

引用:邹清,黄新华,邹娟兰,等.化痰平喘合剂治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热壅肺证38例[J].湖南中医杂志,2026,42(4):47-51.

化痰平喘合剂治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰热壅肺证38例

邹清,黄新华,邹娟兰,易秋香,吕沙

(衡阳县中医医院,湖南 衡阳,421200)

[摘要] 目的:观察化痰平喘合剂治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease, AECOPD)痰热壅肺证的临床疗效。方法:选取80例AECOPD痰热壅肺证患者,将其随机分为治疗组和对照组,对照组采用西医常规治疗,治疗组在对照组基础上加用化痰平喘合剂,2组均以7d为1个疗程,共治疗2个疗程。观察2组咳嗽咳痰缓解时间、抗生素使用时间、慢性阻塞性肺炎患者自我评估测试问卷(COPD Assessment Test, CAT)评分、中医证候评分、动脉血气分析指标水平、安全性指标,并评价临床疗效。结果:总有效率治疗组为92.11%(35/38),对照组为79.49%(31/39),2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$);2组咳嗽咳痰缓解时间、抗生素使用时间比较,治疗组均优于对照组($P<0.05$);2组CAT评分、中医证候评分、动脉血气分析指标水平治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);不良事件发生率治疗组为5.26%(2/38),对照组为7.69%(3/39),2组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:化痰平喘合剂联合常规西医治疗AECOPD痰热壅肺证,能显著改善患者临床症状、肺通气功能及缺氧状态,减少咳嗽咳痰缓解时间和抗生素使用时间,疗效确切,安全性良好,值得临床推广应用。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病;急性加重期;痰热壅肺证;化痰平喘合剂;临床疗效

[中图分类号] R259.63 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2026.04.009

Clinical effect of Huatan Pingchuan mixture in treatment of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease with phlegm-heat obstructing the lung: An analysis of 38 cases

ZOU Qing, HUANG Xinhua, ZOU Juanlan, YI Qiuxiang, LYU Sha

(Hengyang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Hengyang 421200, Hunan, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect of Huatan Pingchuan mixture in the treatment of acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (AECOPD) with phlegm-heat obstructing the lung. Methods: A total of 80 AECOPD patients with phlegm-heat obstructing the lung were randomly divided into treatment group and control group. The patients in the control group received conventional Western medicine treatment, and those in the treatment group received Huatan Pingchuan mixture in addition to the treatment in the control group. Each course of treatment was 7 days, and both groups were treated for 2 courses. The two groups were observed in terms of the time to relief of cough and expectoration, duration of antibiotic use, COPD assessment test (CAT) score, traditional Chinese medicine (TCM) syndrome score, arterial blood gas parameters, and safety indicators, and clinical outcome was assessed. Results: There was a significant difference in overall response rate between the treatment group and the control group [92.11% (35/38) vs 79.49% (31/39)],

$P < 0.05$] . Compared with the control group, the treatment group had significantly better results of time to relief of cough and expectoration and duration of antibiotic use ($P < 0.05$) . After treatment, both groups had significant changes in CAT score, TCM syndrome score, and arterial blood gas parameters, and there were significant differences in these indicators between the two groups after treatment ($P < 0.05$) . There was no significant difference in the incidence rate of adverse reactions between the treatment group and the control group [5.26% (2/38) vs 7.69% (3/39) , $P > 0.05$] . Conclusion: In the treatment of AECOPD with phlegm-heat obstructing the lung, Huatan Pingchuan mixture can significantly improve clinical symptoms, pulmonary ventilation function, and anoxia and shorten the time to relief of cough and expectoration and the duration of antibiotic use, with a marked clinical effect and a favorable safety profile.

[**Keywords**] chronic obstructive pulmonary disease; acute exacerbation; phlegm-heat obstructing the lung; Huatan Pingchuan mixture; clinical effect

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是一种以持续性气流受限为特征的慢性气道炎症性疾病,其主要临床表现为咳嗽、咳痰、活动后气促^[1]。在 COPD 的疾病进程中,患者平均每年发生 0.5 ~ 3.5 次急性加重事件,慢性阻塞性肺疾病急性加重期(chronic obstructive pulmonary disease acute exacerbation, AECOPD)不仅会导致患者肺功能快速下降、生活质量严重降低,还会显著增加住院率及病死率^[2]。中医学将 AECOPD 归为“咳嗽”“喘证”“肺胀”范畴,其中痰热壅肺证是其最常见的证型^[3],临床表现为剧烈咳嗽、痰黄黏稠难咳、胸闷喘息、口渴、便秘、舌红苔黄腻、脉滑数等。目前,西医治疗以抗感染、支气管扩张剂、糖皮质激素等为主,虽能快速控制炎症、缓解症状,但长期应用易产生药物耐受、二重感染、血糖升高等不良反应,且对部分患者的痰液清除及肺功能恢复效果有限^[4]。

