

参苓白术散改善 COPD 急性加重期患者胃肠功能的临床研究

刘辉 向胜

金堂县中医医院 四川 成都 610400

【摘要】目的：探讨参苓白术散对慢性阻塞性肺疾病（Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD）急性加重期合并胃肠功能紊乱患者的临床疗效。方法：选取 2024 年 1 月至 2025 年 9 月收治的 100 例 COPD 急性加重期伴胃肠功能紊乱患者，随机分为对照组和观察组各 50 例。对照组给予常规西医治疗，观察组在此基础上加用参苓白术散汤剂。结果：观察组慢阻肺评估测试（COPD Assessment Test, CAT）评分由 28.58 ± 4.41 分降至 17.64 ± 3.58 分，中医症候积分由 42.76 ± 5.84 分降至 19.32 ± 4.28 分，抗菌药物使用天数为 8.12 ± 2.06 天，均优于对照组（ $P < 0.05$ ）。结论：参苓白术散联合常规治疗能有效改善 COPD 急性加重期患者胃肠功能，减轻临床症状，缩短抗菌药物使用时间。

【关键词】慢性阻塞性肺疾病；急性加重期；胃肠功能紊乱；参苓白术散；中西医结合

DOI:10.12417/2705-098X.26.07.045

慢性阻塞性肺疾病作为呼吸系统常见慢性疾病，其急性加重期患者常因使用抗生素、糖皮质激素等药物导致胃肠功能紊乱，表现为腹胀、腹泻、食欲下降等症状，严重影响患者营养状态和疾病预后^[1]。传统医学认为 COPD 属“肺胀”、“喘证”范畴，肺脾两脏存在母子相生关系，脾虚在疾病发展中起重要作用^[2]。培土生金法作为中医重要治疗原则，通过健脾益气达到补肺固本之效^[3]。参苓白术散具有益气健脾、渗湿止泻功效，在改善胃肠功能方面疗效确切^[4]。本研究旨在观察参苓白术散对 COPD 急性加重期合并胃肠功能紊乱患者的临床疗效，为中西医结合治疗该类疾病提供循证依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2024 年 1 月至 2025 年 9 月我院老年病科收治的 100 例 COPD 急性加重期伴胃肠功能紊乱住院患者作为研究对象。采用随机数字表法分为对照组和观察组，每组 50 例。本研究经医院伦理委员会审批通过。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	对照组	观察组	t/x ² 值	P 值
例数	50	50		
年龄(岁)	68.42 ± 7.36	69.15 ± 7.12	0.504	0.616
男/女(例)	31/19	29/21	0.163	0.686
病程(年)	8.64 ± 3.25	8.91 ± 3.18	0.420	0.675
BMI(kg/m ²)	20.18 ± 2.43	20.35 ± 2.51	0.344	0.732
近 1 年急性加重次数(次)	2.86 ± 0.92	2.94 ± 0.88	0.446	0.657

1.2 临床纳入与排除标准

临床纳入标准：符合 COPD 急性加重期诊断标准，未合并呼吸衰竭或合并急性呼吸衰竭未危及生命；中医辨证属肺脾气虚证；存在腹胀、腹泻、便秘、恶心呕吐等消化系统症状；年龄 55-80 岁；患者知情同意并签署知情同意书。

排除标准：合并肠道及腹腔感染、急腹症等消化系统器质性病变；存在意识障碍、精神疾病或认知功能障碍；对研究用药成分过敏或过敏体质；合并严重心、肝、肾功能不全；近期使用过影响胃肠功能的其他中成药。

1.3 方法

对照组按照慢性阻塞性肺疾病诊治指南给予标准西医治疗方案：持续低流量吸氧（流速 1-3L/min），根据痰培养结果选择敏感抗生素控制感染，雾化吸入支气管扩张剂（沙丁胺醇 2.5mg+异丙托溴铵 500 μg，每日 3 次）解痉平喘，口服氨溴索 30mg 每日 3 次化痰，必要时给予糖皮质激素（甲泼尼龙 40mg 静脉滴注）抗炎，同时纠正水电解质及酸碱平衡紊乱。

观察组在对照组基础上加用参苓白术散汤剂，组方：党参 20g、炒白术 30g、茯苓 15g、山药 15g、白扁豆 15g、莲子 15g、薏苡仁 30g、砂仁 10g、桔梗 15g、炙甘草 10g。水煎煮，一日三次，一次 100ml，三餐后半小时服用。。两组疗程均为 7 天，治疗期间禁用其他具有调理胃肠功能的中西药物，密切监测患者症状体征变化及不良反应。

1.4 观察指标

（1）CAT 评分：采用慢阻肺评估测试量表评估患者症状严重程度，包括咳嗽、咳痰、胸闷、爬坡或上楼气喘、家务活动受限、外出信心、睡眠、精力等 8 个项目，每项 0-5 分，总分 40 分，分值越高症状越重。评价时间点为治疗前和治疗后

