

# 基于“风邪致病”理论观察祛风清热化痰汤治疗痰热壅肺型慢阻肺急性加重期的临床疗效

吴廷浪<sup>1</sup> 程序<sup>2</sup>(通讯作者) 余江震<sup>2</sup> 金攀<sup>2</sup> 李丽琼<sup>2</sup> 谭小莉<sup>2</sup> 杨林杰<sup>1</sup>

(1.重庆医科大学中医药学院 重庆渝中区 400016 2.重庆市垫江县中医院呼吸与与危重症医学科 重庆垫江县 408300)

**摘要:**目的:观察基于“风邪致病”理论应用祛风清热化痰汤治疗痰热壅肺型慢阻肺急性加重期的临床疗效。方法:将符合痰热壅肺型慢阻肺急性加重期诊断标准的72例患者随机分为2组,对照组患者参照指南要求给予西医治疗;治疗组用西医治疗+祛风清热化痰汤加减治疗,疗程为7天。结果:治疗后两组患者中医证候积分、临床疗效、mMRC评分、CAT评分、肺功能(FEV1/FVC、FEV1%)、WBC、CRP、PaO<sub>2</sub>、PaCO<sub>2</sub>均有改善,且治疗组在中医证候积分、临床疗效、mMRC评分、CAT评分、PaO<sub>2</sub>、WBC、CRP方面优于对照组, P<0.05。结论:祛风清热化痰汤可以明显改善患者咳嗽、咳痰、喘促等临床症状,减少发病次数,值得广泛应用。

**关键词:**风邪致病;祛风清热化痰汤;痰热壅肺型

慢性阻塞性肺疾病为老年病人中常见的慢性疾病,多反复发作,急性加重期时,患者病情加重,通气、换气功能较差,可出现喘促、咳嗽、咳痰症状明显加重,伴有呼吸困难,心率加快等危及生命症状。临床在治疗慢阻肺过程中,大多采用激素、吸氧、机械辅助通气、抗生素以及相关解痉平喘的西药对症治疗。但随着病情恶化,抗生素的频繁使用,耐药性逐年上升,整体治疗效果持续下降。目前“风邪致病”理论已经广泛应用于各种疾病<sup>[1-2]</sup>,人体阴阳失衡,卫外不固,易受风邪,治法上其更加侧重于祛风以及风药的使用。慢阻肺急性加重期患者多为感受风邪而病情加重,大多为痰热壅肺证,治疗应祛风清热,化痰平喘,故在西医治疗基础上,根据“风邪致病”理论运用自拟祛风清热化痰汤<sup>[3]</sup>治疗慢阻肺急性加重,在缓解临床症状上具有积极效果。

## 资料与方法

### 1 入组标准

#### 1.1 西医诊断标准

依据2024年GOLD科学委员会颁布的《慢性阻塞性肺疾病诊断、治疗和预防的全球策略》<sup>[4]</sup>,以下为诊断标准:(1)连续超过2年的间断性咳嗽、咳痰,并伴有喘息、气促、呼吸困难等临床症状的表现;(2)肺功能检查:使用支气管扩张剂后,FEV<sub>1</sub>/FVC<70%

#### 1.2 中医证候诊断标准

依据《国际中医临床实践指南:慢性阻塞性肺疾病》<sup>[5]</sup>2020年版本,设定AECOPD痰热壅肺证型的诊断标准:主症:咳嗽、痰量多,痰偏黄或白粘、气促、胸胀或胸闷;次症:发热、汗出;口干、口渴;大便结燥、小便色赤;口唇红润或稍淡红。舌红,苔黄腻,脉滑数。

#### 1.3 纳入标准

符合AECOPD西医诊断标准;符合中医诊断标准;患者自愿配合试验要求;

#### 1.4 排除标准

患者伴有恶性肿瘤及血液系统疾病或合并其他脏器功能障碍的疾病;患者智力低下,不能与患者进行有效

的交流和沟通;

### 2.一般资料

选取来源于2022年08月至2023年11月重庆市垫江县中医院呼吸科住院部就诊患者,共72例,其中对照组36例,男性24例,女性12例;治疗组36例,男性27例,女性9例。

