

引用:黄仁,唐俊玉,刘雨,刘俊,刘敏,柏正平.从肺脾肾和气血津液的关系探讨脓毒症急性肺损伤的中医证治[J].中医导报,2025,31(1):199-203.

从肺脾肾和气血津液的关系探讨脓毒症急性肺损伤的中医证治*

黄仁,唐俊玉,刘雨,刘俊,刘敏,柏正平
(湖南省中医药研究院附属医院,湖南 长沙 410006)

[摘要] 肺、脾、肾与气血津液关系密切。脓毒症急性肺损伤(SALI)的病位在肺,其枢在脾,其根在肾,与胃、大肠、三焦密切相关;痰饮、瘀血、浊毒为其主要病理产物及致病因素,毒热是贯穿于SALI病程始终的致病因素。邪盛正亏,热毒袭扰,肺失宣降,肺气上逆为SALI发病的病理基础;气机逆乱,津停饮生,气滞血瘀,毒损肺络为SALI的关键病机;肺不主气,肾不纳气,胃不受纳,腑气不通为SALI病情转归的病理关键。治疗上宜根据不同的病机特点采取分期辨证之法,提倡早期干预,阻断病情恶性循环。

[关键词] 脓毒症急性肺损伤;肺脾肾;气血津液;中医病机

[中图分类号] R249 [文献标识码] B [文章编号] 1672-951X(2025)01-0199-05

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2025.01.037

Discussion on the Traditional Chinese Medicine Diagnosis and Treatment of Acute Pulmonary Injury in Sepsis from the Relationship between Lung, Spleen, Kidney, and Qi-Blood Fluid

HUANG Ren, TANG Junyu, LIU Yu, LIU Jun, LIU Min, BAI Zhengping

(Hunan Academy of Traditional Chinese Medicine Affiliated Hospital, Changsha Hunan 410006, China)

[Abstract] The lungs, spleen, and kidneys are closely related to Qi-blood fluids. The location of sepsis-induced acute lung injury (SALI) is in the lungs, with its pivot in the spleen and its root in the kidneys, closely related to the stomach, large intestine, and triple burner. The phlegm retention, blood stasis, and turbid toxins are the main pathological products and pathogenic factors of SALI, while toxic heat is the pathogenic factor that runs through the course of SALI. The pathological basis of SALI is the imbalance of pathogenic factors, the invasion of heat and toxins, the loss of lung function, and the reversal of lung Qi. The key pathogenesis of SALI is the disorder of Qi flow, cessation of fluid intake, stagnation of Qi and blood stasis, and toxicity damage to the lung meridian. The pathological key to the progression of SALI is that the lungs do not control Qi, the kidneys do not receive Qi, the stomach does not receive Qi, and the organs and Qi are not connected. In terms of treatment, it is advisable to adopt a staged differentiation method based on different pathological characteristics, advocate early intervention, and block the vicious cycle of the disease.

[Keywords] sepsis-induced acute lung injury; lung, spleen, kidney; Qi-blood fluid; traditional Chinese medicine pathogenesis

脓毒症(sepsis)是由病原体感染引起宿主免疫反应过度,导致器官功能障碍的临床综合征,可危及生命^[1]。急性肺损伤(acute lung injury, ALI)是一种严重的综合征,由多种急性呼吸衰竭疾病引起,其特点是非心源性肺水肿引起的顽固性低

氧血症^[2]。脓毒症是导致ALI的主要原因之一,目前其发病机制尚不明确且缺乏有效治疗手段,是危重症患者死亡的主要原因之一。据统计,全球每年诊断出超过300万ALI患者,占重症监护病房住院人数的10%,其死亡率高达30%~50%^[3],给患

*基金项目:全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2022]75号)

