

小青龙汤联合西药治疗慢性支气管炎急性发作临床观察

俞晔

杭州市下城区石桥街道社区卫生服务中心, 浙江 杭州 310016

[摘要] 目的: 观察采用小青龙汤联合西药治疗慢性支气管炎急性发作的临床效果。方法: 将 64 例外寒里饮证患者按照随机数字表法分为 2 组, 观察组 34 例采用小青龙汤联合西药治疗, 对照组 30 例采用常规西药治疗, 比较 2 组的临床疗效、临床症状缓解时间、住院时间与不良反应发生情况。结果: 治疗后, 观察组与对照组的临床总有效率分别为 91.18%、60.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组喘息、咳嗽、咯痰、哮鸣音缓解时间及住院时间均短于对照组 ($P < 0.05$)。观察组不良反应发生率为 8.82%, 对照组不良反应发生率为 10.00%, 2 组比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 采用小青龙汤联合西药治疗慢性支气管炎急性发作外寒里饮证临床疗效显著, 可有效缓解患者的临床症状, 缩短治疗时间, 且药物安全性高。

[关键词] 慢性支气管炎; 急性发作; 外寒里饮证; 中西医结合疗法; 小青龙汤

[中图分类号] R562.2+1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 12-0028-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.12.012

慢性支气管炎是一种由细菌和病毒的反复感染所引起的支气管、支气管黏膜及周围组织的慢性非特异性炎症反应。该病在呼吸系统疾病中较为常见, 好发于中老年人。其病理特点主要为黏液分泌增多和支气管腺体增生, 临床症状主要表现为喘息、咳嗽、咯痰等, 且该病情缠绵、易反复发作, 尤其在急性发作期病情较凶险, 可引起患者的支气管功能和肺泡结构发生一系列变化, 进而引发阻塞性肺气肿、支气管肺炎、支气管扩张等各种并发症, 严重威胁着患者的生命健康。长期以来, 临床治疗慢性支气管炎急性发作多采用西药镇咳、祛痰及抗感染, 虽能使患者的临床症状得到一定缓解, 但总体治疗效果不佳, 且易复发, 因而在临床中的应用受到限制。而中医方剂小青龙汤具有温肺化饮、解表散寒的功效, 治疗慢性支气管炎急性发作临床疗效佳, 药物安全性高, 患者不易反复发作, 因而在临床得到广泛应用。近年来, 笔者对慢性支气管炎急性发作患者应用小青龙汤联合西药治疗并取得了满意疗效, 现将结果分析报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《内科学》^[1]中的诊断标准: ①具有喘息、咳嗽、咯痰、哮鸣音等症状体征, 可伴有咽痒, 起病急, 病程较长, 且易急性发作; ②经胸部 X 线摄片检查可见肺纹理增粗或正常; ③双肺听诊可闻及呼吸音增粗。

1.2 辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]中慢性支气管炎外寒里饮证的辨证标准, 症见: 头身疼痛, 恶寒发热, 喘

咳, 无汗, 胸痞, 痰涎清稀而量多, 干呕, 舌苔白滑, 脉浮。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准与辨证标准; ②年龄 40~80 岁; ③发作病程在 1~7 天; ④知情同意, 并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①不符合上述诊断标准与辨证标准; ②经证实是由肿瘤、结核、过敏、刺激性气体等因素引起慢性咳嗽喘息的患者; ③有脑、心、肝、肾等重要脏器疾病者; ④过敏体质或对本研究所使用药物过敏者; ⑤有精神障碍及不能配合治疗者。

1.5 一般资料 研究对象选取本中心 2014 年 6 月—2016 年 3 月治疗的 64 例慢性支气管炎急性发作患者, 将所有入选患者按照随机数字表法分为观察组与对照组。观察组 34 例, 男 19 例, 女 15 例; 年龄 41~76 岁, 平均(62.4±3.5)岁; 慢性支气管炎病程 2~16 年, 平均(9.2±2.8)年; 急性发作时间 1~7 天, 平均(3.1±0.5)天; 病情程度: 轻度 11 例, 中度 17 例, 重度 6 例。对照组 30 例, 男 17 例, 女 13 例; 年龄 43~79 岁, 平均(61.3±2.4)岁; 慢性支气管炎病程 1~18 年, 平均(10.1±2.5)年; 急性发作时间 2~7 天, 平均(4.3±0.9)天; 病情程度: 轻度 9 例, 中度 14 例, 重度 7 例。2 组基本资料比较, 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 给予吸氧、解痉平喘、抗感染及祛痰等常规西

