

1 從疾病辨證與體質辨證治療久咳不癒之病例報告

2 廖祥琳^a、楊中賢^a

3 ^a中國醫藥大學附設醫院 中醫部中醫內科

4 中文摘要

5 69歲的退休女性病患，過敏性鼻炎病史已多年，於2010年10月08日因反覆咳嗽已二年
6 故前來就診。病患平日怕冷，口不乾渴，晨起或天寒時偶作噴嚏，且有鼻涕倒流感及目乾
7 癢的現象，咳嗽時伴隨涎沫狀水樣稀痰，偶因咽癢作咳，但現無咽癢。曾因反覆咳嗽日久
8 不癒而就診西醫胸腔科，檢查後無肺部異常之發現，並診斷為慢性咳嗽，服西藥治療仍持
9 續咳嗽故前來就診。來診時面色淡白、皮膚稍乾、目乾澀，舌淡紅黯苔薄白膩滑，脈軟滑
10 不浮，證屬久咳氣虛，寒痰夾瘀蘊肺，病機為腎陽虛水津不化兼肺血虛夾肺絡瘀阻無以佈
11 陽，治以苓甘薑味辛夏仁湯合當歸加味，以溫補腎陽和養血通瘀以蠲化寒痰兼益氣固表以
12 防外邪復擾，服中藥後病人咳嗽頻率及稀痰均明顯減少。本病案可提供臨床醫師在治療慢
13 性咳嗽時，除了需掌握標病辨證特徵外還需特別注意病患體質並提供當歸治療肺血虛咳嗽
14 的用藥思路與經驗。

15 關鍵詞：咳嗽、苓甘薑味辛夏仁湯、當歸、肺血虛、中醫

16

前 言

1

2 咳嗽在臨床上是很常見的症狀，而持續咳嗽超過八週以上則被定義為慢性咳嗽¹，最常見的原
3 因包括因鼻涕倒流所引起的上呼吸道咳嗽症候群(upper airway cough syndrome)、氣喘、胃食
4 道逆流等，其他較不常見的原因則包括一些影響呼吸道的疾病，如慢性支氣管炎、支氣管擴
5 張症、異物吸入，或肺實質性病變，如間質性肺病、肺膿瘍、肺腫瘤等¹⁻⁵。另外，服用控制
6 高血壓的藥物如 angiotensin converting enzyme inhibitors 也可能造成咳嗽的副作用。然而，臨
7 床上有一些病人雖然接受很多檢查，但是仍然無法找出明確的病因，這些咳嗽則被稱為不明
8 原因慢性咳嗽(chronic idiopathic cough)⁶。本文報告一位 69 歲已退休婦女反覆咳嗽不癒已二
9 年，經由西醫檢查後無特殊異常，但因西藥治療效果不佳而就診中醫。我們運用《血證論·
10 陰陽水火氣血論》的思路以補血助溫陽而化寒痰用藥治療病人，使患者久咳不癒得以獲得改
11 善。

12

13

14

15

16

17

1 病例報告

2 一、基本資料：

3 (一)個人基本資料

4 姓名：陳吳○○

5 性別：女

6 年齡：69 歲

7 身高：153cm

8 體重：55kg

9 居住地：彰化縣彰化市

10 職業：已退休

11 婚姻狀況：已婚

12 看診日期：99/10/08

13 病歷號：797XXX

14 (二)主訴

15 反覆咳嗽約兩年

16 (三)現病史

17 這位69歲退休婦女，過敏性鼻炎病史已多年，平日怕冷，口不乾渴，晨起或天寒時偶作噴

18 嚏，且有鼻涕倒流感及目乾癢的現象。病患兩年前開始容易反覆咳嗽，自述咳嗽發生前並無

19 感冒病史，日夜不定時發作，但咽喉部吹到冷風時易作，偶因咽癢作咳，但現無咽癢，咳嗽

1 發作時口不乾渴，但飲溫水可緩解而飲冷水卻加重，伴隨涎沫狀水樣稀痰。另外，病患自述
2 偶泛酸水，但泛酸或平躺時咳嗽並無加重。曾經就診西醫胸腔科經檢查後肺部並無特別異常，
3 病人對於就診西醫的其他相關資訊(如診斷、治療和所服西藥之名)並不是相當清楚，僅知道
4 服西藥半年間咳嗽症狀無明顯減輕，故自行停藥，因為停藥後咳嗽的頻率及嚴重程度持續加
5 重故前來就診。

6 (四) 過去病史及個人史

7 過去病史：

8 1. 高血壓已十餘年，現服用Norvasc、Diovan(thiazide +ARB)控制中，血壓不易控制，最
9 近並無改變西醫用藥，自述咳嗽與服西藥無明顯相關。

