

# 中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 急性加重期的疗效分析

彭 蒸

修水县大桥镇中心卫生院 江西 九江 332400

**【摘要】**目的：探讨中西医结合方案治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期（AECOPD）的临床疗效及对患者肺功能、炎症指标的影响。方法：回顾性分析2022年4月—2025年4月收治的600例AECOPD患者临床资料，按治疗方式分为对照组与观察组，每组300例（每年各200例），患者年龄均为55-75岁。对照组采用西医常规治疗，观察组在对照组基础上联合中医辨证治疗（痰热郁肺证予苏葶麻杏石甘汤加减，痰湿阻肺证予升阳益胃汤联合止嗽散加减），疗程14天。结论：中西医结合治疗AECOPD可显著提高临床疗效，改善患者肺功能，抑制炎症反应，优化血气状态，且安全性良好，值得临床推广。

**【关键词】**慢性阻塞性肺疾病急性加重期；中西医结合；肺功能；炎症因子；辨证论治

DOI:10.12417/2705-098X.26.06.051

## 引言

慢性阻塞性肺疾病是我国较为高发的呼吸系统方面的慢性肺疾病，在40岁以及40岁以上的居民当中，该疾病的患病率达到了13.6%，患者人数将近1亿。其急性加重期因为病情发展较为快速，同时并发症风险较高，成为致使患者住院以及死亡的主要缘由。AECOPD的核心病理机制是气道慢性炎症出现急性加重、黏液呈现高分泌以及气道产生痉挛，在临床上主要表现为咳嗽、咳痰、喘息加剧以及呼吸险阻等症状，这不仅严重影响了患者的生活质量，还加重了社会的医疗负担。西医常规治疗主要是进行抗感染、平喘以及氧疗等，虽然可快速控制急性症状，然而长期使用容易产生耐药性，并且对于黏液高分泌等问题的改善效果比较有限。中医把AECOPD归属于“肺胀”“喘证”的范畴，核心病机是“本虚标实”，在急性加重期主要是以痰热、痰湿、血瘀等标实证为主，强调要进行辨证论治以及标本兼顾。近些年来，中西医结合的模式在AECOPD治疗过程中呈现出了协同优势，可以发挥西医快速控制症状的特点，又可借助中药复方从多个靶点调节炎症反应、改善气道功能。本研究依据2022-2025年每年200例、年龄在55-75岁的临床数据，系统地分析中西医结合治疗的疗效，以此为临床优化治疗方案提供相应依据。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2022年4月—2025年4月我院呼吸内科收治的AECOPD患者600例，每年纳入200例，年龄55-75岁，其中男性342例，女性258例。

纳入标准：符合《慢性阻塞性肺疾病急性加重诊治中国专家共识（2023年修订版）》诊断标准， $FEV_1/FVC < 70\%$ ， $FEV_1\%$ 预计值 $< 80\%$ ；中医辨证符合痰热郁肺证或痰湿阻肺证；急性加重病程 $\leq 72h$ ；患者知情同意并完成14天疗程随访。

排除标准：合并严重心肝肾疾病、肺癌、肺结核等；对本研究药物过敏者；凝血功能障碍或精神疾病患者。按治疗方式分为对照组与观察组，每组300例，两组患者年龄、性别、病程、病情严重程度等一般资料比较差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。

### 1.2 治疗方法

对照组采用西医常规治疗：根据病原菌培养结果选用敏感抗生素抗感染，布地奈德福莫特罗粉吸入剂（ $160\mu g/4.5\mu g$ ）吸入，每次1吸，每日2次；沙丁胺醇雾化液联合异丙托溴铵雾化液雾化吸入，每次各2.5mL，每日3次；必要时给予无创呼吸机辅助通气、氧疗及营养支持，疗程14天<sup>[1]</sup>。观察组在对照组基础上联合中医辨证治疗：痰热郁肺证（主症：咳嗽、痰黄黏稠、喘息气粗，舌红苔黄腻，脉滑数）予苏葶麻杏石甘汤加减（紫苏子12g、葶苈子10g、麻黄6g、苦杏仁10g、生石膏30g、甘草6g、黄芩12g、瓜蒌15g、鱼腥草20g），每日1剂，水煎400mL，分2次温服；痰湿阻肺证（主症：咳嗽、痰白黏腻、喘息胸闷，舌淡苔白腻，脉滑）予二陈汤合三子养亲汤加减（陈皮12g、半夏10g、茯苓15g、甘草6g、紫苏子12g、白芥子6g、莱菔子15g、苍术10g、厚朴10g），每日1剂，水煎400mL，分2次温服；痰湿阻肺证（主症：咳嗽、痰白黏腻、喘息胸闷，舌淡苔白腻，脉滑）予升阳益胃汤联合止嗽散加减（黄芪15g、党参12g、白术10g、炙甘草6g、陈皮10g、半夏9g、茯苓12g、柴胡6g、防风6g、羌活6g、独活6g、白芍10g、生姜3片、大枣5枚、荆芥8g、桔梗10g、紫菀10g、百部10g、白前10g），每日1剂，水煎400mL，分2次温服，疗程14天。

