

本文引用:吴宇,武维屏.武维屏教授应用桑苏桂苓汤治疗支饮经验[J].湖南中医药大学学报,2019,39(6):725-728.

武维屏教授应用桑苏桂苓汤治疗支饮经验

吴宇¹,武维屏^{2*}

(1.北京市延庆区医院/北京大学第三医院延庆医院,北京 102100;2.北京中医药大学附属东直门医院,北京 100700)

〔摘要〕 支饮是中医临床常见病种,涵盖了现代医学的多种疾病。武维屏教授擅用桑苏桂苓汤加减治疗支饮。临床中,先抓主症而定支饮之病,治宜桑苏桂苓汤加减。强调认识疾病之轻重缓急,先咳喘而后肿胀为“肿喘”一候。桑苏桂苓汤三焦分治祛水饮,五脏同调和为上。在此方证基础上,若为外感,驱邪最重要,若无外感,须调气并通阳。支饮之实证,病由肺及肾,虚证则由肾及肺,观疾病之整体,当始终实脾脏,久病还须化痰。

〔关键词〕 桑苏桂苓汤;支饮;慢性肺源性心脏病;右心衰;武维屏

〔中图分类号〕R256.21;R541.5 **〔文献标志码〕**B **〔文章编号〕**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.06.011

Experience of Professor WU Weiping in the Treatment of Thoracic Fluid Retention by Sangsu Guiling Decoction

WU Yu¹, WU Weiping^{2*}

(1. Beijing Yanqing District Hospital/Yanqing Hospital, The Third Hospital of Peking University, Beijing 102100, China;

2. Dongzhimen Hospital Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100700, China)

〔Abstract〕 Thoracic fluid retention is a common clinical disease of traditional Chinese medicine, covering a variety of diseases in modern medicine. Professor WU Weiping is good at using modified Sangsu Guiling Decoction to treat thoracic fluid retention. Clinically, thoracic fluid retention is diagnosed by grasping the main symptoms first, and the treatment is applying the modified Sangsu Guiling Decoction. The order of severity of the disease is highlighted: cough and wheezing followed by swelling is considered as the primary symptom - "swelling and wheezing". Sangsu Guiling Decoction can dispel fluid retention by respectively treating triple energizer and simultaneously regulating five zang-organs to harmonization. On the basis of this decoction and syndrome, if there is external contraction, dispelling pathogen is the most important; if there is no external contraction, regulating Qi and activating Yang need to be done. The excess syndrome of thoracic fluid retention is from lung to kidney, and the deficiency syndrome is from kidney to lung. From the overall view of the disease, firming spleen is always needed; and dissolving stasis is also needed in long-term illness.

〔Keywords〕 Sangsu Guiling Decoction; thoracic fluid retention; chronic pulmonary heart disease; right heart failure; WU Weiping

支饮是中医肺病科、心病科等科室临床常见病种,涵盖了现代医学的慢性肺源性心脏病、右心衰、肺水肿、急慢性心包炎等疾病。对于上述疾病,现代医学主要采用对症支持治疗,改善症状。不论病情

急缓,依据中医学理论,通过辨证施治,往往可以有效地缓解病情、改善生活质量、减少并发症、提高患者生存率。武维屏教授饱览中医古籍,勤求古训,博采众长,临床中尤其擅于应用桑苏桂苓汤加减治疗