10 2. B型肝炎帶原，接受規則追蹤。

11 3. 自年輕時即有過敏性鼻炎病史，目前無接受治療。

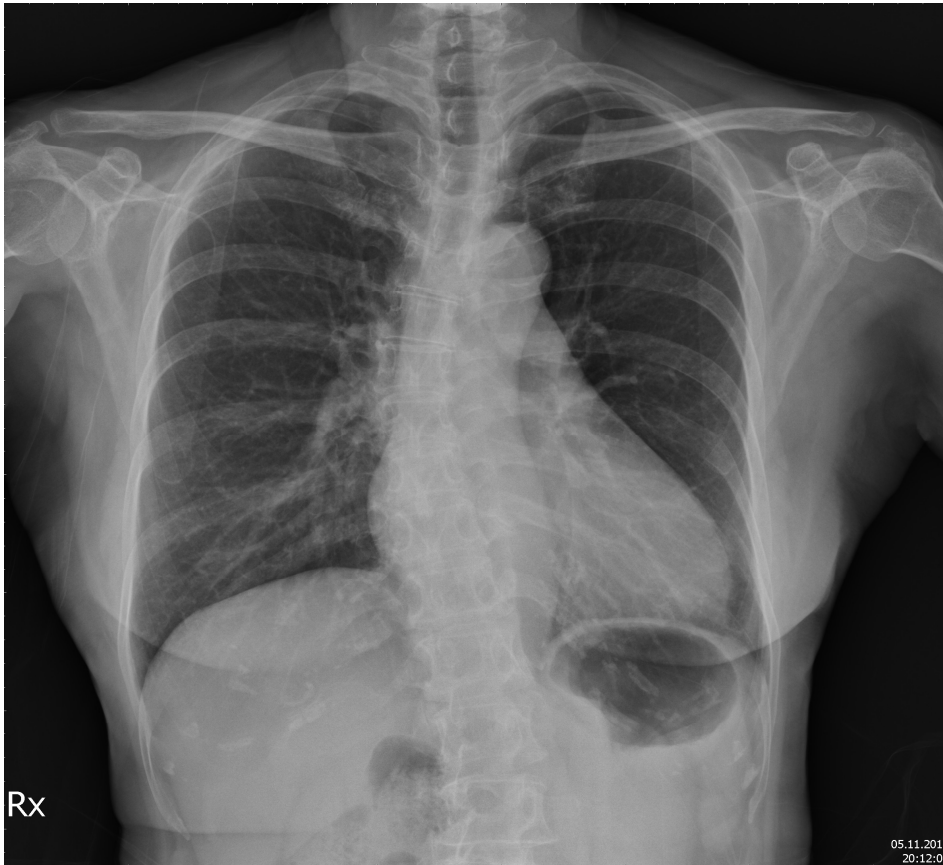
12 4. 反覆泌尿道感染病史現已無。

13 個人史：退休前的職業或目前生活環境並無接觸沙塵或其他容易致咳的刺激物。過去並無抽
14 煙、喝酒、嚼檳榔等習慣，也沒有特殊藥物或食物過敏史及輸血史。

15 (五) 基本生命徵象(99/10/08)：

16 體溫：攝氏36.5度，心跳：76次/分，呼吸：20次/分，血壓：118/66mmHg

17 (六) 影像學診斷(99/11/06)



1

2 (圖 1.)胸腔 X 光

3 胸腔 X 光檢查結果(99/11/06)：

4 Enlargement of heart configuration

5 Tortuosity of aorta

6 Presence of infiltration in perihilar region

7 No prominent pleural effusion

8 (七) 中醫四診(99/10/08)