化痰平喘合剂是基于“清热化痰,宣肺平喘”治法而组方的中药复方(由蜜麻黄、杏仁、苏子、葶苈子、僵蚕等组成)。为进一步验证其临床疗效与安全性,本研究选取我院收治的 AECOPD 痰热壅肺证患者 80 例开展临床观察,为该复方在 AECOPD 治疗中的推广应用提供临床依据,现报告如下。本研究已获得衡阳县中医医院医学伦理委员会批准(HYXZ-2018-001-V1)。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月 1 日至 2024 年 12 月 31 日于衡阳县中医医院呼吸内科住院的 80

例 AECOPD 痰热壅肺证患者,按随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组各 40 例。在治疗过程中,治疗组脱落 2 例,对照组脱落 1 例,最终纳入患者 77 例。治疗组 38 例中,男 25 例,女 13 例;平均年龄(66.78 ± 10.52)岁;平均病程(14.58 ± 10.08)年;病情程度(GOLD.慢性阻塞性肺疾病诊断 2018 版标准^[5])中度 30 例,重度 8 例;现吸烟者 10 例,戒烟者 18 例,平均烟龄(20.07 ± 13.29)年,平均每日吸烟量(30.22 ± 15.12)支;平均体质指数(body mass index, BMI)(21.78 ± 3.88) kg/m^2 ;合并呼吸衰竭、电解质紊乱 2 例。对照组 39 例中,男 30 例,女 9 例;平均年龄(67.21 ± 10.48)岁;平均病程(13.42 ± 8.92)年;病情程度中度 29 例,重度 10 例;现吸烟者 13 例,戒烟者 20 例,平均烟龄(21.46 ± 14.05)年,平均每日吸烟量(33.80 ± 15.38)支;平均 BMI(22.81 ± 3.8) kg/m^2 ;合并呼吸衰竭、电解质紊乱 1 例。2 组一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参考文献[5]拟定 AECOPD 的诊断标准。急性起病(症状短期内突然发作或明显加重),且至少出现以下 3 项核心症状中的 2 项,持续时间 ≥ 2 d,症状变化幅度超出患者日常稳定期波动范围:1)呼吸困难较基础水平显著加重;2)咳嗽频率明显加剧;3)痰量较日常显著增多,和(或)痰液性状改变。同时,上述症状加重需导致患者原有基础治疗方案有所调整。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》^[6]中肺胀·痰热郁肺证

的辨证标准拟定AECOPD痰热壅肺证的辨证标准:咳嗽喘急,胸满气粗,咳痰色黄或白、质地黏稠难咳,身热,烦躁,微恶寒,少量汗出,口渴欲饮,尿黄便干,舌质红或边尖红、苔黄或黄腻,脉滑数或浮滑数。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断和中医辨证标准;2)年龄40~80岁;3)依据《2023年慢性阻塞性肺疾病全球倡议(GOLD)》^[7]肺功能分级为1~2级,病情为轻、中度;4)患者自愿参与本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并肺结核病、肿瘤及其他肺部原发性疾病;2)合并严重心功能不全(心功能3级以上);3)合并心血管、泌尿、造血、消化、内分泌系统疾病;4)合并肝、肾功能不全;5)有精神疾病;6)有获得性免疫缺陷综合征(human immunodeficiency virus, HIV);7)对本研究药物有过敏史;8)妊娠期或哺乳期妇女。

1.5 脱落标准 1)受试者自行提出退出研究,并签署书面退出同意书(无论何种原因,如疗效不佳、个人意愿改变等);2)未按规定时间完成随访;3)出现严重不良事件或不可耐受的不良反应,经研究者判断需终止试验。

2 治疗方法

2.1 对照组 2组均参照《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013年修订版)》^[1]及《慢性阻塞性肺疾病基层诊疗指南(实践版·2018)》^[8]中AECOPD的治疗方案,给予常规西医治疗,包括氧疗,抗生素、支气管扩张剂、抗胆碱能药、化痰剂等药物治疗。

