

紫贝止咳颗粒治疗 感染后咳嗽余邪恋肺证 40 例临床观察

万益玲¹, 范伏元²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第一附属医院, 湖南 长沙, 410007)

[摘要] 目的: 观察紫贝止咳颗粒治疗感染后咳嗽余邪恋肺证的临床疗效。方法: 将 80 例感染后咳嗽余邪恋肺证患者随机分为 2 组各 40 例。对照组予以复方甲氧那明胶囊治疗, 治疗组予以紫贝止咳颗粒治疗, 疗程均为 7d。观察比较 2 组患者治疗前后临床症状积分、中医证候积分、症状缓解时间、诱导痰上清液中 P 物质 (SP)、白介素 (IL-8) 浓度及临床疗效。结果: 总有效率治疗组为 95.0%, 对照组为 82.5%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组咳嗽症状积分、中医证候积分、SP、IL-8 治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组症状缓解时间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 紫贝止咳颗粒可有效改善感染后咳嗽余邪恋肺证患者症状, 疗效显著。

[关键词] 感染后咳嗽; 余邪恋肺证; 中医药疗法; 紫贝止咳颗粒

[中图分类号] R256.11 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.024

感染后咳嗽 (Post-infections Cough, PIC) 指呼吸道感染急性期症状缓解, 咳嗽迁延不愈的一类咳嗽^[1], 病程一般 3~8 周。主要表现为干咳或咳少量白黏痰, 咽痒, 气温骤变、烟尘、运动可诱发或加重咳嗽^[2]。患者多因咳嗽敏感性增高出现频繁而剧烈阵咳, 导致焦虑、失眠、尿失禁等症, 部分患者最终出现慢性支气管炎、支气管哮喘等^[3]。紫贝止咳颗粒属中成药, 主要适用于咳嗽证属余邪恋肺者, 功能宣降肺气、止咳化痰。笔者采用紫贝止咳颗粒治疗感染后咳嗽余邪恋肺证 40 例, 收到较好

的临床疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取湖南中医药大学第一附属医院呼吸内科门诊 2016 年 1 月至 2016 年 12 月感染后咳嗽余邪恋肺证患者 80 例, 采用随机数字表法分为 2 组各 40 例。治疗组中, 男 20 例, 女 20 例; 年龄 18~64 岁, 平均 (40.3 ± 10.4) 岁; 病程 22~40d, 平均 (31.1 ± 7.0) d。对照组中, 男 21 例, 女 19 例; 年龄 18~63 岁, 平均 (40.6 ± 11.7) 岁; 病程 21~42d, 平均 (30.5 ± 6.6) d。2 组性别、年龄、病程比较,

结, 上犯肝肺, 气机不利而发哮喘, 若不化痰, 则痰瘀难解, 哮喘经久不愈, 故对少阳阳明合病兼血瘀证选用大柴胡汤合桂枝茯苓丸或桃核承气汤, 攻邪速捷, 且不伤正^[8-9]。

本观察结果表明, 在西医治疗基础上联合中药汤剂治疗能改善重症肺炎患者的 WBC、CRP、PCT, 缩短患者病程、体温恢复时间, 降低真菌感染、心力衰竭、呼吸衰竭发生率。但因本观察病例数有限, 仍在临床观察中探讨大柴胡汤合桂枝茯苓丸组方是否对中医辨证各分型肺炎均有肯定治疗效果。

参考文献

- [1] 唐燕, 黄江. 白虎汤加减联合胸腺肽 $\alpha 1$ 治疗老年重症肺炎患者的效果[J]. 实用临床医药杂志, 2017, 21(7): 24-27.
- [2] 占林兵, 谢波, 华锋, 等. 重症肺炎患者免疫治疗前后免疫功

能的变化[J]. 实用医学杂志, 2015(13): 2145-2147.