9 望診

10 1. 面色淡白，膚色不黯，神識應答清楚。

11 2. 眼睛、耳朵、指甲、皮膚：無異常、結膜淡紅、皮膚稍乾。

1 3. 口唇：偏淡不黯，無乾燥脫屑。

2 4. 舌診：舌淡紅黯苔薄白膩滑。舌下絡脈無異常。

3 聞診

4 1. 語音稍低微，說話無不接續。

5 2. 咳時伴喉中痰音稍重濁。

6 3. 無特殊氣味。

7 問診

8 1. 全身：平日較怕冷不怕熱，服用西藥之後並無更加怕冷，易汗出且當風不適，無口渴。

9 2. 情志：無易緊張，無煩躁易怒。

10 3. 睡眠：眠淺多夢，常因夜尿而醒。

11 4. 頭項：晨起或天寒時偶作噴嚏，且有鼻涕倒流感及目乾癢的現象；晨起目乾澀，食健

12 康食品後已改善；偶終日雙耳耳鳴如蟬鳴，眠差時加劇。

13 5. 胸部：兩年前開始容易反覆咳嗽，咳嗽發生前並無感冒病史，咽喉部吹到冷風時易作，

14 偶因咽癢作咳，但現無咽癢，飲溫水可緩解而飲冷水卻加重，伴隨涎沫狀水樣稀痰。無心

15 悸、喘促、胸悶或脅肋不舒。

16 6. 腰腹部：無特別腰背痠疼；納可，偶易泛酸、腹脹矢氣但不臭。

17 7. 二便：大便量少不暢二三日一行，質硬顆粒，自服健康食品後較改善；尿頻短不熱不

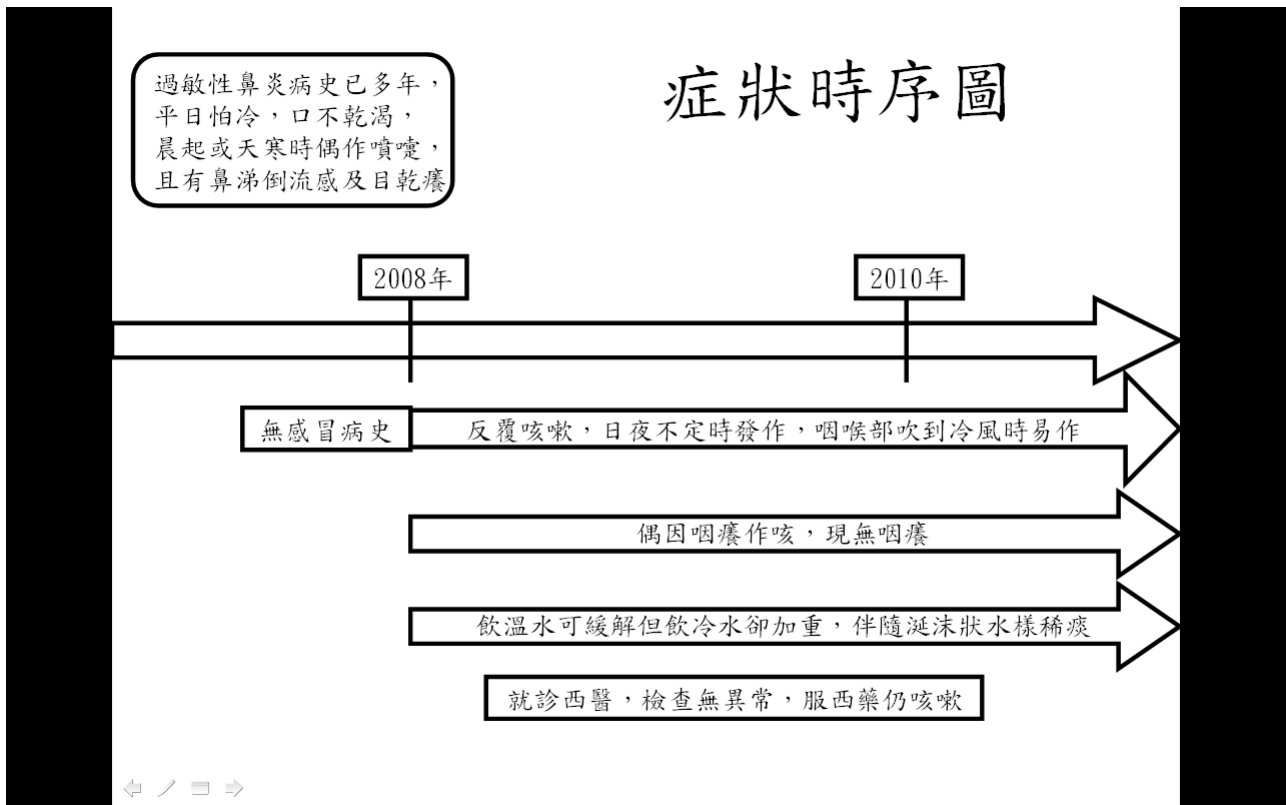
18 痛(一個多小時一次)，夜尿1次，常反覆泌尿道感染現已無。

19 8. 經帶胎產史：G3P3A0，已停經十餘年，停經後無特別相關症狀不適感。

1 切診

2 1. 四肢膚偏冷，下肢無水腫。

3 2. 脈象：脈軟滑不浮。



5 (圖 2.) 症狀時序圖

6 (八) 中西醫診斷

7 1. 西醫：慢性咳嗽

8 2. 中醫：咳嗽，證屬久咳氣虛，寒痰夾瘀蘊肺，病機為腎陽虛水津不化兼肺血虛夾肺絡
9 瘀阻無以佈陽。

10 二、治療方法及過程

11 (一) 治則：溫補腎陽和養血通瘀以蠲化寒痰兼益氣固表以防外邪復擾

12 (二) 處方：

- 1 濃縮中藥
- 2 苓甘薑味辛夏仁湯 3g
- 3 濟生腎氣丸 3g
- 4 玉屏風散 4g
- 5 當歸 1.5g
- 6 桃仁 1g
- 7 絲瓜絡 1g
- 8 龜板 1.5g
- 9 以上諸藥均勻混合，一日分三餐飯後服用

