

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2021.05.006

• 临床报道 •

止嗽散合二陈汤加减治疗风寒犯肺型外感咳嗽 临床观察^{*}

胡晓怡 禹云梅

东莞市黄江医院中医科, 广东东莞 523750

关键词 止嗽散; 二陈汤; 风寒犯肺; 外感咳嗽

中图分类号 R256.11 **文献标志码** A

中医认为六淫“风、寒、暑、湿、燥、火”皆可犯肺致咳,因此中医将咳嗽分为风寒犯肺、风热袭肺、燥邪犯肺等证型。风为六淫之首,多夹其他外邪犯肺,风寒犯肺型外感咳嗽是临床常见的证型,其病机为风寒犯肺,肺失宣降。临床表现为刺激性干咳、无痰或少痰,遇风、寒等刺激加重。按照中医整体观和辨证论治,其治法为祛风散寒、宣肺止咳^[1]。而西医认为本病为各种病原体引发的呼吸道感染,常用止咳、化痰、抗感染等对症治疗。本研究通过与常规西医疗法比较,探讨止嗽散结合二陈汤加减对风寒犯肺型外感咳嗽的临床疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2019 年 7 月—2020 年 6 月于本院中医科就诊的辨证为风寒咳嗽的患者 112 例,按照随机数字表法将其分为对照组和观察组,每组 56 例。对照组男 30 例,女 26 例;年龄 18~68 岁,平均年龄(46.1±4.27)岁;病程 5~8 d,平均病程(5.2±1.1)d;观察组男 27 例,女 29 例;年龄 18~69 岁,平均年龄(43.8±3.9)岁;病程 6~9 d,平均病程(5.2±1.3)d。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究取得本院伦理委员会批准,患者均知情同意并签署同意书。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:年龄 18~69 岁;中医辨证为风寒犯肺型咳嗽;西医诊断为支气管炎;日间或(和)夜间咳嗽积分 >2 分;服药依从性好。

排除标准:合并肺炎、哮喘、咽炎等其他呼吸道疾

病;肺支原体、衣原体阳性者;合并胸膜炎、气胸等胸部疾病;合并食道反流及肝、肾、心血管等系统病变;怀孕和哺乳期妇女;沟通障碍者;接受其他治疗者;对治疗产生严重不良反应者。

1.3 治疗方法

对照组给予西医对症治疗:①喷托维林氯化铵片(西南药业股份有限公司,国药准字 H50021951)口服,1 片/次,4 次/d;②马来酸氯苯那敏片(广东恒健制药有限公司,国药准字 H44020617)口服,4 mg/次,3 次/d;有明确感染者,加服头孢克肟分散片(广州白云山医药集团股份有限公司,国药准字 H20030048)0.1 g/次,3 次/d。观察组给予止嗽散结合二陈汤加减方治疗,组方:荆芥穗 5 g,蝉蜕 3 g,陈皮 5 g,姜半夏 6 g,杏仁 5 g,百部 10 g,紫菀 10 g,桔梗 10 g,款冬花 6 g,浙贝 10 g,白前 10 g,甘草 3 g;1 剂/d,水煎服,连煎 2 次,合并药液,分早晚顿服。2 组均治疗 7 d 后评价疗效。

1.4 观察指标与疗效评价标准

按照《咳嗽的诊断与治疗指南(2009 版)》对 2 组患者治疗前后咳嗽症状积分进行评价,按症状轻、中、重程度分别进行日间和夜间咳嗽症状积分评价,其中无咳嗽症状,日间和夜间均无咳嗽,记 0 分;轻度咳嗽,表现为日间偶有短暂咳嗽,夜间入睡时有短暂咳嗽或偶有夜间咳嗽,分别记 1 分;中度咳嗽,表现为日间频繁咳嗽,轻度影响日常活动,夜间因咳嗽轻度影响睡眠,分别记 2 分;重度咳嗽,表现为日间频繁咳嗽,严重影响日常活动,夜间因咳嗽严重影响睡眠,分别记 3 分;分数越高表示咳嗽症状越严重。

按照《中药新药临床研究指导原则》^[2]对 2 组中医证候积分进行评价,包括咯痰、咳嗽、鼻塞、咽痒、头痛等症状,按无记 0 分、轻记 1 分、中记 2 分、重记 3 分的

