

基于“肺阳虚”理论探讨上气道咳嗽综合征的治疗

慕青翔¹ 代昭欣² 樊茂蓉³

(1. 北京中医药大学, 北京 100029; 2. 烟台市牟平区中医医院呼吸科, 烟台 261400; 3. 中国中医科学院西苑医院呼吸科, 北京 100091)

【摘要】肺阳虚弱引起的鼻后滴流现象是引发上气道咳嗽综合征的关键病机。根据临床常见上气道咳嗽综合征的不同表现, 将其分为阳虚寒乘、痰湿内盛、瘀血阻滞、胆木刑金等证型, 依据不同证型的病机特点, 从温阳祛风入手, 辅以益气固表、化痰蠲饮、活血化瘀、利胆泻热等治法, 效果显著。

【关键词】肺阳虚; 上气道咳嗽综合征; 鼻后滴流综合征; 慢性咳嗽

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2024.09.020

上气道咳嗽综合征 (upper airway cough syndrome, UACS) 是一种以鼻咽部滴流感、鼻塞鼻痒、喷嚏、咳嗽、咳痰、咽部黏液附着和黏膜鹅卵石样改变等为主要临床特征的肺部疾病。UACS 临床好发于儿童及过敏体质者, 女性多于男性, 是造成慢性咳嗽的主要原因之一^[1]。其发病机制尚未完全明确, 病因复杂多样, 目前的鼻后滴流学说、下呼吸道炎症学说、神经高敏感性学说等能够解释部分发病机制^[2]。多数 UACS 患者临床发病前曾有鼻咽部病史或上呼吸道感染史等, 因迁延不愈引发对上气道的长期刺激。西医临床治疗 UACS 多选用抗组胺药、减充血剂、抗生素或抗真菌药物、激素等, 疗效有限, 难以根治, 且部分患者对药物具有依赖性, 不良反应较为明显^[3]。UACS 虽无完全对应的中医病名, 但根据其症状特点, 可将其归于中医学“顽咳”“鼻鼽”“鼻嚏”“鼻塞”“鼻渊”和“鼻咽咳”等范畴, 其发生与肺鼻功能失调有密切关系。肺居上焦为华盖, 主气而司呼吸, 上连气道与喉咙, 开窍于鼻。《严氏济生方》云: “夫鼻者, 肺之所主, 职司清化, 调适得宜, 则肺脏宣畅。”肺鼻功能的正常发挥又依赖“肺阳”的温养、推动与宣发, 笔者从“肺阳虚”角度, 阐释 UACS 的中医发病机制, 并根据不同证型的临床特点归纳治则治法, 现总结如下。

1 “肺阳虚”的理论基础

1.1 “肺阳”的概念

肺中有阴则有阳, 阴阳的本质是对万事万物对立统一、相反相成的认识。若根据肺的生理功能特性划分其阴阳属性, 则肺中主肃降、收敛之阴气以及主清润之津液为“肺阴”; 肺中主宣发、温煦、推动水液运行之阳气为“肺阳”。肺阳能够卫外固表、温煦机体、疏调气机、助心行血并推动上焦水液的蒸腾气化。

“肺阳”的概念在中医古代文献中虽然甚少被明确提出, 但诸多古籍已经从生理、病理等方面对“肺阳”进行了诸多侧面论述。如《难经》谓肺脏特性曰: “其意乐火, 又行阳道多。”说明了肺之阳对肺的生理功能正常发挥的重要性。肺为华盖, 主气而司卫外, 其性喜温而恶寒, 其功能正常行使依赖于肺阳的温煦、宣发、推动等作用。历代医家在临证时也少有直接涉及“肺阳”之言^[4], 而是多从肺之虚寒诸证或水液代谢障碍等间接论之。如《类经·附翼》曰: “寒嗽虚喘身凉自汗者, 以金脏之阳虚不能保肺也。”又如《景岳全书·咳嗽》云: “凡脉见细弱证见虚寒而咳嗽不已者, 此等咳嗽, 皆不必治嗽, 但补其阳而嗽自止。”

基金项目: 中医药海外援助受援区域新冠肺炎等中医优势病种临床诊治研究项目 (ZZ15-WT-07-02); 中国中医科学院科技創新工程项目 (CI2021A01105)

作者简介: 慕青翔, 女, 26 岁, 硕士研究生。研究方向: 中西医结合防治肺病。

通信作者: 樊茂蓉, E-mail: fanmr1974@qq.com

引用格式: 慕青翔, 代昭欣, 樊茂蓉. 基于“肺阳虚”理论探讨上气道咳嗽综合征的治疗 [J]. 北京中医药, 2024, 43(9): 1057-1060.

