

〔文章编号〕 1007-0893(2022)02-0038-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.02.012

中西医结合治疗肺纤维化的临床效果分析

王中超 蒋艳丽^{*}

〔河南中医药大学第三附属医院, 河南 郑州 450000〕

〔摘要〕 目的: 研究在肺纤维化的治疗中采用中西医结合治疗的临床效果。方法: 选取2017年4月至2019年12月在河南中医药大学第三附属医院治疗的104例肺纤维化患者作为研究对象, 依据奇偶数分组法将其分为观察组和对照组, 各52例。对照组给予西医常规药物治疗, 观察组在对照组基础上结合中医药治疗, 比较两组患者用药前后的中医证候评分、步行6 min 距离、动脉血氧分压(PaO₂)、动脉血二氧化碳分压(PaCO₂)、第1秒用力呼气容积(FEV1)、用力肺活量(FVC)及两组患者的治疗有效率、不良反应发生情况。结果: 治疗前, 两组患者中医证候评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 观察组患者的气急、干咳、肺部湿啰音、呼吸困难中医证候评分均低于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。观察组患者治疗总有效率为94.23%, 明显高于对照组的80.77%, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前, 两组患者6 min 步行距离比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 观察组患者6 min 步行距离长于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前, 两组患者FEV1、FVC比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后, 观察组FEV1、FVC均高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。两组患者不良反应总发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 在肺纤维化的临床治疗中, 采用中西医结合治疗, 可有效改善患者的临床症状, 提高患者的呼吸功能, 且安全性好。

〔关键词〕 肺纤维化; 症状评分; 肺部功能

〔中图分类号〕 R 563.1⁺3 〔文献标识码〕 B

肺纤维化是一种好发于中老年人群的肺部疾病, 男性高于女性。肺纤维化是多种原因造成的, 以成纤维细胞的增殖及大量细胞外基质的沉积、肺组织结构的破坏为特征, 肺纤维化是组织病理的名称, 是间质性肺疾病的共同病理改变而非特指某种疾病, 临床症状为呼吸困难、干咳等, 轻度肺纤维化时, 呼吸困难常在剧烈活动时出现, 因此, 患者往往误以为其它疾病, 随着病情的进展, 在静息状态下也可发生呼吸困难, 还伴有干咳、乏力, 肺纤维化后果严重, 会导致肺组织结构的改变及功能的下降, 最终会导致死亡。临床上对肺纤维化患者的治疗通常采取对症支持治疗, 包括氧疗、机械通气, 药物治疗如抗感染治疗以及糖皮质激素治疗, 但治疗效果不理想, 有研究表明, 中西医结合治疗可提升疗效^[1-2]。本研究就中西医结合治疗在肺纤维化患者中的效果进行研究, 现结果报道如下。

1 资料及方法

1.1 一般资料

选取2017年4月至2019年12月河南中医药大学第三附属医院收治的104例肺纤维化患者, 采用奇偶数分

组法将其分成观察组和对照组, 各52例。观察组男性37例, 女性15例; 年龄41~52岁, 平均(46.45±2.38)岁; 病程1~5年, 平均(2.01±0.53)年。对照组男性38例, 女性14例; 年龄40~53岁, 平均(46.73±2.41)岁; 病程1~6年, 平均(2.07±0.57)年。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: 均符合《特发性肺纤维化诊断和治疗中国专家共识》中关于肺纤维化的诊断标准^[3]; 对本研究知情同意; 未合并肺部恶性肿瘤者。排除标准: 对本研究用药有禁忌证者; 近期服用本研究药物者; 危重症患者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 采取常规西医治疗, 必要时给予氧疗、机械通气, 药物选择为泼尼松龙(天津市津津药业有限公司, 国药准字H12020037), 剂量0.5~1.0 mg·kg⁻¹·d⁻¹, 对于存在感染的患者进行抗感染治疗, 对合并心力衰竭的患者采用利尿剂、强心剂治疗, 持续治疗4周。

