

# 孙钢诊治胃食管反流性咳嗽经验介绍

施玲玲<sup>1</sup> 指导：孙钢<sup>2</sup>

1. 南京中医药大学, 江苏 南京 210029; 2. 苏州市中医医院, 江苏 苏州 215003

[关键词] 慢性咳嗽; 胃食管反流性咳嗽(GERC); 和胃降逆; 肺胃同治; 经验介绍

[中图分类号] R571; R249.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2019) 04-0294-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.04.091

胃食管反流性咳嗽(GERC)是胃食管反流病(GERD)的一种特殊类型,是因胃酸和其他胃内容物反流进入食管,导致以咳嗽为主要表现的临床综合征。GERC是成人慢性咳嗽的常见原因之一,约占慢性咳嗽病因的5%~41%<sup>[1]</sup>。目前西医治疗GERC主要是应用质子泵抑制剂(PPI)或H<sub>2</sub>受体拮抗剂或促胃动力药,可使70%以上患者咳嗽缓解,但疗程较长,一般2~4周才有效果,无消化道症状的GERC可能需要2~3个月才起效<sup>[2]</sup>。同时PPI治疗存在低镁、骨质疏松、肠道感染、致胃息肉、诱发痛风性关节炎急性发作、诱发急性间质性肾炎、降低氯吡格雷抗血小板活性等不良反应用<sup>[3]</sup>。GERC无明确中医病名,目前主要归于内伤咳嗽、胃咳范畴。《景岳全书·咳嗽》“以余观之,则咳嗽之要,止惟二证……一曰外感,一曰内伤,而尽之矣。”胃咳病名,首见于《素问·咳论》“胃咳之状,咳而呕,呕甚则长虫出”,与GERC咳嗽伴见呕逆、反酸相类似。GERC临床表现为咳嗽,咳白黏痰或阵发性呛咳,饮食不节后症状加重,可伴有恶心、嗝气泛酸、嘈杂、脘腹胀满等症。

孙钢是苏州市中医医院呼吸科主任医师,江苏省中医学学会呼吸病专业委员会常务委员,苏州市中医学学会呼吸病专业委员会副主任委员,苏州市中西医结合学会呼吸病专业委员会副主任委员。孙主任擅长运用中医诊治各种急慢性咳嗽、慢阻肺、肺纤维化、支气管哮喘等肺系疾病,尤其运用中医药治疗各种原因的慢性咳嗽有自己独到的经验。笔者有幸侍诊其旁,受益匪浅,现整理介绍孙主任诊治GERC经验一二及经典医案2则,以飨同道。

## 1 问诊的重要性

问诊乃中医望闻问切四诊之一,《难经》将望、闻、问、切四诊并列,张仲景也提出问诊“乃诊治之要领,临证之首务。”临床大部分症状均由问诊得来,由此可知问诊在诊疗中的重要性。

孙主任认为目前诊治GERC的难题主要在于诊断不明确,

75%的GERC患者缺乏消化道症状<sup>[4]</sup>,仅表现为慢性咳嗽,临床容易造成漏诊、误诊。24小时食管pH监测是诊断GERC的主要客观依据,但目前大部分医院还未开展这一检查。现阶段GERC主要还是诊断性治疗为主,即患者存在明显的进食相关性咳嗽;伴有典型的胸骨后烧灼感、反酸等反流症状;排除咳嗽变异性哮喘(CVA)、上气道咳嗽综合征(UACS)、嗜酸细胞性支气管炎(EB)等慢性咳嗽常见病因<sup>[5]</sup>。然而仅在排除CVA时,就苏州为例,目前只有苏州市中医医院和苏州大学第二附属医院这两所医院开展支气管激发试验,可想在排除其他病因时存在多大困难。

