

中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期临床观察

刘纳文 才真

(天津市第一中心医院 天津 300193)

摘要:目的:观察中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效。方法:72 例病人随机分为两组,治疗组和对照组各 36 例,两组均给予常规西药治疗,治疗组并给于理气化痰、活血化瘀之中药汤剂,观察 2 周。结果:治疗组显效率明显高于对照组 ($P<0.05$),治疗组患者的 FVC、FEV₁ 及 FEV₁/FVC 改善明显高于对照组 ($P<0.05$)。结论:中西医结合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期疗效肯定,患者肺功能改善明显。

关键词:慢性阻塞性肺疾病; 中西医结合疗法;理气化痰;活血化瘀

中图分类号:R 561.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2008)01-0016-02

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种具有气流受限特征的疾病,其气流受限不完全可逆并呈进行性发展,由于该病患者人数多,死亡率高,社会经济负担重,已成为一个重要的公共卫生问题。在世界上,COPD 居当前死亡原因的第四位^[1]。在我国,COPD 同样是严重危害人民群众健康的重要慢性呼吸系统疾病,找寻治疗 COPD 更为有效的方法,减轻病人痛苦,延缓病情的进一步发展是亟待解决的问题。笔者采用中西医结合的方法治疗 COPD 急性加重期患者 36 例,疗效较为满意。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 全部病例共 72 例,为我科 2005 年 1 月~2006 年 12 月住院病人,经胸片、肺功能等检查均符合慢阻肺诊断标准^[2],且为慢阻肺急性发作期,表现为不同程度的咳、痰、喘症状,并于近 2 周内加重,排除合并心、脑、肝、肾等严重原发性疾病以及恶性肿瘤。将病人随机分为治疗组、对照组,每组各 36 例。治疗组:男 25 例,女 11 例,年龄 42~86 岁,平均 61.4 岁,病程 3~41 年,平均 15.1 年;对照组男 23 例,女 13 例,年龄 45~79 岁,平均 62.1 岁,病程 4~38 年,平均 14.6 年。两组病人性别、年龄、病程经统计学处理无显著性差异 ($P>0.05$),具有可比性。两组病人病情严重程度分级(病情严重程度判断依据“慢性阻塞性肺疾病诊治指南”^[3]所制定的分级标准)经统计学处理也无显著性差异,具可比性,其分级情况见表 1。

表 1 治疗组和对照组治疗前病情分级比较 例

| 组别 | n | I | II | III |
|-----|----|---|----|-----|
| 治疗组 | 36 | 4 | 21 | 11 |
| 对照组 | 36 | 5 | 19 | 12 |

1.2 治疗方法 两组病人均严格按照“慢性阻塞性肺疾病诊治指南”的要求常规使用西药治疗,治疗组同时给予理气化痰、活血化瘀为基础方的中药汤剂,每日 2 次,每次 200mL。基本处方为:陈皮 10g、半夏 10g、茯苓 30g、枳实 10g、竹茹 10g、炒莱菔子 10g、白芥子 10g、苏子 10g、生地 15g、当归

10g、三七粉 3g(冲)、芦根 10g、白茅根 10g,辨证加减:如痰热偏盛:加黄芩 15g、鱼腥草 20g、海浮石 30g、桑白皮 15g;寒饮射肺:去竹茹,加干姜 10g、细辛 3g;风寒束肺:加麻黄 10g、杏仁 10g、厚朴 10g;喘满不得卧:加沉香 3g、葶苈子 15g;肺肾气虚:加黄精 15g、熟地 15g、生黄芪 30g、芡实 15g;阳虚水泛:加附子 10g、泽泻 10g、猪苓 15g、生姜 10g;窍闭神昏者:以基础方送服安宫牛黄丸(鼻饲),待神志转清后再以基础方辨证加减药物治疗,2 周为 1 个疗程。

1.3 观察指标 (1)观察用药前后病人咳嗽、咯痰、呼吸困难等症状的改善情况及病人的一般情况(包括体温、精神、体力、食欲等)。(2)比较肺部罗音变化。(3)测定用药前后用力肺活量(FVC)、第一秒用力呼气容积(FEV₁)与 FEV₁/FVC 变化。

1.4 疗效判断标准 显效:咳、痰、呼吸困难等症状显著减轻,体温正常,精神、体力、食欲等一般状况良好,肺部罗音基本消失;有效:咳、痰、呼吸困难等症状有所好转,体温正常,精神、体力、食欲尚可,肺部罗音减少;无效:咳、痰、呼吸困难等症状未改善或加重,患者一般情况较差,肺部罗音无减少甚至增多。

