

◎ 专科专病经方论治丛书 ◎ 总主编 于俊生

呼吸病

经方论治

编著 周兆山



人民卫生出版社

【专科专病经方论治丛书】

- ◎ 肾脏病经方论治
- ◎ 心血管病经方论治
- ◎ 消化病经方论治
- ◎ 肿瘤病经方论治
- ◎ 风湿病经方论治
- ◎ 呼吸病经方论治
- ◎ 神经精神病经方论治
- ◎ 内分泌代谢病经方论治

责任编辑 马莉萍 封面设计 代珊珊 版式设计 何美玲 责任校对 杨丽琴

ISBN 978-7-117-08570-0



9 787117 085700 >

定 价：23.00 元

专科专病经方论治丛书

呼吸病经方论治

周兆山 编著

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP)数据

呼吸病经方论治/周兆山编著. —北京: 人民卫生出版社, 2007.6

(专科专病经方论治丛书)

ISBN 978-7-117-08570-0

I. 呼… II. 周… III. 呼吸系统疾病-经方-汇编
IV. R289.2

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 036246 号

专科专病经方论治丛书
呼吸病经方论治

编 著: 周兆山

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: [http://www. pmph. com](http://www.pmph.com)

E - mail: [pmph @ pmph. com](mailto:pmph@pmph.com)

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 12.25

字 数: 303 千字

版 次: 2007 年 6 月第 1 版 2007 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-08570-0/R · 8571

定 价: 23.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)



出版者的话

中医专科专病建设，不但历史悠久，而且成效显著，是我国发展中医药事业的一项长期的重要任务。汉代张仲景在《伤寒论》中首创了辨病论治，《金匱要略》全书 25 篇，共论述了 40 多种病证，形成了中医内科、妇科等专科专病的治疗基础。建国 50 多年来，广大中西医运用仲景的理法方药于实践，卓有成效地治疗临床各科疾病，积累了丰富的新经验、新认识。在新世纪，面对中医临床的发展方向 and 专科专病建设的需求，将仲景学说研究与经方应用和专科专病的研究有机地结合起来，探讨仲景病证结合的辨治体系在专科专病中运用的理论基础，总结专科专病论治中经方的运用规律和名医经验，是当前提升中医专科专病发展水平，提高专科专病临床疗效，进一步发展仲景学说必不可少的环节。鉴于此，由于俊生教授主持并组织部分专家共同编著了这套《专科专病经方论治丛书》（共计 8 个分册）。

承担本丛书编著工作的是参加国家中医管理局 2004 年启动的首批“优秀中医临床人才研修项目”的 8 位专家学者，国家、省、市级重点专科的学科带头人。他们长期从事相关专科专病临床医疗、研究工作，具有丰富的临床经验和学术水平，中医经典功底扎实。特别是经过 3 年的“优秀中医临床人才”

研修，“读经典，做临床，拜名师”，对仲景学说及经方在相关专科专病中的灵活运用获得新的感悟，颇有体会。在编写本书中，编著者紧紧把握经方在相关专科专病中的运用这一主题，着重探讨和研究仲景学说指导相关专科专病诊治的理论基础、辨证思维和规律，分析和总结当代名医运用经方论治疾病的经验，力图使本书能够集中展现专科专病经方论治的最先进水平和精华。

本丛书对各级中医和中西医结合医师、中医药大专院校师生、中医药专业研究生学习提高参考价值颇大。期望本丛书的出版，能有助于中医临床人才的培养和成长，促进和加强中医专科专病建设，提高中医临床诊疗水平，为中医药的继承和创新工作作出应有的贡献。

人民卫生出版社

2007年3月



前言

张仲景所著《伤寒论》、《金匱要略》是中医学的经典著作，被誉为“方书之祖”，“启万世之法成，诚医门之圣书”。综观古往今来的中医名家，无不是在精研仲景之学的基础上而成为一代宗师的。目前中医界有识之士一致认为，“读经典，做临床”，是提高临床和学术水平的必由之路，所以仲景学说仍然是当前中医界学习和研究的主线和热点。

呼吸系统疾病是严重危害人民健康的常见病和多发病，据有关资料统计，本类疾病约占内科门诊量的 1/3。其中哮喘、慢性阻塞性肺疾病的发病率不断地升高，成为全球范围内的难题。世界各国虽然对以上疾病的发病机制进行了大量的基础研究，取得了日新月异的新进展，但是相比之下，临床防治方面的研究则显得滞后，尚缺乏有效的防治措施，目前已引起世界卫生组织高度重视。另外，近年来随着全球气候的变暖，由病毒感染引起的新的呼吸系统疾病也不断发生，如传染性非典型性肺炎、人禽流感等。医学界对这些新产生的疾病尚无全面足够的认识和成功的防治经验。例如，即便已经明确其致病的病原体是病毒，但尚未研制出确有疗效的抗病毒药。这是医学界所必须面对的新课题。中医学有着悠久的历史，他以系统论、辩证观来认识疾病和治疗疾病，其系统的理论和丰富的临床经

验是数千年来历代医家与疾病作斗争的经验结晶。无论对传统的慢性病（如哮喘），还是新产生的时行病（如传染性非典型性肺炎），都可在整体观念的指导下，进行辨证论治，即所谓以不变应万变，这是中医药在防治呼吸系统疾病的优势所在。

中医药治疗呼吸系统疾病，最为有效、最能经得起临床考验的方剂莫过于经方，所谓“用之得当效如桴鼓”。然而如何运用才叫得当而受到桴鼓之效呢？当代中医名家为我们提供了成功的经验，如胡希恕名老中医对感冒（流感）、肺炎采用《伤寒论》的六经辨证，径用经方，疗效卓著；刘渡舟、赵锡武、颜德馨教授等著名中医大家治疗哮喘、慢性阻塞性肺疾病等呼吸病不离仲景法度，为采用经方治疗呼吸病提供了思路、方法与技巧；近年来广大中医、中西医结合临床工作者对于经方防治呼吸病的临床与实验研究硕果累累。全面了解和掌握这些成功的经验、思路、方法、技巧以及研究成果，对于提高中医药防治呼吸病的疗效水平和学术水平具有重要的意义。有感于此，笔者在深入学习和研究《伤寒论》、《金匱要略》的基础上，采撷、汇集当代名医运用经方治疗呼吸病经验精华，以及近年来国内与之相关的最新研究进展，并结合自己的研究成果和临床心得，编成此书。

本书分为理论篇、方剂篇、疾病篇。理论篇：分析和总结了六经辨证、杂病病脉证并治以及张仲景病邪理论与呼吸病证治，阐述仲景学说指导呼吸病辨治的理论基础和证治规律，体现了本书的学术性。方剂篇：介绍了呼吸病常用经方 26 首，每首经方的内容包括药物组成、功效、方义分析、适应证、类方、加减方、临床荟萃、实验研究和运用心得等。其中的加减方，是精选当代名医治疗呼吸病在相应经方的基础上进行的加减，这是其多年临床经验的结晶，是活用经方的体现；临床荟萃、实验研究，总结了近年来经方治疗呼吸病的临床与实验研究的新进展，反映了多学科的交叉、沟通、渗透，以充实和拓

展经方治疗呼吸病的临床与科研思路，体现了本书的新颖性。疾病篇：以西医学病名为纲，每个疾病包括概说、诊断要点、辨证论治、名医经验、医案精选和临床心得等。着重介绍当代名医运用经方论治呼吸病的经验，反映了诸多名医采用经方治疗呼吸病的辨治思路、方法与技巧；所精选的名医医案，各有特色，诚可示人以规矩，给人以启发。充分体现了本书的实用性和权威性。书中方剂篇的运用心得和疾病篇的临证心得，是笔者多年来从事经方辨治呼吸病的研究成果以及行之有效的运用体会，可供临床参考。

本书体例新颖，特色鲜明，重点突出，注重实用。可供从事中医、中西医结合工作的专业人员尤其呼吸内科临床医疗、教学及科研工作者阅读和参考，也是从事仲景学说研究人员的重要参考书。

本书在编写过程中，得到王宁、陆学超医师以及我的研究生胡海波对方剂篇作的部分资料收集工作，在此一并致谢。由于水平有限，书中难免有不妥之处，敬请同道予以指正。

周兆山

2007年3月于青岛



理 论 篇

第一章 中医对呼吸病的认识	3
第一节 肺的生理功能	3
第二节 呼吸病的病因病机	11
第三节 呼吸病的常用治法	14
第二章 六经辨证与呼吸病证治	21
第一节 太阳病	21
第二节 阳明病	30
第三节 少阳病	35
第四节 太阴病	36
第五节 少阴病	37
第六节 厥阴病	44
第三章 杂病病脉证并治与呼吸病证治	47
第一节 咳嗽上气病	47
第二节 痰饮咳嗽病	51
第三节 肺胀病	61
第四节 肺痿病	64

第五节 肺痈病	70
第四章 仲景病邪理论与呼吸病证治	74
第一节 寒邪	74
第二节 痰饮	81

方 剂 篇

第一节 桂枝汤	99
第二节 桂枝加厚朴杏子汤	104
第三节 麻黄汤	109
第四节 小青龙汤	113
第五节 小青龙加石膏汤	123
第六节 大青龙汤	126
第七节 麻黄杏仁甘草石膏汤	130
第八节 十枣汤	140
第九节 白虎汤	143
第十节 大承气汤	148
第十一节 小柴胡汤	155
第十二节 真武汤	163
第十三节 麻黄细辛附子汤	170
第十四节 麻黄附子甘草汤	175
第十五节 甘草汤	177
第十六节 桔梗汤	179
第十七节 甘草干姜汤	180
第十八节 射干麻黄汤	182
第十九节 皂荚丸	188
第二十节 厚朴麻黄汤	190
第二十一节 泽漆汤	193
第二十二节 麦门冬汤	196
第二十三节 葶苈大枣泻肺汤	201

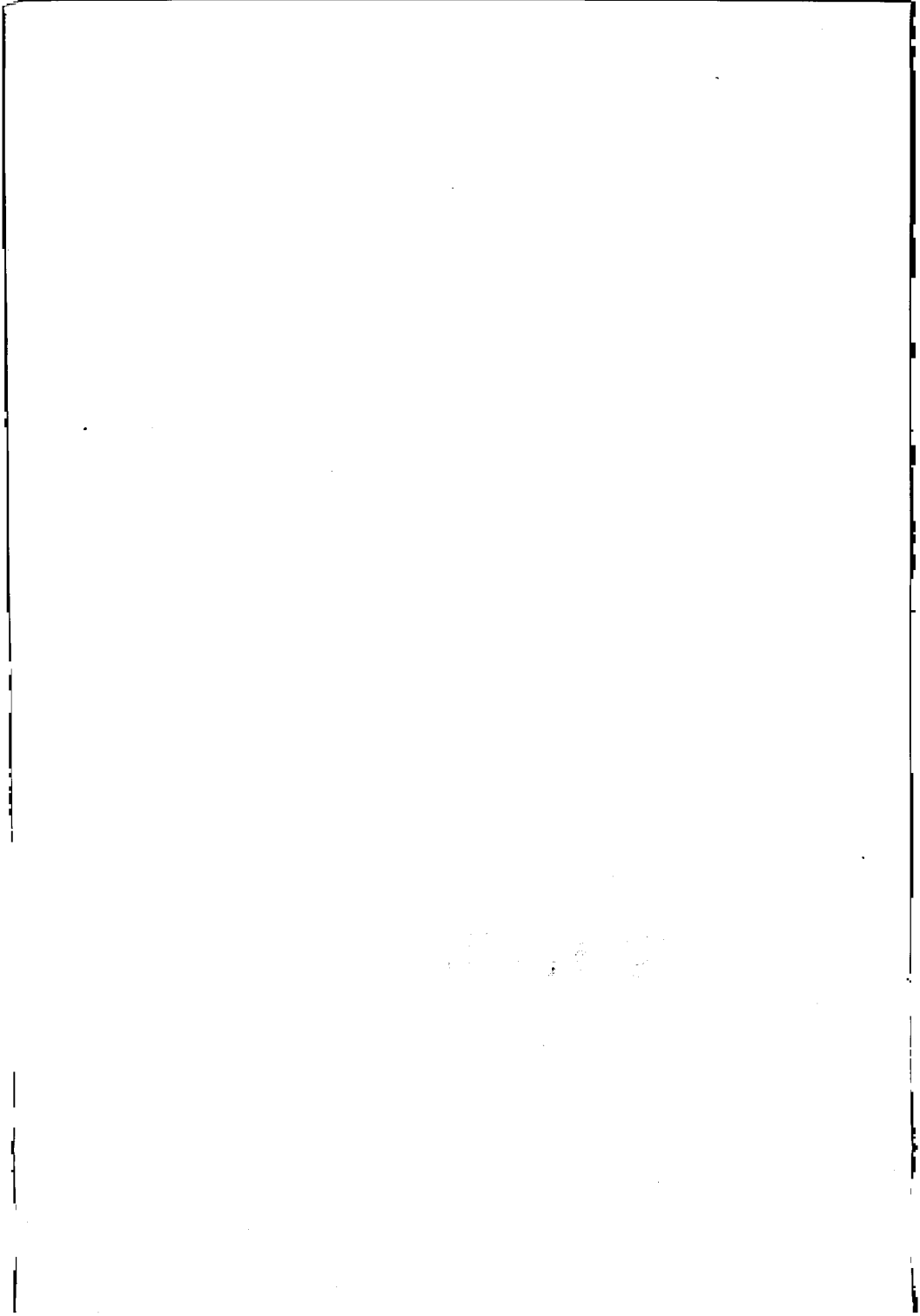
第二十四节 越婢加半夏汤·····	205
第二十五节 木防己汤·····	207
第二十六节 苓甘五味姜辛汤·····	210

疾 病 篇

第一章 呼吸病常见症状及经方治疗·····	229
第一节 咳嗽·····	229
第二节 喘·····	239
第三节 发热·····	250
第二章 急性上呼吸道感染·····	261
第三章 急性气管—支气管炎·····	279
第四章 支气管哮喘·····	289
第五章 支气管扩张·····	311
第六章 慢性阻塞性肺疾病·····	319
第七章 肺炎·····	342
第八章 慢性肺源性心脏病·····	359



理论篇





第一章 中医对呼吸病的认识

呼吸病，中医常称之为肺系疾病。临床常见呼吸病如上呼吸道感染、急慢性支气管炎、支气管哮喘、支气管扩张、肺炎、肺气肿、肺脓肿、肺结核等，一般可归类于中医咳嗽、哮喘证、喘证、肺胀、肺癰、肺痿、肺癆、咯血等病范畴。中医对呼吸病的生理功能、病因病机具有系统的认识和较完备的理论，掌握这些理论认识，对于指导呼吸病的中医辨治具有重要的意义。

第一节 肺的生理功能

中医学每常将呼吸系称之为肺系，其包括鼻、咽、喉、气道（气管）、肺脏等组织器官。而肺乃肺系功能之主宰。肺与心同居上焦，位高近君，犹如宰辅，故《素问·灵兰秘典论》称之为“相辅之官”。由于肺位最高，覆盖其他脏腑，故有“华盖”之称。又因肺叶娇嫩，不耐寒热，外感诸邪，常易先犯肺卫为患，故又称娇脏。肺在五行中属金，与金性清肃相类似。

中医学又常将肺系的生理功能概括为以下几个方面：

一、肺主气，司呼吸

肺主气、司呼吸是指肺具有主管机体之气和**管理呼吸运动**的功能。肺主气包括肺主呼吸之气和主一身之气两个方面。

(一) 肺主呼吸之气

肺主呼吸之气是指肺具有主管呼吸运动，以实现体内外气体交换的作用。生理上，肺的呼吸功能表现为胸廓节律的舒张收缩运动，则人体通过肺吸入自然界之清气，呼出体内之浊气，吐故纳新，使体内外气体不断地交换，从而保证了人体新陈代谢的正常进行。肺主呼吸之气的**作用正常**，则表现为呼吸匀调，气道通畅。病理上，若病邪犯肺，则影响其呼吸功能，出现胸闷，咳嗽，喘促，呼吸不利等症状。

(二) 肺主一身之气

肺主一身之气是指肺通过呼吸运动，具有主持和调节全身脏腑组织之气的**作用**。生理上，肺主一身之气，主要表现在：一是肺的呼吸运动，关系到气的生成，特别是宗气的生成。而宗气聚于胸中，其功能为上出喉咙，以促进肺的呼吸运动；贯通心脉，行气血而布散周身，以温养脏腑组织和维持其正常功能活动。因此，肺是通过生成宗气而起到主一身之气的**作用**。二是肺的一呼一吸运动，直接对全身的气机（气的运动）起着调节作用。肺主一身之气的**作用正常**，则宗气充足，气机通畅，呼吸调和。病理上，肺主一身之气的功能失常，则会影响呼吸功能和宗气的生成以及全身之气的升降出入运动。

肺主呼吸之气和一身之气虽是互根互用的功能活动，但又皆取决于肺的呼吸功能。因为肺的呼吸调匀是气的生成和气机调畅的基本条件。若肺的呼吸功能失常，必然影响宗气的生成和气的运动。也势必导致肺的主一身之气和呼吸之气的**作用减弱**。若肺的呼吸功能丧失，清气不能吸入，浊气不能排出，新陈代谢难以继续进行，人体生命活动则必然随之终止而死亡。

二、肺主宣发与肃降

宣发，即宣通、布散之意；肃降，即清肃、洁净和下降之意。

（一）肺主宣发

肺主宣发是指肺气具有向上的升宣和向外周布散的功能。肺主宣发的生理作用，主要体现在三个方面：其一是将脾所转输的津液和水谷精微，布散到全身，外达于皮毛。其二是呼出体内代谢后产生的浊气。其三是将卫气宣发于体表，控制汗孔的开合，将代谢后之津液化为汗液，排出体外。

（二）肺主肃降

肺主肃降是指肺气具有清肃下降和使呼吸道保持洁净的功能。肺主肃降的生理作用，也主要体现在三个方面：其一是向体内吸入自然界的清气。其二是将肺吸入的清气和由脾转输于肺的津液和水谷精微向下布散。其三是肃清肺和呼吸道内的异物，以保持呼吸道的洁净。

肺主宣发与肃降是肺的主要生理特性，两者之间是相反相成的关系。在生理上，相互依存、相互为用。没有正常的宣发，就会影响正常的肃降；没有正常的肃降，就不可能有正常的宣发。即宣发有利于肃降，肃降则促进宣发。只有肺气宣降正常，才能使气道通畅，呼吸调和，保持人体内外气体之交换，才能使各脏腑组织获得气、血、津液之温煦濡养，以免遭受水湿痰浊停留之患。在病理上，宣发与肃降又每每相互影响。

三、肺主通调水道

肺主通调水道的功能，是通过肺气的宣发和肃降功能来完成的。所谓肺主通调水道，是指肺的宣发和肃降对体内水液的输布、运行和排泄起着疏通和调节的功能。生理上，人体的水

液输布和运行，主要依赖气的推动和气化作用。肺气的宣发，不但将津液和卫气输布、运行于全身布散于体表，而且主司汗孔的开合，将代谢后的水液经汗孔排出体外。肺气的肃降，不但将吸入之清气下纳于肾，而且还将体内的水液向下输送至下焦的肾和膀胱。水液在人体内不断地布散渗透、循环运行，成为人体生命活动的基本物质之一，而此过程都是从肺始发，并且依靠肺气宣发与肃降以疏通调节而完成的，故有“肺为水之上源”、“肺主行水”之说。在生理上，肺主宣降，则水道通利，机体的水液输布、运行和汗、尿的排泄均为之正常。在病理上，肺主宣发与肃降失常，肺气通调水道功能障碍，则水道不利，水湿停聚。若水停于肺，则可表现为咳嗽气喘，痰多；若水溢肌肤，则可表现为尿少、水肿。

四、肺朝百脉

所谓肺朝百脉，是指全身的血液，都要经过经脉而会聚于肺，通过肺的呼吸运动，进行气体交换，然后再输布至全身的功能。生理上，肺主气，心主血。全身之血脉，均统属于心，虽然心脏的搏动是血液循环行的基本动力，而血液能够正常地运行，还需依赖肺气的推动和调节。其一是肺化生之宗气，贯通血脉，推动血液运行。其二是肺主司呼吸运动，调节全身气机，促进血液循环行。在正常情况下，肺气充沛，宗气旺盛，气机通畅，则助心行血，表现为机体血液循环行正常。病理上，如果肺气虚弱，则宗气不足，气机不调，就不能帮助心脏推动血行，必然影响心主血脉的功能。

五、肺主治节

治，即治理之意；节，即调节之意。肺主治节是指肺具有辅助心脏对全身脏腑组织起着治理调节的功能。肺主治节的生理作用，主要体现在四个方面：其一是肺主呼吸，人体的呼吸

运动是有节奏地一呼一吸，以进行体内外的气体交换；其二是随着肺的呼吸运动，调节气的升降出入运动，使全身的气机通畅；其三是通过肺朝百脉和气的升降出入运动，辅助心脏，推动和调节全身血液的运行；其四是通过肺的宣发和肃降，治理和调节津液的输布、运行和排泄，以维持体内津液代谢的平衡。因此，肺主治节，实际上是对肺的主要生理功能的高度概括。

六、肺外合皮，其华在毛

皮毛，为一身之藩篱，具有分泌汗液、调节呼吸、抗御外邪、保护身体的功能。系人体抵御邪气的一道重要屏障。肺外合皮，是指肺与皮有着密切的相互配合关系，肺其华在毛，是指肺的功能盛衰，可以从毫毛的色泽上反映出来。生理上，肺与皮毛相合的联系，主要体现在两个方面：一是肺气宣发，输精于皮毛。肺主气，肺气宣发，使卫气和津液输布到全身体表，以温煦滋润皮毛。皮毛由肺得到卫气和津液的温润，便能发挥保卫机体、抵御外邪侵袭的屏障作用。二是皮毛汗孔的开合与肺司呼吸有关。皮毛汗孔的开合，有散气和闭气的功能，以达到调节体温、配合呼吸运动的作用。中医学将汗孔，又称气门、玄府、鬼门，其开合由肺所宣发的卫气主司。汗孔不仅排泄汗液，而且可以调节呼吸。在正常情况下，肺气充沛，宣发有力，卫气和津液布达于体表，则表现为皮肤致密，毫毛光泽，卫表固密，汗泄适度，体温正常。如果肺气虚弱，宣发无力，卫气和津液不达于表，则皮毛失养而憔悴枯槁，汗孔开合失度而自汗，呼吸气弱；卫表不固，抗邪能力低下而易于感冒；皮毛失于温煦，则体表畏寒而肤冷。假若外邪侵袭皮毛，则令汗孔闭塞，卫气郁滞，又可影响肺脏，导致肺气不宣，而出现无汗，恶寒发热，呼吸喘促等症状。

七、肺开窍于鼻，其液为涕

中医学认为：体表组织器官的功能，是渊源于内在五脏，五官九窍的功能，同样依赖于内在相应脏腑的正常功能活动，即五脏各有其相应的对外开放窗口。鼻为五官之一，又名明堂，为呼吸出入的最外通道，具有通气和嗅觉的功能。涕，即鼻涕，为五液之一，是由鼻内分泌的黏液，具有润泽鼻窍的功能。鼻为肺窍，故在五脏化五液中，肺在液为涕。肺开窍于鼻，是指肺的生理功能与鼻的关系密切。其液为涕，是指涕由肺中精气所化生，且与肺的生理功能关系密切。生理上，肺气调和，呼吸通利，精气上通于鼻，则表现为鼻腔通畅，嗅觉灵敏；涕泌正常，润泽鼻窍，干润适度。病理上，外邪犯肺，则肺气不利。若风寒袭肺，可表现为鼻窍阻塞，多流清涕，嗅觉不灵；若风热犯肺，可表现为鼻塞欠畅，嗅觉下降，多流黄涕；若热邪壅肺，可表现为鼻窍焦黑，鼻翼煽动，甚或鼻衄；若燥邪客肺，可表现为鼻孔干涩，燥裂作痛。此外，若肺气虚弱，则卫外不固，常可出现经常感冒，鼻塞流涕，嗅觉减退等症状。

八、肺与其他脏腑的关系

呼吸系统疾病，除了肺脏自身的宣降功能失常以外，常由他脏传于肺，即《内经》所说的“五脏六腑皆令人咳，非独肺也”。所以应该了解肺与其他脏腑的关系。

（一）肺与心的关系

肺心同居上焦，肺主气，心主血；肺主呼吸，心主行血。肺与心之间主要体现为气和血的关系。在生理上，肺主胸中之宗气，贯通心脉以助心行血；而心主一身之血脉，百脉聚会于肺，两者相互配合，保证气血的正常运行，以维持机体脏腑组织的功能活动。气为血之帅，气行则血行；血为气之母，血至

气亦至。气属阳，血属阴，血液的运行，虽为心所主，但必须依赖肺气的推动。肺所生成的宗气，贯通心脉，得到心血的运载，才能敷布到全身。因此肺与心，气与血，是相互依存，相互为用的。在病理上，若心血不足，不能充养于肺，可引起肺气亦虚，最终导致心肺气虚。同时，肺气虚弱或肺失宣降，尚可影响心主血脉功能异常，而导致血液运行瘀滞。反之，心血瘀阻，导致气机不利，亦可影响肺之宣发与肃降功能，出现咳嗽气促，不得平卧等肺气上逆的病理现象。

（二）肺与脾的关系

肺与脾的关系，主要体现在气的生成和津液的输布两个方面。

1. 在气的生成方面 肺主气，脾生气。肺司呼吸而吸收自然界清气，脾主运化而化生水谷精气，上输于肺，两者结合化为宗气。宗气为全身之气的主要物质基础，布达全身以维持人体正常的生命活动。脾所化生的水谷精气等营养物质，必须依赖肺气的宣发和肃降才能敷布全身。而肺主宗气的生成，则须不断依靠脾运化的水谷精微来供给，故脾能助肺益气。因此，而有“肺为主气之枢，脾为生气之源”之说。若脾气虚弱，运化无能，水谷精气化源不足，无以上输养肺，则可导致肺气虚弱，又称之为“土不生金”，治疗时宜健脾益气，也称此为“培土生金”之法。反之，肺气虚弱，宣降无力，亦可累及脾土，而导致脾失健运，治疗时仍应从后天之本着手而补脾益气。

2. 在水液代谢方面 肺主行水而通调水道，脾主运化水湿，均为维持水液代谢的重要脏器。水谷化生的津液由脾上输于肺，通过肺的宣发和肃降而布散至周身，下输于膀胱。而肺之宣降赖脾气运化以资助，脾之运化水湿靠肺气宣降以协助。肺与脾在津液的生化、输布过程中，是密切配合和相互为用的。若脾失健运，水湿不化，聚湿生痰，影响及肺，则肺失宣

降。反之，肺病日久，其气虚弱，失于宣降，水道不利，导致水液代谢障碍，则可出现水湿停聚，脾阳受困的表现。

（三）肺与肝的关系

肺与肝的关系，主要体现在气机升降和气血运行方面。

1. 气机升降方面 肺居膈上，在上者其气肃降；肝居膈下，在下者其气升发。肝气从左上升，肺气从右下降，升降得宜，则气机舒展。人体精、气、血、津液运行以肝肺为枢转，以维持人体气机的正常升降运动。若肺肝的气机升降失常，则可导致肝失疏泄，气机郁结，气郁化火，肝火灼肺，肺失清肃。如果肺失清肃，影响及肝，可出现肝失条达，疏泄不利。

2. 气血运行方面 肝藏血、主疏泄，调节全身之血；肺主气、主治节，治理调节全身之气。而肺调节全身之气的功能，又需要得到血的濡养；肝调节全身之血的功能，又必须依赖气的推动。总之，维持全身气血的正常运行，虽然是依赖心所主，但又需要肺主气、主治节与肝藏血、主疏泄功能的协助。

（四）肺与肾的关系

肺与肾的关系，主要体现在呼吸运动、水液代谢和阴液互资三个方面。

1. 呼吸运动 肺司呼吸，肾主纳气。人体的呼吸运动，虽然由肺所主，但在呼吸过程中需要肾的纳气功能协助才能完成。即肾气对于吸入之气具有摄纳作用。只有肾气充盛，吸入之清气才能经过肺之肃降而下纳于肾，肺肾相互配合，共同完成呼吸的生理活动。故有“肺为气之主，肾为气之根”之说。若肾气不足，摄纳无权，则气导于上；或肺气虚损，久病及肾，导致下元虚亏，气失摄纳，皆能引起吸入之气不能归根，而出现肾不纳气之证。

2. 水液代谢方面 肺为水之上源，肾为主水之脏。在水液代谢过程中，肺与肾之间存在着源和流的关系。肺主行水而

通调水道，肾主水，肾中阳气对水液具有气化而升清降浊的功能。肺之与肾，一上一下，升降相因，相互为用，共同维持水液代谢的平衡。故有“其本在肾，其末在肺”之说。若肺失宣降，水道不利，久必及肾；反之，若肾不主水，水湿泛滥，又可上射于肺。二者相互影响，导致水液代谢失调而均可出现水肿等症。

3. 阴液互资 从五行属性而言，肺肾为金水相生之脏；若从阴液本身而言，肺肾又有标本资生的关系。肺阴肃降，阴液下输，滋养于肾；肾阴为人体阴液之根本，对各脏腑组织具有滋养濡润的作用，肾阴充盛，循经上润于肺，则能保证肺气清宁，宣降正常。故有“肺气之衰旺，全恃肾水充足，不使虚火炼金，则长保清宁之体”之说。若肺阴受损，久必下汲肾阴，导致肾阴亏损；反之，肾阴亏虚，阴虚火旺，虚火上灼肺阴，致使肺失清润。两脏阴液互损，最终形成肺肾阴虚之证。

（五）肺与大肠的关系

肺主司呼吸运动，其气清肃下降。由于肺气与大肠经络相连，气化相通，所以肺的呼吸运动也受着大肠传导功能的影响。若肺司呼吸功能异常，累及大肠，导致传导障碍，可出现便秘或腹泻。若肺气虚弱，失于肃降，则推动无力，津不下达，导致大肠失润而传导不利，可出现气虚便秘。若大肠实热，上熏于肺，导致肺失肃降而肺气上逆，可出现咳喘胸满。

第二节 呼吸病的病因病机

肺脏直接与外界相通，所以呼吸病的主要病因是感受外邪而致病。其基本病机则是肺的宣降功能失常和通调功能的失调。

一、主要病因

(一) 外感六淫

肺为娇脏，又为华盖，外合皮毛，开窍于鼻，直接与外界相通，所以最易被六淫所侵。风、寒、暑、湿、燥、火皆能导致咳喘的发生。但是由于四季气候变化的不同，人体所感受的致病外邪亦有区别，因而在临床上也就会出现风寒、风热，以及燥热等不同的咳喘诸病。风为百病之长，所以在外感六淫所致的呼吸病中，不论由于风寒、风热以及燥热，多以风邪为先导，兼夹寒、热、燥等外邪入侵，伤于肺系而发生呼吸病。

(二) 情志所伤

咳、喘、哮的发生，与精神因素亦有关系。因为七情关乎内脏，七情太过，就会影响脏腑正常生理功能，使脏气不和，营卫失其常度，气迫于肺，不得宣通而为喘咳。即《病机汇论》说：“若暴怒所加，上焦郁闭，则呼吸奔迫而为喘”。

七情太过也是痰饮产生的原因之一。忧思、郁怒、惊恐、喜乐过度，皆可引起营卫否阻，气血败浊，而为痰、为涎、为饮。如《儒门事亲》说：“愤郁不得伸，则肝气乘脾，脾气不化，故为留饮。”七情之病，多从肝起，盖肝主疏泄，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。

(三) 饮食所伤

《素问·痹论》指出“饮食自倍，肠胃乃伤”；《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，既影响脾胃功能，变生痰浊，又因积食化热，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。某些哮喘患者的发病与饮食有密切的相关性。明·孙一奎《赤水全珠全集·哮喘辨》说：“哮发之原

有三：……，有食咸酸呛喉而得者。”认为咸酸之物直接刺激气道而致哮喘。明·王肯堂《证治准绳·哮》云：“是痰得之食味咸酸太过，因积成热，由来远矣，故胶如漆，粘于肺系，……。若味不节，其胸中未尽之痰，复与新味相结，哮必更作，此其候矣。”这里将过食酸咸食物作为痰饮形成的病因，同时，若对咸酸食物不加节制，则又可成为诱因，与未尽之痰相加，哮必再发。

二、基本病机

（一）宣肃失司

《素问·阴阳应象大论》说：“天气通于肺”，肺赖肃降以吸入天之清气，靠宣发以呼出体内浊气。宣肃配合，呼吸交替。由于这种吐故纳新的作用，使体内外气体得到交换，是维持人体正常生命活动的重要条件。故宣肃失司，呼吸异常，是肺脏的基本病变，在临床上表现为咳、喘、哮等病证。

肺气失宣一般是指肺气闭郁，多因寒邪束肺所致。除咳嗽、气喘或声嘶等肺气失于宣通的症状外，常伴有鼻塞流涕、恶寒发热等表证，即肺卫征象同见。此外还包括肺气受损，宣发无力在内。肺失肃降，除指肺气上逆外，脏气受损，纳气功能减退亦属此范围。

宣发和肃降是肺主呼吸的两个方面，是相辅相成的两个环节。因此，肺气不宣和肺失肃降可以彼此影响，或同时发生。其机制可概括为两种：一是邪气干肺，肺气壅遏，宣肃受阻；二是脏气亏耗，宣肃无权。

1. 宣肃受阻 肺为清虚之脏，乃“脏腑之华盖，呼之则虚，吸之则满。只受得本然之正气，受不得外来之客气……亦只受得脏腑之清气，受不得脏腑之病气”（《医学三字经·咳嗽》）。故无论外感六淫邪气犯肺，内生的痰湿、水饮阻肺，以及肝火等触及于肺，都可使清虚之体受扰，宣肃失司在所

必然。

2. 宣肃无权 《素问·脏气法时论》说：“肺病者……虚则少气不能报息。”指出肺气虚损，气体交换困难，因而呼吸气短，难于接续。若肾虚不能纳气归元，将更加重气促。

由于肺虚卫外功能减弱，外邪易入；或气不布津，积为痰饮；或气虚血滞，瘀阻肺络；或阴虚火旺，煎熬津液为痰，以致虚实夹杂，宣肃无权与宣肃受阻两种机制同时并存，应注意分清孰主孰次，治疗方能击中要害。

(二) 通调受阻

是指肺的病变引起的津液散布障碍。在水液散布过程中，肺继“脾气散精”之后，它有“通调水道，下输膀胱”的作用，是保证“水津四布”的重要环节之一。故有“肺主行水”、“肺为水之上源”的说法。如果气化受阻，而致水道不通，就要发生小便不利而水肿，以及癃闭等病证。其病机是：其一，气失宣畅 风邪犯肺，气失宣畅，不能通调水道，下趋膀胱。流溢于肌肤，发为水肿。若肺热气壅，上窍闭塞，则下窍不通，而为癃闭；其二，敷布失调 咳喘经年，肺气亏损，津气敷布失调，潴为痰饮。若损及脾肾，水失所主，关门不利，则为水肿。

第三节 呼吸病的常用治法

肺清虚而处高位，为“华盖”之脏，且为“娇脏”，不耐寒热，外邪侵袭，肺脏首当其冲，因而各种外感病证，初起之病位每常在肺；肺病日久（如久咳不愈），又易累及他脏（及脾及肾），以致出现多种复杂的病理证候，在治疗上比较复杂，不仅要治肺，亦常需治脾或益肾或宁心等，应随机应变，临床上治肺之法主要有以下十个方面。

一、宣 肺

肺主宣发，外合皮毛。肺的宣发作用能使卫气津液敷布于肌表乃至全身，从而使之能够抗御外邪，启闭汗孔，调节体温，润泽皮毛。若是外邪束表，每致肺气失宣，卫气敷布不及，不足以抗邪外达则恶寒发热、头身疼痛；肺气郁滞而易咳逆；津液布散失调又常产生水肿、咳痰等等，治当宣通肺气。主要包括宣肺散寒、宣肺解热、宣肺降逆及宣肺行水四法。

1. 宣肺散寒法 适用于寒邪束表，肺失宣肃所致的恶寒，发热，无汗，头痛身痛，咳嗽，咯白痰。以麻黄汤、荆防败毒散等为代表方剂。

2. 宣肺解热法 适用于风热犯肺，肺卫失宣所致的发热，恶风，咳嗽，咯黄痰等。以桑菊饮、银翘散等为代表方。

3. 宣肺降逆法 适用于邪犯肺卫，肺失肃降而喘促、咳嗽者。偏寒多用桂枝加厚朴杏子汤之类，偏热多用麻杏石甘汤之类。

4. 宣肺行水法 适用于外邪侵犯，肺气不宣，不能通调水道，因而水湿停滞者。以越婢汤、越婢加术汤等为代表方。

通过宣肺，一般可以起到以下三个方面的作用：①肺气宣畅，卫气到达肌表则能抗邪外出；②宣肺可以散水消肿；③宣肺可使气机畅达，从而起到止咳平喘的治疗效果。

二、降 肺

肺主肃降，若是肺失清肃，气不得降，必然产生咳喘、胸闷等肺气上逆之候。法宜肃降肺气，止咳平喘。主要包括肃降肺气、降气豁痰及肃肺祛瘀三法。

1. 肃降肺气法 适用于肺气贲郁、肺失肃降而气逆咳嗽或咳喘者。以葶苈大枣泻肺汤、苏子降气汤等为代表方。

2. 降气豁痰法 适用于痰涎壅盛所致之咳嗽痰多者。以

三子养亲汤、加味半瓜丸等为代表方。

应当指出，宣发与肃降是肺脏生理功能相辅相成的两个方面。宣发失常，气机不畅，每致肺气不降；肺失肃肃（如慢性咳嗽），又常引起宣发异常（卫气不能布达肌表而易感冒）。故临证运用宣肺法时，常加杏仁、半夏等味以降肺气，使用降肺法时，亦常增加麻黄、生姜等药助肺宣发，如苏子降气汤中加生姜、前胡，定喘汤中用麻黄即属此列。

三、清 肺

清肺即清泻肺热，乃根据“热者寒之”，针对邪热壅肺、肺失和降之证而设。邪热壅盛，阻滞于肺，必见发热汗出、咳嗽气喘、痰黄黏稠、胸闷胸痛、舌红苔黄、脉象洪数等症。治当清肺泻热，祛邪外达。根据肺热的不同临床表现，主要包括清肺降逆、清肺泻热及清肺解毒三法。

1. 清肺降逆法 适用于肺热喘咳，气机不畅者。以定喘汤、麻杏石甘汤等为代表方。

2. 清肺泻热法 适用于痰热壅肺证，燥热伤肺及肺胃热盛者。以清金化痰汤、白虎汤等为代表方。

3. 清肺解毒法 适用于热毒壅肺，损伤肺络，瘀热内蕴者。以千金苇茎汤、普济消毒饮等为代表方。

四、补 肺

补肺即是补益肺气，乃根据“虚则补之”，针对肺气不足而设。每以神疲少气、面色无华、咳嗽无力、动则尤甚为主候，治当补肺益气。主要包括补气、滋阴、双补气阴三法。

1. 补益肺气法 适用于肺气虚弱者。以补中益气汤、玉屏风散、人参蛤蚧散为代表方。

2. 滋养肺阴法 适用于肺阴不足或肺癆阴虚者。以琼玉膏、百合固金汤为代表方。

3. 双补气阴法 适用于肺气阴两虚者。以生脉散为代表方。

五、温 肺

温肺即是补肺阳之法，乃是针对肺中之阳不足、寒饮停滞于内而设。前人虽少有肺阳虚之说，然临床确实有之。该证的形成，多因肺气虚久累肺阳，或因肾阳亏乏，无以温肺，或因肺阳本虚，外寒引动内饮而触发加重，或因反复感寒而使肺阳渐伤。其见证总以痰涎清稀量多或白如泡沫、畏寒肢冷、咳喘无力、甚或虚浮、易致感冒、脉沉为主候。治当温补肺阳，散寒化饮。根据临床表现不同，温肺包括温化寒痰和温肺化饮两法。

1. 温化寒痰法 适用于寒痰阻肺、肺失宣降之证。以麻黄汤、瓜蒌薤白半夏汤等为代表方。

2. 温肺化饮法 适用于水寒射肺、肺气失宣，寒气逆阻之证。以葶苈大枣泻肺汤、小青龙汤等为代表方。

六、敛 肺

敛肺即收敛肺气之法，乃根据“散者收之”，针对久病虚喘、肺气欲散之证而设。肺气不敛是指由于肺病日久，肺气耗散，正不胜邪，而出现咳、喘，自汗或盗汗以及痰血等一系列证候的病证。如此肺气大伤，耗散不收之时，须急收敛肺气。即通过收敛肺气，以达止咳、平喘、止汗、止血的治法。主要包括敛肺降逆、敛肺止血、敛肺止汗三法。

1. 敛肺降逆法适用于肺气耗散，肺虚不敛之证。以五味子汤、人参补肺饮等为代表方。

2. 敛肺止血法适用于久咳不愈并见咯血者。以五味子、白及、阿胶、海蛤粉等敛肺、止血药为主，辅以百合、百部、贝母等润肺、化痰、止咳之品，共收敛肺止血之效。

3. 敛肺止汗法 适用于气阴两虚，卫外失固而自汗、盗汗甚多，久汗不止等。以生脉散为代表方。

补肺与敛肺，前者适用于一般之肺气虚者，后者则用于肺气大伤欲散之时。应该注意，敛肺法必须是正虚不敛而邪势已衰方可用之，否则有留邪之弊。

七、润 肺

即所谓清润肺燥之法。乃根据“燥者润之”，针对外燥犯肺而设。燥邪系秋季之主气，每从口鼻而入，最易伤及肺系，而见口鼻干燥、干咳少痰、声音嘶哑、皮肤干燥等候。治宜清燥润肺止咳。以桑杏汤、沙参麦冬汤等为代表方。

一般来说，初秋多为温燥，宜用桑杏汤加减，外以清宣燥邪，内以凉润肺金；深秋多为凉燥，则用杏苏散化裁，功可轻宣凉燥，止咳润肺又兼化痰。若系温燥伤肺，气津俱伤而无表证者，临证又多用清燥救肺汤加减以治之。

八、泻 肺

泻肺即是峻泻肺内伏热痰浊之法，乃根据“实者泻之”，针对痰热浊唾内伏于肺而又不易清涤之证而设。其临床特点为咳嗽上逆，喘息气促，胸胁疼痛，咳痰不爽，咽肿鼻疮，苔腻，脉滑有力等。若痰饮壅肺而见喘息气促，胸胁疼痛等，轻症可用葶苈大枣泻肺汤，重症以十枣汤或大陷胸汤为代表方。若肺气失宣，痰热内阻而气滞胸痛者，症见胸痛咳逆，咳痰黄稠而腥，烦闷，苔黄腻，脉弦滑实，治宜开胸开郁，清热化痰，方用小陷胸汤合金苇茎汤加减。若肺中伏热，经久不愈，症见咳嗽痰黄，皮肤蒸热、发热常在日晡加重，舌红苔黄者，宜用泻白散加味以泻肺除热，平喘止咳。若痰浊胶固，实难咳出，痰壅气闭而危及生命之时，治当泻肺涤痰除垢，《金匱》皂莢丸速速与之为要。

泻肺之法多适用于邪盛而正不衰之实证。

九、化 痰

化痰一法，乃是针对痰湿停聚于肺而设。无论外感六淫，还是其他因素，均可导致肺之宣降功能失调，于是津停为之痰湿，痰湿又作为继发性的致病因素而使病情加重，使得咳喘痰涎等症经久不愈。

化痰的药物很多，由于形成痰湿阻肺的病因较为复杂，因而运用化痰法时，必须针对病机，密切配合其他疗法，方能奏效。如属寒痰，常选用半夏、莱菔子、白芥子、紫菀、款冬花等药，方如苏子降气汤、三子养亲汤、苓甘五味姜辛汤等；如属痰热，则选用瓜蒌、贝母、桑白皮等味，方如清金化痰汤、小陷胸汤、定喘汤等。他如燥湿化痰之二陈汤，益气化痰之六君子汤，润燥化痰之贝母瓜蒌散，解表化痰之止嗽散等，皆系常用之方。若痰湿一去，则宣降正常，咳嗽气喘等症随之消除，因而凡系化痰之药，均具有止咳平喘的功效。

十、通 腑

通腑即通过通导积滞以达到治疗肺脏疾患的方法。因肺与大肠互为表里，功能联系十分密切。肺气肃降，津液下行有助于大肠传导糟粕；大肠传导下行亦有利于肺气肃降下降、如果邪热壅遏于肺，津液因之被灼，无以下濡大肠，使传导失职，腑气不通；或是实热燥屎内结大肠，上干于肺，影响肺气肃降而产生咳逆气促等症。若实热燥屎不去，则咳喘诸症难以消除，故当视病情选用大、小承气汤荡涤热结，导滞通腑，肺之肃降功能方可恢复，若能兼清肺热则收效更好。

另外，久病虚喘，阴盛阳衰，亦易致使阴寒与糟粕凝结大肠，此时则须以温通寒积之法，常用《金匱》大黄附子汤加味。一旦腑气得通，咳喘必见好转，尔后再以扶正固本或降气

化痰法治之。

此外，止咳平喘亦应属治肺大法之列，然此法实际上已分述于上述各法之中，故不赘述。

综上所述，中医治肺有法可效，有方可循，凡肺之所生病者，皆可依法治之，随法选方用药。然疾病的发生发展往往是及其复杂的病理过程，单纯运用某一治法，常常不易达到预期效果，因面临证多是两法或数法联合运用，如此方能治病中的，事半功倍。如宣、降同用，清、润同用等，或温、清、宣、敛合用，宣、降、清、润合用等等。

历代中医资料大全分享

你好，我是**逢原**，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理的。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

只需要在下面输入你的邮箱并确认就可以直接下载中医资料：

http://list.qq.com/cgi-bin/qf_invite?id=03157beabc6d50e0b64029a2715966596d94dcac7ed0cfd7

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 QQ/微信：**2049346637**

三、关注微信公众平台——逢原中医，经常有中医文章更新。

四、关注我的空间：<http://user.qzone.qq.com/2049346637>

免责声明：所有资源均是网上搜集，本人收集整理这些中医资料，仅仅为了方便中医同道中人私下交流学习之用，不为营利，将不对任何资源负法律责任。所有资源请在下载后 24 小时内删除，任何涉及商业营利目的均不得使用，否则产生的一切后果将由您自己承担！如果您觉得满意，请购买正版资源。



私人微信号：2049346637



公众平台：逢原中医



第二章 六经辨证与呼吸病证治

六经辨证，是张仲景根据外感热病发生发展的过程，综合病邪性质、正气强弱、脏腑经络、阴阳气血、宿疾兼夹等多种因素，将外感热病发展过程中各个阶段所呈现的各种综合症状概括为六个基本类型，即太阳病、少阳病、阳明病、太阴病、少阴病、厥阴病，并以此作为辨证论治的纲领。

肺为华盖，外合皮毛，开窍于鼻，直接与外界相通，所以极易感受风寒或风热之邪，从而导致肺的宣降功能失常，而产生相应的疾病。六经辨证，反映了外感热病由表入里、由浅入深、由轻到重、由实转虚的发展变化规律，对于指导呼吸病的辨证论治，具有极高的临床实用价值。

第一节 太 阳 病

太阳统摄营卫，主一身之大表，为诸经之藩篱。凡感受外邪，自表而入，每先侵犯太阳，故太阳病多出现于外感热病的早期阶段，主要表现为“脉浮，头项强痛而恶寒”。太阳主表，肺主皮毛，太阳受邪，表气不利，多会导致肺的宣降功能失常，而出现咳嗽、喘息、咳痰等。因此张仲景将手太阴肺脏的病证放在《伤寒论》太阳病篇论述。可见，六经辨证中太阳病

与呼吸病的辨证论治关系最为密切。

太阳病本证，分为太阳表证与太阳腑证。本篇只讨论与呼吸病直接相关的太阳表证、太阳腑证中的蓄水证。另外，太阳病失治或误治后，所产生的与呼吸病密切相关的变证中的邪热壅肺证，也一并在本章中叙述。

一、太阳表证

太阳表证，又称太阳经证，因其感邪性质和体质的差异，进而分为四种类型，即中风、伤寒、温病以及表郁轻证。

（一）中风证

《伤寒论》第2条说“太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名为中风”。本证的病机是风寒外袭，卫强营弱，表现为发热恶寒、头痛项强、自汗、鼻鸣干呕、脉浮缓等。其中当以汗出、脉缓为特征，故后世又称之为中风表虚证。治宜解肌祛风，调和营卫，方用桂枝汤。

在临床上，对普通感冒、流行性感冒所出现的发热恶寒、头痛项强、自汗、鼻鸣干呕、脉浮缓者可按中风辨证，以桂枝汤为主方加减治疗。

在辨证时关键在于抓汗出，恶风这两个主症，只要具备这两个主症，而且舌苔是薄白的，不管是冬季还是夏季均可按中风证辨治。尤其值得提出的是夏季感冒，因为夏令天气炎热，汗出当风，或者汗出后突然进入温度较低的空调环境，则易为风寒之邪所伤，所以曹颖甫先生把桂枝汤誉为“夏令好冷饮而得表证者之第一方”。

发热、汗出、恶风、脉缓是中风证的主症主脉。临证时，应根据不同的兼证随证治之。

1. 中风兼项背拘急证 《伤寒论》第14条云：“太阳病，项背强几几，反汗出恶风者，桂枝加葛根汤主之”。本证是因太阳中风，经气不畅，经脉挛急所致。在太阳中风证的基础上

兼见项背拘急，俯仰不能自如，治以桂枝加葛根汤解肌祛风，升津舒经。

临床上常见的风寒感冒，症见汗出恶风，项背拘急，发热较轻，舌苔薄白者，可按此证辨治。

辨证的要点在于汗出、项背拘急。

2. 中风兼喘证 《伤寒论》第 18 条说：“喘家，作桂枝汤，加厚朴杏子佳”，第 43 条说：“太阳病，下之微喘者，表未解故也，桂枝加厚朴杏子佳”。“喘家”是指素有喘息的病人，相当于现代医学的支气管哮喘。

中风兼喘证临床有两种情况：其一，患者素有哮喘，若外感风寒之邪，引动宿疾而致哮喘发作；其二，太阳表证误治后，表证仍在，而又见喘息。

临证时，对于中风兼喘的哮喘患者，从内科学的辨证角度则属于寒哮证，治以桂枝加厚朴杏子汤解肌祛风，降气定喘。另外，某些慢性喘息性支气管炎的急性发作期，若症见喘息、咳嗽，尤其是兼有胸闷，并伴有汗出恶风，舌苔薄白者，也可以解肌祛风，降气定喘为法，方选桂枝加厚朴杏子汤加味治疗。

本证候，在喘息的同时兼有汗出、恶风，舌苔薄白为辨证要点。

3. 中风兼汗漏不止证 《伤寒论》第 20 条说：“太阳病，发汗，遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸者，桂枝加附子汤主之”。中风兼汗漏不止证，是因为过汗导致阳虚，阳虚不固而致液损。其证外有风寒不解，内有阳虚液损，症见汗漏不止，恶风，四肢微急，难以屈伸，小便难。治以桂枝加附子汤扶阳解表。

临床上对于平素体虚，反复感冒，感冒后，稍用退热药则汗流不止，怕风的患者，从扶阳解表入手，施以桂枝加附子汤奏效甚捷。

本证以汗出过多、恶风，舌苔薄白为辨证的要点。

4. 中风兼胸满证 《伤寒论》第 21 条说：若“太阳病，下之后，脉促胸满者，桂枝去芍药汤主之”。本证是因为太阳表证误下后，挫伤了胸阳，而在中风证的基础上兼见胸满。治以桂枝去芍药汤解肌祛风，而通胸阳。若兼见胸满，恶寒加重，脉微者，为肾阳虚而表阳不足，治以桂枝去芍药加附子汤解肌祛风，温经复阳，即仲景所说的“若微寒者，桂枝去芍药加附子汤主之”。

临证时，对于某些宿有心脏病的感冒患者，当出现脉促胸满者，可从心肾阳虚而表阳不足证论治，方选桂枝去芍药加附子汤解肌祛风，温经复阳。

5. 中风兼身痛证 《伤寒论》第 62 条说：“发汗后，身疼痛，脉沉者，桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤主之”。中风兼身痛证，是因为汗出后，营气被伤，肌肤失养所致。治以桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤调和营卫，益气 and 营。

本证的辨证，首先要明确身疼痛这一主症，有汗出的病史，同时要抓住脉沉迟这一主脉，方可辨证为中风身痛证。

（二）伤寒证

《伤寒论》第 3 条说：“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒”。太阳伤寒证的病机为感受风寒，风寒束表，卫遏营郁，表现为发热恶寒、头痛项强、周身或骨节疼痛、无汗而喘、呕逆、脉浮紧等，而以无汗脉浮紧为特征，故后世又称之为伤寒表实证。治宜发汗解表，宣肺平喘，方用麻黄汤，即仲景所说的：“太阳病，头疼发热，身疼腰疼，骨节疼痛，恶风无汗而喘者，麻黄汤主之”。

临床上，对普通感冒、流行性感冒所出现的发热恶寒、头痛项强、周身或骨节疼痛、无汗、脉浮紧者，可按太阳伤寒辨

证，发汗解表，以麻黄汤为主方加减治疗。另外，对于慢性喘息性支气管炎的急性发作期、急性支气管炎、肺炎初期症见喘息、咳嗽、发热恶寒、无汗者也可用麻黄汤为主方发汗解表，宣肺平喘。

在辨治感冒是否属于伤寒表实证时，关键在于抓无汗、恶寒发热、诸痛三个主症；在辨治慢性喘息性支气管炎的急性发作时，关键在于抓无汗、恶寒发热、喘息三个主症。同时本证的舌苔当是薄白的。另外，应与太阳中风证进行鉴别，辨证的关键在于有汗与无汗。无汗为伤寒，有汗为中风。

发热恶寒、头痛项强、周身或骨节疼痛、无汗而喘、呕逆、脉浮紧是伤寒表实证的主症主脉。临证时，应根据不同的兼证随症治之。

1. 伤寒兼项背拘急证 《伤寒论》第31条说：“太阳病，项背强几几，无汗恶风，葛根汤主之”。本证为感受风寒，风寒束表，卫遏营郁，经气不利，经脉挛急所致。在恶寒发热、无汗、诸痛的基础上，兼见项背拘急，俯仰不能自如。治以葛根汤发汗解表，升津舒经。

临证时，对于风寒感冒，症见恶寒发热、无汗，项背拘急者，可按此辨治。

本证的辨证要点在于：项背拘急，恶寒，无汗。另外，本证当与中风兼项背拘急证相鉴别：项背拘急是二者的共有症，然而，前者是伤寒表实证，必有无汗；而后者则属伤寒中风证必兼汗出。临证时应注意区分。

2. 伤寒兼下利、呕吐证 《伤寒论》第32条说：“太阳与阳明合病，必自下利，葛根汤主之”。此为寒邪束表，正气抗邪于表，不能固护于里，气机升降失常所致。治以葛根汤发汗解表，兼以止利。另外，伤寒还可兼见呕逆者。此为胃失和降，治以葛根加半夏汤发汗解表，降逆止呕。即仲景所说的“太阳与阳明合病，不下利但呕者，葛根加半夏汤主之”。

某些感冒的患者，往往在发热恶寒、头痛项强、周身或骨节疼痛、无汗、脉浮紧的同时，兼有呕吐或者下利，即通常所说的胃肠型感冒，尤其是在夏秋季节较为常见，可按太阳与阳明合病的葛根汤证、葛根加半夏汤证进行辨治。

本证的辨证要点为：在发热恶寒、无汗、头痛等表证的基础上，兼见呕吐或者下利等胃肠的症状。

3. 伤寒兼里热烦躁证 《伤寒论》第 38 条说：“太阳中风，脉浮紧，发热恶寒，身疼痛，不汗出而烦躁者，大青龙汤主之……”。本证的病机为风寒束表，卫阳被遏，阳郁化热。其主要临床表现为发热恶寒，身疼痛，无汗，烦躁，舌苔白或兼黄，脉浮紧。治以大青龙汤辛温解表，兼清里热。

临床上的流行性感冒、肺部炎症初期具有以上见症者，则可按伤寒兼里热烦躁证辨治，根据寒热的孰轻孰重加减应用大青龙汤。

本证的发热恶寒，不汗出而烦躁是辨证的要点。

4. 伤寒兼水饮内停咳嗽证 《伤寒论》第 40 条说：“伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，或渴，或利，或噎，或小便不利，少腹满，或喘者，小青龙汤主之”。本证的主要病机为外有风寒表邪，内有水饮之气，内外合邪，水寒射肺，肺失宣降。症见发热，咳喘，呕逆，或口渴，或下利，或有噎塞感，或小便不利、少腹胀满。治以小青龙汤发汗解表，温化水饮。

伤寒兼水饮内停咳嗽证，在呼吸病中是一常见的证候，如慢性支气管炎、支气管哮喘等常可出现本证。

在辨证时，应该抓住咳嗽（或喘息），咯白色泡沫痰，恶寒，或恶寒发热，舌质淡，苔薄白这几个主症以及舌象特点。只要具备以上见证，则可选用小青龙汤，发汗解表，温化水饮，收效甚捷。

伤寒兼水饮内停咳嗽证、中风兼喘证、伤寒的麻黄汤证均

为感受寒邪所致的咳喘，临床上应进行鉴别。伤寒兼水饮内停咳嗽证所见之咳或喘是外寒引动内饮，内外合邪，水寒射肺，肺失宣降所致，此类咳喘，每见咳吐大量白色泡沫样稀痰，兼有恶寒发热等表证。治用小青龙汤发汗解表，温化水饮。伤寒的麻黄汤证所见之喘，其病机为风寒束表，毛窍闭塞，使肺气难以宣发肃降，故上逆作喘，并伴有恶寒、发热、头项强痛，脉浮紧、无汗等太阳伤寒表实证的表现。治用麻黄汤启闭发汗，表解则肺气得宣，喘息随之而愈。中风兼喘证所见之喘，是因素患喘息之人，遇新感中风而诱发喘息，或因太阳中风误用下法，以致风邪壅肺，肺气不利而成。其证除喘息外，尚有发热、汗出、恶风、脉浮缓中风表虚之症。治用桂枝加厚朴杏子汤解肌祛风，调和营卫，兼以降气利肺平喘。

（三）温病

《伤寒论》第6条说：“太阳病，发热而渴，不恶寒者，为温病。若发汗已，身灼热者，名风温，风温为病，脉阴阳俱浮，自汗出，身重，多眠睡，鼻息必鼾，语言难出。……”。仲景提出了太阳温病与风温的基本概念。

太阳温病和风温皆由温热邪气外袭所致。“发热而渴，不恶寒”作为温病的表现体征。风为百病之长，温热邪气伤人之初常常夹有风邪，从临床上看，温病在初期邪侵卫分的阶段，也可以见到微恶风寒。这是因为风邪伤卫，卫气温煦作用失司所致。不过这种恶风寒，一般程度较轻，为时短暂，而且多伴有口渴、舌红、脉数等热象。

临床上，对于流行性感、急性扁桃体炎、急性支气管炎、各种病原体所引起的肺炎（包括病毒性肺炎、细菌性肺炎、支原体肺炎等）、肺脓肿等肺部感染性疾病可按太阳温病进行辨证。在辨证时要抓住“发热而渴，不恶寒”这一基本临床特征。同时注意与太阳中风、太阳伤寒进行鉴别。温病与中风、伤寒虽然都是感受外邪所致的太阳病，但是，前者为风热

邪气所袭，后二者是风寒邪气所侵，在临床表现上的不同之处在于：温病在发热的同时出现口渴，而且多不恶寒或者微恶寒；中风表现为汗出恶风；伤寒表现为无汗、恶寒、身痛。温病的舌苔多是薄黄的，中风、伤寒的舌苔是薄白的。

关于太阳温病的治疗《伤寒论》未记载方药。临证时可按照后世温病学家的相关理论进行论治，如以辛凉解表为法，选用银翘散等。

（四）表郁轻证

表郁轻证与典型的太阳中风、太阳伤寒不同。此属病久邪微，小邪闭郁不解，正邪交争所致，症见如症状，发热恶寒，热多寒少。包括：

1. 表郁不解证 《伤寒论》第 23 条说：“太阳病，得之八九日，如症状，发热恶寒，热多寒少，其人不可，清便欲自可，一日二三度发。……，面色反有热色者，未欲解也，以其不能得小汗出，身必痒，宜桂枝麻黄各半汤”。表郁不解证的病机为太阳病日久未愈，邪郁不解。表现为病如症状，发热恶寒，热多寒少，一日发作二三次，呈阵发性发作，面赤，汗出不彻，身痒，脉浮。治以辛温轻剂，小发其汗。方用桂枝麻黄各半汤。

临床上，某些呼吸道感染的疾病，如急、慢性支气管炎、肺炎等若出现如症状，发热恶寒，热多寒少，每日发作数次，伴有咳嗽、咳痰者，则为太阳邪郁不解。可使用桂枝麻黄各半汤加减治疗。

在辨证时应抓住如症状、热多寒少，这一热型。同时症状较轻，舌苔应该是薄白的。

2. 表郁内热证 《伤寒论》第 27 条说：“太阳病，发热恶寒，热多寒少。微弱者，此无阳也，不可发汗，宜桂枝二越婢一汤”。本证的病机为太阳病日久未愈，表有小邪未解。表现为发热恶寒，热多寒少，可有头痛、汗出不彻、面赤、口渴

心烦、脉浮而滑数。治宜微发其汗，兼清里热。方用桂枝二越婢一汤。

临床上，某些呼吸道感染的疾病，如急、慢性支气管炎、肺炎等若出现发热恶寒，热多寒少，咳嗽，面赤、口渴心烦、脉浮而滑数者，可按表郁内热证论治。在桂枝二越婢一汤的基础上可酌情加用清热解毒药。

二、太阳腑证——蓄水证

《伤寒论》第 71 条说：“太阳病，……若脉浮，小便不利，微热，消渴者，五苓散主之”。第 74 条说：“中风发热，六七日不解而烦，有表里证，渴欲饮水，水入即吐者，名曰水逆，五苓散主之”。若太阳病表邪不解，外邪循经入腑，影响了膀胱的气化功能，导致膀胱气化不利，则可出现脉浮，小便不利，发热，口渴，渴欲饮水的脉症。在治疗上当以化气利水、兼以解表为法，方用五苓散。

在临床上，对于慢性肺源性心脏病的急性发作期，有心功能不全的症状与体征，诸如：咳嗽、喘息、咯吐白沫痰，双下肢水肿，口唇紫绀，颈静脉怒张等，同时出现表证之发热，小便不利，口渴，舌苔薄白者，可从太阳蓄水证论治。方选五苓散加味治疗，对于改善心功能具有较好的疗效。另外，对于渗出性胸膜炎、胸腔积液，若症见发热，小便不利，口渴，舌苔薄白者，也可选用五苓散加味治疗。

太阳蓄水证的辨证要点为小便不利，口渴，少腹苦里急，或伴有发热，舌苔薄白。

三、太阳病变证——邪热壅肺证

《伤寒论》第 63 条说：“发汗后，不可更行桂枝汤，汗出而喘，无大热者，可与麻黄杏仁甘草石膏汤”。本证是因太阳病在治疗过程中，发汗不得法，或误用下法，致使邪气入里化

热，壅于肺中，肺失宣降，邪热逼迫津液外越，而表现为汗出而喘。仲景所说的“无大热”是指表无大热，而热壅于里，并非热势不甚。所以在汗出而喘的同时可伴有发热，并见咳嗽，咯吐黄痰，舌苔薄黄或黄燥等。治宜清热，宣肺，平喘。方用麻黄杏仁甘草石膏汤。

邪热壅肺证，在临床上十分常见，如急、慢性支气管炎、支气管扩张并感染、肺间质纤维化并感染、各种病原体所致的肺炎、肺脓肿等。若症见喘息，咳嗽，咯吐黄痰，发热，口渴，欲饮水，舌苔薄黄或黄燥等，则可按邪热壅肺证论治。选用麻黄杏仁甘草石膏汤清热，宣肺，平喘，往往可取得满意疗效。

在太阳病篇，仲景论及喘的证候有如下 4 条，应加以鉴别：其一，伤寒的麻黄汤证，因风寒外束、肺气闭郁而致，证见发热恶寒、无汗而喘、脉浮紧，治当辛温发汗、宣肺平喘；其二，伤寒兼水饮内停咳嗽证（小青龙汤证），因风寒束表、内有停饮而致，证见发热恶寒、干呕咳喘、脉弦紧，治当外散表寒、内蠲水饮；其三，中风兼喘证（桂枝加厚朴杏子汤证），因营卫不和、肺气失宣所致，证见发热恶风、汗出而喘、脉浮缓，治当调和营卫、降气定喘；其四，邪热壅肺证（麻杏甘石汤证），因邪热壅肺，肺气不得宣降而致，证见汗出而喘，治当清热宣肺平喘。

第二节 阳 明 病

阳明，指足阳明胃与手阳明大肠而言。手阳明大肠腑与手太阴肺，有经脉相互络属，故相为表里。《素问·灵兰秘典论》云：“大肠者，传导之官，变化出焉。”六腑之气以通为用，以降为顺。然而，大肠之传化物，排糟粕，又须依赖肺气的肃降。可见，阳明与太阴在生理上相互联系，在病理上也就相互

影响。

阳明病的成因之一，是由他经传来，如太阳病失治或误治，伤津耗液，以致胃中干燥而转属阳明。阳明病是外感病过程中邪入阳明，正邪相争剧烈，邪热盛极的阶段，其性质多属里、热、实证。某些呼吸系统感染性疾病的中期阶段，往往出现阳明热证或阳明实证，临床上可按阳明病辨治。

根据燥热与肠中糟粕相结与否，阳明病可分为热证与实证两类。

一、阳明热证

阳明热证，又称阳明经证，其病机为胃热炽盛，消灼津液，无形邪热循经弥漫于全身上下内外，临床以大热、大汗、大烦渴、脉洪大为特征。如《伤寒论》182条说：“问曰：阳明病外证云何？答曰：身热，汗自出，不恶寒，反恶热也”。

（一）邪热弥漫证

《伤寒论》第221条说：“阳明病，脉浮而紧，咽燥，口苦，腹满而喘，发热汗出，不恶寒，反恶热，身重……。”第176条说：“伤寒，脉浮滑，此以表有热，里有寒，白虎汤主之。”第219条说：“三阳合病，腹满，身重，难以转侧，口不仁，面垢，谵语，遗尿。……若自汗出者，白虎汤主之。”以上所言及的咽燥，口苦，腹满而喘，发热汗出，不恶寒，反恶热，身重，口不仁，面垢，谵语，脉浮滑等脉症，是热入阳明，胃热弥漫，邪热充斥内外，表里俱热所致。仲景用白虎汤辛寒清热。

常见呼吸系统疾病中的流行性感冒，各种病原体所致的肺炎，肺脓肿，慢性支气管炎、支气管扩张、肺间质纤维化并感染等疾病，在临床上往往可见到高热不退，口渴，汗出，脉滑数，舌苔黄燥，或伴有咽燥，口苦，腹满而喘，咳嗽，咯黄痰等。其中最常见的是流行性感冒和细菌性肺炎，几乎所有病例

在其发病阶段的中期可以见到邪热弥漫证。

本证的辨证要点为：壮热，口渴，汗出，脉滑数，舌苔黄燥，不恶寒是本证具有鉴别意义的症状要点。以上诸病所出现的邪热弥漫证，均可选用功具辛寒清热的白虎汤加味治疗，可取得较好的疗效。

（二）热伤气阴证

《伤寒论》第 26 条说：“服桂枝汤，大汗出后，大烦渴不解，脉洪大者，白虎加人参汤主之”。第 168 条说：“伤寒若吐、若下后，七八日不解，热结在里，表里俱热，时时恶风，大渴，舌上干燥而烦，欲饮水数升者，白虎加人参汤主之。”本证在热入阳明，胃热弥漫，邪热充斥内外，表里俱热的基础上，里热外蒸，逼迫津液外泄而大汗出不解，以致阴津耗伤；热盛耗气，可致气虚，另外，大汗出不仅阴津耗伤，也可使气随之耗失，终致胃热弥漫、津气两伤。在治疗上宜选用白虎加人参汤清热、益气、生津。

常见呼吸系统疾病中的流行性感冒，各种病原体所致的肺炎、肺脓肿、慢性支气管炎、支气管扩张、肺间质纤维化并感染等疾病，在临床上往往可见到高热不退，口燥渴，汗出，脉滑数。在其发病阶段的中、后期可以见到热伤气阴证。

本证的辨证要点为：在发热的同时，出现口干，口燥渴，欲饮水，饮水后口渴不能缓解。脉滑数，舌苔黄燥少津。

二、阳 明 实 证

阳明实证，亦称阳明腑证，病机为热盛伤津，津伤化燥，因燥成实，邪热和阳明糟粕相结。以“痞、满、燥、实、坚”为病理特征，主要表现为潮热谵语、手足汗出、腹胀满疼痛、大便硬、脉沉实等，甚者出现循衣摸床、微喘直视、目睛不和等危重证情。

（一）燥实证

燥实证，即调胃承气汤证。《伤寒论》第 207 条说：“阳明病，不吐、不下，心烦者，可与调胃承气汤”。第 248 条说：“太阳病三日，发汗不解，蒸蒸发热者，属胃也，调胃承气汤主之。”第 249 条说：“伤寒吐后，腹胀满者，与调胃承气汤。”综合以上三条，调胃承气汤证当见心烦、蒸蒸发热、腹胀满，其病机当是邪热与阳明糟粕初结，里热炽盛为主、腑气不畅为辅。治以调胃承气汤，泻热和胃，润燥软坚。

在临床上，常见呼吸系统疾病中各种病原体所致的肺炎，肺脓肿，慢性支气管炎、支气管扩张、肺间质纤维化并感染等疾病，有些病人在发病过程中，尤其是在发病的中后期，可见心烦、蒸蒸发热、腹胀满、脉滑数，舌苔黄燥的见证。可按阳明燥实证论治，方选调胃承气汤泻热和胃，润燥软坚。甚合《内经》“热淫于内，治以咸寒，佐以辛苦”的原则。

在辨证时，应抓住蒸蒸发热、腹胀满这两个主证。其发热多呈持续性，傍晚升高，所谓日晡潮热，不恶寒，汗出而热不退，心烦，或有谵语。腹胀满多呈持续性，或伴有腹痛，大便干结有燥屎，或大便数日不通。舌苔黄燥，脉象沉实有力。

（二）痞满证

痞满证，即小承气汤证。《伤寒论》第 214 条说：“阳明病，谵语发潮热，脉滑而疾者，小承气汤主之。因与承气汤一升，腹中转气者，更服一升；若不转气者，勿更与之。明日又不大便，脉反微涩者，里虚也，为难治，不可更与承气汤也。”第 213 条说：“阳明病，其人多汗，以津液外出，胃中燥，大便必硬，硬则谵语，小承气汤主之。若一服谵语止者，更莫复服”。概括以上二条，可见痞满证当出现潮热、谵语、大便硬、脉滑而疾。其病机在于，太阳病汗、吐、下后，津液受伤，邪气入里，从阳明燥化，燥实内结，或阳明病，其人多汗，伤津化燥成实，而形成阳明痞满证。治以小承气汤泻热通便，破气除满。

临床上，常见呼吸系统疾病中各种病原体所致的肺炎，肺脓肿，慢性支气管炎、支气管扩张、肺间质纤维化并感染等疾病，在发病过程中，尤其是在发病的中后期，可见潮热、大便硬、脉滑而疾的见证。可按阳明痞满证论治。

本证的辨证要点：发热，大便硬，腹胀满，舌苔老黄而燥，脉滑数。其发热多呈潮热，甚于日晡，可有心烦，甚则谵语。大便秘结，或者热结旁流。

（三）痞满燥实证

痞满燥实证，即大承气汤证。《伤寒论》第 220 条说：“二阳并病，太阳证罢，但发潮热，手足絳絳汗出，大便难而谵语者，下之则愈，宜大承气汤”。第 212 条说：“伤寒，若吐、若下后，不解，不大便五六日，上至十余日，日晡所发潮热，不恶寒，独语如见鬼状。若剧者，发则不识人，循衣摸床，惕而不安，微喘直视，脉弦者生，涩者死。微者，但发热谵语者，大承气汤主之。若一服利，则止后服”。第 215 条说：“阳明病，谵语，有潮热，反不能食者，胃中必有燥屎五六枚也；若能食者，但硬耳。宜大承气汤下之”。综上脉证，主要表现为：潮热，大便难，谵语，手足絳絳汗出，不恶寒。本证成因：或伤寒吐、下后，津液被伤，邪气传入阳明化热、化燥；或阳明经脉受邪，邪气循经入里化热化燥。治以大承气汤攻下实热，荡涤燥结。

临床上，慢性肺源性心脏病、Ⅱ型呼吸衰竭并感染时，在咳喘等呼吸道症状的基础上，常可出现以下几组症状：其一，由感染所致的发热，下午或傍晚发热加重；其二，由高碳酸血症所致的汗出（汗出而热不退）；其三，体循环瘀血所致的消化道功能失调而出现的腹胀满、大便秘结不通；其四，由高碳酸血症、低氧血症所致的肺性脑病而出现的烦躁、谵语、或昏睡，独语如见鬼状、不识人、循衣摸床、惕而不安等精神症状。以上 4 组症状与仲景所说的大承气汤证甚为相合。在辨治

时可按阳明痞满燥实证攻下实热，荡涤燥结。对于纠正呼吸衰竭，改善精神症状，可取得良好的疗效。

本证的辨证要点应把握四个方面：其一，由感染所致的发热，多表现为日晡潮热；其二，汗出而热不退，不恶寒；其三，有精神神志症状，如心烦谵语；其四，消化道症状，腹满痛，便秘或热结旁流。舌苔老黄燥裂，或黑焦燥裂。

第三节 少 阳 病

少阳病主要涉及到足少阳胆经和手少阳三焦经的病变。其发病变特点，既不如太阳表证之轻浅，也不似阳明里证之危重，其性质介于太阳表证和阳明里证之间。病入少阳，则病邪已离太阳之表，而又未入阳明之里，据三阳证之浅深层次，少阳病被视作半表半里证。少阳主枢，外可从太阳之开，内可从阳明之合，而有兼表兼里之证。其发病可由他经传来，亦可本经自受。主要表现为往来寒热、胸胁苦满、嘿嘿不欲饮食、心烦喜呕、口苦咽干，苔薄白、脉弦细等。少阳病在外感病中常可见到，如某些由感染所致的呼吸系统疾病所表现的往来寒热，口苦咽干等，可按少阳病辨治。其中最常见的是小柴胡汤证、柴胡桂枝汤证。

一、少阳病本证（小柴胡汤证）

《伤寒论》第96条说：“伤寒五六日中风，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，或胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸、小便不利，或不渴、身有微热，或咳者，小柴胡汤主之”。仲景小柴胡汤证提出了往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，心烦喜呕，4个主症，和（或）胸中烦而不呕，或渴，或腹中痛，或胁下痞硬，或心下悸、小便不利，或不渴、身有微热，或咳，7个或然症。本证

是因太阳病邪传少阳或少阳本经受邪，正邪分争，枢机不利所致。治以小柴胡汤和解少阳，调达枢机。

临床上常见的流行性感冒、普通感冒、急性扁桃体炎、慢性支气管炎、各种致病菌所致的肺炎、肺脓肿等疾病而表现为往来寒热，胸胁苦满等符合少阳病证者可从和解少阳，调达枢机入手；选用小柴胡汤。

本证的辨证要点，仲景已有明训：“伤寒中风，有柴胡证，但见一证便是，不必悉具”。其中往来寒热，胸胁苦满，口苦咽干是最具辨证意义的症状。

二、少阳病兼变证（柴胡桂枝汤证）

《伤寒论》第146条说：“伤寒六七日，发热微恶寒，肢节烦疼，微呕，心下支结，外证未去者，柴胡桂枝汤主之”。本证所涉及的症状，既有太阳表证，又有少阳证。其成因是太阳表证未除，邪气又入少阳，属于太阳、少阳并病之范畴。太阳未解，自当解表；邪入少阳，则须和解。然则单治太阳之表，必用发汗之法，则有碍于少阳禁汗之例；单治少阳，又恐其太阳表邪不去，因而，取太、少两解之法，以小柴胡汤、桂枝汤合方，减半而投，合为柴胡桂枝汤。以桂枝汤，解肌祛风，调和营卫；以小柴胡汤和解少阳，调达枢机。

临床上，对于普通感冒、流行性感冒，症见发热微恶寒，肢节烦疼，微呕，心下支结者可按柴胡桂枝汤证论治。

本证的辨证要点：其一，具有太阳表证之发热恶寒；其二，具有少阳证之微呕，心下支结（胸胁苦满）。舌苔薄白，脉浮弦。

第四节 太 阴 病

太阴为三阴之表，本湿而标阴，喜燥而恶湿。太阴为病从

其本，故无论外邪直中，或内伤生冷，或三阳误治而病传太阴，其病多脾阳受损，寒湿内阻。其证属里属寒，以“腹满而吐，食不下，自利益甚，时腹自痛”。凡见上述脉证者，可称为太阴病。

太阴病属里虚寒证，在此基础上可兼太阳表证者。如《伤寒论》第274条说：“太阴中风，四肢烦疼，脉阳微阴涩而长者，为欲愈。”第276条说：“太阴病，脉浮者，可发汗。”本证因素有脾阳亏虚，复感风寒之邪而患病，所以不宜用麻黄汤发汗，而用桂枝汤，既能调理脾胃，又能和营卫。

临床上，对于素有脾胃虚寒的病人，复感外邪而患感冒，表现为发热恶寒，四肢烦疼，舌质淡，苔薄白者，可按太阴兼表证论治，以桂枝汤调和营卫，温阳和里。

本证的辨证要点：其一，素有太阴里虚寒证，如腹疼，喜温喜按，纳呆，泄泻等症状；其二，具有发热恶寒，四肢烦疼，舌质淡，苔薄白等表证。

第五节 少 阴 病

少阴，包括手少阴心经和足少阴肾经。少阴病是以心肾虚衰，而又以肾阳虚衰为主的一类病证，多见于外感热病后期危重阶段。少阴病的发生，一是素体少阴心肾阳虚，复感外邪，邪气直中少阴，内外合邪而发病。二是由他经传来而转属少阴。其中因太阳与少阴互为表里，所以太阳病最易传为少阴。因其致病因素、感邪轻重以及体质的不同，少阴病有阳虚化寒与阴虚化热的病理变化，所以就有少阴寒化证、少阴热化证之分。少阴寒化证主要表现为：恶寒、蜷卧、手足厥冷、下利清谷、脉微欲绝等。少阴热化证主要表现为：心烦不寐、舌红少苔，脉细数等。除少阴本证外，还有诸多兼证，如少阴里虚，复感外邪，病初多兼表证，即太少两感证。由于足少阳肾经的

经脉从肺出，络心，注胸中，循喉咙，系舌本，所以当阴寒或热邪循经结于咽喉部时，又有少阴咽痛症。

少阴病为外感病发展过程中的危重阶段，在呼吸系统疾病中常可见到，如重症肺炎、老年性肺炎所出现的休克、多脏器衰竭而表现为恶寒、蜷卧、手足厥冷、脉微欲绝等。其他呼吸道感染性疾病的后期或恢复期所出现的心烦不寐、舌红少苔等。另外还有体虚感冒以及扁桃体炎、咽炎等，均可按少阴病进行辨治。

一、少阴寒化证

（一）阳衰阴盛证

《伤寒论》第 323 条说：“少阴病，脉沉者，急温之，宜四逆汤”。综合《伤寒论》少阴阳衰阴盛证有关原文，本条当包括：少阴阳虚，肌肤四末失温所致的畏寒蜷卧，手足厥冷；阳不摄阴而见冷汗自出；阳虚气化失司所致的小便不利或小便清长；少阴阴阳两衰，鼓动无力，脉道失充而出现脉细、脉沉，或脉微细，或脉微欲绝等见证。治以四逆汤，回阳救逆。

临床上常见的老年性肺炎、重症肺炎，慢性肺源性心脏病并发感染的加重期等呼吸系统疾病，在发病过程中出现的血压下降、四肢湿冷、尿少等感染性休克的见证，以及多脏器衰竭而表现为少阴病之阳衰阴盛证者，应急以四逆汤，回阳救逆。另外，某些素体少阴心肾阳虚的患者，尤其是老年人，复感外邪，邪气直中少阴，内外合邪而发病的感冒一病，可出现恶寒，头痛，流清涕，四肢厥冷，舌淡苔薄白，脉象沉弱无力的见证，治以回阳救逆，予四逆汤原方投之，奏效甚捷。

本证的辨证要点：脉沉或脉微细，畏寒，手足厥冷，自利而渴，小便色白。一派虚寒证候。

（二）阴盛格阳证

《伤寒论》第 317 条说：“少阴病，下利清谷，里寒外热，

手足厥逆，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面色赤，或腹痛，或干呕，或咽痛，或利止脉不出者，通脉四逆汤主之”。此为阴寒盛于内，虚阳被格于外所致，即本条文所说的“里寒外热”，也就是内真寒、外假热。在阳衰阴盛证的前提下，出现身反不恶寒，其人面色赤，但是手足厥逆、下利清谷、脉微欲绝、但欲寐等证仍在。治以通脉四逆汤，破阴回阳，通达内外。

常见的老年性肺炎、重症肺炎，流行性感冒，慢性肺源性心脏病并发感染的加重期等呼吸系统疾病，有时可出现阴盛格阳证。如手足厥逆，下利清谷，脉微欲绝，身反不恶寒，其人面色赤等。若确属阴盛格阳证，则可立足于破阴回阳，通达内外，方选通脉四逆汤。

本证的辨证要点：阴盛格阳证是由阳气极虚的真寒和虚阳外浮的假热两组症状组成，辨证的要点是手足厥冷，下利清谷，脉微欲绝，身反不恶寒，面色赤。

（三）阳虚水泛证

《伤寒论》第316条说：“少阴病，二三日不已，至四五日，腹痛，小便不利，四肢沉重疼痛，自下利者，此为有水气。其人或渴，或小便不利，或下利，或呕者，真武汤主之”。此为素体少阴阳虚，邪从寒化，阳虚不能制水，从而导致水邪泛滥。仲景以“此为有水气”概括了本证的病机。水邪变动不居，常随气机的升降出入而逆流横溢，随处为患，所以本证多见或然之证。如水邪犯肺，肺气上逆则为咳；水邪犯胃，胃失和降则为呕；水邪下趋大肠，传导失司，则为下利；下焦阳虚，不能制水，或可见小便清长。治以真武汤，温阳利水。

阳虚水泛证在呼吸病中常可见到。如慢性阻塞性肺疾病，在其发病过程中所出现的畏寒背冷，咳嗽，咳痰量多清稀，或咯吐大量白色泡沫痰；慢性肺源性心脏病心功能不全之咳嗽，咳痰量多清稀，畏寒背冷，双下肢水肿，小便不利等。采用温阳利水之法，以真武汤加减治之疗效甚好。

本证的辨证要点：小便利，或小便清长，心悸，下利，咳嗽，舌质淡苔白，脉沉弱。

二、少阴热化证

（一）阴虚火旺、心肾不交证

《伤寒论》第303条说：“少阴病，得之二三日以上，心中烦，不得卧，黄连阿胶汤主之。”本证是因素体阴虚，复感外邪，邪从火化，阴虚火旺所形成的少阴热化证。其主要病机是阴虚火旺、心肾不交。表现为心中烦，不得卧。治以黄连阿胶汤滋阴泻火，交通心肾。

某些以发热为主的呼吸道感染性疾病的后期或恢复期，所出现的心烦不寐、舌红少苔等可按阴虚火旺、心肾不交证论治，以黄连阿胶汤加减，可取得较好的疗效。

本证的辨证要点：心中烦，不得卧，口干咽燥，舌红少苔，脉沉细数。

（二）阴虚火旺、水热互结证

《伤寒论》第319条说：“少阴病，下利六七日，咳而呕渴，心烦不得眠者，猪苓汤主之。”本证是因素体阴虚，复感外邪，邪从火化，热与水结，而成少阴阴虚水热互结证。表现为肾阴虚于下，心火亢于上所致的心烦，不得眠；水热互结，津液不化，又有阴虚津乏所致的口渴；水邪上逆犯肺，肺气上逆所致的咳嗽；水邪上逆犯胃，胃气上逆所致的呕吐；水热互结，水邪偏渗大肠则下利。治以猪苓汤清热利水育阴。

在临床上，某些以发热为主的呼吸道感染性疾病，如流行性感音，肺部炎症等，在其发病过程中出现阴虚火旺、水热互结证时，可选用猪苓汤清热利水育阴。

本证的辨证要点：心烦不得眠，小便不利，口渴，咳嗽或有下利、呕吐。

阴虚火旺、心肾不交证与阴虚火旺、水热互结证皆有火热

扰心，心神不宁之心烦不得眠。其中阴虚火旺、心肾不交证系少阴热化证，肾阴亏于下，心火亢于上，但无水结，证候除心中烦不得卧之外，尚有口燥咽干、舌红绛而少苔、脉细数等，治以育阴清热，交通心肾，药用黄连、阿胶、黄芩、鸡子黄、芍药。阴虚火旺、水热互结证则阴虚、火热、水邪兼备，只是热势较轻，阴虚亦不太甚，而以水结为主，故除心烦不得眠外，尚有小便不利、渴欲饮水等表现，尤其可见咳而呕、下利等水邪流窜为患的症状。治当育阴清热利水，药用猪苓、茯苓、泽泻、阿胶、滑石。二证应当注意鉴别。

三、太少两感证

《伤寒论》第301条说：“少阴病，始得之，反发热，脉沉者，麻黄细辛附子汤主之”。第302条说：“少阴病，得之二三日，麻黄附子甘草汤微发汗，以二三日无证，故微发汗也”。以上两条论述了太阳和少阴同时感受外邪而发病。其中发热是太阳表证，脉沉是少阴里阳虚。太阳和少阴之证同见，故为太少两感。由于少阴只见脉沉之阳虚轻证，尚没有出现下利清谷，四肢厥逆等里虚寒重证，故可以表里同治，用温阳解表、两解太少的方法。郝万山教授认为，其具体治疗方法分四个阶段：其一，若始得之，即太少两感得病的第一天，用麻黄细辛附子汤温经发汗，表里双解。其二，若得之二三日，尚没有出现下利清谷、手足厥逆等里阳虚的证候，但因病已延至二三天，恐少阴阳虚有所发展，不任麻黄细辛附子汤发汗，则改用麻黄附子甘草汤温经微发汗。其三，如果用过上述两方后，太少两感之证并没有得以缓解，则应如第92条所述，“病发热，头痛，脉反沉，若不差，身体疼痛，当救其里，宜四逆汤。”其中“若不差”，即是指用过麻黄细辛附子汤和麻黄附子甘草汤后，病没有好转的意思。其四，如已见下利清谷、手足厥逆之里证，虽有身疼痛，则二方也皆不可用，当先用四逆汤救

里，再行解表，这就是第 91 条所说的：“伤寒，医下之，续得下利清谷不止，身疼痛者，急当救里；后身疼痛，清便自调者，急当救表。救里宜四逆汤，救表宜桂枝汤。”厥阴病篇第 372 条“下利腹胀满，表宜桂枝汤”也是同样的意思。

在临床上，有些久病体弱的病人以及某些老年人，因其素体少阴里虚，复感风寒之邪，可形成太少两感证。表现为：脉沉，欲寐，四肢不温的里虚寒证，也可有发热，恶寒的表证。在辨证时，只要抓住“少阴本虚，外感寒邪”这一病因病机，症见恶寒重，或发热，或不发热，神疲，舌苔白滑，或舌质胖大，脉沉细或脉沉弱者，则可按太少两感证辨治，选用麻黄细辛附子汤或麻黄附子甘草汤加减，多可奏效。

本证辨证要点：具有少阴里虚之脉沉、神疲、体虚，同时伴发热、恶寒、身痛等表证，舌苔白滑，或舌质胖大。

四、少阴咽痛证

（一）少阴虚热咽痛证

《伤寒论》第 310 条说：“少阴病，下利，咽痛，胸满心烦，猪肤汤主之。”本证是因少阴阴虚，虚热上浮，循经熏于咽喉，少阴经气不利所致。症见下利，咽痛，胸满心烦，治以猪肤汤滋阴润肺，清热利咽。

临床上常见的慢性咽炎、扁桃体炎、失音，若证属少阴阴虚，虚热上浮而出现的咽痛，即使无胸满心烦、下利的症状，也可按少阴虚热咽痛证辨治。

本证辨证要点：咽部红肿不甚，疼痛较轻，常伴有咽干、咽痒，或兼有其他阴虚内热的症状。

本证咽痛为虚火上炎，故咽部红肿不甚，痛势亦轻，伴有干燥不润或有咽痒的感觉。这和毒热壅滞咽喉之咽痛、红肿疼痛较甚者有别，亦与寒邪闭塞少阴经脉之咽痛、不红不肿者有异。临证时应注意鉴别。

（二）少阴客热咽痛证

《伤寒论》第 311 条说：“少阴病，二三日，咽痛者，可与甘草汤。不差者，与桔梗汤”。此为外来邪热中于少阴经脉。咽痛程度不重，可伴有轻度红肿，且只有咽部症状而无其他兼证，所以，只用一味生甘草清解阴经客热。若服后咽痛不愈者，可加桔梗以开喉痹。

临床上对急性咽炎、急性扁桃体炎、急性扁桃体周围炎、急性喉炎，若症见咽痛，但程度不重，有轻度的红肿，证属少阴客热咽痛证者，可按此辨治。

本证辨证要点：热邪所致之咽喉疼痛，红肿疼痛较轻。

（三）少阴痰热咽痛证

《伤寒论》第 312 条说：“少阴病，咽中伤，生疮，不能语言，声不出者，苦酒汤主之”。此为邪热内蕴，灼伤咽喉，而致咽喉肿痛，溃破生疮。邪热痰浊，壅结咽部，阻塞气道，使声门不利，不能语言，声不出。治用苦酒汤清热涤痰，敛疮消肿。

临床上对于急性化脓性扁桃体炎，咽喉部红肿溃烂者可按少阴痰热咽痛证辨治。

辨证要点：咽喉溃烂，有阻塞感，声音嘶哑，甚或不能言语。

（四）少阴客寒咽痛证

《伤寒论》第 313 条说：“少阴病，咽中痛，半夏散及汤主之”。证属少阴感寒所致。风寒邪气客于少阴经脉，津液凝聚而为痰涎，寒涎阻于咽喉，故咽喉疼痛。治用半夏散或汤散寒通咽，涤痰开结。

临床上对于急慢性咽喉炎、慢性扁桃体炎，其咽喉疼痛较甚，但一般不见红肿，同时伴有恶寒、痰涎缠喉、咳吐不利、舌苔白而润等，可按少阴客寒咽痛证辨治。

辨证要点：咽中痛，局部一般不见红肿，同时伴有恶寒，

咽喉不利，舌苔白而润。

第六节 厥 阴 病

厥阴指足厥阴肝经、手厥阴心包经及其所络属的脏腑。厥阴病是伤寒六经辨证的最后阶段。病至厥阴，正气衰竭，脏腑功能紊乱，邪正相争最剧，因之临床表现以寒热错杂和厥热胜复为主，以“阴阳之气不相顺接”之“厥”为特征。若寒邪由盛极而衰，阳气来复，则病情向愈，或转属少阳。寒邪虽盛，而正气尚能与之抗争，则阴阳相持，表现为寒热错杂诸证。阴寒过盛、阳气不继而绝，则病情危重而导致死亡。

在呼吸系统疾病中，六经辨证中的厥阴病也常可见到。例如：某些感染性疾病的高热不退，邪热内闭，使阳气内郁而不能外达，继之出现的四肢厥冷的热厥；或感染性休克、呼吸衰竭所出现的少阴阳衰，多表现为冷汗自出，四末不温之寒厥；另外还有其他病症所出现的寒热错杂证等。可按厥阴病辨治。

一、热 厥

《伤寒论》第 335 条说：“伤寒，一二日至四五日，厥者必发热，前热者后必厥，厥深者热亦深，厥微者热亦微。厥应下之，而反发汗者，必口伤烂赤”。第 350 条说：“伤寒脉滑而厥者，里有热，白虎汤主之”。热厥的成因：热邪内闭，使阳气内郁而不能外达。热厥在病史上的特点是，先见发热，后见手足逆冷，但见厥而热不退。由此可知，其厥冷乃是热邪深伏，使阳气内郁而不能外达所致。厥逆的轻重与邪热伏郁的浅深及邪热程度的轻重成正比。热邪深重，厥冷则甚；热邪轻浅，厥冷则轻。我们了解热厥的病机特点和表现特征，对于指导辨证具有重要的意义。

热厥的治法包括泻实、清热。如果里热已成实，证见发

热、腹满痛、不大便、手足厥冷，当用攻下实热的方法。仲景未出方药，后世医家认为，可选用大柴胡汤或承气汤一类方剂。里热未成实，证见脉滑、口渴、汗出、发热、手足厥冷等，治当清热回厥，用白虎汤。

常见呼吸系统疾病中的流行性感冒，各种病原体所致的肺炎，肺脓肿，慢性支气管炎、支气管扩张、肺间质纤维化并感染等疾病，在临床上往往可见到高热不退，口渴，汗出，脉滑数。若甚者可出现四肢不温的热厥证。在治疗时宜选用白虎汤，清热回厥。

辨证要点：四肢厥逆，躯干发热，以腋下与腹股沟最为明显，伴口渴心烦，小便短赤，脉滑，舌红苔黄。

热厥与寒厥应加以鉴别：热厥和阴盛格阳的寒厥，皆有发热和厥冷。热厥属于内真热外假寒，除身热、肢厥外，可伴有口渴引饮、便秘溲赤、舌红苔黄等，特点是先热后厥，见厥而热不退；阴盛格阳的寒厥为内真寒外假热，证见手足厥逆，下利清谷，脉微细，但欲寐，小便清长，舌淡，身热反不恶寒，特点是先厥后热，见热而厥不止。两者寒热迥异，虚实悬殊，一旦辨错，用药南辕北辙，必致不良后果。因此临证自当审慎。

二、寒 厥

《伤寒论》第353条说：“大汗出，热不去，内拘急，四肢疼，又下利，厥逆而恶寒者，四逆汤主之”。第354条说：“大汗，若大下利，而厥冷者，四逆汤主之”。寒厥证的成因是少阴真阳衰微，四末失温。阳气虚衰，卫外不固，阳不摄阴则汗出。阴寒盛极，虚阳被格于外则发热，阴寒内盛，四末失温，则厥逆。阳虚肌肤失温，则恶寒。本证一派阳衰阴盛之象，且有虚阳外脱之势。治以四逆汤或通脉四逆汤急救回阳。

临床上某些严重的感染性疾病所出现的感染性休克、呼吸

衰竭等所出现的少阴阳衰，多表现为冷汗自出，四末不温之寒厥。应按此辨治。

辨证要点：四肢厥冷，小腹凉，恶寒，舌苔白滑。

除热厥、寒厥外，寒热错杂证在呼吸系统疾病中常可见到，临床上应注意辨识，以寒热并用的治法予以相应的治疗。



第三章 杂病病脉证并治 与呼吸病证治

第一节 咳嗽上气病

上气，《周礼·天官》郑玄注云：“逆喘也。”咳嗽上气，是以咳嗽、气逆作喘为主症的病证。

咳嗽上气，最早见于《内经》。如《素问·五脏生成篇》说：“咳嗽上气，厥在胸中，过在手阳明、太阴。”《素问·玉机真脏论》说：“弗治，病人舍于肺，名曰肺痹，发咳上气。”《内经》中的咳嗽上气只是作为症状，而《金匱要略》所说的咳嗽上气，既是症状，又代表病名。其中上气除代表喘息、气急之症状外，还指病理，即肺气上逆。在《金匱要略》叙症中，凡是咳与上气并提的，上气是指喘；如果已提到咳、喘，又说上气的，这个上气，就是肺气上逆。

咳嗽上气病多属内外合邪的寒证或寒热错杂证，多以邪实为主。根据仲景所论，大致可分寒饮郁肺证，痰浊壅肺证，寒饮夹热证。

一、寒饮郁肺证

仲景说：“咳而上气，喉中水鸡声，射干麻黄汤主之。”本

条“咳而上气”包括咳嗽、气逆而喘。其中“喉中水鸡声”是其症状特点。《法律》说：“上气而作水鸡声，乃是痰碍其气，气触其痰。”《金鉴》说：“水与气相触之声，在喉中连连不绝。”喉中水鸡声的形成，是由气道中的痰液与呼吸之气相互搏击而产生。治疗的主方是射干麻黄汤，该方具有止咳平喘，散寒化饮的功效。以方测证可知，本证是寒饮郁肺，肺失宣降所致。后世较一致的认为本证属于哮喘病，故本条可看成是对哮喘发作时较为形象地最早地描述。射干麻黄汤则作为治疗寒哮的祖方。

射干麻黄汤证古今医家大多认为是一首针对寒饮这一病机，功专温化的方剂，少数医家则认为，方中之射干是针对火邪的，本证应属于痰火相兼为患。如徐彬在《金匱要略论注》中说：“凡咳之上气者，皆有邪也，其喉中水鸡声，乃痰为火所吸，不能下，然火乃风所生，水从风战而作声耳。故以麻黄、细辛驱其外邪为主，以射干开结热气，行水湿毒，尤善清肺气者为臣，而余皆降逆消痰宣散药。唯五味一品，以收其耗耗之气，令正气自敛，邪气自去，恐肺气火虚，不堪劫散也。”这一认识从以方测证、以药测证的角度似乎也有一定的道理，可供参考。

