

慢阻肺汤联合康复训练治疗慢性阻塞性肺疾病 40 例临床观察

林冰

广东省第二中医院, 广东 广州 510095

[摘要] 目的: 观察慢阻肺汤联合康复训练治疗慢性阻塞性肺疾病的临床疗效。方法: 80 例慢性阻塞性肺疾病患者, 随机分为对照组和实验组, 各 40 例。对照组采用康复训练治疗; 实验组采用自拟慢阻肺汤联合康复训练治疗。20 天为 1 疗程。治疗 3 疗程。观察 1 秒用力呼气容积 (FEV₁)、最大呼气流速 (PEF)、用力肺活量 (FVC), 并对 1 秒率 (FEV₁/FVC%) 进行计算; 除此之外还需要对患者改良 MRC 呼吸困难评分 (MMRC) 和 6min 步行距离 (6MWD) 等。结果: 总有效率实验组 97.5%, 对照组 80.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后实验组 PEF、FEV₁/FCV%、MMRC、6MWD 与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 慢阻肺汤联合康复训练治疗慢性阻塞性肺疾病有显著的临床疗效, 能有效改善患者的肺功能。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病; 慢阻肺汤; 康复训练; 临床疗效

[中图分类号] R563 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 11-0024-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.011

慢性阻塞性肺疾病(简称慢阻肺), 是临床中发生率较高的疾病之一, 临床主要表现为胸闷、咳嗽、咯痰、呼吸困难等。临床研究发现, 呼吸系功能失调、自身免疫力降低, 长期慢性肺系疾病等是引起慢阻肺的主要原因, 其发病率和致死率较高^[1]。患者的治疗依从性差会直接影响康复训练治疗的效果, 对患者的康复非常不利^[2]。本院以慢阻肺汤联合康复训练治疗慢阻肺, 取得了比较理想的效果, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为 2014 年 6 月—2016 年 1 月本院慢阻肺患者, 共 80 例, 男 44 例, 女 36 例; 年龄 52~73 岁, 平均(64.1±2.2)岁。随机分成对照组和实验组各 40 例, 2 组年龄、性别等一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 均符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013 年修订版)》^[3], 并排除严重脏器功能障碍患者、心血管疾病患者、认知障碍患者以及不能耐受治疗的患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用康复训练, 患者每天进行 2 次缩唇呼吸和腹式呼吸训练, 每次训练时间为 20 min。在缩唇呼吸锻炼时, 应该用鼻吸气, 呼吸时嘴唇应收拢形成口哨样; 在腹式呼吸锻炼时, 在进行吸气动作时胸部不动、尽可能提胸, 在进行呼气运动时腹部应内陷, 尽可能呼出气体。

2.2 实验组 在对照组基础上给予慢阻肺汤治疗。慢阻肺汤处方: 党参、丹参、瓜蒌各 15 g, 陈皮、半夏、桑白皮、地龙、杏仁各 10 g, 麻黄 6 g, 甘草 6 g。水煎服, 每天 1 次, 20 天为 1 疗程。治疗 3 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 通过肺功能检测仪对患者呼吸功能指标进行检测, 呼吸功能指标包括 1 秒用力呼气容积(FEV₁)、最大呼气流速(PEF)、用力肺活量(FVC), 并对 1 秒率(FEV₁/FVC%) 进行计算; 除此之外还需要对患者改良 MRC 呼吸困难评分 (MMRC) 和 6min 步行距离(6MWD) 进行测定。

3.2 统计学方法 运用 SPSS 17.0 软件统计分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 行 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效: 临床体征、症状完全消失, 患者无不适; 有效: 临床症、状体征显著改善, 患者有轻微的不适; 无效: 临床症状、体征无改变, 甚至加剧, 患者存在明显的不适感。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率实验组 97.5%, 对照组 80.0%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.3 2 组治疗后呼吸功能指标比较 见表 2。治疗后实验组 PEF、FEV₁/FCV%、MMRC、6MWD 与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

[收稿日期] 2016-07-03

[作者简介] 林冰 (1974-), 女, 副主任中医师, 医学硕士, 主要从事中医呼吸病临床研究。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
实验组	40	37	2	1	97.5
对照组	40	24	8	8	80.0

与对照组比较, ① $P < 0.05$

表2 2组治疗后呼吸功能指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	PEF(mL/s)	FEV ₁ /FCV(%)	MMRC(分)	6MWD(m)
实验组	40	73.6±9.2	66.2±8.2	5.2±0.9	386.2±53.7
对照组	40	65.1±8.3	56.6±7.4	3.0±0.7	310.6±43.4
t值		4.3386	5.4969	12.2034	6.9250
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

