

# 邹先智运用痰瘀共治法治疗慢性阻塞性疾病急性加重期经验

李彩红 陈培亮 周 武  
湖南省浏阳市中医医院 湖南长沙 430100

**[摘要]目的** 分析运用痰瘀共治法治疗慢性阻塞性疾病急性加重期治疗效果。**方法** 研究时间:2016 年 5 月—2018 年 2 月,研究对象:本院收治的慢性阻塞性疾病患者 84 例,按随机法将其分为实验组(n=42)、对照组(n=42),给予实验组患者痰瘀共治法治疗,给予对照组患者常规西药治疗,观察两组患者肺功能、血气分析、血流动力学。**结果** 实验组肺功能、血气分析、血流动力学优于对照组, $P<0.05$ 。**结论** 运用痰瘀共治法治疗慢性阻塞性疾病急性加重期治疗效果明显显著,患者肺功能恢复较好,值得临床推广和应用。

**[关键词]** 肺功能;痰瘀共治法;慢性阻塞性疾病;急性加重期

**[中图分类号]** R259

**[文献标识码]** A

**[文章编号]** 1674-9561(2018)07-131-02

慢性阻塞性肺疾病是一种具有气道受限特征的呼吸系统疾病,多发于中老年患者,其加重期治疗较困难,为改善患者临床症状,提高其生活质量。基于此,本次就运用痰瘀共治法治疗慢性阻塞性疾病急性加重期治疗效果进行研究,总结如下:

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

纳入 84 例慢性阻塞性疾病患者,将其分为 2 组。诊断参考 2004 年修订的《慢性阻塞性肺疾病诊治指南》中的相关标准<sup>[1]</sup>。纳入标准:符合诊断标准的患者,短期呃逆痰液增多患者,短期内气短或喘息加重患者。排斥标准:肺结核患者,肺部真菌感染患者,严重脏器损害患者,药物过敏患者。实验组:男 22 例,女 20 例,年龄 51~77 岁,平均年龄(63.5±12.5)岁。对照组:男 23 例,女 19 例,年龄 52~78 岁,平均年龄(64.5±12.5)岁。将两组慢性阻塞性疾病急性加重期患者基本资料进行精细对比分析,差异不明显( $P>0.05$ ),符合研究标准。

### 1.2 方法

两组患者入院确诊后对照组给予抗生素、化痰药、支气管扩张剂等常规治疗,茶碱缓释片(国药准字 H44023791,广州迈特兴华制药有限公司,规格:0.1g/片),口服,0.1~0.2g/次,2 次/d;氨溴索片(国药准字 H20074089,青岛圣邦药业有限公司,规格:30mg/片)口服,30mg/次,3 次/d;复方异丙托溴铵(国药准字 H11022421,北京海德润医药集团有限公司,规格:14g/片),吸入,40~80 μg/次,2~4 次/d,治疗 18 个疗程。实验组给予黄连温胆汤+半夏白术天麻汤加减治疗,黄连温胆汤方剂:黄连 10g、半夏 15g、陈皮 10g、茯苓 15g、枳实 10g、竹茹 15g、大枣 20g、炙甘草 10g 等。半夏白术天麻汤方剂:法半夏 9g,天麻 9g,白茯苓 10g,陈皮 10g,白术 10g,苍术 12g,生草 6g。温水煎服,取 500 毫升,分早晚 2 次服用,14 剂为一个疗程<sup>[2]</sup>。痰浊加菖蒲 10 克,远志 6g;头晕,目干、涩加杭白菊 10g,钩藤 10g;呃逆、胸满闷重加旋覆花 10g,生牡蛎 15g;肝阳上亢加石决明 30g,生

龙牡各 30g。

### 1.3 分析指标

分析两组患者的肺功能、血气分析、血流动力学。肺功能包括一秒用力呼气容积(FEV1)、最大呼气流量(PEF);血气分析包括二氧化碳分压和氧分压。

### 1.4 统计学方法

采用 SPSS19.0 软件进行分析,肺功能、血气分析、血流动力学计量资料用  $t$ 、( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, $P<0.05$ ,具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 肺功能对比

肺功能对比,实验组 FEV1 为  $2.82 \pm 0.71$ L、PEF 为  $6.55 \pm 0.14$ L/S 优于对照组, $P<0.05$ ,详见表 1。

表 1: 两组患者肺功能对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | FEV1(L)         | PEF(L/S)        |
|-----|----|-----------------|-----------------|
| 实验组 | 42 | $2.82 \pm 0.71$ | $6.55 \pm 0.14$ |
| 对照组 | 42 | $2.39 \pm 0.41$ | $6.45 \pm 0.22$ |
| t 值 | -- | 3.399           | 2.485           |
| P 值 | -- | 0.001           | 0.015           |

