

少腹泻次数,凸显出中西医结合论治的优势与特色,效果满意,值得临床深入研究。

[参考文献]

- [1] 王立. 小儿腹泻的中西医治疗概况[J]. 中医药导报, 2011, 17(7): 94-95.
- [2] 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: 139-142.
- [3] 甘霖. 中医推拿疗法治疗小儿腹泻 42 例临床观察[J]. 中医药导报, 2012, 18(5): 69-70.
- [4] 冷丽, 罗红平, 费翔, 等. 小儿推拿治疗伤食泻现代文献分析与临床研究[J]. 中国中西医结合儿科学, 2012, 4(5): 419-420.
- [5] 姚芳. 小儿腹泻中医外治法研究进展[J]. 上海中医药杂志, 2010, 44(5): 97-99.
- [6] 莫金花, 韦琴, 陈似霞, 等. 推拿配合艾灸防治反复呼吸道感染疗效观察[J]. 中华护理杂志, 2013, 48(4): 343-345.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

消风散治疗小儿变异性咳嗽 50 例临床观察

白星

嘉兴市中医院儿科, 浙江 嘉兴 314001

[摘要] 目的: 观察消风散加减治疗小儿变异性咳嗽的临床疗效。方法: 将本院儿科收集的 100 例变异性咳嗽患儿随机分为对照组和治疗组各 50 例, 对照组给予布地奈德混悬液雾化吸入治疗, 中药组则以纯中药口服治疗, 方选消风散进行加减, 疗程均为 30 天。观察 2 组患儿咳嗽、咽痒、气促等临床症状与血清总 IgE、外周血嗜酸性粒细胞 (EOS) 的变化情况。结果: 中药组总有效率为 90.00%, 高于对照组的 86.00%, 但 2 组总有效率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。对照组复发率为 39.53%, 明显高于中药组的 11.11%, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗后, 2 组各症状积分与总积分均较治疗前下调, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$), 中药组各症状积分下调明显, 与对照组相比, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 2 组总积分的差异更加显著 ($P < 0.01$); 2 组总 IgE 值均较治疗前下降, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$), 和对照组相比, 中药组下降更为明显 ($P < 0.05$); 对照组 EOS 水平较治疗前有所下降, 但差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 中药组 EOS 水平低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 消风散加减治疗小儿变异性咳嗽在改善症状、降低复发率、下调血清总 IgE 及 EOS 水平等方面优于布地奈德雾化吸入治疗。

[关键词] 变异性咳嗽 (CVA); 小儿; 消风散; 布地奈德混悬液

[中图分类号] R562.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0198-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.094

变异性咳嗽, 又称过敏性咳嗽或咳嗽变异性哮喘 (CVA), 以气道持续性炎症及气道高反应性为主要发病机制, 所以被认为是一种特殊类型的哮喘。研究表明, 有 35% 左右的患儿可发展为典型哮喘^[1], 临床上以反复发作的顽固性夜间和(或)清晨干咳, 肺部听诊无哮鸣音为特征, 误诊率极高。对于本病, 西医主要采用糖皮质激素、 β_2 受体激动剂、白三烯受体阻滞剂等哮喘药物进行治疗^[2], 可以缓解临床症状, 但难以根治。本院儿科针对 CVA 的病因病机, 采用消风散加减治疗, 临床

疗效明显, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所选观察对象均是本院儿科 2013 年 3 月—2014 年 6 月治疗的 CVA 患儿, 共 100 例, 采用随机数字表法分为对照组和中药组各 50 例。对照组女 22 例, 男 28 例; 年龄 3.5~12.5 岁, 平均(5.47±1.77)岁; 病程 1~10 月, 平均(3.09±1.23)月。中药组女 24 例, 男 26 例; 年龄 3~13 岁, 平均(5.93±2.02)岁; 病程 1.5~12 月, 平均(3.52±1.18)

