

方和谦运用三维辨证体系论治咳嗽经验探析

弓雪峰 曹锐 章九红 赵世同 赵铁良 权红

(首都医科大学附属北京朝阳医院中医科,北京 100020)

【摘要】国医大师方和谦教授运用“时间-功能-结构”三维体系辨治咳嗽,时间维度注重分清咳嗽时期,初期、中期、末期逐渐变化的阶段与过程,采取扭转截断法阻止咳嗽进展;功能维度辨明中医脏腑从肺至脾、肾、心、肝传变次序与相互功能联系,采取多脏同治法调和五脏气血;结构维度定位西医解剖部位,精准定位鼻、咽、喉、气管、支气管、肺、食管、胃等病变部位,并将“调气”与“化痰”原则贯穿始终。

【关键词】方和谦;国医大师;“时间-功能-结构”三维辨证体系;咳嗽;学术经验

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2023.10.004

咳嗽由外感六淫、侵袭肺表,或脏腑功能失调、内伤及肺,令肺失宣降而发^[1]。国医大师方和谦教授在中医临证治疗咳嗽的实践过程中,突破辨证分型的静态固定思维模式,灵活思辨,全程把握,动态观察,运用“时间-功能-结构”三维辨证体系,依时间分清疾病病情、依功能辨明涉及脏腑、依结构定位所在部位,并将调气、化痰原则贯穿其中^[2]。本文结合方教授讲稿及著述,为临床中西医结合诊治咳嗽提供新思路。

1 “时间-功能-结构”三维辨证体系治疗咳嗽

1.1 时间维度分清咳嗽时期

分清咳嗽时期,即指人感受内、外邪气后,咳嗽由初期到末期逐渐变化的过程中,初期病情较轻,尚为表邪;若痊愈则邪去正安,若疾病不愈,中期病情渐重,脏腑受损;末期病情较重,合并喘证、肺胀等疾患,导致脏腑气竭,甚至濒临死症。明·吴有性《温疫论》中即按照时间维度观祛邪思路,早期宜从浅表、孔窍疏利透达,以汗、吐、下等法引导邪气“由窍而出”,达到“客邪贵乎早逐”,从而治疗瘟疫。外感可导致咳嗽,内伤亦然^[3],无论何种致病因素,若正气亏虚,五脏不和^[4],或失治误治,最终可能会演绎病情由轻到重的进展过程^[5]。本团队回顾方和谦教授治疗咳嗽医案的症状、证型、方剂、中药,

发现咳嗽前期以肺气不利证、燥邪伤肺、风热犯肺等为主,处方多以止嗽散、杏苏散、自拟利肺汤等为主,中后期咳嗽证型为肺津(阴)亏耗证、痰热(湿)阻肺等,处方多以二陈汤、自拟清肺养阴方加减^[6]。如果患者经过治疗,阻断咳嗽进展过程,则为痊愈,即《伤寒论》所谓“使经不传则愈”;若咳嗽未控制,到末期则为沉痾痼疾,可引起呼吸衰竭、甚至死亡。在治疗咳嗽时,应有初期、中期、末期的时间层面动态思路与全局观念,初期“因其轻而扬之”,以小剂量轻清辛散之品,解表宣肺,利咽止咳;中期若仍有邪气留连或入里,及时采取宣肺柔肝、润燥止咳^[1]、培土生金等扭转截断之法,阻止咳嗽进展;末期针对病机虚实采用不同中医药治疗方案,以通腑、化痰、燥湿、散结、活血等法攻逐实邪,以益气、养血、温阳、滋阴等法扶正补虚。

1.2 功能维度辨明中医脏腑传变

功能维度,是指咳嗽所及中医脏腑层次递进的整个过程。《素问·咳论篇》言:“皮毛者,肺之合也,皮毛先受邪气,邪气以从其合也……五脏六腑皆令人咳,非独肺也。”肺的病变不是孤立不变的,而是随着时间的迁延、层次的深入,逐步传变。方和谦教授认为,咳嗽之传变为肺至脾、肾,甚至及心,偶可及肝。

1.2.1 肺脾关系:金·刘完素《素问病机气宜保

基金项目:国家中医药管理局李文泉全国名老中医药专家传承工作室项目(国中医药人教函[2018]134号);北京中医药薪火传承“新3+3”工程方和谦“三名”传承工作室项目

作者简介:弓雪峰,男,30岁,博士研究生,主治医师。研究方向:中医药防治呼吸系统疾病。

通信作者:权红,E-mail:zykqh@sina.com

引用格式:弓雪峰,曹锐,章九红,等.方和谦运用三维辨证体系论治咳嗽经验探析[J].北京中医药,2023,42(10):1065-1068.

