

引用:姚宏健. 定喘汤化裁联合孟鲁司特钠片治疗老年哮喘 42 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2021,37(4):52-54.

定喘汤化裁联合孟鲁司特钠片 治疗老年哮喘 42 例临床观察

姚宏健

(黄河中心医院,河南 郑州,450000)

[摘要] 目的:观察定喘汤化裁联合孟鲁司特钠片对老年哮喘热哮证患者肺功能、炎症因子表达的影响。方法:将 84 例老年哮喘热哮证患者随机分成治疗组和对照组,每组各 42 例。2 组均予吸氧和抗感染等西医常规治疗,在此基础上对照组给予孟鲁司特钠片治疗,治疗组在对照组的基础上联合定喘汤化裁治疗。2 组疗程均为 1 个月。比较 2 组综合疗效及肺功能[1 秒用力呼气容积占预计值百分比(FEV1%)、最大呼气流量(PEF)和用力肺活量(FVC)]、血清炎症因子[白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)和白细胞介素-17(IL-17)]的变化。结果:总有效率治疗组为 95.24%(40/42),对照组为 76.19%(32/42),2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$);2 组 FEV1%、PEF、FVC 及血清 IL-6、IL-8、IL-17 水平治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。结论:定喘汤化裁联合孟鲁司特钠片可较好地减轻老年哮喘热哮证患者炎症反应、改善肺通气量,提高肺功能,具有一定的临床价值。

[关键词] 老年哮喘;热哮证;定喘汤;孟鲁司特钠片

[中图分类号] R256.12 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.04.019

支气管哮喘是气道慢性炎症性呼吸系统疾病,本病病程长、易反复发作,其中老年人属于高发人群之一。由于老年患者体质虚弱,对于药物的耐受程度差,加之老年患者病情复杂,使本病治疗起来难度较大^[1-2]。研究表明中医药治疗哮喘具有较好的疗效,且不良反应少,临床常用中西医结合方法治疗,西药急则治标缓解症状,配合中药缓则治本巩固疗效。笔者采用定喘汤化裁联合孟鲁司特钠片治疗老年哮喘,临床取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月至 2019 年 12 月我院康馨病房治疗的老年哮喘患者 84 例,随机分

为治疗组和对照组,每组各 42 例。治疗组中,男 26 例,女 16 例;年龄 60~89 岁。对照组中,男 23 例,女 19 例;年龄 60~87 岁。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

1.2.1 西医诊断标准 符合《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)》^[3]中的标准。具备反复发作性气急、喘息,伴有胸闷、咳嗽咳痰等症状。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医内科学》^[4]中热哮证的辨证标准拟定。气急咳喘,喉中痰鸣,甚则张口抬肩,咳黄或白痰,舌质淡红、苔黄腻,脉弦数或滑数。

作者简介:姚宏健,男,主治医师,研究方向:老年病的中西医结合诊疗

本研究结果显示,治疗组耳鸣、眩晕、呕吐以及眼球震颤等相关症状持续时间均明显短于对照组($P<0.05$),这说明临床治疗期间应用耳穴压籽疗法联合半天定眩汤治疗可有效促进患者眩晕、呕吐以及耳鸣等多种不良症状的改善。

治疗组血液流变学指标及血流动力学相关指标改善情况均明显优于对照组($P<0.05$),说明耳穴压籽疗法结合半天定眩汤联合使用可对患者血流变学异常情况有效调节。

参考文献

- [1] 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,1994:37.
 - [2] 赵国望,侯辰,白志强,等. 眩晕专病门诊就诊老年患者病因分析[J]. 中华老年医学杂志,2018,37(6):650-652.
 - [3] TIAN YS,ZHANG Y,MA R,et al. Features of vestibular evoked myogenic potential in patients with residual dizziness after canalith repositioning procedures for benign paroxysmal positional vertigo[J]. Journal of Clinical Otorhinolaryngology Head & Neck Surgery,2018,32(11):845-849.
- (收稿日期:2020-08-10)

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断标准和中医辨证标准;2)年龄>60 岁;3)无药物、食物过敏;4)依从性好,能按照要求服药和接受随访。

1.4 排除标准 1)伴有认知障碍或精神疾病;2)临床资料不全。

2 治疗方法

2 组均采用吸氧和抗感染等西医常规治疗。

2.1 对照组 给予孟鲁司特钠片治疗。孟鲁司特钠片(杭州默沙东制药有限公司,批准文号:国药准字 J20130047,规格:10 mg/片)口服,1 片/次,1 次/d。

2.2 治疗组 在对照组基础上给予定喘汤化裁治疗。方药如下:人参 20 g,川贝母 15 g,杏仁 10 g,麻黄 9 g,白果 9 g,款冬花 9 g,桑白皮 9 g,黄芩 9 g,半夏 9 g,甘草 6 g。水煎 400 ml,分早晚 2 次温服。

