

孕妇需加强血糖监测,严密产检,必要时积极予以外源性胰岛素控制血糖,同时围产期加强监测,谨慎选择分娩方式。产后亦需积极控制血糖,结合饮食及运动等生活方式的调整,避免发展为 2 型糖尿病。目前已有研究表明若 GDM 母亲存在的 IR,则后代发生 IR 的几率更高^[14]。故新生儿远期亦需要避免 IR 及 2 型糖尿病的发生。

参 考 文 献

[1] Dos Santos da silva LLG, Saundersc, compos ABF, et al. Hypertensive disorders of pregnancy in women with gestational diabetes mellitus from Rio de Janeiro, Brazil [J]. Pregnancy Hypertens, 2017, 10:196-201.

[2] Bulletins - Obstetrics COP. Practice Bulletin No. 137: Gestational diabetes mellitus [J]. Obstetrics & Gynecology, 2017, 130(1): e17.

[3] 郭玉荣, 霍秀敏. 胰岛素抵抗指数监测对于妊娠期孕妇控制血糖水平的临床价值 [J]. 中国妇幼保健, 2015, 30(9): 1362-1365.

[4] 谢幸, 孔北华, 段涛, 等. 妇产科学 [M]. 9 版. 2018: 105-109.

[5] Sing Y, Garg M K, Nikhil T, et al. A study of insulin resistance by HOMA-IR and its cut-off value to identify metabolic syndrome in urban Indian adolescents [J]. J Clin Res Pediatr Endocrinol, 2013, 5(4): 245-251.

[6] Yilmaz O, Kucuk M, Ilgin A, et al. Assessment of insulin sensitivity/resistance and their relations with leptin concentrations and anthropometric measures in a pregnant population with and without gestational diabetes mellitus [J]. J Diabetes Complications, 2010, 24(2): 109-114.

[7] Harley KG, Aguilar schall, Cherrier J, et al. Prenatal and postnatal bisphenol A exposure and body mass index in childhood in the CHAMACOS cohort [J]. Environmental Health Perspectives, 2013,

121(4): 514-520.

[8] 王雪卿, 孙丽芳, 郑秀丽, 等. 妊娠期糖尿病 (A2 级) 的高危因素分析及早期诊断 [J]. 生殖医学杂志, 2014, 23(7): 557-560.

[9] Sonagra AD, Biradar SM, Dattatreya K, et al. Normal pregnancy-a state of insulin resistance [J]. Clin Diagn Res, 2014, 8(11): C1.

[10] Wang YH, Wu HH, Ding H, et al. Changes of insulin resistance and β -cell function in women with gestational diabetes mellitus and normal pregnant women during mid- and late pregnant period: a case-control study [J]. J Obstet Gynaecol Res, 2013, 39(3): 647-652.

[11] 王凤环, 李华萍. 妊娠期糖尿病患者胰岛素抵抗及胰岛素分泌功能的评估 [J]. 上海交通大学学报 (医学版), 2015(03): 364-368.

[12] Ortega Seovilla H, Schaefer-Graf U, Meitzner K, et al. Gestational diabetes mellitus causes changes in the concentrations of adipocyte fatty acid-binding protein and other adipocytokines in cord blood [J]. Diabetes Care, 2011, 34(9): 2061-2066.

[13] Pan J, Zhang F, Zhang L, et al. Influence of insulin sensitivity and secretion on glycated albumin and hemoglobin A1c in pregnant women with gestational diabetes mellitus [J]. Int J Gynecol Obstet, 2013, 121(3): 252-256.

[14] Wang Q, Huang R, Yu B, et al. Higher fetal insulin resistance in Chinese pregnant women with gestational diabetes mellitus and correlation with maternal insulin resistance [J]. Plos One, 2013, 8(4): e59845.

[15] 刘妍, 吴连方. 妊娠期糖尿病孕妇的脂代谢变化 [J]. 中国妇产科临床, 2002, 3(3): 182.

[16] 平凡, 向红丁, 聂敏, 等. 2069 例不同糖耐量状态孕妇的血脂谱及围生结局分析 [J]. 中国糖尿病杂志, 2011, 19(9): 643-646.

