

序

医乃仁术，一直被尊视为济世救人的科学技术。祖国医学，源远流长，自岐景以来，历代都有阐发；唯前贤留下的文献，或含义深奥，或参附错简，影响后人领会运用。且与今变迁，自有差异，正如《医医医》云“学医不可为古人所愚，亦不可为古人所囿”。吾苏奚风霖老中医发皇古义，融汇新知，不拘于一己之见，取法乎各家之长；早岁致力于伤寒、温病的审治，晚年则专攻心血管病，殚见洽闻，积验日富，半个多世纪以来，可谓泽被群黎、望重三吴。今奚老年逾古稀，犹鼓其余勇，将毕生心得，濡笔写成《中医论治心血管疾病经验集》，以垂后学而扬国粹。吴中本名医荟萃之地，奚老此书的刊行，应属肇端之举，愿医界同仁，各抒所长，奋笔著述，发扬春蚕吐丝精神，为中医事业的振兴光大作出贡献。

苏州市卫生局局长

汪雪麟

一九八九年十二月

前 言

奚凤霖，苏州市人，生于1917年，苏州市中医院内科主任医师。江苏省名老中医。

奚老早年随苏州市著名中医侯子然、经绶章为师。两师虽皆擅长治疗温病，然侯师善于辛凉清热，导滞攻下之法，更取“透热转气”之意；经师则善用轻扬宣化之药，透卫清热之邪。奚老少年敏而好学，尽得两老之传。在治疗伤寒、温病等症时，取两者之长，详细辨证当汗则汗，当清则清，当下则下。疑难顽症，则随其不同症候分清主次，缓急轻重而选方用药，必要时汗清下三法并进，常得心应手，效如桴鼓。因此，悬壶不久，即有“小郎中”之称。

奚老行医数十年，不但学而不倦，勤求古训，博采众方，而且师古不泥古。他认为，“书不熟则理不明，理不明则识不清”。因此，撷精取长，温病多采叶、薛、吴、王，杂病推崇三张（仲景、景岳、锡纯），然均不泥于陈规，而融会贯通，结合临床辨证施治。

五十年代，苏州市中医院建立以后，潜心研究中医中药治疗“心血管疾病”颇有造诣。结合临床经验自订“新方灸甘草汤”治疗心律失常，配以麻黄附子细辛汤治疗心动过缓、房室传导阻滞，配以生脉散治疗心动过速，屡获良效。曾写出《仲景方治疗冠心病》、《桂枝汤类方治疗心病》、《建中法主治心律失常》等著述。他认为“心血管疾病”从中医观点看，病理多为阳微阴弦，心脉痹阻，宗气不足，肾元式微。诱因多为寒凝，气滞，血瘀，痰浊等。根据“冠心病”常并发消化道症状，奚老提出了“心胃同病”机理，从而提出“心胃同治”的观点。

《中医论治心血管疾病经验集》一书，积累了奚老数十年对中医理论和临床心得。他从病因、病机、治法、方药上阐述了中医对其疾病的认识和治疗，可谓其呕心沥血之结晶，为中医和中西医结合治疗该系统疾病提供良佐。

《中医论治心血管疾病经验集》的编撰工作，苏州市中医学会极为重视，常务理事会专题讨论多次，并聘请了蔡景高、吴怀棠、汪达成、俞大祥、吕一平、蒋颂椒、胡念瑜等七位老中医、中西医结合正副主任医师、成立审稿小组审稿，苏州市中医学会科研基金会提供了经费。同时，得到了苏州市卫生局的重视、支持和关怀，汪雪麟局长还为该书写了序。苏州市著名书法家吴敦木题写了书名。苏州市中医学会对此一并表示鸣谢！

中华全国中医学会江苏省苏州市分会

一九八九年十二月

由于作者与印刷的原因，本书在目录的编排上有不尽人意之处，祈望读者鉴谅。

目 录

一、医话医篇

论宗气	(1)
心源性休克从厥脱证中探治	(6)
肺心病形成之浅探	(11)
肺心病现象见微	(17)
中医对肺心病合并感染的认识和治疗	(20)
肺心病的辨证分型	(23)
冠心病中心胃同病的认识	(29)
冠心病的心胃同治十二法	(34)
冠心病从“心本於肾”论治	(38)
冠心病的辨治数法	(41)
心悸和心律失常的辨证和治则	(44)
心动过缓的证治	(48)
心动过速的证治	(50)
节律异常脉象的证治	(52)
充血性心力衰竭的中医诊断及其证治	(57)
仲景方治疗心病的经验	(64)
风湿热从痹证中探治	(68)
再从痹证中探治风湿性心瓣膜病	(71)
亚急性细菌性心内膜炎的中医诊治刍议	(75)
肺心病血瘀证验案	(79)
黄芪建中汤主治心律失常	(82)
强心益气汤主治充血性心力衰竭	(85)
辨证治疗心脏炎病例举隅	(89)

辨证治疗心血管病的点滴介绍	(93)
辨证治疗心律失常举隅	(98)
从痰论治高血脂症	(101)
高血压病的分型证治	(104)
从“胸痹”“支饮”谈心包炎和心包积液的治疗经验	(107)
病毒性心肌炎治疗浅识	(110)
活血化瘀治疗慢性肺原性心脏病	(115)
运用建中、理中、补中法治疗冠心病的经验	(124)
谈谈冠心病的冬令进补	(128)
心绞痛不同治法的七个病案	(132)
二、验方介绍	
新方灸甘草汤	(136)
建中复脉汤	(138)
肠溶减肥降脂片	(139)
排痰散	(140)
通腑醒脑散	(142)
皱肺五紫汤；附皱肺六紫汤；皱肺七紫汤	(143)
强心益气汤	(146)
“皱肺片”防止慢性肺心病(附122例小结)	(148)
冠心病冲剂(附37例冠心病小结)	(152)
五参汤	(154)

论宗气

中医所说的气，论述广泛，名称繁多。但归纳起来，不外两个方面：一是指人体生命活动的精微物质，包括宗气、中气、元气等。二是指脏腑组织的功能活动、包括脏腑之气、经络之气等。而两者之间常有相互联系，相互为用的方面，现在仅就“宗气”的生理、病理，及其有关病症和治疗等作为如下分述：

一、宗气的生理功能

1. 宗气的来源：宗气以元气为根本，以谷气为养料，以胸中为宅窟。

宗气是由脾胃转化而来的水谷精微之气和由肺吸入的自然界清气相结合而积于胸中的精气。《素问·经脉别论》说：“食气入胃、浊气归心、淫精于脉、脉气流经、经气归于肺、肺朝百脉。”就是在饮食入胃后，经过消化、吸收，把营养(精气)部份、送到脾脏，注入于心，流入经脉，再经过肺脏的调节回流，把营养物输注于脏腑、经络，散布全身。其中所谓肺朝百脉的“朝”字，就是汇合的意思，通过血液循环，宣布卫气和津液于全身。还有百脉朝肺，通过呼吸运动，散发浊气于体外。它需要与自然界清气，结合而成的宗气所起到的作用。这样才能达到“经脉之相贯，如环无端。”