2 组均治疗 1 个月。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)综合疗效。观察 2 组治疗前后临床症状、体征的变化,评定综合疗效。2)肺功能。2 组治疗前后 1 秒钟用力呼气容积占预计值百分比(FEV1%)、最大呼气流量(PEF)和用力肺活量(FVC)的变化。3)血清炎症因子。取患者血清标本,采用酶联免疫吸附法测定 2 组治疗前后血清白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)和白细胞介素-17(IL-17)含量。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]中相关标准拟定。显效:咳嗽、喘息等主要症状消失,肺部湿罗音等基本消失;有效:主要症状和临床体征均有所改善;无效:主要症状和临床体征均无改善。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件进行分析。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)描述,组间比较采用 t 检验;计数资料组间比较采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

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 95.24%,高于对照组的 76.19%,2 组比较,差异具有统计学意义。(见表 1)

3.4.2 2 组治疗前后肺功能比较 2 组 FEV1%、PEF 和 FVC 治疗后较治疗前均增加,且治疗组高于对照组,差异有统计学意义。(见表 2)

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	42	33(78.57)	7(16.67)	2(4.76)	40(95.24)
对照组	42	23(54.76)	9(21.43)	10(23.81)	32(76.19)
χ^2 值					6.222
P 值					0.013

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	FEV1%(%)	PEF(L/s)	FVC(L)
治疗组	42	治疗前	47.58±2.41	4.37±1.26	2.36±1.07
		治疗后	67.72±4.89	7.69±1.47	3.89±1.42
对照组	42	治疗前	49.33±3.77	4.29±1.09	2.39±1.39
		治疗后	52.86±4.69	5.94±1.24	2.97±1.13
t 值			8.975	6.327	6.126
P 值			0.015	0.017	0.024

注: t 值和 P 值为 2 组治疗后的比较。

3.4.3 2 组治疗前后血清炎症因子比较 2 组 IL-6、IL-8、IL-17 水平治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后血清炎症因子比较

组别	例数	时间节点	IL-6(pg/ml)	IL-8(pg/ml)	IL-17(μ g/ml)
治疗组	42	治疗前	25.64±1.39	148.36±15.26	2.77±0.98
		治疗后	18.36±1.14	75.84±10.25	0.91±0.84
对照组	42	治疗前	25.57±1.73	147.24±18.31	2.85±0.76
		治疗后	22.37±1.69	109.93±15.47	1.59±0.69
t 值			15.842	13.481	10.389
P 值			0.009	0.001	0.001

注: t 值和 P 值为 2 组治疗后的比较。

4 讨 论

哮喘的发生与免疫因素、神经机制和气道高反应性及炎症因子等关系密切^[6]。炎症因子中 IL-6 主要是甲状腺细胞、巨噬细胞等产生,具有抗感染、抗病毒和促进 B 细胞分泌免疫球蛋白等作用,在支气管哮喘患者血清中 IL-6 明显升高;IL-8 是炎症损伤程度的敏感指标,在炎症反应中具有重要作用,哮喘发作期 IL-8 呈上升趋势;IL-17 是 Th17 细胞分泌的一种细胞因子,是一种新型的 CD4⁺T 细胞,能够促进中性粒细胞的细胞因子释放而在局部组织炎症反应中发挥作用^[7]。

中医学将哮喘归为“哮证”“喘证”的范畴,其发病主要为外感六淫之邪,肺失肃降,卫外不固,痰饮内伏引起。寒痰伤及脾肾,脾虚则运化功能受阻,痰饮水湿聚集而为患;同时脾虚不能将水谷精微等营养成分上输于肺,影响肺气的上升;肾虚则精气亏乏,使肺纳气功能失常。本研究采用的定喘汤方

中,人参甘、苦,为君药,具有补脾益肺、生津止渴的功效^[8]。川贝母苦、甘,可润肺化痰止咳^[9],杏仁温苦,降气平喘^[10],二者均为臣药。桑白皮甘寒,可泻肺定喘、利水消肿^[11];款冬花辛温,可润肺下气、止咳化痰^[12];黄芩清里热;麻黄宣肺平喘^[13];半夏燥湿化痰,共为佐药^[14]。甘草为使,调和诸药。定喘汤原方以宣降肺气、清热化痰为主要作用,是治疗风寒外束、痰热内蕴证的良方。本此研究以定喘汤为主方临证加减,老年患者体质虚弱且多偏气虚,气虚日久则化火伤阴导致气阴两虚,故在原方的基础上去白果和苏子,加人参以补气阴、健脾生津,补后天而充养先天,有益于促进机体的抗病能力,缓解临床症状;苏子为降气药,老年患者本已气虚,过用降气药物恐加重病情,加之痰热内蕴伤阴,故采用川贝母加强清肺润肺之功。诸药合用,有补益脾肾、平喘降逆之效。

