

论脾虚为支气管哮喘之“宿根”

裘生梁, 徐俐颖, 鲁建锋

(浙江中医药大学第一临床医学院, 浙江 杭州 310053)

摘 要:哮喘是一种具有复杂免疫机制的气道炎症的疾患, 其反复发作难以治愈, 中医认为哮喘与脾胃密切相关。“痰”、“瘀”只是哮喘发作的病理因素, 而脾胃虚弱是贯穿哮喘病发作期与缓解期总病程的核心病机, 从而为运用培土生金法防治哮喘提供新思路。

关键词:哮喘; 病因病机; 脾虚

中图分类号: R562.25

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2009)09-1971-03

Approach to Direction of Treatment on Root of Bronchial Asthma

QIU Sheng-liang, XU Li-ying, LU Jian-feng

(Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310053, Zhejiang, China)

Abstract Bronchial asthma is a disease of inflammation in airway which has complicated immunologic mechanism, and it is difficult to be cured because of its recurrent attacks. Asthma is closely correlated with spleen and stomach in TCM. Phlegm and blood stagnation are the patho-factors of asthma; however, deficiency of spleen and stomach is the core pathogenesis of asthma during the period of onset and catabasis. We discuss it according to supply new treatment on asthma with the way of strengthening earth to generate metal.

Key words asthma; etiopathogenesis; deficiency of spleen

支气管哮喘(简称哮喘)为常见慢性病, 是以肥大细胞、嗜酸性粒细胞和 T 淋巴细胞为主的细胞反应和炎性介质作用的慢性气道炎症。属于中医“哮证”、“喘证”范畴。多因感受外邪或饮食情志等失调, 引动内伏于肺的痰饮, 痰气阻塞, 使肺气不得宣降, 以突然出现呼吸喘促, 喉间哮鸣有声为主要表现的肺系发作性疾病。多数病人长期不愈, 反复发作, 影响健康, 妨碍工作, 甚至累及终身。

哮喘是一种反复发作性疾病, 祖国医学认为其有“宿根”, “宿根”是指哮喘发作过后, 一旦遇到与之相关的外在条件(诱发因素), 哮喘又可重新发作的内在因素, 是构成哮喘的根本病机所在。首先提出哮喘有“宿根”这一病机的是明·戴思恭, 他在《秘传证治要诀·哮喘》提出: “喘气之病, 哮喘如水鸡之声, 牵引胸背, 气不得息, 坐卧不安, 此谓宿有此根, 如遇寒暄则发……”戴思恭虽然提出了哮喘有宿根的观点, 但对宿根的具体含义, 并未阐明。明清医家, 如张介宾、虞抟、叶文龄、林佩琴、叶天士等对哮喘宿根都有述及。诸家学说虽有“浊痰”、“痰火”、“寒痰”之不同, 但大多归于痰邪致哮, 似乎痰饮内伏为哮喘宿根已成为定论。近年来虽对哮喘发生机理研究较多, 但哮喘反复发作的“宿根”仍未完全阐明。由于近年来临床上仅从“痰”论治哮喘疗效不佳, 有不少学者提出了“血瘀”、“痰瘀”、“肝风”、“寒邪蕴伏”、“湿邪”、“肺阳不足”、“肾亏”、“本虚标实”、“体质特异和肺肾失调”为哮喘宿根的新观点, 然而这些只是哮喘发作的病理因素, 无法全面反映哮喘的总病机。

通观哮喘发作期与缓解期总病程, 脾虚才是贯穿哮喘的核心病机, 能比较全面、准确地反映“宿根”本质。本文力图通过明确脾虚这一“宿根”并加以对证治疗, 以达到“治病求本”这一临床治疗的最终目的。

1 “痰”“瘀”——哮喘反复发作的病理因素

1.1 宿痰伏饮

哮喘以宿痰伏饮为发病的内因和关键^[1], 宿疾不除, 痰饮不去, 则哮喘之根难绝。一旦外感病邪、饮食失节、情志失调、起居失常, 必将触及这一“宿根”使哮喘反复发作。然痰饮属阴邪, 其性黏稠, 留伏遏阳, 滞涩不散, 胶黏固结, 偏僻深邃, 难以涤除。正如喻嘉言所谓“窠囊之痰, 如蜂子之穴于房中, 如莲实之嵌于莲内, 生长则易, 剥落则难……故治窠囊之痰甚难”。

