

骨髓造血功能、抑制炎症、拮抗氧化等作用^[8]。方中芍药甘草汤对中枢性疼痛、外周神经末梢和炎性疼痛能起到很好抑制作用。白芍中的芍药苷解痉镇痛功效显著,白芍水煎剂能抑制急性炎症水肿,还能促进免疫细胞(巨噬细胞和 T 淋巴细胞)的吞噬功能。此外,芍药甘草汤还能减少肿瘤坏死因子、白细胞介素 -6 等炎症介质的释放,改善椎间盘及神经根炎性水肿,延缓病理改变^[9-10]。

旋提手法由中医正骨理筋手法(颈项旋扳法)通过不断改良而形成,符合国际手法学术界公认的 HVLA (High Velocity Low Amplitude) 特征。近年来,颈椎有限元模型及生物力学研究表明,旋提手法符合颈椎耦合运动机制,能改变颈椎曲度、椎间盘压力分布,扩大椎间孔容积,在一定程度上前移椎间盘,松解神经根与纤维环、辐射状韧带等周围组织的粘连,从而达到治疗 CSR 的作用^[11-13]。

综上所述,CSR 为神经根型炎症和机械压迫等多种病因共同所致,单纯应用旋提手法治疗能达到“筋舒骨合,气血以流”的筋骨平衡状态,能一定程度改善颈椎曲度异常,解除神经根机械压迫而缓解病情。在此基础上加用颈椎荣通方能抗炎、镇痛、解痉、抑制炎症介质、调节免疫、促进瘀血吸收,改善神经根缺血、缺氧的炎症状态。两种治疗联合应用,相辅相成,可共同促进神经功能恢复,显著提高疗效,值得临床推广应用。

参考文献

[1]中华外科杂志编辑部.颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识(2018)[J].中华外科杂志,2018,56(6):401-402.
 [2]李亚军,李盛华,宋渊,等.神经根型颈椎病中医证型规范研究[J].西部中医药,2017,30(8):49-53.
 [3]魏茂,于杰,冯敏山,等.神经根型颈椎病非手术疗法循证证据纵览[J].中国中医骨伤科杂志,2017,25(2):66-70.
 [4]国家中医药管理局医政司编.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国中医药出版社,2012.189-190.
 [5]王涛,周理乾,孙孟锡,等.6 种颈椎曲度测量方法的可信度及可重复性比较[J].中国脊柱脊髓杂志,2015,25(4):323-327.
 [6]谢辉,刘军,潘建科,等.基于数据挖掘方法的神经根型颈椎病用药规律研究[J].世界中西医结合杂志,2015,10(6):849-852.
 [7]陈斌,袁普卫,康武林,等.黄芪桂枝五物汤在骨伤科的应用进展[J].中国中医骨伤科杂志,2015,23(5):71-74.
 [8]杨冉冉,刘新,姬蕾,等.鸡血藤质量控制及药理作用研究进展[J].环球中医药,2018,11(11):1833-1838.
 [9]朱广伟,张贵君,汪萌,等.中药芍药甘草汤基原及药效组分和药理作用研究概况[J].中华中医药杂志,2015,30(8):2865-2869.
 [10]吴大伟,何坚.芍药甘草汤对急性期神经根型颈椎病大鼠炎症因子水平的影响[J].亚太传统医药,2018,14(12):9-13.
 [11]黄学成,叶林强,梁德,等.三维有限元模型分析旋转手法中旋转方向对颈椎间盘位移和椎间孔容积的影响[J].中国组织工程研究,2018,22(3):404-408.
 [12]王宇,雷建银,辛浩,等.椎间盘退变颈椎(C₂-C₇)在正常承载与推拿下的有限元分析[J].中国组织工程研究,2020,24(27):4278-4284.
 [13]邢秋娟,赵东峰,戴薇薇,等.颈椎曲度异常对椎间盘应力分布影响的有限元分析[J].临床骨科杂志,2019,22(1):114-117.

