

# 肺脾肾相关理论与慢性阻塞性肺疾病

刘友章<sup>1</sup>, 徐 升<sup>2</sup>, 宋雅芳<sup>2</sup>

(1. 广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405; 2 广州中医药大学 2004 级博士研究生, 广东 广州 510405)

关键词: 肺脾肾相关; 慢性阻塞性肺疾病

中图分类号: R223.1 R563.5

文献标识码: A

文章编号: 1009-5276(2006)07-1195-02

慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 是一种具有气流受限特征的疾病, 气流受限不完全可逆, 呈进行性发展, 与肺部对有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关<sup>[1]</sup>。它是一种全球性患病率高的疾病, 也是病死率较高的重要疾病。近年我国北部及中部地区 102230 成年人调查, COPD 约占 15 岁以上人群 3%, 估计全国 COPD 患者约有 2500 万人, 全国每年因 COPD 死亡的人数达 100 万, 致残人数达 500~1000 万<sup>[2]</sup>, 已达到惊人的程度。中医药及其相关理论在积极防治慢阻肺, 减轻症状, 阻止病情发展, 缓解或阻止肺功能下降, 改善患者活动能力, 提高生活质量, 降低病死率等方面发挥了重要的作用。

## 1 肺脾肾气阳虚衰是慢阻肺发病的前提

正气亏虚是疾病发病的内在因素, 中医学非常重视正气在疾病发病中的地位, 认为正气旺盛, 脏腑功能正常, 则病邪难以入侵, 疾病无从发生, 只有正气亏虚, 脏腑衰弱, 无力抗邪, 邪气才能乘虚而入, 导致疾病的发生。此即《内经》“正气存内, 邪不可干”, “邪之所凑, 其气必虚”之说。因此, COPD 的发病也必然与机体正气虚损有关。中医所讲的正气, 包括了人的元气、宗气和卫气等, 气有阴阳之分, 从慢阻肺的发生发展及其病机特点来看, 气阳虚是其本虚的关键。根据全国防治慢性支气管炎的基础研究报告<sup>[3]</sup>, 认为慢性支气管炎的病理基础主要为阳虚。从临床表现分析, 慢阻肺的气阳虚衰程度, 是随着病程的迁延和病情的加重而循序渐进的, 且慢阻肺与慢性支气管炎和肺气肿密切相关, 因此, “气阳虚弱”是 COPD 发作的重要内因。《素问·咳论》云: “五脏六腑皆令人咳, 非独肺也。”COPD 多由久咳、久喘、久哮等肺系疾病反复发作、迁延不愈发展而成, 关乎五脏, 而重在肺、脾、肾三脏气阳之衰。

《诸病源候论·咳逆短气候》云: “肺气为微寒所伤则咳嗽, 嗽则气还于肺间则肺胀, 肺胀则气逆, 而肺本虚, 气为不足, 复为邪所乘, 壅痞不能宣畅, 故咳逆、短气也。”《症因脉治》云: “肺胀之因, 内有郁结, 先伤肺气, 外复感邪, 肺气不得发泄, 则肺胀作矣。”可见历代医家均认为 COPD 病位

首先在肺。肺主气, 是五脏中与气关系最为密切的内脏, 《素问·五藏生成论》曰: “诸气者, 皆属于肺。”《素问·六节藏象论》亦云: “肺者, 气之本。”这是因为肺是人体气的主要来源之一, 其司呼吸功能的正常与否, 直接影响着气的生成。又“肺主皮毛”, “开窍于鼻”, 卫气不足, 呼吸道防御机能和免疫调节能力下降, 则易受邪侵, 致使肺气郁遏, 宣降失常。因此肺气虚是 COPD 发生发展的首要条件。

《内经》中言“胃为卫之源”。脾胃为后天之本, 气血生化之源, 脾健胃纳正常, 则后天气血充旺, 腠理卫外固密, 贼邪难以侵入, 亦所谓“正气存内, 邪不可干”是也。脾胃居于中州, 通连上下, 为升降之枢, 脾健胃纳正常, 气机升降有序, 则肺气宣发肃降才能如常。若脾胃虚弱, 脾阳不足, 中虚失运, 精微不化, 乏于升降, 水湿不运, 悉聚为痰, 金乏土培, 痰浊渍上, 则咳、痰、喘诸症作矣。脾为后天之本, 在宗气生成、水液代谢方面与肺气功能密切, 脾为肺之母, 脾阳不足, 导致肺阳不固。脾阳一虚, 则上不能输精以养肺; 下不能助肾以制水, 水寒之气反伤肾阳。而阳气虚衰, 无力祛痰散瘀, 致使痰瘀胶结, 伏着于肺, 痰瘀为阴邪, 阴胜则阳病, 阳虚更甚, 形成恶性循环。肾主纳气, 肾之元阳为一身阳气的根本, 即“气根于肾, 亦归于肾, 故曰肾纳气, 其息深深”。《医贯·喘》云: “真元损耗, 喘出于肾气之上奔……乃气不归元也。”肾为先天之本, 水火之脏, 清·陈士铎《石室秘录》指出: “命门, 先天之火也……肺得命门而治节……无不借助命门之火而温养之。”由此可以看出肺功能的正常运转, 有赖于命门真阳的温养, 肾纳气功能直接影响肺主气功能。若肾阳虚衰, 蒸腾气化功能减退, 水气内停, 上泛射肺则肺失肃降, 而喘、肿并见。

