

- 2013, 29(16): 2605- 2607 .
- [7] 李玲, 苟洪波, 亚娜, 等. 孟鲁司特钠联合布地奈德治疗小儿咳嗽变异性哮喘的疗效研究[J]. 重庆医学, 2013 (34): 4198- 4199 .
- [8] 高艳. 儿童咳嗽变异性哮喘的中医诊治探讨[J]. 浙江中医药大学学报, 2012, 36(3): 254- 256 .
- [9] 曹丽萍. 中西医结合治疗咳嗽变异性哮喘 40 例疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2011, 18(6): 524- 526 .
- [10] 陈小维, 周燕, 钟丹, 等. 中医药治疗咳嗽变异性哮喘随机对照试验文献质量评价[J]. 中国中医急症, 2013, 22(8): 1291- 1292, 1359 .
- [11] 李冀. 方剂学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 24- 25 .
- (责任编辑: 骆欢欢)

中西医结合治疗支气管哮喘发作期 120 例临床观察

蒋龙翔

温州市中西医结合医院呼吸内科, 浙江 温州 325000

[摘要] 目的: 观察中西医结合治疗对支气管哮喘急性发作期患者的临床疗效。方法: 将 120 例支气管哮喘急性发作期的患者随机分为 2 组各 60 例。2 组均给予常规治疗, 对照组给予西药治疗, 治疗组在对照组的基础上给予黄芪生脉饮, 2 组均治疗 4 周。观察 2 组患者临床症状评分, 肺功能变化, 疗效和免疫球蛋白 E (IgE)、白细胞介素-4 (IL-4) 和干扰素- γ (IFN- γ) 水平的变化。结果: 治疗组患者经治疗后咳嗽、喘息和哮鸣音评分均低于治疗前, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$), PEF 及 FEV₁/FVC 水平均高于治疗前, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$), 且均优于对照组。临床疗效总有效率治疗组 91.7%, 高于对照组 73.3%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗组经治疗后 IgE 和 IL-4 水平下降, IFN- γ 水平上升, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 分别与对照组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 黄芪生脉饮结合西医疗法治疗急性发作期哮喘患者疗效确切, 其作用机制可能与降低 IgE、IL-4 和上调 IFN- γ 的水平有关。

[关键词] 支气管哮喘; 发作期; 中西医结合疗法; 黄芪生脉饮; 沙丁胺醇气雾剂

[中图分类号] R562.2⁴⁵ **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256- 7415 (2015) 07- 0050- 03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.023

支气管哮喘是一种气道慢性炎症反应疾病, 是临床的常见病和多发病, 近年来, 患病率逐年增加, 由于其反复发作, 严重影响患者的生活质量^[1]。该疾病发病机制与变态反应相关, 多种炎症细胞参与其中, 引起气道的高反应性, 导致患者出现喘息、胸闷、气急等气道高反应症状, 发作时伴有哮鸣音^[2-3]。目前, 临床上缺乏治疗和改善支气管哮喘的有效措施。中医在疾病的治疗中体现出辨证施治的特征, 治疗哮喘具有疗效确切、标本兼治的独特优势^[4]。本研究通过采用中西医联合治疗急性发作期支气管哮喘患者, 取得良好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 根据《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)》^[5]中支气管哮喘的诊断标准进

行。根据病史, 临床症状, 实验室检查, 胸片检查结果, 均符合支气管哮喘急性发作期的诊断标准。

1.2 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[6]辨证为冷哮: 喉中哮鸣有声, 胸膈满闷, 咳痰清白; 面色晦暗, 伴有发热, 肌痛; 舌质淡, 苔白滑, 脉浮紧。

1.3 纳入标准 ①符合支气管哮喘急性发作诊断标准; ②符合中医外寒里饮证诊断标准; ③同意接受治疗; ④病情属轻度和中度的患者; ⑤年龄 18~60 岁。

1.4 排除标准 ①支气管哮喘发作期重度患者; ②哺乳和妊娠期女性; ④有全身性严重疾病; ⑤精神障碍; ⑥参与其它临床试验的患者; ⑦对药物过敏的患者。

1.5 一般资料 观察病例为 2013 年 1—12 月在本医院就诊

[收稿日期] 2015-03-15

[作者简介] 蒋龙翔 (1980-), 男, 主治医师, 主要从事呼吸内科临床工作。

的哮喘急性发作患者,共120例。按随机数字表法将患者分为2组各60例。对照组男32例,女28例;年龄18~60岁,平均(45.5±5.1)岁;病程4~12年,平均(10.2±1.6)年。治疗组男34例,女26例;年龄18~59岁,平均(41.2±6.1)岁;病程5~14年,平均(11.6±1.8)年。2组患者性别、年龄及病程等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

2 治疗方法

2组患者均采用常规治疗:给予抗生素消炎,及止咳、化痰、平喘和吸氧等治疗。治疗期间避免劳累,不宜进食辛辣刺激的食物。

2.1 对照组 给予沙丁胺醇气雾剂(北京海德润制药有限公司,国药准字H11021384)吸入治疗,每次2喷,每天3次。

2.2 治疗组 在对照组的基础上给予黄芪生脉饮(黄芪、党参、麦冬、五味子、南五味子;江西南昌济生制药厂生产,国药准字Z36020369)口服治疗,每次10mL,每天3次。

