

慢性阻塞性肺疾病的痰瘀辨治

张 骞, 李金田

(甘肃中医学院, 甘肃 兰州 730000)

摘 要:慢性阻塞性肺疾病病因复杂,发病机制尚不明确,是临床缺乏有效治疗手段的常见疾病。从痰瘀两个关键环节入手,认为痰浊与瘀血二者既是津血不归正化的病理产物,又是导致脏腑功能失调的病理因素。痰瘀同源而互衍,痰阻则血滞而瘀,血瘀则痰结难化,致使病情缠绵迁延,反复发作,经久不愈。因此,临证从痰瘀辨治是治疗该病的根本方法。

关键词:肺疾病;慢性阻塞性;痰;瘀;辨证论治

中图分类号: R259.63

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2009)01-0158-03

The Determination of Treatment Based on Chronic Obstructive
Pulmonary Diseases by Dealing With Phlegm and Stasis

ZHANG Qian, LI Jin-tian

(Gansu College of TCM, Lanzhou 730000 Gansu China)

Abstract The pathogeny of chronic obstructive pulmonary diseases is complicated and undefined, it is common and short of efficient cure measures. This paper starts with the 2 key points of phlegm and stasis. The author puts forward the view that phlegm and stasis are both the pathological outcome which can result in viscera dysfunction. Phlegm and Stasis have the same origin, phlegm could lead to blood stasis, and the latter also could cause the former. They all bring about the state of illness lingering, deferment and iterative outbreak, make the course of the disease long. Consequently, phlegm and stasis should be cured at the same time according to the clinical practice. The method is the ultimate way in treating chronic obstructive pulmonary diseases.

Key words pulmonary diseases; chronic obstructive; phlegm; stasis; treatment based on categorical identification

慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, 简称 COPD) 是一种以慢性气流受限为特征, 不完全可逆, 呈渐进发展的疾病, 伴有气道对有害颗粒或气体的异常炎症反应^[1]。临床上以反复发作性咳嗽, 咯痰, 喘息, 气促, 胸闷, 甚至呼吸困难为特征。如《圣济总录·肺藏门》所述: “其证气满胀, 膨膨而咳喘”。本病病因复杂, 病机不明, 目前尚无有效药物能控制其病情的发展, 故严重威胁患者健康。依据其临床表现和病程演变, 可将其归属于中医学“内伤咳嗽, 哮喘, 喘证, 肺胀”等疾病范畴, 进行辨证论治。

1 发病特点

肺位最高, 又有娇脏之名。因其为华盖, 且主皮毛而开窍于鼻, 凡外邪袭人, 不从皮毛而客, 必由鼻窍而入, 故六淫外邪最易犯肺; 又肺为清轻之地, 最不耐外邪之侵扰, 而外邪侵扰恰是本病急性发作的重要因素。外邪入侵, 每借有形质者为依附, 蕴藏于肺之痰浊是外邪最好的附着物^[2], 二者相合, 胶着难去, 危害机体。张锡纯《医学衷中参西录》有云:

“肺脏有所损伤, 其微丝血管及肺泡涵津液之处, 其气化皆淹瘀凝滞, 致肺失其玲珑之体, 则有碍于阖辟之机, 呼吸则不能自如矣”。认为肺气损伤后, 气化不行, 致血瘀痰浊阻于肺络, 肺失宣肃, 临床上出现呼吸困难等症状, 其描述的证候与现代医学“COPD”十分相似。研究证实 COPD 的特征是累及气道、肺实质和肺血管的慢性炎症^[3], 复杂的炎症细胞浸润, 胶原含量增加及瘢痕组织形成, 能相互促进, 最终导致气道结构的重塑和气道阻塞的形成^[4]。病理上可见支气管、细支气管黏膜水肿, 毛细血管基底膜增厚, 中性粒细胞及淋巴细胞、巨噬细胞浸润和黏液分泌旺盛, 具体表现为支气管黏膜的柱状上皮细胞增生、变性、坏死、再生或鳞状上皮化生, 纤毛黏连倒伏及脱落等^[5]; 血液流变学改变则出现“浓、黏、凝、聚”的物理特性^[6], 具体表现为当 COPD 反复感染, 刺激肾脏球旁细胞生成促红细胞生成因子, 引起红细胞增多, 聚集性增加, 血管内皮细胞发生损害, 致血液黏稠度增高, 纤维蛋白原形成增多, 红细胞表面电荷密度增加, 肺小动脉平滑肌肥厚、血栓形成, 管腔闭塞, 致血流阻力增加, 使血瘀更为严重^[7]。总之, COPD 不断发展的过程, 是气道炎症伴随着恶性循环的渐进发病过程^[5]。