- [3] 陆再英, 钟南山. 内科学(7版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [4] 周静, 庞剑. 大柴胡汤合桂枝茯苓丸对瘀血型慢性支气管哮喘临床疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2014(6): 146-147.
- [5] 刁军成. 从桂枝茯苓丸谈妇科肿瘤的中医治疗意义[J]. 江西中医药, 2006, 37(4): 53-54.
- [6] 徐路, 张琦. 桂枝茯苓丸临床应用概况[J]. 河南中医, 2015, 35(9): 2032-2033.
- [7] 张小波, 王龙, 别玉龙, 等. 大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗慢性肺心病的探讨[J]. 江西中医药, 2016, 47(10): 76-77.
- [8] 冯世纶, 胡希恕——中国百年百名中医临床家丛书经方专家卷(2版)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2013: 21.
- [9] 沈婕, 何胜利. 大柴胡汤合桂枝茯苓丸治疗肿瘤患者感染后咳嗽验案 2 则[J]. 江苏中医药, 2015, 47(3): 57-58.

(收稿日期: 2017-09-29)

第一作者: 万益玲, 女, 2015 级硕士研究生, 研究方向: 中西医结合防治呼吸系统疾病

通讯作者: 范伏元, 男, 主任医师, 教授, 博士研究生导师, 研究方向: 中西医结合防治风湿病和呼吸系统疾病, E-mail: ffy023@163.com

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(2015)”^[4]拟定。上呼吸道感染起病;感冒急性期症状消退,出现刺激性干咳或咳少许白稀痰,咽痒,病程 3~8 周;胸片、双肺听诊无异常;肺通气功能正常,支气管激发试验阴性;排除其他原因引起的咳嗽。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]制定余邪恋肺证辨证标准。主症:初起外感,咳嗽,舌淡、苔白;次症:遇风加重,夜间咳嗽,咽痒,少量白稀痰或无痰,脉浮滑。以上主症必备,或加次症,即可诊断。

1.3 纳入标准 (1)符合西医诊断标准及中医辨证标准;(2)年龄 18~65 岁;(3)咳嗽症状积分 ≥ 3 分;(4)签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)既往有慢性呼吸系统疾病史;(2)近期服用 ACEI 类降压药物;(3)严重心、肝、肾功能受损;(4)发热、合用抗菌药物治疗;(5)对观察药物过敏;(6)依从性差不能坚持服药。

2 治疗方法

2.1 对照组 口服西药治疗。复方甲氧那明胶囊(上海第一三共制药有限公司,批号:H20033669,规格:每粒含盐酸甲氧那明 12.5mg,那可丁 7mg,氨茶碱 25mg,马来酸氯苯那敏 2mg $\times$ 60 粒),2 粒/次,饭后口服,3 次/d。

2.2 治疗组 口服中成药治疗。紫贝止咳颗粒(湖南德康制药股份有限公司,批号:Z20140009,规格:4g $\times$ 6 包),4g/次,口服,2 次/d。

2 组疗程均为 7d,疗程结束后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)咳嗽症状积分。参照“咳嗽的诊断与治疗指南(2015)”^[4]中咳嗽症状积分表,对咳嗽、咽痒分别按不同程度计 0、1、2、3 分。(2)中医证候积分。记录治疗前后 2 组中医证候积分,主症计 2 分,次症计 1 分。(3)症状缓解时间。根据临床症状积分统计,以症状积分 <2 分,维持 48h 以上为标准,以缓解后 1d 日期计算缓解时间。(4)痰上清液中 P 物质(SP)、白介素(IL-8),通过雾化吸入高渗盐水刺激咳痰,水浴后离心沉淀涂片,采取酶联免疫吸附法检测。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]拟定。治愈:临床症状基本消失,疗效指数 $\geq 95\%$;显效:临床症状明显缓解,疗效指数 $\geq 70\%$,但 $<$

