

慢性阻塞性肺疾病的辨证施治

洪 广 祥

(江西中医学院呼吸病研究所, 南昌 330003)

摘要:慢性阻塞性肺疾病是常见的顽固性呼吸道疾病, 中医归为“肺胀”。文章认为其病因病机应从临床特点出发, 在慢阻肺的各个疾病分期中, 应根据急性加重期和稳定期具体的症状特征采用温肺散寒、宣肺泻热、益气温阳、祛痰行瘀等治疗大法, 从而改善慢阻肺患者的症状。在临证具体治疗中, 笔者采用小青龙汤、补中益气汤、补元汤、皂荚丸、蠲哮汤、干縵汤、麻杏甘石汤合礞石滚痰丸、麻黄附子细辛汤合苓桂术甘汤等治疗慢阻肺的各个分期, 并举出急性加重期、稳定期的6个病例, 均取得较好的疗效; 治疗根本是辨清本虚标实, 虚实夹杂。

关键词:慢性阻塞性肺疾病; 中医药疗法; 辨证施治; 急性加重期; 稳定期; 补虚泻实

Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease Based on Syndrome Differentiation

Hong Guangxiang

(Research Institute of Respiratory disease, Jiangxi College of Traditional Chinese Medicine, Nanchang 330003)

Abstract: Chronic obstructive pulmonary disease is a common stubborn respiratory disease (COPD); it belongs to "lung-distension" in Chinese medicine. The author believes that its pathogenesis should be considered from clinical characteristics in all COPD stages according to the specific characteristics of the symptoms, listed several therapies: warming lung for dispelling cold, dispensing lung qi and clearing heat, benefiting qi for warming yang, eliminating phlegm and removing blood stasis so as to improve the symptoms of patients with COPD. The author used Xiaoqinglong decoction, Buzhongyiqi decoction, Buyuan decoction, Gleditsia pills, Juanxiao decoction, Mahuang Xingren Shigao decoction combined with Mengshi Guntan pills, Mahuangfuzixixin decoction combined with Linguizhugan decoction to treat COPD in all phases. For example, the six cases about acute exacerbations and stable period had improved apparently. Treatment is basically to determine root vacuity and tip repletion, intempered deficiency and excess.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease; chronic TCM therapy; syndrome differentiation; acute exacerbations; stable period; supplying deficiency and expelling excess

笔者在治疗慢性阻塞性肺疾病(以下简称慢阻肺)时, 认为“肺胀”的诊治思路和方法, 不完全适合于慢阻肺的临床应用^[1], 故提出本虚标实、虚实夹杂是慢阻肺证候的基本特点。急性加重期或症状稳定期, 虚中挟实或实中挟虚的证候表现全程都可兼见。因此, 临床应根据慢阻肺的临床特点重新设计其辨证施治方案。

疾病分期

1. 急性加重期 中医辨证多为外感风寒引动痰瘀宿根, 呈现外寒内饮为主的证候, 如咳逆喘满不

得卧, 气短气急, 咯痰白稀、呈泡沫状, 胸部膨满; 或恶风寒, 发热, 口干不欲饮, 周身酸楚, 面色青黯, 舌体胖大, 舌质暗淡、舌苔白滑, 脉浮紧或浮弦滑。此时主要表现为病毒感染。

痰热郁肺亦为急性加重期证候表现, 多因外寒内饮未能及时解除, 致邪郁化热。如咳逆喘息气粗, 胸满烦躁, 目睛胀突, 痰黄或白、黏稠难咯; 或发热微恶寒, 溲黄便干, 口渴欲饮, 舌质红暗、苔黄或白黄厚腻, 脉象弦滑数或兼浮象。患者在急性加重期阶段, 主要矛盾是邪实, 标证突出, 但始终伴随虚象, 如神

疲体倦、气短汗出、怯寒肢冷、食欲不振。加重期间极易反复感冒,出现虚弱脉与邪实脉并存等。

此时治疗原则,应根据“急则治其标”和“祛邪以安正”的治则,辨证论治,合理择方选药,尽快地控制病情,以最短时间促使患者进入稳定期。笔者认为,此时用药要更加严格辨证,不宜单纯套用西医抗感染而大肆应用苦寒清热、清化痰热方药,避免“闭门留寇”和损伤气阳,致使病情加重,变证丛生。临床经验证明,急性加重期如能正确运用辨证论治方药,或根据病情合理应用中西医结合的方法,大多治疗效果显著,且可避免一些合并症的发生,从而为患者进入稳定期的治疗赢得主动权。

