

通补肺络法治疗肺纤维化理论探讨

张天嵩¹ 指导:吴银根²

摘要 肺纤维化是间质性肺疾病的最终病理结局。立足于中医理论,结合现代研究成果,认为本病的病位在肺络,基本病机为肺络痹阻,提出以通补肺络法治疗肺纤维化的观点。

主题词 肺纤维化/中医药疗法 补肺

间质性肺疾病(interstitial lung disease, ILD)是众多具有不同程度炎症和纤维化的急、慢性肺疾病^[1],其病因诸多,发病机制、病理改变、自然演变过程、治疗方法和预后均有不同;然而,其临床表现却颇为相似,主要为活动性呼吸困难、X线胸片示弥漫性浸润阴影、限制性通气障碍、弥散功能降低和低氧血症^[2]。肺纤维化是间质性肺疾病的最终病理结局,因缺乏有效的治疗手段而病死率高。

近10年来,多数学者根据临床表现而将其归为“喘证”、“痰饮”、“咳嗽”、“肺痿”、“肺胀”、“肺痹”、“短气”等疾病范畴,病位主要在肺、脾、肾,病机涉及虚、痰、热等,尝试用中医药治疗本病,虽然目前处于探索阶段,但已显示出了良好的前景,进一步研究有着十分重要的理论和现实意义^[3]。我们立足于中医理论,结合现代研究成果,认为本病的病位在肺络,基本病机为肺络痹阻,拟定通补肺络法治疗本病,初步研究表明,该法可以针对本病的多个发病环节起作用,显示本疗法功效的多价性^[4~7]。

1 肺纤维化的病机

1.1 肺络痹阻是肺纤维化的基本病机:络病学说,《内经》发其端,汉代张仲景《金匱要略》“血痹”诸方见其用,清代叶天士倡其法而集大成,但应用“络病理论”指导肺病的治疗尚不多见。

1.1.1 肺络涵义:络者,络脉也,有广义和狭义之分,广义的络包涵“经络”之络与“脉络”之络,狭义之络仅指“经络”之络。络病理论中的络主要指广义之络,主要有十二正经、奇经八脉的别络;络脉中最小的分支即孙络;循行浮现于体表肌肤的浮络、血络;潜行于人体深部三焦膏膜原、胸腹的阳络、阴络和络脏属腑的肺络、肝络、脾络、心络、肾络等脏腑经隧等。络脉内至脏腑、外至四肢肌腠、踝谷肉节,犹如网络,纵横交错,无

所不至,具有沟通表里内外,贯通营卫气血津液,濡灌脏腑组织等功能。考肺络之义,大约有三:其一为肺内血管,如清·沈金鳌所说“咳血者,火乘金位,肺络受伤”中的肺络似指肺内的小血管;其二为肺内气管一支气管系,如清·陈平伯“湿热证,咳嗽昼夜不安,甚至不得眠者,暑邪入于肺络”中所说的肺络似指支气管;其三为肺内淋巴管。肺络能运行气血,深入肺脏,联络脏腑,与现代医学肺内的下呼吸道和肺内毛细血管的功能相似,我们在动物模型病理研究中发现,病变部位不仅在肺泡壁,而且累及细支气管和小血管,因此我们认为肺络似与肺内的终末性细支气管以下的呼吸道和肺内的毛细血管类似。

1.1.2 肺络痹阻征象:肺络痹阻则气血不通,故肺失其主气、司呼吸和朝百脉、主治节的功能,而见咳嗽、呼吸困难、唇舌紫绀;四肢百骸不得气血濡养而见消瘦、杵状指等。现代医学认为,肺纤维化的病位主要在肺泡壁,肺泡壁的上皮细胞和毛细血管内皮细胞也发生病变,有时小气道和小血管也被累及。细支气管和肺泡壁的纤维化导致肺的顺应性降低和限制性通气障碍;细支气管的炎变和肺小血管的闭塞引起通气血流比例失调和弥散能力的下降,最终发生低氧血症和呼吸衰竭^[8],与肺络痹阻的表现颇为相似。“邪既入络,易入难出,势不能脱然无累”,肺纤维化病程久,缠绵难愈,与“久病入络”、“废弃沉痾”、“经年累月”等病邪入络后临床表现缠绵难愈、常规治疗很难取效的络病表现相类似。

