

热敏灸治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床研究[※]

● 吴艳松^{1*} 张元兵^{2▲} 刘良倚² 李映霞² 王丽华² 徐美娟²

摘要 目的:观察热敏灸对慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床效果,以期寻求防治的新措施。方法:将60例慢性阻塞性肺疾病急性加重期轻中度的患者随机分为治疗组和对照组,每组30例,对照组采用中医辨证论治,治疗组在辨证论治基础上加用热敏灸疗,观察两组的临床治疗效果,以及在症状、体征及肺功能等方面的变化。结果:治疗组临床显控率、总有效率分别为86.7%和96.7%,与对照组相比,在总有效率方面(93.3%)无显著性差异($P>0.05$),但在显控率方面(60%)即有显著性差异($P<0.05$)。治疗后主要症状(咳嗽、咳痰、喘息)治疗组与对照组相比有显著性差异($P<0.05$)。两组在改善肺功能方面无明显差异。结论:热敏灸能有效缓解慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的病情,且无明显不良反应,值得临床推广运用。

关键词 热敏灸 慢性阻塞性肺疾病急性加重期 疗效观察

慢性阻塞性肺疾病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)是一种具有气流受限为特征的肺部疾病,气道受限不完全可逆,呈进行性发展。COPD是呼吸科的常见病、多发病,在我国40岁以上人群患病率高达8.2%。由于COPD呈缓慢进行性进展,有较高的致残率及病死率,已成为全球第四位致死原因^[1]。有资料显示:目前的药物治疗均不能扭转COPD肺功能的长期下降趋势。本文主要观察热敏化腧穴灸疗(简称热敏穴灸)对COPD急性加重期轻中度患者临床症状、体征、肺功能的影响,现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本文所选60例病例来自2007年7月至2008年12月在江西中医学院附属医院呼吸内科门诊或住院患者,均符合有关诊断标准^[1]而诊断为

※基金项目 江西省卫生厅课题(No:2008L0098)

*作者简介 吴艳松,女,主任医师。研究方向:中医药治疗呼吸系统疾病。

▲通讯作者 张元兵,男,主任医师,江西省中西医结合学会呼吸专业委员会常务委员。Email:ybzhang68@sohu.com。

●作者单位 1.河北以岭医院重症监护室(050091);2.江西中医学院附属医院呼吸科(330006)

COPD急性加重期轻中度,其中男性48例,女性12例,年龄56~74岁,随机分为对照组和治疗组,每组30例。经统计学处理,两组病人在性别、年龄、病程、临床症状、病情程度等方面差异均无显著性。

1.2 治疗方法 对照组按下述证型进行辨证论治。

(1)外寒内饮证。主症:咳逆喘满不得卧,气短气急,咳痰质稀呈泡沫状,胸部膨满,口干不欲饮,周身酸楚,恶寒面色青黯,舌体胖大,舌质暗淡,舌苔白滑,脉浮紧。治法:温肺散寒、降逆涤痰。方药用小青龙汤加减。(2)痰热郁肺证。主症:咳逆喘息气粗,胸满烦躁,目睛胀突,痰黄或白,粘稠难咯或发热微恶寒,尿黄便干,口渴欲饮,舌质暗红,苔黄或黄腻脉滑数。治法:宣肺泄热、降逆平喘。方药用定喘汤加减。(3)痰瘀阻肺证。主症:咳喘痰多,色白呈泡沫状,喉间痰鸣,喘息不能平卧,胸部膨满,憋闷如塞,面色灰白而暗,唇甲紫绀或暗紫,舌下瘀筋增粗,苔腻脉弦滑。治法:涤痰祛瘀、泻肺平喘。方药用二陈汤合三子养亲汤、蠲哮汤(经验方)(葶苈子、青皮、陈皮、槟榔、卫茅、牡荆子、生姜、生大黄)加减。(4)肺脾气虚证。主症:呼吸浅短,胸满闷窒,稍动则喘促难止,咳嗽,痰白如沫,声低气怯,舌淡苔白,脉沉细或弦滑无力。治法:调补肺脾、涤痰散瘀平喘。方药用温肺汤(经验方)

