

汪再舫治疗慢性咳嗽临床经验介绍

乙 伶

(淮安市中医院, 江苏淮安 223001)

指导: 汪再舫

摘 要 汪师认为慢性咳嗽常见于咳嗽变异性哮喘(感冒后咳嗽), 胃-食道反流性咳嗽和上气道综合征三种疾病, 临床均以咳嗽缠绵为唯一症状, 究其病机各有不同。咳嗽变异性哮喘以风为先, 治宜疏风解痉; 胃食管反流性咳嗽以气为主, 治宜和胃降逆; 上气道综合征以痰为要, 治宜化痰行气。临证时必须详细地询问病史、咳嗽特征等, 仔细检查, 中医药辨病与辨证结合治疗, 可以收到较好疗效。

关键词 慢性咳嗽 中医病机 辨病 辨证论治

中图分类号 R256.11

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2016)02-0025-03

慢性咳嗽是临床上的一种常见病, 咳嗽时间大于 8 周, X 线胸片无明显异常, 又使用抗生素治疗多日无效, 仍以咳嗽为主要或唯一症状者称为慢性咳嗽。对于慢性咳嗽发病机制目前尚未完全明了, 治疗效果欠佳。汪再舫系江苏省名老中医, 淮安市中医院主任中医师, 从医 50 余载, 学验俱丰。汪师认为慢性咳嗽常见于咳嗽变异性哮喘(感冒后咳嗽), 胃-食管反流性咳嗽和上气道综合征三种疾病, 临床运用中医药治疗收到较好效果, 兹介绍经验如下:

1 咳嗽变异性哮喘及感冒后咳嗽

1.1 临床特点 咳嗽变异性哮喘是哮喘病的一种特殊亚型, 发病前无感冒病史, 咳嗽迁延日久, 感冒后咳嗽发病前有鼻塞、流涕、肢节酸痛等症状, 数日症状消失后, 但是咳嗽缠绵难愈, 咳嗽变异性哮喘及感冒后咳嗽临床表现均以咳嗽为主或唯一症状, 无明显喘息、气短症状, 往往咳声清脆, 干咳无痰或少许黏液痰, 可以突然发作出现或阵咳、或顿咳、或呛咳, 夜间或清晨发作比较常见, 每感咽部或胸骨后作痒感, 发作时难以控制的刺激性, 多急性咳嗽连续不断以致憋气, 面红耳赤, 小便自遗, 遇冷空气、灰尘、异味、浓烟、污浊空气甚至因大笑吸气冷气等诱发咳嗽发作, 血液分析, 胸部 X 线检查无明显异常。使用抗生素、化痰药后鲜得效果。部分患者平素畏寒易感冒, 易自汗或有过敏性鼻炎病史。

1.2 病因病机 汪师根据其咳嗽的临床特点为阵咳急迫性、挛急性表现, 即发即止, 变幻莫测, 并伴咽部及胸骨后发痒, 具有“风善行而数变”“风病主

痒”“风性挛急”的特点, 《诸病源候论》“一曰风咳, 欲语言不得意是也”, 盖肺为娇脏, 畏寒, 主肃清不耐邪侵, 肺为华盖, 属高位, 而易招风邪上乘, 认为此类患者往往多因卫表不固, 对外界环境及气候变化的适应能力较差, 风为六淫之首易犯华盖, 若招风邪挟其他外邪或过敏物质从鼻窍直接吸入玉肺, 导致肺气壅塞不宣, 肃清之令失常, 日久内伏气逆, 肺络挛急不利敏感或反应性增高导致咳嗽阵作, 缠绵难愈。