^{*} 东莞市名中医师承项目;东莞市中医药专家传承工作室建设项目

标准进行积分评价,得分越高代表症状越严重。

采用莱切斯特咳嗽生命质量问卷(Leicester cough questionnaire,LCQ)评分评估 2 组生活质量:该问卷包括生理、心理和社会 3 个维度,共 19 个条目,采用 Likert 7 级评分法,总分为各维度平均分之和;得分越高说明受咳嗽影响越小,患者生活质量越高。

治疗 7 d 后记录 2 组咳嗽复发情况:复发定义为咳嗽缓解后,又出现日间或夜间咳嗽症状评分 ≥ 2 分,排除发生呼吸道感染。复发率=(复发例数/总例数) $\times 100\%$ 。

参照《中药新药临床研究指导原则》^[2]中有关标准进行疗效评定,痊愈:临床症状消失或基本消失,中医证候积分减少 $\geq 95\%$;显效:临床症状明显改善,70% $\leq$ 中医证候积分减少 $< 95\%$;有效:临床症状有所好转,30% $\leq$ 中医证候积分减少 $< 70\%$;无效:症状无明显改善,甚或加重,中医证候积分减少 $< 30\%$ 。痊愈率=(痊愈例数/总例数) $\times 100\%$,总有效率=[(痊愈+显效+有效)例数/总例数] $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法

应用统计学软件 SPSS 23.0 对研究数据进行统

计分析,计数资料用率(%)表示,采用 χ^2 检验;计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组咳嗽积分、中医证候积分和 LCQ 评分比较

治疗后,2 组患者日间、夜间咳嗽积分和中医证候积分均显著降低($P < 0.05$),且观察组夜间咳嗽积分及中医证候积分均明显低于对照组($P < 0.05$)。治疗后,2 组 LCQ 评分均较前增高($P < 0.05$),且观察组明显高于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 2 组临床疗效和咳嗽复发率比较

治疗后,对照组痊愈率为 30.36%(17/56),观察组痊愈率为 46.43%(26/56),组间比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$);对照组总有效率为 89.29%(50/56),观察组总有效率为 92.86%(52/56),组间比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后随访 1 周,对照组咳嗽复发率为 14.29%(8/56),观察组咳嗽复发率为 8.93%(5/56),组间比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 1 2 组患者咳嗽、中医证候积分和 LCQ 评分比较($n=56$,分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	日间咳嗽积分	夜间咳嗽积分	中医证候积分	LCQ 评分
对照组	治疗前	3.25 $\pm$ 0.35	3.57 $\pm$ 0.54	8.95 $\pm$ 0.78	7.85 $\pm$ 0.89
	治疗后	0.45 $\pm$ 0.03*	0.82 $\pm$ 0.04*	1.94 $\pm$ 0.05*	14.71 $\pm$ 2.11*
观察组	治疗前	3.59 $\pm$ 0.56	3.55 $\pm$ 0.49	9.24 $\pm$ 0.85	8.02 $\pm$ 1.22
	治疗后	0.54 $\pm$ 0.07*	0.42 $\pm$ 0.05* Δ	0.62 $\pm$ 0.75* Δ	19.52 $\pm$ 2.56* Δ

与治疗前比较* $P < 0.05$;与对照组比较 $\Delta P < 0.05$

表 2 2 组患者临床疗效和咳嗽复发率比较($n=56$,例,%)

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率	复发率
对照组	17(30.36)	18(32.14)	15(26.79)	6(10.71)	50(89.29)	8(14.29)
观察组	26(46.43) Δ	15(26.79)	11(19.64)	4(7.14)	52(92.86) Δ	5(8.93) Δ

与对照组比较 $\Delta P < 0.05$

3 讨论

最早记录咳嗽的中医典籍是《黄帝内经》,其中有“咳”“喘咳”“咳唾”“逆咳”等描述。中医根据病因将其分为外因、内因和不内外因导致的咳嗽,中医中并无西医所谓“急性支气管炎”的描述。西医将表现为咳嗽,咳痰,咽痛、干痒等症状的疾病称为“咳嗽”,认为病因是由病原体如细菌、病毒等造成的感染并引起炎症反应,治疗以抗感染、止咳、化痰等缓解症状的方式为主,其远期效果欠佳,且容易反复发作,并具有一

