

低剂量吸入丙酸氟替卡松加补肾健脾冲剂治疗 儿童慢性持续期哮喘

马少剑*, 马婧, 刘怡

(梓潼县中医院, 四川 绵阳 622150)

[摘要] 目的:观察低剂量吸入丙酸氟替卡松加口服补肾健脾冲剂治疗儿童慢性持续期哮喘的疗效。方法:107 例患儿随机分为 2 组,分别用低剂量吸入丙酸氟替卡松(西药组)和加用补肾健脾冲剂口服(中西药结合组),3 个月为 1 个疗程。观察 2 组患儿治疗后哮喘的控制情况、中医证候缓解情况、最大呼气峰流速、药物不良反应。结果:2 组治疗 1 个疗程后哮喘症状明显好转,最大呼气峰流速增加量 >30%,中西药结合组在改善患儿神疲纳呆、动则多汗、鼻塞流涕、易患感冒等方面,优于西药组,未发现不良反应。结论:低剂量吸入丙酸氟替卡松加补肾健脾冲剂口服可以减轻患儿气道变应性炎症,提高免疫功能,增强患儿及家长控制疾病的信心。

[关键词] 哮喘;吸入丙酸氟替卡松;补肾健脾冲剂;临床疗效

[中图分类号] R285.6 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1005-9903(2010)11-0193-02

2003 年 1 月—2008 年 1 月,我院儿科哮喘专科门诊采用低剂量吸入丙酸氟替卡松加中药补肾健脾冲剂治疗儿童慢性持续期哮喘 54 例,并与单纯用丙酸氟替卡松低剂量吸入治疗的 53 例作对照。

1 资料

1.1 诊断 西医诊断采用全国儿科哮喘协作组制订的儿童哮喘诊断标准^[1]和世界卫生组织推荐的哮喘诊治的(“全球哮喘防治的创意-哮喘管理及预防”)GINA 方案标准^[2]。中医诊断根据《中医儿科学》中小儿哮喘的诊断及鉴别诊断的标准^[3]。

1.2 纳入标准 年龄 3~16 岁;病程 1~10⁺ 年;就诊前半年内未曾接受过吸入型肾上腺皮质激素治疗者;同意接受按本方案治疗及追踪观察者。

1.3 排除病例 伴有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病、精神病患者以及未按规定用药而无法判断疗效者。

1.4 一般资料 病例来源于本院儿科哮喘专科门诊。按就诊顺序将 107 例随机分为 2 组,西药组 53 例,男 29 例,女 24 例,平均年龄(8.4±4.2)岁,平均病程(3.5±3.2)年,同时并发湿疹、荨麻疹 13 例,变应性鼻炎 22 例,鼻前庭及鼻窦炎 18 例,扁桃体炎 14 例(诊断标准根据诸福棠《实用儿科学》中相关疾病的诊断标准)^[4];中西药结合组 54 例,男 28 例,女 26 例,平均年龄(3.7±3.4)岁,平均病程(3.2±3.0)年,同时并发湿疹、荨麻疹

14 例,变应性鼻炎 20 例,鼻前庭炎、鼻窦炎 18 例,扁桃体炎 13 例^[4]。两组患儿资料经统计学处理,差异无统计学意义,具有可比性。

2 方法

2.1 药物 丙酸氟替卡松定量气雾剂,葛兰素威康公司生产,每揞 125 μg。补肾健脾冲剂由鹿角霜、太子参、黄芪、紫河车、淮山药、五味子、仙灵脾、茯苓、胡桃肉、地骨皮等组成。

2.2 给药 两组患儿均给予吸入丙酸氟替卡松气雾剂,每揞 125 μg,每日 2 次,5 岁以下儿童加用储雾罐(北京吉纳、上海丸博公司生产),将储雾罐的面罩紧贴面部,罩住口鼻,充分吸入罐内药雾。2 组患儿均同时服用富马酸酮替芬片,0.5~1 mg/次,2 次/日。如哮喘症状加重可酌情加用口服或吸入沙丁胺醇定量气雾剂,口服或静脉滴注茶碱制剂。并发鼻前庭炎、鼻窦炎、扁桃体炎者常规使用抗生素治疗,并发湿疹、荨麻疹者使用无极膏等抗过敏的外用药。中西药结合组在上述治疗的同时加服补肾健脾冲剂,用量 3~6 岁每次 5 g,6~9 岁每次 10 g,9~12 岁每次 15 g,≥12 岁每次 20 g,每日 3 次。2 组病例均每周随访 1 次,并根据哮喘日记对病情进行评估,治疗 3 个月为 1 个疗程。

2.3 观察指标 包括总有效率、无日间哮喘天数的比例、夜间因喘憋觉醒天数的比例、使用 β₂ 受体激动剂的天数百分比;(包括神疲纳呆、气短乏力、动则多汗、面色不华、胸闷咯痰、鼻塞流涕、易感冒)的缓解情况;使用峰流速仪测定最大呼气流速(PEF)测定每日日间、夜间共

[收稿日期] 20100221(003)

[通讯作者] * 马少剑, Tel:13668339898, E-mail:msjcx@hotmail.com

查 3 次,分别取最佳值及每日峰流速变异率。

2.4 疗效标准 参照“全球哮喘防治的创意-哮喘管理及预防”(GINA)中哮喘治疗的目标^[2]和中华医学会儿科学分会呼吸学组:儿童支气管哮喘防治常规^[5]制定。显效:昼夜无哮喘发作,PEF 正常;有效:白天哮喘发作 < 1 次/周,PEF 正常,或夜间哮喘发作 ≤ 2 次/周,PEF ≥ 预计值的 80%,变异率 < 20%;无效:哮喘及 PEF 无改善或加重。

