

取液具有一定的抗炎效果;白术挥发油对多种球菌和杆菌具有较好的抑制作用,联合使用能够减轻肺部感染情况。

两组间不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),提示针对肺炎喘嗽患儿使用闪罐疗法联合扶脾固金汤,疗效确切且安全性较好。分析原因为:扶脾固金汤作为中药制剂,其在制备过程中所添加的化学试剂较少,对机体产生的不良反应较西药更少,因而本研究中观察组患儿虽然增加了治疗药物的使用,但并未显著增加不良反应,证实了治疗的安全性。

综上所述,针对肺炎喘嗽(肺脾气虚型)患儿实施闪罐疗法联合扶脾固金汤,对改善患者中医证候积分、缓解临床症状、减轻肺部感染等作用确切,且治疗安全性较好。但由于本研究纳入的样本量较少,在用药安全性上的对比差异无统计学意义,可在后续研究中加大样本量进行补充性研究。

参考文献

- [1] 史艳平,张金虎,张敏涛,等.陕西省2023年冬季儿童急性呼吸道感染性疾病中医药防治方案[J].陕西中医,2024,45(1):3-7.
- [2] 秦小刚,张建玉,陆文霞.中药咳喘合剂对痰热壅肺证肺炎喘嗽患儿肺功能、免疫功能及血清炎症因子的影响[J].中国医药导报,2023,20(30):155-159.
- [3] 阮媛,李明国,陈妍,等.麻杏石甘汤联合诱导排痰技术治疗支原体感染致风热型肺炎喘嗽的研究[J].四川中医,2023,41(4):95-97.
- [4] 孔庆森,赖一章,吴银娣.中药热奄包配合闪罐疗法在小儿肺炎治疗中的临床应用[J].海南医学,2022,33(8):1031-1033.

- [5] 李冬梅.扶脾固金汤治疗小儿肺炎喘嗽(肺脾气虚型)的临床观察[D].吉林:长春中医药大学,2022.
- [6] 卫平,毛萌,李廷玉,等.儿科学[M].第8版.北京:人民卫生出版社,2013:269-271.
- [7] 汪受传,赵霞,韩新民,等.小儿肺炎喘嗽中医诊疗指南[J].中医儿科杂志,2008,4(3):1-3.
- [8] 汪受传,陈争光,徐珊.小儿病毒性肺炎中医诊疗指南[J].南京中医药大学学报,2011,27(4):304-308.
- [9] 赵倩义.小儿肺炎喘嗽中医诊疗指南研究[D].南京:南京中医药大学,2009.
- [10] 王利朝,张伟玲,郭建丽,等.推拿结合微波疗法治疗小儿肺炎喘嗽肺脾气虚证疗效及对TNF- α 、IL-6水平的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(29):3239-3242.
- [11] 张剑,刘宏,张宁,等.降钙素原及简化临床肺部感染评分对呼吸机相关性肺炎患者预后的临床评估[J].中华医院感染学杂志,2012,22(22):4937-4939.
- [12] 胡鸿婷,何水恩,刘一铭,等.消炎宣肺汤联合西医治疗小儿肺炎喘嗽的疗效及其对炎症反应、免疫功能的影响[J].重庆医学,2022,51(20):3525-3529.
- [13] 王莉,吴泽婷,曹雪梅.针刺联合闪罐治疗慢性非特异性腰痛疗效及对患者灶点血流灌注量、表面肌电特征的影响[J].陕西中医,2023,44(9):1289-1292.
- [14] 杜云红,黄菊,王婷婷,等.改良督灸联合拔罐疗法在肾虚督寒型强直性脊柱炎患者中的应用观察[J].北京中医药,2024,43(8):865-870.
- [15] 王翰华,杨晓春,崔明超,等.浙贝母花与宁海白枇杷花配伍的抗炎及抗菌作用[J].中成药,2018,40(1):46-50.

