

“西药中用”联合“温潜法”中药敷脐治疗重症肺炎 1 例并文献复习

王海铭, 王宝迎*, 康 静

山西省人民医院中医科 山西太原

【摘要】 如何降低重症肺炎死亡率? 显然心、肾功能维护和改善是重要的一环。该病在中医学中多属于“伤寒”之“厥阴病”范畴, 祝味菊先生认为治疗伤寒应重视强心, 而厥阴逆转, 重在潜阳, 首提“温潜法”; 在此基础上运用“西药中用”联合温潜法中药敷脐治疗重症肺炎 1 例, 疗效确切, 值得推广应用及进一步研究。

【关键词】 重症肺炎; 温潜法; 敷脐疗法; 西药中用

【基金项目】 山西省科技厅重点研发计划项目 (No.201903D321238)

【收稿日期】 2022 年 12 月 17 日 **【出刊日期】** 2023 年 2 月 28 日 **【DOI】** 10.12208/j.ijcr.20230060

One cases of severe pneumonia were treated by applying traditional Chinese medicine to umbilicus with "western medicine in combination with" warming latent method "and literature review

Haiming Wang, Baoying Wang*, Jing Kang

Department of traditional Chinese medicine, Shanxi Provincial People's Hospital, Taiyuan

【Abstract】 How to reduce the mortality of severe pneumonia? Obviously, the maintenance and improvement of heart and kidney function is an important part. In traditional Chinese medicine, the disease mostly belongs to the category of "Jueyin disease" of "typhoid fever". Mr. Zhu Weiju believes that the treatment of typhoid fever should pay attention to strengthening the heart, and the reversal of Jueyin focuses on the latent Yang, and the first mention of "warming and latent method"; On this basis, 1cases of severe pneumonia were treated with "western medicine used in Chinese medicine" combined with warm latent method, and the curative effect was exact, which was worthy of popularization, application and research.

【Keywords】 Severe pneumonia; the method of warming and suppress the sthenic yang; the navel therapy; western medicine using in traditional chinese medical science

重症肺炎指肺部感染的同时伴有严重的并发症或中毒症状, 患者易发生呼吸功能衰竭、感染性休克、心力衰竭、上消化道出血等, 严重者可导致弥漫性血管内凝血 (DIC)、多器官功能衰竭、呼吸窘迫综合征 (ARDS) 等肺部损害为主的损害, 一般可达到 30-50% 死亡率^[1]。每年社区获得性肺炎 (CAP) 发病率在 2.7-10 / 1000 人^[2]。约 10% CAP 患者需要收入 ICU 治疗^[3]。此类患者病情发展迅速, 死亡率很高, 在大于 60 岁的老年人群中罹患率更高^[4]。其中重症社区获得性肺炎死亡率可高达 50%^[5], 而重症医院获得性肺炎病死率可达 70%^[6]。对人类尤其是老年人的身体健康造成极大的危害。

综合目前对重症肺炎的治疗, 主要有如下措施: 优化抗菌策略抗感染治疗^[7]; 糖皮质激素联合参附注射液等改善血管内皮功能^[8]; 丙种球蛋白等药物的免疫调节治疗^[9]; 低分子肝素钙等药物的抗凝治疗^[10]; 他汀类药物抑制肿瘤坏死因子、白介素 1、白介素 6 的生成及全身多器官支持治疗等^[11], 而中药敷脐治疗重症肺炎有待于进一步研究。笔者运用“西药中用”联合温潜法免煎中药敷脐治疗重症肺炎 1 例, 现报告如下。

1 病例简介

患者, 男, 84 岁, 既往高血压、糖尿病史, 淋巴瘤化疗后 18 年。主因“意识障碍伴间断呕吐、痰鸣 1 天”于 2021 年 4 月 3 日入山西省人民医院中医科。患

*通讯作者: 王宝迎

者于 4 月 2 日无明显诱因出现意识障碍, 家属呼之无应答, 伴痰鸣, 呕吐, 四肢湿冷, 急诊 120 测血压 75/42mmHg, 入急诊科后予升压、抗感染等相应治疗, 次日转入我科。入院症见: 嗜睡, 呼之可睁眼, 喉中痰鸣, 喘促, 二便失禁。

查体: 意识模糊, 巩膜及皮肤轻度黄染, 体温 38.3℃, 血压 90/60mmHg, 呼吸 30 次/分, 心律 108 次/分, 律不齐, 双肺可闻及明显干湿性啰音, 脾肿大, 舌质暗红, 苔少, 脉沉。

