

张荣珍运用消、托、补法治疗大叶性肺炎经验探析[※]

程小娟 张荣珍

摘要 中医认为,大叶性肺炎多因感受四时邪气,无论风、寒、暑、热、燥,多入肺化热成痈。张荣珍教授依据大叶性肺炎“热、毒、痰、瘀”的病因病机特点,主张以消、托、补三法分期治疗大叶性肺炎,即渗出期用“消法”,以清热散邪为主;实变期用“托法”,以透脓散结为主;消散期用“补法”,以益气养阴、健脾补肺为主。

关键词 大叶性肺炎;肺痈;消法;托法;补法;分期论治

肺炎是由细菌、病毒、支原体等病原微生物感染而引起的肺组织急性炎症。该病根据解剖分类可分为大叶性肺炎、小叶性肺炎及间质性肺炎。其中大叶性肺炎是指病变累及一个肺段以上肺组织,以肺泡内弥漫性纤维素渗出为主的急性炎症,临床常表现为高热、咳嗽咳痰、胸闷胸痛等^[1]。西医以抗感染治疗为主,但随着广谱抗生素的应用,病原体的耐药性逐渐增强^[2]。单纯西医治疗效果有限,故积极探寻中医治疗,势在必行。张荣珍主任医师系安徽省名老中医,临证 30 余载,学识颇丰,在临床诊治中,善于运用中医学理论指导临床实践。张荣珍教授依据中医肺痈的病症特点,将“消、托、补”三法灵活应用于大叶性肺炎的渗出期、实变期、消散期,以清热、透脓、扶正贯穿始终。现将其应用经验介绍如下。

1 大叶性肺炎的病因病机认识及诊治现状

传统中医典籍及著作中并未见大叶性肺炎的病名论述,依据其临床表现,该病可归属于中医“风温肺热”“咳嗽”“肺痈”等范畴。肺为“娇脏”,六淫或时行之邪易从口鼻或皮毛、腠理袭肺而致病。无论风热或风寒之邪,如不及时诊治,易入里化热,蒸液为痰,痰热壅肺,则可见咳嗽、咳痰、发热、舌红、苔黄腻、脉滑数等症。大叶性肺炎多因外邪内侵,邪郁于肺,化热、生痰、酿毒,三者互结于肺,而发为本病,属外感病证。其病因病机以风热犯肺或热邪犯肺,致肺失宣降、肺

热炽盛、痰浊阻肺、痰热壅肺为多见;其病位在肺,涉及脾、胃、心等脏腑;其病性分虚实,以实者居多^[3]。现代医家多将其病因病机归纳为“痰、热、瘀、虚”,临床上多以清热化痰、活血补虚为法^[4]。张荣珍教授根据本病与中医肺痈热毒瘀结于肺,肺叶生疮,肉败血腐成脓的病因病机,及出现发热、咳嗽、胸痛、咯吐腥臭浊痰^[5]的临床特点相似,主张大叶性肺炎从肺痈论治,将消、托、补三法分别用于其渗出期、实变期、消散期。大叶性肺炎患者由于临床症状较重,尤其在渗出期、实变期,炎症反应明显时,可选用敏感抗生素,以有效控制病情进展。临床上多采用呼吸道抗体检测、痰细菌学培养等方法获取药敏结果,一般需 3~5 天出结果。故治疗初期以经验性选用抗生素为主,之后则根据药敏结果调整抗生素。为避免抗生素耐药,影响疗效,延误病情,联合中医治疗尤为关键。张荣珍教授认为,运用中西医结合治疗大叶性肺炎,能有效缓解患者临床症状及缩短治疗时间。

2 运用消托补三法分期治疗大叶性肺炎的理论依据

现代医学根据影像学特征,将大叶性肺炎分为渗出期、实变期、消散期。渗出期 X 线检查可见病变区肺纹理增多、增粗及散在的小片状淡薄影,为病理上的充血水肿期,故此期肺组织处于充血水肿状态。此期一般为发病的第 1~2 天,临床表现以畏寒、发热为主,与肺痈初期之邪客肺经,邪郁化热,热不得越,壅遏于肺,而出现的恶寒、发热症状相似。实变期 X 线检查显示肺叶或肺段广泛一致性密度增高影,为病理上的红色、灰色肝变期,此期肺泡内红、白细胞浸润,

