

临床报道

中医扶阳法治疗阳虚型慢性支气管炎

——学习和运用徐仲才教授的临床经验

上海中医学院 1978 届研究生 沈 新 兴

指导: 徐仲才 邵长荣 陆鸿元

慢性支气管炎(以下简称慢支)患者大多年老体弱,病程较长,具有咳嗽、咯痰或喘息,且易反复发作等临床特征。一般认为本病主要属于祖国医学“痰饮”或“痰饮咳嗽”的范畴^(1,2)。本病的形成除外邪为其诱因外,与肺、脾、肾三脏功能的失调密切相关⁽³⁾。通过对大量慢支病例的临床观察和分析,使我们认识到本病属于标实本虚之证,而以本虚为主^(4,5)。近年来,我们在学习徐老临床经验的基础上,进一步认识到慢支的“本虚”重点在于脾肾阳虚,尤以肾阳虚为主。徐老认为“扶阳首先是温补肾阳,当然也包括心阳、脾阳及其它脏腑之阳”⁽⁶⁾。在临床上,徐老善用附子、干姜、仙灵脾、补骨脂等温肾扶阳药物治疗内、儿科杂病,常取得疗效。为此,我们选择一批阳虚(包括气虚)类型的慢支病例,在治标药物取得一定疗效后,续予温肾扶阳法,经过一个冬春以上的观察,获得了较好的疗效,现报告如下。

临床资料

一、一般资料

我们于 1979 年 7 月至 1981 年 4 月,根据 1979 年全国慢支工作会议制定的标准⁽⁷⁾,在龙华医院慢支专科门诊选择阳虚型慢支患者 115 例为观察对象。男性 84 例,女性 31 例,年龄在 50 岁以上者共 97 例,占 84.4%。病情均以中度和重度为主。病程在 10 年以上者 75 例,占 65.2%。治疗分两组,温阳组和治标组。温阳组共 82 例,其中单纯型 43 例,喘息型 39 例;合并肺气肿 41 例;按中医分型,肺气虚

21 例,脾阳虚 27 例,肾阳虚 34 例。治标组 33 例作为对照,其中单纯型 22 例,喘息型 11 例;合并肺气肿 15 例;按中医分型,肺气虚 17 例,脾阳虚 6 例,肾阳虚 10 例。全部病例均经 X 线(或全胸片)检查,部分病例作了肺功能及心电图等检查,除外支气管扩张、活动期肺结核、慢性咽喉炎、心肺等其它疾患。

二、阳虚、气虚临床见证

(一)阳虚见证:①畏寒,肢冷或欠温和;②神疲倦怠嗜卧;③脉沉细微弱;④舌淡胖、苔润;⑤夜尿频数(2 次以上);⑥自汗;⑦懒言少气;⑧面色少华;⑨大便不实。以上辨证前四项为必备条件,其余作为次要参考条件。阳虚主要是脾肾阳虚,如脾阳虚除久咳、痰多色白或喘息外,并有胸脘痞闷、纳谷不香、便软腹泻等症状;肾阳虚除有上述阳虚见证外,并有肾虚症状,如喘促日久,呼多吸少,动则喘息更甚,咳痰清稀,甚则咳喘而小便自遗,腰背痠痛,胫痠跟痛,耳鸣欠聪,性功能衰退等。

(二)气虚见证:主要是肺气虚。除久咳声低、语言无力、有痰色白外,并有易感冒、形寒、短气、易汗出等症状。尚有部分病例除咳嗽、咯痰外,其它见证较不明显,亦归属此类。

三、治疗方法

(一)温阳组:本组病例绝大多数处在慢性迁延期,咳、痰、喘比较严重,且反复发作,故一般先用温肺散寒、化痰止咳的方药治其标,待咳、痰、喘减轻,临床取得一定疗效

后,再进行扶正固本治疗。有时根据病情,亦可标本同治,或祛邪为主兼以扶正,或扶正为主兼以祛邪。凡肺气虚、脾阳虚、肾阳虚型慢支,本文泛指“阳虚型”,均采用扶阳法治疗。所用方药主要是“扶阳合剂”(熟附块9克,仙灵脾9克,补骨脂12克,黄芪9克,白术9克,党参9克,茯苓、陈皮、半夏各6克,炙甘草4.5克。此为一剂量,下同),或附仙露(熟附块6克,仙灵脾6克,补骨脂9克,干姜3克)合玉屏风散、香砂六君丸等。服药2周为一疗程,一年最少为2疗程,最多的治疗10疗程。温阳组82例平均治疗4.4疗程。

