

2012, 28(8): 813-815.

- [9] 黄勇坚, 李园园. 中西医结合治疗难治性癫痫 118 例临床观察[J]. 江西中医药, 2003, 34(3): 20.
- [10] 吴端明. 丹参加天麻辅助治疗难治性癫痫 72 例疗效观察[J]. 中国全科医学杂志, 2000, 3(2): 161-162.
- [11] 路辉, 王炎炎, 陈馥, 等. 癫痫散配合西药治疗难治性癫痫 50 例[J]. 中国中西医结合杂志, 2001, 21(6): 465.
- [12] Shah N, Pande N, Bhat T, et al. Maintenance ECT as a therapeutic approach to medication-refractory epilepsy in an adult with mental retardation: case report and review of literature[J]. JECT, 2012, 28(2): 136-140.
- [13] 舒锦. 柴贝止痫汤辅助治疗难治性癫痫临床观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2012, 21(18): 1973-1974.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

七味都气方联合倍氯米松治疗咳嗽变异性哮喘临床观察

彭景钦, 范发才

江门市五邑中医院, 广东 江门 529000

[摘要] 目的: 观察七味都气方联合倍氯米松治疗咳嗽变异性哮喘的临床疗效。方法: 将确诊为咳嗽变异性哮喘的 72 例患者随机分为 2 组, 治疗组 36 例予以口服七味都气方加减联合吸入倍氯米松, 对照组 36 例予以吸入倍氯米松。2 组疗程均为 8 周, 观察 2 组治疗前后患者临床症状、诱导痰嗜酸性粒细胞百分比的变化以及计算临床控制率。结果: 治疗 8 周后, 2 组咳嗽程度积分、诱导痰嗜酸性粒细胞百分比均较治疗前下降 ($P < 0.05$); 治疗组咳嗽程度积分、诱导痰嗜酸性粒细胞百分比均低于对照组 ($P < 0.05$)。临床控制率治疗组为 91.67%, 对照组为 80.56%。结论: 七味都气方加减联合倍氯米松治疗咳嗽变异性哮喘, 可更好地缓解患者的临床症状以及降低气道嗜酸性粒细胞比例, 达到更高的临床控制率。

[关键词] 咳嗽变异性哮喘; 中西医结合疗法; 七味都气方; 倍氯米松

[中图分类号] R56 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 06-0051-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.025

咳嗽变异性哮喘作为慢性咳嗽一种常见的病因, 常被误诊为慢性支气管炎而导致临床治疗效果不佳以及抗生素的滥用。笔者观察应用七味都气方加减联合吸入倍氯米松治疗 36 例咳嗽变异性哮喘患者的效果, 临床疗效满意, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 按照中华医学会呼吸病学分会《咳嗽的诊断与治疗指南(草案)》中咳嗽变异性哮喘的诊断标准: ①慢性咳嗽, 常伴有明显的夜间刺激性咳嗽; ②支气管激发试验阳性或呼气峰流量(PEF)变异率 $\geq 20\%$; ③支气管扩张剂治疗有效; ④排除其他原因引起的慢性咳嗽。中医辨证分型标准参照《中医内科病证诊断疗效标准》, 拟诊为内伤咳嗽(肺肾亏虚型): 以久咳, 夜间咳甚为主症, 少痰(或痰多色白)、腰膝酸软、头晕目眩、遗尿等为兼症, 舌红、苔薄白或少, 脉细。

1.2 纳入标准 符合西医咳嗽变异性哮喘诊断标准, 目前咳

嗽发作; 符合中医学内伤咳嗽(肺肾亏虚型)辨证标准; 12 岁 \leq 年龄 ≤ 65 岁; 体重 ≥ 50 kg; 患者或监护人知情同意, 自愿受试。

1.3 排除标准 慢性支气管炎、支气管哮喘、鼻后滴流综合征、胃-食管反流性咳嗽、肺炎、肺结核或其他呼吸系统疾病者; 合并呼吸道细菌感染; 舌苔黄厚者; 合并严重心、肝、肾等系统疾病者; 正在服用血管紧张素转化酶抑制剂者; 已知对所使用药物过敏者。

1.4 一般资料 全部病例来源于 2012 年 5 月~2013 年 10 月江门市五邑中医院呼吸内科门诊以及住院部的咳嗽变异性哮喘患者, 共 72 例。按采集顺序编号, 随机分成治疗组和对照组各 36 例。治疗组男 13 例, 女 23 例; 年龄 13~65 岁, 平均(34.04 \pm 12.43)岁; 病程 0.19~6.00 年, 平均(2.28 \pm 1.53)年。对照组男 16 例, 女 20 例; 年龄 12~62 岁, 平均

