· 中医药研究 ·

治未病理论下祛风解痉润燥法联合穴位贴敷治疗咳嗽变异性哮喘的效果

宋 莹,刘亚茹,安 颖,王 莹,卢亚楠,杨 京,祁 彤,韩 培,刘玉静

[摘要] **目的** 探讨治未病理论下祛风解痉润燥法联合穴位贴敷治疗咳嗽变异性哮喘(CVA)的临床效果。**方法** 将2023年1月至2024年2月收治的100例CVA患者随机数字表法分为贴敷组33例、内服组34例、联合组33例。在应用沙美特罗替卡松吸入粉雾剂基础上,贴敷组给予穴位贴敷,内服组给予祛风解痉润燥法方剂内服,联合组给予祛风解痉润燥法方剂内服联合穴位贴敷,疗程均为2周。比较3组临床疗效、治疗前后日间与夜间咳嗽症状评分、肺功能[第1秒用力呼气容积(FEV1)、FEV1/用力肺活量(FVC)、呼气流量峰值(PEF)]、炎症指标[血清白细胞介素-6(IL-6)、白细胞介素-8(IL-8)、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)及痰液降钙素基因相关肽(CGRP)、受体活性修饰蛋白(RAMP)]、不良反应、复发率、哮喘发生率。**结果** 联合组总有效率100.00%(33/33)高于贴敷组的72.73%(24/33)和内服组的82.35%(28/34,$P<0.05$)。联合组治疗后日间与夜间咳嗽症状评分低于贴敷组和内服组,且贴敷组低于内服组($P<0.05$)。联合组治疗后FEV1、FEV1/FVC、PEF高于贴敷组和内服组,且贴敷组高于内服组($P<0.05$)。联合组治疗后血清IL-6、IL-8、TNF-α与痰液CGRP、RAMP低于贴敷组和内服组,且内服组低于贴敷组($P<0.05$)。3组不良反应总发生率比较无明显差异($P>0.05$)。联合组复发率、哮喘发生率均低于内服组、贴敷组($P<0.05$)。**结论** 治未病理论下祛风解痉润燥法联合穴位贴敷治疗CVA,能优势互补,进一步提高肺功能,降低炎症反应,有效控制症状,增强疗效,降低CVA复发率及哮喘发生率,改善患者预后。

[关键词] 咳嗽变异性哮喘;治未病理论;祛风解痉润燥法;穴位贴敷法;咳嗽;肺功能;白细胞介素-6;降钙素基因相关肽

[中国图书资料分类号] R562.25 [文献标志码] A [文章编号] 1002-3429(2024)19-0067-07

[DOI] 10.3969/j.issn.1002-3429.2024.19.013

Efficacy of Qufeng Jiejing Runzao Formula Combined with Acupoint Application in the Treatment of Cough Variant Asthma Under the Theory of Prevention of Disease

SONG Ying[1a], LIU Yaru[1b], AN Ying[1a], WANG Ying[1a], LU Ya´nan[1a], YANG Jing[1c], QI Tong[1c], HAN Pei[2], LIU Yujing[1a]

1. a. Department of Preventive Medicine, b. Department of Pulmonary Diseases, c. Department of Traditional Chinese Medicine, Chengde Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chengde, Hebei 067000, China; 2. Department of Rehabilitation, Chengde Rehabilitation Hospital, Chengde, Hebei 067000, China

[**Abstract**] **Objective** To explore the clinical efficacy of the Qufeng Jiejing Runzao formula combined with acupoint application in the treatment of cough variant asthma (CVA) under the theory of prevention of disease. **Methods** The random number table method was used to divide 100 CVA patients admitted from January 2023 to February 2024 into three groups: acupoint application group ($n=33$), oral administration group ($n=34$), and combined therapy group ($n=33$). On the basis of using Salmeterol/Fluticasone Propionate inhalation powder, the acupoint application group received acupoint application, the oral administration group was given oral administration of Qufeng Jiejing Runzao formula, and the combined therapy group was given oral administration of Qufeng Jiejing Runzao formula combined with acupoint application. The treatment duration was 2 weeks for all three groups. The clinical efficacy, daytime and nighttime cough symptom scores before and after treatment,

基金项目:承德市科技计划项目(202303A024)

作者单位:067000 河北 承德,承德市中医院治未病科(宋莹、安颖、王莹、卢亚楠、刘玉静),肺病科(刘亚茹),中医科(杨京、祁彤);067000 河北 承德,承德康复医院康复科(韩培)

