

慢性干咳治疗之我见

洪广祥

(江西中医学院呼吸病研究所, 南昌 330003)

关键词: 慢性干咳; 中医药治疗; 洪广祥; 临证经验

慢性干咳也可称为慢性咳嗽。临床通常将以咳嗽为惟一症状或主要症状, 时间超过8周, 胸部X线检查正常者称为不明原因慢性咳嗽, 简称慢性咳嗽。慢性咳嗽涉及多种原因, 即《素问·咳论》曰: “五脏六腑皆令人咳, 非独肺也。”咳嗽虽然是肺系的病变, 但其他脏腑的功能失调, 都有可能影响到肺, 引起肺气宣降不利, 肺气上逆而作咳, 故有“肝咳”“胃咳”等十咳说。该病患者大多数均表现为干咳无痰或痰少不易咯出而作干咳状。多数医家都把这种咳嗽归属于“燥咳”范畴, 认为是燥胜阴虚, 肺失滋养所致, 常投以清燥润肺或滋阴润燥之品, 然多数疗效不佳。现将笔者的初步体会介绍如下, 便于作进一步的思考。

病因病机

慢性咳嗽涉及多种病因, 不仅与呼吸系统(肺系)有关, 还与鼻咽喉(为肺之门户)、消化系统(脾胃、肝)有关。西医认为, 慢性咳嗽的常见病因为鼻后滴漏综合征、咳嗽变异型哮喘和胃食管反流, 这三种病因大约占病因总和的67%~94%。个别嗜酸性粒细胞性支气管炎也是慢性咳嗽的重要原因。笔者认为, 此种干咳的发生与“肺系”、“胃系”和“肝”三者的气机失调有关。病位在“肺系”和(或)“胃系”, 可因外感六淫之邪、或闻异味、情志不遂等因素而诱发。内外合邪, 互为因果, 造成咳嗽慢性迁延, 反复发作。

1. “肺系”的概念及其相互关系 肺上接气道直通于鼻, 构成肺系, 喉下接气道, 与肺相通, 为肺之所属。《疮疡经验全书·卷一》说: “喉应天气乃肺之系也。”故从广义上说, 喉亦属肺系范畴, 肺又开窍于鼻, 鼻为肺之门户。故肺、气道、喉、鼻构成“肺系”。四者密切协调, 共同维持人体呼吸气息出入的正常生理活动。临床所见肺累及(咽)喉和咽喉累及于肺者亦不少见, 如风寒犯肺, 肺气失宣, 郁

遏于喉, 而致咳痒咳嗽; 或肺受邪侵而失清肃之性, 又能影响喉咙的发音功能而出现声嘶, 语言重浊等症状。反之, 肺主气司呼吸之功, 又取决于喉之气关, 鼻之气门的通畅与否。通畅则和, 失畅则影响肺之宣降, 而出现咳嗽等症状。现代研究认为鼻后滴漏综合征与慢性咳嗽密切相关。所谓鼻后滴漏综合征是指鼻咽部疾病引起鼻后和咽喉部有较多分泌物黏附, 甚至反流入声门或气管所导致的咳嗽。

2. “胃系”的概念及其相互关系 “胃系”一词在《黄帝内经》并无记载, 而是后世医家提出的。张景岳说: “咽为胃系, 所以受水谷, 故下通于地。”清代郑梅涧《重楼玉钥》云: “咽者, 嚥也, 主通利水谷, 为胃之系, 乃胃气之通道也。”从上述文献分析可知, 古人所称“咽”是指现代解剖学中的食管和咽(喉)部, 故“胃系”即指食管与咽(喉)及与之相连的胃腑。《张氏医通》云: “咽系柔空, 下接胃本, 为饮食之路, 主纳而不出。”说明胃主受纳, 必赖咽关之通畅。同样, 胃病累及咽喉者尤多, 如肝胃不和, 胃失和降, 常致咽喉部不适, 或似觉异物梗塞。现代称为“癭球症”, 可能与胃酸反流引起食管上段括约肌压力升高有关, 反流物刺激咽喉部可引起咽喉炎。有资料显示食道、胃等处也有咳嗽感受器, 其中以喉部和气管的咳嗽感受器最敏感。胃食管反流性咳嗽是由于胃酸和其他胃内食物反流进入食管导致以咳嗽为主要表现的一种胃食管反流性疾病。