通信作者:柏正平,男,教授,主任医师,研究方向为呼吸系统疾病的中西医结合治疗

者家庭及社会带来沉重的经济负担。中医药在防治SALI方面具有潜力,且大量研究证实,中医药能够从多途径、多环节、多靶点治疗SALI^[4-5]。

中医古籍中并无SALI病名记载,但可根据其起病特征、证候特点、病机传变规律等病理特征,将其归属于中医学“喘证”“暴喘”“喘脱”“肺热证”等范畴^[6]。关于“喘”的记载最早见于先秦时期的《阴阳十一脉灸经甲本》。对于“喘”的症状及病因病机的系统论述则见于《黄帝内经》,如《素问》云“喘粗为之俯仰”“上为喘呼不得卧”等,形象描述出喘证发作时不同的体位状态。《灵枢》有“故肺病者,喘息鼻张”“肺高者上气,肩息咳”等记载,形象描述出呼吸窘迫时的细节表现如鼻翼扇动,张口抬肩,三凹征等。关于病机,《素问·经脉别论篇》言“是以夜行则喘出于肾……喘出于肝……喘出于肺……喘出于肾与骨”^[7],认为喘的发生与肺、肾、肝、脾等脏腑有关。《素问·逆调论篇》谓“夫起居如故而息有音者,此肺之络脉逆也……故留经而不行”^[7],说明瘀血阻滞肺络可致喘。《金匮要略方论》言“咳逆上气,喘鸣迫塞……葶苈大枣泻肺汤主之”^[8],认为痰饮是咳喘的重要病机。《医贯·喘论》曰“喘出于肾气之上奔……乃气不归原也”^[9],认为气不归原而致喘。《血证论·喘息》指出“故失血家,未有不喘息者”^[10],说明亡血肺失所养亦可致喘。脓毒症急性肺损伤的发生与肺、脾、肾三脏功能失调,以及气血津液的生成、运动和代谢失常密切相关。本文试从肺、脾、肾与气血津液生理病理上的关系探讨SALI的中医病机和证治,以期为中医临床辨治SALI提供新的思路。

1 肺、脾、肾与气血津液的关系

1.1 气血津液的生成与肺、脾、肾的生理功能密切相关 关于人身之气的来源,《素问·阴阳应象大论篇》云:“天气通于肺。”^[11]《灵枢·刺节真邪》言:“真气者,所受于天,与谷气并而充身者也。”^[11]《灵枢·营卫生会》曰:“人受气于谷,谷入于胃,以传于肺,五脏六腑皆以受气。”^[11]由此可知,肾所藏的先天之精化生的元气、脾所运化的后天之精所化生的水谷之气及肺所吸纳之清气共同构成人体之气的来源,故有“肺为气之主,肾为气之根,脾胃为生气之源”之说。而关于血的生成,《灵枢·营卫生会》载:“此所受气者,泌糟粕……上注于肺脉,乃化而为血。”^[11]《诸病源候论·虚劳精血出候》曰:“肾藏精,精者,血之所成也。”^[12]说明血的生成与肺、脾、肾关系密切,中医基础理论中亦有“脾胃为气血生化之源”“精血同源”之说。津液之源乃水谷精微经胃之受纳腐熟,肠之分清泌浊,脾之运化而成,其形成过程可归纳为“饮入于胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精”,说明津液的生成主要与中焦脾胃关系密切,而在生理功能上肺、脾、肾三脏关系密切可互为影响。总之,气血津液的生成与肺、脾、肾的生理功能密切相关。

1.2 气血津液的运行和代谢受肺、脾、肾生理机能的调节 气是充斥周身,按照“升降出入”的规律运行不息,发挥着推动和调控、温煦和凉润、防御、固摄、传递脏腑组织信息等作用的精微物质,为“人之根本也”。《素问·五脏生成篇》载:“诸气者,皆属于肺。”^[13]《灵枢·五味》述:“其大气转而不行者……出于肺,循咽喉,故呼则出,吸则入。”^[13]说明肺主一身之气,具有调节全身气机的作用。李东垣在《脾胃论》中认为“脾胃

为阴阳气机升降之枢纽”^[13],说明脾胃居中焦,为调节人体气机升降出入的枢纽。《景岳全书·传忠录》言“命门为元气之根,五脏之阳气非此不能发,五脏之阴气非此不能滋”^[14],说明肾脏可调控机体的气化过程。综上,气机的调畅、气化的激发及气的生理功能的发挥是肺、脾、肾等脏腑生理机能相互协调的结果。血与津液的运行依赖于气的推动和固摄。此外,血与津液的运行还需依靠肺朝百脉,主治节,通调水道;脾主统血,主运化水湿;肾主水,主津液代谢等生理机能的共同参与。

