

加味沙参麦冬汤治疗 感染后咳嗽肺阴亏虚证 32 例临床观察

武素¹, 姚红艳^{1,2}

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南中医药大学第二附属医院, 湖南 长沙, 410005)

[摘要] 目的: 观察加味沙参麦冬汤治疗感染后咳嗽肺阴亏虚证的临床疗效。方法: 将 64 例感染后咳嗽肺阴亏虚证患者随机分为治疗组和对照组, 每组各 32 例。对照组采用复方甲氧那明胶囊治疗, 治疗组在对照组治疗基础上配合加味沙参麦冬汤治疗。结果: 总有效率治疗组为 90.63%, 对照组为 71.88%, 组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$); 2 组中医证候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 ($P < 0.05$); 2 组咳嗽起效时间和消失时间比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 加味沙参麦冬汤治疗感染后咳嗽肺阴亏虚证临床疗效显著。

[关键词] 感染后咳嗽; 肺阴亏虚证; 中西医结合疗法; 加味沙参麦冬汤

[中图分类号] R256.11 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.01.022

感染后咳嗽 (post-infectious cough, PIC)^[1], 是亚急性咳嗽的主要病种, 其中以病毒性感冒引起的咳嗽最为常见, 当呼吸道感染的急性期症状消失后, 咳嗽仍然迁延不愈, 多表现为咽痒、刺激性干咳或咳少量白色黏痰, 且易于在讲话、运动及空气刺激时诱发或加重。通常持续 3~8 周, 甚至数月, X 线胸片及血常规检查无异常。PIC 常有自限性, 但过程中可能会严重影响患者的工作和生活。在治疗上仍没有针对性和切实有效的方法, 因此防治本病具有非常重要的意义。感染后咳嗽属于中医学“咳嗽”范畴, 姚红艳副主任医师采用加味沙参麦冬汤治疗感染后咳嗽肺阴亏虚证 32 例, 取得较好的疗效, 并与单用西药治疗的 32 例作对照观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 64 例均为 2017 年 3 月至 2018 年 3 月湖南中医药大学第二附属医院呼吸内科门诊患者, 随机分为 2 组。治疗组 32 例中, 男 20 例, 女 12 例; 年龄 21~72 岁, 平均 (48.13 ± 12.64) 岁; 病程 21~49d, 平均 (29.57 ± 7.89) d。对照组 32 例中, 男 18 例, 女 14 例; 年龄 18~78 岁, 平均 (49.83 ± 13.32) 岁; 病程 21~48d, 平均 (29.49 ± 8.04) 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。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《咳嗽的诊断与治疗指南》^[1] 中感染后咳嗽的诊断标准。1) 有急性上呼吸道感染病史; 2) 急性期症状消退后, 咳嗽仍迁延

不愈; 3) 临床表现以刺激性干咳或咳少量白色黏液痰为主; 4) 血常规及 X 线胸片检查无异常; 5) 持续 3 周以上, 排除其他原因引起的咳嗽, 如食管反流性咳嗽、变异性哮喘等。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2] 中咳嗽的辨证标准辨证为肺阴亏虚证。症见: 咳久痰少, 咳吐不爽, 痰黏或夹血丝, 咽痒, 咽干口燥, 手足心热, 舌红, 少苔, 脉细数。

1.3 纳入标准 1) 符合西医诊断标准; 2) 符合中医辨证标准; 3) 年龄在 18~80 岁之间; 4) 肝肾功能及血、尿、大便常规检查均属正常范围; 5) 咳嗽证候积分 ≥ 2 分; 6) 非吸烟者或吸烟者已戒烟达 1 个月以上; 7) 自愿接受观察治疗, 并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1) 有器质性呼吸道疾病; 2) 有发热或使用抗感染药物; 3) 哺乳或妊娠期妇女, 患有精神病; 4) 对已知药物存在过敏及过敏体质; 5) 有严重的心脑血管、肝肾及恶性肿瘤等疾病。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西药治疗。复方甲氧那明胶囊 [阿斯美, Compound Methoxyphenamine Capsules 第一三共制药 (上海) 有限公司, 含有盐酸甲氧那明 12.5mg、那可丁 7mg、氨茶碱 25mg、马来酸氯苯那敏 2mg] 口服, 2 粒/次, 3 次/d。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上配合加味沙参麦冬汤治疗。基础方: 北沙参 30g, 麦冬 15g, 天花粉 15g, 玉竹 15g, 冬桑叶 15g, 生扁豆 15g, 苦杏仁 15g, 浙贝母 15g, 生地黄 15g, 百合 15g, 甘草 6g。临床加

