

针灸对慢性阻塞性肺疾病患者运动耐力和呼吸状态的改善效果

李孝明

(岷县中医院 中医内科,甘肃 定西 748400)

【摘要】目的 分析针灸对慢性阻塞性肺疾病患者肺康复治疗的运动耐力和呼吸状态的改善效果。**方法** 选取2020年1月至2022年7月岷县中医院中医内科收治的120例慢性阻塞性肺疾病患者为研究对象,根据入院顺序将其分为观察组和对照组,各60例,两组均给予常规西医对症治疗,观察组在此基础上实施针灸治疗。在整个治疗过程中,对所有患者进行相关康复锻炼,分析患者治疗后肺功能、生活质量、呼吸困难程度、6分钟步行距离、不良反应、住院时间、症状改善时间、治疗前后实验室指标。**结果** 在干预前,两组肺功能指标比较差异无统计学意义($P>0.05$),干预后,观察组的肺功能相关指标优于对照组($P<0.05$);在生活质量方面,干预后观察组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);干预后观察组呼吸困难程度评分较低,6 min步行距离较高,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$);两组不良反应发生率比较,观察组较低($P<0.05$);观察组的住院时间、症状改善时间短于对照组($P<0.05$);干预前两组血常规、血小板计数(PLT)、C反应蛋白(CRP)比较差异无统计学意义($P>0.05$),干预后,观察组优于对照组($P<0.05$)。**结论** 针灸对慢性阻塞性肺疾病患者肺康复治疗后运动耐力和呼吸状态的改善效果较为理想,可有效改善患者各临床症状,减轻炎症反应,提升其生活质量。

【关键词】 针灸;慢性阻塞性肺疾病;肺康复治疗;运动耐力;呼吸状态

中图分类号:R256.1

文献标识码:B

文章编号:1673-9388(2023)04-0296-04

DOI:10.19891/j.issn1673-9388.(2023)04-0296-04

慢性阻塞性肺疾病也称为“慢阻肺”,属于气流受限特征疾病,其气流受限情况不完全可逆、呈进行性发展,与香烟、有害气体等因素有一定关联。患病后以慢性、反复性咳嗽为主,出现不同程度呼吸困难、喘息、胸闷等症状。根据临床症状和发病期长短,可以分为急性、慢性两种^[1]。随着工业现代化不断发展,该疾病也逐渐成为社会高发疾病。据临床不完全统计^[2],该疾病在不同地区的发病率也有一定差异,发达国家发病率较高,同时城市发生率高于农村,严重影响人们身体健康。

现代医学认为,对于慢性阻塞性肺疾病的临床治疗主要采用支气管扩张剂、糖皮质激素等药物手段,虽然这些药物能缓解患者一系列症状,但不能有效改善患者肺功能,另外长期使用西药还会导致患者出现严重心脏不良反应^[3],间接增加了肺心病发生以及医源性肾上腺皮质功能亢进的概率。中医对于该疾病有独特见解,以“急则治其表、缓则治其本”为治疗原则^[4],将慢性阻塞性肺疾病归为“肺不张”范畴,认为该疾病既属于临床症状,也属于独立性疾病,因此多以宣肺止咳、理气、润肺化痰为治

疗原则,进行辨证治疗^[5]。基于此,本研究分析针灸对慢性阻塞性肺疾病患者肺康复治疗的运动耐力和呼吸状态的改善效果,现报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2020年1月至2022年7月岷县中医院中医内科收治的120例慢性阻塞性肺疾病患者为研究对象,根据入院顺序将其分为观察组和对照组,各60例。观察组男性35例,女性25例;年龄44~89岁,平均年龄(70.18 ± 3.38)岁;病程1~6年,平均病程(3.28 ± 0.25)年。对照组男性34例,女性26例;年龄45~89岁,平均年龄(70.24 ± 3.27)岁;病程1~7年,平均病程(3.31 ± 0.44)年。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

纳入标准:(1)所有患者均符合慢性阻塞性肺疾病的临床诊断标准^[6];(2)经过影像学检查以及肺功能检查确诊;(3)意识清楚,无肢体活动障碍;(4)患者和家属均自愿参加此次研究,签订知情同意书。

