

综 述

支气管哮喘缓解期的中医药治疗进展

丁 强¹ 指导:王志英²

(南京中医药大学中医内科急难症研究所,南京市汉中路282号,210029)

关键词 哮喘缓解期/中医药疗法

哮喘是由多种细胞包括气道的炎性细胞和结构细胞(如嗜酸粒细胞、肥大细胞、T淋巴细胞、中性粒细胞、平滑肌细胞、气道上皮细胞等)和细胞组分(cellular elements)参与的气道慢性炎症性疾病^[1]。哮喘的发病率和病死率在世界范围内呈逐年增加的趋势,已经引起国内外高度重视。最新的GINA指南更加关注哮喘的缓解期治疗,认为缓解期的治疗更能有效提高生活的质量,当前现代医学在哮喘的缓解期主要给予小剂量的激素治疗,但往往难以奏效,同时长期使用激素的副作用由此而增加,特别对于小儿支气管哮喘的治疗颇为棘手。中医学对哮喘的认识已有几千年,疗效肯定,近年来在哮喘缓解期的研究中,取得了一定的成绩,现综述如下。

1 中医药辨证论治

1.1 单纯的补益法 金元时期,朱丹溪即提出哮喘“未发宜扶正气为主,既发以攻邪气为急”的治疗原则,“发时治标,平时治本”为中医治疗哮喘的准则,而且一直沿用至今。哮喘的发作主要内因是肺、脾、肾三脏不足已成,继而痰瘀等之邪内生,形成“夙根”;加之支气管哮喘的长期反复发作,又可导致机体的正气不足,临床上常表现免疫功能低下,邪正相互作用,相互为患,使正气更加亏虚。因此,应通过调补固本以恢复脏气、改善体质而达到根治哮喘、防止复发的目的。

1.1.1 补肾法 哮喘缓解期多以肾虚为主,很多医家认为“先天不足,肾精亏虚是哮喘的夙根”,提倡用补肾法治疗缓解期,认为补肾法可提高机体免疫力,缓解气道炎症,降低气道高反应性等^[2]。周兆山等^[3]采用临床流行病学研究的方法,对485例哮喘缓解期患者和519例无哮喘的正常人进行了对照研究,提出了哮喘患者存在“肾虚质”的新观点,通过调查发现,哮喘缓解期患者有证可辨者仅有15.72%,与正常人对照组并无显著性差异,资料与临床实践证明,哮喘患者存在“肾虚质”,而应该从哮喘的发病规律与特点、证治

效应以及特有的外在体征入手,立足于体质辨证,根据其体质特点——“肾虚质”,从补肾立法。李玉兰^[4]以补肾固本汤对小儿哮喘缓解期干预的临床观察,治疗组予补肾固本汤(由黄芪、白术、防风、茯苓、补骨脂、山茱萸、甘草、胡桃肉等组成),对照组平时不服药。结果显示治疗组发作例数减少,发作时病情减轻,肺功能有明显改善,2组差异有显著性($P < 0.01$)。说明哮喘缓解期患儿较长时间服用补肾固本汤能有效减少急性发作,改善肺功能,且无不良反应。

1.1.2 补脾法 吴兆利^[5]从小儿肺与脾在生理、病理诸方面的关系出发,提出了小儿哮喘缓解期从脾论治的理论依据,认为脾胃虚弱,痰浊内生为小儿哮喘的宿根;小儿脾胃亏虚,正气不足,易感外邪,诱发哮喘。单昌涛^[6]采用补中益气汤加减治疗支气管哮喘缓解期且中医辨证属脾气虚的患者30例,并与应用西药口服治疗30例做对照。结果显示治疗组优于对照组 $P < 0.05$,有显著性差异。刘自立等^[7]采用培土生金法,以益气定喘汤治疗(由党参、黄芪、白术、柴胡、升麻、防风、陈皮、当归、炙甘草等9味中药组成)治疗支气管哮喘缓解期35例,对照组30例采用氨茶碱治疗。结果显示总有效率治疗组为82.8%,对照组为70.0%;治疗组明显优于对照组($P < 0.05$),且治疗后,治疗组在肺功能及EOS改善方面亦优于对照组。

