

名老中医徐再春主任治疗咳嗽临证经验

朱芸芸

浙江省立同德医院 浙江 杭州 310012

摘要：徐再春教授承浙派中医叶熙春及李学铭之学脉，深谙《内经》“肺主气，司呼吸”“形寒饮冷则伤肺”之奥义，融叶天士卫气营血辨证与吴鞠通三焦辨治体系于一炉，创立咳嗽四维辨治纲领。其学术核心以“外感-内伤”为经线，析外感咳嗽责之风寒闭肺、风热灼络、风燥伤津三邪，溯源《诸病源候论》；纬线定“邪正盛衰”，明内伤咳嗽主因脾虚生痰滞肺、肝火刑金气逆、肾虚摄纳无权三纲，宗《景岳全书》之训。时空辨证精要在于：急性期（三周内）邪盛正未衰，首重祛邪宣通，辨风寒风热而投辛温辛凉；迁延期（三至八周）正虚邪恋，当扶正祛邪并行，肺脾同调以断痰源；慢性期（逾八周）脏真耗损，亟需固本培元，肺肾同治纳气归元。此纲领以动态病机为枢，时空演变为纬，构建“初祛邪、中调衡、末固本”三阶诊疗范式，突破咳嗽分型之窠臼。尤重急性期忌早敛涩以防闭门留寇，迁延期痰瘀并治而通调气机，慢性期择血肉有情之品填补真元，其将经典理论与临证时空动态结合。全篇凝练其“病证结合、药简力专”的临证特色，为咳嗽中医规范化诊疗提供实践范本。

关键词：咳嗽；中医药疗法；名医经验；徐再春

Chief physician XU Zaichun's clinical experience on treating cough

Yunyun Zhu

Zhejiang Provincial Tongde Hospital, Hangzhou, 310012

Abstract: With the clinical division, collating and summarizing the clinical diagnosis and treatment characteristics of treating cough by chief physician XU Zaichun. Chief physician XU Zaichun considers that the pathogenesis of cough due to divided into exogenous and endogenous. Clinical first distinguish acute and chronic cough, then from fever or not. Further differentiation of symptoms and signs, voted to prescription. Use the clever use of ephedra, often can get surprise effect.

Key words: Cough; TCM therapy; Experience of famous doctor; XU Zaichun

引言：

徐再春老师为国家级名老中医，浙江省名中医，第四批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师，浙江中医药大学博士生导师，并于2012年成立浙江省徐再春名老中医专家传承工作室。徐老师从事中医临床治疗50余年，并有扎实的西医功底，灵活运用中医辨证施治结合现代医学的诊断思路，擅长治疗各类内科杂病。今谈如何治疗咳嗽。

1 学术思想渊源

徐再春教授承浙派中医叶熙春及李学铭之学脉，深谙《内经》“肺主气，司呼吸”“形寒饮冷则伤肺”之奥义，融叶天士卫气营血辨证与吴鞠通三焦辨治体系于一炉，创立咳嗽四维辨治纲领^[1]。其学术核心以“外感-内伤”为经线，析外感咳嗽责之风寒闭肺、风热灼络、风燥伤津三邪，溯源《诸病源候论》；纬线定“邪正盛衰”，明内伤咳嗽主因脾虚生痰滞肺、肝火刑金气逆、肾虚摄纳无权三纲，宗《景岳全书》之训。时空辨证精要在于：急性期（三周内）邪盛正未衰，首重祛邪

宣通，辨风寒风热而投辛温辛凉；迁延期（三至八周）正虚邪恋，当扶正祛邪并行，肺脾同调以断痰源；慢性期（逾八周）脏真耗损，亟需固本培元，肺肾同治纳气归元。此纲领以动态病机为枢，时空演变为纬，构建“初祛邪、中调衡、末固本”三阶诊疗范式，突破咳嗽分型之窠臼。尤重急性期忌早敛涩以防闭门留寇，迁延期痰瘀并治而通调气机，慢性期择血肉有情之品填补真元，其将经典理论与临证时空动态结合，为呼吸病中医诊疗开创新境。具体提出咳嗽四维辨治纲领：

