

桑白皮汤联合西药对老年慢阻肺急性加重期（痰热郁肺证）患者的疗效分析

李书靓 詹 雪

宜宾市中西医结合医院内二科

〔摘要〕目的 探讨对老年慢阻肺急性加重期（痰热郁肺证）患者应用桑白皮汤联合西药治疗的效果。方法 选取选取 2020 年 2 月-2021 年 2 月在我院就诊的老年慢阻肺急性加重期患者 50 例为研究对象，随机分为对照组和实验组各 25 例，对照组以常规西药治疗，实验组应用桑白皮汤联合西药治疗，对比两组的疗效效果，比较两组治疗前后的肺功能指标。结果 实验组各项指标均优于对照组（ $p<0.05$ ）。结论 对痰热郁肺证老年慢阻肺急性加重期患者在西药治疗的基础上联合桑白皮汤可获得满意的治疗效果，并可改善患者的肺功能指标。

〔关键词〕慢阻肺；痰热郁肺证；老年人；桑白皮汤

〔中图分类号〕R563.9 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165（2021）11-064-02

慢阻肺是一种发病率和致死率均较高的慢性呼吸道疾病，可引起患者的通气功能障碍，以咳嗽、咳痰、喘息、胸闷及呼吸困难为主要症状，并使患者的肺部功能呈进行性的下降，最终导致呼吸衰竭而死亡^[1]。桑白皮汤是祖国传统医学治疗肺经热甚、咳嗽痰病症的经典方，本次的研究中以我院收治的老年慢阻肺急性加重期（痰热郁肺证）患者为例，分析在西药治疗的基础上应用桑白皮汤的治疗效果，报道如下：

1 资料与方法

1.1 资料

选取 2020 年 2 月-2021 年 2 月在我院就诊的老年慢阻肺急性加重期患者 50 例，患者入院后经相关检查结合病史体征确诊为慢阻肺急性加重期，且符合《慢性阻塞性肺疾病中诊疗指南（2011 版）》^[2]中对痰热郁肺证的诊断。随机分为，对照组（25 例）其中男性 13 例，女性 12 例，年龄 62-84 岁，平均年龄（ 68.3 ± 4.5 ）岁，病程 4-16 年，平均（ 9.3 ± 4.1 ）年。实验组（25 例）中男 13 例，女 12 例，患者年龄 61-85 岁，平均（ 72.5 ± 5.0 ）岁，病程 5-22 年，平均（ 10.5 ± 3.5 ）年。

1.2 方法

对照组以常规西药治疗，使用支气管扩张药物、抗生素、糖皮质激素类药物及止咳化痰药物，同时予以低流量吸氧、维持酸碱平衡等对症支持治疗。实验组在对照组基础上予以桑白皮汤治疗，药物组成为：桑白皮、浙贝母各 15g，苏子、法半夏、黄芩、黄连、杏仁、栀子各 10g。以上药物混合后加水 500mL，大火煮开后小火煎煮至 100mL，水煎 2 次，混合药汁，于早晚二次分服，1 剂/d。两组患者均在治疗 4 周后评价治

疗效果。

1.3 观察指标

1. 对比治疗有效率；2. 治疗前后两组患者的肺功能指标变化：FvC、FEv1、PEF 值。

1.4 判定标准

显效：咳嗽、喘息、呼吸困难、发绀等症状基本消失；有效：以上症状与治疗前比较明显减轻，但未消失；无效：症状体征与治疗前比较无明显的差异。治疗有效率为显效率与有效率之和。治疗前后分别使用肺功能检测仪，测量患者的 FvC、FEv1、PEF 指标变化。

1.5 统计学分析

将数据统计在 Excel 表格内，分析软件为 SPSS22.00，学生理论成绩，教师教学能力为计量资料，T 检验其统计学差异；满意度为计数资料， χ^2 检验。以 <0.05 作为标准，判断组内统计学情况。

