

子午流注择时穴位按摩联合耳穴贴压对 COPD 稳定期患者呼吸困难程度及肺功能的影响

陈新然

(河南省方城县中医院中医内科 方城 473200)

摘要:目的:探讨子午流注择时穴位按摩联合耳穴贴压对慢性阻塞性肺疾病稳定期患者呼吸困难程度及肺功能的影响。方法:选取 2018 年 1 月~2021 年 1 月收治的 82 例慢性阻塞性肺疾病稳定期患者,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 41 例。对照组予以常规康复护理干预,观察组加用子午流注择时穴位按摩联合耳穴贴压干预。干预 1 个月后比较两组呼吸困难程度、生活质量及肺功能指标。结果:观察组干预后改良版英国医学研究委员会呼吸问卷评分、慢性阻塞性肺疾病评估测试评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组干预后第 1 秒用力呼气容积、用力肺活量、第 1 秒用力呼气容积/用力肺活量高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:子午流注择时穴位按摩联合耳穴贴压可改善慢性阻塞性肺疾病稳定期患者肺功能,减轻呼吸困难程度,提升生活质量。

关键词:慢性阻塞性肺疾病;子午流注择时穴位按摩;耳穴贴压;肺功能

中图分类号:R248

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.13.004

慢性阻塞性肺疾病(COPD)较为常见,表现为进行性气流受限,引起咳嗽、气短、呼吸困难等症状,若不及时治疗,肺功能可持续性降低,严重影响患者日常工作及生活^[1-2]。目前,临床治疗 COPD 稳定期多以控制症状、减少急性发作、改善肺功能为主,但本病反复性强,常规西医方案对于病情控制稳定性欠佳。中医学将 COPD 归属于“咳嗽、肺胀”等范畴,针对其病情特点,中医提出内病外治理论。子午流注法是以天人相应为基础,讲究定时、择时取穴,因时制宜,即于适宜的时机进行穴位按摩,以求发挥最大效应^[3]。耳穴贴压为传统外治之法,于耳廓选取对应敏感点压迫,能调理脏腑功能,防治多种疾病^[4]。鉴于此,本研究旨在分析子午流注择时穴位按摩联合耳穴贴压在 COPD 稳定期中的应用效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究经医院医学伦理委员会批准。选取 2018 年 1 月~2021 年 1 月我院收治的 82 例 COPD 稳定期患者,按随机数字表法分为对照组和观察组,各 41 例。对照组男 26 例,女 15 例;年龄 51~68 岁,平均年龄(60.25 ± 3.44)岁;体质量指数 $18\sim 26\text{ kg/m}^2$,平均体质量指数(22.89 ± 1.14) kg/m^2 ;病程 3~12 年,平均病程(7.14 ± 1.05)年;肺功能分级:Ⅰ级 15 例,Ⅱ级 21 例,Ⅲ级 5 例。观察组男 27 例,女 14 例;年龄 51~67 岁,平均年龄(60.22 ± 3.41)岁;体质量指数 $18\sim 26\text{ kg/m}^2$,平均体质量指数(22.92 ± 1.16) kg/m^2 ;病程 3~13 年,平均病程(7.17 ± 1.08)年;肺功能分级:Ⅰ级 16 例,Ⅱ级 20 例,Ⅲ级 5 例。两组一般资料对比,差异无统计学意

义($P>0.05$)。

1.2 入选标准 纳入标准:西医符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013 年修订版)》^[5]中诊断标准,支气管舒张试验后第 1 秒用力呼气容积(FEV_1)占用力肺活量(FVC)比值低于 70%,伴有慢性咳嗽、气短等症状,处于疾病稳定期;中医符合《慢性阻塞性肺疾病中医证候诊断标准(2011 版)》^[6]中肺气虚证,咳嗽或喘息,气短,动则加重,神疲、乏力、自汗,舌质淡,苔白,脉沉细或细弱;患者及家属知情同意。排除标准:伴有支气管扩张等其他疾病;精神障碍,无法沟通;肝肾衰竭严重;选取穴位周围存在皮肤破溃。