1.2.2 观察组 在对照组基础上结合中药治疗, 组方: 黄芪15 g, 地龙、黄柏、知母、地骨皮、生地黄、款冬花、川芎各15 g, 防风、麦冬、清半夏、白术、当归、白芍各10 g, 茯苓12 g, 全蝎6 g, 对于食少纳呆的可以

〔收稿日期〕 2021-11-08

〔作者简介〕 王中超, 男, 主治医师, 主要研究方向是中医药治疗呼吸系统疾病。

〔*通信作者〕 蒋艳丽 (E-mail: zz0058@163.com; Tel: 13653815320)

增加陈皮 10 g、白蔻仁 10 g、枳壳 10 g；对于胸闷、胸痛增加瓜蒌皮 10 g、郁金 10 g、枳壳 10 g；对于痰液黄稠者增加人参 10 g、代赭石 10 g。水煎煮，取汁 300 mL，分早晚两次温服，持续治疗 4 周。

1.3 观察指标

(1) 两组患者治疗前后的中医证候评分比较，采用中医证候评分量表进行评分，包括气急、干咳、肺部湿啰音、呼吸困难，评分 0~3 分，0 分表示无症状，分数越高，症状越严重^[3]。(2) 比较两组患者的治疗有效率。显效：患者临床症状和体征消失，中医证候评分减少 1~2 分；有效：临床症状和体征有所改善，中医证候评分减少 0.5~<1 分；无效：未达到上述标准，总有效率 = (显效+有效) / 总例数 × 100%^[4]。(3) 采用 6 min 步行试验对两组治疗前后的肺功能状态进行评价，要求患者在平直走廊里尽可能快地行走，测定 6 min 的步行距离，若 6 min 步行距离 < 150 m 表明为重度心肺功能不全；150~425 m 为中度；426~550 m 为轻度^[5]。

(4) 比较两组患者治疗前后的动脉血氧分压 (arterial partial pressure of oxygen, PaO₂)、动脉血二氧化碳分压 (partial pressure of carbon dioxide in artery, PaCO₂)，采集患者动脉血，于 5 min 内进行检验，计算上述指标值。(5) 比较两组患者治疗前后的第 1 秒用力呼气容积 (forced expiratory volume in first second, FEV1) 和用力肺活量 (forced vital capacity, FVC)，肺功能检测选用相对较大的波纹管或滚压密封肺功能仪对两组患者的 FEV1、FVC 进行检测。(6) 两组患者用药后的不良反应发生率。包括皮肤过敏、气短、胸闷、眼睑肿胀等。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 21.0 统计软件分析数据，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后中医证候评分比较

治疗前，两组患者中医证候评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后，观察组患者的气急、干咳、肺部湿啰音、呼吸困难中医证候评分均低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后中医证候评分比较 (*n* = 52, $\bar{x} \pm s$, 分)

Table with 5 columns: 组别, 时间, 气急, 干咳, 肺部湿啰音, 呼吸困难. Rows include 对照组 (治疗前, 治疗后) and 观察组 (治疗前, 治疗后).

注：与对照组治疗后比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗有效率为 94.23%，明显高于对照组的 80.77%，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗总有效率比较 (*n* = 52, *n*(%))

Table with 5 columns: 组别, 显效, 有效, 无效, 总有效. Rows include 对照组 and 观察组.

注：与对照组比较，^b*P* < 0.05。

2.3 两组患者治疗前后 6 min 步行距离比较

治疗前，两组患者 6 min 步行距离比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后，观察组患者 6 min 步行距离长于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 6 min 步行距离比较 (*n* = 52, $\bar{x} \pm s$, m)

Table with 3 columns: 组别, 治疗前, 治疗后. Rows include 对照组 and 观察组.

注：与对照组治疗后比较，^c*P* < 0.05。

2.4 两组患者治疗前后 PaO₂、PaCO₂ 水平比较

治疗前，两组患者 PaO₂、PaCO₂ 水平比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后，观察组患者 PaO₂ 水平高于对照组，PaCO₂ 水平低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者治疗前后 PaO₂、PaCO₂ 水平比较 (*n* = 52, $\bar{x} \pm s$, mmHg)

Table with 4 columns: 组别, 时间, PaO₂, PaCO₂. Rows include 对照组 and 观察组 (治疗前, 治疗后).

