

· 论著 ·

# 中医药治疗慢性阻塞性肺疾病的几点思考

洪 广 祥

(江西中医学院附属医院江中呼吸病研究所, 南昌 330006)

关键词: 慢性阻塞性肺疾病; 中医药疗法; 病理特点; 证治规律; 理论探讨

慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 简称为慢阻肺) 是一种以气流受限为特征的疾病, 其气流受限不完全可逆, 呈进行性发展, 与肺部因有害气体或有害颗粒引起的异常炎症有关, 是一种破坏性的肺部疾病, 系世界范围的多发病、常见病。在我国, 80% ~ 85% 的肺源性心脏病是由慢阻肺引起的。肺心病虽然是一种器质性心脏病, 但实际上是慢阻肺的终末阶段。因此, 积极防治慢阻肺, 努力提高其防治水平, 减轻症状, 阻止病情发展, 缓解或阻止肺功能下降, 改善患者活动能力, 提高生活质量, 降低病死率是治疗慢阻肺的预期目的。

根据临床表现, 慢阻肺相当于中医学“咳嗽”、“喘证”和“肺胀”范畴。历代医家为探索本病的治疗规律, 提高其治疗水平, 积累了丰富的理论和经验, 为我们深入研究奠定了坚实基础。为了交流慢阻肺的中医药治疗心得, 现将笔者的点滴体会总结如下。

## 宗气与肺及慢阻肺的关系

宗气 (也可称为大气) 是积于胸中之气。张锡纯说: “胸中所积之气, 名为大气”。宗气由肺吸入之清气和脾胃运化之水谷精气相结合而成。其中, 肺是宗气形成和聚集的场所。所以宗气的旺衰, 与肺、脾胃有关, 尤与肺关系密切。宗气的主要功能表现在两个方面, 一是行呼吸, 上出咽喉 (息道), 以促进肺的呼吸运动, 并与语言、声音的强弱有关; 二是行气血, 贯通心脉, 将气血布散全身, 以温养脏腑组织和维持其正常功能活动。由此可见, 肺是通过生成宗气而起主一身之气作用的。肺主一身之气的功能失常, 则会影响呼吸功能、宗气的生成以及全身之气升降出入运动。临床可表现为咳嗽喘促, 少气不足以息, 声低气怯, 肢倦乏力等症状。宗气为病, 虚多实少, 故《读医

随笔》说: “宗气者, 动气也。”

临床上见咳喘日久患者, 易引起肺气虚弱之证。而慢阻肺患者普遍存在抗御外邪能力低下, 免疫调节能力下降, 对寒冷和气温变化极为敏感, 常易感冒和继发感染, 而引发病情的反复和急性加重。慢阻肺急性加重患者约 50% 以上是由反复呼吸道感染所致, 这显然与宗气不足、卫气不固存在着密切关系。所谓“邪之所凑, 其气必虚”。这就提示医者在慢阻肺急性加重期和稳定期都应注意提高患者全身和局部的防御功能, 强化“扶正以祛邪”, 以减少反复发作, 提高防治效果。

宗气贯心脉而行气血的功能, 与肺主气和“主治节”功能密切相关。慢阻肺患者肺气虚弱, 宗气生成不足, 可导致气虚血瘀, 故多见口唇、舌质和舌下静脉存在不同程度的血瘀征象。说明“肺病多瘀”和“治肺须活血”的提法, 有一定的临床和理论依据。也有人<sup>[1]</sup>通过观察肺血流图与肺气虚的关系, 发现肺气虚病人的肺血流图的上升角小于对照组, 波幅高度低于对照组, 流入容积速度慢于对照组, 经统计学处理有显著性差异。肺血流图主要反映肺动脉容积的变化, 特别是波幅的降低和流入容积速度减慢, 均提示肺气虚病人肺血管弹性较差, 肺动脉血流量减少或肺循环阻力增加。这可能是肺气虚病人咳喘无力的病理生理基础之一。从肺毛细血管有效血流量的变化, 观察肺循环状态, 测定结果表明, 肺气虚组流速明显降低, 每次心搏出量的变化, 肺气虚组全部低于正常, 其肺通气功能也相应下降<sup>[1]</sup>。该实验是反映肺循环状态的主要指标之一, 和气体交换关系密切。肺气虚损, 宗气不足, 必然影响到推动心血的功能。这些结果都提示气虚导致血瘀的正确性, 是慢阻肺患者存在血瘀征象的客观见证。

