

## 目 录

## 咳喘

- 赵锡武 视咳用药 辨痰论治····· 1
- 程门雪 用药酌宣肃清润 治肺审寒热虚实····· 7
- 裘沛然 辛温蠲饮, 苦寒泄肺····· 12
- 许公岩 痰湿每为祟 苍麻乃良方····· 18
- 欧阳琦 究开合升降 治久咳痰喘····· 21
- 印会河 咳喘临证首辨痰 寒热虚实每可凭····· 26
- 洪广祥 治肺不远温····· 31
- 刘渡舟 咳喘经方案绎····· 35
- 吴银根 祛风平喘, 宽胸化痰····· 42
- 周仲瑛 暴喘治疗要领····· 45
- 赵清理 运用姜辛味疗咳喘之一得····· 50
- 孟澍江 喘咳效方喘咳定 金水六君合三拗····· 52
- 陆芷青 肾虚肺实 四子平喘····· 54
- 钱远铭 定喘良方需化裁 养阴凉血勿滥施····· 57
- 张建夫 自拟杏仁煎治疗咳喘····· 60
- 金梦贤 自拟四子克喘汤····· 64
- 陈树森 咳喘治疗举要····· 66
- 王正公 因势利导制源畅流 防渐于微病求逆转····· 69
- 田从豁 冬病夏治消喘膏····· 75

岳美中	咳喘求苏子降气 培元赖河车大造 .....	77
朱紫来	寒饮咳喘 通用经方 .....	82
胡翹武	逐痰畅其道 扶正培其本 .....	87
王士福	咳喘之大剂量用药问题 .....	95
李孔定	宣肺活血 咳喘大法 .....	103
崔文彬	久患喘促, 当先祛痰 .....	107
俞慎初	宣肺祛痰每为主 止咳定喘有效方 .....	109
吴安庆	咳喘案析 .....	111
祝味菊	温散宣解治悬饮重症 .....	120
曹世宏	间质性肺病与特发性肺间质 纤维化的中医辨治 .....	122
<b>哮喘</b>		
徐辉光	标本病证每同治 平喘尚需用达药 .....	128
李寿山	肺肾同调 虚喘大法 .....	134
钟一棠	哮喘效方支哮喘膏 .....	137
董漱六	哮喘三方 .....	138
徐仲才	攻邪治标别寒热 妙在化裁小青龙 .....	142
洪广祥	痰瘀伏肺哮喘夙根 治气为先蠲哮截喘 .....	150
刘民叔	峻利毒剂量逾恒 哮喘痼痰始可平 .....	156
顾丕荣	化湿泄毒治哮喘 .....	159
王季儒	哮喘虚实寒热辨 .....	163
黄文东	表散祛痰发时法 培补脾肾缓后方 .....	168
王正公	汗吐下法治疗青少年哮喘 .....	171
邵长荣	辨寒热以治标 补肾元以培本 .....	176
冯视祥	哮喘肾虚虽为本 宣肺降逆每并举 .....	181

- |     |                                 |     |
|-----|---------------------------------|-----|
| 郁文骏 | 平息发作亦需求本 七分治肺三分脾肾·····          | 188 |
| 刘韵远 | 发时祛邪重痰瘀,缓时扶正培肾脾·····            | 192 |
| 王烈  | 三期分治,活血化痰·····                  | 197 |
| 肖正安 | 涤痰麻杏石甘方,培元金水六君煎·····            | 201 |
| 黎炳南 | 攻补兼施治疗哮喘·····                   | 203 |
| 胡翘武 | 痰气壅闭 峻猛蠲涤·····                  | 209 |
| 马莲湘 | 哮喘两效方·····                      | 213 |
| 郑颀云 | 治喘大法 温清补固·····                  | 217 |
| 李介鸣 | 治喘尤重调气机·····                    | 222 |
| 李学耕 | 逐邪运脾 平喘有方·····                  | 227 |
| 傅再希 | 开窍排痰乃大法 勿用阴凝远参芪·····            | 233 |
| 曹鸣高 | 哮喘发作别寒热 开闭涤痰总相宜·····            | 235 |
| 颜德馨 | 温阳豁痰平哮喘 麻黄附子细辛汤·····            | 237 |
| 陈耀堂 | 病久必虚 标本兼顾·····                  | 239 |
| 王文鼎 | 哮喘发作先逐邪 固肺纳气缓后方·····            | 241 |
| 程门雪 | 哮喘治疗的几首效方·····                  | 243 |
| 姜春华 | 哮喘治疗的效方达药·····                  | 245 |
| 张海岑 | 肃肺通腑,擅用紫菀知母<br>补以固本,当辨肺与脾肾····· | 249 |
| 钱今阳 | 哮喘当调肝 法取清疏养·····                | 253 |
| 张沛虬 | 治标祛痰别寒热 培本尤审肺肾脾·····            | 257 |
| 陈苏生 | 调气重开阖气血 止哮求二麻四仁·····            | 261 |
| 顾兆农 | 重证热哮举隅·····                     | 263 |
| 张泽生 | 哮喘多寒证 温散小青龙·····                | 267 |

## 肺胀

- |     |                                 |     |
|-----|---------------------------------|-----|
| 周仲瑛 | 正虚肺心脾肾 邪实痰水瘀血·····              | 269 |
| 奚凤霖 | 清热宣肺化痰排痰 敛纳皱肺固本御外·····          | 275 |
| 吴怀堂 | 酸收疗肺胀 皱肺有良方·····                | 282 |
| 周信有 | 本虚肺脾肾审度轻重缓急<br>标实痰水瘀斟酌主次先后····· | 287 |
| 杨继荪 | 热痰瘀虚，分期辨治·····                  | 294 |
| 许公岩 | 喘胀宜健脾宣肺，温化寒湿·····               | 302 |
| 胡建华 | 治疗喘肿 温肾暖脾·····                  | 305 |
| 肖俊逸 | 肺胀喘肿 生脉葶苈·····                  | 309 |
| 姚正平 | 肺心病证治六法·····                    | 316 |
| 洪广祥 | 肺胀重痰瘀·····                      | 321 |
| 李孔定 | 补泻并施温清共用 金水交泰标本兼顾·····          | 326 |
| 唐步祺 | 肺胀咳喘·····                       | 330 |
| 冉雪峰 | 痰浊痹阻喘逆案·····                    | 335 |
| 跋   | ·····                           | 339 |

## 序

十年前出版之《当代名医临证精华》丛书，由于素材搜罗之宏富，编辑剪裁之精当，一经问世，即纸贵洛阳，一版再版，为医林同仁赞为当代中医临床学最切实用、最为新颖之百科全书。一卷在手，得益匪浅，如名师之亲炙，若醍醐之灌顶，沁人心脾，开慧迪智，予人以钥，深入堂奥，提高辨治之水平，顿获解难之捷径，乃近世不可多得之巨著，振兴中医之辉煌乐章也，厥功伟矣，令人颂赞！

名老中医之实践经验，乃中医学学术精华之最重要部分，系砺练卓识，心传秘诀，可谓珍贵之极。今杏林耆宿贤达，破除“传子不传女，传内不传外”之旧规，以仁者之心，和盘托出；又经书健同志广为征集，精心编选，画龙点睛，引人入胜。熟谙某一专辑，即可成为某病专家，此绝非虚夸。愚在各地讲学，曾多次向同道推荐，读者咸谓得益极大。

由于本丛书问世迨已十载，近年来各地之新经验、新创获，如雨后春笋，需加补充；而各省市名老中医珍贵之实践经验，未能整理入编者，亦复不少，更应广搜博采，而有重订《当代名医临证精华》之议，以期进一步充实提高，为振兴中医学学术，继承当代临床大家之实践经验，提高中青年中医辨治之水平，促进新一代名医更多涌现，发展中医学学术，作出卓越贡献。

与书健同志神交多年，常有鱼雁往还，愚对其长期埋

首发掘整理老中医学学术经验，采撷精华，指点迷津，详析底蕴，精心编辑，一心为振兴中医事业而勤奋笔耕，其淡泊之心志，崇高之精神，实令人钦佩。所写“继承老中医经验是中医学学术发展的关键”一文，可谓切中时弊，力挽狂澜，为抢救老中医经验而呼吁，为振兴中医事业而献策，愚完全赞同，愿有识之士，共襄盛举。

顷接书健来函，出版社嘱加古代医家经验，颜曰：古今名医临证金鉴。愚以为熔冶古今，荟为一帙，览一编于某病即无遗蕴，学术发展之脉络了然于胸，如此巨构，实令人兴奋不已。

书健为人谦诚，善读书，且有悟性，编辑工作之余，能选择系之于中医学学术如何发展之研究方向，足证其识见与功力，治学已臻成熟，远非浅尝浮躁者可比。欣慰之余，聊弁数语以为序。

八二叟朱良春谨识  
时在一九九八年夏月

## 继承老中医经验是中医学术发展的关键

### 理论-实践脱节与文字之医

理论-实践脱节，即书本上的知识，包括教科书知识，并不能完全指导临床实践。这是中医学术发展未能解决的首要问题。形成理论-实践脱节的因素比较复杂，笔者认为欲分析解决这一问题，必须研究中医学术发展的历史，尤其是正确剖析文人治医对中医学术的影响。

迨医巫分野后，随着文人治医的不断增多，中医人员的素质不断提高，因为大量儒医的出现，极大地提高了医生的基础文化水平。文人治医，繁荣了中医学，增进了学术争鸣，促进了学术发展。

通医文人增加，对医学发展的直接作用是形成了以整理编次医学文献为主的学派。如许叔微、王肯堂、张景岳、沈金鳌、徐大椿等，他们步入医林之前均为享誉文坛的文人。由于儒家济世利天下的人生观，促使各阶层高度重视医籍的校勘整理、编撰刊行，使之广为流传。

文人治医对中医学术的消极影响约有以下诸端：

尊经崇古阻碍了中医学的创新发展。

两汉后，在儒生墨客中逐渐形成以研究经学，弘扬经书和从经探讨古代圣贤思想规范的风气，后人称之为经学风气。

这种学风对医学之影响自宋代始已十分显著,严重地束缚了医学的发展,近人谢利恒曾指出:“儒家所谓道统者,移之而用于医者,于是神农、黄帝犹儒家之二帝三王,仲景、元化犹儒家之有周公、孔子矣。于是言医者,必高语黄农,侈谈灵素,舍是几不足与于知医之列矣。”一语道中了儒家尊经崇古之风给中医学带来的影响。宋以来,中医基础理论方面的著作,几乎均以对《内经》《难经》《伤寒论》的注释与发挥为主要形式,于解释不通,已见有悖之处,宁可提出所谓错简、脱衍等故,也不敢自立新说。

医经研读、类编、校正、考据、荟萃、发微、问难解惑、钩玄构成了当时医学著作的主体。如徐灵胎所说:“言必本于圣经,治必尊于古法”,经典著作乃“金科玉律,不可增减一字”。尽管这些文献的整理对文献保留作出了贡献,但成为一种时尚,则将习医者带入尊经泥古的误区。儒家“信而好古”,“述而不作”一直成为医学写作的指导思想,这种牢固的趋同心理,消磨、遏制了医家的进取和创新。

尊经泥古带给医坛的是万马齐喑,见解深邃的医家亦不敢自标新见,极大地禁锢了人们的思想,导致了医学新思想的难以产生及产生后易受抑压。也导致了人们沿用陈旧的形式来容纳与之并不相称的新内容,从而限制了新内容的进一步发展,极大地延缓了中医学的发展。

侈谈玄理,无谓争辩。

我国现代科学的前辈任鸿隽先生,在《论中国无科学之原因》中指出:“秦汉以后,人心桎于时学,其察物也,取其当然而不知其所以然,其择术也,鹜于空虚而行避实际。”一些

医学家受理学方法影响,以思辨为主要方法,过分强调整理性作用,心外无物,盲目夸大了尽心明性在医学研究中的地位,对医学事实进行随意的演绎推理,以至于在各家学说中掺杂了大量的主观臆测、似是而非的内容(宋代以前文献尚重实效,宋代以后则多矜夸偏颇,侈谈玄理,思辨攻讦之作)。

无谓争辩中的医家,所运用的思辨玄学的方法,使某些医学概念外延无限拓宽,反而使内涵减少和贫乏,事实上思辨只是把人引入凝固的空洞理论之中。这种理论似乎能解释一切,实际上却一切都解释不清。它以自然哲学的普遍性和涵容性左右逢源,一切临床经验都可以成为它的诠注和衍化,阻碍和束缚了人们对问题继续深入的研究。理论僵化,学术惰于创新,通过思辨玄学方法构建的某些理论,不但没有激起后来医家的创新心理,反而把人们拉离临床实践的土壤。如薛立斋、赵献可的“肾命说”,孙一奎的“三焦说”,张景岳对朱丹溪的无谓争辩。实际上,三焦、命门之争,玄而又玄,六味、八味何以包治百病?

