

# 疏风止咳协定方治疗风邪犯肺型 上气道咳嗽综合征的疗效观察

陈晓钰<sup>1</sup>, 张业清<sup>2\*</sup>

(1. 南京中医药大学第三临床医学院, 江苏 南京 211200; 2. 江苏省中西医结合医院呼吸内科, 江苏 南京 210000)

**摘要:** **目的** 研究疏风止咳协定方治疗风邪犯肺型上气道咳嗽综合征(UACS)患者对其血清白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、转化生长因子- $\beta_1$ (TGF- $\beta_1$ )水平的影响。**方法** 采用随机数字表法将2019年1月至2021年12月江苏省中西医结合医院收治的60例风邪犯肺型UACS患者分为对照组[30例,采用常规西医治疗(酮替芬)]和观察组(30例,在对照组的基础上采用疏风止咳协定方治疗),以7d为1个疗程,两组均持续治疗2个疗程。比较两组患者治疗后临床疗效,治疗前后咳嗽症状积分量表和生活质量评分及血清IL-6、TNF- $\alpha$ 、TGF- $\beta_1$ 水平变化,以及治疗期间不良反应发生情况。**结果** 观察组患者治疗总有效率(93.33%)显著高于对照组(73.33%);与治疗前比,治疗后两组患者咳嗽症状积分量表评分及血清IL-6、TNF- $\alpha$ 、TGF- $\beta_1$ 水平均显著降低,且观察组显著低于对照组;两组患者中文版莱斯特咳嗽量表(LCQ-MC)评分显著升高,且观察组显著高于对照组(均 $P<0.05$ );两组患者不良反应总发生率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。**结论** 对于风邪犯肺型UACS患者采用疏风止咳协定方结合西药常规治疗,可以有效改善患者的咳嗽症状,提高患者生活质量水平,并能够有效抑制患者炎症反应,安全性较高。

**关键词:** 上气道咳嗽综合征;风邪犯肺型;疏风止咳协定方;白细胞介素-6;肿瘤坏死因子- $\alpha$ ;转化生长因子- $\beta_1$

**中图分类号:** R256.11

**文献标识码:** A

**文章编号:** 2096-3718.2022.09.0089.03

上气道咳嗽综合征(upper airway cough syndrome, UACS)为临床呼吸科常见疾病,也是导致成年人慢性咳嗽的主要病因,以慢性咳嗽、鼻塞、鼻腔分泌物增多等为主要临床表现,严重影响患者的生活质量。目前临床上针对UACS的治疗药物还比较单一,国内外指南推荐抗组胺药物为首选,酮替芬是一种抗组胺药物,主要治疗气道变态反应,能够有效地减缓咳嗽症状,但是不良反应也比较多,比如恶心、食欲降低、口干、嗜睡等<sup>[1]</sup>。中医认为,UACS属“咳嗽”范畴,多为风邪犯肺型,治疗应以疏风通络、宣肺平喘为原则<sup>[2]</sup>。疏风止咳协定方中含有荆芥、射干、僵蚕等药材,具有疏风散邪、清热解毒等功效,适用于慢性咽炎、肺炎等呼吸系统疾病<sup>[3]</sup>。因此,本研究选取60例风邪犯肺型UACS患者作为研究对象,旨在研究采用疏风止咳协定方治疗风邪犯肺型UACS患者对其血清白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )、转化生长因子- $\beta_1$ (TGF- $\beta_1$ )水平的影响,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 采用随机数字表法将2019年1月至2021年12月江苏省中西医结合医院收治的60例风邪犯肺型UACS患者分为对照组[30例,采用常规西医治疗(酮替芬)]和观察组(30例,在对照组的基础上采用疏风止咳

协定方治疗)。对照组中男、女患者分别为16、14例;年龄17~35岁,平均 $(28.93\pm 3.20)$ 岁;病程3~129d,平均 $(43.32\pm 4.22)$ d。观察组中男、女患者分别为17、13例;年龄17~35岁,平均 $(28.13\pm 3.29)$ 岁;病程4~133d,平均 $(44.17\pm 4.38)$ d。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),组间可行对比。纳入标准:符合《咳嗽的诊断与治疗指南(2015)》<sup>[4]</sup>和《呼吸病中医诊治与调理》<sup>[5]</sup>中的相关诊断标准者,并辨证为风邪犯肺型;主症:咳嗽,少痰或咯吐白稀痰,反复发作;次症:咽部痒感,咽部黏液附着感,鼻塞,打喷嚏,可伴咽干者;无严重躯体疾病者等。排除标准:肝、肾功能异常者;精神状态异常者;中途退出研究者等。研究经院内医学伦理委员会批准,患者均签署知情同意书。

