



中国科学院教材建设专家委员会规划教材

全国高等中医药院校教材

供五年制、七年制中医药学各专业使用



中医内科学

陈湘君 张伯礼 主编

用也。然人之病虛實不同，補瀉之法亦異。若陽氣不足，陰氣有餘，則先補其陽而後瀉陰，以和之。陰氣不足，陽氣有餘，則先補陰而後瀉陽，以和之。則榮衛自然通利矣。補瀉之法見下篇。

七十七難曰：經言上工治未病，中工治已病，若何也？然所謂治未病者，見肝之病則知肝當傳之，與脾相實，其脾氣無令得受肝之邪，故曰治未病。蓋中工治病者，見肝之病不曉相傳，但下心治肝，故曰治已病也。今並平聲。

相傳是傳經之法，詳見五十三難。

七十八難曰：鍼有補瀉，何謂也？然補瀉之法非必

中国科学院教材建设专家委员会规划教材
全国高等中医药院校教材

案例版TM

供五年制、七年制中医药学各专业使用

中医内科学

主 编 陈湘君 张伯礼

副主编 周亚滨 赵莉娟 黄永生 黄培新

编 委 (按姓氏笔画排序)

丁慧芬(天津中医药大学)

马晓峰(天津中医药大学)

王秀莲(天津中医药大学)

尤劲松(广州中医药大学)

刘建宏(山西中医学院)

刘影哲(黑龙江中医药大学)

孙 静(黑龙江中医药大学)

何永生(天津中医药大学)

何颂华(上海中医药大学)

张伯礼(天津中医药大学)

张润顺(山西中医学院)

陈筱云(山西中医学院)

陈湘君(上海中医药大学)

周亚滨(黑龙江中医药大学)

陆小左(天津中医药大学)

柳 文(上海中医药大学)

赵莉娟(山西中医学院)

顾军花(上海中医药大学)

曹式丽(天津中医药大学)

黄 燕(广州中医药大学)

黄培新(广州中医药大学)

黄永生(长春中医药大学)

雒晓东(广州中医药大学)

潘 峰(广州中医药大学)

科 学 出 版 社

北 京

郑重声明

为顺应教育部教学改革潮流和改进现有的教学模式,适应目前高等中医药院校的教育现状,提高教学质量,培养具有创新精神和创新能力的中医人才,科学出版社在充分调研的基础上,引进国外先进的教学模式,独创案例与教学内容相结合的编写形式,编写了国内首套引领中医学教育发展趋势的案例版教材。案例教学在医学教育中,是培养高素质、创新型和实用型医学人才的有效途径。

案例版教材版权所有,其内容和引用案例的编写模式受法律保护,一切抄袭、模仿和盗版等侵权行为及不正当竞争行为,将被追究法律责任。

图书在版编目(CIP)数据

中医内科学:案例版/陈湘君,张伯礼主编. —北京:科学出版社,2007
中国科学院教材建设专家委员会规划教材. 全国高等中医药院校教材
ISBN 978-7-03-018417-7

I. 中… II. ①陈…②张… III. 中医内科学-中医学院-教材 IV. R25

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 000363 号

责任编辑:方霞 / 责任校对:刘亚琦

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

源海印刷有限责任公司印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2007年1月第一版 开本:850×1168 1/16

2007年1月第一次印刷 印张:11 1/4

印数:1—4 000 字数:393 000

定价:25.00元

(如有印装质量问题,我社负责调换<明辉>)

前 言

中医内科学是临床学科的一门主干课程,是各科的基础,也是中医基础理论与临床实践的桥梁。本次编写案例版《中医内科学》教材,旨在推动业已深入的中医药教学改革进程,努力为造就基础扎实、思维活跃、富于创新的中医人才提供优质的教材。

中医素有“医者非圣贤莫为”的古训,要提高学生的临证能力,发挥中医特色优势,就应加强基本中医思维和批判性精神的培养。这不仅符合中医药教育的自身特点,亦与全球医学教育发展趋势和要求相一致。因此,本教材以现有的《中医内科学》教材为立足点,按照本科教学大纲的具体要求和执业医师资格考试的要求,突破传统编写模式,以病案为中心阐述病证,目的是建立辨证思维,构筑理论与实践之间的桥梁,锻炼提高学生的临证技能。

本教材编写的特点和重点是中医辨证施治的思路及病证发展变化与联系,每个病证中编写若干病案,使之可以基本反映现有中医内科学中的重要理论和辨证分型,力求做到病案和理论知识之间的相关性。每个病案从“主症分析”、“证型分析”、“立法处方”、“辅助检查”、到“转归与对策”,层层深入,剖析辨证思维过程,又和现代医学相联系,有助于达到循序致精,举一反三的教学效果。“理论探讨”部分涉及古代文献、病机病理、治法方药特色及现代研究等多方面,源于经典又贴近临床实际。“辨证论治要点”的撰写力求体现病证特点,提纲挈领,便于掌握。同时,简明扼要地陈述了病证概念、病因病机及基本辨证分型和治法,删繁就简,体现了规矩法则。

本书共编写 48 个病证,内容以病案分析与理论结合为主,设有内容提要、病案(包括病史资料、辨证论治思路、辅助检查、转归与对策)、辨证要点、理论探讨四个部分,夯实了中医基础理论和临证辨治能力,体现了教材的实用性和先进性,适用于全国中医药院校五年制和七年制中医药学各专业学生使用,也可供年轻教师、临床医师阅读。

本教材由上海中医药大学、天津中医药大学、山西中医学院、长春中医药大学、黑龙江中医药大学、广东中医药大学等中医药院校具有丰富教学和临床实践经验的专家、教授联合编写,在编写中努力协调继承与创新的关系,但由于时间仓促,难免存在不足之处,敬请广大同道和学习者批评指正。

《中医内科学》(案例版)编委会

2006 年 12 月

目 录

前言

第一章 肺系病证	1	第二节 黄疸	85
第一节 感冒	1	第三节 积聚	89
第二节 咳嗽	3	第四节 鼓胀	93
第三节 哮病	7	第五节 头痛	96
第四节 喘证	12	第六节 眩晕	99
第五节 肺癆	15	第七节 中风病	103
第六节 肺癆	19	第八节 癭病	108
第七节 肺胀	22	第五章 肾系病证	110
第八节 肺癌	26	第一节 水肿	110
第二章 心系病证	30	第二节 淋证	115
第一节 心悸	30	第三节 癃闭	118
第二节 胸痹	34	第四节 阳痿	122
第三节 不寐	38	第五节 遗精	124
第四节 癫狂	40	第六章 气血津液病证	128
第五节 痫病	43	第一节 郁证	128
第六节 痴呆	47	第二节 血证	131
第七节 厥证	51	第三节 饮证	137
第三章 脾胃系病证	56	第四节 消渴	142
第一节 胃痛	56	第五节 自汗、盗汗	145
第二节 呕吐	60	第六节 内伤发热	148
第三节 噎膈	63	第七章 肢体经络病证	153
第四节 呃逆	67	第一节 痹证	153
第五节 腹痛	69	第二节 痿病	157
第六节 泄泻	72	第三节 震颤	162
第七节 痢疾	75	第四节 腰痛	164
第八节 便秘	79	第八章 其他病证	168
第四章 肝胆系病证	82	第一节 湿阻	168
第一节 胁痛	82	第二节 耳鸣、耳聋	170

第一章 肺系病证

第一节 感冒

内容提要

感冒是感受触冒风邪而导致的常见外感疾病,临床表现以鼻塞、流涕、喷嚏、咳嗽、头痛、恶寒、发热、全身不适、脉浮为其特征。西医学中的普通感冒、流行性感冒及其他上呼吸道感染而表现感冒证候者,均可参照本病进行辨证论治。

感冒是由于外感六淫、时行疫毒,乘人体御邪能力不足之时,侵袭肺卫皮毛,致使肺失宣肃,卫表失和而发病。六淫之中,以风邪为主因,以风寒、风热证为多见,暑湿证次之。疫毒伤人,则病情重而多变,往往相互传染,造成广泛的流行。若先天不足,后天失调,或年老体衰,或久病、重病损伤,体质虚弱,卫表不固,稍有不慎,即易感邪,或感冒后迁延不已,缠绵难愈,则为虚体感冒。

感冒的病位在卫表肺系,治疗上应因势利导,从表而解,遵《素问·阴阳应象大论》“其在皮者,汗而发之”之义,宜采用解表达邪的治疗原则。风寒证治以辛温发汗;风热证治以辛凉清解;暑湿证,又当清暑祛湿解表。虚体感冒当重扶正达邪。

感冒的基本分型及辨证治疗见表 1-1。

表 1-1 基本分型及辨证治疗

分型	主症	治法	主方
风寒束肺	恶寒重,发热轻,无汗,头痛,肢节酸疼,鼻塞声重或鼻塞喷嚏,时流清涕,咽痒,咳嗽,痰吐稀薄色白,舌苔薄白,脉浮或浮紧	辛温解表	荆防达表汤或荆防败毒散
风热犯表	身热较著,微恶风,汗出,头胀痛,咳嗽,痰黏或黄,咽燥,或咽喉乳蛾红肿疼痛,鼻塞,流黄浊涕,舌苔薄黄,舌边尖红,脉浮数	辛凉解表	银翘散或葱豉桔梗汤
暑湿伤表	身热,微恶风,汗少,肢体酸重或疼痛,头昏重胀痛,咳嗽痰黏,鼻流浊涕,心烦口渴,或口中黏腻,胸闷脘痞,泛恶,舌苔薄黄而腻,脉濡数	清暑祛湿解表	新加香薷饮

