

· 临床经验 ·

中医药序贯疗法对儿童哮喘治疗的探讨

李玉华¹, 王冠宇², 潘雪飞², 顾晓燕², 余建华², 张丽玲²

〔摘要〕 目的 观察中医药序贯疗法治疗儿童哮喘的临床疗效。方法 治疗组 87 例采用序贯疗法治疗,在哮喘发作期口服中药汤剂或中成药,施以穴位贴敷(温金膏或清金膏);在哮喘缓解期,口服安喘舒片,施以穴位贴敷。对照组 34 例用单纯西医治疗。结果 治疗组总有效率达 96.55% (84/87) 高于对照组 85.29% (29/34);治疗组治疗后患儿血清 IgA、IgG、IgM 水平显著升高,IgE 水平显著下降;与对照组比较差异有统计学意义;治疗组治疗后患儿年均急性发作、感冒、急诊及住院次数较治疗前明显下降,与对照组比较差异亦有统计学意义。结论 序贯疗法治疗儿童哮喘能取得满意的疗效。

〔关键词〕 哮喘;中医药;序贯疗法;标本兼治

〔中图分类号〕 R272;R256.12 **〔文献标志码〕** B doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2014.04.028

中医学关于哮喘的记载有着近两千多年的历史,中医学在防治哮喘方面积累有丰富的经验。中医学主张对哮喘的治疗不仅是发作期予以治标,更重要的是强调缓解期的扶正固本治疗,主要体现在未病体质调节阶段及已病后缓解期的治疗。哮喘,西医称之为支气管哮喘,其发病率和病死率在我国逐年上升^[1],目前西药糖皮质激素对控制哮喘有一定的疗效,然患者长期使用激素等药物时,对人体生理功能造成一定的危害。笔者采用序贯疗法儿童防治哮喘,取得了很好的效果,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2005 年 10 月-2012 年 1 月期间在南京解放军 454 医院中医科、呼吸科门诊及住院哮喘(支气管哮喘)急性发作者。患者按 2.5:1 随机分为治疗组(序贯疗法组)和对照组(西药组)。治疗组 87 例,男 55 例,女 32 例,年龄 3.2~14.0 (7.5±3.5) 岁;对照组(西药治疗组)34 例,男 19 例,女 15 例,年龄 3.3~14.0 (7.6±3.7) 岁。两组性别、年龄、体重指数、病程、病情严重程度等资料比较差异均无统计学意义($P>0.05$),有可比性。

1.2 纳入标准 符合《支气管哮喘防治指南》^[2] 的诊治各项标准,患儿法定监护人知情并同意受试。

1.3 治疗方法 治疗组在急性发作期(第 1 疗程)，“内治”为口服中药汤剂分别为寒喘舒方(炙麻黄、干姜、紫菀、细辛、半夏、旋复花、代赭石等中药组成)、热喘舒方(炙麻黄、生石膏、桑白皮、瓜蒌、黄

芩、款冬、半夏等)、痰瘀同治方(基础方加桃仁、桔梗、莱菔子、川牛膝、丹参、川芎、地龙等)或寒温并治方(基础方加桂枝、干姜、麻黄、桃仁、鱼腥草、黄芩、桑白皮、苏子、生石膏等)。“外治”采用穴位贴敷,取喘 1(大椎穴)、喘 2(天突穴)、丰隆、膻中等穴。穴位贴敷时,寒哮者选用温金膏,热哮者选用清金膏^[3-4]。在慢性持续期(第 2 疗程)，“内治”口服中药方剂,若病情平稳则改服安喘舒方,部分患儿加服四季康饼干^[5-6],免去第 2 疗程,直接进入第 3 疗程。在病情缓解期(第 3 疗程)，“内治”口服安喘舒方，“外治”采用穴位贴敷疗法。哮喘患者系列防治方案一般在门诊施行,部分患者入院治疗。每疗程之间约需间隔 1 个月,疗程与疗程之间是逐步深化的治疗过程,形成阶梯式的系列防治方案。一个完整的治疗周期约 3 个月,如有部分患者于疗程结束后仍未有效控制,则针对病情加用中药汤剂,调整贴敷穴位。对照组:采用单纯西医治疗,包括抗感染、抗炎、解痉、去除气道痰栓等,主要以皮质激素为主,每日定量吸入丙酸氟替卡松气雾剂或沙美特罗/丙酸氟替卡松粉剂(葛兰素史克公司)。

