

第二章 肺病证

【主要证候及特征】

肺为五脏之华盖，其位最高，外合皮毛，肺为娇脏，不耐寒热，又为清肃之脏，不容碍物，故外感和内伤因素都易伤损肺脏而引起病变。肺主气，司呼吸，故肺病多以气机升降失常的证候为主，其常见的证候有肺气亏虚、阴津亏耗、寒邪犯肺、邪热乘肺、痰浊阻肺等。

兹将肺病证的基本证候及特征分述如下。

·肺气亏虚

1. 主要脉症声音低怯，倦怠懒言，面色少华，璫易感冒，恶风形寒，或有自汗，若咳嗽则咳而无力，痰多清稀，舌淡苔白，脉虚弱。

2. 证候特征本证以肺气不足和卫气不固的见症为主，此外，尚有一般的气虚见症。

本证与阴津亏耗证的鉴别是：本证为肺气不足和卫外功能絀退，而表现为短气、自汗、畏风、易感冒等症；彼为肺之阴津亏耗，而表现为阴津不足和有热象，如干咳少痰、潮热盗汗等症。

·肺阴亏耗

1. 主要脉症干咳少痰，或痰中带血，声音嘶哑，午后颧红，潮热盗汗，形体消瘦，舌质红，苔少，脉细数。

2. 证候特征本证以肺虚气失宣肃、津亏不润及阴虚生热的见症为临床特征。

肺脏阴津亏耗证与燥邪犯肺证的鉴别是：本证为肺脏自病，以阴津亏虚为主症，如干咳少痰、潮热盗汗等；而燥邪犯肺证，以外感燥邪为主，虽亦有肺失清润，干咳少痰，咽喉干燥，但伴有外感表证。

·寒邪犯肺

1. 主要脉症咳嗽痰稀薄，鼻塞流清涕，恶寒发热，头身痛楚，无汗，苔薄白，脉浮紧。

2. 证候特征本证除有寒邪束肺，肺气失宣的证候外，尚有恶寒发热等风寒表证。

本证与寒饮内阻证的鉴别是：本证为外感寒邪，肺气失宣，故表现为咳嗽痰稀薄，恶寒发热等；而寒饮内阻证则为饮邪碍肺，肺失宣降，故以咳嗽气急，痰白如沫如涎而量多等症为主要表现，而无外感表证。

·邪热乘肺

1. 主要脉症咳嗽，痰黄或黄白相兼，痰不甚粘稠，痰量一般不多，或有鼻塞流黄涕，或恶风身热，咽喉疼痛，苔薄黄，脉浮数。2. 证候特征本证除有邪热阻肺，肺失清肃的证候外，尚有恶风身热，咽喉疼痛，苔薄黄，脉浮数。

本证与痰热蕴肺证的鉴别是：本证兼具肺失宣肃与风热表证；而痰热蕴肺证则为痰浊化热或热邪灼津为痰，痰与热壅塞于肺，肺失宣肃证，故以咳嗽痰多痰黄，或痰鸣或痰中带脓血等为主要表现，一般无外感表证。

·痰浊阻肺

1. 主要脉症咳嗽痰多粘稠，色白或灰白，胸满窒闷，气息急促，喉中痰鸣有声，甚至倚息不能平卧，苔白厚腻，脉弦滑或濡滑。

2. 证候特征本证兼有肺失宣肃和痰浊壅盛的见症。

本证与痰瘀阻肺证的鉴别是：本证肺气上逆和痰浊壅盛证都增为明显；而痰瘀阻肺证以痰瘀阻蔽胸中膈气为主要表现，如心悸、胸闷、唇甲青紫等症，多数情况不以咳嗽气逆等肺气上逆为主证。

【病机述要】

肺病证的基本病机是由于感受外邪或痰浊等导致邪气壅阻，肺失宣肃，或劳倦久病等导致肺气阴亏虚，肺不主气。因肺失宣肃，故常见咳嗽、喘息等；因肺不主气，故常见短气、自汗、易感冒等；肺朝百脉，助心主治节，因肺气失调，不朝百脉，可引起心血的运行不利，而发为心悸、胸闷、唇甲紫暗等；肺能通调水道，因肺失宣肃，通调失职，可引起水肿、小便不利等。

兹将肺病证中基本证候的病机阐述如下。

1. 肺气亏虚劳伤过度，病后元气未复，或久咳久喘耗伤肺气，或气的生化不足，以致肺气不足，肺气不足则肺失宣肃，肺不主皮毛，而出现咳而短气，声音低怯，恶风自汗。

2. 肺阴亏耗癆虫蚀肺，久病咳喘，气血亏耗，或燥热之邪犯肺，耗伤阴津，以致肺阴不足，阴不足则虚热内生，阴不足则肺失滋润而不能肃降，故见干咳少痰，或痰中带血，潮热盗汗等症。

3. 寒邪犯肺气候寒冷，衣服单薄，或贪凉饮冷而寒邪犯肺，肺为寒束则失于清肃，寒邪着于皮毛则卫表不和，故见咳嗽，咳痰清稀，恶寒发热等症。

4. 邪热乘肺可因外感风热，或寒郁化热，邪热上乘于肺，肺为清虚之脏，热邪蕴肺则肺失宣肃，故见咳嗽，喘逆，痰黄或黄白相兼，或痰有腥臭味等症。

5. 痰浊阻肺常因感受外邪，或久病咳喘，以致肺不布津，聚津为痰而阻于肺，或脾气亏虚，脾不输津，聚湿成痰，上渍于肺。肺为痰阻，宣肃失职，故见咳嗽痰多粘稠，气息急促，甚至倚息不得卧。

【治疗要点】

1. 宣降肺气肺病证的基本病机之一是肺失宣肃，因此，宣降肺气为肺病证的治疗要点。《素问·藏气法时论》说：“肺苦气上逆，急食苦以泄之”；“肺欲收，急食酸以收之，用酸补之，辛泻之”。

肺气不宣，则以辛散之品，驱散表邪，宣发肺气。肺为清虚之脏而处高位，故宣发肺气应以轻清之品，正如綵鞠通所谓“治上焦如羽，非轻不举”；肺为娇脏，不耐寒热，且肺恶燥，燥则肺气上逆而咳喘，甘润可使肺气自降，清肃之令自行，所以宣散之品又宜辛平甘润。肺气上逆，则用苦降酸收之品，以肃降肺气。酸收意在固摄耗散之肺气，但注意勿收敛邪气。苦降时常与宣散同用，虽有主次，但重在一宣一降，顺其肺之开阖。

2. 扶正祛邪，邪气壅遏于肺，肺失宣肃，法当祛邪；肺之气阴亏虚，肺不主气，法当补益。故扶正祛邪，为肺病证的治疗要点。常用的治法有补益肺气、滋阴润肺、温肺散寒、清泄肺热、化痰降逆等，此为直接对肺进行补泻法。另外，尚有根据五脏生克关系对肺进行间接补泻法。如虚证有补土生金，即通过补脾（补母）以益肺（补子）；有金水相生，即通过滋肾（补子）以益肺（补母）等治法以实现对肺脏的补益。如实证有泻肝的治法，即是通过生克关系治疗木火刑金（肝火犯肺）的病证治法。肺之实证也可通过脏腑表里关系进行治疗，如泻大肠，使肺热或痰浊从大肠下泄以治肺实证。

3. 重视调护肺病证尤应注意预防感冒，病室要寒暖适宜，气候变化时要及时加絺衣服。病室应通风换气，保持空气新鲜，患者尽可能避免接触刺激性气体、粉尘等，更应戒烟。饮食应清淡，易消化，一般忌辛辣醇酒，或生冷肥甘。

第一节 咳嗽

咳嗽是指外感或内伤等因素,导致肺失宣肃,肺气上逆,冲击气道,发出咳声或伴咯痰为临床特征的一种病证。历代将有声无痰称为咳,有痰无声称为嗽,有痰有声谓之咳嗽。临床上多为痰声并见,很难截然分开,故以咳嗽并称。

咳嗽是内科中最为常见的病证之一,发病率甚高,据统计慢性咳嗽的发病率为3%-5%,在老年人中的发病率可至10%~15%,尤以寒冷地区发病率更高。中医中药治疗咳嗽有较大优势,积累了丰富的治疗经验。

《内经》对咳嗽的成因、症状及证候分类、证候转归及治疗等问题已作了较系统的论述,阐述了气候变化、六气影响及肺可以致咳嗽,如《素问·宣明五气》说:“五气所病……肺为咳。”《素问·咳论》更是一篇论述咳嗽的专篇,指出“五脏六腑皆令人咳,非独肺也。”强调了肺脏受邪以及脏腑功能失调均能导致咳嗽的发生。对咳嗽的症状按脏腑进行分类,分为肺咳、心咳、胃咳、膀胱咳等,并指出了证候转归和治疗原则。汉,张仲景所著《伤寒论》《金匮要略》不仅拟出了不少治疗咳嗽行之有效的方剂,还体现了对咳嗽进行辨证论治的思想。

隋《诸病源候论·咳嗽候》在《内经》脏腑咳的基础上,又论述了风咳、寒咳等不同咳嗽的临床证候。唐宋时期,如《千金要方》《外台秘要》《和剂局方》等收集了许多治疗咳嗽的方剂。明代,《景岳全书》将咳嗽分为外感、内伤两大类,《明医杂著》指出咳嗽“治法须分新久虚实”,至此咳嗽的理论渐趋完善,切合临床实际。

咳嗽既是独立性的病证,又是肺系多种病证的一个症状。本节是讨论以咳嗽为主要临床表现的一类病证。西医学的上呼吸道感染、支气管炎、支气管扩张、肺炎等以咳嗽为主症者可参考本病证进行辨证论治,其他疾病兼见咳嗽者,可与本病证联系互参。

【病因病机】

咳嗽分外感咳嗽与内伤咳嗽,外感咳嗽病因为外感六淫之邪;内伤咳嗽病因为饮食、情志等内伤因素致脏腑功能失调,内生病邪。外感咳嗽与内伤咳嗽,均是病邪引起肺气不清失于宣肃,迫气上逆而作咳。

1. 外感病因由于气候突变或调摄失宜,外感六淫从口鼻或皮毛侵入,使肺气被束,肺失肃降,《河间六书·咳嗽论》谓:“寒、暑、湿、燥、风、火六气,皆令人咳嗽”即是此意。由于四时正气不同,因而人体所感受的致病外邪亦有区别。风为六淫之首,其他外邪多随风邪侵袭人体,所以外感咳嗽常以风为先导,或挟寒,或挟热,或挟燥,其中尤以风邪挟寒者居多。《景岳全书·咳嗽》说:“外感之嗽,必因风寒。”

2. 内伤病因内伤病因包括饮食、情志及肺脏自病。饮食不当,嗜烟好酒,内生火热,熏灼肺胃,灼津生痰;或生冷不节,肥甘厚味,损伤脾胃,致痰浊内生,上干于肺,阻塞气道,致肺气上逆而作咳。情志刺激,肝失调畅,气郁化火,气火循经上逆犯肺,致肺失肃降而作咳。肺

脏自病者，常由肺系疾病日久，蔓延不愈，耗气伤阴，肺不能主气，肃降无权而肺气上逆作咳；或肺气虚不能布津而成痰，肺阴虚而虚火灼津为痰，痰浊阻滞，肺气不降而上逆作咳。

咳嗽的病位，主脏在肺，无论外感六淫或内伤所生的病邪，皆侵及于肺而致咳嗽，故《景岳全书·咳嗽》说：“咳证虽多，无非肺病。”这是因为肺主气，其位最高，为五脏之华盖，肺又开窍于鼻，外合皮毛，故肺最易受外感、内伤之邪，而肺又为娇脏，不耐邪侵，邪侵则肺气不清，失于肃降，迫气上逆而作咳。正如《医学三字经·咳嗽》所说：“肺为五脏之华盖，呼之则虚，吸之则满，只受得本脏之正气，受不得外来之客气，客气干之则呛而咳矣；亦只受得脏腑之清气，受不得脏腑之病气，病气干之，亦呛而咳矣。”《素问·咳论》说：“五脏六腑皆令人咳，非独肺也。”说明咳嗽的病变脏腑不限于肺，凡脏腑功能失调影响及肺，皆可为咳嗽病证相关的病变脏腑。但是其他脏腑所致咳嗽皆须通过肺脏，肺为咳嗽的主脏。肺主气，咳嗽的基本病机是内外邪气干肺，肺气不清，肺失宣肃，肺气上逆迫于气道而为咳。《医学心悟·咳嗽》指出：“肺体属金，譬若钟然，钟非叩不鸣，风寒暑湿燥火六淫之邪，自外击之则鸣，劳欲情志，饮食炙燔之火自内攻之则亦鸣。”提示咳嗽是肺脏为了祛邪外警所产生的一种病理反应。

外感咳嗽病变性质属实，为外邪犯肺，肺气壅遏不畅所致，其病理因素为风、寒、暑、湿、燥、火，以风寒为多，病变过程中可发生风寒化热，风热化燥，或肺热蒸液成痰等病理转化。

内伤咳嗽病变性质为邪实与正虚并见，他脏及肺者，多因邪实导致正虚，肺脏自病者，多因虚致实。其病理因素主要为“痰”与“火”，但痰有寒热之别，火有虚实之分，痰可郁而化火，火能炼液灼津为痰。他脏及肺，如肝火犯肺每见气火耗伤肺津，炼津为痰。痰湿犯肺者，多因脾失健运，水谷不能化为精微上输以养肺，反而聚为痰浊，上贮于肺，肺气壅塞，上逆为咳。若久病，肺脾两虚，气不化津，则痰浊更易滋生，此即“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”的道理。久病咳嗽，甚者延及于肾，由咳致喘。如痰湿蕴肺，遇外感引触，转从热化，则可表现为痰热咳嗽；若转从寒化，则表现为寒痰咳嗽。肺脏自病，如肺阴不足每致阴虚火旺，灼津为痰，肺失濡润，气逆作咳，或肺气亏虚，肃降无权，气不化津，津聚成痰，气逆于上，引起咳嗽。

外感咳嗽与内伤咳嗽可相互影响为病，病久则邪实转为正虚。外感咳嗽如蔓延失治，邪伤肺气，更易反复感邪，而致咳嗽屡作，转为内伤咳嗽；肺脏有病，卫外不固，易受外邪引发或加重，特别在气候变化时尤为明显。久则从实转虚，肺脏虚弱，阴伤气耗。由此可知，咳嗽虽有外感、内伤之分，但有时两者又可互为因果。

【临床表现】

肺气不清，失于宣肃，上逆作声而引起咳嗽为本病证的主要症状。由于感邪的性质、影响的脏腑、痰的寒热、火的虚实等方面的差别，咳嗽有不同的临床表现。咳嗽的病程，有急性咳嗽和慢性咳嗽。咳嗽的时间，有白日咳嗽甚于夜间者，有早晨、睡前咳嗽较甚者，有午后、黄昏、夜间咳嗽较甚者。咳嗽的节律，有时作咳嗽者，有时时咳嗽者，有咳逆阵作、连声不断者。咳嗽的性质，有干性咳嗽、湿性咳嗽。咳嗽的声音，有咳声洪亮有力者，有咳声低怯者，有咳声重浊者，有咳声嘶哑者。咳痰的色、质、量、味等也有不同的临床表现。痰色有白色、黄色、

灰色甚至铁锈色、粉红色等。痰的质地有稀薄、粘稠等。有痰量少甚至干咳者，有痰量多者。痰有无明显气味者，也有痰带腥臭者。

【诊断】

1. 以咳逆有声，或咳吐痰液为主要临床症状。
2. 急性咳嗽，周围血白细胞总数和中性粒细胞增高。
3. 听诊可闻及紫肺野呼吸音增粗，或伴散在干湿性啰音。
4. 肺部 X 线摄片检查正常或肺纹理增粗。

【鉴别诊断】

1. 哮病、喘病哮病和喘病虽然也会兼见咳嗽，但各以哮、喘为其主要临床表现。哮病主要表现为喉中哮鸣有声，呼吸气促困难，甚则喘息不能平卧，发作与缓解均迅速。喘病主要表现为呼吸困难，甚至张口抬肩，鼻翼煽动，不能平卧。

2. 肺胀肺胀常伴有咳嗽症状，但肺胀有久患咳、哮、喘等病证的病史，除咳嗽症状外，还有胸部膨满，喘逆上气，烦躁心慌，甚至颜面紫暗，肢体浮肿等症，病情缠绵，经久难愈。

3. 肺癆咳嗽是肺癆的主要症状之一，但尚有咯血、潮热、盗汗、身体消瘦等主要症状，具有传染性，X 线胸部检查有助鉴别诊断。

4. 肺癌肺癌常以咳嗽或咯血为主要症状，但多发于 40 岁以上吸烟男性，咳嗽多为刺激性呛咳，病情发展迅速，呈恶液质，一般咳嗽病证不具有这些特点，肺部 X 线检查及痰细胞学检查有助于诊断。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨外感内伤外感咳嗽，多为新病，起病急，病程短，常伴肺卫表证。内伤咳嗽，多为久病，常反复发作，病程长，可伴见它脏见证。

2. 辨证候虚实外感咳嗽以风寒、风热、风燥为主，均属实，而内伤咳嗽中的痰湿、痰热、肝火多为邪实正虚，阴津亏耗咳嗽则属虚，或虚中夹实。另外，咳声响亮者多实，咳声低怯者多虚；脉有力者属实，脉无力者属虚。

治疗原则

咳嗽的治疗应分清邪正虚实。外感咳嗽，为邪气壅肺，多为实证，故以祛邪利肺为治疗原则，根据邪气风寒、风热、风燥的不同，应分别采用疏风、散寒、清热、润燥治疗。内伤咳嗽，多属邪实正虚，故以祛邪扶正，标本兼顾为治疗原则，根据病邪为“痰”与“火”，祛邪分别采用祛痰、清火为治，正虚则养阴或益气为宜，又应分清虚实主次处理。

咳嗽的治疗，除直接治肺外，还应从整体出发注意治脾、治肝、治肾等。外感咳嗽一般均忌敛涩留邪，当因势利导，俟肺气宣畅则咳嗽自止；内伤咳嗽应防宣散伤正，注意调理脏腑，

顾护正气。咳嗽是人体祛邪外警的一种病理表现，治疗决不能单纯见咳止咳，必须按照不同的病因分别处理。

分证论治

『外感咳嗽』

·风寒袭肺

症状：咳声重浊，气急，喉痒，咯痰稀薄色白，常伴鼻塞，流清涕，头痛，肢体酸楚，恶寒发热，无汗等表证，舌苔薄白，脉浮或浮紧。

治法：疏风散寒，宣肺止咳。

方药：三拗汤合止嗽散。

方中用麻黄、荆芥疏风散寒，合杏仁宣肺降气；紫菀、白前、百部、陈皮理肺祛痰；桔梗、甘草利咽止咳。咳嗽较甚者加矮地茶、金沸草祛痰止咳；痒甚者，加牛蒡子、蝉蜕祛风止痒；鼻塞声重加辛夷花、苍耳子宣通鼻窍；若挟痰湿，咳而痰粘，胸闷，苔腻者，加半夏、茯苓、厚朴燥湿化痰；若表证较甚，加防风、苏叶疏风解表；表寒未解，里有郁热，热为寒遏，咳嗽音嘎，气急似喘，痰粘稠，口渴心烦，或有身热者加生石膏、桑白皮、黄芩解表清里。

·风热犯肺

症状：咳嗽咳痰不爽，痰黄或稠粘，喉燥咽痛，常伴恶风身热，头痛肢楚，鼻流黄涕，口渴等表热证，舌苔薄黄，脉浮数或浮滑。

治法：疏风清热，宣肺止咳。

方药：桑菊饮。

方中桑叶、菊花、薄荷疏风清热；桔梗、杏仁、甘草宣降肺气，止咳化痰；连翘、芦根清热生津。咳嗽甚者，加前胡、瓜蒌、枇杷叶、浙贝母清宣肺气，化痰止咳；表热甚者，加银花、荆芥、防风疏风清热；咽喉疼痛，声音嘎哑，加射干、牛蒡子、山豆根、板蓝根清热利咽；痰黄稠，肺热甚者，加黄芩、知母、石膏清肺泄热；若风热伤络，见鼻衄或痰中带血丝者，加白茅根、生地凉血止血；热伤肺津，咽燥口干，加沙参、麦冬清热生津；夏令暑湿加六一散、鲜荷叶清解暑热。

·风燥伤肺

症状：喉痒干咳，无痰或痰少而粘连成丝，咳痰不爽，或痰中带有血丝，咽喉干痛，唇鼻干燥，口干，常伴鼻塞，头痛，微寒，身热等表证，舌质红干而少津，苔薄白或薄黄，脉浮。

治法：疏风清肺，润燥止咳。

方药：桑杏汤。

方中桑叶、豆豉疏风解表，清宣肺热；杏仁、象贝母化痰止咳；南沙参、梨皮、山栀清热润燥生津。表证较重者，加薄荷、荆芥疏风解表；津伤较甚者，加麦冬、玉竹滋养肺阴；肺热重者，酌加生石膏、知母清肺泄热；痰中带血丝者，加生地、白茅根清热凉血止血。

另有凉燥伤肺咳嗽，乃风寒与燥邪相兼犯肺所致，表现干咳而少痰或无痰，咽干鼻燥，兼有恶寒发热，头痛无汗，舌苔薄白而干等症。用药当以温而不燥，润而不凉为原则，方取杏苏散加味；药用苏叶、杏仁、[前胡](#)辛以宣散；[紫菀](#)、[款冬花](#)、[百部](#)、[甘草](#)温润止咳。若恶寒甚、无汗，可配[荆芥](#)、[防风](#)以解表发汗。

『内伤咳嗽』

·痰湿蕴肺

症状：咳嗽反复发作，尤以晨起咳甚，咳声重浊，痰多，痰粘腻或稠厚成块，色白或带灰色，胸闷气急，痰出则咳缓，气急则轻。常伴体倦，脘痞，腹胀，大便时溏，舌苔白腻，脉濡滑。

