

常见病的中医 证治精要

(下) 焦颖华等◎主编

常见病的中医证治精要

(下)

焦颖华等◎主编

第十一章

肺系病证

第一节 哮喘

一、定义

哮喘是一种突然发作，以呼吸喘促、喉间哮喘有声为临床特征的疾病。痰浊内伏，是哮喘病的宿根，常因感受外邪、饮食不当或情志失调而诱发。

由于哮必兼喘，所以哮喘又称作哮喘；亦有称之为哮喘或喘者。

二、历史沿革

《内经》虽无哮喘之名，但在许多篇章里都有与哮喘相关的症状、病因病机的记载。如《素问·阴阳别论篇》说：“阴争于内，阳扰于外，魄汗未藏，四逆而起，起则熏肺，使人喘鸣。”《素问·通评虚实论篇》亦有“乳子中风热，喘鸣肩息……”的记载。喘，指气喘；鸣，即指喉间作声。《素问·太阴阳明论篇》又把这一症状称作“喘呼”：“犯贼风虚邪者阳受之……阳受之则入六腑……入六腑则身热不时卧，上为喘呼。”“喘呼”也就是气喘而呼吸有声的意思。可见，《内经》不但对哮喘的临床特征有所掌握，而且还认识到本病主要是肺的病变，且与其他脏腑有关；外邪入侵，影响脏腑（特别是肺）的生理功能，是哮喘的主要病因病机。

汉代张仲景《伤寒论》中虽然亦无“哮喘”这一病名，但“喘家作，桂枝加厚朴杏子佳”之“喘家”，可能就是指素有哮喘史的患者，“作”，则指本病之发作。《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病脉证并治》的“咳而上气，喉中水鸡声”、“其人喘，目如脱状”、“咳逆上气，时时唾浊，但坐不得眠”；《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》的“膈上病痰，满喘咳吐，发则寒热，背痛、腰疼，目泣自出，其人振振身瞤剧，必有伏饮”，即是对哮喘发作时的喉间哮喘有声、不能平卧的临床特点的描述，同时也指出伏饮、痰浊与本病的发病直接有关。仲景对本病的治疗有丰富的经验，他的许多处方，如桂枝加厚朴杏子汤、越婢加半夏汤、小青龙汤、射干麻黄汤、皂荚丸、葶苈大枣泻肺汤等，至今仍为治疗哮喘常用之方。

隋代巢元方《诸病源候论》称本病为“上气鸣息”、“呬嗽”，对其病机有精辟的阐发：“肺主于气，邪乘于肺，则肺痿，痿则肺管不利，不利则气道涩，故气上喘逆，鸣息不通。”

该书还指出本病之发与痰有关：“其胸膈痰饮多者，嗽则气动于痰，上搏咽喉之间，痰气相击，随嗽动息，呼呬有声。”其书虽不载方药，但对本病有“应加消痰破饮之药”的原则性的提示。

唐代孙思邈《备急千金要方》、王焘《外台秘要》等著作，以广搜博采为特点，保留了古代医家许多宝贵的经验。如《外台秘要·卷九·久咳坐卧不得方》所载“久患气嗽，发时奔喘，坐卧不得，并喉里呀声，气欲绝”的证候和以麻黄、杏仁为主药的处方，就很明确地认识到本病的发作性和证候特点。

宋代赵佶《圣济总录》等方书虽然没有专门论及哮喘病，但所论之“伤寒喘”、“肺实”、“肺气喘急”等证，无疑也包括哮喘病在内。在“伤寒喘”一证里，就指出“其证不一”，有邪气在表、邪实在里以及水气、郁热之异；并强调治法虽多，“各求其本”；已经初具辨证论治的规模。陈无择《三因极一病证方论·喘脉证治》认为上气喘咳一类疾患，主要是肺的病变，应明确定位，庶免迷乱多歧。他说：“夫五脏皆有上气喘咳，但肺为五脏华盖，百脉取气于肺，喘既动气，故以肺为主。”杨士瀛《仁斋直指附遗方论》亦谓：“肺主气，一呼一吸，上升下降，营卫息数，往来流通，安有所谓喘；惟夫邪气伏藏，痰涎浮涌，呼不得呼，吸不得吸，于是上气促急，填塞肺脘，激动争鸣，如鼎之沸，而喘之形状具矣。”从他所描述的喘的症状与病因病机看，很明显的是指哮喘，即哮喘病。许叔微《普济本事方·卷一》称哮喘病为“齁喘”，并谓“凡遇天阴欲作雨，便发……甚至坐卧不得，饮食不进，此乃肺窍中积有冷痰，乘天阴寒气从背、口鼻而入，则肺胀作声。此病有苦至终身者，亦有母子相传者”。对哮喘病的病因病机、临床特点、预后都有了比较明确的认识。书中还载有治哮喘专方“紫金丹”，以砒剂治哮喘，至今还为临床所用。在王执中的《针灸资生经》中，已经有了哮喘之名，如他说：“因与人治哮喘，只缪（刺）肺俞，不缪（刺）他穴”、“凡有喘与哮喘者，为按肺俞无不酸疼，皆为缪刺肺俞，令灸而愈”。又，此期医方中治疗哮喘病的处方多不胜数，如《圣济总录》一书，单肺气喘急一门就有35方；《普济本事方》还载有治哮喘专方“紫金丹”，以砒剂治哮喘。

金元时期，朱丹溪在《丹溪心法》一书中始以“哮喘”作为独立的病名成篇。他认为“哮喘必用薄滋味，专注于痰”；并把哮喘的治法，精辟地概括为“未发以扶正气为主，既发以攻邪气为急”。此论一直为后世医家所宗，影响颇大。

迨明代，朱丹溪弟子戴思恭在《秘传证治要诀·卷六·哮喘》中，明确地提出本病有“宿根”之说：“喘气之病，哮喘如水鸡之声，牵引胸背，气不得息，坐卧不安，此谓嗽而气喘，或宿有此根……遇寒暄则发……”虞搏《医学正传》明确地对哮喘与喘作出了区别：“喘以气息言，哮喘以声响言”、“喘促喉中如水鸡响者，谓之哮喘；气促而连续不能以息者，谓之喘。”王肯堂《证治准绳》更详细地叙述了两者见症之异：“喘者，促促气急，喝喝息数，张口抬肩，摇身撷肚”、“哮喘与喘相类，但不似喘开口出气之多……以胸中多痰，结于喉间，与气相搏，随其呼吸呀呬于喉间作声……待哮喘出喉间之痰去，则声稍息；若味不节，其胸中未尽之痰复与新味相结，哮喘更作。”秦景明《病因脉证》认为，哮喘与喘的主要区别，在于哮喘是发作性疾患：“每发六、七日，轻则三、四日。或一月，或半月，起居失慎，则旧病复发。”在哮喘的治疗方面，王肯堂《证治准绳》比较系统地对前人经验进行了总结，对哮喘之属冷而发者，属中外皆寒，用东垣参苏温肺汤合紫金丹劫寒痰；属寒包热，宗仲景、丹溪用越婢加半夏；遇厚味而发者，用清金丹。李士材《医宗必读》则认为哮喘病其因甚多，或因

