

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.05.024

病例报告

温肺化饮、肃肺止咳法治疗盐哮典型病例 1 例

刚晓超¹, 宫晓燕^{2*}, 朱同刚²

(1. 长春中医药大学, 吉林省长春市净月经济开发区博硕路 1035 号, 130000; 2. 长春中医药大学附属医院)

摘要 盐哮由于食盐过多引起, 之后每于食盐过多或感受风寒后发作, 临床发前患者常自觉咽部有咸水上涌, 随即发作, 喘促不已, 动则尤甚, 甚则喉间哮鸣有声, 不能平卧, 可伴有咽痒、咳嗽, 咳声多高亢或呈犬吠样, 咯痰色白等。通过对中医治疗盐哮典型病例的观察, 探讨盐之归经与盐哮发病人群之间的关系、盐之性味与盐哮发病季节之间的联系。认为盐哮的发病基础为肾虚, 主要与脾、肺、肝三脏关系密切, 治当以温药和之, 以温肺化饮、肃肺止咳兼以补肾。

关键词 盐哮; 温肺化饮; 肃肺止咳

“盐哮”又名“咸哮咳”, 明代张介宾首先提出其病名^[1], 清代何梦瑶、吴澄、林珮琴等后世医家也对其有所论述^[2]。何梦瑶《医碕》曰“食味酸咸太过, 幼时多食盐醋, 往往成此疾, 俗谓之盐哮。渗透气管, 痰入结聚, 一遇风寒, 气郁痰壅即发”^[3]。吴澄《不居集》曰“咸哮咳, 因食咸物所伤, 以致咳嗽不止”^[4]。林珮琴《类证治裁》曰“盐哮、酒哮、糖哮, 皆虚哮也”^[5]。本病在临床中多见于小儿及老人, 由于食盐过多引起, 之后每于食盐过多或感受风寒后发作, 本病发作前患者常自觉咽部有咸水上涌, 随即发作, 发作时喘促不已, 动则尤甚, 甚则喉间哮鸣有声, 不能平卧, 可伴有咽痒、咳嗽, 咳声多高亢或呈犬吠样, 咯白色痰等症状。本文通过中医药治疗盐哮典型病例 1 例, 探讨盐哮的发病机理及治疗方法, 为盐哮的预防及中医药治疗提供思路与见解。

1 病历介绍

患者, 男, 75 岁, 2016 年 3 月 17 日初诊。主诉: 发作性喘促、喉间哮鸣 16 年, 加重 1 个月。既往史: 患者 16 年前于外院诊断为支气管哮喘, 对症治疗后症状缓解出院, 出院后未规律服用药物。此后病情每于感寒、劳累后诱发, 每次发作均口服药物 (具体不详) 及静脉滴注头孢类药物治疗后缓解。期间疾病反复发作, 病情进行性加重。

2 年前患者开始出现食盐及含盐食物导致疾病发作, 静脉滴注头孢类药物治疗后症状缓解不明显, 平素低盐饮食但病情仍进展迅速。患者 1 个月前开始无法进食盐及含盐的任何食物, 饮食保证绝对无盐, 一旦食盐哮喘立即发作, 自行吸入解痉平喘药物后病情改善不明显, 自觉咽部咸水上涌, 随即咳嗽、痰多等症状加重。

刻诊: 喘促, 喉间哮鸣, 食盐后尤甚, 咳嗽, 咯痰色白、量多、有泡沫、质黏、不易咯出, 偶有胸闷、气短, 口干口苦, 心烦, 周身乏力, 食欲一般, 寐可, 二便正常。舌质暗淡、苔薄白略黄, 脉弦细数。查体: 精神疲惫, 面色晦暗, 桶状胸, 肋间隙增宽; 听诊呼吸音减弱, 双肺散在哮鸣音, 双下肺可闻及细湿啰音。肺 CT 示: 双肺纹理增强, 边缘模糊, 呈网状, 双肺有多发散在纤维条索影及点片状影, 两肺见磨玻璃样改变; 双肺散在多发支气管扩张, 桶状胸; 肺功能: 用力肺活量 (FVC): 76.0L, 一秒用力呼气容积 (FEV₁): 59.1L, 第一秒用力呼气容积占用力肺活量百分比 (FEV₁/FVC): 58.75%, 检查结果: 中重度混合性通气功能障碍, 小气道通气功能异常, 支气管舒张试验阴性, 肺储备 71% (使用支气管舒张药物布地奈德福莫特罗粉吸入剂后 5.5h), 肺弥散功能轻度减退, 残总比重度增高, 气道阻力增高。中医诊断: 哮病 (发作期, 盐哮)。西医诊断: 1) 支气管哮喘急性发作期; 2) 慢性阻塞性肺疾病 (GOLD II