治法：燥湿化痰，理气止咳。

方药：二陈汤合三子养亲汤。

二陈汤以半夏、[茯苓](#)燥湿化痰；[陈皮](#)、[甘草](#)理气和中；三子养亲汤以白[芥子](#)温肺利气、快膈消痰；苏子降气行痰，使气降则痰不逆；[莱菔子](#)消食导滞，使气行则痰行。三方合用，则燥湿化痰，理气止咳。临床应用时，尚可加[桔梗](#)、杏仁、[枳壳](#)以宣降肺气；胸闷脘痞者，可加[苍术](#)、[厚朴](#)健脾燥湿化痰；若寒痰较重，痰粘白如泡沫，怯寒背冷，加[干姜](#)、[细辛](#)以温肺化痰；脾虚证候明显者，加[党参](#)、[白术](#)以健脾益气；兼有表寒者，加紫苏、[荆芥](#)、[防风](#)解表散寒。病情平稳后可服六君子汤加味以资调理。

·痰热郁肺

症状：咳嗽气息急促，或喉中有痰声，痰多稠粘或为黄痰，咳吐不爽，或痰有热腥味，或咳吐血痰，胸胁胀满，或咳引胸痛，面赤，或有身热，口干欲饮，舌苔薄黄腻，舌质红，脉滑数。

治法：清热肃肺，化痰止咳。

方药：清金化痰汤。

方中用[黄芩](#)、[知母](#)、山栀、[桑白皮](#)清泄肺热；[茯苓](#)、贝母、[瓜蒌](#)、[桔梗](#)、[陈皮](#)、[甘草](#)化痰止咳；[麦冬](#)养阴润肺以盛咳。若痰热郁蒸，痰黄如脓或有热腥味，加[鱼腥草](#)、[金荞麦根](#)、象贝母、冬瓜仁等清化痰热；胸满咳逆，痰涌，便秘者，加[葶苈子](#)、风化硝泻肺通腑化痰；痰热伤津，咳痰不爽，加北沙参、[麦冬](#)、[天花粉](#)养阴生津。

·肝火犯肺

症状：上气咳逆阵作，咳时面赤，常感痰滞咽喉，咯之难出，量少质粘，或痰如絮状，咳引胸胁胀痛，咽干口苦。症状可随情绪波动而增减。舌红或舌边尖红，舌苔薄黄少津，脉弦数。

治法：清肝泻火，化痰止咳。

方药：黛蛤散合[黄芩](#)泻白散。

方中[青黛](#)、海蛤壳清肝化痰；[黄芩](#)、[桑白皮](#)、[地骨皮](#)清泻肺热；粳米、[甘草](#)和中养胃，使泻肺而不伤津。二方相合，使气火下降，肺气得以清肃，咳逆自平。火旺者加山栀、丹皮清肝泻火；胸闷气逆者加[葶苈子](#)、[瓜蒌](#)、[枳壳](#)利气降逆；咳引胁痛者，加[郁金](#)、[丝瓜络](#)理气和络；痰粘

难咯，加海浮石、贝母、冬瓜仁清热豁痰；火热伤津，咽燥口干，咳嗽日久不愈，酌加北沙参、百合、麦冬、天花粉、诃子养阴生津敛肺。

·肺阴亏耗；

症状：干咳，咳声短促，痰少粘白，或痰中带血丝，或声音逐渐嘶哑，口干咽燥，常伴有午后潮热，手足心热，夜寐盗汗，口干，舌质红少苔，或舌上少津，脉细数。

治法：滋阴润肺，化痰止咳。

方药：沙参麦冬汤。

方中用沙参、麦冬、玉竹、天花粉滋阴润肺以止咳；桑叶轻清宣透，以散燥热；甘草、扁豆补土生金。若久热久咳，可用桑白皮易桑叶，加地骨皮以泻肺清热；咳剧者加川贝母、杏仁、百部润肺止咳；若肺气不敛，咳而气促，加五味子、诃子以敛肺气；咳吐黄痰，加海蛤粉、知母、瓜蒌、竹茹、黄芩清热化痰；若痰中带血，加山栀、丹皮、白茅根、白及、藕节清热凉血止血；低热，潮热骨蒸，酌加功劳叶、银柴胡、青蒿、白薇等以清虚热；盗汗，加糯稻根须、浮小麦等以敛汗。

【转归预后】

咳嗽一般预后好，尤其是外感咳嗽，因其病轻浅，及时治疗多能短时间内治愈。但外感夹燥夹湿者，治疗稍难。因夹湿者，湿邪困脾，久则脾虚而积湿生痰，转成为内伤之痰湿咳嗽；夹燥者，燥邪伤津，久则肺阴亏耗，转成为内伤之阴虚肺燥咳嗽。内伤咳嗽多呈慢性反复发作过程，其病深，治疗难取速效，但只要精心调治亦多能治愈。咳嗽病证若治疗失当，无论外感咳嗽还是内伤咳嗽，其转归总是由实转虚，虚实兼夹，由肺脏而及脾、肾，正所谓肺不伤不咳，脾不伤不久咳，肾不伤不喘，病久则咳喘并作。部分患者病情逐渐加重，甚至累及于心，最终导致肺、心、脾、肾诸脏皆虚，痰浊、水饮、气滞、瘀血互结而病情缠绵难愈，甚至演变成为肺胀。

【预防与调摄】

咳嗽的预防，重点在于提高机体卫外功能，增强皮毛腠理适应气候变化的能力，遇有感冒及时治疗。若常自汗出者，必要时可予玉屏风散服用。咳嗽时要注意观察痰的变化，咳痰不爽时，可轻拍其背以促其痰液咳出，饮食上慎食肥甘厚腻之品，以免碍脾助湿生痰，若属燥、热、阴虚咳嗽者，忌食辛辣动火食品，各类咳嗽都应戒烟，避免接触烟尘刺激。

【结语】

咳嗽分外感咳嗽与内伤咳嗽。外感咳嗽系外感六淫致肺气壅遏不宣；内伤咳嗽或由肺脏自病，肺气虚、肺阴虚致肺不能主气，肃降无权，或因肝、脾、肾等脏腑功能失调，形成痰火犯肺。无论外感咳嗽或内伤咳嗽，共同病机是肺失宣肃，肺气上逆。但外感咳嗽属实，内伤咳嗽则虚实兼见。所以，外感咳嗽以祛邪利肺为治疗原则，即祛风寒、散风热、除风燥以宣降肺气。内伤咳嗽祛邪扶正为治疗原则，分清邪实与正虚的主次，酌用祛痰、清火、清肝、健脾、补肺、益肾等治法，以使肺能主气，宣降有权。要注意外感咳嗽慎用敛肺止咳之法，以免留邪为患；

内伤咳嗽慎用宣散之法以防发散伤正。正璠的调护，如预防感冒、戒烟等对味固疗效、预防复发等有重要意义。

【文献摘要】

《活法机要·咳嗽》：“咳谓无痰而有声，肺气伤而不清也。嗽谓无声而有痰，脾湿动而为痰也。咳嗽是有痰而有声，盖因伤于肺气而咳，动于脾湿因咳而为嗽也。”

《医学三字经·咳嗽》：“（内经）云：五脏六腑皆令人咳，非独肺也。然肺为气之主，诸气上逆于肺则呛而咳，是咳嗽不止于肺，而亦不离乎肺也。”

《医学入门·咳嗽》：“新咳有痰者外感，随时解散；无痰者便是火热，只宜清之。久咳有痰者燥脾化痰，无痰者清金降火。盖外感久则郁热，内伤久则火炎，俱宜开郁润燥。苟不治本而浪用兜铃、粟壳涩剂，反致缠绵。”

《景岳全书·咳嗽》：“外感之邪多有余，若实中有虚，则宜兼补以散之。内伤之病多不足，若虚中挟实，亦当兼清以润之。”

《明医杂著·论咳嗽证治》：“治法须分新久虚实。新病风寒则散之，火热则清之，湿热则泻之。久病便属虚、属郁，气虚则补气，血虚则补血，兼郁则开郁，滋之、润之、敛之则治虚之法也。”

《医门法律·咳嗽》：“凡邪盛咳频，断不可用劫涩药，咳久势衰，其势不锐，方可涩之。”

《医约·咳嗽》：“咳嗽毋论内外寒热，凡形气病气俱实者，宜散宜清，宜降痰，宜顺气。若形气病气俱虚者，宜补宜调，或补中稍佐发散清火。”

【现代研究】

外感咳嗽的临床研究

赵氏认为大凡咳嗽声重而不扬的多是肺气不宣，咳嗽低微而不扬的多是肺气不足，暴咳音哑的多是肺实，久咳音嘶的多是肺虚。治疗外感咳嗽力求因势利导，调肺气，祛外邪，使肺之宣发、肃降功能恢复正常[辽盛中医杂志 1998;25(3):101]。晁氏认为外感咳嗽，为外邪在肺，多以肺实、肺气失宣为主为先，肺失肃降为辅为后。因此，外感咳嗽初期的治疗，主张宣降结合，以宣为主，重视宣散。“宣”者宣发、宣解、宣透；“降”者降逆、降气，即宣发在表在肺之邪，降其上逆之气。宣发常用麻黄、桔梗、白前等；降气常用苏子、紫菀、前胡、冬花、杏仁、枇杷叶等[北京中医药大学学报 1997;20(2):60]。

王氏以化痰通肺熄风解痉为主，化痰止咳为辅，用毛冬青、丹参、桃仁、地龙、虎杖、钩藤、白僵蚕、百部、葶苈子、桔梗为基本方，治疗痉咳（由肺炎支原体引起的呼吸道和肺部的急性炎症，抗生素及一般止咳药疗效不满意）38例，全部治愈，咳嗽及体征消失[辽盛中医杂志 1998;25(3):121L]

蔺氏以金鱼止嗽汤（金银花生石膏、鱼腥草、桑叶、生黄芩、炙麻黄、桔梗、薄荷、杏仁、川贝、生甘草），随症加味，治疗支气管炎 96 例，结果：痊愈 82 例占 85.4%，好转 11 例占

11.45%，无效3例占3.14%，总有效率96.86%[四川中医 1996;14(5):26] 朱氏以清肺饮(板蓝根、贯盖、鱼腥草、矮地茶等)治疗急慢性支气管炎痰热咳嗽321例，结果：临床控制105例，显效100例，好转83例，无效33例，总有效率89.76%。咳嗽有效率为87.5%，咯痰有效率为87.8%，气喘有效率为78.0%[辽盛中医杂志 1998;25(4):167]。

任氏以补肺阿襟汤(阿襟、甘草、马兜铃、牛蒡子、杏仁)加味，治疗燥咳34例。结果：痊愈27例，好转5例，无效2例[陕西中医函授 1991;(6):25]。

·内伤咳嗽的临床研究

内伤咳嗽属“积年久咳”，以慢性支气管炎及某些慢性肺部疾患所致的咳嗽为多见。

王氏治疗老年慢性支气管炎的经验是分期论治。发作期：治宜宣透肺邪，第饮化痰，药用僵蚕、蝉衣、荆芥、百部、紫菀、半夏、陈皮、白前、生甘草等，随症加味；缓解期：治宜扶正固本、清透余邪，药用南沙参、北沙参、炙甘草、当归、丹参、白术、白芍、僵蚕、百部、白前等，随症加味治疗156例，结果：临床控制37例，显效53例，好转46例，无效20例，总有效率87.2%。其中69例3年远期疗效结果：治愈12例，显效28例，好转22例，无效7例，总有效率89.9%[上海中医药杂志 1991;(9):18]。

李氏以久嗽一服饮(紫菀、款冬花、杏仁、半夏、紫苏叶、阿襟、乌梅、谷芽、百部、甘草、生姜)为基本方，治疗喉源性咳嗽138例，并与西药先锋霉素 襟囊、抗病毒口服液、咳特璠片治疗对照72例。结果：中药治疗组治愈89例(64.5%)，好转38例，无效11例，总有效率92%；西药对照组治愈14例(19.4%)，好转23例，无效35例，总有效率为51.4%，治疗组治愈率和总有效率均高于对照组，有非常显著性差异($P < 0.01$) [中医杂志 1998;39(2):82] 沈氏自拟祛风清降汤(防风、蝉衣、苍耳子、夏枯草、丹皮、生山栀、砂香、生赭石、元参、生地、麦冬)治疗喉源性咳嗽112例，结果：临床治愈32例(28.6%)，显效58例(51.8%)，好转16例(14.3%)，无效6例(8.3%) [实用中医药杂志 1997;(1):13]。王氏以加味止咳散(桔梗、炙麻黄、白前或前胡、荆芥、陈皮、杏仁、炙紫菀、蒸百部、木蝴蝶、炙甘草)随症加味，治疗顽固性干咳240例，结果：痊愈229例(95.4%)，无效11例[河南中医 1995;15(6):357]。

张氏自拟温肺抗寒合剂治疗顽固性咳嗽17例，本组患者均有多种抗原过敏，以尘螨及夏秋花粉为主，本品以附子、黄芩、桃仁、炙麻黄、细辛、虎耳草、蜈蚣、全蝎，制成合剂，治疗期间不用抗生素、抗过敏制剂、镇咳化痰药。治疗1个月，结果：治愈8例，临控、好转各4例，无效1例。S₁GE、I₁GA、I₁G₁C、I₁GM均显著下降，肺活量、第一秒钟用力肺活量均显著提高($P < 0.001$ 或 0.01) [上海中医药杂志 1995;(9):20]。张氏以柴胡二陈汤(柴胡、黄芩、法半夏、陈皮、茯苓、枳椏、桔梗、紫菀、款冬花、党参、甘草)随症加味，治疗慢性支气管炎70例，结果：临床痊愈65例，好转5例[湖北中医杂志 1995;17(6):121]。

隋氏以古方柴前梅连散(柴胡、前胡、乌梅、薤白、杏仁、南沙参、甘草、胡黄连，风寒加麻黄、嫩白薇)加味，治疗伤风不醒之风劳咳嗽120例，病程最短者11天，最长者2个月，平均31.6天。结果120例全部治愈[湖北中医杂志 1997;19(3):29]。曾氏以消咳方，药用防风、荆芥、僵蚕、桔梗、杏仁、白前、紫菀、百部、款冬花、茯苓、橘红、甘草，随证加味，治疗顽固性

(病程 20 天-半年)咳嗽 86 例。结果:治疗 1 个疗程咳嗽完全消失者 20 例,好转 45 例;治疗 2 个疗程咳嗽完全消失者 68 例,好转 45 例;治疗 3 个疗程后,除 7 例尚有少许咳嗽外,其余全部治愈[浙江中医杂志 1998;(3):126]信邱氏以自拟速效久嗽散(旋覆花、姜炙旱半夏、荆芥、薄荷、生芫子、麻黄、桔梗、前胡、生白芍、生甘草、干姜)治疗外感后久咳 600 例,临床治愈 582 例占 97%,显效 18 例占 3%,总有效率 100%[辽盛中医杂志 1998;25(4):166]陈氏以疏肝化痰法(柴胡、白芍、枳壳、丹参、地龙、枇杷叶、杏仁、桔梗、百部、炙紫菀、炙甘草)治疗外感后久咳 76 例,痊愈 50 例,好转 21 例,无效 5 例,总有效率 93.4%[江苏中医 1998;(3):41]。

第二节 哮喘

哮喘是由于宿痰伏肺，遇诱因或感邪引触，以致痰阻气道，肺失肃降，痰气搏击所引起的发作性痰鸣气喘疾患。发作时喉中哮喘有声，呼吸气促困难，甚至喘息不能平卧为主要表现。

哮喘是内科常见病证之一，在我国北方更为多见，一般认为本病发病率约占人口的2%左右。中医药对本病积累了丰富的治疗经验，方法多样，疗效显著，它不仅可缓解发作时的症状，而且通过扶正治疗，达到祛除夙根，控制复发的目的。

《内经》虽无哮喘之名，但有“喘鸣”、“够胎”之类的记载，与本病的发作特点相似。

汉·《金匮要略》将本病称为“上气”，不仅具体描述了本病发作时的典型症状，提出了治疗方药，而且从病理上将其归属于痰饮病中的“伏饮”，堪称后世顽痰伏肺为哮喘夙根的渊藪。隋·《诸病源候论》称本病为“呷嗽”，明璠指出本病病理为“痰气相击，随嗽动息，呼呷有声”，治疗“应加消痰破饮之药”。直至元代朱丹溪才首创“哮喘”病名，阐明病机专主于痰，提出“未发以扶正气为主，既发以攻邪气为急”的治疗原则，不仅把本病从笼统的“喘鸣”、“上气”中分离出来，成为一个独立的病名，而且奠定了本病的施治要领。明·《医学正传》进一步对哮喘与喘作了明璠的区别。后世医家鉴于哮喘必兼喘，故一般通称“哮喘”，为与喘病区分故定名为“哮喘”。

根据本病的定义和临床表现，本病相当于西医学的支气管哮喘，西医学的喘息性支气管炎、或其他急性肺部过敏性疾患所致的哮喘均可参考本病辨证论治。

【病因病机】

哮喘的发生，为宿痰内伏于肺，每因外感、饮食、情志、劳倦等诱因而引触，以致痰阻气道，肺失肃降，肺气上逆，痰气搏击而发出痰鸣气喘声。

1. 外邪侵袭外感风寒或风热之邪，失于表散，邪蕴于肺，壅阻肺气，气不布津，聚液生痰。《临证指南医案·哮喘》说：“宿哮喘……哮喘之病，……寒人背脊，内合肺系，宿邪阻气阻痰。”他如吸入风媒花粉、烟尘、异味气体等，影响肺气的宣发，以致津液凝痰，亦为哮喘的常见病因。

2. 饮食不当具有特禀体质的人，常因饮食不当，误食自己不能食的食物，如海鳗鱼蟹虾等发物，而致脾失健运，饮食不归正化，痰浊内生而病哮喘，故古有“食哮喘”、“鱼腥哮喘”、“卤哮喘”、“糖哮喘”、“醋哮喘”等名。

3. 体虚及病后体质不强，有因家族禀赋而病哮喘者，如《临证指南医案·哮喘》指出有“幼稚天哮喘”。部分哮喘患者因幼年患麻疹、顿咳，或反复感冒，咳嗽日久等病，以致肺气亏虚，气不化津，痰饮内生；或病后阴虚火旺，热蒸液聚，痰热襟固而病哮喘。体质不强多以肾虚为主，而病后所致者多以肺脾虚为主。

上述各种病因，既是引起本病的重要原因，亦为每次发作的诱因，如气候变化、饮食不当、情志失调、劳累过度等俱可诱发，其中尤以气候因素为主。诚如《症因脉治·哮喘》所说：“哮喘

之因，痰饮留伏，结成巢臼，潜伏于内，偶有七情之犯，饮食之伤，或外有时令之风寒束其肌表，则哮喘之症作矣。”哮喘的病理因素以痰为主，丹溪云：“哮喘专主于痰。”

痰的产生，由于上述病因影响及肺、脾、肾，肺不能布散津液，脾不能运化精微，肾不能蒸化水液，以致津液凝聚成痰，伏藏于肺，成为发病的潜在“夙根”，因各种诱因而引发。

哮喘发作的基本病理变化为“伏痰”遇感引触，邪气触动停积之痰，痰随气升，气因痰阻，痰气壅塞于气道，气道狭窄挛急，通畅不利，肺气宣降失常而喘促，痰气相互搏击而致痰鸣有声。《证治汇补·哮喘》说：“因内有壅塞之气，外有非时之感，膈有襟固之痰，三者相合，闭拒气道，搏击有声，发为哮喘。”《医学实在易·哮喘证》也认为哮喘为邪气与伏痰“狼狈相因，窒塞关隘，不容呼吸，而呼吸正气，转触其痰，鼾响有声。”由此可知，哮喘发作时的病理环节为痰阻气闭，以邪实为主。由于病因不同，体质差异，又有寒哮、热哮之分。哮因寒诱发，素体肺虚，痰从寒化，属寒痰为患则发为冷哮；若因热邪诱发，素体肺盛，痰从热化，属痰热为患则发为热哮。或由痰热内郁，风寒外束，则为寒包火证。寒痰内郁化热，寒哮亦可转化为热哮。

若哮喘反复发作，寒痰伤及脾肾之阳，痰热伤及肺肾之阴，则可从实转虚。于是，肺虚不能主气，气不布津，则痰浊内蕴，并因肺不主皮毛，卫外不固，而更易受外邪的侵袭诱发；脾虚不能转输水津上归于肺，反而积湿生痰；肾虚精气亏乏，摄纳失常，则肺虚水泛为痰，或阴虚火灼津生痰，因肺、脾、肾虚所生之痰上贮于肺，影响肺之宣发肃降功能。可见，哮喘为本虚标实之病，标实为痰浊，本虚为肺脾肾虚。因痰浊而导致肺、脾、肾虚衰；肺、脾、肾虚衰又促使痰浊生成，使伏痰益固，且正虚降低了机体抗御诱因的能力。本虚与标实互为因果，相互影响，故本病难以速愈和根治。发作时以标实为主，表现为痰鸣气喘；在间歇期以肺、脾、肾等脏器虚弱之候为主，表现为短气、疲乏，常有轻度哮喘。若哮喘大发作，或发作呈持续状态，邪实与正虚错综并见，肺肾虚而痰浊又复壅盛，严重者因不能治理调节心血的运行，命门之火不能上济于心，则心阳亦同时受累，甚至发生“喘脱”危候。

【临床表现】

痰阻气道，肺失肃降，痰气搏击引起的喉中哮喘有声，呼吸急促困难，甚则喘息不能平卧等，是哮喘的基本证候特征。本病呈发作性，发作突然，缓解迅速，一般以傍晚、夜间或清晨为最常见，多在气候变化，由热转寒，及深秋、冬春寒冷季节发病率高。发作前或有鼻痒、咽痒、喷嚏、流涕、咳嗽、胸闷等先兆症状。发作时病人突感胸闷窒息，咳嗽，迅即呼吸气促困难，呼气延长，伴有哮喘，为阵发性轻喘，病人被迫坐位，双手前举，张口抬肩，烦躁汗出，甚则面青肢冷。发作可持续数分钟、几小时或更长。由于感受病邪的不同，发作时病人除具上述证候特征外，还可呈现或寒或热的证候。

哮喘反复发作，正气必虚，故哮喘缓解期多表现为肺、脾、肾虚的症状。

【诊断】。

1. 呈发作性,发无定时,以夜间为多,但有个体差异,发作与缓解均迅速,多为突然而起,或发作前有鼻塞、喷嚏、咳嗽、胸闷等先兆。每因气候变化、饮食不当、情志失调、疲乏等因素而诱发。

