

由杏苏散方义浅论“治燥求本”

郝北辰¹, 张津铎¹, 程志强^{2, Δ}

(1 北京中医药大学, 北京 100029; 2 中日友好医院中西医结合肿瘤内科, 北京 100029;)

摘要:杏苏散是温病大家吴鞠通创制的治燥名方, 但由于该方中缺乏典型润药, 当今学者对该方何以治燥存在争议。本文基于《温病条辨》中吴鞠通治燥思路, 对杏苏散方义重新进行阐释, 发现杏苏散并非以滋阴润燥为大法, 而是通过解表宣肺、行气布津来治疗燥证。由此得到启示: 燥证有绝对与相对之分, 津液总量不足和津液输布不均皆可导致燥证, 治疗时需把握其核心病机, 不可一味施以润法。援引诸家之说, 结合临床实际, 本文提出“治燥求本”之论, 即绝对之燥治以“养阴生津补血”, 相对之燥治以“调理脏腑功能, 廓清病理产物”, 并附医案一则予以阐发, 以期为中医临证提供参考。

关键词:杏苏散; 治燥求本; 相对之燥

中图分类号: R 289 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2023) 02-0018-04

历代医家对于燥证病机以及治燥法的认识, 经历了一个逐步完善的过程。《黄帝内经》将燥气的属性描述为“清凉、肃杀、劲、敛”等, 奠定了其本性为阴的基础, 同时提出了“燥者濡之”和“治以苦温, 佐以甘辛”两种看似矛盾的治燥法, 在后世医家中产生了不小的争议。刘完素认为, 内经病机十九条独遗燥邪致病, 补“诸涩枯涸, 干劲皴揭, 皆属于燥也”, 以此强调燥病在临床中的重要性。喻嘉言首提“秋伤于燥”, 开秋燥病之门, 并创制名方清燥救肺汤。沈目南提出“燥属次寒”, 喻氏清燥救肺汤针对的是内伤燥热, 若用于外感秋燥病, 则是“以凉投凉, 反增病剧。”吴鞠通在此基础上于《温病条辨》中第一次完整构建出了秋燥病的辨治体系, 将秋燥之气的异常分为从寒化(燥之胜气)与从火化(燥之复气)两个方向, 随证施治。

《温病条辨·补秋燥胜气论》:“燥伤本脏, 头痛, 恶寒, 咳嗽稀痰, 鼻塞, 咽塞, 脉弦, 无汗, 杏苏散主之。”杏苏散是吴氏治疗燥之胜气系列病证的第一首方子。现行的大部分方剂学教材亦将其列入治燥剂门下。然而纵观杏苏散方中之药味, 绝大多数为苦辛温之品, 而不见典型的辛甘凉润药, 仅杏仁性润, 亦不能养阴滋燥, 且吴氏谓此方取法于内经“燥淫于内, 治以苦温, 佐以甘辛”, 似与“燥者濡之”的治燥大法相背, 一些学者因此认为杏苏散并非治燥之剂^[1-3]。此种质疑源于对燥证病机的狭隘理解。须知: 燥证有相对与绝对之分, 治燥求本。现就杏苏散的治燥思路进行深入探讨, 以此为基础, 从津液总量及分布这一角度认识燥证, 并重点对津液分布不均引起的相对燥证的病机治法加以阐释, 从而为临床治疗燥证提供参考。

1 杏苏散是解表宣肺、行气布津之润剂

杏苏散在《温病条辨》中用于治疗燥之胜气(燥从寒化)初感人体, 燥伤肺卫的证候。燥伤皮毛, 状类风寒外束, 故见头微痛、无汗、恶寒。内应于肺, 肺失宣降, 一者呼吸不利, 则鼻塞、咽塞; 二者不能通调水道, 水液敷布不均衡, 故见津不上济之咽干、痰饮内停之脉弦、咳嗽痰稀。总结该证所包涵的病机为: 燥邪外感, 肺失宣降, 气机不利, 不能通调水道, 导致津液不布出现或燥或湿的表象。

