

姜辛温肺汤联合磁热疗法治疗感染后咳嗽 (寒饮伏肺证)的临床观察*

熊玉玲¹ 许洁翎¹ 李惠惠¹ 沈星星² 王国书^{1△}

(1. 广州中医药大学惠州医院, 惠州市中医医院, 广东 惠州 516000; 2. 广州中医药大学, 广东 广州 510405)

中图分类号: R562 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2024)04-0637-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2024.04.017

【摘要】 目的 观察姜辛温肺汤联合磁热疗法应用于感染后咳嗽(寒饮伏肺证)患者的临床疗效。**方法** 选取感染后咳嗽(寒饮伏肺证)患者120例,使用随机数字表方法随机分为阿斯美组、姜辛温肺汤组、联合组各40例。阿斯美组给予阿斯美治疗,姜辛温肺汤组采用姜辛温肺汤进行治疗,联合组采用姜辛温肺汤加减联合磁热治疗,比较各组治疗效果、治疗前后中医证候积分、咳嗽平均起效时间、治疗前后外周血白细胞介素-8(IL-8)水平及不良反应。**结果** 联合组总有效率为92.50%,明显高于阿斯美组的82.50%($P < 0.05$),稍高于姜辛温肺汤组的87.50%,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,联合组较其他两组中医证候积分及外周血IL-8水平下降更多($P < 0.05$),咳嗽平均起效时间更快($P < 0.05$),且不良反应较少。**结论** 姜辛温肺汤联合磁热疗法治疗较单纯西医治疗及单纯中药内服治疗感染后咳嗽(寒饮伏肺证)患者疗效更好。

【关键词】 感染后咳嗽 姜辛温肺汤 磁热疗法 寒饮伏肺 疗效

Clinical Observation of Jiangxin Wenfei Decoction Combined with Magnetic Heat Therapy in the Treatment of Post Infectious Cough (Syndrome of Cold Fluid Retained in Lung) Xiong Yuling, Xu Jieling, Li huihui, Shen xingxing, Wang Guoshu. Huizhou Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine (Huizhou Hospital of Traditional Chinese Medicine), Guangdong, Huizhou 516000, China.

【Abstract】 Objective: To observe the clinical effect of Jiangxin Wenfei Decoction combined with magnetic heat therapy applied for post infectious cough (syndrome of cold fluid retained in lung). **Methods:** Totally 120 patients with post infectious cough (syndrome of cold fluid retained in lung) were selected and randomly divided into the Asmeton group, Jiangxin Wenfei Decoction group and combined group using random number table method, 40 cases in each group. The Asmeton group was treated with Asmeton, the Jiangxin Wenfei Decoction group was treated with Jiangxin Wenfei Decoction, and the combined group was treated with modified Jiangxin Wenfei Decoction combined with magnetic heat therapy. The treatment effect, TCM pattern score before and after treatment, mean onset time of cough, peripheral blood IL-8 level and adverse reactions before and after treatment were compared between the groups. **Results:** The total effective rate of the combined group was 92.50%, which was significantly higher than 82.50% of the Asmeton group ($P < 0.05$) and slightly higher than 87.50% of the Jiangxin Wenfei Decoction group, but the difference was not statistically significant ($P > 0.05$). After treatment, the TCM syndrome score and peripheral blood IL-8 level in the combined group decreased more than those in the control group ($P < 0.05$), the average onset time of cough was faster ($P < 0.05$), and there were fewer adverse reactions. **Conclusion:** Jiangxin Wenfei Decoction combined with magnetic heat therapy has better efficacy in the treatment of patients with post-infection cough (syndrome of cold fluid retained in lung) than western medicine alone or Chinese medicine alone.

【Key words】 Post infectious cough; Jiangxin Wenfei Decoction; Magnetic heat therapy; Cold fluid retained in lung; Curative effect

感染后咳嗽(PIC)病程较长,通常持续3~8周,在呼吸科门诊发生率高达25%^[1]。其发病机制主要与气道炎症及呼吸道上皮损伤等有关^[2]。相关研究表明白细胞介素-8(IL-8)可加重气道炎症的发生发展的概

率^[3],导致咳嗽缠绵难愈。现代医学多采用单纯镇咳药、抗组胺药、支气管舒张剂等治疗本病,常常疗效欠佳,且药物副作用较大,甚至会演变成难治性慢性咳嗽^[4]。本病属于中医学“咳嗽”范畴,本研究组在前期临床研究发现部分患者痰稀色白、恶寒等阳气不足症状明显,采用姜辛温肺汤治疗本病疗效可观,而磁热疗法作为中医外治法的一种,操作简单易行,通过热疗

