

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.15.006

思路与方法

从伏邪学说探讨耐药菌肺炎的病机与证治

赵兰才*

(中国中医科学院西苑医院, 北京市海淀区西苑操场 1 号, 100091)

摘要 耐药菌肺炎是临床中的难治病、多发病, 属于中医学温病范畴, 其反复发作、迁延不愈、新感触发等特点与中医伏邪的发病特点相似。依据伏邪学说, 认为耐药菌肺炎的伏邪性质为风、痰、湿、热, 病名可归属于伏邪风温病, 病机是气阴亏虚、遇感触发、风痰湿热壅肺, 临证可按初发期、酿毒期、恢复期进行施治, 总结各期的证治验方, 并附医案加以阐述。

关键词 伏邪学说; 伏邪风温; 耐药菌肺炎; 二陈五黄汤

细菌耐药问题已成为全球关注的重大科学问题, 人口老龄化、有创操作、抗菌药物的滥用等导致耐药菌感染发病率、病死率不断升高^[1-2]。笔者依据中医伏邪学说诊治呼吸系统耐药菌感染, 认为耐药菌肺炎与中医伏邪风温病的发病特点相似, 从伏邪学说的角度探讨耐药菌肺炎的病机与辨证施治, 为耐药菌肺炎的临床治疗提供思路。

1 伏邪学说概要及伏邪温病的临床特点

伏邪学说是中医基本理论之一, 《中医大辞典》对伏邪的定义是“藏于体内而不立即发病的病邪”^[3]。伏邪学说源于《素问·生气通天论》, 曰“冬伤于寒, 春必病温”, 此后经历代医家的发展, 形成了从理论到临床较完整的学说。伏邪学说的大意是正虚或操劳伤精之人在冬季感受外邪, 正气无力抗邪, 邪气伏藏体内, 至春夏时阳气外发, 邪气随之化热而发为温病, 邪气伏藏部位有肌肤、少阳、骨髓、膜原等多处, 皆因虚而留邪。伏邪发病的诱因有多种, 如吴又可《瘟疫论》所云“感之浅者, 邪不胜正, 未能顿发, 或遇饥饱劳碌、忧思气怒, 正气被伤, 邪气始得张溢”。伏邪所致的温病四时皆有, 不独春夏二季。六淫之邪皆可感而伏之, 遇诱因而复发, 如刘吉人《伏邪新书》所云“伏邪有伏燥, 有伏寒, 有伏风, 有伏温, 有伏热”, 其中风为六淫之首, 常与他邪相合致病,

如《灵枢·贼风》所云“夫子言贼风邪气之伤人也, ……亦有故邪留而未发, 因而志有所恶, 及有所慕, 血气内乱, 两气相搏, 其所从来者微”。

伏邪温病是指感受外邪, 蕴伏于里, 经过一段时间而发的温病, 如冬伤于寒, 至春发为春温、风温, 至夏发为伏暑。伏邪温病的传变不同于外感温邪的由卫及气、营、血, 而是自里出表, 从营分或血分外达于气分、卫分。伏邪温病的病证特点为邪伏体内, 逾时而发, 起病即见里证, 病程缠绵, 有复发倾向, 病重难疗, 症状多样, 邪气久留, 耗人气血, 酿邪成毒^[4], 如春温病, 初起即以里热证为主, 见高热、烦渴、有汗不解、小便黄赤等, 少数可见恶寒等表证, 变症较多, 如热盛动血或热极动风等^[5]。近年来有学者提出多种发热性疾病可从伏邪温病论治, 如传染性非典型肺炎属于冬季受寒, 伏藏少阴, 至春而发的“春温”^[6]; 吕茜倩等^[7]认为, 继发性噬血细胞综合征的发病原因、临床表现以及邪伏部位、邪气传变规律符合中医伏邪温病的特点, 依据伏邪理论进行辨治, 为噬血细胞综合征治疗提供新思路; 周小军等^[8]认为, 人类疱疹病毒 4 型 (EB 病毒) 感染也是伏邪致病, 用益气养阴清热解毒法取得较好疗效。综上所述, 伏邪温病的临床特点如下: 1) 正气较虚, 病势较重, 病情缠绵, 变症较多; 2) 邪伏藏体内, 逾时而发, 病程较长; 3) 发病诱因有多种, 如外感时邪、饮食、情志、劳倦等; 4) 初发即现营血分或气分热证, 由里外发, 一般无表证, 如有外感可见