无病呻吟,附庸风雅的因袭之作。

“立言”的观念在文人中根深蒂固,一些稍涉医籍的文人,悠哉闲哉之余,也附庸风雅,编撰方书,有的仅是零星经验,有的只是道听途说,或率意为之、东拼西凑的因袭之作。对此,有一些医家也曾提出批评。

重文献,轻实践。

受到经学的影响,中医学的研究方法大抵停留在医书的重新修订、编次、整理、汇集,呈现出“滚雪球”的势态。文

献虽多,而少科学含量。从传统意义上看,尚有可取之处,但在时间上付出的代价是沉重的,因为这样的思想延缓了中医学的发展。

医经系统,历代数百注家,或节录或串讲,洋洋大观。

伤寒系统,有人统计注释《伤寒》不下千余家,主要是编次、注释,但大都停留在理论上的发挥和争鸣,甚或在如何恢复仲景全书原貌等问题上大作文章,进而争论诋毁不休,站在临床角度上深入研究者太少了。马继兴先生对《伤寒论》版本的研究,证明“重订错简”几百年形成的流派竟属子虚乌有。

方药系统,或简编,或扩编,历代本草方书洋洋大观。

各科杂病系统不成体系。因为在这个系统中,绝大多数医著实际上是方书。如《刘涓子鬼遗方》《妇人大全良方》是外、妇科著作,还是方书?当然列入方书更为恰当。有少数不能列入方书系统的,也是多方少论。

整个中医研究体系中重经典文献,轻临床实践是十分明显的。

一些医家先儒而后医,或弃仕途而业医,他们系统研究中医时多已年逾不惑,还要从事著述,真正从事临床的时间并不多,即使写出有影响的医著,其实践价值仍需推敲。

苏东坡曾荐圣散子方,某年大疫,苏轼用圣散子方而获效,逾时永嘉又逢大疫,又告知民众用圣散子方,而贻误病情者甚伙。东坡序曰:

昔尝见《千金方》三建散,于病无所不治。孙思邈著论以谓此方用药节度不近人情。至于救急,其验特异,乃知神物

效灵,不拘常制,至理开惑,智不能知。今余所得圣散子,殆此意也欤。自古论病,惟伤寒至危急,表里虚实,日数证候,汗下之法,差之毫厘,辄至不救。而用圣散子者,不问阴阳二感,状至危笃者,连饮数剂则汗出气通,饮食渐进,更不用诸药连服取差。其轻者,心额微汗,正尔无恙,药性小热,而阳毒发斑之类,入口即觉清凉,此不可以常理诘也。时疫流行,平旦辄煮一釜,不问老少,各饮一大盏,则时气不入其门。平居无病,空腹一服则百疾不生。真济世之宝也……(圣散子方中多为温燥之品)

陈无择《三因方》云:此药实治寒疫,因东坡作序,天下通行。辛未年,永嘉瘟疫,被害者不可胜数。盖当东坡时寒疫流行,其药偶中而便谓与三建散同类。一切不问,似太不近人情。夫寒疫亦自能发狂,盖阴能发躁,阳能发厥,物极则反,理之常然,不可不知。今录以备寒疫治疗用者,宜审究寒温二疫,无使偏奏也。

《冷庐医话》记载了苏东坡孟浪服药自误:

“士大夫不知医,遇疾每为庸工所误。又有喜谈医事,孟浪服药以自误。如苏文忠公事可惋叹焉。建中靖国元年,公自海外归,年六十六。渡江至仪真,舫舟东海亭下。登金山妙高台时,公决意归毘陵。复同米元章游西山,道暑南窗松竹下。时方酷暑,公久在海外,觉舟中热不可堪。夜辄露坐,复饮冷过度,中夜暴下,至旦愈甚,食黄芪粥,觉稍适。会元章约明日为筵,俄瘴毒大作,暴下不止。自是胸膈作胀,不欲饮食,夜不能寐。十一日发仪真,十四日疾稍增,十五日热毒转甚。诸药尽却,以参苓淪汤而气寢止,遂不安枕席。公与

钱济明书云：某一夜发热不可言，齿间出血如蚯蚓者无数，迨晓乃止，困惫之甚。细察病状，专是热毒根源不浅。当用清凉药，已令用人参、茯苓、麦门冬三味煮浓汁，渴即少啜之，余药皆罢也。庄生闻在宥天下，未闻治天下也。三物可谓在宥矣，此而不愈在天也，非吾过也。二十一日，竟有生意，二十五日疾革，二十七日上燥下寒，气不能支，二十八日公薨。余按病暑饮冷暴下，不宜服黄芪。迨误服之，胸胀热壅，牙血泛溢，又不宜服人参、麦门冬。噫！此岂非为补药所误耶？”

林昌彝《射鹰楼诗话》亦有如上之记载。

文人治医，其写作素养，在其学问成就上起到举足轻重的作用。而不是其在临床上有多少真知灼见。在中医学发展史上占有重要地位的医学著作并非都是经验丰富的临床大家所为。

众所周知的清代医家吴鞠通所著的《温病条辨》全面总结了叶天士的卫气营血理论，成为温病学术发展的里程碑，至今仍有人奉为必读之经典著作。其实吴鞠通著《温病条辨》时，从事临床只有六年，还不能说是经验宏富的临床家。

《温病条辨》确系演绎《临证指南》之作，对其纰谬，前哲今贤之驳辨批评，多为灼见。研究吴鞠通学术思想，必须研究其晚年之作《医医病书》及其晚年医案。因《温病条辨》成书于1798年，吴氏40岁，而《医医病书》成于道光辛卯（1831）年，吴氏时已73岁。仔细研究即可发现风格为之大变，如倡三元气候不同医要随时变化，斥用药轻描淡写，倡治温重用石膏，从主张扶正祛邪，到主张祛除邪气，从重养

阴到重扶阳……。

明代医学成就最著者，一为李时珍之《本草纲目》，一为王肯堂之《证治准绳》。《证治准绳》全书总结了明代以前中医临床成就，临床医生多奉为圭臬，至今仍有十分重要的学术价值。但是王肯堂并不是职业医生、临床家。肯堂少因母病而读岐黄家言，曾起其妹于垂死，并为邻里治病。后为其父严戒，乃不复究。万历十七年进士，选翰林院庶吉士，三年后受翰林院检讨，后引疾归。家居十四年，僻居读书。丙午补南行人司副，迁南膳部郎，壬子转福建参政……独好著书，于经传多所发明，凡阴阳五行、历象……术数，无不造其精微。著《尚书要旨》《论语义府》《律例笺释》《郁冈斋笔麈》，雅工书法，又为藏书大家。曾辑《郁冈斋帖》数十卷，手自钩拓，为一时刻石冠。

林珮琴之《类证治裁》于叶天士内科心法多有总结，实为内科之集大成者，为不可不读之书，但林氏在自序中讲得清清楚楚：本不业医。

目尽数千年，学识渊博，两次应诏入京的徐灵胎，亦非以医为业，如《洄溪医案》多次提及：非行道之人。

王三尊曾提出“文字之医”的概念（《医权初编》卷上论石室秘录第二十八）：“夫《石室秘录》一书，乃从《医贯》中化出。观其专于补肾、补脾、舒肝，即《医贯》之好用地黄汤、补中益气汤、枳术丸、逍遥散之意也。彼则补脾肾而不杂，此又好脾肾兼补者也。……此乃读书多而临证少，所谓文字之医是也。惟恐世人不信，枉以神道设教。吾惧其十中必杀人之二三也。何则？病之虚者，虽十中七八，而实者岂无二三，彼

只有补无泻，虚者自可取效，实者即可立毙……医贵切中病情，最忌迂远牵扯。凡病毕竟直取者多，隔治者少，彼皆用隔治而弃直取，是以伐卫致楚为奇策，而仗义执言为无谋也。何舍近而求远，尚奇而弃正哉。予业医之初，亦执补正则邪去之理，与隔治玄妙之法，每多不应。后改为直治病本，但使无虚虚实实之误，标本缓急之差，则效如桴鼓矣。……是书论理甚微，辨症辨脉则甚疏，是又不及《医贯》矣……终为纸上谈兵。”

“文字之医”实际的临床实践比较少，偶而幸中，不足为凭。某些疾病属于自限性疾病，即使不治疗也会向愈康复。偶然取效，即以偏概全，实不足为法。

文字之医为数不少，他们的著作影响左右着中医学术。

笔者认为理论与实践脱节，正是文人治医对中医学术负性影响的集中体现。

必须指出，古代医学文献临床实用价值的研究是十分艰巨的工作。笔者虽引用王三尊之论，却认为《石室秘录》《辨证录》诸书，独到之处颇多，同样对非以医为业的医家，如徐灵胎、林珮琴等之著作，亦推崇备至，以为不可不读。

### 老中医经验是中医学术精华的重要组成部分

中医药学历数千年而不衰，并不断发展，主要依靠历代医学家临床经验的积累、整理提高。历代名医辈出，多得自家传师授。《周礼》有“医不三世，不服其药”，可见在很早人们即已重视了老中医经验。

以文献形式保留在中医典籍之中的中医学术精华仅仅

是中医学学术精华的一部分。为什么这样说，这是因为中医学学术精华更为宝贵的部分是以经验的形式保留在老中医手中的。这是必须予以充分肯定、高度重视的问题。临床家，尤其是临床经验丰富、疗效卓著者，每每忙于诊务，无暇著述，其临床宝贵经验，留下来甚少。叶天士是临床大家，《外感温热篇》乃于舟中口述，弟子记录整理而成。《临证指南医案》，亦弟子侍诊笔录而成，真正是叶天士自己写的东西又有什么？

老中医经验，或禀家学，或承师传，通过几代人，或十几代或数百年的长期临床实践，反复验证，不断发展补充，这种经验比一般书本中所记述的知识要宝贵得多。

老中医经验形成还有一些形式，虽然并未禀承家学师传，但也十分珍贵。一些药物、方剂、治法，通过老中医自己的领悟、验证，或通过其加减变化，或发现了最佳药量，或发现了文献中未记载的作用，或对其适应症提出了明确选择标准，疗效提高，乃至十分确切；经过整理提高，文献中的知识，确定无疑地变成了老先生自己的经验。这种经验也经过老中医长达几十年的临床验证，弥足可珍。

书中的知识要通过自己的实践，不断摸索不断体会，有了一些感受，才能真正为自己所利用。目前中医教材中也确实存在着理论与实际脱节的情况，纸上千般妙，临证却不灵。在这种情况下，锻炼提高临床水平，并非易事。真正达到积累一些经验，不说对某些疾病能形成一些真知灼见，就是能准确地把握一些疾病的转归，亦属相当困难，没有十年二十年的长期的摸索，是不可能的。很显然，通过看书把

老中医经验学到手,等于间接地积累了经验,很快增加了几十年的临床功力,这是中青年医生提高临床能力的必由之路。全面提高中医队伍的临床水平,必将对中医学术发展产生极大的推动作用。

笔者在前面谈了文人治医对中医学术的影响,其中最重要的不利影响,就是重理论轻实践,因而在实践经验性极强的中医学文献中,反而缺少系统的真正能指导临床实践的文献,这确实是一大遗憾。

文献是人类文明、文化繁荣、科技进步、历史发展的记录和显著标志。文献是创造的“中介”,是社会科学能力的两翼。丰富的科学的不断增殖的、不断被利用的文献,是一门科学不断发展的基础。

通过我们的努力,使老中医经验发掘整理出来,形成一次文献,必将极大地丰富祖国医学中的临床医学文献。鉴于中医临床文献尚显薄弱的现状,整理老中医经验,当然具有极其重要的文献价值了。

中医理论的发展源于临床经验的整理和升华,临床经验整理之著作,又成为理论发展之阶梯,如《伤寒论》《脾胃论》《湿热病篇》等。临床医学的不断发展是中医理论发展的基础。

老中医经验中不乏个人的真知灼见,尤其是独具特色的理论见解、自成体系的治疗规律都将为中医理论体系的发展提供重要的素材。尤其是传统的临床理论并不能完全满足临床需要时,理论与临床脱节时,老中医的自成规律的独特经验理论价值更大。

