论支气管扩张症的中医药治疗思路

□ 洪广祥* 王丽华 （江西中医学院 江西 南昌 330006）

关键词 支气管扩张症 治疗思路 中医药

支气管扩张症为肺系病难治症之一。临床常用清化痰热、清肝宁肺以及凉血止血、散瘀止血等有较好疗效。但本症始终以痰量特多，且排痰不畅，同时痰易化热，故咯吐黄痰为常见症状之一。西医以抗感染为基本治法，但始终难以控制反复，抗生素的使用也逐步升级，最终亦难控制感染局面。

笔者在临床上治疗支气管扩张症甚多，近年来通过反复实践和不断总结，获得一些新的思路和经验，经验证于临床，临床疗效有新的提高。

1 健脾化痰以绝生痰之源

痰多为支气管扩张症的主要表现，由于病理原因本证患者既表现痰多，又排痰不畅，因而反复合并感染是其主要矛盾。既往多为“见痰治痰”，因此效果不佳，且呈现被动局面。如何治痰？通过多年的实践和思考，发现本病患者右关脉象多为弦滑，右寸细滑。从脉学角度分析，右关为脾胃所主，右寸为手太阴肺之候。弦与滑主痰或痰饮，细为虚脉。由此可以看出“脾为生痰之源”、“肺为贮痰之器”理论正确性。弦滑脉为实证脉象。久病必虚，肺脾两虚，常为肺系病证的主要病机。为什么支气管扩张患者右关（脾胃）出现实证脉候？细思其源，显然与脾主运化功能失常密切相关。由于久病脾虚不能运化水湿，聚湿成饮，饮凝成痰，通过经脉的络属关系，脾虚不能布津于肺，而是将痰饮上渍于肺，致使本症患者经常处于痰多状态。因此，提出“治痰先治脾”，以杜绝生痰之源。根据宗气与肺，以及肺脾与宗气生成的关系，在临床上启动了补中益气汤治疗支扩患者，期望通过补益宗气，以杜绝生痰之源的思路，经过近年的实践和验证，不仅痰量明显减少，而且全身虚弱状态也得到明显改善。

补中益气汤在一般情况下全程使用，但须与整体辩证施治方案紧密衔接，而非单独使用，常与清化痰热或益气养阴方药联合应用。当热象突出，或肝火犯肺证显现时，

*作者简介 洪广祥，男，著名中医学家。主任医师、教授，北京中医药大学中医内科学博士生导师，国务院特殊津贴获得者。全国首批500名老中医药专家学术经验继承工作导师，本刊学术顾问。

临床先治其标实，待标实得到顿挫之后，病情稳定时可考虑应用补中益气汤。其具体用量如下：生黄芪30克，西党参/太子参30克，漂白术10克，炙甘草10克，全当归10克，升麻10克，北柴胡10克，广陈皮10克。

若显现气阴两虚者，我常配合麦门冬汤与补中益气汤联合应用。具体用法用量如下：麦门冬30～50克，西党参/太子参30克，法半夏10克，粳米15克，红枣6枚，炙甘草10克。

麦门冬汤方中的参也可改为北沙参30克，以养肺阴；粳米也可改为淮小麦30克，合大枣、甘草，又成为甘麦大枣汤，这对支气管扩张有肝气偏急者尤为适宜。符合《内经》“肝苦急，急食甘以缓之”柔肝缓急理论。同时，也是对肺阴的有效保护，以防肝逆犯肺。

如气阳偏虚者，呈现气短难续，自汗易感，背冷怯寒，咳嗽痰多，日咯痰量数十口，舌质暗淡，舌苔白黄腻中间偏厚，脉虚弦滑。治宜益气温阳以杜绝生痰之源。方用补中益气汤加附子，甚则合苓桂术甘汤以温阳化饮。

