

引用:许长峰,周晓明,章常泽,陈剑,曾台福,林剑明.督脉灸治疗肺肾气虚型慢性阻塞性肺疾病急性加重期 100 例[J].湖南中医杂志,2023,39(9):77-79.

督脉灸治疗肺肾气虚型 慢性阻塞性肺疾病急性加重期 100 例

许长峰,周晓明,章常泽,陈 剑,曾台福,林剑明
(德化县中医院,福建 德化,362500)

[摘要] 目的:观察督脉灸治疗肺肾气虚型慢性阻塞性肺疾病急性加重期(AECOPD)的临床疗效。方法:收集 200 例肺肾气虚型 AECOPD 患者作为研究对象,将其随机分为治疗组和对照组,每组各 100 例。对照组采用西医常规治疗,治疗组在对照组治疗的基础上联合督脉灸治疗。比较 2 组治疗前后的中医证候积分、改良英国医学研究理事会呼吸困难指数(mMRC)分级、COPD 评估测试(CAT)评分、肺功能[用力肺活量(FVC)、FVC 占预计值百分比(FCV%)、第 1 秒用力呼吸容积(FEV1)、第 1 秒用力呼气容积占预计值百分比(FEV1%)、FEV1/FVC],并评定中医证候疗效。结果:中医证候疗效总有效率治疗组为 41.00%(41/100),对照组为 21.00%(21/100),组间比较,差异有统计学意义($P<0.01$)。治疗前后 2 组 mMRC 分级组间比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);2 组 mMRC 分级治疗前后组内比较,差异有统计学意义($P<0.01$);治疗后 2 组中医证候总积分、CAT 评分均较治疗前降低,且治疗组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$);治疗后 2 组 FVC%、FEV1、FEV1/FVC 均较治疗前提高($P<0.01$),但组间差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:督脉灸可改善肺肾气虚型 AECOPD 患者 CAT 评分及中医证候疗效,有效提高患者生活质量。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病;急性加重期;肺肾气虚证;督脉灸

[中图分类号] R259.63 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.09.020

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是全世界慢性致残和致死的主要原因之一,中医药疗法在改善本病临床症状、提高生活质量、减少急性加重等方面有一定优势^[1]。本研究观察督脉灸联合西医常规疗法治疗肺肾气虚型 COPD 急性加重期(acute exacerbation chronic obstructive pulmonary disease, AECOPD)的临床疗效,现总结报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入 200 例 AECOPD 患者,均为 2019 年 1 月至 2022 年 1 月德化县中医院的住院患者,按就诊先后顺序采用随机数字表法分为治疗组和对照组,每组各 100 例。治疗组中,男 67 例,女 33 例;年龄 53~79 岁,平均(66.40±8.15)岁;平均病程(7.92±2.89)年;肺功能 GOLD 分级:2 级 64 例,3 级 36 例。对照组中,男 71 例,女 29 例;年龄 54~79 岁,平均(65.92±7.84)岁;平均病程(7.80±

2.66)年;肺功能 GOLD 分级:2 级 66 例,3 级 34 例。2 组年龄、性别、病程、肺功能 GOLD 分级等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2021 年修订版)》^[2]中 COPD 的诊断标准,分期为急性加重期。

1.2.2 中医辨证标准 符合《慢性阻塞性肺疾病中医证候诊断标准(2011 版)》^[3]中肺肾气虚证的辨证标准。主症:咳嗽,喘息,气短,动则加重,乏力,自汗,盗汗,腰膝酸软,易感冒,舌质红,脉细、数。次症:干咳,痰少,咳痰不爽,口干,咽干,耳鸣,头昏或头晕,手足心热,舌质淡,舌苔少、花剥,脉弱、沉、缓、弦。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断及中医辨证标准;2)年龄<80 岁;3)入组前未接受本疾病的其

他治疗;4)患者签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)合并呼吸衰竭需机械通气、入住 ICU 者;2)合并糖尿病、严重心脑血管疾病、恶性肿瘤、肺结核、严重肝肾功能不全者;3)患有精神疾病不能配合治疗者;4)妊娠期及哺乳期妇女;5)过敏体质或对治疗药物过敏者;6)督脉所属范围内皮肤及皮下组织有病变不适合灸法治疗者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。包括常规氧疗、支气管舒张药、抗感染等治疗,疗程 7~10 d。