作者简介:宋莹,本科,主治中医师。主要从事中医内科方向研究

通讯作者:刘玉静,E-mail:15133883322@139.com

中国知网 https://www.cnki.net

lung function [forced expiratory volume in 1 second (FEV1), FEV1/forced vital capacity (FVC), peak expiratory flow (PEF)], inflammatory markers [serum interleukin-6 (IL-6), interleukin-8 (IL-8), tumor necrosis factor-α (TNF-α), sputum calcitonin gene-related peptide (CGRP), receptor activity modifying protein (RAMP)], as well as adverse reactions, recurrence rate, and asthma incidence were compared among the three groups. **Results** The total effective rate of the combined therapy group was 100.00% (33/33), which was higher than that of the acupoint application group [72.73% (24/33)] and the oral administration group [82.35% (28/34)] ($P<0.05$). After treatment, the daytime and nighttime cough symptom scores in the combined therapy group were lower than those in the acupoint application group and the oral administration group, and the acupoint application group had lower scores than the oral administration group ($P<0.05$). After treatment, the FEV1, FEV1/FVC, and PEF in the combined therapy group were higher than those in the acupoint application group and the oral administration group, and the acupoint application group had higher scores than the oral administration group ($P<0.05$). After treatment, the serum levels of IL-6, IL-8, TNF-α, as well as sputum levels of CGRP and RAMP, were lower in the combined therapy group than in the acupoint application group and the oral administration group, and the oral administration group had lower levels than the acupoint application group ($P<0.05$). There was no significant difference in the total incidence of adverse reactions among the three groups ($P>0.05$). The recurrence rate and asthma incidence in the combined therapy group were lower than those in the oral administration group and the acupoint application group ($P<0.05$). **Conclusion** Under the theory of prevention of disease, the treatment of CVA with Qufeng Jiejing Runzao formula combined with acupoint application can complement each other, further improve lung function, reduce inflammatory response, effectively control symptoms, enhance efficacy, reduce the recurrence rate of CVA and the incidence of asthma, and improve patient prognosis.

[**Key words**] Cough variant asthma; Theory of prevention of disease; Qufeng Jiejing Runzao formula; Acupoint application therapy; Cough; Lung function; Interleukin-6; Calcitonin gene-related peptide

咳嗽变异性哮喘(cough variant asthma, CVA)是以反复发作的咳嗽为主要或唯一症状,病理与典型哮喘类似的呼吸系统疾病,是哮喘发生的高风险人群,严重威胁患者生命健康,及时有效治疗对促进病情良好转归意义重大[1-2]。西医治疗 CVA 多予以糖皮质激素、支气管扩张剂等,但治疗周期长,停药后易复发[3]。治未病是中医学的重要理论,《医学源流论》记载:“病之始生浅,则易治;久而深入,则难治”“故凡人少有不适,必当即时调治,断不可忽为小病,以致渐深;更不可勉强支持,使病更增,以贻无穷之害”,即疾病在早期即被治愈,就不会进一步发展、恶化。治未病能“先安未受邪之地”,主要思想是“未病先防、既病防变、愈后防复”,即采取相应的措施,防止疾病的发生发展以及初愈后的复发,在古代被视为“上工之术”,在当今医疗界仍是一种先进的理念,在高血压、小儿反复呼吸道感染等多个领域应用广泛,并取得了显著的成效,但在 CVA 领域的报道较少[4-5]。CVA 归属于中医学“久咳”“咳嗽”等范畴,病机多为风邪犯肺、阴津不足、肺脏润养不及等[6]。祛风解痉润燥法可针对 CVA 的病机,其方剂具有敛肺止咳、祛风润燥解痉的功效。穴位贴敷是立足于中医经络学说的外治疗法,治疗 CVA、哮喘能有效减轻患者临床症状[7-9]。李晓梅和乔世举[10]研究发现,养阴清肺汤联合中药穴位贴敷治疗 CVA,能显著提高疗效。李倩男等[11]发现,清热定喘方联合穴位贴敷能提高过敏性鼻炎哮喘综合征的总有效率。可见中药内服联合穴位贴敷能增加患者获益,但中药种类丰富、人体腧穴较多,如何配伍中药、选择穴位能进一步提高疗效值得探讨。本研究立足于中医治未病理论,针对 CVA 的病机合理配伍形成祛风解痉润燥法方剂,探讨治未病理论下祛风解痉润燥法联合穴位贴敷治疗 CVA 的效果,为临床治疗 CVA、预防病情进展提供参考。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取 2023 年 1 月至 2024 年 2 月承德市中医院门诊确诊的 CVA 患者 100 例作为研究对象。随机数字表法将患者分为贴敷组 33 例、内服组 34 例、联合组 33 例,3 组基线资料均衡可比($P>0.05$)。见表 1。本研究经承德市中医院伦理委员会审查(编号:ZYYKY23017),患者均签署知情同意书。