典型案例：刘某，58岁，男，2002年3月13日初诊。幼时患咳嗽，常遇寒而反复发作。成年后吸烟成瘾，每日吸20～30支。咳嗽日益加重，痰量明显增多，发作时痰量日达100～200毫升，痰色黄白相兼，质稠粘，有时出现痰血。经X线摄片及CT检查，均诊断为右肺支气管扩张，伴支气管炎征象。长年西医对症治疗，并多次住院诊治，效果不理想。经友人介绍遂求余诊治。症见咳嗽痰多，痰黄白相兼，黄脓痰占三分之二，痰量约100毫升以上，有时可多达200毫升左右，胸满憋气，动则气憋加重，咳甚则痰中带血，或咯鲜血，伴口干渴，但饮不多，大便偏燥结，胃纳甚差，形体消瘦。平素易感冒，易自汗，舌质黯红而嫩，舌苔中部黄白厚腻，脉象右寸细弦滑，右关弦滑甚。证属本虚标实，以肺脾气虚为本虚，痰热遏肺为标实，且现瘀滞肺络之象。治拟先治其痰热标实，后治其肺脾本虚。方用生麻黄10克、南杏仁10克，生石膏30克，生甘草10克，桑白皮15克，地骨皮30克，金荞麦根30克，败酱草15克，黄芩10克，白及30克，合欢皮30克，桔梗30克，三七末6克（分冲），生大黄10克。

二诊：患者服药七剂黄痰减少三分之一，口干渴改善，大便通畅，厚腻苔略有减少，脉象如前。效不更方，再进七剂。

三诊：黄痰续减，但痰量如前，饮食未增，气短神疲，大便稀软，苔黄续减，厚腻苔仍存，右关弦滑，右寸细弦滑无明显改观。服药后痰热标实顿挫，虚象已更加显露，拟补益宗气以“杜绝生痰之源”，促使痰量减少；散瘀生肌，以助扩张病灶之改善，减少咯血症状反复。方用：生黄芪30克，西党参30克，白术15克，炙甘草10克，丹参15克，北柴胡10克，升麻10克，陈皮10克，白及30克，合欢皮30克，三七末6克，制大黄10克，桔梗30克，败酱草15克，金荞麦根15克，七剂，每日一剂。

四诊：服药后气短神疲略见改善，饮食增加，痰量略有减少，但不甚显著，未现咯血症状和助热反应。嘱原方再进七剂。

五诊：痰量已减少过半，黄痰消除，饮食续增，大便软成形，每日一次，体力明显改善，厚苔已少三分之二，右寸右关弦滑脉象见减。上方再加熟附子10克，桂枝10克，白茯苓30克，续服七剂。

六诊：服药后无不适反应，痰量减至日30～50毫升，以白稀粘痰为主，少有黄粘痰，全身俱症已见明显改善，且病情稳定，抗风寒能力增强，病家甚为满意，并说“中医真神奇”。

由于患者对中医药疗效的高度认可，治疗信心显著增强，持续接受中医药治疗已长达二、三年，期间偶现病情反复，但症状轻微，无需住院和接受频繁的西药抗感染治疗，且基本未现咯血症状。

按 本案从初诊证情分析，既有肺脾气虚，又有痰热挟瘀，虚实见证突出。在治疗上先从标实论治。既用麻杏甘石汤合泻白散，并加用黄芩、金荞麦根、败酱草清化痰热，重用桔梗以宣肺排痰，使郁闭的痰液迅速排出，有助于感染的控制，胸部憋闷症状解除。方中又选用白及、合欢皮、三七、大黄以散瘀生肌去腐生新，有助于支气管扩张病灶的改善。同时，又可达到祛瘀止血，防止反复出血的效果。患者服药14剂，痰热标实证得到有效顿挫。但痰量未见减少，且虚象愈加显露。故三诊运用了以扶正祛邪治则，实施补虚泻实治法。选

用补中益气汤补益宗气，以“杜绝生痰之源”，同时又重视清痰热、排痰浊、散血瘀以治标实，为治本虚提供有效的支持，避免出现补虚碍邪的副反应。用药二周患者痰量显著减少，全身症状亦见改善，说明通过补益中气以杜绝生痰之源，正契合了“脾为生痰之源”理论。

支气管扩张症“痰”是诸症中的主要矛盾，痰可致瘀，又易化热，是引发反复感染的重要原因。除应用补益中气以杜绝生痰之源，还应看到，痰为阴邪非温不化，张仲景有“病痰饮者当以温药和之”的治则，因此，在五诊处方中又大胆使用芪附汤和苓桂术甘汤，从而加大了温阳化饮的力度，患者服药后并未出现化热化燥之反应，而是痰量显著减少，全身症状明显改善，病情稳定，获得病家的高度赞扬。由此可见，坚持以中医药理论为指导，力求在继承的基础上创新，是提高中医临床疗效的关键。