坐卧寒湿，或因酸咸过食，或因积火熏蒸，总不外乎痰火郁于内，风寒束于外，所以用药不可过于寒凉，恐风邪难解；亦不可过热，恐痰火易升，主张用苏子、枳壳、桔梗、防风、半夏、瓜蒌、茯苓、甘草一方统之，冬加麻黄，夏加石膏，寒加生姜。张景岳《景岳全书》认为哮喘之治，应宗丹溪未发扶正、已发攻邪之说，但“扶正气须辨阴阳，阴虚者补其阴，阳虚者补其阳；攻邪气须分微甚，或温其寒，或清其痰火；发久者，气无不虚，故于消散中宜酌加温补，或于温补中宜量加消散”。明人论哮喘的治疗，要推张氏最为全面精当。他还指出：“倦倦以元气为念，必使元气渐充，庶可望其渐愈，若攻之太甚未有不致日甚而危者。”亦很有见地。

清代医家在哮喘病的认识上较之前人又有所进展。李用粹《证治汇补·卷五》精辟地把哮喘病因总结为“内有壅塞之气，外有非时之感，膈有胶固之痰”三句话；吴谦《医宗金鉴》把喘吼分作寒热虚实四类，按外寒伤肺、停饮、火郁、痰盛、气虚、肾气虚寒立方。沈金鳌《沈氏尊生书》更进一步认识到本病“大都感于童稚之时，客犯盐醋，渗透气腕，一遇风寒，便窒塞道路，气息喘促”。又谓本病有食哮、水哮、风痰哮、远年久哮种种之异。此外，张璐《张氏医通》、林珮琴《类证治裁》、俞根初《通俗伤寒论》、陈修园《医学三字经》等书中有关哮喘的部分，都结合自己临床实践，对前人经验进行总结和整理。

三、范围

西医学的支气管哮喘、哮喘型支气管炎以及嗜酸性粒细胞增多症或其他急性肺部过敏性疾患引起的哮喘，均可参考本篇进行辨证论治。

四、病因病机

宿痰内伏于肺，每因外感、饮食、情志、劳倦等因素，以致痰阻气道、肺失宣降，是哮喘的基本病因病机。

1. 痰伏于内 痰为体内的病理产物，哮喘的形成与发作，均以痰为基本病因。产生痰的原因很多，由于痰为津液败浊所成，而脾主饮食水谷的精华与水湿的运化，所以一般常说“脾为生痰之源”，但除脾运失健之外，其他脏腑的功能失调也能产生痰，同时与外界各种致病因素对人体的影响也分不开。如外感风寒而失于表散，或燥热之邪袭肺，病邪由浅入深，留于肺系，影响人体气机和津液的流通，日久而变生痰浊；或因饮食不节，恣食厚味肥甘，嗜饮茶水、酒浆，损伤脾胃；或因长期吸烟，熏灼气道，亦能生痰。此外，如愤怒忧思不断，气机郁滞；或病后体弱，失于调摄，也能造成脏腑功能失调，从而产生痰浊。痰伏于内，胶结不去，遂成为哮喘的宿根，一经新邪引动，则痰随气动，聚于肺系，发为哮喘。

2. 肺失宣降 肺主气，司呼吸，外合皮毛，主宣发和肃降。痰浊既为哮喘的宿根，又因其久留人体不去，而使正气逐渐虚弱。脾土虚弱，运化功能低下，则新痰日生；肺气耗散，卫外不固，又易致外邪入侵。如因外受风寒，或淋雨践露，或气候突然变化，或正值节气递换，宿痰为新邪引动；或积食化热，火升气逆；或情志违和，或疲劳困乏；以至痰动气阻，壅于肺系，使肺气既不得宣发于外，又不能肃降于下，上逆而为喘息迫促，而哮喘作声。

总之，哮喘的病理因素以痰为主，痰伏藏于肺，成为发病的“宿根”。此后如遇气候突变、饮食不当、情志失调、劳累等多种诱因，均可引起发作。发作期的基本病机变化为

“伏痰”遇感引触，痰阻气闭，以邪实为主。若反复久发，肺脾肾渐虚，则在平时也有正虚表现，当大发作时，可见正虚与邪实相互错杂，甚则发生喘脱。

五、诊断与鉴别诊断

（一）诊断

1. 发病特点 哮病大多起病于童稚之时，与禀赋有关，以后可因感冒、气候变化、疲劳、饮食不当、起居失宜等诱因引动而发作，常数年、数十年发作不愈。且发作常有明显的季节性。一般发于秋初或冬令者居多，其次是春季，至夏季则缓解。但也有常年反复发作作者。发作时以呼吸迫促、喉间痰鸣有声以及咳嗽、咯痰、胸闷为特点。

2. 临床表现 哮喘发作时的表现：常突然发作，或先有寒热、喷嚏、鼻痒、咽痒、咳嗽或胸闷、恶心呕吐、腹胀、情绪不宁等症状而后出现哮喘并逐渐加重。患者呼吸困难，呼气延长，往往不能平卧，伴有哮鸣、咳嗽，痰多呈黏液样或稀水样，咯吐不利，如能咯出黏痰则痰鸣气喘可得暂时平息，而移时复作。哮喘严重时，甚至张口出气，两肩高耸，心跳心慌，额部冷汗淋漓，面唇紫黑，睛突，烦躁不安，痛苦异常。每次发作可持续数分钟、数小时或数日不等。

哮喘缓解期的表现：哮病在缓解期，可有轻度咳嗽、咯痰、呼吸紧迫感等表现，但也有毫无症状者；病程日久，反复发作者，平时亦可见气喘、咳嗽、咯痰，呼吸时喉间有声，以及自汗畏风、神疲形瘦、腰酸、浮肿等症状。

（二）鉴别诊断

喘证喘证以气息喘急迫促为主要表现，多并发于多种急、慢性疾病病程中。而哮病是一个独立的疾病，除了气息喘促外，以在发作时喉中哮鸣如水鸡声为其特点。“喘以气息言，哮以声响言”，两者以此为辨。实喘中的痰喘，也可能出现气息喘促、哮鸣有声，有类似于哮病、但不若哮病有反复发作的特点，不难鉴别。

六、辨证论治

（一）辨证

1. 辨证要点

（1）辨冷哮、热哮：哮病在发作期主要表现为实证，但有寒热之别。寒证内外皆寒，谓之冷哮；其证喉中哮鸣如水鸡声，咳痰清稀，或色白而如泡沫，口不渴，舌质淡，苔白滑，脉象浮紧。热证痰火壅盛，谓之热哮；其证喉中痰声如曳锯，胸高气粗，咳痰黄稠胶黏，咯吐不利，口渴喜饮，舌质红，舌苔黄腻，脉象滑数。

