

# 中西医结合治疗哮喘急性发作临床疗效观察

金盛峰, 陈旭锋

诸暨市第二人民医院, 浙江 诸暨 311811

**[摘要]** 目的: 观察中西医结合治疗哮喘急性发作的效果。方法: 将 150 例哮喘急性发作寒哮证患者随机分为 2 组各 75 例, 对照组应用常规西药治疗, 观察组在对照组治疗基础上加用小青龙汤合止嗽散加减进行治疗, 2 周作为 1 疗程, 2 组均治疗 3 疗程。比较 2 组疗法的临床疗效和对肺功能的影响。结果: 观察组治疗总有效率为 94.67%, 对照组为 82.67%, 观察组效果优于对照组 ( $P < 0.05$ )。治疗后, 2 组每分钟最大通气量 (MVV%)、呼气流量峰值 (PEF) 以及第 1 秒肺活量 (FEV<sub>1</sub>) 均较治疗前好转 ( $P < 0.05$ ); 观察组各指标改善较对照组更显著 ( $P < 0.05$ )。结论: 在常规西药治疗基础上加用小青龙汤合止嗽散加减治疗哮喘急性发作寒哮证有确切疗效, 可有效缓解患者的临床症状, 而且有助于恢复肺功能。

**[关键词]** 哮喘; 急性发作; 寒哮证; 中西医结合疗法; 小青龙汤; 止嗽散; 肺功能

**[中图分类号]** R562.2\*5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 11-0028-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.013

哮喘属于呼吸系统慢性炎症性疾病, 主要以反复发作性的喘息、气急、胸闷憋喘及咳嗽作为特征性表现<sup>[1-2]</sup>。随着对哮喘认识的加深, 其治疗手段和药物也在逐步增加<sup>[3-4]</sup>。以往治疗以西药为主, 但是在取得疗效的同时药物副反应也限制了其应用, 而中医治疗手段正逐步发挥治疗作用, 不仅减少了药物的副反应, 而且显著提高了治疗效果<sup>[5]</sup>。为了观察中西医结合治疗哮喘急性发作的效果, 本研究对 150 例患者采取不同方案进行治疗和对比。现将结果总结报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 抽取 150 例于 2014 年 1 月—2015 年 1 月因哮喘急性发作在本院治疗的患者作为研究对象, 按照随机数字表法分为对照组和观察组各 75 例。对照组男 40 例, 女 35 例; 年龄 15~67 岁, 平均(44.7±4.8)岁; 病程 1~20 年, 平均(11.5±3.8)年。观察组男 41 例, 女 34 例; 年龄 17~64 岁, 平均(43.9±6.1)岁; 病程 3~19 年, 平均(12.3±5.7)年。2 组性别、年龄、病程等基本情况比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 根据《支气管哮喘防治指南》<sup>[6]</sup>中的诊断标准: 反复发作的喘息、气促、胸闷或咳嗽, 多与接触过敏原、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。除外其他疾病所引起的喘息, 气促, 胸闷或咳嗽。哮喘的急性发作

定义: 喘息、气促、胸闷或咳嗽等症状发生突然, 或在原有症状基础上突然加重, 具有呼吸困难及呼气流量降低的特征。

**1.3 辨证标准** 参照《中医内科学》中寒哮证的相关辨证标准, 症见: 喉中有痰鸣音, 痰白或呈泡沫状, 不知口渴或渴喜热饮, 形寒怕冷, 冷天或受凉后容易发作, 脸色青晦。舌苔白, 脉浮紧。

**1.4 纳入标准** 符合哮喘临床诊断标准, 症状典型且病情处于急性发作期; 符合中医辨证标准者; 对本次研究知情同意, 并签署知情同意书。

**1.5 排除标准** 对本次研究所用药物过敏者; 妊娠及哺乳期妇女; 合并严重肝肾功能不全以及先天性心脏病的患者; 合并肺结核者。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 根据临床常规方案进行治疗: 布地奈德气雾剂(阿斯利康制药有限公司), 每天 4 次, 每次 200 μg, 嘱用药后漱口; 氨茶碱缓释片(北京紫竹药业有限公司)口服, 每天 3 次, 每次 0.2 g; 异丙托溴铵气雾剂(Boehringer Ingelheim Pharma GmbH Co KG)雾化吸入, 每天 3 次, 每次 40 μg。

**2.2 观察组** 在上述治疗的基础上加用小青龙汤合止嗽散加减进行治疗。处方: 陈皮、紫菀、荆芥、白芍各 15 g, 桂枝、干姜、法半夏、甘草、桔梗、白前、百部各 10 g, 麻黄、五味子各 7 g, 细辛 3 g。喘息不能平卧者加用葶苈子、射干各 10 g。每天 1 剂, 水煎, 分 2 次服用。

**[收稿日期]** 2016-06-10

**[作者简介]** 金盛峰 (1978-), 男, 主治医师, 研究方向: 呼吸内镜、消化内镜。

2周作为1疗程,2组均治疗3疗程。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组患者临床症状和发作频率的改善情况;治疗前后每分钟最大通气量(MVV%)、呼气流量峰值(PEF)以及第1秒肺活量(FEV<sub>1</sub>)等肺功能指标变化情况。