2 病机

肺叶娇嫩, 肺系疾病易虚易实, 且具有形成虚实夹杂证

收稿日期: 2008-08-21

基金项目: 甘肃省教育厅资助项目 (0505-02)

作者简介: 张骞 (1983-), 男, 助教、医师, 硕士研究生, 研究方向:

中医药防治肺系疾病的临床与科研。

的病理特点。实者,痰壅,痰阻;虚者,肺脾肾俱虚。痰浊与瘀血不是孤立为病,而是相互影响。瘀血在正气的作用下可直接化生痰水,新生之痰水与未化之瘀结合而同病^[8],可见二者是疾病发生、发展的重要环节。

2.1 痰 痰乃体内水津不归正化而变生的病理产物,即可因病而生,亦可停积致病。《景岳全书·痰饮》指出“痰即人之津液,无非水谷之所化,此痰亦既化之物,而非不化之属也。……而痰涎本皆血气,若失其正则脏腑病,津液败,而血气即成痰涎”。《寿世保元·痰喘》谓“肺胀喘满,膈高气急,两肋煽动,陷下作坑,两鼻穹张,闷乱嗽渴,声嘎不鸣,痰涎壅塞”。可见痰是肺胀的主要病理因素。人体津液代谢主要涉及肺脾肾三脏,陈修园在《医学从众录》中指出“痰之本水也,源于肾;痰之动湿也,主于脾;痰之行气也,贮于肺”。对于痰的形成作了精辟论述,表明了 COPD 患者痰湿形成的基本原理。痰的产生,最初责之肺气的升降失常,气机不利,又肺为水之上源,肺通调水道功能失司,水液不行停聚为痰;肺病及脾,子耗母气,脾失健运,内湿由生聚而为痰,《医宗必读·痰饮论》谓“惟脾土虚湿,清者难升,浊者难降,留中滞膈,痰而成痰”;“肾者水脏,主津液”,久病及肾,蒸腾气化失常,聚水成痰,《难经》曰:“肾主五液,化生五湿,湿能生痰”。《医贯·痰论》又曰:“肾虚不能制水,则水不归源,如水逆行,洪水泛滥而为痰”。痰久不祛,肺气亏虚不能布津,脾虚转输运化失职,肾虚蒸化失常,致痰浊壅滞更甚。《景岳全书·卷三十一》云:“盖脾主湿,湿动则为痰;肾主水,水泛则为痰。故痰之化无不在脾,而痰之本无不在肾”。若脾肾得复,则水湿可运,气机能行,瘀血可化,痰瘀自消。

2.2 瘀 瘀血,是体内血运失常、血液停滞所形成的病理产物,又是致病因素,包括离经之血积存体内,以及血运不畅而阻滞于经络脏腑的病理变化。《说文解字》曰:“瘀,积血也”。唐容川指出“又有咳嗽侧卧一边,翻身则咳益甚者,诸书皆言侧卧一边乃失血咳嗽不治之证,而不知仍是瘀血为病”。瘀血的形成常见于以下几方面:其一,肺朝百脉,主治节,“气为血帅”,COPD 患者肺虚为本,久病喘咳,肺气虚损,不能贯心而朝百脉,无力助血运行则血行瘀滞,如周学海《读医随笔·承制生化论》所载“气虚不足以推血,则血必有瘀”。《不居集》所言:“肺气虚,则不能水津四布,而浊瘀凝聚”。其二,脉为血之府,血液的正常运行取决于脉道通畅无阻,若痰浊停留,壅滞血脉,阻碍气之升降出入则血郁为瘀,诚如唐容川所云“若无瘀血,何致气道阻塞,以致咳逆倚息不得卧”。《玉机微义》亦云“人之血气流行,无一息间断,才有壅滞,津液停积,瘀遂生焉”。其三,肺气虚,胸中阳气不足,久病延及脾肾,脾肾阳虚致心失温煦,心气损伤鼓动无力,则血脉壅滞成瘀,《脉因证治》所谓“肺伤日久,必及于心。盖心肺同居上焦,心主血脉;肺主气,朝百脉,辅心而行血脉。肺病血瘀,必损心气”。其四,“久病耗气”,“久病入络”,COPD 患者病程长,且易反复发作,久则病邪入络,影响血液运行,导致瘀血形成,如叶天士所云“初病在气,久病从瘀”。

