

# 咳嗽变异型哮喘证治

晁 恩 祥\*

(\* 卫生部中日友好医院,北京市朝阳区和平街北口樱花东路,100029)

**摘要** 咳嗽变异型哮喘临床中经常出现认识误区与不正确治疗,特从西医诊断、中医认识及治疗方案等方面进行了阐述。认为咳嗽变异性哮喘症状上并无哮喘,但与哮喘机理有相同点,治疗应与治疗哮喘的方法一致,中药治疗重在疏散风邪,配以润肺止咳。苏黄止咳胶囊是在研究中的有效中成药。

**关键词** 哮喘/中医药疗法

咳嗽变异型哮喘又称咳嗽变异性哮喘,是一种特殊类型的哮喘。该病以咳嗽为主要特点,并不伴有哮喘,属于亚急性或慢性咳嗽。由于人们认识不足,对此类咳嗽存有误区,对该病中医讨论更感不足,有必要深入研究讨论。

## 1 关于咳嗽变异型哮喘误区的认识

1.1 称“咳嗽变异型哮喘”但并无哮喘:该病系主要以咳嗽为主症,同时还可能见到干咳少痰、咽痒、呈剧烈咳嗽,多夜重昼轻等表现,可能由于冷空气,异味刺激而突发或加重,甚至发生呛咳或称痉挛性咳嗽,但并无哮喘发生;由于具有过敏因素及各种原因而气道反应性增高,亦偶有发生哮喘的可能,是与哮喘机理有相同点,因而称为“咳嗽变异性哮喘”,以区别于其他以咳嗽为主要表现的疾病。

1.2 以咳嗽为主但又非感染性支气管炎:该病虽以咳嗽为主要特点,但与一般所说之急、慢性支气管炎、老年性慢性支气管炎并非一致,由于感冒后也会有部分患者发生支气管炎,此病也常见于上呼吸道感染之后,继而发病咳嗽,往往抗炎治疗久久不愈;由于有的患者发病常继发于病毒或支原体感染以后,因此临床上极易与上呼吸道感染混淆,有相当多被误认为是支气管炎。其实它并不属于一般所说的支气管炎,而是一种气道高反应性疾病。

1.3 经常与咽喉性咳嗽混淆:由于该病还有咽喉方面的临床表现,即多伴有咽中痒,痒即引发阵咳,外界冷风、空调风以及异味刺激即诱发咳嗽。临床观察,这类咳嗽病人并无咽痛、咽部充血以及扁桃体红肿,而是一种咽喉及气道部位的不可压制的、很不舒服的痒感,一痒便会使咳嗽突发,无痰或少痰,咽喉有不适感。因而经常被诊断为“咽喉性咳嗽”,其实这也是一种表面的认识,或言误区。

1.4 小儿多见,成年人亦有增加趋势:有些资料认为该病多见于儿童,此说广为医学界所接受。但从对大量患者的诊治观察中认识到,一些诱因,即感染、外因刺激等因素,并非小儿仅有,成年人亦可因上呼吸道感染、病毒、支原体感染以及大气污染等原因而致气道高反应,从而诱发咳嗽变异型哮喘,可以认为,成年人的发病似有增加趋势,病程会更长一些者而非仅有。我们临床过程中遇到的年纪最大者60余岁,但大部分属于中青年患者。病程大都在1个月至2个月以上,也有1年、2年的,病程最长者8年,且反复发作。

1.5 滥用抗生素及一般止咳化痰药:一些患者,不少是继发于上呼吸道感染、肺部感染,但愈后仍然咳嗽,以为是得了急性支气管炎,或误认为慢性支气管炎急性发作,患者、甚至一些医生都热衷于抗生素、祛痰药、镇咳药的应用,甚至较长时间或连续应用口服、静脉输液的抗生素进行治疗,然而疗效则却不够满意;应用祛痰、止咳药,各种止咳糖浆,中成药或西药,仍难以达到满意的效果,这大概就是诊断未明之故。其实以咳嗽为主要症状应用抗生素及祛痰药治疗效果不明显也是咳嗽变异型哮喘的诊断根据之一。我们可以看到内科专著中曾有关于“应用抗生素、止咳祛痰药不效”的记载。