《灵枢·邪客篇》说：“五谷入于胃，其糟粕、津液、宗气，分为三隧。宗气积于胸中，出于喉咙，以贯心脉，而行呼吸焉。”可见脾胃所化生而成的宗气，出喉咙、贯心脉，行呼吸。因而，认为宗气是后天诸气的纲领，包举肺外，司呼吸之枢机；又为全身血络的纲领。使血液运行于脉管之中，气与血是相互依赖，相互为用的，故有“气为血帅”，“血以载气”的论说。

《医门法律》还进一步阐明说：“五脏六腑，大经小络，昼夜循环不息，心胸中大气，斡旋其间，”揭示了宗气对于人体生命活动的重要作用。也说明着周身气血运动、输布、循环，是以宗气为其出发点。

2. 宗气与呼吸：上走息道，促进肺主呼吸运动。凡语言、音声、呼吸的强弱，都与宗气的盛衰有关。

宗气在《灵枢·五味篇》中被称作大气：“大气之精而不行者，积于胸中，命曰气海，出于肺、循喉咽，故呼则出，吸则入。天地之精气，其大数常出三入一，故谷不入半日则气衰，一日则气少矣。”这宗气汇合于胸中、呼吸资宗气以行，而不是呼吸就属之于宗气，亦就是宗气能鼓动肺脏，使之呼吸，而肺中之气，还因之而出入。所谓天地之精气，包括两个方面，天气系吸入的空气，地气指饮食所化的精气，常出三入一者，其大数是谷化之精气，出者三分，而吸入者一分。可以体会到水谷精微不但可以化生营卫之气，而且结合天地间精气则又能成为大气。这正是气化之妙用。因此如果谷不入半日则气衰，一日则气少矣、是说明宗气须要借天地之精气以养之。如若因于饮食减少而致气衰，气少者，就要影响语言、音声、呼吸的正常。

肺脏与宗气的生成密切相关。宗气上出喉咙，而行呼吸运动；贯通心脉，促使血液运行。这样肺就起到了主一身之气的作用。所以《素问·五脏生成篇》说：“诸气者，皆属于肺”。因而宗气之在胸中，上走息道，行呼吸，朝百脉，若雾露之灌溉，起到推动输布的作用。

3. 宗气与循环：贯注心脉，促使心主血脉运行，凡气血的循行，以及肢体的寒温和活动能力，多与宗气有关。

宗气不但助肺脏、司呼吸，还贯注心脉而行营血的作用，把呼吸与心脏连贯在一起。心主血脉，脉的搏动是生命活动的一个征象。平人一呼，脉再动，一吸脉亦再动、呼吸不已，脉动不止。其动力来自胃之大络、名曰虚里、贯膈络肺、出于左乳下、其动应脉（原文为应衣；《甲乙经》为应手；现改为应脉）宗气也。其动应衣，宗气泄矣。”按虚里之络，即胃输谷气于胸中以养宗气的道路、其络所以名曰虚里，因其贯膈络肺，游行于胸中清旷之区。至于应脉，是正常的动；应衣，是病变的动。因为血液的动有节律，才可用呼吸的节律来计算它，多于此者，或少于此者，多属病变。所以宗气搏动于左乳下，是和心脏搏动密切联系和配合的。说明宗气的动态，是通过肺脏的关系进行呼吸运动而推动心脏搏动的，它出于胃，关乎肺，系于心。所表现的虚里跳动，正是宗气的活动功能。两者协调则可保证气血、津液的正常运行于周身，如环无端，川流不息。

如果宗气不足，气的功用失去正常的推动温煦作用。血的功能失去正常的营养，濡润功用。则致血脉循环失常，肢体寒温失调和机体活动不利等症。

4. 宗气与元气：宗气在上焦膻中，其敷布在于心肺；元气在下焦命门，其藏纳在于肾。元气发于肾、藏于丹田、经由经络、三焦，通行于全身，能激发和推动脏腑功能活动，可谓是生命活动的原动力。

心肺主宗气，肾主元气。元气赖宗气为养，以保持元气的持续能力；宗气以元气为根，下纳命门，达到上下交通、阴阳互济的关系。合先天元气与后天宗气形成人体最重要的“真气”。真气流通全身，无处不到，它分布到全身各处后，即转化为各组织器官机能活动的能量，维持着正常的生理功能，还具有防卫外邪、抗病保健的作用。即所谓“人之有生，全赖此气”是也。

宗气与元气是互相依存，共同发挥其生理作用的。在《医药绪全》里说：“肺得之而为呼，肾得之而为吸，营得之而营于中，卫得之而卫于外，……故宗气出于上焦也。”因此说，宗气是与整个机体活动都有关。

二、宗气的病理

1. 由脾胃病所致的“宗气不足”：宗气既来源于脾胃水谷精微之气。若饮食不节、起居不时、劳倦、七情等因素，致使脾胃受伤，则水反为湿，谷反为滞。精华之气不能输化而上奉于肺，以致宗气生成不足。再据东垣《饮食劳倦所伤始为热中论》中说：“脾胃气虚，则下流于肾，阴火得以乘其土位。”的论述，联系脾胃气虚，散精归肺的作用受到限制，肾的藏精纳气亦要受到损害。此脾胃病所致宗气不足的病理现象。还有吸入清气不足，如西北高原缺氧，长期吸烟，空气环境污浊等的关系，促使心肺功能减弱，也可影响脾胃水谷的转

输、导致宗气不足而为病。

2. 肺系疾患之与宗气不足：宗气不足要累及于肺，肺气虚弱亦影响宗气。《读医随笔》说：“宗气者，虚则短促少气，实则喘喝胀满。”说明宗气也有虚实变化的存在。但虚者为多。所谓实者，无非不断新感外邪犯肺，宣肃失司所致。形成慢性肺系疾患，乃致宗气不足的恶性循环。往往久咳伤气，使肺气日渐亏损，出现短气、少气、懒言、声低，动则喘促，但不抬肩。脾肺关系密切，若脾胃气虚，不能运化精微，反而滋生湿痰，痰浊阻肺，肺气更虚。则痰饮停聚而加重喘咳不已。肺心互主气血，正常情况下保持相互合作，若肺气虚不能载血以行，血脉瘀滞不畅，宗气不能下达于肾，不但肺系疾患不减，还会出现不能贯心脉，行呼吸而致的血瘀等症象。肺肾互根，肾气充足，则可使吸入之气经肺的肃降而下纳于肾，归入丹田。反之，肾气不足，摄纳无权，或肺虚气少，气不归元时，就更加喘促不已。至此，宗气、元气俱耗，此时病根已深，疗治不易矣。

