

原丹基于脏腑风湿学说治疗小儿慢性咳嗽经验^{*}

陈映龙 原丹[▲] 黄鑫鑫 吴宇焱 柯滢滢 曾诗仪 林倩

摘要 小儿慢性咳嗽病因复杂、病机多变,若失治迁延,将对患儿的生理功能、心理状态及生长发育造成多方面影响。原丹教授基于全小林院士“脏腑风湿”理论治疗小儿久咳,经验丰富。其认为外感风寒湿邪为发病的始动因素,痰瘀伏留为致病的关键环节,肺脾气虚为病机的根本。治疗上强调在祛邪外出的同时,重视内在病机,识病入微,临床常用调畅气机、祛痰渗湿、化痰通络等治法,并始终顾护肺脾正气,用药审慎,疗效显著。

关键词 小儿慢性咳嗽;脏腑风湿;学术思想;原丹

儿童慢性咳嗽通常定义为病程超过4周,咳嗽为唯一或主要临床表现,且胸部X线检查未见明显异常^[1]。其病种繁多,儿科门诊以咳嗽变异性哮喘、呼吸道感染后咳嗽、非哮喘性嗜酸粒细胞性支气管炎、过敏性(变应性)咳嗽等最为常见^[2]。西医主要以对症治疗为主,包括支气管扩张剂、吸入性糖皮质激素、抗组胺药及抗感染药物等,可在短期内有效缓解症状,但具有易复发、难根治、有一定的不良反应等局限性,疗效欠佳。中医学强调辨证论治和整体观念,对小儿肺系疾病的治疗注重调整患儿的体质状态,标本兼治,具有减少发作次数、不良反应小等优势,尤其适用于小儿慢性咳嗽的长期调治。

原丹教授(以下简称为“原教授”)乃第四批全国中医临床优秀人才、福建省第二批基层老中医药专家师承指导老师,从事儿科呼吸专业临床与科研工作三十余载,学验俱丰。原教授在全小林院士“脏腑风湿”理论指导下,结合多年临证经验,发挥“血不利则为水”之旨,认为小儿慢性咳嗽与风、寒、湿、痰、瘀诸邪相合密切相关。笔者有幸跟师学习,现择其经验精要如下,以飨同道。

1 慢性咳嗽溯源

慢性咳嗽归属于中医学咳嗽病中“久咳”“顽咳”“内伤咳嗽”等范畴,病程迁延难愈是其显著的临床特征^[3]。《素问·咳论》提出“五脏六腑皆令人咳,非独肺

也”的五脏咳论观,乃后世治咳之纲领;书中还明确提及“久咳”一词,如“五脏之久咳,乃移于六腑”“久咳不已,则三焦受之”等。而后历代医家对久咳多有论述,如明代张介宾在《景岳全书》中将咳嗽分为“外感咳嗽”与“内伤咳嗽”,慢性咳嗽多符合内伤咳嗽的辨证范畴;《诸病源候论·久咳嗽候》曰“久咳嗽,是连滞岁月,经久不瘥者也”;明代李中梓在《医宗必读·咳嗽》中提出“久嗽有痰者,燥脾化痰,无痰者,清金降火”等。

现代医家对小儿慢性咳嗽的认识各有发挥。如晁恩祥教授主张从风咳论治,认为该病多与风痰壅盛相关,乃邪气内伏于肺,肺气失宣,累及脾脏,脾虚生湿、湿停成痰所致^[4]。安效先教授认为,儿童慢性咳嗽的病机特点以风、热、痰、瘀、虚为主,瘀血阻络是病久不缓解的重要因素^[5]。马艳东主任紧扣“浊郁肺络”基本病机,提出“痰湿瘀三气杂至合而为浊”的病理新机制^[6]。汪受传教授提出,本病病因病机复杂,病位涉及多脏,提出宣发、肃降、燥湿、涤痰、祛风、化滞、益气、养阴等治咳八法,根据证候灵活施治^[7]。

