清金化痰汤联合穴位贴敷治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热壅肺证临床研究

冯程程，何绿苑

金华市中医医院肺病科，浙江 金华 321017

［摘要］**目的**：观察在常规对症治疗基础上加用清金化痰汤联合穴位贴敷治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期（AECOPD）痰热壅肺证的临床疗效。**方法**：选取2022年2月—2024年2月在金华市中医医院肺病科治疗的200例AECOPD痰热壅肺证患者，按随机数字表法分为对照组和研究组各100例。对照组采用常规对症治疗，研究组在对照组基础上采用清金化痰汤联合穴位贴敷治疗。2组均治疗14天。比较2组临床疗效，治疗前后的中医证候评分、血气指标、免疫功能指标及炎症指标。**结果**：治疗后，研究组总有效率93.68%（89/95），高于对照组83.70%（77/92）（$P<0.05$）。2组中医证候各项评分及总分均较治疗前降低（$P<0.05$），研究组中医证候各项评分及总分均低于对照组（$P<0.05$）。2组动脉血氧分压（PaO_2）水平均较治疗前升高（$P<0.05$），动脉二氧化碳分压（$PaCO_2$）水平均较治疗前降低（$P<0.05$），研究组PaO_2水平高于对照组（$P<0.05$），$PaCO_2$水平低于对照组（$P<0.05$）。2组血清调节性T细胞（Treg）水平均较治疗前升高（$P<0.05$），研究组血清Treg水平高于对照组（$P<0.05$）；2组血清辅助性T细胞17（Th17）水平均较治疗前降低（$P<0.05$），研究组血清Th17水平低于对照组（$P<0.05$）。2组血清降钙素原（PCT）、C－反应蛋白（CRP）、白细胞介素-6（IL-6）、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）水平均较治疗前降低（$P<0.05$），研究组血清PCT、CRP、IL-6、TNF-α水平均低于对照组（$P<0.05$）。**结论**：在常规对症治疗基础上使用清金化痰汤联合穴位贴敷治疗AECOPD痰热壅肺证，可有效改善患者的通气功能，减轻炎症反应，调节免疫功能，缓解临床症状，提高疗效。

［关键词］慢性阻塞性肺疾病；急性加重期；痰热壅肺证；清金化痰汤；穴位贴敷

［中图分类号］R563；R259 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2025）15-0045-06

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2025.15.008

Clinical Study on Qingjin Huatan Decoction Combined with Acupoint Application for Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Phlegm-Heat Accumulation in Lung Syndrome

FENG Chengcheng, HE Lvyuan

Department of Pulmonary Diseases, Jinhua Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jinhua Zhejiang 321017, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Qingjin Huatan Decoction combined with acupoint application in treating patients with acute exacerbation phase of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD) with phlegm-heat accumulation in lung syndrome based on conventional symptomatic therapy. **Methods:** A total of 200 AECOPD patients with phlegm-heat accumulation in lung syndrome treated in the Department of Pulmonary Diseases at Jinhua Hospital of Traditional Chinese Medicine from February 2022 to February 2024 were selected. They were divided into the control group and the study group using a random number table method, with 100 cases in each

［收稿日期］2024-11-02
［修回日期］2025-04-28
［作者简介］冯程程（1997-），女，住院医师，E-mail：tuoluse57682afxk@163.com。

