

风咳汤加减治疗感染后咳嗽风邪犯肺证临床观察

黄进, 凌小浩, 陈少藩, 黄振炎

中山市中医院呼吸内科, 广东 中山 528400

[摘要] 目的: 观察风咳汤加减治疗感染后咳嗽风邪犯肺证患者的临床疗效。方法: 将60例感染后咳嗽风邪犯肺证患者随机分为2组, 治疗组30例以风咳汤加减治疗, 对照组30例用复方甲氧那明治疗, 疗程均为7天。观察临床疗效及中医证候总积分。结果: 治疗组痊愈4例, 显效21例, 有效2例, 无效3例, 总有效率90.0%。对照组痊愈3例, 显效8例, 有效9例, 无效10例, 总有效率66.7%。2组总有效率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。2组治疗后中医证候总积分均明显下降, 组内治疗前后比较, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$); 2组治疗后组间中医证候总积分比较, 差异也有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 风咳汤加减治疗感染后咳嗽风邪犯肺证疗效良好。

[关键词] 感染后咳嗽; 风咳汤; 风邪犯肺证

[中图分类号] R441.5

[文献标识码] A

[文章编号] 0256-7415 (2014) 05-0049-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.05.019

感染后咳嗽是指各种病原体, 如细菌、病毒、支原体、衣原体等所致的呼吸道感染后继发的咳嗽, 在感染得到控制后咳嗽症状仍不缓解, 可持续3~8周, 对日常生活和工作造成一定影响, 若不及时治疗, 可发展成为慢性支气管炎或支气管哮喘^[1]。笔者以风咳汤加减治疗, 取得较为满意的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 西医诊断标准参照中华医学会2009年《咳嗽的诊断与治疗指南(2009)》^[1], 制定感染后咳嗽诊断标准如下: 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;

感染得到控制后咳嗽症状不缓解; 血常规及X线胸片未见异常; 排除其他引起咳嗽的病因, 如咳嗽变异型哮喘、嗜酸性粒细胞支气管炎等。中医辨证分型标准参照国家中医药管理局《22个专业95个病种中医诊疗方案》中感染后咳嗽风邪犯肺证的证候诊断, 拟定风邪犯肺证辨证要点如下: 咳嗽气急, 或呛咳阵作, 咽痒, 遇冷空气、异味等因素突发或加重,

或夜卧晨起咳剧, 多呈反复性发作, 干咳无痰或少许白稀痰或泡沫痰, 舌苔薄白, 脉浮、或紧、或弦。

1.2 纳入标准 符合感染后咳嗽的西医诊断标准; 中医辨证属于风邪犯肺证; 感染后咳嗽持续3周以上; 年龄18~50岁。

1.3 排除标准 存在其他引起慢性咳嗽的病因; 年龄大于50岁或小于18岁; 吸烟。

1.4 一般资料 所有观察对象来自2012年7月~2013年7月就诊于中山市中医院呼吸科门诊及住院的感染后咳嗽风邪犯肺证患者。60例患者随机分为2组, 治疗组30例, 男16例, 女14例; 年龄18~49岁, 平均34.2岁; 病程23~75天, 平均52.5天。对照组30例, 男17例, 女13例; 年龄19~47岁, 平均32.6岁; 病程21~72天, 平均43天。2组性别、年龄、病程等一般资料经统计学处理, 差异均无显著性意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用风咳汤加减, 处方: 炙麻黄、紫苏子、紫苏叶、炙枇杷叶、紫菀、苦杏仁、射干、牛

[收稿日期] 2013-12-15

[基金项目] 中山市科技局项目 (编号: 20132A177)

[作者简介] 黄进 (1971-), 男, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合治疗慢性咳嗽、慢性阻塞性肺疾病。

