

健脾化痰清肺汤联合常规治疗对老年慢性支气管炎急性发作痰湿蕴肺证患者的临床疗效

樊丹，吴炜，罗伟*
(徐州市中心医院，江苏徐州 221000)

摘要：目的 探讨健脾化痰清肺汤联合常规治疗对老年慢性支气管炎急性发作痰湿蕴肺证患者的临床疗效。方法 98例患者随机分为对照组和观察组，每组49例，对照组采用常规治疗（硫酸特布他林、盐酸氨溴索、莫西沙星），观察组在对照组基础上加用健脾化痰清肺汤，疗程2周。检测临床疗效、中医证候评分、血气指标（PCO₂、PaO₂、SaO₂）、血清炎症因子（TNF-α、IL-6、IL-8）水平、不良反应发生率变化。结果 观察组总有效率高于对照组（ $P<0.05$ ）。治疗后，2组中医证候评分、PCO₂、血清炎症因子水平降低（ $P<0.05$ ），PaO₂、SaO₂升高（ $P<0.05$ ），以观察组更明显（ $P<0.05$ ）。2组不良反应发生率比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。结论 健脾化痰清肺汤联合常规治疗可安全有效地改善老年慢性支气管炎急性发作痰湿蕴肺证患者临床症状，调节血气指标，减轻炎症反应。

关键词：健脾化痰清肺汤；常规治疗；老年慢性支气管炎；急性发作；痰湿蕴肺

中图分类号：R287 **文献标志码：**B **文章编号：**1001-1528(2022)08-2754-03

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2022.08.064

慢性支气管炎属于临床常见的呼吸系统疾病，主要症状为咳嗽、咳痰或喘息，急性发作期由生物、物理、化学刺激或过敏因素引起气管、支气管黏膜炎症加重，使原有的咳嗽、咳痰症状加重，严重影响患者生活质量，甚至危及生命安全^[1]，我国发病率为3.82%，50岁以上人群中更是高达13%^[2]。临床治疗慢性支气管炎时，大多采用莫西沙星、硫酸特布他林、盐酸氨溴索控制感染、镇咳止痰，虽然能在短时间内缓解症状，但长期服用存在一定耐药性，而且疗效有待进一步提高^[3]。

中医认为，慢性支气管炎属于“咳嗽”“喘证”“痰饮”等范畴，肺居至高，主持诸气，肺金受伤，咳嗽之病从兹作矣，久咳伤肺，肺气虚而气怯声低，痰涎清稀或黏痰液，由于外感寒湿，久咳未愈导致脾受损伤，失去健运，导致水谷不能化生精微，痰浊内生，使肺失宣肃，故为痰湿蕴肺证^[4]，治疗时主张祛痰降逆、宣肺平喘。健脾化痰清肺汤包括茯苓、瓜蒌、炙麻黄、陈皮、炒莱菔子、苍术、桔梗等，具有化痰止咳、补脾益肺、渗湿行气功效^[5]，故本研究考察健脾化痰清肺汤联合常规治疗对老年慢性支气管炎急性发作痰湿蕴肺证患者的临床疗效，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2019年1月至2020年1月收治于徐州市中心医院的98例老年慢性支气管炎急性发作痰湿蕴肺证患者，随机数表法分为对照组和观察组，每组49例。其中，对照组男性28例，女性21例；年龄60~82岁，平均年龄（68.81±9.25）岁；病程2~17年，平均病程（9.72±1.57）

年；急性发作至入院时间2~15 h，平均时间（6.34±0.94）h；咳嗽轻度（间断，不影响工作及生活）8例，重度（昼夜频繁，影响工作及睡眠）2例，中度（介于轻度和重度之间）39例；咳痰少（昼夜10~50 mL）11例，中（昼夜51~100 mL）34例，多（咳痰>100 mL）4例；喘息轻度（偶有发作，不影响睡眠及运动）7例，重度（明显，不能平卧，影响睡眠及运动）3例，中度（介于轻度和重度之间）39例；哮鸣音少（偶闻，或在深快呼吸、咳嗽后出现）11例，中（散在分布）34例，多（两肺满布）4例，而观察组男性30例，女性19例；年龄60~84岁，平均年龄（69.17±9.31）岁；病程2~19年，平均病程（10.06±1.61）年；急性发作至入院时间2~13 h，平均时间（6.29±0.91）h；咳嗽轻度6例，重度2例，中度41例；咳痰少4例，中40例，多5例；喘息轻度5例，重度5例，中度39例；哮鸣音少7例，中37例，多5例，2组一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。研究经医院伦理委员会批准（审批号201812-002）。

