

燥热夹湿咳嗽治疗体会

赵新秀¹ 秦龙建²

主题词 咳嗽/中药疗法 燥热/中药疗法

燥热咳嗽是临床常见病证,若出现典型证候者,用桑杏汤治之,多有佳效,但临床证候往往错综复杂,燥热咳嗽亦常有兼夹之证,以燥热夹湿尤为多见。外感咳嗽,一般病情较轻而易治,唯因燥因湿所致者,其咳最为缠绵,极易转为内伤阴虚咳嗽和痰湿咳嗽,故方书有“燥咳每成癆”之说,若燥热又夹湿邪,则两邪相搏,病势更剧,病情更加顽固难愈,加之医者辨证不清,治疗润、燥两难,临床难以获得疗效。燥热夹湿的咳嗽相当于现代医学所指的急性支气管炎,但用抗生素及止咳药无明显疗效,常使咳嗽数月不愈,成为顽咳。临证若能辨别此证,在润燥清热的基础上,加用苦温燥湿之品,常可速见良效。

1 燥热夹湿咳嗽的病因病机

“燥者天之气,湿者地之气,水流湿,火就燥(石寿棠《医原·百病提纲论》)”。燥与湿是两种性质截然不同的邪气,在下列情况下可以出现燥热夹湿的病机,一因患者过食肥甘厚腻,耽饮酒浆,素体湿邪内蕴,秋季复感温燥之邪,耗伤肺津,肺中津液被耗,湿邪未化,导致燥热兼夹湿邪,郁阻肺气,肺失宣降,因而咳嗽;其二因燥热犯肺,燥性收敛干涩,除耗伤肺津外,又使肺气被敛,宣降失司,则津液失其敷布,凝聚成湿,燥热夹湿壅阻肺气,形成咳嗽;三因素体肠燥便秘,肺胃津亏,或者素体阴虚内热者,因着遇冷,感受风寒之邪后,一方面通过体质从化,风寒化燥化热,另一方面亦使肺气失于宣降,津停为湿,从而形成燥热夹湿的咳嗽。正因为燥湿并存为燥热夹湿咳嗽的根本病机,故石寿棠《医原·百病提纲论》指出:“夫燥郁则不能行水,而又夹湿”,“往往始也病燥,继则燥又夹湿”。喻嘉言《医门法律·咳嗽门》曰:“六气主病,风火热湿燥寒,皆能乘肺,皆足致咳,其湿咳分属于风火热燥寒五气之中”。可见燥热夹湿之病机是客观存在的。由于燥热与湿相搏,则燥热之邪不易外达,肺气宣肃失常,湿邪更加胶着难化,故形成难治之顽咳。

2 燥热夹湿咳嗽的临床表现

咳嗽频繁剧烈,咳热急剧,干咳无痰或少痰,鼻干咽干、口干而不欲多饮,胸闷不舒,肢体困重,大便干结或粘滞不爽,或伴鼻塞头痛,恶寒发热,舌边尖红、苔薄黄腻,脉浮数。从临床观察,燥热夹湿咳嗽除出现典型燥热咳嗽的症状外,其夹湿的特点为口干不欲多饮,口中粘腻,或兼头重,肢体困重等湿性重浊的症状。舌苔更是判断是否夹湿的主要依据,舌边尖红,或舌质淡红,苔必薄黄腻,或薄黄腻而干,或舌前虽燥,舌根苔厚腻而黄,皆为燥热夹湿之征。

3 燥热夹湿咳嗽的治则

其基本治则为疏风清热,润燥止咳,佐以化湿,湿化者燥邪易于外达。石寿棠在《医原·百病提纲论》指出:“燥病须防夹湿”,“燥为湿郁者,辛润之中,参苦辛淡以化湿”。若单纯润燥清热,予桑杏汤或沙参麦冬饮之类,虽然肺燥得润,但阴柔之品抑遏肺气,则湿郁更甚,肺气愈益不畅,临床可见咳嗽胸闷加重,甚则致喘促气紧。若单纯燥湿,则进一步耗伤肺气,肺叶失濡,加重干咳、咽干鼻干等症,甚则温燥助火引起咽喉肿痛,火伤血络导致咯血。在应用清润化湿的治法时应做到润燥而不滋腻,化湿而不温燥,以清润为主,佐以苦辛化湿实为上策,使肺脏得润,肺气得宣,清肃得施,气机畅达,津液得以敷布,则燥润湿化,咳嗽自止。