2. 稳定期 中医认为多呈现气阳虚弱和痰瘀伏肺为主的证候。

2.1 气阳虚弱 多表现为气短不足以息,动则加剧,怯寒肢冷,不耐风寒,形体瘦薄,饮食不馨,体倦乏力,大便易溏软,舌质暗淡、舌苔薄白或微腻,脉虚软、右关偏弦滑、右寸多细滑,或细弦滑,两尺脉弱等气阳虚弱、肺脾肾虚证候。如由阳及阴,而呈现气阴两虚证候者,除见上述阳气虚弱证候外,还可兼见口干而不欲饮,舌质偏红、舌苔薄少,脉细弦虚数等气阴两虚证。根据笔者的临床经验,慢阻肺单纯阴虚者临床少见。

2.2 痰瘀伏肺 多表现为面色晦滞,颈、肩、上背部肌肉僵硬、酸痛、胀满;或脘腹饱胀,唇、舌暗或紫暗,舌下青筋显露,指甲暗红;胸部膨满,咯痰稠黏,舌苔腻,脉右寸细滑,右关弦滑等痰瘀伏肺,气血瘀滞证候。痰瘀久羁,易兼挟郁热,可兼见口干,或大便不畅,夜寐不安,舌质红暗,舌苔黄腻,脉象兼数等郁热见证。

慢阻肺稳定期阶段,以正虚邪实为主,正虚为主要矛盾。气阳虚弱、肺脾肾虚是正虚的主要方面。病情反复,或急性加重与气阳虚弱、宗气不足、抗御外邪能力低下、免疫调节能力下降有着极为密切的关系。另一方面,稳定期痰瘀伏肺、气血瘀滞始终是慢阻肺的内在矛盾,是形成虚实夹杂证候的关键。痰瘀阻遏,气血瘀滞,气机升降失调,是影响肺通气功能的重要病理基础。宗气不足,气虚下陷,导致肺功能低下;痰瘀阻肺,肺失肃降,是气道阻塞的基本原因。

治疗方法

慢阻肺肺功能下降,既由宗气生成不足,又与痰瘀阻肺有着十分密切的关系。亦虚亦实是慢阻肺肺功能下降的病机特点。故对慢阻肺的治疗,应将补

虚泻实治则贯穿治疗的全过程,高度重视“扶正以祛邪”和“祛邪以安正”治则的运用,以充分体现中医药理论在临床中的指导作用。慢阻肺急性加重期和稳定期以外寒内饮、痰热郁肺和气阳虚弱、痰瘀伏肺为基本中医证候。其治法应突出温散肺寒、宣肺泄热、益气温阳、祛瘀行瘀。

1. 温散肺寒 此法主要针对慢阻肺患者因外感风寒,肺失宣肃,而引发的急性加重,为外寒内饮证的主要治法。小青龙汤为其代表方,常用剂量:生麻黄 10g,桂枝 10g,干姜 10g,法半夏 10g,白芍药 10g,北细辛 3—5g,五味子 10g。痰壅喘急较甚者,可加葶苈子 15g,青皮 15g,牡荆子 15g,以泻肺除壅,降逆平喘。兼挟郁热者,可加生石膏 30g,黄芩 10g,以清泄郁热,其与小青龙汤为伍,可达温清并用,既散肺寒,又清郁热,是临床常用的一种治疗方法。对于加重期以病毒感染为主,又有细菌感染趋势者,有显著的治疗效果。但应注意在使用小青龙汤温散肺寒时,如无明显郁热见证,不宜加用清泄肺热药,以免闭门留寇、敛邪遏肺,使肺气更加郁闭,而加重喘满症状。

2. 宣肺泄热 此法主要针对急性加重期痰热郁肺证。由于痰液黏稠,排痰不畅,或过用寒凉药,使肺气郁闭而出现痰郁化热。宣肺是泄热的基础。肺气郁闭,则痰热不易化解,痰液更加黏稠难出,从而使感染进一步加重。肺得宣肃,痰热易清,临床应把握好宣肺与泄热的关系。

