

· 理论探讨 ·

慢性阻塞性肺疾病“痰”“饮”分治说※

● 石 强* 姚梅龄

摘 要 “痰”或“饮”在慢性阻塞性肺疾病的发病、证候演变、治疗与预后方面处于关键地位。“痰”与“饮”在来源、形成机理与临床表现等方面存在巨大差异。慢性阻塞性肺疾病中，“饮”病主要包括风饮、水(寒)饮、热饮等证候类型；“痰”病主要包括风、寒、(火)热、湿、燥痰等证候类型。“饮”与“痰”主要可以从来源、形成机理、脉象、舌象、痰涎、气色、兼证进行鉴别，其中脉象的滑与涩是二者鉴别的关键之处。“痰”“饮”分治可以明显提高慢性阻塞性肺疾病的疗效。

关键词 慢性阻塞性肺疾病；痰邪；饮邪；鉴别诊断

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是一种严重危害人类健康的常见病、多发病,严重影响患者的生命质量,病死率较高。祖国医学虽无“慢性阻塞性肺疾病”病名,但“肺胀”“痰饮”“喘病”“咳嗽”等病证不同程度地涵盖了其临床特征,并积累了丰富的理法方药。COPD的基本病机属本虚标实,标实主要表现为痰、饮、湿、瘀血及气郁等,其中“痰”“饮”在 COPD 的发病、证候演变、治疗与预后方面处于关键地位。

笔者师承于国家级名老中医姚梅龄教授,姚师的父亲姚荷生教授与叔祖父姚国美先生皆为我国近现代著名中医。“痰”“饮”分治理论经过江西姚氏三代名中医的文献研究与临床实践的总结,日臻完备。例如姚国美先生^[1]认为:①“痰则吐唾稠黏,而饮则所吐清稀”;②“痰成于津液,饮成于停水”;③“津液化痰,因以脾胃不运;水停为饮,必更以三焦火衰”。而姚荷生教授^[2]系统地总结了水、湿、痰、饮停或阻于三焦、肺、脾、肾的临床诊断要点及其鉴别点,例如饮停三焦,病

性偏寒者,多见食少饮多、心下悸、短气、(甚则)胸胁支满、喘咳、目眩、脉偏弦等症状。

“痰”“饮”虽同属水湿,但其来源、影响的脏腑及临床表现的区别巨大,理应“痰”“饮”分治。虽然“患饮之人,必兼有痰,患痰之人,亦或有饮,二证每每错出”^[3],但在 COPD 的临床治疗上,“痰”“饮”同治,或单一针对其中一者的治疗方法都是不完备的。笔者通过跟师学习,在临床上通过“痰”“饮”分治每每取效,现将自己的学习心得与治疗体会总结如下。

1 对 COPD 病因病机与“痰”“饮”理论的认识

COPD 虽病位在肺,但其发生、发展及转归与肺、脾、肾、三焦密切相关。本虚标实是 COPD 的主要病机特点,邪实责之痰、饮、水湿、气郁、血瘀等,正虚责之肺、脾、肾。根据 COPD 发作期和缓解期的特点,中医药的治疗分治标、治本两方面。COPD 急性加重期标实证突出;虽然缓解期以本虚证为主,但是随着“宿根”与“伏痰(饮)”学说的发展,痰饮亦作为缓解期最重要的病理因素之一,得到了诸多研究^[4-5]的证实。

“痰饮”一词,首出于《金匱要略·痰饮咳嗽病》,其既是人体水液代谢障碍的病理产物,又可能成为新的致病因素,痰邪、饮邪具有湿浊黏滞特性。“饮”病学说的确立早于“痰”病学说。早在东汉,《金匱要略》就对“饮”病进行了系统论述,其从“饮”论治咳喘的理法方药沿袭至今。隋唐以后,“痰”病学说才逐渐发展起

※ 基金项目 国家自然科学基金项目(No. 82060698; No.81560637);江西省自然科学基金项目(No.20161BAB205216);江西省卫生厅中医药计划项目(No.2012A007)

* 作者简介 石强,男,医学博士,副教授。主要从事中医辨证规律与中医药治疗呼吸系统疾病的研究。

• 作者单位 江西中医药大学(江西 南昌 330000)