杏苏散由苏叶、杏仁、半夏、茯苓、陈皮、前胡、桔梗、枳壳、甘草、生姜、大枣十一味药组成, 取法于内经之“燥淫于内, 治以苦温, 佐以甘辛”。方中苏叶和杏仁相伍为君, 轻宣燥邪, 润肺降气止咳; 桔梗和枳壳相配, 开宣肺气, 下气消痰, 助肺行宣降之司; 前胡合苏叶散外邪, 合杏仁降气化痰止咳; 半夏、陈皮、茯苓取二陈汤之义, 燥湿化痰。值得注意的是, 全方辛苦性温之药占据大半, 其行气作用显著。《本草汇言》载苏叶“乃治气之神药”, 《长沙药解》称杏仁“疏利开通……理气分郁无以易此”, 桔梗、枳壳更是调畅全身气机的经典药对。气机畅, 则水道通, 以此起到润的作用。总结全方方义如下: 解燥邪、畅气机以恢复肺主气、主宣发肃降的生理功能, 使津液得布, 此为治本; 同时辅健脾燥湿及润肺燥, 此为治标。正与上文所述杏苏散证病机相对应, 法度井然。

综上所述, 杏苏散证所表现出的燥象并非津液总量不足所引起, 而是由于津液的分布不均。杏苏散通过解表邪、畅气机, 使津液得布, 不遣润药而燥自除。探究此方方义, 可得: 治燥不一定要用润药, 关键在于把握导致津液不足的核心病机, 治燥

Δ通讯作者: 程志强, 医学博士, 主任医师, 教授, 主要研究方向为中西医结合防治恶性肿瘤, E-mail: zhiqiangcheng@163.com; 作者简介: 郝北辰, 中西医结合临床硕士研究生在读, 住院医师, 主要研究方向为中医经典名方及中西医结合防治恶性肿瘤, E-mail: polarbearhbc@163.com。

求本。

2 燥证有绝对与相对之分, 治燥求本

《素问·至真要大论》云:“燥者濡之。”濡润,是治疗燥证的大法,然而如何去润,取决于导致燥证的根本病机为何,当辨明证属绝对之燥还是相对之燥,如此可谓治燥求本。《说文解字》云:“燥者,干也。”干者,津液不足也。由此观之,千般燥象,不越两条:一者,全身津液总量之绝对不足,如脾胃生化无源、火热灼伤津液、大吐大泻损伤津液、各种血证失血过多,是为绝对之燥;二者,津液传输不畅、分布不均,即津液之相对不足,任何病因引起机体的气机失调、水液代谢障碍都可能会导致这个现象,是为相对之燥。在这种情况下,津液的量此消彼长,此处之燥往往伴有彼处之湿,形成燥湿相因的局面,若不细心辨察,深究病源,则极易被表象迷惑。对于前者,当集中药力养阴生津补血以润燥;然而对于后者,此法往往不能解决根本问题,甚至会雪上加霜。这时,解决问题的关键在于去除外邪、水饮、瘀血、正虚等病因,使津液的输布恢复正常,此即为“润”。恰如程门雪先生论及湿温化燥时所云:“湿尚未尽,燥象已见,投以润剂,燥热反增……湿为真湿,燥为假燥,仍当治湿为主,湿化热透,再以润燥剂投之。”^[4]临床所见燥证,两种致燥的病机往往伴随出现,如《诸病源候论》就记载了久痢之人脾胃虚燥,渴欲饮水,然脾胃不能运化水气,故燥渴难解,反使水气流溢肌肉变为水肿的现象^[5]。临证之时,津液相对不足这一病机常常被忽略,这也正是部分学者对杏苏散能否治燥产生怀疑的原因。故医者当着重关注津液相对不足的病机及其治则治法。

2.1 调理脏腑功能,恢复津液输布 《素问·六微旨大论》云:“出入废,则神机化灭;升降息,则气立孤危。故非出入,则无以生、长、壮、老、已;非升降,则无以生、长、化、收、藏。”人的正常生命活动时时刻刻仰赖于气的流行,气行则水行,人体的津液输布方可如通渠活水,生生不息。各脏腑的有机协作实现了气机的升降出入,其功能的异常则会导致津液输布不均,引发燥证。其中又尤以脾胃、肺、肝为重。