孙主任认为GERC的诊断主要是“问”出来的。由于胃内容物反流存在酸反流和非酸反流两种因素,临床GERC患者非酸反流时反酸、胸骨后烧灼感典型症状并不明显,且GERD的食管外表现复杂多样<sup>[6]</sup>,这给临床诊断GERC带来困难。孙主任在临床诊治慢性咳嗽患者时,都会主动询问患者有无嗝气、恶心、呕吐、饭后饱胀、嘈杂感等脾胃的症状,既往有无行过胃镜检查,如果没有这一问诊,很多来呼吸科门诊就诊的患者很少会主动提及自己脾胃的症状,这就容易引起漏诊。很多GERC患者无明显的反酸、胸骨后烧灼感,仅嗝气明显,孙主任认为这就是非酸反流,予以和胃降逆治疗行之有效。GERC的诊断中以白天咳嗽为主,这和CVA的夜间咳嗽为主有区别,临床有一部分GERC患者白天咳嗽不明显,主要表现为在夜间平卧位时发生咳嗽,孙主任认为GERC的白天咳嗽主要是非酸反流,胃气上逆引起,而夜间平卧位的GERC即是酸反流引起,平卧位后胃酸易反流进入食管、咽喉引起咳嗽,孙主任治疗夜间咳嗽在排除CVA后,以制酸降逆、肃肺止咳治疗,经常能取得意外的收获。同时孙主任重视问诊咽喉的症状,约有30%慢性咽炎是由于胃酸反流灼伤会厌引起<sup>[7]</sup>,患者诉咽干、咽痛、咽痒、咽部异物感等不适,在常规治疗咽喉炎疗效较差时,很可能就是胃食管反流引起的,这时

[收稿日期] 2018-08-18

[基金项目] 江苏省苏州市科技发展计划项目(SYSD2016188)

[作者简介] 施玲玲(1992-),女,在读硕士研究生,研究方向:中医内科疾病。

和胃降逆、肃肺降气治疗往往能得到奇效。孙主任认为情志因素也是本病重要病因,亦有现代研究证明情志失调是脾胃病的重要因素<sup>[8]</sup>,临床尤其是女性问诊时需重视。

## 2 病因病机

与肝、肺也密切相关。孙主任认为导致本病的病因寒热虚实都有,有形寒饮冷导致胃寒,寒饮停聚于胃,有胃热、胃火上逆于肺,肺胃阴伤,有痰热、湿热阻滞于脾胃。各种病理因素从外感、内伤伤于脾胃,影响脾胃通降功能,脾胃失于通降,气逆不顺,波及于肺,引起肺失宣降,肺气上逆而咳。

针对本病的病机争议颇多,百家争鸣。有指出肝胃郁热、气逆犯肺所致,治疗宜以疏肝和胃、降逆止咳;有认为是情志失调、饮食不节,导致肝胃升降失司,而出现胃食管反流诸症;有认为本病病机究其根本仍属脾失健运、胃失和降、中焦升降失调,治以健运中焦为主<sup>[9-11]</sup>。孙主任认为人体正常的生命活动主要依赖于气的升降出入运动,《素问·六微旨大论》有云:“非出入,则无以生长壮老已;非升降,无以生长化收藏”,故本病病机仍主要在于气机升降的失衡,各种病理因素犯于胃,胃失降浊之职,上逆犯肺而咳嗽;或犯于肺,肺失肃降,影响至胃,胃气不得下行而反转上逆,侵犯肺金,引起咳嗽;或情志失调,肝失疏泄,肝气犯胃,胃气上逆,冲逆于肺,肺失宣肃发为咳嗽。无论是在脾胃,或在肝或在肺,然气机升降失常是本病的源头。

## 3 选方用药

因本病主要在于脾胃,故治疗总纲以和胃降逆为主。然《景岳全书·咳嗽》曰“咳证虽多,无非肺病”,肺在上焦,“上焦如羽,非轻不举”,治疗时应重视宣肃肺气,以顺应肺气升降运动的天性,喻昌《医门法律》云:“肺气清肃,则周身之气莫不服从而顺利。”故临床治疗 GERD 选方用药时,应做到肺胃同治。

