

## 马淑然教授从“五脏同调”治疗哮喘的临证经验

石琚 王亚娟

**【摘要】** 本文主要介绍并分析马淑然教授从五脏同调治疗哮喘的临证经验。马教授认为哮喘的主要病变部位在肺,但与脾、肾、心和肝等脏腑密切相关,且相互影响。灵活运用本虚标实,五脏相关理论,通过做到五脏兼顾,扶正祛邪(即对风、热、寒、痰湿、郁、瘀等病理因素并调),可起到多靶点的治疗效应,临床收效良好。详细分析马教授自拟基本汤方的方意及药物的加减规律,为临床提供新的思路和诊疗方法。

**【关键词】** 哮喘; 五脏同调; 马淑然; 临床经验

**【中图分类号】** R256.12 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.02.023

马淑然教授从事中医临床教学及科研工作 26 年,是北京中医药大学博士研究生导师,国家级名老中医刘燕池教授的学术继承人,现为北京市朝阳区首批著名中医药专家下基层工作指导老师,治学严谨,精于辨证,用药灵活而不失法度,尤善从“五脏同调”治疗哮喘,治疗思想独具特色。笔者有幸侍诊马教授,现述其要,以飨同道。

### 1 马淑然教授论五脏与哮喘的关系

关于哮喘的病因病机,一般认为:外邪引动宿根,外邪不外乎风寒暑湿燥火,“宿根”在古籍中认为“总不外乎痰火”。现代大多数医家们也认为“宿痰内伏于肺,复加外感饮食、情志、劳倦因素,以致痰阻气道,肺气上逆。”纵览这些论述,其病理因素从外邪来说不外六淫邪气,从内生病理因素来看主要为“痰浊和瘀血”。从脏腑方面来看,主要涉及肺肾。从正气方面来看,多为气虚。

马教授认为在哮喘发病的病因病机中外感六淫和内生的病理因素以及脏腑阴阳气血的失调是一个密切相关的有机整体,五脏功能失调是产生内生五邪及继发性病理因素的基础,也是招致外感六淫入侵的内在根据。马教授认为,哮喘的病因病机实质上是五脏功能失调,本虚标实。

#### 1.1 肺与哮喘

哮喘的病位在肺,痰的产生亦责之于肺,因其不能布散津液,故出现痰阻气滞的喘憋现象。临床表现可见喘息喘闷、壮热饮水、咳嗽唇红,伴有头痛,恶寒,苔薄白或薄黄,脉浮。虚者如“肺主喘……虚则哽气,长出气”。即肺主喘所

指的虚证为肺体受损、气阴不足,使肺气宣发肃降无力,气机逆乱。临床可见咳声低微,自汗畏风,舌淡红或有苔剥,脉软或细数。

#### 1.2 肝与哮喘

肺与肝左右升降相应。肝气生发,肺气肃降,出入有常;肝气郁滞,日久化火,循经上炎,木火刑金,致肺失宣降,发为哮喘;或肝郁乘脾,脾失健运,痰浊内生,上干于肺,而见喘憋。肝气犯肺哮喘主要表现为咳嗽气逆,阵阵而作,痰少而黏,咳吐不利,甚者痰中带血,咳时面红并引胁痛,咽喉干燥,烦躁易怒,目赤口苦,舌边尖红,苔薄黄,脉弦细。

#### 1.3 心与哮喘

心主血脉,心脉上通于肺,肺朝百脉,故心肺关系是气血相互依存、相互为用的关系。若心气不足或心阳不振,气血推动无力,心血瘀阻导致肺气敷布不利则上逆而喘咳,其临床表现为《血证论·瘀血篇》所指出的:“瘀血乘肺,咳逆喘促。”兼见面、唇、指甲、舌质紫暗,脉结代等。

#### 1.4 脾与哮喘

脾胃象土,万物皆生化于土;脾与肺具有土金相生母子关系,两者在生理上密切相关,病理上相互影响。因“脾为生痰之源,肺为储痰之器”,肺手太阴之脉,起于中焦,下络大肠。(《灵枢·经脉篇》)并且肺脾两经同属“太阴”,有“同气相求,同声相应”之意。因此,脾运化失常,痰湿内生,上犯于肺而为喘,其主要临床表现为痰多黏腻,咳吐不利,兼有呕恶,舌苔白腻,脉象滑或濡等。