(二) 治标组: 以对症处理为主, 常用方药有小青龙汤、射干麻黄汤、旋复代赭汤、胆莢片、鹿茸草糖浆(本院自制)等。若痰多湿重者可选加白芥子、苏子、苍术、厚朴等化痰燥湿药; 遇有痰黄稠厚、胸闷息粗等痰热壅肺现象者采用麻杏石甘汤为主, 并选加黄芩、瓜蒌仁、鱼腥草等清化痰热药。

四、疗效观察

观察对象每1~2周随访一次, 病情比较稳定者每月随访一次。疗效评定分四级: ①巩固: 咳、痰、喘等好转九成以上, 病情稳定, 经过一个冬春以上观察无复发者; ②显效: 咳、痰、喘等好转六成以上, 病情与上一个冬春比较, 急性发作次数与程度明显好转, 感冒等次数明显减少, 一般情况如体力、饮食等有明显改善; ③好转: 咳、痰、喘等症状好转达三成以上, 病情与上一个冬春比较, 急性发作次数与程度减轻, 一般情况有好转; ④无效: 咳、痰、喘等症状好转不足三成, 病情与上一个冬春比较, 急性发作次数与程度及一般情况均无改善。

治疗结果见表1。温阳组82例, 治疗后疗效巩固15例(18.3%), 显效23例(28.1%), 好转39例(47.6%), 无效5例(6%), 有效率为94%, 其中显效以上占46.4%。治标组33例, 治疗后疗效巩固1例(3%), 显效5例(15.1%), 好转18例(54.6%), 无效9例(27.3%), 有效率为72.7%, 其中显效以上占

表1 阳虚型慢支患者温阳组和治标组的疗效比较

分 组		总例数	治 疗 效 果			
			巩固	显效	好转	无效
温 阳 组 (82例)	肺 气 虚	21	4	5	11	1
	脾 阳 虚	27	5	8	13	1
	肾 阳 虚	34	6	10	15	3
治 标 组 (33例)	肺 气 虚	17	1	5	8	3
	脾 阳 虚	6	0	0	4	2
	肾 阳 虚	10	0	0	6	4

18.1%, 且均为肺气虚病例。经统计学处理, 温阳组的疗效显著高于治标组($P < 0.01$)。

五、免疫功能方面的观察

我们对两组部分病例在治疗前后作了免疫功能的检查。其中体液免疫因病例较少尚看不出显著差异; 细胞免疫的变化结果见表2。

表2 阳虚型慢支温阳组与治标组治疗前后细胞免疫变化比较

检 查 项 目	温 阳 组	治 标 组
淋转率(%) (LTT)	66.0~68.6 $2.6 \pm 0.828(32)^{**}$	68.7~65.1 $-3.6 \pm 1.328(14)^{\Delta}$
E _t -花环形成率 (%)	17.6~19.5 $1.9 \pm 0.498(31)^{***}$	18.4~19.7 $1.3 \pm 1.295(14)$
E _t -花环形成率 (%)	45.3~54.2 $8.9 \pm 1.765(34)^{***,*}$	44.9~47.7 $2.8 \pm 2.120(15)$

注: 表内上项数字为治前均值~治后均值, 下项数字为均差±标准误(例数); Δ 为治疗前后比 $P < 0.05$, $^{\Delta\Delta}$ 为治疗前后比 $P < 0.01$, $^{\Delta\Delta\Delta}$ 为治疗前后比 $P < 0.001$; * 温阳组与治标组比 $P < 0.05$, ** 温阳组与治标组比 $P < 0.001$