## 抢救继承老中医经验是中医学学术发展的当务之急

目前，中医学面临着严峻的考验和前所未有的挑战：

临床范围的窄化，临床阵地的不断缩小，有真才实学而又经验丰富的老中医寥若晨星，信仰人群的迁移，观念的转变，全面发展中医临床已不复可能。

科研指导思想的偏差。不断用现代医学、现代科学去证明，去廓清中医学，中医永远处于这种地位，是难以按自身规律发展的。科研成果大部分脱离了中医药学的最基本特点，以药为主，医药背离，皮之不存，毛将焉附？

中医教育亦不尽人意。由于教材中对中医学的一些基本概念的解释，与中医理论大相径庭，或以偏概全，尤其是中西并举，使学生无法建立起中医的思维方式，不能掌握中医学的精髓，不能用中医的思维方式去认识疾病，这是中医教育亟待解决的问题。中医学术后继乏人，绝非危言耸听，而是严酷的现实。

在强大的现代医学冲击下，中医仍然能在某些领域卓然自立，是因为其临床实效，现代医学尚不能取而代之。这是中医学赖以存在的基础，中医学的发展亦系之于此。无论从中医文献理论—实践脱节的实际状况，还是从培养中医临床人才，提高临床疗效来看，抢救、发掘、继承老中医经验，都是中医学学术发展的战略起点和关键所在。

单书健

1998年春节

## 凡 例

一、《古今名医临证金鉴》，意在选取古今临床家于中医临证确有裨益之经验，以资临床借鉴。宗此标准，古代文献之选辑，以明清文献为主。

二、编排层次，每卷均先列古代文献，继以现代文献（1949年尚在世者均列入现代医家），其下分列病种，进而胪述各家经验。古代医家一般以生卒时间为序。每病之下，系统论述者居前，医话医案居后。间有部分理论论述，或内容顺序不宜后置者，而提置于前。病下各家经验，多为一篇。间有数家因不便以一篇介绍者，未予合并。

三、编入各卷中的医家均为声名显赫的大家，故介绍从简。间或有生卒时间无考者，只得抱憾缺如。

四、文献来源及整理者，均列入文后。未列整理者，多为老先生自撰。或所寄资料未列，或转抄遗漏，间亦有之，于兹恳请见谅。

五、古代文献，以保持古籍原貌为原则。间有体例欠明晰者，则略作条理，少数文献乃原著之删节摘录，皆着眼实用，意在避免重复，把握要点。

六、古代文献中计量单位，悉遵古制，当代医家文献则改为法定计量单位。一书两制，实有所因。

七、历代医家处方书写，各有特色，药名强求统一，似觉与原来风格不谐，故多遵原貌，不予划一。

八、曾请一些老先生对文章进行修改或重新整理素材，以突出重点，使主旨鲜明，识邃意新；或理纷治乱，而重新组构，俾叶剪花明，云净月出。

九、各文章之题目多为编纂者所拟，或对仗不工，或平仄欠谐，或失雅训，或难概全貌，实为避免文题重复，勉强而为之，敬请读者鉴谅。

## 《古今名医临证金鉴·咳喘肺胀卷》述要

单书健 陈子华

咳嗽之论肇始于《内经》。如，《素问·咳论》：“肺之令人咳，何也？岐伯对曰：五脏六腑皆令人咳，非独肺也。”并论述了五脏六腑功能失调所致咳嗽之不同特征。《伤寒》《金匱》对咳嗽证治论述颇多，如伤寒表不解，心下有水气，干呕发热而咳之用小青龙汤，寒饮内停之用苓甘五味姜辛汤，虚烦咳逆之用麦门冬汤，至今仍为广泛运用之效方。

《诸病源候论》咳分十种，虽主辨证，然不尽实用。

子和《儒门事亲·嗽分六气，勿拘以寒说》指出：风寒暑湿燥火，六气皆令人咳，非独寒邪……。

明《景岳全书·咳嗽篇》云：“咳嗽一证，窃见诸家之论太繁，皆不得其要，多致后人临证，莫知所从，所以治难得效，以余观之，则咳嗽之要，止惟二证。何为二证？一曰外感，一曰内伤，而尽之矣。外感之咳必由皮毛而入，盖皮毛为肺之合。而凡外邪袭之，则必先入于肺，久而不愈则必自肺而传于五脏也。内伤之嗽，又起于阴分，盖肺属燥金为水之母，阴损于下则阳孤于上，水涸金枯，肺苦于燥，肺燥则痒，痒则咳不能已也。医之咳症虽多，亦无外此之后而已。但于二者之中，当辨阴阳，当分虚实耳。”

喻昌《医门法律》首论秋伤于燥之燥咳，是为发明。垂

范后世，功不可没。于内伤咳嗽还提出：内伤之咳，治各不同，火盛壮水，金虚荣土，郁甚舒肝，气逆理肺，食积和中，房劳补下，用热远热，用寒远寒，内已伤药不宜峻。对新久咳嗽提出六条戒律，示人不可违犯。

《医宗必读·咳嗽》在总其纲领不过内伤外感而已的前提下提出：大抵治表者，药不宜静，静则留连不解变生他病，故忌寒凉收敛……治内者，药不宜动，动则虚火不宁……

沈金鳌《杂病源流犀烛》，于咳嗽亦有心得，“盖肺不伤不咳，脾不伤不久咳，肾不伤火不炽咳不甚，其大较也。”程钟龄创制之止嗽散，温润和平，不寒不热，乃外感咳嗽不易之良方。

《内经》于喘证有较多之论述，《灵枢·五阅五使》篇“肺病者喘息鼻张”，《素问·大奇论》篇“肺之壅喘而胀满”，较详细地论述了喘之症状、病因、病位。

《金匱》有“肺痿肺痛咳嗽上气病”专篇，“上气”即喘证，“气喘肩息，不得平卧”，但其中尚包括哮证和肺胀。

《三因方·喘》概括云：“夫五脏皆有上气喘咳，但肺为五脏华盖，百脉取气于肺，喘既动气，故以肺为主。”

金元以降，于内伤致喘论说尤多，其辨证多以虚实为纲，景岳云：“实喘者有邪，邪气实也，虚喘者无邪，元气虚也。”林珮琴《类证治裁》指出“实喘责在肺，虚喘责在肾，”喘由外感者治肺，由内伤者治肾，是为治喘之原则。方仁渊对此又予阐扬：“确有见地，然不可一执一，实喘治肺，需兼治胃，虚喘治肾，宜兼治肺。”张聿青、蒋宝素强

调治痰，“在肺为实，在肾为虚，此指气而言，非关于痰也”而“喘因痰作，欲降肺气，莫如治痰”。

《内经》无哮证病名。《素问·阴阳别论》“……起则熏肺，使人喘鸣”似指哮证而言。《金匱·肺痿肺癰咳嗽上气病脉证并治》“咳而上气，喉中水鸡声，射干麻黄汤主之”指出了哮证发作之特征及治疗。仲景之桂枝加厚朴杏子汤、越婢加半夏汤、小青龙汤、皂荚丸、葶苈大枣泻肺汤，至今仍广泛应用，经方家每每视为不易良方。

哮喘之病名，首创于丹溪，并专主于痰。提出“未发以扶正为主，既发以攻邪为急”之治疗原则。把哮证从笼统的“上气、喘促、喘鸣”中分离出来。后世医家鉴于哮必兼喘，故统称为哮喘。

哮喘相似亦相关，虞抟指出两者之区别，大抵哮以声响名，喘以气息言。夫喘促喉中有水鸣声，谓之哮，气促而连属不能以息谓之喘。

《病因脉治》首揭哮证之因机“哮病之因，痰饮留伏，结成窠臼，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”于此，《证治汇补·卷五》论述尤为精辟：“内有壅塞之气，外有非时之感，膈有胶固之痰，三者相合，闭拒气道，搏击有声，发为哮病。”

哮证之治，后世多宗丹溪“未发以扶正气为主，既发以攻邪气为急”之论，以此为要则，各臻细密。如旭高治哮喘频发，脉形细数，身常恶寒，下焦阴虚，中焦痰盛，上焦肺弱者，发时服用：桂枝、款冬花、橘红、杏仁霜、莱菔子、桑白皮、枇杷叶、竹沥、姜汁等；平时服：六味地

黄加五味、牛膝、肉桂、磁石，炼蜜为丸，半夏、陈皮、甘草为衣。实具巧思。

林珮琴《类证治裁》之“哮证”不可不读。

早在《内经》中即有肺胀之记载。《灵枢·胀论》：肺胀者，虚满而喘咳。《灵枢·经脉》篇“肺手太阴之脉，……是动则病肺胀满膨膨而喘咳”已指出肺胀乃虚实相兼之复杂证候。

《金匱要略·肺痿肺痛咳嗽上气病脉证并治》“上气喘而燥者，属肺胀，欲作风水，发汗则愈”，“咳而上气，此为肺胀，其人喘，目如脱状，脉浮大者，越婢加半夏汤主之”，“肺胀，咳而上气，烦躁而喘，脉浮者，心下有水，小青龙加石膏汤主之”已明确地指出了肺胀之病机，素有水饮内蓄，因外感触发，其证候类型有寒饮郁肺之射干麻黄汤证；痰浊壅塞之皂荚丸证；水饮内结之泽漆汤证；水饮上迫之厚朴麻黄汤证；饮热互结，热盛于饮之越婢加半夏汤证；饮热互结，饮盛于热之小青龙加石膏汤证。均为后世治疗肺胀常用良法效方。

于肺胀之证治建树最著者，当属丹溪，《丹溪心法·咳嗽》“肺胀而咳，或左或右不得眠，此痰挟瘀血，碍气而病，宜养血流动于气，降火疏肝以清痰。”用四物汤加桃仁、诃子、青皮、竹沥、姜汁之类。后世之《证治准绳》《古今医鉴》《医宗必读》《张氏医通》《杂病源流犀烛》除本《金匱》之说外，悉遵丹溪之论。

是卷裒集古今医家治疗咳嗽、咳喘、哮喘、肺胀之经验。诸如祝味菊、徐小圃、孔伯华、刘民叔、严苍山、夏

仲方、严二陵、陈道隆、程门雪、赵锡武、岳美中、傅再希、郭贞卿、唐步祺、姜春华等名家经验，多有裒集，洋洋大观，美不胜收矣。

丁老光迪先生阐扬两感咳嗽，前哲今贤均少论及；夏老奕钧先生主张宣清润三法，次第而施，能识夹杂，方可应机；郭老贞卿、凌老耀星均为著名女中医，郭老阐扬升降、开阖、出纳乃治咳之要，凌老论勿以炎症皆属火热，而滥投苦寒冰遏之剂；姜老春华教授，治咳倡用截断，久咳每补气阴；孙弼纲教授，每重升麻，效法东垣而用风药。

江尔逊先生，久咳概用金沸草散，痰壅津伤任以豁痰之剂，乃稟师传，其师陈鼎三先生曾拯江老之危，切身体会，六十载验证，不比平常。孔伯华先生清疏豁痰，并和肝胃，而非惓惓偏执于肺；严苍山之论伏风咳嗽；陈道隆先生言，痰之寒热，不可拘于其色之白黄，经验之谈，每令人耳目为之一新。夏仲方先生体验，柴胡方治咳，疗效卓著，乃千金难得之良方。

于咳喘之辨治，程门雪先生审寒热虚实，酌宣肃清润，细致入微，间不容发；赵锡武教授视咳用药，辨痰论治，恪守仲景法度；裘老沛然先生每并用辛温苦寒，蠲饮泄肺；欧阳琦老之究开合升降，足证其医理精深。焦树德教授之两纲六证三原则，皆经验之谈，足可示人以规矩。胡翹武先生之化裁阳和，孟澍江教授之金水六君合以三拗，皆可师法。

刘老渡舟教授，乃经方大家，擅用经方治疗咳喘，湖北已故名医朱紫来先生亦为经方家，他们经方之运用，均

臻化境。

于哮证之治，傅再希先生主张治哮以开窍排痰为主，勿以气促而滥投参芪壅塞之剂，尝用皂角，豁痰利气；与胡翹武先生主以峻猛蠲涤，实有异曲同工之妙；顾丕荣先生主以化湿泄毒。王正公先生每以汗吐下法治疗哮喘，本承先贤，今已罕见，足可为我侪开一法门。刘韵远、洪广祥、王烈诸先生，俱重痰瘀，各择达药，疗效卓著。郁文骏教授之发作期亦重扶正，七分治肺，三分脾肾；冯视祥先生，发作期亦宣降纳气并举，实乃自出机杼。

