

肺脾肾三脏同调治疗小儿哮喘缓解期的临床研究

● 黄建山¹ 黄文钦²

摘 要 目的:观察中药肺脾肾三脏同调治疗小儿哮喘缓解期的临床疗效。方法:纳入 80 例在我院就诊的哮喘缓解期肺脾肾气虚患儿,将患儿随机分为两组,观察组 40 例,对照组 40 例。对照组给予沙美特罗/替卡松粉吸入剂吸入治疗,观察组在对照组治疗基础上,给予口服自拟益肺健脾补肾汤(补骨脂 10g,胡桃肉 10g,太子参 15g,白术 12g,茯苓 10g,石菖蒲 6g,当归 3g,升麻 4g,防风 6g,炙甘草 3g)治疗。两组均规范治疗 3 个月,治疗后及治疗后 3 个月统计两组患儿疗效及肺功能变化情况。结果:治疗后及治疗后 3 个月两组的总有效率比较,差异均有统计意义($P < 0.05$);观察组治疗后及治疗后 3 个月最大呼气流速(PEF)、第一秒用力呼气容积(FEV1)显著高于对照组,两组比较差异有统计意义($P < 0.05$)。结论:采用自拟益肺健脾补肾汤联合沙美特罗/替卡松粉吸入剂吸入治疗小儿哮喘缓解期可改善患儿肺通气功能,提高临床疗效。

关键词 哮喘;缓解期;儿童;肺脾肾气虚;益肺健脾补肾汤;肺功能

小儿哮喘是儿童时期常见的呼吸道慢性气道炎症,是由肥大细胞、中性粒细胞、嗜酸粒细胞、T 淋巴细胞、气道上皮细胞等多种炎性细胞共同形成,若治疗不当,可引起终身痼疾,影响患儿的生长发育。祖国医学认为小儿哮喘“有夙根”,中医药防治小儿哮喘已有悠久的历史和丰富的临床经验,以辨证论治、整体观念为指导,从肺脾肾三脏同调来防治小儿哮喘缓解期,具有扶正固本、标本兼治的疗效。笔者应用自拟益肺健脾补肾汤治疗小儿哮喘缓解期,取得了良好的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2016 年 4 月—2017 年 4 月我院门诊确诊为哮喘缓解期的患儿 80 例,随机分为观察组和对照组,每组患儿 40 例。其中观察组男性 23 例,女性 17 例,年龄在 6~12 岁,平均年龄为(8.33 ± 1.95)岁,病情中度 30 例,病情重度 10 例,平均病史(4.56 ± 2.01)年;对照组男性 22 例,女性 18 例,年龄

在 6~12 岁,平均年龄为(8.31 ± 1.98)岁,病情中度 31 例,病情重度 9 例,平均病史(4.59 ± 2.20)年。两组病例在性别、年龄、病程及病情严重程度方面的差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照中华医学会儿科学分会呼吸学组《儿童支气管哮喘诊断与防治指南 2016 版》^[1] 制定的儿童支气管哮喘的诊断标准:①反复咳嗽、气促、胸闷,与接触冷空气、变应原、呼吸道感染、运动等有关,常在夜间和(或)清晨发作或加剧。②发作时双肺闻及呼气相哮鸣音。③抗哮喘治疗有效。④除外其它疾病所引起的咳嗽、喘息、气促和胸闷。

1.2.2 中医辨证标准 参照国家中医药管理局《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2] 制定的小儿哮喘缓解期肺脾肾气虚诊断标准:咳嗽,有痰量少,色白多沫,面色苍白,形寒肢冷,倦怠乏力,自汗,易于感冒,小便清长,食少便溏,舌质淡,苔少,脉沉细无力。

1.3 纳入标准 (1)符合儿童支气管哮喘的诊断标准和中医肺脾肾气虚的辨证标准;(2)每年哮喘急性发作均 ≥ 5 次;儿童哮喘严重分级属于第 3 级;病情属于缓解期,无阵咳、气促等表现,两肺听诊无哮鸣音;

• 作者单位 1. 北京中医药大学厦门医院(福建 厦门 361009);2. 厦门市弘爱医院(福建 厦门 361015)