1.2 诊断标准

西医诊断参考《咳嗽的诊断与治疗指南(2015)》[12]。中医诊断参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》[13],辨证为风邪伏肺证,无痰或少痰,干咳、呛咳或挛急性连续咳嗽,呈阵发性、反复发作,活动、冷空气、异味刺激等可诱发或加重,咽痒,胸闷气急,晨起或夜间明显;舌质红,苔薄白或薄黄,脉浮或弦。

中国知网 https://www.cnki.net

表 1 3 组咳嗽变异性哮喘患者一般资料比较

组别	例数	年龄（$\bar{x}\pm s$，岁）	性别/例 男	性别/例 女	病程（$\bar{x}\pm s$，年）	体质量指数（$\bar{x}\pm s$，kg/m^2）	过敏性鼻炎/例	哮喘家族史/例
贴敷组	33	51.02 ± 9.78	17	16	5.32 ± 1.70	23.65 ± 1.27	19	3
内服组	34	49.66 ± 10.50	15	19	4.98 ± 1.56	23.29 ± 1.43	22	4
联合组	33	50.79 ± 11.23	19	14	5.15 ± 1.27	23.50 ± 1.01	24	6

注：贴敷组给予穴位贴敷治疗，内服组给予祛风解痉润燥法方剂内服，联合组给予祛风解痉润燥法方剂内服联合穴位贴敷治疗。

1.3 选例标准

1.3.1 纳入标准：满足中西医诊断标准；年龄 18 ~ 70 岁；依从性好，可遵医嘱用药；用药前 2 周无相关药物应用史或进行为期 2 周的药物洗脱期。

1.3.2 排除标准：对本研究药物过敏者；合并肺结核、肺癌等严重肺部疾病者；合并血液、心脑血管系统严重疾病者；伴精神疾病者；妊娠或哺乳期妇女；近期或正在参加其他临床试验；贴敷处皮肤破损者。

1.3.3 剔除标准：因各种原因未完成治疗者；依从性差或拒绝接受治疗者；不能按要求用药者；研究期间使用了其他相关药物者；失访或自行退出者。

1.3.4 终止标准：受试者病情持续恶化，可能发生危险事件；出现严重不良反应；受试者干预过程出现特殊的病理改变，不适合继续用药。

1.4 治疗方法

各组均予以沙美特罗替卡松吸入粉雾剂（法国 Glaxo Wellcome Production，批准文号 H20150323）每次 1 吸（沙美特罗 50 μg 和丙酸氟替卡松 100 μg），每日 2 次。在此基础上，贴敷组给予穴位贴敷，将炒白芥子 20 g、延胡索 20 g、细辛 10 g、甘遂 10 g 研磨成粉，过 100 目筛，加入姜汁调制成 1 cm 大小的饼状药丸，贴于患者大椎、天突、膻中、双侧肺俞、双侧心俞、双侧膈俞穴，覆盖医用纱布，用胶布固定，每日 1 次，每次贴 3 ~ 4 h 后揭去，若有红肿、水泡等不适，可提前揭去。内服组给予祛风解痉润燥法方剂内服，方药：桑叶 10 g、苦杏仁 10 g、牛蒡子 15 g、浙贝母 30 g、清半夏 9 g、芦根 30 g、瓜蒌 30 g、枇杷叶 15 g、桔梗 10 g、紫苏叶 10 g、蝉蜕 6 g、蜜百部 20 g、钩藤 15 g、僵蚕 9 g、穿山龙 30 g、甘草 10 g。随证加减：风热者加桑白皮 10 g，薄荷 9 g；痰热者加黄芩 10 g，鱼腥草 10 g；风寒者加荆芥 10 g，防风 9 g；声音嘶哑者加桃仁 10 g，威灵仙 20 g。中药饮片由承德市中医院中药房统一提供，每剂煎成 250 mL 药液分早晚 2 次口服。联合组给予祛风解痉润燥法方剂内服（用法用量同内服组）联合穴位贴敷（方法同贴敷组）。3 组疗程均为 2 周。

1.5 观察指标

1.5.1 临床疗效：疗效相关标准参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》[13]，临床痊愈为临床症状、体征消失或基本消失，疗效指数≥95%；显效为临床症状、体征明显改善，疗效指数 70% ~ <95%；有效为临床症状、体征均有好转，疗效指数 30% ~ <70%；无效为临床症状、体征无明显改善，甚或加重，疗效指数 <30%。疗效指数 =（治疗前中医证候积分 - 治疗后中医证候积分）/治疗前中医证候积分 × 100%，总有效率 =（临床痊愈 + 显效 + 有效）例数/总例数 × 100%[14]。

