

点。随着强制性脊柱炎中医中药理论的进展, 中医中药自身或联用柳氮磺吡啶在强直性脊柱炎的治疗中具有显著疗效<sup>[10]</sup>。

补肾祛寒化湿方中熟地黄、鹿角胶可补肾益精、强骨壮督, 当归、淫羊藿可温肾壮阳、祛寒通脉, 续断、杜仲、骨碎补及补骨脂可祛风除湿、通利关节、补肾强督, 杜仲可抗炎抗风湿、镇痛驱邪。本研究采用补肾祛寒化湿方联合柳氮磺吡啶治疗肾虚督寒证强直性脊柱炎, 发现可显著改善患者中医证候积分、BASDAI 评分、SF-36 评分、VAS 评分、ESR、血清 hs-CRP、TNF- $\alpha$  和 IL-6 水平, 表明补肾祛寒化湿方联合柳氮磺吡啶治疗肾虚督寒证强直性脊柱炎具有高效安全等优点。

#### [参考文献]

- [1] 张雷, 刘志纯. 骨代谢标志物在强直性脊柱炎疾病活动性和骨折风险评估中的研究进展 [J]. 中国骨质疏松杂志, 2022, 28 (12): 1828-1832.
- [2] 姚志城, 黄小冰, 卓善蓝, 等. 督灸联合柳氮磺吡啶治疗早中期强直性脊柱炎疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2022, 41 (12): 1200-1204.
- [3] 陈悦宁, 刘宏潇. 基于“肾玄府-气液-络脉”理论辨治强直性脊柱炎 [J]. 北京中医药, 2022, 41 (12): 1420-1422.
- [4] 郭利娟, 韩崇涛, 阎晓霞, 等. 督灸联合补肾祛寒化湿方治疗强直性脊柱炎的临床疗效及对患者血清 CTX-I、DKK1 水平的影响 [J]. 新中医, 2021, 53 (10): 117-121.
- [5] 高巧霞. 督灸联合补肾祛寒化湿中药治疗强直性脊柱炎肾虚督寒证疗效及对 ESR、炎症细胞因子的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26 (10): 1103-1106.
- [6] 谢雅, 杨克虎, 吕青, 等. 强直性脊柱炎/脊柱关节炎患者实践指南 [J]. 中华内科杂志, 2020, 59 (7): 511-518.
- [7] 黄芳芳, 赵哲, 冯兴华, 等. 三九穴位贴敷联合中药内服治疗强直性脊柱炎疗效观察 [J]. 北京中医药, 2018, 37 (11): 1048-1051.
- [8] 尹雪皎, 赵霞, 郭信. 温肾健脾定脊汤辅助西药治疗对强直性脊柱炎患者炎症因子及脊柱功能的影响 [J]. 中国疗养医学, 2023, 32 (1): 104-107.
- [9] 王露. 督灸联合补肾祛寒化湿方治疗强直性脊柱炎(肾虚督寒证)临床观察 [J]. 光明中医, 2023, 38 (3): 494-496.
- [10] 邱型丰, 何晓瑾. 从肾脾论治强直性脊柱炎研究进展 [J]. 中国中医药图书情报杂志, 2023, 47 (1): 95-99.

[文章编号] 1007-0893(2023)13-0034-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.13.011

## 艾灸肺俞穴、中腕穴联合小青龙汤治疗慢性咳嗽的临床疗效

郜亚红 马 飞 司丹丹

(焦作市中医院, 河南 焦作 454550)

**[摘要]** 目的: 分析艾灸肺俞穴、中腕穴联合小青龙汤治疗慢性咳嗽的临床疗效。方法: 选择在焦作市中医院 2020 年 10 月至 2022 年 10 月诊治的 76 例慢性咳嗽患者, 按随机对照原则分对照组和观察组, 各 38 例。两组患者均进行常规西药治疗, 在此基础上对照组患者接受小青龙汤治疗, 观察组患者接受小青龙汤联合艾灸肺俞穴、中腕穴治疗, 共治疗 3 个疗程。比较两组患者临床疗效、血清炎症因子指标、呼吸功能以及不良事件情况。结果: 观察组患者总有效率高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 观察组患者的血清 C 反应蛋白 (CRP)、白细胞介素-6 (IL-6)、肿瘤坏死因子- $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) 水平均低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 两组患者呼吸功能较治疗前改善, 且观察组患者的动脉血氧分压 (PaO<sub>2</sub>) 水平高于对照组, 动脉血二氧化碳分压 (PaCO<sub>2</sub>) 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组患者不良事件发生率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 艾灸肺俞穴、中腕穴联合小青龙汤治疗慢性咳嗽, 能有效降低患者血清炎症因子水平, 改善呼吸功能。