2 消痈祛腐以祛壅邪之实

支气管扩张症是肺内支气管管腔持久不可复性扩张，伴管壁纤维性增厚的慢性化脓性疾病。由于支气管粘液腺分泌大量粘稠粘液，加重管腔阻塞，引流不畅而加重感染，极易“化腐成脓”，从而引发支气管扩张的粘膜表面出现慢性溃疡。这就是出现长期咳嗽，大量脓痰，反复咯血症状的病理基础。如呼吸道感染急性发作时，即黄绿色脓痰明显增加，一日数百毫升，若有厌氧菌混合感染，则有臭味。由此可见，支气管扩张症应属于“肺痈”证范畴。在本症的急性发作时，中医或中西医结合治疗可获得较好疗效。但在慢性迁延期西医则无计可施，常规的中医治疗思路亦难取效。

在温习古籍文献时，发现《金匮要略·疮痈、肠痈浸淫病脉证治》中的薏苡附子败酱散、大黄牡丹皮汤、排脓汤，以及《外科全生集》中的阳和汤引发了我的极大兴趣，可否作为治疗支气管扩症的新思路和新方药？经过多年的临床应用，证明它对改善症状，控制病情，减少反复有较好疗效。

从薏苡附子败酱散和大黄牡丹皮汤二方分析，在临床运用时各有侧重，前者治里虚而热不盛，体虚脉弱的慢性肠痈，已成脓未溃者最宜；后者治里热实证的急性肠痈，以未成脓者效果最好。

排脓汤即桔梗汤加生姜大枣。其中桔梗一药为方中之舟楫，可引药留连于肺，亦可助其清肺排脓，为排脓之要药。桔梗为药食两用药，用于排脓用量宜重，常用量为30克。

以上三方均为张仲景用于治肠痈的基本方剂，有荡热解毒，消痈排脓，逐瘀攻下，振奋阳气之功。

支气管扩张症的基本病理为痰、热、瘀、虚。虚实挟杂，病程缠长，反复发作是其基本特点。因此在治疗过程中，必须把补虚泻实治则贯穿始终。我在本症的稳定期间，常将补中益气汤，薏苡附子败酱散、加减大黄牡丹皮汤，排脓汤进行加减组合成一个基本方，然后再在辩证施治原则指导下，酌情运用。这个基本方称为消痈祛腐生肌汤。方用：生黄芪30克，西党参30克，漂白术15克，炙甘草10克，全当归10克，升麻10克，北柴胡10克，广陈皮10克，薏苡仁30克，熟附子10克，败酱草15克，生大黄10克，丹皮10克，桃仁10克，桔梗30克，白及30克，合欢皮30克，每日一剂，水煎两次分服。全方共奏补益肺脾，消痈排脓（痰），去腐生肌之功。适合于病情稳定，里热不甚，无出血倾向之支气管扩张症患者。如气阴两虚证明显者，可考虑去附子改麦门冬30克。方中白及为祛腐散瘀生肌要药，与合欢皮相配其消痈生肌之力更强。白及与大黄相配，既能防止出血，又能散瘀收敛以止血，可达到双向调节之目的。临床应用未见有动血和引发出血副反应。

典型案例：李某，男，52岁，干部，2001年6月初诊。

患左下肺支气管扩张症20余年，长期咳嗽，咯吐黄脓痰，痰量有时多达数百毫升，痰出不畅时痰呈黄绿色，可闻腥臭味，反复咯血，血色鲜红与黯红并见，血量多时可达数十口。形体日久消瘦，体重减轻明显，胃纳差，神倦乏力，气短胸闷喘憋，不耐寒热，平素背冷怯寒，极易感冒，易引发急性感染，长年不断使用抗生素及止血药，多次住院治疗亦难稳定病情。辰下：舌质红黯，舌体胖嫩，边有齿印，苔黄白厚腻，脉象虚弦滑数，右关弦滑甚，口唇红黯，舌下静脉延伸怒张。辨证为气阳两虚，痰瘀热痹阻肺络，肺失宣肃，郁久化腐成痈脓。本虚标实，虚实挟

杂，先治其标实，以清肺涤痰，散瘀宣络为首诊治法。方用：生麻黄10克，南杏仁10克，生石膏30克，炙甘草10克，败酱草15克，金荞麦根30克，黄芩10克，皂角刺15克，小牙皂6克，法半夏10克，桔梗30克，桃仁10克，制大黄10克，生黄芪30克，嘱连服二周，每日一剂。

