

六君子汤加减治疗脾气虚弱型 喉源性咳嗽的疗效观察[※]

● 昌林亚¹ 孙麦青^{2▲}

摘要 目的:观察六君子汤加减治疗脾气虚弱型喉源性咳嗽的临床疗效。方法:将84例脾气虚弱型喉源性咳嗽患者按随机数字表法分为对照组40例与治疗组44例,对照组给予头孢克肟分散片及盐酸西替利嗪片口服,治疗组给予六君子汤加减,4周为1个疗程,观察两组治疗后综合有效率、治疗前后症状(咽痒、干咳、咽异物感、发作频率)及咽部体征和全身症状等方面的疗效、半年内复发率。结果:对照组总有效率为82.50%,治疗组总有效率为88.64%,两组有效率比较,其差异有统计学意义($P < 0.05$);同时治疗组在减轻患者咽痒、咽异物感、发作频率及咽部体征等方面优于对照组($P < 0.05$),在患者干咳及全身症状的改善中明显优于对照组($P < 0.01$);半年内对照组复发率为55.00%,治疗组复发率为34.09%,两组复发率比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:六君子汤加减治疗脾气虚弱型喉源性咳嗽临床疗效显著,在减轻临床症状及控制复发率具有一定的优势,值得临床借鉴。

关键词 六君子汤加减 喉源性咳嗽 脾气虚弱型

喉源性咳嗽是喉部常见疾病之一^[1]。其临床上查胸部X线多无明显异常,少数患者可表现为双肺纹理增粗。近年来,随着社会的发展、环境污染的加重、饮食结构的变化,喉源性咳嗽的发病率逐渐增加^[2],而本病常易反复发作,迁延难愈,增加了治疗难度^[3]。脾胃为后天之本,主运化,易受气候、环境、饮食、情绪等因素的影响,若脾气虚弱则运化失司,易致痰湿停聚,凝结咽喉,形成本病。笔者在临床中应用六君子汤治疗脾气虚弱型喉源性咳嗽疗效显著,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择河南省中医院(河南中医药大学第二附属医院)耳鼻喉门诊2015年1月—2016年7月收治的脾气虚弱型喉源性咳嗽84例作为研究对

象,病程最短2个月,最长12年。采用随机数字表法,按照就诊先后顺序将其分为对照组40例及治疗组44例。对照组40例,男12例,女28例;年龄14~50岁,平均为 (28.28 ± 12.64) 岁;病程6~72个月,平均 (40.46 ± 18.09) 个月。治疗组44例,男26例,女18例;年龄12~56岁,平均 (27.40 ± 12.06) 岁;病程6~72月,平均 (41.16 ± 19.03) 个月。两组患者在年龄、性别及病程上比较,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 参考《干氏耳鼻咽喉口腔科学》^[1]制定:阵发性咽痒,干咳,少痰,呈连续性,甚至痉挛性,自觉咳的起点在声门之上,一经作咳,即难休止,每日发作数次,或咽部异物感,常遇刺激性气味复发或加重;临床上查胸部X线多无明显异常,少数患者可表现为双肺纹理增粗;喉部检查可见咽喉部粘膜充血,舌根淋巴滤泡增生。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医临床诊疗术语·证候部分》^[4]脾气虚弱型:不欲食,纳少,大便溏稀,肢体倦怠,神疲乏力,少气懒言,舌淡苔白,脉缓或弱。

1.3 纳入标准 ①符合西医诊断标准及中医辨证属

※基金项目 河南省中医药科学研究专项课题(No. 2016ZY 2098)

▲通讯作者 孙麦青,女,教授。主要从事耳鼻咽喉科疾病的临床诊治研究。E-mail:sunmaiqing123@sina.com

●作者单位 1. 河南中医药大学(450002); 2. 河南省中医院(450002)