补肺汤加减治疗慢性阻塞性肺疾病 急性加重期的临床分析

易琴圆

(睢宁县中医院呼吸内科,江苏 徐州,221200)

摘要:目的 探究慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)患者应用补肺汤加减治疗的效果。方法 将睢宁县中医院2021年1月—2024年7月收治的120例AECOPD患者纳入研究。以随机数表法分为研究组(60例)和基础组(60例)。基础组给予基础治疗方案,研究组加用补肺汤加减治疗。比较两组的治疗效果、肺功能、血气指标、生活质量及不良反应。结果 研究组的总有效率高于基础组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前,两组的慢阻肺疾病评估测试(CAT)评分、多因素分级系统(BODE)指数评分、6 min步行距离测试(6MWD)、英国医学研究委员会呼吸问卷改良版(MMRC)评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组的CAT评分、BODE指数评分、MMRC评分均低于治疗前,且研究组低于基础组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,两组的6MWD均高于治疗前,且研究组高于基础组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前,两组的动脉血氧分压、血氧饱和度、动脉血二氧化碳分压比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组的动脉血氧分压、血氧饱和度均高于治疗前,且研究组高于基础组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后,两组的动脉血二氧化碳分压均低于治疗前,且研究组低于基础组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前,两组的生活质量评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组的生活质量评分均高于治疗前,且研究组高于基础组,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组的不良反应总发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论 补肺汤加减治疗能够改善AECOPD患者的血气指标,提高治疗效果、肺功能及生活质量,且安全性较好。

关键词:慢性阻塞性肺疾病;急性加重期;补肺汤加减治疗;治疗效果;肺功能;血气指标;生活质量

中图分类号:R259 **文献标识码:**A **文章编号:**1009-8011(2025)-19-0024-05

慢性阻塞性肺疾病急性加重期(acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease, AECOPD)是指慢性阻塞性肺病患者出现呼吸困难、咳嗽加重,且咳痰症状在短期内超过日常变异范围的一种临床症候群^[1-2]。这一变化通常是由呼吸系统感染、空气污染等多种因素诱发。每次 AECOPD 都会导致肺功能进一步下降,加速疾病的进展,使得患者呼吸困难等症状在缓解期也难以恢复到之前的水平。在急性加重期,患者的生活不能自理,需要他人照顾^[3]。长期来看,急性加重期患者的运动能力、社交活动等都会受到严重限制,而且患者的病死率也会随着急性加重次数的增加而升高。中医学将 AECOPD 归属于“肺胀”范畴。中医学理论认为肺胀是多种慢性肺系疾病反复发作,导致肺气胀满,无法敛降^[4]。风、寒等外邪侵袭人体,肺卫受邪,肺气失于宣畅,进而诱发肺胀急性加重。久病肺气亏虚,气为血之帅,气虚则血行不畅,导致血瘀。血瘀又会加重肺气阻滞,形成恶性循环。补肺汤的组成药物通常包括五味子、桑白皮等,具有补益肺气之功效,适用于肺气不足之证。在慢性阻塞性肺疾病中,补肺汤可起到改善症状、提高机体抵抗力等作用^[5]。有鉴于此,本研究特探究补肺汤加减治疗 AECOPD 患者的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取睢宁县中医院 2021 年 1 月—2024 年 7 月收治的 120 例 AECOPD 患者纳入研究。根据随机数表法分为研究组(60 例)、基础组(60 例)。研究组男性 38 例,女性 22 例;年龄 60~80 岁,平均年龄(69.45±4.21)岁;病程 1~11 年,平均病程(4.35±1.07)年。基础组男性 37 例,女性 23 例;年龄 60~80 岁,平均年龄(69.56±4.33)岁;病程 1~10 年,平均病程(4.29±1.01)年。两组的基线资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。研究征得睢宁县中医院医学伦理委员会批准。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:临床诊断为 AECOPD^[6],慢性阻塞性肺疾病的诊断标准:既往咳嗽咳痰反复发作,伴呼吸费力与气喘。吸入支气管扩张剂后,第 1 秒用力呼气容积/用力肺活量<70%;体格检查可见桶状胸,肺部叩诊呈过清音;胸片显示肋间隙增宽。急性期诊断标准:临床症状较前加重,出现呼吸困难、咳嗽、脓痰、发热加重等其中一项,严重时出现喘息,降钙素原、C 反应蛋白与白细胞计数增加;签署知情同意书;年龄≥60 岁;临床资料完整;首次接受治疗者。

