

· 专题笔谈 ·

基于中国《咳嗽的诊断与治疗指南(2015)》
“中医部分”慢性咳嗽病因病机的认识

贾明月 张纾难

咳嗽是呼吸专科门诊和社区门诊患者最常见的症状,在国内专科门诊中,慢性咳嗽患者约占 1/3 以上^[1]。陈如冲等^[2]对广州地区 1 087 名大学生咳嗽的流行病学调查显示大学生咳嗽的患病率接近 11.0%,尤其是慢性咳嗽的患病率达 3.3%。因此,明确慢性咳嗽病因,规范合理诊治,不仅能够避免过度检查,减少抗生素及镇咳药物的滥用,而且很大程度提高了患者的生活质量,减轻了患者的心理负担。为进一步规范我国咳嗽的诊断和治疗,中华医学会呼吸病学分会哮喘学组分别于 2005、2009、2015 年发布了《咳嗽的诊断和治疗指南》(简称《指南》),其中 2015 版指南首次增加了中医中药治疗部分,是对中医中药诊治咳嗽作用的肯定。

《指南》指出慢性咳嗽的发病时间多 >8 周,其病因较多,根据胸部 X 线检查有无异常通常分为两类:一类为肺炎、肺结核、支气管肺癌等 X 线胸片有明确病变者,另一类为以咳嗽为主要或唯一症状且 X 线胸片无明显异常者,即通常所说的慢性咳嗽。西医诊断方面,引起慢性咳嗽疾病有咳嗽变异性哮喘(cough variant asthma, CVA)、上气道咳嗽综合征(upper airway cough syndrome, UACS)、嗜酸粒细胞性支气管炎(eosinophilic bronchitis, EB)、胃食管反流性咳嗽(gastroesophageal reflux-related cough, GERC)、变应性咳嗽(atopic cough, AC)等,这 5 大类疾病约占慢性咳嗽病因的 70%~95%^[1]。由于慢性咳嗽病因复杂,诊断过程中可能需要完善胸部 X 线片、胸部 CT、鼻窦 CT、肺通气功能、支气管激发试验、诱导痰细胞学检查、FeNO 水平检测、变应原皮试和血清 IgE 检查、咳嗽频率监测和 24 h 食管 pH 值-多通道阻抗监测、支气管镜等一系列检查,诊断相对繁琐。治疗过程中亦存在一系列问题,如 CVA、EB、AC 等疾

病吸入糖皮质激素疗程尚无确切依据,且吸入糖皮质激素易导致患者咽部不适、声音嘶哑等不良反应,患者因恐惧激素不良反应导致依从性差。支气管扩张剂虽然能迅速起效,但不能改善预后,部分患者应用白三烯受体调解剂疗效差等,治疗较为棘手。虽然随着指南的不断更新,提高了国内咳嗽的诊治水平,但临床中仍然存在着一系列较难解决的问题。因此,中医中药治疗慢性咳嗽成为必不可少的一部分。

无论中医、西医均强调病史的重要性,通过仔细询问病史能够缩小咳嗽的诊断范围,提供必要的病因诊断线索,甚至得出初步诊断并进行经验性治疗,或根据病史提供的线索选择相关检查,从而能更快地明确诊断。从中医学角度,慢性咳嗽属“久咳”或“顽咳”范畴,其病因可简单概括为以下几点。

1 因“热”致咳

《指南》将继续发于急性呼吸道感染,咳嗽时间 3~8 周,胸部 X 线检查无明显异常者称为感染后咳嗽(post infectious cough, PIC),严格来讲 PIC 归类于亚急性咳嗽,但临床中许多 PIC 迁延不愈,咳嗽时间超过 8 周,为便于病因归类,在此将 PIC 归类于慢性咳嗽一并阐述。PIC 多在发热等急性期症状消失后,以长期或反复应用抗生素治疗后咳嗽仍迁延不愈为特点,以刺激性干咳或咳少量白色黏液痰为主症,从中医学角度,可归纳为因“热”致咳。林琳^[3]认为 PIC 病因病机主要为外邪留恋、正气不足、内外合邪,证候以风邪恋肺、寒饮伏肺、痰热蕴肺、肝火犯肺、肺脾气虚为主。崔红生等^[4]认为 PIC 主要病机为表邪未尽,正虚邪恋,清肃失司,治宜扶正祛邪、标本兼顾。周仲瑛^[5]强调燥邪致病,其性缠绵,燥邪可损伤肺津而致肺络失养,宣降无权而致咳嗽,燥邪除有内外之分,更有温凉之异。

