

“从龙止咳浓煎剂”治疗风痰阻肺型过敏性咳嗽 50 例临床研究

卢岱魏 王东旭

(南京中医药大学附属南京市中西医结合医院老年病科, 江苏南京 210014)

摘要 目的:观察从龙止咳浓煎剂治疗风痰阻肺型过敏性咳嗽的临床疗效。方法:将 100 例风痰阻肺型过敏性咳嗽患者随机分为治疗组与对照组,每组 50 例。治疗组予从龙止咳浓煎剂(25mL, 2 次/d),对照组予孟鲁司特钠 10mg 每日 1 次口服,2 组均以治疗 14d 为 1 个疗程。观察 2 组患者临床疗效,症状总分以及咳嗽、咯痰评分改善情况。结果:治疗组总有效率为 90.00%,明显高于对照组的 66.00% ($P<0.05$)。治疗后 2 组患者症状总分及咳嗽、咯痰评分均明显低于治疗前 ($P<0.01$),治疗组上述评分明显低于对照组 ($P<0.05, P<0.01$)。结论:中药从龙止咳浓煎剂治疗风痰阻肺型过敏性咳嗽能明显提高临床疗效,改善患者症状,值得临床推广。

关键词 过敏性咳嗽 风痰阻肺 从龙止咳浓煎剂

中图分类号 R562.250.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2018)09-0030-03

过敏性咳嗽又称为咳嗽变异性哮喘(cough variant asthma, CVA)或过敏性支气管炎,是以慢性、持续性咳嗽为临床表现的一种特殊类型的哮喘。该咳嗽呈阵发性刺激性干咳,或有白色泡沫样痰。据统计,过敏性咳嗽患者约占临床慢性咳嗽患者的 57.3%^[1]。据临床统计,过敏性咳嗽早期阶段,约有 5%~6% 的患者仅以持续性咳嗽为主要症状^[2],因其症状不典型而容易误诊,从而错过最佳的治疗时机。现代医学治疗本病主要运用激素、支气管舒张剂、特殊受体拮抗剂等,可以改善

患者的症状,但疗效不持久,易产生耐药性。我科采用从龙止咳浓煎剂治疗风痰阻肺型过敏性咳嗽取得了一定疗效,现将相关临床研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究纳入的 100 例风痰阻肺型过敏性咳嗽患者均为 2014 年 7 月至 2016 年 7 月于我院老年病科及呼吸科就诊者,采用前瞻性研究方案,用随机单盲法将 100 例患者分为治疗组和对照组。治疗组 50 例:男 22 例,女 28 例;平均年龄 (42.5 ± 7.4)

[8] POELS M M, IKRAM M A, VAN DER LUGT A, et al. Cerebral microbleeds are associated with worse cognitive function: the Rotterdam Scan Study[J]. Neurology, 2012, 78 (5): 326.

[9] NIGHOGHOSSIAN N, HERMIER M, ADELEINE P, et al. Old Microbleeds Are a Potential Risk Factor for Cerebral Bleeding After Ischemic Stroke: A Gradient-Echo T2*-Weighted Brain MRI Study[J]. Stroke, 2002, 33 (3): 735.

[10] 钟经馨, 张峰, 招远祺, 等. 脑小血管病变脑白质疏松与中医体质相关性研究[J]. 新中医, 2015, 47 (8): 23.

[11] ABUFANNE R, NASSAR T, YAROVOI S, et al. Blood-brain barrier permeability and tPA-mediated neurotoxicity[J]. Neuropharmacology, 2010, 58 (7): 972.

[12] 李凤, 谭守文, 严兴亚, 等. 脑微出血的检测和临床意义[J]. 国际脑血管病杂志, 2017, 25 (3): 258.

[13] 中华医学会神经病学分会. 中国脑小血管病诊治共识[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48 (10): 838.

