

● 百家精粹 ●

杨仁旭教授辨治肺胀经验*

张玉龙, 刘震东, 姚小青, 孙颖

(宝鸡市中医医院呼吸与危重症科, 陕西 宝鸡 721000)

摘要: 肺胀是一种以喘息气促、咳嗽咳痰、胸部膨满、憋闷如塞, 或唇甲发绀、心悸、肢体浮肿等为主症的疾病, 严重者可出现喘脱、昏迷等严重症状, 相当于西医的慢性阻塞性肺疾病。该病病势缠绵, 经久难愈, 严重影响患者工作能力与生活质量。杨仁旭教授认为, 本病病机多为久病肺虚, 痰瘀潴留, 肺不敛降, 以致气机壅滞于肺。因此, 杨教授认为“痰瘀同源, 久病必瘀”, 指出痰瘀是本病的关键病理产物, 在临床诊治实践中尤其重视痰浊和瘀血在肺胀病势发展过程中的作用, 并以宣肺逐瘀化痰为主要治则。以此为基础, 杨教授自创三拗芩苈合剂和苍术二陈汤治疗肺胀, 临床疗效确切, 有效缓解患者咳喘、胸闷等症状。

关键词: 杨仁旭; 肺胀; 临床经验; 三拗芩苈合剂; 苍术二陈汤

中图分类号: R 256.14, R 249

文献标志码: A

文章编号: 1000-3649 (2024) 04-0001-03

肺胀是一种以喘息气促、咳嗽咳痰、胸部膨满、憋闷如塞, 或唇甲发绀、心悸、肢体浮肿为主要症状的疾病, 严重者可出现喘脱、昏迷等危重症状, 相当于西医的慢性阻塞性肺疾病^[1]。近年来, 慢性阻塞性肺疾病的患病率和死亡率正逐年上升, 随着病势发展, 多数晚期患者会因呼吸问题而失去劳动能力, 给家庭带来沉重的经济负担和精神压力^[2]。据世界卫生组织预测, 全球超 4 亿人口受该病影响, 至 2030 年将会导致约 450 万人死亡, 已逐渐成为不容忽视的全球性公共卫生问题^[3]。杨仁旭教授系四川省名中医, 从事临床与科研工作 45 年, 医术精湛, 学验俱丰, 以呼吸病、老年病以及杂病为研究方向, 针对不明原因的慢性咳喘、慢性肺炎、支气管扩张、难治性哮喘、慢阻塞性肺疾病、肺结缔组织病、肺间质纤维化、肺部肿瘤等多种呼吸道疾病, 积累了丰富的诊疗经验。杨仁旭教授在诊治中突出中医特色, 擅用中药治疗疑难杂症, 尤擅治疗肺部病证, 在遣方用药方面颇有独到之处。现将其治疗肺胀经验介绍如下。

1 肺胀的基本病因病机

肺胀病因不外乎肺病迁延、六淫乘袭以及年老体虚。首先, 肺部慢性疾病多病势缠绵, 病情多迁延难愈, 病情日久以致肺脏水道不通, 造成痰浊潴留, 肺气壅阻, 气机失常, 停滞于肺间, 此乃肺胀的发病基础^[4]。其次, 六淫是本病发展的重要因子, 既可导致各肺系慢性疾患的发生, 又可诱发、加重相关病证, 反复乘袭, 使之迁延难愈, 最终导致病机转化, 逐渐演化成肺胀。再者, 肺胀病临床多见于高龄人群。患者年老体虚, 肺肾俱亏, 营卫不固, 体虚不能卫外, 遭受六淫反复乘袭, 感邪后正不胜

