

热敏灸对支气管哮喘慢性持续期患者血清 ECP、NO 及痰 EOS 的影响与疗效分析*

徐晖¹ 王丽华² 万丽玲^{2#}

(1 江西中医药大学附属医院针康分院 南昌 330046; 2 江西中医药大学附属医院肺病科 南昌 330006)

摘要:目的:观察热敏灸对哮喘慢性持续期患者血清 ECP、NO 及痰 EOS 的影响并分析疗效。方法:选取 60 例哮喘慢性持续期患者,随机分为热敏灸组(治疗组)和传统温和灸组(对照组)各 30 例,观察比较两组治疗前后症状、体征及相关检测指标并进行数据统计和分析。结果:两组患者治疗后症状、体征均有显著改善,治疗组总有效率显著优于对照组($P<0.05$);两组治疗后血清 ECP、NO 及痰 EOS 水平均显著下降,且治疗组血清 ECP 及痰 EOS 的下降程度比对照组更显著($P<0.05$)。结论:热敏灸能有效减轻哮喘慢性持续期患者的气道炎症,改善症状、体征,且疗效优于传统温和灸。

关键词:哮喘;热敏灸;慢性持续期;ECP;NO;痰 EOS

中图分类号:R246.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.010

支气管哮喘是一种气道慢性炎症性疾病,这种慢性炎症导致气道高反应性,通常出现广泛多变的可逆性气流受限,并引起反复发作的喘息、气急、胸闷或咳嗽等症状,因此消除和控制气道炎症是治疗哮喘、防治复发的关键。热敏灸是一种新型的艾灸疗法,本研究通过观察哮喘慢性持续期患者经热敏灸治疗前后的血清嗜酸粒细胞阳离子蛋白(ECP)、一氧化氮(NO)及痰嗜酸粒细胞(EOS)指标,以及症状、体征的变化,并与传统温和灸同期对照,进一步探索热敏灸治疗哮喘的机制,评价其疗效,以期为临床治疗提供科学依据。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2010 年 3~12 月本院门诊和住院病人,确诊为支气管哮喘属轻、中度持续期的患者共 60 例。其中住院患者 9 例,门诊 51 例;轻度持续期 17 例,中度持续期 43 例;年龄 18~64 岁;病程 1~15 年。随机分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组男 12 例,女 18 例,轻度持续期 10 例,中度 20 例,年龄平均(38.93± 12.14)岁,病程平均(6.53± 3.91)年;对照组男 14 例,女 16 例,轻度持续期 7 例,中度持续期 23 例,年龄平均(37.93± 10.91)岁,病程平均(5.10± 2.75)年。两组性别分布、年龄、病程、病情严重程度经统计学比较无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 入选标准 参照中华医学会呼吸病学分会哮喘学组 2008 年制定的支气管哮喘防治指南中推荐的诊断标准,哮喘慢性持续期指在相当长的时间内,每周均不同频度和(或)不同程度地出现症状(喘息、气急、胸闷、咳嗽等)。(1)轻度持续:症状≥每周 1 次,但<每天 1 次;可能影响活动和睡眠;夜间哮喘症状>每月 2 次,但<每周 1 次;FEV₁(1 s 用力呼气容积)≥80%预计值或 PEF ≥80%个人最佳值,PEF

或 FEV₁ 变异率 20%~30%。(2)中度持续:每日有症状;影响活动和睡眠;夜间哮喘症状≥每周 1 次;FEV₁ 60%~79%预计值或 PEF 60%~79%个人最佳值,PEF 或 FEV₁ 变异率>30%。

1.3 治疗方法 治疗组:嘱患者选择舒适体位(坐或卧),充分暴露背部皮肤;用点燃的 2 根纯艾条,以患者背部肺俞穴区域为中心、2 cm 为半径的范围内,距离皮肤 2 cm 左右施行温和灸 15 min,如出现扩热、透热、传热、局部不热(或微热)远部热、表面不热(或微热)深部热或其它非热感觉(酸、胀、压、重、痛、麻、冷等)等灸感反应,即为发生腧穴热敏化现象,该探查部位为热敏穴,继续以艾条温和灸该部分,直至灸感消失,为一次施灸剂量(下限 15 min,上限 100 min),1 次/d。对照组:用点燃的 2 根纯艾条同时在双侧肺俞穴区域(与治疗组同)上施行温和灸,以局部皮肤感觉温热为度,时间约 40 min,1 次/d。

