

从肝论治慢性阻塞性肺疾病探讨

● 张元兵^{1*} 刘良倚²

关键词 慢性阻塞性肺疾病 肝脏 辨证论治

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是一种具有气流受限特征的可以预防和治疗的疾病,气流受限不完全可逆、呈进行性发展。与肺部对有害颗粒或气体(主要是吸烟)的异常炎症反应有关^[1]。COPD 不仅影响肺,也可以引起显著的全身反应,与中医学对本病的认识高度一致。其临床表现具有咳嗽、咯痰反复发作,迁延不愈,中晚期可伴有显著的胸部胀满、气促气急等特征,故相当于中医学“肺胀”、“喘证”等范畴。一般认为:本虚标实,虚实夹杂是本病的最基本、最重要的病理特征^[2]。标实多为痰、瘀;本虚是指肺、脾、肾三脏的气阳虚衰。故本病的治疗多从治肺、治肾、治脾三脏着手,但根据五脏相关理论及临床实践表明:从肝论治 COPD 有重要作用,甚至可起到预想不到的效果。

1 肝脏与 COPD

首先,肝与肺、脾、肾等脏器间生理关系密切。肝升肺降协调是全身气机调畅的重要环节,正如叶天士所言“人身气机合乎天地自

然,肝从左而升,肺从右而降,升降得宜,则气机舒展”;同时肝肺有经络相连,“其支者,复从肝别贯膈,上注于肺”;脾升胃降是气机升降出入的枢纽,肝脏的疏泄直接影响脾的运化及胃的受纳;肝肾有“同源”之说。它们在生理上相互联系必然会导致在病理状态时存在相互影响,因此存在肺、脾、肾三脏严重功能失常的 COPD 离开不了“肝失疏泄”因素。《灵枢·病传》中首次谈及肝病传肝:“病先发于肺,三日而入肝”;《病机汇论》中也有“肝病致喘”的描述:“若暴怒所加,上焦郁闭,则呼吸奔迫而为喘”。其次,肝失疏泄可直接导致痰、瘀的产生。肝气郁滞,气不布津,聚湿为痰;肝为藏血之脏,肝气郁滞,则血行不畅为瘀。另有资料表明:COPD 患者存在严重的焦虑抑郁障碍(焦虑障碍的发生率可高达 13%~51%,而抑郁症发病率高达 6%~42%)^[3],且易出现紧张、焦虑、恐慌、拒绝人际交际,以及歉疚、沮疾、失意、绝望、自杀等负性情绪和反常行为。这些病症均与肝失疏泄有关,可加重患者呼吸困

难的主观感觉,增加急性加重的次数,严重者将降低患者的生活质量,影响预后。

2 分型论治

肝脏的主要生理功能为主疏泄和主藏血。前者主要体现在调畅气机、促进脾胃的运化功能及调畅情志等方面,后者主要疏通气血以维护肝的疏泄功能。在病理上,肝脏功能失常主要体现在气机失常、精神情志及肝经循行病位不适等方面。临床上,COPD 患者出现与肝有关的表现主要有:气逆咳嗽,痰少质粘、难以咯出、痰滞咽喉感,胸闷喘促不定时,胸胁胀满胀痛,失眠心悸,心烦易怒,腹胀纳差,头晕肢麻,精神抑郁,甚至恍惚,情绪低落,脉弦等。这些症状在 COPD 的发生、发展的各个阶段均可出现,因此在 COPD 的治疗中必须重视“治肝”,正如《读书随笔》所言“医者善调肝,乃善治百病”。根据我们长期的临床观察,从肝论治 COPD 主要有以下 3 个证型:肝气犯肺证、肝火犯肺证及肝肺阴虚证。肝气犯肺证治以六磨汤为主,肝火犯肺证治以龙胆泻肝汤、白头翁汤为主,肝肺阴虚证治以镇肝熄风汤为主。加减:①各

* 作者简介 张元兵,男,副主任医师。研究方向:肺系疾病的临床与实验研究。

• 作者单位 1. 江西中医学院呼吸病研究所(330006);2. 江西中医学院附属医院呼吸科(330006)

证型均可加甘麦大枣汤扶正,葶苈子、苏子、紫苑、桔梗化痰平喘;②痰热征象突出者,酌加礞石滚痰丸、黛哈散、泻白散等以清热涤痰平喘;③心烦失眠者,加酸枣仁汤,合欢皮、夜交藤以养心安神;④气阴两虚突出者,加生黄芪、北沙参、五味子、百合以益气养阴;⑤瘀血征象明显者,加旋复花、茜草、丹参、生地、地龙以养血活血。但在临床实际应用时还需注意以下几点:①尽管肝失疏泄表现存在于COPD发生、发展的各个阶段,但在大部分情况下多居于矛盾的次要地位,但在治肺、治脾、治肾时,兼顾疏肝、清肝、通肝、养肝、平肝等法,往往可提高临床效果。但对于久治不效,或取效后易反复,可伴有心烦易怒、夜寐不安、自觉低热绵绵、脉弦等症,则应从肝论治,往往可取得预想不到的效果。②临床有部分COPD重症病人神经精神症状特别明显,甚至选择自杀,此时从肝论治也难凑效。因此在本病的早期、缓解期治疗中即应时时不忘“调肝”,以防止出现晚期不治之症,这也符合祖国医学倡导的“治未病”思想。③疏肝、清肝、通肝、养肝、平肝皆为治肝之法。但在急性发作期主要表现为气机失调,应以疏肝、清肝、通肝为主;在缓解期则应以养肝、平肝为主。