2. 发作时喉中哮鸣有声,呼吸困难,甚则张口抬肩。不能平卧,或口唇指甲紫绀。

3. 哮喘病的发作常有明显的季节性,一般发于秋初或冬令者居多,其次是春季,至夏季则缓解。但也有常年反复发作作者。

4. 缓解期可有轻度咳嗽、咯痰、呼吸急迫等症状,但也有毫无症状者;久病患者,缓解期可见咳嗽、咯痰、自汗、短气、疲乏、腰膝酸软等症状。

5. 大多起于童稚之时,有反复发作史,有过敏史或家族史。

6. 发作时,紫肺可闻及哮鸣音,或伴有湿啰音。

7. 嗜嗜酸性粒细胞可增高,痰液涂片可见嗜酸细胞。

8. 胸部 X 线检查一般无特殊改变,久病可见肺气肿影象改变,查体可见肺气肿体征。

[鉴别诊断 1

1. 喘病哮喘与喘病都有呼吸急促的表现,哮必兼喘,而喘未必兼哮。喘以气息言,以呼吸急促困难为主要特征;哮以声响言,以发作时喉中哮鸣有声为主要临床特征。哮为一种反复发作的独立性疾病,喘证并发于急慢性疾病过程中。

2. 支饮支饮虽然也有痰鸣气喘的症状,但多系部分慢性咳嗽经久不愈,逐渐加重而成,病势时轻时重,发作与间歇界限不清,咳和喘重于哮鸣,与哮喘病间歇发作,突然发病,迅速缓解,哮吼声重而咳轻,或不咳,紫者有显著的不同。

[辨证论治]

辨证要点

1. 辨虚实本病属邪实正虚,发作时以邪实为主,未发时以正虚为主,但久病正虚者,发时每多虚实错杂,故当按病程新久及全身症状以辨明虚实主次。虚证当进一步明虚之阴属性和虚之脏腑所在。

2. 分寒热实证需分清痰之寒热以及是否兼有表证的不同。

治疗原则

(丹溪治法心要·喘):“未发以扶正气为要,已发以攻邪为主。”故发作时治标,平时治本是本病的治疗原则。发作时痰阻气道为主,故治以祛邪治标,豁痰利气,但应分清痰之寒热,寒痰则温化宣肺,热痰则清化肃肺,表证明显者兼以解表。平时正虚为主,故治以扶正固本,但应分清脏腑阴属,属气虚者予以温补,阴虚者予以滋养,肺虚者补肺,脾虚者健脾,肾虚者益肾,以冀殊轻、殊少或控制其发作。至于病深日久,发时虚实兼见者,不可拘泥于祛邪治标,当标本兼顾,攻补兼施,寒热错杂者,当温清并用。(景岳全书·喘促)说:“扶正气者,须辨阴属,阴虚者补其阴,属虚者补其属。攻邪气者,须分微甚,或散其风,或温其寒,或清其火。然发久

者，气无不虚……若攻之太过，未有不致日甚而危者。”堪为哮喘辨治的要领、临证应用的准则。

分证论治

『发作期』

寒哮

症状：呼吸急促，喉中哮鸣有声，胸膈满闷如窒，咳不甚，痰少咳吐不爽，白色粘痰，口不渴，或渴喜热饮，天冷或遇寒而发，形寒怕冷，或有恶寒，喷嚏，流涕等表寒证，舌苔白滑，脉弦紧或浮紧。

治法：温肺散寒，化痰平喘。

方药：[射干麻黄汤](#)。

本方用[射干](#)、[麻黄](#)宣肺平喘，豁痰利咽；[细辛](#)、半夏、[生姜](#)温肺策饮降逆；[紫菀](#)、[款冬花](#)、[甘草](#)化痰止咳；[五味子](#)收敛肺气；[大枣](#)和中。痰涌喘逆不能平卧者，加[葶苈子](#)、苏子、杏仁泻肺降逆平喘。若表寒里饮，寒象较甚者，可用小青龙汤解表化痰，温肺平喘。若痰稠襟固难出，哮喘持续难平者，加[猪牙皂](#)、白[芥子](#)豁痰利窍以平喘。

若哮喘甚剧，恶寒背冷，痰白呈小泡沫，舌苔白而水滑，脉弦紧有力，体无虚象，属典型寒实证者，可服紫金丹。本方由主药砒石配豆畔而成，有劫痰定喘之功，对部分患者奏效较快，每服米粒大5-10粒(<150mg)，临睡前冷茶送下，连服5-7日；有效需续服者，停药数日后再服。由于砒石大热大毒，热哮、有肝肾疾病、出血、孕妇忌用；服药期间忌酒，并须严密观察毒性反应，如见呕吐、腹泻、眩晕等症立即停药；再者本药不可久用，且以寒冬季节使用为宜。

病久肺虚，发作频繁，发时喉中痰鸣如鼾，声低，气短不足以息，咯痰清稀，面色苍白，汗出肢冷，舌淡苔白，脉砒细者，当标本同治，温肺补虚，降气化痰，用苏子降气汤，酌配[黄芩](#)、[山萸肉](#)、[紫石英](#)、[降香](#)、[诃子](#)之类；肺虚者，伍以[附子](#)、[补骨脂](#)、[钟乳石](#)等温补肾肺。

热哮

症状：气粗息涌，喉中痰鸣如吼，胸高胁胀，张口抬肩，咳呛阵作，咯痰色黄或白，粘浊稠厚，排吐不利，烦闷不安，汗出，面赤，口苦，口渴喜饮，舌质红，苔黄腻，脉弦数或滑数。

治法：清热宣肺，化痰定喘。

方药：定喘汤。

方用[麻黄](#)、杏仁宣降肺气以平喘；[黄芩](#)、[桑白皮](#)清肺热而止咳平喘；半夏、[款冬花](#)、苏子化痰止咳，降逆平喘；[白果](#)敛肺气以定喘，且可防[麻黄](#)过于耗散之弊；[甘草](#)和中，调和诸药。全方合用，宣、清、降俱备，共奏清热化痰，宣降肺气，平喘定哮之功。若痰稠襟粘，酌加[知母](#)、[浙贝母](#)、海蛤粉、[瓜蒌](#)、胆南星之类以清化热痰。气息喘促，加[葶苈子](#)、[地龙](#)泻肺清热平喘。内热壅盛，加石膏、银花、[鱼腥草](#)以清热，大便秘结，加[大黄](#)、[芒硝](#)通腑利肺。表寒里热，加[桂枝](#)、[生姜](#)兼治表寒。

若病久热盛伤阴，痰热不净，虚实夹杂，气急难续，咳呛痰少质粘，口燥咽干，烦热颧红，舌红少苔，脉细数者，又当养阴清热，敛肺化痰，可用麦门冬汤。偏于肺阴不足者，酌加沙参、冬虫夏草、[五味子](#)、[川贝母](#)；肾虚气逆，酌配[地黄](#)、山萸肉、胡桃肉、[紫石英](#)、[诃子](#)等补肾纳气定喘。

若哮喘发作时寒与热俱不显著，但哮喘咳嗽甚剧，胸高气满，但坐不得卧，痰涎壅盛，喉如曳锯，咯痰粘腻难出，舌苔厚浊，脉滑实者，此为痰阻气壅，痰气壅盛之实证，当涤痰除壅，降气利窍以平喘逆，用三子养亲汤加[葶苈子](#)、[厚朴](#)、杏仁，另吞皂荚丸以利气涤痰，必要时可加[大黄](#)、[芒硝](#)以通腑泻实。

若久病正虚，发作时邪少虚多，肺肾絳亏，痰浊壅盛，甚至出现张口抬肩，鼻煽气促，面青，汗出，肢冷，脉浮大无根等喘脱危候者，当参照喘病之喘脱救治。

『缓解期』

·肺虚·

症状：气短声低，动则尤甚，或喉中有轻度哮喘声，咳痰清稀色白，面色觥白，常自汗畏风，易感冒，每因劳倦、气候变化等诱发哮喘，舌淡苔白，脉细弱或虚大。

治法：补肺固卫。

方药：玉屏风散。--

方中[黄芩](#)益气固表；[白术](#)健脾补肺；[防风](#)亦名“屏风”，（本草纲目·[防风](#)）说：“防者，御也，……屏风者，[防风](#)隐语也。”可见，[防风](#)有屏蔽御邪之功效。李东垣说：“[防风](#)能制[黄芩](#)，[黄芩](#)得[防风](#)其功愈大，乃相畏而相使者也”。若怕冷畏风明显，加[桂枝](#)、[白芍](#)、姜、枣调和营卫。肺虚甚者，加[附子](#)助[黄芩](#)温肺益气。若气阴絳虚，咳呛，痰少质粘，口咽干，舌质红者，可用生脉散加北沙参、[玉竹](#)、[黄芩](#)等益气养阴。

·脾虚·

症状：平素痰多气短，倦怠无力，面色萎黄，食少便溏，或食油腻易于腹泻，每因饮食不当则易诱发哮喘，舌质淡，苔薄腻或白滑，脉细弱。

治法：健脾化痰。

方药：六君子汤。

方中[党参](#)、[茯苓](#)、[白术](#)、[甘草](#)补气健脾；[陈皮](#)、半夏理气化痰。若形寒肢冷便溏者，可加[干姜](#)、[桂枝](#)以温脾化饮，甚者加[附子](#)以振奋脾脏。脾肺絳虚者，可与玉屏风散配合应用。

·肾虚·

症状：平素短气息促，动则尤甚，吸气不利，或喉中有轻度哮喘，腰膝酸软，脑转耳鸣，劳累后易诱发哮喘。或畏寒肢冷，面色苍白，舌淡苔白，质胖嫩，脉象磅细。或颧红，烦热，汗出粘手，舌红苔少，脉细数。

治法：补肾摄纳。；

方药：金匱肾气丸或七味都气丸。

前方偏于温肾助肺，后方偏于益肾纳气。肺虚明显者，肾气丸加**补骨脂**、仙璣脾、**鹿角片**；阴虚明显者，七味都气丸加**麦冬**、**当归**、龟板。肾虚不能纳气者，胡桃肉、冬虫夏草、**紫石英**等补肾纳气之晶随证加入，喘甚时予**人参蛤蚧散**。有痰者，酌加苏子、半夏、**橘红**、贝母等以化痰止咳。

若平时无明显症状，可用平补肺肾之剂，如**党参**、**黄芩**、**五味子**、胡桃肉、冬虫夏草、**紫河车**之类，并可酌配化痰之品。

另外，白**芥子**敷贴法对**絀少**和控制哮喘的发作也有一定疗效。其方法是将白**芥子**、**延胡索**各20g，甘遂、**细辛**各10g，共为末，加**麝香**0.6g，和匀，在夏季三伏中，分三次用姜汁调敷肺俞、膏肓、百劳等穴，约1-2小时去之，每10日敷1次。

【转归预后】

本病经常反复发作，病情顽固，蔓延难愈，尤其中老年、体弱久病者，难以根除，可发展为肺胀。部分中老年患者，通过**理地**生活可以自愈。部分儿童、青少年至成年时，肾气日盛，正气渐充，辅以药物治疗，可以终止发作。若哮喘大发作，持续不解，可能转为喘脱或内闭外脱，预后较差，应及时中西医结合救治。

【预防与调摄】

预防方面，注重宿根的形成及诱因的作用，故应注意气候影响，做好防寒保暖，防止外邪诱发。避免接触刺激性气体及易致过敏的灰尘、花粉、食物、药物和其他可疑**理物**。宜戒烟酒，饮食宜清淡而富营养，忌生冷、肥甘、辛辣、海**理**发物等，以免伤脾生痰。防止过度疲劳和情志刺激。鼓励患者根据个人身体情况，选择**太**理**拳**、内养功、八段锦、散步或慢**理**、呼吸体操等方法长期锻炼，增强体质，预防感冒。在调摄方面，哮喘发作时，尚应密切观察哮喘、喘息、咳嗽、咯痰等病情的变化，哮喘咳嗽痰多、痰声漉漉或痰粘难咯者，用拍背、雾化吸入等法，助痰排出。对喘息哮喘，心中悸动者，应限制活动，防止喘脱。

【结语】

哮喘是一种发作性的痰鸣气喘疾病，以喉中哮喘有声，呼吸急促困难为临床特征。病理因素以痰为主，痰伏于内，因感引发。发作时，痰阻气道，痰气相搏，肺气失于肃降，表现为邪实之证；反复久发，气阴耗损，肺、脾、肾渐虚，则在平时表现为正虚之证，大发作时可见邪实正虚的错杂表现。故辨治原则是根据疾病的新久，已发未发，区别邪正缓急，虚实主次治疗。发时治标，缓则治本。发时以祛邪利肺为主，但要注意证候的寒热，以及寒热相兼，寒热转化，是否虚实错杂等情况，进行治法、方药的调整。未发时以扶正为主，但要注意气阴之**理**，肺、脾、肾之**理**，在抓住重点的基础上，适当兼顾。其中尤以补肾最为重要，因肾为先天之本，五脏之根，精气充足则根本得固。补肺可加强卫外功能，防止外邪入侵。

补脾可杜绝生痰之源。因此治本可以**絀轻**、**絀少**或控制哮喘发作。哮喘的预防，在于增强体质，增强抗邪能力，**絀少**宿痰的产生和避免触发因素对患者的侵袭，以**絀少**发作机会。

【文献摘要】

《诸病源候论·气病诸候。上气喉中如水鸡鸣候》：“肺病令人上气，兼胸膈喘满，气行壅滞，喘息不调，致咽喉有声，如水鸡之鸣也。”

《医宗必读·喘》：“喘者，促促气急，喝喝痰声，张口抬肩，摇身撷肚。短气者，呼吸虽急，而不能接续，似喘而无痰声，亦不能抬肩，但肺壅不能下。哮者与喘相类，但不似喘开口出气之多，而有呀呷之音，……三证当详辨。”

《景岳全书·喘促》：“喘有夙根，遇寒即发，或遇劳即发者，亦名哮喘。未发时以扶正气为主，既发时以攻邪气为主，扶正气须辨阴腑，阴虚者补其阴，腑虚者补其腑。攻邪气者，或于温补中宜量加消散。此等证候，当眷眷以元气为念，必使元气渐充，庶可望其渐愈，若攻之太过，未有不致日甚而危者。”

《医学统旨》：“大抵哮喘，未发以扶正为主，已发以攻邪气为主。亦有痰气壅盛壮实者，可用吐法。大便秘结，服定喘药不效，而用利导之药而安者。必须使薄滋味，不可纯用凉药，亦不可多服砒毒劫药，珥若受伤，追悔何及。”

《时方妙用·哮喘证》：“哮喘之病，寒邪伏于肺俞，痰窠结于肺膜，内外相应，一遇风寒暑湿燥火六气之伤即发，伤酒伤食亦发，动怒动气亦发，劳役房劳亦发。”

【现代研究】

1. 祛邪利肺哮喘为邪气、痰浊壅塞，阻碍气机，气道窄隘，上逆之气与痰、邪相搏击有声所致，故祛邪利肺为哮喘研究的重要内容。或祛痰降气、或宣肺散寒、或清热化痰等法以利肺气。王氏以治喘汤（海藻、桂枝、赤芍、半夏、杏仁、制川乌、麻黄、干姜、北细辛、五味子、制南星、百部、芫花、藜芦、甘草、柏树果）治疗哮喘 374 例，结果：治愈 269（70.2%）例，好转 102（28.9%）例，无效 3（0.9%）例，总有效率 99.1%[四川中医 1995；13（4）：21]。褚氏以清热定喘汤（白果、麻黄、苏子、杏仁、葶苈子、桑白皮、黄芩、半夏、款冬花、甘草、生石膏、鱼腥草）治疗支气管哮喘 70 例，结果：临床控制 28 例，显效 32 例，无效 10 例，临床观察小儿疗效优于成人疗效（ $P < 0.01$ ）。治疗后 LPO 值显著降低（ $P < 0.01$ ），小儿 SOD 活性显著升高（ $P < 0.05$ ）[中国中西医结合杂志 1995；15（4）：240]。苏氏对哮喘发作期以通腑法治疗。寒哮用工号方：生大黄、瓜蒌、苏子、杏仁、炙麻黄、细辛；热哮用工号方：生大黄、瓜蒌、苏子、杏仁、炙麻黄、生石膏。7-10 日为 1 疗程。结果：临床控制 6 例，显效 32 例，好转 15 例，无效 5 例，总有效率 91.4%[北京中医药大学学报 1995；18（5）：64]。

2. 雾化吸入治疗中药雾化吸入，可以提高气管局部的药物浓度，改善局部炎症，减轻气管痉挛，稀释痰液，有利祛痰和改善哮喘状态。高氏以三子养亲汤加味（苏子、白芥子、莱菔子、葶苈子、细辛、麻黄、天竺黄、胆南星、陈皮、丹参、甘草）雾化吸入，治疗支气管哮喘 53 例，对照组 49 例，用庆大霉素、糜蛋白酶、地塞米松雾化吸入治疗，结果：紫组均缓解，平均缓解时间分别为 2.08、4.2 日[陕西中医 1995；16（4）：148]。陈氏用双麻贝雾化剂（金银花、连翘、黄芩、麻黄、浙贝）超声雾化吸入，同时用穿琥盛、双黄连粉、清开灵针剂加生理盐水静滴；西

药对照组 100 例,用庆大霉素、 α -糜蛋白酶、蜂茶绿加生理盐水雾化吸入;空白对照组用生理盐水雾化吸入,紫对照组均常规用青霉素、先锋霉素类治疗。结果:三组分别临床控制 18、17、2 例,显效 36、37、11 例,有效 42、40、12 例,无效 4、6、25 例,总有效率 96%、94%、50%,本组疗效优于空白对照组($P < 0.01$) [新中医 1995;27(10):29] 信

3. 扶正祛邪在补益肺肾(尤以补肾为多)中配以化痰降逆之法,是哮喘临床研究的重要内容。杜氏以半夏定喘汤(半夏、[陈皮](#)、[葶苈子](#)、[白茯苓](#)、[黄芩](#)、[党参](#)、[白术](#)、[山药](#)、[桔梗](#)、杏仁、[麻黄](#)、[甘草](#)、[生黄芩](#))随症加药,治疗支气管哮喘 85 例,结果:显效 31 例,有效 45 例,无效 9 例,总有效率 89.4% [陕西中医 1995;16(4):145] 邹氏等将 68 例寒性哮喘患者随机分为紫组,中药组 34 例用温肺通络合剂([红参](#)、附片、[淫羊藿](#)、[干姜](#)、[炙黄芩](#)、[当归](#)、[炙麻黄](#)、[远志](#)、[桑白皮](#)、生石膏、[五味子](#)、[炙甘草](#)),对照组用舒喘灵片和二丙酸倍氯米松气雾剂。结果中药组近期总有效率与对照组比较无显著性差异($P > 0.05$)。停药 1 年后随访,中药组临床治愈率明显优于对照组($P < 0.05$)。中药组在消除虚寒症状、改善肺通气功能、调节外周血液淋巴细胞 β 肾上腺素能受体、降低血清中 5-羟色胺浓度方面优于对照组($P < 0.05$ - $P < 0.01$) [中国中西医结合杂志 1996;16(9):529]

许氏等为探讨扶正法在治疗哮喘发作中的作用,对寒哮、热哮患者各采用治标(寒哮用:小青龙汤加味;热哮用定喘汤加味)或标本兼治(寒哮用补肺定喘汤:[麻黄](#)、[细辛](#)、苏子、杏仁、[陈皮](#)、半夏、[黄芩](#)、[太子参](#)、[补骨脂](#)、仙璣脾等;热哮用清肺补肾汤:[黄芩](#)、[射干](#)、杏仁、[金荞麦根](#)、[桑白皮](#)、[麻黄](#)、[生甘草](#)、生地、[黄芩](#)、[麦冬](#)、[补骨脂](#)、山萸肉等)。结果显示:紫个标本兼治组的显效率均高于相应的治标组;治疗后紫个标本兼治组的 1 秒钟用力呼气量、最大气流速较紫个治标组变化显著;携带人类白细胞 类抗原的细胞比例下降;T 淋巴细胞对特异性过敏原的反应减弱;嗜绿细胞释放能力下降,而紫个治标组上述几个指标无明显变化。提示扶正法在缓解哮喘发作中发挥了显著的免疫调节作用 [中国中西医结合杂志 1996;16(4):198] 綵氏等用咳喘落([麻黄](#)、[制附子](#)、[细辛](#)、虎耳草、[黄芩](#)、[桃仁](#))治疗哮喘 98 例,显效率为 77%,总有效率为 89%,肺功能 FEV₁、FEV₁% 等指标显著改善。患者血浆血栓素(TXB₂)、白三烯 C₄、D₄、6-K-PGF₁、(6-酮-前列腺素 I₂) 等炎症介质含量明显下降 [中国中医基础医学杂志 1997;3(6):36];

4. 预防研究张氏以安喘舒([黄芩](#)、[防风](#)、[白术](#)、[白芍](#)等)片,治疗哮喘缓解期病人 200 例,治疗期间不用其他药物,治疗 3-6 个月,病情重者 1 年,结果:治愈 123 例(61.5%),显效 48 例(24%),有效 26 例(13%),无效 3 例(1.5%)。实验表明,安喘舒对豚鼠“Ach H 性哮喘”有平喘作用,能防止哮喘发生,其结果与临床一致 [中国医药学报 1995;10(1):61]。许氏以温肺片([附子](#)、生地、熟地、仙璣脾、[菟丝子](#)、[补骨脂](#)等)防治支气管哮喘,观察 142 例,于每年 7 月底-10 月底口服本品,经 1-6 年治疗,显效 56.3%,总有效率 93.7%。治疗时间越长,疗效越显著,连续服药 5-6 年者 26 例其显效率 77%,停药 2-4 年后仍保持一定疗效。肾虚和无特殊见证型疗效优于脾虚和脾肾紫虚型 [上海中医药杂志 1989;(12):4]。许氏以盛喘冲剂(附片、熟地、[巴戟天](#)、[麻黄](#)、[黄芩](#)、苏子等)对 31 例患者于发作前 2 个月预防性治疗,21 例患者用安