2.3 痰瘀互结 痰由津来,瘀由血化;津聚则为痰,血凝则为瘀。津血本系同源,痰瘀本为一体。仲师曰:“血不利则为水”。

赵献可《医贯》言:“痰也,血也,水也,一物也”。李梴《医学入门》曰:“肺胀满,即痰与瘀血碍气,所以动则喘急”。《灵枢·百病始生》谓“凝血蕴里而不散,津液涩渗,著而不去积成矣”。均从病理上体现了痰浊与瘀血的相关性。隋·巢元方《诸病源候论·痰饮诸病候》云:“诸痰者,此由血脉壅塞,饮水积聚而不消散,故成痰也”,《奇效良方》亦云:“气塞不通,血壅不流,凝血蕴里,津液凝涩,渗着不去而成痰”,均阐明了瘀血生痰的病理过程。唐容川在《血证论》指出“盖人身气道,不可有壅滞,内有瘀血,则阻碍气道不得升降,气壅则水壅,水壅即为‘痰饮’,‘血积既久也能化为痰水’。朱丹溪《倡巢囊之说》认为‘痰和瘀均为阴邪,同气相求,既可因痰生瘀,亦可因瘀生痰,形成痰瘀同病’,提出‘自气成积,自积成痰,痰挟瘀血,遂成巢囊’的论点,并在《丹溪心法·咳嗽》中言道:‘肺胀而嗽,或左或右,不得眠,此痰挟瘀血碍气而病’,说明肺胀与痰瘀互结密切相关。《医述》引罗赤诚论“如先因伤血,血逆则气滞,气滞则生痰,与血相搏,名曰瘀血挟痰;若素有郁痰,后因血滞,与痰相聚,名曰痰挟瘀血”。痰瘀互结,阻滞肺络,成为“凝痰败瘀混处经络”,如张山雷云:“痰涎积于经隧则络中之血必滞”。总之,痰瘀阻于肺络是脏腑气血津液功能代谢失常的进一步表现,也是其病势深伏而进行性发展的重要环节^[9]。

3 化痰祛瘀是 COPD 的基本治法

痰、瘀在 COPD 发病中至关重要,是病情不易好转的关键因素:一方面,肺部顽痰老痰不易去除,痰浊久羁气道,成为细菌良好的培养基;另一方面,由于瘀的存在,加重肺功能的低下,使得气体交换无法很好进行^[10]。中医有“怪病多由痰作祟”之说,《证治准绳》则云:“百病由瘀血者多”,现代医学验证了痰瘀相关性,推测脂质代谢紊乱的内外因素是痰瘀共同为病的病因所在^[11]。治疗应治痰兼顾化瘀,治痰不忘祛瘀,做到见瘀之证而防瘀之生,见痰之象而防痰之结。“痰为血类,停痰与瘀血同治。”此外,还应及早化解和防止痰瘀互化互结,防止疾病纵深发展,在治疗 COPD 患者时将化痰、祛瘀融为一体,贯穿始终。唐容川有言:“须知痰水之壅,由瘀血使然,但去瘀血则痰水自消”。关幼波云:“治痰要活血,活血则痰化”。现代研究发现,使用活血化瘀法可以扩张血管,降低血液黏稠度,改善微循环及心肺功能,通畅血流,加速渗出物的吸收和炎症消退,以达到改善通气和缓解症状的目的^[9]。“欲降肺气,莫如治痰”,“善治痰者不治痰而治气,气顺则一身之津液亦随气而顺矣”。治疗痰瘀时应注重行气药的重要作用,使得痰化气舒,瘀祛病安。朱丹溪在治痰的同时就很重视解郁散结兼加顺气和血之药物,《女科经论》引武淑卿语:“盖痞气之中未尝无饮,而瘀血之内未尝无痰,故消痰之中兼行气化痰为是”。研究表明,祛痰能稀释黏蛋白,促进坏死组织、炎性细胞及有害物质的排出^[12]。

诚然,在治疗时虽重在化痰祛瘀,但应该强调的是 COPD 主体在于肺脾肾俱虚,且久病必虚,所以要时刻不忘补虚。扶正补虚固本,调整脾胃功能,杜绝生痰成瘀之源,不使痰瘀滋生,控制痰瘀内生的诱发因素,提高机体抵抗力,做到未病先防或防止疾病复发。

丹参酮 ⑦A 对鼠脑缺血再灌注 损伤 MCP-1 和 TNF- α 含量的影响

李 浩, 刘开祥, 俸军林
(桂林医学院附属医院, 广西 桂林 541002)

