

# “止嗽散”加减治疗慢性咳嗽病的疗效

文 / 喻树泉

**【摘要】**目的：探究“止嗽散”加减治疗慢性咳嗽病的疗效。方法：选取2021年9月至2022年8月于我院就诊的134例慢性咳嗽患者作为研究对象，将其随机分为观察组和对照组，每组均为67例；对照组采用常规对症治疗，观察组采用止嗽散加减治疗；比较并分析两组患者的临床症状、中医证候积分、临床疗效、血清学指标以及复发率。结果：观察组患者各项咳嗽相关评分均显著优于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组患者中医证候积分显著优于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组患者临床疗效显著优于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；观察组患者各项血清学指标均显著优于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；治疗后随访6个月，观察组患者复发率显著低于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：“止嗽散”加减治疗慢性咳嗽疗效确切，可以有效缓解患者临床症状，降低中医证候积分，提升临床疗效，对于改善血清学指标具有显著作用，同时可以降低复发率，值得广泛推广。

**【关键词】**止嗽散；慢性咳嗽；临床疗效；中医证候积分；复发率

咳嗽是机体防御反射的一种重要机制，咳嗽可以排除呼吸道内分泌物和病菌因子等，但咳嗽如果控制不佳，长时间剧烈的咳嗽对生活、学习和休息均会造成影响，严重影响患者的生活质量<sup>[1-3]</sup>。慢性咳嗽是临床上常见呼吸系统疾病，其病程通常在8周以上，X线胸片无明显异常可排除肺炎、肺结核、肺癌等呼吸系统其他疾病患者<sup>[4]</sup>。其突出的特点是病程较长、迁延难愈、复发率高。中医对于咳嗽的病因、证候分类、病理转归和治疗都有较系统的阐述。主张咳嗽多因肺经宣发肃降功能失常所致<sup>[5-6]</sup>。《内经·咳论》：“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”“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”。慢性咳嗽属于中医“久咳”“久嗽”“顽固性咳嗽”等范畴，由于病程长，病因病机错综复杂，常为多种病理因素综合作用的结果，各种因素之间互相影响，当详加辨治，审因论治<sup>[7]</sup>。止嗽散载于《医学心悟》一书中，主要用于外感

咳嗽迁延难愈。这类患者外邪已去除大半，但仍有余邪载于体内，肺失宣降功能失调，治疗应以祛余邪、理肺止咳为主。方中以百部复用为君药，功能主治止咳化痰，润肺下气。有研究显示，止嗽散对于慢性咳嗽疗效确切。鉴于此，本次研究旨在探讨“止嗽散”加减治疗慢性咳嗽病的疗效。现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2021年9月至2022年8月于我院就诊的134例慢性咳嗽患者作为研究对象，将其随机分为观察组和对照组，每组均为67例。对照组中，男性35例，女性32例，年龄34~57岁，平均 $(40.62 \pm 4.33)$ 岁，病程1~3年，平均 $(1.72 \pm 0.55)$ 年；观察组中，男性34例，女性33例，年龄36~56岁，平均 $(41.21 \pm 4.09)$ 岁，病程1~3年，平均 $(1.59 \pm 0.70)$ 年。两组患者各项一般资料组间比较差异不显著，无统计学意义（ $P > 0.05$ ），具有可比性。本次研究已经医院医学伦理委员会审批，所有患者及家属均已知晓本次研究内容并签署知情同意书。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 对照组

对照组患者采取常规对症治疗，主要包括止咳、平

**【作者单位】**贵阳市南明区人民医院

**【作者简介】**喻树泉（1967~），男，本科，主管中药师，研究方向为中医中药。

表 1 两组患者临床症状评分比较

组别	例数	CET 评分			LCQ 评分		
		治疗前	治疗 1W 后	治疗 2W 后	治疗前	治疗 1W 后	治疗 2W 后
观察组	67	2.77±0.41	1.12±0.16	0.32±0.07	92.48±10.25	119.42±8.25	127.71±3.23
对照组	67	2.69±0.55	1.85±0.13	0.89±0.15	92.82±11.37	108.54±7.31	119.58±4.39
t 值	-	0.955	28.984	28.186	0.182	8.079	12.210
P 值	-	0.342	0.000	0.000	0.856	0.000	0.000

