

川芎平喘合剂治疗支气管哮喘 60 例

★ 陈晓勤¹ 张惠勇² 邵长荣² 段晨霞² (1. 上海市嘉定区中医医院 上海 201800; 2. 上海中医药大学附属龙华医院呼吸内科 上海 200032)

摘要:目的:川芎平喘合剂治疗支气管哮喘的疗效评价及机理。方法:按随机数字表法随机分为两组。治疗组 60 例,对照组 40 例,疗程 10 天。如病人出现发热、白细胞增高等感染征象均酌加抗生素治疗。结果:治疗组 TXB₂ 明显降低、FEV₁% 值明显提高,优于对照组($P < 0.001$)。治疗组临床症状、体征改善,优于对照组($P < 0.05$)。结论:川芎平喘合剂有活血行气、祛痰下气、止咳平喘之功,并明显提高 1 秒钟用力呼气容积占用力肺活量比值(FEV₁%)和降低血浆血栓素 B₂ (TXB₂) 值,拮抗 TXB₂ 的合成和释放,松弛平滑肌和改善肺功能的作用。

关键词:川芎平喘合剂;支气管哮喘;TXB₂;FEV₁

中图分类号:R 289.5 **文献标识码:**B

根据中医“久病入络”、“久病必有瘀”的理论,我们在辨证治疗哮喘的处方中,加入活血化瘀药物,以提高疗效。组方川芎平喘合剂是引用活血化瘀法治疗哮喘的一经验方,现用于临床治疗 60 例患者,观察患者症状、体征,并结合肺功能检测 FEV₁% 及血浆 TXB₂ 治疗前后的变化,分析其临床治疗意义。

1 临床资料

1.1 一般资料 100 例患者按随机数字表法随机分为两组。治疗组 60 例,对照组 40 例(见表 1),均为哮喘发作期,听诊有明显哮鸣音。

表 1 两组患者一般情况比较

组别	n	分型		发作程度		病程 ($\bar{x} \pm s$, 年)	性别		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 年)
		寒哮	热哮	重度	中度		男	女	
治疗组	60	53	7	18	42	21.46 ± 7.57	28	32	37.12 ± 0.55
对照组	40	34	6	12	28	20.38 ± 7.67	19	21	36.82 ± 0.45

注:经 t 检验及 χ^2 检验,两组间无显著性差异。

1.2 诊断标准 中医证型诊断标准参照《中医内科学》^[1] 中的哮证。西医诊断标准参照中华医学会呼吸病学分会《支气管哮喘防治指南》^[2]。

1.3 纳入标准 患者均按有关文献标准^[2] 临床确诊为“哮喘”并有以下症状者:(1)单纯性哮喘,反复发作 3 年以上,非哮喘持续状态,未合并其他肺病,且在治疗观察期间未使用皮质激素以及未接受其他特殊治疗者;(2)此次哮喘发作 1 周以上,经用其他药物治疗效果不佳;(3)舌质暗红,口唇色暗,睑下青黑或鼻梁等处有青筋暴露,脉细弦;(4)肺部听诊可闻及哮鸣音,其中 1~2 条为必备条件。全部病例均为用过激素、支气管扩张剂效果不理想者。

1.4 发作严重程度分级标准 严重程度参考《内科学》^[3]:(1)间歇发作。症状 < 1 次/周,短暂出现,夜喘 ≤ 2 次/月,FEV₁ ≥ 预计值的 80%,或 PEF

≥ 个人最佳值的 80%,PEF 或 FEV₁ 昼夜变异率 < 20%;(2)轻度持续。症状 ≥ 1 次/周,但 < 1 次/天,可能影响活动和睡眠,夜喘 > 2 次/月,但 < 1 次/周,FEV₁ ≥ 预计值的 80%,或 PEF ≥ 个人最佳值的 80%,PEF 或 FEV₁ 昼夜变异率在 20%~30% 之间;(3)中度持续。每天有症状,影响活动和睡眠,夜喘 ≥ 1 次/周,FEV₁ 占预计值的 60%~79%,或 PEF 占个人最佳值的 60%~79%,PEF 或 FEV₁ 昼夜变异率 > 30%;(4)重度持续。每天有症状,频繁出现症状,经常出现夜喘,FEV₁ < 预计值的 60%,或 PEF < 个人最佳值的 60%,PEF 或 FEV₁ 昼夜变异率 > 30%。

2 治疗观察方法

2.1 治疗方法 治疗组予川芎平喘合剂 10 ml/次,每日 3 次,疗程 10 天;对照组予口服氨茶碱 0.2 g,每日 3 次,联合 β_2 受体激动剂(万托林气雾剂)、微量激素喷雾吸入(必可酮气雾剂),每日 2~3 喷,疗程 10 天。如病人出现发热、白细胞增高等感染征象均酌加抗生素治疗。

2.2 观察项目 (1)症状和体征,两组患者喘、咳、痰、哮鸣音单项疗效比较。(2)实验室检查, TXB₂ 测定:两组患者分别在治疗前后同时抽取静脉血 2 ml,用 RIA 法测定血浆 TXB₂ 含量。(3)肺功能测定,两组患者均作肺功能测肺活量(VC)、第 1 秒用力呼气容积占用力肺活量比值(FEV₁%)、最大通气量(MBC)、75%、50%、25% 的肺活量最大呼气流量(V75、V50、V25)。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 临床控制:喘、咳、痰、哮鸣音 4 项中 3 项消失,另一项明显缓解。显效:喘、咳、痰、哮

鸣音4项中3项明显缓解,另一项改善;或2项消失,2项明显缓解或改善;或1项消失,2项明显缓解,1项改善。好转:症状有改善但不具备临床控制及显效标准,均属好转范围。无效:喘、咳、痰、哮鸣音4项均无改善,或仅一项好转者。