**1.2 治疗方法** 对照组患者应用富马酸酮替芬片(华润双鹤药业股份有限公司,国药准字H11021476,规格:1mg/片)口服治疗,1mg/次,2次/d。观察组患者在其基础上应用疏风止咳协定方治疗,药物成分包括:桔梗、百部、玄参、蝉蜕各15g,射干、僵蚕、苦杏仁、前胡、紫菀、厚朴各12g,荆芥10g,甘草6g。该协定方由院内煎药室机器煎药,浓煎配置,7付中药共煎,均等配置成7瓶,每瓶约200mL。早、晚饭后半小时口服,100mL/次,2次/d,1付/d。7d为1个疗程,两组患者均持续治疗2个

**作者简介:** 陈晓钰,2019级在读硕士生,研究方向:中西医结合防治呼吸系统疾病。

**通信作者:** 张业清,硕士研究生,主任医师,研究方向:呼吸系统疾病中西医临床研究。E-mail: xzzhangyq@163.com

疗程。

**1.3 观察指标** ①临床疗效。患者治疗后慢性咳嗽、鼻塞、鼻腔分泌物增多、咽痒等症状全部消失为治愈；患者治疗后上述症状有所减轻为显效；治疗后上述症状无好转为无效<sup>[4]</sup>。总有效率=治愈率+显效率。②治疗前后咳嗽症状积分量表<sup>[6]</sup>和中文版莱斯特咳嗽量表（LCQ-MC）<sup>[7]</sup>评分。咳嗽症状积分量表评分分为日间评分和夜间评分，最低分为0分，表示无咳嗽，1分表示偶尔有短暂咳嗽，2分表示咳嗽轻微影响生活，3分表示咳嗽严重影响生活，分数越高咳嗽症状越明显。采用LCQ-MC评分评估患者生活质量，分为生理、心理和社会3个维度，共19个问题，每题分为1~7级，各维度的得分由维度对应题目的分值取平均值（1~7分），总分是单个维度总分之和（3~21分），分数越高表明生活质量越好。③治疗前后炎症因子指标水平。采集两组患者治疗前后清晨空腹静脉血3 mL，并分离取血清（3 500 r/min 转速，10 min 时间），采用酶联免疫吸附实验法检测血清IL-6、TNF-α、TGF-β<sub>1</sub>水平。④记录两组患者治疗期间不良反应（胃肠反应、头晕头昏、心率加快、面部潮红）发生情况。

**1.4 统计学方法** 采用SPSS 21.0统计软件进行数据分析，计数资料以[例(%)]表示，行 $\chi^2$ 检验；计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示，行 $t$ 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 临床疗效** 观察组患者治疗总有效率显著高于对照组，差异有统计学意义（ $P < 0.05$ ），见表1。

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	治愈	显效	无效	总有效
对照组	30	10(33.33)	12(40.00)	8(26.67)	22(73.33)
观察组	30	18(60.00)	10(33.33)	2(6.67)	28(93.33)
$\chi^2$ 值					4.320
$P$ 值					<0.05

**2.2 咳嗽症状积分量表评分和 LCQ-MC 评分** 与治疗前比，治疗后两组患者咳嗽症状积分均显著降低，且观察组显著低于对照组；两组患者 LCQ-MC 评分显著升高，且观察组显著高于对照组，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表2。

表 3 两组患者炎症因子指标水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	IL-6(ng/L)		TNF-α(ng/mL)		TGF-β <sub>1</sub> (μg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	29.25±3.52	22.54±2.86*	2.97±0.76	1.98±0.57*	27.74±0.67	19.79±1.35*
观察组	30	28.97±5.67	13.74±2.54*	2.99±0.79	1.46±0.43*	27.81±0.70	10.29±1.29*
$t$ 值		0.230	12.601	0.100	3.989	0.396	27.867
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，\* $P < 0.05$ 。IL-6：白细胞介素-6；TNF-α：肿瘤坏死因子-α；TGF-β<sub>1</sub>：转化生长因子-β<sub>1</sub>。

