

学术论坛

国医大师张磊治外感咳嗽经验

□孙玉信 张登峰

国医大师张磊在诊治外感咳嗽时,用药具有“轻、清、透、宣、润”等特点。我们有幸跟随张磊教授学习,现将其治疗经验整理如下。

“轻”

张磊认为,肺居上焦,为华盖,有“娇脏”之称,治疗外感咳嗽要突出“轻”字,即所谓“治上焦如羽,非轻不举”。其具体应用含义有四。

药味少 治疗一般咳嗽,药味不宜太多、太杂,用药要精当,多则十余味,少则三五味。如风寒外束致咳,选用三拗汤(加减);肺有蕴热、外有风寒之邪,则用麻杏石甘汤(加减);风邪致咳,用止嗽散(加减);风热致咳,则用银翘散(加减)等。

药量轻 因肺脏娇嫩,不耐寒热,治疗用药不宜重剂,药量要轻,药量过大则有碍肺的宣发功能。如麻黄3克~6克,蝉蜕、桑叶、川贝母各6克,杏仁、连翘各10克。小儿用量更轻,多为1克~6克。

药物质地轻 张磊治疗咳嗽,多选花叶之类中药,取其“轻浮透散”之性,如金银花、款冬花、菊花、桑叶、薄荷、紫苏叶、木蝴蝶等;即使应用根、茎、果之属,也多为中空轻灵之品,如芦根、连翘、麻黄。生石膏质地虽重,但具有清透之性,亦可选用。

药物性味轻 所用药物性味多属淡甘、微苦、微寒、微温

之品,少用大辛、大热、大寒之属,如生桑白皮、牛蒡子、车前子、陈皮、杏仁、荆芥、紫菀、白僵蚕、甘草等。若患者素有寒饮,复感寒邪,则选用生姜、细辛等辛温之味;若素有痰热蕴肺,复感邪热,则用黄芩、全瓜蒌等清泄之药。

总之,用药轻灵,以“轻”去“实”。

“清”

肺脏娇嫩,喜清肃,只容得自然之清气,容不得半点儿邪气,一旦有邪侵袭便会引发咳嗽。张磊认为,“风、寒、暑、湿、燥、火”六淫之邪,皆可伤肺,导致肺失清肃,宣降失常,气息不利,进而出现咳嗽。治疗时,先邪逐外邪,再清除伏邪,使肺脏恢复清静无邪的状态。因此,本文所说的“清”字,并非仅指清热法,实则是指清扫肺脏的所有病邪,故涵盖清热、祛风、祛痰、散寒等多种治法。

清热 清热之剂又分轻、中、重三级。若感受风热之邪,即用轻宣清热的轻剂,以银翘散(加减)治疗;若肺热较盛,复感寒邪,或外邪入里化热,表现为阵咳,咳而不爽,咯痰不利、口干口渴、舌质红苔黄等肺热郁闭之象,则用麻杏石甘汤加黄芩、生桑白皮、金银花、连翘等,此为中剂;若外感邪热入里,蕴肺灼津为痰,痰热壅肺,表现为咳嗽吐大量黄痰、胸闷气促,或身热、口干欲饮,舌质

红、苔黄厚腻,则用清金化痰汤(加减),此为重剂;若素有肝火偏旺,上逆侮肺,复感外邪,内外夹击,表现为上气咳逆阵作、咽干面赤、咯痰不爽、胸肋胀痛,则用泻白散(加减),加梔子、连翘、淡竹叶等。

祛风 祛风包括祛外风及熄肺风。外感风邪,肺失宣降而发为咳嗽者,多用止嗽散(加减)治疗;若为风邪夹热、夹寒或夹燥所致的咳嗽,经清热、散寒、润燥等法治疗后,咳嗽虽明显减轻却未痊愈,多因余邪未尽、肺有伏风,导致清肃失司、气逆而咳;另有因痒而咳者,盖因咽喉为肺之门户,外邪除从皮毛入侵,亦可从口鼻经咽喉犯肺而致咳。痒乃风邪未净之象,故辨证用药时应加用熄风之品,如白僵蚕、蝉蜕;咽喉不利者,酌加牛蒡子、木蝴蝶、荆芥、射干等。