1.3 干预方法 两组均接受常规抗感染、解痉平喘等基础治疗。对照组予以常规康复护理干预:包括健康宣教、心理支持、生活指导等,并叮嘱坚持进行腹式呼吸、缩唇呼吸训练,制定步行、太极拳等有氧运动计划,持续干预 1 个月。观察组加用子午流注择时穴位按摩联合耳穴贴压干预。(1)干预子午流注择时穴位按摩:选取天突、膻中、肺俞、心俞、肝俞、脾俞、膈俞、肾俞、膏肓、内关及列缺等穴位,常规消毒后,按子午流注理论,于气血流注膀胱经的申时(15:00~17:00)进行穴位按摩,每穴揉按 1~3 min,以患者自觉酸胀为宜,除天突及膻中外,其他穴位均为双侧按摩,1 次/d,连续干预 14 d。(2)耳穴压豆:选取对屏尖、肺、气管、枕、神门、肾上腺等耳穴,常规消毒后,探测出敏感点,以王不留行籽贴压,并指导患者自行按、揉耳豆,以出现酸、麻、胀等感觉为宜,每日按压 3~5 次,3 d 更换 1 次,连续干预 14 d。两组均于干预 1 个月后评价。

1.4 观察指标 (1)呼吸困难程度:干预前及干预 1

个月后,采用改良版英国医学研究委员会呼吸困难量表(mMRC)评价两组呼吸困难程度,分为5个等级,对应0~4分,得分越高呼吸困难程度越高。(2)生活质量:干预前及干预1个月后,采用COPD评估测定(CAT)评价两组生活质量,量表包括咳嗽、咳痰、胸闷、室外活动等8个方面,每项0~5分,总分40分,得分越低越好。(3)肺功能指标:干预前及干预1个月后,以肺功能检测仪评估两组FEV₁、FVC及FEV₁/FVC变化。

1.5 统计学方法 采用SPSS22.0软件分析数据,计数资料以%表示,用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,用t检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

表2 两组肺功能指标对比($\bar{x} \pm s$)							
组别	n	FEV ₁ (L)		FVC(L)		FEV ₁ /FVC(%)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	41	1.12± 0.22	2.23± 0.31	2.03± 0.31	3.23± 0.42	55.17± 4.89	69.04± 6.52
对照组	41	1.15± 0.24	1.75± 0.28	2.08± 0.33	2.85± 0.39	55.29± 4.94	61.40± 6.41
t		0.590	7.358	0.707	4.245	0.111	5.350
P		0.557	0.000	0.482	0.000	0.912	0.000

3 讨论

COPD病情呈慢性进行性发展,若不及时干预,肺功能可随病情进展而降低,严重影响患者生活自理能力^[7-8]。目前,药物是COPD治疗常用手段,但对于稳定期患者而言,如何增强肺功能是临床关注的重点。肺康复锻炼为改善肺功能的非药物干预手段,通过缩唇呼吸、腹式呼吸训练等可帮助患者建立良好呼吸模式,减轻呼吸肌疲劳,改善膈肌功能,从而提高气体交换效率,减少肺泡残气量,阻止肺功能恶化。但常规康复措施受主观能动性影响较大,需长期坚持方可见效。

中医学认为COPD多由肺气亏虚所致,肺气失于宣肃,气机壅滞于肺间,致肺气胀满不能敛降,后期肺虚可累及肾,引起肺肾两虚,肾不纳气则气喘。本研究结果显示,观察组干预后mMRC评分、CAT评分均低于对照组,FEV₁、FVC、FEV₁/FVC均高于对照组,这表明子午流注择时穴位按摩联合耳穴贴压可改善COPD稳定期患者呼吸状况,减轻肺功能损害,提高日常生活质量。穴位按摩为中医特色外治之法,以经络腧穴学说为基础,以按摩为施治手段,通过刺激人体特定穴位,可激发经络之气,达到通经活络、祛邪扶正的目的^[9]。本研究中按摩天突可宽胸理气、降痰宣肺;膻中能宽心顺气、开胸解郁;肺俞能肃降肺气、解表宣肺;心俞能通心脉、调气血;肝俞能疏肝利胆、理气;脾俞能和营统血、调理脾气;膈俞能理气宽胸、活血通脉;肾俞能调补肾气、益肾助阳;膏肓可散热排脂、调理肺气;内关能和胃降逆、宽

