

# “冬夏并治”穴位敷贴防治慢性阻塞性肺疾病的临床研究\*

张元兵<sup>1#</sup> 胡志平<sup>2</sup> 李映霞<sup>1</sup> 戈阳华<sup>1</sup> 刘良倚<sup>1</sup> 兰智慧<sup>1</sup> 吴吉峰<sup>3</sup>

(1 江西中医学院附属医院 南昌 330006; 2 江西中医学院 2008 级研究生 南昌 330006; 3 江西省南昌市中西医结合医院 南昌 330003)

关键词: 穴位敷贴; 慢性阻塞性肺疾病; 临床疗效

中图分类号: R 563.5

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2011.02.007

穴位敷贴是符合中医理论、有确切疗效且广泛应用于临床的一种治疗方法。慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种具有气流阻塞特征、病情呈进行性发展的常见病,其患病率占40岁以上人群的8.2%<sup>[1]</sup>。我们采用“冬夏并治”穴位敷贴防治本病,取得较好疗效。现将结果报告如下:

## 1 临床资料

1.1 病例选择 纳入标准:符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》中相关标准,并处于稳定期。排除标准:COPD 极重度患者;合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病,精神病患者及其他影响生存质量的严重疾病;对所用中药有过敏史或高敏体质者;妊娠或哺乳期妇女;据研究者的判断,具有降低入组可能性或使入组复杂的其它病变,或工作变动等易造成失访的情况。

1.2 一般资料 80 例均为 2007 年 7 月~2009 年 12 月我院门诊患者,按随机数字表法分为治疗组、对照组各 40 例,其中治疗组脱落 6 例,对照组脱落 8 例,两组各有 3 例、5 例未完成肺功能测定,各有 4 例、6 例未完成 6 min 步行距离的测定。治疗组中男性 20 例,女性 14 例;年龄 42~74 岁,平均年龄(62.54±7.80)岁;平均病程(7.43±4.12)年。对照组中男性 21 例,女性 11 例;年龄 40~77 岁,平均年龄(64.12±8.91)岁;平均病程(8.57±5.31)年。两组基本资料差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.3 治疗方法 对照组采取“冬病夏治”穴位敷贴(即三伏天敷贴),治疗组则采取“冬夏并治”穴位敷贴(除夏季敷贴外,冬季同时敷贴)。药物制备:白芥子、甘遂、细辛、延胡索按一定比例共研末,过 100 目筛,用生姜汁、甘油按一定比例调成糊状,做成小药丸,每丸 1.5 g。敷贴选穴:大椎穴、双侧肺俞穴、双侧心俞穴、双侧膏肓穴。敷贴方法:将药丸用 5 cm×5 cm 的医用胶布分别固定于背部腧穴,夏季于初伏开始敷贴,每隔 10 d 1 次,共贴 3 次,每次约贴 8 h;冬季于冬至开始敷贴,每隔 10 d 1 次,共贴 3 次,每次贴 8~10 h。1 年为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程。

注意事项:不论在夏季或冬季,敷贴时间必须根据患者的具体情况而定,一般以局部皮肤有烧灼感为宜。若起泡,可用龙胆紫外擦,如水泡较大,先用无菌针头挑破以排出泡内液体,再用龙胆紫外擦。若在治疗观察期间,患者出现病情急性加重,两组均可按《慢性阻塞性肺疾病防治指南》中 COPD 急性加重期的有关措施进行处理。

1.4 观察指标及方法 观察患者疾病的年急性加重次数、急性加重时的病情程度、年感冒次数等治疗前、后的变化,判定治疗效果。观察患者肺功能、功能性呼吸困难(dyspnea)、体重指数(BMI)及 6 min 步行距离(6MWT)等 BODE 指数治疗前、后的变化,判定疾病的预后:肺功能指标主要观察第一秒用力呼气容积占预计值百分比(FEV<sub>1</sub>%)水平,采用美国美加公司生产的 Vmax 型肺功能仪进行测定;BMI 按体重/身高的平方(kg/m<sup>2</sup>)取得;功能性呼吸困难按改良的 MMRC 法<sup>[2]</sup>评定,0~1 级为 0 分,2 级为 1 分,3 级为 2 分,4 级为 3 分。6MWT 按有关标准<sup>[3]</sup>操作。

