

引用:徐东亚,彭焕清,曾莺.曾莺基于《伤寒论》“太少两感”辨治小儿慢性湿性咳嗽经验[J].湖南中医杂志,2021,37(10):33-35.

## 曾莺基于《伤寒论》“太少两感” 辨治小儿慢性湿性咳嗽经验

徐东亚,彭焕清,曾莺

(佛山市中医院,广东 佛山,528200)

**[摘要]** 介绍曾莺教授从太阳、少阳经两感角度辨治小儿上气道咳嗽综合征致慢性湿性咳嗽的经验。曾教授认为本病病位在“肺之窍”,病因病机为太阳、少阳两感,肺卫失宣,病理因素常夹风、痰、滞、虚等,治以和解少阳、宣肺止咳,并根据病理因素相兼主次,佐以祛风化痰、运脾消食和益气固表等治法。方选小柴胡汤和三拗汤为主,随证加减。同时重视局部穴位按摩和饮食起居调护,做到治疗、调养和预防三位一体。

**[关键词]** 小儿慢性湿性咳嗽;上气道咳嗽综合征;《伤寒论》;太少两感;名医经验;曾莺

**[中图分类号]** R272 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.10.012

反复咳嗽伴鼻部不适是儿童门诊就诊最常见的原因之一。对于儿童而言,病程超过4周,伴有咳痰或痰鸣音的咳嗽称为慢性湿性咳嗽<sup>[1]</sup>。在儿童慢性湿性咳嗽病因构成中,上气道咳嗽综合征(UACS)是最为重要的发病因素<sup>[2-3]</sup>。UACS又称鼻后滴流综合征,是指因鼻炎、鼻窦炎、慢性咽喉炎和腺样体肥大等上气道疾病引发的以咳嗽为主要表现的一组临床综合征。患儿长期咳嗽、咳痰、鼻部不适、频繁清嗓、睡眠打鼾或揉眼给其及其家属生活工作均带来了不良影响,因此,UACS引发的慢性湿性咳嗽应得到重视和治疗<sup>[4]</sup>。

曾莺系广州中医药大学教授、硕士研究生导师,佛山市中医院儿科主任医师,第三批广东省名中医师承指导老师,从事中医儿科临床、教学和科研等工作三十余年,对小儿慢性湿性咳嗽有丰富的临床经验和独特见解,其基于《伤寒论》六经辨治咳嗽理论<sup>[5-6]</sup>,提出从太阳、少阳经两感角度辨治小儿UACS致慢性湿性咳嗽,临床疗效颇佳。现笔者从中西医对本病的认识、病因病机、治法治则、基础研究和医案举例方面对其临证经验进行介绍。

### 1 中西医对本病的认识

**1.1 现代医学认识** 目前,国内对小儿UACS致慢性湿性咳嗽研究还处于初级阶段<sup>[7]</sup>,其发病机制的

认识尚未达成统一,鼻后滴漏、慢性气道炎症、感觉神经敏感性增高、气道黏液高分泌和清除障碍等均是该病发生的危险因素<sup>[7-8]</sup>。曾教授认为生理解剖上鼻、咽喉和气管等毗连相连,生理功能和病理变化上常表现为关联性,因此,对于小儿UACS致慢性湿性咳嗽,认为是上下气道在多种炎症因子作用下的同一气道高反应。

**1.2 中医学认识** 本病属于中医学“咳嗽”“鼻渊”和“喉痹”等范畴。鼻、咽喉等均属于肺的体窍,是肺之门户。肺经经别联络鼻咽喉,《灵枢·经别》云:“手太阴之正,别入渊腋少阴之前,入走肺,散走大肠,上出缺盆,循喉咙”;《灵枢·脉度》云:“肺气通于鼻,肺和则鼻能知香臭矣。”生理功能上,肺气通于天,通过体窍来实现气的宣发和肃降,鼻、咽喉等体窍均是肺脏通气的延申,是肺气通于天的外在表现。病理变化上,二者互为影响,如风邪外袭,鼻窍首当其冲,鼻窍不利则不闻香臭,肺气亦不得宣发,津液不行,化痰而搏结气道,引发咳嗽、喘息等疾病。《医学心悟》云:“肺有两窍,一在鼻,一在喉,鼻窍贵开而不闭,喉窍宜闭而不开,今鼻窍不通,则喉窍将启,能无虑乎?”因此,曾教授认为,小儿UACS致慢性湿性咳嗽病位统一在“肺之窍”,即肺之表,不同于肺炎喘嗽在“肺之脏”,其为卫气所主,基本病机为肺卫失宣。