## 2 西医综合诊断与治疗

### 2.1 西医诊断

2.1.1 临床表现:主要表现为刺激性干咳,通常咳嗽比较剧烈,夜间咳嗽为其重要特征。感冒、冷空气、灰尘、油烟等容易诱发或加重咳嗽。

2.1.2 诊断:常规抗感冒、抗感染治疗无效,支气管扩张剂治疗可以有效缓解咳嗽症状,此点可作为诊断和鉴别诊断的依据。肺通气功能和气道高反应性检查是诊断咳嗽变异型哮喘的关键方法。

2.1.3 诊断标准:(1)慢性咳嗽常伴有明显的夜间刺激性咳嗽。(2)支气管激发试验阳性或最大呼气流量(PEF)昼夜变异率 $>20\%$ 。(3)支气管扩张剂、糖皮质激素治疗有效。(4)排除其他原因引起的慢性咳嗽。

2.2 西医鉴别诊断:鼻后滴流综合征(PNDs):是指由于鼻部疾病引起分泌物倒流鼻后和咽喉部,甚至反流入声门或气管,导致以咳嗽为主要表现的综合征。嗜酸

粒细胞性支气管炎(EB):一种以气道嗜酸性粒细胞浸润为特征的非哮喘性支气管炎,是慢性咳嗽的重要原因。胃-食管反流性咳嗽(GERC):因胃酸和其他胃内容物反流进入食管,导致以咳嗽为突出的临床表现。是慢性咳嗽的常见原因。此外还有其它导致慢性咳嗽的病因,如慢性支气管炎、支气管扩张症、变应性咳嗽和感冒后咳嗽等。

2.3 西医治疗:治疗原则与哮喘治疗相同。大多数患者吸入小剂量糖皮质激素加 $\beta$ 受体激动剂即可,很少需要口服糖皮质激素治疗。治疗时间不少于6~8周。

### 3 关于中医对此病的认识

3.1 病名:西医认为咳嗽变异型哮喘属于特殊类型的哮喘,以咳嗽为其特点,笔者认为本病似以风为本,故有“风咳”之状,《诸病源候论》中“风咳”列为诸咳之首,此病虽属哮喘但以咳为主,故名暂为“风咳”。

3.2 临床表现:咳嗽,干咳,少痰,不易咯出;咳嗽时大都表现呛咳、阵咳,咳时很剧烈,难以抑制,所谓呈挛急性、刺激性咳嗽,多于入睡时或晨起时发作较明显,伴有咽痒,痒即促发咳嗽。

3.3 诱因:多有诱因,如感冒、冷空气、油烟、异味、看新报纸、讲话、剧烈运动及物理化学因素等,均可引发或加剧突然性咳嗽。

3.4 过敏史:有家庭史或个人过敏史者易于发作,有的来势迅速剧烈,严重者影响工作、睡眠,有的难以忍受,甚感痛苦。

3.5 病因与病机:分析该病病因可能有体质因素,如个体差异、过敏体质。有的病人伴有过敏性鼻炎、内源、外源性过敏病史。有些病人还会有一些其他原因,如因上呼吸道感染之后或气候变化、冷空气刺激,夏季空调刺激而发急剧咳嗽,伴咽痒。有些病人系继发于病毒感染、支原体感染之后,往往感染虽愈但咳嗽不止,从中医来看,根据其舌、脉等四诊情况分析,即审证求因大多属于风邪、寒邪、燥邪为主。