2 因“鼻”致咳

鼻后滴流综合征(postnasal drip syndrome, PNDs)是指由鼻部疾病引起分泌物倒流至鼻后和咽喉部甚至反流入声门或气管,引起以咳嗽为主要表现的综合征。由于无法明确上气道疾病引起的咳嗽是由鼻后滴流直接刺激,还是炎症刺激咳嗽感受器所引起

作者单位:国家呼吸疾病临床研究中心 中日友好医院呼吸中心
中日友好医院中医肺病科(北京 100029)

通讯作者:张纾难, Tel: 010-84205227, E-mail: shunan_zhang2010@qq.com

DOI: 10.7661/j.cjim.201800820.226

的,且鼻后滴流也没有客观标准、分泌物无量化指标,2006 年美国胸科医师协会 (ACCP) 指南将 PNDs 更名为上气道咳嗽综合征 (UACS),并定义为:由鼻及鼻窦病变引起的以咳嗽为主要症状的综合征,伴或不伴 PNDs,咳嗽常超过 8 周,是引起慢性咳嗽最常见的一组疾病^[7]。变应性鼻炎、非过敏性鼻炎、鼻-鼻窦炎均可导致慢性咳嗽,而从中医学病因病机角度,可概括为因“鼻”致咳。肺为娇脏,开窍于鼻,外邪经口鼻而入,肺失宣降则有鼻塞、流涕、咳嗽、咯痰等症;鼻涕下流,反复刺激咽喉,则可出现鼻后部滴流感、咽喉部黏液附着感、咽痒不适、频繁清嗓等^[8]。喻宁芬等^[9]对诊断为 UACS 的 135 例患儿的病因、发病特点及治疗反应进行综合分析,结果显示儿童 UACS 最常见的 3 个病因是慢性鼻炎、鼻窦炎及变应性鼻炎,咳嗽是其主要症状。蔡琪等^[10]在辨治 UACS 过程中将其病因归为卫外不固、风邪犯肺,湿热阻肺,肝郁气滞,肺脾气虚,胃火肾虚,肺肾亏虚,痰瘀互阻 7 大类。潘文超等^[11]对 200 例诊断为 UACS 的患者进行中医证型的观察研究,结果表明 UACS 中医证型分布主要为风痰恋肺证、风痰郁热证、风寒夹湿证、阴虚肺燥证;而变应性鼻炎、慢性鼻窦炎、非变应性鼻炎是 UACS 主要的 3 大病因,分别占 46.0%、25.5%、14.5%。

3 因“胃”致咳

《素问·经脉》云:“肺手太阴之脉,起于中焦,下络大肠,还循胃口,上膈属肺”,明确指出肺胃经络相通。《病因脉治·咳嗽总论·内伤咳嗽》指出:“膏粱积热,酒客浩饮,热气聚于中焦,阳明受热,肺被火刑,则积热咳也”,临床中因“胃”致咳亦不少见。GERC 指因胃酸及其他胃内容物反流入食管,致使以咳嗽为主要表现的临床综合征,是胃食管反流病的一种特殊类型。约 40%~68% 的 GERC 患者可有反酸、烧心、嗝气等典型胃食管反流症状,但也有相当一部分患者以咳嗽为唯一的表现。Rofe MW 和 Alberts WM 认为胃食管反流病引起的咳嗽类似于 CVA,可能有一种“咳嗽变异性胃食管反流”存在^[12]。国外文献报道,GERC 是引起成年人慢性咳嗽的最常见原因之一,约占慢性咳嗽发生率的 10%~40%^[13]。赖克方等^[14]研究发现我国 GERC 发病率约为 11.8%,较欧美发病率低。Irwin RS 等^[15]发现 GERC 多发生在白天和直立位,通常持续时间较长,平均约 13~58 个月,可能有痰或无痰,且近 75% 的 GERC 患者无反酸、烧心等反流症状。中医学认为肺主宣发肃降,实以敛降为主,胃气降则和,以通降下行为顺,肺胃同降,气机相互协调。若中焦气机升降失调,清气不升,浊气不降,胃

