

肺失调等因素有关, 疾病早期以肺肾两虚为主, 长期久病可以累及肝、心、脾等, 因此中医治疗 COPD 主张补肺、肾之虚, 兼顾祛痰理气、活血化瘀^[7]。

固本活血平喘方主要由黄芪、丹参、紫苏子、金银花、川芎、补骨脂、淫羊藿、连翘、地龙、炙甘草、炙麻黄、当归、黄芩组成, 其中黄芪、补骨脂、淫羊藿为君药, 具有纳气平喘、补肺益肾之功效; 丹参、川芎、当归为臣药, 具有活血化瘀之功效; 紫苏子、炙麻黄、金银花、连翘、黄芩为佐药, 具有化痰止咳、宣肺平喘、清热解毒之功效; 地龙为使药, 具有通络平喘、宣泄肺热之功效。上述诸药合用, 共奏纳气平喘、补肺益肾、活血通络、清热化痰之功^[8]。在本研究中, 对照组接受常规治疗, 观察组在常规治疗基础上加用固本活血平喘方, 结果显示观察组患者在改善血气分析、肺功能、气道重塑指标方面取得了更好的疗效。由此可见, 固本活血平喘方是治疗 COPD 老年患者的理想中医方剂。

[参考文献]

- [1] 邱洁, 张雅园, 陈娟, 等. 宁夏回族自治区慢性阻塞性肺疾病流行病学调查分析[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2013, 36(4): 265-268.
- [2] 刘文先, 高振, 木合塔尔·阿尤甫. 基于中国不同地区流行病学调查的慢性阻塞性肺疾病患病因素分析[J]. 医学综述, 2013, 19(7): 1243-1246.
- [3] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2013 年修订版)[J]. 中国医学前沿杂志: 电子版, 2014(2): 67-79, 80.
- [4] 盛小军, 赵子文. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者血清标记物研究[D]. 广州: 广州医学院, 2013.
- [5] 金梅, 李景会, 迟玉敏, 等. 噻托溴铵联合沙美特罗替卡松对重度极重度慢性阻塞性肺疾病稳定期患者疗效分析[J]. 国际呼吸杂志, 2014, 34(5): 347-350.
- [6] 李竹英, 王一轩, 刘文波. 中医药干预慢性阻塞性肺疾病稳定期实验研究进展[J]. 中国中医急症, 2014, 23(2): 305-307.
- [7] 李建生, 余学庆. 中医药治疗慢性阻塞性肺疾病临床研究要点的思考[J]. 中医杂志, 2011, 22(21): 1805-1809, 1821.
- [8] 禔少敏, 柯新桥, 李淑华, 等. 固本活血平喘方治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期 45 例临床观察[J]. 医学信息, 2013, 27(19): 383-384.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

哮喘 2 号方联合西医常规治疗哮喘急性发作期热哮证临床观察

刘显涛¹, 郑心², 张晓琴³

1. 山东中医药大学附属医院肺病科, 山东 济南 250011
2. 山东中医药大学第二附属医院, 山东 济南 250001
3. 长治市中医医院, 山西 长治 046013

[摘要] 目的: 观察哮喘 2 号方联合西医常规治疗哮喘急性发作期热哮证的临床疗效。方法: 将 112 例患者采用随机数字表法分为观察组和对照组各 56 例。对照组给予沙丁胺醇气雾剂、异丙托溴铵气雾剂治疗, 观察组在对照组治疗的基础上加用哮喘 2 号方。2 组疗程均为 2 周。治疗前后评定主要症状、体征评分和哮喘症状评分, 检测肺功能指标。结果: 治疗后, 临床疗效总有效率观察组为 100%, 对照组为 85.7%, 观察组疗效优于对照组 ($P < 0.05$); 观察组哮喘日间症状、夜间症状评分及喘息、胸闷、咯痰、哮喘音评分均低于对照组 ($P < 0.01$); 观察组 1 秒用力呼气容积与用力呼气量的比值 (FEV_1/FVC) 和呼气峰值流速实测值占预计值的百分比 (PEF%) 的改善均优于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 哮喘 2 号方联合西医常规治疗能减轻哮喘急性发作期热哮证患者的临床症状, 改善肺功能, 临床疗效优于单纯西医治疗。

[关键词] 支气管哮喘; 急性发作期; 热哮证; 中西医结合疗法; 哮喘 2 号方

[中图分类号] R562.2*5 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 05-0057-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.027

