

从痰论治对改善痰浊阻肺型慢性咳嗽生活质量的影响

叶焰, 金华伟, 李俐

广州市中医医院, 广东 广州 510130

[摘要] 目的: 观察加味温胆汤对慢性咳嗽的生活质量的影响。方法: 将60例慢性咳嗽患者随机分为2组各30例, 2组疗程均为4周。治疗组给予加味温胆汤治疗; 对照组选用常规西药复方甲氧那明胶囊治疗。通过莱塞斯特咳嗽生活质量问卷(LCQ)比较2组治疗慢性咳嗽的疗效。结果: 治疗后2组各项积分及总分均明显上升, 治疗前后比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 治疗后生理、社会、心理平均分及总分方面, 2组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$); 治疗组在生理、心理、社会以及总分方面均有临床意义, 但2组各项差值比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 加味温胆汤能改善慢性咳嗽患者的临床症状及生活质量, 其效果优于常规西药复方甲氧那明胶囊。

[关键词] 慢性咳嗽; 加味温胆汤; 生活质量问卷(LCQ)

[中图分类号] R441.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)07-0044-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.020

慢性咳嗽是内科门诊最常见的病症, 指咳嗽为唯一或主要症状, 时间超过8周, 胸部X线检查无明显异常者^[1]。常见病因包括上气道综合症、咳嗽变异性哮喘、嗜酸粒细胞性支气管炎、胃食管反流性咳嗽及变应性咳嗽等。伴随大气污染等逐年加重, 发病率高, 容易误诊误治, 严重影响患者生活质量, 造成很大的社会经济负担。笔者依据“从痰论治”理论, 多年来在门诊纯口服中药治疗慢性咳嗽, 观察主要症状和生活质量改善, 获得满意疗效, 同时引入莱塞斯特咳嗽生命质量问卷(LCQ)进行疗效评价, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例为2013年10月—2014年10月本院门诊患者, 共60例。随机分为治疗组和对照组各30例, 观察组男17例, 女13例; 平均年龄(43.37 ± 3.34)岁。对照组男11例, 女19例; 平均年龄(44.00 ± 3.94)岁。2组性别、年龄等比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 西医诊断标准: 参照《咳嗽的诊断与治疗指南(2009版)》^[2]: 咳嗽超过8周, 胸片未见异常。排除伴咳嗽吐脓性痰, 胸痛, 发热及血常规白细胞计数明显异常需要抗生素治疗者。中医诊断标准: 参照《中医内科学》^[3]证属痰浊阻肺型。

1.3 排除标准 ①咳吐脓性痰, 伴胸痛、发热及血常规白细胞计数明显异常需要抗生素治疗者; ②有明显暖气、反酸或慢性胃病史者; ③服用导致咳嗽药物者。

2 治疗方法

2.1 对照组 针对慢性咳嗽给予对症治疗, 同时考虑患者经济因素, 选用复方甲氧那明2粒, 每天3次, 治疗4周。

2.2 治疗组 单用加味温胆汤, 组成: 茯苓30g, 法半夏、枳实、紫苏子各15g, 陈皮、竹茹、橘红、白芥子、紫菀、百部各10g, 炙麻黄5g, 甘草6g。由本院药房煎药, 每剂制成2袋, 每袋密封含药液100mL。每天1剂, 早晚各150mL, 治疗4周为1疗程。

3 评价指标与统计学方法

3.1 生活质量评价指标 治疗前后各填写一次LCQ量表, 通过问卷形式, 分别记录治疗前后2组患者生理积分、心理积分、社会积分、总分比较。LCQ问卷按照生理, 心理, 社会分为3部分, 把每一部分的问题打分加起来除以题目数就是这部分的值, 总数等于三部分相加除三, 其最小重要性差异(MID)为1.3, 即同一患者治疗前后的LCQ问卷分值升高1.3, 说明治疗有临床意义。同时LCQ总分数越高, 说明病情越轻。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0软件进行统计学分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 用 t 检验。

4 结果

4.1 2组治疗前后LCQ积分比较 见表1。治疗后2组各项积分及总分均上升, 治疗前后比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$), 治疗后生理、社会、心理平均分及总分方面, 2组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。提示2组在生理、社

[收稿日期] 2014-12-21

[基金项目] 广东省中医药局资助项目(20131001)

[作者简介] 叶焰(1967-), 男, 副主任中医师, 主要从事中西医结合治疗呼吸系统疾病临床研究。

会、心理及总分方面观察组优于对照组。

表 1 2 组治疗前后 LCQ 积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

项目	治疗组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
生理	3.71 ± 1.56	5.00 ± 1.90 ^{①②}	3.28 ± 0.92	4.38 ± 0.95 ^①
心理	3.73 ± 0.98	4.36 ± 0.75 ^{①②}	3.37 ± 1.10	4.39 ± 1.00 ^①
社会	3.84 ± 0.74	5.50 ± 0.79 ^{①②}	3.49 ± 1.05	4.66 ± 0.90 ^①
总分	11.48 ± 2.29	16.34 ± 2.13 ^{①②}	10.26 ± 2.91	13.64 ± 2.90 ^①