减:咳嗽严重者加百部 15g;咽部痒者加僵蚕 6g;气喘不利者加地龙 6g。由湖南中医药大学第二附属医院药剂科煎成 200ml 药液,分装入 100ml 真空袋。100ml/次,2 次/d。

2 组均以 7d 为 1 个疗程,1 个疗程后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 根据《中药新药临床研究指导原则》^[3],按照等级变量观察方法对治疗前后中医证候制定半定量计分标准。1)咳嗽:无咳嗽计 0 分;轻度计 1 分;咳嗽间歇、短暂发作,不影响睡眠和工作;中度计 2 分:经常咳嗽,呈阵发性,轻微影响睡眠和工作;重度计 3 分:频繁阵发性咳嗽,严重影响睡眠和工作。2)咽痒:无咽痒计 0 分;轻度计 1 分:轻微咽痒;中度计 2 分:咽痒较重,忍不住咳嗽;重度计 3 分:咽痒严重,痒即咳嗽。3)咳痰:无痰计 0 分;轻度计 1 分:痰少,痰易咳出;中度计 2 分:有少量痰,咳后尚易咳出;重度计 3 分:痰黏,咳后仍不能咳出。记录咳嗽症状起效时间(以咳嗽频度和程度评分降低 1 个等级的时间判定为起效时间)及消失时间(以咳嗽症状完全消失的时间判定为咳嗽消失时间)。同时记录不良反应,严密监测病情变化,及时控制病情恶化。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3]拟定。证候积分减少率=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。治愈:临床症状、体征消失或基本消失,中医证候积分减少≥95%;显效:临床症状、体征明显改善,中医证候积分减少≥70%,但<95%;有效:临床症状、体征均有好转,中医证候积分减少≥30%,但<70%;无效:临床症状、体征均无明显改善、甚或加重,中医证候积分减少<30%。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 17.0 统计软件进行处理。所有统计检验均采用双侧检验;各组计数资料以率或构成比描述,采用 χ^2 检验,疗效比较用秩和检验;各组计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内前后比较采用配对 t 检验,组间比较用成组 t 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 总有效率治疗为 90.63%,对照组为 71.88%,组间比较,差异有统计学意义。(见表 1)

3.4.2 2 组治疗前后中医证候积分比较 2 组中医证候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 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	32	6(18.75)	11(34.38)	12(37.50)	3(9.37)	29(90.63) ^a
对照组	32	3(9.38)	9(28.12)	11(34.38)	9(28.12)	23(71.88)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

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

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	32	6.44±1.52	1.18±0.92 ^{ab}
对照组	32	6.63±1.32	2.84±1.78 ^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 组症状起效及消失时间比较 2 组咳嗽症状起效时间和消失时间比较,差异均有统计学意义。(见表 3)

表 3 2 组症状起效及消失时间比较($\bar{x} \pm s$,d)

组别	例数	咳嗽起效时间	咳嗽消失时间
治疗组	32	4.16±0.76 ^a	5.54±0.39 ^a
对照组	32	5.31±1.35	6.48±0.57

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

4 讨 论

据统计,具有上呼吸道感染病史的患者,大约 11%~25%会发生 PIC^[4],既往有 PIC 病史和咳嗽敏感性增加的患者更容易发生^[5]。其发病机制目前尚未完全清楚,也无针对性治疗方法^[6]。在 PIC 的治疗中,大多患者可自行缓解,因而不常规使用抗生素^[7],如果其咳嗽症状明显,可以考虑短期使用镇咳药、抗组胺药^[1]。但这些治疗方法只对部分患者有效,并会出现嗜睡、食欲减退、恶心、口干、便秘等不良反应,停药后易复发。《咳嗽的诊断与治疗指南》^[1]中首次提出了中医诊治咳嗽的相关内容,肯定了中医药在治疗各型咳嗽方面的疗效。

咳嗽是指肺失宣降,肺气上逆,发出咳声,或咳吐痰液的一种肺系病证。中医学中并不存在“感染后咳嗽”这一概念,根据感染后咳嗽以刺激性干咳或咳少量白色黏痰为主要临床症状,将其归属于“咳嗽”范畴。本病虽受外邪而起,但久病邪气入里伤及肺阴,且病初多使用解热镇痛药、抗生素等易伤阴亡液之品,肺之气阴耗伤,可致津液输布失常,痰储于肺,咳嗽缠绵难愈,以刺激性干咳或咳少量白黏痰为临床特征,咳声短促,咳后稍缓,症状反复,偶见痰中夹带血丝,可见手足心热、盗汗等症状,此即咳久伤阴,肺阴亏耗,津不润喉,或因胃阴不足,肺失滋润所致,故久咳伤阴多伴气虚。《素问·咳论》载:“此皆聚于胃,关于肺,使人多涕唾”;明·李中梓《医宗必读·痰饮》指出:“脾为生痰之源,

