

# 寒咳宁加味联合鼻腔冲洗治疗风寒恋肺型上气道咳嗽综合征的临床观察

魏琦<sup>1</sup> 李映霞<sup>2</sup> 徐超<sup>2</sup> 张元兵<sup>2</sup> 童梦瑶<sup>3</sup>

1.宜春市中医院 江西,宜春 336000 2.江西中医药大学附属医院 3.江西中医药大学

**摘要:** [目的]观察寒咳宁加味联合鼻腔冲洗治疗风寒恋肺型上气道咳嗽综合征(upper airway cough syndrome, UACS)患者的临床疗效及对生活质量的影响。[方法]将 90 例符合纳入标准的 UACS 患者随机分为联合治疗组、中药组和对照组各 30 例。对照组予罗红霉素胶囊和氯雷他定片口服,中药组予寒咳宁加味,联合治疗组在中药组治疗基础上联合鼻腔冲洗,疗程均为 2 周。观察对比三组患者治疗前后临床疗效及莱赛斯特咳嗽量表(Leicester Cough Questionnaire, LCQ)评分的变化情况。三组患者治疗前后检测血常规、肝肾功能及心电图等,并观察可能出现的其他不良事件。[结果]联合治疗组临床疗效优于中药组和对照组,联合治疗组总有效率为 93.3%,中药组总有效率为 83.3%,对照组总有效率为 80.0%。联合治疗组总有效率高于中药组与对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。三组患者治疗后临床症状及 LCQ 评分均改善,与治疗前比较差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。组间比较显示,联合治疗组在改善咳嗽、咳痰、鼻后滴漏感、鼻塞和(或)流涕、LCQ 评分等方面均优于中药组和对照组( $P<0.05$ ),联合治疗组和中药组在改善咽喉和(或)咽部异物感方面优于对照组( $P<0.05$ )。三组患者治疗过程中均未发现不良反应。[结论]寒咳宁加味联合鼻腔冲洗可改善风寒恋肺型 UACS 患者临床症状,提高生活质量。

**关键词:** 上气道咳嗽综合征;寒咳宁加味;鼻腔冲洗;风寒恋肺型;生活质量;临床疗效

中图分类号:R273 文献标识码:A 文章编号:1005-5509(2021)03-0265-05

DOI: 10.16466/j.issn1005-5509.2021.03.013

**Clinical Observation on Treatment of Upper Airway Cough Syndrome of Wind-cold Lingering in the Lung Type by Modified Hankening Combined with Nasal Irrigation** WEI Qi<sup>1</sup>, LI Yingxia<sup>2</sup>, XU Chao<sup>2</sup>, et al 1. Yichun Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi, Yichun (336000), China; 2. Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine

**Abstract:** [Objective] To observe the clinical effect of modified Hankening combined with nasal irrigation in the treatment of upper airway cough syndrome(UACS) and its influence on the quality of life. [Methods] Ninety patients with UACS who met inclusion criteria were randomly divided into combined treatment group, traditional Chinese medicine group and control group, with 30 cases in each group. Patients in control group were treated with Roxithromycin Capsules and Loratadine Tablets, patients in traditional Chinese medicine group were treated with modified Hankening, and combined treatment group was treated with nasal irrigation on the basis of traditional Chinese medicine group. The course of treatment in the three groups was 2 weeks. The clinical efficacy and changes of Leicester Cough Questionnaire(LCQ) score of the three groups were observed and compared before and after treatment. Blood routine, liver and kidney function and electrocardiographic(ECG) were accomplished before and after treatment, and other possible adverse events were observed. [Results] The clinical effect of combined treatment group was better than that of traditional Chinese medicine group and control group, total effective rate of 93.3% in combined treatment group, 83.3% in traditional Chinese medicine group, and 80.0% in control group. The total effective rate of combined treatment group was higher than that of traditional Chinese medicine group and control group, and the difference was significant( $P<0.05$ ). The clinical symptoms and LCQ scores of the three groups were significantly improved after treatment( $P<0.05$ ). Intergroup comparison showed that, the combined treatment group was superior to traditional Chinese medicine group and control group in relieving cough and expectoration, post-nasal leakage, nasal congestion and/or runny nose, LCQ score( $P<0.05$ ). The combined treatment group and traditional Chinese medicine group were superior to control group in relieving pharyngeal itching and/or foreign body sensation( $P<0.05$ ). No adverse reaction was found during the treatment in the three groups. [Conclusion] Modified Hankening combined with nasal irrigation can effectively relieve clinical symptoms and improve the quality of life of patients with UACS.