3.2 统计学方法 将获得的数据运用SPSS 19.0统计学软件处理。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用t检验。计数资料用 $\chi^2$ 检验进行统计。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效:症状显著缓解,每周发作频率不超过1次或者小剂量药物即能维持治疗,PEF大致正常;有效:症状好转,但是每周发作次数超过2次,需常规剂量药物才能维持治疗效果,且PEF<80%正常预计值;无效:用药前后病情无改变。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组治疗总有效率为94.67%,对照组为82.67%,观察组效果优于对照组( $P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	75	46(61.33)	25(33.33)	4(5.33)	71(94.67)
对照组	75	30(40.00)	32(42.67)	13(17.33)	62(82.67)

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后肺功能指标比较 见表2。治疗后,2组各项肺功能指标均较治疗前好转( $P < 0.05$ );观察组改善较对照组更显著( $P < 0.05$ )。

表2 2组治疗前后肺功能指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	MVV(%)		PEF(L/s)		FEV <sub>1</sub> (L)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	40.15±4.87	51.73±5.18	2.12±0.12	2.79±0.18	1.32±3.51	3.11±4.11
观察组	40.17±4.85	56.25±5.59 <sup>②</sup>	3.37±0.21	5.88±0.73 <sup>②</sup>	1.28±3.52	2.06±4.47 <sup>②</sup>

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

### 5 讨论

支气管哮喘常伴有不同的临床症状,极大降低了患者的生活质量,目前临床考虑其发病和气道的慢性变态反应性炎症密切相关<sup>[7]</sup>。西医治疗主要是给予糖皮质激素长期吸入治疗,目的是缓解临床症状,但是研究显示大剂量、长时间应用激素会引起一系列的药物副反应,因此并不为大多数患者所接受<sup>[8]</sup>。布地奈德气雾剂是激素类药物,能够通过吸入的方式被摄取至血液,能够在局部形成较高的药物浓度并维持较长时间,有效地提高治疗效果,大量的临床实践证明其能够起到明显的抗炎效果,可增加组胺和乙酰胆碱对气道的作用<sup>[9-10]</sup>,且在实践应用过程中未发现严重的药物副反应。氨茶碱缓释片能够刺激膈

肌,并可有效抑制组织细胞内环磷酸腺苷(cAMP)的水解,增加组织中cAMP的浓度,从而使呼吸系统对CO<sub>2</sub>浓度的敏感度增加,从而改善患者心功能及对脑组织的氧供,减少呼吸暂停的发作。但是大剂量的氨茶碱容易发生中毒,应当重视<sup>[11]</sup>。异丙托溴铵气雾剂可有效扩张肺部支气管,对呼吸道平滑肌中的M受体起到高选择阻断作用,从而减少病症;该药还能松弛气管及支气管平滑肌,减少支气管炎的发生。研究表明,西医治疗哮喘的远期效果并不十分理想,在激素等药物的反复应用过程中容易引起二重感染及降低自身免疫力,且并发症较多。因此,临床主张采用中西医结合用于哮喘的治疗,临床疗效显著。

中医学认为哮喘属于哮喘范畴,肺、脾、肾功能失调,津液在体内汇集成痰,成为哮喘急性发作的根本原因<sup>[12]</sup>。急性发作多由宿痰内伏于肺,复感外邪、饮食、情志、劳倦等诱因引触,以致痰阻气道,气道挛急,肺失肃降,肺气上逆所致。本次研究所用方剂是小青龙合止嗽散加减,方中桂枝通阳散寒,麻黄温肺止喘,白芍与桂枝配伍调和营卫,干姜、细辛温里散寒,法半夏燥湿化痰,五味子收敛肺气,桔梗清肺化痰,白前温肺化痰,紫菀、百部止咳,荆芥祛风,陈皮理气,甘草调和诸药。诸味药物共同使用,具有很好的解表散寒、温肺化痰、止咳平喘的作用。

本研究结果显示,观察组临床疗效和肺功能改善均优于对照组( $P < 0.05$ )。提示在常规西药治疗基础上加用小青龙汤合止嗽散加减治疗哮喘急性发作寒哮证有确切疗效,可缓解患者的临床症状,而且有助于恢复肺功能,值得临床应用和推广。

### [参考文献]

- [1] 胡建荣. 中西医结合治疗慢性持续期支气管哮喘 53 例[J]. 基层医学论坛, 2012, 16(10): 1315-1316.
- [2] 陈秋霞. 中西医结合治疗支气管哮喘发作的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2013, 11(15): 225-226.
- [3] To T, Shen S, Atenafu EG, et al. The air quality health index and asthma morbidity: a population-based study [J]. Environ Health Perspect, 2013, 121(1): 46-52.
- [4] 刘爱真. 支气管哮喘患者的中西医结合治疗效果观察[J]. 医药论坛杂志, 2010, 25(14): 2234-2235.
- [5] 赵新运. 中西医结合治疗支气管哮喘临床观察[J]. 临床合理用药杂志, 2010, 30(19): 324-325.
- [6] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2003, 26(3): 132-138.
- [7] 彭南波. 中西医结合治疗支气管哮喘 190 例的体会[J]. 中国当代医药, 2011, 10(18): 2813-2814.
- [8] 欧雪珍. 中西医结合治疗哮喘急性发作 60 例临床护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2012, 15(22): 167-168.