从上述宗气与肺及慢阻肺关系的粗浅分析, 可

以看出宗气对慢阻肺的直接影响。笔者认为慢阻肺的发生发展与肺脾肾的关系十分密切,本虚标实是其基本病理特征。但本虚的特征标志还须进一步探讨。目前对本虚的认识,基本上以肺脾肾虚为主,并没有形成规律和特征性的定位。慢阻肺是气道疾病,故可应用“气”和“气机”理论来探讨慢阻肺的发生和发展、证候规律及治则与治法,并应用现代实验手段建立具有中医特色的实验动物模型,开拓治疗慢阻肺的新理念和新思路,为提高慢阻肺的防治效果开拓新的局面。

中医学理论认为肾主纳气,对人体的呼吸运动具有重要意义。如《类证治裁》指出:“肺为气之主,肾为气之根,肺主出气,肾主纳气,阴阳相交,呼吸乃和。”如果肾的纳气功能减退,摄纳无权,吸入之气不能归纳于肾,就会出现呼多吸少,吸气困难,动则喘甚等肾不纳气的虚喘证,此亦慢阻肺的标志性症状,可以通过“补肾”而达到“纳气平喘”之目的,但实践经验证明这种治疗思路见效甚微。

笔者认为,“肾主纳气”可以理解为人体的元气(又名“原气”、“真气”)的生理功能之一。元气根源于肾,由先天之精所化生,并赖后天之精以充养而成。但元气的盛衰,并非完全取决于先天禀赋,还同脾胃运化水谷精气的功能密切相关。正如《景岳全书》指出:“人之自生至老,凡先天之有不足者,但得后天培养之功,则补天之功,亦可居其强半,此脾胃之气所关乎人生者不小。”根据有关资料显示,慢阻肺患病率随着年龄增长呈上升趋势,35~55岁年龄阶段上升明显,55~66岁达高峰<sup>[2]</sup>。从生理规律来说,这个年龄段人的元气渐衰,再加上慢阻肺病理的复杂性,试图直接通过补肾来提升元气,以达到“纳气平喘”、改善肺功能和提高生活质量的目的是非常困难的。因此,应该从实际出发,从“补肾纳气”置换到“补益宗气”和“益气举陷”的思路上来,以期提高治疗“动则喘甚”的临床疗效。基于肾与元气和宗气的关系,在强调“补益宗气”和“益气举陷”的前提下,注意配合补肾药物的使用是必要的。张锡纯在《医学衷中参西录》中的治大气下陷方——升陷汤的组方思路及其药物配伍已充分体现了上述观点。升陷汤主治胸中大气下陷,气短不足以息,或努力呼吸,有似乎喘,或气息将停,危在顷刻的适应症,与慢阻肺肾失摄纳的喘症极为类似,值得学习和借鉴。

拓宽对慢阻肺相关问题的认识,丰富中医辨证内涵

慢阻肺除咳、痰、喘及肺、脾、肾虚的表现外,还有一些在中医辨证中未明确涉及的问题,诸如呼吸肌疲劳,营养障碍等等,加深对这些问题的认识,将有助于丰富中医辨证内涵,拓宽慢阻肺的中医临床治疗思路。

