

刘东汉教授辨治慢性阻塞性肺疾病急性加重经验介绍

孙杰^{1,2}, 张旭辉², 曹鹏鹏¹ 指导: 刘东汉

1. 甘肃中医学院, 甘肃 兰州 730000; 2. 甘肃中医学院附属医院, 甘肃 兰州 730020

[摘要] 介绍刘东汉教授、主任医师治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重的临床疗效。刘教授认为, 慢性阻塞性肺疾病急性加重的临床表现可以简单地归纳为“咳、痰、喘、肿、瘀”几个方面。早期以痰浊为主, 渐而痰瘀并重, 并可兼见气滞、水饮错杂为患。故从其病理因素痰、瘀、饮论治为首要。治痰不忘活血化饮, 治瘀不忘祛痰利水, 治饮不忘化痰活血, 治痰、治瘀、治饮三者兼顾, 有所侧重; 缓解期当补虚扶正为主, 分清脏腑虚损之病位, 补肺、健脾、温肾灵活应用。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病; 急性加重; 病因病机; 辨证论治

[中图分类号] R563 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 09-0012-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.006

刘东汉教授、主任医师是甘肃省名中医, 国家级名老中医学术经验继承工作指导老师, 学验俱丰。刘教授根据慢性阻塞性肺疾病急性加重的病因病机, 结合自己的临证经验, 发挥中医药辨证论治的独特优势, 治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重, 对缩短病程, 改善预后疗效确切。笔者作为第五批全国老中医专家学术经验继承人跟随刘教授学习, 现将其辨治慢性阻塞性肺疾病急性加重经验介绍如下。

刘教授认为慢性阻塞性肺疾病急性加重的临床表现可以简单地归纳为“咳、痰、喘、肿、瘀”几个方面。早期以痰浊为主, 渐而痰瘀并重, 并可兼见气滞、水饮错杂为患。故从其病理因素痰、瘀、饮论治为首要。提出“抓主症, 辨病性; 祛痰饮, 兼活血; 肺脾肾, 须兼顾”的治疗观点, 根据慢性阻塞性肺疾病急性加重本虚标实偏于邪实的病性特点, 治疗重在祛邪, 须分清痰浊、水饮、血瘀的偏盛, 兼以扶正。

1 治痰

咳嗽是慢性阻塞性肺疾病最为常见的临床表现之一。刘教授认为, 慢性阻塞性肺疾病患者肺、脾、肾三脏虚损为痰的生成提供了发病基础。肺为水之上源, 主通调水道, 感邪可使肺失宣降, 通调水道的功能失司, 水液不行, 停聚为痰。脾主运化水湿, 脾失健运, 水液不能布散而停滞为痰浊, 痰浊上乘, 蕴贮于肺脏; 久病肾虚, 肾阳虚弱, 不能温化水湿, 聚成痰浊。清·陈修园《医学从众录》指出: “痰之本, 水也, 源于肾; 痰之功, 湿也, 主于脾; 痰之行, 气也, 贮于肺。”提示了痰的产生与肺、脾、肾三脏密切相关。外感六淫或内伤七情, 皆可导致脏腑功能失调, 津液输布障碍, 聚而成痰, 或邪热伤津炼液为痰。痰饮伏肺, 外邪引动伏痰导致慢性阻塞性肺

疾病反复急性发作, 缠绵难愈。由于患者体质不同, 感邪寒热属性不同, 临床证候有寒热差异。若感受寒邪, 或素体阳虚, 痰从寒化, 则为寒痰伏肺; 感受热邪, 或素体阳盛, 痰从热化, 则为痰热郁肺; 另有肥胖之人, 素体多痰湿, 平素虽未受邪, 亦可见咳嗽痰多而寒热属性不明显, 则为痰湿壅肺。故慢性阻塞性肺疾病急性加重应以祛邪治痰为要务, 兼以扶正调脏腑。分治如下。

