

# 石芦清金颗粒联合西医治疗慢阻肺 急性加重期临床研究<sup>\*</sup>

高秋洁 程玲<sup>\*\*</sup> 屈小元 骆晶 胡卫涛

(陕西省中医医院重症医学科, 陕西 西安 710003)

**摘要:**目的 研究石芦清金颗粒联合西医治疗慢阻肺急性加重期(AECOPD)患者的临床效果。方法 选取医院2018年10月—2019年12月期间收治的痰热壅肺型AECOPD患者60例,通过随机数字表法,分为对照组和治疗组,每组30例。对照组采用西医常规对症支持等综合治疗。治疗组联合石芦清金颗粒治疗,早晚各1剂。疗程为14天。观察检测两组治疗前后症状及实验室指标的变化,并评价疗效。结果 治疗组总有效率为96.67%,高于对照组80.00%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后,治疗组CAT评分和中医证候评分低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );与本组治疗前比较,两组患者动脉氧分压(arterial oxygen partial pressure,  $\text{PaO}_2$ ),氧合指数( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ )水平明显升高,呼吸频率(respiratory rate, RR)水平明显降低,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ );与对照组比较,治疗组在治疗后 $\text{PaO}_2$ ,  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ 水平明显高于对照组,RR水平明显低于对照组,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论 采用石芦清金颗粒联合西医治疗痰热壅肺型AECOPD患者,疗效显著,值得推广应用。

**关键词:**慢性阻塞性肺疾病急性加重期;石芦清金颗粒;痰热壅肺证;氧合指数

**中图分类号:**R563.3 **文献标识码:**A **文章编号:**2096-1340(2021)04-0110-04

**DOI:**10.13424/j.cnki.jstem.2021.04.025

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是常见的呼吸系统疾病,有调查显示,我国目前约有2500万COPD患者,40岁以上人群发病率高达8%以上,死亡人数每年超过100万,且近年来仍表现出逐年增高的趋势<sup>[1]</sup>。COPD急性加重期(AECOPD)患者呼吸道症状在短期内加重,甚至会引起心悸、呼吸衰竭、心力衰竭等严重并发症,不仅降低生存质量,还增加致死率,因此,AECOPD治疗方案的选择对患者长期预后具有重要影响<sup>[2]</sup>。西医以短效 $\beta_2$ 受体激动剂(SABA)和短程激素与抗生素等对症治疗为主,中医治疗从发病机制和药效出发,辨证论治,各有侧重。本次研究采用中西医结合治疗AECOPD患者,取得满意结果,现汇报如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料 选取医院2018年10月—2019

年12月期间收治的AECOPD患者60例作为研究对象,男36例,女24例,年龄51~83岁,平均年龄( $65.82 \pm 8.77$ )岁,通过制定随机数字表,生成随机数,按照就诊先后顺序,分配每一名患者一个随机数,将随机数从小到大排列,将患者分成两组,每组30例。对照组:男19例,女11例,平均年龄( $65.94 \pm 8.65$ )岁,平均COPD病程( $11.69 \pm 2.45$ ),平均BMI( $21.55 \pm 3.79$ ) $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$ ,吸烟史23例。治疗组:男17例,女13例,平均年龄( $65.70 \pm 8.96$ )岁,平均COPD病程( $11.38 \pm 2.60$ ),平均BMI( $21.74 \pm 3.82$ ) $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$ ,吸烟史20例。比较两组患者一般资料,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 中医诊断标准** 符合《慢性阻塞性肺疾病中医证候诊断标准(2011版)》<sup>[3]</sup>中“痰热壅肺证”

\* 基金项目:陕西省中医药管理局中医药科研课题(LCPT019)

\*\* 通讯作者:程玲,硕士,主治医师。E-mail:doctor6019@sina.com

的诊断标准:①咳嗽、喘息、气急;②痰多、色黄或白黏、咳痰不爽;③口渴,喜冷饮,或伴有发热;④大便秘结;⑤舌质红,苔黄,脉滑数;同时具有①+②,并有③-⑤中的两项即可诊断。

**1.2.2 西医诊断标准** 根据《2017年版慢性阻塞性肺疾病诊断、处理和预防全球策略解读》<sup>[4]</sup>制定 COPD 诊断标准:①呼吸困难呈现进行性加重、持续存在、活动时加剧;②慢性咳嗽;③慢性咳痰;④复发性下呼吸道感染;⑤有风险因素暴露史,如基因、先天性异常、吸烟、职业粉尘等;⑥家族史;⑦肺功能检查:吸入支气管扩张剂后1秒用力呼气容积(FEV<sub>1</sub>)/用力肺活量(FVC)<0.7;具备⑦,并同时有①-⑥中的2项以上,即可诊断。《慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治中国专家共识(2014年修订版)》<sup>[5]</sup>制定 AECOPD 的诊断标准:COPD 患者在短期内临床症状突然变化,超过日常变异的范围。