(收稿日期: 2020-12-15)

万丽玲教授治疗咽喉源性咳嗽经验浅析*

李德维¹ 曾德传¹ 黄雪梅¹ 丁兆辉² 万丽玲^{2#}

(1 江西中医药大学 2018 级研究生 南昌 330004; 2 江西中医药大学附属医院 南昌 330004)

关键词: 咽喉源性咳嗽; 半夏厚朴汤; 万丽玲教授

中图分类号: R256.11

文献标识码: B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.03.058

咽喉源性咳嗽是因咽喉不适而咳,其病程长、病位固定。西医治疗多给予抗生素、镇咳药物等,不仅疗效欠佳,还会带来诸多副作用,而相对于西医较为固化的治疗手段,中医药多元性、个体化的治疗方式更具优势。咽喉源性咳嗽这一病名自干祖望老先生提出以来,诸多中医临床家前赴后继、不断深入探讨其病因、病机及治疗方案,万丽玲教授作为江西省中医院肺病科主任医师、江西省名中医,从事肺系疾病治疗为近 40 年,临证经验丰富,对该病的认识与治

疗有独到见解,本文就此整理归纳。现报道如下:

1 咽喉源性咳嗽的发展沿革

咽喉源性咳嗽最早于 1985 年由我国著名耳鼻喉专家干祖望先生提出,在中医学疾病分类中应归属于“咳嗽、喉痹”等范畴。其主要症状是咽痒作咳、连声咳,咽喉异物感及频繁清嗓动作,少痰或无痰,病程较长,可达数月或数年,咽喉部乃至肺系而无明显器质性改变^[1]。其分型在当前仍无统一标准,最初在 1989 年出版的由干老主编的《中医喉科学》中仅

* 基金项目:江西省科技厅科研项目应用研究培育计划(编号:20181BBG78069)

通信作者:万丽玲, E-mail: example47560@qq.com

有“浮邪失表”“相火浮越”两型,随后由诸多医家的治疗经验总结逐渐扩展开来:吴拥军教授则抓住其“痒”的特点,认为“风邪犯肺”是其基本病机^[2];栗蕊等^[3]则认为其病机当为心火上炎、损耗肺津,或食积化热、循经上扰咽喉;昌林亚等^[4]认为咽喉源性咳嗽乃脾虚不能运化,以致津液停聚生痰,痰凝咽喉所致;王玉明教授认为“痰、瘀、风、燥”而致内风扰动是其核心病机^[5];苏玉仑老先生认为热邪壅滞、咽喉不利是咽喉源性咳嗽的基本病机,并自创“清咽止咳汤”^[6];青淑元更是独辟蹊径,以“藏窍理论”论治^[7]。总的来说,咽喉源性咳嗽病因、病机不外乎风、热、痰、瘀、虚,以致气血不通,咽喉失养,肺气不利。

2 咽喉源性咳嗽病因病机新探

《素问·阴阳别论》曰:“一阴一阳结,谓之喉痹。”^[8]万丽玲教授通过长期的临床观察,发现咽喉源性咳嗽在临床上主要表现为咽痒作咳、咽中痰滞感、喜清嗓、少痰或无痰、病程较长等,认为这多为风痰搏结于咽喉之证,风为阳,痰为阴,阴阳互结,发为喉痹。《素问·风论》又有“风者百病之长”这一观点,据其症状特征“咽痒而咳”,结合“风胜则挛急”“风胜则痒”等风邪致咳的特点,认为风邪滞窍是其重要病机之一,然则风性善动不居,久滞于咽喉而不变者必合他邪作祟,再据其“咽中异物感,少痰或无痰”等症,可见“痰”亦是致病因素之一,综合其“频繁清嗓、病程长”等症特点,万教授认为,咽喉源性咳嗽乃是风痰搏结、邪滞咽喉,咽喉不利引起的机体保护性反应。

