

Transplantation; Endorsed by the Heart Rhythm Society
[J]. Circulation, 2005, 112(12): e154-e235.

[5] 徐燕, 杨爱东, 唐靖一, 等. 严世芸治疗充血性心力衰竭的经验[J]. 上海中医药杂志, 2006, 40(10): 10-11.

[6] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典(2005 年版). 一部[M]. 北京: 化学工业出版社, 2005.

(收稿日期: 2011-12-05; 修回日期: 2012-01-10)

[编辑: 黄 健]

茵陈蒿汤加减治疗小儿支气管哮喘 32 例

桑 勉* 张 鹏

北京中医药大学东直门医院, 北京市东城区海运仓 5 号, 100700

* 通讯作者: sanger660@sohu.com, 13810429373

[关键词] 支气管哮喘; 茵陈蒿汤; 中医药疗法; 儿科

山东中医药大学附属医院儿科李燕宁主任医师从事临床工作多年, 在经方茵陈蒿汤基础上进行加减化裁, 多年来治疗小儿支气管哮喘, 取得了良好的疗效。现将我们于 2009 年 10 月至 2011 年 10 月采用茵陈蒿汤加减治疗本病 32 例报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

全部 66 例均为北京中医药大学东直门医院儿科门诊患儿, 年龄 3~8 岁, 病程不超过 7 天, 全部病例无并发症, 按就诊顺序分为治疗组与对照组。治疗组 32 例, 男 17 例, 女 15 例; 平均年龄(4.68±1.21)岁。对照组 34 例, 男 16 例, 女 18 例; 平均年龄(4.73±1.17)岁。两组在性别、年龄、病情严重程度方面差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 西医诊断标准

参照 2003 年中华医学会儿科分会呼吸学组修订《儿童支气管哮喘防治常规(试行)》制定的支气管哮喘诊断标准^[1]。

1.3 中医证候诊断标准

参考《中医病证诊断疗效标准》、《中药新药临床研究指导原则》(2002 年)和《中医儿科学》(新世纪版)哮喘中有关“中医证候诊断标准”内容制定。主症: 咳嗽、喘息、咯痰、哮鸣音。次症: 胸痞腹胀、大便稀溏、倦怠纳差、小便赤涩。舌象脉象: 舌质红、苔黄厚腻, 脉滑数。上述标准中, 主症 2 项, 次症中具备 1 项以上, 舌脉必具 1 项以上者即可诊断为湿热哮喘^[2]。

1.4 排除标准

①支气管哮喘缓解期者; ②支气管哮喘发作期属重度或危重者; ③合并有心血管、肝、肾和造血系统严重原发性疾病、精神病患者。

2 治疗方法

治疗组用茵陈蒿汤加减, 基本药物组成: 茵陈、栀子、苦参、秦艽、石菖蒲、郁金、石韦、车前草、浙贝母、瓜蒌、甘草。用量依据患儿个体年龄、体重、体质等情况而定。每天 1 剂, 水煎取汁, 不拘时间服用。7 天为 1 个疗程。

对照组用生理盐水、地塞米松注射液、盐酸氨溴索注射液, 每日 2 次, 雾化吸入治疗, 用量依据患儿个体年龄、体重、体质等情况而定, 疗程为 3~7 天。血象高伴发细菌感染者可应用抗生素治疗。

两组均给予对症治疗, 体温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ 时视情况给予泰诺林口服退热, 两组均不给予其他平喘的中西药物。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准

《中医病证诊断疗效标准》^[2]及《中药新药临床研究指导原则》^[3]中规定的哮喘的疾病疗效判定标准和主要症状疗效判定标准为参考, 同时, 结合临床实际及通用疗效指数评价方法, 以主症积分变化为主, 制定疗效标准。显效: 哮喘明显减轻或完全控制, 症状及主要体征明显减轻或消失(+++~+); 症状评分疗效指数 $>60\%$ 。好转: 哮喘减轻, 症状及主要体征有好转(+++~++或++~+); 症状评分疗效指数 $30\%\sim 59\%$ 。无效: 哮喘症状及主要体征无明显变化或加重; 症状评分疗效指数 $<30\%$ 。

3.2 两组临床疗效比较

表 1 示, 治疗组疗效明显优于对照组($P<0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	32	20(62.5)	11(34.38)	1(3.12)	31(96.88)
对照组	34	12(35.29)	17(50.00)	5(14.71)	29(85.29)