2 结果

2.1 治疗效果比较

对照组的治療有效率为 80%，实验组为 96%，两组间的治療有效率比较实验组高于对照组（ $P<0.05$ ），见表 1。

表 1 治疗效果对比（n，%）

组别	例数	显效	有效	无效	治疗有效率
实验组	25	14	10	1	46（96%）
对照组	25	11	9	5	39（80%）

2.2 肺功能比较

治疗前后实验组与对照组的 FvC、FEv1、PEF 指标水平比较。

表 2 治疗前后两组的肺功能指标比较（ $\bar{x}\pm s$ ）

组别	例数	FVC(L)		FEV ₁ (L)		PEF(L/s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	48	2.40±0.22	3.02±0.52 [#]	1.62±0.30	2.32±0.32 [#]	2.22±0.42	2.90±0.50 [#]
对照组	48	2.42±0.25	2.75±0.30 [#]	1.65±0.35	2.02±0.30 [#]	2.25±0.45	2.65±0.42 [#]
t 值		0.416	3.116	0.451	4.738	0.0338	2.652
P 值		0.678	0.002	0.653	0.000	0.736	0.009

3 讨论

慢阻肺的主要特征为气流的持续受限，且气流受限呈不可逆的进行性发展，不仅造成患者的肺部功能下降，还可累

及肺以外的其他器官，对患者的生活质量造成严重影响。在慢阻肺急性加重期，如何快速改善患者的症状，延缓病情的进展是治疗的主要目的，西医的治疗中长期大量使用广谱抗

生素、激素类药物，导致持续治疗难以获得满意的效果^[3]。该病在中医属于“肺胀”、“咳嗽”范畴，其病机为虚实夹杂，缓解期以肺、脾、肾三脏虚为主，急性发作期以痰、热、饮、瘀为实，且在急性加重期多是由于痰热蕴结、肺气郁闭所致，因此以痰热郁肺证最为常见。

本研究结果显示实验组的治疗有效率高于对照组 ($P<0.05$)，两组在治疗后的 FvC、FEV1、PEF 水平均上升 ($P<0.05$)，而实验组的水平高于对照组 ($P<0.05$)，提示在常规西药治疗的基础上应用桑白皮汤可提高对老年慢阻肺急性加重期（痰热郁肺证）的治疗效果，更好的改善患者的肺通气功能。桑白皮汤是出自《景岳全书》^[4]，方中以桑白皮为君，入肺经，取其甘寒以降之功用，以泻肺火、平咳喘：以半夏、苏子、杏仁为臣，其药性以降为主，可降气化痰、止咳平喘：浙贝母药性苦寒为佐，入心肺经，主清肺化痰，栀子、黄芩、黄连为苦寒之品，增加方中清热泻火之力，同时制半夏、杏仁、苏子之温，以上药物和而为使，清上焦实火。诸药配伍，以寒为主，寒温并用，辛开苦降，以降为用，共奏清热、降气、化痰、平喘之功效。现代药理研究表明桑白皮汤中含有的乙醇、醋酸酐、乙酸、块茎含挥发油、天门冬氨酸等物质具有较好的解热、镇咳、抑制腺体的分泌的作用^[5]，另外药物成分中的黄芩素、汉黄芩及多种生物碱可抑制炎症介质的释放，

缓解气管平滑肌的痉挛和镇静的作用。因此在常规西药治疗的基础上应用桑白皮汤可增加治疗效果，强化对炎症因子的抑制作用，从而更好的改善患者的肺功能。

综上所述，应用桑白皮汤联合西药治疗老年慢阻肺急性加重期（痰热郁肺证）对于提高治疗效果，改善患者的肺功能有显著的作用。

[参考文献]

- [1] 姜芋竹, 陈会君. 清金化痰汤联合两药治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期（痰热郁肺型）临床疗效观察 [J]. 四川中医, 2017, 34 (2): 84-86.
- [2] 中华中医药学会内科分会肺系专业委员会. 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.
- [3] 徐树华, 折哲, 熊必丹, 等. 清肺颗粒治疗慢性支气管炎痰热郁肺证的临床研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43 (4): 747-749.
- [4] 张介宾, 余瀛整, 林菁, 等. 景岳全书集要 [M]. 辽宁科学技术出版社, 2007: 55-56.
- [5] 苏映碧, 陈宏恩, 王飞. 清肺降气平喘汤治疗慢性肺源性心脏病急性发作期（痰热壅肺证）临床疗效观察 [J]. 四川中医, 2015, 33 (12): 57-59.