邪而病益重, 反复罹病则正更虚, 终致肺胀形成。《灵枢·胀论》记载: “肺胀者, 虚满而咳喘”^[5]; 《诸病源候论》记载: “肺虚为微寒所伤, 则咳嗽, 嗽则气还于肺间, 则肺胀, 肺胀则气逆。而肺本虚, 气为不足, 复为邪所乘, 壅痞不能宣畅, 故咳逆短气也”^[6]; 《丹溪心法·咳嗽》记载: “肺胀而咳, 或左或右, 不得眠, 此痰夹瘀血, 碍气而病, 宜养血以流动乎气, 降火疏肝以清痰”^[7]。由此可知, 历代医家均认为, 肺胀的发生多因久病肺虚、痰瘀潴留、肺不敛降所致, 表明本病的病机为久病正虚, 痰浊、水饮、血瘀互结于肺, 致使气道壅塞, 肺气胀满, 不能敛降, 久之发为肺胀^[8]。杨仁旭教授尤其重视痰瘀在本病中发挥的作用, 认为肺胀之所以难以根治, 正因“痰瘀互结”之宿根存在, 气、痰、瘀三者共同作用, 从而导致肺胀发生。因此, 杨仁旭教授认为, 痰瘀是肺胀的关键病理产物, 其基本病机在于痰瘀互结, 造成气机壅滞, 导致肺失宣降, 久而发为肺胀。

2 肺胀的辨证要点

杨仁旭教授在临床诊疗过程中重视中医辨证与西医辨病相结合。治肺胀, 应首先辨其虚实标本, 其次辨其病情轻重。一般情况下, 肺胀处于急性发作期时, 偏于邪实, 缓解期则偏于本虚。杨仁旭教授认为, 本病实邪以痰浊、水饮、血瘀为主, 辨证时须分清痰浊、水饮、血瘀之偏盛。值得注意的是, 随着病情的发展, 患者体内实邪也会随之改变, 初期以痰浊为主, 渐而痰瘀并重; 凡到后期, 患者正气虚衰, 则本虚与标实并重。对于缓解期患者, 应先分别气虚、阴虚以及各脏腑的病变主次, 初期患者多见气虚或气阴两虚, 病位以肺为主, 也可累及

* 基金项目: 国家中医药管理局岐黄学者支持项目、青年岐黄学者支持项目及第五批全国中医临床优秀人才研修项目 (国中医药人教函 [2022] 178 号); 国家中医药管理局第五批全国中医临床优秀人才研修项目 (国中医药人教函 [2022] 1 号)。

脾肾；后期患者还可见阴阳两虚，病位以肺、肾、心为主^[9]。肺胀患者之虚证不论阴阳，感染外邪后均可能与素体虚证形成恶性循环，从而加重病情。阳虚者卫外不固，易感外邪，痰饮难蠲而若痰饮壅盛，复感风寒，则易伤阳气，阳虚更甚；对于阴虚者，则邪易从热化，反之痰热蕴蒸则更伤阴津，故虚实诸候常夹杂出现，每致愈发愈频，甚则持续不已^[10]。若无外邪侵袭于肺，病情稳定，仅见喘咳上气，胸闷胀满，动则加重，证候相对较轻。凡见鼻扇气促，张口抬肩，目胀欲脱，烦躁不安，痰多难咯，提示病情加重。若见心慌动悸，面唇发绀，肢体浮肿，神昏，谵语，痉厥，出血，喘脱等候，属肺胀危证，需急救处理。

3 肺胀的基本治则治法

杨仁旭教授在临床诊疗中注重治疗与调理相结合，治法不拘一格，讲究实效，突出中医特色。由上文可知，肺胀多属标本实本虚，肺、肾、心、脾脏气亏虚为本，痰浊、水饮、血瘀互结为标，标本彼此影响，互为因果^[11]。本病虽有急性期与缓解期，但杨仁旭教授认为，无论病情如何变化，肺胀主要的病理因素始终为痰浊、水饮与血瘀，故基本治法应以宣肺逐瘀化痰为中心。在此基础上，根据患者具体情况辨证施治：偏以邪实者，重在祛邪，根据患者痰浊、气滞、血瘀、水饮等不同情况所致壅滞，分别选用祛邪宣肺、降气化痰、调气活血、温阳利水等法施治；偏于正虚者，仍需标本兼顾，根据肺、脾、心、肾等具体脏腑虚损差异，或补养心肺，益肾健脾，或气阴兼调，或阴阳两顾，佐以化痰活血，多举并用，以奏标本兼治之功。

