

引用:李小娟,刘文会,李杨. 孙增涛治疗上气道咳嗽综合征经验[J]. 湖南中医杂志,2020,36(8):27-29.

孙增涛治疗上气道咳嗽综合征经验

李小娟,刘文会,李 杨

(天津中医药大学第二附属医院,天津,300250)

[摘要] 介绍孙增涛教授治疗上气道咳嗽综合征(UACS)的经验。孙教授认为 UACS 的病因多为外邪侵袭与脏腑内伤;其病位在肺,与脾肾相关;早期病性多实,后期可由实转虚,或虚实夹杂;病机为邪犯肺络,肺失宣降,肺气上逆;临床将本病辨证分为风盛挛急、热壅肺窍、痰气交阻、气虚痰阻、肺阴亏耗五型,分别治以疏风通窍、清热化痰、降逆化痰、健脾化痰、养阴清热诸法,并兼顾利咽通窍,同时辅以针刺疗法、穴位贴敷、耳穴压豆、刮痧、拔罐、砭石疗法等治疗手段,并嘱患者注意预防和调护,临床疗效显著。

[关键词] 上气道咳嗽综合征;辨证论治;中医综合疗法;名医经验;孙增涛

[中图分类号] R256.11 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.08.010

上气道咳嗽综合征(upper airway cough syndrome, UACS)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临床综合征,又称鼻后滴流综合征(postnasal drip syndrome, PNDS)^[1]。UACS 是引起慢性咳嗽的常见病因之一,除了鼻部疾病外,本病的发生可能还与慢性咽喉炎、慢性扁桃体炎等咽喉部疾病有关。故其临床症状除有咳嗽、咳痰外,常伴鼻塞、流涕、咽痒、咽喉部有黏液附着感、鼻后滴流感,或有频繁清嗓动作等。中医古代文献中虽无 UACS 病名的记载,但其相关临床特征可见于“咳嗽”“鼻渊”“喉痹”等病证中。孙增涛教授长期从事中西医结合呼吸系统疾病的临床及科研工作,积累了丰富的临床经验,现将其治疗 UACS 的经验介绍如下。

1 病因病机

孙教授认为 UACS 为肺、鼻、咽同病。肺居于胸中,膈以上,在脏腑之中的位置最高,《灵枢·九针》载:“肺者,五脏六腑之盖也”。肺为娇脏,其性喜润恶燥,不耐寒热,外合皮毛,开窍于鼻,与天气直接相通。六淫外邪侵犯人体,或从口鼻而入,或侵犯皮毛,皆易犯肺而致肺气不利,升降失司,出现咳嗽。《灵枢·五阅五使》曰:“鼻者,肺之官也”,鼻主司嗅觉,鼻的功能,亦赖于肺气的宣发。《素问·五脏别论》载:“故五气入鼻,藏于心肺,心肺有病,而

鼻为之不利也”,故外邪侵袭,鼻窍闭塞,肺失宣降,则出现鼻塞、流涕、嗅觉不利。喉的通气 and 发声也直接受肺气的影响,喉是肺之门户以及呼吸的路径,《素问·六节藏象论》中曰:“五气入鼻,藏于心肺,上使五色修明,音声能彰”,故咽喉受邪,肺气不利,则出现咽痒、声嘶等症。

UACS 的病因可分为外邪侵袭与脏腑内伤。外感六淫之邪,或因吸入烟尘、异味气体,从鼻窍、咽喉侵袭肺脏,鼻窍不利则鼻塞、流涕,咽部经络不通则咽堵咽痒,肺失宣降则咳嗽,日久失治则迁延难愈。亦可见于先天禀赋不足,素体肺气亏虚,或患者素有痰疾,外邪犯肺,引发宿痰,阻滞气道,肺气失宣。脏腑内伤可因嗜烟好酒,过食肥甘,酿湿生痰,痰气搏结于气道,肺气不利,发为咳嗽;痰气交阻,经络不通,气机升降不利,肺脏功能失调,日久则影响其母脏及子脏,导致肺脾气虚、肺肾阴虚。本病病位主脏在肺,与脾肾相关,主要病机为邪犯肺络,肺失宣降,肺气上逆。早期多属实证,涉及风、寒、热、燥、痰邪,后可逐渐由实转虚,或成虚实夹杂之证。