注：PaO₂—动脉血氧分压；PaCO₂—动脉血二氧化碳分压。与对照组治疗后比较，^d*P* < 0.05。

2.5 两组患者治疗前后 FEV1、FVC 水平比较

治疗前，两组患者 FEV1、FVC 比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后，观察组 FEV1、FVC 均高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 5。

表 5 两组患者治疗前后 FEV1、FVC 水平比较 (*n* = 52, $\bar{x} \pm s$, L)

Table with 4 columns: 组别, 时间, FEV1, FVC. Rows include 对照组 and 观察组 (治疗前, 治疗后).

注：FEV1—第 1 秒用力呼气容积；FVC—用力肺活量。与对照组治疗后比较，^e*P* < 0.05。

2.6 两组患者不良反应发生情况比较

两组患者不良反应总发生率比较，差异无统计学意义。

义 ($P > 0.05$)，见表 6。

表 6 两组患者不良反应发生情况比较 ($n = 52, n(\%)$)

组别	皮肤过敏	气短、胸闷	眼睑肿胀	总发生
对照组	3(5.77)	2(3.85)	3(5.77)	8(15.38)
观察组	2(3.85)	3(5.77)	4(7.69)	9(17.31)

3 讨论

随着对肺纤维化病因、发病机制及诊断方法的进一步认识，使得抗肺纤维化药物的研发取得了一定的进展，使肺纤维化的治疗进入新的阶段^[6]。在诊断方面，肺纤维化患者发病年龄多在中年以上，以男性患者居多，起病很隐匿，经听诊可闻及双下肺吸气末爆裂音，超过半数可见杵状指^[7]。随着病程的进展，终末期患者可出现肺动脉高压、肺心病、发绀、右心功能不全等并发症^[8]。肺纤维化被称作为不是癌症的癌症，空气污染、吸烟、接触金属粉尘、慢性病毒感染、食管反流以及遗传因素等都是肺纤维化的危险因素，对于急性加重期患者来说，有 50% 的患者会在住院期间死亡，而常见的死亡原因因为呼吸衰竭，若能控制患者急性加重期，患者的预期寿命将会延长^[9]。肺纤维化目前尚无特效药物，糖皮质激素、免疫抑制剂是治疗肺纤维化的主要药物，但是，激素类药物副作用大，患者接受度不高，治疗效果有限，加之临床医生使用受到限制，因此，医学界在不断寻找治疗肺纤维化的有效药物。有研究表明，中药在治疗肺纤维化上有不错的疗效^[10]。

中医学将肺纤维化归属于“喘证”“肺痹”等范畴，病位于肺，病机为肺虚络阻所致，《素问·痹论》中记载：“肺痹者，烦满，喘而呕；皮痹之为病，应乎肺”。“肺痹”为痹症之重症，病因为肺脏气虚，病机特点气血凝滞，致病因素为饮食不节、七情所伤、六淫邪气等多种内外之邪所致，治疗当以化痰止咳、平喘降气为主^[11-12]。组方中黄芪具有补气、止汗、利尿消肿、排脓的功效；地龙具有清热定惊、通络、平喘的功效；黄柏具有清热燥湿，泻火除蒸，解毒疗疮的功效；知母具有清热泻火，滋阴润燥的功效；地骨皮具有清肺降火的功效；生地黄具有清热养阴的功效；款冬花具有润肺下气、止咳化痰的功效；川芎具有活血祛瘀、行气开郁的功效；防风具有祛风解表、抗菌的作用；麦冬具有养阴生津、润肺清心的功效；清半夏具有祛痰止咳、消肿、止吐的功效；白术可健脾补气、燥湿利水；当归可补血活血；白芍具有养阴补血的作用；茯苓具有健脾渗湿的作用；全蝎具有通络止痛，攻毒散结的功效。现代药理学认为本中药组方中，当归可治疗肺纤维化具有多靶点作用，长期延缓可降低肺纤维化过程，改善微循环，减少激素的一些不良作用^[13]。6 min 步行试验是对中重度心肺疾