(收稿日期: 2019-03-15)
(本文编辑: 王志超)

腹腔镜手术联合 GnRH- α 治疗子宫内膜异位症的疗效评价

初虹 林振文 余志英 潘力弢 邢娟

【摘要】 目的 评价腹腔镜手术联合促性腺激素释放激素 (GnRH- α) 治疗子宫内膜异位症的临床疗效。**方法** 选择 2017 年 2 月—2018 年 12 月本院收治的子宫内膜异位症患者 126 例作为研究对象, 随机分为观察组 (64 例) 和对照组 (62 例) 两组, 均接受常规腹腔镜手术治疗, 观察组同时给予 GnRH- α 治疗, 比较两组患者治疗前后疼痛、性激素水平变化情况及临床疗效。**结果** 经治疗后, 两组患者性交痛、痛经、盆腔疼痛及 E2、FSH、LH 水平均较治疗前有了明显改善 ($P < 0.05$); 与对照组相比较, 观察组性交痛、痛经、盆腔疼痛及 E2、FSH、LH 水平改善程度更为显著 ($P < 0.05$)。观察组临床疗效明显优于对照组, 且复发率明显降低 ($P < 0.05$)。**结论** 腹腔镜联合 GnRH- α 能明显改善患者临床症状和性激素水平、提高临床疗效, 且降低术后复发率。

【关键词】 腹腔镜手术; GnRH- α ; 子宫内膜异位症

[中图分类号] R711.2 [文献标识码] A DOI: 10.3969/j.issn.1002-1256.2019.16.017

The effect evaluation of laparoscopic surgery combined with GnRH-a in the treatment of endometriosis
CHU Hong. Department of gynaecology, the second people's hospital of Shenzhen, Shenzhen, Guangdong, 518035, China.

【Abstract】 Objective To explore the clinical effect of laparoscopic surgery combined with gonadotropin-releasing hormone alpha (GnRH- α) in the treatment of endometriosis. **Methods** 126 cases of patients with

作者单位: 518035 广东深圳, 深圳市第二人民医院妇科 (初虹、余志英、潘力弢、邢娟), 518020 广东深圳, 深圳市人民医院介入科 (林振文)
通信作者: 林振文, Email: surgeonlin@163.com

endometriosis who admitted to our hospital from February 2017 to December 2018 were randomly divided into observation group ($n=64$) and control group ($n=62$), all the patients were treated with laparoscopic surgery, the patients in the observation groups were treated with laparoscopic surgery combined with GnRH- α . The pain, sex hormone levels before and after treatment and the clinical effect were compared between the two groups.

Results After the treatment, the coital pain, dysmenorrhea, pelvic pain and the levels of E2, FSH, and LH were significantly better than those before treatment ($P<0.05$). The improvement of coital pain, dysmenorrhea, pelvic pain and the levels of E2, FSH, and LH in the observation were significantly better than those in the control group ($P<0.05$). The clinical effect of the observation was significantly better than that of the control group ($P<0.05$), and the recurrence rate was lower ($P<0.05$). **Conclusions** Laparoscopic surgery combined with GnRH- α could substantially improve the clinical symptoms, sex hormone levels and clinical efficacy for patients with endometriosis, and could reduce the recurrence rate.

【Key words】 Laparoscopic surgery; GnRH- α ; Endometriosis

子宫内异位症是育龄妇女常见的具有恶变行为的良性疾病之一,患者有不同程度腹痛和不孕表现,严重影响患者的生活质量,近年来该病呈逐年增多且年轻化趋势,如何有效治疗该病成为人们关注的重要问题。腹腔镜保守手术治疗是子宫内异位症的主要治疗方法,具有创伤轻、并发症少的优势,但随着时间的推移,发现单纯的手术治疗难以获得根治效果,存在术后复发率较高的问题^[1],而通过联合药物治疗能有助于减少术后复发、提高临床疗效^[2]。本研究采用腹腔镜手术联合促性腺激素释放激素(GnRH- α)治疗子宫内异位症患者,获得满意效果,现报道如下。