1.1.3 肺脾同治法 张洁等用黄芪六君子汤治疗哮喘缓解期85例,治疗组85例子口服黄芪六君子汤方(黄芪12~20g,党参10~15g,黄精、茯苓、白术、五味子、百合、山茱萸各10g,法半夏、陈皮、桔梗、桃仁、白僵蚕各9g,牡蛎18g,甘草5g);对照组60例口服玉屏风颗粒,对观察病例治疗3个疗程,进行1年随访。结果显示治疗组与对照组疗效比较:治疗组85例中,显效53例,有效23例,无效9例,总有效率89.41%;对照组60例中,显效21例,有效25例,无效14例,总有效率76.67%。2组经统计学处理 $P < 0.05$,治疗组疗效优于对照组。研究表明补益脾肺法可使患者哮喘的发作次数明显减少,发作程度减轻,临床症状得以改

善^[8]。陈茂业^[9]将 92 例支气管哮喘缓解期患者随机分为治疗组与对照组各 46 例,治疗组予金芪固本汤口服;对照组给予肌注人胎盘脂多糖。结果显示治疗组总有效率为 93.47%,对照组总有效率为 78.26%。2 组比较有显著性差异($P < 0.05$)。经过观察金芪固本汤疗效确切,能明显减少发作次数,降低气道高反应性。任国英^[10]自拟益气平喘汤剂(由党参、黄芪、白术、半夏、柴胡、防风、陈皮、茯苓、炙甘草等组成)治疗哮喘缓解期 36 例,对照组 32 例采用氨茶碱片,观察对哮喘患者的症状、体征、肺功能等指标的变化。结果 2 个疗程后,治疗组与对照组的有效率分为 88.34%、69.75%,有显著性差异($P < 0.05$);2 组治疗前后 FEV1.0(%)、FVC(L)相比有显著差异($P < 0.05$);与对照组治疗后比较,治疗组 FEV1.0(%)升高更为明显($P < 0.05$)。说明益气平喘汤能改善哮喘缓解期患者的临床症状,减少哮喘发作的次数,对支气管哮喘有良好的治疗作用。

1.1.4 肺肾同治法 赵四林等^[11]认为,哮喘缓解期治疗当以温肾阳为主,并补肺气,补肾以助相火,温肺化气,纳气归之,金水相生,阴阳互济,呼吸乃和则喘平。将 96 例缓解期患者分为:观察组服用加味二仙丸(由仙茅、淫羊藿、巴戟天、五味子、蛤蚧粉组成);对照组口服固肾定喘丸,结果显示,观察组治疗后年复发次数及病情轻重改善程度均优于对照组;观察组肺通气功能改善优于对照组,治疗后观察组体液免疫功能较对照组普遍提高;观察组治疗后最大呼气流速日变异率较对照组明显降低。陈新开^[12]认为,肾为先天之本,主摄纳一身之气,为气之根,肾气健,气自归元,哮喘亦不易发作。故以玉屏风散合六味地黄汤加减(以黄芪、防风、焦白术、生地黄、山茱萸、牡丹皮、淮山药、茯苓、浙贝母、炙麻黄、煨诃子、地龙、甘草为主)治疗哮喘缓解期 38 例,痊愈 25 例,显效 8 例,有效 3 例,无效 2 例。

1.1.5 肺脾肾三脏同治 哮喘病位在肺,与脾肾的关系也很密切。肺主呼气,肾主纳气,肺的呼吸功能需要肾的纳气作用来协助,肾虚无以纳气,则生喘促;脾肺为母子之脏,脾虚致土不生金,则肺易虚弱;脾肾同源,互根互用,脾虚化源不足,则后天不能滋养先天;若肾虚命门火衰,脾土失于温养,均可导致脾肾俱虚之象。如此虚虚相循,最终出现肺、脾、肾三脏俱虚的复杂局面,故治疗上有认为当从三脏而论治。刘仁慧等^[13]认为哮喘缓解期治疗宜肺脾肾三脏并补,三脏并补可充分改善哮喘患者的过敏体质,提高机体的免疫力和气道的防病能力,彻底消除气道炎症,从而达到预防哮喘

