

参考文献

[1]中华医学会肝病学会,中华医学会感染病学分会.慢性乙型肝炎防治指南(2010 年版)[J].实用肝脏病杂志,2011,14(2):81-89
[2]刘虹,罗生强.2014 年欧洲肝病学会丙型肝炎治疗指南推荐意见(2014 年 4 月)[J].临床肝胆病杂志,2014,30(6):1-6
[3]陈文斌,潘祥林.诊断学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2009.250-254

[4]田昌平,陈召洋,赵瑞,等.当归补血汤不同配伍比例对血虚证小鼠脏器系数的影响[J].山东中医杂志,2014,33(10):839-840
[5]冯璟,于远望,林洁.用当归补血汤对受 60Co- γ 射线辐照小鼠的外周血细胞进行防护的效果研究[J].当代医药论丛,2014,12(20):167-169
[6]崔兴.当归补血汤造血调控的临床及实验研究[D].济南:山东中医药大学,2005.10-12

(收稿日期: 2015-04-24)

王洋教授从“痰瘀”论治慢性阻塞性肺疾病

张罗丹¹ 指导:王洋^{2#}

(1 山西中医学院 2013 级硕士研究生 太原 030024; 2 山西省中医院 太原 030012)

关键词:慢性阻塞性肺疾病;痰瘀;化痰祛瘀

中图分类号:R563

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.09.044

王洋教授从事中医内科临床、教学 30 余年,学验俱丰,为山西中医学院硕士研究生导师,山西省中医院名中医。王师临证立法处方,疗效颇著,尤擅长于肺系疾病的辨治。中医对慢阻肺的治疗,临证初起以宣肺祛邪为主,久病多补肾纳气,但久病患者疗效欠佳,王师认为,究其根源,乃久病之人在肺肾气虚的基础上尚兼有血运不畅、痰瘀阻肺。笔者有幸随师临诊,受师教诲,收获颇多。王师经过长期临床实践,从痰瘀论治慢性阻塞性肺疾病取得了较好疗效。现报告如下:

1 痰瘀阻肺是慢阻肺的“夙根”

朱丹溪《丹溪心法·咳嗽》中谓“肺胀而嗽,或左或右,不得眠,此痰挟瘀血碍气而病”,提出肺胀的发生与痰瘀阻碍肺气有关。痰浊的产生,病初有肺气郁闭,脾失健运,津液不归正转化而成,逐渐发展则肺虚不能化津,脾虚不能转输,肾虚不能蒸化,痰浊愈益潴留,咳喘持续难愈,进而出现全身浮肿等水液停聚症状。瘀血的形成,主要是由于肺主气、朝百脉的功能失调所致。生理情况下,肺与血液的关系^[1]主要表现在两个方面:一是肺主气,具有调节全身气机,推动血液运行的作用。气为血之帅,肺所主,并根源于肾,气的吐纳出入最忌壅滞,若肺虚不能宣降,肾虚不能摄纳,则浊气停滞于肺,难以朝百脉助心行血,故临床会出现胸闷隐痛、唇甲青紫、舌暗红绛等血瘀诸症。二是肺是血液进行气体交换的场所,全身的血液都可经过经脉聚于肺,然后再输布到全身。当各种原因导致肺的功能失常,均可使肺气不能推动血液的正常循行,影响血液气体交换,而致血液瘀滞。血为气之母,血瘀则不能载气运气,不能养肺肾而益呼吸,则致咳喘症状加重。因而,王师认为,肺