其病机也是风邪、风寒、风燥为患,咳嗽突然,善行数变,咳时来之匆匆,咳后也可骤止,但反复阵咳及咽中痒感,痒似虫行,又无法抑制,以及过敏因素等,也反应了该病的风邪特点,至于寒邪、燥邪大都伴于风邪出现,因而认为该病似以风邪犯肺,肺气失宣,气道挛急为其主证;笔者认为该病病因虽多以风邪为患,但亦有燥邪、寒、热、血瘀者。燥者咳嗽以干咳少痰或无痰为主;寒者受冷风刺激诱发,且往往有较少量的白痰;虽也有部分属风寒之因,但有的患者尚伴有黄痰,粘稠不易咯出,故又当注意热象。病程过久,常又有气逆、血瘀之象,因而病机的分析还应认真对待。

3.6 抓主证、辨兼证:抓主证很重要,即以咳嗽为中心分析证候,如咳嗽状况可分干咳、呛咳、阵咳、挛急性咳嗽、痒咳、突然咳嗽、咳而少痰、遇诱因而咳嗽的;脉弦、舌苔薄白。辨兼证:(1)有痰热症者见咳嗽、有黄痰或黄白痰,多因风热感冒或风寒感冒引发,脉弦滑或滑数,舌苔薄白、或舌边尖红。(2)兼血瘀证者,多因病发日久,咳嗽、胸痛气急,脉弦细,舌质暗,苔白腻。以上证候虽属少数但亦应注意。(3)兼肺肾气虚者,多发作时间过久,常年不愈,伴气急、动则气短,咳嗽重可致遗尿,脉沉少苔。(4)兼有气逆、气急者当见咳嗽连连,气急不能接续,有气上涌感,胸闷,脉弦,舌苔薄白。

### 4 与中医相关疾病鉴别

4.1 感冒:一般感冒常见有咳嗽、咽痛或发热,周身不适。病程短,通常可随感冒得愈而自行缓解,但也有感冒后咳嗽持续更长时间者。

4.2 慢性咽炎:咽炎,特别是慢性咽炎有时也伴有咳嗽,但咽炎毕竟是炎症,可以看到咽部充血、红肿或扁桃体变化,而咳嗽变异型哮喘并无更多咽痛、咽肿之象。气道反应性检测可鉴别之。

4.3 咳嗽:咳嗽系多种肺系疾病常见的症状,如上呼吸道感染、支气管肺炎,慢性支气管炎均可见咳嗽,但其它咳嗽均伴有其它诊断,特别是可能咯痰、喘息或发热,病史等均与此病咳嗽之特点与过程不同,影像、化验检测可助区别。

4.4 鼻鼾:系指过敏性鼻炎,患者常有过敏史,有晨起、定时或不定时的喷嚏、鼻痒或鼻塞,并不与咳嗽同时并见。

### 5 关于中医药治疗意见

5.1 临床治疗认识:笔者在40余年的肺系病临床中,尤其最近20余年对哮喘以及上呼吸道感染,肺部感染的临床中,观察到有一批患者以咳嗽为主诉来求医看病,其临床表现与一般急、慢性支气管炎不同,也与肺感染咳嗽有别,经不断观察分析及查阅有关资料,逐步对“咳嗽变异型哮喘”的病名有了些认识,加之一批批感冒后患者、肺与支气管感染后的患者,虽感冒、感染、发热已除,但咳嗽、咽痒、呛咳等症状无改变,往往首选抗生素、止咳、祛痰药均收效不明显,久治难愈,甚至发展为慢性咳嗽,阵阵咳嗽,呈挛急性、刺激性咳嗽,因而逐渐探索并深入研究了该病的病因与治法。

5.2 以风为本的认识:笔者认为“咳嗽变异型哮喘”的咳嗽特点为阵咳,突然发作,呛咳,挛急;并表现为咽痒,气道痒感,痒即咳而难以抑制,受风、冷之气及异味刺激诱发等,这些大都体现了中医风邪之突发特性,以及“风善行数变”、“风为百病之长”、“其性轻扬,风盛则

