

刘恩顺运用益气化痰祛瘀法 治疗 COPD 急性加重期经验

刘彦培¹, 刘恩顺²

(1. 天津中医药大学, 天津, 300193;

2. 天津中医药大学第二附属医院, 天津, 300250)

[摘要] 介绍刘恩顺教授运用化痰祛瘀法治疗慢性阻塞性肺疾病(COPD)急性加重期的临床经验。分别论述从气虚论治和从痰瘀论治的理论基础和临证用药,对肺脾气虚和肺肾气虚患者,常以补气理气滋阴药同用;对痰瘀阻肺型患者,常以燥湿化痰、活血化痰、行气药同用。

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病;急性加重期;益气化痰祛瘀法;名医经验;刘恩顺

[中图分类号] R259.63 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.11.008

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是以持续不完全可逆的气流受限为特征的一种常见呼吸道疾病^[1]。机体吸入有害气体或有害颗粒后,常引发呼吸道异常的炎症反应,主要表现为慢性咳嗽、咳痰、气短或呼吸困难。COPD急性加重期(AECOPD)短期内上述症状加重,多有脓性或黏液性分泌物,可伴发热症状。迁延不愈者,常引发自发性气胸、慢性肺心病甚至呼吸衰竭等危症。目前没有任何一种药物能完全治愈 AECOPD,只能起到控制、预防和减少并发症的作用。西医常用支气管扩张剂、糖皮质激素等对症治疗,病情虽能很快得到控制,但长期应用易产生气道高反应、口周念珠菌感染、骨质疏松等并发症^[2]。COPD属于中医学“咳嗽”“喘病”“肺胀”等范畴^[3]。“肺胀”首见于《灵枢·胀论》“肺胀者,虚满而喘咳”。指出肺胀以喘息、咳嗽、胀满为主症。

刘恩顺为医学博士、主任医师、硕士生导师,从事肺病诊疗工作二十余年,善于运用经典方加减治疗咳嗽、哮喘、肺胀等肺系疾病。针对 COPD 急性加重期脏腑气虚、痰瘀互结导致的肺气壅滞,胸膈胀满,灵活运用益气化痰祛瘀法以达“健脾理肺、益肾固本”之功。现将其经验介绍如下。

1 从气虚论治

1.1 健脾益肺 肺主气,司呼吸,上连气道,开窍于鼻。《素问·五脏生成》载“诸气者皆属于肺”。认为肺为气机升降出入之枢纽。肺失宣降,则呼吸清功能失常,出现上气、咳嗽、咳痰、喘息等症状。《诸病源候论》载“肺虚为微寒所伤,则咳嗽。气还于肺间,则肺胀;肺胀则气逆。而肺本虚,气为不足,复为邪所乘,壅痞不能宣畅,故咳逆短气也”。指出肺胀发病的根本原因为肺气虚。脾为肺之母,

参考文献

- [1] 蒋明珉,熊丽.心电图与冠脉造影对冠心病不稳定性心绞痛的诊断价值[J].中国妇幼保健研究,2017(52):648-649.
- [2] 李海燕,张倩,王云龙.冠心病患者生活质量现状及影响因素分析[J].护理实践与研究,2016,13(19):67-69.
- [3] 张腾,张艳军,庄朋伟,等.瓜蒌对心梗后心衰大鼠心功能及心肌细胞凋亡的影响[J].中国药理学通报,2016,32(8):1183-1184.
- [4] 马丙祥.丹参的药理作用研究进展[J].中国药房,2014,25(7):663-665.
- [5] 乔凤仙,蔡皓,裴科,等.中药薤白的研究进展[J].世界中医药,2016,11(6):1137-1140.

