

从经方体系论治卒中相关性肺炎

汤咏婷¹ 陈晓锋^{2*} 吴丽萍¹ 邵天祥¹ 何 婵¹

1.广西中医药大学 广西 南宁 530011

2.广西中医药大学附属瑞康医院 广西 南宁 530011

摘要：卒中后相关性肺炎是一种卒中后严重并发症，其病程迁延难愈，目前临床病人存在多重耐药及菌群失调等弊端。陈晓锋教授从经方体系即六经辨证、多纲辨证论治思路，运用中医中药因势利导的作用以助病人恢复正气，总结出一套治疗卒中后相关性肺炎的经方体系，供临床借鉴。

关键词：陈晓锋教授；卒中相关性肺炎；经方体系；六经辨证；医案

Treatment of apoplexy-associated pneumonia from the prescription system

Yongting Tang¹, Xiaofeng Chen^{2*}, Liping Wu¹, Tianxiang Shao¹, Chan He¹

1. Guangxi Univeisity of Chinese Medicine, Nanning 530011, China

2. RuiKang Hospital Affiliated to Guangxi Univeisity of Traditional Chinese Medicine, Nanning 530011, China

Abstract: Post-stroke associated pneumonia is a serious complication after stroke, and its course of disease is prolonged and difficult to heal. At present, clinical patients have multiple drug resistance and flora imbalance. Professor Chen Xiaofeng summed up a set of classical prescription system for the treatment of post-stroke associated pneumonia for clinical reference from the classical prescription system, that is, six-meridian syndrome differentiation, multi-dimensional syndrome differentiation and treatment ideas, using the role of traditional Chinese medicine to help patients restore healthy tendency.

Keywords: Professor Chen Xiaofeng; Stroke-associated pneumonia ;Meridian system; Syndrome differentiation of the six channels; Medical record

我国卒中发病率为 341.1/万人年，死亡率为 159.2/10 万人年，患病率为 1596.0/10 万人年，每年新发病率约 240 万；约 2/3 存活者遗留有不同程度的残疾^[1]。卒中相关性肺炎（stroke-associated pneumonia, SAP）是卒中常见并发症之一^[2]；卒中相关性肺炎（SAP）由 Hilker 教授于 2003 年首次提出^[3]，它指脑卒中患者于卒中急性期和后遗症期出现的肺感染，与脑卒中有直接关系，它表现除有脑卒中相关症状之外还有发热、咳嗽、咯痰甚至呼吸困难等肺部感染症状。据流行病学数据显示 SAP 的发病率为 7%-38%；其中缺血性卒中 SAP 发病率为 11.4%^[4]，出血性卒中发病率为 16.9%。SAP 的发病机制主要是误吸及免疫机制抑制；误吸与由于肢体功能障碍、吞咽障碍、意识障碍等危险因素息息相关^[5]。目前，卒中相关性肺炎的治疗存在抗生素滥用、细菌耐药、交叉耐药及多重耐药等弊端^[6]。而 SAP 的中医内科学多以“中风”“咳嗽”“喘证”“痰饮”“哮证以及“肺痈”命名及辨证论治；其病理因素以“痰、热、虚”为主^[7]。SAP 中医的证型主要围绕痰热、风热、痰湿阻肺证和燥热伤肺证、阴虚证、气阴两虚证等^[8]。SAP 中药治疗方面予祛痰止咳、培土生金、温阳化痰、清热宣肺、益气养阴等

^[9]。如何运用中药有效控制卒中相关性肺炎，减少抗生素的使用，减少菌群失调是一个值得临床研究探讨的问题。

陈晓锋教授多年跟随经方专家冯世纶致力研习经方，并在康复医学科室开展了中医经典病房，运用经方体系治疗卒中、及卒中后多种并发症。陈晓锋教授以《伤寒杂病论》为理论基础，用中医中药治疗卒中后相关性肺炎在临床上挥经方的特色，现从经方体系辨证论治对卒中相关性肺炎梳理分析，供临床参考。

一、经方体系辨证的思路^[10]

1.1 辨六经

六经的本质其实则是来自八纲，在八纲基础上进行发展认识到即正邪斗争还有半表半里这个战场，是并病位和病性的结合，构成万病的总纲。

辨太阳病（表阳证）为“太阳之为病，脉浮，头项强痛而恶寒”，包括太阳虚证、太阳实证。辨少阴病（表阴证），凡是见到脉浮微细，恶寒，无热，头项强痛，但欲寐为少阴病。辨阳明病（里阳证）包括阳明热证、阳明实证。辨太阴病（里