1.4 疗效判定 参照《中药新药治疗哮喘证的临床研究指导原则》^[7] 中疗效判断标准,临床治愈:不需任何平喘药物,保持无症状 1 年以上者。显效:偶用平喘药物而缓解喘息者。有效:喘息症状有所减轻,但时常仍需药物治疗者,或缓解期延长,发作次数减少,发作时间缩短者。无效:症状无改善。

1.5 观察指标 两组患儿随访 1 年后的总疗效,观察治疗后急性发作、感冒、急诊及住院次数,实验室检查免疫球蛋白(治疗前及治疗 3 个疗程结束时)等,试剂为上海科华生物工程股份有限公司产品。

1.6 统计学处理 使用 SPSS 12.0 软件进行数据

作者单位: 1. 210016 江苏南京,南京军区司令部门门诊部;2.

210002 江苏南京,解放军 454 医院

通讯作者: 张丽玲, E-mail: houyukun2008.2008@163.com

处理。计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验; 计数资料以百分率 (%) 显示, 组间比较采用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组治疗前后临床综合疗效的比较 治疗组治愈 50 例, 显效 28 例, 有效 6 例, 无效 3 例, 总有效率达 96.55% (84/87); 对照组分别为 8 例、7 例、14 例、5 例, 总有效率达 85.29% (29/34); 两组总有效率比较差异具有统计学意义 ($P < 0.01$)。

2.2 两组患者治疗前后免疫球蛋白的比较 治疗组治疗后患儿血清 IgA、IgG、IgM 水平显著升高, IgE 水平显著下降, 与对照组比较差异有统计学意义 (P 均 < 0.01 , 表 1)。

2.2 两组患者治疗后年均急性发作、感冒、急诊及住院次数比较 治疗组治疗后患儿年均急性发作、感冒、急诊及住院次数较治疗前明显下降, 与对照组比较差异有统计学意义 (P 均 < 0.05 , 表 2)。

3 讨 论

儿童哮喘是一种比较顽固的疾病, 如《通俗伤寒论》) 所述“淹缠岁月, 频发频止”。笔者等经过长期临床实践和相关方面的基础研究, 通过不断完善和积累, 确定其发作期以“肃肺定喘”为法, 缓解期以“补益肺脾肾”为法, 运用“内治”和“外治”相结合, 形成“三步序贯疗法”之综合防治方案, 并取得显著的疗效, 大大改善了患儿的临床症状, 降低了年均急性发作及年均住院次数, 大大提高了患儿的生活质量。

序贯疗法取得良好疗效可能与下述机制有关。一是改善炎症作用, 黄芪为安喘舒主药, 黄芩甲苷是从黄芪中分离得到的一类单体化合物, 黄芪甲苷可显著抑制室尘螨诱导的嗜酸性粒细胞活化和迁移, 因而发挥抑制哮喘气道嗜酸性粒细胞炎症的作用^[8-9]。有研究发现, 寒喘舒片能下调大部分过敏性哮喘相关炎性基因的表达^[10]。二是化痰定喘作用, 有研究证实寒喘舒方、安喘舒方能拮抗豚鼠哮喘发作, 减轻肺组织损伤及炎性介质的表达, 继而发挥平喘作用^[11]。三是气道重塑作用, 黄芪主要单体黄芪甲苷可能通过抑制嗜酸性粒细胞活化和迁移、抑制肺组织转化生长因子 $\beta 1$ (TGF- $\beta 1$) 和胸腺基质淋巴细胞生成素 (TSLP) 的表达, 从而抑制哮喘模型小鼠的气道炎症和气道重塑^[8]。四是调节免疫功能。本组资料表明, 治疗后患儿 IgA、IgG、IgM 水平升高, IgE 水平下降。现代医学认为哮喘主要是气道的变态反应性炎症, 其免疫学异常既是体液免疫的过高反应, 亦是抑制性 T 淋巴细胞的功能低下^[12]。寒喘舒方、安喘舒方能增强小鼠免疫功能。安喘舒方各组剂量灌胃后, 豚鼠引喘潜伏期明显延长, 小鼠游泳时间及缺氧耐受时间显著延长, 小鼠血清溶菌酶显著增加, 小鼠白细胞吞噬率及吞噬速度显著增加, 小鼠血清凝血抗体滴度显著增加, 寒喘舒片还能增强小鼠外周血液 T 淋巴细胞的功能^[13]。