- [9] 卢贤红. 布地奈德联合沙丁胺醇氧驱动治疗喘息性肺炎痰堵的临床护理观察[J]. 护士进修杂志, 2014, 29(15): 1434-1435.
- [10] 卢慧, 郁凌飞. 布地奈德混悬液联合硫酸沙丁胺醇、异丙托溴铵雾化吸入治疗喘息性支气管炎疗效观察[J]. 中国基层医药, 2015, 22(4): 600-601.
- [11] 强宁侠. 中西医结合治疗支气管哮喘急性发作 30 例[J]. 山西中医, 2010, 26(7): 27-28.
- [12] Q Song, LI You-Lin, LI Dan-Yang, et al. Systematic Review on Randomized Controlled Trials of Dingchuan Decoction for Asthma[J]. Acta Chinese Medicine and Pharmacology, 2012, 40(4): 52-53.

(责任编辑: 吴凌)

## 舒肝解郁胶囊联合莫沙比利治疗功能性消化不良临床疗效观察

沈初

杭州钢铁集团公司职工医院, 浙江 杭州 310022

**[摘要]** 目的: 观察舒肝解郁胶囊联合莫沙比利治疗功能性消化不良的临床疗效。方法: 选择存在焦虑和(或)抑郁的 65 例功能性消化不良患者, 随机分为 2 组, 治疗组 33 例服用舒肝解郁胶囊联合枸橼酸莫沙比利分散片, 对照组 32 例仅服用枸橼酸莫沙比利分散片。分别于治疗前后评价患者的症状以及采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)和汉密尔顿焦虑量表(HAMA)进行心理测评。结果: 治疗组餐后饱胀不适、早饱感、上腹痛、上腹烧灼感的疗效总有效率均高于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。治疗组治疗后与随访的 HAMD 积分、HAMA 积分均较治疗前下降, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 与同期对照组比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ); 对照组 2 项积分未见明显变化, 治疗后、随访与治疗前分别比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。结论: 采用舒肝解郁胶囊联合莫沙比利治疗功能性消化不良, 不仅能够显著改善患者的焦虑和(或)抑郁状态, 而且在症状缓解方面优于单纯口服莫沙比利, 疗效显著。

**[关键词]** 功能性消化不良(FD); 舒肝解郁胶囊; 莫沙比利; 汉密尔顿抑郁量表(HAMD); 汉密尔顿焦虑量表(HAMA)

**[中图分类号]** R574.4 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)11-0030-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.11.014

功能性消化不良(functional dyspepsia, FD)是一组无明显器质性原因的间歇性或慢性胃肠综合征的总称, 通常表现为上腹痛或不适、厌食、早饱、餐后饱胀感、暖气、腹部胀气、呕吐、恶心、反酸和烧心等临床症状。该病不仅反复发作, 而且病程较长, 严重影响到患者的生活质量。因此, 如何缓解 FD 的临床症状、改善患者的生活质量成为临床研究的重点。目前关于 FD 的研究多发现该病与近端胃容受性障碍、消化道排空延迟及胃部神经敏感性增高等相关因素有关; 另一方面, 越来越多的研究发现, FD 的发病可能和心理障碍及自主神经功能紊乱相关。目前临床治疗该病的近期疗效及远期疗效甚微。本研究采用舒肝解郁胶囊配合莫沙比利治疗 FD 临床疗效显著, 现将相关研究报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 选取 2014 年 2 月—2015 年 4 月于本院中医内科门诊就诊的 65 例患者, 按照随机数字表法将患者随机分为对照组和治疗组。对照组 32 例, 男 17 例, 女 15 例; 平均年龄( $40.21 \pm 17.32$ )岁, 平均病程( $8.61 \pm 4.13$ )年。治疗组 33 例, 男 15 例, 女 18 例; 平均年龄( $43.27 \pm 20.12$ )岁, 平均病程( $7.41 \pm 5.12$ )年。2 组性别、年龄、病程及症状学指标等比较, 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 2006 年修订的罗马标准<sup>[1]</sup>: 上腹部饱胀不适感; 上腹痛; 上腹部烧灼感、早饱感; 早饱感。存在以上 1 项或多项症状至少 6 月者。同时伴有焦虑和(或)抑郁, 焦虑和(或)抑郁的诊断标准: 经焦虑及抑郁测评量

**[收稿日期]** 2016-06-11

**[作者简介]** 沈初 (1980-), 男, 主治中医师, 研究方向: 中医内科(消化)。