※基金项目 国家中医药管理局第七批全国老中医药专家学术经验继承工作项目(No. 国中医药人教函[2022]76号)

• 作者单位 安徽省芜湖市中医医院(安徽 芜湖 241000)

白细胞吞噬细菌,大量纤维蛋白渗出。此期一般在发病的第 3~6 天,临床表现为高热寒战、汗出烦渴、呛咳气急、咯痰黄浊且量多腥臭、胸满痛、胸满心烦等,与肺痈成脓期的症状相似。消散期 X 线表现为密度逐渐减低,呈散在的斑片状云絮状淡薄模糊影、条索状影或进一步完全吸收,为病理上的吸收消散期,炎性渗出物逐渐被吸收。此期一般在发病后 1 周,表现为热退、咳痰减少,与肺痈的溃后期热退、咳减,脓血痰减少相对应^[5-7]。由此可见,大叶性肺炎“渗出期、实变期、消散期”三期的临床表现与肺痈的“初期、成脓期、溃后期”高度相似,因此大叶性肺炎以肺痈分期论治具有合理性。肺痈属内痈之一,而“消、托、补”为治痈三大总则,正是根据痈之初起、成脓、溃后三个阶段而立:痈的初起首重消法,运用不同的具体治疗方法使初起的痈消散;痈的中期,毒聚成脓,正虚邪盛,不能托毒外出,或毒盛而未衰,则用扶正透脓的内托法,扶助正气,托毒外出,以免毒邪内陷;痈的后期,脓已溃,毒势已去,正气虚衰,则用补法,以补养气血、调理脾胃等的药物恢复正气,助养新生,使疮口早日愈合。正如高秉钧《疡科心得集》所提出的“初起即当发散解毒,成脓后治以清营彻热,溃后以扶脾养阴为主”之说。

3 渗出期宜“消法”

《外科启玄》曰:“消者,灭也,灭其形症也。”根据中医“异病同治”原则,只要能消病邪于无形,他病皆可取此法。消法在临床运用时,可细分为解表、清热、通里、祛痰、理湿、行气、和营等具体治法。临证时可使用一法,也可数法并用。消法主要用于大叶性肺炎渗出期,此期患者多为感受风寒或风热之外邪,邪客肺经,邪郁化热,壅遏于肺,卫表不和,肺失清肃,则出现恶寒、发热、咳嗽少痰、舌苔薄黄或薄白、脉浮滑数等肺卫表证。此期相当于肺痈初期,故治法以“解表祛邪”为主,力求成脓前消散、吸收。此期患者临床表现多样,运用“消法”时可结合六经辨证,有的放矢,事半功倍。如患者以畏寒发热、肌肉酸痛、脉浮数等太阳表证为主时,方用桂枝汤、葛根汤“解表和营”。若邪盛入里,邪正分争于半表半里,少阳枢机不利,出现寒热往来、纳差、欲寐等少阳证,方用小柴胡汤“和解少阳”。若太阳表邪入里,内传阳明,伤津成实,出现大便秘结等阳明腑实证,方用承气汤类“通里”治之,肺与大肠相表里,腑气既通,肺气得以肃降。张荣珍

教授强调,凡治肺炎贵在初起得法为善,早期截断,防邪传里。此期除使用西医抗生素外,联合中医“消法”可直折病势,但临证时须辨清正邪交争势态,以引邪外出为第一原则。此期用药不可过于寒凉,邪去即止,以防肺气郁遏,邪热伏闭,迁延不解。

大叶性肺炎渗出期案 余某,女,67 岁,2019 年 3 月 18 日初诊。患者咳嗽复发 2~3 天,刺激性呛咳,白天甚,咽痒,胸闷,口干,不欲饮水,痰黏难咯,大便干,舌胖大,质红,苔薄,两侧薄黄,脉浮滑数。辅助检查:胸部 CT 平扫示左下肺炎。西医诊断:大叶性肺炎。中医诊断:咳嗽,辨为邪热壅肺证。治法:清热散邪。处方:麻杏石甘汤加减。药用:炙麻黄 10 g,杏仁 10 g,生石膏 20 g,升麻 10 g,射干 10 g,当归 10 g,知母 10 g,黄芩 10 g,茯苓 15 g,炙甘草 10 g,牛蒡子 10 g,天花粉 10 g。7 剂,水煎服,每日 1 剂,早晚餐后 1 h 内服。

