

王玉光应用燥湿化痰、滋肾运脾法治疗 肺泡蛋白沉积症 1 例

郭丽娅 王亚南 祝勇 焦以庆 张圆 卢幼然 王玉光

(首都医科大学附属北京中医医院呼吸科, 北京 100010)

【关键词】肺泡蛋白沉积症; 燥湿化痰; 滋肾运脾; 金水六君煎; 王玉光

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2022.11.029

肺泡蛋白沉积症(PAP)是一种罕见的综合征,以肺泡及终末呼吸性细支气管内富含类似于肺泡表面活性物质的脂蛋白样物质沉积为特点^[1]。本病隐匿起病,胸部高分辨CT特征表现为“铺路石征”^[2],自愈率低,复发率高,肺纤维化发生率高,目前尚无国际共识的治疗方案。中医古籍中无PAP的病名,根据其临床特点,可将其归属于中医学“肺痹”“肺痿”等范畴。本病病机复杂,多表现为虚实夹杂、寒热错杂。现将王玉光教授以燥湿化痰、滋肾运脾为法,从肺痹治疗本病1例总结如下,以期为临床治疗提供思路。

1 病案介绍

患者,男,50岁,2019年9月12日初诊,主诉:间断咳嗽咳痰10余年,伴气短6年,加重20d。患者10余年前开始间断出现咳嗽咳痰,痰白质黏,6年前出现活动后气短,2年前于当地医院职业病科诊断为“肺间质纤维化,考虑与职业吸入相关”,20d来无明显诱因出现咳嗽加重。既往曾从事森林灭火及烧煤炉工作,参加火灾救援4次,无防护,2018年脱离工作环境。2019年9月12日于我院住院期间完善相关检查:胸部CT提示双肺分布磨玻璃密度影,内可见小叶间隔增厚,呈“铺路石征”(见图1);经支气管镜透壁肺活检(TBLB)提示送检肺组织部分肺泡腔内可见粉染、颗粒状渗出物,肺泡间质未见确切纤维化、增宽等改变,特染结果PAS(+),结合特殊染色剂免疫组化结果,考虑肺泡蛋白沉积症可能性大。刻下症见:颧红,形体胖,咳嗽咳痰,咳声重浊,痰

黄白相间,质稠厚,呈泡沫状,痰出咳减,活动后胸闷气短,吸气费力,吸不到底,时有咽干咽痒,口干,鼻流清涕,鼻后滴流,平素怕热,时有畏寒,喜热饮,自汗,头及胸汗出多,时有腹胀,矢气频,纳食正常,小便黄、频,大便不成型。舌淡暗,苔白腻,脉沉弦,尺脉无力。西医诊断:PAP;中医诊断:肺痹,证属痰湿阻肺、脾肾不足;方选金水六君煎合平胃散加减,药物组成:熟地黄30g,当归20g,法半夏10g,陈皮10g,炒白芥子12g,蜂房6g,桑白皮15g,苍术10g,生姜6g,厚朴15g,茯苓15g,炙甘草6g。5剂,1剂/d,水煎温服。

2019年9月17日二诊:服药后患者咳嗽咳痰、腹胀均减轻,舌脉同前。前方加厚朴、白芥子,加山慈菇6g。6剂,1剂/d,水煎温服。

2019年9月23日三诊:患者痰量增加,大便不成型,舌淡红,苔白腻,脉沉弦,尺脉无力。前方加炒白芥子6g、紫苏子15g、莱菔子20g、山药60g。28剂,1剂/d,水煎温服。

2019年12月23日四诊:患者服上方后气短减轻,活动耐力提高,咳嗽咳痰减轻,症见鼻塞流涕明显,前方加辛夷10g。服此方至2020年2月20日,患者症状减轻,运动耐力明显提高自行停药4个月。

2020年6月29日五诊:患者因咳嗽、气短加重再次就诊,复查胸部CT提示肺内病变较前部分吸收,部分加重。见图1。继续口服2019年12月23日方,14剂,煎服法同前。

作者简介:郭丽娅,女,37岁,硕士,副主任医师。研究方向:呼吸系统常见病及疑难危重症的中西医诊治。

通信作者:王玉光,E-mail:wygzhyaids@126.com

引用格式:郭丽娅,王亚南,祝勇,等.王玉光应用燥湿化痰、滋肾运脾法治疗肺泡蛋白沉积症1例[J].北京中医药,2022,41(11):1325-1327.

