

固本平哮汤联合舒利迭治疗支气管哮喘缓解期 24 例临床研究

季冬梅 金亚明

(泰州市中医院呼吸科, 江苏泰州 225300)

摘要 目的:观察固本平哮汤联合舒利迭治疗支气管哮喘缓解期的临床疗效。方法:48 例支气管哮喘缓解期患者随机分为治疗组和对照组,每组 24 例。对照组采用舒利迭治疗,治疗组在对照组治疗的基础上加用中药固本平哮汤。2 组均治疗 4 周后观察并比较临床疗效及血清免疫球蛋白(Ig)A、IgE、IgG、IgM 及肺功能的改善情况。结果:治疗组治疗后总有效率为 87.5%,明显高于对照组的 79.2%,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后 2 组患者 IgE 水平均较治疗前明显降低($P<0.05$, $P<0.01$),治疗组明显低于对照组($P<0.05$)。治疗后治疗组患者第 1 秒用力呼气容积(FEV1),2 组患者第 1 秒用力呼气容积占用力肺活量的比值(FEV1/FVC)均较治疗前明显升高($P<0.05$),治疗组治疗后 FEV1/FVC 明显高于对照组($P<0.05$)。结论:固本平哮汤联合舒利迭治疗支气管哮喘缓解期有较好的临床疗效,可改善患者临床症状,改善肺通气功能,降低机体对抗原的免疫应答。

关键词 支气管哮喘 固本平哮汤 舒利迭 免疫球蛋白 肺功能

中图分类号 R562.250.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2016)12-0025-03

支气管哮喘是一种常见的呼吸道慢性疾病。近年来,由于环境污染等多种原因,本病发病率及病死率呈逐年上升趋势。2008 年我国制定了“支气管哮喘防治指南”,指出在缓解期进行积极治疗,可以预防和减少支气管哮喘的急性发作。中医药辨证施治,未病先防,有助于临床缓解期哮喘的治疗^[1]。金亚明老师自拟之固本平哮汤治疗支气管哮喘缓解期,经多年临床验证效果显著。本研究观察本方联合舒利迭对支气管哮喘缓解期患者免疫功能、肺功能的影响,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2013 年 1 月至 2014 年 12 月泰州市中医院呼吸科门诊诊治的支气管哮喘缓解期患者 48 例,按照随机数字表法随机分为治疗组与对照组,每组 24 例。治疗组男 12 例,女 12 例;年龄 18~70 岁,平均年龄 53.4 岁;病程 1~35 年,平均病程 14.1 年。对照组男 14 例,女 10 例;年龄 20~70 岁,平均年龄 49.5 岁;病程 2~36 年,平均病程 13.4 年。2 组患者一般情况比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《支气管哮喘防治指南》^[1]中的诊断标准。

1.3 纳入标准 符合支气管哮喘诊断标准;年龄 18~70 岁;签署知情同意书。

1.4 排除标准 支气管哮喘发作期以及合并肺结核、慢性阻塞性肺疾病、间质性肺疾病等其他肺部疾病者;有心血管疾病、严重肝肾疾病、糖尿病、甲状腺功能亢进等疾病者;妊娠或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 对照组 吸入舒利迭(沙美特罗替卡松粉吸入剂,葛兰素史克公司生产,批号:H20121106,250/50),1 吸/次,2 次/d。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加服固本平哮汤,处方:太子参 20g,代赭石 30g(先煎),熟地 15g,芡实 8g,炙黄芪 20g,炒白术 10g,苏子 10g,鸡内金 10g,防风 10g,露蜂房 10g,徐长卿 10g,炙甘草 5g。每日 1 剂,水煎分早晚 2 次顿服。

2 组均以治疗 4 周为 1 个疗程,治疗 1 个疗程后进行疗效观察。

3 疗效观察

3.1 观察指标 治疗期间诊查患者咳嗽、胸闷气喘症状及肺部哮鸣音;治疗前后查血清免疫球蛋白(Ig)A、IgG、IgM、IgE,检测第 1 秒用力呼气容积(FEV1)、用力肺活量(FVC)、第 1 秒用力呼气容积占用力肺活量的比值(FEV1/FVC)和最高呼气流量(PEF)。

3.2 疗效评价标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2],结合实际情况拟定疗效评价标准。临床控制:治疗后症状及体征消失,肺功能恢复到正常水

平;有效:症状、体征好转,肺功能较治疗前改善;无效:症状、体征及肺功能未有改善。

3.3 统计学方法 应用统计软件 SPSS 19.0, 计量资料 2 组均数之间比较采用 t 检验, 两个样本率的比较采用卡方检验, 统一使用双侧检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组患者治疗后临床疗效比较 见表 1。