续表

分型	主症	治法	主方
气虚感冒	恶寒较甚,发热,无汗,头痛身楚,咳嗽,痰白,咯痰无力,平素神疲体弱,气短懒言,反复易感,舌淡苔白,脉浮而无力	益气解表	参苏饮
阴虚感冒	身热,微恶风寒,少汗,头昏,心烦,口干,干咳少痰,舌红少苔,脉细数	滋阴解表	加减葳蕤汤

病案

【病案一】

刘某,男,30岁。1962年1月18日初诊。

4天前因劳累受凉,发冷,发热,头痛,烦躁,周身酸楚,流涕,咳嗽,吐白黏痰。

既往史:体健,无其他内科疾病史。

体检:咽部轻度充血,扁桃体不肿,心肺正常。舌苔黄,根部略厚,脉紧而数。

实验室检查:血常规:白细胞 $6.8 \times 10^9/L$,中性粒细胞 70%,淋巴细胞 25%,红细胞 $4.49 \times 10^{12}/L$ 。

(一) 辨证论治思路

1. 主症分析 患者以恶寒、发热、头痛、咳嗽、流涕、周身酸楚为主要表现,病程短,全身症状不显著,故属于感冒范畴之普通感冒。发病以来无高热、壮热、寒战,无入里传变等症状,故不属于温病。

2. 证型分析 患者为青壮年男性,既往体健,素来无体虚表现,故可明确诊断为邪实感冒。患者有受凉病史。风寒侵袭,卫表失和,肺气失宣,则引起恶寒、发热、头痛、周身酸楚、流涕、咳嗽、吐白黏痰、脉紧等症;壮年男性,阳盛之体,外感风寒有入里化热之势,故咽部轻度充血、舌苔黄、根部略厚、脉数。

3. 立法处方 辨证为外感风寒,郁热于里。治当发汗解表,宣肺化痰,佐以清热。仿大青龙汤解表寒兼清里热之意,进行加减。

麻黄 6 克 生石膏(先煎)15 克 桂枝 9 克 白芍 12 克 款冬花 9 克 炒杏仁 9 克 山药 15 克 柴胡 9 克 炙甘草 6 克 生姜 6 克 大枣 3 枚

麻黄、桂枝外散风寒;生石膏内清里热;柴胡疏散退热;生姜、大枣调和营卫;白芍和血敛阴,与解表药

笔记栏

配伍，一散一收，调和营卫，使表邪得解，里气得和；炒杏仁、款冬花宣肺化痰；山药益肺健脾，与生石膏同用，以防其寒凉太过而伤脾胃；炙甘草调和诸药。

(二) 辅助检查

本病为外感表证，属上呼吸道感染范畴，故可根据病情进行必要的检查，如咽拭子培养、胸片等，以了解病原体的情况和感染的程度。

(三) 转归与对策

转归一 经云：“邪在皮毛者，汗而发之是也。”患者经过治疗，表邪得散，里热得清，营卫调和，疾病向愈。

转归二 邪实感冒，若病性辨证不清，寒热偏颇，则可致病证发生变化。辛温发散太过，助邪化热或有入里之势，邪热犯肺，症见发热、咳嗽、咽痛、口渴，甚则喘促、咳痰黏稠色黄、胸痛等症，甚至引起传变，治当清热宣肺，方用桑菊饮或清金化痰汤加减。辛凉疏散太过，表寒不解，病情迁延，有伤阳之嫌，使得病性由实转虚，可选用参苏饮加减，益气解表。

【病案二】

邹某，男，60岁。1958年8月23日初诊。

形体消瘦，消化不良已久，肠鸣，纳差，精神不振，平素易感冒。近7天因疲劳受凉，出现头项强痛，畏风，动则汗出，轻微咳嗽，无发热。

既往史：有慢性胃炎6年，余无其他内科疾病。

体检：无明显阳性体征。脉左寸微浮，右寸微弦，两关弦虚，两尺沉弱，舌淡红，苔薄白黏腻。

实验室检查：血常规及胸部透视未见异常。

(一) 辨证论治思路

1. 主症分析 患者以头项强痛、畏风、汗出为主症，而咳嗽轻微，故属于感冒范畴。又根据患者有经常感冒病史，素体虚弱，外感后除有感冒症状外，还表现出畏风、动则汗出、两尺沉弱等虚象，故考虑为体虚感冒，与邪实感冒不难鉴别。

2. 证型分析 患者形体消瘦，纳差，消化不良已久，致肺脾气虚，卫外不固，易感外邪，发生感冒。体质虚弱之人，腠理疏松，感受风寒，卫表失和，则表现为头项强痛、畏风、汗出、咳嗽、脉左寸微浮以及动则汗出、精神不振、舌淡红苔薄白黏腻、两尺沉弱等气虚之象。故本证病机为肺脾气虚，卫外不固，感受风寒，肺卫失和。

3. 立法处方 因属肺脾气虚，感受风寒，故守益气健脾补肺，解表散寒之法，以桂枝汤合四君子汤化裁。

党参6克 桂枝5克 白芍6克 炙甘草6克
生黄芪9克 法半夏6克 陈皮6克 茯苓6克 山药10克 生姜2片 大枣6枚

党参、黄芪、甘草补气扶正，固表祛邪，配茯苓、山药、陈皮、半夏调理脾胃，桂枝、白芍、生姜、大枣调和

营卫。也可配伍苏叶、葛根、前胡疏风解表。

(二) 辅助检查

根据病情可做相关检查。感冒之时，检查血常规、胸片；待表证解除后，应做相关的免疫学检查，如IgG、IgA、IgM、淋巴细胞转化率等。

(三) 转归与对策

转归一 气虚感冒经过恰当的治疗，益气解表，病情缓解。但因气虚卫表不固，汗出易感，因此平时应常服玉屏风散益气固表，预防感冒。

转归二 感冒当以解表达邪为治则。若一味以扶正为主而不疏解祛邪，使病邪难以外达，日久可进一步发展为阳虚感冒，病情迁延或易复感。表现为恶寒重、发热轻、四肢不温、语言低微、舌淡胖、脉沉细无力。方用再造散加减，助阳解表。

【病案三】

杨某某，女，35岁。1966年11月25日初诊。

近5年多来经常鼻塞头痛，沉胀如蒙，平时白带多，每于冬令之时肢体出现轻度凹陷性浮肿。近2天来鼻塞头胀如蒙，周身痛重，以腰脊为甚，无汗恶寒，胸闷呕恶，困乏嗜睡，便溏。

既往史：无特殊疾病史记载。

体检：四肢轻度浮肿。舌苔滑腻，脉来沉濡。

实验室检查：血常规：白细胞 $10.8 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞73%，淋巴细胞25%，红细胞 $4.6 \times 10^{12}/L$ ；尿常规：镜下白细胞1~2个/HP，蛋白阴性。

(一) 辨证论治思路

1. 主症分析 患者以鼻塞头胀如蒙、周身痛重、恶寒为主症，故属于感冒范畴。患者为中年女性，虽5、6年来经常鼻塞头痛，然素无体虚表现，故可确诊为邪实感冒。

2. 证型分析 患者经常鼻塞头痛，沉胀如蒙，平时白带多，且冬令之时出现轻度浮肿，此乃素体湿盛，有脾运失司，寒湿伤阳之象。值冬令感受风寒，以致风寒湿邪束表，卫表失和，故见无汗恶寒、周身痛重、鼻塞头胀如蒙；胸闷呕恶、困乏嗜睡、便溏、舌苔滑腻、脉来沉濡为素体湿盛之象。

3. 立法处方 辨证为风寒湿邪侵袭肺卫。治当发汗解表，疏风祛湿散寒，方选羌活胜湿汤加味。

羌活9克 独活9克 川芎6克 蔓荆子12克
升麻9克 蒿本9克 防风9克 生苍术9克 生甘草6克 白芷9克 浮萍9克 黑荆芥9克 细辛3克

羌活、独活、荆芥、防风疏风散寒除湿；升麻、苍术、蔓荆子、蒿本升阳除湿；川芎、细辛、白芷散寒祛风，宣痹止痛；浮萍发汗散湿消肿。

(二) 辅助检查

本病为外感表证，属上呼吸道感染范畴，故可根

据病情进行必要的检查,如血常规、尿常规、胸片等,以了解病菌感染的情况和程度。

(三) 转归与对策

转归一 患者素体湿盛,经过治疗,表邪可解,但湿邪难以祛化,以脾运失司,湿邪内蕴为主要病机,平时可有胸闷呕恶、困乏嗜睡、便溏、白带多、舌苔滑腻、脉来沉濡等症。治当补脾运中化湿,方用二陈汤、五苓散加减。

转归二 日久反复发作,寒湿伤阳,必损及于脾,脾气虚弱,症见神疲乏力、头沉重若裹、腹胀纳呆、便溏等。治疗当健脾益气,散寒除湿,方用四君子汤、胃苓汤加减。

转归三 寒湿困阻,脾气虚弱可进一步发展为中阳不运,脾阳虚弱,临床可见四肢不温、浮肿少尿、大便稀薄等。治当温中健脾,助阳益气解表,方用再造散、理中汤加减。

辨证论治要点

一、辨清病邪的性质

感冒病邪在卫,多为实证,临证应分清风寒、风热、暑湿兼夹的不同。

二、辨别普通感冒和时行感冒

普通感冒病情较轻,症状不重,多无传变;时行感冒不限季节,有广泛的流行性,起病急骤,病情较重,全身症状显著,多有传变。

三、区分体虚感冒的性质

虚人外感,在临床上应区分气虚、阴虚的不同。气虚感冒在感冒的基础上兼有倦怠乏力、气短懒言、脉浮无力等;阴虚感冒则见身热、手足心热、口干、干咳少痰、脉细数等。

理论探讨

一、对《素问·阴阳应象大论》“其在皮者,汗而发之”的理解

风为六淫之首,其性轻扬,“伤于风者,上先受之”,肺居上焦,开窍于鼻,主气司呼吸,外合皮毛而卫外。外邪侵袭,肺卫首当其冲,卫表失和,病邪在外、在表,治疗当因势利导,辛散轻宣,用“汗”法使外邪仍从肌表而出,即“因其轻而扬之”。