1.3 辨证论治 这类风咳临床上表现以“风”为特点, 汪师阐述病机为风邪犯肺, 日久致气逆迫上, 气道挛急, 肺失宣降所致, 治拟疏风宣肺、解挛缓急止咳。基本方: 柴胡、前胡、防风、苏子、紫菀、款冬花、炙僵蚕、净蝉衣、生甘草。方中柴胡、防风疏风散邪, 前胡、苏子、紫菀、款冬花宣肺化痰止咳; 炙僵蚕、蝉衣两者宣肃肺气, 搜剔风邪, 解痉缓急止咳; 甘草调和诸药。风为百病之长, 易挟外邪犯肺, 若偏热加桑叶、杭菊花, 偏痰热加黄芩、百部、牛蒡子, 咳痰难咯加金荞麦, 偏寒加荆芥、苏叶, 偶有哮喘者加麻黄、射干、五味子、北细辛, 鼻塞流涕或有过敏性鼻炎加陈辛夷、苍耳子、细辛, 偏阴虚加麦冬、玄参、乌梅, 偏阳虚加黄芪、仙灵脾。

若因感冒而病情反复发作, 在症状基本缓解后用补肺汤(黄芪、太子参、熟地、五味子、桑白皮、紫菀)或玉屏风散加减。若素体阳虚, 畏寒多汗, 无感冒而反复发作甚至伴有哮喘变异性哮喘亚型, 在症状基本控制后, 汪师自拟益气温阳汤(黄芪、党参、附片、熟地、淮山药、山萸肉、五味子、补骨脂、菟丝

子、仙灵脾、陈皮、半夏、当归)扶正固本,可有效地改善机体免疫力和对外界环境的适应能力,减少或杜绝发作。

2 胃-食管反流性咳嗽

大约有 20% 的慢性咳嗽患者病因可能是胃食管反流所致,其机制可能为食管末端的胃酸刺激食管、气管反射,食管内容物吸入喉、气管或支气管,胃食管反流与咳嗽还可以相互影响形成恶性循环,导致病情加重,咳嗽反复发作。亦有学者认为食道、胃、气管等处也有咳嗽感受器,其中以喉部及气管的咳嗽感受器最敏感,胃酸、胃内容物或气体反流进入食管,刺激咳嗽感受器引起反复咳嗽。

2.1 临床表现 咳嗽反复用多种抗生素及止咳化痰药无效,咳声清脆,干咳无痰,咳嗽之前感有气从脘膈处上冲咽喉即不由自主地呛咳气急,咳甚呕吐酸水或胃内容物,平卧或饱餐后咳嗽发作明显;有些患者同时伴有上腹部灼痛、嘈杂、嗝腐吐酸等。

2.2 病因病机 《素问·咳论》曰:“(五脏六腑之咳)此皆聚于胃,关于肺”,从经络走行看,手太阴肺经起于中焦,下络大肠,环循胃口,上膈属肺。而胃是阳明胃经起于鼻,交额中,循喉咙,下膈属胃,肺与胃,一膜相隔,且与胃相连之食道又属胸中,与肺系相邻,所以“肺系”与“胃系”经络相连,息息相通。汪师认为这是肺与胃生理病理之间相互影响的基础,同时肺气以肃降为顺,胃气以下降为和,“降”为肺气、胃气的共同特征。胃肺毗邻,出入殊途却共呼吸门(咽喉),胃为五脏六腑之海,而肺主气为百脉之朝会。若脏腑受邪,则聚于胃,胃气不降反升则循肺脉而影响于肺,使肺失宣肃而咳嗽。此如现代医学所论的胃酸、胃内容物反流,刺激食管、气管、咳嗽反射器而引起咳嗽的机制同出一辄,皆因胃失和降,浊气上逆,肺失宣肃所致。

2.3 辨证论治 汪师认为此类患者咳嗽特点是以脘膈部有气上冲而咳嗽发作的强迫性咳嗽,虽然表现为肺失之肃降,而病在胃气上逆所致,治法和胃降逆、宣肃肺气,方选旋覆代赭汤加味。基本方:旋覆花、代赭石、党参、法半夏、紫菀、苏子梗、陈皮、紫降香、生姜、红枣、生甘草。方中党参、红枣、甘草扶正益胃,旋覆花、代赭石、生姜、紫降香、苏子宣肺下气重镇降逆,使胃气和,升降正常,阻断胃气上逆侮肺,半夏、陈皮、苏子、苏梗化痰理气,紫菀助苏子降逆止咳。若见食欲不振、脘胀去党参、红枣,加瓜蒌、枳壳、枳实;嗝气阵作加苏罗子、九香虫;泛呕酸水加黄连、吴茱萸。

