

· 临床 ·

麻芍平喘汤对支气管哮喘冷哮证患者中医症状和生存质量的影响

杨勤军^{1,2}, 童佳兵^{2,3,4}, 杨程^{2,3,4}, 王心恒¹, 韩明向^{2,3,4}, 李泽庚^{1,2,3,4*}

(1. 安徽中医药大学 研究生院, 合肥 230038; 2. 安徽省教育厅重点实验室, 合肥 230031;
3. 安徽省中医药科学院 中医呼吸病防治研究所, 合肥 230031;
4. 安徽中医药大学 第一附属医院, 合肥 230031)

[摘要] 目的:评价麻芍平喘汤对支气管哮喘冷哮证患者中医症状、生存质量及外周血嗜酸性粒细胞(Eos)和血清炎症因子白细胞介素-6(IL-6),白细胞介素-8(IL-8)的影响。方法:选取2018年1月至2019年12月安徽省中医院呼吸门诊就诊的支气管哮喘冷哮证患者67例,随机分为对照组和观察组。对照组予布地奈德福莫特罗粉吸入剂吸入等基础治疗,观察组在对照组基础上予麻芍平喘汤口服。两组均连续干预7d。观察记录两组哮喘患者一般情况、中医症状积分,哮喘控制问卷(ACQ)-7评分, Marks-哮喘生存质量问卷(Marks-AQLQ)评分;采用血细胞分析仪检测外周血Eos计数,酶联免疫吸附测定(ELISA)检测受试者血清IL-6, IL-8的含量。结果:两组中医症状疗效总有效率均为100%(30/30),观察组疗效更明显($Z=-2.169$, $P<0.05$)。治疗后,两组中医症状积分均较治疗前显著降低($P<0.01$),观察组喉中痰鸣、咯痰、咳嗽、畏寒肢冷证候积分组间均明显低于对照组($P<0.05$)。治疗后,两组ACQ-7评分, Marks-AQLQ评分均较治疗前显著降低($P<0.01$),观察组ACQ-7评分, Marks-AQLQ评分组间比较差异无统计学意义。治疗后,两组外周血Eos计数和血清IL-6, IL-8含量均较治疗前显著降低($P<0.01$),观察组外周血Eos计数和血清IL-6, IL-8含量均明显低于对照组($P<0.05$)。结论:麻芍平喘汤联合布地奈德福莫特罗粉吸入治疗能有效提高哮喘冷哮证临床有效率,改善哮喘中医症状表现, ACQ-7评分, Marks-AQLQ评分, 外周血Eos计数, 血清炎症因子含量。

[关键词] 麻芍平喘汤; 支气管哮喘; 冷哮证; 疗效评价; 生存质量

[中图分类号] R2-0;R24;R256.12 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2021)05-0084-07

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20210537

[网络出版地址] <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20210111.1422.003.html>

[网络出版日期] 2021-1-12 10:57

Effect of Mashao Pingchuan Decoction on Traditional Chinese Medicine Symptoms and Quality of Life in Patients with Cold Asthma of Bronchial Asthma

YANG Qin-jun^{1,2}, TONG Jia-bing^{2,3,4}, YANG Cheng^{2,3,4}, WANG Xin-heng¹,
HAN Ming-xiang^{2,3,4}, LI Ze-geng^{1,2,3,4*}

(1. Graduate School, Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230038, China;
2. The Key Laboratory of Anhui Provincial Education Department, Hefei 230031, China;
3. The Institute of Respiratory Disease Prevention and Control, Anhui Academy of Chinese Medicine, Hefei 230031, China; 4. The First Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230031, China)

[收稿日期] 20201010(019)

[基金项目] 国家中医药管理局内科气虚病证重点研究室项目(国中药函[2009]95号);国家重大疑难疾病临床防治中心-中医药防治重大疑难疾病(支气管哮喘)能力建设项目(国中药函[2014]146号);安徽省教育厅高校自然科学研究重点项目(KJ2019A0469)