3 典型病例

患者黎某,男,65岁,住院号:111356。因咳嗽、喘息20余年,气短5年,加重20天于2006年9月12日入院。患者有慢性咳嗽、喘息史20多年,近5年伴气短,活动后加剧,曾在多家医院住院诊断为“慢性阻塞性肺疾病”,长期吸入舒利迭、可必特等抗炎平喘治疗,中药多予麻杏甘石汤、小青龙汤、定喘汤、桑白皮汤、补中益气汤等治疗。近2年病情加重,时有低热,体温多在37.0~37.8℃之间,查血象白细胞计数(WBC)及中性粒细胞(N)均可不同程度升高,予抗生素、糖皮质激素等治疗常可暂时取效,短者1~2周复发,长则1月内必再次加重。此次发作已有20天,门诊经头孢他定治疗2周无效。现症:发热不恶寒,午后发热,体温37.8℃,伴下肢厥冷、腰骶部及胸背部游走性疼痛,咳嗽,痰少白黄粘稠,胸闷喘息,口干口苦,夜寐差,心慌心悸,舌质暗、边尖红降,苔白黄腻偏少,脉弦滑数,重按无力。查体颈静脉稍怒张,肺气肿征明显,双肺可闻及少许干、湿性啰音,双下肢不肿。辅助检查:血 WBC $6.8 \times 10^9/L$, N78%, Hb116g/L;动脉血气分析:PaO₂56mmHg, PaCO₂45 mmHg;肺功能示:第1秒用力呼气量(FEV₁)/

用力肺活量(FVC)为59%, FEV₁51%。有高血压病史4年,长期服“北京降压0号”治疗。入院诊断:中医:肺胀,肝火犯肺证;西医:1. 慢性阻塞性肺疾病急性加重期, I型呼吸衰竭;2. 高血压病。治法:清肝泻肺,涤痰平喘,养心安神。方用龙胆泻肝汤合礞石滚痰丸、酸枣仁汤、泻白散、甘麦大枣汤出入。药用:龙胆草6g,炒栀子10g,黄芩10g,柴胡10g,生地黄20g,当归10g,炙甘草10g,泽泻10g,桑白皮15g,地骨皮15g,礞石20g,法半夏10g,生大黄8g,酸枣仁10g,夏枯草15g,怀小麦30g,大枣10枚。水煎服,日1剂。停用抗生素,但继用吸入平喘药。1周后患者发热退,胸痛减,咳喘缓。继服前方治疗2周,临床治愈出院。门诊继用本方及镇肝熄风汤加减治疗3个月,随访1年,患者除继续吸入西药舒利迭抗炎平喘外,未入院治疗。

参考文献

- [1]中华医学会呼吸病学会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南[J].中华结核和呼吸杂志,2007,30(1):8-17.
- [2]洪广祥著.中国现代百名中医临床家丛书-洪广祥[M].第1版.北京:中国中医药出版社,2007:89.
- [3]蔡 闯,钟南山.慢性阻塞性肺疾病与焦虑抑郁的关系[J].中华结核和呼吸杂志,2007,30(1):71-73.

(上接第9页)

势,势必给临床医生提出新的挑战。余认为,外因是条件,内因是根据,外因必须通过内因起作用。中医学强调“以人为本”的整体观念,正气强弱决定着邪正斗争的胜负。本案治疗思路首先在“扶正祛邪”原则的指导下,权衡虚实程度及其相互关系,正确运用了“补虚

泻实”的治法,果断地给予补中益气汤补益宗气,调补脾胃。黑锡丹温阳散寒,降逆定喘;方中合用小牙皂、葶苈子、法半夏、海蛤壳、白毛夏枯草等涤痰除壅,清化痰热以泻肺实,坚持在补虚为主导的前提下,兼顾泻实。从而有效地稳定了

病情,实现了扶正补虚和祛邪泻实的双赢效果。病情趋于稳定后,继续坚持补益宗气,调补脾胃,以改善呼吸肌疲劳和营养障碍,提高免疫调节能力;又用桂枝茯苓丸温通活血,改善心肺循环,使患者的心肺功能得到有效保护。