发作的目的,这样才能更好地达到缓解期的系统治疗—治本的作用。李贵才等对进入哮喘缓解期的 90 例患儿,随机分成 2 组,治疗组予自拟“参蛤河车散”(人参、蛤蚧、河车粉比例为 2:1:10)口服治疗,疗程 8 周;对照组予酮替芬预防性治疗,随访 1 年。结果显示治疗组显效 18 例,有效 35 例,无效 7 例,总有效率 88.33%;对照组显效 4 例,有效 12 例,无效 14 例,总有效率 53.33%。2 组总有效率比较 $P < 0.01$,有显著性差异。治疗组用药前后 EOC 计数、PEF 检测,均 $P < 0.01$ 有显著性差异,而对照组无统计学意义。研究表明在小儿哮喘缓解期应用参蛤河车散,可防止或减少哮喘急性发作^[14]。

1.2 祛邪与补益同治法 哮喘缓解期的治疗,历来医家都推崇丹溪古训“既发以攻邪气为急,未发以扶正气为主”,故绝大多数医家,在未发作时从本、从扶正气治疗为主,故有从肺、从肾、从脾等各脏论治,或从两脏及三脏同补益者。但在临床中亦有医家发现虽缓解期哮喘的症状已无,但其痰饮留伏、结成窠臼、潜伏于内,其病机依然存在,形成哮喘反复发作难以治愈的根本原因,因此哮喘缓解期不仅表现为肺脾肾三脏的亏虚,同时有痰饮内伏的病机特点,往往因“内有壅塞之气,外有非时之感,膈有胶固之痰”而复发,故治疗上不益单纯的扶正,亦加以祛邪,两者并重。

1.2.1 扶正兼顾从痰从饮而治 周仲瑛教授^[15]认为“发时未必皆实,故不尽攻邪,平时未必皆虚,亦非全持扶正”,如反复频发,久延不愈之患者可以表现哮喘的持续状态,或见痰气瘀阻、肺肾两虚、摄纳失常之虚哮,邪实与正虚并见,治当攻补兼施。认为缓解期症虽不显,但其痰饮留伏,结成窠臼,潜伏于内由于肺虚气不化津而成痰,肺虚积湿生痰,肾虚水泛为痰以致正虚邪实,故在扶正培本的同时也应参以化痰降气之品,清除内伏之顽痰,以冀减少复发。王志英等^[16]认为本病缓解期不仅表现为肺、脾、肾三脏的亏虚,亦有痰饮内伏的病机特点,故治疗于扶正固本的同时,还应适当兼顾祛邪,并示其常用药物为黄芪、党参、紫河车、补骨脂、半夏、白芥子、僵蚕等,故立补益肺肾、蠲饮涤痰为大法研制的哮喘宁颗粒(由生黄芪、紫河车、僵蚕、桑白皮、法半夏、广地龙组成)治疗支气管哮喘缓解期患者 42 例并与用固本咳喘片治疗者 40 例作对照。结果显示:临床总有效率治疗组为 88.10%,对照组为 62.50%。表明哮喘宁颗粒能降低异常升高的嗜酸性粒细胞、调节免疫球蛋白、改善肺功能,其机制可能系通过调节机体免疫功能、抗炎、抗过敏、降低气道高反应性的综合效应,达到控制并预防支气管哮喘复发的功