随访,患者口服中药后症状减轻,此后坚持口服 2020 年 6 月 29 日方,患者症状改善,运动耐量增加,6 min 步行试验及肺功能改善。2021 年 5 月 19 日复查肺功能及 6 min 步行试验,对比 2020

年 9 月 21 日,6 min 步行距离较前增加明显,肺功能 FVC 及 DLCO 较前提高,见表 1。并分别于 2020 年 12 月 16 日、2021 年 5 月 19 日复查胸部 CT,肺内病变逐渐吸收。见图 1。

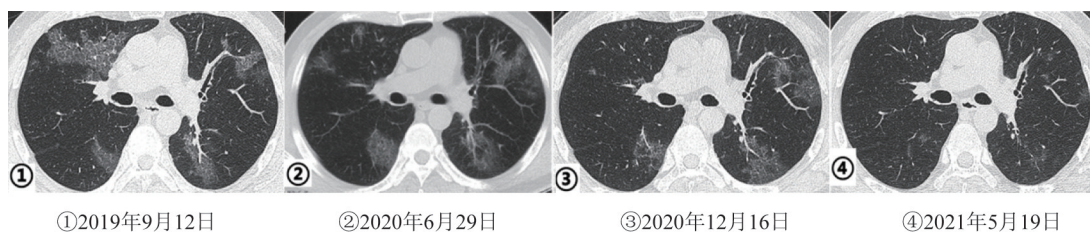


图 1 患者胸部 CT 演变情况

表 1 患者 6 min 步行试验及肺功能情况

日期	6 min 步行试验				肺功能	
	SpO ₂ 前(%)	SpO ₂ 后(%)	实测值(m)	实测值/预计值(%)	FVC(L)	DLCO(%)
2020.9.21	96	98	570	96	3.9	98
2021.5.19	98	97	750	130	4.0	104

2 讨论

PAP 患者大多隐匿起病,早期可无症状,后期可逐渐出现咳嗽咳痰,逐渐加重的喘憋,也可见咳吐泡沫状痰。关于该病的相关中医研究较少,多为个案报道,单纯中药治疗见效者较少。回顾既往研究^[3-9],有学者从“肺痹”“肺痿”论治;有学者从“阴疽”论治。PAP 病机较为复杂,多表现为虚实夹杂证。虚证多为气虚、阴虚、阳气虚、气血虚等;实证多为痰浊、痰热、瘀血、气滞、热毒等。

“肺痹”一词见于《黄帝内经》,《素问·玉机真脏论篇》曰:“是故风者百病之长也。今风寒客于人……弗治,病入舍于肺,名曰肺痹,发咳上气。”“皮痹不已,复感于邪,内舍于肺。”“凡痹之客五脏者,肺痹者,烦满喘而呕。淫气喘息,痹聚在肺。”《辨证录》曰:“肺气受伤而风寒湿之邪遂填塞肺窍而成痹矣。”《症因脉治》曰:“肺痹之成因,或形寒饮冷,或形热饮热,肺为华盖,恶热恶寒,或悲哀动中,肺气受损,而肺痹之症作矣。”纵观相关古籍,肺痹病机是在肺气虚的基础上感受风寒湿之邪,从而使肺气闭阻,气血失调,出现肺失宣降、痰瘀互结,其核心病机是肺气闭阻。患病日久则耗伤气阴,久病伤及脾肾,

导致脾肾两虚。治疗肺痹的原则是在扶正的基础上,祛除导致肺气闭阻的邪气。

“肺痿”见于《金匮要略·肺痿肺病咳嗽上气病脉证治》:“热在上焦者,因咳为肺痿。肺痿之病,何从得之?师曰:或从汗出,或从呕吐,或从消渴,小便利数,或从便难,又被快药下利,重亡津液,故得之。”后世《临证指南医案》又云:“肺痿一症,概属津枯液燥,多中汗下伤正所致,夫痿者,萎也,如草木之萎而不荣,为津亡而气竭也。”指出除阴液枯竭以外,正气亏虚亦为重要发病因素。因此,肺痿成因在于气阴两伤。现行《中医内科学》教材将其定义为肺叶痿弱不用,为肺脏的慢性虚损性疾患,临床以咳吐浊唾涎沫为主症。肺痿的核心病机是气阴两虚,亦可伴有实邪,但实邪多为兼证,治疗肺痿的原则是补气养阴为主。

分析该患者的临床特点,以咳嗽、咳痰为主要表现;咳声重浊,痰黄白相间,质稠厚,呈泡沫状,痰出咳减,舌淡暗,苔白腻,为痰湿闭阻肺气之象。而咽干,口干,平素怕热,时有畏寒,自汗,矢气频。脉沉弦,尺脉不足,重按无力。表明患者同时存在肾阴阳不足。王玉光教授认为:实邪内舍为肺痹,气阴两伤属肺痿;实证为主是肺痹,虚证为主是肺痿;疾病可逆当为肺痹,疾病进展可属肺痿^[10]。该患者痰湿阻肺,证属实证,当从肺痹论治。且经治疗后,患者肺内病变吸收,体现了疾病的可逆性,从而进一步印证了从肺痹论治的正确性。