主一身之气,肺气和,则血脉利;肺气病,则血脉瘀;血脉瘀,则肺病益甚,故肺病多挟瘀。

痰浊与瘀血的关系:痰瘀同源,互为因果^[2]。朱丹溪认为“痰和瘀均为阴邪,同气相求,既可因痰生瘀,亦可因瘀生痰,形成痰瘀同病。”痰浊源于津液,瘀血源于血液。津和血均由饮食水谷精微所化生,都具有滋养濡润的作用,此为“津血同源”。此外,津液又是血液的重要组成部分,津液进入脉中与营气相合化生成血液,与营气分离,渗出脉外便成津液。故有“津血转化”之说。在病理情况下,瘀血形成过程中常同时出现水液代谢障碍而导致水湿停聚成痰,在水液代谢障碍时亦可出现气血运行不利而形成瘀血。可见,瘀可生痰,痰可生瘀,二者互为因果,形成一个恶性循环的过程,成为慢阻肺的“夙根”。

2 化痰祛瘀是治疗慢阻肺的基本治则

久咳络脉瘀滞,方书论之不多,但历代贤哲在配制咳喘方剂时,也有辅佐活血化瘀之品,如苏子降气汤中之当归、芫茎汤中之桃仁、金沸散中之赤芍等。清代李用粹《证治汇补咳嗽》:“肺胀者,动则喘满,气急息重,或左或右,不得眠者是也,如痰挟瘀血碍气,宜养血以流动乎气,降火以清利其痰,用四物汤加桃仁、枳壳、陈皮、瓜蒌、竹茹。”亦强调了益气活血化痰为肺胀之治则。现代研究表明^[3],活血化瘀法能缓解肺毛细血管痉挛,增加肺毛细血管灌注量,改善肺循环,有利于正常通气,所以越来越多的医家将改善“瘀血”作为中医治疗慢阻肺的切入点。

痰瘀“夙根”久伏于肺,影响肺主气及生津布液的作用,遇到外邪侵袭时,“夙根”作祟,加之素体肺气虚,则内外合邪,正虚邪恋,导致慢阻肺反复加重不易治愈。因此,王师认为,在慢阻肺的治疗中,化痰

通讯作者:王洋, E-mail: 1019133865@qq.com

祛瘀法应贯穿于始终。

分期论治:急性加重期多从“热、痰、瘀”论治,早期感邪以宣肺祛邪配益气活血之品,邪去则气血调畅,病归康复。稳定期以治本为主,多从“虚、瘀”论治。此时以补益肺脾肾之品并活血化瘀之药以巩固,待肺气通调,血运流畅,则正气充实,减少复发;晚期一身浮肿更应重视活血化瘀,宜在温肾健脾基础上加化瘀行水之品,因血不利则为水,血利则水肿即消。

辨证分型:(1)痰浊壅肺兼气虚血瘀证,治当宣肺平喘、化痰祛瘀,方用苏子降气汤加减;(2)痰热壅肺兼气虚血瘀证,治当清肺化痰、益气活血,方用自拟宣肺平喘汤加减;(3)肺肾气虚兼痰瘀互阻证,治当补益肺肾、化痰祛瘀,方用自拟益气定喘汤加减;(4)痰瘀阻肺兼肺阴亏虚证,治当化痰祛瘀、益气滋阴,方用沙参麦冬汤加减;(5)痰瘀阻肺兼阳虚水泛证,治当通阳利水、化痰祛瘀,方用真武汤合五苓散加减。

临床上,王师常选用的活血化瘀通络药物主要有:当归、川芎、桃仁、丹参、地龙、全蝎、红景天等。当归既主治咳逆上气,又可活血化瘀,用于治疗咳嗽,有补气活血化瘀而不伤正之妙;川芎为血中气药,上行头目,中开郁结,下调经水,既能活血化瘀,又可行气通滞,辨证而施,则有“气通血活,何患不除”之功;因“肺与大肠相表里”,慢阻肺患者多伴有便秘、腹胀等腑气不通的症状,而桃仁既可活血祛瘀,又可润肠通便,腑气既通,咳喘自平;丹参活血祛瘀调经,用于各科瘀血阻滞病证,活血祛瘀作用较强,能内达脏腑而化瘀滞,外利关节而通脉络,多用于慢阻肺合并肺心病、冠心病患者,疗效较好;地龙下行降泄,既可以通络清热,又能平喘利尿,具有良好的平喘作用;全蝎活血通络;红景天健脾益气,清肺止咳,活血化瘀,现代研究表明,红景天中含有 35 种微量元素、18 种氨基酸、维生素 A、维生素 D、维生素 E 和抗衰老活性超氧化物,能提高人体的免疫力,增强人体对不利环境的抵抗力,王师多用于治疗肺间质纤维化以改善患者缺氧状态。

