

论宗气与慢性阻塞性肺疾病

□ 洪广祥* (江西中医学院 江西 南昌 330006)

关键词 慢性阻塞性肺疾病 宗气 中医药

慢性阻塞性肺疾病（简称“慢阻肺”）从国外到国内，已经兴起了一个新的研究热潮。慢阻肺的病名确立时间不长，过去它的内容都是在慢性支气管炎和慢性阻塞性肺气肿里有所体现。西医院校的《内科学》里边过去没有慢性阻塞性肺疾病这个病名，甚至在整个呼吸系统里边都没有提到这个病名，因此其作为一个病名出现，还是非常年幼的。从西医来说，它应该是处于一个正在进行深入研究的阶段；就中医而言，对慢性阻塞性肺疾病的相关问题还不是太熟悉，因为它问世太短。从文献搜索上来看，关于慢性阻塞性肺疾病中医中药方面的文章，如果想找比较完整

一点的文章几乎没有，零零碎碎的有一点点，但是还谈不上是属于慢性阻塞性肺疾病的系统的临床研究。所以我也就没有这个水平来讲慢性阻塞性肺疾病的系统性的病因病机、辨证论治，这个还为时过早。我只是想在介绍慢阻肺目前研究概况的基础上，从宗气与肺及慢阻肺的关系来谈谈慢性阻塞性肺疾病相关问题的一些个人看法。

1 慢性阻塞性肺疾病的研究概况

1.1 定义 中华医学会根据国外慢阻肺的相关研究情况，对慢阻肺的定义已经在近几年做了两次修改，说明这个疾病正在深入研究之

中。慢阻肺最新的定义是这么提的，即具有气流受限为特征的疾病。既这里特别提出气流受限为特征。它这个气流受限是不完全可逆的。这里就提示了它和支气管哮喘不一样。支气管哮喘是可逆的，所以单纯的哮喘还不能列入慢阻肺里边，它必须是不完全可逆的，而且它这个不完全可逆是进行性地发展。

1.2 病理 慢阻肺的基础病理是什么呢？现在的提法是与肺部对有害气体或有害颗粒的异常炎症有关，说明慢阻肺的原发病的基础是气管和小支气管的一个炎症，这个炎症就是由于有害气体和有害颗粒的影响刺激而形成的这种异常的炎症。异常的炎症就是慢阻肺的基础。过去的提法慢性支气管炎同时伴有慢性阻塞性肺气肿的病证就称为慢阻肺。现在的概念是第二次修

*作者简介 洪广祥，男，著名中医学家。主任医师、教授，北京中医药大学中医内科学博士生导师，国务院特殊津贴获得者。全国首批 500 名老中医药专家学术经验继承工作导师，本刊学术顾问。

改的，第一次和第二次修改不到两年时间。根据世界卫生组织的估计，慢阻肺这个疾病在全球疾病死亡原因中排在第四位。因此，引起了世界卫生组织和世界各国政府的密切关注，所以卫生部、国家中医药管理局对慢性阻塞性肺疾病也已经提到了议事日程。大家对慢性阻塞性肺疾病的内容及其临床表现一般来说还是熟悉的。但是就一种独立的慢性阻塞性肺疾病，其完整性、系统性、规律性还谈不上熟悉。正因为这样，所以我们国内发表的文章很少，中医药的文章更少。西医呼吸内科的研究进展过程当中，尚有一些发病的报告，但是现在还没有看到完整的慢性阻塞性肺疾病的教材。我们中医界有一位同事写的一本叫慢性阻塞性肺疾病的中医药治疗，我看他就是将慢性支气管炎和慢性阻塞性肺疾病相关内容收集成一块写成了这么一本书，我感觉到这个做法是大胆的，也很有必要，总要有一人开头。但我想若以此作为对慢性阻塞性肺疾病的系统认识，那还是远远不够的。在我们国家80~85%的肺心病是由慢阻肺引起的。大家都很清楚，它是个器质性的心脏病，但是它是属于慢阻肺的一个终末阶段，最后的归宿。因此，它的死亡率高，这一点大家都挺有经验的。

1.3 防治目标 中华医学会根据国际上对慢阻肺的部分研究确定了慢阻肺的防治目标。慢阻肺的防治究竟应该达到一个什么样的要求才是科学的、才是合适的？现在的提法也是最新的慢阻肺的防治目标是