与本组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

4.2 2 组 LCQ 积分差值比较 见表 2。治疗组在生理、心理、社会以及总分方面均有临床意义, 但 2 组各项差值比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表 2 2 组 LCQ 积分差值比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	生理	心理	社会	总分
观察组	30	1.65 ± 0.85	1.76 ± 1.38	1.42 ± 1.17	4.61 ± 3.04
对照组	30	1.21 ± 1.28	1.23 ± 1.29	1.30 ± 1.66	3.51 ± 3.74

5 讨论

随着现代医学研究的深入, 现有的诊断程序可使 80%~90% 慢性咳嗽患者获得明确诊断, 但这需要一系列包括胸片、肺通气功能、诱导痰、食管 pH 监测等专科检查, 很多基层医院设备和技术条件不足, 大量患者因经济条件有限, 使其在门诊治疗过程中执行非常困难, 对于此类情况, 虽然咳嗽指南提出了经验治疗 6 条原则, 往往治疗效果不理想, 治疗周期较长且有一定的毒副作用。中医学治疗咳嗽有悠久的历史和丰富的经验, 中医学认为, 咳嗽因“肺失宣降”, 而“百病多由痰作祟”。咳嗽是因为肺失去正常的宣发肃降功能而引起, 痰是导致肺失宣降的因素之一, 痰证理论是中医经典理论之一, 有广义和狭义之分: 狭义的痰一般是指呼吸系统分泌物, 可咳出; 广义之痰是体液在致病因素影响下, 失去正常运行途径和规律, 津液凝聚形成的有害液体, 是体内津液代谢失常的产物。广义之痰不能咯出, 留伏在体内, 直接或间接作用于人体某一脏腑组织, “痰随气行, 无处不到”, 由此产生各种病证^[4]。其既是病理产物, 又是致病因素。《丹溪心法》认为“痰之为物, 随气升降, 无处不到”。隋代巢元方提出了“百病皆有痰作祟”之说, 说明痰浊致病具有广泛性。《杂病源流犀烛》云: “痰之为物, 流动不测, 故其为害, 上至颠顶, 下至涌泉, 随气升降, 周身内外皆到, 五脏六腑俱有。”随着现代人饮食习惯及生活节奏的改变, 较多食用膏粱厚味, 损伤脾胃; 生活压力大, 缺乏运动; 精神紧张, 肝气不舒, 气机失调。尤其岭南地区, 因气候炎热多湿, 且好饮凉茶冷饮, 损伤

脾胃运化功能, 酿生痰湿为病, 《丹溪心法·中风门》云: “东南之人, 多是湿土生痰, 痰生热, 热极生风也。邪之所凑, 其气必虚。”《素问·异法方宜论》对岭南地区的气候早有总结: “南方者, 天地所长养, 阳之所盛处也。其地下, 水土弱, 雾露之所聚也”。《岭南卫生方》也有记载: “岭南既号炎方, 而又濒海, 地卑而土薄。炎方土薄, 故阳燥之气常泄; 濒海地卑, 故阴湿之气常盛。”当代邓铁涛教授认为, 岭南这种炎热潮湿的气候, 每年常达半年或更长时间, 逐渐形成了岭南人特有的体质, 即脾气虚弱兼有痰湿^[5]。笔者在临床工作中亦发现, 广东地区的慢性咳嗽患者中, 痰湿者居多。

温胆汤出自宋代陈无择所著《三因极一病证方论》。方由法半夏、茯苓、橘红、炙甘草、枳实、竹茹、生姜、大枣组成, 该方具有理气化痰, 清胆和胃之功。方名虽为温胆, 而其实并无温胆之药。《成方便读》云: “此方纯以二陈竹茹枳实生姜和胃豁痰、破气开郁之品, 内中并无温胆之药, 而以温胆名之者, 亦以胆为甲木, 常欲其得春之温和之意耳。”近世被广泛应用于多种杂病, 所著颇多^[6]。笔者所用加味温胆汤在原方基础上, 加用苏子降气消痰、止咳平喘, 白芥子化痰散结、温化寒痰, 紫菀、百部下气化痰、理肺止咳, 轻用炙麻黄, 能宣肺平喘。现代药理证明, 麻黄所含有的之麻黄碱伪麻黄碱能缓解支气管平滑肌痉挛, 及抗炎、抗菌、抗病毒等作用; 紫菀煎剂有明显的祛痰作用; 百部, 有中枢性镇咳作用, 对抗组胺对支气管平滑肌的致痉作用, 强度与氨茶碱相似, 且作用持久^[7]。诸药合用, 清热而不寒, 化痰而不燥, 只要有痰湿内聚、气郁痰阻之证, 无论新咳、旧咳, 或外感、内伤, 或篇寒、偏热, 均可运用此方随证加减而治之。

[参考文献]

- [1] 赖克方. 慢性咳嗽[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- [2] 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): 738-744.
- [3] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 77.
- [4] 赖克方. 慢性咳嗽病因分布及诊断思路[J]. 中国临床医生, 2014, 42(7): 1-4.
- [5] 孔炳耀. 试论岭南医学的临床特色[J]. 中医杂志, 1997, 38(12): 712-714.
- [6] 孙洁. 温胆汤临证机理分析[J]. 四川中医, 2011, 2(9): 56.
- [7] 张旭杰, 张景凤. 温胆汤的临床应用[J]. 长春中医药大学学报, 2011, 5(2): 126.

(责任编辑: 马力)