

◆思路研究◆

中医药治疗重症肺炎的临床思维及应用

林丽群, 杨波, 王俊强, 罗彦

泸州市中医医院重症医学科, 四川 泸州 646000

[摘要] 重症肺炎是一种需重症监护治疗的急危重症, 病死率高、治疗难度大, 存在着诸如脱机困难、治疗周期长、监护费用高甚至病死率高等情况。而基于辨证施治的中医个体化治疗方案有助于上述问题的解决, 笔者就此临床用药思维及常见辨证分型等相关经验进行探讨, 为中医药治疗本病提供思路。

[关键词] 重症肺炎; 中医药治疗; 辨证论治; 临床思路

[中图分类号] R563.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2017) 04-0154-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.04.054

Clinical Thinking and Application of Chinese Medicine for Severe Pneumonia

LIN Liqun, YANG Bo, WANG Junqiang, LUO Yan

Abstract: Severe pneumonia is a severe acute disease that need intensive care in the treatment, has high mortality and is difficult to be cured, with difficulties such as weaning difficultly, long treatment cycle and high cost of monitoring, even high mortality. However, individualized therapy of Chinese medicine that based on syndrome differentiation and treatment can help to solve the above problems. The writer will analysis and discuss the clinical methods for adopting medicine and the common syndrome differentiation, to provide ideas for the treatment of this disease.

Keywords: Severe pneumonia; Chinese medicine; Syndrome Differentiation and Treatment; Clinical thinking

重症肺炎是需重症监护治疗的肺炎, 严重危害人类的健康。一方面由于社会人口老龄化, 免疫抑制宿主增多, 各种医疗介入技术及 ICU 侵袭性操作增多等导致感染的高危宿主增多; 另一方面由于广谱抗生素的广泛应用甚至滥用, 细菌耐药甚至多重耐药的现象日益严重, 并且不断出现新的病原体(如: SARS 冠状病毒、H5N1 型禽流感病毒)。目前虽然不断有新的抗菌药物相继问世, 且其抗感染力度更大, 但抗感染治疗难度仍相当大, 治疗效果仍不尽人意, 无论重症社区获得性肺炎(SCAP)还是重症医院获得性肺炎(SHAP), 均有很高的患病率和病死率。流行病学调查显示 SCAP 患者的病死率可高达 50%^[1], 而 HAP 的病死率可达 30%~70%^[2]。

重症肺炎是一种病死率高的急危重症, 治疗难度大, 虽然现代医学技术日新月异、突飞猛进, 但对此依然面临着严峻挑战, 存在诸如脱机困难、治疗周期长、监护费用高甚至病死率高等不利局面。临床实践证明, 中医药在抢救急危重症方面仍

然有着强大的生命力, 如临证之时辨证正确, 同时结合现代重症监护技术往往能立起沉疴。笔者就中医药在重症肺炎中的临床应用经验作如下介绍。

1 用药思维

1.1 审谛覃思, 谨守病机 重症肺炎除可见呼吸衰竭和(或)感染性休克外, 还可兼见胃肠功能障碍、急性肾功能损伤、急性肝功能损害、凝血功能障碍、脓毒性心肌损害、免疫抑制等各脏器功能损害。对于此类急危重症多属本虚标实之证, 本虚在于肺脾肾三脏亏虚而气机升降出纳失常, 标实在于毒邪壅肺、气失宣降。

如何抓住重症肺炎病程中的主要矛盾和矛盾的主要方面及平衡多种矛盾, 是临床工作的重点, 因此必须结合病、症、证综合分析, 审谛覃思, 谨守病机, 才能一矢而中。

1.2 经(时)方合方, 加减有凭 经(时)方合方的目的在于追求更好的临床疗效及应对复杂的病情变化。正如柯琴在《伤寒附

[收稿日期] 2016-11-14

[基金项目] 泸州市科技计划项目 (2011HS47; 2012S41)