李介鸣先生治疗哮喘，尤重调畅气机，陈苏生先生之重开阖气血，李学耕先生之逐邪运脾，钱仲阳先生之哮喘当调肝，每取清肝、疏肝、养肝之法，俱有灼见，均堪师法。

哮喘一证，实属痼疾，虽曲尽心机，群药遍尝，亦每寸功难建。故历代医家每每探讨用劫痰峻剂逐其顽痰，此即砒之运用。用砒治哮早开先河，乃许叔微《普济本事方》之紫金丹，后世医家多有沿用，姜春华教授于此亦有体会：紫金丹类方治疗哮喘之属寒证疗效较好，有即时和持久之疗效，常有服此而多年不发者，所治病人甚多，未发现有毒者。用量不可少，少则无效，如有服6粒无效者，倍之则效，然此量，又不可久服。卷中还收集了著名临床家刘民叔用砒治疗顽哮之经验，峻利毒剂，用量逾恒，而建奇功，实值得探究，然又不可孟浪从事，如本有肝肾之病，尤须慎重。

于肺胀之治，诸家多主张本虚标实，而主张标本兼顾。

周仲瑛教授认为正虚肺心脾肾，邪实痰水瘀血，斟酌六法，曲尽病机；奚凤霖先生体验：应纳敛皱肺，固本御外，化痰排痰，感染外邪，则又应清热宣肺；吴怀棠先生亦主张酸收皱肺；于肺胀喘肿，临床家肖俊逸先生主用生脉、葶苈，并尝用沙参。洪广祥先生治疗肺胀，每从痰瘀着眼。均为经验结晶，于肺胀之治疗亦堪借鉴。

赵锡武

## 视咳用药 辨痰论治

赵锡武（1902～1980），原中国  
中医研究院教授，著名中医学家

## 咳喘任以麻黄，要在配伍得当

肺为清肃之脏，喜温而恶寒，喜润而恶燥。外感风邪舍于肺，其人即咳。肺主皮毛，开窍于鼻，外邪侵入皮毛鼻孔而犯肺，此为病从外受。另外寒邪内受，伤肺亦致咳喘，此乃饮冷寒食入胃，从肺脉上至肺则肺寒，肺寒则内外合邪致病，故曰：“聚于胃，关于肺。”肺主呼吸，五气入鼻归于心肺，故凡无形之气，有形之味及辛辣燥烈之嗅，皆能直接犯肺。反之肺部之邪也能由呼吸、汗液排泄于外。但肺感邪后即不宣达，鼻塞不通，腠理不开，肺邪不得外泄。此时必须宣达肺气、开发腠理，使“溦然汗出而解”。寒邪、热邪、水邪皆能致喘，而三者又能互相转化。表寒不解则郁而化热，汗出不彻则水停心下，水遇热则化气，气遇寒则化水。

麻黄功能宣肺发汗，通过汗出，肺气宣达而腠理开，发汗之目的在于泄热、泄水、排毒。所以凡因无汗所造成的

病，大多可用麻黄治之。但用麻黄取汗，也会给临床带来新的问题。若阳虚水盛者热必少，发汗不仅泄水而热也随之散发，使阳气更虚，甚者造成亡阳。故必须佐以温阳之剂，如麻黄附子细辛汤，既能泄水，又能温阳，而不伤阳气。若热盛者，水必少，发汗泄热时，水也同时随之排出，甚者造成亡津液。故在用越婢汤、麻杏石甘汤等时，不但宜重用凉药配伍以助其清热之功，而且宜佐以甘寒养阴之品以增津液。盖喘咳之症在临床治疗时，不仅须发汗，还应化痰、逐饮、利水。喘者服麻黄，若汗出，则邪由汗解；若不汗出则小便增多，而由下泄，故麻黄为治喘之要药。

### 治喘应分辨虚实

“虚喘在肾，实喘在肺”，“有邪为实，无邪为虚”。所谓邪者，指人身之“本无”，如风、寒、暑、湿、燥、火、饮食以及尘埃、毒气等。所谓虚者，指人身之“固有”，如五脏六腑本身正气虚损以及疲劳过度，病后体衰等，即“治内伤复其所固有，治外感去其所本无”之说。

治疗总则是宣肺，新感者宜清散，久病者宜温化。急性喘咳，多由外邪侵犯，重点在祛邪；慢性者多由正虚体弱，邪恋不去所致，老年尤甚，重点在扶正。平素不发作时，应固表扶正以防外感。发作时祛邪以治标，喘止咳停则应补正以治本。正虚邪盛时标本兼治，扶正以祛邪。始终重视治痰。

#### 一、外感咳喘，治从风寒、风热

1. 风寒喘咳为麻黄汤证，以发热，恶寒，无汗而喘，

脉浮紧，头痛，体痛，骨节疼痛等症为主，其主要症状为无汗。而麻黄汤之作用即在于发汗，如汗得出则身觉温暖，恶寒消除，余症皆随之而解。但是，若感冒而不恶寒，体不痛或脉沉弱者则不可用麻黄汤类方剂。若麻黄汤证兼见项背强急者可加葛根。

2. 风热或风温咳嗽，如麻杏石甘汤证，可用麻杏石甘汤或越婢加半夏汤。治疗多用辛凉剂，但桑菊饮类不如麻杏石甘汤类疗效显著。因麻黄不仅取其发汗，且能开达肺气，再重用生石膏，更能急清肺热以定喘。麻黄乃治喘之要药，临床见到喘重者用麻黄，有的能止喘而不见汗；有的使尿多而邪从尿利下。凡属新感暴喘或久病急性发作表现高热、咽痛、口渴、脉数，以及肺炎等急性传染病，均以本方合增液汤加银花、连翘、板蓝根、川连等药急清其热，可以缩短病程。

另外，小儿顿咳，乃热邪袭肺，咳嗽逐渐加剧。呈痉咳，日久不愈可转致肺炎或脑病等危候。表现痉咳顿作，面赤胸闷，气憋欲死，咳嗽吸气时可出笛声，痰稠不利，眼睑浮肿，日轻夜重。此不可轻视，当急治之，宜清热宣肺凉血，麻杏石甘汤加白茅根、生地、白芍、丹皮、百部、生侧柏叶、胆星。危重者可加局方至宝丹。

## 二、慢性咳喘，虚证居多

久病必虚，但本病非完全纯虚。在治疗时，重点在于补虚，或补正祛邪。但此与肾不纳气纯虚之喘本质不同。

1. 轻性痉挛性咳嗽：痰粘稠不易咯出，并气逆上冲，或咳声嘶哑者，麦门冬汤加厚朴杏仁瓜蒌汤治之。

2. 湿性痰饮性咳嗽：略有浮肿、贫血、手足易冷、小便自利，无发热恶寒头痛肢酸之表证，故不用小青龙汤，可用苓甘五味姜辛汤。

3. 胃咳：心下痞塞，肋下坚硬，大便秘结，频发咳嗽，各药无效者可用大柴胡汤下之，此即“腹满而喘病在胃”之证。

4. 酒湿咳嗽：酒客嗜酒日久，多于秋末冬初咳嗽，兼见胸背肋挛紧而恶寒。用桂姜草枣黄辛附汤治之，年老者尤多用之。

5. 脾虚咳嗽：平素胃肠虚弱，咳嗽日久不愈者用六君子汤补之。虚弱小儿，脾胃虚弱感冒而咳嗽不止者，以小建中汤加味治之。

6. 肾燥脾湿咳嗽：上嗽下利，胃纳不振，黑地黄丸治之。

7. 火郁干咳：火郁干咳而无痰者先以逍遥散发之，继以清燥救肺汤补阴清肺。

8. 喘息亦即哮喘：以小青龙汤为主方，夹有热象者小青龙汤与麻杏石甘汤合用。脉微细恶寒嗜睡者，麻黄附子细辛汤加黑锡丹治之。

9. 支气管扩张咳嗽：以千金苇茎汤、小陷胸汤、甘桔汤、葶苈大枣泻肺汤化裁治之。

10. 肺源性心脏病之咳喘：以真武汤合麻杏石甘汤加唐容川参苏饮（人参、苏木）治之。浮肿甚者加陈修园消水圣愈汤（麻黄、桂枝、细辛、附子、知母、生姜、甘草）。兼见肝大腹水者以真武汤、越婢汤合剂加活血、利尿

剂治之。

11. 心咳即肺气肿咳喘：咳喘多年，胸闷气短咳逆倚息，胸呈桶状，指端粗大，偶咳兼心痛。中医名曰心咳，乃因其多兼见心虚征象，宜用清代王旭高心咳汤加减治之。常用药物为：

党参 30g 茯苓 15g 甘草 9g 牛蒡子 9g 半夏 12g  
麦冬 15g 远志 12g 茯神 9g 小麦 15g 厚朴 9g 麻黄 3g 杏仁 9g 薄荷 5g 桔梗 2.5g 生石膏 18g

临床对咳喘辨痰施治，亦为常用方法。

1. 痰黄者新感或旧病新发作者均可用麻杏石甘汤合增液汤加银花、连翘等清热解毒药。

2. 树胶液状稀痰，听诊为湿性罗音者小青龙汤主之，烦躁者加生石膏。

3. 稠痰：喉中水鸡声，听诊为干性罗音者，宜射干麻黄汤。

4. 稀稠混合痰而听诊为混合罗音者，厚朴麻黄汤主之。

5. 泡沫痰而脉数心悸者，宜麻杏石甘汤合瓜蒌薤白半夏汤及生脉散治之。

6. 脓痰：晨起量多，胸痛并有周期性吐血者，千金苇茎汤治之。

7. 痰胶粘难出，量多，咳逆倚息，时时唾浊，坐不得卧者，可用《金匱》皂荚丸主之。

总之，外感咳嗽，先中肺而后传于他脏，肺为本，他脏为标。病在表，寒证宜辛温宣散，热证则宜辛凉宣散，禁忌苦寒酸敛。药不宜静，静则留恋不解，变生他病。形病

俱虚时则当补中气，配合和解，缓缓宣散。

内伤咳嗽，脏气受伤，病自他脏而后传于肺，以他脏为本，肺为标。病在内宜甘以壮水，润以养金，药不宜动，动则虚火不宁，忌辛香燥热。

## 程门雪

### 用药酌宣肃清润 治肺审寒热虚实

程门雪（1902~1972），曾任  
上海中医学院院长，著名中医学家

老年咳喘，多从“痰饮”中的“支饮”论治。初发时先治邪实；病久要治其体虚。初发时属寒者多，应当用温开法（有热者可兼用清凉）；病久常属寒郁化热，治法上应当温清并用。

此病多发于秋冬季节，遇寒则重，故应以温开法治之，春夏季节发病者，则以寒郁化热为多，可在温化中兼用清凉的治法。小青龙汤、小青龙加石膏汤如果用得恰当，都有一定疗效。

厚朴麻黄汤治疗咳逆上气，脉浮。方中用麻黄、细辛解表定喘；厚朴、杏仁降气平喘；干姜、五味子止咳，这两味药都是主治咳逆上气的。五味子益气温敛，干姜温开，两者同用有很好的效果；半夏化痰；石膏清热；小麦和中。一方之中包括了解表、平喘、止咳、化痰和清热等几种方法。

泽漆汤治疗咳逆，上气，脉沉，是表邪渐解，要兼顾正虚，故用紫菀、白前止咳平喘；半夏、泽漆泄化痰水；桂

枝、生姜温开；黄芩清热；人参、甘草扶正补虚。一方之中也包括了扶正、祛邪、化痰、温、清等法。

以上是病情复杂、综合治疗的方剂。至于单纯偏温的，以射干麻黄汤为最好（麻黄、射干、紫菀、款冬花、细辛、五味子、半夏、干姜、大枣）。

在治疗上很少有一定不变的类型，然有初、中、末期的分别。大体上初期是重在祛邪，中期要邪正并顾，末期着重于扶正。在临床上，纯寒宜温的有，温而兼清的也有，纯热宜清者就很少（这是个人局限的体会）。至于纯宜清润的，则是肺燥肺痿，咳逆上气，少痰无痰，或者吐的是涎沫，则用麦门冬汤、清燥救肺汤。

定喘汤（有麻黄、款冬花、桑皮、黄芩、苏子、杏仁、甘草、银杏肉、半夏等），对寒郁化热者很有效果。黛蛤散用麻油调服，治疗咳嗽、面浮，是宋代草医的单方，用其治疗咳喘痰内带血，合泻白散煎服，也屡屡有效。体虚喘甚，但咳嗽轻微，汗多者，用生脉散煎汤，化服《局方》牛黄丸一粒。阳虚咳嗽，痰鸣者，仿阳和汤意，用熟地、麻黄、鹿角霜、甘草、白芥子再加紫菀、款冬花、白前、苏子、杏仁等，也有效果。

