

寒火咳嗽方治疗急性气管 - 支气管炎咳嗽 (寒热夹杂证)的临床疗效观察

常 林, 吕 均, 赵玉兰, 谭 健, 王新杰

广元市中医医院呼吸与危重症医学科, 四川 广元

收稿日期: 2025年8月15日; 录用日期: 2025年9月8日; 发布日期: 2025年9月22日

摘 要

目的: 研究观察寒火咳嗽方治疗急性气管 - 支气管炎咳嗽(寒热夹杂证)的临床治疗效果。方法: 选取广元市中医医院呼吸与危重症医学科2022年11月至2024年10月诊治的100例急性气管 - 支气管炎咳嗽(寒热夹杂证)患者, 以随机数表法分为对照组与观察组, 各组例数均为50例。其中对照组采取西医常规治疗, 观察组则在此基础上实施寒火咳嗽方治疗。研究分析两组咳嗽缓解时间、咳嗽缓解率以及治疗前后中医证候积分等方面的临床治疗效果。结果: 观察组咳嗽缓解时间(4.17 ± 1.09 d vs 6.38 ± 2.43 分)短于对照组, 治疗后主治证候积分(2.67 ± 0.89 分 vs 3.31 ± 1.09 分)、次症证候积分(1.02 ± 0.34 分 vs 2.97 ± 0.94 分)均低于对照组, 咳嗽缓解率(94.00% vs 80.00%)高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组治疗有效率(80.00% vs 66.00%)明显高于对照组, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论: 对急性气管 - 支气管炎咳嗽(寒热夹杂证)患者实施寒火咳嗽方治疗, 可明显减轻其咳嗽等不适症状, 持续提高咳嗽缓解率与疗效。

关键词

急性气管 - 支气管炎咳嗽, 寒热夹杂证, 寒火咳嗽方, 中医证候积分, 咳嗽缓解

Observation of the Clinical Efficacy of Cold Fire Cough Formula in the Treatment of Acute Tracheal Bronchial Cough (Cold Heat Mixed Syndrome)

Lin Chang, Jun Lv, Yulan Zhao, Jian Tan, Xinjie Wang

Respiratory and Critical Care Medicine Department, Guangyuan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Sichuan Guangyuan

Received: Aug. 15th, 2025; accepted: Sep. 8th, 2025; published: Sep. 22nd, 2025

文章引用: 常林, 吕均, 赵玉兰, 谭健, 王新杰. 寒火咳嗽方治疗急性气管-支气管炎咳嗽(寒热夹杂证)的临床疗效观察[J]. 中医学, 2025, 14(9): 4025-4030. DOI: 10.12677/tcm.2025.149585

Abstract

Objective: To study and observe the clinical therapeutic effect of Cold Fire Cough Formula in the treatment of acute tracheal bronchial cough (cold heat mixed syndrome). **Method:** 100 patients with acute tracheal bronchial cough (cold heat mixed syndrome) treated in the Respiratory and Critical Care Medicine Department of Guangyuan Traditional Chinese Medicine Hospital from November 2022 to October 2024 were selected and randomly divided into a control group and an observation group using a random number table method, with 50 cases in each group. The control group received conventional Western medicine treatment, while the observation group received treatment with the Cold Fire Cough Formula on this basis. Research and analyze the clinical treatment effects of two groups on cough relief time, cough relief rate, and TCM syndrome scores before and after treatment. **Result:** The cough relief time of the observation group (4.17 ± 1.09 days vs. 6.38 ± 2.43 points) was shorter than that of the control group. After treatment, the main symptom score (2.67 ± 0.89 points vs. 3.31 ± 1.09 points) and secondary symptom score (1.02 ± 0.34 points vs. 2.97 ± 0.94 points) were lower than those of the control group. The cough relief rate (94.00% vs. 80.00%) was higher than that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). The effective rate of treatment in the observation group (80.00% vs 66.00%) was significantly higher than that in the control group, and the difference was not statistically significant ($P > 0.05$). **Conclusion:** The implementation of the Cold Fire Cough Formula for patients with acute tracheal bronchial cough (mixed cold and heat syndrome) can significantly alleviate their discomfort symptoms such as cough, and continuously improve the cough relief rate and efficacy.

