

- [2] 齐彦宇,熊婷婷,张军,等. 贝伐珠单抗与安罗替尼分别联合化疗药用于 EGFR-TKI 获得性耐药晚期肺癌的临床观察[J]. 中国药房, 2023, 34(20): 2525-2529.
- [3] 肖琳,王志武,刘春秋,等. 晚期非小细胞肺癌安罗替尼治疗前后中医证素、证型演变特征[J]. 中医药导报, 2020, 26(2): 28-31, 34.
- [4] 中华医学会肿瘤学分会,中华医学会杂志社. 中华医学会肿瘤学分会肺癌临床诊疗指南(2021版)[J]. 中华肿瘤杂志, 2021, 43(6): 591-621.
- [5] 任炳楠,薛朝军,李宵,等. 4种治疗晚期非小细胞肺癌的抗血管生成药物 Mini 卫生技术评估[J]. 中国新药杂志, 2021, 30(21): 2009-2016.
- [6] 徐晨,王胜,李春颖. 安罗替尼治疗晚期非小细胞肺癌的系统评价[J]. 河北医学, 2021, 27(8): 1265-1271.
- [7] 樊燕青,郝琳,赵志霞,等. 安罗替尼维持治疗应用非小细胞肺癌的临床效果及安全性研究[J]. 内蒙古医科大学学报, 2021, 43(1): 5-8, 30.
- [8] 钱磊,冯继锋. 晚期非小细胞肺癌抗血管生成联合免疫治疗的理论基础及临床应用研究进展[J]. 山东医药, 2020, 60(15): 95-98.
- [9] 高红杰,代珊珊,杨欢. 安罗替尼治疗二线化疗失败的晚期非小细胞肺癌的疗效观察[J]. 癌症进展, 2020, 18(10): 1023-1026, 1068.
- [10] 郑国红,李娜,肖磊,等. 手术联合放疗及安罗替尼靶向药治疗非小细胞肺癌单发脑转移瘤患者临床疗效研究[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2023, 26(2): 138-142.
- [11] 贾俊斌,顾岩. 非小细胞肺癌相关恶性胸腔积液抗血管生成治疗与免疫治疗研究进展[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2022, 29(23): 1702-1708.
- [12] 赵子龙,张美云,高辉,等. 安罗替尼联合白蛋白结合型紫杉醇三线治疗非小细胞肺癌的临床疗效和安全性[J]. 天津医药, 2022, 50(5): 539-543.
- [13] 王维民,金俊,张云雷,等. "益气健脾方"联合安罗替尼三线治疗驱动基因阴性老年晚期非小细胞肺癌 42 例临床研究[J]. 江苏中医药, 2021, 53(10): 27-30.
- [14] 丁娇娇,高天慧,赵孟阳,等. 安罗替尼联合多西他赛二线治疗晚期非小细胞肺癌疗效观察[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2021, 35(1): 83-86.
- [15] 包淑钧,陈杨,宋慧慧,等. PD-L1 高表达伴 STK11 与 KRAS 共突变的晚期肺腺癌 1 例并文献复习[J]. 临床肺科杂志, 2022, 27(5): 789-792.

收稿日期:2024-09-10

责任编辑:陆玉炯

## 中医循经刮痧疗法对风寒犯肺型咳嗽恢复的影响

夏利敏, 李姝静, 梁国玲

(河南中医药大学第一附属医院, 河南 郑州 450000)

**【摘要】目的:** 探讨中医循经刮痧疗法在风寒犯肺型咳嗽症状恢复中的应用价值。**方法:** 采用随机数字表法将 100 例风寒犯肺型咳嗽患者分为研究组和对照组, 两组各 50 例; 对照组患者给予常规干预, 研究组则联用中医循经刮痧疗法干预; 对两组患者的干预效果进行统计分析。**结果:** 两组比较, 研究组患者的治疗总有效率、LCQ 评分和 CD3+、CD4+ 水平高, 中医证候积分、CSS 评分及 CD8+ 水平低, 止咳时间、鼻塞缓解时间和咽痛咽痒消失时间短, 各指标组间差异显著 ( $P < 0.05$ )。**结论:** 中医循经刮痧疗法辅助促进风寒犯肺型咳嗽患者症状恢复效果较好, 能够提高机体免疫功能, 减轻炎症刺激, 有助于改善其预后表现, 治疗实用性较高。

**【关键词】** 中医循经刮痧疗法; 风寒犯肺型咳嗽; 免疫功能; 症状改善

**【中图分类号】** R244.4 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1008-4983(2025)01-0055-05

## The effect of traditional Chinese medicine meridian scraping therapy on the recovery of cough symptoms of wind cold invading lung type