[第一作者] 杨勤军,在读博士,从事中医药防治呼吸系统疾病工作, E-mail:13225850886@163.com

[通信作者] *李泽庚,教授,博士生导师,从事中医药防治呼吸系统疾病工作, E-mail:li6609@126.com

[Abstract] **Objective:** To evaluate the effect of Mashao Pingchuan decoction on traditional Chinese medicine (TCM) symptoms, quality of life, peripheral blood eosinophils (Eos) and serum inflammatory factors interleukin-6 (IL-6) and interleukin-8 (IL-8) in patients with cold asthma syndrome of bronchial asthma. **Method:** A total of 67 patients with cold asthma who attended the Respiratory Clinic of Anhui Provincial Hospital of TCM from January 2018 to December 2019 were selected and randomly divided into a control group and an observation group. The control group was given basic treatments such as budesonide formoterol powder inhalation, and the observation group was given Mashao Pingchuan decoction on the basis of the control group. Both groups intervened for 7 consecutive days. Observe and record the general condition, TCM symptom score, asthma control questionnaire (ACQ)-7 score, Marks-asthma quality of life questionnaire (Marks-AQLQ) score of the two groups of asthma patients, the peripheral blood Eos count was measured by hematology analyzer, and the serum IL-6 and IL-8 levels of the subjects were measured by enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). **Result:** The total effective rate of TCM symptoms in the two groups was 100% (30/30), and the effect in the observation group was more obvious ($Z=-2.169, P<0.05$). After treatment, the scores of TCM symptoms in the two groups were significantly lower than those before treatment ($P<0.01$). The scores of phlegm in the throat, expectoration, cough, and chills in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, the ACQ-7 scores and Marks-AQLQ scores of the two groups were significantly lower than before treatment ($P<0.01$). There was no statistically significant difference between the observation group and the ACQ-7 scores and Marks-AQLQ scores. After treatment, the peripheral blood Eos counts and serum IL-6 and IL-8 levels in the two groups were significantly lower than before treatment ($P<0.01$). Peripheral blood Eos count and serum IL-6 and IL-8 contents in observation group were lower than those in control group ($P<0.05$). **Conclusion:** Mashao Pingchuan decoction combined with budesonide formoterol powder inhalation can effectively improve the clinical effectiveness of asthma (cold asthma), improve the symptoms of asthma in TCM, ACQ-7 score, Marks-AQLQ score, peripheral blood Eos count, serum inflammatory factor content.

[Key words] Mashao Pingchuan decoction; bronchial asthma; cold asthma; curative effect evaluation; quality of life

支气管哮喘(简称哮喘)是由多种炎性细胞和细胞因子相互作用的异质性疾病,以慢性气道炎症、气道高反应、气道重塑为主要病理特征,临床以发作性喘息气促、胸闷、咳嗽等为典型表现,尤以清晨和(或)夜间加重^[1-2]。本病常反复发作,难以根治,严重影响患者的工作与生活,已经成为全球范围内严重威胁公共健康的慢性病之一^[3]。2019年最新的中国肺健康研究(CPH)流调结果显示我国20岁以上人群哮喘患病率为4.2%,患者总数高达4 570万^[4]。目前我国哮喘的控制水平日益提高,但仍存在治疗不规范的问题,特别是过度和不合理使用糖皮质激素、平喘类药物及 β 受体激动剂等药物,造成临床哮喘控制效果并不理想,易复发,易产生药物依赖和副反应。寻找一种安全高效的治疗措施,对于减轻患者心理负担、家庭和社会经济负担来说具有重要重要的现实意义。

中医学将哮喘归属于“哮病”“喘证”等范畴,早在《黄帝内经》中就有哮喘相关病名、病因病机、症

状体征的记载。《金匱要略·痰饮咳嗽病篇》曰:“膈上病痰,满喘咳吐……必有伏饮。”明确指出了伏痰为哮喘发作的夙根,因外感寒热之邪而发。既往团队通过回顾性调查研究发现临床哮喘以冷哮证最为常见^[5]。麻芍平喘汤为首届全国名中医韩明向教授治疗哮喘冷哮证的经验方,被广泛运用,临床疗效明显。既往相关实验研究发现麻芍平喘汤能通过下调哮喘模型大鼠肺组织中转化生长因子- β_1 (TGF- β_1), α -平滑肌肌动蛋白(α -SMA),黏蛋白5AC(MUC5AC)的表达和降低血清炎症因子白细胞介素(IL)-6, IL-8等的含量,有效改善哮喘大鼠的肺功能、气道重塑与气道炎症反应^[6-7]。为提高麻芍平喘汤治疗哮喘冷哮证的临床循证证据,本研究通过对哮喘冷哮证患者治疗前后中医证候疗效、中医症状积分及外周嗜酸性粒细胞(Eos)和血清炎症因子的表达情况进行观察,旨在综合评价麻芍平喘汤对哮喘冷哮证患者的临床症状和生存质量的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究67例哮喘冷哮证病例均来自2018年1月至2019年12月就诊于安徽省中医院呼吸科门诊的患者,根据就诊顺序,按随机数字法分为对照组32例和观察组35例。试验期间对照组剔除及脱落2例(未能按时复诊),最终纳入研究30例(轻度哮喘13人,中度哮喘17人),其中男性11人,女性19人,年龄26~69岁,平均(46.93±13.24)岁;病程3~38年,平均(13.7±9.50)年。观察组剔除及脱落5例(4例未按要求服药,1例转看他院),最终纳入研究30例(轻度哮喘17人,中度哮喘13人),其中男性14人,女性16人;年龄25~70岁,平均(49.07±12.58)岁;病程3~46年,平均(14.67±15.25)年。对照组年龄24~65岁,平均(45.34±11.54)岁。治疗前,两组患者的年龄、性别、哮喘病情程度、病程时间等基线资料比较,差异均无统计学意义,组间具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 西医诊断标准参照《支气管哮喘防治指南(2016年版)》^[8]中哮喘急性发作期诊断标准执行(轻度、中度)。以突然出现喘息、气急、胸闷等为主要临床表现,或哮喘原有相关症状加重,并以呼气流量降低为特征。