2 从脏腑风湿角度探讨小儿慢性咳嗽病因病机

全小林院士提出的“脏腑风湿论”指出,风、寒、湿等外邪不仅可侵犯肌表经络,更能由表入里,伏留体内成为“伏邪”。诸邪相合,或从阳化热而成湿热,或从阴化寒转为寒湿,久则深入血络,形成顽疾^[8]。原教授基于此学说,结合多年临床经验,认为小儿久咳多夹瘀。其病机关键在于:风、寒、湿郁积于内,肺气失宣,津液不布,凝而成痰;加之小儿纯阳之体,气血生长旺盛,痰湿内阻易致血行不畅而成瘀。故小儿慢性

^{*}基金项目 国家中医优势专科建设项目(No. 国中医药医政函[2024]90号)

[▲]通信作者 原丹,女,主任医师,教授,博士研究生导师。主要从事中医药防治小儿肺系、脾胃系疾病研究。E-mail:522398229@qq.com

• 作者单位 福建中医药大学附属福州中医院(福建 福州 350001)

咳嗽病因病机与风、寒、湿、痰、瘀密切相关,咳嗽反复发作,久则耗损正气,总属本虚标实之证。

2.1 风寒湿外袭为先导 《素问·咳论》云“皮毛者,肺之合也。皮毛先受邪气,邪气以从其合也。其寒饮食入胃……则为肺咳”,明确指出风寒湿邪为肺咳发生的诱因。肺为娇脏,其位至高,形如华盖,开窍于鼻,外合皮毛,与自然界息息相通。风寒湿邪既可乘虚从皮毛腠理而入,循经传络,亦可自口鼻直接侵及肺系。原教授指出,现代生活环境异于古时,不少家长溺爱子女,日常调护往往失于适度,如避热贪凉、饮食生冷、汗出当风等,均易使风寒湿邪外侵,肺气宣降失常,则咳嗽反复发作,日久难愈。风寒湿乃致咳的重要病因,亦是临床诊治小儿咳嗽需明辨之首要。

2.2 正虚内伤为本质 原教授认为,小儿慢性咳嗽的发病与小儿“肺、脾常不足”的生理特点紧密相关。其规律总结有三:一则感邪即发,缘于肺常不足,卫外功能薄弱,适应环境气候变化的能力较弱,故外邪得以直中;二则传变迅速,小儿脏腑娇嫩,形气未充,且脾常不足,运化失健,痰湿易生,故外邪犯肺之后易夹痰夹滞,病情变化较快;三则缠绵反复,学龄儿童往往病后急于复学,调理不彻底,正气未充,以致稍感外邪即引动宿疾。因此,原教授施治时注重顾护肺脾正气,在祛风除湿、化痰通络之余,佐以健脾益气、补肺固表之药,肺脾同治,使小儿体质得以改善,卫外之力日增。

2.3 痰瘀互结为宿疾 肺为水之上源,主宣发肃降、通调水道。外感风寒或风热之邪,皆可致肺气失宣,进一步加重水液代谢障碍,水液内停,上泛为痰,下蓄为饮,形成痰饮之宿根。痰饮作为继发性致病因素,又可阻滞气机,缠塞络脉,导致血行不畅,由痰致瘀,终致痰瘀互结,深伏肺络,此为咳嗽迁延不愈、反复发作的关键病机。原教授参悟张仲景“血不利则为水”之说,认为血水同源,并行而互参,瘀血阻滞络脉,可进一步妨碍津液正常运行,使水病加剧^[9]。《血证论·瘀血》言及“血积既久,亦能化为痰水”,明确指出瘀血能够化生痰饮,揭示了“血病致水”“瘀能生痰”的病理转化^[10]。临床可见久咳小儿咳痰黏滞、胸闷隐痛、面色晦暗、舌紫脉涩等痰瘀交阻之象。

3 遣方用药

仝小林院士治疗肺系风湿病,强调以散邪、透邪为先。若病邪入络、痰瘀内生,治当活血通络、化痰消瘀;若久病正虚,则以扶正固本为要,寓攻于补,使邪去正安^[8]。原教授临证施治不离其宗,或重在开郁透