1.1.3 肺络痹阻成因:究肺络痹阻之因,不外乎虚、滞两途。

虚:络脉充盈有赖于络中气血充足,络中气血充足,又依赖于脏腑尤其是肺肾的功能正常。中医学认为,人体的呼吸运动主要与肺肾的功能密切相关。肺的主要生理功能是主气、司呼吸,《素问·五藏生成》篇“诸气者,皆属于肺”和《素问·六节藏象论》“肺者,气之本”都说明肺为五脏中与气关系最为密切的内脏,这是因为肺司呼吸,清气由肺吸入,是人体气的主要来源之一,肺司呼吸的功能正常与否,直接影响气的生成;肺主气的功能还体现在对全身气机的调节作用。呼吸固然是肺的功能,其中呼气是靠肺的宣发作用,吸气是靠肺的肃降作用,但是吸气的降纳,必需得到肾的摄

¹ 上海市静安区中心医院中医科,上海市西康路259号(200040)

² 上海中医药大学附属龙华医院

收稿日期:2002-03-31

纳。如清·何梦瑶指出：“气根于肾，亦归于肾，故曰肾纳气，其息深深”。林珮琴亦指出：“肺为气之主，肾为气之根。肺主出气，肾主纳气，阴阳相交，呼吸乃和”。这些论述都表明呼吸运动也依赖肾的功能正常。致病因子侵入人体，留滞肺内，损害肺脏，造成肺气亏虚，令气失所主，在脏腑则为短气、喘促、咳嗽，在肌表则为易感冒，在络脉则不能鼓动脉络则为痹阻等；肺病虚损，病穷及肾，则肾气虚弱，不能纳气归元，气浮逆于上，则为喘促，动则尤甚等。病初病在气分，日久则累及血分，因气能生血化津，肺肾气虚，津血生化乏力，久则阴液亦随之而亏，无以润肺养身则出现干咳、咽干、低热、消瘦等阴液亏虚之象，无以充络脉则见痹阻之征。

滞：络脉是气血津液输布环流的枢纽和通路，而气机通畅、络道无阻是其维持功能正常的前提。若因邪气犯络或络脉空虚致络中气机郁滞、血行不畅，或津凝痰结，阻碍络道，均可影响络中气血运行及津液的输布，从而产生一系列的络脉阻滞病理变化。造成肺络阻滞，主要是因为邪毒入络及因肺肾功能失调致痰、瘀等病理产物的阻络等。肺主气、司呼吸，皮毛为肺之合，故邪毒可从肺系、肌表侵入肺络，与络中气血相搏，瘀凝阻滞，络脉痹阻而发病。临床所见急性间质性肺炎者，多以感受热毒最为多见，其特点是来势猛、邪势重、病情凶险，盖因肺为娇脏，不耐邪侵，一旦遭受邪势重的热毒侵袭则肺中津气消亡，肺络痹阻，而出现高热、呼吸困难、咳嗽等，若不及时扭转病势则可病及心肾，出现亡阴亡阳的危局。若邪热轻者，可经数年而累及肺络而为病，如《内经》“皮痹不已，复感于邪，内传于肺”而为肺痹之论。

肺主行水，为水之上源，在水液代谢过程中，继“脾气散精”之后，有“通调水道，下输膀胱”的作用；若肺气亏虚，津气散布失调，潴为痰饮。肺主治节、朝百脉，助心脉而行血；若肺气不足，“肺中之血凝而留止”，产生瘀血。肾藏精，精生髓，髓生血，阴精亏虚，则血生化乏源，或阳气亏虚则血液运行无力，可导致血瘀。“肾者，水脏，主津液”，寄元阴元阳，具有蒸化水液，分清泌浊之功能，肾虚气化无权，水液停而为痰饮。痰和瘀可同时而成，也可因痰而致瘀，或因瘀而致痰，相互作用，相互影响，最终导致痰瘀同病，正如叶天士所言：“经年累月，外邪留著，气血皆伤，败瘀凝痰，混处经络”。痰瘀阻痹肺络则为胸闷、气短、面暗唇紫舌质紫暗等；流注关节则可形成杵状指。

需要进一步指出，痰瘀互结，可使元气耗损，气失健运，正如张锡纯所云：“诚以人身经络，皆有血融贯其间，内通脏腑，外灌周身，血一停滞，气化即不能健运

……”那样，造成正气更虚，邪恋难祛的局面，与肺纤维化病情进行性加重颇为相似。

总之，肺络痹阻多因肺肾亏虚致络中气血不足，或因邪毒入络，肺络中血行迟滞、络脉失养，痰瘀互结阻于络中，正谓“最虚之处，便是容邪之处”，络愈虚则邪愈滞，而成虚实夹杂、正虚邪恋之候，治疗非易。

