

引用:徐树华,高倩倩.平哮方治疗支气管哮喘急性发作31例临床观察[J].湖南中医杂志,2020,36(9):44-47.

平哮方治疗支气管哮喘急性发作31例临床观察

徐树华¹,高倩倩²

(1. 丰城市中医院,江西 丰城,331100;

2. 都昌县人民医院,江西 都昌,332600)

[摘要] 目的:观察平哮方治疗支气管哮喘急性发作的临床疗效。方法:将61例哮喘急性发作患者随机分为治疗组31例和对照组30例。对照组采用西医治疗,治疗组在对照组基础上加用平哮方治疗,疗程均为7 d。观察比较2组治疗前后中医证候积分的变化,评定中医证候疗效;比较2组治疗前后肺功能指标中一秒用力呼气容积(FEV1)、呼气高峰流量(PEFR)及动脉血气分析指标中氧分压(PaO₂)、二氧化碳分压(PaCO₂)的变化;观察2组在治疗期间的不良反应。结果:中医证候疗效总有效率治疗组为93.55%(29/31),对照组为80.00%(24/30),组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);2组中医证候积分、FEV1、PEFR、PaO₂水平治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);2组PaCO₂水平治疗前后组内比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗后组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论:平哮方能显著改善哮喘急性发作患者的症状,提高FEV1、PEFR、PaO₂水平,且无明显不良反应。

[关键词] 支气管哮喘;急性发作;中西医结合疗法;平哮方

[中图分类号] R259.625 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.09.018

支气管哮喘是临床常见的呼吸系统疾病,以咳嗽、咳痰、喘息为主要症状^[1]。中医药治疗本病有着悠久的历史,能有效改善患者症状,控制病情,减少激素用量,在临床上得到广泛应用^[2]。平哮方是丰城市中医院呼吸科已使用十余年的经验方。笔者在西医治疗基础上采用该方治疗哮喘急性发作31例,取得了较好的临床疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 61例均为2018年10月至2019年3月在丰城市中医院呼吸科门诊就诊的支气管哮喘患者。采用完全随机法分为2组。治疗组31例中,男14例,女17例;平均年龄(50.85 ± 4.17)岁;平均病程(12.25 ± 2.09)年;哮喘轻度持续7例,中度持续24例。对照组30例中,男16例,女14例;平均年龄(51.27 ± 4.03)岁;平均病程(13.15 ± 3.14)年;哮喘轻度持续6例,中度持续24例。2组性别、年龄、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本次研究已经医院伦理委员会批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 根据《呼吸内科学》^[3]制定哮喘急性发作的诊断标准。喘息、胸闷、咳嗽突然

发生,或在原基础上急剧加重,以呼气流量降低为特征。哮喘轻度持续:症状大于每周1次,小于每天1次。夜间哮喘大于每个月2次,小于每周1次。哮喘中度持续:每天有症状,影响日常生活。夜间哮喘大于每周1次。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医内科学》^[4]拟定。寒哮证:喉中水鸡声,咳不甚,痰少色白多泡沫,口不渴,形寒怕冷,舌苔白滑,脉浮紧。热哮证:痰鸣如吼,喘息气粗,咳痰色黄,口苦口渴,舌红、苔黄腻,脉滑数。虚哮证:哮鸣如鼾,声低气短息促,咳痰清稀无力,舌淡,脉沉细。

1.3 纳入标准 1)符合哮喘急性发作的西医诊断标准,且属轻、中度持续发作的门诊患者;2)符合寒哮证或热哮证或虚哮证的中医辨证标准者;3)年龄18~60岁者;4)入组前未接受过其他药物治疗者;5)接受本治疗方案并配合完成观察,自愿签署知情同意书者。

1.4 排除标准 1)合并肺炎、慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张、肺结核、肺癌、肺间质病或其他肺部疾病者;2)哮喘间歇状态或重度持续的患者;3)合并有心脑血管、肝肾和造血系统严重原发性疾病者;4)妊娠或哺乳期妇女;5)过敏体质