命集》归纳“咳”“嗽”的特点与肺气、脾湿之间的关系为“咳谓无痰而有声，肺气伤而不清也；嗽是无声而有痰，脾湿动而为痰也。咳嗽谓有痰而有声，盖因伤于肺气，动于脾湿，咳而为嗽也。脾湿者，秋伤于湿，积于脾也。”肺主气，脾生气，肺的津液盛衰有赖于脾运的强弱，脾能运化水湿又依赖于肺气宣降。《素问·咳论篇》言：“久咳不已，则三焦受之，三焦咳状，咳而腹满，不欲饮食，此皆聚于胃，关于肺，使人多涕唾而面浮气逆也。”中焦脾胃升降失和，不能腐熟水谷、运化精微，饮食积聚于胃，导致脘腹胀满，食欲下降。手太阴肺经起自中焦脾胃，还循胃口，经脉脏腑相连，肺气受全身气机影响而宣降失常作咳，即前所谓“聚于胃，关于肺”。肺气虚弱，外邪犯肺，可由肺及脾，使肺宣降失职，上源失疏，水湿内停，影响于脾；肺虚日久伤脾，肺脾两虚，痰湿或痰饮内生，导致咳嗽痰白质黏，胸脘作闷、舌苔白腻、脉濡滑的痰湿证，或咳嗽痰黄质黏，胸脘口苦、舌苔黄腻、脉滑数的痰热证。

1.2.2 肺肾关系：肺与肾共同完成呼吸和水液代谢功能。由肺病及肾而咳嗽者，常因肺气不足，气不下交于肾，肾不纳气，出现呼多吸少，最后形成肺肾两虚证。肾阳亏虚，不能化气行水，寒水内停，上凌射肺，肾虚失约，出现咳嗽，痰涎清稀，肢体畏寒，水肿，小便失禁、遗尿等阳虚水泛证。肺阴不足，虚火灼津，致肺肾阴虚之证。

1.2.3 肺肝关系：肺与肝功能保持协调，方可维持人体气机升降出入。由肺病及肝而咳嗽者，多由热邪犯肺，肺失肃降，致肝气升发太过，或肝郁化火，火气上逆刑金，发为咳嗽喘息，胸胁满痛，头晕头痛，口苦目赤，甚则抽搐等症。痰浊内盛，肺气壅滞，气机不利，导致肝气郁滞，久则形成肝血瘀阻，而出现胸闷、胁肋刺痛等症。若肺气虚弱，宣发不及，可导致肝气郁滞、肝失疏泄，出现咳嗽气逆、胸胁胀满、情绪抑郁等。

1.2.3 肺心关系：肺主气、心主血，各司其职，完成气血流通。肺病及心而咳嗽者，多因肺气虚，宗气生成不足，导致心气不足，而成肺心气虚，症见咳嗽无力，气促心悸等；或因肺虚久咳，痰浊阻肺，肺失宣降日久影响到心，症见咳嗽胸闷，不能平卧，心慌心悸等。若心气虚损，导致肺气虚弱，心肺两虚，则出现心悸头晕，气短气喘，久咳不已等症；若心阳不足，肺失其温，易感寒邪，寒痰内起，可出现咳嗽痰多，气短气喘，眩

晕心悸等症。

1.3 结构维度定位西医解剖部位

方和谦教授秉持兼收并蓄、开明圆融的诊疗理念，认为应当重视听诊、胸部CT等西医诊疗技术与检查手段以定位咳嗽病变部位，明确外邪由鼻侵入，沿咽、喉、气管、支气管至肺的结构。肺主气，司呼吸，肺为娇脏，肺上连口鼻，与外界大自然直接相通，若外邪侵袭机体，肺首当其冲，故受累最多。外邪从呼吸系统解剖结构深入，由表入里，由上而下，表现为发热、恶寒、喷嚏、流涕、咽痛、咳嗽、咯痰、胸闷、胸痛等一系列症状。消化系统方面，胃十二指肠内容物反流至食管上括约肌以上，反流物进入喉、气管和肺部，引起咳嗽、咳痰、胸闷、喘息、憋气、哮喘、支气管扩张、肺炎、慢性阻塞性肺疾病、肺纤维化等，甚至发生喉痉挛窒息危及生命^[7]。当代学者研究发现迷走神经纤维在迷走神经束内移动并形成分支，以支配器官和调节器官功能，其中，咽喉、心和肺特有束在神经束头部逐渐合并，从解剖结构上揭示了器官间生理、病理关系^[8]。

