

中药祛痰救肺汤联合针灸治疗 预防COPD稳定期患者急性复发的价值

冯超

(海南省中医院呼吸科,海南 海口 570203)

【摘要】 目的 探讨中药祛痰救肺汤联合针灸治疗预防慢性阻塞性肺疾病(COPD)稳定期患者急性复发的临床效果。**方法** 选取2014年6月至2015年6月海南省中医院收治的COPD稳定期患者120例,按随机数表法分为对照组和观察组各60例。对照组患者给予西医常规的祛痰、平喘治疗,而观察组则在对照组患者治疗的基础上给予中药祛痰救肺汤联合针灸治疗。于治疗前和治疗3个月后分别比较两组患者中医症状积分,并评估两组患者的临床疗效。比较两组患者治疗前后肺功能变化情况、步行6 min距离和生活质量。随访1年,观察并记录患者急性加重的次数。**结果** 观察组患者的治疗总有效率为91.67%,明显高于对照组的78.33%,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者治疗后的步行6 min距离为(425.34±84.53) m,明显高于对照组的(375.46±96.12) m,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者治疗后的SGRQ评分和中医症状积分分别为(27.46±8.13)分和(7.06±2.12)分,均明显低于对照组的(36.08±10.93)分和(9.98±2.23)分,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者治疗后的FVC、FEV1和PEF分别为(2.73±0.42) L、(2.64±0.53) L和(4.38±0.81) L/s,均明显高于对照组的(2.12±0.38) L、(1.85±0.55) L和(3.76±0.58) L/s,差异均有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者急性加重的次数为(0.62±0.13)次,明显低于对照组的(1.72±0.45)次,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 稳定期COPD患者应用中药祛痰救肺汤联合针灸治疗,能有效改善临床症状和肺功能,同时降低急性复发的次数,提高患者的生活质量。

【关键词】 祛痰救肺汤;针灸;慢性阻塞性肺疾病;稳定期;临床疗效

【中图分类号】 R563 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003—6350(2018)02—0177—04

Value of Qutanjiufeitang decoction combined with acupuncture in the treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease in stable stage. FENG Chao. Department of Respiration, Hainan Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Haikou 570203, Hainan, CHINA

【Abstract】 Objective To discuss the application value of Qutanjiufeitang decoction and acupuncture in the treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) of stable stage. **Methods** A total of 120 patients with COPD of stable stage in our hospital from June 2014 to June 2015 were selected and divided into two

基金项目:海南省卫生和计划生育委员会科研基金项目(编号:琼卫2011-85)

通讯作者:冯超。E-mail:54fengchao@sina.com

[8] 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)[M].中国医学前沿杂志(电子版), 2014, 12(11): 120-121.

[9] 洪克付, 刘杨, 姚春勇. 稳定期慢性阻塞性肺疾病患者呼吸道细菌定植与炎性细胞关系的研究[J]. 疑难病杂志, 2013, 19(10): 12-13.

[10] Yao L, Kan EM, Lu J, et al. Toll-like receptor 4 mediates microglial activation and production of inflammatory mediators in neonatal rat brain following hypoxia: role of TLR4 in hypoxic microglia [J]. J Neuroinflammation, 2013, 2(6): 10-23.

[11] 杨兴慧, 王浩彦. 慢性阻塞性肺疾病下呼吸道细菌定植的动态变化与肺功能和痰细胞因子的关系[J]. 中国全科医学, 2014, 14(2): 392-395.

[12] Mayer AM, Hall ML, Holland M, et al. Vibrio vulnificus MO6-24/O lipopolysaccharide stimulates superoxide anion, thromboxane B, matrix metalloproteinase-9, cytokine and chemokine release by rat brain microglia in vitro [J]. Mar Drugs, 2014, 12(4): 1732-1756.

[13] 谭磊. 多索茶碱与氨茶碱治疗支气管哮喘临床疗效的对比观察[J]. 当代医学, 2012, 12(2): 159-163.

[14] 蒋旭红, 吴嫦秋, 刘展眉. 茶碱分子印迹聚合物微球的合成及其性能研究[J]. 中草药, 2013, 22(4): 158-164.

[15] Remels AH, Gosker HR, Langen RC, et al. Classical NF-κB activation impairs skeletal muscle oxidative phenotype by reducing IKK-α expression [J]. Biochim Biophys Acta, 2014, 182(2): 175-185.

