

# 慢性咳嗽中医药治疗再探讨

● 洪广祥\*

关键词 慢性咳嗽 中医药 治疗经验

钟南山院士撰文以“共同努力,提高国内慢性咳嗽的诊治水平”为题,强调“咳嗽是临床上的一种常见病,特别是胸部X线无明显异常的慢性咳嗽,约占呼吸专科门诊的20~30%,临床误诊、误治率高,给患者的工作、生活和学习带来严重困扰。咳嗽已成为临床医生和患者面对的一个重要问题”。

临床通常将以咳嗽为唯一症状或主要症状,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,这就是《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。但其它脏腑的功能失调,都有可能影响到肺,引起肺气宣降不利,肺气上逆而作咳。患者大多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。

由于慢性咳嗽病因复杂,因而给治疗带来一定的难度。现将我的阶段性体会介绍如下,便于作进一步的思考。

## 1 咳嗽证候沿革

最早对咳嗽的分类以脏腑命名,分为肺咳、心咳等五脏咳,以及胃咳、胆咳等六腑咳。隋代《诸病源候论·咳嗽候》有十咳之称,除五脏咳外,尚有风咳、寒咳、支咳、胆咳、厥阴咳等。明代张景岳将咳嗽分为外感、内伤两类。近代,基本上遵循张景岳对咳嗽的辨证分类,进行施治用药。但从临床实际来看,目前外感内伤咳嗽的证候分类已难以覆盖咳嗽证候的全部,明显影响临床的有效指导。我认为,从科学发展的角度西医所称的慢性咳嗽应列入中医咳嗽证候中。西医所称的慢性咳嗽既然定位为“慢性”,我认为,应属中医内伤咳嗽范畴。外感六淫常为其发病诱因。其所表现的外感证候可列入标证或兼证范畴。临床经验也表

明,多数慢性咳嗽患者有多年反复发作的病史。因此,将慢性咳嗽纳入中医内伤咳嗽范畴是恰当的。

中华医学会呼吸病分会哮喘学组制定的《咳嗽的诊断与治疗指南》较为系统的补充和完善了中医咳嗽证的临床辨证思路。在古代中医文献中,很早就提出了“五脏六腑皆令人咳”和“十咳”之称的理论体系,说明古代临床家已知晓咳嗽病因的复杂性和治疗上的难度。但后世未能在深入继承的基础上发扬,而是长期停留在张景岳对咳嗽证的分证思路的基础上未能进一步更新。

## 2 咳嗽病机

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。中华医学会呼吸病学分会哮喘学组制定了《咳嗽的诊断与治疗指南》(2009版),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%。个别嗜酸性细胞支气管炎也是慢性咳嗽的重要原因。

笔者认为,此种咳嗽的发生与“肺系”、“胃系”和“肝”三者的气

\* 作者简介 洪广祥,男,著名中医学家。教授、主任医师,北京中医药大学中医内科学博士生导师,国务院特殊津贴获得者。全国首批500名老中医药专家学术经验继承工作导师,本刊学术顾问。

● 作者单位 江西中医学院(330006)

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。

### 2.1 “肺系”“胃系”概念诠释

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,而致咽痒咳嗽;或肺受邪侵而失清肃之性,又能影响喉舌的发音功能而出现声嘶,语音重浊等症状。反之,肺主气司呼吸,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。

“胃系”一词在《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。”《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“癔球症”,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。

### 2.2 “肺系”、“胃系”与“肝”三者相互关系

2.2.1 从经络走向看 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》)。“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……其分支从肢分出,穿过膈肌,向上注入肺,交于手太阴肺经,可见肝经与“肺系”、“胃系”亦关系密切。

2.2.2 从生理病理关系看 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,尤在经《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,气机拂郁,化火化风,循经上扰于咽喉,可现咽喉作梗,或咽喉发痒,影响肺气宣发而致咳嗽频作。

“慢性咳嗽”患者常因兼挟肝气偏旺,曾现“木火刑金”而“咳嗽不易缓解的情况”通过“治肝达肺”咳嗽可迅速解除。在胃食管反流患者中较易多见。

由此可见,无论外感内伤影响肺气宣肃,胃气通降,肝失条达,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。