汪师多年临床体会,若因气逆,咳嗽而不伴有上消化道症状的胃食管反流性慢性咳嗽用基本方

疗效确切;若同时伴有胃中烧灼感、嗝气泛酸等消化道症状的胃食管反流性咳嗽者使用基本方加减,并加质子泵抑制剂奥美拉唑同时服用,往往咳嗽症状改善先于消化道症状改善。

3 上气道咳嗽综合征

上气道咳嗽综合征是指与上呼吸道异常有关的慢性咳嗽,包括鼻部的过敏性鼻炎、鼻窦炎,非过敏性鼻炎引起分泌物倒流鼻后及咽喉部的变应性或非变应性咽炎、喉炎、咽喉部新生物、慢性扁桃体炎等直接或间接刺激咳嗽感受器导致以咳嗽为主要表现的综合征。

3.1 临床表现 发作性或持续性咳嗽,以白天为主,入睡后较少咳嗽,咳痰不多色白,伴咽喉部有滴流感,或有异物感而频繁清喉。或伴有鼻痒,鼻塞流涕,咽喉部泛红,淋巴滤泡增生,或有较多分泌物黏附。

3.2 病因病机 汪师认为上气道咳嗽综合征病变部位非在表也未及肺,而是在咽喉。咽与喉同在一处,生于鼻之下,肺胃之上,为气息出入之门户。《疮疡经验全书》曰“喉应天气乃肺之系”,为肺气之通道也,与鼻、气道及肺共属肺系。四者密切协调共同维持人体气息入口之正常生理活动。“咽者,咽也”主通利水谷,为胃之系,乃胃气之通道也。《重楼玉钥》阐述咽为胃之门户,主通利水谷,为胃气之通道也,咽喉上通鼻腔,与外界相联,下投肺胃,近于五脏六腑呼吸之经,若脏腑充实,鼻腔无病,肺胃和平则体安身泰。一有外邪侵入鼻入咽喉,或风寒暑湿燥火犯肺,肺失宣肃,痰浊郁滞,累及咽喉,或因饮食不节,胃失和降,痰气上逆,气道出入之门户不利而咳嗽频频。由此可见,上气道咳嗽综合征病位在咽喉,源于鼻腔,肺脏及胃,缘由风邪热毒由鼻而入,蕴积于肺,饮食伤胃,传至经络,浮于三焦,致痰阻气凝,日久郁而化热,络阻血滞,咳嗽难愈。

3.3 辨证论治 汪师认为上气道咳嗽综合征基本病机为痰阻气凝、热郁血滞咽喉,治拟理气化痰、行滞通络、清热利咽。基本方:苏叶、黄郁金、射干、薄荷、枇杷叶、牛蒡子、百部、桃仁、玉蝴蝶、桔梗、生甘草。其中苏叶理气舒郁,治肺胃气滞之要药;桃仁活血化痰,改善咽喉血液循环;郁金为气中血药,助苏叶行气解郁,降逆泄滞,助桃仁凉营散瘀并清热化痰;射干清热散结,祛痰利咽喉;薄荷疏风散热,祛痰解郁利咽;桔梗升提肺气,为诸药之舟楫,载药上浮直达病所,同时又能宣肺祛痰而利咽喉;百部润而不燥,能润肺降气,化痰善治咳嗽;玉蝴蝶润肺和胃,为喉科要药,主治咽喉肿痛,咳嗽声哑;牛蒡子清热化痰利咽,枇杷叶润而不燥,清热化痰止咳,与

汪悦运用反佐法治疗风湿病

唐 扬

(南京中医药大学第一临床医学院, 南京 210023)

指导: 汪 悦

摘 要 汪悦教授在治疗病证复杂的风湿病时,常于方中配伍少量与治法相反相成的药物,以切合病机、顺应脏腑生理特性,从而平衡阴阳,主要可归纳为:寓寒于温,以防传变;寓热于寒,顾护阳气;寓燥于润,以防壅滞;补泻兼施,以护阴液;寓敛于散,以防伤正。汪教授采用反佐法的配伍方式,为中医治疗提供了新思路。