- [6] 李丹,李彦文,王俊文,等.基于文献计量分析川芎有效成分药理作用研究[J].世界中医药,2017,12(5):1161-1165.
- [7] 曾颂,李书渊,吴志坚,等.半夏镇咳祛痰的成分-效应关系研究[J].中国现代中药,2013,15(6):452-455.
- [8] 黄小波,陈文强,王宁群,等.陈皮-半夏对内皮细胞损伤保护机制的研究[J].北京中医药,2014,33(11):868-871.
- [9] 张钟媛.茯苓药理作用研究进展[J].继续医学教育,2015,29(5):108-109.
- [10] 陈振鹤,吴国泰,任远.枳壳的化学成分、药理作用及临床应用[J].安徽农业科学,2016,44(26):95-97.
- [11] 黎潭辉,罗淑芳.从中药药理及临床探讨张仲景应用厚朴的合理性分析[J].亚太传统医药,2012,8(4):182-183.

(收稿日期:2017-12-04)

基金项目:国家自然科学基金面上项目(编号:81273999)

第一作者:刘彦培,女,2016级硕士研究生,研究方向:中医肺病临床

通讯作者:刘恩顺,男,医学博士,主任医师,副教授,硕士研究生导师,研究方向:中医肺病临床, E-mail:hellotcm@126.com

肺气虚日久可累及脾,脾主运化水谷,脾气虚则机体水液代谢失常,又可产生痰饮等病理产物,《脾胃论》指出“脾胃一虚,肺气先绝”。故《临证指南医案》有“清养胃阴,使土旺生金”的治则,用培土生金的方法治疗肺气虚。

1.2 益肾固本 肺主呼吸,肾主纳气,肾的摄纳功能正常,可以控制呼吸的频率,保证呼吸的深度,即所谓“金水相生”。《医贯·喘论》载:“真元耗损,喘出于肾气之上奔……乃气不归元也。”指出肾不纳气则喘。《类证治裁·喘证》载:“肺为气之主,肾为气之根,肺主出气,肾主纳气”,认为肺所吸入之气必须下及于肾,由肾气所摄纳,方能防止呼吸表浅,故补肾为肺胀的治本大法。

2 从痰瘀论治

痰饮为水液代谢失常引起,瘀血为气血运行障碍导致,津血同源,故有“痰瘀同病”之说。《丹溪心法·咳嗽十六》载:“肺胀而嗽,或左或右,不得眠,此痰挟瘀血碍气则病。”指出痰饮、瘀血为导致肺胀的主要病理因素。痰饮的形成主要与肺、脾两脏有关,《医宗必读·痰饮》载:“脾为生痰之源,肺为贮痰之器。”痰邪湿浊黏滞的特性,既表现为病症的缠绵难愈,又表现在阻滞气机,影响全身经脉气血的运行。瘀血阻塞肺道,肺气不利而作咳,《血证论》载:“瘀血作咳者,……盖因气道不可有壅滞,瘀血碍于气道,气机不得宣降,则咳。”以上指出痰饮、瘀血阻碍气道,气机升降失司,清气不得升,浊气不得降,故而上逆呛咳。

临床上,刘教授遵循祛邪则正安、扶正则本固的原则,注重祛痰逐瘀,补益肺脾肾气,《丹溪心法·痰十三》载:“善治痰者,不治痰而治气,气顺则一身之津液,亦随气而顺矣”,认为治痰当先治气,气顺,自消,痰去喘自止。针对肺胀肺脾气虚、肺肾气虚证的患者,常将补气、理气、滋阴药同用:黄芪、白术配伍,则“补脾之药,无出其右者”;党参、山药配伍用治肺虚喘咳,共奏补肺定喘之功;麻黄、杏仁为肺气壅遏所致喘咳之常用组合;紫菀、百部长于开泄肺郁、润肺下气,为治咳嗽上气之要药;厚朴、杏仁宣肺下气;赭石、蛤壳用治咳逆上气,喘息;僵蚕、地龙合用,取二者一升一降可助宣降肺气;山茱萸、熟地黄入肝、肾经,善补肝肾之阴血,摄纳元气。又于补气药中配伍滋阴药,以增强补气之力:山药、天花粉配伍,既补肺脾肾之气,又滋肺脾肾之阴;麦冬、五味子共用,可达清心润肺、除烦止渴之功。

