

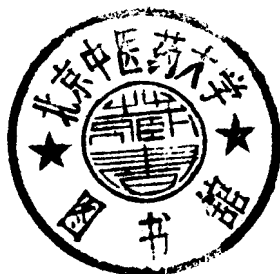
中医内科辨病治疗学

史大卓 高思华 等 编著

科学技术文献出版社

中医内科辨病治疗学

史大卓 高思华 等编著



科学技术文献出版社

2235387

(京)新登字 130 号

内 容 简 介

本书以西医病名为纲,遵循中医理论体系,从西医的病理与中医病机相结合、中医对“证”的认识与“证”的现代研究相结合、疾病各阶段的辨病与辨证及与中药现代药理研究相结合等方面探讨了内科疾病的辨病治疗规律。对缩短中西医理论之间的距离,促进中医、中西医结合的发展和临床诊治水平的提高将产生积极而深远的影响。

本书可供中医、中西医结合临床和科研工作者以及中医院校师生参考使用。

3k65/28

图书在版编目(CIP)数据

中医内科辨病治疗学/史大卓等编著. —北京:
科学技术文献出版社, 1995. 8
ISBN 7-5023-2274-4

I. 中… I. ①史… ②高… II. 内科病症-辨证论治-
中医治疗学 IV. R25

中国版本图书馆 CIP 数据核字(94)第 13645 号

科学技术文献出版社出版

(北京复兴路 15 号 邮政编码 100038)

北京国马印刷厂印刷 新华书店北京发行所发行

1995 年 8 月第 1 版 1995 年 8 月第 1 次印刷

787×1092 毫米 16 开本 39.75 印张 1020 千字

科技新书目:346—110 印数:1—2000 册

定价:58.00 元

《中医内科辨病治疗学》

编辑委员会

主审 方药中 陈可冀
时振声 周霭祥

(以下按姓氏笔画为序)

主 编:史大卓 高思华

副主 编:于俊生 马晓昌 冯兴中 刘宏伟

李 宁 陈立新 杨宇飞 高修安

编 委:于建新 王乙忠 王天恩 王砚林 王兰青

王艳丽 毛孝君 冯恩波 江晓生 刘文月

刘建华 刘晓明 纪太军 纪明清 李富增

李明晖 李文坤 张 伟 张洪春 苏长湖

周德玉 杨晓军 范冠杰 赵医灯 崔天红

高建国 黄菊青 董元平 薛焕德 霍艳明

编写人员:马 玲 王秀芳 付亚龙 李俊成 孙玉华

孙 军 刘海林 刘彦珠 余孟兰 辛随成

张云安 杨 留 杨经敏 林保玉 金徐亮

岳彩雷 姚建宏 胡晓梅 胡乃平 娄锡恩

袁学山 章红英 曾 燕 雷 燕 薛伟宇

雀 彬

序

当前正是中华民族兴旺发达的伟大历史时期,也是学科发展和科技进步的关键时期。数千年来曾为中华民族的繁衍昌盛做出了巨大的贡献,现在正为中国和世界人民的保健事业做出巨大贡献的中医药学也正面临着时代赋予的机遇和提出的挑战。中医药学如何吸取现代科学技术来丰富和发展自己的理论体系并进一步提高临床疗效,已成为当前中医发展所面临的主要问题。

近年来,中医对“证”的实质及其与现代医学病理生理改变的关系的研究取得了一定的进展,并且在某种程度上取得了统一的认识,如血液粘滞度增强、血小板聚集、血栓形成,属于中医的“血瘀”证。这不仅为中医活血化瘀方药的应用拓宽了范围,而且为“血瘀”的辨证提供了客观依据,也更为中医辨证完全可以在定性和定量上逐步走向客观化、标准化提供了有力的证据。

中医的特点之一是辨证论治。但中医的某一个“证”可出现于现代医学的多种不同的疾病之中,由于疾病的性质和传变规律的自身差异,这相同的“证”在论治时亦显然受着这些不同疾病的自身变化规律的制约。因此,根据疾病自身的病理生理改变,辨病与辨证相结合,是中医临床提高疗效的关键之一。

以史大卓、高思华等中国中医研究院、北京中医药大学的数位医学博士为首的中医临床科研工作者们,集近年来中西医结合研究之所成,协作编写了《中医内科辨病治疗学》一书。该书以中医基本理论体系为依据,以现代医学病名分类为纲,首次提出了内科常见疾病的层次分期辨病治疗观点,以西医病理生理改变和中医病因病机相结合,整体辨证与微观辨证相结合,中医的理法方药和现代中药药理研究相结合,对内科常见病的辨病治疗规律做了深入浅出地探讨,并对许多疾病的临床隐性无症状期的辨治问题等亦做了有理有据的讨论,还对近年来内科常见疾病的治疗现状做了较为全面的评析,且结合作者临床体会,多有阐发。虽书中许多地方还有待于进一步完善,但相信此书的出版对中西医结合的发展和中医临床疗效的提高定会产生积极的作用和深远的影响。有感于此,爰以为序,望同道明鉴。

