

# Discussion on the Application of Jingfang Hanfa in Patients with Respiratory Failure

Yingwei Pan

Changchun Traditional Chinese Medicine Hospital, Changchun, Jilin, 130051, China

## Abstract

Through literature review, this article explores the theoretical origin, connotation, and evolution of the Jingfang Khan Method, sorts out and systematically analyzes this treatment method, and lists modern clinical studies of classic formulas represented by Xiaoqinglong Tang, Maxing Shigan Tang, Yuemaijia Banxia Tang, Houpu Mahuang Tang, etc. Through the above research conclusions, the theoretical connotation and extension of Jingfang Khan Method are demonstrated. This reflects its practical significance in the treatment of critical illnesses such as respiratory failure.

## Keywords

classic formula; sweating method; respiratory failure

## 经方汗法在呼吸衰竭患者中的应用探讨

潘英伟

长春市中医院, 中国·吉林 长春 130051

## 摘要

论文通过查阅文献,探讨了经方汗法的理论渊源、内涵及沿革,对该治疗大法进行了梳理和系统分析,并列举了以小青龙汤、麻杏石甘汤、越婢加半夏汤、厚朴麻黄汤等为代表的经典方剂的现代临床研究,通过以上研究结论,展示了经方汗法的理论内涵及外延,体现了其在呼吸衰竭等危重症治疗方面的现实意义。

## 关键词

经方; 汗法; 呼吸衰竭

## 1 引言

呼吸衰竭是临床常见的危重症之一,是由于多种肺内或肺外疾病引起的,肺通气和(或)换气功能的障碍,出现低氧血症伴或不伴有高碳酸血症,进而出现一系列病理生理和代谢紊乱,临床治疗难度大,死亡率高,且在运用西医手段治疗过程中充满矛盾。比如对于严重呼衰的患者,运用气管插管、机械通气、镇痛镇静等技术,虽能改善氧合与通气,却难免导致胃肠道动力及黏膜屏障的损伤、吸入性肺炎的发生、院内获得性感染的出现、深静脉血栓的形成、右心功能的恶化等等。尤其让医生不愿看到的是,有时患者并非死于原发病,而是由于脱机困难、院内感染等因素最终导致死亡。祖国医学源远流长,其中经方更如一颗璀璨的明珠,两千年来熠熠生辉。经方因其配伍严谨,疗效显著,素有“众方之宗,万法之祖”的美誉。诚如岳美中先生所言“非经方无以治大病”。将经方理法方药运用于呼吸衰竭患者的治疗,以期降

低插管率、缩短机械通气时间、最大程度防止 VAP 的发生,降低患者死亡率和住院费用,从而改善预后,是值得发掘和探讨的,现不揣浅薄,成文简述如下:

## 2 理论渊源

中医学认为,人体“阴平阳秘,精神乃至;阴阳离决,精气乃绝”,疾病是阴阳失调的结果,任何疾病无非是“阳盛”“阴虚”“阳虚”“阴盛”的状态。按伤寒例中所云:“夫阳盛阴虚,汗之则死,下之则愈;阳虚阴盛,汗之则愈,下之则死。”由这段原文可见,《伤寒杂病论》虽汗、下、吐、和、清、温、消、补八法皆备,但以汗、下二法为两大总纲。需要指出的是,此处的“汗”“下”是广义的,不是单纯指发汗和泻下,而是升浮、沉降两种治疗趋势。因为就疾病的趋势而言,要么是向上、向外的发散趋势太过或不及,要么是向下、向内的收敛趋势太过或不及。既然疾病趋势已明,则治法随之而出,即:向上、向外则为“升”,升法即“汗法”;向下、向外则为“降”,降法即“下法”。所以八法虽繁,但从作用趋势而论,可用“升”“降”二法概括之:即汗、吐、温为升,代表方剂如桂枝汤、麻黄汤、小青龙汤、

【作者简介】潘英伟(1981-),男,中国吉林公主岭人,硕士,主治医师,从事重症医学研究。

栀子豉汤、四逆辈等；下、补、清为降，代表方剂如四承气汤、肾气丸、白虎汤、黄连阿胶汤等；和、消二法则升、降并用，代表方剂如柴胡类方<sup>[1]</sup>。从仲景伤寒例所谓“汗之则死，下之则愈”和“汗之则愈，下之则死”的原文精神可以看出，“汗”为汗、吐、温三法，“下”为下、补、清三法。

### 3 汗法发微

以往很多医家注解伤寒，往往将其视为治疗外感病的专书，尤其是对于太阳病的认识，简直成为感冒的代名词，这就导致了后世医者对汗法的认识产生了一定的偏差和误区，把太阳病和感冒等同，使得汗法的应用范围不断缩小<sup>[2]</sup>。因汗法具有发散、通透、升浮的特性和向上、向外的作用趋势，故而善于驱除在表、初起和在上之邪<sup>[3]</sup>。进而论之，汗法不仅可以开皮肤之腠理，还可以行五脏六腑之气机，能通利三焦，促进真气流通，推荡邪气从脏腑、经络、肌肤而出。诚如《医宗金鉴》云：“通表者，扶诸阳气也。”