[收稿日期] 2015-01-02

[作者简介] 白星 (1978-), 男, 主治医师, 主要从事中医儿科的临床工作。

月。2组性别、年龄、病程等临床资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照中华医学会儿科学分会呼吸学组2008年制定的《儿童支气管哮喘诊断与防治指南》^[1]中关于CVA的诊断标准:①持续咳嗽 >1 月,常在夜间和(或)清晨发作,运动、遇冷空气或嗅到特殊气味后加重,痰少,临床上无感染征象,或经较长时间抗生素治疗无效;②支气管舒张剂诊断性治疗可使咳嗽发作缓解(基本诊断条件);③有个人或家族过敏史、家族哮喘病史,过敏原检测阳性可作为辅助诊断;④排除其他原因引起的慢性咳嗽。

1.3 中医辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4],以风邪袭肺、肺燥阴伤为本研究观察证型。

1.4 纳入标准 ①符合以上CVA诊断标准;中医辨证属风邪袭肺、肺燥阴伤型;②年龄3~14岁;③患儿家长对本研究知情并签署知情同意书;④能遵医嘱按疗程完成所有治疗。

1.5 排除标准 ①诊断为因结核、支气管异物、呼吸道感染、药源性咳嗽等其他疾病导致慢性咳嗽的患儿;②合并心、肾等其他系统严重原发性疾病的患儿;③正使用其他药物进行治疗的患儿;④难以进行雾化或者口服中药治疗的患儿;⑤对本次研究所用药物过敏的患儿。

2 治疗方法

2.1 对照组 予吸入用布地奈德混悬液(普米克令舒,产品批号:LOT315590,生产企业:AstraZeneca Pty Ltd.),每次2 mL,入5 mL生理盐水中雾化吸入,每天2次。7天为1疗程,疗程之间停药3天,共治疗3疗程。

2.2 中药组 予消风散加减治疗,药用:当归、生地黄各12 g,荆芥穗、防风、知母、牛蒡子、虎杖各10 g,蝉蜕、地龙、麻黄、苦杏仁、桔梗各6 g,生甘草3 g。伴见流涕喷嚏患儿加紫苏子、辛夷各6 g;肺阴耗伤而见咽干、舌红、脉细数者加麦冬、南沙参各10 g;表证明显者加前胡、苦杏仁10 g;便秘患儿加天花粉、瓜蒌各10 g;痰多患儿加百部、款冬花各10 g。每天1剂,加水浓煎至200 mL,分早晚2次温服。7天为1疗程,疗程之间停药3天,共治疗3疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①治疗过程中根据患儿咳嗽改善情况评价疗效,并随访1~2月,观察患儿咳嗽有无复发;②参照文献^[5]半定量计分标准评价2组患者治疗前后中医证候积分的变化;③治疗前后采集静脉血,送检血清总IgE及外周血嗜酸性粒细胞(EOS)水平。

3.2 统计学方法 所有资料采用SPSS13.0统计软件进行数据处理,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]拟定。临床控制:治疗3天后咳嗽缓解,1月内恢复正常;显效:治疗

3~7天咳嗽缓解,1月内仅在活动后偶有咳嗽;好转:治疗3~7天内咳嗽频率减少,1月内时有咳嗽;无效:治疗后咳嗽无明显好转或加重。总有效率=(临床控制例数+显效例数+好转例数)/总例数 $\times 100\%$ 。复发是指咳嗽好转的患儿停药后1月内又出现如治疗前反复咳嗽的症状,并且反复咳嗽时间持续2周以上。复发率=复发例数/总有效例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组疗效及复发率比较 见表1。中药组总有效率为90.00%,高于对照组的86.00%,但2组总有效率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。对照组复发率为39.53%,明显高于中药组的11.11%,差异有统计学意义($\chi^2=9.475, P < 0.01$)。

表1 2组疗效及复发率比较 例(%)

组别	n	临床控制	显效	好转	无效	总有效率(%)	复发
对照组	50	11(22)	18(36)	14(28)	7(14)	86.00	17(39.53)
中药组	50	19(38)	16(32)	10(20)	5(10)	90.00	5(11.11) ^①

与对照组比较,① $P < 0.01$

4.3 2组治疗前后中医证候积分比较 见表2。治疗前,2组患儿咳嗽、咽痒、气促及总积分相比,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组各症状积分与总积分均较治疗前下调,差异均有统计学意义($P < 0.05, P < 0.01$),中药组各症状积分下调明显,与对照组相比,差异均有统计学意义($P < 0.05$),2组总积分的差异更加显著($P < 0.01$)。

