

固本平喘汤治疗支气管哮喘慢性持续期 48 例

黄波, 李天禹, 秦建平, 王玉和*

(遵义医学院附属医院, 贵州 遵义 563003)

[摘要] **目的:**观察固本平喘汤治疗支气管哮喘慢性持续期的临床疗效。**方法:**将 96 例患者随机按数字法分为观察组和对照组。两组均参照“支气管哮喘防治指南(2008)”进行常规治疗,观察组加用固本平喘汤,1 剂/d,疗程均为 12 周。进行治疗前后哮喘控制测试(ACT)评分,肺功能用力呼气量(FEV_1),用力肺活量(FVC),呼气流速值(PEF)评价,哮喘症状评分,生活质量评价及中医肺肾气虚、寒痰内伏证评分。**结果:**观察组治疗有效率 93.75% 优于对照组的 77.08% ($P < 0.05$);观察组 ACT 各单项评分及总分均高于对照组 ($P < 0.01$);观察组肺功能(FEV_1 , FVC, PEF)的改善均优于对照组 ($P < 0.01$);观察组哮喘日间症状和夜间症状评分低于对照组 ($P < 0.01$);观察组圣乔治呼吸问卷(SGRQ)各项评分均明显下降并低于对照组 ($P < 0.01$);观察组肺肾气虚、寒痰内伏证评分低于对照组 ($P < 0.01$)。**结论:**固本平喘汤能改善支气管哮喘慢性持续期患者临床症状,提高生活质量,临床疗效高,值得推广使用。

[关键词] 支气管哮喘; 慢性持续期; 固本平喘汤; 肺功能; 生活质量

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2013)20-0277-04

[doi] 10.11653/syfy2013200277

Guben Pingchuan Decoction Treatment on 48 Cases of Chronicity-persistent Period in Bronchial Asthma

HUANG Bo, LI Tian-yu, QIN Jian-ping, WANG Yu-he*

(Affiliated Hospital of Zunyi Medical College, Zunyi 563003, China)

[Abstract] **Objective:** To investigate the effect of Guben Pingchuan decoction treatment of chronicity-persistent period in bronchial asthma. **Method:** Niety-six patients were randomly allocated into observational group and control group, 48 cases in each. With the reference of bronchial asthma prevention and treatment guidelines (2008) for conventional treatment, the observation group was treated with Guben Pingchuan decoction, 1 times/day, lasting for 12 weeks. Pre and post the treatment, asthma control test (ACT) scores, lung function forced expiratory volume in one second (FEV_1), forcedvitaclcapacity (FVC), expiratory flow ratel (PEF), asthma symptom score, quality of life assessment and symptom scales of lung and kidney Qi deficiency with cold phlegm were measured. **Result:** The effectiveness of observation group was 93.75%, better than the control group with 77.08% ($P < 0.05$). Each domain and overall items of ACT of observation group were higher than the control group ($P < 0.01$). The improvement of lung function (FEV_1 , FVC, PEF) of the experimental group was better than of the control group ($P < 0.01$). Asthma symptoms of daytime and nighttime symptom score rating of the experimental group was lower than that of the control group ($P < 0.01$). The St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) scores of the experimental group, were significantly decreased and lower than that of the control group ($P < 0.01$). The scores of Lung and kidney Qi deficiency with Cold phlegm syndrome were lower than the control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Guben Pingchuan decoction improves the clinical curative effect

[收稿日期] 20130508(132)

[基金项目] 贵州科技计划项目(gzkwj2010-1-061)

[第一作者] 黄波,副主任医师,硕士生导师,从事呼吸内科及呼吸结核学工作,Tel:13985229382,E-mail:wangyuhe1@126.com

[通讯作者] *王玉和,主任药师,硕士生导师,从事医院药理学及药物经济学研究,Tel:13985229382,E-mail:wangyuhe1@126.com

and patients life quality of chronicity-persistent period in bronchial asthma and deserves promotion.