基金项目: 中国中医科学院“名医名家传承”项目 (CM20121020)

* 通讯方式: lancaiz@163.com

表证; 5) 主要症状有高热, 烦渴, 汗出热不解, 咽痛口干, 尿赤, 舌红苔黄白或无苔, 脉细数或兼浮。

2 耐药菌肺炎的临床特点和中医病名病机分析

导致耐药菌肺炎的常见耐药菌有金黄色葡萄球菌、肺炎克雷白杆菌、铜绿假单胞菌、鲍曼不动杆菌, 其中多重耐药铜绿假单胞菌所致肺炎发病率最高, 是最广泛而严重的院内感染, 死亡率高, 合并脓毒症者死亡率约 42%^[9-11]。耐药菌肺炎有以下临床和流行病学特点: 1) 有基础疾病, 如脑血管病(脑梗死、脑出血及后遗症)、慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张、糖尿病、肿瘤等; 2) 有易感因素, 如免疫力低下、高龄、久病卧床、有创操作留置导管、用抗生素及激素; 3) 四季均发, 春冬多发, 起病突然, 发病与易感因素、情志劳累、感冒有关; 4) 多有高热、咳嗽咯痰、咽干痛, 用解热镇痛药汗出热不退或有口渴等症状。以上特点与中医伏邪风温病的发病和症状特点相似。

风温病名首见于《伤寒论》, 曰“太阳病发热而渴, 不恶寒者, 为温病, 若发汗已, 身灼热者, 名风温, 风温为病, 脉阴阳俱浮, 自汗出, 身重”, 后人认为此病是温病误治后的变证, 笔者认为是一种以内热外发为主要特征的温病。耐药菌肺炎可归属于中医学“风温肺热病”范畴, 虽与耐药菌肺炎四季皆发、病位在肺的特征一致, 但未能凸显其伏邪(宿疾)为患, 逾时而发的特点, 故笔者提出用“伏邪风温病”来命名, 既体现病因以伏邪为主, 又显示风温病属性。伏邪风温之名, 首见于清代时逸人《温病全书》中曰“伏邪风温, 辛凉发汗后, 表邪虽解, 暂时热退身凉, 而胸腹之热不除, 继则灼热自汗, 烦躁……”。其病机为痰热壅于肺胃气营分, 蒙蔽心包, 属于伏邪风温的重证, 伏邪风温病的病因病机及治法在清代叶天士及丁甘仁的医案中有较多记载, 多从阴精亏虚、伏热外发、邪蕴肺胃论治, 如叶天士医案载“冬月热伏于里, 春令风温入肺, 引动旧日伏热, ……病名风温, 手太阴肺属上焦至高之所, 若清痰消食, 若苦寒通便方药, 皆徒攻肠胃, ……议孙真人苇茎汤, 宣通气血以驱伏邪之意”^[11]; 又如《丁甘仁医案》中曰“王幼, 发热八日, 汗泄不畅, 咳嗽痰多, 烦躁, ……此乃风温伏邪, 蕴袭肺胃, 蓄于经络”, 其所述病机及治法可用于耐药菌肺炎。