2 辨证论治

孙教授认为,本病的治疗应分清邪正虚实,初期肺实者宜疏风宣肺、利咽通窍为主,兼散寒、清热、润燥;后期邪实正虚,以标实为主者,治以祛邪止咳,以本虚为主者,治以扶正补虚。临床可辨证

分为风盛挛急、热壅肺窍、痰气交阻、气虚痰阻、肺阴亏耗五型论治,并兼顺利咽通窍。

2.1 风盛挛急证 症见咳嗽,咽干咽痒,呛咳阵作,气急,痰少或无痰,鼻塞鼻痒,流清涕,喷嚏时作,遇异味、花粉、冷空气等刺激易诱发或加重,舌淡红、苔薄白,脉弦。病机为风邪袭肺,肺窍不利,肺失宣降,肺气上逆。治宜疏风通窍、宣肺止咳。方用苏黄止咳汤合苍耳子散加减。处方:炙麻黄6 g,蝉蜕10 g,紫苏叶10 g,紫苏子10 g,前胡10 g,五味子10 g,牛蒡子10 g,枇杷叶15 g,地龙15 g,苍耳子10 g,辛夷10 g,白芷10 g。加减:偏于风寒者加荆芥6 g、防风9 g、细辛3 g等以祛风散寒;偏于风热者加薄荷10 g、桑叶10 g、蔓荆子15 g等以疏散风热。

2.2 热壅肺窍证 症见咳嗽频剧,气粗或音哑,喉燥咽痛,咳痰不爽,痰黏或稠黄,口干鼻燥或鼻流黄涕,胸胁胀满,咳时引痛,面赤,或有身热,口渴欲饮,舌红、苔薄黄腻,脉滑数。病机为热邪久郁,损伤肺络,肺失清肃,肺热伤津。治宜清热化痰、肃肺止咳。方用清金化痰汤加减。处方:桑白皮9 g,黄芩9 g,栀子9 g,知母9 g,浙贝母9 g,瓜蒌子9 g,桔梗6 g,橘红9 g,苍耳子10 g,辛夷10 g,石菖蒲10 g。加减:咳甚者,加百部12 g、枇杷叶15 g以清热止咳;咽痛甚者加马勃10 g、青果9 g、射干10 g以清热利咽;肺热甚者加鱼腥草12 g、金荞麦15 g以清泄肺热;痰中带血者加白茅根30 g、藕节9 g以凉血止血。

2.3 痰气交阻证 症见咳嗽,常感痰滞咽喉,如有物阻,咯吐不出,吞咽不下,胸膈满闷,胁痛,咳剧时可有恶心、干呕,舌苔白润,脉弦滑。病机为痰气互结,肺胃气机不畅。治宜行气散结、降逆化痰。方用半夏厚朴汤加减。处方:半夏12 g,厚朴9 g,茯苓12 g,生姜10 g,苏叶6 g,桔梗10 g,浙贝母10 g。加减:气郁甚者加香附10 g、郁金15 g以行气开郁;胁痛明显、气滞血瘀者加川楝子10 g、延胡索10 g、赤芍15 g、桃仁10 g以行气活血;咽痛明显者加玄参10 g、马勃10 g以清热利咽。

2.4 气虚痰阻证 症见咳嗽无力,痰多,色白质稀,于清晨咳痰尤甚,咽有黏痰附着感,鼻流黏涕,少气懒言,易感冒,面白怕风,神疲乏力,纳差,舌苔白腻,脉濡滑。病机为久病伤气,肺脾两虚,痰湿蕴肺,蒙蔽清窍。治宜补肺益气、健脾化痰。方用六