10

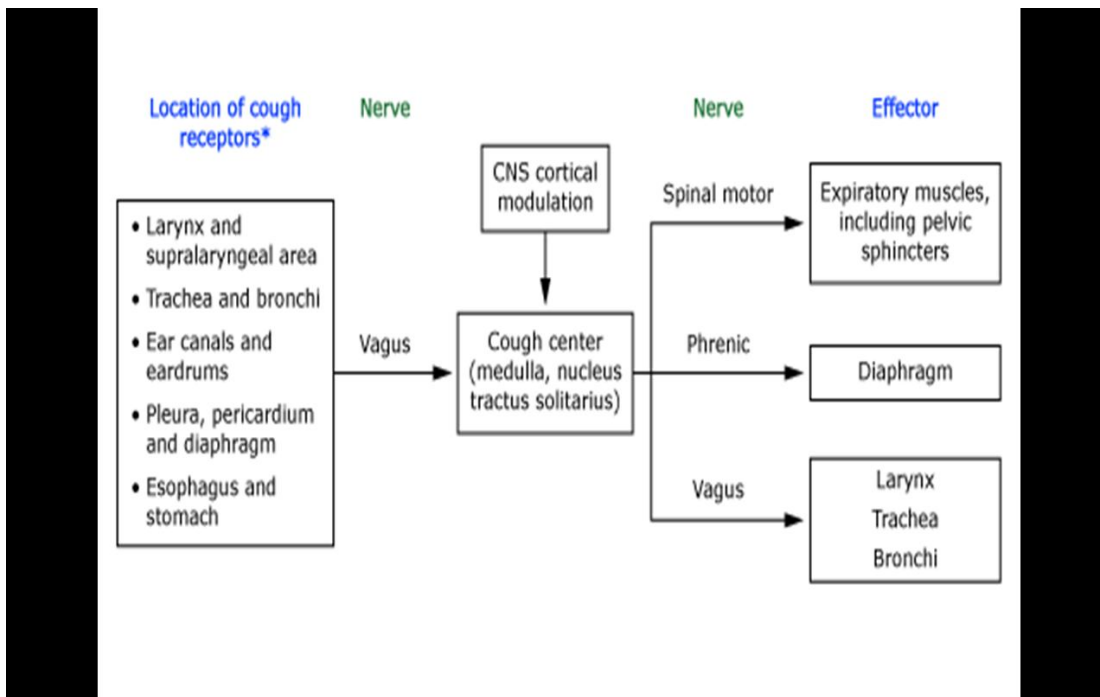
11 (三) 理法方藥分析

- 12 1. 《景岳全書·咳嗽》：「咳嗽之要，止惟二證，何為二證？一曰外感，一曰內傷而盡之矣」⁷，
- 13 故臨床上遇到咳嗽宜先分外感或內傷？區分外感或內傷的方法有很多，例如起病新久、病程
- 14 長短、病勢急緩或有無伴隨他臟見證等，但是內傷咳嗽日久的病人也可能感受外感而致咳，
- 15 而外感咳嗽也會受不同體質或內傷基礎的影響而呈現不同的臨床見症⁸，此時較可鑑別外感咳
- 16 嗽與內傷咳嗽的症狀為何？外感咳嗽幾乎都伴有咽癢(與痰哽清喉不同)，咽癢則咳作，是外
- 17 感咳嗽的重要特徵。咽癢對於外感咳嗽的辨析、判斷外邪的存在是重要的症狀依據。風勝則
- 18 癢，癢是風邪致病的特點。在治療過程中，咽癢的輕重與存在、消失，對於判斷外邪的輕重
- 19 以及是否解除也是重要的症狀依據。尤其是當寒熱、鼻塞、流涕等症狀消失後，若尚有咽癢

1 之感，表示外邪留戀，在辨證治療基礎上，仍須注意宣肺解表⁹。本病患咳嗽反覆發作兩年間，
2 造成「偶有咽癢作咳感」可能的原因有外邪留戀或氣虛致外邪再感，但來診時外感見症的證
3 據不足(已一段時間無咽癢且脈不浮)，而因為體質虛寒所產生的稀痰作咳仍有，故較像是內
4 傷咳嗽。至於有咽癢可辨為外邪留戀，但反過來說，無咽癢是否可「完全排除」外邪留戀？
5 臨床上並無任何症狀可「完全排除」是否有外邪留戀，但是在臨症治療及觀察病患服藥後的
6 反應過程中，需要較有鑑別力的症狀或徵候以監測病情變化，並根據症狀變化的時序關係作
7 邏輯性的分析。在臨床操作上，如果病患沒有中醫診斷上較像外邪留戀的症狀或徵候(如咽癢
8 或脈浮等)，此時治療上仍不優先考慮外邪留戀才符合辨證邏輯。

9 2. 既然是內傷咳嗽，接著就要區分病性屬寒或熱？臨床上很多醫師會以咳嗽遇冷時(例如飲冷
10 或在咽喉吹到冷風時)是否加重來區分寒熱，這樣的鑑別方式有時候可能會有所失誤。依照咳
11 嗽反射生理學(如圖2)，咳嗽反射動作的形成，包括刺激的接收反射中樞及動作的形成。刺激
12 的接受器除了位於呼吸道上皮外，在心包膜、食道、橫膈膜及胃皆可出現；而位於咽喉、氣
13 管及支氣管的接受器，對物理性及化學性刺激均有反應，化學性刺激包括酸、冷、熱、
14 capsaicin-like compounds和其他化學性刺激物，物理性刺激包括接觸及位移等。來自咳嗽接受
15 器的訊息經傳入神經(迷走神經、舌咽神經、三叉神經或是膈神經)傳至位於延髓的咳嗽中
16 樞，再由此中樞發出訊息，經由輸出神經(迷走神經、膈神經或脊髓神經)至運動肌肉，引
17 起收縮及咳嗽的動作¹⁰。由以上反射動作可知，「冷」本身即可以引起咳嗽反射，所以在辨證
18 邏輯上，寒咳可能會有因寒致咳的誘發性質，但並非「因寒致咳」就可辨之為寒咳，例如風
19 熱咳嗽、痰熱咳嗽或燥邪致咳的病人皆可能因為吹冷或飲冷而引發咳嗽。本病患咳嗽伴隨涎

