

从燥论治肺炎支原体感染

吴振起^{1*} 刘光华² 王雪峰¹

(1. 辽宁中医药大学附属医院, 辽宁省沈阳市皇姑区北陵大街 33 号, 110032; 2. 辽宁中医药大学基础医学院)

基金项目: 辽宁省科技厅博士启动基金(20101067); 沈阳市科技基金(F11-264-1-62);

辽宁省教育厅优秀人才基金(LJQ2011102)

* 通讯作者: zhenqiwu@163.com, 1302456857

[摘要] 肺炎支原体感染主要引起呼吸系统病变, 干咳是特征性症状, 与燥邪致病以肺为病变中心、易伤津液的特点相符。论证从燥论治肺炎支原体感染是可行的。

[关键词] 燥邪; 致病特点; 肺炎支原体感染; 辨证论治

燥邪致病, 早在《黄帝内经》即有记载, 但燥有内燥、外燥之分。明代李梴《医学入门》云: “外因时值阳明燥令, 久晴不雨, 黄埃蔽空, 令人狂惑, 皮肤干枯屑起。内因七情火燥, 或大便不利亡津, 或金石燥血, 或房劳竭精, 或饥饱劳逸损胃, 或炙爆酒酱浓味, 皆能偏助火邪, 消烁血液。”可见内燥是由七情、饮食、劳倦、外伤等内伤津血, 阴液干枯之证。外燥是外感六淫之一, 现代认识到并不是单纯的气候因素, 还包括物理、化学、生物致病因子和机体反应性等因素, 本文所论即属此类。

1 燥分凉热, 可见于四时四方

燥邪的阴阳属性历来多有争论。其一, 因燥五行属金, 故为阴; 其二, 因“燥胜则干”, “燥者濡之”, 燥湿相鉴, 湿为阴, 故燥为阳。按六气分属四时(或五时)配五行, 燥属金, 为秋季的时令主气, 上承夏暑, 下启冬寒。初秋时节, 天气晴暖, 久晴无雨, 秋阳以曝, 多燥而热, 感之而病者为温燥; 深秋西风肃杀, 多燥而凉, 沈目南谓之“次寒”, 感之而病者为凉燥。正如清代费伯雄《医醇賸义·秋燥》所说“燥者干也, 对湿言之也。立秋以后, 湿气去而燥气来。初秋尚热, 则燥而热; 深秋既凉, 则燥而凉。以燥为全体, 而以热与凉为之用, 兼此二义, 方见燥字圆活”。

六气配四时四方, 燥为秋气, 西方生燥。然而四时有变化, 六气有胜复, 季节气候有至而未至, 未至而至, 以及非其时而有其气等不确定因素, 燥并不独见于秋季。用平均水气压、相对湿度、降水量等指标对呼和浩特四季气候的研究结果显示^[1], 当地冬季最燥, 春季次之, 秋季更次之。西方生燥, 也是以五行类比所得, 实则四方均可生燥。况且邪气伤人致

病, 亦与体质密切相关。老人、小儿、阴虚之人感受正常的燥气也可引起病理变化。所以燥不独属于秋季、西方, 可见于四时四方。

2 燥邪的致病特点

肺属金, 燥者金之气, 同气相求, 故燥邪侵袭, 以肺为病变中心。肺主气属卫, 外合皮毛, 燥邪从口鼻而入, 先犯肺卫, 正如喻嘉言所说: “燥气先伤上焦华盖。”临床表现为肺系燥热证候, 与现代医学的上呼吸道感染、支气管炎、肺炎等肺系疾病相关。

“燥胜则干”, “诸涩枯涸, 干劲皴揭, 皆属于燥”, 体现了燥邪易伤津液的另一致病特点。初秋时节, 秋阳以曝, 燥与热合, 紧承夏暑之余炎, 热炽津伤; 深秋寒凉, 燥与之合, 内舍于肺, 肺失宣肃, 不能布散津液, 也可见到津液干燥证。初起邪在肺卫, 出现恶寒发热、干咳少痰、肌肤干涩、口鼻咽干燥等症。待邪气入里, 燥热壅肺, 损伤气阴, 干咳少痰或无痰的症状更为突出, 甚至气逆而喘。病至后期, 子病及母, 肺胃阴伤, 多见鼻咽口唇干燥、干咳迁延日久不愈。燥金为秋令, “虽属阴经, ……然同火热”(《医门法律·秋燥论》)。肺卫燥热之邪不能及时外解, 可郁而化火, 火性炎上, 扰于清窍, 可见耳鸣目赤、龈肿咽痛等症。

就病位言, 燥邪伤人以肺系病变为主, 但也可累及肝脏、脾胃、心脑、肾等脏腑。燥同火热, 火热胜则风炽。肝主筋, 风火本炽, 燥热加之, 津不荣于筋脉, 故“劲强紧急而口噤, 或瘰疬昏冒僵仆”(《医门法律·秋燥论》)。具体证候表现和病机转化因感邪轻重和体质差异又有不同。正气亏虚, 感邪较重者, 燥热可内陷营血, 气营(血)两燔, 或深入下焦, 耗伤肝肾之阴, 而成燥伤真阴或阴虚风动证。