〔收稿日期〕 2018-07-15

〔基金项目〕 国家中医药管理局“武维屏全国老中医药专家传承工作室”建设项目资助;北京中医药薪火传承“3+3”工程武维屏名医传承工作站建设项目资助。

〔作者简介〕 吴宇,男,主治医师,主要从事中医药防治内科疾病研究及针灸研究。

〔通讯作者〕 * 武维屏,女,主任医师,教授,E-mail:doctorwuyu@163.com。

支饮,每每力挽狂澜,起死回生。现将武维屏教授应用桑苏桂苓汤治疗支饮的经验介绍如下。

1 抓主症,定支饮,认轻重,识缓急

《金匮要略》云:“咳逆倚息短气,不得卧,其形如肿,谓之支饮……咳逆倚息,不得卧,小青龙汤主之。”《医醇滕义》亦云:“支饮者,水停心下,入于胸膈,咳逆倚息短气,其形如肿,桑苏桂苓汤主之。”“咳逆倚息,不得卧”乃支饮之主症。抓此主症,可定支饮。支饮为病,其实质是三焦运行失常,水液停聚脏腑经络。武维屏教授认为病症轻、缓者,水饮挟寒,上射于肺而致不得卧,“如水之有派,木之有枝^[1]”,喘重而咳轻者,为小青龙汤证;病症急、重者,水饮既上迫于肺,致咳喘,痰嗽为重,又上凌于心,致心悸、不得卧,还水渍肌肤,“其形如肿”,犹如水气病者,为桑苏桂苓汤证。

2 知病机,候肿喘,先咳喘,后肿胀

支饮之诸症,必先咳嗽,喘息,不能平卧,而后下肢肿胀,渐而周身悉肿,发病顺序不可颠倒。《说文解字》言:“息,喘也,从心,从自。”^[2]《明医杂著》言:“喘与胀二证相因,必皆小便不利,喘必生胀,胀必生喘,但要识得标本先后,喘而后胀者主于肺,胀而后喘者主于脾。”^[3]上述心肺系疾患,皆因六淫或七情之邪气犯之于肺,致肺不主治节,失于通调水道,不能朝百脉,水饮迫肺则咳喘有痰;水饮溢于肌表则发为肿胀;水饮上凌于心则心悸,怔忡。病久致虚,脾阳失煦,失于健运,变生痰湿,进而久病及肾,肾阳衰微。如此,实而致虚,虚实夹杂,水湿更加泛滥,不降反逆,水寒射肺,终而心肾阳虚,水气凌心,可致神志受累。尤在泾曰:“水在肺者,为喘为肿”,武维屏教授认识到,水饮一病,多有喘息,或静息作喘,或运动而喘,喘兼肿胀者,命名为“肿喘”^{[4]37-40}。武教授将慢性肺源性心脏病的症状归纳为三期十症,三期即轻中重三期,十症即咳、痰、喘、悸、肿、绀、痉、血、昏、脱。其中二期患者病情较重,多见“肿喘”之候^{[4]73},于脏腑之中,多责之于肺、脾、肾三脏,涉及心、肝二脏。据脏腑发病之主因,分为偏肺失通调,偏脾失

健运,偏肾虚水泛之异。偏肺失通调者,宜桑苏桂苓汤加减。

3 三焦分治祛水饮,五脏同调和为上

《素问·经脉别论》云:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾。脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱。水精四布,五经并行。”^[5]津液之运行,必依肺之宣化通调,脾之运化转输,肾之温化开阖,行于三焦,司于五脏。先贤费伯雄或因此而自制桑苏桂苓汤。桑苏桂苓汤为五苓散、二陈汤合方,加减变化而成^[6]。此方以“桑苏桂苓”为名,方中桑白皮冠以方首,且用量最大,性寒而入上焦肺经,泻肺热气而平喘,通调水道而利水,三焦不归正化之水液亦能同治,是为君药。焦树德云:“桑白皮利水,偏于水之上源。”^[7]苏子性辛温,归于肺经,降气化痰而除实喘,气降痰消则咳嗽自平,胸膈即畅,是为臣药。桑白皮配伍苏子,寒温并用,不致偏颇,共奏下气平喘,止咳利水之功。桂枝入于心肺,通阳化气,走表而行四肢肌肤之水;茯苓入于脾肾,利水渗湿,行于表里而利一身之水,二药共为臣药。泽泻、猪苓为佐药,与茯苓皆为淡渗利湿之品,宗其“其下者引而竭之”及“病痰饮者当以温药和之”^[8]的原则,五苓散在此专为三焦留着不行之水而设,行三焦蓄水及肌表之渗水,开下焦膀胱一腑而小便自下,意在使得水精四布调达而不停滞。陈皮、半夏亦为佐药,专为中焦脾胃二经痰饮而设,功在实脾而杜绝生痰之源,利三焦之窍,通经隧之壅。杏仁一药,上入于肺,下走大肠,于降肺之中兼有宣发之力,一则以升为降,散肺气壅塞,提壶揭盖,二则止咳平喘,配伍苏子,一升一降,则气机宣降有度。大腹皮,入于肺胃大肠经,通降肺与大肠之气,佐使之药,功擅行气利水,言佐使是相须为用,与桑白皮、茯苓合用才有其功。纵观全方,杏仁开上焦之肺气,陈皮运中焦之脾气,大腹皮利下焦之肠气,皆寓意三焦之气,气行则水自行也。制方之法,温、清、下、消、补等,不为一端,既寓攻于补,又寓补于攻,攻补兼施,实可谓和法也。

