

温肺祛风法治疗风寒型感染后咳嗽 95 例临床观察

吴峰妹 蔡 敏 王学东 李 红

(昆山市中医医院, 江苏昆山 215300)

摘 要 目的:观察温肺祛风法治疗风寒型感染后咳嗽的临床疗效。方法:选择符合风寒型感染后咳嗽的患者 187 例,随机分为 2 组,治疗组 95 例给予温肺祛风中药颗粒剂治疗,对照组 92 例给予美敏伪麻溶液治疗。2 组均以治疗 7d 为 1 个疗程,2 个疗程后观察患者临床疗效及中医证候积分和咳嗽积分。结果:治疗组愈显率 82.11%,总有效率 94.74%;对照组愈显率 51.09%,总有效率 86.96%。2 组临床疗效比较,治疗组明显优于对照组。治疗后 2 组中医证候积分和咳嗽积分均明显降低,治疗组明显低于对照组。结论:温肺祛风中药颗粒剂治疗风寒型感染后咳嗽安全有效,值得进一步研究。

关键词 咳嗽 风寒 温肺祛风 中药复方

中图分类号 R562.210.5

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)01-0037-02

近年来,因感染后咳嗽就诊的患者增加,尤以风寒证型者为多,笔者以温肺祛风法治疗此类咳嗽效果满意,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 187 例均为 2012 年 2 月至 2013 年 4 月昆山市中医医院呼吸科门诊患者,采用单纯随机法分为治疗组

与对照组。治疗组 95 例:男 52 例,女 43 例;年龄 21~74 岁,平均年龄(39.58±11.44)岁;平均病程(4.95±1.38)周。对照组 92 例:男 41 例,女 51 例;年龄 22~65 岁,平均年龄(39.27±10.11)岁;平均病程(5.02±1.35)周。2 组一般资料经统计学比较,无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

基金项目:北京中医药大学东直门医院医疗管理集团资助项目(20111015)

减少不足 30%。

3.3 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学软件包进行统计学处理,采用 χ^2 检验和 t 检验等方法进行统计分析,以 $P<0.05$ 为有显著性差异。

3.4 治疗结果

3.4.1 临床疗效 治疗组 30 例中,显效 15 例,有效 12 例,无效 3 例,总有效率 90.0%。对照组 30 例中,显效 11 例,有效 12 例,无效 7 例,总有效率 76.7%。2 组总有效率比较,有高度显著性差异($P<0.01$)。

3.4.2 中医证候积分 见表 1。

表 1 治疗组与对照组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组 别	例数	治疗前	治疗后	差值
治疗组	30	7.65±0.72	3.02±1.02 ^{*△}	4.77±0.94 [△]
对照组	30	7.58±0.63	4.331±1.84 [*]	3.14±0.89

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.01$;与对照组比较,[△] $P<0.05$ 。

4 讨论

咳嗽变异性哮喘是哮喘的一种特殊类型,也是慢性咳嗽的常见类型之一。临床上大多数患者以反复发作性咳嗽为主要症状,因其喘息症状不明显,易与其他原因所致的咳嗽混淆。目前西医常用糖皮质激素和长效 β 受体激动剂以及抗过敏药物治疗本病,疗效不尽如人意。在近 10 年的临床工作中,笔者发现咳嗽变异性哮喘患者病情难以控制的原因之一,就是由于细菌为患。曾对确诊为咳嗽变异性哮喘的 400 例患者作痰培养,结果发现其中 60 例(15.0%)培养到致病