Keywords

Acute Tracheal Bronchial Cough, Cold and Heat Mixed Syndrome, Cold Fire Cough Formula, Traditional Chinese Medicine Syndrome Score, Cough Relief

Copyright © 2025 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

急性气管-支气管炎咳嗽主要是由于生物或者非生物性致病因素(如病原体感染、过敏反应、气候变化或者环境污染等)诱发的一种支气管黏膜急性炎症疾病,临床发生率较高,症状以咳嗽、咯痰等表现为主[1][2]。临床主要采取镇咳、祛痰等对症治疗,一定程度能减轻不适症状,但病情容易反复发作,难以根治,且随着病情持续加重,可能会发展为慢性咳嗽,加剧患者痛苦[3][4]。中医学通常将急性气管-支气管炎咳嗽划分在“喘证”“咳嗽”等理论范畴中,认为是外邪犯肺或脏腑功能失调,病及于肺所引发的,主要采取疏风清热、化痰解毒等方法治疗[5][6]。寒火咳嗽方主要是由五味子、细辛等诸多中药材共同构成,能随证加减,具有能止咳、平喘、化痰、清热等功效。鉴于此,本文研究观察寒火咳嗽方治疗急性气管-支气管炎咳嗽(寒热夹杂证)的临床治疗效果,旨在为临床提供一定借鉴,现报道如下。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

将2022年11月至2024年10月广元市中医医院呼吸与危重医学科诊治的100例急性气管-支气管

炎咳嗽患者为主要观察对象,研究经医学伦理委员会审批同意。以随机数表法为分组重要依据,分为对照、观察两个小组。其中对照组($n = 50$ 例):男性 27 例、女性 23 例;年龄:18~60 岁,平均值(36.31 ± 8.89)岁;病程时间:1~6 周,平均值(3.27 ± 1.21)周;体质指数(body mass index, BMI): $18.93 \sim 30.52 \text{ kg/m}^2$,平均值(24.83 ± 1.34) kg/m^2 。观察组($n = 50$ 例):男性 29 例、女性 21 例;年龄:19~58 岁,平均值(36.28 ± 9.01)岁;病程时间:1~7 周,平均值(3.29 ± 1.26)周;BMI: $19.01 \sim 30.46 \text{ kg/m}^2$,平均值(24.85 ± 1.37) kg/m^2 。一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具备研究可比性。

2.2. 纳入与排除标准

(1) 纳入标准:① 满足急性气管-支气管炎西医诊断标准,参考《急性气管-支气管炎基层诊疗指南(2018 年)》[7];② 符合中医咳嗽病寒热夹杂证症候诊断标准,参考《咳嗽中医诊疗专家共识意见(2021 年)》[8],主症:咳嗽,咳黄色浓痰或者白色黏痰,或者干咳少咳,次症:头痛、鼻塞、流鼻涕、肢体酸痛、恶寒发热、无汗或者少汗;舌苔与脉象:舌质红、苔薄黄、脉浮数或滑数;③ $18 \text{ 岁} \leq \text{年龄} \leq 60 \text{ 岁}$,无性别限制;④ 对研究所需用药无过敏反应或用药禁忌;⑤ 患者及家属均知悉研究内容,自愿签订知情同意书;⑥ 凝血功能正常。(2) 排除标准:① 感染严重且需住院治疗;② 其他肺部疾病或恶性肿瘤,如肺炎、肺癌等;③ 心脑肾等重要脏器功能障碍;④ 血液、免疫等系统性疾病;⑤ 特殊时期女性,如哺乳期妇女等;⑥ 长时间服用其他可能影响本研究的药物;⑦ 中途退出研究;⑧ 传染性疾病,如肺结核等;⑨ 临床依从性或者配合度不佳。

