

· 临床 ·

加味大柴胡汤治疗痰瘀阻窍型阻塞性睡眠呼吸暂停 低通气综合征 52 例

付强, 蒋士卿*, 许东升
(河南中医学院, 郑州 450046)

[摘要] **目的:** 观察加味大柴胡汤治疗痰瘀阻窍型阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 (OSAHS) 的临床疗效及对患者生活质量的影响。**方法:** 将 78 例痰瘀阻窍型 OSAHS 患者按 (1:2) 随机按数字法分为对照组 26 例和治疗组 52 例。对照组采用基础治疗、合并症治疗、药物治疗、气道内正压通气治疗等综合治疗方法; 治疗组在对照组基础上加用加味大柴胡汤。疗程 15 d。采用多导睡眠图 (PSG) 监测睡眠呼吸暂停低通气指数 (AHI)、夜间平均 SaO₂、夜间最低 SaO₂, 采用 Epworth 嗜睡量表 (ESS) 评价白天过度嗜睡情况, 采用 SF-36 量表评价患者生活质量。**结果:** 治疗组总有效率为 96.15% 优于对照组的 80.77% ($P < 0.05$); 治疗后治疗组 AHI、ESS 评分及 SaO₂ < 90% 比例均少于对照组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$), 治疗组夜间最低 SaO₂ 水平高于对照组 ($P < 0.01$); 治疗组生理功能、社会功能、生理职能、精神健康、情感职能、活力、总体健康各维度评分均高于对照组 ($P < 0.01$)。**结论:** 加味大柴胡汤能改善 OSAHS 临床症状、体征, 提高患者生活质量, 提高临床疗效, 值得临床使用。

[关键词] 阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征; 痰瘀阻窍型; 加味大柴胡汤

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2013)15-0290-04

[doi] 10.11653/syfy2013150290

Observations on The Therapeutic Efficacy of Jiawei Da Chaihu Tang Treating 52 Cases of Phlegm-stasis Blocking Type Obstructive Sleep Apnea-hypopnea Syndrome

FU Qiang, JIANG Shi-qing*, XU Dong-sheng
(Henan Traditional Chinese medicine College, Zhengzhou 450046, China)

[Abstract] **Objective:** To observation the clinical efficacy Jiawei Dachaihu Tang in the treatment of phlegm-stasis blocking type obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome (OSAHS). **Method:** Seventy-eight patients with phlegm-stasis blocking type obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome were randomly divided into treated group ($n = 52$) and control group ($n = 26$). Patients in the control groups were treated with basic treatment, complications therapy, drug therapy, airway pressure therapy and other comprehensive treatment. Jiawei Dachaihu tang was used in the treated group and 15 days as one cycle. Using polysomnography (PSG) monitoring the sleep apnea-hypopnea index (AHI), mean nocturnal SaO₂, minimum SaO₂ of the night, using the Epworth Sleepiness Scale (ESS) Evaluation of excessive daytime sleepiness, using the SF-36 scale evaluation of patients living quality. **Result:** The total efficacy of the treated group (96.15%) was significantly better than the control group (80.77%) ($P < 0.05$). After treatment, AHI, ESS score and SaO₂ < 90% ratio of treated group were less than the control group ($P < 0.05$, $P < 0.01$). Nighttime minimum SaO₂ level of treated groups were with higher

[收稿日期] 20130508(136)

[基金项目] “十一五”国家科技支撑计划项目(2008BAI53B069)

[第一作者] 付强, 副教授, 从事心血管病理及中医药防治研究, Tel: 13937163799, E-mail: fuqiang@hactcm.edu.cn

[通讯作者] * 蒋士卿, 博士, 教授, 从事心血管病理及中医药防治研究, E-mail: jiangshiqing66@126.com; Tel: 13607640006

than control group ($P < 0.01$). Physiological function, social function, physical function, mental health, role emotional, vitality, general health scores of patients in treated group were higher than patients in control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** The Jiawei Dachaihu tang in treating of OSAHS have significant clinical effect, it can improve the clinical symptoms and clinical signs, improve patient quality of life, improve clinical outcomes, worthy of clinical use and is worth for clinical use.