然而, 痰饮的产生当责之于脾虚不能运输水精, 以致津液不化, 凝聚成痰成饮。痰饮既是一种病理产物, 一旦形成又可成为致病因素, 作用于机体, 进一步影响脾的气化功能, 既可因病生痰, 又可因痰加重病情, 二者互为因果导致恶性循环, 造成正虚与痰盛, 胶结难解, 形成虚实夹杂的病理, 终致病情错综复杂, 甚则险象环生。由此可见, “宿痰伏饮”是本病病程冗长, 病势缠绵, 难收速效, 甚至顽固难解, 以致造成脾脏虚损, 虚实夹杂的病理基础。

1.2 痰瘀伏饮

唐容川《血证论》中有云: “内有瘀血, 气道阻塞, 不得升降而喘”。哮喘发病, 病有宿根, 痰饮内伏, 其性黏滞, 固着不去, 气机郁滞, 升降失常, 治节无力, 血行不畅; 或痰郁化热成火, 煎熬血液, 均可导致瘀血内生, 以致出现痰瘀胶结不解的复杂局面。现代研究亦发现, 痰证的血液循环基础是血液流变性显著异常, 表现为血液浓稠性、黏滞性、聚

收稿日期: 2009-04-26

作者简介: 裘生梁(1978-), 男, 浙江萧山人, 硕士研究生, 研究方向: 中西医结合呼吸病学。

集性和凝固性增高^[2];而慢性咳嗽患者,其甲皱微循环均提示有明显瘀血证,且喘息与瘀血又往往互为因果,喘咳甚则瘀甚,瘀甚又致喘咳重。因此有人提出“痰瘀伏肺”为哮喘宿根的新病理观^[3]。

然而,而且从根本上讲,痰瘀的形成应源于脾虚,脾虚不能运化水湿,水液积聚,化而为痰,脾虚则血失统摄,血溢脉外则成瘀,或因痰浊形成,壅塞脉道,影响血流,使脉络瘀阻。痰瘀互结,日久而成“老痰”、“顽痰”,痼寒沉痾,久治难愈。

2 脾胃虚弱——哮喘缠绵难愈的病因病机

2.1 脾胃虚弱 津不布肺 邪侵肺卫

脾与肺在生理上是相生关系,从五行来说,脾胃属土,肺属金,二者是母子相生关系;其次,肺为手太阳,脾为足太阴,在经络学说上均属太阴。肺主气而脾益气,肺所主之气来源于脾。正如清代何梦瑶在《医端》中所说:“饮食入胃,脾为运行精英之气虽日周布脏腑,实先上输于肺,肺先受其益,是为脾土生肺金,肺受脾之益,则气愈旺化水下降,泽及百脉”。充分说明了脾胃对肺的重要性,脾胃水谷所化的精气,首先充养了肺。因此,当脾胃虚的时候,常首先影响到肺,致肺气不足。肺气减弱,气虚运血无力,血行缓慢、滞涩,甚者血瘀,瘀血与痰浊共聚气道,阻碍气机,可诱发哮喘的发生。

脾处中焦,为气机升降的枢纽;若脾虚,气之升降失司,自然也会引起肺失宣降;脾之运化水湿赖肺气宣降的协助,而肺之宣降靠脾之运化以资助。如果脾虚失其健运,水湿不化,聚湿生痰而为饮、为肿,影响及肺则肺失宣降而哮喘。其病在肺,而其本在脾。故有“脾为生痰之源,肺为储痰之器”之说。所以脾虚生痰湿,痰湿储于肺中,阻塞气道,可以引起哮喘。肾藏精,是先天之本,但要赖后天之本的脾不断供给水谷之精气,肾精才能不断地新生;若脾虚,水谷精微不能转化成肾精,肾气不足,影响肾脏纳气功能不全,也可以促进哮喘病的发生。肺主气,主皮毛而卫外,但是脾胃与卫气的产生有密切的关系。《素问·痹论篇》曰:“卫者,水谷之悍气也”。直接指出卫气是由脾胃水谷之气而化生,而明确提出脾有卫护机体作用的是《灵枢·师传》:“脾者,主为卫”。张仲景在《金匮要略·脏腑经络先后病脉证治第一》中云:“四季脾旺不受邪,即勿补之。”说明脾胃之气旺盛,则邪不可犯,疾不可传。肺气的盛衰在很大程度上取决于脾气的强弱,故有“肺为主气之枢,脾为生气之源”之说。脾虚势必影响肺卫的作用,肺气虚弱,不能抵御具有致敏作用的外邪,风热、风寒之邪乘机侵袭肺脏,影响肺脏的宣降功能,其结果导致肺气不利,痰气交阻,塞滞气道,而发为哮喘。