95%;有效:临床症状好转,疗效指数 $\geq 30\%$,但 $<70\%$;无效:临床症状无缓解,疗效指数 $<30\%$ 。

3.3 统计学方法 应用 SPSS 23.0 软件进行数据分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,符合正态分布、方差齐性时用 t 检验;不符合正态分布时用 Wilcoxon 秩和检验。计数资料用 χ^2 检验。等级资料,用秩和检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 95.0%,对照组为 82.5%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[n(%)]					
组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效
治疗组	40	19(47.5)	13(32.5)	6(15.0)	2(5.0)
对照组	40	13(32.5)	10(25.0)	10(25.0)	7(17.5)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后综合症状积分和中医证候积分比较 2 组各项积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后综合症状积分和中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)				
组别	<i>n</i>	时间	综合症状积分	中医证候积分
治疗组	40	治疗前	4.85 $\pm$ 1.27	8.95 $\pm$ 1.08
		治疗后	0.83 $\pm$ 1.16 ^{ab}	1.03 $\pm$ 1.23 ^{ab}
对照组	40	治疗前	4.83 $\pm$ 1.30	8.98 $\pm$ 1.00
		治疗后	1.50 $\pm$ 1.64 ^a	2.93 $\pm$ 1.52 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

3.4.3 2 组症状缓解时间比较 症状缓解时间对照组为(7.5 $\pm$ 1.6)d,治疗组为(4.1 $\pm$ 1.3)d,2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

3.4.4 2 组治疗前后 SP、IL-8 比较 2 组 SP、IL-8 水平治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后 SP、IL-8 比较($\bar{x}\pm s$)				
组别	<i>n</i>	时间	SP(ng/L)	IL-8(μ g/mL)
治疗组	40	治疗前	414.5 $\pm$ 21.1	124.3 $\pm$ 18.7
		治疗后	235.3 $\pm$ 31.7 ^{ab}	105.8 $\pm$ 15.7 ^{ab}
对照组	40	治疗前	412.1 $\pm$ 21.7	122.2 $\pm$ 19.7
		治疗后	267.8 $\pm$ 45.3 ^a	114.3 $\pm$ 18.5 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

4 讨论

近年来,PIC 发病率逐年升高,上呼吸道感染后

11%~25%出现感染后咳嗽,冬春季节乃至高达25%~50%^[6]。其发病机制多认为与气道炎症、气道高反应性、咳嗽反射敏感性升高及胃食管反流等有关。西医治疗一般不推荐抗生素,若咳嗽较剧酌情予以镇咳药、抗组胺药,但西药治疗的效果并不理想^[7]。Liu等^[8]对中医药治疗感染后咳嗽进行大数据系统回顾后,提出中医药对PIC有确切疗效,与西医相比,镇咳速度更快。

感染后咳嗽属中医学“外感咳嗽”范畴,因病程迁延,亦可属于“久咳”“顽咳”。所谓“咳证虽多,无非肺病”,《诸病源候论·咳嗽病诸候》将风咳置于十咳之首,可见风邪袭肺易致咳嗽。感染后咳嗽病机因外感风邪袭肺,邪伏留恋,宣降失常致生咳;肺中津液失布,停聚为痰,随咳排出;久之肺气阴两伤,息道连及喉,咽喉失却濡润则咽痒。紫贝止咳颗粒由百部10g、紫菀10g、白前10g、桔梗10g、法半夏10g、橘红6g、浙贝母10g、杏仁10g、矮地茶15g、薄荷10g、甘草3g等组成。百部、紫菀归肺经,擅治咳逆上气;白前长于降气化痰,桔梗善宣提肺气,气机得通,增止咳化痰之功;法半夏、橘红理气燥湿化痰;浙贝母清热润肺止咳;杏仁降利肺气止咳;矮地茶祛痰止咳;薄荷利咽;甘草调和诸药。全方用药精妙,宣降相合,疏利肺气,止咳化痰。