1.5.2 治疗前后日间与夜间咳嗽症状评分：日间咳嗽根据程度分为未出现、偶尔、间歇单声、间歇频繁分别记 0 分、1 分、2 分、3 分；夜间咳嗽分为未出现、因咳嗽醒来 1 次、因咳嗽醒来 2 ~ 3 次、经常咳醒以致影响睡眠分别记 0 分、1 分、2 分、3 分。

1.5.3 治疗前后肺功能：包括第 1 秒用力呼气容积（forced expiratory volume in the first second，FEV1）、FEV1/用力肺活量（forced vital capacity，FVC）、呼气流量峰值（peak expiratory flow，PEF），采用美国 PDS 公司 KOKO 台式肺功能仪检测以上肺功能指标。

1.5.4 治疗前后血清与痰液炎症指标：包括血清白细胞介素-6（interleukin-6，IL-6）、白细胞介素-8（interleukin-8，IL-8）、肿瘤坏死因子-α（tumor necrosis factor-α，TNF-α）及痰液降钙素基因相关肽（calcitonin gene-related peptide，CGRP）、受体活性修饰蛋白（receptor active modification protein，RAMP），治疗前后分别采集空腹静脉血 5 mL 和晨起深咳痰液 5 mL，以 ELISA 法检测血清及痰液中上述炎症指标，试剂盒均购自美国 santasanta 公司。

1.5.5 不良反应：比较 3 组不良反应发生情况，包括恶心、腹泻、便秘、贴敷部位发痒。

1.5.6 复发率、哮喘发生率：以门诊复查的方式随访 4 ~ 19 个月，中位数为 1 年，比较 3 组复发率、哮喘发生率。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 27.0 软件进行统计学分析。计数资料用率（%）表示，行 χ^2 检验；计量资料以均数 ± 标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，多组间比较行单因素方差分析，两两比较行 LSD-t 检验。$\alpha=0.05$ 为检验水准。

中国知网 https://www.cnki.net

2 结果

2.1 临床疗效比较

联合组总有效率高于贴敷组、内服组（$P<0.05$）；贴敷组与内服组总有效率比较无明显差异（$P>0.05$）。见表 2。

2.2 治疗前后日间与夜间咳嗽症状评分比较

3 组治疗后日间与夜间咳嗽症状评分均低于治疗前（$P<0.05$）；联合组治疗后日间与夜间咳嗽症状评分低于贴敷组、内服组（$P<0.05$）；贴敷组治疗后日间与夜间咳嗽症状评分低于内服组（$P<0.05$）。见表 3、图 1。

2.3 治疗前后肺功能比较

3 组治疗后 FEV1、FEV1/FVC、PEF 高于治疗前（$P<0.05$）；联合组治疗后 FEV1、FEV1/FVC、PEF 高于贴敷组、内服组（$P<0.05$）；贴敷组治疗后 FEV1、FEV1/FVC、PEF 高于内服组（$P<0.05$）。见表 4、图 2。

表 2 3 组咳嗽变异性哮喘患者临床疗效比较[例(%)]

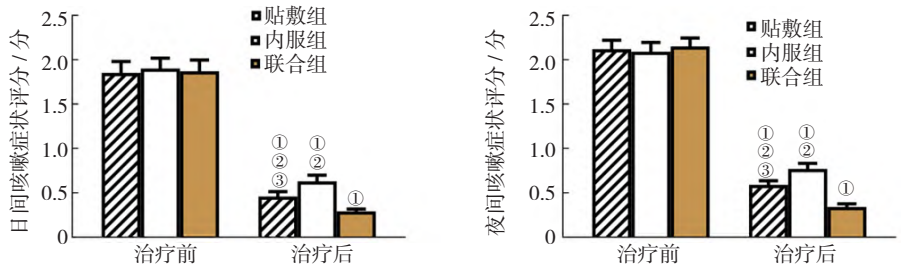
组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
贴敷组	33	8（24.24）	11（33.33）	5（15.15）	9（27.27）	24（72.73）①
内服组	34	9（26.47）	12（35.29）	7（20.59）	6（17.65）	28（82.35）①
联合组	33	20（60.61）	9（27.27）	4（12.12）	0	33（100.00）

注：贴敷组给予穴位贴敷治疗，内服组给予祛风解痉润燥法方剂内服，联合组给予祛风解痉润燥法方剂内服联合穴位贴敷治疗；与联合组比较，①$P<0.05$。

表 3 3 组咳嗽变异性哮喘患者治疗前后日间与夜间咳嗽症状评分比较($\bar{x}\pm s$，分)