3.3 两组主要症状、体征消退时间比较

表 2 示, 两组在咳嗽、咯痰、喘憋消退时间及痊愈天数方面比较: 治疗组疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。

表 2 两组主要症状、体征消退时间比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	咳嗽	咯痰	喘憋	总病程
治疗组	32	1.62 ± 0.64*	1.82 ± 0.53*	1.75 ± 0.69*	3.09 ± 0.61*
对照组	34	3.83 ± 0.50	4.59 ± 0.71	3.91 ± 0.72	5.71 ± 0.55

注: 与同项目对照组比较, * $P < 0.05$

3.4 不良反应

各组在治疗过程中均未见明显的不良反应发生, 所有病例均未出现并发症。

4 讨论

支气管哮喘属于中医“哮证”的范畴。李燕宁教授在长期的临床和实验研究中体会到, 哮喘反复发作与湿热有着密切的关系, 沿用经方茵陈蒿汤加减治疗效果明显。我们在此基础上, 进一步化裁, 应用于临床治疗哮喘, 同样取得了较好的临床疗效, 可明

显提高患者肺功能, 抑制哮喘反复发作。茵陈蒿汤是清利湿热之名方, 方中茵陈清热利湿为主药, 栀子清利三焦之火为臣, 加用苦参、秦艽以增清热祛湿之功, 石菖蒲、郁金化湿浊、醒脾, 石韦、车前草清热利小便, 湿性重浊趋下, 虞抟在《医学正传》中指出: “治湿不利小便, 非其治也。”另加浙贝母、瓜蒌清热化痰, 通腑泄热, 肺气得降。甘草调和诸药, 缓和药性。诸药共奏清热利湿宣痹、祛除发病之源、延缓病情进展之功效。

参考文献

- [1] 中华医学会儿科分会呼吸学组. 儿童支气管哮喘防治常规(试行)[J]. 中华儿科杂志, 2004, 42(2): 14-15.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 5-6.
- [3] 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: 14-15.

(收稿日期: 2011-12-28; 修回日期: 2012-02-06)

[编辑: 黄 健]

中西医结合护理干预不稳定型心绞痛患者 31 例

黄 燕 萍

绍兴市中医院内科, 浙江省绍兴市人民中路 641 号, 312000)

通讯方式: hyping721004@163.com, 13675756622

[关键词] 中西医结合护理; 冠心病; 不稳定型心绞痛

不稳定型心绞痛(UA)是由于斑块破裂和糜烂, 并发血栓形成、血管痉挛及微血栓等多因素作用下所形成的心肌缺血缺氧, 进一步引发心绞痛的症状^[1], 是严重危害人类健康的常见病、多发病。我们采用中西医结合的护理方案护理 UA 患者, 现报告如下。

1 临床资料

入选 62 例 UA 患者, 均为 2010 年 3 月至 2011 年 5 月在我院住院的患者, 诊断参照 2007 年中华医学会心血管病学分会制定的 UA 诊断与治疗标准, 按入院先后顺序随机分为治疗组和对照组, 各 31 例。治疗组男 20 例, 女 11 例, 平均年龄 (71.2 ± 9.3) 岁。对照组男 18 例, 女 13 例, 平均年龄 (72.4 ± 9.6) 岁。两组间性别、年龄比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$) 具有可比性。

2 治疗方法

对照组常规选用抗血小板、硝酸酯类、他汀类、 β 受体阻滞剂等治疗, 配合一般的常规护理。治疗组在对照组的基础上, 配合系统中西医结合护理措施, 每组均观察两周。①一般护理: UA 患者应适当卧床休息, 避免剧烈活动和用力动作, 并防止长时间工作。饮食上主要给予低盐、低脂、富含膳食纤维的食物。使患者保持大便通畅, 对于大便干结者及时开塞露纳肛。心绞痛发作时应观察胸痛的部位、性质、程度、持续时间, 严密监测血压、心率、脉搏及心电图的变化, 观察有无心律失常、急性心肌梗死等并发症的发生。②心理护理: 心绞痛发作时患者常感到焦虑, 而后者会增加交感神经的兴奋性, 从而增加心肌耗氧量, 加重心绞痛, 甚至诱发心肌梗死等危重情况^[2]。因此, 护理人员应热情体贴患者, 向患者说明心理因素对疾病的影响, 使患者解除思想顾虑, 缓解紧张的心理压力, 从而更好地配合临床治疗。③用