

从状态辨识论治支气管扩张

周仙仕 唐光华 姜良铎

【摘要】 本文就从状态辨识论治支气管扩张进行了系统总结。文章主要围绕着为何要从状态辨治支气管扩张症、如何辨识支气管扩张症状态(从病入手,总结疾病的现代病理机制和中医病因病机,分析形成疾病的关键状态要素特点,分析目前所处的疾病状态及态势演变,从证入手,分析从个体当前状态和个体病势)及如何干预调节支气管扩张症状态三大方面论述状态辨识论治支气管扩张,最后以临床案例进行说明阐述。较为详尽地阐述了从状态辨识论治支气管扩张的理论与实践,可对临床辨治支气管扩张有一定指导意义。

【关键词】 状态辨治; 支气管扩张; 临床经验

【中图分类号】 R541.4 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.02.012

支气管扩张症(简称:支扩)是大多继发于急、慢性呼吸道感染和支气管阻塞后,反复发生支气管炎症,致使管壁结构破坏,引起支气管异常和持久性扩张,以慢性咳嗽、咯大量脓痰和(或)反复咯血为主要症状的一类病症^[1]。支扩对应于中医病名“肺络张”,由于该病长期反复不愈,并可出现大咯血等危及生命的变症,后期还可并发肺痿、肺胀等重症,严重影响人们的生活质量。而状态医学理论是姜良铎教授提出的中医临床新理论,是对中医辨证论治的继承和发展,是从人体这一复杂的物质系统乃至精神系统随时间变化所处状况的角度来研究人类生命过程以及同疾病作斗争的一门科学体系^[2]。状态医学强调综合多方面信息和手段来整体、动态地对疾病作出诊断和治疗,特别适宜复杂疾病(如支扩)、复杂病机的辨证治疗,现介绍如下。

1 为何要从状态辨治支扩

状态医学理论认为支气管扩张症是人体疾病的一种特殊病理状态,这种病理状态会随着感染的反复或并发咯血等

而不断演变,特别适合状态辨治。支气管扩张症具有以下病理特点。

外感内伤并存:本病属于内伤基础上外感病,病程迁延,反复不愈。或因感邪而加重,或因虚邪留滞而迁延。故非一般内伤病证,更与典型外感病迥异。

虚实夹杂突出:本病证初起即可存在正虚不足,病程迁延后基本均属本虚标实。即便在感染加重期标实突出,但本虚始终存在,或气虚或气阴两虚。而感染控制期虽本虚明显,但痰热标实也不能忽视。

病机矛盾明显:本病病机存在着多重矛盾。如局部标实与全身本虚的矛盾,或气虚与痰热属性的矛盾,血瘀阻络与出血动血治疗的矛盾。这些矛盾往往导致临床处理困难,尤其是“虚不受补”特点突出。

并证繁多复杂:本病后期可兼夹哮喘病、肺胀等并证,使病机更趋复杂。

支扩的这些复杂病理特点,决定了其病理状态的复杂性,也给治疗带来了复杂性。而利用状态识别和调节策略有助于处理正虚邪实、错宗复杂的关系,从而提高疗效。

2 如何辨识支扩状态

根据状态医学理论,从状态辨治本病重点要处理好群体规律与个体差异的关系,对于前者要重视病症特征和规律研究,对于后者要正确评价患者的体质状态、正邪力量对比、局部与全身等关系。

2.1 从病入手,总结疾病的现代病理机制和中医病因病机

本病发生的现代病因及病理几个关键机制不外乎为:(1)机体免疫功能缺陷;(2)肺局部防御功能障碍;(3)解剖结构异常;(4)气道阻塞;(5)细菌定植(尤其是绿脓杆菌等非发酵阴性杆菌);(6)多重耐药菌感染;(7)感染后继发炎症反应;(8)气道曲霉菌感染导致的气道高反应性等。从这些机制中不难概括出形成该状态的关键中医致病机制:一是正虚

基金项目:国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建议项目(姜良铎名医传承工作室);广东省中医院拔尖人才项目(E277-001)

