

# 辛散温化法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效观察

王岫峥<sup>1</sup>, 石炳焯<sup>1</sup>, 王卫中<sup>2</sup>, 南艳<sup>1</sup>, 刁丽丽<sup>1</sup>, 王栋<sup>1</sup>, 田彦卿<sup>1</sup>

1. 河北大学附属医院, 河北 保定 071000; 保定市儿童医院, 河北 保定 071000

**[摘要]** 目的: 观察辛散温化法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期临床疗效。方法: 将300例慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者随机分为2组各150例。对照组应用抗生素、激素、平喘药物配合吸氧治疗; 治疗组在对照组基础上加用小青龙汤。并予小青龙汤超声雾化吸入。疗程均为14天。结果: 总有效率治疗组90.0%, 对照组80.0%, 2组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 治疗组疗效明显优于对照组。2组咳嗽、咳痰量、气喘、肺部啰音治疗前后比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 治疗组各项指标与对照组比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 辛散温化法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期临床疗效好, 并可显著改善临床症状。

**[关键词]** COPD 急性加重期; 辛散温化法; 中药内服; 雾化吸入

**[中图分类号]** R563 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 01-0034-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.01.016

慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 是一种进行性发展的呼吸系统疾病, 以气流受限不完全可逆为特征。临床表现为咳、痰、喘及胸部闷胀等不适。COPD 患者受相关因素影响可出现急性加重, 且每次急性加重均会导致原有病情恶化, 引起患者心肺功能损伤加重, 严重时可导致缺氧与二氧化碳潴留, 继而出现呼吸衰竭, 严重威胁着患者的生命健康<sup>[1]</sup>。本研究采用辛散温化法治疗 COPD 急性加重期, 取得较好的疗效。现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 西医诊断标准** 参照《慢性阻塞性肺疾病诊疗规范(2011年版)》<sup>[2]</sup>诊断标准。急性加重期: 在疾病过程中, 病情出现超越日常状况的持续恶化, 并需改变 COPD 的日常基础用药。通常指患者短期内咳嗽、咳痰、气短和(或)喘息加重, 痰量增多, 呈脓性或黏脓性, 可伴发热等炎症明显加重的表现。

**1.2 中医诊断标准** 参照《慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011年版)》<sup>[3]</sup>诊断标准。外寒内饮主症: 咳嗽, 喘息气急, 痰多, 痰白稀薄、泡沫, 胸闷, 不能平卧, 恶寒, 舌苔白、滑, 脉弦、紧。次症: 痰易咯出, 喉中痰鸣, 无汗, 肢体酸痛, 鼻塞、流清涕, 脉浮。诊断: ①咳嗽或喘息; ②恶寒、无汗, 或鼻塞、流清涕, 或肢体酸痛; ③痰白稀薄或兼泡沫、痰易咯出; ④喉中痰鸣; ⑤胸闷甚至气逆不能平卧; ⑥舌苔白滑, 或脉弦紧或浮弦紧。具备①、②2项, 加③、④、⑤、⑥中的2项。

**1.3 纳入标准** 选取住院时间2周以上, 符合西医COPD急

性加重期, 中医辨证符合外寒内饮证患者。

**1.4 排除标准** ①合并急性心脑血管疾病、肝肾功能衰竭、恶性肿瘤等疾病的患者; ②严重呼吸功能衰竭需采用机械通气的患者。

**1.5 一般资料** 选择2012年3月—2015年3月在保定市第三医院肺二科确诊的COPD急性加重期患者300例为研究对象, 年龄47~82岁, 随机分2组, 治疗组150例, 对照组150例。治疗组男102例, 女48例; 年龄47~79岁, 平均(65.1±5.9)岁。对照组男98例, 女52例; 年龄49~82岁, 平均(68.6±7.6)岁。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 常规西医治疗, 以抗生素、激素、平喘药物, 并配合吸氧治疗。

**2.2 治疗组** 在对照组治疗基础上加用小青龙汤, 处方: 麻黄、干姜各10g, 半夏、桂枝各12g, 生白芍15g, 细辛3g, 五味子6g, 炙甘草5g。若有发热、痰黄、大便秘结者加生石膏20g。每天1剂。水煎, 取药液200mL, 每天2次。并予小青龙汤超声雾化吸入, 每天1次。

2组均注重排痰指导, 疗程均为14天。

## 3 积分评定与统计学方法

**3.1 积分评定标准** 参照文献<sup>[4]</sup>拟定。①咳痰量: 无咳痰为0分, 昼夜咳痰量10~50mL为2分, 昼夜咳痰量51~100mL为4分, 昼夜咳痰量>100mL为6分; ②咳嗽: 无咳嗽为0分, 轻微咳嗽为2分, 咳嗽较明显为4分, 咳嗽十分明

