

· 名医精华 ·

国医大师洪广祥“当通即通”论治急性肺部感染经验^{*}肖芳宝¹ 柯诗文^{2▲} 马 瑞¹ 王丽华² 刘良倚²

摘要 在急性肺部感染性疾病辨治中,国医大师洪广祥基于“肺与大肠相表里”理论,强调“不论虚实,当通即通”的治疗原则。对于实证,其注重“快利不伤阴”,力求迅速清除体内实邪;对于虚中夹实证,则秉持“祛邪不伤正”的理念,采用补泻兼行治法以祛邪扶正。在用药方面,其提倡灵活运用大黄,并通过配伍变化以推陈致新。针对实热证,其常选用生大黄、葶苈子等苦寒泻下之品;而对于虚实夹杂之证,则多使用制大黄,并配伍黄芪、白术等温药,以期通腑而不伤正,扶正而不滞邪。

关键词 急性肺部感染;泻下法;补泻兼行;快利不伤阴;通腑泻肺法;洪广祥

肺部感染性疾病是指由病原体感染引起的肺部炎症性疾病,临床常表现为高热、咳嗽、畏寒、气喘等^[1]。该病起病急、进展迅速,严重时可危及生命。肺部感染性疾病归属于中医学“风温热病”“喘证”“咳嗽”等范畴。国医大师洪广祥(以下简称“洪老”)临证数十载,尤擅诊治肺系疾病。洪老认为,通腑泻肺法在急性肺部感染的治疗中具有重要作用,尤其适用于实热、积滞、痰瘀等肺系实证,此类证候通常伴有大便秘结或腹胀腹痛等症状。因此,通过通腑祛邪以解除肺部壅塞,是治疗此类疾病的关键环节。笔者在洪老门下研习多年,获益匪浅,现从泻下法的古今临床应用、治疗原则及洪老用药心得三个方面,系统阐述洪老运用通腑泻肺法的独到经验。

1 泻下法的古今临床应用

泻下法,又称泻法,是指运用具有泻下通便作用的方药通导大便,促使病邪向下排出体外的治疗方法。《黄帝内经》中已有关于下法的论述,如“中满者,泻之于内”“其实者,散而泻之”等,为下法的运用奠定了理论基础。东汉张仲景创立承气汤三方,以苦寒攻

下之剂治疗阳明腑实证,开创了泻法临床应用之先河^[2]。后世医家在此基础上多有发挥:金元时期张子和提出,应根据病邪所在部位不同,分别采用汗、吐、下三法以攻邪^[3];同时期刘河间则创立三化汤及三一承气汤,用于治疗中风病大便秘结者^[4]。至清代,吴鞠通在《温病条辨》中对下法的应用进行了深入探讨^[5],提出根据症状酌情使用下法,或兼以扶正,或辅以养阴等,体现了泻法临床应用的灵活性^[6]。其所创制的新加黄龙汤,不仅继承了刘河间等前贤的学术思想,更首次提出了“增水行舟”之法,强调滋阴保津以助通下,对后世医家在下法中重视顾护阴液产生了深远影响。

现代医家在继承古代医家理论与实践经验的基础上,进一步拓展了泻法的应用范围,使其不再局限于某一特定证型,而被广泛运用于多种疾病的治疗。在急性重症疾病的治疗中^[7],泻法能迅速缓解症状,扭转病势。方邦江教授^[8]在外感高热急诊中运用“三通”疗法,“截断逆转”,直挫热势,有效阻断病情发展。在中风病的治疗中,王永炎院士^[9]继承历代医家的经验,针对痰热腑实、大便秘结的患者,运用“化痰通腑”法治疗,其经验方星蒹承气汤及痰热腑实证的辨证标准被写入《中医内科学》教材,成为临床重要参考^[4,9]。在肝病的治疗中,刘铁军教授将中医“下法”与现代医学的肝肠循环理论相结合^[10],取得了显著疗效。此外,国医大师徐景藩运用通腑降浊法治疗食管癌或胰腺癌术后患者,有效改善患者的临床症状,提升其生活质量^[11-12]。洪老在“肺与大肠相表里”理论上进一步创新性地提出,凡见里实证证候,不论是否伴随便秘,不

