

# 氨茶碱和麻黄汤联合应用治疗小儿哮喘临床观察

贾文

安吉县人民医院, 浙江 安吉 313300

**[摘要]** 目的: 研究氨茶碱和麻黄汤联合应用对小儿哮喘的临床治疗效果。方法: 选取本院收治的102例小儿哮喘患者, 随机分为试验组和对照组, 试验组采用氨茶碱和麻黄汤联合治疗, 对照组仅采用氨茶碱进行治疗。观察比较2组的治疗效果、症状消失时间以及不良反应发生的情况。结果: 试验组总有效率为96.08%, 对照组为82.35%, 2组比较, 差异有统计学意义( $\chi^2=4.99$ ,  $P<0.05$ )。试验组患者气促消失时间、喘憋消失时间和咳嗽消失时间明显短于对照组, 2组比较, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。2组患者治疗期间, 有少数患者早期出现恶心呕吐、面色潮红、心率加快等不良反应, 一段时间治疗后症状基本消失, 不影响继续治疗。试验组不良反应率为7.84% (4/51), 对照组为23.53% (12/51), 2组比较, 差异有统计学意义( $\chi^2=4.74$ ,  $P<0.05$ )。结论: 氨茶碱和麻黄汤联合应用治疗小儿哮喘临床效果好, 不良反应发生率低, 适合临床推广应用。

**[关键词]** 哮喘; 小儿; 氨茶碱; 麻黄汤; 中西医结合疗法

**[中图分类号]** R725.6 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 09-0163-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.077

作为一种常见的儿童呼吸系统疾病, 哮喘具有反复性和季节性特点, 起病急骤且迅速发展, 严重影响患儿的日常生活。近年来小儿哮喘发病率逐年增加, 临床上常用氨茶碱吸入及糖皮质激素治疗小儿哮喘, 对于小儿哮喘急性发作能有效控制症状, 但是持续时间短, 不良反应多且不能降低复发率<sup>[1]</sup>。本次研究采用中西医结合的方法, 观察氨茶碱和麻黄汤的联合应用对小儿哮喘的临床治疗效果, 现报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取本院2013年1月—2014年10月收治的102例小儿哮喘患者, 随机分为试验组和对照组, 每组各51例。试验组男31例, 女20例; 年龄4~12岁, 平均(6.1±0.8)岁; 病程25天~2年, 平均(1.4±0.3)年。对照组男32例, 女19例; 年龄3~12岁, 平均(6.2±0.7)岁; 病程30天~2.1年, 平均(1.3±0.4)年。2组性别、年龄、病程等一般资料经统计学处理, 差异无统计学意义( $P>0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 纳入标准** 发作时肺部听诊闻及明显哮鸣音; 不同程度的呼吸困难及反复性咳嗽为发作时临床症状表现; 肺功能检测显示肺部存在小气道阻塞性, 即存在通气功能障碍; 胸片显示肺部纹理增多且阴影呈点片状; 给予抗生素和常规止咳平喘药物后症状无缓解。

**1.3 排除标准** 其他免疫性缺陷疾病而导致的哮喘, 其他呼

吸系统器质性疾病。

## 2 治疗方法

2组患者均接受常规治疗, 包括抗感染、口服止咳化痰药物等对症治疗。

**2.1 对照组** 采用氨茶碱(上海现代哈森药业有限公司, 国药准字H20065247)治疗, (3~4)m g/kg, 静脉滴注, 每天1次。

**2.2 试验组** 在对照组治疗基础上加用麻黄汤进行治疗, 处方: 麻黄9g, 桂枝、苦杏仁各6g, 甘草3g。具体剂量可根据患儿的年龄作相应调整。将上述药物用清水煎服, 每天1剂, 分3次服。

患者均治疗1月。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** 2组患儿治疗后症状消失时间、临床疗效以及不良反应发生的情况。症状消失时间包括气促消失时间、喘憋消失时间和咳嗽消失时间。不良反应包括恶心呕吐、面色潮红、心率加快、过敏性皮炎等。

**3.2 统计学方法** 采用SPSS 13.0统计软件对所得数据进行统计分析, 定量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示, 采用配对设计资料的 $t$ 检验或两独立样本资料的 $t$ 检验; 定性资料采用独立样本 $R \times C$ 列联表资料的 $\chi^2$ 检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 疗效标准** 临床疗效包括显效、有效、无效分级。显效:

**[收稿日期]** 2015-02-06

**[作者简介]** 贾文 (1982-), 男, 主治医师, 主要从事儿科临床工作。

症状和体征较治疗前有明显改善,哮喘发作次数小于3次;有效:症状和体征较治疗前有所改善,哮喘发作次数小于5次;无效:症状和体征与治疗前无改善,且有加重现象。总有效率(%)=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。试验组总有效率为95.56%,对照组为82.35%(42/51),2组比较,差异有统计学意义( $\chi^2=4.99, P<0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
试验组	51	29	20	2	95.56
对照组	51	22	20	9	82.35