脾气虚弱型;②年龄在 12~56 岁之间;③自愿签署知情同意者。

1.4 排除标准 ①凡具有急性上呼吸道感染、支气管炎、肺炎、哮喘、鼻后滴漏综合症者;②患有心脑血管疾病、肝肾功能不全等;③不配合检查与治疗者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 口服头孢克肟分散片(规格:0.1g,浙江莎普爱思药业股份有限公司生产),每次 1 片,每天 2 次;盐酸西替利嗪片(规格:10mg,丽珠集团丽珠制药厂生产),每次 1 片,睡前口服。

1.5.2 治疗组 口服六君子汤加减,方药组成:党参

15g,白术 12g,茯苓 15g,炙甘草 6g,陈皮 12g,半夏 10g;咽痒甚者加防风 9g、荆芥 9g、蝉蜕 9g;咳甚者加杏仁 6g、百部 6g、紫菀 9g;兼阴虚者加百合 12g、麦冬 12g;气虚甚者加黄芪 15g、山药 15g。每日 1 剂,水煎,分早晚两次温服。两组患者治疗均以 1 周为 1 个疗程,以 4 个疗程为治疗时间。两组患者使用的药物剂量、疗程可根据患者的年龄、病情酌情做适当增减。

1.6 观察指标 观察患者治疗前后症状与体征,并记录评分,评分标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[5]。见表 1。

表 1 症状体征评分标准

	轻 (症状较轻,或可忽略)	中 (症状较重,尚可忍受)	重 (症状严重,难以忍受)
咽痒	2	4	6
干咳	2	4	6
咽异物感	2	4	6
发作频率	2	4	6
咽部体征	1	2	3
全身症状	1	2	3

1.7 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]制定:综合疗效为每个患者治疗前后症状体征积分值变化的百分率(尼莫地平法),即(治疗前总积分-治疗后总积分/治疗前总积分)×100%;按临床痊愈、显效、有效、无效判定。临床痊愈:咽痒、干咳等症状消失,综合疗效≥95%;显效:咽痒、干咳等症状基本消失,咽部粘膜充血较前明显减轻,70%≤综合疗效<95%;有效:咽痒、干咳等症状较前减轻,咽部粘膜充血较前减轻,30%≤综合疗效<70%;无效:患者治疗前后症状及体征较前无明显变化,综合疗效

<30%。

1.8 统计学方法 采用 SPSS19.0 软件处理,计量资料用 *t* 检验,计数资料用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗后疗效比较 对照组总有效率为 82.50%,治疗组总有效率为 88.64%,其差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗后疗效比较(例·%)

组别	n	痊愈(例)	显效(例)	有效(例)	无效(例)	总有效率(%)
治疗组	44	25	9	5	5	88.64 [△]
对照组	40	21	7	5	7	82.50

注:与对照组比较,[△] $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后症状体征积分差值比较 治疗组在患者干咳及全身症状的改善中明显优于对照组($P < 0.01$);治疗组在减轻患者咽痒、咽异物感、发

作频率及咽部体征等方面优于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表3 两组患者治疗前后症状及体征积分差值比较(分, $\bar{x} \pm s$)

	n	咽痒	干咳	咽异物感	发作频率	咽部体征	全身症状
治疗组	44	1.38 ± 0.35 [△]	1.55 ± 0.31 ^{△△}	1.08 ± 0.22 [△]	1.45 ± 0.21 [△]	0.99 ± 0.21 [△]	1.97 ± 0.56 ^{△△}
对照组	40	0.79 ± 0.48	0.64 ± 0.29	0.76 ± 0.37	1.03 ± 0.34	0.68 ± 0.36	0.72 ± 0.25

注:与对照组比较, [△] $P < 0.05$, ^{△△} $P < 0.01$ 。

2.3 两组患者治疗后半年复发率比较 治疗后半年随访,治疗组复发率低于对照组($P < 0.05$)。见表4。

表4 两组患者治疗后半年复发率比较(例·%)