患者 PAP 诊断明确,结合既往森林消防员等工作,考虑为继发性 PAP,不适合重组人粒细胞-

巨噬细胞集落刺激因子治疗。患者已脱离环境 1 年,肺内病变无吸收,遂寻求中医药治疗。肺痹的治疗当以祛除导致肺气闭阻的实邪为原则。经上述分析,痰湿内蕴是该患者肺气闭阻的主要原因。痰湿内蕴与脾肾的关系密切。脾为生痰之源,肾为生痰之本。该患者同时存在脾肾不足,津液运化失调而生痰;肾水上泛而成痰。如《医家心法》中云:“水沸为痰,其痰白如沫,吐出时如蟹沫,水顷变为稠黏之水矣。此肾水不足,不能制火,火紧而沸也。”肾虚不足,津液不得气化,同时肾阴虚火动,津液凝聚则结成痰饮,煎熬成痰。该患者从事消防员工作多年,且无防护,导致肺气受损,存在肺气虚的基础。目前既有痰湿阻肺之实邪,又有肺脾肾不足之正虚;既有怕热、汗出、口干咽干、痰黄之热象,又有畏寒、舌淡、苔白、便溏之寒象。呈一派虚实夹杂、寒热错杂之证。该患者从肺痹论治,在滋肾运脾的基础上,以燥湿化痰祛邪为主:方选金水六君煎合平胃散加减。金水六君煎的核心处方是二陈汤,二陈汤是治痰的祖方,合用熟地黄、当归,大补肾水养血滋阴。平胃散运脾燥湿,与金水六君煎合用,肺脾肾同调治痰,可谓相得益彰,以此方作为治疗的基本方。

一诊患者痰咳明显,故治疗在基础方上加用白芥子、桑白皮,加强化痰清热之功,用药 5 剂。药后患者咳嗽咳痰、腹胀均减轻。二诊稍作调整,减厚朴、白芥子,加山慈菇以化痰散结。三诊患者痰量有所增多,大便不成形,故在前方基础上加炒山药和三子养亲汤加强化痰。此次加减遵从金水六君煎方后加减:如大便不实而多湿者,加山药;如痰盛气滞,胸胁不快者,加白芥子。四诊患者服上方后气短减轻,活动耐力提高,咳嗽咳痰减轻,症见鼻塞流涕明显,前方加辛夷 10 g。此后守方治疗 1 年余。治疗效果良好。

回顾该患者的诊疗过程,王玉光教授始终从肺痹论治,以金水六君煎治疗贯彻始终,滋肾运

脾、燥湿化痰,最终取得了理想的效果。

PAP 是呼吸系统罕见病之一,目前缺乏有效的治疗方法。在西医明确诊断的基础上,中医治疗可以有效缓解病情。对于该医案的诊治,王玉光教授注重本病虚实夹杂的特征,从肺痹论治,从痰湿阻肺入手,同时重视疾病日久伤及脾肾的病机,处方用药治以燥湿化痰为主,滋肾运脾为助。经治疗患者症状改善,影像学亦显示吸收明显。本病病情复杂,临床辨证过程中需注重四诊资料的收集整理分析,抓住核心病机,明辨八纲,予以个体化诊治。此外,本病的胸部影像学具有特征性表现,影像学表现对中医辨证论治的指导意义还需要临床中进一步研究探讨。

参考文献

- [1] 蔡后荣.实用间质性肺疾病[M].2版.北京:人民卫生出版社,2016:265.
- [2] SALVATERRA E, CAMPO I. Pulmonary alveolar proteinosis: from classification to therapy[J]. Breathe (Sheff),2020,16(2):200018.
- [3] 祝湛予,董振华,徐惠媛.中西医结合治疗肺泡蛋白沉着症 1 例[J]. 中医杂志,1980(5):40-41.
- [4] 李廷谦,程远纶,缪竞陶,等.中西医结合治疗肺泡蛋白沉着症 1 例[J]. 华西医学,1994(4):400-402.
- [5] 周梁,高丽明.肺泡蛋白沉着症 1 例治验[J]. 新中医,2008,40(4):112-113.
- [6] 王兰娣,程炫.中药治疗肺泡蛋白沉着症 1 例[J]. 陕西中医,2009,30(10):1408.
- [7] 吴若茜,李国勤.李国勤治疗肺泡蛋白沉着症一例并文献分析[C].第十一次全国中西医结合防治呼吸系统疾病学术研讨会论文集,2010:345-348.
- [8] 杨闯,张兵,戴思姣,等.胡学军用中医药治疗肺泡蛋白沉着症 1 例[J]. 中医药导报,2019,25(22):125-126.
- [9] 宋圆英,胡馨予,李露露,等.基于阴疽理论治愈肺泡蛋白沉着症 1 例[J]. 中国中医基础医学杂志,2021,27(8):1335-1337,1341.
- [10] 孟令鑫,吴聪,温宇龙,等.区分肺痿和肺痹论治间质性肺疾病经验[J]. 环球中医药,2021,14(11):2064-2066.

Treatment of a case of pulmonary alveolar proteinosis with the method of eliminating dampness and resolving phlegm, invigorating kidney and strengthening spleen by WANG Yu-guang

GUO li-ya, WANG ya-nan, ZHU Yong, JIAO Yi-qing, ZHANG Yuan, LU You-ran, WANG Yu-guang

(收稿日期: 2022-05-31)