宣肺泄热的代表方可选用《金匱要略》治“肺胀”的越婢加半夏汤(麻黄、石膏、生姜、半夏、甘草、大枣)宣肺泄热,降逆平喘。宣散泄热是本方的立方宗旨。常用剂量为生麻黄 10g,生石膏 30—50g,生姜 10g,法半夏 10g,生甘草 10g,大枣 6 枚。方中麻黄、石膏辛凉配伍,辛能宣肺散邪,凉能清泄内热;生姜、半夏散饮化痰以降逆;甘草、大枣安内攘外,以扶正祛邪。临床经验证明,石膏为清解肺胃气分实热之要药。邪在卫分即外感风热表证亦不忘石膏;对肺卫邪盛高热者,非但不忌,反为必用之品。盖其味辛能散,邪热可由表外解,与麻黄相配具有较强的宣肺泄热作用。麻黄与石膏原方用量是 1:2—1:3,大量的石膏,一则制麻黄的辛温,使本方变为辛凉,二则功效专一,使本方专于清宣肺热。笔者临床用量多掌握在 1:3—1:5 之间,若石膏用量过大,又会遏制麻黄辛温宣散之力,反而导致邪热郁闭,咳喘加重。石膏用量的多少,应视肺热轻重而定,如热重者石膏宜重用。麻黄与甘草比例,也宜恰当,一般取等量为

宜。因为甘草量大则牵制麻黄宣散之力,量小则恐麻黄宣散太过。有些患者对麻黄很敏感,易出现兴奋现象而影响睡眠,若适当加大生甘草用量以“甘以缓之”,可有效地抑制麻黄兴奋之性。

若痰热症状较重,如痰黄黏稠,痰鸣喘息,躁烦便秘者,加金荞麦根 30g,白毛夏枯草 20g,黄芩 10—15g,葶苈子 20—30g,生大黄 10g,以加强清化痰热,泻肺通腑。必要时可配合礞石滚痰丸。热伤气津,口舌干燥,苔黄少津者加麦门冬 20—30g,玉竹 10—15g,北沙参 30g 以养阴生津。

3. 益气温阳 此法主要针对慢阻肺稳定期气阳虚弱证而设。气阳虚弱既是慢阻肺的病机重心,也是慢阻肺本虚的中心证候。它直接关系着病情的稳定和发展,对慢阻肺预期治疗目标的实现有着举足轻重的影响。气阳虚重在元气虚和宗气虚。益气温阳常选用补中益气汤、补元汤(经验方)、芪附汤加减:生黄芪 30g,西党参 30g,炒白术 10—15g,炙甘草 10g,当归 10g,升麻 10g,北柴胡 10g,陈皮 10g,山茱萸 10—15g,锁阳 10—15g,熟附子 10g。阳虚较甚者,可酌情选用补骨脂、葫芦巴;兼挟气阴两虚者,可配合生脉散或麦门冬汤以阴阳两补。由于慢阻肺病程长、症状迁延、又易反复,故应鼓励患者树立信心,坚持治疗。益气温阳法和益气温阳方药,对慢阻肺稳定期患者体质的改善和生活质量的提高,免疫调节和抗邪能力的加强,减少病情反复和急性加重,保护和改善肺功能等方面均有较好效果。

这里有必要指出,不少患者由于年迈体衰,急性加重阶段时,虚象亦显突出,虚实并见。此时治疗必须虚实兼顾,扶正与祛邪并举,关键在于处理好扶正补益与祛邪泻实、补益宗气与调畅气机的关系。补中益气汤与祛邪方药结合应用,可明显提高疗效,未见因补益而出现“敛邪”或“壅塞”副反应。

4. 祛痰行瘀 痰瘀伏肺,气道壅塞为慢阻肺基本病机之一。因此祛痰行瘀是慢阻肺泻实的主要治法。痰瘀为阴邪,非温不化。因此用药宜温,切忌寒凉郁遏,出现痰瘀胶固,加重气道壅塞。笔者常选用干缙汤、苓桂术甘汤、桂枝茯苓丸加减:小牙皂 6g,法半夏 10g,生姜 10g,茯苓 30g,桂枝 10g,炒白术 10g,炙甘草 10g,桃仁 10g,丹皮 10g,赤芍药 20g,青皮 15g,陈皮 10g,葶苈子 15—30g。

若痰瘀化热,出现痰黄稠黏、口渴便秘、舌质红暗、苔黄厚腻、脉滑数等痰热瘀阻证候时,可改用清化痰热、散瘀泄热方药:金荞麦根 30g,黄芩 10g,白毛夏枯草 15g,生石膏 30g,浙贝母 10g,海蛤壳 20g,

桃仁 10g,丹皮 10g,赤芍药 20g,生大黄 10g,葶苈子 20g,桔梗 30g。兼有表邪遏肺,喘满症状较甚者,可合用麻杏甘石汤,以宣肺泄热。待痰热证候顿挫后,及时改用“温化”方药以图缓治。

