

张燕萍教授用二陈汤异病同治的经验总结

杨聪宾 张笑栩 樊茂蓉

【摘要】 在长期临床实践中,张燕萍教授发现“痰”是呼吸系统疾病的重要致病因素,痰湿内蕴证在呼吸系统疾病中较为常见;中医理论认为有是证用是方,当不同疾病出现相同证型即可采用相同的治法,即“异病同治”。因此,张燕萍教授在此类疾病的治疗过程中常以二陈汤为底方加减用药,以健脾化痰、宣降通利。本文列举张燕萍教授治疗上气道咳嗽综合征、慢性支气管炎及阻塞性睡眠呼吸暂停综合征三则病案,以分析张燕萍教授用二陈汤加减治疗呼吸系统疾病的处方用药特点。

【关键词】 张燕萍; 二陈汤; 异病同治; 经验

【中图分类号】 R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.04.032

基金项目:国家自然科学基金(30901948);北京科学技术委员会课题(Z131107002213053);中国中医科学院西苑医院院内课题(xyky-mp-05)

作者单位:100091 北京,中国中医科学院西苑医院[(杨聪宾(硕士研究生)、张笑栩(硕士研究生)、樊茂蓉)]

作者简介:杨聪宾(1988-),2014级在读硕士研究生。研究方向:中西医结合呼吸内科。E-mail:18516909362@163.com

通讯作者:樊茂蓉(1974-),女,博士,副主任医师。研究方向:中西医结合呼吸内科。E-mail:fanmr1974@qq.com

张燕萍教授为中国中医科学院西苑医院肺病科学科带头人,从事呼吸病的临床及科研工作30余年,擅长治疗慢性咳嗽、慢性支气管炎、慢性阻塞性肺病、哮喘、肺间质纤维化等多种呼吸系统疾病。张燕萍教授常用二陈汤治疗呼吸系统多种疾病,异病同治,取得显著疗效。现将张燕萍教授用二陈汤加减治疗呼吸系统三种疾病的经验总结如下。

1 肺系疾病同治案验

1.1 上气道咳嗽综合征

患者,女,40岁,主因“咳嗽间断发作2年余”于2014年

10 月 20 日初诊。患者 2 年前无明显原因突发咳嗽,期间咳嗽间断发作,自服止咳类药物(具体不详)未见明显好转。2 个月前“感冒”后咳嗽再发,持续至今未痊愈。309 医院查胸片肺纹理增强,肺功能未见明显异常,血常规白细胞正常。目前咳嗽,夜间不咳,痰多色白,偶有黄痰,易咯出。咽部异物感,鼻后滴流,鼻塞,流鼻涕,纳眠可,二便调。舌淡红齿痕,苔白,脉滑。现代医学诊断:上气道咳嗽综合征。中医诊断:咳嗽。证型:痰湿蕴肺。治则:健脾化湿、降逆止咳,兼清郁之痰热。方药以二陈汤加减,处方:陈皮 10 g、法半夏 10 g、茯苓 30 g、甘草 10 g、紫苏子 10 g、蜜百部 10 g、紫菀 15 g、白芷 10 g、辛夷 10 g、蜂房 6 g、路路通 10 g、黄芩 10 g、鱼腥草 30 g、桔梗 10 g、生甘草 10 g。7 剂,水煎服,每天 1 剂,早晚各一次,饭后半小时温服。

2014 年 10 月 27 日复诊,患者咳嗽明显减轻,现已基本不咳,鼻塞减轻,咽部异物感好转,仍痰多,仍有鼻后滴流,乏力,少气。患者咳嗽减轻,去紫苏子、蜜百部、紫菀;咽部异物感好转去桔梗、甘草;患者仍有咯痰色黄,故加金荞麦清热化痰;患者病程日久,肺肾之气耗损,固有乏力少气,加黄芪、仙茅、淫羊藿补肺益肾,纳气平喘,继服一周。2014 年 11 月 2 日复诊,患者咯痰减少,鼻塞减轻,鼻后滴流减轻,乏力、气短好转,效不更方继服一周。后随诊患者已无明显不适。

