

西医治疗联合穴位贴敷治疗慢性阻塞性肺疾病急性发作期患者的临床效果

黄双武¹ 殷黎丽² (通讯作者)

1.宜昌市远安县旧县镇卫生院 湖北 宜昌 444205

2.远安县人民医院精神科 湖北 宜昌 444205

【摘要】：目的：观察常规西医基础治疗、多索茶碱强化西医治疗单一及联合穴位贴敷干预对慢性阻塞性肺疾病急性发作期患者的临床应用价值，分析不同治疗方案对患者症状、睡眠及生活质量的改善效果，为慢阻肺急性发作期中西医结合辅助治疗提供循证依据。方法：选择120例慢性阻塞性肺病（COPD）急性发作期病人120例，按随机数表分为A组30例，B组30例，C组30例，D组30例。A组采用传统基础西医治疗和护理方法，B组在基础西医治疗基础上加用多索茶碱静脉滴注强化解痉平喘治疗，C组采用基础西医治疗联合穴位贴敷干预，D组采用多索茶碱强化西医治疗联合穴位贴敷干预。连续干预观察14天后，对比4组病人的睡眠质量、中医证候积分和生存质量的变化。结果：干预前四组各项指标差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。干预后，四组PSQI评分、中医证候积分、CAT生活质量评分均较干预前下降；B、C组各项指标改善效果优于A组，D组改善效果显著优于B、C、A组，差异均具有统计学意义（ $P<0.05$ ）。结论：多索茶碱强化西医解痉平喘治疗与穴位贴敷均能明显改善COPD急性发作期病人的症状和睡眠状况，提高他们的生存质量，西医强化药物联合穴位贴敷的结合具有明显的协同效应，临床安全性良好，可以在COPD急性发作期推广使用。

【关键词】：多索茶碱；穴位贴敷；慢性阻塞性肺疾病；急性发作；睡眠质量

DOI:10.12417/2811-051X.26.12.027

引言

慢阻肺（COPD）是一类以持续、不可逆气流受限为核心病理特征，伴随气道慢性非特异性炎症的呼吸系统常见病。该病病程迁延、反复发作，急性发作期患者气道痉挛、咳嗽、喘息、胸闷等症状急剧加重，易诱发呼吸衰竭、酸碱失衡、肺源性心脏病等严重并发症，是中老年呼吸疾病患者致残、死亡的主要诱因。常规西医对症治疗可有效控制感染、改善通气、缓解急性期症状，但对患者伴随的夜间气道痉挛、睡眠障碍、周身疲劳、情绪紊乱等不适改善效果有限，难以实现标本兼顾的治疗目的。

COPD在中医范畴归属于“肺胀”“喘证”，核心病机为肺气虚损、痰瘀互结、气机郁闭、脏腑失调。中医外治凭借安全无创、适用性广、可长期干预的优势，广泛用于呼吸疾病辅助治疗。穴位贴敷依托经络脏腑理论，通过体表穴位给药刺激，疏通经络、调和气血、调理脏腑机能。目前临床多单一使用西医解痉药物或穴位贴敷干预，缺乏多组对照的联合量化研究。基于此，本研究设置四组对照试验，探究基础西医、多索茶碱强化西医、穴位贴敷及二者联合方案对COPD急性发作期患者的干预效果，为慢阻肺中西医结合辅助治疗提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究选取本院120例COPD急性发作期患者为研究对象，随机分为A、B、C、D四组，每组30例。A组男16例，

女14例，平均年龄（ 62.35 ± 7.12 ）岁；B组男15例，女15例，平均年龄（ 63.12 ± 6.89 ）岁；C组男17例，女13例，平均年龄（ 61.89 ± 7.36 ）岁；D组男14例，女16例，平均年龄（ 62.78 ± 7.05 ）岁。四组患者性别、年龄等基线资料对比无统计学差异（ $P>0.05$ ），组间具有可比性。本研究经医院伦理委员会批准，所有患者均知情同意。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准：所有病例均达到《慢性阻塞性肺疾病诊治指南（2021版）》规定的COPD急性发作期的诊断；45-80岁，有不同程度的咳嗽，咳痰，喘息，胸闷等症状，伴有睡眠障碍。神志清楚，能配合针灸治疗和量表评定；临床数据完备，14天的治疗周期可全部完成。

排除标准：合并严重心、肝、肾功能衰竭、恶性肿瘤、重度神经系统疾病；耳廓、胸背部皮肤存在破损、溃疡、瘢痕、严重过敏体质，无法耐受中医外治干预；近1个月内接受过穴位贴敷等同类中医治疗；合并重症肺炎、气胸、胸腔积液等其他肺部疾病；治疗期间病情急剧恶化、转重症监护或中途退出研究者。

1.3 干预方法

所有患者入院后均接受COPD急性发作期规范化基础西医治疗，包括低流量持续氧疗、抗感染、解痉平喘、止咳祛痰、纠正水电解质紊乱、营养支持等对症治疗；同时开展常规护理，涵盖生命体征监测、呼吸道护理、体位护理、饮食干预、健康

