

归肺理气汤联合糖皮质激素对痰热壅肺型慢性阻塞性肺病急性加重期患者的临床疗效

张文静, 王小琴*

[新疆维吾尔自治区中西医结合医院(新疆维吾尔自治区第五人民医院、新疆维吾尔自治区第二济困医院)老年医学科, 新疆 乌鲁木齐 830011]

摘要: **目的** 探讨归肺理气汤联合糖皮质激素对痰热壅肺型慢性阻塞性肺病急性加重期患者的临床疗效。**方法** 88 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 44 例, 2 组给予常规治疗, 同时对照组加用糖皮质激素, 观察组在对照组基础上加用归肺理气汤, 疗程 4 周。检测临床疗效、中医证候评分、血气指标 (PaO_2 、 SpO_2 、 PaCO_2)、呼吸力学参数 (呼吸压力、气道峰压、气道阻力)、HIF-1 α 、 $\alpha 1$ -AT 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、 PaCO_2 、呼吸力学参数、HIF-1 α 、 $\alpha 1$ -AT 降低 ($P < 0.05$), PaO_2 、 SpO_2 升高 ($P < 0.05$), 以观察组更明显 ($P < 0.05$)。**结论** 归肺理气汤联合糖皮质激素能安全有效地降低痰热壅肺型慢性阻塞性肺病急性加重期患者中医证候评分, 改善血气指标、呼吸力学参数及 HIF-1 α 、 $\alpha 1$ -AT 表达。

关键词: 归肺理气汤; 糖皮质激素; 慢性阻塞性肺病急性加重期; 痰热壅肺; 血气指标; 呼吸力学

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2025)10-3523-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2025.10.053

慢性阻塞性肺病是一种常见的慢性气道疾病, 起病较慢, 病情呈持续性进展, 大多为肺部与呼吸道受到有害气体或有害颗粒物刺激后引发局部炎症反应, 主要临床症状为气道受阻, 呼吸急促等^[1]。随着病程的进展, 它可引起慢性阻塞性肺病急性加重, 即在短期内病情剧烈恶化, 出现呼吸困难、咳嗽与咯痰迅速加重, 导致肺功能急性下降, 引发多种并发症, 包括全身炎症反应、呼吸衰竭、心脑血管疾病等, 严重影响患者生活质量, 甚至危及生命安全^[2-3]。西医治疗慢性阻塞性肺病急性加重期以吸氧、抗炎、抗感染、扩张支气管加强通气等为主, 并且近年来糖皮质激素类药物常用于治疗呼吸系统疾病, 可抑制炎症因子的产生与释放, 具有明显抗炎作用^[4]。

近年来, 中医药在慢性阻塞性肺病急性加重期的治疗中因其独特的疗效与安全性被广泛关注, 已在多项临床研究中取得了显著成效^[5]。本研究采用归肺理气汤联合糖皮质激素治疗痰热壅肺型慢性阻塞性肺病急性加重期患者, 观察其临床疗效及对血气指标、呼吸力学以及缺氧诱导因子 (HIF) -1 α 、 $\alpha 1$ -抗胰蛋白酶 (AT) 水平的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2022 年 1 月至 2024 年 1 月就诊于新疆维吾尔自治区中西医结合医院的 88 例慢性阻塞性肺病急性加重期患者, 随机数字表法分为对照组和观察组, 每组 44 例。其中, 对照组男性 28 例, 女性 16 例; 年龄 51~75 岁,

平均年龄 (63.47 ± 9.08) 岁; 平均病程 (10.63 ± 2.87) 年; 吸烟史 17 例, 饮酒史 11 例; 居住地城市 14 例, 郊区 17 例, 农村 13 例, 而观察组男性 29 例, 女性 15 例; 年龄 50~73 岁, 平均年龄 (63.64 ± 8.67) 岁; 平均病程 (10.95 ± 3.01) 年; 吸烟史 16 例, 饮酒史 12 例; 居住地城市 15 例, 郊区 18 例, 农村 11 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审核通过 (编号 2021-11-jgs401)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医 (慢性阻塞性肺病急性加重期) 参照文献 [6] 报道, 并通过胸部影像学、肺功能指标等检查确诊。

1.2.2 中医 (痰热壅肺型) 参照文献 [7] 报道, ①咳嗽或喘息气急; ②痰多色黄或白黏, 咯痰不爽; ③发热或口渴, 喜冷饮; ④大便秘结; ⑤舌质红、舌苔黄或黄腻, 或脉数或滑数, 具备①②中的 2 项, 并同时具备③④⑤中的 2 项即可辨证。