[收稿日期] 2014-03-01

[作者简介] 彭景钦 (1980-), 男, 主治医师, 主要从事中西医结合治疗呼吸内科疾病的临床工作。

(33.86±11.31)岁;病程0.17~5.80年,平均(2.18±1.61)年。2组性别、年龄、病程等基线资料经统计学分析,差异均无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 吸入倍氯米松(山东京卫制药有限公司提供,国药准字 H37022928,规格:每支 50 μg × 200 揲),每次 100 μg,每天 2 次。同时口服七味都气方水煎液,组方:熟地黄 24 g,牡蛎(先煎)30 g,山茱萸、山药各 12 g,牡丹皮、茯苓、泽泻各 9 g,五味子 6 g。咳嗽痰多色白者,加法半夏 12 g,陈皮 9 g。每天 1 剂,水煎分 2 次服。

2.2 对照组 吸入倍氯米松,所用剂量和用药次数均同治疗组。

2 组疗程均为 8 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察治疗前、治疗 8 周后咳嗽程度积分的变化。采用《咳嗽的诊断和治疗指南(2009 版)》^[1]咳嗽程度积分:日间咳嗽症状积分:无咳嗽为 0 分,偶有短暂咳嗽为 1 分,频繁咳嗽轻度影响日常活动为 2 分,频繁咳嗽严重影响日常活动为 3 分;夜间咳嗽症状积分:无咳嗽为 0 分,入睡时短暂咳嗽或偶有夜间咳嗽为 1 分,因咳嗽轻度影响夜间睡眠为 2 分,因咳嗽严重影响夜间睡眠为 3 分。②对比治疗前、治疗 8 周后诱导痰嗜酸性粒细胞(EOS)百分比的情况。行痰诱导前,患者先吸入雾化的 4%~5% 高渗 NaCl 溶液 20~30 min,帮助患者尽力排出肺部痰液。若患者反应明显则停止雾化,弃去唾液后,用玻璃吸管小心吸取乳黄色或白色团状痰栓。③临床控制率:参照哮喘控制水平的评估与分级^[2]拟定:日间无或偶有咳嗽(每周咳嗽次数≤2 次),无夜间咳嗽,无需使用缓解药物为临床控制。

3.2 统计学方法 采用 SPSS17.0 for Windows 软件进行统计学分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组内治疗前后均数比较采用配对样本 t 检验,组间均数比较采用两独立样本 t 检验;率的比较采用两独立样本 χ^2 检验。

4 治疗结果

4.1 2 组治疗前后咳嗽程度积分比较 见表 1。治疗前,2 组咳嗽程度积分比较,差异无显著性意义($P > 0.05$)。治疗 8 周后,2 组咳嗽程度积分均较治疗前下降($P < 0.05$);治疗组咳嗽程度积分低于对照组($P < 0.05$)。

表1 2 组治疗前后咳嗽程度积分变化($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗 8 周
治疗组	36	4.08 ± 1.11	0.33 ± 0.63
对照组	36	4.47 ± 1.11	1.36 ± 1.10

与治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.2 2 组治疗前后诱导痰 EOS 百分比比较 见表 2。治疗前,

2 组诱导痰 EOS 百分比比较,差异无显著性意义($P > 0.05$)。治疗 8 周后,2 组诱导痰 EOS 百分比均较治疗前下降($P < 0.05$);治疗组诱导痰 EOS 百分比低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2 组治疗前后诱导痰 EOS 百分比比较($\bar{x} \pm s$) %

组别	n	治疗前	治疗 8 周
治疗组	36	9.56 ± 5.28	2.61 ± 1.54
对照组	36	8.06 ± 6.30	4.69 ± 2.11

与治疗前比较,① $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

4.3 2 组临床控制率比较 治疗组临床控制 33 例,临床控制率为 91.67%,对照组临床控制 29 例,临床控制率为 80.56%。

5 讨论

咳嗽是内科患者最常见的症状之一,其病因复杂,极易被误诊误治。特别是胸部影像学无明显异常的慢性咳嗽患者,更令临床医师倍感困惑^[1]。咳嗽变异性哮喘作为慢性咳嗽一种常见的病因,常被误诊为慢性支气管炎而导致临床治疗效果不佳、抗生素滥用。其为一种特殊类型的哮喘,咳嗽是其唯一或主要临床表现,无明显喘息、气促等症状或体征,但有气道高反应性。临床表现主要为刺激性干咳,通常咳嗽比较剧烈,夜间咳嗽为其重要特征。感冒、冷空气、灰尘、油烟等容易诱发或加重咳嗽^[1]。

