

黄芩泻白散合黛蛤散加减治疗感染后咳嗽疗效观察

李炬明 辛大永

(北京中医医院顺义医院呼吸科,北京,101300)

摘要 目的:观察黄芩泻白散合黛蛤散加减治疗感染后咳嗽的临床疗效。方法:将 120 例感染后咳嗽肝咳证患者随机分为 2 组,每组 60 人。治疗组予黄芩泻白散合黛蛤散为基本方加减;对照组给予马来酸氯苯那敏片及可愈糖浆口服。2 组疗程均为 2 周。比较治疗前后 2 组患者症候积分变化情况及临床总疗效。结果:治疗 2 周后,治疗组总有效率 92.11%,明显高于对照组 76.32% ($P < 0.05$),且治疗组证候积分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论:黄芩泻白散和黛蛤散加减治疗感染后咳嗽疗效显著。

关键词 感染后咳嗽;黄芩泻白散合黛蛤散加减;疗效观察

Clinical Observation on Huangqin Xiebai San combined with Daige San in the treatment of Post Infection Cough

Li Juming, Xin Dayong

(Pneumology Department of Shunyi Hospital affiliated to Beijing Hospital of TCM, Beijing 101300, China)

Abstract Objective: To observe the clinical effect of Huangqin Xiebai San and Daige San in the treatment of post infection cough. **Methods:** A total of 120 cases of patients with post infection cough were randomly divided into two groups, each group of 60 people. The treatment group was treated by Huangqin Xiebai San and Daige San and the control group was treated by Chlorphenamine Maleate tablets and Codeine and Guaifenesin syrup. Both groups has been treating for 2 weeks. Comparison the changes of symptoms and clinical efficacy of the two groups. **Results:** After 2 weeks of treatment, the total effective rate of the treatment group was 92.11% and that of the control group was 76.32% ($P < 0.05$). The TCM score of the treatment group was significantly lower than that of the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Huangqin Xiebai San and Daige San is effective in treating infection cough.

Key Words Post infection cough; Scutellaria Xiebai San and Daige San; Observation on curative effect

中图分类号:R256.11 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.02.016

感染后咳嗽(Post Infection Cough)属临床亚急性咳嗽范畴(咳嗽迁延 3~8 周),是指各种病原体如细菌、病毒、支原体、衣原体等所致的呼吸道感染以后继发的咳嗽,感染得到控制后而咳嗽症状不缓解,迁延不愈,严重影响患者的日常工作和生活。而西医推荐的治疗方法为 β_2 受体激动剂、 H_2 受体拮抗剂或镇咳药等治疗^[1],仅对部分患者有效,且不良反应较多。我科以“咳嗽从肝论治”理论为依托,结合中医辨证论治,运用黄芩泻白散合黛蛤散加减清肺泻肝、化痰止咳治疗感染后咳嗽 120 例,疗效显著,现将临床观察结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2013 年 4 月至 2015 年 1 月北京中医医院顺义医院呼吸科门诊感染后咳嗽患者 120 例,按随机数字表法分为 2 组。治疗组 60 例,男性 28 例,女性 32 例;平均年龄 (42.3 ± 4.2) 岁;平均

病程 (5.8 ± 2.2) 周,证候积分为 (11.60 ± 1.22) 分;对照组 60 例,男性 26 例,女性 34 例;平均年龄 (43.4 ± 4.5) 岁;平均病程 (5.6 ± 2.3) 周,证候积分为 (11.55 ± 1.17) 分;2 组性别、年龄、病程、中医证候积分等基线资料,差异无统计学意义($P > 0.05$),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^[1]的诊断标准拟定:感染症状消失后,咳嗽迁延不愈达 3~8 周以上,多表现为刺激性干咳或少痰,胸片或 CT 检查无明显异常;外周血白细胞总数及分类基本正常;用力肺活量、一秒率正常。无慢性呼吸系统疾病史。排除其他原因引起的慢性咳嗽,如胃食管返流性咳嗽、嗜酸细胞性支气管炎等。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医病症诊断疗效标准》^[2]及《咳嗽中医诊疗专家共识》(中华中医药学

基金项目:北京市顺义区级基金项目(编号:sy-201305)

作者简介:李炬明,男,36 岁,主治医师,单位:北京中医医院顺义医院呼吸科,研究方向:中医呼吸内科

通信作者:辛大永,男,副主任医师,单位:北京中医医院顺义医院呼吸科,E-mail:jiangweixiao@126.com

会,2011 年)^[3]中肝火犯肺证型制定。

主症:1)上气咳逆阵作,2)咳嗽时常感痰咯之难出,量少质黏,或痰如絮条。

次症:1)咳时面红目赤,2)咳引胸痛,3)咳嗽可随情绪波动增减,4)烦热咽干,5)口干口苦,6)胸胁胀痛。

舌脉:舌质红,苔薄黄少津,脉弦数。

具备主症 2 项和次症 1 项或以上者即可诊断。

1.3 纳入标准 1)符合感染后咳嗽诊断标准;2)性别不限,年龄 18~65 岁;3)签署知情同意书,志愿受试。

1.4 排除标准 1)不符合上述诊断和纳入标准者;2)合并活动性肺结核、严重心肺、肝肾和造血系统严重原发疾病及精神病患者;3)妊娠期或哺乳期妇女;4)近 3 个月内参加其他药物临床试验,影响本研究的效应指标观察者;5)对本研究应用药物过敏者;6)怀疑确有酒精、药物滥用病史,或根据研究者判断,具有降低入组可能性或使入组复杂化的其他病史,如工作环境经常变动,容易造成失访的情况。或考虑患者依从性差,不按规定用药的。