1.2 “肺阳”与脾肾阳气关系密切

1.2.1 肺阳与脾阳：脾为后天之本，气血生化之源，肺阳依赖脾阳运化输布水谷精微而得以充养。李杲《脾胃论》曰：“脾胃虚弱，阳气不能生长，是春夏之令不行，五脏之气不生。”说明人体五脏之阳气皆依赖脾的供养，肺阳也不例外。从五行相生的角度来看，土为金之母，脾土生肺金。《张氏医通》云：“脾有生肺之机，肺无扶脾之力，故曰土旺而生金，勿拘拘于保肺。”说明若脾阳不振则土不生金，肺阳无以化生，而肺虚者可以通过培补脾土来充养肺脏。“培土生金”之法，不仅能收补肺之效，且脾土壮则生肺之机生生不息，肺之正气有源，则肺之病易瘥且不易反复。此外，肺阳生理功能正常依赖脾阳的升提之力，《素问·阴阳应象大论篇》曰：“清阳出上窍。”脾为人体气机枢纽，有升清降浊的功能，脾阳能托举清阳之气上行，肺得上呈的清阳之性，能行宣发、清润、温煦之功，而清阳出于肺之上窍——鼻窍，则鼻无病矣。

1.2.2 肺阳与肾阳：肾为先天之本，主封藏，是一身阳气生发的根基，肺阳依赖肾中所封藏之元阳的推动。《景岳全书》曰：“命门为元气之根，为水火之宅。五脏之阴气非此不能滋，五脏之阳气非此不能发。”肾主纳气，肺之阳气虽有温热、宣发、外达的特征，但最终仍须下纳于肾，阳气才能密固，不致造成肺气上逆之患。正如《医原》云：“肺阳下归于肾，得肾之合纳，而阳气乃收藏不越，人之阳降，肺之阳气归于肾，如天之阳气潜藏于地，是即火出于地下也。”

2 “肺阳虚”是UACS的病机

2.1 肺阳虚则虚寒易感

肺主皮毛，肺阳在温煦皮毛、固护肌表等方面有重要作用。肺为娇脏，肺阳虚则无以卫外温煦，腠理开闭失常，机体易受外邪侵扰，发为鼻鼽、喷嚏。《素问玄机原病式·六气为病》云：“鼽者，鼻出清涕也，嚏者，鼻中因痒而气喷作于声也。”阳虚则脏内生寒，寒则津液难以蒸腾气化，如渊出水，汨汨不尽。《诸病源候论》：又云“肺气通于鼻，其脏有冷，冷随气入乘于鼻，故使津液不能自收。”临床上常见表现有畏寒易感，咽痒而咳、阵发性刺激性咳嗽、清水鼻涕、喷嚏，伴皮肤瘙痒，舌淡红，苔薄白，脉浮紧等。

2.2 肺阳虚则生痰化饮

肺为水之上源，主通调水道、下输膀胱，是

人体水液循环代谢的关键环节。肺阳是上焦蒸腾气化作用的重要动力，肺阳虚则气化无力推动，变生痰饮；肺主宣清降浊，肺阳虚则肺的宣发之力减弱，导致气机壅滞，气不流则湿不化，进而造成痰湿愈重；肺阳虚者易外感于寒，寒邪侵肺，则进一步戕害肺阳。《续名医类案》云：“肺易感受寒邪，既病于主气之肺阳，阳气益不得施化，而水中之阳化更微，致湿淫滋患。”湿为阴邪，若肺阳不足则阴气反盛于上，为痰湿生成提供环境。《医学真传》云：“肺为清虚之脏，着不得一毫阴气，今肺之阳不足，故不能制僭上之阴气也。”湿邪性重浊黏滞，也会进一步损害阳气，造成“湿盛阳微”，形成恶性循环。痰饮之邪阻于上气道及鼻窍，则见咳声重浊，痰黏色白，咽部滴流感，鼻塞伴黏白涕，舌淡胖，苔白腻，脉滑等。此外，痰湿停聚壅滞，日久化生痰热之邪。若痰湿郁久化热，则可见咳唾黄痰、鼻涕黄黏，舌红、苔黄腻、脉滑数等。