对于使用汗法的指征，则要紧随脉证。纵观《伤寒论》可知，仲景使用方剂最大根据是平脉，而使用汗法，在脉证上最直接的依据是“脉浮”，只要出现脉浮，则不论是向临床表现，皆必用汗法。如《伤寒论》22条说：“太阳病，下之后，脉促胸满者，桂枝去芍药汤主之……”15条亦说：“太阳病，下之后，其气上冲者，可与桂枝汤，方如前法”“脉促，胸满”和“其气上冲”，似乎是误下后增添了里证，实则是正气向上抗邪的自然反映，故仍以桂枝汤为法，使邪从汗解<sup>[4]</sup>。

对于呼吸衰竭的患者，不论是肺内因素所致，还是肺外因素所致，其病因多由外感触发，病势较急骤，病位皆涉及肺卫。细查这类患者的脉象，很多是浮脉，体现出向上、向外的病理趋势，故往往有应用汗法治疗的机会。常用方剂如小青龙汤、麻杏石甘汤、越婢加半夏汤、厚朴麻黄汤等。需要注意的是，使用上述方剂时虽未必使患者周身汗出，但从广义的角度，它们的作用趋势仍是向外、向上，符合内经“其在上者，引而越之”之旨，故可视为“汗法”。

## 4 方剂举例

### 4.1 小青龙汤

在经方诸多体现“汗法”的方剂中，小青龙汤是使用比较多的。小青龙汤由麻黄、桂枝、半夏、干姜、细辛、五味子、白芍、甘草组成，其配伍合升降散收一体，而以升、散为主，故属于“汗法”。记载于《伤寒论》原文40、41条以及《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治篇》中。如《伤寒论》40条“伤寒表不解，心下有水气，干呕，发热而咳，或渴，或利，或噎，或小便不利、少腹满，或喘者，小青龙汤主之”，描述了小青龙汤证的病因病机，即“伤寒表不解，心下有水气”以及小青龙汤证的基本临床表现，即发热、咳、喘。而《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治篇》条文“咳逆倚息不得卧，小青龙汤主之”，仲景用“咳逆倚息不得卧”七

个字，生动地描述了一个慢阻肺急性加重甚至是肺源性心脏病的患者喘憋、不能平卧的状态。

药理研究<sup>[5]</sup>显示，桂枝、细辛、甘草、麻黄等均有广谱抗病毒、抗细菌、抗炎以及抗过敏的功效。其中麻黄、细辛有松弛支气管平滑肌的作用；半夏有中枢性镇咳的作用；白芍、生姜可调节机体的免疫功能；甘草则能稀释痰液，使其易于咯出。通过原文描述以及现代药理研究可知，小青龙汤在治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者时是大有作为的。如张琼<sup>[6]</sup>对130例AECOPD患者的诊治做回顾性分析，发现小青龙汤组治疗有效率、不良反应发生率以及死亡率显著低于传统西药组（ $P < 0.05$ ）。钟连江等<sup>[7]</sup>通过随机对照研究发现，小青龙汤不仅明显改善AECOPD患者的血气分析以及肺功能（ $P < 0.05$ ），而且可以显著降低降钙素原（ $P < 0.05$ ），而体现出了较好的抗炎效果。梁金池<sup>[8]</sup>对78例老年慢性呼吸衰竭患者进行了随机对照研究，发现小青龙汤组总有效率、中医症状评分、血气分析结果都显著优于对照组（ $P < 0.05$ ）。综上所述，小青龙汤对于慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭的患者，不仅明显缓解患者呼吸困难、发绀、喘息等临床表现，还能显著改善血气分析、肺功能、降钙素原等理化指标；不仅急性期有效，慢性期也有效。

### 4.2 麻杏石甘汤

麻杏石甘汤出自《伤寒论》第64条：“发汗后，不可更行桂枝汤。汗出而喘，无大热者，可与麻黄杏仁甘草石膏汤主之。”并见于第162条“下之后，不可更行桂枝汤，若汗出而喘，无大热者，可与麻黄杏仁甘草石膏汤”。从原文可以看出，使用该方时患者已经出汗，所以并不是狭义的汗法，但其就作用趋势而言，仍属于向外、向上宣散，故仍属于广义的“汗法”。该方药仅麻、杏、石、草四味，麻黄、石膏相配伍，宣清并用，杏仁止咳平喘，甘草居中调和诸药，药味虽少而配合精当，功专力宏。

现代临床多将麻杏石甘汤运用于肺炎、支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病急性加重期等<sup>[9]</sup>。陈序庚等<sup>[10]</sup>研究结果显示，麻杏石甘汤配伍银翘散，并联合肺康复疗法，用于治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期，治疗组患者不仅症状、体征消失时间均低于对照组，且血气分析、肺功能等客观指标改善也优于对照组。显示该方能有效缓解或消除临床症状及体征，改善患者通气功能。

