

· 新型冠状病毒肺炎专题 ·

基于中医瘟疫火热病机探讨新型冠状病毒肺炎辨证论治

吴 伟¹ 温敏勇² 詹少锋³ 刘小斌⁴ 黄衍寿⁵ 冼绍祥¹ 林培政⁶

中医学以《内经》为基础,在防治疾病、抗击瘟疫的历史中,理论不断传承创新、体系不断完善,至明、清时期成熟。笔者整理明、清时期的温病学理论,结合临床对瘟疫的辨证论治进行论述,以期探讨新型冠状病毒肺炎(corona virus disease 2019, COVID-19)中医辨证论治。

1 COVID-19 中医命名

临床上对一种新的疾病进行命名很重要,因为涉及到发病、病因病机、病性、病位及演变规律的研究和认识。清代名医徐灵胎《兰台轨范·序》指出:“欲治病者,必先识病之名。能识病名,而后求其病之所由生。知其所由生,又当辨其生之因各不同,而病状所由异,然后考其治之之法”^[1]。2003 年全小林教授主持“中医分期论治严重急性呼吸综合征(severe acute respiratory syndrome, SARS)的临床研究”研究,总结 SARS 病位在肺、病邪为毒、传染性强、死亡率高的特征,将该病称为“肺毒疫”,为当年中医药治疗 SARS 起到重要作用^[2]。中医学有“戾气”“杂气”“厉气”“疫病”“瘟疫”等病名,笔者认为,基于目前 COVID-19 已在短期较大范围内暴发流行,结合该病致病特点,COVID-19 为感受疫疠之邪导致的传染性外感热病,建议病名为“肺疫病”。

2 COVID-19 以火热病机为主

中医学早在《内经》就已对瘟疫的发生、发展规律已有较高的认识。《素问·本病论》云:“温病暖作,赤气彰而化火疫”。《内经》不仅提出了“疫”的病名,而且把具有强烈传染性和致病性的疫病皆归属于温热属

性的“火疫”。金代刘完素所著《伤寒直格》云:“伤寒六经传受,自浅至深,皆是热证,非有阴寒之病”,提出“六气皆从火化”,其“火热论”奠定了明、清时期温病学派瘟疫理论的基础^[3]。到了明、清时期,中医学防治瘟疫进入理论成熟时期。明代吴又可编写中医学第一部瘟疫专著《温疫论》开篇首言:“温疫之为病,非风、非寒、非暑、非湿,乃天地间别有一种异气所感”,明确提出温疫病因和伤寒不同;他还认为疠气无关老少强弱,从口鼻入,舍于膜原,在半表半里,专立达原饮治“湿热带”;此外,也同样认识到瘟疫每因邪气积阳化火,致使阴液枯涸^[4]。清·杨栗山著《伤寒瘟疫条辨》总结瘟疫病因病机,并指出瘟疫之由来是因杂气由口鼻入三焦,怫郁内炽,他阐明瘟疫皆言热,火热是病机基础,常用升降散治疗“温热带”^[5]。清·陈士铎《石室秘录·瘟疫治法》曰:“然而瘟疫之人,大多火热之气蕴蓄于房户,则一家俱病;蕴蓄于村落,则一乡俱病;蕴蓄于市廛,则一城俱病;蕴蓄于道路,则千里俱病”^[6]。至晚清时期,陆九芝著《广温热论》将疫疠、时行外感病全都改为温热之证,书中提出余师愚认为:“疠气乃无形之毒”“既曰毒,其为火明矣”,创立了清瘟败毒饮治疗“暑热疫”^[7]。

明、清时期温病学各家学说代表了古代中医学防治瘟疫的最高理论水平,它揭示了瘟疫的病因病机特点:(1)急性起病;(2)传染性强;(3)以火热病机为主,兼有湿邪、毒邪;(4)六气皆可火化,寒邪入里或湿邪内郁均易化火蕴毒,火与毒邪常夹攻脏腑;(5)病情重者,不按一般传变规律,暴病暴死。从 COVID-19 (图 1)来看,其病因为疠气从口鼻途径侵入,证候以标实为主,大多数患者具有发热或壮热烦渴、舌红、苔白腻或黄腻等,呈湿热郁肺,或湿毒蕴肺之征;或因寒湿郁肺,入里化热,可表现为疫毒闭肺证。重症患者存在“温邪上受,首先犯肺,逆传心包”,邪盛正虚,多表现为阴液耗竭,或气阴两伤,或气随阳脱,亦可以急转直下,转为危候,甚则阴阳离绝。COVID-19 病位在肺、膜原,涉及三焦、脾、胃、肝、肾、心、心包,病性为火热、湿、毒、瘀、虚。

