

◆医案感悟杂谈◆

黄利兴寒温合方治顽咳

邓青, 黄利兴

江西中医药大学, 江西 南昌 330006

[关键词] 咳嗽; 麻杏石甘汤; 杏仁汤; 寒温合方; 黄利兴

[中图分类号] R256.11; R249 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415(2015)12-0271-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.12.120

外感咳嗽是肺系疾病的常见病、多发病,然临证实践中却有不少咳嗽较为复杂难辨,其复杂性往往体现在寒温并发的发病机理上。中医经典理论认为,伤寒与温病虽然统属外感病变,然伤寒多为新感即发之病,温病则有伏邪与新感两种。同时新感寒温两邪固然难得,但温邪先伏于内、新寒复感于外者却屡见不鲜,如秋后伏暑为病,即是暑湿先伏于夏,秋后复因新凉外加,内外引动而发,此即为感寒动温、寒温并发之病是也^①。验之临床,顽固性咳嗽属此类者为数不少。

黄利兴副教授在临床中发现一类难治性咳嗽,冬季多发,初起咳嗽剧烈,晚上咳嗽明显,影响睡眠,甚则咳嗽作呕,但痰不多,部分患者可伴有发热,不及时治疗则继之开始咳嗽有痰,白痰为主,而咳嗽则渐渐减轻,一般不经误治,病程三周左右。这一类型咳嗽的表现特点与中医内科教材关于咳嗽的证治类型均不吻合。黄利兴副教授根据其表现特点,认为是先有湿热内壅,复被风寒郁闭,最终形成寒风郁湿热的证,立法以外散风寒,内清湿热,方选麻杏石甘汤合杏仁汤(出自《温病条辨》,由苦杏仁、黄芩、连翘、茯苓、桑叶、白豆蔻、滑石、梨皮组成)加减,每能收到良好疗效。现就其这方面的学术思想及临床经验作一简要介绍。

1 主病特点与组方原理

1.1 主病特点 麻杏石甘汤合杏仁汤所主病证,乃湿热蕴伏于手太阴肺经之里,风寒复感于手太阴肺经之表,表之风寒郁闭里之湿热,内外并发而成太阴表里相兼、寒温夹杂之证。笔者认为,江西地处江南,环境潮湿,降雨较多,本地居民多喜食辛辣滋腻之品,易感受湿热之邪,并形成湿热体质。因此,湿热蕴伏于手太阴肺经亦属常理,遇寒可引动内伏温邪而发为

咳嗽。冬季寒冷,易感受风寒之邪,故此咳嗽冬季多发。另外,现代医学对于咳嗽多采用静脉滴注抗生素的治疗方法,中医认为抗生素属于寒凉药,易形成寒风郁湿热的病机,此类咳嗽四季皆有。临床表现为咳嗽剧烈,晚上咳甚,初起痰不多或少量白黏痰,咳声紧或不畅、重闷、较促,连声咳嗽,咳甚脸红;不治则继之咳嗽渐减,白痰增多。湿热蕴伏于肺经,感寒动温而发为咳嗽,寒为阴邪,故晚上咳嗽甚;肺为娇脏,肺主肃,肺中清旷,湿热之邪弥漫肺中,郁阻气机,湿性重浊,则咳声重闷;热性急迫,则咳声促、连声咳嗽、咳甚脸红;湿热为无形之邪,湿性黏滞,则咳嗽痰不多或仅少量白黏痰;寒风闭表,寒性收引,则咳声紧或不畅。不经误治,风寒之邪被人体卫阳渐渐驱散,咳嗽减轻,湿热生痰而痰增多。

1.2 组方原理 依据手太阴肺经寒风郁湿热的病因病机,以外散风寒、内清湿热为法,方选麻杏石甘汤合杏仁汤化裁,其配伍特点是寒温并用,表里兼顾。以麻黄辛散外来之风寒,以石膏、黄芩、连翘清肺中之里热,以滑石、白豆蔻、茯苓芳香淡渗透肺中湿邪,而桑叶、梨皮则一般不用。

2 病案举例

例1:巫某,男,24岁,2014年9月4日初诊。患者于十天前自觉上火后出现咽喉痛,服用一剂苦寒药(具体不详)后咽喉痛减轻,但开始出现咳嗽,口服抗生素无效。现症:咳嗽阵发,偏深较促,咳声重闷、不畅,伴有少量白黏痰,咳甚头两侧紧痛,无咽痒咽痛,咽稍红,口干饮水偏多,口黏,纳食正常,二便平,因咳嗽而影响睡眠。舌偏胖暗嫩有齿痕、苔粗黄略厚腻,脉寸浮、弦偏细。既往史:平素喜吃荤食。此属素体湿热偏盛,湿热蕴伏于肺经,经苦寒药压抑后形成寒、风、

[收稿日期] 2015-05-11

[基金项目] 江西省教育厅高校教改课题(JXJG-12-9-11)

[作者简介] 邓青(1988-),女,硕士研究生。

[通讯作者] 黄利兴, E-mail: hlxtcm08382@163.com。

郁、湿、热的病机，病位在太阴，处方以麻杏石甘汤合杏仁汤加减，处方：炙麻黄 8 g，苦杏仁、黄芩、连翘各 10 g，白蔻仁(后下)、法半夏、炙甘草各 6 g，滑石(包煎)、茯苓、生石膏(先煎)各 15 g。4 天后复诊，诉一剂后咳嗽即大减，现咳嗽已除，嘱其退号。