1.4 调气化痰的治疗原则

《素问·至真要大论篇》云：“出入废则神机化灭，升降息则气立孤危，故无不出入，无不出入。”由于湿与痰、气与湿的病理关系是产生咳嗽的基础，方和谦教授治疗咳嗽以调气化痰为关键治则。张景岳认为“凡气有不正，皆耐调和，如邪气在表，散即调也；邪气在里，行即调也；实邪壅滞，泻即调也；虚羸困惫，补即调也……各按其气，则无病不除，是皆调气之大法也……诸气者，皆属于肺，肺主气，气调则营卫脏腑无所不治。”因此，方教授在治疗咳嗽时注重理气、行气、破气、纳气等调气方式。治疗咳嗽主要是针对病理产物和致病因素“痰”，化痰指将痰浊化有形为无形，从而使气道恢复通畅。方教授临证若遇以咳嗽为主症的患者，采取调和肺气之法，宣发与肃降并用，辛开与苦降同调，擅以止嗽散为主方，选紫苏、杏仁、前胡、桔梗等为治咳主药^[9]，并根据表里、寒热、虚实的病机特点，随证化裁加减。

2 病案举例

2.1 右肺叶切除术后咳嗽案

患者，女，69岁，1998年12月1日初诊，主诉：咳嗽40余天。患者40d前因肺癌行右肺叶切除术，术后受风，出现间断咳嗽，咯痰不爽，痰

色白质黏量少,气短,自行服用川贝枇杷膏未见明显好转。刻下症见:咳嗽,咯痰不爽,痰色白质黏量少,气短,眠可,二便正常。舌暗,苔少;脉细数。西医诊断:咳嗽待查,右肺叶切除术后;中医诊断:咳嗽,燥热犯肺证。治法:调气化痰、轻宣止咳、润燥生津,予桑杏汤加减,方药组成:桑叶 5 g,桑白皮 5 g,杏仁 4 g,薄荷 3 g(后下),苦桔梗 3 g,生甘草 5 g,连翘 5 g,芦根 10 g,白前 5 g,焦神曲 5 g。6 剂,1 剂/d,水煎服。

1998 年 12 月 29 日二诊:患者病情好转,间断咳嗽较前减轻,咯痰较前易出,胸闷憋气,胃纳不畅,眠可,二便正常。脉弦大,苔白腻。辨为肺脾两虚证;治法:调气化痰、健脾益气、润肺止咳,予参苓白术散加减,方药组成:太子参 15 g,茯苓 10 g,炒白术 10 g,炙甘草 6 g,百合 12 g,玉竹 10 g,炒山药 10 g,焦神曲 6 g,苏梗 6 g,桔梗 6 g,炙枇杷叶 6 g,陈皮 6 g,砂仁 3 g(后下),大枣 4 枚,远志 5 g。10 剂,煎服法同前。药后随访,患者咳嗽、胸闷缓解,纳食改善。

按:依据时间维度此案为咳嗽新感燥热初期与肺脾两虚的中后期,依据功能维度辨明肺、脾胃关系密切以健脾和胃、化痰止咳,依据结构维度定位咽喉、气管、支气管。首诊因术后正虚,外邪新感,属于咳嗽初期,燥热袭表,表现为咳嗽、咯痰不爽^[10];燥热之邪炼液成痰,因此津伤气逆,表现为痰色白质黏量少,咳嗽间断发作;舌苔少,质暗,脉细数亦为风燥犯肺之象,用小剂量桑杏汤调气化痰,清宣止咳,润肺生津,咳嗽较前改善,表邪祛除。二诊为咳嗽中后期,应当以扶正健脾为主,方和谦重视脾胃的中焦斡旋作用,用参苓白术散加减以补脾益气,润肺止咳,以太子参、茯苓、炒白术、炙甘草、炒山药补脾益气,以陈皮、砂仁燥湿化湿,和胃止咳,桔梗如方歌所谓“桔梗上浮兼保肺”,桔梗宣肺利咽,引药上行,可益肺气,最终取得较佳疗效。纵观此案,全程分清咳嗽不同时间之治疗侧重点,也体现了方和谦初期治肺表,中后期培土生金、脾肺同治的功能维度治疗。