Xia Li-min, Li Shu-jing, Liang Guo-ling

(The First Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, Henan 450000, China)

**基金项目:** 河南中医药大学第一附属医院 2022 年度教育教学研究项目 (JXKT-202212)。

**作者简介:** 夏利敏 (1983-), 女, 副主任护师, 主要从事中医临床护理及教学工作。

**通信作者:** 梁国玲 (1978-), 女, 副主任护师, 主要从事中医临床护理及教学工作。

**【Abstract】 Objective:** Observing the effect of traditional Chinese medicine meridian scraping therapy on the recovery of cough symptoms in wind cold and lung invasion type. **Methods:** Select 100 patients with wind cold cough type admitted to our hospital from January 2022 to February 2023, and divide them into a study group and a control group using a random number table method, with 50 cases in each group. The control group received routine intervention, while the study group received a combination of traditional Chinese medicine meridian scraping therapy. Compare the clinical efficacy of the two groups. **Results:** The total effective rate of treatment, Leicester Quality of Life Questionnaire (LCQ) score, and levels of CD3 + and CD4 + in the study group were higher than those in the control group, and the Traditional Chinese Medicine Syndrome Score, Cough Symptom Score (CSS) score, and CD8 + level were lower than those in the control group. The cough relief time, nasal congestion relief time, and disappearance time of pharyngeal pain and itching in the study group were shorter than those in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** The traditional Chinese medicine meridian scraping therapy has a good effect on promoting the recovery of symptoms in patients with cough caused by wind cold invading the lungs. It can improve the body's immune function, reduce inflammatory stimulation, and help improve its prognosis. The treatment is highly practical.

**【Key words】** Traditional Chinese Medicine meridian scraping therapy; Wind cold attacking lung type cough; Immune function; Symptom improvement

咳嗽作为呼吸道感染并出现炎症后的常见临床表现,可并发鼻塞、咽痛咽痒等症状,严重时还会导致乏力不适、食欲不振,并持续2~4周,甚至更长时间,尤其在吸入刺激性气味或冷空气后咳嗽加重,清晨或夜间咳嗽最为明显,而在中医辨证分析中,咳嗽又以风寒犯肺、风热袭肺、痰湿内蕴、燥邪伤肺等证型为主,其中风寒犯肺型咳嗽较为常见。目前,临床针对风寒犯肺型咳嗽多采用常规西医药干预,搭配生活习惯调整进行治疗,此类方案能够减轻患者呼吸道炎症刺激,降低气道高反应性,从而达到缓解咳嗽症状,提高患者生活质量的治疗目的<sup>[1]</sup>。不过常规干预方式长期单一应用难以从根本上改善患者脏腑功能,无法显著促进其呼吸系统和免疫系统功能自主恢复,且以用药为主的西医干预还易出现药物依赖。而参照中医理论,风寒犯肺型咳嗽多是由于患者脏腑虚弱,外加邪邪侵袭,风寒入体,致使气滞血行不畅,寒气痹阻脾肺,进而表现为肺气失宣、咳嗽不止和炎症骤生等症状,因此中医联合干预认为针对风寒犯肺型咳嗽应从疏风散寒、宣肺止咳、补中益气、升阳固表入手<sup>[2-3]</sup>。为此,本研究提出中医循经刮痧疗法辅助治疗风寒犯肺型咳嗽的应用方案,并对本院2022年1月至2023年2月收治的100例风寒犯肺型咳嗽患者进行观察:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 研究在医院伦理委员会批准下,选取本院2022年1月至2023年2月收治的100例风寒犯肺型咳嗽患者为对象,并按照随机数字表法分为研究和对照组,各50例。研究组男27例,女23例;年龄24~50岁,平均(37.44±2.51)岁。对照组男28例,女22例;年龄25~50岁,平均(37.48±2.49)岁。统计结果显示两组患者的一般资料均衡可比( $P > 0.05$ )。

1.2 诊断标准 符合《咳嗽中医诊疗专家共识意见

(2021)》<sup>[4]</sup>中的相关标准,即:(1)患者出现咳嗽咳痰、喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕,持续4周以上,且初期可有咽部不适或咽干、咽痒或烧灼感,后续发展为稠涕、咽痛或声嘶,部分患者出现味觉迟钝、呼吸不畅等症状,严重时还会引发乏力不适、畏寒发热、四肢酸痛、头晕头痛、精神萎靡和食欲不振;(2)临床检查下可见鼻腔黏膜和咽部充血、水肿,有脓性分泌物,且伴随颌下淋巴结肿痛、扁桃体肿大充血等现象;(3)主症出现咳嗽咳痰、声重气急、痰稀薄色白、咽痒咽痛、鼻塞流涕、喘息气促等,次症出现食欲不振、头痛发热无汗、神疲乏力、恶寒肢冷等,并伴有舌苔薄白,脉浮等。满足主症和一项以上的次症表现即确诊风寒犯肺型咳嗽。