[作者简介] 林丽群 (1976-), 女, 主治医师, 研究方向: 中医药在急危重症中的临床应用。

[通讯作者] 杨波, E-mail: 18015758098@163.com。

翼》中所言：“犹水陆之师，各有节制，两军相为表里，异道夹攻之妙。”重症肺炎病机复杂多变，临床上更多见合病与并病，因此经(时)方治此重病往往不是单方的运用，更多的是需谨守病机、重新组方，两方、三方甚则多方等合方的综合运用。总之，有其证用其方，加减有凭。

1.3 善用经方，勿失时方 经方的特点在于组方配伍严谨，药精量大力专，如果使用之人辨证正确，则效如桴鼓、立起沉痾，因而受到临床广泛推崇。但时方亦是古代医家历经无数临床实践得出的智慧结晶，故也不可忽视，需择其精华而用。

1.4 善于用方，尤重重量 专病专方专药是辨证论治的升华，体现在药少力专，是千万人实践和智慧的总结。临证之时除善于选方用方外，尤需重视药物的剂量，正如“乱世当用重典，重病当用猛药”。重症肺炎是一种急危重症，如药物所用剂量按一两折合3g应用经方，犹如隔靴搔痒，将难以使药物达到有效血药浓度而快速截断病势演变，从而大大影响临床症状及临床指标的显著改善。

关于经方剂量问题，已故老中医李可^[4]明确指出“1981年汉代度量衡器‘权’的发现，意义重大，值得引起中医界高度重视。剂量问题是方剂治病的核心，没有特定的‘量’，便不能突破特定的‘质’”；认为对于急危重症在使用《伤寒论》方药时应根据东汉度量衡“大司农铜权”(一两=15.625g^[4-5])剂量用药原则用药；又说“低于此量则无效，或缓不济急，贻误病机，误人性命”，并痛斥明代以来医界“古之一两，即今之一钱”之说毫无依据、违背临床实际用药之说辞，认为此种认识是对仲景抢救急危重症学术特色的一种阉割。全小林等^[6]指出，“经方最大的特点是药少而精，药专力宏，回归经方本原用量，大剂量应用经方是我们多年临床获效的重要经验”；认为大剂量运用经方是屡起沉痾的关键，是抢救急危重症的法宝。

1.5 下不厌早，早用通泄 中医学认为肺与大肠相表里，肺脏受邪必将传导于大肠，导致大肠臃胀便秘，不利于糟粕排除；而大肠失于传化又影响肺脏的宣发肃降，出现胸满咳嗽。现代医学认为，肠道作为体内最大的“储菌库”和“内毒素库”，是MODS的启动器官。在严重感染、休克等病理情况下，可造成胃肠黏膜屏障功能损害，导致胃肠道内细菌过度繁殖、移位和内毒素吸收，诱发白细胞系统释放大量炎症介质和细胞因子，引起MODS。

有研究表明，中药通里泻下法荡涤胃肠积滞，具有抑制菌群移位、减少内毒素吸收、控制炎症反应及免疫调节等作用^[7]。重症肺炎病程中常常见胃肠功能障碍，如大便秘结不通、腹胀，甚则肠梗阻，因此在其病程中应根据其辨证分型分别采用寒下、温下、润下等不同方法尽早尽快让胃肠道恢复正常功能，保持大便通畅，清空消化道内容物。《黄帝内经》有云：“有胃气则生，无胃气则死。”胃肠功能障碍的调理在治疗重症肺炎的过程中非常关键，当然胃肠功能的调理方法不止

下法一途，临床仍需择其病机而选方用药。

1.6 创新方法，直肠给药 重症肺炎多需气管插管、机械通气，多兼见胃肠功能障碍如胃潴留等或为术后禁食禁饮患者，因此传统口服给药不合时宜，需创新给药方法如直肠灌肠给药。直肠灌肠给药的优势基于两方面：①药物吸收快，直达病所(肠道与肺脏)，属靶向给药；②药物血药浓度高、起效快，缘于避免了肝脏的首过效应及消化液的干扰。对此中西医有着异源同流的认识：西医认为直肠黏膜下有丰富的血液循环，其中髂内静脉途径不经肝脏及消化系统将50%~80%的药物吸收后直接进入大循环，大大提高了药物的生物利用度。中医学理论认为“肺与大肠相表里”“肺朝百脉”，肠道吸收津液、药物后通过经脉上输于肺，肺的宣发肃降功能使气血津液沿经脉散布全身，并经肺气作用注于心脉之中，将药物输送到五脏六腑、四肢百骸，而达到治疗疾病的作用。