第一作者: 吴滢 (1984—), 女, 医学硕士, 主治医师, 神经内科专业。

通讯作者: 钟萍, 医学博士, 主任医师, 硕士研究生导师。zphgl@163.com

收稿日期: 2018-02-01

编辑: 傅如海 岐 轩

岁;平均病程(5.7 ± 2.2)个月。对照组50例:男26例,女24例;平均年龄(46.5 ± 7.6)岁;平均病程(5.9 ± 2.0)个月。2组患者性别、年龄、病程等一般情况比较,无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《咳嗽的诊断与治疗指南(2009版)》^[3]制定。①慢性咳嗽,主要表现为刺激性干咳,咳嗽剧烈,夜间加重;②咳嗽由感冒、冷空气、灰尘、油烟等诱发或加重;③常规抗感冒、抗感染治疗无效;④支气管舒张剂可有效缓解咳嗽;⑤支气管激发试验或支气管舒张试验阳性,或呼气流量峰值变异率 $>20\%$;⑥排除其他原因引起的慢性咳嗽;⑦体格检查无阳性体征,胸部X线片正常。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医内科学》^[4]咳嗽篇风痰阻肺型诊断标准及《中药新药临床研究指导原则》^[5]拟定。主症:咳嗽频繁,或呛咳阵作;咳嗽以夜间及晨起为重,多呈反复发作,干咳无痰或少痰;遇风感寒、粉尘、油烟等因素突发或加重。次要症状:恶风发热或不发热,咽痒或咽中异物感;咳甚时伴胸闷或气急;自觉胸中不畅,咽部及气道有异物感。舌象:舌淡红,苔白,边有齿痕。脉象:脉浮滑或弦滑。具备主症及次症中2项或以上,同时参考舌、脉,即可诊断为风痰阻肺证。

1.3 纳入标准 符合中西医诊断标准;年龄在20~70岁且肺功能测试、支气管激发试验无禁忌者;就诊前1个月内未予治疗者;患者签署治疗同意书并有良好的依从性。

1.4 排除标准 其他可以引起慢性咳嗽的疾病;心、肝、肾功能严重不良者;活动性胃肠道溃疡或出血患者;妊娠、哺乳期妇女;不合作或精神不正常者;对孟鲁司特钠相关成分过敏者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 给予从龙止咳浓煎剂治疗,药用:煅龙骨、煅牡蛎各15g,紫苏子6g,炒白芍9g,姜半夏9g,陈皮6g,茯苓10g,苦杏仁6g,桔梗6g,甘草6g,紫菀10g,款冬花6g,牛蒡子6g,白前10g,川贝母3g。以上中药,取2剂煎水取汁,浓煎成100mL,无菌条件下灌装,低温下($2 \sim 8^{\circ}\text{C}$)保存(可保存3个月)。每次服用25mL,早晚饭后30min服用,14d为1个疗程。

2.2 对照组 给予孟鲁司特钠咀嚼片(顺尔宁,默沙东制药,国药准字:J20070070)^[6],每次10mg口服,1次/d,14d为1个疗程。

3 疗效观察

3.1 中医症候评分标准 参照《咳嗽的诊断与治疗指南》^[3]制定半定量计分标准。

3.1.1 主要症状 咳嗽:持续、痉挛性咳嗽,昼夜均作,影响工作和睡眠,9分;频繁阵发性咳嗽,不能自止,6分;夜间偶咳,可以自止,3分;不咳嗽,0分。咯痰:痰多质稠,呈果冻状,难咯出,9分;痰多质稀,呈泡沫状,易咯出,6分;痰少,难以咯出,3分;无痰,0分。

3.1.2 次要症状 咽痒:时有咽痒,痒即咳嗽,4分;偶有咽痒,忍不住咳嗽,2分;无咽痒,0分。气急:咳嗽时常感气急憋闷,影响休息和生活,4分;咳嗽时常有气急,但不影响休息和生活,2分;无气急,0分。胸闷:胸闷气喘,呼吸不畅,4分;胸中不畅,如有异物感,2分;无胸闷,0分。