3 病案举例

3.1 病案 1

3.1.1 病例资料 赵某,男,75 岁,2014 年 11 月 2 日初诊。主诉:反复咳嗽、咳痰、气喘 20 余年,加重 1 周。现病史:患者 20 年来反复咳嗽、咳痰、气喘,每次发作,病情缠绵难愈,应用大量抗生素、氨茶碱及糖皮质激素才能控制病情,1 周前咳嗽加重,于当地医院应用头孢曲松、左氧氟沙星等抗感染,氨溴索化

痰治疗 7 d,病情未见明显减轻,遂就诊于山西省中医院求助中医治疗,现症见:咳嗽、咳痰,色黄质黏,咳吐不利,气喘,胸部胀满刺痛,伴口干口苦,乏力,唇绀,舌质紫暗,脉细涩。查体:体温:37℃,脉搏:90 次/min,呼吸:22 次/min,血压:150/90 mm Hg,桶状胸,双肺呼吸音粗,可闻及湿罗音。辅助检查:胸部 X 线检查示:肺部透亮度增加,双下肺野散在斑点状阴影;肺功能检查示:第 1 秒用力呼气容积占用力肺活量百分比 (FEV₁/FVC) 65%,FEV₁ 占预计值百分比 53%;血常规检查:白细胞计数 (WBC) 10.7×10⁹/L,中性粒细胞百分比 79%,淋巴细胞百分比 11.3%。西医诊断:慢性阻塞性肺疾病急性加重期。中医诊断:肺胀(痰热壅肺,气虚血瘀证)。治法:清肺化痰,益气活血。处方:炙麻黄 10 g、白果 10 g、杏仁 10 g、黄芩 10 g、苏子 10 g、桔梗 10 g、桑白皮 15 g、紫菀 15 g、款冬花 15 g、葶苈子 10 g、半夏 10 g、甘草 6 g、当归 15 g、川芎 15 g、黄芪 30 g、地龙 10 g、全蝎 3 g。6 剂,水煎服,1 剂/d,早晚分服。二诊(2014 年 11 月 9 日):患者咳嗽、咳痰症状减轻,痰量减少,胸痛缓解,现症见间断咳嗽、咳痰,色白量减可咳出,活动后气喘,伴乏力,唇绀,纳差,眠可,二便调,舌质紫暗,脉细涩。上方去紫菀、款冬花、葶苈子、桑白皮,加木香 10 g、砂仁 6 g、穿山龙 20 g,续服 6 剂。三诊(2014 年 11 月 16 日):患者咳嗽、咳痰症状缓解,精神、食欲均好转,唇绀减轻,现症仅见活动后气喘,纳眠可,二便调,舌质紫暗,脉细涩。上方加五味子 10 g,续服 6 剂。嘱其稳定期长期服用山西省中医院肺病科制剂九味固金胶囊。随访期间病情未见急性加重。