1 沫狀水樣稀痰，且咳嗽時口不渴，所以病性偏屬寒。



2

3 (圖3.)咳嗽反射機制

4 3. 既然為內傷寒性咳嗽，接下來就要區分與何臟腑相關？本病患咳嗽伴隨涎沫狀水樣稀痰、
5 咳時伴喉中痰音稍重濁、脈軟滑等，為肺系濕蘊痰凝的表現，加上平日怕冷，此為身體虛寒
6 致陽無以化痰濕，故治此內傷咳嗽須先從化痰濕，化痰濕須先補虛寒，補虛寒須鑑別虛寒從
7 何臟腑而來？再審病患平日較怕冷，舌有津且尿頻短不熱不痛，夜尿一次，偶終日耳鳴如蟬
8 鳴，雖無特別腰背痠疼，但其年歲亦高，故須考慮腎陽虛的體質，因為無心悸喘促，故先不
9 考慮水氣凌心。而病患除了以上見症外，也有「面色淡白、皮膚稍乾、目乾澀、大便乾燥」
10 的現象，此證為何不辨屬「腎陰虛」？在臨床上血虛與腎陰虛之相關見症應區分異同，腎陰
11 虛的臨床表現，有虛而有熱的特徵，它的輕重程度很有差別。輕者，僅見眩暈、耳鳴、咽乾、
12 口燥、烘熱、腰痠、遺精、盜汗、脈細數、舌質偏紅等；重者除上述症狀外，還可見形體消
13 瘦、大肉盡脫、舌質光紅等精血虛損之證¹¹，此與本病患的見症不相符，故鑑別診斷中不考慮

1 腎陰虛。其次，陽虛除了從先天腎陽考慮外，也要從後天脾陽考慮。病患雖偶易泛酸、腹脹
2 矢氣而不臭，但納可、大便質硬量少不暢，所以在大便尚成形的表現下先不考慮脾陽虛的體
3 質。依《血證論·陰陽水火氣血論》中提及的觀念，在補陽的前提下，須先審血之充足與否
4 ¹²？病患已停經十餘年，其面色淡白、皮膚稍乾、目乾澀皆為血虛的表現，且大便量少質硬顆
5 粒也是血虛無法濡潤的見症之一，另外舌質偏黯更要考慮血瘀的可能性。最後，久咳氣虛故
6 汗出當風不適且脈軟，因為寒痰蘊肺之內傷咳嗽在氣虛的條件下更容易受到外邪侵襲，此時
7 除了以溫陽養血通瘀治療寒痰夾瘀蘊肺之外，也要考慮病患在過去反覆咳嗽的病程中，偶有
8 咽癢作咳的情況，其原因可能為久咳氣虛致表衛不固而易反覆再感外邪，如此易感外邪的情
9 況對於治療是非常不利的，故在治則亦須考慮酌加益氣固表的用藥，以防外邪趁虛襲表而使
10 病情反覆；另一方面，用藥處理痰濕同時也可能耗傷正氣，此時不可忽視固護正氣，在古方
11 中也多有此類方劑如參蘇飲。如此的用藥思維不僅著重在疾病本身的表現(寒痰作咳)，還要
12 考慮因病患體質(氣虛易感外邪)所須做的預防，這種同時考慮疾病與體質的思路也是有別於
13 目前西方醫學的治療觀念。綜合以上分析，其病機為陽虛血虛血瘀致陽布不暢，陽布不暢日
14 久致寒痰夾瘀蘊肺，其證屬腎陽虛、肺血虛、寒痰夾瘀蘊肺、兼氣虛證，是為本虛標實的病
15 機表現。

16 4. 由以上分析之後擬出治則為溫補腎陽和養血通瘀以蠲化寒痰兼益氣固表以防外邪復擾，故
17 選用苓甘薑味辛夏仁湯溫化寒痰、利肺順氣，治療陽虛無以蠲化痰濕之標，方中以乾薑溫肺
18 散寒、溫脾化痰；細辛溫肺化飲；杏仁開降肺氣，使氣行則水行；茯苓健脾滲濕；半夏燥濕
19 化痰，佐以五味子斂肺止咳，配合細辛一散一收，散不傷正，收不留邪，再以甘草調和諸藥。