group. The control group received conventional symptomatic therapy, while the study group received additional treatment with Qingjin Huatan Decoction combined with acupoint application. Both groups were treated for 14 days. Clinical effects, traditional Chinese medicine syndrome scores, blood gas parameters, immune function indexes, and serum inflammatory markers between the two groups were compared before and after treatment. **Results:** After treatment, the total effective rate was significantly higher in the study group (93.68%, 89/95) than in the control group (83.70%, 77/92) ($P<0.05$). All traditional Chinese medicine syndrome scores decreased significantly in both groups after treatment ($P<0.05$), with lower scores observed in the study group compared to the control group ($P<0.05$). After treatment, blood gas analysis showed that arterial partial pressure of oxygen (PaO_2) increased ($P<0.05$) and arterial partial pressure of carbon dioxide ($PaCO_2$) decreased in both groups ($P<0.05$). The study group exhibited higher PaO_2 and lower $PaCO_2$ than the control group ($P<0.05$). Regulatory T cells (Treg) in serum increased significantly in both groups compared to those before treatment ($P<0.05$), with higher levels in the study group ($P<0.05$). Helper T cells 17 (Th17) in serum decreased significantly in both groups ($P<0.05$), with lower levels in the study group ($P<0.05$). Levels of procalcitonin (PCT), C-reactive protein (CRP), interleukin-6 (IL-6), and tumor necrosis factor-α (TNF-α) in serum decreased significantly in both groups ($P<0.05$), with lower levels in the study group ($P<0.05$). **Conclusion:** Qingjin Huatan Decoction combined with acupoint application treated AECOPD patients with phlegm-heat accumulation in lung syndrome improves ventilation function, reduces systemic inflammation, regulates immune function, alleviates clinical symptoms, and enhances overall therapeutic outcomes.

Keywords: Chronic obstructive pulmonary disease; Acute exacerbation; Phlegm-heat accumulation in lung syndrome; Qingjin Huatan Decoction; Acupoint application

慢性阻塞性肺疾病(COPD)为一种好发于中老年人群的呼吸系统疾病，以气道持续气流受限为主要特征，临床表现为呼吸困难、咳嗽、咳痰及喘息等[1]。引发该病的危险因素包括呼吸道感染、吸入过敏物质及烟草烟雾、环境污染、职业性暴露等，常因呼吸道感染、气候变化等因素造成病情急性加重，形成慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)，此时病情进展较快，严重危及患者生命[2]。西医治疗AECOPD多采取氧疗、抗感染、止咳化痰及解痉平喘等，在一定程度上可缓解临床症状，但病情易反复，且持续、长期用药易出现不良反应及耐药性，难以达到预期效果[3]。AECOPD归属于中医学肺胀、喘证、哮证等范畴，中医学认为本病因肺卫不固、外邪侵袭或久病劳伤致肺虚，急性期多见痰热壅肺证，故以清热宣肺、化痰平喘为主要治法。中医治疗包括内治法及外治法，其中内服中药、穴位贴敷较为常用。清金化痰汤出自《医学统旨》，为清热化痰经典方，可用于治疗AECOPD痰热壅肺证。穴位贴敷是集药物、腧穴和经络等作用的一种中医外治法，可通过药物渗透实现对药物的吸收，发挥药物治疗与穴位刺激的双重作用以达到治疗目的[4]。笔者临床上在常规对症治疗基础上加用清金化痰汤联合穴位贴敷治疗AECOPD痰热壅肺证效果良好。本研究观察在常规对症治疗基础上加用清金化痰汤联合穴位贴敷治疗AECOPD痰热壅肺证的临床疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考文献[2]中AECOPD的诊断标准制定。临床症状：急性起病，COPD患者呼吸系统症状出现急性加重；典型症状为气促加重，可伴有咳嗽加剧、喘息、胸闷、发热、痰量增加、痰液黏度和(或)颜色改变等，此外可出现呼吸急促、心动过速、疲乏、精神紊乱和嗜睡等非特异性症状；动脉血氧分压(PaO_2)<50 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa)和(或)二氧化碳分压($PaCO_2$)>70 mmHg，提示病情危重。

1.2 辨证标准 参考文献[5]中急性加重期痰热壅肺证的辨证标准。主症：咳嗽，胸闷，喘息，痰多稠

黄；次症：咳痰不爽，发热，胸痛，口渴喜冷饮，大便干结。舌质红、苔黄腻，脉滑数。符合上述主症≥2项兼次症≥3项，结合舌、脉即可辨证。

1.3 纳入标准 符合诊断和辨证标准；40岁≤年龄＜90岁；急性发作时间≤2周；签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并其他呼吸系统疾病，如气胸、支气管哮喘、支气管扩张症及活动性肺结核者；合并恶性肿瘤及严重心、肝、肾功能异常者；合并精神疾病、痴呆、沟通障碍等不能配合研究者；对本研究用药有过敏反应者。