1.5 统计学方法 所有数据在 SPSS11.5 软件上进行分析。计量资料两组间比较采用两独立样本 *t* 检验,治疗前后比较采用配对 *t* 检验。计数资料两组间病情比较采用秩和检验,两组间疗效比较采用卡方检验, $P<0.05$ 为有显著性差异。

2 结果

治疗组 7 例、对照组 4 例因病情好转提前出院,治疗组 1 例、对照组 2 例因呼吸功能衰竭死亡而退出观察,共 69 例病人完成观察,其中治疗组 35 例,对照组 34 例。

2.1 两组病人临床疗效比较 见表 2。

表 2 两组临床疗效比较 例

| 组别 | n | 显效 | 有效 | 无效 | 显效率(%) | 总有效率(%) |
|-----|----|----|----|----|--------|---------|
| 治疗组 | 36 | 19 | 12 | 5 | 52.78 | 86.11 |
| 对照组 | 36 | 10 | 19 | 7 | 27.78 | 80.56 |

注:两组患者有效率比较, $P>0.05$;显效率比较, $P<0.05$ 。

2.2 两组病人治疗前后肺功能变化比较 见表 3。

娠妇女,且增高程度随疾病严重程度而增加,进一步证明妊娠期高血压患者体内存在凝血活性异常增高。

综上所述,高脂血症和血浆纤维蛋白原的升高均导致了血液黏度升高,造成患者微循环障碍的进一步发展,而形成了妊娠期高血压病的基础。

参考文献

[1]郑惠,胡肃陈.正常妊娠及妊高征孕妇血流参数变化[J].实用妇产科杂志,1999,15(4):201-202

志,1999,15(4):201-202

[2]滕现勇,詹红.血浆纤维蛋白原测定及 D-二聚体检测在妊娠高血压综合征中的意义 [J]. 中华现代内科学杂志,2006,3 (11):1 284-1 285

[3]元贯和,王静,李梅.15 例妊高征患者凝血及纤溶状态的观察[J].江西检验医学杂志,2003,21(4):296

(收稿日期: 2007-07-10)

醒脑开窍针刺法治疗脑卒中偏瘫 40 例

叶信画¹ 杨少华²

(1 浙江省宁海县中医院 宁海 315600; 2 江西省中医药研究院 南昌 330077)

摘要:目的:观察醒脑开窍针刺法治疗脑卒中偏瘫的临床疗效。方法:将脑卒中偏瘫患者 80 例随机分成两组,均给予西药常规治疗,治疗组同时给予醒脑开窍针刺法治疗,2 周为 1 个疗程。结果:治疗组总有效率 80%,对照组总有效率 55%,两组比较有显著性差异($P < 0.05$)。结论:醒脑开窍针刺法治疗脑卒中偏瘫能降低致残率,改善生活质量。

关键词:中风后遗症;偏瘫;醒脑开窍;针灸疗法

中图分类号:R 743.3

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)01-0017-02

2003~2006 年,笔者采用醒脑开窍针刺法治疗脑卒中偏瘫患者 40 例,取得较满意疗效。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择本院住院脑卒中患者 80 例,均符合 2005 年《中国脑血管病防治指南》中的诊断标准^[1],脑卒中后均有偏瘫存在及未行溶栓、手术、介入治疗,病灶以基底节、脑叶、丘脑为主,多为初次发病,病程 1d~1 周。随机将患者分成两组:治疗组 40 例,男 26 例,女 14 例;对照组 40 例,男 28 例,女 12 例;平均年龄 55 岁;其中脑梗死 25 例,脑出血 15 例。两组病情严重程度、既往史和伴发病等无显著性差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 两组均予常规治疗,包括内科一般治疗、甘露醇降颅压、调控血压等。治疗组在此基础上加用醒脑开窍