2.1.1 健运脾胃,补土治燥 胃气是人体津液产生的源头,脾阳是津液向全身输布的动力。正如《素问·经脉别论》云:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精……”同时,脾胃的升清降浊带动了其他脏腑的气机升降,构成了斡旋全身气机的枢纽。《四圣心源》云:“脾升则肝肾亦升,故水木不郁,胃降则心肺亦降,故火金不滞。”即阐明了这个道理。脾胃一伤,脾气散精无力,气机升降失司,导致津液不得布散周身,同时痰浊内生,出现“此燥彼湿”的证候,须知或燥或湿,看似矛盾,实为一体之两面。治疗时,以补脾胃为核心,兼以化痰祛

湿、养阴润燥等权宜之法,使得生化有源,津液得布。如《金匱要略·血痹虚劳病篇》中小建中汤证条文:“虚劳里急,悸,衄,腹中痛,梦失精,四肢酸疼,手足烦热,咽干口燥,小建中汤主之。”中焦虚劳日久,化源欲竭,转输难继。四肢不得气血充养,故酸疼烦热;口咽失却津液滋润,故咽干口燥。治以建中补土,土旺则燥解。李洋^[6]等亦认为“脾不散精”是贯穿干燥综合征整个病程的核心病机,治疗时应从健脾益气,助脾散精立足,而不应拘泥于滋阴润燥。

2.1.2 宣肺理气,通调水道 《医门法律》曰:“人身之气,禀命于肺,肺气清肃,则周身之气莫不服从而顺行。”肺主一身之气,通调水道;同时肺为华盖,居于诸脏腑之最高位,“熏肤、充身、泽毛,若雾露之溉”,好比滋润万物的云雨,脾胃水谷之精与肾脏之元精均需上输至肺,借助其宣发肃降的功能,营养全身。若肺受戕害,宣降失司,则会出现津液输布不均所致的燥证。治疗时就需要着重治肺,使其恢复正常的生理功能,则燥证自解。杏苏散证即为一个例子,燥凉之气袭肺,肺失宣降,水道滯涩,燥象(咽干咽塞)和湿象(咳嗽痰稀)同时出现,治以苦温甘辛法,解表宣肺调气机为核心,配以润肺、化痰。再如肺痿一病,《临证指南医案》将其病机叙述为:肺热干痿,清肃之令不行,脾气散精于肺,然肺不能布散津液,又不能自滋其干,故津液留于胸中,得热煎熬而为涎沫,发为咳嗽。治疗时除了使用麦冬、沙参之类甘寒润药,也要注重补肺气之虚、宣上焦之气,如此方可直击肺热干痿,清肃之令不行的核心病机^[7]。

2.1.3 疏肝平肝,行气布津 肝木性直,喜条达而恶抑郁,主疏泄、生发,司将军之官,为全身各脏腑的生理活动提供勃勃生机;同时,肝之升发与肺之肃降形成升降循环,肝生于左,肺藏于右,气机运转,生化不竭,三焦畅通,津液得布。正如沈金鳌在《杂病源流犀烛》中所言:“一阳发生之气,起于厥阴,而一身上下,其气无所不乘。肝和则生气,发育万物,为诸脏之生化。”肝的疏泄太过或不足均会导致气机逆乱,津液不归正化,不循常道,出现津液分布的不均,导致燥证。治疗时视肝之有余不足,阴阳盛衰,权衡调之,以平为期。风湿病名家陈湘君提出“干燥综合征从肝论治”,认为肝主筋膜,全身各脏腑组织均由筋膜构成,肝失疏泄条达,可导致筋膜失于调和,气血津液运行受阻,产生燥证。在其临床实践中以疏肝、柔肝、养肝为中心,辨证施治干燥综合征^[8]。徐杰认为肝失疏泄,少阳枢机不利,气郁津停,机体失于濡养,是干燥综合征发病的重要病机。治疗时以疏利肝胆,畅达三焦为基本治法,主方用丹栀逍遥散^[9]。