1.5 剔除与脱落标准 中途自行退出研究者；未按研究方案接受治疗者；病历资料不完整，影响疗效判定者；研究过程中发生其他疾病者。

1.6 一般资料 选取2022年2月—2024年2月金华市中医医院收治的200例AECOPD痰热壅肺证患者，按随机数字表法分为研究组和对照组各100例。研究组研究过程中发生其他疾病剔除1例，未按研究方案接受治疗剔除2例，中途自行退出研究脱落2例；对照组未按研究方案接受治疗剔除3例，病历资料不完整而影响疗效评定剔除3例，中途自行退出研究脱落2例。最终研究组95例、对照组92例完成研究。研究组男54例，女41例；年龄42～84岁，平均（63.50±10.28）岁；COPD病程1～12年，平均（6.95±2.21）年；AECOPD病程1～8天，平均（4.73±1.45）天。对照组男52例，女40例；年龄45～86岁，平均（64.36±11.52）岁；COPD病程1～15年，平均（7.48±2.34）年；AECOPD病程1～10天，平均（5.45±1.60）天。2组一般资料比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。本研究获金华市中医医院医学伦理委员会审批同意。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予西医常规对症治疗。①抗感染。注射用头孢他啶（广东金诚金素制药有限公司，国药准字H20064882，规格：0.5 g/支）每次2.0 g加0.9%氯化钠注射液100 mL静脉滴注，每12 h 1次。②祛痰。盐酸溴己新葡萄糖注射液（江西亿友药业有限公司，国药准字H20041046，规格100 mL∶盐酸溴己新4 mg与葡萄糖5 g/支）每次100 mL静脉滴注，每天2次。③支气管扩张。注射用甲泼尼龙琥珀酸钠（PFIZER SA，国药准字H20170197，规格：40 mg/支）每次40 mg加0.9%氯化钠注射液100 mL静脉滴注，每天2次。④解痉平喘。吸入用布地奈德混悬液（四川普锐特药有限公司，国药准字H20213286，规格2 mL∶1 mg）每次2 mL加硫酸特布他林雾化吸入用溶液（江苏大红鹰恒顺药业有限公司，国药准字H20223363，规格2 mL∶5 mg）每次2 mL雾化吸入，每天2次。连续治疗14天。同时给予低流量吸氧、营养支持等。

2.2 研究组 在对照组基础上给予清金化痰汤联合穴位贴敷治疗。①清金化痰汤。处方：桑白皮12 g，黄芩10 g，茯苓15 g，栀子10 g，知母（肉）10 g，麦冬10 g，浙贝母12 g，瓜蒌8 g，桔梗10 g，橘红10 g，甘草5 g。随症加减：痰黏咳吐不爽者加南沙参10 g，百合10 g；高热者加石膏20 g；喘息甚者加射干10 g，旋覆花10 g；咳嗽甚者加前胡10 g，蜜枇杷叶12 g。每天1剂，由金华市中医医院中药房煎制，分装为每袋200 mL，早晚餐后30 min各温服1袋。②穴位贴敷。中药处方：麻黄10 g，芫花15 g，法半夏10 g，白芥子10 g，葶苈子10 g，冰片0.3 g。取穴：肺俞（双侧）、天突、膻中、定喘（双侧）。将药物研磨成细粉过300目筛，以蜂蜜调和，统一制成圆形药饼（直径30 mm，厚度5 mm），采用医用脱敏胶布（40 mm×40 mm）固定于穴位皮肤，每次贴敷6～8 h，每天1次。连续治疗14天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。治疗14天后评估。②中医证候评分。治疗前、治疗14天后，按无、轻、中、重，主症（咳嗽，胸闷，喘息，痰多稠黄）分别计0、2、4、6分，次症（咳痰不爽，发热，胸痛，口渴喜冷饮，大便干结）分别计0、1、2、3分，每项评分累加为总分，总分0～39分。③血气分析。治疗前、治疗14天后，以BG-800型血气分析仪（济南高德迪生物科技有限公司）监测PaO_2、$PaCO_2$水平。④炎症反应指标。治疗前、治疗14天后，采集患者晨起肘静脉血5 mL，常规低速离心（转速3 000 r/min，半径15 cm，离心10 min）处理后，取上清液置-80 ℃环境下储存待测，以免疫荧光法测定血清降钙素原（PCT）水平，以免疫比浊法测定血清C-反应蛋白（CRP）水平，以酶联免疫吸附法测定血清白细胞介素-6（IL-6）、肿瘤坏死因子-α（TNF-α）水平，试剂盒均购自上海恒远生物科技有限公司。⑤免疫功能指标。治疗前、治疗14天后，以DxFLEX流式细胞