* 基金项目:惠州市科技计划项目(210527164571828)

△通信作者

结合穴位刺激能够改善血液循环,促进炎症吸收^[5],从而起到温肺止咳的作用,在疾病治疗过程中愈加得到患者的认可。现代临床多采用单一方法治疗本病,疗效不佳。本研究观察姜辛温肺汤联合磁热疗法治疗PIC(寒饮伏肺证)的临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准:参照《咳嗽的诊断与治疗指南》^[6]中PIC的西医诊断标准以及《中医内科学》^[7]中咳嗽的中医诊断标准;中医证型根据《中医诊断学》^[8]及结合岭南地区居民体质特点属寒饮伏肺证。纳入标准:符合上述中医、西医疾病诊断标准;年龄18~75岁;具有良好的依从性并签署知情同意书。排除标准:其他原因引起咳嗽者,如上气道咳嗽综合征、咳嗽变异性哮喘、肺结核、支气管肺癌等;近期服用ACEI类降压药物等者;合并其他脏器疾病如心、脑血管、肝、肾严重疾病者;妊娠、哺乳期妇女;精神或者法律上的残疾者。

1.2 临床资料 选取2021年1月至2022年12月就诊于笔者所在医院呼吸科门诊的PIC(寒饮伏肺证)患者120例,使用随机数字表法分为阿斯美组、姜辛温肺汤组、联合组各40例。其中阿斯美组男性20例,女性20例;年龄34~73岁,平均(63.88±10.00)岁;平均病程(31.13±4.69)d。姜辛温肺汤组男性24例,女性16例;年龄37~73岁,平均(61.55±10.24)岁;平均病程(30.55±4.35)d。联合组男性16例,女性24例;年龄32~72岁,平均(61.45±10.39)岁;平均病程(30.03±3.99)d。各组临床资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究符合赫尔辛宣言,并已通过广州中医药大学惠州医院伦理委员会的批准。

1.3 治疗方法 阿斯美组给予复方甲氧那明胶囊(由第一三共制药上海有限公司,每粒胶囊包括氨茶碱25 mg、马来酸氯苯那敏2 mg、盐酸甲氧那明12.5 mg、那可丁7 mg)口服,每次2粒,每日3次。姜辛温肺汤组给予姜辛温肺汤:麻黄10 g,桂枝6 g,干姜3 g,细辛3 g,五味子6 g,白芍10 g,法半夏10 g,炙甘草6 g,苦杏仁10 g,厚朴10 g,瓜蒌皮10 g,陈皮10 g。每日1剂,水煎至200 mL,饭后温服。口干者加乌梅10 g或岗梅15 g清热生津;大便干加枳实10 g,火麻仁10 g通便;白痰多者加白前15 g,广藿香10 g,紫菀10 g等温化寒痰;夹热者加黄芩10 g,石膏10 g清肺泻热;咽痒明显者改干姜3 g为生姜3 g发散表寒;头痛者加川芎15 g祛风止痛;鼻塞流涕者加白芷10 g,辛夷3 g通鼻窍;咽痛者加玄参10 g,桔梗5 g,蝉蜕5 g等利咽。联合组在姜辛温肺汤基础上加磁热疗法:磁热疗法系以瑞芬坦磁热穴位贴敷贴在天突穴、双肺俞穴、膻中穴,每次3 h,每日1次。各组患者均治疗1周时间,治疗期间忌服寒凉食物,如冰镇饮料、冰激凌等冷饮,西瓜、梨等瓜

果,苦瓜、番茄等蔬菜,及其他生冷油腻食物。治疗期间观察患者的症状:咳嗽、咯痰、恶寒、气上冲感、咽痒等情况及不良反应。

1.4 观察指标 1)中医证候积分:参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]拟定。对两组治疗前后的中医证候积分进行评价,对患者咳嗽、咯痰、恶寒、气上冲感、咽痒5个主要症状进行评估,依据症状无、轻度、中度、重度,赋予0、1、2、3分,记录积分。2)咳嗽平均起效时间:根据《中药新药临床研究指导原则》^[9]拟定。临床表现较前缓解≥30%即为起效,治疗过程统计每组患者咳嗽起效时间并记录,统计各组咳嗽平均起效时间。3)外周血白细胞介素-8(IL-8)水平:采用自上海抚生生物科技有限公司购买的试剂盒对患者血液进行检测,治疗前后分别记录数值。4)不良反应及检测项目:患者用药后出现胸痛心悸、腹痛腹泻、头晕失眠、排尿困难等不同系统新的症状,及时记录其发生时间、地点及严重程度,是否与药物有关。