2.5 统计学方法 采用 SPSS 统计分析软件进行 *Wiccocom* 秩和检验 χ^2 检验和 *t* 检验。

3 结果

3.1 疗效 西药组 53 例,显效 31 例(58.49%),有效 12 例(22.64%),无效 10 例(18.87%),总有效率为 81.13%;中西药结合组 54 例,显效 37 例(68.52%),有效 14 例(25.93%),无效 3 例(5.56%),总有效率为 94.45%。2 组患儿显效率和总有效率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3.2 中医症状改善情况 神疲纳呆、动则多汗、气短乏力、鼻塞流涕、易感冒的改善情况中西药结合组优于西药组(因缺乏统一的疗效标准,故未能做积分统计)。

3.3 最大呼气流速测定值比较 西药组治疗前(172.83 ± 25.14) $L \cdot \min^{-1}$,治疗后为(228.40 ± 31.34) $L \cdot \min^{-1}$;中西药结合组治疗前(170.30 ± 30.36) $L \cdot \min^{-1}$,治疗后为(232.12 ± 26.33) $L \cdot \min^{-1}$,2 组治疗后较治疗前均升高($P < 0.05$),但 2 组间治疗后比较差异无统计学意义。中西药结合组用沙丁胺醇和茶碱制剂的天数明显少于中西药结合组($P < 0.05$)。

3.5 不良反应 2 组患儿治疗期间均未发生有关药物的不良反应。

4 讨论

笔者 2000 年参加“全国儿科主任高级研修班”学习回院后,即着手按照 GINA 方案采用以吸入肾上腺糖皮质激素为主的阶梯式治疗方案将儿童哮喘进行分期、分度、分级诊治。实施一段时间后,发现该方案在治疗儿童慢性持续期哮喘时疗效不够理想。其主要原因之一是患儿家长对长期吸入肾上腺皮质激素依从性不高^[6],怕造成患儿免疫力低下,影响生长发育等。针对患儿家长的这一心理状况,我们在严格遵循 GINA 方案的基础上,同时加用补肾健脾冲剂口服,扶持正气,提高机体免疫功能,更重要的是借以增强患儿及家长控制哮喘的信心,以便能坚持规范系统地治疗。

中医学认为小儿哮喘反复发作,必致肺气耗散,波及脾肾。脾为后天之本,脾虚则运化不健,停湿生痰;肾为先天之本,肾虚则脾气不振,不振则湿痰内生,互为因果,终成本虚标实之症。此为慢性持续哮喘的病理特征。现代研究亦表明运用中医补肾治疗可以改善哮喘患儿的下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴功能^[7],促进靶腺的分泌,提高 TS 功能,从而达到降低气道高反应性的目的。有研究表明,补肾健脾治疗对肾上腺皮质激素的药效有协同作用,可提高后者的疗效。方中太子参、黄芪、淮山药、茯苓益气健脾化痰;鹿角霜、胡桃肉、紫河车、五味子、仙灵脾补肾纳气定喘;地骨皮清肺止咳。诸药合用,共奏扶脾益肾,培土生金,调其脏腑功能,去其生痰之因之效,因此疗效较好。特别是在改善患儿神疲纳呆,动则多汗,鼻塞流涕,易患感冒等方面明显优于对照组。

富马酸酮替芬虽然是一种抗过敏的老药,但通过国内外近年来的多项研究结果显示,该药单独或联合使用其他药物对于儿童哮喘有较好的控制效果,可明显减少支气管扩张剂和糖皮质激素的应用,而且价格非常低廉,特别适用于那些合并有变应性鼻炎、湿疹、荨麻疹的患儿。我们从 20 世纪 90 年代中期即将该药广泛用于治疗各种慢性过敏性疾病,尚未发现有明显的毒副作用,检索有关文献亦未发现有毒副作用方面的报道^[8]。

不足之处一是限于当时的条件,未作治疗前后血清免疫球蛋白的含量,血清 IgE, IgA, IgG, IgM 水平测定;二是中药的剂型尚待改进,以提高药物剂量的精确度和患儿服药的依从性;三是有一部分病例随访时间不够长。

[参考文献]

- [1] 陈育智,俞善昌,董宗祈,等. 儿童哮喘防治常规[J]. 中华儿科杂志,1998, 36 (12):747.
- [2] 首都儿科研究所哮喘防治与教育中心译. 全球哮喘防治的创意-哮喘管理及预防[M]. 北京:人民卫生出版社,2000:3.
- [3] 南京中医药大学. 中医儿科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2002:75.
- [4] 诸福棠. 实用儿科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000:624.
- [5] 中华医学会儿科分会呼吸学组. 儿童支气管哮喘防治常规(试行)[J]. 中华儿科杂志,2004,42(2):100.
- [6] 季蓉,何权瀛. 25 例住院哮喘患者应用必可酮气雾剂的依从性调查报告[J]. 哮喘杂志,1998,4(1):20.
- [7] 朱杰. 哮喘中西医结合治疗新说[J]. 哮喘杂志,1999,5(1):50.
- [8] 谢晓平,陈桂华,万朝敏. 酮替芬在小儿哮喘中的应用[J]. 临床儿科杂志,2007,25(10):871.

[责任编辑 邹晓翠]