

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2015.07.022

综 述

从肺热论治小儿肺炎喘嗽研究概况

王爱华, 赵 霞*

(南京中医药大学中医儿科学研究所/江苏省儿童呼吸疾病(中医药)重点实验室, 江苏省南京市仙林大道 138 号, 210023)

摘要 综合目前从肺热论治小儿肺炎喘嗽的研究结果显示, 邪热闭肺是小儿肺炎喘嗽的基本病机, 肺热贯穿于小儿肺炎喘嗽发生、发展的整个病理过程。基于此, 本病的治疗应以清肺开闭为基本法则, 从肺热的角度包括风热、痰热、毒热及阴虚肺热等具体辨证论治, 根据辨证结果调整用药, 以充分发挥中医药在小儿肺炎喘嗽治疗中的特色与优势。

关键词 肺炎喘嗽; 小儿肺炎; 肺热; 中医药疗法

肺炎喘嗽是小儿时期的常见病、多发病, 以发热、咳嗽、痰壅、气促、鼻煽为主要特征, 相当于现代医学的小儿肺炎^[1]。任何年龄小儿皆可发生肺炎喘嗽, 尤以婴幼儿多发, 且年龄越小病情严重者越多。研究证实, 中医药治疗肺炎喘嗽有良好的临床疗效, 现从肺热角度作一综述, 以期对肺炎热证的临床辨证施治提供一定的文献支持。

1 病因病机

中医学认为, 小儿形气未充, 肺脏娇嫩, 御邪能力不强, 若将养失宜, 寒温不调, 卫外不固, 腠理不密, 易为外邪所侵, 导致肺炎喘嗽^[2]。外邪包括六淫之邪和疫疠之邪, 二者皆可侵袭肺卫, 干扰肺气, 导致宣降失畅, 肃降之令不行, 闭郁不宣, 从而出现咳嗽、喘息、气促等症^[3]。《素问·风论》云“风者, 百病之长也。”风邪是引起肺炎喘嗽的主要外邪, 无论从肌表而入或由口鼻吸入, 均首犯肺卫, 导致肺失宣肃, 水液输化失职, 留阻肺络而酿为痰液; 痰阻气道, 肺气郁闭, 出现咳喘、痰鸣、气急、鼻煽等症; 化热形成肺炎的主要病理产物痰热, 如痰热炽盛, 稽留不化, 化火化毒, 炎灼肺金, 则出现高热、烦躁、喉鸣痰涌、呼吸困难等症。风邪有风寒与风热的不同, 感受风寒常在发病之初, 因小儿“纯阳”之体和“传变迅速”, 所以为时比较短暂又易于化热。因此, 肺炎喘嗽中风热之邪常多于风寒之邪^[4]。

肺主一身之气, 若气机的升降出入异常, 会导致肺气郁闭, 又因热壅于肺、阳气怫郁, 部分患儿会出现发热不退、手足不温、无汗舌绛等表现^[5]; 若毒热炽盛, 致肺阴被灼, 液不上承, 邪热熏蒸清窍, 则使患儿鼻腔干燥, 鼻孔如煤, 啼哭无泪; 热盛熏蒸煎熬阴血, 致使血液黏稠, 运行迟缓, 瘀滞于脉络, 甚者热盛迫血妄行, 由热致瘀, 患儿出现咳嗽、喘促加剧, 甚至唇指紫绀等表现^[6]; 肺炎日久, 正气亏虚, 邪热留恋, 可致咳喘未平、时有低热、干咳少痰等症状的出现。

2 关键病理因素

中医肺炎喘嗽的“炎”有“炽”“焰”“焚”之义, 肺炎指肺热较甚, 与西医肺炎概念有别。肺炎喘嗽的病名首见于清代谢玉琼的《麻科活人全书》, 在叙述麻疹合并肺炎症状时, 若出现“喘而无涕, 兼之鼻煽”则称为“肺炎喘嗽”, 并指出其病机为“多缘肺热不清所致”^[7]。分析其原因, 外邪由口鼻或皮毛而入, 侵犯肺卫, 肺失宣降, 肃降之令不行, 致肺被邪束, 闭郁不宣, 化热灼津, 炼液成痰, 阻于气道, 肃降无权, 从而出现发热、咳嗽、气喘等症, 即风热闭肺; 外邪闭肺初期失治, 或邪热炽盛, 或素体虚弱, 均可致热邪不解而内传, 郁闭于肺, 肺气失于宣发肃降, 肺津因之熏灼凝聚, 熬炼成痰, 痰热互结, 壅阻于肺, 则致发热咳嗽、气促鼻煽、喉间痰鸣等症, 即痰热闭肺; 若邪气炽盛, 毒热化火入里, 燔灼肺金, 则肺气闭