2组患者均持续治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 (1)患者治疗后临床疗效。(2)治疗前后肺功能观察:肺功能检测仪检测最大呼气流速(PEF)和第1秒用力肺活量(FEV₁)/最大肺活量(FVC)的变化。(3)患者治疗前后咳嗽、喘息和哮鸣音等体征:①咳嗽:一级(2分):少量,夜间和清晨咳嗽5~25mL;二级(4分):有痰,夜间和清晨咳嗽26~50mL;三级(6分):量多,夜间和清晨咳嗽>50mL。②喘息:一级(2分):喘息偶有发作,对活动和睡眠没有影响;二级(4分):喘息发作较频繁,睡眠不受影响,喘息在活动时明显;三级(6分):喘息明显,活动和睡眠受到影响。③哮鸣音:一级(2分):偶发,在咳嗽或深度呼吸后出现;二级(4分):哮鸣音散布于两肺;三级(6分):哮鸣音布满于两肺。(4)免疫球蛋白E(IgE),白细胞介素-4(IL-4)和干扰素- γ (IFN- γ)水平观察:应用酶联免疫吸附法(ELISA)(武汉博士德生物工程有限公司)检测对照组和治疗组治疗前后患者血清中的IgE、IL-4和IFN- γ 水平的变化,实验步骤严格按照试剂盒说明书进行。

3.2 统计学方法 采用SPSS15.0方法进行统计学分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]拟定:①临床控制:哮喘症状完全缓解,FEV₁或PEF增加量大于35%,PEF昼夜波动率小于20%。②显效:哮喘症状明显缓解或改善,FEV₁或PEF增加范围25%~35%,或治疗后FEV₁或PEF达到预计值的60%~79%,PEF昼夜波动率大于20%。③好转:哮喘症状有所缓解或改善,FEV₁或PEF增加量15%~24%。④无效:临床症状和FEV₁或PEF水平值无改善。

4.2 2组治疗前后主要症状评分比较 见表1。治疗后,2组患者咳嗽、喘息和哮鸣音评分均低于治疗前,差异均有统计学意义($P<0.01$),且治疗后治疗组患者咳嗽、喘息和哮鸣音评分均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.01$)。

表1 2组治疗前后主要症状评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	n	时间	咳嗽	喘息	哮鸣音
对照组	60	治疗前	3.89±0.21	4.10±0.24	4.20±0.38
	60	治疗后	3.04±0.15 ^①	3.24±0.15 ^①	2.24±0.25 ^①
治疗组	60	治疗前	3.90±0.36	4.02±0.31	4.14±0.26
	60	治疗后	1.82±0.27 ^{①②}	1.62±0.21 ^{①②}	1.12±0.16 ^{①②}

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

4.3 2组治疗前后PEF和FEV₁/FVC变化情况比较 见表2。经治疗后,2组PEF及FEV₁/FVC水平均高于治疗前,治疗前后比较,差异均有统计学意义($P<0.01$),且治疗后治疗组患者PEF及FEV₁/FVC水平高于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。

表2 2组治疗前后PEF和FEV₁/FVC变化情况比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	时间	PEF(mL/s)	FEV ₁ /FVC(%)
对照组	60	治疗前	58.31±4.52	56.78±4.19
	60	治疗后	69.14±5.12 ^①	66.18±4.92 ^①
治疗组	60	治疗前	59.12±3.29	58.12±5.12
	60	治疗后	75.28±4.82 ^{①②}	70.04±5.28 ^{①②}

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

4.4 2组治疗后总有效率比较 见表3。总有效率治疗组91.7%,高于对照组73.3%,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表3 2组治疗后总有效率比较 例

组别	n	临床控制	显效	好转	无效	总有效率(%)
对照组	60	16	17	11	16	73.3
治疗组	60	24	22	9	5	91.7 ^①

与对照组比较,① $P<0.05$

4.5 2组血清IgE、IL-4和IFN- γ 表达水平比较 见表4。与治疗前比较,2组患者血清IgE和IL-4表达水平均下降,IFN- γ 表达水平上升,差异均有统计学意义($P<0.01$);与对照组比较,治疗组经治疗后血清IgE和IL-4表达水平降低,IFN- γ 表达水平增高,差异均有统计学意义($P<0.01$)。

5 讨论

中医学认为,哮喘属“哮证”范畴,载“阴争于内,阳扰于外,四逆而起,起则熏肺,使人喘鸣”。病因在于宿痰内伏,痰阻气道,加之受劳累、气候等多种外界因素干扰,则可诱发。有学者认为,哮喘在急性发作期表现为本虚标实,受痰

表 4 2 组血清 IgE、IL-4 和 IFN-γ 表达水平比较(̄x ± s)