祛痰 外感之邪袭肺后,肺失宣肃,津液失布,留而为痰为饮,痰浊蕴肺则肺失清洁。因此,要辨证祛痰:用橘红,止咳化痰;半夏,祛寒湿痰;冬瓜仁、薏苡仁,祛脓痰;杏仁、百部、南沙参,祛燥痰;海浮石,祛顽痰;黄芩、川贝母、瓜蒌,清化热痰;白僵蚕、蝉蜕、荆芥,祛风痰;麻黄、细辛,祛寒痰。其中,车前子祛痰止咳效力显著,为张磊所喜用。

散寒 散外寒,多用麻黄、荆芥、紫苏叶等;若内有寒饮,

则选用干姜、细辛等。

综上所述,祛风、散寒属于驱逐外邪,熄风、祛痰、清热则属清除内邪,其目的均为恢复肺的清肃功能,使肺能行其清肃之职,否则咳嗽难以痊愈。

“透”

肺主皮毛,外邪袭表后,多循经入里、内舍于肺,导致肺失宣肃而发为咳嗽。张磊治疗外感咳嗽,主张“给邪以出路”,尽量使外邪达于肌表、透发于外,切忌过早使用清热或镇降之品,更不可早用敛肺润肺之药,以免阻碍邪气外出,导致“闭门留寇”。若属热邪为患,选用芦根、连翘、薄荷、金银花、菊花、蝉蜕、牛蒡子等清透风热之品;若为风寒之邪所伤,则用麻黄、荆芥、杏仁、紫苏叶等散寒透邪之品。即使风、热、寒、燥之邪伏于肺脏,也应在清解的基础上辅以透发之法,最大限度促使邪气从表而解。

“宣”

肺主宣发肃降,宣发是肃降的前提,而肺主气、司呼吸的功能,亦依赖肺的宣发与肃降功能协同完成。因此,张磊强调,治疗咳嗽要顺从肺脏的生理特性,及时通过宣散、宣透、宣解等方式祛除外邪。《黄帝内经》云:“善治者治皮毛。”病邪尚浅时应及早宣邪外出,切勿过早应用降气肃肺、敛肺

镇咳或滋阴润肺之品;即使为燥邪致咳,也要宣润同用。此外,肺气不降多因肺中邪浊未净、郁闭肺气,导致宣发失司、肃降无能、肺气上逆,故治疗咳嗽应以宣肺为主、肃降为辅。宣肺的作用有三:一是宣散邪气外出;二是宣畅气机、通畅气道;三是顺应肺的生理特性。常用药物有麻黄、桑叶、杏仁、芦根、连翘、紫苏叶等。若存在肺气上逆需要用降气止咳之品时,应在宣发的基础上,选用紫苏子、枇杷叶、炒枳壳、前胡、马兜铃等不阻碍宣发功能的药物。

“润”

肺为娇脏,既不耐热亦不耐寒,既恶燥亦恶湿,唯独喜清肃润养。治疗时用药既不可用过苦寒(苦寒易致敛肺凝滞),也不可过于辛散(辛散易耗津散气)。因此,张磊治疗咳嗽多采用“辛润同用、宣降相佐”之法,常用当归配伍炒紫苏子、沙参配伍麦冬、炙紫菀配伍炙款冬花、知母配伍贝母、黄芪配伍百合等,既能润肺止咳,又不滋腻敛邪。此法多用于外感久咳不愈的患者。

以上五点,仅为张磊治疗外感咳嗽的用药特点。其临床证加减的精妙之处难以尽述,有待进一步整理完善。

(孙玉信供职于河南中医药大学第三附属医院,张登峰供职于河南省中医院)

