

已知的病因是生理、心理多因素共同作用的结果。老年人随着年龄的增长,血液流变及脂质代谢改变^[4],使之成为原发性高血压的高发人群。随着我国人口老龄化速度加快,老年人的构成比例逐年上升,原发性高血压的发病率也随之升高,血压的稳定控制直接影响到患者的寿命和生活质量,而社区医院作为我国医疗资源的重要组成部分,以覆盖面广、就医方便等优势,是老年高血压患者就医的首选。目前,西药降压仍是高血压患者降低血压和稳定血压的主要方法,但笔者通过长期的观察发现,采用常规降压药物进行治疗,虽可在一定程度上控制血压,但整体血压控制效果因人而异,仍有部分患者疗效不佳。究其原因,可能是由于患者体质、代谢等各方面存在个体差异,对西药降压药物的敏感性不同^[5-9],因此部分患者虽按时按量服用降压药物,但血压仍很难控制在理想范围,对照组 46 例患者中仅 24 例显效,显效率 52.17%,近半数患者达不到临床显效标准。

中医是我国的传统医学,近年来,中医药的研究取得了较大的进展,通过现代药学对中药材的研究,逐渐阐明了中药方剂的辨证原理,在辨证分型的基础上用药,药材的配伍更为合理。高血压在中医中属“头痛、眩晕”等范畴,为内生风、瘀血、痰,肝肾阴阳失调。本研究在治疗时根据患者体表特征进一步辨证分型,对症给予不同的方剂治疗,肝肾阴虚型和肝阳上亢型患者方中重用桑寄生、牡丹皮等,可补益

肝肾,通络明目,同时还可刺激迷走神经传入纤维,抑制血管运动中枢,最终控制血压;痰湿壅盛型患者给予川芎活血通络,丹参、茯苓补气,可提高患者对常规降压药物的敏感性,同时还可改善气血,调节全身代谢。两组患者治疗 1 个月后,观察组总有效率 93.48%,对照组总有效率 84.78%,观察组总有效率高于对照组,两组比较差异具有显著性,提示中医辨治法辅治老年原发性高血压根据患者体质用药,针对性强,降压作用明显,是适合社区应用的有效方法。

综上所述,高血压是心脑血管疾病的独立危险因素,血压控制水平直接影响到多个重要器官的功能。本研究结果证明,中医可提高疗效,且治疗费用低,不会增加太多的医疗费用就能使患者长期获益,同时老年人容易接受,易推广。

参考文献

- [1]刘宏祥,赵永辰,杨光福,等.原发性高血压病中医诊疗方案临床验证及分析[J].中国全科医学,2013,16(1):98-100
- [2]王琼,冼绍祥.中医药治疗高血压临床疗效的 Meta 分析[J].中国实验方剂学杂志,2013,19(9):345-349
- [3]刘巍,熊兴江,王阶.高血压前期的中医认识及治疗[J].中国中药杂志,2013,38(14):2416-2420
- [4]张树美.中医利水法配合治疗高血压的临床分析[J].贵阳中医学院学报,2012,34(6):124-125
- [5]黄志钢,李美婷.社区高血压患者中医体质类型的分析[J].中国医药导报,2012,9(20):89-93
- [6]林传旭,韩艳,王自旺.高血压与中医体质研究进展[J].西部中医药,2011,24(9):96-98

(收稿日期:2014-09-18)

中医辨证治疗慢性支气管炎急性发作 47 例临床研究

韦强

(贵州省凤冈县龙泉镇社区卫生服务中心 凤冈 564200)

摘要:目的:观察中医辨证治疗慢性支气管炎急性发作的临床疗效。方法:选取 94 例慢性支气管炎急性发作患者,随机分为对照组(西医治疗)和治疗组(西医治疗+中医辨证治疗)各 47 例,1 个疗程后对比两组患者的临床疗效和肺功能。结果:治疗组总有效率达 91.5%,高于对照组的 85.1%,差异具有统计学意义($P<0.05$);治疗后两组患者的 FEV_1 和 FEV_1/FVC 较治疗前均有明显增加,差异均具有统计学意义($P<0.05$);治疗后治疗组的 FEV_1 和 FEV_1/FVC 均高于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。结论:中医辨证治疗进一步提高了慢性支气管炎急性发作患者的临床疗效,明显改善患者的肺通气功能,值得临床应用。

