

清咽利窍汤加减治疗喉源性咳嗽的临床研究[※]

● 唐小晓¹ 胡春媚² 夏 霆³ 王丽华⁴ 沈建丽⁴ 张元兵^{4▲}

摘 要 目的:观察清咽利窍汤加减治疗喉源性咳嗽的临床疗效。方法:选取病程为3~8周的100例喉源性咳嗽门诊患者,随机分为治疗组和对照组,治疗组以清咽利窍汤加减治疗;对照组按咳嗽分证论治。观察患者治疗前、后主要临床症状及体征的变化,以判定其临床疗效。结果:治疗组显效率为76.0%,优于对照组(显效率为38.0%),差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。在咳嗽缓解率方面,治疗组为 (0.72 ± 0.26) ,优于对照组 (0.52 ± 0.34) ,差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。结论:清咽利窍汤加减治疗喉源性咳嗽的临床疗效显著,值得临床推广应用。

关键词 清咽利窍汤 喉源性咳嗽 临床研究

喉源性咳嗽是是诸多咳嗽证中的一种特殊类型,其临床表现可见咳嗽少痰、咽痒则咳,可伴咽痛咽干、咽部粘滞感、咽部异物感、声音嘶哑等,查体可见咽喉部充血、咽后壁淋巴滤泡增生等。国医大师洪广祥教授从医近60年,特别是对肺系疾病的诊治经验尤其丰富,创制了清咽利窍汤^[1]治疗喉源性咳嗽,临床疗效显著。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例均来自于2014年2月~2015年2月间就诊于江西中医药大学附属医院肺病科门诊患者。共收集100例,根据随机数学表,随机分为治疗组及对照组,各50例。治疗组中男性29例,女性21例,平均年龄 35.8 ± 12.11 岁,病程平均 40.28 ± 9.78 天;对照组中男性27例,女性23例,平均年龄 37.6 ± 12.14 岁,病程平均 39.2 ± 10.10 天。两组患者治疗前主要症状、体征积分:见表1。经统计学处

理,两组在人口学资料、病程、病情(治疗前临床症状、体征、咳嗽症状积分)等方面差异均无显著性意义($P > 0.05$)。

表1 两组患者治疗前主要症状、体征积分比较($\bar{x} \pm s$)

主要症状、体征	治疗组	对照组
咳嗽	4.04 ± 0.90	4.16 ± 0.82
咽痒	7.08 ± 1.79	7.20 ± 1.71
咽干	1.38 ± 0.90	1.30 ± 0.84
咽痛	0.98 ± 0.94	0.92 ± 0.75
声音嘶哑	1.14 ± 0.86	0.96 ± 0.67
咽异物感	1.62 ± 0.97	1.34 ± 0.92
咳痰	1.52 ± 0.86	1.32 ± 0.84
咽喉粘膜充血	1.94 ± 0.71	1.88 ± 0.69
咽后壁淋巴滤泡增生	1.60 ± 0.73	1.67 ± 0.66

1.2 诊断标准 参照中华医学会呼吸病学分会哮喘学组制定的《咳嗽的诊断与治疗指南(2009版)》^[2]之上气道咳嗽综合征之诊断标准,并参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》中“急喉痹、慢喉痹、咳嗽”等章节而制定。主要症状:咳嗽,咽痒而作,痰少粘滞难咳出或无痰。可伴有咽痛、咽干、咽部粘滞感、咽部异物感、灼热感、声音嘶哑等。辅助检查:胸部X线或CT未见明显异常。主要体征检查:①咽喉部粘

※基金项目 国医大师洪广祥全国名老中医药专家传承工作室;江西省卫生计生委中医药科研课题(No. 2013A230)

▲通讯作者 张元兵,男,主任医师。长期从事肺系疾病的临床和实验研究。E-mail: ybzhang68@sohu.com

●作者单位 1. 广西省百色市中医医院(533000); 2. 江西中医药大学(330004); 3. 江西省乐平市航运公司综合门诊部(333300); 4. 江西中医药大学附属医院肺病科(330006)

膜充血;②咽后壁淋巴滤泡增生,呈颗粒状或融合成片。具备主要症状和辅助检查,并有一项或一项以上主要体征检查所见为阳性者即可作出“喉源性咳嗽”诊断。

1.3 咳嗽症状积分判定标准 参照中华医学会呼吸病学分会哮喘学组制定的《咳嗽的诊断与治疗指南(2009版)》制定。见表2。每日咳嗽症状积分为日间和夜间积分总和。

表2 咳嗽症状积分表

分值	日间咳嗽症状积分	夜间咳嗽症状积分
0	无咳嗽	无咳嗽
1	偶有短暂咳嗽	入睡时短暂咳嗽或偶有夜间咳嗽
2	频繁咳嗽,轻度影响日常活动	因咳嗽轻度影响夜间睡眠
3	繁咳嗽,严重影响日常活动	因咳嗽严重影响夜间睡眠