[16] Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary [J]. Am J Respir Crit Care Med, 2013, 187(4): 347-365.

[17] 赵斌, 解学超, 王振华, 等. 茶碱类平喘药不良反应文献的回顾性分析[J]. 中国现代应用药学, 2014, 34(11): 289-294.

[18] Kazmierczak M, Ciebiada M, P kala-Wojciechowska A, et al. Correlation of inflammatory markers with echocardiographic parameters of left and right ventricular function in patients with chronic obstructive pulmonary disease and cardiovascular diseases [J]. Pol Arch Med Wewn, 2014, 124(6): 290-297.

[19] 余国辉, 李其皓. 细菌感染在慢性阻塞性肺疾病急性加重期的诊治进展[J]. 国际呼吸杂志, 2013, 30(1): 41-44.

[20] Tafti SF, Cheraghvandi A, Mokri B, et al. Validity and specificity of the Persian version of the Saint George Respiratory Questionnaire [J]. J Asthma, 2013, 48(6): 589-592.

(收稿日期:2017-06-08)

groups (60 patients in each group). Patients in the control group received conventional treatments, while the patients in the observation group applied Qutanjiufeitang decoction combined with acupuncture based on conventional treatments. The traditional Chinese medicine (TCM) syndrome integral before treatment and 3 months after treatment were evaluated, and the clinical effects were compared between the two groups. Lung function, 6-min walk test, and quality of life were also compared. The patients were followed up for 1 year, and the times of acute relapse were observed and recorded. **Results** The total effective rate in observation group was 91.67%, which was significantly higher than 78.33% in control group ($P<0.05$). The 6-min walk distance was (425.34 ± 84.53) m after treatment in the observation group, which was significantly higher than (375.46 ± 96.12) m in the control group ($P<0.05$). The SGRQ scores and TCM syndrome integral were (27.46 ± 8.13) and (7.06 ± 2.12) after treatment in the observation group, which were significantly lower than (36.08 ± 10.93) and (9.98 ± 2.23) in the control group ($P<0.05$). The forced vital capacity (FVC), forced expiratory volume in one second (FEV1) and peak expiratory flow (PEF) were (2.73 ± 0.42) L, (2.64 ± 0.53) L and (4.38 ± 0.81) L/s after treatment in the observation group, which were significantly higher than (2.12 ± 0.38) L, (1.85 ± 0.55) L, (3.76 ± 0.58) L/s in the control group ($P<0.05$). The times of acute relapse was (0.62 ± 0.13) during the follow-up in the observation group, which was lower than (1.72 ± 0.45) in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Qutanjiufeitang decoction combined with acupuncture for patients with stable COPD can improve the clinical symptom and lung function, decrease the times of acute relapse, and enhance the quality of life.

【Key words】 Qutanjiufeitang decoction; Acupuncture; Chronic obstructive pulmonary disease; Stable stage; Clinical effects

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)具有高发病率、高死亡率、反复发作等特点,严重影响患者的身心健康和生活质量。且随着近年来社会人口老龄化的加剧、环境污染问题、吸烟人数剧增等多种因素影响下,COPD的发病率呈明显的上升趋势,已引起医患双方的高度重视^[1]。目前临床上治疗 COPD 的方法主要为糖皮质激素雾化吸入、支气管扩张剂、长期吸氧等对症支持治疗。研究显示,糖皮质激素、支气管扩张剂等药物的长期使用,可带来感染、心血管事件等严重的不良反应,甚至导致疾病反复发作或进展,严重影响患者的生存预后^[2]。近年来传统中医在 COPD 的预防以及 COPD 稳定期的治疗中显示了其独特的优势。目前研究比较多的是单一方剂的预防和治理,而本研究通过中药祛痰救肺汤联合针灸治疗稳定期 COPD,并取得了良好的治疗效果,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 6 月至 2015 年 6 月海南省中医院呼吸科收治的 COPD 稳定期患者 120 例,按随机数表法分为对照组和观察组各 60 例。纳入标准:(1)参照《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》(2013 年版)中 COPD 的诊断标准^[3],且患者均处于 COPD 稳定期,即使用支气管舒张剂后检测肺功能指标,即第 1 秒用力呼气容积与用力肺活量比值(FEV1/FVC)和第 1 秒用力呼气容积(FEV1)预计值为 30%~50%;(2) COPD 自我评估问卷(CAT)评分 ≥ 10 分或呼吸困难分级 ≥ 2 级;(3)过去一年中,急性加重次数,气促等临床症状稳定或症状表现较轻;(4)外周血白细胞计数为参考范围及肺功能指标较为稳定。排除标准:(1)合并严重肝肾功能不全、肺部肿瘤、肺脓肿、肺结核以及免疫系统疾病的患者;(2)排除 3 个月内有使用免疫调节剂或对所研究药物过敏的患者;(3)排除有精神意识障碍而不能配合治疗的患者等。