**1.3 纳入标准** ①符合1.2中的诊断标准;②年龄>40岁;③患者依从性较好;④自愿加入本研究,签署知情同意书。

**1.4 排除标准** ①合并严重心、肝、肾及造血系统疾病;②治疗前使用过抗凝、抗血小板类药物;③妊娠期或哺乳期妇女;④对本次治疗药物过敏者;⑤有精神病史,或具有其他无法配合治疗的情况。

**1.5 治疗方法** 对照组:卧床休息,持续低流量吸氧,维持水、电解质平衡及酸碱平衡,根据病情选用抗菌素(疗程为5~7 d)、支气管舒张剂(沙丁胺醇气雾剂,1~2喷/次,一天不超过8次)及化痰药物,必要时吸痰、呼吸机辅助呼吸、泼尼松(40 mg·d<sup>-1</sup>,连用5 d)及利尿剂等综合治疗<sup>[4]</sup>。治疗组:常规西医治疗的基础上加石芦清金颗粒治疗,陕西省中医医院自产制剂,刘华为工作室屈小元主任医师创制,免煎药房提供,主要组成为炙麻黄

5 g,生石膏 30 g,姜半夏 10 g,芦根 30 g,冬瓜仁 30 g,桃仁 10 g,杏仁 10 g,生薏米 30 g,黄芩 10 g,知母 10 g,地龙 10 g,炙甘草 3 g,紫菀 10 g,干姜 3 g,免煎冲服,早晚各 1 剂。每组均以 14 天为 1 个疗程,治疗 1 个疗程。

**1.6 观察指标** 1.1 观察患者治疗前后症状变化,采用 COPD 评估测试(CAT)评价,总分为 0~40 分,分数越高代表症状越严重。根据 1.2.1 中医诊断标准中的 5 方面证候表现,进行分级评分,从无到极重为 0、1、2、3 分,分数越高代表证候越严重。应用意大利 COSMED Quark PFT ergo 心肺功能测试仪、血气分析仪测定患者 RR, PaO<sub>2</sub>, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 水平。

**1.7 疗效评价** 参考《中医病证诊断疗效标准》<sup>[6]</sup>并结合患者病情,制定疗效评价标准:①治愈:患者病症全部消失,实验室及 X 线检查恢复正常,中医证候评分减少≥95%;②显效:患者病情明显改善,实验室及 X 线检查显示大部分恢复正常,中医证候评分减少在 60%~94%之间;③有效:患者病情有所改善,实验室及 X 线检查有所缓解,中医证候评分减少在 30%~59%之间;④无效:患者病情无改变,甚至出现加重,中医症候评分减少<30%。总有效率=(治愈+显效+有效)/例数×100%。

**1.8 统计学方法** 采用 SPSS 21.0 软件进行数据分析,计量数据资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组内比较采用配对 *t* 检验,组间比较采用两独立样本 *t* 检验,计数资料以构成比(%)表示,采用  $\chi^2$  检验,当 *P*<0.05 时,差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 两组疗效的比较** 治疗组总有效率为 96.67% 高于对照组 80.00%,差异有统计学意义( $\chi^2=4.043, P=0.044<0.05$ ),见表 1。

表 1 两组疗效的比较(n)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	30	7	9	8	6	80.00
治疗组	30	11	12	6	1	96.67

**2.2 两组治疗前后呼吸功能指标变化的比较** 与本组治疗前比较,两组患者 PaO<sub>2</sub>, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 水

平明显升高,RR 水平明显降低,差异具有统计学意义(*P*<0.05);与对照组比较,治疗组在治疗后

PaO<sub>2</sub>, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 水平明显高于对照组, RR 水平明显低于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表 2 两组治疗前后呼吸功能比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	<i>n</i>	时间	RR/次·min <sup>-1</sup>	PaO <sub>2</sub> /mmHg	PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub>
对照组	30	治疗前	25.68 ± 6.07	72.25 ± 5.69	217.68 ± 32.64
		治疗后	22.78 ± 4.94 <sup>a</sup>	81.32 ± 8.41 <sup>a</sup>	260.58 ± 41.93 <sup>a</sup>
治疗组	30	治疗前	25.73 ± 6.21	72.19 ± 6.48	217.73 ± 32.75
		治疗后	21.09 ± 4.21 <sup>a, b</sup>	86.84 ± 8.21 <sup>a, b</sup>	285.71 ± 41.28 <sup>a, b</sup>

注:与组内治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与治疗后对照组比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$

