

〔文章编号〕 1007-0893(2021)22-0074-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.22.028

# 中医内外合治痰热闭肺型肺炎喘嗽的临床疗效观察

易钊浩 冯桂芳 叶福贤

(鹤山市人民医院, 广东 鹤山 529700)

〔摘要〕 **目的:** 探讨中医内外合治痰热闭肺型肺炎喘嗽的临床疗效。**方法:** 选取鹤山市人民医院2019年1月至2020年9月期间收治的74例痰热闭肺型肺炎喘嗽患者, 随机分为对照组与观察组, 各37例。对照组采用常规西医治疗, 观察组采用中医内外合治方法, 比较两组患者临床总有效率、临床症状改善时间、住院时间、治疗前后中医证候积分以及生活质量评分。**结果:** 观察组患者治疗总有效率为94.59%, 高于对照组的78.38%, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组患者的各项临床症状改善时间和住院时间均短于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后观察组的各项中医证候积分均较对照组低, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后观察组患者的生活质量评分高于对照组, 差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论:** 对痰热闭肺型肺炎喘嗽患者采用中医内外合治方法治疗可取得理想的效果, 能够加快患者临床症状改善, 还可提高其生活质量。

〔关键词〕 肺炎喘嗽; 痰热闭肺型; 中医内外合治

〔中图分类号〕 R 563.1 〔文献标识码〕 B

肺炎喘嗽是临床上常见的一种呼吸系统疾病, 主要的临床症状为喘憋、咳嗽, 主要由于卫外不固、感受风邪等因素造成, 临床应以化痰清热、平喘宣肺为治疗原则。该病全年均可发作, 尤以冬春两季多发, 不但严重影响患者正常生活, 还会导致患者身心健康受损。随着病情迁延, 临床治疗难度和复杂度明显增加, 容易诱发各种并发症, 加重患者不适感及经济负担, 极大地影响患者预后, 对其正常生活和工作可造成干扰和不便<sup>[1]</sup>, 此疾病在中医学领域, 以痰热闭肺型较为常见, 治疗的关键以清热解毒、通经活络为主<sup>[2-3]</sup>。笔者选取本院在2019年1月至2020年9月期间收治的74例痰热闭肺型肺炎喘嗽患者, 通过随机分组的方法分别为患者提供不同的干预措施, 研究结果表明中医内外合治痰热闭肺型肺炎喘嗽的效果明显优于常规西药治疗, 本研究特就相关研究结果做详细报道。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取本院2019年1月至2020年9月期间收治的74例痰热闭肺型肺炎喘嗽患者, 随机分为对照组与观察组, 各37例。对照组男20例, 女17例; 年龄23~77岁; 平均年龄(41.31±4.11)岁; 病程3~34 d, 平均病程(13.24±2.01) d。观察组男21例, 女16例; 年龄范围18~75岁, 平均年龄(41.31±4.11)岁; 病程4~38 d, 平均病程(14.27±2.03) d。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

### 1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 病情符合《成人肺炎支原体肺炎诊治专家共识》<sup>[4]</sup> 西医诊断标准, 临床表现为气促、咳嗽、发热、喘憋等; (2) 肺部可闻及湿啰音, 听诊可闻及管状呼吸音, X线胸片可见斑片状影或者点状影, 结合患者临床表现及胸片检查、病原学检查等确诊; (3) 根据《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup> 判定为痰热闭肺型, 临床证候表现为发热烦躁, 咳嗽喘促, 呼吸困难, 气急鼻煽, 喉间痰鸣, 口唇紫绀, 面赤口渴, 胸闷胀满, 泛吐痰涎, 舌质红, 舌苔黄, 脉象滑数或指纹紫滞。(4) 患者对本研究知情并能够配合各项治疗。

1.2.2 排除标准 (1) 合并精神疾病者或者有药物依赖史、酗酒史者; (2) 合并造血系统功能障碍者; (3) 合并心血管病变者; (4) 由于治疗依从性或者配合度低而影响临床进行疗效评价者; (5) 同时参与其他试验者; (6) 中途脱落者或者退出本研究者; (7) 对本研究所用药物有过敏反应者; (8) 由于出现严重不良反应而导致疗程中断者。

### 1.3 方法

1.3.1 对照组 采用常规西医治疗, 具体如下: 将盐酸氨溴索注射液(国药集团国瑞药业有限公司, 国药准字H20113358) 20 mg溶于0.9%氯化钠注射液为患者实施静脉滴注, 2次·d<sup>-1</sup>; 如果患者为支原体肺炎, 则静滴盐酸阿奇霉素注射液(辰欣药业股份有限公司, 国药准字H20060041), 将10 mg·kg<sup>-1</sup>阿奇霉素注射液的用量添加到250 mL的5%葡萄糖注射液中, 剂量为10 mg·kg<sup>-1</sup>·d<sup>-1</sup>,