[Key words] bronchial asthma; chronic duration; Guben Pingchuan decoction; lung function; quality of life

支气管哮喘临床表现为反复发作性,哮鸣音的弥漫性,自行缓解性等。近 20 年来,支气管哮喘的发病率呈持续增加趋势,我国的哮喘死亡率高达 36.7/10 万,病死率之高已位居全球第一^[1],严重危害人类健康。现认为其发病机制与气道炎症、气道高反应性、神经机制等有关。目前尚无根治该疾病的有效办法,临床多以抑制气道炎症为主(糖皮质激素、 β_2 受体激动剂等),以控制患者病情^[2],但仍有许多哮喘患者长期处于慢性持续状态,严重影响患者的生活质量及疾病预后^[3]。笔者以自拟固本平喘汤治疗慢性持续期支气管哮喘(肺肾气虚、寒痰内伏证)取得了较好的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 96 例均为遵义医学院附属医院 2011 年 1 月-2012 年 12 月门诊或住院患者,随机按数字法分为观察组和对照组各 48 例。对照组男 27 例,女 21 例,年龄(40.5 ± 10.7)岁,病程(4.7 ± 3.5)年;病情:2 级 27 例,3 级 21 例。观察组男 29 例,女 19 例,年龄(39.2 ± 11.5)岁,病程(5.1 ± 3.8)年;病情:2 级 26 例,3 级 22 例。两组一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照“支气管哮喘防治指南”^[2] ①反复发哮喘息、气急、胸闷或咳嗽,多与接触变应原、冷空气、物理或化学性刺激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散在或弥漫性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、胸闷和咳嗽。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:支气管激发试验或运动试验阳性;支气管舒张试验阳性(FEV_1 增加 12% 以上,且 FEV_1 增加绝对值 > 200 mL);最大呼气流量(PEF)日内变异率或昼夜波动率 $\geq 20\%$ 。符合①~④条或④、⑤条者可诊断为支气管哮喘。慢性持续期是指每周均不同频度和(或)不同程度出现症状(喘息、气急、胸闷、咳嗽等)。第 2 级(轻度持续):症状 \geq 每周 1 次,但 < 每日 1 次,发作可能影响活动和睡眠;夜间哮喘症状 > 每月 2 次,但 < 每周 1 次; $FEV_1 \geq 80\%$ 预计值或 PEF $\geq 80\%$ 个人最佳值,PEF

或 FEV_1 变异率 20% ~ 30%。第 3 级(中度持续):每日有症状,发作影响活动和睡眠;夜间哮喘症状 \geq 每周 1 次; FEV_1 60% ~ 79% 预计值或 PEF 60% ~ 79% 个人最佳值,PEF 或 FEV_1 变异率 > 30%。

1.2.2 中医诊断标准 见肺肾气虚、寒痰内伏证辨证标准^[4]:咳嗽,喘鸣,胸闷,咯痰,色白清稀;平时易感冒,自汗,畏风,咽痒,腰膝酸软,乏力;舌质淡胖,苔薄白,脉细弱。

1.3 纳入标准 ①符合支气管哮喘诊断标准;②属于慢性持续期第 2、3 级者;③符合中医辨证标准者;④年龄在 20 ~ 70 岁者。

1.4 排除标准 ①支气管哮喘急性发作期及缓解期,或间歇状态(第 1 级)或重度持续(第 4 级)者;②合并慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张、肺纤维化等其他可引起喘息的肺部疾病;③合并有甲状腺功能亢进,心脑血管、肝肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病患者;④妊娠和哺乳期妇女及已知对本试验用药成分过敏者。

1.5 治疗方法 两组均采用西医常规治疗,参照“支气管哮喘防治指南(2008)”^[2] 根据评估哮喘控制情况在患者复诊时进行升阶梯或降阶梯治疗。观察组加用固本平喘汤,药物组成:黄芪 30 g,补骨脂 15 g,五味子 6 g,麻黄 10 g,苦杏仁 10 g,射干 12 g,桔梗 15 g,地龙 15 g,全蝎 6 g,细辛 6 g,紫苑 12 g,款冬花 12 g,法半夏 12 g,白芥子 12 g,桃仁 12 g^(打碎)。常规水煎分 2 次服用。疗程 12 周。