* 通讯作者: gxy817@163.com, 13578790152

级,中度,急性加重期)。治宜温肺化饮、肃肺止咳兼以补肾;处方以小青龙汤加减:炙麻黄 6g,桂枝 10g,干姜 15g,细辛 3g,炙甘草 10g,白芍 25g,五味子 10g,炒白术 10g,泽泻 10g,陈皮 10g,炒杏仁 10g,天花粉 20g,党参 10g。4 剂,每日 1 剂,水煎服。

2016 年 3 月 21 日二诊:患者饮食过咸后偶有喘促、喉间哮鸣,每日食盐约 1~2g,偶咳,咯痰色白、量不多、有泡沫、质略黏、较易咯出,胸闷气短减轻,偶有口苦、心烦,周身乏力明显改善,饮食可,睡眠正常,二便正常。舌质暗、苔薄白略黄,脉沉弦细。听诊双肺散在少量哮鸣音,双下肺偶可闻及少量细湿啰音。患者服上方后,已逐渐从发作期向缓解期过度,外邪已渐解,但其人冲气上逆,寒饮尚存,故咯痰色白;饮邪犯胃,则喜唾涎沫;且患者久病肾虚摄纳失常,气不归元,里虚未除。治当补肾摄纳,温肺化饮。方用金匱肾气丸合苓甘五味姜辛汤加减:熟地黄 30g,山药 30g,山萸肉 15g,泽泻 20g,茯苓 20g,牡丹皮 15g,桂枝 15g,甘草 10g,干姜 15g,细辛 3g,五味子 10g,麦冬 30g,车前子 30g,姜半夏 10g。5 剂,每日 1 剂,水煎服。

2016 年 3 月 26 日三诊:患者症状基本消除,无喘促、喉间哮鸣、胸闷气短等症状,每日可少量食盐约 2~3g,偶有咳嗽,咯痰量少,饮食、睡眠、二便均正常。舌质淡、苔薄白,脉沉弦。听诊双下肺未闻及干湿啰音。继用前方 7 剂以巩固疗效,每日 1 剂,水煎服。

2 讨论

2.1 盐之归经与盐哮发病人群

盐味咸,《素问·宣明五气》曰“咸入肾”,故盐入肾经。后世又在此基础上有进一步的发挥,如《本草纲目》曰“盐,……走肺、肾”,《雷公炮制药性解》载“入肾、肺、肝三经”,《素问·至真要大论》曰“夫五味入胃,各归所喜攻,……咸先入肾”。陈士铎在《本草新编·水》中论述:“肾水乃先天之水,无形之水也,……食盐有益于肾水者。”《素问·生气通天论》云“阴之所生,本在五味,阴之五官,伤在五味”,即是说五味可以养五脏,若五味偏嗜或不及亦足以伤五脏。因肾为五味之咸所“喜攻”之脏,所以咸能入肾养肾滋肾水,但饮食过咸则首当伤肾使肾水泛滥,肾阳被伤。所谓“邪之所凑,其气必虚”,本病例中患

者年老命门火衰、肾阳亏虚,若饮食过咸,肾阳被盐所伤则更加虚衰,易发为盐哮,与老年肾精亏虚者相似的还有小儿肾气未充者。因此,老人与儿童皆属于肾气不足的人群,更易患盐哮,这一推论也与临床观察相符。所以,老人与儿童尤其需要注意固护肾气以及在饮食方面避免盐的过量摄入。

2.2 盐之性味与盐哮发病季节

《素问·阴阳应象大论》云“北方生寒,寒生水,水生咸。”同气相求,同味相生,故盐者味咸,寒也。何梦瑶《医碥·喘哮》^[3]曰“盐哮,……其发每在冬初。”冬初天气转寒,加之盐之寒,内外寒气相合而易致人发为盐哮。“每发于冬初”之论述有一定的局限性,因为不同地域即使相同季节的气候也仍有不同,通过对临床盐哮病例的观察,本病也可发于北方冬末春初寒冷时节。因此,在冬季及冬末春初寒冷之时,均为盐哮的易发病季节,此时易患人群需要注意避免盐的过量摄入及注意保暖。