方中桑白皮性寒下气,其性峻猛,有恋邪之弊,不可久用。苏子,其性多降下少升散,用在肺实之喘,

久用必耗伤正气,正气愈虚则喘息愈甚,故亦不可多用久用。桂枝,性温燥,当遵“桂枝下咽,阳盛则毙”之古训,实热体质之人不宜久用,久用助阳而伤阴。于临床之中,邪气尚轻浅,抑或疾病病机同于支饮肿喘一候,抑或支饮的症状只是作为疾病的次症、兼夹症,此时武教授只用桑白皮、紫苏子、桂枝、白茯苓四味药加味,取此方之方义,化裁古方而制新剂。

4 外感驱邪最重要,无外感调气并通阳

“肿喘”一候,多由外感六淫邪气引发或加重,肿喘夹实邪者,表邪易入里传变,故此时驱邪当为第一要务^[9]。桑苏桂苓汤解表之力不足,还须合用解表药,意在“顺势利导”以驱邪外出。风寒外束且肾虚不著者,恶寒,脉浮,可加麻黄以发其表;风寒表证且肾虚者,此久病,尺脉沉,不用麻黄,可用杏仁以宣发肺气,通调水道,以防麻黄拔肾阳而致亡阳之逆;风寒入里化热者,恶寒仍在,咽痛已起,此时予越婢加术汤减甘草,治宜外以解表,内以清热,甘草有潴水之弊,故弃之不用;风热犯肺者,武教授喜用桑叶易桑白皮,桑叶轻清疏散,入于肺经,既有凉散风热之功,又有清肺止咳之力,且无恋邪之弊;风湿束表者,可予麻杏苁甘汤或越婢加术汤解表化湿。

肿喘为著,无外感表症者,正合桑苏桂苓汤证。此时须调理壅滞之肺气,归化停聚之水饮,首辨心肺寒热,通阳化气利水。武教授认为支饮重症者,饮停液聚,饮邪多寒从热化,肺气壅滞,此时痰黄盈口为必有症状,另见胸满喘促,但能俯卧而难以仰卧、脉数,可加强泻肺利水,理气开胸之力,以桑苏桂苓为基础合用小陷胸汤或葶苈大枣泻肺汤。小陷胸汤中瓜蒌清肺热、宽胸膈、理肠腑;武教授将黄连易为黄芩,因为黄芩入肺经,清泻肺热,为肺家热盛之圣药;痰多口渴不欲饮水,舌苔腻者,予半夏;痰多口渴喜饮,舌中有裂者,去半夏,易为润化之川贝母。葶苈子入肺经,破水之力强,可以通气闭而泻肺满。若痰浊内阻,胸阳不振,阳微阴弦者,症见胸闷疼痛感寒为甚、面色苍白、喘息不能平卧、舌苔白腻者,须温通心阳,化饮开闭,以桑苏桂苓为基础合用瓜蒌薤白半夏汤,薤白温通心阳,专为阴寒之水饮蒙蔽心