续表 1

组别	例数	日间咳嗽评分			夜间咳嗽评分		
		治疗前	治疗 1W 后	治疗 2W 后	治疗前	治疗 1W 后	治疗 2W 后
观察组	67	2.39±0.52	1.13±0.20	0.19±0.02	2.70±0.74	1.23±0.35	0.23±0.04
对照组	67	2.46±0.37	1.87±0.54	0.57±0.10	2.68±0.69	1.88±0.42	0.76±0.28
t 值	-	0.898	10.519	30.500	0.162	9.732	15.338
P 值	-	0.371	0.000	0.000	0.872	0.000	0.000

表 2 两组患者中医证候积分比较

组别	例数	咳嗽声重			咽痒咽痛			咳痰		
		治疗前	治疗 1W 后	治疗 2W 后	治疗前	治疗 1W 后	治疗 2W 后	治疗前	治疗 1W 后	治疗 2W 后
观察组	67	2.38±0.32	1.25±0.19	0.46±0.10	2.44±0.21	1.33±0.14	0.35±0.11	2.05±0.23	1.12±0.08	0.24±0.03
对照组	67	2.36±0.35	1.78±0.42	0.94±0.26	2.49±0.19	1.92±0.25	0.86±0.14	2.09±0.18	1.68±0.10	0.69±0.19
t 值	-	0.345	9.411	14.104	1.445	16.855	23.446	1.121	35.793	19.149
P 值	-	0.730	0.000	0.000	0.151	0.000	0.000	0.264	0.000	0.000

喘、化痰等，具体用药为盐酸氨溴索片（伤害勃林格殷格翰药业有限公司，批准文号国药准字 H20030360，规格 30 mg/片）1~2 片/次，3 次/d，饭后服用；复方茶碱麻黄碱片（吉林紫鑫药业股份有限公司，批准文号国药准字 H22026030）1~2 片/次，1 次/d，饭后服用；孟鲁司特钠片（杭州民生滨江制药有限公司，批准文号国药准字 H20183239，规格 10 mg/片）1 片/次，1 次/d。疗程 4 周。

### 1.2.2 观察组

观察组患者使用“止咳散”加减治疗，其具体配方为：取桔梗、陈皮、蝉蜕和黄芩各 12g 为一疗程；另取紫菀、百部、白前、杏仁、枳实、僵蚕和白术各 15g，再加入甘草 6g。根据患者的实际临床表现再加减其他药物，具体如下：

- （1）患者痰常常为白色，应加茯苓、半夏以治；
- （2）患者痰为黄色并且及其浓稠，需要加入天竺黄和川贝母；
- （3）患者出现口咽干燥、舌质红以及苔少等症状，则需加用沙参、麦冬和天冬等治疗；
- （4）若患者为兼阴虚

盗汗者，需加入五味子、知母、地骨皮等；（5）若患者有餐后咳嗽或食后即咳的情况，应加黄连、吴茱萸、旋覆花以及厚朴等治疗；（6）如若患者有肋肋胀痛的症状，需加入延胡索、川楝子、柴胡和当归等治疗。患者每日服方药 1 剂，加清水 3000ml 煎药，取温服 150ml，每日服 3 次，连续 4 周为一个疗程。在治疗过程中，要求观察组患者停止服用其他药物，建议患者保持积极乐观的心态，适量运动。

### 1.3 观察指标

①临床症状评分：比较两组患者治疗前、治疗 1W 以及治疗 2W 后的 CET 评分（咳嗽程度评分）、日间及夜间咳嗽症状评分、LCQ 评分（莱彻斯特咳嗽调查问卷）。其中，CET 评分与日间及夜间咳嗽症状评分得分越高表明咳嗽越严重，LCQ 评分得分越低表明咳嗽对生活质量影响越大。

②中医证候积分：观察并分析两组患者咳嗽声重、咽痒咽痛以及咳痰进行评估，以无、轻、中、重分别记为 0 分、1 分、2 分、3 分。

表3 两组患者临床疗效比较

组别	例数	显效	有效	一般	无效	总有效率
观察组	67	47 (70.15)	17 (25.87)	3 (4.48)	0 (0.00)	64 (95.52)
对照组	67	26 (38.81)	24 (35.82)	15 (22.39)	2 (2.99)	50 (74.63)
$\chi^2$ 值	-	-	-	-	-	11.519
P 值	-	-	-	-	-	0.001