君子汤合苍耳子散加减。处方:党参15 g,茯苓10 g,白术10 g,陈皮10 g,半夏10 g,苍耳子10 g,辛夷10 g,白芷10 g,黄芪15 g,炙甘草6 g。加减:肺虚明显者酌加五味子10 g、麦冬10 g、蛤蚧2条以补肺益肾;寒痰较重、痰黏白如沫且怕冷者加干姜9 g、细辛3 g以温肺化痰;咽堵明显者加厚朴9 g、桔梗10 g以行气化痰。

2.5 肺阴亏耗证 症见干咳,咳声短促,痰少黏白,或痰中见血,口鼻咽干,声音嘶哑,午后潮热,颧红,手足心热,夜寐盗汗,起病缓慢,日渐消瘦,神疲,舌红、少苔,脉细数。病机为久咳耗阴,虚热内灼,肺失滋润,肃降无权。治宜养阴清热、润肺止咳。方用百合固金汤加减。处方:百合12 g,生地黄15 g,熟地黄15 g,玄参10 g,桔梗10 g,当归15 g,川贝母6 g,麦冬10 g,白芍12 g,北沙参9 g,甘草6 g。加减:咳嗽较甚者加紫菀15 g、款冬花10 g、百部15 g以收敛肺气;痰中带血者加牡丹皮15 g、栀子10 g、藕节10 g、白茅根10 g以凉血止血;潮热骨蒸者加银柴胡10 g、青蒿10 g、地骨皮15 g、功劳叶10 g以清虚热;痰黏难咳者加海蛤粉15 g、海浮石15 g、栝楼10 g、黄芩15 g以清热化痰。

3 其他疗法

3.1 针刺疗法 根据病情可选择肺俞、中府、列缺、太渊、天突、合谷、风门、外关、迎香、廉泉、行间、鱼际等穴位进行针刺治疗,实证用泻法,虚证用平补平泻法。

3.2 穴位贴敷 根据病情可辨证使用疏风宣肺、止咳化痰药敷贴胸背部腧穴,选穴:天突、膻中、肺俞、定喘、风门、脾俞等。

3.3 耳穴压豆 选穴:肺、脾、肾上腺、内分泌、内鼻、外鼻、气管、皮质下、咽喉等,用王不留行籽贴压,每次每穴按压30 s,3~5 d更换1次,双耳交替。

3.4 刮痧、拔罐、砭石疗法 用刮痧油涂擦后背膀胱经、督脉,用刮痧板反复刮、擦,以微现红为度,可配合大杼、肺俞、定喘、风门、脾俞等穴位拔罐及砭石热熨治疗。

4 预防和调护

预防的重点在于提高机体卫外功能,增强皮毛腠理御寒抗病能力,尽量避免接触过敏原。患者应适当休息,劳逸结合,注意起居饮食的调护。若有感冒则及时诊治,若久咳自汗,可酌选玉屏风散、四君子汤、生脉饮等服用。

引用:李奕,封继宏. 封继宏运用疏风祛痰固本法治咳嗽变异性哮喘经验[J]. 湖南中医杂志,2020,36(8):29-30.

封继宏运用疏风祛痰固本法 治疗咳嗽变异性哮喘经验

李奕¹,封继宏²

(1. 天津中医药大学,天津,300193;

2. 天津中医药大学第二附属医院,天津,300250)

[摘要] 介绍封继宏副主任医师运用疏风祛痰固本法治咳嗽变异性哮喘(CVA)的经验。封师认为,咳嗽变异性哮喘以咳嗽为唯一或主要临床表现,与肺、肾关系密切,多因感受外邪导致气道挛急而发;病久入络,痰饮阻肺,气机升降失调,迁延难愈;后期正气亏虚,肾不纳气,一遇外邪引动,咳嗽即发。治疗上首当疏风解痉,继之祛痰和络,后期注重固肾纳气,并附验案1则,以资佐证。