张文康

一九九四年九月序于北京

前 言

辩证论治是中医学的特点之一,但由于中医的证在定性和定量方面存有相当的模糊性,以至于不少人认为中医的辩证论治灵活无边,造成了人们对中医学的科学性的怀疑,或多或少的影响了中医学的发展。随着现代医学的不断进步,中医学亦迫切需要不断丰富和更新自己的理论体系,以适应时代的发展和医患的需要。

目前,中医学领域中或多或少的存在着这样两种倾向:一是只讲灵活的辩证论治而否定辨病的倾向;一是注重中药的药理研究来针对性用药的废医存药的倾向。这无疑给提高中医临床疗效带来了不利的影响。现代医学是以其区别于其他病的病理生理改变来诊断疾病的,而这些不同的改变在中医的辩证施治方面亦势必有其区别于其他病的特性,如动脉粥样硬化、胆囊炎、胃炎、肝炎等许多疾病都可表现为中焦湿热证,中医治疗均当以清利中焦湿热为法,但由于其各自病理特点的差异,其选方用药显然不能相同。如何根据不同疾病所固有的病理特点和变化规律来指导辩证和选方用药,也就是中医辨病治疗所要讨论的问题。

早在张仲景时期,辨病的诊治体系就已确立,并将辨病与辩证列于同等重要的地位。但由于历史条件的限制,加之仲景提出的辨病体系也过于宏观,因而辨病体系未能得到充分的认识和发展。

辨病是对疾病发生发展全过程的纵向认识,它有助于抓住贯穿于整个疾病发展过程中的基本病理变化规律;辩证则是对疾病发展过程中某一阶段的横断面认识,它有助于抓住疾病在某一阶段的病理变化特点。每个疾病的演变都有其内在的规律性,尽管在演变过程中可出现许多不同的证,但这些证总是受到疾病根本矛盾的制约和影响。不同的疾病虽也可出现相同的证,但这些相同的证也同样受着各个不同疾病的基本病理变化的制约和影响。所以,所谓“同病异证”只是在“同”的基础上的“异”,“异病同证”也只是在“异”的基础上的“同”。因此,临床不仅要“同病异治”或“异病同治”,更重要的是把握每个疾病的自身规律而“异病异治”。有感于此,我们编写了这本《中医内科辨病治疗学》。

在编写过程中,我们以现代医学的疾病分类为主线,根据疾病不同发展阶段的西医病理和中医基本病因病机的认识,在综合国内各家研究的基础上,结合作者的临床体会,本着将现代医学对疾病的病理生理认识与中医的病因病机认识相结合、中医对“证”认识与对“证”的现代研究相结合、疾病各阶段的辨病与辩证相结合、中医的组方配伍原则与中药的现代药理研究相结合的宗旨,对疾病的辨治规律、遣方用药作了较为详细的阐述,对中医的微观辩证、中药的现代药理研究和临床疗效的关系等也作了充分的评析。

由于本书是对中医辨病体系的一种新的探索,加之时间仓促和编者水平所限,难免有偏颇与失误之处,作者只冀抛砖引玉,敬请同道明鉴并指正。

本书承蒙卫生部副部长兼国家中医药管理局局长张文康教授亲自作序,著名中医前辈方药中教授和著名中西医结合前辈陈可冀教授亲自审稿,出版社的同志给予了多方面的热情支持,在此谨表示由衷地感谢。

编者于北京西苑

一九九四年八月

目 录

第一章 呼吸系统疾病	(1)
总论.....	(1)
急性气管—支气管炎.....	(2)
慢性阻塞性肺部疾病.....	(5)
支气管哮喘	(15)
支气管扩张	(19)
肺炎	(21)
细菌性肺炎 肺炎球菌肺炎	(21)
葡萄球菌肺炎	(26)
肺炎杆菌肺炎	(26)
链球菌肺炎	(27)
革兰氏阴性杆菌肺炎	(27)
病毒性肺炎	(28)
支原体肺炎	(33)
肺霉菌病	(34)
放射性肺炎	(36)
肺脓肿	(37)
呼吸衰竭	(41)
成人呼吸窘迫综合征	(43)
肺结核	(46)
胸膜炎	(52)
第二章 循环系统疾病	(57)
总论	(57)
充血性心力衰竭	(64)
休克	(74)
心律失常	(77)
风湿热和风湿性心脏病	(86)
动脉粥样硬化(AS)	(89)
冠状动脉粥样硬化性心脏病	(93)
冠心病心绞痛	(94)
心肌梗塞	(102)
高血压病.....	(107)
急性肺原性心脏病.....	(113)
慢性肺原性心脏病.....	(115)
感染性心内膜炎.....	(124)