孙主任以旋复代赭汤为基本方和胃降逆,因代赭石性凉易败胃,如无暖气、恶心呕吐时原方去代赭石,如有暖气明显者则重用代赭石 30 g 以重镇降逆,同时灵活运用肃肺降气药如紫苏子、桑白皮、沉香、紫菀等,自拟桑旋汤。处方:桑白皮、紫苏子、苦杏仁、旋复花(包煎)、大枣、制半夏各 10 g,代赭石(先煎)15~30 g,党参 10~15 g,桔梗、干姜各 6 g,甘草 5 g。应用以上常法,再根据个人体质不同或根据相关症状加减药物,如肝火犯肺,寒热错杂则合用半夏泻心汤清中泄热;肝气郁滞则合用柴胡舒肝散疏肝行气;胆胃不和,气郁生痰则合用温胆汤化痰和胃利胆;肺胃阴虚则合用一贯煎养阴清热,润肺止咳。吴地地处江南水乡,湿邪为患,加用紫苏梗、藿香、砂仁行气化湿;呕吐泛酸、胸骨后烧心感明显者加用左金丸降逆止呕并加乌贼骨、浙贝母制酸;咳嗽喘时加用莱菔子、白芥子化痰止咳平喘;咽部不适,异物感时加用半夏、厚朴、射干行气化痰,玄参、藏青果、玉蝴蝶利咽;胃脘隐痛者加用白芍、郁金、延胡索缓急止痛;大便秘结者加用瓜蒌子、

大黄、枳实通腑;脾胃虚弱,胃纳差者加用白术、茯苓燥湿健脾;久病入络必有瘀,可加用当归、川芎行气活血。

旋复代赭汤出自《伤寒论》,首见于辨太阳病脉证并治下篇 161 条:“伤寒,发汗,若吐若下,解后心下痞硬,噎气不除者,旋复代赭汤主之。”原方旋复花三两,人参二两,生姜五两,代赭石一两,甘草三两(炙),半夏半升(洗),大枣十二枚(擘),上七味,以水一斗,煮取六升,去滓,再煎取三升。温服一升,日三服。方中旋复花咸温,下气消痰,能升能降,和胃利肺;代赭石性凉质重,善于降胃镇逆;法半夏、生姜辛温化痰;人参、大枣、甘草甘温益气,和而用之,和胃气而止虚逆。旋复代赭汤在现代临床治疗 GERD 中运用极广。张娇等<sup>[12]</sup>研究发现旋复代赭汤可降逆化痰,益气和胃,对痰气交阻证和中虚气逆证胃食管反流病均适用;王新华<sup>[13]</sup>认为旋复代赭汤治疗肺胃肝气机失调而引发的咳嗽,加减用药,令胃气降顺,肝气畅达,从而使肺复清肃,相较于一味的见咳止咳,疗效更加显著;周嘉鹤等<sup>[14]</sup>运用旋复代赭汤配合抑酸剂(奥美拉唑)治疗 GERD 40 例,总有效率为 95%,明显高于单用抑酸剂的对照组。