### 4.3 越婢加半夏汤

越婢加半夏汤出自《金匱要略·肺痿肺痛咳嗽上气病脉证治第七》：“咳而上气，此为肺胀，其人喘，目如脱状，脉浮大者，越婢加半夏汤主之。”从原文可知，该方所主为“肺胀”，其症状特点是喘、目如脱，仲景用寥寥四个字就勾勒出一个慢阻肺急性加重期患者的典型表现，即呼吸困难伴球结膜水肿。从“脉浮大”三个字可知，此类患者的病理机制仍为正气鼓动，欲向上、向外祛除邪气，使用该方因势利导，驱邪外出，故虽未必发汗，但仍属于“汗法”。

“肺胀”多属于现代医学慢性阻塞性肺疾病的范畴，对于此类疾病，有使用越婢加半夏汤的机会。萧乐声等<sup>[11]</sup>研究发现，对于治疗慢阻肺急性加重期，越婢加半夏汤联合常规治疗，对于改善该病痰热郁肺型的患者血清Fn水平方面，明显优于对照组，且可明显改善患者症状、体征和肺功能，从而提高疗效。

#### 4.4 厚朴麻黄汤

厚朴麻黄汤同样出自《金匱要略·肺痿肺痛咳嗽上气病脉证治第七》：“咳而脉浮者，厚朴麻黄汤主之。”该条紧承越婢加半夏汤条文，越婢加半夏汤脉为“浮大”，而厚朴麻黄汤脉“浮”，从脉象上看二者病机虽略异，但大方面都是浮脉，都需要“其在上者，引而越之”，故都属于“汗法”。厚朴麻黄汤由小青龙汤、半夏厚朴汤以及麻杏石甘汤加减组成，可以看作以上三方之变法，纵观全方，辛开苦降，散中有收，蠲饮化痰，其功甚捷。

在现代临床中，该方亦多用于肺炎、支气管哮喘、慢阻肺急性加重等疾病。李婷婷等<sup>[12]</sup>研究结果显示，将该方用于慢阻肺急性加重期，治疗组患者总有效率在90%以上，不仅对于症状、体征改善明显优于对照组，且血气分析指标也均优于对照组，这说明厚朴麻黄汤治疗慢阻肺急性加重期患者疗效良好，能减轻患者痛苦，提高临床疗效。

## 5 结语

总之，经方汗法充分体现了《内经》“其在皮者，汗而发之”“其在上者，引而越之”之旨，反映了中医治病去邪当“因势利导”的特点，顺应病理自然趋势，及时导邪外出，最终使邪去而正安，是中医治法中一个不可分割的组成部分，其在现代临床应用中将大有可为。

## 参考文献

[1] 张田,翟华强.《伤寒论》方药升降浮沉的运用规律[J].中华中医

药学刊,2015,33(7):1593-1595.

- [2] 邓咏诗,陈小平.中医汗法的理论探讨及文献复习[J].中医临床研究,2016,8(16):141-144.
- [3] 陈毅恒,高静静,谢忠礼.仲景“汗法”在内科杂病治疗中的应用[J].国医论坛,2019,34(4):4-5.
- [4] 高振,李凤森,徐丹,等.小青龙汤治疗慢性阻塞性肺疾病发作期临床疗效的Meta分析(2016年更新版)[J].中华中医药杂志,2017,32(2):721.
- [5] 吴建军,李欣,秦阳,等.小青龙汤在慢性阻塞性肺疾病中的应用[J].中医杂志,2016,57(22):1925.
- [6] 张琼.小青龙汤加减治疗COPD急性加重期的临床疗效观察[J].中国医药指南,2014,12(6):183-184.
- [7] 钟连江,张连生,顾春枫,等.小青龙汤联合无创呼吸机治疗对老年AECOPD患者PCT、血气分析及呼吸功能的影响及临床意义[J].中国中药杂志,2018,43(14):3026-3030.
- [8] 梁金池.小青龙汤联合布地奈德混悬液雾化吸入治疗老年慢性呼吸衰竭的临床疗效观察[J].中医临床研究,2021,13(2):29-31.
- [9] 景璇,郭浩,张嘉,等.加味麻杏石甘汤配合穴位贴敷治疗老年慢性阻塞性肺病急性加重期患者的效果及对肺功能和肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白细胞介素-8表达的影响[J].中国老年学杂志,2017,37(1):132-133.
- [10] 陈序庚,梁梅荣.银翘麻杏石甘汤联合肺康复疗法治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重期的临床疗效[J].辽宁中医杂志,2019,46(7):1434-1436.
- [11] 萧乐声,袁古治,杨学成.越婢加半夏汤对慢性阻塞性肺病急性发作(痰热郁肺型)患者的临床疗效观察[J].中医临床研究,2021,13(7):110-112.
- [12] 李婷婷,徐庆,张建中.厚朴麻黄汤辅助治疗COPD加重期痰浊阻肺证疗效及对患者中医症候、血气指标和肺功能的影响[J].四川中医,2021,39(11):93-96.