

小青龙汤联合中药封包治疗外寒里饮型 支气管哮喘的临床研究[※]

● 曹芬芬¹ 万丽玲² 刘美年³ 丁兆辉² 叶超² 王丽华^{2,4▲}

摘要 目的:观察小青龙汤联合中药封包治疗外寒里饮型支气管哮喘的临床疗效。方法:将90例患者随机分成对照组、治疗1组、治疗2组,每组各30例,对照组予常规西药治疗,治疗1组在对照组的基础上加小青龙汤治疗,治疗2组在对照组的基础上予小青龙汤联合中药封包治疗,治疗第4天、第8天时分析患者临床疗效。结果:(1)第4天时三组患者的中医证候总积分及单项症状积分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。(2)观察结束时治疗2组与对照组比较,临床疗效、中医证候总积分、单项症状积分(咳嗽、喘息、胸闷)、肺功能、EOS计数差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$),治疗2组优于对照组;治疗2组与治疗1组比较,中医证候总积分、单项症状积分(咳嗽、喘息、胸闷)、PEF差异有统计学意义($P<0.05$);治疗1组与对照组比较,中医证候总积分、单项症状积分(咳嗽、胸闷)差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:小青龙汤联合中药封包治疗能有效改善外寒里饮型哮喘患者的临床症状、肺功能指标,并可降低EOS计数。

关键词 支气管哮喘 外寒里饮 小青龙汤 中药封包 肺功能

笔者立足于洪广祥教授^[1]“治肺不远温”的学术思想,应用小青龙汤联合中药封包治疗外寒里饮型哮喘,疗效显著,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究病例均为2014年12月~2016年1月江西省中医院呼吸科住院病人,共90例,随机分成对照组、治疗1组、治疗2组,每组各30例。对照组男11例,女19例,平均年龄(53.87 ± 13.45)岁,病情轻度5例,中度13例,重度12例;治疗1组男10例,女20例,平均年龄(47.53 ± 12.05)岁,病情轻度8例,中度12例,重度10例;治疗2组男8例,女22例,平均年龄(51.83 ± 12.76)岁,病情轻度7例,

中度11例,重度12例。三组患者的性别、年龄、病情程度比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 诊断标准 支气管哮喘的西医诊断标准、分期和病情严重程度分级参照中华医学会呼吸病学分会制定的《支气管哮喘防治指南》^[2]执行。中医证候诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]《中药新药临床研究指导原则》^[4]发作期外寒里饮证(冷哮)标准。

1.3 纳入标准 (1)符合哮喘的中西医诊断标准;(2)病情属急性发作期,综合病情评估严重程度属轻~重度;(3)年龄在18~75岁之间;(4)对本研究知情同意者。

1.4 排除标准 (1)哮喘临床缓解期、慢性持续期或哮喘急性发作期病情危重者;(2)合并有严重的心脑血管、肝、肾和造血系统等疾病及精神异常者;(3)妊娠或哺乳期妇女;(4)未按规定用药、无法确切判定疗效者;(5)哮喘临床诊断不肯定,或资料不全等影响疗效判断者。

1.5 治疗方法 对照组根据《支气管哮喘防治指南》拟定的原则给予常规西医治疗。治疗1组在对照组

※基金项目 江西省卫生厅基金项目(No. 2015A164)

▲通讯作者 王丽华,女,医学博士,主任医师,硕士研究生导师。主要从事肺系疾病的科研及临床研究。E-mail: 1121659281@qq.com

●作者单位 1. 江西省景德镇中医院(333000); 2. 江西省中医院(330006); 3. 江西中医药大学第二附属医院(330029); 4. 国医大师洪广祥名医工作室(330006)

治疗的基础上加小青龙汤:麻黄 10g,桂枝 10g,干姜 6g,细辛 3g,法半夏 10g,炙甘草 6g,白芍 10g,五味子 10g。由江西省中医院中药房提供药材,每剂使用煎药房煎药机煎取汁 300mL,每袋 150mL,每次服用 1 袋,早晚 2 次温服。治疗 2 组在对照组的基础上加小青龙汤联合中药封包(湖南省健缘医疗科技有限公司生产,类型为咳喘型)。中药封包使用方法:在其专用规格的治疗包内直接放入中药特制离子包芯,接上电源,然后拨动控制按钮,需提前 10min 预热。患者取仰卧位或侧卧位,并袒露背部,将预热好的中药封包直接裹于患者后背,调节松紧适宜,并适当加盖衣被。根据患者个体耐受情况,调节高低挡数,每日 2 次,每次治疗时间 30min。