当代名医程门雪说：“射干麻黄汤是哮证的祖方，射干麻黄汤与小青龙汤不同，二方均主麻黄，但前者摒弃辛温解表的桂枝汤不用，而以苦寒清咽的射干与麻黄为配；又取款冬、紫菀辛润下气以为佐，合辛开、苦泄、酸收为一方，主治显然在肺，应为治哮的专方。”（《当代名医临证精华·咳嗽专辑》）。

目前，在临床上对于支气管哮喘之证属寒哮者，射干麻黄汤已作为常规广泛应用。另外，用其治疗慢性喘息型支气管炎、小儿支气管炎也可取得满意疗效。运用本方的关键在于辨明寒热，如确属寒饮郁肺的证候，依法投之，效如桴鼓。

二、痰浊壅肺证

仲景说：“咳逆上气，时时吐浊，但坐不得眠，皂荚丸主之。”咳喘气逆，频频吐出浊痰，气逆痰壅，以致不能平卧，是由浊痰内壅，阻滞气道所致。一般说来，肺中稠痰，如能时时顺利吐出，病情应该减轻，现虽“时时吐浊”，但仍咳嗽气喘，不能平卧，可知其浊痰尚多，有胶固难出之势，若不迅速祛除，很可能有痰壅气闭的危险，所以用除痰最猛的皂荚丸主治。如《论注》说：“此比水鸡声乃咳而上气之逆甚者也。至不得眠，非唯壅，且加闭矣。”《金鉴》说：“时时吐浊，痰涎多也；但坐不得卧，气逆甚也。”《医通》谓皂荚丸是“通窍利关，破积攻坚之峻药。”《心典》说：“皂荚味辛入肺，除痰之力最猛。”

临床上，诸多慢性阻塞性肺疾病急性发作期、慢性肺源性心脏病等若症见：咳喘痰多，稠粘如胶，但坐不得眠，咯唾不爽，胸满或胸痛，大便难，脉滑，苔腻者，可酌情选用皂荚丸。但是，皂荚丸毕竟属于除痰之猛剂，必须是痰涎壅盛，形气俱实的病人，才可使用。

三、寒饮夹热证

仲景说：“咳而脉浮者，厚朴麻黄汤主之。”本条文叙症甚简，仅言“咳而脉浮。”纵观《金匱要略》所论浮脉，既有主表的，亦有主里虚的，还有主病势趋于上的。《论注》说：“咳而脉浮，则表邪居多，但此非在经之表，乃邪在肺家气分之表也。”丹波元坚说：“水饮上迫，脉必带浮，不必拘表证有无”。可见这里的脉浮是指饮邪迫肺，主病势趋于上。

仲景治疗咳喘在用药方面有规律可循：治实喘必用麻黄；表寒明显，麻黄与桂枝同用；除烦热必用石膏；治寒饮喘咳，必用干姜、半夏、细辛、五味子。由是观之，厚朴麻黄汤中麻

黄未与桂枝相配，而与长于降气的厚朴同用，可见其意不重在散寒解表，而是泄满降逆、宣肺平喘。且方中未选偏于辛散的生姜，而用善于温化寒饮的干姜。此外，方中还用细辛、半夏温化寒饮，石膏清热除烦。以方测证来探求其病机，显然本证属于饮邪夹热，上迫于肺，肺气上逆导致的咳嗽。

本条文所指之“咳”，当寓咳嗽上气之意。如《备急千金要方》说：“咳而大逆上气，胸满，喉中不利，如水鸡声，其脉浮者，厚朴麻黄汤方。”可见，厚朴麻黄汤所治疗的寒饮夹热证，在咳嗽的同时兼有喘息，治宜散饮降逆，止咳平喘。

仲景在厚朴麻黄汤证之后，接着说：“脉沉者，泽漆汤主之。”本条叙症较厚朴麻黄汤证更简。许多注本于“脉沉”之上，均有“咳而”二字，如《论注》说：“咳而脉沉，则里邪居多。”《悬解》说：“咳而脉沉者，其病在下，是水邪上泛。”《备急千金要方》所载“夫上气，其脉沉者，泽漆汤方”。可见，这是仲景论咳嗽上气而脉沉的证治。

脉沉主病在里，也主水气内停。泽漆汤中，泽漆泄水逐饮；紫参清热利二便以逐水；生姜、半夏、桂枝温阳化饮，降逆平喘；白前平喘止咳；并用人参、甘草扶正培土，标本兼治；用黄芩之苦寒以清热。从方解可知，本证当属水饮内盛，壅遏肺气，宣降失常的咳嗽上气病，并具有邪实兼正虚，水饮夹郁热的病机特点。其临床表现除见咳嗽、喘息外，因水饮外溢肌表，还可见身重肢浮等。治宜逐水消饮，止咳平喘。

厚朴麻黄汤证与泽漆汤证均为寒饮迫肺，而夹有郁热。症状均以咳嗽为主，但因其病位病机的差异，故在治疗和用药上又有区别。其一，病机：前者为寒饮夹热，上迫于肺；后者为水饮内停，上迫于肺。其二，病位：前者偏于表、偏于上；后者偏于里。其三，主症：前者为咳嗽、喘息、胸满、烦躁、脉浮；后者为咳嗽、喘息、胸痛、脉沉、身肿、小便不利。其四，治则：前者散饮降逆、止咳平喘；后者逐水消饮，止咳

平喘。

另外，厚朴麻黄汤证与肺胀中所述的小青龙加石膏汤证亦较相近，不同的是，前者表寒较轻，胸满烦躁较甚，故不用桂枝配麻黄而用厚朴、杏仁；后者则表寒较重，胸满不甚，故以桂枝配麻黄。

在临床上凡是慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘等，证属寒饮夹热，症见咳嗽、喘息、胸部满闷、烦躁、不能平卧，脉浮、苔滑等，则可选用厚朴麻黄汤，以散饮降逆，止咳平喘。本方对慢性阻塞性肺疾病以及支气管哮喘之以胸部满闷为主者尤为适宜。对慢性肺源性心脏病，症见咳嗽，气喘，咯痰不爽，身浮肿，小便不利，纳呆食少、神疲乏力等，证属寒饮夹热者，可选用泽漆汤。

第二节 痰饮咳嗽病

痰饮作为病名，始于《金匱要略》，有广义和狭义之分，广义的痰饮包括痰饮、悬饮、溢饮、支饮四证。

痰饮是因为人体水液的运行输布失常，停积于某一部位的一类病证。“痰”，古作淡，淡与澹通，形容水的淡荡流动。“饮”，水也。这里所说的痰饮，实际上就是水饮。

仲景将痰饮与咳嗽并列，是说这类咳嗽是由痰饮引起的，不包括其他原因所致的咳嗽。本节重点介绍与呼吸病关系最为密切的病证。

一、悬 饮

悬饮是由于水饮流注于胁下所致，病在肝肺。仲景说：“饮后水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮。”水饮流注于胁下，循肝经之脉上逆而犯肺，导致肝气不升，肺气不降，临床以咳嗽，咳则牵引胁下作痛。又说：“脉沉而弦者，悬饮内痛。”由

于饮邪病深在里，阻遏气机，气滞不通，而见胁下牵引作痛，脉见沉弦。此证与一般的痰饮不同，因其邪实偏盛，病势深重，当本着急则治其标的原则，以攻逐水饮为法，方用十枣汤。即仲景所说的“病悬饮者，十枣汤主之。”

本方用甘遂、大戟、芫花，各等分为细末，另用十枚大枣煮汤送服。攻逐之力峻猛，在服法上应注意如下问题：其一，应因人而宜，即注意体质的强弱“强人服一钱匕，羸人服半钱”；其二，择时服用，宜在“平旦温服”，这是因为平旦乃为阳气生发，邪气衰退之时，故应乘势温服，不仅可借自然界阳气之力，使人体的阳气振奋恢复，有助于水饮的祛除，而且可减少药物对正气的克伐，从而达到饮祛阳复的目的；过此良机则恐水饮攻除而阳气不复。其三，不效者，明日再服，并适当加大药量；其四，如果服药后出现泻下者，宜食糜粥以调养脾胃。

现代医学的胸膜炎以及各种原因所致的胸腔积液属于悬饮的范畴。若属实证者，使用十枣汤治疗可取得较好的疗效，特别对渗出性胸膜炎疗效更好，具有胸水消退后，不易再渗出的优点。临床观察，本方的副作用较小，少数病人可出现腹痛或恶心呕吐，停药后可自行消失。根据不同的体质，从小量用起，逐渐递增，可减少副作用的发生。

二、支 饮

（一）支饮的概念与病机

仲景说：“咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿，谓之支饮。”提出了支饮的概念。支饮是由于水饮停留于胸膈所致，病变影响于心肺。饮聚胸膈，凌心射肺，致肺失宣降，心阳被遏，故咳嗽气逆，短气不能平卧，甚至倚床呼吸。肺为水之上源，外合皮毛，气逆则影响水液的宣发与肃降，水液外溢，则可出现外形如肿的表现。支饮为患，常反复发作，病程较长，

虚实错杂，病证变化多端。现代医学的慢性阻塞性肺疾病，慢性肺源性心脏病等属于支饮的范畴。

“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。”仲景又提出了伏饮。伏饮是指水饮伏藏于内，难以攻除，是支饮的一个类型，并非四饮之外，另有所谓伏饮。伏饮，一般是平日潜伏于内，见证轻微，但不易根除。一旦气候变化，外感风寒，外寒引动内饮，内外合邪，则使咳喘发作，或使病情加剧。由于外寒伤及经络，故可出现寒热交作，背痛腰疼等表证。内饮上迫肺气，肺失宣降，则喘咳加甚，目泣自出，身体振振瞤动。《金鉴》说：“伏饮者，乃饮留膈上，伏而不出，发作有时者也。即今之或值秋寒，或感春风，发则必喘满咳吐痰盛，寒热背痛腰疼，咳剧则目泣自出，咳甚则振振身动，世俗所谓吼喘病也。”《浅注》指出：“此言饮之伏而骤发也，俗谓哮喘，即是此证。当表里兼治，如小青龙汤及木防己去石膏加芒硝茯苓汤为主治。”这里所说的“吼喘病”、“哮喘”就是现代医学之支气管哮喘。

在临床上防治支气管哮喘时应重视仲景提出的“膈上病痰”，“必有伏饮”的这一病机。在哮喘缓解期应立足于温补阳气，以温药祛除伏饮，以绝病根。如冬病夏治的白芥子涂法，就是在夏季三伏天阳气最盛的时期，进行穴位贴敷，以预防哮喘的秋冬季发病，其目的就在于温补阳气，祛除伏饮。当哮喘发作时，应针对素有伏饮的这一病机，注意内化伏饮，以迅速缓解症状。如证属寒哮，则选用小青龙汤外解表邪、内化水饮；若证属寒饮夹热，则可选用厚朴麻黄汤，以散饮降逆，止咳平喘。

另外仲景还提出了“肺饮”。如：“肺饮不弦，但苦喘短气。”肺饮是指水邪犯肺，属于支饮的一个轻症类型。其他的痰饮病多见弦脉，而肺饮证，其脉不弦，虽有喘息，短气，但程度较轻。某些慢性阻塞性肺疾病的慢性迁延期多属于肺饮的

范畴。

(二) 支饮的证治

1. 外寒内饮证以及随证施治

(1) 外寒内饮证：仲景说：“咳逆倚息不得卧，小青龙汤主之。”小青龙汤具有散寒化饮，温肺止咳的功效，可以外解表邪，内化水饮，是治疗支饮外寒内饮证的主要代表方剂。“咳逆倚息不得卧”，即仲景所论的“咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿，谓之支饮。”另外也包括了“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。”通过以方测证以及仲景对支饮和伏饮的论述，外寒内饮证的症状应该概括为：咳嗽、喘息，痰多色白或咯吐白沫痰，恶寒发热，身痛，喷嚏流清涕，或颜面、四肢浮肿等。

在临床上，呼吸系统疾病经常可以见到证属外寒内饮的小青龙汤证。如支气管哮喘，症见咳嗽，咯白痰，喘息，喷嚏流清涕，恶寒，或者遇风、遇寒则咳喘加重，舌质淡，苔薄白，脉弦紧或浮紧者，选用小青龙汤外解表邪，内化水饮，可奏桴鼓之效。对急性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病证属外寒内饮证者以小青龙汤加减，收效甚捷。对于慢性肺源性心脏病症见水肿而兼见恶寒发热等证属外寒内饮者，选用小青龙汤加味，对改善心功能，缓解咳喘症状，消除水肿，疗效显著。

(2) 随证施治：仲景对小青龙汤治疗外寒内饮证，服药后的各种变化以及处理方法，以病案的形式进行了讨论，这恰如一份治疗支饮的病例。体现了仲景“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的辨证论治思想。

①服小青龙汤后发生冲气。“小青龙汤下已，多唾口燥，寸脉沉，尺脉微，手足厥逆，气从小腹上冲胸咽，手足痹，其面翕热如醉状，因复下流阴股，小便难，时复冒者，与茯苓桂枝五味甘草汤，治其气冲。”支饮证属外寒内饮者，服用小青龙汤后，咳痰转多，咳痰爽利，并且口中觉得干燥，这是寒饮

得到温化，饮邪暂去之象，病情似有转机。倘若病人肾阳素虚，加之服用辛温发散的小青龙，更伤其阳，阳气不足以布达四末，而寸脉沉，尺脉微，手足厥逆，甚则麻痹。肾阳亏虚，不能固守下焦，于是夹冲气上逆，气从少腹上冲胸咽，面翕热如醉状。冲气的特点是时发时止，发则气从上逆，止则气复还于下焦。但冲气一逆，则一身之气俱逆，所以在下则小便困难，是因阳虚于下，肾气不化所致。在上则时复瞋冒，是清阳不升，上焦饮邪上扰清窍所致。此时，饮邪咳逆已退居次要地位，而冲气上逆则是当务之急。所以，急当以茯苓桂枝五味甘草汤平冲降逆，以治标为主，兼以固本。

茯苓桂枝五味甘草汤虽然是治疗服小青龙汤后发生冲气证的方剂，然而，在呼吸系统疾病中最常见的慢性喘息性支气管炎以及支气管哮喘，在用常法治疗难以奏效时，如果病人诉说有气上冲之感，或者在咳喘的同时自觉面部有烘热之感，但所现症状构不成热证者，可用平冲降逆法治之，在茯苓桂枝五味甘草汤的基础上可酌加苏子、代赭石等以增强其降逆之效。

②冲气以平，支饮复作。“冲气即低，而反更咳、胸满者，用桂苓五味甘草汤去桂加干姜、细辛，以治其咳满。”服小青龙汤发生冲气，采用茯苓桂枝五味甘草汤治疗后，冲气得平逆，但肺中伏匿之寒饮未去，寒饮内动，壅遏肺气，肺失宣降，故咳嗽胸满。需要指出的是，这里的咳嗽胸满，是原有症状，不过是当冲气发作之时上述症状退为次要地位，冲气平逆之后，又凸现出来。此时冲气已平，故治疗勿需平冲降逆，所以将桂苓五味甘草汤中功具平冲降逆之桂枝去掉不用，而增加了长于温肺散寒、化饮止咳的干姜、细辛，合成苓甘五味姜辛汤，再行散寒化饮、温肺止咳。

在临证时，以小青龙汤治疗慢性阻塞性肺疾病之急性发作期证属外寒内饮者，当咳喘症状恢复到急性发作期之前，可针对伏匿之寒饮，以温化法，选用苓甘五味姜辛汤以善其后。

③服用苓甘五味姜辛汤后的两种变化。支饮复发，服用苓甘五味姜辛汤后，可出现两种变化。如仲景说：“咳满即止，而更复渴，冲气复发者，以细辛、干姜为热药也。服之当遂渴，而渴反止者，为支饮也。支饮者法当冒，冒者必呕，呕者复内半夏以去其水。”其一，由于苓甘五味姜辛汤姜中之干姜，味辛性热，热伤阴津，则见口渴，辛散太过，可扰动肾气，复使冲气再发，而兼见昏冒，这是冲气上逆。在治疗上，应当使用桂苓五味甘草汤，其二，由于病重药轻，支饮未化，口反不渴。饮阻清阳，故并见眩冒。饮邪犯胃，而并见呕吐。此为支饮上逆。在治疗上，应当使用苓甘五味姜辛汤加半夏以祛除饮邪。本方为防止辛热化燥、损伤正气，故减轻了苓甘五味姜辛汤中细辛、干姜的用量，为防止甘缓滞中，又减少了其中甘草的用量，为增加温化寒饮之力，又加入辛温之半夏，该药还能降逆止呕。仲景辨证施治之灵活，用药之精当，可见一斑。

对于慢性单纯性支气管炎，以咳嗽，痰多清稀，遇寒加重的痰湿阻肺证，以苓甘五味姜辛半夏汤治疗可取得较好疗效。对于慢性阻塞性肺疾病、慢性肺源性心脏病，证属寒痰证者也可以本方为基础加减应用。

④饮减呕止，又兼浮肿，治重宣肺。仲景说：“水去呕止，其人形肿者，加杏仁主之。其证应内麻黄，以其人遂痹，故不内之。若逆而内之者，必厥，所以然者，以其人血虚，麻黄发其阳故也。”服用苓甘五味姜辛汤加半夏后，饮邪已减，呕吐已止，但又出现身肿。这是因为胃中之水饮虽去，然而胸中支饮未尽除，并由于前次之饮逆，气机也发生逆乱，肺对水液的通调功能也为之失常，水饮溢于体表，则发生形肿。此时治疗，于苓甘五味姜辛半夏汤加入杏仁一味，以疏利肺气。若水道通利，饮邪得化，则身肿自消。仲景在治疗溢饮水肿时用大、小青龙汤，以麻黄宣肺散水。就饮邪所致身肿而言，用麻黄最好，但因患者曾有尺脉微，手足痹、虚阳上逆等证，不能

轻用发越之剂，以免再引动冲气，故不用麻黄而改用杏仁。假如不注意到达一点，贸然使用麻黄，则必然引起厥逆。因为其入下虚，麻黄能发越阳气之故。下虚之体，而发越阳气，又能产生冲气之变。从此可以看出，仲景临床用药的精微之处。

《金匱要略》虽然用苓甘五味姜辛半夏杏仁汤治疗的主证是支饮水肿，但在临床上，对于急、慢性支气管炎、支气管哮喘等疾病所引起的咳嗽、喘息、痰多，证属寒饮所致者，均可加减应用。

⑤支饮未尽，胃热上冲。仲景承上条又说：“若面热如醉，此为胃热上冲熏其面，加大黄以利之。”本证在前证（苓甘五味姜辛半杏汤证）的基础上又出现面热如酒醉之症，这是由于支饮未去，兼有胃热上冲所致，而不同于以上所言虚阳夹冲气上逆的“面翕热如醉状”。二者一虚一实，不能混淆。在治疗上，因为支饮未除，温化之药不能不用，以前方温散寒饮为主。然而，胃已燥化，又必当加以兼顾，所以于前方中加大黄一味，一方面用其引热下行，另一方面以其苦寒之味亦可以约制辛温的燥化太过，意在兼以清泄胃热。这是寒温并用，相辅而行的方法。

以上叙述了仲景治疗支饮的外寒内饮证，以及应用小青龙汤后所出现的各种变证。在病机上，或为外感触发，或为上实下虚，或为饮邪内发，或为饮邪外溢，或为胃热上冲等等。在治疗上，既要治疗实证，更要注意虚证，在虚实并存时，又当分别缓急，进行处理。这种“随证治之”的辨治思路，诚可给人以启发，示人以规矩，那就是，病无定候，治无定法，在临证时（特别是在运用经方），应随机应变，灵活应用，不可固守一法，切忌拘泥一方。

2. 膈间支饮证 膈间支饮是支饮证中正虚邪实的重证。《金匱要略》说：“膈间支饮，其人喘满，心下痞坚，面色黧黑，其脉沉紧，得之数十日，医吐下之不愈，木防己汤主之。”

虚者即愈，实者三日复发，复与不愈者，宜木防己汤去石膏加茯苓芒硝汤主之。”本证因于饮停胸膈，上迫于肺，肺气壅塞，宣降失常，故见气逆而喘，胸满不舒；饮阻心下，气机不利，而见心下痞满坚硬；饮邪内阻，清阳不升，营卫不能上荣，故见面色黧黑而不华；饮阻阳郁，结聚不散，故其脉沉紧。若病情迁延日久，又经吐、下等攻法误治，则必伤正气。正气既虚，则饮邪更难祛除，从而形成正虚邪实的支饮重证。治用木防己汤利水降逆，扶正补虚。方中木防己擅行膈间水饮，与桂枝相伍，一苦一辛，开结祛饮；石膏镇饮逆，清郁热；人参扶正补虚。全方寒热并行，攻补兼施。若服药后，痞坚虚软，这是水去气行，结聚已散，其病即愈；若痞坚成实，是正气益虚，水停气阻，交结难开之征，其病情多反复，治疗不宜宣泄太过，故在原方的基础上，减去重坠而寒的石膏，减轻木防己的用量，并加入淡渗健脾利水的茯苓，以助木防己、桂枝消饮，再加入咸寒的芒硝软坚消积以破除饮结。诸药合用，使阳气得以行，饮结得以开，则饮邪可从小便而去，即“微利即愈”。

慢性肺源性心脏病的失代偿期，也就是右心衰，和膈间支饮证的症状与体征颇为相似。如右心衰所导致的肝瘀血，以肝脏肿大而出现的“心下痞坚”；长期存在的低氧血症和高碳酸血症，可见面色黧黑；咳喘是肺心病的发病基础等等。该病病史较长，反复发作，缠绵难愈，当其急性发作时，每多出现寒热错杂、虚实兼见的病机。在论治时，应当按照仲景的这种辨治思路，在立法遣药上宜重视寒热并用，攻补兼施。同时要根据病情的变化灵活的加减运用木防己汤。

3. 饮壅气闭证 仲景说：“支饮不得息，葶苈大枣泻肺汤主之。”支饮本在胸膈，所以其共有主症为咳逆倚息短气不得卧。用功具泻水开闭之峻剂葶苈大枣泻肺汤来治疗，推而知之，此因饮邪壅实，肺气窒滞，以致喘逆不得息，已较原有症

状更为严重，这是支饮的一种急症。其病机亦属饮邪结实，实者泻之，故用葶苈大枣泻肺汤泻水逐饮，开闭下气，属于急则治标之法。葶苈大枣泻肺汤在《肺病篇》中，本治肺病喘不得卧，病情虽然与此证不同，但二者同为饮实气闭，其机则是一致的，所以可用同一方治疗。这是仲景“异病同治”思想的具体体现。

临床上，对重症哮喘、慢性喘息性支气管炎、肺心病，以喘息为主，属于实证者，可酌情选用葶苈大枣泻肺汤。若证属外寒内饮者，可与小青龙汤合用；膈间支饮证偏于实者可与木防己汤合用，这样效果会更好。

4. 胸膈积饮证 “咳家其脉弦，为有水，十枣汤主之”。仲景所说的“咳家”，是指长期患有咳嗽的疾病而言。就临床所见，咳嗽的成因很多，见证和预后也不尽一致。假如久咳而见弦脉，则是痰饮为患。因弦为饮脉，其咳是由膈间或胸胁停水，水渍入肺所致。这种病情，其标在肺，其本为饮，所以说“为有水”。若饮邪不去，则其咳不愈；饮邪结实，又非攻不去，宜用十枣汤，攻逐水饮，饮去则咳嗽自愈。

十枣汤治疗悬饮现代临床屡有报道，但是用于治疗支饮尚不多见。所以，此处之所治胸膈积饮证，都有哪些适应证？如何辨析应用？《金匱要略释义》的认识可供参考：“咳之甚者，续续不已，连连不止，坐卧不安，语言不尽，动引百骸，声闻四近，脉按之如弓弦曰弦。水指饮之未聚者而言。脉弦指一手偏弦而非两手皆弦。盖仲景已明示脉双弦者，寒也；脉偏弦者，饮也”。“十枣汤方用芫花甘遂大戟大枣，为治饮之峻剂，咳嗽之由于饮邪者，自宜用之。矧考之神农本草经芫花主咳逆上气喉鸣喘短气，甘遂主腹满面目浮肿利水谷道，大戟主十二水吐逆。夫既曰咳家，则其咳嗽已有相当时间可知。其证多大小便不利，喉中喘吼有声，咳甚则喘吐，面目浮肿，倚息不得卧，是皆芫花、甘遂、大戟所主之证。而脉弦主饮，上三味皆

涤饮之良药，虽药性峻毒，然有十枣为主宰，具缓毒和脾悦胃补正之功能，施之于其所当施，必有利而无弊，且此汤非平淡之剂，其奏效必速，如鼓之应桴也。较之后人以二陈汤半贝散止嗽散等治痰饮咳嗽，相去奚啻霄壤。惟尚有肝火刑肺金之咳及痰热伏肺之咳，其脉亦弦，慎不可用十枣汤，总之宜四诊合参，详加审辨，认清病证，然后议药，自鲜错误”。以上所论提出了如下问题：其一，病属重症寒饮；其二，其适应证为：咳嗽的病史较长，咳嗽剧烈，喉中喘吼有声，咳甚则喘吐，面目浮肿，倚息不得卧，大小便不利，脉弦；其三，肝火犯肺或痰热壅肺之热证咳喘禁用十枣汤。就《金匱要略释义》所论，胸膈积饮的十枣汤证，在现代医学的重症哮喘、慢性喘息性支气管炎、肺心病中可以见到这一证候。在临床上对以上疾病，若证属寒饮，用小青龙汤等散寒化饮药无效的重症患者，而且正气不虚，以邪实为主者，不妨试用十枣汤来治疗。

三、溢 饮

溢饮的主证，为四肢浮肿，身体沉重疼痛，治疗上以大、小青龙汤为其主方。原文曰：“病溢饮者，当发其汗，大青龙汤主之，小青龙汤亦主之”。此外仲景则很少论及溢饮的证治。以方测证，大致与水气篇的风水一证有相通之处，究其发病机制，为内有水饮，外感寒邪而触发，除有身体疼痛，四肢微肿外，必兼有寒热或烦躁等里热症状的存在。使用大青龙汤的目的在于解表逐饮，并清里热。但原文中并列小青龙汤的意义，盖属里饮偏重，而泛溢四肢的关系。再从《伤寒论》：“伤寒表不解，心下有水气，干呕发热而渴，或渴、或利、或噎、或小便不利、小腹满或喘者，小青龙汤主之。”又：“伤寒心下有水气，咳而微喘，发热不渴，服汤已渴者，此寒去欲解也，小青龙汤主之”等条文对参，可见本证除肢体沉重微肿的症状外，必有喘咳发热等现象，是为风寒夹饮迫肺的见证，其病机有向

里发展的趋势。故大、小青龙汤两方，实是内外合邪的两种不同机制的处理方法。

所以在临床上，慢性肺源性心脏病心功能不全所致的水肿，其实就是在宿有咳喘的基础上而外感风寒，内外合邪加重了咳喘，诱重了心衰。在这种情况下，应立足于外解表邪，内化水饮，选用小青龙汤化裁治疗。“大青龙汤主之，小青龙汤亦主之”，二者并列，前者当是外有表邪，内有水饮，而后者则是外有表邪，内有郁热，治当外解表邪，内清里热，宜选用大青龙汤。

第三节 肺 胀 病

仲景所说的肺胀，指咳嗽上气病中，内外合邪，邪实气闭，肺气胀满的一种实性病证。临床以咳嗽、喘息，或烦躁等为主要临床表现。

最早提出肺胀这一病名的是《内经》，如《灵枢·胀论》说：“肺胀者，虚满而喘咳”，《灵枢·经脉》云：“肺手太阴之脉……是动则病肺胀满膨膨而喘咳”。指出了肺胀具有胸部胀满而咳嗽喘息的表现特征。张仲景在《内经》的基础上扩充了该病的症状并提出了治法与方药。

仲景说：“上气喘而躁者，属肺胀，欲作风水，发汗则愈。”“发汗则愈”，说明肺胀是外有实邪，闭阻于肺所致。仲景所论“肺胀”有越婢加半夏汤证、小青龙加石膏汤证，二者都是外邪里饮夹热。由此可知，肺胀是指咳嗽上气病中外感风寒或风热，内有水饮，饮郁夹热，致肺失宣降，气实胀满的实证。

一、饮热迫肺证

仲景说：“咳而上气，此为肺胀，其人喘，目如脱状，脉

浮大者，越婢加半夏汤主之”。脉浮主表，也主病在上，脉大主热，风热夹饮邪上逆而出现脉浮大。此属外感风热，水饮内作，以致肺气胀满，水饮夹热而上逆所致。临床表现为：咳嗽、喘息，气粗声高神情紧张，咯吐黄痰或白黏痰，难以咯出，口干口渴，舌苔黄，脉浮大滑数。治宜宣肺泄热，降逆平喘，方用越婢加半夏汤。

二、寒饮夹热证

仲景说：“肺胀咳而上气，烦躁而喘，脉浮者，心下有水，小青龙加石膏汤主之。”其中“烦躁而喘”，“脉浮”，“心下有水”提示了外感风寒，内有水饮，饮郁化热的病机。故以小青龙加石膏汤解表化饮，清热除烦。

饮热迫肺的越婢加半夏汤证与寒饮夹热的小青龙加石膏汤证病机相同，俱属内外合邪，肺气胀满之证。所不同的是，前者是饮热互结，热甚于饮，故重用石膏以清热，配麻黄以发越水气；后者则饮甚于热，故用麻黄配桂枝宣散表寒，配细辛、干姜以散水气，佐少量之石膏以清郁热。

可见仲景所论肺胀，就疾病性质而论，皆为实性咳喘。在病机上认为是内饮与外邪相合、寒邪与热邪错杂为患。在治法上重视表里两解，尤重表散，寒温并用，尤重温化。为后世治疗肺胀奠定了基础。

《备急千金要方·肺实热》认为，肺实热可以引起肺胀。如“右手寸口气口以前脉阴实者，手太阴经也，病苦肺胀汗出，若露上气喘，咽中塞，如欲呕状，名曰肺实热也”。还有“肺胀气抢胁下热痛”，“肺胀胁满呕吐上气”等症状的描述，都是指肺实热证而言。《丹溪心法·咳嗽》认为肺胀的病机与痰瘀互结有关，在治法上提出了养血、活血、降火、疏肝、清痰的观点。如“肺胀而嗽，或左或右，不得眠，此痰夹瘀血碍气而病，宜养血以流动乎气，降火疏肝以清痰”。丹溪用四物

汤加桃仁、诃子、青皮、竹沥、姜汁之类来治疗肺胀。朱丹溪治疗肺胀的方法，对后世影响颇大。如《证治准绳》、《古今医鉴》、《医宗必读》、《张氏医通》、《杂病源流犀烛》等，除本《金匱要略》之说外，均宗丹溪之论。《医学入门·卷四·咳嗽》对肺胀的证候进行了分类。如“若虚胀喘者……，有水停蓄胀者，……若因火伤极无水以升而胀者”。另外《证治汇补·卷五·肺胀》则将肺胀分为“痰夹瘀血碍气，……又风寒郁于肺中，不得发越，喘嗽胀闷者，……有停水不化，肺气不得下降者，肾虚水枯，肺金不敢（得）下降而胀者，……气散而胀者，……气逆而胀者”等证型。以上所言，对指导肺胀的临床辨证均有一定参考价值。

肺胀以咳嗽喘息为主证，属于《金匱》咳嗽上气的范围。然而，是否有关咳嗽上气的条文均属肺胀呢？现代的学者对此看法不尽一致。蒋洁尘认为肺胀只是咳嗽上气门中的一个类型，根据原文所述，越婢加半夏汤和小青龙加石膏汤用于肺胀证治，故肺胀只是咳嗽上气病中寒热夹杂的“寒包热”型而已。于世良认为肺胀作为一个病名，一般病有宿根，且常由外邪触动而发作，病情深重，当属后世所说的哮证。岳在文则认为咳嗽上气与肺胀相当。四版教材《金匱要略选读》把肺胀二字作为咳嗽上气病的病机来认识。《实用中医内科学》把肺胀定义为：“肺胀是因咳嗽、哮喘等证，日久不愈，肺脾肾虚损，气道滞塞不利，出现以胸中胀满、痰涎壅盛，上气咳喘，动后尤显，甚则面色晦暗，唇舌发绀，颜面四肢浮肿，病程缠绵，经久难愈为特征的疾病”。“凡慢性咳喘而有胸闷胀满者，如西医的慢性气管炎合并肺气肿，肺源性心脏病和老年性肺气肿等，均可参照本病辨证论治。”以上认识均可作为参考。

综上所述，仲景所论肺胀，是内饮与外邪相合、寒邪与热邪错杂为患的实性咳喘。如果与西医病名相对应的话，当属于慢性阻塞性肺疾病的急性发作期，对此应效法仲景表里两解，

寒温并用的原则，加减应用越婢加半夏汤或小青龙加石膏汤。慢性阻塞性肺疾病的慢性迁延期或缓解期，则应重视虚实夹杂或以正虚为主的病机，采用攻补兼施或以扶正为主的治法。后世医家对肺胀证治的补充与发挥，值得借鉴。如《丹溪心法》提出的病属痰瘀互结，治宜养血、活血、降火、疏肝、清痰，以及《证治汇补》的分型论治等，对于指导临床具有重要的价值。

第四节 肺 痿 病

痿，同萎，本指草木枯死，可引申为痿废不用。仲景所说的肺痿是肺气痿弱不用之病，多见于肺脏的慢性虚损性疾病，临床表现以气短，咳吐浊唾涎沫，常反复发作作为特征。

《素问·痿论》说：“肺热叶焦，则皮毛虚弱急薄，著则生痿躄也”，又说：“肺者，藏之长也，为心之盖也，有所失亡，所求不得，则发肺鸣，鸣则肺热叶焦。故曰：五藏因肺热叶焦，发为痿躄，此之谓也”。提出了“因肺热叶焦，发为痿”的认识。但作为肺痿病名提出的则始于《金匱要略·肺痿肺病咳嗽上气病脉证治第七》：“热在上焦者，因咳为肺痿”。

根据其成因以及脉症的不同，又可分为虚热肺痿与虚寒肺痿两种证候。

一、虚 热 肺 痿

《金匱要略·肺痿肺病咳嗽上气病脉证治第七》说：“问曰：热在上焦者，因咳为肺痿。肺痿之病，从何得之？师曰：或从汗出，或从呕吐，或从消渴，小便利数，或从便难，又被快药下利，重亡津液，故得之。曰：寸口脉数，其人咳，口中反有浊唾涎沫者何？师曰：为肺痿之病。……脉数虚者为肺痿，……。”指出了肺痿的病因病机是热在上焦，肺受熏灼，

肺的宣降功能失常，肺气上逆而咳。“因咳为肺痿”，是指因咳嗽日久不愈或反复发作，久咳则肺气痿弱不振，因而形成肺痿，这是一个导致肺脏损伤的慢性发病过程。致热的原因很多：或发汗过多；或因呕吐频作；或因消渴、小便利数；或因便难，又被攻利太过，等等。这些情况，均可导致“重亡津液”，而津液伤则阴虚，阴虚则生内热，内热熏灼肺部，从而形成本病。“寸口脉数”，是热在上焦的征象，肺被熏灼，因而作咳。阴虚肺热，理应干咳无痰，而反咳吐浊涎沫，这是因为肺气痿弱，不能敷布脾气上散之津液，又为热邪熏灼，以致成为稠痰白沫，随肺气逆而吐出，此为肺痿特征。

虚热肺痿的主要成因：“重亡津液”，阴虚内热，熏灼肺部，肺气上逆而咳，久咳则肺气痿弱不振，肺叶枯萎不用而成肺痿。其主要脉证：咳吐浊唾涎沫，短气，脉数虚。此属内伤阴虚咳嗽的范畴。

关于虚热肺痿的治疗，仲景在本条文中，有论无方，而在本篇中的第十条“大逆上气，咽喉不利，止逆下气，麦门冬汤主之”所及之麦门冬汤，被多数医家认为是治疗虚热肺痿的专方。如《肘后方》说：“麦门冬汤肺痿咳唾，涎沫不止，咽燥而渴”。

临床上凡是久治不愈或反复发作的内伤咳嗽，如肺间质纤维化、咽喉源性咳嗽、咳嗽变异型哮喘等，证属肺阴不足，阴虚火旺，症见咳嗽，咳吐黏痰，咯出不爽，或伴有阴虚内热表现者，均可按肺痿进行论治，方选麦门冬汤加减。值得提出的是，临床上有的医生遇到阴虚火逆咳喘之证，在选用麦门冬汤时，嫌半夏性燥而弃之不用，其实这是过于多虑，或者说不明仲景组方之意。麦门冬汤之所以伍用半夏，是针对其“上气”，取其降逆下气，化痰开结之功，更况半夏的用量，只有麦门冬的七分之一，与大量清润药物相伍，则无致燥之弊，仲景制方很有分寸。就像《医通》说：“俗以半夏性燥不用，殊失仲景

立方之旨。”所以在使用本方治疗虚热肺痿时，切不可弃半夏而不用，但是其用量比例应严格按仲景的原方用量投入，否则会降低疗效。

二、虚寒肺痿

《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病脉证治第七》说：“肺痿吐涎沫，而不咳者，其人不渴，必遗尿，小便数，所以然者，以上虚不能制下故也。此为肺中冷，必眩，多涎唾，甘草干姜汤以温之。若服汤已渴者，属消渴。”提出了虚寒肺痿的主要病因病机以及临床表现。

仲景所说的“此为肺中冷”，“上虚不能制下”，提示肺气虚冷为虚寒肺痿的病机。肺主气司宣发，若“肺中虚冷”，气失宣发，则津液不能洒陈于脏腑，反聚肺中，遂频吐涎沫，且口中唾液多。肺气虚通调失常，津液直趋膀胱，故小便频数或遗尿。因上焦虚寒，肺气痿弱，所以嗽痰而咳反轻。“不渴”是虚寒肺痿的主症之一，辨证时具有鉴别意义。一是与虚热肺痿相区别。因虚热肺痿是“热在上焦”，且始于“重亡津液”，所以可能口渴。本证则上焦无热，反而虚冷，当然不渴。二是与消渴病相鉴别。虚寒肺痿虽小便数，却口不渴，与消渴病小便多，必然口渴引饮不同。肺气虚寒，致清阳不能上升，头目失于温养，故眩。

虚寒肺痿的主要成因：上焦阳虚，肺中虚冷，久则肺气痿弱不振，肺叶枯萎不用而成肺痿。主证：多涎唾，必眩，不渴，小便数。属内伤阳虚咳嗽的范畴。

虚寒肺痿的治疗，应针对肺中虚冷，以温肺复气为治法，方用甘草干姜汤。在临床上，对于单纯型慢性支气管炎见痰多清稀，畏寒，背冷，舌质淡，苔白润或白滑者，可按虚寒肺痿论治，采用甘草干姜汤常可取得满意疗效。

在临床上，无论虚热肺痿还是虚寒肺痿，除了具有上述诸

脉证外，有时也可兼有上气（在咳嗽、咳痰的同时兼有喘息）。如《金匱要略·脏腑经络先后病脉证第一》说：“息张口短气者，肺痿唾沫”，此指虚寒性肺痿所伴有的喘息。所以，某些慢性喘息型支气管炎见虚寒者，也可参照虚寒肺痿论治。再如《金匱要略·肺痿肺病咳嗽上气病脉证治第七》中的第十条“大逆上气，咽喉不利，止逆下气，麦门冬汤主之”之“上气”，则含有喘息之意，某些病史较长的肺间质纤维化患者，在咳嗽的同时往往伴有喘息或气促，若证属虚热者，也可参照虚热肺痿论治。

《金匱要略》有关肺痿的论述较少，后世医家对肺痿的证治进行了补充与发挥。如《诸病源候论》说：“肺主气，为五脏上盖，气主皮毛，故易伤于风邪，风邪伤于肺脏，而气血虚弱，又因劳役大汗之后，或经大下而亡津液，津液竭，肺气壅塞，不能宣通诸脏之气，因成肺痿”。对其成因，明确地指出是外邪犯肺，或劳役过度，或大汗、大下之后，阴津亏耗，肺气受损，壅塞而成。又说：“咳唾咽燥欲饮者，必愈；欲咳而不能咳，唾干沫，而小便不利者难治”。指出咳唾沫爽与不爽，小便利与不利等，与预后的相关性。《备急千金要方》认为，“肺痿有寒热之分，从无实热之例”。提出了肺痿属虚证，有寒热的不同。在治疗上“肺痿涎唾多出血，心中温温液液，甘草汤方”；“治肺痿咳唾涎沫不止，咽燥而渴，生姜甘草汤方”；“治肺痿吐涎沫不止，桂枝去芍药加皂荚汤方”。《医门法律》对于本病治法主张“缓而图之，生胃津，润肺燥，下逆气，开积痰，止浊唾，补真气以通肺之小管，散火热以复肺之清肃”。创清燥救肺汤，“治诸气贲郁，诸痿喘呕”，后世推崇治疗虚热肺痿。《杂病源流犀烛》说：“大约此症总以养肺、养气、养血、清金降火为主”，“切忌升散辛燥温热”，指出了肺痿的治法与禁忌。《外台秘要》用炙甘草汤，“治肺痿涎唾多，心中温温液液者”，炙甘草汤以生津润燥为主，适用于虚热肺痿。《三

因方》载人参甘草汤，“治肺痿，咳唾涎沫不止，咽燥而渴”，宜于虚寒肺痿。《金匱辑义》说：“此证虽云肺中冷，其源未曾不由胃阳虚乏，故主以此方（甘草干姜汤），盖与大病瘥后喜唾者，主以理中汤意略同。”因此，甘草干姜汤中加入白术、人参、茯苓之类，则效力更佳。《证治汇补》认为，肺痿“治宜养血润肺，养气清金，初用二地二冬汤以滋阴，后用门冬清肺饮以收功”。《临证指南》治“肺痿，频吐涎沫，食物不下，并不渴饮，岂是实火！津液荡尽，二便日少。宗仲景甘草理胃，乃虚则补母，仍佐宣通腕间扞格。人参、麦冬、半夏、生甘草、白粳米、南枣肉”。《医学心悟》说：“久咳不止，时吐白沫，如米粥者，曰肺痿，此火盛金伤，肺热而金化也，保和汤主之。”此方滋阴清热，润燥生津，且能化痰宣肺，为虚热肺痿之良方。

晁恩祥教授对汉代以后有关肺痿的文献进行了系统的研究。他对 28 位医家的 62 条论述进行了统计分析。其中论及症状处 48 条，出现各种症状 130 余条次，涉及症状 10 余种，重复出现者为：咳嗽 25 条，唾涎沫 25 条，喘息 23 条，咳血 11 条，寒热 9 条，烦渴 8 条，咽不利 8 条，汗出 4 条，消瘦食少 4 条，另外提及的是眩、毛枯等。其中最为集中的是咳嗽，占 52.08%，唾涎沫占 52.08%，喘息占 47.92%。在治法方面，以养阴为多，其次有益气、清热、化痰、活血、降气、温肺等。所选用养阴类药物有麦冬、天冬、沙参、玉竹、鳖甲；清热类药物有知母、芦根、竹叶、生地、赤芍、地骨皮、射干、桑皮、柴胡、葛根；益气健脾类药物有甘草、人参、党参、黄芪、白术、山药、茯苓、大枣等。这一研究总结了古人对肺痿的证治规律，归纳了历代医家在继承仲景肺痿证治的基础上对其症状、治法以及方药的补充。这对于进一步研究肺痿的证治提供了可资借鉴的文献学资料。

印会河教授认为，肺痿的病机是由于阴虚津亏肺热，遂至

肺气升多降少，肺气不降则发为喘咳，重者倚息难以平卧，甚至唇面爪甲青紫。对其临床表现认为，肺痿咳喘虽甚，总以无痰为主，常见口燥咽干，重者才有吐白沫，其痰的特点为：不带痰块，胶粘难出；必伴口燥咽干；白沫之泡小于粟粒，轻如飞絮，结如棉球，有时粘在唇边，吐不下来，此不可误为一般水湿所生的泡沫痰。在治疗上，主要用喻昌的清燥救肺汤加减。强调了其病机为“肺气升多降少”，咳与喘的症状可以同见，对其痰的特点的描述确为经验之谈，这对于指导临床的辨证具有重要的价值。

李士懋提出肺痿当以虚热为主，其性质为肺热、阴伤、气耗，而虚寒型肺痿属变证，可以由形寒饮冷伤肺或阴病及阳所造成。强调仅以咳吐浊唾涎沫，脉虚数为肺痿主证是不完全的，应补充骨蒸盗汗、五心烦热、痰中带血、消瘦或声哑喉痹等症。

从后世对肺痿的补充与发挥中可以看出，肺痿的病机，较多学者强调阴虚肺燥，热在上焦。在治疗上多从养阴清热入手，而对虚寒肺痿的论述相对较少。这与《金匱》中对肺痿从虚热角度强调较多，而且指明是热在上焦，因咳为肺痿有关。就临床所见，虚寒肺痿也并非少见。如慢性阻塞性肺疾病，常常可以见到这一证候，临床上应引起重视。

著名中医呼吸病专家晁恩祥教授认为：由各种原因所致的以肺脏萎缩为基本病理特征，以咳喘唾涎为主要临床表现的慢性虚损性难治性病证，预后不佳，与西医学各种原因所致的肺纤维化相关。《实用中医内科学》认为：举凡各种原因所致的慢性咳嗽，如西医的慢性支气管炎、支气管扩张、慢性肺脓疡后期、肺纤维化、肺不张、肺硬变、矽肺等，经久不愈，咳唾稠痰、脓痰或涎沫，或痰中带血丝、咯血者，均可参照肺痿的辨证论治。

汉以后的古代医家以及现代学者，对肺痿的证治从不同的

角度进行了研究，这些理论认识、临床经验、研究成果，对于加深对肺痿的认识，拓展肺痿的辨治思路，具有一定的指导意义。

综上所述，仲景所说的肺痿病，不管是虚热肺痿还是虚寒肺痿，在认识上均应着眼于一个“痿”字，是肺气受损，津液耗伤，肺叶痿弱所形成。其咳浊唾涎沫，短气或喘息，是反复发作、病史较长的一个慢性过程，属于内伤虚咳或虚喘的范畴。临床上对于肺脏的慢性虚损性疾病均可参照肺痿病进行辨治。

第五节 肺 痈 病

痈，《释名·释疾病》曰：“壅也，气壅痞结裹而溃也”。肺痈是因风热犯肺，内郁不解，热壅血瘀，发展到蓄结痈脓的一种疾病。临床上表现为发热、咳嗽、胸痛、咳痰量多、气味腥臭，甚者咳吐脓血。

《素问·大奇论》有“肺之雍，喘而两胠满”的记载，但是首次提出肺痈病名的则是《金匱要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治第七》：“咳即胸中隐隐痛，脉反滑数，此为肺痈，咳唾脓血”。

《金匱要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治第七》说：“问曰：病咳逆，脉之何以知此为肺痈？当有脓血，吐之则死，其脉何类？师曰：寸口脉微而数，微则为风，数则为热；微则汗出，数则恶寒。风中于卫，呼气不入；热过于营，吸而不出。风伤皮毛，热伤血脉。风舍于肺，其人则咳，口干喘满，咽燥不渴，多唾浊沫，时时振寒。热之所过，血为之凝滞，蓄结痈脓，吐如米粥。始萌可救，脓成则死”。据仲景所论，外感风热之邪当是其病因。根据肺痈发病过程的不同阶段而产生相应的病机以及主要脉证。大致可分为三个阶段：其一，表证期：

本病初起，为风热袭表，卫表不固，腠理疏松，而见自汗出、发热恶寒、寸口脉浮而数等风邪侵袭卫表症状。此时是“风出于卫”、“风伤皮毛”的阶段；其二，酿脓期：若在表之邪入里，风热内壅，肺气不利，气不布津，痰涎内结，瘀热成痈。症见咳嗽口干，喘满，咽燥不渴，胸痛，咳吐臭痰，时时振寒，脉象滑数或数实。此时是“风舍于肺”的阶段。其三，溃脓期：风热毒邪壅聚，深入营血，热毒炽盛，血瘀痰阻，腐血败物，痈脓溃破。症见咳吐脓血，腥臭异常，形如米粥。此时是“脓成”的阶段。

一、邪实壅滞

《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病脉证治第七》说：“肺癰，喘不得卧，葶苈大枣泻肺汤主之”。“肺癰胸满胀，一身面目浮肿，鼻塞清涕出，不闻香臭酸辛，咳逆上气，喘鸣迫塞，葶苈大枣泻肺汤主之”。以上两条论述肺癰邪实壅盛的证治。肺癰为患，因热邪以及浊唾涎沫壅滞于肺，故胸胀满而不能平卧；肺气被壅，宣降失常，故喘咳，喘鸣迫塞；肺失通调，水津不布，故一身面目浮肿；肺窍不利，故鼻塞流清涕，不闻香臭酸辛。属于邪实气闭的实证。治宜泻肺逐邪，开宣肺气，方用葶苈大枣泻肺汤。

二、血腐脓溃

《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病脉证治第七》说：“咳而胸满，振寒脉数，咽干不渴，时出浊唾腥臭，久久吐脓如米粥样，为肺癰，桔梗汤主之”。仲景指出了肺癰血腐脓溃期的主要临床表现以及方药。肺癰血腐脓溃这一阶段的主要病机在于热毒蕴蓄，腐血败肉酿成痈脓，则时出浊唾腥臭，吐如米粥之状。热毒壅肺，肺气不利，则咳而胸满。邪热盛，正邪交争，则振寒脉数。热邪入于血分，故咽干不渴。治宜理肺开结，祛

痰排脓，方用桔梗汤。

仲景对肺病的病因病机以及主证论述较详，但是在肺病各期的治疗方面尚不完备，经历代医家通过临床实践，进行了不断地补充与发挥。

《备急千金要方》针对“咳有微热、烦满、胸中甲错，是为肺痈”，以清热化痰、活血排脓为治法，提出了治疗肺痈脓已成的名方苇茎汤：苇茎二升，薏苡仁半升，桃仁五十枚，瓜瓣半升。《外台秘要》有肺痈方九首，其中“疗肺痈经时不瘥”的桔梗汤，就是在《金匱要略》桔梗汤的基础上加地黄、当归、白术、薏苡仁、败酱草、桑白皮而成，治肺痈经久不愈，气血衰弱者。还用桔梗白散“治咳而胸满，振寒脉数，咽干不渴，时出浊唾腥臭，久久吐脓如米粥者……”。本方即《伤寒论》三物白散，用治肺痈重证，脉证俱实者。《外科正宗》根据肺痈病机演变及证候表现，提出初起在表者宜散风清肺，已有里热者宜降火抑阴，成脓者宜平肺排脓，脓溃正虚者宜补肺健脾等治疗原则。《张氏医通》认为应“乘初起时极力攻之”。《杂病源流犀烛》治疗肺痈力倡“清热涤痰”。《医门法律》提出以“清肺热，救肺气”为要领。《类证治裁》主张“利气疏痰，降火排脓”等等。

根据历代医家对肺痈证治的补充与发挥，并结合现代临床经验，对肺痈的治疗宜分四期辨治。

初期：症见恶寒发热，咳嗽，胸痛，咳则痛甚，呼吸不利，咯白色黏痰，痰量日渐增多，舌苔薄黄，脉浮数而滑。治宜疏风清热，宣肺化痰。方选银翘散加鱼腥草、黄芩、贝母、杏仁等随症加减。

成痈期：症见壮热，咳嗽气急，咯吐黄稠黏痰，自觉喉间有腥味，胸肋疼痛，转侧不利，汗出烦躁，口干咽燥，苔黄腻，脉滑数或洪数。治宜清热解毒，化瘀消痈。方用《千金》苇茎汤合金解毒散加银花、连翘、鱼腥草等随症加减。若咳

而喘满者，合用葶苈大枣泻肺汤。

溃脓期：症见咳吐大量脓血痰，或如米粥，腥臭异常，胸中烦满而痛，甚则喘不能卧，身热面赤，烦渴喜饮，舌质红，苔黄腻，脉滑数。治宜清热解毒，化瘀排脓。方用桔梗汤和《千金》苇茎汤加鱼腥草、败酱草、黄芩，白茅根等随症加减。

恢复期：症见身热渐退，咳嗽减轻，脓痰日渐减少，或有胸胁隐痛，短气，自汗盗汗，心烦，口燥咽干，舌质红，苔黄，脉细数。治宜养阴益气，扶正托邪。方用《济生方》桔梗汤、桔梗杏仁煎随症加减。

根据仲景对肺痈病因病机以及临床表现的描述，本病与西医的肺脓肿最为相似，可参照肺痈辨证论治。其次，支气管扩张并感染的病人，表现为发热，咳吐大量黄痰，痰中带血，或咳吐脓血者，也可参照肺痈辨证论治。



第四章 仲景病邪理论与呼吸病证治

第一节 寒 邪

仲景所著《伤寒论》以“伤寒”命名，“伤寒”一词既是病名又含有病因学概念。纵观全书，重在论述人体感受寒邪所致疾病的辨证论治规律。由是观之，寒邪致病是张仲景最重要的病邪理论之一。

肺为华盖，外合皮毛，开窍于鼻，直接与外界相通，极易感受风寒之邪，从而导致肺的宣降功能失常，产生相应的疾病。所以全面了解张仲景寒邪致病理论，对于指导呼吸病的辨证论治，具有重要的意义。

一、寒为六淫之首

《伤寒论·伤寒例》云：“冬时严寒，万类深藏，君子固密，则不伤于寒，触冒之者，乃名伤寒耳。”这里所说的“触冒之者”也就是感受寒邪，而导致伤寒病。

寒为六淫之首，如《伤寒论·伤寒例》说：“春气温和，夏气暑热，秋气清凉，冬气冰冽，此则四时正气之序也。……其伤于四时之气，皆能为病，以伤寒为毒者，以其最具杀厉之

气也。中而即病者，名曰伤寒。不即病者，寒毒藏于肌肤之中，至春变为温病，至夏变为暑病。是以辛苦之人，春夏多温热病，皆由冬时触寒所致。”由此可知，四时之气虽为正常的气候变化，但触冒其太过之气之后，皆能导致疾病的发生，然四时正气之中，尤以寒邪致病最广，为患最重，故为四时正气为病之主因。之所以偏重寒邪为病，其原因在于寒为阴，阴主杀，阴寒为病，每易伤人身之阳，故最具杀厉之气。当时认为，感受冬日寒邪，感而即病者名伤寒（狭义），若感而不即发，寒毒藏于肌肤之中，至春感温气而发者名曰温病，至夏感暑气而发者名曰热病。因温病与暑病皆因冬时感寒而发。可见寒邪致病的重要性。

宋代庞安石《伤寒总病论》主“病因说”（寒毒说）。认为一切外感病都是由于感受“寒毒”引起的，只是由于感受邪气的时间不同，以及发病的季节不同，而表现出伤寒、温病、湿病等不同的病证及其病机变化。庞安石在病因上强调“寒毒”的概念就是继承和发挥了仲景寒邪致病的病邪理论。

二、寒邪致病的条件

《金匱要略·脏腑经络先后病脉证第一》说：“夫人禀五常，因风气而生长，风气虽能生万物，亦能害万物，如水能浮舟，亦能覆舟。若五脏元真通畅，人即安和……”。自然界正常的气候，能生长万物；不正常的气候，能伤害万物，对人体亦不例外。但人对自然不是无能为力的，只要五脏真气充实，营卫通畅，抗病力强，则虽有寒邪也不会致病。《灵枢·邪气脏腑病形》更明确地指出：“邪之中人，或中于阴，或中于阳，上下左右，无有恒常，其故何也？……中人也，方乘虚时”。说明寒邪的侵袭，是乘人体正气虚弱之时，或卫外不固，开合失常，或脏腑气血不足，功能失调，而中伤人体，且从正气所虚之处侵入，即所谓虚处受邪，而引起各种不同的疾病。如果

人体正气强盛，卫外固密，气血充盈，脏腑功能正常，寒邪就无从侵入，疾病也就无由发生。这正如《灵枢·百病始生》所云：“……盖无虚，故邪不能独伤人”；也就是《素问遗篇·刺法论》所说：“正气存内，邪不可干”的道理。此外，感邪后发病之轻重也与体质的强弱及正邪对比有重要的关系，即正盛邪衰者病轻易愈，正衰邪盛者病重易变。另一方面，感受寒邪后，究竟发为阳证还是阴证，是自太阳经表而发还是直中三阴等，亦与人的体质有关。

三、寒邪易夹风袭表治当汗解

《伤寒例》云：“凡伤寒之病，多从风寒得之，始表中风寒，入里则不消矣，未有温覆而当不散者。”寒邪致病，多于风邪相夹，同犯于肌表，而导致太阳病。

太阳主肤表而统营卫，“为一身之藩篱”，风寒之邪侵袭人体，首先侵犯肌表，故太阳首当其冲。寒为阴邪，易伤阳气，故《素问·阴阳应象大论》说“阴胜则寒”，“阴胜则阳病”，如风寒外束，卫阳受损，肌表失于温煦，可见恶寒。寒性凝滞主痛，《素问·痹论》说：“寒气入经而稽迟，泣而不行，客于脉外则血少，客于脉中则气不通，故卒然而痛”，太阳经脉上额，交巅，入络脑，还出别下项。若风寒之邪侵袭肌表，使营卫失调，太阳经气不利，可见头项强痛。寒邪袭表，正气因抗邪而复盛于外，气血必充盛于表，而出现浮脉。所以《伤寒论》第1条说：“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒”。太阳病又有太阳中风、太阳伤寒之分，但是，脉浮，头项强痛，恶寒是太阳病的必有症状（提纲证）。

（一）太阳伤寒证

《伤寒论》第3条说：“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒，体痛，呕逆，脉阴阳俱紧者，名为伤寒”。太阳伤寒证是太阳病的重要类型，即在太阳病脉浮、头项强痛而恶寒的基

基础上，不论发热或尚未发热，见体痛、呕逆、脉阴阳俱紧等脉证者，为太阳伤寒证。主要是由于风寒之邪侵袭体表，腠理致密，卫阳郁闭，营阴郁滞所致。

风寒袭表，卫气抗邪，正邪相争，必然发热，故发热是太阳伤寒的主证之一，仲景言发热用“或已”、“或未”不定之辞，说明太阳伤寒证的发热有迟早的不同，其原因与感邪的轻重、体质的强弱、卫阳反应的迟速等有关。“已发热”是风寒袭表，卫气能及时伸展与邪相争，故起病即见发热；“未发热”是感受风寒较重，卫阳郁闭不能及时伸展，未能及时达表抗邪，故发热较迟。然卫表既已受邪，卫气终究要达表与邪相争，故发热为必有之证。太阳为寒水之经，风寒之邪侵袭太阳，卫阳为之束缚，不能温分肉，故必恶寒。也就是说，太阳伤寒证之发热可有迟早，而恶寒则必与病同见。风寒束表，不仅卫阳郁闭，而且营阴郁滞，使太阳经气运行受阻，故太阳伤寒证除头痛之外，尚多身痛。风寒袭表，卫郁不宣，可影响肺胃的和降功能，出现呕逆，但这不是太阳伤寒的主要表现。脉阴阳俱紧即三部脉俱现浮紧之象，浮乃正邪相搏于表，紧乃寒邪较甚、卫阳闭遏、营阴郁滞不利所致。从以上脉证分析，可知太阳伤寒证的病机特点是卫阳郁闭、营阴郁滞。

另外，太阳伤寒证除了表现为以上症状外，还可见有咳嗽、喘息等呼吸系统的症状。如《伤寒论》第35条说：“太阳病，头痛发热，身疼腰痛，骨节疼痛，恶风无汗而喘者，麻黄汤主之。”

寒邪袭表，在治疗时当以祛邪，祛邪当给邪以出路，所以法当发汗解表。

方用麻黄汤。本方以四味药成方，君麻黄者，以其辛温发汗，解散风寒之力胜也，更有宣肺平喘之功，故为主病之药。桂枝辛温，为解肌祛风之要药，能协同麻黄增强发汗解表之力，是为臣药。杏仁宣肺平喘，协同麻黄，功力显著，故为佐

药。炙甘草益中焦，意在顾护汗源，更能调和诸药，故为使。诸药相合，可奏发汗解表，宣肺平喘之功。

临床上，对普通感冒、流行性感冒所出现的发热恶寒、头痛项强、周身或骨节疼痛、无汗、脉浮紧者，可按太阳伤寒辨证，发汗解表，以麻黄汤为主方加减治疗。另外，对于慢性喘息性支气管炎的急性发作期、急性支气管炎、肺炎初期症见喘息、咳嗽、发热恶寒、无汗者也可用麻黄汤为主方发汗解表，宣肺平喘。

（二）太阳中风证

《伤寒论》第2条说：“太阳病，发热，汗出，恶风，脉缓者，名为中风”。太阳中风证，以脉浮缓、汗出、恶风、发热、头痛为主要脉证，因腠理疏松，风寒袭表，卫外不固，营不内守所致。

条首冠以太阳病，说明在第1条太阳病脉证的基础上，又见发热、汗出、恶风、脉缓的，就是太阳中风证，又称太阳表虚证。从体质而言，此类患者一般体质较弱，肌肤疏松，一旦感受风寒，则卫阳浮盛与邪相争，故发热；卫阳为外邪所伤，加之肌腠不密，则卫外不固，营不内守，于是营阴外泄而为汗；卫气不能温分肉，且汗出毛窍疏松，不胜风袭，故恶风寒；脉浮乃正气抗邪于表所致，兼缓则与营阴失守、汗液外泄有关。

治宜解肌祛风，调和营卫。方用桂枝汤。方中桂枝辛温，温通卫阳而解肌祛风；芍药苦酸微寒，益阴和营。桂枝、芍药等量配伍，具有调和营卫之功。生姜辛温，佐桂枝辛甘化阳，且能降逆止呕。因脾胃为营卫生化之本，故用大枣味甘，益脾和胃，助芍药益阴以和营。炙甘草味甘性温，补中益气，调和诸药，伍桂、姜可化阳；配芍、枣能化阴。诸药配伍，共成解肌祛风，调和营卫之剂，主治太阳中风证。

在临床上，对普通感冒、流行性感冒所出现的发热恶寒、

头痛项强、自汗、鼻鸣干呕、脉浮缓者可按中风辨证，以桂枝汤为主方加减治疗可取得满意的疗效。

四、寒邪可同犯表里治当温阳发汗

寒邪除了“始表中风寒”外，还可以直中少阴，或太少两感。如《伤寒例》云“若两感于寒者，一日太阳受之，即与少阴俱病……”。形成太少两感证。其发病的基础是少阴里阳虚，太阳和少阳同时感受风寒之邪而成本证。

《伤寒论》第301条说：“少阴病，始得之，反发热，脉沉者，麻黄细辛附子汤主之”。第302条说：“少阴病，得之二三日，麻黄附子甘草汤微发汗，以二三日无里证，故微发汗也。”发热一般多为太阳表证，太阳病其脉当浮，现脉不浮而沉，沉脉主里，为少阴里虚，脉证合参，是证当属少阴阳虚兼太阳表寒证，亦即后世所谓太阳与少阴两感证。此为两经兼病，亦即表里同病，其治当视表里证之轻重缓急而确定是先表后里还是先里后表，抑或表里同治。

郝万山教授认为：具体治疗方法分四个阶段：①若始得之，即太少两感得病的第一天，用麻黄细辛附子汤温经发汗，表里双解。②若得之二三日，尚没有出现下利清谷、手足厥逆等里阳虚的证候，但因病已延至二三天，恐少阴阳虚有所发展，不任麻黄细辛附子汤发汗，则改用麻黄附子甘草汤温经微发汗。③如果用过上述两方后，太少两感之证并没有得以缓解，则应如第92条所述，“病发热，头痛，脉反沉，若不差，身体疼痛，当救其里，宜四逆汤。”其中“若不差”，即是指用过麻黄细辛附子汤和麻黄附子甘草汤后，病没有好转的意思。④如已见下利清谷、手足厥逆之里证，虽有身疼痛，则二方也皆不可用，当先用四逆汤救里，再行解表，这就是第91条所说的：“伤寒，医下之，续得下利清谷不止，身疼痛者，急当救里；后身疼痛，清便自调者，急当救表。救里宜四逆汤，救

表宜桂枝汤。”厥阴病篇第 372 条“下利腹胀满，身体疼痛者，先温其里，乃攻其表。温里宜四逆汤，攻表宜桂枝汤”也是同样的意思。

麻黄细辛附子汤：麻黄解太阳在表之邪。附子温少阴在里之阳。麻、附相伍，温经通脉，助阳发表。细辛辛温，与麻黄相伍，有温经散太阳表寒之效；与附子相配，有散少阴里寒之功。三药同用，共成温经发汗之代表方。

麻黄附子甘草汤：由麻黄细辛附子汤去细辛加炙甘草而成，麻、附之作用与前方无异，炙甘草在方中的作用有三：一则以甘缓之性缓麻黄发汗之力，以求微微得汗而解；二则配附子辛甘化阳，固护少阴阳气；三则补中焦，资化源，以为汗液之资。和麻黄细辛附子汤比较，其发汗力量更为温和，而助阳之力有所增强。

在临床上，有些老年患者或久病体弱者，因其素体肾阳亏虚，又感受风寒所致的感冒、流行性感，常可出现太少两感证，即通常所说的阳虚感冒，采用温阳解表，方用麻黄细辛附子汤可收到良好的疗效。运用麻黄细辛附子汤治疗感冒的审证要点为：发热恶寒，四肢不温，舌质淡，脉沉。另外，对于慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、慢性肺源性心脏病等，证属阳虚，感受风寒而诱发宿疾，症见咳嗽或喘息，咯白色清稀痰或白沫痰，发热恶寒，四肢不温，舌质淡，苔白滑，脉沉，也可立足于扶正祛邪，助阳解表，方选麻黄细辛附子汤或麻黄附子甘草汤加减应用。

五、寒邪袭表可引动伏饮治当发汗化饮

《伤寒论》第 40 条说：“伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，或渴，或利，或噎，或小便不利，少腹满，或喘者，小青龙汤主之”。肺外合皮毛，为水之上源。如肺气不调，素有寒痰水饮，又复感风寒，极易引动伏饮，内外合邪，而形

成外寒内饮之病。肺气不宜，故表实而无汗；肺失宣降，故咳嗽而喘逆；咳喘是本证的重点，水气流散无定，上阻气道，肺气失宣，则喘咳；中阻胃脘，则干呕；肺气失于肃降，停于下而不去，膀胱失于气化，则小便不利、少腹满；如水结不化，则津液不能上布口唇而口渴。若水气郁结过久，又多有化热倾向，一旦饮与热结，热居水中，饮为热灼，最难剥离，而致病情反复不愈。

治当发汗解表，温化水饮。方用小青龙汤。本方从药物组成来看，是麻黄汤、桂枝汤合方（剂量与原方小异，与桂枝麻黄各半汤相去甚远）去杏仁、生姜、大枣，加干姜、细辛、半夏、五味子而成，意在辛温解表，以散外感之风寒；辛散温化，而蠲内停之水饮。麻黄为本方之主药，有发汗、平喘、利水之功，是一物而三任也。又与桂枝为伍，则增强通阳宣化之效。桂枝与芍药相配，调和营卫。干姜、细辛，大辛大热，散寒宣肺，化痰涤饮。五味子敛肺止咳，而不使麻桂姜辛等升散太过。大凡外感咳喘，多忌芍药、五味子之类，恐其敛邪不散，致生他变，而本方有此二味，当知其与麻桂姜辛等同用之妙，是开阖适宜，升降得法，对外寒内饮之证，尤为相宜。半夏降逆化饮，与上述诸药相配，其功更著。甘草和中，又能调和诸药。众药相合，可奏辛温解表，温化水饮之效。

外寒内饮证，在呼吸病中是一常见的证候，如慢性支气管炎、支气管哮喘等常可出现本证。在辨证时，应该抓住咳嗽（或喘息），咯白色泡沫痰，恶寒，或恶寒发热，舌质淡，苔薄白这几个主症以及舌象特点。只要具备以上见证，则可选用小青龙汤，发汗解表，温化水饮，收效甚捷。

第二节 痰 饮

“痰饮”二字始见于《金匱要略》。如《金匱要略·痰饮咳

嗽病脉证并治第十一》以痰饮名篇，篇中提出了痰饮病的四种证候：“……有痰饮，有悬饮，有溢饮，有支饮”。又说：“……其人素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声，谓之痰饮；饮后水流在胁下，咳唾引痛，谓之悬饮；饮水流行，归于四肢，当汗出而不汗出，身体疼重，谓之溢饮；咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿，谓之支饮”。对每一证候的饮停部位以及临床表现进行了论述。另外，还根据水饮病邪的轻重、停蓄的长短、病位的深浅，提出了“留饮”、“伏饮”、“微饮”。留饮是指水饮久留而不去者，伏饮是指水饮深伏而难除者，微饮是指水饮之轻微者。

本篇篇名将痰饮与咳嗽并列，是说咳嗽是由痰饮引起的，二者存在着因果关系。由此可见，《金匱要略》所论及之“痰饮”既是病名，又是病因（病邪）。所以深入探讨仲景痰饮致病以及证治理论对于呼吸病的治疗具有重要的意义。

一、痰饮的病因病机

痰饮之“痰”当时本作“淡”。如《说文》“淡，水动貌也”，在晋唐时，如《脉经》、《千金翼》中均作“淡饮”，唐·玄应《一切经音义》云：“淡饮，谓膈上液也”，可见，痰饮是形容水饮澹荡流走之状。仲景所论痰饮主要涉及水饮、水湿，也隐含了后世所说的痰的概念。

《素问·经脉别论》说：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。”人体各脏腑组织器官，是一有机的统一体，脏腑的气化功能正常是水液正常代谢之保障。其中尤以肺、脾、肾、三焦之气化功能与水液代谢的关系更为密切。此外，心、肝二脏对水液代谢亦有重要作用。痰饮的发生发展，与上述诸脏有着密切的关系。其中任何一脏的功能发生障碍，都可导致水湿痰饮发生。

水湿痰饮是机体水液代谢障碍所形成的病理产物。这种病理产物一经形成便作为一种新的致病因素作用于机体，导致脏腑功能失调，继而引起各种复杂的病理变化。

水湿痰饮同源而异流，分之为四，合则为一，它们都是人体的津液在输布和排泄过程中发生障碍，停留于体内而形成的病理产物。一般认为，湿聚为水，积水成饮，饮凝成痰，因而就形质而言，稠浊者为痰，清稀者为饮，更清者为水，而湿乃水液弥散浸渍于人体组织中的状态，其形质不如痰饮和水明显。由于水湿痰饮均为津液在体内停滞而成，因而许多情况下水、湿、痰、饮并不能截然分开，故常常统称“水湿”、“水饮”、“痰湿”、“痰饮”等等。（童瑶主编．中医基础理论．北京：中国中医药出版社，1999.407）

《金匮要略》虽然没有直接论述痰饮的形成，但是按照其对痰饮证治的论述，可间接的以证推因，或以方测证，以证求因。如“膈上病痰，满喘咳吐，发则寒热，……必有伏饮”。指出了“支饮”的发病特点：患者素有咳喘（如慢性支气管炎、支气管哮喘），内有伏饮，感受风寒，内外合邪，则旧病复发，而见恶寒发热，胸满气喘，咳嗽咳痰。这可反映三个问题：其一，“膈上病痰”、“必有伏饮”，说明支饮的内在病因是痰饮内伏，痰饮既是病理产物又是一种致病因素，是招致外邪侵袭的内在病因；其二，究其所由生，也就是导致痰饮内伏的原始病因当属外感风寒，影响了肺的宣降、通调功能，使水湿内停，聚而为饮，继则成痰；其三，二者可相互影响，互为诱因，形成恶性循环，使病情日益加重。

叶熙春老支饮的形成颇有见地：支饮证，以“咳逆倚息，气短不得卧，其形如肿”为主要临床见症。叶老认为支饮者良以饮邪侵及脏腑所致，故仲景指出：“水在心，心下坚筑短气”；“水在肺，吐涎沫”；“水在脾，少气身重”；“水在肝，胁下支满，噎而痛”；“水在肾，心下悸”。若内有饮停而复感外

邪，表里合邪而壅阻于肺，则证见“满喘咳吐”以外，伴有表邪引起的“寒热，背痛，腰痛”，甚则咳剧而目泣出，喘甚而身瞤剧。究其饮邪不化，内停致病之原因，《金匱》未曾论及，但从“夫短气有微饮，当从小便去之，苓桂术甘汤主之，肾气丸亦主之”一节经文中亦可揣度。盖水即是饮，饮即是湿。本属一体，俱为阴邪。无阳则阴无以化，抑或脾阳不足，抑或肾阳内虚，脾肾阳虚则阴不化气，气不化湿，以致水湿不化而成饮邪，故叶老在医案中经常载有“阳虚水寒成饮”之说。至于脾肾两脏之间的关系，叶天士曰：“脾阳虚者为外饮，肾阳虚者为内饮。在脾肾之间分内外，别主次，对病因病机方面作出进一步的区别。叶老宗仲景与天士诸说，指出：“脾主运化，饮食于中全赖脾土之蒸化转运，而脾阳又赖于肾阳之温煦，故肾阳不足则火衰不能熏土，土虚不能化物，以致水谷难化精微，而化为痰饮。”阐明了痰饮病由脾及肾与由肾及脾的病因与机转。除此以外，叶老认为脾气之健运除有赖肾阳的温煦，尚有赖乎肝气之疏调，因此肝脾不和而致脾运失调亦是停湿成饮的重要原因之一，所以“木横侮土，土郁而水谷不化，湿乃化饮”。还有“嗜酒生湿，酿痰成饮”，“年届花甲，命火式微，阳不胜阴，火不敌水，水寒成饮”等说，从饮食习惯与年龄体质方面对痰饮证的病因加以补充。总之，痰饮病之形成以脾肾两虚为根本病因，饮邪犯肺而生咳喘乃系基本病机所在，感受外邪，年老阳衰与肝脾失调则是诱发与加重疾病的重要因素。其中，脾肾之间以肾为主，脾为次；脏腑与饮邪之间以脏腑为本，饮邪为标；内饮与外邪之间以内饮为本，外邪为标。这种在病因学上的关于主次、内外、标本的认识与分析方法，十分的切合临床。（李学铭编著·中国百年百名中医临床家丛书·中医名家叶熙春·北京：中国中医药出版社，2001.83~84）

痰饮之邪，动而为病，不是单一的作用于某一脏腑，仅出现相应的症状，而是主于所犯之脏，同时可兼及他脏。如支饮

为病，除导致肺失宣降所出现咳嗽、喘息、咳痰以外，也可出现他脏受累而出现的症状。如“心下有支饮，其人苦冒眩”，这是支饮内停，阴阳升降受阻，清阳不能上达头目，浊阴反而上扰清空之位，所以出现头晕目眩，此仲景已有明示“久咳数岁，其脉弱者可治，实大数者死；其脉虚者必苦冒，其人本有支饮在胸中故也，治属饮家”语中肯綮。若病支饮者，饮停胸膈，阻塞气机，升降失常，则可出现腹满，即仲景所说的“支饮腹满”。若支饮内留，胃失和降，而随气逆，可见呕吐，即“呕家本渴，渴者为欲解，今反不渴，心下有支饮故也”。

综上所述，支饮的形成是由于寒，因于湿，有外在的关系和内在的因素，其整个的病理过程与肺、脾、肾三脏的功能失调有关。

悬饮的产生，和肝、肺有密切的关系。当肝的疏泄功能失常，可导致三焦气机不畅，影响水液的代谢与正常的输布，同时可影响脾的运化功能，脾运失健，水湿内生；当肺的宣降功能失常，水液不能有序的通调水道下输膀胱，可使水饮内停。若水引流注于胁下，循肝经支脉上逆犯肺，致肝气不升，肺气不降，而出现咳嗽并牵引胁下作痛，即《金匱》所说的“水在肝，胁下支满”，“饮后水流胁下，咳唾引痛，谓之悬饮”。又曰：“脉沉而弦者，悬饮内痛”。

溢饮的形成，与肺、脾有关。因脾主肌肉，肺主皮毛，若脾气失运，则水饮溢于四肢，肌肉之间；这些水饮近于体表，本可随汗液排出，若肺失宣降，走离开阖失职不能得汗，则营卫运行受阻，则致身体沉重疼痛。根据仲景“病溢饮者，当发其汗，大青龙汤主之，小青龙汤亦主之”。从以方测证来看，大致与水气篇的风水一证有相通之处，究其发病机制，为内有水饮，外感寒邪而触发，除有身体疼痛，四肢微肿外，必兼有寒热或烦躁等里热症状的存在。使用大青龙汤的目的在于解表逐饮，并清里热。但原文中并列小青龙汤的意义，盖属里饮偏

重，而泛滥四肢的关系。

二、痰饮所致病证的治则

《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十一》说：“病痰饮者，当以温药和之”。这是仲景治疗痰饮病的总治则。阴凝饮邪，最易伤人阳气，反之阳能运化，饮亦自除，故当用温性药物调和之。温药有振奋阳气、开发腠理、通行水道的作用；“和之”，指用温药不可太过，亦非燥之、补之，寓调和治本的法则。若痰饮既积，则当根据病情，先用攻下逐水等施治。故温药和之者，是在温药之中，兼用行气、消饮、开阳、通导二便的药物，亦即痰饮病应辨证施治之义。

对本条原意的阐释，如魏念庭《金匱要略方论本义》：“言和之，则不专事温补，即有行消之品，亦概其义例于温药之中，方谓之和之，而不可谓之补之益之也。盖痰饮之邪，因虚而成，而痰亦实物，必可有开导，总不出温药和之四字，其法尽矣”。

现代学者认为：魏氏所解，尚欠完善。因痰饮的转化，一是气郁则痰滞，二是水聚则饮积；三是脾气虚，饮滞膈间，则肺气不利；四是肾气不足以温升，痰滞胸膈，则气滞痰凝；五是痰饮郁久则化热，所谓“言和之”之意，是在温药之中，佐以行（行气）、消（消饮）、开（开肺）、导（导痰）、清（清热）之法在内是也。此乃治痰饮的总则。（王廷富·金匱要略指难·成都：四川科学技术出版社，1986.249）

有的学者认为：“和”，其义为调、谐、缓、轻及掺、加等。纵观全篇饮病之治方，治热饮较多，治寒饮者较少，攻饮者较多，和饮者较少。因此，“温药和之”的本义应是：根据痰饮病的寒热虚实，标本缓急，运用具有振奋阳气，开发腠理，疏通水道、消水蠲饮的温经药物，或加入寒凉（清润）、消导、攻逐、解表等药品。根据病情分别采用温补脏腑，攻补

兼施，寒温并用，燥湿相济，发汗利水的方法，使其饮邪祛除，阴阳平衡，病去身和。（苏宝刚·金匱要略讲义·北京：学苑出版社，1995.139）

以上的各种认识，各有所据，多能切合临床实际。对于指导痰饮所致病证的治疗具有重要的意义。

三、现代名医对痰饮的认识

（一）痰饮病证治新识和治法四则（颜德馨）

1. 痰饮病证治新识

（1）饮之病因，阳虚为本：对于痰饮病之成因，历代医家论述甚多，由于有“浓而稠”和“清而稀”等临床证候不同，故病机迥异，临床所见，大凡咳嗽多痰，气逆而喘息之病证，多属饮病。《金匱要略》云：“夫病痰饮者，当以温药和之”，故有苓桂术甘汤、肾气丸为治。我治痰饮多宗长沙之说，尝谓“凡阳气不到之处，便为饮邪留滞之所”，“盖饮为阴邪，得寒则凝，得阳则化”。故将痰饮之成因归咎于脾阳气之不足。因脾主运化，饮食于中，全赖脾土之熏化转运，而脾阳又赖肾阳之温煦。若肾阳不足，则火衰不能蒸土，土虚不能化物，以致水谷难以化为精微，而化痰饮，故痰饮病常由脾及肾或脾肾两伤。更有年届花甲，命火式微，阳不胜阴，则水谷所入可化成饮，因此老年命门火衰，肾气式微，更易罹患饮病。

（2）痰水同源，痰瘀同病：痰和瘀是两种不同物质和致病因素，痰是人体津液不化形成的病理产物，所谓“积水成饮，饮凝成痰”，故痰、饮名异而实同，瘀是人体血运不畅或离经之血著而不去的病理表现。在这种痰瘀分离认识指导下，导致临床辨证用药迥然不同，我在长期临床实践中观察到很多痰饮为病与瘀血相关。应用活血化痰之方药治疗痰饮病取得较好疗效。

医学科学是一门自然科学，其理论产生和发展，必然以实

践为依据。临床实践给医学科学理论提供了取之不竭的源泉，其实痰瘀同源、同病、同治的理论和实践，由来已久。甘肃汉墓出土一批医简，其中一个处方为：干当归、芎劳、丹皮、漏芦及虻（虻为贝母之称），此方活血养血加贝母化痰散结，是痰瘀同治的典型方法。另外《内经》中对痰瘀相关的理论和治疗也早有记载，如四乌贼骨一蘼茹丸，实际上是一个痰瘀同治方。至元·朱丹溪对痰瘀相关问题进行了临床实践的探讨，认为须痰瘀同治才能收效，而清·唐容川则说得更为明白，他在《血证论》中说：“血积既久，亦能化为痰水”，“须知痰水之壅，由瘀血使然，但去瘀血，则痰水自消。”痰饮与瘀血成为一个病理产物和致病因子是阴津为病在不同方面之表现形式，因此有分有合，系同源异物，有其同一性和特殊性，故在阳气不运，痰饮阻滞情况下，则血行不畅，痰瘀交结不解，可出现互相转化的病理变化，痰能转化为瘀，瘀能转化为痰，在临床中常见慢性咳嗽患者多因心肺功能减退而致口唇四肢紫绀，青筋暴露，在化痰药中加入赤芍、桃仁、丹参或水蛭研粉吞服，以祛瘀血则痰水自消，可资明鉴。

（3）未病先防，预防为主：临床所见，痰饮患者每以春冬受寒而发，可知饮病发作常和季节密切相关。饮为阴邪，能淹蔽阳气，在夏秋尚可，入冬则阳微阴长，阳气不能外卫，若触寒受风，最易引发，故对于痰病，治未病预防复发十分重要。《内经》云：“春夏养阳，秋冬养阴。”嘱患者在三伏天服用苓桂术甘汤加附子，借天之阳气以助药力，铲除深伏人体中之痰饮宿根，防患于未然，亦可趁春夏季节，用肾气丸以培补脾肾阳气，使阳得阴助，取效更速，持效更著。亦有饮病日久，肺脾肾三脏俱虚，诸症蜂起，往往有顾此失彼之感，前贤谓“培土生金”，“上下交损，当治中焦”，常以香砂六君子汤加苍术、怀山药等品以健脾化饮，以断生痰化饮之源，具有预防作用。

2. 痰饮病治法四则

(1) 通阳化饮，宗长沙法：水积于阴则为饮，饮凝于阳则为痰，饮为阴邪，非温不化，“离照当空，阴霾自散”。《金匱要略》立苓桂术甘汤，以桂枝、甘草之辛甘通阳化饮，白术、茯苓之苦淡健中渗湿，俾中阳复振，阴饮自化，故可效法。故凡多年饮病，尤其是老年患者，形寒肢冷，咳嗽痰稀，舌紫苔白，脉迟或弦滑者，多用之，可加半夏、陈皮燥湿蠲饮，或加麻黄、附子加强温化之力。若肝郁气滞，中虚停饮者，宜配用香附、乌药、沉香、枳壳等理气化饮。若饮邪上逆，喘咳气促者，又可与旋覆代赭汤、苏子降气汤或葶苈大枣泻肺汤等相互配合以降逆化饮。但总不离“温药和之”之宗旨。

(2) 外饮治脾，内饮治肾：前贤有论：“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”，痰由脾阳不运而生，饮由肾寒水泛而成，故有脾阳虚为外饮，肾阳虚为内饮之说。外饮、内饮之属脾属肾，不仅是指病机病位之不同，更表示病情的深浅和轻重。一般而言，痰饮初成，脾虚湿滞为患，病浅而轻，为外邪，责之脾运不健。若饮病久发，外湿引动肾水，水泛为饮，病深且重，属内饮，咎之肾阳虚衰。《金匱要略》设苓桂术甘汤以辛甘通阳，虽为健脾化饮而立，但温通有余，健运不足，所以我治疗痰饮之滞，形瘦体弱，神倦肢重，纳谷不馨，大便溏泄属中阳衰弱，脾运不健者，常加苍术或理中汤，使中阳充足，脾胃健运，则饮食不失其度，运行不越其轨，痰饮潜移默化。肾虚水泛为饮，《金匱要略》有真武、肾气两法，对饮病兼有气短、腰脊酸楚、肢体浮肿、喘促倚息者，常以肾气丸合黑锡丹、坎脐、紫河车温补下元，利水蠲饮。然饮属阴浊有形之邪，证虽虚而欲补，但须补而不滞才称完美，故取熟地须与砂仁拌用以防滋腻，同时合用补骨脂、巴戟天、胡芦巴、甜苁蓉以补肾助阳，纳气平喘，配用得当，效如桴鼓。若老年久病，正气大虚，饮邪不去，则配以参附汤、黑锡丹、参蛤散以峻补下元，扶助镇固，以冀转危为安。

(3) 痰饮夹感，标本兼顾：痰饮患者，饮邪充斥，淹蔽阳气，以致阳不卫外，无能御邪，所以只要稍一触冒风寒，即可引动伏饮，夹感而发。若久发不止，正气溃散，精气内伤，肾之真元损伤，根本不固，则非一般宣肺化痰之药所能胜任，且饮为阴邪，得温则化，得寒则凝，若以西医消炎观指导中医临床，投之以清热解毒之品更大谬矣。观仲景治支饮，拟小青龙汤散寒解表，温肺化饮，实为饮病夹感而设，临床最喜用之，然小青龙汤毕竟为宣散之剂，温阳之力尚嫌不足。凡阳气不到之处，即为饮邪停滞之处，惟有加入附子一味，温扶阳气，使邪正对峙之局面突然改观，庶可克敌，常配合麻黄附子细辛汤。其中细辛一味，亦治饮要药，若病情危重，附子、细辛用量可达 9g 以上，不可拘于细辛不过钱之说；另半夏可以生用，以加强化饮之力。在临床中，凡见咳喘，咯白色泡沫状痰，背寒冷如掌大，舌苔白腻等，即可投之。若表证重者重用麻桂，水气重者重用姜、辛、半夏；至于外邪郁而化热，出现身热、口渴、咳嗽痰脓，苔黄脉滑数者，即用小青龙汤加石膏或用大青龙汤急则治其标，在散寒蠲饮同时，兼以清热疏表为治。

(4) 久病必瘀，痰瘀同治：痰饮总因水饮内停、阳虚阴凝。但病位有在肺、在脾、在肾之分，病程有久暂之别，尝谓痰饮咳逆哮喘之发不离乎肺，但又不止于肺。心肺同居上焦，心主行血，肺朝百脉，全身气血均要经过心肺才能运行全身，因此肺有辅心而行血脉之功。痰饮患者，肺失宣畅，缠绵时日，久病必致心血瘀阻，痰瘀交阻。如咳喘后期，常见心悸、胸闷、口唇紫绀、青筋暴露、脉结代等，久则血瘀亦可化为水而见全身浮肿。唐容川说：“瘀血乘肺，咳逆喘促。”朱丹溪说：“肺胀而嗽，或左或右，不得眠，此痰夹瘀碍气而病。”我认为：久病必有瘀，故尔温化之外，还应参以化瘀，轻则苏木、丹参，重则水蛭、蒲黄。尤其常用水蛭，一般以 3g 入煎，或以水蛭粉吞，每服 1.5g，一日 1~2 次，能改变缺氧症状，

但因水蛭性寒，宜与降香末或沉香粉和匀另吞。（颜德馨编著·中国百年百名中医临床家丛书·中医名家颜德馨·北京：中国中医药出版社，2001.66~70）

（二）痰饮辨（何任）

《内经》未曾言及痰饮，《金匱要略》始提痰饮作病名。然考其实际内容，则及饮者多，及痰者少。《备急千金要方》、《外台秘要》则痰、饮均提。沿至后世，则言饮者益少，言痰者日多矣。

《金匱要略·痰饮咳嗽病篇》谓：“问曰：夫饮有四，何谓也？师曰：有痰饮、有悬饮、有溢饮、有支饮”。题目有痰饮咳嗽之“痰饮”二字，系诸饮之总称，概括各种饮病而言。而四饮中之“痰饮”二字，是指具体“水走肠间，沥沥有声”之一种饮病。前后两“痰饮”，亦即通常所谓之广义、狭义之区分也。徐忠可曰：“饮非痰，乃实有形之水也。其所因不同，所居不同，故有悬、溢、支之分”。李纹曰：“夫饮有四，而此独以痰饮名总之。水积阴或为饮，饮凝阳或为痰。则分而言之，饮有四，合而言之，总称为痰饮而已。”

《金匱要略》痰饮实即古称之“淡饮”、“澹饮”，为水饮停滞，不得输化之疾病。或谓“稠浊者为痰，清稀者为饮”，此说亦难解释本篇之诸般病证。或谓“有声者曰痰，无声者曰饮”。亦似是而非。盖痰饮证象中，虽亦可出现咳嗽唾痰，但一见“痰饮”病中之痰字即认为是咳吐痰证，势必混淆不清矣。痰与饮，就致病原因与病机言，不尽相同，而《金匱要略》虽统称痰饮，实则以讲饮为主，如文中称水饮，为水，均指饮而言。是则水饮同出而异名，有谓本篇章所言之水，亦指饮而言。

以痰饮为病名者，其表现症状甚多，约而言之，有喘满、咳嗽、头眩、心悸、短气、胁痛、气逆不能平卧、历节痛、身体疼重、口干或思饮、痞闷、肠间有声、水肿、背寒冷、咳嗽

痛引缺盆、目泣、吐涎沫、身瞤、胁痛等。虽则此种征象并非在一个病中同时出现，然足见所谓痰饮病，确是包含许多病证在内。故欲笼统说明痰饮是何种病，实亦困难。有谓痰饮病多在胃肠、胸膜、腹膜及气管、支气管等处；也有谓痰水等病理产物停滞于脏腑间称为痰饮，浸润于组织中称为水气。此说亦有局限，比如以溢饮、支饮而言，其征象与水气、水肿究有何差别？其临床上之界限可资区分者何？此均为宜辨明者。

余以为《金匱要略》痰饮病，即《素问》所谓之：“水饮内蓄，中满不食”，“太阴所至，为积热否隔”，“饮发中满，食减、四肢不举”等饮证。都属脾运不及，气化失常，水湿停聚，积而为饮之病。饮为阴邪，故《金匱要略》云：“病痰饮者，当以温药和之”。即指此也。痰饮病有正虚与邪实二方面，如脾肾虚或肺气虚皆可成饮，而饮邪久不去又能伤正，停饮之处亦邪实之所。故本虚标实为痰饮之常见特点，往往补虚则碍邪，攻邪又伤正，故宜分轻、重、缓、急、先、后以处治。且尚有寒热错杂，临证亦常互见。缘饮证系积渐而成。夙根加新病，故常不能速愈。至于痰饮病见证何以如此众多？盖饮停何处即见何处见证。如：饮邪阻滞于肺而为咳喘；停于胸胁而为满痛；留积胃肠而为肠鸣腹痛；溢于周身为肿胀；蓄于下焦变证为小便难等等。此非脏腑真能蓄有形之水饮，是指饮气入侵而致。痰饮不仅见证多而复杂，痰饮之脉象亦常不一。《金匱要略》论述痰饮之脉有：脉双弦、脉偏弦、不弦、脉平、脉浮而细滑、脉弦数、脉沉、脉伏、脉沉而弦、脉紧沉等。诸种脉均见于各痰饮病之不同见证。故痰饮之脉亦应视征象而合参，方能作较为正确之诊断，临证中常见痰饮病之舌象，多为舌苔滑、腻，舌质略胖而色淡，但亦有不如此者，则视证情而变化矣。以为均为辨痰饮之不可不知者。

痰饮之治，仲景指明：“当以温药和之。”并亦于水饮各治法中列举，温：如小半夏汤、苓桂术甘汤。汗：如大青龙汤、

小青龙汤。利水：如苓桂术甘汤、泽泻汤。破水：如十枣汤、甘遂半夏汤、葶苈大枣汤。下：厚朴大黄汤、己椒苈黄丸。以及如木防己汤等攻补兼施的各种方法并痰饮咳嗽之应变法则。盖水饮为阴邪，极易伤人阳气，脾为湿土，赖阳气以健运。饮邪侵脾，脾失健运。温药则可健运中州，布化阳气。“温药和之”为总则，各治法亦应基本上不离此总则。然则虽用温药，但不宜投过于温烈之品，否则易伤正气。痰饮既积，攻下逐水之法亦不可少，但必须在温药之基础上选择适当方剂。亦如古人所谓：“……痰亦实物、必有开导，总不出温药和之”。诊之临床，甚是。（何若苹编著·中国百年百名中医临床家丛书·中医名家何任·北京：中国中医药出版社，2001. 117~119）

（三）对《金匱》“痰饮”的认识（潘澄濂）

1. 释义 按“痰”，古本作“淡”。如晋·王羲之《初月帖》有“淡闷干呕”；宋·黄伯恩《法帖刊误》：“淡，古淡液之淡；干，古干湿之干。今人以淡作痰，以干作乾，非也”。由此推测，《金匱要略》的“痰饮”，原为“淡饮”，恐系后人改作痰饮。

此外，如《肘后方》有治痰饮诸方，可能即为今之痰饮。丹波氏《金匱玉函要略辑义》说：“痰饮字无定体，胸膈中气病也。津液因气不散，如筋胶引挽不断，名为痰饮。”所以古人有积水为饮，饮凝成痰之说，说明饮和痰有相类关系。

痰和饮，皆为脏腑病理变化产物。王节斋说：“痰之本，水也，原于肾；痰之动，湿也，主于脾；若阴火炎上熏于上焦，肺气被郁，故其津液之随气而升者，凝结而成痰。”由此可见，痰饮病之产生，与肺、脾、肾三脏有关。

近人对水、饮、痰三者的区别，有认为稠浊者为痰，清稀者为饮，更清者为水。但是，鄙见所及，认为稠浊之分泌物，从气管排出者为痰；从胃中呕出者为涎沫（也有称之为饮）；饮，如悬饮、支饮，是停滞或隐伏于某一部分腔洞或脏器包膜

之间，如渗出性胸膜炎、心包积液、阴囊积液之类的炎症产物，不一定都能从口腔排出；至于水，特别是水肿，常因血液变性，或循环障碍而引起，其液体较多潴留于皮下组织之间，如心脏性水肿、肾性水肿之类，似属之。此外，如贫血、结核、恶性肿瘤等，常因营养不良，血液稀薄而引起水肿，现代医学称之为恶液性水肿，也是临床所常见的。严格来说，痰、饮、水三者的病变部位（脏器）、病理及性质各有其特点，必须加以区别。所以，我认为《金匱要略》的痰饮，是多种疾病，特别是呼吸系统、循环系统、消化系统等病变过程的一种“证”，它牵涉的面颇为广泛。

2. 分类 《金匱要略》将痰饮（广义的）分为四类。其一，是其人素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声的痰饮证（狭义的）。可能是由于胃失和降、脾失健运的关系，以使停积于胃肠之间的水液激发振水音或肠鸣音。此种症状，常见于慢性胃肠疾病所引起的十二指肠壅积症。但是，对十二指肠壅积症来说，呕吐几乎是它主要的症状，而《金匱要略》仅言“其人素盛今瘦，水走肠间，沥沥有声”，而并未提到呕吐。然参之小半夏汤、五苓散及小半夏加茯苓汤等条文，均有呕吐症状的记载。将其互为印证，就可知痰饮（狭义的）除水走肠间、沥沥有声外，呕吐亦是它常有的症状。

其二，是水流胁下，咳唾引痛的悬饮。沈明宗说：“悬饮者，犹物悬挂其处之义也。胁乃阴阳之道路，悬饮阻抑往来之气，咳则气吸带动于胁，咳唾则引痛焉。”我在拙著《伤寒论新解》中对十枣汤之悬饮。就早已认为近似渗出性心包炎。但引起渗出性心包炎的病因，有感染、风湿等，临证需作鉴别诊断。

其三，是水饮散布于四肢。当汗而不汗，身体疼重的溢饮。所谓溢，如河水之四溢，是言饮液渗溢于肌腠之间。我的见解，这里的溢饮，可能是指由于心阳衰弱、血循环障碍所引

起的水肿，即现代医学所谓的瘀血性水肿，它与肾脏机能改变、关门不利的肾性水肿有明显区别，故《金匱要略》另有水气病脉证并治的专章叙述，意义可能即在于此。

其四，是咳逆倚息，短气不得卧，其形如肿的支饮。《巢氏病源》说：“支饮为饮水过多，停积于胸膈之间，支乘于心。”这些症状，常见于渗出性胸膜炎。在临床上，我常用木防己汤加减治疗，以抑制炎症。促使渗出液之吸收，获得较好的疗效。

此外，《金匱要略》尚有“留饮”、“伏饮”之名，以致后世混称为六饮。对此，我认为，痰饮狭义的、溢饮、悬饮、支饮是言饮邪发病部位及其性质；留饮、伏饮是指饮邪动态之显隐。尤在泾说：“留饮，即痰饮之留而不去也；伏饮，亦即痰饮之伏而不觉也。”证诸临床，如渗出性胸膜炎，当积液未达一定程度时，患者无水肿症状的表现，必赖各种物理检查始能发现，不若溢饮之有肢体浮肿。尤氏的见解，值得推崇。