组别	例数	日间咳嗽症状评分		夜间咳嗽症状评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
贴敷组	33	1.85±0.37	0.46±0.15①②③	2.12±0.28	0.59±0.13①②③
内服组	34	1.90±0.34	0.63±0.20①②	2.09±0.30	0.77±0.18①②
联合组	33	1.87±0.36	0.29±0.08①	2.15±0.27	0.34±0.10①

注：贴敷组给予穴位贴敷治疗，内服组给予祛风解痉润燥法方剂内服，联合组给予祛风解痉润燥法方剂内服联合穴位贴敷治疗；与治疗前比较，①$P<0.05$；与联合组比较，②$P<0.05$；与内服组比较，③$P<0.05$。



贴敷组给予穴位贴敷治疗，内服组给予祛风解痉润燥法方剂内服，联合组给予祛风解痉润燥法方剂内服联合穴位贴敷治疗；与治疗前比较，①$P<0.05$；与联合组比较，②$P<0.05$；与内服组比较，③$P<0.05$。

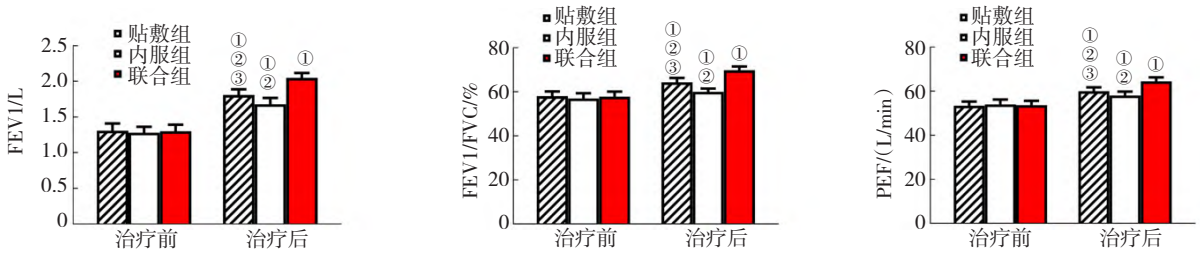
图 1 3 组咳嗽变异性哮喘患者治疗前后日间与夜间咳嗽症状评分比较

表 4 3 组咳嗽变异性哮喘患者治疗前后肺功能比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	FEV1/L		FEV1/FVC/%		PEF/(L/min)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
贴敷组	33	1.31±0.28	1.81±0.22①②③	58.00±6.14	64.32±5.49①②③	53.44±5.19	60.03±4.83①②③
内服组	34	1.28±0.24	1.68±0.25①②	56.95±7.02	60.01±4.25①②	54.03±6.26	58.12±4.95①②
联合组	33	1.30±0.26	2.05±0.19①	57.78±6.63	69.76±4.88①	53.72±5.34	64.50±5.15①

注：贴敷组给予穴位贴敷治疗，内服组给予祛风解痉润燥法方剂内服，联合组给予祛风解痉润燥法方剂内服联合穴位贴敷治疗；FEV1 为第 1 秒用力呼气容积，FVC 为用力肺活量，PEF 为呼气流量峰值；与治疗前比较，①$P<0.05$；与联合组比较，②$P<0.05$；与内服组比较，③$P<0.05$。

中国知网 https://www.cnki.net



贴敷组给予穴位贴敷治疗,内服组给予祛风解痉润燥法方剂内服,联合组给予祛风解痉润燥法方剂内服联合穴位贴敷治疗;FEV1 为第 1 秒用力呼气容积,FVC 为用力肺活量,PEF 为呼气流量峰值;与治疗前比较,①$P<0.05$;与联合组比较,②$P<0.05$;与内服组比较,③$P<0.05$。

图 2 3 组咳嗽变异性哮喘患者治疗前后肺功能比较

2.4 治疗前后血清与痰液炎症指标比较

联合组、内服组治疗后血清 IL-6、IL-8、TNF-α 与痰液 CGRP、RAMP 低于治疗前($P<0.05$);联合组治疗后血清 IL-6、IL-8、TNF-α 与痰液 CGRP、RAMP 低于贴敷组、内服组($P<0.05$);内服组治疗后血清 IL-6、IL-8、TNF-α 与痰液 CGRP、RAMP 低于贴敷组($P<0.05$)。见表 5。