《医学三字经·咳嗽》载:“肺乃为脏腑之华盖……只受得本然之正气……客气干之,则呛而咳矣。亦只受得脏腑之清气……病气干之亦呛咳”,认为肺本清虚之府,痰饮、瘀血停之,必阻气机,碍肺气之宣降。针对肺胀痰邪阻肺证的患者,常以燥湿化痰、活血化痰、行气药同用:陈皮、半夏燥湿化痰,为治痰湿壅滞之经典组合;黄芩、桑白皮用治肺热壅遏之痰黄质稠;三棱、莪术破血行气,专攻气中之血,为治一切血气之要药;当归、川芎活血止痛,为治血瘀气滞之常用组合;香附为“血中之气药”,延胡索可“行血中气滞、气中血滞”,二者配伍,增加活血行气之功。

3 典型病案

王某,男,75岁,因间断咳嗽、咳痰8年余,加重伴胸闷气短1周,于2017年10月20日就诊于刘教授处。患者于8年前无明显诱因出现咳嗽、咳痰,痰难出,经治疗后症状减轻,仍偶有咳嗽,遇刺激(冷空气、异味)加重,患者未予重视,此后每逢冬春季节症状发作,每予静脉滴注(具体用药不详)后症状缓解。1周前患者受凉后出现胸闷、憋气、咳嗽、咳白痰质黏,晨起及夜间咳嗽加重,咳甚干呕,自诉气管有“鸣音”,纳呆,寐欠安,易咳醒,小便频,大便秘,3~4日一行,舌暗淡带紫,苔白厚微腻,左寸脉沉迟,右寸脉弦滑。查体:桶状胸,双肺呼吸音低,右肺下叶闻及散在的干鸣音,左肺下叶闻及湿啰音。X线示:双肺纹理增粗,伴有不规则片状阴影。提示:考虑肺炎。肺功能测试:考虑中重度混合性通气功能障碍;FEV1=49.8%,FEV1/FVC=63.89%,支气管舒张试验阴性。西医诊断:AECOPD。中医诊断:肺胀(痰湿阻肺)。治则:宣肺祛痰,理气燥湿。方药:二陈汤合升降散加减。处方:陈皮12g,半夏10g,瓜蒌皮15g,薤白10g,川芎15g,香附12g,枳壳15g,赭石(先煎)15g,紫菀15g,百部10g,僵蚕6g,蝉蜕6g,地龙6g,甘草6g。5剂,水煎服,每天1剂。二诊:咳嗽、气短症状缓解,仍偶有咳嗽,晨起痰多,纳差,寐欠安,梦多记不住,夜尿频,考虑患者年老,肾精不固,膀胱失约,予原方加入山茱萸15g顾护肾阳,泽泻10g渗湿利小便,远志15g安神益智,山药、炒白术各15g健运脾湿。5剂,水煎服。其后患者症状平稳,未复发,嘱每天做呼吸操2节,约30min,适时行冬病夏治穴位贴敷。

按:患者老年,既往慢性咳嗽病史,1周前受寒致咳嗽、咳痰、胸闷等症状加重,结合查体及实验室检查,考虑患者为肺胀痰湿阻肺证。肺主宣降失司,症见咳嗽、咳痰。痰阻气机,胃失和降,肺失宣发,则见胸闷、气短。痰邪闭塞气道,故感气管有“鸣音”。脾主运化,脾胃虚弱,水湿停聚成痰,痰湿内阻,脾升胃降失和,故见干呕。年老肾虚,肾气不固,故小便频。肺与大肠相表里,肺气失降,则大肠

蒋士生治疗慢性萎缩性胃炎经验

魏冬琴¹, 王红梅², 蒋士生²

(1. 湖南中医药大学, 湖南 长沙, 410208;

2. 湖南省中医药研究院, 湖南 长沙, 410006)

[摘要] 介绍蒋士生教授治疗慢性萎缩性胃炎(CAG)的经验。蒋教授认为,本病的主要病因病机是饮食不调、情志不畅,致脾胃受损,气滞血瘀,胃体失其濡养,临床治疗以病证结合、辨证论治为法,以健脾益气为主,多辨为胃阴亏虚、脾胃湿热、胃络瘀阻、脾胃虚寒、肝胃不和等证进行论治,并十分注重预后调护。附典型病案1则以佐证。

