

刘清泉教授治疗流行性感冒的中医临证思路

卢幼然 黄 坡 刘清泉 郭玉红

(首都医科大学附属北京中医医院,北京,100010)

摘要 流行性感冒(以下简称流感)是流感病毒引起的一种具有传染性的急性呼吸道疾病。中医学虽无“流感”一词的记载,但属于广义伤寒的范畴。病因多从风、寒、暑、湿、燥、火等六淫邪气以及病气等外感邪气。不同流感病原类型感染,中医病机又有伤寒、温病的区别。通过对北京地区不用病原类型感染患者观察发现不同病原类型的流行性感冒病毒侵袭人体后所表现的中医病证的区别,因此在中医治疗时也需要辨病与辨证相结合。本文通过总结刘清泉教授治疗流行性感冒病例的中医临证经验,为中医药防治流感提供思路。

关键词 流行性感冒;中医病机;中医临证思路

Professor Liu Qingquan's Clinical Experience in Treating Influenza with Traditional Chinese Medicine

Lu Youran, Huang Po, Liu Qingquan, Guo Yuhong

(Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing 100010, China)

Abstract Influenza is an infectious acute respiratory disease caused by influenza virus. Although there is no corresponding word “flu” in Chinese medicine, it belongs to the category of generalized typhoid fever. The most common causes are exogenous pathogenic factors such as wind, cold, heat, dampness, dryness and fire, and six exogenous pathogenic factors such as epidemic pathogenic factors. As for different types of influenza infection, there are two types in the pathogenesis of Chinese medicine: typhoid and fever. By observing the patients infected with different pathogenic influenza viruses in Beijing, we found the differences of traditional Chinese medicine (TCM) syndromes after different pathogenic influenza viruses invaded the human body. Therefore, it is necessary to combine disease differentiation with syndrome differentiation in TCM treatment. This paper summarized Professor Liu Qingquan's clinical experience in treating influenza and provides ideas for the prevention and treatment of influenza with traditional Chinese medicine.

Key Words Influenza; TCM pathogenesis; TCM clinical thinking

中图分类号:R249.2/.7 文献标识码:B doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.10.006

流行性感冒(以下简称“流感”)是由流感病毒引起的一种具有传染性的急性呼吸道疾病。流感病毒属正粘病毒科,根据其核蛋白和基质蛋白的特性不同,可将流感病毒分为甲、乙、丙3型。其中,甲型流感病毒根据其表面抗原血凝素(Hemagglutinin, HA)和神经氨酸酶(Neuraminidase, NA)不同,可以变异成不同亚型。病原学不同的流感病毒可能会引起不同的临床症状。

中医学虽无“流感”一词的记载,但古代文献中有很多与流感病症状相似的病名描述。流行性感冒因感受流感病毒所致,属外感病范畴,外感热病是感受外邪引起的以发热主证的一类病证。古人称之为“伤寒”(后世称之为“广义伤寒”),即《素问》所谓“今夫热病者,皆伤寒之类也”。后世又将其分为

“伤寒”(又称“狭义伤寒”)和“温病”两大类。明清时期温病学派的兴盛,涌现了一批温病学家,以吴又可、叶天士、吴鞠通、王孟英等为代表,从温病的角度进行了深入的临床研究。如吴鞠通在《温病条辨》中提出的温病者,有风温、温热、温疫、温毒、暑温、湿温、秋燥、冬温、温疟,同样包括流感的特点。“时行感冒”之名首见于清代医家林佩琴《类证治裁》一书^[1]。疫病的记载首见于周代《周礼》,指具有传染性或流行性特征而且伤亡较严重的一类疾病,具有播散迅速、传染性强、病情严重、病死率高等特点^[2],流行性感冒与上述特点极为吻合,也可以称为“疫病”,历代医家积累了丰富的临床经验,中医学对这类传染性疾病的认识,强调疫病的时令性。感染不同流感病毒类型,或因不同地区,不同时令的流感患

基金项目:北京市科技计划(Z141100006014056);北京市医院管理局重点医学专业发展计划(ZYLX201611);中医感染性疾病基础研究北京市重点实验室(BZ0320)

作者简介:卢幼然(1991.01—),女,研究生,住院医师,研究方向:中西医结合治疗急危重症,E-mail:luyouran0126@163.com

通信作者:刘清泉(1965.11—),男,本科,教授,主任医师,博士研究生导师,研究方向:中医药防治脓毒症研究,Tel:(010)52176505,E-mail:liuqingquan_2003@126.com