1.4 观察项目 两组病例均以 20 d 为 1 个疗程,观察 1 个疗程。分别记录治疗前后的症状、体征(喘息、哮鸣音、胸膈满闷、咯痰),及两组治疗前后的实验室检测指标。血清 ECP:通过双抗体夹心法,使用雷勃公司 Wellscan K-3 酶标仪检测;血清 NO:通过比色法,使用日立生化自动分析仪 7180 型检测;痰 EOS:通过患者服用适量生理盐水后自主用力咯痰获取标本(无痰者采取生理盐水雾化后再咳痰),采取手工计数法,使用奥林巴斯光学显微镜观察得出数据。

1.5 疗效评定标准 参照 2002 年《中药新药治疗哮喘临床研究指导原则》,根据症状、体征分级标准计算积分,以积分改善率为标准判定疗效。临床控制:治疗后临床症状、体征消失或基本消失,积分改善率≥90%以上;显效:治疗后临床症状、体征明显

* 基金项目:江西省卫生厅中医药科研基金课题(编号:2007A032)

通讯作者:万丽玲, E-mail: 15970606838@qq.com

改善,70%≤积分改善率<90%;有效:治疗后临床症状、体征有好转,30%≤积分改善率<70%;无效:治疗后临床症状、体征无明显改善,积分改善率<30%。

1.6 统计学方法 统计软件选用 SPSS18.0。计量资料采用($\bar{X} \pm S$)表示;组间比较采用独立样本 t 检验;组内样本采用配对 t 检验。计数资料采用 n 或百分率表示,组间比较用 χ^2 检验,等级资料用 Ridit 分析。不符合正态分布的采用非参数检验,即 Wilcoxon 秩和检验。 $P < 0.05$ 示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组实验室检测指标比较 两组病例治疗后血清 ECP、NO 及痰 EOS 均有显著下降,且治疗组血清 ECP、痰 EOS 比对照组下降更显著,均为 $P < 0.05$;但两组血清 NO 比较, $P > 0.05$,无显著差异。见表 1。

表 1 两组治疗前后血清 ECP、NO 及痰 EOS 比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别	n	血清 ECP($\mu\text{g/L}$)	血清 NO(mmol/L)	痰 EOS(%)
治疗组				
治疗前	30	57.88±18.38	19.96±7.07	29.90±14.60
治疗后	30	34.69±11.57 [*]	15.24±5.40 ^{*△}	13.87±7.63 ^{**}
对照组				
治疗前	30	59.77±17.88	19.99±7.61	31.57±13.71
治疗后	30	44.65±16.27 [*]	17.93±6.12 [*]	19.87±9.78 [*]

注:与治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^{*} $P < 0.01$,[△] $P > 0.05$ 。

2.2 两组临床疗效比较 两组总有效率比较,卡方值为 5.45, $P < 0.05$,有显著差异;两组控显率比较,卡方值为 2.78, $P > 0.05$,无显著差异。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较 例

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	控显率(%)	总有效率(%)
治疗组	30	1	7	20	2	26.7	93.3
对照组	30	1	2	18	9	10.0	70.0

3 讨论

哮喘的本质是气道慢性炎症,参与气道慢性炎症的细胞很多,其具体的机制亦未十分明确,但是国内外大量研究表明血清 ECP、NO 及痰 EOS 的水平与气道炎症的严重程度成正相关性,可用以评价气道炎症^[1-5]。控制和消除气道炎症是治疗哮喘、防止复发的关键。2008 版支气管哮喘防治指南^[6]指出激素是最有效的控制气道炎症的药物。

中医学认为气阳虚弱是哮喘发作的重要内因,气阳虚弱是气道变应性炎症的发生基础^[7],治疗多用温法、温药。灸法正是借灸火的温热及药物作用,通过经络的传导温通经脉、调和气血阴阳、扶正祛邪^[8]。本研究中两组灸疗取穴均为肺俞及其附近区域,肺俞乃肺脏的背部腧穴,为肺脏经气转输之处,灸疗此穴能起到宣肺化痰、止咳平喘作用;现代研究也表明,灸疗可以降低气道阻力、改善肺通气功能。两组患者经艾灸治疗后症状、体征均有显著改善。陈日新等在进行灸感法与红外法检测哮喘患者肺俞穴热

