

# 射干汤治疗儿童咳嗽变异性哮喘临床观察

姚力, 夏明

1. 象山县丹城中心卫生院中医儿科, 浙江 象山 315700; 2. 宁波市中医院中医儿科, 浙江 宁波 315010

**[摘要]** 目的: 探讨射干汤治疗儿童咳嗽变异性哮喘的临床疗效。方法: 将儿童咳嗽变异性哮喘 68 例随机分为 2 组, 观察组 35 例采用自拟射干汤加味治疗; 对照组 33 例采用酮替芬片口服, 疗程均为 4 周, 治疗结束评价咳嗽缓解有效率和血清 IgE 指标。结果: 总有效率观察组为 62.9%, 对照组为 48.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗后 2 组血清 IgE 水平均较治疗前下降 ( $P < 0.05$ ), 且观察组水平下降较对照组更显著 ( $P < 0.05$ )。结论: 射干汤治疗小儿咳嗽变异性哮喘疗效确切。

**[关键词]** 儿童咳嗽变异性哮喘; 儿童; 射干汤

**[中图分类号]** R562.2\*5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 03-0161-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.063

儿童咳嗽变异性哮喘是儿科慢性咳嗽中最常见的病因之一, 主要表现为持续性的慢性咳嗽、痰少, 以晨咳、夜咳为主要症状, 严重影响患儿的生活质量。射干汤为浙江省基层名中医叶芹老师的经验方, 笔者有幸跟随叶老师学习, 并对此方治疗儿童咳嗽变异性哮喘的疗效进行观察, 现总结如下。

## 1 临床资料

入选病例均为象山县丹城中心卫生院及宁波市海曙区中医院儿科门诊患儿共 68 例, 诊断参照《儿童慢性咳嗽诊断和治疗指南(试行)》<sup>[1]</sup>诊断标准制定。入选病例均完成整个疗程, 无脱落患儿。将上述患儿随机分为 2 组。观察组 35 例, 男 19 例, 女 16 例; 年龄 20 月~10 岁, 平均(5.9±1.9)岁; 病程 1 月~1.6 年。对照组 33 例, 男 17 例, 女 16 例; 年龄 2 岁 3 月~11 岁, 平均(5.7±2.1)岁; 病程 2 月~1.9 年。2 组患儿在性别、年龄、病程等方面比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

## 2 治疗方法

**2.1 观察组** 给予射干汤为主方加减治疗。处方: 射干、蝉蜕、僵蚕、桔梗、甘草、三叶青、浙贝母、黄芩、木蝴蝶、前胡、麻黄。随症加减: 兼鼻塞流涕, 黄稠者加鱼腥草、薏苡仁、菊花; 涕清稀者加炒苍耳子、白芷、川芎; 伴有咳吐黄痰加瓜蒌、蛤壳、鱼腥草; 咽红、喉核肿大者加七叶一枝花、大力子、

马勃; 呛咳严重加天竺子; 喉核肿大红赤不显加赤芍、夏枯草、牡蛎; 便干结舌苔厚腻加厚朴、莱菔子。每天 1 剂, 水煎 2 次混合后, 取汁约 150 mL, 分 3~4 次服用。

**2.2 对照组** 给予酮替芬片, 4 岁以下每次 0.5 mg, 4 岁以上每次 1 mg, 每天 2 次, 口服。

2 组均以 4 周为 1 疗程, 在治疗期间不再使用其他药物。

## 3 观察项目与统计学方法

**3.1 观察项目** ①主要观察患儿咳嗽症状改善, 以咳嗽缓解有效率评价; ②所有患儿均测定血清 IgE, 血清 IgE 高者治疗后再次测定, 对比治疗前后的变化。

**3.2 统计学方法** 所有数据采用 SPSS17.0 软件进行统计分析, 计量资料采用  $t$  检验; 计数资料采用  $\chi^2$  检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

**4.1 疗效标准** 依据《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[2]</sup>中相关标准评定。咳嗽程度: 重度咳嗽: 昼夜咳嗽频繁或阵咳, 影响工作和睡眠; 中度咳嗽: 介于轻度和重度之间; 轻度咳嗽: 间断咳嗽, 不影响正常生活工作; 不够轻度标准: 偶咳或不咳。疗效标准: 临床控制: 咳嗽症状消失或尚不够轻度标准; 显效: 咳嗽症状由重度转为轻度或由中度转为尚不够轻

**[收稿日期]** 2015-10-03

**[作者简介]** 姚力 (1971-), 男, 副主任中医师, 研究方向: 小儿呼吸系统疾病的中医药治疗。

度标准；进步：咳嗽由重度转为中度，或由重度转为轻度；无效：症状无变化或加重。总有效率 = 临床控制率 + 显效率。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后，总有效率观察组为62.9%，对照组为48.5%，2组比较，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	35	10	12	8	5	62.9 <sup>①</sup>
对照组	33	5	11	6	12	48.5