1.2 纳入标准 （1）符合慢性支气管炎急性发作诊断标准^[6]；（2）年龄60~85岁；（3）胸部CT检查肺纹理增粗、紊乱，呈网状或条索状、斑点状阴影；（4）中医辨证符合痰湿蕴肺证辨证^[7]，主证咳嗽、咳声重浊、痰多色白，次症乏力、面部虚浮、腹胀、便溏，具备至少2种主证+2种次证+舌脉象（舌质淡、苔白腻、脉滑）即可确诊；（5）患者及其家属了解本研究，签署知情同意书。

1.3 排除标准 （1）合并肺结核、支气管哮喘、支气管

收稿日期：2021-10-01

作者简介：樊丹（1984—），女，硕士，副主任中医师，研究方向为慢性支气管炎。Tel：15351687049

*通信作者：罗伟（1963—），男，副主任中医师，研究方向为慢性支气管炎

扩张、肺纤维化、肺癌；(2) 合并血液或免疫系统疾病；(3) 合并其他心血管、肝、肾等严重全身性疾病；(4) 近3个月采用同类药物治疗；(5) 对研究药物过敏；(6) 合并精神障碍。

1.4 治疗手段

1.4.1 对照组 采用常规治疗,包括硫酸特布他林雾化液(广州粤迅康药业有限公司,国药准字H20090134)雾化吸入,每次1~1.5 mg,每天4~6次;15 mg盐酸氨溴索注射液(云南龙海天然植物药业有限公司,国药准字H20094223)溶于5 mL无菌注射水中静脉注射,每天2次;莫西沙星注射液(成都天台山制药有限公司,国药准字H20140125)静脉滴注,每天400 mg,连续治疗2周。

1.4.2 观察组 在对照组基础上采用健脾化痰清肺汤,以郑忠文^[8]报道的中药组方为建方依据,结合临床疗效(咳嗽、咳痰、喘息、乏力等明显减轻)自拟配方,基本组方药材茯苓、桑白皮、五味子、瓜蒌、炙麻黄、赤芍各15 g,陈皮、法半夏、紫苏子、白芥子、炒莱菔子、苍术、桔梗各10 g,心悸、失眠者,加炒酸枣仁15 g;咳逆气急、痰多胸闷者,加前胡10 g;便溏者,加白术、山药各10 g,将各药材放入砂锅中,清水(高出药材2~3 cm)浸泡30~60 min,大火煮沸后调至小火煎煮30 min,取药液200 mL,再加水煎煮20 min,合并2次药液,每剂400 mL,每天1剂,早晚各温服200 mL,连续治疗2周。

1.5 疗效评价 参考文献[9]报道,(1)显效,X射线检查显示病灶全部吸收,咳嗽、痰证、喘证等临床症状完全消失,中医证候评分降低80%以上;(2)有效,X射线检查显示病灶大部分吸收,临床症状明显减轻,中医证候评分降低40%~80%;(3)无效,X射线检查显示病灶吸

收较小或未吸收,临床症状未减轻甚至加重,中医证候评分降低40%以下。总有效率=[(显效例数+有效例数)/总例数]×100%。

1.6 指标检测

1.6.1 中医证候评分 主证包括咳嗽、咳声重浊、痰黏量多,每项评分0~6分;次证包括乏力、面部虚浮、腹胀、便溏,每项评分0~3分,总分越高,症状越严重。

1.6.2 血气指标 采用TCM 4经皮血气监测仪(北京兰桥医学科技有限公司)、Biotrend血氧饱和度监测仪(上海寰熙医疗器械有限公司)检测二氧化碳分压(PCO_2)、氧分压(PaO_2)、血氧饱和度(SaO_2)。

1.6.3 血清炎症因子水平 患者于治疗前后空腹采血,采用TG-16W医用离心机[爱来宝(济南)医疗科技有限公司]离心取血清(3 000 r/min,15 min),酶联免疫吸附法检测肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、白细胞介素-6(IL-6)、IL-8水平,试剂盒均购自伊艾博(武汉)科技股份有限公司。

1.6.4 不良反应发生率 硫酸特布他林雾化液不良反应有恶心呕吐、心悸等,盐酸氨溴索注射液不良反应有恶心呕吐、灼热等,健脾化痰清肺汤不良反应有恶心呕吐等,统计治疗期间其发生情况,计算发生率。

1.7 统计学分析 通过SPSS 22.0软件进行处理,计数资料以百分率表示,组间比较采用卡方检验,若理论频数为1~5则需校正;计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用t检验;等级分布资料采用秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候评分 治疗后,2组中医证候评分降低($P < 0.05$),以观察组更明显($P < 0.05$),见表1。

表1 2组中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$, n=49)