### 1.3 观察指标

（1）临床疗效：参照《慢性阻塞性肺疾病急性加重诊治中国专家共识（2023年修订版）》制定标准，显效：治疗7天内咳嗽、咳痰、喘息等症状显著缓解，肺功能改善 $\geq 30\%$ ；

有效：治疗 14 天内症状减轻，肺功能改善 10%-29%；无效：症状及肺功能无改善或加重。显控率=（显效例数+有效例数）/总例数×100%。

（2）中医证候积分：对咳嗽、咳痰、喘息、胸闷、紫绀等症状按无、轻、中、重分别计 0、2、4、6 分，治疗前后各评估 1 次。

（3）肺功能指标：采用肺功能仪检测治疗前后 FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>/FVC、FEV<sub>1</sub>%预计值。

（4）炎症因子：采集空腹静脉血，采用免疫比浊法检测 hs-CRP，血常规计算 NLR，酶联免疫吸附法检测 TNF-α。

（5）血气分析：采用血气分析仪检测治疗前后 PaO<sub>2</sub>、PaCO<sub>2</sub>、SaO<sub>2</sub>。

（6）安全性：记录治疗期间不良反应发生情况。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS26.0 统计软件分析数据，计量资料以 (x±s) 表示，组间比较用 t 检验，组内比较用配对 t 检验；计数资料以 [n (%)] 表示，比较用 χ<sup>2</sup> 检验，P<0.05 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组临床疗效比较

观察组显效 156 例、有效 61 例、无效 83 例，显控率为 72.33%；对照组显效 112 例、有效 64 例、无效 124 例，显控率为 58.67%；观察组显控率显著高于对照组 (χ<sup>2</sup>=12.368, P=0.000)。

### 2.2 两组中医证候积分比较

治疗前，两组咳嗽、咳痰、喘息、胸闷、紫绀等证候积分及总分比较差异无统计学意义 (P>0.05)；治疗后，两组各项证候积分及总分均较治疗前显著降低 (P<0.05)，且观察组各项积分均低于对照组 (P<0.05)。见表 1。

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	300	300	-	-
咳嗽	1.25±0.42	1.87±0.53	16.892	0.000
咳痰	1.18±0.39	1.76±0.48	17.345	0.000
喘息	1.32±0.45	1.95±0.52	15.678	0.000
胸闷	1.05±0.36	1.63±0.47	14.982	0.000
紫绀	0.82±0.31	1.35±0.42	15.326	0.000
总分	5.62±1.25	8.56±1.58	23.451	0.000

### 2.3 两组肺功能指标比较

治疗前，两组 FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>/FVC、FEV<sub>1</sub>%预计值比较差异

无统计学意义 (P>0.05)；治疗后，两组上述指标均较治疗前显著升高 (P<0.05)，且观察组高于对照组 (P<0.05)。见表 2。

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	300	300	-	-
FEV <sub>1</sub> (L)	1.82±0.35	1.56±0.31	10.236	0.000
FEV <sub>1</sub> /FVC(%)	63.25±5.12	57.89±4.87	11.542	0.000
FEV <sub>1</sub> %预计值(%)	58.76±6.34	52.31±5.98	10.873	0.000

### 2.4 两组炎症因子水平比较

治疗前，两组 hs-CRP、NLR、TNF-α 水平比较差异无统计学意义 (P>0.05)；治疗后，两组上述指标均较治疗前显著降低 (P<0.05)，且观察组低于对照组 (P<0.05)。见表 3。

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	300	300	-	-
hs-CRP(mg/L)	8.25±2.13	12.68±2.57	20.345	0.000
NLR	2.35±0.62	3.12±0.75	14.678	0.000
TNF-α(pg/mL)	28.67±5.34	36.89±6.12	16.982	0.000

### 2.5 两组血气分析指标比较

治疗前，两组 PaO<sub>2</sub>、PaCO<sub>2</sub>、SaO<sub>2</sub> 比较差异无统计学意义 (P>0.05)；治疗后，两组 PaO<sub>2</sub>、SaO<sub>2</sub> 较治疗前显著升高，PaCO<sub>2</sub> 显著降低 (P<0.05)，且观察组 PaO<sub>2</sub>、SaO<sub>2</sub> 高于对照组，PaCO<sub>2</sub> 低于对照组 (P<0.05)。见表 4。

组别	观察组	对照组	t 值	P 值
例数	300	300	-	-
PaO <sub>2</sub> (mmHg)	82.35±6.12	76.89±5.87	10.562	0.000
PaCO <sub>2</sub> (mmHg)	45.23±4.12	49.67±4.58	11.238	0.000
SaO <sub>2</sub> (%)	94.67±2.35	91.34±2.18	14.873	0.000

### 2.6 安全性比较

治疗期间，观察组出现胃肠道不适 3 例、皮疹 1 例，不良反应发生率为 1.33%；对照组出现胃肠道不适 2 例、头痛 2 例，不良反应发生率为 1.33%；两组不良反应发生率比较差异无统计学意义 (χ<sup>2</sup>=0.000, P=1.000)，且症状均较轻微，未影响治疗。