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2组症状消失时间比较 见表2。试验组患者气促消失时间、喘憋消失时间和咳嗽消失时间明显短于对照组,2组比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表2 2组症状消失时间比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	n	气促消失时间	喘憋消失时间	咳嗽消失时间
试验组	51	0.65±0.21	1.37±0.24	6.23±0.82
对照组	51	0.93±0.19	2.05±0.31	8.57±1.12

与对照组比较,① $P<0.05$

4.4 2组不良反应发生率比较 见表3。2组患者治疗期间,有少数患者早期出现恶心呕吐、面色潮红、心率加快等不良反应,一段时间治疗后症状基本消失,不影响继续治疗。试验组不良反应率为7.84%(4/51),对照组为23.53%(12/51),2组比较,差异有统计学意义( $\chi^2=4.74, P<0.05$ )。

表3 2组不良反应发生率比较

组别	n	恶心呕吐	面色潮红	心率加快	不良反应率(%)
试验组	51	1	2	1	7.84
对照组	51	3	4	5	23.53

与对照组比较,① $P<0.05$

## 5 讨论

哮喘是一种基因和环境相互作用后造就的复杂的慢性炎症性疾病,主要表现为反复发作的气道梗阻,支气管高反应性,气道炎性细胞浸润,发生可能与遗传、肥胖,低体重,维生素D缺乏,呼吸道感染,不良的环境,运动,药物,神经和精神因素,以及异常的免疫反应等危险因素有关<sup>[2]</sup>。感染引起的变态反应在传统观点中为婴幼儿哮喘的本质,因此治疗原则主要为抗感染、使用气管扩张剂等,对顽固发作者长时间应用激素及抗生素进行治疗,临床症状虽然能得到有效缓解,但不能消除气道炎症,且容易导致多种不良反应发生,全身性副作用较明显。临床常用的治疗方法有 $\beta_2$ 受体激动药、茶碱类、免疫治疗等等, $\beta_2$ 受体激动药以气雾吸入治疗为主,是临床上目

前应用广泛的支气管舒张药,用于治疗哮喘急性发作。但由于患儿年龄较小,哮喘发作时产生缺氧、烦躁等,往往无法配合治疗,气雾剂不易通过狭窄气道进入肺部,因此临床疗效不佳。且有研究表明,单独使用 $\beta_2$ 受体激动药进行规则治疗,易引起病情恶化和肺功能降低<sup>[3]</sup>。茶碱是一种可扩张支气管,又有免疫调节功能和抗炎作用的支气管舒张剂,作用机制主要为拮抗腺苷受体,可有效抑制细胞内钙离子,还可减少递质释放并提高隔肌的收缩力;可有效抑制磷酸二酯酶,促使cAMP升高,利于气道扩张并缓解支气管痉挛,气道阻力减少利于排泄分泌物。由于茶碱的有效剂量与中毒剂量较为相近,不良反应较多,有些发达国家把茶碱列为哮喘的第三线的辅助用药<sup>[4]</sup>。

中医学上将哮喘称之为哮病,主要病因为痰饮留伏,每遇机体正气不足或外感风寒邪气,则发为哮喘。因主要病位在肺,中医治疗首先从肺而论,肺主司气的宣发肃降,肺失宣降,气机的升降出入受到影响,还可导致津液的输布失常,聚津化痰,为哮病的发生提供了重要基础。故中医学常用宣降肺气、化痰平喘的药物进行治疗。麻黄汤为治疗外感风寒表实证主要方剂。麻黄味苦辛性温,为肺经专药,能发越人体阳气,有发汗解表,宣肺平喘作用。用温经散寒,透营达卫之桂枝作为臣药,加强发汗解表而散风寒。而喘是由肺气郁而上逆所致,麻、桂又都上行而散,杏仁作为佐药,本身具降肺气、散风寒之效,同麻黄一宣一降,增强解郁平喘之功。炙甘草是使药而兼佐药之义,既能调和宣降之麻、桂,又能缓和麻、桂相合的峻烈之性,使汗出而不耗正气。诸药合用,共奏发汗解表,宣肺平喘之功。

本次研究采用氨茶碱和麻黄汤联合应用治疗小儿哮喘,总有效率高单纯应用氨茶碱的对照组,症状消失快,不良反应率低。提示中西医结合,既可发挥氨茶碱扩张支气管、调解免疫功能和抗炎的作用,麻黄汤宣肺平喘之效果,还可减少不良反应的发生。但本次只观察了二者合用的近期效果,对于远期疗效及哮喘缓解期的复发情况尚有待深入研究。

## [参考文献]

- [1] 赵霞,汪受传,韩新民,等.小儿哮喘中医诊疗指南[J].中医儿科杂志,2008,4(3):4-6.
- [2] Hollams EM. Vitamin D and atopy and asthma phenotypes in children [J]. Curr Opin Allergy Clin Immunol, 2012, 12(3): 228-234.
- [3] 王宝水.支气管哮喘药物治疗近况[J].临床荟萃,2002,79(1):556.
- [4] 赵绪韬译.支气管哮喘药物治疗指南[J].世界临床药物,2006,27(3):172.

(责任编辑:骆欢欢)