2.2 治疗组 在对照组基础上予以化痰平喘合剂。处方:蜜麻黄2g,杏仁4g,苏子5g,葶苈子5g,僵蚕4g,地龙5g,浙贝母5g,紫菀5g,百部5g,黄芩5g,姜半夏3g,橘红4g,枇杷叶5g,炙甘草3g,五味子4g,细辛1g,红参须4g,麦冬3g,桔梗4g。以上药物由我院制剂室熬制成100 mL/剂,1剂/d,分2次服用。

2组均以7d为1个疗程,共治疗2个疗程。

3 疗效观察

本研究采用评估者盲法,疗效评估人员为未参与患者招募、分组及治疗过程的第三方医护人员,

仅依据患者的随机编码调取临床资料进行指标评估,全程不知晓患者的分组情况及具体治疗方案。

3.1 观察指标

3.1.1 咳嗽咳痰缓解时间、抗生素使用时间 治疗后比较2组咳嗽咳痰缓解时间、抗生素使用时间。

3.1.2 慢性阻塞性肺疾病患者自我评估测试问卷(COPD Assessment Test, CAT)评分 于治疗前后评估2组咳嗽、咳痰、胸闷、活动能力、信心、睡眠、精力、日常活动8项症状的变化,采用0~5分评分法,总分范围0~40分,评分越高表示症状越重^[9]。

3.1.3 中医证候评分 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[10]制定中医证候评分量表,将主症咳嗽喘急、胸满气粗、痰色黄难咳按无、轻、中、重分别计0、2、4、6分;次症身热、烦躁、恶寒、口渴、尿黄便干、舌红苔黄、脉滑数按无、轻、中、重分别计0、1、2、3分;分数越高表示症状越严重。

3.1.4 动脉血气分析 于治疗前后检测2组动脉血氧分压(partial pressure of arterial oxygen, PaO₂)、动脉血二氧化碳分压(partial pressure of arterial carbon dioxide, PaCO₂)、血氧饱和度(saturation of peripheral oxygen, SpO₂)水平。

3.1.5 安全性指标 监测2组血常规、肝肾功能、心电图等,并记录不良事件发生率。

3.2 疗效标准 临床控制:主要临床症状获得完全缓解,影像学复查证实肺部炎性病灶完全吸收消散,且无新增异常影像表现;好转:主要临床症状明显减轻但未完全消失,影像学复查证实肺部感染性病变部分吸收,残留病灶范围缩小;无效:主要临床症状无减轻甚或加重,影像学复查证实肺部感染性病变无任何吸收,残留病灶范围未缩小甚或扩大。

3.3 统计学方法 采用SPSS 20.0软件对数据进行分析,计量资料以“均数±标准差”(x̄±s)表示,组间比较采用独立样本t检验;计数资料以例和率(%)表示,组间比较采用Wilcoxon秩和检验,二分类资料组间比较采用χ²检验;以P<0.05为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组临床疗效比较 总有效率治疗组为

92.11%，对照组为 79.49%，2 组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。(见表 1)

表 1 2 组临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	临床控制	好转	无效	总有效
治疗组	38	17(44.74)	18(47.37)	3(7.89)	35(92.11)
对照组	39	11(28.21)	20(51.28)	8(20.51)	31(79.49)
χ^2 值					4.231
P 值					0.040

3.4.2 2 组咳嗽咳痰缓解时间、抗生素使用时间比较 治疗组咳嗽咳痰缓解时间早于对照组，抗生素使用时间少于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。(见表 2)

表 2 2 组咳嗽咳痰缓解时间、抗生素使用时间比较 ($\bar{x} \pm s, d$)

组别	例数	咳嗽咳痰缓解时间	抗生素使用时间
治疗组	38	5.23 ± 1.35	6.12 ± 1.24
对照组	39	7.18 ± 1.56	8.35 ± 1.47
t 值		<0.001	<0.001
P 值		<0.001	<0.001

3.4.3 2 组治疗前后 CAT 评分比较 治疗前 2 组 CAT 评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；治疗后 2 组 CAT 评分均较治疗前显著降低，且治疗组降低幅度大于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后 CAT 评分比较 ($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
治疗组	38	26.89 ± 5.32	12.45 ± 4.18	15.623	<0.001
对照组	39	25.76 ± 5.17	17.82 ± 4.53	9.345	<0.001
t 值		0.897	4.892		
P 值		0.313	<0.001		