表2 2组治疗前后中医证候积分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	时间	咳嗽	咽痒	气促	总积分
对照组	50	治疗前	2.68 \pm 0.03	2.75 \pm 0.06	2.05 \pm 0.08	7.63 \pm 0.05
		治疗后	1.43 \pm 0.12 ^②	1.52 \pm 0.18 ^②	1.44 \pm 0.10 ^②	4.34 \pm 0.14 ^①
中药组	50	治疗前	2.85 \pm 0.05	2.88 \pm 0.02	2.12 \pm 0.03	8.01 \pm 0.07
		治疗后	0.38 \pm 0.09 ^{③④}	0.47 \pm 0.14 ^{④⑤}	0.67 \pm 0.11 ^{③④}	1.21 \pm 0.12 ^{③④}

与治疗前比较,① $P < 0.01$,② $P < 0.05$;与对照组治疗比较,③ $P < 0.01$,④ $P < 0.05$

4.4 2组治疗前后血清总IgE及EOS比较 见表3。治疗前,2组血清总IgE及EOS相比,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组总IgE值均较治疗前下降,差异均有统计学意义($P < 0.01$),和对照组相比,中药组下降更为明显($P < 0.05$);对照组治疗后EOS水平较治疗前有所下降,但差异无统计学意义($P > 0.05$),中药组EOS水平低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

4.5 2组安全性比较 治疗过程中2组患儿均未出现明显副作用,2组治疗药物均有较高的安全性。

5 讨论

CVA是一种非典型支气管哮喘,全球哮喘防治倡议(GINA)中将CVA明确归为哮喘的一种形式,同哮喘病有一样的病理特点,即持续气道炎症反应与气道高反应^[7]。慢性咳嗽

表 3 2 组治疗前后血清总 IgE 及 EOS 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	n	总 IgE(U/mL)	EOS($\times 10^9/L$)
对照组	治疗前	50	343.14 \pm 62.66	1.07 \pm 0.25
	治疗后	50	168.52 \pm 42.18 ^①	1.02 \pm 0.18
中药组	治疗前	50	356.28 \pm 73.02	1.05 \pm 0.23
	治疗后	50	104.67 \pm 32.94 ^③	0.52 \pm 0.21 ^②

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$, ③ $P < 0.05$

可能是 CVA 患儿唯一的症状, 因为缺乏哮鸣音等诊断哮喘的体征, 临床上易误诊为呼吸道感染而给予抗生素治疗, 不但延误患儿病情, 还影响了患儿的正常生长发育, 病情迁延造成患儿免疫力下降, 更易夹杂呼吸道感染, 使病情复杂化, CVA 不断发展, 出现典型哮喘症状时, 就可能错过了最佳干预时机^[8], 故诊断和治疗 CVA 是儿科临床的棘手问题。

吸入糖皮质激素能阻断多种细胞引起的气道慢性炎症反应, 是儿科临床上治疗 CVA 的重点药物之一。布地奈德是一种强效的吸入性糖皮质激素, 抗炎、抗免疫效果均较强, 可有效破坏白三烯及花生四烯酸的合成, 从而抑制炎症物质释放, 并且降低气道的高反应性, 一定程度上还能修复损伤的气道^[9], 故成为 CVA 雾化吸入的首选药物, 加之雾化吸入治疗较全身用药副作用少, 更适合儿科应用。但单纯雾化吸入治疗 CVA, 部分患儿的气道炎症反应仍持续存在。因为吸入布地奈德还不能完全抑制白三烯途径^[10], 而且长期使用或联合用药均对患儿的正常生长发育造成一定伤害, 故笔者寻求中医药治疗方式。