**Key words:** upper airway cough syndrome; modified Hankening; nasal irrigation; wind-cold lingering in the lung type; the quality of life; clinical efficacy

上气道咳嗽综合征(upper airway cough syndrome, UACS)是慢性咳嗽的常见原因之一<sup>[1]</sup>,临床表现主要以咳嗽、咳痰为主,同时可有鼻塞、流涕、鼻后滴漏感、咽痒、清嗓等一系列伴随症状。UACS患者多有鼻部及咽部的病变,由于鼻部分泌物异常增多,经鼻后孔及咽部倒流,刺激咳嗽中枢感受器,因而导致症状反复、

迁延不愈。该病可发生于各个年龄阶段,可因受凉、接触过敏物质、感染等多种因素诱发。临床上针对UACS的治疗主要包括病因治疗和对症治疗两个方面,以抗感染、抗炎、镇咳祛痰为主<sup>[2]</sup>,但这些药物在改善症状的同时,也存在一定的不良反应,而且使用时间较长,还可能出现复发,容易影响患者的依从性。UACS的基

基金项目:江西省卫生计生委中医药科研基金项目(2018A077)

Fund project: Jiangxi Provincial Health and Family Planning Commission Traditional Chinese Medicine Research Fund Project(2018A077)

通讯作者:李映霞, E-mail: 13970808880@163.com

础病多与鼻部或咽部相关<sup>[3]</sup>,根据国医大师洪广祥教授“肺鼻同治”的理念,笔者采用其代表方寒咳宁,同时结合鼻腔冲洗外治法进行治疗,并与单纯中药以及西药进行对比,现将结果报道如下。

## 1 资料和方法

**1.1 病例来源** 病例来源于2017年7月至2019年1月于江西中医药大学附属医院肺病科门诊及住院部、五官科门诊和南昌大学第一附属医院门诊,选择符合诊断标准和纳入标准的患者90例,按随机数字表法分为联合治疗组、中药组和对照组,每组各30例。联合治疗组中男14例、女16例,年龄20~64岁,平均(41.83±11.13)岁,病程2~7个月,平均(4.23±1.32)个月;中药组中男12例、女18例,年龄25~65岁,平均(44.67±10.41)岁,病程2~7个月,平均(4.10±1.47)个月;对照组中男16例、女14例,年龄29~62岁,平均(44.73±8.97)岁,病程2~6.5个月,平均(3.93±1.12)个月。三组患者性别、年龄、病程差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

**1.2 诊断标准** 西医诊断标准参考《咳嗽的诊断及治疗指南(2015年)》<sup>[3]</sup>及第2版《呼吸病学》<sup>[4]</sup>中关于UACS的诊断标准。中医诊断标准参照《中医诊断学》<sup>[5]</sup>《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>和《中医病证诊断疗效标准》<sup>[7]</sup>,并结合临床经验制订如下:主症,A.咳嗽,B.咳白痰;次症,a.鼻后滴漏感,b.咽痒和(或)咽部异物感,c.鼻塞和(或)流涕,d.喜清嗓。具备主症及次症中2项或以上,结合舌质淡红或苔白、脉象弦滑或浮弦,即可辨为风寒恋肺型。