3.1.2 讨论 邪热炽盛,内壅于肺,肺失宣肃则咳嗽、气喘;邪热炼液为痰则痰稠色黄;痰热阻滞肺络,导致气滞血瘀,络脉气血不得畅通,不通则痛,故胸腹胀刺痛;病久肺气虚弱,不能助心行血,亦会出现气虚血瘀征象如舌质紫暗、脉细涩等。选方自拟宣肺平喘汤(炙麻黄 10 g、白果 10 g、杏仁 10 g、黄芩 10 g、苏子 10 g、桔梗 10 g、桑白皮 15 g、紫菀 15 g、款冬花 15 g、葶苈子 10 g、半夏 10 g、甘草 6 g、当归 15 g、川芎 15 g、黄芪 30 g、地龙 10 g、全蝎 3 g),该方是在定喘汤的基础上加减而成,方中麻黄宣肺平喘,白果敛肺定喘,二者一散一收,既可加强平喘之功,又可防麻黄耗散肺气,共为君药;苏子、半夏、杏仁降气平喘,紫菀、款冬花润肺化痰平喘,葶苈子、桑白皮、黄芩泻肺平喘,共为臣药,以加强平喘之功;当归既主咳逆上气,又可活血化瘀,川芎、地龙、全蝎活血通络,黄芪补肺平喘,以气运血,气血互用,元气复来,共为佐药;甘草调和诸药,兼止咳化痰,为使药。诸药

合用,使气旺血行,瘀祛络通,气行则津液流通,痰液自化,咳喘自平,诸症渐愈。二诊加木香、砂仁以醒脾开胃,加穿山龙以加强活血通络之功;三诊加五味子以加强敛肺补肾之效。后长期服用九味固金胶囊(虫草孢子粉、蛤蚧、地龙、五味子、山药等)以补肾纳气、健脾益肺,减少了慢阻肺急性加重的次数,明显改善了患者的生活质量。

3.2 病案 2

3.2.1 病例资料 温某,女,72 岁,2015 年 1 月 2 日初诊。主诉:反复咳嗽、咳痰 30 余年,伴气喘 10 余年。现病史:患者 30 年前感冒后出现咳嗽、咳痰,每于冬季症状加重,未予重视,10 年前出现气喘、胸闷,就诊于当地医院,间断使用头孢类抗生素、喘定、氨溴索等药物治疗,症状渐进性加重,现持续家庭氧疗,12 h/d,就诊于山西省中医院肺病科,症见:气喘,胸满,动则益甚,呼多吸少,气不得续,形瘦神惫,咳嗽,咳声低微,咳痰色白泡沫状,面青唇紫,平素易感冒,舌淡苔白腻,脉沉。查体:桶状胸,两肺呼吸音低,未闻及干湿性罗音。既往史:冠状动脉粥样硬化性心脏病病史 8 年。辅助检查:肺功能:(重度)阻塞性通气功能障碍;血常规均未见明显异常。胸片显示双肺肺气肿。西医诊断:慢性阻塞性肺疾病稳定期,冠状动脉粥样硬化性心脏病。中医诊断:肺胀(肺肾气虚、痰瘀互阻证)。治法:补益肺肾,化痰祛瘀。处方:自拟益气定喘汤加地龙 10 g、威灵仙 15 g、干姜 10 g、细辛 3 g、灵芝 10 g、红景天 30 g、紫河车 12 g。6 剂,水煎服,1 剂/d,早晚分服。二诊(2015 年 1 月 9 日):患者气喘、胸闷减轻,咳嗽、咳痰色白量少,纳眠可,二便调,舌淡苔白腻,脉沉。处方:自拟益气定喘汤加半夏 10 g、茯苓 10 g、陈皮 10 g、赤芍 10 g、防风 10 g、灵芝 10 g、红景天 30 g、丹参 15 g,续服 6 剂。三诊(2015 年 1 月 16 日):患者气喘较前明显减轻,唇绀减轻,间断家庭氧疗,6 h/d,偶伴头晕、双下肢乏力,纳眠可,二便调。处方:黄芪 20 g、赤芍 10 g、防风 10 g、党参 20 g、枳实 10 g、茯苓 10 g、半夏 10 g、陈皮 10 g、生白术 30 g、钩藤 30 g、菊花

