

- [2] 季旭东, 马丽华, 高黎, 等. 牙周牙髓联合治疗 120 例重度牙周炎的临床分析[J]. 中国医药导报, 2012, 19(5): 61-62.
- [3] 屠亚夫. 中西医结合治疗急性牙周炎 116 例疗效观察[J]. 中国中医药科技, 2012, 5(19): 450-451.
- [4] 张举之. 口腔内科学[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 1995: 265-266.
- [5] 孙海华. 中西医结合治疗急性牙周炎临床观察[J]. 中国中医急症杂志, 2012, 21(1): 148.
- [6] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 北京: 人民军医出版社, 2002.
- [7] 孙灵强, 杨永青, 孙利云. 两种药物治疗牙周炎的临床疗效分析[J]. 山西医药杂志, 2011(1): 74-75.
- [8] 陈思洁. 综合疗法治疗牙周牙髓联合病变的临床疗效观察[J]. 安徽医学, 2013, 34(9): 1323-1325.
- [9] 韩菲. 派丽奥联合 Vitapex 治疗牙周 - 牙髓联合病变 60 例[J]. 中国药业, 2012, 21(3): 74-75.
- [10] 张明珠, 徐杰, 彭艺, 等. 牙周牙髓联合病变与常见牙周病原微生物感染的关系研究[J]. 上海交通大学学报: 医学版, 2011, 31(4): 447-450.
- [11] 陈韵, 汤根兄. 200 例牙周牙髓联合病变的临床诊疗观察[J]. 口腔医学, 2011, 31(8): 468-470.
- [12] 王作民. 牙周 - 牙髓联合病变采用中西联合医治的临床效果观察[J]. 中国医药指南, 2013, 11(30): 526-527.
- [13] 柯佩昌. 老年人牙周牙髓联合病变的 162 例疗效分析[J]. 中国美容医学, 2012, 21(8): 1387-1388.

(责任编辑: 马力)

中医分期论治小儿咳嗽变异性哮喘临床观察

刘璐, 叶芹

宁波市海曙区中医医院儿科, 浙江 宁波 315010

[摘要] 目的: 观察中医药疗法分期论治小儿咳嗽变异性哮喘 (CVA) 的临床疗效。方法: 将纳入研究的 120 例患儿随机分为观察组和对照组各 60 例。对照组使用西替利嗪和雾化治疗。观察组使用中药分期论治, 急性发作期以泻白散合定喘汤加减, 慢性持续期以沙参麦冬汤加减, 临床缓解期以生脉饮合枳术丸加减。观察患儿治疗后临床症状、T 淋巴细胞亚群、嗜酸性粒细胞计数 (EOS)、血清 IgE 改变情况。随访 6 月, 统计患儿复发率。结果: 观察组临床控制率和总有效率分别为 46.67%、88.33%, 高于对照组的 28.33%、78.33%。2 组临床控制率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 2 组总有效率比较, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。2 组患儿治疗后 CD4/CD8 比值、EOS 和血清 IgE 均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 以观察组降低更明显, 2 组 CD8 均较治疗前升高 ($P < 0.05$); 治疗后 2 组 CD8、CD4/CD8 比值、EOS 和 IgE 分别比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$)。观察组复发率 17.86%, 对照组复发率 76.47%, 2 组比较, 差异有非常显著性意义 ($P < 0.01$)。结论: 中医分期论治有助于降低 CVA 患儿的 CD4/CD8 比值、EOS 和血清 IgE, 提高临床疗效, 降低近期复发率。

[关键词] 咳嗽变异性哮喘 (CVA); 小儿; 中医药疗法; 分期论治; 辨证论治

[中图分类号] R562.2 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 08-0125-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.08.059

Clinical Effect of Chinese Medicine Treatment by Stage for Children with Cough Variant Asthma

LIU Lu, YE Qin

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Chinese medicine (CM) treatment by stage for children with cough variant asthma (CVA). Methods: A total of 120 eligible patients were equally randomized into observation group and control group. The control group was given ketotifen and aminophylline treatment. The observation group received CM treatment based on the stage of CVA, which meant that *Xiebai* powder combined with *Dingchuan* decoction was for acute stage of

