

本文引用:夏逸飞,孙子凯.哮喘-慢阻肺重叠的中医辨治思路[J].湖南中医药大学学报,2019,39(5):619-622.

哮喘-慢阻肺重叠的中医辨治思路

夏逸飞¹, 孙子凯^{2*}

(1.南京中医药大学,江苏 南京 210029;2.南京中医药大学附属医院,江苏 南京 210029)

〔摘要〕介绍孙子凯主任医师辨治哮喘-慢阻肺重叠(ACO)的经验。哮喘-慢阻肺重叠较单纯哮喘或慢阻肺而言,治疗难度更大,预后更差。孙老师强调肺脾肾亏虚是发病之本,痰饮为标,感受外邪是诱发因素。辨治应紧密结合病机特点,发时治肺,辨痰为要,兼顾其本;平时治本,补中益气,温阳固肾。用药精当,组方灵活,才能收获满意疗效。

〔关键词〕哮喘-慢阻肺重叠;慢性阻塞性肺疾病;中医药疗法;孙子凯

〔中图分类号〕R256.1

〔文献标志码〕B

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.05.013

Traditional Chinese Medicine Syndrome Differentiation and Treatment of Asthma-Chronic Obstructive Pulmonary Disease Overlap

XIA Yifei¹, SUN Zikai^{2*}

(1. Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, Jiangsu 210029, China; 2. The Affiliated Hospital of
Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, Jiangsu 210029, China)

〔Abstract〕The experience of chief physician SUN Zikai in treating of asthma-chronic obstructive pulmonary disease overlap (ACO) was introduced. ACO is more difficult to treat and has a worse prognosis than either asthma or chronic obstructive pulmonary disease. Teacher SUN emphasized that the deficiency of lung, spleen and kidney is the root cause of the disease, and phlegm is the manifestation, and contracting the external pathogen is the inducing factor. Combined with the characteristics of pathogenesis, treating the lung at the time of onset, differentiating phlegm is essential, taking into account its root cause. In alleviating period, treating the root cause, invigorating spleen-stomach and replenishing Qi, warming Yang and invigorating the kidney, with excellent medication, flexible prescription and with satisfactory results.

〔Keywords〕asthma-chronic obstructive pulmonary disease overlap; chronic obstructive pulmonary disease; traditional Chinese medicine treatment; SUN Zikai

支气管哮喘和慢性阻塞性肺疾病(简称慢阻肺)是两大常见的阻塞性气道疾病,临床上部分患者可同时具备这两种疾病的特征^[1]。哮喘与慢阻肺共存,称为“哮喘-慢阻肺重叠(Asthma-COPD overlap, ACO)”。对于患有慢阻肺或哮喘的病人而言,其发病率介于15%~20%^[2]。有学者认为,嗜酸性粒细胞与中性粒细胞共同介导的慢性气道炎症可能是ACO出现症状重叠的主要发病机制^[3]。临床发现,本病通过治疗虽症状可部分或显著减轻,但疾病依旧存在进

展,且需要高强度治疗^[4]。研究显示,ACO较单纯慢阻肺或哮喘而言,急性加重事件次数更多,肺功能进展更快,死亡率更高^[5-6]。

由于循证医学证据的缺乏,ACO暂无明确的定义和统一的诊断标准,在治疗上也未达成共识^[7]。本病症状主要为咳嗽、咳痰、呼吸困难、胸闷气急、活动后喘息明显等,归属于中医学“哮病”“痰饮”“喘证”“肺胀”等范畴。孙子凯主任医师师承吴门名医曹世宏教授,跟随国医大师周仲瑛抄方数载,从事呼吸