定的毒副作用。中医认为咳嗽的发生与风邪犯肺、邪热结咽、肝火犯肺等有关,因风善行数动,容易夹杂其他六淫之气致病,而临床上尤以风邪犯肺、风寒犯肺等证型较为常见。

《素问·咳论篇》云:“五脏六腑皆令人咳,非独肺也。”其有以下含义:咳不离乎肺,然不止于肺。人体作为有机整体,脏腑之间互相联系、相互为用。五行理论指出脾生肺,肺生肾,肺克肝,心克肺。肺与大肠互为表里,其主气、司呼吸、朝百脉、主治节。如果诸脏腑功能失调,五脏之间的相生、相克、相侮、相乘、子

病及母、母病及子等均可影响肺,从而变生咳嗽。而由脾脏化生的水谷精微有赖于肺脏的宣发肃降功能以输布全身,肺维持其生理活动所需要的水谷精微又源于脾之运化。脾为生痰之源,肺为贮痰之器。久居湿地,或因伤于肥甘厚腻,致脾脏运化功能失常,脾虚不健运,水湿之邪内生,后又因外感风邪失于治,风湿之邪相搏为病,以致病程延绵。脾虚失运,聚湿成痰、成饮,留滞胸中,见胸闷不舒;痰阻气道,肺失宣降而发咳嗽;因此从脾肺论治咳嗽具有重要意义^[3]。

止嗽散由桔梗(炒)、甘草(炒)、白前(蒸)、陈皮、百部(蒸)、紫菀(蒸)、荆芥等组成。功效为化痰止咳、宣肺解表。方中君药紫菀、百部,润肺化痰、止嗽。臣药桔梗味苦辛,宣肺化痰;白前味辛甘,长于降气化痰。二者协同,一宣一降,以复肺气之宣降,增强君药止咳化痰之力。佐药荆芥祛风解表,陈皮理气化痰。佐使甘草缓急和中,调和诸药,与桔梗、荆芥共奏利咽止咳之功。全方温润和平,温而不燥,润而不膩,散寒不助热,解表不伤正。临床用于治疗各种咳嗽疗效显著^[4-5]。二陈汤出自《太平惠民和剂局方》卷四《治痰饮》,由半夏、橘红、白茯苓和甘草组成。方中君药半夏燥湿化痰,和胃止呕;臣药橘红理气化痰,使气顺则痰降,气行则痰化;佐药茯苓健脾渗湿;使药甘草和中益脾。该方治痰饮为患疗效较佳。止嗽散与二陈汤化痰合用共奏宣肺止咳、健脾化湿之功,对脾虚夹湿型的感冒后咳嗽尤为适合。若患者合并咽痒明显,需加强疏风利咽之力,可加薄荷(后下);若患者大便溏泄,或因脾虚困湿较甚,可加用山药、白扁豆以加强健脾利湿之功;临床主要用于治疗呼吸系统疾病^[6-7]。

本研究结果显示,治疗后,2 组患者咳嗽和中医证候积分均显著降低,且观察组夜间咳嗽积分和中医证候积分明显低于对照组,提示中药治疗对于缓解咳嗽症状疗效较西药好。治疗后,观察组 LCQ 评分明显大于对照组,提示中药组能从整体上提高患者的生活质量。此外,观察组痊愈率、总有效率均高于对照组,且复发率低,提示中药组整体疗效优于西药组,且中药疗效较为持久。

综上所述,止嗽散合二陈汤加减方能够有效治疗风寒犯肺型外感咳嗽,且有助于提高患者生活质量,降低咳嗽复发率,值得临床进一步推广使用。

参 考 文 献

- [1] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[J]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 1-2.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[J]. 北京: 中国医药科技出版社, 2015: 54-58.
- [3] 黄敏玲, 柯晓霞, 吴蕾, 等. 感染后咳嗽中医证候规律及病机探讨[J]. 时珍国医国药, 2012, 23(10): 2570-2571.
- [4] 张暮盈, 高洁. 止嗽散化痰治疗感冒后咳嗽 63 例[J]. 河南中医, 2013, 33(4): 556-557.
- [5] 李勇, 凌小浩. 止嗽散加味治疗感染后咳嗽 30 例临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2013, 32(17): 13-14.
- [6] 冯晓鹏. 止嗽散合二陈汤辅治支气管炎对症状改善及炎症因子水平的影响[J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(4): 490-491.
- [7] 林启有. 二陈汤加味辨证治疗感冒后咳嗽的临床观察[J]. 现代诊断与治疗, 2013, 24(6): 1276.

(收稿日期: 2021-04-29)