1.4 主要症状、体征分级量化标准 根据《中药新药临床研究指导原则》,将咽痒、咽干咽痛、声音嘶哑、咽异物感、咳痰、咽喉粘膜充血、咽后壁淋巴滤泡增生等临床表现分级记分,每项按轻、中、重,除主要项目咽痒记分3分、6分、9分外,其它则分别记分2分、4分、6分,如本项症状体征阴性,则记0分。

1.5 纳入标准 ①符合喉源性咳嗽的诊断标准;②年龄在18~65岁之间,性别不限;③病程在3~8周;④同意参与本研究,并签署知情同意书。

1.6 排除标准 ①不符合上气道咳嗽综合征的其它慢性咳嗽者;②病程小于3周的急性咳嗽患者;③发热患者,即腋下体温高于37.3℃;④合并其他严重原发性疾病者,如心脑血管、肝、肾和造血系统等严重危及生命的原发性疾病,以及精神病患者;⑤年龄在15岁以下,或65岁以上者;⑥妊娠期或哺乳期妇女;⑦不愿意合作者,不能按要求定期复查者。

1.7 治疗方法 治疗组予清咽利窍汤加减治疗。药物组成:荆芥10g,薄荷10g(后下),桔梗10g,木蝴蝶10g,牛蒡子10g,苏叶15g,桃仁10g,百部15g,射干10g,矮地茶15g,僵蚕10g,生甘草10g。加减:有鼻塞流涕者,加用辛夷花10g(布包),苍耳子10g;见痰滞

咽中感,苔腻者,加厚朴10g,茯苓10g,法半夏10g;舌红,苔少,脉细者,加麦门冬15g,北沙参15g,玄参10g。水煎服,日1剂,分2次温服。对照组按周仲瑛主编《中医内科学》(新世纪第二版)中“咳嗽”病分证论治:风寒袭肺证,方用三拗汤合止嗽散;风热犯肺证,方用桑菊饮;风燥伤肺证,方用桑杏汤;痰湿蕴肺证,方用二陈平胃散合三子养亲汤;痰热郁肺证,方用清金化痰汤;肝火犯肺证,方用加减泻白散合青黛散;肺阴亏耗证,方用沙参麦冬汤。7天为1疗程,连服2个疗程后判定临床疗效。

1.8 观察指标及时点 疗效观察项目于入组时、治疗后第7天、第14天各记录1次,包括临床症状、体征及咳嗽症状积分等。

1.9 疗效判定标准

1.9.1 咳嗽缓解率 咳嗽缓解率=(用药前咳嗽症状积分-用药后咳嗽症状积分)÷用药前咳嗽症状积分

1.9.2 综合疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》制定,根据症状、体征分级标准计算积分,以积分改善率为标准判定综合疗效。积分改善率=[(治疗前总积分-治疗后总积分)÷治疗前总积分]×100%

临床控制:临床症状;体征消失或基本消失,证候积分减少≥90%;显效:临床主要症状明显改善,89%≥证候积分减少≥70%;有效:临床主要症状均有好转,69%≥证候积分减少≥30%;无效:临床症状无明显好转,证候积分减少<30%。

1.10 统计方法 将合格病例资料输入,用SPSS18.0统计处理。分组资料中计量资料及前后配对资料用t检验,用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示;计数资料用 χ^2 检验。疗效评定采用Ridit分析。以P<0.05为差异有显著性意义,以P<0.01为差异有非常显著性意义。

2 结果

2.1 两组综合疗效比较 见表3。治疗组总有效率为92%,显效率76.0%;对照组总有效率为82%,显效率38.0%。治疗组显效率明显优于对照组,差异有非常显著性意义(P<0.01)。

表3 两组患者综合疗效比较

组别	例数	临床控制	显效	有效	无效	总有效率	显效率
治疗组	50	17	21	8	4	92.0%	76.0%*
对照组	50	4	15	22	9	82.0%	38.0%

注:与对照组比较,* $P < 0.01$ 。

2.2 两组患者咳嗽缓解率的比较 见表4。治疗组咳嗽缓解率为(0.72 ± 0.26),明显优于对照组(0.52 ± 0.34),差异有非常显著性意义($P < 0.01$)。

表4 两组患者咳嗽缓解率比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	平均($\bar{x} \pm s$)
治疗组	50	0.72 ± 0.26*
对照组	50	0.52 ± 0.34