减轻症状，这里没有说治愈或临床治愈，那是因为它不可逆的，而且是不断地发展的。所以说只能是减轻症状，阻止病情发展，缓解或者阻止肺功能的下降，改善活动能力，提高生活质量，降低病死率，这是治疗慢阻肺的预期目的，而这也是从西医的角度来说的。

如果我们加强中医干预的话，那么这个预期目标可能会实现得更好。我们也应该根据这个预期目标，把我们中医中药治疗慢阻肺的优势很好地发挥出来。当然我们中医中药治疗慢阻肺的经验，在咳嗽、喘证、肺胀等有慢阻肺的相关内容的病证里边散在出现，并没有形成它的证候规律和辨证施治的规律。我们在临床上对慢阻肺治疗效果应该说是较差的。我在近几年除重点研究支气管哮喘的同时，对于慢阻肺的问题也非常地关注，也就是下了几年的功夫来看一看慢阻肺究竟应该从哪里下手？按照现有的这种治疗方法和治疗思路，远远不够了，那就是说我们中医的传统经验如何与时俱进的问题。如果我们传统的经验不能够与时俱进的话，那将意味着我们的学术逐渐走向衰老，缺乏青春活力，这一点我想太重要了。作为新一代名中医，在努力继承的基础上，应该加大创新力度。不能够加大创新力度，就很难成为一代名医，这一点是历史的规律和现在的规律都已经证实的。

这里特别要提醒的是，中医的东西，尤其是老先生的东西大家不要去争论。不要争论它对还是不对，应当根据老先生的经验先把它接受下来，接受下来之后你再去实

践。这也就是按照邓小平说的“不争论，多实践”。争论是没多大意思的，人家提出这个问题，总是有他的体会，有他的经验，有他的根据。如果不合你的意就去争论，就把它罢了，那就学不到东西。这一点我尤其要提醒年轻的同志、思维特别活跃的同志应特别注意这个问题。名医是干出来的，不是包装出来的。名医的要求是很高的，不但能做，还要能写、能讲，还应该多才多艺，这是一个名医的综合素质的具体体现。

2 宗气与肺的关系

关于宗气与肺的问题，这一点实际上大家都熟悉了，为便于这种思路的连贯性，所以还是有必要做一些文献重复。中医所讲的宗气是个什么概念呢？

宗气又称为大气，是积于胸中之气。张锡纯说“胸中所积之气，就名为大气”。《素问》已经有大气的称呼。

宗气的形成是由肺吸入的清气和脾胃水谷之精气相结合而成的，称为宗气。肺和脾胃在宗气的形成过程当中它发挥着重要作用。我这里为什么将肺气、脾气、宗气同时提？就是想引导大家从宗气的角度跟慢阻肺的联系上去做些思考。肺是属于宗气形成和聚集的场所，宗气是个中心环节，它聚集于胸中，经过肺的宣发，然后出咽喉，贯心脉，又经肺的肃降蓄于丹田，我们从这个简单的文献复习，可以看出宗气的旺衰与肺、脾（胃）有关，尤其是与肺的关系很密切。

宗气的主要功能根据文献可以

归纳成两大方面。这里讲的宗气不单纯是肺气也包括脾气，脾的精气。它第一是行呼吸。宗气行呼吸，上出咽喉（或者称为息道）来促进肺的呼吸运动，而且跟语言、声音强弱有关。我们常将语音低弱，语音低微，认为是肺气不足。如果我们把宗气联系起来的话这个说法是不完整的，应该是宗气不足，而不是单纯的肺气不足，这个在治疗思路上不一样。第二是行气血。它是通过贯通心脉，把气血布散全身，来温养脏腑，维持正常的生理活动。这里我特别提出寒温的调节，寒温的调节不单纯在肺，也不单纯在脾，而是在于宗气。宗气虚弱，调节功能不足，将会对寒温的调节功能产生严重影响。