胸而设。

5 实则肺及肾,虚则肾及肺,始终实脾脏,久病须化痰

肿喘之候,当以首辨证候之虚实多寡为关键。邪气盛者,水乘于肺而渐及于肾,即先有喘息、气短、不得仰卧而后水肿,宜先祛肺家实邪,邪去而正复,如桑苏桂苓汤法,抑或少兼补肾之法。正气虚者,乃久病入肾,肾亦主喘,肾不纳气,发为虚喘。气虚日久及阳,出现畏寒肢冷、面色苍白、下肢水肿等症,此时如感外邪,肾阳更虚,致水饮泛滥,下肢肿甚而兼喘息,此时肾阳虚仍为主要矛盾,欲温化水饮之阴邪^[10],须用离照当空之剂,按水气病之方药,方选真武汤合桑苏桂苓四药加减,同时配合应用“开鬼门”“洁净府”“去菀陈莖”^[11]三法。

小便不利或烦渴或下肢肿甚者,邪以下焦为重,治宜兼用因势利导之法,即“洁净府”,真武汤合桑苏桂苓四药再合五苓散,使得膀胱气化而小便出,可以酌加肉桂、沉香之品。喘息、气短、面肿、不得卧甚者,邪在上焦为重,治宜兼用宣肺发汗,即“开鬼门”,上方合用越婢汤,使得肺气宣发而肿喘止,可以加杏仁等品。久病入络即可见紫绀,舌质紫黯,《血证论》^[12]已经阐释“瘀血化水,亦发水肿,是血病而兼水也”,此即为武教授总结的“肺胀”病三期十候中的“绀喘”证候,治宜兼用活血化瘀通络,即“去菀陈莖”,上方合用血府逐瘀汤。此外,肺为清灵娇嫩之脏,五脏六腑之火均可上熏于肺,肺金清肃,故温肾之附子,不可久服,如阳气已通,气化已渐,可易附子以淫羊藿、补骨脂之属补肾纳气。支饮之病,未有不从胃而始者,且唯有聚积于胃,故治疗支饮之本,重在健胃实脾,二陈二术之品需贯穿始终,以杜绝生痰之源。

6 医案举隅

李某,女,67岁,2017年4月27日一诊。患者主因喘咳,气短伴不能左侧卧及平卧位3周而就诊。3周前在无明确诱因下患者突发喘息、咳嗽、气短伴有右侧胸背闷痛,夜间不能平卧及左侧卧位休息,只能采用端坐位呼吸,每夜憋醒10余次,不伴有发热、消瘦。遂前往北京某知名医院就诊,经检查后未予明确