从上表可以看出, 阳虚型慢支病例经扶阳法为主治疗后各项细胞免疫指标均有明显提高, 其中淋转率和E_t-玫瑰花环形成率与治标组相比, 均有明显差异。

六、病案举例

病例1 朱××, 男, 58岁。门诊号: 29106。

1980年1月28日初诊: 咳喘史13年, 冬重夏轻, 四季均发。近3年来, 经常发热($37.5^{\circ}\text{C} \sim 38.5^{\circ}\text{C}$), 每月1~2次至5~6次, 常需急诊治疗。近又喘咳, 难以平卧, 动则气急, 咯痰黄稠量多, 口干欲饮, 手足不温, 恶寒畏冷, 腰痠, 夜尿2~3次, 舌质淡, 舌苔腻, 脉沉细。两肺呼吸音明显降低, 左肺闻罗音。

胸透两肺肺气肿,肺纹增强,横膈低位。临床诊断:慢支继发感染、肺气肿。中医分型属肾阳虚、痰热型。恙延多年,肾阳亏损,寒痰日久,郁而化热,痰热互结,肺失清肃,下寒上热,本虚表实。拟清肺化痰,佐以温肾纳气。处方:麻黄9克,杏仁9克,甘草6克,生石膏30克(包煎),黄芩9克,鱼腥草30克,桔梗9克,葶苈子9克,象贝片10片分吞,局方黑锡丹9克分吞。

1980年2月21日:上方服14剂,咳嗽得减,黄痰已少,鼻流清涕,舌淡苔薄润,脉沉细。予以寒温兼施,标本同治。处方:麻黄9克,杏仁9克,甘草6克,干姜4.5克,细辛3克,陈皮9克,半夏9克,熟附片12克,磁石30克,仙灵脾9克,黄芩9克,苍耳子9克。

经上方出入治疗,咳嗽基本控制,怕冷好转,唯动则仍气急,手足依然不温。改以温肾扶阳、健脾益气治之。熟附片12克,仙灵脾12克,补骨脂9克,黄芪12克,党参12克,白术9克,陈皮6克,半夏9克,炮姜3克,桂枝3克,炙甘草6克。

本病例经“扶阳合剂”调理后,病情一直比较稳定,1年中只发热3次,急诊1次,手足转温,已无明显怕冷,全身情况亦好转,能上三楼而无明显气急感。淋转率由治前61%升到63%,Et-玫瑰花环形成率由50%升到53%。

病例2:劳××,女,62岁。门诊号:44489。

1980年7月28日初诊:慢性咳嗽史12年,气急6年,每年冬季加重。近半月来咳嗽阵作,咳甚则气急不能平卧,影响睡眠,痰多色白如沫,口干欲饮,时感咽痛。平时神疲乏力,畏风怕冷,常患感冒,易汗出,纳少,稍食油腻则大便溏薄,舌苔薄腻,脉沉细。检查:心肺听诊无异常发现,胸透(一)。西医诊断:单纯性慢性支气管炎。中医分型偏脾阳虚、寒痰型。恙由肺气虚弱,脾失健运,痰饮蕴肺,肺气上逆所致。治拟益气健脾温肾兼以化痰平喘。处方:黄芪9克,党参9克,白术9克,防风6克,熟附片9克,仙灵脾12克,陈皮6克,半夏9克,麻黄3克,炙甘草6克,焦六曲9克。6剂。

二诊8月12日:上方共服12剂,咳嗽咯痰依然,症无进退。拟予祛痰止咳,先治其标,缓图其本。麻黄6克,杏仁9克,细辛3克,陈皮9克,半夏9克,白芥子9克,桔梗6克,生甘草6克,黄芩9克,焦六曲9克。7剂。

