

上气道咳嗽综合征中医证治探讨

史锁芳 (南京中医药大学附属医院, 江苏 南京 210029)

摘要:上气道咳嗽综合征(咳嗽、咳痰、鼻塞、咽痒、鼻后滴流感、频繁清嗓、咽后黏液附着)有明显的病位(鼻、咽喉)特征,认为本病虽有鼻源性、咽喉源性不同病因,却有风痰留伏、咽喉不利、肺气上逆之共性病机,提出疏风宣肺、化痰利咽是其基本治法,介绍了本病依据鼻、咽喉不同兼证的证治方法。

关键词:上气道咳嗽综合征;风痰;鼻后滴流

中图分类号:R 256.11

文献标识码:A

文章编号:1000-5005(2009)03-0164-03

上气道咳嗽综合征(upper airway cough syndrome, UACS) 原称“鼻后滴流综合征(PNDS)”, 由于目前无法明确上呼吸道相关的咳嗽是否均由鼻后滴流直接刺激或炎症刺激上呼吸道咳嗽感受器引起, 因此 2006 年美国咳嗽诊治指南建议用 UACS 替代 PNDS。UACS(PNDS) 是引起慢性咳嗽最常见病因之一^[1], 它是指由于鼻部疾病引起分泌物倒流鼻后和咽喉等部位, 直接或间接刺激咳嗽感受器, 导致以咳嗽为主要表现的综合征。这类患者不易被呼吸内科医师认识, 而五官科医师尤多侧重治疗鼻、咽喉局部病变, 故该病症易于误诊误治。循证医学认为 UCAS 除了鼻部疾病外, 还常与咽喉、气管食管的疾病有关, 如变应性或非变应性咽炎、慢性扁桃体炎、喉炎等, 引起咳嗽的机制是由于上气道咳嗽反射传入支受到刺激所至。西医多对因治疗, 分别予以鼻腔吸入糖皮质激素、口服抗组胺药、减充血剂或抗菌药物, 治疗虽有一定疗效, 但停药后易于反复发作, 而相应西药并不适宜长期运用。中医根据“异病同治”、“同病异治”的原则, 常能择简驭繁, 疗效确凿。我们通过多年系统观察积累了较多的经验, 兹不揣浅陋, 略述其证治如下, 以飨同道。

1 病机多属风痰留伏、咽喉不利、肺气上逆

现代医学认为, 本病有鼻源性、咽(喉)源性等多种疾病引起, 但临床特征除了咳嗽、咳痰症外,

常常会有鼻塞、咽痒、鼻后滴流感、频繁清嗓、咽后黏液附着感等共性症状^[2], 其发病特点与传统的外感咳嗽截然有别, 它有着明确的病位层次特征, 常常始于鼻窍, 次第病及于咽喉—气道(鼻腔分泌物沿鼻后滴流至), 初感于风(寒), 继而可影响肺气宣发布津, 病久易于出现痰湿、郁热、燥结、瘀阻等格局。鼻为肺之外窍, 外邪袭肺, 首先伤鼻, 鼻窍不通, 肺气失宣则有鼻塞、咳嗽之症;肺窍闭塞, 肺失宣发、失于布津, 则可出现鼻涕、咯痰等症;鼻涕下流, 侵及咽喉, 反复刺激, 咽喉不利, 痰湿阻滞则可出现鼻后部滴流感、咽痒不适、咽喉部黏液附着感、频繁清嗓等症;咽喉是少阴脉络循行之处, 当风与痰结, 留着浸渍, 久结不解, 一方面激发人体频繁清嗓以抗邪外出排异, 一方面也易化燥伤及局部血脉, 形成燥结瘀阻之机(出现咽喉充血、滤泡增生等), 风痰不去, 肺络不清则咳嗽、咳痰不止, 由此造成病久反复难愈之势。因此, 本征虽有鼻因性和咽(喉)因性不同, 然从中医发病学看, 却有着上述共同的特点, 只不过由于病邪的侵及部位、病邪的不同演变而出现鼻证明显、或咽喉症较著的病变格局而已。所以, 本病征具有风痰留伏、咽喉不利、肺气上逆之共性病机, 同时随着病情的发展, 则可出现化热、瘀阻、或损津化燥的演变。病因于鼻者, 多风邪犯肺, 可兼现风寒、风热、湿热之症;病因于咽喉者, 多风痰蕴结, 易于燥化, 也有

