

史锁芳教授辨治上气道咳嗽综合征的经验撷英

曹治山

【摘要】 上气道咳嗽综合征,系慢性咳嗽常见病种之一。史锁芳教授认为本病咳嗽顽固,病机关键在于风痰留伏、咽喉痹阻。并根据鼻后滴漏、频繁清喉的侧重点不同,概括为“鼻源性咳嗽”与“喉源性咳嗽”两大类。前者,以“风痰”留伏于鼻窦为特征,治以疏风化痰、通利鼻窦;后者,以“痰气”痹阻于咽喉为特征,治以行气散结、通利咽喉。病久体虚,咯痰无力者,可按五行之“培土生金”或“金水相生”法适当的扶脾或滋肾。

【关键词】 上气道咳嗽综合征; 史锁芳; 经验撷英; 鼻后滴漏

【中图分类号】 R256.11 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.09.019

史锁芳教授为南京中医药大学博士生导师、中医内科教研室肺病学教研组组长,师从国医大师周仲瑛教授和金陵医派传人李石青老中医,临证、教学、科研近三十载,对上气道咳嗽综合征有自己独到的见解和临床经验,现介绍如下,以飨同道。

1 病机

1.1 风痰留伏,鼻窦不利

上气道咳嗽综合征,旧称鼻后滴漏综合征,中医认为其属久咳、久嗽、顽固性咳嗽等范畴,基本病机为致病因素引起气机紊乱,肺失宣降,肺气上逆,而致咳嗽。文献中记载较多,赵献可《医贯》“肺为清虚之腑,一物不容,毫毛必咳”;《景岳全书·咳嗽》指出“咳证虽多,无非肺病”;《内经·咳论》曰“皮毛者,肺之合也,皮毛先受邪气,邪气以从其合也。其风寒饮食入胃,从肺脉上至于肺则肺寒,肺寒则内外合邪因而咳之,则为肺咳”。史锁芳教授认为,风痰留伏、鼻窦不利是上气道咳嗽综合征的一大重要病机。临证以鼻窦不利,鼻后滴漏为主者,将此类咳嗽归纳为“鼻源性咳嗽”^[1]。与何胜恬、朱佳等^[2-3]所述风邪伏于鼻窦、肺失宣降、“风咳”有相似之处,但此处风邪常留恋不去,必有夙根与之纠缠,与叶天士治风温时思想有异曲同工之妙,叶天士阐述“凡治外感……如有痰浊湿热瘀滞,内外合邪,则病及纠缠难解”,因而强调“孤邪”的必要性。史锁芳教授临床常将治痰和疏风相结合,陈文喜、徐桂萍等^[4-5]也非常重视痰湿内蕴,提倡治疗的关键证素是“肺”和“痰”,上下兼治,肺脾同疗。史锁芳教授认为治痰重在通窍利咽,杜绝病之根源;治风重在解痉止咳,缓解病之标实。治风有助于肺之宣发肃降、通调水道功能恢复,痰浊则易排出;化痰则有利于肺脏疏通,肺之宣发

肃降得复常态,两者相辅相成。

1.2 痰气互结,咽喉痹阻

咽喉痹阻是本病的又一大病机,上气道咳嗽综合征不仅局限鼻部病变,也涉及咽喉等上气道的炎症。史锁芳教授认为^[6],病因于咽喉者,多为风痰蕴结,痹阻不通,类似于“梅核气”“痰核”等病症,症状以咽喉不适,频繁清喉为主者,史锁芳教授将此类咳嗽概括为“喉源性咳嗽”^[1]。李权、熊大经教授等^[7-8]亦认识到,本病有明确的病位层次特征,常常始于鼻窦,次第病及咽喉—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。治疗时应鼻咽兼顾,而不能只治咳不治涕,或只治鼻不治咽。基于本病的病机特点,史锁芳教授提出疏风宣肺、通窍利咽、化痰散结的治疗主张^[9-10],体现了中医整体化治疗的思想,抓住了风痰留伏、咽喉痹阻、肺失宣降的共性病机。临床根据鼻、咽喉病位的侧重、浅深及风(寒)、痰瘀、肺虚的不同,予以灵活加减化裁,采取鼻咽兼顾、重视疏风,尤重痰瘀、病证结合的一体化治疗方案。