仪[贝克曼库尔特国际贸易(上海)有限公司]测定调节性T细胞(Treg)、辅助性T细胞17(Th17)水平。

3.2 统计学方法 采用SPSS24.0统计学软件分析数据。计数资料以百分比(%)表示，采用χ^2检验。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组内比较采用配对样本t检验，组间比较采用独立样本t检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献[6]拟定。临床控制：咳嗽、胸闷、喘息等症状消失，疗效指数≥95%；显效：症状显著改善，70%≤疗效指数＜95%；有效：症状有所缓解，30%≤疗效指数＜70%；无效：症状无改善或加重，疗效指数＜30%。总有效率=(临床控制例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。疗效指数=(治疗前中医证候评分总分−治疗后中医证候评分总分)/治疗前中医证候评分总分×100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。研究组总有效率93.68%，高于对照组83.70%，差异有统计学意义($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较 例

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效[例(%)]
研究组	95	32	37	20	6	89(93.68)
对照组	92	21	29	27	15	77(83.70)
χ^2值						4.678
P值						0.031

4.3 2组治疗前后中医证候评分比较 见表2。治疗前，2组咳嗽、胸闷、喘息、痰多稠黄、咳痰不爽、发热、胸痛、口渴喜冷饮、大便干结评分及总分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组上述9项评分及总分均较治疗前降低，研究组上述9项评分及总分均低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.4 2组治疗前后血气指标比较 见表3。治疗前，2组PaO_2、$PaCO_2$水平比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组PaO_2水平均较治疗前升高，研究组PaO_2水平高于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)；2组$PaCO_2$水平均较治疗前降低，研究组$PaCO_2$水平低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表2 2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

证候	研究组(例数=95)		对照组(例数=92)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
咳嗽	3.72±0.64	1.28±0.35①②	3.85±0.70	1.94±0.46①
胸闷	3.40±0.46	0.95±0.23①②	3.28±0.42	1.36±0.30①
喘息	4.12±0.84	1.55±0.32①②	4.23±0.76	2.18±0.44①
痰多稠黄	2.95±0.43	1.18±0.28①②	3.07±0.52	1.74±0.35①
咳痰不爽	2.07±0.35	0.82±0.21①②	2.15±0.38	1.36±0.25①
发热	1.84±0.40	0.76±0.23①②	1.78±0.37	1.15±0.28①
胸痛	1.54±0.32	0.65±0.21①②	1.60±0.29	0.98±0.27①
口渴喜冷饮	1.13±0.26	0.58±0.18①②	1.07±0.24	0.77±0.20①
大便干结	1.08±0.23	0.52±0.16①②	1.14±0.30	0.87±0.21①
总分	21.85±4.66	8.29±2.35①②	22.17±5.06	12.35±3.18①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$。

表3 2组治疗前后血气指标比较($\bar{x}\pm s$) mmHg

组别	例数	PaO_2		$PaCO_2$	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	95	55.68±6.12	82.77±8.36①②	57.21±5.24	44.15±4.18①②
对照组	92	56.90±7.25	74.23±7.10①	56.58±6.36	48.54±5.72①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$。

4.5 2组治疗前后免疫功能指标比较 见表4。治疗前，2组血清Treg、Th17水平比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组血清Treg水平均较治疗前增加，研究组血清Treg水平高于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)；2组血清Th17水平均较治疗前下降，研究组血清Th17水平低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表4 2组治疗前后免疫功能指标比较($\bar{x}\pm s$) %