4 杨仁旭教授治疗肺胀的常用方

杨仁旭教授从医多年，将其临床经验与古代文献结合，针对痰瘀互结之证，拟方三拗芎葶合剂，该方功擅宣肺化痰，活血化瘀，治疗肺胀效果显著。全方由麻黄、杏仁、葶苈子及川芎组成，麻黄性温，味辛、味苦，归肺、膀胱经，具发汗解表、宣肺平喘、利水消肿之效。《本草纲目》言：“麻黄乃肺经专药，故治肺病多用之”^[12]、《大明本草》记载麻黄可“通九窍，调血脉”。本方重用麻黄为君，重在开宣郁闭之肺气，以达平喘之效。杏仁性微温，味苦，归肺、大肠经，具降气止咳平喘、润肠通便之效。《本草便读》云：“杏仁功专降气，气降则痰消嗽止”，杏仁苦降之性，功兼疏利开通，肃降肺气与宣肺二者并举，常与麻黄相配治疗肺部喘咳病证。葶苈子其性大寒、味辛、苦，归肺、膀胱经，具泻肺平喘、行水消肿之效。《药性论》记载，葶苈子“疗肺癰上气咳嗽，止喘促，除胸中痰饮”，为化痰要药。川芎其性温，味辛，归肝、胆、心包经，具有活血行气、祛风止痛之效。四药并用，共奏宣肺化痰、活血化瘀之功。

从现代药理研究角度分析，麻黄中的麻黄碱以及杏仁中的苦杏仁苷均可对平滑肌显示一定的松弛效果，可以止咳平喘^[13-14]；葶苈子中含有的槲皮素可改善慢性阻塞性肺疾病患者的气道上皮增厚、管腔黏液阻塞及支气管周围炎性细胞浸润等气道组织病理学改变^[15]；川芎嗪则可下调炎症因子 TNF- α 、IL-8、IL-10 以及 CRP 水平，提升慢性阻塞性肺疾病患者的治疗效果^[16]。

对于痰湿较盛的患者，杨仁旭教授常用苍术二陈汤治疗。苍术二陈汤由二陈汤加苍术化裁而来，杨教授在二陈汤的基础上去乌梅、炙甘草，加苍术，以增其燥湿化痰之功。该方以半夏、苍术为君药，半夏味辛性温，归脾、胃、肺经，功擅燥湿化痰、降逆止呕、消痞散结，《本草从新》言其为“治湿痰之主药”^[17]；苍术味辛、苦，性温，归脾、胃、肝经，具燥湿健脾、祛风散寒之效，二者并用，主旨在于燥化痰湿，兼具消痞散结，健脾驱寒之意；另以橘红为臣药，其辛苦温燥，理气行滞，燥湿化痰，为化痰理气要药，取“治痰先治气，气顺则痰消”之意，以助君药化痰之功；又以茯苓、生姜为佐，渗湿健脾以杜生痰之源，与半夏配伍，契合朱丹溪“燥湿渗湿则不生痰”之理；生姜则可制半夏之毒，且助半夏降逆止呕。肺胀患者多痰湿严重，故不用乌梅、甘草，以防此二者助湿壅气，削弱本方燥湿化痰之效。

现代药理研究表明，半夏总生物碱具有镇咳、祛痰、抗炎的作用^[18]；苍术的提取物苍术酮具有保护呼吸系统以及抗炎的作用^[19]；橘红中含有的柚皮苷属黄酮类化合物，具有较好的消炎、止咳、平喘作用^[20]；茯苓所含茯苓总三萜以及茯苓多糖抗炎作用显著^[21]。