来,并成为“痰饮”学说研究中的重点。虽然明清以后出现“痰饮分治”,但“痰”仍占主导地位。现代高等中医药院校规划教材中,虽有“流于肺者,咳唾引痛”之悬饮与“上入胸膈者,咳逆倚息不得卧,其形如肿”之支饮,但其治法方药与 COPD 的实际治法相去甚远。

痰和饮在来源、影响的脏腑及临床表现上有着本质的区别,诸多名中医对此认识颇为深入,且临床疗效显著。根据笔者的临床观察,COPD 病因中饮邪的比例逐年增大。饮邪发病往往是多个因素综合作用的结果:在体质因素中,脾阳不足是重点;而外邪因素中,寒邪、湿邪为重点,暴饮水浆是饮邪发病的重要原因。随着生活水平的提高,人们日常饮用牛奶,以及抗生素、清热解毒药、激素的滥用,使得饮邪作为 COPD 主要病因的地位日益显著。

2 COPD 之“饮”病的主要证候类型

《金匱要略》说“病痰饮者,当以温药和之”,实为饮病治本的大法。饮邪虽为阴邪,但临床上饮邪之中夹有风、热、湿、痰、瘀者比比皆是,因此其治法方药不能一概而论。慢性阻塞性肺疾病中“饮”病以水(寒)饮、饮邪郁热、风饮三种类型较为多见。

2.1 水(寒)饮 临床表现:咳喘伴喉漉漉有声,难以平卧甚至不能平卧倚息^{[6]331},短气,咳出痰多而稀黏^{[6]322},遇寒饮冷则易发咳喘,若呕吐较多黏涎则咳喘可减,脉多弦涩,舌淡,或淡暗,苔滑。或伴见背冷,身恶寒,手足清冷,多涎唾,多无口渴,饮入不舒,少数欲得热饮,或常心悸^{[6]329-330},大便可间作溏薄,小便清。治宜温肺化饮平喘。方用苓桂术甘汤或茯苓杏仁甘草汤合小青龙汤加减。

2.2 饮邪郁热 临床表现:咳喘伴喉漉漉有声,难以平卧,卧则咳喘明显,咳喘时常伴有面红,或兼见颜面汗出,或胸膈满闷,咳烦胸中痛^{[6]362}或胸中懊憹,口苦黏,口渴不欲饮,咯吐或呕出痰涎不畅,所吐略黏稠,扯丝明显,可略带黄色,气味略有酸腐。大便秘结或不爽,舌红或暗红,苔黄白腻,脉弦或涩,偏数。治宜宣肺泄热化饮平喘;若外感风热,里有水饮,饮热俱重,饮热迫肺,方用越婢加半夏汤。外感风寒,里有水饮,寒饮挟热,饮热较重者,方用厚朴麻黄汤加减;外感风寒,里有水饮,饮邪郁热,里热不甚重者,方用小青龙汤加石膏,或麻杏苈甘汤合葶苈大枣泻肺汤。

2.3 风饮 临床表现:咳喘较明显,遇风则加重,多因咽痒或天突穴处痒而咳,口不渴,痰稀偏多而黏,脉浮弦常兼涩,舌淡红,苔白多滑。多伴有眼睑浮,鼻塞而卧则显著,清涕甚多而黏,鼻酸痒则嚏。或面浮,或

汗出不彻,或左右侧卧交替时则鼻塞交替迅速,或泪多且以咳时显著,或小便欠利。少数患者软腭上尚有较多透明小疱疹。治宜疏风化饮,宣肺平喘。方用小青龙汤加蝉蜕、金沸草,亦可合用防己茯苓汤。

“风饮”一证,在传统中医典籍中鲜见,但经笔者临床观察,“风饮”证在临床上日益增多,主要见于感冒、鼻鼽、哮喘、风团等疾病,在 COPD 中其发病率也呈上升趋势。究其原因,除了前述的津停成饮者增多之外,风邪在该病的发病过程中的地位日渐突出。此处之风,既指内风又指外风。因为本病多为外感引发,即外风引动在内之饮邪,形成风饮合邪;或内外风相引,再引动饮邪为患。该病多为慢性迁延性疾病,以本虚标实为主要病机特点,由于气血阴阳的亏虚,极易引起气血的逆乱与阴阳的动荡而产生“内风”^[7]。加之,相当一部分的 COPD 患者,是由过敏性哮喘、咳嗽变异性哮喘等发展而来,其病因中的风邪、饮邪迁延不愈为患。所以 COPD 在发病过程中,外风和(或)内风与内在之饮邪相合为患,“风饮”一证也就逐渐成为该病的常见证候类型之一。