者的临床表现不同,中医的病名不同。

对于流行性感冒病因的认识,《素问·至真要大论篇》:“夫百病之生也,皆生于风寒暑湿燥火,以之化之变也”。隋代巢元方在《诸病源候论》中指出“人感乖戾之气而生病,则病气转相染易,乃至灭门”。吴又可在《温疫论》中指出“夫温疫之为病,非风非寒、非暑非湿,乃天地间别有一种异气所感”。归纳上述观点流行性感冒主要包括风、寒、暑、湿、燥、火等六淫邪气以及疠气等外感邪气。

对于流行性感冒病机的认识,《素问遗篇·刺法论》说:“正气存内,邪不可干。《素问·评热病论》:“邪之所凑,其气必虚”。阐明一切外感病发生的病机皆由邪气实而正气虚导致。《素问·生气通天论篇》:“冬伤于寒,春必温病”,提出了伏而后发的病机特点。《伤寒论》以六经为纲,其中太阳经主一身之表,外邪侵犯肌表,可以表现以恶寒发热身疼痛为主要表现的太阳伤寒证,病邪入里化热,或可转入少阳出现口苦咽干目眩等少阳半表半里证,也可以转入阳明出现痞满燥实坚的阳明腑证或以高热口渴脉洪大为主的阳明经证,当然感受外邪也可以转入三阴经或不经三阳经而直中阴分。《伤寒论》:“太阳病,发热而渴,不恶寒,反恶热者,为温病”。揭示了温病与伤寒的不同,叶天士《外感温热篇》:“温邪上受,首先犯肺”,提示温病的卫分证病机,而入里可进入气分,甚至深入营血,波及到营血则可能出现伤精、耗血、动风。

首都医科大学附属北京中医医院通过在流感季对北京地区多家哨点医院的临床观察,发现不同流感病原类型感染的流感患者所表现的中医疾病,中医证型有所区别。通过回顾^[3]2015—2016年流感季、2016—2017年流感季,对北京地区934例甲型H3N2流感阳性确诊病例,分析于发病第1天、第2天、第3天、第4天前来就诊患者的症状学表现,其中第1天症状主要表现为发热、恶寒、咳嗽、咽痛、清涕、肌肉酸痛为主要表现;第2天在第1天症状的基础上,出现头痛;第3天与第2天比较,咽痛比例下降;起病第4天口干口渴,头晕头重的症状明显,其中发热、恶寒、咳嗽、口渴、头痛的变化具有统计学差异($P < 0.05$)。舌质表现为红舌向暗红舌的演变,舌苔由薄白逐渐转为黄腻,脉象上以浮脉为主,随着疾病的演变,紧脉逐渐减少,滑脉及数脉逐渐增加。甲型H3N2属太阳伤寒,寒邪束表日久容易化热产生里热证候。2017-2018年流感季以乙型Yamagata病毒亚型流行为主,通过回顾^[4]2017年-2018年流

感季收集的214例乙型Yamagata流感阳性确诊病例,起病第1天症状主要表现为发热、咳嗽、咽痛、乏力、肌肉酸痛;第2天恶寒症状明显;第3天鼻流清涕、头痛症状明显。舌象表现为舌红、苔白腻,脉象初起以浮数为主,后期滑象逐渐明显。研究显示乙流初起以发热、咳嗽、咽痛,同时伴有恶寒、头痛、流涕等症状,但仍以热象更突出,结合发病时间,考虑属于温病当中的“冬温”,证属外寒里热证兼有湿邪。由此不难看出不同病原类型的流行性感冒病毒侵袭人体后所表现的中医病证的区别,因此在治疗时也需要辨病与辨证相结合。