一、资料与方法

1. 一般资料:选择 2017 年 2 月—2018 年 12 月本院收治的子宫内异位症患者 126 例作为研究对象,均符合美国生育学会(AFS)制定的相关诊断及分期标准^[3],且经病理检查证实,均排除伴有全身重要脏器功能异常、精神异常、恶性肿瘤、术前 3 个月服用激素类药物、哺乳期或妊娠期妇女、合并子宫腺肌症等其他妇科疾病以及存在腹腔镜手术或对本研究药物过敏等情况者。按随机数表法将患者分为对照组和观察组两组。对照组 62 例,年龄 20~39 岁,平均(30.95 \pm 2.71)岁;病程 0.5~4.5 年,平均(2.84 \pm 0.62)年;r-AFS 分期为 I 期 10 例,II 期 19 例,III 期 26 例,IV 期 7 例;囊肿直径 3.5~8.4 cm,平均(5.92 \pm 1.35)cm。观察组 64 例,年龄 21~39 岁,平均(31.06 \pm 2.82)岁;病程 0.5~5 年,平均(2.91 \pm 0.58)年;r-AFS 分期为 I 期 11 例,II 期 19 例,III 期 26 例,IV 期 8 例;囊肿直径 3.7~8.6 cm,平均(5.86 \pm 1.46)cm。两组患者年龄、病程、分期、囊肿直径等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2. 治疗方法:两组患者均进行腹腔镜手术治疗。先行气管插管全麻,建立 CO₂ 人工气腹,成功后置入腹腔镜全面探查,确认病变部位以及毗邻脏器情况,采用锐性、钝性相结合的方式松解黏连,对于微小的异位病灶可采取进行

双极烧灼直接破坏病灶,囊肿者行异位囊肿剔除术,剥离过程中有出血点时则电凝止血,术中尽可能保留正常卵巢和子宫组织。术毕,生理盐水反复冲洗盆腔,手术创面采用透明质酸钠预防术后粘连。观察组在术后第 1 次月经来潮 5 d 内腹壁皮下注射 GnRH- α (醋酸亮丙瑞林溶液,上海丽珠制药有限公司,国药准字 H20093852) 3.75 mg,间隔 28 d 注射 1 次,连用 3 次。

3. 观察指标:(1)采用 VAS 评分法评价患者疼痛改善情况,包括性交痛、痛经、盆腔触痛。(2)分析两组患者手术前后性激素包括雌二醇(E2)、卵泡刺激素(FSH)、黄体生成素(LH)水平:分别于手术前和手术后 3 个月抽取患者晨起肘静脉血,离心、分离血清后,采用电化学发光法进行检测。(3)评价临床疗效,分为完全缓解、部分缓解、无效、复发,其中完全缓解:患者临床症状和盆腔触痛结节均消失;部分缓解:患者临床症状明显减轻、无阳性体征;无效:患者临床症状及体征无改善;复发:术后 6 个月检查再次出现术前临床症状,且超声检查显示有盆腔包块出现^[4]。

4. 统计学处理:采用 SPSS 17.0 统计软件进行数据分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,进行 t 检验,计数资料以[$n(\%)$]表示,进行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1. 两组患者疼痛改善情况比较:经治疗后,两组患者性交痛、痛经、盆腔疼痛均较治疗前有明显改善,治疗前后比较差异均有统计学意义($P<0.05$);与对照组相比较,观察组性交痛、痛经、盆腔疼痛改善程度更为显著,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2. 两组患者治疗前后 E2、FSH、LH 水平变化情况比较:经治疗后,两组患者 E2、FSH、LH 水平均较治疗前有明显改善,治疗前后比较差异均有统计学意义($P<0.05$);与对照组相比较,观察组 E2、FSH、LH 水平改善程度更为显著,组间比较差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 1 两组患者疼痛改善情况比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	痛经		性交痛		盆腔触痛	
	术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月
观察组($n=64$)	5.72 \pm 0.83	3.19 \pm 0.46	5.64 \pm 0.93	3.27 \pm 0.62	5.52 \pm 0.87	3.46 \pm 0.39
对照组($n=62$)	5.69 \pm 0.75	2.17 \pm 0.52	5.58 \pm 0.81	2.26 \pm 0.43	5.61 \pm 0.75	2.19 \pm 0.27
t 值	0.213	11.657	0.385	10.587	0.621	21.174
P 值	0.625	0.000	0.504	0.000	0.219	0.000

表 2 两组患者治疗前后 E2、FSH、LH 水平变化情况比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	E2 (pmol/L)		FSH (U/L)		LH (U/L)	
	术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月	术前	术后 3 个月
对照组 ($n=64$)	213.57±29.82	128.24±11.73	6.13±0.51	3.64±0.29	7.06±0.92	3.87±0.46
观察组 ($n=62$)	225.16±27.35	92.05±10.28	6.07±0.63	2.27±0.25	7.13±0.88	2.49±0.35
<i>t</i> 值	0.311	18.382	0.588	28.341	0.436	18.904
<i>P</i> 值	0.552	0.000	0.233	0.000	0.416	0.000