4 燥热夹湿咳嗽的方药

笔者常用桑杏汤合平胃散治疗,药用桑叶、杏仁、桔梗、沙参、浙贝母、豆豉、栀子、厚朴、制半夏、陈皮、茯苓、枇杷叶、百部、桑白皮、黄梨。方中桑叶、豆豉疏风解表,清宣燥热,杏仁、浙贝母、枇杷叶、百部、桑白皮润肺止咳,沙参、栀子、黄梨清热润肺,厚朴、半夏、陈皮、茯苓祛湿化痰,健脾理气。若大便干结者加瓜蒌润燥通便,咽痒甚者加薄荷、蝉蜕疏风止痒,痰中带血者加白茅根凉血止血。

5 临证体会

清润燥药性不可过凉。因肺为娇脏不耐寒热,用药过寒,凉遏肺气,湿郁难化,肺气不得宣展,其咳难平。尤其对于热势不甚者,治用清润燥应以药性和缓为佳。

化湿之药清灵为上。在化湿时应选用药性灵动,气味轻薄,上行入肺,以祛上焦之湿,除用平胃散外,苏

1 山西中医学院中医内科教研室,太原市晋祠路一段 65 号 (030024)

2 山西中医学院附属医院

收稿日期:2000-12-15

叶、前胡、竹茹亦可选加。石寿棠《医原·燥气论》亦指出：“其挟湿者，于辛润剂中，酌加薏仁、通草、茯苓、半夏之类，辛淡渗湿”，这些经验值得借鉴，临床可以灵活运用。

黄梨味甘性凉，归肺经，功能清热化痰、生津润燥，又不滋腻，是治疗燥热夹湿咳嗽不可缺少的良药。笔者常用梨1只带皮切块，作为药引入煎，以加强清热润燥之力。对于燥热津伤严重者，还可加用适量冰糖。

6 典型病例

刘某，男，30岁，干部。就诊日期：1999年10月15日。咳嗽40余天，患者平素嗜食肥甘厚腻，于40天前

因着凉后引起咳嗽，干咳少痰，咳势急剧，某医院诊断为“急性支气管炎”，经口服阿莫西林、止咳片等治疗3天，咳嗽未见好转，而改用静脉点滴，先后静点病毒唑、先锋霉素、头孢曲松月余，近6天来又配合服用汤剂桑杏汤、清金化痰汤，咳嗽非但不止反而日益加重。现症：咳嗽急剧而频繁，昼夜不止，干咳少痰，咳而不爽，痰粘难出，胸闷不舒，咽喉发痒，口干鼻干，四肢沉重，大便不爽，舌红、苔薄黄微腻而干，脉浮。证属燥热咳嗽兼夹湿邪。药用：桑叶、杏仁、豆豉、沙参、浙贝母、栀子、枇杷叶、百部、桑白皮、厚朴、陈皮、半夏各10g，黄梨1只为引。6剂后咳止而病愈。

斑蝥酸钠注射液配合治疗中晚期肝癌 34 例近期疗效观察

孙伟芬* 王惠杰* 黄伟贤* 李毅俊*

本科自1999年6月~2000年5月采用斑蝥酸钠注射液联合三苯氧胺(TAM)治疗中晚期原发性肝癌，并观察其近期临床疗效，总结报告如下。

1 临床资料

所有病例均经B超、CT等影像学诊断或病理学诊断结合酶学诊断及症状、体征临床诊断属中晚期原发性肝癌。总病例数34例，年龄分布38~72岁，中位年龄55岁；其中男28例，女6例；卡氏评分>40分，预计生存期>2个月；其中伴黄疸者24例，腹水者18例，肝区疼痛者23例；所有病例血浆甲胎蛋白(AFP)水平均>500ng/ml。

