

● 针推医学 ●

引用:蒙亮松,潘志芳.加味小柴胡汤联合耳针治疗慢性咳嗽少阳证 30 例疗效观察[J].湖南中医杂志,2023,39(7):76-78.

加味小柴胡汤联合耳针 治疗慢性咳嗽少阳证 30 例疗效观察

蒙亮松,潘志芳

(鹿寨县中医医院,广西 鹿寨,545600)

[摘要] 目的:观察加味小柴胡汤联合耳针治疗慢性咳嗽少阳证的临床效果。方法:选取 120 例慢性咳嗽少阳证患者,将其随机分为对照 1 组(采用西医常规治疗)、对照 2 组(采用西医常规治疗加耳针疗法)、对照 3 组(采用西医常规治疗加加味小柴胡汤口服)、治疗组(采用西医常规治疗联合耳针疗法及加味小柴胡汤口服),每组各 30 例,4 组疗程均为 7 d。比较 4 组治疗前后的第一秒用力呼气容积(FEV1)、用力肺活量(FVC)、FEV1/FVC 及日间、夜间咳嗽症状积分,评定咳嗽疗效。结果:总有效率治疗组为 100.00%(30/30),对照 1 组为 86.67%(26/30),对照 2 组为 96.67%(29/30),对照 3 组为 90.00%(27/30),治疗组优于对照 1、2、3 组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后治疗组 FEV1、FVC、FEV1/FVC 均高于对照 1、2、3 组,日间、夜间咳嗽评分均低于对照 1、2、3 组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论:对慢性咳嗽少阳证采用加味小柴胡汤联合耳针的中医综合疗法,能有效改善患者肺功能及临床症状,其疗效优于单用加味小柴胡汤、单用耳针治疗及西医常规治疗。

[关键词] 慢性咳嗽;少阳证;加味小柴胡汤;耳穴疗法

[中图分类号] R256.11 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.07.018

咳嗽在现代医学中是单一症状,是呼吸系统的一种保护性反应机制。中医学中,咳嗽既是独立疾病^[1],又是肺系疾病的主要症状之一,有声无痰为咳,有痰无声为嗽,一般多为痰声并见,故以咳嗽并称^[2]。临床上通常将以咳嗽为主要表现,咳嗽时间 ≥ 8 周,胸部 X 线片检查无明显病变者称为慢性咳嗽^[3]。慢性咳嗽的发病率为 7.2%~33.0%^[4],其病因复杂,采用慢性咳嗽病因诊断流程可使 80%以上患者获得病因诊断,并由此获得良好的疗效,但仍有近 20%的慢性咳嗽经过系统的临床检查仍未能明确病因,临床上对于这一部分咳嗽的诊治面临困难^[5],故又称为难治性咳嗽。目前对于难治性咳嗽多以抗感染治疗为主,临床疗效不佳^[6],治疗手段有待进一步完善。

近年来随着中医药的发展,运用中医综合疗法治疗难治性咳嗽已成为临床研究的热点之一^[7]。运用六经辨证在慢性咳嗽辨证中具有鲜明特色,笔者采用加味小柴胡汤联合耳针治疗慢性咳嗽少阳

证 30 例,取得满意的临床疗效,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2020 年 6 月 1 日至 2022 年 6 月 30 日于我院就诊的 120 例慢性咳嗽少阳证患者,随机分为 4 组,每组各 30 例。治疗组中,男 16 例,女 14 例;平均年龄(46.8 ± 5.2)岁,平均病程(5.0 ± 2.3)个月;对照 1 组中,男 13 例,女 17 例,平均年龄(41.0 ± 2.9)岁,平均病程(4.0 ± 3.1)个月;对照 2 组中,男 11 例,女 19 例,平均年龄(40.0 ± 12.8)岁,平均病程(5.0 ± 5.1)个月;对照 3 组中,男 21 例,女 9 例,平均年龄(43.5 ± 8.5)岁,平均病程(6.0 ± 1.2)个月。4 组一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《中医内科学》^[2]中慢性咳嗽的诊断标准。1)以咳嗽为唯一症状或主要症状,时间 ≥ 8 周,胸部 X 线片检查无明显异常。2)排除因其他疾病所引起的咳嗽、喘息、气急以及

