

上气道咳嗽综合征临证思路撷要

陈 星¹ 孙 钢²

(1.南京中医药大学, 江苏南京 210023 ; 2.苏州市中医医院呼吸内科, 江苏苏州 215000)

摘 要 上气道咳嗽综合征是慢性咳嗽的常见病因。问诊在本病的诊断中尤为重要, 既可排除性诊断, 又能明确本病来源。在辨病的基础上辨证论治, 据证灵活用药, 以提高疗效。附验案 2 则以佐证。

关键词 慢性咳嗽; 上气道咳嗽综合征; 问诊; 辨病; 辨证; 中医药疗法

中图分类号 R256.11 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2019) 07-0042-04

上气道咳嗽综合征, 又名鼻后滴漏综合征 (PNDS), 美国胸科协会 (ACCP) 在 2006 年颁布的《咳嗽循证临床实践指南》中指出其为慢性咳嗽的主要原因之一^[1]。我国 2015 年版《咳嗽的诊断与治疗指南》参考了 2006 年美国胸内科医师学会颁布的指南, 既保留了 PNDS 这一名词, 又引入了上气道咳嗽综合征 (UACS) 这一诊断术语, 认为它是引起咳嗽的各种鼻部、咽部疾病的总称。

1 问诊以辨病

目前 UACS 的临床诊断主要依靠问诊结合相关检查, 从而排除其他咳嗽原因而得出诊断, 其中问诊是关键, 患者往往以咳嗽为主诉, 而慢性咳嗽可由几种疾病或诱发因素同时引起, 所以问诊中要仔细询问患者咳嗽出现的时间、节律、加重的时间、音色、与体位的关系、痰的性质与量等, 以缩小诊断范围。UACS 多有上呼吸道感染病史, 白天咳嗽为主, 常伴鼻塞流涕、喷嚏连作、咽喉部不适、咳痰等; 咳嗽变异性哮喘常于季节变换时出现刺激性干咳, 夜间明显; 胃食管反流性咳嗽大多出现在进食后, 日间咳嗽为主。

UACS 患者首次就诊时, 较少提及鼻部、咽喉部症状, 过多关注咳嗽本身, 而鼻道、咽喉解剖部位隐匿, 内科医生缺乏耳鼻喉科医生便捷的检查工具, 因而忽略了鼻咽部位的检查。有些 UACS 患者鼻咽部症状较明显, 但有些患者的鼻咽部症状常隐匿不显, 如慢性副鼻窦炎, 常常导致临床漏诊、误诊, 因此, 对这类患者的详细问诊尤为重要。UACS 患者临床多有变应性鼻炎、鼻窦炎、慢性咽喉炎病史, 症状表现多样。变应性鼻炎表现为季节性鼻痒、打喷嚏、

流水样涕、眼痒等; 鼻-鼻窦炎表现为黏液脓性涕或脓性涕, 可有面痛、牙痛、头痛、嗅觉障碍等; 变应性咽炎以咽痒、阵发性刺激性干咳为主要特征, 非变应性咽炎常有咽痛、咽部异物感或灼烧感; 喉部炎症反应、新生物通常伴有声音嘶哑^[2]。现代医学亦认为, 本病由鼻源性、咽 (喉) 源性等多种疾病引起, 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^[3]。

问诊 UACS 时, 还要重视询问患者的脾胃情况。近年来胃食管反流性咳嗽并不少见, 目前此病诊断依据不明确、大部分医院尚未开展 24 小时食管 pH 监测检查, 因此患者有无暖气反酸、恶心、胃胀痛、胸骨后灼烧感, 既往有无做过胃镜检查、舌苔是否黏腻等, 就对经验性诊断或排除胃食管反流性咳嗽以及是否合并治疗尤为重要。需注意的是, 患者咳嗽的原因可能是单发, 也可能是多重病因的联合作用, 如部分咽喉源性上气道咳嗽综合征患者, 可能同时有胃食管反流病, 只不过胃部症状被掩盖, 表现不明显, 应用利咽之品后疗效较差, 此时肺不是上逆之气本源, 此类咳嗽, 胃气上逆才是本病重要病机, 当使用和胃降逆法, 往往咽喉不适才会明显改善。这实际上属于近年来才被广泛认识的反流性咽喉炎, 是胃食管反流病的食管外表现之一。有临床通过上千例食管胃镜分析发现: 约 65% 的“咽炎”患者, 有胆汁返流性胃炎、食管炎、胃窦炎、胃糜烂、胃十二指肠溃疡、幽门螺杆菌感染等表现, 约 35% 的患者胃镜检查结果无异常, 但其中至少有 30% 的患者有暖气、干呕、反酸、口苦、烧心等慢性胃炎表现, 剩余