3. 心脉之病与宗气不足：宗气贯通心脉而运行血液。心脉的搏动异常，当与宗气不足相关。《医门法律》中说：“上气之虚，由胸中宗气之虚，故其动应衣者，无常耳，乃持知无常之脉，指左乳下动脉而言，有常则宗气不虚，无常则宗气大虚。而上焦之气恢恢不足也。”这种无常，就是脉之宗气无常。出现虚里部位的某些异常搏动，也就是心脏节律与速率的异常。这些异常的节律和速率、最多见的是早搏，中医学称谓结代脉。《伤寒论集注》说：“结代之脉……皆气血两虚，而经隧不通，阴阳不交之故。”它归纳结代脉为经隧不通和阴阳不交两项。实际上其它的心律失常亦是如此。据“心藏神”“心主血脉”来认识，心神的调节，体现在阴阳的动静，心血的循环，端赖气血的流畅。结合现代医学的《心血管疾病的诊断与治疗》一书中认为：“心律失常是由于心脏内冲动形成不正常，或传导系统功能性改变，或传导阻滞，以致心脏活动规律发生异常。”这一论说，中西医学相似。据此，舌律失常的发病原理，不越两端：一是经隧不通，血行失度，相当于冲动传导失常所引起；另一是阴阳不交，调节失常，相当于冲动起源不正常所引起。然而这两者之间关系，既有区别，又可以互为作用。

宗气主行脉气于诸经。在病理上，《素问·调经论》说：“气血以并，阴阳相倾，”这气和血脉之间发生相并与倾陷情况时，便失去了相对的平衡。气虚则郁、气滞则淤，均可导致心脉的凝滞。故《灵枢·刺节真邪篇》中说：“宗气不行，则脉中之血，凝而留止。”就这样宗气不能贯通心脉而形成脉不通的病变。但心脉之所以不通，主要由脏腑失调造成的，关系最密切的有心、肺、脾、肾四脏。心阳不振可导致阴寒凝聚，肺虚气痹可形成胸中窒塞；脾虚不运可引起痰浊内生；肾虚不足可使精气不能上承，引起痰滞；均与宗气病理有关。这是发生心痹、心痛、胸痹等病的基础。

三、与宗气有关的病症和治疗

综上生理病理的讨论，认为多与宗气不足有关。是引起脾胃、肺、心病的原因，久病必及于肾，故虚证为多。而其治则常着重脾胃的调治。至于实证，除六淫外感时邪，主要还有痰浊、血瘀、气滞等方面。现在就宗气不足的有关病症及其治疗作为介绍。古人说得好，善言古者，必验之于今，并要有所阐发。兹就本人的临床经验，作如下分述：

1. 宗气不足的临床主要症候和治疗

①上气不足证：属气虚眩晕、晕厥等，包括今之缺血性中风，脑贫血，低血压，低血糖及部分心血管病。

主症：头重目眩，昏晕耳鸣，甚则卒然晕厥，或一时偏瘫，或肢体颓废，或精神昏愤，面黄唇白，或短气懒言，舌淡苔薄，脉细弱无力，或浮虚豁大。

病机：上气不足，不能助血上升以灌注于脑，则脑中气血俱虚，失养所致。

治法：益气升陷，以助气血上行于脑

方药：升陷汤（《张锡纯方》：黄芪、知母、升麻、柴胡、桔梗）主之，气虚甚者加人参，或更加萸肉，以防气之涣散。

②大气下陷证：

主症：内脏下垂，脘腹坠胀，脱肛痔坠，子宫下垂，或二便不禁，脉沉迟微弱。

病机：膈上之大气，入于膈下之脏腑，气虚下陷，不能升举。

治法：补中益气、升阳举陷。

方药：补中益气汤主之。

2. 有关肺经病症的证治：属肺胀、痰饮、水气范畴的，相当今之肺心病、肺气肿等。

①虚证

主症：久咳气喘，但无喘息抬肩，短促少气，动则更甚，懒言声低，劳则汗出，舌淡红，苔薄腻，脉细弱，或软数。

病机：宗气不足、肺虚气衰、久病累及心肾。

治法：益气皱肺

方药：《百一选方》皱肺丸¹；气阴两虚，用生脉散；阴虚甚者用《证治准绳》皱肺丸²或麦味地黄汤；挟有血瘀者加用《普济方》皱肺丸³；内挟痰饮加苓桂术甘汤；食少痰多加六君子汤；肾虚不纳用参蛤散合黑锡丹。

②实证

主症：喘咳反复，往来寒热，胸中满闷，咯痰或稀或浓，浓痰咯吐不利，苔白或黄而膩浊，脉浮滑或数。

病机：肺气虚弱，卫外不足，外邪入侵，引动痰饮水气，虚实夹杂之证。

治法与方药：偏属风寒者，温肺散寒，化饮平喘，小青龙汤或射干麻黄汤；偏属痰热者，麻杏石甘汤或千金苇茎汤。

3. 有关心经病症的证治

①属心悸怔忡范畴者，包括今之心律失常。

主症：心悸惊恐，怔忡不已。胸闷脘痞，甚者心胸筑筑不安，澹澹大动，面色不华，倦怠气乏，脉细弱而迟，或小数，或结代，或参伍不调。

病机：心脾气血两亏，宗气虚衰、经隧不通、或阴阳不交。

治法：益气建中为主

方药：黄芪建中汤或建中复脉汤⁴主之。若脉率迟缓，由气虚鼓动血液无力，合温经扶阳，助其动力，加麻黄附子细辛汤；心动过速，由气血两耗，血不养心，合益气养阴加生脉散；心悸结代，由气虚血瘀，心气不匀，合养心复脉，加新方炙甘草汤⁵；怔忡乱颤，由宗气

大虚大泄，合补血宁心，加天王补心丹，甚者加假红参末、参三七珀血末、西末，吞服，或配龙骨、牡蛎。

②胸痹、心痛，属宗气不行或宗气虚陷范畴者，包括今之冠心病、心绞痛等。

主症：胸闷心痛，喘咳短气，伴上腹疼痛或胀或痞，胁下逆呛心，噫气呕恶，面黄瘦合，食欲不振，大便秘结或溏，苔白或瘀紫，脉濡弱或细湿。

病机：脾胃不充、宗气不行、气虚则郁、气滞则瘀、胸阳痹阻、血脉凝滞。

治法与方药：枳实薤白桂枝汤，以宣痹通阳。

实证：气滞为主者，以调气宽中，合丁香豨饭丸¹。兼寒凝，加哭来笑去散⁷；阴寒凝聚乏乌头赤石脂丸；血瘀为主者，以活血化瘀用失笑散或冠心Ⅱ号方；并气滞者用手拈散⁸；痰浊为主者，以宣痹化痰，用括萎薤白半夏汤，偏痰热者合用小陷胸汤。