1.3 纳入排除标准 纳入标准:(1)患者年龄≤50岁,一般资料完整,且无其他严重脏器病变;(2)无研究使用药物过敏等表现;(3)患者家属知情同意。

排除标准:(1)研究期间,患者或家属依从性差,影响评估安全性;(2)在研究未结束之前退出或不配合研究者,影响评估持续性;(3)正在参加其他临床试验者,影响评估独立性。

1.4 方法 对照组给予消炎抗菌、脱离刺激源、调节水电解质和酸碱紊乱、止咳化痰等常规干预措施,治疗周期为14 d。研究组则在对照组基础上联用中医循经刮痧疗法,即患者取俯卧位,刮痧区域包括背部、上肢阳经和上肢阴经,刮痧时先做好皮肤清洁消毒,再进行局部按摩,后涂抹适量刮痧油到刮痧区域,使用刮痧板与皮肤呈45°刮拭,频率和力度尽量相同,待皮肤微红,毛红微张开为止。刮痧区域中,背部:督脉,自大椎穴到命门穴。足太阳膀胱经,自双肺俞至肾俞。上肢阳经:手阳明大肠经,曲池穴。上肢阴经:手太阴肺经,中府和尺泽穴。各循经区域刮痧频率为20次左右,上午进行,约30 min/次,刮痧3次/周,共治疗14 d。

1.5 观察指标 (1) 免疫功能: 分别在两组治疗开始前1 d 和治疗结束后1 d, 抽取清晨空腹肘动脉血5 ml, 针对离心后血清样本, 采用流式细胞分析仪检测其中的CD3+、CD4+和CD8+水平, CD3+、CD4+因子水平越低, 或CD8+水平越高显示免疫功能受损越严重。(2) 临床症状改善情况: 记录两组止咳时间、鼻塞缓解时间和咽痛咽痒消失时间。(3) 咳嗽症状: 分别在两组治疗开始前1 d 和治疗结束后1 d, 采用咳嗽症状积分表(Cough score scale, CSS)<sup>[5]</sup>对两组咳嗽强度、频率进行评估, CSS包含日间咳嗽和夜间咳嗽症状积分两部分, CSS评分为0~3分, 最终评分越高显示咳嗽症状越严重; 同时采用莱切斯特生活质量问卷调查表(lcq - acute, LCQ)作为患者生活质量的主要评价指标, 该量表共19项, 分值设为3~21分, 分数越低显示咳嗽对患者生活质量影响越大。(4) 中医证候积分: 分别在两组治疗开始前1 d 和治疗结束后1 d, 观察咳嗽咳痰, 咽痒咽痛, 鼻塞流清涕等症状, 单项评分0~5分, 总分越高显示病情越重。

1.6 疗效评定标准 疗效评价<sup>[6]</sup>: 治疗结束后3 d, 评估两组疗效。显效: 患者咳嗽咳痰、鼻塞流涕等症状消

失, 且CSS评分改善 $\geq 90\%$ ; 有效: 患者临床症状有所好转, 且 $20\% \leq \text{CSS评分改善} < 90\%$ ; 无效: 患者临床症状表现无好转, 且CSS评分改善 $< 20\%$ 。

1.7 统计学方法 研究采用SPSS22.0软件包为统计分析工具。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, *t*检验; 计数资料用 $[n(\%)]$ 表示,  $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组治疗总有效率比较 统计结果显示, 两组患者治疗总有效率具统计学意义( $\chi^2 = 4.000, P = 0.046$ ), 研究组高于对照组。其中, 研究组患者显效34例、有效14例、无效2例, 总有效率96.00% (48/50); 对照组显效15例、有效27例、无效8例, 总有效率84.00% (42/50)。

2.2 两组中医证候积分比较 如表1所示: 治疗开始前1 d, 两组患者中医证候各观察指标评分无统计学意义; 治疗结束后1 d, 两组患者中医证候各观察指标评分较治疗前均显著降低( $P < 0.05$ ), 且研究组患者显著低于对照组( $P < 0.05$ )。

表1 两组患者治疗前后中医证候评分情况 ( $\bar{x} \pm s, /分$ )