气上逆,肺失肃降则发为咳嗽。王月娇等^[16]通过对脾胃功能失调与慢性咳嗽发生发展的关系及对《临证指南医案》中调理脾胃治疗久咳的方药进行综合分析,指出叶天士从脾胃辨治慢性咳嗽大致分为脾气不足者治以益气健脾、阳微卫薄者治以温阳益气、胃阴匮乏者治以甘润益胃、水湿不运者治以运脾化湿、胃热郁火者治以清胃理气 5 个方面。张迪等^[17]认为从“胃”论治咳嗽主要包括两大类,一为寒饮食于胃,表现为咳嗽、咯痰清稀、食欲不佳等虚寒证;一为肝胃不和,表现为咳嗽、烧心、反酸等热证。

4 因“喘”致咳

CVA 是一种特殊类型的哮喘,以咳嗽为其唯一或主要临床表现,无明显喘息、气促等症状或体征,但存在气道高反应性。EB 是 Gibson PG 等^[18]1989 年首先定义的一种疾病诊断,表现为慢性干咳或晨咳少许黏痰,痰嗜酸粒细胞 >3%,肺功能正常,无气道高反应性的证据,峰流速变异率正常,糖皮质激素治疗效果良好。邱忠民^[19]认为 EB 可能是极轻微的哮喘或哮喘的前期表现。AC 表现为变应性非哮喘性慢性干咳,肺功能正常,无气道高反应性的证据,峰流速变异率正常,支气管扩张剂无效,抗组胺药或糖皮质激素治疗效果良好^[20]。有研究显示,EB 和 AC 与哮喘有相关性的重要炎症介质如白三烯等在痰中浓度增高^[21,22]。AC、CVA、EB 在发病机制上与过敏性哮喘有相似之处,如治疗不及时或误诊误治,有发展成哮喘的可能,西医治疗上多以糖皮质激素、抗组胺药、白三烯受体调节剂等为主,从中医学角度,这 3 类慢性咳嗽可归类为因“喘”致咳。晁恩祥^[23]认为这类咳嗽寒热之证不突出,寒热之象较平和,但有急迫、挛急、突发突止的表现,可从“风咳”角度论治,治疗上可予“疏风宣肺、缓急止咳利咽”之法^[24]。

5 因“霾”致咳

环境污染物是诱发或加剧咳嗽的重要因素,近年来大气污染形势严峻,雾霾频发,导致慢性咳嗽、COPD、哮喘、肺癌等多种呼吸系统疾病发病率增加。微颗粒物 2.5 (particulate matter 2.5, PM2.5) 是环境中空气动力学当量直径 $\leq 2.5 \mu\text{m}$ 的大气颗粒物,是雾霾的重要成分^[25]。研究显示,PM2.5 具有粒径小、毒性强、停留时间长、运输距离远等特点,其可直接通过鼻腔逐步沉积于上呼吸道黏膜表面,造成呼吸道上皮细胞损伤,刺激黏膜上皮释放炎性介质^[26]。PM2.5 可通过诱导并加重气道和全身炎症反应、免疫失衡、氧化应激,影响肺泡巨噬细胞吞噬功能,从而导致疾病的发生^[27]。因此,环境因素亦成为慢性咳嗽重

要病因之一,从中医角度,可概括为因“霾”致咳。刘建秋等^[28]认为雾霾致病有“燥”、“浊”、“毒”三者兼有的特点,临床以寒邪闭肺证、风盛挛急证、痰湿蕴肺证最为常见。夏婷婷^[29]认为雾霾伤肺的症状以咳嗽、阵发呛咳、咳白痰或黄痰、痰少、痰黏、难咯为主,临床常见证候为温燥袭肺证、凉燥伤肺证和寒湿阻肺证 3 种。

中医中药对慢性咳嗽的治疗有着悠久的历史和丰富的经验,并逐渐得到现代医学的认可。2015 版《咳嗽的诊断和治疗指南》首次增加了咳嗽治疗的中医中药部分,更是对中医中药疗效的肯定。慢性咳嗽临床表现多样,且缠绵难愈,唯有准确判断病因,把握病机,辨证论治,才能取得确切的临床疗效。本文总结慢性咳嗽发病特点,分类阐述,望能为广大同道提供一定的借鉴。