3. “肺系”、“胃系”、“肝”三者相互关系

3.1 解剖位置及经络走向 手太阴肺经起于中焦, 下络大肠, 环循胃口, 上膈属肺。“中焦亦并于胃中”(《灵枢·营卫生会》)。足阳明胃经起于鼻, 交额中…循喉咙…入缺盆, 下膈属胃, “喉咙者, 气之所以上下者”(《灵枢·忧悲无言》), 又“肺

气通于鼻”《灵枢·脉度》。肺与胃一膜相隔，且与胃相连之食道也居胸中与肺系相邻，另外，咽通地气，而“咽与喉，会厌与舌，此四者同在一门”《儒门事亲》。所以“肺系”与“胃系”经络相连，息息相通，这成为两者生理病理相互影响之物质基础。而足厥阴肝经起于足大趾爪甲后丛毛处…挟胃两旁，属肝，络胆…沿喉咙的后边，向上进入鼻咽部……其分支从肝分出，穿过膈肌，向上注入肺，交于手太阳肺经，可见肝经与“肺系”、“胃系”亦关系密切。

3.2 生理病理互相影响 人体各脏腑功能活动靠“气”来表达。气的运动，有升降出入四种形式。《素问·六微旨大论》：“升降出入，无器不有”。肺气以肃降为顺，胃气以下降为和，“降”为肺气、胃气的共同特性。胃肺毗邻，出入殊途却共呼吸门，任何邪气引起胃失和降者，都可影响肺的肃降功能，导致肺气上逆而咳，故《素问·咳论》总结咳嗽病机时有“聚于胃，关于肺”之说。临床观察发现，泛酸呃逆等有胃气上逆表现的患者可伴咳嗽等肺部症状。现代研究证实胃食管反流是慢性咳嗽的主要病因之一。同时临床还发现，许多食管反流患者无消化道症状，而咳嗽可以是胃食管反流的唯一临床表现，且此种咳嗽以干咳为主。肝与肺在生理方面的主要联系，表现在调畅气机方面。肺气主降，肝气主升，全身气血之升降，亦随之而协调。若肝失疏泄，肝升太过，肺降不及，肺气上逆则呛咳无痰。尤在泾《静香楼医案》有云：“干咳少痰，是肝气冲肺，非肺本病，仍宜治肝，兼滋肺气也。”即指肝气升发太过，气有余便是火，气火上冲于肺，所谓“木火刑金”，肺失宣降，故干咳少痰。情志不畅，气机怫郁，化火化风，循经上扰于咽喉，可见咽喉作梗，或咽喉发痒，影响肺气宣发而致咳嗽频作。

由此可见，无论外感内伤影响肺气宣肃，胃气通降，肝气疏泄，都能导致气机失调，而引发咳嗽气逆之症。临床经验证明，慢性干咳的发生可同时涉及到肝、胃、肺多个脏腑。气机逆乱是其中心环节。

辨证施治

由于慢性干咳的病因复杂，所涉及到的临床表现多样，治疗经验也不很成熟，但已引起医学界的广泛关注。笔者从辨病与辨证相结合的方法出发，进行多年的探索和研究，现将慢性干咳的辨证施治初步方案整理如下。

1. 痰滞咽喉证 是指鼻咽部疾病引起鼻后和咽喉部有较多分泌物黏附，甚至反流入声门或气管所导致的咳嗽。多种疾病可引起，如过敏性鼻炎、鼻窦炎、非过敏性鼻炎、慢性咽喉炎等，类似西医鼻后滴漏综合征。证候：发作性或持续性咳嗽，咳嗽以白天为主，入睡后较少；咽痒如蚁行及异物痰阻之不适感。舌质偏红，舌苔薄白或微腻，脉细滑或细弦滑。病机：痰阻咽喉，气机逆乱，肺失宣肃。治法：清咽利窍，调畅气机，降气止咳。方药：清咽利窍汤（经验方）：荆芥 10g，薄荷 10g，桔梗 15g，木蝴蝶 10g，牛蒡子 15g，苏叶 15g，杏仁 10g，百部 15g，射干 10g，辛夷花 10g，苍耳子 10g，生甘草 10g。