少数可能属于咽喉局部病变,如咽喉较大囊肿、血管^[4]。因此,临床上应重视“咽炎”与中医脾胃病变的密切关系,因为脾胃病变与现代医学中的胃、食管等消化器官病变有极大的相似性和重叠性^[4]。另外,缺乏鼻炎、鼻窦炎等病史或上呼吸道症状的“沉默型鼻后滴流综合征”患者,与变应性咳嗽有一定的相似性。

2 治病须辨证

上气道咳嗽综合征这个病名在中医古籍中并无记载,但根据其鼻痒、鼻塞流涕、咳嗽、咽痒痛或异物感等临床症状,可归于中医学“久嗽”“鼻鼽”“鼻渊”“慢喉痹”等范畴。本病病位在肺、鼻、咽喉。肺为娇脏、为五脏六腑之华盖,故最易受病邪侵犯。“风为百病之长”,其他病邪致病往往依赖于风邪,故上呼吸道咳嗽综合征早期多为风邪犯肺。《素问·六节藏象论》云:“肺者,气之本”,肺有节律的呼吸对全身之气的升降出入起着重要调节作用,因邪而失宣肃,临床常表现为咳嗽且以干咳为主。又因肺开窍于鼻,鼻为上气道之始,喉为肺之门户,病邪往往通过鼻部、喉部侵入,所以早期也可见鼻咽不通:鼻痒咽痒、鼻塞、咽异物感。肺失宣肃,津液代谢障碍,病程中可有痰饮内生。日久可化热、瘀血内结,甚则耗气伤阴。

临证常将上呼吸道咳嗽综合征分为以下证型:(1)风邪犯肺型,症见外感后鼻痒,流水样涕,喷嚏连作,或咽痒,干咳无痰,或皮肤瘙痒,舌淡苔薄,脉浮。(2)痰凝气滞型,症见咽部不适,常有清嗓动作,痰黏难咯或咯痰不爽,鼻塞,情志不畅,舌淡、苔白腻,脉弦。(3)痰湿阻滞型,症见痰多易咯,色白质稀,咽部滴流感,舌淡、苔白腻,脉弦或滑。(4)痰热内阻型,症见鼻塞流黄涕,咯痰量多黄稠,咽部灼热,频繁清嗓,咽喉部红肿,舌红、苔黄腻,脉滑数。(5)瘀血阻滞型,症见鼻塞不通,咽干伴刺痛,或咽痒,咳嗽,舌黯淡、边有瘀斑,脉细涩。(6)肺脾气虚型,症见久咳不止,常为阵发性刺激性干咳,咽痒,或伴喷嚏频作,神疲乏力,舌淡、苔薄白,脉弱。(7)阴虚火旺型,症见干咳无痰,或痰少质黏,或痰中带血,声音嘶哑,咽干口燥,烦热盗汗,形体消瘦,舌红少苔,脉细数。

风邪犯肺型临床多见于变应性鼻炎,痰热型多见于副鼻窦炎、咽炎,痰凝气滞型多见妇女,多属于咽喉源性,患者常因心理原因而有意清嗓,若伴有咳嗽,属于习惯性咳嗽、心因性咳嗽。部分UACS咳嗽患者因思虑过度或所思不遂,往往妨碍脾胃运化,加

重咽部痰凝气阻,病情反复不愈,或者该类患者的咽部症状本身就是因情志不遂,脾胃运化失司所致,对于此类咳嗽患者还需注重疏肝解郁,化痰降气,健脾和胃。对部分慢性咽炎患者,用化痰理气利咽药后,若仍自觉咽部不适,排除了胃食管反流性咳嗽,也应加入和胃降逆之品。正如《喉科指掌》云:“咽以纳食,喉以纳气。纳食者,为胃脘,下通于脾,从土化,纳气者,为肺脘,下通于心,从金化。”