2.3 盐哮发病与相关脏腑

通过对本病例的观察,我们认为盐哮的发病基础为肾虚,主要与脾、肺、肝三脏关系密切。

2.3.1 肾病及脾 肾病及脾是由于肾阳为一身阳气之根本,一则肾阳虚不能温煦脾阳,脾阳虚则土不制水,使肾水更加上泛,发为寒饮之邪,故发作前患者常自觉咽部咸水上涌;二则肾阳不足无以蒸腾多余的肾水,则肾水侮脾土使脾不能运化水湿而化生痰饮,痰浊壅盛,咳痰量多。寒饮之邪日久停积于内,成为盐哮发病的夙根。

2.3.2 肾病及肺 肾病及肺是由于一则肾阳虚子盗母气,使肺阳气不足,卫气不固,易受外邪侵袭,素有寒饮之人,遇外寒及咸寒之寒邪引触,每致表寒引动内饮,痰随气升,气因痰阻,互相搏结,壅塞气道使气道狭窄,气道挛急。如《证治汇补·哮病》载“因内有壅塞之气,外有非时之感,膈有胶固之痰,三者相合,闭聚气道,搏击有声发为哮病”,故见喘促、喉间哮鸣;又如《难经·四十九难》载“形寒饮冷则伤肺”,水寒相搏,内外相引,饮动不居,肺失宣降,则咳嗽、咯痰。二则肺肾二脏在经络上又有相关性,《灵枢·经脉》载“肾足少阴之脉,其直者,从肾上贯肝隔,入肺中”,肾阳虚不能纳气无助于肺肃降,使气机郁滞于内,气还肺间则使肺叶胀满,则胸闷、气短。

2.3.3 肾病及肝 肾病及肝主要在春季表现明显,当春季自然界万物始生之时,天人相应,人体阳气

也当开始升发,人体五脏之中肝属木,应春季,主升发,故春季肝阳、肝气最需升发。肝肾乙癸同源,又肝为肾之子,肾为肝之母,所以肾中阳气不足,则母病及子,不能温煦、滋养和推动以助肝阳和肝气的升发,故肝阳和肝气当升却不得升,则阳气郁于内,日久化火,从而表现出一系列肝胆症状。本例盐哮患者发病于三月冬末春初之际,故肝胆症状明显,表现为情志不遂、心烦;肝与胆脏腑相连、经络互为表里,在病理上相互影响,故肝火有余使胆火偏旺,则口苦。因此,春季发病的盐哮更需注意其临床表现中的肝胆症状,治疗上也应因时制宜兼顾肝胆。

2.4 盐哮的治疗

清·林珮琴指出盐哮属虚哮,治疗上用麦冬三两、桔梗三钱、甘草二钱,再加饴糖三钱,还提出伤感冷饮食而发者,用白面、砂糖、饴糖、轻粉探吐,吐后用异功散加细辛^[9]。《不居集》载“咸哮咳,……用白面二钱,砂糖二钱,通搜和,用糖饼灰汁捻作饼子,放在炉内煤热,划出加轻粉四分,另炒熟,将饼切作四片,掺轻粉在内,令患者吃尽,吐出病根即愈。”^[10]《本经逢原》亦云“盐哮用参芦涌吐最妙”。治疗上宜生津化痰,可用桑叶 10 g、芦根 30 g (鲜者 50 g)、桔梗 10 g 治疗;对肺气虚的患者,可加黄芪 15 g、太子参 15 g;肺阴虚有伏火的患者,可加知母 15 g、地骨皮 15 g。盐哮的涌吐法在现代临床中多不能被患者所接受,无法广泛开展运用,故其临床效果无法考证,目前盐哮的中医临床治疗仍以口服中药汤剂为主。盐哮多属邪实正虚混合之证,发时以邪实为主,缓解后以正虚为主。其治疗原则为发时治标,平时治本。治标时根据不同证型辨证分析遣方用药,治本时以补肾贯穿始终,在临床应用中取得较好疗效。