1.5 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[9]拟定。根据症状和中医疗效指数评估,其中中医疗效指数=(治疗前后中医证候积分差÷治疗前中医证候积分)×100%。痊愈:症状完全消失,中医疗效指数≥90%。显效:症状明显改善,中医疗效指数≥70%且<90%。有效:症状有所改善,中医疗效指数≥30%且<70%。无效:中医疗效指数<30%。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)÷总例数×100%。

1.6 统计学处理 应用SPSS26.0统计软件。计量资料用Shapiro-Wilk检验数据的正态性,对于符合正态分布的计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用单因素方差分析,对于不符合正态分布的计量资料采用秩和检验,对于计数资料或单向有序等级分组资料,采用行×列表 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组总体疗效比较 见表1。联合组总有效率明显高于阿斯美组($P<0.05$)。

表1 各组总体疗效比较(n)						
组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
阿斯美组	40	9	17	7	7	33(82.50) [△]
姜辛温肺汤组	40	10	20	5	5	35(87.50)
联合组	40	20	15	2	3	37(92.50)

注:与联合组比较,[△] $P<0.05$ 。

2.2 各组治疗前后中医证候积分及外周血IL-8水平比较 见表2。各组治疗后证候总评分及外周血IL-8水平均有降低($P<0.05$),联合组评分及外周血IL-8水平均低于阿斯美组及姜辛温肺汤组($P<0.05$)。

2.3 各组咳嗽起效时间比较 结果显示,联合组咳嗽

表2 各组治疗前后中医证候积分及外周血IL-8水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	中医证候积分(分)	IL-8(pg/mL)
阿斯美组 (n=40)	治疗前	11.35±1.88	122.10±8.06
	治疗后	3.90±2.81 ^{*△}	83.28±7.74 ^{*△}
姜辛温肺汤组 (n=40)	治疗前	11.63±2.02	122.48±8.65
	治疗后	3.28±2.46 ^{*△}	78.68±9.76 ^{*△}
联合组 (n=40)	治疗前	11.33±1.97	121.08±8.37
	治疗后	2.40±2.13 [*]	65.53±8.29 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.05$;与联合组治疗后比较,[△] $P<0.05$ 。

起效时间为(2.65±0.95) d,短于阿斯美组的(3.93±1.00) d及姜辛温肺汤组的(4.05±1.20) d($P<0.05$)。

2.4 各组不良反应比较 治疗期间联合组及姜辛温肺汤组患者均未出现明显不良反应,阿斯美组患者出现3例胃肠道不适反应,2例排尿困难。组间比较差异无统计学意义($P>0.05$)

3 讨论

PIC属中医学“咳嗽”范畴,其病因复杂,病程较长,与环境及饮食生活习惯等有关。近代医家对PIC进行了积极探索,薛奇明等^[10]认为PIC致病因素主要是风邪,运用祛风止咳祛风解痉止咳,发挥了中医药的独特优势。李永年^[11]认为本病核心病机为“风痰”,化裁古方止嗽散为桑蝉止嗽汤祛风宣肺,辅以化痰,极大地改善了患者的临床症状。本研究在临床中发现,部分患者呈阳虚体质,感寒后咳嗽难以治愈。《难经·四十九难》指出“形寒饮冷则伤肺”。肺阳不足,故见形寒肢冷,易感冒;气不布津,水饮不化,咳吐清稀涎沫;肺阳亏虚,肺失宣降,故见咳嗽。现代人们夏季普遍使用空调、冰箱,使受寒概率增加,而南方地势低下,湿气相对偏多,湿邪停留过久进一步损伤阳气,湿邪恋肺,使患者多痰多涕,且先天阳虚的患者更易使寒湿内停于肺。

本次研究显示,采用姜辛温肺汤联合磁热疗法治疗PIC(寒饮伏肺证)患者效果更好,治疗1周后,患者咳嗽、咯痰、恶寒、气上冲感、咽痒等临床症状均较治疗前好转,外周血IL-8水平较前下降,较同一时间的阿斯美组与姜辛温肺汤组患者疗效更明显。此外,本研究还发现,联合组治疗有效率高于阿斯美组与姜辛温肺汤组,且咳嗽平均起效时间更短,表明姜辛温肺汤联合磁热疗法可以显著改善患者临床症状且起效更快。