1.2 治疗方法 对照组患者给予西医常规的祛

痰、平喘治疗,即给予雾化吸入异丙托溴铵 40 μg /次,3 次/d。同时口服盐酸氨溴索 30 mg/次,3 次/d。而观察组患者则在对照组治疗的基础上给予中药祛痰救肺汤联合针灸治疗。具体方法如下:祛痰救肺汤是由麻黄 2 g、白芥子、桔梗、蝉蜕、甘草和苏子各 3 g、竹茹、瓜蒌皮、杏仁、石膏、僵蚕、芦根、黄芩和蒲公英各 5 g 组方而成,用水煎服,1 剂/d,分 2 次服用(早、晚各 1 次),可随症加减:脾肺气虚明显者,配伍黄芪;肺热内郁,可加大石膏的用量;咳黄脓痰者,可配伍胆南星、鱼腥草等;同时取患者膻中、风门、定喘、风池、风府等穴。取患者仰卧位行针灸治疗,采用平补平泻的方法行针,得气后留针 15 min,1 次/d,10 d 为一个疗程,一个疗程结束后休息 4 d。两组患者均连续治疗 3 个月。

1.3 观察指标 比较两组患者治疗前后肺功能指标的变化,肺功能指标包括第一秒用力呼气量(FEV1)、用力肺活量(FVC)和最大呼气峰流速值(PEF)。记录治疗前后步行 6 min 的距离,并于治疗前后采用圣乔治呼吸调查问卷(SGRQ)对患者的生活质量进行评价。对出院患者进行电话随访,随访 1 年,观察并记录患者急性加重的次数。

1.4 疗效评定 (1)中医症状积分^[4]:中医症状积分的评估内容包括咳嗽、咳痰和喘息。具体评估标准,详见表 1。(2)临床疗效评定^[5]:临床疗效的评定以中医症状积分的减分率作为评定指标,减分率=(治疗前中医症状积分-治疗后中医症状积分)/治疗前中医症状积分 $\times 100\%$,具体如下:①痊愈:临床症状、体征基本恢复,症状积分减少 $\geq 95\%$;②显效:临床症状、体征明显改善,症状积分减少 70%~94%;③有效:临床症状、体征好转,症状积分减少 30%~69%;④无效:临床症状、体征无明显变化或恶化,症状积分减少 $<30\%$ 。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。(3)生活质量的评估^[6]:患者治疗前后的生活质量采用 SGRQ 进行评估,评估内容包括症状部分、活动部分和疾病影响部分。评分范围为 0~100 分,评分越高,患者的生活质量越差。

表1 中医症状积分评分标准

症状	临床表现	分值
咳嗽	无咳嗽症状	0
	轻度咳嗽;白天间断咳嗽,不影响正常生活和工作	2
	中度咳嗽;症状介于轻重之间	4
	重度咳嗽;昼夜咳嗽频繁或阵咳,严重影响正常休息和睡眠	6
咳痰	无咳痰症状	0
	轻度咳痰;昼夜咯痰10~50 mL,或夜间及清晨咯痰5~25 mL	2
	中度咳痰;昼夜咯痰51~100 mL,或夜间及清晨咯痰26~50 mL	4
	重度咳痰;昼夜咯痰>100 mL,或夜间及清晨咯痰>50 mL	6
喘息	无喘息症状	0
	轻度喘息;喘息时而发作,程度较轻,不影响正常睡眠或活动	2
	中度喘息;症状介于轻重之间	4
	重度喘息;喘息明显,呈持续性,不能平卧,严重影响正常睡眠或活动	6

1.5 统计学方法 应用SPSS19.0统计学软件分析数据,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用*t*检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的一般资料比较 两组患者的一般资料比较,差异均无统计学意义($P<0.05$),见表2。