组别	例数	Treg		Th17	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	95	1.46±0.27	2.65±0.34①②	5.23±0.68	2.92±0.45①②
对照组	92	1.52±0.30	2.10±0.32①	5.18±0.62	3.80±0.53①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$。

4.6 2组治疗前后炎症指标比较 见表5。治疗前，2组血清CPR、PCT、IL-6、TNF-α水平比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组上述4项指标水平均较治疗前降低，研究组上述4项指标水平均低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表5 2组治疗前后炎症指标比较($\bar{x}\pm s$)

项 目	研究组(例数=95)		对照组(例数=92)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
CPR(mg/L)	26.85±6.20	7.42±2.10①②	26.13±6.34	11.14±2.21①
PCT(ng/mL)	0.82±0.16	0.38±0.10①②	0.88±0.14	0.52±0.12①
IL-6(mg/mL)	60.95±8.88	27.30±4.35①②	62.01±7.76	32.77±5.21①
TNF-α(ng/L)	12.36±2.15	5.15±1.24①②	13.11±5.28	8.30±1.46①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$。

5 讨论

AECOPD归属于中医学肺胀、喘证、哮证等范畴。从中医学角度分析，COPD属本虚标实之证，急性加重期临床表现以标实为主，因久病劳伤、外邪侵袭等致肺气亏虚，卫外不固，不能抗御外邪而发病，急性期因受外邪反复侵袭，水液运化失司，津液停聚，日久郁而化热，凝聚成痰，痰与热结，阻于肺络，肺气上逆，而发为咳喘，形成痰热壅肺证，其为AECOPD常见证型。急则治其标，AECOPD痰热壅肺证治宜清热宣肺、化痰平喘。清金化痰汤加减方中桑白皮泻肺平喘、利水消肿；黄芩清泄肺火；栀子泻火除烦、清热利湿，与黄芩配伍可加强清泄上焦肺中实热；桑白皮、黄芩、栀子共为方中君药，可清泻肺热、止咳平喘、燥湿化痰。瓜蒌清热化痰、宽胸散结。浙贝母清热化痰、止咳；桔梗祛痰、宣肺利咽；瓜蒌、浙贝母、桔梗为臣药，可清热涤痰，兼以宽胸散结。茯苓利水渗湿、健脾；橘红理气化痰；麦冬、知母润肺止咳、养阴清热；茯苓、橘红、麦冬、知母为佐药，有利水渗湿、理气化痰、润肺止咳功效。甘草调和诸药，为使药。全方共奏清热宣肺、理气化痰、止咳平喘之功，适用于治疗AECOPD痰热壅肺证。痰黏咳吐不爽者，加南沙参、百合以润肺化痰；高热者，加石膏清热泻火；喘息甚者，加射干、旋覆花以降气、化痰、利咽；咳嗽甚者，加前胡、蜜枇杷叶清肺、止咳、化痰。

本研究穴位敷贴中药处方中麻黄宣肺平喘；芫花祛痰止咳；法半夏燥湿化痰；白芥子温肺豁痰、利气散结、通络止痛；葶苈子泻肺平喘，与白芥子配伍，两药一温一寒，互制其偏，增强平喘之力；冰片清热，促进透药。诸药奏宣泻肺热、止咳平喘、理气化痰之功。所选穴位中，肺俞宣热疏风、平喘止咳；天突宣通肺气、化痰止咳平喘；膻中理气宽胸、清肺化痰；定喘穴通宣理肺、止咳平喘。诸穴配伍，有理气宽胸、清肺化痰、止咳平喘作用。本研究结果显示，研究组总有效率高于对照组，各项中医证候评分及总分均低于对照组。提示在常规对症治疗基础上加用清金化痰汤联合穴位贴敷治疗AECOPD痰热壅肺证，可进一步提升疗效，减轻临床症状。