祛痰行瘀法为慢阻肺基本治法。无论在急性加重期或稳定期均可配合其它治法综合运用。

病案举例

例 1:患者某,男,61岁,1998年10月6日初诊。患咳嗽气喘 20 余年。每遇气候转凉、劳累易发作,冬季发作尤甚。西医诊断为慢性支气管炎、阻塞性肺气肿。发作时多用抗感染为主治疗,但病情仍反复发作,且症状逐渐加重。近又犯病已缠绵月余,遂要求中医药治疗。症见咳嗽痰多,痰白质稀多泡沫,日痰量约 100ml 以上;胸闷气憋,动则气喘加重,甚则倚息不能平卧,伴怯寒背冷,神疲乏力,纳差便软,脘腹胀满,口唇及舌质暗红而润,舌苔白黄厚腻,脉虚弦滑,右关弦滑甚,右寸浮细滑,左寸脉弱。证属寒饮伏肺,阳气虚弱,兼挟风寒。治宜解表化饮,温经散寒。方用小青龙汤合苓桂术甘汤加减:生麻黄 10g,桂枝 10g,干姜 10g,细辛 3g,法半夏 10g,五味子 10g,白芍药 10g,生姜 10g,红枣 6 枚,葫芦巴 10g,补骨脂 15g。7 剂,每日 1 剂,水煎服。二诊:服药 7 剂患者咳嗽喘憋明显改善,痰量已减过半,全身症状亦有减轻,厚腻苔已减 2/3,原方再服 7 剂。三诊:喘咳基本缓解,痰量每日有 10 余口,以白黏痰为主,脉浮已除。说明标实证已获控制,拟改用补益肺脾,温阳护卫法。方用补中益气汤合温阳护卫汤(经验方)加减以治本虚:生黄芪 30g,西党参 30g,炒白术 10g,当归 10g,升麻 10g,北柴胡 10g,炙甘草 10g,陈皮 10g,桂枝 10g,白芍药 10g,生姜 10g,红枣 6 枚,葫芦巴 10g,补骨脂 15g。7 剂,每日 1 剂。四诊:患者服上方自觉舒适,病情处于稳定期,体力明显改善,动则气喘亦见减轻。效不更方,嘱其坚持服用,以提高机体免疫调节能力,减少反复发作,控制病势发展。

按:例 1 是急性加重期,为寒饮伏肺,气阳虚弱,外感风寒而引发。故以小青龙汤解表化饮,苓桂术甘汤以温阳化饮,再加芪附汤以益气温阳,从而达到祛邪以扶正,祛邪不伤正,较好地贯穿了治疗慢阻肺应坚持实施补虚泻实的原则,故取效甚速。

例 2:患者某,男,58岁,2001年2月28日。患者反复咳嗽咯痰 16 年,动则气喘 5 年。每年冬季因病情较重常需入院接受治疗。由于反复发作病情逐渐加重。近又犯病多天,西药治疗效果不显,遂要求中医药治疗。症见咳嗽频作,咯痰不畅,痰黏稠如

胶,胸部憋闷,喉间吼鸣,倚息不能平卧,动则气喘加重,痰出后咳嗽及喘憋均减轻,大便不畅,口干口黏,脘腹饱胀,汗出烦热,口唇暗紫,舌质红暗,舌苔白黄厚腻,脉弦滑近数,重按无力,右关弦滑特甚。证属痰浊壅肺,气壅血瘀,郁久化热,肃降失常。治拟涤痰除壅,利气平喘。方以皂荚丸、蠲哮汤(经验方)、千缙汤加减:小牙皂 6g,法半夏 10g,生姜 10g,葶苈子 30g,牡荆子 15g,海浮石 20g,小青皮 15g,广陈皮 15g,生大黄 10g,黄芩 10g,桃仁 10g,礞石 20g。7剂,每日1剂,水煎服。二诊:服药后咳出大量浊痰,大便通畅,咳喘憋闷显著改善,烦热汗出已除,能平卧入睡。原方再加桔梗 30g 以加大排痰力度。7剂,水煎服。三诊:患者痰浊壅肺证候已趋缓解,惟动则气喘仍见明显,略有咳嗽咯痰,体倦乏力,气短难续,脘腹饱胀,胃纳差,怯寒肢冷,面色无华,唇暗舌暗,苔微腻,脉虚弦滑,右关弦滑明显,右寸细滑。此乃气阳亏虚,痰瘀伏肺,脾虚失运。方用补元汤(经验方)合苓桂术甘汤、香砂六君子汤调理:生黄芪 30g,西洋参 30g,白术 15g,炙甘草 10g,全当归 10g,广陈皮 15g,升麻 10g,葫芦巴 10g,补骨脂 15g,桂枝 10g,茯苓 30g,广木香 10g,西砂仁 6g,法半夏 10g,川芎 10g。7剂,每日1剂,水煎服。四诊:服药后阳虚气弱证候改善,脾虚失运之症显著减轻,继续进原方加减调理,以稳定病情,阻断发展。