组别	n	时间	IgE(U/ml)	IL-4(pg/ml)	IFN-γ(pg/ml)
对照组	60	治疗前	241.15 ± 19.56	34.31 ± 3.92	20.82 ± 2.32
	60	治疗后	181.29 ± 12.64 ^①	20.35 ± 2.34 ^①	27.21 ± 1.84 ^①
治疗组	60	治疗前	239.21 ± 18.31	35.09 ± 4.13	21.12 ± 2.21
	60	治疗后	100.91 ± 9.25 ^{①②}	12.02 ± 3.42 ^{①②}	34.81 ± 2.98 ^{①②}

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

阻、血瘀、气逆的影响, 机体表现为肺气阴血虚亏^⑩。哮喘在发作期可分为热哮和冷哮两种证型, 临床中冷哮发病较为常见, 由感受风寒, 邪入肺脏, 痰阻气道而成。临床治疗应以温肺化痰为要。

治疗支气管哮喘多采用糖皮质激素等进行治疗, 但部分患者治疗效果不佳, 易造成疾病的迁延反复。本研究采用中西医结合疗法, 观察对支气管患者的治疗效果。黄芪生脉饮由黄芪、党参、麦冬、五味子、南五味子组成, 黄芪可益气固表、补脾肺、健脾以祛痰, 可提高呼吸系统免疫力, 促进机体代谢能力; 党参可补中益气, 健脾益肺, 并具有增强免疫力, 改善人体微循环的作用。麦冬具有润肺清心的功效, 现代药理认为, 其具有明显的抗菌作用。五味子、南五味子能益气生精, 收敛固涩, 对肺气不足、久咳虚喘有良好的疗效。全方共奏益气化痰、强心补肺之效。

本研究结果显示, 采用中西医结合的治疗方案可有效降低患者咳嗽、喘息和哮鸣音的临床症状, 并改善患者的肺功能, 提高肺通气, 降低气道阻力, 临床总有效率达 91.7%, 高于对照组 73.3%, 提示该方案能标本兼治。

现代医学研究表明, 哮喘是由于多种炎症细胞和多种细胞因子参与的气道炎症性疾病, 炎症因子和细胞因子等可作为治疗哮喘的潜在作用靶点^⑦。机体产生的 IgE 抗体可与肥大细胞等细胞膜上的特异性受体结合, 当再次接触此类抗原时, 可引起肥大细胞等释放炎症介质, 进一步诱发气道狭窄和哮喘的发作^⑧。Th 淋巴细胞可分化成为 Th1 或 Th2 细胞, IFN-γ 是 Th1 细胞亚群中重要的细胞因子, 可抑制 IgE 的产生, 从而阻止 I 型超敏反应的发生^⑨。IL-4 为重要的促进炎症因子, 是 IgE 合成必须的因子, 可抑制 Th0 向 Th1 细胞分化, 可导致 Th1、Th2 细胞平衡状态破坏, 是调控这一过程的关键因子^⑩。

本研究发现, 治疗组 IgE 水平降低, 且上调 IFN-γ 和下调 IL-4 的表达水平, 提示 IFN-γ 和 IL-4 参与哮喘患者 IgE 依赖的变态反应, 经治疗组治疗后可重塑 Th1/Th2 的平衡状态, 达到治疗的作用。

综上所述, 黄芪生脉饮结合西医疗法治疗急性发作期哮喘患者疗效确切, 在改善患者临床症状方面优于西医对照组, 并有效改善了肺功能, 其作用机制可能与降低 IgE、IL-4 和上调 IFN-γ 的水平有关。

[参考文献]

- [1] 陆再英, 钟南山. 内科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
- [2] 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.
- [3] 熊明华. 布地奈德和特布他林联合治疗支气管哮喘的临床分析[J]. 现代预防医学, 2011, 38(23): 5022-5023.
- [4] 张爱玲, 史美娟. 支气管哮喘的中医治疗思路[J]. 山西中医学院学报, 2005, 6(2): 60-61.
- [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: 71-75.
- [6] 周士霞, 王起龙, 袁彦丽, 等. 哮喘患者诱导痰中 TSLP、IL-25 水平测定及意义[J]. 山东医药, 2010, 50(3): 31-32.
- [7] 郑海燕. 支气管哮喘的病理机制及临床药物治疗[J]. 海峡药学, 2011, 23(2): 87-92.
- [8] Fang SP, Tanaka T, Tago F, et al. Immunomodulatory effects of gyokuheifusan on INF-gamma/IL-4 (Th1/Th2) balance in ovalbumin(OVA)-induced asthma model mice[J]. Biolpharm Bull, 2005, 28(5): 829-833.
- [9] Steinke JW. Anti-interleukin-4 therapy [J]. Immunol Allergy Clin North Am, 2004, 24(4): 599-614.
- [10] 陈志军, 钱惠江. 哮喘急性发作期患者血清 IL-4、IL-10、IFN-γ 及 IgE 的测定及其意义[J]. 广西医学, 2011, 33(6): 711-712.

(责任编辑: 刘淑婷)