[关键词] 咳嗽变异性哮喘;疏风解痉;祛痰和络;固肾纳气;名医经验;封继宏

[中图分类号] R256.12 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.08.011

咳嗽变异性哮喘(cough variant asthma,CVA)是哮喘的一种特殊类型,以咳嗽为唯一或主要临床表现,感冒、冷空气、灰尘及油烟等易诱发或加重咳嗽^[1]。因本病无明显喘息、气促等症状或体征,故临床误诊及漏诊率极高,若治疗不当可致病情加重而发为典型的支气管哮喘。现代医学对CVA的发病机制尚不明确,临床主要针对气道的高反应性、气流受限、慢性炎症治疗,药物以激素和 β_2 受体激

动剂为基础联合白三烯受体拮抗剂、茶碱类、抗组胺类药物等,短期内疗效尚可,但停药后易反复发作,长期应用则效果减退或产生耐药性,部分患者可出现严重的不良反应,如心动过速、肌肉震颤、骨质疏松等^[2]。

CVA在中医学中无对应的疾病,根据其发病特点,应属于“咳嗽”“喘证”“百日咳”等范畴^[3]。封继宏为医学博士、副主任医师、硕士研究生导师,从

基金项目:天津市高等学校创新团队培养计划项目(TD13-5051)

第一作者:李奕,男,2017级硕士研究生,研究方向:中医肺系病的临床研究

通讯作者:封继宏,男,医学博士,副主任医师,硕士研究生导师,研究方向:中医肺系病的临床研究,E-mail:1252500745@163.com

5 典型病案

张某,女,2019年1月初诊。患者2年前于秋冬之际之时因感冒后咳嗽迁延,其后每年秋、冬季咳嗽均会发作,平素恶风、自汗、易感冒。既往有过敏性鼻炎、湿疹病史。此次患者受凉后咳嗽复发,现咳嗽咽堵,夜间尤甚,每遇刺激性异味、冷空气等加重,晨起喉间痰黏难咳,时咳少量白色泡沫黏痰,嚏多流涕,色白质黏,鼻痒鼻塞,胃纳欠佳,无发热、喘憋,夜寐差,便溏。舌淡、苔白,脉细。听诊两肺呼吸音清,查胸部X线片、肺功能、一氧化氮呼气试验均未见明显异常,诊断为上气道咳嗽综合征,证属风邪袭肺、卫表不固,气虚痰阻,治以祛风通窍、益气固表。处方:炙麻黄6g,蝉蜕10g,紫苏叶10g,紫苏子10g,前胡10g,五味子10g,桔梗10g,百部15g,黄芪10g,白术10g,防风6g,苍耳子10g,辛夷10g,白芷6g,炙甘草6g。7剂。二诊:患者咳嗽减轻,鼻塞、喷嚏、流涕症状明显缓解,偶有鼻咽作痒,咽喉不利,胃纳欠佳。原方去苏叶、白芷,加陈皮、法半夏理气健

脾。继用7剂后,患者胃纳正常,时有自汗乏力,易疲劳,予六君子汤合玉屏风散化裁,补益脾肺、益气固表,患者治疗1个月后症状均缓解,咳嗽未再复发。

按语:本案患者存在风盛挛急与气虚痰阻两种病因病机,急则治其标,故先祛风利咽止咳,同时兼顾通窍。方中以炙麻黄、苏叶、防风等祛风宣肺,前胡、桔梗、紫苏子、百部润肺利咽止咳,同时苍耳子散加减用治各种过敏性鼻炎、慢性鼻炎,疗效确切。缓则治其本,二诊时患者咳嗽症状已缓解大半,故增加理气健脾、祛痰通窍药物,恢复脏腑功能。再诊以益气固表、补益脾肺为旨,意在培土生金,虚则补其母,诸药同用,共奏良效。

参考文献

[1] 赖克方. 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. (收稿日期:2019-10-17)