1.2.2 冷哮证诊断标准 中医诊断标准参照《支气管哮喘中医诊疗专家共识(2012年)》^[9]中哮喘冷哮证诊断标准执行。主证为①呼吸急促,气急喘憋,喉中哮鸣有声;②胸膈满闷;③咳不甚,咯痰稀白。次证为①口不渴或口渴喜热饮;②受寒易发,形寒怕冷;③面色青晦;④舌脉为舌苔白滑,舌质淡,脉弦或浮紧。满足主证、舌脉,并有2个及以上次证即可诊断。

1.3 纳入标准 ①符合诊断标准,且判定无需入院治疗;②年龄18~70岁;③若合并其他疾病,则目前处于相对稳定期;④具备一定理解力,依从性好;⑤患者详尽知晓研究方案,并签署知情同意书自愿参与。

1.4 排除标准 ①合并有肺间质纤维化、慢阻肺、支气管扩张等呼吸系统疾病的急性发作患者;②合并有心脑血管、肝、肾、造血系统严重原发疾病或肝肾功能检查表现异常患者;③合并各系统肿瘤患者;④妊娠或哺乳期妇女;⑤对涉及的研究药物过敏者。

1.5 病例剔除及脱落标准 ①未按照试验方案进行治疗的患者;②研究中发生严重不良事件或严重并发症等不宜接受试验的患者;③个人原因,退出

研究的患者。

1.6 治疗方法 对照组按照《支气管哮喘防治指南(2016年版)》^[8]方案治疗,布地奈德福莫特罗粉吸入剂(阿斯利康制药有限公司,注册证号H20140458,160 μg/4.5 μg/吸),2吸/次,早晚各1次。期间按需吸入硫酸沙丁胺醇气雾剂(葛兰素史克集团公司,注册证号H20090514)和口服泼尼松龙(江西国药有限责任公司,国药准字H36020638)0.5~1.0 mg·kg⁻¹。观察组在对照组基础上给予麻芍平喘汤(麻黄10 g,细辛3 g,五味子9 g,钩藤12 g,赤芍7 g)内服治疗。中药汤剂饮片均购于安徽省中医院中药房,并由安徽中医药大学韩燕全教授鉴定均为正品,将药材用适量水浸泡30 min,武火煮开,文火慢煮20 min,其中麻黄后下煎煮10 min,取汁300 mL,早晚各温服150 mL,均连续治疗7 d。

1.7 观察指标

1.7.1 中医症状积分 哮喘患者中医主要症状“喘促”“胸闷”“喉中痰鸣”“肺部哮鸣音”“咯痰”按无(0分),轻(2分),中(4分),重(6分)进行程度分级和评分;中医次要症状“咳嗽”“气短”“形寒畏冷”“舌质”则分别按无(0分),轻(1分),中(2分),重(3分)进行分级和评分^[10]。症状积分分值越高,表示哮喘患者病情愈重。

1.7.2 Marks-哮喘生存质量(Marks-AQLQ)评分

采用Marks-AQLQ量表^[11]对患者生存质量进行评价。该量表共计20个条目,要求患者回顾近1周的病情状况,共涉及气促表现、活动限制、社会限制、情绪干扰和健康担忧5方面的问题,按完全没有(1分),轻微(2分),严重(3分),非常严重(4分)进行程度分级和评分,计算各个项目得分之和即为Marks-AQLQ评分的最终结果,得分越高,表示哮喘对患者生存质量的影响越大。

1.8 疗效判定标准

1.8.1 中医证候疗效评定 根据《中药新药临床研究指导原则》^[12]制定的中医证候疗效评定标准,采用尼莫地平评分法,即公式:证候积分变化率=治疗前后证候积分差/治疗前积分×100%,对哮喘的治疗效果进行评定,评分标准见表1。有效率=(临床痊愈+显效+有效)/总例数×100%。

1.8.2 哮喘控制测试(ACQ-7)评分 采用ACQ-7量表^[13]对哮喘病情控制情况进行评价。该表共计7个条目,要求患者回顾近1周的病情情况,包括晨间哮喘症状、夜间觉醒、呼吸困难程度、活动受限程度、哮喘发作次数、应急用药情况和检测肺功能1秒

表1 中医证候疗效评定标准

Table 1 Evaluation criteria of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome efficacy

