

化因子 TGF- β 的表达,而促进肝纤维化发展,又可直接上调胶原的合成、促进肌成纤维细胞的活化。TGF- β 1 作为关键的促纤维化因子,主要通过 Smad 信号通路而产生致纤维化效应^[10]。我们试验表明在血虚风燥型 AD 患者中 TGF- β 1 并非起着致纤维化主导作用,经过 6 周治疗治疗组患者的 IL-17、IL-23 及 CXCL10/IP-10 出现了显著抑制,说明红花逍遥片治疗可抑制 AD 患者的系统性 Th17 免疫反应,可能是通过下调 IL-17 和 IL-23 等分子抑制 CXCL10 (IP-10) 的表达从而调节表皮角质增生。CXCL10/IP-10 为非 ELR CXC 型趋化因子,这类趋化因子还可抑制血管生成,Zrioual S 等研究也发现 IL-17A 通过 TNF- α 诱导后,它可抑制 CXCL10/IP-10 mRNA 表达^[11]。综上所述,我们结果表明红花逍遥片联合甘草润肤洗剂治疗 AD 可能是通过下调患者的 CXCL10/IP-10 和 IL-17 等分子的表达水平而起作用,下一步我们将在 AD 患者皮损标本中进一步验证其调控作用,以期为 AD 分型辨证和个体化治疗拓展新的思路。

参考文献

[1]黄玉贝,张华敏,刘松林.名老中医苏忠德丹栀逍遥散治疗湿疹的经验[J].光明中医,2010,25(6):943

[2]钟江,付兰兰,方刚,等.甘草润肤洗剂合多磺酸粘多糖乳膏治疗手部角化性湿疹 50 例临床研究 [J]. 浙江中医杂志,2010,45(9): 635-636

[3]Werfel T.The role of leukocytes, keratinocytes, and allergen-specific IgE in the development of atopic dermatitis [J].J Invest Dermatol, 2009,129(8):1878-1891

[4]Palmer CN,Irvine AD,Terron-Kwiatkowski A,et al.Common loss-of-function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis [J].Nat Genet, 2006,38(4):441-446

[5]Kaplan AP.Chemokines,chemokine receptors and allergy[J].Int Arch Allergy Immunol,2001,124(4):423-43

[6]Riis JL,Johansen C,Vestergaard C,et al.Kinetics and differential expression of the skin-related chemokines CCL27 and CCL17 in psoriasis, atopic dermatitis and allergic contact dermatitis [J].Exp Dermatol,2011,20(10):789-794

[7]Nakazato J,Kishida M,Kuroiwa R,et al.Serum levels of Th2 chemokines,CCL17,CCL22,and CCL27,were the important markers of severity in infantile atopic dermatitis [J].Pediatr Allergy Immunol, 2008,19(7):605-613

[8]Baars EW,Nierop AF,Savelkoul HF.Development of systems biology-oriented biomarkers by permuted stepwise regression for the monitoring of seasonal allergic rhinitis treatment effects [J].J Immunol Methods,2012,378(1-2):62-71

[9]Bajoriuniene I,Malakauskas K,Lavinskiene S,et al.Response of peripheral blood Th17 cells to inhaled Dermatophagoides pteronyssinus in patients with allergic rhinitis and asthma [J].Lung, 2012,190(5):487-495

[10]Santibañez JF,Quintanilla M,Bernabeu C.TGF- β /TGF- β receptor system and its role in physiological and pathological conditions[J].Clin Sci(Lond),2011,121(6):233-251

[11]Zrioual S,Toh ML,Tournadre A,et al.IL-17RA and IL-17RC receptors are essential for IL-17A-induced ELR+ CXC chemokine expression in synoviocytes and are overexpressed in rheumatoid blood[J].J Immunol,2008,180(1):655-663