挛急”、“风邪为患可致搔痒”等特点。因而确定了以疏风为主,并针对因风邪而致气道失衡,肺气失宣,气道挛急,有似哮喘的某些表现,如过敏性表现,伴有突发喷嚏,鼻塞,咽痒,气道搔痒感,确定了疏风宣肺、缓急解痉、止咳利咽的主要治法。

5.3 立法及加减变化的思考:其基本立法则以疏风、散风之药,用以疏风宣肺,止咳利咽之药,又有散风脱敏之意;再者就是解除或缓解气道挛急之药物,同时治以润肺止咳等药为其主方,临床观察确感效果明显,如有风邪犯肺属风热者,常见有咽中痒有少许粘痰不易咯出,或合并含有少量黄痰,而加减中加入清肺化痰药。或风邪犯肺,见有寒象者,出现少痰,见冷风咳嗽加重,咽中痒,常加入疏风散寒辛温之品。

临床还常有阴虚肺燥,如伴有咽干、少痰、干咳,或见肠燥便干者,常又加入养阴润燥之品;由于该病常见有干咳少痰或干咳剧烈,咽痒较剧,异味刺激则咳嗽更剧,又常应用缓急收敛之品或敛肺止咳等药。

由于有的患者病程较长咳嗽已久,常又加些活血行瘀之品。当服药后病情缓解好转,尚应继续服用标本兼顾之调补肺肾药,以求扶正固本。

5.4 用药经验:主方:炙麻黄、蝉蜕、紫苏叶、射干、牛蒡子、炙枇杷叶、紫菀等。(1)疏风散风药:荆芥、防风、葛根、炙麻黄、蝉蜕、僵蚕、地龙、全蝎。(2)疏风散寒药:炙麻黄、桂枝、细辛、紫苏叶、白芷。(3)宣肺止咳药:前胡、紫菀、杏仁、炙枇杷叶、款冬花。(4)解痉缓急药:地龙、全蝎、五味子、白芍、紫苏子。(5)疏风利咽药:牛蒡子、蝉蜕、青果、诃子、桔梗。(6)养阴润燥药:麦冬、沙参、炙枇杷叶、火麻仁、梨皮、玄参。(7)清肺化痰药:黄芩、鱼腥草、川贝母、桑白皮、瓜蒌。(8)活血化瘀药:丹参、赤芍。(9)调补肺肾药:太子参、黄精、山茱萸、枸杞子、肉苁蓉、五味子、冬虫夏草。

## 6 新药的研发——苏黄止咳胶囊

6.1 立题目的与依据:该项研究针对感冒后咳嗽及气道反应性敏感之咳嗽人群,此类病患在临床中占有相当比例,我们称之为“风咳”。2004年版《国家基本药物目录》内科(01)咳嗽(0102)中10类66个品种和哮喘(0103)5类8个品种中,无治疗咳嗽变异型哮喘的中成药。咳嗽变异型哮喘,应用疏风宣肺治疗有较好效果,故而进行开发以补充其不足。本课题立项于2001年国家中医药管理局第一批新药开发基金项目,并于2003年申报新药,目前已完成Ⅱ、Ⅲ期临床试验。