〔收稿日期〕 2021-09-20

〔作者简介〕 易钊浩, 男, 主治医师, 主要研究方向是内科学。

1 次 · d<sup>-1</sup>。如果患者为细菌性肺炎，则实施头孢曲松钠注射液（昆明积大制药股份有限公司，国药准字 H53020502）注射治疗，将 50 ~ 80 mg · kg<sup>-1</sup> 头孢曲松钠注射液的用量添加到 100 mL 0.9 % 氯化钠注射液中，50 ~ 80 mg · kg<sup>-1</sup> · d<sup>-1</sup>，1 次 · d<sup>-1</sup>。每个疗程持续 7 d，连续用药 1 个疗程。

1.3.2 观察组 采用中医内外合治方案，即中药内服联合穴位拔罐，中药方剂组成（小陷胸汤结合麻杏石甘汤加减）：麻黄、枳实、甘草、制半夏、杏仁、地龙、虎杖各 6 g，鱼腥草、石膏、浙贝母、黄芩、竹茹、瓜蒌、葶苈子各 10 g。若发热严重加栀子 6 g；若便秘加莱菔子 5 g；1 剂 · d<sup>-1</sup>，水煎服，取汁 400 mL，200 mL · 次<sup>-1</sup>，分早晚服用。穴位拔罐：选檀中、大椎、两侧肺俞、肩胛骨及定喘穴，对选取的穴位采用拔火罐方法进行治疗，留置时间为 3 min，每个穴位 2 ~ 3 次，待患者皮肤潮红后停止。1 次 · d<sup>-1</sup>。上述方案 7 d 为 1 个疗程，共计治疗 1 个疗程。

1.4 观察指标

(1) 参考《成人肺炎支原体肺炎诊治专家共识》<sup>[4]</sup> 进行临床疗效评估，痊愈：患者咳嗽、发热等临床症状及肺部啰音消失，X 线片显示患者炎症反应完全吸收；改善：患者咳嗽、发热等临床症状及肺部啰音显著减轻，X 线片显示患者病灶范围明显缩小，炎症反应基本吸收；好转：患者咳嗽、发热等临床症状及肺部啰音减轻，X 线片显示患病灶范围缩小，炎症反应减轻；无效：患者临床症状无明显变化或者加重。总有效率 = (痊愈 + 改善 + 好转) / 总例数 × 100 %。

(2) 比较两组患者发热、咳嗽、肺部啰音、X 线片吸收时间及住院时间。(3) 参考《中医病症诊断疗效标准》<sup>[5]</sup> 比较治疗前后患者中医证候积分，包括气喘、肺部听诊、咳嗽、痰壅、发热及 X 线胸片。其中气喘、咳嗽、痰壅、发热评分标准如下，正常：0 分；症状轻微：3 分；症状较为明显：6 分；症状严重：9 分。(4) 观察两组患者治疗前后生活质量评分情况。对患者的生活质量进行评价，采用的标准为生活质量综合评定问卷（generic quality of life inventory 74，GQOLI-74）评分标准，采用百分制计分法，得分越高则生活质量越高。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 94.59 %，高于对照组的 78.38 %，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率比较 (n = 37, n (%))

Table with 5 columns: 组别, 痊愈, 改善, 好转, 无效, 总有效(n (%)). Rows for 对照组 and 观察组.

与对照组比较, \*P < 0.05

2.2 两组患者临床症状改善时间比较

观察组患者的各项临床症状改善时间和住院时间均短于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者临床症状改善时间比较 (n = 37,  $\bar{x} \pm s$ , d)

Table with 6 columns: 组别, 发热改善时间, 咳嗽改善时间, 肺部啰音改善时间, X 线片吸收时间, 住院时间. Rows for 对照组 and 观察组.

与对照组比较, bP < 0.05

2.3 两组患者治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组患者的各项中医证候积分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后观察组的各项中医证候积分均较对照组低，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后中医证候积分比较 (n = 37,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

Table with 6 columns: 组别, 时间, 气喘, 咳嗽, 痰壅, 发热. Rows for 对照组 (治疗前, 治疗后) and 观察组 (治疗前, 治疗后).

与对照组治疗后比较, cP < 0.05

2.4 两组患者治疗前后生活质量评分比较

治疗前两组患者的生活质量评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后观察组患者的生活质量评分高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 4。

表 4 两组患者治疗前后生活质量评分比较 (n = 37,  $\bar{x} \pm s$ , 分)

Table with 5 columns: 组别, 时间, 躯体功能, 社会功能, 心理功能, 物质功能. Rows for 对照组 (治疗前, 治疗后) and 观察组 (治疗前, 治疗后).