心包炎.....	(127)
急性心包炎	(127)
慢性心包炎	(129)
病毒性心肌炎.....	(131)
原发性心肌病.....	(136)
克山病.....	(139)
梅毒性心血管病.....	(142)
心脏神经官能症.....	(144)
多发性大动脉炎.....	(147)
血栓闭塞性脉管炎.....	(151)
雷诺氏综合征.....	(155)
第三章 消化系统疾病.....	(159)
总论.....	(159)
脾胃	(159)
肝胆	(171)
反流性食管炎.....	(176)
慢性胃炎.....	(178)
消化性溃疡.....	(185)
胃下垂.....	(191)
肠梗阻.....	(194)
肠激惹综合征.....	(202)
慢性溃疡性结肠炎.....	(204)
病毒性肝炎.....	(207)
肝硬化.....	(213)
胆囊炎.....	(220)
胆石病.....	(224)
黄疸.....	(228)
胰腺炎.....	(233)
急性胰腺炎	(233)
慢性胰腺炎	(237)
第四章 泌尿系统疾病.....	(240)
总论.....	(240)
急性肾功能衰竭.....	(247)
慢性肾功能衰竭.....	(253)
急性肾小球肾炎.....	(262)
急进性肾小球肾炎.....	(268)
慢性肾小球肾炎.....	(270)
肾病综合征.....	(279)
IgA 肾病.....	(286)
膜性肾病.....	(291)

狼疮性肾炎·····	(294)
过敏性紫癜性肾炎·····	(296)
乙型肝炎病毒相关性肾炎·····	(299)
糖尿病肾病·····	(301)
梗阻性肾病·····	(307)
肾结石·····	(310)
肾结核·····	(315)
肾下垂·····	(318)
肾绞痛·····	(319)
尿路感染·····	(322)
第五章 结缔组织疾病 ·····	(329)
总论·····	(329)
系统性红斑狼疮(SLE)·····	(339)
类风湿性关节炎(RA)·····	(346)
风湿性关节炎·····	(353)
皮炎(DM)与多发性肌炎(PM)·····	(359)
硬皮病(scleroderma)·····	(365)
结节性多动脉炎·····	(369)
强直性脊柱炎·····	(373)
白塞氏病(BD)·····	(378)
干燥综合征(SS)·····	(384)
第六章 内分泌—代谢疾病 ·····	(390)
总论·····	(390)
垂体前叶功能减退症·····	(392)
尿崩症·····	(394)
肾上腺皮质功能减退症·····	(395)
皮质醇增多症(柯兴氏综合征)·····	(399)
原发性醛固酮增多症·····	(402)
先天性肾上腺皮质增生症·····	(404)
嗜铬细胞瘤·····	(407)
甲状腺机能亢进症·····	(409)
甲状腺机能减退症·····	(414)
甲状腺炎·····	(417)
单纯性甲状腺肿·····	(418)
甲状旁腺机能亢进症·····	(420)
甲状旁腺机能减退症·····	(421)
男子乳房发育症·····	(423)
糖尿病·····	(425)
肥胖症·····	(432)
高脂蛋白血症·····	(436)

痛风	(440)
第七章 神经系统疾病	(444)
总论	(444)
面神经炎	(451)
美尼尔氏病	(454)
三叉神经痛	(458)
臂丛神经炎	(461)
坐骨神经痛	(463)
肋间神经痛	(466)
桡神经麻痹	(467)
急性感染性多发性神经炎	(468)
癫痫	(473)
短暂性脑缺血发作	(477)
脑血栓形成与脑栓塞	(479)
脑出血	(480)
蛛网膜下腔出血	(491)
脑脓肿	(493)
脑动脉硬化症	(495)
脊蛛网膜炎	(498)
震颤麻痹	(500)
急性脊髓炎	(503)
脊髓空洞症	(505)
肌萎缩侧索硬化症	(508)
肌营养不良症	(511)
偏头痛	(514)
原发性多汗症	(518)
第八章 造血系统疾病	(521)
总论	(521)
再生障碍性贫血	(531)
营养性巨幼红细胞贫血	(537)
缺铁性贫血	(540)
溶血性贫血	(543)
阵发性睡眠性血红蛋白尿	(544)
白细胞减少症	(547)
过敏性紫癜	(550)
特发性血小板减少性紫癜	(554)
原发性血小板增多症	(559)
真性红细胞增多症	(561)
多发性骨髓瘤	(563)
白血病	(568)

急性淋巴细胞性白血病	(571)
急性非淋巴细胞性白血病	(577)
急性早幼粒细胞白血病	(583)
急性白血病现代研究	(585)
慢性粒细胞性白血病.....	(588)
骨髓增生异常综合征.....	(594)
第九章 肿瘤	(600)

第一章 呼吸系统疾病

总 论

呼吸系统疾病约占内科病的 1/4,在我国人口统计中,呼吸系统疾病为第二位死因。呼吸系统疾病的范围相当广泛,主要有感染性疾病(包括肺结核、急性气管-支气管炎、各种肺炎等)、阻塞性肺疾病(包括慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿、肺心病等)、呼吸窘迫综合征、肺部肿瘤,某些全身免疫性疾病累及肺脏所产生的病变等,在内科学中占重要地位。