慰剂对照,结果:紫组总有效率分别为 87.1%、19% ($P<0.01$);肺功能 FEV1%、Pc20(mg 每 ml)紫组比较有显著性差异($P<0.05$)[中国医药学报 1995;10(5):15]。

田氏采用“伏天”(即入伏后,在初、中、末伏中)穴位外敷中药和内服中药治疗支气管哮喘缓解期。外敷中药1法用生半夏、甘遂、[细辛](#)、[白芥子](#)等研末,使用前以姜汁调成膏状绿豆或黄豆大小(视年龄、皮肤坚嫩而定),按主症及病情取天突、膻中、风门、天柱、定喘、肺俞、膈俞、曲池、丰隆等穴,以 2cm 见方之伤湿止痛膏固定,6-8 小时去掉,三伏各用 1 次;2 法用[丁香](#)、[肉桂](#)等适量共打细粉,每天以黄豆大小量放在脐中,以 4cm 见方之伤湿止痛膏固定,24 小时更换 1 次,整个伏天连续应用(皮肤严重过敏者 1 周用 1 次);并内服中药金屏汤([补骨脂](#)、[炙五味子](#)、沙参、[白前](#)、[川贝母](#)、[山药](#)、[炙黄芩](#)、[蛤蚧粉](#)等),日 1 剂。坚持 2-3 个伏天连续治疗。共治疗 1460 例,痊愈 388 例,好转 874 例,无效 198 例,总有效率 86.4%[陕西中医 1997;18(12):529]。

第三节 喘病

喘病是指由于外感或内伤,导致肺失宣降,肺气上逆或气无所主,肾失摄纳,以致呼吸困难,甚则张口抬肩,鼻翼煽动,不能平卧等为主要临床特征的一种病证。严重者可由喘致脱出现喘脱之危重证候。喘病古代文献也称“鼻息”、“肩息”、“上气”、“逆气”、“喘促”等。

喘病是一种常见病证,也可见于多种急、慢性疾病过程中,中医对喘病有系统的理论,积累了丰富的治疗经验,在辨证论治的前题下,有显著的治疗效果。

《内经》对喘病有较多论述。如《灵枢·五阅五使》说:“故肺病者,喘息鼻张。”《灵枢·本脏》曰:“肺高则上气肩息咳。”提示喘病以肺为主病之脏,并以呼吸急促、鼻煽、抬肩为特征。《灵枢·五邪》指出:“邪在肺,则病皮肤痛,寒热,上气喘,汗出,喘动肩背。”《素问·举痛论》又说:“劳则喘息汗出。”指出喘病病因既有外感,也有内伤,病机亦有虚实之别。此外,《素问·痹论》云:“心痹者,脉不通,烦则心下鼓,暴上气而喘。”《素问·经脉别论》云:“有所坠恐,喘出于肝。”提示喘虽以肺为主,亦涉及它脏。汉·《伤寒论》、《金匱要略》已经认识到许多疾病,如伤寒、肺痿、肺痈、水气、黄疸、虚劳都可导致喘病,并开始了具体的方药治疗。金元以后,诸多医家充实了内伤诸因致喘的证治。如《丹溪心法·喘》说:“六淫七情之所感伤,饱食动作,脏气不和,呼吸之息,不得宣畅而为喘急。亦有脾肾俱虚体弱之人,皆能发喘。”认识到六淫、七情、饮食所伤,体质虚弱皆为喘病的病因。明代张景岳把喘病归纳为虚实辨证。《景岳全书·喘促》说:“实喘者有邪,邪气实也;虚喘者无邪,元气虚也。”指出了喘病的辨证纲领。清·《临证指南医案·喘》说:“在肺为实,在肾为虚。”《类证治裁·喘症》则明璠指出“喘由外感者治肺,由内伤者治肾”的治疗原则。这些观点对指导临床实践具有重要意义。

喘病是以症状命名的疾病,既是独立性疾病,也是多种急、慢性疾病过程中的症状,若伴发于其它疾病时,应结合其它疾病的证治规律而治疗,本节主要讨论以喘促为临床特征的病证。

喘病主要见于西医的喘息性支气管炎、肺部感染、肺炎、肺气肿、心源性哮喘、肺结核、矽肺以及癆病性喘息等疾病,当这些疾病出现喘病的临床表现时,可参照本节进行辨证论治。

【病因病机】

喘病的病因很复杂,外邪侵袭、饮食不当、情志失调、劳欲久病等均可成为喘病的病因,引起肺失宣降,肺气上逆或气无所主,肾失摄纳便成为喘病。

1. 外邪侵袭外感风寒或风热之邪,未能及时表散,邪蕴于肺,壅阻肺气,肺气不得宣降,因而上逆作喘。

2. 饮食不当恣食生冷、肥甘,或嗜酒伤中,脾失健运,痰浊内生;或急慢性疾患影响于肺,致肺气受阻,气津失布,津凝痰生,痰浊内蕴,上阻肺气,肃降失常,发为喘促。

3. 情志失调，忧思气结，肝失调，气失疏泄，肺气痹阻，或郁怒伤肝，肝气上逆于肺，肺气不得肃降，升多降少，气逆而喘。

4. 劳欲久病，肺系久病，咳伤肺气，或久病脾虚，肺失充养，肺之气阴不足，以致气失所主而喘促。若久病及肾，由肺及肾，或劳欲伤肾，精气内夺，肺之气阴亏耗，不能下荫于肾，肾之真元伤损，根本不固，则气失摄纳，上出于肺，出多人少，逆气上奔为喘。

若肾气衰弱，肾不主水，水邪上犯，干肺凌心，肺气上逆，心气不振，亦可致喘，此属虚中夹实之候。

喘病的病位，主脏在肺和肾，与肝、脾、心有关。因肺为气之主，司呼吸，外合皮毛，内为五脏之华盖，若外邪袭肺，或它脏病气上犯，皆可使肺气壅塞，肺失宣降，呼吸不利而致喘促，或使肺气虚衰，气失所主而喘促。肾为气之根，与肺同司气之出纳，故肾元不固，摄纳失常，则气不归元，阴气不相接续，亦可气逆于肺而为喘。若脾虚痰浊饮邪上扰，或肝气逆乘亦能致喘，则为肝脾之病影响于肺。心气喘满，则发生于喘脱之时。

喘病的病理性质有虚实之别。实喘在肺，为外邪、痰浊、肝郁气逆，肺壅邪气而宣降不利；虚喘当责之肺、肾两脏，因精气不足，气阴亏耗而致肺不主气，肾不纳气。故喘病的基本病机是气机的升降出入失常，“在肺为实，在肾为虚”。病情错杂者，每可下虚上实，虚实夹杂并见。但在病情发展的不同阶段，虚实之间有所侧重，或互相转化。若肺病及脾，子盗母气，则脾气亦虚，脾虚失运，聚湿生痰，上渍于肺，肺气壅塞，气津失布，血行不利，可形成痰浊血瘀，此时病机以邪实为主，或邪实正虚互见。若管延不愈，累及于肾，其病机则呈现肾失摄纳，痰瘀伏肺之肾虚肺实之候。若肾气虚衰，水无所主，水邪泛滥，又可上凌心肺，病机则为因虚致实，虚实互见。

因心脉上通于肺，肺气治理调节心血的运行，宗气贯心肺，肾脉上络于心，心肾相互既济，又心肾根于命门之火，心脏肾气的盛衰，与先天肾气及后天呼吸之气皆有密切关系。故本病的严重阶段，肺肾虚损，孤肾欲脱，必致心气、心肾亦惫，心不主血脉，血行不畅而瘀滞，面色、唇舌、指甲青紫，甚则出现喘汗致脱，亡肾、亡阴，则病情危笃。

【临床表现】

肺气上逆失于宣降，或肾失摄纳所引起的喘病表现，如呼吸困难，甚至张口抬肩，鼻翼煽动，不能平卧等，为喘病的各种证候所共有，是喘病的证候特征。

呼吸困难为喘病的特征性证候，临床表现轻重不一。轻者仅见呼吸急迫，呼气吸气深长，一般尚能平卧。重者可见鼻翼煽动，张口抬肩，摇身撷肚，端坐呼吸，面唇发绀。急发者多表现呼吸深长费力，以呼出为快，胸满闷塞，甚则胸盈仰息，声高气涌，气喘与劳动及体位无关。缓发者多表现呼吸微弱而浅表无力，以深吸为快，声低息短，动则加重，气喘与劳动及体位明显相关。若病情危笃，喘促持续不已，可见肢冷汗出，体温、血压骤降，心悸心慌，面青唇紫等喘脱危象。

【诊断】

1. 以喘促气逆,呼吸困难,甚至张口抬肩,鼻翼煽动,不能平卧,口唇发绀为特征。
2. 多有慢性咳嗽、哮喘、肺癆、心悸等病史,每遇外感及劳累而诱发。
3. 紫肺可闻及干湿性啰音或哮鸣音。
4. 实验室检查支持引起呼吸困难,喘促的西医有关疾病的诊断,如肺部感染有血白细胞总数及中性粒细胞升高,或x线胸片有肺纹增多或有片状阴影等依据。

【鉴别诊断】

喘病主要与气短、哮喘相鉴别。

1. 气短喘病与气短同为呼吸异常,但喘病以呼吸困难,张口抬肩,甚至不能平卧为特征;气短亦即少气,呼吸微弱而浅促,或短气不足以息,似喘而无声,亦不抬肩撷肚,不象喘病呼吸困难之甚。如《证治汇补·喘病》说:“若夫少气不足以息,呼吸不相接续,出多人少,名曰气短,气短者,气微力弱,非若喘症之气粗迫也。”但气短进一步加重,可呈虚喘表现。

2. 哮喘指声响言,为喉中有哮鸣音,是一种反复发作的疾病;喘指气息言,为呼吸气促困难,是多种急慢性疾病的一个症状。一般说来,哮必兼喘,喘未必兼哮。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨病位凡外邪、痰浊、肝郁气逆所致喘病,病位在肺,为邪壅肺气;久病劳欲所致喘病,病位在肺肾,若自汗畏风,易感冒则属肺虚,若伴腰膝酸软,夜尿多则病位在肾。

2. 辨虚实可以从呼吸、声音、脉象、病势等辨虚实。呼吸深长有余,呼出为快,气粗声高,伴有痰鸣咳嗽,脉象有力者为实喘;呼吸短促难续,深吸为快,气怯声低,少有痰鸣咳嗽,脉象微弱者为虚喘。

治疗原则

喘病的治疗原则是按虚实论治。实喘治肺,治以祛邪利气。应区别寒、热、痰、气的不同,分别采用温宣、清肃、祛痰、降气等法。虚喘治在肺肾,以肾为主,治以培补摄纳。针对脏腑病机,采用补肺、纳肾、温脾、益气、养阴、固脱等法。虚实夹杂,下虚上实者,当分清主次,权衡标本,适当处理。

喘病多由其他疾病发展而来,积璫治疗原发病,是阻断病势发展,提高临床疗效的关键。

分证论治

『实喘』

·风寒闭肺

症状:喘息,呼吸气促,胸部胀闷,咳嗽,痰多稀薄色白,兼有头痛,鼻塞,无汗,恶寒,或伴发热,口不渴,舌苔薄白而滑,脉浮紧。

治法:散寒宣肺。

方药：[麻黄汤](#)。

方中[麻黄](#)、[桂枝](#)宣肺散寒解表；杏仁、[甘草](#)利气化痰。喘重者，加苏子、[前胡](#)降逆平喘。若寒痰阻肺，见痰白清稀量多泡沫，加[细辛](#)、[生姜](#)、半夏、[陈皮](#)温肺化痰，利气平喘。

若得汗而喘不平，可用[桂枝](#)加[厚朴](#)杏仁汤和营卫，利肺气。若素有寒饮内伏，复感客寒而引发者，可用小青龙汤发表温里。

若寒邪束表，肺有郁热，或表寒未解，内已化热，热郁于肺，而见喘逆上气，息粗鼻煽，咯痰粘稠，并伴形寒身热，烦闷口渴，有汗或无汗，舌质红，苔薄白或黄，脉浮数或滑者，用麻杏石甘汤解表清里，宣肺平喘，还可加[黄芩](#)、[桑白皮](#)、[瓜蒌](#)、[葶苈子](#)、[射干](#)等以助其清热化痰。

·痰热遏肺

症状：喘咳气涌，胸部胀痛，痰多粘稠色黄，或夹血色，伴胸中烦热，面红身热，汗出口渴喜冷饮，咽干，尿赤，或大便秘结，苔黄或腻，脉滑数。

治法：清泄痰热。

方药：[桑白皮汤](#)。

方中[桑白皮](#)、[黄芩](#)、[黄连](#)、[栀子](#)清泻肺热；杏仁、贝母、半夏、苏子降气化痰。

若痰多粘稠，加[瓜蒌](#)、海蛤粉清化痰热；喘不得卧，痰涌便秘，加[葶苈子](#)、[大黄](#)涤痰通腑；痰有腥味，配[鱼腥草](#)、[金荞麦根](#)、[蒲公英](#)、冬瓜子等清热解毒，化痰泄浊；身热甚者，加生石膏、[知母](#)、银花等以清热。

·痰浊阻肺

症状：喘而胸满闷窒，甚则胸盈仰息，咳嗽痰多粘腻色白，咯吐不利，兼有呕恶纳呆，口粘不渴，苔厚腻色白，脉滑。

治法：化痰降逆。

方药：二陈汤合三子养亲汤。

方中用半夏、[陈皮](#)、[茯苓](#)、[甘草](#)燥湿化痰；苏子、白芥子、[莱菔子](#)化痰下气平喘。可加[苍术](#)、[厚朴](#)等燥湿理脾行气，以助化痰降逆。痰浊壅盛，气喘难平者，加皂荚、[葶苈子](#)涤痰除壅以平喘。

若痰浊挟瘀，见喘促气逆，喉间痰鸣，面唇青紫，舌质紫暗，苔腻浊者，可用涤痰汤，加[桃仁](#)、[红花](#)、[赤芍](#)、[水蛭](#)等涤痰祛瘀。

·饮凌心肺

症状：喘咳气逆，倚息难以平卧，咯痰稀白，心悸，面目肢体浮肿，小便量少，怯寒肢冷，面唇青紫，舌胖黯，苔白滑，脉蹇细。

治法：温肺利水，泻肺平喘。

方药：真武汤合葶苈[大枣](#)泻肺汤。

方中用真武汤温脾利水，葶苈大枣泻肺汤泻肺除壅，喘促甚者，可加桑白皮、五加皮行水去壅平喘。心悸者加枣仁养心安神。怯寒肢冷者，加桂枝温脾散寒。面唇青紫甚者，加泽兰、益母草活血祛瘀。

·肝气乘肺

症状：每遇情志刺激而诱发，发病突然，呼吸短促，息粗气喘，胸闷胸痛，咽中如窒，咳嗽痰鸣不著，喘后如常人，或失眠、心悸，平素常多忧思抑郁，苔薄，脉弦。

治法：开郁降气。

方药：五磨饮子。

方中以枳壳为主药，温而不燥，行而不泄，既可降逆气，又可纳肾气，使气不复上逆；槟榔破气降逆，乌药理气顺降，共助枳壳以降逆平喘；木香、枳实疏肝理气，加强开郁之力。本证在于七情伤肝，肝气横逆上犯肺脏，而上气喘急，发病之标在肺与脾胃，发病之本则在肝，属气郁寒证。因而应用本方时，还可在原方基础上加柴胡、郁金、青皮等疏肝理气之品以增强解郁之力。若气滞腹胀，大便秘者又可加用大黄以降气通腑，即六磨汤之意。伴有心悸、失眠者，加百合、酸枣仁、合欢花等盛心安神。精神恍惚，喜悲伤欲哭，宜配合甘麦大枣汤盛心缓急。本证宜劝慰病人心情开朗，配合治疗。

『虚喘』

·肺气虚

症状：喘促短气，气怯声低，喉有鼾声，咳声低弱，痰吐稀薄，自汗畏风，璫易感冒，舌质淡红，脉软弱。

治法：补肺益气。

方药：补肺汤合玉屏风散。

方中人参、黄芪、白术补益肺气；防风助黄芪益气护卫；五味子敛肺平喘；熟地益精以化气；紫菀、桑白皮化痰以利肺气。若寒痰内盛，加钟乳石、苏子、款冬花温肺化痰定喘。

若食少便溏，腹中气坠，肺脾同病，可与补中益气汤配合治疗。

若伴咳呛痰少质粘，烦热口干，面色潮红，舌红苔剥，脉细数，为气阴两虚，可用生脉散加沙参、玉竹、百合等益气养阴。痰粘难出，加贝母、瓜蒌润肺化痰。

·肾气虚

症状：喘促日久，气息短促，呼多吸少，动则喘甚，气不得续，小便常因咳甚而失禁，或尿后余沥，形瘦神疲，面青肢冷，或有水肿，舌淡苔薄，脉微细或砵弱。

治法：补肾纳气。

方药：金匱肾气丸合参蛤散。

前方温补肾脾，后方纳气归肾。还可酌加仙茅、仙璫脾、紫石英、砵香等温肾纳气平喘。

若见喘咳，口咽干燥，颧红唇赤，舌红少津，脉细或细数，此为肾阴虚，可用七味都气丸合生脉散以滋阴纳气。

如兼标实，痰浊壅肺，喘咳痰多，气急满闷，苔腻，此为“上实下虚”之候，治宜化痰降逆，温肾纳气，可用苏子降气汤加紫石英、砒香等。

肾虚喘促，多兼血瘀，如面、唇、爪甲、舌质黯黑，舌下青筋显露等，可酌加桃仁、红花、川芎等活血化瘀。

·喘脱

症状：喘逆甚剧，张口抬肩，鼻翼煽动，端坐不能平卧，稍动则喘剧欲绝，或有痰鸣，咳吐泡沫痰，心慌动悸，烦躁不安，面青唇紫，汗出如珠，肢冷，脉浮大无根，或见歇止，或模糊不清。

治法：扶箴固脱，镇摄肾气。

方药：参附汤合黑锡丹。

参附汤益气回箴，黑锡丹镇摄浮箴，纳气定喘。应用时尚可加龙骨、牡蛎、山萸肉以固脱。同时还可加服蛤蚧粉以纳气定喘。

若呼吸微弱，间断难续，或叹气样呼吸，汗出如洗，烦躁内热，口干颧红，舌红无苔，或光绛而紫赤，脉细微而数，或散或颱，为气阴絜竭之危证，治应益气救阴固脱，可用生脉散加生地、山萸肉、龙骨、牡蛎以益气救阴固脱。若出现阴竭箴脱者，加附子、肉桂急救回，箴。

【转归预后】

喘病的转归，视其喘病的性质、治疗等不同而有差异。一般情况是实喘日久，可由实转虚，或虚喘再次感邪而虚实兼夹，上实下虚；痰浊致喘者，因治疗因素而有寒热的转化。喘病日久，因肺气不能调节心脉，肺气不能布散津液，常因喘而致痰瘀阻痹，痰瘀阻痹又加重喘病。喘病日久可转成肺胀。

喘病属危重病，但其预后也不尽相同。一般说来，实喘因邪气壅阻，只要祛邪利气，一般易治愈；但若邪气璠甚，高热，喘促不得卧，脉急数者，病情重，预后差。虚喘因根本不固，气衰失其摄纳，补之不能速效，故治疗难；若虚喘再感新邪，且邪气较甚，则预后差；若发展至喘脱，下虚上实，阴箴离决，孤箴浮越之时，。病情璠险，应积璠抢救，或可救危亡于万一。

【预防与调摄】

慎风寒，戒烟酒，饮食宜清淡，忌食辛辣刺激及甜粘肥腻之品。平素宜调畅情志，因情志致喘者，尤须怡情悦志，避免不良刺激。加强体育锻炼，提高机体的抗病能力等有助于预防喘病的发生。

喘病发生时，应卧床休息，或取半卧位休息，充分给氧。密切观察病情的变化，保持室内空气新鲜，避免理化因素刺激，做好防寒保暖，饮食应清淡而富营养，消除紧张情绪。

【结语】

喘病是呼吸困难，甚至张口抬肩，鼻翼煽动，不能平卧的一种病证，严重者可致喘脱。为外感六淫，内伤饮食、情志以及久病体虚所致。其病主要在肺、肾，亦与肝、脾等脏有关。病理性质有虚实之分。实喘为邪气壅肺，气失宣降，治予祛邪利气。祛邪指祛风寒、清肺热、化痰浊（痰饮）等，利气指宣肺平喘，亦包括降气解郁等法。虚喘为精气不足，肺不主气，肾不纳气所致，治予培补摄纳，但应分阴籛，培肺气，益肺阴，补肾籛，滋肾阴等，并佐摄纳固脱等法。治虚喘很难速效，应持之以恒地调治方可治愈。正如《医宗必读·喘》所说：“治实者攻之即效，无所难也。治虚者补之未必即效，须悠久成功，其间转折进退，良非易也。”若见“下虚上实”者，又当疏泄其上，补益其下，权衡轻重主次治疗。若见喘脱者，急当扶正固脱，镇摄潜纳，及时救治。

【文献摘要】

《素问·至真要大论》：“诸气朋郁，皆属于肺。”

《璣枢·本神》：“肺气虚则鼻塞不利，少气。实则喘喝，胸盈仰息。”

《璣枢·经脉》：“肾足少阴之脉，是动则病……喝喝而喘。”

《素问·逆调论》：“不得卧，卧则喘者，是水气之客也。”

《济生方·喘》：“将理失宜，六淫所伤，七情所感，或因坠堕蚤恐，涉水跌仆，饱食过伤，动作用力，遂使脏气不和，荣卫失其常度，不能随阴籛出入以成息，促迫于肺，不得宣通而为喘也。”

《丹溪心法·喘》：“肺以清籛上升之气，居五脏之上，通荣卫，合阴籛，升降往来，无过不及，六淫七情之所感伤，饱食动作，脏气不和，呼吸之息，不得宣畅而为喘急。亦有脾肾俱虚，体弱之人，皆能发喘。又或调摄失宜，为风寒暑湿邪气相干，则肺气胀满，发而为喘。又因痰气皆能令人发喘。治疗之法，当究其源。如感邪气则驱散之，气郁即调顺之，脾肾虚者温理之，又当于各类而求。”