对于炎症的证治，不可望文生义，消炎不等于清热。祛寒、发汗也有消炎之功。

至于宣肺、肃肺、清肺、润肺的药物。宣肺如麻黄、牛蒡等。肃肺如桑皮、枇杷叶、杏仁、苏子等。清肺分两种：一是清养肺阴，如沙参、麦冬、花粉、玉竹等，一是清泻肺热，如桑皮、地骨皮、黄芩、马兜铃等。润肺也分温清

两法：清润法即在上述清养肺阴药中再加阿胶、百合等；温润法，如《时病论》用紫菀、百部、款冬、松子仁、杏仁、陈皮、冰糖（名温润辛金法）。甘草干姜汤、麦门冬汤也属温润之列。以上诸法大都是复用的，如宣、肃同用，清、润同用，清、肃同用，清宣、润肃也可同用。

肺燥宜润，临床上治燥咳，有温润、凉润二法：寒燥在表用杏苏散（苏叶、杏仁、前胡、茯苓、半夏、陈皮、甘草、桔梗、枳壳、姜、枣）。燥热伤肺用清燥救肺汤（桑叶、石膏、人参、甘草、麻仁、阿胶、麦冬、杏仁、枇杷叶，人参可用太子参或沙参代）。

咳嗽有甚于晨，或甚于晚。晨起咳嗽，痰先稠后薄的，属肺脾湿痰；甚于晚或在午夜后更甚的属肾虚。

关于老年慢性气管炎“咳、痰、喘、炎”四大症的治疗，一般应以化痰为主，化痰方中以二陈汤为主。痰多的用六安煎即杏仁、白芥子加二陈汤，夹热的加黄芩、黛蛤散、贝母、海浮石；消痰用白芥子、莱菔子、雪羹汤（海蜇头、荸荠）；涤痰用皂荚丸、葶苈大枣泻肺汤等；豁痰用枳实、郁金、远志；涤痰用竹茹。涤痰法运用时注意体质，如果体虚久病须慎用，或以不用为好。

总之，“治咳嗽不离乎肺，不限于肺”；“治实必顾虚，治虚必顾实”；“实喘治肺，虚喘治肾”。咳喘虽是二证，但咳久可以致喘，喘亦可由咳引起，所以二证常难以截然划分。

喘证在肺为实，实者邪实；在肾为虚，虚者元气虚。外感痰浊逗留肺经者，固然属实，即所谓虚喘之本在于肺肾，

虚中仍有实在。因为咳喘之证，单纯属于肺虚者较少，肺虚而夹痰热逗留肺络者则甚多。尽管肺肾两亏，气阴并伤，而见舌质光红，只要咯痰不爽，痰粘腻厚，补中仍当佐以肃化痰热之品。治法大都采取千金苇茎（一般不用桃仁）、雪羹、竹沥等等，参入熟地、沙参、冬虫夏草、肉苁蓉、女贞子、旱莲草、紫石英等药中用之，以为清上实下、下虚上实之治，亦即叶氏所谓“在肺为实，在肾为虚”，虚实同病者之治法。

痰热阻塞肺络者，不一定表现在苔，而应当注意在脉，右寸滑大，则为依据。上面所说是指痰热之证而舌光净的，如果舌剥而苔腻布，则是脾有湿痰，如用前法，就必须复入金水六君法了。熟地用泡汤或后下，取浊药清投之意，王旭高医案中每每用之。

大概内伤久病，苔脉相参，脉为重要。从前曾经治一气喘病人，但坐不得卧已10余天，舌苔厚腻满布，脉则右尺动滑如驰。所服不外小青龙、三子养亲、平胃散、二陈汤等，化痰之法无不遍投，病家已备后事。根据病者脉象，且化痰药已用过不效，故用大剂复脉法治下，参入肃化治上。初亦缺少把握，不料1剂能卧，次日腻苔尽退，转为花剥，舌露光绛。始悟其人本质原属阴虚火旺，腻苔乃10余日张口呼吸，浊气上逆之故，此乃变法中之变法。又按所谓上实当右寸滑大，还要按其两尺，两尺虚弱才是上实下虚之据。如果两尺不虚，右寸独大，那又可能是实证。

定喘要分虚、实，实喘用苏杏二陈汤，重则用三子（苏子、白芥子、莱菔子）二陈汤；虚喘用金水六君煎，治

---

喘咳痰多，舌苔光而痰有咸味者，往往有效。如果胃口不好，大便溏者，用六君子汤。又虚喘还可随症加紫衣胡桃、五味子、坎炁（脐带）、河车、蛤蚧、钟乳石等。

裘沛然

## 辛温蠲饮，苦寒泄肺

裘沛然（1916～ ），上海  
中医药大学教授，著名中医学家

### 外邪引动伏饮，小青龙汤变法

裘氏认为，慢性支气管炎的基本病机是“外邪引动伏饮”。饮为阴邪，性质属寒；外邪入里易化热，故本病表现为外邪与伏邪胶结，寒饮与痰热混杂。病变迁延，久咳肺气渐虚，故又有虚实相夹的情况。至于病变部位，裘氏欣赏陈修园“咳嗽不止于肺，而亦不离于肺”的观点。脾虚生痰、肾虚泛饮、木火刑金，均可波及肺，但当慢性支气管炎发展到肺源性心脏病时，病变就由肺波及心、脾、肾、肝等脏。

慢性支气管炎的主症是：咳、痰、喘三症，如演变至“肺心病”时，则伴见浮肿、心悸等。病机的中心环节是“痰”和“气”。痰滞气道则咳、则喘，痰饮泛滥则肿、则悸；肺主气，肺气壅滞、上逆，也可致咳、致喘，肺气虚弱亦能出现虚喘，气虚津化为痰，则痰益甚，两者可互为因果。

鉴此，治疗之法，主要是化痰饮、调肺气。治痰饮之法，仲景早有“当以温药和之”的明训；治气之法，《顾氏医镜》有“一曰补气，二曰降气，三曰破气”的记载。裘氏根据上述认识，主张辛温蠲饮、苦寒泄肺为大法。“肺欲辛”，辛能散邪结，温可化痰饮；苦能降上逆之肺气，亦可清内蕴之痰热。裘氏常用小青龙汤变法，药用麻黄、桂枝、细辛、干姜、龙胆草、黄芩、甘草、五味子（或诃子）、桃杏仁、制半夏、紫菀、前胡、枳壳（或枳实）等。方中麻桂疏解表邪；细辛，既可表散风寒，又能内化寒饮，并有止嗽之功，一药三用，其功颇宏，《长沙药解》云其能“敛降冲逆而止咳，驱寒湿而荡浊，最清气道，兼通水源，温燥开通，利肺胃之壅阻……专止咳嗽”，其与五味子配伍，一散一收，既收敛耗散之肺气，又不致碍邪；干姜，为温化寒饮之良药，“同五味则通肺气而治寒嗽”（《本草求真》）；龙胆草、黄芩苦寒，降肺气，清痰热，其与细辛、干姜相伍，寒温并用，相辅相成，为裘氏惯用的配伍方法，对“慢支”寒热兼夹之证颇为的对；尤其甘草一味，书皆云其有调和诸药之功，裘氏认为甘草是一味极良好的止咳药，即使胸满痰涌之证，但用无妨。《汤液本草》说得好“中不满而用甘为之补，中满者用甘为之泄，此升降浮沉也”；枳壳（实）利气宽胸，古贤所谓“治痰先理气”是也；余药为化痰止咳之品。全方清肺与温化合用，辛散与酸收并投，化痰与顺气兼顾，对慢性支气管炎的病机颇为切合，故有较好疗效。应用时，如气喘较剧，加葶苈子、马兜铃、苏子；痰多加竹沥、南星；肢体浮肿加猪茯苓、车前子；气虚加

参、芪，肾虚加补骨脂、巴戟天，等等。

### 阴虚湿痰内盛，运用金水六君

慢性支气管炎患者中，老年人为数不少，俗称“老慢支”。对这类病患者，在采用常规方药不效的情况下，裘氏每采用景岳金水六君煎化裁，作为“法外之法”，常能收到意外疗效。此方原治“肺肾虚寒，水泛为痰，或年迈阴虚血气不足，外受风寒咳嗽呕恶多痰喘急等证”，云其有“神效”。但陈修园在《景岳新方砭》中，曾对此方中甘柔滋腻的归、地与燥湿化痰的二陈汤配伍作过激烈抨击。裘氏初亦同意修园之说，以后在长期临床躬身实践中体会到，此方对久咳久喘或老年肺肾虚弱，痰湿内盛者，颇为适宜。辨证中痰湿为标，肺肾阴血不足为本，临床注意患者除咳嗽、喘逆、痰多症外，还有面容憔悴、精神疲乏、舌苔花剥或伴有腻苔等症状。具体应用时还应随机加减，如痰湿盛而气机停滞见胸胁不快者，加白芥子、枳壳；大便不实者，加山药、白术；咳嗽不愈，加细辛、前胡；兼表邪寒热者，加柴胡；肺热者，加黄芩、鱼腥草等。

裘氏认为，陈修园所说的“燥湿二气，若冰炭之反”，不能成为我们组方遣药的桎梏。在历代名方中类似的配合不胜枚举。如仲景方竹叶石膏汤及麦门冬汤中，均用麦冬和半夏相伍，一以润燥，一以降逆，各尽所用；《普济方》中以苍术配合熟地为丸，“补虚明目，健骨和血”；《济生拔萃方》载黑地黄丸，以苍术、熟地，加炮姜，治男妇面无血色，食少嗜卧等。以上均用一润一燥，相反相成。金水

六君煎中用熟地、当归滋养阴血治其本，二陈汤化饮除痰治其标，标本兼治，寓意深刻。裘氏说，立方遣药不要囿于名义上的燥湿不同，问题的实质是，在临床上确实存在某些“老慢支”，既有阴血亏虚的一面，又有痰湿内盛的一面，“有是症，用是药”，运用此方确有疗效。至于配伍上的理论问题，还是少一点条条框框为好，一切应以实践为依据。

### 阳虚水泛，取意真武

慢性支气管炎久经迁延，经过肺气肿而变生肺源性心脏病，可见气急喘促、心悸、唇甲紫绀、颈静脉怒张、足跗肿胀等临床表现。此时病机具有以下特点：

1. 病变由实变虚，或以虚为主，虚实相夹，其中以阳虚水泛为主要特征。此由“慢支”缠绵，外邪、伏饮久恋不去，肺脾肾功能渐趋虚衰。肺虚则津液失布，脾虚则水谷无以化生精微，肾虚水液不得蒸化，反而滋生痰浊饮邪。又因肺气虚弱，气虚不能抵御外邪，外邪恋肺，喘咳反复发作，复可加重肺脾肾精气虚怯。

2. 病变由气分波及血分，出现唇甲紫绀的瘀血症状。此由肺气虚而气不帅血，心阳虚不能温运血脉，寒邪凝滞，阻遏营血，则血脉郁滞所致。

3. 病位由肺累及脾、肾、肝、心、三焦等。脾肾不足，谷不化精，精反化水，水饮泛滥，凌心射肺；肾虚不能纳气，加剧喘促；心阳不振，神气弛缓，精神消索，心脉痹阻则心悸不宁，紫绀时现。“久咳不已，三焦受之”，三焦

总司一身之气化，为津液运行的道路，三焦气化失司，则饮邪泛滥成肿胀、腹满；肝为藏血之体，“肺心病”后期由肝血不能濡养筋脉而出现抽搐，等等。

要之，由“慢支”发展至“肺心病”，其基本病机是：肺心脾肾阳气虚乏，伴见饮停、血瘀，部分患者可出现风动之证。也有一些患者因寒痰留滞，郁而化热，或风热引动痰饮，痰热相搏，伤及阴分。

基于以上认识，裘氏常用真武汤法变通，药用：熟附子、干姜、猪茯苓、白术、白芍、葶苈子、细辛、麻黄、五味子、黄芪、桃杏仁、大枣等。上方由真武汤、葶苈大枣泻肺汤、麻黄附子细辛汤等三方相合而成。真武汤主治“有水气，中外皆虚寒之病”（《医宗金鉴》），为“镇水”良方。方中生姜易干姜，意在配合附子振奋脾肾心阳，并促进气化水饮；且干姜与细辛、五味子相配寓有深意，《金匱·痰饮咳嗽病脉证治》有治疗痰饮的苓甘五味姜辛汤等四方，其组方核心就是干姜、细辛、五味子三药。陈修园也认为此三味药是小青龙汤方的重要组合，《医学三字经·咳嗽》说：“《金匱》治痰饮咳嗽不外小青龙汤加减，方中诸味皆可去，唯细辛、干姜、五味不肯轻去……学者不可不深思其故也。”裘氏认为三味相伍，有蠲饮、敛肺、止咳之功。葶苈大枣泻肺气壅闭，以消痰饮。麻黄附子细辛汤，外散表寒，内温少阴虚寒；且此三味均属辛药，“辛走气”，有“开腠理，致津液，通气”之功，有助于水液气化；其中麻黄合葶苈子，平喘之功益彰。黄芪用量宜大，可以在30~60g之间，大补肺气，令“大气一转，其气乃散”。《本经疏