表 2 两组患者咳嗽症状积分量表和 LCQ-MC 评分比较

( $\bar{x} \pm s$ , 分)					
组别	例数	咳嗽症状积分		LCQ-MC 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	30	2.22±0.03	1.86±0.29*	10.22±2.19	14.97±0.98*
观察组	30	2.23±0.02	0.44±0.01*	10.34±2.10	18.74±1.03*
$t$ 值		1.519	26.804	0.217	14.524
$P$ 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，\* $P < 0.05$ 。LCQ-MC：中文版莱斯特咳嗽量表。

**2.3 炎症因子水平** 与治疗前比，治疗后两组患者血清IL-6、TNF-α、TGF-β<sub>1</sub>水平均显著降低，且观察组显著低于对照组，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表3。

**2.4 不良反应** 治疗期间两组患者不良反应总发生率比较，差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ），见表4。

表 4 两组患者不良反应发生情况比较 [例 (%)]

组别	例数	胃肠反应	头晕头昏	心率加快	面部潮红	总发生
对照组	30	1(3.33)	2(6.67)	1(3.33)	0(0.00)	4(13.33)
观察组	30	1(3.33)	1(3.33)	1(3.33)	1(3.33)	4(13.33)
$t$ 值						0.144
$P$ 值						>0.05

## 3 讨论

UACS 是慢性咳嗽中的一种，多与鼻或副鼻窦等疾病相关，其分泌物倒流至鼻咽部，直接或间接地刺激咳嗽感受器出现慢性咳嗽。一般来说 UACS 病程比较长，且反复发作，如不及时处理会对患者生活质量和工作造成严重影响。富马酸酮替芬具有抗组胺、抑制过敏反应的作用，对于治疗过敏性鼻炎、过敏性哮喘等均有一定的临床效果，能够缓解患者临床症状，但富马酸酮替芬片作为高效抗组胺药物能抑制过敏反应，药效作用时间较长，患者容易出现耐药性和药物不良反应，不适合长期应用<sup>[8]</sup>。

中医认为，UACS 患者的咳嗽症状一般表现为干咳或少痰，遇风加重，同时伴随咽喉干痒的情况，久病难愈。而风邪犯肺型 UACS 的主要发病部位在肺部，风属阳邪，其性轻，肺是五脏之华盖，其位最高，往往最先受到外界风邪之气的侵扰。在祖国医学中，有无风不作痒的理论，

因此在外界风邪的侵犯下,患者往往会出现鼻咽喉发痒的症状<sup>[9]</sup>。针对UACS的治疗要坚持散结祛风、宣利肺气的原则。疏风止咳协定方中荆芥味辛而温,具有疏风宣肺之功效;蝉蜕味甘性寒、质轻上浮,具有宣肺祛风散邪之功效;苦杏仁具有温润止咳之功效;桔梗具有宣肺止咳之功效;厚朴具有宽胸理气、宣利肺气之功效;紫苑能够苦温下气;前胡有化痰降气、散风清热之功效;僵蚕能够化痰祛风,具有射干利咽祛痰之功效;百部有润肺下气、止咳之功效;玄参性寒,具有养阴清肺之功效;射干具有利咽、止痒之功效;甘草调和诸药,共奏祛风止咳、宣利肺气之功效<sup>[10-11]</sup>。本研究中,观察组患者治疗总有效率与对照组比显著升高;治疗后观察组患者咳嗽症状积分量表评分显著低于对照组,LCQ评分显著高于对照组,提示针对风邪犯肺型UACS患者采用疏风止咳协定方结合西药常规治疗,可以使患者的咳嗽症状得到改善,并能够显著提高患者生活质量水平。

TNF- $\alpha$ 是一种促炎细胞因子,其为机体重要的炎症反应启动因子,能激活IL-6炎性介质,进一步参与炎症反应,引发气道黏膜损伤、气道高反应,从而促使病情加重<sup>[12-13]</sup>。TGF- $\beta_1$ 能够使细胞外基质聚集、生成及降解,若细胞外基质降解过度,其会进一步加剧气道损伤,使气道黏膜水肿和炎症反应加剧,导致气道功能异常,病情加重<sup>[14]</sup>。现代药理学表明,荆芥中挥发油有拮抗白三烯类炎性介质的作用,其通过阻断存在于各种细胞表面的受体结合途径,对白三烯所诱导的细胞性和非细胞性致炎机制形成阻碍,抑制毛细血管的通透性,降低气道高反应性和缓解气道痉挛,从而抑制炎症反应<sup>[15]</sup>;桔梗水提取物具有清除羟基自由基和超氧阴离子自由基的能力,可抑制炎症细胞因子的表达,减少氧自由基的生成和释放,从而减轻气道炎症反应,延长哮喘潜伏期,间接改善哮喘症状<sup>[16]</sup>;玄参中环烯醚萜具有抑制过敏介质的释放作用,能够缓解气道慢性炎症,间接松弛支气管平滑肌,从而发挥抗炎效果<sup>[17]</sup>。本研究中,治疗后观察组患者血清炎性因子水平与对照组比均显著降低;治疗期间两组患者不良反应总发生率比较,差异无统计学意义,提示对于风邪犯肺型UACS患者采用疏风止咳协定方结合西药常规治疗,可以有效抑制患者炎症反应,且安全性良好。