按 上气道咳嗽综合征是指鼻部疾病引起分泌物倒流至鼻后和咽喉等部位,直接或间接刺激咳嗽感受器,导致以咳嗽为主要表现的综合征^[1],根据临床表现属于中医“咳嗽”范畴。史锁芳教授认为,风痰留伏,鼻窍不利是上气道咳嗽综合征的一大重要病机^[2]。张燕萍教授认为,上气道咳嗽综合征的基本病理因素为“痰”,发病病机为脾失健运,痰湿内生,阻塞鼻窍、咽喉,肺失宣降而致鼻后滴流、咳嗽等临床表现。故可以针对病机,用二陈汤健脾化湿使痰无以化生,为治病之本也;配合宣降肺气以止咳,并佐以辛散通窍之品,以宣通鼻窍,从而取得良好的治疗效果。

1.2 慢性支气管炎

患者,男,45 岁,主因“喘息、咳嗽反复发作 1 年余”于 2015 年 1 月 15 日初诊。患者 1 年前无明显诱因出现喘息,咽痒,咳嗽,咯白痰,晨起明显,未检查治疗,间断应用感冒药、抗生素效果不显。既往有吸烟史,吸烟 10 余年,每天 10 支。目前仍喘息,活动后加重,咽痒,咳嗽,咯痰,痰多色白,偶有黄痰,晨起流涕,打喷嚏,夜间不咳,稍感憋闷,纳眠可,二便调。舌胖大齿痕,有瘀斑,苔白腻,脉弦滑。现代医学诊断:慢性支气管炎。中医诊断:喘证。证型:痰湿蕴肺,肺脾两虚夹瘀。治则:健脾化湿,益气活血,兼清痰热。中药以二陈汤加减,处方:陈皮 10 g、法半夏 10 g、茯苓 30 g、甘草 10 g、胆南星 10 g、竹茹 10 g、枳实 10 g、薏苡仁 30 g、紫苏子 10 g、苦杏仁 10 g、蜜百部 12 g、紫菀 15 g、黄芩 10 g、鱼腥草 30 g、党参 15 g、红景天 30 g、丹参 30 g。7 剂,水煎服,每天 1 剂,早晚各一次,饭后半小时温服。2015 年 1 月 22 日复诊,咳嗽、喘息明显减轻,仍痰多,稍憋,上方去紫苏子、蜜百部、紫菀,加金荞麦再服 7 剂。2015 年 1 月 29 日复诊,患者已无喘

息,痰量减少,偶有咳嗽,给予苏子降气丸善后。

按 慢性支气管炎是以慢性反复发作性的咳嗽、咳痰或伴有喘息为特征的常见疾病,主要病理表现是气管、支气管黏膜及其周围组织发生慢性非特异性炎症,支气管黏膜损伤,支气管平滑肌收缩,腺体分泌亢进,气道阻力增加。根据其临床表现,属于中医“喘证”范畴。喘证之病因病机除外邪侵袭、饮食不当、情志失调及久病劳欲外,还有五脏致喘之说^[3]。张燕萍教授则认为,慢性支气管炎病位在肺脾肾,常因咳嗽迁延不愈,使肺脏虚损,肺失宣降。长期咳嗽,日久累及脾肾。脾肾肾功能失常,水液运化失调,酿生痰湿,出现咯痰量多;肾主纳气功能异常,则出现喘息。病情多为虚实夹杂,发作期多表现为本虚标实,病证以痰湿蕴肺证或痰热郁肺证为主;缓解期多表现为虚损症候,病证以肺肾两虚证为主,日久兼夹血瘀证。故根据病因病机给以健脾化湿,补肺益肾,益气活血,兼清痰热等治法,取得良好的治疗效果。

1.3 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征

患者,男,48 岁,主因“夜间打鼾伴乏力 10 年余,加重 1 月余”于 2015 年 6 月 18 日初诊。患者 10 年前因体重增加出现夜间打鼾,伴呼吸暂停,白天困倦。未引起重视,未曾到医院检查治疗,1 月前自觉症状加重,夜间易憋醒,白天困倦,不分场合易睡着,因开车时瞌睡才引起重视,遂前来就诊,做睡眠监测最低血氧饱和度为 25%,符合阻塞性睡眠呼吸暂停综合征。刻下症见:乏力,困倦,懒言,纳可,眠可,夜间有憋醒,大便黏腻,小便调。舌淡暗胖大齿痕,苔白腻,脉沉弦。有吸烟史 10 余年,20 支/日。现代医学诊断:阻塞性睡眠呼吸暂停综合征。中医诊断:鼾眠。证型:痰湿内蕴,闭阻清窍。治则:健脾化痰,开窍醒神。中药以二陈汤加减,处方:陈皮 10 g、法半夏 10 g、茯苓 30 g、甘草 10 g、白术 30 g、泽泻 15 g、石菖蒲 20 g、郁金 12 g、苏合香 10 g、黄芪 30 g、炒扁豆 15 g、薏苡仁 30 g、苍术 10 g、红景天 30 g、红曲 6 g。7 剂,水煎服,每天 1 剂,早晚各一次,饭后半小时温服。嘱患者戒烟,并应用机械通气辅助治疗。