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(2015)[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(5): 323-340.
- [2] 陈如冲, 赖克方, 刘春丽, 等. 广州地区 1087 名大学生咳嗽的流行病学调查[J]. 中华流行病学杂志, 2006, 27(6): 123-126.
- [3] 林琳. 感染后咳嗽的病因病机和辨治思路[J]. 江苏中医药, 2008, 40(7): 13-14.
- [4] 崔红生, 武维屏. 如何诊治感染后咳嗽[J]. 中医杂志, 2003, 44(1): 72.
- [5] 周仲瑛. 咳嗽辨治要点[J]. 江苏中医药, 2008, 40(7): 6-7.
- [6] 王辛秋, 张洪春, 陈燕. 晁恩祥辨治“风咳”经验介绍[J]. 北京中医药, 2010, 29(9): 667-668.
- [7] 王秋萍, 陈伟李, 泽卿. 上气道咳嗽综合征的病因及诊治[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(6): 405-406.
- [8] 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.
- [9] 喻宁芬, 于力, 翁志媛, 等. 儿童慢性上气道咳嗽综合征病因及诊断方法探讨[J]. 临床和实验医学杂志, 2008, 7(1): 45-46.
- [10] 蔡琪, 孙钢. 上气道咳嗽综合征的中医辨证治疗[J]. 黑龙江中医药, 2015, 44(6): 74-75.
- [11] 潘文超, 赵蓓. 上气道咳嗽综合征 200 例中医证型观察[J]. 中国中医药信息杂志, 2010, 17(6): 22-23.
- [12] Rolfe MW, Alberts WM. The chronic persistent cough[J]. Compr Ther, 1996, 22: 615-621.
- [13] Irwin RS, Madison JM. The diagnosis and treatment of cough[J]. N Engl J Med, 2000, 343: 1715-1721.
- [14] 赖克方, 陈如冲, 刘春丽, 等. 不明原因慢性咳嗽的病因分布及诊断程序的建立[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(2): 96-99.
- [15] Irwin RS, Zawachi JK. Accurately diagnosing and successfully treating chronic cough due to gastroesophageal reflux disease can be difficult[J]. Am J Gastroenterol, 1999, 94: 3095-3098.
- [16] 王月娇, 马健. 叶天士从脾胃辨治慢性咳嗽探析[J]. 北京中医药大学学报, 2016, 39(7): 545-546.
- [17] 张迪, 陈云凤, 任旭斌. 从胃论治慢性咳嗽的探讨[J]. 中医临床研究, 2017, 9(16): 57-58.
- [18] Gibson PG, Denburg J, Dolovich J, et al. Chronic cough: eosinophilic bronchitis without asthma[J]. Lancet, 1989, 1: 1346-1348.
- [19] 邱忠民. 嗜酸粒细胞性支气管炎不是一种独立的疾病[J]. 中国呼吸与危重监护杂志, 2018, 7(6): 414-415.
- [20] 刘春丽, 陈如冲, 罗炜. 变应性可是的临床特征与起到炎症特点[J]. 广东医学, 2013, 34(6): 853-856.
- [21] Gibson PG, Zlatich K, Scott J, et al. Chronic cough resembles asthma with IL-5 and granulocyte-macrophage colony-stimulating factor gene expression in bronchoalveolar cells[J]. J Allergy Clin Immunol, 1998, 101: 320-326.
- [22] Brightling CE, Bradding P, Symon FA, et al. Mast-cell infiltration of airway smooth muscle in asthma[J]. N Engl J Med, 2002, 346(22): 1699-1705.
- [23] 晁恩祥. “风咳”证治探要[J]. 江苏中医药, 2008, 7(40): 7-9.
- [24] 王辛秋, 张洪春, 陈燕. 晁恩祥辨治“风咳”经验介绍[J]. 北京中医药, 2010, 29(9): 667-668.
- [25] Wang C, Tu Y, Yu Z, et al. PM2.5 and cardiovascular diseases in the elderly: an overview[J]. Int J Environ Res Public Health, 2015, 12(7): 8187-8197.
- [26] 青卉, 王向东, 张罗. PM2.5 与呼吸系统疾病的关系[J]. 国际耳鼻咽喉头颈外科杂志, 2016, 5(40): 311-314.
- [27] 于亚歌, 古兴宇, 等. PM2.5 对慢性呼吸系统疾病的影响[J]. 国际呼吸杂志, 2017, 21(37): 1650-1653.
- [28] 刘建秋, 陈雪娇, 李竹英. 雾霾对呼吸系统疾病的影响[J]. 中国中医急症, 2015, 24(6): 1015-1017.
- [29] 夏婷婷. 雾霾伤肺的证候特征及中医药防治的实验研究[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2017.

(收稿: 2018-08-13 在线: 2018-09-03)

责任编辑: 白霞