三组患者均以 4 天为 1 个观察窗,共观察 8 天(若住院未滿 8 天者,以出院当天证候及检查为准)。

1.6 观察项目 (1)临床症状体征:咳嗽、喘息、胸闷、痰量及肺部哮鸣音治疗前后总积分及单项积分;(2)肺功能:FEV1、FEV1/FVC、PEF 治疗前后变化;(3)外周血嗜酸性粒细胞计数治疗前后变化;(4)统

计各组患者的实际住院天数。

1.7 疗效标准 支气管哮喘疗效判定标准、中医证候疗效判定标准及证候分级量化标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[4] 评定。

1.8 统计方法 采用 Spss20.0 软件包,计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用单因素的方差分析及 S-N-K(S) 做两两比较,不满足正态分布的采用秩和检验,同组治疗前后的比较运用配对 *t* 检验,计数资料采用 χ^2 检验,等级资料采用 Ridit 检验。

2 结果

2.1 三组患者观察结束时综合临床疗效比较 见表 1。治疗观察结束时,治疗 2 组愈显率为 66.67%,治疗 1 组愈显率为 46.67%,对照组愈显率为 33.33%。三组患者之间疗效比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗 2 组与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),而治疗 2 组与治疗 1 组、治疗 1 组与对照组相比,差异无统计学意义($P > 0.05$),说明治疗 2 组疗效优于对照组。

表 1 三组患者综合临床总疗效比较(n·%)

组别	n	控制	显效	好转	无效	愈显率(%)
治疗 2 组	30	5	15	7	3	66.67 [△]
治疗 1 组	30	3	11	13	3	46.67
对照组	30	2	8	15	5	33.33

注:与对照组比较,[△] $P < 0.05$ 。

2.2 三组患者中医证候总积分比较 见表 2。三组治疗前中医证候总积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。三组患者治疗第 4 天及治疗结束时的证候总积分均较治疗前明显降低($P < 0.01$)。三组患者治疗第 4 天中医证候积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。三组患者观察结束时证候积分比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗 2 组与治疗 1 组比较、

治疗 2 组与对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗 1 组与对照组相比,差异有统计学意义($P < 0.05$)。说明治疗第 4 天时三组治疗方法间中医证候总积分的改善程度相当;观察结束时治疗 2 组的中医证候总积分下降最明显,优于治疗 1 组及对照组,而治疗 1 组对中医证候积分的改善优于对照组。

表 2 三组患者中医证候总积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	第 4 天	观察结束
治疗 2 组	30	18.00 ± 4.76	8.47 ± 4.16 [○]	2.20 ± 2.19 ^{○△*}
治疗 1 组	30	17.93 ± 4.28	9.73 ± 4.81 [○]	4.00 ± 3.84 ^{○△}
对照组	30	18.27 ± 4.75	9.87 ± 4.42 [○]	6.00 ± 4.46 [○]

注:与治疗前比较,[○] $P < 0.01$;与对照组比较,[△] $P < 0.05$;与治疗 1 组比较,^{*} $P < 0.05$ 。

2.3 三组患者治疗过程中单项症状积分比较 见表3。三组病例治疗第4天及治疗观察结束时单项症状积分与治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。治疗第4天时三组患者间各症状积分比较均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗观察结束时,三组间咳嗽、喘息、胸闷症状积分比较差异有统计学意义($P < 0.05$),而痰量、哮鸣音症状积分比较差异无统计学意义($P >$

0.05);经两两比较,治疗2组与对照组、治疗1组相比,咳嗽、喘息、胸闷症状积分比较差异有统计学意义($P < 0.05$),说明对于咳嗽、喘息、胸闷症状的改善,治疗2组优于治疗1组及对照组;治疗1组与对照组相比,咳嗽、胸闷症状积分差异有统计学意义($P < 0.05$),治疗1组在改善咳嗽、胸闷症状方面优于对照组。