流感重症患者的中医临证思路也同样遵循依照不同病原去辨病辨证,通过对朝阳医院感染科病房、朝阳医院RICU以及首都医科大学附属北京中医医院ICU的流感重症患者的临床观察,甲流重症肺炎患者的临床表现,均具有起病急骤,多初起即有发热,且高热持续不退。其他兼加症状存在2个区别:明确为甲型H1N1的流感重症肺炎患者,早期还常见咽痛、口渴欲饮等燥热伤津之象。可查阅舌象者可见舌暗红,苔黄燥多裂纹。多咳嗽轻微,以干咳为主,少痰。恶寒寒战症状不突出。随着病情加重,多伴有呼吸困难加重,神昏,出血等症的特点。重症甲型H1N1患者符合温病的特点,如邪在肺卫,见头痛、无汗、发热、微恶风寒、咳嗽、咽痛等症,治宜辛凉解表,用桑菊饮、银翘散。如其邪不解,见气分、营分或血分证候,参照卫气营血辨证法治疗。易出现“逆传心包”之症,邪气内陷,神昏肢厥。对于甲型H3N2重症肺炎患者,早期亦可伴随明显恶寒寒战。发病前多有明确受凉史。神情淡漠,严重者可见嗜睡,四肢厥冷,脉沉微细。该类型更符合“伤寒”的范畴,起病可从太阳病考虑:“太阳病或已发热,或未发热,必恶寒…名曰伤寒”。此外根据患者本身体质,亦可见少阴病表现:“少阴之为病,脉微细,但欲寐也”。治疗上则遵从“少阴病,脉沉者,急温之,宜四逆汤”。“手足厥寒,脉细欲绝者,当归四逆汤主之”。乙流重症肺炎患者的临床表现,均具有起病急骤,多初起即有高热,且热退后发热再起。病情进展快,迅速出现喘脱、喘厥。病程中均无明显恶寒寒战。消化道症状如反酸腹胀较甲流重症患者更突出,严重者可出现消化道出血。可查阅舌示舌红苔薄黄,考虑热毒内闭,肺失宣降,热毒耗气伤阴。气脱不能固护津血,而见出血(咳血、便血)。治疗则以通腑泻热,开窍醒神,固护正气摄血为法。

通过对不同病原类型的流感患者中医证候的观察,不外乎伤寒与温病两端,若患者表现为伤寒的范畴,则治疗上以麻黄剂、麻桂剂治疗。而针对温病的范畴,可根据发病情况分为轻症、重症、恢复期治疗,对于轻症,发病初期,发热或未发热,咽红不适,轻咳少痰,无汗。舌质红,苔薄或薄腻,脉浮数。考虑风热犯卫,治法以疏风解表,清热解毒,可考虑以银翘散合桑菊饮加减:金银花 15 g、连翘 15 g、桑叶 10 g、菊花 10 g、桔梗 10 g、牛蒡子 15 g、竹叶 6 g、芦根 30 g、薄荷(后下)3 g、生甘草 3 g。对于轻症表现为高热,咳嗽,痰粘咯痰不爽,口渴喜饮,咽痛,目赤。舌质红,苔黄或腻,脉滑数。考虑热毒袭肺证,治以清热解毒,宣肺止咳。可考虑麻杏石甘汤加减:炙麻黄 5 g、杏仁 10 g、生石膏(先煎)35 g、知母 10 g、浙贝母 10 g、桔梗 10 g、黄芩 15 g、柴胡 15 g、生甘草 10 g。对于重症,以高热不退,咳嗽重,少痰或无痰,喘促短气,头身痛;或伴心悸,躁扰不安。舌质红,苔薄黄或腻,脉弦数。考虑毒热壅肺证,治以解毒清热,泻肺活络,宣白承气汤加减:炙麻黄 6 g、生石膏(先煎)45 g、杏仁 9 g、知母 10 g、鱼腥草 15 g、葶苈子 10 g、黄芩 10 g、浙贝母 10 g、生大黄(后下)6 g、青蒿 15 g、赤芍 10 g、生甘草 3 g。重症患者若以神识昏蒙、淡漠,口唇爪甲紫暗,呼吸浅促,咯粉红色血水,胸腹灼热,四肢厥冷,汗出,尿少为主要表现,舌红绛或暗淡,脉沉细数。考虑毒热内陷,内闭外脱。治以益气固脱,清

热解毒,可选用参附汤加减:生晒参 15 g、炮附子(先煎)10 g、黄连 6 g、金银花 20 g、生大黄 6 g、青蒿 15 g、山萸肉 15 g、枳实 10 g。可鼻饲或结肠滴注。对于恢复期的治疗,以神倦乏力,气短,咳嗽,痰少,纳差为主症,舌暗或淡红,苔薄腻,脉弦细。考虑气阴两虚,正气未复,治以益气养阴,基本方药可沙参麦门冬汤加减:沙参 15 g、麦冬 15 g、五味子 10 g、浙贝母 10 g、杏仁 10 g、青蒿 10 g、炙枇杷叶 10 g、焦三仙各 10 g。