## 2 痰瘀互结是慢阻肺发病的重要因素

痰液乃津液代谢失常所形成的病理产物。人体津液代谢主要涉及肺、脾、肾三脏。COPD 患者肺脾肾三脏亏虚, 从而导致了痰液的形成。血液流行不止, 环周不休有赖于气的推动, 有赖于阳气的温煦, 气虚或气机郁滞或阳失温煦均可致血瘀。气阳虚衰, 无力祛痰散瘀, 致使痰瘀胶结, 阻塞气道, 伏着于肺, 气机不利, 气不化水而成痰, 血行不畅而成瘀, 痰瘀互生, 痰瘀胶结, 遂成窠臼。

“肺为水之上源”, 肺气虚或肺气壅塞, 失于宣发和肃降, 其通调水道功能失常而不能布津, 聚津成痰, 引发并加重咳嗽; 脾主运化水谷精微, 《素问·太阳阳明论》中指出: “脾为胃行其津液”, 说明了脾脏在津液代谢中的重要作用。脾气虚, 运化功能失调, 津液不得输布, 聚而成痰, 上注

收稿日期: 2006-01-06

基金项目: 国家重点基础研究发展计划 - 973 计划课题项目 (2005CB523502)

作者简介: 刘友章 (1952-), 男, 广东广州人, 教授、主任医师, 博士研究生导师, 研究方向: 中医内科临床及研究。

# 无症状性脑梗死危险因素与微观证治学

郭振球

(湖南中医药大学, 湖南 长沙 410007)

**摘要:**目的:探讨无症状性脑梗死危险因素及其辨证论治规律。方法:用微观证治学,对脑梗死病例证治、理法、方药分析研究。结果:阐明了脑梗死危险因素,微观证治学理法方药。结论:为脑梗死危险因素,提供了有效的中医药防治方法。

**关键词:**脑梗死;气虚血瘀;肝风袭络;痰瘀阻络

**中图分类号:** R743.33

**文献标识码:** A

**文章编号:** 1009-5276(2006)07-1196-03

无症状性脑梗死 (asymptomatic cerebral infarction, ACI) 为老年人常见病。在 65 岁以上健康老年人群中, CT 及核磁共振 (MRI) 检出率为 28%, ACI 与年龄密切相关, 60~64 岁的人群的风险增加 8%, 而在 85~90 岁人群则增加 2~10 倍, 筛查发现 ACI 发生认知功能障碍和痴呆至少增加 2 倍。基线时具有 ACI 患者, 在随访的过程中, 认知功能下降更快。近年来, 由于 CT、MRI 等技术及微观证治学方法的发展, 笔者对 ACI 病因病机和理法方药的深入研究, 积累了防治 ACI 的丰富经验。

## 1 脑梗死临床辨证分析

脑梗死临床病案 316 例, 男 191 例, 女 125 例; 平均年龄 (63.07±8.84) 岁, 辨证分型: 肝风袭络 (风) 证、气虚血

瘀 (瘀) 证和痰瘀阻络 (痰) 证, 其中风证 97 例, 占 30.70%; 瘀证 167 例, 占 52.85%; 痰证 52 例, 占 16.46%, U 检验, 瘀证显著高于风证和痰证 ( $P < 0.01$ )。脑梗死三证与病史: 风证与高血压病史者, 高于瘀、痰二证 ( $P < 0.01$ ); 瘀证与心脏病史者, 高于风证和痰证 ( $P < 0.05$ ), 而且其糖尿病史高于风证 ( $P < 0.05$ ), 但与痰证无明显差异。