2.5 不良反应比较

3 组不良反应总发生率比较无明显差异($P>0.05$)。见表 6。

2.6 复发率、哮喘发生率比较

经随访,贴敷组失访 2 例,内服组无失访病例,联合组失访 1 例。联合组复发率、哮喘发生率均低于内服组、贴敷组($P<0.05$)。见表 7。

3 讨论

CVA 主要病理机制与炎症细胞、炎性介质在气道内聚集,引起的气道内上皮细胞脱落、气道黏膜增厚、大量分泌黏液密切相关[15]。西医治疗长期用药虽能控制 CVA 症状,但不能根治,且易反复发作,产生耐药,部分药物(如糖皮质激素)长期应用还存在一系列潜在的不良反应,如何维持疗效,降低对西医药物的依赖成为该领域面临的一个重大挑战[16-17]。

中医学认为,风燥犯表,邪客肺络,损伤肺气,肺气上逆,风燥未除,风盛蒸津,津液受损,肺失滋养,久咳不已,故治疗当以润肺生津止咳,兼清热与疏风。本研究祛风解痉润燥法方剂中桑叶辛苦气平、轻宣燥热以扬外邪,枇杷叶味苦性寒、清肺热缓肺燥,苦杏仁温润、清降肺气、润燥止咳,三者共为君药,可宣肺透邪;重用芦根、浙贝母、百部增强清热生津、润燥止咳的作用,以臣药增强君药之功效;佐以牛蒡子、瓜蒌、桔梗、紫苏叶、蝉蜕、钩藤以清热解毒、解表宣肺,僵蚕、穿山龙息风止痉,清半夏降逆止咳和胃。全方共奏祛风解痉,润燥生津止咳之功。相关药理学研究也显示,中医药治疗有助于改善 CVA 的症状和炎症反应,促进肺功能恢复[18-20]。

表 5 3 组咳嗽变异性哮喘患者治疗前后血清与痰液炎症指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	血清 IL-6/(μg/mL)	血清 IL-8/(ng/mL)	血清 TNF-α/(ng/mL)	痰液 CGRP/(ng/L)	痰液 RAMP/(ng/L)
贴敷组	33	治疗前	71.82±10.67	94.05±17.33	2.30±0.67	84.60±23.91	17.45±5.30
		治疗后	67.95±12.04②③	90.99±15.62②③	2.19±0.61②③	80.96±19.50②③	16.83±3.79②③
内服组	34	治疗前	69.56±12.44	92.89±20.46	2.19±0.58	82.77±29.53	16.78±5.29
		治疗后	48.51±8.73①②	41.59±11.08①②	1.53±0.40①②	76.20±13.32①②	14.24±4.15①②
联合组	33	治疗前	70.11±9.83	96.57±22.17	2.24±0.62	86.25±26.00	17.29±4.88
		治疗后	36.34±11.20①	30.02±8.79①	1.05±0.26①	70.18±11.76①	11.00±3.04①

注:贴敷组给予穴位贴敷治疗,内服组给予祛风解痉润燥法方剂内服,联合组给予祛风解痉润燥法方剂内服联合穴位贴敷治疗;IL-6 为白细胞介素-6,IL-8 为白细胞介素-8,TNF-α 为肿瘤坏死因子-α,CGRP 为降钙素基因相关肽,RAMP 为受体活性修饰蛋白;与治疗前比较,①$P<0.05$;与联合组比较,②$P<0.05$;与内服组比较,③$P<0.05$。

表 6 3 组咳嗽变异性哮喘患者不良反应比较[例(%)]

组别	例数	恶心	腹泻	便秘	贴敷部位发痒	总发生
贴敷组	33	0	0	2(6.06)	1(3.03)	3(9.09)
内服组	34	0	1(2.94)	1(2.94)	0	2(5.88)
联合组	33	1(3.03)	1(3.03)	0	1(3.03)	3(9.09)

注:贴敷组给予穴位贴敷治疗,内服组给予祛风解痉润燥法方剂内服,联合组给予祛风解痉润燥法方剂内服联合穴位贴敷治疗。

中国知网 https://www.cnki.net

表 7 3 组咳嗽变异性哮喘患者复发率、哮喘发生率比较[例(%)]

组别	例数	复发	哮喘
贴敷组	31	8 (25.81)①	7 (22.58)①
内服组	34	10 (29.41)①	6 (17.65)①
联合组	32	1 (3.12)	0