2.2 饮食不洁 脾失健运 胃失和降

哮喘的发生与饮食有关,不少患者由于摄入酸、咸、甜的食物,或过食肥甘厚味而导致哮喘的发生。所以古有醋哮、糖哮、盐哮、酒哮、食哮、鱼腥哮等名称。脾虚与酸成厚味致哮密切相关,脾虚运化失职、升降功能失常,磨谷消食的作用减弱,致使酸咸厚味内停,触动宿痰,诱发哮喘,即“脾为生痰之源”。而胃主受纳,胃主降浊,摄入肥脂厚味,则胃失和降,气逆于上,宿食停滞,积久则可致痰浊内生,气逆于上,则可致痰气阻于肺络,肺之肃降失职,肺气上逆引发哮喘。故《素问·逆调论篇》曰:“胃不和则卧不安。痰

饮之息,未有不从胃起矣。且因痰饮为阴邪,昼则阳旺,阳能制阴而病不得发或虽发而病轻;夜则阳伏而阴盛,阳不制阴,又兼胃气失和,故哮喘多于夜间发作或加重。

胃不和易出现胃脘胀满、恶心、暖气、嘈杂等症状,与现代医学食管反流,消化性溃疡和慢性胃炎相似。近年来研究表明,胃食管反流是诱发哮喘的一个重要原因,至少是一种促进因素。国外学者 Mays 发现胃食管反流与哮喘有关,于 1976 年首先提出“胃性哮喘”的概念,并已得到证实。陈宁等人的研究显示:胃不和患者的痰液量明显高于正常人。痰液细胞数亦多且嗜酸性粒细胞偏高,加之痰液细菌培养阴性,说明宿根痰与胃密切相关^[4]。

3 培土生金断其宿根

哮喘日久,脾健纳旺者寡,土虚纳逊者众。脾虚易生痰,大凡治痰,运用利药必伤胃气。况且治病用药,必须依赖脾胃之气施布药力,脾胃气虚,百药难以施效。不培其土,就无以生金,难绝生痰之源。通过健脾益肺,脾气健旺,肺无痰贮,其气喘自平,有利于病程的缩短,发挥药物的效力,利于疾病的恢复。脾虚及肺,虚则补其母。临床医家运用培土生金的方法治疗哮喘,取得了很好的疗效,为脾虚为哮喘宿根的学说提供了有力的临床依据。张洁等^[5]用黄芪六君子汤治疗 85 例哮喘缓解期的患者,经过观察,可使患者哮喘的发作次数明显减少,发作程度减轻,临床症状得以改善。苗祥东^[6]认为本病为脾气虚弱、中气不足所致,运用参苓白术散治疗 26 例哮喘患者,最后取得了 88% 的临床疗效。王国华等^[7]认为夏季哮喘与脾有密切的关系,以振奋脾阳、强健运化为主,取培土生金之意,通过对 93 例夏季哮喘的治疗,取得 85% 的有效率。中医治疗哮喘的优势在于缓解期的治疗,哮喘缓解期大多表现为气短不足以息,语言无力,痰多质稠色白,倦怠食少,脘痞,大便不实,或食油易腹泻,舌淡,苔白腻,脉濡弱等脾虚症状,更应突出培土生金,健脾化痰,用六君子汤加减,平时可常服六君子丸。研究证明,对支气管哮喘运用温补脾胃的方法,可以使机体的防御功能加强,减少感冒,过敏现象明显减轻或消失,体力增强,哮喘的发作次数减少,症状明显减轻。有学者对脾虚致哮的分子生物学机制给予了研究,张庆荣等^[8]通过对脾虚哮喘动物模型的研究发现,脾虚加重哮喘动物的氧化抗氧化失衡,是其对哮喘病机影响的分子生物学基础之。孙晓玲等^[9]为探讨培土生金法对哮喘治疗的作用机制,建立了大鼠脾虚哮喘病证结合模型,结果发现培土生金中药可通过调整 cAMP / cGMP 比值而对哮喘起到防治的作用。此外,邵素菊^[10]“五针法”,取肺俞、大椎、风门穴为主进行治疗肺脾亏虚型哮喘 48 例,有效率达 93.75%。随着脾虚哮喘实验研究的开展,定会为脾虚致哮提供更多的科学依据。