1.5 疗效判定标准 参考《中药新药(慢支炎)临床研究指导原则》之远期疗效判断标准(中华人民共和国卫生部 1993 年制定发布)。(1)临床治愈:近 1 年患者病情稳定,疾病无急性加重,年感冒次数减少显著(减少>80%)。(2)显效:近 1 年患者疾病急性加重次数显著减少(减少>60%),急性加重时病情程度明显减轻,年感冒次数减少显著(减少>50%)。(3)有效:近 1 年患者疾病急性加重次数有所减少,急性加重时病情程度有所减轻,年感冒次数有所减少,但均未达显效。(4)无效:近 1 年患者病情依然如故或加重。

1.6 统计分析 采用 SPSS10.0 软件进行统计学处理分析,计量资料数据以均数±标准差( $\bar{X}±S$ )表示,治疗前后采用两样本均数比较的  $t$  检验,计数资料用  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗组 34 例,治愈

\* 江西省卫生厅科技计划课题(编号:20073099)

# 通讯作者:张元兵, E-mail:ybzhang68@shou.com

6 例, 显效 9 例, 有效 14 例, 无效 5 例, 总有效率 85.29%; 对照组 32 例, 治愈 2 例, 显效 6 例, 有效 12 例, 无效 12 例, 总有效率 62.50%。两组总有效率比较,  $P < 0.05$ 。

## 2.2 两组患者 BODE 指数比较 见表 1。

组别	时间	FEV <sub>1</sub> %	dyspnea(分)	BMI(kg/m <sup>2</sup> )	6MWT(m)
治疗组	治疗前	55.42±7.51	2.40±0.87	19.12±3.53	231.35±14.12
	治疗后	61.37±9.36 <sup>△</sup>	1.57±0.64*	23.46±5.10*	312.13±17.41*
对照组	治疗前	53.38±5.41	2.52±0.91	18.65±4.72	240.32±11.50
	治疗后	57.74±6.42	1.93±0.71	19.36±5.47	282.51±12.72

注: 与对照组治疗后比较, \*  $P < 0.05$ , <sup>△</sup> $P > 0.05$ 。

## 3 讨论

慢性阻塞性肺疾病是一种以慢性咳嗽、咯痰、气促等为主要症状, 病情呈进行性发展的常见病。西医目前的抗炎、化痰、平喘等治疗措施尚无法阻断患者病情进行性发展的趋势。疾病的每次急性加重, 均造成患者肺功能的损失, 从而加快病程的发展, 因此如何防止疾病的急性加重是当前临床研究的重要内容。本病属中医学“肺胀”范畴, 洪广祥教授<sup>[4-5]</sup>认为: 气阳虚弱是本病之本, 痰瘀伏肺为本病之标。本虚标实、虚实夹杂是本病证候的基本特征, 无论在急性加重期还是症状稳定期, 虚中挟实、实中挟虚的证候表现, 全程都可以出现, 因此补虚泻实的治则应贯穿本病治疗的全过程。

后世医家以《素问·四气调神大论》“圣人春夏养阳, 秋冬养阴以从其根”为理论依据, 结合夏缓冬剧的特点, 采用“冬病夏治”的方法防治慢性咳嗽喘病, 目的在于在夏至阳气盛于外而虚于内之时通过“冬病夏治”穴位敷贴的方法以扶助内虚之阳气, 并且可借助外界隆盛的阳气化散伏留于患者体内之痰饮、瘀血阴邪, 从而截断疾病发作的病理环节。黄克文等<sup>[6]</sup>报道应用药物穴位敷贴治疗 60 例支气管哮喘, 有 23 例疗效显著(症状和体征基本消失, 随访 1 年未复发), 总有效率高达 85%。然而, 《素问·脉要精微论》有云: “夏至四十五, 阴气微上, 阳气微