摘 要:目的: 探讨丹参酮 ⑦A (Tan ⑦A) 对局灶性脑缺血再灌注损伤大鼠脑组织单核细胞趋化蛋白-1 (MCP-1) 和肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 含量的影响。方法: 将大鼠随机分为假手术组、缺血再灌注组、Tan ⑦A 低剂量治疗组和 Tan ⑦A 高剂量治疗组, 线栓法建立局灶性脑缺血再灌注模型。Tan ⑦A 高、低剂量治疗组于术前连续灌胃给予高、低剂量 Tan ⑦A 3 天, 每天 1 次。各组于脑缺血 90 min 再灌注 24 h 进行 2, 3, 5-三苯基氯化四氮唑 (TTC) 染色观察脑梗死体积, 采用酶联免疫吸附试验 (ELISA) 法检测检测脑组织 MCP-1 和 TNF- α 含量的变化。结果: (1) Tan ⑦A 治疗组脑梗死体积较缺血再灌注组减少, 高、低剂量组之间差异亦具有显著性 ($P < 0.05$)。 (2) 与假手术组比较, 缺血再灌注组脑组织 MCP-1 和 TNF- α 含量明显升高; 与缺血再灌注组比较, Tan ⑦A 高、低剂量治疗组脑组织 MCP-1 和 TNF- α 含量均明显降低, 高、低剂量组之间差异具有显著性 ($P < 0.05$)。结论: 降低缺血再灌注损伤脑组织 MCP-1 和 TNF- α 含量, 抑制再灌注损伤炎症反应, 可能是 Tan ⑦A 发挥脑保护重要途径之一。

关键词: 缺血再灌注; 单核细胞趋化蛋白-1; 肿瘤坏死因子- α ; 丹参酮 ⑦A

中图分类号: R285.5 文献标识码: A 文章编号: 1673-7717(2009)01-0160-03

Effect of Tanshinone ⑦A on Contents of MCP-1 and TNF- α Following Cerebral Ischemic Reperfusion Injury in Rats

LI Haq LIU Kai-xiang FENG Jun-lin

(Department of Neurology, the Affiliated Hospital of Guilin Medical College, Guilin 541002, Guangxi, China)

4 小 结

综上所述, COPD 患者病情复杂, 病程长久, 在其发生、发展及病机演变过程中, 痰瘀是不容忽视的重要因素。临床所见, 痰瘀的形成及发展涉及多脏腑、多致病因素。一般早期以痰浊为主, 渐而痰瘀并见, 终到痰瘀、水饮错杂为患^[13]。痰瘀阻肺是形成气道阻塞的病理基础, 是慢阻肺的标实证, 不仅在急性加重期可以出现, 就是在病情缓解稳定期也存在痰瘀现象。由此可见, 辨证的看待痰瘀相关, 有助于我们从动态、整体上把握慢性阻塞性肺疾病的治疗。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会. 慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 诊治规范 (2007 年修订版) [S]. 中华结核和呼吸杂志, 2007, 30: 8-17.
- [2] 黄礼明. 试论痰、瘀、虚在慢性阻塞性肺疾病辨证中的重要性 [J]. 贵阳中医学院学报, 2000, 22(1): 5-7.
- [3] 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: 253-260

- [4] 王胜, 徐凤珍, 陈余清. 慢性阻塞性肺疾病痰液白细胞介素 8 和肿瘤坏死因子测定及其意义 [J]. 中华结核和呼吸杂志, 2000, 23: 465-467.
- [5] 朱进, 王世宏, 沈宇清, 等. 肺失治节, 痰瘀互结是慢性阻塞性肺疾病的病理中心 [J]. 江苏中医药, 2003, 24(11): 4.
- [6] 孙力军, 郝兵, 孙持慧. 慢性阻塞性肺疾病对血液流变学的影响 [J]. 现代康复, 1998, 2(5): 476-477.
- [7] 蔡柏嵩. 协和呼吸病学 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2004: 804-833.
- [8] 韩明向, 李泽庚. 现代中医呼吸病 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [9] 曹璐敏. 慢性阻塞性肺疾病从痰瘀论治 [J]. 江西中医药, 2008, 39(2): 11-12.
- [10] 洪素兰, 陈永辉, 裴晓华, 等. 实用中医呼吸病学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 1995.
- [11] 宋剑南. 从生物化学角度看痰瘀相关 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2001, 6(3): 41.
- [12] 欧阳忠兴, 柯新桥. 中医呼吸病学 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1994: 608-621.
- [13] 周瑞君. 吴孝恺辨治肺胀经验 [J]. 四川中医, 2000, 18(8): 3.

收稿日期: 2008-08-07

基金项目: 广西自然科学基金资助项目 (0542110)

作者简介: 李浩 (1975-), 男, 广西桂林人, 主治医师, 硕士研究生, 主要从事脑血管病科研及临床工作。