作者单位:510120 广州,广东省中医院总院急诊科[周仙仕(硕士研究生)、唐光华];北京中医药大学东直门医院呼吸科(姜良铎)

作者简介:周仙仕(1991-),2014 级在读硕士研究生。研究方向:中医内科急危重症的诊断和治疗。E-mail:13660638204@163.com

通讯作者:唐光华(1972-),博士,副教授,主任中医师,硕士生导师。广东省中医院“拔尖人才”,全国名老中医姜良铎学术继承人,广东省中医药学会热病专业委员会副主任委员,中国医师协会中西医结合医师分会急救专家委员会常委,广东省中医药学会呼吸分会委员。研究方向:中医内科急危重症的诊断和治疗。E-mail:tgh1973@163.com

感邪,长期共存、此消彼长,本虚标实是支扩病理状态的重要特点;二是气道阻塞,肺络(气络和血络)不畅,气络不畅则排痰不畅,血络不畅则停瘀,热伤血络则动血。正虚是感邪的重要基础,气道阻塞又是邪存的关键所在,故二者互为因果。

2.2 从病入手,分析形成疾病的关键状态要素特点

上述现代病因及病理得出的中医致病机制可供参考,但必须强调的是,要从群体层面(病的层面)全面把握支扩的状态演变规律,还必须把握形成本病的关键状态要素特点和变化趋势。从支扩状态辨证的关键状态要素主要如下。

虚:正虚不足是支扩感邪和虚实留滞的基础,反复感邪,正邪交争又会加重正虚。虚往往贯穿支扩病程始终。在不同阶段的标本缓急权重不同,或为主要矛盾,或为次要矛盾。虚的定位主要在肺卫,后期兼及脾肾。虚的性质主要为气和阴,后期可及阳,大出血时可及血。临证常因虚实夹杂,且虚实病性矛盾,大大增加了支扩病理状态的调节难度。

肺管肺络不通:肺管不通畅是支扩病理状态形成的重要基础。肺管不通畅,津气敷布异常,则生痰留瘀,既可因郁而化热化火,又可外感风热邪毒,形成痰热郁阻或壅塞,甚则酿毒成脓;损伤肺络则脓血相兼;损伤血脉则失血动血,甚则气随血脱或壅塞窒息,危及生命。

痰:痰是支扩的突出状态要素,也贯穿支扩病程始终。常表现为痰热,也可表现为痰浊。痰是标象,是正邪交争、肺管不畅的结果,同时又可成为致病因素,加重肺管阻塞而成为易感之因。

热:常是因郁化热。痰热相互为患既可耗气伤液,又可热伤肺络而出血。

瘀:支扩病人中后期往往存在瘀血阻滞,肺络不通的病机。支扩后期往往也是痰瘀互结,正如《丹溪心法》中云:“痰夹瘀血,遂成窠囊。”临床一些病人也常表现出瘀血的舌脉征象。支扩病程常常较长,即使是新诊出的支扩,病人病程也常已数年之久。

毒:以上病理要素若长期存于体内,干扰肺宣降之生理功能,均易形成邪毒,影响肺之生理功能,进一步导致邪毒的累积,从而形成恶性循环。同时结合支扩现代病理中感染后继发持续的炎症反应的机制,若这种继发炎症持续,也是导致肺管肺络损伤的重要机制之一。

还必须强调的是,临床上支扩患者往往不是某一要素单独致病,而是多种要素联合致病,而且往往越到后期,合并的状态要素也越多,调治也更为复杂。

2.3 从病入手,分析目前所处的疾病状态及态势演变

2.3.1 分析目前所处的疾病状态 支扩状态主要分为非感邪加重的相对稳定状态和感邪加重的不稳定状态两种状态。对于其稳定状态,由于状态的态势演变和缓,状态相对稳定。故对于一般医师当前辨治而言只须重态不重势,但由于其病势自身稳定,所以调节其状态往往不能一蹴而就,需要从量变到质变的干预积累。但对于较多的支扩患者而言,可能无法实现量变到质变的转换,毕竟支扩是一种不能逆转的病证,能改善并维持目前相对稳定状态就已