耐药菌肺炎患者多久病正虚, 长期用中西药治疗, 病发有诱因, 从中医病因病机学分析, 发病是

正邪斗争的结果, 正气存内, 邪不可干, 虚邪贼风趁人之虚而侵犯人体。本病正气亏虚主要体现在肺脾肾气阴亏虚, 因其有慢性阻塞性肺疾病、糖尿病等宿疾, 脏气先虚。邪实方面, 风为百病之长, 内外风常相互招引, 风邪常夹他邪致病, 发病迅速、变化多端, 表现在耐药菌肺炎发病突然, 变化迅速, 易因感冒或情志刺激诱发, 发则高热烦渴, 并发症多; 其次为痰湿, 肺病日久, 气虚及脾, 脾虚失运, 痰湿内生, 伏藏体内, 成为故邪, 因湿性黏滞, 而病情反复、缠绵难愈, 此与耐药菌肺炎咳嗽痰多反复难愈相吻合; 再次是热毒, 邪盛谓之毒, 本病常因六淫外袭, 情志不畅, 致使痰热化毒, 腐败血络, 而见高热咯血等症, 耐药菌肺炎并发败血症、咯血或脑膜炎者常见此证候。由此可归纳耐药菌肺炎的病因病机为正虚邪藏, 遇感触发。病情可分为初发期、酿毒期、恢复期三期, 邪实重在风痰湿浊阻肺和风痰热毒壅肺两型; 恢复期主要为气阴亏虚痰湿内阻和阴虚痰热内阻; 变证有热毒伤络酿脓致肺痛咯血, 热毒夹痰蒙蔽心包致神昏。

关于耐药菌肺炎病因病机, 有学者发表了相似的见解, 如刘清泉等^[4]认为, 机体正气不足, 外邪伏于内而致病, 病机特点为虚实夹杂, 以气血亏虚、气机不畅为本, 血瘀、痰凝、湿热夹杂为标, 用温阳益气清热透邪的中药芪归银方治疗耐药铜绿假单胞菌肺炎取得较好疗效; 有研究通过对 9 篇文献收集的 1385 例患者进行分析, 统计耐药菌肺炎证型特点, 结果显示, 革兰阴性耐药菌 1263 例, 占 81.75%; 中医证候类型前 6 位的是: 痰热壅肺证、气阴两虚证、痰浊阻肺证、热陷心包证、脾肾两虚证、风热犯肺证^[12]。

3 耐药菌肺炎的分型施治

根据耐药菌肺部感染气阴亏虚、伏邪遇感触发、风痰湿浊阻肺的基本病机, 确立治法——益气养阴、化痰疏风、祛湿清热。初发期以气虚风热壅肺为主, 常用玉屏风散合银翘白虎汤或麻杏石甘汤加减; 酿毒期正邪交争剧烈, 风痰湿浊阻肺证常用二陈五黄汤加减(由黄芪、黄芩、黄连、黄柏、大黄、半夏、橘红、茯苓、瓜蒌、金银花组成), 风痰热毒壅肺证常用如金解毒散合金匍茎汤加减; 恢复期多为气阴亏虚痰湿内阻和阴虚痰热内阻, 前者常用玉屏风散或六君子汤合阳和汤加减,

偏于阴虚痰热者常用沙参麦冬汤或当归六黄汤加减。在治疗中须随证化裁, 益气药常用黄芪、党参、人参、白术、黄精等; 清热解毒燥湿常用黄连、黄芩、黄柏、栀子、蒲公英、金荞麦、薏苡仁、重楼等; 化痰常用法半夏、瓜蒌、橘红、川贝母、紫菀、白芥子、莱菔子等; 祛风常用柴胡、防风、金银花、桂枝等; 温阳常用鹿角霜、肉苁蓉、淫羊藿; 养阴常用沙参、玄参、麦冬等; 活血常用丹参、川芎、牡丹皮等; 清热常用羚羊角、水牛角等。