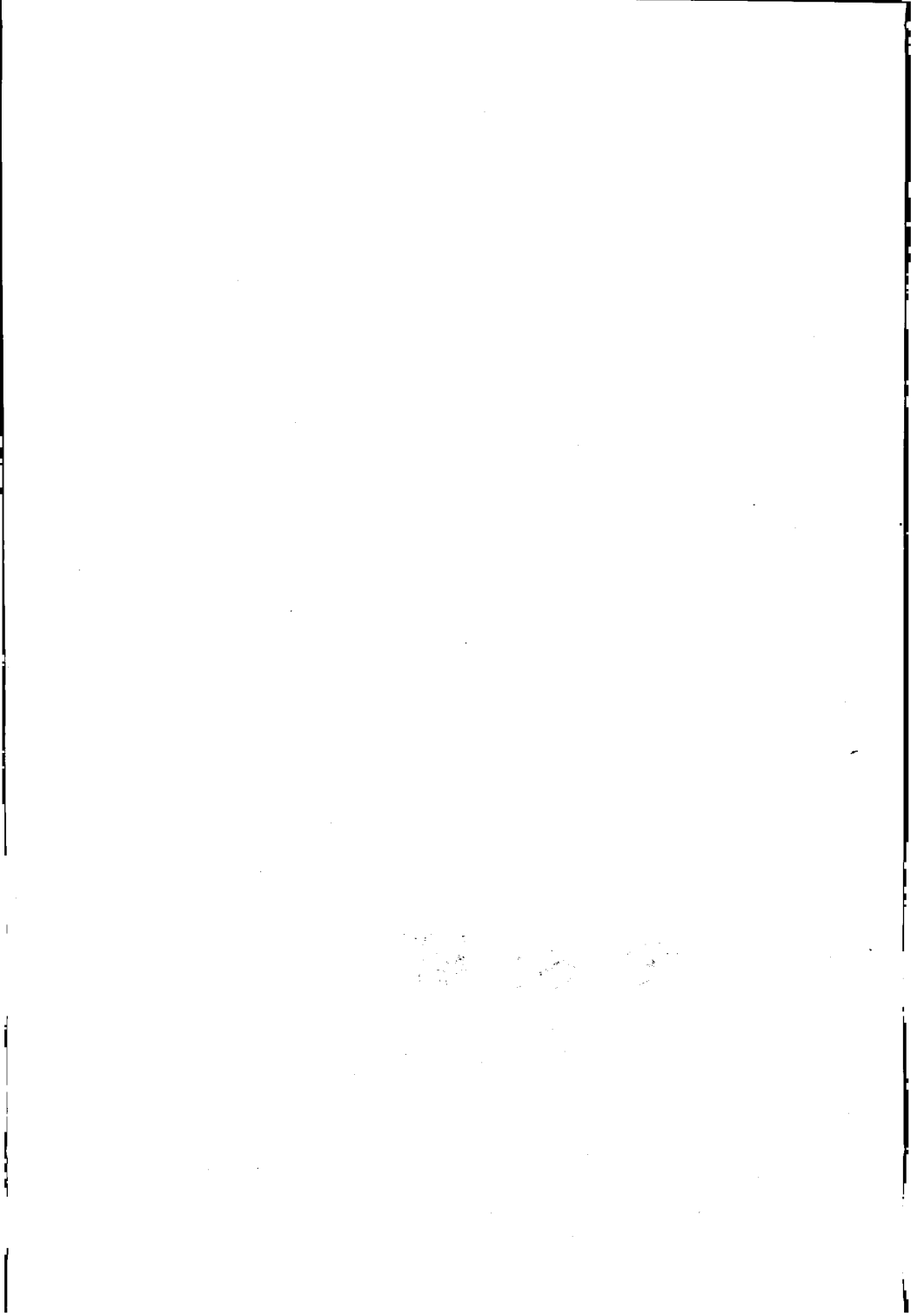
3. 治疗 《金匱要略》说：“病痰饮者，当以温药和之。”此为治疗痰饮的基本法则。所谓温药，是指具有辛温或甘温之药，如桂枝、白术之类，易于理解。但不曰“温补”，而曰“和之”，意味着有调节机体功能和祛邪两方面的意义。魏荔彤说：“言和之，则不专事温补，即有行消之品，亦概其义例于温药之中，才谓之和之，而不可谓之补之益之也。”明确指出饮属阴邪，当以温化为主，但应根据饮留何处而分别诱导以去之，故不宜专用补益以留邪。

综观《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治篇》计有 19 方。其功用总不离乎“开鬼门、洁净府，去苑陈莖”之旨。但是仔细分析，各方之功用又各有侧重。例如“大、小青龙汤亦主之”，似乎模棱两可，然大青龙汤究竟是重在发汗除烦，而小青龙汤则旨在温化，以喘咳呕哕为其适应证。又如甘遂半夏汤之与十枣汤，虽同为攻下之剂，然甘遂半夏汤以甘遂之逐饮，

半夏之止呕，配合芍药、甘草加蜜，具缓中解痉作用，适应幽门痉挛或十二指肠壅积症之留饮（或停饮）；十枣汤为斩关夺将之峻剂，以治悬饮暴发，故攻不嫌峻而骤，取一鼓以荡平。由此可见，各方各有它的适应证，宜加区别。所以我认为，对痰饮（广义）的治疗，首先要明饮邪病变之部位，其次要知饮邪之性质、特点，然后分别标本、缓急、主次，给以不同的处理。也就是既要掌握一定的原则性，又要有灵活性。如溢饮之在表者，宜辛散透表；痰饮（狭义的）之在里者，宜温化分消；正虚者，宜以苓桂术甘汤补脾以行水，或以肾气丸温养阳气以化饮；邪实者，当攻之，如以十枣汤或甘遂半夏汤峻下以逐之；邪实正虚者，应消补兼施，如泽泻汤之治支饮苦眩冒，五苓散之治脐下悸、吐涎沫，寒热夹杂者，又当温凉并用，如木防己汤之治膈间支饮。所有这些，权衡轻重，贵在变通。《金匱要略》对痰饮（广义）的证治提供了一套理法方药，确有价值。但时在今日，对痰饮的概念、病因、病理及其方剂，应该运用现代科学方法（包括现代医学）进一步从临床到实验室进行深入研究，以发扬提高。



方剂篇



第一节 桂 枝 汤

〔组成〕 桂枝三两（去皮） 芍药三两 甘草二两（炙）
生姜三两（切） 大枣十二枚（掰）

右五味，㕮咀三味。以水七升，微火煮取三升，去滓，适寒温，服一升。服已须臾，啜热稀粥一升余，以助药力，温覆令一时许，遍身𦛳𦛳，微似有汗者益佳，不可令如水流漓，病必不除。若一服汗出病差，停后服，不必尽剂；若不汗，更服，依前法；又不汗，后服小促其间，半日许，令三服尽；若病重者，一日一夜服，周时观之。服一剂尽，病证犹在者，更作服；若汗不出者，乃服至二三剂。禁生冷、粘滑、肉面、五辛、酒酪、臭恶等物。

〔功效〕 解肌祛风，调和营卫。

〔方义分析〕 方中桂枝辛温，温通卫阳而解肌祛风；芍药苦酸微寒，益阴和营。桂枝、芍药等量配伍，具有调和营卫之功。生姜辛温，佐桂枝辛甘化阳，且能降逆止呕。因脾胃为营卫生化之本，故用大枣味甘，益脾和胃，助芍药益阴以和营。炙甘草味甘性温，补中益气，调和诸药，伍桂、姜可化阳；配芍、枣能化阴。诸药配伍，共成解肌祛风，调和营卫之剂，主治太阳中风证。

〔适应证〕

1. 治疗感冒、流行性感 症见发热，头痛，汗出，恶风，或项强，或干呕，口不渴，苔白，脉浮缓。
2. 治疗不明原因的发热 症见时常发热，自汗出，舌质淡，苔薄白，久治不愈者，可用此方先其时发汗。
3. 治疗过敏性鼻炎 症见喷嚏，流清涕，鼻塞，恶风，或遇风发作或遇风加重，舌质淡，苔薄白。

〔类方〕

1. 桂枝加葛根汤 即桂枝汤加葛根组成。功效：解肌祛风，调和营卫，升津舒经。主治：太阳中风经气不利之项背强几几，恶风，汗出，舌淡，苔薄，脉浮缓。

2. 桂枝加附子汤 即桂枝汤加附子组成。功效：调和营卫，扶阳解表。主治：发汗遂漏不止，其人恶风，小便难，四肢微急，难以屈伸。

3. 桂枝加人参汤（桂枝新加汤） 由桂枝汤加芍药、生姜各一两、人参三两组成。功效：调和营卫，益气和营。主治：发汗后，身疼痛，脉沉迟。

〔临床荟萃〕

1. 发热 桂枝汤有较好的解热作用，临床常用来治疗多种原因引起的发热。林宗广报道对 68 例低热病例，辨证分为 8 型，其中属于营卫不和者 5 例，症见乍寒乍热，或恶风寒，汗出，乏力，脉小等。用桂枝汤后，4 例治愈，1 例好转。姚鹤年报道用桂枝汤加味治疗内伤发热 24 例，其中阴虚发热 6 例，阳虚发热 8 例，结果治愈 16 例，好转 4 例，无效 2 例。王少淑报道用桂枝汤加玉竹、牡蛎，治疗 1 例低热 2 个月的患者，无余症。连服桂枝汤 6 剂，低热消退。桂枝汤也可用于治疗产后发热。董岳琳报道用桂枝汤治疗 1 例产后发热，辨证为气血不足，感受风邪，营卫失调。临床表现见发热，汗出，身痛，乏力，舌淡脉缓。用桂枝汤加当归、防风、羌活，服 2 剂而愈。张圣德报道用桂枝汤治疗 1 例剖宫产术后高热，其体温 39.4~41℃，经用抗生素等药治疗无效，用桂枝汤加红人参、白薇、青蒿治疗而愈。

2. 感冒、流感 本方是治疗感冒和流感的常用方剂，主要适用于以风邪外受、营卫不和为病机特点的病例，可以原方应用，然加增减用之，其适应范围可扩大。叶治范报道用桂枝汤加黄芪 10g，白芥子 10g，姜半夏 6g，治疗流行性感 95 例。其症状发热占 60%，恶寒占 52%，流涕占 63%，头痛占

52%，伴咳嗽、鼻塞、食欲减退、舌质淡红，苔白或黄白，脉浮数。加味桂枝汤水煎服。每日1剂，分2次服。服2剂基本痊愈者20例，服3剂基本痊愈者43例，服4剂基本痊愈者27例。上海嘉定县人民医院报道用桂枝汤加黄芪治疗感冒190例，无论有无桂枝汤证，亦无论其病机是否为营卫不和，悉用桂枝汤，均收到较好疗效。

3. 肺炎 张万霞报道用桂枝汤加味治疗小儿恢复期肺炎96例，基本方：桂枝6g，炒白芍6g，甘草3g，生姜3片，红枣5枚，紫苏子9g，杏仁9g，白术9g，黄芪18g。便溏者去杏仁，加茯苓12g，山药12g。每日1剂，分3次口服，6天为1个疗程，治疗1个疗程。治愈84例，好转8例，无效4例。

4. 变应性鼻炎 王娜运用桂枝汤治疗变应性鼻炎36例，处方：桂枝12g，白芍12g，炙甘草12g，生姜15g，杏仁10g，生黄芪20g，苍耳子15g，蝉蜕10g，徐长卿10g。每日1剂，水煎分2次温服。伴鼻塞、流黄稠涕、头沉痛者，加鱼腥草30g，辛夷10g，蒲公英30g，紫花地丁10g；病程长或年高体弱，伴自汗出、疲倦乏力，重用黄芪45~120g；伴口干舌燥等阴虚之证，加玄参30g，生地黄20g，麦冬10g。10天为1个疗程。经1~2个疗程治疗后显效26例，有效7例，无效3例，总有效率91.7%，平均治疗时间15天。陈敬坚用桂枝汤加减治疗过敏性鼻炎60例，处方：桂枝12g，白芍9g，生姜3片，大枣3粒，甘草5g，用200ml水煎成100ml分成2次温服，共3个疗程。第1疗程为1个月，每4天服1剂；第2疗程（即第2个月）为每7天服1剂；第3个疗程（即第3个月）为每15天服1剂。鼻塞、流鼻涕者加麻黄、细辛各5g，苍耳子10g；头痛者加白芷、杭菊花、辛夷花各10g。显效48例，好转12例，总有效率100%。随访半年无复发者52例。

[实验研究]

1. 清热和抗炎作用 外感发热原因分为两种：致热原作用于丘脑体温调节中枢引起发热和自主神经系统功能失调所致而引起发热。桂枝汤对两种发热都可治疗。这说明，桂枝汤可能是调整机体的抵抗能力，特别是调整中枢神经系统功能，降低丘脑调节体温的调定点水平，使其恢复正常体温水平；另一种可能是通过调整机体功能来抑制或减少病原体产生和释放外、内源性致热物质，因而对感染性和传染性发热初期、低热有效。但不管哪种可能，都与其调整丘脑的体温调定点有关。

2. 改善消化系统功能 桂枝汤能治疗胃及十二指肠溃疡、胃炎、急慢性肠炎、蛔虫性腹痛以及腹胀、便秘等多种腹部疾病和症状，原因可能是它有调整胃肠消化功能作用。小建中汤（由桂枝汤倍芍药加饴糖组成）治疗溃疡病的疗效是可以肯定的。它既能防止实验性溃疡发生，还能抑制胃液分泌，减少游离酸和总酸度，更主要是对中枢神经系统有镇静相对平滑肌有解痉作用。

3. 解痉、镇痛和镇静作用 桂枝汤有明显的镇痛作用，不仅可以治疗外感性头项强痛，而且可以加减运用治疗多种疼痛，如四肢痛、关节痛、胃脘痛、腹痛等等。方中的桂枝、芍药、甘草都有明显的镇痛作用，但其作用原理还不清楚，尚待研究。芍药和甘草配伍有协同止痛作用。如果疼痛是由肌肉痉挛所致，则桂枝汤的疗效会更显著。

4. 改善心血管功能、增强血液循环 桂枝汤有改善心血管功能的作用，尤其是它的加味方剂，如苓桂术甘汤、炙甘草汤等。药理实验证明，桂枝的有效成分桂皮醛有中枢及末梢性扩张血管的作用，能增强血液循环。临床上，桂枝汤加味可以治疗脑血管痉挛，半身不遂，还可治血栓闭塞性脉管炎及心悸、心律失常。

5. 抗过敏作用 桂枝汤可用以治疗过敏性疾病如荨麻疹、

过敏性鼻炎等。这种抗过敏作用，在该汤的复方药理作用中，甘草可能起主要作用。甘草次酸及其衍生物可制成抗炎、抗过敏制剂，用于治疗哮喘、过敏性及职业性皮炎。这种抗变态反应原理尚不清楚，可能与抑制毛细血管通透性、抗组胺或与肾上腺有关。此外，桂枝汤改善心血管、神经系统的功能与它的抗过敏作用又可互相协同。

〔运用心得〕 桂枝汤是仲景治疗太阳中风的代表方剂。凡外感病尤其是感冒，只要具备恶寒重发热轻，汗出，无风，舌苔薄白则可原方选用。若兼有项背拘急不舒则加用葛根，即桂枝加葛根汤；若汗出过多，而兼有身疼痛，脉沉迟者，则用桂枝加芍药生姜各一两人参三两新加汤；若病人在感冒的过程中，由于治疗不当，如用过退热药（发汗）或患者平素表虚，腠理疏松等所致的汗流不止，恶风，则可加附子，即桂枝加附子汤。若辨证确切，方证相应，可收到满意的疗效。

对于不明原因的内伤发热，舌质淡，苔薄白而润，经久不愈者，可试用桂枝汤先其时发汗，常能以调和营卫收功。用于治疗反复感冒的易感患者，常在本方的基础上合用玉屏风散，对于预防感冒的再发或者减少感冒次数，具有较好的疗效。凡治疗慢性阻塞性肺疾病、慢性肺源性心脏病只要具有汗出、恶风的症状，其舌质淡，苔白润者，每首选桂枝汤，在原方的基础上，随症加减，多可奏效。

凡使用桂枝汤治疗外感病或不明原因的内伤发热等诸病，应该严格的按照《伤寒论》桂枝汤证方后注的有关要求进行服药以及调护，否则会降低其疗效。具体应遵循如下几点：其一，药后进热稀粥以助药力。其二，服药啜粥之后，加盖衣被，保暖以助发汗。其三，发汗的具体要求：“温服令一时许，遍身皦皦微似有汗者益佳，不可令如水流漓，病必不除”，具体提出了发汗的要求。如结合《伤寒论·辨可发汗病脉证病治》篇所说：“凡发汗，欲令手足俱周，时出似皦皦然，一时

间许益佳。”则对发汗的要求更加明确，其大要有三：一是汗出要周遍，要使手足都见到汗；二是发小汗、微汗，切不可使汗出如水淋漓；三是要保持汗出持续一个时辰左右。其四，见效停药：如一服汗出病愈即应停药，即中病即止，以免过剂伤正；不效继服，如一服无汗，继进后服，又不汗，后服可缩短给药时间，半日内把三服服完，若病重而服一剂汗不出者，须昼夜给药，可连服二至三剂。其五，药后禁忌：服药期间忌食生冷、黏滑、肉面、辛辣等不易消化及有刺激性的食物，因这些食物或会损伤中阳，或会增加胃肠负担，使正气不能集中力量祛除表邪。

第二节 桂枝加厚朴杏子汤

〔组成〕 桂枝三两（去皮） 甘草二两（炙） 生姜三两（切） 芍药三两 大枣十二枚（擘） 厚朴二两（炙，去皮） 杏仁五十枚（去皮尖）

上七味，以水七升，微火煮取三升，去滓，温服一升，覆取微似汗。

〔功效〕 解肌祛风，调和营卫，降气定喘。

〔方义分析〕 方即桂枝汤加炙厚朴、杏仁。方中桂枝汤解肌祛风，调和营卫；炙厚朴苦辛温，化湿导滞，行气平喘；杏仁苦温，止咳定喘，表里同治，标本兼顾。

〔适应证〕

1. 治疗支气管哮喘 症见喘息，胸闷憋气，咳嗽，恶风寒，汗出，舌淡苔白，脉浮缓。

2. 治疗急慢性支气管炎 症见咳嗽，喘息，胸闷憋气，恶风寒，汗出，或兼有发热等，舌淡苔白，脉浮缓。

3. 治疗过敏性鼻炎 症见喷嚏，流清涕，鼻塞，恶风寒，或遇风发作或遇风加重。舌淡苔白，脉浮缓。

〔类方〕 桂枝汤：即本方去厚朴、杏仁而成。功效解肌祛风，调和营卫。主治太阳中风证之发热，恶风寒，头痛，汗出，或项强，或鼻鸣，或干呕，口不渴，苔白，脉浮缓。

〔加减方〕

1. 加味桂枝加厚朴杏子汤（陈伯涛）

处方：川桂枝 5g，炒白芍 10g，鲜生姜 3g，肥大枣 12g，炙甘草 4g，川厚朴 5g，杏仁 10g，白芥子 6g，芦根 30g（去节）。主治胸腔积液，症见咳嗽，咳吐白沫痰多，入夜咳嗽自汗，纳少，唇干口燥，脉浮弦滑，舌苔薄黄。

2. 桂枝加厚朴杏仁汤加减（姜春华）

组成：桂枝 9g，白芍 9g，杏仁 9g，厚朴 9g，姜半夏 9g，枳实 9g，陈皮 9g，甘草 6g。功效：燥湿化痰，调和营卫。主治：咳嗽合并感染，症见：咳嗽，发热恶寒，上气，舌淡苔白者。

〔临床荟萃〕

1. 慢性肺源性心脏病 卜昌银等用桂枝加厚朴杏子汤治疗慢性肺源性心脏病 50 例，疗效较好。患者有长期的咳嗽、咳痰、气促和哮喘等症状和肺气肿体征，桶状胸，肺部叩诊呈“清音”，心音远，伴心悸气短，嘴唇紫绀，颈静脉怒张，咳嗽，呼吸困难，痰黏稠及下肢水肿。处方：桂枝、杏仁各 15g，白芍 30g，生姜、大枣、厚朴各 12g，炙甘草 10g。每日 1 剂，水煎服，一日 3 次。半个月为 1 个疗程，共治 3 个疗程。显效 41 例，占 82%；好转 6 例，占 12%；无效 3 例，占 6%。总有效率为 94%。

2. 支气管哮喘 殷银霞等运用《伤寒论》中的桂枝加厚朴杏子汤治疗支气管哮喘患者 46 例，桂枝加厚朴杏子汤原方及原剂量：桂枝 9g，芍药 6g，厚朴 6g，杏仁 9g，炙甘草 6g，生姜 9g，大枣 12 枚。煎服，1 日 1 剂口服。观察治疗 2 个月前后患者临床症状及肺功能、IgE、EOS 的变化。结果：治疗

2 个月后临床症状控制 22 例, 占 47.8%, 显效 13 例, 占 28.3% 有效 9 例, 占 19.5%, 无效 2 例, 占 4.3%, 总有效率 95.6%。患者肺功能明显改善, EOS、IgE 明显降低。

3. 上呼吸道感染 段峻英曾治一风心病患者, 疗效满意。胡某, 女性, 31 岁。西医诊断: ①风心病二尖瓣关闭不全, 急性左心衰竭, 心功能 4 级。②上呼吸道感染。中医诊断: 喘证, 证属营卫不和, 肺气壅盛。治宜祛风和营, 宣肺降气。方选桂枝加厚朴杏子汤加味: 桂枝 12g, 白芍 12g, 炙甘草 6g, 大枣 6 枚, 生姜 3g, 厚朴 10g, 杏仁 12g, 苏子 6g, 水煎服, 葶苈子 3g 为末, 随汤药即刻顿服。1 小时后, 喘促胸闷即减, 尿量稍增。嘱上方于晚饭后再进 1 剂, 症减, 原方继服 5 剂, 后改生脉散加减善后。疗效满意。

4. 其他 雷丞懿报道, 运用桂枝加厚朴杏子汤治疗小儿肺炎后期、迁延性肺炎、哮喘等病症, 可取得较好疗效。

〔实验研究〕

1. 平喘作用 采用雾化吸入磷酸组胺或卵白蛋白引发豚鼠的过敏性哮喘, 试验结果表明桂枝加厚朴杏子汤口服给药可明显延长豚鼠哮喘发作的潜伏期, 平喘作用明显。本方平喘作用的机制可能有两方面: 直接作用于气道平滑肌, 解除平滑肌痉挛状态; 通过抗过敏、抗气道炎症等作用治疗过敏性支气管哮喘, 从而控制喘息症状。比较桂枝汤和本方的平喘作用发现: 桂枝汤仅在大剂量下能明显降低豚鼠的哮喘发生率, 延长哮喘潜伏期。本方在中、大剂量下均可完全抑制哮喘的发生, 三个剂量组均能明显延长哮喘发生的潜伏期, 提示平喘作用明显强于桂枝汤。

2. 止咳作用 采用喷雾氨水导致小鼠咳嗽, 观察引起半数小鼠咳嗽的时间和镇咳强度 R 值。试验结果表明本方具有镇咳作用。与桂枝汤比较, 镇咳作用强。采用二氧化硫刺激法致小鼠咳嗽, 以咳嗽潜伏期和镇咳率作为观测指标, 结果表明

本方可延长咳嗽潜伏期、提高镇咳率，而本方加味（加黄芩、双花等）作用强于本方。

3. 化痰作用 有实验研究，采用酚红气道排泌试验，其机制是随着支气管分泌液的增加，由呼吸道黏膜排出的酚红量越多，表现为气管灌洗液中，酚红浓度越高。结果显示本方和桂枝汤均能增加酚红的排泌量，并具有一定相关关系。而本方的祛痰作用强于桂枝汤。本方中多数药物有祛痰作用，如桂枝中所含桂皮油可使痰液黏稠度降低，甘草为有名的祛痰之品。

关于以上作用的试验研究表明，本方的基础方桂枝汤本身就具有平喘、止咳、化痰作用。本方在桂枝汤基础上加入止咳平喘的厚朴、杏仁，其平喘、止咳、化痰作用增强，试验结果符合仲景“喘家作，桂枝汤加厚朴杏子佳”的论述。

4. 免疫抑制作用 免疫器官重量法是检测免疫功能的一个简单可行的指标。免疫兴奋剂可使免疫器官（胸腺、脾脏等）增重，而免疫抑制剂可使之减重。试验结果表明，本方能够明显抑制胸腺生长，降低胸腺指数；而本方加味（加黄芩、双花等）明显抑制胸腺、脾脏生长，使胸腺指数、脾脏指数均降低。胸腺、脾脏分别为 T、B 淋巴细胞的主要免疫器官，此结果提示本方对细胞免疫有一定抑制作用，其加味方对体液免疫和细胞免疫均有一定的抑制作用。PHA 可以刺激小鼠 T 细胞的活化和增殖，LPS 可以刺激小鼠 B 细胞的活化和增殖。淋巴细胞增殖试验结果显示：本方能明显抑制 PHA 对小鼠淋巴细胞增殖反应，而本方加味（加黄芩、双花等）能明显抑制 PHA、LPS 对小鼠淋巴细胞增殖反应。从而进一步证明本方及其加味方对细胞和体液免疫有抑制作用。现代常用桂枝汤及其加味方治疗免疫性疾病，如荨麻疹、过敏性鼻炎、类风湿性关节炎等。其作用机制可能与桂枝汤的免疫抑制作用有关。吕秀凤等通过试验证实桂枝汤对小鼠免疫功能有抑制作用。柯雪帆综合实验文献认为桂枝汤抗过敏作用与其组成药有效成分有

关。方中甘草可能起主要作用。甘草次酸及其衍生物可制成抗炎、抗过敏制剂，用于哮喘、过敏性及职业性皮炎的治疗，其原理可能与抑制毛细血管通透性、抗组胺有关。也有人推论桂枝汤治疗过敏性疾病是通过早期抗体抑制的机制。本方以桂枝汤为基本方，亦当有免疫抑制作用，上述试验结果与此吻合。

5. 抑制引起慢性气道炎症的细胞因子、炎症介质产生
支气管哮喘是一种由多种细胞，特别是肥大细胞、嗜酸性粒细胞和淋巴细胞参与的慢性气道炎症性疾病。基础研究表明肿瘤坏死因子（TNF）和内皮素（ET）是导致气道高反应性（AHR）和气道慢性炎症的两种炎性介质。试验采用卵白蛋白（OVA）致敏豚鼠后，以雾化吸入的 OVA 作为激发因子，反复刺激诱发豚鼠哮喘发作，镜下观察气管灌洗液（BALF）中细胞，发现大量嗜酸性粒细胞、淋巴细胞浸润，此与哮喘慢性气道炎症的病理改变符合。研究结果表明，本方及本方加味（加黄芩、双花）治疗组同空白对照组比较，哮喘豚鼠 BALF 中巨噬细胞在 LPS 刺激下培养，释放的 TNF- α 以及血浆和 BALF 中 ET 浓度，均明显减少，比较有显著性差异，说明本方及其加味方能够抑制 TNF- α 、ET 的分泌，从而减少这些因子的分泌产生，可以减轻气道的炎症反应，降低气道高反应性，这可能是本方治疗哮喘的重要机制之一。

〔运用心得〕 桂枝加厚朴杏子汤是仲景治疗支气管哮喘的有效方药，如《伤寒论》第 18 条说：“喘家，作桂枝汤加厚朴杏子佳”，这里所说的“喘家”系指素有哮喘的患者。临床上主要用其治疗哮喘之寒哮证，表现为喘息，胸闷憋气，咳嗽，咯少量白痰，汗出恶风，或遇风、寒加重，舌质淡，苔薄白，或兼有喷嚏，流清涕。在运用本方治疗寒哮时，应抓三个主证：其一，在咳喘的同时以胸闷憋气为主，其二，汗出恶风，或遇风、寒加重；其三，舌质淡，苔薄白。若伴有喷嚏，流清涕者，可在原方的基础上加辛夷、苍耳子。另外，本方也可用

于治疗慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿，症见胸闷憋气，咳嗽，咯白痰，汗出恶风，或遇风、寒加重，舌质淡，苔薄白。可在原方的基础上加苏子、葶苈子，薤白。若痰多者可合用二陈汤。再者，采用本方治疗过敏性鼻炎疗效亦佳，其应用指征为：每遇凉风则喷嚏，流清涕，鼻痒，舌质淡，苔薄白。可在原方的基础上加辛夷、苍耳子、白芷、蜂房、细辛。

第三节 麻 黄 汤

〔组成〕 麻黄三两（去节） 桂枝二两（去皮） 甘草一两（炙） 杏仁七十个（去皮尖）

上四味，以水九升，先煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药，煮取二升半，去滓，温服八合。覆取微似汗，不须饮粥，余如桂枝法将息。

〔功效〕 发汗解表，宣肺平喘。

〔方义分析〕 本方以四味药成方，而配伍严谨，效速功卓。君麻黄者，以其辛温发汗，解散风寒之力胜也，更有宣肺平喘之功，故为主病之药。桂枝辛温，为解肌祛风之要药，能协同麻黄增强发汗解表之力，是为臣药。杏仁宣肺平喘，协同麻黄，功力显著，故为佐药。炙甘草益中焦，意在顾护汗源，更能调和诸药，故为使。诸药相合，可奏发汗解表，宣肺平喘之功。

〔适应证〕

1. 治疗感冒、流行性感 症见发热，恶风寒，头痛身疼，腰痛，骨节疼痛，无汗，舌淡，苔白，脉浮紧。

2. 急性支气管炎、慢性支气管炎急性发作 症见咳嗽，气喘，胸满或闷，痰色白而质稀，或流清鼻涕，恶寒，无汗，舌苔薄白，脉紧或浮紧。

3. 支气管哮喘 症见喘息喉鸣，胸满或闷，痰色白而质

稀，口不渴，恶寒，无汗，舌苔薄白。

〔类方〕

1. 麻黄加术汤 即麻黄汤加白术。功效：解表散寒，除湿蠲痹；主治：湿家身烦痛。

2. 麻黄杏仁薏苡甘草汤 即麻黄汤以薏苡仁易桂枝而成。功效：解散风邪，除湿蠲痹。主治风湿在表，一身尽痛，午后发热加剧。

〔加减方〕

1. 青龙三石汤加减（吕同杰） 桂枝 9g，白芍 18g，细辛 3g，半夏 15g，干姜 9g，五味子 9g，麻黄 9g，杏仁 9g，苏子 15g，葶苈子 15g，甘草 9g，胆星 9g，皂角炭 3g，石韦 30g，鹅管石 15g，海浮石 15g，代赭石 15g。每日 1 剂，水煎服。功效：温肺散寒，降气化痰。适用于支气管哮喘发作期，风、寒、湿邪袭肺，引动寒痰之实痰冷哮证。证见：呼吸急促，喉中痰鸣有声，痰白如泡沫，胸闷憋气，面色晦滞，舌质淡、苔白滑，脉弦紧或浮紧。

2. 辛润理肺汤（丁光迪） 组成：带节麻黄 4g，带皮杏仁（去尖）10g，炙甘草 6g，桔梗 5g，佛耳草（包）10g，橘红 5g，当归 10g，炮姜 4g，生姜 1 片。功效：温润理肺，降逆止咳。主治：凉燥束肺，气逆干咳。症见，干咳无痰，喉中燥痒，痒甚咳甚，晨晚为剧，甚时咳则遗尿，胸膈隐痛，咳声嘶急，或见咯血。舌净苔薄有津，脉细或弦。

3. 宣肺止嗽汤（周仲瑛） 组成：炙麻黄 5g，桔梗 5g，杏仁 10g，半夏 10g，前胡 10g，大贝母 10g，佛耳草 12g，生甘草 3g。功效：宣利肺气，止咳化痰。主治：咳嗽。症见咳嗽频频，咽痒则咳，或阵发呛咳，气急，或咳声不扬，甚至咳延数周、逾月，咯吐泡沫黏痰，色白或淡黄，量少或多，咽部可有急性或慢性充血证，舌质淡红、苔薄白，脉浮滑。

4. 喘咳定煎剂（孟澍江） 组成：麻黄 4g，杏仁 9g，甘

草 3g, 法半夏 9g, 陈皮 6g, 茯苓 10g, 当归 9g, 熟地黄 10g。
功效: 化痰除饮, 止咳平喘。主治: 慢性支气管炎, 肺气肿。
每遇劳累过度或感受新邪而诱发, 冬春季发作为多。发时咳逆喘促, 动则喘甚, 痰多色白而粘, 或有咸味, 咽部不利, 舌苔厚腻或水滑, 如有新邪则常伴形寒微热等症状。

[临床荟萃]

1. 流行性感胃 张树峰应用中药麻黄汤治疗流感 120 例, 收到显著疗效, 疗程短, 见效快。其发病多是突然起病, 高热, 多在 38.5°C 以上, 怕冷, 周身酸痛, 皮肤无汗, 呼吸浅快, 有肺炎合并症者有呼吸困难、咳嗽、胸闷胸痛、脉数有力等表现。处方: 麻黄 10g, 桂枝 15g, 甘草 10g, 杏仁 10g。无肺炎并发症者单用麻黄汤原方, 有肺炎者可加鱼腥草、大青叶、板蓝根、金银花、连翘各 20g。用法: 上述药物温水浸泡 40 分钟, 水开后煎 15 分钟, 煎成药汁约 200ml, 小儿服 50~100ml, 成人服 200ml, 服药后适当饮些热水, 盖被子发汗, 至周身均匀汗出为度, 每日 1 剂。结果: 102 例流感无并发症者 1~2 剂痊愈, 18 例有肺炎并发症者 5~7 剂痊愈。

2. 小儿高热 刘广芳报道, 运用麻黄汤治疗小儿外感高热, 疗效较好。共治疗小儿外感高热症 292 例, 以发热无汗口不渴脉浮数为辨证要点, 体温在 38°C 以上者为治疗对象。中医辨证属恶寒者 138 例, 恶热者 138 例, 不恶寒热者 16 例; 西医诊断为上感 178 例, 扁桃体炎 114 例。其中 123 例白细胞总数在 $11 \times 10^9/\text{L}$ 以上。经口服麻黄汤煎剂治疗后, 24 小时体温降至正常, 主症消失者 196 例, 48 小时退热者 86 例, 总有效率 96%。研究认为, 麻黄汤在治疗小儿高热时, 发热无汗是中医辨证的关键所在, 恶寒、恶热者均可使用。

3. 咳嗽 洪杰斐运用麻黄汤加味治疗外感后咳嗽 26 例, 疗效较好。

[实验研究]

1. 发汗作用 麻黄汤中麻黄与桂枝相配, 经实验证明有协同发汗的作用。有学者采用汗液着色和汗腺上皮组织形态学观察的方法, 观察了麻黄配桂枝对大鼠足跖部汗腺分泌的影响。结果表明: 单味麻黄对汗腺兴奋作用有限, 而麻黄配桂枝对汗腺有明显兴奋作用, 能使汗腺分泌增加。

2. 解热作用 麻黄汤 1g/kg 静脉注射, 对霍乱、伤寒、副伤寒甲乙四联疫苗所致体温升高的家兔, 有明显解热作用。另有报道, 麻黄汤 5g/kg 灌胃, 对鲜酵母致热的大白鼠也有显著的解热作用。其机制可能是作用于下丘脑的体温调节中枢, 使体温调节定点下降, 通过神经途径使汗腺分泌增加, 从而使体温下降。

3. 镇咳祛痰平喘作用 用氨水刺激法或机械刺激法等动物实验表明, 麻黄汤及麻黄的水溶性提取物均有明显的镇咳作用。以酚红排泌量为指标, 研究表明麻黄汤祛痰作用明显。另, 麻黄汤能缓解支气管平滑肌痉挛。

4. 抗炎、抗菌、抗病毒作用 实验表明, 麻黄汤可以抑制致炎剂二甲苯引起的小鼠皮肤毛细血管通透性增高, 并有显著的量效关系。体外抑菌实验证明, 本方对大肠杆菌、葡萄球菌有一定的抑制作用。

5. 调整免疫功能 动物接受寒冷应激以后, 出现免疫功能低下, 具体表现为白细胞总数及淋巴细胞数目下降; 胸腺萎缩; 单核细胞吞噬功能降低; T 细胞转化率、白细胞吞噬功能及红细胞免疫功能均有所下降。麻黄汤对寒冷应激所致免疫功能降低, 有明显的对抗作用。此外, 麻黄汤还能明显提高正常动物抗毒素抗体水平。

6. 其他作用 抑制前列腺素 E_2 (PGE_2) 释放; 抗糖尿病作用; 抗肿瘤作用。

【运用心得】 麻黄汤是治疗呼吸系统疾病的常用方药, 辨证得当, 可收到良好的疗效。临床上常见的感冒、流行性感

冒，若证属风寒表实者当属首选之方，在具体运用时，应抓住两组主证：其一，恶寒发热，无汗；其二，诸痛，如头痛，身痛，关节痛等。用本方治疗感冒应注意如下事项：药后温覆使其微微汗出；如一服汗出者，不必再服；如汗后不解，腠理已开，不可再服本方，宜改用桂枝汤。麻黄汤又是治喘的良方妙药，对于急性支气管炎、慢性支气管炎急性发作所致的喘息，证属寒喘者也当属首选，其辨证要点为：喘咳、咯白痰；有恶寒发热等表证，但必须是无汗。药后温覆使其微微汗出可提高疗效。

第四节 小 青 龙 汤

〔组成〕 麻黄（去节） 芍药 细辛 干姜 甘草（炙）
桂枝各三两（去皮） 五味子半升 半夏半升（洗）

上八味，以水一斗，先煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药，煮取三升，去滓，温服一升。若渴，去半夏，加栝蒌根三两；若微利，去麻黄，加薤白，如一雉子，熬令赤色；若噎者，去麻黄，加附子一枚，炮；若小便不利，少腹满者，去麻黄，加茯苓四两；若喘，去麻黄，加杏仁半升，去皮尖。且薤花不治利，麻黄主喘，今此语反之，疑非仲景意。

〔功效〕 辛温解表，温化水饮。

〔方义分析〕 本方从药物组成来看，是麻黄汤、桂枝汤合方（剂量与原方小异，与桂枝麻黄各半汤相去甚远）去杏仁、生姜、大枣，加干姜、细辛、半夏、五味子而成，意在辛温解表，以散外感之风寒；辛散温化，而蠲内停之水饮。麻黄为本方之主药，有发汗、平喘、利水之功，是一物而三任也。又与桂枝为伍，则增强通阳宣化之效。桂枝与芍药相配，调和营卫。干姜、细辛，大辛大热，散寒宣肺，化痰涤饮。五味子敛肺止咳，而不使麻桂姜辛等升散太过。大凡外感咳喘，多忌芍

药、五味子之类，恐其敛邪不散，致生他变，而本方有此二味，当知其与麻桂姜辛等同用之妙，是开阖适宜，升降得法，对外寒内饮之证，尤为相宜。半夏降逆化饮，与上述诸药相配，其功更著。甘草和中，有能调和诸药。众药相合，可奏辛温解表，温化水饮之效。

〔适应证〕

1. 治疗急性支气管 发热，恶风寒，无汗，咳嗽或气喘，或口渴，咯白痰。舌淡，苔白而滑，脉浮紧或弦紧。

2. 慢性支气管炎急性发作 咳嗽或喘息，甚则不能平卧，咯白沫痰，或清稀痰，无汗，畏寒背冷。或兼有恶寒、发热。舌淡，苔薄白，脉浮紧。

3. 支气管哮喘 咳嗽，喘息，喉鸣，咯白沫痰，畏寒，遇寒则咳喘加重。可兼有鼻痒，喷嚏，流清涕。舌质淡，苔薄白，脉浮紧。

4. 咳嗽变异型哮喘 咳嗽阵作，多发于晨间、睡前、或夜间，遇风或遇寒发作或加重，可见有鼻痒，喷嚏，流清涕。舌质淡，苔薄白，脉浮紧。

5. 慢性肺源性心脏病 咳嗽喘息，甚则不能平卧，咯白沫痰，或清稀痰，无汗，畏寒背冷，心悸，双下肢水肿，甚则全身悉肿，或兼有恶寒、发热，面色晦暗，口唇紫绀。舌暗淡，或有瘀斑，苔薄白，脉浮紧。

6. 过敏性鼻炎 症见喷嚏，流清涕，鼻塞，恶风寒，或遇风发作或遇风加重。舌淡苔白，脉浮紧。

〔类方〕 大青龙汤：小青龙汤去芍药、细辛、干姜、五味子、半夏加生姜、杏仁、大枣、石膏而成。功效：解表散邪，清宣肺热。主治：太阳伤寒证与肺（胃）蕴热证相兼发热，恶风寒，身疼痛，无汗，烦躁，咳嗽，或气喘，或渴，苔白或兼薄黄，脉浮紧；溢饮证偏于热者，身热疼重，或四肢浮肿，无汗，舌苔薄黄，或黄白相兼，或黄腻，脉浮紧；湿郁太阳营卫

证发热，恶风寒，身不疼，但重，或疼重俱见而以重为主，时轻时重，舌淡，苔薄，脉浮缓。

〔加减方〕

1. 温肺方（洪广祥）

基本方：生麻黄 10g，细辛 3g，法半夏 10g，生姜 3 片或干姜 6g，紫菀 10g，款冬花 10g，白前 10g，矮地茶 10g。如伴痰白量多者，加小皂荚 6g；伴干咳无痰或咳痰不爽者加浙贝母 10g，冬瓜仁 10g 或桃仁 10g，沙参 10g 以润化滋阴；伴痰黄粘稠，苔黄腻者加鱼腥草 30g，黄芩 9g，天葵 10g，野荞麦根 15g；伴气喘明显者加葶苈子 15g，青皮 10g，陈皮 10g；伴大便秘结者加生大黄 6g。主治慢性支气管炎在临床上不论是久郁寒饮化热者、阳虚痰瘀化热者还是热证化寒者。

2. 小青龙加减方（陈树森）

小青龙汤加减方组成：炙麻黄 9g，桂枝 9g，白芍 10g，杏仁 10g，细辛 5g，制半夏 10g，甘草 6g，干姜 5g，五味子 6g，黄荆子 15g，橘红 9g。如咳喘剧烈，不能平卧者加射干、款冬花，甚者加天仙子粉 0.1g（冲服），每日 3 次。功效散寒化痰，宣肺降气，镇咳平喘。主治慢支、肺气肿咳嗽比平时加重，咳痰稀白量多，甚者喘息不能平卧，恶寒发热，舌苔白腻，脉弦紧。

3. 小青龙汤加减（崔玉衡）

崔氏以小青龙汤为主方：炙麻黄 6~9g，炒杏仁 13g，半夏 12g，干姜 6g，细辛 6~9g，五味子 16g，桂枝 6g，茯苓 15g，徐长卿 15g，葶苈子 20~30g，炙甘草 6g。功能温肺散寒，宣肺平喘。主治支气管哮喘证属寒哮。症见呼吸急促，喉中痰鸣，痰液稀薄，口不渴或渴喜热饮、畏寒流涕、苔薄白、脉浮紧。崔氏治寒哮，细辛用量超过常规 1~2 倍，疗效颇佳。常谓“细辛不过钱”，是指单服细辛末而言，煎服即无此虞，可以大胆使用。

[临床荟萃]

1. 支气管炎 冯水炎运用中医辨证论治理论,用小青龙汤加减治疗慢性喘息型支气管炎急性发作期中医辨证为寒喘的病例 65 例。基本药物:炙麻黄 12g,炙桂枝 10g,法半夏 10g,干姜 5g,炙细辛 5g,射干 9g,葶苈子 15g,五味子 9g,杏仁 10g,炒苏子 10g,川贝母粉 6g,炒白芥子 10g,炙款冬花 12g,炙紫菀 15g。兼风寒表证明显者,加紫苏 6g,荆芥 6g;喉中痰鸣如水鸡声者加重射干至 15g,川厚朴 6g;胸闷痰粘难咯者加桔梗 10g,旋覆花 10g;兼有热象、烦躁口渴者加生石膏 24g;肺部感染明显者加鱼腥草 30g,银花 30g。水煎 2 次,上下午分服,忌食油腻、烟酒、辛辣、鱼腥等食物。对照组采用青霉素 G 注射液、复方甘草片,哮喘明显加用氨茶碱片。两组均以 10 天为 1 个疗程,连用 2 个疗程后,作治疗前后对比。结果治疗组 65 例,临床控制 47 例,显效 9 例,有效 5 例,无效 4 例,总有效率 93.85%。对照组 62 例,临床控制 32 例,显效 13 例,有效 8 例,无效 9 例,总有效率 85.48%。临床症状和疗效对照,治疗组明显优于对照组。胸片、血常规等客观检查指标对比,两组无显著性差异 ($P>0.05$)。黄年斌等^[21]运用小青龙汤治疗慢性支气管炎 50 例,效果显著。处方:麻黄、五味子、生甘草各 6g,桂枝、白芍、半夏、干姜各 10g,细辛 3g。根据冬夏时令分别选用生或炙麻黄;痰稠难咯者加桔梗、鱼腥草、陈皮;胸闷或呼吸困难者加瓜蒌皮、薤白、地龙;食欲不振者加莱菔子、砂仁。上药每日 1 剂,水煎,分 2 次温服,7 天为 1 个疗程。可连服 2~3 个疗程。治疗期间如出现缺氧或胸闷等情况,可予吸氧及支持疗法。结果显效 26 例,有效 22 例,无效 2 例,总有效率 96.00%。何冠^[22]运用小青龙汤治疗急性支气管炎 48 例,取得较好疗效。临床表现:均具有咳嗽,咳痰、痰色白、清稀、有泡沫,痰量多,微喘,甚则喘息不能平卧,苔白,脉沉紧。均经 X 线摄

片诊断为急性支气管炎。小青龙汤组成：麻黄 10g，白芍 10g，桂枝 10g，甘草 6g，制半夏 12g，细辛 6g，五味子 10g，干姜 6g。水煎服。每日 1 剂。结果 48 例急性支气管炎患者经治疗后咳嗽、咳痰、气喘等症状消失，胸片复查恢复正常。疗程一般为 2~6 天，平均疗程 3.5 天。

2. 哮喘 彭开绍治疗顽固性支气管哮喘 20 例，疗效满意。小青龙汤基本方：炙麻黄 10g，桂枝 10g，五味子 10g，干姜 8g，制半夏 15g，白芍 30g，细辛 8g，甘草 15g。寒痰黏稠者加白芥子 10g，莱菔子 10g，紫苏子 10g；痰热壅肺者加鱼腥草 30g，生石膏 30g，浙贝母 10g。每日 1 剂，分 2 次水煎内服。20 例患者中，18 例服用本方后，半小时至 1 小时哮喘即平或显著缓解，听诊两肺哮鸣音大减或基本消失，服完 3 剂后病情趋向稳定，逐渐减少本方剂量，加入益气固本、补肾纳气之品，以资调理，巩固疗效。以上 18 例经治疗后哮喘基本控制，2 例服本方无效改用它法治疗。胡全和运用小青龙汤治疗顽固性支气管哮喘患者 8 例，均属顽固性反复发作，经一般中西药治疗而无效者。处方：炙麻黄 15~20g，炙五味子 6~9g，桂枝 6~9g，干姜 6~9g，制半夏 15~20g，白芍 15~25g，细辛 6~9g，蜜炙甘草 9~15g。寒痰黏稠者加旋覆花 9~15g（包煎），蜜炙款冬花 9~18g，苏子 15~25g；痰热壅肺者加鲜鱼腥草 30~50g，海浮石 15~25g，象贝母 9~15g。每日 1 剂，煎取两汁，和匀，首次服 1/2~2/3，所余药汁酌情 1~2 次服完，寒胜则热服，热胜则凉服或随患者所欲而服之。结果 8 例顽固性支气管哮喘患者，均在服完本剂 0.5~2.5 小时内哮喘即平、诸症缓解，听诊两肺哮鸣音明显减少或消失，待服完 2~3 剂后诸症基本消失、病情稳定。即酌情调整上方剂量，加入益气固本、补肾纳气之品调理善后以固其疗效。治愈后随访 3 年无复发。

3. 肺心病 任广毅近年来以本方增大剂量治疗肺心病哮

喘患者 48 例,取得了满意疗效。所有病例随机按单日、双日入院分为治疗组和对照组。两组病例均采用吸氧、解痉止喘、强心利尿、抗菌等治疗。治疗组在上述治疗基础上加服大剂量小青龙汤,每日 1 剂,水煎后分 2 次口服。处方:炙麻黄 20g,白芍 20g,桂枝 20g,干姜 20g,细辛 20g,法半夏 20g,五味子 20g,生石膏 120g,甘草 20g。喘重加三子养亲汤;水肿重加茯苓、泽泻、车前子;咳重加百部、瓜蒌;肺气虚重加黄芪 100g。1 周为 1 个疗程。年老体弱者细辛、半夏、五味子酌减。结果:治疗组 48 例,近期控制 9 例,显效 23 例,好转 10 例,无效 3 例,死亡 3 例,总有效率 66.67%。对照组 55 例,近期控制 5 例,显效 18 例,好转 20 例,无效 5 例,死亡 7 例,总有效率 41.82%。两组间总有效率无显著性差异 ($P>0.05$),而显效以上有显著性差异 ($P<0.05$);病死率治疗组 6.25%,明显低于对照组 12.73%,说明大剂量小青龙汤配合西药治疗肺心病较单纯用西药可收到明显的效果,降低病死率。

4. 变应性鼻炎 桑进运用小青龙汤治疗变应性鼻炎 53 例,效果较好。处方:麻黄 10g,桂枝 10g,白芍 10g,五味子 6g,干姜 6g,半夏 10g,细辛 6g,甘草 10g。对于诊断明确者,均投以小青龙汤煎剂,每日 1 剂,分 2 次煎服,不用或停用其他全身及局部用药,3 天为 1 个疗程。治疗结果:痊愈 26 例,显效 24 例,无效 3 例,总有效率 94.30%。

5. 肺炎 小青龙汤治疗肺炎具有较好疗效。詹锐文报道用小青龙汤加减治疗 89 例肺炎,结果治愈 72 例。疗程最长 22 日,疗程最短 11 日,平均 14 日。另有 17 例配合西药治疗而治愈。治疗用药:炙麻黄 5~10g,桂枝 10g,白芍 10g,细辛 5g,法半夏 10g,干姜 10g,五味子 10g,炙甘草 7g,鱼腥草 30g,黄芩 15g,杏仁 10g。寒痰黏稠加白芥子、紫苏子、旋覆花各 10g,去黄芩、白芍药;痰热郁肺加石膏、川贝母各

15g, 去干姜、桂枝、细辛; 体虚加人参、白术、当归、熟地黄各 10g, 去黄芩、麻黄。水煎服, 每日 1 剂。

6. 结核性渗出性胸膜炎 梁健春等用小青龙汤加味治疗结核性渗出性胸膜炎 35 例, 疗效满意。处方: 炙麻黄 10g, 桂枝 10g, 白芍 10g, 干姜 10g, 细辛 10g, 甘草 10g, 法半夏 10g, 五味子 10g, 葶苈子 20g。胸痛加瓜蒌仁、薤白、延胡索各 10g; 胸闷气促加杏仁、桑白皮各 10g, 厚朴 6g; 持续低热者加银柴胡 10g, 地骨皮 20g; 中等或高热者, 干姜减为 5g, 加桑白皮 10g, 石膏 30~50g; 食欲减退加莱菔子、麦芽各 20g。水煎服, 每日 1 剂。服药期间仍抗痨治疗, 忌辛辣之物。结果服药 7 剂后, 胸水全部消失者 10 例, 消失 75% 14 例, 消失 50% 5 例, 消失 25% 6 例。胸痛、胸闷气促症状均有不同程度减轻, 再经服药 4 剂后, 胸水全部消失者共 30 例, 消失 75% 有 5 例。

〔实验研究〕

1. 平喘作用及其机制 有学者对小青龙汤及其拆方研究证明, 对离体豚鼠气管平滑肌, 全方及其大部分组成药物, 都有不同程度拮抗组胺、乙酰胆碱和氯化钡等引起的支气管收缩, 显示不同程度的松弛气管平滑肌的作用。全方的醇提取液对以上 3 种致痉剂引起的支气管痉挛性收缩均有抑制作用, 而全方煎液和麻黄碱则不能拮抗氯化钡所致的痉挛; 麻黄、细辛、五味子三药的合煎剂, 对于 3 种致痉剂所致痉挛, 比全方醇提取液、煎剂以及麻黄、细辛、干姜三味药煎剂的抗痉作用强; 细辛、桂枝、五味子三药的醇提液, 亦有显著抗氯化钡致痉的作用。对于组胺与乙酰胆碱混合致喘的豚鼠, 全方醇提取液有显著地保护作用, 但去麻黄、半夏后的醇提液, 比全方醇提液的作用更强, 而同氨茶碱相仿; 仅用麻黄、半夏二药的醇提液, 则作用明显降低; 亦不及细辛、五味子、桂枝三药醇提液的作用。从而认为麻黄、半夏可能并非本方的最主要成分, 而细

辛、五味子等可能也起着重要的作用。

2. 抗过敏 有学者用抗卵蛋白 (EA) IgE 血清所致豚鼠被动皮肤过敏反应 (PCA), 研究小青龙汤对 I 型变态反应的影响, 对于组胺、5-HT、乙酰胆碱引起的皮肤炎症的抑制作用, 小青龙汤的抑制率分别为 159%、66%、9%; 而 keblifen 对 5-HT 和乙酰胆碱反应无抑制作用, 对组胺的抑制率为 58.5%; Tranilast 仅对 5-HT、乙酰胆碱有抑制作用, 抑制率分别为 43.7% 和 27.6%。

3. 对肾上腺皮质功能的影响 对临床哮喘患儿按 0.05g/kg 顿服小青龙汤剂, 服药前及服药后的 30、60 和 120 分钟, 采血测体内的皮质醇和促肾上腺皮质激素 (ACTH) 浓度, 结果服药后血浆皮质醇浓度分别比服药前增加 36%、30% 和 25%; ACTH 增加 18%、18% 和 23%, 而对照组服药前后无变化。

4. 对血液流变学的影响 有人对兔耳灌流量和对大鼠足跖温度的实验, 进行了全方及拆方作用的研究, 结果是全方, 由桂枝、五味子、细辛组成方和由桂枝、五味子、细辛、半夏、麻黄组成方, 均可扩张离体兔耳血管和增加灌流量; 而由白芍、干姜、麻黄、半夏、甘草组成方则无明显作用; 由半夏、麻黄组成方则使流出量降低。对大鼠足跖温度, 除桂枝、五味子、细辛方是降低温度外, 其余各方则为使其先升后降。

5. 其他 有人研究了小青龙汤等 10 首解表古方对于小鼠纤维细胞糖酵解的影响, 以糖酵解所产生的乳酸含量为指标, 结果小青龙汤显示有显著促进小鼠糖酵解的作用, 其乳酸含量为 $8.71 \pm 3.04 \text{mg}/(\text{gHb} \cdot \text{h})$, 与生理盐水组 $5.78 \pm 2.10 \text{mg}/(\text{gHb} \cdot \text{h})$ 相比, $P < 0.05$ 。

【运用心得】《伤寒论》第 40 条说: “伤寒表不解, 心下有水气, 干呕发热而咳, 或渴, 或利, 或噎, 或小便不利、少腹满, 或喘者, 小青龙汤主之”。《伤寒论》第 41 条说: “伤寒

心下有水气，咳而微喘，发热不渴。服汤已渴者，此寒去欲解也。小青龙汤主之。《金匱要略·痰饮咳嗽》“病溢饮者，当发其汗，大青龙汤主之；小青龙汤也主之”。《金匱要略·痰饮咳嗽》“咳逆倚息不得卧，小青龙汤主之”。《金匱要略·妇人杂病》妇人吐涎沫，医反下之，心下即痞，先当治其吐涎沫，小青龙汤主之。涎沫止，乃治痞，泻心汤主之”。小青龙汤方后注云：“若噎者，去麻黄，加附子一枚，炮；若小便不利、少腹满者，去麻黄，加茯苓四两；若喘者，去麻黄，加杏仁半升，去皮尖”。

根据原文的要旨可概为如下几点：①“伤寒表不解，心下有水气”是对病机的描述：外有风寒表邪，内有水饮之气，内外邪气相合而成本证。“伤寒表不解”，可见表证，“心下有水气”，可见咳大量白沫痰，落孟成水；面部庞肿，面部色素沉着之水斑，面色黧黑。②“心下有水气”当有因果关系：其一，素有水饮内停，复感外邪；其二，“伤寒表不解”可导致水饮内停。③干呕，发热，咳嗽是主症，喘息等是或然症。陈修园《伤寒论浅注·辨太阳病脉证》云：“……，然水性之变动不居，不得不于未然之时，先作或然之想，或水蓄而正津不行则为渴，或水渍入肠间则为利，或逆之于上则为噎，或留而不行，则为小便不利少腹满，或如麻黄证之喘，而兼证处显出水证，则为水气之喘者。以上诸证不必悉具，但见一二证即是也，以小青龙汤主之”。陈氏提出了两个问题：其一，然水性之变动不居，不得不于未然之时，先作或然之想；其二，以上诸证不必悉具，但见一二证即是也，以小青龙汤主之。④可据病情随症加减：内饮重者去麻黄，以温里阳、或利水为主。即薄于解表，厚于去水。若小便不利，去麻黄，临床所见，有服麻黄致小便困难者。《医宗金鉴·订正仲景全书伤寒论注·辨太阳病脉证并治下》：“太阳停饮有二，一中风有汗为表虚，五苓散证也，一伤寒无汗为表实，小青龙汤证也。表实无汗，故

合麻桂二方以解外，去大枣者，以其性滞也，去杏仁者，以其无喘也，有喘者，仍加之，去生姜者，以有干姜也，若呕者，仍用之，佐干姜细辛，极温极散，使寒与水俱得从汗而解，佐半夏逐痰饮，以清不尽之饮；佐五味收肺气，以敛耗伤之气。若渴者，去半夏加花粉，避燥以生津也，若微利与噎，小便不利，少腹满，俱去麻黄，远表而就里也。加附子以散寒，则噎可止，加茯苓以利水，则微利止，少腹满可除矣。”阐释了本方桂麻合方之理，对或然证加减用药的分析较为合理。⑤溢饮是饮溢于四肢肌肉，当汗出而不汗出，饮邪内留所致，当以汗解之。在此小青龙汤所治疗的部位在表而不在里。⑥支饮之咳逆倚息不得卧，在此小青龙汤以温肺化饮为主。即通常所说的“解表发汗治溢饮，温肺化饮治支饮，异病可以同治”。⑦小青龙汤治妇人吐涎沫，也是温肺化饮之治。

原文要旨给我们的启示：①素有水饮内停，复感外寒，表里同病的咳喘发作，可用小青龙汤辛温解表，温化水饮。②有风寒表证无内饮者，可用小青龙汤辛温解表，宣肺止咳、平喘。③有水饮内停无风寒表证者，可用小青龙汤温肺蠲饮。④治疗咳喘，以治咳为主。⑤内饮重者去麻黄，以温里阳、或利水为主（小便不利、少腹满必去之）。

小青龙汤治疗呼吸病应用指征：①咳嗽，或咳嗽喘息，以咳为主。②咯白色泡沫痰，或痰多清稀。③恶寒，或畏寒，或背冷，或遇寒咳喘发作或加重。④舌质淡，苔白润或白滑。以上具备三条即可选用。咳嗽变异型哮喘原方加蝉蜕。支气管哮喘先出现喷嚏、鼻痒流清涕，继则咳嗽而后喘息者，加蝉蜕、辛夷、苍耳子、蜂房。慢性支气管炎、慢性阻塞性肺气肿，伴有心功能不全者，去麻黄，合真武汤加葶苈子。⑤治疗以上疾病时，如有邪郁化热者酌加石膏。

第五节 小青龙加石膏汤

〔组成〕 麻黄（去节） 芍药 细辛 干姜 甘草（炙）
桂枝各三两（去皮） 五味子半升 半夏半升（洗） 石膏二两
上九味，以水一斗，先煮麻黄，去上沫，内诸药，煮取三升。强人服一升，羸者减之，日三服，小儿服四合。

〔功效〕 散寒解表，温化水饮，兼清郁热。

〔方义分析〕 方中麻黄、桂枝、细辛相配，以辛温散寒解表，其中麻黄并能宣畅肺气，桂枝还可温阳化饮，细辛与干姜、半夏为伍，又化饮降逆；石膏清泄郁热。全方药性偏于温散，难免有耗散肺气、温燥伤阴之弊，故佐以五味子收敛肺气，芍药和其营阴，甘草调和诸药。众药相合共奏散寒解表，温化水饮，兼清郁热之效。

〔适应证〕

1. 治疗急性支气管炎 发热，恶风寒，无汗，咳嗽或气喘，口渴，咯白痰。舌淡，苔薄黄而润，脉浮紧或浮滑。
2. 慢性支气管炎急性发作 咳嗽或喘息，甚则不能平卧，咯白沫痰，或清稀痰，或白黏痰，无汗，畏寒背冷。或兼有恶寒、发热，或兼有心烦。舌淡，苔薄黄而润，脉浮紧或浮滑。
3. 支气管哮喘 咳嗽，喘息，喉鸣，咯白沫痰，或少量白黏痰，难以咯出，畏寒，遇寒则咳喘加重。可兼有鼻痒，喷嚏，流清涕。舌淡，苔薄黄而润，脉浮紧或浮滑。
4. 咳嗽变异性哮喘 咳嗽阵作，多发于晨间、睡前、或夜间，遇风或遇寒发作或加重，可兼有鼻痒，喷嚏，流清涕。舌淡，苔薄黄而润，脉浮紧或浮滑。
5. 慢性肺源性心脏病 咳嗽喘息，甚则不能平卧，咯白沫痰，或清稀痰，无汗，畏寒背冷，心悸，双下肢水肿，甚则全身悉肿，或兼有恶寒、发热，或兼有烦躁。面色晦暗，口唇

紫绀，舌暗淡，或有瘀斑，苔薄黄而润，脉浮紧或浮滑。

〔类方〕 小青龙汤：本方去石膏而成。功效：温化水饮，解表散邪。主治：太阳伤寒证与肺寒饮证相兼之发热，恶风寒，无汗干呕，咳嗽或气喘，或口渴，或下利，或小便不利，少腹满，或噎即咽部有阻塞感，舌淡，苔白而滑，脉浮紧或弦紧；溢饮证偏于寒者，症见身体重，四肢肿，无汗，恶风寒，舌淡，苔薄白，脉弦迟或沉迟；寒饮郁肺证之咳嗽，痰多而清稀，气喘，甚则不能平卧（即咳逆倚息不得卧），或恶风寒，苔薄白，脉紧或弦或迟或沉。

〔加减方〕 小青龙加石膏加减方（叶德铭）

组成：生石膏 15g，麻黄 5g，桂枝 3g，生白芍 9g，生甘草 3g，杏仁 9g，生姜 3 片，五味子 3g，姜半夏 9g，旋覆梗 9g，炙细辛 2g，炒苏子 9g。功效：温肺化痰，止咳平喘。主治：支气管哮喘证属寒哮，症见经常发作，气喘咳嗽遇寒即发。气闭呼吸不调，卧难着枕，稍有发热，心烦。脉滑，舌红尖绛。

〔临床荟萃〕

1. 肺心病 郭志红报道：用小青龙加石膏汤化裁治疗肺心病急性发作，疗效满意。处方：炙麻黄、生石膏、清半夏、细辛、赤白芍、五味子、瓜蒌、炙枇杷叶、竹茹、杏仁、鱼腥草、连翘、甘草等。合并肺性脑病而见神志障碍者，加石菖蒲 15g，郁金 12g；合并心衰，水肿较明显者，加葶苈子 9g，大腹皮 15g，云苓 12g，泽泻 12g。

2. 支气管哮喘 孙飞等报道：用小青龙加石膏汤保留灌肠治疗喘证 15 例，痊愈 5 例，好转 9 例，无效 1 例。治疗方法：取小青龙加石膏汤煎剂保留灌肠。方药：桂枝 10g，炙麻黄 9g，白芍 20g，细辛 3g，干姜 9g，甘草 6g，五味子 10g，生石膏 40g。紫绀明显者，加桃仁 10g；舌苔厚腻者，加焦三仙各 20g。以水 500ml 浓煎至 150~200ml，药液温度在 37~

38℃。取平卧位或左侧卧位，肛管插入深度 20~30cm 为宜。保留 1 小时以上，每晚睡前灌入，1 周为 1 个疗程，若不缓解可再加 1 个疗程。

3. 老年细菌性肺炎 孙宏伟等观察中西医结合治疗老年细菌性肺炎的临床疗效。将 100 例患者随机分为 2 组。对照组 50 例采用抗生素如铃兰欣、左氧氟沙星注射液、和（或）青霉素等抗炎治疗及对症治疗；治疗组 50 例在对照组治疗基础上加用中药，小青龙加石膏汤（麻黄、生石膏、炙甘草、干姜、细辛、五味子、白芍、桂枝、半夏）治疗。结果：总有效率、痊愈率治疗组分别为 100%，70%，对照组分别为 94%，54%，两组总有效率无显著性差异（ $P>0.05$ ），而两组临床疗效比较，存在显著差异（ $P>0.01$ ）。结论：中西医结合治疗老年细菌性肺炎疗效确切，可提高治愈率，明显缩短病程。

4. 小儿喘息性支气管炎 唐凯等以小青龙加石膏汤治疗小儿喘息性支气管炎 40 例，疗效较好。临床病例 40 例中，男 30 例，女 10 例；年龄最小 3 月，最大 6 岁，其中 ≤ 1 岁的 19 例， >1 岁而 ≤ 2 岁的 12 例， >2 岁的 9 例；病程均超过 10 天，最长 2 月。在保留原来抗感染等药物的同时，运用小青龙加石膏汤加味治疗。方药组成：麻黄、桂枝、僵蚕各 3g，白芍、五味子、法半夏、苏子、黄芩各 4g，石膏 8g，干姜、甘草各 2g，细辛、全蝎各 1g（以上为 2 岁用量，小于 2 岁酌减，2 岁以上酌加）。每日 1 剂，水煎 2 次，小量多次喂服，7 日为 1 疗程。加减：高热（ $T39^{\circ}\text{C}$ 以上）者石膏加至 15~25g。痰多质稠黄者加全瓜蒌、胆南星、竹茹各 4~6g。在保留原来抗感染等药物的同时，运用小青龙加石膏汤加味治疗。方药组成：麻黄、桂枝、僵蚕各 3g，白芍、五味子、法半夏、苏子、黄芩各 4g，石膏 8g，干姜、甘草各 2g，细辛、全蝎各 1g（以上为 2 岁用量，小于 2 岁酌减，2 岁以上酌加）。每日 1 剂，

水煎 2 次，小量多次喂服，7 日为 1 疗程。加减：高热（ $T39^{\circ}\text{C}$ 以上）者石膏加至 15~25g，痰多质稠黄者加全瓜蒌、胆南星、竹茹各 4~6g。治疗结果：治愈 33 例，占 82.5%，其中 3 剂而愈者 20 例，5 剂而愈者 10 例，7 剂而愈者 3 例；好转 6 例，占 15%；无效 1 例，占 2.5%。总有效率 97.5%。

〔运用心得〕 小青龙加石膏汤是温化水饮，兼清里热的方剂，但从总体上来说，是以温化为主。这就决定其所针对的病机主要是内有水饮，或外感风寒，内有水饮，只是在此基础上又有郁热的产生。所以在临床表现上仍然以构成寒证的症状为主，构成热证的症状为次。那么，如何辨别所兼热证？这是正确选用小青龙加石膏汤的关键问题。一般说来，无论是哮喘还是急慢性支气管炎，从症状上来鉴别是小青龙汤证还是小青龙加石膏汤证，是比较困难的。例如：从最能反映寒热属性的痰、涕来辨识的话，黄痰、黄涕属热证，非两方之所宜；从渴与不渴来辨识，热证有口渴，小青龙汤证也有口渴等等。笔者临床上体会到，小青龙加石膏汤证的辨证要点在于舌象，若有小青龙汤证，而舌苔薄黄而润，则可断定为内有水饮，兼有郁热的小青龙加石膏汤证。如果舌苔黄燥则是热证，不可用之。

第六节 大 青 龙 汤

〔组成〕 麻黄六两（去节） 桂枝二两（去皮） 甘草二两（炙） 杏仁四十个（去皮尖） 生姜三两（切） 大枣十二枚（擘） 石膏如鸡子大（碎）

右七味，以水九升，先煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药，煮取三升，去滓，温服一升，取微似汗，汗出多者，温粉扑之。一服汗者，停后服。汗多亡阳，遂虚，恶风烦躁，不得眠也。

〔功效〕 发汗解表，兼清里热。

〔方义分析〕 本方由麻黄汤倍重麻黄，减杏仁剂量加石膏、姜、枣而成。本方麻黄六两，与桂枝成三与一之比例，更有生姜为伍，则发汗之力峻猛，独盖群方。以太阳伤寒，外寒固闭，阳郁为热，不汗出而烦躁之证，必速发其汗，以解其固闭，为当务之急。外闭得解，内热方有宣泄之路，此为立意创方之主体。然而毕竟内热由生，烦躁显露，是不可率用辛温峻剂，而无所顾忌，故加石膏辛寒之品，清内热而无碍宣发之功。如此寒温并用，升降合度，则外寒得散而内热可消，无怪前人有喻为“龙升雨降”者。凡用汗法，必预为汗源计，何况峻汗，是以有炙甘草、大枣，调理中焦，资助汗源，则无后顾之忧。至于杏仁减量，一则本证未言喘逆如何，再则重用麻黄，其宣肺之力亦胜，故减杏仁量，亦无碍也。综观全方，重在发汗解表，兼清里热。

〔适应证〕

1. 治疗感冒、流行性感 症见发热恶寒，头痛身疼，腰痛，骨节疼痛，不汗出而烦躁，舌淡，苔白，脉浮紧。
2. 肺炎（初期） 表现为发热恶寒，咳嗽，身疼痛，不汗出而烦躁，舌淡，苔白，脉浮紧或脉浮数。
3. 支气管哮喘 喘息喉鸣，不能平卧，胸闷憋气，痰难咯出，不汗出而烦躁，舌淡，苔白，脉浮紧或脉浮数。

〔类方〕 小青龙汤：大青龙汤去生姜、杏仁、大枣、石膏加芍药、细辛、干姜、五味子、半夏而成。功效：温化水饮，解表散邪。主治：太阳伤寒证与肺寒饮证相兼之发热，恶风寒，无汗干呕，咳嗽或气喘，或口渴，或下利，或小便不利，少腹满，或噎即咽部有阻塞感，舌淡，苔白而滑，脉浮紧或弦紧；溢饮证偏于寒者，症见身体重，四肢肿，无汗，恶风寒，舌淡，苔薄白，脉弦迟或沉迟；寒饮郁肺证之咳嗽，痰多而清稀，气喘，甚则不能平卧（即咳逆倚息不得卧），或恶风寒，

苔薄白，脉紧或弦或迟或沉。

【加减方】 大青龙汤加减方（姜春华）

组成：麻黄 9g，桂枝 9g，甘草 6g，杏仁 9g，生姜 6g，大枣 3 枚，石膏 15g，知母 9g。功效：散寒解表，兼清里热。主治咳嗽，症见发热恶寒，无汗烦躁，口干痰浓者。

【临床荟萃】

1. 慢性支气管炎合并肺部感染 王端权运用大青龙汤治疗 52 例慢性支气管炎合并肺部感染，效果较好。随机分为治疗组 34 例，对照组 18 例。治疗组给予大青龙汤治疗。处方：净麻黄 9g，川桂枝 9g，大杏仁 10g，生甘草 9g，生姜片 3g，大红枣 5 枚，生石膏 30g。水煎服，每日 1 剂，分 3 次温服。对照组给予鱼腥草注射液加入 0.9% 生理盐水 250ml，静脉点滴，每日 1 次。服药期间观察患者症状、舌脉及体征变化。治疗组 34 例中，临床控制 20 例，好转 9 例，无效 5 例，有效率为 85.29%；对照组 18 例中，临床控制 9 例，好转 5 例，无效 4 例，有效率为 77.78%。两组总体疗效比较，有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2. 哮喘 黄禾生治疗 46 例支气管哮喘发作期病人，取得较好的疗效。处方：麻黄 10~15g，杏仁 10~15g，桂枝 10~15g，生石膏 20~30g，大枣 3~5 枚，生姜 3~5 片，炙甘草 6~12g。疗效判定标准：哮喘控制，哮鸣音消失为显效；哮喘减轻，哮鸣音减少为好转；哮喘无缓解为无效。结果显效 18 例，好转 23 例，无效 5 例，总有效率为 89.1%。

3. 治疗流感 许健采用大青龙汤治疗流感发热 32 例，与同期常规西药治疗 20 例比较，疗效显著。治疗组给予大青龙汤。处方：炙麻黄 10g，桂枝 10g，石膏 30g，杏仁 12g，炙甘草 6g，生姜 3 片，大枣 10 枚。煎服法：石膏打碎先煎 10 分钟，然后纳诸药武火煎 5 分钟，2 煎共取汁约 400ml，分早晚 2 次温服，每日 1 剂。服后勿当风，若汗出热退即止服。对照

组给予速效伤风胶囊、病毒灵。必要时2组均可给予补充液体及对症处理,对形体羸弱者谨慎。结果治疗组32例,痊愈5例,显效16例,有效8例,无效3例,总有效率90.6%。对照组20例,痊愈3例,显效7例,有效4例,无效6例,总有效率70.0%。两组疗效比较,差异性显著($P<0.01$)。全部病人均无不良反应。

4. 发热 郭伟琪报道,用大青龙汤治疗42例发热患者,1次给予大青龙汤制剂40~50ml,然后测其药后2小时、4小时的体温变化。结果2小时内体温下降 1°C 以上者21例,4小时内体温下降 1°C 以内者10例,4小时内体温不降或上升者11例。并认为呼吸道、消化道感染所致的急性发热效果较好。而病程长,反复多次运用多种退热药而体温仍不退或发热原因不明的病例疗效较差。在此基础上,选择了重感、肺、支气管急性感染,急性胃肠道感染和急性尿路感染的发热病例进行了大青龙汤与解热镇痛药去痛片的临床退热观察比较。结果大青龙汤具有略优于去痛片的退热效果。

〔实验研究〕

1. 退热作用 制配大青龙汤药液,每100ml药液中含生药328g, pH为6.5,观察其退热作用。结果表明,大青龙汤对多种发热性疾病有一定的退热作用,其退热强度约为4小时内降温 $0.8\sim 1.06^{\circ}\text{C}$ 。

2. 抑菌作用 本药对葡萄球菌和大肠杆菌有一定的体外抑菌作用。

〔运用心得〕 大青龙汤是麻黄汤的变方,麻黄的用量较麻黄汤增加一倍,又加用了具有辛温发汗功效的生姜,故为发汗之峻剂。另外又加用了性味辛寒、功具清热的石膏。诸药相伍,共奏外散表邪,内清郁热的功效。其所针对的病机是风寒外束,卫阳被遏,营阴郁滞,症见发热,恶寒,身疼痛,不汗出;另外,由于寒邪闭表,阳郁化热,郁热扰心而出现烦躁。

烦躁虽属内热所致，但是其内热缘于表闭阳郁，阳气无从宣泄。可见，不汗出是烦躁之因，烦躁是不汗出之果。所以，重用麻黄大力发汗开表，是本方的核心治法。

在临床上多用本方治疗流行性感冒之高热不退，若辨证准确，用药得当，每收桴鼓之效。在辨证时，首先要抓住伤寒表实证之恶寒发热（其发热往往是持续不退），无汗，其次是抓其内热所致的烦躁，其中不汗出而烦躁是选用大青龙汤的基本辨证依据。采用本方治疗流行性感冒之高热不退时，若确属是证，则应遵循仲景原方的药物用量以及用量比例，在一般情况下，服药后可汗出热退。如果服大青龙汤后虽然汗出而热不退，恐非大青龙汤证，应按仲景“观其脉证，知犯何逆，随证治之”。因本方为发汗之峻剂，有的患者，在服药后很快大汗出而热退，但随之汗出不止，并见恶风。此为过汗，伤及表阳，导致伤阳损阴，可服用桂枝加附子汤，以调和营卫，扶阳固表。

第七节 麻黄杏仁甘草石膏汤

〔组成〕 麻黄四两（去节） 杏仁五十个（去皮尖） 甘草二两（炙） 石膏半斤（碎，绵裹）

右四味，以水七升，先煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药，煮取二升，去滓，温服一升。本云：黄耳杯。

〔功效〕 清热宣肺平喘。

〔方义分析〕 本方药味乃麻黄汤去桂枝加石膏而成，然剂量有别于前，麻黄增至四两，杏仁减为五十个，炙甘草增至二两；于麻黄汤中去桂枝而加石膏者为半斤，是不惟药味变化，而剂量亦变，故主意清新，治法殊异，主证不同。增麻黄者，不因发散风寒，而在宣肺平喘，然则麻黄辛温，于肺热不利，故用石膏半斤，辛甘大寒，是相反而相成也。二者相配，则麻

黄存其宣肺平喘之功，而不显辛温之弊；石膏大寒清热，随麻黄升散之性，直达病所，而无疑滞之患。杏仁宣降肺气而治咳嗽，故减量协同可也，可谓匠心独具。炙甘草和中缓急，调和诸药，增量行之者，一则安奠中宫，使祛邪而无后顾之忧，再则协调寒热之性，勿使偏弊也。

[适应证]

1. 急性支气管炎 表现为咳嗽，咯吐黄稠痰，口干，口渴。或伴有发热。舌质红，苔黄，脉滑或数。

2. 支气管哮喘 喘息喉鸣，胸闷憋气，咳嗽，咯白黏痰或少量黄痰，口干，口渴。舌质红，苔黄，脉滑或数。

3. 慢性支气管炎急性发作 咳嗽，或伴有喘息，胸闷憋气，咯吐黄稠痰，口干，口渴。或伴有发热。舌质红，苔黄，脉滑或数。

4. 支气管扩张 咳嗽，或伴有喘息，咯吐大量黄稠痰，或痰中带血，口干，口渴。或伴有发热。舌质红，苔黄，脉滑或数。

[类方] 麻黄杏仁薏苡甘草汤：即本方以石膏易薏苡仁而成。功效：解散风邪，除湿蠲痹。主治：风湿在表，一身尽痛，午后发热加剧。

[加减方]

1. 麻杏石甘汤加味（陈树森）

组成：炙麻黄 9g，杏仁 10g，甘草 9g，生石膏 30g，鱼腥草 20g，野荞麦根 30g，炒黄芩 15g，知母 10g。咳甚加川贝粉（分冲）6g、枇杷叶、矮地茶。喘加炙马兜铃、地龙，痰粘咯不爽加桔梗、麦冬。功效清肺化痰，主治慢支，属热证咳嗽咳痰黄粘不爽，发热口干，舌红，苔黄，脉滑数者。

2. 麻杏石甘汤加味（崔玉衡）

组成：炙麻黄 6g，炒杏仁 13g，生石膏 30g，桑白皮 15g，地龙 13g，黄芩 15g，鱼腥草 30g，射干 12g，徐长卿 15g，僵

蚕 13g, 蝉蜕 9g, 甘草 6g。麻黄一味是治喘要药, 寒热之喘皆可应用。崔氏治热哮喘必配石膏, 以制麻黄燥热之性, 二者用量之比是 1:3 至 1:5。主治支气管哮喘证属热哮。症见: 呼吸急促, 胸膈满闷, 痰黄黏稠, 口渴喜饮, 舌红, 苔黄, 脉浮数。

3. 五虎汤加減 (周次清)

组成: 炙麻黄 9g, 生石膏 30g, 甘草 6g, 炒杏仁 9g, 细茶 6g, 桑白皮 12g。加金银花 30g, 连翘 12g, 鱼腥草 30g, 黄连 6g, 黄芩 9g 清热泻火; 加薏苡仁 30g, 海浮石 9g, 龙葵 12g 祛湿化痰; 热陷心包, 兼服安宫牛黄丸; 抽搐加白芍 30g, 甘草 9g, 羚羊粉 1.5g (冲), 钩藤 15g。周氏对慢性肺心病急性期的治疗, 治疗重点在于祛邪。主要采用清热泻火化痰、解表散寒涤饮的方法。因为肺心病的急性发作, 大多由于外感风热, 痰因火动; 或风寒袭肺, 饮从寒发, 导致肺失宣肃而出现“咳喘”、“痰饮”、“水气上逆”等证。外感热邪, 一般除有痰量多、色白粘稠或脓性痰的特征外。多有热象盛、体温高等实热证, 甚至出现热陷心包诸症、治疗必须早期重用清肺泻火, 同时须配用适量的化痰药物。

4. 麻杏石甘加味方 (余赢鳌)

组成: 麻黄 (先煎去沫) 9g, 杏仁 (去皮尖) 12g, 生石膏 (先煎) 45g, 生甘草 6g, 黄芩 12g, 生地黄 24g, 板蓝根 15g, 忍冬藤 12g。功效: 宣肺清热, 止嗽养阴。主治: 病毒性肺炎。加減: 痰多, 去生地黄, 加川贝母、黛蛤散; 大便秘结, 加大黄、瓜蒌仁; 咽痛加玄参、桔梗; 胸痛加枳壳、橘络。

5. 加味麻杏石甘汤 (沈仲圭)

组成: 麻黄 3g, 生甘草 3g, 杏仁 9g, 茯苓 9g, 紫菀 9g, 旋覆花 (包) 9g, 生石膏 12g, 冬瓜子 12g, 丝瓜络 12g, 马兜铃 4.5g, 橘红 4.5g。功效: 清肺平喘, 清热化痰。主治:

肺炎、支气管炎、百日咳等。用于外无寒邪，内有热壅，咳逆痰黄，咳时胸痛，脉浮数之症。

〔临床荟萃〕

1. 急慢性支气管炎所致的咳喘 麻杏石甘汤有很好的镇咳平喘作用，临床上主要用来治疗咳喘。对咳嗽气滞，喉中痰鸣呼吸急促，甚则不能平卧，吐痰白粘或黄稠，吐之不利，口干咽燥，苔白少津或黄，脉浮数等症状者，陈明忠报道共治疗250例，总有效率达98%。朱先康报道用麻杏石甘汤加味（黄芩、鱼腥草、法半夏、陈皮、虎杖、射干）治疗小儿支气管肺炎126例，治疗期间，未使用其他抗病毒、抗菌药物，只作必要的对症处理。如进食量偏少者给予静脉滴注葡萄糖液体。结果：痊愈108例，好转14例，未愈4例。

2. 哮喘 周耀群报道，用麻杏石甘汤治疗内源性哮喘47例。其中多为中年后发病，发病季节多为冬季，先咳嗽，以白色泡沫痰多见，有哮鸣音。治疗方法以麻杏石甘汤为主，痰多加川贝母、桔梗、陈皮；咳嗽重加前胡、金钱草、白前；喘重者加地龙、桑白皮、旋覆花；发热重者重用石膏，加黄芩、知母、金银花；喘息渐缓后加款冬花、紫菀、五味子。结果：完全缓解7例，显效13例，有效11例，无效6例。一般服药3天后开始显效，一般服药时间15~60天。

3. 肺炎 徐振兴报道，对大叶性肺炎表现为发热咳嗽、胸痛、咳痰带少量血或呈铁锈色，白细胞计数增高的患者，口服麻杏石甘汤加黄芩、金银花、前胡、葶苈子、板蓝根，治疗60例，平均3.8天体温恢复正常，9天咳嗽、咳痰消失，8天胸痛消失，5.7天白细胞计数恢复正常，10.5天X线示阴影消失。胡虎俊报道用加味麻杏石甘汤为主治疗小儿麻疹肺炎34例。全部病例均具有典型麻疹皮疹形态，疹退后留下色素沉着及糠麸状脱屑。患儿大多起病急骤。34例中，21例单用麻杏石甘汤加金银花、连翘、黄芩、柴胡，3例加服补中益气

丸, 3 例加用紫草、川红花、芫荽, 7 例加服银翘解毒片, 同时根据病情不同程度地配合临时降温、镇静、吸氧、补液等综合措施。结果 34 例全部治愈, 平均疗程 8 天。

4. 百日咳 杨志彬报道治疗 1 例百日咳, 方用麻杏石甘汤加化痰降气之品, 服药 3 剂后患儿咳嗽大减, 夜能安寐, 再服 5 剂而痊愈。徐小良用该方合生脉散加胆南星、葶苈子, 治疗百日咳 36 例, 全部治愈。疗程最短 3 天, 最长 7 天。严学群用麻杏石甘汤加黄芩、麦冬、白茅根、僵蚕治疗一百日咳患儿, 4 剂而愈。

5. 慢性支气管炎 秦学娟从事中医临床十余年, 以“麻杏石甘汤”化裁治疗慢性支气管炎获得成效。“慢支”在中医临床中虽有虚实之别, 寒热之分, 但纯虚纯实, 纯热纯寒者少, 发病者多为虚实互见, 寒热错杂。其本在脾肾, 标在肺。故治必温寒并进, 攻补兼施, 祛邪扶正, 方得功效。因此, 秦学娟在临床中以“麻杏石甘汤”为主方化裁为如下方剂, 用辨证加减治疗“慢支”获较好成效。方剂: 炙麻黄 6g, 杏仁 10g, 生石膏 30g, 鱼腥草 30g, 葶苈子 10g, 蛤蚧一对, 炙甘草 30g, 太子参 15g, 白术 10g, 茯苓 10g。典型病例: 刘某, 男, 56 岁, 患“慢支”病史 10 余年。一周前因感冒引发咳嗽, 每于夜间加甚, 喘咳不得平卧, 痰多白稀, 舌淡苔白, 边有齿痕, 脉弦滑。此乃素体脾虚, 痰浊内阻, 复感风寒, 外邪夹痰浊阻塞肺络, 肺气不降故发喘咳, 治当宣肺散寒, 健脾祛痰为原则。以上述临床用方加桂枝 6g, 地龙 10g 服药 3 剂后, 咳喘稍有缓解, 继服 6 剂后, 夜可平卧, 咳痰减少, 诸症明显减轻而获效。按: 桂枝通阳散寒, 地龙祛风止喘, 二药在原有方剂祛邪扶正功效基础上有增强了祛邪之力, 故而获效。

6. 放射性肺炎 放射性肺炎是放射治疗肺癌及其他胸部肿瘤过程中和治疗后常见的并发症, 治疗棘手, 危害较大。刘鲁明等自 1988 年 1 月以来, 采用麻杏石甘汤为主的中药治疗

放射性肺炎,取得满意疗效,报道如下。一般资料:本组 36 例,为 1988 年 1 月~1998 年 12 月门诊和病房依次就诊患者,所有患者均依据症状、体征以及 X 线胸片 CT 临床确诊,就诊前均已采用抗生素等治疗两周以上。其中男性 26 例,女性 10 例,年龄 40~71 (58.69 ± 7.89) 岁,肺癌 29 例(鳞癌 15 例,腺癌 12 例,鳞腺癌 1 例,未分化癌 1 例),乳腺癌 1 例,食管癌 2 例,纵隔肿瘤 1 例;放疗期间合并化疗者 17 例(肺癌 14 例,乳腺癌 3 例)。全组 18 例采用 18MevX 线外照射治疗;9 例采用 6~10MevX 线外照射治疗,9 例采用钴 60 外照射治疗。放射剂量 $<55\text{Gy}$ 7 例, $\geq 55\text{Gy}$ 、 $<65\text{Gy}$ 23 例, $65\text{Gy} \geq 6$ 例。根据患者有无给予中药治疗将病人分为二组:中药治疗组 22 例和对症治疗组 14 例,二组基本情况无显著差异。结果:中药治疗疗效观察 22 例经中药麻杏石甘汤为主治疗的患者中,显效 16 例 (72.7%),有效 4 例 (18.2%),无效 2 例 (9.1%);显效、有效率达 90.9%。中药治疗组与对症治疗组疗效比较根据上述疗效标准,两组患者治疗后疗效差异显著 ($P=0.0002$)。中药治疗组与对症治疗组显效时间比较中药治疗组最短显效时间为 7 天,绝大多数病人两周左右时间获得显效;而对症治疗组最短显效时间 14 天,绝大多数患者 4 周以上才获显效,两组差异显著 ($P=0.005$)。

[实验研究]

1. 对呼吸道的影响

(1) 镇咳、祛痰、平喘作用:本方有较强的镇咳作用,对氨水刺激所致的小鼠咳嗽,猪毛刺激豚鼠气管黏膜所致的咳嗽,电刺激狗气管黏膜引起的咳嗽,均有明显抑制作用,服药后咳嗽次数明显减少;对豚鼠药物性喘息有明显保护作用,当药液浓度为 0.2g/ml 时,对组胺、乙酰胆碱、5-羟色胺、氯化钡所致的豚鼠离体气管平滑肌痉挛有明显拮抗作用。

方中麻黄含麻黄碱、伪麻黄碱,其可解除支气管痉挛,松

弛支气管平滑肌，且作用较和缓而持久。杏仁含有苦杏仁苷约3%，苦杏仁苷受杏仁中的苦杏仁酶及樱叶酶等 β 葡萄糖苷酶水解，依次生成野樱皮苷和扁桃腈，再分解生成苯甲醛和氢氰酸；因其分解后而生的氢氰酸可镇咳及祛痰；而达到润肺止咳的效果。

(2) 对哮喘呼吸道阻力的影响：以气喘天竺鼠动物模型，诱导激发天竺鼠气喘。结果显示麻杏石甘汤在激发后的12小时内，能有效地降低因经诱导产生的呼吸道收缩作用，使呼吸道阻力降低接近基准组的正常松弛状态。在激发后的12小时以后，呼吸道阻力逐渐提高，和基准组之间出现统计上的意义，显示此时麻杏石甘汤的降低收缩作用逐渐消失。

2. 解热作用 本方水提液及醇提液对伤寒—副伤寒三联菌苗所致家兔体温升高均有显著降低作用，其中醇提液降低显著($P<0.01$)，单味石膏解热作用强度不如全方。以家兔细菌性发热为指标观察本方先煎麻黄和四药同煎对解热作用的影响，结果发现，先煎麻黄者第一、二煎的药液均有较好解热作用，而四药混煎，第一煎解热作用较好，第二煎药液则无解热作用，煎出液中麻黄碱和苦杏仁苷的煎出量均以先煎麻黄者为高。对比石膏、麻杏石甘汤、模拟麻杏石甘汤(麻黄碱盐、甘草酸盐和铜、铁、锰、锌盐合成模拟液)对家兔的退热作用，结果，3方均有不同程度的退热作用，其中麻杏石甘汤于给药1小时后，温度达最低点。

3. 抗炎作用 对支气管肺泡冲洗液中多形核白细胞比率有较显著的降低作用。以本方为加减的肺炎合剂对甲醛所致的大鼠足肿胀有明显的抑制作用，腹腔给药10g/kg，2.5小时起效，至48小时作用仍显著，说明药物作用维持时间较长；对大鼠棉球肉芽肿也有明显的抑制。

4. 抗病原微生物作用 本方中主药麻黄煎剂对金葡萄菌、绿脓杆菌、甲、乙链球菌等多种细菌有体外抗菌作用；对金黄

色葡萄球菌 6 个不同菌株、乙型溶血性链球菌 3 个不同菌株、肺炎双球菌 3 个不同菌株、白喉杆菌 2 个不同菌株及肺炎克雷伯杆菌均有不同程度的抑制作用。对鸡胚流感病毒有显著抑制作用；对小鼠肺炎病毒所致的肺指数升高无明显影响，但能明显地降低鼠肺炎病毒所致小鼠的死亡率，提示本方对小鼠肺炎病毒的抑制作用不是直接产生，可能是通过其他途径而体现。

5. 对免疫功能的影响 连续 8 天给小鼠灌服本方，可提高小鼠巨噬细胞吞噬指数和脾指数；提高血清溶血素含量，增强皮肤迟发过敏反应，促进淋巴细胞转化；急性上呼吸道感染患儿服本方后，能提高淋巴细胞中辅助功能亚群，提高免疫球蛋白 IgG 水平。

本方对 I 型变态反应有明显的抑制作用，可显著减少大鼠腹腔致敏细胞脱颗粒率，使致敏肠管组胺的释放量显著降低，缓解由于抗原刺激而增强的肠管蠕动，并能保护肠管中的肥大细胞免受抗原攻击，但不能对抗组胺对肠管平滑肌的作用。对小鼠被动皮肤过敏反应有明显抑制，对蛋清致敏的豚鼠离体回肠过敏性收缩也有较强的抑制作用。哮喘病人用本方能降低免疫球蛋白 IgE。

6. 配伍与制剂研究 有人为证实麻杏石甘汤与其减石膏、甘草对气喘之影响，及石膏、甘草在本方中所扮演的角色，以气喘天竺鼠动物模型进行了实验。结果得知：麻杏石甘汤与麻杏石甘汤减石膏、甘草治疗气喘均有疗效，其可缓解气喘天竺鼠立即性反应期之呼吸道阻力，降低呼吸道炎症。然而后者由于缺少石膏、甘草之配伍，对呼吸道阻力及多形核白细胞浓度降低的效果比麻杏石甘汤差；同时支气管中之炎细胞浸润程度亦有差异性，这显示麻杏石甘汤之石膏、甘草在此方剂中的重要性。具体方法是以过敏源诱导激发天竺鼠气喘，过敏性气喘在呼吸道吸入过敏源后，可激发立即型呼吸道反应（EAR），其呼吸道阻力在 1~2 小时达到高峰，6~8 小时逐渐减弱。12

小时以后产生迟发型呼吸道反应 (LAR), 约在第 24 小时达到高峰并持续至 72 小时。由肺泡冲洗液分析得知, 在过敏源激发后可诱导多形核白细胞及嗜酸性粒细胞向支气管的管腔汇集。以此来比较麻杏石甘汤与麻杏石甘汤减石膏、甘草对气喘天竺鼠呼吸道阻力与炎细胞之影响, 并分析石膏、甘草在本方中所担任之角色。结果显示:

(1) 肺呼吸道阻力分析: 在灌胃麻杏石甘汤后第 1~12 小时之间, 其呼吸道阻力出现有意义的降低, 其值和对照组之间有明显的统计上的意义, 显示麻杏石甘汤有降低支气管收缩的效用。在此期间, 对照组只灌胃生理盐水, 其呼吸道阻力呈现双高峰状态, 和基准组有明显的统计上的意义。上述结果显示麻杏石甘汤在激发后的 12 小时内, 能有效地降低因经诱导产生的呼吸道收缩作用, 使呼吸道阻力降低接近基准组的正常松弛状态。在激发后的 12h 以后, 呼吸道阻力逐渐提高, 和基准组之间出现统计上的意义, 显示此时麻杏石甘汤的降低收缩作用逐渐消失。麻杏石甘汤减石膏、甘草亦有降低支气管收缩的效用, 但效果较麻杏石甘汤为差。尤其麻杏石甘汤在动物激发后 1 小时, 有急速降低呼吸道阻力的作用; 然麻杏石甘汤减石膏、甘草则缓慢降低呼吸道阻力, 至 8 小时与麻杏石甘汤之效果相同, 在 8 小时以后, 呼吸道阻力又逐渐提高。所以麻杏石甘汤减石膏、甘草亦能有效地降低经诱导的气喘早期反应时升高之呼吸道阻力, 但对 LAR 期效果则不显著。比较麻杏石甘汤方与其减石膏、甘草方的效果, 由实验显示两者对降低呼吸道阻力, 虽均有效, 但麻杏石甘汤降低呼吸道阻力效果大于麻杏石甘汤减石膏、甘草方。后者因缺少石膏、甘草之作用, 其效果较原方为差。

(2) 肺泡冲洗液分析: 在灌胃麻杏石甘汤后第 1、6 小时、24 小时期间, 多形核白细胞百分比数和对照组之间, 有明显的统计上意义, 显示麻杏石甘汤对在 1h 及 6h 时 LAR 期出现

的主要炎细胞之一的多形核白细胞百分比数有明显的抑制效果。在此同时,嗜酸性粒细胞在麻杏石甘汤组和对照组之间没有统计意义,且其百分比均高于基准组,和基准组比较均有统计上的意义,显示此时麻杏石甘汤对LAR期之嗜酸性粒细胞没有明显的抑制效果。

在24~72小时期间,嗜酸性粒细胞无论在麻杏石甘汤组或对照组均大幅增加,和基准组相比较甚至高达4倍以上。结果显示,麻杏石甘汤对LAR期的嗜酸性粒细胞没有明显的抑制作用。在灌胃麻杏石甘汤减石膏、甘草后第1小时及6小时期间,多形核白细胞百分比数和对照组之间有统计上的差异,显示麻杏石甘汤减石膏、甘草对在1小时及6小时EAR期出现的炎细胞之一的多形核白细胞有抑制效果。在此同时,嗜酸性粒细胞在麻杏石甘汤减石膏、甘草组和对照组之间没有统计上的差异,且其百分比均高于基准组,有统计上的差异,显示此时麻杏石甘汤减石膏、甘草对嗜酸性粒细胞没有明显的抑制效果。比较麻杏石甘汤组与其减石膏、甘草组效果,两者均有抑制EAR期肺泡冲洗液中多形核白细胞之比率,但麻杏石甘汤的效果大于麻杏石甘汤减石膏、甘草方,显示石膏、甘草在原方中占有重要地位。

在与以上方法相同的研究中,他们还研究了麻杏石甘汤与麻杏石甘汤减杏仁缓解气喘天竺鼠立即性反应期之呼吸道阻力、降低呼吸道炎症的作用。该研究显示,麻杏石甘汤及其减杏仁方,对气喘天竺鼠之呼吸道阻力及支气管肺泡冲洗液中多形核白细胞比率皆有较显著的降低作用,但麻杏石甘汤的效果大于麻杏石甘汤减杏仁,表示杏仁是麻杏石甘汤组成中的重要药物,缺少杏仁使其止咳平喘及抗炎功能降低。