[通讯作者] 黄振炎, E-mail: csf524@126.com。

莠子、蝉蜕、地龙各 10 g，五味子 5 g。加水 800 mL，煎取 250 mL，每天 1 剂，疗程 7 天。

2.2 对照组 给予复方甲氧那明(上海三共制药厂生产)口服，每次 2 粒，每天 3 次，疗程 7 天。

治疗期间停用其他止咳药物。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 咳嗽症状积分表参照有关文献^[2]制定，咳嗽症状计分：由患者每天根据自己前 24 h 的咳嗽症状，对照计分表进行判断及记录：总分值 = 日间计分 + 夜间计分。日间咳嗽症状：0 分：无咳嗽；1 分：1~2 次短暂咳嗽；2 分：2 次以上短暂咳嗽；3 分：频繁咳嗽，但不影响日常活动；4 分：频繁咳嗽，影响日常活动；5 分：严重咳嗽，不能进行日常活动。夜间咳嗽症状：0 分：无咳嗽；1 分：仅在清晨或将要入睡时咳嗽；2 分：因咳嗽导致惊醒 1 次或早醒；3 分：因咳嗽导致夜间频醒；4 分：夜间大部分时间咳嗽；5 分：严重咳嗽不能入睡。

3.2 统计学方法 计量资料采用 t 检验，等级资料采用秩和检验，计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 痊愈：咳嗽症状完全消失(治疗后降至 0 分)；显效：咳嗽症状明显减轻(治疗后较治疗前减少 6~9 分)；有效：咳嗽症状减轻(治疗后较治疗前减少 2~5 分)；无效：咳嗽症状无改善或加重。

4.2 2 组临床疗效比较 治疗组痊愈 4 例，显效 21 例，有效 2 例，无效 3 例，总有效率 90.0%。对照组痊愈 3 例，显效 8 例，有效 9 例，无效 10 例，总有效率 66.7%。2 组总有效率比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

4.3 2 组治疗前后中医证候总积分比较 见表 1。2 组治疗后中医证候总积分均明显下降，组内治疗前后比较，差异均有显著性意义($P < 0.05$)；2 组治疗后组间中医证候总积分比较，差异也有显著性意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组治疗前后中医证候总积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
治疗组	30	6.83 ± 1.931	2.81 ± 2.300
对照组	30	5.85 ± 2.065	4.38 ± 2.055

与本组治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.05$

4.4 不良反应 对照组 30 例患者中有 10 例患者服

药后出现头晕、嗜睡、疲劳、乏力、恶心、食欲不振、心悸、皮疹、口干等，其中 5 例因不良反应而影响日常工作。治疗组患者服药后未出现不良反应。

5 讨论

现代医学对感染后咳嗽的生理病理机制尚不明确，目前尚无特异性治疗方法，主要以对症治疗为主，我国《咳嗽的诊断和治疗指南(2009)》^[1]中推荐使用第一代抗组胺及中枢性镇咳药、M 受体拮抗剂治疗感染后咳嗽。但是，这些药物只是对症治疗，仅对部分患者有效，短期疗效尚可，长期应用有成瘾性、呼吸中枢抑制等潜在危险性，可能出现嗜睡、口干、食欲减退、恶心、便秘等多种不良反应，且停药后症状容易复发。

中医学认为，感染后咳嗽，主要是风邪犯肺，肺气失宣^[3]。尽管感冒表证已解，但风邪未尽，肺气宣降失司，故咳嗽迁延不愈。杨玉华等^[4]认为感冒后咳嗽属于中医学外感咳嗽病范畴。外感六淫之邪，又以风邪为先导，同时可夹杂寒、热、燥、湿等，未能及时表散，或止咳化痰药杂投、或苦寒清热药盲目使用、或敛肺收涩药误用，致外邪留恋，内伏于肺，肺失宣降，上逆而咳，所以感冒后咳嗽的中医证候特点之一为表邪未尽。感染后咳嗽大多表现为咽干、咽痒、干咳无痰或痰少而黏，其病机特点多以风邪束肺，肺失宣降多见。古人早有“痒属风”、“无风不作痒”的理论，治疗咳嗽，皆从风邪入手，故审症求因，归纳出风邪犯肺为其主要病机，疏风宣肺止咳是其治疗要点。常建锋^[5]认为，感冒由外感六淫所致，外感之邪又以风邪为先导，同时可夹杂寒、热、燥、湿等。自拟疏风止咳汤，治疗感冒后咳嗽效果明显。肖立成^[6]认为，风邪犯肺型感冒后咳嗽比较常见，并应用疏风宣肺法治疗，临床效果显著。