三诊8月23日:药后症减,痰已少,咽不痛,口不渴,唯畏风怕冷,乃减去黄芩、桔梗、白芥子,加

入黄芪、白术、熟附片,标本兼顾。

服上方7剂后,咳嗽基本控制,但经风受凉咳嗽又作。阳虚气弱,卫外不固,亟宜益气温阳以固其表,再方7剂,去麻黄、杏仁,加补骨脂9克,仙灵脾9克,以助附片温肾暖脾。半月后随访,基本不咳。后服“扶阳合剂”,除因感冒稍有咳嗽外,病情一直稳定,至1981年春亦无明显咳嗽,疗效巩固,淋转率由治前65%升到70%,但Et-玫瑰花环形成率由60%到61%,变化不大。

体会和讨论

一、扶阳法是防治慢支的重要法则

祖国医学重视阳气对于人体的作用,早在二千多年前的《内经》一书中就已指出:“阳气者若天与日,失其所则折寿而不彰,故天运当以日光明。”历代医家对此均有不少发挥,并以此指导临床实践。如汉张仲景所著《伤寒论》113方(有云112方)中,用附子温阳者达20方,《金匱》中亦不乏其例,无论外感热病或内伤杂病,皆处处顾及阳气。明张景岳更提出“天之大宝,只此一九红日,人之大宝,只此一息真阳”、“阳来则生,阳去则死”、“死生之本,全在阳气”的说法,十分强调阳气在人体的重要性。徐老亦指出“阴为体,阳为用,阳气在生理情况下是生命的动力,在病理情况下又是抗病的主力。”慢支主要病机在于“阳虚饮停”,乃由三焦气化不利,不能运化水湿,且以老年患者居多,老年阳气日渐衰退,更易痰停饮聚,为咳为喘。我们通过165例慢支病例分析,其中属阳虚(包括气虚)型146例,占88.5%,与全国慢支分型资料^[7]相近,可见慢支患者以阳虚者为多见。祖国医学强调“治病必求于本”,尽管痰饮咳嗽一病辨证各别,治法不同,而温化痰饮一法为治疗的中心环节。《金匱》曾提出“病痰饮者,当以温药和之”,个人体会其意,痰饮咳嗽一类疾病“其标在肺,其制在脾,其本在肾”,所谓“温药和之”就是温肺以化寒饮,温阳以补脾肾,而根本问题乃是针对脾肾阳虚而提出来的治则。盖脾阳健运则无水湿不化,聚饮生痰之患;肾气摄纳有权,

则无喘促气急之苦。因此,我们认为扶阳法,也就是温补脾肾之阳,是防治慢支的重要法则。

二、脾肾兼顾重点在肾

既然温补脾肾之阳是防治慢支的重要法则,那么在处方遣药上,应以温运脾阳为主,还是温补肾阳为主?抑或等量齐观?徐老认为肾为先天之本,肾阳为诸阳之根,“扶阳首先是温补肾阳”,此说极是。就一般内伤杂病而言,凡属气血不足者当理脾为主;阴阳失调者当治肾为先。慢支的主要病机是阴阳失调,阳虚阴盛,故治疗当以温肾扶阳为主。然脾肾之间有相互资助的关系,脾之运化有赖于肾阳之温煦,肾阳之盛衰有赖于脾气散精之滋养,所以补脾补肾不能偏废执一,尚须因人因证制宜。基于以上认识,防治慢支要脾肾兼顾而有所侧重,即在温肾扶阳为主的前提下,兼予益气健脾。我们所用临床主方“扶阳合剂”较“固本丸”⁽⁸⁾加强了温补肾阳的药物;而较“温阳片”⁽⁹⁾减去了滋腻养阴的生地、熟地,增加了益气健脾的药物,方用熟附片、仙灵脾、补骨脂温肾扶阳,黄芪、党参、白术、甘草健脾益气。鉴于临床上慢支阳虚者较普遍,兼有纳呆沉闷、便溏腹胀、舌苔腻等痰湿中阻者,亦屡见不鲜,如酌情采用一些燥湿化痰的药物可以提高疗效⁽¹⁰⁾,所以方中还加有陈皮、半夏、茯苓以化痰湿。