(熟附片、生黄芪、白术、西党参、升麻、柴胡、当归、陈皮、炙甘草、地龙、葶苈子、青皮、大黄)加减。

治疗组则在对照组治疗基础上加用热敏灸。热敏灸具体操作方法:(1)热敏化腧穴的选定:用艾条在患者背部特定体表部位(风门、肺俞、至阳等区域)选用6~7个穴位,应用回旋法、雀啄法、温和灸法等手法进行探查,当患者出现透热、或扩热、或传热、或酸胀等灸感反应时,此特定体表部位即为热敏穴。可重复上述步骤,直至所有的热敏穴被探出。(2)艾灸治疗方法:选用I号艾条(本院制剂科提供),根据热敏化腧穴出现热敏化的不同,按下述步骤分别依序进行回旋、雀啄、往返、温和灸四步法施灸操作:先行回旋灸3分钟温热局部气血,继以雀啄法2分钟加强敏化,循经往返灸2分钟激发经气,再施以温和灸发动感传、开通经络。(3)每日1次,每次治疗约30分钟。

两组一般情况不使用西药。若感染明显,如血清白细胞计数(WBC)≥10.0×10⁹和(或)中性粒细胞(N)≥80%者,可选用第二代头孢菌素类抗生素静滴,如:头孢美唑、头孢替唑等。青霉素过敏者选用左

氧氟沙星静滴。治疗10天为1疗程,两组均观察1疗程。

1.3 疗效标准 参照2002卫生部主编《中药新药临床研究指导原则》制定。临床控制:如咳嗽、咳痰、气喘等症状基本消失,肺部哮鸣音轻度者。显效:上述症状明显好转(降低两个等级分),肺部哮鸣音明显减轻。好转:上述症状好转(降低一个等级分),肺部哮鸣音减轻。无效:上述症状及哮鸣音无改变或减轻不明显,以及症状及体征加重。

1.4 统计学方法 采用SPSS11.5统计软件进行统计处理。疗效评定采用Ridit分析,计数资料用 χ^2 检验,分组资料中计量资料及前后配对资料用 t 检验。统计结果以 $P<0.05$ 为有显著性差异, $P<0.01$ 为有非常显著性差异, $P>0.05$ 为无显著性差异。

2 结果

2.1 两组患者治疗前、后中医症状、体征病情积分比较 见表1。

表1 两组患者治疗前、后中医症状、体征病情积分比较($\bar{x} \pm s$)

症 状	治疗组		对照组	
	疗 前	疗 后	疗 前	疗 后
咳嗽	3.930±1.779	0.870±1.357	4.070±1.529	1.733±2.083
咳痰	9.600±2.372	1.733±1.799	9.470±2.403	3.070±3.393
喘息	3.467±1.167	0.800±1.126	3.730±1.257	1.400±1.303
哮鸣	3.133±1.548	0.267±0.868	3.467±1.383	0.333±0.922

注:两组症状、体征治疗前积分比较,经 t 检验,咳嗽、咳痰、喘息、哮鸣音等症状均无显著性差异, $P>0.05$;疗后治疗组对咳嗽、咳痰、喘息等症状改善优于对照组, $P<0.05$,但对哮鸣音的改善两组比较无显著性差异。

2.2 两组患者治疗前、后肺功能病情比较 见表2。

表2 两组患者治疗前、后肺功能病情比较($\bar{x} \pm s$)

肺功能	治疗组		对照组	
	疗 前	疗 后	疗 前	疗 后
FEV ₁ (%)	76.07±9.808	78.13±9.328	76.630±7.434	76.870±7.740
FEV ₁ /FVC(%)	63.53±3.550	65.60±3.1688	64.570±3.501	64.87±3.598

注:两组治疗前、后肺功能(FEV1或FEV1/FVC)比较均无显著性差异,经 t 检验, $P>0.05$ 。

2.3 两组患者治疗疗效的比较 见表3。

表3 两组患者治疗疗效的比较(例)

组 别	n	临控	显效	好转	无效	显控率(%)	总有效率(%)
治疗组	30	16	10	3	1	86.7	96.7
对照组	30	14	4	10	2	60.0	93.3