虚证：中气虚陷者，以益气补中，用补中益气汤，气虚中寒者，以益气建中，用黄芪建中汤，虚寒痛甚者，用大建中汤；脾阳虚弱者，用人参汤或附子理中汤。

③心痹，包括今之左心心力衰竭。

主症：胸闷窒塞，阵发气急不得卧，多突发於夜间，咽干善噫，神怯，易怒，甚则厥逆烦躁，舌紫气、苔白、脉沉紧、急性发作时自汗、脉数疾、或沉伏。

病机：心合脉而痹，由宗气不行、致心脉不通，则心气抑郁、窒痹、故暴鼓，暴鼓则气逆而喘，上气烦闷，心脉起心中，挟胃挟咽，故噎干善噫；厥为阴气，心火衰而邪乘之，故神怯而恐，多为日中慧、而夜半甚。

治法与方药：以强心益气，助阳扶阴，强心益气汤⁹主之。胸闷窒痹可合括萎薤白半夏汤；血脉不通、瘀滞明显，合血府逐瘀汤加减；肤肿尿少，合济生肾气汤加减；多汗厥逆合四逆汤加龙牡。

[1]《百一选方》皱肺丸，药物：人参、五味子、桂枝、紫苑、款冬花、杏仁、石英、羊肺

[2]《证治准绳》皱肺丸。药物：款冬花、知母、秦花、百部、紫苑、贝母、杏仁、阿胶、糯米、羊肺。

[3]《普济方》皱肺丸。药物：五灵脂、桃仁、胡桃肉、甘草、

[4]《自订验方》建中复脉汤。药物：以建中汤加丹参、苦参、玉竹、清酒、人参。

[5]《自订验方》新方炙甘草汤。药物：炙甘草、生姜、桂枝、人参、丹参、苦参、玉竹、清酒、大枣。

[6]《苏沈良方》丁香烂饭丸。药物：公丁香、木香、香附、三棱、莪术、甘松、益智、砂仁、陈皮、甘草。

[7]《苏沈良方》哭来笑去散。药物、干姜、草拔。

[8]手拈散。药物：五灵脂、延胡索、乳香，没药。

[9]《自订验方》强心益气汤。药物：万年青根、人参、附子、麦冬、五味子。

心源性休克从厥脱证中探治

心源性休克，常是继发于急性心肌梗塞的临床综合症。其特征为动脉压下降，伴有皮肤、肾脏和中枢神经系统等循环衰竭表现。与中医学中的真心痛、厥心痛、心痹等病证相似。特别是真心痛，心痛之剧烈，可致“手足青至节”，痛极而厥致脱，所以对它的预后早有“旦发夕死、夕发旦死”之谓。元代《世医得效方》中：有认为是“不假履治”。意即病情危殆，往往抢救不及，及致猝死可能。

心源性休克，概括在中医学中的厥脱范畴，包括厥与脱两个证候。古人论厥者多，论脱者少；实际上所谓厥证的某些证候，就包含着一部分脱证证候在内。故两者之间常互相转化，有时较难截然分开。但是可以认为：厥为脱之轻证，脱为厥之变证，临床上常要把厥脱並而论之。

一、有关厥脱的文献温习

1、厥：在机体正常情况下，阴阳、营卫调和，清浊不相干为顺；若一旦发生以《灵枢·五乱篇》中谓：“清气在阴，浊气在阳，营气脉顺，卫气逆行，清浊相干”的阴阳、营卫逆乱的反常现象，这时可出现“乱於臂胫，则为四厥”和“乱於头，则为厥逆，头重眩仆”等症。四厥出现为四末寒冷，其故何在？《内经》中已讲得较清，因为动输失去了转动能力。据《灵枢·逆顺肥瘦篇》所言：十二经脉行走方向，其中论及少阴脉的大络与冲脉的下行支相通，所谓“出於气街，循阴股内廉，入胸中，伏行胛骨内，下行内踝之后属而别。”，这条途径，相当於今之股、胸、胫、内踝动脉的行走方向。又谓：“出趺属下，循趺入大指间”，这段路程，与蹠动脉分支出足背动脉的走向一致。至於“趺上不动”是指足背部的冲阳、太谿、太冲等动输不在转动，其故在於“别络脉”。也就是由于络脉闭塞，气血不得流通，应该转动的俞穴不能转动，皮肤的温度降低而发冷为厥，即所谓“手足青至节”也。更是《素问·脉要精微论》说：“有脉俱微细数者，少阴厥也”。与《伤寒论》少阴病篇中所说“脉微细欲绝”；再和厥阴病篇中：厥为，“阴阳气不相顺接”相同。这种四厥，厥有轻重，轻证尚可摸到一点脉搏的；在病情沉重时，便可“厥不还者死”，均可谓同一类型的厥证。由厥循环血量不足，导致急性循环衰竭，在四厥同时，可有“头重眩仆”的表现，头重、目眩是昏仆的前兆，仆倒之后，神志就不清了。此时血压急剧下降，厥逆昏迷加深，《素问·大奇论》载有：“暴厥者，不知与人言”，说明厥逆病人的知觉已经丧失。所以厥逆时可有或短或长的意识障碍，习称昏迷是也。若昏迷不醒，必致暴厥暴脱致死。

2、脱：指在疾病过程中，阴阳、气血大耗，甚至“阴阳离决，精气乃绝”，以致病情垂危。内经言脱有六，其差异极大，有些並不属于厥脱的休克范围。《灵枢·决气篇》说：

“精脱者、耳聋；气脱者，目不明；津脱者，腠理开，汗大泄；液脱者，骨属屈伸不利，色夭，脑髓消，胫痠，耳数鸣；血脱者，色白，天然不泽，其脉空虚，此其候也”。此六脱中，其中气脱，可单纯作为视力模糊；但《难经》有“阳脱者见鬼，阴脱者目盲”，则为濒临死亡前的幻视或黑朦，是重症危病矣。津脱，即是大汗亡阳，相似现代所谓的急性大失水。血脱，为大失血，极易发生阴脱阳亡，即当今之失血性休克。此外，《灵枢·通天篇》谓：“阳重脱者，易狂”，“阴阳皆脱者，暴死，不知人也”。说明脱证也有意识障碍，或躁狂、或昏迷。仲景《伤寒论》的少阴篇和厥阴篇里，论之亦较详。综合它的特点，可概以昏厥、肢厥、自汗和脉微细四项主证，亦包括有心源性休克在内。《金匱要略》里亦有论及。后所讨论脱证，大致有二：其一，从发病之急缓，分为“暴脱”和“虚脱”；其二，从阴阳气血耗伤之异，分为“阴脱”、“阳脱”和“阴竭阳脱”。明、清以来，才将厥与脱，並而讨论。如《景岳全书·厥脱》在论述气厥和血厥时，就这样说“气厥之证有二：以气虚、气实、皆能厥也。气虚卒倒者，必其形气索然，色青白，身微冷，脉微细，此是脱也”。“血厥之证有二：以血脱、血逆，皆能厥也。血脱者，如大崩大吐，或产血尽脱，则气亦随之而脱”。至于厥脱並论，如何分证，是当前正在探索的课题。一般说来，应从详察厥逆的程度，神志变化的情况，气息之有无异常，汗出之多少，排尿之有无，脉的强弱、快慢等，分别疾病的轻重缓急，确定辩证施治的法则。