2015 年 6 月 25 日复诊,患者自诉白天精神较以往稍有好转,乏力好转,大便已成形,但夜间仍有打鼾。上方去扁豆、薏苡仁再服半月。半月后复诊时,白天基本不再瞌睡,精神状态明显好转,夜间偶有憋醒,仍留有打鼾。患者未应用呼吸机辅助通气,故嘱患者务必应用呼吸机辅助通气,改善预后,并继续服用上方,不适应随诊。

按 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征(obstructive sleep apnea syndrome, OSAS)在临床上以睡眠时呼吸暂停或(和)低通气为呼吸紊乱特征,最终因反复发作性低氧血症而导致或加重脑功能障碍、高血压等并发症^[4]。中医学认为,OSAS 属中医“鼾眠”等范畴,痰湿内生是其重要的发病因素;在肥胖人群中占有率较高的痰湿型病理体质,对疾病的形成、发展及转归具有重要意义^[5]。早在隋代巢元方《诸病源候论》中就有论述:“其有肥人眠作声者,但肥人气血沉厚,迫隘咽喉,涩而不利亦作声”,阐述了肥人易打鼾的原因。朱丹溪在《丹溪心法》中曰“肥白人多痰湿”,指出肥人多痰湿体质。张燕萍

教授认为痰湿内蕴,酿生痰浊,阻塞鼻窍,上蒙清窍是阻塞性睡眠呼吸暂停综合征的基本病因病机。法随证立,根据病证,给予相应的健脾化痰,开窍醒神之法,故可取得良效。

2 张燕萍教授治疗肺系疾病经验

2.1 痰在疾病中有重要地位

张燕萍教授在长期的临床工作中发现“痰”在呼吸系统疾病的发病过程中占有重要地位。“脾为生痰之源,肺为储痰之器”,脾失健运,不能运化水液,痰湿内生;“肺主通调水道”,痰浊阻肺,肺之宣肃功能失常,不能通调水道,影响水液的运行,进一步酿生痰湿。痰阻鼻窍,则见鼻塞、流涕;痰阻于肺,肺失宣肃,则见咳嗽、咳痰,甚则喘息;咳喘日久,病及于肾,肾不纳气则见喘息,呼吸表浅,呼多吸少;痰湿蕴脾,清阳不升,或痰阻鼻窍,上蒙清窍,脑髓失养则见打鼾,精神差,嗜睡等,故张燕萍教授认为“痰”是重要的致病因素。

2.2 治病求本在肺系疾病的应用

“痰饮”的形成,主要与肺、脾、肾或三焦的病变关系密切。《素问·经脉别论》曰“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水精四布,五经并行”,肺脾肾及三焦功能正常则痰无以生。如若饮食不节,损伤脾胃,造成中阳不运,脾不为胃行津液,聚湿成痰。痰阻气机,则胸膈胀满;痰随气升,上犯于肺,气机壅塞,则咳嗽痰多;阻遏清阳则头眩、嗜睡、昏蒙。《丹溪心法》云:“凡痰之为患,为喘为咳,为呕为利,为眩为晕心嘈杂怔忡惊悸。为寒热痞满,为痞膈,为壅塞。或胸肋间辘辘有声,或背心一片常为冰冷。或四肢麻痹不仁,皆痰饮所致。……百病中,多有兼痰者,……凡人身中结核,不痛不红,不作脓者,皆痰注也。治痰法,实脾土,燥脾湿,是治其本也。”以上所述在一定程度上说明了痰饮的形成、致病的证候特点以及治疗法则。张燕萍教授认为上述三种疾病的基本致病因素为“痰”,脾为生痰之源,故治病应当求本,治疗上以健脾化痰为根本治疗大法,方药以二陈汤加减。