二、感冒在临证治疗中的注意事项

1. 对有并发症和夹杂症感冒的处理 感冒病在卫表,少有传变,但老人、婴幼儿、体弱或感邪较重时,可发生化热入里犯肺,逆传心包,如肺炎、流感的肺炎型、中毒型,治疗当以温病辨证论治。

原有宿疾,再加新感,当根据其标本主次,适当兼顾。如小儿感冒易夹惊夹食,夹惊者配熄风止痉之品(加钩藤、僵蚕、石决明、薄荷等),夹食者配消导之品(加神曲、山楂、莱菔子等)。

2. 治疗风湿感冒的要点 虽为外感表证,以解表

为主,但湿邪重浊,浊而不移,且寒湿易伤阳,致卫气不能鼓邪外出,因此在治疗中要注意升阳散湿,表证得解后要清里湿。

3. 对感冒在治疗中应用“表里双解”的理解 外邪侵袭人体是否发病,关键在于卫气的强弱,同时与感邪的轻重有关。经云:“风雨寒热不得虚,邪不能独伤人。”又云:“肺家素有痰热,复受风邪束缚,内火不得疏泄,……此表里两因之实证也。有平昔元气虚弱,表疏腠松,略有不慎,即显风证者。此表里两因之虚证也。”

在感冒早期不仅限于表证,而且多数患者兼见不同程度的里热。因此,主张解表清里同时并行,以奏表里双解之效。故处方用药除麻黄、桂枝等解表药外,同用生石膏、知母等清里热之药。

4. 外感表证中应注意调理脾胃 在体虚感冒的治疗中,重视调理脾胃,乃是强调脾胃为后天之本,为汗源滋生之源。若服药时喝热稀粥,可借谷气以助汗,益胃气以鼓邪外解。

三、在感冒治疗中,如何理解“正气存内,邪不可干”

风、寒、暑、湿、燥、火,本是自然界正常的六种气候变化,在中医学中称为六气,但作为致病因素时,则为六淫邪气。感冒是指因感受风邪引起的肺卫表证。肺主气,司呼吸,外合皮毛,主一身之藩篱,有卫外之功能。在机体正常情况下,天人合一,人虽处自然环境中,不会感受触冒风邪,引起人体的不适反应,即“正气存内,邪不可干”。只有在某种因素下(如过度劳累、情绪波动、受凉等)导致抵抗力下降(正气不足)时,肺卫外失司,风、寒、暑、湿、燥、火六淫之邪乘虚而入,引起发热恶寒、鼻塞流涕、头项强痛、周身酸楚、咳嗽等不适症状,故《内经》有提出“邪之所凑,其气必虚”。

“正气存内,邪不可干”是指正气的盛衰决定疾病的发生、发展与转归。在《内经》中又提出“真气从之,精神内守,病安从来”,可见,正气与人体免疫功能有相似含义。

第二节 咳嗽

内容提要

咳嗽是指肺失宣降,肺气上逆作声,咯吐痰液而言。分别言之,有声无痰为咳,有痰无声为嗽。一般多为痰声并见,难以截然分开,故以咳嗽并称。咳嗽既是独立性的一种疾患,又是肺系多种疾病的一个主要症状。西医学中急慢性支气管炎、肺炎以及慢性咽炎或花粉、异物过敏所致以咳嗽为主症时,均可参照本病辨证论治。

本病的病因有外感、内伤两大类。外感咳嗽为六淫外邪侵袭肺系;内伤咳嗽为脏腑功能失调,内邪干肺。无论邪从外入,或自内而发,均可引起肺失宣肃,肺气上逆作咳。主要病机为邪犯于肺,肺气上逆。病

位在肺,与肝脾有关,久则及肾。

病理性质:外感咳嗽属于邪实,内伤咳嗽多属邪实与正虚并见。病理因素主要为“痰”与“火”。但痰有寒热之别,火有虚实之分;痰可郁而化火(热),火可炼液灼津为痰。他脏及肺者,多因邪实导致正虚,肺脏自病的咳嗽则多为因虚致实。

治疗原则:外感咳嗽多属于邪实,治以祛邪利肺。内伤咳嗽多属邪实正虚,治当祛邪止咳,扶正补虚,标本兼顾。分清虚实主次处理。

咳嗽的基本辨证分型及治疗见表 1-2。

表 1-2 基本辨证分型及治疗

分型	主 症	治 法	主 方
风寒 袭肺	咳嗽,咽痒,咳痰稀薄色白,常伴鼻塞,流清涕,恶寒,发热,无汗等表证,舌苔薄白,脉浮或浮紧	疏风散寒, 宣肺止 咳	三拗汤、 止嗽 散
风热 犯肺	咳嗽频剧,气粗,喉燥咽痛,咳痰不爽,痰稠黄,常伴鼻流黄涕,口渴,恶风,身热等表证,舌苔薄黄,脉浮数或浮滑	疏风清热, 宣肺化 痰	桑菊饮
风燥 伤肺	干咳,连声作呛,咽喉干痛,唇鼻干燥,无痰或痰少而黏,或痰中带血,口干,初起或伴表证,舌苔薄白或薄黄,质红干而少津,脉浮数或小数	疏风清肺, 润燥止 咳	桑杏汤
痰湿 蕴肺	咳嗽反复发作,痰多,因痰而嗽,痰出咳平,痰黏腻色白,与饮食有关,脘痞呕恶,食少体倦,大便时溏,舌苔白腻,脉濡滑	燥湿化痰, 理气止 咳	二陈平胃 散合三 子养亲 汤
痰热 郁肺	咳嗽气息粗促,痰多质黏厚或稠黄,咯吐不爽,或吐血痰,胸胁胀满,咳时引痛,或有身热,口干欲饮,舌苔薄黄腻,质红,脉滑数	清热肃肺, 豁痰止 咳	清金化痰 汤
肝火 犯肺	上气咳逆阵作,常感痰滞咽喉,咯之难出,量少质黏,胸胁胀痛,咳时引痛,口干苦。症状可随情绪波动增减。舌苔薄黄少津,脉象弦数	清肺泻肝, 顺气降 火	加减泻白 散合黛 蛤散
肺阴 亏耗	干咳,咳声短促,或痰中夹血,或声音逐渐嘶哑,口干咽燥,或午后潮热,颧红,盗汗,日渐消瘦,神疲,舌质红少苔,脉细数	滋阴润肺, 止咳化 痰	沙参麦冬 汤

病 案

【病案一】

许某某,男,48岁。2004年4月12日初诊。咳嗽5日。有咽喉干痛病史7年,时伴有干咳,去年曾出现少量咳血。5天前,因运动后汗出受凉,发作咳嗽,曾用抗生素及多种止咳药无效来诊。现咳嗽频作,痰少黏稠,咯吐不爽,咽喉干痛,手足心热,发热恶风。

既往史:咽炎病史7年,无其他内科疾病。

体检:体温37.8℃,咽喉部充血,扁桃体无肿大,两肺呼吸音粗。舌苔微黄,舌质红有裂纹,脉浮细数。

实验室检查:暂缺。

(一) 辨证论治思路

1. 主症分析 患者5天前因运动后汗出受凉而发作咳嗽,以“咳嗽”为主诉,故属于咳嗽范畴。患者虽有咽喉干痛时伴咳嗽病史,但病变重点以咽喉干痛,而非久咳,且此次发病时间短暂,由寒暖失当,汗出当风,引起咳嗽5日,有外邪乘袭病史,故属外感咳嗽,而非内伤咳嗽。

2. 证型分析 肺居上焦,喉为其所系,患者咽喉干痛数年,病久伤肺,肺阴不足,阴虚内热,则咽喉干痛,手足心热,舌质红有裂纹,脉细数;复感风热,邪气犯肺,肺失清肃,热灼津液,则咳嗽频作、痰少黏稠、咯吐不爽、舌苔微黄;卫表失和,则发热恶风、脉浮数。综观脉证,病机为在外风热犯肺,在内阴虚内热。

3. 立法处方 根据病机先以疏风清热,润肺化痰为治则,方用桑菊饮加减。待表证解除后,则以滋阴清热,润肺化痰为主。

桑叶10克 菊花10克 薄荷(后下)6克 桔梗10克 杏仁10克 南沙参12克 山豆根10克 黄芩10克 蚤休20克 连翘12克 象贝母10克 生甘草6克

桑叶、菊花、薄荷辛凉解表;桔梗、杏仁、沙参、贝母、甘草润肺止咳;黄芩、蚤休、连翘、山豆根清热利咽。

(二) 辅助检查

患者久有咽喉干痛、手足心热、咳嗽,曾有咳血,应做相关检查。

(1) 进行相关体格检查及血常规、胸片,以明确是否有上呼吸道感染或支气管炎、肺炎等,必要时做血沉、痰培养加药敏、结核菌素试验,排除结核等其他疾病。

(2) 必要时进一步做纤维支气管镜、肺CT等,以除外支气管扩张、肺癌等病变。

(3) 五官科专科检查,确定有无慢性咽炎。

(三) 转归与对策

转归一 患者经疏风清热,润肺化痰治疗后,表证解除,根据病史,属肺阴不足,阴虚内热之体。治疗

以滋阴清热,润肺化痰为主。方用沙参麦冬汤加减。

转归二 本证病机为肺阴不足,阴虚内热,复感风热,肺失清肃导致咳嗽,治疗当以疏风清热,润肺化痰为法。如用药不当,宜辛凉而误用辛温,宜寒润而误用温燥,助热伤阴,阴虚火旺,伤络动血,则会出现咳血证。治疗当滋阴降火,宁络止血。方用百合固金汤加减。

