

· 中医病案析评 ·

咳嗽变异性哮喘验案 1 例

韦袞政

**【摘要】** 咳嗽变异性哮喘是一种特殊类型的哮喘,咳嗽是其惟一或主要临床表现,无明显喘息、气促等症状或体征。本病案以干咳为主,咽痒则咳,夜咳加重,大便干,舌苔花剥,为肺阴虚风燥证候,应用滋阴清热、宣肺止咳的治法,采用沙参麦冬汤合定喘汤加减,服药 1 个多月,3 年未复发。咳嗽变异性哮喘肺阴虚证候的相关因子是本病的病理基础,本案例提示滋阴清热、宣肺止咳中药可能对肺阴虚相关的多个炎性因子有调理作用。

**【关键词】** 咳嗽变异性哮喘; 阴虚肺燥; 沙参麦冬汤; 定喘汤; 病案

**【中图分类号】** R256.51 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.11.014

1 病历摘要

患者,女,2009 年 1 月 9 日初诊。主诉:反复咳嗽 3 年,加重 1 月。3 年来,干咳少痰,有痰色白粘稠,咽痒则咳,白天、夜晚无定时咳嗽,多阵性发作,几乎每天都有咳嗽,冷风吹、着凉、闻烟雾或刺激性异味则咳嗽发作加重,胸闷夜间加重,口干,咽干,口苦,偶有咽痛,时常鼻塞、流清涕。无喘促、喉间痰鸣。1 年前住院时,行支气管舒张试验结果为阳性。曾诊断为“咳嗽变异性哮喘”,多次门诊或住院中西药联合治疗,治疗(部分时段短期静脉使用糖皮质激素)时症状稍有好转,但不能完全治愈,停药数周后仍旧复发,未使用吸入糖皮质激素剂。近 1 月来,咳嗽加重,干咳无痰,咽痒则咳,夜咳加重,大便干,小便可,在附近诊所予(头孢哌酮、甲波尼龙、氨茶碱等)静脉滴注治疗半月,症状无明显好转,因害怕“激素”治疗的副作用,恐惧漫长的疗程,期望寻求单纯中医药治疗而来诊。望诊:精神不衰,面色如常,呼吸平稳,舌质红,苔白,右边花剥无苔。闻诊:咳声清扬,言语有力。切诊:脉细弱。体温:36.5℃,呼吸:16 次/分,心率:78 次/分,血压:120/60 mmHg,唇无紫绀,咽淡红,双扁桃体无肿大,双肺呼吸音清,双肺未闻干湿罗音,心率 78 次/分,律齐,腹平软,双下肢无水肿。诊断:咳嗽变异性哮喘;中医诊断:咳嗽—阴虚风燥。治则:滋阴清热,宣肺止咳。处方:沙参麦冬汤合定喘汤加减。药物:南沙参 15 g、麦冬 15 g、玉竹 15 g、石斛 15 g、天花粉 30 g、桑白皮 20 g、炙麻黄 10 g、杏仁 10 g、款冬花 15 g、炙紫菀 15 g、蝉蜕 10 g、瓜蒌皮 15 g、玄参 15 g、甘草 6 g。3 剂,日 1 剂,水煎服。

二诊(2009 年 1 月 14 日):咳嗽未减,偶咳黄痰,鼻干,鼻痒,时流清涕,口干,咽干,咽痛,舌质红,苔白,右边花剥无苔,脉细弱。清涕、鼻痒为风邪在表,咽痛、痰黄为痰热于里,守上方加苍耳子 10 g、射干 15 g,以驱邪通窍,清肺利咽。

5 剂,日 1 剂,水煎服。

三诊(2009 年 1 月 23 日):咳嗽减轻,阵发性痉挛样咳嗽偶有发作,痰少色白粘稠,鼻干、口干减轻,无清涕。舌质红,苔白,右边花剥无苔,脉细弱。“风胜则动”,“风气通于肝”,守前方加白芍 15 g,以平肝熄风。7 剂,日 1 剂,水煎服。

四诊(2009 年 1 月 30 日):咳嗽明显减轻,时有胸闷,无咯痰,无鼻干、口干,二便正常。舌质红,苔白,右边花剥无苔,脉细弱。风邪已去,守前方去苍耳子,7 剂,日 1 剂,水煎服。

五诊(2009 年 2 月 13 日):无咳嗽,偶有晨起胸闷,无咯痰,无鼻干、口干,二便正常。舌质淡红,苔白,右边花剥少苔,脉细弱。气机不畅,当以理气,守前方加枳壳 15 g。7 剂,日 1 剂,水煎服。

六诊(2009 年 2 月 27 日):无咳嗽,无胸闷,无其他不适。舌质淡红,舌苔薄白,右边白苔厚薄不均,脉细。提示燥热已去,阴虚已有好转,要使阴虚进一步转佳,须有气的推动,益气滋阴,益气补肺还可固卫气,抗御外邪,守前方加黄芪 30 g、白术 15 g、防风 10 g。7 剂,日 1 剂,水煎服。