针刺法治疗。其中急性期和恢复期以醒脑开窍为主,辅以滋补肝肾、疏通经络、回阳固脱。主穴为双侧内关、人中、患侧三阴交,副穴为患侧的极泉、尺泽和委中,2 周为 1 个疗程,每日 2 次。后遗症以醒脑开窍为主,辅以通经活络、补益脑髓。主穴为双侧内关、人中、患侧三阴交,副穴为印堂、上星透百会、风池,2 周为 1 个疗程,每日 2 次。一般急性期指发病后 2 周以内,恢复期指 2 周~6 个月,后遗症期指 6 个月以后^[2]。上述穴位在针刺过程中须遵循醒脑开窍针刺法中科学、规范的量学规定。如内关穴采用捻转和提插相结合的泻法,针深 1.0~1.5 寸,捻转的角度 $> 360^\circ$,频率为 50~90 转/min,持续操作 1~3min。人中穴采用雀啄手法,向鼻中隔方向斜刺 0.3~0.5 寸,将针向一个方向捻转 360° ,采用雀啄手法,以患者眼球湿润或流泪为针刺达到量学的效应指标。三阴交穴采用提插肺病则必然导致“治节”失常,血脉瘀阻,血瘀与痰浊胶结,伏藏于肺成为发病之宿根。缓解期常见时有咳痰、痰多而黏,面色晦暗、唇绀、舌质紫暗,舌苔厚腻,舌下静脉曲张等痰瘀症状,并可兼见肺、脾、肾虚之证;急性加重期多因感受外邪所致,外邪引动痰饮,痰气互结,阻塞气道,肺气痹阻加剧,导致肺之宣降和主治节功能进一步削弱,痰瘀症状进一步加重,虽然因外邪性质和患者体质不同,可有痰热、痰湿、寒饮射肺、窍闭神昏等不同表现,但是痰瘀始终是贯穿于 COPD 病程始终的基本病理要素,所以我们确立理气化痰、活血化瘀为治疗 COPD 急性加重期的基本大法,选用温胆汤、三子养亲汤加活血化瘀之品构成治疗 COPD 急性加重期基础方。温胆汤与三子养亲汤合方不仅可降气化痰,而且可健脾和胃,脾胃健运则生痰无源,且两方合用寒温并进,既不违仲景:“病痰饮者,当以温药和之”之旨,又顾及现今之临床实际,即今人素体多有蕴热,且痰瘀胶结亦多生热。针对血瘀,我们在上述两方的基础上加生地、当归、三七粉、芦根、白茅根等活血化瘀之品以治之,且现代医学研究表明:运用活血化瘀药调整机体,可改善微循环和毛细血管通透性,提高纤维蛋白溶解酶活性,帮助稀释痰液,促进换气,改善缺氧和通气功能,并可减少渗出,促进炎症的吸收^[4]。

表 3 两组治疗前后肺功能变化比较 ($\bar{X} \pm S$)

| 组别 | | FVC/L | FEV ₁ /L | FEV ₁ /FVC/% |
|--------|-----|-------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 治疗组 35 | 治疗前 | 1.77± 0.82 | 1.04± 0.51 | 51.50± 12.17 |
| | 治疗后 | 2.39± 0.94 [△] | 1.63± 0.74 [△] | 60.25± 14.59 [△] |
| 对照组 34 | 治疗前 | 1.73± 0.85 | 1.07± 0.56 | 50.55± 12.28 |
| | 治疗后 | 1.91± 0.91* | 1.29± 0.71* | 53.13± 13.50* |

注:与对照组治疗前比较,* $P > 0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.05$ 。

3 讨论

COPD 是呼吸系统的常见病,尤多见于老年人,它具有反复发作渐进性加重的特点,严重危害人类生命健康。虽然欧美和我国相继制定了针对 COPD 的诊治指南^[1,2],规范了 COPD 的诊疗,提高了临床防治水平,但迄今为止,现代医学尚未发现任何一种药物能有效控制 COPD 的病情发展,阻止肺功能的进一步恶化^[3]。COPD 作为临床的疑难重症,病程较久,病机相对复杂,非单纯西药治疗所能奏效,因为西药不仅毒副作用明显,而且其作用靶点较为单一,相对而言,中药具有多途径、多作用靶点的优势及毒副作用较少的特点,与西药同时使用,可以相得益彰,提高临床疗效。

我们对 COPD 急性加重期患者采用中西医结合治疗,虽然在有效率方面与对照组比较无显著性差异,但其显效率明显高于对照组,此外,中西医结合治疗可以显著提高患者的 FVC、FEV₁ 及 FEV₁/FVC,即中西医结合治疗可以改善患者肺功能,阻止肺功能的进一步下降。通过临床观察,我们认为痰瘀是 COPD 重要的病理因素,这是因为:COPD 多由肺部疾患反复发作积渐而来,病久不仅肺气受损,而且累及脾肾,脾虚不运,酿生痰浊,深伏于肺,肺为“相傅之官,治节出焉”,

参考文献

- [1]中华医学会呼吸病学会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南[J].中华结核和呼吸杂志,2002,25(8):453-460
- [2]Celli BR, Macnee W.ATS/ERS Task Force 1 Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper[J].Eur Respir J, 2004, 23: 932-946
- [3]尹新中.注重益气固本治疗慢性阻塞性肺疾病[J].中国中医急症, 2007,16(1):59,62
- [4]胡永峰,吴红霞.降气化痰祛瘀法治疗慢性阻塞性肺疾病[J].湖北中医杂志,2006,28(7):24-25