### 2.2 血气分析对比

血气分析对比,实验组 PaCO<sub>2</sub> 为  $45.82 \pm 4.26$ mmHg, PaO<sub>2</sub> 为  $82.52 \pm 5.73$ mmHg 优于对照组, $P<0.05$ ,详见表 2。

表 2: 两组患者血气分析对比 ( $\bar{x} \pm s$ , mmHg)

| 组别  | 例数 | PaCO <sub>2</sub> | PaO <sub>2</sub> |
|-----|----|-------------------|------------------|
| 实验组 | 42 | $45.82 \pm 4.26$  | $82.52 \pm 5.73$ |
| 对照组 | 42 | $42.93 \pm 3.72$  | $81.54 \pm 5.44$ |
| t 值 | -- | 3.312             | 3.264            |
| P 值 | -- | 0.001             | 0.002            |

### 2.3 血流动力学对比

血流动力学对比,实验组全血比黏度为  $3.21 \pm 0.52$ mpa/s、高切全血黏度为  $4.62 \pm 0.74$ mpa/s、切全血黏度为  $5.51 \pm 0.94$ mpa/s、低切全血黏度为  $8.34 \pm 1.36$ mpa/s、红细胞压积为  $42.13 \pm 4.36\%$  优于对照组, $P<0.05$ ,详见表 3。

表 3: 两组患者血流动力学对比 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 全血比黏度 (mpa/s)   | 高切全血黏度 (mpa/s)  | 中切全血黏度 (mpa/s)  | 低切全血黏度 (mpa/s)  | 红细胞压积 (%)        |
|-----|----|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 实验组 | 42 | $3.21 \pm 0.52$ | $4.62 \pm 0.74$ | $5.51 \pm 0.94$ | $8.34 \pm 1.36$ | $42.13 \pm 4.36$ |
| 对照组 | 42 | $3.72 \pm 0.94$ | $6.98 \pm 0.62$ | $5.95 \pm 0.76$ | $9.24 \pm 1.56$ | $45.36 \pm 4.63$ |
| t 值 | -- | 3.077           | 2.417           | 2.359           | 2.818           | 3.291            |
| P 值 | -- | 0.003           | 0.018           | 0.021           | 0.006           | 0.002            |

## 3 讨论

(下转第 133 页)

义 ( $P < 0.05$ )，详见表 3。

表 3: 两组患者治疗前后 Constant-Murley 肩关节功能评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | n  | 时间  | 疼痛 (15 分)                | 肩关节日常活动 (20 分)          | 肩关节活动度 (40 分)            | 肌力 (25 分)               |
|-----|----|-----|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 观察组 | 35 | 治疗前 | 4.04±3.21                | 8.42±2.03               | 23.18±4.46               | 21.33±3.25              |
|     |    | 治疗后 | 12.89±3.02 <sup>*△</sup> | 17.74±2.77 <sup>*</sup> | 33.86±6.12 <sup>*△</sup> | 24.43±2.76 <sup>*</sup> |
| 对照组 | 35 | 治疗前 | 4.11±3.34                | 8.12±1.98               | 22.93±5.76               | 22.45±3.01              |
|     |    | 治疗后 | 9.23±2.88 <sup>*</sup>   | 16.47±3.46 <sup>*</sup> | 27.37±6.72 <sup>*</sup>  | 22.67±2.88 <sup>*</sup> |

注: 与本组治疗前比较,  $*P < 0.05$ ; 与对照组治疗后比较,  $^{\Delta}P > 0.05$ 。

### 3 讨论

肩周炎是一种临床常见病, 祖国医学认为其发病多因人至五十, 气血衰微, 经脉空虚, 筋骨失其濡养, 再加过劳外感, 风寒湿邪侵袭肩部, 致经脉瘀阻, 不通而痛, 病程迁延日久, 肩关节周围软组织逐步粘连, 而出现肩关节功能活动障碍。肩痛穴是王文远教授治疗肩周炎的经验效穴, 选择刺激健侧穴位, 能够激发健侧经气, 同时调动患侧精气, 疏通患侧经络, 最终达到气血调和, 阴平阳秘的状态, 使疾病得愈。肩周炎患者往往局部有明显压痛点, 祖国医学认为“瘀则生痛, 痛则不通”, 治疗多采用“取血脉以散恶血”的治疗手段, 刺络拔罐法能够快速改善局部血液循环障碍, 且疗效显著。

从本研究情况来看, 肩周炎患者经平衡针配合刺络拔

罐疗法治疗后, 各项评分均较治疗前明显提高, 且疼痛评分与肩关节活动度评分改善程度大于传统针灸治疗方法 ( $P < 0.05$ ), 说明平衡针法能够更好地减轻患者的肩部疼痛感, 改善肩关节活动度, 且此法取穴方便, 操作简单, 不需医者明确辨证, 无中医辨证基础的医疗人员亦能操作起效, 适宜基层推广。

### 【参考文献】

- [1] 陈滢如, 杨莉, 王莹莹等. 针灸治疗肩周炎循证临床实践指南 [J]. 世界针灸杂志, 2017;27(3):1-8.
- [2] 王启才. 针灸治疗学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2009:212.
- [3] 王文远. 平衡针治疗颈肩腰腿痛 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2010:50-51.