1.1 寒痰伏肺 多由受寒或恣意饮冷, 致饮邪留伏; 或素体阳虚, 饮从寒化, 留伏于肺; 始则咳逆, 久则致喘, 因迁延反复, 肺气日损, 阳气耗伤日甚, 水津不归正化, 转为痰饮。以咳喘不能平卧, 痰多白沫, 经久不愈, 天冷受寒加重。舌苔白滑或白腻, 脉弦紧为主症。治宜温肺化饮, 宣肺散寒, 兼以健脾补肾温阳。刘教授用方对兼有风寒表证者选用小青龙汤加味; 表证不显者用苓甘五味姜辛汤加味; 用药常加肉桂温阳, 以取“少火生气”之意。刘教授认为附子之类大辛大热耗散肾气, 对脏腑虚损尤其是阴虚及气阴两虚之人当慎重使用。

1.2 痰热郁肺 多因感受风热或痰郁化热, 痰热壅肺, 肺气上逆所致, 以咳逆、喘息声粗、胸满烦躁、痰黄或白、黏稠难咯, 或伴身热, 有汗不多, 口渴欲饮, 便干, 舌边尖红、苔黄, 脉滑数为主症, 治宜清肺化痰, 降逆平喘。对由于表寒不解, 入里化热的外有表寒里热证, 常用麻杏石甘汤加减化裁; 表热不甚, 痰热壅盛用桑白皮汤加减; 痰色黄质粘不易咳出者, 加海浮石、瓜蒌、浙贝母、南星之类以增强清热化痰、软坚散结之功; 若转化为肠腑郁热, 兼见大便秘结者, 可合承气汤之类加减化裁。对于此类证型, 刘教授认为, 由于热盛容易伤及津液, 除可见口干、便秘等症外, 尤其要注意痰液粘稠,

[收稿日期] 2015-01-20

[作者简介] 孙杰 (1972-), 男, 医学硕士, 副教授, 主任医师, 主要从事呼吸病临床及教学工作。

阻塞气道,变为痰蒙神窍之证,临床当尽早涤痰开窍,未病先防。

1.3 痰浊壅肺 多因肺虚脾弱,痰浊内蕴,肺失宣降,以咳嗽痰多、色白粘腻、短气喘息、倦怠乏力、苔白腻、脉滑为主症。此类证候,刘教授用药以化痰降气为主,兼以补肺健脾以达到培土生金之效。在二陈汤合三子养亲汤基础上,临床以肺气虚为主,表现为恶风、易感冒者,常合用玉屏风散加减;临床以脾气虚为主,表现为纳呆、食少或见腹泻者,常合用四君子汤加减。

对于肺实肾虚的“上实下虚”证,表现为咳嗽、痰多、气急、胸闷及腰酸、下肢不温,脉沉细或兼滑者,以紫苏子降气汤为基础,上盛为主加葶苈子、桑白皮、桔梗、杏仁等泻肺平喘,宣肺降气;下虚为主加肉桂、桑寄生、淫羊藿、补骨脂等补肾温阳。刘教授认为,上盛是由于在下肾元虚衰,在中脾失转输,在上肺失通调宣肃,故在用药中不仅要上下同治,也要兼顾中焦脾胃,临床用药时桂枝、茯苓、白术之类不可少,取“病痰饮者,当以温药和之”之意。