效^[17]。蔡润清等^[18]以“六君子汤”为基础方随证加减治疗80例哮喘缓解期患者,结果显示治疗前后肺功能和血嗜酸粒细胞有显著差异,总有效率81.2%。

1.2.2 扶正兼顾从痰从瘀而治 中医学认为哮喘缓解期的病理是以阳虚为本,痰瘀为标,缓解期应以扶正固本为主的治疗原则,指出温补阳气能使痰瘀消散,气机通畅。金英等^[19]认为温阳药能解除哮喘患者气道平滑肌痉挛,增加机体抵抗力,减少气道炎症,改善气道阻塞,达到平喘的目的。涤痰祛瘀能直接疏通气道壅塞及血脉瘀滞,对缓解支气管痉挛,改善缺氧有显著疗效,为延长哮喘患者的缓解期,防止急性发作开辟了道路。现亦有医家根据中医“久病入络”“久病必瘀”“津血同源”“痰瘀同源”等基础理论提出哮喘血瘀以及痰瘀相关病学说,认为痰水和瘀血是津液为病的两个不同方面的表现形式,亦即痰瘀同源,痰瘀互结则是哮喘的主要病理机制。李建保等^[20]自拟丹龙定喘丸(由丹参、地龙、当归、熟地黄、法半夏、陈皮、茯苓、射干、炙款冬花、白芍、炙甘草等12味中药组成)观察63例哮喘缓解期患儿,与氟替卡松气雾剂吸入治疗对照。结果显示丹龙定喘丸治疗哮喘缓解期患儿,具有降低EOS浓度及气道阻力的作用。2组治疗后EOS数目均明显下降($P < 0.01$),且治疗组优于对照组($P < 0.05$)。孙仕田等^[21]以固本十味散(由黄芪、党参、人参、白术、防风、蛤蚧、地龙、白果、苏子、紫河车等组成)治疗支气管哮喘缓解期176例临床观察,临床观察发作次数。结果显示本组176例,痊愈45例,显效77例,有效36例,无效18例,总有效率89.77%。董秀兰等^[22]采用益气活血定喘方治疗小儿哮喘缓解期30例,对照组30例采用酮替芬口服治疗。结果显示临床控显率、总有效率治疗组分别为70.00%、96.67%,对照组分别为46.67%、86.67%,2组比较差异均有非常显著性意义($P < 0.01$)。杨建方^[23]自拟补肾活血膏治疗老年哮喘缓解期62例,临床观察表明采用补肾益气、活血平喘法治疗老年哮喘缓解期临床疗效明显优于单纯补脾益肾法,在补益脾胃方中加入活血平喘药确能减少哮喘发作次数。

2 综合治疗

2.1 中西医结合 赵会玲等^[24]观察60例支气管哮喘缓解期患儿,治疗组30例采用自拟补虚祛痰汤(由茯苓、党参、陈皮、半夏、黄芪、防风、五味子、桔梗、地龙、僵蚕、生甘草等11味中药煎制而成)加必可酮(丙酸倍氯米松气雾剂)吸入,对照组30例采用单纯吸入必可酮治疗,分别观察2组的急性发作次数、免疫球蛋白IgE、嗜酸性粒细胞计数等的变化。结果治疗组急

