

中西医结合在咳嗽变异性哮喘治疗中的应用效果评价

李乐顶

(江苏省徐州市铜山区何桥镇社区卫生服务中心 徐州 221146)

摘要:目的:探讨咳嗽变异性哮喘采用中西医结合方案治疗的临床效果。方法:本次研究选择的对象共 80 例,均为我院 2010 年 2 月~2013 年 2 月收治的咳嗽变异性哮喘患者,随机分为观察组和对照组各 40 例,对照组采用单纯西药治疗,观察组应用中西医结合方案治疗,回顾两组资料。结果:观察组 40 例患者中,临床总有效率为 97.5%,对照组 40 例患者中,临床总有效率为 75.0%,差异具有统计学意义($P<0.05$);观察组声音嘶哑、心悸、颤动、恶心呕吐等并发症发生率均明显低于对照组,差异显著,有统计学意义($P<0.05$)。结论:咳嗽变异性哮喘在西药常规治疗的基础上,加用中药治疗,可起到解痉平喘、肃邪宣肺效果,明显改善预后,降低药物不良反应,显著改善患者生存质量,具有非常积极的临床意义,值得临床广泛推广应用。

关键词:中西医结合疗法;咳嗽变异性哮喘;应用效果;评价

中图分类号:R562.25

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.05.009

现代医学中,咳嗽变异性哮喘(CVA)属慢性咳嗽范畴,以反复发作性咳嗽或持续咳嗽为主要表现,咳嗽是其唯一或主要临床表现,但气道有慢性变应性炎症存在,导致气道高反应性及黏膜水肿,与典型哮喘在本质上无差异,选择一种科学有效的方案治疗是改善本病预后的关键^[1]。本次研究选择对象共 80 例,均为我院 2010 年 2 月~2013 年 2 月

收治的咳嗽变异性哮喘患者,随机分为观察组和对照组各 40 例,对照组采用单纯西药治疗,观察组应用中西医结合的方案治疗,回顾两组资料。现将结果总结、报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次研究选择对象共 80 例,男 54 例,女 26 例;年龄 19~79 岁,平均(44.5± 6.2)岁;病

2.2 左室舒张功能比较 见表 2。两组患者治疗后 E 峰和 E/A 均升高,A 峰和 E 峰减速时间均减少,组间比较,有显著性差异($P<0.05$)。

表 1 两组临床疗效比较 例(%)				
组别	n	显效	有效	无效
观察组	38	15(39.47)	20(52.63)	3(7.89)
对照组	38	10(26.32)	20(52.63)	8(21.05)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

表 2 两组左室舒张功能比较						
组别	n	时间	E 峰(cm/s)	A 峰(cm/s)	E/A	E 峰减速时间(ms)
观察组	38	治疗前	45.38± 9.63 [△]	75.41± 17.65 [△]	0.63± 0.32 [△]	216.76± 20.60 [△]
		治疗后	72.86± 11.39 ^{*#}	53.79± 10.97 ^{*#}	1.51± 0.50 ^{*#}	161.38± 15.52 ^{*#}
对照组	38	治疗前	45.21± 15.56	75.52± 17.71	0.69± 0.38	215.75± 20.43
		治疗后	56.25± 12.30 [*]	61.86± 12.62 [*]	0.95± 0.52 [*]	200.56± 20.59

注:与对照组治疗前比较,[△] $P>0.05$;与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,[#] $P<0.05$ 。

3 讨论

DHF 的核心治疗目标是减少纤维化和细胞外基质改变^[1],但目前的治疗方法尚难办到。本病属中医学“心悸”、“怔忡”、“水肿”等范畴,病理因素多与痰饮、水停、瘀血等相关,总属本虚标实之证^[4]。研究表明^[5],气虚血瘀证贯穿 DHF 的全过程,益气活血是治疗本病的基础原则。“血不行则病水”,加之气虚可致脾失运化,痰饮内阻,水湿内生,痹阻胸阳,故宜在补气健脾、活血化瘀的同时,加用化痰利水之品。黄芪补气利水,桃红四物汤活血化瘀,兼具补血之功,活血而不伤正。苓桂术甘汤温阳化气,健脾化痰利水,“夫短气,有微饮,当从小便去之,苓桂术甘汤主之。”(《金匱要略》)短气和微饮正是心衰的表现,故两方合用对本病有良效。实验研究表明,桃红四物汤^[6]具有改善微循环、延长凝血时间、抗动脉粥样硬化、抗心肌缺血缺氧等药理作用;苓桂术甘汤^[7]具有利尿、常压抗缺氧和对抗氯仿致室颤的药理作用;黄芪^[8]可抑制心肌细胞释放二酯酶活性,从