表2 两组患者的一般资料比较

组别	例数	男/女(例)	年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	病程(年, $\bar{x}\pm s$)	严重程度分级(例)		
					Ⅱ级	Ⅲ级	Ⅳ级
观察组	60	38/22	59.42±2.56	7.58±1.24	10	32	18
对照组	60	36/24	60.12±2.76	8.14±2.23	12	31	17
<i>t</i> / χ^2 值		0.754 8	1.440 4	1.700 0	0.226 0	0.334 0	0.040 3
<i>P</i> 值		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

2.2 两组患者的临床疗效比较 观察组治疗的总有效率为91.67%,明显高于对照组的78.33%,差异有统计学意义($P<0.05$),见表3。

表3 两组患者的临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	60	13	25	17	5	91.67
对照组	60	6	23	18	13	78.33
χ^2 值						4.183 0
<i>P</i> 值						<0.05

2.3 两组患者治疗前后步行6 min距离、SGRQ评分和中医症状积分比较 观察组患者治疗后的步行6 min距离明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者治疗后的SGRQ评分和中医症状积分均明显低于对照组,两组间差异有统计学意义($P<0.05$),见表4。

2.4 两组患者治疗前后的肺功能指标的比较 观察组患者治疗后的FVC、FEV1和PEF均明显高于对照组,两组间差异均有统计学意义($P<0.05$),见表5。

表4 两组患者治疗前后步行6 min距离、SGRQ评分和中医症状积分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	步行6 min距离(m)		SGRQ评分(分)		中医症状积分(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	60	328.23±89.78	425.34±84.53 ^a	42.36±12.14	27.46±8.13 ^a	14.74±2.56	7.06±2.12 ^a
对照组	60	326.86±94.56	375.46±96.12 ^a	44.29±11.28	36.08±10.93 ^a	13.69±2.38	9.98±2.23 ^a
<i>t</i> 值		0.081 4	3.018 5	0.902 1	4.901 6	2.326 8	7.351 0
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比较,^a $P<0.05$ 。

表5 两组患者治疗前后的肺功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	FVC (L)		FEV1 (L)		PEF (L/s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	60	1.53±0.16	2.73±0.42 ^a	1.53±0.15	2.64±0.53 ^a	3.29±0.25	4.38±0.81 ^a
对照组	60	1.54±0.21	2.12±0.38 ^a	1.55±0.19	1.85±0.55 ^a	3.32±0.28	3.76±0.58 ^a
<i>t</i> 值		0.293 4	8.342 3	0.640 0	8.011 6	0.619 1	4.090 2
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注:与治疗前比较,^a $P<0.05$ 。

2.5 两组患者急性加重次数比较 患者出院后, 对其进行电话随访, 随访 1 年, 无一例失访。随访期间, 观察组患者急性加重的次数为(0.62±0.13)次, 显著低于对照组的(1.72±0.45)次, 两组间差异有统计学意义($t=18.1907, P<0.05$)。

3 讨论

稳定期 COPD 属于中医上“咳嗽”、“痰饮”、“肺胀”等范畴^[7-8]。传统中医认为, 肺气亏虚是 COPD 发病的重要始动因素, 并指出肺气亏虚, 子盗母气, 从而导致脾气的虚弱。而脾乃生痰之源, 脾虚而导致水谷不能化为精微, 水湿内停, 从而聚而为痰, 壅滞于肺。而肺主呼吸, 肾主纳气, 肺气亏虚, 母病及子, 从而导致肾虚。肾虚则统摄无权, 从而导致“呼多吸少, 动则气喘”等 COPD 喘息症状。有研究亦认为, 稳定期 COPD 是肺、脾、肾虚为本, 实邪壅盛的虚实夹杂之证, 而邪实可表现在气逆、痰盛等方面^[9-11]。临床治疗中, 如一味补益, 反助邪留寇, 影响病情的恢复。因此治疗当以宣肺平喘、理气化痰为主。本研究治疗稳定期 COPD 采用祛痰救肺汤, 方中麻黄入肺经, 具有宣肺平喘的功用, 配以白芥子、苏子则可增强全方理气化痰定喘的功效; 而方中配以丹参, 则可增强理气活血化痰的作用; 方中石膏、黄芩、蒲公英具有清热解毒和抗病毒的作用, 而竹茹、瓜蒌皮、杏仁则有止咳化痰的作用。全方再配以解痉平喘的僵蚕、蝉蜕以及补中益气、调和诸药的甘草, 从而共奏宣肺平喘、理气化痰之功。