3.1.3 舌脉象 舌淡红,苔白,边有齿痕,符合者2分,不符合者0分。脉浮滑或弦滑,符合者2分,不符合者0分。

3.2 疗效判定标准 治疗前后根据症状评分及肺功能情况判定疗效。疗效判定标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[7]制定,积分改善率计算采用尼莫地平法。临床治愈:咳嗽、咯痰完全缓解,积分改善率 $\geq 95\%$;显效:咳嗽、咯痰明显减轻, $70\% \leq$ 积分改善率 $<95\%$;有效:咳嗽、咯痰减轻, $30\% \leq$ 积分改善率 $<70\%$;无效:咳嗽、咯痰无缓解甚至加重,积分改善率 $<30\%$ 。

3.3 统计学方法 采用SPSS 19.0统计学软件进行分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,数据用($\bar{x} \pm s$)表示,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者临床疗效比较 结果见表1。

组别	例数	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	50	24	10	11	5	90.00*
对照组	50	15	10	8	17	66.00

注: *与对照组比较, $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组患者治疗前后主要症状(咳嗽、咯痰)及总体症候积分比较 见表2。

组别	例数	时间	咳嗽	咯痰	总分
治疗组	50	治疗前	5.60 ± 2.36	5.20 ± 2.51	26.30 ± 5.33
		治疗后	$1.14 \pm 1.52^{***}$	$0.98 \pm 1.20^{***}$	$6.20 \pm 2.18^{***}$
对照组	50	治疗前	5.68 ± 2.44	4.80 ± 2.33	26.76 ± 5.02
		治疗后	$2.30 \pm 1.70^{##}$	$2.36 \pm 1.78^{##}$	$10.12 \pm 2.06^{##}$

注:与本组治疗前比较, $^{###}P < 0.01$;与对照组治疗后比较,

$^{*}P < 0.05$, $^{**}P < 0.01$ 。

4 讨论

现代医学认为CVA是由多种炎性细胞、介质参与的慢性呼吸道炎症性疾病,其发病机制有炎性机制、神经-受体机制、遗传及过敏机制等,基底膜增厚是

CVA的重要特征。孤立性持续性咳嗽、呼吸道反应性增高、支气管舒张剂治疗有效是CVA的诊断要点。支气管舒张试验和激发试验是常用的检测手段。

过敏性咳嗽属于中医学“咳嗽”范畴。中医认为,咳嗽病因可分为外感与内伤。《素问病机气宜保命集·咳嗽论》谓:“寒、暑、湿、燥、风、火六气,皆令人咳。”^[8]六淫邪气,侵袭人体,肺气被束,失于肃降,发为咳嗽。六淫之邪,风邪为首,可兼夹其他邪气犯人。《景岳全书·咳嗽》云:“外感之嗽,必因风寒。”内伤咳嗽则与脏腑功能失调、内邪干肺有关,其中肝、脾、肾与咳嗽关系尤为密切。《素问·咳论》曰:“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”,指出治咳不可拘泥于一脏一腑。风痰阻肺型过敏性咳嗽,目前尚不能明确地归为中医学的外感咳嗽或者内伤咳嗽。该型咳嗽多由患者体质不足,尤其是素体肺、脾虚者。肺气亏虚,易于感邪;脾虚生痰湿。“脾为生痰之源,肺为贮痰之器。”患者每感于风邪,引动体内寒湿之邪,发为本病。患病初期,外邪未除,留恋体内,致疗程较长,缠绵难愈。鉴于以上分析,该型咳嗽当属本虚标实之证,治疗上当祛邪固本,标本兼顾。

