

中药合并肺康复治疗慢阻肺稳定期疗效观察

★ 郝小梅 陈宁 李慧 (广东省第二中医院 广州 510095)

摘要:目的:探讨中药合并肺康复治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期的优势。方法:将入选患者随机分为治疗组及对照组各50例,对照组予可必特气雾剂吸入,早晚各一次,每次一喷,茶碱缓释片0.1/次,12 h口服1次,治疗组加服补肾化痰化瘀之自拟方“平喘2方”,每日1剂,并加肺康复治疗,疗程1年。治疗前后分别测定血气分析及肺功能指标。结果:治疗组在用药前后症状积分、肺功能等方面均有明显改善($P < 0.05$);年均急性发作次数与对照组比较有显著性差异($P < 0.05$)。结论:中药合并肺康复治疗可以改善慢性阻塞性肺部疾病稳定期患者的自觉症状、减少急性发作次数、改善肺功能指标,是有效的治疗方法。

关键词:慢性阻塞性肺疾病;稳定期;中医药疗法;肺康复治疗

中图分类号:R 563 **文献标识码:**B

慢性阻塞性肺疾病 COPD 是一种常见病、多发病,其对全球人类健康具有严重影响。以气流受限为特征,气流受限不完全可逆、呈进行性发展,与肺部对有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关。如何在缓解期抓住时机加紧治疗,对于减缓慢阻肺的进展,减少急性发作次数及发作程度,提高患者生存质量,对于患者的预后及健康状况至关重要。我们在近年对慢阻肺缓解期患者采用中药及肺康复治疗,疗效满意,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 观察对象 选择2005年2月~2007年8月我院门诊及住院的Ⅰ~Ⅲ级COPD稳定期患者100例,随机分为两组。治疗组50例,男性33例,女性17例;年龄46~72岁,平均 59.74 ± 2.82 岁;病程7~37年,平均 21.14 ± 2.67 年;病情分级:Ⅰ级21例,Ⅱ级29例。对照组50例,男性29例,女性21例;年龄42~72岁,平均 61.27 ± 3.42 岁;病程5~40年,平均 23.37 ± 3.05 年;病情分级:Ⅰ级26例,Ⅱ级24例。两组一般资料比较无显著性差异($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准、分期及分级标准 以中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组2002年修订的《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》COPD稳定期的诊断标准为依据^[1]。

1.3 治疗方法 全部患者常规戒烟,对照组:予可必特气雾剂吸入,早晚各一次,每次一喷,茶碱缓释片(商品名:舒氟美,广东迈特兴华药品有限公司生产,批准文号:国药准字H44023791)0.1/次,12 h口服1次;原氧疗患者按原方案氧疗。治疗组加服补

肾化痰化瘀之自拟方“平喘2方”:熟附子15 g(先煎),补骨脂10 g,仙灵脾10 g,丹参15 g,地龙10 g,陈皮6 g,茯苓15 g,细辛3 g,五味子10 g,炙甘草6 g。每日1剂,水煎服,并加肺康复治疗。两组疗程均为1年。

观察治疗期间,注意患者病情变化,根据医疗条件嘱患者每月或三个月到门诊随诊一次,病情加重者可予以对症治疗,具体方法参照“慢性阻塞性肺疾病诊治指南”^[1]。

肺康复治疗通过专人培训,发放简单易懂的资料,定期举行专题讲座及座谈会,定期家庭随访,电话回访等方式实施。具体内容:

(1)氧疗:给予15 h/d以上氧疗,住院病人予中心供氧,门诊病人予分子筛制氧机及医用氧气钢瓶供氧,采用鼻导管给氧,氧流量2 L/min,由专人指导患者正确使用氧疗装置,氧疗装置的消毒。