注:贴敷组给予穴位贴敷治疗,内服组给予祛风解痉润燥法方剂内服,联合组给予祛风解痉润燥法方剂内服联合穴位贴敷治疗;与联合组比较,①$P<0.05$。

穴位贴敷药物可直接刺激穴位,药力循经络透入皮肤后,局部药物浓度较高,直接作用于靶部位,“与内治并行,而能补内治之不及”,对多种顽疾能取得意想不到的功效。且穴位贴敷疗法不经胃肠给药,安全性高,无创无痛,患者易于接受。有研究基于中医治未病理论治疗小儿变应性鼻炎合并哮喘取得了预期效果[21]。本研究采用炒白芥子、延胡索、细辛、甘遂制成小饼状药丸贴敷,是基于《张氏医通·喘门》中的医方,具有益气养肺、降气化痰、通经活络、调整阴阳平衡的作用。现代药理研究显示,该方剂具有增强免疫功能的效果,可预防因感染诱发的咳嗽等相关症状[22-23]。本研究所选用的大椎穴,具有清热解表、散寒通痹、振奋阳气的功效,可祛邪外出,具有止咳平喘的效果。膻中和天突穴宣肺通气以平喘、止咳消痰。肺俞穴具有清热止咳、宣肺平喘的功效。心俞宽胸理气、通络安神,是治疗咳嗽的要穴。膈俞是一个重要的呼吸调节点,可以帮助缓解胸闷、气促、咳嗽,对于 CVA 具有较好的对症治疗作用。

本研究结果显示,贴敷组治疗后日间与夜间咳嗽症状评分低于内服组,治疗后 FEV1、FEV1/FVC、PEF 高于内服组,提示穴位贴敷在改善肺功能及咳嗽症状方面具有优势;内服组治疗后血清 IL-6、IL-8、TNF-α 与痰液 CGRP、RAMP 低于贴敷组,提示祛风解痉润燥法方剂内服在改善炎症方面具有优势。本研究中,联合组总有效率及治疗后 FEV1、FEV1/FVC、PEF 高于贴敷组、内服组,而治疗后日间与夜间咳嗽症状评分、血清 IL-6、IL-8、TNF-α 与痰液 CGRP、RAMP 低于贴敷组、内服组,说明祛风解痉润燥法联合穴位贴敷能进一步提高肺功能,降低炎症反应,有效控制症状,增强疗效。穴位贴敷药效可循经直达病灶,在改善肺功能、症状方面具有优势,中药内服全身给药,在改善炎症方面具有优势,从而优势互补,增强效果。血清 IL-6、IL-8、TNF-α 与痰液 CGRP、RAMP 在 CVA、哮喘患者中表达水平较高,参与气道炎症反应、高反应性、气道重塑等病理过程[24-26]。本研究以两种方法联合治疗,能降低血清 IL-6、IL-8、TNF-α 与痰液 CGRP、RAMP 水平,有助于改善气道炎症反应,维持更长时间的治疗效果。

本研究还发现,联合组复发率、哮喘发生率低于内服组、贴敷组,在降低 CVA 复发率及哮喘发生率方面具有优势。本研究贯穿治未病思想,在患者出现咳嗽等症状时,以祛风解痉润燥法和穴位贴敷祛邪缓解症状为主,达到“既病防变”作用,并间接预防病情的进展和哮喘的发生。同时祛风解痉润燥法和穴位贴敷具有改善气道炎症等作用,兼顾预防调护,防止 CVA 持续或加重,去除哮喘的病因,提前干预,预防哮喘的发生,达到“未病先防”的目的,充分发挥中医药特色优势。

综上所述,治未病理论下祛风解痉润燥法联合穴位贴敷治疗 CVA,能优势互补,进一步提高肺功能,降低炎症反应,有效控制症状,增强疗效,降低 CVA 复发率及哮喘发生率,有助于减轻西药依赖,改善患者预后。

4 参考文献

[1] ZHAN W, WU F, ZHANG Y, et al. Identification of cough-variant asthma phenotypes based on clinical and pathophysiologic data[J]. J Allergy Clin Immunol, 2023, 152(3):622-632.

[2] JIN L, GONG H, ZHANG Q. The clinical differences between cough variant asthma cells and humoral immunology indicators[J]. Cell Mol Biol (Noisy-le-grand), 2022,68(4):188-193.

[3] CAO J Y, WANG Y C, DENG X X. Efficacy of β2-adrenergic receptor agonist combined with corticosteroid in the treatment of children with cough variant asthma[J]. World J Clin Cases, 2023,11(31):7610-7618.

[4] 李敏,曹玲,中华中医药学会《儿童反复呼吸道感染治未病干预指南》工作组. 儿童反复呼吸道感染治未病干预指南[J]. 北京中医药,2023,42(11):1191-1196.

[5] 《高血压病治未病干预指南》编写组,北京中医药大学东直门医院. 高血压病治未病干预指南[J]. 北京中医药大学学报,2023,46(8):1063-1075.

[6] SHAO Z, GUO J, LU X, et al. Effect of the modified painless blistering moxibustion with wheat-grain sized moxa cone on cough variant asthma of pathogenic wind attacking the lung: a randomized controlled trial[J]. Chin Acup Moxib, 2024,44(3):261-265.