3.4.4 2 组治疗前后中医证候评分比较 治疗前 2 组中医证候主症评分、次症评分及总分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；治疗后 2 组主症评分、次症评分、总分均较治疗前显著降低，且治疗组优于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.01$)。(见表 4)

表 4 2 组治疗前后中医证候评分比较 ($\bar{x} \pm s, 分$)

组别	例数	时间节点	主症	次症	总分
治疗组	38	治疗前	14.26 ± 3.18	8.92 ± 2.45	23.18 ± 4.87
		治疗后	4.35 ± 2.07 ^{ab}	2.13 ± 1.56 ^{ab}	6.48 ± 3.21 ^{ab}
对照组	39	治疗前	13.89 ± 3.05	8.57 ± 2.33	22.46 ± 4.62
		治疗后	7.62 ± 2.34 ^a	4.76 ± 1.89 ^a	12.38 ± 3.56 ^a

注：与本组治疗前比较，^a $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，^b $P < 0.01$ 。

3.4.5 2 组治疗前后动脉血气分析指标水平比较 2 组治疗前 PaO₂、PaCO₂及 SpO₂比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)；治疗后 2 组 PaO₂、SpO₂均较治疗前显著升高，PaCO₂较治疗前显著降低，且治疗组改善程度优于对照组，差异均有统计学意义($P < 0.01$)。(见表 5)

表 5 2 组治疗前后动脉血气分析指标水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	PaO ₂ /mmHg	PaCO ₂ /mmHg	SpO ₂ /%
治疗组	38	治疗前	58.62 ± 6.35	54.38 ± 5.76	86.25 ± 4.18
		治疗后	76.89 ± 5.42 ^{ab}	42.15 ± 4.89 ^{ab}	94.68 ± 3.25 ^{ab}
对照组	39	治疗前	57.89 ± 6.12	53.76 ± 5.58	85.76 ± 4.05
		治疗后	68.57 ± 5.23 ^a	47.32 ± 4.65 ^a	90.35 ± 3.18 ^a

注：与本组治疗前比较，^a $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，^b $P < 0.01$ 。

3.4.6 2 组安全性指标及不良事件发生率比较 治疗期间，2 组患者血常规、肝肾功能及心电图均未出现显著异常改变。治疗组共发生不良事件 2 例(5.26%)，其中 1 例为轻度胃肠道不适(恶心)，1 例为口干，均未停药，对症处理后缓解；对照组发生不良事件 3 例(7.69%)，其中 2 例为胃肠道不适，1 例为头痛，经对症处理后缓解。2 组不良事件发生率比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)，提示 2 组治疗方案均具有良好的安全性。

4 讨 论

中医学强调“辨证论治，标本兼顾”，化痰平喘合剂基于清热化痰、宣肺平喘治法组方，方中蜜麻黄、杏仁相须为用，宣肺平喘、开泄肺气，为君药；黄芩清热泻火，浙贝母、苏子、葶苈子化痰降浊，共奏清热化痰之效，为臣药；僵蚕、地龙解痉通络、化痰平喘，紫菀、百部润肺止咳，姜半夏、化橘红燥湿化痰，桔梗宣肺利咽、引药上行，共为佐药；炙甘草调和诸药，五味子、细辛、红参须、麦冬兼顾益气养阴、收敛肺气，防宣散太过耗伤正气，全方共奏清热化痰、宣肺平喘、益气养阴之功，既清泻痰热，通畅肺气，又兼顾固本，契合痰热壅肺证的病机核心。