[收稿日期] 2016-07-11

[作者简介] 俞晔 (1981-), 女, 住院医师, 研究方向: 中西医结合内科。

药治疗。包括：注射用头孢噻肟钠(国药集团国瑞药业有限公司)2.0 g 加入到 250 mL 生理盐水中静脉滴注，每天 1 次；盐酸氨溴索口服溶液(北京韩美药品有限公司)，口服，每次 10 mg，每天 3 次；沙丁胺醇气雾剂[蓬莱诺康药业有限公司(国产)]，雾化吸入，每次 100~200 μ g，每天 3 次。以 5 天为 1 疗程，连续治疗 1~2 疗程。

2.2 观察组 在对照组常规西药治疗的基础上加用小青龙汤治疗。处方：细辛 3 g，麻黄 5 g，桂枝、甘草各 6 g，干姜、五味子各 10 g，白芍 12 g，法半夏 15 g。并随症加减：出血者加仙鹤草、白及各 15 g，胸闷者加厚朴、苦杏仁各 9 g，咯黄痰者加黄芩 10 g，外感缓解但仍有咳喘者去桂枝，加苦杏仁 10 g，葶苈子 20 g。每天 1 剂，水煎，每天服 2 次，疗程与对照组相同。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察比较 2 组患者的临床疗效；②观察比较 2 组患者的临床症状缓解时间及住院时间；③观察 2 组患者治疗后的不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 本研究数据均输入 Excel 表格并采用 SPSS19.0 软件进行统计处理。计数资料以率(%)表示，采用 χ^2 检验；计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 表示组间差异有统计学意义。

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》^[3]拟定。治愈：喘息、咳嗽、咯痰等临床症状及体征基本消失，X 线胸片显示炎性病变完全吸收；显效：喘息、咳嗽、咯痰等临床症状及体征明显改善，X 线胸片显示炎性病变基本吸收；有效：喘息、咳嗽、咯痰等临床症状及体征有所好转，X 线胸片显示炎性病变部分吸收；无效：治疗后未达到上述指标，临床症状及体征、肺部炎性病变无变化甚至更严重。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗后，观察组与对照组的临床总有效率分别为 91.18%、60.00%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	例(%)				总有效
		治愈	显效	有效	无效	
观察组	34	16(47.06)	9(26.48)	6(17.65)	3(8.82)	31(91.18) ^①
对照组	30	8(26.67)	7(23.33)	3(10.00)	12(40.00)	18(60.00)

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2 组临床症状缓解时间及住院时间比较 见表 2。治疗后，观察组喘息、咳嗽、咯痰、哮鸣音缓解时间与住院时间均短于对照组($P < 0.05$)。

表 2 2 组临床症状缓解时间及住院时间比较($\bar{x} \pm s$)^d

组别	n	临床症状缓解时间				住院时间
		喘息	咳嗽	咯痰	哮鸣音	
观察组	34	2.50 \pm 1.23 ^①	1.45 \pm 0.46 ^①	1.78 \pm 0.58 ^①	2.94 \pm 2.32 ^①	5.40 \pm 1.71 ^①
对照组	30	4.74 \pm 1.15	3.28 \pm 0.25	3.40 \pm 1.11	5.09 \pm 1.25	10.78 \pm 1.50

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.4 2 组不良反应发生情况比较 见表 3。治疗后，观察组不良反应发生率为 8.82%，对照组不良反应发生率为 10.00%，2 组比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 3 2 组治疗后不良反应发生情况比较

组别	n	发热	皮疹	呕吐	头晕	合计
观察组	34	1	0	1	1	3(8.82)
对照组	30	1	1	0	1	3(10.00)

5 讨论

慢性支气管炎属中医学喘证、咳嗽、痰饮等范畴，急性发作主要为外感风寒、肺气上逆、痰饮内伏而导致阻塞气道，引起咳喘、咳嗽，故中医治疗以外散风寒、内化痰饮为主。小青龙汤出自《伤寒论》，方中桂枝、麻黄具有宣肺、平喘、散寒之功效；干姜、细辛具有温肺化饮的作用，且桂枝与白芍调和营卫，养血敛阴；五味子敛肺止咳；法半夏燥湿化痰；并以甘草调和药性。诸药相辅相成，具有散风寒、化痰、燥湿之功。本研究结果显示，治疗后，观察组临床疗效优于对照组($P < 0.05$)；观察组喘息、咳嗽、咯痰及哮鸣音缓解时间与住院时间均短于对照组($P < 0.05$)；2 组药物不良反应发生率无统计学差异($P > 0.05$)；观察组复发率低于对照组($P < 0.05$)。提示采用小青龙汤联合西药治疗慢性支气管炎急性发作外寒里饮证临床疗效显著，可有效缓解患者的临床症状，缩短治疗时间，且药物安全性高，可作为临床治疗慢性支气管炎急性发作的常用药物。

[参考文献]

- [1] 叶任高. 内科学[M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 15-18.
- [2] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [3] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第 1 辑[J]. 1993.

(责任编辑: 吴凌)