3. 两组临床疗效比较: 观察组临床疗效明显优于对照组, 且复发率明显降低, 组间比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组临床疗效比较 [n (%)]

组别	完全缓解	部分缓解	无效	复发	总缓解率
观察组 ($n=64$)	34	27	2	1	61 (95.31)
对照组 ($n=62$)	26	21	10	5	47 (75.81)

讨论 子宫内膜异位症多发于育龄女性, 虽然属于雌激素依赖性良性病变, 但具有恶变的生物学行为, 而且严重时可导致女性不孕症, 导致患者生活质量不同程度下降。目前认为异位病灶引起盆腔内脏器粘连, 继而造成输卵管及排卵功能发生异常, 加上患者激素水平异常, 最终导致不孕的发生, 该病也是女性不孕症的主要原因之一^[5]。利用腹腔镜手术切除异常病灶是治疗子宫内膜异位症的主要方式, 通过手术切除镜下发现的盆腔内子宫内膜异常病灶, 并分离粘连组织, 改善盆腔内环境及恢复输卵管、卵巢功能, 从而缓解患者疼痛症状、提高妊娠率。但临床研究发现腹腔镜手术分离与毗邻组织粘连致密的异位病灶时存在一定难度, 且对于位置特殊或深在的病灶单纯依靠手术无法彻底清除, 而手术未能完全清除的微小病灶可在雌激素刺激下继续生长、繁殖, 导致术后复发率较高、影响术后正常妊娠^[6]。因此如何减少腹腔镜术后复发成为人们关注的焦点问题。

越来越多的学者建议术后辅助应用激素类药物来治疗子宫内膜异位症, 常用的有 GnRH- α 、孕三烯酮、左炔诺孕酮宫内缓释系统等, 其中 GnRH- α 为常用的辅助治疗药物。GnRH- α 是具有较高促性腺激素释放激素受体亲和力的人工合成化合物, 其活性高出天然促性腺激素释放激素数十倍, 能抑制垂体-卵巢功能, 减少性激素释放, 促进内膜细胞凋亡及术后残留微小病灶的退化, 同时能抑制炎症因子分泌、提高辅助性 T 细胞数量和活性, 从而发挥杀伤异位内膜病灶的作用^[7]。有研究对比分析了腹腔镜手术分别联合 GnRH- α 与孕三烯酮治疗子宫内膜异位症的疗效, 结果发现对于此类患者应在腹腔镜手术治疗后联合药物治疗, 且首选 GnRH- α , 能显著提高疗效、减少术后复发, 且具有较高的安全性^[8]。在元文博等^[9]的研究中显示在治疗中重度子宫内膜异位症患者方面, 腹腔镜手术联合 GnRH- α 比联合左炔诺孕酮宫内缓释系统具有更高的术后妊娠率, 且不延长术后妊娠时间。

本研究结果显示, 经治疗后两组患者性交痛、痛经、盆腔疼痛及 E2、FSH、LH 水平均较治疗前有明显改善 ($P < 0.05$), 但与对照组相比较, 观察组性交痛、痛经、盆腔疼痛及 E2、FSH、LH 水平改善程度更为显著 ($P < 0.05$); 观察组临床疗效明显优于对照组, 且复发率明显降低 ($P < 0.05$)。陈行等^[10]

的研究中腹腔镜术后联合 GnRH- α 治疗, 在改善患者主管症状、降低雌孕激素水平、提高妊娠率方面的效果与对照组相比较差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$); 同样在王莉等^[11]的对比分析中, GnRH- α 辅助腹腔镜手术治疗后各种疼痛缓解效果、术后出血量、术后住院时间及改善性激素水平方面效果均明显优于单纯腹腔镜治疗。本研究结果与上述研究基本一致, 本研究中观察组患者 E2、FSH、LH 水平改善程度更为显著, 其原因与 GnRH- α 的使用密切相关, GnRH- α 通过作用于下丘脑-垂体轴来抑制促性腺激素的释放, 降低促性腺激素、E2 及孕激素的分泌, 并能够有效改善盆腔微环境、抑制卵巢功能及性激素分泌, 诱导异位子宫内膜细胞凋亡, 使得异位内膜病灶细胞的生长在低雌激素状态下受到抑制, 达到“化学性卵巢切除”的目的。部分内异症患者病灶与周围正常组织界限模糊, 造成手术中无法完全切除深在的浸润或微小病灶, 这些残留病灶在雌激素作用下可能继续生长而导致复发, 腹腔镜配合 GnRH- α 能产生垂体及卵巢功能的明显抑制作用, 在促进子宫内膜萎缩的同时加快异位病灶的吸收, 从而更有助于抑制腹腔镜术后残留异位病灶的生长, 从而降低术后复发率。