第一作者:蒙亮松,男,主治医师,研究方向:中西医结合治疗呼吸系统疾病

通信作者:潘志芳,女,主治医师,研究方向:中西医结合治疗呼吸系统疾病,E-mail:261782151@qq.com

胸闷等症状。

1.2.2 中医辨证标准 符合《中医内科学》^[2]中少阳证的辨证标准。少阳病咳嗽,口苦咽干,咽痒咳嗽,呈阵发性连声咳,干咳或少痰,夜间及晨间咳嗽明显;舌红、苔黄,脉弦。

1.3 纳入标准 1)符合慢性咳嗽的西医诊断标准及少阳证中医辨证标准;2)年龄 18~60 岁,性别不限;3)意识清醒,有认知能力,生命体征平稳;4)知情同意,签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)孕妇;2)患有肺炎、支气管扩张、慢性阻塞性肺疾病;3)合并严重心、脑、血管、肝、肾、造血、凝血等疾病;4)合并有恶性肿瘤。

2 治疗方法

2.1 对照 1 组 采用西医常规治疗。包括静脉滴注氨溴索注射液、口服甲氧那明胶囊、雾化乙酰半胱氨酸+布地奈德混悬液/异丙托溴氨。

2.2 对照 2 组 在对照 1 组基础上加耳针疗法。取穴:肺、大肠、咽喉、气管、支气管、三焦、内鼻,每次选 5 穴,穴位交替使用。用棉签于外耳定位,将耳针粘附于所选穴位,拇、食指相对揉压 1~2 min,以产生酸痛感为度。嘱患者每天自行按揉 2 次,每次 1~2 min,以产生酸痛感为度。耳针留置 3 d,3 d 后再次选穴贴敷按压。

2.3 对照 3 组 在对照 1 组基础上加加味小柴胡汤治疗。加味小柴胡汤组方:柴胡 24 g,黄芩 12 g,法半夏 12 g,五味子 15 g,干姜 12,炙甘草 10 g,紫菀 15 g,款冬花 15,苦杏仁 12 g,麻黄 12 g,石膏 30 g。7 剂,每天 1 剂,加水 500 ml,煎至 300 ml,分 3 次温服。

2.4 治疗组 在对照 1 组基础上加耳针疗法及加味小柴胡汤治疗。治疗方法同上。

4 组疗程均为 7 d。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)肺功能指标。包括第一秒用力呼气容积(FEV1)、用力肺活量(FVC)、FEV1/FVC。2)咳嗽评分。①日间咳嗽评分:未出现咳嗽症状为 0 分;偶尔出现短暂性咳嗽症状为 1 分;频繁咳嗽,对正常活动产生轻度影响为 2 分;频繁剧烈咳嗽,对正常活动产生严重影响为 3 分。②夜间咳嗽评分:未出现咳嗽症状为 0 分;偶尔出现咳嗽,但对睡眠无明显影响为 1 分;入睡时出现短暂咳嗽,或者因为咳嗽醒来 1 次为 2 分;出现咳嗽,对睡眠产生轻度影响为 2 分;夜间频繁咳嗽剧烈,对睡眠产

生严重影响为 3 分^[8]。咳嗽积分为日间、夜间咳嗽评分之和。

3.2 疗效标准 根据《中药新药临床研究指导原则》^[9],采用疗效指数判定咳嗽疗效。疗效指数=(治疗前咳嗽积分-治疗后咳嗽积分)/治疗前咳嗽积分×100%。治愈:咳嗽症状消失或基本消失,疗效指数≥95%。显效:咳嗽症状明显改善,疗效指数为≥70%,但<95%。有效:咳嗽症状均均有好转,疗效指数为≥30%,但<70%。无效:咳嗽症状无明显改善,甚或加重,疗效指数<30%。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 19.0 进行统计学分析,计数资料采用 χ^2 检验,计量资料采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,进行 t 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 4 组咳嗽疗效比较 总有效率治疗组为 100.00%,对照 1 组为 86.67%,对照 2 组为 96.67%,对照 3 组为 90.00%,治疗组优于对照 1、2、3 组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 1)