病患者功能状态进行的测验，以评价患者治疗前后的心肺功能状态，也是患者生存率预测指标之一，其指标值与患者的心肺功能呈正比^[14]。本研究结果显示，观察组患者的治疗有效率高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组的中医症状评分均低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组的 6 min 步行距离长于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者不良反应总发生率比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。说明在西药治疗的基础上联合中药可发挥药物的协同作用，提升疗效。PaO₂ 指标值与细胞利用氧的情况有关，多用于评价老年人急性呼吸窘迫综合征、肺水肿、慢性呼吸衰竭、肺纤维化等疾病，是判断机体是否缺氧及缺氧程度的常用指标^[15]。PaCO₂ 是衡量肺泡通气情况，反映机体酸碱平衡呼吸因素的常用指标。本研究结果显示，治疗后观察组的 PaO₂ 高于对照组，PaCO₂ 低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明中西药联合治疗，还可改善患者的血气指标。

综上所述，中西医结合治疗肺纤维化，可有效改善患者的临床症状，提升治疗效果，安全性好。

〔参考文献〕

- (1) 段晨霞, 戴勇, 曾崎冈, 等. 培元祛瘀方辨治痰阻络型特发性肺纤维化的临床效果 (J). 中国医药导报, 2019, 16(13): 124-139.
- (2) 张春阳, 张虹. 中西医结合治疗伴有间质肺纤维化的病毒性肺炎 1 例 (J). 甘肃医药, 2018, 37(8): 765-766.
- (3) 中华医学会呼吸病学分会间质性肺疾病学组. 特发性肺纤维化诊断和治疗中国专家共识 (J). 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(6): 427-432.
- (4) 杨秦梅. 中西医结合治疗特发性肺纤维化气虚血瘀型临床观察 (J). 实用中医药杂志, 2018, 34(5): 552.
- (5) 刘旻, 陈明虎, 魏长龙, 等. 中医药治疗特发性肺纤维化有效性和安全性系统评价和 Meta 分析 (J). 天津中医药, 2018, 35(3): 200-204.
- (6) 和凤领. 特发性肺纤维化使用强的松结合中药试验性治疗的临床疗效分析 (J). 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(4): 117.
- (7) 邓飞, 王勇. 黄芪桃红汤联合泼尼松治疗气虚血瘀型特发性肺纤维化疗效及对支气管肺泡灌洗液 IGF-I、IGFBP-4 表达的影响 (J). 现代中西医结合杂志, 2018, 27(18): 2034-2037.
- (8) 任文章, 刘冰. 中西医结合治疗对尘肺合并慢性阻塞性肺病患者肺纤维化, 氧化应激及呼吸功能的影响 (J). 中国医药指南, 2020, 18(11): 6-9.
- (9) 张爱丽. 益肾养肺汤对特发性肺间质纤维化继发性呼吸衰竭患者血气分析的影响 (J). 云南中医中药杂志, 2019, 40(6): 56-57.
- (10) 赵亚东, 马春梅, 姜玲, 等. 大剂量 N-乙酰半胱氨酸联

合中药抗纤成方治疗特发性肺纤维化的分组对照研究 (J). 继续医学教育, 2016, 30(12): 164-165.

(11) 郭刚, 李小佼, 李慧云, 等. 参麦开肺散对系统性硬化症肺纤维化患者气道重塑指标及肺功能的影响 (J). 河北中医, 2016, 38(2): 177-180, 184.

(12) 解春霞, 刘敏, 江芳超, 等. 中西医结合治疗对类风湿性关节炎并发肺间质纤维化患者肺功能和血气指标的影响 (J). 辽宁中医杂志, 2017, 44(11): 2362-2364.

(13) 李壮花. 养阴通络法治疗肺纤维化 24 例的临床分析 (J). 中医临床研究, 2017, 9(16): 78-79.