1.3 纳入、排除、脱落标准

1.3.1 纳入标准 ①符合“1.2”项下诊断标准; ②急性加重期入院; ③年龄 ≤ 75 岁; ④患者了解本研究, 签署知情同意书。

1.3.2 排除标准 ①患有肺心病、肺结核等其他严重肺部疾病; ②对本研究所用药物过敏, 或无法耐受; ③患有精神类疾病或认知障碍, 无法理解配合治疗; ④患有恶性肿瘤及心、肝、肾等脏器功能衰竭。

收稿日期: 2024-12-03

作者简介: 张文静 (1985—), 女, 主治医师, 从事中西医结合内科研究。Tel: 13999363660

* 通信作者: 王小琴, 女, 副主任医师, 从事呼吸内科研究。E-mail: 1184169976@qq.com

1.3.3 脱落标准 ①发生并发症自愿退出，或需进行其他治疗而中断实验；②治疗过程中因疾病加重或严重并发症死亡。

1.4 治疗手段 2 组给予常规治疗，包括解痉、平喘、化痰、抗感染等，静脉滴注激素或茶碱类药物，出现呼吸衰竭时给予经鼻高流量氧疗机或无创呼吸机辅助通气。对照组加用糖皮质激素，即布地奈德混悬液（长风药业股份有限公司，国药准字 H20213357，2 mL/1 mg）雾化吸入，每天 2 次，疗程 4 周。

观察组在对照组基础上加用归肺理气汤，组方药材炙麻黄 9 g、黄荆子 18 g、炙苏 18 g、苦杏仁 9 g、黄芩 18 g、桑白皮 18 g、虎杖 18 g、南沙参 30 g、川贝粉 6 g、梔子 9 g、麦冬 9 g、桔梗 9 g，痰鸣喘息、无法平躺者，加葶苈子 9 g；痰液较多、质地粘稠、咯痰不畅者，加百合 12 g、陈皮 10 g；大便秘结者，加枳壳 9 g，每天 1 剂（400 mL），早晚各温服 200 mL，疗程 4 周。

1.5 指标检测

1.5.1 中医证候评分 参照文献 [8] 报道，包括喘息、咳嗽、胸闷与痰量，按照无、轻度、中度、重度，分别计 0、1、2、3 分，总分 0~12 分。

1.5.2 血气指标 于未吸氧状态下 30 min 后，抽取 2 组患者股动脉血各 2 mL，采用血气分析仪（深圳市理邦精密仪器股份有限公司）检测动脉血氧分压（PaO₂）、血氧饱和度（SpO₂）、动脉血二氧化碳分压（PaCO₂）。

1.5.3 呼吸力学参数 采用医用呼吸机（深圳迈瑞生物医疗电子股份有限公司）检测呼吸压力、气道峰压、气道阻力。

1.5.4 HIF-1α、α1-AT 水平 抽取 2 组患者空腹静脉血各 3 mL，离心，取血清，采用全自动生化分析仪（美国贝克

曼库尔技术有限公司）检测 HIF-1α、α1-AT 水平。

1.6 疗效评价 ①临床控制，中医证候评分下降≥95%；②显效，70%≤中医证候评分下降≤94%；③有效，30%≤中医证候评分下降≤69%；④无效，中医证候评分下降<30%。总有效率=〔（临床控制例数+显效例数+有效例数）/总例数〕×100%。

1.7 统计学分析 通过 SPSS 22.0 软件进行处理，计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间比较采用 *t* 检验；计数资料以百分率表示，组间比较采用卡方检验。*P*<0.05 表示差异具有统计学意义。

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。

组别	中医证候评分/分	
	治疗前	治疗后
对照组	8.72±1.75	4.79±1.13 [*]
观察组	8.59±1.64	3.67±0.87 ^{**}

注：与同组治疗前比较，^{*}*P*<0.05；与对照组治疗后比较，[#]*P*<0.05。

2.2 临床疗效 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（%）， <i>n</i> =44]					
组别	临床控制	显效	有效	无效	总有效
对照组	5(11.36)	16(36.36)	15(34.09)	8(18.18)	36(81.82)
观察组	10(22.72)	21(47.73)	12(27.27)	1(2.27)	43(97.73) [#]

注：与对照组比较，[#]*P*<0.05。

2.3 血气指标 治疗后，2 组 PaO₂、SpO₂ 升高（*P*<0.05），PaCO₂ 降低（*P*<0.05），以观察组更明显（*P*<0.05），见表 3。