2.3. 方法

对照组采取西医常规治疗,即复方甲氧那明胶囊(生产厂家:长兴制药股份有限公司,批准文号:国药准字 H20020393;规格:每粒含氨茶碱 25 mg,盐酸甲氧那明 12.5 mg,那可丁 7 mg,马来酸氯苯那敏 2 mg)用法:口服,用量:3 粒/次,次数:3 次/d;盐酸氨溴索片(生产厂家:江苏恒瑞医药股份有限公司,批准文号:国药准字 H19980016,规格:30 mg/片)用法:口服,用量:1 片/次,次数:3 次/d。观察组在此基础上采取寒火咳嗽方治疗,组方如下:细辛 4 g、五味子 10 g、辛夷 15 g、射干 10 g、矮地茶 15 g、苦杏仁 15 g、姜厚朴 12 g、金荞麦 15 g、玄参 10 g、桑白皮 15 g、瓜蒌皮 15 g、木蝴蝶 10 g。两组干预时间均为 14 d。

2.4. 观察指标

(1) 咳嗽缓解时间比较:评价参考咳嗽症状积分表,评分范围为 0~3 分,其中完全不可为 0 分,最严重程度的咳嗽为 3 分,若评分 < 1 分,则评定为完全缓解,记录两组咳嗽完全缓解时间(即服药当天算为第 1 d,直至判定痊愈的前 1 d)。

(2) 咳嗽缓解率比较:计算两组第 7 d、第 14 d 咳嗽完全缓解率。

(3) 治疗前后中医症候积分比较:治疗前 1 d、治疗 14 d 后参照《中药新药临床研究指导原则》评定两组中医症候积分的变化,其中主要包括主症(咳嗽、咯痰)、次症(头痛、鼻塞、流涕、肢体酸痛、恶寒发热)。按照症状的严重程度分为 0~6 分。分数越高,症状越严重。

(4) 治疗有效率比较:治疗后临床症状完全消失,中医症候积分减少幅度 $\geq 80\%$,显效;治疗后临床症状较治疗前明显改善,中医症候积分减少幅度 $\geq 30\%$,但 $< 80\%$,有效;未满足显效、有效判断要求,无效。计算方式(尼莫地平法):中医症候积分减少幅度 = (治疗前积分 - 治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$,有效率 = (显效例数 + 有效例数)/分组例数 $\times 100\%$ 。

2.5. 统计学方法

统计学软件 SPSS12.0 来分析数据,咳嗽缓解时间、治疗前后中医症候积分等正态分布的计量资料以

“ $\bar{x} \pm s$ ”表示， t 或 F 计算；咳嗽缓解率、治疗有效率等计数资料以“ $n, \%$ ”表示， χ^2 或秩和计算。 $P < 0.05$ ，比较有统计学意义。

3. 结果

3.1. 咳嗽缓解时间比较

观察组咳嗽缓解时间明显短于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

Table 1. Comparison of cough relief time ($\bar{x} \pm s$)

表 1. 咳嗽缓解时间比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	咳嗽缓解时间(d)
对照组	50	6.38 ± 2.43
观察组	50	4.17 ± 1.09
T	-	5.868
P	-	0.000

3.2. 咳嗽缓解率比较

观察组咳嗽缓解率(94.00% vs 80.00%)明显高于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

Table 2. Comparison of cough relief rates [n, (%)]

表 2. 咳嗽缓解率比较[n, (%)]

组别	例数	缓解例数	缓解率
对照组	50	40	80.00%
观察组	50	47	94.00%
χ^2	-	4.332	
P	-	0.037	

3.3. 治疗前后中医证候积分比较

与治疗前相比，两组治疗后中医证候积分均明显下降；观察组治疗后主症、次症中医证候积分均低于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组治疗前中医证候积分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

Table 3. Comparison of traditional chinese medicine syndrome scores before and after treatment ($\bar{x} \pm s$)

表 3. 治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	主症(分)		次症(分)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	4.28 ± 1.45	$3.31 \pm 1.09^*$	4.73 ± 1.16	$2.97 \pm 0.94^*$
观察组	50	4.32 ± 1.73	$2.67 \pm 0.89^*$	4.75 ± 1.18	$1.02 \pm 0.34^*$
t	-	0.125	3.216	0.086	13.794
P	-	0.901	0.002	0.932	0.000

(注：* $P < 0.05$ ，组内治疗前后比较差异有统计学意义)。

3.4. 治疗有效率比较

观察组治疗有效率(86.00% vs 60.00%)明显高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