《医学入门·辨喘》：“呼吸急促者谓之喘，喉中有响声者谓之哮，虚者气乏身凉，冷痰如冰，实者气壮胸满，身热便鞞。”

《景岳全书·喘促》：“实喘者，气长而有余；虚喘者，气短而不续。实喘者胸胀气粗，声高息涌，膨膨然若不能容，惟呼出为快也；虚喘者，慌张气怯，声低息短，惶惶然若气欲断，提之若不能升，吞之若不相及，劳动则甚，则惟急促似喘，但得引长一息为快也。”

《仁斋直指附遗方论·喘嗽》：“有肺虚夹寒而喘者乙有肺实夹热而喘者，有水气乘肺而喘者，……如是等类，皆当审证而主治之。”

《诸证提纲·喘证》：“凡喘至于汗出如油，则为肺喘，而汗出发润，则为肺绝，……气壅上逆而喘，兼之直视谵语，脉促或伏，手足厥逆乃阴籛相背，为死证。”

【现代研究】

1. 辨证论治辨证论治是治疗喘病的传统研究方法。叶氏辨证论治老年慢性喘息型支气管炎 108 例。辨证分别采用清热化痰、宣肺平喘法(麻黄、甘草、生石膏、鱼腥草、桑白皮、苏子、瓜蒌、黄芩、莱菔子、杏仁、陈皮、枳实);温化寒痰、宣肺平喘法(麻黄、炙甘草、桂枝、干姜、杏仁、冬花、陈皮、法夏、茯苓、苏子、厚朴);益肺补肾、纳气定喘法(党参、麦冬、山药、蛤粉、枸杞、茯苓、五味子、枣皮、补骨脂、菟丝子、炙甘草);补肾纳气、健脾化痰法(党参、焦术、法夏、补骨脂、枸杞、车前子、茯苓、陈皮、淫羊藿、蛤粉、菟丝子、地龙);滋阴纳气法(沙参、麦冬、太子参、丹皮、山药、枸杞、五味子、熟地、蛤粉、地龙、茯苓、泽泻)等法治疗,结果:临床控制 43 例,显效 38 例,好转 25 例,无效 2 例[福建中医药 1989;20(5):19]。

2. 专方论治以专方为主,随症加药,是喘病研究的重要形式,也取得了较好效果。

徐氏等以益气免疫冲剂(红参须、茯苓、白术、刺五加、山茱萸等)治疗气虚证慢性阻塞性肺病 72 例,治疗后喘息明显改善,与治疗前喘息症状积分比较,差值显著, $P < 0.05$ 。治疗后淋巴细胞 CD3、CD4、CD8 均值明显提高,CD4 / CD9 比值过高和过低得到双向纠正,其均值显著下降,体液免疫紊乱亦得到一定程度的改善[中国中西医结合杂志 1996;16(2):81]。李氏以侧柏叶煎和汤(侧柏叶、鹿角、炒白芥子、熟地、生石膏、磁石、肉桂、麻黄、杏仁、山药、生甘草)治疗寒喘 48 例,结果:症状消失 44 例,明显减轻 4 例[内蒙古中医药 1991;10(3):4]。张氏对寒喘病人随机分组,用寒喘舒(麻黄、干姜、紫菀、细辛、半夏、旋覆花、代赭石等)治疗 200 例,用小青龙汤对照 200 例。结果显示,寒喘舒片对慢性支气管炎和支气管哮喘的疗效较小青龙汤为优,对主要临床症状和体征的作用均比小青龙汤更为明显。实验表明,寒喘舒片能对豚鼠由氯化乙酰胆碱-磷酸组胺引起的哮喘,具有平喘作用,并具有明显的扩张支气管平滑肌的作用,经动物实验,寒喘舒片还能提高免疫机能,以 IGA、IGM 提高更为明显,还具有止咳抗炎作用[中国医药学报 1996;11(4):234]。沈氏治疗喘息型慢性支气管炎急性发作期 105 例,药用一支黄花、制大黄、炙麻黄、生甘草、生石膏、鸭跖草、生赫石、枳实、制南星。发热 39℃ 以上加羚羊角粉、柴胡;胸透见炎症阴影、血白细胞计数 15×10^9 的 9 次方每 L 以上及并发支气管肺炎者加鱼腥草、白花蛇舌草;喘重加虫类药。结果:临床控制 82 例,显效 1 例,好转、无效各 6 例,总有效率 94.3%[中医杂志 1991;32(11):11]。

3. 活血化瘀化痰开窍是当前治疗慢性呼吸衰竭急性发作的重要治法。周氏对 X 例慢性呼吸衰竭急性发作病人以中医为主治疗。方法:(1)保持气道通畅,及时吸痰,定期拍背,采取体位排痰。湿润气道,以鱼腥草针 4ml、丹参针 2ml 加生理盐水至 40ml,雾化吸入,每日 2 次。必要时气管插管或气管切开。(2)持续低流量吸氧,氧浓度 $< 35\%$ 。(3)药物由丹参、川芎、赤芍、红花、菖蒲、郁金、胆星、鱼腥草、金荞麦、虎杖、制半夏、生甘草等组成,每日 1 剂,重症每日 2 剂,7 日为一疗程。结果:用药后 24-48 小时内显效的患者为 17 例(53.1%),疗程结束后显效 19 例(59.4%),有效 9 例(28.1%),无效 4 例(12.5%),总有效率为 87.5%。经治疗前后对比观察,患者动脉氧分压(PaO₂)、动脉二氧化碳分压(PaCO₂)、肺泡动脉氧分压差(A-ADO₂)、呼吸指数(RI)等指标的变化均显著改善(P 值均 < 0.01) [中国中医急症 1995;4(3):105]。魏氏用丹参注射液结合西药治疗老年喘息型慢性支气管炎 33 例,并与常规西药治疗的

20 例对照, 观察临床症状缓解期, 治: 疗前后血氧分压 (PaO₂)、血二氧化碳分压 (PaCO₂) 及肺功能 (FEV₁、PEFR) 变化情况。

结果表明, 治疗组 33 例, 显效 26 例 (78.8%); 对照组 20 例, 显效 11 例 (55.0%), 治疗组显效率比较有显著性差异 ($P < 0.05$) (中国中西医结合杂志 1996; 16(7): 402)。

第四节 肺胀

肺胀是指多种慢性肺系疾病反复发作，迁延不愈，肺脾肾三脏虚损，从而导致肺管不利，气道不畅，肺气壅滞，胸膈胀满为病理改变，以喘息气促，咳嗽咯痰，胸部膨满，胸闷如塞，或唇甲紫绀，心悸浮肿，甚至出现昏迷，喘脱为临床特征的病证。

肺胀是内科常见病、多发病，严重地威胁患者的健康与生命，寻求防治本病的有效方法是目前国内外医学界亟待解决的课题。中医药治疗本病有着广阔的前景，并积累了较为丰富的经验，有待进一步发掘与提高。

肺胀的病名首见于《内经》。《灵枢·胀论》说：“肺胀者，虚满而喘咳”。《灵枢·经脉》说：“肺手太阳之脉，……是动则病肺胀满膨膨而喘咳。”指出了本病虚满的基本性质和典型症状。汉代《金匮要略》还观察到肺胀可出现浮肿，烦躁，目如脱等症状，认为本病与痰饮有关，开始应用越婢加半夏汤、小青龙加石膏汤等方药进行辨证论治。隋代《诸病源候论·咳逆短气候》记载肺胀的发病机理是由于“肺虚为微寒所伤则咳嗽，嗽则气还于肺间则肺胀，肺胀则气逆，而肺本虚，气为不足，复为邪所乘，壅否不能宣畅，故咳逆短乏气也”。

可见隋代对本病病机的认识已经较为深刻。后世医籍多将本病附载于肺痿、肺痛之后，有时亦散见于痰饮、喘促、咳嗽等门，对本病的认识不断有所充实和发展。如金元时期，《丹溪心法·咳嗽》说：“肺胀而嗽，或左或右不得眠，此痰挟瘀血碍气而病。”在病理上充实了痰瘀阻碍肺气的理论。清代《张氏医通·肺痿》说：“盖肺胀实证居多。”《证治汇补·咳嗽》认为肺胀：“又有气散而胀者宜补肺，气逆而胀者宜降气，当参虚实而施治。”提示肺胀应当分虚实辨证论治。

根据肺胀的临床表现，主要见于西医学中慢性阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病，也见于老年性肺气肿，当这些疾病出现肺胀的临床表现时，可参考本节进行辨证论治。

【病因病机】

本病的发生，多因久病肺虚，痰瘀潴留，每因复感外邪诱使本病发作加剧。

1. 肺病迁延肺胀多见于内伤久咳、久喘、久哮、肺癆等肺系慢性疾患，迁延失治，逐步发展所致，是慢性肺系疾患的一种归宿。因此，慢性肺系疾患也就成为肺胀的基本病因。

2. 六淫乘袭六淫既可导致久咳、久喘、久哮、支饮等病证的发生，又可诱发加重这些病证，反复乘袭，使它们反复迁延难愈，导致病机的转化，逐渐演化成肺胀。故感受外邪应为肺胀的病因。

3. 年老体虚肺胀患者虽可见于青少年，但终归少数，而以年老患者为多。年老体虚，肺肾俱不足，体虚不能卫外是六淫反复乘袭的基础，感邪后正不胜邪而病益重，反复罹病而正更虚，如是循环不已，促使肺胀形成。病变首先在肺，继则影响脾、肾，后期病及于心、肝。因肺主气，开窍于鼻，外合皮毛，主表卫外，故外邪从口鼻、皮毛入侵，每多首先犯肺，导致肺气宣

降不利，上逆而为咳，升降失常则为喘，久则肺虚，主气功能失常。若肺病及脾，子盗母气，脾失健运，则可导致肺脾两虚。肺为气之主，肾为气之根，肺伤及肾，肾气衰惫，摄纳无权，则气短不续，动则益甚。且肾主水，肾气衰微，则气不化水，水邪泛滥则肿，水邪凌心肺则喘咳心悸。肺与心脉相通，肺气辅佐心脏运行血脉，肺虚治节失职，则血行涩滞，循环不利，血瘀肺脉，肺气更加壅塞，造成气虚血滞，血滞气郁，由肺及心的恶性后果，临床可见心悸、紫绀、水肿、舌质暗紫等症。心脉根于命门真火，肾气不振，进一步导致心肾两衰，可呈现喘脱危候。

病理因素有痰浊、水饮、瘀血、气虚、气滞，它们互为影响，兼见同病。痰饮的产生，初由肺气郁滞，脾失健运，津液不归正化而成，渐因肺虚不能布津，脾虚不能转输，肾虚不能蒸化，痰浊潴留益甚。痰、饮、湿（浊）同属津液停积而成。痰饮水浊潴留，其病理是滞塞气机，阻塞气道，肺不能吸清呼浊，清气不足而浊气有余，肺气胀满不能敛降，故胸部膨满，憋闷如塞。痰浊水饮亦可损伤正气和妨碍血脉运行。气虚气滞的形成，因气根于肾，主于肺，本已年老体虚，下元虚惫，加之喘咳日久，积年不愈，必伤肺气，反复发作，由肺及肾，必致肺肾俱虚。肺不主气而气滞，肾不纳气而气逆，气机当升不升，当降不降，肺肾之气不能相交贯通，以致清气难入，浊气难出，滞于胸中，壅埋于肺而成肺胀。瘀血的产生，与肺、肾气虚，气不行血及痰浊壅阻，血涩不利有关。瘀血形成后，又因瘀而滞气，加重痰、气滞塞胸中，成为肺胀的重要病理环节。

由此可见，肺胀的病理性性质多属标实本虚。标实为痰浊、水饮、瘀血和气滞，痰有寒化与热化之分；本虚为肺、脾、肾气虚，晚期则气虚及肾，或阴气两虚。其基本病机是肺之体用俱损，呼吸机能错乱，气壅于胸，滞留于肺，痰瘀阻结肺管气道，导致肺体胀满，张缩无力，而成肺胀。如内有停饮，又复感风寒，则可成为外寒内饮证。感受风热或痰郁化热，可表现为痰热证。痰浊壅盛，或痰热内扰，蒙蔽心窍，心神失主，则意识朦胧、嗜睡甚至昏迷；痰热内闭，热邪耗灼营阴，肝肾失养，阴虚火旺，肝火挟痰上扰，气逆痰升，肝风内动则发生肢颤、抽搐；痰热迫血妄行，则动血而致出血。亦可因气虚日甚，气不摄血而致出血。病情进一步发展可阴损及肾，肾虚不能化气行水，成为肾虚水泛证；肾虚至重，出现肢冷、汗出、脉微弱等元阳欲脱现象。

【临床表现】

喘、咳、痰、胀，即喘息气促，咳嗽，咯痰，胸部膨满，胀闷如塞等是肺胀的证候特征。病久可见唇甲紫绀，心悸浮肿等症。兼外邪或调治不当，其变证坏病可见昏迷、抽搐以至喘脱等。

肺胀是多种慢性肺系疾病后期转归而成，故有长期的咳嗽、咯痰、气喘等症状，胸肺膨满和病变由肺及心的过程是逐渐形成的。早期除咳嗽、咯痰外，仅有疲劳或活动后有心悸气短，随着病程的进展，肺气壅塞胀满逐渐加重，叩之膨满作响，自觉憋闷如塞，心悸气急加重或颜面爪甲紫绀；进一步发展可出现颈脉动甚，右肋下痞积，下肢浮肿甚至有腹水。病变后期，喘咳上气进一步加重，倚息不能平卧，白粘痰增多或咯黄绿色脓痰，紫绀明显，头痛，有时烦躁不安，有时神志模糊，或嗜睡或谵语，或有肉困，震颤，抽搐，甚或出现咯血、吐血、便血等。舌质多为暗紫、紫绀，舌下脉络瘀暗增粗。

【诊断】

1. 典型的临床表现为胸部膨满，胀闷如塞，喘咳上气，痰多及烦躁，心悸等，以喘、咳、痰、胀为特征。

2. 病程缠绵，时轻时重，日久可见面色晦暗，唇甲紫绀，脘腹胀满，肢体浮肿，甚或喘脱等危重证候，病重可并发神昏、动风或出血等症。

3. 有长期慢性喘咳病史及反复发作史，一般经 10-20 年形成；发病年龄多为老年，中青年少见。

4. 常因外感而诱发，其中以寒邪为主，过劳、暴怒、炎热也可诱发病。

5. 体检可见桶状胸，胸部叩诊为过清音，肺部闻及哮鸣音或痰鸣音及湿性啰音，且心音遥远。

6. X 线、心电图等检查支持西医学肺气肿、肺心病的诊断。

【鉴别诊断】

肺胀与哮喘、喘病均以咳逆上气，喘满为主症，有其类似之处，其区别如下。

1. 哮喘哮喘是一种发作性的痰鸣气喘疾患，常突然发病，迅速缓解，且以夜间发作多见；肺胀是包括哮喘在内的多种慢性肺系疾病后期转归而成，每次因外感诱发为逐渐加重，经治疗后逐渐缓解，发作时痰瘀阻痹的症状较明显，紫病有显著的不同。

2. 喘病喘病是以呼吸困难为主要表现，可见于多种急慢性疾病的过程中，常为某些疾病的重要主症和治疗的重点。但肺胀由多种慢性肺系疾病管延不愈发展而来，喘咳上气，仅是肺胀的一个症状。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨标本虚实肺胀的本质是标实本虚，要分清标本主次，虚实轻重。一般感邪发作时偏于标实，平时偏于本虚。标实为痰浊、瘀血，早期痰浊为主，渐而痰瘀并重，并可兼见气滞、水饮错杂为患。后期痰瘀壅盛，正气虚衰，本虚与标实并重。

2. 辨脏腑阴痿肺胀的早期以气虚或气阴紫虚为主，病位在肺脾肾，后期气虚及痿，以肺、肾、心为主，或阴痿紫虚。

治疗原则

根据标本虚实，分别选用祛邪扶正是本病的治疗原则。一般感邪时偏于邪实，侧重祛邪为主，根据病邪的性质，分别采取祛邪宣肺（辛温、辛凉），降气化痰（温化、清化），温痿利水（通痿、淡渗），活血化瘀，甚或开窍、熄风、止血等法。平时偏于正虚，侧重以扶正为主，根据脏腑阴痿的不同，分别以补养心肺，益肾健脾，或气阴兼调，或阴痿兼顾。正气欲脱时则扶正固脱，救阴回痿。祛邪与扶正只有主次之分，一般相辅为用。

分证论治

·风寒内饮

症状:咳逆喘满不得卧,气短气急,咯痰白稀,呈泡沫状,胸部膨满,恶寒,周身酸楚,或有口干不欲饮,面色青黯,舌体胖大,舌质暗淡,舌苔白滑,脉浮紧。

治法:温肺散寒,降逆涤痰。

方药:小青龙汤。

方中麻黄、桂枝、干姜、细辛温肺散寒化饮;半夏、甘草祛痰降逆;佐白芍、五味子收敛肺气,使散中有收。若咳而上气,喉中如有水鸡声,表寒不著者,可用射干麻黄汤。若饮郁化热,烦躁而喘,脉浮,用小青龙加石膏汤兼清郁热。

·痰热郁肺

症状:咳逆喘息气粗,痰黄或白,粘稠难咯,胸满烦躁,目胀睛突,或发热汗出,或微恶寒,溲黄便干,口渴欲饮,舌质暗红,苔黄或黄腻,脉滑数。

治法:清肺泄热,降逆平喘。

方药:越婢加半夏汤。

方用麻黄、石膏,辛凉配伍,辛能宣肺散邪,凉能清泄肺热;半夏、生姜散饮化痰以降逆;甘草、大枣安内攘外,以扶正祛邪。

若痰热内盛,痰襟粘不易咯出,加鱼腥草、黄芩、瓜蒌皮、贝母、海蛤粉以清化痰热,痰热内盛亦可用桑白皮汤。痰热壅结,便秘腹满者,加大黄、风化硝通腑泄热。痰鸣喘息,不能平卧者,加射干、葶苈子泻肺平喘。若痰热伤津,口干舌燥,加花粉、知母、麦门冬以生津润燥。

·痰瘀阻肺

症状:咳嗽痰多,色白或呈泡沫,喉间痰鸣,喘息不能平卧,胸部膨满,蜇闷如塞,面色灰白而暗,唇甲紫绀,舌质暗或紫,舌下瘀筋增粗,苔腻或浊腻,脉弦滑。

治法:涤痰祛瘀,泻肺平喘。

方药:葶苈大枣泻肺汤合桂枝茯苓丸。

方中用葶苈子涤痰除壅,以开泄肺气;佐大枣甘温安中而缓药性,使泻不伤正;桂枝通膈化气,温化寒痰;茯苓除湿化痰;丹皮、赤芍助桂枝通血脉,化瘀滞。痰多可加三子养亲汤化痰下气平喘。本证亦可用苏子降气汤加红花、丹参等化痰祛瘀平喘。若腑气不利,大便不畅者,加大黄、厚朴以通腑除壅。

·痰蒙神窍

症状:咳逆喘促日重,咳痰不爽,表情淡漠,嗜睡,甚或意识朦胧,谵妄,烦躁不安,入夜尤甚,昏迷,撮空理线,或肢体困动,抽搐,舌质暗红或淡紫,或紫绛,苔白腻或黄腻,脉细滑数。

治法:涤痰开窍。

方药:涤痰汤合安宫牛黄丸或至宝丹。

涤痰汤中半夏、茯苓、甘草、竹茹、胆南星清热涤痰;橘红、枳实理气行痰除壅;菖蒲芳香开窍;人参扶正防脱。加安宫牛黄丸或至宝丹清心开窍。若舌苔白腻而有寒象者,以制南星易胆南星,开窍可用苏合香丸。若痰热内盛,身热,烦躁,谵语,神昏,舌红苔黄者,加黄芩、桑白皮、葶苈子、天竺黄、竹沥以清热化痰。热结大肠,腑气不通者,加大黄、风化硝,或用凉膈散或增液承气汤通腑泄热。若痰热引动肝风而有抽搐者,加钩藤、全蝎、羚羊角粉凉肝熄风。唇甲紫绀,瘀血明者,加红花、桃仁、水蛭活血祛瘀。如热伤血络,见皮肤粘膜出血、咯血、便血色鲜者,配清热凉血止血药,如水牛角、生地、丹皮、紫珠草、生大黄等;如血色晦暗,肢冷,舌淡胖,脉砵微,为脾虚不统,气不摄血者,配温经摄血药,如炮姜、侧柏炭、童便或黄土汤、柏叶汤。

·肺肾气虚

症状:呼吸浅短难续,咳声低怯,胸满短气,甚则张口抬肩,倚息不能平卧,咳嗽,痰如白沫,咯吐不利,心慌,形寒汗出,面色晦暗,舌淡或黯紫,苔白润,脉砵细无力。

治法:补肺纳肾,降气平喘。

方药:补虚汤合参蛤散。

方中用人参、黄芩、茯苓、甘草补益肺脾之气;蛤蚧、五味子补肺纳肾;干姜、半夏温肺化痰;厚朴、陈皮行气消痰,降逆平喘。还可加桃仁、川芎、水蛭活血化瘀。若肺虚有寒,怕冷,舌质淡,加桂枝、细辛温肺散寒。兼阴伤,低热,舌红苔少,加麦冬、玉竹、知母养阴清热,如见面色苍白,冷汗淋漓,四肢厥冷,血压下降,脉微欲绝等喘脱危象者,急加参附汤送服蛤蚧粉或黑锡丹补气纳肾,回肺固脱。另参附、生脉、参麦、参附青注射液也可酌情选用。

·脾虚水泛

症状:面浮,下肢肿,甚或一身悉肿,脘痞腹胀,或腹满有水,尿少,心悸,喘咳不能平卧,咯痰清稀;怕冷,面唇青紫,舌胖质黯,苔白滑,脉砵虚数或结代。

治法:温脾化饮利水。

方药:真武汤合五苓散。

方中用附子、桂枝温脾化气以行水;茯苓、白术、猪苓、泽泻、生姜健脾利水;白芍敛阴和脾。还可加红花、赤芍、泽兰、益母草、北五加皮行瘀利水。水肿势剧,上渍心肺,心悸喘满,倚息不得卧,咳吐白色泡沫痰涎者,加砵香、黑白丑、椒目、葶苈子行气逐水。