(7天)。评分标准：0-10分为轻微影响，11-20分为中度影响，21-30分为严重影响，31-40分为非常严重影响。

(2) 中医症候积分：参照《中药新药临床研究指导原则》评估咳嗽、咯痰、喘息、胸闷、自汗、纳呆、腹胀、便溏、神疲懒言、倦怠乏力等症状，每项按无、轻、中、重分别计0、2、4、6分。评价时间点为治疗前和治疗后(7天)。本研究重点观察咳嗽咯痰、喘息胸闷、纳呆腹胀、便溏、神疲乏力五项症状及总积分(0-60分)。

(3) 抗菌药物使用天数、住院天数及近3月急性加重次数：记录从入院至停用抗菌药物的总天数和住院总天数。停药标准：体温正常 ≥ 3 天(正常值36.0-37.0 $^{\circ}\text{C}$)，白细胞恢复正常(4-10 $\times 10^9/\text{L}$)，中性粒细胞50-70%，痰量减少、痰色转白，症状改善。出院标准：症状基本控制，生命体征平稳(心率60-100次/分，呼吸12-20次/分，血压90-140/60-90mmHg)，胃肠功能恢复。通过随访记录出院后3个月内急性加重次数。

1.5 统计学方法

采用SPSS 21.0统计软件进行数据分析。计量资料符合正态分布者以均数 \pm 标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较采用独立样本t检验，组内比较采用配对样本t检验；计数资料以例数(百分比)表示，采用 χ^2 检验。P<0.05为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者CAT评分比较

治疗后观察组CAT评分显著低于对照组，差异有统计学意义。见表2。

表2 两组患者CAT评分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	对照组	观察组	t值	P值
例数	50	50		
治疗前	28.36 \pm 4.52	28.58 \pm 4.41	0.247	0.805
治疗后	19.28 \pm 3.86	17.64 \pm 3.58	2.193	0.031
治疗前后差值	9.08 \pm 3.12	10.94 \pm 3.45	2.785	0.006

2.2 两组患者中医症候积分比较

观察组治疗后中医症候总积分及各项症状积分均明显低于对照组。见表3。

表3 两组患者治疗前后中医症候积分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	对照组	观察组	t值	P值
例数	50	50		
咳嗽咯痰				
治疗前	8.42 \pm 1.56	8.38 \pm 1.48	0.131	0.896
治疗后	5.16 \pm 1.32	4.24 \pm 1.18	3.742	<0.001

喘息胸闷	治疗前	8.24 \pm 1.42	8.32 \pm 1.36	0.289	0.773
	治疗后	5.08 \pm 1.26	4.16 \pm 1.08	3.912	<0.001
纳呆腹胀	治疗前	7.86 \pm 1.38	7.92 \pm 1.42	0.214	0.831
	治疗后	4.52 \pm 1.14	3.36 \pm 0.96	5.486	<0.001
便溏	治疗前	7.52 \pm 1.46	7.48 \pm 1.52	0.134	0.893
	治疗后	4.28 \pm 1.08	3.18 \pm 0.94	5.438	<0.001
神疲乏力	治疗前	7.94 \pm 1.52	8.06 \pm 1.46	0.404	0.687
	治疗后	4.68 \pm 1.18	3.66 \pm 1.04	4.582	<0.001
总积分	治疗前	42.48 \pm 5.92	42.76 \pm 5.84	0.238	0.812
	治疗后	21.14 \pm 4.36	12.86 \pm 3.24	10.761	<0.001

2.3 两组患者抗菌药物使用天数及近3月急性加重次数比较

观察组抗菌药物使用天数明显短于对照组，出院后3个月内急性加重次数少于对照组。见表4。

表4 两组患者抗菌药物使用天数及近3月急性加重次数比较($\bar{x}\pm s$)

组别	对照组	观察组	t值	P值
例数	50	50		
抗菌药物使用天数(d)	9.24 \pm 2.12	8.12 \pm 2.06	2.676	0.009
住院天数(d)	11.86 \pm 2.54	10.34 \pm 2.42	3.067	0.003
近3月急性加重次数(次)	1.48 \pm 0.54	1.14 \pm 0.62	2.925	0.004

3 讨论

COPD急性加重期患者因呼吸道症状加重、缺氧状态及全身炎症反应，机体处于高应激状态，分解代谢增强，合成代谢减弱，加之抗生素、糖皮质激素等药物的使用，易引发胃肠道菌群失调，消化吸收功能受损，进而导致营养不良，形成“肺病及脾”的病理状态^[4]。

中医学认为肺脾两脏在生理病理上密切相关，肺为气之主，脾为气之源，脾土生肺金，脾运健旺则肺气充沛。COPD患者久病肺虚，子盗母气，导致脾气亦虚，运化失司，水谷精微不能正常输布，机体失于濡养。参苓白术散源于《太平惠民和剂局方》，方中党参大补元气，炒白术健脾燥湿，两药相配共奏益气健脾之功。茯苓淡渗利湿，薏苡仁清热渗湿，山药、莲子、白扁豆益脾止泻，砂仁醒脾行气，桔梗载药上行兼宣肺气，甘草和中益气调和诸药。全方补中有疏，补而不滞，共同发挥健脾益气、渗湿止泻之效^[5]。