1.6 观察指标

1.6.1 哮喘控制测试(ACT)评分^[5] 过去 4 周内哮喘对患者日常活动的妨碍、呼吸困难出现的次数、哮喘症状对睡眠的影响、急救药物的使用、哮喘控制情况评估 5 方面内容,每方面按病情的轻重分别计 1 ~ 5 分,分数越高,提示患者情况越好。

1.6.2 肺功能评定 肺功能用力呼气量(FEV_1),用力肺活量(FVC),呼气流速值(PEF)分别于治疗前、后时行评定。

1.6.3 哮喘症状评分 ①夜间症状评分:0 分为夜间无任何症状;1 分因哮喘相关症状使患者醒来 1 次或早醒;2 分因哮喘相关症状使患者醒来 2 次或 2 次以上;3 分因哮喘相关症状使患者经常醒来。②日间症状评分:0 分为日间无任何症状;1 分:日

间短暂时间有哮喘相关症状:2分 日间有2次或2次以上短暂时间出现症状;3分 日间经常出现症状。

1.6.4 生活质量评价 采用圣乔治呼吸问卷(SGRQ)^[6]。SGRQ包括3项:①呼吸症状;②活动能力;③疾病影响。分别计算各项积分及总分,分值范围0~100,分值越低表示患者健康状况越好。

1.6.5 肺肾气虚、寒痰内伏证评分^[4] 喘息:正常0分,无;轻度3分,喘息偶有发作,程度轻,不影响睡眠或活动;中度6分,症状介于轻重之间;重度9分,喘息明显,呈持续性,不能平卧,影响睡眠或活动。咳嗽:正常0分,无;轻度2分,白天间断咳嗽,不影响正常生活和工作;中度4分,症状介于轻重之间;重度6分,昼夜咳嗽频繁或阵咳,影响休息和睡眠。胸闷气促:正常0分:无;轻度2分,偶有气促;中度4分,时有,不影响日常生活;重度6分,常有胸闷气促,影响日常生活。哮鸣音:正常0分,无;轻度2分,偶闻,或在咳嗽、深快呼吸后出现;中度4分,散在;重度6分:满布。其他次要症状根据有无分别记录0分或1分。

1.7 疗效标准 参照“支气管哮喘防治指南(2008)”^[2] ①控制:白天无症状(2次/周),无活动受限、夜间憋醒,不需要使用缓解性药物(2次/周),肺功能(PEF或FEV₁)正常,无急性发作;②部分控

制(任何一周有任何一项指标存在):白天有症状(>2次/周),有活动受限、夜间憋醒,需要使用缓解性药物(>2次/周),肺功能(PEF或FEV₁)<80%预计值或个人最好值,无急性发作;③未控制:任何一周有部分控制的3个或更多的特征,任何一周有1次急性发作。以控制+部分控制/总例数×100%计算有效率。

1.8 统计学处理 采用SPSS 17.0统计分析软件,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组哮喘控制情况比较 观察组治疗有效率93.75%,对照组77.08%,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组哮喘控制水平比($n=48$)

组别	控制/例	部分控制/例	未控制/例	有效率/%
对照	15	22	11	77.08
观察	21	24	3	93.75 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

2.2 两组治疗前后 ACT 评分比较 两组治疗后ACT各单项评分及总分均较治疗前上升,观察组ACT各单项评分及总分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表2。

表2 两组治疗前后 ACT 评分比较($\bar{x} \pm s, n=48$)