2 辨证分型

中医治疗重症肺炎，辨痰验舌很关键，同时需结合基础疾病、体质类型等综合分析，临床常见辨证分型如下。

2.1 痰热蕴肺证 辨证要点：急性面容，喘逆气急，鼻翼煽动，口唇紫绀，呼吸窘迫需有创机械通气，气道内可见大量黄色黏稠痰，发热，大便秘结不通，腹胀等，伴或不伴感染性休克，或胸中隐隐作痛，或全身皮肤隐隐作黄甚至深黄，舌暗红、苔黄腻，脉滑数或弦滑。证治分析：此型多见于体型壮实之人。此时机体处于邪正相争正酣之际。缘由热毒壅肺，蓄热内蒸，炼液成痰，火邪伤及血脉，热壅血瘀，终则痰瘀火毒之邪互结肺中所致。治宜清热化痰，泻下逐瘀，宣肺平喘。方以千金苇茎汤合麻杏石甘汤加减。处方：芦根、冬瓜仁各60g，薏苡仁、桃仁各30g，麻黄、苦杏仁、甘草各15g，石膏30~60g。其中生石膏当数倍于麻黄。加减：若伴感染性休克者，加四逆汤(红参、制附子、干姜、炙甘草)；若伴胸中作痛者，加小陷胸汤(黄连、法半夏、瓜蒌)；伴急性肝功能损害者，加茵陈蒿汤(茵陈、栀子、大黄)；伴便秘者，此乃燥热内结、津伤肠燥所致，加麻子仁丸(大黄、厚朴、枳实、火麻仁、苦杏仁、白芍)。

2.2 寒湿阻肺证 辨证要点：慢性面容，精神萎靡，呼吸窘迫，面色晦暗，张口抬肩，口唇紫绀，需有创机械通气，发热，气道内可见大量白色黏稠痰或稀薄白痰，喉中痰鸣，纳呆食少，大便秘结不通等，伴或不伴感染性休克，舌暗淡、苔白腻，脉沉滑。证治分析：此型多见于体型肥胖之人。缘由外寒触动内饮，“形寒饮冷则伤肺”(《难经·四十九难》)，水寒相搏，内外相引，饮动不居，水寒射肺，肺失宣降则发为喘。治宜病痰饮者当以温药和之，温肺化饮，敛肺平喘。正合《金匱要略》之“咳逆倚息不得卧，小青龙汤主之”，故方以小青龙汤加减。处方：苦杏仁、法半夏各30~60g，白芍、炙甘草、桂枝、细辛(久煎)、干姜、五味子各20~45g。加减：伴胸腔积液者，加葶苈大枣泻肺汤(葶苈、大枣)；伴寒饮郁而化热

者,改用小青龙加石膏汤;伴脾肾阳衰更甚者,见肢体浮肿、按之凹陷,改用真武汤加味(制附子、茯苓、炒白术、生姜、白芍、桂枝、炙甘草、川芎、桃仁);伴便秘者,此乃阳气亏虚、阴寒湿邪凝滞所致,加济川煎温阳通便(肉苁蓉、锁阳、当归、枳壳、升麻、泽泻、川牛膝)。

