

中药热熨和拍打肺经辅助治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效观察

郭明媚, 陈瑞琳

浙江省中医院, 浙江 杭州 310004

[摘要] 目的: 观察中药热熨和拍打手太阴肺经辅助治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)的临床疗效。方法: 将100例痰湿阻肺证AECOPD患者依据随机数字表法分为对照组和观察组各50例, 对照组进行常规西医治疗及护理干预, 观察组在对照组基础上给予中药热熨和拍打手太阴肺经。2组疗程均为10天。治疗前后采用改良版英国医学研究委员会呼吸问卷(mMRC)和慢性阻塞性肺疾病患者自我评估测试(CAT)评估呼吸困难严重程度, 并评定中医症状评分和检测肺功能指标[用力肺活量(FVC)、第1秒最大呼气量(FEV₁)、第1秒用力呼气容积占预计值百分比(FEV₁%)]。结果: 观察组总有效率为96.0%, 高于对照组的82.0%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 2组咳嗽、喘息、气短、痰多、腹胀、纳呆等中医症状评分、mMRC评分和CAT评分均较治疗前下降, 观察组各项评分值均低于对照组($P < 0.01$)。2组FEV₁、FVC及FEV₁%均较治疗前上升($P < 0.01$), 观察组各指标值均高于对照组($P < 0.01$)。结论: 中药热熨和拍打手太阴肺经的干预有助于减轻AECOPD患者的临床症状, 改善肺功能, 临床疗效优于单纯的西医疗法。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病(COPD); 急性加重期; 痰湿阻肺证; 中西医结合疗法; 拍打法; 手太阴肺经; 中药热熨

[中图分类号] R563 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)10-0199-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.085

慢性阻塞性肺疾病(COPD)病程中因外感等原因导致咳嗽、咯痰、气短和(或)喘息加重、痰量增多, 伴发热等, 称为慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD), 是导致患者住院, 医疗费用增加和死亡的重要因素, 对患者的生活质量、肺功能、疾病进程产生严重的负面影响^[1]。现代医学处理措施包括支气管舒张剂、控制性氧疗、糖皮质激素、抗感染等, 在上述基础上加用中医药干预措施如中药汤剂、注射剂、针灸、穴位贴敷等, 在改善临床症状及体征等方面的疗效优于单纯现代医学常规治疗^[2]。本研究采用中药热熨和拍打手太阴肺经辅助治疗AECOPD痰湿阻肺证患者取得了较好的临床疗效, 现整理如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 共选择2013年1月—2015年3月于本院呼吸科住院治疗的AECOPD患者, 共100例, 依据随机数字表法分为对照组和观察组各50例。对照组男33例, 女17例; 年龄49~67岁, 平均(56.81±7.9)岁; 病程1.5~10年, 平均(5.8±1.3)年; 本次病程(35.8±10.5)h; 病情程度分级: 级30例, 级20例。观察组男31例, 女19例; 年龄45~65岁, 平均(57.8±8.5)岁; 病程1.5~12年, 平均(6.2±1.6)年; 本次病程(39.3±12.4)h; 病情程度分级: 级28例, 级22

例。2组性别、年龄、病程、病情程度等基线资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准^[1] 有COPD病史, 患者短期内出现咳嗽、咯痰、气短和(或)喘息加重, 痰量增多, 咯脓性或黏液脓性痰, 可伴有发热等, 诊断为AECOPD。

1.3 辨证标准^[9] ①咳嗽或喘息、气短; ②痰多、白黏或呈泡沫状; ③胃脘痞满或腹胀; ④口黏腻, 或纳呆, 或食少; ⑤舌苔白腻, 脉滑或弦滑。具备①、②中的2项, 加③、④、⑤中的2项, 即可辨证为痰湿阻肺证。

1.4 纳入标准 ①符合AECOPD诊断标准; ②符合痰湿阻肺证辨证标准; ③年龄45~70岁; ④急性病程在2天内者; ⑤取得知情同意者。

1.5 排除标准 ①双上肢有皮损, 不能进行拍打和热熨治疗者; ②合并心、脑、肝、肾、造血系统等严重疾病或精神疾病的患者; ③合并呼吸系统其他类型疾病者, 如结核、矽肺、呼吸衰竭等; ④入院时昏迷、休克, 有肺栓塞等严重并发症者; ⑤未按规定用药, 或资料不全影响疗效评判者。