性发作次数少于对照组,治疗组IgE、嗜酸性粒细胞计数较治疗前显著减少,对照组则无明显变化,组间比较治疗组优于对照组。孟晓露^[25]认为哮喘之“夙根”是机体水液代谢障碍的产物,主要责之于素体肺脾肾三脏功能不足,因此缓解期的治疗当补益肺脾肾之不足时,加以杜绝痰饮内生之源,最终达到根治的目的。自拟金水防哮丸(由当归、熟地黄、半夏、陈皮、补骨脂、土茯苓、白果、炙甘草等药物组成)补肾定喘、健脾补肺、温阳化饮。将128例哮喘小儿随机分为治疗组和对照组,其中治疗组68例以金水防哮丸口服配合吸入普米克气雾剂治疗,对照组60例仅用普米克气雾剂吸入治疗,连续用药1年,观察2组临床疗效。远期随访2年,治疗组临床控制率为33.8%,有效率为55.9%,对照组控制率为20.0%,有效率为51.7%,2组间比较有显著性差异($P < 0.05$)。说明中西医结合治疗儿童支气管哮喘能明显减少哮喘发作频率,延长其缓解期,改善患者生活质量。郑义华^[26]将42例患者随机分为治疗组22例和对照组20例。2组肌肉注射斯奇康3mL,隔日1次,连用3个月。治疗组在此基础上口服扶正防喘汤(药物组成:党参、淫羊藿、茯苓、黄芪、白术、巴戟天、陈皮、半夏、川贝母)每次6g,每日3次,连服3个月。2组患者均连续观察3年。结果显示临床疗效治疗组总有效率100.0%,明显优于对照组65%($P < 0.01$)。治疗组治疗后IgG、IgA、IgM明显升高。说明中西医结合治疗支气管哮喘缓解期可提高患者免疫力,增强疗效。袁斌等^[27]以太子参、茯苓、白术、白芍、黄芪、怀山药、陈皮、扁豆衣、蝉蜕、甘草等10味中药健脾补肺治疗小儿哮喘缓解期的有效性,治疗组32例使用中药汤剂治疗联合糖皮质激素吸入疗法;对照组按照GINA方案单纯采用糖皮质激素吸入治疗。观察和比较2组1年内哮喘发作次数。结果:治疗组平均发作次数1.906次,对照组平均发作次数4.192次,组间比较差别有高度统计学意义($P < 0.01$)。研究结论示健脾补肺治疗小儿哮喘缓解期能够显著减少小儿哮喘发作次数。

2.2 内外合法法 刘素香等^[28]采用固本胶囊合黄芪注射液穴位注射治疗支气管哮喘缓解期观察34例。97例支气管哮喘缓解期患者随机分为3组:治疗组34例采用哮喘固本胶囊(由人参、麻黄、干姜、生甘草、黄芪、苦杏仁、制南星、五味子、紫苏子、法半夏、蛤蚧等11味中药组成)口服,联合黄芪注射液足三里穴位注射;西药组32例用西药沙美特罗替卡松粉剂(50/250ug)吸入;对照组31例,在缓解期仅给予对症处理。观察治疗前后临床疗效及肺功能情况。结果显示总有

效率组 94.1%, 西药组 90.6%, 对照组 70.9%, 治疗组、西药组与对照组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗后治疗组和西药组 FEV₁、PEF、FVC 值均较治疗前明显改善 ($P < 0.05$, $P < 0.01$), 治疗组、西药组与对照组比较, 差异有显著性或非常显著性意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。贺倩^[29]认为, 哮喘缓解期存在小气道阻塞现象, 可作为判断哮喘疗效的可靠指标。最大呼气流量是诊断小气道阻塞现象最敏感指标, 所以强调通过监视最大呼气流量对哮喘缓解期患者小气道功能异常者进行早期防治。将 31 例患者随机分为中药内外合治组和外敷组, 穴位贴敷, 用姜汁将喘敷灵 (由白芥子、皂荚、延胡索、细辛等组成) 药末调成糊状, 分别贴在患者双侧定喘、肺腧和脾腧穴上; 内外合治组同时服用自制扶正化痰合剂 (由黄芪、黄芩、生地、黄、益智仁、薏苡仁、炒白果、麻黄、半夏、茯苓等组成)。结果显示, 2 组患者治疗后肺功能有明显改善, 尤以小气道最为显著。

