

# 中医药调护对老年慢性支气管炎患者的疗效及生活质量的影响

钟深秀

杭州市下城区中医院, 浙江 杭州 310004

**[摘要]** 目的: 观察中医药调理干预治疗老年慢性支气管炎急性发作期的临床疗效以及对其生活质量的影响。方法: 选取本院收治慢性支气管炎急性发作期患者, 共 100 例; 按数字表法随机分为 2 组各 50 例; 对照组参照《慢性支气管炎临床路径》给予抗感染、祛痰、止咳等治疗并给与常规护理。治疗组在对照组治疗方案的基础上行苏黄止咳胶囊及中医家庭护理干预。比较 2 组生活质量及咳嗽、咳痰评分, 检测 2 组二氧化碳分压 ( $\text{PaCO}_2$ ) 和氧分压 ( $\text{PaO}_2$ )。结果: 临床疗效总有效率治疗组 98.0%, 对照组 84.0%, 治疗组高于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 治疗组治疗后 SF-36 量表各指标评分均高于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。治疗组治疗后咳嗽、咳痰评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.01$ ); 治疗后治疗组  $\text{PaCO}_2$  比对照组降低更为明显,  $\text{PaO}_2$  较对照组升高, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。结论: 在西医治疗基础上, 对慢性支气管炎急性发作期患者予苏黄止咳胶囊及中医护理可促进症状恢复, 改善血气指标和生活质量, 提高临床疗效。

**[关键词]** 慢性支气管炎; 苏黄止咳胶囊; 中医护理; 生活质量; 二氧化碳分压 ( $\text{PaCO}_2$ ); 氧分压 ( $\text{PaO}_2$ )

**[中图分类号]** R562.2\*1

**[文献标志码]** A

**[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0250-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.095

慢性支气管炎为临床常见病, 以老年人群多发, 调查显示, 在我国范围内该病的发病率总体约为 3.2%, 其中老年人群占 15%<sup>[1]</sup>; 该病临床症状常易反复发作, 若久治不愈可发展为慢性肺源性心脏病, 给患者的健康造成严重危害。目前, 西医治疗该病以抗感染以及对症治疗为主, 取得一定疗效, 然而可引起耐药菌的产生以及不良反应等<sup>[2]</sup>。近年研究表明, 中医及中医护理干预对老年慢性支气管炎患者能够有效改善临床症状, 环境各种并发症发生, 提高整体生活质量, 利于患者康复<sup>[3-4]</sup>。本研究在常规治疗基础上, 采取观察苏黄止咳胶囊及中医护理干预对慢性支气管炎急性发作期风寒束肺证的疗效及生活质量的影响。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 慢性支气管炎急性发作期诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[5]</sup>标准: ①具有咳嗽、咳痰症状, 每年至少发病 3 月, 连续 2 年及以上; ②排除其他引起咳嗽、咳痰的相关疾病; ③1 周内出现脓性或粘液脓性痰, 痰量明显增多或伴有其

他炎症表现; 或 1 周内咳、痰、喘症状任何 1 项加剧至重度, 或重症病人明显加重者。

**1.2 证辨证标准** 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[6]</sup>拟定风寒束肺证标准。主症: 咳喘痰多, 恶寒肢冷, 痰白清稀多泡沫, 痰易咳出。次症: 咽痒, 不发热或低热, 口不干渴, 鼻塞, 流清涕, 尿清长, 舌淡, 苔薄白或白腻, 脉浮紧或滑。

**1.3 纳入标准** ①符合慢性支气管炎急性发作期诊断标准, 且为单纯型者; ②符合风寒束肺证诊断标准; ③年龄 55~70 岁; ④所有患者知情, 且签署协议书。

**1.4 排除标准** ①经证实伴有肺结核、肺脓肿、支气管哮喘等其他肺系疾病者; ②合并心脑血管、肝肾等系统研究疾病者; ③精神病患者; ④近期或同时参与其他临床试验者。

**1.5 一般资料** 观察病例为杭州市下城区中医院 2013 年 3 月—2015 年 3 月收治的慢性支气管炎急性发作期患者, 共 100 例; 按数字表法随机分为 2 组各 50 例; 对照组男 28 例, 女 22 例; 年龄 55~69