2.3 大气下陷证 辨证要点:慢性面容,喘促,气短不足以息,烦躁不安,面青唇紫,呼吸窘迫需有创机械通气,心慌动悸,气道内无痰或痰量少,大便秘结不通,腹部按之柔软等;伴或不伴感染性休克,舌暗红、苔少而干或光剥,脉沉迟细弱。此型多见于体型消瘦之人。大气是肺司呼吸之原动力,禀受于先天,发源于肾,赖后天营养而滋生,“气聚则生、气壮则康、气衰则弱、气散则亡”。《医学衷中参西录》曰:“凡人元气之脱,皆脱在肝。”此型呼吸衰竭纯属气阴耗竭,元气即将绝于九渊之下,属元气即将衰脱之际,因此立当益气升陷、补肝救脱。《医学衷中参西录》创立来复汤、升陷汤,张锡纯谓:“重用山萸肉即可随手奏效……此愚从临证实验而得,知山萸肉救脱之力十倍于参、芪也”“盖萸肉之性,不独补肝也,凡人身之阴阳气血将散者,皆能敛之。故救脱之药,当以萸肉为第一”。山萸肉为君药,量大效奇。方以来复汤合升陷汤加减。处方:山萸肉 60~120 g,生龙骨、生牡蛎各 30 g,白芍 20 g,西洋参 15 g,炙甘草 10 g,炙黄芪 18~120 g,知母 9 g,柴胡、桔梗、升麻各 6 g。加减:伴便秘者,此乃肺脾气虚、阴血亏虚,大肠传导无力所致,加黄芪汤合润肠丸益气养血通便(炙黄芪、陈皮、麻、桃仁、当归、羌活)。

2.4 寒热错杂证 辨证要点:重症肺炎后期脱机困难者,神疲乏力,咽喉不利,气道内痰量中等量或少量、黄白色、质粘黏,腹泻等,伴或不伴感染性休克,手足厥冷,舌红、苔黄白相间,脉沉滑或沉细。证治分析:此型多见于重症肺炎后期寒热虚实错杂者。缘由患者高龄或属慢性消耗性疾病病久迁延不愈,导致气阴俱虚、寒湿内停,加之外邪郁陷、蕴痰化热,从而形成肺热脾寒、邪陷阳郁、正虚邪实、寒热错杂之候。治以清上温下、宣肺疏郁散邪、滋阴和阳之法。方以麻黄升麻汤加减。处方:麻黄、黄芩、炒白术各 15~35 g,升麻 10~18 g,当归 18 g,知母 9~15 g,芍药 30~120 g,玉竹、生石膏各 20 g,桂枝 20~35 g,茯苓 20~40 g,炙甘草、干姜各 15~30 g,天门冬 15~25 g。

3 小结

现代医学对于重症肺炎的优势在于基于重症监护技术的器官功能的维持及基于影像学、支气管镜下活检等诊断技术下的

病因诊断。而中医学治疗重症肺炎的优势在于个体化辨证治疗,其个体化治疗方案在促进重症肺炎患者脏器功能障碍的恢复、缩短上机时间、减少呼吸机相关性肺炎、减少 ICU 停留时间、节省治疗费用和降低病死率等方面发挥着重要作用。中西医对于重症肺炎有各自的优势,中西医治疗重症肺炎不能相互替代,只能相互结合,关键取决于各自优势的优化组合。

中医药联合现代重症监护技术可以在抢救急危重症方面发挥非常重要的作用,其基石在于重症监护医护人员的自身素质。知识结构上需中西医汇通,临床上需双重思维、双重诊断、双重治疗,兼取两者之长、力避两者之短,中医辨证、选方力求精准,同时重视药物的剂量和药物的配方比例,必将取得“一剂知、二剂已”效如桴鼓的效果。如果今后有研究者把经验医学变成循证医学,制定操作性强的重症肺炎中医药干预标准化方案,必将推广其运用范围,使更多的患者获益。

[参考文献]

- [1] Niederman MS, Mandell LA, Anzueto A, et al. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention [J]. Am J Respir Crit Care Med, 2001, 163(7): 1730-1754.
- [2] American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2005, 171(4): 388-416.
- [3] 李可. 李可老中医急危重症疑难病经验专辑[M]. 太原:山西科学技术出版社, 2012: 142, 404.
- [4] 吴承洛. 中国度量衡史[M]. 上海:商务印书馆, 1957: 37.
- [5] 柯雪帆, 赵章忠, 张玉萍, 等. 《伤寒论》和《金匱要略》中的药物剂量问题[J]. 上海中医药杂志, 1983(12): 36-38.
- [6] 仝小林, 吴义春, 姬航宇, 等. 发现经方剂量[J]. 上海中医药杂志, 2009, 43(11): 1-4.
- [7] 崔克亮, 曹书华, 王今达. 大承气汤对多器官功能障碍综合征防治作用的临床研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2003, 10(1): 12-15.

(责任编辑:冯天保)