组别	PaO ₂ /mmHg		PaCO ₂ /mmHg		SpO ₂ %	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	56.94±5.98	68.26±7.14 [*]	67.42±8.09	51.73±5.69 [*]	78.56±6.14	84.97±6.07 [*]
观察组	56.63±6.17	78.35±7.46 ^{**}	67.83±8.41	45.27±5.16 ^{**}	77.92±6.03	89.46±6.51 ^{**}

注：与同组治疗前比较，^{*}*P*<0.05；与对照组治疗后比较，[#]*P*<0.05。

2.4 呼吸力学参数 治疗后，2 组呼吸压力、气道峰压、气道阻力降低（*P*<0.05），以观察组更明显（*P*<0.05），见表 4。

2.5 HIF-1α、α1-AT 水平 治疗后，2 组 HIF-1α、α1-AT 水平降低（*P*<0.05），以观察组更明显（*P*<0.05），见表 5。

组别	呼吸压力/cmH ₂ O		气道峰压/cmH ₂ O		气道阻力/[（L·s）·cmH ₂ O ⁻¹]	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	27.34±6.28	20.04±4.17 [*]	33.74±8.59	27.45±7.23 [*]	37.94±5.82	31.89±5.64 [*]
观察组	27.03±6.15	16.82±3.96 ^{**}	34.05±8.76	23.61±6.54 ^{**}	38.29±5.87	27.63±5.42 ^{**}

注：与同组治疗前比较，^{*}*P*<0.05；与对照组治疗后比较，[#]*P*<0.05。

组别	HIF-1α/（ng·mL ⁻¹ ）		α1-AT/（mg·mL ⁻¹ ）	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	1.69±0.28	1.29±0.27 [*]	4.39±0.68	3.26±0.52 [*]
观察组	1.72±0.34	1.04±0.24 ^{**}	4.41±0.75	2.93±0.47 ^{**}

注：与同组治疗前比较，^{*}*P*<0.05；与对照组治疗后比较，[#]*P*<0.05。

3 讨论

慢性阻塞性肺病发病后的主要病理特征为气道、肺部组织实质与血管上皮发生的慢性持续性炎症^[9-12]。现代中医认为,本病属本虚标实之证,急性加重期以实为主,痰瘀互阻,痰壅肺系,治疗应坚持驱散外邪、清热化痰、活血祛瘀的原则。

结果显示,归肺理气汤联合布地奈德疗效更佳,能有效控制中医证候,并且对于血气指标与呼吸力学参数的改善效果更显著,其中布地奈德雾化吸收后可抑制炎症介质形成及释放,抗炎效果显著^[13]。现代药理研究表明,麻黄中的麻黄碱具有扩张支气管的作用,可解痉平喘;槲皮素、木犀草素等活性成分具有抗炎、调节免疫的功效^[14-15];黄荆子中的黄荆子素与黄酮类化合物具有显著的抗炎镇痛、止咳平喘功效^[16];杏仁主要成分苦杏仁苷可止咳平喘;中药方剂中添加麻黄、黄荆子与杏仁时疗效显著,能改善血气指标^[9],黄芩性寒味苦,可清热宣肺,适用于痰热壅肺证,其药效物质基础大多集中于黄芩苷、黄芩素等黄酮类成分,还具有抗炎活性;桑白皮中含有大量黄酮类化合物,能抑制 NF-κB 活性,下调炎症因子分泌,上调抑炎因子产生,抗炎作用明显,还可清除细胞毒性过氧化物,提高免疫,充分发挥止咳平喘的功效;钮静等^[17]采用以桑白皮为主的中药汤剂,并辅以炙麻黄、黄芩、苦杏仁等,治疗慢性阻塞性肺病急性加重期疗效显著;有研究采用虎杖治疗慢性支气管炎患者,减轻了肺组织与气道炎症反应^[18];南沙参活性成分南沙参多糖能止咳化痰、平喘益气,并能调节免疫^[19],配以桔梗、麦冬、川贝粉等能宣肺止咳、平喘通气、活血通经的药材,可改善血气指标,减轻气道阻力。

有研究称,当慢性阻塞性肺病急性加重期病情加重、处于严重缺氧状态时,会诱导 HIF-1α 水平明显升高,造成平滑肌细胞痉挛,进一步加重肺部组织损害^[20-21];α1-AT 与慢性阻塞性肺病的病情进展联系密切,患者 α1-AT 水平显著高于健康群体^[22]。本研究中观察组采用归肺理气汤治疗慢性阻塞性肺病急性加重期,疗效优于对照组,其作用机制可能与调节 HIF-1α、α1-AT 表达有关。

综上所述,归肺理气汤联合糖皮质激素能安全有效地治疗痰热壅肺型慢性阻塞性肺病急性加重期患者,改善血气指标水平、呼吸力学参数及 HIF-1α、α1-AT 表达,具有推广应用价值。后续将纳入更多样本,优化方剂配伍,进一步研究上述治疗方案的临床疗效与作用机制。

参考文献:

[1] Liang Z H, Zheng X D, Wang Y, *et al.* Using system biology and bioinformatics to identify the influences of COVID-19 co-infection with influenza virus on COPD[J]. *Funct Integr Genomic*, 2023, 23(2): 175.