## 3 讨论

AECOPD 作为慢性阻塞性肺疾病病程里的关键急性事件，它的治疗核心要点在于迅速控制炎症、改进气道通气功能以及缓解临床症状，以此来降低病情发展的风险。西医常规治疗借

助抗感染、支气管舒张剂、糖皮质激素等药物,可快速抑制急性炎症反应、缓解气道痉挛。长期临床实践显示,单纯西医治疗对气道黏液高分泌的调节作用较为有限,并且容易引发菌群失调、耐药性等问题<sup>[2]</sup>。中医理论觉得,AECOPD属于“肺胀”范畴,急性加重期以“标实”为主,痰热、痰湿是主要证型,病机是肺失宣降、痰瘀阻肺,治疗需要遵循“急则治其标”的原则,把清热化痰、燥湿化痰、止咳平喘当作核心治法<sup>[4]</sup>。

在本研究当中,观察组采用西医常规治疗联合中医辨证论治,结果说明其临床显控率达到72.33%,明显高于对照组的58.67%,中西医结合方案可更有效地改善AECOPD患者的临床症状。在中医辨证用药方面,痰热郁肺证选用苏葶麻杏石甘汤加减,方中的麻黄、生石膏起到宣肺清热的作用,紫苏子、葶苈子可降气平喘,黄芩、鱼腥草可以清热化痰,整个方剂共同发挥清热化痰、宣肺平喘的功效;痰湿阻肺证选用升阳益胃汤联合止嗽散加减,升阳益胃汤中黄芪、党参、白术健脾益气、升阳祛湿,陈皮、半夏、茯苓燥湿化痰,防风、羌活、独活祛风胜湿,白芍养血和营;止嗽散中荆芥疏风解表,桔梗、白前、紫菀、百部宣肺润肺、止咳化痰,甘草调和诸药,两方合用共奏健脾祛湿、宣肺化痰、止咳平喘之功,契合“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”的中医理论。现代药理研究证实,苏葶麻杏石甘汤中的有效成分可抑制炎症因子释放、减少气道黏液分泌,升阳益胃汤联合止嗽散可增强机体免疫力、调节气道黏液分泌、改善气道通气功能,与西医治疗形成协同效应。

## 参考文献:

- [1] 慢性阻塞性肺疾病急性加重诊治专家组,蔡柏蔷,阎锡新.慢性阻塞性肺疾病急性加重诊治中国专家共识(2023年修订版)[J].国际呼吸杂志,2023,43(2):132-149.
- [2] 张炜,宋元林,韩桂玲.中西医协同防治慢性阻塞性肺疾病专家共识(2024版)[J].中国中西医结合杂志,2024,44(5):521-528.
- [3] 白晨晓,姜迪,王丽雯,等.中西医结合治疗痰热郁肺型AECOPD有效性的贝叶斯网状Meta分析[J].上海中医药杂志,2022,56(3):10-16.
- [4] 王健,李泽庚,童佳兵.苏葶麻杏石甘汤联合常规疗法治疗痰热郁肺证AECOPD临床研究[J].中华中医药杂志,2022,37(10):5987-5990.
- [5] 刘珊,敬秀平,张玲.莲花清咳片联合西药治疗老年AECOPD的多中心随机对照研究[J].临床医学进展,2025,15(2):1892-1898.

肺功能指标乃是评估AECOPD疗效的关键客观指标,其中FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>/FVC可直接体现气道通气功能<sup>[2]</sup>。在本研究里,观察组治疗之后FEV<sub>1</sub>、FEV<sub>1</sub>/FVC、FEV<sub>1</sub>%预计值均高于对照组,中西医结合治疗可更有效地改善气道阻塞状况,这和中医方剂调节气道平滑肌张力、减轻气道炎症浸润的作用存在关联<sup>[4]</sup>。炎症反应是AECOPD急性加重的关键病理环节,hs-CRP、NLR、TNF- $\alpha$ 等指标可准确反映炎症程度<sup>[3]</sup>。观察组治疗后炎症因子水平低于对照组,证实中西医结合方案可凭借多靶点抑制炎症反应,一方面西医抗生素直接杀灭病原体,另一方面中药复方借助调节免疫功能、抑制炎症通路激活,减少炎症因子释放<sup>[5]</sup>,减轻气道黏膜充血水肿。

本研究的局限性在于样本来源较为单一,并且没有进行长期随访观察复发率,未来需要开展多中心、大样本、长期随访的随机对照研究,验证中西医结合方案的远期疗效及作用机制,总之中西医结合治疗AECOPD可提高临床疗效,改善患者肺功能,抑制炎症反应,优化血气状态,而且安全性良好,为AECOPD的临床治疗提供了有效方案。

## 4 结论

中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)可显著提升临床显控率,有效改善患者中医证候积分、肺功能指标及血气状态,降低炎症因子水平,且安全性与单纯西医治疗相当,该方案充分发挥了中西医协同优势,值得在临床中推广应用,尤其适用于55-75岁中老年AECOPD患者的治疗。