敏态的对比研究中再次指出肺俞穴往往是哮喘患者腧穴热敏化现象的高发区域,多能产生扩热、透热、传热的热敏化感传现象^[9]。本研究治疗组在肺俞穴区域探查找出热敏点后继以温和艾灸,激发经气感传,使气至病所,即针刺提倡的“刺之要,气至而有效”,从而大大提高了临床疗效,其总有效率显著高于传统温和艾灸组正是基于这一原理。本课题研究结果显示,两组患者经治疗后血清 ECP、NO 及痰 EOS 水平较前均显著下降,且治疗组血清 ECP、痰 EOS 比对照组下降更显著,这说明热敏灸和传统温和艾灸均可减轻哮喘患者的气道慢性炎症,且热敏灸的效果优于传统温和艾灸。

NO 是一种体内多种组织或细胞产生的具有多种生物活性的无机小分子,与哮喘发病的机制有密切关系^[10],在维持机体正常生理功能活动中具有复杂的双向调节作用^[11],在哮喘发病机制中亦具有双刃剑作用,少量的 NO 有利于支气管平滑肌舒张,而高水平的 NO 则表现为气道炎症和细胞毒性^[12]。然而有学者认为目前对哮喘 NO 研究需明确 NO 的升高是炎症发病的原因还是结果^[12]。有动物实验表明^[13],艾灸可降低豚鼠 BALF(肺泡灌洗液)中的 NO 含量;另有研究表明^[10]灸贴治疗可降低患者体内的 NO 含量,推测是通过对背部大椎穴和双侧肺俞穴的热刺激,经过某种神经体液反应过程,或某种信息能量的传递,抑制 iNOS(诱导型一氧化氮合酶)产生的大量 NO,从而缓解气道炎症、水肿及肺损伤等不良反应。温热刺激和药性刺激易于深达肺脏,从而减少体内 NO 含量,修复受损的细胞,减轻气道炎症水肿,舒张气道。贲卉等^[14]的研究认为穴位 NO 含量的增加是穴位活性的表达方式之一。手针、电针和温灸均能使穴位 NO 含量升高,而这种刺激所引起的穴位 NO 含量的变化,可能就是针灸作用的物质基础之一。温灸的作用高于手针和电针,表现为穴位 NO 含量升高更加明显。热敏灸与传统温和艾灸的最大区别就在于其存在感传现象,具有透热、扩热、传热作用,表面不热深部热,近端不热远端热。以此推测热敏灸不仅通过浅部皮肤温热刺激,而且在深部组织中传递热刺激,因而可获得较传统温和艾灸更强的治疗效应。

本研究显示治疗组血清 NO 的下降程度与对照组比较,无显著性差异,可能与样本数量有限有关,加上检测时间、温度、方法等的差别,不能较准确反映检测结果。研究中也发现一些不足:两组治疗结束时治疗组有 5 例患者无咯痰症状,对照组有 2 例,均采取服用适量生理盐水后用力咯痰的方式获取标

本,易造成结果误差。后续研究应尽量采取诱导痰方法获取痰标本,保证结果的准确性。研究中同时发现热敏灸存在艾烟刺眼鼻、施灸时间和热敏点的不定性等难点问题。因此,发明无烟艾条并简化操作方法是将热敏灸推广于哮喘治疗的重要研究方向,这样才能达到采取简便易行适合哮喘患者长期坚持的有效疗法的最终目标。