中医学认为,此类咳嗽患者病程长,常反复发作,属内伤咳嗽。《仁斋直指方》指出:“肺出气也,肾纳气也,肺为气之主,肾为气之本”,说明肺为气之主,肾为气之根。五行中,肺属金,肾属水,金水相生。然久咳耗伤肺阴,久必下汲肾阴,导致肾阴亏损,肺肾两虚,肺失治节,肾虚不助肺气,而致久咳不止,干咳无痰。暮夜以后,肺火应下潜归藏于肝肾,若肝肾阴虚,肺火不降则上逆咳嗽,故夜间咳甚。今常有医以咽痒咳嗽为依据,拟风邪作咳,过用辛散之品,则更伤阴液。本病治当以“滋阴补肾,纳气止咳”为法,本研究所用七味都气方中熟地黄滋肾填精,为君药,辅以山药补脾固精,山茱萸养肝涩精,又用泽泻清泻肾火,并防熟地黄之滋腻,茯苓淡渗脾湿,以助山药之健运,牡丹皮清泄肝火,并制山茱萸之温。清代林佩琴《类证治裁·卷之二·咳嗽论治》指出:“黄昏嗽属火浮于肺,当敛而降之,五味子、五倍子之属。夜半嗽为阳火升动,宜滋阴潜阳,六味丸加牡蛎、淡菜之属”,故加用五味子滋肾敛肺,牡蛎滋阴潜阳。咳嗽痰多色白者,亦因肾虚,水无所主而上泛为痰所致,亦仍以滋补肺肾为主,辅以化痰治其标,故加法半夏、陈皮燥湿化痰。笔者在治疗过程中深刻体会到,该方中熟地黄重用效果为佳,盖因其属阴性缓,故“非多,难以奏效”。

现代实验研究发现, EOS 是产生哮喘气道炎症反应的重要细胞因子,也是衡量咳嗽变异性哮喘病情严重程度的首

要指标^[2]。EOS 释放的炎症介质及其分泌的碱性蛋白对气道上皮具有较强的毒性作用,能够诱发气道炎症,导致气道上皮细胞损伤甚至出现脱落,这是 EOS 参与哮喘发病,引起气道高反应性和慢性炎症的病理基础^[3]。诱导痰具有重复性好、安全、无创、可靠等优点,在 EOS 的分类计数方面,诱导痰与支气管肺泡灌洗液、支气管冲洗液及支气管活检结果基本一致^[4],因此诱导痰液的 EOS 计数检查是判断哮喘病情转归的一个重要指标^[5]。本研究结果显示,治疗 8 周后,治疗组诱导痰 EOS 百分比低于对照组($P < 0.05$),说明治疗组用药可以更好地改善咳嗽变异性哮喘病情。

从本研究结果可以看到,从“肺肾两虚,肺失治节”的角度来论治咳嗽变异性哮喘是可行有效的,采用七味都气方联合倍氯米松治疗咳嗽变异性哮喘,能够更好地缓解患者的临床症状以及降低气道 EOS 比例,达到更高的临床控制率,本研究由于样本量小,在临床控制率中未能体现出 2 组有统计学差异,因此有待进一步扩大研究样本量,至于是否能够降低咳嗽变异性哮喘的复发率以及转变成支气管哮喘的比例,则有待继续随访跟踪。

[参考文献]

- [1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南(2009 版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(6): 407-413.
- [2] 史亮, 罗雅玲, 陈剑莉. 哮喘豚鼠嗜酸性粒细胞神经趋化及气管平滑肌毒蕈碱受体、主要碱性蛋白的异常表达[J]. 实用医学杂志, 2008, 24(5): 726-729.
- [3] 翁晓静, 陈莉莉, 张洪泉. 银杏叶总黄酮对哮喘小鼠模型支气管肺泡灌洗液中嗜酸性粒细胞凋亡的影响[J]. 药学学报, 2008, 43(5): 480-483.
- [4] 孔炜, 汪晓莺. 支气管哮喘患儿外周血白细胞介素 19 水平及其临床意义[J]. 南京医科大学学报: 自然科学版, 2007, 27(5): 499-501, 506.
- [5] 王建友, 周阿旺. 咳嗽变异性哮喘患者诱导痰液中嗜酸性粒细胞的分析及临床意义[J]. 中国高等医学教育, 2010(10): 138, 142.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

血必净注射液联合常规疗法治疗慢性阻塞性肺疾病合并重症感染临床观察

黄静

义乌市中心医院, 浙江 义乌 322000

[摘要] 目的: 观察采用血必净注射液联合常规疗法治疗慢性阻塞性肺疾病(COPD)合并重症感染的临床疗效。方法: 选取本院收治的 46 例 COPD 合并重症感染患者作为研究对象, 分为实验组和对照组各 23 例, 对照组采用常规治疗, 实验组在常规治疗的基础上予以血必净注射液治疗, 比较 2 组的临床疗效。结果: 临床疗效总有效率实验组为 95.65%, 对照组为 73.91%, 2 组总有效率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 采用血必净注射液联合常规疗法治疗 COPD 合并重症感染的临床疗效优于单纯采用常规治疗。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病(COPD); 重症感染; 血必净注射液

[中图分类号] R563 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)06-0053-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.06.026

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是以部分可逆或不可逆气流受限为主要特征的肺部疾病,包括肺气肿、慢性支气管炎及支气管哮喘等^[1]。COPD 患者多伴有细菌感染等重症感染,发病快

且易导致呼吸衰竭等并发症,临床治疗方法包括服用支气管舒张药、糖皮质激素及低气流吸氧等。本院采用血必净注射液联合常规疗法治疗 COPD 合并重症感染取得了不错的效果,现

[收稿日期] 2014-01-23

[作者简介] 黄静(1978-),女,主治医师,研究方向:重症感染患者体内细胞因子的变化。