诊断,亦未给予治疗。近日来病情逐渐加重。刻下症见:喘息重,张口抬肩,咳嗽轻,痰少胸闷憋气,气短乏力伴有右侧胸背闷痛,夜间不能平卧,采用端坐位呼吸,彻夜难眠,大便调。舌质红胖大中间有裂,苔薄黄白腻,脉沉细弦小数。查体:脉搏 95 次/min,精神疲惫,双肺闻及哨鸣音,右下肺呼吸音消失,双下肢轻度水肿。心电图:ST-T 压低 <0.25 mV,不完全性右束支传导阻滞。外院肺 CT(2017-4-13):1.两肺上叶多发炎症,建议治疗后复查;2.右肺中叶支气管闭塞,考虑变应性支气管肺曲霉菌病,建议行支气管镜检查排除其他疾病;3.右侧胸腔积液。外院支气管镜检查(2017-4-15):各级支气管黏膜肿胀肥厚粗糙,碳末沉积。右中叶完全闭塞,左上下叶及右上叶开口狭窄,不能窥入远端。外院病理(2017-4-15):(气管内黏膜普遍粗糙、右中间段分嵴黏膜活检)支气管黏膜可见较多肉芽肿,建议特殊染色。补充报告诊断内容(2017-4-15):(气管内黏膜普遍粗糙 右中间段分嵴黏膜活检):PAS 染色(-),六胺银(-),抗酸-TB(-),弱抗酸染色(-)。外院肺功能报告(2017-4-16):1.阻塞性通气功能障碍;2.弥散功能减低;3.支气管激发试验(-)。中医诊断:支饮(肿喘),水饮犯肺,肝郁阳虚证。治以平喘止咳,行气利水。选用桑苏桂苓汤合瓜蒌薤白半夏汤合小柴胡汤加减:桑白皮 10 g,紫苏子 10 g,桂枝 5 g,白茯苓 15 g,葶苈子 12 g,瓜蒌皮 12 g,薤白 4 g,清半夏 9 g,丹参 10 g,赤芍 10 g,郁金 10 g,枳壳 10 g,柴胡 10 g,酒黄芩 10 g,前胡 10 g,太子参 15 g,7 剂,每日 1 剂,水煎服。2017 年 5 月 10 日二诊,诉服药后咯吐大量黄痰,昼夜咳嗽基本已止,夜间已经可以平卧,没有憋醒,右侧胸背闷痛大减,但晨起有黄痰,黏腻难咯,痰出则胸闷减轻,畏惧异味,咽中辛辣感伴有泛酸,舌黯红胖大有裂,苔薄白腻,脉沉弦小数。查:

脉搏 83 次/min,精神佳,双肺闻及少许哨鸣音,右下肺可闻及呼吸音,双下肢无水肿,上方去丹参,加用浙贝母 15 g,7 剂。4 月后电话随访,二诊之方剂患者自觉效果甚好,自行服用 14 剂后已无不适,停药至今,病情平稳。

按:此患者在北京某知名医院就诊,难以确诊。武教授认为此病属于中医支饮范畴,观其主症,尤其是“不得卧”,应急则治其标,此为桑苏桂苓汤证。咳喘气短,黄痰脉数者,乃水热迫肺,痰阻气闭而发,故于桑苏桂苓基础上合用葶苈大枣泻肺汤及小陷胸汤加减。武教授将黄连易为黄芩,因黄芩为治肺热之圣药。胸背闷痛,舌黯苔白腻,参考心电图,考虑心阳痹阻,故宜温通心阳,活血行气,予瓜蒌薤白半夏汤,合用桑苏桂苓,寓意心肺同治。二诊,患者症状明显好转,加用浙贝母既增加化痰之力又有制酸功用。

参考文献

- [1] 尤怡.金匱要略心典[M].北京:中国中医药出版社,2017:91.
- [2] 许慎.说文解字[M].北京:中华书局,2012:353.
- [3] 王纶.明医杂著[M].北京:中国中医药出版社,2009:76.
- [4] 武维屏.武维屏学术思想及临床经验集[M].北京:中国中医药出版社,2014:37-40,73.
- [5] 素问[M].北京:人民卫生出版社,2017:43.
- [6] 费伯雄.医醇膳义[M].北京:人民卫生出版社,2017:91.
- [7] 焦树德.用药心得十讲[M].北京:人民卫生出版社,2017:243.
- [8] 张仲景.金匱要略[M].北京:人民卫生出版社,2017:48.
- [9] 高伟,秦丽玲,武维屏.武维屏教授应用桑苏桂苓饮治疗慢性肺原心脏病经验[J].天津中医药,2018,35(1):4-6.
- [10] 颜旭,刘春华,庄红,等.强心安神汤对慢性心衰大鼠 Ang II 及 AT1mRNA 表达的影响[J].湖南中医药大学学报,2018,38(4):395-396.
- [11] 张伯臾.中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社,1985:227.
- [12] 唐容川.血证论[M].北京:人民卫生出版社,2017:6.

(本文编辑 贺慧斌)