中医学认为,人的呼吸由肺所主,肺是人体呼吸的主要器官。故呼吸系统疾病主要从肺来辨证论治。肺的主要生理功能有三个方面:

一是主气、司呼吸。肺主气,是指肺主一身之气。司呼吸,是指肺是进行体内外气体交换的呼吸器官。肺主一身之气,其一指肺与人体之气的生成密切相关,因为后天人体之气的生成主要依靠肺吸入的清气与脾胃运化的水谷精气相结合;其二是指肺的呼吸运动对全身之气的升降出入运动起着重要的调节作用和对心血的运行起着重要的推动作用。

二是主宣发和肃降。所谓“宣发”,是指肺气的向上的升宣和向外周的布散作用。肺通过其宣发作用,一方面将脾所转输的津液和水谷精微布散到全身,外达于皮毛;一方面排出体内的浊气;一方面宣发卫气,调节皮肤腠理之开合,并将部分代谢的废液化为汗液而排出体外。所谓“肃降”,是指肺气的向下、向内的清肃下降的作用。通过肺的肃降作用,一方面吸入自然界的清气,一方面将吸入的清气和由脾转输至肺的津液和水谷精微向下布散。

三是通调水道。亦即是疏通和调节水液运行和排泄的道路的功能,这个功能是通过肺的宣发和肃降共同作用来完成的。肺通过其宣发作用,将津液和水谷精微布散至全身并主司腠理的开合而调节汗液的排泄,肺通过其肃降作用,将津液和水谷精微不断地向下输送而下达于肾,从而在水液代谢过程中起着重要的调节作用。

肺通过气道与鼻相通,在液为涕,外合皮毛,在志为悲,与大肠相表里。

现代医学也已逐步认识到呼吸系统除具有呼吸功能外,还具有具备完整的物理、生物和免疫的防御机制和内分泌、代谢功能等非呼吸功能,认为肺的正常免疫反应可保护肌体免受抗原物质侵害以保障身体的健康,免疫缺陷(先天性和获得性)易导致各种严重感染。而过高免疫反应即超(过)敏反应或称变态反应,则引起肌体损害和疾病。同时,肺还是一个重要的内分泌、代谢器官,参与三大物质代谢、肺的结缔组织代谢、血管活性物质代谢,肺脏又与心脏血液动力学的关系至为密切,两者相互影响。此与中医认为肺主气,肺气具有固护肌表、防御外邪、推动心血运行以及肺主通调水道参与水液代谢的认识大有相通之处。

现代医学认为,呼吸系统疾病的形成主要有两个方面:一是呼吸系统与外界沟通,外界有害物质(包括微生物、过敏原、粉尘、有害气体等)直接侵入而造成损害,一是全身其他器官的病原体通过淋巴、血循环播散到肺部。还有些疾病病因不明。中医学认为肺病的病因主要有外感和内伤两个方面。因为肺通过鼻与外界相通,又外合皮毛,故外邪内侵则首先犯肺出现肺的病变,即所谓外感。虽然肺是司呼吸的主要器官,但肺的功能活动要在心脾肝肾的协调配合下才可得以顺利进行,正如古

人所谓“脾为生气之源,肺为主气之枢,肾为气之根,肺为气之主,呼出心与肺,吸入肝与肾。”从病理上来说,不仅肺本身的病变可造成肺的生理功能的异常,而且任何一个脏腑的病变亦均可影响到肺而致发肺的疾患。凡内生五邪或其他脏腑的病变影响于肺而致发肺的疾患皆属于内伤。外感多影响肺的宣发功能,内伤多影响肺的肃降功能,由于肺的宣发和肃降是相辅相成、升降相因的两个功能方面,故无论是外感还是内伤,为病势必是相互影响而宣降同病。

肺的病变主要有以下几方面的表现:一是司呼吸功能的异常,二是人体之气的生成不足,三是因水道不调而致的水液代谢的异常,四是皮毛失养或腠理开合失司。五是影响到鼻和大肠而出现相应的病变。其主要症状有咳嗽、胸闷、胸痛、哮喘、呼吸困难、气短乏力、恶风、易感冒、恶寒发热、汗出异常、咯痰、咯血、水肿、皮肤干燥搔痒、鼻塞流涕或鼻干鼻衄和便秘等。

也就是说,呼吸系统疾病既不离乎肺,又不止乎肺,对呼吸系统疾病的辨治亦当是既立足于肺,又勿忘于其他脏腑。总的治疗原则是外感以宣肺为主,内伤以降肺为主。

急性气管—支气管炎

一、概述

急性气管—支气管炎是病毒和细菌感染,物理、化学性刺激或过敏反应等对气管-支气管粘膜所造成的急性炎症。

本病多发生于寒冷季节,因受凉和过度劳累削弱上呼吸道的生理性防御机能而诱发。健康成年人多半由腺病毒或流感病毒引起,儿童则以呼吸道病毒或副流感病毒为多见。病毒感染抑制肺泡巨噬细胞的吞噬和纤毛细胞的活力,使其他呼吸道细菌有入侵的机会。儿童有反复急性气管-支气管炎发作者,应排除某些少见疾病,如囊性纤维化肺病或低免疫球蛋白血症的可能性。

