

学术探讨

肺间质纤维化中医证治探析

武维屏¹ 赵兰才²

主题词 肺纤维化/中医药疗法

近年来,弥漫性肺间质纤维化的发病率有上升趋势。我们在临床诊疗中以患者的临床表现为依据,将肺部 X 线、肺 CT、肺功能、支气管肺灌洗等项检查视为中医望诊的延伸,进行综合分析,辨证论治,取得了一定疗效。现就本病的中医证治规律探讨如下。

1 立病名,肺痹肺痿两元论

弥漫性肺间质纤维化按病因分类可分为特发性与继发性两大类,特发性原因不明,继发性大致可归纳为感染性、吸入性、肿瘤性、药物性、放射性、气管及支气管病变演变、结缔组织疾病的肺表现、全身疾病的肺损伤等多种,以病程分类可有急性型和慢性型两类,无论何种类型,均以进行性呼吸困难,即气短喘息、动则加重为主要临床表现,约占 84%~100%,胸闷、咳嗽、咳痰多为伴随症状,严重者可有紫绀、杵状指,舌脉表现不一,但以舌淡暗、紫暗,腻苔,脉数为多见。

近年来关于本病的中医病名归属,既有“肺痿”说,又有“肺痹”说,还有“喘证”说。主张以“肺痿”命名者,源于张仲景《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病脉证治》篇,且不仅分虚热肺痿、虚寒肺痿,更有瘀血肺痿之称。也有根据《素问·玉机真藏论》“病入舍于肺,名曰肺痹,发咳上气”及《素问·痹论》“皮痹之为病,应乎肺……气奔喘满”的记载,称本病为肺痹者,喘证说则主要依据临床表现命名。多年来我们一直将本病纳入喘证,但喘证的范畴确实较大,若能具体限定因何病而喘最好。我们认为,肺痿言肺之痿弱不用,从本虚而言,肺痹言肺为邪痹,气血失于流畅,从邪实而言,皆反映了这一疾病病理的主要方面,即痿中有痹,痹中有痿。从临床表现来看,特发性很快见到杵状指、肺部爆裂音、舌紫暗而苔腻、多伴有发热等症,而继发性多有明确的病因,起病快慢不一,临床表现症状复杂,多与原发病相伴,为了中医病名的规范化,便于适应医教研需要,我们将特发性肺间质纤维化以及由肺外疾病和化学药

物所致的肺纤维化以“肺痹”命名,如类风湿肺、肿瘤化疗后肺纤维化等;将由肺系疾病发展而致的肺间质纤维化以“肺痿”命名,如放射性肺炎后肺纤维化、慢性阻塞性肺疾病继发的肺纤维化等。当然这种命名是否能得到同道的广泛认同,尚需讨论。我们认为,通过这样命名,可达到与西医病种相互对应及对中医病名有所界定的目的,且对辨证论治亦有一定指导作用。

2 释病机,虚痰瘀为关键

本病病位在肺,而与脾肾密切相关,中医学早有“呼出心与肺,吸入肾与肝”、“肺为气之主,肾为气之根”、“脾为生痰之源,肺为储痰之器”、“气血相依”、“痰瘀同源而互化”等论述,生理上肺主气司呼吸,外合皮毛,以口鼻与外界相通,位属五脏之华盖,为娇脏,主治节朝百脉,而通达其他脏腑,脾与肺为母子之脏,肺靠脾气散精以供养,肺与肾金水相生,共司气的摄纳和津液的敷布。病理上肺脾肾三脏病变可相互影响,六淫外邪袭肺,损伤肺气,日久可子盗母气致肺脾两虚,或母病及子致肺肾两虚;若饮食情志劳倦先伤脾肾,也易累及于肺,如痰浊中生上贮于肺,肾阴虚火旺上灼肺金,肾阳虚水饮上逆犯肺等。本病之发,或因禀赋不足及饮食劳倦内伤,先有肺肾两虚或肺脾两虚之基础,而复感外邪,宣解不彻,邪气稽留于肺,或反复外感,肺气先伤,日久累及脾肾。故其病机当于本虚标实中求之,肺脾肾气虚、阴虚或气阴两虚、阴阳两虚为本虚一方,痰浊(痰饮及痰热)、瘀血为标实一面,正虚与邪实相互影响,互为因果,形成因虚致实、因实致虚、虚者更虚、实者更实的病理特点,起病之初,多为六淫邪气反复袭肺,宣解不彻,邪滞气道,痹阻肺络,或因饮食情志所伤,内生痰瘀阻肺,肺失宣肃,继而病变迁延,痰夹瘀血碍气,津液不归正化,虚者更虚,实者更实,日久肺脾肾阳虚水泛,水饮瘀血凌心犯肺,渐成肺水、肺衰等危候,病机总以虚痰瘀为关键,寒热为其病性的主要临床转化。