(上接第 130 页)

能具有活血化瘀、通络镇静等作用, 同时经过现代药理也证明该药物有抗氧化的效果, 同时还能抑制血管平滑肌增生, 保护血管内皮细胞, 进而达到调节血脂代谢的作用, 并且药物中的丹参乙酸镁可以刺激钾通道的开放, 降低其炎症反应, 保护血管内皮功能<sup>[3]</sup>。

同时, 通过此次研究结果也不难看出, 观察组患者的治疗效果明显比对照组高, 在治疗前, 两组患者的血清炎症细胞因子差异极小, 但是治疗后, 观察组的相关数据明显优于对照组, 同时, 治疗后观察组患者的改善情况明显优于对照组,  $p < 0.05$ , 说明, 将丹参多酚酸盐应用在治疗糖尿病周围神经病变的临床中, 能有效改善患者的临床症状, 改善其血清炎

性细胞因子以及血管内皮功能, 保证患者的健康, 具有非常重要的意义。

### 【参考文献】

- [1] 李莉. 丹参多酚酸盐治疗糖尿病周围神经病变的临床疗效及对血清炎症细胞因子、血管内皮功能的影响 [J]. 安徽医药, 2017, 21(4):710-713.
- [2] 刘宏娟, 姜峰, 贺影. 丹参多酚酸盐联合甲钴胺治疗糖尿病周围神经病变的疗效及对相关血清指标的影响 [J]. 中国慢性病预防与控制, 2017, 25(5):364-366.
- [3] 韦凌云, 杨丕坚, 李舒敏, 等. 丹参多酚酸盐对糖尿病周围神经病变患者炎症细胞因子及血管内皮功能的影响 [J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2014, 28(3):303-305.

(上接第 131 页)

慢性阻塞性肺疾病同时存在“痰淤”、“体虚”两方面, 先秦时期的医籍《黄帝内经》中不仅有了痰病痰证的记载, 随着时间的不断推移, 学术界对痰病则有了更深刻广泛的认知, 中医认为痰病分为两种, 一种为狭义的痰, 指肺部渗出物和呼吸道的分泌物, 容易被人们察觉和理解, 称之为外痰; 一种为广义的痰, 津液不能正常地运化, 致使其蕴结, 治疗应遵循清热、化痰、降气、活血、化瘀以及宁心安神的治则<sup>[3]</sup>。

本次研究表明, 实验组肺功能中 FEV1 为  $2.82 \pm 0.71L$ 、PEF 为  $6.55 \pm 0.14L/S$  优于对照组, 全血比黏度为  $3.21 \pm 0.52mpa/s$ 、高切全血黏度为  $4.62 \pm 0.74mpa/s$ 、切全血黏度为  $5.51 \pm 0.94mpa/s$ 、低切全血黏度为  $8.34 \pm 1.36mpa/s$ 、红细胞压积为  $42.13 \pm 4.36\%$  优于对照组分析原因, 黄连温胆汤为泄痰和胃清胆之良方, 辅以枳实而泻之, 并助君药以清热化痰。联合使用共成共奏清热化痰, 宁心安神之功。半夏白术天麻汤有燥湿化痰, 平肝熄风的功效, 法半夏燥湿化痰, 降逆止呕; 以天麻化痰熄风而止头眩, 二药合用, 为

风痰眩晕头痛之要药, 两组联合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期效果显著<sup>[4]</sup>。

综合上述, 运用痰瘀共治法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期治疗效果明显显著, 患者肺功能恢复较好, 值得临床推广和应用。

### 【参考文献】

- [1] 黄青松, 罗明君, 杨洪静. 活血化瘀法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期痰瘀互结证 25 例临床观察 [J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(10):51-53.
- [2] 代国方, 王红玲. 补益肺肾、化痰祛瘀法治疗急性加重期慢性阻塞性肺疾病临床研究 [J]. 中医学报, 2017, 32(10):1875-1877.
- [3] 马嘉蓉, 刘永刚, 吕华. 吕华运用开泄法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期经验 [J]. 山东中医药大学学报, 2017, 41(3):238-241.
- [4] 吉乐富, 万兴富. 固本祛痰化痰汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床分析 [J]. 医学理论与实践, 2017, 30(22):3340-3342.