排除标准:对研究药物过敏;认知或智力障碍;严重脏器功能障碍;中途退出研究。

1.3 方法

基础组给予基础治疗方案:进行低流量吸氧、抗感染等药物治疗。雾化吸入用布地奈德混悬液(生产企业:深圳太太药业有限公司,国药准字 H20203649,规格:2 mL:1 mg),2 次/d,2 mg/次;吸入用异丙托溴铵混悬液(生产企业:江苏普适医药有限公司,国药准字 H20223645,规格:2.5 mL:异丙托溴铵 0.5 mg 与沙丁胺醇 2.5 mg)2 次/d,500 mg/次;美沙特罗替卡松吸入粉雾剂(生产企业:健康元海滨药业有限公司,国药准字 H20243906),2 次/d;盐酸氨溴索片(生产企业:四川美大康华康药业有限公司,国药准字 H20233010,规格:30 mg),3 次/d,30 mg/次。

研究组加用补肺汤加减治疗:方剂组成为:党参 25 g、黄芪 15 g、五味子 6 g、麦冬 15 g、南沙参 15 g、玉竹 10 g、桑白皮 12 g、沉香 3 g、茯苓 12 g、紫苏子 12 g、当归 10 g、川芎 10 g、红花 6 g、丹参 15 g、山药 25 g、白术 10 g、厚朴 10 g。食欲不振者另加焦山楂 6 g、焦神曲 8 g 及焦麦芽 8 g。将上述药物以水煎煮,1 剂/d,分早晚服用。两组均行为期 7 d 的治疗。

1.4 观察指标

本次研究比较两组的治疗效果、肺功能、血气指标、生活质量和不良反应。

1.4.1 治疗效果指标

本次研究将患者的治疗效果分为显效(咳嗽、咳痰、喘息等症状基本消失,肺功能提高)、有效(相关症状改善,相关指标缓解)及无效(相关症状无明显改善,相关指标未缓解)。总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。

1.4.2 肺功能指标

比较两组治疗前后的肺功能指标,包括慢阻肺疾病评估测试(COPD assessment test, CAT)(正常值:0~10 分)、多因素分级系统(body mass index, obstruction, dyspnea, exercise, BODE)指数(正常值为 0 分)、6 min 步行距离测试(6 min walking distance, 6MWD)(正常值:≥350 m)及英国医学研究委员会呼吸问卷改良版(modified medical research council, MMRC)(正常值为 0~1 分)水平。

1.4.3 血气指标

统计并比较两组治疗前后的空腹动脉血 3 mL,以 GEM5000 型全自动血气分析仪(生产企业:上海继圣医疗器械有限公司)测定动脉血氧分压(正常值:75~100 mmHg,1 mmHg≈0.133 kPa)、动脉二氧化碳分压(正常值:35~45 mmHg)、血氧饱和度(正常值:95%~100%)水平。

1.4.4 生活质量指标

应用生活质量综合评定问卷(generic quality of life inventory-74, GQOL-74)(正常值:≥60 分)对治疗前后生活质量进行评估。量表包括心理、物质、躯体和社会 4 个分量表,单个分量表满分 100 分,分数正向赋值。

1.4.5 不良反应指标

统计并比较两组不良反应发生情况,包括恶心呕吐、皮疹及头晕。总不良反应=(恶心呕吐+皮疹+头晕)例数/总例数×100%。

1.5 统计学分析

选择 SPSS 26.0 统计学软件进行数据分析,计数资料采用 [例(%)] 表示,两组对比采用 χ^2 检验;符合正态分布的计量资料采用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,两组间对比采用独立样本 t 检验,组内对比采用配对 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗效果比较

研究组的总有效率高于基础组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组治疗效果比较 [例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
研究组	60	35 (58.33)	23 (38.33)	2 (3.33)	58 (96.67)
基础组	60	20 (33.33)	31 (51.67)	9 (15.00)	51 (85.00)
χ^2 值					4.904
P 值					0.027