服药 3 剂后,咳嗽明显减少,咽痒口干症状消失,大便畅;服药 7 剂后,诸证得消。随访 1 个月未见复发。

按 本案患者咳嗽,舌红、苔两侧薄黄,脉浮滑数,辨证为风热犯肺,邪气犯表,当用“消法”以解表祛邪。口干、大便干,病邪入里化热,根据六经辨证,病邪在太阳,故选麻杏石甘汤加减以辛凉宣泄,清肺止咳。麻黄开宣肺气,石膏清泄肺热以生津,二药一辛温、一辛寒;一以宣肺为主,一以清肺为主,都能透邪于外,合用相反之间寓有相辅之意。杏仁降肺气,炙甘草益气和中,与石膏合用,生津止渴,更能调和于寒温宣降之间。四药合用,解表与清肺并用,以清为主;宣肺与降气结合,以宣为主。患者肺经有火,故加用黄芩、知母清热;咽痒口干,加用射干、牛蒡子利咽,天花粉生津止渴。当归补血养阴,润肠通便;患者舌胖大,脉有滑象,除风热之邪外尚有夹湿之兼证,故加茯苓健脾燥湿。此方运用清热解表、通里之“消法”,药证相符,故取效颇捷。

4 实变期宜“托法”

临床上,大叶性肺炎患者就诊时处于实变期者居多,此期临床症状突出,多数因自行服药或门诊用药效果不佳,病情加重,出现高热不退,咳嗽咳痰加剧方来就诊。因正不胜邪,热毒蕴肺,蒸液成痰,热壅血瘀,蕴酿成痈,痰热与瘀血壅阻肺络,肉腐血败化脓。此期相当于肺痈成脓期。由于病邪未能早期消散,正气已见耗伤,故此期宜用“托法”,以扶正为前提,顺势

而治,促其脓透速溃。临证时,根据患者正气虚否,分别采用透托及补托法。若毒气盛,正气不虚者,症见咳声重浊,咳痰有力,脉洪数有力,多见于年轻人,无基础疾病者,治则急宜开提,顺势而为,使脓倾出,免溃他叶,选用“苇茎汤合透脓散”治之。苇茎汤由苇茎、冬瓜子、薏苡仁、桃仁组成,具有清肺化痰、逐瘀排脓之效,现代药理学研究指出,苇茎汤能有效抑制病原微生物,具有抗炎、解热镇痛及止咳祛痰的药用效果^[8];透脓散由黄芪、当归、川芎、穿山甲、皂角刺组成,具有托毒溃脓之效。若毒气盛,正气虚,不能托毒外出者,症见咳痰无力,精神萎靡,纳食不香,脉数无力,则使用“补托法”,在“苇茎汤合透脓散”基础方上重用黄芪、加用茯苓、陈皮、白术、甘草等益气健脾之品,旨在益气托里排毒的同时,健脾以杜生痰之源。因肺朝百脉,主一身之气,肺脏受邪,气血不畅即易生瘀,瘀久生热,熏蒸肺脏则成痈脓。尤其是老年患者,有心、脑、肺等基础疾病者,实变期多表现为痰瘀互结,故在苇茎汤合透脓散基础上加用红藤、败酱草等清热消痈、化瘀通络之品。红藤具有清热解毒功效,相关研究认为大黄素和 β -谷甾醇是红藤中抗菌消炎的有效成分^[9];败酱草具有清热解毒,消肿排脓,活血化瘀之功效,清热解毒性能具有抑菌消炎作用,活血化瘀性能可以增强毛细血管通透性,促进血液循环,进一步促进纤维蛋白原溶解^[10]。故方中加重红藤、败酱草,可有效促进肺炎吸收,减轻肺实变。实变期患者因热毒较盛,使用托法时,常加用清热化痰、清热解毒之药,如浙贝、瓜蒌仁、瓜蒌皮、金银花等。《难经·四十九难》云:“形寒饮冷则伤肺。”肺脏失于温煦,宣肃失常,寒冷之痰贮于肺,正虚则不能托邪外出,则肺痈处于难消难溃之势,病程缠绵。故实变期患者若服药后热势渐退,痰色由黄转白,舌红苔黄之象渐消,则提示热毒之邪渐消,病情趋善,则需减少苦寒药物用量或去之,以防有伤阳之弊。此外,透托法不宜用之过早,未成脓时勿用,以免毒邪凝聚不散。补托法在正实毒盛时忌之,以免犯实实之戒,反能滋长毒邪,变证丛生。