表3 三组患者单项症状积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	时间	咳嗽	喘息	痰量	哮鸣音	胸闷
治疗2组	治疗前	3.67 ± 0.92	4.47 ± 1.46	2.60 ± 1.50	3.53 ± 1.87	3.73 ± 1.36
	第4天	2.00 ± 0.74 [○]	1.87 ± 1.48 [○]	1.40 ± 1.30 [○]	1.00 ± 1.36 [○]	2.20 ± 1.21 [○]
	观察结束	0.40 ± 0.81 ^{○△☆}	0.40 ± 0.81 ^{○△☆}	0.80 ± 1.13 [○]	0.07 ± 0.37 [○]	0.53 ± 0.90 ^{○△☆}
治疗1组	治疗前	3.53 ± 1.63	4.53 ± 1.28	3.00 ± 1.95	3.33 ± 2.12	3.67 ± 1.97
	第4天	2.20 ± 1.21 [○]	2.27 ± 1.64 [○]	1.60 ± 1.10 [○]	1.33 ± 1.77 [○]	2.33 ± 1.67 [○]
	观察结束	1.00 ± 1.14 ^{○△}	1.00 ± 1.26 [○]	1.07 ± 1.14 [○]	0.27 ± 0.87 [○]	1.20 ± 1.24 ^{○△}
对照组	治疗前	3.93 ± 1.62	4.73 ± 1.23	2.60 ± 1.67	2.73 ± 1.78	4.20 ± 0.96
	第4天	2.13 ± 1.04 [○]	2.47 ± 1.36 [○]	1.93 ± 1.53 [○]	0.87 ± 1.46 [○]	2.53 ± 1.16 [○]
	观察结束	1.60 ± 1.10 [○]	1.00 ± 1.36 [○]	1.20 ± 1.24 [○]	0.40 ± 0.97 [○]	1.80 ± 1.10 [○]

注:与治疗前比较,[○] $P < 0.01$;与对照组比较,[△] $P < 0.05$;与治疗1组比较,[☆] $P < 0.05$ 。

2.4 三组患者肺功能比较 见表4。三组患者治疗后FEV1、PEF、FEV1/FVC均较前明显升高,差异有统计学意义($P < 0.01$)。观察结束时,三组患者PEF、FEV1/FVC比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),而FEV1比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗2组与对照组相比,PEF、FEV1/FVC改善更明显($P < 0.05$

或 $P < 0.01$);治疗2组与治疗1组相比,仅PEF差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗1组与对照组比较,FEV1、PEF、FEV1/FVC差异均无统计学意义($P > 0.05$)。说明三组肺功能比较,治疗2组较对照组及治疗1组改善更明显,而治疗1组与对照组相当。

表4 三组患者治疗前后FEV1、PEF、FEV1/FVC比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	FEV1(L)	FEV1/FVC(%)	PEF(L/sec)
治疗2组	治疗前	1.38 ± 0.54	64.61 ± 13.38	2.43 ± 1.03
	观察结束	2.38 ± 0.68 [○]	80.67 ± 9.87 ^{○△}	4.96 ± 1.68 ^{○△☆}
治疗1组	治疗前	1.40 ± 0.52	63.16 ± 11.83	2.55 ± 0.99
	观察结束	2.18 ± 0.47 [○]	75.50 ± 8.72 [○]	4.20 ± 1.15 [○]
对照组	治疗前	1.44 ± 0.44	63.40 ± 11.79	2.47 ± 0.77
	观察结束	2.04 ± 0.56 [○]	70.31 ± 10.99 [○]	3.77 ± 1.33 [○]

注:与治疗前比较,[○] $P < 0.01$;与对照组比较,[△] $P < 0.05$;与治疗1组比较,[☆] $P < 0.05$ 。

2.5 三组患者EOS计数、实际住院天数的比较 见表5。治疗后三组EOS计数均较前显著下降($P < 0.01$)。观察结束时,治疗2组与对照组相比,差异有

统计学意义($P < 0.01$);治疗2组与治疗1组相比及治疗1组与对照组相比,差异无统计学意义($P > 0.05$),说明治疗2组对EOS计数的影响优于对照组,