2.3 肺阳虚易致瘀血内阻

人体血液运行依赖阳气的推动，《医学真传·气血》曰：“气为血帅。”肺朝百脉，能够助心行血，肺中脉络成千上万，肺阳是推动其中血运的关键，若肺阳气虚不能推动血运，导致血停则肺生瘀血；此外，肺阳虚致痰湿内阻日久也易造成瘀血内生^[5]；阳虚生寒，寒气滯涩凝于血脉，久则瘀血内阻。瘀血内阻于上气道的常见临床表现为鼻塞、咽痛咽干、咳声滯涩、痰中可见血丝，舌暗、舌下静脉瘀曲，苔少，脉细涩等。肺阳虚生瘀血，瘀血长久不祛，易致血肉团结不散，最终产生“鼻痔”，即鼻息肉。《仁斋直指方论》曰：“冷气停聚，血脉阴凝，岁月淹延，转加壅结，于是变生息肉。”若鼻窍长期受息肉及其黏性分泌物的刺激，会导致UACS迁延不愈或反复难瘥。

2.4 肺阳虚易致胆热上冲

五运六气理论认为肝胆互为表里均属木，肝为乙木，胆为甲木；肺与大肠互为表里均属金，肺为辛金，大肠为庚金，肺辛金为阴金，能肃降寄于胆中之相火^[6]。若肺阳不足，则肺的宣发肃降之能均无力推动，不能制约胆中相火，使得甲木过亢，少阳三焦气化失常^[7]，胆中相火反逆于上，循经上冲入脑，熏蒸鼻窍，发为鼻渊，造成胆木刑金之变。《类经》云：“胆经之脉起于目锐眦，上抵头角，下耳后曲折布于脑后，故胆移热于脑，则辛颞鼻渊。”胆木刑金的UACS临床表现

为咳嗽,咳痰黄稠、咽部红肿、鼻塞、鼻出黄涕,甚至咳色黄质黏腥臭的脓性痰或咯血,舌红,苔黄腻,脉滑数等症状。

3 从“肺阳虚”论治 UACS

UACS 的中医治法首先强调温补肺阳,临床上不但要重视温补肺之阳气,也可依据“培土生金”“金水相生”等理论来补脾肾之阳从而壮大肺阳;根据不同证型的病机特点,辅以益气固表、化痰蠲饮、活血化痰、利胆泻热等治法。

3.1 阳虚寒乘者——温阳散寒、益气固表

肺阳虚则卫外不固、易生寒饮。《辨证录》云:“兹但流涕而不腥臭,正虚寒之病也……宜用温和之剂,倘概用散而不补,则损伤肺气,而肺金益寒,愈流清涕矣。”临床治宜温阳散寒、益气固表,方选温肺止流丹方加味。温肺止流丹方由清代著名医家陈士铎所创,方中人参、黄芪、炙甘草三药既能温补肺阳,又能补脾土之元气,取培土生金之效;细辛与荆芥辛温,能散寒通窍;桔梗开宣肺气,载药上行,搭配诃子敛肺而止咳,鱼骨脑咸涩能收肺鼻多余之津液,升降、散收搭配,以复肺宣降之机。此处另加白芷以宣通鼻窍,桂枝以温阳化饮,又助肺阳下纳于肾,诸药合用,功能温振肺脾阳气,卫外驱寒固表。李光等^[8]临床观察发现,温肺止流丹能够明显减轻 UACS 患者症状,降低复发率。卢健敏^[9]发现,温肺止流丹浓缩液能降低变应性鼻炎模型大鼠血清 IL-4 的含量、降低鼻黏膜 IL-4 mRNA 表达,从而降低鼻黏膜敏感性,从而减少其黏液的分泌。临床伴见自汗盗汗、短气、便溏者加玉屏风散;咽喉痒感较重、受风敏感而咳者加蝉蜕、木蝴蝶;咳嗽剧烈者加百部、紫菀、款冬花。

3.2 痰湿内盛者——温阳化饮、祛痰止咳

证属痰湿内盛的 UACS,临床应重视肺脾同治,治宜温阳化饮、祛痰止咳,方选姜苓半夏汤加减。姜苓半夏汤是黄元御用以治疗痰湿所致各种疾病的代表方剂^[10],该方由二陈汤化裁,方中茯苓健脾化湿,泽泻泻三焦水湿,半夏燥痰下气利咽止咳,陈皮健脾理气化痰,生姜辛温以散上中二焦寒气,炙甘草温补肺脾,又能调和诸药。另加柴胡、升麻,取流气化湿之意,加黄芪、党参温补脾胃元气以培土生金,少加杜仲、巴戟天、桂枝等,温振肾阳以壮复一身阳气之源。诸药合用,可奏温阳化饮、祛痰止咳之效。咽中异物感明显,咳之不出,咽之不下者可合用半夏厚朴汤;

