

射干麻黄汤加减辨治小儿风寒闭肺证喘息性疾病的临床研究

任光美

松桃苗族自治县民族中医院儿科 贵州 松桃 554100

【摘要】目的：探讨射干麻黄汤加减辨治小儿风寒闭肺证喘息性疾病的临床效果。方法：选取2021年1月至2024年12月收治的100例风寒闭肺证喘息性疾病患儿，依据治疗方案分为常规西药组与中药加减组各50例。常规西药组予以常规西医治疗，中药加减组在此基础上加用射干麻黄汤加减。比较两组中医证候积分、临床症状体征消退时间及炎症因子水平。结果：治疗后，中药加减组中医证候积分显著低于常规西药组（ $P<0.05$ ）；中药加减组咳嗽消失时间、喘息消失时间、肺部啰音消失时间及憋喘缓解时间均短于常规西药组（ $P<0.05$ ）；中药加减组白细胞介素-6（IL-6）及C反应蛋白（CRP）水平均低于常规西药组（ $P<0.05$ ）。结论：射干麻黄汤加减联合常规西医方案治疗小儿风寒闭肺证喘息性疾病可有效改善中医证候，加速临床症状体征消退，降低炎症反应水平。

【关键词】射干麻黄汤；小儿；风寒闭肺证；喘息性疾病；中医证候积分；炎症因子

DOI:10.12417/2705-098X.26.10.013

小儿喘息性疾病是儿科呼吸系统常见病症，以反复发作的喘息、咳嗽、气促为主要表现，近年来其发病率呈持续攀升态势，严重影响患儿的生长发育与生活品质。目前临床多采用支气管舒张剂、糖皮质激素等西医方案控制急性发作，虽能在一定程度上缓解症状，但对于反复发作的风寒闭肺证型患儿，单纯西医治疗在改善整体证候、调节机体免疫炎症状态方面仍显不足^[1]。中医学将本病归属于“哮喘”“喘证”范畴，认为风寒闭肺为小儿喘息的核心病机之一，射干麻黄汤出自《金匱要略》，具有宣肺散寒、降逆化痰之功，契合风寒闭肺证的病机要点^[2]。然而，关于该方加减辨治小儿风寒闭肺证喘息性疾病的系统性临床证据尚不充分^[3]。本研究旨在观察射干麻黄汤加减联合常规西医方案在该类患儿中的应用价值，以期为中西医结合诊疗提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年1月至2024年12月本院儿科收治的100例符合风寒闭肺证喘息性疾病诊断标准的患儿作为研究对象，依据治疗方案不同分为常规西药组与中药加减组各50例。本研究经本院医学伦理委员会审批通过，所有患儿监护人均知情同意并签署知情同意书。两组患儿一般资料比较，差异均无统计学意义（ $P>0.05$ ）。见表1。

表1 两组患儿一般资料比较

组别	常规西药组	中药加减组	t/χ^2 值	P 值
----	-------	-------	--------------	-----

例数	50	50		
----	----	----	--	--

年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	4.52±1.38	4.37±1.42	0.536	0.593
男/女(例)	28/22	26/24	0.164	0.686
病程(d, $\bar{x}\pm s$)	3.64±1.15	3.51±1.22	0.548	0.585
体温($^{\circ}\text{C}$, $\bar{x}\pm s$)	37.82±0.45	37.76±0.48	0.645	0.521

1.2 临床纳入与排除标准

纳入标准：符合《诸福棠实用儿科学》中小儿喘息性疾病的西医诊断标准^[4]，且中医辨证属风寒闭肺证；年龄1~12岁；入组前1周内未使用其他中药制剂；患儿监护人知情同意并自愿配合本研究；临床资料完整可供统计分析。

排除标准：合并先天性心脏病、支气管异物或肺结核等器质性病变；伴有严重肝肾功能异常；对本研究所用中药成分过敏或存在禁忌证；治疗期间自行更改用药方案或中途脱落；合并免疫缺陷性疾病或恶性肿瘤。

1.3 方法

常规西药组：予以常规西医对症治疗，包括吸入用布地奈德混悬液（南京力成药业有执公司，规格：2ml:1mg，国药准字H20244102）雾化吸入，每次1mg，每日2次；硫酸沙丁胺醇雾化吸入溶液（湖南华纳大药厂股份有限公司，规格：2.5ml:5mg，国药准字H20233336）雾化吸入，每次2.5mg，每日2次；必要时给予退热、补液等支持治疗，疗程7d。