2 治痰

因肺主气,朝百脉,全身血液都要汇聚于肺,通过肺的呼吸运动进行气体交换,然后输布全身。故血的正常运行需依赖肺气的推动和调节,肺之功能失调,必有碍于气血运行,气血功能失常,也会导致肺的失用。刘教授认为,慢性阻塞性肺疾病急性加重“痰”的形成主要有以下几方面: 气虚致痰:咳嗽为慢性阻塞性肺疾病急性加重的常见症状之一,反复发作必致肺气亏虚,气为血之帅,肺气亏虚无以助心行血,因而血液凝滞成痰; 气滞致痰:慢性阻塞性肺疾病咳嗽为主要症状,痰阻气道,阻碍气之升降出入,肺气郁滞,心脉失畅而血郁为痰; 痰瘀互阻:痰浊久留,津液停聚,瘀血内停; 阳虚血瘀:病至后期,心阳虚衰,无力推动血脉,则血行涩滞; 水瘀互结:病久水停湿阻,气机不利,血行不畅,成为瘀血; 瘀血致痰:瘀血在体内停留日久,导致新的瘀血发生。现代医学研究也表明,慢性阻塞性肺疾病急性加重由于缺氧、高碳酸血症导致肺动脉高压,继发性红细胞增多、血液粘稠,感染和低氧血症可使红细胞聚集性增加,血管内皮细胞发生损害,激活血液中的凝血因子,导致凝血物质增加,引起全血粘滞性增高,形成高凝状态,甚至并发血栓形成^[1]。患者出现唇甲紫暗、发绀、瘀血甚至水肿等症。故刘教授在治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重的治疗中根据不同瘀血病机,给予补气活血、行

气活血、温阳活血、利水活血、祛瘀活血,在活血祛瘀方中常加用黄芪、丹参、川芎、桂枝、肉桂、桃仁、红花、地龙、赤芍、泽兰、莪术等。有些患者虽无明显瘀血之象,刘教授也常加川芎、丹参、黄芪等补气活血之品,所谓“气行则血行”之意也。刘教授认为慢性阻塞性肺疾病发病,脏腑虚损为根本,宗气即虚,推动乏力,焉有不瘀之理也。

3 治饮

久病迁延,阳虚阴盛,气不化津,痰从寒化为饮为水,饮留上焦,迫肺则咳逆上气,凌心则心悸气短;饮溢肌肤则水肿尿少;饮留中脘则纳减呕恶,脘腹胀满;甚则水臌之类。刘教授认为,此证根本为久病及肾,肾阳虚衰,阳虚水犯;血不利,则为水,所谓“瘀血化水,亦发水肿,是血病而兼水”是也,故治宜温阳利水化饮,兼以活血化瘀。常用真武汤合五苓散加活血化瘀之品加减化裁(见上),方中重用桂枝、茯苓(桂枝20~30g,茯苓30~50g)。刘教授认为,水为阴邪,温阳利水为其正治之法,但气虚推动乏力,也是导致水液停聚泛滥的重要因素,故常加黄芪,以增强补气之功。对于气喘烦闷、小便不利、水肿明显、舌质紫暗、舌底脉络迂曲者,此为水瘀互结,肺气上逆,可加葶苈子、椒目、泽兰以逐瘀泻肺。

《证治要诀·停饮伏痰》曰:“善治痰者,不治痰而治气,气顺则一身之津液亦随气而顺矣。”刘教授认为,对于慢性阻塞性肺疾病急性加重患者,不仅仅治痰当须理气,瘀血水饮亦属津液运行失常,停聚或泛滥的表现,治疗也须理气;临床用药常加陈皮、半夏、木香、砂仁、青皮、枳壳、川芎等行气之品;气虚者补气,亦属理气范畴,不可将理气局限地理解为行气。

慢性阻塞性肺疾病急性加重是本虚标实以标实为主的病证,治疗以祛邪为主,兼以扶正。刘教授认为,上述治疗方法在临床应用时须结合患者具体证候,治痰不忘活血化饮,治瘀不忘祛痰利水,治饮不忘化痰活血,治痰、治瘀、治饮三者兼顾,有所侧重;缓解期当补虚扶正为主,分清脏腑虚损之病位,补肺、健脾、温肾灵活应用。

[参考文献]

- [1] 蔡柏强,李龙芸.协和呼吸病学[M].北京:中国协和医科大学出版社,2011:1371.

(责任编辑:刘淑婷)