二、心源性休克病机，重点在於心肾衰竭。

在正常情况下，人体阴阳和调，气机顺遂、脏腑协和、处于相对的平衡状态。如果出现变化，心痛剧烈发展到某一程度时，特别受到致病因素的急剧影响，脏器受损、气机逆乱、阴阳气不相顺接，最后可致阴阳离决，精气乃绝之虞，导致厥脱之变。初起一般较短暂，其主要表现为面色苍白，四肢发凉，汗出，气短，躁扰不宁，或神情淡漠，小便短少，脉象细弱、或细数，血压逐渐下降。此时若不及时抢救，或治不得法，则病情可迅速恶化，呈现四肢厥冷、大汗淋漓；或汗出如油，唇甲紫绀，或面赤戴阳，口开手撒，昏不识人，小便若闭，脉微欲绝等的脱绝危象。正如《临证指南医案·脱》中说：“脱之变，唯阳气暴脱，阴阳相离，汗出如油，六脉垂绝，一时急进之症。”因而抢救不及，可致死亡。

从上述临床表现，虽然可包括诸多证疾，总发于阴阳气机逆乱，脏腑功能衰竭，尤以心肾衰竭更易发生。《伤寒论》中有较详的阐述：“少阴病篇”里，病邪直犯少阴，或其它经的病变误治、失治，均可损伤心肾，而形成心肾阳衰的病变。其主要脉证为“脉微细、但欲寐”，虽不明言有四肢厥冷，但本篇里多数条文，多有厥逆的记载。从“脉微细”说，阳气衰微，鼓动无力则脉微；阴血不足，脉道不充则脉细。“但欲寐”者，是精神萎软，神思恍惚，而呈似睡非睡，昏沉迷糊状态，是心肾虚衰，阴寒内盛，正不胜邪，反而被邪困的证象。

厥脱早期表现，多有四末冰凉，此时阳气衰弱，无以温煦，或郁阳不伸，不能达于四末所致；心主神明，若阴阳气血无主，则神明失守，而为眩晕，甚则躁扰不宁，昏不识人；汗为心液，心阳亏损，阴不敛阳，汗即自出，或多汗、或汗出如油、或大汗淋漓、皮肤湿冷，以致亡阴亡阳猝变；心主血脉，心阳虚衰，脉虚细数、或脉动无力、脉现细弱，或脉微欲绝等、发为厥脱。肾主藏精，又主五液，元阴元阳之宅，为元气之根，诸病所致之肾气衰

竭，使气无所主而上逆，如从病状的出现，相似关格。张仲景说：“关则不得小便，格则吐逆。”《证治汇补》中描写更为典型：“关格者，……既关且格，必小便不通，旦夕之间，陡增呕恶。”其病机，因肾气衰惫，浊邪壅塞三焦，正气不得升降，以致上下阴阳之气倒置，上不得入，下不得出，在心源性休克中，此等证候，预后必险。李中梓认为：“阴阳闭绝，一日即死，最为危候。”此非骇人之词，由于毒素不能排出，必致“出入废而神机化灭”，乃成阴阳竭绝危疾。而在《类证治裁·厥》中说：“厥者，尽也，危候也。”这里的“尽”字，实以包括脱证在内，即脏腑功能衰竭之意也。

所以厥脱之证，在于脏腑衰竭，气机逆乱，升降失常，环周不调，血脉失顺，致心气虚衰，神明无所依附，产生逆乱厥变。又与肾之阴阳相根，肾元衰竭，气无所附，元阴不藏，真阴涸竭，才致阴竭阳脱之证。因而心肾两脏，最易发生厥脱，其它腑器往往随之而受到影响，反之亦然。

三、心源性休克的临床表现

患者多有剧烈心痛，或心痛彻背，厥逆自汗等。早在《内经》就有真心痛、厥心痛称。《金匱要略·胸痹心痛短气篇》谓：“心痛彻背，背痛彻心，乌头赤石脂丸主之。”该方五药，均属大辛大热，以方测证，可知其疼痛剧烈之状，难以忍受，还伴有厥逆自汗，脉象沉紧、或沉伏。此乃阴寒痼结，寒气攻冲，瘀血攻心所致。从《外台秘要第七，心痛彻背方》中说“仲景《伤寒杂病论》心痛彻背，背痛彻心，乌头赤石脂丸主之，小注云，出第十五卷中，是知当在厥阴篇内。”急性心肌梗塞患者之死亡，大多数有厥脱证的临床表现，但厥阴证里，本有“里虚而寒热错杂”和少阴证的寒极转属之不同。所谓暴病非阳，乃有阴寒直中之机。急性心肌梗塞，其来也骤，其衰也速，所以在剧痛之余，病情可以迅速恶化。正如孙玉胤著的《丹台玉案》中谓：“素无心痛疾，卒然大痛无声，面青气冷，咬牙噤齿，手足如冰冷者，真心痛也”。在此剧痛同时，汗出、昏冒、厥冷、紫绀、脉微欲绝等危象毕露矣。另外又说：“真心痛者，手足青至节，或冷未至厥，此病未深，犹有可救，必籍附子理中汤加桂心、良姜，挽回生气可也。”这里也说明真心痛在“冷未至厥”时，能够早期发现，及时治疗，是可能转危为安的。然究其病因，当并不止此，而瘀阻络脉也是其中原因之一。所以瘀阻络脉，乃宗气不足以贯注心脉，而血脉凝留。《灵枢·刺节真邪篇》谓：“宗气不行，则脉中之血，凝而留止。”乃由于淤浊阻量增加，导至脉络堵塞，发生质变的急性心肌梗塞，说明宗气与血脉之关系密切。血行脉中，脉有大经小络之分，络脉是由经脉分支而来，具有运行气血、津液，联络脏腑肢节，沟通表里上下，调节体内各部分功能的细小通道。“表里之气，由络以通”即是阴阳表里之气顺接调畅与否，同络脉功能活动是否正常和气机的流畅，有着直接关系。络脉较经脉细小，呈网络样分布，其气血运行较缓。若机体感受病邪，或瘀血攻心，经脉受损，气机不利，最易导致瘀阻络脉，反过来又影响气机之调畅，使之不能沟通表里上下及脏腑阴阳之气的而至厥脱。当瘀阻络脉，进而血脉不通，病情不断加重，临床除休克一般症状外，尚可舌质紫黯，舌下瘀筋粗紫，唇甲紫绀，或有皮肤瘀点，或面色青紫，或口唇指趾呈现惨白，脉沉细涩、或脉微欲绝等，甚至有继发或并发，心肾功能衰竭之危象。