经达到目标。

2.3.2 分析疾病的态势演变 从短期来看,支扩的稳定状态可因感受外邪或突发出血而演变为不稳定状态。此时标实矛盾发生转移,治疗策略要随之改变。从长期而言,支扩状态也会随着年龄、治疗方式、并发症的发生而逐渐改变。往往会出现病损由上及下,由肺及脾肾,由气虚向阴虚,甚至阳虚方向发展,其中最易发生的态势演变过程如下。

虚实转化:包括因实致虚和因虚致实,常为虚实夹杂。无论是前者还是后者,对于状态的影响而言均是虚实并存。对于个体而言,要做到定性基础上的定量,即根据虚实的具体定位和权重比值来斟酌处方用药。

寒热转化:可因患者素体肺卫不固而痰热阻肺,病程日久,耗气伤阳,呈现痰热阻肺,脾肾阳虚的上热下寒状态,或素体气虚痰热而外感风寒,呈现表寒里热状态。

2.4 从证入手,分析个体当前状态和个体病势

临床既要借助支扩群体病态和病势的特征及规律,也应汇集患病个体的体质、年龄、致病因素、治疗过程等信息,以确立当前患病个体的状态,预测可能的病势趋向及对药物治疗调节的反应性。所以应全面收集和分析患者个体信息,正确判别患者的个体状态,即姜良铎教授提出的“从息论态,综合施治”^[3]过程。

尽管通过以上内容已经基本了解支扩的状态要素和疾病态势,以及个体的当前状态和个体病势;但还远远不够,这仅是定性层面,还只是状态辨识的基础。而中医不传之秘在量上,要达到更高的辨证水准,必须实现由定性状态向半定量、定量和精确定量状态的转化^[4]。

3 如何干预调节支扩状态

对状态的辨证识别仅是基础,实现对状态的干预调节方是最终的目的。对于支扩状态的调节的主要策略如下。

3.1 总的状态调节原则

对支扩总的状态调节原则是:对支扩状态的要素进行针对性干预,重点处理好正虚和邪实,局部与整体的关系。细节上处理好气虚与阴火,痰浊与阴虚的关系。

3.2 调治支扩状态主要学术思想及用药特色

3.2.1 虚 支扩临证中以气虚和阴虚最为常见。气虚,最常见的有两种证型:肺脾气虚和肺肾气虚。而气虚往往合并阴火,针对支扩气虚阴火并存的矛盾病机,强调要选药精准,剂量适当,合理配伍,充分体现定性与定量结合,才能避免虚不受补,甚则生热动血之弊。同时要充分评估正邪之间力量对比,正虚与邪实之间权重比例后定量选药和配伍。先用平和补益之品,从小剂量开始;可以采用角药和对药配伍形式。而阴虚往往合并痰浊,对于支扩状态中阴虚与痰浊的矛盾:由于相对于气虚而言,阴虚发生的机率要小很多,往往气阴两虚兼见。故其认为在补阴的同时适当兼顾即可,常选择气阴双补,补力平和之品。另外补阴应注意阶段性,补补停停,以免不利于对痰浊的治疗。

3.2.2 痰 痰是支扩的重要状态要素,往往“痰夹瘀血,遂

成窠囊”。所以痰的处理相当棘手。由于肺管不畅,痰液排路不畅,反复感邪,内毒续生,痰之生成却源源不断,所以支扩之痰往往排不尽,消不散,故“痰先治气”。“脾为生痰之源,肺为贮痰之器”,正本清源的治痰之法对于支扩而言往往难以实现。这正是支扩迁延不愈,反复加重的根本原因之一。因此,对于支扩之痰除随痰之性和量不同而治标之外,必须重视健脾理气,通畅气道,以绝生痰之源。其临证中常加软坚散结、活血化痰、加速排痰之品以提高疗效。笔者常根据痰的性质选择不同的治法,如清化热痰、温化寒痰、软坚散结、促痰排出等。