## 4 病案举例

例 1:晏某,女,30 岁,2017 年 10 月 30 日初诊。主诉:反复咳嗽伴胸闷不适 1 年。患者咳嗽伴胸闷反复发作 1 年,曾就诊于当地社区医院,诊断为胃食管反流病,予兰索拉唑口服治疗,服用 1 周后,因疗效不明显,自行停药。2017 年 8 月就诊于上海交通大学附属第九医院,查支气管舒张试验阴性,呼出气一氧化氮(FeNO)30 ppb,按哮喘治疗,无明显改善。2017 年 10 月就诊于本院呼吸科普通门诊,予信必可吸入及顺尔宁口服治疗无效,遂来求治于孙主任。刻下:患者咳嗽、咯痰不多,胸肋胀满,情绪波动后明显,心烦易怒,胸闷午后明显,胸骨后有灼热感,暖气,无泛酸,无夜间咳嗽喘息,口干,咽部不适,胃纳尚可,大便干结,2~3 天 1 次,舌淡红、苔少欠润,脉细数。既往有慢性胃炎,胃镜提示浅表性胃炎(活动期),十二指肠球部炎症(2017 年 3 月 27 日,苏州大学第一附属医院)。查心电图未见明显异常,全胸片提示两肺纹理增多(2017 年 3 月,苏州大学第一附属医院)。中医诊断:咳嗽(肝胃不和,肺失宣肃);西医诊断:胃食管反流性咳嗽,慢性胃炎。治以疏肝和胃,清中泄热,降逆止咳。处方:旋复花(包煎)、春柴胡、生大黄(后下)、枳壳、枳实、炒白芍、制香附、郁金、射干、大枣、制半夏各 10 g,代赭石(先煎)、酒黄芩、南沙参、北沙参各 15 g,干姜 6 g,黄连、生甘草各 5 g。7 剂,每天 1 剂,水煎早晚分服。2017 年 11 月 6 日复诊:服药后咳嗽胸闷症状减轻,偶泛酸,无灼热感,但咽痒明显,咽部异物感,咽时痛,咽干毛躁,胃脘嘈杂不适,舌淡红苔薄,脉细弦。处方:旋复花(包煎)、制半夏、桔梗、苦杏仁、枳壳、枳实、苏梗、制香附、乌药、郁金、射干、赤芍、白芍、玄参、藏青果各 10 g,代赭石(先煎)15 g,陈皮 6 g,生甘草 5 g。

14剂,每天1剂,水煎早晚分服。2周后随诊,无明显咳嗽,胸闷、胸骨后烧灼样疼痛感明显减轻,继以上方守方治疗2周。

按:本案中医辨证为肝胃不和,肝火犯肺,胃气上逆,肺失宣肃。患者情志不佳,好恼怒,导致肝失疏泄,故见胸肋胀满,且情绪波动后明显;木火刑金,影响肺的宣肃功能,肺气上逆,故见咳嗽;肝气横逆犯胃,胃气上逆,故见嗝气,胸骨后时有灼热感。治以疏肝和胃,清中泄热,降逆止咳,方选旋覆代赭汤合半夏泻心汤加减。患者情志不佳,肝气郁滞,以柴胡疏肝散加减疏肝行气,柴胡、香附疏肝解郁,枳壳、郁金理气行滞,白芍养血柔肝;大便干结,以生大黄、枳实泻下消积;口干,以南北沙参养阴生津。复诊时,因中药苦寒败胃,患者又素有胃部基础疾病,脾胃虚弱,故见纳差,胃脘嘈杂不适,故方中合香附乌药散疏肝暖脾;患者咽部症状明显,故酌情加用玄参、射干、藏青果利咽化痰。本医案中患者初诊时社区医师已诊断为食管反流病,然而因患者未到疗程而自行停药,继而延误了本病的治疗。

例2:李某,女,34岁,2017年12月18日初诊。主诉:咳嗽反复1年。患者反复咳嗽1年余,咯痰黏白不多,咽痒不适,时有胃痛,嗝气泛酸,伴有烧心感,鼻塞流涕,无夜间咳嗽,胃纳一般,二便调,舌淡苔薄,脉细数。既往有鼻炎病史,查胸部CT未见明显异常,肺通气功能正常,支气管激发试验阴性,FeNO: 10 ppb,2年前曾行胃镜提示慢性胃炎。中医诊断:咳嗽(风寒犯肺,胃气上逆);西医诊断:胃食管反流性咳嗽,上气道咳嗽综合征。治以宣肺通窍,和胃降逆止咳。处方:防风、白芷、辛夷、旋复花(包煎)、制半夏、化橘红、射干、苦杏仁、大枣、乌贼骨、僵蚕各10g,代赭石(先煎)、党参、酒黄芩各15g,干姜6g,生甘草5g。7剂,每天1剂,水煎早晚分服。2017年12月25日复诊:服药后咳嗽减少,鼻塞减轻,但仍嗝气,偶有泛酸,烧心感减轻,咽膈不适,舌淡红苔薄欠润,脉细弦。处方:南沙参、北沙参各15g,代赭石(先煎)30g,防风、辛夷、旋复花(包煎)、制半夏、党参、大枣、僵蚕、乌贼骨、化橘红、射干各10g,干姜、吴茱萸各3g,黄连、生甘草各5g。7剂,每天1剂,水煎早晚分服。2周后随访无明显咳嗽、鼻塞、嗝气泛酸,继以上方守方治疗2周。