或对本药物已知成分过敏者;6)服药依从性差者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。氨茶碱缓释片(西南药业股份有限公司,批准文号:国药准字H50021920,规格:0.1 g/片)口服,每次2片,每天2次;盐酸氨溴索口服溶液(上海勃林格殷格翰药业有限公司,批准文号:国药准字H20031314,规格:100 ml:0.6 g),每次10 ml,每天2次。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用平哮方治疗。药物组成:地龙10 g,陈皮6 g,蝉蜕10 g,僵蚕10 g,白果12 g,桑白皮15 g,射干6 g,紫菀10 g,黄荆子10 g,甘草6 g。热哮者加黄芩10 g、瓜蒌皮10 g、蒲公英10 g;寒哮者加炙麻黄6 g、细辛3 g、半夏6 g;虚哮者加五味子10 g、巴戟天10 g、白术10 g。每天1剂,丰城市中医院制剂室代煎,早晚各服1次。

2组疗程均为7d,治疗期间避免受凉。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)中医证候积分。参照《中药新药临床研究指导原则》^[5],对2组治疗前后主要症状(咳嗽、咳痰、喘息)和体征(哮鸣音)按无、轻、中、重度分别计为0、1、2、3分的方法进行积分,计算疗效指数。疗效指数=(治疗前证候积分-治疗后证候积分)/治疗前证候积分×100%。2)肺功能。治疗前后分别测试肺功能1次,观察一秒用力呼气容积(FEV1)、呼气高峰流量(PEFR)的变化。3)动脉血气分析。治疗前后分别采动脉血1次,观察氧分压(PaO₂)、二氧化碳分压(PaCO₂)的变化。4)安全性评价。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]制定。显效:临床症状和体征明显好转,疗效指数≥70%;有效:临床症状和体征部分好转,疗效指数≥30%,但<70%;无效:临床症状和体征未好转或加重,疗效指数<30%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 18.0统计软件,疗效比较采用χ²检验;计量资料予均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,符合正态分布采用t检验,不符合正态分布采用秩和检验;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93.55%,对照组为80.00%,2组比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组中医证候疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	31	15(48.39)	14(45.16)	2(6.45)	29(93.55) ^a
对照组	30	9(30.00)	15(50.00)	6(20.00)	24(80.00)

注:与对照组比较,^aP<0.05。

3.4.2 2组治疗前后中医证候积分比较 2组中医证候积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	咳嗽	咳痰	喘息	哮鸣音
治疗组	31	治疗前	2.13±0.37	2.04±0.39	2.39±0.31	2.44±0.40
		治疗后	1.01±0.24 ^{ab}	1.09±0.15 ^{ab}	1.12±0.17 ^{ab}	0.92±0.15 ^{ab}
对照组	30	治疗前	2.21±0.40	2.08±0.35	2.44±0.40	2.47±0.45
		治疗后	1.77±0.26 ^a	1.59±0.33 ^a	1.59±0.21 ^a	1.52±0.20 ^a

注:与本组治疗前比较,^aP<0.05;与对照组治疗后比较,^bP<0.05。

3.4.3 2组治疗前后肺功能比较 2组FEV1、PEFR治疗前后组内比较和治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表3)

表3 2组治疗前后肺功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	FEV1(L)	PEFR(L/s)
治疗组	31	治疗前	1.89±0.32	3.54±0.41
		治疗后	2.49±0.13 ^{ab}	4.87±0.52 ^{ab}
对照组	30	治疗前	1.88±0.34	3.52±0.33
		治疗后	2.05±0.12 ^a	4.17±0.43 ^a

注:与本组治疗前比较,^aP<0.05;与对照组治疗后比较,^bP<0.05。

3.4.4 2组治疗前后动脉血气指标比较 2组PaO₂治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义;2组PaCO₂治疗前后组内比较差异有统计学意义,但治疗后组间比较,差异无统计学意义。(见表4)