(2)康复锻炼

1)呼吸锻炼

①腹式呼吸。方法:患者取立位,体弱者也可取坐位或仰卧位,上身肌群放松做深呼吸,一手放于腹部一手放于胸前,吸气时尽力挺腹,也可用手加压腹部,呼气时腹部内陷,尽量将气呼出,一般吸气2 s,呼气4~6 s。吸气与呼气时间比为1:2或1:3。用鼻吸气,用口呼气要求缓呼深吸,不可用力,每分钟呼吸速度保持在7~8次左右,开始每日2次,每次10~15 min,熟练后可增加次数和时间,使之成为自然的呼吸习惯。

②缩唇呼吸。方法为:用鼻吸气,缩唇做吹口哨样缓慢呼气,在不感到费力的情况下,自动调节呼吸

频率、呼吸深度和缩唇程度,以能使距离口唇 30 cm 处与唇等高点水平的蜡烛火焰随气流倾斜又不致熄灭为宜。每天 3 次,每次 30 min。

③全身性呼吸体操锻炼 包括静力性呼吸,躯干动力性呼吸,加压呼吸,平稳呼吸,压胸呼吸,肢体动作性呼吸,行走呼吸,放松功,内养功等。

2) 体力训练

如步行、爬斜坡、上下楼梯及慢跑、游泳、太极拳、气功等有氧运动,及吹气球、吹蜡烛等锻炼。

(3) 心理治疗 1) 介绍疾病的有关知识,2) 帮助病人分析对疾病的不利因素和有利因素,并教他们用正常反馈方式调节自己心理,克服不利因素,防止消极的心境对身心的侵蚀,3) 针对病情及心理特征及时给予精神安慰,心理疏导,做好家人及亲友工作,鼓励他们在任何情况下,都要给予患者精神安慰,及时为病人解决问题,使病人避免焦虑,烦躁情绪,保持良好的自我调节能力。

(4) 营养治疗

对每位病人进行膳食分析及人体测量后,引用“个体营养学”概念,有针对性地设计食谱。食谱设计原则:热量 125.52 ~ 146.44 kJ/kg 体重,蛋白质 1.2 ~ 1.5 g/kg 体重,优质蛋白占全日总蛋白的 12 以上,3 ~ 5 餐/日^[2]。食谱内容包括食物的种类、数量、烹调方法、食品交换份额等。并教授患者常用食疗食谱及根据中医辨证选择食物。

1.4 疗效观察 疗效评定标准

参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[3]。临床痊愈:疗后症状基本消失,症状积分为 0 ~ 1 分。显效:疗后症状明显好转,症状积分下降 $\geq 2/3$ 。有效:疗后症状改善,症状积分下降 $\geq 1/3$ 。无效:未达到有效标准或病情加重。

表 3 两组治疗前后血气分析比较($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前/mmHg		6 个月后/mmHg		1 年后/mmHg	
	PO ₂	PCO ₂	PO ₂	PCO ₂	PO ₂	PCO ₂
治疗组(50)	64.6 ± 6.7	63.4 ± 11.1	70.2 ± 8.3 *	57.9 ± 9.4 *	74.2 ± 8.5 *△	51.2 ± 7.4 *△
对照组(50)	67.2 ± 7.5	61.8 ± 12.5	71.7 ± 7.4 *	58.2 ± 8.6 *	70.7 ± 7.3 *	55.2 ± 8.3 *

两组治疗后与本组治疗前比较,“*”表示 $P < 0.05$,两组治疗 1 年后比较“△” $P > 0.05$ 。

表 4 两组治疗前后肺功能变化($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前后	FEV1(L)	FVC(L)	FEV1/FVC(%)
治疗组	50	治疗前	1.7765 ± 0.1231	3.4874 ± 0.2013	0.5614 ± 0.1465
		6 个月后	2.2147 ± 0.2017 *	3.8811 ± 0.6342 *	0.6228 ± 0.2109 *
		1 年后	2.8326 ± 0.2134 *△	4.2361 ± 0.5461 *△	0.6541 ± 0.2389 *△
对照组	50	治疗前	1.6926 ± 0.3881	3.5683 ± 0.3107	0.5503 ± 0.0423
		6 个月后	1.8971 ± 0.2456 *	3.6943 ± 0.2469 *	0.5821 ± 0.1535 *
		1 年后	2.2807 ± 0.3194 *	3.9712 ± 0.1989 *	0.6123 ± 0.1781 *