本观察结果表明,治疗后临床症状积分、中医证候积分均有下降,表明2组治疗后咳嗽、咽痒均有减轻,治疗组改善症状较对照组更明显。缓解时间

对比,治疗组缓解速度更快。SP、IL-8是气道神经源性反应改变标志物,是引起咳嗽敏感性升高、咳嗽不愈之重要因素,指标下降提示2组治疗后气道神经源性反应得到控制,咳嗽敏感性降低,治疗组更显著。总有效率治疗组达95.0%,对照组为82.5%,治疗组临床疗效明显优于对照组。

综上所述,紫贝止咳颗粒治疗感染后咳嗽可加快缓解临床症状,疗效卓著,值得推广使用。

参考文献

- [1] 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年版)[S]. 中医杂志,2011,52(10):896-899.
- [2] 胡倩,段培蓓,王秋琴,等. 刮痧联合宣肺止咳汤治疗感染后咳嗽风寒恋肺证临床观察[J]. 中国针灸,2016,36(12):1257-1262.
- [3] Ryttilä P, Metso T, Heikinen K, et al. Airway inflammation in patients with respiratory symptoms suggestion in asthma but with normal lung function[J]. Eur Respir J, 2000, 16(5):824-830.
- [4] 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(2015)[S]. 中华结核和呼吸杂志,2016,39(5):323-339.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994:77.
- [6] Braman SS. Posttussive cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines[J]. Chest, 2006, 129(suppl):138-146.
- [7] 周新,包葵平,瞿介明,等. 复方甲氧那明治疗感染后咳嗽的有效性和安全性多中心临床研究[J]. 国际呼吸杂志,2011,32(23):1761-1765.
- [8] Liu W, Jiang HL, Mao B. Chinese herbal medicine for post-infectious cough: a systematic review of randomised controlled trials[J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2013(2013):906765.

(收稿日期:2017-11-06)

(上接第45页)不利,四肢末端发凉,双手手指形如腊肠,舌苔白,脉细涩,是为阳虚寒凝之征,旷教授以温阳散寒为治法,拟皮痹1号方加减,该方由麻黄附子细辛汤合黄芪桂枝五物汤加王不留行、穿山甲、白芥子、皂角刺、刺猬皮而成,全方温阳、益气、活血、祛痰兼顾。10剂之后复诊,患者周身汗出,自觉一身轻松,但仍觉畏寒。效不更方,继续温阳散寒为法,更在前方的基础上加仙茅、淫羊藿温肾助阳。三诊时皮肤肿胀、僵硬感明显缓解,双手手指屈伸活动较前灵活,活动度增大。但畏风寒,自汗出,双手食指尖端疼痛,旷教授考虑此为里阳已温,表阳未固,加白术、防风,合原方中黄芪益气固表。四诊时患者触其手指皮肤较前明显柔软,面色较前润泽,自汗止,但手心汗出,晨起感觉四肢末梢肿胀明显,以皮痹1号方加苍术燥湿以消肿,加浮小麦

以敛阴止汗。五诊时四肢、颜面皮肤逐渐柔软,弹性增大,双手已能握拳,手心已无汗出,但月经延期未至,上方去浮小麦加桃仁、红花活血化瘀,威灵仙通行一身之经络。六诊时四肢、颜面皮肤柔软,活动灵活,月经已至,疾病向愈,继续巩固治疗。嘱其切勿贪凉饮冷,注意防寒保暖。皮痹患者,追问其病史,多有喜贪凉饮冷、吹冷空调等生活习惯,故临床以寒湿多见,其病情顽固,病程长,多夹瘀血、痰浊为患,旷教授临证之时每每兼顾,多有效验。

参考文献

- [1] 欧云娜,高永翔. 皮痹与肺虚的关系[J]. 四川中医,2014,32(6):43-45.
- [2] 葛均波,徐永健. 内科学(8版)[M]. 北京:人民卫生出版社,2013:847.
- [3] 清·钱天来. 伤寒溯源集[M]. 上海:上海卫生出版社,1957.

(收稿日期:2017-03-15)