1.3 气血津液的濡养是肺、脾、肾发挥生理机能的基础 气血津液是组成人体最为为基础的物质,是维持人体生命活动的基石。气血津液周流全身,灌注经脉,濡养机体脏腑、器官、骨骼、关节等,使之能发挥出正常的生理机能。正如《素问·五脏生成篇》所言:“肝受血而能视,足受血而能行……指受血而能摄。”^[13]气血津液充足,肺、脾、肾脏腑之气充沛,阴阳平衡,故而能发挥出自身正常的生理机能,促进人体新陈代谢,生长发育。

综上,肺、脾、肾可参与和调节气血津液的生成、运行及代谢的各个环节。气血津液分布于全身,濡养机体脏腑,可保证脏腑发挥正常生理机能,促进人体生长。因此,在生理状态下,肺、脾、肾三脏各司其职,保证气血津液生化有常,代谢运行有度,保持人体“阴平阳秘”之状态。在病理状态下,肺、脾、肾脏气受损,功能失常,则会导致气血津液生成不足,运行不畅,代谢紊乱,则内生痰、饮、瘀等病理产物。内生三邪,相互作用郁久化毒。痰饮瘀毒入络,耗气伤阴,阻滞气机,进一步加重脏腑虚损,如此形成恶性循环。由此可见,肺、脾、肾可通过调控气血津液的生成、运行和代谢,影响着疾病的发生与病理产物的产生;而因气血津液生化不足,运行不畅,代谢失常所产生的病理产物,作为内生致病因素则会加重脏器损伤,导致疾病的进展。

2 从肺、脾、肾和气血津液的关系论述SALI的发生机理

2.1 其病在肺,其枢在脾,其根在肾 中医学将脓毒症归于“热病”“温毒”“内陷”“走黄”“厥证”“脱证”等范畴,邪毒内蕴为主要致病基础^[15]。脓毒症发生后,机体免疫反应过度,内生“毒素”损伤各个脏器,而肺脏通常是最先受影响和最脆弱的靶器官。肺居高位,为华盖。“肺气通于天”,外邪易通过口鼻咽喉侵袭于肺。肺主一身之气,调节气机,朝百脉主治节。侵入人体之毒邪以及内生之邪,阻滞气机,或随气血运行到达肺络导致肺损伤。此外,肺脏清虚娇嫩,不容任何异物,不耐邪气侵袭。可见脓毒症发生后可从多途径导致急性肺损伤发生,故其病位在肺。肺与大肠相表里。肺失宣降,气机不畅,津不下达,则大肠传导失司,腑气不通;腑气不通,肠道壅塞,浊气上逆,则加重肺气壅滞,而至咳嗽加重。

脾居中土,为后天之本,为气血生化之源,主运化水湿。《素问·玉机真脏论篇》云“脾为孤脏,中央土以灌四傍”^[16],说明脾居中焦,输布气血精液以濡养五脏六腑,四肢百骸。在津液代谢方面,肺为水之上源,肾为水之下源,脾为水液代谢之枢纽。正如《素问·经脉别论篇》所言:“饮入于胃,游溢精气,上输于脾。脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,五经并行,水液输布。”^[16]脾受毒热之邪,肺失宣降,不能助脾散精运

湿,则湿聚中焦,致使脾之运化,胃之受纳失常,进而导致气血津液生化不足。脾不布精,则水液代谢失常,进而导致机体脏腑失养,痰饮内生,内储于肺,阻滞气机,气滞血瘀,使病情进一步加重。由此可知,脾胃由于其特殊位置及生理功能,在SALI发生发展过程中起枢纽作用。

肾藏精,为先天之本,滋养脏腑,主生脏腑气,主司和调节机体水液代谢,主纳气。《素问·水热穴篇》曰:“其本在肾,其末在肺,皆积水也。”^[16]《类证治裁·喘证》亦曰:“肺为气之主,肾为气之根。肺主出气,肾主纳气。阴阳相交,呼吸乃和。若出纳升降失常,斯喘作焉。”^[16]说明肺与肾的生理联系,主要表现在水液代谢、呼吸运动及阴阳相互资生等方面,故有肾与肺同司气之出纳,肾元不固,摄纳失常,气不归元,阴阳不相续接,则气逆而喘的观点^[17]。此外,三焦为气与津液运行之通道,受肺、脾、肾之调节,三焦通利,则气血运行有序,津液输布代谢正常;若脏腑功能失常,三焦水道不利,则水饮停聚,阻滞气机,而加重病情。

