

中医综合调治小儿哮喘缓解期的临床疗效及 T 细胞亚群的影响

林舟佩

舟山医院妇幼保健院区, 浙江 舟山 316000

[摘要] 目的: 观察艾灸疗法、穴位敷贴及中药内服等综合手段干预哮喘缓解期患儿的临床疗效及对 T 细胞亚群的影响。方法: 79 例患者随机分为对照组 38 例和观察组 41 例。对照组采用普米克都保吸入剂, 100~200 μg /天, 每晚 1 次; 观察组艾灸疗法、穴位敷贴及中药内服综合治疗。疗程 3 月, 并进行 6 月的随访。记录治疗期及随访期内呼吸道感染次数, 及哮喘发作的程度及持续时间; 检测治疗前后 T 细胞亚群。结果: 治疗后观察组总有效率 97.56%, 对照组 78.95%, 观察组优于对照组 ($P < 0.05$); 治疗期和随访期内观察组呼吸道感染次数及哮喘发作次数均少于对照组 ($P < 0.01$); 治疗期和随访期内观察组哮喘发作程度及持续时间均少于对照组 ($P < 0.01$); 治疗后观察组 CD3、CD4 及 CD4/CD8 水平均高于对照组, CD8 低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 采用中医艾灸疗法、穴位敷贴及中药内服等综合手段干预哮喘缓解期患儿能有效减少患儿呼吸道感染次数及哮喘发作次数, 减轻哮喘发作程度, 缩短发作时间, 调节机体免疫功能, 临床疗效显著。

[关键词] 哮喘; 儿童; 艾灸; 穴位敷贴; 中药

[中图分类号] R562.2+5

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415 (2014) 03-0120-03

支气管哮喘是小儿时期最常见的慢性呼吸系统疾病之一, 近年来儿童哮喘患病率在我国呈上升趋势。多数患儿反复发作, 迁延难愈, 严重影响儿童的生长发育。积极治疗儿童哮喘, 控制症状、减少哮喘的发作是一项重要的任务^[1]。目前现代医学对哮喘缓解期的防治重点在于气道局部的抗炎治疗, 改善气道高反应性, 吸入型糖皮质激素(ICS)是目前的首选药物。但 ICS 使用时间长, 费用较高, 长期使用可引起患儿生长缓慢^[2]。笔者采用艾灸疗法、穴位敷贴及中药等中医综合手段干预缓解期患儿, 取得了显著疗效, 报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 79 例患儿均来源于 2011 年 8 月~2012 年 9 月舟山医院妇幼保健院, 随机分为对照组 38 例和观察组 41 例。对照组男 20 例, 女 18 例; 年龄 2~14 岁, 平均(6.5 \pm 3.4)岁; 病程 4 月~4.5 年, 平均(1.3 \pm 0.7)年。观察组男 23 例, 女 18 例; 年龄 2~13 岁, 平均(7.1 \pm 3.8)岁; 病程 3 月~

5 年, 平均(1.4 \pm 0.6)年。2 组一般资料比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《儿童支气管哮喘诊断与防治指南(一)(2008 年修订)》^[3]: 反复发作的喘息, 气促, 胸闷或咳嗽, 多与接触变应原, 冷空气, 物理或化学性刺激, 病毒性上、下呼吸道感染, 运动等有关; 发作时双肺可闻及散在或弥漫性以呼气相为主的哮鸣音, 呼气相延长; 支气管舒张剂有显著疗效; 排除其他疾病所引起的喘息, 气促, 胸闷或咳嗽; 对于症状不典型的患儿, 同时在肺部闻及哮鸣音者采用 1 项支气管舒张试验协助诊断。临床缓解期是指哮喘患儿症状, 体征消失, 1 秒用力呼气容积(FEV₁)或最大呼气流量(PEF) \geq 80%预计值, 并维持 4 周以上。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]制定: 肺脾气亏虚: 食少便溏, 面色少华, 倦怠乏力, 舌质淡、苔少, 脉缓无力。肾气亏虚: 动则气促, 面色苍白, 形寒畏冷, 脚软无力, 小便清长,