3 宏观辨证,三期六候为多见

本病从临床宏观辨证,可分为三期六候,三期即夹感发作期、慢性迁延期、重症多变期,六候为气虚风寒犯肺候、阴虚燥热伤肺候、气阴两虚痰喘候、气阴两虚

1 北京中医药大学东直门医院,北京市东城区海运仓 5 号 (100700)

2 北京市中西医结合医院

收稿日期:2001-07-27

痰喘候、阳虚水泛候、阴阳两虚候。

3.1 夹感发作期

气虚风寒犯肺候：症见咳嗽喘息，咳声重浊，痰稀色白，咽痒鼻塞，胸膈满闷，伴恶寒发热，头痛流涕，苔薄白脉浮，病机为肺气不足，卫外不固，风寒束肺，肺失宣降，治宜疏风散寒，宣肺平喘，方用止嗽散合玉屏风散加减。咳重加旋覆花、炙款冬花、杏仁；痰粘难咯，咽痒音哑，苔薄腻脉数，为风寒有化热之势，可加炒牛蒡子、蝉蜕、浙贝母。

阴虚燥热伤肺候：症见咳嗽喘息，咳声高亢，痰粘色黄，咽燥声嘶，气短胸憋，伴发热口干，头痛胸痛，舌红苔黄而干，脉浮数，病机为肺燥津伤之体风热或燥热犯肺，津伤气耗，痰热互结，肺失宣降，治宜清肺化痰，疏风润燥，方用清燥救肺汤或桑杏汤加减。热盛汗出口渴，常加黄芩、鱼腥草、连翘、蒲公英，痰少难咯或夹血丝，加黛蛤散、白及、三七粉，热伤气津，音哑口干，乏力气短，常加玄参、百合、生地黄，有瘀血征象见面唇紫绀加丹参、地龙、桃仁等。

3.2 慢性迁延期

气阴两虚痰喘候：症见喘息气短，胸闷咳嗽，咯吐白粘痰，呼多吸少，动则喘憋气短加重，舌暗红苔白腻，脉细滑。病机为肺肾气阴两虚，痰浊阻肺，治宜补肺益肾，化痰平喘，方用金水六君煎加减，方中熟地黄“熟则性平，禀至阴之德，气味纯静，故能补五脏之真阴”（《景岳全书》），故为君药，伍以二陈汤化痰，当归养血，共奏补肾化痰之功，临床常加紫苏子、黄芪以增补气化痰之力。若痰浊有化热征象，痰多质粘，加海蛤壳、浙贝母、皂角，瘀血征象明显，面青唇紫，舌暗有瘀斑，加川芎、地龙、水蛭、桃仁，痰阻气滞之征著，如胸闷痰多，脘痞苔腻，加瓜蒌、枳壳、郁金、紫苏梗。

气阴两虚痰喘候：症见喘息进行性加重，呼多吸少，稍动则气短喘憋尤甚，神倦纳呆，腰膝酸软，咯吐少量白粘痰，难以咳出，面唇紫绀，舌紫暗有齿痕，苔白脉细涩或细滑。病机为肺脾肾气阴两虚，痰瘀阻络，治宜益气养阴，化痰活血，方用《丹台玉案》保肺汤（人参、麦冬、五味子、金沸草、茯苓、紫菀、阿胶、海蛤壳）加减，常加丹参、蛤蚧、地龙。气虚甚加黄芪、党参，阴虚重加北沙参、山茱萸，痰热之征著加瓜蒌、鱼腥草、浙贝母，瘀血之征显加三七粉、川芎，或加刘寄奴、苏木。