本研究结果显示，治疗组咳嗽咳痰缓解时间短于对照组，抗生素使用时间少于对照组，治疗组治疗后 CAT 评分，中医学主症、次症、总分均显著低

于对照组,提示化痰平喘合剂能更有效缓解咳嗽喘急、痰黄黏稠、胸闷气粗等主要症状,降低抗生素使用量,不仅能改善症状,还可提升患者日常活动能力与生活质量。AECOPD常伴随缺氧及二氧化碳潴留,PaO₂降低、PaCO₂升高是其关键病理表现,直接影响患者病情严重程度与预后。本研究中,治疗组治疗后PaO₂、SpO₂升高幅度及PaCO₂降低幅度均显著优于对照组,表明化痰平喘合剂能协同西医氧疗、支气管扩张剂等治疗,进一步改善肺通气/换气功能,缓解缺氧及二氧化碳潴留。现代药理学研究显示,麻黄碱可通过阻断内质网应激来抑制炎症及氧化应激反应,减少异常的细胞凋亡,从而改善长期香烟烟雾暴露情况下小鼠的肺指数^[11];麻黄-杏仁药对可抑制气道上皮结构的异常改变和气道上皮细胞的凋亡,从而减轻气道损伤^[12]。黄芩的主要活性成分黄芩苷可缓解AECOPD气道炎症反应^[13]。半夏水煎液可抑制大鼠气道黏液蛋白分泌,并抑制毛果芸香碱对唾液的促分泌作用,从而起到明显的祛痰作用^[14]。紫苏子-半夏药对可调控支气管上皮细胞黏液高分泌^[15]。上述多种药物协同配伍,从多个环节阻断AECOPD急性加重期的病理发展。安全性监测结果显示,2组患者治疗期间血常规、肝肾功能及心电图均无显著异常,不良事件发生率比较,差异无统计学意义,且不良反应多为轻度胃肠道不适、口干等,经对症处理后缓解,未影响治疗进程。这表明化痰平喘合剂联合西医常规治疗的安全性良好,无明显毒副作用。

本研究以AECOPD痰热壅肺证患者为研究对象,探讨了化痰平喘合剂联合西医常规治疗的临床疗效与安全性,结果显示治疗组总有效率、临床控制率均显著高于对照组,且在改善患者咳嗽咳痰症状、肺功能及血气指标方面优势明显,并可降低抗生素使用量,安全性良好,为AECOPD的中西医结合治疗提供了临床依据,并体现了中西医结合治疗的协同增效优势,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2013, 36(4):255-264.
- [2] 孔德昭, 王科雯, 罗文晔, 等. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期诊疗指南评价与综合分析[J]. 中国中医基础医学杂志, 2023, 29(8): 1307-1317.
- [3] 黄玉符. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期的中医证型分布规律和临床预后研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2024.
- [4] 任泓沁, 赵倩, 姜姣, 等. 中西医对AECOPD发病认知及药物治疗进展[J]. 华北理工大学学报(医学版), 2023, 25(5): 415-420.
- [5] 梁振宇, 王凤燕, 陈子正, 等. 2023年GOLD慢性阻塞性肺疾病诊断、管理及预防全球策略更新要点解读[J]. 中国全科医学, 2023, 26(11): 1287-1298.
- [6] 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南: 中医病证部分(ZYYXH/T4-49-2008)[S]. 北京: 中国中医药出版社, 2008.
- [7] 王浩, 文富强. 2023年慢性阻塞性肺疾病全球倡议(GOLD)更新解读[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2023, 46(5): 543-546.
- [8] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 慢性阻塞性肺疾病基层诊疗指南(实践版·2018)[J]. 中华全科医师杂志, 2018, 17(11): 871-877.
- [9] 王蔚文. 临床疾病诊断与疗效判断标准[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2010: 129-130.
- [10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则: 试行[M]. 北京: 中国中医药科技出版社, 2002:60.
- [11] Wang H L, Chen F Q, Wu L J. Ephedrine ameliorates chronic obstructive pulmonary disease (COPD) through restraining endoplasmic reticulum (ER) stress in vitro and in vivo [J]. Int Immunopharmacol, 2022, 103: 107842.
- [12] Ma J X, Xiao X, Zhou K F, et al. Herb pair of Ephedrae Herba-Armeniacae Semen Amarum alleviates airway injury in asthmatic rats [J]. J Ethnopharmacol, 2021, 269: 113745.
- [13] 罗艾. IL-22/IL-33/ILC2信号介导COPD急性加重期嗜酸性粒细胞减少及黄芩苷干预机制研究[D]. 成都: 四川大学, 2022.
- [14] 周亚丽, 杨萍, 李喜香, 等. 半夏化学成分与药理作用研究进展及其质量标志物(Q-Marker)预测[J]. 中草药, 2024, 55(14): 4939-4952.
- [15] 章澳, 彭朗萍, 谭卫, 等. 苏子-半夏对支气管上皮细胞气道黏液高分泌的影响[J]. 山西中医, 2025, 41(2): 58-60, 68.

(收稿日期: 2025-12-03)

[编辑: 韩晗]