宣教、呼吸功能训练等，统一干预 14d。

A 组（基础西医对照组）：仅实施标准化西医基础治疗与全套基础护理，不增加多索茶碱强化药物，不开展任何中医穴位贴敷外治干预。

B 组（多索茶碱强化西医组）：在 A 组常规干预基础上，加用多索茶碱注射液治疗。取 0.3g 多索茶碱加入 100ml 5%葡萄糖注射液静脉滴注，每日 1 次，输注时长 $\geq 30\text{min}$ ，连续干预 14d。用药期间密切监测患者心率、血压，观察是否出现心慌、失眠等不良反应，及时对症处理。

C 组（基础西医联合穴位贴敷组）：常规干预方案同 A 组，叠加穴位贴敷治疗。采用院内自制膏剂，由白芥子、细辛、甘遂、延胡索研磨后加生姜汁调和制成。选取天突、膻中、肺俞、定喘穴位，消毒后敷贴药膏，无菌胶布固定，单次贴敷 4h，每日 1 次，持续 14d。贴敷期间指导患者避免剧烈活动、大量出汗，出现灼热、刺痛等不适立即取下药膏并做好皮肤护理。

D 组（多索茶碱联合穴位贴敷组）：同步实施 B 组多索茶碱治疗与 C 组穴位贴敷干预，用药、贴敷的操作标准、频次、疗程及不良反应处理均与两组一致，两类治疗错峰开展，避免刺激叠加，持续干预 14d。

1.4 观察指标

睡眠质量：采用匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）作为量化评价工具，从睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、日间功能五个维度综合评估，总分区间 0~21 分，评分越高代表睡眠障碍程度越严重。

中西医证候积分：参照《中医病证诊断疗效标准》，选取咳嗽、咳痰、喘息、胸闷、气短 5 项核心慢阻肺症状，单项按 0、2、4、6 分四级计分，证候总积分区间 0~30 分，得分越高代表咳嗽胸闷等临床症状越严重。

生活质量：采用国际通用慢阻肺生活质量评价量表（CAT）进行评定，量表共 8 个评估条目，总分 0~40 分，分值越高代表患者疾病负担越重、日常活动与身心健康生活质量越差。

2 结果

本研究 120 例患者均顺利完成 14d 全程干预及量表评估，无病例脱落、失访或中途退出。采用 SPSS26.0 统计学软件分析数据，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组内对比采用配对 t 检验，多组间对比采用单因素方差分析， $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2.1 4 组睡眠质量比较

干预前，四组 PSQI 评分无显著差异（ $P > 0.05$ ），基线均衡可比。干预 14d 后，四组 PSQI 评分均较干预前下降；A 组评分最高，B、C 组评分相近且低于 A 组，D 组评分最低，组间差异均有统计学意义（ $P < 0.05$ ），详见表 1。

表 1 4 组睡眠质量比较 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	例数	干预前 PSQI 评分	干预后 PSQI 评分
A 组	30	14.64 $\pm$ 2.13	11.42 $\pm$ 1.93
B 组	30	14.59 $\pm$ 2.20	8.68 $\pm$ 1.70
C 组	30	14.70 $\pm$ 2.11	8.71 $\pm$ 1.69
D 组	30	14.66 $\pm$ 2.16	5.31 $\pm$ 1.43

2.2 4 组中西医证候积分比较

干预前，四组中西医证候积分无显著差异（ $P > 0.05$ ）。干预后，四组证候积分均明显下降，症状显著改善；A 组改善幅度最小，B、C 组改善效果优于 A 组，D 组下降幅度最为显著，组间差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），详见表 2。

表 2 4 组中医证候积分比较 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	例数	干预前证候积分	干预后证候积分
A 组	30	22.38 $\pm$ 3.10	16.55 $\pm$ 2.85
B 组	30	22.40 $\pm$ 3.09	12.18 $\pm$ 2.34
C 组	30	22.30 $\pm$ 3.13	12.25 $\pm$ 2.40
D 组	30	22.34 $\pm$ 3.08	7.72 $\pm$ 1.83

2.3 4 组生活质量比较

干预前，四组 CAT 评分无统计学差异（ $P > 0.05$ ）。干预后，四组 CAT 评分均降低，患者生活质量提升；D 组改善效果最优，B、C 组次之，A 组最差，组间差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），详见表 3。

表 3 4 组生活质量比较 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	例数	干预前 CAT 评分	干预后 CAT 评分
A 组	30	28.58 $\pm$ 3.23	23.20 $\pm$ 2.94
B 组	30	28.50 $\pm$ 3.30	18.65 $\pm$ 2.51
C 组	30	28.60 $\pm$ 3.20	18.72 $\pm$ 2.49
D 组	30	28.54 $\pm$ 3.21	12.38 $\pm$ 2.00