从“问汗”理论到临床思考

□秦少波

中医诊断讲究“望、闻、问、切”四诊合参,而问诊有著名的《十问歌》:“一问寒热二问汗,三问头身四问便,五问饮食六胸腹,七聋八渴俱当辨,九问旧病十问因,再兼服药参机变,妇女尤必问经期,迟速闭崩皆可见。再添片语告儿科,天花麻疹全占验。”此歌强调了问诊的重要性,若问或不同,可能会出现漏诊或误诊。

在临床工作中,医者能够做到“难症破疑惊四座”相当不容易,需要扎实的理论基础和丰富的临床经验。而问诊的内容相当丰富,仅举“问汗”为例,简要谈谈心得体会。

汗出分类

“问汗”在《十问歌》中排第二,特殊汗出的情况有4种,分

别为自汗、盗汗、绝汗、战汗。

自汗 经常日间汗出不止,活动之后更甚,常见于气虚、阳虚证。由于阳气亏虚,不能固护肌表,玄府不密,津液外泄,每当活动则更加耗伤阳气,因而汗出尤甚。

盗汗 入睡之后汗出,醒后则汗止,多见于阴虚内热证。因入睡之时,卫阳入里,肌表不固,虚热蒸津外泄,故睡时汗出;醒后卫阳复归于表,肌表固密,虽阴虚内热,也不能蒸津外出,故醒后汗止。

绝汗 在病情危重的情况下,出现大汗不止,每可导致亡阴或亡阳,又称脱汗。如病情危重,在高温烦渴、脉细数疾的情况下,汗出如油、热而粘手者,为亡阴之汗。若病势危急,

在身凉肢厥、脉微欲绝的情况下,见大汗淋漓、汗稀而凉者,属亡阳之汗。

战汗 在病势沉重之时,先见全身战栗抖动,而后汗出,是邪正相争、病变发展的转折点。如汗出热退,脉静身凉,是邪去正复之佳象;若汗出而身热不减,仍烦躁不安,脉来急疾,是邪胜正衰之危候。

案例四则

案例1 笔者十八九岁时,在暑假跟随老中医见习,有一个女大学生,白天经常出汗,同行几人中只有她出汗,稍微一活动,后背的衣服就会湿一大片。经诊断,确诊为自汗,当时开的处方是牡蛎散(加减),治疗几次后,效果很理想。

案例2 2006年8月,笔者

在内科实习,急诊科送来一个患者,意识不清,大汗淋漓,汗出清稀如水,检查结果提示大面积脑梗死。立即抢救治疗,输液期间患者一直出汗,1小时后,抢救无效死亡,这就是大汗亡阳,属于典型的绝汗。

案例3 2024年冬季,有一个小伙子,新婚不久,出现盗汗,除盗汗外无任何不适,是典型的睡时汗出、醒后汗止。胸片检查结果和结核菌素试验结果均正常,辨证为阴虚火旺证。笔者给予患者当归六黄汤(加减),仅服了3剂,患者痊愈。

案例4 患者王某,男,73岁,以“突发呕吐伴发热12小时”为主诉入院,初步诊断为急性上消化道出血、不完全性肠梗阻,入院后予以对症治

疗。当天夜里输液时,患者突然出现全身抖动,面色潮红,测体温37.3摄氏度,并快速升高至39.7摄氏度。笔者给予患者地塞米松、复方氨林巴比妥、葡萄糖酸钙等药物治疗后,患者体温缓慢下降。次日,患者出现右下腹疼痛,经进一步检查,结果为化脓性阑尾炎,转外科手术治疗,这是一个战汗的典型病例。

在临床工作中,对于自汗和盗汗,中医辨证论治,效果十分明显;对于绝汗和战汗,患者往往病情重、发病急,治疗效果不太明显。因此,在临床工作中,要中西医并重,选择合适的治疗方案。

(作者供职于林州红旗渠医院)