组别	n	咳嗽咳痰		咽痒咽痛		鼻塞流清涕	
		治疗开始前1 d	治疗结束后1 d	治疗开始前1 d	治疗结束后1 d	治疗开始前1 d	治疗结束后1 d
研究组	50	4.61 ± 0.14	1.11 ± 0.04*	4.07 ± 0.12	2.31 ± 0.26*	4.41 ± 0.14	1.93 ± 0.08*
对照组	50	4.58 ± 0.12	2.32 ± 0.09*	4.02 ± 0.73	3.09 ± 0.34*	4.37 ± 0.16	2.31 ± 0.10*
<i>t</i>		1.781	2.366	0.944	5.655	1.759	2.260
<i>P</i>		0.079	0.021	0.349	0.000	0.101	0.000

注: 与同组治疗前相比, \* $P < 0.05$ 。

2.3 两组咳嗽症状改善情况比较 如表2所示: 治疗开始前1 d, 两组患者的CSS、LCQ评分无统计学意义; 治疗结束后1 d, 两组患者的CSS、LCQ评分较治疗前差异

显著( $P < 0.05$ ), 且研究组患者的LCQ评分高于对照组, CSS评分低于对照组( $P < 0.05$ )。

表2 两组患者治疗前后咳嗽症状改善情况 ( $\bar{x} \pm s, /分$ )

组别	n	CSS评分		LCQ评分	
		治疗开始前1 d	治疗结束后1 d	治疗开始前1 d	治疗结束后1 d
研究组	50	2.91 ± 0.14	0.82 ± 0.08*	8.43 ± 0.29	16.82 ± 0.65*
对照组	50	2.89 ± 0.13	1.31 ± 0.15*	8.49 ± 0.27	12.94 ± 0.70*
<i>t</i>		0.206	5.213	1.033	6.277
<i>P</i>		0.881	0.000	0.260	0.000

注: 与同组治疗前相比, \* $P < 0.05$

2.4 两组临床症状改善情况比较 如表3所示: 研究组患者的止咳时间、鼻塞缓解时间和咽痛咽痒消失时间短

于对照组( $P < 0.05$ )。

表3 两组患者临床症状改善情况 ( $\bar{x} \pm s, /d$ )

组别	n	止咳时间	鼻塞缓解时间	咽痛咽痒消失时间
研究组	50	8.31 ± 1.05	6.21 ± 1.14	9.82 ± 0.50
对照组	50	10.01 ± 1.10	9.82 ± 1.50	12.21 ± 0.74
<i>t</i>		5.324	2.548	9.402
<i>P</i>		0.000	0.000	0.000

2.5 两组免疫功能比较 如表4所示:治疗开始前1d,两组患者的CD3+、CD4+、CD8+评分无统计学意义;治疗结束后1d,两组患者的CD3+、CD4+、CD8+评分

较治疗前差异显著( $P < 0.05$ ),且研究组CD3+、CD4+水平高于对照组,CD8+水平低于对照组( $P < 0.05$ )。

表4 两组患者治疗前后免疫功能情况( $\bar{x} \pm s, /%$ )

组别	n	CD3+		CD4+		CD8+	
		治疗开始前1d	治疗结束后1d	治疗开始前1d	治疗结束后1d	治疗开始前1d	治疗结束后1d
研究组	50	52.93 ± 4.35	70.23 ± 6.52*	25.42 ± 3.54	41.68 ± 5.06*	29.09 ± 2.80	19.32 ± 0.91*
对照组	50	51.62 ± 4.37	62.06 ± 5.33*	25.28 ± 3.66	35.52 ± 4.18*	29.04 ± 2.75	24.23 ± 1.08*
t		0.874	5.557	0.464	2.894	1.042	3.407
P		0.331	0.000	0.909	0.000	0.431	0.000

注:与同组治疗前相比,\* $P < 0.05$ 。

### 3 讨论

咳嗽多发于机体呼吸道感染后,由于致病菌刺激导致鼻咽部或喉部出现炎症,从而诱发咳嗽、鼻塞流涕和咽痛咽痒等症状,而根据中医理论,咳嗽又与患者肺气失宣、风寒犯肺等表现相关。目前,国内可通过常规西医药干预进行风寒犯肺型咳嗽的治疗,不过此类疗法难以显著促进患者脏腑功能恢复,进而提高治疗效率,降低复发风险。所以选择更为专业持续的治疗方案以减轻风寒犯肺型咳嗽患者的临床症状,并促进其呼吸系统和免疫系统功能提升成为研究热点。