（上接第 62 页）

此病，又经《伤寒论》、《景岳全书》、《丹溪心法》等的发挥，其间不乏外治理论的发展。外治法中膏剂的应用尤为广泛。清代是我国中医外治法发展成熟的鼎盛时期，膏药也已发展成为普遍的民间用药。从西医的角度来看，目前对临床诊断的研究基于细胞学和分子水平，用于 CSG 诊断的检查包括但不限于 Hp、血清胃泌素-17、胃酸、胃镜活检病理检查。治疗上除抗感染根除幽门螺旋杆菌、胃酸抑制剂及胃粘膜保护剂使用外，尚没有针对的特效药^[1]。相关进展是从病因角度进行治疗防止过度使用抗生素以及对于减少不良反应的发生进行研究和观察^[2]。因此治疗上中西医结合的疗效研究会更加突出，可有效缩短病程，防止疾病加重。

[参考文献]

- [1] 唐传铁, 李莹莹, 汪毅, 黄聪, 邓伟. 苗药复方金荞

麦汤治疗慢性非萎缩性胃炎药效学研究 [J]. 新中医, 2021, 53(02): 1-6.

- [2] 饶卉明, 孟红旭, 辛伟. 胃泰康对慢性浅表性胃炎大鼠的影响 [J]. 中药药理与临床, 2015, 31(05): 95-99.
- [3] 林柳兵, 阙任焯, 沈艳婷, 苏凯奇, 陶智会, 李勇. 慢性浅表性胃炎的中西医研究进展 [J]. 陕西中医, 2016, 37(08): 1099-1101.
- [4] 吴焱. 慢性浅表性胃炎的治疗现状及进展 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(02): 42-43.
- [5] 陈馥馨. 析《理渝骈文》对膏药制剂的研究 [J]. 中成药, 1991, 03: 37-38.
- [6] 阿贝尔 (Abel Glaser). 吴尚先内病外治经验研究 [C]. 成都中医药大学, 2015.
- [7] 秦平, 侯扬, 李忠. 中药透皮吸收研究现状与展望 [J]. 中国社区医师 (综合版), 2007(17): 8.

（上接第 63 页）

已成为临床首选药物^[3]。依巴斯汀是一种组胺 H₁ 受体阻断剂，其在治疗慢性荨麻疹上效果显著，其主要通过抑制组胺释放，降低水中及炎性渗出达到治疗目的，具有药物作用时间长，不良反应少等特点。但是长时间使用会出现停药后复发的问

题。中医认为慢性荨麻疹主要致病机制为卫表不固，营卫失调，气血不足，血虚化燥生风，本病因先天禀赋不耐，风邪乘虚侵袭所致；或因平素体虚，卫表不固，风寒风热之邪外袭客于肌表，致使营卫失调而发病；或因饮食失节，使胃肠积热，复感风邪，内不得疏泄，外不得透达，郁于皮毛肌腠之间而发病；也可因久病体虚，气血不足，血虚化燥生风，复感外风之邪而诱发。针灸治疗具有调整阴阳、扶正祛邪的作用，针刺曲池、血海、足三里、三阴交等穴位，可起到补气行血、清热解表、活血祛风、祛风止痒等作用^[4]。中医针灸疗法以整体观念对疾病进行辨证论治，将扶正，祛邪作为治疗方向，标本同治，不仅具有较强的针对性，副作用也非常少，同时降低复发率。本文研究结果显示，观察组采取药物联合针灸

进行治疗，治疗后总有效率为 93.33%，对照组采取药物治疗，治疗总有效率为 73.33%，两组数据对比差异具有统计学意义 ($P<0.05$)，经过 30 天随访，观察组患者复发率为 20.00%，对照组复发率为 46.67%，组间对比差异存在显著性 ($P<0.05$)，充分表明，针灸联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹具有显著的临床效果，提高治疗有效率，降低复发率，值得临床推广使用。

[参考文献]

- [1] 吕延蓉, 应掌红. 依巴斯汀片联合复方甘草酸苷片治疗慢性荨麻疹的疗效评价 [J]. 临床合理用药杂志, 2020, 13(11): 100-102.
- [2] 胡瑾瑾. 中西医结合治疗慢性荨麻疹疗效观察 [J]. 皮肤病与性病, 2018, 40(06): 848-850.
- [3] 王玫玲, 闵玮, 钱齐宏, 杨子良, 宋琳毅, 周乃慧, 王森森. 不同剂量依巴斯汀治疗慢性荨麻疹的临床效果观察 [J]. 中国社区医师, 2018, 34(33): 85-86.
- [4] 张锐. 中医辨证联合依巴斯汀治疗慢性荨麻疹 86 例 [J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2018, 2(11): 164.