2 结果

2.1 两组呼吸困难程度及生活质量对比 观察组干预后mMRC评分、CAT评分均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组呼吸困难程度及生活质量对比(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	mMRC评分		CAT评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	41	2.53± 0.34	1.12± 0.23	24.13± 3.05	11.58± 2.04
对照组	41	2.49± 0.32	1.54± 0.28	24.16± 3.08	15.74± 2.25
t		0.549	7.422	0.044	8.771
P		0.585	0.000	0.965	0.000

2.2 两组肺功能指标对比 观察组干预后FEV₁、FVC、FEV₁/FVC均高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

胸理气;列缺可宣肺解表、通经活络。诸穴合用,起到宽胸理气、宣肺化痰、益肾之效,可改善机体脏腑功能,激发内在抗病能力。以子午流注理论择时按摩,一日十二时辰,阴阳消长,有规律循行与十二经脉之中,申时则为足太阳膀胱经当令,气血流注于足太阳膀胱经,此时进行穴位按摩,可增强穴位功效,快速恢复脏腑功能。耳者,宗脉之所聚也,耳廓与人体脏腑、经络等联系紧密,通过刺激对应反射区,可引起经络感传,调理机体脏腑阴阳,达到祛除疾病的目的^[10]。刺激对屏尖、肺、气管耳穴能宣肺化痰、止咳平喘;刺激枕、神门耳穴能镇静止咳、平喘;肾上腺耳穴可扩张支气管,增加肺通气量。子午流注择时穴位按摩与耳穴贴压联用更可起到协同作用,增强穴位刺激效果,以加快机体脏腑阴阳平衡,纠正肺气宣降失调,稳定COPD病情。

综上所述,子午流注择时穴位按摩联合耳穴贴压可降低COPD患者呼吸困难程度,改善肺功能及生活质量。

参考文献

[1]张青山.噻托溴铵对中重度稳定期慢性阻塞性肺疾病患者肺功能、6MWT及呼吸困难程度评分的影响[J].临床研究,2019,27(12):92-94.
[2]陈茂华,赵云,杜虎城,等.止嗽方穴位敷贴治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期临床疗效研究[J].河北中医药学报,2019,34(5):53-55.
[3]唐颖丽,谢珊,余清萍,等.子午流注法治疗慢性阻塞性肺疾病加重期痰浊阻肺证疗效研究[J].陕西中医,2020,41(9):1311-1314,1341.
[4]姚绍枢,郭锦萍,钟冠军,等.耳穴压豆法对慢性阻塞性肺疾病稳定期合并营养不良患者BODE指数的影响[J].海南医学,2020,31(6):699-70.
(下转第79页)

2.2 两组治疗期间不良反应发生情况对比 观察组治疗期间的不良反应发生率较对照组低 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗期间不良反应发生情况对比[例(%)]						
组别	n	肝功能损伤	白细胞减少	心率过快	胃肠功能受损	总发生
观察组	46	0(0.00)	0(0.00)	1(2.17)	0(0.00)	1(2.17)
对照组	46	1(2.17)	3(6.52)	3(6.52)	3(6.52)	10(21.74)
χ^2						8.364
P						0.004

3 讨论

近年来,结核性胸膜炎患者数量呈逐年增加的趋势。患者用药不合理、不规范,导致遗留的细菌耐药性较强,使得长期单一用药治疗,药物疗效降低甚至彻底失去,给结核性胸膜炎防控带来了严峻的挑战^[4-5]。同时,结核性胸膜炎患者起病迅速、病情发展快、传染性强,适应能力差或药物不良反应多的患者容易导致结核分枝杆菌耐药性增强,若未及时采取合理治疗手段,会对患者生命健康造成威胁。因此,探索有效的临床用药方案成为当前结核性胸膜炎研究的重要内容。

卷曲霉素与莫西沙星均为治疗结核性胸膜炎临床常用药物。其中卷曲霉素是一种多肽类药物,参与并且有效抑制结核杆菌蛋白质合成,能够显著抑制细菌 DNA 复制,降低结核分枝杆菌活性,从源头消灭结核分枝杆菌^[6]。但是该药会对接受过一线抗结核药物的结核性胸膜炎患者产生一定副作用与耐药性,不是治疗肺结核病的首选药物。如果患者长期服用卷曲霉素,不仅对疾病无明显治疗作用,还会损害机体健康。结核性胸膜炎患者肺部病灶组织呈现严重纤维化,肺部药物浓度水平低,常规药物无法有效发挥药力作用。莫西沙星属于第四代喹诺酮类抗菌药物,是新一代抗菌谱广的抗生素,能够起到显著的脂溶性效果,且其几乎没有光敏反应,具有良好的组织穿透力,较高的药物浓度能够对肺组织与支气管肺泡产生很好的药理作用,治疗呼吸道感染疾病效果良好;同时对常见的呼吸道病菌,如肺炎链球

