

藿苏合剂治疗感染后咳嗽临床研究

● 叶钢福

关键词 感染后咳嗽 藿苏合剂 疗效对比 中医辨证

感染后咳嗽又称为“感冒后咳嗽”，当上呼吸道感染本身急性期症状消失后，咳嗽仍然迁延不愈，称为感染后咳嗽(post infectious cough, PIC)。本病是呼吸内科门诊常见病。属于亚急性咳嗽的一种，部分患者咳嗽时间>8周，属于慢性咳嗽，大约占慢性咳嗽病因6%~10%；具有上呼吸道感染病史的患者11%~25%会发生感染后咳嗽，在流行季节发生率达25%~50%^[1]。现代医学认为PIC的发病与感染后的病原的变应性炎症，气道上皮损伤，气道神经末梢暴露，神经源性炎症反应及其导致的气道高反应有关^[2]。西医目前尚无特异性治疗，主要以对症治疗为主，常首选抗组胺和中枢镇咳药物，其次吸入或口服激素抗炎治疗。但疗效欠满意，副反应多，停药后易复发。我在临床上应用中医辨证治疗，有独到心得。认识到本病以气滞津停，风邪侵扰为主要病机，而对应以自制藿苏合剂化裁治疗，疗效较好。特报告如下：

1 资料与方法

1.1 病例选择

1.1.1 病例来源 所有病例均来自本人于2007年7月至2009年6月接诊的120例成人PIC患者。

1.1.2 西医诊断标准 参照中华医学会2005年《咳嗽的诊断与治疗原则》^[1]制定PIC诊断标准如下：(1)患者<3周有上呼吸道感染史，卡他症状消失后持续咳嗽；(2)无变态反应性疾病史；(3)血常规及胸片未见异常；(4)排除其他引起咳嗽的病因，如上呼吸道咳嗽综合征、咳嗽变异性哮喘、嗜酸细胞性支气管炎等。

炎等。

1.1.3 病例纳入标准 (1)符合PIC的西医诊断标准；(2)年龄>18岁；(3)愿意接受本人持续治疗1周者。

1.1.4 病例排除标准 (1)存在其他引致咳嗽的病因；(2)疗程中又接受其他治疗者。

1.2 一般资料 120例PIC患者均符合以上标准，按照就诊顺序，将患者随机分为治疗组和对照组各60例。其中治疗组60例，失访2例，男30例，女28例，平均年龄(35.24±18.57岁)；病程最短3周，最长16周，中位4.32周，其中病程3~8周44例，>8周14例。对照组60例，失访3例，男28例，女29例，平均年龄(38.75±17.52岁)；病程最短3周，最长17周，中位4.02周，其中病程3~8周45例，>8周12例。两组患者年龄、性别、病程等基线资料分别经统计学检验，差异无显著意义($P>0.05$)，具有可比性。

表1 两组患者平均年龄、性别、病程比较

组别	n	性别		年龄(岁)	病程(周)	
		男	女		3~8周	>8周
治疗组	58	30	28	35.24±18.57	44	14
对照组	57	28	29	38.75±17.52	45	12

注：经齐同性检验，两组在性别、年龄、病程等方面比较无显著性差异($P>0.05$)，具有可比性。

1.3 治疗方法 治疗组用自拟藿苏合剂加减：藿香(连梗)5g、苏叶(连梗)4g、桔梗6g、枳壳9g、甘草6g、陈皮9g为主方的基础上，视患者兼症的不同加减。每日1剂，水煎2次，共取汁250~300ml，分2次温服，疗程7天。

对照组给予氯雷他啶口服，10mg，1/日，加复方甘

● 作者单位 福建中医学院附属厦门市中医院呼吸内科(361009)

草口服液口服,10mg,3/日,疗程 7 天,阿奇霉素分散片口服 0.5g,1/日,疗程 5 天。两组患者服药期间忌食生冷油腻及刺激性难消化食物,避风寒。

1.4 疗效判定标准

1.4.1 咳嗽症状积分 根据 PIC 症状特点,参照《中药新药临床研究指导原则》^[3] 制定,见表 2,根据咳嗽严重程度将咳嗽分为:日间积分 0~3 分和夜间积分 0~3 分各 3 个等级。

表 2 咳嗽临床证候评分标准

	无(-)	轻(+)	中(++)	重(+++)
白天	无咳嗽	偶有轻度咳嗽	频繁咳嗽,轻度影响日常活动	频繁咳嗽,明显影响日常活动
夜间	无咳嗽	偶有咳嗽,不影响睡眠	因咳嗽轻度影响睡眠	因咳嗽严重影响睡眠