3 实验研究

近年来的实验研究偏向于对缓解期的气道炎症阻断研究, 以防止哮喘的复发。王志英等^[30]以补益肺肾、蠲饮涤痰为基本治疗大法, 研制成哮宁颗粒治疗哮喘缓解期患者, 并进行了动物实验研究。研究结果显示临床总有效率治疗组为 88.10%, 优于对照组 62.50% ($P < 0.05$)。在改善临床症状, 降低外周血嗜酸性粒细胞, 免疫球蛋白 (IgE), 改善肺功能等指标方面, 治疗组与对照组比较有显著性差异 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。实验研究结果表明: 哮宁颗粒能降低豚鼠肺泡灌洗液细胞总数及白细胞分类计数, 能降低豚鼠血清及肺组织中 ET 和 IL-4 水平, 升高 NO 和 IFN- γ 含量。哮宁颗粒可用于支气管哮喘缓解期治疗, 其作用与调节免疫功能、抗过敏、拮抗炎性介质有关。邢向晖等^[31]采用制作大鼠哮喘缓解期模型, 观察防哮颗粒浓缩液 (由黄芪、白术、防风、陈皮、清半夏、熟地黄、淫羊藿、黄芩、蛤蚧、五味子、丹参等提炼而成) 灌胃后对模型大鼠血清 IFN- γ 和 TNF- α 的影响, 并与固本咳喘片、酮替芬对照组比较。结果显示防哮颗粒能升高哮喘缓解期模型大鼠血清中 IFN- γ 含量, 降低 TNF- α 含量, 且与中、西药对照组比较差异有高度统计意义 ($P < 0.01$), 可抑制模型大鼠气道炎症, 降低气道高反应, 故对哮喘缓解期模型大鼠气道炎性损伤具有良好的预防作用。T 淋巴细胞被抗原激活是哮喘的免疫发病机制一个关键步骤。有研究表明哮喘患者 Th1 功能下降, 而 Th2 功能异常增高。吴彬等^[32]对哮喘缓解期儿童 20 例取静脉抗凝血清单个核细胞。每份血样

均分为 3 部分, 分为空白组、喘可治 (主要成分为淫羊藿和巴戟天) I 组和 II 组, 加入不同浓度的药物体外培养 48h, 分别收集细胞沉淀。荧光定量聚合酶链反应检测转录因子 T-bet mRNA、GATA-3 mRNA 的表达强度及细胞因子干扰素 γ mRNA、白细胞介素 4 mRNA 的表达水平。结果得出补肾中药可以在转录水平上调 Th1 类细胞因子, 同时下调 Th2 类细胞因子, 纠正 Th1/Th2 细胞因子的比值失衡, 从而防治哮喘复发。

4 讨论

近年来对哮喘缓解期的研究越来越得到重视, 特别是中医药的研究取得了很大的进展。中药辨证论治提出新的理论观点, 如“发时未必皆实, 故不尽攻邪, 平时未必皆虚, 亦非全扶正”“祛风化痰抗哮喘过敏论”等; 同时方药层出不穷, 内治与外治相结合, 中医与西医相结合等, 形成了多方位、多角度的治疗体系。但其中也存在着许多问题, 如对缓解期患者的生活质量调查这方面就较缺失; 缓解期的再发以及疗效评价标准缺乏量化指标, 使治疗结果的可比性和重复性差, 难以令人信服, 以及临床的进一步深化; 对缓解期治疗的切实有效方剂不多, 同时对其机理还不能明确, 现缺乏大规模的临床验证及循证医学支持等。问题很多, 需要我们进一步的去解决和完善, 相信通过我们的不断努力, 中医药在此中可大有作为。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学. 支气管哮喘防治指南. 中华结核和呼吸杂志, 2003, 26(3): 132-138.
- [2] 石亚杰, 许娟. 哮喘缓解期从肾论治机理探讨. 江苏中医药, 2005, 26(8): 3-4.
- [3] 周兆山, 王燕青, 姜洪玉, 等. 哮喘缓解期从肾虚体质辨证. 中医研究, 2005, 18(9): 22-24.
- [4] 李玉兰. 补肾固本汤对小儿哮喘缓解期干预的临床观察. 中国中医急症, 2005, 14(7): 639-640.
- [5] 吴兆利. 小儿哮喘缓解期从脾论治的探讨. 中国医学文摘·儿科学, 2007, 26(1): 3-4.
- [6] 单昌涛. 加味补中益气汤治疗支气管哮喘缓解期的临床观察. 河北中医, 2005, 27(8): 604.
- [7] 刘自力, 吴兆利. 培土生金法治疗支气管哮喘(缓解期) 35 例临床观察. 中医药导报, 2006, 12(1): 37-38.
- [8] 张洁, 施光其. 黄芪六君子汤治疗哮喘缓解期 85 例临床观察. 山东中医杂志, 2004, 23(4): 204-205.
- [9] 陈茂业. 金芪固本汤治疗支气管哮喘缓解期 46 例临床观察. 云南中医药杂志, 2007, 28(6): 24-25.
- [10] 任国英. 益气平喘汤治疗支气管哮喘(缓解期) 临床研究. 实用中医内科杂志, 2008, 22(2): 23-24.
- [11] 赵四林, 范伏元, 贺选玲, 等. 加味二仙丸治疗支气管哮喘缓解期疗效观察. 中国中医药信息杂志, 2006, 13(5): 59-60.
- [12] 陈新开. 玉屏风散合六味地黄汤治疗哮喘缓解期 38 例. 辽宁中医学院学报, 2000, 2(2): 28.