5 典型病案

病案 1：患者，男，69 岁，于温江区务农，2021 年 2 月 7 日就诊。主诉“慢性咳嗽喘 20 余年，近 1 周加重且伴有下肢水肿”。患者自述反复咳嗽、喘息 20 余年，曾在本地医院诊断为“慢性阻塞性肺疾病”，间断用药多年。1 周前因夜间受凉后导致症状加重，自行服药后不见缓解，遂前来就诊。初诊时症见咳嗽，痰白量多，伴胸闷、下肢水肿、尿少，睡眠欠佳。双肺听诊可闻及湿啰音，体温 36.7℃，血常规正常，肺 CT 显示肺气肿、肺动脉干增粗、右心增大。舌暗紫、少苔、脉弦滑。西医诊断：慢性阻塞性肺疾病；中医诊断：肺胀，痰瘀阻肺证。治以化痰行瘀、降气平喘。方拟：三拗芎葶合剂加减。方药如下：麻黄，杏仁，葶苈子，川芎，炒苏子，炒白芥子，炙紫菀，桑白皮，火麻仁，浙贝母。共 10 剂，1 日 1 剂，水煎分 3 次服。2021 年 2 月 20 日二诊：服药 10 剂后，患者咳嗽缓解，痰稀白如沫，胸闷缓解，下肢水肿消退、尿量增多，舌暗紫减轻，

脉沉细。改服平喘固本汤，方药如下：党参、黄芪、炙甘草、熟地、五味子、沉香、灵磁石、紫菀、款冬花、苏子、半夏、橘红。共10剂，1日1剂，水煎分3次服。10剂后症平。

按：该患者初诊时见咳嗽痰多，舌暗紫，脉弦滑，辨证当属痰瘀阻肺。患者久病，肺气虚衰，肺不布津，津液郁积成痰；气机受阻，不能运行血液，久成血瘀；痰瘀互结，瘀阻于肺，气道不通，以致气逆壅塞，故见咳喘；肺气阻塞，水道不通，故见胸闷、水肿；痰瘀互结，则可见舌暗紫、脉弦滑。故初诊以化痰行瘀、降气平喘为主要治则，疗效明显。二诊时各症状均有所缓解，但患者肺病日久，肺肾两虚，故治以补肺纳肾、化痰降气平喘，方选平喘固本汤加减，服药10剂后获良效。

病案2：患者，男性，70岁，退休工人，于2020年4月20日就诊。主诉“咳嗽、咯白痰5d”。患者自述患有慢性阻塞性肺疾病10余年，期间间断服药，疗效不显。5d前受凉后症状加重，咳逆气喘不得卧，痰稀白、呈泡沫状，呼吸困难，张口抬肩，恶寒，周身酸楚，舌质暗淡，苔白滑，脉浮紧。听诊可闻及两肺哮鸣音，肺部X线检查可见两肺透光度增加，纹理增粗紊乱。西医诊断：慢性阻塞性肺疾病；中医诊断：肺胀，外寒内饮、痰浊壅肺证。治以散寒化饮、降气平喘。方拟苍术二陈汤加减，方药如下：半夏、苍术、橘红、茯苓、生姜、乌梅、麻黄、桂枝、细辛、五味子、紫菀、款冬花、炙甘草。共4剂，1日1剂，水煎分3次服。服药4剂，症状明显减轻。效果明显未换方药，同方连服5剂，肺部哮鸣音消失，活动自如。其后继续中药调理2月，至今未急性发作。

按：患者患肺病10余年，卫气虚弱，易受外邪侵袭。外感风寒后，风寒束表，故见恶寒、周身酸楚；寒痰化饮，故见泡沫状稀白痰；饮邪迫肺，阻滞气道，肺气上逆，故见咳逆气喘不得卧、呼吸困难。治以苍术二陈汤以化痰降气，加麻黄、桂枝、细辛以解表散寒、温肺化饮，加五味子以收敛肺气，加紫菀、款冬花以止咳化痰。

6 小 结

肺胀相当于西医所述慢性阻塞性肺疾病，大多病势缠绵，病情迁延难愈，对患者的生活与工作造成严重影响。杨仁旭教授指出，肺胀的发生与气、痰、瘀密切相关，痰瘀壅滞于肺，肺气胀满，气机升降失司，久而发为肺胀。由此可知，痰瘀作为关键病理产物，一直存在于肺胀的发展过程中，在病情进展过程中占据重要地位。因此，杨教授认为，肺胀不论急性发作期还是缓解期，均应以化痰祛瘀为主要治则，始终贯穿于肺胀治疗过程之中。在临床实践中，杨教授从痰瘀出发，灵活使用三拗芍药合剂以及苍术二陈汤，根据兼证使用相应药物加减