而加强心肌收缩,对缺血缺氧心肌有保护作用。总之,桃红四物汤合苓桂术甘汤联合西药治疗舒张性心力衰竭,可有效改善患者左室舒张功能,疗效优于单纯使用西药治疗,值得进一步研究。

参考文献

[1]李洪仕,万征.舒张性心力衰竭病理生理和治疗进展[J].临床心血管病杂志,2012,28(4):244-248

[2]中华医学会心血管病学分会,中华心血管病杂志编辑委员会.慢性心力衰竭诊断治疗指南[J].中华心血管病杂志,2007,35(12):1 076-1 088

[3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].第 3 版.北京:中国医药科技出版社,2002.77-85

[4]黄孟龙,郑峰.中医对舒张性心力衰竭的认识[J].光明中医,2013,28(3):633-634

[5]王强,李七一.舒张性心力衰竭的中医诊疗进展[J].四川中医,2013,31(3):156-157

[6]李摇翔,彭代银.桃红四物汤的药理学研究进展[J].安徽医药,2011,15(5):529-531

[7]宋宗华,冯东,许俊博,等.苓桂术甘汤配伍机制及药效物质基础研究[J].中成药,2003,25(2):132-137

[8]冯津萍,卢奕,赵炳让,等.黄芪抑制家兔心肌缺血再灌注时细胞凋亡的实验研究[J].中国中西医结合急救杂志,2001,8(1):13-15

(收稿日期:2013-05-27)

程平均(99.6± 24.8) d;其中轻度 22 例,中度 51 例,重度 7 例。所有患者均符合下列诊断标准(钟南山 1995 年提出):无明显诱因咳嗽 >4 个月,发病时间为凌晨或夜间,病情在冷空气及运动诱导下可加重;五官检查无异常,查体无阳性体征,胸片及肺功能正常;气道存在高反应性;止咳药或抗生素治疗无效,应用糖皮质激素或支气管痉挛剂有效。排除造血、心、肝、肾等其它系统等严重疾患者。患者随机分为观察组和对照组各 40 例,两组在一般情况方面具有可比性,无明显差异($P>0.05$)。

1.2 方法 对照组:采用西医方案常规治疗,取丙酸倍氯米松定量气雾剂 200 μg/d,分早晚吸入,并取氨茶碱口服,0.3 g/d,分 3 次服用;观察组:在上述西药常规应用的同时,结合解痉平喘、宣肺祛邪的中药治疗,由地龙、炙麻黄、牛蒡子、杏仁、桔梗、金银花、紫菀、连翘、百部、白僵蚕、蝉蜕、生甘草等组成,水煎取 400 mL 汁液,分早晚各 200 mL 服用。

1.3 效果评定 疗效评定以主症咳嗽为基准。治愈:临床症状及咳嗽消失,>2 周末发作;有效:痰量减少,咳嗽减轻;无效:临床症状改善不明显。并记录患者声音嘶哑、心悸、颤动等并发症发生率。

1.4 统计学分析 统计学软件采用 SPSS13.0 版,组间计量数据采用($\bar{X} \pm S$)表示,计量资料行 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组 40 例患者中,临床总有效率为 97.5%,对照组 40 例患者中,临床总有效率为 75.0%,两组比较,差异显著,有统计学意义($P<0.05$)。观察组声音嘶哑、心悸、颤动、恶心呕吐等并发症发生率均显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1、表 2。

表 1 两组临床治疗总有效率比较 例(%)					
组别	n	治愈	有效	无效	总有效率(%)
观察组	40	35(87.5)	4(10.0)	1(2.5)	97.5*
对照组	40	12(30.0)	18(45.0)	10(25.0)	75.0

注:与对照组比较,* $P<0.05$,差异有统计学意义。

表 2 两组不良反应率比较 例(%)					
组别	n	声音嘶哑	心悸	颤动	恶心呕吐
观察组	40	1(2.5)*	2(5.0)*	0(0.0)*	2(5.0)*
对照组	40	5(12.5)	12(30.0)	11(27.5)	16(40.0)

注:与对照组比较,* $P<0.05$,差异有统计学意义。

3 讨论

咳嗽变异性哮喘为特殊哮喘类型,临床病理机制复杂,病程迁延,又称咳嗽型哮喘^[2],多由呼吸道感染、气温降气、外界气候变化、运动等原因诱发或加重病情,漏诊及误诊率均呈较高水平,严重威胁患者的日常生活及机体健康。依据疾病发病特点,对药物进行合理选择是提高临床效果、改善预后的