^{*}基金项目 国家自然科学基金项目(No.82305162);江西省科技厅重点研发计划项目(No.20232BBG70021);江西省自然科学基金项目(No.20232BAB206145);江西省中医肺科学重点实验室(No.2024SSY06321);江西省肺系疾病临床医学研究中心(No.20181BCG42005);江西省中医优势病种防治中心(No.赣中医药政字[2021]8号);江西中医药大学校级科技创新团队发展计划(No.CXTD22011)

▲通信作者 柯诗文,女,副教授,医学博士,硕士研究生导师。研究方向:中医药防治肺系疾病。E-mail:ksw14556@sina.com

•作者单位 1.江西中医药大学(江西南昌 330006);2.江西中医药大学附属医院(江西南昌 330006)

论是实证还是虚实夹杂证,皆应把握时机,当通即通,以尽快解除危重症候。洪老强调,临床不宜过分拘泥于脉证一致,以免因错过治疗时机而延误病情。

2 “不论虚实,当通即通”的治疗原则

2.1 快利不伤阴 急性肺部感染性疾病大多病情危重,因此能否快速阻断病情进展成了治疗成败的关键。洪老的治疗策略首先着眼于肺脏的实证状态,即痰热壅盛、气机不畅的病机特点,主张使用下法通腑泻肺,以迅速控制病情发展。肺中痰热壅盛多因外邪侵袭或内生病理产物积聚所致,洪老通过“突击泻热”之法,巧妙借助大肠的传导功能,清除肺内痰热,从而阻断病势发展,促进炎症吸收。该治法不仅能够迅速缓解患者的症状,还可避免对肺脏的直接过度干预,减少对肺脏正气的耗伤。“快利不伤阴”是洪老运用下法的核心原则之一,强调对于实证应当果断通下、中病即止,体现了洪老对疾病演变与治疗时机的精准把握。在注重治疗时效性的同时,洪老也极为重视用药剂量与配伍的合理性,认为这是确保疗效并避免损伤正气的关键。因此,在确定用药剂量时,洪老常依据患者的具体病情、体质特点、病程阶段进行个性化调整;在药物配伍方面则通过科学配伍既增强疗效,又最大限度保护机体正气。

2.2 祛邪不伤正 将下法运用于单纯里实热证不足为奇,但能在虚实夹杂证中灵活应用并取得满意疗效,方为善用下法之体现。临床所见肺系疾病急性感染患者,多表现为虚中夹实之证,即患者既有气短、乏力、易感冒等正气不足之象,又兼见便秘或便溏滞下、腹胀腹痛、痰多难咯、胸闷气促等实邪壅滞之候。此类证候的治疗相当棘手,若单纯补虚易助长实邪,若一味泻实则又可能进一步损伤正气。患者本已久病正虚,复感外邪侵袭,终致虚实夹杂的复杂病机。面对此类情况,洪老强调治疗应恪守“祛邪不伤正”的原则,主张补泻兼行、当通即通,即在扶助肺脏正气的同时,适时通腑泻实,使邪有出路。对于“补”的运用,洪老重视肺脏“喜润恶燥、喜温恶寒”的生理特性,并充分考虑痰瘀既是病理因素又是病理产物的特点^[13],故常运用“温药”以温肺化饮、温化痰瘀,从而调和肺脏阴阳。慢性肺系疾病患者正气多有损伤,阴阳失衡,脏腑功能减弱,尤以肺脏为甚,故易受外界邪气侵袭。在急性感染期,这种失衡状态更为明显,多表现为咳