**1.3 纳入标准** (1)符合上述诊断标准;(2)年龄18~65岁,性别不限;(3)未参与其他临床药物研究;(4)自愿接受治疗,并签署知情同意书。

**1.4 排除标准** (1)不符合纳入标准者;(2)年龄<18岁或>65岁;(3)胸部X线摄片或电子计算机断层扫描(computed tomography,CT)提示明显异常改变者;(4)合并心肺肝肾及血液系统等严重原发病者;(5)怀疑或确有酗酒、药物滥用史者,或精神病患者;(6)对本研究所用药物过敏者;(7)妊娠期及哺乳期妇女;(8)近期服用可能引起咳嗽药物者;(9)依从性较差,不能按照治疗方法进行服药或治疗者;(10)不能排除其他导致慢性咳嗽的原因。

## 1.5 方法

### 1.5.1 治疗方法

**1.5.1.1 对照组** 根据《咳嗽的诊断及治疗指南

(2015年)》<sup>[3]</sup>和《慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2012年,昆明)》<sup>[8]</sup>,予以口服药物氯雷他定片(上海先灵葆雅制药有限公司产品;规格:10mg/片;批准文号:国药准字H10970410),1片/次,1次/d和罗红霉素胶囊(常州制药厂有限公司产品;规格:150mg/粒;批准文号:国药准字H20058754),1粒/次,2次/d,连续口服2周。

**1.5.1.2 中药组** 采用寒咳宁加味内服,组方为:麻黄10g,法半夏10g,细辛3g,款冬花10g,紫菀10g,辛夷6g,苍耳子10g,生姜3片,桔梗10g,僵蚕10g,鱼腥草15g,牛蒡子10g。日1剂,水煎服,分早晚2次温服用,连续口服2周。

**1.5.1.3 联合治疗组** 在中药组的基础上,联合鼻腔冲洗。鼻腔冲洗方法如下:用10mL注射器抽取常温的0.9%氯化钠溶液,借用一定压力将其推入一侧鼻腔,使冲洗液流入另一侧鼻腔,两侧鼻腔交替冲洗,重复3遍,2次/d,连续治疗2周。

### 1.5.2 观察指标

**1.5.2.1 中医证候积分** 根据《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>中的评分标准,主症:咳嗽、咳痰,按正常、轻、中、重程度分别记0、3、6、9分;次症:鼻后滴漏感、咽痒和(或)咽部异物感、鼻塞和(或)流涕、喜清嗓,按正常、轻、中、重程度分别记0、1、2、3分。比较三组患者治疗前后中医证候积分的变化情况。

**1.5.2.2 莱赛斯特咳嗽量表(Leicester Cough Questionnaire,LCQ)评分** 参考Birling等<sup>[9]</sup>的方法,采用LCQ评价患者的生活质量,观察比较三组患者治疗前后LCQ评分变化情况。

**1.5.2.3 安全性指标** 三组患者治疗前后均检测血常规、肝肾功能及心电图等,并观察可能出现的其他不良事件。

**1.5.3 疗效评定标准** 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[6]</sup>中关于慢性咳嗽的中医证候总疗效判定标准拟定如下:(1)治愈:治疗后症状完全或基本消失,积分改善率 $\geq 95\%$ ;(2)显效:治疗后症状明显改善,70% $\leq$ 积分改善率 $< 95\%$ ;(3)有效:治疗后症状有所减轻,30% $\leq$ 积分改善率 $< 70\%$ ;(4)无效:治疗后症状无明显好转甚至加重,积分改善率 $< 30\%$ 。积分改善率(%)=(治疗前中医证候总积分-治疗后中医证候总积分)/治疗前中医证候总积分 $\times 100\%$ 。总有效率(%)=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

**1.6 统计学分析** 采用SPSS 17.0统计软件进行统计学分析。计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,符合正态分布的计量资料多组间比较采用单因素方差分析,进一步两两比较采用(Student-Newman-Keuls, S-N-K)检验;不满足正态分布的计量资料组间比较采用秩和检验;同组治疗前后比较采用配对 $t$ 检验。计数资料组间比较采用R×C列表资料的 $\chi^2$ 检验。等级资料组间比较采用Ridit检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 三组患者临床疗效比较** 联合治疗组总有效率为93.3%,中药组总有效率为83.3%,对照组总有效率为80.0%。联合治疗组总有效率高于中药组与对照组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ ),中药组与对照组比较,总有效率差异无统计学意义( $P>0.05$ )。见表1。说明寒咳宁加味联合鼻腔冲洗治疗效果优于中药组和对照组。