达以宣畅气机,或主以消补兼施以化湿和中,或着眼于祛瘀通络以搜剔顽邪,疗效甚佳。

3.1 调畅气机,开邪出路 《素问·六微旨大论》曰“是以升降出入,无器不有”,意指气的升降出入是人体新陈代谢的基本形式,五脏六腑之气的运动维持了正常的生命活动^[11]。《素问·咳论》提出“五脏六腑皆令人咳”,明确了“五脏咳”即肺咳、心咳、肝咳、脾咳、肾咳^[12]。由此,原教授认为久咳虽为肺本脏的疾病,实则反映全身气机失调,心气不降、肝气横逆、脾气不运、肾气不纳,五脏气机升降失常,皆可上扰于肺,致肺气上逆而咳。原教授临证常根据脏腑气机失调的不同与主次灵活选方:若肺气郁闭,痰湿内蕴,常用葶苈大枣泻肺汤、小青龙汤、桂枝杏仁厚朴汤、定喘汤等调畅肺气;若久咳及肾,太阴已虚,见咳喘、气促等症,则予苏子降气汤、七味都气丸等补肾纳气;若胃气上犯,症见脘腹不舒,可化裁旋覆代赭汤、麦门冬汤、半夏泻心汤等和胃降逆。此外,原教授重视风邪兼夹,常随证加减:若伴肺窍不利之症,如鼻塞、流涕、喷嚏、鼻痒等,酌加辛夷、苍耳子、白芷、荆芥炭等解表通窍;若风寒化热,上攻咽喉,见咽痛、音哑,则投桑叶、菊花、牛蒡子、重楼等辛凉解表、清热利咽。其中,荆芥炭经炒制后性转收敛,功擅入血,原教授认为其通达表里气血,既可祛风解表,又能止涕涩肠,且敛而不助热、药性平和,尤宜小儿。

3.2 祛痰止咳,疏浚水道 儿童脏腑功能尚未充盛,即“生而未全,全而未壮”,与现代解剖认识相符。相比成人,婴幼儿的各级气管管腔相对狭窄,黏膜柔嫩,血管丰富,肺泡数量较少,弹力纤维发育不完善^[13]。因此,小儿肺络细小而易被痰饮阻滞。原教授认为,痰饮深伏肺络,遇外感而发,可随体质从阳化热或从阴化寒。临床常据证选用以下方剂:若痰饮偏寒,常用苓桂术甘汤、小青龙汤以温化痰饮;若痰热内扰,可选温胆汤、麻杏石甘汤以清化热痰、宣肺平喘。原教授认为,痰饮因风寒湿交结而成,寒、阴为其根本属性,故喜用桂枝或佐少量肉桂以温化水饮,两者的多种有效成分均有抗炎、抗病毒的功效^[14-15],既能化内蓄的病理产物,又能起到祛除外邪的作用。原教授还常以白芥子、肉桂为主药调制熨肺膏,敷于小儿胸背部双肺区域,通过中医外治,温通肺络以祛痰宁嗽。该法对于小儿咳喘诸证,无论急慢,均有助排痰、病后调理的作用,临床应用数年,口碑载道。

3.3 活血化瘀,通达经络 叶天士有言“初病在经,久病入络,以经主气,络主血”,指出凡病日久,伤及血

络,导致瘀血内停^[6]。慢性咳嗽患儿痰饮久羁,必然由气分深入血络,与瘀血互结,此即“痰瘀入络”之病态。津血同源,津病及血,血病亦能及津,正如《景岳全书·杂证谟》所言:“而痰涎本皆血气,若化失其正,则脏腑病、津液败,而血气即成痰涎。”^[17]基于“久病入络”及“血不利则为水”之论,原教授在利湿祛痰的同时常佐活血通络之品以肃肺络,如当归-川芎药对活血化痰、通经入络;红景天补气养血、和血行瘀;马鞭草、虎杖散瘀消肿、利水渗湿等。原教授善用虫类药物,取其搜剔通络之功,如地龙、鳖甲、僵蚕、蝉蜕、土鳖虫等以破血逐瘀。虫类药物为血肉有情之品,善行攻窜,能深入病所,推陈致新,契合于久病血络郁滞的患儿^[8],止咳效如桴鼓。但因小儿脏器轻灵、即拨即应,而虫类药物多易致敏,故需注意投以少量,多药轮替,中病即止,以防药毒合戾。