关键,临床上采用肾上腺皮质激素、抗组胺药、茶碱类药、 β_2 受体激动剂在一定程度上可缓解症状,但易复发,不能达到根治效果。若未采取有效手段及时医治,极易向典型哮喘转变,严重影响到患者的生存质量。近年来,中医有关咳嗽变异性哮喘的研究不断有新的进展,有学者认为因外感失治、肺气失宣、痰、燥、气、风等邪于肺内郁积,诱发气道痉挛、肺管不利所致^[3],应以“风咳”范畴定义。也有观点表明,患者病发咳嗽变异性哮喘除先天禀赋不足外,肺内有宿痰郁积,因疲劳、风寒外邪、情志、过敏原等诱因影响而触发,使肺气不降、气机畅通受阻,而出现胸闷咳嗽反应。咳嗽变异性哮喘的病因病机为外邪犯肺,邪恋不解,由气入血,久咳伤肾,营卫失调,终致痰瘀互结,肾肺两虚而诱导疾病发生^[4]。氨茶碱为哮喘常用治疗药物,除对支气管有扩张作用外,还有免疫调节及抗炎效果,在支气管哮喘中广泛应用^[5]。但其在治疗窗方面相对较小,易有颤动、心悸等不良反应,严重者甚至出现中毒事件。糖皮质激素吸入治疗,可使气道高反应性降低,对气道炎症有抑制效果,为哮喘的推荐用药,但易出现恶心、声音嘶哑等并发症。

针对咳嗽变异性哮喘偶遇外邪、痰气受阻、气道挛急、宣降失常等病机,采用解痉平喘、肃邪宣肺的方案治疗,可显著改善预后^[6]。本次研究中,观察组所采用的组方中杏仁止咳化痰、降气平喘,炙麻黄宣肺,一宣一降,共为君药,使肺气宣降有常;牛蒡子、连翘、金银花为臣药,可对炙麻黄的辛温有制约作用,又可清肃郁闭之外邪;白僵蚕、蝉蜕为虫类药物,解痉缓急、止痒疏风,为佐药,共用,具有较强的疏风缓解效果;桔梗、紫菀、百部活血利咽、止咳化痰,也为佐药。患者久咳不愈时,久病入络,可加地龙搜邪,与其它药物共用,伏痰得化,内郁得解,具有宣降之效,消除临床症状,在咳嗽变异性哮喘中效果较为理想。另外,经药理学研究显示,蝉衣及麻黄除对支气管平滑肌痉挛有缓解作用外,抗变态反应效果也较明显,地龙可舒张支气管、使支气管微循环最大程度地改善。结合本次研究结果显示,观察组临床总有效率为 97.5%,对照组临床总有效率为 75.0%,差异显著,有统计学意义($P<0.05$)。观察组声音嘶哑、心悸、颤动、恶心呕吐等并发症发生率均显著低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,咳嗽变异性哮喘在西药常规治疗的基础上,加用中药治疗,可起到解痉平喘、肃邪宣肺效果,明显改善预后,降低药物不良反应,显著改善患者生存质量,具有非常积极的临床(下转第 52 页)

随机分为常规治疗组（A 组）40 例和瑞舒伐他汀治疗组（B 组）45 例。A、B 两组患者在年龄、性别、并发症及临床用药等方面无统计学差异。

1.2 治疗方法 A、B 两组患者入院后均立即给予吸氧，并给予阿司匹林、硫酸氢氯吡格雷、硝酸盐类、β 受体阻滞剂、钙通道阻滞剂及抗凝剂、ACEI/ARB 等常规药物治疗；B 组在常规药物治疗基础上给予口服瑞舒伐他汀（商品名：托妥，国药准字 H20080670）10 mg/d，睡前口服。用药期间严密监测患者肝、肾功能和肌酸磷酸激酶（CK）等指标的动态变化。

1.3 统计学方法 用 SPSS13.0 软件进行统计分析，计量资料以 $(\bar{X} \pm S)$ 表示，组内比较采用 t 检验，组间比较采用方差分析， $P < 0.05$ 为有统计学差异。

2 结果

2.1 A、B 两组患者用药前及用药后 12 周 MMP-9 水平及超声心动图各项指标比较 两组患者治疗前 MMP-9 水平及 LVEDD、LVESD、EF 比较无统计学差异。12 周后 B 组各观测指标与治疗前相比显著改善 ($P < 0.05$)，A 组各项指标也有一定改善，但改善程度不明显 ($P > 0.05$)。