**[收稿日期]** 2015-06-02

**[基金项目]** 河北省中医药管理局项目 (2015064)

**[作者简介]** 王岫峥 (1975-), 女, 副主任医师, 主要从事呼吸内科工作。

显为6分；③喘息：无喘息为0分，偶有喘息但程度不严重、对生活无影响为2分，喘息较频繁但对睡眠无影响为4分，喘息明显且无法平卧、影响睡眠及生活为6分；④肺部啰音：无啰音为0分，有散在干啰音和少许湿啰音为2分，两肺满布干啰音与湿啰音为6分，介于两者之间者为4分。

3.2 统计学方法 运用SPSS19.0统计软件进行处理，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，行 $t$ 检验；计数资料以率表示，行 $\chi^2$ 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《实用中医内科学》<sup>[5]</sup>进行疗效评价。显效：治疗后患者症状、体征明显改善，症状/体征积分改善程度>60%，血常规检查结果基本恢复正常；血氧分压值明显升高。有效：治疗后患者症状、体征有所改善，症状/体征积分改善程度为30%~60%，血常规检查结果有所好转；血氧分压值有所升高。无效：治疗后患者症状、体征无明显改善或出现加重，血常规检查结果无改善或出现恶化。血氧分压值无变

化或下降。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组90.0%，对照组80.0%，2组比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )，治疗组疗效明显优于对照组。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	150	55	80	15	90.0 <sup>①</sup>
对照组	150	45	75	30	80.0

与对照组比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后症状、体征积分比较 见表2。治疗前2组咳嗽、咳痰量、气喘、肺部啰音比较，差异无统计学意义( $P > 0.05$ )；治疗后，2组咳嗽、咳痰量、气喘、肺部啰音治疗前后比较，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )；治疗后，治疗组各项指标与对照组比较，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组治疗前后症状、体征积分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	咳嗽		咳痰量		喘息		肺部啰音	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	4.93±1.24	2.37±1.49 <sup>②</sup>	4.66±1.21	2.27±1.40 <sup>②</sup>	4.53±1.11	2.25±1.39 <sup>②</sup>	4.87±1.17	2.16±1.41 <sup>②</sup>
对照组	4.96±1.24	2.69±1.67 <sup>①</sup>	4.58±1.14	2.35±1.61 <sup>①</sup>	4.56±1.12	2.51±1.57 <sup>①</sup>	4.81±1.20	2.40±1.60 <sup>①</sup>

与本组治疗前比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$ ；与对照组比较，<sup>②</sup> $P < 0.05$

5 讨论

COPD容易反复发作，当出现急性加重时，会引起呼吸衰竭甚至死亡。中医学认为其属于肺胀、喘证、咳嗽、痰饮的范畴。近些年来，COPD的发病率、死亡率有逐年增加的趋势。小青龙汤是张仲景《伤寒杂病论》中的名方，《伤寒论》用小青龙汤治疗“伤寒表不解，心下有水气”以及“咳逆倚息不得卧”的外寒内饮之证。在功效方面，干姜、细辛温肺化饮，桂枝除表寒而宣肺气，半夏祛痰和胃而散结，这些辛温之品虽有温肺化饮、温阳散寒之功用，但又有耗伤肺气，燥伤津液的弊端，五味子可敛肺气而止咳散，对方中的辛温药物有佐制作用，故这五味药最为常用，且多一起配伍使用，是该方的核心药物，也符合小青龙汤方证“寒饮内停”的主要病机<sup>[6]</sup>。本研究发现采用辛散温化法治疗COPD急性加重期，具体应用小青龙汤加减口服及西医常规吸氧治疗，比单纯西医治疗效果显著，本方法可以有效地改善患者咳嗽、气喘的症状，协助痰液稀释及排出，减少患者肺部干湿性啰音，且患者血气分析及肺功能指标得到明显改善，从而在一定程度上缩短治疗时间，并能减轻西药的副作用。采取中西医结合治疗COPD急性加重期的患者，对于缓解呼吸困难、减轻呼吸疲劳、增加患者的食欲、提高患者的抵抗力、促进患者康复、缩短住院时间等有肯定的优势<sup>[7]</sup>。为此，采用辛散温化法进行中西医结合治疗COPD急性加重期的患者能达到临床治疗的理想效果，有一定的推广

价值。

[参考文献]

- [1] 裴昇. 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病并呼吸衰竭的临床研究[J]. 中国当代医药, 2013, 20(28): 114-115.
- [2] 卫生部医政司. 慢性阻塞性肺疾病诊疗规范(2011年版)[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2012, 4(1): 69-76.
- [3] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会. 慢性阻塞性肺疾病中医诊疗指南(2011年版)[J]. 中医杂志, 2012, 53(1): 80-84.
- [4] 周海云, 张凤宇. 中西医结合治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病50例疗效观察[J]. 中国中医急症, 2008, 17(12): 1677-1678.
- [5] 黄文东. 实用中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 166.
- [6] 赵开政. 小青龙汤及其加减方治疗疑难杂症的证治规律研究[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2014.
- [7] 李康, 张晓云. 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期28例[J]. 中医杂志, 2007, 48(3): 242.

(责任编辑: 马力)