2.2 两组肺功能比较

治疗前,两组的 CAT 评分、BODE 指数评分、6MWD、MMRC 评分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗后,两组的 CAT 评分、BODE 指数评分、MMRC 评分均低于治疗前,且研究组低于基础组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);治疗后,两组的 6MWD 均高于治疗前,且研究组高于基础组,差异有

表 2 两组肺功能对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CAT 评分(分)		BODE 指数评分(分)		6MWD(m)		MMRC 评分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	60	19.88 ± 2.54	16.02 ± 2.41*	4.35 ± 1.25	2.31 ± 0.42*	291.52 ± 33.61	332.54 ± 25.65*	2.41 ± 0.25	1.75 ± 0.22*
基础组	60	19.75 ± 3.16	17.95 ± 3.12*	4.29 ± 1.41	3.25 ± 0.73*	293.15 ± 34.54	305.67 ± 25.95*	2.35 ± 0.41	2.12 ± 0.36*
t 值		0.248	3.792	0.247	8.645	0.262	5.704	0.968	6.793
P 值		0.804	<0.001	0.806	<0.001	0.794	<0.001	0.335	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

表 3 两组血气指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	动脉血氧分压(mmHg)		血氧饱和度(%)		动脉血二氧化碳分压(mmHg)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	60	62.41 ± 3.98	83.65 ± 5.33*	84.88 ± 1.67	92.78 ± 2.58*	51.52 ± 4.33	37.35 ± 2.12*
基础组	60	62.35 ± 4.12	73.96 ± 5.67*	85.12 ± 1.81	87.99 ± 2.41*	51.60 ± 4.45	43.12 ± 3.05*
t 值		0.081	9.645	0.755	10.509	0.100	12.033
P 值		0.935	<0.001	0.452	<0.001	0.921	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

表 4 两组生活质量对比 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	心理		物质		躯体		社会	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	60	45.78 ± 5.22	78.42 ± 3.65*	46.34 ± 4.72	79.51 ± 4.02*	46.91 ± 4.82	79.84 ± 4.22*	49.53 ± 5.22	80.02 ± 3.24*
基础组	60	45.86 ± 5.25	74.02 ± 4.18*	46.45 ± 4.33	75.14 ± 3.99*	47.15 ± 4.75	75.36 ± 4.07*	49.81 ± 5.33	75.88 ± 4.62*
t 值		0.084	6.142	0.133	5.976	0.275	5.919	0.291	5.683
P 值		0.933	<0.001	0.894	<0.001	0.784	<0.001	0.772	<0.001

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$ 。

统计学意义 ($P < 0.05$),见表 2。

2.3 两组血气指标比较

治疗前,两组的动脉血氧分压、血氧饱和度、动脉血二氧化碳分压比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗后,两组的动脉血氧分压、血氧饱和度均高于治疗前,且研究组高于基础组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);治疗后,两组的动脉血二氧化碳分压均低于治疗前,且研究组低于基础组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 3。

2.4 两组生活质量比较

治疗前,两组的生活质量评分比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$);治疗后,两组的生活质量评分均高于治疗前,且研究组高于基础组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),见表 4。

2.5 两组不良反应比较

两组的不良反应总发生率比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),见表 5。

表 5 两组不良反应比较 [例(%)]

组别	例数	恶心呕吐	皮疹	头晕	总发生
研究组	60	3 (5.00)	2 (3.33)	2 (3.33)	7 (11.67)
基础组	60	4 (6.67)	3 (5.00)	3 (5.00)	10 (16.67)
χ^2 值					0.617
P 值					0.432