组别	时间	妨碍活动	呼吸困难	夜间憋醒	用急救药	控制情况	总分
对照	治疗前	3.17±0.71	3.05±0.75	3.22±0.67	3.41±0.62	3.47±0.64	14.75±2.66
	治疗后	4.22±0.47 ¹⁾	4.28±0.50 ¹⁾	4.30±0.41 ¹⁾	4.49±0.37 ¹⁾	4.50±0.35 ¹⁾	20.48±3.52 ¹⁾
观察	治疗前	3.19±0.74	3.07±0.72	3.19±0.65	3.43±0.64	3.45±0.60	14.67±2.75
	治疗后	4.58±0.44 ^{1,2)}	4.55±0.42 ^{1,2)}	4.65±0.43 ^{1,2)}	4.72±0.33 ^{1,2)}	4.71±0.32 ^{1,2)}	24.85±3.61 ^{1,2)}

注:与治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.01$ (表4-5同)。

2.3 两组治疗前后肺功能比较 治疗后对照组肺功能(FEV₁,FVC,PEF)有所改善,但差异无统计学意义;观察组肺功能较治疗前有明显改善($P < 0.01$),且优于对照组($P < 0.05$),见表3。

表3 两组治疗前后肺功能比较($\bar{x} \pm s, n=48$)

组别	时间	FEV ₁ /L	FVC/L	PEF/L·s ⁻¹
对照	治疗前	2.67±0.62	1.93±0.59	4.43±1.57
	治疗后	2.87±0.65	2.13±0.54	5.52±1.62
观察	治疗前	2.66±0.64	1.90±0.61	4.39±1.61
	治疗后	3.15±0.66 ^{1,2)}	2.42±0.58 ^{1,2)}	6.24±1.65 ^{1,2)}

注:与治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P < 0.05$ 。

2.4 两组治疗前后哮喘症状评分 两组治疗后哮喘日间症状和夜间症状评分均低于治疗前,治疗后

观察组评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表4。

表4 两组治疗前后哮喘症状评分($\bar{x} \pm s, n=48$)

组别	时间	日间症状	夜间症状
对照	治疗前	1.67±0.62	1.56±0.58
	治疗后	0.72±0.34 ¹⁾	0.66±0.32 ¹⁾
观察	治疗前	1.65±0.64	1.57±0.61
	治疗后	0.41±0.31 ^{1,2)}	0.36±0.29 ^{1,2)}

2.5 两组治疗前后 SGRQ 评分比较 两组治疗后SGRQ评分均明显下降,观察组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表5。

2.6 两组治疗前后肺肾气虚、寒痰内伏证评分比较 两组治疗后肺肾气虚、寒痰内伏证评分均明显下

表 5 两组治疗前后 SGRQ 评分及肺肾气虚、寒痰内伏证评分比较 ($\bar{x} \pm s, n = 48$) 分

组别	时间	SGRQ	肺肾气虚/寒痰内伏证
对照	治疗前	66.7 ± 6.72	24.8 ± 2.95
	治疗后	44.2 ± 5.54 ¹⁾	9.1 ± 1.74 ¹⁾
观察	治疗前	67.1 ± 6.81	25.2 ± 2.88
	治疗后	37.5 ± 5.43 ^{1,2)}	6.8 ± 1.82 ^{1,2)}

降,观察组低于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.01$),见表 5。

3 讨论

目前部分哮喘患者通过合理使用现有防治哮喘药物,其病情可以得到较好的控制^[7],但仍有部分患者对现有药物不敏感,致使哮喘处于持续发作期。哮喘是一种气道慢性炎症,并具有气道高反应性的特征,糖皮质激素可调控靶细胞的转录,抑制多种炎症细胞的活性和炎症因子的生成和释放,进而预防气道的重塑^[8],仍然是目前治疗哮喘的主要药物,但长期使用其治疗支气管哮喘可能产生声音嘶哑或口腔真菌感染等局部不良反应,并且我国哮喘患者接受西医正规治疗的知晓率低,患者对治疗的依从性不高,仍是目前西医治疗面对的困扰之一。