按:例2为急性加重期痰浊阻肺证。治疗重在涤痰除壅,方用皂荚丸、蠲哮汤、千缙汤加减而获卓效。皂荚丸出自《金匱要略》:“咳逆上气,时时吐浊,但坐不得眠,皂荚丸主之”。临床应用应定位在“浊”痰这个关键症状上,“浊”痰是引起“咳逆上气”的主要矛盾。故仲景选用宣壅导滞,利窍涤痰,药力峻猛的皂荚为主药。《经方实验录》也强调指出“夫甘遂之破水饮,葶力之泻肺胀,与皂荚之消胶痰,可称鼎足而三。惟近人不察,恒视若鸩毒,弃良药而不用,伊谁之过矣?”再次肯定皂荚清涤胶痰的重要作用,皂荚味辛、咸,性温,有毒。能开壅塞之肺气,软化稠厚之顽痰,用于顽痰壅塞,喘咳气急之症。尤其对咳嗽痰多、胸闷气急、难以平卧之肺实证有很好的效果。临床汤剂用药量以6g为宜。千缙汤由皂荚、半夏、甘草组成,为《妇人良方》所载。该方是从《金匱》皂荚丸方演化而来,有继承创新的寓意。主治“痰喘不能卧”和“风痰壅盛喘急,日夜不得卧,人扶而坐者”。认为方中“甘草能益脾,皂荚能去垢,半夏能破逆。曰千缙者,重其效也。”同时,生姜和甘草具有“解毒”和“和中”的作用,更能体现《金匱》皂荚丸方除

痰而不伤正的目的。临床用于浊痰壅肺证有较好疗效。蠲哮汤为笔者经验方,由葶苈子、青皮、陈皮、牡荆子、生姜、大黄等药组成,重在泻肺除壅,利气平喘。符合《黄帝内经》“肺苦气上逆,急食苦以泻之”和笔者提出的“治痰治瘀以治气为先”的配方原则。该方用于哮病及慢阻肺痰浊壅肺证有较好效果。方中还加了海蛤壳、礞石软化痰栓,以加速顽痰化解。复诊时又在原方基础上重用桔梗 30g 以加大排痰力度,从而达到显著疗效。

例3:患者某,男,66岁,1993年11月26日初诊。患者在5年前经某医院诊断为慢性支气管炎、阻塞性肺气肿。常反复发作,受寒或冬季时发作频繁,病情日见加重。近年来有心悸心慌症,严重时伴下肢浮肿。3个月前因病情反复发作而入某西医院住院诊治,住院月余症状改善,出院诊断为慢性阻塞性肺病、肺心病。出院半个月病情又见反复,遂来门诊中医药治疗。症见咳嗽甚,咯痰黄稠,不易咯出,喉间痰鸣,喘息憋闷,动则气喘加重,夜难平卧,口干便结,脘腹作胀,矢气或便后则舒,伴心悸心慌,躁烦汗出,口唇红暗,舌质暗挟紫,舌苔黄厚腻,前1/3苔少,脉虚弦滑数,右关弦滑甚。由于病情较重,嘱其再次住院治疗。因患者多次住院治疗效果欠佳,又加经济困难,故拒绝入院,要求门诊接受中医药治疗。辨证属痰热遏肺,气壅血滞,腑气郁闭,肺失肃降,标实证候突出。治拟清泄肺热,涤痰除壅,泻肺平喘。方用麻杏甘石汤合礞石滚痰丸加减:生麻黄 10g,南杏仁 10g,生石膏 30g,生甘草 10g,青礞石 20g,黄芩 10g,沉香木 10g(入煎),生大黄 10g,金荞麦根 30g,白毛夏枯草 20g,干地龙 15g,青陈皮各 15g,葶苈子 30g。7剂,每日1剂水煎服,并嘱如病情加重须立即入院诊治。二诊:患者二诊时病情大有改观,症状明显改善,复诊时咳嗽喘憋已减3/5,痰易咯出,黄痰明显减少,大便已通畅,厚腻苔已去2/3,余症亦随之改善。上方再合生脉散以益气养阴,再服7剂。三诊:患者急性加重期症状已基本控制,痰热证候已消除,但气短疲惫,口干少津,舌质红暗,舌苔前1/3薄少,已显现痰热伤津、气阴亏虚之证。舌苔中后部仍见黄腻,脉虚弦滑,痰瘀宿根明显。继续从补虚泻实论治。方用麦门冬汤、桂枝茯苓丸、千缙汤加减:麦门冬 30g,太子参 30g,法半夏 10g,怀小麦 30g,炙甘草 10g,红枣 10枚,桂枝 10g,茯苓 15g,丹皮 10g,桃仁 10g,赤芍药 20g,薤白 10g,小青皮 15g,枳实 15g。7剂,每日1剂,水煎服。四诊:服上方7剂后,病情更趋稳定,动则气喘之症亦有减