四、心源性休克的应急处理

心源性休克发生后，应争分夺秒的抢救。中医方面的紧急处理，大致有辨证治疗，针灸治疗，外敷药物三个方面。

1、辨证治疗：心源性休克发生后，以亡阳居多，同时应注意的，亡阴亡阳相互牵涉而导致阴阳虚竭，就最难把握平衡。单纯的亡阳，可以大胆使用温补，可望破阴回阳；单纯的亡阴，可用滋阴养津，以资其化源。惟亡阳继以亡阴，或亡阴继以亡阳的转化，则物质和功能均呈衰竭，化源告绝，处理就非常棘手。诚如《灵枢·终始篇》说的“阴阳俱不足，补阳则阴竭，补阴则阳脱；如是者，‘可将以甘药，不可饮以至剂’”。所谓至剂，乃指剧毒，极量之剂。对于阴阳俱为虚竭的休克，不是格拒就是加剧其不平衡，这就要考虑应用双相调节的济阴扶阳法则。例如甘温中和，选理中汤加附子；保元汤加麦味。其中均用人参，不但益气固脱，又能养阴生津，平调阴阳为治。至于处理回阳和救阴的相互关系上，何者为主导？本证应以阳气为主导，虚脱最终是以阳气消亡而告终，只要一分阳气尚存，便有一息生命延续。所以抢救休克的首要目标是存阳。救阴亦是为存阳而守阴，这个关系亦要摆好。亡阳则以回阳救逆、益气固脱为主，多选用四逆加入参汤，或参附龙牡汤、或白通汤、或白通加入尿猪胆汁汤；亡阴以益气养阴固脱为主，多选用生脉散、或加龙牡；血虚寒凝致厥，宜当归四逆汤，或当归四逆加吴茱萸生姜汤，以养血通脉、温经散寒；若气虚血瘀致脱，用补阳还五汤，以益气养血，活血通络，方中黄芪需用重用。至于临床过程中，往往出现阴损及阳，或阳损及阴，阴阳离决的现象。故在治疗这类病人时，必须重视阳生阴长，阳杀阴藏的机理，首先以固护阳气为主，注意阴阳互根。在使用温阳固脱方药中，适当地配伍养阴固脱，如五味子、山萸肉、龙骨、牡蛎、白芍之类。但在危急之时，煎剂往往迁延病机，故采用我院研制的参附针、生脉针，供肌肉或静脉滴注。

缓介剧烈心痛，亦是当务之急，可以改善或控制心源性休克的发生或发展。其首选药物当是苏合系丸，以芳香开窍，辛通止痛；其它如冠心苏合丸，麝香保心丸、益心丸，护心丹等亦可选用。（如出现厥脱症象者慎用。）休克时可增用野山人参，或老红参15—30克，急煎化服，以益气固脱。如阴寒极盛而心痛者，可用乌头赤石脂丸，改作煎剂；或附子理中汤加姜桂，亦有良效。至于还有其它兼证变证，就应加减临时在变通。

2、针灸治疗：镇痛止呕，取内关、足三里、阴陵；大汗淋漓，取复溜；四肢厥逆，取合谷、太冲，甚则十宣、人中，还可选用素髻、少冲、少泽、中冲、涌泉等穴。尿少或闭，灸关元；虚脱，灸气海、神阙等。均取中度，或强刺、留针、持续捻转。还有耳针亦可配合。

3、药物外治：丁桂冰麝膏药（公丁香，上肉桂、冰片、麝香，比例4：4：1.5：0.5，共研极细末，装瓶密封备用），心痛剧发时，每取药末1—2克，用少量温水，调成面糊状，做成扁平如小团，置胸前疼痛处；若心痛彻背者，则药量加倍，做小团二个，置胸前背后痛处。用膏药密封固定，最好局部再加热敷，24小时更换一次。

五、病案举隅

例一、杜×× 男 51岁 外院会诊病例，先后七次。1977年5月6日初诊。患者高血压，动脉硬化已久。今年初，血压骤升，至260/160毫米汞柱，一度发生中风危象。4月初突发剧烈心绞痛，持续20余个小时。心电图多次提示：前壁及前间壁广泛心肌梗塞。并合并心律失常，心力衰竭，心源性休克等险症。经抢救治疗达一个月，先后得以心绞痛缓解，心律失常及心力衰竭基本控制。然血压一直徘徊在80/70~60/50毫米汞柱之间，脉压差近。並有多汗发润，肢冷，神躁舌厚胖，臑质紫，脉细微弱，还有上身怕热，面赤，下肢畏寒。中医辨证：当属元阴元阳大虚、兼有痰浊瘀阻，阴阳格拒之势。曾予回阳救逆，益气固脱，敛阴止汗诸法。共治20多天，症情渐趋平稳，血压及脉压差近，仍无改变趋势。自觉精神萎软，额汗常湿，短气乏力，活动明显，肢温神静，舌质暗红，舌下瘀筋粗绽青紫，口唇微绀，脉细而涩，面色由原来潮红转为晦滞之色。此心脏损害、心气大虚，血脉凝滞，循环障碍，出现脉络瘀阻征象。转用益气补阳、活血通络、敛阴固卫之法，采用补阳还五汤加味治之。处方：生炙黄芪各60克，当归、藏红花、桃仁、川芎、赤芍、灸地龙、灸水蛭各6克，老红参10克，龙骨、牡蛎各30克。服药3剂，血压即冉冉上升为120/90~130/100毫米汞柱之间，脉压已近正常，脉率稍快(80—100次/分)续方将黄芪、红参剂量均减半，其余药物如上，又服一周，症情好转，血压稳定在130/80—150/96毫米汞柱之间，脉压差距增为40毫米汞柱上下。守方调治月余，自觉症状消除，逐渐恢复正常。工作数年后离休。

按：本例高血压、高心，一度发生中风危象。继又突发剧烈心绞痛，急性心肌梗塞，并发心律失常，心力衰竭，心源性休克等险症，为心痛致厥，厥而致脱的危象，经中西医药联合抢救治疗约20余天，诸症渐获控制。惟休克之象尚未得以缓解，仍有阴竭阳脱，阴阳格拒之虞，虽经治疗，症情渐趋平稳，但厥脱之象，犹有隐伏潜在之危机。如还有额汗湿润，短气乏力等象，前辈医家有云：“头汗而微喘者，亦阳脱也。”可见厥脱忌汗。因不应有汗，故又云“反汗出者、亡阳也”。此心液外泄，泄之过极，致有阴无阳。同时，体征所见，更有舌质暗红、舌下瘀筋青紫等血瘀现象，由心气心阳大衰，心营心阴久耗，乃致循环失利。转用王清任之补阳还五汤主治，元气旺而血自行，祛瘀而不伤正之功。更合龙、牡，以潜镇敛阴，使阳回阴敛，气充血运。故服药3剂，症情好转，血压冉冉上升，以后除参、芪剂量略作调整外，守方连服3周，血压及脉压复常，诸症痊愈。