〔收稿日期〕2018-02-24

〔基金项目〕江苏省中医药局资助课题(LZ 11028)。

〔作者简介〕夏逸飞,男,在读硕士研究生,研究方向:中医药防治肺系疾病。

〔通讯作者〕* 孙子凯,男,医学博士,主任中医师,硕士研究生导师,E-mail:szbf63@126.com。

科临床工作二十余年,对ACO的治疗有独到之处,现结合临床经验与体会,总结辨证思路与治法如下。

1 肺脾肾亏虚为本,痰饮为标,感受外邪是诱发因素

本病患者多幼时哮喘反复发作,迁延不愈,肺脏功能不足,由肺涉脾,脾运失健,津液输布不利,痰浊潴留,壅滞肺气。肾为水之下源,有分清别浊之职,肺虚及肾,水液排泄障碍,水湿上泛聚为痰饮,亦阻塞肺气。饮具阴寒之性,病久伤及脾肾之阳,温化失权,痰饮伏肺积重难消,致使气之出纳失常,停于肺间,发为肺胀,出现胸胁胀满、憋闷息促、动则喘甚等症,在病程中逐渐形成不完全可逆的气流受限。或因吸烟多年熏灼肺津,耗伤肺气,肺虚而肃降失职,咳喘反复,子盗母气,金不生水,脾胃气虚,肾失气化,痰浊内生,诱发哮喘。除主症外,还可见易于感冒、自汗盗汗、口干舌燥等气阴两伤的表现。或因久咳伤肺,肺病涉脾,由脾及肾,肺脾肾虚,咳喘痰肿,肺气胀满,形成肺胀。肺外合皮毛,肺虚则腠理不密,常因不耐寒热、感受外邪诱发本病或急性加重。本病病理性质总属本虚标实,多因虚致实,实存愈虚,本虚初始表现为气虚和阴虚,而后发展成阳虚,涉及肺脾肾,痰饮内伏为标实。

2 发时治肺,治标为先,兼顾其本,辨痰为要,需分寒热虚实

ACO急性发作多因久病肺虚复感外邪。肺为储痰之器,内有痰饮,易为外邪引动,痰气相搏,阻遏气道,内外相引,致使咳喘加重。治疗原则以治肺、治标为先,目的是缓解急性期症状。其病理性质急性期以邪实为主或者仍为本虚标实,故不尽攻邪,单纯治标收效欠佳,须兼顾其本。

风为六淫之首,其性轻扬,易袭于肺,而本病患者肺气素虚,肌腠疏松,最易受邪^[8]。风邪常与寒、热等邪相合犯肺,在急性发病前常表现为恶寒、头痛身痛、鼻塞流涕等风寒感冒的证候,此时治从疏风宣肺。若外寒引动内饮,痰饮上逆,壅塞气机,即急性发病,法先治标祛邪,临证当辨痰为要,痰有寒热之分。若痰清量多稀白或色白黏腻,可闻及喉间痰鸣,并见咳嗽加重,胸闷喘息,稍动即著,甚至呼吸困难,舌质淡、苔白滑,脉象浮紧或弦迟,属外受风寒、寒饮射肺之证。治从祛风散寒、温肺化饮,方选小青龙汤、射干麻黄汤加减。射干麻黄汤方中射干、半夏配伍

利咽降逆,对寒饮郁肺结喉、喉中水鸡声的针对性较强^[9],小青龙汤相比则治表散寒力度更大。内寒多由阳虚所致,主要为脾肾阳虚、水饮内停,常兼见形寒肢冷,面白少华,口不渴,便溏尿清或面浮肢肿。因阳虚于内,故常加入温阳益肾、鼓舞阳气之品,如菟丝子、巴戟天、淫羊藿、覆盆子等。若感邪化热,或素体阴虚火旺,痰热余邪留伏于肺,遇感引发,则见痰黄稠黏或黏白少黄咯吐不爽,喘促咳逆,面色赤,胸中烦热,口干口渴,舌质红,苔黄腻或黄燥,脉滑数。治从清热肃肺、化痰定喘,拟方定喘汤、越婢加半夏汤加减,药用桑白皮、葶苈子、法半夏、生石膏、炙麻黄、黄芩、杏仁、桃仁等,葶苈子泄气闭而逐水,《本草思辨录》云“凡水气坚留一处有碍肺降者,葶苈悉主之”。若痰有腥味,或咯吐脓痰,多为肺热较重,可加桃仁、薏苡仁、鱼腥草、金荞麦增强清肺泻热之力。痰热伏邪易伤阴液,属热者常兼阴虚,多为肺肾阴虚,生熟地黄、天麦冬、石斛等适当加入。若经治痰黄变淡、痰量减少,咳喘渐止,兼见口干、乏力、盗汗等证属阴虚痰热者,宜清润肃肺、益气养阴,常加入养阴润肺之味,如麦冬、南沙参、玉竹等。若痰色转白、量多易咯、随咳即出,属脾虚痰热,多伴有腹胀、便溏等症,在清化的同时须兼顾调脾,太子参、生黄芪、炒白术等用之健脾化痰。