轻, 毕竟年近 70, 久病体衰, 元气亏损, 痰瘀宿根不易清除, 拟重在补虚, 兼顾痰瘀, 缓图调治。

按: 例 3 为急性加重期痰热壅肺证。治疗重在清肺泄热, 涤痰除壅, 方用麻杏甘石汤合礞石滚痰丸加减而获显效。麻杏甘石汤清泄肺热, 肃肺平喘。礞石滚痰丸源于《丹溪心法》, 由大黄、黄芩、青礞石、沉香组成, 全方共奏泻火逐痰、顺气通便之功。临床应用贵在抓住实热老痰, 顽痰胶结, 咳逆喘急之症。两方合用, 对于热痰壅肺, 腑气郁闭, 肺失肃降之实喘, 有良好的泄热除壅, 逐痰通腑功效。对于痰热壅肺证甚为适宜。方中还选用白毛夏枯草, 《本草拾遗》载其别名筋骨草, 性味苦寒, 归肺、肝、心经, 有清热解毒、消肿利咽之功, 能清肺祛痰止咳。在肺系病症中, 笔者常用于肺热咳嗽、痰稠色黄的痰热证候, 药理研究本品所含黄酮苷、总生物碱有止咳、平喘、祛痰作用, 煎剂有抑菌作用。其与金荞麦根相配具有较强的清化痰热的协同作用, 临床煎剂用量为 15—30g。三诊已见痰热标实证候明显顿挫, 气阴亏虚、痰瘀伏肺显现, 故应用麦门冬汤、桂枝茯苓丸加减, 以补养气阴, 行瘀消痰加以调理。因痰瘀为阴邪, 非温不化, 故取桂枝茯苓丸温通行瘀。方中应用薤白、青皮、枳实是基于“治痰治瘀以治气为先”的观点, 以达到“气行血活”、“气顺痰消”的目的。体现了见痰休治痰和见瘀休治瘀的整体观念。

例 4: 患者某, 男, 53 岁, 2004 年 11 月 29 日初诊。确诊慢性阻塞性肺疾病已 3 年。常因感冒而引发急性加重, 多次住院西医西药对症治疗, 经治疗病情可暂时控制, 但久病体虚, 抵抗力差, 每年感冒多达 6—7 次, 每次感冒都引发急性加重, 患者要求应用中医药持续治疗, 以期改善体质, 预防感冒, 控制或减少反复发作。症见形瘦神疲, 气短乏力, 语音低弱, 动则气喘, 平素怯寒肢冷, 极易感冒, 时有咳嗽咯痰, 晨起胸部憋闷, 气温升高则憋闷明显改善, 平素纳差便溏, 阳痿多年, 早衰征象突现。面色无华, 舌质暗红, 舌苔白黄腻, 脉虚细弦滑, 以右关弦滑更显, 两尺脉弱, 右寸细滑。证属气阳虚弱, 卫气不固, 痰瘀伏肺。治拟补益气阳, 固护卫气, 杜绝生痰之源, 以减少痰瘀阻塞。方用补元汤合温阳护卫汤加减调治: 生黄芪 30g, 西党参 30g, 炒白术 15g, 炙甘草 10g, 全当归 10g, 广陈皮 10g, 升麻 10g, 北柴胡 10g, 桂枝 10g, 白芍药 10g, 生姜 10g, 红枣 6 枚, 锁阳 15g, 补骨脂 10g, 防风 15g, 小牙皂 6g, 法半夏 10g。7 剂, 每日 1 剂, 水煎服。二诊: 患者服药后自觉舒适, 虚能受补, 虽有痰瘀伏肺, 但进补后未见壅塞之象, 可继续

