

辨证治疗重症哮喘 40 例总结

张艳丽

(河南省滑县人民医院,河南 滑县,456400)

[摘要] 目的:观察中医辨证治疗重症哮喘的临床疗效。方法:将80例重症哮喘患者随机分为2组,每组各40例,对照组采用西医常规治疗,治疗组在对照组治疗基础上加中医辨证治疗。结果:总有效率治疗组为95.0%,对照组为80.0%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组FEV1、FVC、PEF治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:中医辨证治疗重症哮喘有较好的临床疗效,能明显改善肺功能。

[关键词] 重症哮喘;辨证论治;肺功能

[中图分类号] R259.622⁺.5 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.02.019

重症哮喘在临床比较少见,只占支气管哮喘的1%左右,属于比较难治的慢性气道炎症,近年来有持续上升趋势^[1]。重症哮喘如不及时有效控制,容易诱发低氧血症、器官功能衰竭等严重后果,影响生存质量。对于本病,西医主要采取补液、氧疗、糖皮质激素等进行治疗,但存在并发症多、易复发等问题。笔者采用中医辨证治疗重症哮喘40例,收到较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2015年1月至2016年12月本院收治的重症哮喘患者80例,随机分为2组,每组各40例。治疗组中,男22例,女18例;年龄49~72岁,平均 (57.12 ± 3.14) 岁;病程1~10年,平均 (4.22 ± 1.32) 年。对照组中,男20例,女20例;年龄50~74岁,平均 (58.21 ± 2.76) 岁;病程1~12年,平均 (4.23 ± 1.16) 年。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照相关文献^[2]标准。1)发作时有哮鸣声,呼吸急促,张口抬肩,口唇发绀,胸部闷胀;2)反复性发作,发作有明显诱因,如劳累、气候变化、饮食不节等;3)听诊有哮鸣音或伴湿啰音;4)涂片检查显示有嗜酸细胞;5)有家族病史或过敏史。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)年龄18~75岁;3)签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)系肺癌、肺炎、肺心病等引起的喘息;2)合并严重肝肾功能不全;3)精神异常、意识模糊、依从性差。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。1)解痉平喘对症治疗:药物雾化或静脉滴注;2)低流量吸氧,采用

湿化25%~40%浓度氧气;3)抗感染治疗;4)纠正酸碱度、补充营养等对症治疗。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加中医辨证治疗。1)寒哮用小青龙汤加减治疗。处方:麻黄12g,白芍10g,桂枝6g,干姜3g,细辛3g,半夏10g,五味子9g,射干12g,甘草5g,椒目9g。阳虚者加熟附子6g;尿少者加白术12g、茯苓25g。2)热哮用定喘汤加减治疗。处方:制半夏10g,紫苏子12g,制天南星10g,黄芩12g,地龙12g,杏仁12g,鱼腥草20g,炙桑白皮12g,炙款冬花10g,蝉蜕12g、防风6g。大小便不畅者加大黄10g。3)风哮治以祛风化痰平喘。处方:炙麻黄10g,射干12g,僵蚕12g,蝉蜕15g,防风12g,紫苏子12g,露蜂房9g,莱菔子12g,海蛤壳35g,鹅管石25g,桃仁12g。每天1剂,水煎,分3次口服。

2组均连续治疗7d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 观察比较2组综合疗效及肺功能指标(FEV₁、FVC、PEF)的变化,记录2组不良反应发生情况,以评估安全性。

3.2 疗效标准 参照相关文献^[3]标准。显效:临床症状、体征消失,实验室指标恢复正常;有效:临床症状、体征有所改善,实验室指标好转;无效:症状、体征及实验室指标未见改善,甚或加重。

3.3 统计学方法 采用SPSS 16.0统计学软件进行统计分析,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料采用百分比(%)描述,用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为95.0%,对照组为80.0%,组间比较,差异有统计学意义。(见表1)

柴平汤加减治疗慢性萎缩性胃炎 36 例临床观察

武燕燕¹,任翔宇¹,任顺平²

(1. 山西中医药大学,山西 太原,030024;

2. 山西中医药大学附属医院,山西 太原,030024)