从龙止咳浓煎剂处方由清代名医张锡纯的“从龙汤”与黄元御的“下气汤”化裁而成。从龙汤主治外感痰喘,服小青龙汤病未痊愈,或愈而复发者^{[9][10]}。小青龙汤是治疗外寒内饮的著名方剂,张仲景于《伤寒论》第41条提出:“伤寒表不解,心下有水气,咳而微喘,发热不渴,服汤已,渴者,此寒去欲解也,小青龙汤主之。”该条文指出小青龙汤证的病因病机与临床症状,与风痰阻肺证非常相近。临床所见的过敏性咳嗽,亦有不少患者咳嗽伴有微喘的临床症状。张锡纯亦常用小青龙汤治外感痰喘,有愈者,亦有愈而复发,再服小青龙汤不效者,后拟“从龙汤”,用于小青龙汤治疗之后,使复发者“必不再发”,使未愈者“必然全愈”,可见其效肯定。名“从龙汤”,“为其最宜用于小青龙汤后也”。方由煅龙骨、煅牡蛎、生杭芍、清半夏、苏子、牛蒡子组成。对于龙骨、牡蛎用于外邪未尽之时,有敛邪之疑,张锡纯在文中引用徐灵胎之释义,文曰:“龙得天地纯阳之气以生……又曰:阳之纯者,乃天地之正气。故在人亦但敛正气,而不敛邪气。”^{[9][10]}下气汤方由甘草、半夏、杏仁、川贝母、茯苓、芍药、橘皮、五味子组成,可“治滞在胸膈右肋者”^[10]。中医认为,人体气机,左升右降。肺之肃降功能正常,则咳嗽不作,肺气上逆,则作咳嗽。肺气的下降依附于胃气通降。下气汤针对右路气机,使上逆之气得以下降,恢复肺胃下降之性,从而达到治疗咳嗽之目的。再加白前、桔梗、紫菀、款冬花,共奏祛邪止咳化痰之功。对照组

使用的孟鲁司特钠,是近年来一种新型半胱氨酰白三烯受体拮抗剂,利用其对半胱氨酰白三烯-1受体具有高度的亲和性,而选择性地抑制半胱氨酰白三烯与半胱氨酰白三烯-1受体结合,从而达到避免炎症介质发挥功效,抑制气道高反应的作用,临床常用来治疗过敏性咳嗽及过敏性哮喘。

本研究结果显示,治疗组与对照组均可以在一定程度上改善患者的临床症状及相关检查指标,但治疗组在总体疗效和对咳嗽、咯痰等临床症状的改善方面均明显优于对照组。将中药煮水取汁浓缩,制成浓煎剂型,优势在于:(1)适当延长煎煮时间,可熬出混合药材中多种有效成分,保证方剂的综合疗效;(2)浓煎剂装瓶经灭菌处理,密封包装,质量相对稳定,服用方便,也便于储存与携带,可以提高患者依从性;(3)浓缩加工处理以后,服用剂量减少,容易被患者接受。鉴于该方对风痰阻肺型过敏性咳嗽的临床疗效,下一步拟探讨从龙止咳方对该病的作用机制以及药理分析。

参考文献

- [1] 郭冠南.慢性咳嗽的病因分析及临床疗效观察[J].中国医药指南,2013,11(21):127.
- [2] 陈岚兰.支气管哮喘与咳嗽变异性哮喘气道嗜酸性粒细胞差异的研究[J].中国民康医学,2013,25(14):37.
- [3] 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)[J].中华结核和呼吸杂志,2009,32(6):407.
- [4] 周仲瑛.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2007:70.
- [5] 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,2002:60.
- [6] 钟慧,洪建国.半胱氨酰白三烯受体拮抗剂孟鲁司特的研究进展[J].国际呼吸杂志,2011,31(19):1492.
- [7] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:2.
- [8] 刘完素.刘完素医学全书[M].北京:中国中医药出版社,2006:152.
- [9] 张锡纯.医学衷中参西录[M].山西:山西科学技术出版社,2010.
- [10] 黄元御.四圣心源[M].北京:中国中医药出版社,2010:64.

第一作者:卢岱魏(1981—),男,医学硕士,主治中医师,研究方向为中医药辨证治疗临床各系统功能性疾病。

通讯作者:王东旭,本科学历,主任中医师。
dong_20072007@sina.com

收稿日期:2018-02-10

编辑:吴宁