3 COPD 之“痰”病的主要证候类型

3.1 风痰 临床表现:咳喘略明显,多因接触过敏原而诱发,其咳声轻扬,痰多清稀夹有泡沫,咽痒阵咳,甚则胸骨后或天突穴有痒感,舌淡苔薄白,脉浮滑。风痰的来源主要有二:一者,外风影响肺之宣肃,通调水道不利,津液停而不布,聚而成痰;二者,为脾肺不足,内有伏痰,外风与伏痰相合而成。治宜宣散风邪,化痰止咳。方用三拗汤,或麻杏苈甘汤合止嗽散或金沸草散。咳喘初发宜合止嗽散;日久则宜合金沸草散,并适当加入蝉衣、僵蚕(过敏者慎用)。咽红咽痛或小便黄者,可以酌加黄芩、栀子等。

3.2 寒痰 临床表现:遇寒即喘,且不发热,咳声紧,喘时伴憋闷,痰清稀,身背微恶寒,口不渴,不欲食,小便清利;脉不数,或弦紧,甚则寸脉沉,咳甚时可伴胸紧痛,或伴呕逆,饮冷则咳喘,病深者在冷天大哭或大笑则咳喘,病重则面色青晦、唇紫暗、鼻煽。治宜温肺化痰,止咳平喘。方用小青龙汤及射干麻黄汤加减;若病重宜《张氏医通》冷哮丸加减。若憋闷胸痛明显,此为寒痰凝痹肺络,宜合用皂荚丸或控涎丹。但该证多由脾肾虚寒引起的,若恶寒肢冷,神倦食少,合用香砂六君子汤或金匱肾气丸。

3.3 (火)热痰 临床表现:喘促,上气咳逆,遇重衣厚覆则咳喘更剧,烦渴,汗多,间咳出黄浓痰,也有痰色并非黄稠,但有渴而喜饮,胸膈烦热,小便黄,脉数,

甚则发热、面红、喘急鼻煽，欲得呼出为快，舌苔黄。治宜清热化痰，止咳平喘。方用定喘汤或麻杏甘石汤合泻白散合葶苈大枣泻肺汤、千金苇茎汤去大枣、粳米，加泽泻、黄芩、竹茹、海浮石等，奏效颇捷。

3.4 湿痰 临床表现：喘而憋闷明显，痰声漉漉，痰甚多而白浓，甚则卧则喘咳加剧而痰涎壅盛，咳则吐痰，咳声沉闷，甚则声如从瓮中出，口不渴，痰偏重则脉滑，湿偏重则脉软，苔白，多厚腻。治宜健脾燥湿，化痰止咳。方用麻杏苈甘汤合三子养亲汤、二陈汤，或合《景岳全书》六安煎加减。痰浊壅盛者，合用控涎丹；挟虚者，合用六君子汤；挟积食者，合用保和丸。

3.5 燥痰 临床表现：微喘，自觉鼻干，口干微渴，喉干痒而干咳，痰量少、色黄或白，痰出艰难，口干咽燥，夜间尤甚，寸脉浮而不受按；唇微干，咳而噤噤连声，便干，小便黄，舌红少苔或苔薄黄，脉细滑数。治宜润肺化痰，止咳平喘。方用麻杏苈甘汤或桑杏苈甘汤合《医学心悟》贝母瓜蒌散加减，并可加入芦根、百合、麦门冬、梨皮等润肺化痰之品。