注:症候-、+、++、+++分别记 0、1、2、3 分。

1.4.2 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3] 临床治愈:临床症状基本消失,咳嗽症状积分减为 0~1 分;显效:临床症状明显改善,咳嗽症状积分减为 2 分;有效:临床症状好转,咳嗽症状积分减为 3 分;无效,临床症状无明显改善,甚或加重,咳嗽症状积分未变甚至增加。

1.5 统计学方法 所有计量资料均采用均数±标准差(±SD)描述,t 检验,计数资料采用χ² 检验,等级资料采用秩和检验,所有检验 P 值小于或等于 0.05 被认为差别具有统计学意义。所有统计资料采用 SPSS12.0 统计软件进行处理。

2 结果

2.1 两组治疗前后咳嗽积分差值比较

表 3 两组治疗前后咳嗽积分及差值比较($\bar{x} \pm SD$)

组别	n	治疗前	治疗后	差值
治疗组	58	3.7±1.3	1.75±1.36	3.03±1.58
对照组	57	3.6±1.2	3.02±1.75	1.80±1.61

注:经 t 检验,两组治疗前咳嗽积分比较无显著性差异(P>0.05);两组治疗后咳嗽积分均有显著下降(P<0.01),但治疗组咳嗽积分下降程度明显大于对照组(P<0.01)。

2.2 两组临床疗效比较

表 4 两组患者临床疗效比较(n·%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	58	22(37.93) ⁽¹⁾	19(32.76)	12(20.69)	4(8.62)	53(91.38)
对照组	57	9(15.79) ⁽¹⁾	14(24.56)	18(31.58)	16(28.07)	42(71.93)

注:经秩和检验,治疗组治愈率、显效率、总有效率显著优于对照组(P<0.01)。

2.3 不良反应 治疗组患者未见不良反应。对照组有 13 例出现不同程度口干、心烦、食欲不振等症状,但停药后缓解。

3 讨论

感染后咳嗽虽不算大病,但常困扰患者,影响其工作生活,因此而进行过度检查和治疗,相当多见。本病虽小,但治疗欲得速效,也不十分容易,若单纯依靠辨证论治,往往管窥一斑而忽略病本,而一病一方治疗,则脱离辨证施治,忽视了个体特点。两者效果均不能满意。本人临床体验到,对于此类疾病的诊治,一定要做到“知常达变”,“常”即本病病机之恒,需要根据中医基础理论,结合本病病史症状的共性去推敲,“变”为兼有病机之异,强调个体差异。抓住病机之常,即有主方主药对待之;分别病机之变,则有辨

证化裁处理之。疗效较好。

如何抓住本病的病机之“常”呢?首先,从基础理论上,从古至今,历代名家论述咳嗽证治,无不源于《内经》,主要是《素问·咳论》中的两句话。其一,“五脏六腑皆人咳,非独肺也”;其二,“皮毛者,肺之合也,皮毛先受邪气,邪气以从其合也。其寒饮食入胃,从肺脉上至于肺,则肺寒,肺寒则外内合邪,因而客之,则为肺咳”。尤其后一句,主要论述外感咳嗽,意味深长。其重点在于“外内合邪”四字,外邪指六淫,变化较多,但以风为主。而内邪则只确定一点:即饮食寒凉,导致肺寒。肺寒何以可致咳嗽?按《灵枢·决气》:“上焦开发,宣五谷味,熏肤,充身,泽毛,若雾露之溉,是谓气”,即谓上焦是气机通畅宣发,津液流通之所。肺寒则上焦开发不力,而寒性凝滞,引致气机受阻,肺气上逆则为咳,若津液停滞,痰饮由生,则

作嗽。

其次,临床特点上看,本病的病史及症状上有下列共性:(1)前期常有抗生素及清热解毒或滋阴润肺为主的中药或中成药或食疗治疗;(2)外感后咳嗽迁延,亚急性病程为主;(3)咳嗽常为阵作,迎风遇寒则引发或加剧;(4)常兼见以咽部出现痒感及阻塞感;(5)可无痰,若有则常夹带泡沫;(6)舌苔多带腻象,脉象弦为主。以此推论,本病急性起病,病程一般不长,当实证居多;因为未得良治,或多用清热解毒,而患者亦多不知节制饮食,每欲“降火”而进食寒凉,甚至饮用凉茶,自配滋养药膳等,导致“寒饮食入胃”,以致于肺寒而上焦气津凝滞,肺失宣肃,故可见咳嗽,而苔腻脉弦;气机阻滞,故见咽部阻塞感;上焦失于开发,气津分布失常,卫膜不力,导致肺之外侯,特别如咽部不断受到风邪侵扰,而引发咳嗽等症;咽痒,咳嗽常为阵作,迎风遇寒则引发或加剧,痰带泡沫,均为风邪侵袭之征。