【转归预后】

肺胀的多种证候之间,存在着一定的联系,各证常可互相兼夹转化。其预后受患者的体质、年龄、病程及治疗等因素影响。一般说来,素体较壮、年轻、病程短、病情轻,治疗及时有力者,可使病情基本控制,带病延年,反之则管延恶化。如出现气不摄血,咳吐泡沫血痰,或吐血、便血;或痰蒙神窍,肝风内动,谵妄昏迷,震颤、抽搐;或见喘脱,神昧,汗出肢冷,脉微欲绝,内闭外脱等危象时,如不及时救治则预后不良。

【预防与调摄】

预防本病的关键,是重视对原发病的治疗。一旦罹患咳嗽、哮喘、喘病、肺癆等肺系疾病,应积极治疗,以免管延不愈,发展为本病。加强体育锻炼,平时常服扶正固本方药,有助提高抗病能力。既病之后,宜适寒温,预防感冒,避免接触烟尘,以免诱发加重本病。如因外感诱发,立即治疗,以免加重。戒烟酒及恣食辛辣、生冷之品。有水肿者应进低盐或无盐饮食。

【结语】

肺胀是慢性肺系疾病管延,反复感邪,导致肺管不利,肺气不能宣降,清气难入,浊气难出,气壅于胸,滞留于肺的病变。病位在肺,继则影响脾肾,后期及心肝。病理性质属本虚标实。本虚多为气虚、气阴两虚,发展为肺虚;标实为气滞、痰浊、水饮、瘀血。气虚、血瘀、痰阻则贯穿于肺胀之始终。由于标本虚实常相兼夹,又互为影响,故成为管延难愈,日渐加重的病证。临床以肺气胀满胸闷,咳喘短气,紫绀、心悸、浮肿为主症,若病情加重,还可出现心脉瘀阻、肺虚水泛、痰蒙神窍、痰热动风、气不摄血、内闭外脱等危重证候。本病严重危害患者健康与生命,应积极防治。预防上重视治疗原发疾病,控制其管延发展是关键。治疗上应祛邪扶正,标本兼顾。感邪时偏于邪实,急者祛邪治标为主,平时偏于正虚,缓者以扶正治本为主,常在祛邪宣肺、降气化痰、温肺行水、活血化痰、补益肺气、健脾化痰、补肾纳气、滋补阴肺诸法中灵活施治,病危时还须采用开窍、熄风、止血、扶正固脱、救阴回肺等法以救急。但急则治标,缓则治本,标本兼顾应贯穿于本病治疗的全过程。

【文献摘要】

《素问·大奇论》：“肺之壅，喘而紫肤满。”

《金匱要略·肺痿肺癆咳嗽上气病脉证并治》：“上气喘而躁者，属肺胀。”

《诸病源候论·上气鸣息候》：“肺主于气，邪乘于肺则肺胀，胀则肺管不利，不利则气道涩，故上气喘逆鸣息不通。”

《圣济总录·肺胀》：“其证气胀满，膨膨而咳喘”

《寿世保元·痰喘》：“肺胀喘满，膈高气急，紫肋煽动，陷下作坑，紫鼻窍张，闷乱嗽渴，声嘎不鸣，痰涎壅塞。”

《证治汇补·咳嗽》：“肺胀者，动则喘满，气急息重，或左或右，不得眠者是也。如痰挟瘀血碍气，宜养血以流动乎气，降火以清利其痰，……风寒郁于肺中，不得发越，喘嗽胀闷者，宜发汗以祛邪，利肺以顺气。”

【现代研究】

肺胀主要包括西医学的慢性阻塞性肺疾患及其严重并发症,如肺心病、肺性脑病、呼吸衰竭等。近年来,随着中医和中西医结合研究的不断深入,无论在临床研究,还是在基础研究方面,均取得了可喜的成绩。

·理论研究

肺胀的成因是久病肺虚,痰浊、瘀血既是肺胀气虚导致的病理产物,又是肺胀病机演变过程中的主要病理因素,痰浊与瘀血交阻是肺胀病机中的中心环节。肺胀病机演变过程中,始终存在本虚与标实整个主面,本虚导致标实,标实加重本虚,本虚与标实的互患是肺胀病机的主要特点。由于本虚与标实互患形成的恶性病理循环,最终将导致伤及气血阴腑,累及五脏的恶性结果[中国医药学报 1995;10(3):157]。尹氏主张应从虚、痰、瘀论治肺心病。认为肺脾肾三脏亏虚,痰饮瘀血互结是本病的基本病机,扶正固本,益气养阴,活血化瘀,祛痰平喘是其基本治法[北京中医药大学学报 1997;20(4):64]

·辨证论治研究

朱氏辨证论治本病 101 例,其中肺热痰瘀型 53 例,用清热利肺化痰逐瘀汤(鱼腥草、黄芩、银花、连翘、天竺黄、地骨皮、全瓜蒌、丹参、竹沥、桃仁、冬瓜仁、地龙);肺热痰瘀合心脾肾虚型 22 例,采用阴腑盛衰服药法,即上午腑盛服阴药,用清热利肺化痰逐瘀汤,下午阴盛服腑药,用益气温腑利水汤(制附子、桂枝、北五加皮、破故纸、红参、茯苓、泽泻、车前子、龙骨、牡蛎);肺热痰瘀合痰迷心窍型(肺性脑病) 15 例,方用清热利肺化痰逐瘀汤加石菖蒲、郁金、远志、安宫牛黄丸;元腑欲绝型 11 例,方用保元参附龙牡汤(制附子、黄芩、红参、龙骨、牡蛎、炙甘草),待四肢转温,汗出止,保元参附龙牡汤和清热利肺化痰逐瘀汤交替使用。病情较重者配合西药对症处理。结果:显效 69 例,好转 18 例,无效及死亡各 7 例,总有效率为 86.1% [浙江中医杂志 1992;(4):197]。晁氏将本病分为肺肾气虚外感型,偏寒者选用小青龙汤加味,偏热者选用麻杏石甘汤合苇茎汤;心脾肾腑虚水泛型,用真武汤合苓桂术甘汤加味;痰热蒙窍型,用涤痰汤加味;元腑欲绝型,用参附汤、四逆汤合生脉注射液;热瘀伤络型,用生脉饮加生地、大黄炭、大蓟、小蓟、三七、赤芍等。共治疗本病 286 例,总有效率为 90% [天津中医 1985;(1):1]。谷氏以二陈汤为主,辨证治疗慢性阻塞性肺部疾病 49 例,表寒里饮型 22 例,用麻杏二陈汤加味;痰饮蕴肺型 11 例,用二陈汤合三子养亲汤;饮热郁肺型 9 例,用连茹二陈汤加味;脾胃腑虚型 4 例,用和胃二陈汤加味;肾腑虚水泛型 3 例,用桂附二陈汤加味。观察 10 日,结果:显效 20 例,有效 27 例,无效 2 例,总有效率为 96%。无效 2 例均属肾腑虚水泛型,服药 1-2 剂后,要求改为西药治疗者 [实用医学杂志 1989;5(6):43]

·治法研究

綵氏以健壮)号(由大蒜素脱臭提炼有效成分、巴戟天与蛇床子流浸膏提取物,按 2:1:1 比例,装襟囊)治疗脾肾腑虚型慢性阻塞性肺气肿 68 例,对照组 20 例,用先锋霉素、噻茶绿,常规剂量治疗。均治疗 1 个月,结果:治疗组分别显效 27、4 例,好转 28、4 例,无效 13、12 例,总有效率为 80.8%、0、0% ($P < 0.05$)。本组 RV(残气量)、TLC(肺总量)及 RV/TLC、肺动脉压均低于对照组 ($P < 0.05$) [中医杂志 1995;36(12):731]。

阎氏以自拟益气化痰汤(党参、五味子、桔梗、五玳脂、丹参、杏仁、炙甘草)随证加味,配合西医治疗 32 例肺源性心脏病急性发作期患者,并与同期西医治疗 30 例作比较。结果:中西医结合组显效 20 例,好转 10 例,无效 2 例;对照组显效 10 例,好转 16 例,无效 4 例。紫组总有效率中西医结合组明显高于对照组。(P<0.025)[中西医结合实用临床急救 1997;4(1):11]。易氏以益气活血化瘀之中药配合西药治疗慢性肺心病急性发作 34 例,中药用制苏子、当归、砂香末、炙黄芩、丹参、陈皮、厚朴、石菖蒲、郁金、胆南星、桃仁、红花随症加味;对照组 32 例,用羧苄拉明、多巴罂,加 10%葡萄糖盐水静滴;对照组 28 例,用肝素加 10%葡萄糖盐水静滴。三组均给氧、抗感染,并对症处理。结果:三组分别显效 23、24、16 例,有效 6、3、6 例,无效 5、5、6 例,有效率为 85.3%、84.3%、78.5%。本组疗效优于对照 H 组(P<0.01)[江西中医药 1995;26(1):11]。张氏以补肺还五汤为主,随症加味治疗慢性肺心病 70 例,必要时配用西药,对照组 50 例,西医常规治疗。10 日为 1 疗程,1 疗程后,结果:紫组分别显效(症状明显改善,心衰控制,紫绀消失,肺啰音明显减轻或消失,PaO₂ 上升>1,33kPa)44、15 例,有效 21、23 例,无效 5、12 例,有效率 92.8%、76%(P<0.01)。本组血液流变学指标 P-SOD、E-LPO 均明显改善(P<0.05-P<0.01)[辽盛中医杂志 1995;22(1):33]。

徐氏用益气免疫冲剂(红参须、茯苓、白术、刺五加、山茱萸等)20 旷次,1 日 3 次,治疗气虚型慢性阻塞性肺病 72 例,对照组 30 例用贞芩扶正冲剂(含女贞子、黄芩等,甘肃定西制药厂生产)15 旷次,1 日 3 次均口服,连用 30 日。结果:紫组分别显效(症状积分下降 >2/3)47 (65.3%)、10(33.3%)例(P<0.05),有效 20、16 例,无效 5、4 例,总有效率 93.1%、86.7%。本组症状积分值治疗前后自身及组间比较均有显著性差异 P<0.01、P<0.05。本组免疫指标(CD₃、CD₄、CD₄/CD₈、IGM)治疗前后比较均有显著性差异 P<0.01 或 0.05;紫组 CD₈、CD₄/CD₈ 治疗前后比较均有显著性差异 P<0.05[中国中西医结合杂志 1996;16(2):81]。

·雾化吸入治疗

陶氏以菖蒲雾化剂(菖蒲、郁金、丹参、黄芩、半夏、防己等)雾化吸入,治疗慢性阻塞性肺病 30 例,轻症患者治疗期间停用其他药物,重症患者配合雾化、抗生素及其他对症治疗,但不用呼吸兴奋剂、祛痰剂,10-15 天为一疗程。结果:临床痊愈 5 例(重症 1 例),显效 12 例(重症 5 例),有效 13 例(重症 6 例),有效率 100%,通过本组临床观察分析,其作用机制是雾化吸入后,使其气道分泌物特别是微痰栓得以排除,缓解了气道的痉挛状况,故 1 秒量(W_真)、最大呼气流速(PEFR)、动脉血氧分压增加,说明了肺通气(V)的改善。同时药物使用后即刻及用药 7 天后肺阻抗血流图提示右心功能(Q-B/B-Y)、右心指数(m)增高,肺动脉压(PPA)、肺血管外周阻力(PVR)降低,说明了肺循环(O)的改善。由于 V/Q 比值的改善,使患者咳、痰、喘临床症状缓解,临床肺功能增加,活动强度加大,向良性循环过渡[中国中医急症 1994;3(4):148]。陶氏以中药湿化鼻导管吸氧治疗慢性阻塞性呼吸衰竭 10 例。方法:采用 KB- 型高频喷射型呼吸机,以氧气瓶压力为动力,压力调在 0.3-0.5kg/cm²,频率为 60 次/分,正端联接恒温湿化瓶,瓶中加入中药煎剂(石菖蒲、连翘、菊花、银花、鱼腥草、薄荷、郁金),温度恒定在 60℃ 左右,经过湿化的氧气经过输氧管道(测温 37℃ 左右),接普通鼻导管(单侧)持续供氧。根据病情转换频率、压力及停机。一般持续供氧不超过 12 小时,患者症状改善后改

为每 2-4 小时停用 15 分钟-半小时，多在 2 天内逐渐停用。10 例患者中，因停机后症状加重，又未及时使用，致病情恶化死亡 1 例；配合其他综合治疗痊愈 9 例[中西医结合杂志 1989;9(9):556]。

第五节 肺痈

肺痈是指由于热毒瘀结于肺，以致肺叶生疮，肉败血腐，形成脓疡，以发热，咳嗽，胸痛，咯吐腥臭浊痰，甚则咯吐脓血痰为主要临床表现的一种病证。

肺痈属内痈之一，是内科较为常见的疾病。中医药治疗本病有着丰富的经验，历代医家创立了许多有效方剂，其中不少方药长期为临床所选用。

《金匱要略》首次列有肺痈病名，并作专篇进行讨论。《金匱要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证并治》曰：“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，为肺痈。”指出成脓者治以排脓，未成脓者治以泻肺，分别制定了相应的方药，还强调早期治疗的重要性。汉以后，对肺痈的认识有所发展。晋《脉经》对本病的诊断和辨证有详细的论述。隋《诸病源候论·肺痈候》说：“肺痈者……寒乘虚伤肺，寒搏于血，蕴结成痈，热又加之，积热不散，血败为脓。”认为风寒化热亦可为痈，并强调正虚是发病的重要原因。唐《备急千金要方》创用苇茎汤以清肺排脓，活血消痈，此为后世治疗本病的要方。迄至明清，对本病的认识更趋深入、全面。明《医学纲目》有“肺痈者，由食啖辛热炙妈，或酣饮热酒，燥热伤肺”的记载，认为饮食不节为本病的病因之一。陈实功《外科正宗·肺痈论》对肺痈初起、已成、溃后的临床表现作了详细的描述，根据病机演变提出了初起在表者宜散风清肺，已有里热者宜降火益阴，脓成则平肺排脓，脓溃正虚者宜补肺健脾的治疗原则。清《医门法律·肺痿肺痈门》认为病由“五脏蕴崇之火，与胃中停蓄之热，上乘于肺”，认识到他脏及肺的发病机理，治疗上主张以“清肺热，救肺气”为要点。《张氏医通》主张“乘初宠时璫力攻之”、“慎不可用温补保肺药，尤忌发汗伤其肺气。”指出了本病的治疗原则和治疗注意事项。

肺痈主要见于西医学的肺脓肿。其他如化脓性肺炎、肺坏疽以及支气管扩张、肺结核空洞等伴化脓性感染者出现肺痈的临床表现时，可参考本节辨证论治。

【病因病机】

本病由感受外邪，内犯于肺，或痰热素盛，蒸灼肺脏，以致热壅血瘀，蕴酿成痈，血败肉腐化脓。

1. 感受外邪多为风热外邪自口鼻或皮毛侵犯于肺所致，正如《类证治裁·肺痿肺痈》所说：“肺痈者，咽干吐脓，因风热客肺蕴毒成痈”。或因风寒袭肺，未得及时表散，内蕴不解，郁而化热所为，《张氏医通·肺痈》曾说：“肺痈者，由感受风寒，未经发越，停留胸中，蕴发为热。”肺脏受邪热熏灼，肺气失于清肃，血热壅聚而成。

2. 痰热素盛平素嗜酒太过或嗜食辛辣炙燻厚味，酿湿蒸痰化热，熏灼于肺；或肺脏宿有痰热，或他脏痰浊瘀结日久，上干于肺，形成肺痈。若宿有痰热蕴肺，复加外感风热，内外合邪，则更易引发本病。《医宗金鉴·外科心法要诀·肺痈》曾指出：“此症系肺脏蓄热，复伤风邪，郁久成痈”。

劳累过度，正气虚弱，则卫外不固，外邪易乘虚侵袭，是致病的重要内因。本病病位在肺，病理性质属实、属热。《杂病源流犀烛·肺病源流》谓：“肺痈，肺热璫而成痈也。”因邪热郁肺，蒸液成痰，邪阻肺络，血滞为瘀，而致痰热与瘀血互结，蕴酿成痈，血败肉腐化脓，肺损络伤，脓疡溃破外泄，其成痈化脓的病理基础，主要在热壅血瘀。

正如《柳选四家医案·环溪草堂医案·咳喘门》所说：“肺痈之病，皆因邪瘀阻于肺络，久蕴生热，蒸化成痈”，明确地突出“瘀热”的病理概念。；

本病的病理演变过程，可以随着病情的发展，邪正的消长，表现为初期、成痈期、溃脓期、恢复期等不同阶段。

初期，因风热(寒)之邪侵犯卫表，内郁于肺，或内外合邪，肺卫同病，蓄热内蒸，热伤肺气，肺失清肃，出现恶寒、发热、咳嗽等肺卫表证。

成痈期，为邪热壅肺，蒸液成痰，气分热毒浸淫及血，热伤血脉，血为之凝滞，热壅血瘀，蕴酿成痈，表现高热，振寒、咳嗽、气急、胸痛等痰瘀热毒蕴肺的证候。

溃脓期，为痰热与瘀血壅阻肺络，肉腐血败化脓，肺损络伤，脓疡溃破，排出大量腥臭脓痰或脓血痰。

恢复期，为脓疡内溃外泄之后，邪毒渐尽，病情趋向好转，但因肺体损伤，故可见邪去正虚，阴伤气耗的病理过程，继则正气逐渐恢复，痈疡渐告愈合。若溃后脓毒不尽，邪恋正虚，每致迁延反复，日久不愈，病势时轻时重，而转为慢性。

【临床表现】

热毒瘀结，血败肉腐成痈所引起的肺痈症状，如发热、咳嗽、胸痛，咯吐腥臭浊痰，甚则脓血痰等，是肺痈的临床表现特征。本病发病多急，常突然出现恶寒或寒战，高热，午后热甚，咳嗽胸痛，咯吐粘浊痰，经过旬日左右，痰量增多，咯痰如脓，有腥臭味，或脓血相兼，甚则咯血量多，随着脓血的大量排出，身热下降，症状减轻，病情有所好转，经数周逐渐恢复。如脓毒不净，持续咳嗽，咯吐脓血臭痰，低烧，出汗，形体消瘦者，则可转入慢性。舌红，苔黄或黄腻，脉滑数或实。恢复阶段，多见气阴两虚，故舌质红或淡红，脉细或细数无力为多见。

【诊断】

1. 有外感因素或有痰热甚之病史。
2. 起病急骤，突然寒战高热，咳嗽，胸痛，咯吐大量腥臭浊痰，甚则脓血痰。
3. 脓血浊痰吐入水中，砵者是痈脓，浮者是痰；口啖生黄豆或生豆汁不觉有腥味者，便为肺痈。
4. 肺部病侧呼吸音降低或闻及湿啰音。慢性病变还可见“爪甲紫而带弯”，指端呈鼓槌样。
5. 血常规化验，白细胞总数及中性粒细胞增高；X线检查，胸片可见大片浓密炎症阴影或透光区及液平面；支气管造影造影、纤维支气管镜检查等，有助于西医肺脓疡的诊断。

【鉴别诊断】

肺痈须着重与下列病证鉴别。

1. 风温初起以发热，咳嗽，烦渴或伴气急胸痛为特征，与肺痈初期颇难鉴别。

但风温经及时正治，一般邪在气分即解，多在1周内身热下降，病情向愈。如病经1周，身热不退或更盛，或退而复升，咯吐浊痰腥臭，胸痛不解，应考虑肺痈的可能。

2. 其他痰热蕴肺证肺脏其他疾患若发生痰热蕴肺时，亦可表现发热、咳嗽、胸痛、咯痰带血等症状，但他们以肺热蕴肺证为主，病情较肺痈轻，临床咯吐浓稠浊痰较多，仅夹有血丝或伴咯血；而肺痈则为瘀热蕴结成痈，酿脓溃破，病情较重，寒战高热、胸痛较甚，尤其是可见咯吐大量腥臭脓血浊痰。

【辨证论治】

辨证要点

1. 掌握病性本病为热毒瘀结于肺，但应辨别痰、热、毒、瘀的主次及注意有无气阴的伤耗。

2. 辨别病期本病属于邪实证候，但各个病期的病机重点有所差异，故应结合病程和临床表现分辨出初期、成痈期、溃脓期、恢复期，以为临床治疗提供依据。

治疗原则

清热散结，解毒排脓以祛邪，是治疗肺痈的基本原则。针对不同病期，分别采取相应治法。如初期以清肺散邪；成痈期，清热解毒，化瘀消痈；溃脓期，排脓解毒；恢复期，阴伤气耗者养阴益气，若久病邪恋正虚者，当扶正祛邪。在肺痈的治疗过程中，要坚持在未成脓前给予大剂清肺消痈之品以力求消散；已成脓者当解毒排脓，按照“有脓必排”的原则，尤以排脓为首要措施；脓毒消除后，再予以补虚养肺。

肺痈为热壅血瘀的实热病证，即使风寒所致也已经化热，故切忌用辛温发散之品以退热，恐以热助热，邪热鸱张。同时，亦不宜早投补敛之剂，以免助邪资寇，延长病程，即使见有虚象，亦当分清主次，酌情兼顾。

分证论治

初期

症状：发热微恶寒，咳嗽，咯粘液痰或粘液脓性痰，痰量由少渐多，胸痛，咳时尤甚，呼吸不利，口干鼻燥，舌苔薄黄或薄白，脉浮数而滑。

治法：清热散邪。

方药：银翘散。

方中用银花、[连翘](#)、[芦根](#)、竹叶辛凉宣泄，清热解毒；配[荆芥](#)、[薄荷](#)、豆豉助银花、[连翘](#)以辛散表邪，透热外出；[桔梗](#)、[甘草](#)、[牛蒡子](#)轻宣肺气。

若内热转甚，身热，恶寒不显，咯痰黄稠，口揭者，酌加石膏、[黄芩](#)、[鱼腥草](#)以清肺泄热。痰热蕴肺，咳甚痰多，配杏仁、[浙贝母](#)、[桑白皮](#)、冬瓜仁、[枇杷叶](#)肃肺化痰。肺气不利，胸痛，呼吸不畅者，配[瓜蒌皮](#)、[郁金](#)宽胸理气。