4 COPD 之痰、饮病因的鉴别要点

慢性阻塞性肺疾病中痰、饮病因主要可以从来源、形成机理、脉象、舌象、痰涎、气色、兼证进行鉴别。其鉴别点如下：①从来源看，痰成于津液，多有水谷精微参与其中；饮成于停水。②从形成机理上看，痰多为阳热煎熬津液所致；饮则多为阴寒则凝聚，阳气化不及所致。并由此可以推定，单纯的痰证或饮证多为气分病变。③从脉象上看，痰病脉多滑或兼有弦脉，至少不涩；饮病脉多弦或涩（不流利）。此为痰饮鉴别的关键之处。④从舌象上看，痰病苔白多厚腻，可随兼夹邪气不同而变化；饮病舌质淡嫩，舌体或胖大，若为饮邪郁热则舌质偏红。⑤从痰涎上看，痰多得咳而出，吐唾稠黏，可随兼夹的邪气有所差异，其中，热痰、燥痰等容易与饮进行鉴别，而寒痰与寒饮鉴别就有些难度，若为寒痰，则形如泡沫，或吐痰为蛋清状，触舌觉冷；饮多得呕而出，咳喘伴呕吐较多黏涎，得畅吐则咳喘可减，多涎唾，所吐清稀透明，若饮邪郁热，所吐略黏稠，可略带黄色，气味略有酸腐，扯丝明显，咳喘或轻或重，痰出咳喘减，随体位改变不明显，咳喘伴喉漉漉有声，咳出痰多而稀黏，遇寒饮冷则易发咳喘，咳喘多在体位变化后随即而发。⑥从气色上看，痰病者面色如常，或面垢腻；饮病者可见面色暗滞，似黧黑，称为“水色”，或见两目周围有黑圈环绕，

称为“水环”，或见头额、鼻柱、两颊、下巴的皮里肉外之处出现黑斑，称为“水斑”^[8]。⑦从兼证上看，痰病者因兼夹不同邪气而差异较大；饮病者多背冷，身恶寒，手足清冷，多无口渴，饮入不舒，少数欲得热饮，或常心悸，大便可间作溏薄，小便清。欲辨水饮之有无，可从渴与不渴，或心下有无坚满着手。

另需说明的是，由于慢性阻塞性肺疾病反复发作，脏腑功能失调，尤以肺的气血失和而致气虚到血瘀、气滞到血瘀、痰结到血瘀所形成的病理改变，病程越长，瘀血之证越显著。正所谓“久发之恙，必伤其络，络乃聚血之所，久病必瘀闭”。因此在该病的发生发展过程中出现痰瘀互结、“血不利则为水”或饮邪停聚致瘀血的情形，多症见长年咳喘，难有宁息之日，口唇紫暗、面黧黑，舌质暗，甚则边有暗斑，舌底血络粗黑，脉弦涩；或痰中夹有暗红血丝，痰反不多，咳声难扬，偶作胸中掣痛，或咳引胸胁作痛，或脉渐转细。倘若患者瘀血之证显著，病变已由气分及血分或血分为主，则其脉必涩，此时依据脉象已难以鉴别痰邪与饮邪，需以其它症状或体征为主要鉴别之处。

5 结语

慢性阻塞性肺疾病往往迁延日久，所涉及病位、病因众多，痰邪、饮邪只是常见病因之二，因此临证之时，须四诊合参，诊断与鉴别诊断相结合，多方位收集临床证据，做到“观其脉证，知犯何逆，随证治之”，才能真正提高该病的临床疗效。

参考文献

- [1] 姚国美. 姚国美医学讲义合编[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 88-90.
- [2] 姚荷生. 中医内科学评讲[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2014: 20-31.
- [3] 清·周学海撰, 王新华点注. 读医随笔[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1983: 114.
- [4] 洪广祥. 慢性阻塞性肺疾病的辨证施治[J]. 中华中医药杂志, 2007, 22(7): 454-459.
- [5] 陈凯佳, 梁直英, 刘小虹. 500 例慢性阻塞性肺疾病中医证型规律探讨[J]. 现代中西医结合杂志, 2002, 18(11): 1755-1757.
- [6] 李克光, 张家礼. 金匱要略译释[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1991: 331, 322, 329-330, 362.
- [7] 姚荷生. 《伤寒论》的难解篇章——厥阴篇[J]. 江西中医学院学报, 1989, 2(1): 5-7.
- [8] 刘渡舟. 怎样正确使用小青龙汤[J]. 北京中医杂志, 1983(4): 8-9.

(收稿日期: 2020-04-15)

(本文编辑: 金冠羽)