2.2 胃食管反流性咳嗽案

患者,男,42 岁,2005 年 2 月 3 日初诊,主诉:咳嗽、反酸 1 月余。患者诉 1 个月来间断咳嗽、反酸,伴暖气、纳差,饱食或食用辛辣、油腻等刺激性食物后咳嗽、反酸加重。在我院消化科行胃镜检查,确诊为反流性食管炎,慢性胃炎。

刻下症见:咳嗽,咯痰色黄质黏量少,反酸,暖气,纳差,眠差,大便偏干,小便正常。舌红,苔白;脉缓。西医诊断:胃食管反流性咳嗽,反流性食管炎,慢性胃炎;中医诊断:咳嗽,肺胃失和证。治法:健脾燥湿和胃、清热化痰止咳;予小陷胸汤、二陈汤合藿香正气散加减,方药组成:陈皮 10 g,法半夏 6 g,茯苓 10 g,炙甘草 6 g,干姜 2 g,炒白术 10 g,大枣 4 枚,全瓜蒌 15 g,黄连 5 g,焦神曲 5 g,藿香 6 g,佩兰 6 g,砂仁 3 g。7 剂,1 剂/d,水煎服。

2005 年 2 月 14 日二诊:患者病情好转,咳嗽、反酸缓解,已无暖气,食欲较前改善。上方加炒麦芽 10 g、炒谷芽 10 g。7 剂,煎服法同前。

2005 年 3 月 7 日、17 日 2 次复诊:患者病情平稳,无反酸暖气,又予前方 14 剂,水煎,服药 2 d 天停 1 d。

2005 年 5 月 12 日五诊:患者病情明显好转,偶咳嗽,口中异味,时有胃中不适,腹中肠鸣,纳可。辨为脾虚湿蕴证;治法:健脾和胃、调气化湿;予香砂六君子汤加减,方药组成:党参 10 g,法半夏 6 g,茯苓 10 g,炙甘草 5 g,陈皮 10 g,炒白术 10 g,大枣 4 枚,合欢皮 10 g,藿香 6 g,焦神曲 6 g,木香 3 g,炒谷芽 15 g,砂仁 5 g,生稻芽 12 g,莱菔子 6 g,枳壳 6 g。7 剂,1 剂/d,水煎服。日后随访,症状已无,停药观察,嘱进食宜软、熟、烂、温主。

按:此案依据时间维度为肺胃失和初期、中期与后期,脾虚湿蕴的虚实寒热存在差异,初、中期健脾燥湿和胃、清热化痰止咳,后期健脾和胃、调气化湿;依据功能维度辨明肺、脾胃关系密切,以健脾化湿,和胃降逆,调肺止咳;依据结构维度定位气管、支气管、肺、食管、胃。本案患者素体脾弱胃强,胃火上逆,发为反酸,因肺胃相连,反酸导致肺胃失和,因此出现食后咳嗽加重^[11]。反酸、胃脘不适(痞满)、暖气等表现,与《伤寒论》中的结胸病机湿热结于胸膈相似,小陷胸汤主之。方老初诊、二诊处方中用小陷胸汤、二陈汤、藿香正气散三方合方,以健脾燥湿和胃,清热化痰止咳。方中炒白术、茯苓、炙甘草健脾益气,培土生金,藿香、佩兰、砂仁芳香化湿,陈皮理气化痰,炒谷芽、炒麦芽、焦神曲消食和胃,增强食欲;小陷胸汤中黄连清热降火,全瓜蒌清热化湿,下气宽胸,半夏降逆化湿,散结除痞,三药合用可清热化湿,宽胸散结。

五诊时患者反酸已愈,胃脘痞满,口中异味,故方老予香砂六君子汤健脾和胃,调气化湿。

2.3 支气管炎合并咽炎案

患者,女,46岁,1998年7月27日初诊,主诉:咳嗽2年余。患者于2年前出现间断咳嗽,咽痒作咳,痰色白质黏量少,时轻时重,未予系统诊治,近来咽痛,咳嗽。刻下症见:间断咳嗽,咽痛,咽痒作咳,痰色白质黏量少。舌洁,脉平。西医诊断:慢性支气管炎,咽炎;中医诊断:咳嗽,肺气失宣、咽喉不利证。治法:调和肺气、化痰利咽;予止咳散加减,方药组成:炙紫菀 10 g,白前 10 g,炙百部 6 g,苦桔梗 10 g,炙甘草 6 g,陈皮 10 g,荆芥 6 g,薄荷 3 g(后下),苦杏仁 10 g,炙枇杷叶 6 g,连翘 12 g,鱼腥草 15 g。6剂,1剂/d,水煎服。

