

加减桑菊饮治疗急性支气管炎 60 例临床观察

Clinical Observation on the Treatment of 60 Cases of Acute Bronchitis with Modified Sangjuyin

杨利

(邵阳市中心医院,湖南 邵阳 422000)

[摘要] 目的:观察加减桑菊饮治疗急性支气管炎的疗效。方法:将 90 例风热犯肺型急性支气管炎患者随机分为治疗组 60 例,对照组 30 例。治疗组用加减桑菊饮治疗,对照组用急支糖浆治疗,7 天后对比疗效。结果:总有效率治疗组为 91.7%,对照组为 86.7%,组间差异无统计学意义,但单项疗效积分比较,治疗组优于对照组($P < 0.05$)。结论:辨证分型用加减桑菊饮治疗急性支气管炎疗效肯定。

[关键词] 急性支气管炎;桑菊饮;中医药治疗

[中图分类号] R256.11 [文献标识码] B [文章编号] 1672-951X(2006)12-0036-02

风热犯肺所引起的咳嗽多表现为咳嗽频剧气粗、咽痛干燥、咯痰不爽、痰粘稠或稠黄,同时伴有恶风、身热、鼻流黄涕等症状,四季均发,常以冬春多见。笔者于 2003 年 2 月~2003 年 7 月应用加减桑菊饮治疗急性支气管炎,中医辨证属于风热犯肺型咳嗽共 60 例,取得了满意疗效,现总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有患者均来自我院门诊,中医辨证为风热犯肺型共 90 例,按随机数字表法随机分为治疗组 60 例,对照组 30 例。其中治疗组男 41 例,女 19 例,年龄 18~68 岁,平均 (43 ± 15) 岁;病程 3~15 天,平均 (7.0 ± 3.2) 天。对照组男 17 例,女 13 例,年龄 18~70 岁,平均 (42 ± 14) 岁;病程 3~14 天,平均 (6.0 ± 3.3) 天。以上资料经统计学处理,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照《内科学》^[1]制定。根据病史、咳嗽和咯痰等呼吸道症状以及两肺散在干湿啰音等体征,结合血象和 X 线胸片检查,作出临床诊断。中医诊断标准参照《中医内科学》^[2]。风热犯肺主要症状:咳嗽频剧,气粗或咳声嘎哑,喉燥咽痛,咯痰不爽,痰粘稠或稠黄,咳时汗出,常伴鼻流黄涕,口渴,头痛,肢楚,恶风,身热等表证,舌苔薄黄,脉浮数或浮滑。

2 治疗方法

2.1 治疗组 应用加减桑菊饮(方药:桑叶 10 g,菊花 10 g,杏仁 10 g,连翘 15 g,薄荷 5 g,蝉蜕 5 g,前胡 12 g,桔梗 15 g,甘草 3 g),水煎服,每日

1 剂,分 3 次温服,7 天为 1 个疗程。

2.2 对照组 急支糖浆(四川涪陵),每次 20 ml,每日 3 次口服,7 天为 1 个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[3](试行)。临床控制:临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;显效:临床症状、体征改善明显,证候积分减少 $\geq 70\%$;有效:临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$;无效:临床症状、体征无明显改善,甚或加重,证候积分不足 30%。观察两组对主症和次症改善程度的比较,以积分法表示,主症咳嗽、咯痰依轻中重程度不同分别记 2 分、4 分、6 分,次症涕黄咽干等以程度不同记 1 分、2 分、3 分。

3.2 统计学方法 计量资料采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

3.3 治疗结果

3.3.1 两组总疗效分析 组间比较,两组差异无统计学意义($P > 0.05$),说明两者疗效相当。(见表 1)

表 1 两组总疗效比较表 (例)

组别	n	临床控制	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	60	44	8	3	5	91.7
对照组	30	16	5	5	4	86.7

注:两组比较 $P > 0.05$

3.3.2 两组单项疗效分析 两组主要症状咳嗽、咳痰及鼻流黄涕、咽干、口渴等治疗前后比较差异均有

统计学意义($P < 0.01$),治疗后组间比较,差异有统计学意义($P < 0.05$),说明治疗组症状缓解要优于对照组。(见表 2)

表 2 两组单项疗效比较表 ($\bar{x} \pm s$)

组别		咳嗽	咯痰	涕黄咽干
治疗组	治疗前积分	4.07 \pm 1.52	2.96 \pm 1.01	2.61 \pm 0.93
	治疗后积分	0.57 \pm 0.95	0.13 \pm 0.49	0.21 \pm 0.73
对照组	治疗前积分	3.80 \pm 1.42	3.07 \pm 1.02	2.43 \pm 0.84
	治疗后积分	1.20 \pm 1.45	0.93 \pm 1.39	0.93 \pm 1.27