二诊：首诊服药14剂痰量增多，约200毫升，黄痰已减少过半，白稠粘痰占2/3，胸闷喘憋明显改善，厚腻苔亦减1/3。标实证候顿挫，病情更趋稳定。适合服用消痈祛腐生肌汤以补虚泻实，标本同治。嘱连服14剂，每日一剂。

三诊：患者服药14剂，痰量减少1/3，黄粘痰仅有1/5，未见出血征象，体力亦见改善，饮食增加，嘱续服消痈祛腐生肌汤30剂，因系外地患者，嘱其如遇急性发作可就地西医对症治疗，并停服上方。

四诊：患者就诊时告知，服药期间未出现反复或急性加重，痰量已减至50毫升左右，黄痰仅2～3口，且易排出，全身症状明显改善，脉数已除，弦滑亦见缓和，舌苔薄黄白腻，效不更方，嘱其在当地续服消痈祛腐生肌汤，有情况及时联系。

五诊：服上方半年余，期间感冒二次，有反复现象，但程度轻微，对症治疗后病情控制快，不需住院治疗，且可照常上班。由此看出消痈祛腐生肌汤有很好远期疗效。

西医认为，支气管扩张症基于其病理破坏性，是不可复性扩张。但从中医药的积极参与来看，其疗效十分显著，对控制病情发展，阻断扩张病灶进一步加重，改善临床症状，减少合并症的发生，提高患者的生活质量有着非常重要的现实意义。

3 温阳宣通以治阳虚之本

支气管扩张症常以咯黄脓痰及咯血为标志性症状，因而“火”、“热”、“燥”视为辨证施治或选方遣药的中心点。我认为，本证的火”、“热”、“燥”的病理和证候是存在的，但绝不是其主流和本质，是它的一种标证和兼证。

理由之一，支气管扩张症的形成，大多是继发于呼吸道感染和支气管阻塞，尤其是儿童和青年时期麻疹、百日咳后的支气管肺炎，以及慢性鼻腔的化脓炎症等，再是支气管先天性发育缺损和遗传因素。由此可见，支扩的发生与年幼患病、体质虚弱、先天发育不良等密切相关，虚为其主要发病基础。发病后又迁延不愈，久治无效，正气损伤，机体抗邪能力急剧下降，是诱发反复感染的重要基础。

理由之二，痰多既是本症的主症，又是诸多矛盾中的主要矛盾。西医以积极抗感染的方法，力图减少和控制痰量，但始终难以如愿。中医亦常以“祛痰”、“化痰”为手段，效果也不佳，甚至还略逊于西药的疗效，我在临床科研过程中，注意加强脉学研究，发现支扩患者右关脉弦滑有力为主要特征，前已述及，弦滑为邪实脉象，右关候脾胃，正好说明“脾为生痰之源”理论的正确性。脾虚生痰为湿痰，色白而粘为湿痰特征。临床观察支扩患者的痰液多为黄白相兼，感染重时黄脓痰占优势。通过观察分析，先排出者为黄痰，后排出者为白痰，说明支气管粘液腺分泌出来的痰是白色痰，由于支气管阻塞，痰质粘稠，排痰不畅，又易郁而化热，西医称为合并感染，尤以细菌感染为主。因此，我认为黄痰的基础是湿痰，湿痰为阴邪，由脾气虚或气阳虚所致。临床治疗湿痰要强调温化。

理由之三，支气管扩张症“瘀”的现象突出，多因支气管阻塞，气道不利，气滞易致血瘀；另一方面，痰滞气机，气津不化，又易酿痰。痰阻气壅，是产生瘀的基础。血得温则行，遇寒则凝，瘀血为阴邪，非温不散。

基于上述理由，结合临床经验，提出“温阳宣通”为治支扩主要治法之一。

“温阳宣通”我选用《外科证治全生集》阳和汤。该方主要功用为温阳通脉，散寒化痰。主治痈疽阴证。阴疽多为人体阳气不足，气血虚损，邪气从寒化所致。阳和汤用于阴疽之证，犹为离照当空，阴霾自散，化阴凝而使阳和，故以“阳和”名汤。阳和汤由熟地、白芥子、鹿角胶，肉桂、姜炭、麻黄、生甘草组成。