6.2 苏黄止咳胶囊的功能:疏风宣肺,解痉止咳。用于风邪犯肺,肺气失宣。见于感冒后咳嗽,咽痒,痒即咳嗽,或呛咳、阵作、气急,遇冷空气、异味等因素突发或

加重,或夜卧晨起咳剧,多呈反复性发作,干咳无痰或少痰,舌苔薄白,脉弦。临床用于感冒后咳嗽,咳嗽反复发作及咳嗽变异型哮喘符合上述证候者。

6.3 苏黄止咳胶囊的药效研究结果:苏黄止咳胶囊的实验研究提示有以下作用:(1)止咳作用:苏黄止咳胶囊显著延长豚鼠的咳嗽潜伏期,减少豚鼠咳嗽次数,改善对氨水喷雾致小鼠咳嗽强度。(2)抗气道炎症和一般炎症的作用:苏黄止咳胶囊可降低卵蛋白致哮喘模型豚鼠支气管、肺灌洗液中白细胞数、嗜酸性粒细胞百分率和减少腹腔肥大细胞脱颗粒;改善支气管、肺组病理变化;并能显著抑制角叉菜胶性大鼠足肿胀;明显减轻巴豆油所致小鼠耳廓水肿。(3)平喘作用:苏黄止咳胶囊显著延长乙酰胆碱与组胺的等量混合液引发的豚鼠抽搐潜伏期,明显降低正常豚鼠气管平滑肌张力,具有平喘作用。(4)祛痰作用:苏黄止咳胶囊不同剂量均可增加小鼠的酚红排出量。(5)免疫作用:苏黄止咳胶囊能明显调节免疫功能低下小鼠网状内皮系统的吞噬功能,表明药物对免疫功能有一定的调节作用。

上述实验研究表明,苏黄止咳胶囊具有明显的止咳、抗炎、缓急、平喘、化痰及免疫调节作用。

6.4 苏黄止咳胶囊的毒性试验——急毒试验:苏黄止咳胶囊以动物能耐受的最大浓度、最大体积的药量一日内连续三次灌胃给予小鼠,共20只,雌雄各半,最大给药量为408.0g生药/kg,相当于临床用量的611.7倍。给药后即刻观察动物反应,并连续观察7天。未发生死亡,动物体重均增加,肉眼观察未见明显毒性反应。

6.5 苏黄止咳胶囊的毒性试验——长毒试验:大鼠分别灌胃给予苏黄止咳胶囊34.0、17.0、8.5g生药/kg/d,(相当于人临床用药剂量的50.0、25.0和12.5倍)连续9周,停药后观察2周。各剂量组大鼠一般情况、进食量、外周血象、10项生化指标、心电图、脏器指数与对照组相比,均无明显差异,主要脏器无明显的病理改变。说明苏黄止咳胶囊中、低剂量无明显毒副反应。

## 7 临床观察

10余年前,我曾指导博士生对咳嗽变异型哮喘病进行课题研究。当时因国内尚无统一的诊断标准,故参考美国咳嗽变异型哮喘的诊断标准,观察157例临床被诊断为该病的患者。随机分为中药组(治疗组)和舒氟美+必可酮气雾剂(对照组),以咳嗽分度标准和气道反应性测定及患者外周血嗜酸性粒细胞(EOS)观察治疗前后的变化。

对临床症状(主要按咳嗽分度标准)、气道反应性、外周血嗜酸粒细胞(EOS)、血清总IgE水平、过敏原等

变化情况进行疗效评价分析,结果显示:治疗组控显率、总有效率分别为72.83%和90%,对照组控显率、总有效率分别为55.38%和87.69%,两组控显率比较有显著差异( $P < 0.05$ );两组间总体疗效变化无显著差异( $P > 0.05$ ),说明两组间综合疗效相当。

治疗前后过敏原实验显示,本药治疗后对多种外源过敏原的敏感性明显降低,与对照组相比有显著性差异( $P < 0.01$ )。这也说明本药不但可以改善咳嗽变异型哮喘患者的症状,而且可以一定程度上改善患者的特应性体质,降低气道高反应和高敏感性。

因此我们得出如下结论,疏风宣肺法治疗咳嗽变

异性哮喘的有效作用在于提高气道对乙酰胆碱的反应阈值,降低气道的高反应性,外周血嗜酸粒细胞EOS显著下降,且下降幅度明显大于对照组。这表明该方具有良好抗变应性炎症和降低气道高反应的综合作用。

### 8 结语

本文从临床实际出发,探讨了咳嗽变异型哮喘的发病、病因、病机、诱因,并探讨、论证了以风为本的理论与临床,研究了中医药治疗的效果,为正确治疗该病提出临床意见,以利于走出防治误区,重新认识咳嗽变异型哮喘的诊治规律。

(2006—09—28 收稿)