收稿日期:2023-05-15;修回日期:2023-06-09

作者简介:李孝明(1978—),男,本科,主治医师。研究方向:中医内科。E-mail:niwaiq@163.com

排除标准:(1)存在严重器官功能障碍;(2)存在内分泌疾病;(3)凝血功能障碍;(4)中途退出。

1.2 方法

两组均给予常规西医对症治疗,包括持续低流量吸氧缓解患者缺氧状态、抗炎控制感染、支气管扩张剂缓解支气管痉挛,增加患者通气量等。针对存在二氧化碳潴留及缺氧导致心力衰竭的患者,需要予以强心、利尿、血管扩张剂等药物。治疗方法如下:(1)阿莫西林克拉维酸钾注射剂(石药集团中诺药业,国药准字H20056398,规格0.3 g),每次取1.8 g与0.9%氯化钠注射液100 mL混合,静脉滴注,2次/d,随后实施痰培养,分析结果,根据实际情况及时更换抗生素药物品类、剂量;(2)氨茶碱注射液(石药集团,国药准字H14022613,规格0.25 g/支),剂量0.25 g与5%葡萄糖注射液进行混合,静脉滴注,1次/d;(3)口服盐酸氨溴索口服液(国药集团致君坪山制药有限公司,国药准字H20073744,规格100 mL:0.3 g)100 mL;(4)氧气雾化吸入治疗,选择药物为布地奈德混悬液(四川普锐特药业,国药准字H20213286,规格2 mL:1 mg)剂量为1 mg、沙丁胺醇雾化吸入溶液(山东京卫制药,国药准字H20113348,规格2 mL:10 mg)0.5 mL、异丙托溴铵溶液(山东京卫制药,国药准字H20184025,规格250 μg:2 mL)2 mL,混合后,2次/d雾化吸入治疗。针对存在重症呼吸困难患者,需要利用甲泼尼龙琥珀酸钠(国药集团容生制药,国药准字H20030727,规格40 mg)进行治疗,剂量40 mg,与100 mL5%葡萄糖注射液混合,静脉滴注,2次/d。

观察组在上述治疗的同时采用针灸治疗。首先艾灸,利用6孔针灸盒在患者腰背部、督脉、两侧膀胱经进行艾灸,对准患者督脉,将艾灸盒放置在腰部,并以大椎穴、腰俞穴为主进行艾灸,20 min/次,每周进行5次,穴位为中脘穴、下脘穴、气海穴、关元

穴、滑肉门穴、外陵穴、天突穴、太溪穴;针刺选择尺泽穴、列缺穴、丰隆穴、足三里穴、孔最穴,平补平泻,留针30 min,1次/d,7 d为一个疗程;同时予以穴位经皮神经电刺激治疗,利用低中频电子脉冲治疗仪,对肺俞穴进行电刺激治疗。

在整个治疗过程中,对所有患者均进行相关康复锻炼,呼吸训练方法如下:让患者选择舒适体位,每天进行3~4次放松呼吸锻炼,随后利用呼吸训练器对其进行呼吸训练^[7]。两组均治疗1个月。

1.3 观察指标

(1)分析患者治疗后肺功能情况,包括第一秒用力呼气量(FEV1)、最大呼气中段平均流速(MMEF)以及用力肺活量(FVC)。(2)观察两组生活质量,采用GQOL-74量表进行分析,包括躯体功能、心理功能、社会功能、物质生活四个维度,每个维度转换为100分,分数越高,生活质量越高^[8]。(3)分析两组呼吸困难程度以及6分钟步行距离。(4)分析两组不良反应。(5)分析两组住院时间、症状改善时间。(6)分析两组治疗前后实验室指标,包括血常规、血小板计数(PLT)、C反应蛋白(CRP)。

1.4 统计学方法

选择SPSS 20.0统计学软件进行统计分析,计数资料用 $[n(\%)]$ 表示,采用 χ^2 检验;计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组干预前后肺功能情况比较

干预前,两组肺功能指标FEV1、MMEF、FVC差异无统计学意义($P > 0.05$),干预后,观察组肺功能相关指标明显优于对照组($P < 0.05$)(见表1)。