疗效	临床症状、体征	证候积分减少/%
临床痊愈	症状基本消失,肺部鸣音轻度者	≥95
显效	症状明显好转,肺部哮鸣音明显减轻	≥70
有效	症状有所好转,肺部哮鸣音减轻	≥30
无效	症状及哮鸣音无改变,或减轻不明显,或症状、哮鸣音加重者	<30

用力呼气容积(FEV1%)的数值变化7个方面的内容。按照严重程度分级分为0~6分,计算各方面得分的平均值即为哮喘控制问卷ACQ-7评分的评价结果,根据得分结果评价哮喘控制情况。评分<0.75,表示良好控制;0.75≤评分≤1.5,表示一定程度控制;评分>1.5,表示未控制。

1.8.3 嗜酸性粒细胞及血清炎症因子检测 采集哮喘患者空腹状态下静脉血3 mL,采用ADVID CHENMISTRY XPT型全自动血细胞分析仪(德国Siemens公司)测外周血Eos计数;3 000 r·min⁻¹离心10 min,分离上层血清,酶联免疫吸附测定(ELISA)检测血清IL-6,IL-8含量(武汉基因美生物科技有限公司,批号分别为JYM0140Hu,JYM0139Hu),仪器为RT-6000型全自动酶标仪(雷杜生命科技股份有限公司)。

1.9 统计学处理 采用SPSS 22.0软件进行分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,符合正态分布组间比较采用 t 检验,不符合正态分布采用非参数检验,等级资料采用秩和检验;计数资料采用 χ^2 检验,以例(%)表示。 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后中医证候疗效比较 经秩和检验分析,观察组治疗的中医证候疗效明显优于对照组,差异具有统计学意义($Z=-2.169, P<0.05$)。见表2。

表2 两组患者中医证候疗效比较

Table 2 Comparison of TCM syndrome efficacy between two groups

组别	临床痊愈	显效	有效	有效率
对照	2(6.667)	12(40.00)	16(53.34)	30(100)
观察	5(16.67)	17(56.67)	8(26.67)	30(100)

注:两组无效病例均为0。

2.2 两组患者治疗前后中医症状积分比较 与治疗前比较,两组患者中医主要症状积分、次要症状积分均显著降低($P<0.01$)。为更准确地比较两组中医症状积分变化的差异,将两组中医症状积分差值

(治疗后积分-治疗前积分)进行比较;治疗后,观察组哮喘患者喉中痰鸣、咯痰、咳嗽、畏寒肢冷积分的改善作用明显优于对照组($P<0.05$),而两组治疗对患者喘息、肺部哮鸣音、气短、胸闷、舌苔的改善作用差异无统计学意义。见表3。

表3 两组患者治疗前后中医症状积分比较($\bar{x}\pm s, n=30$)

Table 3 Analysis of TCM symptom scores between two groups before and after treatment ($\bar{x}\pm s, n=30$)

层次	症状	组别	治疗前	治疗后	治疗前后积分差值
主要症状	喘息	对照	3.80±1.10	1.47±1.04 ¹⁾	2.33±0.92
		观察	3.87±1.17	1.33±0.96 ¹⁾	2.60±0.93
	胸闷	对照	3.47±0.90	0.93±1.01 ¹⁾	2.20±1.10
		观察	3.40±1.07	1.00±1.02 ¹⁾	2.40±1.10
	肺部哮鸣音	对照	3.13±1.01	1.07±1.01 ¹⁾	2.07±0.83
		观察	3.27±0.98	1.07±1.01 ¹⁾	2.27±1.14
喉中痰鸣	对照	3.07±1.01	1.13±1.01 ¹⁾	1.93±1.23	
	观察	3.27±0.98	0.67±0.96 ¹⁾	2.60±1.30 ²⁾	
咯痰	对照	2.53±0.90	1.00±1.01 ¹⁾	1.53±1.14	
	观察	3.00±1.02	0.53±0.90 ¹⁾	2.47±1.14 ²⁾	
次要症状	咳嗽	对照	1.23±0.57	0.63±0.49 ¹⁾	0.60±0.67
		观察	1.37±0.56	0.43±0.50 ¹⁾	0.93±0.58 ²⁾
	形寒畏冷	对照	0.93±0.52	0.17±0.38 ¹⁾	0.77±0.50
		观察	1.13±0.43	0.10±0.31 ¹⁾	1.03±0.41 ²⁾
	气短	对照	1.03±0.41	0.50±0.51 ¹⁾	0.50±0.57
		观察	1.30±0.60	0.50±0.51 ¹⁾	0.80±0.76
舌苔	对照	0.90±0.31	0.40±0.50 ¹⁾	0.47±0.51	
	观察	1.10±0.55	0.57±0.50 ¹⁾	0.53±0.63	

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P<0.01$;与对照组治疗后比较²⁾ $P<0.05$ (表4~6同)。