表 1 治疗组与对照组临床疗效比较 例

组别	例数	临床控制	有效	无效	总有效率
治疗组	24	14	7	3	87.5%*
对照组	24	10	9	5	79.2%

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3.4.2 治疗前后 2 组患者血清 IgE、IgA、IgG、IgM 水平比较 见表 2。

表 2 治疗组与对照组患者治疗前后免疫球蛋白水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	IgE(IU/mL)	IgA(g/L)	IgG(g/L)	IgM(g/L)
治疗组	24	治疗前	482.22±96.72	0.72±0.22	5.88±2.56	0.35±0.11
		治疗后	161.16±48.23 $\Delta\Delta^*$	1.28±0.36	8.59±1.76	0.58±0.15
对照组	24	治疗前	496.12±49.44	0.98±0.37	6.03±2.05	0.36±0.13
		治疗后	278.45±86.25 Δ	1.20±0.24	7.40±2.60	0.57±0.09

注:与本组治疗前比较, $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.01$;与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

3.4.3 2 组患者治疗前后肺功能比较 见表 3。

表 3 治疗组与对照组患者治疗前后肺功能比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	FEV1(L)	FVC(L)	FEV1/FVC(%)	PEF(L)
治疗组	治疗前	1.51±0.64	2.16±0.68	68.82±15.14	3.49±1.40
	治疗后	1.88±0.67 $\Delta\Delta^*$	2.47±0.72	74.92±12.12 $\Delta\Delta^*$	4.72±1.04
对照组	治疗前	1.50±0.87	2.33±0.94	61.70±10.12	3.45±1.46
	治疗后	1.58±0.92	2.31±0.95	65.74±10.40 Δ	3.77±1.79

注:与本组治疗前比较, $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.01$;与对照组治疗后比较,* $P<0.05$ 。

3.5 不良反应 2 组患者治疗前后血常规、肝肾功能及心电图等安全性指标比较无明显差异,有 1 例出现轻微声音嘶哑,未停药,其余患者未见明显不良反应。

4 讨论

支气管哮喘是由多种细胞(如嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T 淋巴细胞、中性粒细胞、平滑肌细胞、气道上皮细胞等)和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病^[3],其发生受遗传因素及环境因素的双重影响,主要与免疫-炎症机制及神经调节机制有关。西医主要采用吸入性激素和支气管舒张剂治疗。尽管哮喘治疗策略不断更新,但研究表明仍有 40% 甚至更多的哮喘患者不能得到有效的控制^[4],这与哮喘缓解期未得到有效的治疗有很大关系。有研究表明,支气管哮喘缓解期患者依然存在肺功能的异常及气道高反应性,且其轻重与发作程度成正相关^[5],这

导致了哮喘的反复发作及病情不断进展。

支气管哮喘属于中医学“哮病”“哮喘病”的范畴,认为哮喘的发生为痰饮内伏,遇感而发,导致痰气交阻于气道,肺气宣降失常所致。本病的病理因素为“痰”,究其本质主要是由脏腑阴阳失调,肺脾肾对津液的运化失常所致^[6],其本在于肾。哮喘反复发作,可由实转虚。支气管哮喘缓解期表现为肺脾肾三脏亏虚,尤以肺肾两脏为甚。传统认为“发时以邪实为主,平时以正虚为主”,治疗大多遵从朱丹溪之“未发以扶正气为主,既发以攻邪气为急”的古训。但国医大师周仲瑛认为“伏痰”一直存在,正虚与邪实并见,提出“发时未必皆实,故不尽攻邪;平时未必皆虚,亦非全恃扶正”的主张^[7],建议标本兼顾,攻补兼施,以冀减少哮喘的反复发作。正如《景岳全书·喘促门》所说:“然发久者,气无不虚,故于

消散中宜酌加温补,或于温补中宜量加消散,此等证候当以元气为念,必使元气渐充,庶可望其渐愈。”也说明了哮喘缓解期治疗除扶正之外,还应适当祛邪。

固本平哮汤以补益肺肾、化痰平喘为治疗大法。方中太子参、代赭石为君,太子参补气,代赭石降逆,一补一降,可使上逆之气下行,且使元气固守不散。臣以熟地、芡实补肾纳气,黄芪、白术助太子参加强补气之功。佐以苏子降气化痰以治其标;鸡内金消食健胃,并防上药滋腻太过,且兼有以脾胃补脾胃之妙;合白术有健脾化痰之意;防风祛风解表,合黄芪、白术成“玉屏风散”以益气固表;露蜂房祛风解毒,徐长卿活血化痰,两者皆有抗过敏的作用。炙甘草调和诸药为使。现代药理学研究发现,黄芪、白术能调节人体免疫功能,降低血清 IgE 水平,提高肺组织内的 β -肾上腺受体和环化腺核苷一磷酸(cAMP)水平,能起到减少用药量,控制哮喘症状的作用^[9];露蜂房能增强机体免疫力,降低嗜酸性粒细胞及淋巴细胞数量,起到抗炎抗过敏的作用^[7];徐长卿能作用于组胺、5-羟色胺、缓激肽等炎症介质,调节花生四烯酸的代谢,起到抗变态反应的作用^[8]。