* 通讯作者: zhaoxiahy@126.com

郁,宣肃失职,致高热持续、咳嗽剧烈、气促喘憋、烦躁口渴、面赤唇红、大便干结,毒热耗灼阴津,津不上承,清窍不利,则见涕泪俱无、鼻孔干燥如煤烟,即毒热闭肺;壮热久灼,耗伤肺阴,余邪留恋不去,虽然高热渐退、喘嗽渐平,但低热盗汗、干咳少痰,显示肺阴不足、肺热不清之象。有研究证实,肺炎喘嗽由热邪致病,由热致郁、由热生痰、从郁致瘀,热、郁、痰、瘀又相互关联,渐变渐深,交结并行,常常在病变过程中形成无形之热郁互结或有瘀热闭结的病理改变^[1]。综上所述,肺热无论实热还是虚热,始终贯穿于疾病证候演变的全过程,是肺炎喘嗽的关键病理因素。

3 辨证施治^[1]

有研究认为,小儿肺炎多为实热证,发病初期和中期以风热闭肺证与痰热闭肺证最为常见^[1]。南京中医药大学附属医院等 4 个中心 480 例病毒性肺炎住院患儿的证候分布研究结果显示,小儿病毒性肺炎热证占 93.96%,其中风热犯肺证 78 例 (16.25%)、痰热闭肺证 360 例 (75.00%)、阴虚肺热证 13 例 (2.71%),说明本病证候以热证、痰热证居多^[1]。以上分析及临床研究显示,邪热闭肺是小儿肺炎的基本病机,因此,本病的治疗应以清肺开闭为基本法则。治疗时必须根据辨证结果调整用药,以充分发挥中医药辨证施治在肺炎喘嗽治疗过程中的特色与优势。

3.1 风热闭肺证

本证易于发展为痰热闭肺证,所以治疗须抓住时机,选方用药常以清、宣为主,慎勿见热治热,早投清热寒凉剂,而导致引邪入里。表热为主者选银翘散为主方,里热为主者选麻杏石甘汤加减,亦可两方配合加减使用。张康等^[1]运用连翘 10 g、薄荷 5 g、金银花 10 g、黄芩 5 g、苦杏仁 5 g、桑白皮 10 g、炙麻黄 5 g、甘草 5 g、桔梗 10 g、陈皮 10 g、前胡 10 g、鱼腥草 10 g,治疗小儿支原体肺炎风热闭肺证疗效确切,能有效缓解发热、咳嗽等症状,明显缩短肺部湿啰音、哮鸣音消失时间。

3.2 痰热闭肺证

本证多见于肺炎喘嗽的中期,痰热俱盛,郁闭于肺。治宜泻肺开闭,邪实者宜上病下取,通腑涤痰,常用五虎汤合葶苈大枣泻肺汤加减。汪受传等^[1]针对小儿病毒性肺炎痰热闭肺证,提出开肺化痰解毒治法,以麻杏石甘汤为基础方研制成清肺口服液,并以利巴韦林为对照进行盲法、随机、平

行对照、多中心临床研究,结果显示,试验组痊愈率 51.52%、痊愈显效率 89.62%,对照组痊愈率 28.7%、痊愈显效率 73.92%,清肺口服液疗效显著优于利巴韦林 ($P < 0.01$)。赵霞等^[1]亦通过多中心随机对照临床研究证实,儿童清肺口服液口服联合清开灵注射液静脉滴注的中药治疗方案,疗效优于利巴韦林注射液静脉滴注联合复方愈创木酚磺酸钾口服液口服的治疗方案。另有临床研究发现,若重症患儿气郁血瘀,气血不畅,而出现胸闷胀满、咳嗽喘憋、口唇紫绀、指纹紫滞,可加用丹参、桃仁、川芎、红花、牡丹皮等以行气活血通络来改善患儿症状^[1]。