慢性咳嗽患儿因病程迁延、反复外感,素体多虚。若投以补益力峻之品,恐难以吸收,反增脾胃负担。故原教授常用山药、大枣、莲子、枸杞、百合、肉桂等药食同源之品,以扶正强体,兼顾调养与运化。

4 验案举隅

王某,男,7岁1个月,2025年6月3日初诊。主诉:反复咳嗽6月余,再发1天。现病史:2024年12月初有支原体肺炎病史,停用孟鲁司特、西替利嗪后咳嗽反复,外感后尤甚。曾于外院调治,症状可暂缓,但时有反复,最长间隔1周即再发,遇风冷易复咳。1天前遇冷后咳嗽又作,23时咳嗽增多。辰下症:干咳,夜咳多,鼻塞,流清涕,时诉腹痛(休息或热敷可缓解),目眵多而质黏,纳可,寐尚安,睡时揉眼,大便偏稀,小便尚可。既往鼻炎、喘息性肺炎、湿疹病史。查体:咽后壁滤泡稍充血,双侧扁桃体 I 度肿大,双肺呼吸音稍粗。舌淡红,苔白腻略滑,舌下络脉青紫,脉滑。中医诊断:咳嗽。中医证型:肺脾两虚,痰瘀互结。治法:益气固本,化痰散结,兼解表利湿。治疗上以解表散寒为要,处方予桂枝汤加减,药用:麻黄根 9 g,桂枝 18 g,姜半夏 6 g,满山红 10 g,红花 3 g,重楼 3 g,甘草 3 g。4剂,每日1剂,水煎 200 mL,早晚饭后温服。

2025年6月7日二诊:转为清晨5—6时阵咳,晨起打喷嚏,流清涕,晨起腹痛,发作时间短,可自行缓解,纳寐可,二便调。查体同前。考虑表寒已解、肺脾气机不畅,改予旋覆花汤合芍药甘草汤加减。药用:旋覆花 3 g,麻黄根 15 g,白芍 10 g,炙甘草 3 g,蜜紫菀 6 g,蜜款冬花 10 g,大枣 10 g,木蝴蝶 3 g,半边莲 10 g。6剂,每日1剂,水煎 200 mL,早晚饭后温服。

2025年6月13日三诊:辰下无咳,出入空调房偶有干咳1~2声,喷嚏显少,清涕减,腹痛未作,纳寐可,二便调。查体:咽后壁无滤泡、无充血,双侧扁桃体 I 度肿大,舌淡红,苔白滑,舌下络脉青紫,脉滑。考虑痰饮日蠲,遂改予防己黄芪汤加减。药用:黄芪 30 g,防己 3 g,醋鳖甲 3 g,土鳖虫 3 g,虎杖 15 g,马鞭草 9 g,当归 6 g,苏木 3 g,大枣 10 g。6剂,每日1剂,水煎 200 mL,早晚饭后温服。