痰多湿重者,可合用三子养亲汤;鼻塞较重、鼾声如雷者加远志、石菖蒲;痰湿日久化热者,痰热内蕴者加黄芩,以利咽喉、泻肺而清上焦热。

3.3 瘀血阻滞者——温阳活血、化痰止咳

瘀血阻滞于肺鼻之 UACS,因瘀血证型通常病程较长,又常兼痰湿等他邪,故临床应重视肺脾肾三脏同调,温阳活血、化痰止咳,方选通窍活血汤加减。通窍活血汤出自《医林改错》,是王清任专为治疗清窍瘀血创制的方剂。方中川芎、桃仁与红花善活血通络;老葱、生姜辛温通阳;麝香芳香开窍;黄酒化痰通络;红枣甘温补元气,又能缓前药之芳香燥烈。诸药合用,共奏活血化痰、通络开窍之效。加桔梗载药上行;白芷、苍耳子宣通鼻窍;加升麻、羌活等风药运转脾脏机枢,助清阳升发;肉苁蓉、淫羊藿温补肾阳。伴头身疼痛者加白芷、藁本;鼻部麻木不仁、嗅觉异常者为久病入络,可加蜈蚣、僵蚕等入络搜邪;兼痰湿或郁热者,加化痰饮、清郁热之品;瘀血日久生成鼻息肉者,可加三棱、莪术、昆布、海藻等破血逐瘀、软坚散结之品。

3.4 胆木刑金者——利胆泻热、通窍止咳

证属胆木刑金之 UACS,应重视肝胆同调,治宜利胆泻热、通窍止咳,临床常用芎芷石膏汤加减。芎芷石膏汤出自《医宗金鉴》,原用于治疗风热上犯的头目痛,因其通窍泻热之功甚佳,故临床常可加减用于治疗胆热上冲、痰热内阻之鼻渊,亦能获得良好的疗效^[11]。方中川芎性善走窜,能活血利头窍止头痛;白芷辛温,能宣通鼻窍;生石膏甘寒泻热;菊花轻宣上焦浮热;藁本、羌活等利湿化浊止头痛;甘草补益肺脾。另加细辛、干姜温肺益阳,帮助肺脏恢复宣发肃降之力^[12],以制上犯之甲木;加鱼腥草清热排脓散结、青蒿清热利胆;苍耳子、辛夷配合白芷以通鼻窍;桔梗宣肺利气、载药上行。诸药合用,共奏利胆泻热、通窍解毒之功。热象重者加败酱草、天竺黄;咯血者加大小蓟;烦躁易怒者加远志、石菖蒲;大便干结者加瓜蒌皮、决明子。

4 病案举例

患者,男,37岁,2021年3月22日初诊。主诉:咳嗽伴咳痰、流涕10余年,加重1个月。患者平素因工作原因长期接触油烟刺激,饮食不规律,喜食辛辣及冷饮,10余年前出现鼻塞流涕,涕黄而黏,吸入油烟后症状加重,未予特殊治疗,症状逐渐加重,出现鼻后滴流感及刺激性咳嗽,

1 个月前因受凉感冒后出现咳嗽,痰黄黏且量多,鼻后滴流感加重,涕出黄黏如脓,鼻塞严重,不辨香臭,于当地医院就诊。鼻镜检查示:双侧下鼻甲色暗红肿胀,中鼻道及鼻咽部可见大量黄色脓性分泌物。胸部 HRCT 检查示:双肺散在小结节,大者直径 8 mm。予鼻渊通窍颗粒及盐酸萘甲唑林滴鼻液,用药 2 周鼻涕量有所减少,诸症缓解,但停药后症状如前。刻下症见:咳嗽、咳黄黏痰,鼻塞、流黄黏浊鼻涕量多,头痛连及眉棱骨酸痛,鼻中酸痛,嗅觉减退,晨起症状较重,口苦口黏,食欲不振,厌油腻,睡眠时有憋醒,烦躁易怒,眠浅多梦,小便黄,大便质黏,排便不爽,舌红,苔黄厚腻,脉滑数。西医诊断:UACS,鼻窦炎;中医诊断:咳嗽,鼻渊,胆木刑金证。治以温肺祛痰、利胆泻热、通窍止咳,方选芎芷石膏汤加味,方药组成:川芎 20 g,白芷 15 g,生石膏 30 g,杭白菊 20 g,藁本 10 g,羌活 10 g,炙甘草 15 g,细辛 3 g,干姜 10 g,桔梗 10 g,辛夷 10 g,黄芩 20 g,黄连 10 g,天竺黄 20 g,青蒿 15 g,远志 15 g,酸枣仁 20 g。14 剂,水煎,1 剂/d,早晚温服。

