

• 临床报道 •

祛痰活血方治疗支气管哮喘缓解期痰瘀阻肺证 48 例

张文江 苗 青 张燕萍*

中国中医科学院西苑医院呼吸科, 北京市海淀区西苑操场 1 号, 100091)

基金项目: 中国中医科学院中医治疗有特色和优势病种项目(CACMS05Y004)

* 通讯作者: zhangyp1953@sohu.com, (010)62835376

[关键词] 支气管哮喘; 缓解期; 痰瘀阻肺; 祛痰活血

哮喘的防治日益受到重视, 我国哮喘的发病率约为 4% 左右。中医药防治支气管哮喘历史悠久, 特别是对哮喘缓解期的治疗更有独到之处。近年来, 我们运用祛痰活血方治疗哮喘缓解期痰瘀阻肺证, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

96 例患者来源于我院门诊及病房, 均符合支气管哮喘缓解期及中医证候的诊断标准。所有患者随机(随机表由 SAS 软件生成, 不设盲法)分为中药治疗组(治疗组)和激素对照组(对照组)。治疗组 48 例, 男 21 例, 女 27 例; 平均年龄 48.96 岁; 无脱落病例。对照组 48 例, 男 19 例, 女 29 例; 平均年龄 49.94 岁; 脱落 4 例。各组患者性别、年龄等比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择标准

西医诊断标准: 参照支气管哮喘诊治规范(草案)^[1]。中医辨证分型标准: 参照《中药新药治疗临床研究指导原则》^[2]。纳入标准: 符合西医诊断标准和中医辨证标准; 年龄 18~70 岁且患者知情同意。排除标准: 妊娠或哺乳期妇女; 合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病, 精神病患者; 未按规定用药, 无法判断疗法或资料不全等影响疗效判断。

2 治疗方法

治疗组采用祛痰活血方, 药物组成: (炙)麻黄 10g, 桂枝 10g, 赤芍 10g, 干姜 6g, 细辛 3g, 半夏 9g, 五味子 10g, 炙甘草 10g, 茯苓 20g, 牡丹皮 10g, 杏仁 10g, 桃仁 15g。上药加水 600ml, 煎至 200ml, 早、晚分服。对照组采用沙美特罗替卡松吸入剂(50 μ g/250 μ g), 每次吸 50 μ g, 每日 2 次。

以 3 个月为 1 个疗程。服药期间不得使用其他止咳化痰平喘的中西药物。

观察项目: 所有入选者均于治疗前及治疗后每 4 周记录症状、体征的变化, 发作次数; 治疗前后进行肺功能检测及血常规检测。德国 JAEGER 肺功能仪观察 1 秒钟用力呼气容积(FEV_1); 峰流速(PEF); 1 秒钟用力呼气容积与用力肺活量(FVC)百分比($FEV_1\%$)。

3 疗效观察

3.1 疗效标准

中医证候疗效判定标准: 证候有效率 = (治疗前总积分 - 治疗后总积分) / 治疗前总积分 $\times 100\%$ 。临床控制: 证候有效率 $\geq 90\%$; 显效: 证候有效率 $\geq 60\%$ 但 $< 90\%$; 有效: 证候有效率 $\geq 30\%$ 但 $< 60\%$; 无效: 治疗后证候有效率 $< 30\%$ 。肺功能(FEV_1 、PEF): 临床控制: FEV_1 (或 PEF) 增加量 $> 35\%$, 或治疗后 FEV_1 (或 PEF) $\geq 80\%$ 预计值。显效: FEV_1 (或 PEF) 增加量 $25\% \sim 35\%$, 或治疗后 FEV_1 (或 PEF) 达 $60\% \sim 79\%$ 预计值。有效: FEV_1 (或 PEF) 增加量为 $15\% \sim 24\%$; 无效: 治疗后无改善或加重。

3.2 两组患者临床疗效比较

表 1 示, 两组患者临床疗效比较, 治疗组疗效明显为优, 差异有统计学意义($P<0.01$)。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效
治疗组	48	8(16.7)	18(37.5)	16(33.3)	6(12.5)	42(87.5)
对照组	44	2(4.5)	15(34.1)	9(20.5)	18(40.9)	26(59.1)

3.3 两组患者肺功能疗效比较

表 2 示, 两组肺功能疗效比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 2 两组患者肺功能疗效比较[例(%)]

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效
治疗组	48	7(14.6)	13(27.1)	24(50)	4(8.3)	44(91.7)
对照组	44	4(9.1)	17(38.6)	21(50)	2(2.3)	42(97.7)