作者单位:1. 广州中医药大学第一临床医学院内科学教研室(广州 510405); 2. 广州中医药大学第一附属医院重症医学科(广州 510405); 3. 广州中医药大学第一附属医院呼吸内科(广州 510405); 4. 广州中医药大学邓铁涛研究所(广州 510405); 5. 广州中医药大学第一附属医院心血管科(广州 510405); 6. 广州中医药大学第一临床医学院温病学教研室(广州 510405)

通讯作者:林培政, Tel: 020-36591364, E-mail: linpeizheng@gzucm.edu.cn

DOI: 10.7661/j.cjim.20200305.279

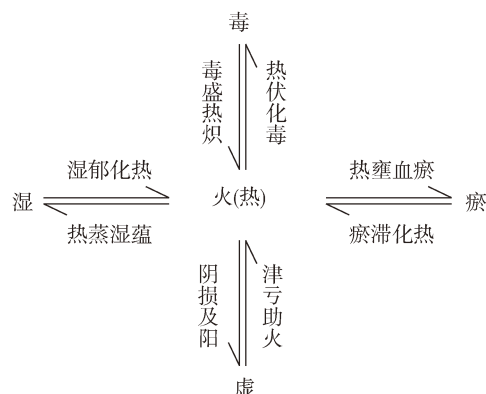


图 1 COVID-19 火热为核心病机转化图

3 以“五诊十纲”指导 COVID-19 诊断与辨证

国医大师邓铁涛教授倡导“五诊十纲”临床思维进行辨病辨证,五诊即望、闻、问、切、查(查体、理化检查),十纲即八纲辨证加辨已病、未病^[8]。对于瘟疫诊断与辨证,应当坚持辨病为先,辨证为主,病证结合,简化辨证分型^[9]。COVID-19 诊断参照国家卫生健康委员会与国家中医药管理局会颁布的《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第六版)》(简称诊疗方案)^[10],根据病史及临床表现,肺部 CT 检查是重要检查证据,咽拭子或呼吸道分泌物或肺泡灌洗液查新型冠状病毒核酸阳性,或者血液中出现抗体阳性,是确诊依据,少数患者在粪便检查核酸阳性。

辨证方面,基于《伤寒论》辨证方法,注重发挥温病学理论的作用。COVID-19 辨证分型可分为轻型(湿热袭肺)、普通型(湿毒蕴肺)、重型(疫毒闭肺、气血两燔)、危重型(疫毒闭肺、正气虚脱)。临床以发热、咳嗽、肺部 CT 检查显示大片渗出灶、血氧饱和度降低为特征。在辨证要点上,须认清火热、湿、毒、瘀、虚的特点。邪实越盛,越是郁闭阳气,“热深厥亦深”,病机越错综复杂。

4 COVID-19 中西医结合治疗策略

国医大师邓铁涛教授认为中医学是理论医学,中医学虽无 SARS 病名,但是可以根据疾病临床表现,发挥中医学理论优势,进行辨证论治^[11]。笔者认为,科学总是利用已知知识解决未知问题,运用瘟疫理论火热病机指导 SARS 和 COVID-19 也是如此!

4.1 中医治疗 明、清时期温病学说对 COVID-19 治疗颇有启发。明·龚廷贤《寿世保元·瘟疫》载:“一论众人病一般者,天行时疫也,一论瘟疫之病,皆是大热之症,不可妄用热药”^[12]。清·陈士铎《石室秘录·瘟疫治法》曰:“瘟疫之症……但去其火热之气,而少加祛邪逐秽之品,未有不可奏功而其效