中药加减组：在常规西药组治疗基础上加用射干麻黄汤加减口服。基本方：射干6g、麻黄3g、生姜3g、细辛1g、紫菀6g、款冬花6g、五味子3g、法半夏6g、大枣3枚。加减法：

痰多色白加白前 6g、苏子 6g；鼻塞流涕重加辛夷 3g、苍耳子 3g；喘息较甚加地龙 6g、僵蚕 3g。每日 1 剂，水煎至 100mL，分早晚 2 次温服，疗程 7d。两组均于治疗前及治疗 7d 后进行各项指标评估。

1.4 观察指标

(1) 中医证候积分：于治疗前及治疗 7d 后参照《中药新药临床研究指导原则》^[5]对两组患儿的主症（喘息、咳嗽、痰鸣）与次症（鼻塞、恶寒、面色青白）进行评分，主症按无、轻、中、重分别记 0、2、4、6 分，次症按无、轻、中、重分别记 0、1、2、3 分，总分 0~27 分，分值越高提示证候越重。

(2) 临床症状体征消退时间：记录两组患儿咳嗽消失时间、喘息消失时间、肺部啰音消失时间及憋喘缓解时间。咳嗽消失标准为患儿 24h 内无自发性咳嗽发作；喘息消失标准为肺部听诊未闻及哮鸣音且患儿无主观喘息感；肺部啰音消失标准为双肺听诊呼吸音清晰，未闻及干湿性啰音；憋喘缓解标准为患儿安静状态下呼吸平稳，无鼻翼扇动、三凹征等呼吸困难表现。

(3) 炎症因子水平：于治疗前及治疗 7d 后抽取患儿空腹静脉血 3mL，离心后取血清，采用酶联免疫吸附法测定白细胞介素-6（interleukin-6, IL-6，正常参考值<7pg/mL）；同时采用免疫比浊法测定 C 反应蛋白（C-reactive protein, CRP，正常参考值<10mg/L）水平。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 26.0 统计软件处理数据。计量资料经 Shapiro-Wilk 检验确认符合正态分布后以均数±标准差（ $\bar{x} \pm s$ ）表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内治疗前后比较采用配对 t 检验；计数资料以例（%）表示，组间比较采用 χ^2 检验或 Fisher 确切概率法（当理论频数<5 时）。以 P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿治疗前后中医证候积分比较

治疗前两组患儿中医证候积分比较差异无统计学意义（P>0.05）；治疗后两组证候积分均较治疗前降低，且中药加减组显著低于常规西药组（P<0.05）。见表 2。

表 2 两组患儿治疗前后中医证候积分比较（分， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	常规西药组	中药加减组	t 值	P 值	
例数	50	50			
喘息评分	治疗前	4.36±1.12	4.42±1.08	0.273	0.786
	治疗后	2.18±0.74	1.36±0.52	6.399	<0.001

咳嗽评分	治疗前	3.92±1.05	3.86±1.10	0.279	0.781
	治疗后	2.04±0.68	1.28±0.46	6.531	<0.001

2.2 两组患儿临床症状体征消退时间比较

中药加减组咳嗽消失时间、喘息消失时间、肺部啰音消失时间及憋喘缓解时间均短于常规西药组，差异有统计学意义（P<0.05）。见表 3。

表 3 两组患儿临床症状体征消退时间比较（d， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	常规西药组	中药加减组	t 值	P 值
例数	50	50		
咳嗽消失时间	5.82±1.34	4.16±1.08	6.821	<0.001
喘息消失时间	4.68±1.18	3.24±0.96	6.688	<0.001
肺部啰音消失时间	5.24±1.26	3.72±1.14	6.322	<0.001
憋喘缓解时间	3.86±1.02	2.54±0.82	7.128	<0.001

2.3 两组患儿治疗前后炎症因子水平比较

治疗前两组患儿炎症因子水平比较差异均无统计学意义（P>0.05）；治疗后两组各项炎症因子水平均较治疗前降低，且中药加减组炎症因子水平均显著低于常规西药组（P<0.05）。见表 4。

表 4 两组患儿治疗前后炎症因子水平比较（pg/mL， $\bar{x} \pm s$ ）

组别	常规西药组	中药加减组	t 值	P 值	
例数	50	50			
IL-6	治疗前	28.64±5.72	29.18±5.46	0.483	0.630
	治疗后	15.38±3.46	9.64±2.58	9.384	<0.001
IL-8	治疗前	86.52±12.34	85.74±11.86	0.322	0.748
	治疗后	64.18±8.52	48.36±7.24	9.991	<0.001