[收稿日期] 2014-05-09

[作者简介] 刘璐 (1981-), 女, 主治中医师, 研究方向: 中医及中西医结合儿科。

attack, modified *Shashen Maidong* decoction for chronic persistent period, and *Shengmai* decoction plus *Zhizhu* pills for clinical remission stage. Clinical symptoms after treatment, T lymphocyte subsets, eosinophils (EOS) count, and serum IgE level were observed. After 6-month follow-up, the recurrence rate was evaluated. Results: The clinical control rate and total effective rate were 46.67% and 88.33% in the observation group, and were 28.33% and 78.33% in the control group respectively. The difference of clinical control rate was significant ($P < 0.05$), but the difference of the total effective rate was insignificant ($P > 0.05$). After treatment, CD4/CD8 ratio, EOS count and serum IgE level in both groups were decreased ($P < 0.05$ compared with those before treatment), and the decrease of the indexes in the observation group were superior to that in the control group ($P < 0.05$). The recurrence rate was 17.86% in the observation group, and was 76.47% in the control group, the difference being significant ($P < 0.01$). Conclusion: CM treatment by stage is helpful for reducing CD4/CD8 ratio, EOS count and serum IgE level of CVA children, which results into the enhancement of clinical effect and the decrease of recurrence rate.

Keywords: Cough variant asthma; Children; Chinese medicine therapy; Treatment by stage; Syndrome differentiation

小儿咳嗽变异性哮喘(cough variant asthma, CVA)俗称过敏性咳嗽,是小儿慢性咳嗽的常见病因之一^[1]。研究显示,约40%的慢性咳嗽患儿继而被诊断为CVA^[2],54%的CVA患儿可发展为典型哮喘^[3]。临床对本病的诊治较为棘手,常反复发作,严重影响患儿的生长发育和身心健康。根据本病的临床演变过程,可将其分为急性发作期、慢性持续期和临床缓解期3个阶段。林晓森等^[4]报道,在急性发作期使用酮替芬和氨茶碱,慢性持续期使用酮替芬、临床缓解期使用氨茶碱治疗,具有较好疗效。为探讨中药对CVA患儿的临床作用,笔者近年来在分期论治的基础上使用中医辨证论治,现总结报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《儿童支气管哮喘诊断与防治指南》^[5]对CVA的诊断标准。

1.2 分期标准 急性发作期:呼吸困难、咳嗽等临床症状突然发生或加剧,呼气流量降低;慢性持续期:每周均有不同频度(程度)的临床症状出现;临床缓解期:临床症状、体征消失,肺功能恢复到急性发作前水平,并持续至少3月。

1.3 纳入标准 符合CVA的诊断标准;年龄3~12岁。

1.4 排除标准 鼻中隔弯曲或鼻甲肥大等其他原因导致鼻腔阻塞者;结核、支原体肺炎等其他疾病引起的慢性咳嗽者;双肺广泛肺大泡或气胸者;合并严重的心、肝、肾功能不全者;已接受相关治疗并可能影响效应指标者;血液系统、内分泌代谢系统原发性疾病者;精神病患者。

1.5 剔除标准 对本类药物过敏者;不配合治疗者;研究结束前失访者。

1.6 一般资料 120例病例均为2011年1月~2013年9月本院儿科收治的患儿。按随机数字表法以1:1的比例随机分为观察组和对照组各60例。观察组男28例,女32例;年龄3~12岁,平均(5.29±1.46)岁;病程1月~2年,平均(4.85±2.73)月。观察组男31例,女29例;年龄3~11岁,平均(6.05±1.58)岁;病程1月~2年,平均(4.96±2.75)月。2组患儿性别、年龄、病程经统计学处理,差异均无显著性意

义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 使用西替利嗪口服液和雾化治疗。西替利嗪口服液5 mL,每晚1次。普米克令舒1 mg加沙丁胺醇液0.5 mL和0.9%氯化钠注射液2 mL,雾化吸入,每天2次。