4 病例

案例 1: 患者, 女, 84 岁, 2014 年 6 月 21 日初诊。主诉: 反复咳嗽咯痰伴发热 2 年, 复发 1 周。现病史: 患者近 2 年来反复发作咳嗽咯痰发热, 体温最高达 39.5℃, 每发则持续数周, 需住院治疗, 诊断为耐药菌肺部感染、慢性支气管炎急性发作, 痰培养多为耐药铜绿假单胞菌, 曾用多种抗生素 (泰能、三代头孢等) 治疗。近一周因感冒致发热咳嗽加重, 用西药抗感染、退热及物理降温无效, 请中医会诊。刻下: 发热咳嗽, 喉中痰鸣, 可吸出白黏痰, 不能自行咯出, 夜间热重, 最高体温 38.6℃, 用发汗药汗出热不退, 二便失禁。既往有慢性支气管炎、脑梗死、血管性痴呆、冠心病心力衰竭及房颤史。查体: 神志尚清, 精神差, 失语, 面色微黄, 呼吸浅促, 心电监护心率 90 ~ 102 次/分, 双下肺可闻及湿啰音, 舌淡暗苔白起刺, 舌质干, 脉细结代。6 月 18 日查血常规: 白细胞 (WBC): $14.28 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 (N): 91%, C 反应蛋白 (CRP): 21 mg/L, 血沉: 54 mm/h。胸部 CT 示: 两下肺感染。痰培养: 铜绿假单胞菌, 对多种抗生素耐药 (包括三代头孢、泰能、左氧氟沙星), 只对氨基糖苷类敏感。尿潜血: (+ + +), 尿蛋白 (+); 尿培养: 尿肠球菌, 对万古霉素、左氧氟沙星、氨苄西林耐药。因高龄, 尿常规有蛋白, 故未用氨基糖苷类。西医诊断: 耐药菌肺炎, 慢性支气管炎急性发作; 中医诊断: 伏邪风温, 酿毒期, 证属: 气阴亏虚, 风痰湿热阻肺; 治宜益气化痰, 清热化湿。处方用二陈五黄汤加味: 法半夏 10 g, 橘红 12 g, 茯苓 12 g, 黄连 9 g, 黄芩 12 g, 黄柏 12 g, 黄芪 40 g, 酒大黄 6 g, 瓜蒌 20 g, 金银花 15 g, 浮小麦 20 g, 葶苈子 15 g, 石菖蒲 15 g, 山萸肉 15 g, 薏苡仁 30 g, 丹参 20 g, 焦三仙各 15 g, 甘草 6 g。14 剂, 水煎服。服上药 2 剂体温正常, 咳嗽减轻, 肺部啰音减少。6

月 24 日病情好转, 出院。其后间断服用 20 剂, 血、尿常规阴性, 拔除导尿管。

2015 年 1 月 26 日因感冒致发热, 体温最高 40.5℃, 再次住院, 痰培养示: 耐药金黄色葡萄球菌, 予静脉滴注万古霉素、头孢哌酮他唑巴坦, 仍高热, 下肢坠积性水肿, 身汗出, 喉中痰鸣, 舌苔黄干少津, 脉细结代。X 线胸片示: 两下肺少许高密度影, 血常规 WBC 正常。西医诊断: 耐药金葡萄肺炎; 中医诊断: 伏邪风温, 恢复期遇感触发, 证属: 气阴虚痰热内阻证; 治疗益气养阴, 清热化痰。处方沙参麦冬汤加减: 北沙参 20 g, 麦冬 15 g, 玉竹 15 g, 天花粉 15 g, 生石膏 15 g, 苦杏仁 12 g, 火麻仁 12 g, 阿胶珠 15 g, 牡丹皮 12 g, 拳参 10 g, 瓜蒌 15 g, 水牛角 30 g, 太子参 20 g, 川贝母 10 g。10 剂, 水煎服。服药后 3 天体温正常, 诸症减轻。