### 2.3 正虚邪实气机逆乱为慢性咳嗽全程病机

从慢性咳嗽患者体质来看,大多有肺脾气虚,甚至气阳虚弱的表现。所谓“邪之所凑,其气必虚”“正虚之处,便是容邪之地”。如素患慢性咽炎、慢性鼻炎、慢性胃炎,过敏体质、易反复感冒等慢性病史的患者。且发病后大多接受大输液、抗生素、清凉润喉药和清热解毒中药等,以致正气更伤,邪气郁遏,气机逆乱,故缠绵难愈。这就是慢性咳嗽的病机特点。

### 3 辨证施治

由于慢性咳嗽的病因复杂,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,通过多年的探索和研究,现将慢性咳嗽的辨证施治初步方案整理如下:

**3.1 痰滞咽喉证** 是指鼻部疾病引起分泌物倒流鼻后和咽喉等部位,直接或间接刺激咳嗽感受器,导致以咳嗽为主要表现的综合征。即鼻后滴漏综合征。是引起慢性咳嗽最常见病因之一。除了鼻部疾病外(如过敏性鼻炎、鼻窦炎、非过敏性鼻炎),还常与咽喉部的疾病有关,如变应性或非变应性咽喉炎、喉炎、咽喉部新生物、慢性扁桃体炎等。

证候:发作性或持续性咳嗽,咳嗽以白天为主,入睡后较少咳嗽;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。

咽喉局部泛红,小粒泡大片增生。甚致有较多分泌物粘附。

病机:痰阻咽喉,郁而化热;气机逆乱,肺失宣肃。

治法:清咽利窍,调畅气机,降气止咳以治标实。证候缓解后,以固护肺气,调理脾胃善后。

方药:清咽利窍汤(经验方):荆芥 10 克,薄荷 10 克,桔梗 15 克,木蝴蝶 10 克,牛蒡子 15 克,苏叶 15 克,桃仁 10 克,百部 15 克,射干 10 克,辛夷花 10 克,苍耳子 10 克,生甘草 10 克。

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,为一切风火郁热之疾,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粘液易于排出,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,同时又具有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,常兼挟痰滞征象,痰滞咽喉不仅易生痰,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、止咳平喘为其见长。

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。如咽喉干燥较甚者,可加元参、麦冬以养阴润燥;局部

瘀血明显者,可加丹皮、赤芍以活血散瘀。

**3.2 胃逆侮肺证** 指胃酸和其他胃内容物返入食管导致以咳嗽为主要表现的一种胃食管反流性疾病的一种特殊类型。是慢性咳嗽的常见原因。

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、胸骨后烧伤感;或伴有咽干、音哑等。舌质红,苔白黄腻,脉象弦滑。胃液 PH 值检测是最敏感和特异的诊断胃食管反流的方法。

病机:胃逆侮肺,肝胃失和,气机逆乱。

治法:和胃降逆,清肝泄热,调畅气机以治标实。证状缓解后,重在调理脾胃以治原发病。

方药:旋覆代赭汤合半夏泻心汤加减。

旋覆花 10 克(布包),代赭石 20 克,法半夏 10 克,生姜(或干姜)10 克,炙甘草 10 克,西党参 15 克,川黄连 6 克,川楝子 15 克,大枣 6 枚,枇杷叶 10 克,煅瓦楞 15 克(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,上逆侮肺;半夏、生姜、枇杷叶和胃降逆,气逆平,则噎气自除;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。

**3.3 寒邪客肺证** 此证类似西医咳嗽变异型哮喘。为哮喘病的一个特殊亚型。咳嗽是其惟一或主

要临床表现,无明显喘息,气促等  
症状或体征,但有气道高反应性。  
这里所指的寒邪,应包括内寒和  
外寒。

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原则,  
提高机体的抗邪能力,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,  
脉弱,如兼挟外感风寒,可显浮脉,  
舌苔薄白或白微腻。