原文

“太阳病,发热,汗出,恶风,脉缓者,名为中风。”选自《伤寒论·辨太阳病脉证并治上》的第二个条文。

今译

患了太阳病,伴随发热、汗出、怕风、脉浮缓而不紧张,名叫太阳中风证。

提要

自此以下条文,凡称太阳中风,包括发热、汗出、脉缓。其中以汗出为主症。本条脉证作为太阳中风病的诊断标准。

选注

柯韵伯曰:风为阳邪,风中太阳,两阳相搏,而阴气衰少,阳浮故热自发,阴弱故汗自出,中风恶风,类相感也。风性散漫,脉应其象,故浮而缓。若太阳初受病,便见如此脉证,即可定其名为中风而非伤寒矣。

汪琥曰:脉缓,当作浮缓看。浮为太阳病脉,缓是中风脉。

这个条文是张仲景对太阳中风证基础的定义。它简洁明了地概括了太阳中风证的主症。笔者从以下几个方面来理解。

病位与病性 太阳病首先指明了疾病发生的部位在太阳经,也就是人体的肌表。太阳主一身之表,统摄营卫。外邪侵袭人体,太阳经首当其冲,正气奋起抗邪于表,就形成了太阳病。

太阳病的总体特点是:脉浮,头项强痛而恶寒。本条是在此基础上进一步区分太阳病的不同类型。

核心症状 发热,是正气奋起抗邪于肌表的反应。风邪袭表,卫气与之相争,故见发热。汗出,是太阳中风证区别于太阳伤寒证的关键特征。风为阳邪,其性开泄。风邪伤卫,导致卫外不固,营阴不能内守。卫气被风邪所扰,失去其固密肌表、控制汗孔开阖的功能,导致营阴不能内守而外泄,故见汗出。恶风,指病人怕风的感觉。风吹到身上会感觉不适或加重寒冷感。一方面,卫气被风邪所伤,其温煦和卫外的功能减弱,肌表失去温煦和保护;另一方面,因有汗出,肌腠疏松,风邪更易乘虚而入,扰动卫气,故特别怕风。恶风常与恶寒并见(恶寒轻,恶风明显),但本条强调“恶风”更突出风邪为患的特点。脉缓,指脉搏松弛的状态。汗出导致营阴外泄,脉道失去充盈;同时,卫气外浮与邪抗争,脉管弛张。汗出营弱,脉道松弛,故脉象表现为“缓”。需要注意的是,此处的“缓”是相对于伤寒“紧脉”的一种描述,指脉管张力不高、不够紧张,并不一定等同于后世脉学中“一息四至”的缓脉(虽然常伴随),其核心意义在于反映营阴外泄、肌腠疏松的状态。

病名与病机 “中风”在此处是中医学特有的概念,指外感风邪侵袭肌表所导致的一种太阳表证。与现代医学的“脑卒中”(中风)是完全不同的概念,切勿混淆。风邪袭表,卫强营弱,营卫不和。风邪袭表是外因,风性开泄。卫强营弱是内在病理状态。“卫强”并非指卫气真正强盛,而是指卫气受风邪所扰,浮盛于外(外浮),与邪抗争(发热),同时其卫外的功能失常(汗出、恶风);“营弱”指营阴因汗出而外泄、相对不足。卫气不能正常固外,营阴不能正常内守,两者协调关系被风邪破坏。

临床意义

本条文是辨识太阳中风的纲领性条文。临床见到外感初起,具备“发热、汗出、恶风、脉缓”这四大主症,即可基本诊断为太阳中风证。

它确立了太阳中风证的基本病机(风邪袭表,卫强营弱,营卫不和),为治疗(调和营卫,解肌祛风,代表方为桂枝汤)提供了理论基础。强调了汗出和脉缓是区别于太阳伤寒的关键鉴别点。