为什么慢阻肺的病人易反复感染，易出现二重感染，易反复感冒，甚至上午出院下午就发作？西医对此很头痛，你怎么上午出院的，下午你就来了？规律就是这样。其原因是宗气虚衰了，它不是单纯的肺气不足和脾气不足。肺主气是通过生成宗气而起主一身之气的作用。肺主治节，它实际上是气和气机的关系，这个关系是与元气密切相关的。所以肺气虚，必然宗气就生成不足；宗气虚，一身之气也虚。我说这个话的意思就是把大家引导到慢阻肺新的治疗思路上来。把单纯从肺治，或从脾治，或者老强调肺虚、脾虚、肾虚的概念，从理念上作些更新。否则难以提高疗效。

这里需要提出另外一个问题，就是慢阻肺的病人防御能力很差，究竟跟什么有关呢？这就涉及到肺

与卫气的关系，书上又称为肺卫之气，这个是很讲究辩证法的。因为卫气我们可以把它看成是肺气的重要组成部分。但是我们在临床上若是把卫气的概念丢掉了而只看肺气这是不够的。卫气是具有防御功能之气，它对人体内环境和外环境的平衡有重要作用。我曾在很长一段时间里从事支气管哮喘的研究，支气管哮喘的病人对于内环境和外环境的调节是很不好的，所以容易出现反复发作。卫气是一个很重要抵御外邪入侵之气，它对肺系疾病的防御有着重要作用，这一点是我们中医的优势。西医对慢阻肺的治疗，第一步就是抗感染，但有的时候感染抗得很苦啊，用了很多的抗菌素，用了各种配对的抗菌素，用了联合抗菌素、大剂量抗菌素，结果霉菌出来了，到最后还是看不出效果。

所以说慢阻肺的防治目标如果把中医中药很好的结合起来，我看是了不得的。卫气的强弱与宗气的旺衰关系很密切，卫气的作用大家很清楚，它有三大作用：第一是防御作用，第二是温煦作用，第三是调节作用。卫气的形成过程它都是跟脾胃和肺气密切相关，但是它有它的独立性。如果单纯讲肺气或讲脾气都很难体现出机体的防御作用、温煦作用和调节作用，只有把卫气提升出来了，但又跟肺和脾联系起来，我们才可以看出它的一种全程的作用。

3 宗气与慢性阻塞性肺疾病的关系

对于宗气的问题，上一版的国

家规划教材《中医内科学》的呼吸系统是我写的，也没有谈到宗气，后来通过实践，教材上的东西实在是运转不过来了，而且不能明显地提升疗效。去年钟南山院士所在的呼吸病研究所在广州选择了一个社区，做了一个慢阻肺的调查。是个什么结果呢？男性发病率10%，女性占8%，而且大部分还不知道他已经患上了慢阻肺，当他出现中晚期的时候才会去医院就医。说明慢阻肺的发病率很高。所以现在我们书本上的这些相关内容，已经远远不能适应慢阻肺现阶段治疗的需要，需要创新。怎么创新？那就见人见智吧！

关于宗气与慢阻肺这个问题的提出，我主要是从临床上来看的。慢阻肺病人普遍存在两大临床特点：第一个特点，是机体的抗御外邪和免疫调节能力下降。为什么病人易反复感染、反复感冒？对寒冷和气温的变化特别敏感，容易感冒和继发感染。一感冒就继发感染，从而引起了病情的反复，出现慢阻肺的急性加重期。急性加重期一开始并不都是细菌感染，大多数患者常因感冒引起急性发作，感冒是病毒感染。病毒感染从中医的观点来讲，多数是以感受风寒病邪为主，或寒邪挟湿。所以这里就提示大家，当慢阻肺急性加重期的时候，西医是抗感染，作为中医你可千万不要施大队的凉药下去，最后你是会帮倒忙的。因为你应该看到病毒感染它是以寒邪占主导地位的，当它出现痰郁化热的时候抗菌素会起作用。所以说我们要非常理智地看待慢阻肺，它为什么出现病情加

重、反复发作？如果从中西医结合角度来说，我们没有把好中医这一关，也跟着西医抗感染，并错误的认为中药的苦寒药、清热解毒药就是抗感染的，这是不对的。它对病毒感染可能在实验室里有用，但是在临床上真正的病毒感染，用凉药是不行的。大量的临床研究证实，慢阻肺的急性加重，50%以上是由反复的呼吸道感染所引起的。这一点大家可以在临床上进行再思考，如果说我们把这个思路转换一下之后，然后调过头来看你今天的临床疗效和你过去的临床疗效是不一样的。小青龙汤、麻黄附子细辛汤我是一天用到晚的，黄芪在慢阻肺里面更是全程使用的。所以和过去的观念不一样，疗效明显提高了，病人反复发作的情况也明显改善。此外，再提出一个新观念叫“介入”，即提前介入、提早介入、即时地介入。介入什么？介入就是我所提到的宗气的问题。