由此推论,外感咳嗽迁延,病因主要是药食不当,过用寒凉导致肺寒及外邪侵扰。基本病机为上焦功能失常,气滞津停,兼有风邪侵扰。此即本病病机之“常”。

故针对此“常”的病机,自制藿苏合剂为主方,其中特地选取藿香与苏叶为主药,取其能入肺经,并擅疏风理气化湿,恰合本病病机。按藿香功擅化湿,连梗并能理气和中,药性平和,按张寿颐《本草正义》:“藿香芳香而不猛烈,温煦而不偏燥热,性极平和”;而朱纯宇《本草汇言》则认为苏叶能“散寒气、清肺气、宽中气、安胎气、下结气、化痰气,是治气之神药”;二者均质轻味辛,可以入肺经,作用于上焦,联用则功擅疏散外风、理气化湿,恰合病机,此外,其辛温而不燥烈,性味平和,有利各种配伍。注意其用量应轻而勿重,否则气厚味重药效转入中焦,效反不如。此外,程钟龄说:“陈皮为止咽痒之要药”,桔梗、甘草利咽化痰,桔梗、枳壳一上一下,配合藿苏、陈皮以宣通气机。诸药合用,作用鲜明,共奏疏风利咽,理气化湿之功效。

再针对不同病人个体兼有病机差异——即本病之“变”证(审证时尤须注意辨别症状要点),实施加减法(1)余邪未尽者①风热仍存:症状要点为鼻咽部粘膜仍明显红肿或微痛;或略恶风寒。可酌加银花、

连翘、薄荷、白茅根等辛凉之品,疏透余邪;②风寒羁表:症状要点为恶风寒而体痛,并不咽痛,多饮,若无汗脉紧,可酌加小量荆防,羌独;有汗,脉浮者,则用桂枝,白芍。以上体弱者,均可加党参,量小3~5克即可,仿喻嘉言之意,鼓舞正气,一鼓作气,驱邪外出;③邪郁肺络者:症状要点为阵咳剧烈,咳声紧束,无痰或痰少难出,脉沉弦有力,可加麻黄,薄荷开肺透邪,青皮换陈皮,加丝瓜络,天竺黄以理气通络。(2)湿浊内甚者症状要点为痰涕明显、咳声重浊沉闷,苔厚而腻。可青皮易陈皮,酌加通草、白茅根、佩兰、六一散以化湿、利湿。偏热则痰涕变黄、口干、心烦、苔黄、脉数,可再加黄芩、栀子、豆豉、浙贝等以清热散结;寒热偏向不明显者,可加大藿苏用量,仍加黄芩;偏寒则痰涕清白,口淡苔白,或有胸闷脘痞纳呆,脉象带紧,系因寒遏,较少阳虚,遵“通阳不在温,而在利小便”之旨。淡渗可加量,并酌加石菖蒲、白豆蔻温化,炒麦芽芽健运脾胃,仍可加小量黄芩稍清郁热。(3)兼有气虚者,症状要点为咳声无力,鼻咽粘膜淡而不红,舌淡,脉象偏于细弱,或有易倦易汗。可合用玉屏风或六君益气。(4)兼见阴虚者,症状要点为口干多饮,鼻咽粘膜干燥,舌、苔均干,脉象带细数。可酌加天花粉、玄参、麦冬滋阴生津。(5)病久迁延,气阴两虚,纯虚无邪者,症状要点为咳声无力松散,痰涕均少,口干不欲饮食,苔净,脉弱。可合用六君、生脉,并用乌梅以收涩。(6)伴有声音嘶哑者,实证可加蝉蜕、僵蚕,以散结开音;虚证可加诃子,乌梅以收涩。

本方看似平淡,但疗效确却。本人临症此病,往往3到7剂即可显效乃至痊愈。此外,这种“知常达变”的临症辨证思路,颇值探讨。敝帚自珍,望高明指教。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽诊断与治疗指南(草案)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2005, 28(11): 738-744.
- [2] 蔡柏蔷. 呼吸内科学[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2000: 1-12.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 第1版. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 54-58.