方中苏叶理气舒郁，又可治肺脾气滞，为临床疏利气机之要药。气郁可生痰，苏叶能减少支气管分泌物，故对咳嗽胸闷有较好效果。荆芥轻扬疏散，又能治血分风热，故对风邪化热郁滞于上所致的咽喉不适等症尤为适宜。本品性温，功擅祛风散寒，对风寒引发，或因过服寒凉药致寒凉遏伏、郁遏气机的咽痒作咳，可藉其发汗解表之功，使邪散郁开，气机调畅，而咳嗽消除。薄荷疏风散热，利咽止痒，一切风火郁热之疾皆能治之。本品气味芳香，能理气郁，同时薄荷脑的刺激作用导致气管产生新的分泌物而使稠厚的黏液易于排出，而达到祛痰止咳作用。桔梗系开提肺气之药，可为诸药舟楫，载之上浮，同时又能宣肺祛痰而利胸膈咽喉。百部甘润不燥，守而不走。能润肺降气，化痰止咳，所含生物碱能降低呼吸中枢的兴奋性，抑制咳嗽反射而奏止咳之效，为肺家要药。无论何种因素引发之咳嗽均可应用。痰滞咽喉，常兼夹瘀滞征象，瘀滞咽喉不仅易生痰，而且还可出现咽喉经络气血郁滞，加重气机不利，郁久生风，而加重咽痒咳嗽，故加桃仁以活血祛瘀，改善咽喉血液循环，对咽痒咳嗽有很好的治疗作用。射干为喉痹咽痛要药，尤以降痰涎、散气滞、宽胸膈、清肺金、润肺燥、止咳平喘见长。苍耳子、辛夷花辛温香散，轻浮上升，能散肺部风寒而宣通鼻窍，为治鼻渊专药。临床常用于鼻部炎症，可产生收敛作用，改善局部循环使鼻塞和鼻炎得到改善和消除。木蝴蝶又名千张纸、玉蝴蝶，苦寒无毒。具有润肺、舒肝、和胃、生肌功效。主治咳嗽，咽喉肿痛，音哑等症。与牛蒡子相配更能增强清利咽喉，止痒除嗽效果。全方合用，共奏清咽利窍，调畅气机，降气止咳功效。

2. 胃逆侮肺证 指胃酸和其他胃内容物进入食管导致以咳嗽为主要表现的一种胃食管反流性疾病。证候:慢性干咳,夜咳为重,咳嗽与进食明显相关,如餐后咳嗽、进食咳嗽等;常伴有胃食管反流症状,如反酸、嗝气、胸骨后烧灼感;或伴有咽干、音哑等。舌质红,苔白黄腻,脉象弦滑。胃pH值监测是较敏感和特异的诊断胃食道反流的方法。病机:胃逆侮肺,肝胃失和,气机逆乱。治法:和胃降逆,清肝泄热,调畅气机。方药:旋覆代赭汤加减:旋覆花 10g(布包),代赭石 20g,法半夏 10g,生姜 10g,炙甘草 10g,西党参 15g,川黄连 6g,川楝子 15g,大枣 6枚,枇杷叶 10g,煅瓦楞 15g(布包)。

方中旋覆花、代赭石宣通壅滞,下气降逆,使胃气和降,阻断反流;半夏、生姜、枇杷叶和胃降逆,逆气平,则噫气自除;黄连、川楝子清肝泻热,以和肝胃;煅瓦楞配半夏,一化一降,降逆和胃以制酸。胃逆侮肺,肝胃失和,缘于中虚失运,升降失常,胃强脾弱,而致气机逆乱。方中党参、红枣、炙甘草甘温益气以健胃,脾气健旺,胃气冲和,肝气调达,肺气清肃,则咳嗽自平。