转归三 本病证为外感咳嗽,如辨证不当,过用敛肺、收涩的镇咳药,使得肺气郁遏不宣,邪恋不去,久咳伤正。表现为反复咳嗽、咽喉不利、痰白稀薄、容易外感、时感胸闷气短、腹胀纳差、倦怠乏力等。治当健脾益肺,化痰止咳。方用四君子汤合二陈汤加减。

【病案二】

李某某,男性,56岁。2000年11月12日初诊。

患者咳嗽,甚则喘息,反复发作8年,且每遇寒加重。此次发病已经5月余,经多方治疗,大量使用抗生素,效果不显著。其症状特点为咳嗽,痰多色白而清稀,咳甚则喘息,伴中脘及后背部特别怕冷,纳少腹胀,精神不振。

既往史:吸烟史40余年,有慢性支气管炎6年,慢性胃病史6年,余无心脏病等其他内科疾病。

体检:体温正常,两肺呼吸音粗,右肺可闻及散在的痰鸣音。舌质淡,舌苔白滑,脉沉弦略迟。

实验室检查:胸片示两肺纹理增多紊乱,边缘清楚。

(一) 辨证论治思路

1. 主症分析 患者以咳嗽痰多为主诉,故属于咳嗽范畴。又根据症状特点,咳嗽反复发作,病程较长,本次发病已经5月余,起病缓慢,伴中脘及后背部特别怕冷,纳少腹胀,精神不振等脏腑见证,因此诊断为内伤咳嗽。虽有咳甚喘息,但无呼吸困难,张口抬肩,喘息不得卧等症,故不属于喘证。

2. 证型分析 “脾为生痰之源,肺为贮痰之器”。患者久病,损伤脾阳,运化无权,聚湿生痰,痰湿上干于肺;久咳伤肺,肺不布津,聚液为痰,使肺气上逆而咳嗽,故见咳嗽痰多,色白而清稀;痰湿困脾,则纳少腹胀,精神不振,舌质淡,舌苔白滑;脾阳不足,则中脘及后背部特别怕冷,舌苔白,脉沉迟等。综观脉证,本证属于脾阳不足,痰湿困脾,上干于肺。

3. 立法处方 辨证为脾阳不足,痰湿困脾,上干于肺。治疗当以温阳涤饮,降气化痰。方以二陈汤加减。

茯苓30克 肉桂9克 焦白术10克 法半夏12克 化橘红12克 炙款冬花15克 北细辛1.5克 炙百部15克 炙甘草6克

取二陈汤之意化痰和中,肉桂、细辛温阳化饮,橘红、半夏、款冬花、百部止咳化痰。

(二) 辅助检查

(1) 为明确是否有继发感染,故进行相关体格检

查及血常规、胸片、痰培养及药敏等检查。

(2) 根据患者的年龄,应排除肺部肿瘤,需做肺部CT、痰脱落细胞学检查等。

(3) 为排除肺结核,可做结核菌素试验等检查。

(三) 转归与对策

转归一 患者经治疗病情平稳,转以素体脾虚为主要病机特点。可服六君子汤以资调理,或合杏苏二陈丸标本兼顾。

转归二 患者虽经治疗,病情未能控制,日久脾肺两伤,病延及肾,转为寒饮伏肺,或肺气虚寒,临床表现为咳嗽、痰多清稀呈泡沫状、舌苔白滑、脉沉细,或形寒怕冷、短气乏力、舌淡、脉虚弱。治疗当温肺化饮,方用小青龙汤或甘草干姜汤加减。

转归三 患者病情反复,久病久咳,肺脾肾俱虚,可致喘或肺胀,症见喘促短气、声低气怯、咳痰清稀或腰酸膝冷等。治当补肺纳肾平喘,方用平喘固本汤加减。

【病案三】

陈某某,女,22岁。初诊1973年9月。

患者2岁时曾患“麻疹合并肺炎”,经抢救治疗后脱险。此后经常咳嗽咳痰,冬季为重,多在劳累、受凉后诱发,多次胸部透视检查均诊断为“左下肺炎”,需使用抗生素治疗,且品种越来越多,量越来越大,痰有时发黄,甚则发热、胸闷、气短。月经周期正常,量少,经期伴腰腹胀痛。近半年来除间断高热外,有持续性低热,不断咳嗽伴黄痰,咳吐不利,时感胸闷,气短,心慌,日渐消瘦,饮食少,大便略干。

既往史:2岁时曾患麻疹。

体检:体温37.8℃,形体瘦小,面色不华,咽淡红,双侧扁桃腺不大,胸廓对称,无肋间隙增宽,两肺呼吸音粗,左下肺可闻及痰鸣音,心率90次/分。舌苔薄白,脉沉细。

实验室检查:血常规:白细胞 $12.6 \times 10^9/L$,中性粒细胞83%,淋巴细胞15%;胸片示左下肺炎。

(一) 辨证论治思路

1. 主症分析 患者以咳嗽咳痰反复发作20余年,加重半年为主症,故诊断为咳嗽。且病程长,反复发作咳嗽咳痰,冬季为重,多在劳累、受凉后诱发,时感胸闷、气短、心慌、日渐消瘦、脉沉细,无外感表证,所以辨为内伤咳嗽。无喘息、痰鸣等症,故不诊断喘证或哮病。

2. 证型分析 根据患者2岁时曾患麻疹合并肺炎,此后经常咳嗽咳痰,冬季为重,多在劳累、受凉后诱发,说明治疗不当,热病之后,耗伤肺阴,失其滋润,肺气上逆,则咳嗽、胸闷、日渐消瘦、持续性低热;久病及母,损伤正气,脾气虚弱,生化乏源,气血亏虚,则气短、心慌、饮食少、面色不华、月经量少伴痛经、舌苔薄白、脉沉细等;邪气留恋,灼津为痰,痰热壅肺,则痰黄

咳吐不利,或间断高热。综观脉证,病机为本虚标实,本虚,肺阴不足,脾气虚弱;标实,痰热壅肺。

3. 立法处方 辨证为肺阴不足,脾气虚弱,痰热壅肺,肺失宣肃。治以养阴健脾,清肺化痰,佐以调经。仿百合固金汤,补肺散意加减。

百合 15 克 炒杏仁 9 克 桔梗 12 克 款冬花 12 克 紫苑 12 克 陈皮 12 克 生石膏 15 克 薤白 12 克 当归 12 克 红花 12 克 贝母 12 克 白术 12 克 砂仁 6 克 阿胶(烩化)9 克 天竺黄 6 克 麦冬 12 克

百合、麦冬、阿胶滋阴清热补肺;白术、砂仁、陈皮健脾化痰;炒杏仁、桔梗、款冬花、紫苑、贝母宣肺止咳;生石膏、天竺黄清肺热,薤白化痰通阳,佐当归、红花养血调经。

(二) 辅助检查

(1) 为明确是否有继发感染,可进行相关体格检查及血常规、胸片、痰培养及药敏等检查。

(2) 根据患者的咳嗽黄痰反复发作病史,应进一步检查支气管镜,以判断是否有支气管扩张的可能等。

(3) 为排除肺结核,可做结核菌素试验等检查。

(三) 转归与对策

转归一 如果久病不愈,阴虚火旺,痰热壅肺,可灼伤肺络,发为咳血。症见咳嗽痰中带血,或反复发作咳血、血色鲜红、潮热盗汗、舌红、脉细数等。治当滋阴润肺,宁络止血。方用百合固金汤加减。

转归二 肺阴不足,脾气虚弱,迁延不愈,渐成劳损,气阴两虚,症见形体消瘦、倦怠乏力、面色萎黄、咳嗽短气懒言、自汗盗汗、月经失调等。治当益气养阴,方以参苓白术散加减。

辨证论治要点

一、咳嗽首当鉴别外感与内伤

一般来说,外感咳嗽多有明显的致病原因,起病急,病程短,其特点为必兼表证,为实证。内伤咳嗽常无明显诱因,起病缓,病程长,特别是肺阴虚和肾阳虚咳嗽,多久而不愈,或反复发作,多为虚证或虚实夹杂证。

二、咳嗽的辨证,要抓住咳与痰的特点

咳嗽的特点包括时间、节律、性质、声音以及加重的相关因素。痰的特点包括痰的色、质、量、味等。

三、咳嗽的辨治要有整体观念

除询问有关肺系症状外,还应结合中医“十问”询问他脏病证,要有整体观念。

理论探讨

一、内伤咳嗽的病理因素及病变脏腑

内伤咳嗽的病理因素主要为“痰”与“火”,痰有寒热之别,火有虚实之分。凡肝火犯肺,炼液成痰;或脾

失运化,痰湿蕴肺;或痰热、肝火伤阴,肺阴不足等,脏腑功能失调,内邪上干于肺,均可发为咳嗽。

二、痰的色质量对于辨证的价值

“肺为贮痰之器”。中医有“五脏生痰”之说。现代医学研究表明支气管病变患者由于支气管黏液腺增生,分泌增加,可产生大量的分泌物,痰液既是致病因素,又是病理产物。因此从痰的色、质、量辨其性质及其病理因素为咳喘辨治的重要环节。咳而少痰的多属燥热、气火、阴虚;痰多的常属湿痰、痰热、虚寒;痰白而稀薄的属风、属寒;痰黄而稠者属热;痰白质黏者属阴虚、燥热;痰白清稀透明呈泡沫样的属虚、属寒;咯吐血痰,多为肺热或阴虚;如脓血相兼的,为痰热瘀结成痈之候;咳嗽咯吐粉红色泡沫痰,咳而气喘,呼吸困难者,多属心肺阳虚,气不主血;咳痰有热腥味或腥臭气的为痰热;味甜者属痰湿,味咸者属肾虚。