（2）辨肺、脾、肾之虚：哮病在缓解期可表现为虚证，但有肺虚、脾虚、肾虚之异。肺气虚者，证见自汗畏风、少气乏力；脾气虚者，证见食少、便溏、痰多；肾气虚者，证见腰酸耳鸣、动则喘乏。俱当加以辨别，分清主次。

2. 证候

（1）发作期

1) 冷哮

症状：初起恶寒，发热，头痛，无汗，咳嗽，呼吸紧迫感，喉痒、鼻痒或身痒，鼻流清

涕如水样；继则喘促加剧，喉中痰鸣如水鸡声，咳吐稀痰，不得平卧，胸膈满闷如室，面色苍白或青灰，背冷，口不渴，或渴喜热饮。舌质淡，苔白滑，脉浮紧。也有一开始就突然发作，咳喘哮鸣皆呈，而兼见恶寒发热头痛等表证者。

病机分析：感受风寒，或坐卧寒湿，或进食生冷或气候突变，新邪引动在里之伏痰，壅于气道，痰气相搏，故呼吸迫促，哮鸣有声。恶寒、发热、头痛、无汗、鼻痒、喉痒，皆风寒束表之征；咳吐稀痰，背部冰冷，面色苍白或青灰，为寒痰在里之象。痰气阻于气道，肺失肃宣发，气机不得流通，故胸闷如室、不能平卧；中外皆寒，故不渴；渴者，亦非津液之虚，而是痰气交阻、津液不升，故虽渴而不思饮，即使饮亦喜饮热汤。苔白滑、脉浮紧，亦为外有风寒、里有寒痰之象。

2) 热哮

症状：发热，头痛，有汗，气促胸高，喉中哮鸣，声若曳锯，张口抬肩，不能平卧，痰色黄而胶黏浓稠，呛咳不利，胸闷，烦躁不安，面赤，口渴喜饮，大便秘结。舌质红，苔黄腻或滑，脉滑数。

病机分析：肥甘厚味，酿痰积热，熏灼肺胃，引动宿痰，室塞关隘，使肺失肃下行之常，故胸高气粗、痰喘哮鸣；痰火壅盛，故胸闷烦躁、痰黄黏稠难出、呛咳不已；痰火内蒸，则汗出、身热、头痛、口渴饮冷、大便秘结；舌红、苔黄、脉滑数，亦皆痰热内盛之象。

(2) 缓解期

1) 肺脾气虚

症状：咳嗽短气，痰液清稀，面色㿗白，自汗畏风，食少，纳呆，便溏，头面四肢浮肿。舌淡有齿痕，苔白，脉濡弱。

病机分析：哮病反复发作，正气日伤，脾虚则运化失职，其证食少、便溏、多痰、浮肿；哮喘既耗肺气，脾虚母气亏虚，土不生金，而肺气更虚，皮毛不固，则自汗畏风，藩篱空疏，外邪易侵；舌薄脉濡弱皆脾肺气虚之征。

2) 肺肾两虚

症状：咳嗽短气，自汗畏风，动则气促，腰膝酸软，脑转耳鸣，盗汗遗精。舌淡脉弱。

病机分析：肺为气之主，肾为气之根；久病不已，穷必及肾。咳嗽、短气、自汗、畏风，为肺气不足；动则气喘、腰酸耳鸣等症状，为肾气不纳、肾精亏乏的表现。

(3) 哮病危证

阳气暴脱：

症状：哮病发作过程中，陡见吐泻，肉腠筋惕，神气怯倦，面色青紫，汗出如油，四肢厥冷。舌色青黯，苔白滑，脉微欲绝。

病机分析：哮病屡发，正气日虚，或因内外皆寒，格阳外越，或凉下太过，克伐真阳，而致阳气暴脱的危症。阳气浮于外，阴邪盛于内，故吐泻不止、汗出如油、神倦气怯、肢厥脉微，种种败象悉呈。

(二) 治疗

1. 治疗原则 以发时治标、平时治本为原则。由于痰浊是本病之宿根，故发时以宣肺豁痰为重点，并根据证候寒热之属性，或宣肺散寒，或宣肺清热。治本主要从肺、脾、肾着手，区别不同的证候，或补益脾肺，或肺肾双补。

2. 治法方药

(1) 发作期

1) 冷哮

治法：宣肺散寒，豁痰平喘。

方药：初起用九宝汤加半夏、赤茯苓以散邪豁痰。方中麻黄、杏仁、甘草即三拗汤，有宣肺平喘之效；更配合薄荷、姜、葱，透邪于外；肉桂、紫苏、陈皮、大腹皮行气于里，加半夏、茯苓等以化痰。俾表解气顺，肺气得宣降之常，而哮喘自已。

哮喘大作，可选用厚朴麻黄汤、射干麻黄汤、小青龙汤。三方立方相同之处在于都用麻黄、细辛、半夏、五味子；麻黄宣肺平喘，半夏化痰降逆，细辛、五味子一开一阖，以利肺气的升降；不同之处在厚朴麻黄汤兼用干姜、厚朴温化行气；小麦宁神除烦；杏仁、石膏清热平喘，故适用于外受寒邪、里有水饮、饮邪化热而见烦躁里热症状者。射干麻黄汤兼用射干下逆气，生姜散寒，大枣和中，紫菀、款冬花温肺止咳，故适用于内外皆寒、呛咳不已者。小青龙汤兼用干姜、桂枝等以温化水饮，故适用于外寒内饮之证。三方各有侧重，应视具体情况，斟酌选用，或加减化裁。冷哮久发可合冷哮丸温肺化痰，或紫金丹开关劫痰。

如经过治疗后，哮喘未完全平复，可用神秘汤或苏子降气汤消痰理气；继用六君子汤作丸常服，或服参苏温肺汤即六君子汤加肉桂、紫苏、五味子、木香、桑白皮、生姜，温肺畅气、健脾化痰，以善其后。

2) 热哮

治法：宣肺清热，涤痰利气。

方药：越婢加半夏汤。方用麻黄、石膏开肺泄热；半夏、生姜化痰降逆；大枣、甘草甘缓和中。痰稠而黏者，去甘草、大枣，合苇茎汤（苇茎、冬瓜子均需用大量），竹沥、川贝母、全瓜蒌、鱼腥草、海浮石、桑白皮等清化热痰药物，亦可酌加。哮喘较剧者，加杏仁、地龙。热痰壅盛，阻塞气道，气急欲死者，加吞猴枣粉，每日2次，每次0.3克。

厚味积热，痰热化火，或热哮当盛夏而发，面赤、身热、汗出、口渴饮冷、脉洪大者，用白虎汤泻火清金为主，加黛蛤散、黄芩、全瓜蒌、川贝母、枳壳、滑石、桑白皮、苇茎。痰火熏灼，津液销烁，舌苔黄燥、大便秘结者，用礞石滚痰丸坠下痰热；或三化汤，或大承气汤合小陷胸汤以通腑泻热，腑气得通，痰垢得下，其喘自平。