5 讨论

慢性阻塞性肺疾病是临床中发生率较高的呼吸系统疾病之一。临床研究发现, 呼吸系统失调和免疫力降低是引起慢阻肺的重要发病原因, 空气污染、吸烟、粉尘及化学物质吸入等也是其重要发病原因^[4]。慢阻肺患者的发病率和致死率较高, 对患者的生命健康造成比较严重的伤害。老年人是慢阻肺疾病的主要发病人群, 其病理主要表现为肺实质破坏和小气道病变, 慢阻肺患者的肺功能损伤主要表现为慢性进行性发展和不完全可逆发展, 需要在日常生活中给予科学的治疗干预措施^[5]。

肺康复训练是临床中治疗慢阻肺最常用的方法之一, 利用缩唇呼吸能让患者终末气道的压力得以有效保持, 避免小气道出现狭窄陷闭; 利用腹式呼吸锻炼则能让患者的呼吸肌活动度增加, 让患者的最大通气量提升^[6]。然而因为患者一般都是在家庭中独立完成相关的日常训练, 因此患者的临床治疗依从性和整体医疗技术水平会直接影响康复训练治疗的效果, 所以康复治疗的效果也会存在较大差异。

中医学将慢阻肺归属于痰饮、喘证、咳嗽、肺胀等范畴, 本虚标实是慢阻肺的病理基础, 本虚主要涉及脾、肺、肾三脏, 慢阻肺晚期则会涉及心脏, 标实主要为痰饮瘀血, 本虚和标实两者互相影响, 两者互为因果^[7]。中医学研究认为慢阻肺的发病机制主要为毒气、烟尘等熏灼肺经, 对肺络造成损伤, 在这个基础上可能导致阴阳失调、肺失清肃、气机不畅以及气道闭阻^[8]。因此临床中结合慢阻肺疾病的发病机制, 给予有效的中药汤剂内服治疗, 能取得比较理想的效果。本研究中的慢阻肺汤的基本药方组成包括: 党参、丹参、瓜蒌、陈皮、半夏、桑白皮、地龙、杏仁、麻黄、甘草等; 方中党参具有健脾益肺、补中益气的作用; 瓜蒌具有清肺祛痰、利尿、通络等作用; 陈皮具有燥湿化痰、理气健脾的作用; 半夏具有降逆止

呕、燥湿化痰的作用; 桑白皮具有平喘咳、泻肺火、清热痰等作用; 丹参具有活血祛瘀, 通经止痛, 除烦宁心的作用; 地龙具有解毒、利尿、镇痉和清痰热的作用; 杏仁具有润肠通便、止咳平喘的作用; 麻黄具有利水消肿、宣肺平喘的作用; 甘草具有调和诸药、祛痰止咳的作用。诸药合用具有化痰平喘、宣肺止咳、益气活血通络的作用。

本研究中对照组患者给予常规康复训练治疗, 实验组患者则在康复训练治疗的基础上采用慢阻肺汤治疗, 结果总有效率实验组 97.5%, 对照组 80.0%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后实验组 PEF、FEV₁/FCV、MMRC、6MWD 与对照组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结果表明, 实验组临床治疗效果更加显著, 呼吸功能恢复情况也更好。由此, 慢阻肺汤联合康复训练治疗慢阻肺具有显著的临床疗效, 能有效改善患者的肺功能, 值得临床推广和应用。

[参考文献]

- [1] 罗慧洁. 运动和呼吸训练在慢阻肺康复治疗中的作用[J]. 黑龙江中医药, 2014, 37(6): 99-101.
- [2] 褚岩. 雾化吸入、药物及康复训练联合治疗慢性阻塞性肺疾病的疗效观察[J]. 中国现代医生, 2015, 53(28): 77-79.
- [3] 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]. 中国医学前沿杂志: 电子版, 2014, 6(2): 67.
- [4] 童佳兵, 杨程, 王婕琼, 等. 慢阻肺稳定期患者中西医结合肺康复研究思考[J]. 世界中西医结合杂志, 2015, 10(8): 1164-1166.
- [5] 陈海玲, 何迎春, 张如富. 慢性阻塞性肺疾病生存质量评估与中医临床疗效评价[J]. 中华中医药学刊, 2012, 30(9): 2003-2005.
- [6] 李霞. 肺康复治疗对慢阻肺缓解期患者效果观察[J]. 内蒙古中医药, 2014, 33(11): 78-79.
- [7] 陈丽莹. 呼吸肌训练联合吸氧疗法对中轻度 COPD 患者的疗效观察[J]. 现代预防医学, 2013, 40(19): 3708-3710, 3713.
- [8] 徐远红, 王俊华, 杨凤翔, 等. 中西医结合呼吸康复训练对 COPD 患者肺功能及生存质量的影响[J]. 中国康复, 2010, 25(2): 120-122.

(责任编辑: 马力)