**[关键词]** 慢性咳嗽; 小青龙汤; 肺俞穴; 中腕穴

**[中图分类号]** R 256.11 **[文献标识码]** B

[收稿日期] 2023-05-11

[作者简介] 郜亚红, 女, 主治医师, 主要从事中医呼吸内科工作。

慢性咳嗽是临床常见的呼吸系统疾病，病情迁延难愈，不及时治疗可恶化为咳嗽变异性哮喘，严重影响患者的生活质量。西医主要使用糖皮质激素、 $\beta_2$ 受体激动药、抗组胺药、抗菌药物等药物治疗慢性咳嗽，虽有一定疗效，但是不良反应较大，且易于复发，临床治疗具有局限性。中医理论认为，咳嗽为外邪侵肺或脏腑功能失调伤及肺系致使肺气不清、失于宣肃而成，临床治疗主要以散寒解表，宣肺止咳为主<sup>[1]</sup>。当前，小青龙汤为治疗外感风寒，寒饮内停之证的经典方剂，在慢性咳嗽患者中应用广泛。有研究表明，艾灸在治疗慢性咳嗽方面有一定优势<sup>[2]</sup>。基于此，本研究将艾灸肺俞穴、中脘穴与小青龙汤联合用于慢性咳嗽的临床治疗中，旨在分析该联合治疗方案的效果及安全性，具体如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选择焦作市中医院 2020 年 10 月至 2022 年 10 月诊治的 76 例慢性咳嗽患者，按随机对照原则分对照组和观察组，各 38 例。对照组男性 20 例，女性 18 例；年龄 20~70 岁，平均 $(40.84 \pm 3.26)$ 岁；病程 9~12 周，平均病程 $(10.51 \pm 0.36)$ 周。观察组男性 19 例，女性 19 例；年龄 22~72 岁，平均 $(40.13 \pm 3.58)$ 岁；病程 9~13 周，平均病程 $(10.53 \pm 0.38)$ 周。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较，差异均无统计学意义 $(P > 0.05)$ ，具有可比性。

### 1.2 纳入及排除标准

1.2.1 诊断标准 (1) 西医符合《咳嗽的诊断与治疗指南》<sup>[3]</sup>中诊断标准，患者咳嗽病程持续 $> 8$ 周，胸部计算机断层扫描(computer tomography, CT)或 X 线检查无异常表现。(2) 中医符合《中医诊断与鉴别诊断学》<sup>[4]</sup>中风寒袭肺证型，主症：咳嗽声重，咯痰稀薄色白，微恶风寒；次症：或有发热，气喘；舌脉：舌苔薄白，脉浮紧。

1.2.2 纳入标准 (1) 符合上述中西医诊断标准；(2) 认知功能、沟通能力与视听觉正常；(3) 知情同意本研究。

1.2.3 排除标准 (1) 合并内分泌系统、免疫系统或血液系统等严重原发病；(2) 合并其他呼吸系统病症；(3) 合并严重器质性病变；(4) 对本研究用药过敏；(5) 机体耐受力低；(6) 艾灸穴位点存在红、肿、热、痛、皮肤溃疡或感染。

### 1.3 方法

两组患者均常规给予阿莫西林颗粒(广州白云山医药集团股份有限公司，国药准字 H20066783)，冲服 20~40 mg·kg<sup>-1</sup>，每 8 h 1 次，给予头孢地尼分散片(江苏亚邦强生药业有限公司，国药准字 H20130013)