如服药后哮喘渐平，而痰热留恋于肺，气急、咳嗽、痰黄者，用定喘汤，或费氏鹅梨汤以清化之。如肺阴伤者，去麻黄，酌加沙参、麦门冬、玉竹、百合之类以润肺保金。

(2) 缓解期

1) 肺脾气虚

治法：健脾益气，补土生金。

方药：四君子汤，常加山药、薏苡仁甘淡益肺；五味子摄纳肺气。表虚自汗加炙黄芪、浮小麦、大枣，不效加制附片、龙骨、牡蛎以敛汗固卫。食少、腹胀、痰多者，加半夏、陈皮、前胡。面色㿔白、形寒、心悸者，四君子汤合保元汤或黄芪建中汤温阳益气。平时可常服六君子丸或资生丸。

2) 肺肾两虚

治法：肺肾双补。

方药：四君子汤合金水六君煎。方用熟地补肾纳气；人参补肺益气；白术、茯苓、炙甘

草健脾；陈皮理气；当归养血；半夏化痰。以肺气虚为主者，加黄芪、山药之类；以肾虚为主者，加杜仲、怀牛膝、菟丝子、淫羊藿之类；或用大补元煎。咳嗽气喘者，兼以川贝母、杏仁、车前子、前胡、苏子、旋覆花之类出入。平时可常服《金匱》肾气丸、六君子丸或嵩崖脾肾丸以培其根本。

(3) 哮喘危证：阳气暴脱

1) 治法：回阳救逆。

2) 方药：四逆汤加人参。方用附子、干姜迅化浊阴以回阳；人参、炙甘草益气固脱。面色青紫、舌紫者，加桃仁、红花活血化瘀。阳气津液两脱者，宜回阳固阴、益气生脉，用陶氏回阳救急汤。方用人参、附子、肉桂、干姜、炙甘草以回阳，麦门冬、五味子以固阴，并借麝香之香窜以醒脑通窍。

3. 其他治法

(1) 古方：古代文献中治疗哮喘的复方很多，兹选录出一部分，以供临床组方用药参考。

1) 橘皮汤（《备急千金要方》）：橘皮、麻黄、柴胡、紫苏、杏仁、生姜、石膏。用于寒包热之哮喘。

2) 厚朴汤（《备急千金要方》）：厚朴、麻黄、桂心、黄芩、石膏、大戟、橘皮、枳实、甘草、秦艽、杏仁、茯苓、细辛、半夏、生姜、大枣，水煎服。用于哮喘实证，寒热并见，胸满喘促。

3) 紫菀汤（《圣济总录》）：紫菀、甘草、葶苈子、槟榔、茯苓等。用于痰气交阻之哮喘。

4) 紫菀饮（《圣济总录》）：紫菀、川贝母、五味子、木通、大黄、杏仁、白前、竹茹。用于肺热哮喘。

5) 控涎丹（《三因极一病证方论》）：甘遂、大戟、白芥子。用于顽痰致哮。

6) 泻肺丸（《圣济总录》）：马兜铃、茯苓、桑白皮、杏仁、款冬花、甘草、葶苈子、防己、陈皮、皂荚。用于痰壅气滞，哮喘咳嗽。

7) 四神汤（《圣济总录》）：麻黄、五味子、杏仁（去皮尖）、炙甘草，嚼咀，如麻豆，水煎15克，空心温服。用治肺气喘嗽。

8) 清金丹（《类证治裁》）：莱菔子、牙皂、姜汁。

9) 五虎二陈汤（《古今医鉴》）：麻黄、杏仁、石膏、陈皮、半夏、茯苓、甘草、人参、木香、沉香、细茶、生姜，水煎服。用于哮喘喘急、痰盛。

10) 新增加味散邪定喘汤（《诸证提纲》）：陈皮、茯苓、半夏、贝母、瓜蒌、天南星、枳壳、黄芩、白术、桔梗、葶苈子、杏仁、麦门冬、羚羊角（可不用）、甘草、款冬花、苏子、桑白皮、生姜。用于气喘痰热。

11) 沉香降气散（《顾氏医镜》）：沉香、砂仁、苏子、橘红、郁金、蜜炙枇杷叶、茯苓、麦门冬，肺壅喘甚者加葶苈子，夹热者加茅根。用于肺郁致喘。

12) 皂荚丸（《沈氏尊生书》）：皂荚（去皮子弦）、明矾、杏仁、白丑头末、紫菀、甘草、桑皮、石菖蒲、半夏、胆星、百部。用于久哮。

13) 小萝卜丸（《诸证提纲》）：萝卜子（蒸）、皂角（烧灰）、南星（白矾水浸，晒）、瓜蒌仁、海蛤粉，上为极细末，姜汁和蜜捣匀为丸，噙化。用于痰喘。

(2) 针灸

1) 实证,宜针。常用穴位有大椎、身柱、风门、肺俞、丰隆、膻中、曲池、合谷、外关、商阳、鱼际等。

2) 虚证,宜灸。常用穴位有肺俞、璇玑、膻中、天突、气海、关元、膏肓、神阙、三阴交、肾俞、复溜、命门等。

(3) 穴位埋线选取定喘、大椎、肺俞、厥阴俞、中府、尺泽等穴,埋植羊肠线,20~30日1次,连续数次。

(4) 贴敷法

1) 三健膏:天雄、川乌、川附子、桂心、官桂、桂枝、细辛、川椒目、干姜各等份,麻油熬,加黄丹收膏,摊贴肺俞穴,三日一换。

2) 白芥子涂法:白芥子(研末)、延胡索各30克,甘遂、细辛各15克,入麝香1.5克,研末杵匀,姜汁调涂肺俞、膏肓、百劳等穴,10日一换,最好在夏月三伏天涂治。

此外,割治、拔罐、梅花针、药物小剂量穴位注射等疗法,均可酌情采用。

七、转归及预后

哮喘虽有冷哮、热哮之分,但冷哮日久或治疗中长期过用温燥,在里之寒痰、湿痰亦有化燥化火的可能,而为寒热夹杂或外寒里热之证;热哮日久,如屡用凉下,损伤中阳,也可能转化为冷哮。无论冷哮、热哮,由于病邪久留不去,哮喘屡愈屡发,都会使人体正气日耗,由实证渐次向虚证方向转化,而为正虚邪恋或正虚邪实之证。

哮喘是一种顽固难愈的疾病,病程颇长,反复发作,根深蒂固,难以速除。如能控制其发作,平时注意护,调养正气,并坚持服用以扶正固本为主的方药,部分患者可望获得根治,即使未得根治,亦可望减少或减轻发作。

哮喘如长期不愈,反复发作,见周身悉肿、饮食减少、胸凸背驮;发作时冷汗如油、面色苍白或青紫、四肢厥冷、下利清谷、脉来短数或按之如游丝者,预后不良。

八、预防与护理

哮喘每因气候突然变化、特别是寒冷空气的刺激而诱发,故患者应注意避免感冒,并可以根据具体情况,做适当的体育锻炼,如打太极拳、跑步等,以逐步增强体质。青壮年患者,可逐渐试作冷水浴,以适应寒冷刺激,减少发病。饮食宜清淡,忌肥甘厚味,如酒、鱼、虾、肥肉、浓茶等。勿过饮过饱。居住环境的空气宜新鲜,避免异味和烟尘刺激。有吸烟嗜好者,应坚决戒烟。