AECOPD患者由于呼吸气流严重受限，呼吸功能、肺功能降低，出现二氧化碳潴留，随着病情的加重而并发高碳酸血症、低氧血症[7]。PaO_2可直接反映机体缺氧程度，其水平越低则提示缺氧程度越严重，是判断缺氧情况的重要指标，同时还能反映肺功能损伤情况[8]。$PaCO_2$可反映肺泡通气功能，当通气不足时，$PaCO_2$升高[9]。因此，可通过观察PaO_2、$PaCO_2$评估通气功能。AECOPD病情恶化时，相关炎症指标水平会随之上升[10]。其中CRP为一种急性时相反应蛋白，当机体受感染后，CRP水平迅速上升，可用于评估机体炎症程度[11]；PCT为降钙素前体，是评估AECOPD炎症反应程度的重要指标，在疾病的早期识别和诊断、严重性评估和指导治疗方面具有辅助作用，其表达水平与AECOPD患者的肺功能密切相关[12]；IL-6、TNF-α均为促炎细胞因子，直接参与了AECOPD的炎症急性加重过程，可用于评估AECOPD病情[13]。有研究表明，T淋巴细胞分泌失衡是AECOPD病情加重的重要原因，Treg通过分泌抑炎性因子而对自身免疫应答产生抑制作用，Th17可通过释放炎性因子而对自身免疫应答产生介导作用，因此两者平衡可维持机体免疫功能，而两者失衡可导致异常免疫反应[14]。本研究结果显示，研究组PaO_2、血清Treg水平均高于对照组，$PaCO_2$水平及血清CRP、PCT、IL-6、TNF-α、Th17水平均低于对照组。提示在常规对症治疗基础上加用清金化痰汤联合穴位贴敷治疗AECOPD痰热壅肺证可更有效地改善通气功能，减轻炎症反应，调节免疫功能。

现代药理学研究表明，橘红中的活性成分有平喘、止咳、化痰等作用[15]；桔梗水提液可增加呼吸道黏膜分泌量而发挥祛痰的效果，桔梗皂苷有抗炎抑菌作用[16]；桑白皮的氯仿和醇提取物有镇咳平喘作用[17]；瓜蒌水煎剂给予鼠灌胃，可抑制氨水引咳而发挥镇咳祛痰效果，瓜蒌多糖灌胃给药可提高免疫抑制小鼠淋巴细胞增殖能力和巨噬细胞吞噬能力，有

较好的免疫增强活性[18]；茯苓对于不同实验模型下的急、慢性炎症有对抗作用，所含茯苓多糖成分可增强机体免疫力[19]；栀子所含京尼平苷成分，可抑制TNF-α而抑制炎症反应[20]；麻黄中含麻黄多糖等化学成分，有免疫抑制、减少炎症细胞生成、减轻气道和肺部炎症作用[21]。另有研究表明，清金化痰汤可改善通气，同时有利于排出二氧化碳，提高氧分压，调节酸碱平衡，改善患者血气指标，从而有效改善AECOPD患者氧合状况，减轻缺氧症状，帮助患者脱离呼吸衰竭状态[22]。AECOPD患者应用中药穴位敷贴可降低β受体的反应性，对机体免疫力的提升有积极作用，同时有助于降低炎症因子水平，减轻炎症损伤[23]。

综上所述，在常规对症治疗基础上使用清金化痰汤联合穴位贴敷治疗AECOPD痰热壅肺证可进一步提升临床疗效，且有助于缓解临床症状，改善患者的通气功能，减轻炎症反应及调节免疫功能，值得临床参考。

[参考文献]

[1] 《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组. 中成药治疗慢性阻塞性肺疾病临床应用指南(2021年)[J]. 中国中西医结合杂志，2022，42(8)：901-914.

[2] 国家卫生健康委员会急诊医学质控中心，中华医学会急诊医学分会，中国医师协会急诊医师分会，等. 中国慢性阻塞性肺疾病急性加重中西医诊治专家共识(2021)[J]. 中华危重病急救医学，2021，33(11)：1281-1290.