4 结 语

虽然大多数医家重视“宿根”学说,但对“宿根”的定义,大多是各抒己见,对“宿根”理解的不同,造成了临床治疗哮喘遣方用药的差别,使哮喘的临床疗效总是差强人意。因为哮喘的病机十分复杂,所以弄清“宿根”含义,找到哮喘的总病机,无论对哮喘的发作期还是缓解期的治疗都是十分重要的。通过大量的理论与实践的论证,笔者明确提出了脾虚为哮喘宿根的密切关系,相信只要抓住脾虚致哮这样一个总病机,以培土生金为基本的治疗原则,相信中医治疗哮喘的临床疗效定会有所提高。

肾病方组从主论三焦方向治疗慢性肾小球肾炎的临床研究

张良登^{1,2}, 何庆勇¹, 彭建中²

(1. 中国中医科学院广安门医院内三科, 北京 100053 2. 北京中医药大学, 北京 100029)

摘要:目的: 通过观察自拟肾病方组治疗慢性肾小球肾炎的临床疗效, 探讨从主论三焦方向治疗本病的临床有效性。方法: 将 70 例慢性肾小球肾炎患者用随机数字表法按每一病理类型分为试验组与对照组各 35 例。两组患者在接受一般及对称治疗的同时, 试验组加用肾病方组主论三焦方向辨证治疗, 1 个月为 1 个疗程, 共观察 6 个疗程。观察两组治疗前后临床症状、体征、尿常规、肾功能的变化及总有效率。结果: 试验组与对照组治疗后总有效率分别为 85.7%、62.6%, 两组总有效率比较差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。试验组治疗后 BUN 降低差异有极显著性意义 ($t = 7.81, P < 0.01$), 对照组治疗后 BUN 降低差异有极显著性意义 ($t = 7.17, P < 0.01$), 两组比较差异有显著性意义 ($P < 0.05$); 试验组治疗后 Scr 降低差异有极显著性意义 ($t = 6.29, P < 0.01$), 对照组治疗后 Scr 降低差异有极显著性意义 ($t = 6.73, P < 0.01$), 两组比较差异有显著性意义 ($P < 0.05$); 试验组治疗后 Up_{pw}降低差异有极显著性意义 ($t = 10.33, P < 0.01$), 对照组治疗后 Up_{pw}降低无显著性差异 ($t = 1.95, P > 0.05$), 两组比较差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 从主论三焦的体系上创制的肾病方组, 在融入中医三焦理论指导下的遣方用药, 结合西药常规疗法, 整体辨证治疗慢性肾小球肾炎, 取得了较好的疗效, 提示应用肾病方组从主论三焦方向治疗慢性肾小球肾炎确有一定的临床疗效。

关键词: 慢性肾小球肾炎; 肾病方组; 主论三焦; 临床研究

中图分类号: R692.31

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2009)09-1973-03

慢性肾小球肾炎 (chronic glomerulonephritis) 简称慢性肾炎, 因其病程冗长迁延, 病情顽固复杂, 治疗困难, 极易发展成慢性肾衰竭, 是原发于肾小球的一组疾病, 预后较差。中医在治疗慢性肾小球肾炎方面积累了丰富的临床经验, 笔者应用自拟的肾病方组, 从主论三焦方向联合西医常规治疗慢性肾小球肾炎, 临床长期观察取得了良好疗效, 现将结果总结如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 依据肾功能与尿常规检查, 符合慢性肾小球肾炎的诊断标准^[1], 参照中华人民共和国中医药行业标准《新药中药治疗慢性肾炎的临床研究指导原则》而综合拟定。