[2] 王 源,陈 丹,孙 建,等.血清淀粉样蛋白 A 对慢性阻塞性肺疾病急性加重期诊断价值的 Meta 分析[J]. 感染、炎症、修复, 2022, 23(2): 94-98.

[3] 张明霞,黄迎春,杨 霞,等.电针联合药物及有氧运动治疗稳定期慢性阻塞性肺病的疗效观察及对运动心肺功能的影响[J]. 上海针灸杂志, 2023, 42(3): 221-226.

[4] 杜 明,周仁明.布地奈德联合 N-乙酰半胱氨酸雾化吸入对急性气管-支气管炎咳嗽症状的影响[J]. 感染、炎症、修复, 2020, 21(1): 47-48.

[5] 徐红日,李 鸥,李 莹,等.中西医结合救治高龄慢性阻塞性肺病急性加重困难脱机病例一则[J]. 环球中医药, 2023, 16(8): 1643-1646.

[6] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组,中国医师协会呼吸医师分会慢性阻塞性肺疾病工作委员会.慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2021 年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2021, 44(3): 170-205.

[7] 世界中医药学会联合会内科专业委员会.慢性阻塞性肺疾病中西医结合诊疗指南(2022 版)[J]. 中国循证医学杂志, 2023, 23(10): 1117-1128.

[8] 郑筱蓓.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.

[9] 陈 炜,张念志,朱福生.四子温肺汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰湿蕴肺证患者临床观察[J]. 西部中医药, 2023, 36(10): 125-128.

[10] Simpson J L. Airway inflammation in COPD: is it worth measuring and is it clinically meaningful[J]. *Respirology*, 2020, 25(1): 47-48.

[11] 刘新艳,于文宁,张玉净,等.痰热清注射液对痰热壅肺型慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者氧化应激、肺功能和临床疗效的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(11): 121-123.

[12] 张若丹,柯 英,曹 美,等.孟鲁司特钠联合布地奈德福莫特罗对 COPD 患者肺功能及炎症介质、BNP、ApoA1 的影响[J]. 中南医学科学杂志, 2023, 51(4): 554-557.

[13] 张 宇,任 疆,严震行,等.布地奈德福莫特罗、异丙托溴铵联合 NIPPV 治疗 COPD 合并 II 型呼吸衰竭老年患者的临床研究[J]. 中国临床药理学杂志, 2023, 39(24): 3552-3555.

[14] 董文敏,陈 颖,堵玉萍.归肺理气方内服结合定向透药疗法治疗急性加重期慢性阻塞性肺疾病痰热壅肺证的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2022, 49(2): 82-85.

[15] 徐 莉,廖赵妹,苏小燕,等.麻黄碱通过调控 TGF-β1/NF-κB 信号通路抑制小鼠的气道炎症反应[J]. 生命科学研究, 2024, 28(1): 26-32; 55.

[16] 赵丽娟,周小青,刘宏栋,等.黄荆子化学成分、药理作用、临床应用研究进展[J]. 中成药, 2023, 45(2): 519-525.

[17] 钮 静,王小斌,王海英.加味桑白皮汤辅助治疗对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的影响[J]. 实用医院临床杂志, 2023, 20(1): 31-35.

[18] 王 祁,赵 博,高 璐,等.基于 PI3K/AKT/mTOR 信号通路探讨野黄芩苷联合虎杖苷抗慢性支气管炎的作用机制[J]. 中国病理生理杂志, 2023, 39(10): 1780-1788.

[19] 孟 璐,曾 婷,樊燕婷,等.基于糖类组分的南沙参质量评价研究[J]. 中药材, 2022, 45(5): 1179-1185.

[20] 蒋和平,王 励,吴国荣,等.血清缺氧诱导因子-1α、肾上

腺髓质素前体、甘胆酸水平与老年慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者肺功能损伤进展的相关性[J]. 实用临床医药杂志, 2022, 26(5): 122-126.

[21] 孙永苗, 陈向红, 易文轶, 等. 血清生长分化因子-15、缺氧诱导因子-1 α 与老年慢性阻塞性肺疾病患者短期预后的关

系[J]. 国际老年医学杂志, 2022, 43(2): 154-158.

