

◆医案感悟杂谈◆

王鹏教授从肺阳虚证论治慢性阻塞性肺疾病验案介绍

冯毅^{1,2}, 阚竞², 宫金燕², 杨宏志², 宋远璞² 指导: 王鹏³

1. 湖北中医药大学 2012 级硕士研究生, 湖北 武汉 430061

2. 湖北省中医院呼吸内科, 湖北 武汉 430061

3. 湖北中医药大学, 湖北 武汉 430061

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病; 肺阳虚证; 王鹏; 名医经验

[中图分类号] R563; R249 [文献标识码] B [文章编号] 0256-7415 (2014) 09-0200-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.09.092

王鹏为湖北中医药大学教授, 博士研究生导师, 全国第五批老中医药专家学术经验继承工作指导老师, 业医近 50 载。肺阳虚证历代医家鲜有论及, 王教授在长期临床实践中发现, 肺阳虚证并非少有, 并制定出肺阳虚证诊断标准^[1], 为从事临床诊治肺阳虚证提供了理论依据。现结合王教授临证诊治慢性阻塞性肺疾病的验案, 进一步阐述肺阳虚证的临床意义。

1 肺阳虚兼气虚痰湿案

例 1: 某女, 67 岁, 因畏寒伴咳嗽 5 年余前来就诊。患者 5 年来, 畏寒感较甚, 尤其后背发凉、怕冷, 一年四季无论酷暑均如此, 增添衣物不能缓解, 即便是炎夏三伏天, 仍着厚衣, 在烈日下方感好转, 伴寒战, 但无发热, 口渴不欲饮, 易自汗盗汗, 咳嗽, 咳白痰涎, 病情加重时有黄痰, 活动后喘气、气短, 无喘鸣, 纳食一般, 睡眠欠安。曾多处中西医求治, 未效。既往有高血压病史 10 余年, 慢性咳嗽病史 8 年。入院体检: 神志清楚, 精神欠佳, 颜面无华, 周身汗臭味明显, 胸腰背腹汗出较多。双肺呼吸音低, 未闻及干湿性啰音, 心脏体检正常, 腹部体检正常, 双下肢无水肿。舌暗淡、苔黄厚腻, 脉沉细。理化检查: 血液分析、肝功能、肾功能、甲状腺功能、心电图均正常。胸部 CT 示: 慢性支气管炎, 肺气肿, 左上肺支气管扩张。诊断: 慢性阻塞性肺疾病。中医辨证: 肺阳虚证, 兼气虚痰湿。处方: 桂枝 18 g, 制附子、麻黄、紫菀、款冬花、黄芩、白芍、厚朴、桔梗各 10 g, 白术、黄芪、麻黄根各 15 g, 干姜 6 g。7 剂, 每天 1 剂, 水煎, 2 次分服。二诊: 患者畏寒、寒战减轻, 多汗好转, 守原方桂枝

增至 24 g, 制附子增至 12 g, 7 剂, 如法煎服。三诊: 患者诸症减轻, 舌苔变为白苔, 仍较厚, 守二方, 桂枝增至 28 g, 7 剂, 如法煎服。四诊: 基本未再畏寒、寒战, 多汗已止, 口味好转, 食欲增加, 无咳嗽、咳痰, 衣物减少, 守三诊方, 桂枝增至 30 g, 7 剂, 如法煎服。维持治疗 1 月余, 诸症悉除。随访未再犯病。