本病的病理为气管、支气管粘膜充血、水肿,纤毛上皮细胞损伤脱落,粘液腺体肥大,分泌物增加,并有淋巴细胞和中性粒细胞浸润。炎症消退后可恢复正常。起病时往往先有上呼吸道感染的症状,1~2天后咳嗽、咯痰加剧,痰由粘液转为粘液脓性为临床特点。一般是先见鼻塞、喷嚏、咽喉疼痛、声音嘶哑、轻度刺激性咳嗽、痰少等上呼吸道感染的症状,全身症状较轻,仅见轻度畏寒、发热、头痛及全身酸痛等。1~2天后咳嗽加重,痰由白色清稀而转为黄色粘稠。病情较重者往往在晨起、晚睡等体位改变及吸入冷空气或体力活动后有阵发性咳嗽、咯痰,有时甚至终日咳嗽。在伴有支气管痉挛时可有哮喘和气急。本病一般呈自限性,发热和全身不适多在3~5天内消退,但咳嗽有时可延长数周方愈。

由于本病的粘液分泌物多在较大支气管,故听诊多闻及粗的干性罗音,咳嗽后消失。但当水样分泌物积留在小支气管时,亦可在肺底部听到湿性罗音。血白细胞数检查和胸部X线检查一般无异常发现。

本病的诊断主要依靠临床表现。但应注意与一些发病时常伴有急性气管-支气管炎的疾病如肺结核、肺癌、急性扁桃体炎、百日咳、麻疹、支原体肺炎、肺脓肿等详加鉴别。尤其应注意与流行性感冒相鉴别,因为二者在症状上很相似。但流感的特点是发热、头痛和全身酸痛等全身症状较明显,白细胞数多减少,且往往有较鲜明的流行季节性。

从中医学的观点来看,本病多属“外感咳嗽”的范畴。外感咳嗽的发生,多因肺的卫外功能减退或失调,六淫外邪自口鼻或皮毛内侵于肺而造成。即如《河间六书·咳嗽论》所谓:“寒、暑、燥、湿、风、火六气,皆令人咳嗽。”由于四时主气的不同,病发于不同季节的外感咳嗽的致病外邪亦有区别。

由于风为百病之长,为六淫之首,其他外邪多随风邪而侵袭人体,而肺为娇脏,最恶寒邪,故外感咳嗽必以风为先导,而挟寒、热、燥等邪,尤以风寒致病者居多。亦正如张景岳所说“六气皆令人咳,风寒为主”。

外邪犯肺,首先影响肺气的宣发。肺气失宣,则一方面不能宣发卫气外达于皮毛而温煦肌表,一方面影响腠理的正常开合,一方面影响肺窍的通利,一方面影响肺气的肃降而致肺气上逆,故临床先见鼻塞、喷嚏、咳嗽、畏寒发热、头身疼痛等外感表证。肺的宣降失常则影响在上的水液不能正常的升降代谢而变生痰饮故咯痰。随着病情的发展,或风寒之邪入里化热,或燥、热之邪渐次入里,热伤气道,煎熬津液,故见咽喉疼痛或声音嘶哑,咳嗽咯痰也逐渐加重,痰由白色清稀而渐变为黄色粘稠。由于其病机的关键在于外邪束肺而致肺气不宣,因肺气不宣而造成了肺失肃降而肺气上逆,故治疗的关键也在于宣肺祛邪。临证当根据病理阶段的不同和感邪的差异而区别对待。初起时重在解表祛邪,感受风寒邪气者以疏风散寒为主,感受风热邪气者以疏散风热为主,感受风燥邪气者以疏风润燥为主;病情发展,表现为外邪入里化热,表里同病,治当解表与清里并举;后期多表现为痰热蕴肺,热伤肺阴或气阴两伤,其治当在清泄邪气的同时兼扶正气,总应以宣通肺气、散除邪气、宣肺以降肺为治疗本病的重点所在。

二、分期辨治

(一)前期

本期的病理表现是气管、支气管粘膜充血、水肿。以咳嗽、吐痰伴有外感表证为临床特点。常见以下三种证型:

