

张圣德治疗咳嗽经验

Experiences of treating cough by ZHANG Sheng-de

吴德峰

(镇江市中医院, 江苏 镇江, 212003)

中图分类号: R256.11 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2011) 15-0075-02 证型: GDA

【摘要】业师江苏省名中医张圣德主任中医师临床治病四十余载, 内科杂症治验丰富, 对呼吸系疾病诊治有独特见解, 不论何种病因引起咳嗽, 吾师遵循辨证论治原则, 活用寓含整体辨证观的成方古方是临证治验捷径, 可起到事半功倍的疗效。

【关键词】咳嗽; 辨证与辨症; 名医经验

【Abstract】Professor ZHANG Sheng-de as director of TCM in clinical for more than 40 years, who had rich experience in treating medical diseases and had unique insight to diagnosis and treatment of respiratory diseases. No matter what causes the cough, he could based on the principle of differential treatment, flexible use the meaning of dialectical view of the overall is a shortcut of clinical treatment, which could arrive at the best effect.

【Keywords】Cough; Differentiation and identifying diseases; Experience of famous doctor

业师江苏省名中医张圣德主任中医师临床治病四十余载, 内科杂症治验丰富, 对呼吸系疾病诊治有独特见解, 今介绍其治疗咳嗽经验如下。

1 宣肃温润、辛甘发散治外感咳嗽

吾师认为, 外感咳嗽以风寒居多, 与张景岳倡导“六气皆令人咳, 风寒为主”之说相合。六淫袭肺, 内合肺气, 由于人体禀赋不同, 化寒化热、化燥化痰(饮)变化多端, 影响“肺主治节”功能, 表现为: 肺受寒则肺叶不举, 宣散失司; 肺受热(或燥)则肺气贲郁, 肃降无权; 痰(饮)阻气道, 呼吸出入气机受节制, 均致咳逆之候。外感咳嗽易见不易治者, 取决于外邪由表入里的过程, 和外邪作用于肺后引起的生理和病理变化, 亦即正邪交争不同阶段所表现的证候起决定因素。外感咳嗽初起, 或久咳再感外邪, 咳嗽必伴咽痒, 或恶风恶寒之表现。吾师指出, 治疗外感咳嗽, 首先辨表里, 其次识寒热与痰饮, 治则为宣肺肃痰, 兼疏外邪, 以求表里双解。选方推崇止嗽散, 该方择药轻灵, 温润不燥, 寓辛甘发散助肺气宣肃之功, 又无过寒过热之偏颇, 与“肺为娇脏”喜润而恶燥之轻灵特点吻合, 亦无耗散肺气之弊, 选用本方要点在于外邪由表入里过程引发咳嗽, 表邪已去八九分, 尚有一二分表证可循。此有别于感冒之表证为主, 兼有咳嗽之证候, 亦与无表邪之内伤咳嗽迥异。临证时多加杏仁、制半夏、枇杷叶增其降气化痰之功。凡咳嗽一周以上, 加党参(太子参)鼓舞肺气, 升举肺叶以助肺气宣肃而吐故纳新, 名加参止嗽散; 咳逆气急, 或风寒引动宿痰之慢支发作, 多为虚实相杂之候, 加太子参、苏子、鹅管石补气宣肺止咳平喘, 名曰参苏鹅止嗽散; 苔厚腻、咯痰黄稠之风寒入里化热, 酌加桑白皮、黄芩、瓜蒌皮、川贝母, 疏风清热化痰止咳; 苔白腻胸脘痞闷, 咯痰白粘之痰湿偏盛, 可合二陈汤、三子养亲汤化裁。肺与大肠相表里, 风痰郁闭肺气, 大便不畅, 瓜蒌皮伍大贝母, 可疏风化痰通腑泄浊, 使腑气下达而肺气自宣, 是启下承上之妙用。