总之,SALI的病位在肺,其枢在脾,其根在肾,与胃、大肠、三焦密切相关。痰饮、瘀血、浊毒为其主要病理产物及致病因素,毒热是贯穿SALI病程始终的致病因素。

2.2 邪盛正亏,热毒袭扰,肺失宣降,肺气上逆为SALI发病的病理基础 毒热之气侵入人体,毒热内蕴致使脓毒症发生^[15]。一方面毒热之邪易损耗正气进而导致邪盛而正虚,正气不足抗邪,致使热毒之气循经入里乱窜,而肺为华盖,清虚娇嫩,首先受邪。毒热之气侵入肺内,灼伤肺叶,炼液为痰,内阻于肺,则肺失宣降,肺气壅闭,气机失调,逆乱在内,发为本病。另一方面毒热之邪易灼津伤营,导致津亏血瘀,阻滞气机,肠道传导失司,腑气不通,浊气上逆于肺,或痰瘀互结,内阻于肺,气机不畅致使肺失肃降。肺气上逆则见气促喘急。从整体观念出发,毒热之邪入体,灼损营阴津液。伤及脾胃,则脾失运化。水谷精微输布失常,气血化生不足,则气血补充无源,致使机体正亏更甚。津液代谢失常,则痰饮内生,痰饮热毒互结,内存于肺,阻滞气机,肺失宣降,气逆而喘。若伤及肾元,阴阳不能互资,则气不归元,肾不纳气;肾主水功能失常,则水饮泛滥;肺、脾、胃肠、三焦之津液输布失常,脏器功能失常,则痰饮、浊毒内生;痰饮、浊毒上凌于肺,肺失宣降,气逆而喘促无根。由此可见,邪盛正亏,热毒袭扰,肺失宣降,肺气上逆为SALI发病的病理基础。

2.3 气机逆乱,津停饮生,气滞血瘀,毒损肺络为SALI的关键病机 SALI的发病机制目前尚未研究清楚。诸多文献研究^[18-21]认为,脓毒症时,病原体激活炎症效应细胞,大量中性粒细胞和单核细胞等免疫细胞向肺组织迁移和聚集,引发“炎症瀑布”级联效应和细胞死亡通路的激活,导致肺微血管内皮细胞损伤,肺微血管内皮屏障功能障碍和通透性增加,凝血-纤溶系统激活,进而诱发肺水肿、难治性低氧血症和急性缺氧性呼吸衰竭,最终导致SALI。从中医辨证角度分析,脓毒症可从肺内及肺外两种途径导致肺损伤。从肺内途径而言,毒热之邪入体,首先犯肺,肺失宣降,气机逆乱,则呼吸失常。腑气不通,血液运行不畅,津液代谢输布失常。气滞则血瘀,津停则饮生。腑气不通则浊毒内生,从而形成痰饮、血瘀、浊毒等

病理产物。痰饮、血瘀、浊毒随气血窜行,阻滞气机,损伤脏腑,行于肺则与热毒互结。毒损肺络,脉络损伤,则气血津液外泄,进而导致SALI发生。从肺外途径而言,外感毒热之邪入血或损伤于脾、肾后,机体内生的痰饮、瘀血、浊毒之邪,循血而行于肺,导致肺失肃降,气机逆乱,加重体内瘀血、痰饮、浊毒的内生;痰饮、瘀血、浊毒、热毒相互胶着于肺;肺之脉络受损,周而复始,形成恶性循环,导致SALI。从中医微观辨证而言,机体固有免疫相当于中医“正气”范畴;各种免疫细胞、细胞因子相当于中医“热毒、浊毒”范畴;凝血-纤维系统激活,微血栓形成,当属瘀血范畴;肺间质水肿及肺泡内液体潴留导致的浸润性肺水肿当属痰水范畴;而气体交换障碍,肺功能不全出现呼吸窘迫与中医肺气机逆乱的表现相似^[22]。故病原体激活炎症效应细胞,大量中性粒细胞和单核细胞等免疫细胞向肺组织迁移和聚集是毒热之邪或痰饮、瘀血、浊毒、热毒相互胶着于肺,毒热之邪壅闭肺内的表现形式。炎症瀑布反应发生与气机逆乱的内涵相近,肺内皮细胞、肺毛细血管内皮则是毒损肺络的内在表现。肺毛细血管通透性增加,则肺间质瘀血、渗出、水肿、肺泡透明膜形成,为津停饮生,气滞血瘀的病理表现。可见SALI的发生为气机逆乱,津停饮生,气滞血瘀,毒损肺络的结果。