哮喘发作时应及时治疗;平时可长期服用切合具体情况的扶正固本中药,以增强机体抗病能力,减少发作,但严禁杂药乱投、损伤正气。

九、现代研究

(一) 病因病机

近年来,许多学者认识到风、痰、瘀等为哮喘的重要病理因素,同时某些脏腑功能失调与哮喘的发生也有一定的关系。晁氏等针对哮喘发病迅速、时发时止、反复发作、发时痰鸣气喘的特征,认为此与风邪善行数变的性质相符,以“风哮”命名,提出“风盛痰阻,气

道挛急”是本病急性发作主要病机的观点。柯氏认为,无论发作期和缓解期,肾虚(尤其是肾阳虚)始终是哮喘最根本的病理机制。吴氏认为,“痰、瘀”是哮喘发病的主要病理因素,而(肾)阳虚是哮喘反复发作的根本原因。周氏认为哮喘反复发作,因痰气交阻,肺气郁滞,久则肺络不通,瘀血停积,阻滞气道,妨碍气机升降,而致气逆喘息加重,此即“先由气病,后累血病”,“久病入络”。又提出痰气瘀阻、肺失宣降为哮喘的基本病机。武氏认为,哮喘发作是正邪交争、脏腑功能失调的结果,病性总属本虚标实,强调风、痰、气、瘀、虚为哮喘发作的基本病机特点。

(二) 辨证分型

随着近代医家对哮喘病因病机研究的不断深入,对哮喘的辨证分型也出现了许多新的观点。曾氏将哮喘分寒邪伏肺型、热痰阻肺型、气郁痰阻型、痰瘀气壅型、肺肾两虚型。姜氏将哮喘分为寒邪凝滞、热邪壅肺、贼风袭肺、肝乘肺金、痰毒互结、脾肺气虚、肺肾两虚7种证型。杨氏将哮喘分为寒痰型、热痰型、痰浊型、脾肾阳虚型。李氏根据哮喘的发生发展规律,分为早、中、后期,同时以脏腑辨证为纲,把哮喘归纳为鼻哮、肺哮、肝哮、脾哮、肾哮5个证型。窦氏等将哮喘发作期分为寒痰伏肺、痰热蕴肺、风痰阻肺、痰浊壅肺4个证型;缓解期分为肺卫虚弱、脾失健运、肾气不足、肺络瘀阻4个证型。武氏则将哮喘分为风哮、痰哮、气郁哮、血瘀哮、虚哮5个证型。

(三) 辨证论治

1. 发作期 发作时治标,以攻邪为主。针对寒热,治分温清。近代学者多将发作期分为寒哮和热哮分别治之。邱氏等将支气管哮喘的患者136例,随机分为喘平胶囊(麻黄、杏仁、地龙、黄芩、椒目、党参等)治疗组106例,桂龙咳喘宁胶囊对照组30例,连续观察2星期,结果临床控制率分别为45.28%和36.67%,总有效率分别为92.45%和86.67%。余氏等以平喘定哮方(射干、炙麻黄、紫菀、款冬花、竹沥、半夏、柴胡、前胡、枳壳、桔梗、生甘草、丹参、郁金)为基础方治疗哮喘232例,临床控制27例,显效88例,有效99例,总有效率为92.25%;1星期内见效211例,占90.25%。陈氏等将支气管哮喘中医证属热哮者90例随机分为治疗组50例、对照组40例,前者用止咳定喘片、后者用蠲哮片治疗。结果治疗组总有效率为80%,对FEV1和PEFR均有升高作用,对IgE有降低作用,对喘息、哮鸣音、咳嗽、咯痰等有显著改善作用,与对照组相比差异有显著性($P<0.05$)。王氏等将支气管哮喘急性发作期60例轻、中度患者,随机分为调肝理肺汤(香附、桑白皮、全瓜蒌、黄芩、清半夏、丹参、钩藤、白芍、桔梗、地龙、防风、炙麻黄)治疗组30例,对照组30例,予氨茶碱片;治疗2星期后,总有效率分别为90%和86.67%,控显率分别为63.33%和66.67%。倪氏等将支气管哮喘发作期的患者随机分为治疗组(23例)和对照组(20例),分别给予常规药合复方丹参注射液和常规药物治疗,疗程均14日。结果:治疗组总有效率为95.7%,与对照组比较有显著差异($P<0.05$)。提示加用活血化瘀药物复方丹参注射液治疗支气管哮喘发作期有较好的疗效。干氏将65例支气管哮喘患者随机分为2组,治疗组34例,采用自拟补虚止哮汤(黄芪、半夏、白果、皂荚、淫羊藿、补骨脂、五味子、射干、杏仁、白术、茯苓、炙麻黄、桃仁、甘草)内服治疗;对照组31例,采用泼尼松、酮替芬等治疗。均4星期为一个疗程,结果:治疗组总有效率为97.06%,对照组总有效率为80.65%,两组差异有显著性($P<0.05$)。

2. 缓解期 缓解期治本为主,或扶正祛邪并用。邓氏等将 221 例支气管哮喘非急性发作期患者随机分成 2 组,治疗组 116 例,口服温阳平喘胶囊(川附片、小白附子、麻黄、黄芩等)治疗,对照组 105 例,口服桂龙咳喘宁胶囊,30 日为一个疗程。结果:治疗组总有效率为 93.1%,与对照组比较有显著性差异($P < 0.05$);且能明显降低血清 IgE、外周血嗜酸粒细胞的水平,改善 FEV 的指标。李氏等选择 55 例非急性发作期哮喘患者,随机分 2 组,治疗组 29 例,口服宣肺定喘胶囊;对照组 26 例,口服桂龙咳喘宁胶囊;治疗 4 星期后 2 组症状、体征均有明显改善($P < 0.01$),治疗组改善喘息、哮鸣音更明显($P < 0.05$)。两组肺功能均有明显提高($P < 0.01$),治疗组疗效高于对照组($P < 0.01$)。郑氏等将 80 例支气管哮喘缓解期患者随机分为 2 组,每组 40 例,分别治以喘舒颗粒(党参、补骨脂、白芥子、细辛等)和氨茶碱片口服,连用 8 星期,治疗组总有效率为 87.5%,对照组总有效率为 65%。胡氏自拟喘舒汤治疗缓解期难治性支气管哮喘,治疗组 60 例,对照组 60 例,2 组均常规给予解痉平喘、抗感染和祛痰等治疗。治疗组在此基础上予自拟喘舒汤(蛤蚧粉、紫河车粉、熟地、红参、核桃仁、山药、桃仁),每日 1 剂,1 月为一个疗程,结果治疗组总有效率为 90%,对照组总有效率为 55%,两组比较有显著性差异。