表1 两组干预前后肺功能情况比较 ($n=60$)($\bar{x} \pm s$)

组别	FEV1/L		MMEF/L·s ⁻¹		FVC/L	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	0.82 ± 0.37	1.83 ± 0.41	0.91 ± 0.29	1.94 ± 0.39	1.38 ± 0.52	2.97 ± 0.36
对照组	0.83 ± 0.35	1.24 ± 0.36	0.92 ± 0.18	1.27 ± 0.33	1.39 ± 0.51	2.11 ± 0.29
<i>t</i>	0.152	8.376	0.227	10.159	0.106	14.41
<i>P</i>	0.879	< 0.001	0.821	< 0.001	0.916	< 0.001

2.2 两组干预后生活质量比较

在生活质量方面,观察组数据要明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)(见表2)。

2.3 两组呼吸困难程度以及6分钟步行距离分析

观察组干预后呼吸困难程度评分比对照组低,6分钟步行距离比对照组远,差异有统计学意义($P < 0.05$)(见表3)。

表2 患者干预后生活质量情况 ($n=60, \bar{x} \pm s$)分

组别	物质生活	社会功能	躯体功能	心理功能
观察组	93.44 ± 5.27	92.29 ± 5.14	91.72 ± 6.03	92.43 ± 5.04
对照组	81.18 ± 4.42	85.88 ± 4.03	85.26 ± 5.24	83.11 ± 6.97
<i>t</i>	13.807	7.602	6.264	8.393
<i>P</i>	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

表3 呼吸困难程度以及6 min步行距离分析 ($n=60$)($\bar{x} \pm s$)

组别	呼吸困难程度/分		6 min步行距离/m	
	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	1.82 ± 0.77	0.73 ± 0.11	258.71 ± 35.29	308.04 ± 42.39
对照组	1.89 ± 0.87	1.34 ± 0.16	258.86 ± 33.18	286.27 ± 38.73
<i>t</i>	0.467	24.335	0.024	2.937
<i>P</i>	0.641	<0.001	0.981	0.004

2.4 两组不良反应情况比较

观察组的不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)(见表4)。

2.5 两组恢复情况比较

观察组患者的住院时间、症状改善时间短于对

照组,差异有统计学意义($P<0.05$)(见表5)。

表4 两组不良反应情况比较 ($n=60$)[$n(\%)$]

组别	呕吐	口干	心悸	恶心	发生率
观察组	1(1.67)	0(0.00)	1(1.67)	0(0.00)	2(3.33)
对照组	3(5.00)	2(3.33)	3(5.00)	4(6.67)	12(20.00)
χ^2					8.086
<i>P</i>					0.004

表5 两组恢复情况比较 ($n=60$)($\bar{x} \pm s, d$)

组别	住院时间	症状改善时间
观察组	8.33 ± 1.28	3.41 ± 0.66
对照组	11.25 ± 1.44	5.92 ± 0.71
<i>t</i>	11.740	20.056
<i>P</i>	<0.001	<0.001

2.6 两组临床实验室指标比较

治疗前两组血常规(WBC)、血小板计数(PLT)、C反应蛋白(CRP)比较差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后观察组优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)(见表6)。

表6 两组临床实验室指标比较 ($n=60$)($\bar{x} \pm s$)

组别	PLT($\times 10^9/L$)		WBC($\times 10^9/L$)		CRP/mg·L ⁻¹	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	159.74 ± 18.15	199.82 ± 15.28	10.41 ± 2.16	6.87 ± 1.07	54.63 ± 4.56	11.72 ± 1.21
对照组	158.73 ± 18.27	186.34 ± 14.19	10.38 ± 2.19	8.71 ± 1.15	54.77 ± 3.89	14.66 ± 1.63
<i>t</i>	0.304	5.007	0.076	9.073	0.181	11.218
<i>P</i>	0.762	<0.001	0.940	<0.001	0.857	<0.001