两组治疗后与本组治疗前比较,“*”表示 $P < 0.05$,两组治疗 1 年后与对照组比较,“△”表示 $P < 0.05$ 。

1.5 观察指标 对全部患者进行连续 1 年的追踪观察,并详细记录 1 年间:呼吸感染急性发作的次数,每次发作的天数,住院的次数、天数,以及医疗费用的情况,用药前及治疗 6 月后,1 年后各进行肺功能及血气分析检测,肺功能检测使用意大利科迈公司生产的 Micro Quark 型肺功能仪。

1.6 统计分析方法 计数资料用 χ^2 检验,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,统计学处理用 t 检验。

2 结果

2.1 治疗组与对照组比较 1 年期间急性发作的次数逐年减少,发作时的症状逐渐减轻,持续的天数也明显少于对照组,住院次数减少,平均费用消耗也明显减少,治疗组在总有效率方面优于对照组。肺功能方面,与治疗前相比治疗后两组肺功能均有明显提高($P < 0.05$),但两组治疗后治疗组较对照组肺功能各项指标均有显著改善,说明通过中药及肺康复治疗,致使免疫功能明显提高,具有明显预防 COPD 急性发作的作用,并可缩短急性发作的病程,即使发生急性发作后症状也较易控制。见表 1 ~ 表 5。

表 1 两组治疗前后症状积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	咳嗽咯痰			喘息		
	疗前	6 个月后	1 年后	疗前	6 个月后	1 年后
治疗组	3.4 ± 0.4	2.2 ± 0.2 *	1.1 ± 0.5 *△	2.1 ± 0.3	1.7 ± 0.4 *	0.5 ± 0.3 *△
对照组	3.1 ± 0.6	2.3 ± 0.5 *	1.6 ± 0.6 *	2.3 ± 0.4	1.9 ± 0.3 *	0.9 ± 0.5 *

两组治疗后与本组治疗前比较,“*”表示 $P < 0.05$,两组治疗 1 年后比较“△”表示 $P < 0.05$ 。

表 2 两组治疗前后年急性发作次数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	疗前	治疗 1 年后
治疗组	3.9 ± 0.7	1.1 ± 0.5 *△
对照组	4.0 ± 0.8	2.5 ± 0.4 *

两组治疗 1 年后与本组治疗前比较,“*”表示 $P < 0.05$,两组治疗 1 年后比较“△”表示 $P < 0.05$ 。

表 5 两组患者临床疗效比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	显效(%)	有效(%)	无效(%)	总有效率(%)
治疗组	50	28(56.0)	15(30.0)	7(14.0)	86.0 *
对照组	50	21(42.0)	13(26.0)	16(32.0)	68.0

两组治疗 1 年后与对照组比较,“*”表示 $P < 0.05$ 。

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者在急性发作期过后,临床症状虽有所缓解,但其肺功能仍在继续恶化,并且由于自身防御和免疫功能的降低以及外界

肥胖对高血压左室肥厚及其中医辨证分型的影响

★ 王兰玉¹ 指导:程伟² (1. 湖北中医学院 2006 级硕士研究生 武汉 430061; 2. 湖北省中医院 武汉 430061)