2.3 两组患者治疗前后ACQ-7评分比较 与本组治疗前比较,两组患者ACQ-7评分均显著降低($P<0.01$);治疗后观察组患者ACQ-7评分低于对照组,但差异无统计学意义。见表4。

2.4 两组患者治疗前后Marks-AQLQ评分比较 与本组治疗前比较,两组患者Marks-AQLQ评分均

表4 两组患者ACQ-7量表评分比较 ($\bar{x}\pm s, n=30$)

Table 4 Comparison of ACQ-7 scale scores in two groups ($\bar{x}\pm s, n=30$) 分

组别	治疗前	治疗后
对照	2.10±0.22	0.72±0.17 ¹⁾
观察	2.20±0.21	0.69±0.20 ¹⁾

显著降低($P<0.01$)。治疗后观察组患者 Marks-AQLQ 评分低于对照组,但差异无统计学意义。见表5。

表5 两组哮喘患者 Marks-AQLQ 量表评分比较 ($\bar{x}\pm s, n=30$)

Table 5 Comparison of Marks-AQLQ scores between two groups ($\bar{x}\pm s, n=30$) 分

组别	治疗前	治疗后
对照	32.80±1.79	17.97±1.25 ¹⁾
观察	33.10±2.55	17.30±1.37 ¹⁾

2.5 两组患者治疗前后嗜酸性粒细胞及血清炎症因子水平比较 与本组治疗前比较,两组患者外周血 Eos 计数,血清 IL-6, IL-8 含量均显著降低($P<0.01$);治疗后,观察组患者外周血 Eos 计数,血清 IL-6, IL-8 含量明显低于对照组($P<0.05$)。见表6。

表6 两组患者 Eos 计数及血清炎症因子比较 ($\bar{x}\pm s, n=30$)

Table 6 Comparison of Eos count and serum inflammatory factors between two groups ($\bar{x}\pm s, n=30$)

组别	时间	Eos($\times 10^9$)/L	IL-6/ng·L ⁻¹	IL-8/ng·L ⁻¹
对照	治疗前	0.44±0.51	66.10±9.44	326.89±58.98
	治疗后	0.32±0.36 ¹⁾	57.69±8.28 ¹⁾	298.97±46.85 ¹⁾
观察	治疗前	0.43±0.47	66.55±9.20	327.90±41.69
	治疗后	0.17±0.17 ^{1,2)}	52.98±7.72 ^{1,2)}	276.23±34.64 ^{1,2)}

2.6 安全性评价 两组患者治疗前后常规体格检查、肝肾功能检查等安全指标均未发现明显异常,治疗、随访期间,两组患者均未出现药品(严重)不良事件。

3 讨论

外感风寒邪气,肺气耗伤,或素体肺气虚弱,以致气血津液运行不畅,痰饮内停于肺,肺气宣肃失常,引动“伏痰”夙根,痰气交阻是哮喘冷哮证的重要病机,故表现为喘促,喉中哮鸣,咯痰不爽或咯吐清稀泡沫状^[14]。韩明向教授认为肺为人体藩篱,性喜温而恶寒,风寒外邪是哮喘常见诱因,风、痰、瘀等病理因素与哮喘病理状态密切相关^[15],三者既是病理产物,亦是致病因素,冷哮治疗应以散寒祛风平喘,恢复肺气肃降之性,兼顾祛痰祛瘀为原则。

麻芍平喘汤是根据冷哮病机特点而立,具有宣

肺利气,疏风散寒,化痰解痉平喘之功效。方中麻黄辛宣解表散寒,防止风寒之邪深入,且宣通肺气平喘,为君药;细辛辛散温通,祛风散寒,温肺化饮,可助麻黄宣肺散寒,祛除水气以防水聚为痰,加重病情;五味子酸涩收敛肺气,可防止麻黄、细辛辛散太过,使得肺气不收,加重喘嗽,二者收散结合,合乎肺性,共为臣药;钩藤、赤芍二者为佐药,其中钩藤轻清透邪,祛风化痰止痉,能缓解气管痉挛,研究表明其能明显抑制组胺所致的哮喘^[16];宿痰为哮喘发病之夙根,瘀滞是哮喘迁延不愈的重要因素,痰瘀互结是哮喘反复发作,迁延不愈的重要病机^[17],方中赤芍苦,微寒,可防痰瘀互结,郁而化热,诸药合用散寒宣肺,化痰平喘。