坚持补益扶正, 以改善肺功能, 阻断病势发展。7 剂, 每日 1 剂, 水煎服。三诊: 自觉抗寒能力增强, 咳嗽咯痰症状基本消失, 右关弦滑程度显著减轻, 标志脾虚生痰已初步遏制。原方加用桃仁 10g, 鬼箭羽 15g, 以散瘀通络。嘱守原方续服 3 个月以观后效。四诊: 观察 4 个月余, 病情稳定, 与同期相比有显著功效。治疗中感冒 1 次, 但很轻微, 未引发急性加重, 疗效满意。患者目前仍在继续坚持服药中。

按: 例 4 为慢性阻塞性肺疾病的稳定期。患者表现为气阳虚弱, 卫气不固, 痰瘀伏肺等证。根据笔者提出的“气阳虚弱为内因”, “痰瘀伏肺为夙根”的学术观点, 治疗重在应用补益阳气, 固护卫气, 涤痰行瘀的基本治法和相关方药。通过近 5 个月的持续服药, 有效地增强了体质, 提高了御邪能力, 控制了反复感冒, 遏制了急性加重的发作条件, 从而积极地保护了肺功能, 阻断了病情发展, 使患者生活质量显著改善, 说明中医药治疗慢性阻塞性肺疾病有着很好的应用前景。

例 5: 患者某, 男, 67 岁, 1983 年 10 月 6 日初诊。既往有慢性阻塞性肺病、肺心病病史。1 周前因受寒, 遂引发宿疾。经服用中西药未见效果, 且病情日益加重, 而急诊入院。症见咳嗽频作, 咳痰白黏, 日痰量约 20 余口, 咳痰不畅; 喘息抬肩, 不能平卧, 心慌憋闷, 神识昏糊, 呼之可醒; 形寒肢冷, 神倦乏力, 脘腹胀满, 大便不畅; 下肢浮肿, 小便短少, 口干不欲饮。面唇紫黯, 爪甲微绀, 舌质暗而略紫, 舌苔白黄厚腻, 脉象弦滑虚数。西医诊断: 慢性阻塞性肺病、肺源性心脏病并心衰、肺性脑病。西医给氧与一般对症治疗。中医辨证: 肺胀。证属痰浊阻肺, 瘀阻脉络, 上蒙清窍, 气阳虚衰, 气不化水, 水瘀互结, 气机升降失常。治宜涤痰除壅, 温阳宣痹, 活血行瘀, 化气利水为治。疏方如下: 小牙皂 6g, 法半夏 10g, 葶苈子 30g, 青陈皮各 15g, 椒目 10g, 川芎 10g, 鹅管石 20g, 桃仁 10g, 熟附子 10g, 桂枝 10g, 石菖蒲 15g, 广郁金 15g, 白术 15g, 茯苓 30g, 益母草 30g, 生黄芪 30g, 制大黄 10g。3 剂, 每日 1 剂。二诊: 服药 3 剂, 神识昏糊已除, 大便日 3 次, 喘憋减轻, 厚腻苔减少, 原方续服 5 剂。三诊: 咳减痰易出, 尿量增多, 下肢浮肿见消, 大便日 3 次, 呈糊状, 脘腹胀满明显改善, 神识清晰, 精神好转, 舌质暗, 苔白黄腻, 脉弦滑虚数, 紫绀消退。拟温阳益气, 涤痰行瘀, 宣畅气机为治: 生黄芪 30g, 熟附子 10g, 茯苓 30g, 桂枝 10g, 白术 15g, 甘草 10g, 葶苈子 15g, 椒目 10g, 制大黄 10g, 陈皮 15g, 桃仁 10g, 益母草 30g。7 剂, 每日 1 剂。四

诊:患者病情已趋稳定,咳嗽咯痰显少,饮食增加,大便日二次,呈稀软便,动则气喘显现,但可平卧,舌质暗红,舌苔白黄腻,脉虚细弦滑,右寸弦滑明显。证属气阳亏虚,痰瘀伏肺,本虚标实。拟益气助阳,固护卫气,消痰行瘀,宣畅气机,虚实并治。方用生黄芪30g,西党参30g,白术15g,炙甘草10g,升麻10g,北柴胡10g,广陈皮10g,补骨脂15g,巴戟天10g,法半夏10g,牡荆子15g,桃仁10g,川芎10g。7剂,每日1剂。五诊:服药后自觉精神明显改善,怯寒肢冷减轻,抗风寒能力增强,病情稳定,继续按上方加减坚持扶正固本。