综上,对于风邪犯肺型UACS患者采用疏风止咳协定方结合西药常规治疗,能够改善患者的咳嗽症状,提高生活质量水平,并有效抑制炎症反应,安全有效,值得临床推广。

## 参考文献

[1] KIM T, KIM H H, HONG S O, et al. Change in the upper airway of

patients with obstructive sleep apnea syndrome using computational fluid dynamics analysis[J]. J Craniofac Surg, 2015, 26(8): e765-e770.

[2] 王玲玲, 王松, 张华. 苏黄止咳胶囊辅助治疗变应性鼻炎合并上气道咳嗽综合征的疗效观察[J]. 新疆医科大学学报, 2018, 41(6): 680-682, 688.

[3] 吴启富, 赵将, 吴江华. 疏风解毒胶囊联合常规治疗上气道咳嗽综合征的疗效观察[J]. 中国药师, 2018, 21(5): 856-858.

[4] 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(2015)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(5): 323-354.

[5] 李建真. 呼吸病中医诊治与调理[M]. 长春: 吉林科学技术出版社, 2019: 4-7.

[6] 李阳, 王红力. 吸入用布地奈德混悬液治疗上气道咳嗽综合征疗效观察[J]. 药学实践杂志, 2013, 31(5): 355-356.

[7] 刘梦, 张迪, 陈云凤. 祛风敛肺汤治疗咳嗽变异性哮喘(风盛挛急证)临床研究[J]. 四川中医, 2019, 37(12): 84-87.

[8] SHEMBEL A C, ROSEN C A, ZULLO T G, et al. Development and validation of the cough severity index: a severity index for chronic cough related to the upper airway[J]. Laryngoscope, 2013, 123(8): 1931-1936.

[9] 杨宴席, 谢红伟. 疏风宣肺止咳汤联合穴位贴敷治疗风邪犯肺证咳嗽变异性哮喘患者的效果[J]. 河南医学研究, 2020, 29(19): 3571-3572.

[10] 郑霞霞, 陈彤君, 王兰玉. 疏风宣肺止咳方治疗咳嗽变异性哮喘(风邪犯肺证)疗效观察[J]. 中国中医急症, 2016, 25(3): 505-507.

[11] 李悦. 疏风止咳协定方治疗感染后咳嗽(风邪犯肺证)的临床研究[D]. 成都: 成都中医药大学, 2019.

[12] 张爱珍, 李运娜, 李小飞, 等. 疏风通络方治疗老年咳嗽变异性哮喘对患者炎症状态的影响分析[J]. 四川中医, 2021, 39(7): 71-75.

[13] GUAN W J, GAO Y H, LI H M, et al. Impacts of co-existing chronic rhinosinusitis on disease severity and risks of exacerbations in Chinese adults with bronchiectasis[J]. PloS One, 2015, 10(9): e0137348.

[14] 侯美英, 张晓萍, 尹礼烘, 等. 三伏天中药穴位贴敷治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期临床疗效观察及其对血清TNF- $\alpha$ 、TGF- $\beta_1$ 水平的影响[J]. 江西中医药大学学报, 2018, 30(4): 36-38, 52.

[15] 权美平. 荆芥挥发油药理作用的研究进展[J]. 现代食品科技, 2013, 29(6): 1459-1462.

[16] 赵秀玲. 桔梗的化学成分、药理作用及资源开发的研究进展[J]. 中国调味品, 2012, 37(2): 5-8, 24.

[17] JEONG E J, LEE K Y, KIM S H, et al. Cognitive-enhancing and antioxidant activities of iridoid glycosides from *Scrophularia buergeriana* in scopolamine-treated mice[J]. Eur J Pharmacol, 2008, 588(1): 78-84.