

中药复方治疗咳嗽变异性哮喘临床观察

冯胜奎, 梁静华

北京市丰盛中医骨伤专科医院中医科, 北京 100013

[摘要] 目的: 观察中药复方治疗咳嗽变异性哮喘疗效。方法: 400例患者随机分为治疗组200例和对照组200例。治疗组采用中药复方汤剂治疗; 对照组服用白三烯受体拮抗剂孟鲁司特钠; 5天为1疗程, 2疗程后统计疗效。观察症状缓解时间; 6月后随访复发情况; 观察治疗前后患者中医证候积分变化; 监测尿素氮(BUN)、血肌酐(SCr)、尿酸(UA)、谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)治疗前后变化。**结果:** 2组中医证候积分治疗前后组内比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$); 2组中医证候积分治疗后组间比较, 差异也有显著性意义($P < 0.05$)。总有效率治疗组为92.50%, 对照组为66.50%, 2组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。治疗半年后复发率治疗组为7.50%, 对照组为33.50%, 2组比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。2组治疗后症状缓解时间比较, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。2组治疗前后SCr、BUN、UA、ALT、AST等指标组内比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$); 2组治疗后组间比较, 差异均无显著性意义($P > 0.05$)。**结论:** 中药治疗咳嗽变异性哮喘疗效优于白三烯受体拮抗剂孟鲁司特钠。

[关键词] 咳嗽变异性哮喘; 中医疗法; 白三烯受体拮抗剂; 孟鲁司特钠

[中图分类号] R562.2*5 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 09-0048-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.09.023

咳嗽变异性哮喘(Cough Variant Asthma, CVA)是以持续或反复发作性咳嗽为主要表现的特殊类型哮喘, 其临床特点: 咳嗽是其主要或唯一的临床表现, 主要表现为刺激性干咳, 通常咳嗽比较剧烈, 夜间咳嗽为其重要特征。笔者运用中药复方“润燥止咳、宣肺祛邪”之法, 治疗CVA疗效明显, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2008年6月~2013年12月本院中医科及呼吸科门诊患者, 经气道激发试验或经峰流速仪测定诊断为CVA, 共400例, 按随机数字表随机分为2组各200例。治疗组男99例, 女101例, 年龄16~79岁, 平均(38.3±22.1)岁; 平均病程(72.7±20.2)天; 病情轻度者61例, 中度者71例, 重度者68例。对照组男92例, 女108例, 年龄15~75岁, 平均(39.3±21.5)岁; 平均病程(76.2±19.6)天; 病情轻度者58例, 中度者69例, 重度者73例。2组性别、年龄、病程、病情轻重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。

1.2 诊断标准 参照中华医学会呼吸病学分会制定的诊断标准^[1]: 慢性咳嗽常伴有明显的夜间刺激性咳嗽; 支气管激发试验阳性或支气管舒张试验阳性、呼气峰流速(PEF)昼夜变异

率>20%; 支气管扩张剂、糖皮质激素治疗有效; 排除其他原因引起的慢性咳嗽。中医辨证标准参照《中医病证诊断疗效标准》属燥邪犯肺、肺失宣发者。

1.3 纳入标准 凡年龄在16~80岁之间, 按西医诊断为CVA; 符合中医辨证, 可纳入观察病例。

1.4 排除标准 伴有胸闷、喘息、气紧等表现, 听诊可闻及哮鸣音; 近8周内呼吸道感染; 吸烟者或既往吸烟, 戒烟不超过半年; 合并有其他呼吸道疾病; 合并有胃食管反流, 鼻窦炎等疾病; 妊娠、精神疾病患者、15岁以下儿童; 临床表现不符合中医证型标准者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 给予宣肺祛邪、润肺止咳的桑杏汤合麻杏石甘汤加减, 处方: 桑白皮、百部、豆豉、僵蚕、紫草、地龙、炙麻黄各10g, 川贝母5g, 沙参、金银花各15g, 苦杏仁7g, 蝉蜕8g, 生石膏30g, 炙甘草9g。每天1剂, 水煎取汁600mL, 每服300mL, 分早晚服用。

2.2 对照组 口服孟鲁司特钠(Merck Sharp & Dohme Ltd. 公司, 批准文号: 国药准字J20070058; 进口药品注册证号H20070258), 每次10mg, 临睡前1次。

均于服药后第10天复诊, 以记录患者的各项观察指标的

[收稿日期] 2014-03-28

[作者简介] 冯胜奎 (1967-), 男, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合内科。

变化情况进行统计学分析。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 症状缓解时间；6月后随访复发情况；治疗前后患者中医证候积分变化；尿素氮(BUN)、血肌酐(SCr)、尿酸(UA)、谷丙转氨酶(ALT)、谷草转氨酶(AST)治疗前后变化。根据《中医病证诊断疗效标准》，制定半定量计分标准：