3.3 毒热闭肺证

本证邪势炽盛,毒热内闭肺气,常由痰热闭肺证发展而成。王雪峰^[1]提出,肺毒热是小儿肺炎本脏重症的主要病理因素,故在小儿肺炎实热证阶段各证型中均应重视清肺开闭,尽早使用入肺经的清热解毒药,同时为了避免苦燥伤阴之弊,加用甘寒护阴之品。专家问卷调查也显示,清热解毒、活血化痰、通腑泄热药物的应用对阻止毒热闭肺证症状加重有一定意义^[1]。宋桂华等^[1]以清泻肺热、清热解毒、涤痰化瘀为基本法则,自拟清肺解毒汤治疗小儿大叶性肺炎急性期,结果 217 例患儿痊愈 133 例、好转 81 例、未愈 3 例,总有效率达到 98.6%,且出院后随访全部患儿发现,好转病例中 69 例逐渐痊愈未再复发。

3.4 肺热咳喘证

本证多见于肺炎喘嗽的初中期,可见于风热闭肺、痰热郁肺或毒热闭肺的过程中,邪热炽盛,炼津为痰,痰与闭郁的肺气搏击于气道出现热、痰、咳喘的典型症状。治疗应以清肺解毒、宣肺止咳、化痰平喘为主。王素梅等^[1]用小儿肺热咳喘口服液 (主要由麻黄、苦杏仁、石膏、金银花、连翘、板蓝根、鱼腥草、知母、黄芩、麦冬等组成) 治疗小儿肺炎肺热咳喘 60 例,总有效率为 93.33%,且发现其在止咳、平喘、化痰、消除啰音方面明显优于金振口服液。孙晓清^[1]采用抗感染基础上加用小兒肺热咳喘口服液治疗小儿肺炎 80 例,结果总有效率 91.3%,优于对照组单纯抗感染治疗 (77.5%)。刘文亚^[1]采用小儿肺热咳喘口服液治疗小儿肺炎肺热咳喘,治疗组采用常规西医治疗加小儿肺热咳喘口服液,对照组为单纯西药治疗,结果治疗组疗效 (96.34%) 明显优于对照组 (87.65%),且治疗组可以缩短治疗时间,与国内

其他学者的临床研究结果一致。

3.5 阴虚肺热证

本证多见于病程迁延, 阴津耗伤, 肺热减而未清阶段, 常由痰热闭肺证未经有效治疗转化而成。盛丽先^[9]根据小儿“阳常有余, 阴常不足”的生理特点和病易热化伤及肺胃之阴的病理特点, 提倡运用养阴清肺汤治疗小儿肺炎恢复期。临床研究则证实, 养阴清肺方(麦芽 20 g, 瓜蒌 10 g, 白扁豆 9 g, 车前仁 8 g, 沙参 11 g, 紫苑 14 g, 姜半夏 10 g, 陈皮 15 g, 旋覆花 13 g 等)治疗小儿肺炎咳嗽可取得良好疗效^[20]。

4 结语

2008 年 5 月世界卫生组织(WHO)报道, 小儿肺炎是 5 岁以下儿童最主要的死亡原因, 每年全球范围内 5 岁以下肺炎患儿约有 1.56 亿, 其中 1.51 亿发生在发展中国家, 中国约有 2100 万^[21]。中医药以辨证论治为特点, 治疗小儿肺炎尤其是病毒性肺炎具有明显的优势^[22]。上述肺炎证型分布研究结果显示, 小儿肺炎多以热证为主, 热邪在小儿肺炎的病理过程中起着重要作用, 因此从肺热论治小儿肺炎具有重要临床指导意义。但是, 中医药治疗小儿肺炎仍存在一些问题亟需解决。首先, 小儿肺炎各种证型的判断主要是从宏观表象进行辨证, 主观性较强; 其次, 虽然已有研究基于证候动态变化来进行病毒性肺炎疗效的评价^[23], 但尚缺乏统一标准。因此, 我们仍需通过研究建立宏观和微观相结合的证候客观化诊断及评价体系, 提升肺炎喘嗽中医辨证的科学层次, 更好地为中医临床诊断及疗效评价服务。