菌,其中以肺炎克雷伯氏菌占首位(50%),绿脓杆菌占 30%,其余为阴沟肠杆菌、金黄色葡萄球菌以及真菌。

止咳 1 号方中桑白皮、黄芩、蒲公英清肺化痰;杏仁、白前、百部、炙枇杷叶止咳化痰利肺;陈皮、枳壳理气化痰止咳;射干、桔梗化痰止咳利咽;甘草调和诸药兼利咽喉。全方共奏清肺化痰止咳之效。治疗中根据不同症状的兼夹及偏颇加减用药,可进一步提高疗效。中药颗粒剂直接冲服,加减方便又便于携带。尤其是咽喉部症状明显者,如咽痛、咽痒较剧的选择积雪草、三桠苦、天青葵、救必应等具有清热利咽止痛作用而非本地出产的特殊药物更彰显其独特的疗效。本研究结果显示,治疗组在改善患者中医症状方面明显优于对照组,说明止咳 1 号可以明显改善患者症状,提高生活质量。在治疗时还要嘱患者注意饮食宜忌及生活起居,尤其是高敏者要少食虾蟹海鲜、高粱厚味及辛辣炙烤之品,少去公共场所和公园等以配合治疗,并且根据患者的中医体质辨识对患者进行中医养生的指导,以提高疗效。

5 参考文献

[1] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则.北京:中国医药科技出版社,2002:53,81

第一作者:茆俊卿(1959-),女,大专学历,主任中医师,兼职教授,主要从事中医、中西医结合呼吸内科临床工作。
zgyz1955@163.com

收稿日期:2013-09-10

编辑:韦 杭 吴 宁

1.2 诊断标准 参照《咳嗽的诊断和治疗指南(2009版)》^[1]中的诊断标准:(1)从感冒症状消失后起持续性咳嗽,大于3周;(2)胸部X线无明显异常;(3)肺功能无明显异常;(4)无慢性呼吸系统疾患的既往史;(5)排除其他原因引起的持续性咳嗽。

1.3 纳入标准 所有入选病例均符合上述诊断标准并符合中医咳嗽“风寒咳”的证型,年龄18~75周岁,男女不限,愿意且能够按照本方案的要求及时复诊。

1.4 排除标准 (1)肺炎、肺结核、支气管肺癌、支气管扩张、支气管哮喘、慢性支气管炎急性发作期咯痰重证或其他肺部疾病患者;(2)妊娠或哺乳期妇女;(3)过敏体质,如对两种或以上药物或食物过敏者,或已知对本药成分过敏者;(4)合并有严重的心血管、肝、肾和造血系统、肿瘤等疾病,精神病患者;(5)有鼻炎及鼻窦炎的患者;(6)不符合标准且未按规定用药,无法判断疗效或资料不全者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予天江药业生产的中药颗粒剂,处方:制麻黄6g,细辛3g,干姜3g,地龙10g,僵蚕10g,法半夏6g,蜜紫菀6g,炙百部10g,防风6g,五味子6g,甘草3g。日1剂,温水400mL冲调,分2次服用。

2.2 对照组 予惠氏制药生产的美敏伪麻溶液(惠菲宁,国药准字H20030051)10mL,口服,每日3次。

2组均连续服药7d为1个疗程,治疗2个疗程后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)观察2组患者治疗前后咳嗽次数、咳嗽程度、咯痰量、伴随症状及不良反应事件发生情况等临床表现,进行评分、积分,并于治疗前、治疗第8日、治疗第15日各观察记录1次,以统计疗效。(2)于治疗前、治疗第8日、治疗第15日统计2组患者中医证候积分,其中咳嗽症状评分包括日间咳嗽和夜间咳嗽(按正常到重度,以0、1、2、3、4、5分进行评分),总分为10分;咯痰按正常到重度,以0、2、4、6分进行评分;伴随症状如咽痒、咽干、胸闷、怕冷按无、有,以0、2分进行评分。(3)不良反应观察:全身状况及嗜睡、眩晕、肝功能异常等。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]中的疗效评定标准拟定。痊愈:疗效指数 $\geq 90\%$;显效:70% $\leq$ 疗效指数 $< 90\%$;好转:30% $\leq$ 疗效指数 $< 70\%$;无效:疗效指数 $< 30\%$ 。疗效指数=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

3.3 统计学方法 全部数据均由SPSS18.0统计软件处理。所有计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验,如积分不符合 t 检验,则采用秩和检验,计数资料采用卡方检验,相关性用双变量相关分析。当 $P < 0.05$ 时表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组临床疗效比较 见表1。