下。”随着季节的转换, 通过“冬病夏治”方法扶助起来的体内阳气在冬至之日将消退到极点, 阴气的胜复也达到了顶点, 此时外界隆盛的阴气与体内留伏的痰饮、瘀血阴邪易出现同气相求, 引发疾病发病。因此, 我们于冬、夏两季进行穴位敷贴创立了“冬夏并治”的方法治疗 COPD 稳定期, 敷贴药饼中白芥子、细辛、甘遂均具有显著的温阳化痰作用, 玄胡索则能活血化瘀; 选穴中肺俞具有宣肺、化痰、平喘的功效, 心俞具有调气理血、宁心安神之功, 膈俞则有理血化痰、扶正补虚、宽胸利膈的作用。本研究证实“冬夏并治”的方法能更显著地减少患者的感冒次数, 从而减少疾病的急性加重, 减轻病情程度, 且疗效优于单纯的“冬病夏治”的方法。

新版指南指出: 虽然 FEV<sub>1</sub> 对反映 COPD 严重程度、健康状况及病死度有用, 但不能完全反映本病复杂的严重情况, 故认为将肺功能、功能性呼吸困难、体重指数及 6 min 步行距离等四方面综合起来建立的一个多因素分级系统(BODE)能更好地反映本病的预后。本研究的结果也显示, 虽然“冬夏并治”穴位敷贴在改善患者的肺功能方面作用不明显, 但对改善患者的呼吸困难程度、增加体重及增加 6 min 步行距离等方面作用明显, 因此“冬夏并治”穴位敷贴值得临床应用。

### 参考文献

- [1]中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病防治指南[J].中华结核和呼吸杂志,2007,30(1):8-17
- [2]华锋,崔恩海,林勇,等.BODE 指数在判断慢性阻塞性肺疾病患者预后中的作用[J].临床内科杂志,2008,25(2):122-123
- [3]ATS committee on proficiency standards for clinical pulmonary function laboratories.ATS statement:guidelines for the six-minute walk test[J].Am J Respir Crit Care Med,2002,166:111-117
- [4]洪广祥.中医药治疗慢性阻塞性肺疾病的几点思考[J].中华中医药杂志,2005,20(1):16-19
- [5]洪广祥.补虚泻实法论治慢性阻塞性肺疾病[J].中医药通报,2006,5(4):5-7
- [6]黄克文,袁峰,王红荣.穴位敷贴治疗支气管哮喘 60 例[J].湖北中医杂志,2006,28(7):47

(收稿日期: 2011-01-11)

(上接第 9 页)而止痛;湿源于脾,脾虚则生湿,故用苍朮之苦温以健脾燥湿,黄柏之苦寒以清热燥湿,二者相伍则热祛湿除;泽泻甘寒泻热利湿而利小便;桃仁、当归活血行滞而止痛,补血养阴以固本,润燥滑肠而通便;大黄、槟榔下气利水,泄热通便;皂角润燥通便,消肿止痛。该方具有清热利湿解毒、活血化瘀、祛风润燥止痛、润肠通便之功,可以大大减轻患者的术后痛苦,提高治愈率,值得我们进一步研究推广应用。

### 参考文献

- [1]姚泰.生理学[M].第 6 版.北京:人民卫生出版社,2003.299
- [2]Wewers ME,Lowe NK.A critical view of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena[J].Res Nurse Health,1990,13(4):227-236
- [3]张东铭.肛垫微循环及循环障碍[J].中国肛肠病杂志,2004,24(6):31-33
- [4]吴阶平.黄家驷外科学(上册)[M].北京:人民卫生出版社,1999.15
- [5]李贵信,王默非.痔病患者术后疼痛流行病学调查及相关因素分析[J].中国肛肠病杂志,2006,26(4):24-26

(收稿日期: 2010-11-25)