2.2 治疗组 在对照组基础上配合督脉灸治疗。在独立配备有排烟及空调系统的中医治疗室,做好施术前评估。患者取俯卧位,充分暴露脊柱。医师用纱布沿颈椎至尾椎擦拭消毒脊柱及两侧皮肤,同时铺巾保护非施灸部位皮肤。从大椎到腰俞之督脉处铺一层无菌湿纱布,在上面放宽 6 cm、厚 2 cm 搅碎的生姜泥,于生姜泥上铺宽 3 cm、厚 3 cm 的艾绒条施灸,每次艾绒条燃尽为 1 壮,每壮灸毕弃去艾灰,更换新艾绒,不间断灸完 3 壮后将姜泥取下,用清洁毛巾轻擦灸处以清洁背部,嘱患者注意保暖,共治疗 1 次。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)中医证候积分。参照《中医病证诊断疗效标准》^[4],对主症按正常、轻、中、重不同程度计 0、1、2、3 分。2)呼吸困难程度。采用改良英国医学研究理事会呼吸困难指数(mMRC)分级进行评价^[5]。3)生活质量。采用 COPD 评估测试(CAT)评分进行评价^[6]。4)肺功能指标。采用德国康讯肺功能测量仪(PowerCube-Body)检测用力肺活量(FVC),FVC 占预计值百分比(FCV%),第 1 秒用力呼吸容积(FEV1),第 1 秒用力呼气容积占预计值百分比(FEV1%),第 1 秒用力呼气容积/用力肺活量(FEV1/FVC)。

3.2 中医证候疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]制定。临床控制:中医证候总积分减少≥95%;显效:中医证候总积分减少≥70%,但<95%;有效:中医证候总积分减少≥30%,但<70%;无效:中医证候总积分减少<30%。

3.3 统计学方法 使用 SPSS 20.0 软件进行统计分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验,等级资料采用秩和检验,*P*<0.05 为差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组中医证候疗效比较 中医证候疗效总有效率治疗组为 41.00%,对照组为 21.00%,组间比较,差异有统计学意义(*P*<0.01)。(见表 1)

表 1 2 组中医证候疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效
治疗组	100	5(5.00)	11(11.00)	25(25.00)	59(59.00)	41(41.00)
对照组	100	0	4(4.00)	17(17.00)	79(79.00)	21(21.00)
<i>Z</i> 值						-3.292
<i>P</i> 值						0.001

3.4.2 2 组治疗前后 mMRC 分级比较 2 组治疗前后 mMRC 分级组间比较,差异均无统计学意义(*P*>0.05);2 组 mMRC 分级治疗前后组内比较,差异均具有统计学意义(治疗组:*Z* = -3.789, *P* < 0.001,对照组:*Z* = -3.009, *P* = 0.002)。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后 mMRC 分级比较(例)

组别	例数	治疗前					治疗后				
		0 级	1 级	2 级	3 级	4 级	0 级	1 级	2 级	3 级	4 级
治疗组	100	1	23	30	36	10	19	23	24	31	3
对照组	100	2	25	32	30	11	23	18	25	30	4

3.4.3 2 组治疗前后中医证候总积分、CAT 评分比较 组间比较:2 组治疗前中医证候总积分、CAT 评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);治疗后治疗组中医证候总积分、CAT 评分均较对照组降低,差异均具有统计学意义(*P*<0.05 或 *P*<0.01)。组内比较:2 组治疗后中医证候总积分、CAT 评分均较治疗前降低,差异有统计学意义(*P*<0.01)。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后中医证候总积分、CAT 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	中医证候总积分		CAT 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	100	9.98±3.38	7.06±3.27 ^a	23.64±9.02	12.05±3.70 ^{a1}
对照组	100	9.66±3.37	9.06±3.47 ^b	24.13±8.50	13.29±4.32 ^{b1}
<i>t</i> 值		-0.632	4.208	-0.395	2.090
<i>P</i> 值		0.529	<0.01	0.693	0.039

注:^a与同组治疗前比较,*t* = 12.333, *P* < 0.0001; ^{a1}与同组治疗前比较,*t* = 3.934, *P* < 0.00016; ^b与同组治疗前比较,*t* = 16.038, *P* < 0.0001; ^{b1}与同组治疗前比较,*t* = 17.567, *P* < 0.00001。

3.4.4 2 组治疗前后肺功能比较 2 组治疗后 FVC、FEV1、FEV1/FVC 较治疗前均有提高,差异具有统计学意义(*P*<0.01)。治疗后 2 组组间 FVC、FEV1、FEV1/FVC 比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05)。(见表 4)

表 4 2 组治疗前后肺功能比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FVC/%		FEV1/%		FEV1/FVC	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	100	73.15±7.43	77.23±7.92 ^a	56.28±13.88	60.64±14.70 ^{a1}	61.84±4.93	65.44±5.16 ^{a2}
对照组	100	72.80±7.92	77.74±8.89 ^b	57.57±13.55	61.88±13.94 ^{b1}	62.28±4.27	64.48±5.57 ^{b2}
<i>t</i> 值		0.322	-0.428	-0.665	-0.612	-0.675	1.265
<i>P</i> 值		0.748	0.669	0.507	0.541	0.501	0.208

注:^a与同组治疗前比较, $t=-4.22, P<0.0001$,^{a1}与同组治疗前比较, $t=-3.85, P=0.0002$,^{a2}与同组治疗前比较, $t=-6.99, P<0.0001$;^b与同组治疗前比较, $t=-5.01, P<0.0001$,^{b1}与同组治疗前比较, $t=-3.84, P=0.0002$,^{b2}与同组治疗前比较, $t=-4.34, P<0.0001$ 。