3 治法方药

结合上述病因、病机的论述,万丽玲教授拟“疏风行气,降逆化痰”为咽喉源性咳嗽的主要治法治则,方取半夏厚朴汤加味。半夏厚朴汤为治疗梅核气痰气交阻之名方,首次记载于张仲景《金匮要略·妇人杂病脉证并治第二十二》:“妇人咽中如有炙脔,半夏厚朴汤主之”,原方为半夏 1 升、厚朴 3 两、茯苓 4 两、生姜 5 两、干苏叶 2 两。临证时可酌加行气化痰之品,如桔梗、杏仁、枳壳;疏风行气之品如荆芥、白前、牛蒡子。

4 病案举隅

4.1 案一 田某,女,46岁,2018年9月17日就诊,咳嗽、咳痰8个月,缘由在家中打扫卫生时出现咳嗽,此后咳嗽、咳痰持续,但频率不多,咳痰多为黄黏痰,自认为是“感冒”,自服“感冒药”,效不显,近来感胸闷,今日来诊。见:咳嗽间作,咽中痰滞感作咳,伴咽

中不适,少许咽痒,咳声浅,咳痰黄黏,每天数口,胸闷不畅,稍口干,饮水不多,纳尚可,舌淡红边有齿印,苔薄白,脉弦细,咽稍红,左侧扁桃体 I°,无充血。拟诊为咽喉源性咳嗽-痰气交阻兼有郁热证,治以半夏厚朴汤加味:法夏 10 g,厚朴 10 g,茯苓 15 g,生姜 10 g,苏叶 10 g,桔梗 10 g,杏仁 10 g,鱼腥草 15 g,射干 10 g,枇杷叶 10 g,牛蒡子 10 g,淡豆豉 10 g,通草 6 g,生甘草 6 g,共 9 剂,1 剂/d,分 2 次温服,嘱调饮食,畅情志。二诊:2018年9月29日,诉服药期间,咳嗽频率明显减少,咽痒已除,咽喉不适感减轻,复因食辛辣厚味,又感咽喉不适,咳嗽、咳痰继而稍有增多;舌淡红,苔薄白,脉缓弦细,咽微红。守方去鱼腥草、枇杷叶、牛蒡子、淡豆豉、通草,加枳壳 10 g,百部 10 g,紫菀 10 g,款冬 10 g,赤芍 10 g,再进 10 剂,继嘱其调饮食,畅情志。后因他病来门诊就诊,诉尽服上药咳嗽、咽中痰滞感除。按:《黄帝内经素问》有“五脏六腑皆令人咳”之言,就呼吸道而言,其任何部位的异常均可导致咳嗽。患者咳嗽、咳痰日久,咳痰黄黏,近来胸闷不畅,咽中痰滞感,伴有咽痒作咳、口干,可初步诊为咽喉源性咳嗽-痰气交阻证,再结合其痰黄、咽红,而舌质淡红者,知其里有郁热,再察其痰多而咽痒不甚,可见在此阶段,主要病因是“痰”,风邪尚不甚,故在治疗上主要处于化痰降气为法,佐以利咽、清宣郁热之品,即获佳效,后热邪渐退,此阶段万丽玲教授辨为风痰搏结证,处以半夏厚朴汤加味,遂获佳效。