2.4 肺不主气,肾不纳气,胃不受纳,腑气不通为SALI病情转归的病理关键 SALI发生后,若低氧血症难以纠正,则易导致胃肠功能障碍、凝血功能障碍、急性肾衰竭、休克,甚至MODS发生,从而使病情恶化。中医认为,肺为气之主,肾为气之根。肺主呼吸之气及一身之气。若肺主气机能失调,肾不纳气,则清气不进,浊气不出,一身之气生成不足,气机紊乱,津液代谢失常,内邪丛生,成恶性循环,终成“喘脱”之象。与西医肺毛细血管微循环障碍加重,肺内分流增加、肺顺应性降低及通气血流比例进一步失调,则低氧血症难以纠正,进而导致严重呼吸衰竭病理相符。《素问·玉机真脏论篇》云:“五脏者,皆禀于胃,胃者五脏之本也。”^[17]毒热之邪或内生浊毒损伤脾胃,则胃不受纳。胃气衰败则气血生化无源,脏腑失养,进一步导致脏器损伤,病情转危,正所谓“有胃气则生,失胃气则死”。肠道是MODS发病的启动器官,同时也是最后恢复的器官^[23]。中医认为气机逆乱,肺之清肃能力下降,大肠传导失司,致阳明腑实热结;而燥屎内结、腑气不通,又迫浊气上逆,加重肺气壅闭,形成恶性循环,导致病情加重及MODS发生^[24]。因此,肺不主气,肾不纳气,胃不受纳,腑气不通乃SALI病情转归的病理关键。临床研究证实益气通腑泄热法可改善脓毒症急性肺损伤患者呼吸功能^[25]。故在临床辨证治疗时,需注重宣降肺气,顾护肾气,顾护胃气,畅通腑气。

3 从肺、脾、肾和气血津液的关系分期论治SALI

目前临床病理生理学将ALI的病理过程分为炎症渗出期、肺组织增生期和肺纤维化期^[26]。根据SALI的临床特点,本文基于治未病思想,从未病先防理念着手,结合其他医家的临证经验^[27],将SALI分为早期、炎症渗出期、肺水肿期和肺实变期,并进行针对性治疗。

3.1 SALI早期——清宣肺气 SALI早期即脓毒症发生后,开始出现呼吸频率加快,但氧合指数及胸部影像学未出现明显

异常到氧合指数小于300 mm Hg,影像学出现不均一性炎症病灶。该期主要病机为毒热之邪侵犯人体,耗伤正气,邪盛正虚,邪由表入里。肺气不利,肺失宣发,肃降功能尚未受影响。临床症状主要表现为:高热、畏寒、汗出口渴、呼吸频率稍快或无其他自觉不适。治疗上以清宣、清解、清透为主。表证未解者可选用麻杏甘石汤加减以宣肺平喘,清宣肺卫。药物组成:麻黄、杏仁、石膏、葶苈子、黄芩、金银花、水蛭、桃仁、桔梗、野荞麦根、矮地茶、甘草。里热炽盛者,选用白虎汤加减以清热生津,宣通肺气。药物组成:石膏、知母、芦根、粳米、桑白皮、黄芩、金银花、葶苈子、杏仁、生地黄、大黄、甘草。喘甚者,选用三黄石膏汤加减以清热解毒,清宣肺气。药物组成:麻黄、石膏、杏仁、黄芩、黄连、黄柏、炒栀子、淡豆豉、金银花、连翘、桔梗、芦根、葶苈子、甘草。遣方用药切不可过用寒凉之品,以防寒凉太过而伤胃气。