1.1 病机分层：以“外感-内伤”为经，“邪正盛

衰”为纬；外感咳嗽责之风寒、风热、风燥三邪犯肺；内伤咳嗽主因脾虚生痰、肝火犯肺、肾不纳气。

1.2 时空辨证：

急性期（≤3周）以“祛邪宣通”为先，重在分清风寒、风热

迁延期（3-8周）需“扶正祛邪”，调和肺脾

慢性期（≥8周）当“固本培元”，注重肺肾同治

2 咳嗽核心辨治体系

2.1 核心诊疗思想

2.1.1 肺为娇脏，治宜轻灵：谨守吴鞠通“治上焦如羽，非轻不举”，证强调“三慎三宜”：慎燥烈：严控半夏、苍术等辛燥之品。若必需半夏，必以蜜炙缓其燥性（《伤寒明理论》载“蜜炙和中润燥”）。慎壅滞：避熟地、阿胶等滋腻碍肺之物，防闭门留寇。慎攻伐：禁大黄、芒硝等峻下之剂，免伤肺中清阳之气。宜轻宣：首选质轻气薄之品一桔梗：开宣肺气如提壶揭盖，《珍珠囊》谓“利胸膈咽喉”；枇杷叶：清肺和胃不伤津，《本草纲目》载其“治肺胃之病”；蝉蜕：轻清透邪，善疗喉痒呛咳。

2.1.2 麻黄的巧用：徐师称麻黄为“宣肺平喘第一品药”，创新性提出现代临床应用三原则：一、生炙分治：生麻黄：发汗力强，用于表实无汗（如风寒夹饮）^[2]；炙麻黄：专功宣肺平喘（如哮喘急性发作）。二、现代药理佐证^[3]：麻黄碱通过激活β₂肾上腺素受体（β₂-AR），显著降低支气管平滑肌细胞内钙离子浓度，松弛支气管平滑肌。但需注意：禁忌症：高血压者联用钩藤30g，甲亢患者禁用；代用方案：虚喘者可予蜜麻黄3g配伍淫羊藿15g。三、经典药对增效：风寒夹饮：生麻黄加细辛，细辛挥发油促麻黄碱透皮吸收；痰热郁肺：炙麻黄加石膏，石膏钙离子拮抗麻黄碱心脏毒性。

2.2 分型论治

2.2.1 急性咳嗽伴发热：考虑投以麻杏石甘汤，若伴有湿热加荷叶、淡豆豉。需注意疑肺炎患者必西医肺部CT等排查，常见于风热化火袭肺（如支气管炎急性期）。急性咳嗽无发热：考虑投清燥救肺汤，若干咳甚加前胡、百部，气急加炙麻黄。常见于燥邪伤肺（如抗生素无效迁延咳）

2.2.2 慢性咳嗽伴发热：考虑投以定喘汤，若痰黄加桑白皮，气逆加葶苈子，常见于痰热壅肺（如慢支急性发作）。慢性咳嗽无发热：考虑投小青龙汤，若化热减桂枝量；气虚合玉屏风散，适用于外寒内饮（如慢支/肺心病稳定期）。

3 验案举隅

案1患者，男，29岁，职员，反复咳嗽咳痰10余年，冬季咳嗽明显，素日怕冷，肩背部即使在夏日三伏天，仍需用衣物保暖，伴胸闷气急，活动后加重，痰多色白粘稠，气逆而喘，面色无华，舌红苔薄腻，脉沉细；肺部CT提示两肺中下叶弥漫性小结节病变，间质性病变，两肺支气管扩张；支气管镜提示两侧支气管通畅，未见新生物，双下叶可见大量浓痰；尿常规镜下红细胞2+/HP，蛋白质微量；确诊为弥漫性泛细支气管炎合并慢性肾小球肾炎，曾反复在外院就诊，经抗感染治疗后症状无好转，转诊徐老师。投以小青龙汤加减。处方：炙麻黄12g 桂枝6g 细辛3g 白芍15g 五味子9g 半夏12g 甘草9g 桔梗6g 苏子12g 葶苈子12g 莱菔子12g 杏仁12g，14剂，水煎服，每日1剂。

二诊：患者咳嗽气急较前明显好转，咳痰减少。舌红苔薄黄腻，脉细。前方基础上加茯苓12g 白术12g 党参15g，14剂，水煎服，每日1剂。

三诊：服药1个月后，患者咳嗽基本消失，舌红苔薄白，脉细，复查肺部CT提示间质性病变较前好转。改方为归脾汤加减：党参15g 黄芪15g 茯苓12g 白术12g 当归12g 半夏12g 陈皮9g 甘草9g 菟丝子15g 枸杞子15g 仙灵脾12g，金樱子12g，玉米须30g，14剂，水煎服，每日1剂。