Table 4. Comparison of treatment effectiveness rates [n, (%)]
表 4. 治疗有效率比较[n, (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
对照组	50	12 (24.00)	18 (36.00)	20 (40.00)	30 (60.00)
观察组	50	18 (36.00)	25 (50.00)	7 (14.00)	43 (86.00)
χ^2	-	-	-	-	4.762
P	-	-	-	-	0.029

4. 讨论

咳嗽作为临床呼吸科门诊患者较为常见、多发的不适症状, 也是呼吸专科门诊患者来院就诊的重要原因之一[9]-[11]。临床研究表明, 咳嗽的发病原因较为复杂, 但其中急性气管 - 支气管炎最为常见[12][13]。急性气管 - 支气管炎作为一种发生率较高的自限性疾病, 咳嗽病程持续时间较长, 严重影响患者生活质量[14][15]。西医治疗通常坚持镇咳祛痰方式, 可改善症状, 但随之用药时间的增加, 可能会加剧机体对药物的耐药反应, 提高恶心、呕吐等不良反应的发生率, 无法实现预期治疗目的[16][17]。对此需寻求一种科学有效的治疗方式。

“寒火咳嗽方”是广元市中医医院吴孝恺全国名老中医传承工作室主任医院长时间治疗多种咳嗽的经验方, 经多年临床使用能随证加减, 重复使用率高达 100%。组方中的细辛具备解表散寒、祛风止痛、温肺化饮等功效, 五味子可发挥益气生津、收敛固涩等治疗效果, 辛夷则能散风寒、通鼻窍, 射干可清热解毒、利咽、消痰, 矮地茶则能化痰止咳、清利湿热、活血化瘀, 苦杏仁能止咳平喘, 姜厚朴能燥湿消痰、行气平喘、温中止痛, 金荞麦能清热解毒, 玄参可清热凉血、解毒散结、滋阴降火, 桑白皮可泻肺平喘, 瓜蒌皮能清热化痰、散结消痞、理气宽胸, 木蝴蝶能疏肝和胃、清肺利咽[18]-[20]。诸多药物可协同发挥解表清热、宣肺止咳等治疗功效。本研究: 观察组咳嗽缓解时间短于对照组、缓解率高于对照组($P < 0.05$), 可见, 寒火咳嗽方可缓解患者咳嗽症状, 提高咳嗽缓解率; 分析其原因: 现代药理学表示, 瓜蒌子富含油脂类、萜类、氨基酸和蛋白类成分, 具有抗氧化、降血糖、止咳等药理活性; 细辛可解热、镇痛、抗炎; 五味子含有的有机酸、五味子素等成分可保护心肌组织、保肝、镇静; 辛夷含有生物碱、挥发油等成分, 可收缩鼻粘膜血管, 推动黏膜分泌物吸收, 减轻鼻塞、流鼻涕等症状, 还可发挥抑制病原菌、抗过敏等作用。本研究: 观察组干预后中医症候积分低于对照组($P < 0.05$), 可见, 寒火咳嗽方能明显减轻患者不适; 分析其原因: 射干具有抗病原微生物、解热、抗炎、平喘等作用, 对流感病毒、肺炎链球菌等均可发挥一定程度的抑制效果; 矮地茶素 1 号能对喉上神经所引起的咳嗽发挥明显止咳作用, 能直接作用于中枢系统; 苦杏仁苷可镇咳、平喘; 诸多药物联合应用可持续减轻患者不适症状, 加快身体康复。本研究: 观察组有效率高于对照组($P > 0.05$), 可见, 寒火咳嗽方对急性气管 - 支气管炎咳嗽治疗效果更佳; 分析其原因: 中医药治疗对人体所带来的毒副作用较轻, 恶心、呕吐等不良反应的发生率较低, 能持续作用于病灶, 标本兼治, 进而提高疗效, 但本研究样本量较小、单中心研究可能存在的地域偏差、未实施盲法带来的偏倚风险、14 天的随访期较短未能观察远期疗效等, 以后可更进一步研究观察。

综上所述, 对急性气管 - 支气管炎咳嗽(寒热夹杂证)患者实施寒火咳嗽方治疗, 可明显减轻其咳嗽等不适症状, 加快症状消失速度, 有利于提高咳嗽缓解率、治疗有效率。