收稿日期:2009-01-25;修稿日期:2009-04-10

基金项目:国家“十一五”科技支撑计划资助项目(2007BAI2B085)

作者简介:史锁芳(1962-), 男, 江苏丹阳人, 南京中医药大学附属医院主任医师、教授, 医学博士。通讯作者:jsssf2006@126.com

(C)1994-2022 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

风痰、郁热、阴伤、瘀阻之象。由于病变涉及外窍之鼻和少阴门户(咽喉),故本征也易形成寒热错杂(外寒里热)之证,反复久延,易于伤津耗气,也可出现虚实夹杂之机,这既是本征反复难愈之因,也是与传统外感咳嗽相异之处,临证当明此理。

2 治则当遵疏风宣肺、通窍利咽、化痰散结

UCAS 包括鼻源性和喉源性两大类,而分别又有变应性和非变应性之因。我们根据“异病同治”治则,抓住风痰留伏、咽喉不利、肺气上逆的共性病机,遵循中医辨证论治方法,化繁为简,异病同治,采用疏风宣肺、化痰利咽之基本治法,临床根据鼻、咽喉病位的浅深及风(寒)、痰湿、热(燥)、瘀结的不同,灵活予以变法化裁,做到鼻咽兼顾、重视治风、尤重痰瘀、病证结合的整体化治疗。若鼻窍见症为显(鼻塞、流涕、喷嚏等),当配用疏风散寒、或疏风清热、或化湿通窍之法;若咽喉见症为著(咽有异物梗阻、咽喉干痒、频繁清嗓等),宜加强祛痰祛瘀、软坚散结、养阴润燥之法;若鼻咽兼症同现,又有风燥同治、寒热兼治之法;对于病程已久,出现津气两伤之时,又当分别给予益气祛风、生津润燥复法。据此我们通过多年临床验证,反复筛选,从华盖散、桑杏汤、加味桔梗汤、补肺阿胶汤等方中领悟组方,确定了本征疏风宣肺、化痰利咽基本方,方选荆芥、辛夷祛风通窍,桔梗、射干祛痰利咽,^[4]味同用,祛风通窍、祛痰利咽,鼻咽同治,共为君药。僵蚕辛寒祛风化痰、利咽散结,牛蒡子辛苦,祛风解毒、利咽消肿,二药同用,加强利咽散结之功,适宜于反复清嗓、咽喉有异物梗阻之症;小量麻黄,意在宣达肺气,与杏仁配伍,一宣一降,使肺经气机调畅,以利滴流至鼻后之痰易于去除,共为臣药。蛤壳咸寒软坚化痰、散结化痰,与浙贝母相配,能开郁散结、化痰祛瘀,以利结于咽喉之黏痰清除,而桑叶、桑皮相伍,一宣一降,清润止咳,善用于风痰久郁化热炼痰之喉咳;生姜化痰降气、和胃解毒,又可防射干、牛蒡子、杏仁之寒滑动泻之弊,共为佐药。使以甘草,既能解毒利咽,又有调和之能。诸药合用,共奏疏风化痰、通窍利咽、去壅散结之功,结合临床验证,本方用治上气道咳嗽综合征确为的对效方。