大叶性肺炎实变期案 张某,女,64岁,2019年4月4日初诊。患者咳嗽、咳痰2个月余,咽痒、痰多,有腥味,有支气管扩张、高血压、冠心病病史,舌淡红,苔白,脉弦。肺部CT平扫:右肺上叶炎症,左肺下叶基底段支气管扩张伴感染。西医诊断:大叶性肺炎。中医诊断:咳嗽,辨为痰瘀互结证。治法:透脓散结。处方:透脓散合苇茎汤加减。药用:生黄芪30g,当归

12g,皂角刺10g,金银花10g,桔梗10g,干芦根30g,冬瓜仁20g,薏苡仁30g,牛蒡子10g,浙贝15g,红藤15g,败酱草20g,生甘草10g。7剂,水煎服,每日1剂,早晚餐后1h内服。

服药7剂后,咳嗽偶发,少痰,咽痒消失。后随访2个月未见复发。

按 本案患者为痰热浊液互结于气道,气机不畅,瘀血内停,辨证为痰瘀互结证,当治以“托法”透脓散结。方选透脓散合苇茎汤加减。方中黄芪益气升阳,托毒外泄;当归、川芎养血活血;皂角刺软坚透脓;芦根清肺热;冬瓜仁清热化痰,利湿排脓;薏苡仁上清肺热而排脓,下利肠胃而渗湿;再配伍金银花清热解毒,桔梗、牛蒡子利咽;浙贝清热化痰;红藤、败酱草清热解毒,化瘀通络。全方共奏托毒外泄,逐瘀排脓、散结之效。

5 消散期宜“补法”

大叶性肺炎消散期相当于肺痈溃后期。此期邪毒渐去,阴伤气耗,或邪恋正虚。临床可见身热渐退,咳嗽减轻,咳吐脓痰减少,气短,口燥咽干,舌红少津,脉细数等一派阴伤气耗之征。此期宜用“补法”。补法是通过补养,使脏腑和气血阴阳失调重归于平衡。凡气血虚弱者,宜补养气血;阴津不足者,宜养阴生津;脾胃虚弱者,宜健脾和胃等。临证时当辨清虚损证型。大叶性肺炎渗出期、实变期以发热、咳嗽咳痰为主症,热邪耗伤阴津,咳之耗伤肺气。故消散期以“清热养阴,益气补肺”为主,张荣珍教授认为,临床上此期单纯虚证者少见,以正虚邪恋者居多。方用“泻白散合四君子汤”。泻白散由桑白皮、地骨皮、粳米、甘草组成,其中桑白皮甘寒性降,专入肺经,能清泄肺热,止咳平喘;地骨皮甘寒,清降肺中伏火;粳米、甘草养胃和中。此处,张荣珍教授常用山药代替粳米,其认为“粳米虽调和胃气,但山药补脾胃,兼能固摄元气”。再合四君子汤健脾益气,全方在补益的同时兼顾祛邪,以免扶正留邪。

大叶性肺炎消散期案 李某,女,79岁,2019年5月27日初诊。患者肺炎治疗后,现仍有少量咳嗽,痰白,疲乏,夜间偶有盗汗。舌暗红,苔薄,少津。西医诊断:大叶性肺炎。中医诊断:咳嗽,辨为气阴两伤证。治法:益气养阴,健脾补肺。处方:泻白散合四君子汤加减。药用:桑白皮10g,地骨皮10g,山药20g,生甘草10g,生晒参10g,茯苓10g,白术10g。

7剂,水煎服,每日1剂,早晚餐后1 h内服。

服药7剂后,咳嗽、咳痰、疲乏、盗汗症状消失。后随访2个月未见复发。

按 本案患者为肺炎治疗后,处于疾病后期,邪去正虚,伤及气阴,故方选泻白散合四君子汤以健脾补肺,益气养阴。方中桑白皮清泄肺热;地骨皮清虚热;生晒参、山药补益元气、健脾;白术燥湿健脾;生甘草生津调中。全方清肺经余邪同时,滋阴健脾,补后天之本,使其本虚得补,正气得助,标本兼治。