支气管扩张症似属中医外科阴疽证范畴，故将此方移植用于治疗支扩稳定期，痰热证候不明显者。经临床数十病例验证，对稳定病情，减少反复，改善症状，提高抗邪能力有较好效果，未发现其它不良反应，临床可大胆使用。但对痰

热证候明显，或有出血倾向者不宜使用本法。

典型案例：杨某，女，48岁，1992年4月16日初诊。患慢性咳嗽、咯黄脓痰，偶有带血痰10余年，后经支气管镜检查确诊为双下肺支气管扩张症。长期中西医治疗，仅能短暂控制症状，但不能稳定病情。

初诊时证见咳嗽痰多，痰量日夜约30余口，黄脓痰占三分之一，未见痰血，伴胸闷憋气，有时咳引胸痛，怯寒肢冷，易自汗，易感冒，神倦乏力，形体消瘦，面色暗滞，口唇暗红，舌质偏红暗，苔黄白厚腻，脉虚弦滑近数，右关弦滑，右寸细滑。证属气阳虚弱，痰热郁肺，瘀阻肺络。先治痰热标实。方用：生麻黄10克，南杏仁10克，黄芩10克，生甘草10克，全荞麦根30克，白毛夏枯草20克，浙贝15克，桔梗30克，海蛤壳20克，生黄芪30克，白术15克，瓜蒌壳15克，广郁金15克，七剂，每日一剂。

二诊：患者服药七剂自觉痰易排出，胸闷憋气减轻，黄脓痰略有减少，痰量如前，嘱原方续服14剂。

三诊：黄脓痰3～5口，以白粘痰为主，痰量减少不明显，以早晨及午后痰量较多，黄苔减少，以白厚腻苔为主，舌质暗红，脉象虚弦滑，已无数象。痰热证候基本控制，改为温阳宣通，补益肺脾，佐清痰热论治。方用：生麻黄10克，鹿角霜20克，肉桂木6克，炮姜炭10克，炒白芥子10克，熟地15克，生甘草10克，生黄芪30克，西党参30克，白术15克，广陈皮10克，全当归10克，败酱草15克，白毛夏枯草15克，桔梗30克。七剂，每日一剂。

四诊：服上方七剂痰量减少三分之一，日10余口，厚腻苔亦见减少，体力增强，自汗基本消除，未见有不良反应。嘱原方续服，观察可否持续施用温阳宣通方药。

五诊：患者连续服上方30余剂，诉疗效甚佳，痰量日仅十余口，黄痰已消失，胸闷憋气已除，精神大为改善，饮食亦增，二便正常，舌质偏暗红，舌苔薄腻，面色、口唇已无暗滞现象，脉细滑，右关弦滑之象显著缓和。

按 本案始见本虚标实证候突出。根据“急则治其标”的法则，先治痰热标实。在组方择药过程中，又充分注意“攻邪不伤正”和“攻补兼施”的原则，故方中又加用了黄芪、白术以扶正。同时，生黄芪与桔梗相配，有利于升提肺气，以提高排痰力度。三诊时痰热标实证候基本控制，已呈现应用“温阳宣通”治扩张的极好时机。从而果断地施用阳和汤合补中益气汤加减，以温阳宣通，补益肺脾。由于支扩的病理基础决定了“生痰”与“排痰”始终是一对突出矛盾，而且全程显现，通过合理治疗可减少矛盾的激化，控制反复感染的发生。但“痰郁”是一个永恒的病机，“化热”也就随时呈现。所以在“温阳宣通”的同时，仍然注意“清痰热”和“排痰”的有机结合，从而解决顾此失彼的被动状态。由于支扩患者“脾虚失运”和胃纳不佳的证候长期存在，故保护脾胃生机和防止胶质碍胃的现象出现，方中将鹿角胶改为鹿角霜，既可避免碍胃，又可防止出血。

患者已接受治疗二年余，未出现既往反复发作和频繁感染状况，咯血痰未再发生，病情稳定，体重增加，生活质量明显提高，说明坚持以中医药理论为指导，大力在继承的基础上创新，这对提高中医药的新疗效，新经验和新思路具有重要的现实意义。

思想独立 学术自由 广采博收 兼容并蓄

中医药通报杂志

欢迎投稿 欢迎订阅