慢阻肺反复发作和急性加重，我认为它与宗气虚弱、卫气不固、调节和防御能力下降存在着密切关系，认识这一点恰恰是我们中医的长处。我们不妨思索一下，即可发现问题最终体现在《内经》里面所讲的“邪之所凑，其气必虚”。这就提示无论慢阻肺的急性加重期还是稳定期，都应该注意提高患者全身和局部的防御功能，强化“扶正以祛邪”，来减少反复发作，提高防治效果。扶正祛邪这个原则大家都熟悉，但是临床上都把它丢掉了，把扶正丢掉了。当邪实的时候你根本不敢扶正，为什么？因为实际上你还是没吃透。

此外，慢阻肺普遍存在血瘀的表现。这个血瘀，我认为它和宗气的虚衰是密切相关的。这里面就提示了慢阻肺的血瘀应如何治疗？是就瘀治瘀呢，还是辨证治瘀？气虚可以导致血瘀，气壅可以导致血滞，若不管三七二十一，看到瘀治瘀，效果就肯定不好。因为宗气的一个很重要作用就是贯心脉而行气血，这是宗气的重要功能。这个功能与“肺主气”和“主治节”功能是密切相关的，即与肺气密切相关。肺气的支撑者是谁？是宗气。当病人出现宗气虚衰的时候，必然肺气也虚了，肺气一虚了也就提示

了宗气的虚，肺主一身之气的功能就下降了。所以慢阻肺的肺气虚弱也必然会引起宗气的生成不足，这就提示大家要很好地思考这个连贯关系。肺气虚的病人，宗气生成是肯定不足的，它可以导致气虚血瘀，就是说这种泵的作用衰退了，所以导致血的运行受阻。但是慢阻肺也可以由虚致实，就是由于气道阻塞，气壅也会形成血瘀，血滞为瘀。这就需要处理好气虚和气壅的关系，而如何把握住气虚和气壅的关系来正确地使用活血化瘀药，则是个配方择药的技巧问题。

吟古诗贺新年

□黄 军

(四川省蓬安 1000 邮政信箱 四川 蓬安 637800)

“鸡去瑶池传喜讯，犬来大地报春意”，在这新年来临的喜庆日子里，特精选了十八句七言古诗，请在括号内填上诗文的原字，把诗句补充完整，并将补充的字依序联接起来，便是编辑部全体同仁给大家送上的新春祝福。

- 莫嫌旧日云 (中) 守。(王维。《老将行》)
- 支分闲院著 (医) 人。(王建。《题元郎中新宅》)
- 仙境闲寻采 (药) 翁。(杜荀鹤。《题庐岳刘处士草堂》)
- 巫岭荆台数 (通) 梦。(李峤。《东飞伯劳歌》)
- 画角残声已 (报) 春。(方干。《除夜》)
- 石廩腾挪堆 (祝) 融。(韩愈。《谒衡岳庙遂宿岳寺题门楼》)
- 家家竹楼临 (广) 陌。(刘禹锡。《采菱行》)
- 少小离家老 (大) 回。(贺知章。《回乡偶书》)
- 何用年年空 (读) 书。(高适。《行路难二首》)
- 三省官僚揖 (者) 稀。(李颀。《缓歌行》)
- 春来映竹抽 (新) 茸。(刘禹锡。《西山兰若试茶歌》)
- 孔融书就八 (年) 多。(刘禹锡。《和乐天耳顺吟兼寄敦诗》)
- 何处披襟风 (快) 哉。(白居易。《题新涧亭兼酬朝中亲故》)
- 莫见长安行 (乐) 处。(李颀。《送魏万之京》)
- 更隔蓬山一 (万) 重。(李商隐。《无题》)
- 早岁那知世 (事) 艰。(陆游。《书愤》)
- 红莲相倚浑 (如) 醉。(辛弃疾。《鹧鸪天》)
- 轻衫倚望春 (意) 稳。(刘辰翁。《春晓》)