(3) 患儿家属知情同意。

1.4 排除标准 (1) 不能接受中药治疗; (2) 不能接受肺功能检测; (3) 有发热、气胸、支气管扩张、肺结核等疾患; (4) 有心、肝、肾等疾病及精神病患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 给予沙美特罗/替卡松粉吸入剂 (50ug/100ug, 厂家: AstraZeneca ABSE-151 85, Soder-talje, 瑞典, 批号: XDEH) 吸入治疗, 沙美特罗/替卡松粉吸入剂的用法用量参考了《儿童支气管哮喘诊断与防治指南 2016 版》, 即沙美特罗/替卡松粉吸入剂 (50ug/100ug) 1 吸/次, 2 次/日。

1.5.2 观察组 在对照组的基础上, 配合自拟益肺健脾补肾汤治疗, 药物组成: 补骨脂 10g, 胡桃肉 10g, 太子参 15g, 白术 12g, 茯苓 10g, 石菖蒲 6g, 当归 3g, 升麻 4g, 防风 6g, 炙甘草 3g。服药方法: 水煎, 每日 1 剂, 每日 2 次, 饭后温服。

以上两组患儿均以 3 个月为 1 个疗程, 共治疗 1 个疗程。

1.6 主要仪器设备 采用科室配备的德国耶格公司生产的 MS-IOS 型肺功能测定仪, 并由肺功能室专人进行采样, 适用于 4 岁以上儿童。

1.7 疗效判定标准 参照《儿科疾病中医药临床研究技术要点》^[3] 制定: ①临床控制 (治疗后哮喘症状完全缓解, 未再反复; 肺功能明显好转); ②显效 (治疗后哮喘急性发作次数减少 2/3 以上, 且发作天数减少 2/3 以上; 肺功能好转); ③有效 (治疗后哮喘症状有所

减轻, 哮喘急性发作次数减少 1/3 以上, 且发作天数减少 1/3 以上; 肺功能稍有改善); ④无效 (治疗后哮喘急性发作的次数、症状、天数均无改善, 肺功能无好转)。

1.8 观察指标 ①临床两组患儿治疗后、治疗后 3 个月的疗效; ②检测两组患儿治疗前及治疗后、治疗后 3 个月的 PEF 值及 FEV1 值 [每位患儿均按肺功能质量控制要求完成检测, 主要指标包括: 用力肺活量 (FVC)、最大呼气流速 (PEF)、第一秒用力呼气容积 (FEV1)、FEV1/FVC、FEV1 占预计值% 等, 取其中的最大呼气流速 (PEF)、第一秒用力呼气容积 (FEV1) 数值进行对比来了解肺功能损害程度]。

1.9 统计学方法 选用 SPSS17.0 软件, 计数资料用率 (%) 表示, 采用 χ^2 检验。计量资料用均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 病例脱落情况 治疗期间两组无脱落、退出病例, 治疗期间未发生药物不良反应。两组患儿均规范完成 3 个月治疗。

2.2 两组临床疗效比较 治疗后观察组的总有效率为 92.5%, 明显高于对照组的 75.0%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 1。治疗后 3 个月, 观察组的总有效率为 95.0%, 明显高于对照组的 80.0%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 1 两组治疗后临床疗效比较情况 (例 · %)

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效率 (%)
观察组	40	19	12	6	3	92.5 *
对照组	40	12	8	10	10	75.0

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$

表 2 两组治疗后 3 个月临床疗效比较情况 (例 · %)

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效率 (%)
观察组	40	20	12	6	2	95.0 *
对照组	40	14	10	8	8	80

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$

2.3 两组患儿治疗前后 PEF 值、FEV1 值变化情况比较 结果显示: 治疗前两组患儿 PEF 值、FEV1 值进行对比, 无统计学差异 ($P > 0.05$); 观察组治疗后及治疗

后 3 个月的 PEF 值、FEV1 值对比治疗前均有明显的改善, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 对照组治疗后及治疗后 3 个月的 PEF 值、FEV1 值对比治疗前均无

改善,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后及治疗后 3 个月时观察组患儿的 PEF、FEV1 改善情况均优

于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3、表 4。

表 3 两组治疗前后肺功能指标 PEF 的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	治疗后 3 个月
观察组	40	3.30 ± 0.23	4.72 ± 1.06 ^{*#}	4.78 ± 1.28 ^{*#}
对照组	40	3.31 ± 0.28	3.55 ± 0.87	3.60 ± 0.94

