

肺痿再辨识

晁恩祥 张纾难

(中日友好医院中医肺脾科 北京 100029)

关键词:肺痿;病名;病因病机;症状;治疗;文献研究

肺痿乃是中医学中独有的一个病名,自汉代张仲景创此病名以来,后世医家沿用至今。围绕肺痿的病因病机及症状证候特征等,历代医家多有阐述。近几年来我们根据临床观察并通过复习历代有关论述肺痿的文献,认为有必要对某些混淆的问题予以论述,探隐索微,阐扬经义,致令心明其理,以发展学术,服务于临床。

1 历代医家论肺痿

1.1 基本沿革

肺痿是由张仲景在《金匮要略》中首提并立专篇论述,从而确立了该病的定义、病因、症候及治法。《金匮要略·肺痿肺痈咳嗽上气病脉证治第七》云:“热在上焦者,因咳为肺痿”;“肺痿,唾涎沫而不咳者,其人不少,必遗尿,小便数。所以然者,以上虚不能制下故也。此为肺中冷”。认为肺痿是以多唾涎沫为主症的疾病,其病位在肺,其证候分为虚热、虚寒两种。后世认识基本尊崇仲景之说,仅是从治法、证候分类等方面进行补充和深化,而缺乏从病名定义上进行根本的探讨。如孙思邈提出以“生姜甘草汤治肺痿咳嗽”、“桂枝去芍药加皂荚汤治肺痿唾涎沫”。但唐代以后相关研究出现萎缩,多将其并入咳嗽门,尤以虚咳、劳嗽论之者为多。迨至清代,随着中医整体研究水平的提高,复以独立病证论之,使其认识有所深入。如喻嘉言所归纳的“生胃津,润肺燥”等七大治疗要点,至今仍对临床具有指导价值。

建国以来,有关肺痿的现代研究资料甚少。其内涵外延不够确切恐为重要原因。迄今为止,多数学者仍拘仲景之言,据症状一二(如“唾涎沫”)将其与现代某些疾病相联系。如《实用中医内科学》认为:“近年有关肺痿的研究,分别见于慢性支气管炎、支气管扩张、矽肺和肺癆咯血等报道中。”亦有人依某些病理特征,将肺不张、气胸归于肺痿。总之,在尊从前贤所论基础上,结合现代医学发展,重新认识规范并界定该病定义和范畴,使之既不愧于病名原旨,又不混淆于传统中医已成熟的认识(如咳嗽、肺胀、喘证等),已显得十分必要。

1.2 文献统计与分析

为阐明原旨,更为深入、系统地研究此病,我们查阅了自汉代以降有关论述肺痿的文献,统计有代表性的28位医家的62条论述,结果如下:

①论及症状处48条,出现各种症状130余条次,涉及症状10余种,重复出现者为:咳嗽25条,唾涎沫25条,喘息23条,咳血11条,寒热9条,烦渴8条,咽不利8条,汗出4条,消瘦食少4条。另有提及的是眩、毛枯等。其中最为集中的是咳嗽(52.08%),唾涎沫(52.08%),喘息(47.92%)。其余均不超过22%,明显低于前3项主症。

②论及病因处21条,所论病因以阴虚为主,计18条(85.71%),其次为气虚10条(47.62%),虚寒7条(33.33%),湿2条。

③论及治法处19条,所论治法以养阴为多,计17条(89.47%),次为益气9条(47.37%),清热9条(47.37%),化痰6条(31.59%),活血5条(26.32%)及降气3条(15.79%),温肺2条。

④所见22首处方中涉及药物61味,出现频率较高者为甘草16次,生姜11次,麦冬9次,人参7次,桑皮7次,紫菀7次,桔梗9次,生地5次,贝母5次,柴胡4次,茯苓4次。

⑤所有药物中较为集中的是,养阴类5味(麦冬、天冬、沙参、玉竹、鳖甲),出现味次为16(26.23%);清热类10味(知母、芦根、竹叶、生地、赤芍、地骨皮、射干、桑皮、柴胡、葛根),出现味次为25(40.98%);益气(健脾)类8味(甘草、人参、党参、黄芪、白术、山药、茯苓、大枣),出现味次为32(52.46%);其余分别散属于化痰、活血、行气、温里、润下等。

⑥言及预后者6处,均示宜早期治疗,预后不佳。

⑦凡言及脉象处,均为“虚数”。

2 病名研究

2.1 “痿(萎)”字训诂

痿:《广雅释詁》:“病也”;《字林》:“无力也”;《说

文》：“痿弱无力以运动”；《汉书·哀帝纪赞》：“集注引如淳，音萎枯之萎。”《新编汉语词典》：“指身体某一部分萎缩或失去机能的病。”

萎：《经籍纂诂》：“草木菸也”，又“柔软也”；《声类》：“犹悴也”；《新编汉语词典》：“干枯，衰落”。

痿、萎古通假。但痿从“疒”，萎从“艹”。从构字而言，前者指萎废不用的病态，后者则指(植物)形态上的干缩与衰落(读作平声时用指精神方面的萎靡不振)。自张仲景创“肺痿”病名，后世医家一直沿用“痿”字，盖取其含软弱无力的病态之意，且始终假借“萎”字的涵义，有时甚至竟以代之，以形象说明该病因津涸而干枯皱缩的病理特点。如尤在泾所言：“痿者萎也，如草木之枯萎不荣，为津烁而肺焦也。”