风咳汤以疏风宣肺、缓急解痉、利咽止咳为大法，方中炙麻黄疏风宣肺、散寒平喘为君药；紫苏子、紫苏叶并用，一主疏风，一主降气，降中有散，同源二品，相辅相成；苦杏仁、紫菀降气止咳，枇杷叶、前胡宣肺止咳，宣降结合，通畅气机；射干降气消痰；地龙、蝉蜕等虫类药物解痉散风止咳；五味子敛肺止咳，牛蒡子疏散风热、清肺利咽。本研究采用风咳汤加减治疗风邪犯肺证感染后咳嗽，治疗组总有效率为 90.0%，对照组为 66.7%，治疗组疗效优于

对照组($P < 0.05$)。治疗前后中医证候总积分比较,治疗组改善明显优于对照组($P < 0.05$)。此外,对照组有较多患者出现嗜睡、疲劳、乏力等不良反应,甚至因此而影响日常工作,而治疗组使用风咳汤加减治疗的患者未出现明显不良反应。本研究结果提示,风咳汤加减治疗感染后咳嗽,疗效满意,且毒副作用小,医疗费用低,值得临床推广应用。

[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)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(6):

407-413.

- [2] 邓伟吾. 慢性咳嗽的诊断和治疗[J]. 国外医学: 呼吸系统分册, 2005, 25(1): 70-72.
- [3] 史树芹. 感染后咳嗽的中医证治摘要[J]. 中医中药·中西医结合, 2011(3): 1200-1201.
- [4] 杨玉华, 朱佳. 中西医治疗感冒后咳嗽的现状[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20(10): 1294-1295.
- [5] 常建锋. 中医治疗感冒后咳嗽体会[J]. 现代中西医结合杂志, 2008, 17(35): 7-8.
- [6] 肖立成. 疏风宣肺法治疗感冒后咳嗽 110 例[J]. 山西中医, 2008, 24(10): 10.

(责任编辑: 骆欢欢)

慢性阻塞性肺疾病阴虚痰热证与免疫球蛋白、补体 C3、C4 的相关性研究

阮威君, 李志英, 罗春蕾, 程胜军

桂林市中医医院, 广西 桂林 541002

[摘要] 目的: 探讨慢性阻塞性肺疾病(COPD)阴虚痰热证与免疫球蛋白 IgG、IgA、IgM 及补体 C3、C4 的相关性。方法: 根据中医辨证标准, 将 128 例 COPD 患者分为阴虚痰热证组 58 例, 痰热证组 70 例, 另设健康对照组 30 例, 检测各组 IgG、IgA、IgM 及补体 C3、C4。另据回顾性分析, 15 天后痰热证组中出现伤阴变证者 22 例纳入伤阴组, 余 48 例纳入非伤阴组。结果: 阴虚痰热证组、痰热证组免疫球蛋白的检测结果均低于健康对照组, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$), 阴虚痰热证组较痰热证组 IgA、IgG、IgM 降低, 差异亦均有显著性意义 ($P < 0.05$)。阴虚痰热证组补体 C3、C4 低于痰热证组及健康对照组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$), 痰热证组补体 C3、C4 亦低于健康对照组, 但差异均无显著性意义 ($P > 0.05$)。经回顾性分析, 伤阴组入院时 IgA、C3 均低于非伤阴组, 差异均有显著性意义 ($P < 0.05$), IgG、IgM、C4 亦低于非伤阴组, 但差异均无显著性意义 ($P > 0.05$)。结论: 免疫球蛋白、补体指标有可能成为阴虚痰热证辨证的客观依据, 指导辨证施治, 且可以作为临床疗效观察指标。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病(COPD); 阴虚痰热证; 免疫球蛋白; 补体

[中图分类号] R563 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 05-0051-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.05.020

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是一种以气流受限为特征的

疾病, 其气流受限不完全可逆, 呈进行性发展^[1], 是一种破坏性的肺部疾病, 居当前死亡原因的第 4 位。

[收稿日期] 2013-11-15

[作者简介] 阮威君 (1979-), 女, 主治中医师, 主要从事中医内科临床工作。