(14) 穆清爽, 韩利梅, 古力鲜, 等. 乙酰半胱氨酸泡腾片联合布地奈德治疗特发性肺纤维化的临床疗效分析 (J). 系统医学, 2017, 2(5): 42-44.

(15) 刘真, 苏凤哲, 刘晓艳, 等. 自拟方补肾通络汤治疗老年特发性肺纤维化的临床研究 (J). 世界中西医结合杂志, 2017, 12(12): 1715-1718, 1722.

(文章编号) 1007-0893(2022)02-0041-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.02.013

真武汤治疗心肾阳虚型慢性心力衰竭的临床疗效

华金根 祝正誉 刘雪佳

(鹰潭市中医院, 江西 鹰潭 335000)

〔摘要〕 **目的:** 探究对心肾阳虚型慢性心力衰竭患者采用真武汤加减治疗的效果。**方法:** 选取 2018 年 5 月至 2019 年 12 月鹰潭市中医院收治的心肾阳虚型慢性心力衰竭患者 60 例作为研究对象, 利用随机数字表法将患者分成对照组与观察组, 每组 30 例, 对照组采用常规西医治疗, 观察组在常规西医治疗的基础上增加真武汤加减治疗, 比较两组患者治疗效果、治疗前后的血浆脑钠肽 (BNP) 水平、心功能及肾功能指标改善情况。**结果:** 观察组患者治疗总有效率为 96.67%, 高于对照组的 76.67%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 观察组患者的左心室射血分数 (LVEF) 高于对照组, 左心室收缩末期内径 (LVESD) 低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 尿素氮 (BUN)、肌酐 (Scr)、BNP 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 对心肾阳虚型慢性心力衰竭患者采用西医联合真武汤加减治疗, 能够有效抑制患者的疾病进展, 优化患者心、肾功能, 调节心力衰竭相关因子活性。

〔关键词〕 慢性心力衰竭; 真武汤; 心肾阳虚型

〔中图分类号〕 R 541.6 **〔文献标识码〕** B

心力衰竭属于临床常见心功能减退性疾病, 根据发病机制可分为急性及慢性心力衰竭, 其中慢性心力衰竭为各类心功能病变进展至终末期后出现的综合征, 以呼吸困难、尿量减少以及气短乏力为主要特征^[1]。西医常采用降压、强心等对症治疗以延缓心功能减退进程, 虽能够在短期内遏制典型症状恶化, 但长远来看并未从根本上改善个体心功能及受累重要器官生理功能。中医认为, 慢性心力衰竭多属于心肾阳虚型, 需用温通心阳、温肾利水的方法治疗以纠正机体重要器官功能障碍; 真武汤为温阳利水良药, 合理应用该方可发挥疏导瘀血、补充阳气等作用, 对于改善慢性心力衰竭患者心脏及周围器官功能状态有积极意义^[2]。鉴于此, 笔者就真武汤加减治疗心肾阳虚型慢性心力衰竭的临床疗效进行探究, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 5 月至 2019 年 12 月鹰潭市中医院收治的心肾阳虚型慢性心力衰竭患者 60 例作为研究对象, 利用随机数字表法将患者分成对照组 (30 例) 与观察组 (30 例)。对照组男 18 例, 女 12 例; 年龄 45~80 岁, 平均年龄 (65.47 ± 3.54) 岁; 病程 3 个月~10 年, 平均病程 (5.89 ± 0.14) 年; 美国纽约心脏病协会 (New York Heart Association, NYHA) 心功能分级^[3]: I 级 8 例, II 级 16 例, III 级 6 例。观察组男 16 例, 女 14 例; 年龄 46~80 岁, 平均年龄 (65.84 ± 3.45) 岁; 病程 5 个月~10 年, 平均年龄 (5.16 ± 0.36) 年; NYHA 心功能分级: I 级 5 例, II 级 18 例, III 级 7 例。两组患者性别、年龄、病程及 NYHA 心功能分级等资料比较, 差异均无统计学

〔收稿日期〕 2021-10-24

〔作者简介〕 华金根, 男, 主治中医师, 主要研究方向是呼吸重症。