摘要:目的:探讨肥胖对高血压左室肥厚(LVH)及高血压中医辨证分型的影响。方法:应用超声心动图检测46例高血压肥胖患者左室心肌重量(LVM)及左室心肌重量指数(LVMI),与62例高血压非肥胖患者比较,同时将两组患者辨证分型为肝火亢盛证、阴虚阳亢证、痰湿壅盛证和阴阳两虚证四型,进行比较,以探讨肥胖对高血压辨证分型的影响。结果:高血压肥胖组患者的IVSd、LVPWd、LVM、LVMI,明显高于非肥胖患者,且较非肥胖组有更高的LVH检出率;同时高血压肥胖组以痰湿壅盛证较多(58.7%),其次是肝火亢盛证、阴虚阳亢证和阴阳两虚证;而非肥胖组则以肝火亢盛证较多(51.6%),其次是痰湿壅盛证、阴虚阳亢证和阴阳两虚证,提示临床上治疗高血压左室肥厚肥胖患者时,要注意健脾利湿化痰。

关键词:肥胖;高血压;左室肥厚;辨证分型

中图分类号:R 241 **文献标识码:**A

本文观察了高血压肥胖与非肥胖患者左室肥厚(LVH)及其中医辨证分型情况,以了解肥胖对高血压LVH的影响,以及高血压肥胖与非肥胖患者中医辨证分型的特点。

1 对象与方法

1.1 对象 高血压患者共108例,根据体重指数(BMI)将其分为两组:高血压肥胖组(BMI ≥ 25),46例,其中男26例,女20例,年龄41~73(58.61 $\pm$ 8.45)岁;高血压非肥胖组(BMI < 25),62例,其中

男30例,女32例,年龄42~72(55.83 $\pm$ 12.26)岁。

1.2 高血压诊断标准 根据1999年我国卫生部和高血压联盟制定的《中国高血压防治指南》的规定:未服用抗高血压药物的情况下,至少有3次非同日的标准肱动脉血压测定收缩压 ≥ 140 mmHg和/或舒张压 ≥ 90 mmHg,并除外继发性高血压。

1.3 肥胖判定标准 测量患者身高(m)、体重(kg)并计算BMI(BMI=体重/身高²),根据2000年WHO西太平洋地区肥胖症特别工作组提出的亚

各种有害因素的影响,经常反复发作,而逐渐产生各种心肺并发症。因此COPD稳定期的康复治疗是非常重要的。2006年,慢性阻塞性肺疾病全球倡议(Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, GOLD)中特别强调了COPD稳定期进行肺康复治疗的地位,指出各阶段COPD患者均可从康复治疗中获益^[4]。

“平喘2方”由熟附子,补骨脂,仙灵脾,丹参,地龙,陈皮,茯苓,细辛,五味子,炙甘草组成,方中熟附子,补骨脂,仙灵脾补肾壮阳,补骨脂又有纳气平喘作用,细辛温肺化痰止咳,五味子敛肺滋肾,地龙有息风平喘作用,茯苓健脾补中,丹参活血化瘀,炙甘草调和诸药,诸药合用能起到补肾化痰平喘化痰作用。药理研究表明,本方中补肾中药具有解痉平喘作用,并且对免疫功能及肾上腺皮质功能有调节作用^[5],活血化瘀中药可扩张血管,改善微循环,增加肺组织血液灌注量,改善病理变化,从而改善气道阻力,提高肺功能^[6]。诸药合用,起到补肾化痰平喘,活血化瘀作用,本研究显示具有补肾化痰化痰作

用的中药“平喘2方”配合肺康复治疗可以预防急性发作,改善日常活动能力,尽可能恢复受损的心肺功能,防止或减缓心肺功能的继续减退,预防或减轻慢性缺氧和二氧化碳潴留所引起的各种并发症,临床操作性强,病人依从性好,可推广实行。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病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, 2002, 25(8): 453-460.
- [2] 于康. 临床营养师速查手册[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2001: 9.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 1-5.
- [4] Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2006). 2006 Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease.
- [5] 邵长荣, 陈凤鸣. 阻塞性肺气肿肺补肺肾后 $\alpha 1$ 抗胰蛋白酶及纤维结合蛋白的观察[J]. 中医杂志, 1990, 31(2): 39-40.
- [6] 陈孝伯. 以化痰扶正法治 COPD 37 例[J]. 中医杂志, 1983, 24(4): 74.

(收稿日期: 2009-01-12)