三伏灸贴(冬病夏治)防治支气管哮喘(慢性持续期) 临床疗效观察

徐涵斌¹ 宋南昌^{2#} 何勇² 潘浩³ 周奕³

(1 南京中医药大学 江苏南京 210046;2 江西省南昌市中西医结合医院 南昌 330003;3 江西中医药大学 2013 级研究生 南昌 330006)

摘要:目的:观察三伏灸贴(冬病夏治)防治支气管哮喘(慢性持续期)的临床疗效。方法:将 80 例患者随机分为治疗组与对照组各 40 例。治疗组采用三伏灸贴治疗;对照组采用曼吉磁贴治疗。观察两组治疗前、治疗 1 年后及 3 年后哮喘症状评分和肺功能。结果:治疗 1 年后,两组患者哮喘症状评分和肺功能比较,有显著性差异($P<0.05$)。治疗 3 年后,两组患者哮喘症状评分和肺功能比较,有极显著性差异($P<0.01$)。结论:三伏灸贴(冬病夏治)疗法能有效地缓解支气管哮喘患者的症状,改善肺功能,从而提高患者生活质量,值得推广使用。

关键词:支气管哮喘;慢性持续期;三伏灸;穴位贴敷;艾灸

中图分类号:R562.25

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.10.005

支气管哮喘(慢性持续期)是呼吸系统的常见病、多发病,常常反复发作、迁延难愈,严重影响着患者的生活质量和工作,许多患者因此丧失了工作能力,对家庭和社会造成严重的不利影响。随着空气

污染和家庭装修材料的广泛使用等因素,罹患支气管哮喘(慢性持续期)人群逐年增加,其中儿童患者占有一定的比例。西医西药可以有效地控制支气管哮喘的急性发作、缓解症状,但不能有效地控制病情

通讯作者:宋南昌,E-mail:459935351@qq.com

的发展,改善患者日常生活质量。而中医药在防治支气管哮喘方面具有较大优势,我们采用三伏灸贴(冬病夏治)疗法防治支气管哮喘(慢性持续期)取得了较好疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 80 例支气管哮喘患者均来自于 2010 年 6 月~2012 年 6 月南昌市中西医结合医院康复科门诊,经随机数字表法分为治疗组和对照组各 40 例,其中治疗组:男 24 例,女 16 例;年龄 18~62 岁,平均(44± 13.25)岁;病程 5 月~12 年,平均(14± 7.83)个月。对照组:男 22 例,女 18 例;年龄 20~63 岁,平均(44± 15.14)岁;病程 6 月~14 年,平均(14± 7.64)个月。经统计学分析,两组患者性别、年龄、病程均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《支气管哮喘防治指南》^[1]中关于支气管哮喘的诊断和分期标准。

1.2.2 哮喘分期及病情严重程度分级 参照《支气管哮喘防治指南》^[1]中关于支气管哮喘的相关标准。分期为急性发作期、慢性持续期和缓解期;病情严重程度分级为间歇状态、轻度持续、中度持续和重度持续,依次为 1、2、3、4 级。

1.2.3 纳入标准 符合西医支气管哮喘诊断标准;哮喘分期属慢性持续期且病情严重程度属 2、3 级者;年龄 18~65 岁;自愿受试,签署知情同意书。

1.2.4 排除标准 可造成气喘或呼吸困难的其它疾病患者:如支气管扩张、肺心病、肺纤维化、肺结核、肺脓疡、慢性阻塞性肺病等;妊娠或哺乳期妇女;合并有心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病,精神病患者及影响其生存质量的严重疾病;激素依赖型病人,或入选前 4 周内,使用过全身性肾上腺糖皮质激素注射剂(静脉注射、肌肉注射、皮下注射和口服)者。