还有人对比麻杏石甘汤用水提取法和半仿生提取法进行比较,结果麻黄碱、氢氰酸、甘草次酸、钙离子含量及浸膏量均为:半仿生提取法>水提取法。

〔运用心得〕 麻杏石甘汤可用于治疗呼吸病邪热壅肺所致的咳喘诸病。其应用指征：①喘息或咳嗽，伴有咯黄痰，或咯白黏痰，难以咳出。②喘息或咳嗽，而伴有发热。③口干、口渴，欲饮水。④舌质红，舌苔薄黄，或黄厚。⑤脉右寸浮大，或脉数。以上具备三条即可选用。

常见疾病与加减：①肺炎初期，邪在肺卫者加桔梗、芦根、白茅根、银花、连翘。肺炎中期，加鱼腥草、桑白皮、侧柏叶、芦根、白茅根、黄芩、虎杖。②急性支气管炎，加桔梗、芦根、白茅根、银花、连翘、黄芩。③慢性支气管炎并感染：加黄芩、银花、鱼腥草、芦根、白茅根、侧柏叶、虎杖、桃仁、浙贝母，本方名“清肺调血汤”（笔者经验方）。④支气管哮喘：加冬瓜仁、薏苡仁、车前草、浙贝母、蝉蜕、射干、鱼腥草、茯苓、石韦，本方名“清肺渗湿汤”（笔者经验方）。

第八节 十 枣 汤

〔组成〕 芫花（熬） 甘遂 大戟

上三味等分，各别捣为散，以水一升半，先煮大枣肥者十枚，取八合，去滓，内药末，强人服一钱匕，羸人服半钱，温服之，平旦服。若下少，病不除者，明日更服，加半钱。得快下利后，糜粥自养。

〔功效〕 攻逐水饮。

〔方义分析〕 十枣汤是芫花、甘遂、大戟三味药，等分研粉，用枣汤调服“半钱匕”或“一钱匕”。芫花、甘遂、大戟三味都是峻下逐水药，用药要慎重，三药合用，药力尤猛。故用肥大枣煎汤调服，以顾护胃气，并缓和诸药的烈性和毒性，使邪去正不伤。

〔适应证〕

1. 结核性胸膜炎 胸胁疼痛，干咳，咳唾引痛，或兼有

发热，盗汗。舌质红，苔黄，或苔薄黄，或舌红少苔，脉弦或脉弦数。

2. 胸腔积液 由各种炎症所致的胸腔积液。症见胸胁疼痛，干咳，咳唾引痛，或兼有发热，以及其他兼夹症状。舌质红，苔黄，或苔薄黄，脉弦或脉弦数。

〔类方〕 甘遂半夏汤：本方去大戟、芫花加半夏、芍药、甘草而成。功效：攻逐水饮，涤洁肠腑。主治：大肠饮结证之下利而胶结不畅，虽利后反觉舒服，但心下坚满不除，或利后心下舒旋而心下满复现，心下坚满按之有物，肠间沥沥有声，或便结，苔滑腻，脉沉滑。

〔临床荟萃〕

1. 胸腔积液 王彩琴采用十枣汤，或加味十枣汤，及常规抗痨治疗结核性胸膜炎胸腔积液 68 例，疗效显著。68 例患者随机分为两组，治疗组 38 例，对照组 30 例。治疗组采用雷米封、利福平、链霉素。抽胸水：一般为 1~2 次，平均 1.29 次，抽水量 1000ml 左右。加味十枣汤为十枣汤加生黄芪，每药各等份。共研细末装胶囊，每胶囊含量为 1.0g 辨证为虚实夹杂者，用加味十枣汤；辨证为实证者，单用十枣汤。服法：每次服 1~2 粒，每 3 天服 1 次，晨起大枣 10 枚煎汤服药，直至胸腔积液消失，胸腔积液消失后，继续抗痨半年。对照组采用雷米封、利福平、链霉素。抽胸水：一般 1~2 次，抽水量每次 1000ml 左右。治疗结果：治疗组胸腔积液吸收显效 18 例，有效 17 例，少量胸水 1 例，无效 3 例。其中积液改善最快者 3 天，最慢者 25 天。对照组积液吸收显效为 7 例，无效者 10 例。其中积液改善最快者 8 天，最慢者为 39 天。杨艳平共治胸腔积液患者 21 例，经用中药“十枣汤”排水，均获得满意疗效。其中炎性积液 15 例，非炎性积液 6 例。胸水量中等以上者 17 例，中等以下者 4 例。21 例病人中，曾胸腔穿刺放液随后又长者 5 例。治愈标准以 X 片显示胸水完全消失为

度。21例患者中，1个疗程治愈者17例，2个疗程痊愈者3例，因经受不住局部刺激而放弃者1例。王恕用本方治疗结核性胸膜炎28例，经X线检查，胸水在2~3前肋以下18例，3~4前肋以下6例，4~5前肋以下4例。除西药抗结核治疗外，一律采用十枣汤治疗，均不行胸腔穿刺抽液疗法。芫花、甘遂、大戟（均制）各等分研为细末备用。另用肥大枣15枚破后煎汁300ml备用。方药功效：攻逐水饮，使体内停聚的水饮从大小便排泄而出。药量、服法：于晨空腹先服枣汤150ml，5分钟后将配制的药末4g用剩余枣汤送服。注意事项：服药期间忌服甘草类制剂；孕妇、心功不全者忌服；体质极度虚弱者慎用。服药后中病即止，停药后，下利后糜粥自养。24小时内吸收者13例，48小时内吸收者9例，72小时以上吸收者6例。

2. 小儿肺炎 房氏用本方治小儿肺炎45例，方法是用大戟、芫花、甘遂等量，加醋煮沸后晾干，研为细末，每日服1次，每次0.5~2g，用大枣10枚煎汤送服。服药前先注射冬眠灵1mg/kg，以防呕吐，最初3天，每天同时用葡萄糖液与维生素静滴。结果45例中，除1例死亡之外，其余均治愈，平均治疗时间为5.7~8.7天。

〔实验研究〕 十枣汤复方药理研究尚未见报告。该方单味药的作用有：

1. 泻下作用 芫花、甘遂、大戟均属刺激性泻下药，具有强烈的泻下作用。芫花能兴奋肠道，使蠕动增加，张力提高，引起强烈水泻和腹痛，并可增加肝胆汁流量，甘遂能增强其肠内的推进及推净速度。

2. 利尿作用 芫花有显著的利尿作用，可使大鼠尿量及排钠率显著增加，无论灌服或静脉注射，也无论对正常动物，或对盐水负荷动物，其利尿作用均很明显。大戟对盐水负荷动物也有显著的利尿作用，但甘遂利尿作用则不显著。

3. 其他作用 芫花有显著的镇咳、祛痰作用，其乙醇提取物还有镇痛、镇静、抗土的宁和咖啡因惊厥等作用。此外，大戟、芫花、甘遂均有轻度抗菌作用。

第九节 白 虎 汤

〔组成〕 知母六两 石膏一斤（碎） 甘草二两（炙） 粳米六合

上四味，以水一斗，煮米熟汤成，去滓，温服一升，日三服。

〔功效〕 辛寒清热。

〔方义分析〕 白虎汤中石膏辛甘大寒，清热除烦止渴。知母苦寒质润清热生津，既能助石膏清肺胃之热，又能苦寒润燥滋阴。知母与石膏相须为用，则清热除烦止渴的作用增强。甘草、粳米和胃气、养胃阴，且可防石膏、知母大寒伤中之偏。本方药虽四味，但配伍精当，具有清热生津之功，使其热清烦除，津生渴止。

〔适应证〕

1. 流行性感冒 表现为身热，汗出而热不退，不恶寒，反恶热，身重，甚则难以转侧，口渴，欲饮水。舌红，苔黄，脉滑数。

2. 肺炎 各种病原体所致的肺炎，表现为咳嗽，或者咳黄痰，发热，汗出，不恶寒，反恶热，口渴而喜饮。舌红，苔黄，脉滑数。

3. 慢性阻塞性肺疾病并感染 表现为咳嗽，喘息，咯吐黄黏痰，发热，汗出，不恶寒，反恶热，口渴而喜饮。舌红，苔黄，脉滑数。

〔类方〕 白虎加人参汤：即白虎汤加人参。功效：清泻盛热，生津益气。主治：①阳明热盛，津气两伤证：身热，汗

自出，口燥渴，渴欲饮水，饮水数升不解，心烦，或时时恶风，或背微恶寒，或小便黄赤，舌红，苔黄而燥，脉洪大。
②燥热伤肺证：口干舌燥，烦渴多饮，尿频量多，舌红边赤或紫，苔薄黄而燥或光红无苔而燥，脉数。

〔加减方〕 清肺消炎汤治热毒蕴肺（王季儒）

组成：生石膏 30g，知母 10g，鲜芦根 30g，鱼腥草 30g，连翘 30g，栀子 10g，冬瓜仁 30g，金银花 30g，桔梗 5g，杏仁 10g，薄荷 5g，桃仁 10g，生薏苡仁 20g，生甘草 10g。主治：大叶性肺炎，证属热毒蕴肺者。

〔临床荟萃〕

1. 发热 白虎汤能治疗各种高热，阳明经热盛，无论脉之虚实，有汗与无汗，皆可加减用之，甚则热邪扰心，昏愦不语，用之亦有效验；温病高热，无论春温、风温、湿温、伏气化热，均可用之，临床运用时须注意应煎服一大剂，分 3 次服下。王文芝报道用白虎汤治疗小儿持续高热 16 例，其中舌红、尿少、烦躁加竹叶，2 岁以上每日 1 剂。1 岁 2 天服 1 剂。结果 16 例患者全部治愈，退热时间最短 15 小时，最长 60 小时。徐寿生报道，用加味白虎汤治疗高热 159 例。原发疾病为上呼吸道感染者 71 例，急性支气管炎者 40 例，病毒性肺炎者 10 例，大叶性肺炎者 3 例，急性肠炎者 12 例，急性菌痢者 4 例，急性泌尿道感染者 13 例。中医辨证为内热 63 例，内寒 49 例，暑湿 10 例，痰湿 18 例，湿热 19 例。方药：白虎汤加板蓝根、金银花、荆芥、苏叶。必要时作物理降温并根据病情进行对症支持治疗。159 例中显效 68 例，其中上呼吸道感染者 33 例，急性支气管炎者 23 例，病毒性肺炎者 3 例，急性肠炎 4 例，急性菌痢者 1 例，急性泌尿道感染者 4 例；有效 51 例，无效 40 例。总有效率 74.84%。另外白细胞总数高于 $10.0 \times 10^9/L$ 的 56 例患者显效 22 例，有效 18 例，总有效率 71.43%；白细胞总数低于 $10.0 \times 10^9/L$ 的 103 例患者总有效率为

76.70%，两类患者的总有效率无差异。

王占魁报道，用白虎汤加味治疗小儿夏季热 200 例，方药：生石膏 50g，知母 5g，地骨皮 15g，柴胡 8g，薄荷、青蒿各 10g，甘草 6g，鲜荷叶 1 片。有食滞者加大黄炭 3g；合并支气管炎者加芦根 12g；合并急性肠炎者加山楂 15g，川黄连 3g，每日 1 剂，煎药代茶。结果，服药 3 天内退热者 126 例，5 天后退热者 65 例，无效 9 例。

刘明述治一暑天高热患者，T41℃，口渴汗出，惊惕肉瞤，颈项强直，方用白虎汤加桂枝、葛根、大青叶、板蓝根，3 剂热平痉止。

2. 肺炎 蒋平报道用加减白虎汤治疗支原体肺炎 20 例。症见发热，咳嗽，痰粘色黄，胸闷憋气，咽干，面赤，大便秘结，舌红苔黄，脉弦滑数。西医诊为支原体肺炎，中医辨证属肺胃热盛、热郁痰阻、复感外邪。用白虎汤加炒杏仁、前胡、连翘、大青叶、石斛、栀子、牡丹皮、瓜蒌、陈皮等。8 例患者服药 1 周，12 例患者服药 2 周，症状均消失。崔金涛报道对肺炎证属痰热蕴肺、肺失肃清、阳明热盛者，可用白虎汤加杏仁、桑白皮、连翘，去粳米。水煎至 200ml，每 6 小时 1 次。咯血者加白茅根、山栀；热甚壅盛者加大青叶、蒲公英。其还报道治疗肺痈，症见高热胸痛，呼吸急促，咳吐脓痰或带血丝气味腥臭，口渴喜饮，舌红苔黄腻，脉滑数，证属风热袭肺，热壅血瘀，蕴酿成痰，用白虎汤加味清热解毒，化瘀排脓。方药：白虎汤加鱼腥草、桃仁、桔梗、杏仁、薏苡仁。咯血多者去桃仁加牡丹皮、山栀子；胸痛较重者加郁金、全瓜蒌、延胡索；痰多气急者加葶苈子、桑白皮。

3. 感冒 梁兵用白虎汤加减治疗流感高热 50 余例，均在 2 天内退热。方药及加减：生石膏、知母、板蓝根、羌活、甘草，冬春佐以荆芥、薄荷，夏秋配以藿香、佩兰，头痛甚者加

蔓荆子、菊花，身酸甚改羌活为 15g。对于临床表现为表里同热，体温常在 40℃ 左右，头痛身痛，口渴喜饮烦躁汗出，脉象洪数，甚则鼻衄的流行性感冒，崔金涛用白虎汤合银翘散加减：生石膏 60g（先煎），知母 10g，金银花 10g，连翘 15g，生甘草、竹叶、羌活、荆芥各 8g，薄荷 3g（后下），粳米（先煎）、芦根、板蓝根、蒲公英各 30g，水煎取汁适量服，每日 4 次。

〔实验研究〕

1. 解热作用 有人研究了白虎汤各药及各种配伍的退热作用，用家兔法实验结果表明，知母组平均退热 0.7℃，石膏组为 0.3℃，石膏知母 1.2℃，白虎汤组 1.3℃，甘草组、石膏甘草粳米组均无退热作用；退热维持时间石膏较短知母较长。并对石膏、知母的退热作用的主要成分进行了研究，认为知母退热的主要成分是芒果苷，石膏则是其主要成分硫酸钙以外的微量物质。有人将健康家兔以伤寒副伤寒菌苗致热后，随机分组，对白虎汤、单味石膏、不含石膏的知母甘草煎剂、除去钙离子的白虎汤进行退热作用的比较，发现白虎汤确具有一定的退热作用，10% 及 30% 生石膏煎剂的作用较少且相似，不含石膏的知母甘草煎剂及去钙白虎汤未能表现出退热作用，故认为石膏是白虎汤退热作用的主要药物，钙离子是石膏退热的主要成分。实验同时对动物给药前后的血钙水平进行测定，结果表明，白虎汤对实验动物退热作用存在明显的个体差异，此差异与血清钙增加量关系密切。

2. 对免疫系统的影响

（1）对吞噬细胞及淋巴细胞转化功能的影响：用白虎汤原方水煮醇沉制成 200% 注射剂，观察其对小鼠免疫功能的影响，结果发现白虎汤能增强腹腔巨噬细胞的吞噬功能，本方对腹腔巨噬细胞吞噬率及吞噬指数在 1、3、6h 均有明显提高（ $P < 0.5$ 或 0.01）；本方能提高血清溶菌酶的含量，白虎汤组

溶菌酶含量明显高于对照组 ($P<0.01$)；本方能促进淋巴细胞转化，在药物组加入白虎汤 0.15ml 时，其转化率为 14%，阳性对照 34%；本方能显著提高再次免疫抗体滴度，初次免疫后实验组抗体滴度与对照组无明显区别 ($P>0.05$)，而再次免疫后实验组显著高于对照组 ($P<0.01$)，表明白虎汤对再次免疫的抗体形成有促进作用。

(2) 对脾指数的影响：本方能显著减轻幼鼠脾脏的重量，实验组与对照组比较，白虎汤对幼鼠胸腺重量无明显影响 ($P>0.05$)，但能减轻幼鼠脾脏的重量，统计学处理结果， $P<0.01$ 。

3. 对代谢的影响 有人对人参白虎汤加减方对糖尿病模型大鼠的影响作了研究。各药按如下比例，石膏：知母：西洋参：山药：石斛：黄芪：丹参：甘草=10：3：1.5：5：3：3：5：1 进行配制。

取雄性大鼠 100 只，体重 150~190g，随机抽取 10 只作为正常对照组，余 90 只用于塑造糖尿病模型，模型塑造成功者 54 只。再按其体重、血糖水平随机分为 4 组：高剂量治疗组 (13 只)，低剂量治疗组 (14 只)，阳性对照组 (降糖灵组) 13 只，阴性对照组 (14 只)。

采用四氧嘧啶造模法塑造糖尿病大鼠模型。即造模组禁食 24 小时后，用 5% 浓度的四氧嘧啶 (用 0.9% 生理盐水配制而成) 溶液，按 200mg/kg 剂量一次性腹腔注射。其间自由饮食，自由饮水。在注药 4 天后禁食 24 小时测定空腹血糖。

结果显示：造模成功的大鼠，血糖均较正常组明显升高，差异极其显著 ($P<0.01$)，但各实验组之间血糖无差异 ($P>0.05$)。治疗后，2 个治疗组大鼠血糖虽尚未降低至正常水平，与正常组相比还有明显差异 ($P<0.05$)，但均比治疗前有明显下降 ($P<0.001$)，且与阳性对照组相比无明显差异 ($P>$

0.05)。阴性对照组的血糖无明显变化 ($P>0.05$)。

〔运用心得〕 白虎汤具有良好的退热作用，是治疗呼吸系统疾病由各种病原体所致的感染性发热的有效方剂。在临床运用时应抓住身热，汗出而热不退，不恶寒，反恶热，口渴，欲饮水这几个阳明热证的主证。在采用本方治疗呼吸系统感染性疾病所致的高热时，其石膏的用量宜大，至少用60g，并先煎30分钟。知母可用15g。值得注意的是方中之粳米不可缺失，该药的作用不仅伍甘草甘温益气，滋养脾胃以化源，且可监制石膏、知母之寒，使其清热而不损伤脾胃之阳。另外，粳米所煎出之黏性液汁可作为一种介质，可能对全方的有效成分有敛纳调和作用。在治疗流行性感胃致高热时，可在原方的基础上加葛根30g、双花20g、连翘15g；治疗由各种病原体所致的肺炎致发热时，可在原方的基础上加杏仁10g、芦根30g、黄芩10g、鱼腥草60g、双花30g；治疗慢性阻塞性肺疾病并感染致发热时，可在原方的基础上加杏仁10g、白茅根30g、黄芩10g、鱼腥草60g、浙贝母15g、侧柏叶15g、虎杖20g。

第十节 大承气汤

〔组成〕 大黄四两（酒洗） 厚朴半斤（炙，去皮） 枳实五枚（炙） 芒硝三合

上四味，以水一斗，先煮二物，取五升，去滓，内大黄，更煮取二升，去滓，内芒硝，更上微火一两沸，分温再服，得下，余勿服。

〔功效〕 攻下实热，荡涤燥结。

〔方义分析〕 大承气汤由大黄、厚朴、枳实、芒硝四味组成，方中酒大黄清热泻火、推陈致新。芒硝咸寒，润燥软坚，通利大便。两药配伍具有清热通便之功。厚朴苦辛温，行气散

满消胀。枳实苦微寒，破气宽中消痞。二者同用，具有破气消滞之功。全方相辅相成，具有攻下实热、荡涤燥结之功效。用于实热结聚、痞满燥热俱重之阳明腑实证。

〔适应证〕

1. 各种病原体所致的肺炎、肺脓肿、慢性支气管炎、支气管扩张、肺间质纤维化并感染等疾病，在发病过程中，尤其是在发病的中后期，如见潮热，或日晡所发潮热，腹胀满，大便秘，脉滑数，舌苔黄燥者，可用本方加减治疗。

2. 慢性肺源性心脏病、Ⅱ型呼吸衰竭并感染所出现的手足紫绀汗出，烦躁、谵语、循衣摸床、或昏睡，舌苔黄燥，脉滑数。

〔类方〕

1. 小承气汤 大承气汤去芒硝而成。功效：泻热通便，润燥软坚。主治：①阳明热结轻证：潮热，谵语，汗出腹胀满疼痛拒按，舌红，苔黄，脉滑或沉。②阳明热结轻证之热结旁流：利下纯清水而无粪便，腹胀腹满，腹痛不因利下而减轻，舌红，苔黄，脉迟或滑。③阳明热结重证：潮热，谵语，十余日不大便，腹满痛不减，减不足言，不能食，舌红，苔黄，脉弱或虚或滑疾。

2. 调胃承气汤 大承气汤去厚朴、枳实加甘草而成。功效：泻热和胃，畅达气机。主治：阳明热结，腹胀满或疼痛或按之则痛烦，蒸蒸发热，或呕吐，舌红，苔黄，脉沉。

〔加减方〕 黄鱼承气汤（刘伟胜）

组成：大黄 15g（后下）、枳实 15g、厚朴 15g、芒硝 9g（冲服）、黄芩 15g、鱼腥草 30g。主治：咳喘，呼吸浅促，紫绀，腹胀，大便不通或便秘，纳呆，或恶心呕吐，意识障碍，烦躁或嗜睡，舌质紫暗，苔黄厚或黄浊，脉数或弦数。

〔临床荟萃〕

1. 儿童休克型大叶性肺炎 杨献民运用大承气汤加味治

疗儿童休克型大叶性肺炎 20 例, 效果较好。结果 20 例患儿全部治愈。休克纠正时间为 6~30 小时, 体温降至正常时间为 2~5 天, X 线肺部阴影消失时间为 5~8 天, 呼吸恢复时间为 3~8 天。

2. 肺心病心衰 杨惠琴运用大承气汤加减配合西药治疗肺心病心衰 32 例, 收效甚佳。临床表现为咳嗽、咯白泡沫痰或黄痰, 半卧位, 胸闷, 气短, 心悸, 动则加剧, 尿少, 双下肢水肿。患者均伴有腹胀, 便秘, 舌质紫暗、苔黄、脉数。中药用大承气汤加减: 大黄、厚朴、芒硝(后下)各 15g, 枳实、赤芍、桃仁各 10g, 连翘 12g, 金银花、杏仁各 8g, 鱼腥草 30g, 麻黄、炙甘草各 6g, 茯苓 50g。水煎服, 每天 1 剂, 分 3 次口服。所有患者均给予西药抗炎、利尿、扩管、强心及支持对症处理。结果临床治愈 20 例; 好转 11 例; 无效 1 例。临床治愈率 62.5%, 总有效率为 96.8%。

3. 慢性阻塞性肺疾病(急性加重期、呼吸衰竭) 韩云等进行了通下法配合无创通气治疗慢性阻塞性肺疾病(COPD)急性加重期呼吸衰竭的临床疗效观察, 结果满意。采用方法: 将 28 例患者随机分为 2 组。治疗组 15 例, 对照组 13 例。2 组均采用无创通气及西医常规方法治疗, 治疗组加用加味大承气汤保留灌肠。主要观察生命体征、通气指标、无创通气并发症的发生率及相关指标。结果: 治疗组治疗后通气指标中无创通气过程中的最高 PS(压力支持)、缩短肺部感染控制时间及机械通气时间等方面, 与对照组比较, 差异有非常显著性或显著性意义($P < 0.005$, $P < 0.05$)。2 组无创通气后腹胀发生率, 治疗组明显低于对照组($P < 0.005$); 治疗组呼吸相关肺炎(VAP)的发生率、气管插管率、死亡率皆低于对照组, 脱机成功率较对照组高, 但差异均无显著性意义($P > 0.05$)。结论: 通下法可提高通气效率, 控制肺部感染, 减少机械通气时间, 显著减少无创通气

的副作用，并可降低并发症的发生。

4. 支气管哮喘 翟乃等根据临床经验，对老慢支、肺气肿、肺心病之咳嗽、喘咳等，如中医辨证属肺肠实者先勿注重理气祛痰，宣肺止咳及补益肺气。应先通腑泻肺，使肠道畅，肺气才能宜利；然后再进一步辨证论治，往往收效明显。治疗方法：用大承气汤加减：大黄、枳实、桑白皮、厚朴、炙麻黄各 10g，杏仁 12g，生石膏 30g，生甘草 6g，大黄后入药煎。每剂中药煎 2 次，取药液 300ml，分 2 次口服。用药后病愈即止，一般都有大便稀溏，可配合输液或口服补液。疗效标准：治愈（34 例）；哮喘 1~3 天消失。显效（13 例）：症状明显缓解减轻。无效（6 例）：治疗 3 天症状无改善者。总有效率 88.6%。

[实验研究]

1. 对胃肠功能的影响 长期以来一直认为大承气汤主要作用于大、小肠，而对胃本身的作用仅为服药时直接刺激而表现出来的暂时性运动加强。岳氏等将大承气汤对家兔胃运动影响进行了研究，结果显示：大承气汤对胃运动表现出先抑制后兴奋的作用特点，给药后 1~3 小时，胃运动（蠕动）呈逐渐加强趋势，4h 后作用逐渐减弱，可持续 6~8 小时。

周氏等观察大承气汤冲剂对人血浆胃动素浓度的影响，发现较服药前明显升高（ $P<0.01$ ），自服药后 55 分钟，血浆胃动素浓度即显著升高，这种上升态势至少维持至服药后 145 分钟。张氏等观察了大承气汤加味对 60 例宫外孕患者术后胃肠功能的影响，结果表明能有效地促进胃肠功能的恢复，防止术后腹胀。

2. 对免疫功能的影响 张氏等通过研究表明：大承气汤对正常小鼠的免疫功能无明显影响，但对感染模型小鼠的免疫功能则有明显的影响。大剂量的大承气汤使感染模型小鼠的胸腺指数、脾指数及血清溶血素生成减少，而中、小剂量组则使

之增高。表明大承气汤在体内对免疫功能的影响与机体功能状态有关。证实了大承气汤治疗急腹症的药理作用与其改善机体免疫功能有关。王氏等研究了 43 例急性脑出血病人的巨噬细胞吞噬功能和 T 淋巴细胞亚群的变化规律, 结果表明: 急性脑出血病人免疫功能下降, 而大承气汤对脑出血患者有明显的免疫调节作用。田氏研究了大承气汤对便秘大鼠肺泡巨噬细胞活力的影响, 发现用大承气汤处理的大鼠其肺泡巨噬细胞的功能活力得到明显加强, 亦能极大地增强肠上皮细胞的吞噬细胞消化能力。

3. 对呼吸系统的影响 李玉梅等探讨了大承气汤改善阳明腑实喘满证中肺通气功能和肺组织病变的机制, 方法: 将实验家兔随机分为对照组、肺水肿模型组和大承气汤治疗组。从兔耳缘静脉注入油酸建立家兔实验性肺水肿模型。大承气汤由胃管灌入, 观察动物一般情况, 分析制模后 7 小时和 3 日肺形态学改变。结果: 油酸可以致家兔实验性肺水肿, 以肺水肿、肺出血、毛细血管微血栓和肺泡内透明膜形成为主要标志。大承气汤具有改善肺水肿、促进肺泡上皮特别是 II 型上皮细胞增生、促进损伤修复的作用。提示大承气汤的治疗作用可能与其促进肺泡上皮增生特别是 II 型上皮细胞增生及修复、改善肺泡通气/血流比等多种作用有关。

4. 对循环、神经系统的影响 有人做实验, 小鼠经药物灌胃后 2 小时, 从尾静脉或腹腔注入 125L-白蛋白, 隔半小时, 颈椎脱臼处死, 洗出腹腔液, 测得放射活性。结果为: 对血管渗出过程 (即 125L-白蛋白从静脉注入), 大、小承气汤的作用是相同的, 都是降低腹部血管通透性, 抑制异物从血循环渗出, 经显著性测验, $P < 0.005$ 及 $P < 0.05$ 。对血管吸收过程 (即 125L-白蛋白从腹腔注入), 各方药作用效应相异, 大承气汤的双向调节作用因戊巴比妥的麻醉而丧失。用伊文蓝染料法测得的结果亦与上述相同。大承气汤是中医

通腑泻下法中的代表方剂，临床应用广泛，近年来被越来越多的医生用于脑出血的治疗，且疗效满意。研究显示大承气汤可明显减少脑出血动物脑细胞内水含量，从而改善脑水肿，同时大承气汤可明显增加试验动物 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶活性，说明大承气汤是通过增加 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶活性，而达到改善脑水肿。因此大承气汤用于急性脑出血的抢救治疗有其理论依据。研究表明，大承气汤可明显降低实验性脑出血动物脑组织及血浆中 NO 含量，与对照组比较有显著性统计学意义。NO 可对缺血性组织产生损伤，同时 NO 与超氧化自由基反应最终产生过氧亚硝酸和二氧化氮等物质，该物质对中枢神经细胞将产生进一步毒性作用。因此，我们认为大承气汤对实验性脑出血动物具有脑保护作用，而大承气汤的脑保护作用可能与其降低脑组织中 NO 的神经毒性作用有关。研究发现口服大承气汤后 30 分钟、2 小时脑水肿组织含水量较对照组略有减少，但无统计学意义。口服 4 小时、6 小时脑水肿组织含水量明显减少， P 值分别小于 0.05 和 0.01，12 小时含水量有明显减少，但与对照组比较无统计学意义，说明大承气汤对急性脑出血患者脑水肿有明显的治疗作用，且作用时间长，而持续 4~6 小时为其最大作用时间，因此，大承气汤是配合甘露醇脱水较为理想的方剂，根据其体内作用特点，大承气汤每日口服 3 次，应在每次甘露醇用后 1~2 小时口服，因为甘露醇在体内的作用时间为 4h，按此应用正好在甘露醇作用减少或消失时，而大承气汤的作用最强，这样应用可更好的发挥大承气汤的辅助作用。

5. 抗菌作用 胡氏等研究了大承气汤对小鼠抗菌能力的影响，方法是建立细菌性腹膜炎模型前分别口服大承气汤，对小鼠预防治疗 2 天后，分别腹腔注射大肠杆菌 ($10\text{E}8/\text{ml}$) 或变形杆菌 ($10\text{E}6/\text{ml}$) 建立腹膜炎模型，再继续用药治疗 2 天。结果：治疗组小鼠死亡数及相应菌血症发生率明显低于对

照组 ($P<0.05$), 并且有剂量依赖性。大承气汤对大肠杆菌和变形杆菌感染的小鼠均有良好保护作用, 表明大承气汤具有良好的抗感染作用。

有人以大承气汤对烫伤后大鼠休克期肠道细菌移位抑制作用进行实验研究。方法: 采用 Wistar 大鼠 40 只, 分为 4 组: ①正常对照组, 10 只。②烫伤后不灌药组, 10 只。③烫伤后灌入生理盐水组, 10 只。④烫伤后灌入大承气汤组, 10 只。72 小时后取肝、脾、肾脏和盲肠进行细菌培养和菌落计数。结果: 烫伤后休克期灌大承气汤组, 肝、脾、肾等组织中未发现细菌生长, 而烫伤后不灌药组肝、脾、肾等组织中检验出肠道内常居菌, 两组间对照差异显著 ($P<0.05$), 烫伤后灌盐水组肝、脾、肾、盲肠细菌培养阴性率为 40%, 烫伤后不灌药组细菌培养阳性率为 47%。结论: 严重烫伤早期应用大承气汤, 可能产生对肠道细菌抑制的作用, 进一步研究该方剂在烧伤领域中的作用, 可能为临床应用奠定理论基础。

6. 拆方研究 用均匀设计分析大承气汤的配伍规律, 发现大黄、芒硝和厚朴是其泻下作用的主要成分, 枳实在诸多方面作用不强, 大黄和厚朴可明显增加小鼠排便数并明显提高大鼠大肠的推进速率。厚朴、芒硝可明显提高小鼠肠套叠的解除率, 大黄作用相对弱些。大黄、芒硝可明显减少小鼠有形粪便排出量, 但却明显提高大鼠大肠推进速率, 增加腹泻小鼠的数量, 并明显扩张小鼠小肠容积。

〔运用心得〕 笔者常以大承气汤治疗慢性肺源性心脏病、Ⅱ型呼吸衰竭, 多可取得满意疗效。慢性肺源性心脏病、Ⅱ型呼吸衰竭并感染时, 在咳喘等呼吸道症状的基础上, 常可出现以下几组症状: 其一, 由感染所致的发热, 下午或傍晚发热加重; 其二, 由高碳酸血症所致的汗出 (汗出而热不退); 其三, 体循环瘀血所致的消化道功能失调而出现的腹胀满、大便秘结

不通；其四，由高碳酸血症、低氧血症所致的肺性脑病而出现的烦躁、谵语、或昏睡，独语如见鬼状、不识人、循衣摸床、惕而不安等精神症状。以上这4组症状与仲景所说的大承气汤证甚为相合。用大承气汤原方，攻下实热，荡涤燥结，对于纠正呼吸衰竭，改善精神症状，疗效甚佳。另外，采用本方治疗肺炎，肺脓肿，慢性支气管炎、支气管扩张、肺间质纤维化并感染等疾病，在发病过程中，尤其是在发病的中后期，如见潮热、或日晡所发热，腹胀满、大便硬，脉滑数，舌苔黄燥者，疗效亦佳。

大承气汤证的辨证要点应把握四个方面：其一，由感染所致的发热，多表现为日晡潮热；其二，汗出而热不退，不恶寒；其三，有精神神志症状，如心烦谵语；其四，消化道症状，腹满痛，便秘或热结旁流。舌苔老黄燥裂，或黑焦燥裂。

第十一节 小柴胡汤

〔组成〕 柴胡半斤 黄芩三两 人参三两 半夏半升（洗） 甘草（炙） 生姜各三两（切） 大枣十二枚（擘）

上七味，以水一斗二升，煮取六升，去滓，再煎取三升，温服一升，日三服。若胸中烦而不呕者，去半夏、人参，加枳实一枚；若渴，去半夏，加人参合前成四两半、栝楼根四两；若腹中痛者，去黄芩，加芍药三两；若胁下痞硬，去大枣，加牡蛎四两；若心下悸、小便不利者，去黄芩，加茯苓四两；若不渴，外有微热者，去人参，加桂枝三两，温覆微汗愈；若咳者，去人参、大枣、生姜，加五味子半升、干姜二两。

〔功效〕 和解少阳。

〔方义分析〕 小柴胡汤是和解少阳之主方。本方据其组成

而言，是融祛邪扶正、木土同治于一体。其中柴胡、黄芩为方中之主要成分，柴胡气质轻清，升达疏透，能使少阳邪热外解，前贤谓之清解半表之邪；黄芩苦寒质重，清泻邪火，能使少阳邪热内消，故谓其清解半表半里之邪；二者相伍，外透内泄，而使少阳半表半里之邪一时并解；据其用量分析，柴胡半斤、黄芩三两，则本方外透之力强而内泄之力弱，则在不言之中，故服后每多“漦然汗出而解”；半夏、生姜，调理胃气，降逆止呕；人参、甘草、大枣，培土和中，扶助正气。二组药物既可防木邪犯土，亦可扶正以助柴胡、黄芩祛邪。由是可知，本方寒温合用，攻补兼施，升降协同，内外并举，具有疏利三焦、宣通内外、调达上下、和畅气机的作用，确能体现和解大法之奥义。

[适应证]

1. 感冒、流行性感 以发热为主，或伴有寒热往来，口苦，咽干。舌质红，苔薄白，或薄黄，脉弦数。
2. 急性支气管炎 症见咳嗽，咯少量白黏痰，口苦，咽干，或伴有发热。舌质红，苔薄白，脉弦。
3. 支气管哮喘 喘息喉鸣，胸胁满闷，口苦，咽干。舌质红，苔薄白，脉弦。

[类方] 大柴胡汤：即本方去人参、炙甘草加大黄、芍药、枳实而成。功效：清胆和胃，降逆消痞。主治：胆胃热结证，表现为胃脘痞硬、拘急或疼痛或按之痛，心烦不欲食，往来寒热或潮热，呕吐，下利，或大便干结，胸胁苦满或疼，舌红，苔黄腻，脉弦数。

[加减方]

1. 小柴胡汤加减方（江尔逊）

组成：小柴胡汤加制附子、巴戟天、桂枝、干姜、五味子（原方去黄芩），功效和解少阳，温阳平喘。主治阳虚感冒咳嗽。症见恶风寒咳喘夜甚，痰多呕恶，胸闷纳呆，腰背冷痛，

手足不温，舌苔白滑，脉弦紧。

2. 解郁宣肺止咳汤（汪新象）

组成：柴胡 12g，黄芩 12g，半夏 10g，细辛 6g，五味子 10g，生姜或干姜 10g，杏仁 10g，枳壳 10g，甘草 6g。功效：解郁散邪，宣肺止咳。主治：外感咳嗽，症见夜间咳甚或昼夜阵咳，吐泡沫痰或清稀痰，病程 1 周以上。

〔临床荟萃〕

1. 外感高热 杨东红运用小柴胡汤治疗病毒性上感高热 35 例，效果较好。把全部病例随机分为治疗组 35 例及对照组 30 例。治疗组 35 例中，欲呕及呕吐者 21 例，咽干口苦 15 例。体温 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 者 30 例， $>40^{\circ}\text{C}$ 者 5 例。对照组 30 例中，欲呕及呕吐 15 例，咽干口苦 16 例。体温 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 者 27 例， $>40^{\circ}\text{C}$ 者 3 例。全部病例均有发热或伴有头痛、咳嗽、流涕、鼻塞等症状。两组临床资料有可比性 ($P>0.05$)。治疗组用小柴胡汤加味：柴胡、党参各 12g，黄芩、半夏各 9g，生石膏 30g，生姜 6g，大枣 4 枚。加减：小便短少者加滑石 18g；身骨酸痛加藿香 10g；咽痛去半夏加板蓝根 10g；纳差加神曲 10g。体温 $>40^{\circ}\text{C}$ 者合用解热药对症治疗，未用其他抗病毒西药。对照组：静滴病毒唑并对症口服西药。结果治疗组 35 例中，显效 22 例 (62.86%)，有效 10 例 (28.57%)，无效 3 例 (8.57%)，总有效率 91.43%。对照组 30 例中，显效 10 例 (33.33%)，有效 5 例 (16.67%)，无效 15 例 (50%)，总有效率 50%。两组疗效经统计学处理有非常显著性差异 ($P<0.01$)。邹世光运用加味小柴胡汤治疗外感高热 425 例，效果较好。本组 425 例，住院病人 69 例，门诊病人 356 例。体温均在 38.5°C 以上。有 378 例曾经中西药治疗效差。其中流感 85 例，重感冒 166 例，急性鼻窦炎 32 例，急性扁桃体炎 47 例，流行性腮腺炎 27 例，急性支气管炎 39 例，肺炎初期 29 例。结果显效 410 例，无效 15 例，显效率为 96.47%。经

观察，多数高热患者常服用1次即开始出现体温下降，再服用2~3次则体温降至正常，服完3~4剂，烧不再复升。

李爱兰运用小柴胡汤加减治疗急性发热50例，疗效较好。治疗用药为小柴胡汤去人参、姜、枣，加金银花、连翘（即柴胡、半夏、黄芩、金银花、连翘、甘草）。加减法：以湿为主加藿香、滑石；湿热并重加茵陈、生石膏、栀子；咳嗽加杏仁、贝母；咽干加牛蒡子、玄参；头身痛加羌活、防风；便秘加大黄；纳差加山楂等。每剂煎2次至500ml，4~6小时2次分服。结果：速效34例，显效10例，有效3例，无效3例，总有效率为94%。

2. 咳嗽 潘子锰运用小柴胡汤加减治疗外感后咳嗽不愈41例，疗效较好。41例中，经X线胸透肺纹增强者28例，肺组织呈蜂窝状改变者3例，两肺无异常者10例。临床分型因寒夹饮型、痰热型、燥热型、气阴不足型。以上各型均有夜间阵咳，尤以午夜后至天明为甚，咳甚则呕吐。治疗用药为小柴胡汤加减组成：柴胡6~15g，黄芩5~10g，法半夏、生甘草各4~10g。因寒夹饮者加干姜、细辛、五味子；痰热者加全瓜蒌、川贝母、胆南星、前胡；燥热者加麦冬、天冬、沙参；气阴虚者加太子参、麦冬、五味子。每日1剂，水煎，分2次服，1周为1个疗程。疗效标准为咳嗽消失，短期内未复发者为治愈；服药后咳嗽减轻，未继续治疗，自然恢复者为有效；先后服药4剂咳嗽未减而改用他药治疗者为无效。结果因寒夹饮型18例，治愈14例，有效3例，无效1例，痰热型12例（其中包括小儿顿咳6例），治愈11例，有效1例；燥热型9例，治愈7例，有效2例；气阴不足型2例，有效1例，无效1例。共治愈32例，有效7例，无效2例。

3. 支气管哮喘 高云亭等小柴胡汤加味治疗支气管哮喘36例，疗效满意。36例中男性22例，女性14例，年龄7~6岁；病程2个月~5年。小柴胡汤加味组方为：柴胡、黄芩、

辛夷、党参、苍耳子、法半夏、射干各 10g，生姜、炙甘草各 6g，大枣 3 枚，儿童剂量酌减，每日 1 剂水煎服。治疗效果疗效评定标准：治愈：症状解除，随访 1 年未复发；显效：症状解除，偶有发作。本组经治疗治愈 16 例，显效 20 例。疗程最短 3 日，最长 12 日。

4. 反复呼吸道感染 洪建英等运用中医八法之一的和法，以通过和解、调和的作用以祛除病邪。小儿脏腑柔弱、易虚易实、易寒易热且肝常有余脾常不足而和法可和解表里兼顾虚实调节肝脾，运用和法治疗小儿反复呼吸道感染取得较好疗效。一般资料：均系门诊病例，共 45 例。男 31 例，女 14 例，年龄小于 2 岁 27 例，2~6 岁 11 例，7~12 岁例，反复上呼吸道感染 28 例，反复支气管炎 10 例，反复肺炎 7 例，呼吸道感染次数每年小于 10 次 19 例，呼吸道感染每年大于/等于 10 次 26 例，发病次数平均 1.75 次/月。治疗方法：采用小柴胡汤加减为基本方：柴胡 6~9g，黄芩 6~9g，太子参 6~9g，赤芍 6~9g，蝉蜕 3~5g，干姜 3~5g，半夏 5~8g，大枣 6g，甘草 3g。水煎服，日 1 剂，总疗程 2 月。加减：若咳嗽者加杏仁、五味子；汗多者加生龙骨、生牡蛎；里热明显者加连翘；纳差者加生山楂；邪不明显而肺脾两虚者可合用玉屏风散、山药等，肾虚者可用补肾地黄丸。本组病例除急性呼吸道感染期加用抗生素治疗外，均未采用其他西药治疗。疗效评价标准：疗程结束后随访 12 月。临床治愈：随访 1 年内呼吸道感染次数为本法治疗前的 1/5，停药后 6 月内发病次数不超过 1 次，且病情程度较以往为轻；显效：随访 1 年内呼吸道感染次数为本法治疗前的 1/5~2/5，停药后 6 月内发病次数不超过 2 次，且病情程度较以往为轻；有效：随访 1 年内呼吸道感染次数为本法治疗前的 2/5~3/5，停药后 6 月内发病次数不超过 3 次，且病情程度较以往为轻；无效：呼吸道感染次数无明显减少，且病情发作程度无

明显减轻。结果：本组治愈 15 例显效 17 例，有效 9 例，无效 4 例，总有效率 91.11%。

〔实验研究〕

1. 对肝损伤的保护作用

(1) 对 CCl_4 引起的小鼠 SGPT 升高的影响：小柴胡汤加味大、小剂量组与模型组相比，统计学处理有显著性差异 ($P < 0.01$)，而且药物之间存在着量效关系；小柴胡汤加味与齐墩果酸组相比，作用相似。

(2) 对酒精性肝损伤的防护作用：观察所见，经染色，在正常大鼠肝细胞内见不到橘红色的圆形脂滴，而损伤组大鼠肝细胞内显示较多的大小不一的圆形脂滴。防治组及吡唑组均未见脂滴出现。

血清学改变可见：血清生化测定结果，损伤组血清中 LDH、GPT、TG 与正常组相比明显升高，而白蛋白减少、A/G 比例下降。防治组基本恢复正常，吡唑组与正常组相仿。

(3) 对阻塞性黄疸肝功能的恢复的影响：结果为：GOT 值的变化：给药组提示有逐渐下降倾向并恢复到阻塞前水平，但 2 组间没有显著性差异。给药组的高胆红素血症的改善效果明显。ALP 值的变化：给药组与对照组有显著差异，恢复到阻塞前的水平。

2. 对肾炎的影响

(1) 对体重、健康状况和尿量的影响：结果为：对照组大鼠同正常组相比，体重可见明显降低，投予 3.75g/kg 小柴胡汤加减方组比对照组有所增加，投予柴芩汤组未发现腹泻等症，也未发现大鼠毛有任何异常。在实验期间，对照组与小柴胡汤加减方投予组尿量未见显著差别。

(2) 对尿中蛋白排泄量的影响：对照组从第 8 日起可见明显的蛋白尿，第 11 日达每天 327mg 的峰值，到 19 日为止一直保持每天 200mg 的峰值。而投予小柴胡汤加减方 0.38g/kg

及 1.5g/kg 组在第 8 日可见 40% 的抑制作用, 3.75g/kg 给药组在第 8 日抑制作用为 35%, 第 11 日为 45%, 第 15 日为 73%, 第 19 日为 85%, 可见显著的抑制作用。

(3) 对血浆胆固醇含量的影响: 结果为: 关于胆固醇含量, 对照组在实验终止日达 125mg/dl 左右, 比正常组明显增加, 而投予 3.75g/kg 小柴胡汤加减方组可见 61% 的抑制。

(4) 对肾小球的病理组织学参数的影响: 对照组中未观察到严重的粘连的肾小球, 只有 30% 的肾小球有轻度粘连。另外, 投予 0.38g/kg 和 1.5g/kg 小柴胡汤加减方组有抑制倾向, 而 3.75g/kg 给药组显示出 51% 的明显的抑制率, 此外, 小柴胡汤加减方投予组对肾小管的间质障碍比对照组同样轻得多。

(5) 对活性氧清除剂的影响: 结果为: 从实验模型的发病和病情进展状况中所显示出的不同种类活性氧所起的作用可以发现, 作为小柴胡汤加减方疗效的一个作用机制, 就是能够消除活性氧的酶, 现就这种酶的活性进行研究。对照组肾皮质的超氧化物歧化酶 (SOD) 活性从第 6 日开始到第 11 日显著降低, 而小柴胡汤加减方投予组却在第 6 日显示出增加的倾向, 到 11 日时几乎上升到正常水平。对照组过氧化氢酶和 G~PX 活性也有降低的倾向, 而小柴胡汤加减方投予组却显示了上升作用, 超过了正常水平。此外, 关于肾小球内的 SOD 活性, 对照组与皮质部的结果相同, 也显著降低, 而小柴胡汤加减方投予组可见明显上升。而且对照组在肾小管和间质组织显示出降低的倾向, 而小柴胡汤加减方投予组同样又显示出几乎接近正常水平的上升。关于血清中 SOD 活性, 正常组与对照组呈相同的值, 小柴胡汤加减方投予组可见对照组的约 2 倍的上升。小柴胡汤加减方对蛋白尿、高脂血症有抑制作用, 同时也可以改善病理变化。阿部等报告, 已经用 PAN 肾病研究了小柴胡汤加减方的疗效, 同样可以抑制蛋白尿和改善组织病理

变化。

3. 解热作用 取体温正常家兔 60 只, 随机分为大剂量小柴胡汤口服液组 (8.82g/kg)、小剂量小柴胡汤口服液组 (1.76g/kg)、小柴胡汤煎液 (1.76g/kg) 及生理盐水对照组。连续灌胃给药 6 天, 随后以 2ml/kg 剂量给家兔静脉注射腐败干草浸剂, 分别观察 1h、3h、5h、7h 家兔的体温变化。测试时实验室温度保持在 25℃ 左右。大、小剂量小柴胡汤口服液及煎液自 3h 起均表现显著的退热作用, 与生理盐水组相比, 3 组 P 值均小于 0.05。

4. 单煎与合煎药理作用比较研究 小柴胡汤单煎和合煎均能显著抑制四氯化碳引起的小鼠血清 SGPT 增高, 显著抑制蛋清引起的大鼠足肿胀, 显著抑制酵母所致大鼠的体温升高, 显著抑制醋酸引起的小鼠腹腔毛细血管通透性增加, 显著延长热板法测得的小鼠痛阈, 单煎和合煎的作用无显著差别。

5. 抗衰老作用 用自然衰老的大鼠作实验观察: 对大鼠 72 周龄 (据说相当于人类 40 岁) 以 0.12g/kg 剂量喂饲小柴胡汤, 另以 0.12g/kg 的烟酸生育酚拌入饲料喂饲另一组同龄大鼠 (TN 组), 直至 110 周龄。结果见不加用任何药物自然生长 110 周龄的大鼠与 6 周龄的大鼠比较, 体重及睾丸重量明显增加, 而心、肝、肾及肾上腺重量反而降低, 胸主动脉及腺脏重量无明显变化; 小柴胡汤组对老龄大鼠体重的增加及肾脏、肾上腺的减轻有明显抑制作用。

〔运用心得〕 临床上常见的流行性感冒、普通感冒、急性扁桃体炎、急慢性支气管炎、各种致病菌所致的肺炎、肺脓肿等疾病而表现为往来寒热, 胸胁苦满等符合少阳病证者可从和解少阳, 调达枢机入手, 选用小柴胡汤。本证的辨证要点, 仲景已有明训: “伤寒中风, 有柴胡证, 但见一证便是, 不必悉具。” 其中往来寒热, 胸胁苦满, 口苦咽干是最具辨证意义的

症状。

笔者还常用其治疗外感发热愈后之咳嗽。临床多表现为干咳，或咯少量白痰，而伴有口苦，或口苦咽干者。可在小柴胡汤的基础上加桔梗、白前、杏仁、鱼腥草。再者，用其治疗咳嗽变异性哮喘而表现为晨间咳嗽者。不管其有痰无痰，只要无寒象者即可选用。在小柴胡汤原方的基础上加茵陈、栀子。另外，胸膜疾病所致咳嗽，诸如急性胸膜炎等所致的干咳，在咳嗽的同时伴有胸疼，或胸闷。在小柴胡汤原方的基础上，加桑白皮、地骨皮、青黛、海蛤壳。

第十二节 真 武 汤

〔组成〕 茯苓三两 芍药三两 白术二两 生姜三两
(切) 附子一枚(炮，去皮，破八片)

上五味，以水八升，煮取三升，去滓，温服七合，日三次。若咳者，加五味子半升、细辛一两、干姜一两；若小便利者，去茯苓；若下利者，去芍药，加干姜二两；若呕者，去附子，加生姜，足前为半斤。

〔功效〕 温肾阳，散水气。

〔方义分析〕 方中附子辛热以壮肾阳，使水有所主；白术健脾燥湿，使水有所制；术、附同用，更可温煦经脉以除寒湿。生姜宣散，佐附子助阳，于主水中有散水之意；茯苓淡渗，佐白术健脾，于制水中有利水之用；芍药活血脉，利小便，且有敛阴和营之用，可制姜、附刚燥之性，使之温经散寒而不伤阴。诸药相辅相成，相互为用，共成扶阳散水之剂。

〔适应证〕

1. 治疗慢性阻塞性肺疾病 咳嗽，喘息，咳痰量多清稀，或咯吐大量白色泡沫痰，畏寒背冷。舌质淡，苔白，脉沉弱。

2. 慢性肺源性心脏病 喘息，咳嗽，咳痰量多清稀，畏寒背冷，心悸，双下肢水肿，小便不利。舌质淡，苔白，脉沉弱。

〔类方〕 附子汤：即本方去生姜易人参而成。功效：温肾阳，除寒湿。主治：肾阳虚寒湿体痛证，症见身体疼痛，口中和，脉沉；妊娠宫寒证之腹冷痛，遇寒则甚，少腹作冷如风寒吹样，似有腹中胎儿欲动欲胀感，或有腰痛或酸困，或有发热，苔白，脉弦。

〔加减方〕

1. 真武汤加减方（洪广祥）

药物组成：制附子 10g，茯苓 20g，白术 15g，红参 10g，干姜 6g，泽泻 20g，山茱萸 10g，葶苈子 15g，牡荆子 10g，青皮 15g，陈皮 15g，生大黄 10g，桃仁 10g，水蛭胶囊 4 个。若兼有气阴两虚可选加生脉散。功效温阳利水、涤痰除瘀。主治肺源性心脏病，症见咳喘加重，痰量增多，神疲乏力，食欲减退，并无明显恶寒发热之症，渐至唇周及肢末发绀，颜面及下肢浮肿，尿少，不能平卧，需依赖输氧以维持呼吸，肺部可闻及湿啰音或哮鸣音等。

2. 老咳灵（刘竹林）

组成：党参 15g，苏子 15g，茯苓 15g，法半夏 12g，白术 9g，五味子 9g，熟附子 9g，陈皮 6g，远志 6g，甘草 6g。功效：温肺化痰，敛肺止咳。主治：老年慢性咳嗽。加减：若兼见痰黄、苔黄者，宜加生石膏、黄芩；痰白量多，喘甚者加细辛、款冬花；兼夜尿多，腰痛者加巴戟天、锁阳、益智仁；兼心悸者加桂枝、白芍。注意：本方药物多为辛温或甘温药物，不宜滥用或久用，以防耗伤阴血，宜中病即止。

〔临床荟萃〕

1. 哮喘 尹玉琴报道加味真武汤治疗发作期哮喘 102 例，并以自身作为对照，观察了治疗前后各临床指标的变化，病例

选择标准：符合支气管哮喘诊断标准；具备中医辨证哮喘病中之为寒哮实证和肾不纳气之虚喘证，取得较好疗效。柳克尊运用真武汤化裁治疗支气管哮喘 286 例。肾不纳气加沉香、红参；喘甚加麻黄、地龙；痰热扰心减姜附；心肾不交加肉桂、黄连。结果痊愈 92 例，显效 134 例，有效 36 例，无效 19 例。

2. 感冒 吴向红以加味真武汤系真武汤原方添加一味黄芩而成，作为感冒用方药，疗效确切。诊断标准采用 1978 年 5 月全国防治感冒科研协作座谈会订的“感冒及流感诊断要点防治效果判定标准”，并排除实热阴虚者。

3. 慢性肺源性心脏病 邝巧玲等运用参麦注射液合真武汤治疗肺心病（失代偿期）取得很好的疗效。方法：将 96 例病人随机分为两组。对照组 47 例应用西医常规治疗；治疗组 49 例在西医常规治疗的基础上，加用参麦注射液合真武汤，观察临床疗效、治疗前后血气分析指标、心功能参数、血液流变学等变化。结果：总有效率治疗组为 97.95%，对照组为 87.22%，两组比较有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；两组治疗后血气分析 PaO_2 、 PaCO_2 比较有统计学意义（ $P < 0.05$ ）；治疗组治疗前后的心功能参数、血液流变学指标比较有统计学意义（ $P < 0.01$ 或 $P < 0.05$ ）；结论：参麦注射液合真武汤治疗肺心病失代偿期（急性发作期）具有较好的临床疗效。

4. 上呼吸道感染后久咳 刘崇新于 1997 年 3 月至 1999 年 9 月，运用真武汤加减治疗上呼吸道感染（简称上感）后久咳 138 例病人，临床疗效满意。138 例均为门诊患者，其中男 72 例，女 66 例；年龄最小者 14 岁，最大者 76 岁，平均 48 岁；病程最长者 1 年，最短者 2 月。均因上感后久咳不止，呈阵发性，夜间多见，且痰少不易咯出，或干咳无痰，伴咽痒气急，或呕吐，或心悸，或夜尿增多。以受凉或刺激性气味吸入后易发作或加重。治疗前均胸透或胸片及实验室检查无异常。治疗方法：真武汤化裁：炙附片 9g，白术 12g，白芍 12g，干

姜 6g, 细辛 4g, 杏仁 10g, 五味子 6g, 桔梗 10g, 炙款冬花 10g, 甘草 6g, 生姜 9g。咽痒甚者加牛蒡子 9g, 蝉蜕 9g, 利咽止痒; 心悸者, 加桂枝 9g, 炙甘草 9g, 温补心阳; 夜尿多而频者, 加益智仁 9g, 温肾助阳缩小便; 呕吐者, 加吴茱萸 6g, 半夏 9g, 温中止呕; 腹泻者, 去白芍之寒, 重用干姜 9g, 白术 15g, 温运脾阳以止泻。日 1 剂, 水煎服。疗效标准及结果: 疗效标准 (自定) 治愈: 咳嗽等症状消失; 好转: 咳嗽等症状明显减轻; 无效: 咳嗽等症状无缓解。治疗结果: 治愈 93 例, 占 67.4%; 好转 37 例, 占 26.8%; 无效 8 例, 占 5.8%。有效率 94.2%。其治愈的患者, 咳嗽等症状消失最短 2 天, 最长 8 天, 平均 5 天。

[实验研究]

1. 下丘脑-垂体的影响 老年人在甲状腺轴与性腺 (男) 轴的异常表现和肾阳虚证极其类似, 因此肾阳虚证的外在表现又意味着下丘脑-垂体及其某个靶腺轴有一定程度的未老先衰。中医学所讲“肾”的重要生理基础即是肾上腺皮质功能。真武汤能够纠正 HCA 肾阳虚大鼠 (小鼠) HPA 轴受抑状态, 具有拮抗肾上腺皮质及各带细胞的萎缩和退行性改变, 增加提高肾小球系膜细胞和内皮细胞的作用。通过兴奋下丘脑-垂体单位功能状态, 改善下丘脑渗透压感受器的敏感性, 提高神经分泌细胞的阈值, 可见“温阳”的物质基础在于调节下丘脑-垂体单位功能状态, 兴奋 HPA 轴。试验研究中显示, 高剂量真武汤能够显著促进 HCA 肾阳虚大鼠体重增加, 使 HCA 肾阳虚大鼠物质代谢紊乱得到最大程度地纠正, 促进肾上腺皮质醇分泌, 提高血清 T₃、T₄ 含量, 能够使“第二信使”cAMP、cGMP 这对拮抗的物质恢复至正常水平, 其作用优于低剂量真武汤。实验研究可以看出, 小鼠血浆 cAMP 与 cGMP 含量, 血浆皮质醇昼夜峰值, 大鼠血清 T₃、T₄ 含量等指标, 应用同剂量的真武汤与金匱肾气丸相同, 无显著差异, 说明两方在纠

正肾阳虚大鼠物质代谢紊乱，促进小鼠肾上腺皮质醇分泌，提高血清 T3、T4 含量，促使 cAMP、cGMP 恢复至正常水平方面功能一致，证实其“温阳”作用相同。

2. 对血液流变学的影响 对肺心病急性发作期属心脾肾阳虚水泛型患者，用本药治疗，平均服药 22 天，患者瘀象显著减轻。血液流变学检测结果，用药后全血比黏度、全血还原比黏度、血细胞比容明显降低。从而降低血液黏滞性、浓稠性，减低血流阻力，减轻心脏负担，增加肾脏血流量，使尿量增加，因而起到消肿化瘀的作用。

用本方加减治疗病属阳虚水泛的老年人高血压 30 例，血液流变学检测结果表明：治疗前后血液流变学的变化；治疗组血浆比黏度、血细胞比容、纤维蛋白原均明显下降 ($P < 0.05$)，余 5 项无明显变化 ($P > 0.05$)，对照组血浆比黏度、血细胞比容、纤维蛋白原虽有下降趋势，但无显著性差别 ($P > 0.05$)，余 5 项无明显变化 ($P > 0.05$)。

3. 对脂质代谢及血糖的影响 用本方加减治疗病属阳虚水泛的老年人高血压 30 例，血脂、血糖检测结果表明：治疗前后血脂血糖的变化：治疗组胆固醇、甘油三酯均明显降低 ($P < 0.05$)，血糖虽有下降趋势，但无统计学差别 ($P > 0.05$)；对照组胆固醇、甘油三酯、血糖下降均不明显 ($P > 0.05$)。

4. 对心血管系统的作用 陈氏对肺心病急性发作期属心脾肾阳虚水泛者，平均服药 22 天，全血比黏度、全血还原比黏度、血细胞比容明显降低，从而降低血液黏滞性、浓稠性，降低血流阻力，减轻心脏负担，增加肾脏血流量，使尿量增加，从而起到消肿化瘀的作用。王氏用正交设计法研究真武汤对在犬及家兔实验性心力衰竭的作用，结果表明，真武汤原方组合是最佳配伍，能显著提高心衰犬和家兔的心肌收缩力，改善缺血心肌的血氧供应，促进血液循环，而对心肌耗氧量和传

导系统无明显影响。方中配伍赤芍优于白芍,生姜似有触媒样作用,能增强附子的强心效力,又可相对减低附子的毒性及不良反应。梅氏认为充血性心力衰竭的基本病机是以心肾阳虚为本,痰饮瘀血为标,且痰饮与瘀血互为因果,故以温阳活血利水为其基本治法,以真武汤加红参、桃仁等 14 味药物制成强心口服液,实验与临床研究表明,强心口服液对于增强心功能(收缩、舒张、泵血)、扩张周围血管、降低血黏度、改善微循环、降低外周阻力、调节心率与血压及酸碱平衡、增加心肌细胞营养、延缓心肌细胞衰老、抗脂质过氧化损伤、改善肺肾功能及心衰患者生活质量、提高耐受能力等诸多方面,具有显著而持久的作用,对充血性心力衰竭的整体治疗具有重要意义。朱氏等研究了加味真武汤在改善心功能方面的作用机制,方法:设中药组、西药组、中西药结合组和模型对照组,观察各组治疗后的血流动力学指标及变化。结果:治疗后组左室内压(LVP)、左室内最大上升速率明显上升,左室舒张末期压(LVEDP)、血管紧张素Ⅱ明显下降,与治疗前及模型对照组相比有显著性差异($P<0.05$),用药组之间比较,中西药结合组降低血管紧张素Ⅱ的作用优于中药组与西药组。因此加味真武汤能使模型兔的心功能得到明显改善,在治疗充血性心衰的机制中,调节血管紧张素Ⅱ水平起到重要的作用。

5. 抗疲劳研究 真武汤对老龄小鼠抗疲劳作用的测试:取小鼠 50 只,于末次给药后 2h 进行持续游泳试验,将小鼠放入水槽中游泳,水温 17°C ,每只小鼠以下沉池底为其游泳时间。结果在持续游泳时间且不同月龄组间无显著差异。但真武汤组游泳持续时间显著延长($P<0.05$)。提示真武汤有显著增强老龄小鼠的抗疲劳能力。结果表明,真武汤可明显提高老龄小鼠红细胞 SOD 活性,降低老龄小鼠血清及肝组织中的 MDA 含量,还能增加老年小鼠耐疲劳及抗缺氧能力。提示真武汤具有抗氧化及抗应激作用,对延缓衰老有一定作用。

6. 对肾功能的影响 汪氏等报道肾功能不全的 18 例患者,加胡芦巴、淫羊藿水煎剂,比较服药前后尿液 IgA、IgG、IgM、Aib (ELISA 双抗体夹心法测定)、尿液溶菌酶 (Lys) (平皿法测定)、转铁蛋白 (TF 自动免疫分析仪检测)。尿中微量蛋白治疗后较治疗前明显减少, IgG、IgA、IgM、TF 与治疗前比较, $P < 0.01$, Aib、LYS 与治疗前比较, $P < 0.05$ 。杜氏用 0.75% 腺嘌呤喂饲大白鼠建立肾毒性肾功能衰竭实验动物模型,并同时设立温脾汤空白对照组进行实验研究,发现该方对改善实验动物的摄食量、增加尿量、降低 BUN、S、Scr,调节电解质和氨基酸代谢平衡方面皆有明显作用,其疗效均优于温脾汤组。对照病理切片,可见真武汤组肾小球、肾小管病理改变的改善较对照组明显。从而证实,本方对慢性肾衰确有良效。陈氏合实脾饮治疗慢性肾炎 27 例,疗效满意,对于降低患者尿蛋白、管型和红、白细胞,提高血浆蛋白,降低血清胆固醇等方面都具有显著作用。陈氏研究发现,本方的效果与血浆蛋白代谢的关系较小,而与肾脏血流动力学改变关系较大,单用利尿药治疗无效之患者,加用温肾药即见尿量增多,而单用温肾药利尿并不明显,表明温肾药本身并不利水,但能加强利尿药的作用。

7. 其他 姚氏治疗 41 例内耳眩晕症有效,并认为真武汤可能具有调节肾上腺皮质功能、调整醛固酮的代谢水平、调整内耳功能的作用。侯氏加味治肾虚经闭 60 例疗效显著,并实验证明真武汤加味有调节内分泌、建立月经周期、温煦生化卵巢功能的作用。

〔运用心得〕 真武汤是治疗阳虚水泛证的代表方剂,在呼吸病中主要用于治疗慢性阻塞性肺疾病、慢性肺源性心脏病(心功能不全)等。

慢性阻塞性肺疾病的急性发作期,若出现畏寒背冷,咳嗽,喘息,咳痰量多清稀,或咯吐大量白色泡沫痰,可在本方

的基础上合用小青龙汤；慢性阻塞性肺疾病的慢性迁延期，症见咳嗽，短气，畏寒背冷，咳嗽，咯白痰，可合用金水六君煎；若慢阻肺相对缓解期患者，平素易于感冒者可在本方的基础上合用玉屏风散。

慢性肺源性心脏病之心功能不全，若表现为咳嗽，咳痰量多清稀，畏寒背冷，心悸，双下肢水肿，小便不利，可在本方的基础上合用五苓散，加葶苈子、丹参，对于改善心功能，纠正右心衰竭具有良好的效果。另外，慢性肺源性心脏病在其肺肾阳虚的基础上，而出现咳喘加重，咯吐黄痰，或伴有发热等痰热壅肺的见证，可在本方的基础上合用麻杏石甘汤，加黄芩、双花、鱼腥草、葶苈子、丹参，也可取得满意的疗效。

第十三节 麻黄细辛附子汤

〔组成〕 麻黄二两（去节） 细辛二两 附子一枚（炮，去皮，破八片）

上三味，以水一斗，先煮麻黄，减二升，去上沫，内诸药，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。

〔功效〕 温经解表。

〔方义分析〕 本方由麻黄、附子、细辛三味药组成。方中麻黄解表邪，附子温肾阳，细辛气味辛温雄烈，佐附子以温经，佐麻黄以解表，三药合用，于温经中解表，于解表中温阳。本方虽为少阴太阳两感而设，但因其主要作用是温经通阳散寒，故凡属寒邪痹阻，阳气失展的病证，用之多有良效，并不限于少阴太阳两感。

〔适应证〕

1. 感冒 平素肾阳亏虚，当感受外邪后，表现为以恶寒（有的病人也可伴有发热），身痛，身重为主，欲寐，四肢不温，脉沉。可用本方治疗。

2. 哮喘 主要用于寒哮证，表现为喷嚏流涕，遇风寒加重，喘息喉鸣，咳嗽，畏寒背冷舌质淡，苔薄白，脉沉。

〔类方〕 麻黄附子甘草汤：本方去细辛加甘草而成。功效：温阳解表。主治：太阳伤寒证与阳气不足证相兼 发热，恶风寒，无汗，或心悸，或胸闷，或腰酸腿软，或小便清白而多，或惊，舌淡，苔白，脉或浮而无力或沉迟；少阴心肾水气病偏寒者，症见身重而少气，心烦，心悸，甚者则躁，不得卧，或喘，或阴肿，舌淡，苔薄，脉沉小。

〔加减方〕 麻黄细辛附子汤加减方（吴银根）

常用麻黄 10g，附子 10g，制半夏 10g，细辛 5g，白果仁 30g，桑白皮 30g，紫菀 15g，款冬花 15g 为基本方。功效温肺散寒，宣肺平喘。用于支气管哮喘发作期温阳散寒祛痰饮。哮喘多因胸膈间宿有痰饮，复遭风寒外邪侵袭，内外合邪，搏于气道，阻碍气机，致肺失宣降而发。加减：痰多而粘，加白前、前胡；痰难咯出，加生半夏、生南星，但宜中病即止；喉间痰鸣，加射干；多汗者，合桂枝汤。吴氏还善用治风治肝之药，认为具有抗过敏及解痉作用，如易感冒而诱发者，加防风、柴胡；哮喘气急难平，加蜈蚣、全蝎、蝉蜕等；对偏热而见舌红、口干、口苦、情绪易于激动者，加白芍、当归、地龙；痰黄而粘，难以咯出，便干者，加黄芩、熟大黄等；对于各种气味过敏诱发者，加蒲公英、紫花地丁。哮喘发作每每伴有过敏性鼻炎，可选加苍耳子、辛夷、白芷等通窍利肺之药，不但治鼻，亦可预防发作。

〔临床荟萃〕

1. 肺心病心衰 董福轮以麻黄附子细辛汤作为主方，随症加减治疗肺心病心衰，取得了良好的临床效果。55 例肺心病心衰患者均为住院患者，其中慢支病史最长的 52 年，最短的 5 年，平均 25 年。形寒怕冷者加干姜；喘促不得卧者，加紫石英、鹅管石、射干；浮肿明显者，加凤尾草、车前草；白

沫痰多者，加苏子、白芥子；发热者，加生石膏、黄芩；汗出、口干、舌绛者，加南北沙参、麦冬、五味子。在此同时，如见有高热，体温在 38.5°C 以上，血白细胞 $>10 \times 10^9/\text{L}$ ，多核细胞 $>80\%$ 的病人，加用抗生素控制感染。结果痊愈 10 例，好转 43 例，无效 1 例，死亡 1 例。总有效率 96.4%，无效率 3.6%。

2. 气管炎 薛玉山用麻黄附子细辛汤为主随症加减治疗小儿支气管炎，中医辨证为寒痰喘咳者有良效。共治疗 70 例，每日 1 剂，一般治疗 7~15 天。结果痊愈 51 例，显效 13 例，好转 2 例。

3. 外感发热 焦彦超自 1999 年以来，运用麻黄附子细辛汤加味治疗阳虚外感发热，患者退热快，恢复快，花钱少，疗效好。50 例均系门诊病例，其中男 35 例，女 15 例；年龄最小者 18 岁，最大者 60 岁，以 18~45 岁者为多，发病季节以秋冬交际、冬季者为多；发病时间 8~48 小时；体温 $38.5^{\circ}\text{C} \sim 39.5^{\circ}\text{C}$ ，疾病性质属素体阳虚复感风寒发热。临床表现患者平素畏寒肢冷，易腹痛腹胀，腰膝冷痛，外感风寒之邪出现恶寒、发热、欲近炉火、头项强痛、腰痛、肾节疼痛、神疲乏力，舌体胖大有齿痕，苔白腻脉沉紧。西医诊断为上呼吸道感染。治疗方法：麻黄附子细辛汤加味组成：麻黄 10g，附子 20g，细辛 4g，桂枝 20g，白芍 20g，甘草 15g，藿香 15g，党参 20g。水煎服每 4h 1 次，每次 150ml，同饮热水 150ml 微微发汗，共服 2 剂。结果：服药 1 剂体温可下降 2°C ，服药 2 剂热退，病人精神体力恢复，临床治愈。

4. 急性扁桃体炎 赵志宏于临床宗仲景之法，治急性扁桃体炎，获得良效。麻黄附子细辛汤出自张仲景《伤寒论·辨少阳脉证并治》篇中，本为太少两感合病之方，“少阴病始得之，反发热脉沉者，麻黄附子细辛汤主之”，但于急性扁桃体炎的治疗中用之，每获良效。其辨证要点为：恶寒发热脉沉，

病机要点为：肾阳不足，风寒外束。

〔实验研究〕

1. 抗炎、抗过敏、抗氧化作用 本方对于大鼠腹腔渗出巨噬细胞内的钙离子浓度具有显著抑制作用，并有明显的药物浓度依赖性。

(1) 麻黄附子细辛汤对腹腔渗出巨噬细胞在添加钙离子载体 (Ca I A23187) 刺激下细胞内 Ca^{2+} 的影响：将各种浓度的 Ca I A23187 添加于腹腔渗出巨噬细胞的细胞悬浮液 (2×10^6 cells/ml) 中，测定细胞内 Ca^{2+} 浓度。4 分钟后的细胞内 Ca^{2+} 浓度，随 Ca I A23187 浓度的增加而增加，显示对后者具有浓度依赖关系。

(2) 麻黄附子细辛汤对 Ca I A23187 刺激下的腹腔渗出巨噬细胞细胞内 Ca^{2+} 的影响：将各种浓度的麻黄附子细辛汤添加于腹腔渗出的巨噬细胞中，培养 24h。培养后将各组细胞用 PBS 清洗，添加 $1.0 \mu\text{g/ml}$ 的 Ca I A23187，检查细胞内 Ca^{2+} 的变化。结果是麻黄附子细辛汤浓度依赖性地抑制了受 Ca I A23187 刺激的腹腔渗出巨噬细胞细胞内 Ca^{2+} 的浓度。特别是将 $100 \mu\text{g/ml}$ 以上的麻黄附子细辛汤添加于腹腔渗出巨噬细胞的细胞悬浮液中时，与非添加组相比，表现为显著抑制 ($P < 0.01$ ，各组 $n=5$)。

(3) 麻黄附子细辛汤对腹腔渗出巨噬细胞在 PAF 刺激下细胞内 Ca^{2+} 的影响：将各种浓度的 PAF 添加于腹腔渗出巨噬细胞的细胞悬浮液 (2×10^6 cells/ml) 中，测定细胞内的 Ca^{2+} 浓度，显示细胞内 Ca^{2+} 浓度随 PAF 浓度的增加而增加，即对后者具有浓度依赖关系 (各组 $n=5$)。因此，以后的实验都用 1ng/ml 的 PAF。

(4) 麻黄附子细辛汤对在 PAF 刺激下的腹腔渗出巨噬细胞细胞内 Ca^{2+} 的影响：将各种浓度的麻黄附子细辛汤添加于腹腔渗出巨噬细胞中，培养 24h 后，添加 PAF 使其最终浓度

达到 1ng/ml , 检查细胞内 Ca^{2+} 的变化。结果是麻黄附子细辛汤浓度依赖性地抑制了受 PAF 刺激的腹腔渗出巨噬细胞细胞内 Ca^{2+} 浓度的上升。特别是将麻黄附子细辛汤在腹腔渗出巨噬细胞悬浮液中添加至 $100\mu\text{g/ml}$ 以上时, 与非添加组相比, 表现为显著抑制 ($P < 0.01$, 各组 $n = 5$)。另外, 在腹腔渗出巨噬细胞悬浮液中添加 $500\mu\text{g/ml}$ 麻黄附子细辛汤, 24h 后, 对附着于培养皿的细胞用台盘蓝染色除外试验测定其活力时具有活力的细胞占 95% 以上。

本方尚能有意义的抑制特异性抗原或非特异性抗原刺激嗜碱粒细胞分泌组胺, 并且其抑制率随剂量改变而改变; 能使花生四烯酸、5-HETE 的产生有意义地减少, 抑制白血病细胞的溶酶体脂氧合酶的活性; 能使中性粒细胞系统, 黄烷醇氧化酶系统产生的活性氧量效应有意义的降低。用正常 Hartley 雄性豚鼠支气管肌及卵白蛋白致敏的支气管肌, 以 Magnus 法进行探讨。部分抗组胺、抗 5-HT 作用用 Wistar 系雄性大鼠进行探讨。结果表明: 三甲氧苯基丙烯本身呈 10^{-5}mol/L 、 10^{-4}mol/L 的相当高的浓度, 对支气管平滑肌有扩张作用, 尤其对致敏支气管肌能抑制 5-HT 的收缩作用, 对 NE 的舒张作用呈协同作用; 但是对大鼠抗组胺作用较弱。

2. 对心绞痛发作的影响 经冠状动脉造影, 至少有左前降支狭窄 ($\geq 90\%$), 并且在一定的运动负荷下出现心绞痛的稳定型心绞痛患者 5 例, 内服葛根汤 (K)、麻黄附子细辛汤 (M) 的 1 次常用量后, 进行踏旋器运动负荷试验, 探讨 K、M 对心绞痛的影响。结果, 服药约 2h 后, 进行踏旋器运动负荷试验, 至终点患者均有胸痛或 ST 段下降 2mm。对照组、K 组、M 组的运动持续时间 (s) 分别为 374 ± 37 , 373 ± 34 , 368 ± 37 ; 心率 (max) 分别为 131 ± 15 、 129 ± 18 、 138 ± 14 。可见授予 K、M 后, 运动耐量未见明显变化, 但授予 M 后, 患者有心悸和心率加快的倾向。

〔运用心得〕 麻黄细辛附子汤，是仲景治疗太少两感证的代表方剂。在临床上，有些久病体弱的病人以及某些老年人，因其素体少阴里虚，复感风寒之邪，可形成太少两感证。表现为：脉沉，欲寐，四肢不温的里虚寒证，也可有发热，恶寒的表证。在辨证时，只要抓住“少阴本虚，外感寒邪”这一病因病机，症见恶寒重，或发热，或不发热，神疲，舌苔白滑，或舌质胖大，脉沉细或脉沉弱者，则可选用麻黄细辛附子汤治疗，多可奏效。

第十四节 麻黄附子甘草汤

〔组成〕 麻黄二两（去节） 甘草二两（炙） 附子一枚（炮，去皮，破八片）

上三味，以水七升，先煮麻黄一两沸，去上沫，内诸药，煮取三升，去滓，温服一升，日三服。

〔功效〕 温经解表，微发其汗。

〔方义分析〕 麻黄附子甘草汤为麻黄附子细辛汤去细辛加炙甘草而成。因病情比较轻缓，故去辛窜之细辛，加甘缓之甘草。方中麻黄解表邪，附子温肾阳，炙甘草之用，既可扶中益气，又可缓麻黄之发散，以求微微得汗而解，不致过汗，使之成为温阳解表，微发汗而又不伤正气的平和之方。

〔适应证〕

1. 感冒 以里阳虚为主的感冒，身重而少气，恶风寒，手足冷。

2. 哮喘 素有肾阳亏虚，感受风寒之邪，诱发哮喘发作。症见喷嚏流涕，遇风寒加重，喘息喉鸣，咳嗽，畏寒背冷。舌质淡，苔薄白，脉沉。

〔类方〕 麻黄附子细辛汤：麻黄附子甘草汤以甘草易附子而成，功能温壮阳气，解表。主治太阳伤寒证与少阴阳虚证相

兼，症见发热，恶风寒重，无汗，或头昏，或腰酸，或小便清而量多。或脚跟痛，或少腹畏寒甚，或阴部拘急而怕冷，苔白，脉沉或迟而无力。

〔加减方〕 回阳定喘汤（罗云坚）

熟附子 15g，干姜 9g，炙麻黄 12g，杏仁 12g，党参 30g，肉桂 3g，炙甘草 10g。功效：回阳救脱定喘。主治哮喘的发病过程中，突然出现神疲气短，面色青紫，张口抬肩，四肢厥冷，汗出如油，舌色紫黯，舌苔白滑，脉微欲绝。

〔临床荟萃〕 小儿麻疹、阳虚感冒：余尝治上海电报局高君之公子，年五龄，身无热，亦不恶寒，二便如常，但欲寐，强呼之醒，与之食，食已，又呼呼睡去。按其脉，微细无力。余曰：此仲景先圣所谓少阴之为病，脉微细，但欲寐也。顾余知治之之方，尚不敢必治之之验，请另乞诊于高明。高君自明西医理，能注射强心针，顾又知强心针仅能取效于一时，非根本之图，强请立方。余不获已，书：熟附片八分、净麻黄一钱、炙甘草一钱。与之，又恐其食而不化，略加六神曲、炒麦芽等消食健脾之品。次日复诊，脉略起，卧时略减。当与原方加减。五日，而痧疹出，微汗与俱。疹密布全身，稠逾其他痧孩。痧布达五日之久，而胸闷不除，大热不减，当与麻杏甘石重剂，始获痊愈。一月后，高公子又以微感风寒，复发嗜寐之恙，脉转微细，与前度仿佛。此时，余已成竹在胸，不虞其变，依然以麻黄附子甘草汤轻剂与之，四日而藏。（《经方治验录·附列门人治验》49页）

〔运用心得〕 麻黄细辛附子汤与麻黄附子甘草汤都是温阳解表的方剂，用于治疗阳虚感冒。前者温经解表，主治病初起，表证稍急，发热恶寒，寒多热少，头痛无汗，脉沉；后者温经微汗，主治病经二三日，表证稍缓，无下利，吐逆等里证者。在治疗阳虚感冒时要注意区分使用。

第十五节 甘 草 汤

〔组成〕 甘草二两

上一味，以水三升，煮取一升半，去滓，温服七合，日二服。

〔功效〕 清热利咽。

〔方义分析〕 甘草汤仅用一味生甘草，《伤寒论》中甘草多炙用，仅甘草汤桔梗汤中甘草生用。甘草炙用温中，生用清热。本方用生甘草旨在清热解毒以利咽，用治客热咽痛。

〔适应证〕 本方可以治疗急性咽炎，扁桃体炎。症见咽痛，咽部轻度红肿。舌红，苔黄，脉数。

〔类方〕

1. 芍药甘草汤 甘草汤加芍药而成。功效：酸甘养阴，益肝舒筋。主治：肝阴血不足筋急证，症见筋脉拘急，肌肉疼痛或跳动，脉或关节屈伸不利，或关节活动疼痛，两目干涩，手足心热，舌红，脉细；肝阴不足轻证之胃脘隐痛或挛急疼痛，口干舌燥，便干结，小便短少，饮食不佳，纳谷无味，舌红，少苔，细或弦细。

2. 甘草干姜汤 甘草汤加干姜而成。功效：温补阳气，调理肺胃。主治：虚寒肺痿证之咳吐涎沫，其质清稀而量多，不渴，头眩，畏寒，小便数，或遗尿，神疲乏力，短气不足以息，舌淡，苔薄白，脉虚弱；胃虚寒轻证吐逆，烦躁，胃脘胀满或疼痛，或得热则减，或便溏，舌淡，苔白，脉弱或迟而无力。

〔临床荟萃〕

1. 咽喉疾病 甘草汤是治疗咽痛的常用方剂，主要适用于少阴咽痛。唐茂清报道用薄荷甘草汤治疗咽喉疾病，效果好。方药：生甘草 10g，薄荷 20g。若咽喉红肿疼痛甚者加银

花、板蓝根、赤芍；咽喉干痂加玄参、麦冬；声嘶加桔梗、马勃；大便燥加大黄；往来寒热加柴胡、黄芩；痰多加瓜蒌、川贝母。报道治疗 1 例急性咽炎。症见咽部红肿疼痛，吞咽困难，咳痰黄而黏稠，大便干，小便黄少，舌苔黄厚，脉滑数。方用薄荷甘草汤加大黄 10g，瓜蒌 12g，川贝母 6g。3 剂而愈。刘斌报道用甘草 30g、黄连 9g、蜂蜜 200g 制成膏，每天早晚各服 15ml。治疗 16 例慢性咽炎，收效最短时间 1 周，最长 2 周。

崔巍报道用牛膝甘草汤治疗 30 例小儿麻疹并发喉炎，并设对照组 30 例。方药：甘草 10g，牛膝 20g，加水煎至 500ml 备用。两组对激素、抗生素及超声雾化等治疗，都均等机会选用。治疗组加用煎汁 2~6ml/次，3 次/日口服，3 天为 1 个疗程。结果：显效 6 例，有效 23 例，无效 1 例。对照组分别为 3、16、11。总有效率，治疗组为 96.67%，对照组为 63.3%。

2. 痉挛性咳嗽 此病以百日咳为多见，以支气管内膜炎症为基本病变。马贵琳用葱白甘草汤治疗 21 例。方用甘草（鲜干均可）、大葱白约手指粗细、30cm 长各 2 支煎汤。新生儿每日 1/2 剂，周岁内每日 1 剂，满周岁每日 2 剂，3 岁以上每日 2~3 剂。同时对因治疗。结果 2 日内咳嗽停止 9 例，3 日止咳 8 例，5 日止咳 3 例，5 日以上咳未止，但有进步 1 例。

3. 肺癆 魏金凤用生甘草粉细末内服，配合抗癆西药治疗肺癆，疗效甚好。患者症见倦怠无力、消瘦、咳嗽，咳痰带腥臭味，X 片示浸润性肺结核。血沉 60mm/h，确诊为肺癆。用西药抗癆药治疗 1 个疗程，未见大的好转，添用生甘草为细粉，每服 4.5g，以金银花 10g 煎汤送服，每日 3 次。1 个月后，症状基本消失。结核灶已大部分吸收。

〔实验研究〕 甘草的根和根茎都含有三萜皂苷，其中主要为甘草甜素，是 1 分子的 18β -甘草次酸和 2 分子的葡萄糖醛酸结合生成的甘草酸的钾盐和钙盐。甘草还含有黄酮类化合物，

如甘草黄酮、异甘草黄酮、甘草素、异甘草素、甘草新木脂素、甘草醇、甘草异黄酮等。尚含生物碱、多糖、甘草香豆素、 β -谷甾醇、微量元素硒、钼等。光果甘草、胀果甘草也含黄酮类。光果甘草还含有水杨酸。胀果甘草另含胀果香豆素甲、胡萝卜苷、蔗糖和 β -谷甾醇等。

药理：甘草有抗菌和抗病毒作用，其中甘草甜素和甘草黄酮类有抗艾滋病病毒的作用。甘草有肾上腺皮质激素样作用，在消化道有抗溃疡，保肝，促胰腺分泌及抑制肠管运动的作用。还有增强免疫，抗炎，镇咳祛痰，抗氧化，降胆固醇及甘油三酯，阻止大动脉及冠状动脉粥样硬化发展及抗心律失常等作用。甘草及各种单、复方制剂对多种药物中毒、代谢产物中毒、细菌毒素中毒、农药中毒和食物中毒都有一定解毒效果。甘草对中枢神经系统还有镇静、镇痛、解热、抗惊厥和减轻链霉素对前庭神经的损害等作用。

〔运用心得〕 甘草汤是仲景治疗少阴咽痛症的方剂。仅用甘草一味，旨在泻火解毒。目前临床上较少单用，在治疗咽痛时，可根据辨证加减运用。

第十六节 桔 梗 汤

〔组成〕 桔梗一两 甘草二两

上二味，以水三升，煮取一升，去滓，温分再服。

〔功效〕 清热利咽。

〔方义分析〕 桔梗汤即甘草加桔梗，方中生甘草清热解毒，桔梗辛开散结，助生甘草清热解毒，且开肺利咽，以治客热咽痛之重者。桔梗汤，后世名甘桔汤，是治咽喉疾病的基本方，后世治疗咽痛等咽喉疾病的诸多方剂多由本方加味而成。

〔适应证〕

1. 治疗咽喉疾病 如急、慢性咽炎，咽喉肿痛。

2. 肺脓肿 用于肺脓肿成脓期，症见咳嗽，咳吐大量脓血，状如米粥，腥臭，胸中烦满或闷而痛，舌干或口渴，舌红，苔黄，脉滑。

〔运用心得〕 桔梗汤仅由桔梗和甘草两味药组成，但在呼吸系统疾病中的应用范围很广。首先是咽喉部疾病，如急性扁桃体炎、咽炎、咽喉源性咳嗽。治疗急性扁桃体炎之咽部肿痛，口咽干燥，或伴有发热者，桔梗汤加清热解毒药等，如银翘散；治疗咽炎之咽干，咽部异物感等，用桔梗汤加沙参、麦冬、玄参、天花粉等；治疗咽喉源性咳嗽，用本方剂百部、白前等，如程钟龄之止嗽散。再者，可用本方治疗肺脓肿之成脓期，可在本方的基础上加芦根、薏苡仁、桃仁、冬瓜仁、双花、连翘等。另外，可用于支气管扩张之大量咳吐脓痰，在本方的基础上加芦根、冬瓜仁、双花、鱼腥草、浙贝母、橘红等。

第十七节 甘草干姜汤

〔组成〕 甘草四两（炙） 干姜二两（炮）

上二味，以水三升，煮取一升五合，去滓，分温再服。

〔功效〕 温中复阳。

〔方义分析〕 甘草干姜汤为辛甘温中复阳方，炙甘草补中益气，干姜温中复阳，二药配伍，辛甘合化为阳，得理中汤之精要，重在复中焦之阳气。且甘草倍于干姜，是甘胜于辛，故能守中复阳，中阳得复，则厥回足温。

〔适应证〕

1. 急性支气管炎 症见咳嗽，畏寒，遇冷咳甚，咯吐白沫痰，口不渴。舌淡，苔薄白，脉沉紧。

2. 慢性阻塞性肺疾病 咳喘日久不愈，反复发作，咳吐涎沫，其质清稀而量多，畏寒，小便数，或遗尿，神疲乏力，

短气不足以息。舌淡，苔薄白，脉虚弱。

3. 肺间质纤维化 症见干咳，遇风或遇寒加重，畏寒背冷，动则气促。舌淡苔白，脉弱。

〔类方〕 芍药甘草汤：甘草干姜汤去干姜加芍药而成。功效：酸甘养阴，益肝舒筋。主治：①肝阴血不足筋急证 筋脉拘急，肌肉疼痛或跳动，脉或关节屈伸不利，或关节活动疼痛，两目干涩，手足心热，舌红，脉细。②肝阴不足轻证之胃脘隐痛或挛急疼痛，口干舌燥，便干结，小便短少，饮食不佳，纳谷无味，舌红，少苔，细或弦细。

〔临床荟萃〕

1. 治疗冷哮 李惠德报道运用甘草干姜汤加味治疗支气管哮喘（冷哮）1例。中医辨证属肺脾不足，痰浊蕴肺，外感风寒，肺失宣降，发为冷哮。以健脾温中、回阳补肺、疏表散寒、降气化痰为治则。处方：生甘草 30g，干姜 30g，茯苓 30g，麻黄 6g，炒莱菔子 15g。3剂，水煎服。药后哮喘已止，续服以巩固疗效。效果明显。

2. 治疗咳嗽 白慧运用甘草干姜汤加味治疗肺寒咳嗽 48例，收到了较好的效果。48例中，西医诊为上呼吸道感染 8例，急慢性支气管炎 18例，支气管肺炎 11例，慢性咽喉炎 2例，肺心病 4例，支气管哮喘 2例，不明原因咳嗽 3例。病程最长者达半年，最短者 3天。辨证属风寒咳嗽者，症见：咳嗽，痰色白，恶寒头痛，鼻塞流清涕，舌淡苔白，脉浮或浮紧，病程短。治以疏风宣肺，散寒止咳。方用甘草、干姜、杏仁、前胡、桔梗、枳壳、陈皮、荆芥、生姜、半夏、茯苓、紫菀。辨证属寒饮咳嗽者，症见：咳嗽，咳逆上气，喘息，胸闷气急，痰清色白，量多，舌淡苔白，脉滑或浮滑。治以温肺化饮，降气止咳。方用甘草、干姜（病程短者用干姜，病程长者用炮姜）、杏仁、苏子、厚朴、前胡、川贝母、姜南星、五味子、半夏、陈皮、茯苓、炙款冬花。辨证属寒湿咳嗽：嗽嗽痰

多，胸脘痞闷，纳呆食少，舌淡苔白腻，脉濡。治以散寒除湿，化痰止咳。方用甘草、炮干姜、半夏、陈皮、茯苓、枳壳、厚朴、苍术、杏仁、川贝母、薏苡仁、前胡。辨证属虚寒咳嗽者，症见：咳嗽久治不愈，干咳或痰少色白，面色淡白，舌淡苔白，脉细或弱。治以温肺散寒止咳。方用炙甘草、炮干姜、炙款冬花、炙紫菀、杏仁、罂粟壳、川贝母、陈皮、党参、枳壳、炒白术。总有效率 95.8%。

3. 治疗肺炎 马建平运用甘草干姜汤治疗 1 例重症肺炎患儿。症见：口唇发绀，四肢厥冷，呼吸急促，呕吐泄泻，抽搐频频，舌淡苔白滑。诊为中阳大衰，阴寒内盛。急予本方煎汤频服，1 剂症减，2 剂诸症全除。

〔运用心得〕 甘草干姜汤是治疗慢性阻塞性肺疾病的常用方剂，因其药味较少，目前多在本方的基础上，根据辨证加味应用。如咳痰量多清稀或咯吐白沫痰，畏寒背冷，可合用二陈汤；若在咳嗽咳痰的同时伴有汗出恶风，平素易于感冒，则可加用桂枝汤、玉屏风散。

第十八节 射干麻黄汤

〔组成〕 射干十三枚—法三两。 麻黄四两 生姜四两 细辛 紫菀 款冬花各三两 五味子半升 大枣七枚 半夏（大者洗）八枚—法半升。

上九味，以水一斗二升，火煮麻黄两沸，去上沫内诸药，煮取三升，分温三服。

〔功效〕 祛寒化饮，温肺降逆。

〔方义分析〕 射干麻黄汤以射干麻黄为主药，其中射干《本经》载“主咳逆上气……散结气”，次方取其开痰降逆之功，麻黄宣肺平喘。生姜、细辛温散祛邪降逆，半夏、紫菀、冬花温肺化饮止咳，共为射干、麻黄之助。五味子敛肺，以防

细辛、麻黄、生姜等辛散太过而伤肺气；大枣安中，与生姜同用能和胃气，皆为佐使。全方具有祛寒化饮，温肺降逆之功。

〔适应证〕

1. 支气管哮喘 症见喘息喉鸣，胸闷憋气，咳嗽，咯吐白痰，畏寒背冷，遇寒则咳喘加重或诱发，舌淡苔薄白，脉滑。

2. 慢性支气管炎 症见咳嗽，气喘，喉间痰鸣，胸膈满闷，或吐痰涎，遇寒则咳喘加重或诱发，舌淡苔薄白，脉滑。

〔类方〕 小青龙汤：射干麻黄汤去射干、紫菀、款冬花加桂枝、杏仁、芍药、五味子而成。功效：辛温解表，温化水饮。主治：①太阳伤寒证与肺寒饮证相兼的发热，恶风寒，无汗干呕，咳嗽或气喘，或口渴，或下利，或小便不利，少腹满，或噎即咽部有阻塞感，舌淡，苔白而滑，脉浮紧或弦紧。②溢饮证偏于寒者，症见身体重，四肢肿，无汗，恶风寒，舌淡，苔薄白，脉弦迟或沉迟。③寒饮郁肺证，症见咳嗽，痰多而清稀，气喘，甚则不能平卧（即咳逆倚息不得卧），或恶风寒，苔薄白，脉紧或弦或迟或沉。

〔加减方〕

1. 射干麻黄汤加减方（王宁）

射干麻黄汤加减：射干 9g，麻黄 6g，半夏 9g，紫菀 9g，五味子 9g，黄芩 9g，金银花 15g，瓜蒌皮 9g。功效温肺化饮平喘。主治支气管哮喘辨证为寒饮郁肺化热者，症见发热恶寒，胸闷气急，喘息不得平卧，喉中水鸡声，唇甲轻度紫绀，苔微黄腻，脉细弦数。

2. 四黄克哮丸（顾丕荣）

方药组成：麻黄 100g，射干 100g，山豆根 100g，制半夏 120g，生石膏 120g，生黄芪 200g，熟地 300g，五味子 150g，细辛 50g，生大黄 50g，干姜 60g，牙皂 30g，明矾 30g，生甘草 30g，土茯苓 500g，钟乳石 36g，琥珀 18g，朱砂粉 18g，

珍珠粉(或珍珠母 36g) 18g, 梅花冰片 3g。功效: 宣上导下, 益肺补肾, 祛湿解毒, 蠲饮涤痰。主治过敏性哮喘病程久远, 症情顽固者, 取效甚佳。

3. 止哮方(田玉美)

止哮方药组成: 射干 10g, 炙麻黄 10g, 紫菀 10g, 款冬花 10g, 法半夏 10g, 陈皮 10g, 杏仁 10g, 厚朴 10g, 川贝母 10g, 生姜 10g, 茯苓 15g, 地龙 15g, 五味子 6g, 炙甘草 6g, 细辛 5g。功效: 温肺散寒、祛痰理气。主治支气管哮喘, 证属寒哮, 症见: 呼吸急迫, 喉中痰鸣, 咳痰白粘等。

[临床荟萃]

1. 慢性支气管炎 庄逸群以射干麻黄汤为主方随症加减治疗慢性支气管炎 108 例, 结果痊愈 68 例, 有效 31 例, 好转 6 例, 无效 3 例, 总有效率为 96.66%。陈晓宏将 147 例慢性喘息型支气管炎急性发作期的患者, 随机分为中药组和西药组。中药组 78 例, 服用复方地龙片, 每日 3 次, 每次 4 片, 1 日剂量相当于生地龙 20g, 制南星 1.2g, 干姜 2g, 黄芩 6g, 配合射干麻黄汤化裁的中药汤剂, 按常规煎服。西药组按照慢性支气管炎喘息型急性发作期诊疗常规, 选用抗菌消炎、止咳化痰平喘西药随证施治, 两组均于治疗 2 周后, 按统一标准评估疗效。结果表明: 复方地龙片合射干麻黄汤治疗慢性喘息型急性发作期的支气管炎疗效确切, 其综合疗效除临床控制率略低于西药组外, 总有效率与西药组基本相同。认为射干麻黄汤为诸多平喘方中之平剂, 最宜于慢性支气管炎喘息型急性发作期。

2. 哮喘 康连智运用射干麻黄汤随症加减治疗偏寒、偏热、偏气滞及偏脾肺气虚型的哮喘, 疗效较好。张忠德等用阳和汤合射干麻黄汤加减治疗产后寒哮 68 例, 每天 1 剂, 久煎 1 小时, 分早晚 2 次温服。结果临床控制 35 例, 显效 29 例, 无效 4 例, 总有效率 94%。其中服药最少 6 剂, 最多 13 剂。

李雅琴用射干麻黄汤治疗慢性喘息支气管炎及支气管哮喘 100 例。结果慢性喘息性支气管炎总有效率 85%，支气管哮喘总有效率为 92%。并认为该方为化痰降气平喘定哮良方。通过加减既可用于寒饮郁肺证，也可用于痰热郁肺证。