这个条文精准地定义了太阳中风证:当外感病发生在太阳经层面,表现为发热、汗出、恶风、脉缓4个特征时,其病因为风邪侵袭,病机本质为风邪袭表,导致卫气外浮与邪抗争而发热,卫外失司而汗出恶风,营阴外泄而脉缓,即营卫不和的状态,这种证候就命名为中风。它是《伤寒论》六经辨证体系中太阳病篇2个基本表证类型(中风、伤寒)之一,具有重要的理论和临床价值。

(作者系全国基层名老中医药专家传承工作室指导老师)

诊疗感悟

干燥综合征探析

□郑学农

干燥综合征是一种慢性自身免疫性疾病,其临床表现主要包括典型症状与伴随症状,前者有眼干、口干、咽喉干燥、皮肤湿润度降低、生殖器官干燥及关节疼痛等,后者则可能出现咳嗽、呼吸困难、乏力、食欲减退等情况。该病症状存在显著的个体差异,严重程度因人而异。

现代医学对干燥综合征的描述,从中医视角来看,大致可归属于阴津亏虚、燥热内蕴,进而波及肺经的范畴,主要表现为皮肤及肺系孔窍缺乏津液滋养。现代医学认为,该病与人体免疫系统紊乱相关,提示病位较深,治疗难度较大。在临床实践中,干燥综合征较为常见。

现代医学多将其归为类风湿相关的难治性疾病,这种认知在一定程度上影响了临床用药:一方面,易让人将其视为边缘性难治疾病,从而动摇治愈的信心;另一方面,若固守滋阴清热的传统治则而缺乏突破,容易导致患者长期服药却难以见效。然而,不寻求突破便难以找到出路。西医治疗此类疾病,多采用毒性药物缓解部分症状或使用激素等治疗方法,尚未有根本性调理方案,因此难以取得实质性进展。

近期,一位患者在笔者调整诊疗思路后取得了显著疗效,其眼干、口干、皮肤干燥等症明显改善,基本达到临床治愈标准。这一案例颇具启发性意义,促使笔者决心记录整个诊疗过程中思路的转变与突破。

该患者此前一直接受中医药治疗,患者对疾病的难治性有充分认知,态度积极,按时复诊。但在相当长的一段时间内,治疗并未取得明显的进展。为了不辜负患者的信任,笔者决定调整治疗思路。联想到既往“治气不效则治血,多获奇效”的经验,笔者思考能否通过活血法实现调理阴阳的目标。从中医辨证来看,尽管患者未表现出明显的瘀血体征,但是基于气血分属阴阳两面的理论,依据排中律,病位若非在气便可能在血,且不排除存在难以察觉的潜在因素。基于这一思路,笔者最终选用血府逐瘀汤进行治疗。思路调整很快带来转机,在短时间内就取得了超越以往治疗的效果:患者眼干、口干症状解除,皮肤干燥状况改善,伴随症状也逐渐消失。

由此案例可见,对于一切与免疫相关的疾病,若常规治疗未能迅速见效,便应及时调整思路。在基层临床实践中,虽然缺乏高、精、尖的研究条件与实验设备,但是此类临床探索本身便是极具价值的研究。

古人云:“言不可治者,未得其术也。”无论西医对疾病如何命名,无论其被归为何种边缘性疾病,只要坚守中医思维,辨证施治往往有意外收获。

(作者供职于延津县中医院)

传统中药方剂的现代应用解析之二十九

龙胆泻肝丸

□李爱军

现代社会,年轻人生活节奏加快,工作压力大,长期存在熬夜、频繁饮酒、高脂饮食等不良生活习惯,导致身体长期处于亚健康状态,使肝脏负担过重,进而引发体内肝胆湿热、气机运行失调,出现腹胀、大便秘结、肝火旺盛、湿热下注等症状,下焦湿热还可能引起外阴部瘙痒、皮疹等问题。

龙胆泻肝丸是“清肝胆、利湿热”的经典方剂。其药物成分中的龙胆、黄芩等药材,具有清热解暑、清肝利胆的作用,不仅能有效缓解肝胆湿热引起的各种症状,还能改善肝脏功能,促进体内湿热平衡,从而使身体恢复阴阳平和状态。