呼吸肌疲劳是慢阻肺患者呼吸急促、表浅和“动则喘剧”的重要原因之一。西医认为,呼吸肌是呼吸运动的动力泵。人的呼吸肌由膈肌、肋间肌和腹肌三个部分组成。呼吸肌疲劳的出现可明显早于呼吸功能衰竭,或称为泵衰竭,是慢阻肺患者呼吸衰竭发生的重要因素。从某种意义上来说,呼吸肌疲劳是原发病进展与恶化的关键环节。因此,如何减缓呼吸肌疲劳的进程,控制和阻断呼吸肌的萎缩,对慢阻肺的治疗具有重要临床意义。呼吸肌疲劳的产生,通常是多种因素相互作用的结果。在慢阻肺中,同时存在肌肉萎缩、初长和形状改变、能量供应不足、负荷过重和相对性中枢驱动不足等因素。笔者认为,从中医学角度分析,呼吸肌疲劳与肺脾气虚关系密切,是宗气虚衰的结果。根据“脾主肌肉”和“肺主治节”的理论,在治疗过程中及早介入,见肺之病先实脾,通过“补土生金”和“补益宗气”可以延缓和控制呼吸肌疲劳的发生和发展。所以今后在慢阻肺辨证施治的内容中,增加“呼吸肌疲劳”的相关论述,将其纳入证的系统是很有必要的。

营养障碍也是慢阻肺的一个棘手问题。对慢阻肺的营养障碍研究,已认为是西医呼吸内科近几年的重大进展之一。约23%~60%(平均40%)的慢阻肺患者体重低于标准体重的10%,并伴有各种营养障碍的指标,如体态、生物化学以及免疫学的改变。临床证明,慢阻肺患者体质差,常伴有食欲不振、营养不良、能量代谢低下等状态,并随病情逐渐发展,一旦出现呼吸衰竭,尤其需用人工通气者,则营养不良进一步加重。营养不良可降低肺通气功能及机体免疫功能,使患者易于发生二重感染及全身衰竭,成为呼吸衰竭死亡的重要原因。正确评估呼吸患者的营养状态,并给予恰当的营养支持,已成为提高此类病人存活率和生活质量的重要保障。从中医角度分析,西医讲的营养障碍,不能单纯理解为脾胃虚弱,而是已经涉及元气和宗气的虚衰,甚至出现脾胃衰败的局面。脾胃为后天之本,“安谷则昌”,“绝谷则亡”,“有一分胃气,就

有一分生机。”人“以胃气为本”，这是从理论到实践都已被证实的客观规律。慢阻肺的营养障碍已直接关系到患者的预后和生存。相当一部分慢阻肺患者出现反复感染，甚至对抗生素出现耐药，副反应增多，造成医生面对感染无法控制，陷入被动局面。这种情况的出现原因很多，与患者的营养障碍，脾胃气衰，宗气不足和气血阴阳的逆乱关系密切。李东垣《脾胃论》指出：“脾胃不足之源乃阳气不足，阴气有余。当从元气不足……随证用药治之。”即言脾胃不足的根源，是阳气不足，阴火有余。治疗时应以培补脾胃中元气为主，切忌肆用苦寒药损伤脾胃的元气，或因攻邪而克伐脾胃之气。所谓“脾胃一虚，肺气先绝生化之源。”笔者认为，要将补脾胃、护胃气贯穿治疗全过程，以发挥中医药治疗慢阻肺患者营养障碍的优势，为提高患者生存质量和控制病情发展提供有效支持。

#### 补虚泻实为治疗慢阻肺的全程治则

从临床角度来看，绝大多数慢阻肺患者呈现两大部分证候，即虚证与实证。本虚标实，虚实夹杂是慢阻肺证候的基本特点。无论在急性加重期或症状稳定期，虚中夹实，或实中夹虚的证候表现全程都可兼见，有时实证为主要矛盾但虚证又常左右实证的治疗效果；当虚证为主要矛盾时，如处理不当，或疏忽对实证的兼顾，又常是引发病情反复的重要诱因。因此在治疗慢阻肺的过程中，应该重视虚实夹杂的问题，将补虚泻实的治则贯穿慢阻肺治疗的全过程。这对提高临床疗效，有效地稳定和病情，甚至对支持抗生素的抗感染效应，减少用药疗程和剂量，降低副反应等，都将发挥重要作用。补虚泻实治则，实际体现了“以人为本”和“治人与治病”相结合的科学原则，是中医基础理论与临床实际紧密结合的应用过程，是中医特色和优势的充分体现。笔者认为，如何看待慢阻肺的虚实及其具体定位，是一个既很具体又非常重要的问题。鉴于慢阻肺病机的复杂性，和虚实症状的相互间杂，应考虑到其病位虽在肺，但涉及脾肾心肝的阴阳气血。从慢阻肺本虚的规律来看，很难将其定位在某一脏，或某个方面。笔者认为，正气虚衰是慢阻肺本虚的综合反映。中医所讲的正气，实际包括了人的元气、宗气和卫气等。气有阴阳之分，从慢阻肺的发生发展及其病机特点来看，气阳虚是其本虚的关键。气阳虚实际涵盖了元气、宗气和卫气之虚，比肺虚、脾虚、肾虚或称肺脾肾虚有更宽和更广的包容性，有利于提高补虚的实效性和灵活