2 用药处方经验

2.1 从《金匱》治其痰

《金匱要略》“治痰饮者,当以温药和之”。本病中老年人多见,素有痰湿、形寒怕冷。病轻者,史锁芳教授常拟小青龙法,温宣化饮,一般均可见效;病深者,如鼻后痰声辘辘,非大辛大热不能治其寒痰水湿,史锁芳教授常喜用制附子,临证的难点在于其剂量的把握上,大剂量附子对于阴寒沉痾之证,常有力挽狂澜之效;曾遇到一妇人,病起于产后,咳嗽数月难断,阳虚较甚,寒饮内伏,史锁芳教授予以射干麻黄汤中加制附子,制附子剂量从常规 8 g 逐渐用到 240 g,嘱其久煎煮,经治五候,形寒怕冷逐渐改善,痰饮咳嗽亦随之化解。其次,久病者,常肺病及肾,肾阳亏虚常可痰饮水湿上犯,史锁芳教授治疗慢性鼻后滴漏伴老慢支病史者,常喜用阳和汤,方中鹿角胶、白芥子、肉桂等温暖下焦,效果明显,鹅卵石、补

基金项目: 国家“十一五”科技支撑计划(2007BAI20B085)

作者单位: 210029 南京中医药大学第一临床医学院

作者简介: 曹治山(1988-), 2012 级在读硕士研究生。研究方向: 中医内科呼吸系统。E-mail: 2522548678@qq.com

骨脂、紫石英等亦是常用之品。

2.2 从《内经》治其风

《内经》“风淫于内，治以辛凉，佐以苦，以甘缓之，以酸泻之”。咳嗽、咽痒剧烈者，多为风淫内盛。病于风寒者，史锁芳教授常拟华盖散法，或者三拗汤等，一般均能止咳；病于风热者，或夹有燥邪阴伤者，常拟桑菊饮、桑杏汤等，亦可取效，符合“辛凉之意”，此类方中常伴有杏仁、紫苏、紫苑、桑白皮等，乃兼“佐以苦”之意。临证寒热不显，干咳甚者，可适当佐以甘缓之品，史锁芳教授常用芍药甘草汤，炙甘草、白芍用量常各为 15 g；对于干咳、呛咳，面红火升、舌红者，亦常少量佐以虫类药，常加全蝎 4 g、炙僵蚕 10 g，取其镇痉熄风之义；至于“以酸泻之”乃源于肝木易从风化，痉咳、干咳、脉弦，甚或咳引胁痛者，常需柔肝，史锁芳教授常用柴前梅连煎，尤其方中乌梅一味，《本草崇原》曰“乌梅味酸，得东方之木味。主治下气，除热，烦满”。

其次，病久者又当顾其本，《医约·咳嗽》“咳嗽毋论内外寒热，凡形气病气俱实者，宜散宜清，宜降痰，宜顺气。若形气病气俱虚者，宜补宜调，或补中稍佐发散清火”。本病迁延不愈，常虚实互见、上盛下虚。史锁芳教授指出当权衡邪实和正虚，扶正祛邪，用药当刚柔相济，避免使用全蝎、蜈蚣、僵蚕辛燥之品，常以牛蒡子、桔梗、紫苏、马兜铃、杏仁等柔和质润之品；肺虚咯痰无力，气短者，咳声低下、面色㿔白、舌质淡、脉象弱需补肺者，史锁芳教授常用紫苑汤，或取参苏饮之法益气疏风，同时，需要扶脾。脾为生痰之源，脾与肺为母子之脏，土虚则不能生金，二者关系譬如火炉之与风箱，息息相关，史锁芳教授常用补中益气汤；更需顾肾，肺肾为子母之脏，金水相生，水涸金枯亦咳，史锁芳教授常予以百合固金汤，或以金水六君煎。

2.3 从治标通其窍

本病患者常有鼻痒、鼻塞、打喷嚏或频繁清嗓、咽喉梗阻等不适，治疗时可以适当佐以治标之品。鼻窍不利者，可予辛夷、白芷、葱白等辛温通窍之品；若内火亢盛、鼻流脓涕或黄鼻涕者，可予野荞麦根、鱼腥草、桔梗等。咽喉不利者，史锁芳教授常提倡开泄法，以祛除咽喉之痹阻，常用郁金、香附、射干、瓜蒌、橘皮、法半夏等，尤其喜用射干，药理研究发现，射干含有丰富的异黄酮类、甾类、三萜等类型化合物，具有明显的清热解毒、利咽消痰、散瘀消肿的功效^[11]；若咽喉异物感明显、咽喉阻塞感、舌质紫暗，则多夹瘀，史锁芳教授常用消瘰丸（玄参、生牡蛎、浙贝母）、肿节风、山慈菇、平地木等。