注:与对照组比较,* $P < 0.01$ 。

2.3 安全性比较 在试验过程中,治疗组有4例、对照组6例患者出现轻微胃肠道不适,嘱饭后温服得以改善,两组患者在治疗中均没有发生严重不良反应事件。

3 讨论

咳嗽是一种临床常见病症,其辨证论治多遵张景岳所言,分为外感、内伤两大类,教课书则通常将其分为风寒袭肺证、风热犯肺证、风燥伤肺证、痰湿蕴肺证、痰热郁肺证、肝火犯肺证、肺阴亏耗证等7个证型来论治。但近年来随着对本病病因病机及治疗方法的认识不断深入,目前已认识到:咳嗽的辨治需要更重视环境及鼻、咽喉疾病等因素^[3]。本研究结果提示:对于喉源性咳嗽,若按普通咳嗽分型论治,则临床疗效不理想。

喉源性咳嗽是由国医大师干祖望教授在1989年最早提出的病名^[4],是指与咽喉部疾病有关的咳嗽,是诸多咳嗽证中的一种特殊类型。国医大师洪广祥教授从医近60年,特别是对肺系疾病的诊治经验尤其丰富,十分重视咽喉不利在咳嗽中的作用,曾创制“清咽利窍汤”治疗喉源性咳嗽。本研究意在验证其临床疗效以利推广应用,并探讨其可能的作用机制,故选择亚急性咳嗽之上气道咳嗽综合征^[2]患者为研究对象。

咽喉为气息出人之要道,为肺的门户,又为六淫外邪入侵之通道。慢性咽喉炎患者由于液不养咽,津不濡喉,导致咽喉部痰滞血瘀。外邪每借有形质者为依附,易于形成内外相引,导致慢性咽喉炎急性加重而出现咽痒则咳、痰少,咽干咽痛、声音嘶哑、咽异物感、咳痰等症,查体可见咽喉粘膜充血、咽后壁淋巴滤泡增生。同时,外邪可循经入肺,导致宣肃失常,肺气上逆故致

咳嗽。因此,喉源性咳嗽病位在肺,又与咽喉有关。咽喉部有多条经脉经过,不仅有太阴经、少阴经、少阳经通过,而且还有足阳明胃经络属,“阳明经主燥,多气多血”,因此,咽喉部病变易化热,多寒热夹杂。失治,误治,饮食不节,调护失宜等也易致寒热夹杂,临证口干、咽痛、舌质红、苔黄脉数等均为郁热之象。

清咽利窍汤方中苏叶、荆芥祛风散寒,薄荷疏风散热,桔梗宣提肺气,四药共奏祛风止痒、利咽止咳、理气解郁之功,同时具有轻清宣散的特点,体现“治上焦如羽,非轻不举”制方思想。射干、牛蒡子加强清热利咽;百部、木蝴蝶加强宣肺利咽、化痰止咳;苍耳子、辛夷花宣通鼻窍,可加强宣散风寒之功,尤其适合于有鼻塞流涕者;桃仁以活血祛瘀,改善咽喉血液循环,对咽痒咳嗽又有很好的治疗作用;生甘草调和诸药,《伤寒论》中有单味甘草治疗咽痛,故重用;加用僵蚕以加强祛风利咽、化痰止咳作用;加用矮地茶加强化痰止咳作用。全方寒热同治、宣清并用、调气活血、宣肺利咽,与喉源性咳嗽的病机特点相符,因而临床效果明显。如咽喉干燥较甚,舌红苔少脉细者,可加北沙参、元参、麦冬以养阴润燥;如咽中异物感明显、苔腻者,加厚朴、茯苓、法半夏以调气化痰、降逆止咳。

咳嗽总属肺失宣降、肺气上逆所致。咽喉不利,影响气机的升降出入,必然会影响肺的宣发和肃降。因此,喉源性咳嗽患者在宣肺止咳的同时,给予“清咽利窍”的治疗往往能增强临床疗效。本研究结果提示:清咽利窍汤加减治疗喉源性咳嗽疗效显著,特别是显控率和咳嗽缓解率方面尤其突出,且无明显不良反应,值得推广应用。

参考文献

[1]洪广祥.慢性干咳治疗之我见[J].中华中医药杂志,2006,21(6):344-348.
 [2]中华医学会呼吸病学会哮喘学组.咳嗽的诊断与治疗指南(2009版)[S].中华结核和呼吸杂志,2009,32(6):407-413.
 [3]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版)[J].中医杂志,2011,52(10):896-899.
 [4]张勉,冯纬纭,黄卓燕,等.800例喉源性咳嗽中医证候分型的研究[J].北京中医药,2008,27(12):923-924.