本研究结果显示,治疗组总有效率高于对照组,同时肺功能中FEV1%、PEF和FVC等相关指标及血清炎症因子的改善程度均优于对照组,表明定喘汤化裁可提高老年哮喘热哮证患者临床治疗效果、改善肺功能和降低血清炎症因子,具有一定的临床价值。

综上所述,定喘汤化裁联合孟鲁司特钠片可减轻患者气道炎症反应、降低炎症因子、改善肺功能和缓解临床症状,具有较好的临床效果。

参考文献

- [1] 吴茂森,陈庆贤,刘丽霞. 参七蛤蚧散对老年哮喘患者血清VCAM-1、CD40L及炎症因子表达及疗效的影响分析[J]. 中华中医药学刊,2020,38(5):1-11.

- [2] 华雯,黄华琼,沈华浩. 支气管哮喘防治指南(2016年版)解读[J]. 浙江大学学报:医学版,2016,45(5):447-452.
- [3] 中华医学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]. 中华哮喘杂志:电子版,2008,2(1):3-13.
- [4] 吴勉华,王新月. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2013:221-228.
- [5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:60-66.
- [6] 苏干伸. 射干麻黄汤联合西药治疗支气管哮喘急性发作随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志,2019,33(10):20-23.
- [7] 李文侠,王丹,苗咪,等. 基于“肺与大肠相表里”理论运用肺腑同治法从免疫学机制论治哮喘[J]. 辽宁中医药大学学报,2019,21(11):1-4.
- [8] 李倩,柴艺汇,高洁,等. 人参现代药理作用研究进展[J]. 贵阳中医学院学报,2019,41(5):89-92.
- [9] 李厚忠,高照渝,王慧,等. 中药川贝对哮喘模型小鼠气道炎症的影响及可能机制研究[J]. 中国现代医学杂志,2018,28(3):21-27.
- [10] 覃骊兰,钟海森,付晓,等. 中医药治疗过敏性哮喘的组方规律分析[J]. 中华中医药学刊,2018,38(2):1-8.
- [11] 魏敏,杜鸿灵,金玲,等. 桑白皮提取物中桑根酮C、桑根酮D及桑辛素的HPLC含量测定[J]. 亚太传统医药,2019,15(10):46-49.
- [12] 谭梅傲,曹敏,余世锋,等. 基于网络药理学探讨“紫菀-款冬”药理作用机制[J]. 中药材,2019,42(7):1646-1651.
- [13] 范荣荣,唐丽娟,罗子清,等. 基于网络药理学的射干麻黄汤治疗支气管哮喘的作用机制分析[J]. 辽宁中医杂志,2019,46(10):2131-2134,2238.
- [14] 朱立成,吴传中,黄敏. 潜阳丹加半夏汤对无创通气AECOPD伴呼吸衰竭患者NEI网络调节的影响[J]. 中医学报,2019,34(9):1958-1963.

(收稿日期:2020-05-28)

(上接第34页)湿阻大肠则大便质稀次频,舌体胖大、边有齿痕,舌质淡暗苔白腻、脉沉细皆为脾虚痰盛之象。治疗上予党参、炒白术健脾益气,茯苓健脾利湿为君药;臣以女贞子滋补肝肾,浙贝母、山慈姑化痰散结;佐以蜂房、北豆根祛风止痛,郁金行气解郁,枳壳理气宽中,藤梨根、蛇莓清热解毒,黄芪益气扶正,枳实、木香理气健脾,六神曲、炒山楂健胃消食。全方共奏健脾益气、燥湿化痰之功效,方药对症,因此患者症状明显改善。益肠散结方与靶向药联合不仅能够延长靶向药的耐药时间,还能减轻靶向药的不良反应,改善临床症状,从而达到控制

疾病进展及提高患者生活质量、延长生存期的目的。

参考文献

- [1] 唐琪琳,杨帆,王学岭. 大肠癌的中医病因病机及治疗研究概况[J]. 长春中医药大学学报,2016,32(1):216-219.
- [2] 顾晋,汪建平. 中国结直肠癌诊疗规范(2017年版)[J]. 中华临床医师杂志:电子版,2018,12(1):3-23.
- [3] 杨斌锋,王功臣,王鑫,等. 裴正学教授治疗恶性肿瘤学术思想探析[J]. 西部中医药,2018,31(7):42-45.
- [4] 侯敏艳,朱超林. 朱超林中医治疗晚期肠癌经验[J]. 吉林中医药,2020,40(2):181-184.

(收稿日期:2020-05-13)