4 讨 论

COPD 归属于中医学“肺胀”“喘证”“咳嗽”等范畴^[8],既往研究表明,不论是 COPD 稳定期或是急性加重期的患者,肺肾气虚证都占有一定的比例^[9]。清·吴亦鼎在《神灸经纶》中指出:“夫灸取于火,以火性热而速至,体柔而用刚能消阴翳。走而不守,善入脏腑。取艾之辛香作炷,能通十二经,入三阴,理气血,以治百病,效如反掌。”督脉灸源于隔物灸,因在施灸时沿脊柱区铺敷药物、姜或蒜等,形如长蛇,故又名长蛇灸或铺灸^[10]。督脉灸施术部位覆盖督脉、足太阳膀胱经循行于脊柱两侧的第一侧线。在此施灸可使背俞穴各穴通达,经络腧穴内外沟通,达到温阳益气、宣肺平喘、补肺益肾的功效^[11-12]。有研究表明,督脉灸可以显著提升肺肾气虚型 COPD 稳定期患者的血清补体 C3、C4 及免疫球蛋白 A (IgA) 水平,起到调节患者机体免疫力的作用^[13]。本研究使用生姜、艾绒作为施灸药物,《本草备要》云:“生姜,辛、温。行阳分而祛寒发表,宣肺气而解郁调中,畅胃口而开痰下食。治伤寒头痛,伤风鼻塞,咳逆呕哕”“艾叶,苦辛,生温,熟热,纯阳之性,能回垂绝之元阳。通十二经,走三阴,理气血,逐寒湿”,结合这两味药物进行督脉灸,可以在灸的同时通过药物的性味、功效作用于督脉,更好地发挥温经散寒、补益肺肾之阳气的功效,从而达到治疗肺肾气虚型 AECOPD 的目的。

既往督脉灸治疗 COPD 的研究多局限于其稳定期^[14-15]。本研究运用督脉灸联合常规药物治疗肺肾气虚型 AECOPD 患者,结果显示,2 组治疗后均能明显改善患者的肺功能和 mMRC 评分,但治疗组在中医证候疗效及改善中医证候积分、CAT 评分方面更有优势,提示督脉灸结合常规疗法能有效改善肺肾气虚型 AECOPD 患者临床症状,从而提高生

活质量。

需要指出的是,AECOPD 患者不同于稳定期 COPD 者,其气道处于急性炎症反应状态,易受到空气质量影响,所以在督脉灸治疗 AECOPD 患者时,必须配备独立排烟及通风空调系统的治疗室,并做好应急预案,避免治疗过程中烟雾刺激造成患者症状加重。

参考文献

- [1] 《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组. 中成药治疗慢性阻塞性肺疾病临床应用指南(2021 年)[J]. 中国中西医结合杂志,2022,42(8):901-914.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组,中国医师协会呼吸医师分会慢性阻塞性肺疾病工作委员会. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2021 年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志,2021,44(3):170-205.
- [3] 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.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994.
- [5] JONES PW, HARDIN G, BERRY P, et al. Development and first validation of the COPD Assessment Test[J]. European Respiratory Journal, 2009, 34(3):648-654.
- [6] MARLEY DA, WELLS CK. Evaluation of clinical methods for rating dyspnea[J]. Chest, 1988, 93(3):580-586.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:58.
- [8] 陈志强,杨关林. 中西医结合内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:60.
- [9] 黄牧华,董竞成,魏颖,等. 慢性阻塞性肺疾病中医证候及证素分布规律与特征的文献分析研究[J]. 中国中医基础医学杂志,2019,25(10):1373-1376.
- [10] 蔡绍杰,胡丙成,徐莺莺,等. 督灸疗法浅析[J]. 黑龙江中医药,2018,47(6):209-212.
- [11] 苏悦,程喜荣. 督灸姜泥墩厚度与艾绒直径高度最佳组合研究[J]. 护理学杂志,2020,35(6):38-39.
- [12] 廖瑞月,杨艳,李丽,等. 督脉灸干预肺肾气虚型肺胀临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育,2021,19(14):156-158.
- [13] 李乔,卢家胜,苗同艳,等. 督灸疗法对肺肾气虚证肺胀患者中医证候积分、肺功能及血清补体 C3、C4 及 IgA 水平的影响[J]. 中华中医药杂志,2017,32(6):2673-2676.
- [14] 张俊红,钟亮环. 督灸治疗肺肾气虚型慢性阻塞性肺疾病缓解期临床观察[J]. 新中医,2012,44(8):117-118.
- [15] 翟春苗,李强,王国栋,等. 督灸配合药物治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2021,40(12):1406-1411.

(收稿日期:2023-04-22)

[编辑:徐琦]