3 运用当别鼻咽之因、灵活化裁、变通施药

3.1 鼻源性

病因于变应性鼻炎,临床除了咳嗽、咯痰外,多兼有鼻痒、喷嚏连作、鼻流清涕,且有明显季节

性发作特点,受凉或遇刺激性气体易作,分析此类患者多属气虚或肺阳不足体质,同时多可见到易于患感、自汗、怕风或怕冷、舌质淡胖、脉细沉弱之症,辨证偏于气虚夹风者常予以复入参苏饮、玉屏风散,偏于阳虚夹寒者则可入麻黄附子细辛汤、阳和汤化裁。病因于鼻炎、鼻窦炎,临床多见鼻流浓涕、或浊涕久久不休,甚或腥臭、失嗅,咯吐黄黏痰、口苦、舌苔黄腻或浊腻之肺热夹湿之证,治当加强清肺解毒、化湿通窍之力,处方可合用漏芦汤^[3](漏芦、枳壳、朴硝、大黄、甘草、麻黄、黄芩、白蒺、连翘、升麻)、或藿香丸^[3](藿香、猪胆汁、苍耳子)辈。若兼见鼻塞、头痛、舌苔薄黄者,则宜配入芎芷石膏汤(川芎、白芷、石膏、菊花、羌活、藁本)^[3]以加强祛风通窍止痛之功。

3.2 咽喉源性

病因于变应性咽炎,临床多见咽痒、呛咳、遇刺激气体或异味则作阵咳者,病情多顽固、迁延,常需合并祛风润燥、化痰散结之法,可配合当归贝母苦参丸(《金匱要略》)、全蝎散等,以加强祛风止痉之力。病因于慢性咽喉炎,临床表现咽干喉燥、咽有异物感、或可咯出黄稠痰、咳嗽频作,舌苔薄少而干者。病史多久,常兼阴虚毒结,需要养阴解毒散结,可用鼠粘子解毒汤^[3](鼠粘子、桔梗、青皮、升麻、黄芩、花粉、甘草、玄参、栀子、黄连、连翘、葛根、白术、防风、生地)养阴利咽、解毒散结,并兼顾祛风护脾化湿;若兼大便干结者,可选用清咽利膈汤^[3](牛子、连翘、荆芥、防风、栀子、桔梗、玄参、黄连、金银花、黄芩、薄荷、甘草、大黄、朴硝、淡竹叶)祛风宣肺、解毒利咽与通腑导下以利热毒去除;阴虚燥结较甚,可用广笔鼠粘汤^[3](生地、玄参、花粉、射干、僵蚕、浙贝母、甘草、牛子、连翘、竹叶)养阴利咽、去结解毒并用。

3.3 鼻咽同病

若鼻症轻、咽症重者,临床可见鼻塞、鼻痒、咽干咽痛、咽喉明显充血郁结,外风未去、肺热津伤血瘀者,可用黄芩汤^[3](黄芩、甘草、麦冬、桑白皮、栀子、连翘、赤芍、桔梗、薄荷、荆芥)以清热解利咽、兼顾祛风宣通鼻窍;或辛夷清肺饮^[3](辛夷、甘草、石膏、知母、栀子、黄芩、枇杷叶、升麻、百合、麦冬、羌活、防风、连翘、薄荷)清热解毒、养阴利咽为主,兼以祛风宣通鼻窍,鼻咽同治。

3.4 脾虚肺热

适宜于气虚易于外感、风袭鼻窍,久郁热结咽

喉,又有脾虚运迟之复合矛盾之证,此时若单独治鼻、或单独治咽,均非所宜;倘若一味苦寒清利治咽,则宜伤脾动泻于后,若过于温散治鼻,则忧温燥损津不利咽喉的润泽,因此,对于此种矛盾复杂格局,惟宜肺脾兼顾、鼻咽兼治、寒温相制方才合拍,方如益气清金汤³(党参、茯苓、陈皮、甘草、桔梗、黄芩、贝母、麦冬、牛子、栀子、薄荷、紫苏、竹叶)。