3. 寒邪客肺证 此证类似西医咳嗽变异型哮喘,为哮喘病的一个临床亚型。此证多为气阳不足体质,卫外功能下降,对外界环境及气候变化适应能力较差,因而常易外感或遇过敏物质而诱发和加重。治疗要坚持标本同治和扶正固本的治则,提高机体的抗病能力,以减少复发。证候:慢性咳嗽,表现为刺激性干咳,夜间或清晨咳嗽较多见。遇寒或气候突变,闻特殊刺激性异味易诱发或加重咳嗽。平素怯寒,易感冒,易自汗。舌质淡红或暗红,舌苔薄白或白微腻;脉弱,如兼夹外感风寒,可显浮脉。支气管激发试验阳性,或支气管舒张试验阳性。支气管舒张药物、糖皮质激素治疗后咳嗽显著缓解作为重要判断标准。病机:寒邪客肺,肺失宣肃,气逆作咳。治法:温散肺寒,宣肺止咳。方药:温肺煎(经验方):生麻黄 10g,细辛 3g,生姜 10g,紫菀 10g,款冬花 15g,生姜 10g,矮地茶 20g,天浆壳 15g。水煎服,每日1剂。

如风寒束肺症候较重者,可用小青龙汤合温肺煎加减;外有表寒,又阳虚内寒者,可用芪附汤合温肺煎加减;兼有寒郁化热者,可适当选加黄芩、白毛夏枯草、金荞麦根。病情基本缓解,可用温阳益气护卫汤(经验方)或补中益气汤加减扶正固本,可有效改善机体免疫力和对外界环境的适应能力,

减少发作。

4. 湿热郁肺证 此证类似西医嗜酸性粒细胞性支气管炎。本证临床表现缺乏特征性,部分患者可表现为类似咳嗽变异型哮喘。体检无异常发现,诊断主要依靠诱导痰细胞学检查,痰嗜酸性粒细胞大于或等于2.5%。口服或吸入糖皮质激素治疗有效。据广州呼吸疾病研究所最近完成的一项慢性咳嗽病因诊断研究显示,在我国嗜酸性粒细胞性支气管炎是慢性咳嗽的首位原因(22%)。笔者观察慢性干咳确诊为嗜酸性粒细胞性支气管炎者,其临床表现多见湿热郁肺证候。应用宣湿透热方药可获较好疗效。湿热致咳也是临床上的常见证型,《内科学》教材中未作表达,可能把它归在痰湿咳嗽中。但这种表达是不尽合理的。因为痰湿咳嗽属内伤咳嗽范畴,以咳嗽痰多,痰白而黏或清稀为主要表现。而慢性干咳中的湿热郁肺证是以慢性干咳,有少许黏痰,同时兼见湿热证候为主要表现。故痰湿咳嗽与湿热郁肺咳嗽是不同的,应在慢性干咳门中单列门户。证候:慢性干咳或晨咳,有少许黏痰,伴胸闷和气道作痒,呼吸不畅,咯出黏痰则舒;晨起口黏腻,胃纳欠佳,喜热恶冷,大便软或不爽,舌质红,舌苔黄白厚腻,脉濡滑。病机:湿热郁肺,肺气失宣。治法:清化湿热,宣畅肺气。方药:麻黄连翘赤小豆汤加减:生麻黄 10g,南杏仁 10g,桑白皮 10g,赤小豆 15g,连翘壳 15g,苍术 10g,土茯苓 15g,晚蚕砂 30g,厚朴 10g,法半夏 10g,茵陈 20g,枳实 30g。