0.1 g·次<sup>-1</sup>，3 次·d<sup>-1</sup> 抗感染治疗，疗程为 1 周。

1.3.1 对照组 采用小青龙汤治疗：炙麻黄 9 g，白芍 9 g，细辛 3 g，干姜 3 g，桂枝 6 g，五味子 3 g，半夏 9 g，炙甘草 6 g。临证加减：口鼻咽部作痒者，加蝉衣 6 g、防风 10 g、地龙 10 g；痰液清稀夹沫，遇寒加重者，改用细辛 13 g、干姜 13 g；痰黄难咯，舌红苔黄者加桑白皮 10 g、黄芩 10 g；鼻塞不通者加白芷 10 g、辛夷 10 g；出汗多者去炙麻黄，加麻黄根 10 g；疲倦纳差者，加黄芪 20 g、白术 10 g；咽干口渴苔少者，加南北沙参各 10 g、麦冬 15 g；腰酸膝软者加熟地黄 12 g、山萸肉 10 g。每日 1 剂，水煎去渣取汁 300 mL，分早晚温服。1 周为 1 个疗程，共治疗 3 个疗程，治疗期间戒烟戒酒，尽量避免接触生冷辛辣腥膻等食物。

1.3.2 观察组 在对照组基础上实施艾灸治疗，取双侧肺俞穴(第 3 胸椎棘突下旁开 1.5 寸)、中脘穴(胸骨下端和肚脐连接线中点)，悬起温和灸，距离肺俞穴、中脘穴皮肤 2~3 cm 处施灸 30 min，每日 1 次，艾灸结束后嘱患者饮温水 400 mL，1 周为 1 个疗程，共治疗 3 个疗程，注意保暖，避免受风，4 h 后方可洗浴。

### 1.4 观察指标

(1) 临床疗效。于治疗后(治疗 3 周)，参考《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>评定临床疗效。治愈：咳嗽及临床体征消失，在 2 周以上未发作者为临床治愈；好转：咳嗽症状减轻，痰量减少；无效：临床咳嗽咳痰症状及其他体征无明显改善或者加重。总有效率 = (治愈 + 好转) / 总例数 × 100%。(2) 炎症因子。采集患者治疗前、治疗 3 个疗程后空腹状态下的静脉血 4~5 mL，离心取血清，通过化学发光免疫法(杭州昊鑫生物科技股份有限公司提供试剂盒)测定 C 反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、白细胞介素-6(interleukin-6, IL-6)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (tumor necrosis factor- $\alpha$ , TNF- $\alpha$ )水平。

(3) 呼吸功能。分别在治疗前、治疗后清晨使用 NF05DH-1831 型血气分析仪(广州华西科创科技有限公司)测定患者动脉血二氧化碳分压(partial pressure of carbon dioxide, PaCO<sub>2</sub>)、动脉血氧分压(partial pressure of oxygen, PaO<sub>2</sub>)水平。(4) 不良事件。包括局部烫伤、皮肤瘙痒、喉咙干痛、胃肠道反应等。

### 1.5 统计学分析

采用 SPSS 22.0 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，等级资料采用秩和检验， $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床疗效比较

观察组患者总有效率高于对照组，差异具有统计学

意义 ( $P < 0.05$ )，见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [ $n = 38, n(\%)$ ]

组别	治愈	好转	无效	总有效
对照组	20(52.63)	10(26.32)	8(21.05)	30(78.95)
观察组	30(78.95)	8(21.05)	0(0.00)	38(100.00) <sup>a</sup>

注：与对照组比较，<sup>a</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.2 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较

治疗后，两组患者血清 IL-6、CRP、TNF- $\alpha$  水平均低于治疗前，且观察组患者的血清 IL-6、CRP、TNF- $\alpha$  水平均低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后血清炎症因子水平比较 ( $n = 38, \bar{x} \pm s$ )

组别	时间	IL-6/pg · mL <sup>-1</sup>	CRP/mg · L <sup>-1</sup>	TNF- $\alpha$ /pg · mL <sup>-1</sup>
对照组	治疗前	120.02 ± 15.32	84.26 ± 10.32	83.25 ± 10.22
	治疗后	60.32 ± 6.52 <sup>b</sup>	50.32 ± 5.25 <sup>b</sup>	49.84 ± 8.85 <sup>b</sup>
观察组	治疗前	122.32 ± 14.28	84.19 ± 10.95	83.38 ± 9.95
	治疗后	20.65 ± 4.65 <sup>bc</sup>	23.65 ± 3.98 <sup>bc</sup>	24.26 ± 6.84 <sup>bc</sup>

注：CRP—C 反应蛋白；IL-6—白细胞介素-6；TNF- $\alpha$ —肿瘤坏死因子- $\alpha$ 。

与同组治疗前比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>c</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.3 两组患者治疗前后呼吸功能比较