参考文献

[1]邵耀明,谢国强,张明坤.支气管哮喘血清 ECP 检测的临床应用[J].实用医技杂志,2005,12(12B):3 580-3 582

[2]陈芳,汤彦,蒋宇.支气管哮喘控制程度与痰液嗜酸性粒细胞、白细胞介素-5 的关系[J].实用医学杂志,2010,26(13):2 316-2 318

[3]骆志平,陈莉,吴伟城,等.支气管哮喘患儿血内皮素-1 和一氧化氮水平测定及临床意义[J].中国基层医药,2004,11(2):158-159

[4]沈剑虹,张文挺,刘艳茹,等.一氧化氮在支气管哮喘中的作用及临床意义[J].内蒙古医学杂志,2010,42(5):575-577

[5]张丹,杨振峰.哮喘患者嗜酸细胞及其阳离子蛋白的痰液检测[J].第一军医大学学报,2000,20(3):283-284

[6]中华医学会呼吸病学分会哮喘学组.支气管哮喘防治指南[J].中华结核和呼吸杂志,2008,31(3):177-185

[7]洪广祥.全程温法治疗哮喘病之我见[J].中国医药学报,2003,18(5):306-308

[8]梁超,张唐法,杨坤.胸穴热敏灸与西药治疗慢性持续期支气管哮喘疗效对照观察[J].中国针灸,2010,30(11):886-890

[9]陈日新,陈明人,李巧林.灸感法与红外法检测支气管哮喘(慢性持续期)患者肺俞穴热敏态的对比研究[J].江西中医药,2011,43(1):12-14

[10]陈铭,郑偶然,徐维,等.夏秋灸治哮喘疗效与 NO 及肺功能关系的临床研究[J].针刺研究,2005,30(3):179-182

[11]贾卉,荣培晶,高昕妍,等.手针、电针、温灸对穴位 NO 含量影响的实验比较观察[J].世界科学技术(中医药现代化),2010,12(1):47-50

[12]沈剑虹,张文挺,刘艳茹,等.一氧化氮在支气管哮喘中的作用及临床意义[J].内蒙古医学杂志,2010,42(5):575-577

[13]方向明.一氧化氮和 β 受体在艾灸治疗实验性豚鼠哮喘病中的作用及其相互关系的研究[J].针刺研究,2000,25(4):258-262

(收稿日期:2014-08-11)

茵栀黄软胶囊联合拉米夫定治疗慢性乙型肝炎肝胆湿热证临床观察

陈春先

(湖北省中医院肝病中心 武汉 430060)

摘要:目的:探讨茵栀黄软胶囊联合拉米夫定治疗慢性乙型肝炎肝胆湿热证的临床疗效。方法:选取我院 2013 年 3 月~2014 年 1 月收治的慢性乙型肝炎肝胆湿热证患者 98 例,随机分为观察组和对照组各 49 例,观察组患者给予中药茵栀黄软胶囊联合西药拉米夫定治疗,对照组患者仅给予西药拉米夫定治疗,比较两组患者治疗 1、2、3 个月后症状缓解状况、肝功能恢复状况及 HBV-DNA 转阴率。结果:观察组患者治疗 3 个月后症状缓解有效率 93.88%(46/49),显著高于对照组缓解有效率 83.67%(41/49),差异有统计学意义($P<0.05$);观察组患者治疗后 ALT、AST 改善情况及 HBV-DNA 转阴率均显著优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:茵栀黄软胶囊联用拉米夫定治疗慢性乙型肝炎肝胆湿热证效果优于单独使用西药拉米夫定,疗效显著,值得临床推广使用。

关键词:慢性乙型肝炎;中西医结合疗法;茵栀黄软胶囊;拉米夫定;临床疗效

中图分类号:R512.62

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.10.011

慢性乙型肝炎是肝脏的炎性病变,可导致多器官损伤,其发病主要是由于感染乙肝病毒。乙肝是世界性疾病,在世界各地广泛流行,患者多以青壮年为主。临床治疗西医主要以抗病毒为主,目前临床广泛使用抗病毒药物拉米夫定,但其病毒变异率高、停药后反弹率高^[1]。而中医多对症治疗,临床多见肝郁脾虚证、肝胆湿热证,其中肝胆湿热证症状较严重。为研究中西医结合治疗肝病的临床疗效,本研究选取我院收治的慢性乙型肝炎肝胆湿热证患者 98 例,随机分为两组,分别采用茵栀黄软胶囊联合拉米夫定及单独使用拉米夫定对比研究。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取我院 2013 年 3 月~2014 年 1 月收治的慢性乙型肝炎肝胆湿热证型的患者 98 例,采用随机数表法分为观察组和对照组各 49 例,观察组男 28 例,女 21 例,年龄 22~65 岁,平均(38.6±6.5)岁,病程 2~20 年;对照组男 25 例,女 24 例,年龄 19~67 岁,平均(36.2±5.3)岁,病程 4~23 年。两

组患者年龄、性别、病程等一般情况差异不显著($P>0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择标准 中医辨证分型符合中国医药科技出版社《中药新药临床研究指导原则》中病毒性肝炎肝胆湿热证的辨证标准;西医诊断符合中华医学会制定的《慢性乙型肝炎防治指南》(2010 年版)中慢性乙型肝炎的诊断标准。

1.3 治疗方法 观察组患者口服茵栀黄软胶囊(国药准字 Z20050602,每日 3 次,每次 3 粒)和拉米夫定片(贺普丁,国药准字 H20030581,1 次/d,100 mg/次)。对照组患者仅口服拉米夫定片(1 次/d,100 mg/次)。

1.4 观察指标 (1)症状改善情况:记录患者服药 1、2、3 个月后黄疸、肝区疼痛、纳差、乏力、腹胀等临床症状改善情况。患者自觉症状明显好转记为显效,自觉症状无好转以及症状恶化记为无效。(2)ALT、AST 改善情况:患者服药后 1、2、3 个月复查肝功能,比较 ALT、AST 的变化程度。(3)HBV-DNA 转阴率。