第一作者:徐东亚,男,硕士研究生在读,研究方向:儿科呼吸系统疾病的诊治

通讯作者:曾莺,女,教授,硕士研究生导师,研究方向:儿科呼吸系统疾病的诊治,E-mail:zengyingcat@qq.com

## 2 病因病机、立论依据

曾教授洞彻《伤寒论》六经辨证理论,其结合小儿稚阴稚阳生理特点,并根据临床所见,以《伤寒论》太阳、少阳两经与肺卫的联系和小儿稚阴稚阳生理特点为切入点,对本病病因病机、发病机制及其演变过程进行阐释。

### 2.1 “太少两感”辨证立论依据 《伤寒论》第

35条云:“太阳病,头痛发热,身疼,腰痛,骨节疼痛,恶风,无汗而喘者,麻黄汤主之”;第43条云:“太阳病,下之微喘者,表未解故也,桂枝加厚朴杏子汤主之”。太阳病出现恶寒恶风、发热、鼻鸣和喘等现象,实质是肺卫失宣的表现,因太阳主表,手太阴肺经亦主表,张仲景在《伤寒论》中对太阳病的论述实质上是涵盖太阴肺经的论述<sup>[9]</sup>。《素问·咳论》云:“久咳不已,则三焦受之”;《伤寒论》第96条云:“伤寒五六日中风,往来寒热,胸胁苦满,默默不欲饮食,心烦喜呕,或渴,或腹中痛,或胁下痞硬,或心下悸、小便不利,或不渴,身有微热,或咳者,小柴胡汤主之。若咳者,去人参、大枣、生姜,加五味子半斤,干姜二两。”《灵枢·经脉》云手少阳三焦经:“其支者,入缺盆,布膻中,散络心包,下膈,遍属三焦”;《灵枢·经脉》云足少阳三焦经:“其直者,从缺盆下腋,循胸,过季肋”;《灵枢·经脉》云足厥阴肝经:“布胁肋,循咽喉之后,上入颞颥(指鼻和咽喉)”。在经络走行上,手足少阳经、足厥阴肝经走向均过胸肋,与肺脏相关。肝生于左,肺降于右,少阳枢机不利,肝主疏泄亦受阻,从而引起肺卫失宣。以上论述均为后世从“少阳治咳”立论和遣方用药奠定了基础。

2.2 病因病机,发病机制 小儿稚阴未充、稚阳未长,肺常不足、脾常虚。六淫之邪,以风为首,初感太阳,而小儿血少气弱,腠理疏松,正气不能祛邪,邪气因入,进而传入少阳,正如《伤寒论》第97条云:“血弱气尽,腠理开,邪气因入”。一则少阳为枢,是气机升降和水液代谢的通道,现枢机不利,则上焦不通,中焦不运。不通则肺卫宣发失司,气化不利,津液不行,生痰郁结于气道;不运则脾胃谷气不化,化生食滞。二则少阳为半表半里,邪正相持不下,病程长而易反复。因此,曾教授认为本病病因病机为小儿禀赋稚阴稚阳之体,邪气感于太阳,进而传入少阳,最终太少两感,引起肺卫失宣,病理因素常夹风、痰、滞、虚。

## 3 治则治法

曾教授认为小儿UACS致慢性湿性咳嗽应采用综合治疗方法。以“和解少阳、宣肺止咳”为大法,分清病理因素相兼主次,佐以祛风化痰、运脾消食和益气固表等治法,随证治之,并重视局部穴位按摩和饮食起居调护,做到治疗、调养和预防三位一体。