本文着重观察中医药序贯疗法治疗儿童哮喘的疗效, 还需开展相关方面的动物实验, 深入探索中医药防治哮喘的机制, 使中医药治疗与现代免疫药理学、分子生物学的最新进展有更深层的结合。

表 1 两组患者治疗前后免疫球蛋白的比较 (g/L, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 时间 | <i>n</i> | IgA | IgG | IgM | IgE |
|-----|-----|----------|--------------------------|----------------------------|---------------------------|------------------------------|
| 治疗组 | 治疗前 | 62 | 1.24 ± 0.44 | 9.07 ± 1.38 | 1.02 ± 0.12 | 524.62 ± 78.22 |
| | 治疗后 | 58 | 2.43 ± 0.52 [▲] | 13.41 ± 1.66 ^{▲#} | 1.56 ± 0.15 ^{▲#} | 326.45 ± 47.67 ^{▲#} |
| 对照组 | 治疗前 | 33 | 1.25 ± 0.40 | 9.11 ± 0.97 | 1.01 ± 0.22 | 519.26 ± 68.76 |
| | 治疗后 | 29 | 1.38 ± 0.28 | 10.02 ± 1.05 | 1.09 ± 0.36 | 444.67 ± 56.32 |

注: 与同组治疗前比较, [▲] $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, [#] $P < 0.01$

表 2 两组患者治疗前后年均急性发作、感冒、急诊及住院次数比较 (次, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 时间 | <i>n</i> | 年均急性发作次数 | 年均感冒次数 | 年均急诊次数 | 年均住院次数 |
|-----|-----|----------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 治疗组 | 治疗前 | 62 | 7.30 ± 1.42 | 4.10 ± 1.12 | 2.36 ± 1.35 | 1.55 ± 1.11 |
| | 治疗后 | 58 | 3.11 ± 1.50 ^{*△} | 1.13 ± 0.96 ^{*△} | 0.96 ± 0.70 ^{*△} | 0.38 ± 0.49 ^{*△} |
| 对照组 | 治疗前 | 33 | 7.21 ± 1.56 | 4.20 ± 0.94 | 2.29 ± 1.29 | 1.58 ± 0.98 |
| | 治疗后 | 29 | 5.57 ± 1.68 [*] | 3.85 ± 1.45 | 1.93 ± 0.70 | 0.79 ± 0.64 [*] |

注: 与同组治疗前比较, ^{*} $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, [△] $P < 0.05$

【参考文献】

- [1] 张建华. 支气管哮喘的流行病学及高危因素[J]. 实用儿科临床杂志, 2008, 23(4): 241-243.
- [2] 中华医学会呼吸病分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南[J]. 中华内科杂志, 2003, 42(11): 817-822.
- [3] 张丽玲, 梁卫, 方泰惠, 等. 寒喘舒治疗寒哮症的研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2006, 12(7): 547-548.
- [4] 张丽玲, 梁卫, 朱莺, 等. 清肺平喘法治热哮临床研究[J]. 江西中医学院学报, 1998, 10(3): 104.
- [5] 张丽玲, 陶纪值, 梁卫, 等. 安喘舒片防治哮喘病的研究[J]. 中国医药学报, 1995, 10(1): 61.
- [6] 张丽玲, 刘韶量, 徐德宝, 等. 四季康饼干预防感冒 200 例报告[J]. 江西中医药, 1993, 24(6): 51.
- [7] 郑筱萸. 中医新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 60.
- [8] 杜强, 顾晓燕, 冯晔珠, 等. 黄芪甲苷对哮喘小鼠转化生长因