证》亦载其话“浚三焦之根，利营卫之气，故凡营卫间阻滞，无不尽通，所谓源清流自洁也。”桃仁既可活血行瘀，又合杏仁共化痰浊。全方补气温阳，化饮利水，降逆平喘，对肺源性心脏病出现慢性心衰者，有一定疗效。若气虚甚加人参；瘀阻明显加丹参、红花；寒痰留滞，郁而化热，加黄芩、生石膏、桑白皮；肾虚纳气不足，加补骨脂、沉香；心阳不振，加桂枝，等等。

（王庆其 整理）

## 许公岩

### 痰湿每为祟 苍麻乃良方

许公岩（1903～ ），北京

中医医院主任医师，著名临床家

张某，女，46岁。初诊日期：1983年12月26日。

主诉：反复发作咳喘15年，加重4个月。

该患者患慢性支气管炎15年。每年冬季病情加重，春暖稍减，经中西药及单验方治疗无效。近年来病情日益加重。经常咳嗽，痰多白粘，咳甚则兼气短，喘息气急，胸憋痰粘难以咯出，严重影响工作与生活。4个月前受凉后上症加重。目前胃纳尚可，平素喜嗜凉饮，大便干而不爽，舌暗，苔薄白，脉沉细滑弦，左脉尤甚。寒湿伤脾，脾虚湿困。治宜升脾宣肺，化湿祛痰。处方：

苍术 18g 麻黄 6g 莱菔子 30g 桔梗 10g 茯苓 10g 前胡 15g

嘱其服药后如无任何不适，应守方常服，并戒嗜茶多饮。1974年5月14日探访，自述服上方半月后症状明显减轻，且便爽渴止，又继续服1个月后咳痰、喘憋气促诸症俱已消除。

缘患者素有慢性咳喘15年，肺气已伤，肺主皮毛，腠

理不固，易受外感，风寒袭表，遂咳嗽不止。久咳必脾虚，加之患者素嗜凉饮多，损伤脾阳，致脾运失健则痰湿内生，治宜升脾宣肺，化湿除痰。方以苍术升脾气，使困脾的水湿得行，茯苓助苍术健脾渗湿。麻黄疏风散寒，宣通肺气，将湿邪予以通调下输，水精各为其所，桔梗启肺以驱痰浊，前胡助桔梗宣肺化痰，莱菔子降气化痰。药后痰消湿化，脾复健运，痰无所生，则咳痰自愈。再经巩固治疗，效果较好，病未复犯。

慢性咳嗽之痰湿证，相当于西医所谓慢性支气管炎，临床表现为咳嗽痰多、色白粘稠，易于咯出，甚或痰鸣喘促，胸脘痞闷，纳食不佳，肢体困重，面色萎黄甚或浮肿，大便溏泻或粘滞不爽。患者多有嗜好茶酒、贪食生冷或肥甘厚味、饥甚暴食、饮食不节等不良习惯。舌苔白腻，脉象濡滑或缓。

对此类患者，许氏认为禀赋虚弱、脾胃失健是其发病的基础，寒湿伤脾、积湿酿痰是其主要病理因素。湿邪的生成虽与脾、肺、肾三脏有关，但多以脾为重点。他在多年的临床实践中深有体会，治湿虽有驱湿、化湿、散湿、燥湿、渗湿、利湿等诸法，但有不少病例湿去复聚，久治不愈。究其原因，关键在于湿邪为患，遏阻气机，使脾的上升与肺的下输功能减弱，况且湿邪有粘腻、不易速去的特点。如果处方用药注重加强升脾宣肺的气化功能，就能使湿去痰消，而咳喘速愈。经过反复探索，深切体会到选用苍术、麻黄效果最为理想。因苍术辛苦温，为燥湿健脾之要药，能以其辛温之气味升散宣化水湿，使脾气继续上归

于肺，脾健则湿化，因而常以苍术复脾之升作为方药的主体，通过燥湿而祛邪扶正。然而在脾虚积湿之同时，肺亦不能独健，如失其下输之功能，通调受阻则湿必停蓄，故配以辛温能发汗利尿之麻黄以助肺宣达，促其迅复通调，两药协作具有升脾宣肺而化湿之功。通过长期临床观察运用，发现两药用量配伍不同，其作用有异。如两药等量使用，临床常见能发大汗；苍术倍于麻黄则发小汗；苍术三倍于麻黄常见尿量增多，有利尿之作用；苍术四倍五倍于麻黄，虽无明显之汗利作用，而湿邪则能自化。故多年来恒以两药之汗、利作用，广泛用于因湿邪引起的一系列临床湿证。对于痰湿咳嗽证属痰湿中阻者，多配以莱菔子、桔梗，名为“苍麻丸”，胃脘痞满者常加半夏、瓜蒌，兼湿阻膀胱者则加木通、泽泻等随证加减灵活运用，纳呆腹胀大便粘滞不爽者，多为积湿粘腻与积食阻滞于肠，必用推化痰湿法，常选加胡黄连、莱菔子、大黄等大力推化。胡黄连具有荡涤胃肠之功能，个别患者初服可能有泻下作用，甚或发生腹痛，但湿除尽则大便自然正常。有腹痛可酌加当归、木香以和血行气即可止痛。在用药同时并注意纠正患者不良生活嗜好。“脾为生痰之源，肺为贮痰之器。”在本病辨证中着重于理脾化湿，这是许氏多年来治疗肺系疾病的理论总结。

欧阳琦

## 究开合升降 治久咳痰喘

欧阳琦（1926～ ），湖南

中医药研究院研究员，著名中医学家

慢性支气管炎、支气管扩张、支气管哮喘、肺气肿以及肺心病等，都是因久咳不愈或反复发作逐渐增剧的。这些病在病理改变上虽然有很大不同，但是中医对这些病的治疗，都是根据咳喘症状及全身情况而辨证用药的。

按照中医理论，咳喘由肺气不利所致。所以治疗咳喘，首先要弄清楚究竟是肺的开阖、升降哪一方面失职，辨证施治才能达到止咳平喘的目的。

外感受寒，皮毛闭塞，肺气不宣，发生咳喘，其证多见喉痒、鼻塞声重、恶寒身痛、发热无汗。凡见此类证候，无论是急性气管炎或慢性支气管炎发作，皆宜辛散宣肺为主，宜麻黄、苏叶、陈皮、枳壳、桔梗之属，可适当配合前胡、杏仁等清降之品。寒邪外束，肺的开阖失职，在咳喘的同时，只要有上述表寒见证，不仅气管炎，就是肺气肿、肺心病，也要予以宣肺解表，待表寒证罢，再议治本。

支气管扩张，原则上宜清肺润肺，通络止血。如受寒引起复发，或发作时受寒，在咳喘胸痛吐血的同时有明显

的表寒见证，亦当予以蜜炙麻黄、荆芥炭、苏叶、桔梗之属宣发肺气。否则咳呛不已，肺络不宁，吐血胸痛亦不能望其缓解。

支气管哮喘，前人本有“急则治标”的方法，不仅有明显表寒见证，宜辛温宣肺；就是不因受寒引起复发，亦应予蜜炙麻黄、苏叶、桔梗、化橘皮等开肺豁痰。常见哮喘病人发作时，胸闷气急、干咳无痰，在咳喘多日之后，逐渐吐出稠痰，胸膈始快而喘亦渐平。前人有见及此，认为构成哮喘的两个条件是：“外有风寒之感，膈有胶固之痰。”所以哮喘一发，宣其肺气，开其痰路，即可使哮喘程度减轻，发作时间缩短。除受寒引起咳喘外，还有“伏热”、“留饮”两种情况必须注意。“伏热”多有苔黄、口渴、痰稠等症，宜辛温宣肺剂中配合黄芩、银花、连翘、瓜蒌皮、川贝等清热化痰。“留饮”即《伤寒论》所谓“伤寒，心下有水气，咳而微喘，发热不渴”的小青龙汤证，其证除有上述伤寒表证外，必苔白、口不渴、咯稀白痰。所以小青龙汤外取麻桂解表，内用姜辛味以温肺逐饮。

例1，张某，患慢性支气管炎、支气管哮喘数年。一次因受寒复发，咳喘并作，某医予以小青龙汤，随即喘平咳止，自认为从此得一良方。又一次受寒复发，抄原方照服，虽身痛恶寒稍解，但咳喘增剧，并见苔黄、口渴、胸痛、痰稠、痰中带血。为之改用桑白皮、枇杷叶、黄芩、银花、瓜蒌皮、杏仁、前胡、白茅根等清降药，连服数日，才逐渐平复。本例前次用药有效而后一次用药反而增剧，就是只识一面和没有掌握鉴别“外寒内热”与“外寒内饮”两证

的缘故。

肺部感染，清降失职，热客于肺，发为咳喘，多见咽喉不利，苔黄脉数，咳时连声有力，喘时痰鸣急，甚至不得平卧，《金匱》称为“火逆”。治以清热降肺为主，佐宽膈祛痰，宜桑白皮、黄芩、葶苈子、杏仁、前胡、瓜蒌皮、银花、芦根、冬瓜仁、鲜竹茹之属，不可妄用升提之剂。上呼吸道感染，鼻干涕稠，咽中如炙，喉间有痰不易咳出，喉部燥痒时则呛咳不已，当着重加用射干、山豆根、马勃、薄荷、马兜铃之属以清利咽喉。

咳喘不已，兼见苔腻胸闷、食少腹胀，则属“浊痰上逆”之证。此证宜温胆汤加蔻仁、杏仁、苡仁以化痰降浊，肺气始得清降，清润药又当禁忌。肺的升降失职，上逆而为咳嗽，有因火、因痰不同，故虽以降肺为主，但对清热、化痰又当有所区别。

例2，朱某，患支气管哮喘多年，常自检古书，自拟方药，因其每发则面赤烦热、口渴引饮，常用清降药如桑白皮、葶苈子、莱菔子、麦冬、玉竹之类有效。一次因冒暑引发，喘又大作，苔腻，胸闷，渴不欲饮，愈用清降润肺药，愈胸满气逆。为之改用二陈汤加蔻仁、草果、杏仁、苏子、紫菀、旋覆花之属，连服5剂，咳喘始平。

肺主呼气，肾主纳气，这是前人观察呼吸运动时所得出的认识，因为呼吸不仅是胸部运动，肺部也需配合运动。气逆咳喘，主要病变在心肺，特别是久咳气逆，络阻血瘀，更与心肺有关（在治疗上有消瘀通络之法）。但咳喘反复持久发作，肺气虚耗，牵动肾气，咳喘时抬肩擗肚，或动则

咳喘，喘促则牵动百骸，心悸、少腹逆冲，为肾气不摄，肺气不敛。治此，一是要降冲，一是要纳气。升散、清降之品皆当禁忌。若心阳不振，出现心悸怔忡，咳喘吐涎沫而不渴等“饮邪上凌”之证，当用苓桂术甘汤、苓甘五味姜辛汤以逐饮降冲。若肾气上逆，咳喘以入夜为剧，活动时为剧，或自觉少腹逆冲，兼有五心烦热、舌绛咽干等阴虚者，宜都气丸加核桃肉以滋肾纳气；兼有肢冷恶寒，尿清苔白者，宜肾气丸加鹿茸以温肾纳气。

慢性支气管炎发展到肺气肿、肺心病，多咳喘并作而有上述饮邪上凌或肾不纳气之证。前人治疗久咳久喘之“缓则固本”法，多采用上述诸方。久病年老体弱而咳喘者，兼有食纳减少，腹胀便溏，泛涎不已等脾虚见证，用六君子汤以健脾摄涎，亦属扶正固本之类。

咳喘发作，急则治标，开肺豁痰以缩短病程，咳喘缓解，缓则固本，采用降冲、纳气、健脾以益气。发作时间缩短，缓解时间延长，即使发展到肺气肿、肺心病，也可使其逐渐趋向好转。