#### 1.5 肾与哮喘

“肺主呼气,肾主纳气”,《类证治裁·喘证》亦曰“肺为气之主,肾为气之根”,在呼吸运动中,肺肾密切配合,保证呼吸深度。若肾虚引发肾不纳气,则临床表现为肾阳虚的喘促日久,动则喘甚,汗出肢冷。舌淡苔白或黑而润滑、脉微细或沉弱;或见肾阴虚的喘咳,面红烦躁,咽燥,汗出如油,舌红少津,脉细数等。

可见,五脏功能失调皆可影响及肺,出现喘咳,临证必须

基金项目:北京朝阳区著名中医药专家下基层暨学术经验继承工程资助项目;国家中医药管理局刘燕池名医传承工作室资助项目(01/010002607);北京市中医管理局刘燕池名医传承工作室资助项目(2009-SZ-C-24)

作者单位:100011 北京市朝阳区安贞社区卫生服务中心中医科

作者简介:石琚(1984-),女,本科,住院医师。研究方向:中医内科。E-mail:13581583264@163.com

分辨虚损程度,并根据五脏失调的具体情况加以诊断治疗,才可取得良好的疗效。

## 2 马淑然教授论风、热、寒、痰湿、郁、瘀等病理因素与哮喘关系

在哮喘发病过程中,病位在肺,但病源却与其他四脏均相关。由于脏腑功能失常,产生的内生五邪(病理产物)不同,因此,哮喘病理因素也表现为复杂多变。加之外感六淫在体内病机演变的不同,因此导致哮喘病程绵延,病机复杂,除与五脏气血阴阳虚损之“本虚”相关外,还会有“标实”——风、热、寒、痰湿、郁、瘀等多种病理因素存在相关。因此,临床诊治中还必须权衡这些因素所影响病情的比例的多少加以分别用药。

风邪:外风影响及肺主要表现为鼻腔、咽喉、气道瘙痒,肝风内动影响及肺主要表现为阵咳或喘,伴有胁肋胀痛或串痛;

热邪:热邪犯肺主要表现为咳嗽痰黄伴有喘憋,或黄脓痰。外感风热者兼有表热证,肺热雍盛者主要表现为咳嗽痰黄,或喘,胸痛便秘等。

寒邪:寒邪犯肺主要表现为咳嗽痰白稀伴有喘憋。外感风寒者兼有表寒证,寒邪直中于里者主要表现为气喘难平,甚或伴有肢厥、下利等症。

痰湿:痰湿多表现为病程缠绵,痰多色白,容易咯出,兼有恶心,甚或出现涎沫。

气郁:症状出现或者加重多受心情的影响,多表现为咳嗽气逆,阵阵而作,甚者痰中带血,咳时面红并引发胁痛。

血瘀:常伴有心系方面的症状,多为喘憋不得卧,甚或痰中带血,临床可见咳嗽,伴有胸部刺痛,舌边尖可见瘀斑、瘀点等。

综上,各种病理因素在哮喘发病过程中虽然可以单独存在,但随着病变过程较长,往往多种因素相间,并非单纯一种出现,如既有咽喉气道瘙痒,又有清稀泡沫痰,痰内还有黄痰硬核,同时还有舌质暗瘀斑,或伴有易怒胁肋胀痛等,因此,必须用整体辩证的思维,动态看待各种病理因素的兼夹,从而辨证治疗。

## 3 马淑然教授治疗哮喘以五脏同调为核心

根据《类证治裁》所提出的“呼出心与肺,吸入肾与肝”,马教授认为,治疗哮喘必须抓住五脏同调。《丹溪心法》指出“未发宜扶正气为主,已发以攻邪为主”。马教授认为临床辨证尚需掌握虚实两纲,此乃治喘之大法。但是哮喘往来势急骤,病情多变,时起时伏,时虚时实,治疗必正确掌握相应治则,即虚则补之,实则泻之,虚实夹杂,审察阴阳,区别心、肺、肝、脾、肾之主次,在抓住重点的基础上适当兼顾。各种病理因素,发时治标,平时治本;发时主要治疗肺、心、脾、肝,若兼肾虚也需兼顾肾脏,平时主要注意补益脾肾。

哮喘基本方:炙麻黄 10 g、生石膏<sup>先煎</sup> 20 g、杏仁 10 g、生甘草 10 g、茯苓 15 g、陈皮 10 g、制半夏 10 g、香附 10 g、郁金

10 g、丹参 10 g、地龙 10 g。

如患者无内热或内热不甚,去石膏 30 g,加白芍 10 g。若存在风寒束表症,可加桂枝 10 g,内饮严重,加细辛 3 g、干姜 10 g、五味子 10 g,有过敏症状的患者可加过敏煎(银柴胡 10 g、乌梅 10 g、五味子 10 g、防风 10 g)。合并心阳不振者加瓜蒌 30 g、薤白 10 g,肝火或肝风内动较重者加黛蛤散 10 g、钩藤后下 30 g,肾阴虚不纳气为主者加用熟地黄 10 g、山萸肉 10 g;痰多色黄者加南星 6 g、天竺黄 10 g;肾阳虚肾不纳气者加山药 10 g、肉桂 5 g,或加蛤蚧 3 g,沉香 3 g 纳气平喘。