与对照组比较， $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后血清IgE变化比较 见表2。对2组血清IgE异常者，治疗后再测定血清IgE。结果治疗后2组血清IgE水平均较治疗前下降( $P < 0.05$ )，且观察组下降较对照组更显著( $P < 0.05$ )。

表2 2组治疗前后血清IgE变化比较( $\bar{x} \pm s$ ) IU/mL

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	18	258.1 ± 46.1	82.1 ± 36.3 <sup>②</sup>
对照组	16	249.5 ± 43.0	90.2 ± 32.2 <sup>①</sup>

与同组治疗前比较，<sup>①</sup> $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，<sup>②</sup> $P < 0.05$

## 5 讨论

咳嗽变异性哮喘是引起儿童尤其是学龄前和学龄期儿童慢性咳嗽的常见原因之一。中国儿童慢性咳嗽病因构成比研究协作组报道，此病占慢性咳嗽病人的41.95%，为第一位<sup>[3]</sup>。现代医学治疗多以糖皮质激素和支气管扩张剂或白三烯受体拮抗剂等治疗。

中医学根据咳嗽时间长短、咳嗽性质，将咳嗽变异性哮喘归于干咳、久咳之类。近代医家对此病从病因和病机上均有创新。王烈教授<sup>[4]</sup>将咳嗽变异性哮喘以哮论治，首创“哮喘”，治疗分咳期、痰期、根期3期。王传博等<sup>[5]</sup>认为此病久稽不愈为“风、痰、瘀”所致，外风自外受之，内风自内得之，痰有寒热之分；病久入络，脉络瘀阻，痰瘀互结；诸邪阻塞肺络，肺失宣降而致久咳不止。笔者认为本病表现为慢性咳嗽，以晨、夜咳为主，舌、苔、脉象变化不显著，发病机制为“风、痰、瘀、毒”所致，尤其为“毒”为甚<sup>[6]</sup>。此处之“毒”包括吸入性、食入性、接触性、感染性、季节性(如草、树之花粉)等多种外

在致敏原，侵入途径大多为吸入。主要病机是本虚标实内外合邪，“风、毒”等病理因素引动伏痰，内外风邪相合，肺失宣降，肺络气逆而呛咳阵作。因此治疗以疏风、祛痰、祛毒、活血为主，随证加减，方以射干汤治疗。

本病咳嗽的特点为干咳少痰，常伴有咽痒不适，治疗宜从咽喉入手。射干汤组方以祛痰利咽的射干作为君药，《神农本草经》射干“治咳逆上气，喉痹咽痛不得消息，散结气，腹中邪逆，食饮大热”；麻黄为肺经专药，宣肺平喘，前胡降气化痰，两者一升一降，以宣通肺气；蝉蜕、僵蚕抗敏镇咳、疏风祛痰，正如叶天士“久则邪正混处期间，草木不能见效，当以虫蚁疏通逐邪”之训，藉“虫蚁血中搜逐以攻通邪结”，临床中不但发作期必用，在缓解期也常加之一二味；浙贝母、三叶青、黄芩清肺化痰；桔梗、甘草、木蝴蝶利咽止咳。全方具有疏风、祛痰、活血、抗敏祛毒之功。

本观察结果表明，观察组患儿咳嗽缓解率高于对照组，表明以利咽、清肺为主的射干汤治疗咳嗽变异性哮喘有明显作用。儿童咳嗽变异性哮喘有为儿童哮喘的一种特殊类型，有近50%可能发展为典型哮喘，其中部分患儿确实存在高敏状态，通过对血清总IgE的测定发现，观察组治疗后IgE下降明显，提示射干汤可能通过抑制过敏原而缓解咳嗽症状。

## [参考文献]

- [1] 中华医学会儿科分会呼吸学组《中华儿科杂志》编辑委员会. 儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南(试行)[J]. 中华全科医师杂志, 2011, 10(9): 623-626.
- [2] 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: 26-28.
- [3] 罗泽民, 蔡艳, 等. 不同年龄儿童咳嗽变异性哮喘病因分析[J]. 临床儿科杂志, 2011, 29(2): 138-141.
- [4] 冯晓纯, 孙丽平, 王增玲, 等. 王烈教授关于小儿咳嗽变异性哮喘诊治经验[J]. 世界中西医结合杂志, 2007, 12(2): 690-691.
- [5] 王传博, 李泽庚, 王胜, 等. 风、痰、瘀乃慢性咳嗽久稽不愈之根源[J]. 中医杂志, 2012, 53(13): 1115-1116.
- [6] 姚力. 叶芹治疗儿童咳嗽变异性哮喘经验[J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(9): 666-667.

(责任编辑: 冯天保)