3. 肺心病 严兆象运用中西医结合治疗的方法治疗急性发作期肺心病 64 例，西医对症处理包括控制呼吸道感染，改善呼吸功能，低流量给氧，纠正酸碱平衡及利尿剂的使用等。对于寒痰喘证运用射干麻黄汤疗效较好。

4. 小儿支气管哮喘 黎柱明用射干麻黄汤加杏仁、僵蚕、地龙、蝉蜕治疗小儿支气管哮喘 82 例。每日 1 剂，水煎早、晚 2 次分服。结果控制 32 例，显效 29 例，好转 18 例，总有效率 96.3%。黎俊英运用射干麻黄汤治疗小儿支气管哮喘（寒饮咳喘）48 例并与西药组作对照，结果：治疗组痊愈 18 例，显效 16 例，有效 10 例，无效 4 例，总有效率为 91.6%；西药对照组 24 例，痊愈 3 例，显效 4 例，有效 4 例，无效 13 例，总有效率为 45.8%。经统计学处理，治疗组痊愈率、显效率、总有效率与对照组比较均有显著性差异。陈培英用射干麻黄汤加减治疗 82 例小儿寒喘。近期疗效：28 例显效，50 例好转，4 例无效，总有效率 95.12%。王雪华则将 100 例小儿哮喘患者随机分为观察组和对照组。观察组口服射干麻黄冲剂（射干、麻黄、细辛、半夏、款冬花、紫菀、五味子、生姜、大枣）。对照组予先锋Ⅳ、甘草片。合并病毒感染或病毒感染为主者，加用病毒灵片。两组疗程均为 1 周，结果观察组的痊愈率为 42%，总有效率 92%，而对照组则分别为 18%、56%。经统计学处理，观察组疗效显著高于对照组（ $P < 0.01$ ），结果提示：射干麻黄冲剂治疗小儿寒饮郁肺型的哮喘疗效可靠，在改善咳、喘、痰鸣症状，清除肺部啰音及控制感染等方面均有明显效果。余金全运用射干麻黄汤化裁方治疗咳嗽变异性哮喘（过敏性咳嗽）30 例，并与西药组 24 例（服酮

替酚、博利康尼)作对照,10天为1个疗程。结果:治疗组治愈16例,显效10例,有效2例,无效2例,总有效率93.33%。对照组治愈5例,显效8例,有效5例,无效6例,总有效率75.00%。治疗组优于对照组。

5. 小儿支气管炎 郭新莉采用西医常规治疗的同时加用加减射干麻黄汤(射干、桂枝、白芍、五味子、半夏、炙麻黄、细辛、生石膏等)口服,治疗小儿急性喘息性支气管肺炎45例。结果:治疗组肺部喘鸣、湿鸣、干鸣消失平均时间及治愈数均大于对照组。提示本方具有迅速平喘、止咳功效。蓝子胡用射干麻黄汤加减治疗小儿喘息型支气管炎28例,每日1剂,早晚各服1次,3天为一个疗程。经1~2个疗程,治愈21例,好转6例,无效1例,有效率为96.4%。许乐平用射干麻黄汤加桔梗、地龙治疗小儿喘息性支气管炎298例。同时配合西药治疗,如用抗生素抗感染,解热剂解热等。结果痊愈290例,好转8例,临床总有效率100%。

[实验研究]

1. 镇咳 对于氨水所致的小鼠咳嗽,口服给予小鼠100%浓度的射干麻黄冲剂,其中0.4ml/10g的高剂量组比空白组能显著减少咳嗽次数($P<0.01$),但0.1ml/10g的低剂量组则无明显作用。各药物组对于咳嗽的潜伏期均无明显延长作用。

2. 祛痰 对小鼠进行气管酚红测定试验,结果表明,同上的射干麻黄冲剂的高剂量组有显著的祛痰作用($P<0.05$),而低剂量组则此作用不明显。射干麻黄汤小、中、大剂量组分别为 22.8 ± 18.5 、 88.4 ± 110.0 、 139.6 ± 122.5 ,氨茶碱组(125mg/kg) 175.4 ± 113.7 ,对照组为 1.9 ± 8.0 。与对照组比氨茶碱组引喘潜伏期明显延长($P<0.01$),射干麻黄汤各剂量组也有同样的效果($P<0.01$)。

3. 平喘 对离体气管平滑肌的作用:取400g左右豚鼠,

处死后取气管，制备气管片，将气管片用线连于张力换能器上，标本在浴槽中平衡 1 小时后给药，并以 10mm/min 速度作记录，观察射干麻黄汤对气管平滑肌的松弛作用，再以收缩剂组胺 (8×10^{-4} /L) 和乙酰胆碱 (3×10^{-3} /L) 使气管平滑肌张力增加，再加受试药物，观察其对组胺及乙酰胆碱的对抗作用。每次换药均用营养液冲洗，直至组织恢复至稳定状态，然后给下一步的药液。结果为静态状态下加入射干麻黄汤 3 个不同剂量对正常豚鼠平滑肌有直接松弛作用，且有明显的量效关系，加组胺和乙酰胆碱后可使气管平滑肌张力显著提高，待气管收缩达最高峰时，加入受试药物，射干麻黄汤能对抗组胺、乙酰胆碱所致的气管平滑肌收缩作用 ($P < 0.01$)。另有研究用豚鼠离体喉头至气管分叉处的整条气管，观察本冲剂扩张气管平滑肌或对抗乙酰胆碱对气管平滑肌的收缩作用。结果显示有明显扩张气管平滑肌和对抗乙酰胆碱对气管平滑肌的收缩作用。

〔运用心得〕 射干麻黄汤是小青龙汤的变方，即小青龙汤去桂枝、芍药、甘草，减其解表之功；加射干、紫菀、款冬花，取其消痰开解，降气定喘。《本经》款冬花“主咳逆上气，善喘，喉痹”。紫菀“主咳逆上气，胸中寒热结气”。本方的核心药物是生姜、半夏，细辛、五味子。体现了“病痰饮者，当以温药和之”之意。全方具有散寒宣肺，降逆化痰的功效。

运用射干麻黄汤治疗呼吸病应掌握如下应用指征：①喘息咳嗽，以喘而喉中痰鸣为主。②咯白色泡沫痰，或咯白痰、清稀痰。③恶寒，或畏寒，或背冷，或遇寒咳喘发作或加重。④舌质淡，苔白润或白滑。以上具备三条即可选用。射干麻黄汤是治疗寒哮的专方，兼有喷嚏、流清涕者，加辛夷、苍耳子；慢性喘息性支气管炎加苏子、葶苈子。临床上可根据不同的疾病进行加减应用。

第十九节 皂 荚 丸

〔组成〕 皂荚八两（刮去皮，用酥炙）

上一味，末之，蜜丸梧子大，以枣膏和汤服三丸，日三夜一服。

〔用法〕 研末，蜜丸梧子大，以枣膏和汤，服三丸，日三夜一服。

〔功效〕 涤痰利肺，止咳平喘。

〔方义分析〕 皂荚丸仅皂荚一味药，虽势单力不薄。其味辛入肺，除痰之力最猛，故能涤痰开闭。由于皂荚药性骠悍，为破积攻坚之峻药，又有微毒，故用酥炙，这样不仅使之酥脆易于研末，也可减少其毒性。再用蜜丸，更可缓其燥烈之势。最后又以枣熬膏调开水送服，意在和胃护脾。本方采取“日三夜一服”昼夜给药的方法，是为了使药力持续，以早日缓解其急重的病情。

〔适应证〕 本方可以治疗慢性支气管炎、肺炎、支气管哮喘、支气管扩张之痰浊壅肺证。症见咳嗽，气喘，时时吐浊唾，痰多而浊稠，咳痰不爽，胸闷，胸满，气逆，但坐不得眠，苔腻，脉滑。

〔实验研究〕 皂荚含多种皂苷，还含三萜类皂苷等。药理：皂苷可刺激胃黏痰，反射性地引起呼吸道黏痰分泌量增加，从而产生祛痰作用。皂荚浸剂在试管内对堇色毛癣菌、星形奴卡菌和其他皮肤真菌有抑制作用。猪牙皂在体外有杀死丝虫幼虫和溶血等作用。

〔临床荟萃〕

1. 慢性阻塞性肺部疾病 周庆伟等于1992~1996年12月应用《金匱要略》皂荚丸治疗60例慢性阻塞性肺部疾病（COPD）痰浊阻肺型取得显著疗效，总结报告如下：90例患

者随机分为治疗组和对照组,治疗组 60 例,其中慢性支气管炎 42 例,合并有肺心病的 18 例,男 41 例,女 19 例,年龄 44~76 岁,平均 66.5 岁,病程 10~32 年,平均 19.45 年;对照组 30 例,其中慢性支气管炎 22 例,合并肺心病 10 例,男 17 例,女 13 例,年龄 49~80 岁,平均 67.4 岁,病程 12~30 年,平均 20.7 年。对照组给以抗感染、解痉平喘、氧气疗法、积极处理并发症等西医治疗,治疗组在对照组用药的基础上加服皂荚丸(炙皂荚 120g 去皮研末,大枣 48 枚去皮核、蒸后捣泥,和入作丸,每丸 1g)每日 3 次,每次 1 丸,两组疗程均为 7 天。结果:两组显效率及总有效率对比均有显著性差异 ($P<0.01$),表明治疗组综合疗效优于对照组。两组主要症状疗效对比:治疗组总有效率明显优于对照组,其中咳嗽咳痰、喘息、心悸、胸闷、紫绀等症状的显效率明显优于对照组。治疗组治疗后血流变学各项指标明显改善,对照组各项指标有轻度改善,但治疗前后比差异无显著性意义,治疗后治疗组与对照组比各项指标均有显著性差异 ($P<0.01$)。治疗后治疗组肺功能各项指标明显改善,对照组各项指标亦有所改善,但治疗后,治疗组肺功能指标明显优于对照组。

2. 肺泡蛋白沉着症 李登美多年来以皂荚丸为主治疗肺泡蛋白沉着症 18 例,疗效满意。病例均为住院病人或会诊病人。其中男 11 例,女 7 例。年龄最大 53 岁,最小 24 岁。发病时间最长 2 年,最短 3 个月。方药及用法:取猪牙皂角 500g,酥炙后研末,蜜丸如梧桐子大,每丸约 0.2g,6 小时服 1 丸,枣汤送服。如肺阴虚者可加服西洋参;痰中夹有块状物加丹参、天南星;吐血者加参三七;1 月为 1 疗程。治疗结果:12 例临床痊愈(临床症状消失,检查各项指标转阴,且在半年内未有复发),4 例好转(临床症状基本消失,检查各项指标大有好转),2 例无效(临床症状略有改善,检查各项指标未有改变)。

第二十章 厚朴麻黄汤

〔组成〕 厚朴五两 麻黄四两 石膏如鸡子大 杏仁半升
半夏半升 干姜二两 细辛二两 小麦一升 五味子半升

上九味，以水一斗二升，先煮小麦熟，去滓，内诸药，煮取三升，温服一升，日三服。

〔功效〕 降逆化饮，宣肺平喘。

〔方义分析〕 厚朴麻黄汤方以厚朴泄满下气为主药，辅以麻黄、杏仁宣肺降逆平喘，又佐以细辛、干姜、半夏温化寒饮，石膏清解郁热；更有五味子酸敛肺气，以防麻黄、细辛、干姜过于耗散肺气，小麦养正安中护胃，共同顾护正气。合而用之，具有降逆化饮、宣肺平喘之功，使上逆之势平，寒饮得化，肺气宣降复常，则咳逆上气自愈。

〔适应证〕

1. 支气管哮喘 本方可用于治疗支气管哮喘寒热错杂证，症见咳嗽，喘息喉鸣，胸满，胸闷，烦躁，口干欲饮水。舌质淡，苔薄黄，脉滑。

2. 慢性阻塞性肺疾病 咳喘日久不愈，反复发作，咳吐白黏痰，难以咯出，胸满，胸闷，口干欲饮水，舌淡，苔薄黄，脉滑。

3. 慢性阻塞性肺源性心脏病 咳嗽，喘息，动则更甚，咳痰粘稠，胸满，胸闷，畏寒背冷，心烦，心悸，脘腹胀满，双下肢水肿，小便不利。舌质淡，苔薄黄，脉沉弱，或沉数。

〔类方〕 小青龙汤：即厚朴麻黄汤去厚朴、石膏、杏仁、小麦加芍药、甘草、桂枝而成。功效：温化水饮，解表散邪。主治：太阳伤寒证与肺寒饮证相兼症见发热，恶风寒，无汗干呕，咳嗽或气喘，或口渴，或下利，或小便不利，少腹满，或噎即咽部有阻塞感。舌淡，苔白而滑，脉浮紧或弦紧者。

[加减方]

1. 厚朴麻黄汤加味方（赵锡武）

麻黄 9g，厚朴 9g，杏仁 9g，干姜 9g，细辛 9g，五味子 9g，白术 12g，石膏 9~30g，大枣 7 枚，浮小麦 30g。气虚加党参，喘甚加白果，痰多加二陈汤。主治支气管哮喘咯黄痰，出热汗，脉滑数有力者。

2. 温肺蠲饮汤（杨百弗）

组成：麻黄 10g，法半夏 10g，杏仁 10g，苏子 10g，厚朴 10g，枳壳 10g，细辛 3~6g，五味子 6g，干姜 6g，甘草 6g，茯苓 15g。功效：宣散表邪，温肺化痰。主治：肺源性心脏病、肺气肿，属急性发作期。症见咳喘加重，恶风畏寒，背部寒冷，咳痰清稀，胸闷气促，甚则不能平卧，或见尿少，身肿，舌紫暗，苔白滑，脉浮紧或弦滑。

[临床荟萃] 慢性阻塞性肺气肿：厚朴麻黄汤方出仲景《金匱要略》，何长义 1994 年至 1995 年，运用该方加减，治疗“肺胀”患者 30 例，结果 24 例显效（咳、喘、痰、肿症状消失），4 例有效（咳、喘、痰、肿症状减轻），2 例无效。其基本药物为厚朴、麻黄、石膏、杏仁、半夏、干姜、细辛、五味子、小麦。加减：咳嗽气喘、咯黄痰或白稠痰，属痰热者，去干姜、细辛，加竹沥、桑皮；干咳少痰、舌红、脉沉细，属阴虚者，去干姜、细辛，加沙参、麦冬、地骨皮；咳喘上气，胸闷气憋，加沉香；乏力，脉弱，面目浮肿，加黄芪、木防己；口唇爪甲发绀，加丹参、川芎、红花；腰膝酸软，脉沉细、舌淡嫩，属上盛下虚，加胡桃肉、虫草。

[实验研究] 目前尚缺乏关于该方的实验研究资料，就该方主要组成厚朴的药理学研究报告如下。刘可云等对厚朴实验性研究进行了综述性论述：厚朴酚与和厚朴酚是传统中药厚朴的主要成分，现代药理学研究证明具有抗炎、抗菌、抗氧化、抗肿瘤、拮抗钙调素、神经保护作用等多种药理作

用。厚朴目前在临床用途非常广泛，但是，厚朴酚与和厚朴酚的药理作用及其机制、药动学还有待进一步研究。现已证明，以鼠胚脊髓运动神经元代培养的实验模型，实验组分别加入单味中药提取物，用 MTT 法观察其对细胞活力的影响发现厚朴对脊髓运动神经元有保护作用，对周围神经损伤的修复可能有促进作用，厚朴酚能降低脑缺血-屏灌注神经元损伤，静脉注射和厚朴酚 $0.01 \sim 1.01 \mu\text{g}/\text{kg}$ 可减少脑缺血再灌注损伤大鼠的大脑梗死面积 $20\% \sim 70\%$ ，且呈剂量相关性，但是脑缺血再灌注损伤涉及到兴奋性氨基酸毒性、自由基、细胞内钙超载、炎症、一氧化氮合酶过度激活、神经细胞凋亡等多种机制，那么厚朴酚与和厚朴酚是否通过抗炎、抑制细胞内钙超载、抑制细胞凋亡、对抗兴奋性氨基酸毒性等机制改善脑缺血-再灌注神经元损伤，起到神经元保护作用，这将成为新的研究热点。

〔运用心得〕 厚朴麻黄汤是《金匱要略》治疗外寒内饮，郁而化热，三焦气机受阻，饮邪夹热上迫于肺所致咳喘的方剂。在运用本方时，要针对咳喘而证属寒热错杂者，其应用指征可参考小青龙汤加石膏汤“运用心得”中寒热辨证原则。在此原则的基础上，要抓住胸满、胸闷、喘逆或咳逆这几个三焦气机受阻所出现的主症。在临床上，该方多用以治疗哮喘、慢性阻塞性肺疾病（急性发作期）。这两种疾病在其发作期，单纯属于肺热证或肺寒证者较易辨识，在选方时拈来就是，然而，就临床所见，有许多患者所出现的“证”往往是似寒非寒，似热非热，置寒热于疑似之间，使医者徘徊难定。在这种情况下，只要患者以胸闷憋气为主，或兼有喘息或咳逆，只要是薄黄苔，可首先考虑选用本方。在运用本方时，小麦一药不可弃之不用，因其不仅可养正安中护胃，而且尚有清热的功效。

第二十一节 泽 漆 汤

〔组成〕 半夏半升 紫参五两一作紫菀。 泽漆三斤（以东流水五斗，煮取一斗五升） 生姜五两 白前五两 甘草 黄芩 人参 桂枝各三两

上九味，咬咀，内泽漆汁中，煮取五升，温服五合，至夜尽。

〔功效〕 逐水通阳，化饮降逆。

〔方义分析〕 本方属于攻中兼补，温清并用之剂。方中泽漆，《本草经》载“主皮肤热，大腹水气。四肢面目浮肿，丈夫阴气不足”，故能消痰逐饮，以为主药，辅用紫菀利大小便以逐水，二药并兼活血之功；佐以桂枝通阳化气，为化饮之助，生姜、半夏、白前化饮降逆，以复肺之肃降，黄芩清泄郁热。前药合用，意在祛邪之实。人参、甘草益气补脾，取其扶正之虚。诸药配伍，以逐水通阳，化饮降逆为主，清热、扶正为辅，合为标本兼顾之方。本方用能荡涤邪秽的东流水先煎泽漆，意在取其气味浓厚，从而领诸药直达病所，以奏消痰行水之功。该方服法亦特殊，每服五合，但五升药，却服“至夜尽”，乃别有用心。目的是使药力持续，以攻邪无余，并防止水饮复聚。

〔适应证〕

1. 慢性阻塞性肺疾病 反复咳嗽，喘息，日久不愈，动则喘甚，咯白黏痰，难以咳出，口干，大便干结。舌质暗，可有瘀斑或瘀点，苔薄黄，脉沉。

2. 慢性肺源性心脏病 咳嗽，喘息，动则更甚，咳痰粘稠，心烦，心悸，脘腹胀满，双下肢水肿，小便不利。口唇紫绀，舌质暗淡，有瘀斑或瘀点，苔薄黄，脉沉。

〔临床荟萃〕

1. 急、慢性支气管炎 石素华对于急、慢性支气管炎是

以咳嗽为主，或以痰多为主，可按中医的寒热辨证方法，分别采用止嗽散或泽漆汤加减均可获得较好的疗效。其中，急性支气管炎显效率达 58.30%~67.92%；慢性支气管炎达 45%。进一步证实前方侧重治咳，后方侧重化痰。

2. 多种肺系疾病 黄吉康教授善治急性支气管炎（急支）、慢性支气管炎（慢支）、支气管哮喘（支哮）、支气管扩张（支扩）等肺系疾患，尤其擅用《金匱》泽漆汤等经方。曾报道各种泽漆制剂治疗急慢支 1559 例，证实泽漆化痰止咳疗效确切，其药性偏温，且其疗效与剂量密切相关。王余民等近年亦以《金匱》泽漆汤加减治疗多种肺系疾患取得了较为满意的效果。本组病例均系 1997 年 1 月~1998 年 12 月的专家门诊病例，共 120 人。其中男性 68 人，女性 52 人；年龄 3~84 岁，平均年龄 42.7 岁；病程 1 周至 40 余年，其中病程 1 年以上者 85 人（占 70.83%）；曾用中西药物而疗效不显著者 99 人（占 82.5%）；急支 35 人（占 29.17%）；慢支 49 人（占 40.83%）；支哮 33 人（占 27.5%），支扩 3 人（占 2.5%）。诊断均按《疾病诊疗标准》确定。中医辨证偏热证 60 人（占 50%），偏寒证 51 人（占 42.5%），寒热错杂证 9 人（占 7.5%）。治疗方法：以《金匱》泽漆汤加减，主要方药组成及常用剂量：泽漆 15~90g，紫菀 15g，款冬花 15g，沥半夏 10~30g，白前 15g，前胡 10g，柴胡 15~30g，枳壳 9g，桔梗 9g，生甘草 9g。以上方每日 1 剂，煎汤分 2 次服用（小儿 1 剂煎 3 汁，分 2~3 天服完）。同时按痰量多少及有无胃病加泽漆片，每次 2~4 片，每日 2~3 次，共有 35 人（占 29.17%）。观察近期疗效，以 1 周为一疗程。偏寒证者选加炙麻黄、细辛、桂枝、生姜；偏热证选加黄芩、桑白皮、银花、连翘；血瘀者配伍丹参、郁金、桃仁；哮喘者选用地龙、全蝎抗敏定哮；兼有胃疾者加用黄连、吴茱萸、海螵蛸。本方加减尤适用于肺系病中病情迁延不愈，寒热错杂之痰饮患者。疗效

标准：用药 1~2 周观察近期疗效。临床控制：咳嗽、痰量、哮喘好转九成以上，或病情不足轻度者。显效：咳嗽、痰量、哮喘好转六成以上；有效：咳嗽、痰量、哮喘好转三成以上；无效：咳嗽、痰量、哮喘好转不足三成或无改变，甚或加重者；治疗结果：临床控制 33 人（27.5%），显效 41 人（34.17%），有效 38 人（31.57%），无效 8 人（6.67%），总有效率 93.34%。其中 1 周内有效者 110 例（91.67%），平均为 5.47 天。

【实验研究】 目前尚缺乏关于该方的实验研究资料，其中关于本方泽漆的实验研究报道如下：蔡鹰等研究了泽漆根水提液（EWE）的体内外抗肿瘤作用。方法以 S180、H22 荷瘤小鼠为模型，观察其抗肿瘤作用。结果 EWE10g 生药/kg/d 有明显的抗体内移植瘤和延长荷瘤小鼠存活期作用，并且 EWE 还能降低荷瘤小鼠腺指数，升高胸腺指数，使之趋向正常值。提示 EWE 不仅能抑制体内肿瘤生长，还能提高机体的免疫能力。通过活细胞计数法、MTT 法、集落形成试验观察其对肿瘤细胞的生长抑制作用。活细胞计数结果表明 EWE 对 7721、Hela、MKN-45 细胞株 72 小时 IC₅₀ 分别为 1.26、1.98、1.72mg/ml；EWE 对三种细胞降解 MTTIC₅₀ 值分别为 1.43、1.67、0.97mg/ml；EWE4mg/ml 对三种细胞集落抑制率分别为 59.8%、66.4%、70.5%。说明 EWE 有直接细胞毒作用，并与时间、剂量呈正相关。

【运用心得】 临床常以此方治疗反复发作，经久不愈的慢性咳嗽诸病，如慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、肺间质纤维化、慢性肺源性心脏病。选用本方的要点有如下两点：其一，症见寒热错杂、虚实错杂；其二，具有面色晦暗，舌质紫暗，有瘀点或有瘀斑等瘀血的见证。本方对于肺癌的治疗临床也有一定的疗效，可在原方的基础上随症加减。如偏于寒者可加用附子、干姜；偏于热者加石膏、知母、鱼腥草；伴有胸水

者加柴胡、茯苓、泽泻、猪苓、白术；若肺癌放化疗后，多表现为以阳气亏虚为主的见证，诸如神疲乏力，气少懒言，畏寒等，可在原方的基础上加黄芪、制附子、淫羊藿等。

第二十二节 麦 门 冬 汤

〔组成〕 麦门冬七升 半夏一升 人参三两 甘草二两
粳米三合 大枣十二枚

上六味，以水一斗二升，煮取六升，温服一升，日三夜一服。

〔功效〕 养阴清热，降逆下气。

〔方义分析〕 麦门冬汤中重用麦门冬为主药，滋养肺胃之阴，使阴复而火降；辅以人参、甘草、粳米、大枣养胃益气生津，助麦门冬生阴；更用少量半夏降逆下气，化痰开结。方中大量的麦冬配半夏，则无滋腻碍胃、生痰之弊；少量的半夏得麦冬，则无温燥伤阴、助火之嫌，可谓相得益彰。

〔适应证〕

1. 肺间质纤维化 症见干咳，或咯少量白痰，咯出不爽，口干，咽燥，或兼有手足心热。舌质红，少苔，脉沉数。

2. 咽喉源性咳嗽 症见干咳，咽干，喉痒。舌质淡，苔薄白，或舌红，少苔，脉沉数。

3. 肺结核 症见咳嗽，咯白痰，或痰中带血，低热，盗汗，手足心热。舌质红，少苔，脉沉数或细数。

〔加减方〕 肺心汤专方（周嫦昆）

组成：人参 10g，麦冬 20g，玉竹 30g，黄芩 12g，连翘 20g，陈皮 15g，桔梗 15g，半夏 10g，川芎 12g，白茅根 30g，车前子 15g，砂仁 10g，甘草 6g。每日 1 剂，水煎服，每次 150~200ml，每日 3 次。功效：益气养阴，活血化瘀，清热利水。治疗肺心病肺心功能不全 12 例，收到良好效果。

[临床荟萃]

1. 肺部疾病 麦门冬汤临床上常用来治疗肺病，主要用于肺痿症见：咳唾涎沫，气喘短气，咽干口渴而渴，舌干苔少质红，脉虚数。孙家宝报道用麦门冬汤加减治疗非特异性炎症型右肺中叶综合征 60 例。中医辨证以虚热型为主（舌红微干，脉虚数）54 例；次为虚寒型（为虚热型久延伤气而转为虚寒型，舌质淡，脉虚弱）5 例。方用麦门冬汤加减：麦门冬、陈皮各 9g，半夏、桔梗、杏仁、贝母、瓜蒌皮、枇杷叶、茯苓、橘红、太子参、炙甘草各 10g，明党参、冬瓜子各 15g。8~10 天为 1 个疗程，少数患者需服药 3 个疗程。结果：治愈 57 例，无效 3 例。张洁用沙参麦门冬汤治疗小儿肺炎 25 例。方用沙参、麦门冬、百合、桑叶、白扁豆、杏仁、桔梗、地骨皮、百部、甘草。若热重阴伤者加生石膏、竹叶；久病阴伤气耗者加太子参、山药、白术；痰多者加桑白皮、炙杷叶。一般疗程 7~10 天。结果痊愈 22 例，基本治愈 2 例，有效 1 例。

2. 咳嗽 用麦门冬汤治疗咳嗽的经验很多。黄金林认为对于气阴两伤、虚火上炎所引起的咳嗽，可用麦门冬汤治疗。1 例病人反复咳嗽十余年，气粗喘，咽喉不利如有痰梗，形体消瘦，夜寐不安。方用麦门冬汤化裁：麦门冬、粳米各 30g，法半夏 15g，款冬花、紫菀各 12g，红参、甘草各 6g，大枣 4 枚，1 周后，诸症皆失。李志英用麦门冬汤加减（麦门冬 30g，半夏 5g，人参 3g，甘草 3g，大枣 5 枚）治疗 47 例小儿久咳。结果痊愈 33 例，有效 11 例，无效 3 例。7 剂为一个疗程。咳嗽甚者加川贝母 3g；痰黄带血丝加白茅根 5g；痰多加陈皮 5g；痰多味重，口渴甚者去人参，加太子参 6g、黄芩 4g；潮热盗汗，入夜咳甚者去人参，加太子参 6g，沙参 6g，生地 3g，青蒿 5g；汗多面色㿔白加黄芪 6g；食欲不振加生麦芽 5g。治疗期间停服它药。肖建峰运用千金麦门冬汤随症加减：麦门冬、桑根、桔梗、生地、半夏、紫菀、竹茹、麻绒、五味

子、生姜、甘草。表寒重者去生地；有汗者麻绒宜蜜炙；痰多者加瓜蒌、贝母；心烦者加淡竹叶；气虚者加人参；便秘者加蜂蜜；声嘶者加诃子、枇杷叶。另有法半夏一味，为妊娠之忌药，妊娠初期及燥热之症慎用，妊娠后期及寒饮甚者，投之效捷。治疗子嗽 60 例，5 天为 1 个疗程，结果治愈 45 例，显效 12 例，好转 3 例。

3. 发热 李力强报道用益气养阴法为主，配合口服蔡普生治疗恶性肿瘤晚期非感染性发热 43 例，其中气虚发热 8 例，阴虚发热 10 例，气阴两虚 22 例，瘀血发热 3 例。方选麦门冬汤加减：麦冬 20g，人参 10g，茯苓 5g，法半夏 10g，大枣 10g，白术 10g，山药 15g，百合 15g。阴虚加沙参、生地、天花粉；气虚加黄芪、黄精；夹瘀血者加牡丹皮、川芎、乳香、没药。另用西洋参 10g，麦门冬 15g，五味子 6g 炖服，并用人乳 50g 冲服。2 个处方每天 1 剂。西药只服蔡普生 250mg/次，每日 1 次。并增加营养，维持水、电解质及酸碱平衡，1 周为 1 个疗程。结果：显效 31 例，有效 9 例，无效 3 例。退热时间 0.5~6.5 天。此外，患者原有癌性疼痛均有不同程度缓解，其消化道症状及精神状况均有明显改善。

4. 肺源性心脏病 冯碧群报道 1 例有慢性支气管炎、肺源性心脏病史。现症见咳嗽气喘，双足肿，小便短，胃纳不佳，舌红苔剥，舌面右边白苔一块，脉虚者，以麦门冬汤为主，加入白术、茯苓、泽泻，以强心健脾利尿，使咳嗽气喘自解。

[实验研究]

1. 对呼吸系统的影响

(1) 对家兔气管上皮纤毛运动频率的影响：选择体重 2kg 的家兔，在戊巴比妥麻醉下摘出气管，将其黏膜上皮切碎后，在含有培养基 199 的陪替培养皿的盖片上培养 7 天。应用光电法将纤毛运动所致遮光量的变化转变为电信号后，用笔式记录

仪进行记录,观察麦门冬汤对纤毛运动的频率(CBF)影响。结果:麦门冬汤 1mg/ml 的浓度可使 CBF 明显增加。最大 CBF 的增加率为 30.4%并观察到增加 CBF,3 分钟内反应最强。此后 CBF 虽逐渐降低,给药后 20 分钟,仍高于给药前水平。结果表明,本方能改善气管黏液纤毛系统功能,是其用于支气管炎等病有效的机制之一。

(2) 镇咳及促进唾液分泌作用研究:对象为健康者(I组)、气喘性支气管炎及慢性支气管炎患者(II组)和干燥综合征患者(III组)。II组以日本变态反应学会拟定的标准评定哮喘、咳嗽的分数,判断服药后的情况。III组患者进行服药前后唾液分泌试验,泪液分泌试验,结合自觉症状的改善程度评定。以I组服药一次前后的尿,以及患者服用该汤剂至少2周后收集的24h尿作分析样本,经葡萄糖醛酶处理用硅藻土柱过滤提取其脂溶性成分,以高效液相色谱法分析。结果:本方对II组有镇咳效果,对III组有促进唾液分泌效果。I组尿中见有甘草的代谢产物。

(3) 对大鼠矽肺模型的作用:大白鼠气管内注入矽尘 25mg/kg,第21天后分别给服本方的加味方,每天2.5ml,持续给药1~3个月。于给药后1、2、3个月,观察肺脏变化,与对照组进行比较。结果表明,本方加味对早期矽肺有消除之效,对晚期矽肺结节作用不明显。

2. 降血糖作用 采用四氧嘧啶性糖尿病小鼠及遗传性糖尿病 KK-CA 小鼠分别作为外因性胰性糖尿病及内因性胰性糖尿病模型,比较研究治疗糖尿病常用的方剂人参汤、白虎加人参汤、竹叶石膏汤、麦门冬汤、八味丸及五苓散等的降血糖作用。将这些方剂的水溶性总提取物按 500mg/kg 腹腔注射,比较各组注射6小时后的血糖下降百分比。结果表明对于四氧嘧啶糖尿病小白鼠,其作用强弱依次为竹叶石膏汤>白虎人参汤、麦门冬汤>八味丸、人参汤>五苓散;对于 KK-A 小白

鼠，在动物绝食条件下人参汤、竹叶石膏汤、白虎人参汤、麦门冬汤等作用明显，而八味丸、五苓散的效果弱。然而在非绝食条件下，则以八味丸的降糖作用为强，其他方剂之间未见显著差别。

3. 其他

(1) 对嗜酸性细胞生存及脱粒的作用：在各种浓度的小青龙汤、麦门冬汤中，将人嗜酸性细胞与重组体人白细胞介素-5 (rhIL-5, 100pg/ml) 接触混合培养，4 日后测定嗜酸性细胞的生存率。结果：在 rhIL-5 (100pg/ml) 存在下，麦门冬汤 100pg/ml 浓度可显著抑制嗜酸性细胞的生存率 ($P < 0.05$)。将人嗜酸细胞在各种浓度的小青龙汤、麦门冬汤培养条件下培养 15 分钟后，用卵白蛋白 (OVA)，人免疫球蛋白 G (hIgG) 或者人分泌型免疫球蛋白 A (hslgA) 编码后与琼脂糖 4B 培养 4h。取培养上清液经放射免疫分析，测定嗜酸细胞阳离子蛋白的量。结果表明麦门冬汤 (100 μ g/ml) 有明显抑制 OVA 刺激嗜酸细胞的脱粒作用，进一步研究表明本方具有对脱颗粒及组胺游离呈剂量依赖性的抑制效果，其效果与对脱颗粒剂及对组胺游离有抑制效果的色苷酸二钠相当。

(2) 对机体环核苷酸的影响：环核苷酸系统是机体阴阳平衡调节的一个重要系统。实验表明，本方及小柴胡汤、葛根汤均使人外周血白细胞内 cAMP 水平明显升高，此 3 方都含有甘草和大枣，全方在去大枣后便失去使白细胞内 cAMP 升高的作用。推测 3 方对外周白细胞 cAMP 的作用与方中大枣有关。方中的单味大枣提取液在白细胞存在的情况下，能与 cAMP 蛋白激酶结合。大枣自身含有 cAMP 样活性物质，为植物中含环核苷酸样物质最高者。人服大枣后 4~6 小时，可见白细胞内 cAMP 升高，cAMP/cGMP 也持续地显著升高。

〔运用心得〕 麦门冬汤是治疗咳嗽的有效良方，可用于治疗急性支气管炎、咽喉炎、支气管哮喘、咳嗽变异性哮喘、肺

间质纤维化、肺结核所致的咳嗽。若辨证得当、方证相应，每奏桴鼓之效。在辨证时应注意把握咳嗽的特点，麦门冬汤证之咳，为干咳，呛咳，即气逆而咳，有的患者经多次咳嗽之后，可嗽出少量白痰。常见于气道高反应所致的咳嗽，或者咽喉部的慢性炎症所致的咳嗽。除了把握咳嗽的特点之外，还应抓住“咽喉不利”这一主症，如咽痒、咽部异物感、咽喉部粘滞不爽等。就临床所见，真正出现干咳无痰，五心发热，舌质红少苔或无苔的病例除了部分肺结核患者外，并不多见。所以，在运用本方治疗咳嗽时，切勿拘泥于阴虚证，其实降逆止咳才是麦门冬汤主要功效。

在临床应用时，要遵循仲景原方的药物配伍比例，特别注意麦门冬与半夏的比例，原方二者的比例为 7 比 1，现在临床上麦门冬的用量一般为 30g，半夏用 6g 即可。

第二十三节 葶苈大枣泻肺汤

〔组成〕 葶苈（熬令黄色，捣丸如弹子大） 大枣十二枚
右先以水三升，煮枣取二升，去枣，内葶苈，煮取一升，顿服。

〔功效〕 逐痰下气，泄肺开闭。

〔方义分析〕 方中葶苈子性味辛苦而寒，《本草经》谓其能“破坚逐邪”，此处用之，辛开苦降，消痰逐邪，开泄肺气，使痰浊得驱，肺气能宣能降，则喘息得平。惟其性峻猛，虑伤正气，故佐大枣缓和药性，安中护正，以使邪去而正不伤。此与皂荚丸用枣膏、十枣汤之用大枣之意相同。

〔适应证〕

1. 肺脓肿 用于肺脓肿的成脓期，症见咳嗽气急，胸满，胸痛，发热，汗出烦躁，咳吐浊痰，痰有腥味，甚则咯吐脓血，咽燥或渴或不渴。舌红，苔黄，脉滑数。

2. 慢性支气管肺炎 症见咳嗽，喘息，胸满，不能平卧，甚则须倚物呼吸，痰量多而性状呈泡沫状，久咳可呈面目浮肿。舌红，苔黄腻，脉弦。

3. 支气管哮喘 咳嗽，气喘，喉中痰鸣，胸部满闷，痰难咯出。舌质红，苔薄黄，脉数。

〔加减方〕

1. 麻杏石甘汤加葶苈子（颜德馨）

组成：麻杏石甘汤加葶苈子。颜氏临床体会，慢性支气管肺炎急性发作之由于风燥痰热引致者，证见咳嗽，咽痒，痰粘难出，脉滑数，舌红，苔黄腻，一般宣肃之品皆无效果。大剂宣风肃肺，直泻肺金之热，一鼓而下，往往立竿见影。用治咳嗽初起失宣，或用麻醉镇咳药太早者，久咳不已，亦验。咽痒乃风热内寄的表现，葶苈子泻肺，釜底抽薪，风热不解即为肺实，亦治未病之意。

2. 薏苈汤（洪广祥）

该方由葶苈子 15～20g、牡荆子 15g、青皮 15g、陈皮 15g、槟榔 10g、卫矛 10g、生大黄（后下）10g、生姜 3 片等组成。胶痰粘着难咯出者加礞石 20g，海蛤壳 20g，瓜蒌 20g；瘀证明显者加红花 6～10g，桃仁 10g，川芎 10g，水蛭胶囊 6 个（每次服 2 至 3 个，每日 2 次）。主治支气管哮喘缓解期仍可见患者唇暗，舌下静脉延伸增粗，舌紫暗，苔黄腻者。以清除痰瘀夙根。达到涤痰祛瘀、调畅气机预防复发的目的。

〔临床荟萃〕

1. 渗出性胸膜炎 李建华运用加味葶苈大枣泻肺汤治疗渗出性胸膜炎 28 例，效果较好。采用葶苈大枣泻肺汤为基本方加味，其组成有：葶苈子、桔梗、杏仁、陈皮、半夏、枳壳各 10g，炙百部、全瓜蒌、炙紫菀、茯苓、炒麦芽各 15g，桑白皮 12g，甘草 6g，大枣 3 枚。每天 1 剂，水煎服。加减：发热、咳嗽痰稠者加贝母、黄芩各 10g，鱼腥草 15g；胸胁痛甚

者加郁金、延胡索各 10g，丹参 15g，纳差加鸡内金、莱菔子各 10g；潮热盗汗甚者加沙参、五味子各 10g，地骨皮 15g，牡蛎 24g。治疗结果：本组病例均以胸水消失后为治愈而出院，住院天数最短 8 天，一般 10~14 天，胸水消失一般为 7~12 天。其中胸水消失后遗留胁痛者 5 例，经调治 2 周痊愈。陈斯宁采用葶苈大枣泻肺汤配合抗结核药治疗结核性渗出性胸膜炎 35 例，同期与抗结核药治疗的 35 例对照，疗效显著。所有病例均确诊为结核性渗出性胸膜炎。两组患者在性别、年龄、病程、病情等方面无明显差异，具有可比性。经 1 个疗程治疗后，治疗组：临床治愈 28 例，显效 5 例，好转 2 例。经追踪观察发现胸膜肥厚 6 例。对照组：临床治愈 15 例，显效 14 例，好转 6 例。经追踪观察发现胸膜肥厚 18 例。治疗组的临床治愈率明显高于对照组，而胸膜肥厚发生率低于对照组。王晓平运用葶苈大枣泻肺汤合小陷胸汤治疗结核性胸膜炎 48 例，效果较好。患者均有中量以上胸腔积液，其中在右侧者 26 例，左侧者 22 例；胸液为草黄色，比重大于 1.018，以淋巴细胞为主。均排除其他原因所致的胸腔积液。本组经治疗，显效 37 例，好转 9 例，无效 2 例，总有效率 95.83%。胸水消失最快 6 日，最慢 14 日；平均热退时间为 3 日；胸痛消失时间平均 12 日；胸闷、气急消失时间平均 5 日；咳嗽消失时间平均 7 日。

2. 小儿肺炎 小儿肺炎是婴幼儿期的常见病，易合并心力衰竭，且主症和阳性体征（尤其是肺部干湿性啰音）不易消除治愈。刘锋以葶苈大枣泻肺汤加味治疗小儿肺炎（包括支气管炎）68 例，取得良好的效果。本组病例伴有心力衰竭者，加用西药强心剂予以纠正，再用本方加味治疗。也有经西医用多种抗生素、祛痰止咳剂治疗而效不显著者改用本方加味治疗。方药：葶苈子 3~10g，大枣 2~3 枚。随症加减：以上方为基本方，无论风寒束肺、风热犯肺、痰热壅肺、痰

饮射肺，均用上方加味。风寒束肺者合三拗汤加减；风热犯肺轻证者合银翘散或桑菊饮加减；风热犯肺重证者合麻杏石甘汤或贝母瓜蒌散加减；痰热壅肺者合涤痰汤加减；痰饮射肺者合苓桂术甘汤加减。每日1剂，用温水先泡5~10分钟后煎，10~15分钟，滤出温服，较大儿童一日3次，每次50ml左右，婴幼儿少量多次服，直至临床主症及肺部干湿啰音消失。本组平均治疗天数为5天，其中治愈49例，占72.7%，有效14例，占20.6%，无效5例，占7.4%，总有效率为93.2%。谢梅华等采用中西医结合方法治疗小儿病毒性肺炎46例，取得满意效果。86例随机分为两组，治疗组46例，对照组40例，两组在年龄、性别、病程及病情等方面具有可比性，无显著性差异（ $P>0.05$ ）。两组均给予抗感染、祛痰止咳、吸氧及对症支持等治疗。治疗组加服中药葶苈大枣泻肺汤加味：葶苈子、金银花各9g，大枣4枚，车前子、麻黄、射干各6g，地龙5g，鱼腥草10g。口唇发绀严重者加丹参6g；高热不退者加蝉蜕4g，生石膏9g；大便干结者加桑白皮9g，瓜蒌仁10g。每日1剂，水煎2次，混合后分5~10次口服，连续服药3天。结果治疗组显效42例，有效3例，无效1例，总有效率：97.83%。对照组显效30例，有效4例，无效6例，总有效率85.00%。经统计学处理 $P<0.05$ 。

〔实验研究〕 葶苈大枣泻肺汤主要影响呼吸系统，在应用葶苈大枣泻肺汤对实验性小鼠肺水肿模型的研究中，采用昆明种小鼠静式吸入800ppm浓度的氯气15分钟，制成肺水肿模型。以葶苈子、大黄、防己、椒目制成浓缩剂（1ml相当于生药1g）。中药组胺20g/kg灌胃，并设地塞米松组、地塞米松加中药组、大黄组以及蒸馏水对照组共5组。测定各组肺指数。结果：较之对照组（ 8.73 ± 0.045 ），中药组（ 7.28 ± 0.81 ）和地塞米松加中药组（ 7.74 ± 0.74 ），肺指数显著降低，

$P < 0.01$ 。地塞米松组 (8.30 ± 0.71) 虽较对照组低, 但无显著差异, $P > 0.05$ 。大黄组 (8.90 ± 0.81) 较对照组明显增加。中药组肺指数较地塞米松加中药组有降低趋势。临床观察到本方利尿作用显著, 可减少或替代利尿剂作用显著, 以及减少激素的用量。

〔运用心得〕 葶苈大枣泻肺汤主要用于肺实喘满证, 目前在临床上较少单用原方, 而多在辨证论治的基础上伍于其他方剂中合用。若支气管哮喘、慢性支气管炎、慢性肺源性心脏病急性发作期证属实热之喘满, 可与麻杏石甘汤合用; 若支气管哮喘、慢性支气管炎证属寒热错杂之喘满, 可与厚朴麻黄汤合用; 若慢性肺源性心脏病急性发作期证属寒热错杂之喘满或伴有水肿者可与泽漆汤合用; 若慢性肺源性心脏病急性发作期证以肺肾阳虚为主者, 可与真武汤合用。笔者在临床上常以葶苈大枣泻肺汤合真武汤加生脉散, 丹参为基本方, 随症加减, 治疗慢性肺源性心脏病, 对于改善心功能具有较好的疗效。另外, 在治疗哮喘用常法不效时, 用本方与苏子降气汤合用, 另加莱菔子, 也常可奏效。

葶苈子的用量, 一般用 30g, 在临床上经多年实践应用未见任何副作用。但是, 该药属味辛苦寒之品, 大量应用宜顾及正气, 所以, 大枣一药不可随意舍弃。

第二十四节 越婢加半夏汤

〔组成〕 麻黄六两 石膏半斤 生姜三两 大枣十五枚
甘草二两 半夏半升

上六味, 以水六升, 先煮麻黄, 去上沫, 内诸药, 煮取三升, 分温三服。

〔功效〕 宣肺泄热, 降气平喘。

〔方义分析〕 本方配伍之妙, 在于重用麻黄与石膏, 而

且石膏之量多于麻黄，体现了该方辛凉发散风热，宣肺降气平喘的特点。并用半夏、生姜以化里饮，降逆气，甘草、大枣安中调和诸药。从而使风热宣泄，里饮得化，肺气宣发肃降复常，诸证自解。

[适应证]

1. 慢性阻塞性肺疾病 用于慢性阻塞性肺疾病急性发作的寒热错杂证，症见咳嗽，气喘，两目胀突，犹如脱出之状，烦躁，口渴，痰多或黄或白。舌苔白或黄或黄白相兼，脉滑数。

2. 慢性肺源性心脏病 症见咳嗽，气喘，两目胀突，犹如脱出之状，烦躁，口渴，咯吐白黏痰，口唇紫绀，颜面虚浮，双下肢水肿。舌苔白或黄或黄白相兼，脉滑数。

[类方] 越婢汤：本方去半夏而成。功效发表通阳，清热散水。主治风水夹热表证，症见骨节疼痛，或身体反重而酸，恶风寒。一身悉肿，不渴，汗自出，无大热，或目窠上微肿，两眼胞微肿，如蚕新卧起状，其颈脉动，按手足肿上陷而不起，脉浮，或寸口脉沉滑，或浮紧。

[加减方] 越婢加半夏汤加味（董延瑶）

麻黄 9g，石膏 30g，法半夏 12g，甘草 9g，生姜 6g，大枣 12g，葶苈子 12g，白术 12g，杏仁 9g，茯苓 30g，陈皮 10g，桑白皮 9g。功效：宣肺涤饮行水。主治：肺心病。症见：半卧位，呼吸气喘，喉间痰声漉漉，唇舌暗微紫，苔白微黄而厚腻，脉濡滑小数，下肢膝以下凹陷水肿。

[临床荟萃]

1. 百日咳 顾为政报道：用越婢加半夏汤化裁治疗百日咳 50 例，治愈 43 例，好转 4 例，无效 3 例。处方：麻黄 2~5g，生石膏 15~30g，制半夏 5~8g，甘草、生姜各 5g，大枣 5 枚。每日 1 剂，病重者每天 1.5 剂，水煎服。痰黏稠或色黄者，加黄芩 6g，赤芍 5g，鲜竹沥 30ml（冲服）；咳嗽剧烈者，

加前胡、杏仁各 5g，僵蚕 10g。用药剂量，随年龄和病情轻重增减。

2. 慢性支气管炎 蔡丽威报道：用越婢加半夏汤加减治疗肺胀 2 例，疗效满意。处方：麻黄 10g，石膏 40g，半夏 10g，生姜 6g，红枣 4 枚，甘草 5g，海浮石 25g。

〔运用心得〕 本方多用于治疗慢阻肺、肺心病的急性发作期，因其外感风寒，水饮内作，饮郁化热，以致肺气胀满，饮热互结壅塞于肺所致的热饮迫肺证。临床除表现为喘息较剧，目如脱状之外，尚可见有烦躁、口渴等热证，或兼有恶寒发热等表证，或兼有面部浮肿及双下肢水肿等。在选用本方时，应掌握三个指征：其一，以往有反复发作的咳喘宿疾；其二，有感受风寒的诱因，或具有表证；其三，有支持热饮迫肺，证属肺热的辨证依据。本方在整体上虽以清化为主，然而偏于温散的药物所占比例较大，临床应根据情况加减运用。若咳痰黄稠者可加瓜蒌、黄芩、双花、鱼腥草；若喘满较重者，合用葶苈大枣泻肺汤，另加射干、黄芩；若痰热邪实，大便秘结，腹胀满者，合用大承气汤；若兼有发热者，石膏可用之 60g，另加柴胡、葛根、知母。

第二十五节 木防己汤

〔组成〕 木防己三两 石膏十二枚鸡子大 桂枝二两 人参四两

上四味，以水六升，煮取二升，分温再服。

〔功效〕 宣通阳气，消除饮邪，清泄郁热。

〔方义分析〕 木防己汤虽只有四味药，却具有寒热并行、攻补兼施的特点。其中木防己辛苦寒，泄利消饮，桂枝辛温，通阳化气，二药相伍，能开结祛饮；人参扶正补虚，石膏清热解郁热。

[适应证]

1. 慢性阻塞性肺疾病 表现为喘息，胸满，心下痞坚，面色黧黑，咳嗽，咯吐白黏痰，难以咳出。舌质暗淡，有瘀点或瘀斑，脉沉弦。

2. 慢性肺源性心脏病 喘息，胸满，心下痞坚，面色黧黑，咳嗽，咯吐白黏痰，难以咳出，心悸，双下肢水肿。舌质暗淡，有瘀点或瘀斑，脉沉弦。

[类方] 木防己去石膏加茯苓芒硝汤：即本方去石膏加茯苓、芒硝而成。功效通阳破饮，益气利水。主治膈间阳郁水饮结重证，胸满闷而痛，胸中滯塞不通，气喘。短气，身倦，心下坚满或疼痛，小便不利，面色黧黑，舌淡而质胖，苔黄白相兼，脉沉弦。

[临床荟萃]

1. 肺心病 本方有行水化饮，散结消痞之功，通过利尿消肿等作用，减轻心脏负担，改善心功能。史亦谦介绍吴颂康以木防己汤为主方化裁治疗肺心病，收到一定的效果。曾治 1 例肺心病患者：素有咳喘，感寒即发，胸部塞闷，咳逆气急，不能平卧，面色黯滞，唇舌青紫，苔薄，脉细弦。处以炙桂枝 18g，丹参 20g，车前子（包煎）15g，防己、炙当归、橘红、炙紫菀各 9g，万年青 6g，红花 5g，葶苈子、竹沥、半夏各 12g，红参（另煎冲）2.4g，红枣 5 枚，绿茶一撮，水煎服。连服 14 剂，诸症明显好转。

2. 渗出性胸膜炎 吴颂康介绍用本方治愈渗出性胸膜炎，患者经用西药抗痨治疗月余，仍咳嗽、右胸痛、走路喘气，伴有低烧，右胸腔积液不能吸收，用木防己、生石膏各 30g，桂枝、黄芩各 6g，茯苓、党参各 15g，葶苈子 12g，大枣 10 枚。服药 10 剂后，咳嗽、胸闷、胸痛等症明显减轻，X 线检查报道，右侧胸腔积液明显减少，右肋膈角变钝，体温降至正常。再进 15 剂后，诸症消失。

3. 慢性支气管炎、肺气肿 吴颂康报道用木防己治疗慢性支气管炎收效。患者咳嗽气急，心悸胸闷，行动气逆，甚则不能平卧，脉细而有歇止，唇舌青紫。处方：炙桂枝、平地木、太子参各 18g，丹参、车前子、葶苈子各 15g，防己、生石膏、生桃仁各 9g，陈皮 5g，茯苓 12g，红枣 5 枚，水煎服。药进 7 剂后，诸症减轻，再进 7 剂，病情大有好转。沈敏南介绍用本方治疗气管炎，肺气肿，可使病情显著缓解：俞某，男，56 岁。慢性咳嗽病史 10 年，天变加剧，唇紫，舌红苔薄白，脉浮大而软。处以：桂枝、制半夏、白芍、百部、石膏各 10g，党参 30g，防己 15g，干姜、五味子各 5g，服方 5 剂诸症大减。

4. 呼吸衰竭 胡元奎运用加味木防己汤治疗呼吸衰竭 37 例。本方加茯苓、芒硝水煎服，并随症加减；西药配合强心、利尿、呼吸兴奋剂，抗感染等抢救措施。结果显效 24 例，好转 9 例，无效 4 例。

〔运用心得〕 木防己汤是仲景治疗膈间支饮正虚邪实的方剂。《金匮要略》说：“膈间支饮，其人喘满，心下痞坚，面色黧黑，其脉沉紧，得之数十日，医吐下之不愈，木防己汤主之。……”慢性肺源性心脏病的失代偿期，也就是右心衰，与膈间支饮证的症状与体征颇为相似。如右心衰所导致的肝瘀血，以肝脏肿大而出现的“心下痞坚”；长期存在的低氧血症和高碳酸血症，可见面色黧黑；咳喘是肺心病的发病基础等等。该病病史较长，反复发作，缠绵难愈，当其急性发作时，真正单纯偏热的或单纯偏寒的较为少见，每多出现寒热错杂、虚实兼见的证候，只不过是有所偏重罢了。所以在论治时，应当按照仲景的这种辨治思路，在立法遣药上宜重视寒热并用，攻补兼施。可将其作为治疗右心衰的基本方，根据辨证加减应用。若证偏于寒者，合用真武汤、葶苈大枣泻肺汤；症偏于热者合用麻杏石甘汤、葶苈大枣泻肺汤。可酌情加入一两味活血

化痰药，如丹参、川芎等。本方治疗肺心病的失代偿期，疗效甚好，特别对消除水肿，疗效尤佳。

第二十六节 苓甘五味姜辛汤

〔组成〕 茯苓四两 甘草三两 干姜三两 细辛三两
五味半升

上五味，以水八升，煮取三升，去滓，温服半升，日三服。

〔功效〕 温肺散寒，蠲饮止咳。

〔方义分析〕 因本证冲气已平，故于桂苓五味甘草汤中去掉平冲降逆的桂枝，加以攻擅温肺散寒，化饮止咳的干姜、细辛，仍用茯苓渗利，以祛邪下出，并取酸收的五味子与辛开的干姜、细辛相伍，一开一合，有利于肺气的宣降，甘草与茯苓为伍，又可培土制饮。诸药同用，使寒饮得除，胸阳舒展，肺气宣降复常，则咳、满可除。

〔适应证〕

1. 急、慢性支气管炎 症见咳嗽，遇寒加重，或咳白沫痰，或咳痰清稀。舌淡，苔白，脉滑。

2. 咳嗽变异性哮喘 症见咳嗽，多发于晨间或夜间，呈阵咳，遇寒加重，或遇寒发作。舌淡，苔白，脉滑。

〔类方〕 苓甘五味加姜辛半夏杏仁汤：即本方加半夏、杏仁组成。功效温肺化饮，调气消肿。主治寒饮郁肺气乱证，症见形体肿胀，咳嗽，痰色白，气喘，胸满，头目眩晕，或饮食不振，或呕吐，舌淡，苔白而腻，脉浮或紧或迟。

〔加减方〕

1. (自拟方) 顾丕荣

处方：细辛 3g，制半夏 6g，五味子 3g，鲜生姜 3 片，瓜蒌皮 15g，远志 15g，炙马兜铃 15g，天浆壳 10g，麦冬 12g，

玉竹 15g, 炙甘草 5g, 炙枇杷叶 9g。功能辛温解表, 甘凉润肺。主治非典型性哮喘每逢秋凉则喉痒干咳, 咽有痰鸣, 咳甚则喘, 唇燥口干, 舌红少苔, 脉细滑。

2. 温化寒痰汤 (张忠国)

组成: 干姜 12g, 细辛 5g, 补骨脂 15g, 肉桂 5g, 陈皮 15g, 半夏 15g, 款冬花 15g, 紫菀 15g, 炙百部 15g, 五味子 10g, 甘草 15g。功效: 温化寒痰, 止咳平喘。主治: 适用于慢支辨证属于寒痰型, 以咳嗽痰多, 清稀色白, 胸满喘逆, 舌苔白滑, 脉弦为主症者。或伴见形寒肢冷、嗜睡等症。若肺气虚者, 方中应加人参以补气; 肺气不宜而喘者, 可酌加麻黄以宣肺平喘, 但须小量慎用, 恐其发越阳气。

[临床荟萃]

1. 支气管哮喘 根据孙恩贵报道: 运用苓甘五味姜辛汤治疗哮喘偏于寒盛者, 颇为应手。处方: 茯苓 15g, 甘草 6g, 五味子 10g, 干姜 12g, 细辛 9g。水煎服, 每日 1 剂。

张富强等近几年来, 运用苓甘五味姜辛汤加味治疗哮喘 53 例, 取得较理想效果, 报道如下。53 例中男 24 例, 女 29 例; 年龄最大 89 岁, 最小 7 岁, 平均 48 岁; 病程最短 3 年, 最长 42 年; 兼有不同程度肺气肿 34 例, 肺心病 9 例。均以苓甘五味姜辛汤加味治疗。基本方药: 茯苓 10~15g, 甘草 5g, 干姜 5~10g, 细辛 3~6g, 五味子 5~10g, 麻黄 5~10g, 半夏 10~15g, 杏仁 5~10g, 桔梗 5~10g。每日 1 剂, 水煎至 300~500ml。早晚分服。寒哮喘合小青龙汤; 热哮喘合桑白皮汤; 兼阴虚者合六味地黄汤; 兼气虚者合补肺汤; 患儿加神曲、莱菔子等消食药; 老年患者加麦冬、沙参等滋阴药。疗效标准: 根据患者体征、症状和各项观察指标进行疗效判定。①临床控制: 服药 10 天, 呼吸困难、喉中哮鸣声、咳痰及肺部哮鸣音等临床症状消失; ②减轻: 服药 10 天, 呼吸困难、喉中哮鸣声、咳痰及肺部哮鸣音等临床症状有较明显改善, 但未完全消

失；③无效：服药 10 天，呼吸困难、喉中哮鸣声、咳痰及肺部哮鸣音等无改变，治疗效果 53 例患者中，临床控制 39 例，占 73.6%；减轻 11 例，占 20.8%；无效 3 例，占 5.6%。总有效率 94.4%。

2. 上呼吸道感染 近年来余蓉等运用苓甘五味姜辛汤合二陈汤加减治疗感冒后顽固性咳嗽，效果十分满意。摘要：目的：观察苓甘五味姜辛汤合二陈汤加减治疗感冒后顽固性咳嗽的临床疗效。方法：将 125 例感冒后顽固性咳嗽患者随机分组治疗组 87 例，用苓甘五味姜辛汤合二陈汤加减治疗，对照组 98 例，用西药治疗。结果：治疗组治愈 87 例，显效 29 例，无效 9 例，总有效率 92%；对照组治愈 21 例，显效 33 例，无效 44 例，总有效率 55.1% 两组比较， $P < 0.01$ ，差异有非常显著的意义。结论：苓甘五味姜辛汤合二陈汤加减治疗感冒后顽固性咳嗽具有满意的临床疗效。

【实验研究】 目前尚缺乏关于该方的实验研究资料，其中关于本方单味药物的实验研究报道如下：

1. 五味子对呼吸系统的作用 五味子煎剂、酊剂对多种实验动物都有明显的呼吸兴奋作用，使呼吸加深、加快，并且能对抗吗啡的呼吸抑制作用。切除迷走神经和颈动脉窦区神经后，呼吸兴奋作用仍然存在。由此认为其呼吸兴奋作用系对呼吸中枢直接兴奋的结果。五味子对香烟熏吸造成小鼠慢性支气管炎无明显防治作用，但可降低动物死亡率，使支气管上皮细胞内 RNA 增多，对支气管上皮细胞功能有一定的增强作用。五味子水煎液不仅使小鼠气管腺内花生素（PNA）和双花扁显素（DRA）结合的中性粘多糖明显减少，而且使酸性粘多糖也相应减少，形态和组织化学检查结果证实五味子的酸性成分有祛痰作用。

2. 细辛的主要成分细辛醚对呼吸系统作用 $18.5\mu\text{g/ml}$ α -细辛醚、 $24\mu\text{g/ml}$ β -细辛醚能显著抑制豚鼠气管痉挛收缩，且

具有明显的量效关系。 α -细辛醚可明显减轻哮喘豚鼠发作时的呼吸困难,降低T细胞增殖刺激指数以及支气管肺泡灌洗液中细胞总数、嗜酸性粒细胞;且刺激指数与嗜酸性粒细胞计数呈显著正相关,提示 α -细辛醚可抑制速发哮喘反应,且通过抑制T细胞增殖活化抑制气道嗜酸性粒细胞炎症。甘草的实验研究参见甘草汤部分。干姜、茯苓对呼吸系统的作用报道鲜见。

〔运用心得〕 苓甘五味姜辛汤是仲景以小青龙汤治疗支饮,服小青龙汤发生冲气,采用茯苓桂枝五味甘草汤治疗后,冲气得平逆,但肺中伏匿之寒饮未去,寒饮内动,壅遏肺气,肺失宣降,所以将桂枝五味甘草汤中功具平冲降逆之桂枝去掉不用,而增加了长于温肺散寒、化饮止咳的干姜、细辛,合成苓甘五味姜辛汤,再行散寒化饮、温肺止咳以善其后。

本方在临床上除了按仲景的辨治思路运用之外,多以此方治疗咳嗽变异型哮喘、单纯型慢性支气管炎、肺间质纤维化。治疗咳嗽变异型哮喘时应针对咳嗽的特点:咳嗽呈阵发性,多于晨间、夜间发作,其咳嗽遇寒即发或遇寒加重是辨证使用本方的基本依据,加入浮萍疗效更好,尤适应于儿童;用以治疗单纯型慢性支气管炎,应针对如下症状:咳嗽、咯白沫痰,或痰液清稀,畏寒背冷,或遇寒加重,证属肺阳亏虚者,若咳痰量多,痰有咸味,合用金水六君煎,多可取得满意疗效;肺间质纤维化属于中医学肺痿的范畴,证属虚寒肺痿者,症见咳嗽,多呈干咳,畏寒背冷,遇寒加重,当首选该方,因其包括了善治虚寒肺痿的甘草干姜汤,可明显增加临床疗效。

参 考 文 献

- [1] 林宗广. 低热的辨证施治初步研究(附68例临床分析). 中医杂志, 1965, (4): 1
- [2] 姚鹤年. 桂枝汤加味治疗内伤发热24例. 辽宁中医杂志, 1989,

- (9): 19
- [3] 王少淑. 对虚热的临床观察和病机初探. 中医药杂志, 1964, (12): 21
- [4] 董岳琳. 桂枝汤新解. 新医学, 1975, (3): 158
- [5] 张圣德. 加味桂枝汤应用体会. 江苏医药 (中医分册), 1979, (1): 43
- [6] 叶治范. 桂枝加黄芪治疗流行性感冒的疗效观察. 江西中医药, 1960 (1): 21
- [7] 上海嘉定县人民医院. 黄芪桂枝汤治疗感冒的疗效. 中医研究工作资料汇编 (第二辑), 1954. 41
- [8] 张万霞, 李玉桂. 桂枝汤加味治疗小儿恢复期肺炎 96 例. 安徽中医临床杂志, 1998, 10 (2): 30
- [9] 王娜. 桂枝汤治疗变应性鼻炎 36 例. 实用乡村医生杂志 2001, 8 (1): 38
- [10] 卜昌银, 刘其玉. 桂枝加厚朴杏子汤治疗慢性肺心病 50 例. 实用中医药杂志, 2000, 16 (5): 17
- [11] 殷银霞等. 桂枝加厚朴杏子汤治疗支气管哮喘 46 例临床观察. 甘肃中医学院学报. 2003, 20 (3): 36
- [12] 段峻英. 桂枝加厚朴杏子汤治疗风心病左心衰竭一得. 光明中医. 2004, 19 (6): 45
- [13] 雷丞懿. 桂枝加厚朴杏子汤治小儿慢性咳喘. 江西中医药, 1992, 23 (1): 5
- [14] 贺玉琢, 等. 桂枝汤和桂枝加厚朴杏子汤、桂枝加龙骨牡蛎汤的药理作用比较. 中药药理与临床, 1991, 7 (1): 1
- [15] 张有志. 桂枝加厚朴杏子汤加味治疗支气管哮喘的理论与实验研究. 北京中医药大学硕士研究生学位论文, 1994
- [16] 张有志, 等. 桂枝加厚朴杏子汤加味浸膏对小鼠免疫功能的影响. 刘渡舟、聂惠民主编. 99 仲景学术论坛. 台湾富群文化出版公司, 199, 429
- [17] 吕秀凤, 等. 桂枝汤免疫抑制作用的实验研究. 中国中西医结合杂志, 1989, 9 (5): 283
- [18] 刘朝晖, 等. 内皮素肿瘤坏死因子在哮喘发病中的作用. 中华结核

- 和呼吸杂志, 1995, 18 (6) : 366
- [19] 张树峰. 麻黄汤治疗流行性感冒 120 例报道. 中医药信息, 1995, 12 (4) : 42
- [20] 刘广芳. 麻黄汤治疗小儿外感高热的临床体会. 北京中医学院学报, 1992, (5) : 65
- [21] 洪杰斐. 麻黄汤加味治疗外感后咳嗽 26 例. 四川中医, 1998, 16 (2) : 29
- [22] 冯水炎. 小青龙汤治疗喘息型慢性支气管炎 65 例临床观察. 光明中医, 2003, 18 (106) : 48
- [23] 黄年斌, 刘乡. 小青龙汤治疗慢性支气管炎 50 例. 中国中医急症, 2002, 11 (5) : 409
- [24] 何冠. 小青龙汤治疗急性支气管炎 48 例. 中国中医急症, 2002, (4) : 252
- [25] 彭开绍. 重剂小青龙汤治疗支气管哮喘体会. 中国乡村医药, 1997, 4 (11) : 20
- [26] 胡全和. 小青龙汤治疗顽固性支气管哮喘的临床体会. 蛇志, 2002, 14 (1) : 49
- [27] 任广毅, 郭增友, 杨维林. 大剂量小青龙汤治疗肺心病疗效观察. 现代中西医结合杂志, 2002, 11 (3) : 225
- [28] 桑进. 小青龙汤治疗变应性鼻炎 53 例. 南京中医药大学学报, 1995, 11 (4) : 14
- [29] 詹锐文. 小青龙汤加减治疗肺炎 89 例. 河北中医, 1988, 20 (2) : 114
- [30] 梁健春, 刘成柱. 小青龙汤加味治疗结核性渗出性胸膜炎 35 例. 广西中医药, 1992, 15 (3) : 13
- [31] 郭志红. 用小青龙加石膏汤化裁治疗肺心病急性发作. 北京中医药大学学报, 1998, 21 (6) : 52
- [32] 孙飞. 小青龙加石膏汤保留灌肠治疗喘证 15 例. 现代中西医结合杂志, 2002, 11 (23) : 2350
- [33] 孙宏伟. 中西医结合治疗老年细菌性肺炎 50 例临床观察. 中国现代医药杂志, 2006, 8 (4) : 71
- [34] 唐凯. 小青龙加石膏汤治疗小儿喘息性支气管炎 40 例. 国医论坛,

1994, 4: 12

- [35] 王端权. 大青龙汤治疗 52 例慢性支气管炎合并肺部感染. 河南中医, 2000, 20 (5): 37
- [36] 黄禾生. 大青龙汤控制哮喘发作 46 例疗效观察. 云南中医中药杂志, 1995, 16 (3): 49
- [37] 许健. 大青龙汤治疗流感发热临床观察. 2001, 17 (2): 29
- [38] 郭伟琪. 大青龙汤退热作用的实验和临床观察. 中国医药学报, 1987, 2 (6): 17
- [39] 郭伟琪. 大青龙汤退热作用的实验和临床观察. 中国医药学报, 1987, 2 (6): 17
- [40] 刘国声. 大青龙汤抑菌作用研究. 中医杂志, 1955, (10): 36
- [41] 陈明忠. 麻黄杏仁甘草石膏汤临床应用举隅. 国医论坛, 1996, 11 (2): 20
- [42] 朱先康. 清肺化痰剂治疗小儿支气管肺炎 126 例. 江苏中医, 1998, 19 (1): 25
- [43] 周耀群. 麻杏石甘汤治疗内源性哮喘 47 例临床体会. 实用中医内科杂志, 1989, 3 (4): 23
- [44] 徐振兴. 麻杏石甘汤加味治疗大叶性肺炎 60 例. 吉林中医药, 1984, (6): 12
- [45] 胡虎俊. 加味麻杏石甘汤为主治疗小儿麻疹肺炎 34 例. 实用中西医结合杂志, 1992, 5 (2): 80
- [46] 杨志彬. 麻杏石甘汤临床应用举隅. 吉林中医药, 1995, (2): 34
- [47] 严学群. 麻杏石甘汤在热证中的应用. 江苏中医, 1991, 12 (2): 29
- [48] 秦学娟. “麻杏石甘汤”治疗慢性支气管炎用药体会. 中国城乡企业卫生, 2006, 3: 78
- [49] 刘鲁明. 麻杏石甘汤为主治疗放射性肺炎 36 例临床观察. 中国医药学报, 1999, 14 (5): 33
- [50] 谢鸣. 中医方剂现代研究. 北京: 学苑出版社, 1997. 109
- [51] 向希雄, 吴贺算, 等. 麻杏石甘汤免疫药理实验研究. 湖北中医杂志, 1993, (3): 46
- [52] 秦增祥. 麻杏石甘汤的药理作用与应用. 中成药杂志, 1991, 13:

- [53] 叶宗仁, 高尚德, 叶丰次, 等. 麻杏石甘汤及其减石膏、甘草对过敏原激发气喘天竺鼠呼吸道阻力与炎细胞的影响. 1998, 17 (1): 51
- [54] 杨群智. 石膏再生前后、石膏及麻杏石甘汤之退热作用研究. 中成药研究, 1984, (6): 21
- [55] 张仲海, 王胜春, 王汝娟, 等. 麻杏石甘汤不同方法提取液对家兔发热模型及抗病毒作用的影响. 第四军医大学学报, 1997, 18 (6): 522
- [56] 吴炳辅. 石膏、麻杏石甘汤、模拟麻杏石甘汤之退热作用研究. 中成药, 1992, 14 (5): 26
- [57] 叶宗仁, 高尚德, 叶丰次, 等. 麻杏石甘汤拆方对过敏性气喘的研究. 新中医, 1998, 30 (4): 40
- [58] 王浴生. 中药药理与应用. 北京: 人民卫生出版社, 1983. 1082
- [59] 王胜春, 王汝娟, 胡永武, 等. 麻杏石甘汤的清热解毒作用. 中成药, 1996, 18 (12): 32
- [60] 乐芹. 麻杏石甘汤加味对急性下呼吸道感染患儿免疫功能的影响. 中西医结合杂志, 1990, 10 (10): 600
- [61] 李健春. 麻杏石甘汤对第1型变态反应影响的实验研究. 辽宁中医杂志, 1983, (8): 43
- [62] 周耀群. 麻杏石甘汤治疗内源性哮喘 47 例临床体会. 实用中医内科杂志, 1989, 3 (4): 23
- [63] 王彩琴, 曾升海. 加味十枣汤治疗结核性胸膜炎胸腔积液 68 例. 陕西中医, 2001, 22 (4): 193
- [64] 杨艳平, 等. 十枣汤治疗胸腔积液 21 例. 中国乡村医生, 2001, (1): 37
- [65] 谢鸣. 中医方剂现代研究. 北京: 学苑出版社, 1997. 172
- [66] 王文芝. 白虎汤治疗小儿持续高热 16 例. 河北中医, 1996, 18 (4): 16
- [67] 王占魁. 白虎汤加味治疗小儿夏季热 200 例. 新中医, 1995, 27 (7): 51
- [68] 闵亮. 白虎汤临床与研究新进展. 安徽中医临床杂志, 1997, 9

- (2) : 106
- [69] 蒋平. 加减白虎汤治疗支原体肺炎 20 例. 山东中医杂志, 1997, 16 (6) : 258
- [70] 崔金涛. 白虎汤在高热急症中的运用. 湖北中医杂志, 1998, 20 (2) : 44
- [71] 梁兵. 白虎汤临床研究概况. 云南中医杂志, 1993, 14 (1) : 44
- [72] 王爱芳. 白虎汤的研究. 药学通报, 1981, (3) : 61
- [73] 时钧华. 白虎汤退热作用的研究. 药学通报, 1983, (11) : 32
- [74] 吴贺算. 中药对豚鼠血清总补体活性影响. 湖北中医学院附属医院学术论文汇编 (三), 1984. 159
- [75] 郑家铿, 戴锦成, 杨竣联, 等. 人参白虎汤加减方对糖尿病大鼠血糖及免疫功能影响的实验研究. 福建中医学院学报, 2001, 11 (1) : 40
- [76] 王和天. 经方治疗头痛验案举隅. 北京中医学院学报, 1991, 14 (3) : 52
- [77] 杨献民, 杨军. 大承气汤加味治疗儿童休克型大叶性肺炎 20 例. 国医论坛, 2000, 15 (2) : 12
- [78] 杨惠琴. 大承气汤辅助治疗肺心病心衰 32 例. 湖北中医杂志, 2000, 22 (6) : 21
- [79] 韩云. 通下法配合无创通气治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期呼吸衰竭 15 例. 新中医, 2005, 37 (1) : 41
- [80] 翟乃. 通腑泻肺法治疗顽固性支气管哮喘 53 例. 陕西中医, 1999, 20 (11) : 515
- [81] 岳华, 冯敬坤, 王桂英. 大承气汤对家兔胃运动影响的实验研究. 河北中医, 1996, 8 (6) : 26
- [82] 周维平, 吴咸中, 鲁焕章. 大承气汤冲剂对人血浆胃动素的影响. 中医杂志, 1996, 37 (11) : 676
- [83] 张学菊, 刘秀珍, 宋博, 等. 大承气汤加味对宫外孕患者术后胃肠功能的影响. 南方护理杂志, 1997; 4 (6) : 3
- [84] 张京玲, 胡萍, 白凤菊, 等. 大承气汤及大黄对小鼠免疫功能影响的初探. 中国实验临床免疫学杂志, 1996, 8 (6) : 32
- [85] 王俊卿, 武志耀, 周筱燕. 大承气汤对急性脑出血病人免疫功能

- 的影响. 中医杂志, 1996, 37 (1): 2
- [86] 田在善, 沈长虹, 李东华, 等. 大承气汤对便秘大鼠肺泡巨噬细胞活力的影响——“肺与大肠相表里”的实验研究. 天津中医, 1992, (4): 19
- [87] 李玉梅, 朱晓梅, 吕嵘, 等. 大承气汤对实验性肺水肿家兔肺病理改变影响的研究. 中国中西医结合急救杂志, 2002, 9 (1): 24
- [88] 孙爱贞, 王惠芳, 郭瑞新. 从大承气汤对血管通透性双向调节探讨中药复方的作用. 中成药研究, 1983, (10): 28
- [89] 王俊卿, 王伯良, 何保健等. 大承气汤对家猫实验性脑出血后脑组织中 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶活性和含水量的影响. 第四军医大学学报, 2001, 22 (14)
- [90] 何保健, 王俊卿, 等. 大承气汤对家猫实验性脑出血脑组织中 NO 含量的影响. 第四军医大学学报, 2000, 21 (5): 80
- [91] 王俊卿, 王伯良, 何保健, 等. 大承气汤对家猫实验性脑出血后脑组织水肿的影响. 第四军医大学学报, 2000, 21 (8): 1040
- [92] 胡萍, 白风菊, 李东升, 等. 大承气汤及大黄治疗小鼠细菌性腹膜炎. 中国中西医结合杂志, 2000, (1): 53
- [93] 湛宝泉, 刘洋, 陈东来, 等. 大承气汤对烧伤大鼠休克期肠道细菌移位抑制的实验研究. 中国中西医结合外科杂志, 2000, 6 (2): 86
- [94] 余日跃, 朱家谷, 谢文光, 等. 均匀设计法对大承气汤泻下作用的实验研究. 中药药理与临床, 1999, 15 (5): 7
- [95] 杨东红. 小柴胡汤治疗病毒性上感高热 35 例临床观察. 实用中医药杂志, 1998, 14 (10): 15
- [96] 高云亭, 等. 小柴胡汤加味治疗支气管哮喘 36 例. 中国民间疗法, 2003, 11 (1): 46
- [97] 洪建英. 运用和法治疗小儿反复呼吸道感染 45 例. 山东中医杂志, 2006, 25 (6): 387
- [98] 邹世光, 张琴. 加味小柴胡汤治疗外感高烧 425 例疗效观察. 四川中医, 1996, 14 (7): 2
- [99] 李爱兰, 潘宇清. 小柴胡汤加减治疗急性发热 50 例. 陕西中医, 1989, 10 (2): 61

- [100] 潘子锰. 小柴胡汤加减治疗外感后咳嗽不愈 41 例. 新中医, 1994, (10): 23
- [101] 邵鸿娥, 李丽芬, 叶锦文. 小柴胡汤加味对小鼠实验性肝损伤的保护作用. 山西医药杂志, 1995, 24 (3): 171
- [102] 河福金, 贾长恩, 王德福. 小柴胡汤对小鼠酒精性肝损伤防护作用的组织生化研究. 北京中医药大学学报, 1997; 20 (1): 45
- [103] (日) 上述章二. 小柴胡汤及茵陈蒿汤对大鼠阻塞性黄疸解除后肝功能的恢复. 日本东洋医学杂志, 1991, 41 (4): 1
- [104] (日) 服部智久. 和汉药方的抗肾炎效果研究. 和汉医药学会, 1990, 7 (1): 12
- [105] 杨军, 陈澍禾, 王静. 小柴胡汤口服液药效作用的研究. 中成药, 1992, 14 (6): 26
- [106] 孙兰, 崔景朝, 陈玉兴, 等. 小柴胡汤单煎与合煎药理作用比较研究, 中药药理与临床, 2000, 16 (3): 5
- [107] 谷雨荣, 获原幸夫. 从药理和药化探讨小柴胡汤. 现代东洋医学, 1990, 11 (2): 75
- [108] 尹玉琴, 周立孝. 加味真武汤治疗发作期哮喘 102 例. 山东中医杂志 1996, 15 (5): 205
- [109] 吴向红, 祝源隆. 加味真武汤治疗感冒 33 例. 四川中医, 1995, 13 (6): 34
- [110] 邝巧玲. 参麦注射液合真武汤治疗肺心病失代偿期 49 例. 中西医结合心脑血管病杂志, 2006, 4 (2): 107
- [111] 刘崇新. 真武汤化裁治疗上呼吸道感染后久咳 138 例. 安徽中医临床杂志, 2000, 12 (2): 82
- [112] 梁华龙, 李姗姗, 郭芳, 等. 真武汤温阳机制的实验研究. 中国实验方剂学杂志, 2000, 6 (3): 44
- [113] 陈治英, 崔淑荣, 庄生一, 等. 应用主成分分析评价肺心病急性发作期化痰的治疗作用. 中西医结合杂志, 1988, (8): 457
- [114] 孙秀英, 李运伦. 真武汤加减治疗老年人高血压 30 例. 山东中医学院学报, 1995, 19 (5): 317
- [115] 陈治英. 应用主成分分析评价肺心病急性发作期化痰的治疗作用. 中西医结合杂志, 1988, 8 (8): 457

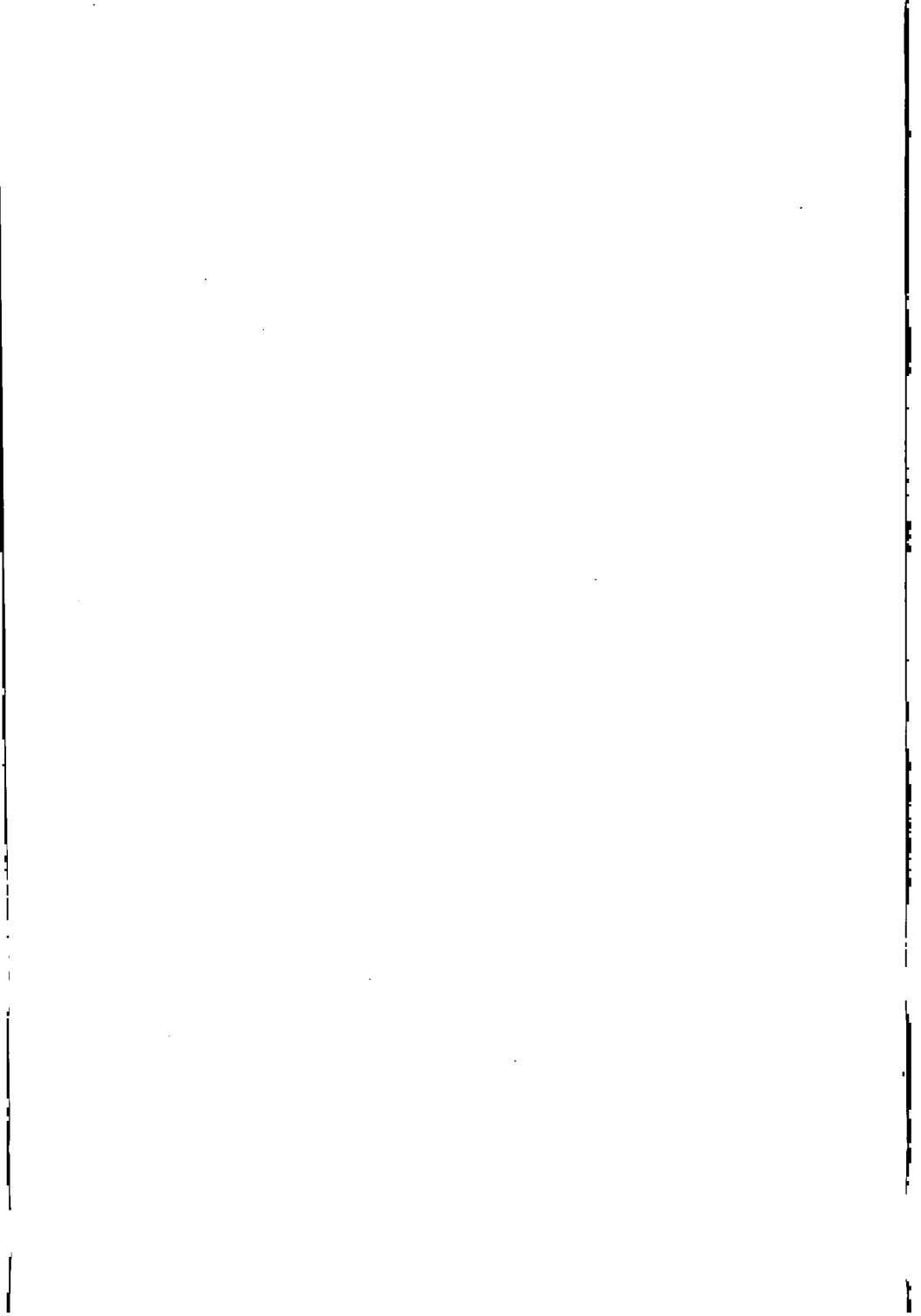
- [116] 梅国强. 强心口服液(温阳活血利水法)对慢性充血性心力衰竭患者左心功能的影响. 经方临床应用与研究. 广州: 广东经济出版社, 1997, 92
- [117] 朱章志, 龙新生, 等. 加味真武汤对充血性心衰模型血流动力学及血管紧张素Ⅱ的影响. 中药新药与临床药理, 2001, 9 (5): 342
- [118] 王钰霞, 陈魁敏, 郝伟, 等. 真武汤的药效学研究. 辽宁中医杂志, 2000, 27 (12): 565
- [119] 陈秋澄. 温肾健脾法治疗慢性肾炎 27 例. 吉林中医药, 1983 (3): 2524
- [120] 陈梅芳. 利水法在肾性少尿中的应用. 中医杂志, 1981, 22 (11): 835
- [121] 姚天源. 从真武汤治疗 41 例内耳眩晕症试论中医肾开窍于耳. 福建中医药, 1981, 12 (5): 20
- [122] 侯锡五. 真武汤加味治疗肾阳虚经闭 60 例. 辽宁中医杂志, 1981, 6 (1): 46
- [123] 董福轮, 季蓓. 麻黄附子细辛汤治疗肺心病心功能不全. 黑龙江中医药, 1994, (5): 13
- [124] 薛玉山. 麻黄附子细辛汤治疗小儿寒痰咳嗽 70 例. 实用中西医结合杂志, 1992, 5 (6): 377
- [125] 焦彦超. 麻黄附子细辛汤加味治疗外感发热 50 例临床观察. 中医药学报, 2005, 33 (2): 27
- [126] 赵志宏. 麻黄附子细辛汤治疗急性扁桃体炎. 吉林中医药, 2005, 25 (2): 37
- [127] 沟口靖他. 麻黄附子细辛汤对大鼠腹腔渗出性巨噬细胞内钙离子的影响. 日本东洋医学杂志, 1991, 41 (3): 133
- [128] 丹羽韧负. 麻黄附子细辛汤冲服剂的抗过敏及抗氧化作用机制. 国外医学·中医中药分册, 1989, 11 (3): 15
- [129] 木金基树, 等. 麻黄附子细辛汤的抗变态反应作用及其作用成分. 国外医学·中医中药分册, 1987, 9 (2): 110
- [130] 坂口佳司. 麻黄剂对心绞痛发作的影响. 国外医学·中医中药分册, 1994, 16 (3): 24

- [131] 唐茂清. 薄荷甘草汤治疗咽喉疾病. 四川中医, 1990, 8 (3): 46
- [132] 刘斌. 慢性咽炎验方甘连膏. 广西中医药, 1997, 20 (1): 47
- [133] 崔巍. 牛膝甘草汤辅助治疗小儿麻疹并发喉炎 30 例. 陕西中医, 1994, 15 (8): 345
- [134] 马贵琳. 葱白甘草汤治疗痉咳 21 例. 中国民间疗法, 1997, 22 (2): 34
- [135] 李惠德. 甘草干姜汤治疗冷哮一得. 北京中医杂志, 1991, (4): 43
- [136] 白慧. 甘草干姜汤加味治疗肺寒咳嗽 48 例. 云南中医中药杂志, 2000, 21 (4): 31
- [137] 马建平. 甘草干姜汤治重症肺炎. 四川中医, 1986, (5): 55
- [138] 庄逸群. 射干麻黄汤为主治疗慢性支气管炎. 湖北中医药, 2001, 23 (3): 27
- [139] 陈晓宏, 王余民, 黄吉康. 复方地龙片合射干麻黄汤治疗慢性喘息型支气管炎 78 例观察. 实用中医药杂志, 1999, 15 (8): 5
- [140] 康连智. 射干麻黄汤加减治疗哮喘的体会. 吉林中医药, 1982, (4): 20
- [141] 张忠德, 何德平, 魏华, 等. 阳和汤合射干麻黄汤加减治疗产后寒哮 68 例. 新中医, 2000, 32 (6): 43
- [142] 李雅琴. 射干麻黄汤的临床运用. 中成药, 1997, 19 (9): 25
- [143] 严兆象. 中西医结合治疗急性发作期肺心病 64 例. 浙江中医学院学报, 1994, 18 (3): 31
- [144] 黎柱明, 陈健玲. 经方治疗小儿支气管哮喘 82 例. 国医论坛, 1999, 14 (2): 9
- [145] 黎俊英. 射干麻黄汤治疗小儿寒饮咳嗽 48 例. 天津中医药, 2003, 20 (1): 74
- [146] 陈培英. 射干麻黄汤加味治疗 82 例小儿寒喘的近期及远期疗效. 浙江中医杂志, 1999 (5): 9
- [147] 王雪华. 射干麻黄冲剂治疗小儿寒饮咳嗽 50 例疗效观察. 中医杂志, 1992, (1): 30
- [148] 余金全. 射干麻黄汤化裁方治疗咳嗽变异性哮喘 30 例. 福建中医药, 2001, 32 (5): 32

- [149] 郭新莉, 焦丽, 刘向萍, 等. 中西医结合治疗小儿急性喘息性支气管炎 45 例疗效观察. 新中医, 2002, 34 (8): 36
- [150] 蓝子胡. 射干麻黄汤加味治疗小儿喘息性支气管炎 28 例. 实用医学杂志, 1998, 14 (8): 616
- [151] 许乐平. 射干麻黄汤加味治疗小儿喘息型支气管炎 298 例. 陕西中医, 1997, 18 (8): 361
- [152] 王国杰, 李群, 肖洪斌, 等. 射干麻黄汤冲剂镇咳、祛痰、平喘作用的实验报告. 中医药学报, 1990; (3): 36
- [153] 周名璐, 梁直英, 何德平, 等. 射干麻黄汤平喘祛痰作用实验研究. 中国中西医结合杂志, 1998, 18 (基础理论研究特辑): 92
- [154] 周庆伟等. 《金匱要略》皂荚丸治疗慢性阻塞性肺病痰浊阻肺型的临床研究. 中国医药学报, 1997, 12 (4): 35
- [155] 李登美. 金匱皂荚丸为主治疗肺泡蛋白沉着症 18 例. 59
- [156] 何长义. 厚朴麻黄汤加减治疗肺胀. 陕西中医函授, 1997, 6: 22
- [157] 刘可云. 厚朴酚与和厚朴酚的药理学研究现状. 中成药, 2006, 28 (5): 716
- [158] 王余民. 《金匱》泽漆汤加减治疗肺系疾病 120 例分析. 中国中医急症, 2000, 9 (2): 54
- [159] 石素华. 止嗽散与泽漆汤加减治疗咳嗽病临床观察. 黑龙江中医药, 2002, 3, 16
- [160] 蔡鹰. 泽漆根体内抗肿瘤作用研究. 中药材, 1999, 22 (11): 579
- [161] 蔡鹰. 泽漆根体外抗肿瘤作用研究. 中药材, 1999, 22 (2): 85
- [162] 孙家宝. 麦门冬汤加减治疗非特异性炎症型右肺中叶综合征 60 例. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (10): 632
- [163] 张洁. 沙参麦门冬汤加减治疗小儿肺炎 25 例. 河北中医, 1998, 20 (1): 40
- [164] 黄金林. 麦门冬汤新用. 新中医, 1994, 26 (5): 56
- [165] 李志英. 麦门冬汤加减治疗小儿久咳 47 例疗效观察. 河北中西医结合杂志. 1997, 6 (5): 793
- [166] 肖建峰. 千金麦门冬汤治疗子嗽 60 例. 湖南中医杂志, 1999, 15 (4): 29

- [167] 李力强. 益气养阴法为主治疗恶性肿瘤晚期非感染性发热. 实用中医内科杂志, 1994, 8 (3): 21
- [168] 冯碧群. 麦门冬汤新用. 新中医, 1995, 27 (4): 53
- [169] 千代谷厚. 麦门冬汤、清肺汤、补中益气汤对家兔气管纤毛上皮细胞纤毛频率的影响. 国外医学·中医中药分册, 1995, (2): 40
- [170] 日本忍. 麦门冬汤有效成分的研究. 国外医学·中医中药分册, 1993, (6): 29
- [171] 王琦. 经方应用. 西宁: 宁夏人民出版社, 1980; 435
- [172] 谢鸣. 中医方剂现代研究. 北京: 学苑出版社, 1997. 1291
- [173] 太久保喜雄. 小青龙汤与麦门冬汤对嗜酸细胞生存及脱粒的作用. 国外医学·中医中药分册, 1995, (4): 29
- [174] 户田静男. 汉方剂的变态反应学的研究. 国外医学·中医中药分册, 1989, (6): 38
- [175] 李建华, 李智琴. 加味葶苈大枣泻肺汤治疗渗出性胸膜炎 28 例. 陕西中医, 2000, 21 (10): 446
- [176] 陈斯宁. 葶苈大枣泻肺汤配合抗结核药治疗结核性渗出性胸膜炎 35 例. 浙江中医杂志, 2002, 37 (2): 57
- [177] 王晓平. 葶苈大枣泻肺汤合小陷胸汤治疗结核性胸膜炎 48 例. 中国民间疗法, 2002, 10 (12): 48
- [178] 刘锋. 葶苈大枣泻肺汤治疗小儿肺炎 68 例疗效观察. 甘肃中医, 1996, 9 (1): 29
- [179] 谢梅华, 吴虹. 葶苈大枣泻肺汤为主治疗小儿病毒性肺炎. 湖北中医杂志, 2003, 25 (6): 21
- [180] 夏菁. 葶苈大枣泻肺汤在治疗中毒性肺水肿中的应用. 上海中医药杂志. 1993, (8): 23
- [181] 顾为政. 越婢加半夏汤化裁治疗百日咳 50 例. 江苏中医, 1995, 16 (1): 15
- [182] 蔡丽威. 越婢加半夏汤加减治疗肺胀 2 例. 吉林中医药, 2002, 22 (5): 55
- [183] 史亦谦. 吴颂康老师对《金匱》木防己汤应用经验. 浙江中医学院学报, 1985, (5): 55
- [184] 吴颂康. 痰饮病医案两则. 浙江中医学院学报, 1979, (5): 71

- [185] 沈敏南. 木防己汤的临床应用体会. 成都中医学院学报, 1979, (3): 71
- [186] 胡元奎. 加味木防己汤治疗呼吸衰竭. 陕西中医, 1989, (11): 485
- [187] 孙恩贵. 运用苓甘五味姜辛汤治疗哮喘. 山西中医, 1996, (1): 36
- [188] 张富强. 苓甘五味姜辛汤加味治疗哮喘 53 例. 山东中医杂志, 1996, 15 (9): 395
- [189] 余蓉. 苓甘五味姜辛汤合二陈汤治疗感冒后顽咳临床观察. 辽宁中医杂志, 2006, 33 (5): 577
- [190] 郭冷秋. 五味子药理作用研究进展. 中医药学报, 2006, 34 (4): 51
- [191] 石琛. 细辛醚的研究进展. 中医药学刊, 24 (7): 1286





疾病篇



第一章 呼吸病常见症状及经方治疗

咳、喘、发热是呼吸系统疾病的主要症状。其中咳嗽可单独出现，而喘息多与咳嗽同时兼见，只是有所偏重而已。《伤寒论》、《金匱要略》所论治咳、喘诸方往往咳喘兼治，但也各有偏重。所以在运用经方治疗如上症状时应辨明主次，抓住主要症状，以及主要症状的性质，进行合理的选择应用。本章在介绍仲景治疗咳、喘诸方时，为避免重复，按照原文要旨，将咳喘同治而长于治咳者，在咳嗽中叙述，长于治喘者在喘中叙述。

发热虽然是全身症状，但是在呼吸系统疾病中十分常见，如流行性感冒、肺部感染等等，所以本章将发热也作为呼吸病常见症状予以介绍。

第一节 咳 嗽

一、概 述

咳亦称咳嗽，是一种症状，外感六淫，内伤脏腑，均可影响肺的宣降功能而发生咳嗽。汉代之前，咳、咳嗽同义。《伤寒论》、《金匱要略》书中，除单叙“咳”外，还有“咳逆”、

“咳喘”、“咳满”、“咳唾”、“咳烦”、“时咳”等名称。咳逆，是指咳嗽。咳喘，是指患者咳嗽、喘息同时存在。咳满，是指咳嗽而兼有胀满的表现。咳唾，是指咳嗽或吐脓血、或吐涎沫，或吐痰涎。咳烦，是指咳嗽又心烦的表现。时咳，是指时时咳嗽的表现。临床上使用经方治疗咳嗽时，应根据咳嗽的特点以及相兼症状，辨明咳嗽的病位（在表在里）、病性（属寒属热）以及病势等，进行辨证论治，合理选方。

二、辨证治疗

（一）外寒内饮咳嗽

主症：咳嗽，恶寒，发热，无汗，头身疼痛，干呕，喘息，痰多稀白，或渴，或利，或噎，或小便不利，少腹满。舌质淡，苔薄白，脉浮紧。

治法：外解风寒，内化水饮。

方剂：小青龙汤。

麻黄 9g，芍药 9g，细辛 3g，干姜 9g，甘草（炙）9g，桂枝 9g，五味子 12g，半夏（洗）12g。

加减：如咳重者，加杏仁、射干、前胡、紫菀以宣降肺气；痰多者，加陈皮、茯苓以燥湿化痰。

（二）少阳枢机不利咳嗽

主症：咳嗽，咳吐白黏痰，咽干，往来寒热，胸胁苦满，嘿嘿不欲饮食，或渴，或不渴、或身有微热。舌质淡，苔薄白，脉弦。

治法：和解少阳，疏利三焦。

方剂：小柴胡汤。

柴胡 10g，黄芩 9g，人参 9g，半夏 12g，炙甘草、生姜各 9g，大枣 12 枚。

加减：咳甚者加杏仁、桔梗、前胡、紫菀以宣肺止咳；痰多者，加陈皮、茯苓以燥湿化痰；胸闷明显者，加苏梗、厚

朴、薤白以宽胸理气。

(三) 阴虚水热互结咳嗽

主症：咳嗽，咳痰黄稠，心烦不得眠，口渴，呕吐，小便短赤，或有发热。舌质红，苔薄黄，脉细数。

治法：育阴润燥，清热利水。

方剂：猪苓汤。

猪苓 9g，茯苓 9g，泽泻 9g，阿胶 9g，滑石 9g。

加减：可加杏仁、冬瓜仁、薏苡仁、桑白皮、黄芩。痰多难以咯出者，加浙贝母、瓜蒌以清肺化痰。

(四) 阳虚水泛咳嗽

主症：咳嗽，形寒肢冷，头眩，小便不利，或下利，或水肿。舌质淡，苔薄白而润，脉沉或微细。

治法：温阳利水。

方剂：真武汤。

茯苓 9g，芍药 9g，生姜 9g，白术 6g，附子 6g。

加减：咳甚者，加干姜、细辛、五味子散寒化饮，敛肺止咳；气机不利，胸胁满闷者，加白芥子、旋覆花祛痰降气；短气者，加党参益气补虚；大便稀薄者，加干姜温中散寒；水肿者，可合用五苓散通阳化气，利水消肿。