2型辅助性T细胞(Th2)/Th1的亚群免疫失衡, Th2细胞优势应答,分泌、趋化大量炎性细胞因子聚集于气道是导致哮喘气道炎症,进而导致急性发作关键病理因素^[18-19]。炎症因子 Eos, IL-6, IL-8 与哮喘的发病密切相关。Eos是哮喘发病机制的关键效应细胞,其产生的炎性因子、介质与其他炎性细胞、介质相互作用共同促进哮喘的发生发展^[20]。研究发现 Eos 能趋化诱导 Th2 细胞免疫应答,与哮喘的严重程度呈正相关^[21]。IL-6 是一种主要由单核细胞产生的重要炎性趋化因子,能促进 B 细胞分化产生 IgG 及 IgE,促进中性粒细胞(NE)向局部气道浸润增殖,与哮喘急性发作关系密切^[22]。IL-8 主要由肺泡巨噬细胞、肥大细胞等分泌,能促进 Eos 在气道内聚集和嗜酸细胞阳离子蛋白(ECP)的释放,从而导致气道上皮的损伤,与哮喘气道炎症和气道高反应的发生关系密切^[23]。亦有研究表明 IL-8 可趋化 NE 在炎症部位聚集,可作为哮喘发病的重要特征^[24]。本研究结果显示两组治疗均能显著降低哮喘冷哮证患者患者外周血 Eos 计数和血清 IL-6, IL-8 的含量,但中西医联合用药的改善效果更明显。说明麻芍平喘汤能有效降低哮喘患者的气道过敏反应,改善气道炎症反应。

中医症状研究方面,本研究将主要症状与次要症状按照不同的标准进行统计分析,能更精确地表达出研究结果。结果显示两组均能有效改善哮喘冷哮证患者中医主要症状和中医次要证候,但中西医联合用药在痰鸣、形寒畏冷、咳嗽、咯痰的症状改善方面明显优于对照组。说明麻芍平喘汤联合布地奈德福莫特罗吸入在缓解哮喘冷哮证患者各种症状和体征方面具有协同治疗作用,效果明显。

ACQ-7 评分量表临床主要用于对哮喘控制情

况进行判断,且其中包含肺功能 $FEV_1\%$ 的变化情况,其评分结果能全面、准确地评价哮喘临床控制水平。本研究结果显示两组治疗均能显著降低哮喘冷哮证患者的ACQ-7评分,且治疗后两组评分平均 <0.75 ,表明两组治疗均能有效缓解哮喘冷哮证患者的临床症状、体征,达到了良好控制的效果。观察组虽然评分较对照组低,但两组差别无统计学意义,这可能与本次研究患者入组的受试人群为中度、轻度冷哮患者,临床表现较易于控制和样本量较小有关。

随着医学向“生物—心理—社会”新型模式的转变,生存质量的研究也逐渐引入各类临床疾病的临床评价与研究中,成为当前医学领域研究的热点。生存质量是针对病患的身体状况、心理状态和社会适应等属性对健康情况进行全面评估的一个综合性指标。其不仅包括临床症状、体征等客观指标的变化,同时还包括心理状态、健康意识、社会活动等主观患者感受^[25]。哮喘患者所表现的喘促、气短、胸闷等症状和体征是影响患者生存质量的重要因素。Marks-AQLQ量表由Marks在既往AQLQ量表的基础上改良设计,主要用于评价哮喘患者的生存质量情况。本研究结果显示两组治疗均能显著降低哮喘冷哮证患者Marks-AQLQ评分,缓解患者由于哮喘带来的身体和情绪上的困扰,提升患者的生存质量,观察组虽然评分评分较对照组低,但两组差异无统计学意义,结果同样与病情程度和样本量的限制有关。

综上,采用麻芍平喘汤联合布地奈德福莫特罗吸入治疗哮喘冷哮证较单用布地奈德福莫特罗吸入治疗在哮喘控制水平、患者生存质量改善方面差异不明显,可能与病例患者症状表现较轻和样本量较小有关,但在临床中医证候疗效、中医症状、降低炎症因子Eos,IL-6,IL-8等方面均有明显优势,是治疗哮喘冷哮证的有效手段,有较高的临床应用和推广价值。由于本研究观察病例数较少,未采用盲法,将在后续研究中进行完善,同时对重度哮喘进行疗效评价和中医证候观察研究。

[参考文献]

[1] 中华医学会. 支气管哮喘基层合理用药指南[J]. 中华全科医师杂志, 2020, 19(7): 572-581.
[2] REDDEL H K, BATEMAN E D, BECKER A, et al. A summary of the new GINA strategy: a roadmap to asthma control[J]. Eur Resp J, 2015, 46(3): 622-639.