表4 两组患者血清学指标比较

组别	例数	IL-4 (ng/mL)			IL-8 ( $\mu$ g/mL)		
		治疗前	治疗 1W 后	治疗 2W 后	治疗前	治疗 1W 后	治疗 2W 后
观察组	67	239.12 $\pm$ 30.25	193.26 $\pm$ 27.20	124.33 $\pm$ 20.12	103.23 $\pm$ 17.28	62.69 $\pm$ 14.36	40.23 $\pm$ 11.74
对照组	67	240.33 $\pm$ 31.27	212.52 $\pm$ 30.19	156.78 $\pm$ 22.23	102.52 $\pm$ 17.61	77.88 $\pm$ 12.83	60.74 $\pm$ 9.28
t 值	-	0.228	3.880	8.859	0.236	6.457	11.218
P 值	-	0.820	0.000	0.000	0.814	0.000	0.000

续表4

组别	例数	TNF- $\alpha$ (pg/mL)			EOS ( $\times 10^9/L$ )		
		治疗前	治疗 1W 后	治疗 2W 后	治疗前	治疗 1W 后	治疗 2W 后
观察组	67	152.93 $\pm$ 26.33	113.44 $\pm$ 21.20	60.15 $\pm$ 9.02	0.92 $\pm$ 0.14	0.63 $\pm$ 0.15	0.23 $\pm$ 0.04
对照组	67	150.46 $\pm$ 26.41	136.56 $\pm$ 21.54	90.53 $\pm$ 10.17	0.90 $\pm$ 0.19	0.71 $\pm$ 0.12	0.41 $\pm$ 0.08
t 值	-	0.542	6.262	18.293	0.694	3.409	16.473
P 值	-	0.589	0.000	0.000	0.489	0.001	0.000

③临床疗效：包括显效、有效、无效三类，将显效与有效总和与总例数的比值记为总有效率。其中，显效：咳嗽基本消失，临床症状评分与中医证候积分改善幅度 $>80\%$ 。有效：咳嗽症状减轻明显，临床症状评分与中医证候积分改善幅度为 $60\% \sim 80\%$ 。一般：咳嗽症状减轻，临床症状评分与中医证候积分改善幅度为 $30\% \sim 60\%$ 。无效：咳嗽症状仍然存在，临床症状评分与中医证候积分改善幅度为 $<30\%$ 。

④血清学指标：比较两组患者治疗前、治疗1周以及治疗2周后的白细胞介素-4 (IL-4)、白细胞介素-8 (IL-8)、肿瘤坏死因子 (TNF- $\alpha$ )、嗜酸性粒细胞计数 (EOS)。

⑤随访复发率：于治疗后3个月、6个月进行随访，对患者咳嗽症状有无复发进行统计。

#### 1.4 统计学处理

本次研究中所有数据均使用SPSS 21.0数据软件进行处理，计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示，组间用t检验；计数资料

以[n(%)]表示，组间用 $\chi^2$ 检验、Fisher's确切概率法比较，以 $P < 0.05$ 表示差异显著，具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床症状评分比较

对比两组患者治疗前、治疗1w周后以及治疗2w后的临床症状评分，如CET评分、LCQ评分、日间咳嗽评分以及夜间咳嗽评分，研究结果显示两组患者治疗1w、2w后的临床症状均比治疗前有明显的改善，差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )；并且观察组患者的改善程度显著高于对照组患者，差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )。详见表1。

### 2.2 两组患者中医证候积分比较

对比两组患者治疗前、治疗1w周后以及治疗2w后的中医证候积分，如咳嗽声重、咽痒咽痛以及咳痰，研究结果显示两组患者治疗1w、2w后的中医证候积分比治疗前有明显的降低，差异具有统计学意义( $P < 0.05$ )；并且观察组患者的降低幅度显著高于对照组患者，差异具有统计学

意义 ( $P<0.05$ )。详见表 2。

### 2.3 两组患者临床疗效比较

干预后, 观察组患者的临床疗效 (95.52%, 64/67) 显著优于对照组患者 (74.63%, 50/67)。详见表 3。

### 2.4 两组患者血清学指标比较

对比两组患者治疗前、治疗 1w 周后以及治疗 2w 后的血清学指标, 如 IL-4、IL-8、TNF- $\alpha$  以及 EOS, 研究结果显示两组患者治疗后 1w、2w 后的血清学指标比治疗前有明显的下降, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 并且观察组患者的下降幅度显著高于对照组患者, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。详见表 4。

### 2.5 两组患者随访复发率比较

干预后, 观察组患者随访 3 个月的复发率 (4.48%, 3/67) 显著低于对照组患者 (22.39%, 15/67); 并且观察组患者随访 6 个月的复发率 (0.00%) 显著低于对照组患者 (10.45%, 7/67)。详见表 5。