3.2.3 毒 毒是支扩的重要病理因素,由于虚邪留滞(细菌等病原微生物长期定殖)等而致内生之毒续生,导致正气日渐损耗,所谓因毒致虚,进一步损伤肺管肺络,更加促进痰浊和瘀血的产生,这也是支扩局部病理状态偏热的重要因素。因此其在感邪脓毒标实加重之时,常借鉴肺痈及外科疮痈之治法,重用清热解毒之品,必要时配伍牛黄、大黄之品以釜底抽薪,直折其热。由于支扩正虚不足的状态要素或多或少存在,治疗时还必须时时固护正虚不足之本,疗程要短,脓毒势头控制后,要及时换用药性平和之解毒排脓之品,另外,在支扩相对稳定阶段,在益气化痰,活血通络之时,还针对内生之毒适当伍以解毒之品。

3.2.4 瘀 痰瘀毒结,肺络不通是支扩中后期常存局部状态。只要没有明显出血风险,就当伍用活血通络之品。出血之时也可配伍活血止血之要药三七。支扩之血瘀,临证不一定据舌脉而定,常据其局部病理机制和久病入络理论而定。当然临床支扩患者常表现为局限性胸痛,痛有定处,这也支持瘀血阻络之病机。

3.2.5 血 支扩之咯血可因毒热损伤血络,亦可因瘀血阻滞血不归经。对于支扩咯血,可分次冲服云南白药,对于小咯血,疗效明显。但云南白药久服偏温燥,血止应及时停用。药物选择可按血证治疗三原(治火、治气和治血)而定。如热毒损肺络而咯血,重视清热解暑、凉血止血;因瘀出血,出血致瘀,重视活血止血;因气虚失摄出血,重视益气摄血。支扩咯血中,常选药性平和,活血益气之品。虽然支扩咯血多属血热,但这种血热多属局部,全身反而可见气虚甚至虚寒之象。因此用药不宜过凉,必要时可适当加用温经止血之品。另外,支扩咯血,炭类止血药应适可而止,因其收涩之性,不利于痰浊之排出,有时反不利于止血。

3.3 调治支扩状态处方用药举例

调节支扩状态最常用的方剂主要有千金苇茎汤(苇茎、薏苡仁、冬瓜子、桃仁)、清金化痰汤(黄芩、山栀子、知母、桑白皮、瓜蒌仁、贝母、麦门冬、橘红、茯苓、桔梗、甘草)、宣白承气汤(生石膏、生大黄、杏仁粉、瓜蒌皮)、泻白散(地骨皮、桑白皮、甘草)、礞石滚痰丸(大黄、黄芩、沉香、青礞石)、小陷胸汤(黄连、半夏、瓜蒌)、补络补管汤(生龙骨、生牡蛎、山茱萸、三七)。当然方无定方,法无定法,疾病状态会随个体及病程不同而变化,方药组成和药物剂量也要随着病人的状态而相应调整。

针对支扩状态往往多种状态要素并存、相互为病的局面,常应用对药(两种药配伍)和角药(三种药配伍)的配伍形式,并且疗效不俗。针对气虚阴火状态,常用(仙鹤草、大功劳叶);(黄芪、知母);(黄芪、金银花);(黄芪、玄参);(太子参、金荞麦根)等药对相伍。针对阴虚夹痰状态,常用(玉竹、紫菀);(玄参、半夏)等药对相伍。针对痰热壅肺状态,常用(全瓜蒌、黄芩、清半夏);(天竺黄、人工牛黄、银花藤);(冬瓜仁、生薏苡仁、芦根)等角药相伍。针对痰热毒瘀壅肺状态,常用(青礞石、生大黄、沉香)相伍。针对气虚痰浊咳嗽状态,常用(五爪龙、紫菀、百部)相伍。针对痰浊黏稠难咯状态,常用(浙贝母、生牡蛎、白芷)相伍。针对咳嗽喘并重状态,常用(炙麻黄、广地龙、紫苏子)配伍。针对咯血状态,当辨其寒热虚实,若偏热,常用的角药为(三七、仙鹤草、石苇);若偏寒,则选择角药(三七、仙鹤草、生艾叶);若属木火刑金,血痰黏稠难咯者,则(三七、海蛤壳、青黛)最常用。