·成痈期

症状：身热转甚，时时振寒，继则壮热不寒，汗出烦躁，咳嗽气急，胸满作痛，转侧不利，咳吐浊痰，呈现黄绿色，自觉喉间有腥味，口干咽燥，舌苔黄腻，脉滑数。

治法：清肺化痰消痈。

方药：千金苇茎汤合如金解毒散。

千金苇茎汤中，苇茎清解肺热；苡仁、冬瓜仁化浊祛痰；[桃仁](#)活血化痰，全方共奏化痰泄热，通瘀散结消痈之功。如金解毒散中，[黄芩](#)、[黄连](#)、山栀、[黄柏](#)降火解毒；[甘草](#)、[桔梗](#)解毒祛痰，宣肺散结以消痈。两方合用则具清热解毒，化浊祛痰，活血散瘀，解痰、瘀、热毒之壅滞，以散结消痈。

另可酌加银花、[蒲公英](#)、紫花地丁、[鱼腥草](#)、败酱草等以加强清热解毒。大便秘结者加[大黄](#)通腑泻热。热毒瘀结，咯脓浊痰，腥臭味甚者，可合犀黄丸以解毒化痰。咯痰黄稠，酌配[桑白皮](#)、[瓜蒌](#)、[射干](#)、[海蛤壳](#)以清化痰热。痰浊阻肺，咳而喘满，咯痰浓浊量多，不得平卧者，加葶苈子以泻肺泄浊。胸满作痛，转侧不利者，加[浙贝母](#)、乳香、没药散结消痈。

·溃脓期

症状：突然咯吐大量血痰，或痰如米粥，腥臭异常，有时咯血，胸中烦满而痛，甚则气喘不能平卧，仍身热面赤，烦渴喜饮，舌质红，苔黄腻，脉滑数或数实。

治法：排脓解毒。

方药：加味[桔梗汤](#)。

方中[桔梗](#)宣肺祛痰，排脓散结，为本方排脓之主药，用量宜大；[薏苡仁](#)、贝母、[橘红](#)化痰散结排脓；银花、[甘草](#)清热解毒；[葶苈子](#)泻肺除壅；白及凉血止血。另可加[黄芩](#)、[鱼腥草](#)、野荞麦根、败酱草、[蒲公英](#)等清肺解毒排脓。

咯血酌加丹皮、山栀、[蒲黄](#)、[藕节](#)、[三七](#)等凉血化痰止血。痈脓排泄不畅，脓液量少难出，配山甲片、[皂角刺](#)以溃痈排脓，但咯血者禁用。气虚无力排脓者，加生[黄芪](#)益气托里排脓。津伤明显，口干舌燥者，可加玄参、[麦冬](#)、花粉以养阴生津。

·恢复期

症状：身热渐退，咳嗽减轻，咯吐脓血渐少，臭味亦减，痰液转为清稀，或见胸胁隐痛，难以久卧，气短乏力，自汗，盗汗，低热，午后潮热，心烦，口干咽燥，面色不华，形瘦神疲，舌质红或淡红，苔薄，脉细或细数无力。

治法：益气养阴清肺。

方药：沙参清肺汤合竹叶石膏汤。

则应扶正祛邪。而清热法要贯穿治疗的全过程，务求邪去正复为要。若见恶候或慢性管延，应请西医外科会诊治疗。

【文献摘要】

《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病脉证并治》：“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。”

《医门法律·肺痿肺癰门》：“凡治肺癰病，以清肺热，救肺气，俾其肺叶不至焦腐，其生乃全。故清一分肺热，即存一分肺气，而清热必须涤其壅塞，分杀其势于大肠，令秽浊脓血日渐下移为妙。”

《证治汇补·胸膈门》：“久咳不已，浊吐腥臭，咳则胸中隐隐痛，口中辟辟燥，脉实滑数，大小便涩数，振寒吐沫，右肋拒按，为肺癰之病。因风寒内郁，痰火上絀，邪气结聚，蕴蓄成癰。”

《张氏医通·肺癰》：“肺癰危证；……若溃后大热不止，时时振寒，胸中隐痛，而喘汗面赤，坐卧不安，饮食无味，脓痰腥秽不已者难治，若喘鸣不休，唇反，咯吐脓血，色如败卤，浦臭理常，正气大败，而不知痛，坐不得卧，饮食难进，爪甲紫而带弯，手掌如枯树皮，面艳颧红，声哑鼻煽者不治。”

《杂病源流犀烛·肺病源流》：“肺癰，……无论已成未成，总当清热涤痰，使无留壅，自然易愈。凡患肺癰，手掌皮粗，气急脉数，颧红鼻煽，不能饮食者，皆不治。”

《类证治裁·肺癰》：“肺癰毒结有形之血，血结者排其毒。”“肺癰由热蒸肺窍，致咳吐臭痰，胸胁刺痛，呼吸不利，治在利气疏痰，降火排脓。”

《删选四家医案·环溪草堂医案·咳喘门》：“肺癰之病，……初用疏瘀散邪泻热，可冀其不成脓也，继用通络托脓，是不得散而托之，使速溃也，再用排脓泄热解毒，是既溃而用清泄，使毒热速化而外出也，终用清养补肺，是清化余热，而使其生肌收口也。”

【现代研究】

肺脓疡的治疗，抗菌素在控制急性炎症的作用方面比较强，能使体温较快的下降，全身中毒情况有所改善，但抗菌素未具有祛痰排脓的作用。中药除了能控制急性炎症外，同时还有祛痰排脓的作用，能促使肺部脓腔内的脓痰很快地排出，而使空洞早期闭合，并能改善神疲纳呆，夜寐汗出及一般虚弱情况[中医杂志 19N；(1)：24]。临床研究也证实，中医药治疗肺癰有较大优势。

治法研究

陶氏认为肺癰乃大热大毒之证，不能套用一般清热解毒的常法处理。必须趁正气未衰之机，速战速决，用势专力猛之药，攻下泻热，俾邪有出路，使病可速愈，故应在清热解毒的基础上，加用大承气之类，合用葶苈大枣泻肺汤、泻白散等，以攻逐痰热，起釜底抽薪、急下承

阴的作用,即使大便不干硬,也可借用[中医杂志 1987;(7):13]-韩氏也认为在治疗上,已非一般辛凉清解轻剂所能克功,而应用大剂量苦寒清解之晶,佐以化痰利络,以直折壅结肺经热瘀之邪[中医杂志 1987;(7):13]。在热毒炽盛,热壅血瘀,壅酿成脓之时,黄氏主张必须清热解毒,化痰排脓双管齐下[中医杂志 1987;(7):14]。若热势燎原,病情重笃,张氏主张清热解毒剂应每日用紫剂,日服六次[中医杂志 1987;(7):13]。但洪氏提出,在肺痈初期,相当于化脓性肺炎阶段,用药不宜过于寒凉,以防肺气郁遏,邪热伏闭,管延不解[中医杂志 1987;(7):15]。贝氏认为肺痈后期,尤其在大量脓痰排出之后,需选用益气养阴剂,扶正气,清余热。但补肺气不宜过用甘温,以防助热伤阴,养肺阴不宜过用滋腻,以防碍胃气。本病不宜补之过早,必须在热退、咳絀、痰少的情况下,且有虚象时,才适当可补,以防余热留恋,延长病期[中医杂志 1987;(7):12]。

·方药研究·

金氏以鱼腥草、半枝莲、生黄芩、金银花、半边莲、桔梗、枳壳、生苡仁、桃仁加絀治愈置腺脓肿热毒上逆之肺痈及颈部肿块邪毒转移之肺痈各1例。认为风伤皮毛,热伤血脉,风热袭肺,痰热毒盛为肺痈常见病因外,转移性肺痈则以热毒传肺,正不胜邪为主要病因,治疗上清热解毒为肺痈的基本治法,应贯穿肺痈治疗之始终,化痰排脓为成痈脓溃之时兼治之法,脓尽则可适当加用甘寒养阴之晶以养阴扶正,促使脓腔闭合,借助X线检查,一直到病确吸收消散方可撤药[实用中医内科杂志 1998;12(1):31]。贝氏以千金苇茎汤为主,再加鱼腥草、金荞麦、桔梗、连翘、浙贝母为基本方,治疗16例肺脓疡住院患者,效果较满意[中医杂志 1987;(7):12]。

蔺氏对肺脓肿急性期,用金银花、蒲公英、鱼腥草、花粉、桔梗、浙贝母、赤芍、归尾、乳香、没药、炮山甲、皂刺、防风、白芷;同时加用抗生素。后期热毒症状已除,用生黄芩、薏苡仁、太子参、花粉、金银花、茯苓、桔梗、瓜蒌仁、川贝母、当归、生甘草;停用抗生素或改为间断使用抗生素。结果:20例中临床治愈19例,退热时间平均5.8天,疼痛消失时间平均4.2天,X线检查透光区或液平面消失时间平均16天[广西中医药 1990;(2):10]。张氏中西医结合治疗肺脓疡110例,中药用鲜苇茎、鱼腥草、冬瓜仁、薏苡仁、炒桃仁、桔梗、黄芩、生甘草。初起寒战高热、血象较高者,加银花、连翘、胸疼、咳嗽吐脓痰较多者,加瓜蒌仁、川贝;久病体弱者酌加党参、黄芩。西医采用体位引流排脓、输液、输血等。结果:痊愈68例,好转29例,无效13例,总有效率88.18%[河南中医 1991;11(5):24]。

活血化痰法与清热解毒法的有机结合,对提高本病的疗效很有裨益。如杨氏用当归、赤芍、川芎、桃仁、红花、桔梗、冬瓜仁、车前子、半枝莲、黄芩、黄连、蒲公英、紫花地丁为基本方,共治11例,结果:治愈10例(实用中西医结合杂志 1992;(4):439)。石氏用三仁化痰汤(桃仁、金银花、连翘、杏仁、黄芩、川贝、甘草、薏苡仁、鱼腥草、白茅根、桔梗、丹皮)随症加絀,治疗经用抗生素无效的8例慢性肺脓肿,服药14-42剂,全部获愈[山东中医杂志 1993;(4):27]。若虚实兼夹,可在清热解毒、化痰排脓的方中佐以扶正之品。周氏用银芩参茜桔甘汤(银花、蒲公英、黄芩、党参、玄参、天花粉、茜草、甘草、桔梗)随证加絀,治疗肺脓肿(溃脓期)76例。

结果:痊愈 73 例,好转 2 例,无效 1 例,总有效率为 98.69%[中国民间疗法 1996;(1):36]南通市中医院采用成氏家传治肺痈之金荞麦,经临床验证数千例,疗效满意。中国医科院药物研究所提取其主要成分 黄烷醇,制成片剂,每服 5 片,每日 3 次;同时还制成浸膏片,每片含生药 1.5g,每服 5 片,每日 3 次,紫者效果大致相同,患者在服药后每见咯痰增多,由于脓痰大量排出,热挫纳增,空洞也随之缩小,液平消失,病确逐步吸收而痊愈(中医杂志 1987;(7):11)。朱氏用金荞麦中提取主要成分双聚原矢车菊甙元制成的金荞麦 号片,2-5 片/次,1 日 3 次连服 1-3 月,治疗肺脓肿 49 例。结果:痊愈 39 例,好转 6 例,无效 4 例(江苏中医 1991;12(12):34)。

黄氏认为鲜芦根对本病的治疗有特殊之效,用量宜重,以新鲜多汁者为佳,干则少效。土茯苓善于搜剔痰瘀之蕴毒,治疗本病亦有良效。三青叶对肺中热毒的清热解毒乃在诸药之上,宜首选[中医杂志 1987;(7):14]。张氏多年来用民间的单方草药治疗本病,疗效相当好。

例如以鲜鱼腥草 100g,捣烂取汁,用热豆浆冲服,每日 2 次。在初服时可有泛恶感觉,但能促使排出大量脓痰,症状亦随之改变[中医杂志 1987;(7):13]。

第六节 肺癆

肺癆是一种由于正气虚弱,感染癆虫,侵蚀肺脏所致的,以咳嗽、咯血、潮热、盗汗及身体逐渐消瘦等症为主要临床表现、具有传染性的慢性消耗性疾病。

肺癆相当于西医学中的肺结核,是肺病中的常见病。据1985年全国性结核病流行病学抽样调查,本患病率为550/10万,平均死亡率在30/10万左右。中医治疗肺癆着眼于从整体上辨证论治,针对患者不同体质和疾病的不同阶段,采取与之相适应的治疗方法,目前临床多结合抗癆西药治疗,可以收到标本兼顾,恢复健康的结果。

中医学对肺癆的认识历史悠久,且逐渐深化。《内经》《难经》《金匱要略》等医籍中无肺癆病,大多归于“虚损”、“虚劳”一类病证中,并描述了与肺癆主症相似的临床表现,如《璣枢·玉版》篇说:“咳,脱形;身热,脉小以疾”。晋代《肘后备急方》进一步认识到本病具有传染性,指出“死后复传之旁人,乃至灭门”,并创立“尸注”、“鬼注”之名。唐代《备急千金要方》把“尸注”列入肺脏病篇章,明确了本病病位在肺,指出本病的病因是“劳热生虫在肺”。《外台秘要》对本病的临床表现观察尤为详细,指出本病有骨蒸、烦躁、食无味、消瘦、盗汗、咳嗽、紫颊如里脂色等症状,还指出本病可见“腹中有块,或脑后近下紫边有小结”等兼症。由于本病的传染性和诸多症状,故有很多名称,如尸疰、劳疰、虫疰、传尸、肺痿、劳嗽、骨蒸、伏连、急癆等,直到宋代《三因瑯一病证方论》始以“癆瘵”定名,并指出与“予事而忧则肺劳”为“各一门类,不可不知”,从发病学上把癆瘵与一般的虚劳进行了界定。病因方面,在唐代关于肺虫说的基础上,创立了“癆虫”、“瘵虫”之说;在治疗方面,《仁斋直指方》已提出“治瘵疾,杀瘵虫”的重要观点。元代葛可久《十药神书》为我国现存的第一部治疗肺癆的专著。《丹溪心法·癆瘵》倡“癆瘵主乎阴虚”之说,突出病理重点,确立了滋阴降火的治疗大法。明代《医学入门·癆瘵》指出“潮、汗、咳嗽、见血、或遗精、便浊、或泄泻,轻者六症间作,重者六症兼作”,概要地提示了本病的6个主症。《医学正传·劳瘵》确立了杀虫与补虚的兼大治疗原则,迄今仍然对肺癆病的治疗具有重要的指导意义。

本节所论述的肺癆,与西医学中的肺结核病相类同。若以广义的癆瘵而言,还包括某些肺外结核在内。当这些疾病出现肺癆的临床表现时,可参考本节进行辨证论治。

【病因病机】

肺癆的致病因素主要有两个方面,一为感染癆虫,一为正气虚弱。《古今医统·癆瘵门》即曾指出“凡此诸虫,……著于怯弱之人,……日久遂成癆瘵之证。”癆虫和正气虚弱兼种病因,可以相互为因。癆虫传染是发病不可缺少的外因,正虚是发病的基础,是癆虫入侵和引起发病的主要内因。

1. 感染癆虫早在晋代,葛洪在《肘后备急方》中已认识到本病属于慢性传染性消耗性疾病,提到此病“积年累月,渐就顿滞,乃至于死”,而且其传染性很强,甚至可以“灭门”。古人根据本病具有传染的情况,创立了“癆虫”、“瘵虫”之说,如《三因瑯一病证方论·癆瘵诸证》指出:

“诸证虽曰不同，其根多有虫。”明璠指出瘵虫传染是形成本病不可缺少的因素，因直接接触本病患者，如问病吊丧，看护，骨肉亲属与患者朝夕相处，“瘵虫”侵人人体的而成病，这种认识直到1882年发现结核杆菌才被证实。

2. 正气虚弱肺瘵可发生于各种年龄、体质、经济状况的人。一般说来，往往在正气虚弱时罹患肺瘵，凡先天禀赋不强，小儿痼养不当；或病后失养，如麻疹、哮喘等病后或外感咳嗽经久不愈，以及产后失于调养等，皆易致瘵虫入侵。故《外台秘要·灸骨蒸法图》说：“婴童之流，传注更苦”。后天摄身不慎，青年早婚，嗜欲无节，耗伤精血；或情志不遂，忧思过度，或劳倦伤脾，而导致正气虚弱，瘵虫入侵而发病。正如《古今医统·瘵瘵门》说：“凡人平素保养元气，爱惜精血，瘵不可得而传，惟夫纵欲多淫，苦不自觉，精血内耗，邪气外乘”，并提出气虚血痿，瘵瘵“皆能乘虚而染触”。年老体弱，生活贫困，营养不良，也是罹病的重要原因，如《理虚元鉴·虚症有六因》即曾指出“因境遇者，……贫贱而窘迫难堪”，易致瘵虫侵袭。

瘵虫感染和正气虚弱两种病因，可以互为因果。瘵虫是发病的原因，正虚是发病的基础。正气旺盛，即使感染瘵虫后，也未必发病，正气不足，则感染后易于发病。同时，病情的轻重与内在正气的强弱也有重要关系。另一方面，瘵虫感染是发病的必备条件，瘵虫既是耗伤人体气血的直接原因，同时又是决定发病后病变发展规律、区别于它病的特殊因素。

本病的发病部位，主要在肺。由于肺开窍于鼻，职司呼吸，瘵虫自鼻吸入，直趋于肺而蚀肺，故临床多见肺失宣肃之症，如干咳、咽燥、咯血，甚至喉疮声嘶等。由于脏腑间具有相互资生，互相制约的密切关系，因此肺病日久可以进一步影响到其他脏腑，故有“其邪辗转，乘于五脏”之说。其中与脾肾两脏的关系最为密切。

脾为肺之母，肺瘵日久，子盗母气，则脾气亦虚，可伴见疲乏、食少、便溏等症，其甚者可致肺、脾、肾三脏同病。

肾为肺之子，肺虚肾失资生之源，或肾虚相火灼金，上耗母气，则可见肺肾两虚，伴见骨蒸、潮热、男子失精、女子月经不调等肾虚症状；若肺虚不能制肝，肾虚不能养肝，肝火偏旺，则见性情急躁，善怒，胁痛；肺肾阴虚，心火上炎还可伴有虚烦不寐，盗汗等症；如肺虚制节失司，血脉运行不畅，病及于心，可见喘、悸、肿、紫绀等症。

本病病理性质的重点，以阴虚火旺为主。因肺喜润恶燥，瘵虫蚀肺，肺体受损，首耗肺阴，阴虚则火旺，而见阴虚肺燥之候。故朱丹溪概括瘵瘵的病理为“主乎阴虚”。由于阴脏互根，阴虚则火旺，可发展为气阴两虚，甚则阴损及阳。病理的转变，与病情的轻重及病程有关。一般说来，初起病变在肺，肺体受损，肺阴亏耗，肺失滋润，表现为肺阴亏损之候。

继则肺肾同病，兼及心肝，而致阴虚火旺，或因肺脾同病，阴伤及气而致气阴两虚，后期肺脾肾三脏交亏，阴损及阳，可趋于阴阳两虚的严重局面。

【临床表现】

癆虫侵蚀肺脏所引起的临床表现,以咳嗽、咯血、潮热、盗汗等为主要症状,这些症状可出现于肺癆的各种类型,各症可以间作,或相继发生,或同时兼见。但早期或病变轻微者常无明显症状,有症状者均为病变活动时或病变较重者。

咳嗽,系肺阴不足所致,因此常表现为干咳,少痰,伴咽燥口干,颧红,唇赤,舌红少津,脉细数;但也有因脾虚生痰,痰湿阻肺所致,故也可以出现咳嗽痰多,痰呈泡沫状,伴身重疲乏,胃纳不振,舌苔白腻等症;更有少数表现为痰热咳嗽,症见痰黄且稠,或痰中带血。咯血,多由于热伤肺络,症见血色鲜红,咯血量多;也可挟有瘀血,症见少量咯血,时发时止,血色暗或带紫色血块。发热,为阴虚生内热,多表现为午后发热,一般表现为低热(38.5 以下),或仅自觉五心烦热,好象热从骨髓中蕴蒸而出,故又称骨蒸,面颧红赤,但也有高热者。发热时间多从午后开始,夜热早凉,发作有时,故称潮热。盗汗,为内热蒸腾,逼津外出,表现为入睡后,汗出遍身,醒后则汗止。唯汗后衣被皆湿,疲乏无力感益加明显。患者亦可表现为气阴两虚,形寒乏力,易汗肢冷,饮食减少,体重减轻,肌肉瘦削,晚期则形消骨立,男性多见遗精,女性多见月经不调或闭经。

【诊断】

1. 初期仅感疲乏无力,干咳,食欲不振,形体逐渐消瘦。病重者可出现咯血,潮热,颧红,形体明显消瘦等症。

2. 有与肺癆患者密切接触史。

3. 病确部位呼吸音减弱或闻及支气管呼吸音及湿啰音。

4. 痰涂片或培养结核菌多呈阳性。

5. X线摄片可见肺部结核病灶。

6. 血沉增快,结核菌素皮试呈强阳性有助于诊断。

【鉴别诊断】

1. 虚劳与癆病都具有消瘦、疲乏、食欲不振等虚证特征,且有一定联系,肺癆可发展为虚损,故《金匱要略》将之列于虚劳范畴,但癆者是有区别的。肺癆主要病变在肺,具有传染性,以阴虚火旺为病理特点,以咳嗽、咯血、潮热、盗汗、消瘦为主要临床症状;而虚劳则由多种原因所导致,病程较长,病势缠绵,病变为五脏虚损而以脾肾为主,一般不传染,以气、血、阴、阳虚为病理特点,是多种慢性虚损病证的总称。

2. 肺痿肺癆与肺痿癆者病位均在肺,但肺痿是多种肺部慢性疾患后期的转归,如肺痛、肺癆、咳嗽日久等,若导致肺叶痿弱不用,俱可成肺痿。肺癆晚期,如出现干咳、咯吐涎沫等症者,即已转属肺痿,故《外台秘要》称肺癆为肺痿疾。