麻黄连翘赤小豆汤系《伤寒论》为湿热黄疸偏表而设。近人又根据其组方特点,运用于外感风邪所致的水肿、皮肤湿热疹、湿热壅滞的水肿等。而笔者通过实践,发现该方对湿热郁肺所致的慢性干咳也有较好疗效,通过处方的调整,已成为治疗慢性干咳湿热郁肺证的临床经验方。笔者认为,湿热郁肺证在南方地域发病较高,故广州呼吸病研究所将嗜酸性粒细胞性支气管炎列为慢性咳嗽的首位,明显高于我国其他地域5%的发病率。这显然与南方气候多霉湿有关。嗜酸性粒细胞的增殖与霉湿环境、气候因素有一定的关系。从中医临床角度看,嗜酸性粒细胞增多的有关疾病,似与湿邪和湿热密切相关。湿为阴邪,其性黏滞缠绵,夹寒者为寒湿,夹热者为湿热。笔者应用麻黄连翘赤小豆汤加减治疗慢性干咳湿热郁肺证,是基于该方既能清利湿热,又能宣畅肺气;既可外散表邪,又能内清“瘀热”,为表里双解,双向调节的良方。笔者在该

方基础上,再加苍术、厚朴,以苦温燥湿;茵陈、土茯苓擅长清利湿热,使湿热毒邪由小便而解,并能健脾胃,助运化,绝湿源,为治湿热之要药。晚蚕砂味甘辛,性温,有祛风湿,化湿浊的作用。王士雄谓其“既引浊下趋,又能化湿浊使之归清。”蚕砂与“主治大风在皮肤中如麻豆苦痒”《神农本草经》),有较强的抗过敏活性的枳实相配伍,能抑制嗜酸性粒细胞性支气管炎的变态反应,起到相得益彰的效果。

病例1:患者某,女,28岁,2005年10月26日初诊。诉慢性干咳已月余,多方治疗不见效果。细观其病历有从阴虚肺燥咳嗽治疗,也有从燥热或痰热咳嗽论治,均无明显缓解。证见干咳甚,呈发作性或持续性咳嗽,咽痒如蚁行,咽痒则咳,咳甚尿出,咳声重浊,入睡后基本不咳。咽喉局部满布红丝,且有黏液覆盖,滤泡较多。有慢性鼻窦炎病史。舌质红,舌苔薄黄,脉细弦略滑。证属痰滞咽喉致咳,疑为鼻后滴漏综合征。治拟清咽宣窍,调畅气机。方用清咽利窍汤加减:荆芥10g,薄荷10g,牛蒡子15g,桔梗15g,木蝴蝶10g,射干10g,辛夷花10g,苍耳子10g,百部10g,枇杷叶10g,桃仁10g,丹皮10g,白毛夏枯草30g,白僵蚕15g。7剂,每日1剂,水煎服。二诊:诉服药3天后咳嗽减轻,7剂服完咳减过半,守原方再服7剂复诊。三诊:咳嗽已基本缓解,蚁行感亦消失,局部充血征象明显改善。唯咽喉干燥不适,及鼻音欠清亮,拟改用麦门冬汤合清咽利窍汤加减续服7剂,并嘱其看五官科专科专病诊治以控制慢性干咳反复。

按:本案从鼻后滴漏综合征痰滞咽喉证治疗效果显著。从症状及体征分析,患者咽喉“瘀热”较甚,故加丹皮、白毛夏枯草,凉血散瘀,清肺泄热;“瘀热”可郁而化风,咽痒作咳,咽喉如蚁行等症均属风象,故加用白僵蚕以熄风止痒,痒除则咳止。枇杷叶气薄味厚,为阳中之阴,性善降逆,有较强镇咳作用,为治肺热咳嗽、阴虚咳喘常用药。本患者服药后镇咳取效之速显然与方中配合对症止咳之品有密切关系。

病例2:患者某,男,48岁,1996年4月7日初诊。患者反复慢性干咳2年余,久治效果不显。因从事营销工作,生活极不规律,而引发胃脘不适,反酸噎气频作,胃镜检查诊断为慢性胃炎、胆汁返流。经西药治疗胃部体征改善,但上述症状仍反复出现,后又继发慢性干咳。多数医生以慢性支

