

- [2] 谢雁鸣, 刘保延, 朴海垠, 等. 基于临床流行病学调查的亚健康人群一般特征的探析[J]. 中国中西医结合杂志, 2006, 26(7): 612-618.
- [3] 周宝宽. 中医疲劳与亚健康研究[D]. 沈阳: 辽宁中医学院, 2003: 6-7.
- [4] 李春杰, 贾丹兵, 李乃民, 等. 中医治未病与慢性疲劳综合征的防治[J]. 中华中医药学刊, 2010, 29(5): 946-947.
- [5] 魏蕾. 亚健康状态人群生活方式特点及其相关性研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2011: 39-40.
- [6] 侯晓勇, 贾少坡, 田连营, 等. 慢性疲劳综合征发病相关机制探讨[J]. 河北医药, 2015, 37(16): 2463-2466.
- [7] 李冠儒. 2823例健康体检人群的疲劳情况及其与体检指标的相关性探讨[D]. 北京: 北京中医药大学, 2013: 30-31.
- [8] 刘莉莉, 江钟立, 贺丹军, 等. 慢性疲劳综合征患者的社会功能与饮食行为因素的相关分析[J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(12): 888-890.

(责任编辑: 冯天保)

调脾补肾方联合西药治疗支气管哮喘非急性发作期临床观察

孙燕^{1,2}, 蔡怡航², 张忠德³

1. 广州市越秀区中医医院, 广东 广州 510030
2. 广州中医药大学, 广东 广州 510405
3. 广东省中医院, 广东 广州 510120

[摘要] 目的: 观察调脾补肾方联合西药治疗支气管哮喘非急性发作期的临床疗效。方法: 选取54例支气管哮喘非急性发作期患者为研究对象, 随机分为试验组和对照组各27例。试验组采用调脾补肾方联合西药治疗, 对照组单纯采用西药治疗。观察2组治疗前后中医证候积分的变化, 对比分析2组临床疗效。结果: 治疗前, 2组中医证候积分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2组中医证候积分均较治疗前降低, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 试验组中医证候积分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。试验组总有效率95.83%, 对照组总有效率40.74%, 2组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 在西药基础上加用调脾补肾方治疗支气管哮喘非急性发作期患者, 可提高临床疗效。

[关键词] 支气管哮喘; 非急性发作期; 中西医结合疗法; 调脾补肾方; 中医证候; 疗效

[中图分类号] R256.12 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 08-0087-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.08.025

Clinical Observation of Tiaopi Bushen Prescription Combined with Western Medicine for Bronchial Asthma at Non-acute Attack Stage

SUN Yan, CAI Yihang, ZHANG Zhongde

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of Tiaopi Bushen prescription combined with western medicine for bronchial asthma at non-acute attack stage. **Methods:** Selected 54 cases of patients with bronchial asthma at non-acute attack stage as study objects, and divided them into the experiment group and the control group randomly, 27 cases in each group. The experiment group received Tiaopi Bushen prescription combined with western medicine for treatment, while the control group received routine western medicine. Observed the changes of scores of Chinese medicine syndromes before and after treatment, and compared and analyzed the clinical effect of the two groups. **Results:** Before treatment, no significant difference was found in the comparisons of scores of Chinese medicine syndromes between the two groups ($P > 0.05$). After

[收稿日期] 2017-11-01

[作者简介] 孙燕 (1984-), 女, 在读同等学力博士, 主治医师, 主要从事中医内科临床工作。

[通信作者] 张忠德, E-mail: DoctorZZD@yahoo.com。

treatment, scores of Chinese medicine syndromes in the two groups were decreased when compared with those before treatment, difference being significant($P < 0.05$); and the score of Chinese medicine syndromes in the experiment group was lower than that in the control group, the difference being significant($P < 0.05$). The total effective rate was 95.83% in the experiment group and was 40.74% in the control group, the difference being significant($P < 0.01$). **Conclusion:** The therapy of Tiaopi Bushen prescription combined with the western medicine for patients with bronchial asthma at non-acute attack stage can improve the clinical effect.