例3，杨某，年逾七旬，患肺气肿多年发展为肺心病，动则气喘，偶有感冒或感染，则咳喘大作，平时常有舌绛苔黄、口渴痰多等阴虚见证，按急则治标，缓则固本之法处方。治标则开肺豁痰，有感染时配合桑白皮、黄芩、冬瓜仁、银花、鱼腥草；固本则采用都气丸加核桃肉、枸杞、蛤蚧之属，病情逐渐好转。前年因长期冰冻，气候寒冷，出现肢厥脉微、气喘不续、口唇发绀等心衰现象，恐有阴虚阳竭之虞。在滋肾纳气的基础上，配合参茸王浆，每晚入

睡前口服1支，连续30多天，春暖之后，病情又逐渐缓解。去年咳喘发作次数与程度都比前年有所减轻。

例4，周某，年逾六旬，入秋后，久咳不愈，痰多壅塞。自认为幼年房劳过度属肾不纳气，肾水上泛之证，叠进都气丸不效。续见苔厚、食少、便溏等症，改用六君子汤加紫菀调理肺脾，痰渐减，咳亦渐止。

喻嘉言对外寒引动内饮之证称为“外内合邪”，对肾气上逆，引动膈间支饮，称为“上下合邪”。喻氏此说，虽不足以概括上述咳喘诸证，但能简明地说明喘咳发病与肺的开阖、升降的关系。脾为清浊升降出入的枢纽，肺的开阖、升降失职，当然与脾有关，所以咳喘诸证中亦有脾虚不摄之证。

印会河

## 咳喘临证首辨痰 寒热虚实每可凭

印会河（1923～ ），北京中日友好医院教授，临床家

印会河教授诊疾看病的特点是善于抓住主症，并有一套成熟的抓主症方。抓主症就是抓住病证之关键所在，识别本质，防止泥于表面，不分主次。“抓主症方”是针对主症拟方，方向既定，则不轻易更改。既是有的放矢，亦可一方多用，有时也随证小有加减。

印老治疗咳喘病，首先抓往“痰”这个主证。痰是脏腑病理产物，但又影响脏腑功能。就狭义的呼吸道分泌之痰来讲，多责之于肺，因脾气散精，上输于肺。如邪气伤肺，肺气腠郁不降，水道通调障碍，精气必渍肺成饮，聚而成痰，贮于肺中，阻塞气道。痰的色泽、稠浊的变化，反映了肺的寒热虚实。所以印老常说：“痰多的就让它少些，直至没有，痰少难以咯出的，就让它有一点，咳爽一点。”

慢性咳喘病人，大多吐白痰、黄痰、黄白相间痰，也有的吐肥皂样的泡沫痰，印老称之为“吐白沫”。主证不同，治疗亦异。

### 一、白痰

咳喘病不论新久，吐白痰最为常见。新感者多是风寒

袭肺，咳嗽不止，气急而喘。久有咳喘者，多因外感而触发宿痰。其共同点皆为白痰，但同中有异。有咯痰色白、稀薄、量多而爽者，印老惯用散寒除饮的小青龙加石膏汤化裁。咳甚加杏仁、炒苏子；喘甚者加地龙、蝉衣、僵蚕；胸膈满闷者加三子养亲汤降气化痰。必用石膏者，因有热可清热除烦，无热可制麻黄、姜、桂、细辛之温燥。如舌苔淡滑，下元虚惫者，可改用苏子降气汤合三子养亲汤加味。若痰粘量少、难咯、喉中痰鸣者，则多用麻杏石甘汤加葶苈子、桑白皮，临床辄效。

刘某，女，25岁。

患者自幼有气管炎病史，感冒即发。1981年8月因重感冒咳嗽不止，又增气喘，张口抬肩，日夜不得安眠，并伴有胸闷、心悸。西医诊为喘息性气管炎，经多种治疗，时轻时重，反复无常。

1982年11月9日初诊。症如上述，唯痰色发白，质地稀薄，量多而爽，舌苔白而水润，脉滑而数，拟小青龙加石膏汤治之：

麻黄 9g 桂枝 10g 细辛 6g 半夏 10g 五味子 10g  
干姜 6g 白芍 12g 生石膏 30g（先下） 甘草 10g

11月16日二诊。服药7剂，咳喘轻，痰量减少。原方加炒苏子 10g，炒白芥子 6g，以温化痰湿。

12月1日再诊，咳喘渐平，仅晨起有10多分钟轻微的气逆发喘。肺为娇脏，易因过敏而反复，于原方加蝉衣、僵蚕化痰开腠，以去络中之风，更用地龙通经活络，搜剔风邪，意欲消除其“过敏内源”。上方加减，共服药42剂，诸

症悉退，食欲倍增，睡眠安稳，身体康复，至今未复发。

## 二、黄痰

咳喘吐黄痰，屡见不鲜，甚则痰黄而稠，腥臭难闻，为邪热郁肺，灼伤肺津。轻者用泻白散加味，重者用千金苇茎汤加板蓝根 300g，鱼腥草 30g，效果很好。

魏某，男，21岁，于1983年2月7日初诊。

自述：咳喘吐黄痰，痰稠而腥，有时带血已近2月。每日下午发热，体温38℃左右，体倦，纳呆，日渐消瘦，经西医检查，诊为支气管扩张，要求服中药治疗。观舌苔，中间黄厚，舌尖赤红，六脉细数，大便尚好。印老以清肺凉血行瘀为法，处以千金苇茎汤加味：

生薏米 30g 桃仁 10g 冬瓜仁 15g 苇茅根各 30g  
鱼腥草 30g 丝瓜络 10g 丹参 15g 北沙参 30g 紫菀  
12g 冬花 10g 生石膏 30g（先下） 杷叶 10g

上方加减共服药 41 剂，诸症消失，饮食大增，已恢复工作。

## 三、黄白相间痰

咳喘病，十有八九吐黄白相间痰。印老认为，外为风寒所诱，内有痰热互结，肺气壅滞不宣，使用定喘汤宣肺定喘得心应手。

苏某，女，37岁。于1982年10月11日初诊。自诉，患咳喘病9年，西医诊断为支气管哮喘，平时咳喘肩耸，痰浊上涌，气喘嘘嘘，胸闷痰鸣，昼夜不安，晨起痰多，痰色时黄时白或黄白相间。平时怕热，热则咳喘加剧。脉弦数有力，舌尖红，舌苔黄腻。治以宣肺定喘，拟定喘汤加

味：

白果 10g（打） 麻黄 6g 冬花 10g 半夏 6g 桑皮 15g 炒苏子 10g 杏仁 10g 黄芩 12g 生薏米 30g 冬瓜子 30g（打） 鱼腥草 30g 紫菀 10g 7剂

10月18日再诊，咳喘稍好，痰粘不易咯出，咽仍干燥。原方加竹茹 12g，生石膏 30g（先下）。

11月29日复诊。上方服用10天，咳喘日趋平和，仅早晨有十几分钟的咳喘，痰呈米黄色，有时是白粘痰。原方加白芥子 6g，橘红 10g，制南星 6g。

12月28日，咳喘已稳定，仅早晨吐一两口痰，量极少，饮食增加，睡眠正常，气色转好。患者连续服药70余剂，诸证悉愈，已正常上班。半年后，曾感冒发热一次，亦未诱发咳喘，至今仍安然无恙。

#### 四、白沫

发病缓慢，气逆咳喘，咳引胁下作痛，吐大量泡沫样白沫，无块痰粘痰。喉干咽燥。印老讲：“白沫不能与泡沫痰混为一谈，泡沫痰，总是有痰的。白沫是小白沫子。”此属肺燥阴伤，治以清燥润肺，使肺金得以滋润，肺气之贖郁得以肃降，诸证自能随之而愈。印老坚认为白沫不同于痰饮，须从燥论治，确有其独到之处。

周某，女，53岁。1982年9月6日初诊。

患者咳嗽气喘已6年，吐大量白沫，从不吐痰，每天晨起要咳吐半碗沫子，咳后气喘嘘嘘，胁下引痛。其余时间也咳吐白沫，较早晨少些。平时口干咽燥，气喘行走困难。西医诊断为肺气肿。舌红、苔薄黄，六脉细数。近年

余加重。印老诊为阴津不足之肺燥，拟清燥救肺汤加减治之：

桑皮叶各 10g 杏仁 10g 沙参 15g 寸冬 12g 石斛 15g 生石膏 30g（先下） 阿胶 10g（胶珠亦可） 黑芝麻 10g 黛蛤散 15g（包） 杷叶 10g 芦根 30g 钟乳石 6g（先下）

上方服用 14 剂，咳喘明显减轻，白沫减少，白沫中出现粘痰扯丝，为津液初复之兆，有效续服。

10 月 8 日，咳喘继续好转，行走气可接续，白沫减少一半，粘痰较前增多，仍咽干口燥。原方加花粉 30g，服半月，咳喘大减，仅早晨咳喘一阵。原方加蝉衣 10g，地龙 10g，又服半月，白沫已无，惟有少量粘痰。原方加僵蚕 10g，全虫 6g。

先后治疗两个多月，早晨咳喘已无，情况趋于正常，可以料理家务。

（史书德 李淑华 整理）

洪广祥

## 治肺不远温

洪广祥（1938～），江西中医学院教授

洪广祥教授通过对慢性咳喘病的深入研究，提出“治肺不远温”的治疗原则。笔者随师侍诊，体会到“治肺不远温”是导师对张仲景“病痰饮者当以温药和之”学说的发展与深化。张仲景在《痰饮咳嗽病脉证并治篇》中指出了痰饮是咳喘病的基本病理因素，痰饮为阴邪，治疗当以温药和之，篇中共有条文41条，其中与肺有关的有18条，他脏影响肺而引起的咳喘有9条，可见痰饮与肺的关系极为密切。导师深刻体会到痰饮是咳喘病的主要病理基础，对于痰饮或痰瘀伏肺者，在用药方面总宜偏温，因为痰瘀为阴邪，慢性咳喘疾患以肺阳虚、痰饮内伏、痰瘀互结为主要病理基础，种种热象多为标症，故临证时，应排除对标象的顾忌，施以温散、温化、温补、温通等治本之方药，其具体运用主要有以下几个方面。

寒饮化热者，以温化寒饮为本

慢性咳喘疾患多以感寒而发，病程日久，虽有咳痰白黄相兼，舌质红暗、苔黄腻等寒郁化热证，但根据“治肺

不远温”的原则，采用温化寒饮为主，同时根据痰瘀伏肺为慢性咳喘病的“夙根”，而辅以涤痰祛瘀，利气平喘的方药治疗，临床用之，每获良效。

黄某，男，74岁，1990年12月4日初诊。主诉：咳喘反复发作4年余。每年冬季易发，在某医院诊断为慢性支气管炎（单纯型）。近1周来因受寒后咳喘又作，经用西药抗炎、止咳等对症处理，效果不显。就诊时症见胸闷气逼，动则尤甚，咳嗽痰多，色白黄相兼，且白多于黄，不易咳出，咽痒，口干不苦，大便正常，舌质红暗、苔黄腻，脉弦滑。辨证：寒饮化热。治法：温化寒饮，佐以涤痰祛瘀，利气平喘。处方：

生麻黄 10g 细辛 3g 干姜 6g 紫菀 10g 款冬花 10g 法夏 10g 五味子 10g 葶苈子 15g 青陈皮各 10g 牡荆子 15g 卫矛 15g 生甘草 6g

服药7剂，咳喘明显减轻，诸症悉减。再以原方出入7剂，咳嗽已愈，气喘减轻，后以温补阳气，益气养阴等法调服。

### 阳虚痰瘀化热者，以温补阳气、涤痰祛瘀为主

慢性咳喘疾患缓解期多以阳气虚弱、痰瘀伏肺证并见，属中医“虚喘”范围，虚中挟实，故治以温补阳气以散痰瘀，虚实同治，待阳气渐复，痰瘀症状改善，继以温补肺肾之阳为主，缓收其功。阳虚之因，除与先天禀赋不足有关外，还与痰瘀伏肺伤及阳气和咳喘反复发作重伤阳气有关。阳气不足，无力温散痰瘀，痰瘀不去，重伤阳气，形成恶性循环。临床呈现阳虚证与痰瘀化热证并见时，而阳虚为其根本，故在