3.1 中医内治法 针对病因病机,中医内治以和解少阳、宣肺止咳为大法,选用小柴胡汤和三拗汤加减。药物组成:柴胡12g,生黄芩10g,姜半夏8g,生姜3g,党参8g,炙麻黄10g,苦杏仁8g,生甘草6g,桔梗6g(≤3岁儿童为上述剂量的1/2~2/3)。小柴胡汤来源于《伤寒论》,是和解枢机法的代表方,方以柴胡为君,质轻透表,能舒展少阳之气,助肝胆气机条达畅通;黄芩为臣,苦寒味重,善清少阳和肺卫伏邪之热;君臣相伍,和解少阳。姜半夏、生姜为佐,和胃降逆,消痰蠲饮,防少阳邪气横逆犯胃;党参、生甘草为佐使,扶正祛邪,鼓舞少阳邪气出表。全方配伍精当,具有疏肝利胆、和解少阳、调畅三焦的作用,正如《伤寒论》第320条云:“使上焦得通,津液得下,胃气因和,身濈然汗出而解”。三拗汤来源于《太平惠民和剂局方》,是宣肺止咳平喘的代表方,其中麻黄辛温、杏仁甘苦,两药配伍,一宣一降、升降相因;再加甘草调和药性,共奏宣肺止咳之功。桔梗为诸药之舟楫、开提肺窍。若鼻塞、流涕多,加荆芥、防风祛风解表;若鼻痒、喷嚏,加苍耳子、辛夷祛风止痒;若涕黄质稠,有腥臭味,加夏枯草、白芷泄热通窍;若痰多、咽喉不利,加茯苓、薏苡仁、陈皮理气运脾化痰;若食积、胃口不佳,加焦麦芽、稻芽消食健脾;若反复感冒、自汗多、活动尤甚,加太子参、焦白术、黄芪益气健脾止汗。

3.2 中医外治法和饮食起居调护 中医外治法治疗小儿UACS有其临床应用意义<sup>[10]</sup>。我院在中医基础理论指导下,根据临床实践经验所得,创立了简易局部穴位按摩法,对于小儿UACS致慢性湿性咳嗽发挥了重要的作用,是我院中医外治法的特色。该疗法具有简、便、易、廉等特点,易于被家长学习接受,可在家中展开。具体操作:穴取迎香、鼻通、太阳、素髻、定喘和肺俞。每一个穴位点揉50次,顺时针或逆时针均可,以局部酸、麻、重、胀为度,每次15min,每天1~2次。其中鼻通、太阳和素髻是局部选穴,属于阿是穴,通过局部反复微微振

动,以达到排泄鼻腔分泌物的作用;迎香、定喘和肺俞属于辨证选穴,具有宣肺散表的作用,整体应用也符合“宣肺止咳”的治疗大法。

曾教授认为,饮食和起居环境因素失调是本病的重要诱发因素。饮食上应避免摄入致敏、寒凉和辛辣刺激性食物。由于岭南地区汤饮文化盛行,炖汤时多加入山药、莲子、薏苡仁等药食同源性食物,是一种平补调理脾胃的好方法。起居环境要适寒温,保持清洁,避免接触尘螨等致敏物质,以控制本病的诱发因素。

#### 4 典型病案

患儿,男,5岁3个月,2019年10月3日初诊。主诉:反复咳嗽1个月余。患儿于1个月前因感寒后出现鼻塞流涕、咳嗽咳痰,于外院治疗后症状有缓解,但仍有反复。刻下症:咳嗽,为阵发性连声咳,喉间有痰,晨起为重;伴鼻塞、喷嚏,流黄白黏稠涕;微有恶风,夜间睡眠有鼾声,汗多,纳差,二便可。舌淡红、苔白稍厚,脉浮弦。查体:神清,精神可,间可闻及吸气性鼻鼾音;右侧鼻腔充血、肿胀,有黏性分泌物附着,咽无充血,扁桃体I°肿大,咽后壁有少量滤泡增生,可见黄白色鼻涕倒流,心肺等查体无异常。既往有慢性鼻窦炎病史。西医诊断:慢性湿性咳嗽;上气道咳嗽综合征(鼻窦炎、扁桃体I°肿大、咽后壁滤泡增生)。中医诊断:咳嗽,证属太少两感、肺卫失宣,夹风、痰、滞;治疗以和解少阳、宣肺止咳为法,佐以祛风、化痰、运脾消食。处方:柴胡12g,生黄芩10g,姜半夏8g,生姜3g,炙麻黄10g,苦杏仁8g,生甘草6g,桔梗6g,防风10g,茯苓10g,陈皮6g,焦麦芽10g,稻芽8g。3剂,每天1剂,水煎,早晚分服。同时结合简易局部穴位按摩进行辅助治疗,嘱家长注意患儿饮食起居调理。10月6日二诊:现患儿咳嗽、咳痰好转,鼻塞、流涕减少,纳可,无喷嚏,夜间睡眠无打鼾,仍汗多,鼻部分泌物见少,咽后壁未见有鼻涕倒流,予原方基础上加浮小麦10g,3剂。10月9日三诊:现患儿偶咳嗽,活动后汗多、气短,无咳痰鼻塞等不适,于二诊方去炙麻黄、苦杏仁、稻芽、姜半夏,加大枣6枚、太子参6g、焦白术12g、黄芪10g,3剂后随访,患儿已基本痊愈。嘱其家属平素炖汤时加入山药、莲子、黄芪等调补之品。