参考文献

- [1] 刘军, 王孟清, 靳秀红, 等. 小儿黄金止咳颗粒治疗儿童急性支气管炎咳嗽(痰热阻肺证)的有效性和安全性评价[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2024, 39(10): 774-779.
- [2] 石宇云, 黄裕华, 周海霞. 解痉止咳汤联合西医对症干预治疗小儿咳嗽-风痰恋肺证(急性支气管炎)疗效及对中医证候积分和血清炎性细胞因子的影响[J]. 四川中医, 2025, 43(1): 139-142.
- [3] 刘志美, 张瑜, 马闻园, 等. 小儿抗炎胶囊治疗小儿急性支气管炎(风热咳嗽证) [J]. 吉林中医药, 2023, 43(10): 1166-1169.
- [4] 陈伟琴, 朱振宏, 邱荣珍, 等. 睡前鼻负压冲洗联合雾化吸入对小儿急性支气管炎临床症状及睡眠影响[J]. 世界睡眠医学杂志, 2025, 12(1): 49-52.
- [5] 张蓉, 周立立, 苏子豪. 橘红痰咳颗粒联合头孢地尼治疗小儿急性支气管炎的临床疗效及对炎症指标的影响[J]. 检验医学与临床, 2025, 22(2): 190-192, 197.
- [6] 阚红卫, 田军. 苏贝止咳颗粒急性气管支气管炎药效学实验研究[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2024, 29(1): 61-67.
- [7] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 急性气管-支气管炎基层诊疗指南(2018 年) [J]. 中华全科医师杂志, 2019, 18(4): 314-317.
- [8] 中华中医药学会肺系病分会, 世界中医药学会联合会肺系病专业委员会. 咳嗽中医诊疗专家共识意见(2021) [J]. 中医杂志, 2021, 62(16): 1465-1472.
- [9] 刘红艳. 化痰止咳方联合常规西药治疗急性支气管炎痰热壅肺证患者的效果[J]. 中国民康医学, 2025, 37(4): 90-92, 96.
- [10] 李黎, 童佳, 陈麒. 宣肺合剂联合西药治疗慢性支气管炎急性发作的疗效[J]. 西部医学, 2024, 36(1): 67-71.
- [11] 徐伟俊, 刘琪, 孙潇君, 等. 补肾宣肺方对慢性支气管炎急性发作期患者 IP-10、Rantes 及炎症因子的影响[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(6): 219-223.
- [12] 毛昆, 肖兴中. 桑苏止咳汤联合西药治疗急性支气管炎痰热壅肺证临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22(1): 136-139.
- [13] 陈研, 周海霞, 丁婷. 桑杏蒴黄汤在痰热闭肺证急性喘息性支气管炎患儿治疗中的应用[J]. 辽宁中医杂志, 2024, 51(6): 96-99.
- [14] 胡珍, 项艳, 杨群菲, 等. 连花清咳片辅助治疗急性支气管炎(痰热壅肺证)临床疗效及对血清炎性细胞因子水平的影响[J]. 中华中医药学刊, 2024, 42(12): 201-205.
- [15] 武进华, 贾林萍, 李静. 加味五虎汤治疗小儿支原体感染急性喘息性支气管炎的疗效以及对 Th1/Th2 细胞因子的影响[J]. 湖南师范大学学报(医学版), 2024, 21(2): 114-117.
- [16] 杨阳. 射干麻黄汤联合布地奈德雾化吸入治疗急性气管支气管炎的临床效果[J]. 临床合理用药, 2024, 17(14): 72-75.
- [17] 杨为亚, 宋丽娟, 单建芳. 止声汤加味治疗慢性支气管炎急性加重期风寒袭肺证的疗效[J]. 中医药学报, 2024, 52(3): 56-60.
- [18] 崔恒静, 吉秋霞. 杏贝止咳颗粒联合头孢克肟治疗慢性支气管炎急性发作的临床研究[J]. 河北医药, 2024, 46(7): 1014-1017.
- [19] 卓超. 豉翘清热汤联合西药治疗风热犯肺型儿童急性支气管炎临床研究[J]. 新中医, 2024, 56(4): 98-101.
- [20] 饶玉祥. 麻杏石甘汤加减联合孟鲁司特钠治疗小儿急性支气管炎的有效性与安全性[J]. 基层医学论坛, 2024, 28(36): 145-148.