3 平时治本,补中益气,温阳固肾,延缓进展预防复发

ACO较哮喘或慢阻肺症状更易反复发作,急性期得到控制后,延缓进展、预防复发是关键^[10]。稳定期标实不显,本虚突出,以肺、脾、肾三脏亏虚为主,故患者咳嗽、咳痰、喘息症状平稳但依然存在,治疗原则遵从“缓则图本”。通过益气健脾、温阳固肾的治本之法,能使津液输布有道、归于正化,减轻停聚于体内的痰饮水湿,治本即祛标实。脾为后天之本,肾藏先天之精,补脾益肾以扶助正气,提高机体防御能力,免受外邪侵袭,治本即防控诱因。

ACO以肺虚为起始病机,脾为肺之母,肺脾密切相关,子病及母,脾虚运化水液失司,痰饮中生,流溢全身。《景岳全书》有云:“五脏之病,虽俱能生痰,然无不由乎脾生。盖脾主湿,湿动则痰生,故痰之化,无不在脾”,先贤也有“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”的临证观点。平素间咳,一天之中以晨起痰多咳嗽较著,或见三餐后咽堵痰多,是脾胃气虚的表现^[11]。根据“五行相生”的基础理论,培土可以生金,脾胃得

健,则能承补肺脏,去其虚候。选方补中益气汤、六君子汤加减,药用黄芪、人参、炒白术、升麻、柴胡、陈皮、当归等,其中黄芪为补脾益肺的主药,对于气阳虚者宜加大黄芪剂量^[12]。现代研究显示,健脾类中药通过改善消化吸收功能来提升整体营养状况,缓解呼吸肌疲劳,延缓肺功能下降,进而提高生存质量^[13]。陈公灿等^[14]运用补中益气汤治疗慢阻肺稳定期患者80例,可使患者中医临床证候和呼吸困难程度显著减轻,并能改善生活质量。临证病情复杂多变,若其人虚不受补、容易上火,可出现咽痛、口疮等症,宜用补中益气汤去柴胡、升麻,去方“升举”之性,单取“益气”之功,另加麦冬、五味子,旨在气阴同治,效生脉散方义。脾虚者多夹有湿,在益气的基础上常加用化湿之品,多以苍术、厚朴相须为用,运脾燥湿。若湿困中焦,见胸脘痞闷,四肢困重,舌面水滑边有齿痕,属湿重者,宜参苓白术散加减。若气短、乏力明显,舌质淡,脉沉细,可予升陷汤加减。在强调健脾补中的同时,应牢记肺气素虚普遍存在于本病患者之中,常用补肺汤、玉屏风散加减。补肺、补脾亦有侧重,其人因咳嗽而咯痰,不咳不自觉有痰,遇风受冷易咳,闻异味易咳,是肺虚为重,尤重治肺;其人因痰堵不舒而咳嗽,一咳便伴有咯痰,咽关不利,进食后明显,是脾虚为重,尤重治脾。

“在肺为实,在肾为虚”,本病迁延既久,邪恋正虚,或因年老体衰,气血渐亏,由肺脾及肾,肾虚是ACO发展至后期的主要病机。肾为元气之根本,肾虚无以纳气,气浮于肺,而致呼吸浅表,喘息益甚。肺肾共司呼吸运动,共主水液代谢,金水相生^[15]。肾阳充盛,可以扶助肺气治理调节,同时蒸化水液,助肺宣发肃降行周身之津液。肾阴充盈,则能上润于肺,肺阴得养,虚火亦平。患者多表现为稍动喘甚,呼多吸少,痰如白沫,日轻夜重,舌淡或黯紫,苔白,脉沉细或细弱,可并见头晕耳鸣,腰膝酸软,小便清长,夜尿频多。选方金匱肾气丸、大补元煎,药用山萸肉、肉桂、紫河车温肾纳气,巴戟天、菟丝子、杜仲补肾助阳,党参、黄芪益气补肺,熟地黄、当归滋阴补阳。熟地黄为消虚痰要药,胃为肾之关,饮食入腹,不化精即化痰,熟地黄滋肾阴而润胃津,补肾气而强胃气,以绝生痰之源。若夜间闻及喉间痰鸣,多属阳气亏虚较著,方选肾气丸合人参蛤蚧散加减,药用制附片、肉桂、山萸肉、淮山药、熟地黄、茯苓、泽泻、人参、蛤蚧等,其中蛤蚧补肺益肾,助阳益精,为纳气定喘之良药,药理研究发现蛤蚧可双向调节Th1/Th2失衡,抑制气道炎症反应^[16],由于其味有腥气,不宜