研究显示<sup>[7-8]</sup>,伴随冠状病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒和溶血性链球菌等病原微生物感染且黏附于人体呼吸道组织细胞表面并生长繁殖,不仅会诱导免疫损伤,释放毒性物质,破坏呼吸道黏膜上皮,同时也会使鼻咽部充血水肿,渗出粘液性物质,并发咳嗽和炎症反应。因此徐艳娜<sup>[9]</sup>学者认为,对于风寒犯肺型咳嗽的治疗干预,应该以清除致病菌感染,改善呼吸道环境为基础,抑制炎症刺激,提高免疫系统和呼吸系统功能,进而稳定引导患者病症向良性发展。而在常规西医干预中,消炎抗菌和止咳化痰等药物的使用虽然可以阻止炎症介质合成,减少炎症因子趋化聚集,减轻微血管渗漏,降低气道高反应性和血管通透性,缓解呼吸道痉挛,并加快溶痰排痰效率,解除气道阻塞,改善呼吸道黏膜充血肿胀,最终促进患者咳嗽等症状恢复<sup>[10]</sup>。但临床实践中,此类干预措施疗效过于侧重消炎抗菌和止咳,长期单一应用下对患者脾肺功能的提升效果不够显著,无法从脏腑因上缓解病症,实现呼吸和免疫系统功能的持久自主改善。为此,本研究提出中医循经刮痧疗法辅助治疗风寒犯肺型咳嗽的应用方案。中医理论中将风寒犯肺型咳嗽及相关表现归于“风咳”“咳嗽”等范畴,《素问·宣明五气篇》中曾提到“五气所病……脾肺为咳”,表明该病症病因之本在脾肺不振,其外因之标在病邪侵袭,风寒外束,由表入里,气机上逆犯于肺,并痹阻脾络,最终出现脾失健运,肺部宣发肃降不清,咳喘剧烈等表现,所以中医上将宣肺止咳、祛风散寒、升阳助气、营卫固表作为治疗风寒犯肺型咳嗽的第一要点<sup>[11-12]</sup>。中医

循经刮痧疗法便是从此理论出发,其作为一种无创性中医疗法,以背部、上肢阳经和上肢阴经中的多穴位脉络为着点,利用刮痧板在皮肤处摩擦引起共振的原理,在刮痧过程中,不仅会上升皮肤温度,有利于升阳祛邪,扶正补虚,疏风散寒,还可以通过经脉上的血管和神经刺激充分调动和激发脏腑元气,从而实现宣肺益气、调和经络气血和维持机体阴阳平衡。此外,根据现代中医研究,循经刮痧也能够通过溶血反应刺激机体免疫系统,调节神经内分泌因子活性,提高细胞免疫及体液免疫功能,促进肺及支气管的血液循环,提高肺泡生理功能,最终在补益脏腑功能,缓解咳嗽症状的同时,提升免疫系统防御抵抗能力,拮抗呼吸道炎症反应和致病菌感染<sup>[13-14]</sup>。正如本研究,研究组治疗总有效率和LCQ评分高于对照组,中医证候积分和CSS评分低于对照组,止咳时间、鼻塞缓解时间和咽痛咽痒消失时间短于对照组,都表明中医循经刮痧疗法辅助常规干预效果更好,分析其原因,还是此类方案一方面能够借助常规西医干预抑制呼吸道炎症刺激,改善患者气道环境,控制分泌物渗出,缓解充血水肿,另一方面中医循经刮痧疗法从宣肺止咳,疏风散寒,升阳固表出发,不仅可以提升机体脾肺等脏腑功能,也有助于进一步激活细胞免疫抵抗效率,加快机体外周免疫系统调节恢复,真正做到消炎止咳抗菌和免疫功能提升的多重疗效。同时,本研究中,研究组CD3+、CD4+水平高于对照组,CD8+水平低于对照组,也证实这一结论的可行性和准确性。CD3+、CD4+和CD8+均是免疫系统中T淋巴细胞亚群的关键性因子,与机体免疫系统稳定、平衡,保证免疫防御功能正常息息相关。而上述三种因子水平的提升或降低也说明随着中医循经刮痧疗法的辅助进行,患者免疫功能下降情况得到改善,不仅可以振奋阳气,增强机体免疫抵抗能力,缓解既有炎症刺激,也能够宣肺通降,减轻咳嗽等症状<sup>[15]</sup>。

综上所述,中医循经刮痧疗法辅助常规干预治疗风寒犯肺型咳嗽效果显著,能够通过宣肺止咳,疏风散寒,改善临床症状,并依靠补中益气,升阳固表,促进免疫系统功能提升,疗效持久可靠。不过受限于本研究样本