2 益肺敛肺, 酸甘化阴治久咳不已

外感咳嗽或内伤咳嗽日久, 轻则肺气肺津耗伤, 重则肺之阴血亏耗。吾师遵经旨: “实则泻之, 虚则补之”之语, 指出

凡咳嗽经久不愈, 不论诊治与否, 迁延一月以上, 气阴两亏多见, 应益肺敛肺为主。久咳证见: 干咳无痰, 咳声无力, 或间断咳嗽, 反复发作或咳则自汗, 伴神疲乏力, 懒言少气, 苔薄白脉虚弱等。轻证取生脉饮, 加宣肺肃痰收效; 重证九仙散方可出奇制胜。“至实有赢状, 大虚有实候”, 阴津亏损, 肺虚火旺, 灼津成痰, 此痰可视为无形之痰气, 犹如存在于肺间质、细小支气管中, 同样致肺宣肃失司。若非阴血亏损之至虚候, 大补阴血妨碍痰湿之劫除, 亦与“治上焦如羽”观点相悖, 故生脉饮和九仙散均取酸甘化阴之品以敛肺生津, 以助肺主治节之功。吾师认为, 九仙散(罂粟壳用诃子代)一般不必加減, 但求辨证准确, 中病即止, 少则二三剂, 多不过七八剂, 否则应重审病机, 是否有隐匿之证候未加详辨。如久咳肺虚, 卫外失固, 易招外邪, 有一份表证, 当先解一份外邪, 逢秋气主令时, 温凉燥邪之干咳久久不愈亦当区别。吾师指出, 辨痰之多少, 或有或无是辨证选用九仙散关键。久咳痰不易咯, 但见喉中痰鸣, 咳声重浊不清, 咽部及胸部闷窒不适, 或作痒状, 或卧必作咳, 苔腻不净, 均宜视作有形之痰咳论治, 投以九仙散敛肺益肺无疑闭门留寇。

3 辨证辨病结合, 重体质而治本

《素问·咳证》曰: “五脏六腑皆令人咳, 非独肺也”。其义不论内因外因, 凡邪气干肺, 必能致咳。此至理名言与现代循证医学对咳嗽认识相一致。随师所见, 临证以咳嗽为主诉就诊者, 除各类肺系病外, 尚有消化道肿瘤术后和放疗化疗后, 情志失调, 药物性因素等。尤其较常见的病因: 细菌性鼻窦炎、过敏性鼻炎、慢性咽炎、慢性扁桃体炎及胃食管反流性咳嗽、感染后咳嗽、变应性咳嗽、鼻后滴流综合征。此类咳嗽共同点在于咳嗽时间相对较长, 呈反复发作, 常被医者惯性思维“忽略”。古人有“十问歌”, 今更当问病史、职业、起居、及相关基础病, 结合现代诊疗技术以辨病论治。吾师进一步指出, 此类患者, 往往形成特殊“体质”人群: 阴阳气血虚损、免疫紊乱和过敏体质。“肥人多痰, 瘦人多火”, 其他诸多慢性病患者如高血压多肝阳偏亢, 糖尿病多阴虚血燥, 慢性肝病多肝肾阴(下转 77 页)

采用辨证中药方进行治疗。中医辨证痰浊内阻者,证见头晕目眩,恶心欲吐,胸闷,头重如裹,四肢麻木,纳呆,舌暗红,苔厚腻,脉弦滑,用温胆汤加减,药用法夏、竹茹、枳实各 6g,陈皮 10g,炙甘草 3g,茯苓 6g,石菖蒲、丹参、葛根各 10g,威灵仙 12g,木瓜 15g。气血亏虚者,证见头晕目眩,面色苍白,心悸气短,肢体麻木,倦怠乏力,舌淡苔少,脉细弱,八珍汤加减,药用当归 15g,川芎 5g,白芍 15g,熟地 15g,党参 10g,白术 15g,鹿衔草 15g,炙甘草 5g,葛根 15g,威灵仙 12g,鸡血藤 15g。每日 1 剂,水煎 2 次,早晚各服 1 次,量约 100ml。两组每周为 1 个疗程,4 个疗程后观察疗效。

1.4 注意事项

①年龄超过 70 岁或有明显的骨质疏松患者不用卧位牵扳法。②眩晕症状消失或明显减轻时可停用卧位牵扳法。

2 疗效判定标准

参照国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》制订。痊愈:头晕及相关症状与体征消失,恢复正常生活工作;TCD 正常。显效:头晕基本消失,偶因疲劳后在颈部活动时出现短暂眩晕,有较少的症状与体征,不影响日常生活工作,TCD 有 60%以上改善。好转:头晕发作次数减少,程度减轻,有部分相关症状与体征,对日常生活工作稍有影响,TCD 有 40%~60%改善。无效:治疗后症状与体征无变化;TCD 无变化或改善程度<40%。

3 治疗结果

①两组临床疗效比较:治疗组 36 例,痊愈 20 例,显效 12 例,好转 3 例,无效 1 例,总有效为 97.22%;对照组 36 例,分别为 10 例、15 例、5 例、5 例、55.55%。治疗组疗效明显优于对照组 ($P<0.05$)。②两组 TCD 疗效比较:治疗组痊愈 30 例,显效 6 例,有效 0 例,无效 0 例,治愈率为 83.33%;对照组 36 例,分别为 25 例、3 例、5 例、3 例、69.44%。治疗组治愈率明显高于对照组 ($P<0.05$)。