**[收稿日期]** 2015-12-29

**[作者简介]** 钟深秀 (1964-), 女, 主管护师, 主要从事老年病的护理工作。

岁, 平均( $63.15 \pm 7.95$ )岁; 病程 2.5~6 年, 平均( $3.82 \pm 0.51$ )年。治疗组男 29 例, 女 21 例; 年龄 56~68 岁, 平均( $62.86 \pm 7.82$ )岁; 病程 3~6.5 年, 平均( $3.76 \pm 0.49$ )年。2 组患者性别、年龄以及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。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 参照《慢性支气管炎临床路径》给予抗感染、祛痰、止咳治疗; 包括口服阿莫西林胶囊(圣大药业有限公司, 国药准字 H13020473), 每次 0.5 g, 每天 3 次; 盐酸氨溴索片(扬州市三药制药有限公司, 国药准字 H20000280), 每次 1~2 片, 每天 2 次, 饭后服用; 对喘息患者加服氨茶碱缓释片(重庆科瑞制药有限公司, 国药准字 H50020444), 每次 2 片, 每天 3 次。给予常规护理干预, 包括: ①咳嗽、排痰护理: 观察咳嗽时间、节律, 咳嗽性质, 痰的颜色、量等; 痰不易排者, 除祛痰、抗感染外, 可采取多饮水、体位排痰及雾化吸入等方法; ②环境护理: 维持室内空气新鲜及湿度和温度适宜, 生活环境安静; ③并发症护理: 慢性支气管炎急性发作期老年患者易并发支气管肺炎等病症, 应注意观察有无痰中带血、发热、胸痛等症状, 做到早发现, 并及时给予控制; ④其他护理: 防止被动吸烟、粉尘、烟雾及刺激性。

**2.2 治疗组** 在对照组药物干预方案的基础上口服苏黄止咳胶囊(扬子江药业集团北京海燕药业有限公司, 国药准字 Z20103075), 每次 3 粒, 每天 3 次。中医家庭护理干预, 包括: 饮食调护、生活护理、情志护理以及对症处理; ①饮食调护: 总体原则以清淡、富营养及易消化为主; 少食多餐, 禁食生痰之物; ②生活护理: 首先必须戒烟酒; 其次鼓励作适当体育锻炼如散步、打太极等; 最后要保持规律生活和充足睡眠。③情志护理: 依据老年患者多思虑、苦忧愁等特点, 多给予患者心理疏导以减缓抑郁、压抑、焦虑等情绪; 处处关心体贴, 建立好护患间的信任和友好关系, 给患者营造一种类似家庭的医院环境。④对症处理: 对不同证型和治疗过程中并发各种症状者, 给予相应护理干预; 如阴虚咳嗽者给予梨等食物润肺止咳, 对久咳气虚者给予人参等益气止咳; 对便秘者采用食入蜂蜜等润肠通便。

2 组干预 14 天后进行疗效分析。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** ①2 组患者生活质量评分: 根据中文版健康调查简表(SF-36)<sup>[7]</sup>制定标准; 评价指标包括生理功能、生理职能、躯体疼痛、活力、社会功能、情感职能和精神健康 7 个方面; 每方面满分为 100 分, 评分越高, 提示健康状态及生活质量越好, 于治疗前和治疗后各评价 1 次。②2 组咳嗽、咳痰评分比较: 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[8]</sup>标准; 均按症状分级评分为: 0 分(无), 2 分(轻), 4 分(中), 6 分(重)。③2 组动脉血气评价应用血气分析仪于治疗前后检测所有患者的动脉二氧化碳分压( $\text{PaCO}_2$ )和动脉氧分压( $\text{PaO}_2$ )。