史锁芳教授经临床探索，创立了疏风宣肺化痰利咽方（麻黄 5 g、荆芥 10 g、杏仁 10 g、桔梗 6 g、生甘草 5 g、制僵蚕 10 g、浙贝母 10 g、前胡 10 g、桑白皮 10 g、蛤壳 20 g），其临床报道^[12-13]治疗上气道咳嗽综合征，取得了良好的疗效，咳嗽疗效总有效率为 82.56%，中医证候疗效总有效率为 83.08%。分析其方药组成可见，麻黄、桔梗、僵蚕、辛夷其性辛温，四物合用，使得闭固于鼻窍之风痰从内透出；前胡、杏仁其性苦温偏降，合于浙贝母、蛤壳、甘草使得咽喉之痹阻疏

通，诸药宣肺气而利孔窍。总之，临证处方应以“急则治其标，缓则治其本”为指导，咳嗽顽固、咳嗽声粗、鼻后滴漏较甚时，治以疏风化痰为主，着眼于通利鼻窍和咽喉；病史较久，年龄较大，体质偏弱者，则应以扶正祛邪为主。

3 典型病例

3.1 案 1

患者，男，64 岁。2011 年 5 月 11 日初诊。高年素有痰饮，季节交换易发病，咳嗽气逆痰多，畏寒恶风，迁延难愈。既往有鼻窦炎病史，诉 1 月前受凉后感病情加重，咽痒咳嗽，咯痰黏稠，白中夹黄，夜间平卧时咳嗽易作，鼻后部感分泌物倒流，咽喉不利，黏液附着感，经常清嗓子。无明显胸闷气喘，食纳可，夜寐欠安，二便尚行。舌质暗苔黄，脉细滑。诊断：慢性咳嗽（上气道咳嗽综合征）。中医诊断：咳嗽。辨属风痰留伏，咽喉不利。治以疏风宣肺、化痰利咽。处方：麻黄 5 g、杏仁 10 g、桔梗 6 g、生甘草 5 g、射干 10 g、牛蒡子 10 g、炙僵蚕 10 g、阿胶珠 10 g、桑叶 10 g、桑白皮 10 g、菊花 10 g、炙全蝎 3 g、诃子肉 6 g、蜜远志 6 g、鱼腥草 30 g、蛤壳 30 g。7 剂，水煎服，每天 1 剂。

2011 年 5 月 20 日二诊：患者诉服药 2 剂，咳嗽气逆减轻，7 剂服完能平卧，咽部仍有不适感，舌苔黄干，质暗，脉细，效不更法，原方基础上加薄荷^{后下} 6 g、泽漆 15 g、藏青果 10 g。继服 7 剂后，咳嗽大减，鼻后分泌物减少，偶遇冷风受凉时咽喉仍稍有不舒，胃纳可，苔薄质暗，脉细。在前方基础上加细辛 3 g、绞股蓝 15 g、生甘草改用 9 g，续 14 剂巩固后鼻后滴漏感较前改善。

按 患者是一老年男性，体弱多病，无力驱邪，迁延难愈。结合症状、舌脉不难辨证为风痰留伏，咽喉不利，日久痰饮化热，苔色转黄。史锁芳教授初诊抓住主要的病位—鼻窍，以三拗宣发，射干、牛蒡子、桔梗等祛咽喉痹阻；炙僵蚕、炙全蝎、桑白皮等熄风解痉，同时添涩平苦甘之阿胶珠、诃子肉、蜜远志以免耗伤肺气，诸药合用有攻有补，有散有收，药证相合，病势得解。复诊时效不更法，加以薄荷、泽漆、藏青果等清利咽喉之品，三诊则添细辛、绞股蓝、生甘草等意在固本祛邪、巩固疗效。