按:例5为痰瘀壅塞气道,肺失肃降,“治节”和“助心行血”功能衰减,以致血行不利,瘀阻脉络,气机窒息,痰瘀蒙蔽清窍,故见神识昏糊,而成肺性脑病。痰瘀壅塞脉络为其主要矛盾,故用小牙皂、法半夏、椒目、葶苈子、川芎、桃仁等,以涤痰行瘀,宣通脉络,开其郁闭。肺主治节,助心行血的功能须依赖气阳的温煦,故方中配合黄芪、桂枝、熟附子等以益气助阳。其与白术、茯苓相伍,有利于温阳化气利水。“血不利则为水”,血滞水停,水邪上渍于肺则加重喘憋,水停下焦则小便不利,肌肤水肿。方中重用益母草活血利水,以促水肿消退。“肺与大肠相表里”,加大黄通腑肃肺,俾腑气通则肺气自降。同时,大黄与桃仁、桂枝、川芎相伍,活血行瘀之力明显加强,促使心肺和脑循环的血行改善,从而使肺性脑病迅速解除。处方中重用菖蒲、郁金以祛痰醒脑开闭,改善脑缺氧,有助于神识苏醒,是治疗肺性脑病的必用药。患者标实证候基本控制后,及时应用益气温阳,涤痰行瘀之品以标本同治,进一步促使病情稳定,减少反复,阻断病势发展。

例6:患者某,男,66岁,1989年12月28日初诊。患咳喘症20余年,遇寒或劳累则发作频繁,多次住院或门诊中西医治疗,病情未能控制。经某医院确诊为慢性阻塞性肺病、肺源性心脏病。前1周又因感受风寒而引发急性加重,经西药抗感染及对症治疗效果不显,并拒绝住院治疗。经人介绍来门诊接受中医药治疗。症见咳嗽频作,咳吐白色泡沫稀痰,日达数10

口,喉间痰鸣,喘憋甚难以平卧,颜面及下肢微浮肿,形寒肢冷,面色黯,舌质暗红带紫,舌苔白厚腻,脉象浮弦滑,左寸虚细,右寸弦滑细,左关弦滑。证属阳虚痰滞,寒饮伏肺,外感风寒引发。治宜先温经扶阳,解表化饮。方用麻黄附子细辛汤合苓桂术甘汤加减:生麻黄10g,炮附子10g,北细辛5g,炙甘草10g,嫩桂枝10g,炒白术15g,白茯苓30g,葶苈子15g,桃仁10g,益母草30g,广陈皮15g,小青皮15g。7剂,每日1剂,水煎服。二诊:服药后俱证悉减,原方加生黄芪30g以补益肺脾。7剂,每日1剂。三诊:患者已能生活自理,痰量已减5/6,浮肿消除,饮食增加,精神明显好转,唯动则气短,不耐烦劳,舌质暗红,苔白淡黄腻,脉虚弦滑,已进入稳定期。改用补中益气汤合苓桂术甘汤、桂枝茯苓丸加减调理。

按:例6辨证为阳虚痰滞,寒饮伏肺,外感风寒引发,故用麻黄附子细辛汤合苓桂术甘汤加减温经扶阳,解表化饮。方中用麻桂以散表寒;苓桂术甘以温阳化饮;患者心肺阳衰,阴寒内盛,血脉瘀滞,脉道不通,故用附子温经扶阳,合细辛以散内寒,于扶阳中搜表里之寒,驱寒中不致伤阳。血得温则行,得寒则凝,故取桂枝温通,合桃仁、益母草之活血通经,以疏通瘀滞;痰瘀阻塞气道,肺气肃降失常,根据“治痰治瘀以治气为先”,“气顺痰消”,“气行血活”的理论,用葶苈子、青皮、陈皮以疏利气机,泻肺除壅,从而有效改善“肺主治节”和“助心行血”功能,有助于症状缓解,稳定病情。三诊患者病情已进入稳定期,故用补中益气汤以补宗气,强肺气;苓桂术甘汤继续温阳化饮,其与补中益气汤结合,有助于“杜绝生痰之源”;桂枝茯苓丸温经活血,以除痰瘀宿根,减少发作。

参 考 文 献

- [1] 洪广祥. 中医药治疗慢性阻塞性肺疾病的几点思考. 中华中医药杂志, 2005, 20(1): 16-19
HONG Guangxiang. Consideration on Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Traditional Chinese Medicine. China Journal of Traditional Chinese Medicine and Pharmacy, 2005, 20(1): 16-19

(收稿日期:2006年6月1日)