关键词:慢性支气管炎;急性发作;中医辨证

中图分类号:R562.21

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.01.046

慢性支气管炎是呼吸科常见多发病,是指因多种因素造成的气管、支气管黏膜及其周围组织产生的非特异性炎症,临床多表现为反复发作的咳嗽、咯痰,严重影响患者的日常生活,若得不到及时有效的治疗,可能并发阻塞性肺气肿,甚至肺源性心脏病^[1]。笔者近年来在西药常规治疗的基础上加用中医辨证治疗慢性支气管炎急性发作患者 47 例,并与单用西药治疗的患者比较,疗效满意。现报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2012 年 1 月~2013 年 12 月在我院门诊或住院治疗的慢性支气管炎急性发作患者 94 例,均符合陈灏珠《实用内科学》中慢性支气管炎的诊断标准^[2];咳嗽、咳痰为主要症状,部分患者或伴有喘息,每年发病超过 3 个月,且连续 2 年以上者。按患者纳入观察先后将 94 例患者随机分为治疗组和对照组各 47 例。治疗组中男 26 例,女 21 例;年

龄 35~73 岁,平均(59.6± 12.6)岁;病程 2~19 年,平均(8.3± 4.7)年。对照组中男 25 例,女 22 例;年龄 37~74 岁,平均(60.5± 12.9)岁;病程 2~20 年,平均(8.7± 4.8)年。经统计,两组患者性别、年龄、病程等一般资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组患者接受常规西医治疗,使用氨茶碱解痉平喘,氨溴索祛痰镇咳,头孢甲肟抗感染,同时辅以吸氧。治疗组在此基础上采用中医辨证治疗,见患者咯痰稀薄、白黏或呈泡沫状,兼见形寒肢冷者多为寒饮伏肺,治疗当解表散寒、温肺平喘,方选小青龙汤加减,方药:炙麻黄 10 g、细辛 5 g、干姜 10 g、半夏 10 g、五味子 10 g、白芍 10 g、杏仁 10 g、枳壳 10 g、白前 10 g、甘草 5 g;若患者咳嗽痰多易咳出,伴头身沉重、脘腹胀满等属痰湿阻肺,治疗当以健脾燥湿、化痰止咳为主,方选香砂六君子汤加减,药用:半夏 10 g、党参 15 g、陈皮 10 g、茯苓 10 g、苍术 10 g、白术 10 g、厚朴 10 g、枇杷叶 10 g、甘草 5 g;若患者痰黏难咳,伴发热气粗或喘憋,咽干喉痛等症属痰热壅肺,治疗以清热化痰、止咳平喘为主,方用清金化痰汤加减,药用:黄芩 15 g、栀子 10 g、知母 10 g、桑白皮 10 g、瓜蒌仁 10 g、麦冬 10 g、陈皮 10 g、桔梗 10 g、甘草 5 g。另外见肺阴虚明显者加浙贝 10 g,夹瘀者加地龙 10 g、川芎 10 g。中药方每日 1 剂,水煎分早晚两次温服,适时辨证加减。两组患者均连续治疗 4 周为 1 个疗程,1 个疗程后对比疗效。

1.3 观察指标及疗效评定 观察并比较两组患者咳、痰、喘及肺部哮鸣音的变化,并测量计算两组患者治疗前后的肺功能:第 1 秒钟用力呼气容积(FEV₁)、用力肺活量(FVC)以及 FEV₁/FVC。疗效判定参照《中药新药临床研究指导原则》^[3],拟定标准如下:显效:咳、痰、喘及肺部哮鸣音明显减轻或完全消失;有效:咳、痰、喘及肺部哮鸣音有所缓解;无效:咳、痰、喘及肺部哮鸣音无变化甚至加重。