1 其次，以濟生腎氣丸溫補腎陽利水，治療陽虛無以化痰濕之本；再合玉屏風散益氣固表，以

2 防外邪趁虛襲表而使病情反覆。再者，佐以當歸主治咳逆上氣、補血活血使陽得以布、肺得

3 以溫而寒痰不滯；桃仁活血祛瘀、潤腸通便；絲瓜絡入肺通經活絡，為引經藥；龜板滋陰養

4 血、潛陽益腎以改善陽不入陰之眠淺。

5 (四) 中醫診療經過

6 表1. 治療期間患者症狀與體徵變化

| 日期 | 991008 | 991015 | 991022 |
|------|--|---|--|
| 咳嗽 | 反覆咳嗽二年，現無咽癢，飲熱可緩解而飲冷卻加重 | 咳減甚 | 咳續減 |
| 痰 | 涎沫狀水樣稀痰 | 痰減 | 痰續減 |
| 其他見症 | 平日怕冷，易汗出且當風不適，尿頻短，夜尿1次 | 仍尿頻，偶血壓高 | 仍尿頻，食後腹脹 |
| 口乾與否 | 口不乾 | 口不乾 | 口不乾 |
| 舌脈 | 舌淡紅黯苔薄白膩滑，脈軟滑 | 舌淡紅黯苔薄白膩滑，脈軟滑 | 舌淡紅黯苔薄膩滑，脈軟滑 |
| 處方 | 苓甘薑味辛夏仁湯 3g 濟生腎氣丸 3g 玉屏風散 4g 當歸 1.5g 桃仁 1g | 苓甘薑味辛夏仁湯 2g 濟生腎氣丸 3.3g 玉屏風散 2g 溫經湯 2g 桃仁 1g | 苓甘薑味辛夏仁湯 3g 濟生腎氣丸 3.3g 溫經湯 3.2g 桃仁 1g 絲瓜絡 0.8g |

| | | | |
|--|---------|----------|---------|
| | 絲瓜絡 1g | 絲瓜絡 0.8g | 龜板 1.5g |
| | 龜板 1.5g | 龜板 1.5g | 神麩 1g |
| | | 雙鉤藤 1.2g | 丹參 1.2g |
| | | 夏枯草 1.2g | |

1 三、討論

2 本病例是一位反覆咳嗽已二年的病患，初診經臨床辨證之後以苓甘薑味辛夏仁湯加當歸
3 為主來治療病患；二診主訴咳減甚而痰亦減，但是仍然有尿頻的狀況，雖服西醫降血壓藥但
4 偶爾仍有血壓高的情形，故處方以溫經湯取代當歸補血引血下行，使血和而腎、膀胱得以維
5 持穩定的溫度(即「陽分」)以助氣化，關於溫經湯用藥思路將於後文做討論。另加雙鉤藤、
6 夏枯草以制血壓偶高之標；三診主訴咳、痰皆減，但仍尿頻且偶食後腹脹。因咳、痰皆減故
7 先減玉屏風散，溫經湯再加量以補血溫陽助氣化，另酌加丹參以加強和血逐瘀之效。因病患
8 以前沒有食後腹脹的現象，現服藥後逐漸有腹脹感，故先考慮龜板所引起較難消化的副作用，
9 以化金石類消導藥-神麩來解決腹脹不適。另一方面，在臨症治療時我們遇到一些與治療選藥
10 相關的問題：第一、為何在血虛體質的病患，治療寒痰時須再酌加補血藥？第二、補血藥選
11 用當歸治咳的意義為何？以下針對上述問題作深入討論：

12 (一)為何在血虛體質的病患，治療寒痰時須再酌加補血藥？

13 氣為血之帥，血為氣之母，故氣可行血，血可載氣，由此可知氣的運行與敷布實有賴於血的
14 運載。同理，陽在人體的運行與敷布也是需要仰賴於血的運載，在人體中需要有足夠的血液
15 灌流，熱能才能順利分布全身，這也體現了「血載陽而行」的生理功能。在肺而言，如果肺

1 血虛則無法維持肺陽(溫度)的表現，肺陽表現不足則根據《血證論·陰陽水火氣血論》：「何
2 以言水即化氣哉，氣著於物，復還為水」的生理概念¹²，會導致肺陽虛無以化氣而復還為水。
3 而關於水的氣化須特別說明的是此作用非僅賴腎陽蒸騰膀胱水氣即成，因為根據《血證論·
4 陰陽水火氣血論》文中「蓋人身之氣，生於臍下丹田氣海之中，臍下者腎，與膀胱水所歸宿
5 之地也。」與「此水不自化為氣，又賴鼻間吸入天陽，從肺管引心火，下入於臍之下，蒸其
6 水使化為氣」可知：水的氣化也需要肺陽的順利作用才能完成。而這種因為血不利而影響陽
7 的表現，進一步更影響水的氣化而瀦留成痰濕水飲，更是體現了「血不利則為水」的生理機
8 制。由以上關於血、陽、水三者相互間的生理機轉可知，若為血虛體質的病患，因為血虛無
9 以載陽，所以體質上就較容易產生寒痰蘊肺，如果在治療時僅處理溫化寒痰之標而忽視補血
10 之本，不但難達溫化之效，而且寒痰也易再生。這種因為血虛無以布陽，進一步造成臟腑陽
11 虛的病機在全身皆可見，若是表現在肺，則肺陽的功能不足，無以化水為氣而生水飲痰濕，
12 是為「肺血虛致寒痰蘊肺」。另外，不但唐容川在《血證論·卷六·咳嗽篇》中提及：「須知
13 痰水之壅，由瘀血使然，但去瘀血，則痰水自消¹³」，而且在夏洪生教授治咳經驗中也提出：「內
14 傷咳嗽者，因於肺氣虛弱，無力運血，血運不行，或陰虛血脈澀滯，或痰濁水飲內盛，阻遏
15 氣機，脈絡瘀阻。活血法應貫穿整個治療過程，尤其在痰涎阻塞肺絡的情況下，若單用行氣
16 祛痰之品，勢必難以推動，加上活血藥可使血活氣動，再配以宣肺的藥物，可使氣血暢行，
17 肺絡宣達¹⁴」，所以除了必須注意血虛的條件外，也要注意血運是否通暢(痰、瘀等)，這些都
18 是治療咳嗽不可忽視的體質條件。綜而論之，治虛寒者除溫陽外，更要注意載陽之血是否暢
19 達，血不暢的原因可能在於不容(如血虛)或不通(如血瘀)，無血無以補陽，所以和血以達溫