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病最主要特点是持续性气流受限,与肺脏、气道对毒气、颗粒的慢性炎症反应有一定关联^[9],并发症以及急性期可直接影响患者的恢复效果。使用广谱抗生素以及糖皮质激素类药物,可以改善临床症状,但易降低患者免疫能力,不利于疾病预后^[10,11]。中医将该疾病归为“肺不张”范畴,认为患者长期肺虚,痰液潴留、外邪入侵导致疾病反复发作^[12],病情逐渐加重,病位在肺,日久累及脾、肾、心,本病属本虚标实,且从气虚、阴虚逐渐转变为阳虚,久病可致痰迷心窍等危险象^[13,14]。

在实际临床治疗过程中,针灸治疗方法较多,例如电针、温针灸、艾灸、穴位敷贴等^[15,16],同时有相关临床经验证实,针灸可以起到较好治疗效果,通过针刺穴位,使经络沟通内外,达到协调阴阳、抵抗病邪的目的,同时还能调整患者虚实之症,辅助正气^[17],因此对慢性阻塞性肺疾病的治疗效果较为理想。但是有些临床研究过程中发现,单一针刺疗法治疗效果不佳,

因此可采用两种或两种以上复合针灸方案^[18]。

慢性阻塞性肺疾病的针灸治疗,应遵循中医辨证论治原则,根据症状合理选择穴位,中医认为肺主呼吸,通调水道,患者长期肺气虚弱,呼吸功能逐渐受损,进而全身气机不畅^[19],所以肺气虚则导致津液无以输布,五脏六腑得不到滋养,进而出现慢性阻塞性肺疾病,所以在针灸穴位选择上以肺俞穴为主,可有效促进局部血液循环,减轻炎症反应,改善临床症状^[20]。

在本次研究结果中不难看出,实施针灸治疗后,患者的各临床症状改善时间、住院时间均较短,肺功能指标恢复较为理想,呼吸困难程度降低,6分钟步行距离提高,说明针灸对慢性阻塞性肺疾病患者肺康复治疗运动耐力和呼吸状态的改善效果较为理想,可有效改善临床症状,减轻炎症反应,提升患者生活质量。但是本次研究也存在不足之处,如研究时间较短,患者选择例数较少,同时由于时间原因,并未对患者进行长期随访,因此还需进一步研究。

(下转第302页)

- volume and plateletcrit as predictors of short-term outcome of acute ischemic stroke[J]. Springer Open Choice, 2019, 55(1):4
- [4]中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9):666-682
- [5]赵勇, 汤其强, 许啟伍, 等. NIHSS评分联合DSA检查对急性缺血性卒中患者侧支循环及静脉溶栓治疗预后的评估价值[J]. 临床神经病学杂志, 2018, 31(5):332-336
- [6]任娜, 邱昌凤. mRS评分、常规凝血试验联合高b值对急性脑梗死患者溶栓治疗预后的临床价值[J]. 血栓与止血学, 2022, 28(2):184-186
- [7]丁笑笑, 朱瑞, 随旭. 血小板参数联合凝血指标对急性脑梗死早期病情进展的预测价值[J]. 心血管康复医学杂志, 2022, 31(2):147-154
- [8]王香云, 卢凯. 血小板参数与脑梗死伴颅内动脉粥样硬化性狭窄的相关性分析[J]. 浙江临床医学, 2022, 24(1):30-31+39
- [9]陈哲, 莫莉. 以脑梗死为首表现的中年原发性血小板增多症一例[J]. 临床内科杂志, 2019, 36(10):711-712
- [10]王赛, 刘峻峰, 张屏, 等. 红细胞分布宽度和血小板相关参数与脑梗死关系的临床研究[J]. 临床内科杂志, 2023, 40(2):127-128
- [11]苏微微, 易兴阳, 池丽芬, 等. 复发性脑梗死患者血小板聚集和阿司匹林抵抗的研究[J]. 实用医学杂志, 2010, 26(18):3339-3341
- [12]佟家旭, 姜学明, 刘莹莹. 颈动脉狭窄与急性脑梗死患者同型半胱氨酸、血小板参数及预后的相关性分析[J]. 实用医院临床杂志, 2020, 17(2):119-122
- [13]周银芳, 郭金霞, 祁晓倩. 平均血小板体积/血小板比值对冠心病患者并发脑卒中的预测价值分析[J]. 血栓与止血学, 2021, 27(6):954-955
- [14]李杰, 周芳名, 刘世平. 血常规相关指标与急性脑梗死相关性的研究进展[J]. 华西医学, 2022, 37(11):1715-1719
- [15]左晨羲, 王孟坤. 平均血小板体积/血小板比值对急性脑梗死严重程度及预后的评估价值[J]. 中风与神经疾病杂志, 2022, 39(4):324-327
- [16]李雨弥, 唐勇. 急性脑梗死病人血清miR-23b、miR-34a水平与颈总动脉内膜中层厚度相关性研究[J]. 内蒙古医科大学学报, 2021, 43(1):23-26+51