6 总结

本文主要介绍了张荣珍教授从肺病角度论治大叶性肺炎,将“消、托、补”三法分别应用于大叶性肺炎的“渗出期、实变期、消散期”。张荣珍教授强调:根据患者就诊时所处的病程阶段,可仅用一法,也可多法合而治之,根据不同病机,需统筹兼顾。张荣珍教授将外科治痈“消、托、补”三法灵活运用于内科疾病大叶性肺炎的不同分期,其层次分明,条理清晰,是中医药内治法中的一种实践和提高,体现了辨证施治及异病同治的中医特色。这种中医辨治紧密结合现代医学技术变通的施治方法,为今后探索中医药多途径、多层次、个体化治疗提供思路。

参考文献

- [1]陆再英,钟南山.内科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:22-23.
- [2]杨盛权,周志文,周立仁,等. ESR、FIB 和 CRP 在社区获得性肺炎诊断中的价值研究[J].中国医药指南,2014,12(8):26-27.
- [3]李高阳,马锦地,李建生,等.现代名老中医诊治肺炎的病因病机分析[J].中医临床研究,2017,9(10):1-4.
- [4]蔡文君,吴小妹,雷 鸣,等.社区获得性肺炎的中西医治疗研究进展[J].世界中医药,2020,15(8):1214-1217.
- [5]吴勉华,石 岩.中医内科学[M].5版.北京:中国中医药出版社,2021:80-85.
- [6]刘红霞,梁 定.大叶性肺炎中医辨证分型的影像学研究[J].江苏中医药.2008,40(11):48-49.
- [7]李玉林.病理学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2008:143-144.
- [8]孙宏新,苗灵娟.千金苇茎汤加味治疗恶性肿瘤放射性肺炎36例[J].河南中医学院学报,2009,24(2):49-50.
- [9]赵秀梅,柯洪琴,于慧斌.大血藤药理作用与临床应用研究进展[J].中医药导报,2014,20(11):41-43.
- [10]陈淑玲,韩 亮.败酱草的现代研究进展[J].广东药科大学学报,2017,33(6):816-821.

(收稿日期:2022-10-08)

(本文编辑:黄明愉)

(上接第19页)

宽了这些经典名方的应用范围,临证中把握关键病机,辨证准确,合方加减,用药精准,效如桴鼓,值得传承和推广。同时,杨教授遣方用药力求简、验、便、廉,多选择价格低廉、效果又好的方药,以减轻患者的经济负担,其仁心仁术可见一斑,值得后辈学习和效仿。

参考文献

- [1]周仲英.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2007:373-374.
- [2]LU J, XU X, HUANG Y, et al. Prevalence of depressive disorders and treatment in China: a cross-sectional epidemiological study [J]. Lancet Psychiatry, 2021, 8(11):981-990.
- [3]PUYAT J H, KAZANJIAN A, WONG H, et al. Comorbid chronic general health conditions and depression care: a population-based analysis [J]. Psychiatr Serv, 2017, 68(9):907-915.
- [4]林静雯,田立新.从张锡纯运用山萸肉治疗郁证谈肝虚致郁[J].环球中医药,2021,14(5):867-869.

- [5]刘蕊嘉,张海艳,吴 爽,等.从肝论治失眠伴焦虑、抑郁情绪案案举隅[J].环球中医药,2020,13(1):89-92.
- [6]林淑珍,李 博,杨叔禹.基于数据挖掘分析杨叔禹治疗糖尿病胃肠道症状的证治规律[J].辽宁中医杂志,2023,50(11):1-5.
- [7]袁 琪,孙文杰,李 博,等.杨叔禹应用升阳益胃汤验案三则[J].中国乡村医药,2023,30(7):32-33.
- [8]BONAZ B. Inflammatory bowel diseases: a dysfunction of brain-gut interactions? [J]. Minerva Gastroenterol Dietol, 2013, 59(3):241-259.
- [9]刘先秒,陈佩婵,郑 振.补充益生菌对功能性腹泻患者焦虑抑郁状态的影响[J].中国微生态学杂志,2021,33(4):454-457.
- [10]林淑珍,李丽香,曾华蓉,等.杨叔禹教授临床应用升阳益胃汤的经验[J].现代中医临床,2021,28(1):40-43.
- [11]李 乐,杨叔禹.杨叔禹从肝脾论治失眠经验[J].中医杂志,2022,63(23):2218-2222.

(收稿日期:2023-05-14)

(本文编辑:蒋艺芬)