组别	主证/分		t/P	次证/分		t/P	总评分/分		t/P
	治疗前	治疗后		治疗前	治疗后		治疗前	治疗后	
观察组	9.61±1.58	6.15±1.01	12.916/ <0.001	6.73±1.12	3.19±0.53	19.999/ <0.001	16.34±2.72	9.34±1.55	15.652/ <0.001
对照组	9.57±1.56	6.69±1.12	10.498/ <0.001	6.68±1.10	3.52±0.58	17.788/ <0.001	16.25±2.70	10.21±1.70	13.251/ <0.001
t/P	0.126/0.900	2.506/0.014	—	0.223/0.824	2.940/0.004	—	0.164/0.870	2.647/0.009	—

2.2 临床疗效 治疗后,2组疗效等级分布差异明显($P < 0.05$),观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$),见表2。

表2 2组临床疗效比较[例(%), n=49]

组别	显效	有效	无效	总有效
观察组	28(57.14)	19(38.78)	2(4.08)	47(95.92)
对照组	17(34.69)	24(48.98)	8(16.33)	41(83.67)
Z/ χ^2		6.214		4.009
P		0.028		0.045

2.3 血气指标 治疗后,2组 PCO_2 降低($P < 0.05$), PaO_2 、 SaO_2 升高($P < 0.05$),以观察组更明显($P < 0.05$),见表3。

2.4 血清炎症因子水平 治疗后,2组TNF- α 、IL-6、IL-8水平降低($P < 0.05$),以观察组更明显($P < 0.05$),见表4。

2.5 不良反应发生率 对照组有1例恶心呕吐,不良反应发生率为2.04%;观察组有2例恶心呕吐、1例头晕,不良反

应发生率为6.12%,2组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。

3 讨论

中医认为,慢性支气管炎急性发作病理性质属本虚标实,以标实为主,久病肺虚,痰湿蕴肺基础上,内外合邪,引动郁痰,致肺气壅阻,肺失宣降,逆气上奔而发病^[10],治宜祛痰降逆、宣肺平喘^[11]。健脾化痰清肺汤中茯苓、陈皮化痰燥湿,健脾理气^[12];白芥子温肺利气豁痰,散结止痛;紫苏子、白芥子、炒莱菔子降气化痰,促进壅盛之痰下行;桔梗专入肺经、辛散苦泄,使得水谷之精气顺利上归,诸药合用,发挥宣肺定喘、止咳化痰、通调肺气之功^[13~15],结合痰湿蕴肺型慢性支气管炎“肺气虚弱、痰饮阻肺”的病理性质,全方可达健脾燥湿、化痰止咳、泻肺降气功效。现代药理研究表明,瓜蒌有效成分对金黄色葡萄球菌、肺炎双球菌、溶血性链球菌有抑制作用,同时具

表3 2组血气指标比较 ($\bar{x} \pm s$, $n=49$, 1 mmHg=0.133 kPa)

组别	PCO ₂ /mmHg		t/P	PaO ₂ /mmHg		t/P	SaO ₂ /%		t/P
	治疗前	治疗后		治疗前	治疗后		治疗前	治疗后	
观察组	47.33±7.88	35.42±5.90	8.469<0.001	67.59±11.27	88.73±14.78	7.962<0.001	81.40±13.57	93.16±15.52	3.993<0.001
对照组	46.84±7.80	38.74±6.45	5.602<0.001	68.01±11.33	82.25±13.47	5.663<0.001	80.15±13.45	86.38±14.33	2.219<0.029
t/P	0.309/0.758	2.659/0.009	—	0.184/0.854	2.268/0.026	—	0.458/0.648	2.247/0.027	—

表4 2组血清炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$, $n=49$)

组别	TNF- α /(ng·L ⁻¹)		t/P	IL-6/(ng·L ⁻¹)		t/P	IL-8/(ng·L ⁻¹)		t/P
	治疗前	治疗后		治疗前	治疗后		治疗前	治疗后	
观察组	43.16±7.17	15.74±2.62	25.144<0.001	36.51±6.08	12.85±2.13	25.708<0.001	418.69±39.67	215.37±31.83	27.983<0.001
对照组	42.97±7.15	19.66±3.27	20.754<0.001	36.34±6.04	9.93±1.65	29.526<0.001	420.02±39.81	240.54±33.26	24.219<0.001
t/P	0.131/0.896	6.549<0.001	—	0.139/0.890	7.586<0.001	—	0.166/0.869	3.827<0.001	—

有祛痰活性^[16]；桔梗具有增强抗炎及免疫作用，增加支气管黏膜分泌，稀释痰液使之易于排出^[17]。

TNF- α 是由巨噬细胞与单核细胞产生的促炎因子，机体出现炎症后其水平升高；IL-6 属于肝细胞刺激因子，在炎症反应中诱导急性期反应蛋白合成；IL-8 有很强的促血管生成作用，在支气管炎发病中起到重要作用^[18-19]。健脾化痰清肺汤中炙麻黄有效成分对支气管平滑肌痉挛具有良好的缓解作用^[20]，桑白皮具有抗菌、抗炎作用^[21-22]，故能有效控制炎症反应。另外，本研究发现健脾化痰清肺汤安全性较高，可能是由于全方配伍合理、药性相合。