4 讨论

4.1 颈性眩晕主要原因为椎动脉缺血,可以分为内源性因素和外源性因素。内源性因素常见的是动脉粥样硬化;外源性因素

主要是椎动脉的受压和刺激。因外伤、劳损或椎间盘退行性变、椎间隙变窄所引起的颈椎失稳是产生颈性眩晕的基础,在失稳情况下,颈椎小关节易产生错位,椎体旋转、颈椎超长范围的活动;颈椎管内、外软组织也容易继发无菌性炎症或形成椎体小关节、钩突关节的骨质增生。位于颈椎椎体前外侧的植物神经链或走行在颈椎横突孔中的椎动脉,受到无菌性炎症的刺激、机械性压迫或植物神经受到刺激,会引起椎动脉反射性痉挛。此时椎动脉血流受阻,使小脑、前庭神经核、红核等部位的眩晕中枢血液循环发生障碍而产生眩晕症状。

4.2 中药治疗疗效分析

本病多为中老年人,肝肾不足、筋骨失养,加上颈部劳损而致颈椎退行性变、颈椎失稳是其主要病因。在此基础上,加上外邪内侵,或痰湿内生,清阳不升,浊阴不降;或气血亏虚,不能养心宁神,脑髓失养,发作眩晕。中药可以补益气血,化痰除湿,解决交感神经功能紊乱、椎动脉痉挛等,但椎动脉受压、颈椎失稳只能靠手法等解决,

所以本组病例手法治疗效果较好。

4.3 颈椎牵扳法疗效分析

牵扳法在于整复小关节结构和功能上的紊乱,改善和纠正颈椎异常曲度,改变椎间隙结构,使椎间隙增宽及减轻椎动脉扭曲。改善了关节与椎动脉和周围神经的位置关系,消除了因椎间盘变性或骨质增生等因素对神经、血管的纵向压迫和刺激,使椎-基底动脉供血不足得到改善。本手法要求患者采用卧位,这样头颈部肌肉比较放松,在行扳法之前先将患者头部牵拉,使患者颈椎充分拉开,这种操作方法较坐位颈椎扳法要安全。目前未见颈椎卧位扳法出现医疗事故的报道。

经过临床 1 年来的应用比较,笔者认为,只要选症准确、操作得当,颈椎卧位牵扳法明显改善患者头晕症状,为广大患者解除了痛苦,提高了生活质量。

参考文献:

[1]康甫,汪青春,叶勇光.旋转扳法和穴位推拿治疗青年颈性眩晕的随机对照试验[J].中国骨伤,2008,21(4):270

[2]冯世庆.颈性眩晕[J].中国现代神经疾病杂志,2005,5(5):313-314

编号:EA-11052417(修回:2011-08-08)

(上接 75 页)

虚,老慢支慢性阻塞性肺气肿多脾肺亏虚等均是临证应当考虑的因素。“治病必求其本”,针对阴阳气血偏盛偏衰之体质,视肺与其他脏腑虚实寒热、标本缓急、正邪轻重之证候所在,审因审证审病论治。吾师治鼻窦炎、过敏性鼻炎引发咳嗽时,以苍耳子散合辛夷散加乌梅等宣通鼻窍,抗过敏而止咳;慢性咽炎引起咳嗽,应清热解毒利咽开音,用荆芥、牛蒡子、薄荷、玄参、山豆根、青果、土牛膝、木蝴蝶、桔梗、甘草等;慢性扁桃体炎者以升麻、牛蒡子、马勃、大贝母、连翘等疏散风寒风热之毒;遇年高体弱患慢支或脾胃虚损之体质者,以香砂六君子丸健脾化痰培土生金,以治生痰之源;遇慢性肝病伴久咳,咳引胸胁疼痛,则清肝理肺为主,以咳血

方加宣肺化痰之品收效。

总之,不论何种病因引起咳嗽,吾师遵循辨证论治原则,活用寓含整体辨证观的成方古方是临证治验捷径,可起到事半功倍的疗效。

作者简介:

吴德峰(1966-),男,1991年毕业于北京中医药大学,一直工作在江苏省镇江市中医院,从事内科中西医结合临床工作。内科副主任医师,兼南京中医药大学副教授,江苏省中医药学会感染病专业委员会委员。现主要从事消化科和感染科中西医结合临床治疗和科研工作。

编号:EA-11043087(修回:2011-08-09)