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  
缓解者为重要判断标准。

病机:气阳虚弱,寒邪客肺,肺  
失宣肃,气逆作咳。

治法:温散肺寒,宣肺止咳以  
治标实。症状缓解后,重在益气温  
阳,固护卫气。

方药:温肺煎(经验方)

生麻黄 10 克,细辛 3 克,生姜  
(或干姜) 10 克,紫菀 10 克,款冬  
花 15 克,矮地茶 20 克,天浆壳 15  
克。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、金荞麦根。

病情基本缓解,可用温阳护卫  
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  
对外感环境的适应能力,以减少  
发作。

3.4 湿热郁肺证 此证类似西医

嗜酸类细胞性支气管炎。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,痰嗜酸细胞大于或等  
于 2.5%。口服或吸入糖皮质激素  
治疗有效。

这是一种以气道嗜酸粒细胞  
浸润为特征的非哮喘性支气管炎,  
气道高反应性阴性。近年来国内  
外研究结果发现,有 7~33% 的慢  
性咳嗽是由 EB 引起。EB 作为慢  
性咳嗽的常见病因已成为广大专  
家的共识。目前 EB 的病因不明,  
可能与过敏或变应性因素有关。  
据广州呼吸疾病研究所对慢性咳  
嗽病因诊断研究显示,在我国嗜酸  
细胞性支气管炎是慢性咳嗽的首  
位原因(22%)。

笔者观察慢性咳嗽确诊为嗜  
酸细胞性支气管炎者,其临床表现  
多见湿热郁肺证候。通过宣湿透  
热方药可获较好疗效。

湿热致咳《内科学》教材中未  
作表达,其实在临床上也是咳嗽证  
中的常见证型,可能把它包含在痰  
湿咳嗽中。但这种表达是不尽合  
理的。因为痰湿咳嗽以咳嗽痰多,  
痰白而粘或清稀为主要表现。而  
慢性干咳中的湿热郁肺证是以慢  
性干咳,有少许粘痰,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。因此  
在慢性干咳门中应单列门户。

证候:慢性干咳或晨咳,有少  
许粘痰,伴胸闷和气道作痒,呼吸  
不畅,咯出粘痰则舒;晨起口粘腻,  
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。

部分患者对油烟、灰尘、异味  
或冷空气比较敏感,常为咳嗽的诱  
发因素。

病机:湿热郁肺,肺气失宣。

治法:清化湿热,宣畅肺气以  
治标实。症状缓解后,重在益气护  
卫,温运脾阳,透解血分瘀热。

方药:麻黄连翘赤豆汤加减。

生麻黄 10 克,南杏仁 10 克,桑  
白皮 10 克,赤小豆 15 克,连翘壳 15  
克,苍术 10 克,土茯苓 15 克,晚蚕  
砂 30 克,厚朴 10 克,法半夏 10 克,  
茵陈 20 克,枳实 30 克。

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  
所致的风水、皮肤湿热疹、湿热壅  
滞的水肿等。而笔者通过实践,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  
吸所将嗜酸细胞性支气管炎列为  
慢性咳嗽的首位,明显高于我国其  
它地域 5% 发病率。这显然与南  
方气候多霉湿有关。嗜酸细胞的  
增值与霉湿环境、气候因素有一定  
的关系。从中医临床角度看,嗜酸  
细胞增多的有关疾病,似与湿邪和  
湿热密切相关。湿为阴邪,其性粘  
滞缠绵,挟寒者为寒湿,挟热为湿  
热。中医药对湿邪或湿热所致病  
证临床有独特疗效,可以说是中医  
的一大优势。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”,是一个表里双  
解,双向调节,治疗慢性干咳湿热  
郁肺的良方。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》),且对变态反应的影响甚为明显,同时,其与有较强的抗过敏活性的枳实相配伍,对抑制嗜酸性细胞性支气管炎的变态反应,必然会起到相得益彰的效果。