2025年7月15日电话随访,家长告知前诊药后咳、涕皆止,未再发作。

按 本例患儿既往有支原体肺炎病史,久咳缠绵,辗转多医,致肺脾不足,痰饮内伏,卫外不固,外邪引动伏邪而为病,又素有“鼻鼾、湿疹”等病史,故每次发病以咳嗽、鼻塞、流涕为主症。脾为后天之本,主运化水谷精微。患儿时有腹痛、得温可缓、大便质稀,提示其脾土虚寒,中焦失于温煦,兼痰饮不化,肺络不利,气血运行不畅,结合舌下络脉青紫,可虑亦有“瘀”之病机,故当辨为肺脾两虚,痰瘀互结之证。初诊时,患儿初感风邪,结合脉、症当属风寒束表,虽有化热倾向,但热象不重,故予桂枝汤加减以解表散邪。方中桂枝配麻黄根,一散一收,调和营卫而解表邪;满山红苦寒降泻,为止咳祛痰良药,合姜半夏燥湿化痰;红花活血通络,助重楼清热利咽,合“久病入络”之机;甘草调和诸药。原教授认为,麻黄与麻黄根,一药为茎,一药为根,茎擅长解表而根长于收敛,正如《本草正义》所载麻黄根“轻扬走表之性犹存,所以能从表分而收其散越,敛其轻浮”,具固表而止汗之效。因患儿久病体虚,予麻黄根无过汗之虞,亦有存仿麻黄汤宣肺止咳之意。

二诊可见嚏出,咳嗽、腹痛转为晨起发作。清晨为阳气盛时,提示正气向复,祛邪外出,表寒已解,故转投旋覆花汤加减以宣降肺气。“诸花皆升,旋覆独降”,旋覆花可降肺气、止咳逆,且能“散结气、通血脉”^[19],与麻黄根相配,宣敛相因,共同调节肺气开阖;紫菀、款冬为润肺止咳常用药对,二者相须为用,有润肺下气、化痰止咳之效,常用于咳嗽诸证;兼合芍药甘草汤养血敛阴以缓腹痛绵绵;木蝴蝶清利咽喉以开宣肺气;半边莲清热解毒,可利水祛湿;大枣和胃且矫味适口。

三诊时患儿基本无咳,腹痛未作,其治应重在益气祛湿,消瘀化滞,故予防己黄芪汤加减。防己祛风利湿,合黄芪大补肺脾之气,以建藩篱;醋鳖甲滋阴潜阳,软坚散结,可消痰核、瘀结,合土鳖虫有豁痰止咳

速效;当归 6 g、黄芪 30 g,仿当归补血汤之意,可益气生血而补虚;虎杖、马鞭草清热散瘀;苏木活血通络,大枣顾护脾胃。原教授喜用防己、黄芪、鳖甲三药为底方加减,取防己黄芪汤、黄芪鳖甲汤方义,针对久咳本虚标实的病机,有通肺络、补气血、祛风湿之功。施治前后不过半月余,诸症悉平。

5 小结

小儿慢性咳嗽是儿科临床常见病证,其发生多因先天禀赋不足、后天喂养失当、日常调护失宜,致正气亏虚,邪气内伏。若遇气候骤变、过度劳累等诱因,则病情易反复或加重,甚则妨碍患儿正常生长发育与日常生活。原教授师从全小林院士,深研“脏腑风湿”学说,结合临床实际,形成从风、寒、湿、痰、瘀论治的学术思想。其强调审证求因,注重顾护脾胃之气,尤擅以调畅气机、化湿蠲饮、活血通络等法组合施治,用药轻灵,主张扶正以助祛邪,临证灵活化裁,获效颇佳。

参考文献

[1]中华医学会儿科学分会呼吸学组慢性咳嗽协作组,《中华儿科杂志》编辑委员会.中国儿童慢性咳嗽诊断与治疗指南(2013修订)[J].中华儿科杂志,2014,52(3):184-188.

[2]万莉雅,范永琛.小儿慢性咳嗽的常见病因及临床特点[J].临床儿科杂志,2005,23(6):411-413.

[3]史利卿,马建岭,杨凯,等.慢性咳嗽中医病因病机及证候学规律的认识与探讨[J].现代中医临床,2017,24(5):1-5.

[4]刘安琪,姜之炎.活用晁恩祥苏黄止咳方治疗儿童慢性咳嗽经验[J].中国中医基础医学杂志,2023,29(3):486-487,514.

[5]潘璐,安效先.安效先教授治疗儿童慢性咳嗽思路[J].中医儿科杂志,2011,7(3):11-13.

[6]赵龙辉,刘爱军.马艳东治疗慢性咳嗽经验[J].河南中医,2016,36(8):1329-1331.