七诊(2009 年 3 月 13 日):无咳嗽,无咯痰,无胸闷,无夜间症状等任何不适。舌淡红,舌苔薄白,无花剥苔,脉细。“喘出于肾”,本病失治终会致喘,守前方加补骨脂 15 g、紫石英 30 g。7 剂,日 1 剂,水煎服。

2012 年 06 月 29 日回访,述自己从服药 1 个多月以后,病情十分稳定,3 年来从未有咳嗽发作,亦无流涕、咽痛等感冒现象。

2 分析与讨论

2.1 病症辨治

咳嗽变异性哮喘(cerebrovascular accident, CVA)的诊断标准:(1)反复发作的顽固性咳嗽,常伴有明显的夜间刺激性咳嗽。体检肺部无明显哮鸣音或湿性罗音;(2)有过敏性疾病史或家族过敏史;(3)支气管扩张剂和糖皮质激素治疗有效;(4)支气管舒张试验阳性;(5)支气管激发试验阳性。(6)最大呼气流量(PEF)昼夜变异率>20%;(7)除外其它引

作者单位:650031 昆明,云南省中医医院呼吸科

作者简介:韦袞政(1964-),博士,副主任医师。研究方向:肺系疾病临床研究。E-mail:weigunzheng@qq.com

起咳嗽的疾病和原因<sup>[1,2]</sup>。本病案以咳嗽为主要表现,经常性咳嗽病史 3 年,经支气管舒张实验检查结果为阳虚。可诊断为 CVA。属于中医学“咳嗽”范畴。以干咳为主,夜间加重,口干,咽干,鼻干,大便干,花剥苔。属于阴虚证候。冷风吹、着凉、闻烟雾或刺激性异味则咳嗽加重,属肺气不足。时常咽痒、咽痛、流清涕,有风邪上犯,邪郁化热之征。肺阴亏虚,阴津不足,燥热内生,肺失濡养,宣降失职,通窍不利,故咳嗽少痰,夜间咳重,口干、咽干、鼻干、流涕。肺气阴不足,易被风邪所侵袭,故吹风则咳。针对肺阴虚、内热、风邪进行立法,治以滋阴清热、宣肺止咳。方选沙参麦冬汤合定喘汤加减。沙参麦冬汤重在滋肺阴,生津润燥、清虚火,定喘汤重在宣肺降气止咳。南沙参、麦冬、玉竹、石斛养阴润肺生津;天花粉、玄参养阴清热;桑白皮泻肺止咳;炙麻黄、杏仁、款冬花、炙紫菀宣肺降气止咳;瓜蒌皮化痰止咳;蝉蜕疏风止咳;苍耳子祛风通窍;射干清热利咽。CVA 也有学者称为“风咳”,因为其咳嗽为痉挛性的,有“肝风咳嗽”之状,所以就有“咳嗽从肝论治”之说<sup>[3]</sup>,白芍平抑肝阳,有息肝风咳嗽之效;枳壳理气宽中除满;黄芪、防风、白术补肺气,固营卫;补骨脂、紫石英补肾温肺纳气止咳;甘草调和诸药。本病起于肺阴虚,各种因素引起肺阴亏虚是本病的根本原因,而肺阴虚是本病的基本病理基础。肺阴虚,气无生化之源,则肺气不足,易被外邪侵袭而病情反复发作,逐日加重,治疗时注意补气,气能生津。本病发展最终累及肾气阴不足,故在缓解期的治疗应顾及补肾,扶助先天之本。

## 2.2 难点

2.2.1 诊断难点 CVA 患者以咳嗽为主要表现,间断发作,阵发性加重,干咳为多,痰白,多伴有胸闷,夜间加重,运动后症状显著,咽痒,口干,偶有咽痛,时流清涕,喷嚏。无典型的喉间哮鸣音、喘息症状,与慢性支气管炎的表现相类似。无明显的肺部干性啰音、呼吸急促,只有进行支气管扩张实验或支气管激发试验才能明确诊断,若未能进行此项检查,则限制了 CVA 的诊断,容易漏诊。

2.2.2 治疗难点 CVA 有支气管哮喘的病理特点,病程长,咳嗽反复发作,对咳嗽的一般治疗无效果,没有进行支气管舒张试验则难以明确诊断,治疗较盲目,疗程长,只能控制病情,难以根治。患者依从性差,不按医嘱用药,只在病情加重时短期治疗,难以取得理想的疗效。CVA 的治疗按支气管哮喘的治疗方案治疗,以  $\beta_2$  受体激动剂为主,泛作用的糖皮质激素,以及磷酸二酯酶抑制剂、白三烯受体拮抗剂、M 胆碱受体拮抗剂、H1 受体阻断剂、抗过敏和肥大细胞稳定剂<sup>[4]</sup>。CVA 与支气管哮喘的病理机制大致相同但可能不完全一样,还没有专治 CVA 的针对性药物,有待进一步研究开发。