[收稿日期] 2013-10-14

[作者简介] 林舟佩 (1980-), 女, 护师, 研究方向: 小儿科护理。

舌淡、苔白，脉细无力。

1.3 纳入标准 ①符合哮喘临床缓解期的诊断标准；②符合中医哮喘缓解期脾肾两虚证的辨证标准；③年龄2~14岁患儿；④取得患儿家属知情同意，并能定期门诊随访者。

2 治疗方法

2.1 对照组 普米克都保吸入剂，每天100~200 μg，每晚1次，具体用药剂量视临床发作程度调整。

2.2 观察组 ①艾灸肺俞穴、膻中穴、膏肓穴，每晚1次。连续10天后，休息5天，再进行下一疗程。②穴位敷贴选择肺俞穴、脾俞穴、定喘穴、膻中穴、神阙穴、天突穴交替贴敷，组成：白芥子、甘遂、细辛、半夏、丁香、肉桂等药物细粉，每次2~4h，隔天1次。10次后休息5天进行下一疗程。③中药内服：太子参、炙黄芪、陈皮、茯苓各10g，白术、防风、补骨脂、蝉蜕各6g，五味子、白芥子各3g，细辛1g。根据患儿年龄和体重适当调整剂量，采用江阴天江药业配方颗粒，每月最少服用20天，连续服用3月。

2组疗程均为3月。治疗期间若急性发作，参照《儿童支气管哮喘诊断与防治指南(一)(2008年修订)》^[3]进行处理。疗程结束后每月随访1次，共随访6月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 呼吸道感染次数、哮喘发作次数 记录治疗期及随访期内呼吸道感染次数。

3.2 哮喘发作的程度及持续时间 哮喘发作的程度^[3]根据发作程度轻、中、重、极重分别记2、4、6、8分。持续时间<1天记1分，1~3天记2分，>3天记4分。取治疗期和随访期程度最重及持续时间最长3次的均值进行比较。

3.3 T细胞亚群检测 分别于治疗前、后进行CD3、CD4、CD8检测。

3.4 统计学方法 采用SPSS17.0统计分析软件。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，比较采用 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 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]。临床痊愈：临床症状、体征如喘息、呼吸困难、胸闷、咳嗽等消失或基本消失，证候积分减少>95%；显效：临床症状、体征明显改善，证候

积分减少≥70%；有效：临床症状、体征均有好转，证候积分减少≥30%；无效：临床症状、体征无明显改善，甚或加重，证候积分减少不足30%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率观察组97.56%，对照组78.95%，2组比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	<i>n</i>	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	38	6	14	10	8	78.95
观察组	41	11	17	12	1	97.56 ^①

与对照组比较，^① $P < 0.05$

4.3 2组呼吸道感染次数、哮喘发作次数比较 见表2。治疗期和随访期内观察组呼吸道感染次数及哮喘发作次数均少于对照组，差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表2 2组呼吸道感染次数、哮喘发作次数比较 $(\bar{x} \pm s)$ 次

时间	组别	<i>n</i>	呼吸道感染次数	哮喘发作次数
治疗期	对照组	38	4.56±1.28	4.73±1.44
	观察组	41	3.77±0.89 ^①	3.95±1.07 ^①
随访期	对照组	38	5.24±1.46	5.52±1.68
	观察组	41	4.18±1.15 ^①	4.37±1.41 ^①

与对照组比较，^① $P < 0.01$

4.4 2组哮喘发作程度及持续时间比较 见表3。治疗期和随访期内观察组哮喘发作程度及持续时间均少于对照组，差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表3 2组哮喘发作程度及持续时间比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

时间	组别	<i>n</i>	哮喘发作程度	持续时间
治疗期	对照组	38	3.68±0.72	2.03±0.47
	观察组	41	3.06±0.59 ^①	1.68±0.42 ^①
随访期	对照组	38	4.12±0.85	2.25±0.54
	观察组	41	3.48±0.71 ^①	1.82±0.35 ^①

与对照组同期比较，^① $P < 0.01$

4.5 2组治疗前后T细胞亚群(CD3、CD4、CD8，CD4/CD8水平)比较 见表4。与治疗前比较，对照组CD3、CD4及CD4/CD8，CD8变化均不明显；治疗后观察组CD3、CD4及CD4/CD8水平均高于对照组，CD8低于对照组，2组比较，差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