综上所述, 腹腔镜手术联合 GnRH- α 更能显著调节患者雌孕激素水平、改善患者主观症状, 提高腹腔镜在子宫内膜异位症中的治疗效果, 可作为内异症患者治疗的优选方案, 值得临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] Bar-ELL, Kalma Y, Malcov M, et al. Blastomere biopsy for PGD delays embryo compaction and blastulation: a time-lapse microscopic analysis [J]. J Assist Reprod Genet, 2016, 33 (11): 1449-1457.
- [2] 张小莎, 黄作香, 李萍. GnRH- α 联合反向添加戊酸雌二醇对重度子宫内膜异位症腹腔镜术后患者的疼痛感及远期复发率影响 [J]. 中国生化药物杂志, 2016, 36 (1): 134-136.
- [3] Haas D, Chvatal R, Habelsberger A, et al. Comparison of revised American fertility Society and ENZIAN staging: a critical evaluation of classifications of endometriosis on the basis of our patient population [J]. Fertil Steril, 2011, 95 (5): 1574-1578.
- [4] 陈帆, 杨华娣. 腹腔镜手术联合促性腺激素释放激素激动剂对子宫内膜异位症不孕的临床疗效研究 [J]. 中国内镜杂志, 2016, 22 (9): 71-73.
- [5] Brown J, Farquhar C, Dias S. Endometriosis: an overview of Cochrane reviews [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2016, 3 (3): 84-92.
- [6] 张玲玲, 应小燕. 腹腔镜手术联合促性腺激素释放激素激动剂治疗子宫内膜异位症疗效的比较研究 [J]. 中国微创外科杂志, 2015, 15 (4): 305-308.
- [7] 刘维星. 腹腔镜手术联合促性腺激素释放激素激动剂对中重度子宫内膜异位症的临床研究 [J]. 中国计划生育和妇产科, 2015, 7 (2): 27-32.
- [8] 郑兴宗. 腹腔镜手术分别联合 GnRH- α 与孕三烯酮治疗子宫内膜异位症的效果比较 [J]. 实用药物与临床, 2014, 17 (3): 378-381.

- [9] 亓文博,张明乐,黄向华.腹腔镜保守性手术联合药物治疗中、重度子宫内膜异位症及地诺孕素治疗复发性子宫内膜异位症性盆腔痛的疗效分析[J].中华生殖与避孕杂志,2017,37(5):384-388.
- [10] 陈行,苏椿淋,陆鹏荣.腹腔镜术后联合 GnRH- α 治疗子宫内膜异位症合并不孕患者主观症状、性激素水平及妊娠结局[J].中国计划生育学杂志,2019,27(5):624-627.
- [11] 王莉,黄冬梅,孙欣欣,等.GnRH- α 辅助腹腔镜对中重度子宫内膜异位症患者 5-脂氧化酶、脂氧素 A4 的影响[J].中国现代医学杂志,2018,28(21):103-107.

(收稿日期:2019-07-04)

(本文编辑:卜明)

杏苏散加减治疗痰浊阻肺型慢性支气管炎急性发作期的疗效观察

冯焕珍 区晓芬 区晓珊

【摘要】 目的 研究杏苏散加减治疗痰浊阻肺型慢性支气管炎急性发作期的临床效果。方法 选择 2017 年 1 月—2018 年 11 月本院收治的痰浊阻肺型慢性支气管炎急性发作期患者 84 例作为研究对象,按照随机数表法将患者分成观察组和对照组两组,每组各 42 例。对照组进行西医常规治疗,在此基础上,观察组进行杏苏散加减味治疗,比较两组患者治疗前后中医证候积分、症状消失时间以及临床效果。结果 治疗后,观察组喘息、咳嗽咳痰、哮鸣的中医证候积分明显低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);观察组咳嗽咳痰、喘息、哮鸣症状消失时间均明显少于对照组, ($P < 0.05$);观察组治疗总有效率(95.2%)明显高于对照组(83.3%),差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论 杏苏散加减治疗痰浊阻肺型慢性支气管炎急性发作期,能够有效改善患者临床症状,缩短症状持续时间,疗效确切,具有临床推广应用价值。

