

# 补肺固本针刺法联合雾化异丙托溴铵治疗风寒犯肺型慢性阻塞性肺疾病急性加重的临床疗效观察

严炜

天津市第一中心医院中西医结合科，天津，300190；

**摘要：**分析风寒犯肺型慢性阻塞性肺疾病急性加重患者联合应用补肺固本针刺法与雾化异丙托溴铵治疗优势。方法：选取2022年6月-2024年5月间于天津市第一中心医院中西医结合科住院治疗的50例AECOPD患者作为研究对象，随机平均分组，两组均行雾化异丙托溴铵治疗，研究组加用补肺固本针刺法治疗，对比两组病情状态。结果：治疗前组间对比各项中医症状积分、白细胞计数、动脉血气指标与炎症标志物水平不存在确切差异（ $P>0.05$ ），治疗后研究组上述指标较对照组均更优（ $P<0.05$ ）；研究组不良反应发生率为4.00%，低于对照组的28.00%（ $P<0.05$ ）。结论：补肺固本针刺法与雾化异丙托溴铵联合应用于风寒犯肺型慢性阻塞性肺疾病急性加重患者效果良好，可促进症状与炎症状态缓解，且安全性更佳。

**关键词：**风寒犯肺型；慢性阻塞性肺疾病急性加重期；补肺固本针刺法；雾化异丙托溴铵；联合治疗

**DOI：**10.69979/3029-2808.26.01.067

慢性阻塞性肺疾病急性加重（AECOPD）是导致患者肺功能快速下降、生活质量恶化及死亡风险增加的重要因素<sup>[1]</sup>。异丙托溴铵作为代表药物之一，通过雾化吸入以舒张支气管，缓解气流受限症状<sup>[2]</sup>。然而，部分患者因个体差异，应用单一西药治疗出现头晕、皮疹等副作用，病情反复发作，降低耐受性。传统中医依据“整体观念”和“辨证论治”理念，在治疗AECOPD方面积累丰富经验。在AECOPD诸多证型中，风寒外邪侵袭所致之风寒犯肺证以咳嗽加剧、痰白清稀、恶寒发热、鼻塞流涕等为主要表现，其病机在于风寒之邪侵袭肺卫，以致肺气郁闭、宣降失常<sup>[3]</sup>。补肺固本针刺法基于该疾病本虚标实的核心病机，治以化痰平喘祛瘀、兼补益肺脾肾，可发挥温散风寒、宣通肺气等功效，控制患者病情进展。基于上述背景，中西医结合治疗协同增效，为延缓AECOPD患者肺功能下降速率，减少并发症风险提供新选择。鉴于此，为进一步探讨联合补肺固本针刺法与雾化异丙托溴铵治疗优势，纳入50例风寒犯肺型慢性阻塞性肺疾病急性加重患者进行研究。详情如下：

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

纳入50例AECOPD患者开展研究，均于2022年6月-2024年5月间在天津市第一中心医院中西医结合科住院，随机分为对照组与研究组，各25例。对照组患

者男、女比例15:10，介于40-75岁，平均（ $57.35\pm2.16$ ）岁，病程1-8年，平均（ $4.62\pm1.33$ ）年；研究组患者男、女比例16:9，介于42-75岁，平均（ $58.24\pm2.32$ ）岁，病程1-9年，平均（ $5.03\pm1.28$ ）年。对比性别、年龄等基线资料匹配度均较高（ $P>0.05$ ）。纳入标准：（1）患者入组前未接受相关治疗；（2）精神状态正常，可配合研究。排除标准：（1）病情危重，中途转院治疗；（2）合并支气管哮喘、肺结核等疾病。

### 1.2 治疗方法

患者入组后均接受雾化异丙托溴铵治疗。

研究组在上述治疗基础上，加用补肺固本针刺法治疗，具体内容：（1）患者取坐位，暴露背部，选取列缺、尺泽、足三里、丰隆、定喘、肺俞、膻中、太渊、太溪、百会、三阴交，局部常规消毒。（2）定喘、肺俞针尖朝向脊柱方向、以 $30^\circ$ 斜刺进针0.1~0.3寸，轻微提插捻转行平补平泻，约15s后起针；患者取仰卧位，采用针尖向下平刺膻中穴0.1~0.3寸；其余穴位直刺，视穴区情况分别刺入0.2~1.5寸不等，行提插捻转手法，以得气为度，平补平泻，留针30min后起针，每10分钟行针1次，每日1次。