咳嗽情况：无咳嗽(0分)；轻度(1分)咳嗽间歇、短暂发作，不影响睡眠和工作；中度(2分)经常咳嗽，呈阵发性，轻微影响睡眠和工作；重度(3分)频繁阵发性咳嗽，严重影响睡眠和工作。 咽痒：无咽痒(0分)；轻度(1分)轻微咽痒，不引起咳嗽；中度(2分)咽痒较重，忍不住咳嗽；重度(3分)咽痒严重，痒即咳嗽。 气急：无气急(0分)；轻度(1分)咳嗽时偶有气急的感觉；中度(2分)咳嗽时经常有气急的感觉；重度(3分)咳嗽时气急胸闷，影响休息和工作。

3.2 统计学方法 应用 SPSS11.0 统计软件，计量资料数据以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，计量资料组间差异比较采用方差分析、治疗前后比较用配对 *t* 检验，计数资料比较采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 临床综合改善率 $m = (\text{治疗前各单项分值总合} - \text{治疗后各单项分值总合}) / \text{治疗前各单项分值总合} \times 100\%$ 。临床治愈： $m \geq 91\%$ ；显效： $70\% \leq m \leq 90\%$ ；有效： $36\% \leq m \leq 69\%$ ；无效： $m \leq 35\%$ 。总有效率 = (临床治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组治疗前后证候积分变化比较 见表1。2组中医证候积分治疗前后组内比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)；2组中医证候积分治疗后组间比较，差异也有显著性意义($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后证候积分变化比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

证候	治疗组(n=200)		对照组(n=200)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
咳嗽	2.75 ± 0.03	0.68 ± 0.01	2.78 ± 0.08	1.82 ± 0.05
咽痒	2.62 ± 0.02	0.72 ± 0.02	2.72 ± 0.02	1.46 ± 0.03
气急	2.58 ± 0.08	0.85 ± 0.03	2.65 ± 0.04	1.65 ± 0.04

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

4.3 2组临床疗效及复发率比较 见表2。总有效率治疗组为92.50%，对照组为66.50%，2组比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。治疗半年后复发率治疗组为7.50%，对照组为33.50%，2组比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表2 2组临床疗效及复发率比较 例

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	复发[例(%)]
治疗组	200	89	70	26	15	92.50	15(7.50)
对照组	200	52	35	46	67	66.50	67(33.50)

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.4 2组症状缓解时间比较 见表3。2组治疗后症状缓解时

间比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

表3 2组症状缓解时间比较 $(\bar{x} \pm s)$ h

组别	n	症状缓解时间
治疗组	200	4.15 ± 0.32
对照组	200	7.35 ± 0.65

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.5 2组治疗前后肝肾功能比较 见表4。2组治疗前后SCr、BUN、UA、ALT、AST等指标组内比较，差异均无显著性意义($P > 0.05$)；2组治疗后组间比较，差异均无显著性意义($P > 0.05$)。

表4 2组治疗前后肝肾功能比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	时间	SCr($\mu\text{mol/L}$)	BUN(mmol/L)	UA(mmol/L)	ALT(U/L)	AST(U/L)
治疗组	治疗前	78.1 ± 7.2	6.9 ± 0.5	318.9 ± 10.1	33.5 ± 1.8	35.1 ± 0.4
	治疗后	73.2 ± 3.1	6.6 ± 0.2	305.5 ± 10.2	31.7 ± 1.6	36.2 ± 0.3
对照组	治疗前	82.2 ± 7.1	7.2 ± 0.7	328.9 ± 10.3	36.5 ± 1.9	36.8 ± 0.4
	治疗后	75.7 ± 4.1	6.6 ± 0.3	315.1 ± 9.2	33.7 ± 1.5	35.3 ± 0.2

5 讨论

目前大多数学者认为本病与典型哮喘发病机制相似，是一种由多种细胞和细胞组分参与的气道慢性炎症。本病之所以仅出现咳嗽而无喘息，有3种解释^[2]：本病的咳嗽受体敏感性增高，且比典型哮喘具有更高的致喘阈值；本病的气道高反应性程度低于典型哮喘；咳嗽反射和支气管收缩反射是两种独立存在而又相互关联的反射类型，咳嗽受体主要分布在大气道，炎症介质的化学刺激和支气管收缩致气道机械性变形的物理刺激，均可作用于大气道的咳嗽受体，患者表现以咳嗽为主；在缺乏咳嗽受体的小气道病变，主要症状往往是喘息。

孟鲁司特钠是一种迄今为止最强效的特异性半胱氨酰白三烯受体拮抗剂，能特异地阻断白三烯产物与其受体结合，有效地预防白三烯多肽所致的支气管平滑肌痉挛性收缩，血管通透性增高，气道水肿，黏液分泌增多；抑制白三烯多肽所产生的气道嗜酸粒细胞等炎性细胞浸润，从而减轻气道炎症，降低气道高反应性，改善哮喘患者的肺功能^[3]，减轻咳嗽症状。