3.2 结果 治疗组哮喘患者血浆 TXB₂ 值在治疗前后有显著下降($P < 0.001$)。而对照组在治疗前后 TXB₂ 值几乎无变化($P > 0.05$)。两组之间比较:治疗前 TXB₂ 水平接近,但治疗后治疗组明显低于对照组($P < 0.001$)。治疗组寒哮、热哮患者血浆

TXB₂ 值均有下降,且寒哮型患者 TXB₂ 值下降尤为显著(见表2)。

表2 两组患者 TXB₂ 值比较($\bar{x} \pm s$) /pg·ml⁻¹

组别	n	型别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	60	寒哮	53	138.49 ± 38.85	86.22 ± 19.78 ^{**}
		热哮	7	131.07 ± 39.23	119.41 ± 60.92 ^{*△}
对照组	40	寒哮	34	137.34 ± 37.95	129.64 ± 18.91
		热哮	6	133.76 ± 27.24	143.53 ± 32.72

注:与治疗前相比 * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$;与寒哮比,△ $P < 0.05$ 。

表3 哮喘患者治疗前后肺功能有关指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数		VC (%)	FEV ₁ (%)	MBC (%)	V75	V50	V25
治疗组	60	治前	78.12 ± 10.41	61.07 ± 14.16	68.74 ± 18.10	3.68 ± 1.46	2.56 ± 1.18	1.20 ± 0.66
		治后	98.73 ± 14.82	76.18 ± 11.01 ^{△*}	84.28 ± 20.02 ^{△*}	4.12 ± 1.46 [*]	2.66 ± 1.17	1.24 ± 0.73
对照组	40	治前	77.89 ± 13.62	67.03 ± 15.25	69.01 ± 20.03	3.92 ± 1.43	2.53 ± 1.43	1.23 ± 0.67
		治后	85.40 ± 21.19	71.43 ± 14.32	74.42 ± 17.60	3.91 ± 1.68	2.49 ± 1.42	1.16 ± 0.72

注:与治疗前比,△ $P < 0.01$;治疗后与对照组比,* $P < 0.01$ 。

两组治疗前后临床症状、体征、疗效比较:治疗组临床控制8例,显效23例,好转24例,无效5例,显效率51.7%,总有效率为91.7%;对照组相应为

4、9、14、13例,32.5%,67.5%。经t检验,治疗组疗效优于对照组 $P < 0.05$ (见表4)。

表4 两组患者喘、咳、痰、哮鸣音的单项疗效比较 (%)

组别	n	喘		咳		痰		哮鸣音	
		有效率	显效率	有效率	显效率	有效率	显效率	有效率	显效率
治疗组	60	96	55	91	52	89	57	91	54
对照组	40	65	19	66	21	56	20	63	26

4 讨论

哮喘属中医学“哮证”之范畴,清代名医唐容川《血证论》言:“盖人身气道,不可有壅滞,内有瘀血,则阻碍气道,不得升降……须知痰水之壅,由瘀血使然,但去瘀血,则痰水自消。”为哮喘瘀血的理论及活血化瘀法的应用开创了先河。哮喘的瘀血主要由气滞、气虚、阳虚寒凝所致:(1)气为血之帅,气行则血行,气滞则血瘀;(2)血液在脉管中正常运行,除赖心气的推动,与肺之治节密切相关,哮喘日久,肺气虚损,不能贯心肺而朝百脉、辅心行血,累至心气不足,鼓动无力,再加痰阻,阻碍气机升降出入,心脉失畅成瘀;(3)肺肾金水相生,肺病日久及肾,损及元阳,肾阳不足,温煦无力,寒凝血瘀。哮喘急性发作见面青肢冷,口唇紫绀,指尖不温,胸闷如窒,颈静脉怒张,舌质瘀点,舌下脉络紫暗,脉细涩等皆为瘀血之症。

川芎平喘合剂中川芎辛散温通,既能活血、又能行气,李时珍称其为“血中气药”,作为君药;赤芍、丹参、当归、白芍共助川芎活血化瘀行气,为臣药;辛夷、细辛、胡颓叶、黄荆子温肺化痰,祛痰下气,止咳平喘,为佐药;甘草调和诸药,为使。活血化瘀类中

药^[4]川芎、丹参、赤芍、白芍、当归具有活血化瘀行气之效,改善微循环障碍,拮抗血小板聚集,抑制其释放有关介质的功能,降低血粘度,并能降低肺动脉高压和肺循环阻力,有利于呼吸功能的恢复。川芎、丹参能促进动脉壁 PGI₂ 样物质生成,扩张微血管,改善组织器官供血状况;配合辛夷、细辛有宣肺通窍、祛风止咳之效。胡颓叶、黄荆子有敛肺宽胸,解痉平喘之功。诸药合用具有活血行气、祛痰下气、止咳平喘、标本同治之功效,适用于反复发作之哮证。

临床实践证明川芎平喘合剂在支气管哮喘的治疗上不仅可以缓解发作期症状,也是针对病因病理进行治疗。

参考文献

- [1]田德禄,蔡淦. 中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2006:8.
- [2]第一届全国哮喘会议. 支气管哮喘的定义、诊断、严重程度及疗效判断标准(修正方案)[S]. 中华结核和呼吸疾病杂志,1993,16:5.
- [3]王吉耀. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:12.
- [4]夏以琳,施红. 活血化瘀与哮喘的研究[J]. 辽宁中医学院学报, 2002,6(4):2.

(收稿日期:2008-12-22 责任编辑:曹征)