COPD)的患者大多因反复住院产生耐药菌以及出现受体下调而造成治疗效果不满意。中医学对该病治疗具有独到的优势。本院对急性加重期慢性阻塞性肺疾病(AECOPD)合并下呼吸道感染患者采用中西医结合治疗, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007年修订版)》^[1]中 AECOPD 的诊断标准且肺 CT 明确伴有下呼吸道感染。中医诊断标准参照《中医内科学》^[2]喘证中痰热郁肺证。

1.2 纳入标准 ①符合 AECOPD 诊断标准(GOLD 分级为 4 级), 合并下呼吸道感染; ②符合痰热郁肺证辨证者; ③年龄 ≥ 16 岁, 男女不限, 志愿参加者。

1.3 排除标准 ①妊娠期妇女; ②有免疫缺陷、中性粒细胞 $< 2 \times 10^9/L$; ③肺结核、肺癌、肺脓肿以及矽肺和尘肺等肺部疾病者。

1.4 一般资料 观察病例为 2010 年 1 月—2014 年 5 月本院 ICU 病房收治的 AECOPD(GOLD 分级为 4 级)合并下呼吸道感染的患者 100 例, 采用随机数字表法将其分为 2 组各 50 例。

观察组年龄 63~84 岁, 平均(71.5 \pm 8.5)岁; 男 26 例, 女 24 例; 病程 5~21 年。对照组年龄 61~85 岁, 平均(69.9 \pm 8.6)岁; 男 26 例, 女 24 例; 病程 4~22 年。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 参照《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007年修订版)》^[1]制定西医常规治疗方案: 根据抗生素应用指南合理选择抗生素静脉滴注以抗感染治疗; 给予低流量吸氧、解痉平喘、止咳、化痰、纠正电解质失衡等对症综合治疗。

2.2 观察组 在对照组治疗的基础上采用桑白皮汤加减, 处方: 桑白皮 12 g, 黄芩、瓜蒌仁、海蛤壳各 15 g, 炒葶苈子、苦杏仁、制半夏、紫苏子、橘红、竹沥、浙贝母、射干、山栀子各 10 g, 鱼腥草 20 g, 黄连 3 g。每天 1 剂, 浓煎至 100 mL, 分 2 次鼻饲。

2 组均治疗 21 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①记录 2 组患者体温恢复正常时间、血白细

[收稿日期] 2015-03-10

[作者简介] 蓝伟东 (1985-), 男, 医师, 研究方向: 重症呼吸系统疾病。

胞(WBC)总数及中性粒细胞百分比恢复正常时间、肺部湿啰音消失时间。②抽动脉血检测 PaO₂ 和 PaCO₂。③记录证候积分包括咳嗽、咳痰、喘息、呼吸困难、啰音、胃纳等,分值为0~3分。其中无症状记为0分;症状轻微,但对正常生活无影响记为1分;症状较为严重,且对日常生活产生一定影响记为2分;症状剧烈,并严重影响正常生活和学习记为3分。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计分析软件,计量资料采用 *t* 检验,等级资料采用 Wilcoxon 秩和检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]:临床控制:临床症状、体征消失,证候积分减少≥95%。显效:临床症状、体征明显改善,证候积分减少≥70%。有效:临床症状、体征均有好转,证候积分减少≥30%。无效:临床症状、体征无改善甚至加重,证候积分减少不足30%。总有效率=临床控制率+显效率+有效率。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组92.0%,对照组82.0%。通过秩和检验,差异有统计学意义(*P*<0.05),观察组疗效优于对照组。

表1 2组临床疗效比较

组别	<i>n</i>	临床控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	50	30	10	6	4	92.0
观察组	50	22	8	11	9	82.0

4.3 2组治疗前后血气分析情况比较 见表2。治疗后2组 PaO₂ 水平升高, PaCO₂ 水平下降, 治疗后观察组 PaO₂ 高于对照组, PaCO₂ 低于对照组, 2组组内治疗前后比较, 治疗后组间比较, 差异均有统计学意义(*P*<0.01)。

表2 2组治疗前后血气分析情况比较($\bar{x} \pm s$) mmHg

组别	时间	<i>n</i>	PaO ₂	PaCO ₂
对照组	治疗前	50	47.5±6.5	69.7±5.9
	治疗后		67.1±7.2 ^①	48.2±4.6 ^①
观察组	治疗前	50	48.2±7.5	69.9±5.1
	治疗后		73.4±8.6 ^{①②}	44.3±4.4 ^②

与治疗前比较, ①*P*<0.01; 与对照组治疗后比较, ②*P*<0.01

4.4 2组感染情况比较 见表3。观察组体温恢复正常时间、WBC 总数及中性粒细胞百分比均恢复正常时间、肺部湿啰音消失时间比对照组短, 差异均有统计学意义(*P*<0.05)。

表3 2组感染情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	体温恢复正常时间	WBC总数、中性粒恢复正常时间	肺部湿啰音消失时间
对照组	50	8.9±1.3	9.1±1.1	14.0±2.1
观察组	50	6.1±1.2 ^①	6.0±1.3 ^①	11.0±2.0 ^①

与对照组比较, ①*P*<0.01

5 讨论

AECOPD 合并下呼吸道感染主要采用抗感染、低流量吸氧、舒张支气管、解痉平喘、止咳化痰、纠正电解质失衡等治疗, 但其临床效果有时并不理想。因其患病人群多为免疫力下降的老年人, 大多合并有其它基础疾病, 长期反复使用抗生素, 故其致病菌以革兰阴性菌为主且耐药菌增进, 近年来, 抗生素的不合理应用, 使耐药及变异菌株不断增加, 从而使抗生素的应用面临严峻的挑战, 而增加治疗难度, 加重患者病情。

AECOPD 合并下呼吸道感染属中医学“喘证”“肺胀”范畴, AECOPD 的患者呈痰热郁肺证型的较多, 用药多以化痰药、止咳平喘药、清热药为主导。其病机多因外邪犯肺, 肺气郁遏不畅, 久则聚为痰浊, 遇外感引触, 转从热化, 表现为痰热壅阻肺气, 肺失肃降, 发为咳嗽。

本研究中桑白皮汤加减方中以桑白皮甘寒, 主入肺经, 泻肺平喘而不伤气, 炒葶苈子泻肺平喘、利水消肿, 苦杏仁、苏子降气平喘, 橘红、半夏、射干、竹沥、浙贝母清热化痰, 海蛤壳清热、利水、化痰、软坚, 黄芩、黄连、山栀子清热解毒, 鱼腥草清热解毒、化痰排脓消痛。全方共奏清热化痰、止咳平喘之功。

治疗后观察组临床疗效优于对照组, 血气指标的改善也优于对照组, 观察组体温恢复正常时间、WBC 总数及中性粒细胞百分比恢复正常时间、肺部湿啰音消失时间比对照组时间短, 提示加用桑白皮汤加减方能减轻 AECOPD 合并下呼吸道感染的临床症状, 改善肺的通气换气功能, 缩短病程。

[参考文献]

[1] 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]. 中华结核和呼吸杂志, 2007, 30(1): 8-17.

[2] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 7版. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 80.

[3] 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: 58.

(责任编辑: 刘淑婷)