煎服,研末,1~2 g,口服2次。王国臣^[17]观察人参蛤蚧散对COPD缓解期(肺肾气虚证)患者肺功能的影响,对照组予西医常规治疗,治疗后两组患者FEV1、FVC较前均改善($P<0.05$),且观察组优于对照组($P<0.05$)。气虚久病,脉络血运不畅,易出现气虚血瘀、痰瘀互结之象,宜在方中加入当归、赤芍、地龙、丹参、桃仁等味,不宜活血破血,以免伤正。吸入性糖皮质激素目前是ACO的一线用药^[18],长期应用多见阴虚津伤之象,症见口干、烦热,舌质偏红,舌面干而有裂纹,苔少,当以养阴生津之法,多加用南北沙参、天麦冬、芦根、淮山药等。

4 验案举隅

例1:盛某,男,64岁。初诊日期:2016年2月26日。

患者自幼有支气管哮喘病史,喘咳反复发作多年,未经正规治疗。2 d前因劳累受凉后出现咳嗽、咳痰、喘息胸闷加重。刻下:咳嗽喘促,痰多色白清稀,胸闷气短,怕冷,腰酸,纳食一般,小便频数,夜尿多,大便正常。舌偏红,苔白腻,脉细滑。查体:双肺可闻及哮鸣音。胸部CT提示肺气肿、肺大疱,肺功能示:FEV1/FVC:46.35%,FEV1:37.7%。辨证属寒痰伏肺,治从疏风宣散,温阳化饮。药用射干6 g,炙麻黄4 g,紫苑10 g,款冬花6 g,法半夏6 g,五味子6 g,杏仁6 g,陈皮6 g,当归6 g,炒白术15 g,炒白芍10 g,熟地黄10 g,党参15 g,黄芪25 g,干姜4 g,甘草4 g。7付。日1剂,分2次温服。

3月9日二诊:咳喘明显好转,少痰,胸闷气短不显,腰酸好转,纳可,尿次减少。舌偏红,苔微腻,脉细滑。查体:未闻及哮鸣音。上方去款冬花、杏仁、干姜,加入麦冬12 g,菟丝子10 g,巴戟天10 g,金樱子10 g。14付。后电话随访患者咳喘稳定,未再复发。一年后复查肺功能示:FEV1/FVC:56.32%,FEV1:57.2%。

例2:陶某,男,70岁。初诊日期:2016年10月15日。

患者有吸烟史40余年,1包/d,已戒烟10年。咳喘10余年,3 d前受凉后出现咳嗽咳痰,痰多黏白或黄,动喘,胸闷气短。刻下:咳嗽阵作,晚间咳甚,痰黏量多色黄,活动后喘息加重,纳谷不馨,便溏。舌暗红,苔黄,脉滑。查体:两肺呼吸音粗,可闻及散在哮鸣音。查肺功能示:1.FEV1/FVC:49.43%,FEV1:29.5%。2.支气管舒张试验:阳性,高度可逆范围。辨证属痰热郁肺,治从清润肃肺,健脾化痰。拟方如下:

桑白皮 10 g, 葶苈子 10 g, 紫苏子 10 g, 法半夏 6 g, 款冬花 10 g, 炙麻黄 4 g, 杏仁 10 g, 蒲公英 15 g, 黄连 2 g, 黄芩 6 g, 射干 6 g, 党参 15 g, 炒白术 10 g, 茯苓 10 g, 黄芪 20 g, 生薏苡仁 30 g, 炒白芍 10 g, 天冬 10 g。7 付。

10 月 26 日二诊:咳喘减轻,痰量减少,黏白不黄,胸闷气短减轻,纳谷不馨,二便调。舌暗红,苔薄白,脉细滑。查体:未闻及哮鸣音。上方去葶苈子、蒲公英、黄连、黄芩、射干,改桑白皮为 6 g,加入麦冬 10 g,山药 10 g,陈皮 6 g。14 付。11 月 12 日三诊:诸症基本消失,无痰,胸闷气短不显,纳食可,便调,上方加入熟地黄 10 g。14 付。后患者间断服用此方,病情稳定。