综上所述，健脾化痰清肺汤联合常规治疗能减轻老年慢性支气管炎急性发作痰湿蕴肺证患者症状和炎症，增强临床疗效，调节血气指标，而且不良反应小。

参考文献：

- [1] Guillien A, Soumagne T, Dalphin J C, et al. COPD airflow limitation and chronic bronchitis in farmers: a systematic review and meta-analysis [J]. *Occup Environ Med*, 2019, 76 (1): 58-68.
- [2] 李婧辰, 张梅, 李镒冲, 等. 我国40岁及以上人群慢性呼吸系统疾病症状流行现况及影响因素研究[J]. 中华流行病学杂志, 2018, 39 (6): 786-791.
- [3] 王强. 盐酸氨溴索联合莫西沙星治疗慢性支气管炎的疗效观察[J]. 中国药物与临床, 2018, 18 (9): 1543-1544.
- [4] 黄莹, 刘琼娇, 龚宗炼. 金贝痰咳清颗粒联合二羟丙茶碱治疗老年慢性支气管炎急性发作的效果[J]. 中国医药导报, 2019, 16 (31): 148-151.
- [5] 吴艳玲, 赵力力, 冯丽娟, 等. 健脾化痰汤加减联合阿奇霉素序贯疗法对肺炎支原体肺炎患儿免疫功能及凝血功能的影响[J]. 中医药导报, 2018, 24 (3): 95-96; 100.
- [6] 林琳. 慢性支气管炎(中西医结合慢性病防治指导与自我管理丛书) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 98-101.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 77-85.
- [8] 郑忠文. 一种治疗痰湿蕴肺型慢性支气管炎的中药组合物: 中国, CN104524037A[P]. 2015-04-22.
- [9] 张炜. 专家诊治慢性支气管炎 [M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 2012: 134-137.
- [10] 王芳杰, 崔虎啸, 史广超. 三子止咳胶囊联合二羟丙茶碱治疗慢性支气管炎急性发作的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2018, 33 (12): 3212-3215.
- [11] 魏振, 袁云侠, 张秀芳, 等. 加味千金苇茎汤对慢性支气管炎急性发作患者中医症状积分及血清前白蛋白水平的影响 [J]. 四川中医, 2019, 37 (7): 95-97.
- [12] 陈宏, 佟丽丽, 张伟, 等. 佐金平木联合健脾化痰法治疗小儿多发性抽动症70例临床研究 [J]. 江苏中医药, 2018, 50 (9): 38-40.
- [13] 陈明, 马家驹, 周继朴. 温阳健脾化痰汤对支气管扩张缓解期患者临床疗效及生活质量的影响 [J]. 中医药导报, 2017, 23 (15): 93-95.
- [14] 邓暖繁, 刘敏. 健脾化痰活血汤结合左甲状腺素钠片治疗亚临床甲状腺功能减退症临床研究 [J]. 国际中医中药杂志, 2020, 42 (2): 129-130; 132.
- [15] 王玲. 中医益气健脾清热化痰法治疗脑梗死后多重耐药铜绿假单胞菌肺部感染临床观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28 (1): 56-59.
- [16] 黄楚燕, 梁宏宇. 自拟加味瓜蒌薤白半夏汤对痰湿蕴肺型慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者炎症因子及凝血功能的影响 [J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36 (2): 181-185.
- [17] 谢雄雄, 张迟, 曾金祥, 等. 桔梗提取物部位群镇咳祛痰活性与桔梗皂苷成分研究 [J]. 中国新药杂志, 2019, 28 (13): 1647-1653.
- [18] Lee E G, Rhee C K. The clinical efficacy of AG NPP709 (Synatura[®]) in patients with chronic bronchitis type stable chronic obstructive pulmonary disease [J]. *J Thorac Dis*, 2020, 12 (5): 2435-2442.
- [19] Rose M A. Feuchter Husten und protrahierte bakterielle Bronchitis bei Kindern und Jugendlichen [J]. *Der Pneumologe*, 2018, 15 (4): 272-278.
- [20] 冯徐俊. 炙麻黄联合西医治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床效果 [D]. 南昌: 南昌大学, 2019.
- [21] 吴永祥, 吴丽萍, 胡长玉, 等. 桑白皮中 sanggenon B 对脂多糖诱导 RAW264.7 细胞炎症反应的影响 [J]. 天然产物研究与开发, 2018, 30 (7): 1132-1137.
- [22] 马莹慧, 冯波, 朱鹤云, 等. 北五味子中总木脂素类成分的抗氧化及抗炎活性研究 [J]. 食品研究与开发, 2019, 40 (11): 25-30.