表 1 4 组咳嗽疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	0	24(80.00)	6(20.00)	0	30(100.00)
对照 1 组	30	0	18(60.00)	8(26.67)	4(13.33)	26(86.67) ^a
对照 2 组	30	0	20(66.67)	9(30.00)	1(3.33)	29(96.67) ^a
对照 3 组	30	0	19(63.33)	8(26.67)	3(10.00)	27(90.00) ^a

注:与治疗组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 4 组治疗前后肺功能指标比较 治疗后治疗组及对照 2、3 组 FEV1、FVC、FEV1/FVC 均高于对照 1 组,且治疗组 FEV1、FVC、FEV1/FVC 均高于对照 2、3 组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 2)

表 2 4 组治疗前后肺功能指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	FEV1/L		FVC/L		FEV1/FVC	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	1.45±0.12	2.38±0.12	2.16±0.27	2.69±0.39	71.36±4.35	86.46±6.32
对照 1 组	30	1.46±0.11	1.78±0.12 ^a	2.16±0.27	2.23±0.39 ^a	71.36±4.35	75.46±5.32 ^a
对照 2 组	30	1.48±0.12	2.12±0.12 ^{ab}	2.08±0.26	2.45±0.33 ^{ab}	70.22±3.86	80.46±6.37 ^{ab}
对照 3 组	30	1.42±0.13	2.10±0.14 ^{ab}	2.14±0.22	2.50±0.32 ^{ab}	70.66±4.22	81.16±5.08 ^{ab}

注:与治疗组治疗后比较,^a $P<0.05$;与对照 1 组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

3.4.3 4 组治疗前后咳嗽评分比较 治疗后各组日间、夜间咳嗽评分较治疗前下降,其中治疗组低于对照 1、2、3 组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 3)

表3 4组治疗前后咳嗽评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	日间		夜间	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	30	2.62±0.24	1.12±0.12 ^a	2.61±0.24	0.98±0.20 ^a
对照1组	30	2.67±0.22	1.92±0.16 ^{ab}	2.63±0.23	1.68±0.18 ^{ab}
对照2组	30	2.59±0.21	1.36±0.12 ^{ab}	2.59±0.18	1.22±0.21 ^{ab}
对照3组	30	2.63±0.19	1.68±0.11 ^{ab}	2.62±0.17	1.46±0.25 ^{ab}

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

4 讨 论

慢性咳嗽的病因复杂,包括上气道疾病(如鼻炎、鼻窦炎等)、呼吸系统疾病(如咳嗽变异型哮喘、嗜酸细胞性支气管炎、支气管内膜结核等)、消化系统疾病(如反流性食管炎)等^[3]。中医学认为,本病初起多因外感六淫致肺失宣肃,或因肺虚、他脏之病累及于肺,病久则气滞血瘀,痰瘀互结,阻塞肺络,正虚与痰瘀邪实相互为病而呈顽固性发作^[10]。《素问·脉解》载:“所谓呕咳上气喘者,阴气在下,阳气在上,诸阳气浮,无所依从,故呕咳上气喘也。”《素问·咳论》载:“五脏六腑皆令人咳,非独肺也。”久咳与邪在少阳紧密相关,如《伤寒论·辨太阳病脉证并治(中)第六》载:“血弱气尽,腠理开,邪气因入,与正气相抟,结于胁下,正邪分争,往来寒热,休作有时,嘿嘿不欲饮食,藏府相连,其痛必下,邪高痛下,故使呕也,小柴胡汤主之^[11]。”咳嗽经久不愈,多气虚血弱,卫阳不固,腠理开泄,因而六淫邪气由太阳之表传入少阳之半表半里,病势缠绵^[5]。临床上慢性咳嗽患者往往会表现出咳嗽时伴有肋肋部疼痛、食欲不佳的症状,与小柴胡证“胸胁苦闷、默默不欲饮食”的症状相吻合。