实验室检查: 心梗四项异常, 肌酸激酶同工酶 9.19ng/ml, 肌红蛋白 >600.0ng/ml, N-端脑利钠肽前体 4106pg/ml, 显著增高; 血气分析异常: 酸碱度: 7.306, 氧分压: 118.5mmHg, 二氧化碳分压: 34.3 mmHg, 高铁血红蛋白 0.1%, 实际碳酸氢根 16.7mmol/L, 标准碳酸氢根 17.7 mmol/L, 标准剩余碱-8.6 mmol/L, 二氧化碳总量 17.8 mmol/L, 全血氧含量 18.9 mmol/L, 乳酸 4.37 mmol/L, 提示酸中毒及感染性休克; 肝肾功均异常: 谷丙转氨酶 74.16IU/L, 谷草转氨酶 109.01 IU/L, 总胆红素 42.12umol/l, 直接胆红素 25.70 umol/l, 尿素 8.43 mmol/L, 肌酐 141.21 umol/l, 白蛋白 30g/L, D 二聚体显著增高: 2886ng/ml, 降钙素原: 26.180 ng/ml, 肺炎支原体抗体 1: 320, C 反应蛋白 302.13mg/均显著增高, 白细胞计数 7.08x10⁹/L, 中性粒细胞百分比 90.4%, 血红蛋白 116g/L, 提示重症感染, 感染性休克风险。

头颅+胸部 CT: 1.左侧额顶叶脑梗死。左侧小脑半球腔隙性脑梗死。2.皮层下动脉硬化性脑病。3.脑积水, 脑萎缩。4.左肺下叶炎症, 建议治疗后复查。5.右肺上叶钙化灶; 右肺上叶肺大疱。6.甲状腺右叶部分钙化结节, 建议结合超声。7.双侧胸膜增厚。8.主动脉及冠脉走行区多发钙化影。9.左侧锁骨陈旧性骨折可能, 请结合病史。10.左侧肋骨高密度结节, 请结合临床。11.脂肪肝; 脾大; 胃周多发增大淋巴结可能, 建议完善腹部检查。腹部彩超: 肝大 肝脏弥漫性病变 胆囊炎伴胆囊多发结石 胰腺显示不清 脾大 双肾及门脉未见明显异常 腹腔未见积液。

入院诊断: 重症肺炎、感染性休克、心力衰竭、肾功能不全、肝功能受损、高血压病 2 级高危组、2 型糖尿病、脑梗死、淋巴瘤化疗后、腹腔淋巴瘤复发可能、低蛋白血症

“西为中用”治疗方案:

患者肺部感染致感染性休克, 心、肝、肾、胃多器官衰竭, 符合重症肺炎诊断。心衰, 予强心利尿,

取温阳利水之用; 消化道瘀血可能, 予抑酸护胃、补充 B 族维生素等治疗, 取固护胃气之意; 重症感染, 予人免疫球蛋白联合薄芝糖肽注射液增强免疫力、纠正低蛋白血症、纠正电解质紊乱, 取补益肾精之功; 抗感染则属清热解毒之法; 雾化吸入改善通气、化痰、改善微循环等治疗则属于行气化痰活血之法。

免煎中药敷脐方案:

中医辨证为厥证-痰厥-痰蒙心窍, 肾精亏虚, 治以温阳回厥, 益肾清热化痰, 肾气丸合金钱苈茎汤加减:

地黄 20g	酒萸肉 20g	山药 10g	茯苓 20g
泽泻 10g	芦根 30g	肉桂 3g	淡附片 8g
丹参 15g	葛根 20g	黄芪 30g	桑白皮 20g
半枝莲 20g	黄精 10g	炙甘草 3g	炒莱菔子 20g
焦六神曲 20g			

3 剂酒调敷脐 2 次/日 1 剂/日

4 月 5 日原方丹参易为桃仁 15g, 加煅牡蛎 30g, 用法同上。4 月 6 日患者意识转为清醒, 痰鸣改善, 未发热。4 月 7 日患者出现尿血, 予停用低分子肝素钙、阿司匹林肠溶片等药物; 4 月 9 日患者未再尿血, 咳嗽、喘促、痰鸣改善, C 反应蛋白降为 36.34mg/l, 降钙素原降为 1.450ng/ml, 提示病情改善。4 月 12 日复查降钙素原 0.353 ng/ml, 肺炎支原体 1: 40, 红细胞沉降率 26mm/h, D 二聚体 1102ng/ml, B 型钠尿肽 113.00pg/ml, 予停病危通知。4 月 15 日复查 D 二聚体 740ng/ml, B 型钠尿肽 49.00pg/ml, C 反应蛋白降为 20.53mg/l, 提示各项指标接近正常。4 月 20 日患者精神改善, 偶咳嗽、痰鸣, 出院带药同上方。半年内随访病情稳定。