例二 王×× 男 69岁 住院号12104 1977年6月6日急诊入院。

冠心病，急性前壁心肌广泛梗死。曾于去年7月10日两次住院，入院时剧烈心绞痛，均伴心源性休克及心力衰竭，经中西医药抢救治疗控制出院。

昨日上午又发心绞痛，痛极无声、面青唇紫、胸闷、气急、伴呃逆、呕吐、大汗、肢厥。下午急诊来院，距起病已6—7个小时，心电图示：1、急性前壁广泛性心肌梗死，2、伴多源性室早，3、陈旧性下壁心肌梗死。

患者神清，消瘦萎黄，重病貌，呻吟烦躁。半卧位，皮肤弹性差，两肺底湿性罗音，左心界扩大，心尖搏动区在锁骨中线外1.5公分，心律不齐，心率84次/分，早搏8—9次/分。脉细微弱、伴结代，舌体胖，光红，无苔、津液干涸。入院半小时中，多次测量血压40—50/10—0毫米汞柱，立即组织中西医药抢救。

中医辨证：老年重病久病，气阴两衰，痰浊血瘀阻滞心脉，脉道不通，胃失和降，以致

阳气暴脱，元阴竭绝。急以益气回阳，救阴镇逆。处方，白人参30克、制附子10克、麦门冬15克、五味子10克、真枫斛15克、肥玉行30克、制半夏15克、生姜10克、龙骨牡蛎各30克。另外研服苏合香丸二粒，玉枢丹2克。经多种治疗及中药2剂后，心痛缓介，呃忒呕逆已平。但厥脱症状尚存，额汗涔涔，四肢不温，神萎嗜睡。血压仍处低下40—60/20—10毫米汞柱，尿量极少，一昼夜仅300—400毫升，舌质淡胖，光苔，津液已泽，脉细弱促数。心肾阳衰不复，元阴亏耗欲竭，亟转回阳救脱主治。处方，制附子15克、淡干姜10克，炙甘草10克，老红参20克、生白芍、茯苓、白术、龙骨、牡蛎各30克。煎汤灌服，入口即吐，疑前症又发。嘱将热药凉服，徐徐下咽，即不再呕吐。再服2剂，厥脱症状得以控制。尿量尿次均有增多；血压渐升，稳定在90—110/60—50毫米汞柱；心率76—92次/分，心律不齐；神清，食欲不振。上方减半剂量，续服2剂，血压稳定在120—130/80—60毫米汞柱，一般尚好，撤去升压西药，继续以益气助阳，扶阴养液为主，调理一周出院。复查心电图示。1、I°房室传导阻滞，2、前壁广泛心梗(T波演变期)，3、陈旧性下壁心肌梗塞。

按：本例属真心痛，痛极而厥致脱，由于年老久病，多次重病，元气大虚，气阴两竭，瘀阻心脉，卒发心痛，继而厥脱，表现为阴竭阳脱危候。故先以参附汤之益气回阳；生脉散之救阴固脱；小半夏汤之和胃降逆。还配合苏合香丸之辛通、开窍、止痛，玉枢丹之辟秽、降逆、止呕。多方治疗及中西药抢救，病情大减，惟厥脱症状犹在，病机当为心肾阳气衰竭为主，乃予四逆加入参汤合真武汤为治，挽回心肾之阳为当务之急。也是古人所说“回阳容易救阴难”之意。方中尚有白芍敛阴，龙牡潜镇，引阳入阴、以解亢逆之势。然本方终以大辛大热为主、而且热药热饮、故入胃即吐，后嘱其热药凉服、徐徐饮咽、而不再呕吐，从而更好地发挥了回阳救脱作用。病情趋向好转而至稳定，休克得以控制，随后以随证调理出院。

以上两案病例举偶，仅是心源性休克中一个部份。由于本病是急症危症，病情演变迅速，如抢救不及，死亡率较高，因而它的具体分型很难，只能随着病情的变化，而进行辨证论治。总为脏器受损，阴阳、气血逆乱，最后导致阴阳离决，精气乃绝。所以早期发现，诊断，治疗，是刻不容缓的最佳措施。

肺心病形成之浅探

这里的肺心病，主要是指慢性肺原性心脏病而言。慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿和慢性肺原性心脏病是中老年的常见病和多发病。有病程长，治疗难，冬季易反复发作等特点。当以上之病急性发作时，主要矛盾是肺气虚弱，感触病邪，而致迅速发病，使咳、痰、喘加重；也有病情虽重，但临床表现并不突出。临床上将感冒和呼吸道感染、慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、肺源性心脏病常联系在一起，统称之谓“呼吸四病”。如果忽视其防治，使肺心病的病情加重，病势难控，形成被动局面。由此可见，慢性支气管炎，阻塞性肺气肿，肺源性心脏

病是病情由轻到重,由浅到深的一个趋向。因而了解肺源性心脏病的形成,有其特殊的意义。

一、“咳嗽”“痰饮”病与慢性支气管炎

慢性支气管炎以咳、痰、喘为主要表现。故将此病归之中医里的“咳嗽”“痰饮”范畴。咳嗽、痰饮有着密切的联系,二者又有各自的区别。

(一)咳嗽:是一个症状,又是证候的一个名称。咳嗽来自肺气的不得宣肃,也可由其它脏腑有病而传至肺脏为咳嗽者。即《素问·咳论》中所说:“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”。历代以来,分类繁多。张景岳归纳:“咳嗽之要,止惟外感与内伤二类,认为外感之邪多有余,内伤之咳多不足”。《医学三字经·咳嗽第四》中亦说:“然肺为气之主,诸气上逆于肺,则为呛咳,是咳嗽不止于肺,而亦不离乎肺也。”这样就把咳嗽的病理归结到一个较小的范围。

关于发病的病因病理大致归纳为:(1)外感六淫:以如前说,多见的有风寒、风热、燥邪,不再赘述。(2)毒物刺激:长期吸入空气中烟尘,或有毒有害的化学气体,对气道形成一种不良刺激。长期大量吸烟,亦是个重要致病因素,古代早有“烟辛袭肺”之说。按烟味辛燥,还有火炼,因而性从火变、且人吸之则质化为烟,纯乎火之火焰、直迫清道,对呼吸道是不利的刺激因素,引起呛咳。如果长期吸烟,烟熏灼肺、烁人津液,故吸烟之后,口多作渴。肺失清肃之后,气道升降失职,则咳而气喘不已。根据临床观察,老年人吸烟后,肺的通气功能明显减退,因而加重咳嗽,有吸烟瘾者,必须戒之。(3)脏腑相因:咳嗽不仅出现于肺,其它脏腑有病,累及于肺时,也可发生咳嗽。与脾、肾关系更为密切。前人所说:

“肺不伤不咳、脾不伤不久咳、肾不伤咳不喘、”其意正是由于脏腑损伤,营卫不固,因而罹病。(4)其它:接触尘埃中的“螨类”,此虫肉眼不见,西医认为其深入到毛细支气管内,引起过敏的刺激,产生特异性的过敏,随后出现变态反应。对此中医也有认识,《巢源》中的“沙虱”、“恙螨”等,叮刺传播,所以先发生皮肤风疹、湿疹,而后引发咳嗽。

(二)痰饮:是一种没有经过正常输化的津液。由于“化失其正”,而水液停聚,酿痰积饮的一类病症。古称“稠浊者为痰、清稀者为饮”。所以既可以分而为二,即痰病、饮证;又可以合而为一,并称痰饮。痰饮有四,以“支饮”、“留饮”为主,总由“脏腑病、津液败”而发生。它的症状,主要有咳唾、胸胁支满、喘息、短气、不得卧、其形如肿、眩晕、惊悸等。与慢支、肺心病的临床表现相类似,但有轻重程度的不同。痰饮病因,大致有:(1)外感寒湿。如《素问·至真要大论》说:“太阴之胜、……独胜则湿气内郁、……饮发于中。”认为气候冷湿,或冒雨涉水,水湿外浸,卫外之阳先伤,渐至由表入里,内脏阳气为湿邪所困,不得舒展,于是水湿蓄积成痰成饮。(2)饮食劳欲。暴饮过量,可以出现喘满、短气、眩晕等症。还有食冷饮凉过甚,中阳暴遏、脾不健运,停而为饮。(3)阳气衰弱。《陈修园医书》说:“凡五脏有偏虚之处,而饮留之。”认为水液赖阳气以输布蒸发,若三焦气化失宣,阳虚水液不运,气道壅塞,津液不通,水饮气停,结成痰饮。尤其久病体虚或年高气衰之人易犯之。从病理来说,《医门法律》认为:“痰饮之患,未有不从胃起者也,其深者,由胃上入阳分,渐及于心肺;由胃下入于阴分,渐及于脾肾。”说明痰饮是肺、心、脾、肾功能失常的病理产物,进一步又成为致病因素。

(三)慢性支气管炎的证治

慢性支气管炎除因感冒或呼吸道感染而急性发病外，多因久病肺虚，或其它脏腑有病而涉及于肺引起的咳、痰、喘证。治疗时并有外感症状的，应先以宣通肺气，疏散外邪为主；此外，多以健脾化痰，养阴清肺，清泄肝火，温纳肾气等。

(1)合并外感证：①合并风寒者，轻证用杏苏散，以疏风散寒、宣肺化痰；重证用三拗汤，以宣肺散寒，化痰平喘。②合并风热者，轻证用桑菊饮，以疏风清热、宣通肺气；重症用麻杏石甘汤、以宣肺疏邪、泄热定喘。③合并燥邪者、轻证用桑杏汤，以疏风清热，润燥养肺；重证用清燥救肺汤，以清热润燥，养阴益肺。

(2)偏属内伤证：①痰浊犯肺者，A.湿痰患者用平陈汤以燥湿化痰；B.痰浊壅肺，用皂荚丸以宣壅涤痰。C.痰浊化热，用泻白散以清肺化痰。D.支饮咳满，用苓甘五味姜辛汤，以除饮泄满。E.脾虚多痰，用六君子汤，以健脾化痰。②肺虚不足者：A.肺阴虚者，用沙参麦冬饮以养阴润肺。B.肺气虚者、用四君子汤以益气健脾。③肝火犯肺，用清金散(石膏、甘草、青黛)或黛蛤散加味，以清肝泻肺。④肺病及肾：A.肾气虚者，用金匱肾气丸，以补纳肾气。E.肾阴虚者，用都气丸以益肾养阴。C.肾虚多痰者，用金水六君煎以滋肾化痰。

二、肺胀病与肺气肿

慢性支气管炎进一步发展则形成阻塞性肺气肿。在中医学里，凡肺脏发生充气膨胀不能收敛复原的病变状态时，并以喘咳为主要表现者，属之肺胀病。这同现代医学对阻塞性肺气肿的认识极其相似。早在内经里就有记载《素问·大奇论》云：“肺之壅，喘而两胛满”。这满与壅字义相通。“壅”为壅塞、壅滞释，而“胛”即肋肋空间之谓。“胛满”即肋间隙膨满，其所充者，气也，由于肺气，壅滞而使胸廓膨满。《灵枢·胀论》云：“肺胀者，虚满而喘咳”，所谓“虚满”亦是指的胸廓膨满胀大的形态变化。而这个“虚”字包含着肺虚而满的意思，也可以理解为肺为清虚之脏，气乃清虚无形之物的“虚满”。但与肺壅相较，肯定是有所不同的，主要是以虚实为别，前者多实、后者偏虚。所谓实者，邪气实也；所谓虚者，元气虚也。无论虚与实都是在咳喘同时，还有它们共同的特殊体征，就是胸廓的外形变化，都是可见可触的桶状胸样的“满”、故二者从字义上说，是有区别的。实质上前者可能是部分患者，因暴感风寒，邪遏肺气，肺气不得宣畅所致，而在短时间内发生的肺壅。但此等病例俟邪气病愈之后，一般均可自行恢复。与后者的由慢性肺脏疾患，发生于诸种喘咳而久久不愈之后续发不同的。如支饮、伏饮、哮喘、肺癆、肺痿，或老年气虚、肾虚等，皆可致之。在中医的论著中，对肺胀有较详细的症状描述，首推《金匱要略》。将其病因归属支饮、水气。病理归之肺、脾、肾三脏。並初步确立了有效的治法方药，以祛邪治标为原则。后世论者不少，並有所阐发，散见于诸般喘咳病中。

肺胀的发生，固由于久咳久喘损伤肺气，气伤则肺之宣发肃降功能衰退，使肺脏浊气壅塞。或再痰浊窒阻、逆于肺络，窒碍气道；或内外之邪干肺，肺气宣肃无权，均能发生肺胀。肺为气主，肾为气根。肾气须以肺气充养，肺气不足、久必影响肾气；但亦有素因肾之本元虚弱，纳气无能、导致吸入无力。继而影响肺的呼气功能而发生肺胀。《景岳全书》说：“实喘者有邪，邪气实也，其责在肺。虚喘者无邪，元气虚也、其责在肾、……肺主皮毛、而居