表4 2组治疗前后动脉血气指标比较($\bar{x} \pm s$,mmHg)

组别	例数	时间节点	PaO ₂	PaCO ₂
治疗组	31	治疗前	81.94±9.16	47.37±6.61
		治疗后	92.17±10.78 ^{ab}	38.39±5.27 ^{ac}
对照组	30	治疗前	81.51±9.08	47.64±6.73
		治疗后	84.28±9.68 ^a	39.06±5.75 ^a

注:与本组治疗前比较,^aP<0.05;与对照组治疗后比较,^bP<0.05,^cP>0.05。

3.5 2组安全性评价 所有观察对象在观察期间均无肝肾功能损害及血常规、尿常规、心电图检查的异常改变,未见明显不良反应。

4 讨 论

支气管哮喘是由嗜酸性粒细胞、肥大细胞、平滑肌细胞、T细胞等多种细胞参与的气道慢性疾病^[6],可表现为气道高反应性,从而引发广泛多变的可逆性气流受限,出现反复发作的喘息、胸闷、咳嗽等症状,难以彻底根治。本病发病机制目前尚未完全明确,研究显示与免疫调节、神经调节、遗传等因素密切相关^[7]。西医治疗以解痉平喘、抑制气道慢性炎症为主,常用药物有糖皮质激素、茶碱、 β_2 受体激动剂、白三烯调节剂等,但长期应用存在一定的毒副作用。如糖皮质激素易引起骨质疏松、高血压病、糖尿病、肥胖、下丘脑-垂体-肾上腺轴抑制^[8]等; β_2 受体激动剂会引起心悸、骨骼肌震颤^[9];茶碱类药物“治疗窗”窄,茶碱代谢存在个体较大差异,可引起心律失常、血压下降^[10]等不良反应;白三烯调节剂可能出现Churg-Strauss综合征及肝功能不全^[11]。

本病属于中医学“哮喘”的范畴,中医药对本病有完善的理论及诊疗体系。《素问·阴阳别论》所载“阴争于内,阳扰于外,魄汗未藏,四逆而起,起则熏肺,使人喘鸣”是对哮喘最早的描述和认识;《金匱要略》所载“咳而上气,喉中水鸡声,射干麻黄汤主之”,明确指出哮喘发作时的病症特点及治疗方药;《证治汇补·哮喘》记载:“因内有壅塞之气,外有非时之感,膈有胶固之痰,三者相合,闭拒气道,搏击有声,发为哮喘”,阐述了“胶固之痰”为本病反复发作的病机,夙痰伏肺是其病理基础;《景岳全书·喘促》记载:“喘有夙根,遇寒即发,或遇劳即发,亦名哮喘”,指明了哮喘发作与寒邪、过劳密不可分;朱丹溪认为:“哮喘必用薄滋味,专主于痰”,并且提出“未发以扶正气为主,既发以攻邪气为急”的治疗大法,为后世沿用至今。现代的中医学家结合临床经验,也提出许多值得借鉴的经验和观点。如周平安教授认为,哮喘急性发作期,是风邪作祟,外风责肺,内风责肝,进而诱发脉络挛急为病^[12-13];晁恩祥教授认为,“风邪侵肺,肺失宣肃,气道拘急”是主要病机,以“疏风宣肺,缓急解痉”为治疗大法^[14-15];田从豁教授认为,“平喘为先,治肺为主,扶正为重”是治疗哮喘患者的总纲^[16];吴银根教授认为,哮喘不发时如常人,一旦发作,起病迅速,病情变化多端,与“风邪善行数变”相似,治疗以祛风解痉为主,善用虫类药物如地龙、蜈蚣、全蝎、