治疗后，两组患者呼吸功能较治疗前改善，且观察组患者的 PaO<sub>2</sub> 水平高于对照组，PaCO<sub>2</sub> 水平低于对照组，差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后呼吸功能比较 ( $n = 38, \bar{x} \pm s, \text{mmHg}$ )

组别	时间	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>
对照组	治疗前	55.37 ± 6.42	65.16 ± 10.67
	治疗后	74.05 ± 6.75 <sup>d</sup>	50.76 ± 6.05 <sup>d</sup>
观察组	治疗前	54.52 ± 6.65	65.31 ± 9.74
	治疗后	90.37 ± 6.15 <sup>de</sup>	36.13 ± 5.24 <sup>de</sup>

注：PaO<sub>2</sub>—动脉血氧分压；PaCO<sub>2</sub>—动脉血二氧化碳分压。

与同组治疗前比较，<sup>d</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>e</sup> $P < 0.05$ 。

### 2.4 两组患者不良事件情况比较

两组患者不良事件发生率比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，见表 4。

表 4 两组患者不良事件情况比较 [ $n = 38, n(\%)$ ]

组别	局部烫伤	皮肤瘙痒	喉咙干痛	胃肠道反应	总发生
对照组	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	1(2.63)	1(2.63)
观察组	1(2.63)	1(2.63)	0(0.00)	2(5.26)	4(10.53)

## 3 讨论

慢性咳嗽有着较为复杂的致病机制，且有相关研究表明，嗜酸性粒细胞及肥大细胞参与的气道慢性炎症反

应是慢性咳嗽的病理基础，会引起气道高反应性，引发咳嗽、咳痰等症状。因此，减轻机体炎症反应对慢性咳嗽患者而言至关重要<sup>[6]</sup>。

中医理论认为，慢性咳嗽属“久咳”范畴，病因与“风、痰、虚、瘀”等内外因均有关，属内伤咳嗽，治疗以宣肺解寒为重<sup>[7]</sup>。《伤寒论》有言：“伤寒，表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，或渴，或利，或噎，或小便不利、少腹满，或喘者，小青龙汤主之”。小青龙汤药剂组方中君药为炙麻黄、桂枝，其中炙麻黄宣肺理气、止咳平喘，桂枝温阳化气化痰，二者合用能有效散寒解表；臣药为干姜、细辛，可达温肺化痰之效，辅助炙麻黄、桂枝散寒；佐药为半夏、五味子、白芍，其中半夏燥湿化痰、和胃降逆，五味子敛肺滋肾、生津收汗，白芍和营血、敛肝阴；使药为炙甘草，益气和中、调和药性。诸药合用，散中有收，开中有合，共奏发表散寒、理气宣肺、止咳化痰之效。现代药理研究表明，桂枝中所含桂皮醛能有效杀灭细菌病毒来发挥抗炎作用，其所含挥发油能刺激汗腺、扩张血管，还能起到止咳、祛痰等作用；干姜的醚提取物和水提取物均有明显的抗炎作用<sup>[8]</sup>。有研究表明，半夏中生物碱能抑制咳嗽中枢产生镇咳作用，且半夏水煎剂可明显抑制毛果芸香碱对唾液的分泌作用而达到祛痰效果<sup>[9]</sup>。因而，小青龙汤能有效减轻机体炎症反应，改善患者临床症状，利于患者呼吸功能的恢复。

本研究中，观察组患者治疗后临床总有效率比对照组高，治疗后血清 IL-6、CRP、TNF- $\alpha$ 、PaCO<sub>2</sub> 水平比对照组低，PaO<sub>2</sub> 水平比对照组高，差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。表明艾灸肺俞穴、中脘穴联合小青龙汤治疗慢性咳嗽，能有效降低患者血清炎症因子水平，改善呼吸功能，临床疗效更好。分析其原因为，艾条点燃后可温热刺激人体体表的特定穴位，并通过经络系统，产生局部热效应，增强机体免疫力。本研究中选取肺俞穴、中脘穴进行艾灸，其中肺俞穴为肺之背俞穴，乃遵《素问·咳论》“治脏者，治其俞”之旨，灸之可生发阳气、温通表里、发散风寒，平喘止咳<sup>[10]</sup>。中脘穴为奇经八脉之任脉，艾灸可通调脾胃气机，使气行津布，中土得运，湿痰自化，与肺俞穴相配可降气逆、顺气机、止咳化痰平喘。故艾灸肺俞穴、中脘穴结合小青龙汤可增强发表散寒、理气宣肺、止咳化痰之功，利于更好地减轻机体炎症反应，改善呼吸功能，临床应用效果更好。本研究中，两组患者不良事件发生率比较，差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )，说明不良事件较少，安全性高。

综上所述，艾灸肺俞穴、中脘穴联合小青龙汤治疗慢性咳嗽，能有效降低患者血清炎症因子水平，改善呼吸功能。

[参考文献]

[1] 赖长沙, 林国清, 李学麟. 基于数据挖掘分析李学麟教授运用小青龙汤临床经验 [J]. 内蒙古中医药, 2021, 40 (2): 94-96.