[收稿日期] 2015-01-09

[作者简介] 刘显涛 (1976-), 男, 医学硕士, 主治医师, 研究方向: 呼吸系统疾病。

支气管哮喘是一种慢性气道炎症性疾病,其特征为可逆性气道阻塞和气道高反应性,呈发作性,近年来其患病率在全球范围内有逐年增加的趋势,严重危害人类健康。哮喘急性发作期的治疗目的在于尽快缓解症状、解除气流受限和改善低氧血症,临床治疗以糖皮质激素、 β_2 受体激动剂等抑制气道炎症为主^[1]。中医学认为本病为宿痰内伏于肺,肺失肃降,脉络瘀滞,肺气上逆所致。肺脾肾虚,聚湿生痰,痰浊内蕴是哮喘发病的根本,外邪侵袭、饮食不当、情志失调、体虚劳倦均可成为诱发哮喘的因素^[2-3]。本研究观察了本院协定方哮喘 2 号方联合西医常规治疗哮喘急性发作期热哮证患者的临床疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2012 年 3 月—2014 年 7 月于山东中医药大学附属医院呼吸科门诊就诊或住院的 112 例患者作为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组各 56 例。对照组男 29 例,女 27 例;年龄 16~65 岁,平均(31.4±16.5)岁;病程 6 月~13 年,平均(3.5±3.9)年;病情程度:轻度 10 例,中度 28 例,重度 18 例。观察组男 26 例,女 30 例;年龄 18~63 岁,平均(34.1±18.2)岁;病程 1~15 年,平均(3.7±4.2)年;病情程度:轻度 12 例,中度 27 例,重度 17 例。2 组一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《支气管哮喘防治指南(支气管哮喘的定义、诊断、治疗和管理方案)》^[4]制定:哮喘急性发作是指喘息、气促、咳嗽、胸闷等症状突然发生,或原有症状急剧加重,常有呼吸困难,以呼气流量降低为其特征,常因接触变应原、刺激物或呼吸道感染诱发。

1.3 中医辨证标准 参照《支气管哮喘中医诊疗专家共识(2012)》^[4]拟定热哮证辨证标准。症见:喉中痰鸣如吼喘而气粗息涌,胸高肋胀,咳呛阵作,咯痰色黄或白,黏浊稠厚、排吐不利,口苦,口渴喜饮,汗出,面赤,或有身热,舌质红、苔黄腻,脉滑数或弦滑。

1.4 纳入标准 ①符合支气管哮喘诊断标准;②病情程度为轻、中、重度者;③符合热哮证辨证标准;④年龄 16~65 岁者;⑤取得患者知情同意。

1.5 排除标准 ①支气管哮喘缓解期,或慢性持续期;②患有慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张、肺源性心脏病、肺结核、肺脓疡、肺纤维化等导致喘息的肺部疾病;③激素依赖型患者;④妊娠和哺乳期妇女;⑤合并甲状腺功能亢进,心脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病,肿瘤疾病及精神疾病的患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予氧疗、化痰、解痉、控制呼吸道感染等。沙丁胺醇气雾剂(山东力诺科峰制药有限公司),每次 1~2 喷,必要时可每隔 4~8 h 吸入 1 次;异丙托溴铵气雾剂(华润双鹤

药业股份有限公司),每次 2 喷,每天 4 次。必要时口服激素治疗。

2.2 观察组 在对照组治疗的基础上采用哮喘 2 号方治疗,基本药物组成:生石膏 30 g,金银花、生薏苡仁各 20 g,地龙、枇杷叶、浙贝母、徐长卿各 15 g,射干 12 g,麻黄、苦杏仁、黄芩、连翘、紫苏子、桑白皮各 10 g,甘草 6 g。每天 1 剂,常规水煎分 2 次服用。

2 组疗程均为 2 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①主要症状、体征评分^[5]:治疗前后对患者的喘息、胸闷、咯痰、哮鸣音各进行 1 次评价。②哮喘症状评分^[5]:夜间症状评分:0 分,夜间无任何症状;1 分,因哮喘相关症状使患者醒来 1 次或早醒;2 分,因哮喘相关症状使患者醒来 2 次或 2 次以上;3 分,因哮喘相关症状使患者经常醒来。日间症状评分:0 分,日间无任何症状;1 分,日间短暂时间有哮喘相关症状;2 分,日间有 2 次或 2 次以上短暂时间出现症状;3 分,日间经常出现症状。治疗前后各进行 1 次评价。③肺功能评定:肺功能指标包括 1 秒用力呼气容积(FEV₁)与用力呼气量(FVC)的比值(FEV₁/FVC)和呼气峰值流速(PEF)实测值占预计值的百分比(PEF%),治疗前后各进行 1 次检测。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准^[2] 显效:治疗时间 ≤ 5 天,喘息及气促症状缓解,咳嗽明显减轻,肺部哮鸣音消失;有效:治疗时间 ≤ 5 天,咳嗽、气促、喘息症状减轻,肺部哮鸣音明显减少;无效:治疗时间 > 5 天,上述症状和体征无改善。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。观察组临床疗效总有效率为 100%,对照组为 85.7%,2 组比较,差异有统计学意义($\chi^2=6.85, P<0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	56	28	20	8	85.7
观察组	56	37	19	0	100 ^①

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2 组治疗前后哮喘症状评分比较 见表 2。治疗后,2 组哮喘日间症状和夜间症状评分均较治疗前下降($P<0.01$),观察组 2 项评分均低于对照组($P<0.01$)。