3.2 案 2

患者，男，51 岁。2014 年 7 月 2 日初诊。鼻后滴漏病史 2 年余，外院鼻咽镜：未见新生物。咳嗽顽固，鼻后滴漏感，平素体倦乏力，怕风畏寒，鼻涕色白黏，音哑，无明显咽痛、咽痒、咽干。总感鼻后部位不适，食纳乏味，二便尚调，舌苔薄质暗红，脉细弦。诊断：慢性咳嗽（上气道咳嗽综合征）。中医诊断：咳嗽。辨证属肺虚痰凝，治以补肺益气、化痰通窍。处方：党参 30 g、生黄芪 35 g、麦冬 10 g、五味子 10 g、葛根 15 g、升麻 6 g、苍术 10 g、炒白术 10 g、青皮 6 g、陈皮 6 g、法半夏 10 g、茯苓 10 g、桔梗 6 g、白芥子 6 g、麻黄 4 g、肉桂^{后下} 3 g、苦杏仁 10 g、六神曲 10 g、炙甘草 5 g。连续 7 剂，水煎服，每天 1 剂。

2014 年 7 月 9 日二诊，患者诉仍有鼻后滴漏感，鼻涕中

夹杂血丝,仍疲劳乏力,畏寒,余症尚可,舌苔薄,质暗红,脉细,考虑病邪较深,难以顿除,在原方基础上加炮姜 5 g、鹿角胶 9 g、细辛 3 g。继服 7 剂后,咳嗽未作,鼻后滴漏较前减轻,咽喉较前感舒适,鼻涕较前较少,胃纳可,二便调,苔薄质暗红,脉细。在前方基础上加桔梗 6 g、冬瓜仁 15 g、生薏苡仁 20 g、芦根 30 g、肿节风 15 g、蛤壳 30 g,续 14 剂巩固。

按 此病例为一病根顽固,虚实错杂的患者,病势沉痾,肺脾亏虚、寒痰内伏,非温药不能治。史锁芳教授在扶脾的基础上,合以阳和汤之法,散寒通滞,培土生金;患者年迈体弱,病史较长,诸症难以顿除,痰凝之证,需待正气充足,则自可运行无阻,镇守前法,病经二候,患者病势有所逆转,寒饮渐化。三诊时患者病情有所好转,在原方基础上施以千金苇茎汤,兼以桔梗、蛤壳、肿节风之药增强涤痰通窍之力。诸药丝丝入扣,步步为营,故收效满意。

参 考 文 献

- [1] 史锁芳. 上气道咳嗽综合征中医证治探讨[J]. 南京中医药大学学报, 2009, 25(3): 164-166.
- [2] 何胜恬. 祛风通窍汤治疗鼻后滴漏型慢性咳嗽 112 例[J]. 浙江中医杂志, 2007, 42(7): 410.
- [3] 朱佳, 张子明. 慢性咳嗽中医辨治四法[J]. 实用中医内科杂志, 2006, 20(5): 484-485.
- [4] 陈文喜, 洪敏俐, 刘朝辉, 等. 上气道咳嗽综合征中医证素特

点的临床研究[J]. 中国中医急症, 2012, 21(10): 1551-1552.

- [5] 徐桂萍, 侯元婕, 廖陆英, 等. 中药内服外敷治疗上气道咳嗽综合征疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2012, 28(12): 995.
- [6] 史锁芳, 张念志. 上气道咳嗽综合征中医诊治评述[J]. 中国中医药信息杂志, 2009, 16(11): 97-98.
- [7] 李权等. 半夏厚朴汤治疗上气道咳嗽综合征 20 例观察[J]. 浙江中医杂志 2013, 48(10): 722.
- [8] 李思思. 熊大经教授辨治上气道咳嗽综合征的临床经验[J]. 四川中医, 2013, 31(10): 9-10.
- [9] 史锁芳, 张念志. 上气道咳嗽综合征的中医辨治思路探析[J]. 上海中医药杂志, 2011, 45(8): 26-28.
- [10] 史锁芳. 运用整体观念辨治上气道咳嗽综合征探讨[J]. 环球中医药, 2010, 3(6): 445-446.
- [11] 张伟东, 王晓娟, 杨万军, 等. 射干的化学成分研究[J]. 中国医院药学杂志, 2011, 31(6): 435-436.
- [12] 史锁芳, 张念志. 疏风宣肺化痰利咽方为主治疗上气道咳嗽综合征 195 例临床观察[J]. 中医杂志, 2013, 4, 54(7): 576-578.
- [13] 史锁芳, 魏瑜, 王德钧, 等. 疏风宣肺、化痰利咽法治疗上气道咳嗽综合征 52 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2010, 42(12): 30-31.

(收稿日期: 2014-10-18)

(本文编辑: 董历华)