**3.5 感冒后咳嗽** 《咳嗽的诊断与治疗指南》(2009版)在亚急性咳嗽的诊断与治疗中,指出“亚急性咳嗽最常见的原因是感染后咳嗽。”并指出“当呼吸道感染的急性期症状消失后,咳嗽仍迁延不愈。除呼吸道病毒外,其他病原体如细菌、支原体和衣原体等均可能引起感染后咳嗽,其中以感冒引起的咳嗽最为常见,故又称为“感冒后咳嗽”。通常持续3~8周,X线胸片检查无异常。大多数对抗生素治疗无明显效果。

证候:多表现为刺激性干咳或咳少量白色黏液痰,咳声偏重浊,

鼻窍不利,咽喉作痒,痒则咳嗽,舌苔薄白或腻,脉浮滑。

病机:风寒郁肺,余邪未清,肺失宣肃

治法:温散肺寒,宣畅肺气以治标实,症状缓解后重在温阳益气,固护卫气。

方药:温肺煎或小青龙汤加减。

感冒后咳嗽病因虽多为风寒郁肺,但也可出现风寒挟湿或湿郁化热之证候。前者可考虑用五积散《和剂局方》解表达里。所谓五积因其“能散寒积、食积、气积、血积、痰积、故名五积。”此方为阴阳表里通用剂,具有解表温中除湿作用,是发表温里,一方统治多病的好方子。后者可在温散肺寒方药基础上,配合麻黄连翘赤豆汤以清化湿热。如风寒郁而化热可配合麻杏甘石汤以清泄肺热。临床要注意兼挟证候的准确处理,这对感冒后咳嗽的临床疗效甚为关键。切忌盲目反复使用苦寒之剂重伤

肺阳,致使寒邪冰伏,咳嗽更难治愈。

由于慢性咳嗽的病因复杂,涉及面较广,临床易出现治疗上的盲目性。慢性咳嗽的病因诊断需要一定的设备和技术条件,对基层医院或经济条件有限的患者难于实施。因此。当客观条件有限时,经验性治疗可作为一种替代措施。所谓经验性治疗,是指在病因诊断不确定的情况下,根据病情和可能的诊断给予相应的治疗措施,通过治疗反应来确定或排除诊断。

中医药治疗慢性咳嗽应尽量实施辨病与辨证相结合的方法,即能体现病因治疗,也能遵循辨证施治的经验性治疗。如果西医因诊断不明的情况下,准确地应用辨证施治的方法也能取得较好效果。鉴于慢性咳嗽的中医药治疗尚缺乏成熟经验,上述介绍的内容是本人在近几年对慢性咳嗽的临床科研中积累的一些体会,还需要继续探索和完善。

(上接第7页)

哕而腹满,视其前后,知何部不利,利之即愈。”本条讲的是对哕证的治疗方法。在哕证并见腹满时,要考虑到其成因可能会是二便不利,气机不能下通而形成,所以要“视其前后”,即诊察大、小便情况,以了解哕证产生之原因,因大便不通,内实气逆者,通下大便以降气逆;因小便不通,气不下行而上逆者,利其小便则气降哕止。

以上两条分别从虚实寒热两个方面讲了哕证之病因病机与治疗。第380条是由虚寒而致之哕,

第381条是内实阻隔而致之哕,虽方剂未见,而治法已备。

## 5 四大类证之实质

以上所述厥阴病篇之四大类证,究其实质都不是厥阴经之本病,而是病变过程中他经他脏之病变。如厥证之热厥,应是阳明之病变;寒厥是少阴之病变;痰厥、水厥是胃腑之病变;血虚厥是心、肝、脾三脏血虚之病变;鱿厥是胃、肠、胆道之病变。利证中之热利是阳明、

胃肠之病变;寒利是太阴脾、少阴肾之病变。呕证、哕证也皆肝胃之病变。而这些病证更多的是常见于临床杂病中,笔者对厥、利、呕、哕四证约略统计,在临床疾病谱中至少占三成以上。就厥证而言,笔者所遇病例中至少有四分之一,都患有轻重不同程度的手足厥冷,尤其是女性患者,有近一半人常以手足凉为主证而来就诊。所以,厥阴篇之四大类证,决非厥阴病,也非必须是伤寒病后期所当见。