(四) 外治疗法

外治法是中医传统治疗方法。包括穴位敷贴、针灸、穴位埋藏法等,在临床治疗哮喘有广泛的应用和广阔的前景。陶氏等根据中医阴病取阳理论,自制贴敷药饼(白芥子、细辛、生甘遂、莪术、延胡索、硫黄、麝香、姜汁、冰片)贴敷于大椎、定喘(双)、肺俞(双)、膏肓(双)、心俞(双)穴,夏日三伏为治疗时机,对 70 例哮喘患者连续 3 年治疗,总有效率为 91.4%。陈氏等采用白芥子散(白芥子、细辛、甘遂、延胡索)穴位敷贴治疗支气管哮喘 130 例,分别敷贴在百劳、肺俞、膏肓穴上;并设对照组 35 例,采用西药抗生素配合口服氨茶碱常规治疗,均以 6 日为一个疗程。治疗组总有效率为 88%,对照组总有效率为 53%。李氏等比较化脓灸与针刺治疗的疗效,将支气管哮喘患者随机分成 2 组,灸治组 30 例,用麻黄、桂枝、麝香等药物研粉与陈年艾绒拌匀装瓶,施灸于肺俞、大杼、定喘等穴位,灸后贴自制化脓灸药膏,30 日为一个疗程。针刺组 30 例,取穴、疗程与灸治组相同。灸治组总有效率为 100%,针刺组总有效率为 66.7%。陆氏以定喘方(制附子、党参、白术、茯苓、制半夏、款冬花、白芥子、细辛、甘草)浸泡羊肠线,埋于肺俞、定喘、肾俞等穴中,共治疗哮喘 68 例,总有效率为 93%,对虚喘型患者疗效优于实喘型。

十、小结

哮喘以呼吸喘促、喉间哮鸣有声为特征。多系痰浊内伏、遇新邪引动而触发。往往反复发作,短期很难治愈。

哮喘在发作期以治标为急,缓解期以治本为主。冷哮治以宣肺散寒、豁痰平喘;热哮治以宣肺清热、涤痰利气。治本当区别脾肺气虚和肺肾两虚,分别予以补益脾肺和肺肾双补。至于哮喘屡发,正气亏虚,出现阳气暴脱,又当急于回阳固脱之剂。此外,治疗此病要注意寒热虚实之间的转化,明辨证候寒热、虚实之兼夹,方能切中病机。

(朱同刚)

第二节 喘证

一、定义

喘即气喘、喘息，以气息迫急为其主要临床表现，可见呼吸困难，甚至张口抬肩，鼻翼煽动，不能平卧，严重者每致喘脱。作为一个症状，喘可以出现在许多急、慢性疾病过程中，如咳嗽、肺胀、悬饮、哮证等。但喘不仅是肺系病的主要证候之一，也可因其他脏腑病变影响于肺所致，如水肿、鼓胀、虚劳等。当喘成为这些疾病某一阶段的主证时，即称作喘证。

二、历史沿革

《内经》一书最早记载了喘的名称、症状表现和病因病机。如《灵枢·五阅五使》说：“肺病者，喘息鼻张。”《灵枢·本脏》也说：“肺高则上气，肩息咳。”提示喘证以肺为主病之脏。《素问·脏气法时论篇》说：“肾病者，腹大胫肿，喘咳身重。”《灵枢·经脉》亦谓：“肾足少阴之脉……是动则病饥不欲食……咳唾则有血，喝喝而喘。”认为喘证的病位除肺之外，还与肾有关。至其病因，则与“风热”、“水气”、“虚邪贼风”（泛指六淫之邪）、“岁火太过”、“岁水太过”、“气有余”等有关。

汉代张仲景除在《伤寒论》中记载了麻黄汤证之风寒束肺、小青龙汤证之外寒内饮、桂枝加厚朴杏子汤证之“下之微喘者，表未解”、麻杏石甘汤证之余热迫肺等致喘外，其在《金匮要略》的“肺痿肺痛”、“虚劳”、“胸痹”、“痰饮咳嗽上气”、“水气”、“黄疸”、“吐血”以及妇人篇等许多篇章里，也都有关于喘这一症状的论述。尤其可贵的是，还记载了有因医而喘的现象，告诫“误下、误汗”等均可致喘。他在喘证的辨证、立法和方药运用方面的经验，一直为后世所尊奉。

隋代巢元方所著《诸病源候论》一书，认为喘有虚、实之异。如“虚劳上气候”描述：“虚劳之病，或阴阳俱伤，或血气偏损，今是阴不足，阳有余，故上气也。”即是论虚喘；又“上气鸣息候”表现：“邪乘于肺……故气上喘逆……”即是论实喘。宋代《圣济总录》明确提出“下虚上实”的病机：“盖肺为五脏之华盖，肾之脉入肺中，故下虚上实，则气道奔迫，肺叶高举，上焦不通，故喘急不得安卧。”唐代王焘《外台秘要》记载“肘后疗咳上气，喘息便欲绝，以人参末之，方寸匕，日五次”，是肺虚气脱之喘，为后世治肺虚气脱之独参汤的起源。

其后医家又充实了内伤致喘的证治。如宋代严用和《济生方》论及：“将理失宜，六淫所伤，七情所感，或因坠堕惊恐，渡水跌仆，饱食过伤，动作用力，遂使脏气不和，营卫失其常度，不能随阴阳出入以成息，促迫于肺，不得宣通而为喘也……更有产后喘急，为病尤亟，因产所下过多，营血暴竭，卫气无所主，独聚于肺，故令喘急。”喘可由于多种原因诱发，故治喘必求其本。如宋代张锐《鸡峰普济方》指出：“因他疾而发喘者，当只从本病治之，则喘证自己。”宋代杨士瀛《仁斋直指方》明确指出喘之由“肺虚肺寒……法当温补；肺实肺热……法当清利；水气者……与之逐水利小便；惊扰者……与之宽中下气；真阳虚惫以金石镇坠、助阳接真而愈者……至若伤寒发喘，表汗里下，脚气喘满，疏导收功，此则但

疗本病，其喘自安”。唯此期著作，仍都把哮病与喘证混论，统称为喘；虽然南宋王执中《针灸资生经》中已经有了哮与喘的病名，宋代许叔微《普济本事方》另有“齁喘”（即哮病）之说，但由于哮必兼喘，所以一直未能作出明确的分证论述。

金元时期的医家著书立说多各明一义，因此互有发明，亦互有短长。如刘完素论喘因于火热；但张子和则认为亦有“寒乘肺者，或因形寒饮冷，冬月坐湿地，或冒冷风寒，秋冬水中感之，嗽急而喘”。这些论述，对于后世影响很大。元代朱丹溪《丹溪心法·喘》说：“六淫七情之所感伤，饱食动作，脏气不和，呼吸之息，不得宣畅而为喘急，亦有脾肾俱虚，体弱之人，皆能发喘。”明代秦景明《脉因证治》则谓喘有虚实，“实喘气实肺盛”，与痰、火、水气有关；“虚喘由肾虚”，亦有肺虚者；实喘宜泻肺为主，虚喘宜补肾为主。