[**Key words**] obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome; phlegm-stasis blocking type; Jiawei Da Chaihu Tang

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)是成人睡眠呼吸暂停综合征的一种,尚有中枢性睡眠呼吸暂停综合征(CSAS)和睡眠低通气综合征(SHS),其中阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征较为常见^[1]。笔者采用加味大柴胡汤治疗痰瘀阻窍型阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征 52 例,取得了满意的效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料 78 例均为我院内科门诊或住院的患者,依据就诊先后顺序,用随机数字表法随机(1:2)分为两组。治疗组 52 例,男 32 例,女 20 例;年龄 41~72 岁,平均(58.17±8.20)岁;病程 2~8 年,平均(4.56±1.08)年;轻度 18 例,中度 26 例,重度 8 例。对照组 26 例,男 17 例,女 9 例;年龄 40~70 岁,平均(56.85±10.04)岁;病程 2~9 年,平均(5.02±0.78)年;轻度 9 例,中度 14 例,重度 3 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 参照中华医学会呼吸病学分会呼吸病学组 2002 年制定的《阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南(草案)》进行诊断^[2]。以呼吸暂停低通气指数(AHI)作为主要指标,夜间最低 SaO₂ 作为参考指标。分级标准:轻度:AHI 2~20 次/h, SaO₂ 85%~89%;中度:AHI 21~40 次/h, SaO₂ 80%~84%;重度:AHI > 40 次/h, SaO₂ < 80%。

1.2.2 痰瘀阻窍证辨证标准 睡眠时鼾声如雷,时断时续,反复出现呼吸暂停及憋醒;日间头晕昏沉,时时欲睡;形体肥胖,口唇紫绀,咳吐黏痰;舌体胖大,或质黯,苔黄厚腻,脉弦滑。

1.3 纳入标准 ①符合西医诊断标准和中医辨证标准;②年龄 16~75 岁;③病程 > 6 个月;④自愿参加研究,签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①不符合西医诊断标准和中医辨证标准;②年龄 < 16 岁或 > 75 岁;③中枢性睡眠呼吸暂停综合征或睡眠低通气综合征;④发作性睡病;⑤上气道阻力综合征;⑦原发性鼾症;⑧合并有严重

高血压、冠心病、心律失常、脑血管病急性期、癫痫等心脑血管疾病影响治疗的;精神病患者;⑨合并有糖尿病、甲低等内分泌疾病;合并有小颌或下颌后缩及适用于手术治疗的;⑩依从性差或重要资料不全影响疗效判断者。

1.5 治疗方法 对照组采用基础治疗(减肥、控制饮食、适当运动、避免过度劳累、戒烟戒酒、睡眠侧卧位、适当的抬高床头、停用有影响药物)、合并症治疗(降脂、降压、降糖及冠心病、脑血管病治疗)、药物治疗(川芎嗪 120 mg, ivgtt, qd; 清开灵 60 mL, ivgtt, qd)、气道内正压通气治疗(持续气道正压通气和双水平气道正压通气)等综合治疗方法;治疗组在对照组基础上加用加味大柴胡汤,药物组成:柴胡 15 g, 黄芩 15 g, 法半夏 15 g, 大黄 10 g, 枳实 12 g, 赤芍 15 g, 生姜 6 g, 大枣 10 枚, 陈皮 12 g, 茯苓 15 g, 石菖蒲 15 g, 郁金 15 g, 白芥子 6 g, 丹参 30 g), 1 剂/d, 水煎 2 次, 混合后共取汁 400 mL, 分早晚两次温服。疗程均为 15 d。

1.6 观察指标

1.6.1 多导睡眠图(PSG)监测 用美国 SADMANN 多导睡眠监测仪进行,时间至少 7 h,主要检测睡眠呼吸暂停低通气指数(AHI)、夜间平均 SaO₂、夜间最低 SaO₂ 等。治疗前后各监测 1 次。

1.6.2 生活质量 采用生活质量评价应用 SF-36 量表,包括生理功能、社会功能、生理职能、躯体疼痛、精神健康、情感职能、活力、总体健康。

1.6.3 白天过度嗜睡评价 采用 Epworth 嗜睡量表(ESS)^[3],由患者回答在不同条件、不同刺激下的嗜睡程度,得到由 0(不嗜睡)到 24(极度嗜睡)的之间 1 个分值。>10 提示嗜睡。

1.7 疗效标准^[2] 临床治愈:AHI < 5 次, SaO₂ > 90%, 临床症状、体征消失 > 90%。显效:25% < AHI ≤ 50%, 临床症状基本消失,鼾声减低;有效:AHI 降低 ≥ 25%, 临床症状、体征减轻。无效:AHI 降低 < 25%, 临床症状、体征减轻变化不明显。

1.8 统计学方法 统计学处理在 SPSS20.0 软件包

上进行,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 描述,等级资料才用秩和检验,总有效率比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗组总有效率为 96.15%;对照组总有效率为 80.77%。差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组治疗前后 PSG 监测结果评价比较 治疗后治疗组 AHI、ESS 评分及 $\text{SaO}_2 < 90\%$ 比例均少于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05, P < 0.01$),

表 1 两组临床疗效比较表

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照	26	5	13	3	5	80.77
治疗	52	15	27	8	2	96.15 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05$ 。