1.2.5 病例剔除标准 不符合诊断和纳入标准者;已进行随机分配,但受试者不配合治疗者。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组 (1)治疗时间及疗程:每年夏天农历初伏、中伏、末伏治疗,每隔 10 d 治疗 1 次,一年共 3 次为 1 个疗程,连续观察 3 年。(2)药物及制备:斑蝥 40%、白芥子 40%、甘遂 10%、细辛 10%,分别研成细末,和匀,以 50%二甲亚砜调成软膏状,装瓶备用。(3)取穴:初伏:大椎、肺俞(双)、定喘(双)、天突;中伏:脾俞(双)、风门(双)、膻中;末伏:肾俞(双)、足三里(双)、丰隆(双)。(4)操作:病人取坐位,

暴露治疗穴位皮肤,用 75%酒精消毒后,将鲜生姜切成 2 mm 薄片,直径 1.5~2 cm 为宜,在姜片中心处用三棱针穿刺数个小孔,置于穴位上。将艾绒自制成圆锥形艾炷置姜片中心,从上端点燃,燃至不能耐受的热度时,更换新艾炷续灸,以局部皮肤潮红为宜。再将医用胶布中间剪一小洞,直径约 15 mm,贴于所取穴位上,成人放入约 1 g 左右的膏药,用胶布固定贴 3~5 h。

1.3.2 对照组 药物选用上海曼吉公司生产的曼吉磁贴(产品批号:沪药管械(准)字 2000 第 1640154 号),其他与治疗组相同。

1.4 观察指标

1.4.1 疗效指标 哮喘症状评分;肺功能最大呼气流量(PEF)和第一秒钟用力呼气容积(FEV₁);肾功能。

哮喘症状评分表		
问题	评分	答案
在过去 4 周内,在工作、学习或家中,有多少时候哮喘妨碍你进行日常活动?	1	所有时间
	2	大多数时候
	3	有些时候
	4	很少时候
	5	没有
在过去 4 周内,你有多少次呼吸困难?	1	每天不止 1 次
	2	1 天 1 次
	3	每周 3 至 6 次
	4	每周 1 至 2 次
	5	完全没有
在过去 4 周内,因为哮喘症状(喘息,咳嗽,呼吸困难,胸闷或疼痛),你有多少次在夜间醒来或早上比平时早醒?	1	每周 4 晚或更多
	2	每周 2 至 3 晚
	3	每周 1 次
	4	1 至 2 次
	5	没有
在过去 4 周内,你有多少次使用急救药物治疗(如沙丁胺醇)?	1	每天 3 次以上
	2	每天 1 至 3 次
	3	每周 2 至 3 次
	4	每周 1 次或更少
	5	没有
你如何评估过去 4 周内你的哮喘控制情况?	1	没有控制
	2	控制很差
	3	有所控制
	4	控制很好
	5	完全控制

1.4.2 观察周期与时点观察 周期为 3 年,观察时点分别为治疗前、第 1 年治疗后、第 3 年治疗后。

1.4.3 统计学方法 统计分析软件采用 SPSS11.0。所有的统计检验均采用双侧检验, P 值小于 0.05 将被认为所检验的差别有统计学上的显著性意义。计量资料采用“均数± 标准差($\bar{x} \pm s$)”以及中位数、极差、四分之一间距等,计数资料采用频数、构成比等。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后症状评分比较 治疗前,两组哮喘症状评分经 t 检验, $P>0.05$,差异无统计学意义;治疗 1 年后,两组哮喘症状评分均提高,经 t 检验, $P<0.05$,有显著性差异;治疗 3 年后,两组哮喘症评分,经 t 检验, $P<0.01$,两组之间有极显著性

差异。见表 1。

表 1 两组治疗前后不同时间段哮喘症状评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	症状评分
治疗组	40	治疗前	15.54± 2.45
	40	第 1 年治疗后	17.48± 1.14
	40	第 3 年治疗后	21.88± 1.73
	40	治疗前	15.67± 2.48
对照组	40	第 1 年治疗后	16.03± 2.74
	40	第 3 年治疗后	19.93± 2.97