- [13] 刘仁慧,袁颖,郭忻.哮喘缓解期治疗宜肺脾肾三脏并补.现代中西医结合杂志,2004,13(24):3354.
- [14] 李贵才,谢鹤,蔡文,等.参蛤河车散防治小儿哮喘缓解期60例分析.福建医药杂志,2003,25(4):69-70.
- [15] 周仲瑛.周仲瑛医论选.北京:人民卫生出版社,2008:503.
- [16] 王志英,许爱兰.中医药防治支气管哮喘的思考.中国中医急症,2005,14(3):239-240.
- [17] 王志英,张传名,钱丽萍,等.哮喘颗粒治疗支气管哮喘缓解期临床研究.江苏中医药,2005,26(7):11-12.
- [18] 蔡润清,吴伟平.支气管哮喘缓解期从脾论治80例临床探讨.贵阳中医学院,2007,29(2):29-30.
- [19] 金英,赵军.益气温阳祛痰化痰法治疗哮喘缓解期3例报告.贵州医药,2007,31(5):454-455.
- [20] 李建保,田金娜,刘小凡.丹龙定喘丸治疗哮喘缓解期患儿63例临床观察.中医杂志,2007,48(5):422-423.
- [21] 孙仕田,张富芹,宋利祥,等.固本十味散治疗支气管哮喘缓解期176例临床观察.河北中医,2005,27(9):667.
- [22] 董秀兰,王丽清,马华欣.益气活血定喘方治疗小儿哮喘缓解期30例疗效观察.新中医,2008,40(3):47-48.
- [23] 杨建方.自拟补肾活血膏治疗老年哮喘缓解期62例.实用中医内科杂志,2007,21(8):33-34.
- [24] 赵会玲,王建平,刘佳林,等.中西医结合治疗儿童支气管哮喘缓解期的临床研究.时珍国医国药,2007,18(7):1788-1789.
- [25] 孟晓露.中西医结合治疗小儿支气管哮喘缓解期临床研究.四川中医,2007,25(9):87-88.
- [26] 郑文华.中西医结合治疗支气管哮喘缓解期.现代医药卫生,2007,23(14):2099.
- [27] 袁斌,孙秩秋,朱先康,等.中医药治疗小儿哮喘缓解期临床观察.辽宁中医药大学学报,2008,10(2):113.
- [28] 刘素香,代爱芹.咳喘固本胶囊合黄芪注射液穴位注射治疗支气管哮喘缓解期34例临床观察.新中医,2008,40(5):29-30.
- [29] 贺倩.中药内服外治改善哮喘缓解期患者肺功能22例.中国民间疗法,2005,13(4):24-25.
- [30] 王志英,李向荣,夏卫军,等.中药哮喘颗粒治疗支气管哮喘缓解期的研究.辽宁中医杂志,2008,35(5):674-678.
- [31] 邢向晖,陈鲁,阎雁,等.防哮颗粒对哮喘缓解期大鼠血清IFN- γ 和TNF- α 的影响.中医儿科杂志,2008,4(6):5-7.
- [32] 吴彬,余建,王苒,等.补肾中药对哮喘患儿Th1/Th2平衡的影响.中国中西医结合杂志,2007,27(4):120-121.