5 讨论

支气管哮喘是以气道变应性炎症和气道高反应性

表4 2组治疗前后T细胞亚群比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	CD8(%)	CD4(%)	CD8(%)	CD4/CD8
对照组	治疗前	55.4±5.87	31.7±4.77	29.5±5.16	1.07±0.45
	治疗后	56.3±6.04	32.6±5.43	28.1±5.01	1.18±0.42
观察组	治疗前	55.6±6.12	31.5±4.86	29.7±5.22	1.05±0.41
	治疗后	61.5±6.38 ^①	36.2±5.49 ^①	25.3±4.46 ^①	1.43±0.52 ^①

与对照组治疗后比较, ① $P < 0.05$

为特征的慢性疾病,其反复发作,病程较长,治疗难求速效。治疗上应坚持长期、持续、规范、个体化的治疗原则。缓解期治疗原则包括长期控制症状、抗炎、降低气道高反应性、避免触发因素、自我保健等。缓解期哮喘患儿气道高反应性仍然存在,气道的慢性炎症仍未完全消除,这是哮喘反复发作的根本原因。目前最常用的单纯吸入糖皮质激素并不能纠正患者免疫功能缺陷,免疫调节疗法及细胞因子疗法尚难以广泛推广和应用,茶碱类药物或 β_2 受体兴奋剂、白三烯受体拮抗剂,临床取得一定疗效,但疗程长,易反复,停药后咳嗽往往又出现,远期疗效不理想。

小儿哮喘多因先天禀赋不足、后天因气候、环境、饮食等失调所致,病变与肺、脾、肾有关。小儿时期,脾本不足,哮喘日久,肺病及脾,脾虚更甚,气不化津,则痰浊更易滋生;脾虚不能生肺金,肺气也虚,脾虚聚湿生痰,内伏于肺,从而脾肺同虚;肾为先天之本,内寓元阴元阳,肾虚无以化气,肾无生气之根,肺难为气之主。故本虚而痰伏是本病的基本病机,肺、脾、肾三脏不足的是为“宿根”,是病情反复发作的根本^[1]。因此缓解期应注重健脾补肺,温肾平喘,兼以祛风化痰。

现代科学研究证实,灸法具有非特异性免疫作用,能旺盛脏腑功能,调整内分泌,提高抵抗力,艾灸具有温肺化痰、温补阳气、温通经络的作用^[6]。中药穴位敷贴疗法作为一种古老的中医外治法,具有透皮给药的优点,能维持较长时间且稳定的血药浓度,采用白芥子、甘遂、细辛、半夏、丁香、肉桂等药进

行穴位敷贴能达到温肺化痰、温经通脉功能,在临床广泛用于小儿哮喘的治疗,疗效显著,操作简单、副作用小,越来越受到重视^[7]。本组内服中以太子参、炙黄芪健脾益肺,补骨脂补肾助阳,白术、茯苓健脾化湿,防风外散寒,蝉蜕散风热,陈皮健脾化痰,细辛温肺化饮,白芥子化风痰,全方标本兼治,共奏健脾、益肺、补肾,化痰平喘止咳之功。

本组资料显示,采用中医艾灸疗法、穴位敷贴及中药等综合手段干预哮喘缓解期患儿能有效减少患儿呼吸道感染次数及哮喘发作次数,减轻哮喘发作程度,缩短发作时间,且这一效应一直延续到随访,显示远期疗效也颇为显著。本组资料还显示,中医综合调护手段治疗3月后患儿CD3、CD4及CD4/CD8水平上升,CD8下降,调节了患儿失衡的免疫功能,从而有利于疾病的缓解。

[参考文献]

- [1] 邢金四,尚莉丽. 小儿哮喘缓解期中医治疗现状及展望[J]. 中医药临床杂志, 2012, 24(9): 913-915.
- [2] 刘嘉君,任现志. 补肾健脾方配合中药穴位敷贴治疗小儿哮喘缓解期临床研究[J]. 长春中医药大学学报, 2011, 27(3): 380-381.
- [3] 中华医学会儿科学分会呼吸学组,《中华儿科杂志》编辑委员会. 儿童支气管哮喘诊断与防治指南(一)(2008年修订)[J]. 中华医学信息导报, 2009, 24(1): 20.
- [4] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [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.
- [6] 李晓丹. 艾灸在哮喘缓解期的临床应用[J]. 吉林中医药, 2011, 31(2): 157-158.
- [7] 于圆圆,刘孝忠,黄玉克. 中药穴位贴敷治疗缓解期小儿哮喘的近况[J]. 现代中医药, 2007, 27(6): 64-67.

(责任编辑: 马力)