**3.2 统计学方法** 数据用 SPSS17.0 统计软件分析, 计量数据以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组间比较采用  $t$  检验; 计数资料以率表示, 以  $\chi^2$  检验处理。

## 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 疗效标准** 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[8]</sup>标准。临床治愈: 咳、痰、喘及肺部哮鸣音恢复到发作前水平, 其他客观检查指标基本正常; 显效: 咳、痰、喘及肺部哮鸣音显著减轻, 但未恢复到急性发作前水平, 其他客观检查指标明显改善; 好转: 咳、痰、喘及肺部哮鸣音有减轻, 但程度不显著, 其他客观检查指标有改善; 无效: 咳、痰、喘及肺部哮鸣音无改善或加重, 1 月内仍未恢复到发作前水平, 其他客观检查指标未见改善或反而加重。

**4.2 2 组临床疗效比较** 见表 1。总有效率治疗组 98.0%, 对照组 84.0%, 治疗组高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

组别	n	临床治愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	50	27	20	2	1	98.0 <sup>①</sup>
对照组	50	19	21	2	8	84.0

与对照组比较, ① $P < 0.05$

**4.3 2 组生活质量评分比较** 见表 2。治疗后, 2 组 SF-36 量表各指标评分均增高, 前后比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ); 治疗组治疗后 SF-36 量表各指标评分均高于对照组, 2 组间比较, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

**4.4 2 组咳嗽、咳痰评分比较** 见表 3。治疗后, 2 组患者治疗后咳嗽、咳痰评分均下降, 前后比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ ); 治疗组治疗后咳嗽、

咳痰评分均低于对照组, 2 组比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

4.5 2 组血气分析比较 见表 4。治疗后, 2 组患者 PaCO<sub>2</sub> 下降, 而 PaO<sub>2</sub> 升高, 前后比较, 差异均有统

计学意义( $P < 0.01$ ); 治疗后治疗组与对照组比较, PaCO<sub>2</sub> 降低, PaO<sub>2</sub> 升高, 差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表 2 2 组生活质量评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组 别	时 间	n	生理功能	生理职能	躯体疼痛	活力	社会功能	情感职能	精神健康
治疗组	治疗前	50	74.16 ± 7.79	73.13 ± 7.57	72.67 ± 7.78	68.21 ± 7.17	74.26 ± 7.75	72.51 ± 7.39	71.34 ± 7.49
	治疗后	50	92.03 ± 9.55 <sup>①②</sup>	88.11 ± 8.63 <sup>①②</sup>	85.08 ± 8.61 <sup>①②</sup>	79.82 ± 8.02 <sup>①②</sup>	85.52 ± 8.78 <sup>①②</sup>	83.79 ± 8.71 <sup>①②</sup>	83.66 ± 8.70 <sup>①②</sup>
对照组	治疗前	50	74.22 ± 7.62	73.30 ± 7.72	72.52 ± 7.62	67.99 ± 7.05	74.18 ± 7.67	72.28 ± 7.44	71.59 ± 7.56
	治疗后	50	86.49 ± 8.90 <sup>①</sup>	82.62 ± 8.68 <sup>①</sup>	79.52 ± 8.27 <sup>①</sup>	73.26 ± 7.63 <sup>①</sup>	80.33 ± 8.27 <sup>①</sup>	78.55 ± 7.98 <sup>①</sup>	76.26 ± 7.95 <sup>①</sup>

与治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

表 3 2 组咳嗽、咳痰评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组 别	时 间	n	咳嗽	咳痰
对照组	治疗前	50	4.79 ± 0.50	4.81 ± 0.52
	治疗后	50	1.85 ± 0.21 <sup>①</sup>	1.78 ± 0.19 <sup>①</sup>
治疗组	治疗前	50	4.83 ± 0.52	4.87 ± 0.54
	治疗后	50	0.91 ± 0.11 <sup>①②</sup>	0.88 ± 0.10 <sup>①②</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

