

朱跃兰教授基于“存津液”理论 论治干燥综合征合并间质性肺疾病经验撷英*

朱金焯^{1,2}, 梁亦欣^{1,2}, 黄小娟^{1,2}, 侯秀娟², 刘小平^{2Δ} 指导: 朱跃兰

1 北京中医药大学, 北京 100029; 2 北京中医药大学东方医院, 北京 100078

[摘要] 朱跃兰教授基于中医气血津液理论认为, 津液亏耗是干燥综合征合并间质性肺病发生的根本原因, 临证应以顾护津液为要。同时, 朱教授基于“存津液”理论, 采取不同辨证治疗思路进行遣方用药, 疾病初期患者多以肺热壅盛为主, 治以清热宣肺、化痰止咳; 后期患者气阴两伤, 以生、润为度, 治以温阳补气、生津止咳, 温阳化气、运脾布津等。

[关键词] 干燥综合征; 间质性肺病; 存津液; 朱跃兰

[中图分类号] R259 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 2096-9600(2025)05-0010-04

Professor Zhu Yuelan's Experience in Treating Sjogren's Syndrome and Interstitial Lung Diseases Based on the Theory of "Storing Body Fluids"

ZHU Jinye^{1,2}, LIANG Yixin^{1,2}, HUANG Xiaojuan^{1,2}, HOU Xiujuan², LIU Xiaoping^{2Δ} Director: ZHU Yuelan

1 Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China;

2 Dongfang Hospital of Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100078, China

Abstract Professor Zhu Yuelan holds that the depletion of body fluids is the root cause of Sjogren's syndrome (SS) and interstitial lung diseases (ILD) based on TCM theory of Qi, blood and body fluid, protecting body fluids as the key point in clinic. Meanwhile, She adopts various therapeutic thinking of syndrome differentiation and chooses the prescriptions and medicine on the foundation of the theory of "storing body fluids", she treats the patients with clearing heat and dispersing lung, resolving lung to stop the cough when most of them belonged to lung heat abundance at the primary stage; she treats them with warming Yang and tonifying Qi, generating body fluids to stop the cough, warming Yang to activate Qi transformation, promoting spleen transportation and the distribution of body fluids.

Keywords Sjogren's syndrome; interstitial lung diseases; storing body fluids; Zhu Yuelan

干燥综合征(Sjogren's syndrome, SS)是一种累及唾液腺、泪腺等外分泌腺体, 以口干和眼干为主要表现, 同时可发生系统性损害的结缔组织病。流行病学显示我国人群SS患病率约为0.3%~0.7%, 老年人群患病率为3%~4%^[1]。由于肺脏含有丰富的胶原、血管等结缔组织, 故SS合并肺损害临床较常见。国内有报道SS患者肺部病变者占42.3%, 间质性肺疾病(interstitial lung disease, ILD)占23.3%^[2], 多表现为干咳少痰, 胸闷和活动后气促。目前, 西医治疗干燥综合征合并间质性肺疾病(Sjogren's syndrome complicated with interstitial lung disease, SS-ILD)主要使用糖皮质激素和免疫抑制剂^[3], 但长期使用容易引发较多不良反应, 患者用药依从性较差。

朱跃兰教授是北京中医药大学东方医院风湿科主任医师、教授、博士研究生导师, 国家中医药管理局重点学科“中医痹病学”学科带头人, 第七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师。朱跃兰教授根据SS-ILD发病和临床特征, 将

该病归于“肺痿”范畴^[4]。朱跃兰教授推崇清代医家陈修园《医学三字经》中提出的“存津液”观点, 认为该病的发生发展过程中, 津液异常起关键作用, 津液存亡关乎疾病的预后和转归, 存津液者方可得生^[5-6]。故临证大多在“存津液”理论指导下用药, 取得了较好疗效。

1 津亏致痿

朱跃兰教授认为肺脏之所以能正常行使功能是由肺体生理特性决定。《血证论·咳嗽》载:“肺为华盖, 肺中常有津液, 则肺叶腴润, 覆垂向下, 将气敛抑, 使其气下行, 气下则津液随之而降, 是以水津四布, 水道通调。”肺喜润恶燥, 其内有津, 故能宣肃有度, 气机通调, 水津方可四布, 合于五脏阴阳。《灵枢》载中焦“蒸津液, 化其精微, 上注于肺脉, 乃化而为血”可见津液参与了血的化生。“肺朝百脉”, 肺推动和调节血液运行。因此津液留肺保证了肺气宣降、布散水液、生血行血的功能。同时也因为肺脏偏上, 且与外界相通, 其又为娇脏, 不耐寒热, 故最易感邪, 一旦风寒暑湿燥火相失, 邪