嗽、痰多、气短、便秘等症状。此时治疗的关键在于补泻兼行,使邪去正复,纵使遇危急重症,亦当权衡邪正之势,灵活施治,方能增效。

3 “大黄活用,灵活配伍”的用药心得

3.1 宣肺通腑,扭转乾坤 在治疗急性肺部感染性疾病时,洪老尤为推崇大黄的应用,主张根据病情需要重用或后下,单用或配伍使用,旨在通过“快利”达到通腑降肺、排痰行瘀的治疗目的。研究显示,大黄不仅具有通便、清热、解毒功效,还具备化痰、抗菌、抗炎的药理作用^[14]。单味大黄、大黄复方及其活性单体均能有效抑制病原菌的过度繁殖^[15],并对肠道菌群紊乱具有一定的调节作用,这些特性为其在肺系感染性疾病中的应用提供了科学依据。洪老认为,即便急性肺部感染疾病患者大便正常,亦可酌情使用大黄,且大黄若不与芒硝相伍,通常不致“泻下无度”或“下多伤阴”之弊,但仍须严格控制剂量,以“得利为度”,中病即止。实热证较重者,可适当增加大黄剂量,以快速通便为度,得快利而后方止。此外,洪老强调,“快利”的实现还需注重药物间的合理配伍,通过方剂整体协同作用以增强疗效。

洪老在临床实践中发现,大黄与郁李仁配伍使用,既能实现“快利”之效,又可避免损伤患者阴液。这种配伍充分发挥大黄的强烈泻下作用和郁李仁的润肠功效,二者协同,既能迅速清除体内实邪,又能顾护阴液,防止泻下伤正。在急性肺部感染早期,患者常表现为高热、咳嗽咳痰、便秘等症状,舌象多见舌红、苔黄腻,脉象滑数,多属邪热壅肺证。此时若仅采用麻杏石甘汤、清金化痰汤等常规方药,往往疗效有限,难以迅速控制病情。洪老遵循“肺实泻大肠”之治疗原则,针对肺炎实热证候为主者,主张通过“突击泻热”以扭转病势,减轻菌毒反应,常用生大黄、葶苈子、桑白皮、黄芩、七叶一枝花等药。若病情进展至后期仍未有效控制,如发展为急性呼吸窘迫综合征(多由急性重症肺部感染引发)^[16],洪老认为仍应酌情运用通腑法,并指出通腑泄热不仅能缓解腹胀,还可促使膈肌下降,解除肺气不降之困,从而有效改善肺通气功能。在具体用药上,洪老常用生大黄、厚朴、枳实、葶苈子等药物,以达通腑泄热、调理气机之目的。

3.2 补泻兼行,推陈致新 慢性肺病合并急性肺部感染疾病常呈现虚实夹杂的复杂病机。对此,洪老提

出“补泻兼行”的治疗原则,主张补虚与泻实并举,常以大黄配伍“温药”,达到扶正祛邪、相反相成、取长补短之效。正如徐大椿所言:“大黄与人参同用,大黄自能逐去坚积,决不反伤正气,人参自能充益正气,决不反补邪气。”^[17]在此配伍中,人参性甘、温,为补气扶正之要药,借其温补之性可增强人体正气,温化痰瘀,助邪外出;大黄性苦、寒,为泻下祛邪之代表,凭借其通降之力可涤荡实邪、化痰行瘀。二者药性虽异,但合用则相辅相成,相得益彰。

洪老认为,气阳虚弱是慢性肺系疾病反复感染发作的根本原因。因此,在临证中洪老十分重视慢性肺系病患者肺之气阳虚弱的体质特点,提出“补虚泻实”应为此类疾病的全程治则^[18]。洪老主张运用温阳护卫法贯穿治疗的全过程,强调补充肺脏正气,恢复肺脏的正常功能,常用方剂包括温阳益气护卫汤、补元汤等,主要经验用药有黄芪、白术、生姜、白芍、桂枝等。同时,洪老强调必须祛除体内邪气与病理产物。痰瘀既是慢性肺系病的病理因素,又是病理产物,其性属阴邪,易阻滞气机。因此,痰瘀征象明显时,既要运用“温药”以温化痰瘀,又当配伍“气药”以行气祛痰化瘀,使痰瘀之邪从大便而出。洪老以具“苦降”之药为重点经验用药,如大黄、葶苈子、青皮、陈皮、槟榔等,通过灵活配伍实现降气涤痰、化痰通腑之效。

