

王伟教授治疗慢性阻塞性肺病临床经验

毛群燕¹ 王伟² 李菲¹

(1. 浙江中医药大学第三临床医学院, 浙江 杭州 310053; 2. 浙江省中山医院, 浙江 杭州 310000)

摘要:通过跟随王伟教授学习, 收集、整理、分析及归纳其治疗慢性阻塞性肺病在辨证及防治用药方面的特色, 认为王伟教授治疗过程中强调分期论治, 急性期以清热化痰、利气平喘、活血化瘀为主, 稳定期治以扶正补虚, 注重肺肾同治, 兼顾心脏为重。经此法治疗, 患者临床症状明显好转, 生活质量明显改善。

关键词:慢性阻塞性肺病; 临床经验; 王伟

中图分类号: R 563.5 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-168X(2015)04-0022-03

DOI: 10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.04.008

我国每年因慢性阻塞性肺病死亡及致残人数均超百万^[1]。随着我国城市化进程加快, 大气污染日益严重, 慢性阻塞性肺病的发病率增加, 随之而来的是高致残率, 自发性气胸、慢性呼吸衰竭、

服药3剂后, 咳嗽气急减少, 浮肿胸闷亦减。再来复诊, 去葶苈子、肺形草、三叶青, 加南沙参12 g, 北沙参12 g, 继服7剂, 咳嗽气急逐渐消失, 余症亦减, 病情趋于稳定。随访半年, 未再发作。

按:慢阻肺属于中医肺胀范畴, 其发生多因邪气犯肺, 久则肺虚, 痰瘀内阻。每因外感六淫而诱发, 并使病情加重。该患者受凉感冒后诱发宿痰发作, 曾入院治疗, 仍未见明显好转, 故来求治中医。王老认为慢阻肺多本虚标实, 实则外邪犯肺, 痰瘀内阻, 痰湿蕴肺, 致肺失宣降; 虚则肾虚于下, 水液通调不利, 便有水饮凌心, 故见诸症。治疗当利水渗湿, 健脾补肾, 止咳化痰平喘, 方选五苓散加减。方中重用泽泻, 直达膀胱, 渗湿利水; 辅以茯苓、猪苓之淡渗, 增强利水蠲饮之功; 佐以白术健脾以助运化水湿之力; 更佐桂枝, 一则外解太阳之表、一则温化膀胱之气。因本虚较重, 故方中选用太子参、黄芪、红景天、淫羊藿等益肾平喘, 补益脾气。葶苈子辛苦寒, 入肺膀胱大肠经, 助泽泻利水渗湿, 并能降气平喘。金荞麦、三叶青、紫苏子、前胡、杏仁、浙贝母等清泻肺热, 止咳化痰, 降气平喘。因久病痰瘀内阻, 故予虎杖、丹参活血化瘀通络, 诸药合用, 共奏益气健脾, 祛痰化瘀, 补肾利

慢性肺源性心脏病等并发症, 严重危害人类健康, 影响患者生活质量, 并给患者家庭及社会带来沉重的经济负担^[2]。王伟, 主任中医师, 从医30余年, 学验颇丰, 并擅长将传统中医理论与现代医学

湿, 降气平喘之效。

4 结语

王教授认为间质性肺病是由于多种呼吸系统疾病进展而来, 故其病情大多较重。其中特发性肺纤维化急性型, 多数在半年内死亡, 慢性病程约2~4年^[3]。西医多用抗生素、糖皮质激素、免疫调节剂三药的一种或多种来治疗本病, 但疗效有限, 少数患者出现了较重的毒性。而此时若能根据四季变化、体质差异, 通过望闻问切, 做到见微知著, 据痰、瘀、热为标、肺、脾、肾虚为本病机灵活运用传统中药, 结合现代西药, 则能较好地控制病情, 延缓病情的发展。然而关于间质性肺疾病的中医病名、病因、病机及中西医规范化的诊治没有公认的标准, 仍需要相关工作者进行更多研究。

参考文献

- [1] 刘洋, 彭珊璞, 王文杰. 间质性肺纤维化治疗新进展[J]. 国外医学: 呼吸系统分册, 2004, 24(6): 45-47.
- [2] 孙海燕, 刘杨. 痰与瘀的关系[J]. 山东中医杂志, 2014, 31(8): 685-686.
- [3] 杨兆康. 医药治疗间质性肺病的研究概况[J]. 上海中医药, 2003, 37(4): 60-64.