按: 重症肺炎主要诊断标准为需要有创机械通气或感染性休克需要血管收缩剂治疗, 次要标准包括意识障碍、氮质血症及低血压、呼吸频率 ≥30 次/分, 该患者符合 1 条主要标准及 3 项次要标准以上, 故诊断明确。患者年老体弱, 慢性病多年, 日久脾肾亏虚, 偶起居不节, 感受外邪, 肺卫失宣, 痰湿内阻, 蒙闭心窍, 清阳不升, 气陷于下, 血不上达, 神明失养, 发为厥证, 患者舌质暗红, 苔少, 脉沉滑均为痰瘀热阻, 肾精亏虚之象。温病大家叶天士之“温邪上受, 首先犯肺, 逆传心包”揭示了重症肺炎合并心功能不全或肺性脑病的中医发病机制, 属于痰热蒙蔽心包证。属厥阴病之范畴。认为“热邪不燥胃津, 必耗肾液”, 而肾主骨生髓, 有藏精之用, 肾水要上济心火, 心火应下潜肾水, 正是温潜法的理论机制。这也为重症肺炎纠正改善心、肾功能提供了中医理论基础。本病例

在西药中用的基础上, 联合温潜法免煎中药敷脐, 效果显著, 值得推广运用。

2 讨论

温潜法, 是指温阳药与潜镇药同用的一种治疗方法, 常将温阳的附子、肉桂、桂枝与潜镇的龙骨、牡蛎、龟板、鳖甲、磁石等药组方, 具有引火归元的作用, 以治疗阳浮于上、上盛下虚之病症^[12]。其理论渊源可追溯到《内经》。《内经·生气通天论》提到“凡阴阳之要, 阳密乃固……故阳强不能密, 阴气乃绝; 阴平阳秘, 精神乃治”, 指出了“阳秘”的重要性。在此基础上形成了温潜法的理论雏形, 后世医家在伤寒、温病等外感疾病的治疗中均有体现。《伤寒论》第 118 条桂枝甘草龙骨牡蛎汤, 使用温阳药加重镇安神之品。清代郑钦安、近代祝味菊发展了温潜法。祝味菊首提“温潜”之名, 认为治疗伤寒应重视强心, 厥阴逆转, 重在潜阳。在《伤寒质难》中指出: “气虚而兴奋特甚者, 宜与温潜之药。温以壮其怯, 潜以平其逆, 引火归元, 导龙入海, 此皆古之良法, 不可因其外形之兴奋, 而滥予清滋之药也。现代李可老中医自创破格救心汤以温潜为方义, 重用附子等补阳之品配伍磁石等潜镇之品治疗心衰、呼吸衰竭等急危重症, 均取得了较好的疗效。

从药物组成来分析: 附子、干姜可温阳助气, 牡蛎、龙骨、龟板等潜阳降逆, 可收《内经》秘阳之效果, 避免阳气虚性兴奋而致阴精的耗竭, 终至阴阳离绝。附子温心肾之阳, 干姜温脾, 均是治本之道。

脐疗是一种特殊的中医外治法。从中医基础理论来看: 神阙为任脉经俞穴, 与督脉相表里, 脐又为冲脉循行之所, 故冲、任、督三脉“同源而三歧”, 皆交汇于脐, 而任脉为阴脉之海, 冲脉为十二经之海, 故脐为经气之汇海, 经络之总枢, 所以脐与百脉相通, 外达五官九窍、四肢百骸、皮肉筋膜, 内联五脏六腑, 药物作用于神阙穴能扶正祛邪、调整阴阳气血、调理脏腑。《理瀹骈文》说: 外治之理, 即内治之理; 外治之药, 即内治之药; 所异者, 法耳。《医宗金鉴》中明确指出“神阙穴能主治百病”。马玉侠, 高树中等^[13]研究指出: 脐是人体阴阳气化之总枢, 是调整人体功能的最佳作用点。