**2.2 三组患者中医证候积分比较** 治疗后三组患者中医各症状积分均较治疗前降低,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗后组间比较,在改善咳嗽、咳痰、鼻后滴漏感、鼻塞和(或)流涕方面,联合治疗组较中药

组和对照组效果更佳( $P<0.05$ );在改善咳嗽、咳痰、鼻塞和(或)流涕方面,中药组效果优于对照组( $P<0.05$ );在改善咽痒和(或)咽部异物感方面,联合治疗组和中药组优于对照组( $P<0.05$ )。见表2。说明在改善中医证候方面,寒咳宁加味联合鼻腔冲洗治疗效果优于中药组和对照组;对于其中部分中医证候的疗效,寒咳宁加味优于西药。

**2.3 三组患者治疗前后LCQ评分比较** 治疗前三组患者LCQ评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后三组患者LCQ评分均较治疗前均升高,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗后组间比较,联合治疗组LCQ评分较中药组、对照组明显升高( $P<0.05$ );中药组LCQ评分高于对照组( $P<0.05$ )。见表3。说明寒咳宁加味联合鼻腔冲洗治疗效果优于中药组和对照组,寒咳宁加味治疗效果优于对照组。

**2.4 三组患者不良反应比较** 在治疗过程中,三组患者均未出现不良反应。

## 3 讨论

《咳嗽的诊断与治疗指南》指出,UACS发病可能与鼻部和咽喉部的疾病密切相关,其中以慢性鼻炎、

表1 三组患者临床疗效比较(例)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	30	0	7	17	6	80.0
中药组	30	1	8	16	5	83.3
联合治疗组	30	3	14	11	2	93.3 <sup>#</sup>

注:与中药组比较,<sup>\*</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>#</sup> $P<0.05$

表2 三组患者治疗前后中医证候积分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

症状	对照组		中药组		联合治疗组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
<b>主症</b>						
咳嗽	7.00±1.44	3.60±2.14 <sup>△</sup>	6.80±1.35	2.50±2.24 <sup>△#</sup>	6.90±1.40	1.40±1.89 <sup>△#</sup>
咳痰	6.20±1.75	3.10±1.84 <sup>△</sup>	6.50±1.59	2.10±1.95 <sup>△#</sup>	6.40±1.52	1.10±1.84 <sup>△#</sup>
<b>次症</b>						
鼻后滴漏感	2.07±0.52	1.23±0.63 <sup>△</sup>	2.10±0.48	1.30±0.65 <sup>△</sup>	2.23±0.43	0.90±0.66 <sup>△#</sup>
咽痒和(或)咽部异物感	1.50±0.63	1.13±0.73 <sup>△</sup>	1.20±0.61	0.63±0.72 <sup>△#</sup>	1.23±0.57	0.77±0.82 <sup>△#</sup>
鼻塞和(或)流涕	2.13±0.57	1.53±0.57 <sup>△</sup>	2.10±0.66	0.87±0.78 <sup>△#</sup>	2.00±0.59	0.43±0.57 <sup>△#</sup>
清嗓	1.20±0.61	0.63±0.61 <sup>△</sup>	1.13±0.51	0.77±0.63 <sup>△</sup>	1.10±0.48	0.67±0.55 <sup>△</sup>

注:与同组治疗前比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ ;与中药组比较,<sup>\*</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>#</sup> $P<0.05$



表3 三组患者治疗前后LCQ评分比较( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	30	8.21±0.81	11.24±0.77 <sup>△</sup>
中药组	30	8.51±0.76	12.78±0.67 <sup>△#</sup>
联合治疗组	30	8.39±0.53	15.37±0.75 <sup>△#*</sup>

注:与同组治疗前比较,<sup>△</sup> $P<0.05$ ;与中药组比较,<sup>#</sup> $P<0.05$ ;与对照组比较,<sup>\*</sup> $P<0.05$