[2] 孟晓凤. 艾灸肺俞穴治疗肺结核慢性咳嗽的效果与护理 [J]. 光明中医, 2021, 36 (21): 3695-3697.

[3] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南 (2015) [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39 (5): 323-324.

[4] 朱文锋. 中医诊断与鉴别诊断学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998.

[5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017.

[6] SADEGHI M H, WRIGHT C E, HART S, et al. Phenotyping patients with chronic cough: evaluating the ability to predict the response to anti-inflammatory therapy [J]. Ann Allergy Asthma Immunol, 2018, 120 (3): 285-291.

[7] 王丽莉, 余安胜, 吴欢, 等. 热敏灸联合穴位贴敷治疗肺气亏虚型感染后咳嗽疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2021, 40 (6): 664-669.

[8] 张美萃, 杜世拔, 范良. 小青龙汤联合常规治疗对外寒内饮型慢性阻塞性肺疾病急性期患者的临床疗效 [J]. 中成药, 2022, 44 (1): 78-82.

[9] 刘露露, 曹文富, 程序, 等. 慢性咳嗽中医治疗研究进展综述 [J]. 实用中医药杂志, 2022, 38 (11): 2031-2033.

[10] 白璐, 陈晖, 张璇. 基于“热证可灸”探讨艾灸对支气管哮喘发作期热哮证患者肺功能及血清炎症因子的影响 [J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16 (10): 1783-1786.

[文章编号] 1007-0893(2023)13-0037-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.13.012

# 麝香保心丸联合降脂药治疗冠心病的临床研究

宋 利 刘飞飞 梁艳艳

(洛阳伊洛医院, 河南 洛阳 471000)

[摘要] 目的: 分析麝香保心丸联合降脂药治疗冠心病的临床疗效。方法: 选取 2019 年 5 月至 2021 年 5 月期间在洛阳伊洛医院就诊治疗的冠心病患者 214 例, 根据随机数字表法将患者分为观察组和对照组, 每组 107 例。对照组患者给予非诺贝特、瑞舒伐他汀治疗, 观察组患者在对照组基础上加麝香保心丸治疗, 比较两组患者治疗前后的血脂指标、炎症指标、肝肾功能变化情况。结果: 治疗后, 两组患者外周血总胆固醇 (TC)、三酰甘油 (TG)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 水平均低于治疗前, 高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 高于治疗前, 且观察组患者外周血 TC、TG、LDL-C 水平均低于对照组, HDL-C 水平高于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 两组患者血清炎症因子水平均较治疗前下降, 且观察组患者血清炎症因子水平均明显低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 两组患者治疗前后肝肾功能指标比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 麝香保心丸联合降脂药治疗可有效改善冠心病患者血脂代谢异常, 减轻其炎症反应, 具有较高的安全性。

[关键词] 冠心病; 麝香保心丸; 非诺贝特; 瑞舒伐他汀

[中图分类号] R 541 [文献标识码] B

## Clinical Study of Coronary Heart Disease Treated with Shexiang Baoxin Pill Combined with Lipid-lowering Drugs

SONG Li, LIU Feifei, LIANG Yanyan  
(Luoyang Yiluo Hospital, Henan Luoyang 471000)

[Abstract] Objective To analyze the clinical efficacy of Shexiang Baoxin Pill combined with lipid-lowering drugs in the treatment of coronary heart disease. Methods A total of 214 patients with coronary heart disease who were treated in Luoyang Yiluo Hospital from May 2019 to May 2021 were selected and divided into an observation group and a control group according to random number table method, with 107 patients in each group. The control group was treated with fenofibrate and rosuvastatin,

[收稿日期] 2023 - 04 - 26

[作者简介] 宋利, 女, 主治医师, 主要研究方向是内科疾病。