表 4 2 组血气分析比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组 别	时 间	n	PaCO <sub>2</sub>	PaO <sub>2</sub>
对照组	治疗前	50	75.12 ± 7.92	40.67 ± 4.88
	治疗后	50	55.23 ± 5.90 <sup>①</sup>	52.57 ± 5.96 <sup>①</sup>
治疗组	治疗前	50	74.95 ± 7.99	40.31 ± 4.75
	治疗后	50	44.17 ± 4.82 <sup>①②</sup>	60.92 ± 6.82 <sup>①②</sup>

与本组治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

## 5 讨论

老年慢性支气管炎急性发作期属中医学咳嗽、痰证、喘证等病范畴; 《景岳全书·咳嗽》说: “外感之嗽, 必因风寒。” 慢性支气管炎急性发作期多因外感诱发, 外感六淫经口鼻或皮毛入内, 侵袭肺系, 肺气郁滞, 肺失宣降, 外邪引动内伏宿根, 内邪干肺, 引起肺主气功能失职, 致肃降无权而致此病; 因此, 临床治疗既要驱散风寒, 也应化痰止咳以除宿根<sup>[7]</sup>。苏黄止咳胶囊为中药成方制剂, 具有疏风宣肺、止咳利咽之功; 方中麻黄宣散肺气、止咳平喘; 紫苏解表散寒; 前胡、紫菀化痰止咳; 蝉蜕疏散风邪; 地龙清热平喘、活血通络; 五味子敛肺止咳; 紫苏子宣降肺气; 牛蒡子利咽止痒; 综合全方, 散中寓清, 宣中有降, 宣降有致, 共奏祛邪利肺、止咳化痰之功。

护理干预治疗该病已被证实具有较好的辅助作用, 尤其是中医护理干预从患者的心理、生理、身体等方面辨证施护, 既可缓解患者的症状, 减少发病次数, 又能改善肺通气功能、防止其病情进一步发展<sup>[8]</sup>。

本研究结合常规药物治疗, 给予中医护理包括饮食调护、生活护理、情志护理以及对症处理, 收效明显; 饮食调护是慢性支气管炎中医护理的重要内容; 中医学认为, 脾为生痰之源, 肺为贮痰之器; 若饮食不节, 脾健运失调则聚湿成痰, 肺失宣降可进一步加重病情; 食疗也具很高营养价值, 可增强机体抗病能力, 对改善症状、促进康复具起到重要作用。慢性支气管炎的发生发展与吸烟和生活环境卫生等密切相关, 因此, 戒烟酒和维持良好的生活环境非常必要; 《内经》曰: “虚邪贼风, 避之有时。” 故顺应四时气候变化和规律保持生活可避免外邪再次侵入; 而适时进行锻炼又可固护正气, 增强机体的免疫力或抵抗力等。中医学理论认为, 人有五脏之气化五志, 以生喜怒忧思恐; 而“五脏六腑皆令人咳, 非独肺也”。因此, 情志变化对该病的康复发挥着重要的作用。故依据老年患者多思虑、苦忧愁等特点, 给予疏导、关心体贴等利于疾病的恢复。最后, 针对不同证型该病患者给予相应对症处理, 或各种并发症后采取相应护理干预, 及时遏制病情发展。

本研究结果显示, 治疗组治疗后 SF-36 量表各指标评分均高于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ ); 治疗组患者咳嗽、咳痰评分均低于对照组, 消失时间均少于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ ); 治疗后, 2 组患者的 PaCO<sub>2</sub> 下降, 而 PaO<sub>2</sub> 升高, 差异有统计学意义( $P < 0.01$ ); 治疗后治疗组