参考文献

- [1] 汪受传. 中医儿科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004: 103.
- [2] 汪受传, 俞景茂. 中医儿科临床研究[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 167.
- [3] 王爱华. 清肺口服液对 RSV 肺炎患儿血清 IL-8、sICAM-1 表达水平的影响[J]. 南京: 南京中医药大学, 2013.
- [4] 艾军, 汪受传. 从热郁痰瘀论治小儿病毒性肺炎的理论研究[J]. 中医儿科杂志, 2009, 5(2): 1-4.
- [5] 汪受传, 艾军, 杨燕, 等. 基于关联规则的小儿肺炎热郁痰瘀相关病机分析[J]. 南京中医药大学学报, 2010, 26(2): 97-101.
- [6] 汪受传, 赵霞, 韩新民, 等. 小儿肺炎喘嗽中医诊疗指

南[J]. 中医儿科杂志, 2008, 4(3): 1-3.

- [7] 王雪峰, 董丹, 虞坚尔, 等. 小儿肺炎中医证候演变规律研究[J]. 中医杂志, 2005, 46(5): 374-376.
- [8] 汪受传, 韩新民, 任现志, 等. 小儿病毒性肺炎 480 例中医证候学特点研究[J]. 南京中医药大学学报, 2007, 23(1): 14-19.
- [9] 张康, 陈安玲, 高建平. 辨证分型治疗小儿支原体肺炎 100 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2014, 30(6): 78-79.
- [10] 汪受传, 韩新民, 任现志, 等. 小儿病毒性肺炎痰热闭肺证治疗方法研究[J]. 南京中医药大学学报, 2004, 20(2): 72-75.
- [11] 赵霞, 汪受传, 杨燕, 等. 清开灵注射液与儿童清肺口服液联用治疗小儿呼吸道合胞病毒性肺炎痰热闭肺证的临床评价[J]. 中医杂志, 2008, 49(7): 602-604.
- [12] 艾军, 汪受传. 清热解郁涤痰化瘀法治疗小儿病毒性肺炎研究[J]. 江苏中医药, 2009, 41(5): 54-56.
- [13] 王雪峰. 从肺毒热论治小儿肺炎本脏重症[J]. 中医杂志, 2012, 53(3): 200-202.
- [14] 刘芳, 王雪峰, 王燕, 等. 小儿肺炎本脏重症证候特征专家问卷调查[J]. 中医杂志, 2014, 55(3): 228-231.
- [15] 宋桂华, 宋欢欢, 赵坤, 等. 清肺解毒汤治疗儿童大叶性肺炎 217 例疗效观察[J]. 中国中西医结合儿科学, 2013, 5(1): 51-52.
- [16] 王素梅, 田建东, 郝红梅, 等. 小儿肺热咳喘口服液治疗小儿呼吸道感染临床观察[J]. 北京中医药大学学报(中医临床版), 2004, 11(2): 3-5.
- [17] 孙晓清. 小儿肺热咳喘口服液佐支气管肺炎的疗效观察[J]. 当代医学(学术版), 2008, 15(4): 140-141.
- [18] 刘文亚. 小儿肺热咳喘口服液治疗小儿肺炎的临床疗效评估[J]. 药物与临床, 2012, 11(32): 91-92, 95.
- [19] 王海云, 盛丽先. 盛丽先教授临床应用养阴清肺汤举隅[J]. 浙江中医药大学学报, 2014, 38(6): 714-715.
- [20] 程天厚. 养阴清肺方治疗小儿肺炎喘嗽随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2014, 28(2): 46-48.
- [21] Rudan I, Boschi-Pinto C, Biloglav Z, et al. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia[J]. Bull World Health Organ, 2008, 86(5): 408-416.
- [22] 汪受传, 韩新民, 任现志, 等. 中医药治疗小儿病毒性肺炎评价指标体系的研究[J]. 中医儿科杂志, 2007, 3(3): 9-12.
- [23] 汪受传, 任现志, 赵霞, 等. 中医药治疗病毒性肺炎疗效评价方法研究设计[J]. 浙江中医药大学学报, 2006, 30(2): 127-129.

(收稿日期: 2014-12-05; 修回日期: 2014-12-27)

编辑: 崔京艳