12 g、砂仁 6 g、当归 15 g、谷麦芽各 10 g,续服 6 剂。后患者多次前来复诊,均在上方基础上进行调整,气喘症状日渐好转,停家庭氧疗,生活可以自理,病情稳定。

3.2.2 讨论 肺为气之主,肾为气之根,患者咳嗽多年,肺肾气虚,清气难入,浊气难出,故气促胸满、动则益甚,肺气虚则咳声低微,卫外不固则平素易感外邪;血瘀则面青唇紫;舌淡苔白腻、脉沉为肺肾气虚,痰浊滞肺征象。王师自拟益气定喘汤(黄芪 30 g、炒白术 30 g、党参 20 g、山茱萸 10 g、五味子 10 g、炙麻黄 6 g、白果 10 g、苏子 10 g、桑白皮 15 g、炙甘草 6 g)中黄芪、党参、白术补益肺脾之气,山茱萸、五味子补肾纳气平喘,炙麻黄、白果一散一收以平喘,苏子降气平喘,桑白皮清热泻肺以平喘,诸药合用,共奏补益肺肾、益气定喘之功,多用于慢阻肺稳定期肺肾气虚之证,疗效显著。初诊在益气定喘汤基础上加干姜、细辛温肺化饮以治寒痰,加红景天、地龙、威灵仙以活血通络,灵芝、紫河车以加强补肾益精、益气扶正之效。二诊在益气定喘汤基础上加二陈汤以燥湿化痰,赤芍、丹参以活血化瘀,灵芝、红景天以益气扶正。三诊在益气定喘汤基础上去麻黄、白果、苏子、桑白皮,加二陈汤燥湿化痰,钩藤、菊花平抑肝阳以治头晕,加砂仁、谷麦芽以醒脾开胃,当归、赤芍以活血化瘀。诸药合用,共奏补益肺肾、化痰祛瘀之效。慢阻肺患者久患咳喘,痰浊滞肺,宗气不足,血运无力,致使肺络瘀滞,心脉不畅,瘀血形成,出现咳喘不愈,反复发作,胸闷刺痛,动则加重,唇甲发绀,舌质暗,脉细涩等一派气虚血瘀之象。因此,王师认为,久病咳喘,不论是在急性加重期还是稳定期,均应佐以益气活血之品,并随证加减。

参考文献

[1]单书健,陈子华.古今名医临证金鉴:哮喘肺胀卷(下卷)[M].北京:中国中医药出版社,2011.103-106
[2]宋明锁,王裕颐.试论瘀血与痰浊之关系[J].中西医结合心脑血管病杂志,2005,3(1):62-63
[3]李晶,肖超烈,陈翻亨,等.浅议慢性阻塞性肺病与血瘀[J].中国中医药现代远程教育,2013,11(16):122

(收稿日期: 2015-03-16)

(上接第 57 页)

[2]刘宝林,顾晓明.口腔颌面外科学[M].沈阳:辽宁科学技术出版社,1999.225
[3]黄洪章.现代口腔颌面外科学[M].北京:科学技术文献出版社,2001.270
[4]张文书.CO₂ 激光治疗口唇颊部粘液腺囊肿[J].激光杂志,2002,23(3):47
[5]徐剑波,董翠芳,邹浩洁,等.电离子治疗机治疗唇部粘液腺囊肿 426

例临床分析[J].临床口腔医学杂志,2004,20(1):41
[6]郑韵哲,仲彦霖,郭晓川,等.口腔黏液腺囊肿两种治疗方法的对比观察[J].沈阳部队医药,2011,24(4):265-266
[7]闫世霞,穆宏,曹素敏,等.30%氯化钠注射液治疗粘液腺囊肿[J].现代中西医结合杂志,2008,17(3):483
[8]陈安勇,汤炜,李勇.唇部粘液腺囊肿两种术式的对比分析[J].四川医学,2011,32(2):232-233

(收稿日期: 2015-03-20)