就中医而言, 可根据本病咳嗽、咽痒、咽干, 且咳嗽呈阵发性、痉挛性、反复性的临床特点, 将其归为“风咳”范畴, 符合风的“善行而数变”“风盛则挛急”“风为阳邪, 易化燥伤阴”“风盛则痒”的特征。风为百病之长、六淫之首, “风”不仅指六淫之“风邪”, 还包含了诱发患儿发生 CVA 的任何致敏物质, 小儿肺常不足、肺脏娇嫩的生理特点, 使其更易受风邪侵袭。风邪犯肺, 风盛生痰, 风痰黏阻, 闭塞于肺, 肺宣发肃降失司, 肺气上逆而咳; 风盛耗津, 气道失于濡润, 出现干咳少痰。因此治疗上应该针对其病机, 以祛风宣肺为治疗大法, 方选《外科正宗》消风散加减治疗。方中麻黄开宣肺气以平喘, 苦杏仁肃肺降气以止咳, 两者配伍一宣一降, 以复肺气宣降之功; 荆芥穗、防风、牛蒡子均有祛风散邪的作用; 蝉蜕可疏风止痒、解痉缓急, 地龙入里搜邪、搜风定痉, 两者作为虫类药物, 含有大量异体蛋白, 能起到抗原抗体样作用以增强机体免疫力; 知母清热养阴, 生地黄滋阴和营, 均可起润燥的作用; 生地黄凉血、当归养血, 虎杖活血, 三者均为“血药”, 用在此处符合中医“治风先治血, 血行风自灭”的治风原则, 以祛风活血之法改善过敏体质; 桔梗载药上行, 与甘草配伍以利咽止咳。全方共奏疏风止咳之效^[11]。

本研究结果显示, 中药组及对照组均有良好的临床疗效,

但中药组复发率明显低于对照组, 且在临床症状的缓解上也同样优于单纯布地奈德雾化吸入。之所以选择血清总 IgE 及 EOS 作为观察指标, 是因为 IgE 虽然血清浓度极低, 但可以高亲和力与肥大细胞、嗜碱性粒细胞引起 I 型超敏反应^[12], 而 EOS 是造成气道炎症、高反应性的重要物质^[13]。临床观察得出, 中药治疗在下调血清总 IgE 及 EOS 方面均优于西药, 说明中药对 CVA 患儿气道炎症反应及过敏体质的缓解有很好的作用。综上, 消风散加减治疗小儿 CVA 有其优势, 值得临床进一步进行单方研究或开展中西医结合治疗的研究。

[参考文献]

- [1] Nobata K, Fujimura M, Tsuji H, et al. Longitudinal changes of pulmonary function and bronchial responsiveness in cough variant asthma treated with bronchodilators alone [J]. Allergy Asthma Proc, 2006, 27(6): 479-485.
- [2] 武海江, 袁斌. 儿童咳嗽变异性哮喘中西医结合研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2014, 16(11): 94-97.
- [3] 中华医学会儿科学分会呼吸学组. 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.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第 1 辑[S]. 1993.
- [5] 冯胜奎, 梁静华. 中药复方治疗咳嗽变异性哮喘临床观察[J]. 新中医, 2014, 46(9): 48-50.
- [6] 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: 76-77.
- [7] 李明华, 殷凯生, 蔡映云, 等. 哮喘病学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 829-832.
- [8] 杨丽. 儿童咳嗽变异性哮喘 76 例疗效分析[J]. 中国实用医药, 2014, 9(11): 21-22.
- [9] 普艳. 布地奈德雾化吸入治疗儿童咳嗽变异性哮喘的疗效观察[J]. 中外医疗, 2012, 18(2): 113-114.
- [10] 朱元钮, 陈文彬. 呼吸病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 858.
- [11] 肖洪彬, 姚风云, 段富津. 消风散配伍规律的实验研究[J]. 中国实验方剂学杂志, 2004, 10(1): 25-27.
- [12] 倪慧萍, 胡国成, 顾燕明, 等. 支气管哮喘患儿哮喘严重程度与血清过敏原特异性 IgE 关系的研究[J]. 福建医药杂志, 2007, 29(3): 37-39.
- [13] 徐巍, 鲁继荣, 高曼. IgE、EOS 及肺功能的检测在咳嗽变异性哮喘患儿中的临床意义[J]. 中国妇幼保健, 2009, 24(2): 261-263.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)