**按语:**本案患儿咳嗽、鼻塞缠绵不愈,不欲饮食,脉弦,是邪在少阳,正邪相持不下,不出表,又不入得阳明之表现,故病情迁延反复。其病机为太少两感、肺卫失宣,夹风、痰、滞。曾教授遵循“有柴胡证,但见一证便是,不必悉具”的原则,初诊方中采用柴胡配生黄芩疏肝利胆、和解少阳;麻黄配苦杏仁宣肺止咳;茯苓、陈皮、姜半夏、生甘草燥湿化痰,生姜配防风散风解表;桔梗引经报使,开肺卫之窍;

焦麦芽配稻芽运脾消食,全方共奏和解少阳、宣肺止咳,祛风化痰、运脾消食之功。二诊已见药效,守方不变,因汗多加浮小麦收敛止汗。三诊考虑患儿表证已解,存留病后体虚、卫表不固,故去发散之麻黄、苦杏仁、稻芽、姜半夏,加大枣、焦白术健脾,太子参、黄芪益气固表。最后通过药食同源来调理预后。整个诊治过程辨证精准,处方配伍得当,故疗效确切。

#### 参考文献

- [1] 陈强,陈志敏,成焕吉,等. 中国儿童慢性湿性咳嗽的诊断与治疗专家共识(2019年版)[J]. 中国实用儿科杂志,2019,34(4):256-264.
- [2] 王丽燕,孙广荣,刘田田,等. 青岛地区儿童慢性湿性咳嗽病因构成研究和治疗管理[J]. 中国儿童保健杂志,2019,27(12):1374-1377.
- [3] 陈强,胡次浪,申昆玲,等. 儿童慢性湿性咳嗽病因构成比多中心研究[J]. 中国实用儿科杂志,2019,34(9):757-762,784.
- [4] 陈强. 关注儿童慢性湿性咳嗽[J]. 江西医药,2019,54(1):1-2.
- [5] 屈杰,孔文霞,李培,等. 六经理论辨治咳嗽[J]. 中医学报,2019,34(8):1609-1612.
- [6] 李杰,王志刚,贾壮壮,等. 从六经辨治咳嗽经验[J]. 湖南中医杂志,2020,36(1):11-12.
- [7] 焦路燕,曹玲. 儿童上气道咳嗽综合征[J]. 中国实用儿科杂志,2016,31(3):179-182.
- [8] MARTIN MATTHEW J, HARRISON TIM W. Causes of chronic productive cough: an approach to management [J]. Respiratory Medicine, 2015, 109(9): 1105-1113.
- [9] 梁华龙. 伤寒论评话第38章太阳病含肺经病,足太阴病有实证[J]. 中医学报,2015,30(2):189-193.
- [10] 刘文可,尚可新,肖伊,等. 小儿推拿在儿童上气道咳嗽综合征中的应用[J]. 现代中医临床,2019,26(5):35-37.

(收稿日期:2020-12-26)

## 心血管患者如何安度秋季(二)

### 清淡饮食

心血管患者要做好饮食护理,宜清淡饮食。天气转凉时,人们往往倾向于摄入过多的高脂食物,这种行为对于心血管病患者危害更大。心血管病患者应严格低盐低脂饮食,多吃富含维生素和纤维素的食物。

还要注意的,不宜暴饮暴食。暴饮暴食会加强消化道的血运,导致心肌供血供氧量相对不足,增加发病几率。很多时候,心血管疾病都是在饱餐后发作的。(刘晶、徐浩, <http://www.cntcm.com.cn/news.html?aid=182384>)