姜辛温肺汤由小青龙汤化裁而来,主治素患痰饮,复因感受风寒而诱发的咳喘。方中干姜、细辛温肺化饮,麻黄开宣上焦而止咳平喘,苦杏仁开郁启闭,使邪有所去,桂枝通阳化气,降逆止咳;白芍敛阴和营,利水去饮;桂枝配白芍可制约阳气太过,调和营卫;法半夏燥湿化痰,蠲饮降浊,可增干姜、细辛温化寒饮之效;五味子降逆下气,可防肺气耗散之弊;炙甘草益气和

中,既能调和辛散之麻黄,又能合芍药酸甘化阴;厚朴下气除满,助法半夏化痰降逆;瓜蒌皮可利气宽胸,加强通阳散结、化痰行气之功;陈皮辛则宣肺止咳,苦能燥湿化痰,温以温化寒痰;诸药合用,共奏温肺化饮之功。

研究表明^[12],IL-8作为促炎细胞因子,可使中性粒细胞趋化、移行,到达炎症部位释放炎症介质而造成支气管损伤,感染后咳嗽患者IL-8水平较正常机体普遍升高,证明其对咳嗽存在一定影响。另外,IL-8易致嗜酸性粒细胞释放血小板活化因子及白三烯,从而使气道反应性增高^[13]。现代药理研究表明,小青龙汤具有抗过敏、抗炎、减轻气道高反应状态等作用^[14],其中麻黄、桂枝、干姜等均有抑制多种致病菌及炎症的作用^[15],多药合用,可减轻呼吸道炎症,缓解咳嗽症状。而本研究所用方剂从小青龙汤中化裁,旨在降低外周血IL-8水平,从而达到抗炎止咳作用。

磁热疗法是一种将理疗及磁疗、穴疗集于一身的中医治疗手段,其作用原理是磁场作用引起局部组织运动,组织温度升高,增加了生物膜的弥散过程,从而促进血液循环,加强新陈代谢。丁勤能等^[16]通过临床研究证实了磁热疗法的抗炎作用。WANG C Y等^[17]曾运用磁热疗法治疗脊椎损伤动物,降低了炎性因子水平。中医理论认为,磁热疗法可温经通络,通过刺激天突穴可利咽喉,宣肺气;作用于足太阳膀胱经中肺俞穴,可起到疏风止痒、舒经活络作用;膻中穴位于胸前,作用于该穴可宽胸理气,亦可温肺化饮、止咳平喘。对于寒饮伏肺患者,该疗法以其温通作用,可有效缓解患者症状。

现代医学的发展越来越推崇绿色疗法。本研究将磁热疗法联合中药内服运用于临床,取得了可观的疗效,旨在未来治疗疾病路上引进更多的绿色物理疗法提供一定依据。本研究也存在局限性,如纳入的样本量较少,证型单一等,后续可通过积极开展大样本、多中心的临床研究并结合更多治疗指标以验证本结果的准确性以及磁热疗法联合中药内服是否在其他证型中适用。

参考文献

[1] 范钰晗,史利卿,季坤,等.基于真实世界回顾性分析感染后咳嗽湿热郁肺证证候特点[J].中国中医药信息杂志,2023,30(12):166-172.

[2] 楚长城.感染后咳嗽的发病机制及治疗进展研究[J].中国医药指南,2019,17(12):131-132.

[3] 卢瑞龙,苗玉芳,田燕歌.中医药治疗慢性阻塞性肺疾病气道重塑研究述评[J].中国中医基础医学杂志,2023,29(6):1044-1048.