哮喘属于中医“哮病”、“伏饮”等相关疾病范畴,涉及“喘证”“咳嗽”病证。哮病是一种发作性疾病,发作期为“宿痰”遇诱因引触,痰随气升,气因痰阻,痰气搏结,壅塞气道,肺失宣降,痰随气动,故致痰鸣如吼,气息喘促^[9-10]。哮喘的发生需要两个条件:第一是要有痰,伏痰是哮喘发作的基本条件;第二是要有外因或内因的侵犯,如《医说·治胸喘》中提到:“因食盐虾过多,遂得胸喘之疾”。后世医家认识到由于哮喘日久,“久病多瘀”,如《血证论》:“内有瘀血,气道阻塞,不得升降而喘”。“瘀血”也成为哮喘反复发作或持续不解的“夙根”^[11]。“肺为气之主,肾为气之根,肺主出气,肾主纳气,阴阳相交,呼吸乃成”。可见肺肾虚损是哮喘慢性持续期的基本病机之一^[12-13]。因此对于寒痰内伏之寒哮证,应治以温肺化痰为主,注重益气固表,固肾纳气,并兼顾活血通络。

固肾平喘方中以黄芪补肺健脾,益气固表,补骨脂温肾助阳,纳气,五味子敛肺止咳,滋肾涩精,三药合用固肾,益肺以治其本;射干、麻黄、紫苑、款冬花、细辛、法半夏乃“射干麻黄汤”以宣肺祛痰,下气止咳平喘,并加杏仁宣肺平喘,白芥子温中散寒、利气豁痰,桔梗宣肺、祛痰,全蝎善搜风通络,治顽痰、宿痰,均为寒痰伏肺而设;桃仁活血祛瘀,止咳平喘,地

龙通经活络,平喘。全方共奏益肺固肾,宣肺祛痰,活血通络,止咳平喘之功。

结果显示,在西医常规治疗的基础上采用固肾平喘方治疗支气管哮喘慢性持续期,临床有效率达 93.75%,明显优于对照组;观察组 ACT 各项及总评分高于对照组,哮喘日间症状和夜间症状评分、SGRQ 评分及肺肾气虚、寒痰内伏证评分均明显低于对照组,肺功能改善也明显优于对照组,提示了固肾平喘方能改善支气管哮喘慢性持续期状态,减轻临床症状,提供患者生活质量,值得临床推广使用。

[参考文献]

- [1] 钟南山,徐军,施焕中,等. 支气管哮喘-基础与临床[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:78.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南(2008)[J]. 中华哮喘杂志,2008,2(1):3.
- [3] 鹿振辉,张惠勇,耿佩华,等. 川芎平喘合剂联合西药治疗慢性持续期支气管哮喘临床研究[J]. 上海中医药杂志,2010,44(6):10.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:60.
- [5] Nathan R A, Sorkness C A, Kosinski M, et al. Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control[J]. J Allergy Clin Immunol, 2004,113(1):59.
- [6] Jones P W. Quality of life measurement for patients with diseases of the airways[J]. Thorax,1991,46(9):676.
- [7] 金晓滢,楼建国,詹小萍,等. 气管舒合剂治疗支气管哮喘的临床观察[J]. 中国中药杂志,2007,32(10):79.
- [8] Barnes P J. Scientific rationale for inhaled combination therapy with long-acting beta2-agonists and corticosteroids[J]. Eur Respir J,2002,19(1):182.
- [9] 贺小丽. 丹地化痰汤治疗哮喘急性发作 62 例[J]. 中国实验方剂学杂志,2011,17(11):292.
- [10] 刘贵颖,张蕴卓,王昭杰,等. 咳喘胶囊治疗支气管哮喘慢性持续期 15 例临床观察[J]. 中医杂志,2008,49(7):611.
- [11] 张惠勇,段晨霞. 活血化瘀法治疗支气管哮喘[J]. 江西中药,2008,39(8):5.
- [12] 卿照前. 补中益气丸对老年支气管哮喘缓解期患者肺功能的影响[J]. 湖南中医药大学学报,2007,27(3):47.
- [13] 张智娟,黄美杏,陈学远,等. 补肾防哮汤治疗支气管哮喘慢性持续期 20 例临床观察[J]. 广西中医药,2009,32(1):5.

[责任编辑 蔡仲德]