(五) 阳郁气滞，肺气不利咳嗽

主症：咳嗽，多呈干咳，咳声高亢，四肢微有厥冷，或兼心悸，小便不利，腹中痛。

治法：疏肝理气，行滞开郁。

方剂：四逆散。

加减：可加干姜、细辛。每遇情志刺激加重者，加香附、青皮；小便不利者，加茯苓，以淡渗利水；心悸者加桂枝、甘草以温补心阳；腹中痛者，加白芍以缓急止痛。

(六) 虚热肺痿咳嗽

主症：咳嗽，吐浊唾涎沫，口干，舌红少苔，脉细数。

治法：清养肺胃。

方剂：麦门冬汤。

麦门冬 30g，半夏 6g，人参 9g，甘草 6g，粳米 9g，大枣 5 枚。

加减：可加沙参、百合。若短气者，加黄芪、白术以补气；兼有心烦热者，加竹叶、石膏清热除烦。

(七) 寒饮伏肺咳嗽

主症：咳嗽，咳痰清稀色白，胸闷，舌质淡，舌苔薄白，脉弦。

治法：散寒蠲饮。

方剂：苓甘五味姜辛汤。

茯苓 12g，甘草 9g，干姜 9g，细辛 9g，五味子 12g。

加减：可加半夏、陈皮以燥湿化痰。胸闷甚者，加苏梗、枳壳以宽胸理气。

三、名 医 经 验

陈树森：咳嗽急性期须分寒热。

寒证：形寒怕冷，咳嗽频作，痰稀白，甚者喘息不能平卧，治以散寒化痰、宣降肺气，常以小青龙汤加减：炙麻黄 9g，桂枝 9g，白芍 10g，杏仁 10g，细辛 5g，制半夏 10g，甘草 6g，干姜 5g，五味子 6g，黄荆子 15g，橘红 9g。

如咳喘剧烈，喉有痰鸣声者，加射干、款冬花。甚者加天仙子粉 0.1g（冲服），日 3 次。

热证：咳喘，痰黄黏不爽，发热口干，治以清肺化痰，常用麻杏石甘汤加味：炙麻黄 9g，杏仁 10g，甘草 9g，生石膏 30g，鱼腥草 20g（后下），野荞麦根 30g，炒黄芩 15g，知母 10g。

咳甚加川贝粉 6g（分冲）及枇杷叶、矮地茶；喘甚加炙兜铃、地龙；痰粘咳不爽加桔梗、麦冬。（单书健等，古今名

医临证金鉴·咳喘肺胀（卷下）．北京：中国中医药出版社，1999.66)

严二陵：宗仲景义，以温阳散寒法治疗痰饮咳嗽。认为，稠浊者为痰，清稀者为饮。脾土素虚，水气不化，积而成饮，停于胸膈，伏于肺脏，脾虚失升降浊，留中滞膈，凝而成痰。因风寒外袭，内动痰饮，或饮食生冷过度，上冲于肺，肺气上逆，而致成痰。痰饮咳嗽，痰稀喘咳，畏寒恶风，口淡不渴，甚则咳逆，气喘不能平卧，面目浮肿，目眩心悸，入冬风寒凛冽，喘咳愈甚，脉迟，或沉细而缓，舌淡，苔白滑。本病初期为阳微阴盛，但虚实寒热可相互转化，故先治其标，后治其本，或标本兼顾，或温凉并用。治法有二：

散寒蠲饮：症见咳嗽痰稀，气喘息促，恶寒恶风，舌淡，苔白滑，脉浮紧，或浮缓而弦，为外寒内饮，肺失宣降，治宜散寒蠲饮。药用：炙麻黄 9g，桂枝 9g，细辛 5g，干姜 9g，五味子 9g，白芍 9g，法半夏 9g，炙甘草 9g。肾虚寒饮盛，喘咳痰饮上涌，加附子 9g，补骨脂 12g，茯苓 12g，白芥子 9g；脾虚中气虚，食欲不振加党参 12g，白术 12g，茯苓 15g。

温阳化饮：症见咳逆气喘，面目浮肿，目眩心悸，痰稀色白，为痰饮内伏，治宜温阳化饮。方用：桂枝 9g，炙甘草 9g，白术 12g，干姜 9g，茯苓 15g。脾肾阳虚，阴水泛滥，浮肿甚，加熟附子 9g；气逆咳喘，痰稀吐清水，加炙麻黄 9g，细辛 5g；心悸失眠加茯神 15g，远志 6g，石菖蒲 5g；胸膈隐痛加橘红、橘络各 5g 等。（单书健等．古今名医临证金鉴·咳喘肺胀（卷下）．北京：中国中医药出版社，1999.270)

朱紫来：阳虚痰饮，真武汤的运用。朱氏认为，痰饮咳嗽日久可由太阳内传少阴，或外寒直中少阴，出现少阴寒饮咳嗽。证见：久咳夜剧，倦卧，口中和，或转午后发热，脉左沉紧细涩，沉按至骨，紧按不放，良久方至，脉来紧细，朱氏称此为沉紧细涩之脉，反映少阴独盛之寒，右脉浮弱。治以人参

真武汤。此方乃朱氏据《伤寒论》真武汤去芍药加人参（一般用党参）、炙甘草、大枣、干姜、细辛、五味子而成，改温阳利水为益气温阳，散寒化饮。方中含四君、理中补益脾肺，熟附子、细辛温肾散寒，方中党参一般用 12g，熟附片用 6g，党参两倍于附子。

痰饮留伏，十枣汤的运用。朱氏对某些顽固的痰饮咳喘重证，只要患者正气可支，朱氏还常本《金匱要略·痰饮病篇》“咳家其脉弦，为有水，十枣汤主之”和“夫有支饮家，咳烦胸中痛者，不卒死，至一百日或一岁，宜十枣汤”的记载，运用十枣汤峻逐之。十枣汤一般用治悬饮，用治痰饮咳喘主要是在饮邪留伏，用一般温化痰饮药而不为所动的情况下偶一为之，取其斩关夺将，直捣窠臼。故在运用时必须注意两点：①病情急重，已用过温化痰饮药而收效不显；②病人正气尚可，而最近又未用过这类药，否则不可轻试。（单书健等·古今名医临证金鉴·咳喘肺胀（卷下）·北京：中国中医药出版社，1999.82）

张琪：外感咳嗽，祛邪当分清寒热：外感咳嗽多为六淫邪气外袭，肺合皮毛，外邪侵袭，首先犯肺，肺气不宜，清肃失常而致咳嗽上气。外邪有风温、风寒二类，前者宜用辛凉宣肺，后者宜用辛温宣肺。辛凉用桑菊饮或银翘、黄芩，系从银翘散衍化改变剂型而成，疗效颇著，在国内享有一定声誉，但此药对风热外感咳嗽较为适宜，对风寒咳嗽则疗效不佳。风寒咳嗽必以辛温宣肺，如麻黄、杏仁、紫苏等，如三拗汤之类。如兼喘者，麻黄为必用之药，麻黄发表宣肺透邪之功非他药所能及。麻黄辛温虽与风热者不宜，但与石膏合用，石膏剂量加大，则辛温之性又可化为辛凉，对风热咳嗽则有卓效，如麻杏石甘汤治疗上呼吸道感染、肺炎甚效，张琪教授常以此方加川贝、鱼腥草、黄芩、银花，治疗上呼吸道感染及肺炎，尤以小儿肺炎屡获良效，但石膏之剂量须大于麻黄 10 倍方佳，此方

取名加味麻杏石甘汤，其方组成如下：麻黄 10g，杏仁 15g，生石膏 50~100g，鱼腥草 30g，牛蒡子 15g，黄芩 10g，川贝 10g，银花 30g，桔梗 10g，甘草 10g。如见舌红少津，为肺阴亏耗，宜于方中加沙参、麦冬、玉竹、生地。石膏为质重之药，似与轻清宣透相悖。吴鞠通谓：“表不解者不可与也”，但张琪教授根据临床经验，认为石膏与麻黄合用，不仅不能遏制邪气外出，反而有解肌透表之功，尤其肺热甚者非此药不能收功，服药后汗出溱溱邪解，发热随之而退，屡屡收效。1994 年曾治 1 例极危重肺结核并发感染，重用石膏 200g，连续用之使病人转危为安，石膏剂量可随病人年龄体质不同而变更。

表寒里饮之咳嗽，痰呈泡沫清稀，甚则气喘不得卧。外有表证，发热恶寒，肢体酸楚，舌白润，脉浮滑等，多见于慢性支气管炎、肺气肿病人复感外邪，小青龙汤解表化饮止咳为最佳首选方药，药后得汗而诸证缓解。前贤张锡纯盛赞此方，张氏用此方独有会心，谓服小青龙汤后喘证复发不巩固者，正气不敛也，立从龙汤，用生龙骨、生牡蛎敛正气，半夏、苏子降气定喘以防复发。

慢性支气管炎、肺气肿属痰饮病者，小青龙汤治表寒里饮证可获得缓解，如属新感可以痊愈，如属痰饮宿疾喘证则不易根治，多遇寒即发。张琪教授治疗此类病多用补肾之药以巩固之，肾中元阴元阳为气之根，张景岳有金水六君煎，用熟地、当归与二陈配伍，治肺肾虚寒，水泛为痰之咳嗽喘急，张琪教授根据其意用小青龙汤治疗痰饮喘咳、呕逆、小便不利时，加熟地、茯苓、仙灵脾、枸杞子以助肾中元阴元阳，如恶寒手足逆冷、小便清频，加附子、肉桂常取得良好疗效。但本方用量宜小，若用量大，如细辛、干姜、麻黄、桂枝等辛热之品易化热伤阴。张琪教授常用以下剂量加补肾之品，命名加味小青龙汤。药物组成：麻黄 10g，细辛 5g，干姜 5g，半夏 10g，五味子 10g，白芍 10g，桂枝 10g，甘草 10g，熟地 25g，仙灵脾

15g, 枸杞子 15g, 苡蓉 10g。曾治一男患, 孟某, 67 岁, 素有慢性支气管炎、肺气肿。入冬后感冒发作, 喉中痰鸣音甚剧, 咳嗽气喘不能平卧, 发热, 曾用青霉素、先锋霉素静点, 发热退, 但仍咳嗽, 气喘不能平卧, 呈端坐呼吸, 痰呈泡沫状, 听诊两肺中下野湿性啰音, 舌润苔白, 脉滑。请张琪教授会诊。根据上述脉证诊为肺肾虚寒痰饮证, 用加味小青龙汤温寒化饮加补肾摄纳, 连服 6 剂, 咳嗽有明显好转, 夜间已能平卧, 但后半夜仍气喘咳嗽, 喉中有痰鸣音, 用射干麻黄汤加熟地、山萸、仙灵脾、核桃 1 个捣碎, 水煎服。继服 10 剂, 痰鸣音及两肺啰音均消除而缓解。嘱其继服补肾之药以增强肾气调治, 远期追踪 2 年均未发作, 体力增强, 从而痊愈。

本方除治疗慢性支气管炎、肺气肿外, 亦治肺炎、肺感染等。肺炎及肺感染属热者居多, 如痰稠粘不易咳出, 痰鸣音甚多, 《金匱要略》谓“喉中水鸡声”, 舌体胖大少津, 可用本方加生石膏等清肺热, 温清并用, 但生石膏剂量宜大方能取效。张琪教授治疗此类病人, 凡遇外寒里饮夹热致肺失宣降之证, 用此方必能收效。亦有无内热者, 舌润苔滑, 咳嗽喘息, 喉中痰声漉漉, 两肺啰音甚多, 用小青龙汤与射干麻黄汤两方化裁, 命名加味射干麻黄汤。药物组成: 麻黄 10g, 射干 10g, 干姜 10g, 细辛 5g, 半夏 10g, 紫菀 15g, 冬花 10g, 苏子 10g, 生姜 10g, 五味子 10g, 桂枝 10g。张琪教授以此方治疗小儿病毒性肺炎见上述证候, 辨证属肺脾寒饮者, 此方具有卓效。所以不能一见肺炎即投寒凉清热之剂, 曾见不少因过服寒凉之剂而转为脾肺虚寒者, 咳嗽气喘, 腹胀便溏, 由轻转重, 甚至转危, 极应注意。曾治王某, 男, 9 岁, 1994 年 10 月 22 日初诊。病孩素体肥胖, 近日感冒, 发热 10 余日不退, 咳嗽, 喘憋, 经某医院用退热药及先锋霉素热不退, 咳嗽气喘加重, 痰清稀泡沫状, 呼吸痰鸣如水鸡声, 两肺听诊有湿性啰音, 西医诊断为病毒性肺炎。曾用安宫牛黄丸口服、双黄连静点, 热

仍不退，体温 38.5℃ 左右，舌润苔滑，脉数，稍久则指下无力，辨证为外感风寒，痰湿蕴肺，气闭不宜所致，予加味射干麻黄汤辛温解表，宣肺化饮治疗。处方：射干 10g，麻黄 10g，细辛 5g，生姜 10g，五味子 10g，冬花 10g，紫菀 10g，半夏 10g，桂枝 7g，白前 5g，甘草 5g，水煎日 2 次服。服药 2 剂，汗出热退，体温 37.2℃，咳嗽气喘及喉中痰鸣音俱大减，唯舌尖红，口中干，此辛温有化热之象，宜上方加黄芩 5g，寸冬 10g。继服 3 剂，体温 37℃，咳嗽喘息基本消除，喉中尚有少许痰鸣音，继续调治而愈。

张琪教授认为：对病毒性肺炎及肺感染一类疾病，必须分清风寒与风温表证，更应辨识里热或里寒，切忌一遇病毒类疾患即投银花、连翘、桑叶、芦根、大青叶等所谓抗病毒之药，或安宫牛黄丸辛凉之剂，或黄芩、黄连、石膏清热之药。果系风热肺热，寒药辛凉解表，清热，固当应用。若系风寒闭阻，肺气不宜，滥用安宫牛黄丸、羚羊角、黄芩、黄连、石膏之类，必促使病情加重。此类肺炎临床表现除咳嗽气喘痰声辘辘外，亦有发热恶寒表证，痰清稀泡沫，面色青，手足凉，腹胀便溏等候，发热为表邪不解所致，并非里热，用加味射干麻黄汤辛温宣肺解表、和胃化痰，药后汗出发热即退，喘咳亦随之而除。

另有咳嗽日久不愈，痰稠，口干咽干，胸闷，食纳不佳，舌尖红苔薄白少津，X 线检查两肺常无所见者，此为外感风寒客于肺中，日久不解，化热伤阴，此时宣肺解表已不能解，清肺止咳亦难收功，乃正虚邪恋，张琪教授常用小柴胡汤加味和解宣透，原方加杏仁、薄荷、紫苏、荆芥以助其宣散之功，再用北沙参、川贝母、知母、麦冬清金润肺，宣不伤正，润不留邪，治因外邪不解，耗伤阴液之咳嗽，多能治愈。方剂组成：柴胡 15g，半夏 15g，黄芩 15g，党参 15g，甘草 10g，荆芥 10g，紫苏 10g，杏仁 15g，薄荷 10g，麦冬 15g，川贝 15g，

沙参 15g, 知母 10g, 生姜 10g, 大枣 3 枚。此病亦常见病程短或新感, 只有外邪袭肺, 无化热伤阴证候, 可不用沙参、麦冬、党参, 只用宣肺祛邪即可, 若兼喘可加麻黄, 泻肺止喘即愈。(张佩青等编著. 中国百年百名中医临床家丛书·中医名家张琪. 北京: 中国中医药出版社, 2001. 252)

四、医案精选

胡希恕——苓甘五味姜辛夏汤加减治咳嗽（痰饮犯肺）

黄某, 女, 38 岁, 病案号 67951。

初诊日期 1966 年 2 月 12 日: 干咳咽痒一月多。始服止嗽散加减, 后服桑杏汤、麦门冬汤等加减, 咳不但不减反而愈来愈重。近干咳, 咽痒, 口干, 不思饮, 暖气, 胸闷, 大便溏稀日 1~2 行, 舌苔白厚腻, 脉滑细。与苓甘五味姜辛夏汤加减:

茯苓四钱, 细辛二钱, 五味子四钱, 半夏五钱, 炙甘草二钱, 陈皮五钱, 生姜三钱, 杏仁三钱, 苦桔梗三钱, 炙枇杷叶三钱。

结果: 上药服一剂咳减, 三剂咳即止。

按: 此患者干咳、咽痒、口干, 这些症状常见于肺热、肝火或阴虚。但本患者有不思饮、暖气、胸闷、大便溏稀、苔白厚腻、脉滑等, 皆是痰饮之症。干咳主因乃是痰饮犯肺, 肺失宣降。而口干、咽痒, 是痰饮阻滞津液不能上承所致, 因此, 治疗这种干咳, 用苦寒清热、甘寒滋阴皆是在加重痰饮阻滞, 也即在加重痰饮上犯, 故越治越重, 迁延不愈。而按痰饮治疗, 因方药对证, 三剂即愈。(冯世纶编著. 中国百年百名中医临床家丛书·中医名家胡希恕. 北京: 中国中医药出版社, 2001. 53)

严苍山——麻杏石甘汤治疗咳嗽（风邪束肺，郁久化热）

张某, 男, 51 岁。1966 年 12 月 7 日诊。风邪束肺, 郁久化热, 清肃失司。咳嗽咳痰不爽, 经月不瘥, 脉浮滑带数。处

方：炙麻黄 2.4g，光杏仁 9g，炙石膏 9g，生甘草 3g，桑叶 6g，紫菀 6g，桔梗 3g，大力子 9g，南沙参 9g，川贝粉（吞）3g，冬瓜仁 12g，白茯苓 12g。

复诊：服药 3 剂，咳嗽大减，咳痰仍不爽，是麻杏石甘之效也，仿原法进退以冀肃清。原方去大力子，加枇杷叶（去毛，包）9g。

按：此伏风化热，肺气失宣之证，以清宣法治之，甚合机宜。师云：“如咯痰甚爽，痰薄不厚者，石膏不适用也。”（单书健等·古今名医临证金鉴·咳喘肺胀（卷上）·北京：中国中医药出版社，1999.266）

第二节 喘

一、概 述

喘，亦称喘逆，喘促，古称上气，喘息。是指以呼吸急促为特征的一种病症，甚者可表现为鼻翼煽动，或张口抬肩，不能平卧。多因外感六淫，或内伤脏腑，影响肺的宣降功能，使肺气不宣，肃降失常，其气上逆所致。在《伤寒论》、《金匱要略》中除了称“喘”、“上气”外，还有“烦喘”、“微喘”、“喘满”、“息高”、“喘不能卧”等名称。烦喘，是指患者烦躁而呼吸急促。微喘，是指微微气急。喘满，是指呼吸急促且伴有胀满。息高，是指患者呼吸浅表。喘不能卧，是指患者呼吸困难，急促短迫，不能平卧的表现。值得提出的是：在《伤寒论》中提出了“喘家”，如第 18 条说：“喘家，作桂枝汤，加厚朴杏子佳”；在《金匱要略》中有“咳而上气，喉中水鸡声”。仲景所说的“喘家”是指素有喘息的病人；“喉中水鸡声”是指喉中痰鸣（哮喘音）。这相当于现代医学的支气管哮喘。由此可见，《伤寒论》、《金匱要略》二书中所述及的“喘”

包括了后世医家所说的“哮”病（即哮喘）。

临床上使用经方治疗喘症时，应根据喘息的特点以及相兼症状，辨明其病位（在表在里）、病性（属寒属热）以及病势等，进行辨证论治，合理选方。

二、辨证治疗

（一）太阳伤寒喘

主症：喘息，恶寒发热，头痛身疼，骨节疼痛，无汗，舌苔薄白，脉浮紧。

治法：辛温发汗，宣肺平喘。

方剂：麻黄汤。

麻黄 9g，桂枝 6g，炙甘草 3g，杏仁 9g。

加减：如表证不重，可去桂枝，即为宣肺平喘之三拗汤；喘甚者加苏子、前胡降气平喘；痰多加半夏、橘红，或制南星，白芥子燥湿化痰；胸闷者加枳壳、桔梗、苏梗。若得汗后喘尚未平，发热汗出恶风，脉浮缓者，可用桂枝加厚朴杏子汤调和营卫而兼下气平喘。

（二）太阳中风喘

主症：喘息，胸闷，咳嗽，咯吐少量白痰，汗出，恶风。舌苔薄白，脉浮缓。

治法：调和营卫，降气平喘。

方剂：桂枝加厚朴杏子汤。

桂枝 9g，炙甘草 6g，生姜 9g，芍药 9g，大枣 5 枚，厚朴 9g，杏仁 9g。

加减：若伴有喷嚏，流清涕者，加辛夷、苍耳子以宣肺通窍；胸闷甚者，加薤白、苏梗、枳壳以温通心阳、宽胸理气。

（三）寒饮郁肺喘

主症：喘息，咳嗽，痰稀色白，喉中痰鸣，胸满，舌苔白滑，脉浮紧。

治法：散寒宣肺，降逆化痰。

方剂：射干麻黄汤。

射干 9g，麻黄 12g，细辛 3g，半夏 12g，紫菀 9g，款冬花各 9g，五味子 12g，生姜 12g，大枣 7 枚。

加减：兼有鼻痒、喷嚏，流清涕者加辛夷、苍耳子以宣肺通窍；兼有形寒怕冷者加制附片以温阳散寒；兼有恶寒发热者，可改用小青龙汤。若哮喘发作较重，可于方中加葶苈子、苏子、川朴，以降气平喘；咳嗽频作，加蝉蜕、钩藤、白芍以解痉止咳。

（四）肠热壅盛喘

主症：喘息，下利，汗出，可见有恶寒，发热，舌红苔黄，脉浮数。

治法：清热平喘。

方剂：葛根芩连汤。

葛根 30g，甘草 6g，黄芩 9g，黄连 9g。

加减：可加杏仁、薏苡仁。兼有恶寒，发热者，合用桂枝汤以解表邪；发热，咯吐黄痰者，可合用麻杏石甘汤。

（五）邪热壅肺喘

主症：喘息，声高气粗，咳嗽，咳痰黄稠，汗出，胸闷，发热，舌红苔黄，脉数有力。

治法：清宣肺热。

方剂：麻杏石甘汤。

麻黄 12g，杏仁 9g，炙甘草 6g，石膏 30g。

加减：可合用小陷胸汤。肺热壅盛，发热、口渴者，加双花、鱼腥草、葶苈子等清热泄肺；大便干结者，加大黄，通腑泄热；痰粘难咳者，加浙贝母。

（六）饮热郁肺喘

主症：喘息，咳嗽，痰多粘稠，呼吸气粗声高，目睛胀突，神情紧张，舌苔薄黄，脉浮大有力。

治法：宣肺泄热，降逆平喘。

方剂：越婢加半夏汤。

麻黄 12g，石膏 30g，甘草 6g，半夏 10g，生姜 9g，大枣 5 枚。

加减：里热较重，可加黄芩、鱼腥草、双花以清热解毒；如喘甚痰多，可加射干、桑皮、葶苈子以泻肺平喘；便秘腹胀，加大黄、瓜蒌仁，以通腑泄热。

(七) 肺实气闭喘

主症：喘息，咳嗽，喉中痰鸣，不能平卧，胸胁胀满，面目一身浮肿，或鼻塞流清涕，舌苔白厚，脉实。

治法：泻肺平喘。

方剂：葶苈大枣泻肺汤。

葶苈子 20g，大枣 10 枚。

加减：若热甚者，可合用千金苇茎汤或麻杏石甘汤。另加双花、连翘、鱼腥草、金荞麦以清热解毒。

(八) 阳明腑实喘满

主症：喘息，腹满，潮热，不恶寒，汗出，大便秘结，腹硬痛而拒按，短气，舌苔黄燥，脉沉迟或沉实有力。

治法：攻下实热，荡涤燥结。

方剂：大承气汤。

大黄 12g，厚朴 15g，枳实 9g 芒硝 9g。

加减：可合用葶苈大枣泻肺汤、麻杏石甘汤。酌加清热解毒药，如双花、连翘、鱼腥草、金荞麦、公英等以清热解毒。

(九) 支饮迫肺喘满

主症：喘息，胸满，心下痞坚，口渴，烦躁，面色黧黑，面目浮肿，小便不利，舌苔白滑或微黄，脉沉紧。

治法：通阳行水，扶正散结。

方剂：木防己汤。

木防己 9g，石膏 30g，桂枝 6g，人参 9g。

加减：若证偏于寒者，合用真武汤、葶苈大枣泻肺汤以温阳利水、泻肺平喘；偏于热者合用麻杏石甘汤、葶苈大枣泻肺汤以清泄肺热。

三、名 医 经 验

何任：①喘证之作主要责之肺肾：喘证之作，责在肺、肾。盖肺为气之主，肾为气之根。肺主出气，肾主纳气，阴阳相交，呼吸乃和。倘若出纳升降失常，喘疾即作。故而就喘证之病机言，其病主要在肺和肾。肺之宣肃功能正常，则吐浊吸清，呼吸调匀。肾司摄纳，有助肺纳气，保持肺气肃降之作用也。分而言之，肺主气者，外合皮毛，内为五脏华盖。若外邪袭表犯肺，或它脏病气上干，皆可使肺失宣降；肺气壅实，呼吸不利而喘；为肺虚气失所主，亦可少气不足以息而为喘。若肾元亏虚，根本不固，摄纳失常，则气不归元，亦可气逆于肺而喘。此概言喘归肺、肾之义。

②喘之辨证先当明其虚实：喘之辨证，何老以为首先当明虚实。《内经》所谓：“邪入六腑，则身热，不时卧，上为喘呼”，以及“不得卧，卧则喘者，水气客之”，此言喘之实也。又说“秋脉不收，则令人喘”，以及“劳则喘息汗出”。此言喘之虚者也。《医学心悟》云：“外感之喘，多出于肺；内伤之喘，未有不由于肾者。”亦要言不繁。临诊较简易之辨虚实方法：实喘者，气长而有余；虚喘者，息促而不足。实喘者，胸满声粗，此邪客于肺，上焦气壅所致；虚喘者，呼长吸短，此肾不纳气，孤阳无根所致。何老数十年临诊中常以“胸满声粗”与“呼长吸短”结合四诊以辨喘之实虚，往往可得明确之诊断。首分喘之虚实固属重要，但病情错杂者，往往下虚上盛并见。实喘病久伤正，自肺及肾；或虚喘复感外邪，或夹痰浊，则病情虚实错杂，常多见邪气壅阻于上，肾气亏虚于下之证候。亦有病情甚重者，不仅肺、肾俱虚，具有孤阳欲脱牵累

及心，使心气、心阳亦衰竭。阳气亏虚不能鼓动血脉之运行，血行瘀滞者可见面色唇舌指甲青紫，喘汗不已而成脱象。此种亡阳亡阴之危候，亦非少见，不可不知。

③治喘要领——肺肾虚实四字：喘证之治，要之在于肺肾虚实四字。分而言，喘之由于客邪于肺，上焦气壅，呼吸不利，气盛脉实，滑数有力，皆实候也。通治总以疏利为是，如定喘汤。肺感风寒致喘，常用三拗汤；肺寒夹饮，肺脉水停，脉浮，则宜小青龙汤；肺热痰火证明显，则用麻杏石甘汤；肺气不降，浮肿而喘，则可以麻黄汤加桑白皮、茯苓之类；水病喘满，肾邪犯肺，则常以通阳泄浊法，用真武汤合四苓散。此外，痰喘必涤其源；气喘必平其气。前者用温胆汤，后者用半夏厚朴汤等均为治实喘之常法、常方。倘见吸气短促，遇动则剧，气弱脉微，定其外无客邪，内无实热，皆为虚候。其肺虚金燥者，多用生脉饮；肾阴亏虚肺受其烁则宜六味地黄汤加麦冬之类。肾阳虚气脱而喘，则参麦六味丸、金匱肾气丸酌情而用。肾不纳气，身动即喘，则加沉香、黑锡丹等以导火归源。其重证气欲脱者，则急宜接续真元，用人参、紫河车、五味子、石英之属。治喘大要如此。

《金匱要略》所谓“上气”，即属喘证（并包括哮证）。于总论各证时，指出“上气”之证候：“上气喘而躁，欲作风水”，又说“上气面浮肿，肩息，脉浮大，不治。又加不利尤甚”，又在论肺病肺实壅滞重证时指出：“肺病喘不得卧，葶苈大枣泻肺汤主之”。此外，曾以咳嗽与气喘合论，如提到浊痰壅滞时，谓“咳逆上气，时时吐浊，但坐不得眠，皂荚丸主之”，提到虚火咳逆时说：“火逆上气，咽喉不利，止逆下气，麦门冬汤主之”。再如，提到“肺胀”，由于外邪内饮气壅证时说：“咳而上气，此为肺胀，其人喘，目如脱状（任按指两目外鼓，有如脱出之状），脉浮大者，越婢加半夏汤主之”，对“肺脉”外邪内饮水积证时说：“肺胀，咳而上气，烦躁而喘，

脉浮者，心下有水，小青龙加石膏汤主之”等。《金匱要略》所指出以上各条、各法、各方，亦多为何任教授诊治喘证所常采用。

④诊治喘证注意点：喘之征象，常多以呼吸困难为主证。病人主观上感到呼吸困难，或气不够用。虽属常见病，但亦应为急治中作出鉴别。呼吸困难客观上可见病人呼吸肌及副呼吸肌均参与运动，呼吸幅度或频率增加，或两者均同时增加。除以上中医分辨其证外，究其原因甚多：如肺和支气管之疾病，如大叶性肺炎，肺梗死，支气管哮喘，急性毛细支气管炎，喉或气管阻塞，急性肺不张等。胸膜疾病，为自发性气胸，胸膜炎大量积液等。心脏病，如各种原因引起的心衰，心肌炎和心肌梗死等。休克晚期呼吸中枢之障碍。酸中毒，糖尿病酮症，尿毒症。贫血，缺氧，颅压增加或呼吸中枢受损害，呼吸肌运动神经麻痹，癱病等，均有可能出现呼吸困难。这在目前我们诊治喘证时，应多作一层考虑。（何若苹编著·中国百年百名中医临床家丛书·中医名家何任·北京：中国中医药出版社，2001.17）

程门雪：老年咳喘，多从“痰饮”中的“支饮”论治。初发时先治邪实，病久要治其体虚。初发时属寒者多，应当用温开法（有热者可兼用清凉）。病久常属寒郁化热，治法上应当温清并用。

此病多发于秋冬季节，遇寒则重，故应以温开法治之，春夏季节发病者，则以寒郁化热为多，可在温化中兼用清凉的治法。小青龙汤、小青龙加石膏汤如果用得恰当，都有一定疗效。

厚朴麻黄汤治疗咳逆上气，脉浮。方中用麻黄、细辛解表定喘；厚朴、杏仁降气平喘；干姜、五味子止咳，这两味药都是主治咳逆上气的。五味子益气温敛，干姜温开，两者同用有很好的效果；半夏化痰；石膏清热；小麦和中。一方之中包括

了解表、平喘、止咳、化痰和清热等几种方法。

泽漆汤治疗咳逆，上气，脉沉，是表邪渐解，要兼顾正虚，故用紫菀、白前止咳平喘；半夏、泽漆泄化痰水；桂枝、生姜温开；黄芩清热；人参、甘草扶正补虚。一方之中也包括了扶正、祛邪、化痰、温、清等法。

以上是病情复杂、综合治疗的方剂。至于单纯偏温的，以射干麻黄汤为最好（麻黄、射干、紫菀、款冬花、细辛、五味子、半夏、干姜、大枣）。

在治疗上很少有一定不变的类型，然有初、中、末期的分别。大体上初期是重在祛邪，中期要邪正并顾，末期着重于扶正。在临床上，纯寒宜温的有，温而兼清的也有，纯热宜清者就很少（这是个人局限的体会）。至于纯宜清润的，则是肺燥肺痿，咳逆上气，少痰无痰，或者吐的是涎沫，则用麦门冬汤、清燥救肺汤。（单书健等·古今名医临证金鉴·咳喘肺胀（卷下）·北京：中国中医药出版社，1999.7）

徐嵩年：白术、车前子健脾燥湿利水，乃从“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”悟出，痰湿除则肺宣通，亦培土生金之意。处方：麻黄 9g，桂枝 9g，半夏 12g，炙甘草 9g，白芍 12g，厚朴 6g，杏仁 12g，车前子 30g（包煎），五味子 9g，生姜 3 片，大枣 9 枚。此方为小青龙汤合桂枝加厚朴杏仁汤加減组成，临床用于慢性气管炎、哮喘感邪而复发者。若喘息而伴哮鸣音者去厚朴，加细辛 4g（后下），干姜 4g，选取小青龙原方；咽痒喘咳，倚息难以平卧，寒饮化热者，再加生石膏 50g（打碎，先煎），为小青龙加石膏汤。（史宇广等·当代名医临证精华·咳喘专辑·北京：中医古籍出版社，1988.166）

四、医案精选

颜德馨——麻附细辛汤合小青龙汤治疗久喘（外感风寒，内有水饮）

高某，男，52岁，1988年3月9日初诊。

素有咳喘病史，近来因感寒复发，形寒淅淅，气急不能平卧，痰多白沫，脉细缓，舌红苔薄白，痰饮凝滞，脾肾亦亏，治宜温阳化饮。

淡附块、炙麻黄各6g，桂枝4.5g，细辛3g，干姜2.4g，白芍、半夏、五味子各9g，茯苓6g，甘草3g。7剂。

二诊：前方尚合病机，喉间痰声已无曳锯之象，脉细数，舌苔薄腻，痰饮渍肺，阳失斡旋，治守前法，同上方麻黄、附子改为9g。七剂，诸证均瘥，续以调理之品善后。

按：新感引动沉痾，法宜温阳化饮。喘证久发，多属沉痾顽疾。因有痰饮内停，难以骤化，故不能取效于一时。痰饮病者，饮邪充斥，淹蔽阳气，以致阳不外卫，无能御邪，只要稍一冒寒触风，即可引动伏饮，夹感而发。若久发不止，正气溃散，精气内伤，肾之真元损伤，根本不固，则非一般宣肺化痰之药所能胜任。且饮为阴邪，得温则化，得寒则凝，若以西医消炎观指导中医临床，投之清热解毒之品更大谬矣！《金匱要略》云“病痰饮者，当以温药和之”，并立小青龙汤散寒解表，温肺化饮，治疗支饮，实为沉痾夹感而设，此方最宜用之。然小青龙汤毕竟为宣散之剂，温阳之力尚嫌不足，凡阳气不到之处，即为饮邪停滞之所，唯有加入附子一味，温扶阳气，使邪正对峙之局突然改观，庶可克敌，其中细辛温肺化饮，亦治饮要药，麻附细辛汤合小青龙汤之所以取效，全赖细辛之克敌制胜。若症情危重，附子、细辛用量各可达9g以上，能使症情迅速缓解，半夏可以生用，加强化饮之力。在临床中，凡见咳喘，咯白色泡沫状痰，背寒冷，如掌大，舌苔白腻等，即投麻附细辛配小青龙汤加减，颇有效。若表证重者重用麻、桂；水气重者重用姜、辛、半夏；若痰郁化热，加入石膏，在散寒蠲饮同时，稍佐清泄；唯痰多者，五味子不可妄然重用，以免敛邪，此不可不慎也。（颜德馨编著·中国百年百名中医临床家

丛书·中医名家颜德馨·北京：中国中医药出版社，2001. 61)

刘渡舟——麻杏甘膏汤治喘（肺热）

张某，男，18岁，学生。

患喘证颇剧，已有五六日之久，询其病因为与同学游北海公园失足落水，经救至岸则一身衣服尽湿，乃晒衣挂于树上，时值深秋，金风送冷，因而感寒。请医诊治，曾用发汗之药，外感虽解，而变为喘息，撷肚耸肩，病情为剧。其父请中医诊治服生石膏、杏仁、鲜枇杷叶、甜葶苈子等清肺利气平喘之药不效。经人介绍，转请刘老诊治。切其脉滑数，舌苔薄黄。刘老曰：肺热作喘，用生石膏清热凉肺，本为正治之法，然不用麻黄之治喘以解肺系之急，则石膏弗所能止。乃于原方加麻黄4g，服一剂喘减，又服一剂而愈。

按：肺喘一证，从外邪论有寒、热之分；从内因而言则有虚、实之不同，所以用麻杏甘膏汤，观之似易，而用之实难也。麻杏甘膏汤的病机是肺热作喘，是肺金被热所伤，肺之合皮也，热则淖泽，迫津外渗则见汗出；邪热使肺之宣降失司则贲郁而喘；热证必见阳脉，如大、浮、数、动、滑也；舌质亦必红绛，而舌苔则必薄黄方为验也。本证汗出而不恶风，则与表证无关；而又不見烦渴则与里证无关。惟喘急一症为肺气所专司，故辨为肺热作喘无疑。本方用麻黄配石膏，又大于一倍以上，则使麻黄宣肺止喘，石膏清热凉肺而相得益彰，自无助热伤津之弊。杏仁配麻黄，则宣中有降；甘草配石膏，则清中有补，且能缓急护心。此方如不用石膏而用芩、连苦寒沉降，则反碍肺气之宣；如不用麻黄之轻宣辛开，即使石膏之清、杏仁之降，因无宣开之药而无济于事也。（单书健等·古今名医临证金鉴·咳喘肺胀（卷下）。北京：中国中医药出版社，1999. 38）

周仲瑛——苓桂术甘汤加味治疗久喘（脾肾阳虚，痰饮上干）

陈某，男，43岁。咳喘已历33年，每逢冬春则作，近五

六年无问寒暑，此次因症情加重，而于2月11日入院。患者面色晦滞，唇色紫绀，呼吸气短息粗，需高枕而卧，动则喘剧，咳痰量多、色黄质粘，混有白色泡沫，足跗微肿，饮食少进，便溏日3行，舌质紫黯，苔中部白腻，脉沉细数，不耐重按。西医诊断：慢性气管炎急性发作，高度肺气肿，肺源性心脏病，肺结核。

辨证施治：脾肾阳虚，痰饮上干，肺气不降。拟温肺脾，纳肾气，化痰饮，苓桂术甘汤、二陈汤、苏子降气汤复方图治。

药用炙桂枝3g，炒白术10g，茯苓10g，炙甘草2g，杏仁10g，法半夏10g，陈皮6g，炒苏子10g，炙白前6g，炒党参10g，海浮石12g，姜汁5滴。另用制半夏1g，川贝1g，坎炆1g，沉香0.6g，研粉顿服，每日3次。

服药4天，喘咳轻而痰量减，入夜咳喘尚作，动则甚，痰稀白多泡，脘腹胀，大便溏，脉沉细弱，舌苔滑。上方去苏子、白前、杏仁、海浮石、姜汁，加干姜3g，药后腹胀能减，次日再入肾气丸12g（包煎）以温肾化饮，服2日后咳喘平，再加补骨脂、胡桃肉各10g继续巩固，症情平稳，于3月17日出院。

按：咳喘多年，正虚可知，故遇劳感寒即发。外邪与痰浊相搏，壅阻肺气，则咳嗽痰多，气短息粗；病久延及脾肾，脾阳不振，失于健运则饮食少进，大便溏薄；肾阳虚亏，肾不纳气，则吸气困难，动则喘甚；肾失蒸化，水气内停，则足跗肿。综合病机，乃肺脾肾同病，本虚标实。故拟标本兼顾，取苓桂术甘温脾化饮；法半夏、陈皮、川贝、苏子、白前、杏仁、海浮石等止咳化痰；沉香纳气定喘；继加肾气丸、补骨脂、胡桃肉等，温补肾阳以治本，症情得获稳定。（单书健等·古今名医临证金鉴·咳喘肺胀（卷上）·北京·中国中医药出版社，1999.308）

第三节 发 热

一、概 述

发热，是体温高于正常，以手扪之，身体有热。《伤寒明理论·卷一·发热》：“发热者，谓怫怫然发于皮肤之间，焮焮然散而成热者是也。与潮热、寒热若同而异，与烦躁相类而非。烦躁者在内者也；潮热之热，有时而热，不失其时；寒热之热，寒已而热，相继而发。至于发热，则无时而发也。有谓翕翕发热者，有谓蒸蒸发热者，此则轻重不同，表里之区别尔”。仲景所论发热，有“身热”、“烦热”、“微热”、“时发热”等不同称谓。

在呼吸系统疾病中，发热这一症状常为感冒、流行性感冒、各种病原体所致的肺炎、肺脓肿等感染性疾病的主要临床表现，或者是首发症状。掌握发热的经方治疗具有重要的临床价值。

最常见的发热有：太阳中风发热；太阳伤寒发热；太阳伤寒兼里热内郁发热；阳明胃热弥漫发热；阳明里实发热；少阳邪郁发热。

二、辨证治疗

（一）太阳中风发热

主症：发热，头痛，汗出，恶风，口不渴，舌苔薄白，脉浮缓。

治法：调和营卫，解肌发表。

方剂：桂枝汤。

桂枝 9g，芍药 9g，炙甘草 6g，生姜 9g，大枣 12 枚。

加减：兼项背强痛者，加葛根以生津舒经；兼咳嗽者，加

杏仁以宣畅肺气。

(二) 太阳伤寒发热

主症：发热，头痛，身痛腰痛，骨节疼痛，恶风，无汗，鼻塞流涕，口不渴，舌苔薄白，脉浮。

治法：发汗解表。

方剂：麻黄汤。

麻黄 9g，桂枝 6g，杏仁 9g，炙甘草 3g。

加减：症见鼻塞流涕者，可加辛夷、白芷以宣肺通窍；兼项背强痛者，用葛根汤发汗解表，疏通经脉。

(三) 太阳伤寒兼里热内郁发热

主症：发热，恶寒，身疼痛，不汗出，烦躁，舌苔白或苔黄，脉浮紧。

治法：外散风寒，内清郁热。

方剂：大青龙汤。

麻黄 15g，桂枝 6g，甘草（炙）6g，杏仁 7g，生姜 9g，大枣 10 枚，石膏 60g。

加减：兼有咳嗽者，加桔梗、紫菀以宣肺化痰；兼项背强痛者，加葛根以生津舒经。

(四) 阳明胃热弥漫发热

主症：发热，汗出，口渴，欲饮水，不恶寒，反恶热，腹满身重，难以转侧，口不仁面垢，谵语遗尿。舌苔黄，脉滑数。

治法：辛寒清热。

方剂：白虎汤。

知母 15g，石膏 60g，甘草 6g，粳米 20g。

加减：兼有咳嗽者，加桔梗、紫菀以宣肺化痰；若咳嗽，咯黄痰者，加双花、连翘、鱼腥草、芦根以清热解毒。

(五) 阳明里实发热

主症：蒸蒸发热，或潮热，手足濇然汗出，心烦，谵语，

大便硬，腹胀满，舌红苔黄燥，脉滑数。

治法：峻下热实，荡涤燥结。

方药：大承气汤。

大黄 12g，厚朴 15g，枳实 9g，芒硝 9g。

加减：可酌加清热解毒药，如双花、连翘、鱼腥草、金荞麦、公英等以清热解毒。

（六）少阳邪郁发热

主症：寒热往来，胸胁苦满，心烦喜呕，食欲不振，口苦咽干，头晕目眩，舌苔白或微黄，脉弦细。

治法：和解少阳。

方剂：小柴胡汤

柴胡 18g，黄芩 9g，生姜 9g，半夏 9g，党参 9g，炙甘草 9g，大枣 12 枚。

加减：若头痛者，加菊花、蔓荆子、川芎以疏风散邪、活血止痛；项背强痛者，加葛根以升津舒经；咽痛者，加牛蒡子、元参、板蓝根疏风散邪、解毒利咽；咳嗽者，加桔梗、杏仁以宣肺止咳。

三、名 医 经 验

叶橘泉：治疗太阳伤寒兼里热内郁发热，运用大青龙汤颇有经验。他认为：本方主症为发热，恶寒，无汗，身疼痛，脉浮紧，口干烦躁，以表实、里热、有水气为目标。辨病范围有感冒，流行性感冒，急性支气管炎，肺炎，麻疹及其他急性热病之初期，头痛，关节痛，发热烦躁者。叶先生，治疗一男性李某，37 岁，初因感冒咳嗽，后成支气管肺炎，气急咳嗽，胸痛，痰中带血，热盛，夜间谵语。诊得，脉弦紧，高热无汗，咳嗽气急，咳痰含有铁锈色，胸胁痛，两颧绯红，烦躁，径予大青龙汤加鲜竹沥半杯，是夜大汗淋漓，竟成分利而解，诸症悉减，病家惊为神奇。中医中药有如此功效，叶先生思

之，肺炎固有“分利解热”之转归，但此项转归的生理机转，现代医学上未说明其原理，本方是否有促进“分利解热”之作用，有待于日后中西医结合的努力。相信不久，对于促进生理机转反应的中医药疗法，当有大白之日。

对于阳明胃热弥漫发热的白虎汤证更有心得。他认为其辨证要点是：主要证候为阳证、表证、肌肉之间的热证，发热，汗出烦渴，或烦躁。患者身热恶寒，烦热，脉浮滑数或大，自觉身体灼热感，舌干舌燥，烦渴，自汗，有体液枯燥的证候，小便不多，腹不实，舌白苔而干者。其辨病范围：伤寒，副伤寒，流感，麻疹，发疹性传染病等疾患的高热，口渴，烦躁，或伴昏谵等脑症状。中暑，尿毒症之高热口渴，烦躁症。哮喘夏季发作，烦躁，遗尿，夜尿，口渴，脉大，齿痛，口中干燥。眼疾患，充血发热，头痛，烦渴。精神病，眼中如火，发狂，大声妄语，放歌高笑，狂走，通夜不眠，大渴引饮等。皮肤湿疹，剧烈瘙痒，红痕，流出汁液，不得安眠等。叶先生，治疗一男性，17岁中学生。1940年夏，发热 $39^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，持续3~4日不解，头疼，身体酸疼，有时汗出而略降，但旋即形寒发热，似疟非疟。血液检查疟原虫阴性，白血球数稍增高，口渴脉浮数，以白虎汤加桂枝汤3剂而愈。（马永华等编著·中国百年百名中医临床家丛书·中医名家叶橘泉·北京：中国中医药出版社，2001.97~98）

张琪：张琪教授在长期临床实践中，基于对发热病因病机特点的认识，运用辨证论治的方法，取得了很好的疗效。现将与呼吸病有关的几种方法介绍如下。

①解表法：本法适用于外感高热初起阶段，证见发热，肢体疼痛，苔白脉浮者。故解表者，多用辛凉之银翘散，加用桂枝、白芍以解肌和营血。又因临床所见发热，纯表证者少，故解表法也多和他法结合运用。如太阳表邪不解，外邪入里化热而致太阳、少阳二阳合病，或太阳、少阳、阳明三阳合病。因

此，张老常将解表法与透邪法、清热法结合，药用银花、连翘、桂枝、芍药、柴胡、黄芩、生石膏、甘草等，共奏疏达解表，内清邪热之功。

②清热法：本法适用于外邪已入里化热，邪热内炽，证见高热不退，口渴溲赤，脉洪数者。张老多用白虎汤加减来清解阳明气分之大热，方中重用生石膏，每剂少则 50g，多则可用至 200g。但是，这类热病由于邪热内炽，必然耗气伤津，因此多兼见有气虚津亏之象。所以临床应用以生石膏为主的清热法时，要根据具体情况酌情配合益气法、养阴法。尤其应根据“壮火食气”之理，重视清热之时伍以益气。因气能化阴，益气又可生津，故可一箭双雕，所以张老在重用生石膏清解大热之时，常常并用人参或党参。此外，热炽阳明又有与少阳合病者。此时因少阳枢机不利，若单用清热法，则热既不可外透，也不易内清，故又宜与和解少阳之法并用，以使少阳转枢，气机通利，生石膏外达内清之功方显。

③泻热法：本法适用于邪热入里，热结成实，证见高热神昏，腹满便秘或热结旁流，舌苔黄燥，脉沉实者。张老多用承气汤泻热攻结，急下存阴。《伤寒论》之三承气汤，均为寒下泻热之剂。三方力量虽有轻重之别，但方中皆用大黄，可见大黄为本法之主药。正如吴又可《瘟疫论》所言：“三承气功效俱在大黄，余皆治标之品也。”本证的本质是邪热内结而致燥屎，并非燥屎而致邪热，故治疗重点在于荡涤邪热，并非一般润燥通便剂之所能为。本证多为高热重危之候，因邪热伤阴动液之故，并见阴伤津亏之象。此时若不峻下邪热，则阴液不能复，故急下即可存阴，正如釜底抽薪胜于扬汤止沸。张老在应用泻热法退热时，不仅师仲景三承气之法，还继承了温病学派的经验，根据病机之变化，灵活运用宣白承气、牛黄承气、增液承气、导赤承气、护胃承气等法。

本法在临床上运用的适应证不难辨识，但对高热神昏兼见

腹泻者，则需认真鉴别是否为“热结旁流”。只要认准是证，便可力排众议，不失时机的大胆攻泻，以救其危。如张老早年曾治一肠伤寒患者，高热神昏十余日，虽腹泻多次，但泻下污水奇臭难闻，腹硬拒按，舌苔黄燥，脉沉实，辨证为阳明腑实，热结旁流，断然投以大承气“通因通用”，药后燥屎下，热退神清。再如张老曾救治脑出血病人，高热神昏，大便秘结，腹满拒按等，均以承气汤类以荡涤邪热，使病人转危为安。

④解毒法：本法适用于热邪炽盛，化火成毒，证见高热不退，面目红赤，斑疹肿痛，舌红脉数者。本证临床多见于某些急性感染性疾病。张老临床常使用苦寒之剂以清热解毒，如黄连解毒汤之类，但张老在临床单用苦寒解毒清热时不多。张老认为，发热由外邪所致者，治疗时应使邪有出路，切忌过用苦寒而使其遏伏于内；况且味苦性燥而伤阴，性寒属阴而伤阳，过用之则易伤脾胃后天之本，以致邪未祛而正先损。故本法多配合其他退热法用之。为避免苦寒之弊，张老在临床除慎用苦寒清热解毒外，更喜欢使用公英、双花、连翘、白花蛇舌草、板蓝根、大青叶等性平解毒之品。

⑤透邪法：本法适用于邪伏于内，不得透达，证见久热不退，汗出不彻，肢体酸楚，苔白脉弦者。此因邪伏少阳，枢机不利，失于疏达，邪热不得宣透之故。张老临床对本证常用《伤寒论》柴胡桂枝汤加减化裁。本方由柴胡、桂枝、黄芩、人参、甘草、半夏、芍药、大枣、生姜等9味药组成。实际上是小柴胡汤与桂枝汤之合方。方中以小柴胡和解少阳，转利枢机，使气分透达，内伏之邪可得宣泄；桂枝汤则调和营卫，解肌祛邪，使内伏之邪借柴胡疏达之力而外透。柴桂合用，进一步加强了柴胡疏解透邪之作用。张老临床常用生石膏，此既可佐制柴桂之温燥，又可奏内清外解之效，尤其见热盛苔黄者，更宜重用。

邪伏少阳，常见外邪入里但表未解，或邪热弥漫气分而少阳阻滞者，因此多为合病、并病。故本法临床运用，常根据具体病情配合解表、清热等法。若夹有痰浊者，则又应与化浊法相互结合运用。由此可见，本法是治疗外邪所致发热最常用的有效方法，是张老多年积累的宝贵经验。（张佩青等编著·中国百年百名中医临床家丛书·中医名家张琪·北京：中国中医药出版社，2001.239）

四、医案精选

胡希恕——大承气汤治疗发热（肺炎）

岳某，男，67岁，病案号：122745。

初诊1965年7月3日：恶寒发热五天，伴头痛、咳嗽、吐黄痰，体温39.5℃。曾服桑菊饮加减（桑叶、菊花、连翘、薄荷、杏仁、桔梗、荆芥、芦根、前胡、枇杷叶等）二剂，热不退。经X线检查，诊断为左肺上叶肺炎。又用银翘散加减二剂，汗出而热仍不退。又与麻杏石甘汤加减一剂，汗大出而热更高，体温41.1℃。请胡老会诊时症见：汗出，烦躁不宁，时有谵语，咳嗽吐黄痰，腹胀，大便五日未行。舌红苔黄腻，脉弦滑数。胡老认为证属阳明里实证，为大承气汤方证，药用：大黄四钱（后下），厚朴六钱，枳实四钱，芒硝五钱（分冲）。

结果：上药服一剂，大便通四次，热退身凉。余咳嗽吐黄痰，继与小柴胡加杏仁、桔梗、生石膏、陈皮，服三剂而愈。（冯世纶编著·中国百年百名中医临床家丛书·中医名家胡希恕·北京：中国中医药出版社，2001.97~98）

按：胡老以善用经方治大病起沉疴而闻名于医林。从本案可以看出：患者诊断为肺炎后，医者用麻杏石甘汤，此为治疗肺炎的常法，但服药后不效，汗大出而热更高，体温达41.1℃。说明，前医辨证欠详，只抓住发热、咳黄痰，而忽视了汗出，烦躁不宁，时有谵语，腹胀，大便五日未行这几个阳

明腑实证关键的症状。而胡老正是以此为依据，辨为大承气汤证，以峻下热实，荡涤燥结而收工。由此可见，临证时问诊要全面，对于每一个症状的出现，都要究其所以言，当然这需要深厚的经典理论功底。（笔者按）

余无言——麻黄汤、大青龙汤治疗发热（夏令伤寒发热）

例1：秦某，女，41岁。于1942年6月下旬求诊。自诉日前看电影，为影院冷气所逼，归途复受风寒。其症始觉身微凉，继则恶寒甚，4小时后，憎寒壮热，头项强痛，体疼骨楚，周身无汗，脉浮而紧，微有恶心及上气。此为太阳伤寒，乃处以麻黄汤加葛根、藿香方。

生麻黄9g，川桂枝9g，广藿香9g，杏仁12g，粉葛根12g，炙甘草6g。令其依法服用。配方后，患者之邻有稍知药性者谓：“六月不可服麻黄，即使服之亦只能三分之一，请勿孟浪。”秦从其言，服后微汗，旋又复热而无汗。次日复诊，先父颇讶之。再三质询，乃以实告，遂谢以不敏。其后，患者延他医治之无效。至第三日，仍挽先父往治，并深致歉意。观其证虽未变，而较有烦躁意。因将原方去藿香，加生石膏15g。药后，一剂而汗出，热退，神安。后为之清理余邪，微和其大便，诸证悉痊。

例2：邓某，男，20余岁。身体素壮，值7月间酷暑难当，晚间当门而风纳凉，午夜梦酣，渐转凉爽。至夜半2时左右，觉寒而醒，入室就寝。而后寒热大作，头痛骨疼，壮热41℃，无汗，渐至烦躁不安，目赤口干，气促而喘。先父鉴于患者夏月伤寒，有速化烦躁之见证，以大青龙汤去大枣，加竹叶治之。

生麻黄12g，川桂枝12g，杏仁泥12g，生石膏120g，生姜9g，炙甘草各9g，竹叶15g。

煎服后不久，烦躁更甚，一家惶恐，强自镇静，不到半小时而汗微出，愈出愈畅，内衣尽湿，被里受溼亦湿。汗出汗

止，前后共约1小时40分钟，高热退，诸证爽然若失。后处以清余邪兼以通便之方而愈。

据先父临证经验，伤寒以麻黄汤证居多，小青龙汤证次之，而大青龙汤证则较少。他认为立方遣药总的原则应不避季令寒温，“有是病，用是药”。此两案均发于盛暑，前案为麻黄汤证，以其热甚兼有恶心等症，故加葛根、藿香。后案以其伤寒兼里热烦躁，属大青龙汤证。此方用桂枝、麻黄各12g，石膏120g……。疏方后，药肆不敢照配，先父于方笺上增写“此方由本医师完全负责，与药店无涉”，始予配剂。此数药用量（以患者质壮，病势重），显示先父运用经方的胆识过人之处。（单书健等·古今名医临证金鉴·外感热病（卷上）·北京：中国中医药出版社，1999.293）

姚贞白——白通汤化裁治疗发热（伤寒误治邪陷少阴）

杨某，女，13岁，住昆明市青龙巷。1946年4月诊：

初诊：患者烧热月余不退，曾服双解散、小柴胡汤、银翘散、加味白虎汤等方药，病热愈趋严重。家属惶恐，深夜冒雨前来约余往诊。

症见神识昏蒙，唇干齿焦，腹泻，下利清谷，小便短少。干呕，肢冷，自汗。舌质淡苔黑润，脉象沉细而数。乃伤寒失于汗下，由表传里，邪陷少阴，证现表热里寒，真阳欲绝之象。急为拟下方救治。

川附片60g，（开水先煨透）川干姜12g，大葱白2个，法半夏9g，砂仁9g，肉桂3g（开水冲兑），甘草3g。

二诊：上方服后，神识较清，发热渐退，手足转温，仍肠鸣，下利清谷，小便稍长。时作干呕，自汗。脉沉细，舌黑苔减退，此阳回寒散之兆。续用下方：

川附片45g（开水先煨透），干姜12g，白茯苓12g，肉桂3g（开水冲兑），砂仁6g，甘草3g，烧鸡金6g，大葱白2个。

三诊：上方服2剂，烧热全退，汗出厥回，神识清楚。干

呕、下利已止，思饮食。舌转粉润，脉和缓无力。此少阴寒邪散后，阳气已回，脾胃虚弱。再拟下方调理：

米炒党参 15g，焦白术 12g，砂仁 6g，川附片 30g（开水先煨透），肉桂 3g，广陈皮 6g，炙甘草 6g，烧生姜 2 片，大枣 3 枚。

按：伤寒误治，失其汗下之机，反以凉遏，无异雪上加霜。乃见邪陷少阴，表热里寒之危候。本例执仲景法，投白通化裁，拨霾回阳，反掌收效。（单书健等·古今名医临证金鉴·外感热病（卷上）·北京：中国中医药出版社，1999.303）

戴丽三——桂枝汤与白虎汤合方化裁治疗发热（太阳阳明合病）

戴某，女，27 岁，壮热不恶寒，身痛项强、烦渴引饮，已十余日。脉洪大，舌质红，苔厚腻。前医曾用小柴胡汤未解。症属湿热羁留于太阳、阳明二经，应开太阳气机，清泻阳明，使邪从外解。方用《伤寒论》桂枝汤与白虎汤合方化裁。处方：

桂枝 9g，葛根 12g，生石膏 15g，炒知母 6g，粳米 9g，甘草 6g，烧生姜 3 片，大枣 3 个。

白虎汤能清金保肺，峻泻阳明独盛之热。桂枝去芍药汤解肌表之邪，使之从太阳而解。葛根为阳明经药，具解表、退热、解毒诸作用，配桂枝发汗解肌，引邪外出。

服 1 剂，热稍退，余症如前，又增胸闷，干呕，口苦，自汗，大便不通。此阳邪陷里，当用表里双解法。改用《伤寒论》大柴胡汤。处方：

炒柴胡 9g，法半夏 9g，炒黄芩 6g，炒枳实 6g，炒杭芍 6g，大黄 6g，烧生姜 3 片，大枣 3 个。

此表里两解，攻内解外之方，仲景用治“伤寒发热，汗出不解，热结在里，表里俱病”之证候。

服1剂，便通烦定，胸闷、口苦解除。但热未全退，周身关节疼痛，舌苔仍腻。可知因湿邪太盛，阻滞太阳经络所致。当以除湿透络为主，方用《金匱要略》麻黄加术汤合麻杏苡甘汤。处方：

麻黄 6g，杏仁 9g，桂枝 9g，白术 15g，苡仁 15g，甘草 6g。

方中，麻黄发汗，桂枝解肌，杏仁利肺气，甘草和中。因其湿盛，故用白术燥湿，苡仁渗湿。

服1剂，身痛全消，热退身凉。继以甘露饮（生地、熟地、天冬、麦冬、茵陈、黄芩、枇杷叶、石斛、甘草）调理而愈。

按：足太阳循身之表，为一身之藩篱，乃机体最外一层，风、寒、暑、湿、燥、火六淫之邪，多由太阳侵入。故本证治疗，自始至终，均以解散表邪为主，使邪从外解，庶免深入为患。至于具体的立方用药，则视病情而定。如初时用白虎合桂枝汤，湿热用桂枝等品，此亦说明在辛凉清气解肌方中，适当佐以必要之辛温药物，似更能加强全方之作用。（单书健等·古今名医临证金鉴·外感热病（卷下）·北京：中国中医药出版社，1999.46）



第二章 急性上呼吸道感染

一、概 述

急性上呼吸道感染是鼻腔、咽或咽喉部急性炎症的总称，即通常所说的感冒、流行性感。当机体在受凉、淋雨、过度疲劳时，导致全身及呼吸道局部防御功能降低易发病。四季均可发病，但常见于寒冷季节，或气候突变如初春或秋冬之交。本病可在任何年龄发生，体虚弱者或患呼吸道基础疾病者更易在上述因素下诱发，具有传染性，主要通过飞沫传染，少数由手接触传染。部分患者若未经调理或药物治疗，可进一步影响下呼吸道和肺部，特别是老年或免疫状态欠佳者。临床表现包括全身症状和呼吸道症状：全身症状有恶寒、发热、乏力、肌肉酸痛等；呼吸道局部症状有鼻塞、流涕、咽痒、咽痛、声嘶、咳嗽、咳痰等。

中医学认为，感冒是因风邪侵袭人体而引起的疾病。临床上以头痛、鼻塞、流涕、喷嚏、恶寒、发热、脉浮等为主症。一般病程三至七天，在整个病程中很少传变。感冒亦称伤风、冒风。如果病情较重，并在一个时期内广泛流行，证候多相类似者，称作时行感冒。

二、诊 断

(一) 临床表现

普通感冒：早期出现咽干、喷嚏，继之鼻塞、流涕、恶寒、发热，全身酸痛、头痛、乏力、食欲不振、便秘或腹泻。当疾病延伸到喉、气管、支气管时，可出现声音嘶哑、咳嗽伴黏液痰。

流行性感冒：起病急骤，并迅速蔓延。有高热、头痛、疲乏、肌肉酸痛和上呼吸道症状如喷嚏、流涕、干咳、咽痛等。如伴发继发感染，患者咳黄脓痰、铁锈色痰，有时有胸痛等。严重者可出现高热不退、神志模糊和休克。

(二) 实验室检查

周围血象：白细胞计数减少，淋巴细胞相对增加。伴细菌感染时白细胞计数及中性粒细胞计数增加。

三、辨证治疗

(一) 风寒表实证

主症：恶寒重，头痛，全身关节肌肉疼痛，口不渴，无汗，或兼有咳嗽、鼻塞，流清涕。舌苔薄白，脉浮紧。

治法：辛温解表。

方剂：麻黄汤。

麻黄 9g，杏仁 9g，桂枝 9g，甘草 6g。

加减：若兼有咳嗽者，加桔梗、前胡以宣肺止咳；鼻塞，流清涕者，加苍耳子以宣肺通窍。

(二) 风寒表虚证

主症：发热，汗出，恶风，头痛，全身酸痛，鼻塞，或干呕，口不干，舌苔薄白，脉浮缓。

治法：调和营卫。

方剂：桂枝汤。

桂枝 10g, 白芍 10g, 生姜 10g, 炙甘草 6g, 大枣 7 枚。

加减: 咳嗽者, 加杏仁、紫菀以宣肺止咳。

(三) 表寒里热证

主症: 恶寒, 发热, 身痛重, 无汗, 口干, 或兼有咳嗽, 舌苔黄, 脉浮数。

治法: 解表清里。

方剂: 越婢桂枝汤。

麻黄 9g, 桂枝 9g, 杏仁 9g, 白芍 9g, 生石膏 15g, 生姜 9g, 大枣 7 枚, 甘草 6g。

加减: 也可用桂枝加石膏汤。若咳嗽者, 加桔梗以宣肺止咳。

(四) 表寒闭郁, 内有郁热证

主症: 高热, 寒战, 口渴, 烦躁, 身痛, 或兼有咳嗽, 脉浮紧。

治法: 外散风寒, 内清里热。

方剂: 大青龙汤。

麻黄 18g, 桂枝 9g, 杏仁 9g, 甘草 9g, 生石膏 15g, 生姜 9g, 大枣 7 枚。

加减: 伴有咳嗽者, 加桔梗以宣肺止咳; 里热烦躁甚者, 酌情增加生石膏的用量。

(五) 表寒闭郁, 肺热炽盛证

主症: 恶寒, 发热, 咳嗽, 咯吐黄稠痰, 难以咯出, 喘息, 口干, 脉浮数。

治法: 解表, 清热, 宣肺。

方剂: 麻杏石甘汤。

麻黄 9g, 生石膏 30g, 甘草 9g, 杏仁 12g。

加减: 可加, 双花、连翘、鱼腥草、芦根以清热解毒; 咯吐黄稠痰, 难以咯出, 加川贝母、瓜蒌以清化热痰。

(六) 邪入少阳证

主症：寒热往来，胸胁苦满，心烦喜呕，食欲不振，口苦咽干，或兼有咳嗽，舌苔白或微黄，脉弦。

治法：和解少阳。

方剂：小柴胡汤。

柴胡 18g，黄芩 9g，生姜 9g，半夏 9g，党参 9g，炙甘草 9g，大枣 12 枚。

加减：兼头痛、肢体酸疼、汗出，即半表半里兼风寒表虚证，宜和解少阳、调卫解肌，用柴胡桂枝汤；兼口干舌燥、大便秘结，即半表半里兼内热实证，宜外和内清、表里双解，用大柴胡汤。

四、名 医 经 验

胡希恕：感冒本属外感病，论治亦当用六经。感冒又称伤风，相当于西医的上呼吸道感染（鼻、咽、喉、扁桃体炎症）。感冒之名何时形成尚无确论，一般教科书说始于北宋，系指杨士瀛《仁斋直指方·诸风》引《和剂局方》之参苏饮：“治感冒风邪，发热头痛，咳嗽声重，涕唾稍粘”，这里的感冒二字尚属动词。元代《丹溪心法·中寒附录》：“凡证与伤寒相类者极多……初有感冒等轻症，不可便认作伤寒妄治。”这里正式提到感冒的名词。值得注意的是，朱丹溪这里所说的伤寒，系指《伤寒论》第 3 条：“太阳病，或已发热，或未发热，必恶寒、体痛、呕逆、脉阴阳俱紧者，名为伤寒。”其意是说感冒有轻有重，有可能是中风，有可能是伤寒，有可能是温病，不能都作伤寒看待。明代龚廷贤《万病回春》提出把感冒分为风寒、风热两证型为主，后世多有宗此者。明代张景岳《景岳全书·伤风》：“伤风之病，本由外感，但邪甚而深者，遍传经络，即为伤寒；邪轻而浅者，只犯皮毛，即为伤风。”他这里说的伤风，强调了病情轻，比伤寒轻。这段话给后人以误解，以至提出“感冒不同于伤寒”的论调。历代各家对感冒不同认

识的产生，一是用病因、感邪的性质来推理、分证型。一是用八纲来分证型。当然更受临床经验的影响，而临床经验丰富者，多认为感冒是外感病之属，有的症状就属伤寒，一些人提出“感冒不同于伤寒”含糊不清的概念，是不科学的。实际早在宋代就用六经辨证论治伤风。如陈无择将伤风列为专题论述，他在《三因极一病证方论·叙伤风论》中，以六经辨证治疗伤风，如太阳伤风用桂枝汤，阳明伤风用杏子汤，少阳伤风用柴胡加桂枝汤，太阴伤风用桂枝加芍药汤，少阴伤风用桂附汤，厥阴伤风用八珍汤。也说明感冒、伤风临床症状可出现六经症状，不仅只现表证、太阳病。现代西医认为感冒是上呼吸道感染，所述临床表现也多有伤寒之属及六经各证。因此用六经辨证理论才能正确指导治疗感冒。在具体的临证治疗中以病案举例的形式提出了：感冒在表变匆匆，审证勿疏有合病；感冒并非皆表证，治疗当忌都发汗；表证阴证阳证分，论治温补发汗殊。这对于正确的、灵活的使用经方治疗感冒，具有重要的临床指导意义。

①感冒在表变匆匆，审证勿疏有合病。

例 1：陈某，男，24 岁，病案号 97771。

初诊日期 1965 年 10 月 9 日：昨天打篮球后用凉水洗澡，今早感恶寒身热（ $T38.6^{\circ}\text{C}$ ）、无汗、头痛、身酸痛、口不渴、舌苔薄白，脉浮紧。此属太阳表实证，治以发汗解表，与麻黄汤。

麻黄三钱，桂枝二钱，炙甘草二钱，杏仁三钱。

结果：上药急煎即服，并加盖棉被得微汗出，热渐退，未再服药，调养两天自愈。

例 2：刘某，女，28 岁，病案号 12517。

初诊日期 1965 年 8 月 30 日：昨日受凉后，出现鼻流清涕、喷嚏、头痛、头晕、微恶风寒，咽痒，舌苔薄白浮黄，脉细数。证属太阳阳明合病，与桑菊饮加石膏。

芦根五钱，桑叶三钱，菊花三钱，连翘三钱，薄荷二钱，杏仁二钱，炙甘草二钱，生石膏一两半。

结果：上药服二剂，症已。

按：胡老常用经方，但遇感冒、咳嗽初起，阳明里热轻者（温病学派辨证多为风温表证时），常用桑菊饮加减，疗效亦颇佳。实不失六经辨证和辨方证之旨，又善学时方之意。

例 3：张某，男，44 岁，病案号 96718。

初诊日期 1965 年 3 月 25 日：自昨日来，恶寒，无汗，项背强，头痛，腿痛，口唇干，舌苔薄白，脉浮紧。证属太阳阳明合病，与葛根汤加石膏。

葛根三钱，桂枝三钱，麻黄三钱，白芍三钱，生姜三钱，大枣四枚，炙甘草二钱，生石膏一两。

结果：上药服一剂，感冒证解。

按：以上三例，例 1 为单纯表实证，故用麻黄汤发汗得解。后两例，虽发病仅一天却都合并阳明里证，故治疗不能仅用汗法，必同时兼清阳明里热，因治疗得法，故很快皆愈。这里值得注意的是，同样是太阳阳明合病，例 2 用了桑菊饮加石膏，例 3 用了葛根汤加石膏，还有临床常见一发病即呈大青龙汤、麻杏石甘汤方证，这是因为临床所表现的方证不同，必须应用不同的适应方药治疗之故。这也就是胡老所强调的：临床辨证论治，不但要辨六经，更重要的是辨方证。

这里也可看出，感冒与其他外感病一样，证在表时变化多端而快。感冒所呈现的表证是很短暂的，很快出现合病、并病，有的一发病就可能是合病，如例 2、例 3。因此一些教科书称感冒无传变是不符合临床实际的。

②感冒并非皆表证，治疗当忌都发汗。

例 4：唐某，男，35 岁，病案号 37867。

初诊日期 1965 年 4 月 24 日：感冒三天，咽痛，口干，恶心，不欲食，头痛、头晕，咳则右上胸疼，舌苔白，脉弦细稍

数。证属少阳阳明合病，为小柴胡加石膏桔梗汤方证。

柴胡四钱，半夏三钱，黄芩三钱，党参三钱，生姜三钱，大枣四枚，炙甘草二钱，苦桔梗三钱，生石膏一两半。

结果：二药服三剂，口干、咽痛已，咳嗽亦不明显，但感恶心、腰痛，下肢凉，上方去苦桔梗，加桂枝、赤芍各三钱，生龙骨、牡蛎各五钱，服三剂诸证已。

按：此患者以咽炎为主的上感，是临床多见的感冒，因多数初起不来诊，故来诊时表证已不明显，而呈半表半里少阳证或少阳与阳明合病，故胡老常以小柴胡汤加减治疗。小儿患者感冒更多呈现此方证。此时如用汗法解表，徒伤人体津液、正气，使感冒迁延不愈、加重，感冒后自服许多药，或治疗不当而长期不愈者屡见不鲜。这就告诫后人，感冒虽小病，治疗也要辨证论治。一见感冒就解表，是非常错误的。

例 5：张某，女，27 岁，病案号 125。

初诊日期 1965 年 9 月 24 日：一月来感冒，头晕、咽痛、咽痒、鼻塞、流涕等反复出现，前医曾诊为“秋燥”、风热束肺，用薄荷喉片、六神丸、桑菊饮、银翘散等，症状不减却越来越重，因而找胡老会诊。近症：头晕，头痛，背痛，恶寒，咽痒而咳，咳痰困难，晚上尤甚，口苦咽干，舌苔薄白，脉弦细数。胡老辨证为三阳合病，为柴胡桂枝汤合半夏厚朴汤加石膏方证。

柴胡四钱，党参三钱，半夏四钱，黄芩三钱，桂枝三钱，白芍三钱，厚朴三钱，苏子二钱，苏叶二钱，生姜三钱，大枣四枚，茯苓三钱，炙甘草二钱，生石膏一两半。

结果：上药服三剂，头晕、头痛、口苦解，背痛、咳嗽减未已，仍微恶寒，脉已不数，与桂苓五味姜辛夏杏甘草汤，服六剂症已。

按：此患者初起为鼻炎、咽炎，西医诊断为上呼吸道感染，中医贯称感冒、伤风。前医称为“秋燥”，而用清凉解表

久不效，是因辨证不正确，方药不对证。转至胡老会诊时，呈三阳合病夹饮，故以柴胡桂枝汤加石膏和解三阳，并加半夏厚朴汤化饮降逆，使三阳证很快解。后以桂苓五味姜辛夏甘草汤化痰降逆，遂使病愈。可见感冒、伤风并非只现表证，如不仔细辨证，凡见感冒悉用辛凉或辛温发汗解表，徒伤津液，伤人体正气，使病情迁延、加重，惟有以六经辨证，辨清方证，才能做到药到病除。

③表证阴证阳证分，论治温补发汗殊。

例 6：贺某，男，8 岁，病案号 79322。

初诊日期 1965 年 10 月 23 日：感冒发热一周，每日上午 11 点半出现发热（ $T\ 38^{\circ}\text{C}$ 左右），汗出，至夜 12 点后烧自退，饮食精神均好，大便隔一二日一行，他无不适，舌苔白润，脉虚数。证属太阳表阳证，为营卫失和之桂枝汤方证，与桂枝汤：

桂枝三钱，白芍三钱，生姜三钱，大枣四枚，炙甘草二钱。

结果：上药服二剂，上午已无发热，下午 1 点后尚有低热（ $T37.2^{\circ}\text{C}\sim 37.5^{\circ}\text{C}$ ）。舌苔薄黄，脉尚稍数，与桂枝汤合小柴胡汤加生石膏三剂，诸证解。

按：本例为小儿，因自我感觉及表述能力差，故症状表现不多，但抓住为太阳表证与桂枝汤调和营卫则解。

例 7：许某，男，47 岁，病案号 3752。

初诊日期 1978 年 5 月 4 日：感冒 2 天，右头痛，自觉无精神，两手逆冷，无汗恶寒，口中和，不思饮，舌质淡，舌苔薄白，脉沉细，咽红滤泡增生多。此属虚寒表证，治以温阳解表，与麻黄附子甘草加川芎汤：

麻黄三钱，制附子三钱，炙甘草二钱，川芎三钱。

结果：上药服一煎，微汗出，头痛解，未再服药，调养两日，精神如常。

按：何廉臣的《重订全国名医类案》中就载有少阴感冒，认识到因体质的不同感冒出现的症状则不同，也即感冒与其他外感病一样表现为太阳病和少阴病。体质强壮者呈太阳病用发汗解表治疗，因太阳病又分表实（如例1无汗）、表虚（自汗恶风），发汗法又有所不同，例6即太阳表虚证，用桂枝汤调和营卫发汗解表。而例7是体质阳虚明显的咽炎感冒，呈现虚寒阴性表证，即少阴病，解表须用汗法，但须加温阳强壮的附子等才能驱除外邪。这就是《伤寒论》表证分阴阳，即分为太阳、少阴，治皆用汗法而有不同的实质。（冯世纶编著·中国百年百名中医临床家丛书·中医名家胡希恕·北京：中国中医药出版社，2001.5~10）

于己百：于老以“感冒证治格律”为题，详细阐述了感冒的证治，对于指导中医药治疗感冒具有重要的价值。

在临床上将感冒分成风寒型、风热型、半表半里型、表寒里热型及兼证型五个证型，主症用主方，兼症、伴症用对药、组药，易学易记，屡试屡效。

①风寒型：发热恶寒，疼痛，肢体酸痛，鼻塞流涕，口不渴，有汗或无汗，舌苔薄白，脉浮。无汗，脉浮紧者，为风寒表实证；汗出，恶风，脉浮缓者，为风寒表虚证。

风寒表实证治宜辛温解表，方用麻黄汤。兼项背强痛者，用葛根汤。肢体重痛，胸脘痞闷，咳嗽咳痰而夹湿者，用荆防败毒散。

风寒表虚证：治宜调和营卫，解肌发表，方用桂枝汤。兼项背强痛者，用桂枝加葛根汤；兼咳喘者，用桂枝加厚朴杏子汤。

②风热型：发热不恶寒，或初起微恶寒，头痛，肢体酸疼，鼻塞声重，口干咽燥或咽痛，小便黄赤，舌苔微黄，脉浮数。治宜辛凉解表、清热解毒，热甚者可用银翘散，热不甚而咳重者可用桑菊饮。本方可广泛应用于外感风热表证及咽痛诸

病。常见加减：麻疹初期合并肺炎者，可与麻杏石甘汤合用；急性肾炎初期有表证者，可与越婢加术汤或五苓散等方合用；泌尿系感染有表证者，可与导赤散合用。在临床使用时，如兼见胸脘痞闷，苔腻、脉濡的夹湿证，可加藿香、郁金以芳香化浊；津伤而口渴者，加天花粉、葛根以生津止渴；咽喉肿痛而热已化火者，加元参、板蓝根、山豆根等以解毒消肿。

③半表半里型：寒热往来，胸胁苦满，心烦喜呕，食欲不振，口苦咽干，头晕目眩，舌苔白或微黄，脉弦细。治宜和解表里，方用小柴胡汤。兼头痛、肢体酸疼、汗出，即半表半里兼风寒表虚证，宜和解表里、调卫解肌，用柴胡桂枝汤；兼口干舌燥、大便秘结，即半表半里兼内热实证，宜外和内清、表里双解，用大柴胡汤。

柴胡桂枝汤，既有小柴胡汤证，又有桂枝汤证。在《伤寒论》中小柴胡汤证为少阳证，桂枝汤证为太阳证，故此证称为太少合病。因两证共存，故在治疗上两法合用。在我国西北地区，尤其是甘肃省的感冒病人，十有八九属本证型，于氏多用此方治疗，往往二三剂见效，四五剂痊愈康复，疗效确实可靠。常见加减：头痛甚者，加菊花、蔓荆子、川芎以疏风散邪、活血止痛；肢体痛甚，加桑枝、元胡、白芷以通经、活血、止痛；项强者，加葛根升阳、散邪、解肌；咽痛者，去桂枝，加牛蒡子、元参、板蓝根以疏风散邪、解毒利咽；咳嗽者，加茯苓、杏仁以化痰、宣肺、止咳。半表半里兼风热证，上方去半夏，桑枝易桂枝，加天花粉养阴清热。

④表寒里热（肺热）型：发热恶寒，头痛，肢体酸痛，口渴咽干，汗出或无汗，咳嗽气喘，烦躁不安，小便短赤，舌苔黄，脉浮数。治宜解表宣肺、清热止咳，方用麻杏石甘汤。若发热恶寒、肢体疼痛、无汗、咳嗽、烦躁不安、脉浮紧者，即表寒里热烦躁证，用大青龙汤；若素有痰饮，又因新感而发热恶寒、头痛身痛、咳喘不得卧、痰多且稀、舌苔润滑、脉浮紧

者，即外寒内饮证，用小青龙汤；兼烦躁不宁、口渴不饮者，即外寒内饮有热烦躁证，用小青龙加石膏汤。

⑤兼证型：感冒夹湿（胃肠型感冒）：发热恶寒，关节酸痛，头痛如裹，身重困倦，胸脘满闷，腹痛，呕吐泄泻，无汗，口不渴，苔白腻，脉濡滑。治宜解表化湿、理气和中，方用藿香正气散。感冒夹暑：发热恶寒，头重头痛，面赤口渴，不出汗，或有吐泻，舌红苔白、脉数。治宜辛凉解表、清暑化湿，方用新加香薷饮。（张士卿等编著·中国百年百名中医临床家丛书·中医名家于己百·北京：中国中医药出版社，2001.34）

五、医案精选

张伯臾——桂枝汤加味治疗感冒（正虚夹湿）

白某某，女，55岁，1972年7月19日初诊。

消化道出血后，体虚未复，发热4天不退，现体温39.3℃，恶风寒，有汗不解，口不渴饮，苔薄白，脉浮小数。

辨证：体虚感风，营卫不和。

治法：祛风散邪，调节营卫。

方药：桂枝汤加味。

桂枝4.5g，炒白芍9g，生甘草4.5g，鲜藿香、佩兰各3g，茯苓9g，白蔻仁3g，鲜荷梗1支。水煎服，日1剂。

二诊：服上方1剂后，恶寒身热即退，服两剂后，仍汗多，疲倦，脉细弱，舌淡红。风邪已解，营卫未和，正气未复，再拟桂枝加人参汤，扶正以止汗。药用桂枝4.5g，炒白芍9g，生甘草4.5g，太子参12g，浮小麦30g，炒防风6g，陈皮4.5g。

三诊：服上方1剂后，汗出已止，已思饮食，但面色萎黄，难眠，脉细弱，舌淡红。客邪退后，气血两亏，心脾同病，神不守舍，姑再调养心脾而补气血。药用党参9g，黄芪

12g, 炒白术 9g, 茯苓 9g, 炙甘草 6g, 炒当归 9g, 炒枣仁 9g, 炙远志 4.5g, 鸡血藤 15g, 制首乌 15g, 陈皮 4.5g。4 剂后痊愈。

按：患者由十二指肠球部溃疡合并出血而住院，服黄土汤血止后，继发寒热，经四环素、青霉素等治疗热不退。患者失血之后，可知营血已伤，表气亦弱。今又复感风邪，故症见发热恶寒，有汗不解等表虚营卫不和之象，虽为血家，又值夏令炎热，而仍予桂枝汤加芳宣之品，祛风辟秽，一剂而热退，风邪得解；继以桂枝加人参汤续调营卫而补其虚；最后用理心脾、补气血之剂而收功。由此可见，伤寒论方不拘之于治疗伤寒，桂枝汤虽为温药，亦不忌血家，不限四季，只须脉症符合，便可对症用方。（严世芸主编·张伯臾医案·上海：上海科技出版社，1979.1）

余无言——麻黄汤、桂枝麻黄各半汤治疗感冒（冬令伤寒）

例 1：冬令伤寒。

邓某，男，年近 50 岁。于 1940 年冬月中旬重感寒邪，寒热并作。延医治之无效，改延先父与诊。察其恶寒高热，虽重衾叠被，而犹嗇嗇不已；头痛项强，腰脊疼痛，四肢骨节亦然；无汗，切脉浮紧，此冬月正伤寒也。治以麻黄汤加羌活、白芷。由于煎药不如法，病势不衰。复诊时仍用前方，详告煎服法，终获汗解。后以调理方 2 剂病除。

例 2：冬令伤寒液少证。

杨某，男，年 40 余岁。胃素虚弱，体质不强，久有大便秘结，表里津不足，非盛夏则皮肤无汗，至严冬则溺次频多。1949 年冬月下旬，忽患伤寒，始则嗇嗇恶寒，七八小时后寒热并作，头项强痛，肩背腰臀及四肢手足关节均感痠楚，而独皮肤无汗，气息微喘，稍有恶心。此冬月正伤寒，当用仲景麻黄汤法。然而患者平素津液匱乏，麻黄总嫌太峻，先父改用桂

枝麻黄各半汤

川桂枝 7.5g, 京赤芍 4.5g, 生麻黄 4.5g, 炙甘草 4.5g, 杏仁泥 9g, 生姜 3 片, 红枣 5 枚。

服如桂枝汤法（即服药后，俟微汗之时，再啜热粥一小碗，使微汗缓缓外透，不可令如水淋漓）。药后，周身皦皦微汗出，喝粥一碗，微汗先后达 3 小时，寒热渐退，身疼立瘳。晚间续服 2 剂，其病爽然若失。次日复诊，见舌苔微腻，大便数日未行，以小量小承气汤煎服，下燥黑粪数枚，夹以溏粘状便。旋即停服，表里均和而痊。

按：冬月正伤寒，用仲景麻黄汤法，效如桴鼓。我在 1964 年去河南许昌参加社教运动，冬令曾治两例较典型的伤寒病证，一例用麻黄汤原方，一例以其发热恶寒、头痛以巅顶部为尤甚，加用藁本 10g，两例均以 2 剂治愈。先父治邓某案，疏方麻黄汤加羌活、白芷。由于煎服未如法，影响效验，遂重予指导煎服（方药置药罐中，生水浸泡半小时许，然后以慢火煎，渐至于沸；约又 20 分钟，药汤已浓，其色深黄而带棕色，离火 2 分钟，过滤药汁与服）告痊。治杨某案，结合患者体质的津液不足及伤寒兼证所见，先以桂麻各半汤主治，热退症除，再以小承气汤微下而安。此属“先表后里”治法。然此案前后所用二方，先父尤注意其小承气汤的用量：大黄、川朴各 6g，炒枳实 7.5g。是为“小其制”。先父尝云：“用仲景治伤寒方，要在辨证确切，并当审视患者之体质及兼症，以决定是否用原方或加减化裁与服。再者，煎服法易为医生、患者所忽略，是故‘方’与‘法’的合理应用是学习仲景著述的重要环节之一”。（单书健等·古今名医临证金鉴·外感热病（卷上），北京：中国中医药出版社，1999～293）

张琪——小柴胡汤加味治疗感冒（太少合病）

李某，男，16 岁，2000 年 5 月 8 日初诊。

患者外感后高热不退，体温 39℃，在哈市某西医院住院，

用青霉素及菌必治治疗，体温仍不下降，求治于张琪教授。病人发热恶寒明显，肢体疼痛，食少纳呆，呕恶，舌尖红苔白，脉数。根据脉证当属太阳、少阳二经合病。乃由太阳表邪未解，邪已入里。治疗当以解表法与透邪法合用，用银翘散合小柴胡汤加味治疗。

处方：银花 20g，连翘 25g，柴胡 20g，黄芩 15g，半夏 15g，党参 20g，白芍 15g，桂枝 15g，生姜 15g，红枣 3 枚，甘草 15g，水煎服，每日 1 剂。

服上方 3 剂，周身有汗出，发热畏寒明显减轻，肢节疼痛减轻，食欲好转，体温已降至 37.5℃ 左右，精神体力均好转。嘱其继服 3 剂后，体温转正常，前述诸症均消失，已出院上学。

按：本案证见发热，肢体疼痛，食少纳呆，呕恶。太阳表邪不解，外邪入里化热而致太阳、少阳二阳合病。因此，张老常将解表法与透邪法、清热法结合，药用银花、连翘、桂枝、芍药、柴胡、黄芩、生石膏、甘草等，共奏疏达解表，内清邪热之功。（张佩青等编著·中国百年百名中医临床家丛书·中国名家张琪·北京：中国中医药出版社，2001.239）

高辉远——麻杏石甘汤加味治疗感冒（内热外寒，肺气郁闭）

王某，男，3 岁。因连日旅途在火车上受热并感寒，发热 12 小时而住院。遂邀高师会诊，症见高热，体温 39.7℃，烦躁，妄语若狂，面赤额汗，身无汗，腹满不实，气喘息促，舌苔白腻微黄，脉浮数。高师断为内热外寒，肺气郁闭，急以辛凉透表，速开肺闭之麻杏石甘汤加味：麻黄、莱菔子各 5g，杏仁、僵蚕各 6g，生石膏 15g（先煎），甘草、桔梗各 3g，前胡 4g。只服 1 剂，体温正常，诸症若失，继调和肺胃，又服 2 剂而获愈。

按：高师认为温热之邪，以外出为顺，内陷为逆。此案实为内热外寒，肺气郁闭之冬温重症，其发病快，病势险，若失

之宣透，则邪有内陷之虑，若徒投苦寒折热必冰伏其邪。因此急以辛凉透表，速开肺闭，以快速截邪于肺卫之表，防止进一步逆变是当务之急。高师辨证准确，切中病机，用药果断，投一剂寒解热退，诸症皆平。可见“早期治疗，顿挫温热，一举成功”确是治疗温热病之守则。（于有山等编著·中国百年百名中医临床家丛书：中医名家高辉远，北京：中国中医药出版社，2001.14）

六、临证心得

感冒乃最为常见的病症之一，虽为小恙，若将其概念推广延伸，可为流感、可为瘟疫之早期，如是则其为害之大，决不容忽视；感冒初则外邪袭表，不治或误治可由六经传变而层层入里，又或两感，又或直中，其寒热虚实变化多而且速，此医家所谓“走马看伤寒”，如是则其措手之难，亦决不容小视。

（一）宗仲景法，在表不远温，切忌误投寒凉

观现之临床治感冒者，多忽略辨证论治，一见感冒则处以银翘解毒片、感冒冲剂等以“抗病毒”，结果收效甚微，或因其误治而变证丛生。所以，在运用中药治疗感冒时，必须遵循“辨证论治”这一基本原则，按照六经辨证的方法，活用经方，只有这样才能产生预期的疗效。

经云“阳者卫外而为固也”，外邪不能侵入者，全赖一身卫阳之固护，六淫中伤阳气者以寒邪为最，而风为百病之长，故感冒多由受凉所致，其初起以风寒较为常见，其治不远温散，切忌误投寒凉。如身体壮实，脉浮紧之风寒感冒表实证，即可放胆用麻黄汤以辛温解表，不必虑其峻猛，药病相当，可收药到病除之效，而无内伐正气之虞，故曰“有故无殒，亦无殒也”。若见汗出恶风、脉浮缓之感冒表虚证可用桂枝汤以调和营卫、解肌祛风。桂枝汤为仲景群方之冠，历代医家均盛赞其方，近代和当代医家也很重视此方的临床运用。其疗效与服

药方法密切相关,《伤寒论》原文中阐述颇为详尽,如啜热稀粥以助药力;温覆取汗,不可令如水流离;又不汗,可小促其间;禁食生冷、粘滑、肉面、五辛等。

笔者曾治一男姓龚某,年60岁。夏日贪凉感冒,恶风出汗,略觉发热,脉浮缓,病已10余日,曾自服快克,扑尔感冒片无效,诊为太阳表虚证,处方:桂枝10克,白芍10克,生姜6克,大枣6克,炙甘草3克。服两剂后微微出汗而愈。

若见流行性感冒之发热不退,而妄用大剂寒凉之品,可使阳气受戕,气机闭塞,表郁不开,如是则热不能清,表不能解,易致邪陷入里,甚则变证蜂起。西医喜用冰袋降温,同样使阳气受损,不符合中医治病的原理,即使能退热,也往往是假象,甚则邪陷入里,并非治愈。

(二) 发汗利小便,祛邪当有出路

外邪侵袭肌表,当因势利导,驱邪外出。仲景治疗太阳伤寒的麻黄汤、治疗太阳中风的桂枝汤就是通过发汗以祛除风寒之邪。若邪在表兼有小便不利,则应发汗利小便,使邪从汗与小便而解,如仲景所言“……若脉浮,小便不利,微热消渴,五苓散主之”,“中风发热,六七日不解而烦,有表里证,渴欲饮水,水入即吐者,名曰水逆,五苓散主之”。方用桂枝发汗,使外邪从汗解,用泽泻、猪苓等则是导水下行,通利小便,使邪从小便而出。仲景祛邪给出路,是值得效法的治疗思路。即使后世的温病学派,也继承了此法。如叶天士所谓“在卫汗之可也,到气才可清气,入营犹可透热转气”,正是体现了因势利导这一治疗原则。又如《温病条辨》云:“温病亦喜汗解,最忌发汗,只许辛凉解肌,辛温又不可用,妙在导邪外出,俾营卫气血调和,自然得汗,不必强责其汗”。细究之,吴鞠通所制银翘散一方中的荆芥就是辛温之品,功具发汗,意在开表使邪从表解;方中所用竹叶意在通利小便,使外邪从小便而出。

(三) 高热不退，求之于表里

感冒而表现为发热，尤其是流行性感冒，以太阳表证和阳明经证最常见，甚至三阳同病。太阳属寒水，故前者多兼恶寒，所谓有一分恶寒便有一分表证，阳明属燥金，为多气多血之经，邪入此经，正邪剧争，发热最盛而伤阴最速。当发展为高热不退时，或为表证有传里的倾向，或已兼阳明之里证，当此时，应发于机先，遵循明·戴原礼“治表必通里”的原则，“通其郁闭，和其阴阳，使表里通达”，则热邪可去。方可选用《伤寒论》麻杏石甘汤，其方重用石膏，变麻黄辛温之性而成辛凉清解之剂，解表清里，表里双解。或以麻杏石甘汤合白虎汤，特别是兼有咳嗽等呼吸道症状者尤为适宜。若三阳同病，高热不退，可选越婢汤（适当减少麻黄的用量）、小柴胡汤（重用柴胡）、白虎汤三方合用，可适当加用清热解毒药。近贤张锡纯《医学衷中参西录》中寒解汤，其方之生石膏、知母即寓白虎之意，连翘、蝉蜕则针对于表，张氏谓“方中重用石膏、知母以清胃腑之热；而复少用连翘、蝉蜕之善达表者，引胃中化而欲散之热，仍还太阳作汗而解”。

(四) 体虚感冒，治从少阴

阴阳为一体之两面，《素问·阴阳应象大论篇》谓“阴在内，阳之守也；阳在外，阴之使也”，太阳之里即为少阴，故体虚感冒者，最多太少两感证，以发热恶寒，脉沉为主症，麻黄附子细辛汤主之。方中麻黄解表，附子温里，细辛气味雄烈，能通表里上下，内可助附子以温阳，通过少阴振奋太阳，外可助麻黄以解表，三药合用，于温阳中益能解表，于解表中不伤阳气，此诚战则必胜之方。

我曾治一老姬，年 68 岁。患风心病数十年、肺间质纤维化六年，长期卧床，整日吸氧。两天前家属为其洗头而着凉感冒，当下症见：咳嗽加重，咳白黏痰，恶寒发热（体温 37.8℃），身痛，四肢厥冷，鼻塞。舌质淡，苔薄白而润，脉

沉而结代。辨证为太少两感证，治以温阳解表，方选麻黄附子细辛汤合四逆汤：麻黄 6g，细辛 3g，制附子 10g，干姜 10g，甘草 10g。两剂，嘱药后取微汗。患者服之一剂后，恶寒消失，体温正常。服完两剂后，四肢转温，感冒痊愈。



第三章 急性气管-支气管炎

一、概 述

急性气管-支气管炎是气管-支气管黏膜的急性炎症病变。它是由病毒、细菌、真菌、支原体、衣原体等致病微生物感染，物理、化学性刺激或过敏反应等对气管、支气管壁黏膜的损害所造成的。该病在过度疲乏、受凉，削弱了上呼吸道生理防御功能和在寒冷季节气候突变时容易发病。急性气管-支气管炎的主要临床表现是咳嗽和咳痰，部分患者可伴气喘，病愈后支气管黏膜结构可完全恢复正常。

急性气管-支气管炎属于中医学的咳嗽、喘的范畴。多因感受六淫之邪，尤其是风寒、风热之邪，导致肺的宣降功能失常，肺气不利而出现咳嗽、咳痰，或喘息或伴有恶寒、发热等表证。

二、诊 断

症状：起病较急，主要表现为咳嗽，咳痰，部分患者可伴有喘息。部分病人可先有上感症状，如鼻塞、喷嚏、咽痛、声嘶，继而咳嗽、咳痰。部分患者可伴有恶寒、发热、头痛、身痛。

体征：双肺可闻及干性或湿性啰音。

实验室检查：血常规检查：病毒性急性气管-支气管炎患者的外周血白细胞总数不增高，淋巴细胞百分比轻度上升。合并细菌感染后可见细胞总数和中性粒细胞轻度升高，血沉稍有增快。X线检查：可显示肺纹理增多。

三、辨证治疗

(一) 风寒束肺证

主症：咳嗽，喘息，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，喉痒等症，舌质淡，苔薄白，脉浮紧。

治法：辛温解表，宣肺平喘。

方剂：麻黄汤。

麻黄（去节）9g，桂枝（去皮）6g，炙甘草 3g，杏仁（去皮尖）12g。

加减：如表证不重，可去桂枝，即为宣肺平喘之三拗汤；喘甚者加苏子、前胡降气平喘；痰多加半夏、橘红，或制南星，白芥子燥湿化痰；胸闷者加枳壳、桔梗、苏梗以宽胸理气。若得汗后喘尚未平，发热汗出恶风，脉浮缓者，可用桂枝加厚朴杏子汤调和营卫而兼下气平喘。