表 1 两组患者用药前后 MMP-9 及超声心动图指标变化比较 $(\bar{X} \pm S)$

组别	n	MMP-9(μg/L)		LVEDD(mm)		LVESD (mm)		EF(%)	
		治疗前	治疗 12 周	治疗前	治疗 12 周	治疗前	治疗 12 周	治疗前	治疗 12 周
A	40	178.44± 28.72	165.63± 14.22	54.70± 6.10	51.50± 6.42	40.70± 7.42	37.50± 4.63	41.10± 6.80	44.50± 6.10
B	45	179.35± 24.69	130.97± 12.87*	55.20± 7.61	46.43± 4.88*	40.40± 6.23	32.9± 4.21*	41.42± 7.24	49.80± 6.20*

注：治疗前后比较 * $P < 0.05$

2.2 不良反应 A、B 两组均有良好的安全性 两组均无因 ALT、AST、CK 明显升高超过正常值上限 3 倍以上而需停药者。

3 讨论

左室重构包括心肌细胞形态、结构及数量分布的改变，细胞外基质含量、种类分布的改变以及心肌实质、间质比例失衡和心室形状的变化^[1]。目前研究认为细胞外基质的降解是心室重构的重要组成部分。基质金属蛋白酶（MMPs）是由心肌细胞、血管内皮细胞分泌的，通过降解细胞外基质，促进心室重构的主要酶系^[2]。有研究表明，心肌梗死后非梗死区 MMP-9 表达明显增加，LVEDD 显著升高，证实了 MMP-9 参与梗死后心室重构的病理过程^[3]。Mukherjee 对急性心肌梗死后心室重构进行研究发现，MMP-9 在急性心肌梗死后升高，且与心室重构相关^[4]。

近年来，研究表明他汀类药物具有调脂外多重保护作用，包括改善及逆转心室重构。普伐他汀可以通过减少 MMP-2、MMP-9 的表达有效预防和逆转心肌梗死后心室重构^[5]，氟伐他汀通过凋亡基因 caspase-3 的表达抗细胞凋亡，来改善心肌梗死后心

室重构^[3]。本研究显示 AMI 患者应用瑞舒伐他汀治疗后血清 MMP-9 水平及心脏超声心动图各项指标改善程度均明显优于常规药物治疗组，表明瑞舒伐他汀可通过减少心肌组织中 MMP-9 表达来改善 AMI 后心功能，抑制心室重构。同时，其引起肌溶解、转氨酶增高等不良反应并未增加，表明其安全性和耐受性较好，值得临床推广。由于本研究样本量较小，今后仍需进一步扩大样本量，深入探讨。

参考文献

[1]Libby.P Inflammation and cardiovascular disease mechanisms [J].Am I Clin Nutr 2006,83(2):456-460
[2]洪志斌,基质金属蛋白酶和心肌梗死后心室重构[J].国际内科学杂志,2009,36(1):30-33
[3]常纯,马兰,王旭红.氟伐他汀对急性心肌梗死大鼠基质金属蛋白酶表达的影响[J]中国动脉硬化杂志,2009,17 (2):85-88
[4]Mukherjee R,Snipes JM,Saunders SM,et al.Discordant activation of gene promoters for matrix metalloproteinases and tissue inhibitors of the metalloproteinases following myocardial infarction [J].J Surg Res,2012,172(1):59-67
[5]杨晓波,唐杨章.普伐他汀不同给药时间对大鼠急性心梗后心室重构的影响[J].中国现代医药杂志.2011,13 (2):26-30

(收稿日期：2013-06-03)

(上接第 13 页)意义，值得临床广泛应用。

参考文献

[1]刘英文,王水有.中西医结合治疗咳嗽变异性哮喘 60 例[J].中国中医急症,2012,21(6):998-999
[2]叶志伟,谢函君.中西医结合治疗咳嗽变异性哮喘 40 例临床观察 [J].中国社区医师(医学专业),2012,13(33):182-183
[3]马宁,李春.中西医结合治疗咳嗽变异性哮喘疗效观察[J].实用中医药杂志,2011,27(8):535

[4]张素,张天嵩,李秀娟,等.中西医结合治疗咳嗽变异性哮喘随机对照试验的质量评价[J].中国中医药信息杂志,2012,19(9):27-30
[5]杨永山,赵文阁,田强,等.氨茶碱联合中药对咳嗽变异性哮喘治疗疗效观察[J].中国医学创新,2011,8(4):165-166
[6]田新磊,刘盼盼.朱珊教授中西医结合治疗咳嗽变异性哮喘经验 [J].中医临床研究,2013,5(1):51-52

(收稿日期：2013-05-21)