按: 该病例属较典型的肺阳虚证兼有痰湿证。王教授认为, 肺阳虚证表现^[1]包括: 主症: ①久咳, 声低气怯, 痰涎清稀, 日痰量在 100 mL 以上, 或夜间及清晨咯痰 50 mL 以上; ②喘息, 气短; ③背畏寒; ④舌质淡, 舌体胖边有齿痕, 或舌质暗淡, 苔薄白或白润; ⑤脉虚弱无力, 或沉迟无力, 或迟缓。次症: ①反复感冒, 怯寒, 自汗; ②面色白或颜面虚浮; ③胸部憋闷。诊断条件: 主症中①、③项为必备, 加上主症 1 项或次症 2 项即可诊断为肺阳虚证。根据本案患者症状、体征及舌脉, 符合肺阳虚证诊断。治疗则用了大剂量的桂枝温肺化饮, 既通肺经, 治疗咳嗽、畏寒, 又通太阳膀胱经, 治疗后背发凉、畏寒, 与白芍配伍, 调和营卫, 治疗多汗。配伍麻黄、干姜, 既增加温肺化饮之力, 又可宣肺、增加卫气卫外之功。附子辛温, 能温一身之阳。黄芩既清肺治疗咯唾黄痰, 又牵制温阳药的热性。另一方面, 患者久咳、喘气、多汗、气短、反复感染、舌淡脉沉细等符合肺气虚证的诊断, 所以在温阳的同时, 给与补气固表敛汗。再者, 患者初治时正是盛夏, 服用大剂量温阳药不但没有出现躁烦的表现, 反而随着温阳药力量的增强, 疗效越来越好。可见在临床上当辨证正确时, 应该大胆用药, 达到抗病的力度。

[收稿日期] 2013-11-23

[作者简介] 冯毅 (1967-), 男, 副主任医师, 研究方向: 中医药诊治肺系疾病。

[通讯作者] 宋远璞, E-mail: 5127860@qq.com。

2 肺阳虚兼阳虚水泛案

例2:某男,78岁,因反复咳喘20余年,伴呼吸困难、下肢水肿5年入院。患者有数十年吸烟史,20年来反复发作咳嗽,咯痰,痰呈泡沫状或痰涎,晨起咯痰较多,伴有喘气,活动后加剧,每年冬春季发作较多。近5年咳喘症状逐渐加重,并出现双下肢水肿,喘气,呼吸困难,爬一层楼或走200m路出现心慌、心悸、胸闷、气短、呼吸困难,汗多,伴纳差,腹胀,时有恶心、呕吐,消瘦,乏力,畏冷,后背冷痛,四肢畏寒、冰冷。在多家医院反复住院诊治,疗效欠佳。既往有高血压病史20余年,心律失常病史10余年。否认糖尿病、肺结核等病史。入院体检:神志清楚,精神差,消瘦,半卧位,颜面无华,口唇、爪甲紫绀,杵状指,三凹征阳性,颈静脉怒张,呼吸急促,气管居中,桶状胸,肋间隙增宽,双上肺叩呈过清音,双下肺叩呈浊音,心界无明显扩大,HR112次/min,律不齐,早搏12次/min,二尖瓣、三尖瓣均可闻及2~3级收缩期杂音,腹部尚柔软,上腹部剑突下有压痛,肝大肋下2cm,肝颈回流征(+),脾脏不大,双下肢明显凹陷性水肿。舌暗、有瘀斑、苔白厚腻,脉促。测BP140/92mmHg。胸部CT示:双下肺感染,肺淤血,双侧胸腔积液,肺动脉干增粗,肺气肿。诊断:慢性阻塞性肺疾病急性加重期,2型呼吸衰竭,慢性肺源性心脏病,心功能4级,高血压病,高血压心脏损害。中医辨证:肺阳虚证,兼阳虚水泛。给予抗感染、抗炎、化痰、强心、扩冠、利尿治疗。中药治疗立法宣肺化痰、温阳化气利水,佐以健脾、行气化痰。处方:炙麻黄、桂枝、白芥子、苦杏仁、紫菀、款冬花、桑白皮、猪苓、泽泻、水蛭、厚朴、鸡内金、炒麦芽、炒谷芽、炙甘草各10g,茯苓、葶苈子、白术、地龙各15g,细辛3g。每天1剂,水煎服,连服半月,咳嗽、喘气、下肢水肿、纳差均缓解,舌苔厚腻好转,苔仍白偏厚,怕冷,进食偏少,不思饮食,咳嗽,咯白痰涎,时有心悸,四肢不温。患者带药出院,守上方细辛增加至6g,白芥子增至15g;加肉桂、肉苁蓉各10g,干姜6g。15剂,煎服同前。半月后,上述诸症大减,畏寒明显好转。此后患者以此方为主,加工成蜜丸(夏季)或膏剂(冬季),维持治疗,患者目前病情稳定,可以日常散步,生活自理。