[3] 贾琳, 武蕾, 李博林, 等. 加味消风散治疗支气管哮喘风哮证的疗效观察及对炎症因子的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2019, 25(4): 70-74.
[4] HUANG K, YANG T, XU J, et al. Prevalence, risk factors, and management of asthma in China: a national cross-sectional study [J]. Lancet, 2019, 394(10196): 407-418.
[5] 徐增梅. 哮喘中医证候分布特点及麻芍平喘汤对哮喘大鼠模型气道重塑的干预研究[D]. 合肥: 安徽中医药大学, 2015.
[6] 杨勤军, 王心恒, 杨程, 等. 麻芍平喘汤对哮喘大鼠气道重塑和炎症及肺组织 $TGF-\beta_1$ 、MUC5AC蛋白表达的影响[J]. 中药药理与临床, 2020, 36(5): 154-159.
[7] 徐增梅, 丁伟伟, 李泽庚. 麻芍平喘汤对哮喘模型大鼠气道重塑的干预作用[J]. 中医药导报, 2020, 26(5): 23-26.
[8] 沈华浩. 支气管哮喘防治指南(2016年版)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(9): 675-697.
[9] 晁恩祥, 孙增涛, 刘恩顺. 支气管哮喘中医诊疗专家共识(2012)[J]. 中医杂志, 2013, 54(7): 627-629.
[10] 张君成. 射干平喘汤治疗冷哮型哮喘的临床观察[D]. 哈尔滨: 黑龙江省中医药科学院, 2019.
[11] FERREIRA J, SILVEIRA P, FIGUEIREDO M M, et al. Validation of the portuguese version of the asthma quality of life questionnaire [AQLQ-M] by marks [J]. Rev Port Pneumol, 2005, 11(4): 351-366.
[12] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 60.
[13] JUNIPER E F, O'BYRNE P M, GUYATT G H, et al. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control [J]. Eur Res J, 1999, 14(4): 902-907.
[14] 范戈, 柴茂山. 从阳虚寒饮论治冷哮[J]. 山东中医药大学学报, 2017, 41(3): 216-217, 225.
[15] 陈炜, 韩明向. 韩明向教授运用温法治疗痰饮咳嗽经验[J]. 新中医, 2014, 46(6): 19-20.
[16] 徐增梅, 丁伟伟, 李泽庚. 麻芍平喘汤对哮喘大鼠气道重塑及 $TGF-\beta_1$ 、PDGF-BB的影响[J]. 天津中医药大学学报, 2017, 36(2): 123-127.
[17] 朱慧华, 虞坚尔. 从痰瘀论治儿童支气管哮喘机理初探[J]. 上海中医药杂志, 2006, 40(11): 40-41.
[18] 史雅旭, 戴曦, 王丽娇, 等. 川芎嗪调节 $TGF-\beta$ /Smad信号通路对哮喘小鼠气道炎症和重塑的影响[J]. 现代药物与临床, 2019, 34(1): 20-26.
[19] 陈星, 姚德祎, 卢云, 等. 三桔咳喘口服液治疗哮喘急性发作期痰浊阻肺证的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(4): 114-119.

- [20] AKUTHOTA P, WANG H B, SPENCER L A, et al. Immunoregulatory roles of eosinophils: a new look at a familiar cell[J]. Clin Exp Allergy, 2008, 38(8): 1254-1263.
- [21] SHRIMANKER R, KEENE O, HYNES G, et al. Prognostic and predictive value of blood eosinophil count, fractional exhaled nitric oxide, and their combination in severe asthma: a post hoc analysis[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2019, 200(10): 1308-1312.
- [22] 黄海萍, 吴俊, 殷焯军. 支气管哮喘患者血清IL-6、TNF- α 、IgE检测的临床分析[J]. 放射免疫学杂志, 2010, 23(1): 64-66.
- [23] SHISHIMOROV I, PERMINOV A, GORBUNOV V. P56-control of allergic inflammation and erythrocytes magnesium level in children with bronchial asthma[J]. Clin Transl All, 2014, doi: 10.1186/2045-7022-4-S1-P111.
- [24] BAINES K J, SIMPSON J L, BOWDEN N A, et al. Differential gene expression and cytokine production from neutrophils in asthma phenotypes[J]. Eur Respir J, 2010, 35(3): 522-531.
- [25] 王宁群, 姜良铎, 李宗信. 支气管哮喘相关生存质量研究进展[J]. 中西医结合学报, 2008, 6(1): 93-97.
- [责任编辑 孙丛丛]

· 书讯 ·

肠胃肿瘤放射治疗后肠道反应护理 ——评《肿瘤放射治疗技术操作规范》

在现代癌症诊疗过程中,放射治疗可以有效抑制肿瘤细胞的生长,是癌症治疗最核心的治疗手段之一。根据资料统计,有超过70%的癌症患者需要进行放射治疗,一些对于放射线有较高敏感性的肿瘤,通过放射治疗可以获得极佳的治疗效果。然而在放射治疗过程中,放射线杀死癌症细胞的同时,也会对患者体内正常的细胞造成损伤,从而导致患者产生不同程度的副作用,包括皮肤损伤、厌食、恶心呕吐、口干等,而肠道反应是所有放射治疗副作用中最常见的。多数患者的肠胃反应均在肿瘤放射治疗后的24h以内出现,其严重程度与放射治疗药品应用程度有关,而优化肿瘤放射技术,降低放射治疗后的肠道反应副作用,一直以来也是肿瘤放射治疗相关医师的核心研究领域。《肿瘤放射治疗技术操作规范》(2019年9月,人民卫生出版社)一书,是林承光出版的现代肿瘤放射治疗专业技能参考书。