Keywords: Bronchial asthma; Non-acute attack stage; Integrated Chinese and western medicine therapy; Tiaopi Bushen prescription; Chinese medicine syndromes; Efficacy

支气管哮喘是气道的一种慢性过敏反应炎症性疾病, 严重威胁广大人民群众的健康, 部分患者可成为终身痼疾, 造成患者家庭及社会的一个沉重负担, 已成为严重的公共卫生问题, 引起了世界各国的极大关注。张忠德教授在临床中运用从脾肾论治的方法治疗哮喘非急性发作期患者, 临床疗效显著, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2011年1月—2012年3月广东省中医院门诊治疗的54例哮喘非急性发作期患者, 随机分为试验组和对照组各27例。其中试验组3例治疗过程中不愿继续服用中药, 中途退出, 最终24例患者完成治疗。男13例, 女11例; 年龄18~65岁, 平均(34.95±12.04)岁; 病程1~30年, 平均(8.72±7.71)年。对照组男14例, 女13例; 年龄18~62岁, 平均(35.05±12.06)岁; 病程1.5~32年, 平均(9.84±8.40)年。2组性别、年龄、病程等一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 根据2009年全国哮喘病会议制定的诊断标准: ①反复发作的喘息、胸闷、气急或咳嗽, 多与接触变应原、冷空气、物理、化学性刺激以及病毒性上呼吸道感染、运动等有关; ②发作时在双肺可闻及弥漫或散在、以呼气相为主的哮鸣音, 呼气相延长; ③上述症状和体征可经治疗缓解或自行缓解; ④除外其他疾病所引起的喘息、气急、胸闷或咳嗽; ⑤临床表现不典型者(如无明显喘息或体征), 应至少具备以下1项试验阳性: a.支气管激发试验或运动激发试验阳性; b.支气管舒张试验阳性, 且第1秒用力呼气量(FEV_1)增加 $\geq 12\%$ 、 FEV_1 增加绝对值 ≥ 200 mL; c.呼气流量峰值(PEF)日变异率 $\geq 20\%$ 。符合上述①~④条或④⑤条者, 可以诊断为哮喘。

1.3 辨证标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]和《中医病证诊断疗效标准》^[2]中脾肾两虚证的辨证标准。主症: 喘息, 胸闷气短, 咳嗽; 次症: 平素易疲乏、动则喘甚, 纳差, 腰膝酸软; 舌脉: 舌质淡或暗淡、苔白或白厚腻, 脉沉细弱。主症必备加次症2项, 结合舌脉可以辨证。

1.4 纳入标准 符合上述诊断标准和辨证标准; 年龄18~65岁; 受试者知情并签署知情同意书; 对药物研究意义有正确认识, 对研究人员的观察和评价有良好的依从性。

1.5 排除标准 外感发热的患者; 有严重肺系疾病, 如慢性阻塞性肺病、肺癌、肺结核等; 年龄大于65岁或小于18岁者; 对本研究处方中药物组成有过敏史者; 合并有心血管、肝肾和造血系统等严重原发性疾病; 妊娠或哺乳期妇女, 或准备妊娠的妇女; 精神病患者; 本研究前1月参加过其他新药临床试验, 或正在参加其他新药临床试验者。

2 治疗方法

2.1 对照组 茶碱缓释片(广州迈特兴华制药厂有限公司), 每12 h口服1次, 每次0.2 g; 孟鲁司特钠咀嚼片(杭州默沙东制药有限公司), 每晚口服1次, 每次10 mg; 沙美特罗替卡松气雾剂(葛兰素史克公司), 每天吸入2次, 每次1吸。

2.2 试验组 在对照组用药基础上加服调脾补肾方, 处方: 苦杏仁、紫苏叶、白术、党参、山茱萸、桑椹各15 g, 炙麻黄、桔梗、法半夏各10 g, 补骨脂20 g。每天1剂, 水煎服, 根据患者实际情况确定服用剂量。

2组均用药2月, 治疗结束时进行疗效评价。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]对患者治疗前后的中医证候进行评分。②对比2组治疗后的临床疗效。

3.2 统计学方法 采用SPSS18.0统计学软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 采用 t 检验; 计数资料以率(%)表示, 采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[1]拟定。临床控制: 临床症状体征消失或基本消失, 中医证候积分减少 $\geq 95\%$; 显效: 临床症状、体征明显改善, $70\% \leq$ 中医证候积分减少 $< 95\%$; 有效: 临床症状、体征均有好转, $30\% \leq$ 中医证候积分减少 $< 70\%$; 无效: 临床症状、体征无明显改善, 甚或加重, 中医证候积分减少 $< 30\%$ 。