- 子 $\beta 1$ 和胸腺基质淋巴细胞生成素表达的影响[J]. 中华医学杂志, 2011, 91(44): 3139-3142.
- [9] 张丽玲, 梁卫, 蔡鹰, 等. 安喘舒预防哮喘的临床与实验研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2008, 14(2): 139-140.
- [10] Du Q, Gu X, Cai J, et al. Chrysin attenuates allergic airway inflammation by modulating the transcription factors T-bet and GATA-3 in mice[J]. Mol Med Rep, 2012, 6(1): 100-104.
- [11] 张丽玲, 周斌, 梁卫, 等. 寒喘舒和安喘舒对过敏性支气管哮喘豚鼠 IL-6 mRNA 表达的影响[J]. 中国中医基础医学杂志, 2012, 18(5): 557-559.
- [12] 刘云霞, 黄家森, 宗晓福, 等. COPD 与哮喘体外过敏原血清特异性 IgE 检测的结果分析[J]. 东南国防医药, 2007, 9(2): 84-85.
- [13] 张丽玲, 许楠, 郭超, 等. 寒喘舒片对免疫功能的实验研究[J]. 南昌大学学报: 医学版, 2011, 51(6): 21-27.

(收稿日期: 2014-03-24; 修回日期: 2014-05-06)

(本文编辑: 张仲书)

· 临床经验 ·

呼吸机及雾化管道不同清洗消毒方法的效果比较

吴金京¹, 胡叶双¹, 施慧¹, 王倩¹, 谢晋¹, 林梅²

【摘要】 目的 探讨对医院呼吸机及雾化管道采用两种不同清洗消毒方法的效果。方法 对临床呼吸机及雾化管道回收后采用科室自行处理和消毒供应科回收集中处理两种处理方法, 并对清洗消毒效果进行比较。结果 消毒供应科回收集中清洗消毒效果明显高于科室自行清洗消毒。消毒供应科集中处理采用全自动机器清洗消毒, 全部经热处理, 不用化学消毒剂, 对患者无伤害, 并包装封袋利于保存。而科室自行处理, 以“84”含氯消毒液浸泡易对患者呼吸道黏膜造成伤害, 如消毒液加入量不够, 会影响消毒效果。结论 消毒供应科回收呼吸机及雾化管道集中清洗消毒效果好, 可以确保呼吸机及雾化管道清洗消毒效果, 对预防医院感染具有重要意义。

【关键词】 呼吸机及雾化管道; 清洗消毒; 效果

【中图分类号】 R187 【文献标志码】 B doi:10.3969/j.issn.1672-271X.2014.04.029

使用呼吸机辅助呼吸是予重症呼吸衰竭患者呼吸支持的重要方式, 但使用过的呼吸机及雾化管道常被患者的分泌物严重污染, 是引起呼吸机相关肺炎的重要原因。呼吸管道结构复杂, 管腔长, 多螺旋状, 清洗消毒有一定难度^[1-2], 清洗不彻底, 很容易形成生物膜, 致消毒失败产生交叉污染。我院长期以来均采取各使用科室自行处理自行消毒的方式, 使清洗消毒效果难以保证。为了规范呼吸机及雾化管道的清洗消毒, 最大限度地杜绝交叉污染, 我科已将临床使用过的呼吸机及雾化管道收回集中清洗消

毒。现将科室自行清洗消毒和消毒供应科集中回收清洗消毒的效果进行比较如下。

1 材料与方法

1.1 材料 WD290 清洗消毒机(瑞士倍力曼公司); 临床科室已使用过的呼吸机及雾化管道。

1.2 清洗消毒方法 ①临床科室自行清洗消毒: 使用后的呼吸机及雾化管道浸泡于含有效氯 250 mg/L 的“84”消毒液中 30 min 以上, 取出后以流水冲洗干净, 自然晾干保存备用。②消毒供应科集中清洗消毒: 各科室使用后的呼吸机及雾化管道, 如无特殊感染直接装入双层污物袋扎口, 由消毒供应科

(下转第 444 页)

作者单位: 210002 江苏南京, 南京军区南京总医院, 1. 消毒供应科, 2. 门诊部

通讯作者: 林梅, E-mail: Linmei64@163.com