3 据证活用药

证是对望闻问切四诊搜集到的临床资料进行综合分析概括而成,是对多变的临床症状的概括总结,这就要求对证选方用药应灵活,随症加减。风邪犯肺型常选用三拗汤(麻黄、杏仁、甘草)合止嗽散(桔梗、甘草、白前、紫菀、荆芥、陈皮、百部)加减以疏风宣肺止咳,因风终岁常在,风邪伤人,无孔不入,临证用药每每加入防风、僵蚕、射干等加强祛风止痒利咽之力,既治标证咳嗽,又祛本因之风。痰凝气滞型,常选用半夏厚朴汤(半夏、厚朴、紫苏、茯苓、生姜)为主,半夏厚朴汤首见于《金匱要略·妇人杂病脉证并治》,用于治疗“妇人咽中如有炙脔”即“梅核气”。梅核气和慢性咽炎病机多为痰气交阻,所以临床也可用于治疗慢性咽炎。文献中运用半夏厚朴汤治疗慢性咽炎疗效显著,如闻克银^[5]治疗慢性咽炎71例,总有效率达92%;祝卫^[6]以半夏厚朴汤为主方进行加减治疗慢性咽炎总有效率达91%;范新霞^[7]治疗慢性咽炎96例,痊愈率67.71%,总有效率92.71%。对于UACS属痰凝气滞型的治疗,临证在半夏厚朴汤的基础上,常还需加白芥子、郁金、射干、僵蚕等以行气散结、化痰利咽,或加柴胡疏肝散理气解郁,或加小柴胡汤和解少阳。痰湿阻滞、肺脾气虚型常选用二陈汤、三子养亲汤、参苓白术散加减,痰多者重用白芥子,咳喘明显时增加苏子用量。“脾为生痰之源”,嗜食肥甘厚味者在健脾化湿基础上加莱菔子消导化痰。痰热内阻型常选用芩芷石膏汤加芦根、桔梗、桑白皮、黄芩、黛蛤散、贝母、瓜蒌等;属虚证气阴两虚者,以益气养阴汤为主化裁,肺气虚者则予玉屏风散合方加减,以大剂量生黄芪、太子参为主补肺养阴,益气固表。

临床治疗也要注意鼻咽部针对性用药。《医学心悟》云:“肺有两窍,一在鼻,一在喉,鼻窍贵开而不闭,喉窍宜闭而不开,今鼻窍不通,则喉窍将启,能无虑乎。”鼻咽部疾病若不及时治疗,病邪入里,肺失宣肃,咳嗽反复。临床常用苍耳子、辛夷、白芷通窍,玄参、藏青果、胖大海利咽。再根据患者的不同

情况,灵活加减。若鼻部症状明显,有恶风、喷嚏连作、流清水样涕者,加入党参、细辛、辛夷等益气祛寒;若遇寒上述症状加重,咳嗽反复、易感冒者,方取麻黄附子细辛汤加减以温阳散寒、宣肺止咳;若有鼻塞流脓性涕、头痛或面部痛、咯痰黄稠者,加入苍耳子散加减(苍耳子、白芷、川芎、薄荷、菊花等)或芎芷石膏汤以疏风通窍止痛,发热不显,有时用黛蛤散取代方中石膏。若咽部症状明显,有咽干、口干、痰黏难咯者,加入南沙参、北沙参、五味子等养阴润肺。五味子性酸而润,沙参甘寒,相须配伍,酸甘化阴。《神农本草经百种录》曰:“肺主气,故肺家之药气胜者为多。但气胜之品必偏于燥,而能滋肺者,又腻滞而不清虚,惟沙参为肺家气分中理血之药,色白体轻,疏通而不燥,润泽而不滞,血阻于肺者,非此不能清也。”有咽部灼热肿痛、咯痰黄稠者,加入赤芍、射干、僵蚕清热利咽化痰。有喉部症状:如声音嘶哑,加入蝉蜕、玉蝴蝶利咽开音。此外,在使用肃肺利咽之品后,效果不显、咳嗽频繁者,往往肺脾同治,加入和胃降逆之药,以旋覆代赭汤和半夏泻心汤合方加减,拟桑旋汤(桑白皮、苏子、桔梗、杏仁、旋覆花、代赭石、制半夏、党参、干姜、大枣、甘草)治疗,培土生金,升降复常,诸症自除。