马教授认为哮喘的病位在肺,故该方肺主要用麻杏石甘汤,取其宣肺平喘之功,其中麻黄、石膏、杏仁、甘草共奏辛凉宣泄,清肺平喘之功。现代药理研究也表明,杏仁含有苦杏仁苷,具有显著止咳、平喘及祛痰及抑制呼吸中枢作用,以奏止咳平喘之效。麻黄内含麻黄碱有缓解喘憋的功效<sup>[1]</sup>。甘草含甘草甜素等成分,有解热、抗炎及抗变态反应作用,有肾上腺皮质激素样作用和免疫调节作用,对支气管疾病有保护作用,有中枢性镇咳作用及祛痰作用<sup>[2]</sup>。“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”故该方亦从脾论治,用二陈汤,有燥湿化痰、理气和中的疗效。二陈汤(生甘草、茯苓、陈皮、制半夏)现代的实验研究表明此方具有祛痰、镇咳、降血脂的功能。茯苓有免疫促进作用,能降低气道反应性。陈皮具有扩张气管及化痰之疗效<sup>[3]</sup>。香附、郁金之功是取疏肝理气、平肝息风之用,以防肝气犯肺,引发哮喘。现代药理研究表明:香附醇提取物有抗炎、镇痛、抑菌的作用<sup>[4]</sup>。丹参、地龙之功是活血、养血,作用于改善心肺血液循环,通过心肺血液循环的改善来缓解病人喘憋的发作程度。现代药理研究表明丹参可通过减少血小板黏附蛋白 CD61 的表达,减轻血小板黏附和聚集,降低血液的黏度,改变红细胞的变形性,达到改善或促进微循环的作用<sup>[5]</sup>。地龙抗血栓形成,促进血液循环,显著的舒张支气管的作用。并具有极佳的平喘解热功效<sup>[6]</sup>。肾为生痰之本,肾不摄纳则肺上逆喘咳,故哮喘病在平素调养时,可加用山药、肉桂以纳气、平喘。

综上,通过五脏兼顾,扶正祛邪,多种病理因素并调,起到多靶点的治疗效应,因此疗效卓著。

## 4 典型病例

患者,女,65 岁,返聘教师。发作性喘憋 3 月余,疲倦乏力,遇风、劳累后咳嗽、喘憋明显,常见阵咳痰多,色黄白相见,量多质稀,胸闷憋气,平素咽干痒,畏寒,夜间小便频数清长,大约 4 次左右,大便头偏干,舌体胖大有齿痕,边青可见瘀点,苔薄黄,脉浮细尺脉弱。检查:双肺呼吸音清,未闻及干湿性罗音;胸部正侧位片检查正常;血象正常;支气管激发试验(+ )。之前曾用抗生素及抗组胺药物治疗,症状无明显改善。既往有过敏性鼻炎、心肌供血不足病史。证属肺脾肾气虚,风邪夹瘀阻滞心肺。治以益气健脾,补肾化痰,宣肺止咳。处方:炙麻黄 10 g、生石膏<sup>先煎</sup> 20 g、杏仁 10 g、甘草 10 g、茯苓 15 g、陈皮 10 g、制半夏 10 g、地龙 10 g、钩藤<sup>后下</sup> 30 g、薤白 10 g、瓜蒌 20 g、丹参 10 g、山药 30 g、肉桂 5 g。共

7 剂,水煎服。复诊:咳嗽、喘憋及胸闷较前明显减轻,痰白且较前减少,畏寒及咽痒减轻,仍有咽干,舌齿痕减轻,苔薄白,脉弦滑。将上方生石膏减至 10 g、茯苓加至 20 g,水煎 7 付。