[摘要] 目的:观察柴平汤加减治疗肝胃气滞型慢性萎缩性胃炎的临床疗效。方法:将慢性萎缩性胃炎证属肝胃气滞型患者 72 例,随机分为 2 组,每组各 36 例,治疗组采用柴平汤加减治疗,对照组采用胃复春治疗。结果:综合疗效总有效率治疗组为 88.89%,对照组为 75.00%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);中医证候疗效总有效率治疗组为 94.44%,对照组为 83.33%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:柴平汤加减治疗肝胃气滞型慢性萎缩性胃炎有较好的临床疗效。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎;肝胃气滞证;中医药疗法;柴平汤加减

[中图分类号] R259.733⁺.2 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.02.020

慢性萎缩性胃炎(chronic atrophic gastritis, CAG)系多因素致胃黏膜上皮受损,以固有腺体减少、萎缩为特征的一种胃炎,可伴幽门腺、肠化生或

不典型增生等^[1]。CAG 的发生呈慢性演变过程,少数可发展成胃癌,有关研究认为,每年 CAG 癌变率为 0.5%~1%,伴肠上皮化生者癌变率为 1.9%^[2-3]。

第一作者:武燕燕,女,2016 级硕士研究生,研究方向:消化系统疾病的临床研究

通讯作者:任顺平,男,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:消化系统疾病的临床研究,E-mail:rspshanxi@126.com

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	40	22(55.0)	16(40.0)	2(5.0)	38(95.0) ^a
对照组	40	14(35.0)	18(45.0)	8(20.0)	32(80.0)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后肺功能比较 2 组肺功能各项指标治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后肺功能比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间节点	FEV ₁ (V/L)	FVC(V/L)	PEF(l/min)
治疗组	40	治疗前	1.07±0.09	2.02±0.10	220.31±33.71
		治疗后	1.63±0.22 ^{ab}	3.01±0.15 ^{ab}	281.52±47.24 ^{ab}
对照组	40	治疗前	1.04±0.11	2.17±0.15	221.44±42.14
		治疗后	1.30±0.14 ^a	2.50±0.12 ^a	245.31±62.34 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

3.5 不良反应 治疗组未发现不良反应,对照组出现 1 例胃肠道不适。

4 讨论

中医学认为,哮喘的发病机制为痰浊伏肺,通过外因刺激诱发。素体阳虚,寒痰伏肺,致肺气失于宣畅,则成寒哮;素体阳盛,痰热搏结壅肺,痰从热化,致肺失清肃,遂成热哮;风邪袭肺,痰气交阻于气道,致哮喘,即风痰哮;分别以小青龙汤、定喘

汤、祛风化痰平喘治疗,并随症加减^[4]。有研究表明,小青龙汤能降低人体 IgE 水平,抑制炎症细胞的趋化、黏附及释放炎性介质等,对改善肺功能及血气指标有积极的作用^[5]。

单纯西药治疗重症哮喘的持续疗效普遍不理想,且容易复发,导致病情反复发作。将西药与中医辨证用药结合起来,能发挥二者协同叠加效应,提升治疗效果,减少单纯西药带来的不良反应。葛海清^[6]采取中西医结合治疗重症哮喘,结果显示有效率达到 88.0%,高于西医治疗的 68.0%。本研究治疗组总有效率为 95.0%,说明中西医结合治疗重症哮喘优势明显,且安全性好。

参考文献

- [1] 刘海燕.重症哮喘中医综合治疗临床分析[J].中国农村卫生,2015,35(14):30.
- [2] 蔡彦伟.中医辨证治疗重症哮喘临床效果观察[J].中国伤残医学,2014,22(11):142-143.
- [3] 卢俊光,张英俭,李家春.中医辨证法结合西医治疗重症哮喘的疗效研究[J].中医临床研究,2015,7(8):13-15.
- [4] 马红霞.中西医结合治疗重症哮喘的疗效观察[J].实用临床医药杂志,2014,18(1):9-11.
- [5] 杨广环.中西医结合治疗成人中重度支气管哮喘的疗效分析[J].中国医药科学,2016,6(10):41-43,56.
- [6] 葛海清.重症哮喘采用中西医结合治疗效果观察[J].实用中西医结合临床,2014,14(8):38-39.

(收稿日期:2018-07-10)