本病例患者年过七旬命门火衰、肾阳不足,以肾虚为本,但患者初诊时处于哮喘急性发作期,不宜过早大量使用补肾药,以防闭门留寇。患者病程较长,素有寒痰胶固内停,久病喘促、喉间哮鸣,初春时节不慎感受了寒邪,最终发为外寒里饮证。治当以温药和之,以温肺化饮、肃肺止咳兼以补肾。《伤寒论》载“伤寒心下有水气,咳而微喘,……小青龙汤主之”,故初诊用小青龙汤加减以急则治其标,方中麻黄宣发肺气平喘咳,桂枝化气行水以利里饮,二者相须为君;干姜、细辛温肺化饮助麻黄、桂枝祛邪为臣;然纯用辛温发散,恐耗伤肺气,故以五味子、陈皮、杏仁敛肺化痰止

咳,白芍和营养血,可制约诸药辛散温燥太过,白术、泽泻健脾利湿,天花粉清热,党参补肺脾之气共为佐使。五味子、泽泻、干姜又入肾经,兼以温补肾阳。二诊、三诊患者服前方后,病情已逐渐从发作期向缓解期过度。外邪渐去,应缓则治其本,治以补肾摄纳,温肺化饮,方用金匱肾气丸合苓甘五味姜辛汤加减,方中桂枝补肾阳之虚,以恢复气化之功,干姜、细辛温肺散寒,温阳化饮;熟地黄、山萸肉、山药滋阴补肾,益肝脾之精血,麦冬养阴润肺,清心除烦,四者共寓为阴中求阳,微微生火,少火生气,则阳得阴助可生化无穷;泽泻、茯苓、车前子、姜半夏加桂枝以利水渗湿,温化痰饮,牡丹皮苦寒,合桂枝以调血分之滞,寓补于泻,五味子敛肺止咳,使散不伤正,敛不留邪,甘草和中调药。同时嘱患者注意避风寒、节饮食、调情志以预防本病的反复发作。

2.5 盐哮的现代研究

现代医学认为,支气管哮喘发病原因通常与接触原变应原等因素有关^[11],但目前没有明确证据可以证明盐是引起盐哮患者发病的变应原这一观点。有学者认为,盐哮是由于当含盐的食物通过咽喉部时, Na^+ 增多使咽部(食管及气管)渗透压高于咽部组织内渗透压,从而使黏膜充血、水肿,毛细血管通透性增加,腺体分泌物也增多,渗出物与分泌物(黏液、浆液等)混合成痰,使气道变窄的同时刺激支气管平滑肌而引发哮喘^[12]。另有研究证明,高盐饮食对免疫系统有影响,高盐能够通过激活免疫系统而加重体内炎症反应以加重哮喘的症状^[8-9]。虽然本例患者自述近2年间低盐饮食,但相对其自身免疫系统而言可能仍然是高盐饮食,所以病情仍进行性加重。根据本病例中患者发作期一接触盐即引起哮喘发作,但用中药治疗后即可少量食用盐,可能是由于盐中的 Na^+ 具有介导作用^[12-13],其使支气管平滑肌对其他过敏原的刺激反应高度敏感而加重支气管痉挛及哮喘的症状,中药阻断了 Na^+ 通道对于某些过敏原的特殊介导作用,所以服用中药后即可少量食盐。以上几点对于盐的思考与探讨为明确盐在盐哮发作中的机制与作用提供一种新的思路,但仍须今后进一步实验室研究的证明。

参考文献

- [1] 张景岳. 类经图翼·类经附翼·质疑录 [M]. 苏凤琴, 刘兰海, 张伟, 等. 校注. 太原: 山西科学技术出版社, 2013: 208.

(下转第 450 页)

皆属于心”，《类经》注曰“热甚则疮痛，热微则疮痒，心属火，其化热，故疮疡皆属于心也”，《外科心法》曰“诸痛疮疡，皆用心火，故曰痛疽原是火毒生也”，心热则神不宁。在上述论治基础上加用清心或宁心之品，可宁心神，提高疗效。

治肝以舒郁。慢性前列腺炎多有或轻或重的抑郁倾向，甚至具有抑郁症的表现，其基本病理变化为肝郁，均可适当加入疏肝解郁之品。

内外以合治。在以内服药物治疗的同时，积极配合外治疗法，如中药栓剂、中药灌肠、针灸和贴敷等，可以收到更好疗效。

6.2 注意顾护脾胃

由于治疗慢性前列腺炎要取得较好疗效一般需要较长时间，且治疗该病的药物多有伤脾碍胃之虞，故应时时注意顾护脾胃，在用药时，宜加太子参、白术、山楂、麦芽、神曲等 1~2 味顾护脾胃。