气炼液为痰,或化为水饮,痰饮水湿之邪常通过不同方式转化为无形病变,此过程以消耗津液为代价。又有肺虚之人,长期接触烟毒、粉尘等物,肺脏祛邪外出,津液随之耗散^[7]。肺主气司呼吸,宗气积于胸中,走肺贯心以行气血,而无形之气需有形之津液承载,肺津的存在辅助完成了肺的主气功能,然一旦损耗太过,津液又易因为需求大,而一时补给不足,造成肺津暂时或长久不足。故阴津是维系肺脏功能的重要因素,却又易于亏耗。

若肺津久亏,则燥邪内生,燥之为病临床可见一派干枯龟裂之象,迁延日久则见清窍干涸之证,如无水之木不得浇灌。肺“其德为清,苦浊”,阴津不续,燥邪煎灼阴血,肺道滞涩,燥痰痹阻,精微有益物质无法正常输布,污浊之气无法代谢,肺腑由虚变实,真阴受损,气阴两虚,呼吸间肺弹性与张力降低,肺宣降功能失常,主治节之功失司则生痿痹,干咳不止,胸闷气促。

朱跃兰教授认为ILD的进展是损伤-修复-瘢痕的过程,亦是由虚致实的过程。所谓虚,即维持肺脏正常生理活动的所有阴阳气血津液之虚;所谓实,即肺脏不能正常发挥其生理功能而产生的病理产物聚集,以及肺脏结构为了适应津亏在再平衡下产生的阴实^[8]。肺体损伤,清虚之脏几化浊实,肺脏功能失常,百病生。所以朱跃兰教授提出肺津亏耗是SS-ILD发生的诱因,也是其发生的结果。对于SS-ILD患者而言,如要恢复肺脏的气血阴阳,须救肺留津,使肺叶得津润荣,脉络畅通,阴实之邪方能消解排出,气机升降出入调和,呼吸顺畅,肺脏功能才可恢复。

2 存津治痿

津液一词源于《灵枢·决气》篇载:“腠理发泄,汗出溱溱,是谓津……谷入气满,淖泽注于骨,骨属屈伸,泄泽补益髓,皮肤润泽,是谓液。”津液具有润泽之功,然布散部位不同,津液名称各异,作用也有所偏重。津液可外走腠理为汗,或内渗于骨空为髓,在各腔隙则称滑液,渗于脉则化为血^[6]。故而所谓“存津液”,乃是在疾病发生发展中,通过辨证论治,维持人身赖以生存的各种不同层次的营养物质充盈,使其发挥正常功能的过程。

基于生物医学理论,朱跃兰教授将津液进行了区分:一为承载津液,即组织液、血浆、细胞内液、脑脊液、淋巴液、房水和部分位于体外的体液,其具有承载物质和能量的功能;二为润滑津液,包括滑液、浆液和一些存在于体外的体液,其具有减少摩擦和湿润暴露部位的作用。同时因含有特定物质,部分津液又承担着营养功能和免疫功能^[9]。

朱跃兰教授认为津液无论是作为载体参与生长化收藏的代谢过程,还是用作化生他物以行使特定功能,其都是一个边消耗边补充,且随着新陈代谢的速度而调整其存在形式及数量的物质存在,当机体处于疾病状态,津液必会加速化生为血液、精液、五脏之液(且/或的关系)来对抗机体内环境失衡。所以疾病状态下减少津液损耗、加速津液产生、避免津液偏渗尤为重要。