### 1.3 观察指标

（1）中医症状积分

治疗前后评估患者咳嗽、气喘、胸闷感、咳痰的中

医症状积分,按照无、轻、中、重以 0、2、4、6 计分<sup>[4]</sup>。

#### (2) 白细胞计数、炎症标志物水平

治疗前后检测并对比两组患者白细胞计数(WBC)<sup>[8]</sup>、血清降钙素原 (serum procalcitonin, PCT) 与超敏 C 反应蛋白 (hypersensitivity C-reactive protein, hs-CRP) 2 项炎症标志物水平<sup>[5]</sup>。

#### (3) 动脉血气指标

治疗前后检测患者氧分压 (partial pressure of oxygen, PaO<sub>2</sub>)、二氧化碳分压 (partial pressure of carbon dioxide, PaCO<sub>2</sub>) 和氧饱和度 (oxygen saturation, SaO<sub>2</sub>) 3 项指标,评估呼吸功能和氧气供应恢复情况<sup>[6]</sup>。

#### (4) 不良反应发生率

治疗期间,观察两组患者是否出现声嘶、头晕、恶心的不良反应,计算总发生率并对比分析<sup>[7]</sup>。

### 1.4 统计学分析

研究数据均采用 SPSS21.0 统计软件包分析。以( $\bar{x} \pm s$ )表述计量资料,采用 t 检验,以 n、%表述计数资料,采用  $\chi^2$  检验,  $P < 0.05$  即数据具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 比较两组患者中医症状积分

由表 1 可见,治疗前组间对比各项中医症状积分差异较小 ( $P > 0.05$ ), 治疗后研究组各评分较对照组均更低 ( $P < 0.05$ )。

表 1 两组患者中医症状积分比较 (分,  $\bar{X} \pm s$ )

组别	例数	咳嗽		气喘		胸闷感		咳痰	
		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	25	4.39±1.22	1.73±0.88	4.27±1.16	1.68±0.85	4.18±1.36	1.82±0.94	3.95±1.28	1.42±0.97
对照组	25	4.35±1.28	2.91±1.06	4.33±1.12	2.73±1.02	4.22±1.35	2.64±1.09	3.88±1.33	2.27±1.12
t	-	0.113	4.283	0.186	3.954	0.104	2.849	0.190	2.868
P	-	0.910	0.000	0.853	0.000	0.917	0.006	0.850	0.006

### 2.2 比较两组患者白细胞计数、炎症标志物水平

由表 2 可见,治疗前组间对比白细胞计数、炎症标

志物水平无明确差异 ( $P > 0.05$ ), 治疗后研究组各指标较对照组均更低 ( $P < 0.05$ )。

表 2 两组患者白细胞计数、炎症标志物水平比较 ( $\bar{X} \pm s$ )

组别	例数	WBC ( $\times 10^9/L$ )		PCT ( $\mu g/L$ )		hs-CRP (mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	25	3.75±0.91	2.42±0.25	3.35±2.74	1.86±0.65	12.65±3.48	7.29±1.13
对照组	25	3.67±0.88	3.06±0.48	3.42±2.76	2.77±0.89	12.72±3.51	9.35±1.46
t	-	0.316	5.913	0.090	4.129	0.071	5.579
P	-	0.753	0.000	0.929	0.000	0.944	0.000

### 2.3 比较两组患者动脉血气指标

由表 3 可见,治疗前组间对比动脉血气指标无显著

差异 ( $P > 0.05$ ), 治疗后研究组各指标较对照组更优 ( $P < 0.05$ )。

表 3 两组患者动脉血气指标比较 (mmHg,  $\bar{X} \pm s$ )

组别	例数	PaO <sub>2</sub>		PaCO <sub>2</sub>		SaO <sub>2</sub>	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	25	54.79±5.63	88.06±9.42	60.85±6.42	40.13±3.89	74.92±8.65	96.32±1.47
对照组	25	55.12±5.68	75.48±8.26	60.92±6.47	48.75±4.33	75.16±8.58	90.18±2.25
t	-	0.206	5.021	0.038	7.405	0.098	11.423
P	-	0.837	0.000	0.970	0.000	0.922	0.000