2021 年 4 月 5 日二诊:患者咳嗽、咳黄黏痰等症状较前减轻,流黄涕较前量稍减,鼻中酸痛感减轻,头痛及眉棱骨酸痛较前明显减轻,仍有鼻塞及鼻后滴流感,口苦口黏,食欲差,睡眠憋醒次数减少,多梦,小便可,大便黏,时有稀便,舌边红,苔黄腻,脉滑数。初诊方去黄芩、黄连,加首乌藤 15 g、炒白术 20 g、焦三仙各 6 g。14 剂,煎服法同前。

2021 年 4 月 19 日三诊:仍有咳嗽,频率较前减少,咳痰量减,流黄白鼻涕,质黏,量较前明显减少,鼻后滴流感减轻,时有鼻塞,头痛及眉棱骨痛消失,口苦口黏好转,纳眠可,夜间憋醒 1 次,小便可,大便可,舌边红,苔黄,脉滑。以二诊方去藁本、羌活。14 剂,煎服法同前。

2021 年 5 月 5 日四诊:咳嗽消失,偶有少量白黏鼻涕,无鼻塞及鼻后滴流感,自觉头目清利,纳可,眠佳,无憋醒,二便调,舌淡红,黄白薄苔,脉滑细。三诊方去焦三仙、天竺黄、生石膏,另加黄芪 20 g、党参 20 g、白扁豆 20 g、陈皮 10 g。

14 剂,煎服法同前。

2021 年 5 月 20 日五诊:无咳嗽,基本无鼻涕,纳可,眠佳,二便调,舌淡红苔薄白,脉滑。继服上方 14 剂以巩固疗效。

5 小结

综上,UACS 的发生与肺阳虚弱关系密切,以“肺阳虚”为其病机要点,将上气道咳嗽依据临床症状特点分为 4 种常见证型,并从温补肺阳的治疗大法入手,结合温脾肾阳气以助肺阳,辅以益气固表、化痰蠲饮、活血化瘀、利胆泻热等治法,使得阳气复、鼻窍通、肺气宣、邪祛而咳止。

参考文献

- [1] D'URZO A, JUGOVIC P. Chronic cough. Three most common causes[J]. Can Fam Physician, 2002, 48: 1311-1316.
- [2] 余莉,徐怀怀,吕寒静,等.上气道咳嗽综合征的研究新进展[J].中国呼吸与危重监护杂志,2014,13(5):526-530.
- [3] PRATTER MR. 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: 63S-71S.
- [4] 李如辉. 历代文献少论“肺阳”的原因再发现[J]. 河南中医, 1998(3): 12-13, 64.
- [5] 张伟,郭梦倩. 试论“肺为血脏”与活血化瘀法[J]. 吉林中医药, 2012, 32(7): 649-651.
- [6] 黄元御. 四圣心源[M]. 孙治熙校注. 北京:中国中医药出版社, 2009: 14-16.
- [7] 姚兰,李亚军. 从“胆移热于脑”浅述鼻渊[J]. 西部中医药, 2022, 35(9): 69-72.
- [8] 李光,陈昆,王春雨. 温肺止流丹加味治疗上气道咳嗽综合征 40 例[J]. 河南中医, 2011, 31(1): 56.
- [9] 卢健敏. 温肺止流丹对肺气虚变应性鼻炎模型大鼠鼻黏膜组织 IL-4 mRNA 表达和血清 IL-4 的影响[J]. 陕西中医学院学报, 2013, 36(3): 95-96.
- [10] 甘考,刘厚强,蔡彦. 《四圣心源》治咳学术思想探析[J]. 新中医, 2023, 55(14): 220-224.
- [11] 谢伟,陈生,高雪,等. 芎芷石膏汤加减治痰热阻窍型鼻后滴流综合征 32 例[J]. 江西中医药, 2009, 40(4): 56-57.
- [12] 李亚敏,周祯祥,韩林涛,等. 基于网络药理学的细辛-干姜药对作用机制研究[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(3): 726-730.

Treatment of upper airway cough syndrome based on the theory of “lung Yang deficiency”

MU Qingxiang, DAI Zhaoxin, FAN Maorong

(收稿日期: 2023-11-11)