2.2 病名探源

仲景的学术思想源于内经。关于肺痿的认识与论述亦盖莫能外。《素问·至真要大论》云：“诸气贲郁，皆属于肺”；“诸痿喘呕，皆属于上”。刘完素就此发挥道：“诸气贲郁病痿，皆属肺金。”《素问·痿论》曰：“肺热叶焦，则皮毛虚弱急薄，著则生痿躄也。”张介宾的注释是：“肺痿者，皮毛痿也。盖热乘肺金，在内则为叶焦，在外则皮毛虚弱而为急薄。”由此可见，仲景是在《内经》相关论述的基础上，结合实践经验将“痿”字引入于肺病，以此概括由肺热叶焦引起的一类疾病。所以，关于肺痿的认识是渊源于《内经》，奠基于仲景，丰富发展于后人。

2.3 病名定义

通过复习文献，结合临床观察，我们认为应从以下几个方面重新认识，定名肺痿。

2.3.1 喘是主症之一

传统中医所谓肺痿是以咳唾涎沫为主症。但从上述文献总结看出，喘与咳唾涎沫几乎相同而并列于主症的前3位。何谓在定义肺痿时均仅突出“咳唾涎沫”之症而忽略了喘息？实际上历代医家论述肺痿之见喘者不在少数，之所以在定义时不言喘息，恐为受传统文化“为尊者讳”的影响。医圣仲景首提肺痿之证并立专篇论述，《金匮要略·肺痿肺癰咳嗽上气病脉证治第七》作为代表篇章一直规范着后人的认识。该篇论述仅言“咳唾涎沫”，其他症状语焉未详。是故后世医家虽在临床实践中观察到喘息亦为主症之一，并在论述时均予记载，不厌其详，但在定义该证时却始终拘于先贤之语，造成今日对喘的症状重视不够。仲景所论肺痿本有喘息之候，只是在此专篇中未提及。《金匮要略·脏腑经络先后病脉证治第一》云：“息张口短气者，肺痿唾沫。”因此，根

据历代医家所论和临床观察，肺痿之主症应为咳、喘、唾涎，三者可并现、可或缺。即肺痿之证不仅在于“咳唾涎沫”症状之有无，而更在于“肺热叶焦”病理之存在。

2.3.2 强调预后不佳

教科书在定义肺痿时已认识到属慢性病，但对其难治性强调不够。是故造成在临床论治与现代疾病相联系时有些牵强。致将某些预后尚属良好的疾病(如气胸、肺不张等)归诸肺痿论治的范畴。歧义的产生必将影响研究的深入。历代中医认为，“肺痿无论寒热，皆属虚损之证”(孙思邈)，所以多主张早期治疗。如“初起可治”(周学海)，“盖示人图治于早”(吴谦)。从文献总结可以看出，历代学者均认识到本病预后不良。如明代朱棣说道“药不奏效，而证候日深”，清代喻嘉言指出“图速效，反速毙”，柳宝诒认为“此属肺痿沉痾”，丹波元简也指出“若此将成，多不救矣”，《类证治裁》则明确指出此属“难治之证”。就我们临床所见，认为肺痿主要与西医学肺纤维化相关。

2.3.3 病机转化由气及血，由肺及肾

肺热叶焦是肺痿的基本病机。因于其为慢性经过，病久必然产生由气及血、由肺及肾的转化。以致出现虚中挟实之象。由以上文献复习可见，病性均为虚，但所论治法除补虚外还有清热、化痰、活血、降气等，所用方药亦多有肺肾双补之功，说明后人已认识到本病的病机转化之由，大大丰富了仲景麦门冬汤和甘草干姜汤的治法和认识。最有价值的是喻嘉言所提出的七大治疗要点：“缓而图之，生胃津，润肺燥，下逆气，开积痰，止浊唾，补真气，散火热。”其中“补真气”可谓真知灼见，紧扣由肺及肾的病机转化之枢，概括了其症状由咳唾涎沫到气短、气喘、动喘及至喘促的演变过程，也兼及其热毒之象的各种兼见症状。同时还认识到其由气及血的必然，如柳宝诒指出：“不去其瘀，病终不愈”，周学海也认为治疗“宜清热宣郁，养液行瘀”。

通过复习、分析和考证历代医家的有关论述，我们认为肺痿病名的研究应在遵从前贤所论原旨的基础上，结合西医学认识，突出强调其喘息症状及预后不良的特点。即定义为：由各种原因所致的以肺脏萎缩为基本病理特征，以咳喘唾涎为主要临床表现的慢性虚损性难治病，预后不佳。与西医学各种原因所致的肺纤维化相关。有关其证候分类的内容和病机转化规律有待进一步深入探讨。

(收稿日期:1997-02-12)