(二) 痰热壅肺证

主症：咳嗽，痰色黄稠而难排出，甚或痰中带血，胸闷，口干，口苦，咽痛，舌苔黄腻或黄白相兼，脉滑数。

治法：清肺化痰。

方剂：麻杏石甘汤合小陷胸汤。

麻黄 9g，杏仁 9g，生甘草 6g，生石膏 30g，瓜蒌 20g，黄连 9g，半夏 9g。

加减：肺热壅盛，咳而喘满、发热、口渴者，加双花、鱼腥草、石膏、葶苈子等清热泄肺；大便干结者，加大黄，通腑

泄热；痰粘难咳者，加浙贝母。

(三) 少阳木郁，肝火犯肺证

主症：咳嗽气逆，咳则连声，咳吐白黏痰或痰带血丝，胸胁窜痛，性急易怒，烦热口苦，咽喉干燥，面红，目赤。舌苔薄黄少津，脉象弦数。

治法：和解少阳。

方剂：小柴胡汤。

柴胡 12g，黄芩 9g，人参 9g，半夏 12g，炙甘草、生姜各 9g，大枣 12 枚。

加减：可合用黛蛤散、泻白散。火热较盛，咳嗽频作者，可山栀、丹皮、贝母、枇杷叶等，以增强清热止咳之功效。

(四) 肺阴亏虚证

主症：素体阴虚，新感咳嗽，干咳无痰，或痰少不爽，口干舌燥，咽干，或咽部黏滞不爽。舌红少苔，脉细数。

治法：滋阴润肺，化痰止咳。

方剂：麦门冬汤。

麦门冬 30g，半夏 6g，人参 9g，甘草 6g，粳米 9g，大枣 5 枚。

加减：可加知母、贝母。口干舌燥甚者，加沙参、百合、生地养阴润燥；咳嗽甚者，加百部、紫菀、款冬花润肺止咳；痰粘不利者，加海蛤粉清热化痰。

四、名 医 经 验

赵锡武：外感咳喘，治从风寒、风热。

①风寒咳喘为麻黄汤证，以发热，恶寒，无汗而喘，脉浮紧，头痛，体痛，骨节疼痛等症为主，其主要症状为无汗。而麻黄汤之作用即在于发汗，如汗得出则身觉温暖，恶寒消除，余症皆随之而解。但是，若感冒而不恶寒，体不痛或脉沉弱者则不可用麻黄汤类方剂。若麻黄汤证兼见项背强急者可加

葛根。

②风热或风温咳嗽，如麻杏石甘汤证，可用麻杏石甘汤或越婢加半夏汤。治疗多用辛凉剂，但桑菊饮类不如麻杏石甘汤类疗效显著。因麻黄不仅取其发汗，且能开达肺气，再重用生石膏，更能急清肺热以定喘。麻黄乃治喘之要药，临床见到喘重者用麻黄，有的能止喘而不见汗，有的使尿多而邪从利尿下。凡属新感暴喘或久病急性发作表现高热、咽痛、口渴、脉数，以及肺炎等急性传染病，均以本方合增液汤加银花、连翘、板蓝根、川连等药急清其热，可以缩短病程。另外，小儿顿咳，乃热邪袭肺，咳嗽逐渐加剧。呈痉咳，日久不愈可转致肺炎或脑病等危候。表现痉咳顿作，面赤胸闷，气憋欲死，咳嗽吸气时可出笛声，痰稠不利，眼睑浮肿，日轻夜重。此不可轻视，当急治之，宜清热宣肺凉血，麻杏石甘汤加白茅根、生地、白芍、丹皮、百部、生侧柏叶、胆星。危重者可加局方至宝丹。（史宇广等·当代名医临证精华·咳嗽专辑·北京：中医古籍出版社，1988.9）

黄文东：认为治咳之法，先宜祛邪。治咳之法，先宜祛邪，当分别风、寒、燥、热而施治；继则清肺养肺，滋养肺阴、益气固表等法。咳喘而外邪未清者，则滋阴、益气、固表等法不能用之过早，宜在疏风解表的基础上适当配合使用，以免留邪之弊。对于治疗以后，咳喘渐平，痰浊渐清，但经常复发的病例，宜根据病情的轻重，又当用健脾补肾等法，扶正御邪，加以防治。对病情较轻者，注重肺脾同治，以苓桂术甘汤为基本方，加入苏子、杏仁、陈皮、法半夏、紫菀、当归类，研极细末，水泛为丸，每日早晚吞服2次。病情较重者，肾气不纳，动则气喘，加用金匱肾气丸。（上海中医学院附属龙华医院编著·黄文东医案·上海：上海人民出版社，1977.18）

严苍山：严苍山先生认为，外感咳嗽见喉痒咳痰不爽者，

乃伏风未达化热之明证，其治不论新久，均宜清宣，并拟定加味麻杏石甘汤为主方。

所拟加味麻杏石甘汤一方，其组成为炙麻黄、光杏仁、炙石膏、生甘草、桔梗、炙紫菀、牛蒡子、冬瓜仁等味。适应证为寒包火咳嗽及风温、风热、风燥咳嗽，其主要症状为咳痰不爽，痰塞胸宇，必多咳而后出者。并随症加味，如胸闷者加瓜蒌子皮；气微逆者加炙苏子、炙桑皮；痰多者加川贝、竹茹；咳嗽胸膈掣痛者加广郁金、黛蛤散、丝瓜络；喉有痰声者加射干；口渴者加天冬、麦冬、石斛；秋令风燥咳嗽加冬桑叶、南沙参、玉竹、枇杷叶；咳甚，音声不扬者，原方加蝉衣、兜铃、胖大海，不愈再加凤凰衣、玉蝴蝶。（单书健等·古今名医临证金鉴·咳喘肺胀（卷上）。北京：中国中医药出版社，1999. 266）

邵长荣：善用疏肝法，采用四逆散等治疗咳嗽。认为，肝与肺为人体气机升降之通道，肺居上，主一身之气的宣降；肝居下，主疏泄，其经之别支由下而上贯膈注肺。挟生发之气，循经而舒启肺气，使之宣降而行治节之权。若性情沉郁，肝气失于条达，肝气郁结则阻碍肺气宣肃而发之为咳，久则津液不布，聚而成痰，前贤对肝郁夹痰的病机早有论述，“善治痰者，不治痰而治气……”。认为：气机郁滞，津液失布是产生痰饮停滞致咳的基础。患者表现既有咳嗽证候，又有胸胁胀闷，情志不舒，喜叹息，脉弦的肝气不利之象。邵老常用疏肝理气的方法调理气机，使郁滞的气机通顺，气顺则一身津液随之而顺，痰浊亦随之而降，实为治咳之本。临床上气滞痰凝多为互兼，以气滞为主者咳嗽症状多为间歇，每因情志不畅而发或加重，治疗用四逆散或半夏厚朴汤加减为治。以痰凝为主者，症见痰粘咽喉感，咯之不爽，时轻时重，常加用温胆汤为治；痰郁化热者，参照平肝清肺法治疗。（单书健等·古今名医临证金鉴·咳喘肺胀（卷上）。北京：中国中医药出版社，

1999. 234)

五、医案精选

胡希恕——半夏厚朴汤治疗急性支气管炎（痰饮上犯，肺失宣降）

例1 黄某，女，38岁，病案号67951。

初诊日期1966年2月12日：一周来咳嗽，吐白痰，咽痒胸闷，口干不欲饮，两胁胀，已服汤药数剂而不效，苔白厚腻，脉滑细。此证属痰饮上犯，肺失宣降，治以温化降逆，与半夏厚朴汤加减：

半夏四钱，厚朴三钱，茯苓四钱，苏子三钱，橘皮五钱，杏仁三钱，桔梗三钱，生姜三钱。

结果：上药服二剂，咳即止。

按：半夏厚朴汤原是《金匮要略·妇人杂病》治疗“妇人咽中如有炙脔”症，胡老认为，本方是小半夏加茯苓汤加厚朴、苏叶而成。用于痰饮气结所致的胸满、咽堵、咳逆，为温化痰饮、降逆理气之方。此患者是痰饮引起的咳嗽，故服之方药对证，很快见效。方中苏叶，胡老常用苏子。如表证明显者，可同时加苏叶，或据证合用桂枝汤或麻黄汤；如热象明显者，可加生石膏；如久咳寒饮明显，而表证不明显者，可用苓甘五味姜辛夏汤。（冯世纶编著，中国百年百名中医临床家丛书·中医名家胡希恕，北京：中国中医药出版社，2001. 52）

朱紫来——小青龙汤治疗急性支气管炎（外寒里饮，表邪郁闭）

张某，男，30岁，小贩。1946年11月初8日初诊。每日早起走街串巷卖糕点，前日起恶寒，发热，无汗，头痛，胸闷，泛恶，咳嗽痰多色白，昨日咳剧时痰中带血，苔白滑，左脉沉紧、右浮弦。处方：

麻黄10g，桂枝10g，芍药10g，姜半夏10g，干姜10g，

杏仁 10g, 前胡 10g, 细辛 3g, 北五味 3g, 甘草 6g。

次日二诊: 服药后, 得汗甚彻, 咳嗽减轻, 胸中舒畅, 痰清白而血已止。原方去麻黄、芍药, 加茯苓 15g, 白术 10g, 3 剂。

按: 本例外寒里饮兼痰中带血, 其血乃由表邪郁闭, 肺气不宣, 咳伤阳络所致, 故朱老毅然投以小青龙汤原方。若素患咯血而新感外寒, 虽然古人亦有用小青龙之例 (如徐大椿), 但近人张锡纯认为“咳血及吐衄之证最忌桂枝, 不甚忌麻黄”, 故临证用小青龙汤宜稍为变通, 如去桂枝, 加杏仁、麦冬之属较妥。(单书健等·古今名医临证金鉴·哮喘肺胀(卷下)。北京: 中国中医药出版社, 1999. 82)

周仲瑛——麻杏石甘汤治疗急性支气管炎 (风寒外束, 痰热内郁)

赵某, 女, 39 岁。去年因冒大风暴雨, 致患咳喘, 虽经治疗, 迁延 40 多天方平。今年 4 月 7 日因沐浴受寒, 次日咳喘大作, 经用青霉素、止咳药, 中药宣肺化痰, 温肺化饮剂均未控制, 于 4 月 18 日入院。诊时咳嗽气急, 吐痰淡黄而稠, 兼有泡沫, 胸闷不畅, 恶寒发热无汗, 头痛, 口干饮水不多, 溲黄, 舌尖红, 舌苔中根腻, 上罩淡黄, 脉小滑数。体温 38.7°C , 周围血白细胞计数 $11.1 \times 10^9/\text{L}$, 中性 82%, 淋巴 15%, 胸透 (一)。

辨证施治: 风寒外束, 痰热内郁, 肺失宣降。拟解表清里, 宣肺化痰, 师麻杏石甘汤意。药用: 炙麻黄 3g, 石膏 30g, 杏仁 10g, 甘草 2g, 薄荷 3g (后下), 前胡 6g, 桔梗 5g, 橘红 5g, 枇杷叶 10g。

服 1 剂, 午后身热降至 38°C , 夜半热平寒罢, 微有汗出, 头痛已。翌日治守原意, 下午身热一度至 37.5°C 。上方去薄荷, 加法半夏 6g, 射干 3g 再服。咳嗽气急获减, 第 3 日痰转粘白, 量不多, 微有痰鸣, 寒热未作, 舌苔白腻, 原方去石膏, 加苏子 10g, 药后咳喘俱轻, 原方巩固, 诸症平息, 于 4

月 23 日出院。

按：此即徐春甫所谓“有内热而外逢寒则发，脉沉数者，寒包热”之候。风寒外束，肺卫不和，则恶寒发热，无汗头痛；痰浊壅肺，内外相引，肺气失于清肃，则咳嗽咳痰，气急胸闷；痰热内蕴则咳痰稠黄，口干，舌苔中根腻罩黄，舌尖，脉小滑数。药用麻黄、薄荷宣散外邪，石膏辛寒清热，温清并用，宣降兼施，佐以杏仁、前胡、桔梗、橘红、枇杷叶、甘草等化痰止咳平喘之品，外邪祛则寒热罢，痰热清则咳喘平。（单书健等·古今名医临证金鉴·咳喘肺胀（卷上）·北京：中国中医药出版社，1999.304）

张伯臾——越婢加半夏汤加减治疗急性支气管炎（热饮内阻）

刘某，男，56岁。初诊：1983年3月24日。

主诉：素有痰饮，兼感外邪，初起寒热咳嗽，经治热退而恶寒未罢，顿咳，咳痰不爽，咳则胸闷气促胁痛，口渴引饮，纳便正常。舌尖红，苔灰黄边白。证属表邪虽解未彻，热饮内阻。治以祛风宣肺，散寒蠲饮为法。越婢加半夏汤加减。麻黄 4.5g，生石膏 20g（先煎），炙甘草 4g，制半夏 15g，杏仁 9g，木防己 15g，生熟苡仁 15g，冬瓜子 12g，桃仁泥 9g，芦根 15g。2剂。

二诊：3月28日。顿咳夜间较减，咳痰不畅，带有血丝，左胸痛，口渴引饮，尿多，大便量少。苔黄腻而干，脉弦小滑。恶寒已减，表邪渐化，痰饮化为痰热，肺失清肃。再拟清肺化痰。

处方：桑叶皮各 10g，南沙参 1.2g，杏仁 10g，木防己 15g，海蛤粉 18g（包），全瓜蒌 15g，炒枳实 9g，茯苓 12g，生熟苡仁各 15g，冬瓜子 15g，炒黄芩 9g，桃仁泥 9g，鲜芦根 1支。3剂。

三诊：4月1日。顿咳痰多得减，但仍痰黄带血，咳时左胸引痛，口渴多饮。苔薄，虽黄腻但左前半得化，脉弦小滑。

邪痰虽减未彻，肺络震伤，再拟清肺化痰补络法。

处方：桑叶皮各 9g，南沙参 15g，地骨皮 15g，茯苓 10g，炒黄芩 9g，海蛤壳 15g，杏仁 12g，天花粉 10g，赤白芍各 9g，佛耳草 20g，冬瓜子 15g，茅芦根各 30g，茜草根 15g，生熟苡仁各 15g。

按：该患者由外感发热转为咳嗽，月余未止，夜咳尤剧，咳不安眠，颇为所苦。曾投以桑菊饮，止嗽散及清肺化痰、养阴解毒等多种方药治疗未效，张老诊视病人后指出：本病应抓住两点：其一，热虽退而恶寒未罢，前人谓“有一分恶寒就有一分表证”，故知病虽日久，表仍未解；其二，口渴引饮，内热可知，参合舌苔脉象及痰饮病史，断为内蕴热饮。证成外有表寒，内郁热饮之势，治疗只有两者兼顾才能符合病机，故取越婢加半夏汤加味治疗，方中麻黄内散表寒，石膏清里热，配以法半夏、防己等化痰去饮。组方之妙，一是方中木防己与石膏相合为木防己汤主药，木防己汤为治疗正虚内有热饮之常用方剂，本案证以热饮为主，故去桂枝、人参。二是方中芦根、薏苡仁、冬瓜仁、桃仁相合为千金苇茎汤，张老认为凡证属痰热，皆可应用本方加味治疗，对痰饮化热，咳嗽日久、灼伤肺络而有瘀者尤适合。（张问渠主编，现代著名老中医临床诊治荟萃，北京：科学技术文献出版社，1993.18~22）

六、临证心得

急性支气管炎多为新病，病位在肺在表，以实证为主，采用经方治疗时首先要辨明是寒证还是热证。属于寒证者与麻黄汤，属于热证者与麻杏石甘汤加减治疗，这是一般大法。在临床上对仲景治疗咳喘诸方应根据病情灵活运用。

对急性支气管炎证属于热者，临床表现为咳嗽，咳黄痰等，我常以麻杏石甘汤为主方，合用相应的经方。若兼有胸闷者合用小陷胸汤；兼有胸痛者，合用栀子豉汤；若兼见口苦咽

干者，合用小柴胡汤。经方合用奏效甚捷。另外，也可与时方合用，如在咳嗽，咳黄痰的同时，兼有发热，咽痛者，合用银翘散加白茅根。

如证属寒咳，遇冷加重，只要无汗就可选用麻黄汤以宣肺散寒，止咳（平喘）。若咯吐白痰量多可在原方的基础上加半夏、茯苓、陈皮，构成麻黄二陈汤，在宣肺散寒，止咳（平喘）的基础上以燥湿化痰，用其治疗偏寒的急性支气管炎疗效较好。秋冬季所发的急性支气管炎，若症见咳嗽，遇冷则甚，咳则遗溺（女性尤多见）不管有痰无痰，或痰多痰少，方用小青龙汤去麻黄，多可收效。



第四章 支气管哮喘

一、概 述

支气管哮喘（简称哮喘）是由多种细胞（如嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T淋巴细胞、中性粒细胞、气道上皮细胞等）和细胞组份（cellularelements）参与的气道慢性炎症性疾患。这种慢性炎症导致气道高反应性的增加，通常出现广泛多变的可逆性气流受限，并引起反复发作性的喘息、气急、胸闷或咳嗽等症状，常在夜间和（或）清晨发作、加剧，多数患者可自行缓解或经治疗缓解。

支气管哮喘属于中医学哮病、喘病、咳嗽上气病、痰饮病的范畴。先天禀赋不足，肾精或肾气亏虚是本病发病的基础。常因感受外邪或饮食不当而导致肺的宣降功能失常，痰饮内壅而导致喘息喉鸣。

二、诊 断

1. 反复发作喘息、气急、胸闷或咳嗽，多与接触变应原、冷空气、物理、化学性刺激、病毒性上呼吸道感染、运动等有关。
2. 发作时在双肺可闻及散在或弥漫性，以呼气相为主的

哮鸣音，呼气相延长。

3. 上述症状可经治疗缓解或自行缓解。

4. 除外其他疾病所引起的喘息、气急、胸闷和咳嗽。

5. 临床表现不典型者（如无明显喘息或体征）应至少具备以下一项试验阳性：

（1）气管激发试验或运动试验阳性。

（2）支气管舒张试验阳性 [一秒钟用力呼气容积（FEV₁）增加 15% 以上，且 FEV₁ 增加绝对值 > 200ml]。

（3）最大呼气流量（PEF）日内变异率或昼夜波动率 ≥ 20%。

符合 1~4 条或 4、5 条者，可以诊断为支气管哮喘。

三、辨证治疗

（一）急性发作期

1. 寒哮证

主症：呼吸气急，喉中哮鸣，胸闷憋气，咳嗽，咯白色泡沫样痰或白黏痰，或清稀痰，咯吐不爽，口不渴，或渴喜热饮，天冷或受风遇寒易发，形寒怕冷。舌质淡，苔白润或白滑，脉弦紧或浮紧。或伴有鼻痒，喷嚏，流清涕，或伴有恶寒重发热轻。

治法：宣肺散寒，祛痰平喘。

方剂：射干麻黄汤。

射干 6g，麻黄 9g，细辛 3g，半夏 9g，紫菀 9g，款冬花 9g，五味子 6g，生姜 3 片，大枣 3 枚（擘）。

加减：兼有鼻痒、喷嚏，流清涕者加辛夷 10g、苍耳子 10g，以宣肺通窍；兼有形寒怕冷者加制附片 6g，以温阳散寒；兼有恶寒发热者，可改用小青龙汤。若哮喘发作较重，可于方中加葶苈子 12g，苏子 10g，川朴 10g，以降气平喘；咳嗽频作，加蝉蜕 10g、钩藤 20g、白芍 12g，以解痉止咳。

2. 热哮证

主症：呼吸气急，喉中痰鸣如吼，烦闷不安，咳嗽阵发，咳痰色黄或色白，质稠厚，咯出困难，汗出，口干欲饮，不恶寒，舌质红，舌苔黄或黄腻，脉滑数或弦滑。或兼发热重恶寒轻。

治法：宣肺清热，涤痰平喘。

方剂：麻杏石甘汤。

麻黄 9g，杏仁 9g，生甘草 6g，生石膏 30g，瓜蒌 20g，黄连 9g，半夏 9g。

加减：可加薏苡仁、冬瓜仁、车前草、茯苓、浙贝母、射干。痰难咳出者加橘红 12g，天竺黄 9g，以清化热痰；若喘息较重者加葶苈子 12g、地龙 15g，以降气解痉平喘；咳甚者加前胡 10g、蝉蜕 12g，以解痉止咳；大便干结者，加大黄 10g、芒硝 6g，以泻热通腑；若病起于感冒，表证已解，兼见口干口苦者可用麻杏石甘汤合小柴胡汤加减；若兼有发热者加柴胡、知母；舌苔黄腻者，加藿香、苡仁，以清利湿热。

3. 寒热错杂证

主症：呼吸急促，喉中哮鸣，咳嗽，或咯黄痰，或咳白色稠痰，胶粘难咯，恶风畏寒，背部寒冷，喷嚏，鼻痒，口干欲饮，舌质红，苔白或苔黄，脉滑数，或浮紧。

治法：外散风寒，内清里热。

方剂：小青龙加石膏汤。

麻黄、芍药、桂枝、细辛、甘草、干姜各 9g，五味子、半夏各 12g，石膏 15g。

加减：喷嚏、流涕者加辛夷 10g，苍耳子 10g；喘息甚者，加葶苈子 12g，地龙 15g，钩藤 15g。也可选用厚朴麻黄汤。

(二) 缓解期

本病缓解期患者，有的无证可辨，有的患者虽然可出现一个或两个症状，但构不成具体的“证”。所以，宜从辨病论治

的方法从肾论治（将在本节“临证心得”中讨论）。

治法：温阳补肾或滋补肾阴。

方剂：肾气丸。

熟附子 6g，桂枝 6g，熟地 24g，山萸肉 12g，丹皮 9g，茯苓 9g，泽泻 9g。

加减：若其体质偏于阴虚者，肾气丸去附子、桂枝（六味地黄丸）。

四、名 医 经 验

黄文东：哮喘自幼即发者，多与先天不足，肾气虚衰有关；寒哮宿疾，多为突受寒冷或暴雨侵袭，寒邪从肺俞而入，阳气被遏，寒饮内停，肺气失于宣通，痰不得出，气不得降，以致发生咳喘；热哮多为偏嗜酸咸之味，或恣食肥甘之物，积痰生热，遇风寒犯肺，气郁痰壅而发为外寒内热之热哮。

哮喘之治疗必须抓住虚实两纲。大凡在肺为实，在肾为虚；新病多实，久病多虚；发时多实，不发时多虚；有邪者多实，无邪者多虚；外感诱发者多实，内伤诱发者多虚。原则上治实以祛邪为主，如疏散风寒，清热豁痰，消食下气诸法。治虚以扶正为主，如健脾益气，补肾纳气。

哮喘患者往往本虚而标实。本虚是指脾肾两虚，标实为内蕴痰饮或痰热。外感风寒或风热，能使肺气失宣，诱发哮喘，或使哮喘发作加重。故在哮喘发作时，应以治标为主，用表法或攻法。在发作间歇时，则以治本为主，用培补脾肾法，即“未发以扶正气为主，既发以攻邪气为急”。

表法——小青龙汤：表散风邪。因哮喘患者多为体虚，表卫不固，故很易受风寒或风热之邪侵袭而发病。此时当以祛邪为主。属风寒者用小青龙汤治疗，本方既能表散风寒，又能化饮平喘。方中干姜散寒化痰之力较强，干姜、五味子，一散一敛，配伍甚妙。有人主张五味子量应偏重，亦有见解。偏于风

热者，以小青龙汤加生石膏、黄芩，干姜可改用生姜。若伴有咽痛者加射干，或用射干麻黄汤去大枣，效也较著。

攻法——小青龙汤或苓桂术甘汤：温化痰饮或清化痰热。哮喘患者多有痰饮宿疾或外受风寒而痰饮内生；亦可有痰热内结，复受外邪，以致气郁痰壅而发。因此在治疗时，除用表散之药外，尚需攻其有形之痰。如属痰饮者，则根据《金匱要略》“痰饮之病，当以温药和之”之意，以小青龙汤为主，或以苓桂术甘汤为基本方，加入苏子、杏仁、陈皮、半夏、紫菀、当归之类，研极细末，水泛为丸，吞服。如属痰热内结者，则以定喘汤清化痰热为主。当痰浊壅肺，咳喘较剧，他方治疗效果不显时，用导痰汤合三子养亲汤，可收到一定效果。

补法——苓桂术甘汤、肾气丸：温补脾肾，以培其本。哮喘既有偏阳虚者，也有偏阴虚者。在临床上必须根据不同情况，加以处理。偏阳虚者，用苓桂术甘汤、肾气丸等；偏阴虚者，用生脉散、七味都气丸等。此外如紫菀、款冬、远志、金沸草、鹅管石、蛤壳等顺气化痰降逆之品，在治虚方中亦可选用。（史宇广等．当代名医临证精华·哮喘专辑．北京：中医古籍出版社，1988.1）

胡希恕：①治哮喘不用麻黄，却独崇大柴胡汤：从六经辨证来看，哮喘常表现为太阳病或少阳病，尤以太阳少阳并病、少阳阳明并病和三阳并病为最多见，而且以实证为多见。中医所说的哮喘，一般多是指临床上的一个症状，以邪气实多见。有人观察了哮喘患者，除了给对证的方药外，同时采用了控制饮食、通腑涤肠等方法以消里实，使临床治愈率从20%~30%提高到70%~80.1%。元代的朱丹溪提出：“哮主于痰。”明代的张景岳提出“喘有宿根，遇寒即发或遇劳即发，亦名哮喘。”都在说哮喘以实证多见。又据患者平时无咳喘、吐痰、头痛、身疼等症，知不在太阳；哮喘发作时有胸满、胁痛、汗出、咽干、便干等，多属少阳阳明合病；又据哮喘多发于夜

晚，发作时及不发作时皆无咳痰，可排除痰饮为患，这样引起此类哮喘的主要原因当属瘀血阻滞。因此，此类哮喘多呈现少阳阳明合病兼夹瘀血，为大柴胡汤合桂枝茯苓丸方证。这便是胡老在治疗哮喘时，往往不用麻黄，而常用大柴胡汤加减的主要原因。这里必须强调一下，当然不是说，对所有的哮喘都不用麻黄，当病证在太阳有麻黄的适应证时也必用麻黄，这里仍是强调必须辨方证。

②哮喘病发虽在肺，痰饮瘀血为主因：元代的朱丹溪提出：“哮主于痰”，明确指出痰阻气机，肺气不降是哮喘的主要病因病机，后世在这点上认识颇为一致。明代张景岳提出的“喘有宿根”这一观点也为后世所接受。值得注意的是：有的哮喘患者在非发作期或长期发作后出现了一些虚损现象，可以说是久病伤肾，有的人就把此当作形成哮喘的根本，这是很片面的。《证治准绳》说：“其元耗损，喘生于肾气上奔。”多是指肺气肿之属的气短、喘息，少见於喉中有痰鸣的哮喘。肾气上奔的哮喘，从理论上讲是有道理的，应予注意，但临床上这种哮喘是少见的，如果过于强调这一理论，就会造成对哮喘的成因及治疗的偏差。应明了哮喘以实证多见，也要注意虚证哮喘的存在。一般认为，实证哮喘的“宿根”多是指痰饮实邪，胡老通过长期临床观察、实践，认为瘀血是引起哮喘的重要因素之一。历代医家尚未明确提出瘀血能致哮喘，但《内经》有过类似的描述。如《素问·脉要精微论》曰：“肝脉搏坚而长……当有坠若搏，因血在胁下，令人喘逆。”有似因瘀血在胸胁引专喘证。现代病理研究也说明：在慢性气管炎（包括哮喘性支气管炎）末梢细支气管及肺泡间隔的超微结构的改变，可看到小血管内有血栓形成，与中医的肺有瘀血、血在胁下是相吻合的。

更能说明问题的是，临床上用活血祛瘀的方法治疗哮喘多有良效。近代临床报道用地龙、瓦松、蛭蟥等治疗哮喘收到明

显的疗效。这些单味药具有解痉、抗过敏作用，从中医药性来分析，这些药物都有活血祛瘀的作用，从而也可说明哮喘病人有瘀血里实的存在。

基于以上说明，胡老认为，哮喘的主因是痰饮、瘀血（所谓宿根），诱因是外感、伤食、物理、化学、七情等其他刺激。即当外邪侵袭人体及外在或内在的因素刺激人体后，与体内的痰饮、瘀血相互搏结，阻塞肺气，使肺气上逆而产生哮喘。这就是外邪引动内邪，也即外因引动内因而发病。当然也有单是瘀血，或单是痰饮阻肺而发病的情况。认识到这一病因病理，对于指导辨证治疗有重要意义。因此，以痰饮、瘀血为纲，则哮喘证治了如指掌。简述于下：

①以痰饮为主因的哮喘证治：外邪内饮，为常见的一种证。即是说，其人素有水饮、痰浊潜伏于体内，一旦遭受外邪侵袭，外邪激动里饮，壅逆于肺，则发为哮喘。即呈《伤寒论》所述“伤寒表不解，心下有水气”之证。治宜发汗解表，温化水饮。其中具体证治又分以下几种：

射干麻黄汤方证：症见恶寒，身痛，痰多，喉中痰鸣，射干麻黄汤主之。口干、舌燥、心烦者，宜更加生石膏。

小青龙汤方证：症见恶寒，身痛，无汗，咳逆倚息不得卧，咳唾白泡沫痰，小青龙汤主之。若见咽干、烦躁者，宜更加生石膏。

葛根合小陷胸汤方证：症见项背拘急，胸满闷或痛，发热恶寒而喘，葛根汤合小陷胸汤主之。若心烦明显者，亦宜加生石膏。

苓甘五味姜辛夏杏汤方证：症见咳逆，喘满，唾白泡沫痰，口中和，苓甘五味姜辛夏杏汤主之。

麻黄附子细辛汤方证：症见恶寒，无汗，或背恶寒，四逆，精神疲惫，脉沉细，麻黄附子细辛汤主之。

②以瘀血为主因的哮喘证治：原有瘀血潜伏于体内，一旦

外感或伤食或七情变化，诱使瘀血变化，上犯肝肺而发哮喘。若不驱瘀，则哮喘经久不愈，故凡哮喘不论寒暑经年不已者，多属瘀血为患。具体常见方证如下：

大柴胡汤合桂枝茯苓丸方证：症见胸胁苦满，呼吸困难，心下急，口苦咽干，大便干燥。

大柴胡汤合桃核承气汤方证：症见上证又见腹胀满，大便难通者。

以上二方证，若见口干舌燥或烦渴者，均宜加生石膏；若上证复有外感，发热恶寒而无汗者，则宜葛根汤，依证选用大柴胡汤、桂枝茯苓丸，或大柴胡汤合桃核承气汤三方合主之，见咽干烦躁者，亦宜加生石膏；若上证见汗出而喘明显者，则宜麻杏石甘汤，依证选用大柴胡汤合桂枝茯苓丸，或大柴胡汤合桃核承气汤三方合方主之。

③痰饮瘀血二因俱备的哮喘证治：既有外邪内饮，复有瘀血在里的哮喘也屡有所见。如常见有小青龙汤方证，复见大柴胡汤合桂枝茯苓丸合方证者，即以小青龙汤、大柴胡汤、桂枝茯苓丸三方合方主之。大便难通者，可易桂枝茯苓丸为桃核承气汤；若现射干麻黄汤方证者，即以射干麻黄汤为主，依证选用大柴胡汤、桂枝茯苓丸，或大柴胡汤、桃核承气汤三方合方主之。

以上各方证，若见口干舌干燥或烦躁者，均宜加生石膏。（冯世纶编著·中国百年百名中医临床家丛书·中医名家胡希恕·北京：中国中医药出版社，2001.20~33）

李介鸣：急性发作的哮喘，多数乃为感受外邪所致之实喘，然又有寒喘与热喘之别。寒喘因感受风寒，寒邪束肺，或有寒痰交阻，肺气不宜。初起可兼恶寒、头痛、身痛等表证，尤以咳嗽、气喘或喉间有喘鸣声、胸闷、痰多稀薄为主症，舌苔薄白或白腻，脉浮紧。治以宣肺散寒，化痰平喘，常用小青龙汤或射干麻黄汤等。热喘因感受风湿之邪，或痰热壅滞于

肺，肺气上逆。初起可有恶寒或寒战，尤见发热，咳嗽胸痛，痰多稠黄，咯吐不爽，苔黄腻，脉浮滑而数。治以清热宣肺，平喘止咳，用麻杏石甘汤、定喘汤等。然而，不论寒喘与热喘，都有肺失宣肃，气机逆乱之病机。正如近代医家金子久所说：“肺气清肃则升降无碍而呼吸自如，一有逆乱，便生乖违。”故在治疗实喘的寒喘及热喘时，除分别予以宣散、清解之外，尤重肃降肺之气逆，选用降气之品配伍应用，往往收到喘平嗽减之效。张景岳亦说：气分受邪，上焦气实作喘，人壮力强胀满脉实者，但破其气而喘自愈。

哮喘，喘促日久，呼多吸少，动则喘息更甚，形瘦神疲，气不得续，汗出，或肢冷面青，舌淡，脉沉细数，或平素可有腰酸肢软。此久病哮喘，肾气亏乏，摄纳失常。前人的经验证明，喘“在肺为痰，在肾为虚”。故久喘当以补肾纳气为治，可用金匱肾气丸、六味地黄丸等治疗。（单书健等，古今名医临证金鉴·咳嗽肺胀（卷下），北京：中国中医药出版社，1999.222）

曹鸣高：哮喘有宿根，每因寒冷或劳累而诱发。在暴发时，必须发散攻邪为先，宜华盖散加减为主。表邪得解，闭路得开，则痰自利而气自下，肃降复而喘自平。哮喘遇冷即发者有二：一是中外皆寒，即仲景小青龙证是也；二是寒包热，越婢加半夏汤、麻杏石甘汤，寒甚于热者大青龙加减主之；发病时如咽痒阵呛，痰吐黄脓或如粉条，咯吐困难，烦躁自汗，脉弦滑数，舌苔黄边尖红，此属积痰蕴热，肺气上壅，宜麻黄、射干、生石膏、枳壳、桔梗、白杏仁、葶苈、生甘草、莱菔子等，以泄肺化痰，下气清热；如发作次数频繁，日夜数次，能俯不能仰，阵呛痰鸣，痰吐黄稠或如泡沫，胸膈满闷，便秘，脉数大有力，舌质红，口干，究其发作与缓解过程，每与饮食大便有关，如多食则发作更甚，是痰火蕴蒸，上迫肺金，阳明通降失常，急宜滚痰丸、承气法从下夺之，对体实病实者效如

桴鼓；哮喘发作咳室胸闷，伴以寒热往来，状如发疟，两胁胀满，此属痰火郁结，阳气拂郁以致营卫分争，非疟也，宜木郁达之，火郁发之之法，可用柴胡、射干、枳实、桔梗、茯苓等，得吐大量顽痰，则气血顺而哮喘自平；小儿哮喘，寒包热为多，一般宜射干麻黄汤、葶苈大枣泻肺汤或黄芩半夏汤加减（黄芩、半夏、枳壳、桔梗、麻黄、紫苏、杏仁、生甘草），慎勿妄用小青龙汤法。（单书健等·古今名医临证金鉴·哮喘肺胀（卷下）·北京：中国中医药出版社，1999.235）

颜德馨：哮喘剧作，多因寒痰胶滞，气失升降，投麻黄附子细辛汤辄有立竿见影之效。附子温肾散寒，麻黄宣肺平喘，相得益彰。麻黄得附子平喘而不伤正，附子又能制麻黄之辛散。余治哮喘之偏于寒胜者，最喜冠此两味，颇为应手。细辛通阳平喘，喘息甚时非此不可，量必重用，一般用4.5g，喘剧者可用至9g以上。临床尝见顽固性哮喘，用大量激素亦不为功，端坐喘息，日以继夜，投麻黄附子细辛汤（每味用量皆为9g），一剂而安。

哮喘为沉痾之病，缠绵反复，正气溃散，精气内伤，症状错综出现，但毕竟寒痰阴凝于内者居多，用附子麻黄偕细辛，日照当空，阴霾自化，能使喘平痰减。即使舌质稍红，津液不足，但实质寒凝为本，经用麻附后阳气来复，津液上承，舌色反转润泽，故治哮喘时用药不可拘泥。（单书健等·古今名医临证金鉴·哮喘肺胀（卷下）·北京：中国中医药出版社，1999.237）

五、医案精选

刘赤选——苓桂术甘汤合小半夏加茯苓汤治疗哮喘（痰饮阻肺）

梁某，女，68岁。1973年6月16日初诊。

主诉：患者于30年前患哮喘，经服小青龙汤、参茸酒等

治疗而愈，30年来未见复发。1972年春开始有高血压，经常觉头晕，目眩，耳鸣，左侧肢体及左舌嘴唇麻痹。近来哮喘又发作，见胸闷气喘，频频咳嗽，咳白泡沫痰，入夜尤甚，不能平卧，伴有心悸，失眠，下肢浮肿，动则眩晕，汗出颇多，口淡无味，喜热饮，大便溏，脉小紧带数。舌暗淡，苔白微黄略厚。治以平肝风，温阳化饮。

方药：白芍 21g，炙甘草 12g，熟附子 30g，五味子 6g，橘红 6g。3剂。

二诊：6月21日。喘咳已减轻，能平卧，痰仍多，心悸、眩晕、浮肿等症未改善。脉沉迟细弱，舌色暗淡，苔微黄略腻。拟以温中扶阳，除痰利水。用苓甘五味姜辛汤加法半夏、熟附子。

处方：茯苓 45g，干姜 9g，炙甘草 9g，五味子 9g，细辛 9g，熟附子 30g，法半夏 21g。3剂。以上病情加剧。

三诊：桂枝 18g，茯苓 30g，白术 18g，炙甘草 12g，法半夏 18g，五味子 9g，陈皮 5g，3剂。

四诊：7月2日。喘咳明显减少，胸膈舒适，浮肿亦消，夜虽有咳嗽，但已能平卧，精神好转，仅时觉头晕、脚软。脉细，舌暗淡，苔薄白微黄。此病情有好转之机，而正气尚未恢复。拟用通阳补中利水之法。方用苓桂术甘汤合小法半夏加茯苓汤。

处方：桂枝 24g，白术 24g，茯苓 30g，炙甘草 12g，生姜 30g，法半夏 18g。3剂。

五诊：7月5日。气喘平息，咳嗽亦止，胸膈畅，已能安卧，下肢浮肿亦消失，大小便正常，胃口亦好，惟时觉眩晕、气短、脚软。脉细带数，右稍弦，舌质略淡，苔薄黄略腻。照上方加党参 15g。服 4 剂。哮喘暂告痊愈。后嘱其继续调理高血压病。

按语：本证是痰饮与肝风上逆致两病并发。痰饮病急，以

喘咳为主；肝风稍缓，以眩晕为主。先治其急，并防其缓，是治本病之定法。初诊用芍甘附子汤，方中以白芍平熄肝风，附子温运脾阳，合苓、术、炙甘草化气利水，消除痰饮之根源；陈皮、五味顺气止咳，定其喘逆，所以服后略有效果，痰饮减轻；而二诊给予苓甘五味姜辛汤反使病情加剧，此乃细辛、干姜为热药，用之不当，致使热上涌之故。三诊改用苓桂术甘汤合小半夏汤，以法半夏、生姜辛温通降，降气消痰，桂枝通补胸中阳气；以茯苓、白术、炙甘草健运脾胃，输津归肺，利水消痰，消除停痰停水之根源。此方恰中病机，效果良好，药后哮喘得治。（董建华主编．中国现代名中医医案精华（一）．北京：北京出版社，1990.626）

郭士魁——厚朴麻黄汤、麻杏石甘汤治疗哮喘（热哮）

赵某，女，23岁，服务员，病历号 137955

1965年5月7日会诊：喘咳4年，加重半月，咳喘持续状态4天。患者自1960年开始出汗受风后有发热、咳喘，数月方愈。以后每年均有咳喘发作，夏季较重，冬季减轻，曾住某医院用过氨茶碱、激素治疗。今年4月14日因劳累后又发作哮喘，用氨茶碱可减轻，以后病情加重。近4天来哮喘发作呈持续状态，不能平卧，静脉注射氨茶碱后头晕、恶心，且缓解不明显而来我院就診治疗。

现咳喘不能平卧，心悸、头晕、咳嗽，吐白黏痰，量不多，纳呆，腹满，小便短赤，大便稀。体温37.2℃。呼吸28次/分。检查：患者半坐位，呼吸急促，喘声连连，舌质微红，舌苔白腻，脉细微数，两肺满布哮鸣音，心率104次/分；白细胞12500/立方毫米，中性64%，淋巴28%；西医诊断：支气管哮喘，肺气肿。郭老诊后：

辨证：哮喘。

立法：宣肺定喘，清热化痰。

方用：厚朴10g，麻黄6g，细辛3g，生姜10g，半夏

12g, 生石膏 30g, 瓜蒌皮 12g, 葶苈子 6g, 黄芩 10g, 杏仁 12g, 五味子 10g, 生桑白皮 12g。

1965 年 5 月 17 日二诊: 哮喘发作较前减轻, 咳嗽痰稀易咳出, 面红、头晕、出汗, 舌质嫩红苔白, 脉细滑数, 两肺仍有哮鸣音。方用: 麻黄 10g, 生石膏 30g, 甘草 6g, 杏仁 12g, 生桑白皮 15g, 地骨皮 15g, 黄芩 6g, 薄荷 6g。

1965 年 5 月 22 日三诊: 进前方 3 剂后, 哮喘基本停止发作, 尚咳嗽白痰。21 日又因外感而发热, 但未发哮喘。郭老给予加用清热解毒中药治疗: 麻黄 6g, 杏仁 10g, 生石膏 25g, 甘草 6g, 黄芩 10g, 百部 12g, 前胡 10g, 白前 10g, 大青叶 12g, 双花 20g, 薄荷 3g, (后下), 鲜芦根 18g。进上方 2 剂咳嗽大减, 未喘, 体温正常, 尚感恶心乏力, 纳差, 口干, 睡眠、二便好。脉细滑, 舌苔白, 继服上方。

1965 年 5 月 27 日四诊: 咳喘消失, 精神好, 食量增加, 只微感恶心, 二便正常, 有时腹痛, 两肺未闻哮鸣音及干湿啰音, 心律齐, 心率 82 次/分, 脉细滑, 苔薄白。给予下方调理之: 党参 12g, 陈皮 10g, 半夏 12g, 甘草 6g, 枳壳 6g, 藿香 6g, 神曲 12g, 生姜 10g, 大枣 12g, 白术 10g, 檀香 6g。

按: 本例哮喘 4 年, 此次发作 1 月余。哮喘治法为“发时治肺, 平时治肾”。张景岳谓“实喘者有邪”, 故先治标以宣肺定喘, 清热化痰。麻杏石甘汤加减: 麻黄、杏仁、石膏、五味子宣肺定喘; 瓜蒌、桑白皮、黄芩清热痰; 葶苈子清热泻肺; 生姜、半夏和胃化痰; 病人病程久且为白黏痰, 加细辛反佐以防清热太过。(翁维良等编著. 中国百年百名中医临床家丛书·中医名家郭士魁. 北京: 中国中医药出版社, 2001. 219~220)

叶桔泉——麻黄细辛附子汤治疗哮喘(脾肾阳虚)

季某, 男, 72 岁, 商人。

1940 年 4 月 12 日初诊, 咳嗽气喘, 痰涎稀薄, 起经多

年。晨晚咳嗽较甚，腰部沉重，畏寒，脉迟。此属脾肾阳虚，拟麻附细辛汤加味。炙麻黄、细辛各 2.4g，淡附片 4.5g，姜半夏、陈皮各 6g，生草 3g，杏仁、象川贝、桔梗、前胡、款冬花各 9g。

4月14日二诊，咳嗽稍减，咳痰较浓，唯气息短促，尺脉独弱，肾气不纳，心悸怔忡，再以温肺纳肾，黑锡丹加减。黑锡丹、杏仁、怀山药、茯苓各 12g，淡附片 4.5g，小茴香 1.8g，炙甘草 3g，白芍 6g，款冬花、盐炒牛膝各 9g。

4月16日三诊，气息喘促，痰浓不松，咳嗽形寒，四肢清冷，此肺肾两虚，再以温纳法。蛤蚧尾 1 对（研粉分 3 次吞服），桑白皮、款冬花、制附子（温水洗）各 9g，灵磁石、杏仁 12g，桔梗、旋覆花各 6g，五味子 3g，干姜 1.2g，官桂 3g，枇杷叶（去毛）3 片。

4月18日四诊，前方出入再进。

4月24日五诊，投龙牡镇逆、姜附温阳之剂后，畏寒已退，喘息咳逆较减，唯晨起动则喘息，脉虚弱，再以温摄法。大茴香（后下）2.4g，胡芦巴、巴戟肉、川桂尖各 9g，黄附块、五味子各 3g，怀山药、茯苓、灵磁石（研包）各 12g，黑锡丹 15g，陈萸肉 6g。

六、七诊，续以温肺纳肾法治之。

5月3日八诊，屡投温肺纳肾法，畏寒疲惫等衰弱症状皆减轻，而咳逆仅限于晨起，咳痰较松，脉较振，再以六君子汤加减：潞党参、茯苓、苏子、桑白皮各 9g，白术、当归各 6g，沉香（后下）、木香各 1.2g，陈皮 4.5g，炙甘草 3g，砂仁（后下）、川朴丝各 2.4g。

按：咳嗽喘息，动则为甚，其病在肺，其本在肾。初用麻黄、附子、细辛不中，因非寒邪痰饮在肺，二诊开始以黑锡丹、龙骨、牡蛎温摄纳定喘之剂而收效。哮喘发病时，临床上主要表现为咳嗽气喘，咯吐痰涎，呼吸困难，尤其是呼气性

困难，增加肺内余气，进而发展为肺气肿。本病初发时，主要是痰气阻肺，以邪实为主，病情反复发作，必致肺脏气阴受损，久必累及脾肾。如果病程迁延日久，则肺虚不能主气、肾虚不能纳气。再者，宿痰内蕴者易导致脾肺气虚，甚则及阳，发展为脾肾阳虚，故在间歇期多见虚象，发作时则出现邪实正虚的错杂现象。因此，在临床辨证论治时，当应从寒热虚实区分。病初多为实证，日久则见虚实夹杂。发作时以邪实为主，平时以正虚为重，治法应灵活掌握，本例正处发病，当先从实从标论治，以化痰平喘为先，再有寒饮壅肺，则追以温肺化饮之法，以达预期之效。（马永华等编著·中国百年百名中医临床家丛书·中医名家叶桔泉·北京：中国中医药出版社，2001.33~34）

六、临证心得

（一）哮喘急性发作期宜明辨寒热

运用经方治疗哮喘，首先在于辨证，在确立“证”的前提下进行选方，使之方证相应，这样才能产生良好的疗效。哮喘发作时的表现，往往大同小异，寒热存在于疑似之间，常使医者茫然而无从着手，无法区分是寒证还是热证。所以，如何正确的区分寒热，是哮喘辨证和使用经方的关键问题。笔者在临床上通过长期实践总结出如下辨证要点，可资参考。

1. 辨寒热的有无 若患者在喘前或在喘息的同时兼有恶寒，或畏寒背冷者，证属于寒；若喘前或在喘息的同时兼有发热，或发热重恶寒轻者，证属于热。在喘息的同时而兼有发热者，多属感染性哮喘，在变应性哮喘的患者中一旦出现发热，喘息症状反而可得以缓解。

2. 辨寒热的喜恶 若遇寒凉或风寒则使哮喘发作或加重，得温暖则缓解者，证属于寒；若遇闷热、酷暑而致哮喘发作或加重，欲得寒凉，或遇凉后哮喘减轻或缓解者，证属于热。

3. 辨季节与发病 若患者一般于秋末或冬季或初春发病者,证多属于寒;若春末夏初或盛夏发病者,证多属于热。

4. 辨口咽 若口不渴,无咽痛者,证多属于寒;若口干、口渴欲饮水,咽干咽痛者,则属于热。

5. 辨排泄物 若患者流清涕,伴有喷嚏,鼻痒,或咯清稀痰,或大便稀溏,大便不成形者,证属于寒;若流黄稠涕,儿童鼻孔干燥有涕痂附于鼻孔外,或咳痰黄稠,胶黏难出,或大便干结者,证属于热。

6. 辨舌 若患者舌质淡有齿印,苔白或白腻,证属于寒;若舌质红,舌尖有鲜红色点刺(辨别儿童哮喘患者的重要体征),苔黄燥或黄腻(夏季7—9月份哮喘发作者常见)者,证属于热。

7. 辨脉 通常认为脉迟为寒,脉数为热,这是其他疾病的一般规律,就哮喘发作期而言,脉的频率不是辨寒热的指征,盖哮喘正当发作之时,因其喘促气急,无论偏于寒,或偏于热,均呈现数脉。笔者数年来的临床实践体会到:凡右寸脉浮大者则属热证;寸脉不浮反而沉小者,当属寒证。

以上7条是寒热辨证的要点,在临床上可作为辨寒热的参考指标。在具体运用时宜互为参考,不可偏执一端,如能把握以上要点,做到同中求异,异中求微,于细微处下功夫,要辨别寒热属性,还是不甚困难的。

(二) 哮喘缓解期宜立足于辨体质施治,从补肾立法,方用肾气丸

目前,哮喘缓解期的中医药防治,多遵循肺虚、脾虚、肾虚的证候辨证来指导立法、遣药,即辨证论治。辨证论治是中医学的基本特点,此无可非议。但是,在临床上,多数不伴有并发症的哮喘病人在其缓解期一如常人,无任何症状,使医者陷入了无“症”可辨的困境,或者虽有某一个或两个症状,而构不成相应的证,这就给有针对性的防治带来了困难。所以,

这一传统的辨证方法是否能够全面、有效地指导临床,确有进一步研究的必要。

为了客观评价哮喘缓解期是否出现相应的症状,以及这些症状出现的概率,借以阐明哮喘缓解期是否存在着传统的肺虚、脾虚、肾虚证候。我们采用临床流行病学研究的方法,对485例哮喘缓解期患者和519例不患哮喘的正常人,进行了对照研究。

根据实验组缓解期症状的暴露率统计结果,无任何症状者172例(占35.46%)。说明哮喘缓解期有的患者一如常人。除了以上无任何症状的患者之外,有241例(占49.69%)虽有某一症状,或一个症状以上,但构不成肺气亏虚证、脾气亏虚证、肾气亏虚证。我们试图从哮喘患者以往发病的诱因、发作时的先兆症状来寻找有利于辨证的规律、线索或依据。但分析结果表明,“每因气候变化而诱发”,与“每因饮食失当而引发”哮喘的这两个诱因,与肺虚、脾虚、肾虚均无明显的相关性。另外,“发病前喷嚏频作,鼻塞流清涕”这一哮喘发作前的先兆症状(占样本量的60.21%),与肺虚、脾虚、肾虚的辨证也无相关性。于是就为“证”的确立带来了困难。

通过对实验组与对照组症状的暴露率的分析及两组间各“证”的分析,显示实验组中有33例构成了肺气亏虚证,11例构成了脾气亏虚证,28例构成了肾气亏虚证。能构成肺、脾、肾虚“证”的共计72例,占14.85%。对照组中有22例构成了肺气亏虚证,4例构成了脾气亏虚证,16例构成了肾气亏虚证。能构成肺、脾、肾虚“证”的共计42例,占8.09%。两组间比较并无显著性差异。

综上所述,哮喘缓解期无任何症状者,因其无“症”可辨,当然不可能用辨证论治的方法来辨识出肺虚、脾虚、肾虚的证候;哮喘缓解期有些患者虽有“症”可辨,然而,因其构成“证”的要素——症状的不足,或症状之间无规律的分散出

现,不能够有规律的向某一“证”聚集,也不能按辨证论治的方法来辨识出肺虚、脾虚、肾虚的证候;虽然有一小部分病例,构成了肺气亏虚证、脾气亏虚证、肾气亏虚证,但与对照组进行比较,并无显著性差异。这说明,即使不患哮喘的正常人,有时也可不同程度的出现与哮喘缓解期病人相类似的“证”。推而论之,哮喘缓解期病人所出现的这些所占比例较少的“证”,是不是哮喘缓解期本身内在病机的外在客观反映?这是一个值得深思的问题。

作为一种诊治疾病的处理方法或检验方法,最基本的条件是能够有针对性的覆盖或有效地适应大多数处理对象或检验对象,否则就失去存在的价值。这就给我们提出了一个不可回避的问题:对哮喘缓解期病人,采用辨证论治的方法,即使不与对照组对照,不管其有无差异,也不过只能解决占 14.85% 的问题。细究之,遵循这种辨证方法来确立“证”,并指导立法、遣药,实难以偏概全。

我们在长期的临床实践中发现,哮喘患者普遍存在着大鱼际掌纹粗糙,呈格子状分布的现象,这种现象可作为哮喘的一个重要体征。为了证明这一点,对 151 例哮喘患者以及 153 例正常人对照组进行了临床研究,通过对观察组、对照组大鱼际掌纹分级的对比分析表明:二者之间存在着极为显著性差异,哮喘病人大鱼际掌纹形态具有明显的特征性。研究认为,哮喘大鱼际掌纹形态特征的形成机理,从现代医学的角度来认识,是过敏性体质的遗传形成的;从中医学的角度来认识,是肾之精气亏乏,不能濡润肌肤、腠理所致。大鱼际掌纹形态特征是哮喘“肾虚质”的外在体征。通过补肾立法临床取得满意疗效。

我们认为,哮喘与肾虚相关,在哮喘缓解期,针对“肾虚质”应立足于“辨体质施治”,可选用肾气丸。

(三) 治热哮宜清肺渗湿,麻杏石甘汤加味经验方——清

肺渗湿汤

我们通过长期的临床实践认为：痰热壅肺虽然是热哮证的主要病机所在，但是，尚应究其痰之所由生——“湿”、“水”、“饮”这一病机环节，在治疗时应以清肺渗湿为治法，先其痰而治之，才是溯源求本之道。为了科学的评价清肺渗湿法治疗热哮证的可行性，对 140 例哮喘（热哮）发作期患者，进行了临床研究：

在清肺渗湿法指导下，组成具有清肺渗湿功效的清肺渗湿汤（麻杏石甘汤加味）。其药物组成为：麻黄 10g，杏仁 10g，石膏 30g，炙甘草 10g，鱼腥草 30g，蝉蜕 15g，浙贝母 10g，冬瓜子 30g，薏苡仁 30g，茯苓 15g，车前草 15g，石韦 15g 水煎服，每日 1 剂，早、晚两次分服。连服 9 天为一疗程。对照组：仅采用清热宣肺，化痰定喘，组成麻杏石甘汤加味方：麻黄 10g，杏仁 10g，石膏 30g，炙甘草 10g，鱼腥草 30g，蝉蜕 15g，浙贝母 10g，冬瓜子 30g。水煎服，每日 1 剂，早、晚两次分服。连服 9 天为一疗程。

临床研究结果证明：两组治疗后，第三、六、九天的综合疗效比较，实验组疗效均明显优于对照组（ $P < 0.05$ ）；实验组的起效时间明显短于对照组；治疗前后两组肺功能比较，两组在治疗后三个观察指标值较治疗前明显升高，而实验组在治疗后三个指标的改善程度显著大于对照组；治疗前后两组嗜酸粒细胞相对计数比较，两组在治疗后嗜酸粒细胞相对计数均较治疗前明显降低，且实验组在治疗后嗜酸粒细胞相对计数下降程度远大于对照组。

据我们以往研究成果所得出的结论表明，哮喘的发生与肾虚有着密切的关系，“肾虚体质”是哮喘发病的内在因素。若肾气亏虚，则卫外的功能低下，易招致外邪的侵袭，或感受风热之邪，或在肾阴亏虚质的基础上感受风寒、毒邪（某些过敏源、刺激性气体等）而邪从热化，热邪蕴肺，致使肺之宣降功

能失常，从而产生两方面的主要病机：其一，肺主气，司呼吸的功能障碍，而出现肺气壅塞或上逆；其二，水液代谢功能障碍，水饮停肺，在热邪的作用下，煎成“热痰”。在以上两种情况同时兼备的条件下，则痰随气升，气因痰阻，相互搏结，壅塞气道，肺管狭窄，通畅不利，而致痰鸣如吼，气息喘促，哮喘乃成。由此可见，感受外邪、饮停为痰是哮喘发作的缺一不可的两个基本条件。诚然，热邪蕴肺乃其重要病机，热邪蕴肺可以生痰，但是，痰郁又可化热，二者又可互为因果，相互作用，久之，“热痰”则成为热哮发病的中心环节。所以，在其病因病机的认识上，关键问题应追本溯源，究其痰之所由生。就有形之痰而言，其形成过程为：湿聚为水，积水成饮，饮凝为痰。“湿”、“水”、“饮”是肺失宣降，水液代谢功能障碍的初始病理产物，是痰之原本。当感受风热之邪或邪从热化，其所煎者为“湿”、为“水”、为“饮”，而“热痰”则是最终的病理产物。

在治疗热哮时应谨守病机。热哮为患，首当清肺，此无可置疑。然而，如何针对“热痰”这一中心病机环节，制定何种治法，以尽快地消除痰热，缓解哮喘呢？众所周知，治疗寒哮证的“小青龙汤”、“射干麻黄汤”，只要辨证明确，用之得当，效如桴鼓。这两个方剂均选用了麻黄、细辛、干姜（后者为生姜）半夏、五味子、甘草。其中用善于解表、开宣肺气的麻黄发汗、平喘。用细辛、干姜（后者为生姜）、半夏以温肺化饮。就祛邪而言，温肺化饮是治疗寒哮的核心治法，通过“温化”使水饮得化，以绝痰源。通过发汗，给邪以去路。这种组方思路可给人以启发，示人以规矩。我们在治疗热哮证时，所采用的“清肺渗湿”法就是基于这种祛邪寻邪路，祛痰绝痰源的思路，这种思路体现了治病求本、因势利导的基本原则。由是观之，在治疗热哮时，就化痰与渗湿而言，前者属追末之举，而后者才是求本之道。可以认为，就有形之寒痰而言，应遵循

“病痰饮者当以温药和之”的古训，就有形之热痰而言，宜立足于“病热痰者当需渗利”原则。

所谓“渗”，即渗利，是运用功具淡渗利湿功效的药物，以祛除因水液代谢功能障碍而产生的初始病理产物——“湿”、“水”、“饮”，以绝痰源，即先其痰而治之，具体体现在茯苓、薏苡仁、车前草、石韦四味药的应用，在清肺的同时兼以淡渗利湿，则可使热邪从小便而出。著名医家汪昂所著《本草备要》说：“石韦，甘苦微寒。清肺金以资化源，凡行水之药，必皆能先清肺火。通膀胱而利水道”。在论述茯苓一药时又说“色白入肺泻热，而下通膀胱。……然必其上行入肺，能清化源而后能下降利水也。”汪氏通过对石韦、茯苓二者的论述，说明了两个问题：一是，凡是具有淡渗利湿功效的药物多能够清肺热；二是，利水而下通膀胱，使水、热之邪从小便排出体外。可见，通过淡渗利湿，可以达到两个目的：其一，祛除“湿”、“水”、“饮”邪，以绝痰源；其二，上清肺热，同时给热邪以出路，使肺热得清。通过“清肺渗湿”，可使肺气的宣降以及水液代谢功能得以正常，则热哮可愈。

现代药理研究表明，清肺渗湿汤中的淡渗利湿药茯苓、薏苡仁、车前草、石韦大多具有抗炎或止咳、化痰、平喘以及调节免疫功能的作用。有研究证实，用茯苓水提物灌胃，能显著提高小鼠脾淋巴细胞体外增殖反应及外周 T 淋巴细胞 α -ANAE 阳性率，增强脾淋巴细胞 IL-2 的活性。薏苡仁能抑制中性粒细胞产生活性氧，并显著抑制中性粒细胞、淋巴细胞膜的甲基转换酶、磷脂酶 A2 和前列腺素 E2 的分泌，已有的研究表明，其抗炎作用机制与稳定炎症细胞的细胞膜有关。车前草具有强大的祛痰作用，车前草中所含的车前苷可兴奋分泌神经，能促进气管支气管黏液分泌，有利于痰液排出。石韦对二氧化硫刺激产生慢性支气管炎的炎症及上皮细胞的病变有减轻作用，可能与支气管内黏液的分泌、积聚减少，改变了局部及

全身情况有关。

综上所述，“热痰”是热哮发病的中心病机环节，而“湿”、“水”、“饮”则是形成“热痰”这一病理产物的本源。在立法时，应谨守病机，宜按照“病热痰者当需渗利”的原则，在清肺的同时，必须参以渗湿。通过淡渗利湿，给邪以去路，以绝痰源。肺热得清，水湿得化，肺气的宣降以及水液代谢功能得以恢复，则热哮可平。临床研究证明，采用具有清肺渗湿功效的清肺渗湿汤治疗热哮，具有见效快、疗效高的优点。通过对热哮病机、治法理论的探讨以及临床实践检验，说明，采用“清肺渗湿”法治疗热哮证是可行的，值得临床进一步研究或应用。



第五章 支气管扩张

一、概 述

支气管扩张指支气管及其周围肺组织的慢性炎症损坏管壁，以致形成不可逆的支气管扩张与变形。本症有先天性与继发性两种，继发性较为多见，且多见于儿童和青年。其临床特征为：①咳嗽咳脓性痰；②反复咯血；③反复肺部感染；④常见杵状指（趾）；⑤消瘦贫血。

支气管扩张属于中医“咳嗽”、“肺痈”、“咯血”等范畴。其病因为外因和内因两个方面。外因指外感风、湿、热、火之邪，内因多指肺体亏虚、饮食不当及七情内伤。临床上内因与外因又互为因果可致恶性循环。正气虚弱容易感受外邪；内有痰热，感受风寒又易化热，使痰热更盛，感受外邪。在邪正相争中正气消耗，使正气更虚，故支气管扩张之病缠绵难愈。

二、诊 断

（一）病史以及症状与体征

1. 慢性咳嗽、咳大量脓性痰、间断咯血、反复肺部感染，或仅有表现为反复咯血。

2. 幼年时曾患麻疹肺炎、百日咳、支气管肺炎或有慢性

鼻炎、鼻窦炎等。

3. 常在下胸部及背部听到局限性粗、中度湿性啰音、干咳，排痰后啰音可暂时减少或消失，以后又复出现，可有杵状指。

(二) 胸部 X 线检查

1. 胸部 X 线摄片常显示患侧下部肺野纹理增多、紊乱，或有不规则环状透亮阴影或卷发样阴影。

2. 支气管造影、胸部 CT、纤维支气管镜检查发现有支气管扩张改变。

三、辨证治疗

(一) 肺热壅实证

主症：发热，恶寒，咳嗽、喘息，咳大量脓样黄稠痰，其气味或腥臭；痰中带血，口干、口渴，或伴有胸痛、大便秘结，舌质红苔黄，脉滑数或浮数。

治法：清热泻肺。

方剂：麻杏石甘汤合葶苈大枣泻肺汤。

麻黄 12g，杏仁 9g，炙甘草 6g，石膏 30g，葶苈子 20g，大枣 6 枚。

加减：可加芦根、薏苡仁、冬瓜仁、桃仁、鱼腥草、白茅根。咯血或痰中带血者，加侧柏叶、茜草、小蓟以凉血止血；伴有胸痛者，加栀子、豆豉、瓜蒌以清宣郁热而止痛；大便秘结者，加大黄以通腑泄热。

(二) 痰热内蕴证

主症：咳嗽，胸闷、胸痛，咳大量脓样黄稠痰，或痰中带血，舌质红苔黄，脉滑或滑数。

治法：清肺化痰。

方剂：桔梗汤合小陷胸汤、千金苇茎汤。

桔梗 9g，甘草 9g，芦根 30g，薏苡仁 30g，冬瓜仁 30g，

桃仁 9g, 瓜蒌 20g, 半夏 9g, 黄连 9g。

加减: 可加双花、鱼腥草、虎杖、浙贝母。痰中带血者, 加侧柏叶、茜草、小蓟以凉血止血。

(三) 痰郁气结证

主症: 咳嗽, 痰多, 胸胁胀痛, 咳引胸痛, 舌红苔薄黄, 脉弦。

治法: 疏肝解郁, 理气化痰。

方剂: 四逆散和桔梗汤

柴胡 9g, 枳壳 9g, 白芍 9g, 甘草 6g, 桔梗 9g。

加减: 可加青皮、杏仁、瓜蒌。若口苦者, 加黄芩。

(四) 痰浊内阻证

主症: 咳痰量多, 咳黄白相兼痰, 或以白痰为主, 易于咯出, 纳呆, 乏力, 汗出, 恶风, 舌淡苔薄白而滑, 脉沉弱。

治法: 温阳化痰, 培土生金

方剂: 苓甘五味姜辛夏仁汤合黄芪建中汤

茯苓 15g, 甘草 6g, 细辛 3g, 干姜 6g, 五味子 12g, 制半夏 12g, 杏仁 9g, 黄芪 15g, 桂枝 9g, 大枣 4 枚, 芍药 18g, 生姜 9g, 胶饴 15g。

加减: 可去生姜, 加陈皮。

四、名 医 经 验

赵锡武: 咳喘治疗总则是宣肺, 新感者宜清散, 久病者宜温化。急性喘咳, 多由外邪侵犯, 重点在祛邪; 慢性者多由正虚体弱, 邪恋不去所致, 老年尤甚, 重点在扶正。平素不发作时, 应固表扶正以防外感。发作时祛邪以治标, 喘止咳停则应补正以治本。正虚邪盛时标本兼治, 扶正以祛邪。始终重视治痰。……支气管扩张咳嗽: 以千金苇茎汤、小陷胸汤、甘桔汤、葶苈大枣泻肺汤化裁治之。(史宇广等·当代名医临证精华·咳喘专辑。北京: 中医古籍出版社, 1988. 12)

张琪：肝咳即肝火犯肺，木火刑金证。主症为气逆呛咳，干咳少痰带血，胁痛咳引加剧，目干赤，面色青，遇怒则加重，舌边赤苔燥，脉弦或弦数，治宜泻肝保肺，清热宁金，多见于肺结核、支气管扩张或感染等病。张琪教授用泻白散加味主治。药物组成：桑皮 15g，地骨皮 10g，郁金 10g，柴胡 15g，白芍 15g，瓜蒌 20g，黄芩 10g，降香 10g，麦冬 15g，甘草 10g，如咯血不止加三七 5g，研末与汤药同时服之，如气上逆咯血加生赭石 30g。

如治一李姓妇女，37 岁，患支气管扩张并发感染，发热咳嗽，咯血量甚多，在某医院住院，经用抗生素治疗，发热退，咳嗽减轻，但咯血不止，该医院给予云南白药等止血药无效，邀张琪教授会诊。咳痰稠黏，大量咯血不止，咳则引胁痛，气上逆，随之即咯血，色鲜红，脉弦数，舌尖红苔薄燥。此属肝气郁滞，邪热内蕴，迫血上溢。气不平则血难谧，用上方加生赭石 30g（研末），焦山栀 15g，汉三七粉 10g，分 2 次冲服。服药 3 剂，咯血大减，胁痛气上逆减轻，但仍未平。继用上方不变服之，连服 7 剂，咳嗽大减，咯血止，胁痛气上逆诸症已平，继续调治而安。本案除泻肝保肺清热宁金外，妙在用赭石以镇肝气之上逆。张琪教授治咯血吐血证，皆喜用理气之药相配伍，缘气与血相互依存，气不得调畅则血不归经而妄行，此案有胁痛气上冲等候，不难辨识，属肝气郁而不舒，亢逆上冲，因而血不能止，必须肝肺同治，尤以治肝为主，方能收效。方中之降香、郁金、柴胡、白芍皆疏肝利气之品，与清热保肺之品相伍，故能适合木火刑金之病机。（张佩青等编著·中国百年百名中医临床家丛书·中医名家郭士魁·北京：中国中医药出版社，2001.258）

五、医案精选

夏仲方——大、小柴胡汤治疗支气管扩张（少阳郁热）

病例：何某，男，46岁。患慢性咳嗽17年，因反复发热，咳嗽增剧住院，体温39℃左右，常大汗出，呼吸呈喘息状，脉弦滑数。曾作支气管造影，示：大、中支气管扩张形成不规则念珠状，左下肺为甚，右侧支气管下方有一连串小憩室。胸片有支气管炎、肺气肿。住院将近2年，西药累进青霉素、四环素等抗生素。患者寒热往来，胸胁痞满，耳鸣，咳嗽黏痰难出气息哮喘，多汗心烦，上脘部痞结感。先给大柴胡加祛痰药。

处方：柴胡9g，大黄4.5g（后入），黄芩4.5g，半夏9g，苏子9g，莱菔子6g，白芥子4.5g，生姜2片，红枣5枚。

服7贴后咳嗽爽利，哮喘改善，呼吸较畅，胸胁及上腹部痞满压迫感减去大半，以后改用小柴胡合三子养亲汤，痰黄时加皂荚子。

处方：柴胡9g，黄芩4.5g，半夏9g，枳实6g，白芥子4.5g，莱菔子9g，生姜2片，红枣5枚。

按：本例服大小柴胡加减方十余日后，排痰爽利，咳嗽遂减，哮喘亦渐平稳。反复发热症状亦在连续2个月的治疗中停发，脉象弦滑数转为缓和。前后治疗3个月，证情稳定而出院。

患者寒热往来，胸胁痞满，耳鸣，咳嗽黏痰难出，脉弦滑数均系柴胡证。气喘哮喘，多汗心烦，上脘部痞结感与大柴胡证的“郁郁微烦”“心下急”相符。结合支气管扩张呈憩室，中医称饮囊、痰巢，其中蓄积的痰液是产生寒热的根本原因，它不但阻碍呼吸出入道路，更是外邪侵犯的内在主要依据。反复寒热，因热酿痰，因痰又导致感邪而发热，形成了恶性循环。柴胡汤有疏通上焦的作用，对呼吸道障碍有效。本例因其巢囊特别多，积痰亦特别多，必须配合祛痰剂，正本以清源，先给大柴胡加祛痰药，后守定小柴胡为基本方加减。《伤寒百证歌》中有句口诀：“小柴治咳值千金。”这是宋医许叔微给小

柴胡治疗咳嗽疗效的评价。(单书健等·古今名医临证金鉴·咳喘肺胀(卷上)·北京:中国中医药出版社,1999.291)

董建华——旋覆代赭汤加減治疗支气管扩张(热灼肺经)

卢某,男,40岁,职员,1981年4月12日初诊。咳嗽有年,初有脓痰,量多。(肺有卷发样阴影,诊断为支气管扩张)。苔黄、脉细滑。证属热灼肺经。治以清肺热止血。旋覆代赭汤加減:

旋覆花 9g(包),代赭石 12g,海浮石 12g,仙鹤草 20g,茜草炭 15g,白茅根 18g,蛤粉炒阿胶 12g,藕节 12g,炒丹皮 9g,浙贝母 9g,淡竹茹 15g。5剂。

4月19日二诊:4月12日服药后,咯血渐止,服药至今,咳痰中已无血,咳嗽亦减,气促渐平,神情舒如,苔白,脉细滑,以原方旨加減。处方:旋覆花 9g(包),代赭石 12g,浮海石 12g,仙鹤草 20g,炙百部 15g,白茅根 18g,冬瓜子 30g,炒丹皮 9g,浙贝母 9g,蒲公英 18g,芦根 20g。5剂。

二诊后服药5剂,自血止以后,连续数月未见咯血。病者以后见有咳嗽发作时,即自行配服本方,气平咳减,未曾有过大出血。

按:支气管扩张,乃由于支气管及其周围组织的慢性炎症损坏支气管壁所致。主要症状为长期咳嗽,大量咳痰及反复咯血。多为肺部感染和炎性分泌物堵塞支气管,削弱管壁弹性而致扩张。中医属咯血范围。本例病者,病程较长,痛苦不堪。分析其脉证为肺热而络伤,故初诊以清肺止血为先,并降逆顺气。方中旋覆花、代赭石降逆化痰。海浮石咸寒,有清肺化痰止血之功。茜草苦寒止血,并有凉血、活络、止咳、祛痰之作用。牡丹皮、茅根、藕节、仙鹤草、浙贝母,或止血或平嗽。蛤粉阿胶有化痰止血养阴之效。淡竹茹原有和胃、止呕、清热、化痰之功,其于止血尤能得心应手,故合而用之。此方为余多年治咯血者,支气管扩张出血之偏于肺热气不降者,投之

甚验。主要是止血平逆，一般不过四五剂，即有显效。二诊时血已止。考虑病人若干年来，屡屡瘥而复发，故着重于清除病之余邪。乃酌减止血药，略取千金苇茎汤意加入干芦根、冬瓜子，以祛肺内余恋邪热。添蒲公英者，亦是清热解毒、防其复燃之意。（任继学主编·中国名中医经验集萃·北京：北京科学技术出版社，1993.483）

六、临证心得

支气管扩张是一种反复发作日久不愈的慢性呼吸道疾患，以咳吐大量脓痰或痰中带血为特征。其病机错综复杂，常因其正气虚弱而易感受外邪，外邪作用于内又可加重病情，如此形成恶性循环，故使该病缠绵难愈。在治疗时，根据不同的发病阶段和症见，或主于祛邪，或偏于扶正，或扶正与祛邪同施，应立足于辨证论治。

值得提出的是，本病因咳吐黄色脓性痰液，甚或痰中带血，极易使医者以之为热而屡用清法，误用寒凉必伐其正，每致正气更虚。所以明辨寒热，当清则清，当温则温，就成为辨治该病的重要环节。黄痰多属热证，白痰多属寒证，这是呼吸系统疾病的一般辨证规律。然而，支气管扩张则不然，就临床所见，本病多数患者是长期咳吐黄痰，单纯咳吐大量白痰者为数不多，绝不能一见黄痰就认定热证，尚应根据如下几个方面全面辨识：其一，辨咳吐之难易：若黄痰黏稠，难以咳出者多为热证；痰液虽黄，但咳之易出，质地不粘，多为寒证。其二，辨兼证：症见恶寒发热，热多寒少，口干口渴则属热证；症见畏寒怕冷，或背部寒冷，口不渴，或口渴不欲与饮水，则属于寒证；其三，辨舌象：若舌质红，舌苔黄腻或黄燥则多属于热证；而舌质淡，苔薄白而润或苔厚腻多属于寒证。其四，辨脉象：若寸脉浮大多属于热证；寸脉不大多属于寒证。以上四点可供辨寒热时相互参考。

若证偏于热者，即痰热壅肺证，以麻杏石甘汤为主方加味或合方治疗。如咳吐黄黏痰，咳出较难，口渴，舌红苔黄，寸脉浮大，宜麻杏石甘汤合小陷胸汤，酌加鱼腥草、浙贝母、侧柏叶、芦根、白茅根；上证兼有发热恶寒者，宜麻杏石甘汤合用银翘散；上证兼有胸满，口苦咽干者，麻杏石甘汤合小柴胡汤，酌加鱼腥草、浙贝母、侧柏叶、芦根、薏苡仁；上证兼有胸痛，心烦者麻杏石甘汤合小陷胸汤、栀子豉汤，酌加鱼腥草、浙贝母、侧柏叶、芦根、薏苡仁。以上各证兼见喘息者，可合用葶苈大枣泻肺汤；如伴有痰中带血者，酌加栀子、荷叶、茜草、三七粉、小蓟、藕节。

若证偏于寒者，从痰饮阻肺论治，以苓甘五味姜辛夏仁汤加陈皮（合二陈汤）为主方治疗。如汗出，恶风，背冷者，苓甘五味姜辛夏仁二陈汤合桂枝汤；如兼有胸闷憋气者，苓甘五味姜辛夏仁二陈汤合枳实薤白桂枝汤；如腹胀，纳呆苓甘五味姜辛夏仁二陈汤合四君子汤。

若证属相对缓解期，外无表证，无明显寒热，痰液虽多但易于咳出时，要以扶正为主。如偏于肾虚者，以肾气丸为主方加减；如偏于脾虚者，以黄芪建中汤合六君子汤为主方加减。



第六章 慢性阻塞性肺疾病

一、概 述

慢性阻塞性肺疾病 (COPD), 是一种具有气流受限特征的疾病, 气流受限不完全可逆、呈进行性发展, 与肺部对有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关。肺功能检查对确定气流受限有重要意义。在吸入支气管扩张剂后, $FEV_1 < 80\%$ 预计值, 且 $FEV_1/FVC < 70\%$ 表明存在气流受限, 并且不能完全逆转。

COPD 与慢性支气管炎和肺气肿密切相关。我国 1997 年制定的《COPD 诊治规范》对 COPD 的定义是: COPD 是具有气流阻塞特征的慢性支气管炎和 (或) 肺气肿。气流阻塞进行性发展, 但部分有可逆性, 可伴有气道高反应性。慢性支气管炎是指在除外慢性咳嗽的其他已知原因后, 患者每年咳嗽、咳痰三个月以上, 并连续两年者。肺气肿是指肺部终末细支气管远端气腔出现异常持久扩张, 并伴有肺泡壁和细支气管的破坏而无明显的肺纤维化。当慢性支气管炎、肺气肿患者出现气流受限、并且不能完全可逆时, 则能诊为 COPD。如患者只有慢性支气管炎和 (或) 肺气肿, 而无气流受限, 则不能诊为 COPD, 可视为 COPD 的高危期。

慢性阻塞性肺疾病属于中医学“咳嗽”、“喘”、“上气”、“肺胀”、“痰饮”病的范畴。是因卫外不固，被外邪所侵，导致肺失宣降，而表现为咳嗽，咳痰、喘息。如反复发作，经年不愈，又可病及脾肾，致使脾的运化功能以及肾的温煦气化功能失调，终致肺脾肾俱虚，可出现咳嗽，咳痰，气短，动则气促。因其正气不足，防御外邪的能力低下，易于被外邪所侵，一旦复感外邪，每可诱发或加重咳喘，而出现虚实夹杂的病机。

二、诊 断

(一) 临床表现

1. 症状 慢性咳嗽，咳痰，气短或呼吸困难（这是COPD的标志性症状），喘息和胸闷，活动时加重。晚期患者常有体重下降、食欲减退等。

2. 病史 COPD患病过程应有以下特征：多有长期较大量吸烟史；职业性或环境有害物质接触史；家族有COPD聚集倾向；多于中年以后发病，症状好发于秋冬寒冷季节，常有反复呼吸道感染及急性加重史。

3. 体征 COPD早期体征可不明显。随疾病进展，常有以下体征：桶状胸；叩诊心浊音界缩小，肺肝界降低，肺叩诊可呈过度清音；两肺呼吸音可减低，呼气延长，平静呼吸时可闻干性啰音，两肺底或其他肺野可闻及湿啰音，心音遥远，剑突部心音较清晰响亮。

(二) 肺功能检查

气流受限是以FEV₁和FEV₁与FVC之比（FEV₁/FVC）降低来确定的。FEV₁/FVC是COPD的一项敏感指标，可检出轻度气流受限。FEV₁占预计值的百分比是中、重度气流受限的良好指标，应作为COPD肺功能检查的基本项目。吸入支气管舒张剂后FEV₁<80%预计值者，可确定为不

能完全可逆的气流受限。

(三) 分期

1. 急性加重期 是指在疾病过程中, 患者短期内咳嗽、咳痰、气短和(或)喘息加重, 痰量增多, 呈脓性或黏液脓性, 可伴发热等炎症明显加重的表现。

2. 稳定期 稳定期则指患者咳嗽、咳痰、气短等症状稳定或症状轻微。

慢性阻塞性肺疾病属于中医学喘病、咳嗽上气病、痰饮病的范畴。常因感受外邪或饮食不当而导致肺的宣降功能失常, 痰饮内壅而导致咳嗽、喘息、咳痰。常反复发作, 导致肺肾亏虚、肺脾亏虚。

三、辨证治疗

(一) 急性加重期

1. 外寒内饮证

主症: 喘息, 咳嗽, 但多稀薄如水状, 发热无汗, 形寒肢冷, 背冷, 面色青暗, 口不渴或渴喜热饮, 舌苔薄白滑, 脉弦紧。

治法: 温肺散寒, 解表化饮。

方剂: 小青龙汤。

麻黄 9g, 芍药 9g, 细辛 3g, 干姜 9g, 甘草(炙) 9g, 桂枝 9g, 五味子 12g, 半夏(洗) 12g。

加减: 如咳喘重者, 加杏仁、射干、前胡、紫菀; 痰鸣咳嗽不得息者合葶苈大枣泻肺汤; 兼烦躁面赤, 呛咳内热者, 用小青龙汤加石膏、芦根。

2. 痰热壅肺证

主症: 喘急面红, 胸闷炽热, 口干, 苔黄而稠, 或虽白而粘, 咯吐不利, 舌苔黄腻而干, 舌质红, 脉滑数。

治法: 清热化痰, 宣肺平喘。

方剂：麻杏石甘汤。

麻黄 12g，杏仁 9g，炙甘草 6g，石膏 30g。

加减：可加黄芩、双花、鱼腥草、虎杖、桃仁、侧柏叶以清热化痰，凉血化瘀。如里热重，可加大青叶、蚤休、板蓝根以清热解毒；如喘甚痰多，可加射干、桑皮、葶苈子；便秘腹胀，加大黄、瓜蒌仁，以通腑泄热。

3. 外寒里热证

主症：恶寒重，发热，无汗或有汗不多，喘急烦闷，咳嗽粘稠，或咳吐黄痰，咳吐不利，口渴，舌尖红，舌苔薄白微黄，脉浮数。

治法：解表清里，化痰平喘。

方剂：越婢加半夏汤。

麻黄 18g，石膏 30g，生姜 9g，大枣 5 枚，甘草 6g，半夏 12g。

加减：里热较重，可加黄芩、鱼腥草，双花；如喘甚痰多，可加射干、桑皮、葶苈子；便秘腹胀，加大黄、瓜蒌仁，以通腑泄热。

4. 寒痰蕴肺证

主症：咳嗽，咳痰量多清稀，喘促，畏寒背冷，口不渴，或渴喜热饮，舌苔薄白滑，脉弦紧。

治法：温肺散寒，蠲饮止咳。

方剂：苓甘五味姜辛汤。

茯苓 12g，甘草 9g，干姜 9g，细辛 9g，五味子 12g。

加减：可加半夏、橘红以燥湿化痰。若胸闷者加苏梗、枳壳以理气宽胸。

(二) 稳定期

1. 脾肺气虚

主症：喘促短气，乏力，咳痰稀薄，自汗畏风，面色苍白，舌质淡有齿印，苔薄白，脉细弱。或见食少，食后腹胀不

舒，大便稀溏，肌肉消瘦，痰多。

治法：温补中气，培土生金。

方剂：黄芪建中汤。

黄芪 15g，桂枝 9g，甘草（炙）9g，大枣 4 枚，芍药 18g，生姜 9g，胶饴 15g。

加减：可加太子参、茯苓、白术以益气健脾。若痰多者加半夏、茯苓、陈皮以燥湿化痰；若兼有肺阴虚者可加生脉饮。

2. 肾阳亏虚证

主症：喘促日久，呼多吸少，稍一活动则其喘息更甚，呼吸不能持续，神怯，汗出，肢冷，腰酸，夜尿多，面浮，胫肿，精神委顿，痰多清稀，舌质淡，脉沉细无力。

治法：温肾纳气。

方剂：肾气丸。

干地黄 24g，山药 12g，山茱萸 12g，泽泻 9g，牡丹皮 9g，茯苓 9g，桂枝 3g，制附子 3g。

加减：可加人参以补益肺气。若痰多清稀，畏寒背冷者，加干姜、陈皮以祛寒痰。

四、名 医 经 验

赵锡武：慢性咳喘，虚证居多，久病必虚，但本病非完全纯虚。在治疗时，重点在于补虚，或补正祛邪。但此与肾不纳气纯虚之喘本质不同。

（1）轻性痉挛性咳嗽：痰黏稠不易咯出，并气逆上冲，或咳声嘶哑者，麦门冬汤加厚朴杏仁瓜蒌汤治之。

（2）湿性痰饮性咳嗽：略有浮肿、贫血、手足易冷、小便自利，无发热恶寒头痛肢酸之表证，故不用小青龙汤，可用苓甘五味姜辛汤。

（3）胃咳：心下痞塞，胁下坚硬，大便秘结，频发咳嗽，各药无效者可用大柴胡汤下之，此即“腹满而喘病在胃”

之证。

(4) 酒湿咳嗽：酒客嗜酒日久，多于秋末冬初咳嗽，兼见胸背胁挛紧而恶寒。用桂姜草枣黄辛附汤治之，年老者尤多用之。

(5) 脾虚咳嗽：平素胃肠虚弱，咳嗽日久不愈者用六君子汤补之。虚弱小儿，脾胃虚弱感冒而咳嗽不止者，以小建中汤加味治之。

(6) 肾燥脾湿咳嗽：上嗽下利，胃纳不振，黑地黄丸治之。

临床对咳喘辨痰施治，亦为常用方法：

(1) 痰黄者新感或旧病新发作者均可用麻杏石甘汤合增液汤加银花、连翘等清热解毒药。

(2) 树胶液状稀痰，听诊为湿性啰音者小青龙汤主之，烦躁者加生石膏。

(3) 稠痰，喉中水鸡声，听诊为干性啰音者，宜射干麻黄汤。

(4) 稀稠混合痰而听诊为混合啰音者，厚朴麻黄汤主之。

(5) 泡沫痰而脉数心悸者，宜麻杏石甘汤合瓜蒌薤白半夏汤及生脉散治之。

(6) 脓痰，晨起量多，胸痛并有周期性吐血者，千金苇茎汤治之。

(7) 痰胶黏难出，量多，咳逆倚息，时时唾浊，坐不得卧者，可用《金匱》皂莢丸主之。（史宇广等：当代名医临证精华：咳喘专辑。北京：中医古籍出版社，1988. 12）

裘沛然：慢性支气管炎的主要病机之一是外邪引动伏饮，治疗倡用小青龙汤变法。裘氏认为，慢性支气管炎的基本病机是“外邪引动伏饮”。饮为阴邪，性质属寒，外邪入里易化热，故本病表现为外邪与伏邪胶结，寒饮与痰热混杂。

鉴此，治疗之法，主要是化痰饮、调肺气。治痰饮之法，

仲景早有“当以温药和之”的明训；治气之法，《顾氏医镜》有“一曰补气，二曰降气，三曰破气”的记载。裘氏根据上述认识，主张辛温蠲饮、苦寒泄肺为大法。“肺欲辛”，辛能散邪结，温可化痰饮；苦能降上逆之肺气，亦可清内蕴之痰热。裘氏常用小青龙汤变法，药用麻黄、桂枝、细辛、干姜、龙胆草、黄芩、甘草、五味子（或诃子）、桃杏仁、制半夏、紫菀、前胡、枳壳（或枳实）等。方中麻桂疏解表邪；细辛，既可表散风寒，又能内化寒饮，并有止嗽之功，一药三用，其功颇宏，《长沙药解》云其能“敛降冲逆而止咳，驱寒湿而荡浊，最清气道，兼通水源，温燥开通，利肺胃之壅阻……专止咳嗽”，其与五味子配伍，一散一收，既收敛耗散之肺气，又不致碍邪；干姜，为温化寒饮之良药，“同五味则通肺气而治寒嗽”（《本草求真》）；龙胆草、黄芩苦寒，降肺气，清痰热，其与细辛、干姜相伍，寒温并用，相辅相成，为裘氏惯用的配伍方法，对“慢支”寒热兼夹之证颇为应对；尤其甘草一味，书皆云其有调和诸药之功，裘氏认为甘草是一味极良好的止咳药，即使胸满痰涌之证，但用无妨。《汤液本草》说得好“中不满而用甘为之补，中满者用甘为之泄，此升降浮沉也”；枳壳（实）利气宽胸，古贤所谓“治痰先理气”是也；余药为化痰止咳之品。全方清肺与温化合用，辛散与酸收并投，化痰与顺气兼顾，对慢性支气管炎的病机颇为切合，故有较好疗效。应用时，如气喘较剧，加葶苈子、马兜铃、苏子；痰多加竹沥、南星；肢体浮肿加猪茯苓、车前子；气虚加参、芪，肾虚加补骨脂、巴戟天，等等。（单书健等·古今名医临证金鉴·咳喘肺胀（卷下），北京：中国中医药出版社，1999.1）

俞岳真：实喘重苔辨别寒热，而正确选用小青龙汤。认为实喘以寒喘、热喘为多。寒喘与热喘，其喘虽同，而其喘之因非一。亦有喘之虽同，而所现之脉证有异，应以苔色为重。譬如小青龙汤证，《伤寒论》“伤寒表不解，心下有水气”之喘，

其脉证既有表不解的恶寒发热，头痛脉浮等太阳表证，又有心下水饮证。《金匱》治溢饮及支饮，条文云：“支饮亦喘而不能卧，加短气，其脉平也。咳逆倚息不得卧，小青龙汤主之。”条中未言脉浮等太阳表证，反言脉平，其他条文又言脉沉、脉沉而弦、脉沉紧等，均属饮病脉象。可知本方既治外寒内饮喘，又治支饮喘，二者脉象虽异，寒饮咳喘则一，而寒饮之苔，必白而润。临床凡见咳喘暴起，苔白润，痰多清稀者，不论表证有无，脉之浮沉，既无热象，又无虚象，每投此方，屡收药到病除之效。若苔黄燥，多属热喘，则不可与也。（史宇广等：当代名医临证精华·咳喘专辑。北京：中医古籍出版社，1988.98）

周仲瑛：提出咳喘五证要在涤痰。

外寒内饮，痰浊阻肺：症见咳喘气逆，喉中痰鸣辘辘，痰多稀白夹有泡沫，形寒微热，口不渴，苔白滑或白膩，脉少弦滑或沉弦。法当外散风寒，内蠲寒饮，以小青龙汤治之，痰浊阻肺，可配三子养亲汤、二陈汤等化痰止咳平喘。

何某，女，65岁。有慢性咳喘病史，旬前冬夜野行，触冒风寒而致发作。咳嗽频剧，气急作喘，不能平卧，喉中痰鸣，咳痰量多，质稀而有泡沫，胸膈闷塞，微有寒热，有汗不解，舌苔白膩，舌质润，脉细滑。X线检查：两肺透亮度增强，横膈位置低，活动减小。辨证施治：风寒外袭肺卫，引触寒痰伏饮，肺气失于宣畅。治拟发散风寒，温化寒饮，仿小青龙汤意。药用炙麻黄3g，白芍10g，细辛1.5g，干姜2g，五味子2g，姜半夏6g。复诊：咳而气急，痰鸣量多，舌苔浊膩。上方去五味子加白芥子5g，莱菔子10g，紫菀10g，以加强宣化痰浊之力，再服3日，喘平，咳嗽阵作亦止，痰量减少，胸闷得宽，巩固近月出院。

咳喘之疾，风寒初束，肺气宣降不利，当以宣肺为先。麻黄功能解表散寒，宣肺平喘，为必用要药。若过早投以清肃之

剂，反易遏邪。此例患者宿患咳喘，肺卫素弱，复感风寒，引动内饮，相互搏结，故呈典型的小青龙汤证。除治用小青龙汤外，并佐以苏子、白前降气止嗽，药能合证，故迅速取效。

脾肾阳虚，痰浊壅肺：症见气短息促，动则喘甚，咳痰量多、色白、质粘，食少，大便溏薄，形寒怯冷，面白无华，肢体虚浮，舌苔白腻，舌质淡，脉沉细滑。治当补虚化痰。脾虚甚者，可用苓桂术甘合二陈汤为主方；肾虚为主者，宜肾气丸苏子降气汤；若标实明显，先以小青龙汤加减，待病情缓解后再治其本。

陈某，男，43岁。咳喘已历33年，每逢冬春则作，近五六年无问寒暑，此次因症情加重，而于2月11日入院。患者面色晦滞，唇色紫绀，呼吸气短息粗，需高枕而卧，动则喘剧，咳痰量多、色黄质粘，混有白色泡沫，足跗微肿，饮食少进，便溏日3行，舌质紫黯，苔中部白腻，脉沉细数，不耐重按。西医诊断：慢性气管炎急性发作，高度肺气肿，肺源性心脏病，肺结核。辨证施治：脾肾阳虚，痰饮上干，肺气不降。拟温肺脾，纳肾气，化痰饮，苓桂术甘汤、二陈汤、苏子降气汤复方图治，药用炙桂枝3g，炒白术10g，茯苓10g，炙甘草2g，杏仁10g，法半夏10g，陈皮6g，炒苏子10g，炙白前6g，炒党参10g，海浮石12g，姜汁5滴。另用制半夏1g，川贝1g，坎炆1g，沉香0.6g，研粉顿服，每日3次。服药4天，喘咳轻而痰量减，入夜咳喘尚作，动则甚，痰稀白多泡，脘腹胀，大便溏，脉沉细弱，舌苔滑。上方去苏子、白前、杏仁、海浮石、姜汁，加干姜3g，药后腹胀能减，次日再入肾气丸12g（包煎）以温肾化饮，服2日后咳喘平，再加补骨脂、胡桃肉各10g继续巩固，症情平稳，于3月17日出院。

咳喘多年，正虚可知，故遇劳感寒即发。外邪与痰浊相搏，壅阻肺气，则咳嗽痰多，气短息粗；病久延及脾肾，脾阳不振，失于健运则饮食少进，大便溏薄；肾阳虚亏，肾不纳

气，则吸气困难，动则喘甚；肾失蒸化，水气内停，则足跗肿。综合病机，乃肺脾肾同病，本虚标实。故拟标本兼顾，取苓桂术甘温脾化饮；法半夏、陈皮、川贝、苏子、白前、杏仁、海浮石等止咳化痰；沉香纳气定喘；继加肾气丸、补骨脂、胡桃肉等，温补肾阳以治本，症情获得稳定。

风寒外束，痰热内聚：症见咳嗽气急，吐淡黄而稠痰，兼有泡沫或黄白相杂，恶寒发热，烦躁无汗，头痛，口干欲饮，胸闷，小便黄，大便干，舌苔白腻罩黄，舌尖红，脉小滑数。治宜外散风寒，内清痰热。麻杏石甘汤、越婢汤加半夏治之。如痰色由白转黄而难咯，甚或腥臭，治当清其痰热。根据寒热转化，酌选华盖散、定喘汤、千金苇茎汤等方。

赵某，女，39岁。去年因冒大风暴雨，致患咳喘，虽经治疗，迁延40多天方平。今年4月7日因沐浴受寒，次日咳喘大作，经用青霉素、止咳药，中药宣肺化痰，温肺化饮剂均未控制，于4月18日入院。诊时咳嗽气急，吐痰淡黄而稠，兼有泡沫，胸闷不畅，恶寒发热无汗，头痛，口干饮水不多，溲黄，舌尖红，舌苔中根腻，上罩淡黄，脉小滑数。体温 38.7°C 。辨证施治：风寒外束，痰热内郁，肺失宣降。拟解表清里，宣肺化痰，师麻杏石甘汤意：药用炙麻黄3g，石膏30g，杏仁10g，甘草2g，薄荷（后下）3g，前胡6g，桔梗5g，橘红5g，枇杷叶10g。服1剂，午后身热降至 38°C ，夜半热平寒罢，微有汗出，头痛已。翌日治守原意，下午身热一度至 37.5°C ，上方去薄荷，加法半夏6g，射干3g再服。咳嗽气急获减，第3日痰转黏白，量不多，微有痰鸣，寒热未作，舌苔白腻，原方去石膏，加苏子10g，药后咳喘俱轻，原方巩固，诸症平息，于4月23日出院。

此即徐春甫所谓“有内热而外逢寒则发，脉沉数者，寒包热”之候。风寒外束，肺卫不和，则恶寒发热，无汗头痛；痰浊壅肺，内外相引，肺气失于清肃，则咳嗽咳痰，气急胸闷；

痰热内蕴则咳嗽稠黄，口干，舌苔中根腻罩黄，舌尖，脉小滑数。药用麻黄、薄荷宣散外邪，石膏辛寒清热，温清并用，宣降兼施，佐以杏仁、前胡、桔梗、橘红、枇杷叶、甘草等化痰止咳平喘之品，外邪祛则寒热罢，痰热清则咳喘平。

痰热蕴肺，肺肾阴伤：症见咳嗽气急，不能平卧，痰多色黄，咳吐不易，咽干口燥，颧赤，腰酸腿软，舌质红而少津，脉小滑数。治当视其标本缓急，或以清化痰热为主，开壅遏之气，用黄芩、石膏、知母、桑皮、蛤粉、海浮石、礞石、葶苈之属；或以滋补肺肾为主，治生痰之本，选沙参、麦冬、五味子、天冬、生地、冬虫夏草等。

秦某，男，55岁。哮喘5年，冬夏易发，此次于10月复发，迁延2月，经用青链霉素、平喘止咳药等减不足言，上月因外感而加重，乃予入院。症见气急咳喘，不能平卧，胸膈满闷，喉有水鸡声，痰多色黄，咯吐不易，汗多怕冷，大便溏薄，舌苔薄黄，脉细滑数。西医诊断为慢性喘息性支气管炎急性发作、肺气肿。辨证施治：先从痰浊阻肺，肾不纳气论治，予三拗、三子养亲、二陈加南沙参、熟地、沉香、坎炁，同服黑锡丹，并予吸氧，配用氨茶碱等经治9天，病情尚无好转。喘甚时头汗多，痰黄稠如脓，舌质红，舌苔黄，中后光脱，脉细数。此属痰热伤阴，拟麻杏石甘汤加味：麻黄3g，杏仁6g，石膏30g，甘草3g，黄芩10g，桑白皮10g，川贝10g，苏子10g，蛤粉12g，射干3g，竹茹5g。药后喘急缓而头汗少，越日能停止输氧。上方加鱼腥草、芦根，又经4天，脉静，喘递减，仍服上方，1周后喘平。但咳痰稠黄难咯，口咽干，舌红少津，脉细滑。阴虚之象已露，转予养阴清化痰热，药用南北沙参、天冬、五味子、白芍、蛤粉、知母、贝母、白前、杏仁、苏子、生甘草、瓜蒌皮。经治半月，症情缓解，继予六味地黄汤加味，巩固后出院。