方剂溯源

龙胆泻肝丸来源于清代医学家汪昂《医方集解》中的龙胆泻肝汤。

龙胆泻肝汤的雏形可追溯至金元时期,由“金元四大家”之一的李东垣在其所著《兰室秘藏》和《东垣试效方》中均有记载,最初以汤剂形式出现,主治肝胆实火和下焦湿热。历代医学家对该方剂多次进行加减

化裁,足见其临床使用价值。

清代医学家汪昂在《医方集解》中对原方进行了调整和完善的,正式命名为龙胆泻肝汤,进一步明确了其“清肝胆、利湿热”的功效,使其得以流传下来。

从汤剂到丸剂,跨越数百年,从李东垣的初创到汪昂的改良,再到现代对其安全性的规范,龙胆泻肝丸凭借“泻肝而不伤正,利湿而不伤阴”的特点,经过历代医学家的传承与发展,至今在现代临床上仍有着广泛的应用。

成分解读

龙胆泻肝丸的药物成分包括龙胆、柴胡、黄芩、梔子(炒)、泽泻、木通、车前子(盐炒)、当归(酒制)、生地 and 甘草(炙)等中药。

君药 龙胆,味苦、性寒,能清热燥湿,泻肝胆之火。

臣药 黄芩,味苦、性寒,可泻火解毒、清热燥湿;梔子,味苦、性寒,可清热利湿、泻火除烦、凉血解毒。二药配伍,以助君药清热除湿之功。

佐药 车前子,味甘、性微

寒,能渗湿止泻、利尿通淋;泽泻,味甘、性寒,能利水渗湿、泄热、化浊降脂;木通,味苦、性寒,能清心除烦、利尿通淋;当归,味甘辛、性温,能补血活血、调经止痛;生地,味甘、性寒,能清热凉血、养阴生津;柴胡,味苦辛、性微寒,能疏肝解郁、解表退热。六药配伍,既清热利湿,泻湿热下行,又养血滋阴、疏肝理气,以防苦燥伤阴。

使药 甘草,味甘、性平,可补脾益气、清热解暑、祛痰止咳、缓急止痛。

以上诸药配伍,清利并行,泻中有补,降中寓升,共奏疏肝利胆、清热除湿之功。

功能主治

龙胆泻肝丸具有“清肝胆、利湿热”的功效,主要用于治疗肝胆湿热所致的头晕目赤、耳鸣耳聩、胁痛口苦、尿赤、湿热带下等。

现代研究与应用

现代研究 现代药理研究结果表明,龙胆泻肝丸具有抗菌、抗炎、抗病毒、抗过敏、增强免疫功能等作用,对金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、大

肠杆菌、绿脓杆菌以及过敏反应等有抑制作用;能减轻炎症反应,缓解组织水肿;可调节机体免疫功能,增强机体抵抗力;还有保肝、利胆作用,对更年期综合征、痛风有辅助治疗作用。

现代应用 在临床应用中,龙胆泻肝丸被广泛用于多种疾病的治疗。在皮肤科,龙胆泻肝丸常用于治疗带状疱疹、湿疹、痤疮、脂溢性皮炎等属于肝胆湿热证者;在妇科,龙胆泻肝丸可治疗带下病、前庭大腺炎等;在男科,龙胆泻肝丸对阴囊潮湿、前列腺炎等有一定作用;在五官科,龙胆泻肝丸可用于中耳炎、急性结膜炎等。

用药指南

龙胆泻肝丸为黄褐色的大蜜丸,味苦、微甜。

剂型选择 目前,市面上的龙胆泻肝丸有传统的丸剂(大蜜丸、水丸和浓缩丸)、片剂、颗粒剂、口服液等剂型。大蜜丸药性缓和,适合需要长期调理的患者;水丸溶解快,易保存;浓缩丸高度浓缩,剂量准确;片剂质量稳定,携带方便;颗粒剂