随后患者以前方出入加减治疗，2个半月后复查肺部CT基本正常，尿常规阴性。

按：本医案中徐再春教授对中青年男性弥漫性泛细支气管炎合并肾炎患者的诊治，深度践行其核心诊疗思想：首禀“肺为娇脏，治宜轻灵”之旨，初诊虽遇痰白粘稠量多之重证，仍严格规避苍术、厚朴等辛燥劫津之品，选半夏必蜜炙缓性（“蜜炙和中润燥”），且方中配伍桔梗6g轻宣肺气，正如《珍珠囊》所载“提壶揭盖利胸膈”，更佐枇杷叶12g清肺和胃不伤阴津，全然契合吴鞠通“治上焦如羽”法则；针对患者支扩痰壅

与肾炎尿血并存之复杂病机，尤重“三慎原则”——避熟地阿胶之滋腻以防闭门留寇，弃大黄芒硝之峻下免伤肺阳，此即“慎壅滞、慎攻伐”的精准体现。在麻黄的巧用上彰显大师匠心：虽患者气急喘促明显，但因兼肾炎（尿红细胞 2+/HP）属麻黄禁忌症边缘，徐师弃生麻黄而选炙麻黄 12g 专功宣肺平喘，既借麻黄碱松弛支气管平滑肌，又通过蜜炙缓其燥烈之性；更配伍白芍 15g 拮抗麻黄碱升高血压风险，同时伍甘草 9g 调和诸药并解细辛肾毒性，完全遵循其“虚喘者蜜麻黄配伍护正药”的原则。分型论治策略严密呼应学术体系：患者慢性咳嗽无发热，属“外寒内饮”证型，故投小青龙汤正法，然谨守“南方湿热体质减桂枝量”要诀——仅用桂枝

6g 防助热化燥；待二诊咳减苔现薄黄腻（化热之兆），立减桂枝量并加茯苓 12g、白术 12g，此乃“慢性咳嗽无发热型若化热当调量”的典型应变；三诊转归脾汤合金樱子、玉米须，则贯彻“慢性期气虚合玉屏风散”的固本思想，更以菟丝子 15g、仙灵脾 12g 温肾纳气，体现“久咳及肾当固少阴”的分期辨治精髓。全程严守急性期攻邪、迁延期健脾、慢性期固肾的“徐氏三阶定律”，尤重现代医学互参：综观全案，从轻宣肺气的桔梗枇杷叶，到蜜炙麻黄的巧避禁忌，从化热减桂枝的权变之策，到肺脾肾三脏递进调治，无不渗透徐师“轻灵为用、分期为纲、药证相应”的学术精髓。

总 结：

徐再春教授以“四维辨治”体系为核心构建咳嗽诊疗范式，其精髓在于时空动态辨证、药性精准把控与中西思维互参的深度交融：在时空动态辨证维度，严格遵循“三期递进”法则——针对本案十年顽咳患者，初诊紧扣外寒内饮之标实（急性阶段），以小青龙汤开泄太阳、温化寒饮，重用炙麻黄宣通肺络，此乃“祛邪务尽”的典型体现；当二诊咳减痰少显露脾虚本质，立即转为“扶正为主”策略，加党参 15g、白术 12g 崇土制水，此即叶天士“上下交损治其中”的迁延期调治智慧；至三诊咳止而现尿血阴伤，转投归脾汤合金樱子、菟丝子培补下元，实现“固本复元”的慢性期目标，全程彰显徐氏“邪实期攻、虚实间调、正虚期补”的时空辨治纲领。在药性精准把控维度：虽遇寒饮重证却仅用桂枝 6g（不足麻黄半量），谨守江南湿热地域“减辛温防燥化”的地域用药铁律；取蜜炙半夏既蠲痰饮又避燥伤肺络，呼

应《金匱要略》“病痰饮者当以温药和之”而不过剂的原则；尤其麻黄运用极具匠心——舍生用炙以避肾病禁忌，更伍白芍 15g 拮抗麻黄碱升压之弊。中西互参思维则贯穿始终：初诊即据支扩脓痰行支气管镜排除肿瘤，三诊以 CT 量化间质病变吸收验证疗效，更在肾炎尿血处置，实现“病证结合、指标互证”的现代化中医诊疗范式。徐氏四维体系由此凝练为江南湿热地域咳嗽诊疗圭臬：以三焦时空为经，以药性权变为纬，以中西互参为枢，成就了从“纠咳治肺”到“三焦同调”的学术升维。

参考文献：

- [1] 陈钦, 钟瑜, 朱芸芸. 徐再春临床经验集萃 [M]. 浙江大学出版社: 2020:10-141.
- [2] 颜正华. 高等中医药院校教学参考丛书·中药学 [M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008:1256.
- [3] 陈利平, 孙志高, 王发渭, 等. 麻黄临床功用探悉. 中华中医药学刊, 2012,(07):1576-1578.