本例始起虽因感寒而作，并见汗多怕冷、便溏、动则喘甚

等肾不纳气之症，但痰多色黄、舌苔薄黄、脉数等症，提示病有化热趋势，故投以温化寒痰、补肾纳气等法效均不显，后改予清化痰热，方合效机，终投滋养肾阴而使病情稳定。

痰浊伏肺，气阴两伤：症见胸闷喘息，动则尤甚，难于平卧，心慌气短，痰白清稀或夹淡黄，不易咳出，食欲不振，脘痞，大便或溏，两颧潮红，溲少，舌质淡红，舌苔淡黄微腻，脉小滑数等。由于证情复杂，虚多实少，故当虚实并治。补虚当审其阴阳，区别肺脾肾三脏主次；化痰宜辨其寒热，选用温化法或清化法。

徐某，男，62岁。咳喘6年，入冬则作，去年11月中旬咳喘大作，经注射青霉素、氨茶碱等治疗2个月不效，于今年1月27日入院。症见胸闷，呼吸浅促，动则喘甚，难于平卧，吐痰欠利，色白清稀，心慌气短，颧暗唇紫，畏寒，面微浮，腰以下肿，足跗按之没指，纳呆，口干不欲饮，溲少便秘，舌质淡红，舌苔淡黄微腻，脉小滑数。西医诊断：慢性支气管炎、重度肺气肿、肺源性心脏病（代偿功能不全）。辨证施治：先后从脾肾阳虚，痰饮蕴肺，郁而化热，痰热伤阴治疗，迭经宣肃肺气，平喘化痰，温化痰饮，清化痰热，养阴润肺等法治疗12天，病情无明显进步。再予分析病机，认定证属下虚上盛，乃取肃肺化痰，温肾纳气法，药用：南沙参12g，苏子10g，杏仁10g，桑白皮10g，熟地10g，拌炒沉香2g，怀牛膝10g，白前6g，海浮石12g，胡桃肉10g，肾气丸（包）10g。另蛤蚧、坎炆、半夏粉各2g，每日2次分服，继加炒白术10g，茯苓10g。3天后咳喘递减，痰转白沫，上方增熟地为12g，药后夜间咳喘未作，痰少，下肢肿减。第5日动则作喘变减，浮肿消退大半，舌苔化，质偏红，溲量多，可以坐起洗脸，饮食增，心率80~90次/分。服上方20多天，即可在室内漫步，惟晨起有一阵咳嗽，痰黏白，舌苔薄净，脉小滑，至3月5日改用调治肺脾肾之剂巩固，至3月18日出院。

本例患者病机复杂，既有胸闷喘息，呼吸浅促，肺气升降不利之候，又有动则气促、难于平卧的肾不纳气之症；既有心慌不宁等心气不足的表现，又有食欲不振、浮肿等脾失健运的症状。此外，畏寒为阳虚，颧红口干，舌红，脉小数为阴虚；吐痰欠利，色白清稀提示痰饮伏肺，而治程中痰转稠黄又为痰从热化。开始屡易其治而未效，因未抓住肾虚肺实的特点，后以补肾为主，同时清肺化痰，肺脾肾同调，方获显效。（单书健等·古今名医临证金鉴·咳喘肺胀（卷上）·北京：中国中医药出版社，1999.308）

五、医案精选

唐步祺——麻黄汤、麻黄附子细辛汤、四逆汤治慢性支气管炎（寒湿致痿，复外寒邪）

王某，女，35岁，工人。患者身体瘦削，面色苍白，两颧突出，唇口青黯，两眼无神。头发稀落，两耳干枯，声音细微，若提不起气，咳嗽气喘，吐清泡沫带绿色涎痰，臭味难闻，咳、吐痰都不爽利，恶寒特甚，两膝以下冰冷，困倦嗜眠，饮食不多，月经推迟，量少而带乌黑色，有小血块。近来，更加头眩晕，一身酸痛，口无味，晚上不能平卧。舌质淡，苔白腻中微黄，脉浮紧而细。西医诊断为慢性支气管炎，治疗3个月无效，反日趋严重，到医院诊病，每走一二十步即喘咳不已。从患者种种症状来看，表现出肺脏因寒湿致痿，复外受寒邪。法当先行解表，麻黄汤加味治之。

麻黄 9g，杏仁 18g，桂枝 12g，甘草 15g，半夏 18g，生姜 62g。

连服2剂，咳喘微有减轻。系外感寒邪入里，新订麻黄附子细辛汤温经散寒以止咳。

麻黄 9g，制附片 31g，细辛 3g，桂枝 12g，干姜 18g，生姜 62g，甘草 31g。

又服 2 剂，咳喘减轻，已能平卧，仅微觉头眩身痛，恶寒特甚，泡沫痰减少，涎痰增多，有时咳不爽利，似觉胸膈间痰涎阻滞。当温膈上痰饮，兼散寒利肺气，新订四逆加麻黄汤治之。

制附片 62g，干姜 31g，炙甘草 31g，麻黄 9g。

尽 2 剂后，原方加姜、葱治之。

制附片 62g，干姜 31g，炙甘草 31g，麻黄 9g，生姜 62g，葱白 124g。

连尽 2 剂，头眩身痛悉愈，其他诸症亦减，两膝下微温。但咳不爽利，吐青绿色涎痰，出气腥臭，饮食虽增多，但精神疲乏。舌苔白膩，脉转细小而数。从其咳不爽利等症象及舌苔、脉象观之，必须扶其肺阳，温复肺气以祛寒湿，甘草干姜汤温之。

炙甘草 62g，炮姜 62g。

服二剂后，诸症又减。而肺肾为母子之脏，肺金之虚，多由肾阳亏于下，子令母虚，改用附子理中汤扶肺肾之阳。

制附片 31g，党参 18g，白术 18g，干姜 18g，炙甘草 18g。

连尽 2 剂，四逆汤加肉桂扶肾阳。

制附片 62g，干姜 62g，炙甘草 62g，肉桂 9g。

又尽 2 剂，咳嗽随诸症而愈。

3 年后，遇之于途中。自谓病愈后，照常上班工作，且月经正常，又生一子。（单书健等·古今名医临证金鉴·咳喘肺胀（卷上）。北京：中国中医药出版社，1999. 279）

按：该慢性支气管炎患者，初诊时为肺脏因寒湿致痿，复外受寒邪。法当先行解表，麻黄汤加味治之，咳喘微有减轻；复诊辨证系外感寒邪入里，与新订麻黄附子细辛汤温经散寒以止咳，用辛、附旨在去除在里之寒，而明显奏效；三诊所见头眩身痛，恶寒特甚，转而扶其肺阳，温复肺气以祛寒湿，甘草

干姜汤温之，诸症减轻；其后以四逆辈善其后而病告痊愈。病无定候，治无定法，唐老这一医案，让笔者联想到仲景治疗支饮应用小青龙汤后所出现的各种变证以及对症治疗的处理方法，充分体现了仲景“观其脉证，知犯何逆，随证治之”的辨证论治思想，诚可谓为呼吸病临床辨证使用经方的范例。（笔者按）

何任——苓桂术甘汤治疗痰饮治疗慢性支气管炎（痰饮内阻）

张某，男，62岁。1972年12月4日初诊。

脾肾虚寒，痰水上凌，咳嗽喘促，腰酸肢冷，心悸便溏，脉迟，苔薄。当以温药和之。云茯苓15g，川桂枝4.5g，白术12g，炙甘草6g，淡附片4.5g，姜夏6g，补骨脂12g，五味子4.5g。3剂。

8日二诊：药后喘咳见减，便已成形，腰酸，苔白，仍以原意进治。

淡附片4.5g，茯苓12g，川桂枝4.5g，白术12克，炙甘草6g，姜夏6g，干姜6g，补骨脂12g，七味都气丸18g（包煎）。5剂。

按：苓桂术甘汤治痰饮，自是《金匱要略》成法。本案的痰饮，由于脾肾虚寒，伴见腰酸肢冷，仅用苓桂术甘，当然不能胜任，故合附子理中汤去参加补骨脂，才合病机。姜、味合用，一散一收，配伍半夏以奏镇咳、平喘、除痰之效；亦即《金匱要略》苓甘五味姜辛汤去细辛、杏仁。药三进而见效，复方加七味都气丸以标本同治。（何若苹编著·中国百年百名中医临床家丛书·中医名家何任。北京：中国中医药出版社，2001.20）

刘渡舟——小青龙汤治慢性支气管炎（寒饮扰肺）

柴某，男，53岁。1994年12月3日就诊。患咳喘10余年，冬重夏轻，许多大医院均诊为“慢性支气管炎”，或“慢

支并发肺气肿”。选用中西药治疗而效果不显。就诊时，患者气喘憋闷，耸肩提肚，咳吐稀白之痰，每到夜晚则加重，不能平卧，晨起则吐痰盈杯盈碗，背部恶寒，视其面色黧黑，舌苔水滑，切其脉弦，寸有滑象。诊为寒饮内伏，上射于肺之证，为疏小青龙汤温肺胃以散水寒。

麻黄 9g，桂枝 10g，干姜 9g，五味子 9g，细辛 6g，半夏 14g，白芍 9g，炙甘草 10g。

服 7 剂咳喘大减，吐痰减少，夜能卧寐，胸中觉畅，后以《金匱》之桂苓五味甘草汤加杏仁、半夏、干姜正邪并顾之法治疗而愈。

按：小青龙汤是治疗寒饮咳喘的一张名方，张仲景用它治“伤寒表不解，心下有水气”，以及“咳逆倚息不得卧”等支饮为患。本案咳喘吐痰，痰色清稀，背部恶寒，舌苔水滑，为寒饮内扰于肺，肺失宣降之职。方中麻黄、桂枝发散寒邪，兼以平喘；干姜、细辛温肺胃，化水饮，兼能辅麻桂以散寒；半夏涤痰浊，健胃化饮；五味子滋肾水以敛肺气；芍药养阴血以护肝阴，而为麻、桂、辛三药之监，使其祛邪而不伤正；炙甘草益气和中，调和诸药。服用本方可使寒邪散，水饮去，肺气通畅则咳喘自平。

应当指出的是，本方为辛烈发汗之峻剂，用之不当，每有伐阴动阳之弊，后使病情加重。因此，刘老强调临床运用本方时必须抓住以下几个关键环节：

一辨气色：寒饮为阴邪，易伤阳气，胸中阳气不温，使荣卫行涩，不能上华于面，患者可见面色黧黑，称为“水色”；或见两目周围有黑圈环绕，称为“水环”；或见头额、鼻柱、两鬓、下巴的皮里肉外之处出现黑斑，称为“水斑”。

二辨咳喘：可见几种情况，或咳重而喘轻，或喘重而咳轻，或咳喘并重，甚则倚息不能平卧，每至夜晚则加重。

三辨痰涎：肺寒金冷，阳虚津凝，成痰为饮，其痰涎色

白质稀；或形如泡沫，落地为水；或吐痰为蛋清状，触舌觉凉。

四辨舌象：肺寒气冷，水饮凝滞不化，故舌苔多见水滑、舌质一般变化不大，但若阳气受损时，则可见舌质淡嫩，舌体胖大。

五辨脉象：寒饮之邪，其脉多见弦象，因弦主饮病；如果是表寒里饮，则脉多为浮弦或见浮紧，若病久日深，寒饮内伏，其脉则多见沉。

六辨兼证：水饮内停，往往随气机运行而变动不定，出现许多兼证，如水寒阻气，则兼噎；水寒犯胃，则兼呕；水寒滞下，则兼小便不利；水寒流溢四肢，则兼肿；若外寒不解，太阳气郁，则兼发热、头痛等症。

以上六个辨证环节，是正确使用小青龙汤的客观标准，但六个环节，不必悉具，符合其中一两个主症者，即可使用小青龙汤。

关于小青龙汤的加减用药，仲景已有明训，此不一一重复。根据刘老经验，常在本方基础上加茯苓、杏仁、射干等药，以增强疗效。

小青龙汤虽为治寒饮咳喘的有效方剂，但毕竟发散力大，能上耗肺气，下拔肾根，虚人误服，可出现手足厥冷，气从少腹上冲胸咽，其面翕热如醉状等副作用。因此，本方应中病即止，不可久服。一旦病情缓解，即改用苓桂剂类以温化寒饮，此即《金匱要略》“病痰饮者，当以温药和之”的精神。（单书健等·古今名医临证金鉴·咳喘肺胀（卷下）·北京：中国中医药出版社，1999.35）

刘伟胜——麻杏石甘汤加味治慢性支气管炎（肺虚痰湿复感风热）

李某某，男性，62岁，1997年5月20日初诊。

主诉：慢性咳嗽、咳痰3年，再发1周。

现病史：患者反复咳嗽、咳痰史3年，每因天气变化或外感后症状加剧，严重时感气促，哮喘，经抗生素及平喘药治疗可缓解，1周前因受凉后咳嗽、咳痰加剧，伴发热，恶风，咽痛。曾在门诊就诊，予抗生素先锋Ⅵ、百服宁治疗后热退，但仍咳嗽、痰黄来诊。查体：双肺呼吸音粗，可闻及干湿啰音。胸片提示：肺纹理增粗增多，诊断为慢性支气管炎。舌质红，苔黄厚，脉滑数。

辨证：肺虚痰湿复感风热。

治法：清热宣肺，化痰止咳。

方药：麻杏石甘汤加味。

炙麻黄 9g，杏仁 9g，石膏 20g，甘草 6g，蒲公英 20g，鱼腥草 20g，牛蒡子 15g，黄芩 15g，桑白皮 15g，桔梗 10g，紫菀 15g，款冬花 15g。配7剂，每日1剂，水煎服。

1997年5月27日复诊。咳嗽减轻，黄痰变白黏仍多，纳可，眠安，舌质红，苔微黄，脉数。

辨证：痰浊蕴肺，余热未清。予泻白散加减治疗。

桑白皮 15g，地骨皮 15g，浙贝母 15g，桔梗 9g，炙麻黄 9g，海蛤壳 15g，杏仁 12g，法半夏 12g，厚朴 15g，枳壳 15g，苇茎 30g，甘草 9g。7剂，每日1剂，水煎服。

1997年6月4日复诊。痰少微咳，口干，舌质红，苔少，脉细数。

辨证：热伤肺阴。生脉散加减。

太子参 15g，麦门冬 15g，五味子 10g，天花粉 15g，苇茎 20g，天门冬 15g，石斛 15g，山药 15g，桑椹子 15g。配7剂，每日1剂，水煎服。

6月中旬复诊，基本痊愈。

按：慢支急性发作的治疗，首先辨寒热虚实。寒者温之，热者清之。痰热咳嗽，刘教授重视祛痰理气并用，谓：气不调运，痰浊难祛。后期润肺敛气。曰：肺为娇脏，喜润厌燥，热

易伤肺阴，故应注意润肺养肺，固护肺气。（刘伟胜，冯维武．中医肿瘤、呼吸病临证证治．广州：广东人民出版社，1999. 222）

六、临证心得

（一）经方治疗慢阻肺的应用方法

仲景之方大都药味较少，配伍精确，如果辨证得当，能方证相应，每可取得令人意想不到的良好疗效。在具体选方时应遵循仲景“观其脉证知犯何逆，随证治之”的明训，对于那些所表现出的证候以及该证候所反应的病机与某一方相应者，可直接单方应用；如证候比较复杂者则可经方合用；证偏于热者也可经方与时方合用。

1. 根据病机方证相应则单用经方 仲景的诸多方剂，往往叙症较简，在临床应用时应根据其药物组成，以方测证，进而把握其所针对的病机，根据病机选用相应的方剂。如慢性阻塞性肺疾病，是素有哮喘宿疾，又感受风寒，症见咳嗽，喘息，咳清稀痰或白沫痰，恶寒重发热轻，无汗，舌质淡，苔薄白，脉浮紧。其病机为内有水饮，外感风寒，可直接单方选用功具发汗解表，温化水饮的小青龙汤。

2. 证候复杂可合用经方 慢性阻塞性肺疾病，病史较长，反复发作，日久不愈，其病机多半虚实错杂、寒热错杂，临床上所出现的表现也是错综复杂，是寒、是热，属虚、属实有时较难定夺。采取经方合用的方法可明显提高疗效。例如，慢阻肺的外寒里热证，症见恶寒重发热轻，无汗或有汗不多，喘急烦闷，咳痰黏稠，或咳黄痰，咳吐不利，口渴，舌尖红，舌苔薄白微黄，脉浮数。治宜解表清里，化痰平喘，主方选用越婢加半夏汤。若证偏于热者可合用小陷胸汤；若喘息较重者，可合用葶苈大枣泻肺汤；若痰多，胶黏难出者，可合用皂荚丸。

3. 大凡热证宜合用时方 综观仲景所制治疗咳喘诸方以治寒证、寒热错杂证者居多,而用于治疗热证者则相对较少。慢性阻塞性肺疾病急性加重期的痰热壅肺证,需清热化痰,宣肺平喘,若仅单用麻杏石甘汤,则显得薄弱,在临床上可与时方合用。如麻杏石甘汤与《医宗金鉴》清肺汤合用,麻杏石甘汤与《医学心悟》贝母瓜蒌散合用等等。这样可加强其清化之力,能明显提高临床疗效。

(二) 治疗“慢阻肺”应重视调血,麻杏石甘汤加味经验方——清肺调血汤

笔者采用麻杏石甘汤加清热凉血活血药,组成清肺调血汤,治疗慢阻肺之痰热壅肺证 108 例,设不加调血药的对照组 65 例,进行了临床对比研究,现简述于下。

清肺调血汤组的药物组成:侧柏叶 12g,白茅根 20g,桃仁 10g,虎杖 15g,麻黄 10g,杏仁 10g,黄芩 12g,银花 20g,鱼腥草 30g,胆南星 10g,蝉蜕 12g,芦根 20g。水煎服,每日 1 剂。

对照组用药:麻杏石甘汤加味。麻黄 10g,杏仁 10g,石膏 30g,甘草 10g,黄芩 12g,银花 20g,鱼腥草 30g,芦根 20g,桑皮 15g,胆星 10g,蝉蜕 12g,蚤休 20g。水煎服,每日 1 剂。

观察方法:两组病例于治疗前均作末梢血白细胞计数及分类,其后每于治疗后第 3 天、第 9 天各复查 1 次。观察组、对照组随机抽取部分病例进行治疗前后肺功能测定。各组病人每隔 3 天复诊 1 次,以了解治疗前后症状、体征的变化情况。两组均连续治疗 9 天为 1 疗程。

观察结果:①临床疗效:观察组控显率 79.63%,有效率 95.41%。对照组控显率 53.85%,有效率 87.7%,观察组的疗效明显优于对照组 ($P < 0.01$)。②药物起效时间:观察组平均起效时间 $26.21 \pm 18.79\text{h}$,对照组平均起效时间 $33.66 \pm$

16.85h。观察组的起效时间明显快于对照组 ($P < 0.01$)。

③治疗前后白细胞计数的变化：观察组用药3天后，增高了的血白细胞回降率（回降至正常的比率）93.8%，对照组增高了的血白细胞回降率61.9%。治疗组明显高于对照组 ($P < 0.01$)。④肺功能变化：观察组、对照组对FVC、FEV1.0、MMF均有明显的改善作用，而且观察组的作用较对照组更加明显，统计学处理，两者有显著差异。

讨论：气与血二者生理上相互联系、相互依存，病理上也必然相互影响，脏腑有热，多气血同燔。如清泄肺热的泻白散所用具有凉血清热功效的地骨皮，泻心火的导赤散、泻肝火的龙胆泻肝汤所用具有凉血功效的生地黄，清胃火的清胃散所用具有凉血功效的生地黄、丹皮等，以上方剂无不在清气的同时兼以凉血。可见古之医家对热邪作用于脏腑可灼及血分的病机已有所认识。若热邪作用于肺，不仅可使肺气宣降失常而病及气分，也可热灼阴液而殃及血分。《金匱要略·肺痿肺病咳嗽上气病》云：“风中于卫，呼气不入；热过于营，吸而不出。风伤皮毛，热伤血脉”，说明了风热犯肺可致血热而呼吸不利的病机。慢阻肺发病过程中，或因外感风热，或因寒郁化热，或因痰郁化热，或因血瘀化热而致咳喘发作或加重，咳吐黄稠痰，甚或痰中带血，口干口渴之痰热壅肺证，其病机除肺气失于宣降外，热邪必灼肺之阴液。热邪既伤阴液，不惟独炼肺津，也可灼及阴血，而致血热津伤。血热于肺，血脉充盈扩张，进而影响肺气的宣降，使气道受阻而致咳喘加重；肺血炽热，血之流速加快，脉道充盈，可呈现数脉，同时可见舌质红，舌边尖有鲜红色点刺；若肺血热甚，迫血妄行，损伤血络，则可见痰中带血；热灼于肺，津液耗伤，则口干口渴。慢阻肺痰热壅肺所致血热表现特征为：多呈顿咳，咳时面赤，口干口渴而不思饮水，舌边尖可呈鲜红色点刺。值得提出的是，痰中带血虽可提示肺血炽热损伤血络，但不是反映肺血热病机

的唯一指标。

近代学者用家兔制作成邪热壅肺证动物模型，研究中发现：在肺泡壁毛细血管扩张、充血的同时，肺泡腔内充满渗出物，内含大量红细胞、中等量中性白细胞。从微观辨证的角度看，肺泡腔渗出物中所含的红细胞、中性白细胞均为血液的有形成分，在正常情况下肺泡腔内不可能大量存在，而在邪热壅肺时，由于热灼血分、迫血妄行而致，与肉眼痰中带血之病机是一致的。

另外，慢阻肺之痰热壅肺证，还可因热致瘀：慢阻肺可因痰郁化热，或外感风热等，致使邪热壅肺，灼炼阴血，使血液黏稠度增高，运行不畅，从而因热致瘀，即《重订广温病论·清凉法》所谓：“因伏火郁蒸血液，血被煎熬而成瘀。”在实验中发现：家兔邪热壅肺证模型的全血黏度、血浆黏度明显升高，处死动物后，可见肺泡壁毛细血管扩张、充血，肺泡内有浆液渗出等血瘀现象。说明热邪壅肺可致血瘀。

法源于理。慢阻肺之痰热壅肺证，由于邪热内炽于肺，不仅病及气分，也可灼及阴血而导致血热，同时有可因热致瘀，使血热与血瘀并存。所以，立法时宜在清肺的同时，兼施凉血化瘀法，使血热得清，瘀血消散，血液运行畅通，则有助于肺气的宣降调畅、邪热的祛除，咳喘症状才可得以根本缓解。

清肺调血汤就是在以上治法指导下拟方遣药的。方中除选麻黄、杏仁、黄芩、鱼腥草等药清热宣肺之外，更配侧柏叶、白茅根，旨在凉血清热，使血分热清，以杜瘀成。该药为轻清之品，善入肺经，具有凉血而不留瘀的优点，为凉血药中的首选之味；参以桃仁、虎杖活血化瘀，使血活瘀散，以使气畅而邪易祛。

清肺调血汤与麻杏石甘汤加味方二者均选用了功具清热宣肺的麻黄、杏仁、黄芩、芦根、银花、鱼腥草、蝉蜕以及善于祛痰的胆南星。在此基础上，麻杏石甘汤加味方又加用了生石

膏、蚤休、桑皮，从而增强了清肺之力。而清肺调血汤却选用了侧柏叶、桃仁等凉血化瘀药。临床研究表明，清肺调血汤的临床疗效明显优于麻杏石甘汤加味组。可见，慢阻肺之痰热壅肺证，存在着血热、血瘀的重要病机。所以在立法上应清肺化痰，凉血化瘀。



第七章 肺炎

一、概 述

肺炎是指各种致病因素引起肺实质炎症的一种呼吸系统疾病。其病因以感染最常见，临床主要症状为寒战、高热、咳嗽、咳痰、胸痛等。

本病发病率高，据估计我国每年约有 250 万人患肺炎，年发病率约 2/1000，死亡约 12 万 5 千人，死亡率 10/10 万，居各种死因第 5 位。1990 年 WHO 统计全球人口死因顺位，急性呼吸道感染仅次于心血管病居第 2 位。特别是婴幼儿、老年人和免疫功能低下的患者中较高。肺炎在临床上有两种分类方法：按病理解剖学分类可分为大叶性、小叶性和间质性肺炎；按病因学分类可分为细菌、病毒、支原体、真菌、立克次体、衣原体等感染性肺炎。为有利于治疗，目前诊断多按病因学分类。肺炎病原体以细菌常见，成人约占 80%，儿童虽然病毒性肺炎增加，但细菌性肺炎仍在 70% 左右。

肺炎属于中医学“伤寒”、“温病”、“咳嗽”、“喘”等范畴。多由感受风寒之邪，寒邪入里化热，或受风热之邪，导致肺的宣降功能失常所致。若病邪在表，营卫不和，肺失宣降，则可出现恶寒，发热，咳嗽等；若热邪壅肺，可见发热，咳

嗽，咳黄痰，甚或痰中带血；若热入阳明，则可见发热，汗出，不恶寒反恶热，咳嗽，咳黄痰等。

二、诊 断

(一) 根据病史及临床表现

主要为发热、恶寒或寒战、咳嗽、咳痰、胸痛、气促以及不同程度的毒血症状，结合体格检查，可作出初步诊断。

(二) 胸片

可见斑片状炎症阴影是确诊的依据。

(三) 实验室检查

痰培养及免疫血清试验等检查可明确病原体。

(四) 重症肺炎的诊断

在患者确诊肺炎后，出现以下一项或两项者即可考虑诊断为重症肺炎：①呼吸频率 ≥ 30 次/分；②X线显示两肺或一肺多肺叶受累；③在海平面呼吸空气时 $\text{PaO}_2 < 8.0 \text{ kPa}$ ，或出现严重呼吸衰竭，需机械通气者；④血压：动脉收缩压 $\leq 12 \text{ kPa}$ 和（或）舒张压 $\leq 8.0 \text{ kPa}$ ，和（或）尿量 $< 20 \text{ ml/h}$ 或 $< 80 \text{ ml/4h}$ ；⑤合并肺外感染如脑膜炎、败血症、败血症性关节炎等。

三、辨证治疗

(一) 风寒客表

主症：发热，恶寒，无汗，鼻塞流涕，咳嗽，口不渴，舌苔薄白，脉浮紧。

治法：发汗解表。

方剂：麻黄汤。

麻黄 9g，桂枝 6g，杏仁 9g，炙甘草 3g。

加减：症见鼻塞流涕者，可加辛夷、白芷以宣肺通窍；咳嗽甚者加桔梗、前胡以宣肺止咳。

(二) 寒闭肌表，阳郁化热

主症：寒战，高热，不汗出，烦躁，咳嗽，或有胸痛，舌苔白或苔黄，脉浮紧。

治法：外散表邪，内清郁热。

方剂：大青龙汤。

麻黄 18g，桂枝 6g，甘草（炙）6g，杏仁 7g，生姜 9g，大枣 10 枚，石膏 60g。

加减：兼有咳嗽者，加桔梗、前胡以宣肺止咳；心烦、热甚苔黄者，加黄芩、双花、鱼腥草以清热解毒；胸痛者，加瓜蒌、半夏、黄连以清热化痰，开结止痛。

（三）痰热壅肺

主症：发热，汗出，喘息，咳嗽，咳痰黄稠，或痰中带血，或胸痛，舌红苔黄，脉数有力。

治法：清热宣肺。

方剂：麻杏石甘汤。

麻黄 12g，杏仁 9g，炙甘草 6g，石膏 30g。

加减：可合用小陷胸汤，加双花、公英、鱼腥草、芦根以清热解毒；大便干结者，加大黄，通腑泄热；痰黏难咳者，加川贝母以化痰。

（四）胃热弥漫

主症：高热不退，汗出，口渴，欲饮水，不恶寒，反恶热，咳嗽，或有喘息，或有胸痛，舌苔黄，脉滑数。

治法：辛寒清热。

方剂：白虎汤。

知母 15g，石膏 60g，甘草 6g，粳米 20g。

加减：可加双花、公英、鱼腥草、芦根以清热解毒；咳嗽者，加桔梗、前胡以宣肺化痰；胸痛者，加瓜蒌、半夏、黄连以清热化痰，开结止痛。

（五）肺热腑实

主症：蒸蒸发热，或潮热，汗出，心烦，大便硬，腹胀

满，咳嗽，或喘息，或谵语，或胸痛，舌红苔黄燥，脉滑数。

治法：峻下热实，荡涤燥结。

方剂：大承气汤。

大黄 12g，厚朴 15g，枳实 9g，芒硝 9g。

加减：可加双花、公英、鱼腥草、芦根以清热解毒；咳甚者，加桔梗、前胡以宣肺化痰；胸痛者，加瓜蒌、半夏、黄连以清热化痰，开结止痛。

(六) 亡阳欲脱

主症：突然四肢厥冷，冷汗出，气短，神疲欲寐，脉微细而数。

治法：回阳救逆。

方剂：四逆汤。

附子 9g，干姜 9g，甘草 9g。

加减：可加人参以益气回阳。也可静脉点滴参附注射液。

四、名 医 经 验

郭士魁：认为肺炎临床上可分两大类：

①风寒犯肺：病起恶寒重或寒战，无汗，头痛，骨节酸痛，咳嗽，胸痛，喘息，舌苔薄白，脉浮紧，为外感风寒病邪入肺，肺气不宣则咳嗽，寒邪化热则发热，《素问·至真要大论》说：“诸禁鼓栗，……皆属于火”。寒战之后必发热，热灼津液而成痰，痰结胸中、气机不畅而胸痛。治疗宜辛温解表，宣肺散寒。方可用参苏饮化裁，此方不令大汗只见微汗以达到解表散寒之功。喘重加麻黄如三拗汤（麻黄、杏仁、甘草），也可令微汗出，同时有较好的定喘作用。方药：荆芥 6g，杏仁 10g，苏叶 6g（后下），黄芩 12g，川贝 10g，板蓝根 15g，牛蒡子 10g，双花 12g，败酱草 30g，甘草 6g。

②风热犯肺：微恶寒高热，汗出，面赤，喘咳，口渴，舌红苔黄，脉浮数或洪大，属外感风热犯肺。《温热经纬》曰：

“风温为病，春月与冬季居多，或恶风，或不恶风，必身热，咳嗽，烦渴”。风热犯肺之主症为发热，咳嗽，烦渴，痰黏稠不易咳出。治疗多用银翘散和麻杏石甘汤加减化裁（甘草一般不超过麻黄用量，否则减轻麻黄发汗平喘之作用）。方药：麻黄 5g，杏仁 10g，黄芩 15g，生石膏 30g，双花 10g，连翘 10g，鱼腥草 30g，苏子 6g，沙参 12g，川贝母 10g，甘草 3g。

面赤，壮热口渴，便秘，病到阳明可加用白虎汤清热养阴。方药：麻黄 4g，杏仁 10g，黄芩 12g，生石膏 30g，沙参 12g，知母 15g，双花 12g，连翘 10g，蒲公英 30g，川贝母 10g，甘草 3g。

热盛加用安宫牛黄丸，高热便秘也可加用紫雪丹，痰多加用蛇胆陈皮末。

如精神萎靡，反无热或低热，四肢厥冷，汗出，脉细或微欲绝，属阳虚欲脱之危证，治疗宜回阳固脱，可用参附汤或四逆汤。方药：党参 12g，黄芪 30g，附片 6g，干姜 6g，麦冬 10g，五味子 10g，山萸肉 20g，甘草 6g。

如咳嗽减轻，外感已除，余热未尽，可用竹叶石膏汤、麦门冬汤养阴清热。方药：沙参 12g，杏仁 10g，麦冬 10g，竹叶 6g，黄芩 10g，双花 10g，川贝母 10g，佩兰 6g，甘草 3g。

病后恶心、腹胀、食欲欠佳，可用温胆汤加减善后调理。方药：茯苓 10g，陈皮 10g，半夏 10g，竹茹 6g，枳壳 6g，生姜 6g，玫瑰花 10g，炒麦芽、谷芽各 10g。（翁维良等编著·中国百年百名中医临床家丛书·中医名家郭士魁。北京：中国中医药出版社，2001. 219~230）

胡希恕：肺炎从西医病理看，西医依据 X 线及血液、痰液检查及培养，可知是细菌或病毒或立克次体或支原体感染，这是由肉眼及通过实验室检查而定。而中医形成在千百年的远古时代，科学还不发达，没有精良的器械可依，只是由变化多端的症状反映上探求疾病发展规律，在长久的年代里和众多患

病人体上，历经千万次的反复观察、反复实践、反复总结，才产生了辨证论治方法。不论是《伤寒论》的六经辨证，还是后世的脏腑辨证，都是通过症状特点来辨证。对于何种病因病邪致病，不可能具体得知。叶天士提出：“温邪上受，首先犯肺”，在论述热病上，强调温热之邪所出现的特点，有他独到之处，但后世一些人一见热病便认为是风温之邪所致，甚至有的人一见肺炎就与风温划等号，这种认识上的错误，必然造成辨证错误及治疗不当。这里顺便说一下温病与太阳病的关系，在《伤寒论》中，温病也是表证的一种，是在表的阳性证候，实际是太阳病的一个类型，这就是说，太阳病有三个类型，它们具体的概念是：

中风：凡太阳病，若发热、自汗出、恶风、脉缓者；伤寒：凡太阳病，无论发热与否，若无汗、身痛、腰痛、骨节疼痛、脉紧者；温病：凡太阳病，若发热而渴，不恶寒者（与阳明病外证同）。也就是说肺炎有表证时，可表现为中风，可表现为伤寒，也可表现为温病，不只限于温病。这在指导辨证和治疗上是很重要的。近代有了抗生素，一些人认为一诊断肺炎就用抗生素则治疗原则正确，如再加用对症的中药所谓中西医结合治疗就更万无一失。而临床实践远非如此，有许多肺炎患者，经这种所谓中西医结合治疗后往往不尽如人意，有的高热不退、有的咳嗽连绵、有的纳差恶心，炎症没有控制却变症蜂起。孰不知肺炎有细菌引起者，也有病毒引起者，还有支原体、衣原体等引起者。抗生素并不能包治所有肺炎，且渐渐产生抗药性、副作用，使肺炎变症此起彼伏，不少病人不得不求助于中医，而中医治疗不是靠什么秘密武器、秘方，而主要靠审证仔细、辨证正确、方药对证。这里强调的是，首要的功夫是辨证正确。凡遇肺炎患者都要耐心细心问诊、切脉、看舌苔等，切忌刚问一二症，就自认为已能分辨风寒、风温（风热），即处方用药。要知道中医不论是六经辨证、还是脏腑辨证，都

是依据许多症状而归纳总结的辨证规律。有时一个症状可能是辨证的关键，一个症状的疏漏，就有可能造成辨证的失误。肺炎是急性病更要求辨证要准，用药要对，这样才能显示中医治疗肺炎的疗效和特点。一方一法不可信，辨证选方必遵守。

中医古代没有肺炎这一病名，但类似病症是有的，如发热、咳嗽等，中医治疗肺炎不是用一方一药，而是根据不同时期出现的不同症状来用药。用一方一药治不好肺炎。有的杂志报道用某方药治疗肺炎疗效云云，其主导思想仍是抗生素治疗框框，其方法值得商榷。肺炎是急性病，正气与邪气相争剧烈，症状变化多端，适应治疗的方药也就多变，临床常见的方证如下：

①麻黄汤方证：初起症状很像感冒，主症：发热，胸闷气粗，恶寒，无汗，头项强痛，身痛，口中和，舌苔薄白，脉浮紧。此时病属太阳表实证，治以发汗解表。方药：

麻黄三钱，桂枝二钱，杏仁三钱，炙甘草一钱。

麻黄为一有力的发汗药，佐以桂枝更宜致汗。杏仁配麻黄辛温发汗定喘。甘草缓急益中和胃，故治肺炎属太阳病表实无汗身痛而喘闷者。本方证出现很短暂，但能抓住这个方证时机及时用药，可有利于退热，缩短肺炎病程。应该说明的是，这里所说麻黄为一有力的发汗药，是与其他药相对而言，实际发汗力并不大，即使与桂枝、杏仁同用也不出多大汗。这一点在麻黄汤煎服法说明可看出，即“温服，服药后盖棉被取微似汗”。一些人因对麻黄功能的误解，而不敢正确使用其药，更不敢用麻黄汤治疗肺炎，甚是遗憾。

②大青龙汤方证：症见发热恶寒、身痛身重，无汗出而烦躁，舌苔白，脉浮紧。方药：

麻黄六钱，桂枝二钱，杏仁二钱，生姜三钱，大枣四枚，炙甘草二钱，生石膏一两半～四两。

此方证比较多见，可见于发病的第一天及一周内，甚至一

周后，此方证的特点是，外寒夹饮的太阳表证与阳热盛的阳明里证同时并见，故治疗时发汗、清热并举。当里热重时重用生石膏。

③小柴胡加生石膏汤方证：主症：寒热往来，口苦咽干，胸胁苦满，或纳差恶心，咳嗽胸疼，舌苔白腻或黄，脉弦细数。方药：

柴胡八钱，党参三钱，黄芩三钱，炙甘草三钱，生姜三钱，大枣四枚，半夏四钱，生石膏一两半～四两。

此方证多见于肺炎 2～3 天至一周左右，多呈现三阳合病之证，故治疗重在和解少阳兼以清阳明。针对寒热往来，用大剂柴胡为主药，佐以黄芩除热止烦，无疑是和解少阳的要药，但《伤寒论》六经辨证理论告诉我们，病之所以传入少阳，主要是胃气失振、气血内却。补中滋液，增强胃气，实是祛邪的要着。故本方中用人参（党参）、大枣、甘草、生姜、半夏温中健胃。徐灵胎谓：“小柴胡汤之妙在人参”，确是见道之语。若咳嗽胸疼明显者，加桔梗、杏仁。若口渴、心烦明显者，加竹叶、麦门冬，或改用竹叶石膏汤加减。

④大柴胡加生石膏汤方证：主症：寒热往来，口苦烦躁，咽干口渴，胸胁苦满，心下痞硬拒按，大便干燥，舌苔黄，舌质红，脉弦数。方药：

柴胡八钱，黄芩三钱，生姜三钱，大黄二钱，白芍三钱，大枣四枚，半夏四钱，枳实四钱，生石膏一两半～四两。

此方证多见于肺炎 3～4 天，更多见于强行发汗而热不退者。与前方相比，同是三阳合病，此是阳明里实热明显者。病初传少阳，势须人参、生姜、甘草等补中益气，既防邪侵入里，又助正祛邪于外。但已并于阳明，则须大黄兼攻里，人参之补，甘草之缓反非所宜，故去之。又因里热明显而再加生石膏。若再见口渴甚者，可更加麦门冬、干地黄。若大便秘结甚者，加芒硝四钱冲服。

⑤大承气汤方证：主症：潮热汗出，身痛，身重，不恶寒，腹胀满，短气，喘息，大便秘结，腹痛拒按，烦躁口渴，昼夜思睡，甚则神昏谵语，舌苔白厚干燥或黄褐，舌质红，脉沉弦滑数。方药：

大黄四钱，厚朴六钱，枳实三钱，芒硝六钱（分两煎）。

按：本方证多见于肺炎 2~3 日后，此为阳明里实热证，老年人更为多见。肺炎呈现本方证，实热已达一定程度，又非此方不能救治。故当遇本方证时千万不能迟疑，要当机立断处方用药，要知不当用而用和当用而不用，均足以误人性命，关键所在须辨清方证。

应该说明的是，以上所列是肺炎常见的方证，因人体质的不同和感邪的不同，肺炎在各个时期的症状也就不同，所见方证也就很多，不但可见到麻杏石甘汤、白虎汤、桂枝加厚朴杏子汤、射干麻黄汤等三阳方证，而且还可见到麻黄附子细辛汤、理中汤、四逆汤、通脉四逆汤等三阴方证。临床实践中必须心中有数，对肺炎患者出现的各种方证，能及时适证用药，才能真正做到用中药治好肺炎。（冯世纶编著·中国百年百名中医临床家丛书·中医名家胡希恕·北京：中国中医药出版社，2001.11）

刘弼臣：肺炎是小儿肺部疾患中常见的一种病证，多继发于感冒之后，或并发于其他疾病过程之中，一年四季都可发生，尤以冬春两季为常见。三岁以下的婴幼儿更易发病，年龄愈小，其发病率愈高，而且病情愈重。有关本病的病名，中医古代文献早有记载，如《幼科全书》云：“胸高气促肺家炎。”《麻证活人全书》指出：“麻毒内陷，肺炎喘嗽”。有关本病的病因和症状，早在《内经》即有论述，如《素问·通评虚实论》云：“乳子中风热，喘鸣肩息者，脉如何？岐伯曰：喘鸣肩息者，脉实大也，缓则生，急则死”。《备急千金要方》提出：“少小肩息上气不得安，此风冷入肺。”对于本病的治疗，

运用张仲景《伤寒论》麻杏石甘汤，疗效确切，至今仍在广泛应用。刘老认为，本病病名属“肺炎喘嗽”，主要由于小儿形气未充，脏腑娇嫩，抵抗力较差，外邪侵犯于肺，使肺气闭阻，郁生痰热，壅塞气道，不得宣通，因而上逆所致。

多年来先生通过临床大量的病例观察分析，认为小儿肺炎其发病机制，多因肺气郁闭，化热生痰，痰随气逆，所以喘咳多痰。凡喘有声便是痰，痰壅气盛便是喘。痰与喘在病理上有其密切的关系，气喘既可导致痰的上壅，而痰盛又能加重气息喘急。脾为生痰之源，肺为贮痰之器，故其病位主要在肺，常累及脾，严重者可以内窜心肝，甚至引起阳气暴脱的变证而危及生命。因此，治疗小儿肺炎，解除“热、痰、喘”是临证诊治的关键，并能及时控制病情发展，防止变证丛生。

小儿肺炎发展到高峰阶段，常常表现痰热内羁，症见发热较高，呼吸困难，咳嗽而喘，气急鼻煽，口唇发绀，面赤口渴，喉中痰鸣，舌红苔黄，脉象滑数。标志着热毒壅盛，痰闭肺窍，治宜清热宣肺，化痰定喘。可用麻杏石甘汤加味：麻黄 3g，苏子 10g，杏仁 10g，生石膏 25g（先下），生甘草 3g，黄芩 10g，半夏 3g，黛蛤散 10g（包），炙杷叶 10g，枳壳 5g。水煎服。收泄热涤痰平喘之功。但是，有些小儿肺炎常因外受非时之感，内有壅塞之气，膈有胶固之痰，三者相合引起气动痰升，出现咳逆喘急，发热不高，面色青白，喉间痰如拽锯，胸闷胀满，泛吐痰涎，舌苔白腻，脉象弦滑。这类肺气阻塞，清肃失司，痰堵胸宇，胃失和降的证候，他认为虽属痰热内羁，但决非麻杏石甘汤方能解决，因其肺胃同病，必须苦辛开降，豁痰宣闭，上病中取，可用半夏泻心汤合苏葶丸、莱菔子散加减。如黄连 1g，黄芩 10g，以苦降；干姜 1g，半夏 3g，以辛开；苏子 10g，葶苈子 3g，以降气平喘；枳壳 5g，川郁金 5g，以开郁宽胸；或以生白萝卜汁半酒杯加少许姜汁临时兑服，可以开中焦之痰实，收到通宣肺气之闭之效，屡试屡

验。此外，有少数小儿肺炎病情凶险，来势急暴，迅速出现胸高气急，撮肚抬肩，痰壅如潮，面唇指甲青紫，闷乱烦躁，便秘溲赤，苔黄厚腻，脉象滑数，甚至发生惊厥，此即所谓“马脾风”重证。亟急泻热降火，涤痰通下，牛黄夺命散合五虎汤化裁。可用二丑末 3g，（冲服），制大黄 10g，通腑泻热；麻黄 2g，杏仁 10g，生石膏 25g（先下），生甘草 3g，宣肺定喘；细茶叶一撮，清神化痰；配以葶苈子 5g，增加泻肺定喘之力。刘老认为，此时不宜单用开肺之法，因痰热壅盛，肺气胀满，气机将绝，开之则愈促使其肺气闭绝之险，等于扬汤止沸。由于病势严重，火势沸腾，若不行釜底抽薪之法，则阴液难存。因此，必须上病下取，实则泻之，通利大肠，才足以减轻肺之痰热壅塞，从而使临床证候得以改善。但是，上病下取，引而夺之，这是在治疗过程中不得已而用之的法则，不宜久用，以免攻伐太过，而伤生生之气。另外，对于体虚外感风寒所致的肺炎喘嗽，常应用参苏饮加减：太子参 10g，紫苏叶 5g，橘皮 3g，半夏 3g，五味子 10g，桔梗 3g，苏子 10g，枳壳 5g，莱菔子 3g，干姜 1g，大枣 5 枚。此乃常法中之变法，临证之时不可不知。（于作洋编著·中国百年百名中医临床家丛书·中医名家刘弼臣·北京：中国中医药出版社，2001.36）

五、医案精选

祝谌予——白虎汤、泻白散加减治疗肺炎（风温犯肺，气分热盛）

何某某，女性，19 岁，学生，病历号 C144076。1978 年 6 月 15 日初诊。

主诉：持续高热伴咳嗽，胸痛 20 余天。患者于 1978 年 5 月 18 日外出劳累，两天后出现高热，体温达 39℃ 以上，伴胸痛、咳嗽、咳少量黄黏痰。外院用青、链霉素治疗 3 天无效，来本院急诊，查血 WBC：20×10⁹/L，血沉 65mm/h，胸透示

左下肺大片实变阴影，痰培养为克雷白氏杆菌，确诊为左下肺炎，经用多种抗生素治疗 2 周高热持续不退，体温仍波动在 38~40℃ 之间，于 6 月 11 日收住入院。既往曾 3 次因左下肺炎住院。入院查体：T：39.7℃，R：32 次/分，P：120 次/分，BP：15.9/10.6kPa。急性病容，精神萎靡，左下肺听诊呼吸音低弱，叩诊浊音，乃邀会诊。症见：高热汗出，不恶寒但恶热，口渴思饮，干咳少痰，左胸疼痛，乏力神疲，纳食不甘。舌淡红，苔黄燥，脉细滑数。

辨证：风温犯肺，气分热盛。

治法：辛寒清热，宣肺止咳。

方药：白虎汤、泻白散加减。

生石膏 30g（先下），知母 12g，金银花 15g，连翘 10g，大青叶 30g，芦根 30g，白茅根 30g，桑白皮 12g，地骨皮 24g，炙前胡 10g，生甘草 6g。每日 1 剂，水煎服。

治疗经过：服药 6 剂，体温降至 38℃，口渴汗出均减，仍纳食不甘，痰不易咯出，舌苔薄白，脉细滑数。守方去芦根、生甘草加茯苓 15g，陈皮 10g，焦三仙各 10g，再服 6 剂，体温波动 37.5℃ 左右，咳嗽减轻，胃脘不适，守方去生石膏、知母，加黄芩 10g，法半夏 10g。续服 6 剂，体温正常，诸证均愈，停用抗生素。食纳仍差，舌淡，脉细滑。化验白细胞 $6.6 \times 10^9/L$ ，胸片复查左下肺后基底段有密度增高影，考虑炎症合并胸膜病变所致。辨为病邪乍退而脾胃未复之象。拟从调补脾胃治之，方宗五味异功散加味。

处方：党参 10g，白术 10g，茯苓 12g，炙甘草 6g，陈皮 10g，鸡内金 10g，焦三仙各 10g。水煎服。

服药 6 剂，病愈出院。两周后复查胸片示左下肺炎症明显吸收。

按：本案高热伴咳嗽、胸痛持续 20 余日不解，属于中医风温肺热，一般多用麻杏石甘汤加减以清热泻肺，止咳平喘。

但考虑风热由卫及气，卫分之邪未解而肺胃气分热盛，且高热日久，口渴汗出明显，再用麻黄恐更伤津液。故选用白虎汤加芦茅根为主清阳明经热，生津止渴；加金银花、连翘、大青叶清热解毒，透邪于卫分；桑白皮、地骨皮、前胡泻肺清热，止咳化痰。全方内清外透，给邪气以出路故发热徐退，咳止痛消。其后用五味异功散加减调补脾胃，恢复体能，乃习用热病善后之法。（董振华主编．祝湛予临证验案精选．北京：学苑出版社，1996.10~12）

高辉远——越婢加半夏汤加减治疗肺炎（风寒犯肺）

男，20岁。因发热已住院5天。胸透：右下肺斑点状阴影，曾静滴抗生素和口服退热西药及清热解毒中药治疗，虽有汗出，体温暂降，但继而复升。高师会诊时，仍高热恶寒，体温39.2℃，头身尽痛，无汗，咳嗽气促痰滞，舌淡苔白，脉浮数。按风寒犯肺，投以越婢加半夏汤加减：

麻黄、杏仁、紫菀、茯苓、法半夏、炒苏子各10g，生石膏20g，炙甘草5g，陈皮8g，生姜3片，大枣5枚。药服4剂，寒开热透，体温正常，胸透：右下肺斑点状阴影消失，诸症尽除。

按：本案虽用消炎、退热西药及清热解毒中药，曾有大汗出，然汗止则热复，实因表邪未解，虽汗出则徒伤其津。高师紧扣病机，辨证准确，以辛开温散使风寒得解，肺闭得开，只服4剂，病即痊愈。同时告诫，不可一见肺炎，不加区别，即用苦寒清热解毒，此极易冰伏其邪，贻误病机。（于有山等编著．中国百年百名中医临床家丛书·中医名家高辉远．北京：中国中医药出版社，2001.13）

龚去非——麻杏石甘汤合白虎汤加减治疗大叶性肺炎（肺气郁闭阳明热炽）

阚江壁，14岁，1982年7月25日初诊。7月23日开始低烧，流清涕，咽微痛，饮食减少，服辛凉解表剂小效。7月

25日，突然高热不退，恶寒拥被，口不渴，身无汗，轻微干咳，大便已两日未解。唇干，舌红而干，舌根有垢苔，咽红，脉浮沉均数实（120次/分）。

本病初起极似普通感冒，随即高热无汗，病势继续发展则病属风温（风温四季均有，而以冬春较多）。恶寒无汗为表气外闭；大便不行、舌根垢苔是胃肠积滞内结。高热持续，属外邪入里，肺气郁闭而阳明热炽。治当透表清里，而清里尤当侧重，即清里以透表，肺与阳明同治，清火，导腑气，保津，挫燎原之势，以免蒸痰夹滞生变。

处方：麻黄 10g，杏仁 12g，生石膏 30g，甘草 6g，黄连 10g，黄芩 15g，知母 20g，生地 20g，玄参 20g，天冬 20g，生大黄 10g，枳壳 15g。

7月26日二诊：胸透发现右肺中下叶大片浓深阴影，怀疑肺脓肿及心脏有病损（原有风湿性心肌炎，做过扁桃体摘除术），上午体温 38℃，下午升至 40℃，仍进上药。

7月29日三诊：上方已服 3 剂，每日热势逐渐下降，至此体温已正常。身有微汗，精神转佳，仍微咳，时咯黏痰，脉数已减（94次/分）。第 3 剂将大黄量减半，服药后一日解稀软便 2~4 次。

同日请西医查血沉 90mm/1 小时，抗“O” 900U，心率快，心尖区Ⅱ级杂音，怀疑并发风湿性心肌炎旧病，注射长效青霉素 1 支（仅用此 1 支，也未用过其他任何西药），仍继续服中药观察。

鉴于体温正常，但脉快咳黏痰，认为前方宜改变。于是根据脉数、咳黏痰二症，用炙甘草 15g、麦冬 15g 甘缓清润，养心神以治脉数；用黄芩、知母、象贝、马勃、桑白皮清肺祛痰止咳；用旱莲草、女贞子养阴。以为可以清肃余邪、扶正气。

8月4日四诊：上方服 4 剂，不料又发高热如前，方悟及“祛邪务尽”，上次不应改变原方，以致温邪受挫又复燃。乃急

更用 7 月 25 日原方，生大黄改为熟大黄 5g。

8 月 10 日五诊：服上述更方 2 剂后热退，又续服 4 剂，精神食欲均渐恢复，脉搏 90 次/分。清热解毒、保津活血之药仍不敢全停。

处方：银花、连翘、黄芩、黄连、玄参、天冬、赤芍、麻黄各 7g。

8 月 17 日六诊：胸透复查，请放射科同志会诊，见右肺炎变已大部分吸收，右肺中叶显不张。但症状均消失，仍用 8 月 10 日处方，隔日 1 剂，服 20 剂。9 月下旬复查血沉及抗“O”均正常。

此例风湿起始受邪以肺与阳明为主，根据“温邪化火伤阴最速”原则，用降火保津为关键治疗，4 日退热，说明疗效较快，因热退而更方，经 4 日又高热如故，再用首次原方，又 2 日退热，共服 6 日，透视肺则炎症大部分吸收。既说明上述降火保津药物之不可代替，欲令症状完全控制，当续服周许时间，以期“祛邪务尽”；又说明该方药功效是控制病因而愈病。降火保津法则方药繁多，余 50 余年临床观察，此病降火必用芩、连，保津必用知母、天冬、甘草，高热必加生石膏，或加赤芍活血，用之疗效可靠。若舍芩、连、知母等不用，或用芩、连降火而不用知母等保津，则疗效较差。有人说“苦寒败胃”，又说“气分温病开始，辛寒清且透，苦寒流不利于透邪”；余经验，苦寒用之得当，能健胃，苦寒与保津合用，清里即所以透外。此例初起卫表外闭，腑气内阻，故加麻黄开上焦透表气，加大黄除积滞通腑气，先后两次均显示疗效确实。而且肺部炎症消失后，又用原方减轻用量，隔日 1 剂，又续服一月余，血沉及抗“O”都转正常，可见热性病亦有守方守药之时。

8 月 10 日方中麻黄 7g 其意不在发表，而在宣通肺络气机，利气以活血化瘀，促使肺部炎症吸收。《本经》谓：“麻黄

破癥坚积聚”，故用之使清火保津、吸收病灶之功更完善。（陈代斌等编著．中国百年百名中医临床家丛书·中医名家龚去非．北京：中国中医药出版社，2001. 7）

刘渡舟——桂枝加厚朴杏子汤治疗肺炎

刘某，男，33岁，内蒙古赤峰市人。

1994年1月5日初诊。

感冒并发肺炎，口服“先锋四号”，肌注“青霉素”，身热虽退，但干咳少痰，气促作喘，胸闷。伴头痛，汗出恶风，背部发凉，周身骨节酸痛，阴囊湿冷。舌苔薄白，脉来浮弦。证属太阳中风，寒邪迫肺，气逆作喘。法当解肌祛风，温肺理气止喘。

桂枝 10g，白芍 10g，生姜 10g，炙甘草 6g，大枣 12g，杏仁 10g，厚朴 15g。服药 7 剂，咳喘缓解，仍有汗出恶风，晨起吐稀白痰。

上方桂枝、白芍、生姜增至 12g。又服 7 剂，咳喘得平，诸症悉除。医院复查，肺炎完全消除。

按：本案为中风表虚兼肺失宣降之证。太阳中风，迫肺气逆，失于宣降，故见咳喘、胸闷、头痛、汗出、恶风，为“表虚”之证。故治宜在解肌祛风之中，佐以降气平喘之法。

大论曰：“喘家作，桂枝加厚朴、杏子佳。”本方以桂枝汤解肌祛风，用厚朴、杏子降气定喘，并能化痰导滞，为表里兼治之剂。临床用于治疗风寒表不解，而见发热、汗出、咳嗽，屡屡获效。（单书健等．古今名医临证金鉴·咳喘肺胀（卷下）．北京：中国中医药出版社，1999. 39）

六、临证心得

西医治病是在还原论、一元观的指导下认识疾病和治疗疾病的，所以西医治疗肺炎是立足于局部、微观，针对引发肺炎的病原体使用抗生素“消炎”治疗，这是无可非议的。中医治

病是在系统论、整体观指导下认识疾病和治疗疾病的，所以，在采用中医药治疗肺炎时，就不能按照西医的认识论去使用中药“消炎”，这是科学规律，如果违背了这一科学规律是难以达到治疗目的的。所以运用中医药治疗肺炎时，一个最为关键的问题是跳出“炎症”这个框框，力戒一见炎症则处以清热解毒药“消炎”。而应坚定不移地遵循整体观念、辨证论治的原则来治疗本病，只有这样才能取得预期的疗效。

目前在临床上，有相当多的医生将肺炎与风温肺热病相对应，或直接诊断为“风温肺热病”而一味采用清法，这也是片面的，起码说有失全面。例如，有许多肺炎患者在其发病伊始就表现为恶寒发热，往往是恶寒重（甚或寒战）发热相对轻，舌质淡苔白，脉浮，这是典型的伤寒表实证，在治疗时当以发汗解表，驱邪外出，方用麻黄汤，如兼烦躁者，用大青龙汤。若给予辛凉解表的银翘散，就药不对证。从本节所选医案可以看出，著名的中医临床大家在治疗肺炎时，无不严谨的遵循着仲景辨证论治的思想，灵活的运用经方而达到药到病除的效果。如现代名医刘渡舟教授用桂枝加厚朴杏子汤治疗肺炎收功；高辉远教授用越婢加术汤治疗肺炎而获效；胡希恕名老中医对于肺炎的治疗分为麻黄汤证、大青龙汤证、小柴胡加生石膏汤证、大柴胡加生石膏汤证、大承气汤方证屡可收效；龚去非先生用麻杏石甘汤合白虎汤加减治疗大叶性肺炎获愈等等。这些鲜活的例证，足可令人诚服。



第八章 慢性肺源性心脏病

一、概 述

慢性肺源性心脏病是指由肺组织、胸廓或肺血管的慢性病变引起的肺循环阻力增高，导致肺动脉高压和右心室肥大，或有右心衰竭的一类心脏病。临床上以反复咳喘、咳痰、水肿、紫绀等为主要特征。早期心肺功能尚能代偿，晚期出现呼吸循环衰竭，并伴有多种并发症。

本病属于中医“咳嗽”、“喘证”、“痰饮”、“肺胀”、“水肿”等范畴。是因卫外不固，被外邪所侵，导致肺失宣降，而表现为咳嗽，咳痰、喘息。如反复发作，经年不愈，又可病及脾肾，使脾的运化功能以及肾的温煦气化功能失调，导致肺、脾、肾俱虚，可出现咳嗽，咳痰，气短，动则气促。因其正气不足，防御外邪的能力低下，易于被外邪所侵，一旦复感外邪，每可诱发或加重咳喘，而出现虚实夹杂的病机。若病情进一步发展可影响到心，使心主血脉的功能失常，终致肺、脾、肾、心俱病，在咳嗽，咳痰，气短，动则气促的同时，又可出现心悸、水肿等。

二、诊 断

(一) 病史与体征

主要根据慢性肺、胸疾病史，如有较长的慢性支气管炎、支气管哮喘等病史，显著的肺气肿临床表现，体检发现剑突下收缩期搏动，肺动脉瓣区第二心音亢进，三尖瓣区心音较心尖部明显增强或出现收缩期杂音，均提示肺动脉高压或右心室肥厚，可作出早期诊断。

(二) X线、心电图等检查

肺动脉高压、右心室肥厚，配合X线、心电图等检查而确定，如伴有肺、心功能不全则容易确诊。

(三) 除外其他心脏病

同时排除了引起右心病变的其他心脏病的可能时，即可诊断为本病。

三、辨证治疗

(一) 发作期

1. 外寒内饮证

主症：咳嗽，喘促，不得卧，痰稀泡沫样，量多，口干不欲饮，或伴恶寒重，发热，肢体酸楚，身痛无汗，或面浮目肿或双下肢水肿，口唇紫绀，舌暗淡苔白滑，脉浮紧。

治法：宣肺散寒，温化水饮。

方剂：小青龙汤。

麻黄 6g，桂枝 9g，白芍 9g，细辛 3g，干姜 9g，法半夏 12g，五味子 9g，甘草 6g。

加减：痰多壅盛可加陈皮、茯苓、白芥子以燥湿化痰；周身骨节疼痛剧烈，加羌活疏解风寒；如兼有烦躁、口渴、舌苔薄黄者，加石膏以清热除烦；形寒肢冷，下肢肿甚，合用真武汤以温阳化饮。

2. 痰热壅肺证

主症：咳嗽，喘息，气急胸满，痰黄黏稠，不易咯出，口干，欲饮水，或伴身热，汗出，舌暗红苔黄，脉弦滑或滑数。

治法：清热化痰，祛痰平喘。

方药：麻杏石甘汤。

麻黄 9g，生石膏 30g（先煎），杏仁 9g，甘草 9g。

加减：可加黄芩、双花、鱼腥草、虎杖、桃仁、侧柏叶以清热化痰，凉血化瘀；痰黏难出，加海蛤壳、浙贝母、瓜蒌以清肺化痰；心烦不寐加栀子、豆豉以清心除烦；腹胀，大便难，合用大承气汤以通腑泄热；若见尿少，浮肿，可加泽泻、茯苓、车前子以利尿消肿。

3. 外寒里热证

主症：恶寒重，发热，无汗或有汗不多，喘急烦闷，咳痰粘稠，或咯吐黄痰，咳吐不利，口渴，舌尖红，舌苔薄白微黄，脉浮数。

治法：解表清里，化痰平喘。

方剂：越婢加半夏汤。

麻黄 18g，石膏 30g，生姜 9g，大枣 5 枚，甘草 6g，半夏 12g。

加减：里热较重，可加黄芩、鱼腥草、双花、虎杖应清热解毒；如喘甚痰多，加葶苈大枣泻肺汤以泻肺平喘，可加射干、桑皮、葶苈子；便秘腹胀，加大黄、瓜蒌以通腑泄热。

4. 肺热腑实证

主症：咳嗽，喘息，气急胸满，痰黄黏稠，不易咳出，潮热，汗自出，甚或烦躁、谵语，大便硬，腹胀满，舌暗红苔黄燥，脉滑数。

治法：通腑泄热，清肺化痰。

方剂：大承气汤合麻杏石甘汤。

大黄 9g，枳实 9g，厚朴 12g，芒硝 9g，麻黄 9g，生石膏 30g，杏仁 9g，甘草 9g。

加减：可加黄芩、双花、鱼腥草、虎杖、桃仁、侧柏叶以清热化痰，凉血化瘀；腹胀甚，加槟榔以行气消胀；口干咽

燥，舌苔焦黄起刺者，加玄参、麦门冬、生地黄以增液通下；喘甚者，加葶苈大枣泻肺汤以泻肺平喘。

5. 阳虚水泛证

主症：心悸心慌，咳而上气，咳痰清稀，动则喘甚，不能平卧，身肿，以下肢为甚，小便短少，颜面晦暗，口唇紫绀，形寒肢冷，冷汗时出，舌淡胖或紫暗苔白滑，脉沉滑或结代。

治法：温阳利水。

方剂：真武汤加減。

熟附子 15g，茯苓 20g，白术 15g，白芍 15g，生姜 10g。

加減：可合用苓甘五味姜辛汤。水肿甚者，加用五苓散以化气利水；喘甚者，加葶苈大枣泻肺汤以泻肺平喘。

(二) 稳定期

1. 脾肺气虚

主症：喘促短气，乏力，咳痰稀薄，自汗畏风，面色苍白，舌质淡有齿印，苔薄白，脉细弱。或见食少，食后腹胀不舒，大便稀溏，肌肉消瘦，痰多。

治法：温补中气，培土生金。

方剂：黄芪建中汤。

黄芪 15g，桂枝 9g，甘草（炙）9g，大枣 4 枚，芍药 18g，生姜 9g，胶饴 15g。

加減：可加太子参、茯苓、白术以益气健脾。若痰多者加半夏、茯苓、陈皮以燥湿化痰；若兼有肺阴虚者可加生脉饮。

2. 肾阳亏虚证

主症：喘促日久，呼多吸少，稍一活动则其喘息更甚，呼吸不能持续，神怯，汗出，肢冷，腰痠，夜尿多，面浮，胫肿，精神委顿，痰多清稀，舌质淡，脉沉细无力。

治法：温肾纳气。

方剂：肾气丸。

干地黄 24g，山药 12g，山茱萸 12g，泽泻 9g，牡丹皮

9g, 茯苓 9g, 桂枝 3g, 制附子 3g。

加减：可加人参以补益肺气。若痰多清稀，畏寒背冷者，加干姜、陈皮以祛寒痰。

四、名 医 经 验

赵锡武：慢性肺源性心脏病属于祖国医学中痰饮、咳喘、水气等病范畴。其本心肾阳虚，其标痰饮停蓄，肺气壅塞。治疗原则分清主次，标本兼顾。当肺气壅塞，喘咳严重，痰多、恶寒、发热等证时，先宜小青龙汤散寒祛邪，有里热者加石膏。表证轻、心肾阳虚为主时，宜温阳宣肺利水，方用真武汤合越婢汤加减。若水肿甚者，可用通阳利水治法，方用消水圣愈汤（方见《时方妙用》即桂枝汤去芍药加麻黄、熟附子、细辛、知母）。若心肾阳虚兼心肺气阴不足，可用温阳化水，益气生津之法，方用真武汤合生脉散，再酌情加化痰利湿之品。水肿甚者，可加用利水之品，如车前子 30g，白茅根 30g，或加用活血药如苏木、桃仁、藕节，皆具有协助利尿之功能。一般采用上法后，尿利肿消，呼吸困难减轻，可以平卧，腹胀及心下痞满亦减，以致津液得通，肺气得降。若仅咳嗽咳痰、气短胸闷，乃心阳初衰（心衰尚不显著）而痰湿内阻，肺气不宣所致，治宜理肺和胃，方选温胆汤加杏仁、桔梗、川贝母、薏苡仁、紫菀、生姜等药；久咳阴虚肺热者，则用清肺化痰、养阴之品，如竹茹、沙参、麦门冬、黄芩、瓜蒌等药，养心可选用浮小麦、远志、桂枝等；若喘，喉中水鸡声者用射干麻黄汤。（中医研究院西苑医院·赵锡武医疗经验·北京：人民卫生出版社，1980.74）

裘沛然：阳虚水泛，取意真武：慢性支气管炎久经迁延，经过肺气肿而变生肺源性心脏病，可见气急喘促、心悸、唇甲紫绀、颈静脉怒张、足跗肿胀等临床表现。此时病机具有以下特点：

①病变由实变虚，或以虚为主，虚实相夹，其中以阳虚水泛为主要特征。此由“慢支”缠绵，外邪、伏饮久恋不去，肺脾肾功能渐趋虚衰。肺虚则津液失布，脾虚则水谷无以化生精微，肾虚水液不得蒸化，反而滋生痰浊饮邪。又因肺气虚弱，气虚不能抵御外邪，外邪恋肺，喘咳反复发作，复可加重肺脾肾精气虚怯。

②病变由气分波及血分，出现唇甲紫绀的瘀血症状。此由肺气虚而气不帅血，心阳虚不能温运血脉，寒邪凝滞，阻遏营血，则血脉郁滞所致。

③病位由肺累及脾、肾、肝、心、三焦等。脾肾不足，谷不化精，精反化水，水饮泛滥，凌心射肺；肾虚不能纳气，加剧喘促；心阳不振，神气弛缓，精神消索，心脉痹阻则心悸不宁，紫绀时现。“久咳不已，三焦受之”，三焦总司一身之气化，为津液运行的道路，三焦气化失司，则饮邪泛滥成肿胀、腹满；肝为藏血之体，“肺心病”后期由肝血不能濡养筋脉而出现抽搐，等等。

要之，由“慢支”发展至“肺心病”，其基本病机是：肺心脾肾阳气虚乏，伴见饮停、血瘀，部分患者可出现风动之证。也有一些患者因寒痰留滞，郁而化热，或风热引动痰饮，痰热相搏，伤及阴分。

基于以上认识，裘氏常用真武汤法变通，药用：熟附子、干姜、猪茯苓、白术、白芍、葶苈子、细辛、麻黄、五味子、黄芪、桃杏仁、大枣等。上方由真武汤、葶苈大枣泻肺汤、麻黄附子细辛汤等三方相合而成。真武汤主治“有水气，中外皆虚寒之病”（《医宗金鉴》），为“镇水”良方。方中生姜易干姜，意在配合附子振奋脾肾心阳，并促进气化水饮；且干姜与细辛、五味子相配寓有深意，《金匱·痰饮咳嗽病脉证治》有治疗痰饮的苓甘五味姜辛汤等四方，其组方核心就是干姜、细辛、五味子三药。陈修园也认为此三味药是小青龙汤方的重要

组合,《医学三字经·咳嗽》说:“《金匱》治痰饮咳嗽不外小青龙汤加减,方中诸味皆可去,唯细辛、干姜、五味不肯轻去……学者不可不深思其故也。”裘氏认为三味相伍,有蠲饮、敛肺、止咳之功。葶苈大枣泻肺气壅闭,以消痰饮。麻黄附子细辛汤,外散表寒,内温少阴虚寒;且此三味均属辛药,“辛走气”,有“开腠理,致津液,通气”之功,有助于水液气化;其中麻黄合葶苈子,平喘之功益彰。黄芪用量宜大,可以在30~60g之间,大补肺气,令“大气一转,其气乃散”。《本经疏证》亦载其话“浚三焦之根,利营卫之气,故凡营卫间阻滞,无不尽通,所谓源清流自洁也。”桃仁既可活血行瘀,又合杏仁共化痰浊。全方补气温阳,化饮利水,降逆平喘,对肺源性心脏病出现慢性心衰者,有一定疗效。若气虚甚加人参;瘀阻明显加丹参、红花;寒痰留滞,郁而化热,加黄芩、生石膏、桑白皮;肾虚纳气不足,加补骨脂、沉香;心阳不振,加桂枝,等等。(单书健等.古今名医临证金鉴·咳喘肺胀(卷下).北京:中国中医药出版社,1999.15)

奚凤霖:肺心病,感染外邪,如果体质较强,如外寒内饮,用小青龙汤加减,以解表散寒,温肺化饮。随证选方,屡试屡验。

排痰通膈,改善通气功能:排痰通膈在肺心病中的应用,主要目的是祛除痰液,清膈通利,保持呼吸道通畅,有利于改善通气功能,控制或减轻呼吸道的感染。方法是引出其痰,使排痰通畅。若痰浊壅肺,咳喘稠痰,时时吐浊,用皂荚丸以宣壅导滞,涤痰利窍。本方药仅1味,由于攻消峻猛,故用酥炙蜜丸,并以枣膏调服,以缓其烈性,并兼顾脾胃,使痰除而不伤正。每次用药1g,强者日服3~4次,虚人酌减,常可取得理想之效。

强心利尿:强心利尿是治疗和抢救肺心病合并心衰的一个重要环节,通过强心利尿对控制和改善呼吸道感染亦起到一定

作用。若支饮留结，肺气闭实，用《外台秘要》方，葶苈子隔纸焙后，研细末，每次用量4~6g，日服2次，虚人酌减。功能泻肺、利水、消肿。一般服药2~4天，开始尿量渐增，浮肿渐消，然葶苈子为泻水逐痰重剂，性猛而伤正，故《金匱》有葶苈大枣泻肺汤；《圣惠方》用枣汤送服，使泻而不伤正。临床体会，单用葶苈子远较加用枣汤或大枣之效宏。

若水肿咳呕，小便不利，四肢肿重，用真武汤以温阳利水；喘急甚者，常加葶苈子15~30g，有较好疗效。若膈间支饮，喘满而又心下痞坚，面色黧黑，舌紫苔白，脉沉紧者，为水停心下，上迫于肺，用木防己汤去石膏加茯苓芒硝汤，以消补兼施。（单书健等：古今名医临证金鉴·咳喘肺胀（卷下）。北京：中国中医药出版社，1999.277）

周信有：水气凌心，上逆迫肺，重在温阳利水，祛瘀消肿：周氏认为，肺心病到了后期阶段，不仅由肺及心，表现气虚血瘀的证候特点。而且，严重时亦累及脾肾，引起心、肺、脾、肾四脏之气亏损，此属水气凌心型。其发病机制，一为阳虚不温，蒸化失司，水饮内停，上凌心肺而致喘急、咳逆，不得平卧，心悸、心慌，面目浮肿；一为气虚不运，血脉瘀滞，“血不利则为水”，水饮泛滥肌肤，潴留体腔，而成面浮、肢肿、尿少、腹水诸症。这表现出血与水互病、转化的病理特点。故本证除了水饮内停，上凌心肺所致一系列症状与体征外，尚表现血脉瘀滞所致胁下痞积的证候表现。因此对本病的治疗，重在健脾补肾，温阳利水，同时也要辅以祛瘀利水之法。这就是《内经》“去菀陈莖”的治疗原则。周氏在遣方用药方面，一般常以真武汤、肾气丸、五苓散加减施治。常以党参、黄芪、白术等健脾益气以消肿，以桂、附温阳利水。伍以大队活血祛瘀之品如泽兰、丹参、益母草、莪术等，达到祛瘀利水，化瘀消癥之目的。用鳖甲软坚消癥，回缩肿大之肝脾。用茯苓、泽泻、车前子、白茅根、椒目等渗利水道，蠲除水

邪。基本处方：黄芪 20g，炒白术 15g，猪苓、茯苓各 20g，泽泻 20g，车前子 20g（包煎），制附片 9g，桂枝 9g，川椒目 3g，泽兰 20g，丹参 20g，益母草 20g，莪术 15g，鳖甲 30g，大腹皮 20g，杏仁 9g，葶苈子 9g。水煎服。

肾虚不纳，气虚阳脱，急于益气敛阴，回阳固脱：周氏认为，肺心病到了终末期，由于肺气虚耗，肾虚不纳，气虚阳脱，由喘致脱。病情陷于危重，濒临死亡，此时证见气短急促，呼吸微弱，时停时续，喉中痰声如鼾，汗出肢冷，神志由烦躁不安转为淡漠，甚至昏迷不醒，面色晦暗，唇甲青紫，舌淡紫或舌红少津，少尿，脉微细欲绝。此时的治疗，当急用生脉散合四逆汤加减，以补肺纳肾，益气敛阴，回阳固脱。经验证明，生脉散有益气、敛阴、固脱的功效，实验证明，生脉散还有强心升压作用。四逆汤中附子、肉桂、干姜温阳补肾，回阳救逆，有改善周围循环的作用。周氏也常加黄芪，健脾益气；山萸肉酸敛固脱。若烦热、汗出粘手、口干舌红，可将人参改为西洋参，去附子、干姜、肉桂，或附子减量加沙参 15g。神迷不清可加丹参 15g，炙远志 9g，石菖蒲 9g。呼吸气短乏力，加蛤蚧 1 对，或蛤蚧 4g（研末）冲服。若烦躁、足冷、阴火冲逆，真阳暴脱者，另服黑锡丹 3~4g，日服 2 次。基本处方：红参 9g，麦门冬 9g，制附片 9g，肉桂 6g，干姜 9g，五味子 9g，黄芪 20g，山萸肉 20g。水煎服。（单书健等。古今名医临证金鉴·咳喘肺胀（卷下）。北京：中国中医药出版社，1999.290~292）

姚正平：肺心病证治六法：

①心肺气虚，肺气壅滞（肺心病的缓解期）

主症：动则气憋，气短，心悸，有时不能平卧，脉虚大数或缓。

治法：补肺养心，降气定喘。

方用：白人参 6g，五味子 9g，北沙参 30g，麦冬 12g 川

贝母 10g, 葶苈子 6g, 莱菔子 10g, 炙苏子 10g, 丹参 12g, 远志 10g, 茯苓 10g, 炙甘草 3g。

本方是生脉散、保肺汤、葶苈大枣泻肺汤加味而成。方中人参、五味子、北沙参、麦冬补益心肺；川贝、葶苈子、莱菔子、苏子降气化痰、疏通气道；丹参活血；甘草强心和中；茯苓、远志交通心肾。

②外感风寒，痰饮内停（肺心病并发感染）

主症：发热，恶寒，咳嗽，痰多白沫，胸痞，恶心呕吐，身重肢肿，舌苔白滑，脉弦紧。

治法：宣肺解表，温化痰饮。

方用：炙麻黄 10g, 桂枝 10g, 白芍 10g, 炙甘草 6g, 大枣 3 枚, 细辛 6g, 半夏 10g, 干姜 10g, 五味子 6g。

本方是小青龙汤原方，方中炙麻黄宣肺治喘咳；桂枝、干姜、细辛、半夏辛温，能温中蠲饮，散寒降逆；芍药配桂枝调和营卫；五味子、白芍酸敛能收耗散之气。本方辛散与酸敛同用，开阖兼施，是治疗外感引发痰饮宿疾的主方。

③肾不纳气，心气不足（肺心病心功能不全期）

主症：呼吸喘促，心悸不宁，倚息不能平卧，面浮肿胀，尿少，下半身有冷感，唇舌面黯，舌质胖、苔润，脉浮大无力。

治法：益气养心，摄纳肾气。

方用：潞党参 10g, 麦冬 10g, 五味子 10g, 怀山药 12g, 生熟地各 10g, 肉桂 3g, 淡附子 6g, 车前子（包）10g, 牛膝 10g, 泽泻 12g, 茯苓 12g, 丹皮 10g, 丹参 10g。

本方是生脉散、济生肾气丸加减。方中党参、麦冬、五味子益气养心生脉，丹参活血，其余诸药温肾纳气，水肿利水。

④脾虚饮结，阻遏心肺（肺心病心肺功能不全期）

主症：喘满、不能平卧，心悸，发绀。四肢肿痛，食少恶心，乏力，脉缓，苔白。

治法：温脾行气，化痰蠲饮。

方用：白术 10g，茯苓 10g，桂枝 6g，半夏 10g，川贝母 10g，生姜 10g，葶苈子 6g，炙甘草 3g，大枣 4 枚。

本方是苓桂术甘汤、小半夏加茯苓汤、葶苈大枣泻肺汤加味而成。方中白术、茯苓、桂枝、甘草健脾渗湿，温化痰饮，针对痰饮停于心；葶苈子、大枣、川贝顺气行痰，针对痰饮停于肺；半夏、生姜降逆止呕，针对痰饮停于胃。

⑤肝风内动，痰迷心窍（肺心病脑病）

主症：嗜睡、狂躁、颤动、抽搐，甚至昏迷，或者伴有气促痰鸣。苔黄糙，脉滑数。

治法：镇肝熄风，降气化痰。

方用：生赭石 30g，生白芍 15g，干生地 12g，全蝎 6g，钩藤 30g，葶苈子 10g，川贝母 10g，石菖蒲 10g，远志 10g，炙甘草 3g，白人参 6g。

本方是镇肝熄风汤加减而成，方取全蝎、钩藤镇肝熄风；生赭石降逆平冲；白芍、生地养阴柔肝；白人参、炙甘草补气益中；川贝、葶苈子降气化痰；菖蒲、远志开窍化痰，宁神醒脑。同时可配合局方至宝丹、苏合香丸化服，或以醒脑静或清开灵静脉滴注。

⑥脾胃失和，升降失司（肺心病电解质、酸碱平衡失调阶段）

主症：食欲不振，恶心呕吐，嗜睡。

治法：健脾和胃，降逆止呕。

方用：白人参 10g，茯苓 15g，姜半夏 30g，陈皮 10g，白术 10g，炒麦芽 15g，生姜 10g，旋覆花 9g（包）。另伏龙肝 30g，煎汤代水熬药。

本方是六君子汤合小半夏加茯苓汤加减，方中参、术、苓、草益气健脾；陈皮理气调中；半夏、生姜、旋覆花降逆止呕和中，麦芽和胃气。

肺主气，主表卫外，肺为五脏之华盖，外邪入侵首先犯肺，肺气失宣，易致咳嗽，咳嗽经久或反复不愈，则久咳致喘，喘久肺虚，虚久及肾。姚先生认为肺心病之喘为虚喘，肺气虚表现为喘促气浮，多为吸短呼长。在肺心病发生发展过程中，由于气机阻滞，积液为痰饮。其清者为饮，病位在脾；浊者为痰，病位在肺，脾肺功能失常而生痰饮。晚期常因脾不运化，水湿不能化气，饮溢肠胃。可见泛呕、脘闷；饮停于胸膈，阻碍气机，肺气失降，则可见胸闷、喘满；肾虚不能制水，三焦通调失职，则可见浮肿、尿少、面色灰黯；水气凌心则可现心悸、气促。肺心病虽为虚证，但因其虚而常易反复受外感风寒的侵袭而成虚中夹实。由于本病反复外感而使病情日益恶化，因此，强调预防、及时有效的治疗外感是预防慢性支气管炎、肺气肿、肺心病的关键。

先生认为，肺心病的治疗大致可分两个阶段。缓解期，一般多属本虚，治疗当以补虚扶正为主，以培补肺肾为要，治心为辅，以益气养阴补肾兼以降气化痰。急性发作期，一般多属本虚标实，其中可有几种情况：心功能代偿不全，以摄纳肾气，消肿平喘为主，佐以养心活血，重点在扶正；心功能不全，水饮内停，以健脾行气，化痰蠲饮为主，标本兼治；合并外感，则以解表散寒，温化痰饮，祛邪为主；有痰阻气道时，则以疏通气道为主；出现代谢性酸中毒时，重在调整脾胃升降功能。先生常告诫说，病情变化多端，治疗亦应随机应变，真正体现辨证论治的精巧奥妙，所谓“医之法在是，法之巧也在是”。

肺心病五脏俱虚，但以心、肺、肾为主，肺主气，心主血，肾主温化，为气血正常运行的动力。故肺心病中后期，气血运动必然受阻，而发生气滞血瘀现象。这种征象不消除，心肺功能的恢复、呼吸气道的畅通是很困难的。因而先生强调在肺心病的中后期治疗上，一定要加强活血化瘀的分量，促进气

血的运动,改善心肺功能及保持呼吸道的通畅。(单书健等.古今名医临证金鉴·咳喘肺胀(卷下).北京:中国中医药出版社,1999.316~320)

五、医案精选

郭士魁——小青龙加石膏汤加减治疗肺心病(外寒内饮)

张某,男,47岁。

1975年10月15日初诊:患者有咳喘病史12年,诊为慢性喘息性气管炎、肺气肿、肺心病6年。近一周,因受凉咳喘加重,不能平卧,痰白黏不易咯出,痰量多,畏冷,乏力,进食少。常用气喘气雾剂。唇舌青紫,苔黄白,两肺布满哮鸣音及水泡音,脉细数。郭老诊后:

辨证:咳喘夹外感风寒。

立法:益气散寒,止咳平喘。

方用:党参18g,桂枝10g,细辛3g,干姜6g,麻黄5g,白芍12g,五味子6g,瓜蒌12g,白果9g,桑白皮12g,款冬花10g,紫菀12g,生石膏24g,甘草6g。

1975年10月30日二诊:服上方12剂后,咳喘明显减轻,已不用气喘气雾剂。痰黏量多,不易咳出。可平卧,精神好转。舌质淡红、苔黄,脉细滑。宗上方加地骨皮10g继服。

1975年11月11日三诊:近又外感,畏寒,脊背发凉,咳嗽流涕,痰多为白色泡沫痰,晨起痰浓不易咳出。喘轻,唇略暗。舌质暗红、苔薄白,脉细数。给予益气散寒,止咳化痰。方用:党参18g,桂枝12g,麻黄6g,杏仁9g,细辛3g,干姜6g,桑白皮15g,地骨皮9g,川贝母9g,瓜蒌皮9g,甘草9g。

1976年1月7日四诊:服药后咳嗽减轻,痰量减少。双肺哮鸣音消失,一个月来未感冒,体力有明显增强,每日散步活动。舌质略暗,苔薄白,脉细。方用:党参10g,桂枝12g,

赤芍 18g, 麻黄 9g, 干姜 10g, 桃仁 10g, 款冬花 10g, 白果 9g, 葶苈子 10g, 苏木 10g, 川芎 12g, 补骨脂 10g, 巴戟天 10g。

1976 年 2 月 4 日五诊: 服上药 20 剂, 咳嗽很少, 喘未发作, 饮食睡眠较好, 体力逐渐增加, 每天坚持慢跑达 2000 米。舌质略暗, 苔薄白, 脉细。方用: 党参 18g, 桂枝 12g, 赤芍 18g, 苏木 15g, 丹参 18g, 干姜 6g, 川芎 12g, 玉竹 18g, 元参 12g, 枸杞子 12g, 女贞子 15g, 补骨脂 15g, 巴戟天 12g。

按: 本例患者为慢性喘息性支气管炎、肺气肿、肺心病。咳喘痰多, 不能平卧, 易外感。新感引动伏邪, 痰多喘重, 正虚邪实。给予益气散寒, 止咳平喘之剂, 标本兼治, 收到增强体质, 平喘止咳之功效。卫气固, 外感亦少, 再佐以活血补肾之品, 调理善后, 巩固疗效。(翁维良等编著. 中国百年百名中医临床家丛书·中医名家郭士魁. 北京: 中国中医药出版社, 2001. 223~224)

孟澍江——麻杏石甘汤治疗慢性肺源性心脏病(痰热)

徐某, 女, 62 岁。1994 年 9 月 5 日初诊。

患咳喘多年, 入冬尤甚, 每因感寒饮冷而诱发, 经多所医院诊断为慢性支气管炎, 伴肺气肿、肺源性心脏病。近一月来, 由于天气骤冷, 宿疾又作。病初起时, 有恶寒, 身热, 咳逆喘促, 倚息不能平卧, 动则尤甚, 咳出白色黏痰, 中夹泡沫, 胸闷, 心悸, 口燥咽干, 苔薄黄, 舌红。心电图检查, 电轴偏右, 肺型 P 波, 右心室肥厚。经投平喘化痰之剂, 有时亦能取得一时效果, 但不久即发。今据症辨证, 系肺肾不足而心气亦虚, 又兼外感新邪, 痰热均盛, 虚实并见。乃投以麻杏石甘汤以宣肺止咳化痰:

处方: 麻黄 6g, 生石膏 18g, 杏仁 10g, 甘草 4g。3 剂。

二诊: 服上药后, 身热明显减退, 咳喘亦较为平定。然心悸、胸闷颇甚, 气不接续, 下肢浮肿, 小便短少。此证显然属

肺肾亏虚，心气不足，脾气又虚，乃于麻杏石甘汤加味。

处方：麻黄 6g，生石膏 18g，杏仁 10g、甘草 4g，附片 6g，泽泻 10g。5 剂。

三诊：上药服后，诸症悉平，乃予平补心、肺、脾、肾之剂。

处方：太子参 12g，麦冬 10g，五味子 2g，附片 5g，茯苓 12g，甘草 4g，紫河车 10g，车前子（包）10g。6 剂。

上方连用 12 剂，病情逐步减轻，症状已平，基本恢复正常。

按：肺源性心脏病是由肺部慢性疾病所引起的中老年常见病，本病的发生与肺、心、脾、肾四脏有关，此因为正气既虚，外在之邪就易于侵入，所以外邪常为本病的诱发原因。本病每反复发作，迁延多年，最终致心力衰竭而产生各种危候。本病例患者原有肺源性心脏病，继发感染后而致表里并急。按急则治标的原则，当首先控制感染，故投麻杏石甘汤以清泄肺热。方中用麻黄宣肺定喘，石膏清化痰热，杏仁利肺气，甘草和诸药。药味虽少，而服后，外邪得去而肺气得宣，故肺部症状大减，但此时肺失通调之力、脾失转输之权、肾失纳气之功，病情尚未能稳定，所以继之一面清彻余邪，一面定悸强心，在用麻杏石甘汤的同时，加用附子以温肾强心，用泽泻、车前子以健脾利湿消肿。当此之际，已是肺、心、脾、肾同病，虚实并见，阳热既盛，气阴又虚，处理极为困难，若一味用清，则心气更虚，如一味温养则有阳热转盛之虞，故投以石膏与附子同用，一凉一热，看似不甚平稳，然而却起到了清而不损阳，温而不助热的作用。且附子又可强心利尿，再助以泽泻、车前子，使脾湿得化而肿势亦可相应消退。（杨进等编著·中国百年百名中医临床家丛书·中医名家孟澍江·北京：中国中医药出版社，2001.18~19）

郭维琴——苓桂术甘汤合小陷胸汤加味治疗慢性肺源性心

脏病（痰瘀互阻，水气凌心）

贾某，男，63岁。患者咳嗽史20余年，加重2周，患者于20年前外感后咳嗽，此后每到冬季受凉后反复咳嗽。15年前始喘，约10年前出现心慌，气短，水肿，曾反复多次住院诊为“肺心病”。2周前外感受凉后，咳喘加重，痰多，黄白相间有泡沫，喘憋不能平卧，后背怕凉。查体：体温39.5℃，心率：100次/min，呼吸26次/min，血压18.4/11.7kPa（138/88mmHg），双肺可闻及湿啰音及哮鸣音，心律齐，三尖瓣区可闻及Ⅱ级收缩期杂音，双下肢中度水肿。舌质紫暗，苔白，脉滑数。入院后抗感染治疗。

辨证：喘症，心悸，水肿（痰瘀互阻，水气凌心）。

治法：清热化痰佐以益气活血。

处方：茯苓15g，桂枝9g，白术15g，甘草6g，马尾连12g，瓜蒌18g，半夏12g，杏仁10g，连翘15g，鱼腥草18g，紫花地丁15g，板蓝根30g，丹参30g，黄芪30g，防风10g，荆芥10g。

6剂，日1剂，水煎服。

二诊：服上方6剂后，喘咳减轻，痰量减少仍黏稠，不易咳出，痰量40ml/日，尚感心慌气短，胸闷，查体：体温36.8℃，双肺仍可闻及湿啰音及哮鸣音，心率92次/min，心律整，舌质暗苔黄腻，脉弦滑，继服上方。

三诊：咳喘减轻，可平卧入睡，痰减少，查体：体温36.6℃，双肺仍可闻及散在湿啰音，心率70次/min，心律整，舌质暗，苔黄腻，脉弦滑。

处方：黄芪30g，紫花地丁30g，板蓝根30g，丹参30g，连翘30g，桑白皮10g，菊花10g，桔梗10g，羌活10g，杏仁10g，川芎12g，甘草10g。

15剂，日1剂，水煎服。

四诊：一般情况好，咳嗽少，气短减轻，食欲好转，睡眠

佳，二便调，左腋下可闻少许湿啰音，心率 70 次/min，心律整，舌质暗，苔白，脉弦滑。病情好转，出院调养。

按：本例为新感引动伏邪，痰浊内储，郁而化热，痰热壅肺，肺气郁闭，肺气上逆，故喘憋、咳喘；痰阻肺络，血行不畅，故口唇发绀；饮凌心肺，则心悸气短，不能平卧。《金匱要略》曰：“病痰饮者，当以温药和之”，温药有振奋阳气、开发腠理、通行水道的作用，故以苓桂术甘汤使患者表里阳气得以宣通，水饮得化为精微而营贯周身。饮郁化热，咳痰黄白，脉滑数，配合小陷胸汤宽胸开结清痰热。在使用大剂量的清热解毒药的同时，加黄芪以益气健脾益肺以扶正，通过扶正以抗邪，在用药中苦寒与甘温得到协调相合。三诊后，咳喘减轻，双肺啰音明显减少，能平卧，说明饮邪已化，此后则以益气宣肺解毒为主调理肺气。（郭维琴编著·当代名老中医经验精华系列·郭维琴临证精华·北京：人民军医出版社，2006.218）

六、临证心得

慢性肺源性心脏病是一种病史较长、反复发作，难以治愈的疾病，在其发病的整个过程中涉及到中医的诸多病证，如“咳嗽”、“喘证”、“痰饮”、“肺胀”、“水肿”等等，其病机更是错综复杂，在不同的阶段可出现不同的病机，或寒热错杂，或虚实错杂。但究其主要病机或病机的主要矛盾，当是肺脾肾俱虚，其中又以肾虚为其矛盾的主要方面。所以在治疗过程中应始终顾及肾虚，即“倦倦以元气为念”。

在本病的慢性迁延期（或相对缓解期），患者多表现为呼吸多吸少，气不得续，气短不足以息，动则加重，这些症状是肾气亏虚，肾不纳气的表现，治宜补肾纳气，首选金匱肾气丸，嘱患者坚持长期服用，对于改善心肺功能、减少急性发作的次数具有较好的疗效。

即使急性发作期也应标本兼治，勿忘补肾，重在温补肾

阳，方选真武汤作为急性发作期的基本方，随症加减。如感受外寒而致咳喘发作或加重，症见咳嗽，喘息，咯吐白色泡沫痰或咳痰清稀，恶寒发热，口不渴，或伴有双下肢水肿，舌质淡苔薄白者，可在真武汤的基础上合用小青龙汤以温补肾阳，内化水饮，外散风寒；如外无表证，而见咳嗽，喘息，咯吐白色泡沫痰或咳痰清稀，口不渴，心悸，双下肢水肿，舌质淡苔薄白者，可用真武汤合五苓散加干姜、细辛、五味子以温补肾阳，通阳利水，化饮；如症见咳嗽，喘息，咯吐黄痰，双下肢水肿，标属痰热壅肺者只要舌苔不燥，仍然可用真武汤，在此基础上合用麻杏石甘汤，同时加用黄芩、鱼腥草、虎杖、桑皮、白茅根，以真武汤温补肾阳，化气利水，以麻杏石甘汤加味清肺化痰以治其标。

慢性肺源性心脏病急性发作期所伴二型呼吸衰竭，表现为咳喘，呼吸急促，汗自出，大便秘结，腹胀满，烦躁，或谵语，循衣摸床者，证属阳明里实的大承气汤证，可径用大承气汤。对于治疗二型呼吸衰竭所致肺性脑病具有较好的疗效。

[G e n e r a l I n f o r m a t i o n]

书名=呼吸病经方论治

作者=周兆山编著

页数= 3 7 6

出版社=人民卫生出版社

出版日期= 2 0 0 7 . 6

S S 号= 1 1 9 4 4 4 7 6

D X 号= 0 0 0 0 0 4 9 1 9 6 6 4

u r l = h t t p : / / b o o k 1 . d u x i u . c o m
/ b o o k D e t a i l . j s p ? d x N u m b e r = 0
0 0 0 0 4 9 1 9 6 6 4 & d = A 0 8 0 8 0 A 5 8 D F 4
9 A E 4 0 F 6 9 A 0 6 6 E 0 4 3 3 0 1 C & f e n l e
i = 1 6 0 5 1 7 0 2 & s w = % D 7 % A 8 % B F % C 6
% D 7 % A 8 % B 2 % A 1 % B E % A D % B 7 % B D % C
2 % D B % D 6 % C E % B 4 % D 4 % C A % E 9

封面
书名
版权
前言

理论篇

- 第一章 中医对呼吸病的认识
 - 第一节 肺的生理功能
 - 第二节 呼吸病的病因病机
 - 第三节 呼吸病的常用治法
- 第二章 六经辨证与呼吸病证治
 - 第一节 太阳病
 - 第二节 阳明病
 - 第三节 少阳病
 - 第四节 太阴病
 - 第五节 少阴病
 - 第六节 厥阴病
- 第三章 杂病病脉证并治与呼吸病证治
 - 第一节 咳嗽上气病
 - 第二节 痰饮咳嗽病
 - 第三节 肺胀病
 - 第四节 肺痿病
 - 第五节 肺痈病
- 第四章 仲景病邪理论与呼吸病证治
 - 第一节 寒邪
 - 第二节 痰饮
- 方剂篇
 - 第一节 桂枝汤
 - 第二节 桂枝加厚朴杏子汤
 - 第三节 麻黄汤
 - 第四节 小青龙汤
 - 第五节 小青龙加石膏汤
 - 第六节 大青龙汤
 - 第七节 麻黄杏仁甘草石膏汤
 - 第八节 十枣汤

- 第九节 白虎汤
- 第十节 大承气汤
- 第十一节 小柴胡汤
- 第十二节 真武汤
- 第十三节 麻黄细辛附子汤
- 第十四节 麻黄附子甘草汤
- 第十五节 甘草汤
- 第十六节 桔梗汤
- 第十七节 甘草干姜汤
- 第十八节 射干麻黄汤
- 第十九节 皂荚丸
- 第二十节 厚朴麻黄汤
- 第二十一节 泽漆汤
- 第二十二节 麦门冬汤
- 第二十三节 葶苈大枣泻肺汤
- 第二十四节 越婢加半夏汤
- 第二十五节 木防己汤
- 第二十六节 苓甘五味姜辛汤

疾病篇

- 第一章 呼吸病常见症状及经方治疗
 - 第一节 咳嗽
 - 第二节 喘
 - 第三节 发热
- 第二章 急性上呼吸道感染
- 第三章 急性气管—支气管炎
- 第四章 支气管哮喘
- 第五章 支气管扩张
- 第六章 慢性阻塞性肺疾病
- 第七章 肺炎
- 第八章 慢性肺源性心脏病

历代中医资料大全分享

你好，我是**逢原**，你现在看到的这本资料是我从网上收集整理的。

本人自学中医多年，耗时多年搜集珍藏了众多的中医资料，包括了目前已经出版的大多数中医书籍，以及丰富的视频教程，而这些中医资料，是博览群书，勤求古训之必备。

只需要在下面输入你的邮箱并确认就可以直接下载中医资料：

http://list.qq.com/cgi-bin/qf_invite?id=03157beabc6d50e0b64029a2715966596d94dcac7ed0cfd7

如果有你也喜欢中医，需要一些学习中医的资料；或者是学习中医的路上碰到了什么问题需要交流；或者碰到一些疾病的困扰，需要求助，可以通过以下方式联系我：

一、发邮件：fyzy999@qq.com

二、加我 QQ/微信：**2049346637**

三、关注微信公众平台——逢原中医，经常有中医文章更新。

四、关注我的空间：<http://user.qzone.qq.com/2049346637>

免责声明：所有资源均是网上搜集，本人收集整理这些中医资料，仅仅为了方便中医同道中人私下交流学习之用，不为营利，将不对任何资源负法律责任。所有资源请在下载后 24 小时内删除，任何涉及商业营利目的均不得使用，否则产生的一切后果将由您自己承担！如果您觉得满意，请购买正版资源。



私人微信号：2049346637



公众平台：逢原中医