1 陽之效也體現了「陰中求陽」的治法。

2 (二)補血藥選用當歸治咳的意義為何？

3 當歸性味甘、辛、溫，歸肝、心、脾經，功能可補血活血、調經止痛、潤腸等。為何本病例

4 選擇以當歸補血以布陽？在《神農本草經》中提及：「當歸，主咳逆上氣…婦人漏下，絕子，

5 諸惡瘡瘍、金瘡¹⁵。」，故以當歸治咳早已被記載，但用藥須明其病機方能進一步掌握其用藥

6 時機。《本草綱目》中曾對當歸治咳提出解釋：「當歸血藥，何治胸中咳逆上氣？按當歸其味

7 辛散，乃血中氣藥也，況咳逆上氣，有陰虛陽無所附者，故用血藥補陰，血和氣自降矣¹⁶。」，

8 所提的病機主要在和血降氣，以血氣關係論當歸治咳。再者，《血證論·卷七》

9 中也提及「氣以血為家，喘則流蕩而忘返，故用當歸以補血。」意即以當歸補血招氣歸家¹⁷。

10 另外，《本經疏證》則以為：「故其為用，一言以蔽之，曰：『治陽氣躓於血分。』盡之矣¹⁸。」，

11 鄒澍進一步解釋：「陽氣躓於上焦血分，則呼吸迫促，為咳逆上氣；陽邪躓於營衛血分，則經

12 脈爭道，寒熱洗洗在皮膚中；陽氣躓於下焦血分，則血海不安，漏下，絕子。中風、中惡、

13 客氣虛冷，皆氣為血撓之所致也¹⁸。」。此處所用的「躓」乃指「阻礙」之義，說明了當歸治

14 咳之機源於「治陽氣躓於血分」，所論者即是陽、氣二者因血的因素而難暢達(如血虛或血瘀)，

15 以致陽氣受阻於血，無法進行溫化水飲、宣發肅降的作用。所以當歸可和血活血，使血行得

16 暢，肺氣不為血礙，宣發肅降不失其常，則咳喘自寧¹⁹。另外，本病患回診時另訴平日尿頻，

17 我們在原方的基礎上加入溫經湯，其思路乃在於病患體質陽血俱虛夾瘀，雖尿頻短但不熱不

18 痛，故選藥上除以溫腎利水的濟生腎氣丸之外，亦須養血入下焦兼祛瘀，所以選用溫經湯補

19 血引血下行，血和即可使下焦腎及膀胱得以維持穩定的溫度(即「陽分」)以助氣化，此即「陽

1 氣躡於下焦血分，則血海不安…客氣虛冷，皆氣為血撓之所致也。」之體現。

2 四、結論

3 反覆咳嗽已二年的退休婦女，經由西醫診斷為慢性咳嗽，因為服用西藥效果不佳而就診中醫。

4 這位病人經由中醫診斷後，施以苓甘薑味辛夏仁湯合當歸加減治療，中醫對於同一疾病，於

5 不同體質條件的病人會有不同的病機表現，施藥前會依據辨證而論治，此為不同於西醫治療

6 的特點，也是西醫可能忽視而治療效果不佳的原因之一。至於有哪些咳嗽的狀況是西醫治療

7 效果不佳而中醫卻可以取得療效？其一為本虛標實，西醫可能僅處理標實證而無補益本虛之

8 源，以致病情纏綿；其二為風邪未解以致肺不得宣，中醫「宣肺」以治咳為異於西醫的治法；

9 其三為燥邪傷肺致咳，中醫以潤養治之。以上所述中醫對咳嗽的辨證狀況可能散見於西醫關

10 於咳嗽的各種診斷中，故當遇到西醫治療後卻仍久咳不癒的病患時，除了參考其西醫診斷外，

11 也要回到中醫病因病機分析的基礎上來處方用藥才適切。最重要的觀念還是在於治療疾病

12 時，不可忘記病人體質上的差異，也不可將原本就有的「體質症狀」誤認作近期發生的「疾

13 病症狀」，這種同時考慮疾病與體質二者間相互影響的觀念也是很多西醫治療效果不佳而中醫

14 卻可以取得療效的關鍵；其次，虛寒體質在給予溫陽藥物時所需要注意的特點在古籍中已有

15 記載，本篇則特別對血與陽二者間的關係作詳加討論；再者，當歸治咳逆上氣的病機也被各

16 醫家廣為討論，本文提出對當歸治咳的病機總結。中醫在臨床上面對病人時，考慮體質與疾

17 病二方面的思路來尋求整體病機以施治病人，使病患不管在疾病或體質上均獲得較佳的改

18 善，而且疾病更不易反覆遷延。

19

1 謝誌

2 感謝中醫藥委員會研究計畫【計劃編號:CCMP-99-CMB-02】及【計劃編號:CCMP99-CMA-04】

3 計畫經費支持，並感謝中國醫藥大學附設醫院中醫部同仁熱心指導協助。

4 【參考文獻】

5 1. Irwin , RS , Baumann , MH , Bolser , DC , Louis-Philippe Boulet , Sidney S. Braman ,