(2009-02-23 收稿)

减脂保肝汤治疗非酒精性脂肪肝 36 例

易 献 春

(宜春市第五人民医院,336000)

关键词 非酒精性脂肪肝/中西药物治疗

笔者自2003年2月-2009年12月采用减脂保肝汤治疗非酒精性脂肪肝病患者36例,取得较为满意的效果;并用东宝肝泰进行了对照。现报道如下。

1 临床资料

72例非酒精性脂肪肝患者,均为门诊病例,随机分成2组。其中治疗组36例,男20例,女16例,年龄38~58岁,病程0.5~2年;对照组36例,男22例,女14例,年龄37~56岁,病程1.5~2年。2者相关资料(年龄、病程、性别等)经统计学处理,差异无显著性意义($P < 0.05$),具有可比性。

2 诊断标准

凡具备下列第1~4项和第5或第6项任一项者即可诊断为非酒精性脂肪性肝病。1)无饮酒史或饮酒折合乙醇量每周 $< 40\text{g}$; 2)除外病毒性肝炎、全胃肠外营养等可导致非酒精性脂肪肝的特定疾病; 3)除原发病临床表现外,可出现乏力、腹胀、肝区隐痛等症状,可伴肝脾肿大; 4)血清转氨酶可升高,并以ALT为主,常伴有谷胺酰转氨酶、三酰甘油等水平增高; 5)肝脏影像学表现符合弥漫性非酒精性脂肪肝的影像学诊断标准; 6)肝脏组织学改变符合脂肪性肝病的病理学诊断标准。

3 治疗方法

治疗组:用保肝减脂汤。基本方:法半夏、枳实、茯苓、郁金、白术、丹参各10g,虎杖、黄精、赤芍、川芎、茵陈、泽泻、山楂、鸡内金、竹茹各15g。每日1剂,分2次煎服。疗程6个月。

对照组:用东宝肝泰,每次3粒,1日3次,口服,疗程6个

月。服药期间禁用其他对血脂、肝功能有影响的药物。

4 疗效判定

疗效标准:参照《中药新药临床指导原则》(卫生部1993年)制定以下标准。基本治愈:自觉症状消失,血脂、肝功能恢复正常,B超示脂肪肝浸润消失。显效:症状消失或改善(积分值下降 $\geq 70\%$),血脂显著下降,肝功能基本正常,B超示脂肪肝浸润显著改善。有效:症状改善(积分值下降 $\geq 50\%$),血脂有所下降,肝功能有所改善,B超示脂肪肝浸润减轻。无效:疗程结束后,症状特征,实验室检查,B超均无改善。

结果:全部72例患者均完成观察,疗程6个月。治疗组36例中,基本治愈12例,显效10例,有效9例,无效5例,总有效率86%。对照组36例中,基本治愈8例,显效15例,有效2例,无效11例,总有效率70%。2组有效率比较,经 χ^2 检验,差异有显著性($P < 0.05$)。

5 讨论

中医学虽无“脂肪肝”的病名,但根据其临床表现,可与胁病、积聚、郁证等病证相参,其病因主要为恣食肥甘,损伤脾胃,运化失健,湿滞内生,酿成痰浊。故脂肪肝的病机关键为痰浊阻滞,脾失健运,肝络不畅。针对上述病机认识,确定化痰泄浊、活血通络、健脾助运为基本治法。主要以温胆汤加减健脾化痰,配以枳术汤、泽泻汤化痰泄浊,佐葛根、丹参、川芎、虎杖等活血通络。痰湿郁久化热,加用茵陈等清利之品。不可忽视的是此病以中年以上为多,肝肾阴虚亦常存在,故加黄精补益肝肾之品。诸药合用,掌握病机,遣方用药,故效果显著。

(2010-05-18 收稿)