3 讨论

AECOPD 可导致肺功能急剧下降,呼吸困难,日常活动受限甚至无法自理。严重时可引发呼吸衰竭等并发症,威胁患者生命。患者咳痰增多且更黏稠,不易咳出,气道阻塞进

一步恶化,气体交换严重受损,常伴有低氧血症和高碳酸血症,还可能出现全身症状如发热、乏力、食欲减退等,严重影响生活质量并增加死亡风险。尽早改善患者预后具有重要研究价值。中医学对 AECOPD 有着独特的认知。中医学认为 AECOPD 的发生多与外邪侵袭及脏腑功能失调有关。外邪以风、寒、暑、湿、燥、火六淫之邪为主,尤其是风寒、风热之邪,易侵袭肺卫,导致肺气失宣,引发咳嗽、气喘等症状加重。而脏腑功能失调主要责之于肺、脾、肾三脏。肺主气司呼吸,肺气虚弱则易受外邪;脾为后天之本,主运化水谷精微,脾虚则运化失常,聚湿生痰,上贮于肺;肾为先天之本,主纳气,肾虚则气不归根,摄纳无权,导致呼吸气短、动则喘甚。AECOPD 主要表现为痰、瘀、虚相互交织。痰浊是本病的重要病理因素,由肺、脾、肾等脏腑功能失调,水液代谢失常所致。瘀血的形成与久病入络、气血运行不畅有关。而虚证贯穿疾病始终,包括肺气虚、脾气虚、肾气虚等,导致机体正气不足,卫外不固,易受外邪侵袭,引发病情加重。AECOPD 多存在肺肾气虚等本虚之证,补肺汤具有补肺益肾、益气养阴之功。治疗时,根据患者具体症状、体征及舌脉等进行辨证加减。如伴有咳痰不爽可加化痰止咳之品;喘息明显者可加平喘药物。通过补肺汤加减,一方面补益肺肾之气,增强机体正气及抗病能力;另一方面针对兼夹的痰浊、血瘀等病理因素进行调理,从而减轻咳嗽、气喘等症状,改善患者肺功能,提高生活质量,促进病情缓解。有鉴于此,本研究 AECOPD 患者应用补肺汤加减治疗的效果。

本次研究数据显示,治疗后,研究组的总有效率、6MWD、动脉血氧分压、血氧饱和度、生活质量评分均高于基础组,研究组的 CAT 评分、BODE 指数评分、MMRC 评分、动脉血二氧化碳分压均低于基础组 ($P < 0.05$);两组的不良反应总发生率比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。分析原因为:党参和黄芪为君药,具有补气、健脾、益肺的作用。患者肺气亏虚,党参和黄芪可增强机体的正气,提高机体抵御外邪的能力,改善患者整体虚弱的状态,有助于减轻病情,提高治疗效果。从现代药理学来看,党参含有多种人参皂苷等成分,能增强机体免疫功能,促进机体的新陈代谢^[7]。桑白皮、紫苏子具有降气化痰、止咳平喘的功效。患者往往伴有咳嗽、咳痰、气喘等症状,桑白皮能泻肺平喘,紫苏子可降气消痰,二者协同作用,减轻气道阻塞,缓解呼吸困难等症状,改善治疗效果^[8]。从现代药理学来看,紫苏子中的脂肪油等成分可以降低呼吸道分泌物的黏稠度,使痰液易于咳出,减轻气道炎症反应。当归、川芎、红花、丹参等可以改善肺部的血液循环,促进炎症的消散,减轻局部瘀血状态,有利于病情的缓解,提高治疗效果。丹参中的丹参酮等成分具有抗炎、抗氧化作用,能够减轻肺部组织的炎症损伤,改善肺部微环境,从而提高治疗效果。白术、茯苓可健脾燥湿。脾为后天之本,脾失健运则水湿内生,加重痰湿^[9-10]。健脾有助于运化水湿,减少痰湿的生成,改善患者的痰湿体质,提高治疗效果。麦冬、南沙参、玉竹等药滋养肺阴,提高治疗效果。南沙参含有多种皂苷,具

有养阴清肺的作用,可减轻肺部燥热,改善患者的不适症状。

紫苏子、桑白皮等药物可以降低气道的高反应性,舒张支气管平滑肌,使气道扩张。患者气道狭窄、痉挛是导致肺功能下降的重要原因。通过扩张气道,降低气道阻力,从而改善肺的通气功能^[10-11]。炎症会导致气道黏膜肿胀、分泌物增多,进而影响肺功能。丹参、红花等活血化瘀药以及南沙参、玉竹等滋阴药具有抗炎作用,通过减轻气道炎症,减少气道黏膜的充血、水肿,从而改善肺的换气功能。丹参、红花等活血化瘀药可以扩张肺血管^[12-13]。在慢阻肺急性加重期,肺血管可能存在痉挛、狭窄等情况,导致肺循环障碍。扩张肺血管能够增加肺的血液灌注,使氧气更好地在肺部进行交换,从而提高血气指标。临床症状减轻后,患者能够更好地进行日常活动,从而提高生活质量^[14-16]。党参、黄芪等补气药能够提高机体的免疫功能。在慢阻肺急性加重期后,患者的身体较为虚弱,容易再次感染。提高免疫力可以减少患者的发病次数,对提高生活质量具有积极作用。而中药都是经增效减毒配伍而成,安全性较高,不易与临床药物产生严重不良反应。