按:本案中医辨证为脾胃虚弱,风寒犯肺,肺失宣肃。患者既往有慢性胃炎病史,平素纳食一般,时有胃痛,脾胃先伤,脾胃运化失常,胃失和降,故见嗝气泛酸,并伴有烧心感;胃气上逆,上犯于肺,肺失肃降,发为咳嗽;时值冬季,风寒袭肺,犯及鼻窍,津液停聚,故见鼻塞流涕。治以宣肺通

窍,和胃降逆止咳,方选旋覆代赭汤合苍耳子散加减。患者咽痒痰黏白,以射干祛痰利咽;僵蚕祛风通络;胃痛并泛酸不适,以乌贼骨制酸止痛。复诊时患者症状皆有减轻,独嗝气一症无明显改善,故以旋覆代赭汤加重代赭石用量以加强降胃镇逆作用,并合左金丸泻火暖肝,和胃降逆。

## [参考文献]

- [1] 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.
- [2] 刘春丽,赖克方,钟南山. 胃食管返流与慢性咳嗽[J]. 国外医学(呼吸系统分册), 2005, 25(6): 466-468.
- [3] 黄艳飞. 关注质子泵抑制剂所致的不良反应[J]. 临床医药文献杂志, 2018, 5(7): 188-189.
- [4] Irwin RS, Richter JE. Gastroesophageal reflux and chronic cough[J]. Am J Gastroenterol, 2000, 95(8): S9-S14.
- [5] 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): 323-354.
- [6] 汪安江,陈旻湖. 胃食管反流病食管外表现的研究进展[J]. 中国处方药, 2008, 73(4): 72-75.
- [7] 顾建辉,贾永男. 吴丽萍主任医师运用桑杏苏芩汤治疗小儿风热咳嗽经验[J]. 中医儿科杂志, 2012, 8(5): 30-31.
- [8] 刘伟峰,蒋玉萍,黄波贞. 情志因素与脾胃病相关性辨治探析[J]. 河北中医, 2014, 36(12): 1810-1811, 1814.
- [9] 詹奇. 柴夏降逆止咳汤联合西药治疗胃食管反流性咳嗽疗效分析[J]. 现代医药卫生, 2012, 28(14): 2163-2164.
- [10] 符滨,杨艳娜,刘敏. 中西药结合治疗胃食管反流性咳嗽临床疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2014, 10(20): 47-49.
- [11] 郝尧坤,刘佳,周福生. 周福生教授补益脾肺法治疗慢性胃食管反流性咳嗽[J]. 光明中医, 2014, 29(1): 39-40.
- [12] 张娇,王风云,王安璐,等. 胃食管反流病的常用方剂及药对规律[J]. 中医杂志, 2015, 56(10): 881-883.
- [13] 王帅. 王新华教授治疗胃咳经验述略[J]. 黑龙江中医药, 2015, 44(4): 40-41.
- [14] 周嘉鹤,吴小武. 旋覆代赭汤合金奥康治疗胃食管反流性咳嗽40例[J]. 浙江中医学院学报, 2004, 28(2): 33-34.

(责任编辑:冯天保,郑锋玲)