1. 风寒犯肺型

【临床要点】 多发于冬季,证见咳嗽声重,吐痰清稀色白,咽痒,鼻塞流清涕,伴有恶寒、无汗、头痛及肢体酸痛,或发热。舌苔薄白,脉浮或浮紧。

【病机特点】 风寒束肺,肺气不得宣通,而致肺气上逆、气不布津、肺窍不利、腠理开合失司。

【治疗原则】 疏风散寒,宣肺化痰止咳。

【方药】 三拗汤加味:麻黄、杏仁、荆芥、防风、白芷、陈皮、桔梗、甘草。

【方药评述】 方以麻黄配杏仁疏风散寒,宣肺止咳为主,以荆芥、防风、白芷疏风,散寒,解表更助麻黄疏风散寒和宣肺之功,以陈皮理气健脾化痰,桔梗宣肺化痰,佐杏仁以化痰止咳,甘草调和诸药,共奏疏风散寒、宣肺化痰止咳之功。

【加减】 痰多者可加半夏、茯苓;若外邪入里化热但表证未除,在上证的基础上兼见口干咽痛、咳吐黄痰,呼出热气,小便黄,舌尖红,舌苔薄黄,应外散表寒,内清肺热,上方加生石膏、淡竹叶、芦根。

2. 风热犯肺型

【临床要点】 多发于春季,证见咳嗽频剧或咳声嘶哑,吐痰白粘或黄稠,口干咽痛,鼻塞流浊涕,伴有微恶风寒、头痛及肢体酸楚,或发热,或汗出。舌苔薄黄,脉浮数。

【病机特点】 风热犯肺,肺气不得宣降,气道不利,腠理开合失司,热伤津液并灼津成痰。

【治疗原则】 疏散风热,宣肺化痰止咳。

【方药】 桑菊饮加减:桑叶、菊花、双花、连翘、杏仁、桔梗、芦根、牛蒡子、甘草、薄荷。

【方药评述】 方以辛凉解表之桑叶、菊花、牛蒡子、薄荷伍杏仁以疏散风热、宣肺止咳,双花、连翘清热解毒,宣散肺热,芦根清肺生津,桔梗宣肺化痰止咳,甘草调和诸药,共收疏散风热、宣肺化痰止咳之效。

【加减】 痰多者,可加半夏、浙贝,咳甚者,可加炙杷叶、百部,身热重者,可加柴胡、葛根,肺热

重者,可加生石膏、淡竹叶。

3. 风燥犯肺型

【临床要点】 多发于秋季,证见干咳无痰或痰少而粘连难咳,甚或痰中带血丝,口干喉痒,咽喉干痛,唇干鼻燥,伴有微恶风寒,鼻塞,或头痛身热。舌干少津,脉浮或浮数。

【病机特点】 燥邪犯肺伤津,肺失宣降,腠理开合失司,气道为燥邪所伤。

【治疗原则】 疏风润燥,宣肺化痰止咳。

【方药】 桑杏汤加减:桑叶、杏仁、沙参、浙贝、桔梗、梨皮、柴胡、薄荷。

【方药评述】 方以桑叶、杏仁、沙参、梨皮疏风宣肺,润燥化痰,止咳为主药,桔梗开宣肺气,化痰利咽,浙贝清化热痰,止咳,以助主药化痰止咳之力;柴胡、薄荷既可疏散风热,外解表邪,又可疏肝理气而协调肝肺升降。

【加减】 恶寒、鼻塞、头身痛较重者,加紫苏、白芷。口渴、咽喉疼痛等内热表现较突出者,加芦根、山栀。

(二)后期

本期的病理表现是充血、水肿的气管、支气管粘膜纤毛上皮细胞损伤脱落,粘液腺体肥大,分泌物增加,并有淋巴细胞和中性粒细胞浸润。以表证消失,咳嗽吐痰加剧,肺热现象较突出为临床特点。

【临床要点】 咳嗽频作,痰多而黄稠,咳吐不爽,咽喉疼痛,口干喜饮,乏力,纳差,或有身热,小便黄,大便或干。舌红,舌苔薄黄或薄黄而腻,脉滑数。

【病机特点】 表证入里,痰热内盛,肺失肃降,气阴两伤。

【治疗原则】 清肺化痰止咳,佐以益气养阴。

【方药】 竹叶石膏汤加味:淡竹叶、生石膏、半夏、浙贝、炙杷叶、百部、杏仁、太子参、麦冬、芦根、甘草。

【方药评述】 方以淡竹叶、生石膏、芦根清泄肺热;黄芩配半夏辛开苦降,清热燥湿化痰,以制肺气之上逆;杏仁配百部宣肺止咳;浙贝、炙杷叶清热化痰止咳;太子参、麦冬、甘草益气养阴泄热。

【加减】 若津伤较甚,干咳,咳声嘶哑,痰少难咳或痰中带血,口干咽燥,舌红少苔之阴虚肺燥之证表现突出者,去黄芩、半夏、浙贝之燥,加沙参、川贝以养阴润肺化痰,并重用麦冬、芦根以增强养阴清肺之力。