本书的核心内容主要涉及,现代放射治疗医师如何保证放射治疗设备的质量控制以及放射过程的安全性,如何对癌症放射治疗患者实施正确的后续护理及心理干预,如何有效降低患者心理及生理影响。全书共分为九章,第一章为放射治疗设备的质量控制保障,作者对放射治疗所用的X线模拟机,CT模拟机,MRI模拟机以及支线加速设备的使用和质量控制进行了详细论述。第二到第七章为肿瘤放射治疗的实践操作部分,作者以肿瘤位置为区分,详细分析了包括肠胃、食管、乳腺、肺部、前列腺在内的各类肿瘤病的放射治疗技术及后续副作用的护理工作,构建了以治疗加护理为核心的肿瘤治疗体系。最后一章,作者主要探讨了人体中枢神经的放射治疗技术操作规范,以及现代各类新型肿瘤放射治疗技术,保证了放射治疗体系的完整性和前瞻性。作者在对各类肿瘤放射治疗及护理工作分析介绍的同时,插入了大量的图片数据,不但兼顾了理论性而且注重实际应用性。针对病因病理,作者没有进行冗长的理论分析和赘述,而是通过案例对比,用简练的文字语言进行相应的讲解分析,使读者一目了然。全书无论是案例知识还是理论知识均一目了然,简单易懂,具有切实的教育指导意义。

针对肠胃肿瘤患者放射治疗后肠道副作用及不适反应,作者在书中指出:一般来说,胃肠肿瘤患者肠胃反应的核心影响原因主要包括药物副作用、心理因素及个体化差异。其中,放射治疗药物的副作用是引起患者肠胃不适的直接原因,而内心的不良情绪、对放射治疗的紧张、恐惧、焦虑等也会进一步降低人体对于恶心、呕吐、肠胃等不适症状的耐受力。此外,个体性的差异同样也会造成药物副作用的增减变化,对此需要对患者进行切实可行且多方面的放射治疗护理。首先是药物护理,对于放射治疗护理来说,药物护理是控制患者肠胃恶心呕吐等副反应最有效的方法之一。有关医师和护士可以根据患者的实际情况和呕吐物性质,选择适宜的止吐类药品,并严格控制患者的用药时间。一般情况下,放射治疗后患者可能出现心动过速的症状,而止吐药也会导致患者出现偏头痛、嗜睡、肌肉强直等症状,所以有关护理人员需要严格观测患者的副作用症状,对患者肠胃不适症状及各类衍生副作用症状做好详细的纪录,并及时向医生进行汇报,以便协助医生及时调节患者的用药剂量。对于因肠胃不适导致脱水的患者,需要保持患者自身水、电解质及酸碱平衡性。除了常规药物护理,心理护理也是肠胃肿瘤放射治疗后,肠道反应护理的核心护理策略之一。在《肿瘤放射治疗技术操作规范》中,作者在介绍国内外肿瘤护理体系时就曾强调了心理护理对于肿瘤患者的重要性。对于接受放射治疗的患者,尤其是首次接受放疗治疗的患者,护理人员应该对其详细解释放射治疗的大致原理及过程以及可能出现的不适应症,提高患者对于放射治疗的认知程度,以免造成后续的紧张心理,产生不良后果。在放射治疗及肠胃不适适应症出现过程中,有关医护人员也需要采用解释、讲理、转移注意力等策略,帮助患者知道当前所受到的肠胃不适适应症是可以预防的,只要积极主动配合医生治疗,就能最大程度降低肠胃不适。医护人员需要在与患者沟通的过程中,对患者进行积极的心里疏导,帮助其克服恐惧心理,正确认识和对待放射治疗以及所产生的肠胃等不适症,增强其抵抗病魔的信心。

肿瘤患者在放射治疗过程中,很容易感觉到各类型的副作用。而肠道反应是患者自身主观感受最强烈的副作用之一,其严重程度直接影响了患者能否接受后续治疗,因此有关护理人员需要采用合理的方法,提高患者耐受性,同时降低放射治疗对于患者的影响。《肿瘤放射治疗技术操作规范》一书不仅详细记录了当前国内外最先进、有效的放射治疗方法,更详细分析了放射治疗患者的护理策略,值得有关医护人员借鉴学习。

(作者赵晓天,付超,张婉琼,宋炳辉,范现英,马竞优,胡廷伟,邢台市第三医院,河北 邢台 054000)