温补阳气的基础上以散痰瘀，即收效甚捷。

喻某，男，63岁，1990年12月11日初诊。主诉：反复咳喘10余年。患者缘于10年前无明显诱因出现咳嗽、咳痰，后受寒易发，冬季较甚。近2年来咳嗽明显加重，伴有气逼。在某医院诊断为慢性支气管炎（喘息型）。4天前，因气候骤变寒冷，咳嗽夜间加重，痰白而粘稠，气喘，气短，在厂医务所诊治，给予乙酰螺旋霉素、必嗽平、氨茶碱等药口服，症状稍减。就诊时，咳喘仍存，且背部怯寒，唇暗，口干不苦，二便正常，舌红暗、苔黄腻，脉弦滑数。辨证：阳气虚弱，痰瘀化热。治法：温补阳气，涤痰祛瘀，佐以宣畅肺气。处方：

生黄芪 15g 熟附子 10g 葶苈子 15g 小青皮 15g  
广陈皮 10g 牡荆子 15g 生麻黄 10g 南杏仁 10g 紫菀  
10g 款冬花 10g

7剂。水煎服，每日1剂。

二诊：咳嗽、气喘减轻，痰量明显减少，但仍感背部怯寒，肢冷，舌偏红暗、苔薄黄，脉弦滑。续用上法加强温补阳气之品。处方：

生黄芪 15g 熟附子 10g 桂枝 10g 茯苓 15g 白术  
10g 炙甘草 6g 紫菀 10g 款冬花 10g 法夏 10g 陈皮  
10g 葶苈子 15g 牡荆子 15g 7剂。

三诊：咳喘控制，背怯寒减轻，肢末转温。此乃阳气渐复之象，续服上方20余剂，阳虚症状明显改善，仅活动后感气短，后续以温补阳气治之，配合复方参蛤片，每次5片。1日2次，巩固疗效，咳喘年余未发。

### 时热证寒者，治寒不远温

所谓“时热证寒者”是指慢性咳喘患者夏季受寒而发病。此时气候虽属高温酷暑，导师仍严格遵循辨证论治的原则，凡是肺阳虚衰咳喘痰白者，虽病发于夏季，仍主张坚持“治肺不远温”的治则施以温散方药。

裘某，女，23岁，1991年7月23日初诊。患哮喘1年余，每遇气候突变或感冒后易诱发，发作时氨茶碱、强的松等药可收暂时之效。近1个月前因外感又诱发哮喘，经西药治疗症状稍有缓解，但每天晚上均有发作。就诊时症见：阵发性呛咳，咽痒即咳，吐白粘痰，咳甚则喘，夜间尤甚，不能平卧，平素易感冒，口唇暗，二便正常，舌质红暗、苔薄黄腻，脉弦滑数。两肺听诊哮鸣音(+)，诊断为支气管哮喘。辨证：寒饮伏肺，郁而化热。时虽盛暑，古人认为治热远热，导师认为本病的本质是寒，故治以温肺散寒。处方：

生麻黄 10g 干姜 10g 细辛 3g 紫菀 10g 款冬花 10g 法夏 10g 葶苈子 15g 青陈皮各 10g 牡荆子 15g

每日1剂，水煎服。二诊：药后第一剂咳喘明显减轻，且停服西药，次日哮喘未发，服药7剂，咳喘基本控制，能平卧，舌脉同前，两肺听诊哮鸣音(一)。效不更方，原方再进7剂。三诊：咳喘控制，服药期间曾患感冒1次，哮喘有轻度发作，服上方约半小时缓解。现鼻塞，鼻痒，喷嚏频作，背冷，后以宣通鼻窍，温补阳气之剂，服药40余剂，感冒次数明显减少，哮喘近年余未发。

(赵凤达 蔡灿林 整理)

刘渡舟

## 咳喘经方案绎

刘渡舟(1917~),北京中医药大学教授,著名中医学家

### 咳喘(慢性支气管炎)(一)

柴某,男,53岁。1994年12月3日就诊。

患咳喘10余年,冬重夏轻,许多大医院均诊为“慢性支气管炎”,或“慢支并发肺气肿”。选用中西药治疗而效果不显。就诊时,患者气喘憋闷,耸肩提肚,咳吐稀白之痰,每到夜晚则加重,不能平卧,晨起则吐痰盈杯盈碗,背部恶寒,视其面色黧黑,舌苔水滑,切其脉弦,寸有滑象。诊为寒饮内伏,上射于肺之证,为疏小青龙汤温肺胃以散水寒。

麻黄 9g 桂枝 10g 干姜 9g 五味子 9g 细辛 6g  
半夏 14g 白芍 9g 炙甘草 10g

服7剂咳喘大减,吐痰减少,夜能卧寐,胸中觉畅,后以《金匱》之桂苓五味甘草汤加杏仁、半夏、干姜正邪并顾之法治疗而愈。

小青龙汤是治疗寒饮咳喘的一张名方,张仲景用它治疗“伤寒表不解,心下有水气”以及“咳逆倚息不得卧”等

支饮为患。本案咳喘吐痰，痰色清稀，背部恶寒，舌苔水滑，为寒饮内扰于肺，肺失宣降之职。方中麻黄、桂枝发散寒邪，兼以平喘；干姜、细辛温肺胃，化水饮，兼能辅麻桂以散寒；半夏涤痰浊，健胃化饮；五味子滋肾水以敛肺气；芍药养阴血以护肝阴，而为麻、桂、辛三药之监，使其祛邪而不伤正；炙甘草益气和中，调和诸药。服用本方可使寒邪散，水饮去，肺气通畅则咳喘自平。

应当指出的是，本方为辛烈发汗之峻剂，用之不当，每有伐阴动阳之弊，后使病情加重。因此，刘老强调临床运用本方时必须抓住以下几个关键环节：

一辨气色：寒饮为阴邪，易伤阳气，胸中阳气不温，使荣卫行涩，不能上华于面，患者可见面色黧黑，称为“水色”；或见两目周围有黑圈环绕，称为“水环”；或见头额、鼻柱、两鬓、下巴的皮里肉外之处出现黑斑，称为“水斑”。

二辨咳喘：可见几种情况，或咳重而喘轻，或喘重而咳轻，或咳喘并重，甚则倚息不能平卧，每至夜晚则加重。

三辨痰涎：肺寒金冷，阳虚津凝，成痰为饮，其痰涎色白质稀；或形如泡沫，落地为水；或吐痰为蛋清状，触舌觉凉。

四辨舌象：肺寒气冷，水饮凝滞不化，故舌苔多见水滑，舌质一般变化不大，但若阳气受损时，则可见舌质淡嫩，舌体胖大。

五辨脉象：寒饮之邪，其脉多见弦象，因弦主饮病；如

果是表寒里饮，则脉多为浮弦或见浮紧，若病久日深，寒饮内伏，其脉则多见沉。

六辨兼证：水饮内停，往往随气机运行而变动不定，出现许多兼证，如水寒阻气，则兼噎；水寒犯胃，则兼呕；水寒滞下，则兼小便不利；水寒流溢四肢，则兼肿；若外寒不解，太阳气郁，则兼发热、头痛等症。

以上六个辨证环节，是正确使用小青龙汤的客观标准，但六个环节，不必悉具，符合其中一两个主症者，即可使用小青龙汤。

关于小青龙汤的加减用药，仲景已有明训，此不一一重复。根据刘老经验，常在本方基础上加茯苓、杏仁、射干等药，以增强疗效。

小青龙汤虽为治寒饮咳喘的有效方剂，但毕竟发散力大，能上耗肺气，下拔肾根，虚人误服，可出现手足厥冷，气从少腹上冲胸咽，其面翕热如醉状等副作用。因此，本方应中病即止，不可久服。一旦病情缓解，即改用苓桂剂类以温化寒饮，此即《金匱要略》“病痰饮者，当以温药和之”的精神。

## 咳 喘（二）

孙某，女，46岁。

时值炎夏，夜开空调，当风取凉，因患咳嗽气喘甚剧。西医用进口抗肺炎之药，而不见效。又延中医治疗亦不能止。马君请刘老会诊：脉浮弦，按之则大，舌质红绛，苔则水滑，患者咳逆倚息，两眉紧锁，显有心烦之象。辨为

风寒束肺，郁热在里，为外寒内饮，并有化热之渐。为疏：

麻黄 4g 桂枝 6g 干姜 6g 细辛 3g 五味子 6g  
白芍 6g 炙甘草 4g 半夏 12g 生石膏 20g

此方仅服两剂，则喘止人安，能伏枕而眠。

本方为《金匱》之“小青龙加石膏汤”，治疗“肺胀，咳而上气，烦躁而喘，脉浮者，心下有水”之证，原方石膏为二两，说明本方之石膏应为小剂量而不宜大也。刘老认为：本方具有寒热兼顾之能，燥而不伤之优，凡小青龙汤证的寒饮内留，日久郁而化热而见烦躁或其他现象，如脉滑口渴，或舌红苔水滑者，用之即效。

### 咳 喘（三）

张某，男，18岁，学生。

患喘证颇剧，已有五六日之久，询其病因为与同学游北海公园失足落水，经救至岸则一身衣服尽湿，乃晒衣挂于树上，时值深秋，金风送冷，因而感寒。请医诊治，曾用发汗之药，外感虽解，而变为喘息，撷肚耸肩，病情为剧。其父请中医诊治服生石膏、杏仁、鲜枇杷叶、甜葶苈子等清肺利气平喘之药不效。经人介绍，转请刘老诊治。切其脉滑数，舌苔薄黄。刘老曰：肺热作喘，用生石膏清热凉肺，本为正治之法，然不用麻黄之治喘以解肺系之急，则石膏弗所能止。

乃于原方加麻黄 4g，服一剂喘减，又服一剂而愈。

肺喘一证，从外邪论有寒、热之分；从内因而言则有虚、实之不同，所以用麻杏甘膏汤，观之似易，而用之实

难也。

麻杏甘膏汤的病机是肺热作喘，是肺金被热所伤，肺之合皮也，热则淖泽，迫津外渗则见汗出；邪热使肺之宣降失司则膈郁而喘；热证必见阳脉，如大、浮、数、动、滑也；舌质亦必红绛，而舌苔则必薄黄方为验也。

本证汗出而不恶风，则与表证无关；而又不見烦渴则与里证无关。惟喘急一症为肺气所专司，故辨为肺热作喘无疑。

本方用麻黄配石膏，又大于一倍以上，则使麻黄宣肺止喘，石膏清热凉肺而相得益彰，自无助热伤津之弊。杏仁配麻黄，则宣中有降；甘草配石膏，则清中有补，且能缓急护心。此方如不用石膏而用芩、连苦寒沉降，则反碍肺气之宣；如不用麻黄之轻宣辛开，即使石膏之清、杏仁之降，因无宣开之药而无济于事也。

麻黄治喘，寒热咸宜，与干姜、细辛、五味子相配则治寒喘；与石膏、桑皮配伍则治热喘；与杏仁、薏米相配则治湿喘。除心、肾之虚喘必须禁用外，余则无往而不利也。

#### 咳喘（感冒并发肺炎）（四）

刘某，男，33岁，内蒙古赤峰市人。

1994年1月5日初诊。

感冒并发肺炎，口服“先锋四号”，肌注“青霉素”，身热虽退，但干咳少痰，气促作喘，胸闷。伴头痛，汗出恶风，背部发凉，周身骨节酸痛，阴囊湿冷。舌苔薄白，脉

来浮弦。证属太阳中风，寒邪迫肺，气逆作喘。法当解肌祛风，温肺理气止喘。

桂枝 10g 白芍 10g 生姜 10g 炙甘草 6g 大枣 12g 杏仁 10g 厚朴 15g

服药 7 剂，咳喘缓解，仍有汗出恶风，晨起吐稀白痰。上方桂枝、白芍、生姜增至 12g。又服 7 剂，咳喘得平，诸症悉除。医院复查，肺炎完全消除。

本案为中风表虚兼肺失宣降之证。太阳中风，迫肺气逆，失于宣降，故见咳喘、胸闷、头痛、汗出、恶风，为“表虚”之证。故治宜在解肌祛风之中，佐以降气平喘之法。大论曰：“喘家作，桂枝加厚朴、杏子佳。”本方以桂枝汤解肌祛风，用厚朴、杏子降气定喘，并能化痰导滞，为表里兼治之剂。临床用于治疗风寒表不解，而见发热、汗出、咳喘，屡屡获效。

### 咳 喘（五）

赵某，女，76 岁。

患心脏病多年，最近续发咳喘，日轻夜重，面目浮肿，小便短少。迭经医治，服药无算，病终无起色。视其舌体胖，苔水滑，切其脉弦，辨为水寒射肺之证，以通阳去阴，利肺消肿法治之。处方：

茯苓 30g 桂枝 12g 杏仁 10g 炙甘草 6g

患者见药仅四味，面露疑色，然服至 5 剂，即小便畅利，咳喘大减，又服五剂，则咳喘平，面目浮肿消退而病愈。