**按** 患者以咳嗽、喘憋为主症,咽干痒,可见阵咳,符合风证“善行而数变”“其性轻扬”“风盛则挛急”的特性。苔薄黄,痰黄白相间,可见肺有郁热,又兼外感风寒。但由于咳嗽喘憋日久,肺气虚弱及前期运用抗生素,病伤及脾,脾失健运,则见疲倦乏力,气短,舌体胖大有齿痕。久喘伤肾,则见夜尿频多,脉浮细尺脉弱。胸闷憋气,舌边青有瘀点,且考虑患者有心肌供血不足的病史,推断为心脉瘀阻。辨为证属肺脾肾气虚,风邪夹瘀阻滞心肺之症。方以炙麻黄、杏仁宣肺散寒止咳;生甘草止咳平喘,健脾益气;生石膏清肺热,祛黄痰;茯苓健脾化痰;法半夏、陈皮燥湿化痰行气;地龙解痉止咳平喘。薤白通阳散结、行气导滞;瓜蒌行气化痰、利气宽胸;钩藤息风止痉、清热平肝;丹参活血化痰、清心凉血。山

药为脾肺肾三脏之气同补,肉桂甘热助阳补火,引火归元专治虚喘。诸药合用,收效良好。

### 参 考 文 献

- [1] 宋修军,宫卫星. 麻杏石甘汤药理分析[J]. 中国中医药, 2010,8(13):35
- [2] 黄春林. 新编中药药理与临床手册[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:865.
- [3] 陈倪济世,张恒亮,李德森,等. 二陈汤的文献与临床研究概况[J]. 福建中医药,2011,42(2):63-64.
- [4] 黄兆胜. 中药学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:243.
- [5] 岳广,周春兰. 丹参对支气管哮喘患者的血流变影响[J]. 现代医药卫生,2005,21(22):3122.
- [6] 黄兆胜. 中药学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002:397.

(收稿日期:2014-12-09)

(本文编辑:蒲晓田)

## 田金洲教授异病同治常见脑病的经验

倪敬年 时晶 魏明清

**【摘要】** 头晕、头痛及失眠是脑病科常见主诉,单纯化学药物治疗效果并不满意,田金洲教授在临床诊疗过程中运用辨病与辨证结合的思路,总结了常见脑病“诊病辨证,异病同治”原则。诊病辨证具有纲举目张的效果,头晕、头痛、失眠虽“标”像不同,但“本”质多为肝阳上亢,处方用药时在辨病用药基础上,常合用天麻钩藤饮,取得了良好效果。通过 3 例真实临床病例的分析,对田金洲教授病证结合用药原则和思路进行了论述。

**【关键词】** 异病同治; 辨证论治; 头痛; 头晕; 失眠

**【中图分类号】** R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2015.02.024

头晕、头痛及失眠是脑病科常见就诊症状,多数表现为慢性过程或反复发作。一项以社区工作年龄人群(18~64岁)为对象的调查显示,超过 1/5 的人报告自己过去 1 个月出现过头晕,其中病程超过 5 年的占 30%,仅 1/4 头晕患者接受过治疗<sup>[1]</sup>。头痛的终身患病率男女分别为 93%、99%,偏头痛及紧张性头痛较常见,6% 男性及 15% 女性过去 1 年患有偏头痛,紧张性头痛的男女比率分别为 63%、86%<sup>[2]</sup>。

基金项目:国家重大新药创制平台项目(2011ZX09302-006-01);北京市科委慢性病的中医二级预防研究(Z111107056811043);教育部高等学校学科创新引智基地(B08006);北京中医药大学神经变性病防治创新团队(2011-CXTD-21)

作者单位:100700 北京中医药大学东直门医院脑病三科

作者简介:倪敬年(1982-),博士,主治医师。研究方向:痴呆及相关疾病的中医药防治。E-mail:jingnian\_ni@hotmail.com

通讯作者:时晶(1971-),女,博士,主任医师,博士生导师。研究方向:痴呆及相关疾病的中医药防治。E-mail:shijing87@hotmail.com

失眠人群患病率约 30%,比率因失眠的定义而有别,最低估计为 6%<sup>[3]</sup>。单纯化学药物并不能很好的控制症状,非药物治疗及中医药治疗的报道越来越多<sup>[4]</sup>。以上三个病症病因各异,常见中医证候表现具有相似性,中医辨证论治时既要考虑病的差异,又要考虑证的相似。

田金洲教授早年毕业于北京中医药大学,师从董建华院士和王永炎院士,获中医内科学博士学位,后留学英国,获曼彻斯特大学(University of Manchester)临床神经科学理学博士学位,并完成了神经心理学博士后研究工作,具备深厚的中西医学背景,对中医药治疗脑病具有独到的见解,被聘为第四批北京市级老中医药专家学术经验继承工作及第五批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。作为第四批北京市级老中医药专家学术继承人,作者在跟师学习过程中,总结了老师运用病证结合思维论治头痛、头晕及失眠等常见脑病经验,以享同道。

### 1 诊病辨证,纲举目张

辨证论治和整体观念被认为是中医的两大特色,这一观