2015 年 4 月 20 日因受风所致发热 4 天, 体温最高 37.8℃, 喉中痰鸣, 痰白质黏, 自汗, 服用盐酸莫西沙星片治疗未见好转。查体: 体温 37.5℃, 耳轮枯萎, 舌根后坠, 呼吸急促 22 次/分, 双肺呼吸音粗, 左下肺湿啰音, 舌干红, 苔黄干, 脉细结, 未做痰培养。西医诊断: 慢性支气管炎急性发作, 肺部感染; 中医诊断: 伏邪风温, 恢复期遇感触发, 证属: 气阴虚痰湿内阻证; 治当扶正固表与透邪清热结合。用方玉屏风散合六君子汤加味: 党参 12 g, 白术 15 g, 茯苓 15 g, 炙甘草 10 g, 黄芪 30 g, 防风 10 g, 五味子 10 g, 黄芩 12 g, 黄连 10 g, 瓜蒌 10 g, 川贝母 10 g, 金银花 25 g, 卷柏 10 g, 山萸肉 10 g, 麻黄根 10 g, 赤芍 12 g, 薏苡仁 15 g。服用 5 剂后体温正常, 其后上方加减服用 10 剂, 水煎服。2015 年 5 月 21 日痰培养示: 奇异变形菌, 未培养出铜绿假单胞菌及金黄色葡萄球菌。

案例 2: 患者, 女, 51 岁, 2015 年 2 月 25 日初诊。主诉: 咳嗽咯黄痰间断发热 3 年, 加重 2 天。3 年前感冒致咳嗽咯痰, 发热, 痰中偶带血丝, 在外院诊断支气管扩张, 用抗生素治疗, 症状时轻时重, 2 天前因劳累病情加重, 发热, 体温最高 39.0℃。辅助检查: 血常规, WBC: $15.35 \times 10^9/L$, N: 81.4%, CRP: 109 mg/L。痰培养: 肺炎克雷伯菌肺炎亚种, 耐药机制: 超广谱 β -内酰胺酶 (ESBLs), 对哌拉西林/他唑巴坦、氨苄西林/舒巴坦、阿莫西林/克拉维酸钾、左氧氟沙星、氯曲南、氯霉素、头孢他啶、环丙沙星、头孢噻肟、四环素耐药, 对阿米卡星、亚胺培南、美罗培南、

复方新诺明、头孢吡肟敏感。刻下：咽痒胸憋，咯白痰，手心热，口干眠差，体温 37.2℃，咽部充血，双中下肺可闻及湿啰音，舌红苔白腻，脉细滑。西医诊断：支气管扩张合并耐药菌感染；中医诊断：伏邪风温，酿毒期，风痰热毒壅肺证。予千金苇茎汤合麻杏石甘汤加减：芦根 30 g，桃仁 12 g，薏苡仁 30 g，冬瓜子 30 g，生石膏 15 g，苦杏仁 12 g，炙麻黄 5 g，甘草 6 g，黄芩 12 g，黄连 10 g，黄芪 15 g，知母 15 g，金银花 30 g，北沙参 20 g，连翘 15 g，羚羊角粉 0.6 g（冲服）。6 剂，水煎服，每日 1 剂。

2015 年 3 月 3 日二诊：药后体温正常，咳嗽减轻，痰中带有血丝，干咳少痰、色白，纳可，尿频，手心已不热，流清涕，舌红苔薄白，脉细。处方：上方去生石膏、连翘、羚羊角粉、炙麻黄。加金荞麦 15 g、熟地黄 15 g、苍耳子 6 g、莱菔子 10 g，改黄芪 20 g、金银花 25 g。14 剂，水煎服，每日 1 剂。

2015 年 4 月 7 日三诊：病情好转，无发热，咳嗽轻，痰白黏，舌淡苔薄白，脉沉细，血常规 WBC 正常，CRP：56 mg/L。病情仍属于酿毒期，风痰热毒壅肺伤气阴，处以千金苇茎汤合如金解毒散加减：芦根 20 g，冬瓜子 20 g，薏苡仁 20 g，黄芩 12 g，黄柏 12 g，黄连 10 g，栀子 12 g，天花粉 12 g，瓜蒌 20 g，浙贝母 15 g，白芥子 10 g，漏芦 15 g，黄芪 20 g，熟地黄 15 g，甘草 6 g。21 剂，水煎服，日 1 剂。