3.2 炎症渗出期——泻肺平喘,祛瘀逐饮,清热解毒 炎症渗出期(病程1周以内),主要病机为肺失宣降,气机逆乱,津停饮生,气滞血瘀,热毒痰饮瘀互结,内阻于肺。临床以突然出现呼吸困难、喘息气急、烦躁不安、高热胸闷等为特征。治宜泻肺平喘,祛瘀逐饮,清热解毒。可予以复方葶苈子汤加减,或千金苇茎汤合小陷胸汤加减治疗。药物组成:葶苈子、黄芩、金银花、白术、茯苓、桃仁、水蛭、杏仁、矮地茶、鱼腥草、芦根、冬瓜子、瓜蒌、法半夏、甘草等。若有腑气不通者,合宣白承气汤加减以宣肺通腑,在上述药物基础上加生大黄、生石膏等。

3.3 肺水肿期——豁痰逐饮,祛瘀解毒,补肺健脾 肺水肿期(病程1~3周内)。主要病机为肺气瘀闭,痰饮瘀毒内结于肺,外损于脾。临床症见喘息促,胸膈满闷,神疲纳差等。治宜豁痰逐饮,祛瘀解毒,补肺健脾。可选宣肺渗湿汤合桃红四物汤加减。药物组成:桂枝、黄芪、赤芍、杏仁、当归、桑白皮、葶苈子、丹参、郁金、水蛭、桃仁、川芎、白术、茯苓、甘草等。

3.4 肺实变期——豁痰逐饮,祛瘀通络,纳肾固脱 肺实变期(病程3周以上)。有喘脱之象,表现为阴阳(气)两伤,顽痰瘀血互结之本虚标实之证。临床症见喘急气促、张口抬肩、声短难续、疲倦乏力、唇面发绀等。治宜豁痰逐饮,祛瘀通络,纳肾固脱。可选人参四逆汤合竹沥达痰丸加减。药物组成:人参、蛤蚧、干姜、竹沥、法半夏、橘红、茯苓、葶苈子、山茱萸、紫苏子、地龙、麦冬、五味子、芥子、水蛭、桃仁、大枣、鱼腥草、甘草等。

综上,SALI病情危重,治疗难度大,需将治疗窗口期提前,脓毒症诊断成立即可按SALI早期辨治,采用中西医结合的手段,阻断病情进展。

4 验案举隅

患者,男,52岁,2019年4月23日入院。主诉:步态不稳3年,加重1个月。既往病史:2年前确诊为“多系统萎缩”,症状逐渐加重,无其他慢性病史。2019年4月26日患者出现高热伴寒战,血氧饱和度下降转入ICU进一步治疗。刻下症见:高热,意识模糊,息高气粗,神情淡漠,伴乏力,汗出,口唇干裂,大便干结,小便少,舌红口臭苔黄而干,脉滑数。查体:心率121次/min,呼吸41次/min,血压166/80 mm Hg(基础血压

90/60 mm Hg左右,1 mm Hg=0.133 kPa),血氧饱和度88%,意识模糊,表情淡漠,口唇干裂,双侧瞳孔等大等圆直径约3 mm,对光反射灵敏,双肺呼吸音粗,未闻及明显干湿啰音,心音有力,律齐,心率121次/min,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音,下腹部膨隆,双足无水肿,四肢肌力2级,肌张力正常,病理征未引出。完善相关检查:血常规示:WBC $27.34 \times 10^9/L$,HGB 92 g/L,PLT $108 \times 10^9/L$,N 97.70%。血生化:肌酐168 $\mu\text{mol/L}$,PCT>100 ng/mL,IL-6>5 000 pg/mL。B型钠尿肽:64 pg/mL。血糖:11.8 mmol/L。血气:PCO₂ 19 mm Hg,PO₂ 62 mm Hg,血乳酸4.0 mmol/L,BE-9.2 mmol/L,氧合指数187.9 mHg。床旁心电图提示窦律过速。床旁快速超声提示膀胱过度充盈,提示尿潴留。床旁胸片:双肺纹理增粗,双肺散在多发炎症病灶。床旁肺部超声提示双下肺可见B线出现。西医诊断:(1)脓毒症、脓毒症相关急性肺损伤;(2)多系统萎缩;(3)尿潴留;(4)泌尿系统感染。转入ICU后西医予美罗培南抗感染,液体复苏,碱化尿液,利尿等治疗。中医诊断:发热;辨证:热毒内蕴,毒热犯肺证。治法:清热解毒,清肺平喘。方选三黄石膏汤合白虎汤加减,处方:炙麻黄8 g,石膏30 g,杏仁10 g,黄芩g,黄连10 g,黄柏10 g,炒栀子10 g,淡豆豉10 g,金银花15 g,连翘10 g,桔梗12 g,芦根30 g,葶苈子10 g,人参10 g,粳米30 g,甘草6 g。3剂,1剂/d,水煎服,分早晚温服。