至明代，诸医家对喘证的症状特点、喘与哮和短气的鉴别、喘证的分类与治疗、喘证的预后等各个方面的描述，都更加深入细致。如明代王肯堂《证治准绳·杂病·喘》描述喘证的临床特点云：“喘者，促促气急，喝喝息数，张口抬肩，摇身撷肚。”《症因脉治》中对喘证进行证候分类，分作外感3条（风寒、暑湿、燥火），内伤6条（内火、痰饮、食积、气虚、阴虚、伤损），产后2条；陈文治的《诸症提纲》则分作10类（肺虚挟寒、水气乘肺、惊忧气郁、肺胀、阴虚、气虚、痰、食积、胃虚、火炎上）。张景岳则主张以虚喘、实喘分之以扼其要：“实喘者有邪，邪气实也；虚喘者无邪，元气虚也；实喘者，气长而有余；虚喘者，气短而不续。实喘者，胸胀气粗，声高息涌，膨膨然若不能容，惟呼出而快也；虚喘者，慌张气怯，声低息短，惶惶然若气欲断……劳动则甚。”这些对临床辨证是很有指导意义的。

清代叶天士《临证指南医案》在前人基础上进一步把哮喘的证治纲领扼要总结为“在肺为实，在肾为虚”。张聿青、蒋宝素、方仁渊对此又有补充。方氏说：“实喘治肺，须兼治胃；虚喘治肾，宜兼治肺。”张、蒋二氏则对治痰加以强调，指出“喘因痰作”、“欲降肺气，莫如治痰”，也均颇有见地。

综上所述，从《内经》以后，历汉唐宋元而至明清，历代医家在《内经》有关喘证论述的基础上，通过实践，又不断有所丰富和发展，并且积累了许多治疗经验。近年来，在对肺、脾、肾等脏腑实质的研究方面以及老年性慢性气管炎、肺气肿、肺心病的防治方面，做了大量工作，有一定成绩，促进了喘证论治的发展。

三、范围

西医学中的急、慢性支气管炎及肺炎、肺气肿、慢性肺源性心脏病、心力衰竭等疾病过程中所出现的呼吸困难，均可参照喘证辨证论治。

四、病因病机

六淫外感、七情所伤、水饮潴留、痰热内蕴以及饮食劳倦都可以引起喘证，而喘证发生的根本原因又在于人体肺、脾、肾等脏的功能失调；或者由于上述致病因素作用这些脏器所引起，或者因为这些脏器本身虚损而发病。兹分述如下。

1. 六淫外感 六淫之邪或侵犯人的肌表肺卫，或从口鼻而入。皮毛为肺之合，肺开窍于鼻，外邪袭入，表卫闭塞，肺气失于宣发，气壅于肺，肃降不行，因而奔迫为喘。六淫之邪侵犯人体时常相合致病，主要为风寒与燥热两端，如《简易方》说：“形寒饮冷则伤

肺……重则为喘，轻则为嗽。”素体阳虚者皮毛不固、脾运不健，既易受外寒，又易内蓄水饮寒痰，外内相引而病作，临床所见甚多；素有痰热内蕴，或感受风热、燥热之邪，或风寒入里化热，而致肺胃热盛，火灼肺金，炼液为痰，阻塞气道，清肃失司，亦在所常见。

2. 水饮、痰热内蓄 痰和水饮都是人体病理产物之一，而且两者之间往往互为因果，即所谓“痰即煎炼之饮，饮即稀薄之痰”。饮邪迫肺，可使肺气上逆而为喘，如《素问·平人氣象论篇》“颈脉动喘疾咳，日水”，《伤寒论》小青龙汤证“伤寒表不解，心下有水气”，皆指水饮为患作喘。水饮久蓄体内，受阳气煎熬，或阴虚火旺，或肺有蓄热，或饮食厚味积热，皆能蒸炼津液为痰，而形成痰火，胶结于肺，阻闭肺络，使肺气的宣降失常。正如清代何梦瑶《医碥》所记：“食味酸咸太过，渗透气管，痰入结聚，一遇风寒，气郁痰壅即发。”

3. 七情所伤 因七情关乎内脏，故气喘的发生，与精神因素亦有关系。而七情之病，多从肝起。七情太过，气迫于肺，不得宣通而为喘，《病机汇论》就指出：“若暴怒所加，上焦郁闭，则呼吸奔迫而为喘。”此外，七情太过也是痰饮产生的原因之一。如郁怒伤肝，肝气横逆既能乘脾土，影响脾的运化功能；肝郁化火，或肝阴虚而肝火亢盛，又可炼液为痰，甚至反侮肺金，暗耗肾水，如南宋张从正《儒门事亲》所说：“愤郁不得伸，则肝气乘脾，脾气不化，故为留饮。”

4. 饮食不节 《素问·痹论篇》指出：“饮食自倍，肠胃乃伤。”唐代孙思邈《备急千金要方》亦反复道及“临盆大饱，贪味多餐”之害。饮食不节，特别是多食膏粱厚味，积而不化，影响脾胃功能，变生痰浊，闭阻肺络；且因积食化热，熏蒸清道，影响人体气机的正常升降，而成为喘证的内在病因。

5. 肺肾亏虚 肺主气，司呼吸，肺气不足则呼吸失司。平素劳倦汗出，或久咳不已，或痰热久羁，或水饮内停，或频感外邪，或久病不愈等，皆能引起肺气、肺阴不足，令气失所主，而为短气、喘促。如《素问·玉机真脏论篇》说：“秋脉……不及则令人喘，呼吸少气而咳。”《证治准绳》亦谓“肺虚则少气而喘”。肾居下焦，为气之根，主纳气。如房劳伤肾，或久病及肾，肾虚摄纳无权，则呼多吸少，动则喘急。如明代赵献可《医贯·喘》说：“真元耗损，喘出于肾气之上奔……及气不归元也。”又肾主水，主命门火，火衰不能暖土，水失其制，上泛而为痰饮。此外，心阳式微，不能下归于肾而致心肾阳虚，则水失其制，皆可随肺气上逆，凌心射肺，而致喘促、心悸。

明代李梴《医学入门》则认识到本病与瘀血有一定关系，指出“肺胀满，即痰与瘀血碍气，所以动作喘息”。

综上所述，喘证的发病虽在肺、肾，但与五脏相关。肺为气之主，司呼吸，外合皮毛，内为五脏华盖，若外邪侵袭，或他脏病气上犯，可使肺气失于宣肃而致喘促；肾为气之根，主纳气，肾元不固，摄纳无权，则气不归元而为喘。此外，心阳虚衰，不能下归于肾可致阳虚水泛、凌心射肺之喘；脾虚痰阻、上干于肺，或肝失疏泄、逆乘于肺等均可致喘。