三、内伤咳嗽的病机

饮食失调,嗜好烟酒,熏灼脾胃;或喜食肥甘辛辣;或脾失健运,痰浊内生,上干于肺;或情志刺激,肝失条达,气郁化火,循经上逆犯肺而致咳,乃他脏及肺。肺脏虚弱,肃降无权,气逆为咳,乃肺脏自病。总之,内伤咳嗽总由脏腑功能失调,内邪干肺所致,临证应区分是他脏干肺还是肺脏自病。

四、“五脏六腑,皆令人咳,非独肺也”的含义

咳嗽为肺脏的主要病证之一,外感、内伤都能发生咳嗽。外感多由肺卫受邪,肺失宣降;内伤除肺脏自病外,可由他脏及肺,如肝火犯肺、痰湿壅肺、脾虚咳嗽及肾虚咳嗽等。因此,咳嗽虽发自肺,但五脏六腑之病变,都可影响于肺,而发为咳嗽。故《素问·咳论》云:“五脏六腑,皆令人咳,非独肺也。”

五、治疗咳嗽的注意事项

由于邪犯于肺,肺气上逆,肺脏为了祛邪外达,冲激声门而发为咳嗽。因此在治疗时应注意以下几点:

1. 审证求因,切勿见咳止咳 咳嗽是人体祛邪外达的一种病理表现,因此绝不能单纯见咳止咳。
2. 外感忌敛涩,内伤忌宣散 外感咳嗽多为实证,治疗当因势利导,祛邪利肺;内伤咳嗽多属邪实正虚,邪干于肺所致,治疗应防宣散伤正,须调理脏腑,正邪兼顾。

3. 咳必治肺,但必须注意整体治疗 咳为肺气上逆,治必在肺,但内伤咳嗽与其他脏腑密切相关,除治肺外,尚应注意整体治疗。如痰湿咳嗽治当燥湿健脾化痰;肝火咳嗽治当泄肝顺气降火;阴津亏耗治当滋肾养阴润肺。

六、痰湿咳嗽与脾虚咳嗽的鉴别要点

痰湿咳嗽与脾虚咳嗽都有痰湿的表现,但其因病机则有不同。痰湿咳嗽是因饮食不节,劳累,或其他原因,导致脾的健运失司,痰湿壅盛,上干于肺,肺失宣肃,肺气上逆而作咳。即咳由痰致,临床有痰出咳止的特点,病理属性为实证,治当以健脾燥湿,化痰止咳,方用二陈汤加减;脾虚咳嗽主要是各种因素导

致脾气虚弱,运化无权,聚湿生痰,痰湿阻肺而咳嗽,痰多色白,并伴有乏力、食少、便溏等脾气虚弱的症状,病性为本虚标实,治当以健脾益气,燥湿化痰,方用六君子汤加减。

第三节 哮 病

内 容 提 要

哮喘是一种发作性的痰鸣气喘疾患。发作时喉中哮鸣有声,呼吸气促困难,甚则喘息不能平卧。西医学的支气管哮喘、喘息性支气管炎、嗜酸性细胞增多症等疾患引起的哮喘均可参照本节内容进行辨证论治。

本病的发生为痰伏于肺,每因外邪侵袭、饮食不当、情志刺激、体虚劳倦等诱因引动而触发,以致痰壅气道,肺气宣降功能失常。

哮喘发作的基本病理变化为“伏痰”遇感引触,痰随气升,气因痰阻,相互搏结,壅塞气道,肺管挛急狭窄,通畅不利,肺气宣降失常,引动停积之痰,而致痰鸣如吼,气息喘促。

病位在肺,与脾、肾密切相关。哮喘的病理因素以痰为主。发作时的病理环节为痰阻气闭,以邪实为主。“痰”的产生,主要由于肺不能布散津液,脾不能运化精微,肾不能蒸化水液,以致津液凝聚成痰,伏藏于肺,成为发病的潜在“夙根”,因各种诱因而引发。

发时治标,平时治本是本病治疗的首要原则。发作时攻邪治标,祛痰利气。平时应扶正治本,阳虚者宜温补,阴虚者宜滋养,分别采用补肺、健脾、益肾等法。

哮喘的基本辨证分型及治疗见表 1-3。

表 1-3 基本辨证分型及治疗

分型	主 症	治 法	主 方
冷哮	喉中哮鸣,呼吸急促,胸膈满闷如塞,咳不甚,痰少咯吐不爽,色白而多泡沫,天冷或受寒易发,面色青晦,舌苔白滑,脉弦紧或浮紧	宣肺散寒,化痰平喘	射干麻黄汤、小青龙汤
热哮	喉中痰鸣如吼,气粗息涌,胸高胁胀,咳呛阵作,咯痰色黄或白,黏浊稠厚,口苦,口渴喜饮,汗出,或有身热,苔黄腻,质红,脉弦滑或滑数	清热宣肺,化痰定喘	定喘汤
寒包热哮	喉中哮鸣,胸膈烦闷,呼吸急促,咯痰不爽,痰黏色黄,烦躁,发热恶寒,身痛,口干欲饮,大便干,舌红苔白黄,脉弦紧	解表散寒,清化痰热	小青龙加石膏汤

续表

分型	主 症	治 法	主 方
风痰哮	喉中痰涎壅盛,声如拽锯,喘急胸满,但坐不得卧,咯痰黏腻难出,或为白色泡沫痰,无明显寒热倾向,舌苔厚浊,脉滑实	涤痰利窍,降气平喘	三子养亲汤
肺脾气虚	气短声低,喉中时有轻度哮鸣,痰多质稀色白,自汗怕风,常易感冒,食少便溏,倦怠乏力,舌质淡,苔薄腻或白滑,脉象细弱	健脾益气,补土生金	六君子汤
肺肾两虚	短气息促,动则为甚,吸气不利,咯痰质黏起沫,脑转耳鸣,心慌,或五心烦热,颧红,口干,舌质红少苔,脉细数,或畏寒肢冷,面色苍白,舌淡苔白,质胖嫩,脉象沉细	补肺益肾	生脉地黄汤合金水六君煎,或金匱肾气丸

病 案

【病案一】

郝某某,女,32岁。1987年10月初诊。

4年前开始出现哮喘,春秋两季多因“感冒”引发。近1个月来频繁发作,喉中痰鸣,咳喘倚息不得卧,痰黄而少不易咳出,胸闷咽痒,烦热口干,面赤汗出,恶寒肢冷,性情急躁。

既往史:无其他内科疾病史。

体检:体胖,口唇微绀,四肢发凉,两肺满布哮鸣音。舌红苔黄腻而少,脉数。

实验室检查:血常规:白细胞 $8.9 \times 10^9/L$,中性粒细胞 75%,嗜酸粒细胞 2%。胸片未见明显异常表现。

(一) 辨证论治思路

1. 主症分析 患者4年前开始出现哮喘,春秋两季多发,发病以喉中哮鸣,咳喘咳痰为主症,故本病辨证当属哮喘,其与同样有呼吸困难,但无喉中哮鸣的喘证有别。其诊断依据:哮喘是一种发作性的痰鸣气喘疾患,发作时喉中有哮鸣音,呼吸困难,甚则喘息不得平卧,平时如常人。本证表现与之相符。

2. 证型分析 患者近1个月来频繁发作,喉中痰鸣,咳喘倚息不得卧,当为哮喘急性发作期。素体肥胖,胖人多痰多饮,蕴积体内而成伏痰。每因“感冒”,外邪触动伏痰,遇感而发,痰随气升,气因痰阻,壅塞气道,肺失宣降,而致喉中痰鸣,胸闷咽痒,甚则喘息不得卧;频繁发作,性情急躁,痰郁化热,则咳痰黄,面赤汗出,舌红苔黄腻,脉数;痰热伤津,则痰少不易咳出,烦热口干;肺虚不能布散阳气,故见四肢发凉。综

观脉证,本证当属热哮。病性属实,病位在肺。

3. 立法处方 辨证为痰热蕴肺。治以清热化痰,宣降肺气,方用麻杏石甘汤加味。

麻黄9克 杏仁9克 生石膏(先煎)30克 生甘草6克 葶苈子10克 桑白皮12克

麻黄宣肺平喘,生石膏清泄肺热以生津,两者相伍,清热宣肺;杏仁降肺气以平喘,与麻黄配伍宣降相宜,与生石膏配伍共主清肃;葶苈子、桑白皮降肺平喘;生甘草与生石膏相配伍既可生津,又调和诸药。

(二) 辅助检查

(1) 除进一步做相关的体格检查外,还应进行血清IgE、胸片等检查,以了解过敏原和是否有慢支、肺气肿等合并症。

(2) 必要时了解是否合并有感染,做痰培养加药敏检查。

(3) 做血气分析,以了解哮喘持续发作时的血氧状况。

(4) 为进一步了解气道阻塞情况及肺功能,可做支气管激发试验、肺功能检查。

(三) 转归与对策

转归一 经过治疗,痰热得解,肺气得宣,哮喘缓解,此时当以本虚为主,肺肾亏虚,可有短气、乏力、易感冒等症。治当遵“未发以扶正气为主”,补益肺肾。方选玉屏风散合金水六君煎加减。

转归二 哮喘频繁发作,痰热内蕴,不得及时清解,必耗津伤液,肺阴亏虚,肺失清润,而成正虚邪实,阴虚痰阻哮喘证。症见哮喘持续不解、喉中痰鸣、呼吸急促、喘息不得平卧、痰少不易咳出、虚烦盗汗、舌红少津、脉象细数。治当养阴清热,降气化痰,方选麦门冬汤加味。