2诊:2019年4月28日,患者诉服药2剂后,则热退身凉,意识好转,炎症指标明显下降,氧合指数改善,仍稍有气促。舌红,苔薄黄而干,脉细数。予原方去石膏、黄连、黄柏,加麦冬10 g,石斛15 g清凉滋阴之品以生津液。3剂,煎服法同前。西医治疗继续。中西医结合治疗7 d后,病情稳定,指标恢复正常,转出ICU。

按语:本案患者急性起病,根据患者症状及相关指标可知患者处于脓毒症急性肺损伤早期。此时热毒盛于内,热毒循经脉至肺,灼伤肺叶,致使肺气不利,肺失宣发,则气逆而喘。此时主要表现为以脓毒症毒热内蕴所致症状为主,兼有肺气不利,肺部损伤。本着急则治其标的原则,首当清解热毒,清肺平喘;辅以益气生津,以防病势深入。方以三黄石膏汤合白虎汤加减。方中黄连、黄芩、黄柏、石膏为君药,主清三焦实火热之毒,同时可制约炙麻黄、淡豆豉发汗之弊;臣以金银花、连翘、炒栀子、淡豆豉以加强清热解毒之力,透散邪热的同时亦助石膏以清除烦热;炙麻黄、葶苈子、杏仁宣泄肺热平喘,人参、粳米、芦根等益气生津,清润肺叶;佐以桔梗开郁肺气,载药上行;甘草为使,调和诸药。诸药合用,则使热退厥回,诸症皆缓。早期治疗上更偏重脓毒症本身的治疗,故初诊方中苦寒之品较多,主要在于尽早压制火毒之势,但需中病即止,以免苦寒伤胃。2诊时患者诸症显缓,故去除大部分大苦大寒之品,加用清润之品。一则肺叶娇嫩,需清润之品以滋润;二则毒热之邪未除尽,需以清润之品以防其复燃。

5 结 语

近年来,中医药防治SALI实验研究方面取得了一定进展,但临床研究多以单药、中成药及单药活性成分为主。中药复方的研究甚少,尤其是多中心,大样本研究更是少之又少。这可能与对SALI的中医病机缺乏统一认识和中医治法治则缺

乏统一标准有关^[15]。目前临床上治疗SALI多按曹书华等^[24]提出的“四证四法”辨治,而容易忽视肺脾肾胃三焦,气血津液等在疾病发生发展过程中的相互影响和联系,治法上忽略了中医药的多途径、多环节、多靶点及整体调节作用。笔者从肺、脾、肾与气血津液关系探讨脓毒症急性肺损伤的中医证治,认为SALI的病位在肺,其枢在脾,其根在肾;痰饮、瘀血、浊毒为其主要病理产物及致病因素,毒热是贯穿于SALI病程始终的致病因素。邪盛正亏,热毒袭扰,肺失宣降,肺气上逆为SALI发病的病理基础;气机逆乱,津停饮生,气滞血瘀,毒损肺络为SALI的关键病机。治疗上提倡分期辨治,早期干预,以期尽早阻断病情恶性循环,为SALI的临床辨治提供一个新思路和方法。