2.3 标本兼治的用药经验

上气道咳嗽综合征、慢性支气管炎、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征虽为不同疾病,临床表现各异,但张燕萍教授认为三者均具相同的致病因素——“痰”以及相同的病机——“痰湿内蕴”。因此,可异病同治,采用健脾化痰,宣降通利的基本治法,选用二陈汤随症加减治疗。张燕萍教授用二陈汤的常用剂量为:陈皮 10 g、法半夏 9 g、茯苓 30 g、生甘草 10 g、乌梅 10 g。以此方为基础治疗不同疾病,体现了中医异病同治的治疗法则,也突出了张燕萍教授在临床中灵活辨证的治病特点。

2.3.1 宣通鼻窍,利咽开音 张燕萍教授在治疗上气道咳嗽综合征时,用二陈汤加减,以健脾化痰,从源头上减少痰的化生。咳嗽重者加紫苏子、紫菀、蜜百部降气止咳;大多数患者除咳嗽外,还有鼻后滴流的症状,以及咽喉不适的症状,在二陈汤的基础之上,加白芷、细辛、苍耳子、辛夷、路路通、蜂房等宣通鼻窍之品;咽喉不适者加桔梗、木蝴蝶、蝉蜕等利咽

开音。

2.3.2 补肺益肾,活血祛瘀 在慢性阻塞性肺病治疗上以健脾化痰为主,以二陈汤为主加减治疗,痰热明显者加胆南星、竹茹、黄芩、鱼腥草、金荞麦清化痰热;有肺肾气虚表现者,加黄芪、仙茅、淫羊藿补肺益肾;因“血瘀”在慢性支气管炎的发病过程中起了重要作用^[6]。张燕萍教授常在上述治疗基础之上加红景天、红曲、丹参以活血化痰,取得显著疗效。

2.3.3 升清降浊,开窍醒脑 睡眠呼吸暂停综合征病位在上,病机为痰浊阻遏,清阳不升,清窍被蒙。用二陈汤加味以健脾化痰,脾健痰化则清阳自升,佐以泽泻、白术健脾利湿;石菖蒲、苏合香化痰开窍。

3 结语

不同疾病在其发展过程中,只要出现相同病机,即可采取相同治疗方法^[7]。病机者,证也。方证对应自古以来是中医治病取得疗效的关键,异病同治即是方证对应体现。上气道咳嗽综合征、慢性支气管炎、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征在现代医学研究中属不同疾病,具有不同的发病机制,但均有“痰”致病的临床症候,以及舌苔白(黄)腻、脉弦或滑的体征,这在中医辨证中均属于“痰”的范畴。根据相同病机,均可采用健脾化痰之法,以二陈汤随症加减治疗。二陈汤首载于宋代《太平惠民和剂局方》,由陈皮、半夏、茯苓、甘草、生姜、乌梅组成。二陈汤为燥湿化痰、理气和中中的代表方和基础方^[8]。陈皮燥湿化痰,理气和中;半夏燥湿化痰,降逆止咳;茯苓健脾化湿,使湿去脾旺,痰无所生;生姜降逆化痰,温肺止咳;乌梅收敛肺气而止咳;甘草祛痰止咳,调和药性;诸药合用,共奏健脾燥湿,降逆宣降通利之功。张燕萍教授治病擅于抓住疾病的本质,方证、药证对应是张燕萍教授异病同治,取得显著疗效的关键。

参 考 文 献

- [1] 史锁芳,张念志,万丽玲,等.上气道咳嗽综合征的中医辨治思路探析[J].上海中医药杂志,2011,(8):26-28.
- [2] 曹治山.史锁芳教授辨治上气道咳嗽综合征的经验撷英[J].环球中医药,2015,8(9):1103-1105.
- [3] 姜良铎.中医肺系病证研究进展[J].环球中医药,2009,2(3):164-172.
- [4] 李建生,李素云.中医药治疗 SAS 述评[J].辽宁中医学院学报,2003,5(1):60-62.
- [5] 骆斌,王琦.痰湿体质论析[J].安徽中医学院学报,1999,18(5):10-11.
- [6] 徐孝萍,孙秀芳.慢性支气管炎与痰瘀关系的探析[J].陕西中医,2001,22(10):607-608.
- [7] 牛建昭,陈家旭.对异病同治内涵的思考[J].中医药学报,2003,(4):1-2.
- [8] 谢鸣.方剂学[M].北京:中国中医药出版社,2009:347.

(收稿日期:2015-10-10)

(本文编辑:董历华)