转归三 长期反复发作,痰热灼津,耗伤肺肾之阴。肺肾两虚,痰浊又复壅盛,上蒙清窍,使得肺不能治理调节心血运行,命门之火不能上济于心,心阳受累,可发生喘脱危证。临床表现气息短促、张口抬肩、喘息鼻煽、烦躁、昏蒙、口唇、颜面紫绀、汗出如油、四肢厥冷、舌质青黯、脉细欲绝。治当补肺纳肾,扶正固脱,方用回阳急救汤(《伤寒六书》)合生脉饮加减。

【病案二】

苗某某,女,31岁。2004年5月初诊。

患者10月前因感冒后引起呼吸困难,咳嗽,气喘,喉中哮鸣,痰多,伴胸闷,曾诊断为“支气管哮喘”,给予西药治疗后缓解如常人,但此后经常因感冒或情绪激动时发作。1周前因感冒再次发作,出现咳嗽气喘,喉中哮鸣有声,呼吸困难,痰少易咳出,呈泡沫状,汗出,口渴咽痒,头晕,纳差,精神欠佳。

既往史:平素体健,喜食辛辣之品。

体检:形体消瘦,口唇略暗,两肺叩诊清音,呼吸音略粗,散在有哮鸣音。舌质淡暗,苔薄白,

脉弦细。

实验室检查:血常规:白细胞 $5.8 \times 10^9/L$,嗜酸粒细胞 $1.0 \times 10^9/L$;心电图正常;胸片未见异常。

(一) 辨证论治思路

1. 主症分析 患者以咳嗽气喘、呼吸困难、喉中哮鸣有声为主症,且缓解后如常人,为发作性气喘,故属哮喘范畴,其特征性的哮鸣声不难与单纯的咳喘、呼吸困难之喘证鉴别。1周前因感冒再次发作,出现咳嗽气喘、喉中哮鸣有声、呼吸困难、痰少易咳出呈泡沫状,故为哮喘发作期。

2. 证型分析 患者因嗜好辛辣,损伤脾胃,痰浊内蕴,上伏于肺,宿痰感邪引触,痰阻气道,肺失清肃,气道挛急,则发为哮喘,可见呼吸困难、气喘、喉中哮鸣;痰阻于肺,肺失宣肃,故咳嗽、咳痰、痰少呈泡沫状;痰浊蒙窍,故见咽痒、头晕;脾气不足,肺气亦虚,肺气虚无以敛汗,脾气虚无以运化,气虚无力推动血液运行,心脉痹阻,故见汗出、纳差、胸闷、精神欠佳、口唇略暗、舌质淡暗、苔薄白、脉弦细等。综观脉证,属痰瘀阻滞,肺脾气虚之证,本虚标实,病在肺脾。

3. 立法处方 辨证为哮喘发作期痰瘀阻滞,肺脾气虚证。遵循“急则治其标”的原则,予祛痰化痰,降气止咳,佐以养肺健脾。方用二陈汤、四君子汤加味。

杏仁10克 桃仁10克 陈皮10克 半夏10克 丹参15克 防风9克 款冬花10克 苏子10克 五味子10克 党参9克 茯苓10克 白术10克

取二陈汤之意健脾化痰,配杏仁、款冬花止咳平喘,与苏子、五味子合用降气止咳,用党参、白术健脾益气养肺,桃仁、丹参活血化瘀,以共奏祛痰化痰,降气止咳之功。

(二) 辅助检查

(1) 痰液检查在哮喘发作时嗜酸粒细胞可增高;若并发感染,血常规可见白细胞总数增高,且做痰培养加药敏试验有助于病原菌的诊断及正确治疗。

(2) 为进一步排除肺结核,可做结核菌素试验。

(3) 呼吸功能检查可进一步了解哮喘发作的程度,在哮喘发作时有关呼吸流速的全部指标显著下降。

(4) 免疫学检查。如IgG、IgA、IgM、淋巴细胞转化率;特异性过敏原体外试验等。

(三) 转归与对策

转归一 经过治疗,病情平稳,为哮喘的缓解期,此时以肺脾气虚为主。肺气虚,一则卫外不固,一则气不布津;脾气虚,运化失常,气血生化乏源。故症见常易感冒、怕风自汗、倦怠乏力、饮食减少、大便质稀、时常有痰清稀、或咳嗽、或轻度哮喘、苔白、脉细弱。治当培土生金,方用六君子汤加减。

转归二 若本病治疗不当,病情反复发作,病后失于调养,则可由肺脾气虚日久,子病及母,而累及于

肾,肺脾肾三脏俱虚。肺虚则邪易感而气易壅,脾虚则湿易滞而痰乃生,肾虚则气不纳而病遂久延矣。症见遇感触发、哮喘有声、作咳作喘,且伴见乏力懒言、气短喘息、怕冷怕风、食少便溏、腰膝酸软、头晕耳鸣、舌胖苔白、脉沉细等。未发之时在于固本培元,增强体质,本固则邪不易侵,治当补肺益肾以纳气,健脾益气以扶正。方用金水六君煎加减。

【病案三】

庞某某,男,60岁。于2005年2月初诊。

患者因发作性哮喘伴咳嗽,咳痰8年余,复发5天就诊。初因受凉引起喉中哮喘,咳嗽有痰,曾经西医抗感染,解痉等治疗可缓解。近5天来,喉中哮喘,咳嗽气喘,呼吸困难,咳痰色白而黏,不易咳出,形寒怕冷,胸憋心慌,不能平卧,精神差,恶心,不欲饮食。

既往史:有高血压病6年。

体检:血压16/10.7kPa(120/80mmHg),口唇紫绀,两肺满布哮喘音、痰鸣音,以中下肺为主,无下肢浮肿等。舌质黯红,苔薄白,脉弦。

实验室检查:胸片示两肺纹理粗重,透光度增加;血常规:白细胞 $13.6 \times 10^9/L$;心电图有ST-T异常。

(一) 辨证论治思路

1. 主症分析 患者以发作性哮喘伴咳嗽、咳痰8年余、复发5天为主症,符合哮喘发作性的喉中痰鸣气喘、呼吸困难之特点,并以发作时来诊,故属哮喘的发作期。患者虽有呼吸困难,不能平卧,但咳痰色白而黏,无粉红色泡沫样痰,也无胸痹、心悸、水肿等病史,故不诊断为西医学的心源性哮喘。

2. 证型分析 患者宿痰内伏于肺,又感风寒,失于表散,邪蕴于肺,壅阻肺气,气不布津,聚液为痰,以致痰阻气道,肺失清肃,气道挛急发为哮喘,症见发作性哮喘伴咳嗽、咳痰;肺气受损,卫外不固则见形寒怕冷;子盗母气,脾失健运则见恶心、不欲饮食;肺病及心,心脉瘀阻,痰瘀阻肺则见胸憋心慌、舌质黯红、苔薄白;久病耗气伤阴,气阴两虚,无以养神则见精神差。综观脉证,该患者辨证属痰瘀阻滞,兼有气阴两虚之证,本虚标实,病在肺脾。

3. 立法处方 虽在发作期,但本虚标实,病在肺脾,故当治以健脾益肺,祛痰化痰。方用参苓白术散合生脉饮加减。

人参10克 白术10克 山药15克 茯苓10克 半夏10克 玉竹10克 胡桃仁10克 苏子10克 桔梗10克 五味子10克 牡蛎15克 当归10克 黄芪15克 桃仁10克 地龙10克 杏仁10克

方用参苓白术散加黄芪健脾益气;茯苓、半夏、桔梗、杏仁化痰利肺;生脉饮合玉竹益气养阴;配苏子、桔梗、胡桃肉摄纳降气利肺;当归、桃仁活血化痰。

(二) 辅助检查

(1) 进一步检查呼吸功能,以了解肺功能,明确是

否已有肺气肿的改变。

(2) 心电图、心脏彩超,以了解心脏是否受累。

(3) 哮喘持续不能缓解时,可进一步检查血气分析,了解缺氧状态及是否有呼吸性和(或)代谢性酸中毒。

(三) 转归与对策

转归一 哮喘在缓解期的主要证候为虚证,肺脾肾虚损,若以肾精亏虚为主,表现为胸闷、气短、动则气急、虽喘而声微、咳嗽多痰、纳差、腰膝酸软、脉沉。《类证治裁》云:“肺为气之主,肾为气之根,肺主出气,肾主纳气,阴阳相交,呼吸乃和,若出纳升降失常,斯喘作焉。”治当滋肾培元,佐健脾益肺,活血化痰祛痰。方用右归丸加减。

转归二 哮喘迁延日久,反复发作,肺脾之气阴两虚,痰瘀阻滞,壅塞肺间,肺失宣肃,肺气胀满,不能敛降,必致肺胀。症见咳喘、呼吸困难,甚至张口抬肩、不能平卧、咳痰不利、白色泡沫样痰、腹胀纳呆、气短汗出等。治当补益肺脾,降气平喘。方用补肺汤加减。

【病案四】

崔某某,男,70岁。2004年12月初诊。

患者有过敏性鼻炎和鼻窦炎病史3年,随后出现咳嗽,呼吸不畅,胸憋,气喘,每以“抗生素、溴化异丙托品雾化吸入”等治疗,效果不明显。近1年来,每因感冒或闻及异常气味而发作。10天前因受凉后再次发作,出现呼吸困难,喉中痰鸣气喘,咳嗽胸憋,不能平卧,动则喘息,咳白色泡沫样黏痰,心慌心烦,腹胀纳差,精神差,二便调,下肢偶有浮肿。