魏琦,等:寒咳宁加味联合鼻腔冲洗治疗风寒恋肺型上气道咳嗽综合症的临床观察

慢性鼻窦炎、慢性咽炎、慢性扁桃体炎等为发病的主要原因<sup>[3]</sup>。欧洲呼吸学会认为,引起UACS的原因主要包括慢性鼻炎和慢性鼻窦炎两方面的因素<sup>[10]</sup>。现代医学研究表明,UACS患者容易因为鼻部疾病引起呼吸道黏膜炎症,导致鼻内炎性物质分泌增多,增多的分泌物经鼻后孔倒流,反复刺激咽喉、支气管以及支气管黏膜下的咳嗽感受器,从而导致咳嗽<sup>[11]</sup>。目前西医临床主要针对UACS的基础疾病,采用对症及对因治疗。

古代文献中没有记载“UACS”这一病名,但根据该病的临床表现,推断其多属于中医“咳嗽”“久咳”“鼻鼽”等疾病范畴。《黄帝内经》指出风邪是六淫之邪之首,风邪易夹杂其他病邪合而为病,其中以风寒之邪为多见。《医学心悟》中指出,风寒之邪易侵袭肺脏致咳嗽、咳痰<sup>[12]</sup>。张景岳<sup>[13]405</sup>云:“外感咳嗽,无论四时,必皆因于寒邪……”又云:“六气皆令人咳,风寒为主。”<sup>[13]403</sup>叶天士<sup>[14]</sup>在《临证指南医案》中指出寒邪留恋于肺是引起久咳的主要病因,温法是重要的治疗方法。UACS患者病程持续时间较长,病邪留恋于肺,难于消除,邪气郁闭于内,肺气不得宣畅,则咳嗽反复发作、迁延不愈,笔者认为UACS以外感风寒之邪居多。

祖国医学很早就记载了肺脏与鼻部的关系。从广义上来说,“肺系”由鼻、咽喉、气道和肺构成,喉下接气道,气道下接于肺,上通于鼻。《疮疡经验全书》中提出“喉应天气乃肺之系也”<sup>[15]</sup>,肺开窍于鼻,肺气通于鼻,鼻、咽喉、气道、肺共同维持肺主气、司呼吸的正常生理功能。《灵枢·忧恚无言篇》中“咽喉者……气之所以上下者也”,指出咽喉是接纳水谷和气息出入的通路。诸多经脉循行交汇于喉,《灵枢·经脉》中描述手太阴肺经起自中焦,联系胃及咽喉。《黄帝内经》中“肺主鼻”“肺气通于鼻”“鼻者,肺之官也”等记载,阐述了肺鼻之间官窍及脏腑络属的关系,认为肺气上达鼻窍,下至于肺,贯通肺系,肺鼻相互协调,共同完成肺的宣降功能。若鼻部受外邪侵袭,鼻窍不通,痰浊壅滞于肺,影响肺气宣发肃降,正如《脉因证治》中“鼻