2015 年 5 月 19 日四诊：近两天因受凉体温又升高，最高 38.4℃，咯痰色黄、量多质稀，咽中痰阻，乏力，无咯血，舌红苔少色白，脉沉细。辨证分期属于酿毒期，风痰湿热阻肺、耗伤气阴，处方以千金苇茎汤合玉屏风散、五黄汤加减：生炒薏苡仁各 30 g，冬瓜子 30 g，芦根 20 g，黄芪 30 g，白术 12 g，防风 10 g，黄芩 15 g，卷柏 12 g，黄连 10 g，金银花 20 g，连翘 15 g，浙贝母 12 g，山药 30 g，紫菀 15 g，橘红 15 g。7 剂，水煎服。服 1 剂后，第二天热退。5 月 26 日查痰培养示肺炎克雷伯菌，对原来的耐药抗生素基本都恢复敏感（哌拉西林/他唑巴坦、哌拉西林、氨苄西林/舒巴坦、氨苄西林、左氧氟沙星、氨曲南、头孢他啶、头孢唑林等）。

按：上述两例患者体质素虚，发病初即有发热咳嗽、汗出热不解等里热证候，发有诱因，故可诊断为伏邪风温。例 1 患者属于高龄，慢性支气管炎

复发合并耐药菌肺炎，不能自行咯痰，形成痰浊内蕴化热，首诊属于酿毒期，外感引动伏邪，治疗上重清化痰热，兼以扶正透邪，用二陈五黄汤加味，其后痰热之象减轻，并未酿成热毒，演变为恢复期，其后数诊按恢复期气阴虚痰热内阻证治疗，扶正祛邪并举而取效。例 2 患者素有支气管扩张症，痰热酿毒之象较显，故首诊重用清热解毒之千金苇茎汤合麻杏石甘汤加味，后数诊皆属于酿毒期，痰浊化热，热毒渐减轻，而正气渐虚，故后二诊加用黄芪、熟地黄、白术、山药等健脾养阴之品，因痰湿为患是病情缠绵难愈的重要因素，故治疗中始终注重化痰湿。例 1 治疗后痰中耐药铜绿假单胞菌和金黄色葡萄球菌转阴，例 2 治疗后痰培养抗生素对肺炎克雷伯菌敏感性增加，说明中药不仅有抗耐药菌作用，也有恢复抗生素对耐药菌的敏感性和提高机体免疫功能的作用。现代研究表明，铜绿假单胞菌耐药机制之一是细菌产生生物膜，而黄芩、连翘、黄连、黄柏、栀子、黄芪等药具有较好的体外抑菌作用，黄连、黄芪、焦栀子、栀子粗提物对铜绿假单胞菌的弹性蛋白酶、绿脓菌素、生物被膜均都有抑制作用，黄芪对绿脓菌素表达有显著抑制，并能抑制生物被膜形成^[13-14]。有研究表明，黄芩体外抑菌效果最好；对耐药性铜绿假单胞菌、鲍曼不动杆菌，黄芩、连翘、薄荷有抑菌效果^[15]。

综上所述，通过学习文献并总结临床经验，笔者提出了耐药菌肺炎的中医病名为伏邪风温，基本病因病机为正虚邪藏，遇感触发，风痰湿热阻肺，病情分初发期、酿毒期、恢复期三期，探索出以二陈五黄汤为代表的分型证治方药，中医治疗耐药菌肺炎疗效肯定，因缺乏大样本的对照观察研究，尚未得到广泛共识，但中药治疗耐药菌肺炎有广阔前景。

参考文献

- [1] 刘成林. 呼吸内科院内感染患者耐药菌的感染原因及治疗分析 [J]. 中国医药科学, 2014, 4(17): 83-84, 105.
- [2] 林梅, 肖一星, 杨碧霞, 等. 多重耐药菌监测与临床分析 [J]. 医学理论与实践, 2014, 7(10): 1279-1280, 1295.
- [3] 李经纬, 余瀛鳌, 蔡景峰, 等. 中医大词典 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 635.
- [4] 刘清泉, 孙宏源, 高洁, 等. 耐药菌感染中医病机探讨及临床中药疗效观察 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2010, 8(17): 213-214.
- [5] 孟澍江, 王乐旬. 温病学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 52-53.