【关键词】 杏苏散; 痰浊阻肺型; 慢性支气管炎; 急性发作期; 临床疗效

[中图分类号]R563 [文献标识码]A DOI:10.3969/j.issn.1002-1256.2019.16.018

慢性支气管炎为临床呼吸科常见的慢性非特异性炎症之一,发生于支气管黏膜、气管及周围组织,临床表现为咳嗽、咳痰、喘息等症状,易反复发作,多见于吸烟的中老年男性患者,且在冬春两季多发^[1]。其中,急性发作期是指在慢性支气管炎患者在 1 周时间内临床症状明显加重,表现为出现黏液脓性痰,咳痰量明显增多,伴有体温升高等炎症反应症状。慢性支气管炎反复急性发作,使病情顺延难愈,肺功能进一步损害,可出现慢性肺源性心脏病、肺气肿等严重并发症,严重危害患者生命安全和生活质量^[2]。中医理论中,慢性支气管炎属于“喘证”、“咳嗽”、“痰饮”等范畴,其中杏苏散为常用名方,疗效较好。故本次研究探讨杏苏散加减治疗痰浊阻肺型慢性支气管炎急性发作期的临床效果,现报道如下。

一、资料和方法

1.一般资料:选择 2017 年 1 月—2018 年 11 月本院收治的痰浊阻肺型慢性支气管炎急性发作期患者 84 例作为研究对象,按照随机数表法将患者分成观察组和对照组两组,每组各 42 例。观察组中男 31 例,女 11 例,年龄 30~82 岁,平均(54.5±6.3)岁,病程 3~21 年,平均(8.01±3.19)年;对照组中男 30 例,女 12 例,年龄 30~80(55.3±6.7)岁,病程 3~20(7.91±3.13)年。两组在临床资料数据上比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。具有可比性

2.诊断标准:(1)西医诊断标准:参考《内科学》中慢性支

气管炎的相关标准^[3];临床症状主要表现为咳嗽、咳痰、喘息,反复发作,连续发病 ≥ 2 年,每年发病持续时间 ≥ 3 个月;临床分期为急性发作期,因咳嗽咳痰加重来院就诊,部分患者存在体温升高症状;经胸部 CT 检查显示肺部存在斑片状阴影,可见肺纹理紊乱、增粗、增多;肺功能测试提示气流受限;查血白细胞总数和中性粒细胞水平升高,两肺可闻粗呼吸音和干湿性啰音。(2)中医诊断标准:参考《中药新药临床研究指导原则》^[4]相关标准,辨证分型为痰浊阻肺型,表现为咳嗽、咳声重浊,痰色白而黏稠,满胸憋闷,纳呆,口黏不渴,恶性干呕,舌苔厚腻,舌色白,脉弦滑。

3.纳入和排除标准:(1)纳入标准:①符合西医和中医相关诊断标准,辨证分型为痰浊阻肺型;②自愿参加本次研究并签订知情同意书。(2)排除标准:①患有肺结核、肺部恶性肿瘤、支气管扩张、变异性哮喘等其他呼吸道疾病,②患有严重心脑血管疾病或肝肾功能异常患者,③精神障碍,不能配合本次治疗患者。

4.治疗方法:对照组进行西医常规治疗,包括吸氧、止咳、化痰、抗感染、保持水电解质平衡等治疗。在此基础上,观察组进行杏苏散加减味治疗,杏苏散组方为:苏叶、半夏、茯苓、前胡、紫菀、枇杷叶、杏仁各 9 g,桔梗、枳壳、麻黄、陈皮各 6 g,甘草 3 g,根据患者个体化差异辩证进行加减味:喘息严重者加射干、葶苈子;平卧困难、痰粘难咳者加皂荚;中满痞胀、食少纳呆者加莱菔子;腹胀、大便干结者加厚朴、大黄;痰黄苔腻者加浙贝母、瓜蒌,以上中药水煎服,每天 1 剂,早晚各服 1