现代药理学研究揭示了参苓白术散改善胃肠功能的多重机制。党参含有的党参多糖具有双向调节肠道蠕动功能，能够

促进肠道益生菌生长,抑制致病菌繁殖,维持肠道微生态平衡。白术内酯类化合物具有显著的抗炎活性,能够下调肿瘤坏死因子- α (Tumor Necrosis Factor- α , TNF- α)、白细胞介素-6 (Interleukin-6, IL-6)等促炎因子表达,减轻肠道黏膜炎症反应。茯苓多糖不仅具有免疫调节作用,还能保护肠道黏膜屏障功能,减少内毒素吸收。薏苡仁中的薏苡仁酯、薏苡仁油等成分具有抗菌、抗炎、调节免疫等多重作用,能够改善肠道微环境^[6]。

本研究结果表明,加用参苓白术散的观察组在CAT评分改善幅度上优于单纯西医治疗的对照组,评分降低幅度达到10.94分,高于对照组的9.08分($P<0.05$),提示该方不仅改善胃肠症状,还能通过“培土生金”作用增强肺功能,缓解呼吸道症状。中医症候积分的变化较为直观地反映了参苓白术散的治疗优势,观察组总分从42.76分降至19.32分,降幅达54.8%,而对照组降低44.2%。值得关注的是,观察组在纳呆腹胀、便溏等脾胃症状的改善上较为明显,治疗后分别降至3.36分和3.18分,体现了该方健脾和胃、调理胃肠的核心功效^[7]。

抗菌药物使用时间的缩短具有重要临床意义。观察组平均使用8.12天即可停用抗菌药物,较对照组缩短1.12天

($P=0.009$),这一结果表明参苓白术散通过改善胃肠功能,增强营养吸收,有助于提高机体免疫力,促进感染控制。胃肠功能的改善使得患者能够更好地摄入和吸收营养物质,血清白蛋白、前白蛋白等营养指标得以提升,免疫球蛋白合成增加,巨噬细胞、中性粒细胞等免疫细胞功能增强,从而提高抗感染能力。住院天数观察组为 10.34 ± 2.42 天,较对照组的 11.86 ± 2.54 天缩短1.52天($P=0.003$),不仅减轻了患者经济负担,还降低了院内感染风险。随访期间,观察组3个月内急性加重次数为 1.14 ± 0.62 次,少于对照组的 1.48 ± 0.54 次($P=0.004$),进一步证实了参苓白术散在改善患者远期预后方面的积极作用,这可能与该方调节机体免疫功能、改善营养状态、增强体质等多方面作用有关^[8]。

综上所述,参苓白术散联合西医常规治疗通过健脾益气、培土生金的作用机制,能够改善COPD急性加重期合并胃肠功能紊乱患者的临床症状,在一定程度上缩短抗菌药物使用时间和住院天数,减少急性加重次数。该治疗方案充分体现了中西医结合的优势,为临床治疗提供了安全有效的新选择。未来研究可进一步探索参苓白术散对肠道菌群、炎症因子、营养指标等的具体调节机制,并开展多中心、大样本的临床研究,为该方的临床推广应用提供更充分的循证医学证据。

参考文献:

- [1] 张凌凤,段兵,刘飞,田兴中,张艳峰.参苓白术散对稳定期慢性阻塞性肺疾病患者免疫功能及生活质量的影响[J].辽宁中医杂志,2023,50(10):149-152.
- [2] 张凌凤,段兵,刘飞,田兴中,张艳峰.参苓白术散治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病的效果及机制研究[J].辽宁中医杂志,2023,50(12):109-112.
- [3] 唐俊.慢性阻塞性肺疾病加重期患者用参苓白术散联合穴位敷贴治疗效果及对肺功能作用研究[J].中国科技期刊数据库医药,2025(8):175-178.
- [4] 窦丹,刘迪,贾元萍,李得民,张洪春.基于网络药理学探讨参苓白术散“异病同治”慢性阻塞性肺疾病和溃疡性结肠炎作用机制[J].辽宁中医药大学学报,2021,23(7):71-77.
- [5] 宋亚丽,马艳苗,胡桂芬,来晓炜.参苓白术散加减治疗肺脾气虚津亏干燥综合征疗效及对Toll样受体4/核因子- κ B水平的影响[J].中华中医药学刊,2024,42(5):186-190.
- [6] 夏侯玮辉,王莹,袁会娟,肖鹏.参苓白术散联合坐式八段锦治疗慢性阻塞性肺病急性加重期临床观察[J].云南中医中药杂志,2024,45(4):55-57.
- [7] 王语涵,张艳,李娜,余汝健,赵丽红.参苓白术散合越鞠丸加减干预慢性阻塞性肺疾病稳定期肺脾气虚证患者营养不良的疗效观察[J].每周文摘·养老周刊,2024(13):0113-0115.
- [8] 石传水.参苓白术散加减联合噻托溴铵治疗慢性阻塞性肺疾病缓解期的疗效及对肺功能的影响[J].基层医学论坛,2024,28(7):145-148.