3.4 其他治疗措施

由于支扩病理状态复杂,多种致病机制并存,若能适当地配合应用现代干预措施,往往对于支扩病理状态的调节,患者症状的改善具有一定的帮助。针对支扩反复支气管肺炎感染和气道阻塞的病因,还应重视感染加重期的针对性抗生素治疗、全程的排痰引流及大咯血的应急处理。其次是预防措施如每年流感疫苗和肺炎球菌疫苗的注射、免疫调节等治疗,这些措施对于控制支扩病程进展和缓解急性感染期的症状十分重要。

4 状态调治支扩案例举隅

患者,男,38岁,2009年4月25日因反复咳嗽咯痰10余年就诊,3年前因咯血查胸部CT诊为右中上肺支气管扩张并感染。近3年来多次少量到中量咯血,伴咳嗽黄痰,精神疲惫。3天前无明显诱因出现咯血,色鲜红,伴有咳嗽咯黄脓痰,无发热,气短,怕风,口稍干,大便调。查体:右肺可闻及粗湿罗音。舌淡红稍胖,苔薄黄白腻,脉细滑。现代医学诊断:支气管扩张并咯血。中医诊断:血证-咯血;肺络张。

状态定性识别:病性属阳,属热,属里,属本虚标实,本虚为气阴两虚,标实为痰热阻肺,热伤肺络。脏腑定位在肺,气血阴阳定位在气、血、阴。

状态定量识别:患者属本虚标实,虚实对比,标实突出,痰热并重,且损伤血络而动血。本虚以气虚为主。局部与整体关系:肺局部标实为主,整体则有气虚不足兼有伤阴之象。

状态调节策略:抗生素抗菌杀菌治标。中医急在清热化痰,凉血止血,适当兼顾气虚不足。

处方:金荞麦根30g、冬瓜仁30g、生甘草10g、浙贝母15g、芦根30g、黄芩(条芩)10g、薏苡仁30g、仙鹤草45g、大功劳叶10g、三七片10g、茜根炭10g、生艾叶5g、石斛10g。5剂,水煎服,每天1剂,分服。同时服用云南白药1瓶2g,分8次,2天服完,血止即停。

1周后复诊,患者诉药后2天咯血止,仍有咯黄痰,量有所减少,口干,疲乏明显。纳食不香,大便调。查:舌淡红稍

胖嫩,薄白微黄稍腻苔,脉细略滑。

状态分析:出血已止,痰热标实仍存,气阴两伤本虚较前明显。

状态调节:停云南白药,中药处方中停用收涩止血炭药,增加益气养阴力度。清化痰热力度稍减,仍兼顾活血止血,防咯血反复。注意顾护脾胃及补益气阴。

处方:金荞麦根 30 g、冬瓜仁 30 g、生甘草 10 g、浙贝母 15 g、芦根 15 g、薏苡仁 30 g、仙鹤草 30 g、大功劳叶 10 g、三七片 10 g、石斛 10 g、太子参 10 g、麦芽 15 g、紫菀 10 g、玉竹 10 g。7 剂,水煎服,每天 1 剂,分服。

后以此方为基础,调节月余,患者自觉精力明显改善,咯痰黄白相兼,量稳定,随诉半年未咯血。

参 考 文 献

- [1] 葛均波,徐永健. 内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2013: 3-37.
- [2] 姜良铎. 人体状态医学的内涵与外延初探[J]. 中医药学刊, 2005,23(1): 9-10.
- [3] 姜良铎. 从息论态,综合施治[J]. 中医杂志,2007,48(5): 394-396.
- [4] 唐光华,姜良铎. 从“定性到定量”谈提高中医辨治水平思路[J]. 环球中医药,2011,4(5): 358-360.

(收稿日期:2015-08-06)

(本文编辑:蒲晓田)