既往史:患者有过敏性鼻炎和鼻窦炎病史3年,慢性浅表性胃炎和反流性食管炎病史3年,有花粉过敏史。

体检:呼吸急促,34次/分,端坐呼吸,口唇紫绀,胸廓对称,两肺广泛性哮鸣音,肺底偶有湿啰音,双下肢轻度浮肿。舌暗红有裂纹,苔中部黄略燥,脉细数。

实验室检查:胸片示两肺纹理粗重,左下肺为著。

(一) 辨证论治思路

1. 主症分析 患者虽有“呼吸不畅、胸憋、气喘”3年,每每发作可见呼吸困难、不能平卧、动则喘息,但呈发作性,且发作时必有喉中痰鸣气喘,且有花粉等过敏史,诊断为哮喘,排除喘证、胸痹、心悸等。本次就诊因受凉再次发作,出现呼吸困难、喉中痰鸣气喘、胸憋、心慌心烦、不能平卧、动则喘息、咳白色泡沫样黏痰、腹胀纳差等,为哮喘发作期。

2. 证型分析 患者宿痰内伏于肺,复加风寒之邪,未能及时表散,邪蕴于肺,痰阻气道,肺气上逆,气

不布津,聚而生痰,故呼吸困难、喉中痰鸣气喘、胸憋咳嗽、不能平卧;痰浊郁久化热,热痰壅肺,痰升气阻,肺失清肃,故咳白色泡沫样黏痰;痰火郁蒸,上扰心神,则心慌心烦;痰浊中阻,脾失健运,故腹胀纳差;肺病日久,脾气亦虚,水湿不化,可见下肢浮肿。舌暗红有裂纹,苔中部黄略燥,脉细数,为痰热郁结之象。综观脉证,本证属哮喘之寒包热证。发时以标实为主,寒热错杂,病位在肺脾。

3. 立法处方 辨证为外感风寒,内蕴痰热证。治以解表散寒,清化热痰。方用小青龙加石膏汤加减。

麻黄 6 克 芍药 10 克 细辛 3 克 生石膏 15 克
干姜 6 克 半夏 9 克 五味子 10 克 黄芩 6 克 生甘草 6 克

麻黄解表散寒,宣肺平喘;干姜、细辛温肺化痰,并助麻黄解表;半夏化痰止咳;五味子以敛气;芍药和营养血;生石膏清火之重剂,配黄芩之苦寒以清泄肺热。

(二) 辅助检查

(1) 血常规、痰培养加药敏,以明确是否合并有感染。

(2) 心电图、心脏彩超等,了解心脏病变与否,除外肺气肿,或肺心病,以及心源性哮喘等。

(3) 尿常规、肾功能等,掌握是否影响肾脏,出现肾功能受损。

(4) 肺功能的测定。

(三) 转归与对策

转归一 该患者年老体弱,哮喘反复发作,证候寒热错杂,若又因在治疗中用药偏颇,失治误治,损伤脏腑,迁延不愈,邪壅肺间,肺失清肃,肺气胀满,不能敛降,必致肺胀。症见胸憋气喘、咳嗽咯痰、色白黏腻、怕冷汗出、腹胀满、苔白腻、脉滑,治当温肺化痰降气,佐以扶正,方用苏子降气汤加减。或见咳嗽喘息气粗、痰黄黏稠不易咳出、舌红苔黄、脉数等,则当宣泄肺热,降逆平喘,方用越婢加半夏汤。

转归二 患者素有胃病史,脾胃虚弱。若哮喘不解,气道不利,肺气失宣,肺不能朝百脉,则血行不畅,而成瘀阻。阻于胃络,气血不通,不通则痛,故可见胃部疼痛胀满;瘀血阻络,痰热灼络,伤及肺脾,故可见咳血、便血等。治当在哮喘的治疗基础上,加以活血化痰,方用血府逐瘀汤或失笑散加减。

转归三 患者素体虚弱,脏腑虚衰。若哮喘治疗不及时,肺气壅塞,肺不朝百脉,则心血瘀阻;肺不主气,肾失摄纳,则呼吸错乱;肺脾肾亏虚,气化失常,则水湿停聚,最终致心、肺受损,阳气衰竭,发展为肺衰或心衰。表现为呼吸困难、心悸咳喘、不能平卧、肢肿尿少、口唇紫绀、畏寒、舌淡或紫暗、苔白或腻、脉沉无力。治当温通心肺,方用真武汤合葶苈大枣泻肺汤加减;或用中成药复方丹参注射液、参脉注射液。

【病案五】

段某某,男,19岁,油漆工。初诊2004年11月。

阵发性喉间痰鸣气促2年,再发5天。患者2年前闻油漆后胸闷、气促,约20分钟后自行缓解,但以后遇感冒、闻油漆后则复发,曾用“头孢拉定、阿莫西林及氨茶碱”无明显疗效,近5天因闻油漆后哮喘复发,且持续不能缓解,呼吸困难,大汗淋漓,喉中哮喘有声,胸憋气喘,不能平卧,咳嗽阵作,咳痰色黄,黏浊稠厚,排吐不利,口干渴而咽痛,不恶寒,心慌烦躁,精神不振,疲乏无力,纳食不香。

既往史:体健,无其他内科疾病史。

体检:皮肤潮湿,口唇轻度发绀,咽部充血,三凹征明显,两肺呼吸音粗,满布哮喘音,心率136次/分。舌质红,舌苔薄白,脉细数。

实验室检查:血常规:白细胞 $9.0 \times 10^9/L$,嗜酸粒细胞 $0.8 \times 10^9/L$ 。

(一) 辨证论治思路

1. 主症分析 患者以发作性的喉中痰鸣为主症,并见胸憋气喘、不能平卧,因此诊断为哮喘,又因加重5天,呼吸困难,大汗淋漓,当属发作期的哮喘。

2. 证型分析 患者职业油漆工,吸入异味后影响肺气宣发,津液凝聚,痰浊内蕴,成为伏痰,每遇外感或异味诱发,故呈反复发作性;痰随气升,气因痰阻,相互搏结,壅塞气道,肺失宣肃,通畅不利,发为哮喘,故见喉中哮喘有声、呼吸困难。痰阻于肺,肺管狭窄挛急,故气急持续不能缓解;胸中气机不畅,则胸憋;痰郁化热,热痰壅肺,肺失清肃,肺气上逆,故见咳嗽阵作、气喘、咳痰色黄、黏浊稠厚、排吐不利;痰热熏蒸,则大汗淋漓、口干渴而咽痛;无寒邪,故不恶寒;痰热扰心,则心慌烦躁;痰热中阻,脾失健运,则纳食不香;气机不能通达则精神不振、疲乏无力;舌质红、脉细数为里热之象。综观脉证,本证属热哮喘,病位在肺,影响心、脾,病性以实为主。

3. 立法处方 本证属哮喘发作期之热哮喘。治以清热宣肺平喘,方用定喘汤加减。

炙白果 9 克 麻黄 6 克 苏子 6 克 款冬花 10 克
杏仁 10 克 桑白皮 10 克 黄芩 9 克 半夏 9 克
葶苈子(包) 10 克 海蛤壳 15 克 地龙 6 克 瓜蒌 10 克
生甘草 6 克

白果、麻黄一散一收,宣肺平喘化痰;杏仁、苏子、冬花、半夏降气平喘,化痰止咳;桑白皮、黄芩甘寒、苦寒并用,清泄肺热,止咳平喘;葶苈子、海蛤壳、瓜蒌、地龙增强清热泄肺,化痰平喘之力。

(二) 辅助检查

(1) 进一步了解是否合并有感染,可检查胸片、痰培养加药敏。

(2) 血气分析,掌握患者的血氧分压、二氧化碳分压、二氧化碳结合力等,判断是否出现呼吸性和(或)

代谢性酸中毒。

(3) 过敏原的测定,从而加强预防,避免再发及加重病情。

(4) 肺功能的检测以了解病情。

(三) 转归与对策

转归一 若哮喘持续不能缓解,胸憋气喘,汗出较多,甚至张口抬肩,必致气随津伤,导致气阴两伤,痰热壅肺,肺失清肃,肺气上逆,虚实夹杂。症见喉中痰鸣、呼吸困难、大汗淋漓、干咳少痰、咳而无力、咳痰色黄黏滞、虚烦盗汗、舌红、脉细无力。治当在清热宣肺平喘的基础上,益气养阴生津。方用定喘汤合生脉饮加减。

转归二 哮喘持续不能缓解,暴喘无度,呼吸困难,大汗淋漓,气随液脱,发为喘脱。症见呼吸急促、喘息鼻煽、张口抬肩、四肢厥冷、汗出若油、面色青紫、脉细数无力、舌质紫黯、苔厚腻。治当扶正固脱。方用回阳急救汤(《伤寒六书》)合生脉饮加减。

转归三 哮喘持续不能缓解,痰热壅肺,不仅肺失清肃,且肺气失养,脏真受伤,百脉受损,阳气衰竭,发为肺衰。症见呼吸困难、唇面青紫、心悸心慌、喘促气短、不能平卧、尿少肢体浮肿,或高热烦躁,甚至神昏谵语、舌红苔黄腻、脉滑。治当温通心肺,化痰降逆。方用真武汤合葶苈大枣泻肺汤加减。

【病案六】

贺某,女,50岁。2001年7月28日初诊。

患者咳嗽加重余年,发作时用“氨茶碱、舒喘灵气雾剂、氯化可的松”等,有明显效果。胸片示:慢性喘息性支气管炎。近因发作时用上药效果欠佳,故改服中药。刻下:咳嗽喘息,喉间有哮鸣音,咯吐白色黏痰和白色泡沫痰,受风寒或劳累后咳嗽加重。一般白天轻,夜晚重,近半年来,多在凌晨2~3点发作,发作时多为咽喉阻塞胸闷,呼吸困难,喘息痰鸣,甚则张口抬肩,不能平卧,心悸气短,端坐俯伏较好,面色苍白,唇甲青紫,额出冷汗,咯出大量白色黏痰后,室闷渐至缓解。症状缓解后,精神萎靡不振,面色萎黄,弯腰驼背,步履缓慢,说话声低息微,气不接续。时值夏季仍身着毛衣。食欲差,1年来体重下降3kg。月经错后,量多,色紫褐有块。