4 验案举隅

案1.祁某,男,64岁。2017年12月18日初诊。

主诉:咳嗽2月余。患者2月前外感后出现咳嗽,干咳为主,白天明显,无夜咳喘息,时有咯痰,痰白黏少,咽痒口干,无咽痛,时有喷嚏,鼻后滴流感,无发热恶寒,胃纳可,二便调。口服“苏黄止咳胶囊”未见好转。有鼻炎病史,晨起后时有喷嚏连作,流水样涕。当地医院血常规检查、胸片检查均未见异常。两肺听诊:呼吸音粗,未闻及明显干湿性啰音。舌淡、苔薄白,脉细。中医诊断:咳嗽(风邪犯肺);西医诊断:上气道咳嗽综合征。治以祛风宣肺,通窍利咽止咳。处方:

防风10g,辛夷(包)10g,苍耳子10g,炙麻黄5g,桔梗6g,杏仁10g,制半夏10g,化橘红10g,射干10g,炙百部10g,炙紫菀10g,南沙参15g,北沙参15g,僵蚕10g,生甘草5g,炙枇杷叶15g。14剂。水煎服。日1剂,早晚分服。

2017年12月31日复诊:患者诉服药后咳嗽减少,痰白易咯,咽痒口干好转,时有喷嚏,仍有鼻后滴流感,胃脘部嘈杂不适,口苦,无暖气反酸,否认慢性胃炎病史。舌淡苔薄白,脉细弦。处方:苍耳子10g,辛夷10g,白芷10g,桔梗6g,枳壳10g,白芥子10g,射

干10g,白芍15g,佛手10g,柴胡10g,制半夏10g,黄芩15g,干姜6g,大枣10g,党参10g,生甘草5g。14剂。水煎服,日1剂,早晚分服。

2周后三诊:无明显咳嗽咯痰,晨起后打喷嚏、流清水样涕好转,鼻后无明显滴流感,胃脘部不适减轻。继以上方治疗2周。

按:患者首诊时有咳嗽、鼻后滴流感,有鼻炎病史,考虑西医诊断为变应性鼻炎引起的UACS,根据病史症状特征和舌苔脉象,四诊合参,属于中医咳嗽的风邪犯肺型,病机分析为风邪犯肺,肺失宣肃,鼻咽不利,故予疏风宣肺,通窍止咳,以三拗汤合止嗽散合方加减。因外感风邪,卫表不固,去荆芥、陈皮,减轻辛散之力,加僵蚕、防风,祛风之力增强。患者口干提示津液不足,予南沙参、北沙参养阴润肺。患者鼻窍不通、咽痒不适,予苍耳子、辛夷宣通鼻窍,射干利咽。二诊时,患者咳嗽好转,痰易咯出,但鼻部症状仍在,胃脘部不适,口苦,脉弦,分析病机为鼻窍不利、肝胃不和,故用苍耳子散合小柴胡汤加减,以祛风宣窍,疏肝和胃降逆。加入枳壳,加强宽中理气之效,佛手疏理肝气,白芥子、射干降气化痰。诸药合用,则鼻窍通利,肝脾调和。三诊继以上方巩固治疗。

案2.邱某,女,46岁。2017年12月27日初诊。

主诉:咳嗽3月余。患者3月前吹风后出现咳嗽,时有咳痰,痰白黏,白天、夜晚均有咳嗽,无喉间痰鸣,无胸闷气喘,时有鼻塞流涕,无发热。平素季节转换时易发病。至外院查胸片提示:支气管炎。服用咳嗽药水后效果不显。现咳嗽有痰,痰白质稀量多,鼻塞流清涕,有鼻后滴流感,咽痒,口干,时有胸闷,无气喘,胃纳可,二便调。舌淡、苔白腻,脉细滑。听诊两肺呼吸音粗,可闻及散在湿啰音。中医诊断:咳嗽(痰饮伏肺);西医诊断:支气管炎,单纯性鼻炎,上气道咳嗽综合征。处方:

炙麻黄5g,桔梗10g,杏仁10g,制半夏10g,化橘红10g,白芥子10g,苍耳子10g,辛夷(包)10g,射干10g,细辛3g,干姜6g,五味子10g,生甘草10g,黄芩15g,防风10g。7剂。日1剂,早晚分服。

2018年1月3日复诊:患者诉咳嗽咯痰好转,鼻后滴流感减轻,口干胸闷缓解,吹风后时有头痛。故在原方基础上加入川芎10g、白芷10g。7剂。日1剂,早晚分服。

按:患者起初风寒外感,继而邪郁于内,肺失宣肃,水液停聚,痰饮内生。治以宣散风寒,温肺

中医药治疗胆囊切除术后腹泻临证思路摘要

孙改萍 惠建萍 刘海涛
(陕西中医药大学, 陕西咸阳 712000)