喘证的病机可分为虚实两类。实喘在肺，以肺气宣肃失常为病机要点，因外邪（风寒燥热）、痰浊、水饮或肝郁气逆、壅塞肺气而宣降不利；虚喘在肾，或在肺肾两脏，以肺气失肃、肾失摄纳为其病机要点；因精气不足，或气阴亏耗，而致肺肾出纳失常。病情错杂者，可下虚上实并见，即叶天士所谓“在肺为实，在肾为虚”。

五、诊断与鉴别诊断

(一) 诊断

1. 发病特点 喘证可见于所有人群，在呼吸、心血管等多个系统的常见疾病中均可出现。呼吸系统疾病发生喘证常因感染诱发，大多表现为实喘，而虚喘则主要见于阻塞性肺气肿；循环系统疾病表现喘证则多发生于慢性心衰患者，急性加重（肺水肿）时可表现为喘脱，出现亡阳、亡阴的危候。

2. 临床表现 发病主要表现为呼吸困难的临床症状。实喘病势急骤，声粗息高，甚则张口抬肩；虚喘病势徐缓，慌张急促，呼多吸少，动则加剧。喘脱则不仅喘逆剧甚，端坐不能平卧，还见烦躁不安、面青唇紫、汗出如珠、肢冷、脉浮大无根，或模糊不清，为肺气欲绝、心肾阳衰危象。

(二) 鉴别诊断

1. 哮病 喘证应与哮病相鉴别。喘证是一个临床症状，可见于多种急、慢性疾病过程中；哮病是一个独立的疾病，哮必兼喘，故称哮喘，以反复发作、喉间哮鸣有声的特点而区别于喘证。

2. 短气 喘证还应与短气相鉴别。短气即呼吸微弱而浅促，状若不能接续，似喘而无声，亦不抬肩，但卧为快。但喘证有时为短气之渐，故既有区别又有联系。

六、辨证论治

(一) 辨证

1. 辨证要点

(1) 辨虚实：可从病史、临床表现（症状、体征）、舌象、脉象等方面来辨别。病史方面应注意了解患者的年龄、性别、既往健康状况及有关病史。青壮年发生喘证多为实证，中、老年则多见虚证；既往体健，多属于实；平素多病，喘证遇劳、遇寒即发，多属于虚。妇女产后失血，突发气喘，多属虚证，甚至是元气败绝的危候。从发病诱因而论，一般受寒或饮食不当而喘者，多属于实；精神紧张，或因疲劳而喘者，多属于虚。临床表现方面，喘而呼吸深长，面赤身热，舌质红，舌苔厚腻或黄燥，无浮肿，脉象浮大滑数者为实证；呼吸微弱浅表，呼多吸少，慌张气怯，面色苍白或青灰，额有冷汗，舌质淡，舌上无苔或有苔而白滑或黑润，明显消瘦或浮肿，脉象微弱或浮大中空者为虚证。如气喘痰鸣，张口抬肩，不得卧，四肢厥冷，面色苍白，汗出如珠如油，六脉似有似无，为元气欲脱的危候。

(2) 辨寒热：属寒者咯痰清稀如水或痰白有沫，面色青灰，口不渴或渴喜热饮，舌质淡、苔白滑，脉象浮紧或弦迟；属热者咳痰色黄、稠黏或色白而黏，咯吐不利，面赤，口渴引饮或腹胀便秘，舌质红、苔黄腻或黄燥，脉象滑数。

2. 证候

(1) 实喘

1) 风寒束肺

症状：咳嗽、气喘，胸闷，痰色白而清稀，口不渴；初起多兼恶寒、发热、无汗、头痛、身痛、喉痒、鼻痒等症。舌质不红，舌苔薄白，脉象浮紧。

病机分析：风寒表证以恶寒、发热、无汗、苔白脉浮为特点。肺合皮毛、主气、司呼吸，风寒袭表，肺气不宣，故咳嗽气喘。寒主收引，故初起兼见恶寒、发热、无汗、头痛等表证；鼻痒、喉痒，是风邪干于清道的表现。舌、脉亦均系风寒外束之象。

2) 外寒内饮

症状：喘息、咳嗽、痰多稀薄，恶寒、发热无汗，形寒肢冷，背冷，面色青晦，口不渴或渴喜热饮。舌苔白滑，脉弦紧。

病机分析：饮邪内伏故背冷、痰多而清稀，并见有腹中漉漉有声、小便不利等。为脾肾之阳不足，不能制水，化为痰饮内停。感受风寒，外寒引动内饮，阻塞气道，肺气不得宣降，遂发气喘。饮邪内停，津液受阻，不能上承则无口渴，而渴喜热饮则是风寒外束所致。

3) 痰湿蕴肺

症状：气喘，咳嗽，痰多而黏，咯吐不利，胸中满闷，恶心。舌苔白腻，脉滑。

病机分析：湿痰上壅于肺，肺气不得宣畅，故为喘、嗽、胸闷、恶心诸症。湿痰留恋体内，既影响脾的健运，又成为喘证的内在病因，一受风寒或因疲劳汗出、饮食不当则喘息加剧。

4) 风热犯肺

症状：发热、恶风、有汗，口渴欲饮，咳喘气粗，甚则鼻张肩息，痰黄而黏稠。舌尖红，苔薄黄或薄白而干，脉浮数。

病机分析：风热之邪外袭，肺气郁闭，发为咳喘。邪热迫肺，灼津为痰，故痰黄而黏稠；热灼津伤，故口渴欲饮。舌尖红、苔薄黄或薄白而干、脉浮数，均为风热犯肺之象。

5) 燥热伤肺

症状：发热、恶风，咳喘气急，痰少而咯吐不易，胸膈疼痛，痰中带血，口干，鼻干，大便干结。舌尖红，苔薄黄而干，脉浮数。

病机分析：此证多系感受秋令燥热之邪所致，燥热伤肺，清肃失司，咳喘作矣。燥热耗伤肺阴，故痰少而咯吐不易；灼伤肺络，则痰中带血。所见口鼻干燥等症，均为燥热之征。

6) 痰热壅肺

症状：喘急面红，胸闷炽热，口干，痰黄而稠，或虽白而黏，咯吐不利。舌红，苔黄腻而干，脉滑数。

病机分析：风寒入里化热，或肺胃素有蕴热，或饮食厚味积热，或湿痰蕴久化热，皆可成为痰热，胶结于肺，壅塞气道，而为咳嗽、喘息。舌红、苔黄腻而干、脉滑数皆为痰热之象。

7) 外寒里热

症状：恶寒发热，无汗或有汗不多，喘急烦闷，痰黄而稠、咳吐不利，口渴。舌尖红，舌苔薄白微黄，脉浮数。

病机分析：风寒之邪，在表未解，却已入里化热；或里有蕴热，复受风寒，则寒束于外，热郁于内，肺气既不得宣散，又不得清肃下行，因而喘急奔迫，证见恶寒发热、喘急烦闷。痰热内蕴而症见痰黄而稠、咳吐不利；口渴、舌红、舌苔白微黄、脉浮数皆里热外寒之象。

8) 肺气郁闭

症状：每遇情志郁怒而诱发喘促，发时突然呼吸短促，但喉中痰声不著，气憋，胸闷胸