性。

1. 气阳虚为慢阻肺之本 根据全国防治慢性支气管炎的基础研究报告<sup>[3]</sup>，认为慢性支气管炎的病理基础主要为阳虚。阳虚的实质可归纳为以下三个方面的内容。①垂体—肾上腺皮质功能的低下。不少研究通过促肾上腺皮质激素试验及 17-羟类固醇含量测定，发现慢性支气管炎患者的垂体—肾上腺皮质功能均有不同程度的衰退现象，尤其肾阳虚病人最为明显。②机体免疫功能的下降。③植物神经功能紊乱。阳虚患者均显示出副交感神经功能偏亢。有的单位还对各种分型的慢性支气管炎患者进行了植物神经介质如乙酰胆碱的测定，发现脾阳虚的病人胆碱神经功能偏亢。动物实验证明，胆碱能神经功能偏亢，不仅使支气管腺体分泌增多，而且易导致消化功能紊乱。

慢阻肺多见于气虚体衰者，这部分病人常表现为整体生理功能减退，气阳亏虚证候突出，如形寒肢冷，自汗畏风，不耐风寒，易伤风感冒，鼻流清涕；神疲懒言，语声低弱，咳痰无力，气短喘促，或气短不足以息；小便清长，或尿后余沥，或咳则尿出，性功能明显低弱，或阳痿等。

从临床表现分析，慢阻肺的气阳虚衰程度，是随着病程的迁延和病情的加重而循序渐进的。因为慢阻肺与慢性支气管炎和肺气肿密切相关，这就决定了慢阻肺患者久病体衰，病程迁延，反复发作，元气耗伤已是必然的结果。人以阳气为本，阳衰必致阴盛，如此形成恶性循环，最终由肺及心，导致呼衰、心衰。另一方面，临床也发现慢阻肺患者对益气温阳方药有较强的适应性和耐受力，即使有化热或伤阴的患者，在正确处理正虚邪实和阴阳寒热的前提下，根据“阴阳互根”的理论，在处方中继续保持益气温阳的适当力度，对稳定病情，改善症状，调节机体免疫力和控制病势的发展等，有着十分重要的作用。

由此可见，确定慢阻肺气阳虚为其本虚的观点是符合临床实际的，补益气阳，或益气温阳是慢阻肺补虚的基本治法。至于由阳及阴，或阴阳两虚，则是一个权变和分寸的问题，不影响基本法则的确定。

2. 痰瘀伏肺为慢阻肺之标 大多数慢阻肺患者痰的症状突出，可有如下不同表现，如痰多稀白、泡沫痰、黄黏痰、痰黏稠不爽、痰多黏腻色白、痰稠厚成块、喉中痰鸣，舌苔厚腻，脉弦滑，右寸（肺）脉滑和右关（脾）脉弦滑突出，体现

了“脾为生痰之源”、“肺为贮痰之器”理论的正确性。痰是引发咳嗽及喘憋(息)的主要矛盾,尤其在慢阻肺合并感染的急性加重期,由于气道黏液分泌亢进,痰量明显增多,且多数患者排痰不畅,出现痰郁化热,热伤气阴(津),致使痰液更加稠厚黏黏,甚至形成黏液栓(痰栓),进一步加重气道的阻塞,致使“咳逆上气”的症状难以缓解,甚则可能出现痰壅气闭的危险。