蝉蜕等入经络、脏腑搜风邪外出^[17]。

平哮方是丰城市中医院呼吸科使用多年的验方,主要功效为祛风解痉、降气化痰平喘,正中哮喘急性发作之病机。方中桑白皮甘寒性降,主入肺经,以泻肺平喘为长。《医方捷径》言其能升能降,为阳中之阴,益元气不足而补中虚,泻肺气有余而止咳嗽,有“泻肺之有余,非桑皮不可”之说。白果甘、苦,性温,入手太阴经,长于敛肺化痰平喘,《本草从新》言其能温肺益气,定痰哮,敛喘嗽;二药一泻一敛,散中有收,以防耗气太过,共为君药。地龙味咸,归肺、肾经,咸能软坚散结,祛老痰顽痰,兼具通络平喘息风之功;蝉蜕咸、甘、寒,归肺、肝经,有疏风解痉、清肺利咽平喘之功;僵蚕为《神农本草经》之中品,有祛风解痉、化痰散结之功,善治风痰顽痰;紫菀辛、苦、温,有润肺下气、消痰止咳的作用,常用于新旧咳嗽、痰多喘咳,《本草正义》言其“柔润有余,虽曰苦辛而温,非燥烈可比,专能开泄肺郁,定喘降逆宣通窒滞”;黄荆子辛、苦、温,归肺、胃、肝经,能祛风解表、理气止咳平喘。以上五药祛风解痉、化痰降气平喘,共为臣药。射干味苦性寒,有清热解毒、消痰利咽之功,擅治痰涎壅盛、咽喉肿痛、咳嗽气喘等症;陈皮辛、温,归肺、脾经,能燥湿化痰、健脾理气,使气机升降相宜,偏入脾经,健脾胃以绝生痰之源,又入肺经,理肺气则贮痰无所,二者同为佐药。甘草祛痰止咳、调和诸药,为佐使。临床根据患者病情的不同,辨证论治,以该方为基础方进行灵活加减。

综上所述,平哮方联合常规西药治疗支气管哮喘急性发作,能更好地改善咳嗽、咳痰、喘息等症状,提高临床疗效,且具有良好的安全性,值得推广应用。

参考文献

- [1] 马倩倩,杨士保.中国城乡成年人群哮喘患病状况及其影响因素[J].中南大学学报:医学版,2017,42(9):1086-1093.
- [2] 唐晓,高雅婷,李泽庚.定喘汤治疗哮喘研究进展[J].中医临床杂志,2017,29(11):1955-1959.
- [3] 钟南山,王辰,王兴安,等.呼吸内科学[M].北京:人民卫生出版社,2008:96-98.
- [4] 田德禄,单兆伟,黄衍寿,等.中医内科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:69-70.
- [5] 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,2002:60.
- [6] 常兴,张恬,隋雨言,等.支气管哮喘病理机制研究及中西医结合治疗进展[J].山东中医药大学学报,2018,42(3):272-275.

引用:胡云歌,王静,杨强. 蒿芩清胆汤联合雷贝拉唑治疗胆热犯胃型胃食管反流病 32 例[J]. 湖南中医杂志,2020,36(9):47-49.

蒿芩清胆汤联合雷贝拉唑 治疗胆热犯胃型胃食管反流病 32 例

胡云歌^{1,2},王 静¹,杨 强¹

(1. 天津中医药大学第一附属医院,天津,300193;

2. 天津中医药大学,天津,300193)

[摘要] 目的:观察蒿芩清胆汤联合雷贝拉唑治疗胆热犯胃型胃食管反流病的临床疗效。方法:将 64 例胆热犯胃型胃食管反流病患者随机分为治疗组和对照组,每组各 32 例。治疗组给予蒿芩清胆汤加減及雷贝拉唑钠肠溶胶囊治疗,对照组给予枸橼酸莫沙必利分散片及雷贝拉唑钠肠溶胶囊治疗。治疗 8 周后观察比较 2 组综合疗效、中医症状积分、胃镜检查黏膜病变评分、不良反应发生率和复发率。结果:总有效率治疗组为 93.75% (30/32),对照组为 81.25% (26/32),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗组中医症状积分治疗前后组内比较及治疗后与对照组比较(除反酸、嗝气外),差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗组不良反应发生率和复发率均低于对照组($P < 0.05$)。结论:蒿芩清胆汤联合雷贝拉唑治疗胆热犯胃型胃食管反流病疗效颇佳。