[4] 刘笑静,李权,郑正伟,等.定喘汤加减治疗感染后咳嗽的临床疗效[J].中华医院感染学杂志,2023,33(14):2121-

- 2124.
- [5] 王荣祥,蒋华忠,陈四有. 平衡针联合磁热疗和微波在膝关节骨性关节炎患者治疗中的应用研究[J]. 智慧健康, 2022,8(7):118-120, 127.
- [6] 李少峰,陈科胜,胡聪,等. 山蜡梅叶颗粒治疗感染后咳嗽风热郁肺证临床观察[J]. 中华中医药杂志,2023,38(8):3990-3992.
- [7] 杨献丽. 加味小青龙汤治疗风痰恋肺型上气道咳嗽综合征[J]. 中医学报,2022,37(8):1742-1748.
- [8] 王亚杰,史利卿,季坤,等. 基于因子分析及聚类分析的241例感染后咳嗽中医证素证型研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2021,23(8):2795-2801.
- [9] 国家中医药管理局. 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.
- [10] 薛奇明,雍凤娇,刘研,等. 祛风止咳汤治疗感染后咳嗽临床研究[J]. 四川中医,2023,41(8):95-98.
- [11] 宋文茜,郑秀华,王娜,等. 李氏内科从“风痰”论治感染后咳嗽[J]. 浙江中医杂志,2023,58(8):615-616.
- [12] 杜静,赵华昌,李小燕,等. SM-1、IFN- γ 、IL-1 β 与 IL-8 对 ARDS合并肺部感染及预后的预测价值[J]. 中华医院感染学杂志,2023,33(19):2886-2890.
- [13] 石艳红,洪颖慧,黄慧思,等. 少阳推拿法联合布地奈德雾化治疗风热型少阳体质咳嗽变异性哮喘患儿的疗效及对 IL-8、IL-6、SP表达的影响研究[J]. 广州中医药大学学报, 2023,40(8):1989-1994.
- [14] 陈英妹. 小青龙汤联合肺肠同治法对支气管哮喘小鼠IL-4、IFN- γ 水平的影响[J]. 光明中医,2020,35(23):3717-3719.
- [15] 刘艳霞,杜宝中. 中草药抗菌活性研究进展[J]. 中国医药, 2021,16(4):622-625.
- [16] 丁勤能,丁志清,谢财忠,等. 调制中频电刺激联合磁热治疗前交叉韧带重建术后临床疗效分析[J]. 东南国防医药, 2020,22(1):76-78.
- [17] WANG CY, LIU Y, WANG Y, et al. Low-frequency pulsed electromagnetic field promotes functional recovery reduce inflammation and oxidative stress[J]. Mol Med Report, 2019, 19(3):1687-1693.

(收稿日期 2023-12-03)

揅针疗法联合穴位敷贴对脑梗死后顽固性呃逆患者胃动力学指标的影响*

李 芳¹ 刘培良^{1△} 杨艳娟¹ 付廷飞²

(1.河北省邯郸市第一医院,河北 邯郸 056000;2.河北省军区邯郸第一离职干部休养所,河北 邯郸 056000)

中图分类号:R743.9 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2024)04-0640-04

doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2024.04.018

【摘要】 目的 观察揅针疗法联合穴位敷贴对脑梗死后顽固性呃逆患者胃动力学指标的影响。**方法** 将130例患者随机分为对照组与观察组各65例,对照组采用基础治疗和穴位敷贴进行治疗,观察组采用基础治疗和穴位敷贴联合揅针疗法进行治疗。对比两组患者血清可溶性细胞间黏附分子-1(sICAM-1)、可溶性血管细胞黏附分子-1(sVCAM-1)、血小板 α 颗粒膜蛋白-140(GMP-140)水平,两组收缩频率、收缩幅度、胃排空率,两组精神状态、睡眠、饮食评分,中医证候积分、临床疗效等。**结果** 治疗后,两组sICAM-1、sVCAM-1、GMP-140水平降低,且观察组降低幅度较大($P<0.05$),治疗后,两组收缩频率、收缩幅度、胃排空率升高,且观察组收缩频率、收缩幅度、胃排空率水平高于对照组($P<0.05$),两组精神状态、睡眠、饮食评分升高,且观察组精神状态、睡眠、饮食评分高于对照组($P<0.05$),治疗后,两组中医证候积分升高,且观察组降低幅度较大($P<0.05$),观察组总有效率为78.46%,高于对照组的61.54%($P<0.05$)。**结论** 脑梗死后顽固性呃逆患者经揅针疗法联合穴位敷贴治疗后,收缩频率、收缩幅度、胃排空率升高,且临床疗效较好。

【关键词】 脑梗死后顽固性呃逆 揅针疗法 穴位敷贴 胃动力学

Effect of Pressing Acupuncture Combined with Acupoint Application on Gastric Dynamics in Patients with Intractable Hiccup after Cerebral Infarction Li Fang, Liu Peiliang, Yang Yanjuan, Fu Tingfei. Handan First Hospital, Hebei, Handan 056000, China.

【Abstract】 Objective: To analyze the effect of pressing acupuncture combined with acupoint application on gastric dynamics in patients with intractable hiccup after cerebral infarction. **Methods:** A total of 130 patients were randomly divided into control group and observation group, with 65 cases in each group. The control group was treated with

* 基金项目:河北省中医药管理局(2021479)

△通信作者