参考文献

- [1] SINGER M, DEUTSCHMAN C S, SEYMOUR C W, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3)[J]. JAMA, 2016, 315(8): 801-810.
- [2] FAN E, BRODIE D, SLUTSKY A S. Acute respiratory distress syndrome: Advances in diagnosis and treatment[J]. JAMA, 2018, 319(7): 698-710.
- [3] WANG Y W, XUE L X, WU Y H, et al. Ruscogenin attenuates sepsis-induced acute lung injury and pulmonary endothelial barrier dysfunction via TLR4/Src/p120-catenin/VE-cadherin signalling pathway[J]. J Pharm Pharmacol, 2021, 73(7): 893-900.
- [4] 马小龙, 陈跃如, 沈菲妍, 等. 传统中医药在急性肺损伤中的治疗作用和机制的研究进展[J]. 中国现代应用药学, 2022, 39(2): 269-276.
- [5] 丛迪迪, 梁群, 付晨菲, 等. 中医药多靶点干预脓毒症急性肺损伤机制研究概述[J]. 湖南中医药大学学报, 2023, 43(7): 1336-1342.
- [6] 孙德阳, 杨洋, 梁群. 中医药治疗脓毒症急性肺损伤的研究进展[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(5): 1108-1110.
- [7] 黄帝内经·素问[M]. 田代华, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [8] 张仲景. 金匱要略方论[M]. 王叔和, 集. 李玉清, 黄海量, 吴晓青, 点校. 北京: 中国中医药出版社, 2006: 17.
- [9] 赵献可. 医贯[M]. 郭君双, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 39.
- [10] 唐容川. 血证论[M]. 彭荣琛, 齐玲玲, 点评. 北京: 中国医药科技出版社, 2020: 57.
- [11] 灵枢经: 校勘本[M]. 刘衡如, 校. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [12] 巢元方. 诸病源候论[M]. 黄作阵, 点校. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 1997: 27.
- [13] 李杲. 脾胃论: 新校本[M]. 程传浩, 点校. 北京: 人民军医出版社, 2005: 1-3.
- [14] 张介宾. 景岳全书[M]. 王大淳. 杭州: 浙江古籍出版社, 2013: 31.
- [15] 姜爽, 梁群. 中医药治疗脓毒症的进展研究[J]. 中国中医急症, 2022, 31(8): 1299-1302.
- [16] 林佩琴. 类证治裁[M]. 王雅丽, 校注. 北京: 中国医药科技出版社, 2011: 77.
- [17] 陈天琪, 葛正行. 浅谈中医对急性肺损伤的认识[J]. 贵阳中医学院学报, 2006, 28(5): 7-8.
- [18] JOHNSON E R, MATTHAY M A. Acute lung injury: Epidemiology, pathogenesis, and treatment[J]. J Aerosol Med Pulm Drug Deliv, 2010, 23(4): 243-252.
- [19] QIU N, XU X M, HE Y Y. LncRNA TUG1 alleviates sepsis-induced acute lung injury by targeting miR-34b-5p/GAB1[J]. BMC Pulm Med, 2020, 20(1): 49.
- [20] 王蓉, 赵戈蕾, 韩亮. 连翘酯苷A对脂多糖介导的急性肺损伤小鼠肺组织的保护作用研究[J]. 中医导报, 2020, 26(16): 10-13.
- [21] LI Y, ZHANG C M, ZHAO Z Y. CircSLC3A1 depletion ameliorates lipopolysaccharide-induced inflammation and apoptosis of human pulmonary alveolar epithelial cells through the miR-424-5p/HMGB3 pathway[J]. Mol Cell Toxicol, 2024, 20(1): 187-198.
- [22] 李丽娜, 王庆国. 从气血水探讨急性肺损伤的中医病机[J]. 北京中医药大学学报, 2008, 31(5): 296-298.
- [23] 钟丹, 耿丹, 王晓琳, 等. 中西医对ARDS与MODS关系的认识[J]. 中国中医急症, 2008, 17(2): 197-198, 239.
- [24] 曹书华, 王今达, 李银平. 从“菌毒并治”到“四证四法”: 关于中西医结合治疗多器官功能障碍综合征辨证思路的深入与完善[J]. 中国危重病急救医学, 2005(11): 641-643.
- [25] 赖芳, 曾瑞峰, 张燕, 等. 益气通腑泻热法治疗脓毒症致急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征的临床研究[J]. 中医导报, 2021, 27(8): 75-80.
- [26] 沈陶冶, 郭剑浩, 王小娟, 等. 急性肺损伤治疗的研究进展[J]. 中国现代应用药学, 2021, 38(3): 366-370.
- [27] 余霞. 成人呼吸窘迫综合征病理分期的中医治疗思路[J]. 中医药学刊, 2003, 21(10): 1760-1792.

(收稿日期: 2024-01-17 编辑: 时格格)