注:两组总疗效无显著性差异,经 χ^2 检验, $P>0.05$;但治疗组显控率明显高于对照组, $P<0.05$,有显著性差异。

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病以咳嗽、咯痰、气促等为主要临床表现特征,相当于中医学“肺胀”、“咳嗽”、“喘证”等范畴。一般认为:本虚标实、虚实夹杂是本病的基本病机特点^[2]。无论在急性加重期或症状稳定期,虚中夹实,或实中夹虚的证候表现在全程均可兼见,急性加重期虽以实证为主要矛盾但虚证又常左右实证的治疗效果。其本虚在于气阳虚弱,又以宗气不足为突出。卫阳的不足则易招致风寒之邪反复侵袭,引起疾病的反复发作、急性加重。其标实在于痰瘀伏肺,症如痰多稀白、泡沫痰、黄黏痰、痰黏稠不爽、痰多黏腻色白、痰稠厚成块、喉中痰鸣、舌苔厚腻、脉弦滑等均为痰浊壅盛之征象;瘀血征象则多见面色晦滞、唇舌暗或紫暗、舌下青筋显露、指甲暗红等。因此,我们认为本病可分以下四型来辨治:外寒内饮证、痰热郁肺证、痰瘀阻肺证、肺脾气虚证。依据《内经》“寒者热之”,“劳者温之”,“损者温之”等治则及《素问》“血气者,……,寒则涩不能流,温则消而去之”,《金匱要略》“病痰饮者,当以温药和之”等治则,我们认为本病的治疗往往可通过“温法”而取效。温宣、温散能除寒解表,祛除疾病急性加重的诱因;温补能补中益气、扶正固本,提高机体防病抗病能力;温化能涤痰饮,温通、温散能祛瘀,蠲除疾病的宿根,因而通过“温法”能使患者减轻症状、缓解病情、减少复发或疾病治愈。临证若见痰黄脓、口干渴、舌红苔黄、或大便干结等郁热征象时,可适当加用苦寒泄热之品或阶段性使用清热泻肺法,但应中病即止。

机体在疾病状态下,体表相关部位会出现病理反应,这种病理反应随疾病的发生而产生,随病情的改善而减轻或消失,这个相关部位在出现病理反应期间,就称为疾病反应点(腧穴)。陈日新、康明非的研究结果表明^[3]:人体在疾病状态下,相关腧穴对艾热异常敏感,产生一个非局部和/或非表面的热感,甚至非热感(其他非相关腧穴对艾热仅产生局部和表面的热感),这种现象称为腧穴热敏化现象,这些已热敏化的腧穴称为热敏化腧穴。腧穴热敏化通常会出现以下六种灸感反应:透热、扩热、传热、局部不(微)热远部热、表面不(微)热深部热、产生其他非热感觉。以上前6种灸疗现象的发生有一个共同的特征,就是相关腧穴对艾热异常敏感,产生“小刺激大反应”现象。上述灸感传导之处,病症随之而缓解:灸部位产生的

热、胀、痛等感觉发生深透远传,所传之处,病症随之缓解。有研究证实:热敏穴灸疗(简称热敏灸)对慢性支气管炎、支气管哮喘有明显治疗效果。

本研究所选病例均为COPD急性加重期轻度、中度患者,因病情较轻,单纯中医辨证论治即可取得较好疗效,因此两组病例总有效率均较高,达93.3%以上,无显著性临床意义。但治疗组在控显率方面有显著提高,有显著性临床意义($P < 0.05$),表明热敏灸与辨证论治对本病的治疗有叠加作用。其可能的机理有:(1)西医学认为:COPD包括慢性支气管炎、阻塞性肺气肿及部分哮喘。可以认为COPD实际上是慢性支气管炎、哮喘反复发作、逐渐加重的结果,故三者在发病机制、病理特征上有相似之处,“温法”及热敏灸均可应用于三者的治疗;(2)艾叶性味苦、辛、温,具有温经止血、散寒止痛、镇咳平喘等功效,而灸疗主要为一种温热性刺激,性温走窜的艾叶借助火力,能使局部表皮上温度及其真皮下温度升高,“灸必用艾”,因此我们认为灸疗实际上是“温法”之一,本院自制的I号艾条则有更好的“温经散寒”作用。正如《灵枢·刺节真邪篇》所说:“脉中之血,凝而留之,弗之火调,弗能取之。”(3)更为重要的是灸法还具有抗炎免疫作用,通过调节紊乱的免疫系统功能,进而抑制或减轻慢性气道炎症反应,减轻呼吸道痉挛,改善通气功能。(4)热敏化腧穴是灸疗的最佳选穴,最佳刺激为艾热刺激,艾热刺激下极易激发灸性感传,临床疗效优于常规静息态腧穴的针灸疗法;热敏灸极易激发灸性感传(出现率约为95%),乃至气至病所,临床疗效大幅度提高。两组在改善肺功能方面无明显差异,可能与治疗观察时间较短有关,因肺功能的改善往往慢于临床症状和体征的改善。

热敏灸能有效地缓解慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者的病情,且无明显不良反应,值得临床推广运用。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学学会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志 2007;30(1):8-16.
- [2] 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.
- [3] 陈日新, 康明非. 腧穴热敏化艾灸新疗法[M]. 北京: 人民卫生出版社. 2006: 10.