现代药理研究证实:以上在中医辨证论治理论指导下所选用的辛温解表宣肺的麻黄、荆芥、紫苏、防风,辛凉解表的薄荷、牛蒡子、菊花、桑叶、柴胡,清热解毒的淡竹叶、黄芩、山栀、双花、连翘,止咳化痰的桔梗、百部、炙杷叶,养阴清热的麦冬,益气并调和诸药的甘草均分别具有对金黄色葡萄球菌、白色葡萄球菌、白色念珠菌、甲型链球菌、乙型链球菌、卡它球菌、流感病毒、副流感病毒等与上呼吸道感染密切相关的细菌和病毒株的抑制作用;麻黄、紫苏、薄荷、牛蒡子、桑叶、柴胡、芦根、山栀、杏仁、桔梗、炙杷叶、百部、半夏、浙贝、陈皮、沙参等又都分别具有或缓解支气管平滑肌的痉挛或减少支气管分泌物,或抑制咳嗽反射,或促进痰液分泌和气管纤毛运动,或刺激支气管产生新的分泌物而使稠厚的痰易于排出等的祛痰、镇咳、止咳平喘的作用;防风、柴胡、淡竹叶、生石膏、山栀、黄芩、连翘、桔梗、陈皮、甘草等还分别具有或解热或抗炎等的作用;柴胡、生石膏、芦根、双花、麦冬、太子参等又分别具有或兴奋网状内皮系统,促进白细胞对炎性细胞的吞噬能力,加强防御机能,或增强巨噬细胞的吞噬能力,促进巨噬细胞的成熟等增强机体免疫功能的作用。恰好可以从根本上消除急性气管-支气管炎的病因和改善其病理变化,体现了西医辨病与中医辨证的有机结合。

三、常用单、验方

1. 徐长卿 10 克,放暖瓶内以开水浸泡 3 小时后代茶饮。
2. 核桃仁、杏仁、川贝、冰糖,以 4:2:1:2 的比例共捣成膏,每次服一匙,每日二次,温开水送服。
3. 枯矾 30 克,瓜蒌 2 个,萝卜适量,将瓜蒌焙干,与枯矾共研细粉,用煮熟的萝卜蘸药粉吃,每次吃 1~2 个萝卜。
4. 桔梗、荆芥、紫苑、百部、白前各 6 克,甘草 3 克,陈皮 5 克,水煎服,每日一剂。
5. 梨 1 个,杏仁 10 克,将梨挖一小洞,把杏仁捣烂放入小洞里,封口,加水煮熟,吃梨喝汤,每晚一次。
6. 炒杏仁、炒芝麻各等量,共捣烂,每次服 3 克,每日二次,温开水送服。
7. 桑白皮、杏仁各 10 克,水煎服,每日一次。
8. 苏子 10 克,黄芩 10 克,桑白皮 12 克,北杏仁 10 克,水煎服,每日一剂。

慢性阻塞性肺部疾病

一、概述

慢性阻塞性肺部疾病(简称慢阻肺病)是一组慢性气道阻塞性疾病的统称,在国外文献广泛使用已 20 余年,近年来国内也已采用。本章主要讨论其中的慢性支气管炎和肺气肿。

慢性支气管炎是指由于感染或非感染因素引起的气管、支气管粘膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。肺气肿是指终末细支气管远端(包括呼吸细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡)的气腔弹性减退、过度膨胀、充气和肺容积增大。从概念上看,它们是两种疾病,慢性支气管炎是临床诊断,肺气肿则是病理诊断,各有其独立存在的特性。但是它们具有相似的临床特点和由于慢性气道阻塞所引起的一系列共同的病理生理改变,而且在疾病的发展过程中,二者相互伴存。故统称为慢性阻塞性肺部疾病。

(一)病因

慢阻肺病的病因较为复杂,概括起来可以分为外因和内因两个方面。外因主要包括感染因素:目前认为病毒和细菌的反复感染是造成慢性阻肺病的病理演变和使疾病加重的基本原因。理化因素:刺激性烟雾、粉尘、大气污染,尤其是二氧化硫、二氧化氮、氯、臭氧等的慢性刺激也是慢阻肺病的发病原因之一。另外,国内外一致认为吸烟与慢阻肺病的发生有肯定的关系。还有部分病人与吸入花粉、霉菌等致敏原有关。内因主要为免疫(非特异性免疫、特异性免疫)功能降低;部分患者与过敏性反应有关;另外,植物神经功能失调等都为本病的发生提供了内在条件。

(二)病理与病理生理

1. 病理 慢性支气管炎的病理变化主要是呼吸道的一种慢性非特异性炎症。其中最明显的病变是腺体的变化,粘液腺泡明显增多,腺管扩张,浆液腺和混合腺体相应减少,有的腺体几乎全为粘液腺体所占据。增生肥大的腺体分泌机能亢进,粘液分泌量增多,因此患者每日痰量增多。由于炎症反复发作,引起支气管粘膜的柱状上皮细胞变性、坏死。支气管壁有炎症细胞浸润、充血、水肿和纤维增生,支气管粘膜溃疡,肉芽组织增生,严重者支气管平滑肌和弹力纤维也遭破坏,以致机化引起管腔狭窄。