[7]徐珊,汪受传.汪受传教授治疗小儿慢性咳嗽八法[J].中医儿科杂志,2010,6(6):1-3.

[8]全小林,刘文科,田佳星.论脏腑风湿[J].中医杂志,2013,54(7):547-550.

[9]原丹.试析“血不利则为水”及其儿科肺系疾病临床应用举隅[J].辽宁中医杂志,2022,49(10):28-31.

[10]李艳彦,梁琦.《血证论》水血相因思想初探[J].中医杂志,2015,56(9):731-733.

[11]常兴,张恬,隋雨言,等.脏腑气机升降理论的渊源探析[J].时珍国医国药,2018,29(6):1397-1399.

[12]王文洁,王敏,王蕾.基于咳嗽相关指南及“五脏六腑皆令人咳”理论认识慢性咳嗽辨治要点[J].中华中医药杂志,2023,38(12):5861-5864.

[13]江载芳,申昆玲,沈颖.诸福棠实用儿科学[M].9版.北京:人民卫生出版社,2022:1340-1342.

[14]李雪,赵婧含,吴文轩,等.桂枝的化学成分和药理作用研究进展[J].中医学报,2023,51(5):111-114.

[15]高铭哲,李婷,田晨琪,等.肉桂化学成分与药理作用研究进展[J].亚太传统医药,2021,17(11):201-205.

[16]崔冰慧,郑旭锐.叶天士“久病入络”学术思想及络治法探析[J].中医学报,2020,35(1):59-62.

[17]考希良,张伟.辨肺系病无形之痰[J].中医药信息,2013,30(3):1-3.

[18]田永林,龚婕宁.叶天士应用虫类药经验探析[J].新中医,2019,51(10):317-319.

[19]吕立刚,叶放.旋覆花及旋覆花汤类方古今源流及应用举隅[J].四川中医,2017,35(12):20-22.

(收稿日期:2025-09-03)

(本文编辑:金冠羽)

(上接第17页)

胀;加生龙骨收敛固涩,合诸补气药益卫固表;加柏子仁润肠通便;患者体重增长缓慢,故莲子加至 200 g,增强封藏之效;山药为药食两用之品,对慢性久病或病后,虚弱羸瘦、需营养调补而脾运不健者,乃调补佳品,故加山药补脾气、益脾阴。诸药合用,健脾益肺,补肾固卫,和调肺脾肾三脏,以清补、平补、通补为主。三诊后正邪、气机津液、脏腑渐和,体质改善,疗效满意。

参考文献

[1]崔霞,梁峻铭,郭简宁.儿童反复呼吸道感染中医诊疗指南(2024版)[J].中医杂志,2024,65(21):2275-2280.

[2]马融.中医儿科学[M].北京:中国中医药出版社,2016:70.

[3]孙金娇,农光民,曹玲,等.儿童反复呼吸道感染临床诊疗路径(2022版)[J].中国实用儿科杂志,2022,37(3):161-168.

[4]HUONG N X, HARRISON M, KASAHARA E, et al. The challenge of antimicrobial resistance in the Asia-Pacific: a pediatric perspective [J]. Curr Opin Pediatr, 2025, 37(2): 116-123.

[5]李德国,张磊.匹多莫德治疗小儿呼吸系统反复感染的临床效果[J].妇儿健康导刊,2024,3(8):110-115.

[6]张琦,彭榕华,高荣.浅析中医“和”思想内涵及“和法”的应用[J].福建中医药,2024,55(7):17-20.

[7]侯吟儿,王萌萌,桑果.桑果教授从“和稳论”论治小儿厌食症经验[J].中医儿科杂志,2025,21(2):33-36.

[8]司振阳,韩忠敏.膏方调治儿童反复呼吸道感染临证经验[J].北京中医药,2023,42(6):683-684.

[9]王丛礼.从《黄帝内经》治未病理论谈中医儿科膏方的应用[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(3):134-137.

(收稿日期:2025-09-24)

(本文编辑:黄明愉)