综上所述,补肺汤加减治疗能够改善 AECOPD 患者的血气指标,提高治疗效果、肺功能及生活质量,安全性较高,具有临床借鉴价值。

参考文献

- [1] 刘雪萍,付大海,朱娟娟,等.补肺益气汤加减联合无创辅助通气治疗慢阻肺急性加重期呼吸衰竭的临床效果[J].山西医药杂志,2022,51(21):2441-2443.
- [2] 张俊.健脾补肺降气方联合布地奈德福莫特罗粉吸入剂治疗慢阻肺急性加重期的临床疗效[J].临床合理用药杂志,2021,14(33):85-87.
- [3] 罗贞会.中药汤剂联合无创呼吸机治疗慢阻肺急性加重期合并呼吸衰竭老年患者的临床疗效[J].家庭药师,2023,16(11):141-143.
- [4] 刘文忠,王永和,邓秀琳.化痰理肺定喘汤治疗慢阻肺急性加重期(痰热壅肺证)疗效及对SAA、TNF- α 、IL-6的影响[J].四川中医,2022,40(11):109-112.
- [5] 姚诗清,周兰,孙涛,等.补肺汤合参蛤散辨治联合伏九贴敷对稳定期COPD肺肾气虚证患者的防治[J].中国实验方剂学杂志,2020,26(7):92-97.
- [6] 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].中国医学前沿杂志(电子版),2014(2):67-79,80.
- [7] 王自军,蔡金崑,游达礼.痰热清雾化吸入联合体外排痰技术治疗老年慢阻肺急性加重期患者排痰效果观察[J].湖北中医药大学学报,2023,25(6):71-74.
- [8] 孙梦华,吕健,黎元元,等.疏风解毒胶囊治疗慢阻肺急性加重期疗效的Meta分析[J].世界中医药,2021,16(9):1427-1432,1437.
- [9] 刘洁静,冯京帅,李霞,等.桑白皮汤加减治疗慢阻肺急性加重期(痰热壅肺型)的疗效观察[J].世界中医药,2021,16(12):1884-1889.
- [10] 李格,杨慧敏,毕娟,等.参芪利水颗粒配合灸灸治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期临床研究[J].世界中西医结合杂志,2024,19(8):1598-1602.
- [11] 李飞飞,张爱珍,张航,等.养肺祛浊汤联合升清补气法针刺治

疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期合并呼吸衰竭42例[J]. 环球中医药,2024,17(7):1393-1397.

[12] 祁云霞, 吴美萍, 邓顺娟, 等. 二陈汤合三子养亲汤治疗慢阻肺急性加重期疗效观察[J]. 世界中医药,2016,11(11):2278-2280,2285.

[13] 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.

[14] 葛文逸, 陈照娣, 黄绮芸, 等. 加味麻杏二三汤对于慢阻肺急性加

重期患者动脉血氧分压及动脉血二氧化碳分压含量的影响[J]. 贵州医药,2022,46(6):870-871.

[15] 李春颖, 王胜, 朱春冬, 等. 二陈汤加减联合穴位贴敷辅助治疗慢阻肺急性加重期疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报,2019,21(12):161-164.

[16] 叶长胜. 平喘止咳汤联合沙美特罗替卡松吸入剂治疗慢阻肺急性加重期老年患者的临床观察[J]. 中国中医药科技,2020,27(4):635-636.