4 验案举隅

涂某,女,73岁,1994年1月17日入院。主诉:反复咳嗽咳痰24年,双下肢浮肿2年,加重20天。现病史:患者自1970年起出现咳嗽、咳痰,此后每年冬春反复发作,病情逐年加重,1992年始见双下肢浮肿。患者多次住院治疗,诊断为“慢性阻塞性肺疾病、肺源性心脏病”,本次因天气变化受寒后症状加重,经西医治效果不佳而就诊。刻下症:咳嗽,咯痰无力,痰量约120 mL/日,色白质稀,气喘,动辄尤甚,胸闷、心悸,背部怯寒明显,四肢欠温,唇甲青紫,口苦、口黏,双下肢浮肿,纳少,不能平卧,大便时结,小便量少。舌暗偏红,苔白厚腻,脉弦滑,重按无力。查体:T 37.2 °C, P 90次/分, R 25次/分, BP 113/90 mmHg; 睑结膜水肿明显,口唇紫绀,颈静脉怒张,桶状胸,两肺湿啰音(+++),双下肢浮肿(+++)。实验室检查:血常规示WBC 12.1×10⁹/L, N 72%, L 25%, E 3%;动脉血气分析示PaCO₂ 66 mmHg, PaO₂ 34 mmHg。西医诊断:①慢性阻塞性肺病合并急性感染;②肺源性心脏病、心力

衰竭;③呼吸衰竭Ⅱ型。中医诊断:①喘证;②水肿。辨证:阳虚水停夹瘀证。治法:温阳益气,行瘀涤痰,利水消肿。药用:生黄芪30 g,熟附片10 g,法半夏15 g,桂枝10 g,茯苓30 g,白术10 g,葶苈子15 g,青皮15 g,陈皮15 g,细辛3 g,干姜10 g,生大黄10 g(后下),益母草30 g,川芎10 g,红花10 g。西药治疗方案:氨苄青霉素3 g,静脉注射,1日2次;可拉明0.375 g×5支+氨茶碱0.25 g+立其丁20 mg+地塞米松10 mg,静脉滴注,每日1次。经中西医结合治疗8天,病情明显好转,痰量减至40 mL/日,双肺湿啰音(++),双下肢浮肿(+),口唇青紫改善。实验室复查:WBC 8.6×10⁹/L, N 69%, L 29%;动脉血气分析示PaCO₂ 58.6 mmHg, PaO₂ 49 mmHg。遂停用西药,继续原中药方治疗,服药15剂后,患者生活可自理,查体:两肺湿啰音(+),双下肢无水肿。动脉血气分析:PaCO₂ 49 mmHg, PaO₂ 60.9 mmHg, 显效出院。

按 本案为慢性阻塞性肺病急性加重合并感染的危重患者,因外感寒邪引动宿疾,致病情加重入院。患者久病正虚,肺气阳虚衰,久病及肾,肾阳亦衰,故见四肢欠温、背部怯寒、脉重按无力;肺虚及脾,子病犯母,致脾气虚弱,运化失司,故纳呆食少;肺虚失于输布津液,脾虚失于运化水湿,津液不归正化,饮游四肢,故口干不欲饮、双下肢浮肿;痰瘀宿邪伏于肺,因寒引动,同气相求,致肺气宣发肃降失常,而急性发作,故见喘息、咳嗽咳痰、苔白腻等;痰瘀交阻于肺,肺助心行血功能下降,气血运行不畅,故见口唇紫绀、胸闷、舌暗,脉弦滑等;肺气不能敛降,腑气不通,故见腹胀。总属痰浊阻肺、阳虚水停之证。治疗上秉承补泻兼行之则,以温补气阳、化痰行瘀为主,兼以利水消肿。方中黄芪、白术健脾益气益肺气,与陈皮合用,补而不滞,并以绝生痰之源;附子、桂枝、干姜温通阳气,细辛通阳散表寒,共助温化痰瘀水饮;茯苓、益母草利水渗湿;葶苈子、青皮降肺气以通腑气,与大黄合用,使痰瘀实邪从大便而解;益母草、川芎、桃仁活血祛瘀。全方共奏温阳散寒、补气活血、化痰利水之效。经治疗,患者病情显著好转,遂停西药,继以原方调治。全程谨守补泻兼行、通腑调肺之法,从而使腑气得通,肺气自和,故获显效出院。

参考文献

[1]徐丽丽,刘斌,席小青,等.老年患者肺部感染病原菌分布及耐药性分析[J].中国病原生物学杂志,2024,19(9):1075-1078,1087.

(下转第60页)