1998年8月3日二诊:患者咽痛较前缓解,其余病情无明显变化,仍久咳,咽喉不利。舌淡苔少,脉缓。上方去连翘、鱼腥草,加炙桑白皮 10 g、炒薏苡仁 15 g。6剂,煎服法同前。患者坚持服药1月余,咳嗽、咽喉不利感均缓解。

按:该病案依据时间维度,判定为咳嗽中后期肺气失宣,咽喉不利证,治疗以调和肺气,化痰利咽;依据功能维度辨明肺、脾胃关系密切,以调气化痰利咽过程中,兼以炒薏苡仁、炙甘草等健脾利湿;依据结构维度定位咽喉、气管、支气管。患者咳嗽日久,近日咽痛,后转为咽喉不利,则所在解剖部位层次主要在咽喉,风热之邪循行达咽喉,导致咽痛,咽喉、会厌的开合为呼吸的吐纳、肺气的宣降提供基础与条件。因此,方教授在止咳散调和肺气基础上,首诊加薄荷疏肝、开音、利咽,连翘化痰、散结、利咽,鱼腥草消痈、排脓、利咽。二诊针对咽喉不利,加炒薏苡仁健脾散结,枇杷叶清肺止咳,薄荷利咽开音,后病情好转。

3 结语

国医大师方和谦运用“时间-功能-结构”三维辨证体系,首先,注重时间维度分清咳嗽时期,咳嗽初期以解表祛邪^[12]为主,中期采取扭转截断法,末期针对病机虚实,或攻逐实邪,或扶正补虚;其次,根据中医脏腑理论,辨明肺至脾、肾、

心、肝的脏腑传变,采取健脾利肺^[13]、滋养肺肾、养心宁肺、清肝肃肺^[14]等多脏同治法,重在和调五脏、通畅气血;最后,根据西医解剖学结构维度,明确鼻、咽、喉、气管、支气管、肺、胃、食管等病位所在,谨守病机,加用引经药直达病所。方老将三维辨证有机结合,遵循调气、化痰原则治疗咳嗽的诊疗思路,可以更有效地解决复杂的临床问题,值得学习借鉴。

参考文献

- [1] ZHONG S,BAI LP,LIU XD,et al.Cough inhibition activity of schisandra chinensis in guinea pigs[J].J Med Food,2021,24(4):348-357.
- [2] 权红.方和谦论著集[M].北京:科学出版社,2015.
- [3] 李文泉,范春琦,权红,等.方和谦学术思想研究[J].中医杂志,2010,51(6):491-494.
- [4] 张丽秀,刘铁军,杨海森,等.感冒后咳嗽中医病因病机研究[J].吉林中医药,2021,41(1):130-134.
- [5] 范春琦.方和谦医案医话集[M].北京:科学出版社,2015.
- [6] 曹锐.方和谦辨治咳嗽医案分析[J].北京中医药,2012,31(1):26-27.
- [7] 汪忠镐,吴继敏,胡志伟,等.中国胃食管反流病多学科诊疗共识[J].中华胃食管反流病电子杂志,2020,7(1):1-28.
- [8] JAYAPRAKASH N,SONG W,TOTH V,et al.Organ-and function-specific anatomical organization of vagal fibers supports fascicular vagus nerve stimulation[J].Brain stimulation,2023,16(2).
- [9] 权红.方和谦运用调和肺气法治疗咳嗽临床经验[J].北京中医药,2011,30(9):662-663.
- [10] 刘存勇.中医诊治咳嗽的时间医学探讨[J].中国中医基础医学杂志,2011,17(11):1276-1278.
- [11] 陈肖霖,张诗军.湿浊转运与脏腑功能关系的研究进展[J].中华中医药学刊,2013,31(6):1283-1284.
- [12] 万力生.从风咳辨治小儿咳嗽变异性哮喘思路探讨[J].北京中医药,2023,42(3):254-255.
- [13] 钟巍,姚卫海.自拟“宣肺利咽抗敏方”治疗肺气失宣兼脾湿肝热型感染后咳嗽疗效观察[J].北京中医药,2022,41(7):799-801.
- [14] 孙文丽,任传云,张晶,等.基于数据挖掘分析武维屏治疗咳嗽变异性哮喘用药规律[J].北京中医药,2022,41(1):69-72.

Exploration of FANG He-qian's experience in treating cough with three-dimensional syndrome-differentiation system

GONG Xue-feng, CAO Rui, ZHANG Jiu-hong, ZHAO Shi-tong, ZHAO Tie-liang, QUAN Hong

(收稿日期:2023-06-19)