半夏泻心汤联合三联疗法 治疗消化性溃疡 61 例疗效观察

刘祉钰, 肖景东

(辽宁中医药大学, 辽宁 沈阳, 110032)

[摘要] 目的:观察半夏泻心汤合三联疗法治疗消化性溃疡的临床疗效。方法:将消化性溃疡患者 118 例随机分为治疗组 61 例与对照组 57 例,对照组采用常规三联疗法治疗,治疗组在对照组治疗基础上加用半夏泻心汤治疗。结果:总有效率治疗组为 93.44%,对照组为 77.19%,组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);2 组不良反应发生率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:半夏泻心汤合三联疗法治疗消化性溃疡有较好疗效。

[关键词] 消化性溃疡;中西医结合疗法;半夏泻心汤;三联疗法

[中图分类号] R259.731 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.01.023

消化性溃疡是临床常见疾病,具有病程长、复发率高、并发症发生率较高的临床特点,严重影响患者的身心健康和生活质量。消化性溃疡属中医学“胃脘痛”“痞满”“嘈杂”等范畴,其病机为脾胃气虚、寒热错杂、升降失司、气机痞结。目前,该病的常规治疗方法为三联疗法,虽治疗效果佳,但存在不良反应大、复发率高等问题。笔者采用半夏泻心汤合三联疗法治疗消化性溃疡 61 例,疗效较为显著,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2016 年 9 月至 2018 年 1 月辽宁中医药大学附属医院收治的消化性溃疡患者 118 例,按随机数字表法随机分为 2 组。治疗组 61 例中,男 34 例,女 27 例;年龄 22 ~ 67 岁,平均 (42.98 ± 11.03) 岁;病程 0.5 ~ 11 年,平均 (3.51 ± 1.75) 年。对照组 57 例中,男 31 例,女 26 例;年龄 23 ~ 65 岁,平均 (42.95 ± 10.91) 岁;病程 0.5 ~ 11 年,平均 (3.53 ± 1.77) 年。2 组一般资料比较,差

第一作者:刘祉钰,女,2016 级硕士研究生,研究方向:消化系统疾病的中西医结合诊疗

通讯作者:肖景东,男,教授,研究方向:消化系统疾病的中西医结合诊疗, E-mail:1043901467@qq.com

肺为贮痰之器”,故治以养阴润肺,同时不忘健脾益气,顾护胃阴,方获良效。沙参麦冬汤源于清代吴鞠通的《温病条辨》,原方由沙参、麦门冬、玉竹、天花粉、冬桑叶、生扁豆、生甘草 7 味药组成,《王绵之方剂学讲稿》中将其用于治疗肺胃阴虚证^[8],虽证见于肺,其开源于胃,胃阴不足,肺津不继,故以沙参、麦冬清养肺胃,滋胃阴以助生津润燥;玉竹、天花粉生津润肺;扁豆、甘草益气培中;冬桑叶清宣燥热。姚红艳副主任医师在原方基础上加苦杏仁以肃肺气,化痰止咳;浙贝母以化痰止咳;生地黄、百合以滋阴润肺,补肾纳气。合而成方,拟为加味沙参麦冬汤,有清养肺胃、生津润燥、化痰止咳之功,主治温热和燥热之邪伤及肺阴而致咳嗽者。咳重者加百部以润肺止咳;咽痒者加僵蚕以利咽止痒、镇咳;气喘不利者加地龙以纳气平喘。

本观察结果显示,经治疗后,总有效率治疗组为 90.63%,明显优于对照组的 71.88%;治疗组咳嗽起效时间、消失时间较对照组明显缩短,差异均有统计学意义。结果表明,应用加味沙参麦冬汤治

疗感染后咳嗽肺阴亏虚证的疗效显著,值得在临床上推广和应用。

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(2015)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(5): 323-354.
- [2] 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: 22-23.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 54-58.
- [4] Irwin RS, Baumann MH, Bolser DC, et al. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines[J]. Chest, 2006, 129(1): 1S-23S.
- [5] Kwon NH, Oh MJ, Min TH, et al. Causes and clinical features of subacute cough[J]. Chest, 2006, 129(5): 1142-1147.
- [6] 胡诣璋, 赵俊, 崔俊. 感染后咳嗽发病机制及治疗进展[J]. 临床药物治疗杂志, 2016, 14(1): 11-16.
- [7] 秦怡, 蔡鸿鹏, 杨芸. 抗生素治疗感染后咳嗽的临床效果观察[J]. 中国微生态学杂志, 2016, 28(1): 68-71.
- [8] 王绵之. 王绵之方剂学讲稿[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 490.

(收稿日期: 2018-07-04)