治疗2组与治疗1组及治疗1组与对照组相当。 $P > 0.05$ 。

三组患者住院天数比较,差异无统计学意义($P >$

表5 三组患者EOS计数及实际住院天数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	EOS计数($\times 10^9/L$)		住院天数(天)
		治疗前	观察结束	
治疗2组	30	0.62 ± 0.61	0.09 ± 0.07 ^{○▲}	7.40 ± 2.23
治疗1组	30	0.63 ± 0.33	0.16 ± 0.19 [○]	7.13 ± 2.14
对照组	30	0.63 ± 0.29	0.21 ± 0.13 [○]	8.43 ± 2.71

注:与治疗前比较,[○] $P < 0.01$;与对照组比较,[▲] $P < 0.01$ 。

3 讨论

张仲景《金匱要略》强调“病痰饮者,当以温药和之”,寒邪及痰饮,均为阴邪,“非温不化”,故治疗外寒里饮型哮喘的关键在于内温化寒饮,外辛散寒邪。小青龙汤以温为主,内温外散,温散结合,已被广泛用于治疗哮喘,且疗效得到医家们的认可。方中麻黄性温,辛温解表、宣肺利水;桂枝发汗解表、通阳化气,助麻黄行水利饮;干姜辛热,温运脾阳;合细辛温肺化饮,芳香走窜,通透表里上下,肺、脾、肾三脏得以温化,功能恢复,则津液四布,水饮自消;半夏燥湿和胃,化痰逐饮,调理全身气机,协助桂枝、干姜通调全身血脉;白芍敛阴,与桂枝共奏养血和营、固护肌表之功;佐以性温而润的五味子,上敛肺止咳,下滋养肾阴,既可防耗气伤阴宣散太过,又可使平喘止咳之功倍增;炙甘草性甘平,润肺止咳祛痰,兼补益肺脾之气,合白芍共奏缓急解痉之功。

督脉乃“阳脉之海”,主一身之阳,背腧穴为五脏六腑之气灌注之所,封包置于背部,作用于督脉及背腧穴,可达到调节全身阳经脉气、平衡脏腑阴阳的重要作用,使津液输布、气血生化正常。哮喘型中药封包^[5]具有温肺散寒、化饮平喘、温通经络、调和气血的作用,结合现代远红外线和物理磁场的共同作用,扩张血管、增快血流、加快药物吸收,可使哮喘患者外寒得于宣散,寒饮得于温化,经脉气血正常运行,最终达到消散哮喘宿根、祛除外表寒邪的目的。研究表明,

中药封包可改善肺功能FVC及FEV1/FVC^[6],并具有抑制炎症因子的作用^[7]。

洪广祥教授强调“全程温法治疗哮喘”,并把小青龙汤作为温肺散寒的基本方、哮喘防治的一线方。本研究正是以温法为主线展开研究探讨,将小青龙汤及中药封包相结合,以达到温肺化饮、散寒解表、通经活络的治疗目的。研究结果表明小青龙汤联合中药封包治疗外寒里饮型支气管哮喘疗效显著,不仅可以有效地改善哮喘患者的临床症状、肺功能,还能有效地降低外周血嗜酸性粒细胞计数,对临床治疗哮喘有一定的指导意义。

参考文献

- [1]洪广祥.中国现代百名中医临床家丛书[M].北京:中国中医药出版社,2007:25-46.
- [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(支气管哮喘的定义、诊断、治疗和管理方案)[J].中华结核和呼吸杂志,2008,31(3):177-185.
- [3]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:4.
- [4]郑筱奥.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,2002:4.
- [5]李志东,吴竞雄,钟焯英,等.远红外中药封包治疗仪的设计[J].Medical Equipment,2015(6):24-26.
- [6]朱颖文,叶小汉.中药封包辅助治疗慢性阻塞性肺病急性期对肺功能的影响[J].中医外治杂志,2012,21(5):28-29.
- [7]罗银英,邓海莲.排痰护理在老年肺部感染行中药封包治疗患者中的应用效果观察[J].齐鲁护理杂志,2015,21(12):66-68.