另一方面,痰可酿瘀,痰为瘀的基础。这与慢阻肺患者气道阻塞,肺失肃降密切相关。因为肺主气而朝百脉,有敷布津液,通调水道,助心行血的功能。慢阻肺反复发作,肺气痹阻加剧,宣降和主治节的功能进一步削弱,直接影响肺的布津行血,以致津停成痰,血滞为瘀,造成痰瘀相互为患。痰夹瘀血,结成窠臼,伏藏于肺,致使气道阻塞,肃降功能严重失常,气机逆乱症状难以缓解。临床所见,慢阻肺患者不仅痰的症状突出,且瘀血见证亦很明显,如面色晦滞,唇舌暗或紫暗,舌下青筋显露,指甲暗红等瘀血征象。慢阻肺患者长期过度使用辅助呼吸肌而导致颈、肩、上背部肌肉长期僵硬、酸痛、胀满等,也应视为瘀滞筋的表现,属于痰证范畴。又如慢阻肺伴随胃肠道功能紊乱所引起的脘腹饱胀,是因膈肌下降使胃容量减少、微循环障碍、缺氧及高碳酸血症等,导致胃肠瘀血而形成的。

在慢阻肺治疗过程中,常根据气虚血瘀和气壅血滞的理论,在处方中酌加活血化瘀宣络药,可明显提高综合疗效,并有利于缺氧发绀症状的改善。

从西医角度看,肺脏是唯一接受心脏排出量的器官,也是唯一含体循环和肺循环的器官,肺脏毛细血管床的表面积达 $70\text{m}^2$ ,为体表面积的40多倍,占人体毛细血管床的60%以上。如果因气道阻塞,而导致“治节”失常,肺血管堵塞15%~20%,即可出现低氧血症,其发生率为88%。慢阻肺病情较重者,可出现程度不同的缺氧状态,加上酸中毒和感染,使血流呈“黏、稠、聚”的高凝状态。从慢阻肺患者微循环观察的结果来看,观察组患者整个病变过程均存在不同程度的微循环障

碍,并随病情加重而递增,经活血化瘀等治疗后,随着临床表现的好转,微循环障碍各项指标也得到改善。由此可见,慢阻肺的血瘀现象是客观存在的事实。

笔者认为,不仅在慢阻肺的急性加重期,甚至在病情稳定期,都存在痰瘀现象。由此可见,痰瘀伏肺是形成气道阻塞的病理基础,为慢阻肺的标实证。因此,建立痰瘀为标实的概念,并积极探索治痰治瘀的新思路和新经验,对提高慢阻肺的防治效果有着重要意义。

### 展望

中医界的同仁已在致力于本病的临床防治和基础实验的深入研究,并取得了一些阶段性成果。但普遍存在临床研究的样本太小,科研设计欠规范,创新性思路不多等不足。应做到无论开展临床或基础研究,都遵照统一的标准(国际或国内的);同时还必须有中医药治疗慢阻肺的诊断和疗效评定标准,以便开展规范化的研究;要遵照循证医学的规律开展防治研究。医者应该在积极吸取西医防治慢阻肺研究成果的基础上,结合中医学自身的特色和优势,坚持以中医药理论为指导,在努力继承的基础上,加大创新力度,包括创新治疗思路,优化治疗方法,提高基础理论水平等。慢阻肺防治有较大难度,牵涉的内容和问题很多,开展深入研究有赖于多单位和多学科的全面合作,临床与基础的有机配合,以及老中青专家的共同努力。只有这样,才能开创中医药防治慢性阻塞性肺疾病的新水平、新局面,为人类健康作出新贡献。

### 参 考 文 献

- 1 王学东. 慢性阻塞性肺疾病中医治疗. 江苏: 江苏科学技术出版社, 2002: 83
- 2 翁心植. 慢性阻塞性肺疾病与肺心病. 北京: 北京出版社, 1999: 367
- 3 洪广祥. 浅谈慢性支气管炎发病和证治. 江西中医药, 1986: 6: 11

(收稿日期 2004年9月4日)