为肺之窍……上病而不利也”<sup>[16]</sup>,导致肺鼻同病,从而出现咳嗽,这与UACS的发病机制亦相吻合。

寒咳宁是国医大师洪广祥教授“肺鼻同治”的代表方,原方由麻黄、法半夏、细辛、款冬花、紫菀、辛夷、苍耳子、生姜组成,具有疏风宣肺、散寒止咳、宣通鼻窍的功效,加用桔梗、牛蒡子、僵蚕、鱼腥草,清化郁热,且有助化痰之效。方中选用麻黄、细辛、生姜,辛温之品外散风寒之邪;紫菀、款冬花二药相须为用,止咳化痰,配以法半夏增强止咳化痰之效;辛夷、苍耳子散风寒、通鼻窍,二者相配,能引邪从鼻外出;加桔梗开宣肺气,牛蒡子宣肺利咽,僵蚕祛风止痒,鱼腥草防寒郁化热且具有化痰功效。全方共奏祛风散寒、宣肺止咳、肺鼻同治之效。现代药理学研究发现,麻黄、细辛能够舒张平滑肌<sup>[17-18]</sup>,辛夷、苍耳子、牛蒡子等药物具有抗炎、抗菌多种药理作用<sup>[19-22]</sup>。外治法鼻腔冲洗选用0.9%氯化钠溶液,通过冲洗装置反复冲洗鼻腔,可促进鼻黏膜内纤毛细胞的运动,从而可降低鼻内分泌物的黏稠度,有效减少鼻内的炎性细胞浸润,减轻黏膜水肿,具有清洁、稳定鼻内环境等多种作用机制<sup>[23-24]</sup>。吴明海等<sup>[25]</sup>采用鼻腔冲洗联合鼻用激素治疗61例变应性鼻炎患者,显示鼻腔冲洗能有效减轻症状,联合治疗的疗效较单用鼻用激素更加理想。杨蕾<sup>[26]</sup>采用鼻腔冲洗的方法治疗236例急/慢性鼻窦炎患者,治疗2周后患者症状均得到缓解。田欢等<sup>[27]</sup>研究表明鼻腔冲洗还可降低鼻内镜术后患者的白细胞计数,从而减轻炎症。

本研究结果显示,寒咳宁加味联合鼻腔冲洗治疗风寒恋肺型UACS,能够通过祛风散寒、宣肺止咳、宣通鼻窍,减轻患者临床症状,还能够提高患者生活质量,与口服中药及单纯西药治疗比较,临床疗效更佳,而且安全性高,值得临床推广。

#### 参考文献:

- [1] Espinosa V, Adler D, Fischberg S, et al. Assessment and management of chronic cough in adults[J]. Rev Med Suisse, 2014, 10(451):2196-2198, 2200.
- [2] 田勇泉.耳鼻咽喉头颈外科学[M].北京:人民卫生出版社,

2013:78.

[3] 中华医学会呼吸病学会哮喘学组.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.

[4] 钟南山,刘又宁.呼吸病学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2016:518.

[5] 邓铁涛.中医诊断学[M].上海:上海科学技术出版社,2013:80-98.

[6] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:60-66.

[7] 国家中医药管理局医政司.中医病证诊断疗效标准(中华人民共和国中医药行业标准)[M].北京:中国中医药出版社,2017:1-3.

[8] 中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会鼻科学组.慢性鼻-鼻窦炎诊断和治疗指南(2012年,昆明)[J].中国医刊,2013,48(11):103-105.

[9] Birring S S, Prudon B, Carr A J, et al. Development of a symptom specific health status measure for patients with chronic cough: Leicester Cough Questionnaire (LCQ) [J].Thorax,2003,58(4):339-343.

[10] Morice A H, Fontana G A, Sovijarvi A R, et al. The diagnosis and management of chronic cough[J].Eur Respir J,2004,24(3):481-492.

[11] 王秋萍,陈伟,李泽卿.上气道咳嗽综合征的病因及诊治[J].中华结核和呼吸杂志,2009,32(6):405-406.

[12] 程国彭.医学心悟[M].王键,校注.北京:中国中医药出版社,2009:159-161.

[13] 张介宾.景岳全书[M].北京:人民卫生出版社,2017.

[14] 叶天士.临证指南医案[M].北京:中国中医药出版社,2018:49.

[15] 窦汉卿.疮疡经验全书[M].刻本.温州:浩然楼,1717(清康熙

五十六年):卷一.

[16] 朱丹溪.脉因证治[M].北京:中国中医药出版社,2008:118-119.

[17] 张梦婷,张嘉丽,任阳阳,等.麻黄的研究进展[J].世界中医药,2016,11(9):1917-1921,1928.

[18] 丁香,赵万秋,蔡林.中药细辛的现代临床应用研究[J].临床合理用药杂志,2015,8(10C):177-179.

[19] 徐群英,董淳,洪俊荣.辛夷提取物对变应性鼻炎、P物质及其受体mRNA表达的影响[J].中药药理与临床,2004,20(3):14-16.

[20] 李红,周谋.苍耳子及复方制剂的药理作用和临床研究进展[J].山西医科大学学报,2004,35(3):313-315.