PaCO<sub>2</sub> 比对照组降低更为明显, PaO<sub>2</sub> 较对照组升高, 差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ ); 治疗组总有效率 98.0%, 对照组 84.0%, 治疗组高于对照组 ( $P < 0.05$ )。因此, 加用苏黄止咳胶囊及中医护理全方位干预后对慢性支气管炎疗效明显, 值得临床借鉴。

综上所述, 在常规西医治疗基础上给予苏黄止咳胶囊及中医护理干预对慢性支气管炎可明显减少咳嗽、咳痰评分, 促进临床症状消失, 改善血气指标和生活质量, 提高临床疗效。

#### [参考文献]

- [1] 李春阳, 付强, 贾玉聪. 从燥辨治老年单纯型慢性支气管炎[J]. 中国实验方剂学杂志, 2013, 19(12): 288-290.
- [2] 张伟, 郭梦倩. 三拗片治疗慢性支气管炎急性发作期患者 51 例[J]. 中医杂志, 2013, 54(24): 2140-2142.
- [3] 王卫华, 蔡雪青, 张兴坤. 护理干预对慢性支气管炎住院患者生活质量的影响[J]. 国际护理学杂志, 2012, 31(12): 2245-2247.
- [4] 庾慧, 许坚, 韩云, 等. 中医药治疗慢性支气管炎随机对照试验文献的质量评价[J]. 中华中医药杂志, 2007, 22(1): 46-49.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第 1 辑[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 1993: 1-5.
- [6] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 54-55.
- [7] 刘东宇. 慢性支气管炎 X 线胸片与咳嗽辨证分型相关性研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2013, 15(3): 184-185.
- [8] 钟小梅, 郑汝梅. 对老年慢性支气管炎患者进行综合护理的效果观察[J]. 当代医药论丛, 2014, 12(5): 203-205.

(责任编辑: 刘淑婷)

## 天麻联合醒脑静用药对脑出血患者愈后干预价值研究

姜英, 王慧英, 秦静

舟山医院神经外科, 浙江 舟山 316000

**[摘要]** 目的: 观察天麻联合醒脑静治疗脑出血患者的临床疗效, 并分析护理干预在治疗中的临床价值。方法: 将 80 例患者随机分为 2 组各 40 例, 对照组给予天麻注射液治疗, 并给予护理干预; 观察组予天麻注射液结合醒脑静注射液治疗, 并给予护理干预, 疗程均为 14 天。观察 2 组患者治疗疗效, 治疗前后神经功能缺损 (NIHSS) 评分、Barthel 指数评分及生活质量评分, 并观察 2 组患者血肿消退情况及不良反应。结果: 治疗总有效率观察组 95.0%, 较对照组 77.5% 提高, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 与治疗前比较, 2 组患者治疗后 NIHSS、Barthel 指数及生活质量评分均改善, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 且观察组上述评分改善程度均优于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 观察组在治疗后血肿吸收率较对照组提高, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 在治疗并发症发生方面, 2 组比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。结论: 在天麻联合醒脑静治疗脑出血患者的基础上给予护理干预治疗, 具有临床效果, 且疗效安全、可靠, 能提高血肿吸收率, 改善患者神经功能缺损程度、心理状态及生活质量, 有助于患者的康复。

**[关键词]** 脑出血; 中西医结合疗法; 护理干预; 天麻注射液; 醒脑静注射液; 神经功能缺损; Barthel 指数; 生活质量评分

**[中图分类号]** R743.34

**[文献标志码]** A

**[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0253-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.096

脑出血是一种脑实质出血, 是临床上较为常见的危急重症, 其发病率占脑卒中 10% ~ 30%<sup>[1]</sup>, 其病死

率及致残率非常高, 严重危害患者生命与健康, 目前对脑出血的西医治疗尚无突破性进展<sup>[2]</sup>。近年来, 急

**[收稿日期]** 2015-12-25

**[作者简介]** 姜英 (1987-), 女, 主管护师, 研究方向: 中西医结合护理干预研究。