化裁，取得了良好的临床疗效，有效减轻患者咳嗽症状，是可供同仁参考的重要临证经验。

参考文献

- [1] 季思勤, 盛家刚, 杨佩兰, 等. 肺胀稳定方结合六字诀对慢性阻塞性肺疾病稳定期肺肾亏虚证患者康复效果的影响 [J]. 国际中医中药杂志, 2023, 45 (5): 548-552.
- [2] 孙小卫, 王燕, 闵春燕, 等. 322例老年COPD患者生活空间现状及影响因素分析 [J]. 护理学报, 2023, 30 (8): 1-6.
- [3] Labaki WW, Rosenberg SR. Chronic Obstructive Pulmonary Disease [J]. Ann Intern Med, 2020, 173 (3): ITC17-ITC32.
- [4] 王雪慧, 陈叶, 张悦, 等. 刘建秋基于象思维理论治疗痰热郁肺兼气虚血瘀型肺胀经验撷菁 [J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50 (3): 27-30.
- [5] 柳长华. 黄帝内经·灵枢 [M]. 北京: 北京科学技术出版社, 2016.
- [6] 吴少祯. 中医非物质文化遗产临床经典名著/诸病源候论 [M]. 北京: 中国中医药科技出版社, 2011.
- [7] 朱震亨, 王英, 竹剑平, 等. 丹溪心法 [M]. 人民卫生出版社, 2017.
- [8] 韦晓颖, 王彬, 高峰. 从痰瘀论治慢性阻塞性肺疾病急性加重 [J]. 国际中医中药杂志, 2023, 45 (4): 504-507.
- [9] 张悦, 翟志光, 李富增, 等. 王成祥教授动态论治慢性阻塞性肺疾病经验 [J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16 (2): 224-228, 232.
- [10] 陈宪海, 崔荣珍, 刘兆恩. 慢性阻塞性肺疾病稳定期中医病机述要 [J]. 辽宁中医杂志, 2006, 33 (1): 30-31.
- [11] 崔英海, 胡镜清, 李丁蕾, 等. 基于“痰瘀互结”理论论治慢性阻塞性肺疾病 [J]. 世界中医药, 2021, 16 (21): 3111-3115, 3121.
- [12] 李时珍. 本草纲目 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1975.
- [13] 卓小玉, 陈晶, 田明, 等. 麻黄的化学成分与药理作用研究进展 [J]. 中医药信息, 2021, 38 (2): 80-83.
- [14] 甘露. 大鼠pEGFP-N1-BKβ1真核表达载体的构建及苦杏仁苷对支气管平滑肌细胞增殖的研究 [D]. 武汉: 华中科技大学, 2007.
- [15] Yang T, Luo F, Shen Y, et al. Quercetin attenuates airway inflammation and mucus production induced by cigarette smoke in rats [J]. Int Immunopharmacol, 2012, 13 (1): 73-81.
- [16] 王相海, 唐共珂. 川芎嗪对慢性阻塞性肺疾病急性加重期患者炎症因子和血清肌酐的影响 [J]. 中国临床医生杂志, 2018, 46 (12): 1426-1428.
- [17] 吴仪洛. 本草从新 [M]. 上海科学技术出版社, 1958.
- [18] 肖琦, 阳文武, 张德伟, 等. 半夏总生物碱含量影响因素及药理作用研究进展 [J]. 中国药业, 2016, 25 (3): 123-125, 126.
- [19] 陈天阳, 张萍, 成扬. 苍术酮含量测定方法、燥性及药理作用的研究进展 [J]. 中成药, 2022, 44 (6): 1902-1905.
- [20] 钟仁兴, 丁子禾, 杨燕妮, 等. 基于网络药理学分析的橘红痰咳液主治“痰、咳、喘”的药效物质基础与作用机制研究 [J]. 药学报, 2020, 55 (9): 2134-2144.
- [21] 叶青, 刘东升, 王兰霞, 等. 茯苓化学成分、药理作用及质量控制研究进展 [J]. 中医药信息, 2023, 40 (2): 75-79.

(收稿日期 2023-10-19)