3 讨论

小儿喘息性疾病属于儿科呼吸系统的多发性病症，由于患儿气道发育尚未成熟，黏膜血管丰富且纤毛运动功能较弱，在外感风寒等邪病侵袭后极易引发气道痉挛与黏液分泌亢进，导致喘息反复发作。中医学认为，风寒闭肺是小儿喘息的重要病机，寒邪束肺使肺气宣降失常，津液凝聚为痰，痰阻气道则喘息作矣。本研究选取中医证候积分、临床症状体征消退时间及炎症因子作为疗效评价维度，旨在从证候改善、症状消退速度及炎症调控三方面综合评判射干麻黄汤加减的干预效果^[6]。

本研究表明,经7d治疗后,中药加减组的喘息、咳嗽等中医证候评分均明显低于常规西药组,提示射干麻黄汤加减在改善风寒闭肺证候方面优势显著。方中射干清肺利咽、降逆祛痰,与麻黄相配,一升一降,宣肺散寒之力增强;细辛性善走窜,温肺化饮,可助麻黄开泄肺气;紫菀、款冬花润肺下气、消痰止咳,二者合用润而不滞、温而不燥;法半夏燥湿化痰、降逆和胃,五味子收敛肺气以防宣散太过,诸药配伍使散中有收、宣中有降,切合小儿风寒闭肺的病理特点^[7]。同时,本研究根据患儿个体差异进行随证加减,痰多色白者加白前、苏子以增强化痰降气之力,鼻塞流涕重者加辛夷、苍耳子以通鼻窍散风寒,喘息较甚者加地龙、僵蚕以解痉平喘,体现了辨证论治的灵活性与精准性。

在临床症状体征消退方面,中药加减组的咳嗽消失时间、喘息消失时间、肺部啰音消失时间及憋喘缓解时间均显著短于常规西药组,表明射干麻黄汤加减可加速风寒闭肺证喘息性疾

病患儿的症状缓解进程。方中麻黄宣肺平喘,射干降逆祛痰,二者相伍开宣肺气、涤除痰浊,有助于迅速解除气道痉挛与黏液壅塞,缩短喘息及啰音持续时间;细辛温肺化饮、通利气道,配合紫菀、款冬花润肺止咳,多药协同促进了咳嗽与憋喘的快速消退^[8]。此外,在炎症因子调控层面,中药加减组治疗后的IL-6、CRP水平均显著低于常规西药组。IL-6在气道炎症级联反应中发挥核心介导作用,CRP作为急性时相反应蛋白可敏感反映机体全身炎症活动程度,二者水平的协同下降提示射干麻黄汤加减可从抗炎通路层面抑制气道炎症的持续放大,这与该方多组分、多靶点的整合调控特征密切相关^[9]。

综上,射干麻黄汤加减联合常规西药方案治疗小儿风寒闭肺证喘息性疾病可有效缓解中医证候,加速临床症状体征消退,并降低气道炎症水平,中西医协同增效优势明显。在今后的临床实践中,可进一步扩大样本量并延长随访周期,深入探索该方在减少喘息复发及改善远期预后方面的潜在价值。

参考文献:

- [1] 尚云晓,王雪峰.中西医结合防治儿童哮喘专家共识[J].中国中西医结合儿科学,2020,12(3):185-191.
- [2] 王有鹏,于海洋,景伟超,等.射干麻黄汤治疗小儿咳嗽变异性哮喘研究进展[J].江苏中医药,2021,53(4):80-82.
- [3] 赵霞,秦艳虹,王有鹏,等.儿童哮喘中医诊疗指南(修订)[J].南京中医药大学学报,2022,38(6):476-482.
- [4] 毛千芊,谷晓阳.诸福棠与《诸福棠实用儿科学》[J].中国卫生人才,2023(7):56-58.
- [5] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则:试行[M].中国医药科技出版社,2002.
- [6] 董竞成,李风森,张炜,等.支气管哮喘中西医结合诊疗中国专家共识[J].中国中西医结合杂志,2023,43(1):12-20.
- [7] 赵霞,王有鹏,秦艳虹,等.儿童哮喘治未病干预方案[J].南京中医药大学学报,2022,38(8):676-686.
- [8] 叶妮,龚年金.麻黄的药理作用及其药对研究进展[J].药物化学,2024,12(3):213-219.
- [9] 陈锐扬,邸逸凡,潘宇,等.基于网络药理学和实验验证研究射干-麻黄对支气管炎的免疫调节作用[J].药物化学,2022,10(1):53-69.