2.2 廓清病理产物,恢复津液输布 脏腑功能失调,阴阳气血逆乱,就会产生痰饮、瘀血、食滞、

积聚等病理产物，这些病理产物作为继发性病因，又可阻碍人体气机的运行，使得津液输布异常而致燥证，其中尤以瘀血及痰饮所致的燥证为著。

2.2.1 活血化痰，津得上承 瘀血致燥的现象在历代典籍中屡有记载，如《金匱要略·惊悸吐衄下血胸满瘀血病篇》中所述：“病患胸满唇痿，舌青口燥，但欲漱水不欲咽……，为有瘀血。”对于瘀血致燥的病机，唐容川在《血证论》阐述道：“胞中有瘀血，则气为血阻，不得上升，水津因不得随气上布。”再有《灵枢·痼疽》言：“营气稽留于经脉之中，则血泣而不行，不行则卫气从之而不通，壅遏而不得行，故热。”瘀血阻滞，气机不畅，津液失于正常布达，机体失养；血滞气郁而生内热，耗伤津液，燥象丛生。因此在临证之时，若燥象伴有血瘀的征象，如胸闷腹满、但欲漱水不欲咽、发热、肌肤甲错、脉弦涩等，宜活血化瘀以润燥。如《金匱要略·血痹虚劳病篇》中所述：“内有干血，肌肤甲错，两目黯黑，缓中补虚，大黄蛰虫丸主之。”方中以大队活血化瘀药攻伐干血，如大黄、桃仁、蛰虫、水蛭、虻虫、蛭蟅、干漆，味多而量小；配以大剂量地黄、芍药、杏仁，生津养血润燥，功专而力宏。整个方子寓补于攻，体现出瘀血化而新血生的治疗思路。

2.2.2 化痰逐饮，津归正化 《素问·经脉别论》中“饮入于胃，游溢精气……水精四布，五经并行”，指出了人体津液代谢的过程，其中涉及到脾胃、肺、膀胱、肾、三焦等多个脏腑，其中任一脏腑出现问题便会导致水液停聚而生痰饮^[9]。痰饮为有形之阴邪，具有湿浊粘滞之特性，阻滞气机，反过来加重水液代谢之疲敝，导致局部津液相对不足，出现燥象。治疗痰饮所致的燥证，要在化痰逐饮；其次调节相关脏腑功能，其中尤以调理脾胃为主；最后时时不忘顾护津液，勿令化痰逐饮药更复伤阴化燥。兹举仲景先师治痰饮方证两例，《金匱要略·痰饮咳嗽病篇》：“腹满，口舌干燥，此肠间有水气，己椒苈黄丸主之。”此时痰饮之势猖獗，已出现腹满甚至二便不利之急症，故集中药力泻下逐水，急下存阴，方可留得后来之生机。而小青龙汤用于表不解，心下水气之病机，亦可见口舌干燥，小便不利等水液分布不均之象，此时痰饮相对较缓，以温药和之，并以芍药、五味子、栝楼根养阴生津，与温燥诸药相辅相成。^[10]可见仲景先师在处理痰饮致燥时的灵活权变，随证而治。

3 病案举隅

患者某，男，72岁，2021年12月7日初诊。主诉为“口干伴肠鸣腹泻2月余”。患者于2020年6月无明显诱因出现面目黄、尿黄，继而出现乏力、纳呆，两个月间体重下降约30斤。2020年8月行PET-CT示胰头高代谢占位，压迫胆总管，诊断为胰头癌。于2020-9-4行手术切除胰头肿物。2020年

12月至2021年7月行7次吉西他滨单药化疗。2021年9月出现腹泻、口干，饮水不解。2021-11-16复查PET-CT示胰头癌复发伴广泛腹膜转移，予氟尿嘧啶化疗后，腹泻次数增加。刻下症见：口干咽燥，口苦，纳差，脘痞，四肢乏力，肠鸣漉漉，每日腹泻4~6次，为黄色水样便，畏寒，四末凉。舌暗红，苔白浊，脉长、细、濡、缓，按之少力。西医诊断：胰头癌术后复发伴广泛腹膜转移。中医诊断：伏梁