北京地区的流感每年冬春呈高发趋势,不同病原类型的流感病毒所呈现的中医疾病及证治有所不同,治疗上当遵循中医的辨病辨证理论,中医药治疗流感的关键在于注重初期和重症的治疗,把握病机,截断扭转。

参考文献

- [1] 范津博,苏晶,孙潘,等. 中医“时行感冒”的理论演进[J]. 中国中医基础医学杂志,2012,18(4):353-355.
- [2] 宋乃光,张为佳. 中医疫病学之研究仁[J]. 中医教育,2003,22(6):59.
- [3] 张磊,吕小琴,卢幼然,等. 甲型 H3N2 亚型流感的中医传变规律及病名探析—基于北京地区 934 例甲型 H3 N2 亚型流感临床资料[J]. 世界中医药,2018,13(2):290-294.
- [4] 卢幼然,王玉光,郭玉红,等. 2017 年冬季北京地区 214 例乙型流行性感患者中医病证特点的回溯性研究[J]. 中医杂志,2018,59(9):773-775.

(2018-09-10 收稿 责任编辑:徐颖)

(上接第 2392 页)

- [13] 陈伟明,温博伦,陈晓彤,等. NF- κ B 在脓毒症老龄小鼠认知功能减退中的作用[J]. 中华麻醉学杂志,2018,38(4):477-480.
- [14] 杨雪,蔡小狄,陆国平. 脓毒症与线粒体功能障碍[J]. 国际儿科学杂志,2016,45(1):70-73.
- [15] 赖敏,李双杰. 脓毒症线粒体损伤的氧化应激机制及靶向抗氧化剂的研究[J]. 国际儿科学杂志,2015,41(5):458-461.
- [16] 彭慧云. 线粒体与脓毒症多器官功能障碍的研究进展[J]. 国际儿科学杂志,2015,44(6):677-680.
- [17] 周佳伟,姜琴,侯林义,等. 参与脓毒症调控的信号通路的研究进展[J]. 中华临床医师杂志(连续型电子期刊),2018,12(1):57-61.
- [18] 叶靖坤,温妙云. Notch 信号通路在脓毒症的研究进展[J]. 中华急诊医学杂志,2018,27(4):456-459.
- [19] 王阳,陶少华,曾其毅. 脓毒症相关性脑病研究进展[J]. 国际儿科学杂志,2015,44(2):227-230.
- [20] 马春林,王荣辉,郑福奎. 涤痰醒脑承气汤配合西医治疗脓毒性脑病的临床观察[J]. 广西中医药,2013,36(2):12-14.
- [21] 郑福奎,唐农,吴林,等. 清瘟败毒饮对脓毒症相关性脑病大鼠

脑组织与 TLR4 介导的炎症因子的影响[J]. 广西中医药,2017,40(2):70-73.

- [22] 钱风华,朱良,项志兵,等. 升降散治疗脓毒症性脑病临床疗效观察[J]. 上海中医药杂志,2010,44(6):48-50.
- [23] 曾朝涛. 脓毒症相关性脑病研究进展[J]. 岭南急诊医学杂志,2011,16(6):494-497.
- [24] 周文海,李建国. 脓毒症和胆碱能抗炎通路模型的建立[J]. 武汉大学学报:医学版,2016,37(5):748-751,771.
- [25] 覃小梅,李双杰. 胆碱能抗炎通路在脓毒症发病机制的研究进展[J]. 医学临床研究,2016,33(3):549-551.
- [26] 张霄旦. 胆碱能抗炎通路的机制及其在脓毒症的应用[J]. 国际病理科学与临床杂志,2011,31(6):539-542.
- [27] 潘园园,刘羽,孙剑,等. 晚发型抑郁症伴轻度认知损害患者脑白质胆碱能通路的对照研究[J]. 中国健康心理学杂志,2015,26(8):1121-1124.
- [28] 冯涛,王拥军,芦林龙,等. Binswanger 病胆碱能通路白质病变 MR 评分与认知障碍程度的相关性[J]. 中国卒中杂志,2006,1(10):682-684.

(2018-09-10 收稿 责任编辑:王明)