【辨证论治】

辨证要点

1. 辨病性肺癆病理性质以本虚为主,亦可见标实。本虚为阴虚,病变进程中可发展为气阴絮虚,阴簾絮虚;标实为火热,痰浊和瘀血。故应辨别虚实的属性,是否相互兼夹及其主次关系。

2, 辨病位肺癆的主脏在肺,在病变过程中“其邪辗转,乘于五脏”。故应辨别病位是尚限于肺脏,或已经“辗转”于其他脏,尤其是重点关注肺与脾、肾的关系。

3. 辨主症肺癆以咳嗽、咯血、潮热、盗汗为四大主症,故应辨别主症间的主次轻重,以便在治本的基础上为对症处理提供依据。

治疗原则

补虚培元、抗癆杀虫为治疗肺癆的基本原则。补虚培元,旨在增强正气,以提高抗病能力,促进疾病的康复。就病理性质而言,补虚以滋阴为主,若合并气虚、簾虚者,则当同时兼顾益气、温簾;就脏腑而言,补虚重在补肺,并注意脏腑整体关系,同时补益脾肾。抗癆杀虫,旨在针对本病的特璋病因进行治疗。正如《医学正传·劳瘵》所说:“治之之法,一则杀其虫,以绝其根本;一则补虚,以复其真元。”另外,还应适时结合清火、祛痰、止血等法进行治疗。

分证论治

·肺阴亏虚

症状:干咳,咳声短促,或咯少量粘痰,或痰中带血丝或血点,血色鲜红,胸部隐隐闷痛,午后手足心热,皮肤干灼,口干咽燥,或有轻微盗汗,舌边尖红苔薄,脉细或细数。

治法:滋阴润肺,杀虫止咳。

方药:月华丸。

本方是治肺癆的基本方,具有补虚抗癆,滋阴镇咳,化痰止血之功。方中北沙参、[麦冬](#)、[天冬](#)、生地、熟地滋阴润肺;[百部](#)、[獭肝](#)、川贝润肺止咳,兼能杀虫;[桑叶](#)、[白菊花](#)清肺止咳;[阿襟](#)、[三七](#)止血和营;[茯苓](#)、[山药](#)健脾补气,以资生化之源。

若咳嗽频繁而痰少质粘者,加[百合](#)、杏仁、炙[枇杷叶](#)以润肺化痰止咳。痰中带血丝较多者,加白及、仙鹤草、[白茅根](#)、蛤粉炒[阿襟](#)等和络止血。若潮热骨蒸甚者,酌加银[柴胡](#)、[地骨皮](#)、[功劳叶](#)、[青蒿](#)等以清虚热。

·阴虚火旺

症状:呛咳气急,痰少质粘,或吐稠黄痰,量多,时时咯血,血色鲜红,午后潮热,骨蒸,五心烦热,颧红,盗汗量多,口渴,心烦,失眠,性情急躁易怒,或胸胁掣痛,男子可见遗精,女子月经不调,形体日渐消瘦,舌红而干,苔薄黄或剥,脉细数。

治法:滋阴降火。

方药:[百合](#)固金汤。

方中用百合、麦冬、玄参、生地、熟地滋阴润肺生津；当归、芍药柔润养血；桔梗、贝母、甘草清热止咳。另可加鳖甲、知母滋阴清热；百部、白及补肺止血，抗癆杀虫；龟板、阿襟、五味子、冬虫夏草滋养肺肾之阴，培其本元。骨蒸劳热日久不退，可合用清骨散或秦窃鳖甲散。

若火旺较甚，热势明显升高，酌加胡黄连、黄芩、黄柏等苦寒泻火坚阴。痰热蕴肺，咳嗽痰黄稠浊，酌加桑白皮、知母、金荞麦根、鱼腥草等清化痰热。咯血较著者去当归之辛窜，加黑山栀、紫珠草、大黄炭、地榆炭等凉血止血；血出紫黯成块，伴胸胁掣痛者，可酌加三七、茜草炭、花蕊石、蒲黄、郁金等化瘀和络止血。盗汗甚者可选加乌梅、约牡蛎、麻黄根、浮小麦等敛营止汗。声音嘶哑或失音可加诃子、木蝴蝶、凤凰衣、胡桃肉等润肺肾而通声音。

·气阴耗伤

症状：咳嗽无力，气短声低，咯痰清稀色白，偶或痰中夹血，或咯血，血色淡红，午后潮热，伴有畏风，怕冷，自汗与盗汗并见，面色觥白，颧红，纳少神疲，便溏，舌质嫩红，或舌淡有齿印，苔薄，脉细弱而数。

治法：益气养阴。

方药：保真汤。

方中党参、黄芩、白术、茯苓、甘草补肺益脾，培土生金；天冬、麦冬、生地、熟地、当归、白芍以育阴养营，填补精血；地骨皮、黄柏、知母、柴胡、莲心以滋阴清热；厚朴、陈皮理气喘脾。并可加白及、百部以补肺杀虫。咳嗽痰稀，可加紫菀、款冬花、苏子温润止嗽。夹有湿痰症状者，可加半夏、陈皮以燥湿化痰。咯血量多者可酌加花蕊石、蒲黄、仙鹤草、三七配合补气药以止血摄血。如纳少腹胀，大便溏薄等脾虚症状明显者，酌加扁豆、薏苡仁、莲子肉、山药等甘淡健脾。慎用地黄、阿襟、麦冬等滋腻之品，以免妨碍脾之健运，必要时可佐陈皮、麦芽等以助脾运。

·阴痿紫虚

症状：咳逆喘息少气，咯痰色白，或夹血丝，血色暗淡，潮热，自汗，盗汗，声嘶或失音，面浮肢肿，心慌，唇紫，肢冷，形寒，或见五更泄泻，口舌生糜，大肉尽脱，男子滑精、痿痿，女子经少、经闭，舌质淡或光嫩少津，脉微细而数，或虚大无力。

治法：滋阴补痿。

方药：补天大造丸。

全方肺脾肾兼顾，·阴痿双补。方中党参、黄芩、白术、山药、茯苓以补肺脾之气；白芍、地黄、当归、枸杞、龟板培补阴精以滋养阴血；鹿角襟、紫河车助真痿而填精髓；枣仁、远志敛阴止汗，盛心止悸。

若肾虚气逆喘息者，配胡桃仁、冬虫夏草、蛤蚧、五味子等摄纳肾气以定喘。痿虚血瘀水停者，可用真武汤合五苓散加泽兰、红花、北五加皮温痿化瘀行水。五更泄泻者配用罂肉豆蔻、补骨脂以补火暖土，此时忌投地黄、阿襟、当归等滋腻润肠之品。

此外,各证可结合单方、验方治疗。如:

白及散(南京中医学院附院方):白及、[百部](#)、[牡蛎](#)、炮山甲等分研粉,如病情严重,[百部](#)加倍,每服 3-5g,一日 2-3 次。

鹭部丹(上海中医学院附属龙华医院方):[黄鹭](#) 18g,[百部](#)、丹参各 9g,汤剂,每日 1 剂。

律草合剂(《实用中医内科学》):律草 1500g,[百部](#)、白及各 500g,[夏枯草](#) 250g,白糖 2000g,反复加水蒸馏浓缩至 5 删 nd,每天 500nd,分 3 次服。

【转归预后】

本病的转归决定于正气强弱及治疗情况,若正气比较旺盛,或得以及时正璫的治疗,病情向痊愈方向转归。若邪盛正虚,病情可进行性加重,由肺虚渐损及脾肾心肝,由阴及气及籐,最后形成慢性管延,向五脏虚损,阴籐俱虚转归,甚至趋向恶化。本病的预后也决定于

体质强弱,病情轻重及治疗的早迟等。一般而言,早期发现,早期治疗,预后一般良好;若治疗不及时,管延日久,身体羸弱者,预后较差。如(明医杂著·劳瘵)说:“此病治之于早则易,若到肌肉消铄,砩困着床,脉砩伏细数,则难为矣。”

【预防与调摄】

肺瘵是一种传染性疾病,历代医家一贯强调对本病应防重于治,如元代上清紫庭追瘵仙方主张病者死后火化,防其传染旁人。故肺瘵患者应隔离治疗或少到公共场所去,其衣被等应煮沸消毒后清洗,痰液等排泄物应消毒处理。探视患者应戴口罩,气虚、饥饿、劳倦等身体状况欠佳时忌探视病人或吊丧,必要时身佩[安息香](#),或用[雄黄](#)擦鼻。青少年的有效预防方法是进行灭活卡介苗预防接种。平素保养元气,爱惜精血,注意营养,加强体育锻炼,可以提高抗御瘵虫侵袭的能力。

既病之后,不但要耐心治疗,更应重视摄身,戒酒色,节起居,禁恼怒,息妄想,慎寒温,适当进行体育锻炼。加强食养,可吃甲鱼、团鱼、雌雉、老鸭、牛羊乳、[蜂蜜](#),或常食猪羊肺以脏补脏,以及白木耳、[百合](#)、[山药](#)、梨、藕、枇杷之类,以补肺润肺生津。忌食辛辣刺激动火燥液之物,如辣椒、葱、姜等。

【结语】

肺瘵是具有传染性的慢性消耗性疾患。其病因为感染瘵虫,但发病与否与正气强弱有很大关系。病位主要在肺,但可损及其他脏腑。病理特点主在阴虚,进而阴虚火旺,或气阴鞑虚,病久阴损及籐,可见阴籐鞑虚。其治疗原则为补虚培元和抗瘵杀虫。补虚之大法以滋阴为主,气虚者伍以补气,若阴籐鞑虚者,则当滋阴补籐。补虚重点在肺,同时予以补脾和补肾,尤须重视补脾,因脾为肺之母,补脾可畅气血生化之源而养肺金。但应注意补脾不宜壅滞,不宜辛燥,以免壅滞气机,伤阴动血。一般以甘淡补脾法为宜。本病虽以虚为主,但往往可见虚中夹实,如阴虚常夹痰热、肺脾气虚常夹痰浊,咯血者常夹血瘀。故在补虚的同时,要结合应用清化痰热,或清化痰浊,及化瘀止血等法。阴虚火旺者宜清火,因其为虚火,故用药当以甘寒养

阴为主，酌配苦寒降火之品，谨防苦寒太过，注意中病即止，以免伤脾败胃。抗痨杀虫，是肺痨病的重要治法，在辨证论治的基础上应十分重视配合西药抗痨杀菌药物的使用。根据临床验证和药理实验研究，很多中药也有不同程度的抗痨杀虫作用，如白及、[百部](#)、[黄连](#)、[黄芩](#)、[大蒜](#)、冬虫夏草、功劳叶、律草等，均可在辨证的基础上结合辨病，适当选用。

【文献摘要】

（[外台秘要·传尸方](#)）：“大都此病相克而生，先内传毒气，周遍五脏，渐就羸瘦，以至于死，死而复易家亲一人，故曰传尸，亦名转注，以其初得，半卧半起，号曰残痲，气急咳者，名曰肺痿，骨髓中热，称为骨蒸，内传五脏，名之伏连，不解疗者，乃至灭门。”

（[严氏济生方·痲瘵论治](#)）：“夫痲瘵一证，为人之大患，凡受此病者，传变不一，积年痲易，甚至灭门，可胜叹哉！大抵合而言之，曰传尸，别而言之，曰骨蒸、残迭、复连、尸症、劳症、蛊症、毒症、热症、冷症、食症、鬼症是也。”

（[丹溪心法·痲瘵](#)）：“治之之法，滋阴降火是澄其源也，消痰、和血、取积、追虫是洁其流也。医者何不以补虚为主，紫兼去邪矣乎？”

（[医学入门·痲瘵](#)）：“潮、汗、咳嗽、见血、或遗精、便浊、或泄泻，轻者六症间作，重者六症兼作。”

（[明医杂著·痲瘵](#)）：“色欲过度，损伤精血，必生阴虚火动之病，睡中盗汗，午后发热，哈哈咳嗽，倦怠无力，饮食少进，甚则痰涎带血，咯吐出血，或咳血、吐血、衄血，身热脉碎数，肌肉消瘦，此名痲瘵。最重难治，轻者必用药数十服，重者期以岁年，然必须病人爱命，坚心定志，绝房室，息妄想，戒恼怒，节饮食，以自培其根，否则虽服良药，亦无用也，此病治之于早则易，若到肌肉消铄，碎困着床，脉碎伏细数，则难为矣。”

【现代研究】

肺痲与西医学的肺结核病相类似。近年来，国内应用中医药或中西医结合治疗肺结核的报道日渐增多，无论在抗痲、改善中毒症状及实验研究等方面，都有不少新进展。

养阴益气配伍虫类药物组成的经验方可以收到较好的抗痲效果。李氏以抗痲散（[黄芩](#)、[百部](#)、白及、龟板、丹参、冬虫夏草、[蜈蚣](#)、[牡蛎](#)、玄参、[百合](#)、[川贝母](#)、[五味子](#)、[紫河车](#)）为主辨证治疗肺结核 1367 例，结果痊愈 1224 例（89.54%），好转 101 例（7.39%），无效 42 例（3.07%）。另选初治患者 156 例，随机分为抗痲散组 55 例，21-IRE / 6 化疗组 49 例，中西药合用组 52 例，痊愈率分别为 89.90%、89.8%、94.23%；选复治患者 196 例，同上随机分为 3 组，痊愈率分别为 88.06%、74.19%、92.54%[[中国医药学报](#) 1995；10（3）：33]。马氏以结核散 1 号方（[珍珠](#)、[三七](#)、[全蝎](#)、[乌梢蛇](#)、[穿山甲](#)、白及）和结核散 2 号方（[蛤蚧](#)、[黄芩](#)、[鳖甲](#)、[知母](#)、[黄芩](#)、[百部](#)、[夏枯草](#)、[鱼腥草](#)）治疗空洞型肺结核 107 例，连服 3 个月，治疗期间停用抗痲药。结果：潮热盗汗 63 例，消除 61 例，咳血 14 例均痊愈；咳嗽 97 例，停咳 82 例；空洞 125 个中，闭合 81 个，缩小 33 个，无效 11 个；排菌者 61 例中阴转 51 例。对 44 例痊愈者（症状消失，X 光片示空洞关闭，浸润吸收）随访 10-25 年均未复发[[黑龙江中医药](#) 1991；（5）：19]。李氏以

抗痨散(蜈蚣、冬虫夏草、紫河车、菌璣芝、牡蛎、丹参等)为主,并用三味汤(桃仁、三棱、夏枯草)随证加味,体表结核外敷消核膏(甘遂、大戟、泽漆、蜂房、独角莲、红娘子),治疗各种结核病 2139 例。结果:痊愈 1926 例,有效 148 例,无效 65 例,总有效率为 96.96%[中医杂志 1994;35(10):606]。活血化瘀药物,可改善血脉运行,促使结核硬结钙化或空洞闭合[当代名医证治汇粹 1990:70],故也有不少作者将之配伍于抗痨方中,收到较好效果。冯氏应用复方丹参液联合化疗短程治疗排菌浸润型肺结核,无论初治或复治组,疗程第 1 月、第 3 月及结束时,治疗组痰菌转阴率明显高于对照组,大大减少了传染源,缩短了疗程,降低了复发率,较一般短程化疗疗效为优。实验证明,丹参可扩张毛细管,增快微循环血流,这有利于炎性渗出物的吸收,有利于结核菌的软化吸收,有利于药物渗透到病损部位,提高药物有效浓度,利于痰菌转阴[实用中西医结合杂志 1991;4(9):532]。魏氏用抗痨益肺冲剂(鳖甲、川贝、生地、当归、红花、百部、地骨皮、白术、黄芩、牡蛎等)治疗肺结核 60 例,与对照组 50 例,同用化疗抗痨药。结果:紫组分别治愈 32、18 例,有效 23、17 例,无效 5、15 例,总有效率为 91.75%、90%($P<0.01$)。治疗组痰涂片阴转率、空洞闭合率均优于对照组($P<0.01$)[河北中医 1995;17(6):9]信中西医结合治疗肺结核是目前研究的主要形式,汤氏将 x 线胸片和痰检确诊资料完整的 76 例复治肺结核,随机分为观察组(金水宝联合化疗,化疗方案:2HSRZ / 4HR)38 例和对照组(单纯化疗)38 例。结果:(1)总疗效:观察组治愈 34 例(89.5%),好转 3 例(7.9%),无效 1 例(2.6%),总有效率 97.4%;对照组治愈 24 例(64.2%),好转 4 例(10.5%),无效 10 例(26.3%),总有效率 73.7%。观察组疗效优于对照组($P<0.01$)。(2)病损吸收情况、痰结核菌转阴情况、中毒症状改善情况、紫组比较均有显著性差异($p<0.05$)[中国中西医结合杂志 1997;19(5):309]。岳氏用千金沙片(北沙参、葶苈子、桑白皮、桔梗、车前子、陈皮、茯苓、麦冬、丁香)并同用烟肼、利福平、噻嗪酮、链霉素,治疗粟粒型肺结核 35 例。结果:痊愈 8 例,好转 21 例,有效 4 例,无效 2 例,总有效率 94%[陕西中医 1995;16(10):434]。曹氏采用中西医结合治疗老年不典型肺结核 52 例,肺阴虚型用百合固金汤、六味地黄汤、沙参麦冬汤等;脾胃气虚型用四君子汤、参苓白术汤、归脾汤等,气阴两虚型用补肺汤、八珍汤、黄芩鳖甲汤等;肺虚型用参附汤、术附汤等;虚实夹杂证在此基础上辨证施治。3 个月为 1 疗程。并设对照组 77 例,均用抗结核化疗方案,辅以保肝治疗。结果:紫组分别治愈好转 32、34 例,有效 9、12 例,无效 6、23 例,死亡 5、8 例,总有效率 78.9%、60% ($P<0.05$) [云南中医学院学报 1994;17(3):27]。

方氏采用中西医结合治疗复治菌肺肺结核 52 例,肺阴亏耗用月华丸加味;肺肾阴虚用百合固金汤加味;脾肾两虚用拯痿理痨汤加味。并设对照组 126 例,均用 3SHRE / 91-IR 为基本方案,并参考用药史和药敏结果,酌情更换 1-2 种抗痨药,常规剂量,强化治疗 3 个月。结果:痰菌阴转分别为 32(61.5%)、43(24.1%)例($P<0.05$);病损总吸收率为 52%、23.9% ($P<0.05$);空洞者有效(直径缩小 1 / 3,并无新空洞)17 / 40(42.5%)、24 / 126(19%)例 [贵州中医学院学报 1996;18(1):28]。马氏以西药抗痨结合民间验方(黄芩、山药、白及、鸡内金、桃仁、百合、白果、桔梗、三七、黄精、砂仁)治疗肺结核 47 例,结果:临床治愈 38 例,显效 7 例,有效 2 例[实用中西医结合杂志 1996;9(12):76]。

中医中药能有效地改善结核及化疗药物的中毒症状。薛氏以秦芎鳖甲汤治疗肺结核中毒症状 32 例, 结果: 痊愈 29 例, 有效 2 例, 无效 1 例[实用中西医结合杂志 1991; 4(9): 534]。李氏对肺结核抗痨治疗中血清 ALT 异常 41 例, 用护肝汤(垂盆草、凤尾草、广郁金、枳椇、白术、黄芩、柴胡、黄芩) 随证加味治疗。对照组 20 例, 用垂盆草糖浆、肝泰乐、维生素 C、辅酶 A、ATP 治疗。治疗组均用雷米封、利福平、乙胺丁醇联合抗痨, 均 6 周为 1 疗程。结果: 治疗组 50 显效 (ALT 恢复正常, 继续抗痨治疗 > 1 个疗程) 24, 4 例, 有效 8, 2 例, 无效 9, 14 例, 总有效率 78%、30% ($P < 0.01$) [中国中西医结合杂志 1995; 15(10): 630]。信童氏对抗结核药物致肝脏损害 30 例, 用复肝汤(茯苓、茵陈、柴胡、栀子、五味子、枳实、白术、板蓝根、白花蛇舌草), 对照组 30 例, 治疗组均抗痨治疗; 并用益肝璣、肌酐、肝泰乐口服治疗。1 个月后, 结果: 治疗组分别显效 (SGPT 降至正常或明显下降, 自觉症状消失) 20, 5 例, 有效 8, 12 例, 无效 2, 7 例, 恶化 0, 6 例, 总有效率 93.34%、56.67% ($P < 0.01$) [山东中医杂志 1996; 15(1): 26]。高氏对经用止血敏、6-巯基己酸、止血芳酸、抗结核治疗, 大咯血者用脑垂体后叶素等治疗 5 日仍咯血不止的肺结核咯血 108 例, 加用养阴止血汤(生地、熟地、玄参、麦冬、炒白芍、牛膝、川贝、甘草、当归、炒栀子、丹皮、仙鹤草、白茅根、藕节、炙百合) 随证加味, 并针刺双侧巨骨、孔最、尺泽、鱼际、合谷穴。结果: 显效 (加用中药和针刺 3 日内咯血止, 随访半年无复发) 51 例, 有效 46 例, 无效 11 例 [山东中医杂志 1994; 13(11): 505]。树氏采用正规抗痨治疗的同时, 服用仲景泻心汤泡服, 治疗肺结核咯血 60 例, 在 1 周内观察, 37 例咯血停止, 16 例咯血基本控制, 偶见痰中带血, 5 例出血量少, 2 例无明显改善 [浙江中医杂志 1998; (2): 66]。

中药结合抗痨治疗, 具有改善患者免疫水平, 增强机体抗病能力, 促进病变吸收和治愈的作用。李氏用扶正固本丸(黄芩、党参、白术、黄精、制首乌、桑寄生、甘草等) 治疗 14 例, 与对照 11 例均予短程化疗方案抗结核治疗。结果表明, 扶正固本丸组患者各项免疫指标恢复明显优于化疗对照组 [中西医结合杂志 1989; 9(11): 663]。难治性肺结核患者细胞免疫功能低下, 阮氏采用黄芩伍用抗结核药治疗难治性肺结核 42 例, 对照组仅用抗结核药治疗 45 例。结果: 治疗组细胞免疫功能改善及肺结核治愈率、总有效率明显高于对照组 ($P < 0.01$), 表明黄芩对治疗难治性肺结核有价值 [实用中西医结合杂志 1998; 11(10): 915]。