基于“气机升降”理论针灸治疗肿瘤化疗后胃肠反应的经验摘要

周敏¹ 丁定明² 李思康² 戴怡文¹

(1. 安徽中医药大学附属芜湖市中医医院专硕研究生培养基地, 安徽 芜湖, 241000 ;
2. 安徽中医药大学附属芜湖市中医医院针灸科, 安徽 芜湖, 241000)

摘要: 化疗后胃肠道反应主要指肿瘤化疗患者出现恶心、呕吐、腹泻、便秘、食欲不振等一系列不良反应。基于“气机升降”理论探讨肿瘤患者化疗后胃肠道反应的中医病机及针灸治疗方法, 丁定明主任中医师认为“气机升降”失调是化疗后发生胃肠道反应的关键病机, 主要与脾胃气机升降失常密切相关。临床以该理论为基础, 结合肿瘤患者的体质特点和病机变化, 针灸治疗以健脾和胃、理气通降为原则, 兼顾调神疏肝, 调理气机, 体现脾胃同调, 肝脾同治, 补泻并施, 针灸并用的主要特色, 为解决临床疑难问题提供新的思路和方法。

关键词: 针灸; 肿瘤; 化疗后胃肠道反应; 气机升降

中图分类号: R245-0 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-8011(2025)-19-0028-04

化疗目前是大多数肿瘤患者的首选治疗方法, 在抑制异常增殖的肿瘤细胞的同时, 由于化疗药物的不良反应也会对机体正常细胞造成损伤, 常见的有白细胞降低、抵抗力下降、胃肠道反应等, 其中以化疗后恶心呕吐为主的胃肠道反应(chemotherapy-induced nausea and vomiting, CINV)发生率最高。有研究结果显示, 超过70%的化疗患者会出现不同程度的CINV, 这导致患者的治疗依从性降低, 增加治疗负担, 严重时甚至会出现水电解质失衡以及营养不良^[1]。长期的CINV容易导致肿瘤患者出现焦虑、抑郁状态, 这种不良反应的高发生率显示出对患者生存质量的不利影响, 也凸显了对这一疾病进行更深入研究和有效治疗的必要性。

丁定明主任中医师, 现为安徽中医药大学专业硕士研究生导师, 从事针灸临床研究工作多年。对于CINV患者的治疗, 以“气机升降”理论为基础, 根据肿瘤患者的体质特点和具体病机, 认为肿瘤化疗后气机失调, 脾失健运, 主张针灸治疗脾胃同调, 肝脾同治, 善用针刺与灸法并用, 补泻兼施, 对CINV患者疗效显著。笔者在临床跟师学习过程中受益匪浅, 现将导师经验介绍如下。

基金项目: 2022年安徽省临床重点专科(皖卫传[2022]297号)。

作者简介: 周敏(1999—), 女, 汉族, 籍贯: 安徽省芜湖市, 硕士研究生在读, 研究方向: 针灸治疗常见病。

1 CINV 的病理变化

CINV是在现代医学治疗的基础上衍生出来的治疗相关不良反应, 结合其临床表现, 通常可归属于“恶心”“呕吐”“腹满”“痞满”“腹泻”等范畴^[2]。《素问·六微旨大论》有曰:“天气下降, 气流于地; 地气上升, 气腾于天。故高下相召, 升降相因, 而变作矣。”丁师总结CINV患者病机总属脾胃气机升降失常, 病机特点是本虚标实, 体现了自然界的升降出入形成的动态平衡, 强调了人体各脏腑器官保持升降平衡对于健康的重要性。

1.1 化疗药物毒性

丁师将肿瘤患者的体质特点归纳为正气已虚, 气血乏源。化疗药属“药毒”“邪毒”, 化疗过程中出现的恶心呕吐由“药毒”“邪毒”进入人体后侵害五脏六腑、四肢百骸所致^[3]。肿瘤患者经“药毒”“邪毒”侵袭后, 脾升胃降功能本就不足, 难以运化, 导致气机进一步受损, 中焦气机阻滞, 患者容易出现恶心、呕吐等不良反应。

1.2 情志因素

人体气机升降出入正常, 则气血充足, 阴阳自调, 百病不生; 反之, 则百病皆起。气机在人体运行通畅是机体保持正常生理功能的重要条件。长期化疗的肿瘤患者生活质量相对较差, 严重者难以自理, 患者往往容易产生消极情绪, 情志不