1.2 纳入标准 (1) 符合慢性肾小球肾炎的诊断标准; (2) 均有不同程度的水肿、尿中泡沫、腰酸膝软、面色晦黯、舌体胖大边有齿痕等临床表现。

1.3 排除标准 生化、免疫学和病理检查排除急性肾小球

肾炎、继发性肾小球肾炎、遗传性肾小球肾炎及慢性肾盂肾炎等; 近期内全身或局部感染, 有肝功能损害者。

1.4 一般资料 病例来自 2007 年 3 月—2008 年 9 月在北京中医药大学国医堂中医院肾病科就诊的患者, 符合上述纳入标准和排除标准的病例 70 例, 采用随机数字表法将入选患者分为试验组与对照组各 35 例。两组患者均已行经皮肾穿刺活检、常规光镜和免疫荧光病理检查。肾活检病理类型分布: 系膜增生性肾炎 (mesangial proliferative glomerulonephritis, M_{SPGN}) 36 例, 膜性肾病 (membranous nephropathy, MN) 22 例, 局灶节段硬化性肾炎 (focal segmental glomerulosclerosis, FSGS) 8 例, 毛细血管内增生性肾炎 (endocapillary proliferative glomerulonephritis, EnPGN) 4 例。试验组中男 17 例, 女 18 例; 年龄 10~76 岁, 平均年龄 (46.23 ± 19.90) 岁; 发病至入组时病程为 1~11 年, 平均病程 (4.31 ± 2.74) 年。对照组中男 19 例, 女 16 例; 年龄 10~80 岁, 平均年龄 (41.23 ± 20.80) 岁; 发病至入组时病程为 1~

参考文献

- [1] 史利卿. 宿痰伏肺——哮喘发作的中医病机学说与现代研究的思考 [J]. 中国处方药, 2003, 1(1): 64-65.
- [2] 方永奇, 简柳军, 刘立秋. 心血管病痰证患者血液流变学及植物神经功能的变化 [J]. 中西医结合杂志, 1989(9): 536.
- [3] 洪广祥. 支气管哮喘病科研思路方法刍议 [J]. 江西中医药, 1991, 22(2): 11-14.

- [4] 陈宁, 王清海, 黄琳, 等. 胃不和与支气管哮喘的关系初探 [J]. 广东医学, 2001, 22(8): 755-756.
- [5] 张洁, 施光其. 黄芪六君子汤治疗哮喘缓解期 85 例临床观察 [J]. 山东中医杂志, 2004, 23(4): 204-205.
- [6] 苗祥东. 参苓白术散治疗哮喘 26 例 [J]. 天津中医药, 2003, 20(5): 73.
- [7] 王国华, 薛晓彤. 从脾论治夏季哮喘 93 例 [J]. 中医药学报, 2002, 4(30): 9.
- [8] 张庆荣, 裕峰, 赵世芬. 脾虚对哮喘氧化抗氧化平衡改变的影响 [J]. 辽宁中医杂志, 1999, 26(12): 574-575.
- [9] 孙晓玲, 闫英海, 张庆荣. 培土生金对脾虚哮喘大鼠气道环核苷酸水平的影响 [J]. 辽宁中医杂志, 2001, 28(8): 507-50.
- [10] 邵素菊, 李华伟, 高希育, 邵素霞, 邵氏“五针法”治疗肺脾亏虚型哮喘 48 例疗效观察 [J]. 河南中医, 2005, 25(12): 31-33.

收稿日期: 2009-04-26

作者简介: 张良登 (1984-), 男, 硕士研究生, 研究方向: 针灸推拿运动康复。

通讯作者: 何庆勇 (1982-), 男, 博士研究生, 研究方向: 中西医结合防治心血管病。