2 治疗方法

2.1 对照组 ①祛痰: 盐酸氨溴索注射液(Boehringer

[收稿日期] 2016-06-19

[作者简介] 郭明媚(1983-), 女, 护师, 主要从事呼吸科护理工作。

Ingelheim Espana, S.A.), 每次 15 mg, 每天 2~3 次, 慢速静脉注射; ②抗感染: 根据药敏结果采用适合的抗生素; ③解痉: 多索茶碱注射液(FARMA MEDITERRANIA S.L.), 每次 300 mg, 加入 5% 葡萄糖注射液或生理盐水 100 mL 中, 缓慢静脉滴注, 每天 1 次; ④给予控制性氧疗, 维持水、电解质平衡, 补充营养等措施。对呼吸衰竭、低氧血症者, 进行机械通气。⑤常规护理干预: a. 一般护理: 密切监测患者的症状和体征, 对病情危重者, 立即报告医生行抢救; b. 呼吸困难护理: 取半卧位或坐位, 将患者前臂放在小桌上, 背部靠枕, 注意保暖; c. 氧疗: 患者通过鼻导管行持续低流量吸氧, 必要者通过面罩或呼吸机供氧; d. 祛痰: 保持呼吸道通畅, 遵照医嘱予祛痰剂, 翻身叩背以利于排痰; e. 用药护理: 药物现配现用, 同时监察过敏反应发生情况。

2.2 观察组 西医处理和护理措施同对照组, 并进行如下干预: ①热熨, 将艾叶和海盐各 100 g 装入特制布袋中, 放入烤箱中加热至 80~100℃, 置于中府、云门穴进行热熨, 时间 20 min, 每天 1 次。②拍打手太阴肺经, 热熨后从大鱼际开始沿肺经采用空心掌进行拍打, 至中府、云门穴, 进行 10~20 次, 双手均要拍打, 力度以患者能耐受为宜。

2 组疗程均为 10 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①呼吸困难严重程度采用改良版英国医学研究委员会呼吸问卷(mMRC)和 COPD 患者自我评估测试(CAT)^[4]于治疗前后各评价 1 次。②中医症状评分: 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]中的相关标准, 对咳嗽、喘息、气短、痰多、腹胀、纳呆症状按无(0 分)、轻(1 分)、中(2 分)、重(3 分)4 级记分, 治疗前后各评价 1 次。③肺功能指标: 测

定用力肺活量(FVC)、第 1 秒最大呼气量(FEV₁)、第 1 秒用力呼气容积占预计值百分比(FEV₁%), 于治疗前后检测 1 次。

3.2 统计学方法 本组数据通过 SPSS19.0 统计软件包分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 用 *t* 检验; 计数资料用 χ^2 检验。P < 0.05 为差异有统计学意义。

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)》^[5]制定。临床控制: 咳嗽、咯痰、喘息等症状完全好转, 听诊时肺湿啰音消失, 生活完全自理; 显效: 咳嗽、咯痰、喘息等症状有所改善, 听诊时肺湿啰音明显减轻, 生活自理能力改善 2/3 以上; 有效: 咳嗽、咯痰、喘息等症状有所改善, 听诊时肺湿啰音减轻, 生活自理能力改善 1/3 以上; 无效: 咳嗽、咯痰、喘息等症状及肺部听诊音无变化, 或情况恶化, 生活自理能力改善不足 1/3。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。观察组总有效率为 96.0%, 高于对照组的 82.0%, 差异有统计学意义($\chi^2=5.005$, P < 0.05)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	临床控制	显效	好转	无效	总有效率(%)
对照组	50	14	15	12	9	82.0
观察组	50	21	20	7	2	96.0 ^①

与对照组比较, ①P < 0.05

4.3 2 组治疗前后中医症状评分比较 见表 2。治疗后, 2 组咳嗽、喘息等各项中医症状评分均较治疗前下降(P < 0.01); 观察组各项评分均低于对照组(P < 0.01)。

表 2 2 组治疗前后中医症状评分比较($\bar{x} \pm s$, n=50)

组别	时间	咳嗽	喘息	气短	痰多	腹胀	纳呆
对照组	治疗前	2.34±0.36	1.97±0.34	2.11±0.35	2.13±0.30	1.95±0.27	1.92±0.28
	治疗后	0.88±0.24 ^①	0.74±0.27 ^①	0.76±0.25 ^①	0.78±0.26 ^①	0.71±0.22 ^①	0.73±0.24 ^①
观察组	治疗前	2.37±0.38	2.01±0.32	2.13±0.39	2.11±0.32	1.93±0.30	1.89±0.28
	治疗后	0.41±0.15 ^{①②}	0.38±0.12 ^{①②}	0.37±0.15 ^{①②}	0.29±0.11 ^{①②}	0.33±0.14 ^{①②}	0.31±0.13 ^{①②}

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

4.4 2 组治疗前后肺功能指标比较 见表 3。治疗后, 2 组 FEV₁、FVC 及 FEV₁% 均较治疗前上升(P < 0.01); 观察组各项指标值均高于对照组(P < 0.01)。

4.5 2 组治疗前后 mMRC 和 CAT 评分比较 见表 4。治疗后, 2 组 mMRC 和 CAT 评分均较治疗前下降(P < 0.01); 观察组 mMRC 和 CAT 评分均低于对照组(P < 0.01)。

5 讨论

本病属于中医学咳嗽、肺胀、痰饮等范畴, COPD 的病机特点为本虚标实、虚实夹杂, 加重期以邪实为主, 痰、瘀、热等相互搏结, 壅塞气道, 气机不利, 而致咳嗽、咯痰、咳喘气