3 讨论

慢阻肺急性加重是导致患者肺功能下降、病情进展、生活质量降低的关键因素。急性期气道炎症加重、分泌物增多、气道阻力升高，持续性咳嗽、夜间憋醒会严重破坏患者睡眠结构，

诱发睡眠障碍,而长期睡眠紊乱会降低机体免疫力,进一步加重气道炎症,形成恶性循环。常规西医治疗可有效控制感染、解除气道梗阻,但仅能对症处理,无法改善患者脏腑失调、心神不宁等全身性问题,对睡眠障碍、周身乏力等症状改善效果有限。

多索茶碱作为新一代甲基黄嘌呤类支气管扩张剂,其药理学特性较传统氨茶碱具有显著优势。该药物通过选择性抑制气道平滑肌细胞内磷酸二酯酶(PDE)活性,显著提高环磷酸腺苷(cAMP)浓度,从而有效松弛支气管平滑肌,降低气道高反应性。其药效学特点表现为:血药浓度与支气管扩张效应呈线性关系,治疗窗较宽,且对腺苷受体拮抗作用较弱,显著减少了心血管系统及中枢神经系统不良反应发生率。临床研究证实,该药物能有效缓解慢性阻塞性肺疾病患者的夜间支气管痉挛症状,减少睡眠呼吸暂停事件,改善通气功能。其抗炎作用机制涉及抑制肿瘤坏死因子- α (TNF- α)等促炎因子释放,对气道慢性炎症具有轻度调节作用。然而,作为化学合成药物,其作用靶点局限于气道局部,难以干预慢阻肺患者伴随的全身性病理改变,特别是对中医理论所强调的脏腑气血失衡状态缺乏调节作用,在改善患者整体症状方面存在明显局限性。

中医理论体系将慢阻肺急性发作期病机归纳为"本虚标实"的复杂病理状态。其标实表现为外邪引动伏痰、痰浊壅阻气道,导致肺失宣降、气机逆乱;本虚则源于久病及肾、元气耗损,形成肺脾肾三脏俱虚的病理基础。这种全身性机能失调可进一步导致卫外不固、营卫失和,表现为夜间咳喘加重、寐不安枕等症状。本研究采用的穴位贴敷疗法融合了经络学说与药性理

论之精髓,选取天突穴(任脉)以宣通肺气、膻中穴(气会)以理气宽胸、肺俞穴(背俞穴)以调节肺脏功能、定喘穴(经外奇穴)以止咳平喘,通过特定穴位刺激激发经气运行,同时借助药物透皮吸收实现内病外治。膏剂配伍遵循"辛开苦降"原则:白芥子辛温走窜,善化痰涎;细辛辛香透络,能开闭通窍;甘遂苦寒泻下,可逐饮利水,三药相伍共奏温化寒痰、宣畅气机之效。这种综合干预策略既能缓解气道痉挛等标证,又可调节肺脏功能以治本,对改善患者睡眠质量具有独特优势。

本研究结果显示,单一多索茶碱强化治疗、单一穴位贴敷干预均可有效降低患者PSQI、中医证候、CAT评分,改善临床症状与生活质量,且两种单一干预疗效相近。而多索茶碱联合穴位贴敷的D组,各项指标改善效果显著优于其余三组,证实二者具有良好协同增效作用。多索茶碱靶向改善气道痉挛、控制局部炎症,穴位贴敷整体调理脏腑气血、改善全身症状,二者互补,实现局部对症、整体固本的治疗效果。

安全性分析显示,研究期间仅少数患者出现轻微一过性心慌、皮肤泛红瘙痒,均可自行缓解,无严重不良反应,证实该联合方案安全可靠、患者耐受性好。相较于单纯西药治疗,中西医结合方案可减少西药用量及副作用,且贴敷操作简便、无肝肾负担、成本低廉,适合临床推广。

综上所述,COPD急性发作期患者在常规西医治疗基础上,采用多索茶碱强化治疗或穴位贴敷干预,均可有效缓解临床症状、改善睡眠与生活质量,二者联合干预效果显著优于单一治疗方案,协同增效作用明确。该方案安全、高效、无创,契合临床舒适化、个体化治疗理念,适合在各级医疗机构推广应用。

参考文献:

- [1] 金华伟,叶焰,刘新宇.耳穴压豆联合穴位贴敷辅助治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期临床效果研究[J].内蒙古中医药,2024,43(11):136-137.
- [2] 王熙晨.耳穴压豆护理联合穴位贴敷对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者咯痰症状的应用效果[J].吉林医学,2022,43(10):2852-2854.
- [3] 张晶慧,廖新菊,朱茜,等.穴位贴敷联合耳穴压豆在慢性阻塞性肺疾病患者中的应用效果[J].中国当代医药,2022,29(25):137-139+147.
- [4] 廖桂香,黄梅,唐长凤.耳穴压豆联合穴位按摩辅助治疗慢性阻塞性肺疾病临床研究[J].光明中医,2019,34(8):1224-1226.
- [5] 段艳菊,牛喜平,赵晶晶.穴位贴敷联合耳穴压豆治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床研究[J].世界最新医学信息文摘,2015,15(74):173-174.