气管炎、咽喉炎治疗,咳嗽症状未能改善。经病友介绍,遂来门诊邀余诊治。症见干咳频作,咳声高亢,进食后及夜间咳嗽明显加重,口苦口干口黏,伴胃脘痞闷,胃中嘈杂,时有反酸噎气,咽喉至胃脘有烧灼感,自觉常有热气上冲气道,大便不爽,胃纳较差,食后胃脘不适。舌质红暗,舌苔白黄厚偏腻,脉象弦滑偏数。此属胃逆侮肺,中焦痞满,气机逆乱,肝胃失和。治宜和胃降逆,辛开苦降,调畅气机。方用旋覆代赭汤合半夏泻心汤加减:旋覆花10g(布包),代赭石20g(布包先煎),法半夏10g,川黄连10g,黄芩10g,干姜10g,炙甘草10g,西党参15g,川楝子15g,枇杷叶10g,煅瓦楞15g(布包先煎)。7剂,每日1剂,水煎服。二诊:服药后胃脘痞闷、嘈杂、反酸等消化道症状明显改善,干咳亦显著减少,原方续服7剂。三诊:消化道症状基本缓解,干咳症状亦同步控制,效不更方,守原方再进14剂。四诊:服药近30剂慢性干咳及食道症状已完全缓解,诸症若失,舌苔、脉象均已恢复常态。嘱继续治疗原发病慢性胃炎、胆汁返流症,以控制慢性干咳复发。

按:本案从辨证分析,是痞满证引发气机逆乱,肝胃失和,气逆侮肺,肺失肃降,而干咳频作。从西医辨病看,显然是胃食管返流性疾病而导致慢性干咳。中西医一致认同本病例之咳嗽是由胃病诱发,故治疗应重在治胃,通过治胃而达到治咳之目的。说明辨病与辨证相结合,可以起到优势互补的作用。若本案从治肺止咳入手,就不可能实现肺胃同治获得双赢之显著效果。

病例3:患者某,女,46岁,2002年11月15日初诊。患者反复干咳近3年,尤以受凉或气温不稳定、遇特别异味如油烟味、煤气等,易诱发干咳,夜间及清晨咳嗽较频,气温升高咳嗽可明显减轻。无明显喘憋症状。平素怯寒易感,有过敏性鼻炎病史。在某西医院住院治疗诊断为“咳嗽变异型哮喘”。经应用糖皮质激素类药物干咳明显缓解,但不能控制易感和反复发作。舌质偏红而润,舌苔白黄微腻,脉象浮弱细滑。证属气阳虚弱,卫气不固,兼夹外感,寒邪客肺,肺失宣肃。先治寒邪客肺之标,后治气阳虚弱之本。治宜温散肺寒,宣肺止咳。方用温肺煎加减:生麻黄10g,干姜10g,细辛3g,紫苑10g,款冬花10g,矮地茶15g,天浆壳15g,辛夷10g,苍耳子10g,黄芩10g,厚朴10g。7剂,每日1剂,水煎服。二诊:患者服药后咳嗽明显改善,鼻炎症状减轻,浮脉已去,余症同

前。原方再服7剂。三诊：咳嗽已减4/5，但怯寒及对外界环境适应能力未见有改善，脉象细弱，舌苔薄白微腻。服前方14剂寒邪客肺证已除，气阳虚弱，卫外之气不固已成主要矛盾。拟改用益气温阳护卫汤调理：生黄芪30g，防风15g，炒白术10g，补骨脂10g，仙灵脾15g，桂枝10g，白芍10g，生姜10g，红枣6枚，炙甘草10g，北柴胡10g，升麻10g，西党参30g。14剂，每日1剂，水煎服。四诊：据述服上方后体质状况有明显改善，御寒能力增强，近半个月外出务工和劳作亦未感冒，环境适应能力大为改善，干咳症状未发作。嘱原方续服3个月，并加服咳喘固本冲剂(笔者经验方，医院制剂)。3个月后来医院复诊，病情稳定，体质改善，未有感冒，慢性干咳无反复。嘱续服补中益气丸合咳喘固本冲剂以巩固疗效。