4 讨 论

急性支气管炎以咳嗽为主症,属于祖国医学“咳嗽”范畴,依据其起病急、病程短的特点,故又归属于外感咳嗽范围。《河间六书·咳嗽论》曰:“寒、暑、燥、湿、风、火六气,皆令人咳嗽”。说明了外感六气均是导致咳嗽的病因。近年来,气候逐渐变暖,加之饮食不节,嗜食肥甘,生活节奏紧张,郁热内生,外邪入侵,易表现为风热之证。外邪侵袭肺系,导致肺失宣肃,肺气上逆,发为咳嗽。所以治疗急性支气管炎多以疏散上焦风热为主,止咳化痰为辅。加减桑菊

饮是笔者根据《温病条辨》治疗风温初起,但身热不甚之桑菊饮加减化裁而来。方中桑叶味苦寒而味兼甘润,善清肺络之热;菊花质轻可散上焦风热,并作君药。配以辛凉的薄荷助桑、菊散上焦风热,蝉蜕疏风热,开宣肺气,杏仁、桔梗一升一降,肃肺止咳,共为臣药。连翘清透膈上之热,前胡清肺热、化痰热、散风邪,用作佐药。甘草调和诸药,为使药。诸药合用,共奏疏风清热,宣肺止咳之功。本临床观察表明,加减桑菊饮对于风热咳嗽疗效与急支糖浆相当,在症状缓解上要优于它,有较强的临床实用价值。

参考文献:

[1]叶任高,陆再英.内科学[M].(第6版).北京:人民卫生出版社,2004:14
[2]张伯臾.中医内科学[M].(第5版).上海:上海科学技术出版社,1987:45
[3]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医学科技出版社,2002:58
(收稿日期 2006-05-09 编辑 朱民)

(上接第 24 页)用。现代药理研究表明,大黄^[9]有降低血氨、保护胃肠粘膜屏障、泻下、抗菌、保肝、免疫调节、清除氧自由基等作用,能减轻肝细胞的变性与坏死,并能降低血氨升高的幅度,可降低 $TFN-\alpha$,缓解肝脏炎症,促进肝细胞再生^[10]。乌梅^[11]味酸,含大量柠檬酸、苹果酸和超氧化物歧化酶,可抑制肠道菌群活跃,促进肠蠕动,收缩肠壁保护肠粘膜,可增加和促进清热解毒和清除氮质废物,保持肠道清洁。本组在综合治疗的基础上,与对照组相比较,在总有效率、催醒作用、降低血氨、降低 $TNF-\alpha$ 、改善肝功能方面则以治疗组疗效好,且其治疗方便,价格低廉,无明显治疗禁忌等,优势是不可忽视的。笔者认为,以西医支持疗法和中医攻下法联用以治疗肝性脑病,不失为一种有效的尝试。此法操作简便、经济实用、患者易于接受,值得推广应用。

参考文献:

[1]叶任高.内科学(5版)[M].北京:人民卫生出版社,2002:83-484
[2]姚光弼.临床肝脏病学[M].上海:上海科学技术出版社,2004:281
[3]李天艳.保留灌肠肛管插入深度的探讨[J].护士进修杂志,2001,16(5):328

[4]王阁.内毒素/肿瘤坏死因子 α 单克隆抗体与肝功能衰竭[J].国外医学·流行病学传染病学分册,1995,22(1):12
[5]Erdogan D, Heijnen BH, Bennink RJ, Kok M, Dinant S, Straatsburg IH, Gouma DJ, van Gulik TMP. Preoperative assessment of liver function: a comparison of ^{99m}Tc -Mebrofenin scintigraphy with indocyanine green clearance test[J]. Liver Int. 2004 Apr;24(2):117-23
[6]吕颀,董芳,宋红丽,王静艳,刘沛.肿瘤坏死因子 α 在急性肝坏死发生中的作用[J].中国医科大学学报,2005,34(1):54-5
[7]金惠铭.病理生理学[M].(第5版).北京:人民卫生出版社,2001:26
[8]郑晓宾,韩德五,马学惠,等. $TNF-\alpha$ 在肠源性内毒素血症中的作用及丹参防治机制研究[J].中国病理生理杂志,1999,15:51
[9]李丽青,朱迪.大黄对肝性脑病多靶点的治疗作用[J].中华现代内科学杂志,2006,3(1):49-50
[10]黄以群,林珍辉,许正锯.大黄对实验性肝坏死中肿瘤坏死因子、白细胞介素-6及一氧化氮的影响[J].现代医药卫生,2004,20(7):487-488
[10]江苏新医学院.中药大辞典[M].上海:上海科学技术出版社,2002:464-466
(收稿日期 2006-09-19 编辑 朱民)