(上接第298页)

参考文献

- [1]高笑宇, 刘柯含, 云春梅. 血小板活化因子在慢阻肺合并肺动脉高压中的诊断价值[J]. 内蒙古医科大学学报, 2022, 44(1):15-19
- [2]张强. 针灸结合三子养亲汤加味辅治慢性阻塞性肺疾病急性加重期临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(8):1392-1394
- [3]陈新勇, 唐春雷. 切脉针灸结合中药在慢性阻塞性肺疾病康复治疗中的效果观察[J]. 基层医学论坛, 2022, 26(19):89-92
- [4]郑伟, 徐涛, 俞万钧, 等. 激光针灸对老年慢性阻塞性肺疾病患者肺功能的影响及其戒烟效果[J]. 中国现代医生, 2022, 60(18):16-19
- [5]王银菊, 李文生, 李琳琳. 逐瘀定喘汤联合针灸治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期临床研究[J]. 新中医, 2022, 54(11):96-101
- [6]刘桂香. 中医辨证护理联合温针灸对慢性阻塞性肺疾病患者的影响[J]. 中国中医药现代远程教育, 2022, 20(10):145-147
- [7]罗明, 王丽. 中医肺康复治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病研究概况[J]. 中国民族民间医药, 2021, 30(22):65-69
- [8]吉紫乐, 谢洋, 王艳, 等. 针刺治疗慢性阻塞性肺疾病作用机制的文献分析[J]. 中医杂志, 2021, 62(22):2003-2010
- [9]史萌萌, 陈晓静, 母蕾, 等. 外周血CD64表达与老年慢阻肺急性加重期患者预后的相关性[J]. 内蒙古医科大学学报, 2020, 42(4):416-419+435
- [10]史兆雯, 倪婷婷, 王雄彪. 温针灸联合沙美特罗替卡松粉吸入剂治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期临床研究[J]. 新中医, 2021, 53(14):150-153
- [11]栾哲宇, 李小娟, 李杨, 等. 基于“伏邪”理论探讨慢阻肺稳定期的病机与治疗[J]. 中医药学报, 2022, 55(5):55-58
- [12]胡睿. 活血祛痰方联合针灸治疗痰阻肺型慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床效果[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(10):84-86
- [13]王鑫, 王环. 培土生金针灸疗法治疗慢性阻塞性肺疾病对患者肺功能和血氧饱和度的影响[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(3):27-31
- [14]林以诺, 赵泽娜. 薯蓣金膏联合三九温针灸对慢性阻塞性肺疾病稳定期脾肺两虚型患者生活质量的影响[J]. 黑龙江医药, 2021, 34(1):88-90
- [15]巩丽, 陈周兰, 刘冬雷, 等. 中药针灸综合方案治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期技术临床验证[J]. 四川中医, 2019, 37(10):76-79
- [16]武铁力. 联合训练方法对慢阻肺患者肺功能的影响[J]. 吉林医药学院学报, 2022, 43(6):430-432
- [17]肖鹏云, 辛大永, 秦鸿. 针灸联合四君子汤治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期无创通气并发腹胀的疗效观察[J]. 世界中医药, 2020, 15(13):1993-1997
- [18]王彧, 陈枫, 洪敏申. 中医外治法治疗慢性阻塞性肺疾病的研究进展[J]. 中国当代医药, 2020, 27(13):22-24+29
- [19]王益德, 李风森, 李争, 等. 针灸疗法对稳定期慢性阻塞性肺病患者肺康复疗效的系统评价[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2020, 22(1):196-204
- [20]袁思成, 芮庆林. 针灸疗法辅助治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期研究进展[J]. 中国中医急症, 2020, 29(1):165-167+181