中医学对CVA的病因病机、治疗等方面进行了有益的探讨。罗社文等^[4]认为，本病由于外感失治，邪(包括风、燥、痰)郁于肺，肺气失宣，肺管不利，气道挛急所致，应归于“风咳”范畴。王丽华等^[5]认为，本病患者既有先天禀赋不足，又有宿痰内伏于肺，由风寒外邪、过敏原、七情、疲劳等诱因而触发，致使痰浊瘀外邪搏击于气道，使气机不畅，肺气不降，肺失清肃而咳嗽、胸闷。骆洪道^[6]认为，本病痰瘀交结，肺不得宁，久咳伤肾，再则卫表失固，营卫失调，易致风邪所凑，终致新旧之邪交合，痰瘀互结，肺肾两虚而致病。

笔者经多年临床实践认为，本病多因患者外感风燥之邪，肺气宣发失司，导致邪闭于内，伏于肺管，肺气郁闭，气道挛

急而发病。大多病程迁延，且常伴寒热错杂从而导致久病入络，郁而化热伤阴，临床表现咽痒干咳，入夜加重。针对 CVA 的这一病机，确立了祛邪宣肺，润肺止咳的治疗方法。方中桑叶辛凉疏导外邪，且有润肺之功；药取炙麻黄宣肺；苦杏仁降气平喘，止咳化痰，一宣一降，使肺气宣降有常，共为君药。金银花为臣，清肃郁闭之外邪，并可制约炙麻黄辛温之性，既有辛凉解表，清热解暑的作用，又具有芳香辟秽的功效；豆豉辛温而较平和，用以加强桑叶疏导外邪的作用；栀子皮轻，清上焦肺与胸膈之热，同为臣药。蝉蜕、白僵蚕均为虫类药物，疏风止痒，解痉缓急，两者相配，疏风缓急之力更强。川贝母清热化痰，生津润肺，止咳化痰；“久病入络”，对于久咳不愈者，加地龙入里搜邪，百部、桔梗止咳化痰，活血利咽，均为佐药；甘草调和诸药为使。现代药理研究证实，麻黄、紫草、蝉蜕不仅能较好的缓解支气管平滑肌痉挛作用，还有明显抗变态反应的功效；地龙可以改善支气管微循环，舒张支气管。故诸药相配，内郁之邪得解，伏痰得化，肺复其宣降之功，则诸症悉除。

本临床观察中，中医证候积分治疗组治疗前后组内比较、治疗组与对照组治疗后比较，差异均有显著性意义($P < 0.05$)；总有效率治疗组为 92.50%，对照组为 66.50%，2 组比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)；半年后复发率治疗组为 7.50%，对照组为 33.50%，2 组比较，差异有显著性意义($P < 0.05$)。

提示中西药物治疗均有明显疗效，但中医治疗临床症状缓解时间、疗效更优。

CVA 发病病机复杂，孟鲁斯特钠作为白三烯受体拮抗剂只是作用于病机的一个环节。而复方中药是从多靶点抑制 CVA 的发生，其机制需进一步研究。

[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)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32: 407-413.
- [2] 母双. 咳嗽变异性哮喘[J]. 中国临床医生杂志, 2007, 35(1): 12.
- [3] 胡仪吉. 咳嗽变异型哮喘的治疗[J]. 实用儿科临床杂志, 2009, 18(10): 778.
- [4] 罗社文, 晁恩祥. 治疗咳嗽变异性哮喘经验[J]. 中医杂志, 2002, 43(1): 74-75.
- [5] 王丽华, 季风刚, 王丽, 等. 中西医结合治疗咳嗽变异性哮喘的探讨[J]. 临沂医学专报, 2000, 22(1): 67-68.
- [6] 骆洪道. 哮喘宁治疗咳嗽变异性哮喘 137 例[J]. 四川中医, 2002, 20(11): 33-34.

(责任编辑: 骆欢欢)

橘红痰咳颗粒联合西药治疗慢性咳嗽临床观察

王世强

浙江中医药大学附属第三医院, 浙江 杭州 310005

[摘要] 目的: 观察橘红痰咳颗粒联合西药治疗慢性咳嗽的临床疗效。方法: 将慢性咳嗽患者 96 例随机分为 2 组各 48 例, 对照组给予氨溴索口服, 观察组在对照组基础上给予橘红痰咳颗粒冲服, 疗程均为 2 周。结果: 对照组总有效率 75.0%, 观察组总有效率 91.7%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。复发率对照组 22.2%, 观察组 4.5%, 观察组的复发率低于对照组, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 橘红痰咳颗粒联合西药可以提高治疗慢性咳嗽临床疗效, 复发率低, 副作用小。

[关键词] 慢性咳嗽; 橘红痰咳颗粒; 中西医结合疗法

[中图分类号] R256.11 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 09-0050-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.09.024

慢性咳嗽是发生率较高的呼吸道疾病之一, 是指咳嗽时间持续 8 周以上或者咳嗽反复发作的呼吸道疾病^[1]。引起慢性咳

嗽的常见病因主要有咳嗽变异型哮喘、胃食管反流、喉源性咳嗽、感染后咳嗽和鼻后滴流综合征等^[2]。慢性咳嗽病程长, 治

[收稿日期] 2014-03-06

[作者简介] 王世强 (1979-), 男, 主治中医师, 主要从事呼吸病研究工作。