者”^[13]。清·杨栗山著《伤寒瘟疫条辨·医方辨》论述治疗强调,温病以热毒一贯到底,倡导清、泻二法,他说:“若用辛温解表,是为抱薪救火,轻者必重,重者必死”^[14]。因此,对于 COVID-19 治疗,根据临床分型,结合本院援湖北省医疗队临床观察和专家们在线会诊经验,笔者建议进一步简化辨证,重点把握“火热”病机进行治疗。轻症在表,应辛凉解表,轻清透邪,表里双解;对于表邪入里,湿热蕴肺,疫毒闭肺,则要着重应用清热解毒,化湿解毒;对于毒入营血、气血两燔,需凉血散血解毒。临床上兼有寒热夹杂,寒湿内郁,也应以清为主,寒温并用;若正气内虚,则清补结合。关于补法,视不同证型分别给予顾护阴津、益气养阴、健脾益气、益气固脱等。同时,必须注意治疗“火热”属性的瘟疫,切不可滥用辛温太过、燥热伤阴之品。以诊疗方案为基础,根据“广东省新冠肺炎防控指挥办医疗救助组关于做好新冠肺炎密切接触者预防保健工作的通知”(粤卫医函[2020]32 号通知),结合笔者团队对 COVID-19 认识,对中医治疗提供以下建议,供临床救治参考运用。

4.1.1 轻型 证型属湿热袭肺,宜辛凉解表,表里双解。选用邓老清毒饮,组方:金银花 15 g 桑叶 15 g 野菊花 15 g 蒲公英 15~30 g 薄荷叶 6 g (后下) 白茅根 30 g 甘草 5 g 北杏 10 g 桃仁 10 g 青蒿 10 g (后下) 藿香 10 g 生薏苡仁 15~30 g 桔梗 10 g 五爪龙 30 g 陈皮 3 g。可服防风通圣丸、莲花清瘟胶囊。湿重于热者,开达膜原,辟秽化湿,选用达原饮加味,组成:槟榔 15 g 厚朴 10 g 黄芩 10~15 g 草果 6~10 g 藿香 10 g 佩兰 10 g 知母 10 g 白芍 10~15 g,可加服藿香正气丸。

4.1.2 普通型 证型属湿毒蕴肺,宜清热解毒、祛湿宣肺化痰。选用麻杏石甘汤合千金苇茎汤合五味消毒饮加黄芩、鱼腥草,组方:生石膏 30~60 g (先煎) 麻黄 10 g 杏仁 10 g 生甘草 6~15 g 苇茎 30 g 桃仁 10 g 生薏苡仁 30 g 冬瓜仁 15~30 g 金银花 15 g 野菊花 15 g 紫花地丁 15 g 青天葵 10 g 黄芩 15 g 鱼腥草 30 g (后下)。痰湿郁肺明显者,上方去野菊花、紫花地丁、青天葵、鱼腥草,加紫苏子 6~10 g、莱菔子 15 g、白芥子 3~5 g、浙贝 10 g。

4.1.3 重型 疫毒闭肺、弥漫三焦、气血两燔,宜清气凉血、泻肺败毒。选用清瘟败毒饮加桃仁、葶苈子。参考方:生石膏 30~60 g (先煎) 黄连 10 g 水牛角 30 g (先煎) 黄芩 10~15 g 丹皮 10 g 栀子 10 g 赤芍 15 g 连翘 15 g 玄参 15 g 生地黄 15 g 知母 10 g 桔梗 10 g 竹叶 10 g 甘草 6~

15 g 桃仁 10 g 葶苈子 10~15 g。

4.1.4 危重型 疫毒闭肺、正气虚脱,宜清热凉血解毒、益气养阴固脱。选用芍药地黄汤合黄连解毒汤合生脉散。参考方:水牛角 30 g (先煎) 生地 15~30 g 赤芍 15 g 丹皮 10 g 黄芩 10~15 g 黄连 10 g 黄柏 10 g 栀子 10 g 太子参 15~30 g (或西洋参 10 g) 麦冬 10~15 g 五味子 6~10 g 黄芪 15~20 g。若疫毒内陷心包,可选用安宫牛黄丸。

对于普通型、重型、危重型,治疗应标本同治,清热解毒类(热毒宁注射液或痰热清注射液)、扶正类(参附注射液、参麦注射液、参芪扶正注射液、黄芪注射液)中成药各选用一种;扶正类中成药用于普通型,也可以预防厥脱证发生。对于重症、危重症,汤药可经胃管分次鼻饲给药。