《医学入门》有曰:“凡病药之不及, 针之不到, 必须灸之”, 本研究通过对传统针灸的继承和创新, 并在中医取穴前提下进行针对性的治疗。本次研究主要选取了膻中、风门、定喘、风池、风府等穴。膻中又叫上气海, 属于任脉, 针刺膻中具有止咳、平喘的功效^[12]。《甲乙经》亦有曰:“咳逆上气, 唾喘短气, 不得息, 口不能言, 膻中主之”。风门属足太阳膀胱经, 为督脉、足太阳之会, 具有宣肺解表、益气固表的作用, 对久嗽具有较好的治疗效果^[13]。定喘属于奇穴, 亦有止咳平喘、通宣理肺的功用。而风池和风府也具有调节脏腑功能的作用^[14]。因此, 通过针刺膻中、风门、定喘、风池、风府等穴亦可起到宣肺平喘、止咳化痰的作用。

本研究结果显示, 观察组治疗的总有效率为 91.67%, 明显高于对照组的 78.33%, 两组间差异有统计学意义($P<0.05$); 观察组患者治疗后的步行 6 min 距离明显高于对照组, 观察组患者治疗后的 SGRQ 评分和中医症状积分则明显低于对照组, 两组间差异有统计学意义($P<0.05$); 观察组患者治疗后的

FVC、FEV1 和 PEF 均明显高于对照组, 两组间差异亦有统计学意义($P<0.05$)。本研究结果提示, 中药祛痰救肺汤联合针灸可有效改善患者的临床症状和肺功能, 效果优于常规的治疗方法。本研究亦显示, 观察组患者急性加重的次数为(0.62±0.13)次, 明显低于对照组的(1.72±0.45)次, 两组间差异有统计学意义($P<0.05$)。本结果提示, 中药祛痰救肺汤联合针灸可有效降低急性加重的次数, 从而起到预防急性复发的作用。

综上所述, 中药祛痰救肺汤联合针灸治疗稳定期 COPD, 可有效改善患者的临床症状和肺功能, 同时其还能降低患者急性复发的次数, 提高患者的生活质量, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 刘劲松, 胡杰贵. 布地奈德/福莫特罗联合吸入治疗稳定期中重度慢性阻塞性肺疾病的疗效研究[J]. 安徽医科大学学报, 2008, 43(5): 593-594.
- [2] 杨萍, 洪旭初. 盐酸氨溴索治疗慢性阻塞性肺疾病的临床疗效及对患者肺功能与免疫功能的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(30): 23-24, 30.
- [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[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2007, 46(3): 254-261.
- [4] 洪辉华, 王真, 杨珺超, 等. 益气健脾法治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期肺脾气虚型患者的多中心临床研究[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(4): 1153-1156.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[J]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 379.
- [6] 杜佳, 雷撼, 胡芸, 等. SGRQ、CAT 和 CCQ 问卷在 COPD 患者生活质量中的评估价值比较[J]. 现代生物医学进展, 2015, 15(12): 2313-2315, 2344.
- [7] 李鸿章, 覃青燕, 邵素菊, 等. 针灸治疗慢性阻塞性肺疾病研究概况[J]. 中医学报, 2015, 30(4): 484-486.
- [8] 张丽秀, 王檀, 仕丽, 等. 中医康复法治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期患者的疗效[J]. 中国老年学杂志, 2012, 32(8): 1610-1611.
- [9] 周庆伟, 崔鑫鑫, 钱航. 益肺炎治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期肺肾气虚证的疗效评价[J]. 时珍国医国药, 2016, 27(3): 649-651.
- [10] 郑菲, 李国勤, 边永君, 等. 内外合治法治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期的疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2010, 30(4): 369-372.
- [11] 常文利, 郭宗兵, 苏龙. 通腑清肺法结合针灸治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期临床疗效观察[J]. 四川中医, 2015, 13(8): 82-84.
- [12] 雷琰, 贾媛媛. 中西医结合治疗慢性支气管炎 58 例疗效观察[J]. 西部中医药, 2013, 26(9): 80-81.
- [13] 张玉梅, 何柳, 覃少佳, 等. 针灸对慢性阻塞性肺疾病急性发作期患者肺功能的影响[J]. 新中医, 2016, 48(5): 66-68.
- [14] 蔡国锋, 冯宇飞, 王春英, 等. 交叉电项针促进脑梗死后气管切开插管患者咳嗽反射重塑的随机单盲对照观察[J]. 针灸临床杂志, 2015, 31(1): 21-24.

(收稿日期: 2017-03-30)