阴证)见脉沉缓或弱,四肢欠温,口不渴,腹满而吐,食不下,时腹自痛,腹泻,大便泄泻。辨少阳病(半阳证)见脉弦,寒热往来,口苦,目弦,胸胁苦满,心烦欲呕,默默不欲饮食。辨厥阴病(半阴证)表现为上热见消渴饮水,下寒见饥不欲食。下寒上热见气上撞心,心中疼热。

1.2 辨多纲

辨多纲包括八纲辨证、六淫辨证和气血津液证等。即辨表里寒热虚实证、辨风、燥、津液亏虚、湿、水停、饮、痰、气滞、血瘀、气虚、血虚证。

二、经典病案

2.1 太阳少阳病

罗某某,男,85岁,因“四肢乏力15年余”于2022年06月17日入院。最近一次头颅CT示:桥脑、双侧放射冠、左侧额叶、右侧丘脑多发脑梗死。入院复查胸部CT平扫:1.两肺炎症,较前减少;2.气管下段内高密度影,痰栓?其他?西医查体:听诊见双肺呼吸音增粗,可闻湿性啰音。2022年6月20日,初诊:中医症见高热,恶寒,无汗,咳嗽咳痰,喉中时有痰鸣声,咯出大量白色泡沫痰,痰多时易胸闷,晨起后呕吐明显;口苦、咽干、胃纳差;舌暗红,舌苔白腻,左脉弦细,右脉浮紧;西医诊断:1.脑梗死恢复期 2.卒中相关性肺炎。中医诊断:1.中风,2.咳嗽。六经辨证:太阳少阳病,多纲辨证:水饮、痰湿证;选方:小青龙汤合小柴胡汤加减;拟方如下:桂枝15g,白芍10g,麻黄7g,干姜12g,细辛3g,法半夏15g,五味子12g,广藿香15g,石菖蒲15g,北柴胡20g,黄芩片15g,党参片12g,生姜15g,大枣8g,麸炒白术30g,茯苓30g;7剂,日一剂,水煎服,一天两次。2022年6月27日,二诊:服药后见仅有少许痰,热退,继续服用此方3周后巩固疗效,追踪患者情况咳嗽好转,二便顺畅,复查血常规正常。

按:第一抓现脉症辨证:发热,怕寒,无汗,右脉浮紧,辨证为表阳证。发热而呕吐、时有口苦、咽干、胃纳差、左脉弦细,辨证为半表半里阳证。咳嗽咳痰,喉中时有痰鸣声,咯出大量白色泡沫痰,痰多时易胸闷,苔白腻;多纲辨证为水饮、痰湿证。第二由证推方:选方为小青龙汤合小柴胡汤加减。第三药证对应:临证加减予石菖蒲、广藿香、白术、茯苓。第四分析其病机及用药理法:小青龙汤出自《伤寒论》,患者外有寒内有痰饮现其第40条“伤寒表不解,心下有水气,干呕发热而咳……或喘者,小青龙汤主之。”小青龙汤解表发汗,麻黄、桂枝、芍药、甘草解太阳之表;半夏、干姜、细辛、五味子逐寒饮^[1]。其病人痰饮化热半表半里使枢机不开,这符合小柴胡汤的方证口苦、呕、纳差。方中柴胡、黄芩和解半表半里热,半夏可降阳明之热,党参片、生姜、大枣益气和胃可扶太阴,使枢机和合达到治病的效果。方中临证加减予藿香芳香化

湿,《本草经解》中藿香气温入少阳经,味辛甘而得地土金之味即入太阴脾肺经,故除恶,通调脾肺。《本草经集注》中石菖蒲味辛、温而治咳逆上气能开心孔能通九窍,故石菖蒲祛湿开窍及化痰。“五脏六腑皆令人咳,非独肺也”,故加白术,茯苓健脾胃,脾为生痰之源,脾旺则痰饮湿邪不起。