2.2 观察组 根据病情分期,分别采取不同中药治疗。急性发作期以泻白散合定喘汤加减,具体处方:桑白皮、地骨皮、黄芩、知母、桔梗、苦杏仁各6~10 g,前胡、紫苏子、莱菔子、葶苈子、法半夏各5~8 g,炙麻黄、白果、甘草各3~5 g。慢性持续期以沙参麦冬汤加减,具体处方:北沙参、麦冬、桑白皮、苦杏仁、桔梗、前胡、法半夏、鸡内金、甘草各6~10 g。临床缓解期以生脉饮合积术丸加减,具体处方:太子参、麦冬、五味子、枳壳、炒白术、山茱萸、紫苏子各6~10 g,甘草3~5 g。加减:纳差者加山楂、神曲各6~10 g;便秘者加牛蒡子、麻子仁各6~10 g;大便稀者加党参、山药各6~10 g;清晨咳甚者加蝉蜕、金银花各6~10 g;鼻塞流涕加辛夷、苍耳子各6~10 g。每天1剂,水煎,每天服3次。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 记录患儿治疗后临床症状改善情况。实验室指标主要观察T淋巴细胞亚群指标(CD4、CD8细胞计数及其比值)、嗜酸性粒细胞计数(EOS)和血清IgE。治疗结束后随访6月,统计患儿复发率。复发率=复发患儿数/临床控制患儿数×100%。

3.2 统计学方法 采用SPSS18.0统计软件进行数据分析。计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 临床控制:咳嗽症状完全消失;显效:咳嗽症状明显减轻;好转:咳嗽症状有所减轻,需服支气管扩张剂;无效:未达到以上标准者。

4.2 2组患儿临床疗效比较 见表1。观察组临床控制率和总有效率分别为46.67%、88.33%,高于对照组的28.33%、

78.33%。2组临床控制率比较,差异有显著性意义($P < 0.05$),2组总有效率比较,差异无显著性意义($P > 0.05$)。

表1 2组患儿临床疗效比较 例(%)

组别	n	临床控制	显效	好转	无效	总有效
观察组	60	28(46.67)	17(28.33)	8(13.33)	7(11.67)	53(88.33)
对照组	60	17(28.33)	19(31.67)	11(18.33)	13(21.67)	47(78.33)

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后实验室指标比较 见表2。2组患儿治疗后CD4/CD8比值、EOS和血清IgE均较治疗前降低($P < 0.05$),以观察组降低更明显,2组CD8均较治疗前升高($P < 0.05$);治疗后2组CD8、CD4/CD8比值、EOS和IgE分别比较,差异均有显著性意义($P < 0.05$)。

表2 2组治疗前后实验室指标比较($\bar{x} \pm s, n=60$)

组别	时间	CD4(%)	CD8(%)	CD4/CD8	EOS($\times 10^9/L$)	IgE(mg/L)
观察组	治疗前	40.15 \pm 5.24	27.58 \pm 5.16	1.76 \pm 0.15	1.16 \pm 0.65	0.31 \pm 0.22
	治疗后	39.36 \pm 5.72	31.84 \pm 4.32	1.44 \pm 0.15	0.44 \pm 0.26	0.19 \pm 0.14
对照组	治疗前	41.18 \pm 4.88	27.71 \pm 5.28	1.78 \pm 0.16	1.19 \pm 0.68	0.35 \pm 0.26
	治疗后	39.60 \pm 4.82	28.30 \pm 3.91	1.76 \pm 0.14	0.61 \pm 0.30	0.26 \pm 0.11

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

4.4 2组患儿复发率比较 观察组5例患儿于治疗结束后6月内复发,复发率17.86%(5/28);对照组13例患儿复发,复发率76.47%(13/17)。2组间比较,差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。