4.2 案二 万某,女,54岁,2017年3月21日就诊,咽喉痰滞感3月余,经中医治疗1月(温胆汤加减)效不佳。目前,仍感咽喉不适,有痰滞感,不咳,无吞咽困难,一般情况较好,舌淡红苔薄,脉细,咽较红不肿。拟诊慢性咽炎-痰气交阻证,处方:法半夏 10 g,厚朴 10 g,茯苓 15 g,生姜 3 片,苏叶 10 g,赤芍 10 g,桔梗 10 g,射干 10 g,牛蒡子 10 g,桑叶 10 g,木蝴蝶 15 g,甘草 6 g,共 7 剂,1 剂/d,分 2 次温服,嘱调饮食,畅情志。2017年5月16日再次来门诊就诊得知,服上药后诸症基本消失,未再复诊;本诊以“咳嗽 10 余天,伴气短乏力 2 d”为主诉,缘患者 10 余天前因感冒致咳嗽、咳黄痰,自服药后感冒症状消失,咳嗽、咳痰亦减,痰黄转白黏,2 d 前突然出现站立不稳,肢软乏力,双手挛急,历时约十几分钟后逐渐缓解,但感精神差,乏力气短。目前,仍间断咳嗽,咽痒作咳,干咳,咳声浅,咽中痰滞感,伴少许胸闷,时有头晕,气短乏力,思睡又不易入睡,口干不多饮,纳尚

可,舌淡红苔薄,脉细弱,咽稍红。诊为咽喉源性咳嗽-痰气交阻兼肺气虚证,守上方减射干,加白前 10 g,杏仁 10 g,进 7 剂而咳嗽、咳痰愈,后继以中药调理。按:本案初诊时无咳嗽,唯有咽中痰滞感,前医处以温胆汤加减,已获初效,然未抓住其咽喉这一靶点,故治疗 1 个月终是不得断根。万丽玲教授反复教导学生要注意病之靶点、用药之性味归经,诊后处以半夏厚朴汤加味,效显。二诊时患者于感冒后咳嗽,出现咽痒作咳,咽中痰滞感,干咳,咳声浅,口干不多饮,纳欠佳等,《备急千金要方》有如此描述:胸痹-痰气交阻于胸者,“胸中幅幅如满,短气,咳唾引痛,咽塞不利,习习如痒,喉中干燥,时欲呕吐、烦闷”,处以陈皮、枳实、生姜、杏仁之品行胸中痰气,痰气阻于胸中则有短气咳唾而痛,阻于咽喉则可见咽中痰滞、咽中不适作咳等,两者虽病在上焦,然具体靶点不同,症象必然也有所不同。万丽玲教授亦抓住疾病靶点(病位)及病机,处以半夏厚朴汤加味,再获佳效。

4.3 案三 彭某,女,54 岁,2016 年 12 月 6 日初诊,缘患者不慎受凉出现咽痛,鼻塞,鼻中疼痛,鼻息热,耳痒,头痛,咳嗽,咳痰少,不易咳出,胸闷,舌淡红苔薄,脉右浮滑,寸弱,咽不红。拟诊为风寒犯肺证,处方:紫苏叶 10 g,炙麻黄 8 g,杏仁 10 g,甘草 6 g,薄荷 10 g,桔梗 10 g,白前 10 g,辛夷花 15 g,白芷 10 g,川芎 10 g,青皮 10 g,陈皮 10 g,共 5 剂,1 剂/d,分 2 次温服,嘱清淡饮食。2016 年 12 月 13 日复诊:药后鼻塞、头痛、胸闷等症已除,仍有咽中痰滞感,伴少许咳嗽,咳声浅,遇风、言多及闻及油烟等刺激性气味则咳嗽增,咽痒不甚,无咳痰,鼻涕较多,色白质较稠,舌淡红苔薄白,脉略滑。处方:法夏 10 g,厚朴 10 g,茯苓 15 g,生姜 3 片,苏叶 10 g,桔梗 10 g,枳壳 10 g,辛夷花 15 g,白芷 10 g,苍耳子 10 g,进 7 剂而愈。按:患者病初出现咽痛、鼻塞、头痛、咳嗽、胸闷等症状,再结合其鼻息热、咽不红而知其乃风寒犯肺之症,气机郁闭且兼有少许郁热,治以三拗汤加味,佐以解表通窍之品,初获疗效。二诊时患者鼻塞、头痛、胸闷等症已除,仍有咽中痰滞感、咽痒作咳,遇风、言多及闻及油烟等刺激性气味则咳嗽增,《诸病源候论·咳嗽病诸侯》有论“风咳”为“欲语因咳,言不得竟是也”,故万教授结合其症象分析病机认为,此为风寒之邪由里出表的过程,暂结咽喉,佳兆也,处以半夏厚朴汤加味。同时,此亦蕴含洪广祥老先生“肺鼻同治”之思想^[9],而变化为“咽鼻同治”,双向调节。