2.2 两组患者治疗前后肺功能比较 治疗前,两组 PEF 和 FEV₁, 经 *t* 检验, *P*>0.05, 差异无统计学意义; 治疗 1 年后, 两组 PEF 和 FEV₁, 经 *t* 检验, *P*<0.05, 有显著性差异; 治疗 3 年后, 两组 PEF 和 FEV₁, 经 *t* 检验, *P*<0.01, 两组之间有极显著性差异。见表 2。

表 2 两组治疗前后不同时间段肺功能检测比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	PEF(L/s)	FEV ₁ (L)
治疗组	40	治疗前	4.58± 0.66	2.32± 0.72
	40	第 1 年治疗后	5.54± 0.78	2.54± 0.87
	40	第 3 年治疗后	6.08± 0.96	2.57± 0.42
	40	治疗前	4.52± 0.74	2.34± 0.41
对照组	40	第 1 年治疗后	4.68± 0.12	2.32± 0.34
	40	第 3 年治疗后	4.58± 0.70	2.31± 0.45

3 讨论

根据《内经》:“春夏养阳, 秋冬养阴”理论, 夏季是治疗阳气不足、阴寒内盛之疾病最佳时机。支气管哮喘(慢性持续期)属中医学“咳嗽、喘症”范畴, 其内因责之于肺、脾、肾三脏不足, 痰饮内伏, 外因责之六淫、饮食、劳倦及七情等。《金匱要略》:“病痰饮者, 当以温药和之。”《丹溪心法》曰:“肺以清阳上升之肺气不和, 呼吸之息, 不得宣畅而为喘急。亦有脾肾俱虚, 体弱之人, 皆能发喘, 又因痰气皆能令人发喘。治疗之法, 当究其源。”《景岳全书》载:“喘有夙根”。夏季是阳气最旺盛的时候, 病邪也随阳气升发而易随其外透, 而支气管哮喘(慢性持续期)在冬天发作或病情加重, 在夏季则缓解, 此时利用辛香走窜、温热药物进行穴位贴敷以祛除体内宿邪, 增强机体卫外功能, 防止外邪入侵, 从而防止疾病的复发或加重。

三伏灸贴(冬病夏治)疗法是中医学中一种独特的内病外治疗法, 融汇了穴位、药物、时间等诸方面因素, 属于中医学“治未病”范畴。选穴方面, 基本上是足太阳膀胱经及任、督二脉之腧穴。初伏选择肺俞、定喘、天突、大椎穴止咳化痰以治肺。中伏选择脾俞、风门、膻中培土生金以健脾。末伏选择肾俞、足三里、丰隆穴纳气固本以补肾。所以在选穴方面, 兼顾肺脾肾三脏之不足以治本, 又能散寒祛湿化痰以治标, 通过三伏灸贴(冬病夏治)疗法既能缓解患者咳嗽、咯痰、气喘、胸闷等症状, 提高患者哮喘症状

评分, 减少哮喘对患者的日常生活的影响, 提高生活质量, 又能提高肺之卫外功能、脾的运化功能及肾的温阳功能, 从而减少哮喘的发作或者减轻患者发作症状, 从而减少患者使用急救药物的次数, 能够有效地控制哮喘发作, 所以, 穴位选择方面发挥了最大治疗效应, 突破了前人取穴简单的模式^[2]。

在药物方面, 选择的是气味俱厚、生猛有毒之品。由于支气管哮喘往往缠绵难愈, 非猛烈之药物不能祛除病邪。白芥子, 辛温, 归肺经, 具有止咳、化痰、平喘等作用, 善治皮里膜外之痰, 且消痰而不耗气, 是治疗咳嗽、哮喘等症的基础用药。《本草纲目》记载:“白芥子辛能入肺、温能发散, 故有利气豁痰、温中开胃、散痛消肿辟恶之功。”斑蝥性味辛寒, 有毒, 有攻毒逐瘀之功, 斑蝥含有斑蝥素, 对皮肤、黏膜有引赤、发泡的能力。斑蝥、白芥子二药配伍, 一温一寒, 药性平和。