2 研究方法

2.1 治疗方法 治疗组:黄芩泻白散合黛蛤散为基本方加减。处方如下:黄芩 10 g,桑白皮 12 g,地骨皮 10 g,甘草 6 g,青黛 12 g,海蛤壳 10 g;中药口服 200 mL/次,每日早晚 2 次,饭后 1 h 温服。辨证加减:纳差痰多者,加紫苏子 10 g、茯苓 20 g、瓜蒌 20 g;咽痒干咳者加蝉蜕 10 g、防风 10 g、钩藤 10 g;口苦咽干肋胀痰色黄者,加紫苏子 10 g、苦杏仁 10 g;热郁津伤、口干舌燥、痰黏而少者,加北沙参 10 g、麦冬 10 g、天花粉 10 g。

对照组:根据中华医学会呼吸病分会制定的《咳嗽的诊断和治疗指南》(2009 年版)^[1],给予马来酸氯苯那敏片 4 mg/次,3 次/d(北京太阳药业有限公司);可愈糖浆 10 mL/次,3 次/d(北京双鹤高科天然药物有限责任公司)。

2.2 观察指标 中医症状评分标准:根据国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》和《咳嗽的诊断与治疗指南》^[1]中咳嗽严重程度症状积分表制定。日间咳嗽症状积分:无咳嗽计 0 分;偶有短暂咳嗽计 1 分;频繁咳嗽,轻度影响日常活动计 2 分;频繁咳嗽,严重影响日常活动计 3 分;夜间咳嗽症状积分:无咳嗽计 0 分;入睡时短暂咳嗽或偶有夜间咳嗽计 1 分;因咳嗽轻度影响夜间睡眠计 2 分;因咳嗽严重影响夜间睡眠计 3 分;中医证候积分为症状积

分之和。

2.3 疗效判定标准 临床疗效判定标准:依据《咳嗽的诊断与治疗指南 2009 版》^[1]及《中药新药临床研究指导原则》^[4]将症状疗效判定标准分为 4 级标准,即临控、显效、好转、无效。积分改善率≥95%为临控;70%≤积分改善率<95%为显效;30%≤积分改善率<70%为有效;积分改善率<30%为无效。(注:计算公式(尼莫地平法)为:(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%)

安全性评价标准:1 级:安全,无任何不良反应;2 级:比较安全,如有不良反应,不需做任何处理可继续给药;3 级:有安全性问题,有中等程度的不良反应,做处理后可继续给药;4 级:因不良反应中止试验。

2.4 数据处理及统计方法 研究数据使用 SPSS 11.5 建立数据库并进行分析,计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,用独立样本 t 检验;计数资料以频数和百分数表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为有统计学意义。

3 研究结果

治疗 2 周后,治疗前后 2 组患者证候积分比较:治疗组平均积分明显低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 治疗前后 2 组患者证候积分比较($\bar{x} \pm s$)			
组别	例数	治疗前平均积分	治疗后平均积分
治疗组	60	11.60 ± 1.22	4.68 ± 1.23 *
对照组	60	11.55 ± 1.17	10.28 ± 1.40

治疗 2 周后,治疗后 2 组综合疗效比较:治疗组总有效率优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 治疗后 2 组综合疗效比较(例)						
组别	例数	临控	显效	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	60	22	23	11	4	93.33
对照组	60	12	14	19	15	75

4 讨论

感染后咳嗽西医对本病的致病机理尚未明确,美国 ACCP 协会 2006 版《咳嗽的诊断与治疗指南》中指出,感染后咳嗽的致病机理可能与呼吸道广泛的炎症及上皮细胞的损伤有关^[5]。而很多国内外专家认为感染性咳嗽与气道的高反应性相关^[6]。但西医西药目前无特异性的治疗方法,主要以抗组胺药及中枢镇咳药皮质类固醇激素为主。但这些治疗方法只对一部分患者有效,而且往往会出现嗜睡、口