5 讨论

黄元御《四圣心源》谓:“咽喉者,阴阳升降之路也。咽为六腑之通衢,喉为五脏之总门……而总之咽通六腑而胃为之主,喉通五脏而肺为之宗”,知咽喉者,乃肺胃之门户也,咽喉之地受邪,肺胃气机不利,发于肺则咳嗽生。而半夏厚朴汤的靶点正在咽喉,黄元御谓:半夏有“下冲逆而除咳嗽,降浊阴而止呕吐,开胸膈胀塞,消咽喉肿痛”之功,可运输脾精;生姜解表温肺胃、亦化饮,黄谓之可“降逆止呕,泻满开郁,入肺胃而驱浊,走肝脾而行滞”;茯苓淡渗利湿,《神农本草经》云“主胸胁逆气,寒热烦满,咳逆,利小便”;厚朴下气宽中,《长沙药解》云:“降冲逆而止咳,破壅阻而定喘,善止疼痛,最消胀满”;紫苏叶味辛,具芳香味,可开郁解表,《玉楸药解》谓之为温肺降逆,止喘定嗽之功。纵观其药物组成及功用,知此方不失为降逆化痰止咳之良方。且方中苏叶、生姜均为散寒之良药,万教授认为,此方本具疏风散寒之力,对于风邪滞于咽喉、风痰搏结于咽喉之咳嗽有立竿见影之效,正符合咽喉源性咳嗽的病机特点。

上述案例提示,在临证中,医者应善于把握病因偏重、病位浅深、病机变化,有针对性地施治,方能药到病除。《黄帝内经素问·异法方宜论篇第十二》曰:“圣人杂合以治,各得其所宜,故治所以异而病皆愈者,得病之情,知治之大体也。”万丽玲教授于临证中善抓病因、病位、病机,谙熟方义,用半夏厚朴汤加味治疗咽喉源性咳嗽,不仅扩大了半夏厚朴汤的运用范围,同时也丰富了咽喉源性咳嗽的治疗方案,为促进咽喉源性咳嗽的治疗研究提供了新思路。

参考文献

- [1]杜雪源.咽喉源性咳嗽病因病机与脾胃的关系[D].郑州:河南中医药大学,2015.7-9.
- [2]薛珊珊,吴拥军.吴拥军教授从风论治喉源性咳嗽经验浅析[J].四川中医,2017,35(12):9-11.
- [3]栗蕊,王秀莲.喉源性咳嗽的病因病机及与脏腑关系[J].长春中医药大学学报,2012,28(5):826-827.
- [4]昌林亚,孙麦青.六君子汤加减治疗脾气虚弱型喉源性咳嗽的疗效观察[J].中医药通报,2017,16(1):52-54.
- [5]鲍和萍,王玉明.王玉明教授治疗喉源性咳嗽经验[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(52):186,188.
- [6]李彬.苏玉仑治疗喉源性咳嗽经验总结[J].内蒙古中医药,2016,35(7):39.
- [7]青淑元.以“藏窍理论”探讨喉源性咳嗽[J].中医耳鼻喉科学研究,2016,15(2):41-42.
- [8]清·高士宗著.黄帝素问直解[M].北京:科学技术文献出版社,1980.
- [9]余靖.中国现代百名中医临床家:洪广祥[M].北京:中国中医药出版社,2007.15-17.

(收稿日期:2020-10-30)