关键词 风湿病 反佐法 中医药疗法

中图分类号 R259.932

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2016)02-0027-02

风湿性疾病包括类风湿关节炎、干燥综合征、白塞氏病等,此类疾病多病机繁复、寒热错杂、迁延难愈、日久虚实兼夹,临床上单一治法或效果不显,或顾此失彼,治疗颇为棘手。汪悦教授现任南京中医药大学第一临床医学院院长、江苏省中医院副院长、南京中医药大学博士研究生导师,从医三十余载,擅长风湿性疾病的治疗。笔者跟师学习,常见汪师在治疗风湿类疾病时,于常规选方用药的基础上,通过巧配反佐药,屡起沉疴。反佐之法初见於《素问·至真要大论》“奇之不去则偶之,是谓重方,偶之不去,则反佐取之,所谓寒热温凉反从其病也。”其最初运用目的主要是防止患者拒药、发生格拒现象。反佐药寒热属性与病证寒热属性相同,所以反佐法实际上是一种寒热并用的方法。后世受此启发,反佐应用已不局限于防止格拒现象,而是取其“相反相成”之意,广泛应用于“润燥”、“散敛”、“补泄”、“刚柔”等多领域。石寿堂谓:“用药治病,开必少佐以合,合必少佐以开,升必少佐以降,降必少佐以升,或正佐以成辅助之功,或反佐以作向导之

用。阴阳相须之道,有如此者。”现将汪教授运用反佐法治疗风湿病的经验介绍如下。

1 寓寒于温,以防传变

风湿病患者常以关节疼痛、重着、酸楚、活动不利为主要临床表现,属于中医“痹证”范畴,与现代医学类风湿关节炎、强直性脊柱炎临床表现类似。《内经》云:“风、寒、湿三气杂至,合而为痹。”中医学认为痹证多为风寒湿邪侵袭人体,邪气痹阻肢体、经络,气血运行失畅所致。病邪郁遏日久,或素体阴虚阳盛,可致感邪后入里化热,形成寒热错杂的病证,症见:恶寒怕风,关节红肿热痛,口渴欲饮热水等。寒湿之邪,非温不化,然单用祛寒除湿之温性药物易化热伤阴,单用清热药又遏邪伤阳。且病邪化热日久津伤,营阴不能充养血液,血液浓、凝、黏、聚,涩而成瘀,瘀与热邪相合,或瘀久化热,可形成瘀热胶结之复杂病症。导师汪悦教授针对此类寒热错杂型痹证,常在大队祛风散寒除湿药中佐以清热养阴类药物,以期温散而不伤阴,养阴而不碍阳,既可兼制性温之温药,又可在病邪未化热、瘀热未成

前二者相配合,起协同作用;生甘草清热解毒,调和诸药。若鼻塞流涕加苍耳子、陈辛夷、炙乌梅;咽喉干燥加玄参、麦冬、北沙参;咽痛加肿节风、猫爪草;局部淋巴滤泡增生明显加赤芍、牡丹皮、天花粉。

汪师强调咳嗽变异性哮喘(指感冒后咳嗽),胃食管反流性咳嗽及上气道咳嗽综合征,其临床均以咳嗽缠绵为唯一症状,究其病机各有不同。咳嗽变异性哮喘以风为先,治宜疏风解痉;胃食管反流性咳嗽以气为主,治宜和胃降逆;上气道综合征以痰

为要,治宜化痰行气。汪师还说中医门诊就诊的咳嗽患者往往是经多方治疗鲜得效果者,临证时必须详细地询问病史、咳嗽特征等,仔细检查,辨病与辨证结合治疗,才能提高临床疗效。

第一作者:乙伶(1979—),女,医学硕士,主治医师,从事心血管疾病的诊治工作。yiling521979@126.com

收稿日期:2015-12-14

编辑:吕慰秋