6 Christopher E. Brightling , Kevin K. Brown , Brendan J. Canning , Anne B. Chang , Peter V.

7 Dicipinigaitis , Ron Eccles , W. Brendle Glomb , Larry B. Goldstein , LeRoy M. Graham , Frederick

8 E. Hargreave , Paul A. Kvale , Sandra Zelman Lewis , F. Dennis McCool , Douglas C. McCrory,

9 MD , Udaya B.S. Prakash , Melvin R. Pratter , Mark J. Rosen , Edward Schulman , John Jay

10 Shannon , Carol Smith Hammond , Susan M. Tarlo. Diagnosis and management of cough executive

11 summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2006 ; 129 : 1S-23S

12 2. Irwin , RS , Curley , FJ , French , CL. Chronic cough. The spectrum and frequency of

13 causes, key components of the diagnostic evaluation, and outcome of specific

14 therapy. Am Rev Respir Dis. 1990 ; 141 : 640.

15 3. Irwin , RS , Corrao , WM , Pratter , MR. Chronic persistent cough in the adult : the

16 spectrum and frequency of causes and successful outcome of specific therapy. Am

17 Rev Respir Dis. 1981 ; 123 : 413.

18 4. Kastelik , JA , Aziz , I , Ojoo , JC , Thompson RH , Redington AE , Morice AH. Investigation

19 and management of chronic cough using a probability-based algorithm. Eur Respir J 2005 ; 25 : 235.

- 1 5. Irwin, RS, Madison, JM. The diagnosis and treatment of cough. N Engl J Med. 2000 ; 343 :
- 2 1715.
- 3 6. Pratter, MR, Bartter, T, Akers, S, DuBois, J. An algorithmic approach to chronic
- 4 cough. Ann Intern Med. 1993 ; 119 : 977.
- 5 7. 張介賓：景岳全書，人民衛生出版社，北京，2007；430
- 6 8. 姜良燁，唐光華：論內傷基礎上的外感咳嗽，中醫雜誌，1991；4：201-3
- 7 9. 吳立文：從咽癢辨治咳嗽，甘肅中醫學院學報，2005；3：35-37
- 8 10. Ronald C Silvestri, Steven E Weinberger, Peter J Barnes, Talmadge E King, Helen
- 9 Hollingsworth : Evaluation of subacute and chronic cough in adults ,
- 10 [http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=copd/7878&selectedTitle=1%7E150&s](http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=copd/7878&selectedTitle=1%7E150&source=search_result)
- 11 [ource=search_result](http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=copd/7878&selectedTitle=1%7E150&source=search_result)
- 12 11. 馬建中：中醫診斷學，正中書局，台北，2000；176
- 13 12. 唐容川：血證論·陰陽水火氣血論，力行書局，台北，2000；1-6
- 14 13. 唐容川：血證論·卷六·咳嗽，力行書局，台北，2000；136
- 15 14. 林育華：夏洪生教授治咳經驗，新中醫，2000；2：10-12
- 16 15. 吳普：新版神農本草經，文光圖書有限公司，台北，1990；118-9
- 17 16. 李時珍：本草綱目，商務印書館，香港，1995；卷14，2-4
- 18 17. 唐容川：血證論·卷七，力行書局，台北，2000；206
- 19 18. 鄒澍：本經疏證，志遠書局，台北2007；171-5

1 19. 李國青，崔巍，張晶，姚銳：當歸治咳逆上氣的機理淺探，湖南中醫藥導報，2003；5：
2 8-13

3 A Case Report Of A Patient With Chronic Cough Treated By
4 Constitution And Disease Pattern Identifications

5 ABSTRACT

6 A 69-year-old retired female patient with history of allergic rhinitis for many years came to our
7 outpatient department due to recurrent cough for two years. The patient couldn't take the cold and
8 sneezed with post-nasal dripping and dry eyes with itching while getting up in the morning or in the
9 cold whether. She also complained about coughing with saliva-like and watery sputum. Coughing
10 with itching throat sensation sometimes occurred but there was no itching throat sensation now. She
11 didn't feel thirst when cough happened. Therefore, she went to search for western medicine for help
12 and was diagnosed as chronic cough but came to search for Chinese medicine because of poor
13 response for western medicine and persisting cough. There were pale face, dry skin and eyes,
14 dark-red tongue with slimy fur and much saliva, vacuous and slippery pulse under examination
15 while chest X-ray showing perihilar infiltration. After pattern identification by symptoms and signs,
16 the patterns were identified as kidney yang vacuity, lung blood vacuity, cold phlegm and blood
17 stasis in lung and exterior vacuity. After treating with modified
18 Lin-Gan-Jiang-Wei-Xin-Xia-Zen-Tang in addition to Dang-Gui, the frequency of cough and watery
19 sputum decreased. This case report can provide suggestions not only in noticing constitution of the

1 patient while treating with Chinese medicine but also in the thinking process of treating cough by

2 Dang-Gui.

3 Key words : cough , Lin-Gan-Jiang-Wei-Xin-Xia-Zen-Tang , Dang-Gui , lung blood vacuity , Chinese

4 medicine