干、恶心等药物不良反应,停药后容易复发。我科在多年的临床实践中发现,对于久咳不止的患者从肝来论治,能取得较为理想的疗效。中医经典理论和历代医家早已指出肺与肝的密切联系,为“咳嗽从肝论治”提供了理论依据。如《素问·咳论》曰:“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”;《灵枢·经脉》曰:“肝足厥阴之脉……属肝,络胆,上贯膈……连目系,其支者,复从肝别贯膈,上注肺”;尤在泾云:“干咳无痰,久久不愈,非肺本病,乃肝木撞肺也”^[7]。《临证指南医案·咳嗽门》云:“肝风妄动,旋扰不息,致呛无平期。”而生理上肝与肺关系密切。武维屏教授^[8]指出咳嗽的发病机制以肺为本,但与肺关系最密切的莫过于肝;武维屏教授在治疗咳嗽时常有疏肝理气之法。肝主疏泄,调畅气机,为全身气机之总司。而气则敷布上下内外无所不至,故上焦之宣发,中焦之斡旋,下焦之开合,以及表里出入,皆离不开肝气疏泄调节。病理上,肝属木,肺属金,金本克木,而一旦肺金病变,则又常易受木气反侮,或肝失调达,一身气机升降乖乱,肺失肃降;或木郁化火,火性上炎克伐肺金而致咳。《灵枢·师传》^[9]曰:“肝者,主为将,候之外”,指出肝有疏散外邪的功能,故感染后久咳气郁化热,可以通过疏肝泄热之法疏散外邪;尤其现代人生活节奏快,各方面的压力更易引起气机的失调,肝气郁结失其疏泄,就会影响肺气之肃降,而致咳嗽发生;而邪郁气道、久咳失治、气机郁结的治疗,很大程度取决于肝气的疏泄功能;本病迁延难愈,郁则化热,肝肺纠结,肝肺郁热,故肺失宣降,表现为干咳面赤,口干苦胁胀等。故笔者认为本病之病机重点在于肝肺郁热。治疗以清肝谢肺止咳。而

黄芩泻白散合黛蛤散清肝泄肺,止咳化痰,其中黄芩苦寒,清泄少阳之热,桑白皮主入肺经,清泻肺热止咳,地骨皮甘寒入肺,可助桑白皮清泻肺火,且有养阴之功,以复肺气之肃降;青黛性寒,清肝胆郁火,泻肺经郁热,海蛤壳清肺热,化黏痰,二者合用,功专清肝泄肺,化痰止咳,而甘草益气补中,以扶肺气,且调和药性。现代药理研究表明,黄芩、桑白皮、地骨皮、青黛有抗菌、抗病毒及抗过敏作用;甘草有类似肾上腺皮质激素样作用,可抗炎、抗过敏,降低气道高反应^[10]。本方在临床实践中,疗效显著,值得临床应用。

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)[S]. 全科医学临床与教育,2009,9(5):453-456.
- [2] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准《中医病症诊断疗效标准》[S]. ZY/T001. 1-94.
- [3] 中华中医药学会内科分会肺系病专业委员会. 咳嗽中医诊疗专家共识意见(2011 版)[S]. 中医杂志,2011,52(10):896-898.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:26-28,137.
- [5] BramanSS. PostInfectiouscough: ACCPevidencebasedclinicalPractice Guidellines[J]. Chest,2006,129(1Suppl):139-146.
- [6] 刘春丽,赖克方. 气道神经源性炎症与慢性咳嗽的发病机制[J]. 国外医学呼吸系统分册,2004,24(4):237-239.
- [7] 林素财,罗燕. 浅谈咳嗽从肝论治[J]. 环球中医药,2009,2(3):142.
- [8] 张立山. 武维屏教授治疗外感咳嗽经验初探[J]. 江苏中医,2001,22(8):13-14.
- [9] 郭占霞. 小儿咳嗽治肝五法[J]. 江苏中医,1999,20(5):39.
- [10] 梅全喜. 现代中药药理与临床应用手册[M]. 北京:中国中医药出版社,2008:110-817.

(2015-12-25 收稿 责任编辑:洪志强)

(上接第 246 页)

- [7] 张华东,边永君,路洁,等. 路志正教授从气阴两虚论干燥综合征发病机制[J]. 中华中医药学刊,2008,26(9):1903-1905.
- [8] 张华东,黄梦媛,陈祎,等. 路志正“持中央”而“调升降”以治燥痹学术思想浅析[J]. 北京中医药,2010,29(10):747-748.
- [9] 徐愿,阎小萍. 阎小萍治疗干燥综合征经验撷菁[J]. 中国中医药信息杂志,2010,17(4):88-89.
- [10] 陶庆文,徐愿,阎小萍. 治燥痹三途[J]. 中华中医药杂志,2011,26(12):2903-2906.
- [11] 何慧珍,金桂兰. 益气养阴祛瘀法对干燥综合征血清 IgG 及其 BAFF 作用的临床研究[J]. 浙江中医药大学学报,2013,37(3):223-225.

- [12] 何慧珍,金桂兰. 增液布津汤对干燥综合征模型鼠细胞因子 TNF- α 、IL-6 的影响[J]. 时珍国医国药,2012,23(9):2200-2201.
- [13] 王琼. 六味地黄丸对干燥综合征模型小鼠的实验研究[J]. 安徽医药,2012,16(2):163-165.
- [14] 葛琳,张华东,姜泉,等. 路氏滋燥汤对干燥综合征小鼠颌下腺细胞因子 IFN- γ 、IL-10 的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2011,6(1):28-30.
- [15] 李纪高,李增变,靳东亮,等. 增液润燥汤对干燥综合征模型小鼠颌下腺 IL-17 表达的影响[J]. 中医研究,2015,28(2):58-59.

(2015-04-23 收稿 责任编辑:徐颖)