少阳就其病位而论为太阳、阳明之枢,位于半表半里,为邪气由表及里之关键屏障;就其涉及脏腑而言包括三焦、胆,如《素问·咳论》云:“久咳不已,则三焦受之”。何乃峰等^[12]经过临床实验总结出从少阳经辨证可以有效指导慢性咳嗽的辨证论治。张立山等^[13]认为,慢性咳嗽少阳证最多见,少阳病咳嗽的病机主要为邪气郁遏少阳,少阳枢机不畅,致使肺之宣降功能失常。刘新祥指出,慢性咳嗽总归病位于肺,又肺为“娇脏”,不容峻攻猛伐,故其在临证治疗过程中多用药平和,力求达到治病求本的目的^[14]。由上可知,和解少阳为治疗慢性咳嗽少阳证的治疗法则,选方小柴胡汤。结合《伤寒论·辨太阳病脉证并治(中)第六》所载“发汗后,不可更行桂枝汤,汗出而喘,无大热者,可与麻黄杏仁甘草石膏汤”^[11],发汗后,患者正气已虚,此时表邪滞留,又出

现汗出而喘,无大热,在原有基础合用麻黄杏仁甘草石膏汤,可在和解少阳、清利三焦基础上加强清热宣肺、降气平喘的作用,使邪去正安,咳嗽自愈。

《灵枢·口问》载:“耳者,宗脉之所聚也。”耳穴是耳郭上的腧穴,与气血津液、经络、脏腑、神经、生物电有着密切的联系^[15]。耳穴压豆基于中医基础理论,辨证选穴,并将王不留行等贴压耳穴以调理脏腑、平衡阴阳,达到治疗目的^[16]。本研究在服用中药汤剂同时进行耳针治疗,通过穴位刺激,调整肺、脾、肾脏腑功能,调和阴阳,缓解咳嗽症状^[17]。

综上所述,在西医常规治疗基础上采用加味小柴胡汤联合耳穴压豆,能够有效地改善慢性咳嗽少阳证患者的肺功能指标,缓解咳嗽症状,其疗效优于单用加味小柴胡汤、单用耳针治疗及西医常规治疗。

参考文献

[1] 章莹,王飞,吴国栋,等.《黄帝内经》咳嗽病证治发微[J].光明中医,2017,32(15):2160-2162.

[2] 吴勉华,王新月.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2015:76.

[3] 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.

[4] 王长征,张巧.慢性咳嗽:诊治流程及治疗新进展[J].解放军医学杂志,2014,39(5):358-359.

[5] 余松,张立山.小柴胡汤治疗慢性咳嗽验案2则[J].光明中医,2017,32(20):3014-3015.

[6] 李占文.肺功能检测在儿童慢性咳嗽诊治中的临床意义[J].内蒙古医学杂志,2016,48(3):346-347.

[7] 李祥林,潘卫峰,王金成.难治性咳嗽经方证治思路[J].河南中医,2015,35(2):220-221.

[8] 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(6):407-413.

[9] 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,2002:29-30.

[10] 程晓燕,柏正平.柏正平基于痰瘀理论治疗顽固性咳嗽经验[J].湖南中医杂志,2021,37(8):32-34.

[11] 张仲景,述.王叔和,撰次.《伤寒论》[M].钱超尘,郝万山,整理.北京:人民卫生出版社,2015:46.

[12] 何乃峰,甄维帅,陈宪海.论“呼多吸少”与慢性气道疾病的相关性及中医辨治[J].山东中医药大学学报,2019,43(2):123-126.

[13] 张立山,戴雁彦.咳嗽的六经辨证[J].中华中医药杂志,2012,27(11):2860-2861.

[14] 黄赛男,姚红艳.刘新祥治疗慢性咳嗽经验[J].湖南中医杂志,2022,38(6):39-41.

[15] 陈月娥,刘继洪,陈诗慧,等.耳穴诊断技术研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2016,18(3):93.

[16] 鲁锦胜,刘晓伟,周建仪,等.耳穴压豆治疗慢性咳嗽的疗效观察[J].中医外治杂志,2021,30(4):27-29.

[17] 高彬,张景丽,林丹瑜.穴位贴敷联合耳针治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病36例[J].福建中医药,2018,49(4):76.

(收稿日期:2023-03-17)

[编辑:徐琦]