摘 要 胆囊切除术后腹泻表现为胆囊切除术后出现大便次数增多、大便不成形和排便不适感,其基本病机为肝胆失疏、湿热蕴肠,病位在肠腑,病本在肝胆,关乎脾胃。治疗以疏肝利胆贯穿始终,清热化湿为基础,涩肠止泻兼行气,佐以健脾和胃。附验案1则以佐证。

关键词 胆囊切除术后;腹泻;肝胆失疏;湿热内蕴;疏肝利胆;清热化湿

中图分类号 R256.34 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2019) 07-0045-03

胆囊切除术后腹泻(Post-cholecystectomy Diarrhoea, PCD)为胆囊炎、胆囊息肉、胆结石患者行胆囊切除术后出现的以大便次数增多、大便不成形、排便不适感等症状为主要表现的并发症^[1]。近年来,随着腹腔镜胆囊切除术等外科技术的成熟及其在临床的广泛应用,PCD的发病率逐渐上升^[2],且成为诱发结肠癌的危险因素之一^[3]。本病程缠绵,难以治愈,严重影响患者的日常生活。PCD可归属于中医学“飧泄”范畴,《阴阳别论》有云:“一阳发病,少气,善咳善泄。”我们以中医理论为指导治疗本病,在临床实践中取得良好疗效,现介绍如下。

化饮。方用三拗汤、二陈汤合苓甘五味姜辛汤加减。麻黄、防风疏散风寒,桔梗升宣肺气,与杏仁合用,肺气宣降如常。干姜、细辛温肺化饮,肺之阳气得复,痰饮易除。辛温发散之品,易耗肺气,患者口干、咯痰量多,津液已伤,故佐以五味子敛肺止咳生津。干姜、细辛、五味子三药合用,散中有收,饮去而不伤正。半夏、化橘红、黄芩燥湿化痰,白芥子温化寒痰,苍耳子、辛夷宣通鼻窍。“同一气道,同一疾病”,患者现鼻窍不通、咽痒不适,恐传咽喉,故加射干消痰利咽。复诊出现风寒头痛,加入川芎、白芷,祛风止痛。

参考文献

- [1] PRATTER M R. Chronic upper airway cough syndrome secondary to rhinosinus diseases (previously referred to as postnasal drip syndrome): ACCP evidence-based clinical practice guidelines[J]. Chest, 2006, 129 (1 Suppl): 63S.

1 病责于肝胆,疏肝利胆贯穿始终

《备急千金要方》云:“胆腑者,主肝也,肝合气于胆。”胆囊储藏和浓缩肝脏分泌的胆汁,胆石症或者胆囊炎患者在行胆囊切除术后出现功能的缺失。一方面,没有胆囊储存胆汁,由肝脏分泌的胆汁直接流入胆总管,进入十二指肠,出现胆汁分泌的无节律性;另一方面,胆汁不能被浓缩,未经浓缩的胆汁不能满足消化脂肪的需求。上述原因导致脂肪消化失度,从而出现腹泻。从中医角度看,此为肝胆气机失常影响大肠传导,发生泄泻,此种泄泻常在遇怒气之后出现,可称之为“气泄证”。PCD病因病机为胆腑切除,肝失调达,气机郁滞,可见胁部胀

- [2] 上气道咳嗽综合征(鼻后滴流综合征)的诊断与治疗[J]. 疑难病杂志, 2010, 9 (9): 725.
- [3] 陆月明, 钮善福. 慢性咳嗽诊断与治疗[M]. 上海: 上海第二军医大学出版社, 2007: 31.
- [4] 李平. 咽喉反流的中医认识及辨证治疗[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2017, 31 (3): 103.
- [5] 闻克银. 半夏厚朴汤治疗慢性咽炎71例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11 (22): 111.
- [6] 祝卫. 古方今用治疗慢性咽炎300例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9 (4): 40.
- [7] 范新霞. 半夏厚朴汤加味治疗慢性咽炎96例[J]. 河南中医, 2012, 32 (11): 1438.

第一作者: 陈星(1993—), 女, 硕士研究生, 中医内科学专业. 1667451281@qq.com

修回日期: 2019-03-06

编辑: 傅如海