[21] 刘堃.牛蒡子水煎液、牛蒡苷和牛蒡苷元体外抗菌实验[J].天津药学,2008,20(4):10-11.

[22] 陈海涛,朱涛,刘美,等.牛蒡子苷元抗哮喘小鼠气道炎症作用及机理研究[J].中药药理与临床,2016,32(2):39-43.

[23] 于淑东,来俊英,韩飞.鼻腔冲洗的国内外进展[J].中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2008,16(1):77-80.

[24] 王琪,郭亿超.鼻腔冲洗在鼻部疾病治疗中的现状及研究进展[J].中国医学文摘-耳鼻咽喉科学,2013,28(3):128-132.

[25] 吴明海,王秋萍,张恺,等.鼻腔冲洗治疗变应性鼻炎的疗效观察[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,28(5):287-289.

[26] 杨蕾.鼻腔冲洗在急、慢性鼻窦炎治疗中的疗效观察[J].中国现代药物应用,2015,9(22):145-146.

[27] 田欢,陈莉丽.鼻腔冲洗对鼻内窥镜术后患者细胞因子及白细胞水平的影响[J].中国临床研究,2015,28(12):1610-1613.

(收稿日期:2020-07-23)

(上接第264页)

[7] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会.胃肠疾病中医症状评分表(2010,苏州)[J].中国中西医结合消化杂志,2011,19(1):66-68.

[8] Ren W H, Lai M, Chen Y, et al. Validation of the mainland Chinese version of the inflammatory bowel disease questionnaire(IBDQ) for ulcerative colitis and Crohn's disease[J].Inflamm Bowel Dis,2007,13(7):903-910.

[9] Liu X F, Zheng C G, Shi H G, et al. Ethanol extract from *Portulaca oleracea* L. attenuated acetaminophen-induced mice liver injury[J].Am J Transl Res,2015,7(2):309-318.

[10] 代月,韩振忠,杨春佳,等.马齿苋多糖对溃疡性结肠炎小鼠肠黏膜sIgA及病理表现的影响[J].中国微生态学杂志,2016,28(8):903-905,915.

[11] 王利红,唐文照,辛义周.黄连中生物碱成分及药理作用研究进展[J].山东中医药大学学报,2015,39(4):389-392.

[12] 胡俊青,胡晓.黄柏化学成分和药理作用的现代研究[J].当代医学,2009,15(7):139-141.

[13] Sun Y, Zhao Y, Yao J, et al. Wogonoside protects a-

gainst dextran sulfate sodium-induced experimental colitis in mice by inhibiting NF- $\kappa$ B and NLRP3 inflammasome activation[J].Biochem Pharmacol,2015,94(2):142-154.

[14] 辛文好,宋俊科,何国荣,等.黄芩素和黄芩苷的药理作用及机制研究进展[J].中国新药杂志,2013,22(6):647-653,659.

[15] 郑勇凤,王佳婧,傅超美,等.黄芩的化学成分与药理作用研究进展[J].中成药,2016,38(1):141-147.

[16] 谢长江,谢富华,张珊珊,等.白芍总苷对脓毒症大鼠模型的抗炎作用研究[J].新医学,2012,43(8):576-578.

[17] 王佐,吴正祥,杨九华,等.白芍总甙对大鼠实验性结肠炎Th17细胞相关因子的作用[J].世界华人消化杂志,2010,18(1):84-88.

[18] 辛丽敏,李楠.C反应蛋白在炎症性肠病中的应用及价值[J].胃肠病学和肝病学杂志,2013,22(6):600-603.

[19] 周云仙.炎症性肠病患者生存质量调查及影响因素分析[J].浙江中医药大学学报,2014,38(1):97-100.

[20] 陈晨,戴新娟.炎症性肠病病人生活质量与自我效能、焦虑、抑郁水平的相关性研究[J].护理研究,2016,30(5):556-559.

(收稿日期:2020-07-26)

魏琦,等:寒咳宁加味联合鼻腔冲洗治疗风寒恋肺型上气道咳嗽综合征的临床观察