3.5 阳气内郁,上热下寒

可仿麻黄升麻汤(《伤寒论》)化裁,笔者曾遇慢性咳嗽(鼻炎引起的本病症)复感外邪出现鼻塞喉疾发热,他医辨为邪热、实热之候,予黄连上清丸泄热,出现咽痛更剧,乃至音哑不能发声,四肢发凉,咳吐黄痰,口渴,大便稀溏等矛盾复杂证候,实属素有喉疾下虚上热体质,新感外邪,误用寒下凉药,不仅动泻,且致阳气被遏,阳郁不达,出现上热下寒之证,因此,选用麻黄发越肺经火郁,升麻生散解毒,使阳郁得伸,邪能外达,音哑、四肢怕冷等症可除。知母、黄芩、玉竹、天冬、石膏、当归、白芍滋阴血、清肺热,则咽痛、口渴、咳吐黄痰可除,桂枝、茯苓、白术、干姜、甘草温中健脾,则泄泻可止。此属本征之变法,临证如遇素禀脾虚患感,或误下致上热下虚、阳郁不达之复杂局面之时,可以斟酌用之。

4 验案举例

陈某,45 岁,2008 年 3 月 12 日初诊,诉患慢

性咳嗽 10 余年,合并有鼻炎史。本次发作已延 3 月,用过消炎药、抗过敏药、含可待因的镇咳药等均效果不显,遂求治于中医。刻下诉咳嗽阵作,咯痰白黏,量不多,鼻塞,时有脓性鼻涕,咽痒,声音嘶哑,有痰滞咽喉感,咯之难出,频作清嗓,口干,便干,舌苔薄黄而干,舌质偏暗,脉细滑。查体:咽部黏膜充血、淋巴滤泡增生。肺部未闻干湿啰音,胸部 X 线无明显异常。鼻咽喉镜检查提示:咽喉部充血,咽部黏膜呈鹅卵石样改变。诊为风痰恋肺、咽喉结痰、郁而化热、肺失宣肃,治宜祛风宣肺、化痰散结、清润利咽,拟方:荆芥 10g,麻黄 3g,杏仁 10g,桔梗 5g,生甘草 6g,射干 12g,僵蚕 10g,浙贝母 10g,牛蒡子 10g,桑叶 10g,桑白皮 12g,蛤壳 20g,炙远志 6g,生姜 5g,7 剂(标准颗粒剂),日服 1 剂,分 2 次用开水冲服,嘱忌食辛辣刺激之物。二诊时诉药服 3 贴,诸症松适,鼻塞、音哑也除,咳嗽明显减轻,7 帖尽服,咳嗽几除,惟诉咽部仍有梗阻感,时欲清嗓,后又复入土牛膝 10g,南沙参 20g,再服 7 剂,诸症渐除。

参考文献:

[1] 赖克方. 慢性咳嗽[M]. 北京:人民卫生出版社,2008. 167—168.
[2] 陆月明,钮善福. 慢性咳嗽诊断与治疗[M]. 上海:第二军医大学出版社,2007. 31.
[3] 吴谦. 御纂医宗金鉴[M]. 北京:人民卫生出版社,1963. 782, 783, 784, 797, 798, 799, 801.

(编辑:范欣生)

TCM Treatment of Upper Airway Cough Syndrome

SHI Suofang (Affiliated Hospital of Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, Jiangsu, 210029, China)

ABSTRACT In this paper, the author puts forward the view that “upper airway cough syndrome” (cough, cough with sputum, nasal obstruction, itchy throat, post nasal drip cold, frequent hawking, adhesion of postpharyngeal mucosa) has marked disease location (nose and throat). Although this disease has different kinds of etiology such as rhinogenous and laryngopharyngeal ones, the common etiology include retention of wind phlegm, throat discomfort and adverse ascending of lung qi. The author brings forward the view that the basic therapeutic measures for the disease are dispelling wind, promoting the dispersing function of the lung, resolving phlegm and relieving the symptoms in the throat. The author also presents some methods in differential diagnosis and treatment.

KEY WORDS upper airway cough syndrome; phlegm syndrome due to wind; post nasal drip cold