按：该患者平素饮食肥甘厚味较多，苔粗黄略厚腻皆是湿热素盛的临床依据，加之服用苦寒药后寒郁湿热，以致湿热之邪无从所出，蕴伏肺经，形成寒郁湿热于肺发为咳嗽。咳声重闷较促、阵咳、痰白黏量少是肺经湿热咳嗽的特点，咳声不畅、咳甚头紧痛是寒邪外束之征，故治以麻杏石甘汤合杏仁汤而疗效显著。

例 2：王某，女，45 岁，2013 年 6 月 31 日初诊。咳嗽反复一年余。患者于 2012 年 7 月份因感冒发热静脉滴注 3 天药物(具体不详)热退，后开始出现咳嗽，今年支气管镜检查未发现异常，肺部 CT 示支气管炎并左肺感染。西医给予抗感染、止咳化痰等治疗，疗效欠佳，咳嗽反复不愈，遂就诊于中医。症见：咳嗽，咳声偏重闷，略深，咽痒，痒则阵咳，咳嗽无明显时间规律，有时晚上会阵咳，阵咳时伴有恶心感，痰白不多，易咳出，但痰咳出后仍阵咳，咳嗽时矢气多，纳食正常，大便偏干，小便利，睡眠可。咽视之正常。舌淡红、苔薄白，脉略弦滑、寸偏浮。辨证为肺中湿热久蕴，兼有风寒。处方以麻杏石甘汤合杏仁汤加减，处方：炙麻黄、生甘草各 5 g，紫苏梗、茯苓各 15 g，白豆蔻(后下)、黄芩各 7 g，滑石(包煎)、枳壳、苦杏仁、瓜蒌皮、僵蚕各 10 g。5 剂后晚上咳嗽较前缓解，白天仍有咳嗽，阵咳，痰少质黏，咳声略紧闷，大便转平。此时风寒渐减，湿热未尽，以上方去僵蚕、瓜蒌皮，加生石膏 15 g，陈皮 7 g，继服 5 剂，后电话回访，患者告知上方效果佳，自行按上方继服 7 剂而咳嗽消失。

按：患者发病季节正值夏天，易感受湿热之邪，目前咳声偏重闷、痰少质黏是肺中湿热之征。因患者反复静脉滴注抗生素，苦寒压抑致外寒不解，久则内郁湿热，故治以麻杏石甘汤合杏仁汤加减，因咳嗽时矢气多、大便干，肺与大肠相表里，肺气不降则腑气不通，酌加紫苏梗、炒枳壳理气，咽痒则咳说明兼有风邪，加僵蚕祛风止痒。复诊时晚上咳嗽减少，咽不痒，风寒之邪渐减，湿热久蕴难以速去，故以祛湿清热方继服。

3 体会与启发

黄利兴副教授以伤寒温病合方治疗寒温合邪所致咳嗽的有

效经验，有以下几点启示。从理论的角度，提出外有风寒，内有湿热之咳嗽证型，补充了现行中医内科教材之缺失。临床上湿热咳嗽、寒风郁湿热咳嗽确实存在，尤其在江南水土湿热较重之地，且现今社会发展迅速，人民生活水平提高，饮食结构发生改变，荤食、饮酒增多，夏季使用空调使汗出机会大大减少，易形成湿热体质，故湿热导致的咳嗽呈增多之势，然而《中医内科学》教材对咳嗽的辨证却没有从湿热论治的相关证型。黄利兴副教授在研究本校名老中医姚荷生治疗咳嗽的用药规律中发现，姚老即运用清热利湿的药物(滑石、茯苓、薏苡仁、白通草、芦根、枇杷叶、白茅根)治疗咳嗽，疗效显著，再次证实了湿热咳嗽的存在^[2]。从实践的角度，体会到听辨咳嗽声音特征对诊治咳嗽极其重要。咳嗽声音变化多样，不同的声音特征有不同的临床意义，如寒邪致咳则咳声紧或不畅，因寒性凝闭；火热之邪致咳则咳声急促或阵发咳嗽，因热性张扬、火性急迫；湿邪致咳则咳声重闷，因湿性重浊；且患者描述咳嗽往往并不准确，如常常有患者自述“干咳”，但一听患者咳嗽的声音即发现实质是有痰而未排出，应属于“咳痰不畅”，不能按“干咳”辨证。因此在咳嗽辨证时一定要仔细辨听患者咳声的声音特点，为辨证提供准确的依据。从发展的角度，体会到外感病辨证时伤寒学与温病学的联系。从中医理论的角度上来说，不论伤寒病还是温病，其发病都立足于人体这同一生理病理之基础，所以伤寒学与温病学存在联系沟通的理论基础；从中医临证实践的角度来看，疾病复杂多变，寒温合邪、感寒动温、寒温转化等病因病机屡见不鲜，所以伤寒学与温病学的联系沟通亦是临床实践的需要。笔者认为，未来中医外感病临床学科的发展，应致力于将伤寒学与温病学联合，在符合中医传统理论与满足中医临床需求的条件下，组成中医外感病学，最终为外感病的辨治开创新的境界。

[参考文献]

- [1] 曹彩云, 占玮, 刘英峰. 刘英峰教授寒温合方退高热经验[J]. 四川中医, 2007, 25(1): 1-2.
- [2] 黄利兴, 余俊英, 刘英峰, 等. 姚荷生治疗咳嗽的用药规律挖掘分析[J]. 辽宁中医杂志, 2011, 38(4): 625-627.

(责任编辑: 骆欢欢)