4.4 2 组治疗前后主要症状、体征评分比较 见表 3。治疗后,2 组喘息、胸闷、咯痰、哮鸣音评分均较治疗前降低($P<0.01$),观察组 4 项评分均低于对照组($P<0.01$)。

4.5 2 组治疗前后 FEV₁/FVC 和 PEF%比较 见表 4。治疗后,2 组 FEV₁/FVC 和 PEF%均较治疗前改善($P<0.01$),观察组 2

项指标的改善均优于对照组($P < 0.01$)。

表2 2组治疗前后哮喘症状评分比较($\bar{x} \pm s, n=56$) 分

组别	时间	日间症状	夜间症状
对照组	治疗前	1.83± 0.61	1.77± 0.54
	治疗后	0.78± 0.43 ^①	0.63± 0.35 ^①
观察组	治疗前	1.85± 0.67	1.81± 0.60
	治疗后	0.43± 0.38 ^{①②}	0.39± 0.25 ^{①②}

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

表3 2组治疗前后主要症状、体征评分比较($\bar{x} \pm s, n=56$) 分

组别	时间	喘息	胸闷	咯痰	哮鸣音
对照组	治疗前	2.08± 0.75	1.88± 0.62	1.75± 0.58	2.16± 0.77
	治疗后	0.81± 0.44 ^①	0.74± 0.41 ^①	0.69± 0.37 ^①	0.78± 0.42 ^①
观察组	治疗前	2.13± 0.69	1.83± 0.69	1.79± 0.55	2.12± 0.74
	治疗后	0.43± 0.37 ^{①②}	0.35± 0.24 ^{①②}	0.31± 0.22 ^{①②}	0.32± 0.21 ^{①②}

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

表4 2组治疗前后 FEV₁/FVC 和 PEF%比较($\bar{x} \pm s, n=56$) %

组别	时间	FEV ₁ /FVC	PEF%
对照组	治疗前	62.4± 7.6	61.7± 4.8
	治疗后	69.7± 7.9 ^①	65.8± 5.6 ^①
观察组	治疗前	63.4± 7.5	60.9± 5.1
	治疗后	74.8± 7.7 ^{①②}	70.4± 5.9 ^{①②}

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

5 讨论

支气管哮喘属于中医学哮证, 涉及喘证、咳嗽病证, 分为发作期、慢性持续期和缓解期3个疾病阶段。发作期每因外感、饮食、情志、劳倦等因素引发, 以致痰阻气道, 肺失肃降, 风盛挛急而致喘息哮鸣突然发作, 以邪实为主^[4]。《景岳全书·喘促》云: “喘有夙根, 遇寒即发, 或遇劳即发者, 亦名哮喘。”《症因脉治·哮喘》详细指出: “哮喘之因, 痰饮留伏, 结成窠臼, 潜伏于内, 偶有七情之犯, 饮食之伤, 或外有时令之风寒, 束其肌表, 则哮喘之证作矣。”《支气管哮喘中

医诊疗专家共识(2012)》^[4]指出“发作时治标, 平时治本”, 区分寒热虚实, 分别论治的原则。系统评价显示, 单用中医药或与西药联合应用治疗支气管哮喘急性发作期有一定的疗效, 且无明显副作用, 可以避免对激素的依赖及激素等药物产生的不良反应^[6~7]。

本研究采用的哮喘2号方中, 麻黄、苦杏仁、生石膏清热宣肺、止咳平喘; 桑白皮泻肺平喘; 金银花、连翘、黄芩疏散风热, 清泻上焦实热, 地龙通经活络、平喘止咳; 射干、浙贝母清热化痰, 紫苏子降气止咳, 生薏苡仁化湿清热, 徐长卿祛风止痉, 甘草调和诸药。全方共奏清热宣肺、化痰平喘之功, 正切合热哮证痰热蕴肺、壅阻气道、肺失肃清的病机。

本组研究结果显示, 在西医常规治疗的基础上, 哮喘2号方治疗支气管哮喘急性发作期热哮证, 能进一步控制哮喘患者的喘息、胸闷、咯痰、哮鸣音等症状, 减轻哮喘日间症状和夜间症状评分, 改善肺功能, 临床疗效优于单纯西医治疗。

[参考文献]

- [1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南(支气管哮喘的定义、诊断、治疗和管理方案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2008, 31(3): 177- 185.
- [2] 王成阳, 李泽庚. 支气管哮喘病因病机及辨证分型研究进展[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(11): 2860- 2862.
- [3] 李华, 王霞芳. 宣肺通络平喘汤治疗小儿哮喘发作期(寒热夹杂型)[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(18): 272- 274.
- [4] 中华中医药学会肺系病分会. 支气管哮喘中医诊疗专家共识(2012)[J]. 中医杂志, 2013, 54(7): 627- 629.
- [5] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 60- 66.
- [6] 李建生, 李亚, 李素云, 等. 中医药治疗急性发作期支气管哮喘的系统评价[J]. 中医学报, 2010, 25(5): 833- 838.
- [7] 卓进盛. 补肺汤治疗支气管哮喘慢性持续期的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(6): 256- 258.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)