与对照组治疗后比较, dP < 0.05

3 讨论

在清代谢玉琼的《麻科活人全书》当中首次提到了肺炎咳嗽，认为肺气不足，卫外不固，外感邪毒由口鼻而进入肺部是肺炎咳嗽的发病机制<sup>[6]</sup>。此疾病证型多样，其中以痰热闭肺型为主，治疗的关键为清热解毒、通经活络、利湿化浊<sup>[7-8]</sup>。笔者对本院部分痰热闭肺型肺炎咳嗽患者采用中医内外合治方法治疗，相对于采用常规西医治疗的患者，取得了更好的治疗效果。

内服中药为小陷胸汤与麻杏石甘汤加减,此方剂使用之后具有行血活气、化痰通络的作用,进而有效减轻患者的咳嗽症状。方剂当中包含的中药材主要为麻黄、枳实、甘草、制半夏、杏仁、地龙、虎杖、鱼腥草、石膏、浙贝母、黄芩、竹茹、瓜蒌、葶苈子等,其中麻黄、杏仁可以发挥宣肺泄热、散气化阻的作用,石膏可以清肺降火,黄芩清湿热,制半夏化痰降逆,枳实行湿痰、破滞气,葶苈子以泄热逐邪为主要作用,瓜蒌可理气宽胸,诸多药物联合使用,可以共同发挥行血活气、化痰通络的作用,进而提高临床治疗效果,减轻患者的痛苦。外用治疗方法主要是拔火罐,这种方法通过刺激患者皮肤的经络,以发挥调节肺腑,引导气血循环的作用,进而有效减轻患者的临床症状,提高机体免疫能力<sup>[9-10]</sup>。内外两种方法联合使用,可以发挥系统效应,加快临床症状缓解,有效提高患者舒适度<sup>[11]</sup>。

本研究中,常规西医及中医内外合治均能够取得一定的效果,对于促进病情减轻和缓解均具有一定的价值,但是研究表明中医内外合治效果更佳,主要表现为观察组临床总有效率更高,临床症状改善速度更快,住院时间更短,治疗后中医证候积分更低且生活质量评分更高,差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。杨志华等<sup>[12]</sup>在相关研究中指出,对痰热闭肺型肺炎喘嗽患者采用中医内外合治方法治疗总有效率为93.3%,常规西药治疗总有效率为70.0%,本研究中,观察组总有效率为94.59%,对照组为78.38%,可见中医内外合治效果确切,与上述研究结果一致。通过数据对比可知,采用中医内外合治方法治疗痰热闭肺型肺炎喘嗽有效性及可行性均较高。

综上所述,为痰热闭肺型肺炎喘嗽患者实施中医内外合治方法治疗疗效确切,对于促进患者临床症状改善及生活质量提高均有重要价值,能够减轻疾病对患者身心造成的不适感,而且操作方便、安全可靠。

#### [参考文献]

- (1) 王志彦,王敏红.麻杏化痰汤联合西医常规疗法治疗痰热闭肺型小儿肺炎喘嗽(J).吉林中医药,2018,38(11):1274-1276.
- (2) Liu H, Xu H, Zhang XL, et al. Logistic regression analysis of the evolution law and influencing factors of the phlegm-heat closed lung syndrome in children with pneumonia, asthma and cough (J). Chinese Journal of Clinicians, 2019, 47(1): 115-118.
- (3) 肖蓉,王小琳,孙翀.大黄、芒硝贴敷治疗痰热闭肺型肺炎喘嗽的临床疗效观察(J).内蒙古中医药,2019,38(8):136-137.
- (4) 中华医学会呼吸病学分会感染学组.成人肺炎支原体肺炎诊治专家共识(J).中华结核和呼吸杂志,2010,33(9):643-645.
- (5) 国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准-中医病证诊断疗效标准(S).北京:中国医药科技出版社,2012,2877.
- (6) 康玉斗,冯玉沛."肺炎喘嗽"一词最早见文略考(J).中医儿科杂志,2012,8(4):62-63.
- (7) 沈明,吴博.五虎汤合葶苈大枣泻肺汤治疗痰热闭肺型小儿肺炎喘嗽临床疗效及对炎症因子的影响(J).福建中医药,2019,50(3):20-22.
- (8) 杨见辉,孙海鹏,陈竹,等.麻杏化痰汤加减治疗痰热闭肺型小儿肺炎喘嗽临床效果评价(J).中华中医药学刊,2018,36(7):1714-1716.
- (9) 肖艳芳.中西医结合治疗痰热闭肺型肺炎喘嗽130例临床观察(J).中国民族民间医药,2018,27(17):127-129.
- (10) 李培勇,曾崎冈,戴勇,等.中医内外合治社区获得性肺炎(痰热证)的临床研究(J).中国中医急症,2019,28(2):276-279.
- (11) 肖蓉,林贯秋,孙翀.中医内外合治肺脾气虚型肺炎喘嗽临床研究(J).内蒙古中医药,2020,39(7):46-47.
- (12) 杨志华,沈玉鹏,吴尚华,等.内外合治法治疗痰热闭肺型小儿肺炎喘嗽60例(J).西部中医药,2016,29(2):97-99.