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组比较,[#] $P < 0.05$

表 4 两组治疗前后肺功能指标 FEV1 的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后	治疗后 3 个月
观察组	40	1.01 ± 0.15	1.45 ± 0.13 ^{*#}	1.52 ± 0.14 ^{*#}
对照组	40	1.02 ± 0.13	1.13 ± 0.11	1.11 ± 0.16

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组比较,[#] $P < 0.05$

3 讨论

小儿哮喘是儿童时期常见的呼吸道变态反应性疾病,其本质是气道的慢性非特异性炎症,气道持续的高反应性是其特征,即使在缓解期也存在气道高反应性,因此重视小儿哮喘缓解期的治疗具有现实意义。近年来流行病学调查显示^[4],小儿哮喘发病率呈现逐年上升的趋势,严重影响到儿童身心健康和生长发育。西医将哮喘分为发作期和缓解期,发作期的治疗以快速缓解喘息症状为主,而缓解期的治疗则以预防哮喘发作或加重为主,其核心治疗则是控制气道炎症。吸入性激素是目前治疗哮喘最为有效的药物,但长期吸入激素,临床疗效欠佳,且易影响患儿的生长发育,因此中国家长们积极主动地配合治疗的意愿不高。

中医药防治小儿哮喘历史悠久,古籍籍对哮喘的记载甚多,早在元代医家朱丹溪在其《丹溪心法·喘论》中就首次提出“哮喘”病名,并加以论证,提出“哮喘专主于痰”,说明了哮喘与痰关系密切。人体水液的代谢皆由肺脾肾三脏所司,肺为水之上源,主通调水道;脾为气血生化之源,主运化水湿;肾主气化水液。而小儿肺脏娇嫩,脾常不足,肾常虚,若三脏功能失调,机体的水液代谢失常,则致痰浊内生。因此后世医家治痰多由此三脏论治。如陈修园所言:“痰之本,水也,源于肾;痰之动,湿也,主于脾;痰之成,气也,贮于肺。”历代医家认为痰既是哮喘发作的病因,又是哮喘发作的病理产物,痰饮蕴伏始终贯穿小儿哮喘发病的始终^[5]。

小儿哮喘,病位在肺脏,但与脾、肾二脏关系密

切。患儿哮喘日久,耗损人体正气,肺不主气,肾不助肺纳气,脾虚聚湿成痰,内伏于肺,为喘之夙根,因此本虚痰伏是本病的主要矛盾。本虚者,肺、脾、肾三脏俱虚也^[6]。刘仁慧^[7]认为小儿哮喘缓解期应从肺脾肾三脏并补,使患儿先、后天之本得以补养,这样才能更好地达到缓解期的根本性治疗。基于本病病因病机,笔者遵循朱丹溪“未发以扶正为主”之法,以补脾益气、培本固元为法则,在缓解期给予自拟益肺健脾补肾汤。其中补骨脂辛苦大温,补肾暖脾,纳气平喘;胡桃肉甘温,补肾、温肺而定喘嗽,二药可补肾温肺暖脾;太子参甘微苦平,补气生津;白术、茯苓补脾健运,祛湿化痰;防风解表祛风散寒,且可御风邪,与太子参、白术合用,共奏益气固表之功;石菖蒲开窍化湿豁痰;当归“主咳逆上气”,且久病者多兼络脉瘀阻,当归以补血扶正,活血去瘀,令血和则气顺;升麻性能升散,可升阳举陷,引药上行;炙甘草健脾益气,调和药性。全方先、后天同补,共奏益气固表、健脾补肾之良效。

肺功能检查在儿童哮喘的临床和科研中占有重要的地位,它能判断哮喘的种类、严重程度、治疗效果以及预后等。国内外的儿童哮喘指南均推荐以最大呼气流速(PEF)、第一秒用力呼气容积(FEV1)作为最主要的客观指标,用来评估儿童哮喘发作的严重程度及控制水平^[8]。因此,本研究用肺功能检查作为观察的客观指标。

本研究结果表明,观察组疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。采用自拟益肺健脾补肾汤联合应用低剂量沙美特罗/替卡松粉吸入剂治疗,不仅能控制小儿哮喘反复发作,改善咳喘症状,缩