菌、嗜血流感杆菌、卡他莫拉汉菌以及部分金黄色葡萄球菌、结核性胸膜炎患者肺部结核分枝杆菌都具有强大的抗菌活性,可以实现良好的杀菌效果^[7]。莫西沙星主要药理学机制为其内部主要是由 8- 甲氧基组成的,抗菌活性良好,且耐药发生率低,并以 DNA 旋转酶为起点,可抑制 DNA 的复制与转录过程及 T 淋巴免疫细胞转化过程,从而最终实现调节免疫功能与杀菌的效用^[8]。莫西沙星口服后吸收良好,生物利用度高达 90%,且给药不受进食影响,半衰期达 1 d,同时服用二、三价阳离子抗酸药可明显减少吸收,不经细胞色素 P450 酶代谢,药物间相互作用的可能性也很低;肾脏代谢 45%,肝脏代谢 52%,对肝脏、肾脏的损害度小,肾功能损害和轻度肝功能不全者也无须调整剂量^[9]。本研究结果显示,与对照组相比,观察组治疗后的临床总有效率明显升高,治疗期间的不良反应发生率明显降低,表明卷曲霉素联合莫西沙星应用于结核性胸膜炎患者中,在提升患者临床疗效及降低不良反应发生情况方面效果较好。

参考文献

[1]黄国华,古辉,杜燕芳.T 淋巴细胞斑点试验在结核性胸膜炎临床诊断研究[J].现代诊断与治疗,2016,27(9):1630-1632.
[2]张建明,邓红丽,赵余,等.经中心静脉导管引流联合胸腔注射药物治疗结核性胸膜炎的临床观察[J].中国基层医药,2018,25(1):76-79.
[3]王蔚文.临床疾病诊断与疗效判断标准[M].北京:科学技术文献出版社,2010.71-72.
[4]张志杰.柴芩清热汤治疗结核性胸膜炎发热的临床疗效观察[J].实用中西医结合临床,2017,17(7):22-24.
[5]黄庆红,黄麦玲,王淑琦,等.265 例结核性胸膜炎患者耐药情况分析[J].中国防痨杂志,2017,39(11):1179-1184.
[6]陶冠宇,杨仁旭,任焱,等.卷曲霉素联合莫西沙星胸腔注射对结核性胸膜炎患者血清和胸腔积液 IFN- γ TNF- α CEA ADA 水平的影响[J].河北医学,2018,24(6):898-902.
[7]罗进.莫西沙星联合胸腔置管注入尿激酶预防结核性胸腔积液胸膜肥厚粘连 39 例[J].中国药业,2016,25(3):105-107.
[8]岳丹.莫西沙星联合卷曲霉素治疗耐多药肺结核的效果与安全性观察[J].吉林医学,2019,40(4):787-788.
[9]王晓红,李勋光.莫西沙星强化治疗结核性胸膜炎疗效观察[J].国际呼吸杂志,2017,37(10):737-739.

(收稿日期: 2021-02-20)

(上接第 11 页)

[5]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):255-264.
[6]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.
[7]杨睿,张国俊,陈闪闪,等.肺康复干预治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病患者的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2018,40(3):203-205.

[8]季思勤,罗功汶,施克俭,等.六字诀干预慢性阻塞性肺疾病稳定期患者的临床研究[J].西部中医药,2019,32(4):111-114.
[9]刘太容,罗碧如,于正,等.穴位按摩联合六字诀呼吸操在慢性阻塞性肺疾病稳定期患者中的应用[J].护理学杂志,2018,33(5):41-44.
[10]苏成程,唐艳芬,章匀,等.子午流注择时磁珠耳穴贴压联合肺康复训练对 COPD 稳定期患者疗效及生活质量的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(8):847-850.

(收稿日期: 2021-05-19)