**2.3 两组治疗前后 CAT 评分和中医证候评分的比较** 比较两组治疗前 CAT 评分和中医证候评分,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗后,治疗组

CAT 评分和中医证候评分均低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 3。

表 3 组治疗前后 CAT 评分和中医证候评分的比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	<i>n</i>	时间	CAT 评分(分)	中医证候评分(分)
对照组	30	治疗前	33.19 ± 2.36	12.58 ± 1.92
		治疗后	24.93 ± 2.03 <sup>a</sup>	6.02 ± 0.93 <sup>ab</sup>
治疗组	30	治疗前	32.83 ± 2.49	12.33 ± 1.97
		治疗后	18.56 ± 1.55 <sup>ab</sup>	3.14 ± 0.65 <sup>ab</sup>

注:与组内治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;与治疗后对照组比较,<sup>b</sup> $P < 0.05$

**3 讨论**

AECOPD 在中医为风温肺热病,属于“肺胀”“喘证”的范畴<sup>[7]</sup>,是由风热病邪犯肺、肺失肃清、热壅肺气所导致,《金匱要略》中记载“咳而上气,此为肺胀,其人喘,目如脱状”。现代中医研究认为 COPD 是因患者肺虚,加之反复被外邪侵袭,导致病情进行性加重,病变首先发生在肺,肺主气,外邪入侵,使肺气宣降不利,升降失常则为喘,气逆于上而为咳,长此以往,肺虚治节失职,则血行瘀滞,致血滞气瘀,引起水饮、血瘀等表现,故总病机为“本虚标实”。患者在急性加重期,各类症状均加重,尤其是咳痰、气短气喘等症状,治疗时应以清热化痰、降逆止咳等方法为主<sup>[8]</sup>。

本研究采用石芦清金颗粒治疗,全方以麻杏石甘汤和千金苇茎汤为基础,以生石膏、炙麻黄为君药,生石膏味甘淡微辛,大寒,取其甘寒清气,清肺降气之功。炙麻黄是治喘的要药,且能宣散肺之郁热,二者一寒一热,一宣一降,实为相反相成的一组对药,能宣肺平喘,调节肺的气机运行。臣药中芦根清肺养阴生津,杏仁利肺气,散邪气,

止咳化痰,冬瓜仁化痰消痈,生薏米健脾利湿,防止寒凉损伤脾胃,半夏降逆化痰,桃仁活血祛瘀,泄热通便,地龙止喘通络,黄芩、知母清热养阴,炙紫菀润肺止咳;小剂干姜为佐使药,防止寒凉太过伤中阳之弊,亦体现“治肺不远温”之旨。全方共奏宣肺平喘、清热化痰、化瘀通络之功。

临床通过观察患者症状进行评分来评估病情,本次研究结果显示,治疗组总有效率高于对照组,治疗后 CAT 评分和中医证候评分低于对照组( $P < 0.05$ ),说明联用石芦清金颗粒能够明显提高疗效,改善患者“咳痰喘”症状。当患者长期气流受限,肺部血管收缩加剧,并引起肺动脉高压,RR, PaO<sub>2</sub>, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> 是临床用于体现呼吸功能的重要指标,能够反映机体缺氧和二氧化碳潴留程度,针对治疗前后两组患者指标进行测定对于临床患者的病情具有十分重要的监测价值,本次结果显示治疗后治疗组患者呼吸功能得到明显改善,说明中药的加入能够更好地改善患者呼吸功能,有利于病情的恢复。

综上所述,采用石芦清金颗粒联合西医治疗

痰热壅肺型 AECOPD 患者,疗效显著,值得推广应用。

# 参考文献

- [1] 廖清,陶玉坚.慢性阻塞性肺疾病流行病学及危险因素研究现状[J].中华临床医师杂志(电子版),2018,12(8):468-471.
- [2] 蔡昕姝,薛运昕,谭明旗.布地奈德及特布他林联合噻托溴铵对老年慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者肺功能的影响[J].中国老年学杂志,2020,40(6):1218-1220.
- [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证候诊断标准(2011版)[J].中医杂志,2012,53(2):177-178.
- [4] 王蕾,杨汀,王辰.2017年版慢性阻塞性肺疾病诊断、处理和预防全球策略解读[J].中国临床医生杂志,2017,

45(1):104-108.

- [5] 慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治专家组.慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治中国专家共识(2014年修订版)[J].国际呼吸杂志,2014,34(1):1-11.
- [6] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:3.
- [7] 刘小伟,高亭,陈剑辉.苏黄止咳胶囊联合噻托溴铵对稳定期慢性阻塞性肺疾病肺功能及炎症因子影响[J].现代中医药,2018,38(6):22-24.
- [8] 刘新平,王展儒.理肺化痰通脉方治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期临床研究[J].陕西中医,2020,41(4):484-486.

(收稿日期:2020-04-14 编辑:方亚利)