[3] 张萱，张娜娜，宋刚，等. 宣肺理气化痰清热法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热郁肺证临床疗效及对肺功能、炎症因子水平的影响[J]. 河北中医，2022，44(8)：1291-1294，1298.

[4] 郑洋，范存愈，卢丽君，等. 清气化痰汤联合穴位贴敷治疗AECOPD痰热壅肺证的疗效及对血清MMP-2、MMP-9、MMP-12的影响[J]. 现代生物医学进展，2023，23(15)：2956-2959，2979.

[5] 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版)[J]. 中医杂志，2012，53(1)：80-84.

[6] 郑筱萸. 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，2002：60-66.

[7] 吴熙存，张优优. 多索茶碱注射液联合雾化吸入治疗对慢性阻塞性肺疾病急性加重期老年女性患者呼吸功能肺功能及细胞因子的影响[J]. 中国妇幼保健，2024，39(16)：3026-3030.

[8] 赵艳菊，肖玉琴，王玲玲. 动脉血气分析、凝血功能及肺动脉收缩压监测在慢性阻塞性肺疾病急性加重防治中的应用分析[J]. 实用医院临床杂志，2022，19(3)：154-157.

[9] 李德智，邹艳红. 肺力咳胶囊对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者血气、血栓前状态及膈肌功能的影响[J]. 湖北中医药大学学报，2024，26(2)：26-29.

[10] 张鸿雁，秦鸿. 豁痰丸合补肺汤加减治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床疗效及对血气指标的影响[J]. 四川中医，2022，40(11)：106-108.

[11] 王寸寸，蒋亚林，张孝飞，等. 强力枇杷露对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的临床疗效及肺功能和IL-6、CRP、PCT水平的影响[J]. 广州中医药大学学报，2024，41(3)：569-575.

[12] 宋刚，韩培英，张慧聪，等. 清肺化痰、降逆平喘方在慢性阻塞性肺疾病急性加重期治疗中的作用及对外周血PCT、CRP、IL-6和免疫功能的影响[J]. 中华中医药学刊，2024，42(8)：85-89.

[13] 李颖，顾国忠，侯衍修，等. mMRC评分联合血清炎性因子水平对慢性阻塞性肺疾病患者急性加重风险的评估价值[J]. 临床肺科杂志，2024，29(9)：1360-1367.

[14] 伍素霞，陈成. 苏黄止咳胶囊治疗风寒袭肺型慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的临床疗效及其对免疫功能的影响[J]. 实用心脑血管杂志，2019，27(10)：116-120.

[15] 钟仁兴，丁子禾，杨燕妮，等. 基于网络药理学分析的橘红痰咳液主治“痰、咳、喘”的药效物质基础与作用机制研究[J]. 药学学报，2020，55(9)：2134-2144.

[16] 左军，尹柏坤，胡晓阳. 桔梗化学成分及现代药理研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报，2019，21(1)：113-116.

[17] 候宝林，施洋，赵俊芳，等. 桑白皮化学成分及药理作用研究进展[J]. 辽宁中医杂志，2020，20(8)：212-214.

[18] 鄢海燕，邹纯才. 瓜蒌的药理学作用与机制研究进展及网络药理学研究展望[J]. 国际药学研究杂志，2019，46(2)：89-96，115.

[19] 催鹤蓉，王睿林，郭文博，等. 茯苓的化学成分、药理作用及临床应用研究进展[J]. 西北药学杂志，2019，34(5)：694-700.

[20] 薛士梅. 中药栀子有效成分及药理作用研究进展[J]. 中国城乡企业卫生，2022，37(5)：59-61.

[21] 任海波，王迎春，麻景梅，等. 麻黄的活性成分与临床应用进展[J]. 中国药物警戒，2021，18(4)：396-399.

[22] 赵媚. 清金化痰汤对慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热郁肺证患者临床疗效及相关炎症因子的影响[D]. 南宁：广西中医药大学，2016.

[23] 吉花蕊. 加味三子养亲汤联合穴位贴敷治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰湿阻肺证的临床观察[D]. 长沙：湖南中医药大学，2023.

（责任编辑：吴凌，林良才）