既往史:痛经史数10年。

体检:呼吸26次/分,心率100次/分,形体消瘦,口唇爪甲青紫,皮肤湿冷。听诊:心律齐,两肺满布哮鸣音及散在湿啰音。舌质暗红,苔薄黄腻,舌下静脉粗紫,脉沉而无力。

实验室检查:胸片示两肺纹理增粗紊乱,边缘模糊不清。血常规:白细胞 $12 \times 10^9/L$,嗜酸粒细胞 $1.6 \times 10^9/L$ 。

(一) 辨证论治思路

1. 主症分析 患者虽曾诊断为慢性喘息性支气

管炎,但表现为白天轻,夜晚重,大多在凌晨2~3点发作,发作时多为咽喉阻塞胸闷,呼吸困难,喘息痰鸣,甚则张口抬肩,不能平卧,待咯出大量白色黏痰后,室闷渐至缓解,其发病特点呈发作性痰鸣气喘,故中医诊断当为哮喘急性期,而非喘证。

2. 证型分析 本例起病突然,多在夜间发作,发时胸部胀闷,呼吸急促,甚则张口抬肩,被迫坐起,喉间有哮鸣音,咳吐大量白色泡沫痰,畏寒肢冷,脉沉无力,时值夏季仍身着毛衣,据症辨为冷哮。素体阳虚,痰从寒化,寒痰留伏于肺,遇感触发,痰气相搏,壅塞气道,肺气郁闭,而发为喉中痰鸣气喘。寒痰壅盛,阳气郁闭,寒凝脉涩,则面色苍白,唇甲青紫,额出冷汗,月经错后,色紫褐有块;年过半百,正气已虚,肺脾气虚,则精神萎靡不振,面色萎黄,弯腰驼背,步履缓慢,说话声低息微,气不接续,食欲差等。

3. 立法处方 辨证为哮喘发作期冷哮证。治当温肺散寒,豁痰平喘。方用射干麻黄汤加味。

射干15克 麻黄3克 干姜6克 细辛2克
黄芩5克 仙茅根30克 炙紫苑18克 防风12克
地龙12克 五味子10克 焦三仙各12克 炙冬花10克
黄芪15克 党参30克 麦冬10克 生白术10克
当归30克 仙灵脾30克 制附子10克(先煎30分钟)

麻黄、射干宣肺平喘化痰;干姜、清半夏、细辛温肺化饮,降逆平喘;炙紫苑、冬花化痰止咳;五味子收敛肺气;取玉屏风散及党参、麦冬、当归、仙灵脾、制附子、仙茅根扶正补虚;佐地龙、当归养血活血。

本病常反复发作,较为顽固。药后痰鸣气喘减轻,但遇到阴天下雨,咳喘痰鸣仍发作频繁。这说明寒饮依然壅盛,肺气郁闭较甚,所以改投小青龙汤加党参、制附子、山萸肉等,意在一方面温肺散寒,宣肺平喘;一方面益气温阳,补肾纳气。在治疗过程中,始终抓住外有非时之感,内有胶固之痰的致病因素,以温阳散寒,豁痰为主,同时予以扶正祛邪,随证加减,并注意防治感冒,告诫患者忌食肥甘厚味、生冷、辛辣、海腥等物,方能取得理想疗效。

(二) 辅助检查

(1) 了解是否合并有感染,可做血常规、痰培养加药敏检查等。

(2) 为进一步了解气道阻塞情况及肺功能,可做支气管激发试验、肺功能检查。

(3) 可进行心电图或心脏超声心动图检查,了解心功能是否有异常。

(三) 转归与对策

转归一 本病程尚短,经积极治疗,正气可望渐复,故缓解期应固本为治,补益肺脾,以复阳气。方用六君子汤加减。

转归二 治疗不及时或不当,阳气受损,由实转虚,而成阳虚痰阻之哮喘,症见呼吸困难,喉中哮鸣,

气短难续,动则尤甚,形寒肢冷,舌淡嫩或淡紫,脉沉无力。治当温阳益气,降气化痰。方用金匱肾气丸合三子养亲汤加減。

辨证论治要点

一、详问病史,以明确哮喘的诊断

哮喘多因气候、外感、疲劳、饮食不当等诱发引动伏痰而发作,常经年累月反复发作不愈。哮喘与喘都以呼吸困难为主症,但两者有区别。哮喘是一种发作性的独立性的疾病,发作时必然喉中哮鸣有声;喘证则是以张口抬肩,呼吸急促,喉中无哮吼之声为主症,是多种急慢性疾病的一个症状。心源性哮喘、支气管扩张等多有原发病史,与哮喘也不同,通过详细询问病史,可资诊断。

二、抓主症以分辨发作期、缓解期

一般来讲,发时以邪实为主,未发时以正虚为主。

三、临证时又当详辨虚实、寒热、脏腑

哮喘为本虚标实之证,发作时多实证,但有寒热之分,又有寒热兼夹与转化。哮喘反复发作,必伤正气,即使在发作期,也可成虚实夹杂,见正虚邪恋或正虚邪实之证,故当详察,以辨虚实。缓解期以虚证为主,但有肺虚、脾虚、肾虚的不同,故当详察以分清主次。

理论探讨

一、对丹溪“哮喘专主于痰”的理解

因各种原因如气候、饮食、情志、劳累等损伤脏腑,功能失调,肺不布津,脾失运化,肾失气化,使得津液不归正化,凝聚为痰,如伏藏于肺,则成宿痰。每因气候、饮食、情志、劳累等诱因触发,痰随气升,气因痰阻,壅塞气道,肺管不利,肺失宣降,引动停积痰饮,而致喉中痰鸣气喘发作。因此哮喘的病理因素以痰为主,而有“哮喘专主于痰”之说。

二、哮喘的病理属性及转归

哮喘的病理因素以痰为主,遇感触发,病理环节为痰阻气闭,壅塞气道,肺失宣降,其病位在肺系,发作时为邪实之证。根据素体阴阳的偏盛,感邪寒热的不同,或从热化,痰热为患,发为热哮;或从寒化,寒痰为患,发为冷哮;或因痰热内郁,风寒外束而发者,则为寒包热哮;外感风邪触发者,则为风哮。哮喘为发作性疾病,反复发作,寒痰伤及脾肾之阳,热痰灼伤脾肾之阴,病性由实转虚,则发为虚哮;而在平时表现为肺、脾、肾三脏虚弱,或以肺肾两虚,或为肺脾气虚之证。

若大发作时持续不解,可出现喘息鼻煽、胸高气急、张口抬肩、汗出肢冷、面色青紫、肢体浮肿、烦躁等喘脱危候;或久病影响及脾、肾、心,则渐致肺气胀满,不能敛降的肺胀重症。

三、哮喘的治疗应遵循“未发以扶正气为主,既发以攻邪气为急”的原则

哮喘总属本虚标实,正虚邪实之证,发作时以邪实为主,未发时以正虚为主,故发作期和缓解期的治疗不同。根据“急则治其标,缓则治其本”的原则,发作时当宣肺豁痰为重点,依证候寒热属性的不同,或宣肺散寒,或宣肺清热;缓解时从肺、脾、肾着手,区别证候的不同,或补益脾肺,或肺肾两补。即所谓“未发以扶正气为主,既发以攻邪气为急”之意。

四、喘脱的病理机制

哮喘反复发作,肺肾气虚,痰伏于肺,又复壅盛,严重者肺不能治理调节心血的运行,肾虚命门之火不能上集于心,则心阳也同时受累,心阳衰惫,无力鼓动脉脉,血行瘀滞,发为喘脱。

五、对哮喘病机“瘀血”的认识

哮喘的发生责之于痰浊伏肺,遇感触动,痰气交阻,肺管不利,在此病理基础上,因“肺朝百脉”、“气有一息之不通,血有一息之不行”,肺气失调,血行不畅而瘀阻于肺,形成了瘀血的病理因素,因此在发病环节上并不占主导地位。故在活血化瘀治疗中,必以化痰降气之中而用之,以强调痰气瘀阻的病机特点。此外,还须遵循“久病入络”的原则,新病即以瘀血论治,就不符合实际。

第四节 喘 证

内容提要

喘证是以呼吸困难,甚则张口抬肩,鼻翼煽动,不能平卧为特征的病证。喘证的症状轻重不一,轻者仅表现为呼吸困难,不能平卧;重者稍动则喘息不已,甚则张口抬肩,鼻翼煽动;严重者喘促持续不解,烦躁不安,面青唇紫,肢冷,汗出如珠,脉浮大无根,发为喘脱,为喘证的严重阶段,由于肺气欲绝,心肾阳衰所致。

喘证虽是一个独立性的病证,但可见于多种急慢性疾病过程中。它涉及的范围很广,必要时结合辨病治疗。西医学中肺源性呼吸困难、心源性呼吸困难等疾病以喘息为主症时,均可参照本病辨证论治。

本病的病因病机主要为外邪侵袭、饮食不当、情志失调、劳欲久病。基本病机为肺失宣肃,肺气上逆,或肺肾两虚,气失所主,肾失摄纳。病变部位主要在肺、肾,与肝、脾相关。病理性质分虚实两端,实喘在肺,虚喘责之肺、肾两脏。

喘证的治疗应分清虚实邪正。实喘治肺,以祛邪利气为主,区别寒、热、痰、气的不同,分别采用温化宣肺,清化肃肺,化痰理气的方法。虚喘以培补摄纳为主,或补肺,或健脾,或补肾,阳虚则温补之,阴虚则滋养之。

喘证的基本辨证分型及治疗见表1-4。