1.2 外邪侵袭是疾病恶化的要因：元气发于肾，通行全身，为各脏腑和诸经脉生理活动的原动力。卫气主于肺，有防御外邪入侵的功能。肺纤维化患者肺肾亏虚，御侮能力低下，再加上长期应用激素治疗，损伤机体免疫力，易导致外邪入侵，临床上以风热外邪多见，与体内的痰瘀交结，蕴久化热，使病情加重，而出现咳嗽、咯痰色黄、发热等。正如王九峰指出：“《经》以邪之所凑，其气必虚。肺合皮毛，风邪易袭，皮毛先受风邪，邪气以从其合。肺中津液，不归正化，凝结为痰，屡有伤风、咳嗽气促之患，喉间作痒，金水枯燥，可以知而无疑”。临床上，肺纤维化患者常因肺内反复感染而使咳嗽加重，甚至成为致死的诱因。而应用通补肺络法治疗可提高正气抗邪能力，减少感冒发生，从而使病情稳定好转。

总之本病的病位在肺络，初在气，久则及血，病机涉及虚、痰、瘀等多个方面，此言其常证。如论变证，若久病及心，心阳虚衰则为悸为肿为脱；若因外感，变证蜂起，为呼吸窘迫为喘脱，甚则阴阳离决而亡。

2 通补肺络法治疗肺纤维化的具体治法

肺络痹阻为肺纤维化的基本病机，则通肺络法自为应对治法，但“通之之法，各有不同。调气以和血，通也；调血以和气，通也；下逆者使之上行，中结者使之旁达，亦通也；虚者助之使通，寒者温之使通，无非通之之法也”。结合先贤络病理论，我们提出肺纤维化的治法于下。

大凡络虚，通补最宜；对于肺络痹阻之肺纤维化，“通补为宜，守补则谬”，“治当通补络脉”。所谓通补，“初补气血之中，必佐宣行通络之治”，但应分阴血、阳气亏虚之不同。络虚属阴血虚者，“络虚则热”，治“宣通经络，佐清营热”，“甘缓理虚”，但“久病已入血络，兼之神怯瘦损，辛香刚燥，决不可用”，宜“通血络润补，勿投燥热劫液”，遵张景岳“善补阴者，必于阳中求阴，则阴得阳助而泉源不竭，治宜‘辛甘润温之补’”。阳虚者当以甘温益气，必“辛甘温补，佐以流行经络”。

辛以通络，破血逐瘀：夫药有寒热温凉之性，酸苦辛咸甘淡之味，升降沉浮之能，厚薄轻重之用，《本草经疏》云“五味之中，惟辛通四气”，故治肺络痹阻“当辛以通之”，盖肺络痹阻因于痰瘀互结者，辛之能行气破血逐瘀，若兼热毒者，辛之可润。辛以通络，虽有气血之

分,但气中有血,血中有气,两者相互依存,不可分割,络病日久,多为气血瘀痹,故行气与活血不可截然分开,正如《内经》所云:“疏其血气,令其条达,以致和平”。痰浊宜逐,但更应“善治者,不治痰而治气”、“痰兼肺脾”、“虚痰补肾”等不治痰而治痰之本。

搜剔络邪,须藉虫类;宿疾久病,肺络中痰瘀沉痼,或经年累月,外邪留着,气血皆伤,其化为败血凝痰,混处经络,已不是一般草木之品所能取效,反易使正气耗散而病邪日益锢结,必以“飞者升,走者降,灵动迅速,追拔沉混气血之邪”的虫类药以“搜剔络中混处之邪”,松透病根,从而达到“血无凝着,气可宣通”的目的。

参考文献

- 1 American Thoracic Society. Idiopathic pulmonary fibrosis: Diagnosis and treatment. Am J Respir Crit Care Med. 2000;161:646-664.
- 2 Raghu G. Interstitial lung disease: A diagnostic approach. Am J Respir Crit Care Med. 1995;151:909-914.
- 3 张天嵩,韩镭. 近10年来中医药治疗肺纤维化临床研究进展. 浙江中医杂志. 2000;35:452-454.
- 4 张天嵩,赵子贤,马君,等. 补气通肺汤治疗特发性肺纤维化12例. 浙江中医杂志. 1999;34:54-55.
- 5 赵子贤,张天嵩,马君,等. 补气通肺汤对博来霉素A5诱发大鼠肺间质纤维化干预作用的实验研究. 山东中医药大学学报. 1999;23:462-464,469.
- 6 马君,张天嵩,欧阳修河,等. 补气通肺汤对肺纤维化大鼠病理及血清BALF中HA、LN的影响. 中国中医药信息杂志. 1999;6(11):40-41.
- 7 马君,张伟,张天嵩,等. 补气通肺汤对肺纤维化大鼠免疫抗氧化功能的影响. 浙江中医杂志. 1999;34:485-487.
- 8 泉孝英. 间质性肺疾病的概念与分类. 日本临床. 1990;48:474-479.