2 治疗方法

选用斑蝥酸钠注射液(贵州神奇药业生产，商品名奇宁)静脉用药联合三苯氧胺口服治疗。斑蝥酸钠静脉滴注，第1~14H，每日1次，每次1mg。第29天开始重复第2周期治疗，三苯氧胺10mg，每日2次口服。连用8周后评价疗效。

3 疗效评定标准及结果

3.1 客观疗效评定标准：治疗前后复查B超、CT等影像学检查。根据UICC实体瘤疗效标准，分为：肿瘤完全消失(CR)；肿瘤体积缩小≥50%(PR)；肿瘤体积不变或缩小<50%(PD)；病情进展，肿瘤体积增大或见新的病灶(SD)。

3.2 症状评定：观察治疗前后黄疸、肝区疼痛、腹水、食欲的变化情况。

3.3 观察治疗前后卡氏评分的变化：KPS评分增加>10分为有效；不变为稳定；减少为病情进展恶化。

3.4 复查治疗前后血浆AFP水平变化：观察AFP较治疗前降低、稳定、增加及转阴性病人数，观察治疗相关性副作用。

3.5 治疗结果：客观疗效：CR 0例，PR 6例，PD 24例，SD 4例，有效率17.6%。症状疗效：治疗前黄疸24例，改善8例，不变12例，恶化4例，有效率为33.3%；肝区疼痛23例，改善14

例，不变5例，恶化4例，总有效率为60.9%；腹水18例，改善7例，不变8例，恶化3例，总有效率为38.9%；食欲不振34例，改善20例，不变9例，恶化5例，总有效率为58.9%。卡氏评分变化：有效19例，稳定10例，恶化5例，有效率为55.9%。血浆AFP水平变化：转阴性2例，降低7例，稳定22例，增加3例，有效率为26.5%。治疗相关毒性副作用：治疗过程中，无治疗相关性肝肾功能改变；4例病人发生一过性静脉炎；2例病人发生轻度膀胱反应；1例病人可疑相关一过性低热，但病人均可耐受，不影响治疗过程。

4 讨论

中医认为，斑蝥有攻毒蚀疮、破血散结、抗癌作用。现代药理研究提示主要抗癌成分为斑蝥素。斑蝥酸钠系斑蝥素的半合成药物。电镜观察到，³H-斑蝥酸钠可以直接进入小鼠腹水肝癌细胞的核及核仁。从而证明本品能直接杀伤癌细胞，影响DNA及RNA的合成。最终抑制癌细胞的生长和分裂。斑蝥酸钠对S₁₈₀、U-14、艾氏腹水癌和肝癌腹水型有明显抑制作用且本药无免疫抑制作用，对骨髓无抑制作用，能升高白细胞，临床单药或联合化疗对原发性肝癌有一定疗效。肝脏为雌激素反应器官，有证据表明雌激素能诱发肝癌。它莫西芬(TAM)为雌激素受体拮抗剂，国外有资料证实，用TAM对不能手术的肝癌患者随机分组治疗，TAM组1年生存率为35%、40%AFP水平下降，而对照组无1年生存率。Farinati报告，治疗组1年生存率为22%，对照组为5%；AFP下降者治疗组占53%。故近年来国内专家认为对其它方法不能治疗的肝细胞癌，TAM是较好的姑息治疗药物。本治疗方案采用斑蝥酸钠联合TAM治疗，因病例少未能设对照组，但观察治疗近期疗效结果较满意。本组客观疗效有5例PR，有效率17.6%与化疗10%~20%相近；本组AFP有效率为26.5%与文献报道TAM治疗1年有效率相比稍低，考虑因本组治疗观察时间较短所致；临床疗效上，本组黄疸改善率33.3%，肝区疼痛改善率60.9%，腹水改善率38.9%，食欲改善率58.9%，症状改善率49.5%，卡氏评分55.9%增加，明显提高了患者的生存质量。

* 福建省泉州市中医院肿瘤科(362000)

收稿日期：2000-10-20