(收稿日期: 2014-12-09 编辑: 方亚利)

融会贯通运用于呼吸系统疾病的诊治中。笔者有幸跟随吾师王伟教授坐诊,深刻体会到吾师对慢性阻塞性肺病的临床治疗有独到见解及较高疗效,现将其临床经验介绍如下。

1 病因病机

慢性阻塞性肺病属于中医学“肺胀”“喘证”范畴^[3],以长期反复咳嗽、咳痰(痰量以晨起或体位改变时为多)并伴有活动后气促为主要特征。本病多为慢性肺系疾病如久咳、喘、哮反复发作迁延不愈,而致的痰阻气郁,气逆而上的一种病证。王伟教授认为慢性阻塞性肺病病机复杂,但总属本虚标实,虚实夹杂。虚者责之于肺、脾、肾,病久不愈可延及于心;实者责之痰、瘀、气阻为患。

隋·巢元方《诸病源候论·咳逆短气候》云:“肺本虚,气为不足,复为邪所乘,壅痞不能宣畅,故咳逆,短气也。”本病多数肺部久病不愈,肺气日虚,痰浊潴留,复感受外邪,致肺气壅滞,不能敛降,气逆于上而为喘、嗽。肺脏五行属金,乃脾土之子,日久肺虚,子盗母气,终致脾脏受损,其主运化功能失调,水湿内停、痰浊内生。金水相生,肺肾同源,两脏生理相联、病理相关,肺主气司呼吸的功能有赖于肾主纳气,反之肺部久病及肾,可致肾失摄纳。肺不主气,肾不纳气,则喘促日甚。另外,肺朝百脉,贯心脉以行气血,提示肺气虚时,可使心营受损,心气不足,血流不利为瘀。瘀阻血脉,血不利则为水,水停胸肺,症见咳逆短气。但本病有偏实偏虚之别,急性期偏于邪实,缓解期偏于本虚,故临床诊疗时应分清标本虚实之主次,分期论治。

2 临证经验

2.1 急性期

2.1.1 清热解毒 祛痰止咳 吾师认为本病急性期多由外感寒邪诱发,邪气阻塞于肺间,肃降功能失调,导致肺气不能敛降,气逆于上发为咳嗽;寒邪郁而不发,终化热邪,肺热烧灼津液煎熬成痰;痰为有形实邪,停聚于肺,阻碍肺气,使肺气机不利。故临症可见咳嗽,痰多,色黄或黄,质粘,并可伴有发热等症。痰即是病理产物,又是治病因素。《医统》云:“痰则一因于热而已。”痰因热

成,故吾师临床辨治常用野荞麦根、黄芩、鱼腥草等以清肺热,又以浙贝、瓜蒌、海浮石、竹沥半夏等清化热痰,使痰消气顺。

西医学在治疗本病急性感染期常给予抗生素、化痰止咳药等以抗炎、镇咳。现代药理研究表明金银花、野荞麦根、肺形草、鱼腥草、佛耳草等清热解毒药对多种革兰阴性及阳性菌均有不同程度的抑制作用,有些还具有抗病毒,提高机体免疫力,抗炎的作用。衷中参西,吾师临证无论寒热均适当配伍使用清热解毒之品,每每能收奇效。

2.1.2 泻肺平喘 化饮利水 慢性阻塞性肺病患者急性加重期临床多常表现为喘息,气急,心悸,水肿等症。本病多为久咳、喘、哮等慢性肺病疾病迁延终致肺之通调、脾之运化、肾之蒸化等功能失调,机体水液代谢功能失常,终致痰饮水湿内生。水饮相结于上焦心肺,则见胸部膨满;甚则病及于肾,水气上凌于心,故临症可见喘息;水液内停,弥漫三焦,外溢于四肢肌肉,则四肢水肿,甚则全身浮肿。故在临床实践中,吾师擅用葶苈子、大枣、麻黄及桑白皮等泻肺平喘,又用五苓散以收化饮利水之效。

现代药理研究发现麻黄中主要药用成分麻黄碱具有兴奋交感神经,收缩血管的作用,故患者若伴有前列腺增生、尿储留等症,吾师每不予使用。

2.1.3 活血化瘀 慢性阻塞性肺病久病不愈,失治误治,临床可见患者唇、舌、舌下络脉、爪甲青紫,吾师认为此乃久病肺虚,外邪易乘虚侵袭肺络,稽留不去,致肺气壅滞,血液运行失畅,气郁血停;本病为慢性肺部疾病,经年不愈,病程长,耗伤肺气,肺气日虚,气虚无力助心行血,则瘀血内停。瘀血久居于血络,津液周流不利,聚生痰饮,甚则血瘀水停,可致水液涩渗于脉外,泛溢肌肤,发为水肿,故吾师认为活血化瘀法乃治疗本病的关键。正如唐容川《血证论》云:“须知痰水之奎,由癖血使然,但去癖血,则痰水自消。”强调活血化瘀疗法的重要性。故吾师针对血瘀这一病理因素,临床论治不论治标还是治本,均用破血之品如三棱、莪术、水蛭以收逐瘀之效,但又恐破血之品伤及正气,故常配伍山晒参、黄芪等顾护正气。