1.4 统计学方法 所有数据均运用 SPSS15.0 统计软件包进行分析,疗效等级资料采用秩和检验,计量资料比较采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗组总有效率为 91.5%,高于对照组的 85.1%,经秩和检验,治疗组明显优于对照组,差异具有统计学意义($Z=-2.217, P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较

| 组别 | n | 显效(例) | 有效(例) | 无效(例) | 总有效率% |
|-----|----|-------|-------|-------|-------|
| 治疗组 | 47 | 17 | 26 | 4 | 91.5 |
| 对照组 | 47 | 8 | 32 | 7 | 85.1 |

2.2 两组患者治疗前后肺功能比较 治疗后两组患者的 FEV₁ 和 FEV₁/FVC 较治疗前均有明显增加,差异均具有统计学意义($P<0.05$);治疗后治疗组的 FEV₁ 和 FEV₁/FVC 均高于对照组,差异均具有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后肺功能比较($\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 时间 | FEV ₁ (ml) | FVC(ml) | FEV ₁ /FVC(%) |
|-----|----|-----|-----------------------------|----------------|--------------------------|
| 治疗组 | 47 | 治疗前 | 1 118.5± 361.3 | 1 825.5± 420.5 | 61.3± 6.3 |
| | | 治疗后 | 1 416.6± 378.7 [#] | 1 831.6± 426.1 | 77.3± 6.8 [#] |
| 对照组 | 47 | 治疗前 | 1 125.2± 357.8 | 1 828.3± 419.4 | 61.5± 6.7 |
| | | 治疗后 | 1 357.4± 379.2 [*] | 1 832.6± 432.7 | 74.1± 7.1 [*] |

注:与治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

3 讨论

慢性支气管炎病因不外乎内因和外因,外因主要包括感染、抽烟、气候变化、过敏以及相关的理化因素等,而内因主要为人体的呼吸道局部防御、免疫功能下降或患者的植物神经功能紊乱等。临床表现的反复发作的咳、痰、喘,再结合肺部听诊和胸片检查使本病不难确诊。当慢性支气管炎患者急性发作时,应注意让患者休息和保暖,治疗目的是减轻症状和改善机体的功能。临床中西医常用抗菌药物控制感染,并联合其他药物祛痰镇咳、解痉平喘,对于病情严重者还需要使用糖皮质激素治疗,另外吸氧、雾化稀释气管内的分泌物也有利于改善临床症状^[4]。

慢性支气管炎在中医上属于“痰饮、肺胀”的范畴,大部分学者认为本病多由于反复感受外邪或内邪干肺,反复发作,迁延不愈,致肺肃降无权,气不化津,津聚成痰,痰浊阻遏气机所致,气逆则发为咳嗽、咳痰、喘息;久之可见肺脾气虚、肺肾气虚等^[5]。本病病位在肺,属本虚标实之证,急性发作期治疗当先驱其邪,再补其虚。因此笔者分三型辨证而治,寒饮伏肺型选小青龙汤加减以解表散寒、温肺平喘,痰湿阻肺型选香砂六君子汤加减以健脾燥湿、化痰止咳,痰热壅肺型则用清金化痰汤加减清热化痰、止咳平喘。本研究结果显示,在西医常规处理的基础上,中医辨证分三型治疗进一步提高了慢性支气管炎急性发作患者的临床疗效,明显改善了患者的肺通气功能,值得临床应用。

参考文献

[1] 闫国友, 谌艳, 王兴, 等. 慢性支气管炎的中医治疗进展及研究概况[J]. 中国医药导刊, 2011, 13(4): 613-615

[2] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 第 11 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 549-550

[3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药出版社, 2002: 55-58

[4] 焦夏玲, 王金燕. 氨溴索联合头孢呋辛治疗慢性支气管炎急性发作 40 例[J]. 中国药业, 2010, 19(23): 75

[5] 李晶, 范亚兰. 慢性支气管炎急性发作患者证候诊治分析[J]. 中国中医急症, 2014, 23(5): 957-958

(收稿日期: 2014-08-11)