## 枳术赭覆汤治疗中风后顽固性呃逆46例

盛 辉\*

(\* 内蒙古奈曼旗人民医院,内蒙古哲里木盟奈曼旗奈曼街,028300)

关键词 呃逆/中医药疗法; @ 枳术赭覆汤

呃逆是中风后常见的临床症状,病因复杂,临床治疗颇为棘手。尤其对中风后顽固性呃逆单用西药疗效不佳。近年来本人以自拟枳术赭复汤加减治疗本病,取得良好效果,现报道如下。

### 1 临床资料

46例中,男28例,女18例,年龄42~76岁。其中脑梗死28例,脑出血14例,蛛网膜下腔出血4例。全部病例均为住院患者,并经头颅CT确诊。中风后出现呃逆的时间为1~7天。

### 2 治疗方法

所有病例均按出血性中风、缺血性中风的相应处理原则进行治疗,常规运用改善脑循环、活化脑细胞药物及对症给予降颅压,抗感染等治疗。呃逆经用胃复安,阿托品口服1~3天无效者,应用本方法。中医治以平肝降逆,理气止呃,活血化瘀。自拟枳术赭复汤:焦白术30g,枳实15g,制半夏15g,赭石30g(先煎),旋覆花20g(包煎),竹茹10g,丁香5g,柿蒂10g,川芎15g,甘草10g,沉香5g。神昏谵语加石菖蒲25g,便秘加生大黄10g,阳亢加天麻15g,钩藤20g(后下),痰热较重加胆南星10g,每日1剂,浓煎取汁150ml,口服或鼻饲,每次75ml,早晚各1次,3天后观察疗效。

### 3 治疗结果

3.1 疗效标准:治愈:3天内呃逆症状消失,无复发;好转:3天内呃逆程度明显减轻,间歇时间延长;无效:3天内呃逆症状无改善。

3.2 治疗结果:46例病例中治愈42例(91.3%),好转

3例(6.5%),无效1例(2.2%)。总有效率97.8%。

### 4 讨论

中医认为,呃逆的病机总由胃气上逆动膈而成,而致病因素则有寒气蕴蓄,气郁痰阻,燥热内盛及气血亏虚等方面。中风后并发呃逆的病机应以中风病机为主,呃逆为其兼症。中风患者兼有肝肾阴虚,燥热内盛,气郁痰阻,肝阳上亢而引动内风上乘肺胃,导致胃气挟痰上逆动膈而引发呃逆。并且,中风患者多兼气虚,气血亏虚,运血无力,血行失畅,瘀血阻脉,筋脉失养而致中风,气虚血瘀则脾胃升降失常,脾气当升不升,胃气当降不降,痰浊阻痹气机,气机失畅,上逆于胃而发呃逆。清·王清任在《医林改错》中亦指出呃逆乃“血瘀血府”所致。

本方中赭石苦寒平肝泄热,镇逆气,降痰浊兼凉血,由以降气血上逆为专长,旋覆花性温通散而能下气,消痰涎,降逆以除呃。两药相配伍,宣降得法,善治肝、胃气逆之呃逆;丁香性温,其气芳香,柿蒂苦涩,降气止呃,二者一升一降,共奏温中散寒、和胃降逆之功;沉香行气止痛,降逆调中,温肾纳气;半夏燥湿化痰,降逆止呕;竹茹甘寒清化热痰,除烦止呕,为“胃虚呕逆之要药”,生姜温中散寒;降香气味辛散,温通行滞;川芎辛香行散,活血行气,祛风止痛,温通血脉,既能活血化瘀,又能行气开瘀,具有通达气血的功效。值得一提的是,方中焦白术、枳实配伍取法《金匱要略》枳术丸方义,行气开郁,健脾调中,对呃逆的治疗功效卓著,对全方而言,可谓点睛之笔。诸药合用,共奏平肝降逆,理气止呃,活血化瘀,标本兼治的功效。

(2006—08—08 收稿)