治疗组夜间最低 SaO_2 水平高于对照组($P < 0.01$),见表 2。

2.3 两组治疗前的生活质量评分比较 治疗后治疗组除躯体疼痛评分,其他各维度评分均高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 3。

表 2 PSG 监测及 ESS 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	AHI/次/h	夜间最低 $\text{SaO}_2/\%$	$\text{SaO}_2 < 90\%$ 比例/%	ESS /分
对照	26	治疗前	34.6 ± 15.5	74.3 ± 10.9	32.7 ± 20.4	10.5 ± 4.1
		治疗后	25.3 ± 8.7	86.4 ± 7.6	22.1 ± 12.9	7.5 ± 6.8
治疗	52	治疗前	35.2 ± 16.3	73.7 ± 12.4	33.2 ± 18.5	10.2 ± 3.7
		治疗后	7.1 ± 3.8 ²⁾	92.5 ± 6.1 ²⁾	8.3 ± 7.4 ²⁾	5.5 ± 3.9 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.05, ^{2)}$ $P < 0.01$ 。

表 3 两组治疗前后的生活质量评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	总体健康	生理功能	生理职能	躯体疼痛	活力	社会功能	情感职能	精神健康
对照	26	治疗前	52.5 ± 10.7	62.4 ± 11.3	65.9 ± 8.6	77.2 ± 11.4	57.1 ± 12.4	68.7 ± 9.3	63.5 ± 9.6	59.1 ± 10.2
		治疗后	67.4 ± 7.2	70.5 ± 7.6	74.3 ± 8.3	80.5 ± 10.6	70.5 ± 8.2	74.3 ± 8.7	72.7 ± 7.9	69.3 ± 9.4
治疗	52	治疗前	53.1 ± 9.6	61.7 ± 10.5	66.1 ± 10.3	75.8 ± 11.9	56.8 ± 11.8	67.2 ± 10.1	62.4 ± 10.8	60.0 ± 9.7
		治疗后	73.9 ± 8.4 ¹⁾	79.5 ± 7.9 ¹⁾	81.2 ± 8.8 ¹⁾	84.7 ± 11.3	77.6 ± 8.5 ¹⁾	80.5 ± 8.0 ¹⁾	74.6 ± 8.4 ¹⁾	78.4 ± 7.5 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P < 0.01$ 。

2.4 两组不良反应及毒副作用情况 治疗中未发现两组治疗药物有明显毒副作用,患者依从性、耐受性良好。

3 讨论

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)是临床常见呼吸道疾病,成人患病率约为 2% ~ 4%^[4],临床以睡眠打鼾并伴有呼吸暂停和呼吸表浅、睡眠结构紊乱、夜间发生低氧血症和高碳酸血症、日间嗜睡及出现心脑血管疾病为主要表现,严重者可能出现多脏器损害,影响患者的生活质量,甚至危及生命^[5]。可能与气道解剖结构异常、神经肌肉功能失调有关,治疗上如果有明显解剖结构异常者可以采用手术治疗,其他治疗效果欠佳^[6]。

中医无阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征病名,亦无明确对应的病名,从其临床症状分析,与痰瘀阻窍有关^[7-8]。患者大多形体肥胖,平素饮食不节,生活缺乏规律,或者久病致脾胃功能衰弱,不能运化升清,水湿内聚,痰浊内生,久之痰浊瘀血上阻肺窍,致肺气不利,壅阻不畅,呼吸失常而发为本病。

治疗宜“健脾化痰,活血开窍”,方用“加味大柴胡汤”。

大柴胡汤出自《伤寒论》,为治疗少阳阳明合病:往来寒热,胸胁苦满,呕不止,郁郁微烦,心下痞硬,或心下满痛,大便不解,舌苔黄,脉数有力而设。由小柴胡汤去人参、甘草加大黄、枳实、赤芍而成,可调畅气机,泻下胸中痰浊^[10];合二陈汤燥湿化痰、理气和中;丹参活血^[11];郁金行气化痰、清心解郁、活血止痛、利胆退黄;白芥子温肺豁痰利气、散结通络止痛,可去皮膜外之痰;石菖蒲化湿开胃、豁痰开窍、醒神益智,并且有改善大脑的氧含量的作用^[12]。全方共奏“健脾化痰,活血开窍”之功。

本组资料显示,采用加味大柴胡汤治疗后治疗组 AHI、ESS 评分及 $\text{SaO}_2 < 90\%$ 比例均少于对照组,夜间最低 SaO_2 水平高于对照组,提示了加味大柴胡汤减轻了 OSAHS 临床症状、体征,改善了肺通气/换气功能。治疗组生理功能、社会功能、生理职能、精神健康、情感职能、活力、总体健康各维度评分的明显升高,提示了加味大柴胡汤有助于 OSAHS 患者生