肺功能检查是测定哮喘患者通气状况的指标,是评估哮喘严重程度及治疗效果的一种常用手段;IgE 是测定哮喘患者对过敏原的特应性的主要指标;IgA、IgG、IgM 是检测机体免疫状况的指

“腰痛舒”联合经皮穿刺椎间盘切吸术治疗 腰椎间盘突出症 49 例临床观察

吴成强¹ 张丽芳² 张 斌³

(1.徐州市云龙医院,江苏徐州 221004; 2.徐州市九里医院,江苏徐州 221006;
3.徐州医科大学附属医院,江苏徐州 221002)

摘要 目的:观察经皮穿刺椎间盘切吸术后使用自拟“腰痛舒”方治疗腰椎间盘突出症的临床疗效。方法:106 例腰椎间盘突出症患者随机分为治疗组 49 例与对照组 57 例。对照组采用经皮穿刺椎间盘切吸术,术后予常规抗感染治疗,并嘱患者休息、尽早锻炼;治疗组在对照组治疗的基础上,术后予中药腰痛舒方煎服,服用 7d 为 1 个疗程,连用 2 个疗程。于治疗 7d 与 14d 时观察并比较 2 组患者临床疗效。痊愈患者随访 4 周,统计复发率。结果:治疗第 7 天,治疗组痊愈率与有效率均高于对照组,但差异无统计学意义($P>0.05$);治疗第 14 天,治疗组痊愈率与有效率均明显高于对照组($P<0.05$);2 组痊愈患者复发率,治疗组明显低于对照组($P<0.05$)。结论:经皮穿刺椎间盘切吸术后使用自拟“腰痛舒”方治疗椎间盘突出症较单纯手术治疗疗效更好,且复发率低,值得进一步研究。

关键词 经皮穿刺椎间盘切吸术 腰痛舒 腰椎间盘突出症

中图分类号 R681.530.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2016)12-0027-03

由于成人椎间盘不断退变再加上经常受到相应的损伤,因此腰椎间盘突出症成为临床常见的疾病。许多患者在尝试各种保守治疗后,往往因疗效不佳或病情反复发作,不得不选择手术治疗。传统腰椎间盘突出椎管开放手术往往不能获得满意的治疗效果,同时带来许多棘手的并发症和后遗症^[1-3]。2011 年 3 月我们引进电动式经皮穿刺椎间盘切吸治疗仪,对腰椎间盘突出患者实施从侧后路

进针法经皮穿刺椎间盘摘除术,疗效较好,但远期疗效仍然不太理想。近 2 年来,笔者于经皮穿刺椎间盘切吸术后加用自拟中药方“腰痛舒”治疗腰椎间盘突出症获得了较好的近远期疗效,现将相关临床研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 106 例均为我院 2011 年 3 月 1 日至 2016 年 3 月 1 日收治的腰椎间盘突出症患者,

标。本研究结果表明,固本平哮汤能够改善患者临床症状,改善肺通气功能,提高机体免疫力及降低机体对抗原的免疫应答,且无明显副作用,安全性高,值得临床推广。下一步拟分析其有效成分,改良剂型,方便服用,以提高患者依从性,更好地应用于临床。

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.
- [2] 郑筱萸. 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,2002:66.
- [3] 陈灏珠,钟南山. 中医内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:28.
- [4] SCHATZ M. Predictors of asthma control: what can we

modify[J]. Curr Opin Allergy Clin Immunol,2012,12(3):263.

- [5] 袁竹青,胡苏萍,聂汉祥. 完全控制的支气管哮喘患者肺功能和气道高反应性测定[J]. 临床肺科杂志,2010,15(1):36.
- [6] 周仲瑛. 国医大师临床经验实录:周仲瑛[M]. 北京:中国医药科技出版社,2011.
- [7] 王斌,张成桂,高鹏飞,等. 中药蜂房的化学成分及临床药理研究进展[J]. 国际药学研究杂志,2014,41(2):187.
- [8] 金贤兰,徐长卿. 药理作用及临床应用研究进展[J]. 现代医药卫生,2010,26(19):2947.

第一作者:季冬梅(1982—),女,本科学历,主治医师,研究方向为呼吸系统常见病的中西医诊疗。
chensun1980@sina.com

收稿日期:2015-05-07

编辑:吴 宁