表 3 两组治疗前后症状总分和肺功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	症状总分(分)	FEV ₁	FEV ₁ /FVC	PEF
治疗组	治疗前	48	13.9±3.9	64.9±20.3	70.9±15.8	64.1±25.5
	治疗后	48	5.8±3.9	71.9±19.2	75.9±13.9	75.5±28.0
	差值		8.1±4.1*	-7.0±15.1	-5.1±10.5	-11.4±25.1
对照组	治疗前	44	13.6±4.6	61.0±21.5	69.5±15.7	66.1±22.1
	治疗后	44	9.5±5.6	71.1±19.2	76.5±15.4	76.9±24.3
	差值		4.3±6.6	-8.9±15.1	-6.5±8.8	-10.3±25.2

注:与对照组差值比较,* $P<0.01$

3.4 两组患者治疗前后症状总分和肺功能比较

表 3 示,两组症状总分差值比较,差异有统计学意义($P<0.01$),治疗组明显为优。

3.5 安全性与不良反应

在本研究中,各组均具有良好的安全性,治疗前后血常规、尿常规、心电图、肝功能(ALT)、肾功能(BUN、SCr)均在正常范围,无明显变化。各组患者均无明显不良反应。

4 讨论

缓解期治疗应分虚、实,辨脏腑。痰饮和瘀血均被认为是哮喘长久难愈的“夙根”。肺、脾、肾三脏不足,阳气虚弱,宿痰伏肺,气机郁滞,不仅会导致津液凝聚生痰,同时又因气郁痰滞影响血液运行,出现痰瘀不解的复杂局面。从痰和瘀的关系来说,痰可酿瘀,瘀为瘀的基础,瘀亦能变生痰。《血证论》云:“盖人身气道,不可有壅滞,内有瘀血,则阻碍气道,不得升降。”

祛痰活血方以小青龙汤合桂枝茯苓丸加减。近年来研究,发现小青龙汤可降低哮喘患者外周血中嗜酸性粒细胞及血中 IL-5 的水平,提示该方可影响哮喘的炎症反应。小青龙汤还可显著抑制粒细胞巨噬细胞集落刺激因子(GM-CSF)与血小板活化因子

(PAF)所致的嗜酸性粒细胞脱颗粒,呈现量效关系,提示其可降低细胞凋亡的抑制作用,通过抑制 EOS 的功能,治疗过敏性疾病。此外,小青龙汤具有抑制 Th2 细胞亚群优势反应和调节免疫平衡的作用,而减轻气道炎症,降低气道高反应性,减轻哮喘的症状或减缓哮喘的发作,并通过抑制 ET₁ 的分泌,从而阻断平滑肌、黏膜、基底膜的增厚,延缓不可逆性气道重建的进程,可以有效地预防气道重建。桂枝茯苓丸中桂枝味辛甘,性温,能温通经脉而行瘀滞;茯苓甘淡性平,渗湿健脾,化痰利水,以助化痰消瘀之功,二者共为主药;桃仁味苦甘平,为化瘀消痰之要药;牡丹皮味辛苦性微寒,既能散血行瘀,又能清退瘀久所化之热;赤芍苦酸微寒,能和血养血,与诸药合用能够改善抑制或消除气道反应性炎症,改善气道重塑。

参考文献

- [1]中华医学会呼吸病学分会.支气管哮喘防治指南[J].中华结核和呼吸杂志,1997,20(5):261-266.
- [2]中华人民共和国卫生部药政局.新药(中药)临床研究指导原则[S].北京:人民卫生出版社,1988:42.

(收稿日期:2011-08-19;修回日期:2011-09-09)

[编辑:黄健]

安胎验方治疗早期先兆流产 60 例

魏 峥

湖北省蕲春县人民医院,蕲春县漕河镇市府道 436 号,435300)

通讯方式:kaizheng2000@126.com,13886428179

[关键词] 先兆流产;安胎验方;中医药疗法

早期先兆流产是妇产科常见病,指宫内妊娠 12 周前,出现少量阴道出血和/或下腹痛,腰痛及下部坠感,宫颈口未开,胎膜未破,妊娠物尚未排出,妊娠尚有希望继续者,经休息及治疗后,如出血停止和腹痛消失,B 超提示胚胎存活,妊娠可继续进行;若流

血增多或腹痛加剧,则可能发展为难免流产。临床多采用中西医结合的方法治疗早期先兆流产,笔者自 2009 年 4 月至 2011 年 6 月采用安胎验方治疗先兆流产 60 例,总结报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

观察病例为 2009 年 4 月至 2011 年 6 月在本院