短了病程,甚至避免了因哮喘控制不佳而导致抗哮喘治疗升级而必须应用中高剂量吸入性激素或全身应用糖皮质激素,从而减少激素对儿童长发育的影响。本方案在提高临床疗效的同时,也减轻了气道阻塞程度,恢复了气道功能,为远期可能根治哮喘提供了可靠的基础,值得推广应用。

参考文献

- [1] 中华医学会儿科学分会呼吸学组,《中华儿科杂志》编辑委员会. 儿童支气管哮喘诊断与防治指南 2016 版[J]. 中华儿科杂志,2016,54(3):167-181.
- [2] 郑筱萸. 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,2002:63-75.

- [3] 马融,胡思源. 儿科疾病中医药临床研究技术要点[M]. 北京:中国医药科技出版社,2012:174.
- [4] 全国儿科哮喘协作组,中国疾病预防控制中心环境与健康相关产品安全所. 第三次中国城市儿童流行病学调查[J]. 中华儿科杂志,2013,10(51):729-735.
- [5] 刘杰,陈鹏,刘小凡. 刘小凡教授从痰论治小儿哮喘经验[J]. 四川中医,2007,25(5):4-5.
- [6] 张岩,赵坤. 赵坤教授从痰治疗小儿哮喘的经验[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版),2008,15(2):37.
- [7] 刘仁慧,袁颖,郭析. 哮喘缓解期治疗宜肺脾肾三脏并补[J]. 现代中西医结合杂志,2004,13(24):3354.
- [8] 张皓,郭宇芬,黄剑峰,等. 儿童肺功能检测及评估专家共识哮喘[J]. 临床儿科杂志,2014,32(2):104-114.

(收稿日期:2018-05-26)

(本文编辑:蒋艺芬)

(上接第 51 页)

灸调理膀胱,逐瘀通闭,通利水道。中极为膀胱的募穴,与膀胱的背俞穴膀胱俞相配,属俞募配穴法,可调理膀胱气化功能,通利小便;秩边为膀胱经穴,可疏导膀胱气机;三阴交为足三阴经的交会穴,可调理肝、脾、肾,助膀胱气化;阴陵泉清利下焦湿热,通利小便;膈俞属膀胱经,为八脉交会穴之血会,可

疏利膀胱之经气,去除瘀滞,合血海可调养全身气血运行及津液分布;水泉有水源之意,肾主水,故本穴是足少阴肾经的郄穴,能治小便淋漓;气海穴为任脉穴,艾灸气海穴能温阳益气,巩固行气利尿等作用。全方攻邪与扶正兼顾,使邪去正安,故效果显著。

参考文献

- [1] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 2 版. 北京:中国中医药出版社,2007:349-356.
- [2] 高数中,杨骏. 针灸治疗学[M]. 3 版. 北京:中国中医药出版社,2014:88-91,159-160.
- [3] 郑美凤(译). 经络腧穴学(汉英对照)[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:247.

(收稿日期:2018-06-02)

(本文编辑:蒋艺芬)

医论

合论丹溪景岳相火大意

丹溪论阳有余,阴不足,所谓阳者,相火也。景岳驳之,谓阴有余,阳不足,而着“相火以位”之辨。各树旗帜,几如冰炭之不相入矣。尝举二者参之,丹溪大旨,本于周子主静立说,谓相火一动,则五志厥阳之火并煽,煎熬真阴,故东垣目为元气之贼。此论相火二字,专从后天之变动者言,与景岳之主命门,有源流之别。夫“天非此火不能生物,人非此火不能有生”,考前哲如褚氏、赵氏,人生先具命门及相火,行阳二十五度之语参之,景岳所云,相得益彰。盖静而守位者,此相火,静则温养;动而无方者,亦此相火,动则燔灼。譬之天与日,太阳之火也,虽烈而不能焚物,以阳燧取之,不过星星之火,其用即可燎原。故景岳之说日也,失其所则折寿而不彰,丹溪之说日而火也,飞走狂越,莫能御之。今将指日为火固失之,而指火为日,亦岂云得乎?《阴阳应象大论》:“壮火之气衰,少火之气壮”,“壮”与“少”之别,即两家宗旨所分,故必合两家所论,义始完备,若偏执一说,于道失之。

(摘自清·唐大烈·《吴医汇讲》)