六味地黄汤治疗糖尿病性视网膜病变24例

常珍¹ 石勉¹ 张如兰² 俞兴源³

糖尿病性视网膜病变(diabetic retinopathy, DR)是糖尿病的严重并发症,我们采用激光光凝治疗的同时给予中药六味地黄丸治疗该病,疗效较好,报道如下。

1 临床资料

我们取1997年12月~2001年12月中国中医研究院眼科医院DR住院病例,资料相对完整者纳入整理分析,共49例(98只眼)。治疗组24例(48只眼)中男性9例,女性15例。年龄38~69岁,中位年龄58.5岁。单纯型29只眼(I期3只眼、II期11只眼、III期15只眼),增殖型19只眼(IV期11只眼、V期8只眼)。对照组25例(50只眼)中男性12例,女性13例。年龄26~74岁,中位年龄62岁。单纯型25只眼(I期2只眼、II期10只眼、III期13只眼),增殖型25只眼(IV期15只眼、V期10只眼)。

诊断及辨证标准:糖尿病诊断标准按WHO1980年糖尿病诊断标准,两组患者均为2型糖尿病。DR分期标准:按第三届全国眼科学术会议所定标准。辨证标准:参照国内标准,所有病例在阴虚证的同时,兼有血瘀、阳虚等不同。

2 治疗及观察方法

两组患者在应用原有降糖药同时,治疗组给予六味地黄丸加減水煎服,每日1剂,分2次口服,连续服药观察4~6周。基础方组成:生地黄、山药、茯苓、泽泻、山茱萸。同时根据全身症状及眼部表现进行加減:血瘀者加泽兰、益母草、丹参、蒲黄、三七粉、人参或西洋参、白术,阳虚者加桂枝或肉桂、淫羊藿。并同

时对视力、眼底、玻璃体出血进行治疗前后观察比较,统计学方法采用F检验。

3 结果

3.1 疗效标准:视力:(1)0.1以下按黑蒙(无光感)、光感、手动、数指/≤50cm、0.02、0.04、0.06、0.08、0.1每项为一级。(2)0.1以上视力使用国际标准视力表检查。

显效:视力在0.1以上者,改善≥4行,或0.1以下,每增进≥4级以上者;眼底出血、渗出、微血管瘤及视网膜水肿等,有3项以上减轻,或玻璃体积血完全吸收,或由重度混浊变为轻度混浊。有效:视力在0.1以上者,改善≥2~3行,或视力在0.1以下,每增进2~3级者;眼底出血、渗出、微血管瘤及视网膜水肿等,有一项以上减轻,或玻璃体积血有所吸收。无效:视力和眼底无变化。恶化:视力下降或眼底出血、渗出等病变增多。

3.2 结果:眼底变化:治疗前眼底出血(眼数):治疗组39只占81.3%,治疗后完全吸收5只占12.8%,部分吸收20只占51.3%,无变化14只占35.9%,恶化者为0。对照组治疗前为35只占72.9%,治疗后完全吸收6只占17.1%,部分吸收7只占20.0%,无变化21只占60.0%,恶化1只占2.9%,两组比较差异有显著性($P<0.05$)。治疗前玻璃体出血(眼数):治疗组25只占52.1%,治疗后完全吸收2只占8.0%,部分吸收9只占36.0%,无变化13只占52.0%,恶化1只占4.0%。对照组治疗前为31只占62.0%,治疗后完全吸收为0,部分吸收9只占29.0%,无变化22只占71.0%,恶化者为0,两组比较差异无显著性($P>0.05$)。综合疗效评定:治疗组48只眼中显效13只眼,有效17只眼,无效14只眼,恶化4只眼。总有效率63%,对照组50只眼中显效9只眼,有效16只眼,无效19只眼,恶化6只眼。总有效率52%,两组总有效率比较差异无显著性($P>0.05$)。

1 中国中医研究院眼科医院,北京市石景山区鲁谷路9号(100040)

2 中国中医研究院西苑医院

3 北京中医药大学东方医院

收稿日期:2002-07-16