逆, 其常见证型包括痰热壅肺证、外寒内饮证、痰湿阻肺证、痰瘀阻肺证等 8 种^[6]。中医药治疗 COPD 方法众多, 均有一定的疗效, 其作用机制可能与化痰、化瘀, 抗炎、改善循环、减轻二氧化碳潴留、提高机体的呼吸循环能力等作用有关^[7]。

中药热熨疗法是中医外治法的特色, 是将中药和适当的辅助材料经加热后用布袋装好, 热敷在患者的穴位上, 通过药物作用、温热效应, 达到对经络、腧穴的刺激作用, 起到逐寒祛湿、活血行气、疏通经络、扶正祛邪等作用, 临床广泛用于多种疾病的治疗。如有学者采用砭石热熨背部治疗 AECOPD 患者, 能改善肺功能, 提高通气换气能力, 取得满意的临床效

表3 2组治疗前后肺功能指标比较($\bar{x} \pm s, n=50$)

组别	时间	FEV ₁ (L)	FVC(L)	FEV ₁ %
对照组	治疗前	1.41±0.17	1.71±0.19	52.61±5.41
	治疗后	1.75±0.19 ^①	2.18±0.23 ^①	71.61±7.34 ^①
观察组	治疗前	1.44±0.16	1.68±0.18	52.56±5.44
	治疗后	2.27±0.24 ^{①②}	2.69±0.28 ^{①②}	78.33±8.31 ^{①②}

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组治疗前后 mMRC 和 CAT 评分比较($\bar{x} \pm s, n=50$) 分

组别	时间	mMRC	CAT
对照组	治疗前	2.91±0.55	33.77±6.04
	治疗后	1.13±0.32 ^①	13.95±1.86 ^①
观察组	治疗前	2.89±0.48	34.18±5.92
	治疗后	0.69±0.25 ^{①②}	9.48±1.65 ^{①②}

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

果⁷。本研究所用热熨药物为艾叶和海盐, 艾叶苦、辛、温, 归肝、脾、肾经, 具有散寒止痛、温经止血之功, 主要成分为挥发油、黄酮类, 药理研究结果显示具有抗菌抗病毒、平喘镇咳、祛痰、止血与抗凝血、抗过敏、护肝利胆及激活补体等作用, 艾叶油具有扩张支气管、镇咳和祛痰作用, 能抗组胺, 是临床治疗哮喘、慢性支气管炎的作用机制之一⁸。海盐热熨可使局部皮肤温度升高、毛细血管扩张, 艾叶的药效能通过皮肤毛孔透皮吸收⁹。中府是肺经的募穴, 为脾肺之气汇聚之处, 具有肃降肺气、止咳平喘之功; 云门能宣肺止咳、化痰散结, 采用艾叶和海盐热熨此二穴, 具有宣通肺气、镇咳祛痰、平喘止咳之功。拍打经络可以刺激经络气血, 打开经络通道, 通达表里, 实现扶正祛邪、平衡阴阳的作用, 拍打肺经能起到疏通经络、散寒祛邪之功, 有助于症状的缓解。

本研究结果显示, 观察组疗效优于对照组, 咳嗽、喘息、气短、痰多、腹胀、纳呆等中医症状评分、mMRC 评分和

CAT 评分均低于对照组, FEV₁、FVC 及 FEV₁% 值均高于对照组, 提示在西医常规治疗、护理的基础上加用中药热熨和拍打肺经治疗 AECOPD 患者, 可有效减轻患者的临床症状, 改善肺功能, 临床疗效优于单纯采用西医疗法。

[参考文献]

- [1] 慢性阻塞性肺疾病急性加重诊治专家组. 慢性阻塞性肺疾病急性加重(AECOPD)诊治中国专家共识(草案)[J]. 中华哮喘杂志: 电子版, 2013, 7(1): 3-16.
- [2] 李雪苓, 韩宁林, 徐桂琴, 等. 中医药治疗 COPD 急性加重期临床研究进展[J]. 中国中医急症, 2014, 23(1): 95-97.
- [3] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会. 慢性阻塞性肺疾病中医证候诊断标准(2011版)[J]. 中医杂志, 2012, 53(2): 177-178.
- [4] 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]. 中华结核和呼吸杂志, 2013, 36(4): 67-74.
- [5] 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: 54-58.
- [6] 王至婉, 李建生, 余学庆, 等. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期证候及特征的临床调查研究[J]. 中华中医药杂志, 2010, 25(4): 504-509.
- [7] 辛瑾琛, 谈馨媛, 林琳. 砭石治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2008, 15(8): 14-15.
- [8] 梅全喜, 高玉桥. 艾叶化学及药理研究进展[J]. 中成药, 2006, 28(7): 1030-1032.
- [9] 程肖云. 艾盐包热熨中腕穴治疗卵巢癌化疗后恶心呕吐疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(3): 234-235.

(责任编辑: 吴凌)