[关键词] 胃食管反流病;胆热犯胃型;中西医结合疗法;蒿芩清胆汤

[中图分类号] R259.833⁺.4 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.09.019

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指由于消化道运动功能障碍,酸性物质(胃酸、胃蛋白酶等)或碱性物质(十二指肠液、胆汁、胰液)从胃反流至食管,引起胸骨后疼痛、烧心等临床症状及(或)食管炎症的一种疾病^[1]。临床上常用质子泵抑制剂(PPI)类联合促胃肠动力药,一般 8 周可取得疗效,但停药后易复发,长期服用 PPI 类药物有增加感染的风险^[2]。中医学遵循“治病求本”的思想,通过审证求因、辨证论治,因人、因地、因时制宜治疗。笔者采用蒿芩清胆汤联合雷贝拉唑治疗胆热犯胃型胃食管反流病 32 例,

取得颇为满意的疗效,并与单用西药治疗的 32 例作对照观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集 2018 年 10 月至 2019 年 6 月天津中医药大学第一附属医院消化科门诊收治的胆热犯胃型胃食管反流病患者 64 例,采用随机数字表法随机分为治疗者和对照组,每组各 32 例。治疗组中,男 18 例,女 14 例;年龄 30 ~ 70 岁,平均(56.87 ± 10.41)岁;病程 0.5 ~ 12 年,平均(5.04 ± 3.50)年;轻度 14 例,中度 13 例,重度 5 例。对照组中,男 16 例,女 16 例;年龄 28 ~ 69 岁,平均

第一作者:胡云歌,女,2017 级硕士研究生,研究方向:消化系统疾病的临床研究

通讯作者:王静,女,主任医师,研究方向:消化系统疾病的临床研究, E-mail: wangjing66126@126.com

- [7] 彭平. 支气管哮喘的发病机制及用药治疗该病的研究进展[J]. 当代医药论丛,2018,16(10):34-35.
- [8] 王伟铭,陈洪宇,刘华锋,等. 糖皮质激素常见副作用的中西医结合治疗[J]. 中华肾病研究电子杂志,2015,4(4):173-176.
- [9] 杨安培,谢彦兵. 雾化吸入硫酸沙丁胺醇溶液致低血压休克 1 例[J]. 中国药物警戒,2018,15(8):503,505.
- [10] 郭长棋. 氨茶碱与多索茶碱对于支气管哮喘患者不良反应的影响[J]. 中国医药指南,2018,16(6):39.
- [11] 吴光华,魏涵,闫聪聪,等. 孟鲁司特钠致儿童不良反应文献分析[J]. 儿科药杂志,2019,25(5):43-46.
- [12] 王宝玉,王成祥,张鹤礼,等. 浅谈周平安教授治疗支气管哮

喘的临床经验[J]. 环球中医药,2018,11(1):79-81.

- [13] 王宝玉. 周平安教授治疗支气管哮喘的临床研究及经验总结[D]. 北京:北京中医药大学,2017.
- [14] 苏喧. 晁恩祥:中医“风咳”证治的临床研究及相关问题解析[J]. 中国医药科学,2015,5(21):1-3.
- [15] 陈志斌. 晁恩祥教授辨治风咳学术经验及临证特色[J]. 福建中医药,2017,48(4):53-54,62.
- [16] 孙元. 名老中医田从豁治疗哮喘临床经验总结[D]. 北京:北京中医药大学,2010.
- [17] 孙鼎,唐凌,吴银根,等. 吴银根教授调治支气管哮喘膏方用药规律研究[J]. 中国实验方剂学杂志,2016,22(3):217-220.

(收稿日期:2019-11-12)