2.2.少阴太阴病

郑某,男,67岁,因“言语不清、左侧肢体乏力2月”于2022年6月30日入院。入院后复查CT:1、右侧颞枕叶、额叶及胼胝体膝部软化灶;2、脑白质脱髓鞘;脑萎缩;3、两肺下叶炎症;两侧胸腔积液;右肺中叶实性结节,考虑炎症结节。西医查体:听诊见两肺下呼吸音粗,可闻及散在湿性啰音。患者入院时发热,咳嗽,用抗生素效果不显著,改为经方辨证用药。中医首诊时间2022年7月13日,四诊:发热,无汗,咳嗽,痰白量多,怕冷,四肢冷,大便烂,小便多,舌质暗红,齿痕舌,苔白厚腻,脉沉滑。西医诊断:1、脑梗死恢复期2、卒中相关性肺炎。中医诊断:1、中风2、痰饮。六经辨证:少阴太阴病。多纲辨证:痰饮证;选方:真武汤合《外台》茯苓饮加减。拟方如下:茯苓30g;党参15g;麸炒苍术25g 麸炒枳实10g;陈皮30g;生姜15g;白芍15g;白附片15g;麸炒白术30g;石菖蒲15g;广藿香15g;佩兰15g;5副,水煎服,日一副,一天两次。服药二副后患者发热情况好转。继续服药。2022年7月18日二诊:患者不慎着凉,咳嗽,恶寒,怕风,发热,无汗,痰质变稀,久久吐涎沫,大便偏烂,小便较前好转。舌质暗转淡红,苔白腻,脉沉。六经辨证:少阴太阴病。多纲辨证:水饮证;选方:麻黄附子细辛汤合理中丸加减。拟方如下:麻黄13g;白附片15g;细辛3g;石菖蒲15g;广藿香15g;炒白术35g;干姜15g;党参15g;荆芥15g;防风15g;炒苍术15g。6副,水煎服,日一副,一天两次。2022年7月27日三诊:患者咳嗽咳痰、吐涎沫情况好转,精神好转,但仍有恶寒无汗,为巩固疗效,守方8副。随访复查CT肺炎性结节较前减少,无发热。

按:初诊时患者肺炎病程长,阳气亏虚,寒邪水饮在少阴经,需温阳化饮,故用真武汤,方出自《伤寒论》中第316条“少阴病,二三日不已,至四五日……小便不利……此为有水气……真武汤主之。”真武汤中白附片大补元气,通达十二经脉,鼓动阳气而祛寒,助茯苓、白术运化水液,白芍性柔阴调附子之大热,党参益气生津防燥;生姜走而不守,使痰饮水邪从小便去。患者痰湿水饮是由于里阴中阳气不足,不能转化有形之痰;需补虚消痰气;故选择《外台》茯苓饮,因其主治“心胸停痰宿水、心胸间虚、气满,不能食。”;苓、参、术、草补益脾胃,与陈皮、枳实气药合用,气行则痰消。二诊时患者寒象明显,选择麻黄附子细辛汤合理中丸加减以温中阳祛寒。

三、结语

陈晓锋教授临床经验发现经方能提高卒中后肺炎疗效,经方的使用是顺应人体正邪斗争的态势顺应人体抗病机制的一

种疗法,也是一种因势利导,顺应人体趋势的疗法。陈晓锋教授巧用经方体系的辨证思维运用于临床,由症推理到证再到方,由方再选药。即捉住现脉症,辨六经归属,辨多纲证,在病机中辨方证,在疗效中辨方证。

参考文献:

- [1] 贾建平,陈生弟.神经内科学[M].第8版.北京:人民卫生出版,2018:186.
- [2] 王拥军,陈玉国,吕传柱等.卒中相关性肺炎诊治中国专家共识(2019 更新版)[J]中国急救医学.2019,39(12):1135-1143.
- [3] R H, C P, N F, J S, A J, M N, W D H: Nosocomial pneumonia after acute stroke: implications for neurological intensive care medicine. [J] Stroke: A Journal of Cerebral Circulation.2003, 34(4):975-981.
- [4] 梁忆华,钟海波,汪得喜,曾瑜.卒中相关性肺炎的病原菌耐药性分析[J].临床肺科杂志,2021,(02):215-217+222.
- [5] 张淑霞,潘晓华,刘国荣等.卒中相关性肺炎的发病机制及预测因素的研究进展[J].医学综述,2016,(23):4637-4640.
- [6] 黄芳,李子午,汪亚群.汪亚群论治卒中相关性肺炎经验介绍[J]新中医.2022,54(02):211-214.
- [7] 宋苹,张溪,姚怀国.卒中相关性肺炎的中医症状及证型特征[J]实用医学杂志.2018,34(09):1557-1560.
- [8] 余学庆,李建生,王至婉,等.肺炎中医证型及症状特征的文献分析[J].上海中医药大学学报,2008,3(22):26-29.
- [9] 吴佳颖,林伟刚.卒中相关性肺炎的中医药治疗研究进展[J].中国中医急症,2021,30(04):745-748.
- [10] 刘观涛.方证相对:伤寒辨证论治五步[M]北京.中国中医药出版社,2009.2:14-23.
- [11] 冯世纶,张长恩.经方传真(修订版)—胡希恕经方理论与实践[M]北京:中国中医药出版社,2008.6:71.

作者简介:汤咏婷(1994-),女,广西中医药大学在读硕士研究生,研究方向为中西医结合治疗神经内科疾病及康复医学。

通讯作者:陈晓锋(1972-),男,广西中医药大学附属瑞康医院主任医师,教授,研究方向为中西医结合治疗神经内科疾病及康复医学。

基金:广西中医药大学研究生教育创新计划项目(CXJ2021104)-基于六经辨证联合腹针治疗卒中后失眠症的临床疗效观察