### 3.治疗方法

#### 3.1 对照组:

①抗生素的使用:给予左氧氟沙星注射液(由第一三共制药(北京)有限公司生产,国药准字H20103722)0.5g,静脉滴注,1次/天,持续治疗7d。②化痰药:盐酸氨溴索注射液30mg(云南龙海天然植物药业有限公司,国药准字H20094223),静脉滴注,1次/天,持续治疗7d。③控制性氧疗。④支气管扩张剂:雾化吸入2mL异丙托溴铵(Boehringer Ingelheim Phsrma GmbH&Co.KG,进口药品注册证号H20150158)、2.5mL沙丁胺醇(河北仁合益康集团有限公司,国药准字H20203019)、2mL布地奈德(AstraZeneca Pty Ltd,进口药品注册证号H20140475),2次/天。多索茶碱注射液0.3g(由石家庄四药有限公司生产,国药准字H20203015),静脉滴注,1次/天。7d为一个疗程。

#### 3.2 治疗组:

在对照组西医治疗的基础上,加用祛风清热化痰汤。药物具体如下:麻黄10g、酒黄芩18g、桑白皮15g、桔梗15g、生石膏30g、法半夏12g、陈皮15g、苦杏仁12g、紫苏子15g、蝉蜕10g、白僵蚕10g、地龙15g临证加减:患者热证不重时,减生石膏量为20g;腹部胀满者,加木香15g、枳壳15g;大便不通者,加厚朴15g、火麻仁20g。

### 4.观察指标

#### 4.1 安全性指标观察

监测患者治疗前后生命体征、三大常规及肝肾功能,填写不良反应观察记录表。

#### 4.2 疗效性指标观察

(1)西医疗效评判标准: mMRC呼吸困难评分:

使用问卷方式对患者呼吸困难指数进行评分；慢阻肺评估测试 (CAT)：记录患者咳嗽、咳痰、胸闷、外出、睡眠质量、活动力、劳动能力的评分总和。(2) 中医证候积分：依据《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>所制定的标准，对中医证候进行总结。(3) 实验室指标：炎症指标：白细胞 (WBC)、C-反应蛋白 (CRP)、PaO<sub>2</sub>、PaCO<sub>2</sub>。(4) 肺功能指标：FEV<sub>1</sub>/FVC、FEV<sub>1</sub> 占预计值百分比。

#### 5 临床疗效评价标准

根据《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>中的相应规范标准；尼莫地平法计算公式。

#### 6 统计方法

表 1 两组患者证候疗效比较

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效率	Z	P
治疗组	36	4	20	10	2	94.45%	3.621	< 0.001
对照组	36	0	9	21	6	83.33%		

#### 2 两组治疗前后中医证候积分比较

治疗后，中医证候积分改善效果治疗组降低效果明

表 2 中医证候积分比较 (分)

组别	例数 (n)	治疗前 (分)	治疗后 (分)	t	p
治疗组	36	24.97 ± 3.53	8.33 ± 4.50	15.863	< 0.001
对照组	36	25.72 ± 3.46	13.02 ± 4.07		
t		0.910	4.642		
p		0.366	< 0.001		

#### 3 两组治疗前后 mMRC 评分比较

在治疗后的组间比较中 (P < 0.05)，具有统计学意义，表明治疗组对改善患者呼吸困难情况方面优于单纯使用西医治疗的对照组，见表 3。

表 3 两组 mMRC 评分比较 (分)

组别	例数	治疗前	治疗后	Z	P
治疗组	36	3.17 ± 0.74	1.42 ± 0.55	-5.172	< 0.001
对照组	36	3.30 ± 0.62	2.44 ± 0.73		
Z		-0.748	-5.429		
P		0.454	< 0.001		

#### 4 两组治疗前后 CAT 评分比较

在治疗后组间比较中，治疗组降低 CAT 评分的有效性明显优于对照组，差异有统计学意义 (P < 0.01)，见表 4。

表 4 两组 CAT 评分比较 (分)

组别	例数	治疗前	治疗后	T	P
治疗组	36	25.78 ± 2.84	16.64 ± 2.938	12.760	< 0.001
对照组	36	26.30 ± 3.03	18.56 ± 2.96		
T		0.761	2.756		
P		0.449	0.007		