[22] 董新颖, 李振军, 李永库, 等. 嗜中性粒细胞弹性蛋白酶和 α 1-抗胰蛋白酶在慢性阻塞性肺疾病急性加重期的动态变化及临床价值[J]. 中华保健医学杂志, 2021, 23(5): 485-487.

十味诃子丸联合常规治疗对肾虚湿热证慢性肾炎患者的临床疗效

胡茂蓉, 郭银雪, 马娟, 黄宁川
(贵州中医药大学第一附属医院肾内科, 贵州 贵阳 550001)

摘要: **目的** 探讨十味诃子丸联合常规治疗对肾虚湿热证慢性肾炎患者的临床疗效。**方法** 120 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 60 例, 对照组给予常规治疗, 观察组在对照组治疗基础上加用十味诃子丸, 疗程 4 周。检测临床疗效、肾功能指标 (Cys-C、Scr、GFR)、炎症相关因子指标 (HIF-1 α 、IL-6、TGF- β 1)、尿常规指标 (β 2-Mg、URBC、UWBC)、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 Cys-C、Scr、炎症相关因子指标、尿常规指标降低 ($P<0.05$), GFR 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** 十味诃子丸联合常规治疗可安全有效地降低肾虚湿热型慢性肾炎患者炎症相关因子水平, 从而抑制炎症反应, 减轻尿蛋白水平和肾损伤。

关键词: 十味诃子丸; 常规治疗; 慢性肾炎; 肾虚湿热

中图分类号: R287 **文献标志码:** B **文章编号:** 1001-1528(2025)10-3526-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2025.10.054

慢性肾炎是由感染、免疫等原因引发的慢性进展性肾脏疾病, 是继心脑血管疾病、糖尿病及恶性肿瘤之后的第四大慢性疾病^[1], 临床表现为程度不一的蛋白尿、血尿、水肿、高血压等, 病程发展缓慢, 病情迁延不愈, 最终发展成终末期肾衰竭, 严重危害患者生命^[2], 故控制症状及并发症对延缓肾功能衰竭意义重大^[3]。西医采用利尿、降压抗炎等药物延缓症状, 但多种药物联用增加了继发性损伤的风险^[4]; 虽然透析或肾移植为延长生命提供了可能, 但增加了经济负担, 降低了生活质量, 而且现有手段仍不能提供有效措施来延缓肾功能衰竭进展。

中医药在治疗慢性肾炎方面具备独特优势, 毒副作用少, 经济价值高, 有着广阔的发展空间^[5]。十味诃子丸具有益肾气、清肾热、利尿、抑制炎症反应、保护肾功能的

作用^[6]。中医将慢性肾炎归属于“慢肾风”“水肿”“虚劳”“腰痛”“血尿”等范畴^[7], 属本虚标实之证, 肾虚为本, 湿热之邪为标, 因此以本标兼治、补益肾气、清利湿热为主要治疗方针^[8]。本研究探讨十味诃子丸联合常规治疗对肾虚湿热证慢性肾炎患者的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2021 年 8 月至 2023 年 8 月就诊于贵州中医药大学第一附属医院的 120 例肾虚湿热证慢性肾炎患者, 按抛硬币法随机分为对照组和观察组, 每组 60 例, 2 组一般资料见表 1, 可知差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。研究经医院伦理委员会批准 (伦理号 2021-ky-069)。

表 1 2 组一般资料比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=60$)

组别	性别/例		平均年龄/岁	平均病程/年	平均体质指数 (BMI)/ ($\text{kg}\cdot\text{m}^{-2}$)	平均蛋白尿/($\text{g}\cdot\text{L}^{-1}$)
	男	女				
对照组	40	20	43.47 $\pm$ 5.48	3.47 $\pm$ 5.48	18.75 $\pm$ 1.64	3.73 $\pm$ 0.52
观察组	43	17	45.06 $\pm$ 5.95	3.56 $\pm$ 1.98	18.86 $\pm$ 1.56	3.48 $\pm$ 0.37

1.2 诊断标准

1.2.1 西医 参照《肾小球肾炎病理分类、诊断及报告

共识》^[9]。

1.2.2 中医 参照《中医内科学》^[10]中的肾虚湿热型, 主

收稿日期: 2024-10-11

基金项目: 国家卫生健康委医药卫生科技发展研究中心课题项目 (W2021ZT429)

作者简介: 胡茂蓉 (1987—), 女 (布依族), 硕士, 主治医师, 从事肾脏病中西医结合诊治研究。E-mail: humaorong7534@163.com