组别	n	复发(例)	复发率(%)
治疗组	44	15	34.09 [△]
对照组	40	22	55.00

注:与对照组比较, [△] $P < 0.05$ 。

3 讨论

喉源性咳嗽可归属于中医“喉咳”^[7]范畴,常因肺脾气虚或肺肾阴虚于内,风邪或异气侵袭于外,致使邪壅咽喉,不得外越所致。郑小伟^[8]等亦将喉源性咳嗽分为风邪犯肺证、脾气虚弱证、肝火犯肺证及肾阴亏虚证等四型,笔者亦认为脾气虚弱是导致喉源性咳嗽发生的主要病因之一。脾胃主运化,若脾气虚弱,不能化津,则津液聚而生痰,渍于咽喉,痰阻气机升降故见咽痒作咳;痰性黏滞,故见咽中不适异物感,其病反复,感邪而发。其病位主在咽喉;病机为脾虚痰浊,凝结咽喉。故在整体观念、辨证论治的理论指导下,以六君子汤为基础方,兼顾祛风止痒、利咽止咳。

六君子汤见于《医学正传》,其功效主要为益气健脾,燥痰化湿。方中以党参为君,甘温益气,健脾养胃;臣以苦温之白术,健脾渗湿,加强益气助运之效;佐以茯苓健脾利湿,陈皮健脾理气,半夏燥湿化痰;以炙甘草益气和中,调和诸药。荆芥、防风、蝉蜕长于发

表散风止痒;百部、紫菀、款冬花长于润肺下气,化痰止咳;百合、麦冬长于养阴清肺益胃;黄芪、山药长于益气健阴、补脾肺肾。诸药共凑健脾益气、燥湿化痰、利咽止咳之效,从而驱邪外出,卫表得固,体虚得补,疾病得愈。

本研究显示六君子汤加减能有效缓解脾气虚弱型喉源性咳嗽的临床症状,减少其复发率,具有较好的疗效及安全性,有着较大的临床应用潜能,值得进一步研究与推广。

参考文献

- [1]干祖望,干 一.干氏耳鼻咽喉口腔科学[M].南京:江苏科学技术出版社,1999:248.
- [2]郑琴媛,张 勉.喉源性咳嗽的研究进展及现状[J].中医耳鼻喉科学研究,2015,14(2):4-8.
- [3]陈 潇,张 勉.中医药治疗喉源性咳嗽现状[J].甘肃中医,2011,2(11):196-198.
- [4]国家技术监督局.中华人民共和国国家标准·中医临床诊疗术语·证候部分[M].北京:中国标准出版社,1997.
- [5]国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:125.
- [6]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:330-333.
- [7]熊大经,刘 蓬.中医耳鼻咽喉科学[M].北京:中国中医药出版社,2012:165.
- [8]刘 莹,戴 竞.郑小伟治疗喉源性咳嗽经验[J].河南中医,2011,31(12):1438-1439.

(上接第72页)

- [22]王新生.自拟止血汤治疗上消化道出血46例[J].中国中医急症,2008,17(8):1147-1148.
- [23]王智彪,胡 军,朱胜昌.中西医结合治疗上消化道出血74例[J].中国中医药现代远程教育,2014,12(2):43-44.
- [24]黄道坡.三黄白及散联合西药治疗急性上消化道出血(胃热壅盛证)50例[J].光明中医,2013,28(10):2142-2143.
- [25]王新芳.胃镜下中药喷洒治疗上消化道出血临床疗效观察[J].西部中医药,2013,26(8):78-79.
- [26]李铁强,邓碧珠.胃镜下喷洒超微大黄粉治疗急性非静脉曲张性

- 上消化道出血的疗效观察[J].广西医学,2013,35(3):342-344.
- [27]黄 俊.急诊内镜在非静脉曲张性上消化道出血中的应用[J].吉林大学学报,2012,38(4):754-755.
- [28]刘华汉.内镜下中药局部喷洒治疗上消化道出血的临床观察[J].广西医学,2013,35(5):568-569.
- [29]毕 莹,尚建华.配合针刺疗法治疗上消化道出血234例临床观察[J].中国保健营养,2013,6(6):333-334.
- [30]武 箭.护理干预和音乐疗法对肝硬化上消化道出血患者的治疗效果[J].国际护理学杂志,2015,34(15):2077-2079.