- 任继学. “伏邪”探微(上): 外感伏邪 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2003, 1(1): 12.
- 吕茜倩, 王秀莲. 从“伏邪”理论探讨继发性噬血细胞综合症的伏邪温病特点 [J]. 时珍国医国药, 2016, 27(6): 1457-1458.
- 周小军, 田道法, 王士贞. EB 病毒感染与中医“伏邪” [J]. 浙江中医药大学学报, 2008, 32(1): 17-18.
- 徐红日, 王兰, 张立山, 等. 老年耐药菌肺炎的中医证型演变规律研究 [J]. 中国中医急症, 2011, 20(10): 1580-1583.
- 斯崇文, 贾辅忠, 李家泰. 感染病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 528-532.
- 叶天士. 临证指南医案 [M]. 北京: 人民卫生出版社,

- 2006: 214.
- 张雪, 肖璐, 刘新桥. 近 6 年耐药菌肺炎中医证候特征研究文献分析 [J]. 中国中医急症, 2015, 24(3): 481-483.
- 王平, 夏飞, 叶丽华, 等. 黄连对铜绿假单胞菌生物学特性的影响及机制 [J]. 中药药理与临床, 2013, 29(2): 83-86.
- 叶丽华, 夏飞, 李欣, 等. 黄芪对铜绿假单胞菌毒力因子调控表达及菌体运动的影响 [J]. 天津中医药, 2014, 31(2): 113-116.
- 李蔼文, 谭俊青, 王康椿, 等. 5 种中药颗粒剂与水煎剂对 5 种耐药菌株的体外抑菌作用比较 [J]. 检验医学, 2015, 30(6): 567-570.

Pathogenesis, Syndrome and Treatment of Drug-resistant Pneumonia Based on the Theory of Hidden Pathogen ZHAO Lancui

(Xiyuan Hospital, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100091)

ABSTRACT Drug-resistant pneumonia, a refractory and common disease in clinic, belongs to warm disease category in Chinese medicine. The characteristics of recurrent, protracted course and activation by new infection are similar to clinical features of hidden pathogen in Chinese medicine. According to the theory of hidden pathogen, the pathogen character of drug-resistant pneumonia is wind, phlegm, damp and heat. Disease name could belong to wind-warm disease caused by incubating pathogens. The pathogenesis is deficiency of Qi and Yin, activation by infection, as well as wind-phlegm-damp-heat obstructing lung. This disease could be treated differently in initial phase, brewing toxin phase and recovery phase clinically. The authors summarize the syndromes, treatments and proved recipes of all phases. Medical records are added to explain.

Keywords theory of hidden pathogen; wind-warm disease caused by incubating pathogens; drug-resistant pneumonia; Erchen Wuhuang Tang (二陈五黄汤)

(收稿日期: 2017-01-09; 修回日期: 2017-04-07)

编辑: 柴倩云

特色王氏热透灸培训

一、王氏热透灸的特点

1. 药艾条直径 4 cm, 长 10 cm, 单根可燃烧 3 个小时, 多根并用 (3 ~ 16 根) 燃烧温度高达 551°;
2. 无需人工手拿 (有专用灸器);
3. 无烟 (艾烟净化器专利号: ZL 2016 2 0232880. x);
4. 面积大、时间短、近距离、高温、药力峻、强渗透、立即有灸感;
5. 病患易于接受;
6. 高效, 充分展现古灸大法四两拨千斤的功力。

二、可植入针灸康复疼痛科, 肾病科, 肿瘤科, 治未病科等。

热透灸创始人简介: 王廷峰, 安徽省阜阳市人。安徽省阜阳市东方针灸医院院长; 安徽省师带徒指导老师; 安徽省阜阳市颍淮基层名中医; 曾出版《扶阳化脓灸法》、《扁鹊灸法治顽疾》、《中国灸法》、在中国中医报连载化脓灸系列文章, 擅长化脓灸疗法、王氏热透灸疗法治病, 临床施灸均获良效。地址: 安徽省阜阳东方针灸医院, 电话 (微信): 15956910166。