朱跃兰教授认为SS-ILD多见于疾病后期,此时无论病因为何,常导致较为一致的津伤结局。若病邪侵袭,来势迅猛,伤及阴津,此为肺痹阶段,正邪交争激烈,肺内炎症因子、瘀血、免疫复合物亟待祛除,首当祛邪^[10],以清热宣肺,化痰止咳,化痰解毒,通络散结为治疗大法^[11],可酌情引入肺经之药,使诸药直达病所。其组方不宜过大过繁,恐损耗气阴,过犹不及。若病久,正气耗伤,邪气未去,肺脏不能正常行使换气功能,此时津液所剩无几,则只可扶正祛邪并重,祛邪不可用过峻猛之品,需注重培生津液,促进津液蒸腾气化,酌加黄芪、党参、麦冬、沙参等药物扶正以祛邪,徐徐图之。若一味使用祛浊化痰解毒之品,便犯了“虚虚”之忌。由于病变日久气随津伤,故在存津液的同时注重敛肺气,以防耗散太过,可酌加五味子、山萸肉等收敛固涩。

水谷由胃收纳腐熟,化为精微物质,再由脾脏运化布散才能形成特定部位的津液^[6]。胃气充盈,脾气健运,津液才能生而有源。肝主疏泄功能亦须正常,疏泄合度则脏腑与经络之气运行畅通有序,气行则血行,气行则津布,而燥痰之邪弗能生矣。故而朱跃兰教授在治疗肺系病变过程中重视对相关脏腑的培护,尤其是肺、脾、肝三脏。朱跃兰教授认为临床中应注意补养脾胃,培土生金,若胃阴亏虚明显,应注重使用温和不燥的补养之品,如太子参、黄精、山药等益胃养阴;若脾气虚弱,可加干姜、薏苡仁、白术等温补脾胃,行气散津。他还提出要注意疏肝理气、柔肝养血;可选当归、香附、川芎等和肝养血,白芍、木瓜、乌梅等柔肝养阴,缓解金克木,肝受戕伐之状。

2.1 清热宣肺,化痰止咳 ILD初期多以肺热壅盛为主,肺体失于腴润,燥邪灼液烁津,炼津成痰,痰热互结,壅塞气机,肺气失于宣发肃降,故见咳嗽、胸闷、气短等症。治以清热宣肺,化痰止咳。朱跃兰教授常选清气化痰丸合桔梗汤加减治疗。方中黄芩色黄中空,合金土之德,气薄味厚以泻肺中阳热,为君药;陈皮、枳实辛开苦降可散胸中逆气,为臣药;佐以瓜蒌仁、半夏、茯苓、胆南星化痰;

苦杏仁、桔梗宣肺化痰止咳,兼引药入经;甘草和缓补中。诸药合用,邪去津存。

2.2 化痰解毒,通络散结 若患者邪盛或正虚,日久难以尽愈,津液无法正常输布,肺体脉道不通,血行滞涩,血瘀乃成。瘀血阻络,肺络不通,久而腐化为毒,燥、瘀、毒互结,阻碍气机运行,加重津液输布失常,且瘀久化热,燥热进一步耗伤津液。一方面邪实不断加重,燥毒瘀象丛生;另一方面血运不畅,新血不生,肺脏不养,虚象已现,此时应化痰解毒、通络散结以祛瘀生新、畅通脉道,脉道得通,水津得行。朱跃兰教授临证常使用大黄龙虫丸治疗。方中虫类药破血逐瘀,桃仁、干漆行血通络散结;黄芩清郁热;生地黄、大黄、芍药、甘草润燥活血。此丸润以解其燥,虫以动其瘀、搜其络,通以去其闭。方以攻为主,补为次,燥瘀祛,新血行,津液生而渗灌周道。

2.3 温阳补气,生津止咳 ILD日久气阴两伤,津亡气竭,肺中冷落,肺叶焦枯,痿弱不用,此时尽可能让保有功能的肺体生机旺盛,需顺从肺脏生理特性,营造温而不热,润而不湿的内部环境,保养肺脏。朱跃兰教授认为此时应着眼于温阳补气,“肺痿吐涎沫而不咳者……甘草干姜汤以温之”,方用甘草干姜汤加减。此方甘草大甘,辅以炮姜,变辛为苦,于甘温除大热中参以活法,大补肺气,气之所至,津亦至焉。气机运转无碍,血得以流通,若草木得雨露,而痿者挺矣。