连朴饮合半夏泻心汤加减治疗 脾胃湿热证慢性浅表性胃炎 55 例

李兴华^{1*}, 江玉², 郝小鹰¹

(1. 自贡市中医院, 四川 自贡 643000; 2. 泸州医学院附属中医院, 四川 泸州 646000)

[摘要] 目的:观察连朴饮合半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热证慢性浅表性胃炎(CSG)的临床疗效及对血清超氧化物歧化酶(SOD)影响。**方法:**110例CSG(脾胃湿热证)患者随机按数字法分为对照组和观察组各55例。对照组口服施维舒胶囊,1粒/次,3次/d。观察组采用连朴饮合半夏泻心汤加减,1剂/d,常规水煎分2次服用,两组疗程均为8周。进行治疗前后胃镜检查,观察脾胃湿热证积分及幽门螺旋杆菌(HP)清除率,并检测治疗前后血清SOD水平。**结果:**对照组内镜下胃黏膜疗效总有效率为81.8%,观察组为96.4%,观察组优于对照组($P < 0.05$);对照组胃黏膜组织学疗效总有效率为78.2%,观察组为96.4%,观察组优于组($P < 0.01$);治疗后观察组脾胃湿热证积分均明显降低,并低于对照组($P < 0.01$);对照组中医证候疗效总有效率76.4%,观察组为98.2%,观察组优于对照组($P < 0.01$);治疗后观察组餐后饱胀不适、早饱和上腹部疼痛的总有效率分别为91.1%、90.9%和90.4%均优于对照组的67.4%、64.3%和75.0%($P < 0.01$);对照组HP清除率65.9%,观察组清除率80%,差异无统计学意义;治疗后观察组血清SOD水平明显上升,并高于对照组($P < 0.01$);对照组复发率66.7%,观察组复发率39.4%,观察组低于对照组($P < 0.05$)。**结论:**连朴饮合半夏泻心汤加减能明显减轻CSG(脾胃湿热证)的临床症状,临床疗效好,并能杀灭HP,提高血清SOD,降低复发率,值得临床使用。

[关键词] 慢性浅表性胃炎;脾胃湿热证;连朴饮;半夏泻心汤;临床疗效

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2013)15-0293-05

[doi] 10.11653/syfy2013150293

[收稿日期] 20130409(114)

[基金项目] 四川省教育厅项目(11ZB130)

[通讯作者] *李兴华,主治医师,从事中西医结合内科的临床工作,Tel:13568326629,E-mail:810952589@qq.com

活质量的提高。本组资料显示治疗组综合疗效达96.15%,明显优于对西医组。研究结果表明加味大柴胡治疗 OSAHS 临床疗效显著,值得临床推广使用。

[参考文献]

[1] 李树华,石洪金,赵海涛,等.上呼吸道形态功能与阻塞性睡眠呼吸暂停综合征关系的病例对照研究[J].中华结核和呼吸杂志,2002,25(7):417.
[2] 中华医学会呼吸病学分会呼吸病学组.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征诊治指南(草案)[J].中华结核呼吸杂志,2002,25(4):195.
[3] 欧琼,黄平,郑勤伟,等.中老年人阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征白天嗜睡的临床分析[J].中华老年医学杂志,2004,23:482.
[4] 施运涛,施红毅.辨治睡眠呼吸暂停综合征46例疗效观察[J].安徽中医学院学报,1998,17(6):16.
[5] 孙济治.有关鼾症及阻塞性睡眠呼吸暂停综合征疗效评定的意见[J].临床耳鼻喉科杂志,1997,11

(6):287.

[6] 孟毅,郑伟锋,刘望乐.王松龄教授治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征经验[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(24):281.
[7] 沈莹莹,王真.试述阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的分型辨治[J].浙江中医杂志,2012,47(1):48.
[8] 秦玉玲,王真.阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的中医药治疗近况[J].河南中医学院学报,2008,23(6):245.
[9] 张葵,张培琴,陈星江,等.参茂补肺汤对慢性阻塞性肺疾病稳定期肺气虚证患者肺功能的影响[J].中国实验方剂学杂志,2010,17(1):231.
[10] 张华楷,刘俊芳,郭选贤.“半表半里证”用方用药配伍规律[J].中国实验方剂学杂志,2012,18(4):285.
[11] 吕景山.施今墨药对[M].3版.北京:人民军医出版社,2008:158.
[12] 王本祥.现代中药药理与临床[M].天津:天津科技翻译出版公司,2004:74.

[责任编辑 蔡仲德]