2.2 缓解期

2.2.1 金水相生 补肺纳肾 治病必求其本,吾师认为本病的病情演变过程中肺虚是根本因素,肾虚为关键因素,直接影响疾病的转归和预后。《类证治裁》云:“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。”指出肺肾两脏生理相联,肺主呼吸,深度的保持有赖于肾主纳气的功能。肺属金,肾水之母,肺气日虚,久则及肾,终致肾之摄纳无权,故临床治疗应“肺肾同治”。吾师常用党参、黄芪、炙甘草、麦冬、五味子、沉香曲、磁石等药进行辨证施治。

2.2.2 注重保护心脏 随着病情发展,慢性阻塞性肺病后期患者心脏功能常受累及、损害,临床可见右心肥大、早搏、阵发性室上性心动过速及心衰等疾病,吾师擅用瓜蒌薤白白酒汤,生脉饮加丹参等方药以顾护心脏,临床效果甚佳。现代研究显示生脉散具有加强心肌收缩力,改善冠状动脉血流量,加速损伤心肌的修复等功用;瓜蒌薤白白酒汤具有直接扩冠、改善心肌能量和氧代谢平衡之功。

3 病案举例

蔡某,男,88 岁。2014-02-18 初诊。患者反复咳嗽、咯痰 40 年,伴活动后气促 10 年余。患者于 40 年前偶感风寒后出现咳嗽、咯痰,气急,经治疗症状有所减轻,仍反复咳嗽,喘息,未予重视;10 年前病情明显加重,出现乏力,活动后呼吸困难,时有心悸,憋闷,曾在多家医院住院治疗,皆诊断为慢性支气管炎,慢性阻塞性肺病。近日患者就诊,自诉咳嗽,伴大量黄浓痰,喘息上气,活动后气急加重,心悸,双下肢水肿,尿少,怕冷,胃脘部嘈杂不适,反酸,大便偏稀,日 2~3 次,察其舌脉可见舌质暗有瘀点,舌下脉络曲张,苔黄腻,舌体胖大,脉结代。中医诊断:肺胀(痰瘀阻肺证);治法:清热化痰,泻肺平喘,兼逐瘀利水。处方:葶苈子(包煎)15 g,大枣 30 g,桔梗 12 g,野荞麦根 15 g,肺形草 15 g,浙贝 15 g,竹沥半夏 10 g,苦杏仁 10 g,枳壳 12 g,紫苏子 15 g,三棱 18 g,莪术 18 g,前胡 12 g,茯苓 15 g,猪苓 15 g,篇蓄 12 g,

车前子(包煎)30 g,泽泻 30 g,海蛤壳 18 g,煅瓦楞子 30 g,丹参 30 g,薤白 12 g,瓜蒌 24 g,党参 12 g,麦冬 15 g,五味子 6 g。每日一剂,水煎,早晚饭后温服。嘱患者避风寒,慎起居,注饮食,禁烟酒,忌食辛辣、生冷、甜腻之品,宜低盐饮食。

二诊(2014-2-25):咳嗽明显好转,仍有少许咯痰,质浓,呼吸较服药前平顺,活动后气促有所缓解,胸部憋闷感缓解,下肢未见明显水肿,胃纳尚可,无反酸症状,二便调,舌红暗,苔白腻,脉沉细。原方去猪苓、篇蓄、车前子、泽泻、海蛤壳、煅瓦楞子加黄芪、白术各 20 g,防风 10 g 以巩固治疗。续服 14 剂,用药后病情稳定。

按语:患者年高久病,久病肺气日虚,肺气虚则腠理不密,不能抵御外邪侵袭而发病,正虚反复染邪乃肺心病病情发展的关键。吾师认为本病每因痰作咳,因痰致喘,痰因热成,治咳嗽者当以去痰为先,而治痰必以顺气为主,故野荞麦根、肺形草、枳壳、浙贝、紫苏子、竹沥半夏等以清其热,利其气,化其痰。方中葶苈子性苦辛散,既能泻肺中水饮、痰浊,又能苦降肺脏上升之气逆而平喘;桔梗、苦杏仁、前胡,一升一降,使肺气升降有序,喘平咳止。方中用猪苓、茯苓开腠理,利水道,渗湿消肿;篇蓄、萆薢、车前子等性苦之品,利湿祛浊;海蛤壳、煅瓦楞能中和胃酸,制酸止痛;三棱,莪术即起破血化瘀之效。一诊后患者咳嗽、喘息控制,尚无水肿,反酸症状,故去猪苓、篇蓄、海蛤壳等渗湿利尿及制酸药,而加黄芪、白术、防风补益肺脾,巩固疗效。

参考文献

- [1] 杨淑荃,章薇,李金香,等. 不同季节穴位贴敷对寒痰阻肺型慢性阻塞性肺病稳定期疗效观察[J]. 中国针灸, 2012,32(2):177-121.
- [2] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南(2007 年修订版)[J]. 中华结核和呼吸杂志,2007,3(1):8-17.
- [3] 王道成. 肺源性心脏病急性期中西结合治疗思路探讨[J]. 深圳中西医结合杂志,2001,11(3):118-119.

(收稿日期:2014-12-26 编辑:方亚利)