5 讨论

哮喘是我国儿科临床的常见病之一,儿童的患病率为0.5%~2%,婴幼儿可高达5%,其中CVA约占1/4左右^[6]。由于CVA以慢性咳嗽、刺激性干咳等为主要临床表现,双肺听诊无哮鸣音,常被误诊为上呼吸道感染和支气管炎等。本病的病理特征主要是持续气道炎症、可变性气流阻塞和气道高反应性,感染、遗传、环境污染与理化因素是其发病的诱因。研究显示,CVA患儿还存在免疫功能紊乱尤其是T淋巴细胞亚群失衡,T抑制细胞降低,CD4⁺/CD8⁺比值增加,IgE合成增多^[7]。目前西医主要使用抗组胺剂、茶碱类、 β_2 受体激动剂、白三烯受体拮抗剂和糖皮质激素等药物治疗,但因患儿的依从性及药物不良反应等因素的限制,部分患儿疗效并不理想,或停药后容易复发。

根据本病的临床表现,可将其归属于中医学咳嗽、哮喘等范畴。由于临床上表现出“风善行数变”、“风盛则挛急”等风邪致病的特点,故又可归属于风咳范畴。由于小儿体质尚未发育成熟,为稚阴稚阳之体,肺、脾、肾三脏常不足;小儿又为纯阳之体,感受邪气后容易化热伤阴。故CVA的发病多与先天禀赋不足,肺、脾、肾三脏气虚,复感风邪,郁阻于肺,

肺失宣降,气不布津,聚液生痰,搏击气道,气道挛急相关。中医学对疾病的诊治始终秉持恒动的观点,在不同的阶段采取不同的治疗措施。因此CVA患儿在临床各期的治疗当根据患儿的具体情况采取不同的治疗方法。宁彦柳等^[8]提出对本病的治疗当详辨病因以求其本,分期论治以愈其疾。急性发作期患儿临床症状显著,咳嗽剧烈,病机以肺热为主,治当注重治标,以清肺止咳为法,故使用清泻肺热、止咳平喘之泻白散合定喘汤加减。慢性持续期患儿咳嗽反复发作,以夜间为重,迁延难愈,病机以正虚邪恋为主,治当祛邪与扶正兼顾,标本兼治,宗朱丹溪夜嗽属“阴分嗽”、“阴分嗽者多属阴虚治之”的论述,使用益气养阴之沙参麦冬汤加减。临床缓解期咳嗽症状不明显,病机以肺、脾、肾三脏虚损为主,治当扶正固本以防复发,重在治本,故使用益气健脾之生脉饮合枳术丸加减。

本研究结果显示,观察组患儿的临床控制率高于对照组($P < 0.05$),提示中药分期论治的临床疗效优于西药治疗。2组总有效率比较,差异无显著性意义($P > 0.05$),可能与样本量偏小有关。观察组患儿在疾病分期论治的基础上使用中药辨证加减,有助于降低CD4/CD8比值、EOS和血清IgE,提示中药可能通过调节机体免疫、降低机体变态反应程度而对CVA起到治疗作用。总之,对CVA患儿进行中医分期辨证论治,谨守“急则治标、缓则治本”的原则,具有提高临床疗效、降低近期复发率的优势,值得进一步研究。

[参考文献]

- [1] 李战炜. 中西医结合治疗小儿咳嗽变异性哮喘60例[J]. 河南中医, 2012, 32(4): 473-474.
- [2] 范晖, 刘建汉. 益气养阴方合孟鲁司特治疗缓解期小儿咳嗽变异性哮喘临床研究[J]. 中医学报, 2012, 27(8): 1057-1058.
- [3] 孔洁, 林波. 小柴胡汤加味联合西药治疗小儿咳嗽变异性哮喘60例[J]. 上海中医药杂志, 2010, 44(3): 39-40.
- [4] 林晓霖, 周焕荣, 陈敦风, 等. 小儿咳嗽变异性哮喘分期治疗的临床研究[J]. 中国妇幼保健, 2012, 27(13): 1979-1981.
- [5] 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[J]. 中华儿科杂志, 2008, 46(10): 745-753.
- [6] 马冬梅. 小儿咳嗽变异性哮喘中医证治研究进展[J]. 中医儿科杂志, 2010, 6(3): 50-53.
- [7] 谢军. 温肺化痰饮治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床疗效及机理研究[J]. 中医药导报, 2010, 16(5): 48-50.
- [8] 宁彦柳, 张磊, 李荣辉. 小儿咳嗽变异性哮喘分期论治经验[J]. 陕西中医, 2012, 33(6): 711-712.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)