脾阳不运证。治以健脾升清，温阳止泻。具体方药如下：生黄芪30g，葛根30g，升麻3g，党参30g，炒白术15g，茯苓15g，炙甘草10g，炒山药30g，薏米30g，苏梗10g，砂仁10g，炒枳壳10g，牛膝15g，鸡内金30g，生地30g，麦冬30g，醋香附10g，郁金10g，附片30g先煎，干姜30g，诃子肉30g，赤石脂30g，石榴皮30g，仙鹤草30g，白花蛇舌草30g，半枝莲30g，石见穿30g。14剂，每日1剂，水煎早晚分服，忌辛辣、生冷、油腻。2021年12月29日复诊：服药尽，口干症状减轻，腹泻次数减少为每日2~3次，纳食增加，脘痞改善，畏寒症状消失，体重未再下降。舌质转淡红色，舌苔转薄，有裂痕，根部白而厚。脉较前变大，有力。方药：上方去升麻、葛根、生黄芪、赤石脂、石榴皮、枳壳，加陈皮10g，法半夏10g，栀子15g，炙黄芪10g，北沙参30g，石斛10g，醋鳖甲30g，白花蛇舌草加至50g，14剂，水煎服。

按：患者以口干咽燥，饮水不解为主诉来诊。癌毒内伤脾胃，加之手术化疗损伤中气，导致脾胃虚弱，胃失受纳和降，故见脘痞、纳呆；脾失升清健运，不能为胃行其津液，津液不循常道，不得上归于肺，布散周身，反而下沉为湿浊，困于胃肠，故见肠鸣腹泻，口干口苦，四肢乏力。舌暗红，苔白浊，是阳虚湿浊内生之象；脉长、细、濡、缓，按之少力，正符合内经中关于“死脾脉”的描述——如水之流。故辨为脾阳不运证。患者当时最困扰的症状为口干舌燥，饮水不解，分析其成因，脾胃虚弱是根本，津液不能正常输布，导致口咽部的津液相对不足，然而肠胃中水湿泛滥，阳气虚不能将其蒸化，于是便以泄泻的形式排出，导致体内津液流失。由此形成了绝对之燥与相对之燥共存的局面。治疗之时，由于患者纳差，体重持续下降，整体状况不佳，腹泻虽是排除湿浊的机体反应，然恐患者难以耐受进一步腹泻，急则治其标，以诃子、赤石脂、石榴皮先止其腹泻，同时以四君子汤为主方健运脾胃，配以四逆汤温中阳，参用东垣先生升清阳之法以上输脾精，佐以生地、麦冬以填补流失之津液。二诊口干、乏力等症状改善，腹泻次数明显减少，体重未再下降，再参舌脉，可知患者中阳渐长，津液输布得到一定程度的恢复，湿浊渐去，阴虚津亏之象逐渐突出。缓则治其本，去赤石脂、石榴皮，以防收涩过度；加沙参、石斛、鳖甲，以

从“二本三枢”理论辨治支气管哮喘

郑美玲¹, 董艳^{2,△}

(1. 北京中医药大学东直门医院, 北京 100007; 2. 成都中医药大学附属医院, 四川 成都 610072)

摘要: 支气管哮喘 (bronchial asthma, BA) 是临床上常见的慢性呼吸系统疾病之一, 其发病率逐年上升, 目前我国哮喘患者的诊断率及控制水平均远低于发达国家, 支气管哮喘的反复急性发作是引起气道重构、肺功能下降、死亡率上升的重要原因, 因此长期且有效的哮喘控制是治疗哮喘的重要目标。中医学治疗哮喘历史悠久, 该病属于中医学“哮喘”“喘证”范畴, 其提出的“发时治标, 平时治本”的治疗原则依然在临床上被遵循, 尤其在针对支气管哮喘慢性持续期的治疗时优势明显, 基于“二本三枢”理论, 结合导师临床经验, 认为“本元亏虚, 枢机不利, 风引痰动”是其发病的核心病机, 治以“固本培元, 斡旋气机, 祛风化痰, 降逆平喘”, 尤其注重“固本”和“疏机”两者, 通过阐述该病机及治疗方法, 为中医药治疗支气管哮喘提供有益的诊疗思路。