按:《内经·至真要大论》曰:“诸气臌郁,皆属于肺”,虽“五脏六腑皆令人咳”,然咳喘终须脏腑病变累及肺之升降而致,故治喘不离于肺,发时治肺,亦不拘于肺,平时治本。例 1 患者哮喘病史多年,素体阳虚,故初诊见腰酸怕冷,夜尿频数,苔白腻,脉细滑。不慎风寒入肺,痰碍其气,上逆而喘,查其恶寒、头痛等表证不显,痰白量多而喘促,喉间痰鸣,是里重于表,遂从痰饮论治以射干麻黄汤加减,专以射干下气平喘,紫菀、款冬花止咳祛痰,干姜配半夏增温化水饮之力,佐五味子制干姜辛热之性。痰浊内蕴,胃失和降,故纳食一般,以陈皮、白术等燥湿健脾。药后喘咳渐止,是风邪去而痰藏伏,宜重视温肾固本,益火之源。例 2 患者有慢阻肺病史,烟毒长期吸入,肺气阴俱损,正虚高龄体弱,受外界环境诱发哮喘。肺热津伤,影响脾运,故见纳食不佳,大便稀溏。脾气不能转输,而为痰饮水饮。首诊患者痰多色黄质黏,属外感风邪、痰热壅肺,结合纳差便溏症状,是脾虚而痰热盛也,拟清润肃肺、健脾化痰为治,选方定喘汤和四君子汤加减,桑白皮、葶苈子、黄芩泻肺火而顺肺气,火去气得安矣,党参、白术、黄芪补气健脾,清补兼施标本同治,在病情稳定后加强补中益气,陈皮辛行以利气,半夏温脾以除痰。三诊加入熟地黄,同白术相配,补脾肾之亏;与麦冬共用,滋肺肾之阴,达肺脾肾三脏并补。

参考文献

- [1] 万敏,唐小婷,张巧,等.哮喘-慢阻肺重叠综合征患者 240 例临床特征分析[J].第三军医大学学报,2015,37(21):2181-2185.
- [2] 孙婉璐,陈亚红.2016 版全球哮喘防治倡议更新简介[J].中国医学前沿杂志(电子版),2016,8(7):33-40.
- [3] 廉洁,潘殿柱.哮喘-慢性阻塞性肺病重叠综合征发病机制研究进展[J].辽宁医学院学报,2016,37(5):107-109.
- [4] 陈石,李磊,吴刚,等.吸入激素联合噻托溴铵治疗哮喘-慢阻肺重叠综合征的临床疗效评价[J].临床肺科杂志,2015,20(10):1856-1860.
- [5] LOUIE S, ZEKI AA, SCHIVO M, et al. The asthma-chronic obstructive pulmonary disease overlap syndrome: pharmacotherapeutic considerations. Expert Rev Clin Pharmacol, 2013,6 (2): 197-219.
- [6] DIAZ-GUZMAN E, KHOSRAVI M, MANNINO D M. Asthma, chronic obstructive pulmonary disease, and mortality in the U.S. population. COPD, 2011,8(6):400-407.
- [7] 孙永昌.哮喘-慢阻肺重叠综合征指南解读[J].中国呼吸与危重监护杂志,2014,13(4):325-329.
- [8] 李雯雯,朱雪,郭梦倩,等.论风邪在多种呼吸系统疾病发病机制中的重要作用[J].时珍国医国药,2013,24(11):2738-2739.
- [9] 王付.小青龙汤方证及变证与衍生方的应用[J].中医杂志,2013,54(22):1908-1910,1925.
- [10] 戴晓新,洪旭初.慢阻肺-哮喘重叠综合征及药物治疗现状[J].实用医学杂志,2014,30(14):2189-2190.
- [11] 孙子凯.金陵名医曹世宏治疗肺系疾病经验[J].中华中医药杂志,2017,32(1):190-193.
- [12] 王丽华,张元兵,兰智慧,等.国医大师洪广祥教授治疗慢性阻塞性肺疾病经验[J].中华中医药杂志,2016,31(7):2590-2592.
- [13] 吴瑶,王飞,王全林,等.慢性阻塞性肺疾病从脾论治理论探讨[J].中国中医药信息杂志,2013,20(12):88-89.
- [14] 陈公灿,李映霞,周志友,等.补中益气汤联合西药常规疗法治疗稳定期慢性阻塞性肺疾病临床观察[J].上海中医药杂志,2012,46(7):42-44.
- [15] 张朝宁,李金田.“肺肾相关”理论探讨及现代研究进展[J].新中医,2016,48(1):200-201.
- [16] 臧皓,张海丰,徐倩,等.蛤蚧的化学成分及药理作用[J].吉林中医药,2016,36(9):919-921.
- [17] 王国臣.人参蛤蚧散加减对慢性阻塞性肺疾病缓解期患者肺功能及生活质量的影响[J].中医学报,2017,32(2):198-200.
- [18] 孙慧,齐曼古丽·吾守尔,胡欣,等.哮喘-慢阻肺重叠综合征研究近况[J].临床肺科杂志,2018,23(2):347-351.

(本文编辑 李杰)