#### 5 两组治疗前后肺功能 (FEV<sub>1</sub>/FVC、FEV<sub>1</sub>%) 比较

治疗后组内比较显示差异具有统计学意义 (P < 0.05)，但组间比较结果并无明显统计学意义 (P > 0.05)，说明两组在改善 FEV<sub>1</sub>/FVC 方面没有显著差别，如表 5。

本研究全部数据利用 SPSS 26.0 软件统计分析，所有数据结果使用均数 ± 标准差的方式来表达。符合正态分布的数据，采用 t 检验方法分析。不服从正态分布的数据，采取非参数检验方法进行分析。在对定性数据分析时，采用卡方检验 (X<sup>2</sup> 检验)。当 P < 0.05 时，数据有统计学意义。

#### 结果

##### 1 两组治疗前后临床疗效比较

两组患者经治疗后，存在统计学意义的差异。总体来说，治疗组表现出优于对照组，见表 1。

显优于对照组，差异有统计学意义 (P < 0.01)，见表 2。

表 5 两组 FEV<sub>1</sub>/FVC 比较 (%)

组别	例数	治疗前	治疗后	Z	P
治疗组	36	51.60 ± 8.8	56.39 ± 8.56	-5.028	< 0.001
对照组	36	52.67 ± 7.70	57.46 ± 6.20		
Z		-0.664	-0.191		
P		0.506	0.848		

两组经过治疗后，组内比较差异有统计学意义 (P < 0.05)，而组间比较差异无显著的统计学意义 (P > 0.05)，这表明两组对肺通气功能有一定的积极改善作用，如表 6。

表 6 两组 FEV<sub>1</sub>% 比较 (%)

组别	例数	治疗前	治疗后	T	P
治疗组	36	50.22 ± 8.65	54.58 ± 7.08	6.912	< 0.001
对照组	36	49.83 ± 6.93	53.50 ± 6.99		
t		0.215	0.653		
P		0.831	0.516		

##### 6 两组治疗前后 WBC、CRP 比较

治疗后，治疗组降低 WBC 数量优于对照组，(P < 0.05)，如表 7。

表 7 两组 WBC 比较

组别	例数	治疗前	治疗后	T	P
治疗组	36	11.89 ± 2.14	6.95 ± 1.12	11.705	< 0.001
对照组	36	11.47 ± 2.06	8.46 ± 1.58		
t		0.856	4.701		

P	0.395	< 0.001
---	-------	---------

经过治疗, 治疗后组间比较存在统计学差异 (P < 0.05)。说明治疗组的抗炎效果优于对照组, 见表 8。

表 8 两组 CRP 比较

组别	例数	治疗前	治疗后	Z	P
治疗组	36	34.60 ± 4.66	18.11 ± 5.01	-5.232	< 0.001
对照组	36	33.63 ± 5.41	24.51 ± 5.63	-4.564	< 0.001
Z		-1.087	-4.618		
P		0.277	< 0.001		

7 两组治疗前后 PaO<sub>2</sub>、PCO<sub>2</sub> 比较

经过治疗后, 治疗组对提高氧分压含量优于对照组, (P < 0.05)。见表 9。

表 9 两组 PaO<sub>2</sub> 比较

组别	例数	治疗前	治疗后	Z	P
治疗组	36	70.85 ± 8.74	92.53 ± 7.05	-5.232	< 0.001
对照组	36	69.03 ± 8.24	86.57 ± 7.00	-5.184	< 0.001
Z		-1.059	-3.238		
P		0.290	0.001		

治疗后, 治疗组与对照组的组内 PaCO<sub>2</sub> 均呈现下降趋势, 说明治疗组和对照组的均能有效降低患者的 PaCO<sub>2</sub> 水平, 见表 10。

表 10 两组 PaCO<sub>2</sub> 比较

组别	例数	治疗前	治疗后	T	P
治疗组	36	50.74 ± 5.17	43.5 ± 4.47	7.166	< 0.001
对照组	36	49.90 ± 4.06	42.59 ± 5.15	6.295	< 0.001
t		0.760	0.803		
P		0.449	0.424		

8 不良反应及安全性指标观察

在临床治疗观察中, 对 72 例患者的生命体征进行了监测, 未发现明显异常。在治疗开始、经过以及结束时, 两组患者安全性指标均未见明显异常改变, 患者也未诉出现过敏、呕吐、腹泻等不良药物反应。