4.2 中西医结合救治思路

西医治疗急性肺部感染性热病,除药物外,还可使用机械辅助呼吸、体外膜肺氧合、主动脉内球囊反搏等器械治疗,保证了水、电解质和酸碱平衡,无需过于担心中医学“阴液亏耗”。但另一方面,病毒感染往往合并多重细菌感染,在抗病毒、抗生素药物的治疗下,人体发生菌群失调,证候表现发生改变;激素的使用可使患者表面退热,炎症“被抑制”了,一些患者可表现为“寒包火”“湿包火”。隔离病区只能凭舌象、理化指标、监护屏幕参数进行诊断,不能全面“四诊”,为中医临床辨证带来一定难度。如何解决这一难题?笔者主张,辨病为先,辨证为主,病证结合,谨守温热病、瘟疫的基本火热病机。正如《素问·至真要大论》所言“谨守病机,各司其属,有者求之,无者求之,盛者责之,虚者责之”,避免虚虚实实之戒。新冠病毒感染常合并多重细菌感染,常需多种抗病毒药、抗生素治疗,然而两类药物却无抗毒素作用,解决不了微生物感染所产生的毒素问题;激素有非特异性抗炎、抗毒素作用,但又抑制了人体免疫力,很容易引起菌群失调症。而清热解毒中药,一方面具有抗病毒、抑菌、抗毒素作用、调节机体免疫力、下调炎症因子水平等作用,另一方面可以减少激素的用量或者不用激素^[15]。对于严重合并症,如呼吸衰竭、心力衰竭、休克,在西医治疗和器械治疗基础之上,可以大胆使用清热解毒、化湿解毒、凉血解毒等中医治疗方

法。热邪亢盛最易伤阴络而留瘀,活血化瘀法可以改善休克状态的微循环障碍。

本文以中医学“火疫”理论以及明、清时期温病学防治瘟疫理论为指导,基于瘟疫“火热病机”,结合邓老“五诊十纲”临床理念,探讨 COVID-19“病—理—法—方—药”的辨证论治,以期为我国 COVID-19 中西医结合诊治方案的不断优化提供思路。

参 考 文 献

- [1] 清·徐灵胎著,赵蕴坤等校勘.徐灵胎医书全集[M].太原:山西科技出版社,2001:391.
- [2] 全小林.中医肺毒疫辨识[J].中医杂志,2003,44(12):885-887.
- [3] 金·刘完素著.伤寒直格 伤寒标本心法类萃[M].北京:人民卫生出版社,1982:2.
- [4] 浙江省中医研究所.《温疫论》评注[M].北京:人民卫生出版社,1977:24.
- [5] 清·杨栗山著.伤寒瘟疫条辨[M].福州:福建科学技术出版社,2008:357-358.
- [6] 清·陈士铎.石室秘录[M].北京:中国中医药出版社,1999:385.
- [7] 清·王孟英著.温热经纬·余师愚疫病篇[M].北京:人民卫生出版社,2005:165.
- [8] 吴伟,王创畅,邓铁涛.“五诊十纲”中医临床新思维探讨[J].中医杂志,2014,55(6):455-457.
- [9] 吴伟,卿立金.“辨病为先,辨证为次”—现代中医临床思维模式的思考[J].中医杂志,2012,51(12):7-9.
- [10] 国家卫生健康委员会,国家中医药管理局.新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第六版)[EB/OL].http://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/202002/8334a8326dd94d329df351d7da8aefc2.shtml,2020-02-18.
- [11] 邓铁涛著.中医基本理论[M].北京:科学出版社,2015:374.
- [12] 明·龚廷贤撰,鲁兆麟主校.寿世保元[M].北京:人民卫生出版社,1993:117.
- [13] 清·陈士铎著,王树芬,裘俭整理.石室秘录[M].北京:人民卫生出版社,2006:223.
- [14] 清·杨增著,徐国仟等点校.伤寒瘟疫条辨[M].北京:人民卫生出版社,1986:158.
- [15] 沈自尹.清热解毒药对感染性炎症作用原理的新认识[J].中国中西医结合杂志,1997,19(10):628-629.

(收稿:2020-03-01 在线:2020-03-09)

责任编辑:邱禹