表 5 两组患者随访复发率比较

组别	例数	随访 3 个月	随访 6 个月
观察组	67	3 (4.48)	0 (0.00)
对照组	67	15 (22.39)	7 (10.45)
$\chi^2$ 值	-	9.241	7.386
P 值	-	0.002	0.007

## 3 讨论

慢性咳嗽是一种以间断性咳嗽为主要症状的临床常见的呼吸道疾病, 按有无明确病因可分为特异性咳嗽与非特异性咳嗽。慢性咳嗽的病程往往超过 8 周, 给患者的日常生活及工作带来了严重的影响。目前西医对本病尚缺乏特效疗法, 在临床上多采用抗炎、止咳、平喘等以减轻症状, 如盐酸氨溴索能减少痰液的黏稠度并促进其排除; 孟鲁司特钠可抑制气道炎性反应和减轻气道高反应; 麻黄碱可以减轻患者咳嗽症状, 止咳平喘。但以上药物仅能减轻患者的咳嗽症状而无法完全根治。慢性咳嗽属于中医“久咳”“久嗽”范畴, 本病多虚实夹杂, 以痰热、痰湿、肝火为实证, 肺阴虚为虚证, 其发病病机以痰热蕴肺、肺失宣降为主, 在治疗上应以清热肃肺、豁痰止咳为主。

现代药理研究证实, 百部具有镇咳和抗病毒作用, 百部可降低呼吸中枢兴奋性, 治疗新久寒热等多种咳嗽, 疗

效较好; 白前、桔梗为臣药, 具有一宣一降, 化痰止咳之效, 两药都具有促进呼吸道腺体分泌、稀释痰液、利于排痰止咳之效; 陈皮理气化痰、宽胸理气; 紫菀润肺化痰, 陈皮为佐; 甘草化痰、止咳、并可矫味, 调治诸药, 共奏清热疏风、宣肺止咳之功效。

本次研究结果显示, 观察组患者各项咳嗽相关评分均显著优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 观察组患者中医证候积分显著优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ); 观察组患者临床疗效显著优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 说明应用止嗽散可以较好地缓解患者临床症状, 改善患者日常工作生活; 此外, 炎症反应也是导致慢性咳嗽的重要因素, 二者相互作用, 导致病情迁延不愈, 观察组患者各项血清学指标均显著优于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ ), 说明止嗽散方内多配伍, 具有一定的抗感染效果; 同时, 治疗后随访 6 个月, 观察组患者复发率显著低于对照组, 差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

综上所述, “止嗽散”加减治疗慢性咳嗽疗效确切, 可以有效缓解患者临床症状, 降低中医证候积分, 提升临床疗效, 对于改善血清学指标具有显著作用, 同时可以降低复发率, 值得广泛推广。<sup>[2]</sup>

### 【参考文献】

- [1] 赵娜, 姚小青. 新加香薷饮合止嗽散加减治疗夏季社区获得性肺炎的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2023, 8(9): 97-100.
- [2] 张泽权, 罗光伟. 止嗽散合二陈汤治疗慢性支气管炎急性发作的 Meta 分析 [J]. 时珍国医国药, 2023, 34 (2): 478-481.
- [3] 刁志宁. 止嗽散合二陈汤加减治疗慢性支气管炎急性发作临床研究 [J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(12): 2074-2076.
- [4] 周明萍, 吕佳杰, 冯超, 王秀兰, 陈真娥. 苓甘五味姜辛汤合止嗽散治疗青年寒饮蕴肺型慢性咳嗽临床研究 [J]. 山东中医杂志, 2022, 41(12): 1292-1295.
- [5] 卢书芳, 靳艳霞, 黄俊雷等. 止嗽散加减治疗小儿社区获得性肺炎临床疗效 [J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50(4): 125-128.
- [6] 林彩战, 林秋璇, 方宁, 卓宏. 止嗽散加减联合孟鲁司特钠对咳嗽变异性哮喘患者外周血嗜酸性粒细胞计数及肺功能的影响 [J]. 中国民间疗法, 2022, 30(21): 69-71.
- [7] 高作良, 高梅. 止嗽散合三拗汤治疗慢性咳嗽患儿的疗效及对炎症因子、免疫功能的影响 [J]. 中医临床研究, 2019, 11(36): 31-33.