讨论

“风邪致病”为中医基础理论, 从最早的“四方风”到“九宫八风”, 再到后来的“五脏风”、“内风”、“外风”理论, 都是风邪思想的不断成熟。“风者, 善行而数变。故风者, 百病之长也”, 故风邪致病具有发病迅速, 变化较快, 且夹杂他病、他邪。而风邪侵袭肺脏易形成“肺风”, 从而诱发呼吸系统疾病及相关症状。国医大师晁恩祥认为呼吸系统疾病应当以祛风为主。对于患有慢性阻塞性疾病的患者而言, 更易受风邪的侵袭, 因自身正气虚弱, 卫外不固, 风邪乘虚而入, 且风邪易夹杂痰、热之邪, 易出现一系列咳喘、咳痰、胸部胀满等症状。相关研究对慢阻肺证型统计分析得出<sup>[6]</sup>, 慢阻肺患者大多数入痰热壅肺证型居多, 在秋冬交替季节易感邪而发, 感受风热邪气, 故对于此类患者, 应以祛风清热、顺气导

痰为主, 运用风药引药入肺经。

在本研究中, 运用自拟祛风清热化痰汤治疗慢阻肺患者, 治疗组临床疗效更佳, 效果更明显。在祛风清热化痰汤中, 麻黄辛温, 疏风祛邪, 宣发、肃降肺气, 以达平喘之效, 黄芩、桑白皮清热燥湿, 清泻肺热; 紫苏子清痰下气, 陈皮、法半夏理气化痰, 桔梗宣肺祛痰, 蝉蜕疏风解痉、僵蚕化痰散结息风, 地龙清热平喘。方中蝉蜕、僵蚕、地龙三味中药发挥重要作用, 其善于祛除各种脏腑之风, 故肺风也不例外。三药合用, 可祛除外邪之风, 还可引药入经通络。现代药理研究表明, 蝉蜕其可通过降低白细胞含量, 缓解炎症反应, 起到平喘、解痉的效果, 改善肺系疾病的相关症状<sup>[7]</sup>。僵蚕中黄酮类、氨基酸化合物可舒张气道平滑肌<sup>[8]</sup>。地龙也可增强免疫力, 还可多成分、多靶点、多途径的方式达到平喘之效<sup>[9]</sup>。

通过临床观察发现, 祛风清热化痰汤结合西医治疗慢阻肺患者疗效显著, 能改善患者临床症状, 减少患者再次住院次数, 提高生活质量。同时, 在治疗肺疾病中, 也应当融入“风邪致病”理论的思想。

参考文献:

[1]刘明珠,宋卫国,卢斌,等.从风论治慢性肾脏病的研究进展[J].中国民族民间医药,2023,32(15):73-75+88.

[2]卢诗颖,蒋群,卓秋燕,等.基于风邪致病理论探讨原发性免疫性血小板减少症病因病机及治法[J].北京中医药,2023,42(06):589-591.

[3]吴廷浪,黄学宽,程序,等.程序基于“风邪致病”理论治疗慢阻肺急性加重期的临证经验[J].内蒙古中医药,2023,42(12):65-67.

[4]Venkatesan,Priya.“GOLD COPD report:2024 update.” The Lancet. Respiratory medicine vol. 12,1 (2024): 15-16.

[5]王至婉,李建生,余学庆,等.慢性阻塞性肺疾病急性加重期证候及特征的临床调查研究[J].中华中医药杂志,2010,25(04):504-509.

[6]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行).北京:中国医药科技出版社,2002: 3-49.

[7]赵子佳,周桂荣,王玉,等.蝉蜕的化学成分及药理作用研究[J].吉林中医药,2017,37(05):491-493.

[8]代琪,李康曦,叶俏波,等.僵蚕化学成分、药理作用及毒理学研究进展[J].中国药物评价,2023,40(05):402-408.

[9]王艳丽,宁宇,丁莹.地龙的化学成分及药理作用研究进展[J].中医药信息,2022,39(12):86-89.

作者简介: 吴廷浪, 1998-05, 男, 重庆市大足区, 汉, 研究生在读 (2021 级), 中医师 (初级), 研究方向: 中医内科 (肺病方向)

基金项目: 垫江县科技项目 (djkjxm2022shmskjcxywzd013)