三伏灸贴(冬病夏治)疗法的作用机理: 一是局部组织的刺激作用。通过艾灸和穴位贴敷, 穴位局部发红, 或者起泡, 可使局部血管扩张, 促进血液循环, 改善周围组织营养, 从而起到清热解毒、消炎退肿作用。二是经络穴位的调衡作用。刺激和作用于体表穴位相应的皮部, 通过经络的传导和调整, 纠正脏腑阴阳的偏盛或偏衰, 对五脏六腑的生理功能和病理状态产生良好的治疗和调整作用, 使其趋于平衡, 达到消除疾病的目的。三是药物本身的药理作用^[3]。现代医学认为, 穴位敷贴所选用的穴位多位于交感神经链附近, 是呼吸系统疾病的病理反射区, 可通过对肺交感、副交感神经的刺激而调节气管、支气管、血管等平滑肌的舒缩及腺体分泌, 降低气道高反应状态, 提高机体非特异性免疫功能, 改善下丘脑 - 垂体 - 肾上腺系统的功能, 对慢性呼吸系统疾病显示出明显的防治作用, 同时增强抗感染能力, 减少反复急性发作。另外, 穴位敷贴还可以刺激穴位, 促进药物的吸收、代谢, 对机体的有关物理、化学感受器产生影响, 直接反射性地调整大脑皮层和自主神经系统的功能, 通过细胞免疫和体液免疫, 增强抗病能力^[4]。

三伏灸贴(冬病夏治)疗法对支气管哮喘(慢性持续期)可以起到有效的预防与治疗作用, 可以明显减少哮喘发作次数和减轻发作症状, 对于年轻及病程短的患者, 疗效更佳。由于此疗法要求贴敷药物后起水泡, 给患者带来一定痛苦, 所以贴敷药物前的宣教工作及治疗后的护理工作特别重要, 要让患者知晓发泡的必要性, 最好和患者签署知情同意书。目前, 三伏灸贴治疗支气管哮喘的研究主要是疗效观察, 而机理方面研究较少, 以后可以(下转第 66 页)

1.2.2 观察组 观察组在对照组治疗方法的基础上联合聚焦超声治疗仪进行治疗:应用聚焦超声仪(重庆海扶技术有限公司生产),直到病变位置下陷,且呈紫暗色状态后,完成本次治疗;然后采用宫颈炎康栓治疗,治疗方法同对照组。

1.3 疗效评定标准^[3] 痊愈:患者的宫颈病变面完全愈合,表面较平整光滑;有效:治疗后,患者的宫颈病变面有所缩小,病变程度由重度转为中度,或者由中度转为轻度;无效:和治疗前相比,患者的宫颈病变面无明显好转。总有效率=痊愈率+有效

率。

1.4 统计学方法 所有数据均采用 SPSS19.0 统计学软件处理,以($\bar{x} \pm s$)表示计量数据并行 t 检验,用%表示计数资料并行 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效对比 经过治疗后,观察组的总有效率显著高于对照组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效对比[例(%)]				
组别	时间	痊愈	有效	无效
观察组	轻度	17(28.3)	1(1.7)	0(0.0)
	中度	26(43.3)	3(5.0)	1(1.7)
	重度	9(15.0)	2(3.3)	1(1.7)
对照组	轻度	9(15.0)	4(6.7)	2(3.3)
	中度	10(16.7)	6(10.0)	9(15.0)
	重度	8(13.3)	5(8.3)	7(11.7)

注:与对照组对比,* $P<0.05$ 。

2.2 两组患者的不良反应情况对比 观察组出现 1 例外阴及阴道灼热症状,不良反应发生率为 1.7%;对照组未发生明显不良反应;两组患者的不良反应发生率对比,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