按:本例患者咳嗽,咯痰涎,喘气,下肢水肿,CT提示胸腔积液、肺淤血,畏寒,舌苔白厚腻等症,均属肺阳虚衰,肺失布津,水湿泛滥之证。治以宣肺化痰、温阳化气利水。处方中蕴含麻黄汤、小青龙汤、五苓散及葶苈大枣泻肺汤。本例患者基本病机为肺阳虚衰,肺失宣降,通调水道功能失常,导致寒饮伏肺,水湿内停,水凌心肺,阳虚不化,脾胃失健等一系列病机转变。采用3方合用,共达宣肺化痰、温阳化气利水、温中健脾之功。

3 肺阳虚兼痰热郁肺案

例3:某男,49岁,因反复咳喘20余年,再发加重1周前来门诊就诊。患者20多年来反复发作咳嗽,咯大量黄绿

痰,喘气,喉间哮鸣,胸闷,气短,畏寒,多汗,活动加剧,乏力,经常前往医院输液抗感染、化痰、平喘治疗,症状略有好转,病情四季均发作,冬春为甚。曾在外院行肺功能检查,诊为重度混合性通气功能障碍。胸部CT示:双肺陈旧性肺结核,双肺支气管扩张,肺气肿。体检:神志清楚,精神差,口唇轻度紫绀,呼吸较促,喉间哮鸣,桶状胸,双肺满布哮鸣音,双下肺可闻及明显湿啰音,左下肺为甚,双下肢不肿,舌暗、苔黄厚腻,脉滑数。诊断:慢性阻塞性肺疾病急性加重期,支气管哮喘未控制,支气管扩张,陈旧性肺结核。中医辨证:肺阳虚证,兼痰热郁肺。治疗:口服三代头孢菌素、左氧氟沙星7~10天,常规吸入沙美特罗氟替卡松,每天3次。中药治以温肺化痰、降气平喘、清肺化痰。处方:炙麻黄、白芥子、诃子各10g,紫苏子、地龙、黄芩、浙贝母、白术、浮小麦各15g,薏苡仁30g,细辛3g。7剂,每天1剂,水煎,分2次服。二诊:患者咳嗽、咯痰好转,痰变清稀、易咯出,喘气好转,多汗减轻,查体双肺仍可闻及哮鸣音及湿啰音,舌暗、苔白厚腻。守上方加苍术、佩兰各10g。7剂,煎服法同前。三诊:咳嗽、咯痰明显好转,活动后喘气、多汗已愈,精神好转,纳食增加,双肺可闻及少许哮鸣音,双下肺湿啰音减少,舌暗、苔稍厚腻,脉滑数。处方:炙麻黄、白芥子、桃仁、红花、水蛭、炙甘草各10g,紫苏子、地龙、黄芩、黄芪、白术、补骨脂各15g,细辛3g。14剂,煎服法同前。此后长期以此基本方内服,症状基本控制,近1年来,病情稳定,每天可上山锻炼。复查肺功能:中度通气功能障碍。

按:本病案属典型虚实夹杂病例,患者虽然较年轻,但病程较长,缺乏有效的规范治疗。患者咯唾黄绿痰、喘气、喉间哮鸣、舌苔黄厚腻、脉滑数等,都是湿热郁肺证表现。但患者病程长,反复感寒发作加重,畏寒、乏力、汗多、纳差等却是肺阳虚证的表现。在临床上,有一些复杂的肺系疾病,单独使用西医手段或是中医手段,疗效总是不尽人意,这时可联合两种手段治疗,可以大大提高疗效。此病例是一个肺系多种疾病并存、肺结构破坏较重的患者,支气管哮喘长期未控制,合并慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张并反复感染,肺内长期细菌定植未能彻底抗感染治疗,加重支气管哮喘和慢阻肺。所以西药治疗应给予抗感染、抗炎治疗。从中医学辨证来看,患者肺脾阳虚、气虚兼有痰湿、郁湿化热,治疗上攻补兼施、温清并用,取得了近期和远期较好疗效的效果,从而体现了中医辨证准确的重要性。

[参考文献]

- [1] 王鹏,董祥,任中代,等.肺阳虚证诊断标准初探[J].湖北中医学院学报,2004,6(1):26-28.

(责任编辑:冯天保)