肺气肿的病理变化主要表现为:肺脏在开胸后不塌陷,呈白色,重量正常,容积增加达正常的 2 倍,横膈下降,肌肉萎缩。镜检下,多数病例呈支气管炎性改变。

2. 病理生理 慢性支气管炎早期病变主要在小气道,因而临床症状不明显,常规肺功能检测基

本正常。当炎症蔓延至较大的支气管,或在急性发作期,气道狭窄,阻力增加,常规通气功能检测可见最大通气量、1秒钟呼气量、最大呼气中段流速均轻度减低,残气量轻度增加,但肺活量正常。在缓解期,肺功能的变化可恢复正常。当发展到阻塞性肺气肿后,呼吸功能的损害则大都不可逆转。

阻塞性肺气肿在早期慢性支气管炎阶段,周围小气道即见异常。随着病变进展,当延及大气道时,通气阻力增大,常规肺功能检查可以测出。气道狭窄与肺组织破坏所致肺弹性降低都会导致通气受限,使肺泡通气不足,引起低氧血症,严重时引起二氧化碳潴留。

近年来认为呼吸肌疲劳,特别是膈肌疲劳,在阻塞性肺气肿引起呼吸衰竭的机理中有重要意义。阻塞性肺气肿时肺过度膨胀,膈肌长度缩短,收缩力减弱,工作效率降低。又由于气道阻力增大,通气受限,呼吸功加大,耗氧量增加。而缺氧、心衰、营养不良等因素又使膈肌的能量供应减少,最终导致膈肌疲劳。膈肌疲劳难以维持必要的肺泡通气量,以致引起呼吸衰竭。因而,膈肌疲劳与呼吸衰竭互为因果,是阻塞性肺气肿病理生理演变中的一个重要环节。

(三)临床表现

1. 症状 慢性支气管炎多缓慢发病,病程较长,其主要的临床表现可概括为咳、痰、喘三症,但以长期反复咳嗽最为突出。

咳嗽:早期咳声清朗、有力,以单声咳或间歇咳为主,白天多于晚上。当病情发展加剧时,痰量增多,咳声变得重浊,多为连声阵咳。继发肺气肿时咳声低沉无力,夜间多于白天,尤以睡前或晨起为甚。轻症在天气转冷或突变时发病加重,气候转暖时咳嗽减轻或消失。重症则四季均咳,冬春季加剧。

咯痰:早期病人痰多呈白色粘液泡沫状,容易咯出,以病毒感染为主;随着病情的加重,逐渐转为黄色粘液脓性或黄绿色,多由于继发细菌感染所致。若咳嗽剧烈,使支气管粘膜微血管破裂,则痰中可带血丝。慢支病人的痰量,一昼夜的有几十毫升至一百毫升或更多,尤以清晨痰量最多。咯痰和咳嗽往往同时存在,其程度基本上是一致的。

喘息:由于支气管痉挛引起,也可由于支气管粘膜水肿、管壁肥厚、痰液阻塞所致。

当病情迁延日久,并发阻塞性肺气肿时,则除上述症状外,还有逐渐加重的呼吸困难。最初可在劳动时出现气短,以后逐渐明显,以至轻度活动甚至休息时也可出现呼吸困难。当合并呼吸道感染时,病情加重,甚至导致呼吸衰竭。

2. 体征 慢支早期可无异常体征,有时在肺部可听到散在的干性或湿性罗音。喘息型支气管炎发作时,可听到哮鸣音。当出现肺气肿时,可见到胸部呈桶状,前后径增大,肋间隙增宽,呼吸活动减弱,触诊语颤减弱,叩诊呈清音,心浊音界缩小或不易叩出,肝浊音界下移。听诊呼吸音减弱、呼气延长。并发感染时肺部罗音增多。当缺氧明显时,可见口唇、指(趾)甲紫绀。

3. X线检查 X线检查一方面可排除肺部其他疾患,另一方面可了解慢支的发展阶段及类型特点。(1)肺纹理改变:肺纹理增多、增粗,以两肺中、下野为显著,继发感染时,肺纹理紊乱、粗糙,呈小斑片状阴影。(2)肺野显示条索状、颗粒状和斑点阴影,斑点影位于肺纹远端,形状不规则,以两肺中下野多见。(3)合并阻塞性肺气肿时,则是肺野透亮度增加,横膈下降且平坦,活动减弱,胸部扩张,肋间隙增宽,心脏呈垂直位。

4. 肺功能检查 早期病变多在小气道,常规肺功能检查常无异常发现。当慢支发展至气道狭窄或有阻塞时,出现阻塞性通气障碍,表现为第一秒用力呼气量降低,最大通气量、最大呼气中段流速也明显降低。

(四)中医对本病的认识

慢性阻塞性肺部疾病属于中医学“咳嗽”、“痰饮”、“喘证”、“肺胀”的范畴。本病的病因也有内、