[关键词] 慢性萎缩性胃炎;中医药治疗;名医经验;蒋士生

[中图分类号] R259.733+.2 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.11.009

慢性萎缩性胃炎是由多种致病因素导致胃黏膜固有腺体萎缩减少,甚至发生以肠化生或异型增生为主要病理改变的一类疾病,本病起病缓、病程长,一般以胃镜及病理组织活检确诊。CAG是一种被公认的癌前状态,当伴有肠化生,甚至异型增生时,则被认定为是一种癌前病变。蒋士生教授,享受国务院特殊津贴专家,国家级名中医,博士研究生导师,从事中医临床、科研、教学近40年,在治疗脾胃疑难病症方面经验丰富,尤其在治疗CAG及胃癌前病变方面有独到的认识,可达到逆转病情的效果。现将蒋教授治疗CAG的经验总结如下。

1 病因病机

随着生活水平的提高以及工作压力的增大,暴饮暴食、嗜食肥甘厚味、饥饱失常者屡见不鲜。蒋教授认为本病病因为饮食失调、情志不畅致脾胃受损,脾虚水湿不化,湿浊内生,蕴久化热,湿热中阻则气机不畅,气滞血瘀,胃络瘀阻,胃体失其濡养。

传导功能失常,故大便秘。刘教授以二陈汤为先导,陈皮、半夏配伍既能燥湿化痰,又能理气和胃,体现治痰先理气、气顺则痰消之意。升降散中僵蚕轻浮,升阳中之阳,善散逆浊结滞之痰,蝉蜕吸清阳之气、饮太阴之华,善祛风胜湿,二者一升一降,以达开泄豁痰、肃肺止咳之功^[4]。又以瓜蒌、香附等加强宽胸散结、疏肝理气之功,继予宣肺疏风、止咳化痰的紫菀、百部、赭石。病久成瘀,予善治瘀血内阻各种病症之川芎活血行气,待病情得到控制,予大剂量山茱萸、山药等加强补益肾精、滋养胃阴之功。

而长期的饮食不调、情志不畅是导致本病迁延不愈的主要病因。

2 辨证论治,病证结合

蒋教授临床主要以病证结合、辨证论治为法,以健脾益气为主,多辨为胃阴亏虚、脾胃湿热、胃络瘀阻、脾胃虚寒、肝胃不和等5证进行论治。

2.1 胃阴亏虚证 主要表现:胃脘部隐隐作痛,似饥不欲食,口干喜冷饮,舌红少津有裂纹、苔少或无苔。患者平素过食辛辣刺激之物,易耗伤津液,导致胃阴受损,胃阴亏虚则虚火内生,胃失濡养故可见胃脘隐痛^[1];阴液不足以濡养胃体,津液无以上承,故似饥不欲食,口干喜冷饮。治则:健脾益气,养阴生津。方药:太子参、白术、茯苓、陈皮、薏苡仁、山药、黄连、木香、延胡索、白芍、石斛、甘草等。

2.2 脾胃湿热证 主要表现:胃脘部烧灼疼痛,伴反酸、打嗝、暖气,口干口苦不欲饮,腹胀,大便稀溏黏滞,舌质偏红、苔黄,脉滑数。患者平素嗜食肥甘

参考文献

- [1] 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[S]. 中华结核和呼吸杂志, 2002, 25(8): 453-460.
- [2] 陈明. 固本祛痰化痰汤对慢阻肺稳定期患者生活质量的影响[J]. 中国药师, 2012, 15(7): 1007-1009.
- [3] 何文举. 调补肺肾法治疗慢性阻塞性肺疾病稳定期患者疗效观察[D]. 广州: 广州中医药大学, 2010.
- [4] 杨栗山. 伤寒瘟疫条辨[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 108-110.

(收稿日期: 2018-01-08)

第一作者: 魏冬琴, 女, 2017级硕士研究生, 研究方向: 中医内科学(脾胃病方向)

通讯作者: 王红梅, 女, 副研究员, 研究方向: 脾胃病的中医诊治, E-mail: 178229718@qq.com