三、扶阳法的适应症与有关问题

徐老认为,阳虚证的主要特点,一是“气虚”,二是“内寒”,凡神疲乏力,面色㿔白,恶寒,手足不温,小便清长,夜尿增多,大便溏薄或五更泻,唇甲色青,舌质淡胖,舌苔白滑润,或舌光不欲饮,脉或细或沉迟等症中,只要抓住一、二主证,不必悉具,即可放手应用扶阳法。我们把徐老的这一经验应用到治疗慢支方面,凡肺气虚、脾阳虚、肾阳虚者均用扶阳法,临床取得了较好的疗效。这与有些单位指出“提高慢支远期疗效的环节之一是扶正药应以温药为主”⁽⁹⁾的论点是相一致的。以下讨论有关扶阳法的几个问题。

扶阳与益气。临证所见,气虚之重者即是阳虚,阳虚之轻者便为气虚。景岳谓“气本属阳”“气不足便是寒”,气虚和阳虚只是阳虚轻重不同而已。慢支由肺气虚到脾阳虚,最后发展到肾阳虚,表明病情由浅入深,由轻转重。因此我们在气虚和阳虚辨证之间既求其同,也辨其异。如例2益气健脾兼以温阳,而例1重点放在温肾扶阳方面,收到了良好的效果。由以上病例治疗结果使我们联想到,就慢支而言,积极的防治应该是阻止病情由气虚发展到阳虚,不要等待病情由气虚发展到肾阳虚后,才注意到温肾扶阳,而应在气虚阶段就兼顾扶阳,可能更富有成效。这种设想与《金匱》所云“上工治未病”采用“治肝补脾”之法,防患于未然,或有相符之处。

扶阳与清热。一般说,扶阳法主要适用于寒证、虚证,清热法用于热证、实证,二者泾渭分明,不可混淆,否则易犯“虚虚实实”之戒。前已述及,慢支的基本矛盾是阴阳失调,阳虚阴盛,根据“谨察阴阳所在而调之,以平为期”的原则,温肾扶阳是防治慢支的基本法则。然慢支病情相当复杂,往往寒热交错、虚实夹杂。在寒郁化热或痰热蕴肺情况下,治疗常须寒热并用,或以清热化痰为主,才能迅速控制病情,为扶阳固本创造条件。如病例2初诊痰浊较甚,有化热之势,先予益气温阳扶正治疗无效,嗣于散寒化痰、止咳平喘方中,加入黄芩一味以清肺热,则见效较著,再与扶阳固本之方调治,疗效巩固;又如病例1,初诊即以化痰清热为主,再诊黄痰减少,咳吐白痰,并见鼻流清涕等症,遂改以温化痰饮,并加附片、黄芩寒温并用,最后咳痰基本控制,再以扶阳固本调治,效果也较为满意。由此可见,防治慢支不能局限于一法一方,在运用扶阳法的同时,清热法也不可偏废,贵在临证时辨其寒热虚实之所宜而施治。

扶阳与滋阴。鉴于阴阳互根的理论,对阳虚患者的治疗,除了用温阳药物以外,需适当配合一些滋阴之品,谓之“阴中求阳”。然阳虚型慢支患者往往兼见脾失健运的症状,而滋阴

药物滋腻柔润, 用之不当, 常有助湿呆胃之虑, 故对阳虚型慢支, 我们一般不主张加入滋阴药。当然慢支属于阴虚者也不乏其例, 据我们统计, 约占 7.9% 左右 (13/165), 和全国资料慢支阴虚约占 5% 左右相近⁽⁷⁾。如在治疗过程中兼见有口干、便秘等阴津不足现象者, 则可酌加沙参、麦冬、肥玉竹之类。至于舌光绛干裂、阴虚较甚或实热津伤、口渴引饮者, 扶阳法则须慎用。但口渴不尽属于热盛津伤, 如慢支由于湿浊中阻, 津不上承, 症见舌淡苔腻而口渴者, 反宜运用温阳健脾化湿法, 俾脾健湿去津升而口渴自解。

四、关于扶阳法与免疫功能

在运用温肾扶阳法治疗阳虚型慢支的过程中, 我们观察到除了咳痰喘逐渐减轻、急性发作次数减少以外, 大部分患者气虚、阳虚症状也均有显著改善或消失。治疗后淋转率和 E-t-玫瑰花环形成率均明显提高, 说明慢支阳虚病例, 经温肾扶阳法调治后, 可以改善其免疫功能。