宫颈炎发病主要由急性宫颈炎转变形成,为临床中的常见妇科病,如不能及时有效治疗,则会导致不孕不育、盆腔炎等,严重者发展成重度宫颈炎,给身体健康带来严重危害。有资料研究指出^[4],慢性宫颈炎会诱发不良妊娠、盆腔炎疾病等,且宫颈癌的发生和慢性宫颈炎之间也存在密切关系。

目前,临床治疗宫颈炎主要应用物理疗法和药物疗法,物理疗法主要指的是应用激光、微波等工

具治疗宫颈炎,主要以超声疗法为主,通过应用超声波和靶区组织产生反应,用“由内到外”治疗模式,最终实现治疗效果。聚焦超声为近年发展起来的无创性外科治疗技术,在前列腺癌、前列腺增生、膀胱癌以及乳腺癌等恶性肿瘤中得到广泛应用,整体疗效较满意,且不良反应较少,不会给宫颈表面带来较大损伤,愈合速度较快,治疗时间较短。但治疗后,患者会长时间出现少量阴道流血、流液的症状,部分患者还伴有月经量改变、下腹疼痛的症状,如不能合理掌握深度,可能会使局部留下瘢痕,因此,要合理控制深度^[5]。

药物疗法主要是应用宫颈炎康栓,其包括血竭、白及、苦参、蒲公英、黄柏以及益母草等药物,能够共同发挥燥湿解毒、收敛止血以及消肿生肌的作用,将其放置到宫颈内,能够使药物经毛孔腠理吸收。其中,白及具备收敛止血的作用;苦参、黄柏以及蒲公英能够发挥燥湿杀虫、清热解毒的功效,具有抗滴虫、抗病毒以及抗真菌等作用;血竭、益母草具有去腐消肿生肌、活血化瘀的作用,能够对宫颈病变组织和局部坏死进行治疗,并使糜烂面柱状上皮发生脱落、坏死等。患者服药后,能够有效促进组织再生,消除宫颈炎症,并降低出血率,另外,还能够促进新生鳞状上皮快速生长^[6]。聚焦超声和宫颈炎康栓的联合应用,能够共同有效修复宫颈表面。综上所述,采用聚焦超声联合宫颈炎康栓治疗宫颈炎患者,能够明显提高临床治疗总有效率,值得推广应用。

参考文献

[1]刘改先.聚焦超声联合宫颈炎康栓治疗宫颈炎 124 例疗效观察[J].临床合理用药杂志,2014,7(17):82-83

[2]马艳玲,徐晶.浅谈用聚焦超声疗法联合宫颈炎康栓治疗宫颈炎的临床疗效[J].当代医药论丛,2014,12(14):210

[3]吴樱,陈赛.探讨聚焦超声联合保妇康栓治疗宫颈炎的临床疗效[J].当代医药论丛,2014,12(13):194-194

[4]陈丽.中西医结合治疗宫颈炎合并持续性高危型人乳头瘤病毒感染临床观察[J].中国中西医结合急救杂志,2012,19(3):184-185

[5]张琴,吴玲,郑培,等.聚焦超声联合宫颈炎康栓治疗宫颈炎 300 例[J].中国药业,2012,21(19):64-65

[6]蒋庆玲.聚焦超声联合保妇康栓治疗宫颈炎[J].中外健康文摘,2011,8(21):85

(收稿日期: 2015-05-14)

(上接第 15 页)从免疫方面进行深入的研究。另外,还可以对贴敷药物进行改良,既增强疗效,又减少患者治疗的痛苦,从而提高患者的接受程度。目前还需要加大推广力度,在基层医院得到应用。

参考文献

[1]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

[2]宋南昌,徐涵斌.天灸膏防治慢性支气管炎 314 例[J].中国针灸.2009,29(3):203-204

[3]廖穆熙,莫贤晓.天灸疗法的探讨[J].中国民间疗法,2006,14(11):5-6

[4]邓朋翼,朱英,陈日兰.穴位敷贴防治支气管哮喘的研究现况[J].中医外治杂志,2011,20(4):45-47

(收稿日期: 2015-08-02)