2.4 温阳化气,运脾布津 津液由脾胃的水谷精微化生,而后通过三焦与肺、脾、肾等多脏器完成水液化气及输布,部分SS-ILD患者表现为津亏之证,却非生化无源,而是气化失司,津液不能上承所致,此时应化气布津。朱跃兰教授临证选取五苓散加减。方中茯苓、泽泻、猪苓皆禀水土之阴,上行复能下,故水得土之德而后能渗利;白术味苦甘辛,有枢转脾气之功;桂枝气薄可外解腠理皮毛,此方作散以散之,故而水津布散,上滋心肺,外泽皮毛。

2.5 疏肝实脾,留津承液 若病邪深入厥阴,肝血不养,血虚成燥,风火相煽,销铄津液,阴虚血结,内外证合见,外有燥邪为患,津液不足的腺体干燥,不能自行缓解之证;内有风火相击、木火刑金,心胸烦满,动则气喘,肺体损伤机化之证^[12]。此时燥邪灼阴,津液耗散太过;肝木失于条达,乘克脾土,津液化生无源,无法荣养;肾脏固摄失权,津液无所主持。故治当疏肝实脾、清上温下。土得木而达,津血得气而行,朱教授常用乌梅丸治疗。方中乌梅得木气之全,味酸可敛虚火,化津

液;桂椒辛附,辛温补火助阳,火聚则蒸腾变化,令津液有所主;连柏苦寒泻心中虚热,使耗津液之邪得清;又佐人参、当归、干姜,甘苦辛合用,能令中焦受气取汁,以成生津液之源。

3 典型病例

案 闫某,女,72岁。2021年6月30日于北京中医药大学东方医院风湿科门诊初诊。主诉:口干、眼干伴反复咳嗽咳痰10余年,加重两周。患者10年前无明显诱因出现反复咳嗽、咳痰伴口干、眼干,外院行免疫学抗体、唇腺活检及胸部CT检查,诊断“干燥综合征合并间质性肺病”,曾服用激素、免疫抑制剂干预,稍减轻则停药,病情反复,目前规律服用雷公藤多甙20 mg,每日3次。2周前咳嗽、咳痰加重,痰多质黏,不易咳出,夜间阵发性呼吸困难,活动后气短喘憋,口眼干、鼻干,怕冷,双下肢轻度水肿,纳眠可,二便调。查体:双肺呼吸音粗,双中下肺可闻及爆裂音。舌暗,苔白滑,脉沉细。胸部CT:两肺间质性改变,符合UIP表现,双侧胸膜增厚。中医诊断:肺痿(肺肾阳虚,水饮内停证),治以温阳化气、布津行水为法。方用五苓散合真武汤加减,药物组成:茯苓15 g,猪苓12 g,桂枝9 g,白术15 g,泽泻9 g,附子10 g,生姜9 g,大枣15 g。14剂,水煎分服,每日1剂。同时继续服用雷公藤多甙片20 mg,每日3次。2021年7月15日二诊:患者服药后怕冷稍减轻,咳痰仍较多,质黏易咳出,口眼干、水肿症状皆减轻,舌暗,苔白略厚,脉沉细,在上方基础上加麦冬12 g、浙贝母9 g、清半夏9 g、桃仁9 g,14剂,水煎分服,每日1剂。2021年8月1日三诊:患者服药后咳嗽咳痰减轻,痰白易咳出,夜间咳嗽及活动后气短喘憋好转,口干眼干减轻,水肿不明显,舌暗,苔薄白,脉沉细,继服14剂,咳嗽咳痰偶发,较之前减轻。后随证加减1月余,患者咳嗽仍存在,但不影响生活,可进行日常活动,停药中药,继服雷公藤多甙片20 mg,每日3次。

按 患者系老年女性,下元渐亏,累及肺肾,肺肾阳虚,肺不宣降,肾不主水,水液停肺则化而为痰,泛滥肌腠则见水肿。津不上承,清窍失濡,则口干、眼干。津亏化燥,燥邪日久化瘀,燥瘀伤津耗气,则出现夜间阵发性呼吸困难,活动后气短喘憋。肺体真阴损伤,故病情迁延难愈,反复发作。舌暗、苔白滑,脉沉细亦为肺肾阳虚,水饮内停之征象,故诊断“肺痿”,辨证为肺肾阳虚,水饮内停证。治疗以温阳化气,布津行水为主。选用五苓散合真武汤加减,方中猪苓、茯苓、泽泻化气行水;白术健脾运湿;与温阳桂枝、附片同用,则水