关键词: 支气管哮喘; 二本三枢; 固本培元; 斡旋气机

中图分类号: R 562.2⁺5 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2023) 02-0021-04

支气管哮喘 (bronchial asthma, BA) 是一种以慢性气道炎症为特征的异质性疾病, 临床表现为反复发作的喘息、气急、胸闷或咳嗽等, 同时伴有可变的呼气气流受限, 反复发作可导致气道重构。全球流行病学研究显示现世界上大约有 3.58 亿哮喘患者, 且在 2025 年将可能突破 4 亿^[1]。我国的一项大规模临床统计显示, 中国哮喘 20 岁及以上人群总体患病率为 4.2%, 且存在部分患者诊断不明确及未诊

断的情况, 其中 26.2% 的哮喘患者已经存在气流受限, 大部分患者均处于临床控制不佳的状态^[2]。早在 2006 年哮喘防治倡议 (global initiative for asthma, GINA) 就提出“哮喘控制”的概念, 然而根据 GINA 拟定的控制标准, 2017 年的临床数据显示我国哮喘的总体控制率仅为 39.2%, 远远低于发达国家^[3]。反复哮喘急性发作是导致气道重构、肺功能下降、死亡率升高的重要原因, 因此良好有效的哮喘控制是降低未来发作风险的重要手段。现代医学治疗哮

△通讯作者: 董艳, 博士生导师, 从事中医药防治呼吸系统疾病, E-mail: dongyan@163.com; 作者简介: 郑美玲, 博士研究生在读, 从事中医药防治呼吸系统疾病, E-mail: 623902787@qq.com。

加重养阴生津之力, 同时加用陈皮、半夏, 补阴而不滋腻; 患者目前一般情况改善, 故重用白花蛇舌草, 增强抗癌之力。

4 小 结

由于燥邪具有较为特殊的致病特点, 其阴阳属性也有待商榷, 历代医家对于燥病与燥证的治疗百家争鸣, 莫衷一是。对于杏苏散能否治疗燥证的争论也正反映了一个问题: “治燥”的内涵以及方法尚有需要厘清和探索之处。本文从津液的绝对不足与相对不足这个角度认识燥证, 重点关注津液输布不均所导致的相对燥证, 提出以“调理脏腑功能, 廓清病理产物”为纲的治疗思路, 旨在拓宽“燥者濡之”的含义, 丰富治燥的方法, 摆脱仅以润法治燥证的思维定式, 治燥求本, 从而进一步提高疗效。正如喻嘉言在《医门法律》中所说: “凡治燥病, 不深达治燥之旨, 但用润剂润燥, 虽不重伤, 亦误时日, 只名粗工, 所当戒也。”

参考文献

[1] 陈海生, 林琼燕, 陈壮忠, 等. 凉燥者, 非燥也 [J]. 中医杂志, 2009, 50 (2): 186-187.

- [2] 徐传富. 杏苏散非治燥之方, 亦非润剂 [J]. 四川中医, 1993, 12 (5): 21-22.
- [3] 高黎, 肖相如. 杏苏散非治燥剂 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2015, 21 (5): 499, 502.
- [4] 何时希. 杂病汇讲 (续) ——程门雪遗稿之八 [J]. 中医杂志, 1987, (5): 8-10.
- [5] 巢元方. 诸病源候论 [M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997: 93.
- [6] 李洋, 李燕村, 张伟. 从“脾不散精”论干燥综合征相关间质性肺疾病的中医病机 [J]. 中医杂志, 2018, 59 (12): 1075-1077.
- [7] 叶天士. 临证指南医案 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 91.
- [8] 顾军花, 陈湘君. 从肝论治干燥综合征 [J]. 中医杂志, 2011, 52 (04): 292-294, 302.
- [9] 徐杰. 从中精之府肝胆论治干燥综合征 [J]. 中医临床研究, 2011, 3 (16): 117-118.
- [10] 钱昌盛, 李青, 吕春艳. 中医湿邪伤阴浅析 [J]. 云南中医中药杂志, 2020, 41 (3): 17-20.
- [11] 姜寅光. 论燥邪与津液异生 [J]. 新中医, 2013, 45 (07): 188-189.

(收稿日期 2022-08-25)