脑梗死的起病动静与神识状态: 在安静状态下发病者, 占 80.30%, 活动时发病的占 19.62%, U 检有显著差异 ( $P < 0.01$ ), 神清的占 96.4%, 神昏的占 3.16%, 两者亦有极显著性差异 ( $P < 0.01$ )。但其起病形式和神识变化与三证, 又无显著性差异 ( $P > 0.05$ )。

关于脑梗死生化指标检测:<sup>[1]</sup> 三证脂质变化与血液中

于肺, 引发咳嗽、咯痰。即所谓“脾为生痰之源, 肺为贮痰之器。”“肾为水之根”, 主一身之阳气, 具有温化水湿之功, 肾阳虚衰, 无力化气行水, 则聚水成痰。陈修园在《医学从众录》中指出: “痰之本, 水也, 源于肾; 痰之功, 湿也, 主于脾; 痰之行, 气也, 贮于肺。”对于痰的形成做了精辟的论述, 亦指出 COPD 患者痰湿形成的基本原理。

《医学真传·气血》云: “人之一身, 皆气血之所循行, 气非血不和, 血非气不运。”气血功能失调在血瘀形成上主要表现为: 气虚血瘀、气滞血瘀、阳虚血凝。“气为血之帅, 气行则血行”, 肺朝百脉, 主治节, COPD 患者肺虚为本, 肺气亏虚, 无力助血运行, 则见血行瘀滞, 造成气虚血瘀; 肺气若为外邪所壅塞, 亦可导致心脉运行不畅, 甚而血脉瘀滞。若子病及母, 脾气亏虚, 导致气血生成减少, 可进一步加重血瘀。血得温则行, 得寒则凝, 若发展到肾阳亏虚, 则见阳气不能温煦血脉之瘀血。中医有“久病耗气”、“久病血瘀”之说。COPD 患者病程较长, 且反复发作, 久则病邪入络, 影响血液的运行, 导致瘀血的形成。正如叶天士所云: “初病在气, 久病从瘀”。

痰、瘀两者同属阴邪, 互为因果, 相互影响。隋·巢元方明确指出: “诸痰者, 皆由血脉壅塞, 饮水积聚而不消除, 故成痰也”。唐容川亦在《血证论》中指出: “内有瘀血, 则阻碍气道, 不得升降。气壅则水壅, 水壅即为痰饮”。在病

理上若痰浊血瘀之邪交错在一起, 阻碍肺气宣发肃降之功, 则肺气郁闭, 气壅于胸, 其在肺, 滞留于肺, 肺体胀满, 张缩无力, 故见胸膈胀满不能敛降。即《丹溪心法·咳嗽》所谓“肺胀而咳, 或左或右不得眠, 此痰挟瘀血碍气而病。”此外痰邪具有重浊黏腻的特性, 使病势缠绵难愈, 加之瘀血, 使得气逆乱, 病情复杂。痰瘀互结, 阻塞气道不能吸清呼浊, 清气不足而浊气有余, 上蒙神窍, 则可发生烦躁、嗜睡、昏迷等病证。痰瘀互结, 使病情笃重, 耗伤正气, 加之肺胀为本虚之病, 故出现肺肾气脱凶险之征。因而可说痰瘀互结为肺胀加重的主要病机。

## 3 病久延及他脏

肺与心脉相通, 肺气辅佐心脏运行血脉, 肺虚治节失职, 久则病及于心。心阳根于命门真火, 如肾阳不振, 进一步导致心肾阳衰, 可以出现喘脱等危候。

综上所述, 慢阻肺病性为本虚标实, 病位初期以肺为主, 日久则由肺及脾、肾, 晚期以肺、肾、心受损同见。肺脾肾三脏的气阳亏虚是慢阻肺产生的前提, 内在基础; 痰瘀是慢阻肺的主要病理因素, 痰瘀互结为慢阻肺加重的主要病机; 慢阻肺发病过程即肺气虚 → 肺脾肾气阳亏虚 → 虚瘀互结。

## 参考文献:

- [1] 中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组. 慢性阻塞性肺疾病诊治指南 [S]. 中华结核和呼吸杂志, 2002, 25(8): 453
- [2] 慢性阻塞性肺疾病防治研讨专题会议在北京召开 [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2001, 24(10): 583
- [3] 洪广祥. 浅谈慢性支气管炎发病和证治 [J]. 江西中医药, 1986, 6: 11

收稿日期: 2006-01-19

作者简介: 郭振球 (1926-), 男, 湖南长沙人, 教授, 博士研究生导师, 全国继承老中医学术经验指导老师, 世界教科文卫组织医学专家成员, 美国诺贝尔医学研究院院士, 英国皇家联盟科学院荣誉院士, 研究方向: 微观证治学。