前期研究表明, 中药敷脐治疗小儿肺炎疗效确切^[14]。重症肺炎患者胃气虚弱, 心肾功能差, 在治疗中, 以脐疗的方式给药, 运用温潜法, 具有良好的应用前景及研究价值。

早在民国时期, 已有学者在中医辨证指导下应用

西药治疗疾病, 临床取得了较好的疗效, 如张锡纯在《医学衷中参西录》中提到: “阿司匹林味酸凉, 最善达表, 使内郁之热由表解散……”, 由此创制的“阿司匹林石膏汤”, 可谓开创了“西药中用”的先河。经过百年来的中西医结合临床实践, “西药中用”理论渐趋成熟。

中药的创新不应该仅仅停留在剂型的演变上, 还应该扩大它的内涵, 将临床运用较为成熟的西药吸收到中药理论体系中来, 既可发扬中医理论体系的整体观及辨证论治特色, 又可发挥出西药起效迅速、“药精力专”、效如桴鼓的特点^[15]。

在重症肺炎治疗中, 以西药中用的思路确定药物, 具有良好的应用前景。如甲强龙注射液对于心肾阳虚喘促者, 短期运用可温补心肾之阳, 纳肾平喘; 对于辨证为心肾阳虚水停者, 可予多巴胺静点, 可收强心利尿之功效, 或者予地高辛或左卡尼汀等药物, 均有附子之功效; 少尿浮肿者予呋塞米等药物以利尿; 氨茶碱可宣通肺气平喘, 类似于麻黄附子甘草汤之麻黄, 现代药理认为其还有强心作用; 抗生素则属于清热燥湿解毒之品; 而对于氨基酸、白蛋白、免疫球蛋白、去白细胞悬浮红细胞则具有滋阴益气扶正等功效; 最重要的固护胃气之思想, 临床可用维生素 B 族、质子泵抑制剂如奥美拉唑等药物以收效。在此基础上加用温潜法免煎中药颗粒敷脐治疗, 疗效确切。

参考文献

- [1] 何彦琪. 30 例重症肺炎的临床特点及死亡危险因素分析[J]. 中华肺部疾病杂志(电子版), 2011, (6): 479-481
- [2] Schnoor M, Hedicke J, Dalhoff K. Approaches to estimate the population-based incidence of community acquired pneumonia. J Infect, 2007,55 (3) :233-239
- [3] Almira J, Bolibar I, Vidal J. epidemiology of community-acquired pneumonia in adults: a population-based study. Eur Respir J, 2000,15(4):757-563
- [4] 李敏静, 朱惠莉. 老年人肺部感染及重症肺炎诊治研究的新进展[J]. 老年医学与保健, 2010, 16 (3) : 183
- [5] Niederman MS, Mandell LA, Anzueto A. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Am J Respir Crit Care Med, 2001, 163(7): 1730-1754
- [6] American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with

- hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care*, 2005, 171(4): 388-416
- [7] 高颖, 范玉强. 重症肺炎的中西医结合治疗进展[J]. 黑龙江中药, 2014, 43(05): 78~80
- [8] 王立民, 张建, 戈艳蕾, 李球兵, 王红阳. 参附注射液联合小剂量糖皮质激素治疗对老年重症肺炎患者血管内皮功能与凝血状态的影响[J]. 山东医药, 2017, 57(05): 46~48
- [9] 韦安猛, 张伟华. 丙种球蛋白治疗老年重症肺炎 36 例临床观察[J]. 医药论坛杂志, 2015, 36(06): 74~75
- [10] 彭勇, 张艳. 低分子肝素治疗对老年重症肺炎患者动脉血气及近期预后的影响[J]. 临床肺科杂志, 2016, 21(05): 816~818
- [11] 刘清海, 高培阳. 重症肺炎的中西医治疗进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(41): 111
- [12] 覃小兰, 魏晓蕾. 李可温潜法治疗慢性咳嗽浅析[J]. 四川中医, 2013, 31(02): 10~11
- [13] 马玉侠, 高树中等. 脐疗研究现状与发展趋势[J]. 中医外治杂志, 2008, 17(5): 3
- [14] 王海铭, 康静. 清肺敷脐散联合西医常规疗法治疗小儿肺炎临床观察[J]. 山西中医, 2013, 29(04): 22-24.
- [15] 王海铭, 王宝迎 (指导: 康静). 从“天人相应”到“西药中用”[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(12): 5303~5305

版权声明: ©2023 作者与开放获取期刊研究中心 (OAJRC) 所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



OPEN ACCESS