### 2.4 比较两组患者不良反应发生率

由表 4 可见,研究组不良反应发生率为 4.00%,较对照组的 28.00%更低 ( $P < 0.05$ )。

表 4 两组患者不良反应发生率比较 (n, %)

组别	例数	声嘶	头晕	恶心	总发生率
研究组	25	0 (0.00%)	0 (0.00%)	1 (4.00%)	1 (4.00%)
对照组	25	2 (8.00%)	4 (16.00%)	1 (4.00%)	7 (28.00%)
x <sup>2</sup>	-	-	-	-	5.357
P	-	-	-	-	0.021

3 讨论

风寒犯肺型 AECOPD 临床症状以咳、痰、喘为主，并伴有恶寒发热证<sup>[8]</sup>。患者单一应用雾化异丙托溴铵治疗，改善咳、痰作用相对有限。因此，需要加用补肺固本针刺法，刺激 AECOPD 患者列缺、尺泽、足三里、丰隆等穴位，共奏清宣肺气、止咳平喘之效，增强治疗效果。本研究结果表明，治疗后研究组中医症状积分、白细胞计数与炎症标志物水平较对照组均更优，不良反应发生率低于对照组（均  $P < 0.05$ ）。

在降低中医症状积分方面，补肺固本针刺法首先针刺定喘、肺俞穴，止咳平喘、通利肺气，直接改善患者恶寒、鼻塞等表证；其次，针刺膻中、尺泽、列缺穴，降逆平喘、宣肺止咳，减轻气道痉挛，加快痰液排出；最后，选取太渊、太溪、百会、三阴交等穴位，补益肺肾、温阳固本，增强患者整体抗病能力，减少病情发作频率。

在改善白细胞计数、炎症标志物水平方面，补肺固本针刺法通过刺激特定穴位，调节交感与副交感神经，抑制胆碱能神经张力，下调 WBC、PCT 与 hs-CRP 因子水平，减轻气道炎症损伤，与异丙托溴铵共同促进支气管舒张，提升通气效率。

在规避不良反应方面，患者采用雾化异丙托溴铵治疗存在头晕、咽部不适等副作用，补肺固本针刺法属于物理刺激，可增强人体正气，纠正阴阳失衡，增强患者治疗耐受性，减轻西医药物不良反应。

综上所述，针对风寒犯肺型慢性阻塞性肺疾病急性加重患者实施补肺固本针刺法联合雾化异丙托溴铵治

疗效果明确，可促进咳、痰、喘等核心症状缓解，规避或减少不良反应。

参考文献

[1] 王金婵, 赵方, 李雅昆. 补肺益气汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期呼吸衰竭的临床疗效[J]. 深圳中西医结合杂志, 2024, 34 (11): 65-68.

[2] 韩瑞超. 氨茶碱联合异丙托溴铵雾化吸入对慢性阻塞性肺疾病急性加重患者的疗效分析[J]. 中国伤残医学, 2024, 32 (23): 61-64.

[3] 林凯辰. 肃肺散寒针刺方联合硫酸沙丁胺醇吸入气雾剂治疗风寒犯肺型慢性阻塞性肺疾病急性加重的临床疗效观察[D]. 福建中医药大学, 2023.

[4] 张丽霞, 常孟洁, 张静宜. 补中益气汤辅助稳定期慢性阻塞性肺疾病脾肺气虚型疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2024, 40 (12): 2484-2487.

[5] 严梅娣, 吴芳. 金水宝胶囊联合雾化吸入治疗对慢性阻塞性肺疾病气道炎症、免疫功能及肺功能的影响[J]. 黑龙江医药, 2024, 37 (5): 1005-1009.

[6] 辛元元, 袁胜利, 佟琚, 等. 益气通络、健脾补肾法联合穴位贴敷在慢性阻塞性肺疾病稳定期患者中的应用效果[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51 (8): 82-86.

[7] 黄辉. 加味清金化痰汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作期痰热郁肺证对患者中医证候及炎症因子影响[J]. 中国医药指南, 2023, 21 (29): 139-141.

[8] 黄漫玉. 桂枝加厚朴杏子汤合方治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期（风寒袭肺型）的临床疗效观察[D]. 成都中医药大学, 2024.