[7] 梅玉霞,刘小敏,陆振瑜,等. 定喘汤联合穴位贴敷对小儿咳嗽变异性哮喘患儿血清骨膜素、sST2 和 CC-16

中国知网 https://www.cnki.net

水平的影响[J]. 检验医学与临床,2022,19(4):532-536.
[8] 朱舜之,刘英. 六君子汤联合穴位贴敷治疗肺脾两虚证支气管哮喘缓解期患者的临床观察[J]. 世界中西医结合杂志,2023,18(9):1821-1825.
[9] 唐鸿,翟慧媛,方小谦,等. 钩薄过敏煎联合贴敷治疗咳嗽变异性哮喘的疗效及对 IL-4、IFN-γ、FeNO 和 CaNO的影响[J]. 中医药学报,2022,50(2):72-77.
[10] 李晓梅,乔世举. 养阴清肺汤联合中药穴位贴敷治疗咳嗽变异性哮喘 100 例临床观察[J]. 西部中医药,2022,35(8):115-117.
[11] 李倩男,于才,赵坤,等. 清热定喘方联合穴位贴敷治疗过敏性鼻炎哮喘综合征急性期痰热内蕴证 45 例[J]. 环球中医药,2023,16(7):1464-1468.
[12] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南(2015)[J]. 中华结核和呼吸杂志,2016,39(5):323-354.
[13] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002.
[14] 黄慧思,韩超,石艳红,等. 基于气道神经源性炎症探讨翘芩清肺剂对咳嗽变异性哮喘调节作用的实验研究[J]. 海南医学院学报,2023,29(9):666-673.
[15] 黄良龙,张利诚,王涛,等. 咳嗽变异性哮喘患儿血 miR-34a 表达水平与免疫失衡状态和炎症反应的关系研究[J]. 浙江医学,2023,45(7):713-716,722.
[16] YI F, ZHAN C, LIU B, et al. Effects of treatment with montelukast alone, budesonide/formoterol alone and a combination of both in cough variant asthma[J]. Respir Res, 2022,23(1):279.
[17] IBRAHIM ARIF S, AMER Y S, ADNAN ALKAMAL T, et al. Patient response to the management during the acute presentation of cough variant Asthma: retrospective cohort study[J]. Saudi J Biol Sci, 2023, 30(12): 103875.
[18] REN Y, LI X, ZHANG Y, et al. Xiaoqinglong decoction suppresses childhood cough variant asthma and inhibited the body inflammatory response by regulating IL-6/STAT3 signalling pathway[J]. Ann Med Surg (Lond), 2023,85(11):5469-5477.
[19] 纪茜茜,王爱华,隆红艳. 基于网络药理学研究黄龙合剂治疗小儿咳嗽变异性哮喘的机制及实验验证[J]. 国际中医中药杂志,2024,46(2):196-202.
[20] 朱栋,何翔,李国平. 基于网络药理学及分子对接技术探讨中药复方射干麻黄汤治疗咳嗽变异性哮喘的作用机制[J]. 环球中医药,2023,16(2):210-217.
[21] 谢靓,黄建勤,李小梅. 基于中医治未病理论的汤剂联合布地奈德治疗小儿变应性鼻炎合并哮喘的效果及对免疫功能的影响[J]. 辽宁中医杂志,2023,50(9):116-119.
[22] 赵舒梅,龚晓燕,胡骏,等. 基于血清代谢组学与网络药理学研究咳喘停穴位贴敷治疗哮喘的效应物质与作用机制[J]. 中国中药杂志,2022,47(24):6780-6793.
[23] 凌海涛,黄海,莫健平. 玉屏风散联合穴位贴敷治疗小儿哮喘并发反复呼吸道感染的疗效及对炎症因子和免疫功能的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2022,17(7):1463-1467.
[24] 陈翠仪,吴雷,吕嘉春,等. 支气管哮喘患者外周血及诱导痰中 CGRP、RAMP-1 含量水平的测定及其意义[J]. 国际呼吸杂志,2022,42(6):410-415.
[25] 谷胜男,刘璐佳,杨阳,等. 儿童咳嗽变异性哮喘气道重塑发病机制及抗支糖浆作用机制研究进展[J]. 疑难病杂志,2024,23(2):245-248.
[26] 蒋萍影,唐国英. 外周血 EETs 水平与咳嗽变异性哮喘患儿 Th1 和 Th2 及其细胞因子、小气道功能的相关性分析[J]. 中国妇幼健康研究,2024,35(2):38-43.

(收稿时间:2024-06-05 修回时间:2024-08-10)
(责任编辑:王金立)

中国知网 https://www.cnki.net