## 2.3 启示

CVA 以咳嗽为主要表现,属中医学的“咳嗽”范畴,以干咳为多,常夜间加重,属阴虚肺燥证候,阵发性干咳,喉痒,偶有流涕,春季多发,具有风邪的特性。总的来说本病以阴虚、燥热、风邪为特征。治疗以滋阴清热润燥为主,祛风邪为次。本病的终点还是喘息,喘息的发作与肺肾不足有关,故治疗兼以补益肺肾之气阴为再。《灵枢》云“肺主咳”<sup>[5]</sup>,故 CVA 与肺相关,其病位在肺,以阴虚气逆为病机,阴虚是本病证的

物质基础或病理改变后的物质现象,是本病的内在本质;风邪为标,是诱导咳嗽发作的外在因素。肺阴虚的物质基础是其治疗的靶点所在。故治疗以滋阴润燥祛风为原则。当然,个人的体质不一致,兼夹证候的不同,治疗还应辨证施治。现代医学认为,CVA 的病理主要还是支气管痉挛,气管本身改变不大,支气管内膜无明显侵害,细菌性炎变不显著。刺激性、痉挛性咳嗽,与非细菌性炎症刺激反应有关,这些炎性介质是其治疗的靶点所在。目前研究表明,肺阴虚时,血 CD3<sup>+</sup>T 淋巴细胞、CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞、CD8<sup>+</sup>T 淋巴细胞、CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞/CD8<sup>+</sup>T 淋巴细胞均降低。血清免疫球蛋白 G、免疫球蛋白 M、白介素 1 $\beta$ 、白介素 6、白介素 8、肿瘤坏死因子  $\alpha$ 、白介素 1mRNA、肿瘤坏死因子  $\alpha$ mRNA 均明显高。自然杀伤细胞能产生炎性介质血小板激活因子可收缩气道平滑肌,趋化嗜酸性粒细胞浸润<sup>[6-9]</sup>。因为抗感染、抗病毒治疗对本病疗效不佳,故感染不是本病的主要原因,但有非感染性炎症刺激存在,故本病是以非感染性炎症因子与气管、支气管、小支气管平滑肌或粘膜上的咳嗽受体结合,引发咳嗽反射。咳嗽受体有三类,一类是有髓鞘的快适应刺激受体,二类是慢适应牵张受体,三类是 C 纤维末梢受体<sup>[10-11]</sup>。有认为夜间咳嗽与氧自由基增加、肺功能降低、迷走神经张力增高有关<sup>[12]</sup>。本病多于夜间、晨起加重,提示本病阴虚证候可能与迷走神经类受体关系密切。炎性因子肯定不止上述这些,需要进一步去发现。中药是多成分制剂,对多个靶点可能有调理作用,有待进一步研究。

## 参 考 文 献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 咳嗽的诊断与治疗指南(2009)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(6): 407-413.
- [2] 李友林, 晁恩祥, 罗社文. 从疾病本质上认识咳嗽变异性哮喘[J]. 中华中医药杂志, 2006, 21(12): 780-781.
- [3] 林素财, 罗燕. 浅析咳嗽从肝论治[J]. 环球中医药, 2009, 2(2): 141-142.
- [4] 李友林, 符思, 罗社文, 等. 咳嗽变异性哮喘的研究现状与未来走势[J]. 北京中医药大学学报, 2004, 11(3): 11-13.
- [5] 田代华, 刘更生整理. 灵枢经[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 159.
- [6] 申维玺, 孙燕, 张叔人, 等. 白细胞介素-1 等细胞因子与肺阴虚证本质的相关性研究[J]. 中医杂志, 2000, 41(7): 423-425.
- [7] 张四春, 李泽庚, 彭波. 肺气虚证与肺阴虚证对比研究进展. 辽宁中医药大学学报[J], 2009, 11(2): 40-41.
- [8] 李泽庚, 张杰根, 彭波, 等. 肺气虚证和肺阴虚证患者外周血 NK 细胞表达分析[J]. 中医杂志 2005, 46(7): 533-534.
- [9] 杨程, 彭波, 童佳兵, 等. 肺气虚证和肺阴虚证患者细胞因子变化的研究[J]. 中医药临床杂志, 2012, 24(4): 298-299.
- [10] 邓伟吾. 咳嗽的发生机制与临床. 内科理论与实践[J]. 2006, 1(1): 50-53.
- [11] 容朝辉, 沈策. 咳嗽反射机制的研究进展[J]. 国外医学: 呼吸系统分册, 2005, 25(3): 168-171.
- [12] 丁元布. 咳嗽变异性哮喘的治疗体会[J]. 健康大视野·医学分册, 2007, 15(4): 48.

(收稿日期: 2012-10-06)

(本文编辑: 黄凡)