4.2 2组治疗前后中医证候积分比较 见表1。治疗前, 2组中医证候积分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组中医证候积分均较治疗前降低, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 试验组中医证候积分低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
试验组	24	11.57 ± 1.83	3.03 ± 2.12 ^②
对照组	27	11.51 ± 1.87	8.51 ± 2.43 ^①

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

4.3 2组临床疗效比较 见表2。试验组总有效率95.83%, 对照组总有效率40.74%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表2 2组临床疗效比较 例

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
试验组	24	0	3	20	1	95.83 ^①
对照组	27	0	1	10	16	40.74

与对照组比较, ① $P < 0.01$

5 讨论

中医学认为, 哮喘病是一种有“宿根”的疾病, 其病位在肺, 病理产物为痰, 痰的产生除了与肺有关, 与脾胃的关系也很密切。《医方集解》云: “哮虽为肺病, 然肺金以脾土为母, 故肺中之痰浊亦以脾中之湿为母。”并有“脾为生痰之源, 肺为贮痰之器”之说。明代医家王节斋云: “痰之本, 水也, 原动于肾; 痰之动, 湿也, 主于脾。”《景岳全书》云: “五脏之病虽惧能生痰, 然无不由脾胃。”即指出脾胃两脏在痰生成方面的作用。肺主呼气, 肾主纳气, 肺的呼吸功能需要肾的纳气作用来协助, 肾虚无以纳气, 则生喘促。《类证治裁》曰: “肺为气之主, 肾为气之根, 肺主出气, 肾主纳气, 阴阳相交, 呼吸乃和。若出入升降失常, 斯喘作焉。”阐明了哮喘发病与肺肾的密切关系。蔡友敬^[3]认为哮喘病机关键在于气之盛衰, 根据“肺为气之主, 脾为气之源, 肾为气之根”的理论, 在哮喘症状缓解期注重肺气虚、脾气虚、肾气虚。陈寿春^[4]认为, 本病内因肺、脾、肾三脏不足, 藩篱不固, 痰湿内盛, 尤小儿脾常不足, 易生痰是湿为首要。饮食因素所致哮喘多与脾有关, 脾失健运, 津液代谢障碍, 水液停滞, 则聚而生痰成饮, 多影响肺的宣发和肃降。周悦^[5]认为, 中医治疗的基本原则为“虚则补其母, 实则泻其子”。

近年来张忠德教授在临床中运用从脾肾论治的方法治疗哮喘缓解期患者, 提出了“培土生金、补肾纳气、止咳平喘”为主的治疗大法。调脾补肾方由炙麻黄、苦杏仁、桔梗、白术、法半夏、党参、山茱萸、桑椹、紫苏叶、补骨脂组成。本方药物主归脾、肾、肺经, 其中白术、山萸肉为方中主药, 共奏健脾益气、补肾纳气之效, 体现组方之旨; 法半夏既能燥湿健脾, 又能和胃化痰, 肺、脾同调; 党参主归脾胃经, 健脾功效卓著; 法半夏、党参、白术三药合用, 则脾胃得健, 气机得调, 生痰之源得以阻断; 山萸肉、补骨脂补肾纳气, 使平喘的力量增强; 炙麻黄、苦杏仁、紫苏叶宣肺降气、止咳润肺平喘, 药味轻, 起调节气机、兼具佐使的作用。

目前激素加支气管舒张药治疗支气管哮喘具有明确的疗效, 但副作用难以避免。例如非急性发作期长期激素治疗, 会削弱患者的免疫功能, 易造成口腔黏膜真菌感染; 茶碱制剂有导致心律失常或加重原有心律失常的风险; 孟鲁司特钠长期服用易导致消化功能紊乱。而运用中医中药治疗支气管哮喘非急性发作期患者, 从整体观念出发, 扶正祛邪, 调理全身机能状态, 既能达到治疗该病的目的, 又能提高患者的抵抗力, 具有单纯西药治疗无法取代的优势。因此, 今后运用中医药或中西医结合的方法治疗支气管哮喘非急性发作期患者是行之有效的途径。

[参考文献]

- [1] 郑筱萸. 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.
- [2] 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.
- [3] 蔡光斗. 蔡友敬老中医治疗哮喘病248例经验总结[J]. 福建中医药, 1993, 24(2): 4-5
- [4] 胡义宝. 陈寿春老中医治疗小儿支气管哮喘的经验[J]. 四川中医, 1994, 12(3): 9-10.
- [5] 周悦. 中医药治疗哮喘的优势浅谈[J]. 江西中医药, 2009, 40(8): 9-10.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)