6.3 注意提高患者依从性

由于慢性前列腺炎具有发病缓慢、病情顽固、反复发作、缠绵难愈等特点，加之疗程较长，患者不易或不愿坚持治疗，从而导致患者的依从性不高，影响治疗效果。因此，临床中应将本病的发病原因、发病特点和治疗方案等情况告诉患者，求得患者的积极配合，提高其依从性，便于达到治疗目的。

6.4 详细介绍饮食起居事项

治疗慢性前列腺炎能否取得较好疗效，仅靠服用药物远远不够，还需要患者在饮食起居等方面加以调适，积极配合。因此，在初诊时即要告知患者在饮食起居方面的注意事项，主要包括不能连续长时间久坐、不能连续长时间骑车、不能饮酒、不能坐卧潮湿之处、少食煎炒炙烤和辛辣之品、避免受

凉、预防感冒、保持情绪稳定、适当排精、适量饮水等。

致谢：国家中医药临床重点学科中医男科学（云南点）、国家中医药慢性前列腺炎重点研究室、云南省中西医结合男科研究中心、云南省高校中医男科学科技创新团队参与制订，中国中药协会、中国民族医药学会、云南省中医药学会、云南省健康教育协会予以支持。

共识制订核心专家：中华中医药学会男科分会、外科分会：毕焕洲、孙自学、宋爱莉、李曰庆、李海松、张春和、阳旭升、金保方、陈德宁、宾彬、唐乾利、袁少英、崔云、秦国政、喻文球、裴晓华；其他学会专家：李玛琳、房书亭、郑进、高慧筠

执笔：秦国政^{*}，张春和，李焱风，张富刚

^{*} 通讯作者：qin60@tom.com

参考文献

- [1] 李曰庆. 中医外科学 [M]. 3 版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 288-291.
 - [2] 郑国珍, 郭启先. 慢性前列腺炎从病科辨治 [J]. 福建中医药, 1997, 28(1): 6-7.
 - [3] 张春和. “诸痛痒疮，皆属于心”理论在治疗男科病中的应用举隅 [J]. 云南中医学院学报, 2006, 29(2): 35-36.
 - [4] 张富刚, 陈天波, 李焱风, 等. 从疮疡论治慢性前列腺炎的临床研究 [J]. 云南中医学院学报, 2008, 31(6): 40-43.
 - [5] 秦国政, 张富刚, 董保福. 从疮疡论治慢性前列腺炎简论 [J]. 中华中医药杂志, 2009, 24(12): 1597-1601.
 - [6] 孙自学. 从疮疡论治慢性前列腺炎 [J]. 环球中医药, 2012, 5(7): 492-493.
 - [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 168-172.
- (收稿日期: 2016-04-08; 修回日期: 2016-11-02)
- 编辑: 焦爽

(上接第 446 页)

- [8] 郑海英. 哮喘病的名义源流 [J]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2011.
- [9] 何梦瑶. 医编 [M]. 李刚, 整理. 北京: 中国医药科技出版社, 2014: 58-59.
- [10] 吴澄. 不居集 [M]. 达美君, 王荣根, 孙炜华, 等. 校注. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 230.
- [11] 林佩琴. 类证治裁 [M]. 李德新, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 105-106.
- [12] 葛均波, 徐永健, 梅长林, 等. 内科学 [M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 28-36.
- [13] 夏丽娜. 基于《黄帝内经》“盐胜血”理论探讨高盐饮食对

血脉影响的机制 [J]. 成都: 成都中医药大学, 2014.

- [14] 罗涛. 短期高盐摄入诱导的 Th17/Treg 细胞免疫失衡与靶器官炎症反应的关系 [J]. 天津: 天津医科大学, 2014.
 - [15] 李文业. 低盐饮食对支气管哮喘的治疗有何意义? [J]. 中华内科杂志, 1994, 33(8): 573.
 - [16] 李宝珠, 高炳森, 吴勇, 等. 钠离子通道研究进展 [J]. 生物技术, 2012, 22(3): 94-96.
 - [17] 王红艳, 勾萌, 肖蓉, 等. 钠离子通道疾病及其抑制剂生物学功能研究进展 [J]. 生物工程学报, 2014, 30(6): 875-890.
- (收稿日期: 2016-04-06; 修回日期: 2016-09-15)
- 编辑: 侯建春