3.3 重症多变期

阳虚水泛候：症见喘息进行性加重；呼多吸少，动则尤甚，咳吐清稀涎沫，心悸胸闷，下肢浮肿，腰酸肢冷，唇甲紫绀，舌暗淡边有齿痕、苔白滑，脉沉细弱。病机为肺脾肾阳虚，瘀血水泛，治以温补阳气，化瘀利水，

方用真武汤合补肺汤化裁。水肿明显加泽兰、车前子，瘀血重加丹参、益母草，喘甚重用山茱萸、补骨脂以治本，麻黄、葶苈子以治标，阳虚重加仙茅、淫羊藿。

阴阳两虚候：症见喘息进行性加重，呼多吸少，动则尤甚，咳吐涎沫，心悸气短，腰酸肢冷，五心烦热，咽干盗汗，面唇爪甲紫绀，舌暗红边有齿痕、苔白滑或少苔，脉细弱。证属肺脾肾阴阳两虚，治宜大补阴阳，佐以活血化瘀，方以参蛤散合右归饮加减。阳虚重加冬虫夏草、补骨脂，阴虚重加玄参、山茱萸，痰多加半夏、陈皮，喘甚加白果、紫苏子。

4 微观辨证，治疗之中当结合

我们在宏观辨证的同时，将现代理化检查手段视为中医四诊的延伸，将其有机地同中医辨证施治结合起来，进行微观辨证。如胸部X线片或CT片呈斑片状影，则视其临床表现之不同或为热毒证或为痰浊证，热毒证宜酌加清热解毒之漏芦、连翘、鱼腥草等，痰浊证加温化痰浊之半夏、细辛、茯苓；若X线片为毛玻璃样影则加防己、薏苡仁、旋覆花、泽兰等利湿化饮之品；若为索条状及结节状影，应加软坚散结之品，如夏枯草、牡蛎、皂角刺、白蒺藜等。再如血气分析为低氧血症，宜加丹参、赤芍、川芎等以活血化瘀，若为Ⅱ型呼吸衰竭，应酌加活血利水醒神之品，如石菖蒲、泽兰、郁金、防己等。缺氧日久，杵状指明显者，宜加补肾破瘀之品，如补骨脂、三七、鸡血藤、水蛭等。肺功能示严重换气功能障碍者，偏阴虚加山茱萸、紫河车、阿胶；偏阳虚加党参、黄芪、补骨脂。放射性肺炎宜加茜草、紫草、芦根、茅根。久用激素，已现柯兴氏综合征者，配加养阴益肾清热活血之品，如赤芍、丹参、生熟地黄、黄柏、牡丹皮、山茱萸等。

总之，目前肺间质纤维化的中医治疗尚无规范化的标准，为了医、教、研的需要，我们在中医病名及证治规律上进行了一些探索，希望能为进一步研究本病提供借鉴。

全国第三届中医暨中西医结合性学研讨会征文通知

由中国性学会中医性学专业委员会，联合中华中医药学会中医外科专业委员会、中国前列腺在线网站共同主办的“全国第三届中医暨中西医结合性学研讨会”将于2002年8月在大连举行。大会就男性学、女性学、房室养生学、性病学等学科作最新、最权威的报告；会议期间并开设“2002中国前列腺论坛”。大会将出版《专刊》。论文内容：包括男性学、女性学、房室养生学、性病学、性心理等领域的基础研究、教育、临床、体会、方药、科研思路等。重点是ED、前列腺炎、前列腺增生、早泄、不孕、不育、性传播性疾病、性保健、房室养生、性和谐等。论文要求：论文要求未在正式刊物发表过，内容真实，数据统计准确。论文可用400字稿纸誊写或电脑B5纸打印。字数要求1000~3000字。论文截稿日期为2002年7月上旬。论文审稿费20元。

联系地址：北京市丰台区方庄芳星园一区6号北京中医药大学东方医院皮肤性病科 李元文主任，邮政编码：100078，联系电话：(010) 67689717，电子信箱：yuan-wen@sohu.com, liyuanwen010@sina.com