按：本案为咳嗽变异型哮喘寒邪客肺证。经服用温肺散寒方药后，咳嗽缓解，说明中医辨证论治的特色和优势。笔者常见不少中医晚辈大肆应用寒凉清肺药以清热消炎通治所谓的“炎症”，这实际上是对西医炎症观念的一种曲解。同时，也将所学的中医药理论置于脑后，因而在临床上严重背离了以中医药理论为指导的原则，其结果是在学术上误入歧途。咳嗽变异型哮喘所致的慢性干咳，其基本病机仍属于“气机逆乱”。患者多以气阳虚弱，卫外之气不固，卫外和适应能力下降，气道防御功能减弱，因而易招致外邪“直入手太阴肺”，尤以风寒病邪为首位。风寒束肺，肺失肃降，气机逆乱，而上逆作咳。风寒致病宜温散，风去寒除，肺气上逆之症自可迎刃而解，不止咳而咳自止。此时如用寒凉遏肺之品，将会使肺气更加郁闭，非但不能止咳，反会使咳嗽迁延，客邪留恋，病情加重。这样的教训已屡见不鲜。需要特别提出的是，类似这种病例西医常规抗菌消炎无效，患者欲求中医药以解决病痛，奇怪的是有些中医师不去探求中医药的治疗优势，而仍然采用西医无效的手段和方法甚至还加上“清热”以“消炎”之中药继续治疗这种无效病例，真是令人费解！本案的第二治疗阶段益气温阳护卫以治本，应用温阳益气护卫汤合补中益气汤加减，以温阳护卫，补益宗气，从而迅速改善了患者的体质，增强机体和气道的防御能力，实现了“扶正以

祛邪”，扭转了“邪之所凑其气必虚”的被动局面。体现了中医辨证论治的科学性和优越性。

病例4：患者某，女，36岁，1988年5月13日初诊。患者每遇春季梅雨季节，易发咳嗽，以干咳为主，偶有少许黏白痰，发病已两年。去年夏秋季节气候潮湿闷热亦引发咳嗽，多方治疗效果不显。经查阅既往治疗病历除频繁应用多种抗生素及抗过敏药外，中医多数以“清肺热”、“化痰热”甚至“清燥润肺”或小青龙汤之类方药，也未能缓解咳嗽。症见咳嗽频作，多为连声干咳，偶有少量白黏痰。伴咽痒胸闷，有时自觉全气道均有郁闷作痒感。晨起口黏腻，胃纳不馨，口中乏味，不欲饮。近日来心胸烦闷尤为明显，夜寐欠安，有“懊懣”、“不快”之苦，时欲深呼吸以减轻“气闷”。舌质红略暗，舌苔白黄腻偏厚，脉象濡缓，右寸浮细滑。证属湿热郁肺，肺气失宣，热郁胸中，气逆于上。治宜清化湿热，宣畅气机。方用麻黄连翘赤小豆汤合栀子豉汤加减：生麻黄10g，连翘15g，赤小豆15g，桑白皮15g，南杏仁10g，生甘草6g，生栀子10g，淡豆豉10g，白鲜皮10g，地肤子10g，藿香15g，白蔻仁6g。7剂，每日1剂，水煎服。二诊：服药7剂咳嗽已减大半，心中懊懣消除，咽痒胸闷显著改善，厚腻苔减少过半，食欲增进。效不更方，原方续进7剂。三诊：咳嗽基本缓解，胸闷咽痒已除，腻苔已退，脉象细滑。

按：本案虽未作痰细胞学检查，难以确定是否属于嗜酸性细胞性支气管炎，但从证候表现和病程特点看，属慢性干咳湿热郁肺证无疑。经应用清化湿热，舒畅气机法疗效甚为满意。处方中加藿香芳香化湿，善除阴霾湿邪，而助脾胃正气；白蔻仁辛散温通，芳香理气，擅理中上二焦之气滞，尤善行肺脾气滞，其与藿香相配，芳香化湿，辛散温通，调畅气机更加相得益彰。白鲜皮、地肤子既能清利湿热，又能祛风止痒，有助于减轻因痒而作咳之苦。患者因湿热郁遏，热壅胸中，致使气机窒塞不通，而出现“烦热，胸中窒”之懊懣证，故配合栀子豉汤清胸中之热，宣上焦之郁，热清郁解，则心中懊懣自除。由于对本案例的治疗始终抓住湿热郁肺，肺气失宣的总病机，理法方药合拍，因而近期疗效甚著。

(收稿日期 2005年12月3日)