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	愈显率	总有效率
治疗组	95	38	40	12	5	82.11% [△]	94.74% [△]
对照组	92	19	28	33	12	51.09%	86.96%

注:与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后中医证候积分比较 见表2。

表2 治疗组与对照组治疗前后中医证候积分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	例数	治疗前	治疗第8日	治疗第15日
治疗组	95	12.08 $\pm$ 1.83	6.14 $\pm$ 1.72 ^{*△}	2.45 $\pm$ 2.55 ^{*△}
对照组	92	12.36 $\pm$ 2.60	6.75 $\pm$ 1.84 [*]	4.46 $\pm$ 2.97 [*]

注:与本组治疗前比较, $*P < 0.05$;与对照组同时期比较, $\Delta P < 0.05$ 。

3.4.3 2组治疗前后咳嗽积分比较 见表3。

表3 治疗组与对照组治疗前后咳嗽积分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	例数	治疗前	治疗第8日	治疗第15日
治疗组	95	6.35 $\pm$ 1.28	3.48 $\pm$ 1.00 [*]	1.84 $\pm$ 1.48 ^{*△}
对照组	92	6.73 $\pm$ 1.50	3.68 $\pm$ 1.25 [*]	2.73 $\pm$ 1.79 [*]

注:与本组治疗前比较, $*P < 0.05$;与对照组同时期比较, $\Delta P < 0.05$ 。

3.5 不良反应 用药过程中治疗组2例患者出现轻度腹泻,1例患者出现恶心;对照组4例患者出现轻度嗜睡及头晕,2例出现轻度眩晕。2组间不良反应发生率比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4 讨论

感染后咳嗽(post-infectious cough, PIC),又称为“感冒后咳嗽”,多表现为刺激性干咳或咳少量白色黏液痰,多呈阵发性,伴咽喉部痒感,夜间为重,可因感冒、冷空气、灰尘环境、刺激性气体、运动、烟雾等诱发或加重,通常持续3~8周,X线胸片检查无异常^[1]。现代医学研究表明,呼吸道感染引起的气道损伤、炎症、气道高反应性是感染后咳嗽的病因^[3]。现代医学在治疗感染后咳嗽方面尚缺乏公认有效的治疗药物,目前国内指南推荐的对症治疗(中枢性镇咳药和第一代抗组胺H1受体拮抗剂)只对部分患者有效,且伴有嗜睡、口干、食欲减退、恶心、便秘等副作用,对日常的生活和工作有不可避免的影响,且仍有部分患者进一步发展为慢性咳嗽。

经过临床实践,我们根据感染后咳嗽“里为寒,表为风”的特点,取经方“小青龙汤”加祛风之虫类药,制定出温肺祛风之协定方。小青龙汤是临床治疗寒饮伏肺兼有表证的经方,其经典证候是外束风寒,内有停饮。现代药理研究表明,小青龙汤具有抗菌、消炎、抗过敏,增强机体免疫功能和改善微循环,增加血流量,促进局部炎症吸收等作用。方中麻黄、细辛、干姜等辛热入肺,性热祛寒,发散阳气以温肺;法半夏、紫菀、百部化痰止咳;防风既能辛温解表,又能祛风;五味子、甘草酸敛温药之辛热燥烈,兼收逆气而安肺;地龙、僵蚕搜风剔络。在此基础方之上,再根据相兼症状加减用药,效果满意,用药方便,简便易行,值得推广。

5 参考文献

- [1] 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(2009版). 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(6): 407
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行). 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 26
- [3] 赖克方, 钟南山. 加强不明原因慢性咳嗽的病因诊断. 中华内科杂志, 2003, 42(7): 449

第一作者: 吴峰妹(1981-), 女, 医学硕士, 主治医师, 中医学专业. meimeiangie@sina.com.cn

收稿日期: 2013-08-12

编辑: 韦 杭 吴 宁