能。

本文承上海中医学院附属龙华医院防治慢性支气管炎组万适之医师、免疫组赵粹英、张英英同志协助, 特此一并致谢。

参 考 文 献

- (1) 陆鸿元: 试论防治慢性气管炎的辨证法。上海中医药杂志(2):18, 1979。
- (2) 殷品之: 慢性气管炎的证治。上海中医药杂志(2):11, 1979。
- (3) 邵长荣: 肺脾肾理论在慢性阻塞性呼吸系统疾病的应用。上海中医药杂志(1):27, 1979。
- (4) 上海中医研究所: 用补肾健脾法防治慢性气管炎。内部资料, 1975。
- (5) 陆鸿元等: 慢性气管炎“辨虚治本”与血浆环核苷酸含量变化的关系。中医杂志 21(4):19, 1980。
- (6) 陆鸿元: 论著名老中医徐仲才运用扶阳法与治脾胃。上海中医药杂志(4):8, 1980。
- (7) 慢性气管炎中西医结合诊断分型防治方案(1979年修订)。中华结核和呼吸系疾病杂志(1):62, 1980。
- (8) 中医研究院西苑医院: 中医扶正培本法“固本丸”防治老年慢性气管炎 85 例初步观察。内部资料, 1972。
- (9) 上海第一医学院脏象研究室: 补肾法防治慢性气管炎 5 年随访。中医杂志(10):31, 1979。
- (10) 邵长荣等: 以健脾燥湿法为主防治慢性气管炎及肺气肿。上海中医药杂志(3):7, 1965。

病 毒 性 肝 炎 协 定 处 方

中医研究院西苑医院儿科 张荣显 阎孝诚整理

(一) 清肝胆湿热方

药物组成: 茵陈 25 克, 板蓝根 10 克, 败酱草 15 克, 夏枯草 10 克, 马尾连 10 克, 黄柏 10 克, 栀子 10 克, 郁金 10 克, 金钱草 10 克, 木通 5 克, 滑石 15 克, 龙胆草 5 克。

服法: 每日一剂, 水煎二次合匀, 分三次服。

适应证: 巩膜和皮肤发黄, 发热, 口干, 口苦, 口渴, 大便干, 尿深黄如浓茶, 舌质红、苔黄或黄腻, 脉弦数或弦滑等。适用于急性黄疸型肝炎。

禁忌: 生冷油腻及不易消化食物。

(二) 清肝脾湿热方

药物组成: 茵陈 25 克, 板蓝根 10 克, 败酱草 15 克, 夏枯草 10 克, 马尾连 10 克, 黄柏 10 克, 栀子 10 克, 郁金 10 克, 苍白术各 10 克, 云苓 10 克, 陈皮 10 克, 焦三仙各 10 克。

服法: 每日一剂, 水煎二次合匀, 分三次服。

适应证: 神疲, 倦怠, 乏力, 恶心, 不欲食, 脘腹胀满, 口淡, 便溏, 小便稍黄, 舌苔淡黄或白腻, 脉弦缓或弦滑。适用于急性无黄疸型肝炎。

禁忌: 生冷油腻及不易消化食物。

(三) 清肝经郁热方

药物组成: 茵陈 25 克, 郁金 10 克, 豨莶草 10 克, 青黛 5 克(包煎), 钩藤 10 克, 焦查 12 克, 寒水石 10 克, 当归 10 克, 丹参 10 克, 枸杞子 10 克, 五味子 10 克, 旱莲草 10 克。

服法: 每日一剂, 水煎二次合匀, 分三次服。

适应证: 胁痛, 时烦, 易怒, 头晕等。适用于急性肝炎后期或迁延性、慢性肝炎患者。

禁忌: 生冷油腻及不易消化食物。

以上三方我科从 1971 年使用至今已 10 年之久, 效果较好, 共治疗 373 例, 治愈 327 例, 治愈率达 87.7%。