3 肺炎支原体(MP)感染与中医燥证的关系

MP是一种介于细菌和病毒之间的病原微生物,主要感染呼吸道,引起咽炎、气管及支气管炎,甚至肺炎。目前MP已成为社区获得性肺炎的主要病原体^{[2]119}。MP通过飞沫传播侵入机体,由上呼吸道逐渐向下呼吸道蔓延,临床出现畏寒、发热、鼻塞、流涕、咽痛、乏力、头痛、全身不适等症状。咳嗽是其突出表现,一般于病后2~3天开始,初为干咳,无痰或少痰;后转为顽固性剧咳,痰液黏稠,偶带血丝,甚至可出现百日咳样痉咳,肺部体征多不明显;发热等全身症状消失后,刺激性干咳还能持续2~4周^{[2]127}。整个病程中,干咳是其特征性症状,恰如燥邪伤肺,肺失肃降之干咳。不同患者发病之初有偏寒、偏热之别,历来多从风寒袭肺或风热袭肺论治,而干咳一症又非风寒或风热所能解释。殊不知燥伤肺者,有类于风寒的燥凉之邪所致的凉燥,有类于风热的燥热之邪所致的温燥,正概括了这两类病证。凉燥犯肺,“头痛身热,恶寒无汗,鼻鸣而塞,状类风寒,惟唇燥咽干,干咳连声,胸满气逆,两胁串疼,皮肤干痛,舌苔白薄而干,扪之戟手”^[3]。温燥伤肺,“头疼身热,干咳无痰,即咯痰多稀而黏,气逆而喘,咽喉干痛,鼻干唇燥,胸满胁疼,心烦口渴,舌苔白薄而燥,边尖俱红”^[3]。二者主要区别在于寒热的轻重和汗之有无。MP感染后期,发热、顽固性剧咳、痉咳等症状消失后,干咳症状并不消失,每于晨起、运动或冷空气等刺激后发生,有的患者可转为咳嗽变异性哮喘。燥邪伤肺后期,肺胃阴伤,也是以干咳为主要表现,这是从燥论治MP感染的又一结合点。

MP主要造成呼吸道感染,引起肺系证候,类于燥邪以肺为病变中心。MP还可以在呼吸系统以外的部位繁殖,如中枢神经系统、循环系统、血液系统和皮肤等,引起相应的肺外并发症。其中神经系统的并发症发病率较高,以MP脑炎最为常见,临床主要表现高热、惊厥、头痛、头昏、神志改变、精神症状和脑膜刺激征等。这与燥邪伤肺,肺金为邪热所囚,不及克制肝木,肝木亢逆变动所见的肺燥及肝,肝筋燥急之动风证相似,临床表现筋脉拘急,或筋惕而搐,或口噤瘰疬,昏冒僵仆,即热陷手足厥阴。叶天士《三时伏气外感篇·秋燥》云:“燥自上伤,肺气受病,……若延绵数十日之久,病必入血分。”入血分必见斑疹、出血等症。而MP感染造成皮肤损害所见的红斑、斑丘疹、出血性皮疹、猩红热样皮疹、过敏性紫癜、结节性红斑等,MP感染所致的感染后肾炎所

见的血尿,何尝不是燥热入血,灼伤脉络,迫血妄行所致,只是伤及肌肤血络和肾血络之不同而已。

所以根据MP感染主要引起呼吸系统病变和干咳的主症,以及肺外并发症均能从燥伤肺肝,燥热入血,或燥入下焦、伤及真阴等证候中寻得共性,从燥论治MP感染具有坚实的理论和临床依据,MP感染与燥证密切相关。

4 从燥论治MP感染

“燥者濡之”,“燥者润之”,濡润是燥证的治疗原则。肺为娇脏,肺气流通,水津得布,燥证可除,“治上焦如羽”,润肺燥宜用轻灵之品,不可滋腻重浊。MP感染初期,燥邪在表,若发热、微恶风寒、少汗、干咳少痰、鼻咽干燥、口渴,属温燥,治宜辛凉甘润,清宣气机,如桑杏汤;若恶寒无汗,鼻塞流清涕,干咳气逆,咽干唇燥,属凉燥,治宜苦温辛润,开达气机,如杏苏散,或香苏葱豉汤加减。MP感染中期,身热不退,剧咳或痉咳明显,无痰或少痰,咳甚则痰中带血,倦怠乏力,活动后咳喘加重等,为燥热壅肺、损伤气阴,治宜清肺泄热、养阴润燥,如清燥救肺汤;后期迁延性干咳属肺胃阴伤者,宜甘寒濡润,清养肺胃之阴,如沙参麦冬汤、益胃汤之属。不同病程阶段,根据相兼证偏于上、中、下三焦之不同,用药亦有所变化。如邪气闭遏上焦,咳嗽胸满气逆,加以通润,宣畅上气,如紫苏子、紫菀之属;在中焦,脘闷呕恶,加以消降,舒畅中气,如莱菔子、枳实之属;在下焦,里气不畅,大便燥结者,加以辛滑,通肠下气,如瓜蒌皮之属。

“凡治燥病,须分肝肺二脏见证。肝脏见证,治其肺燥可也”(《医门法律·秋燥论》)。肺燥为本病,肝脏见证为标病,提示MP感染有肺外并发症时,控制MP感染,清肺润燥是核心,针对并发症可分别对症处理。皮肤损害见斑疹时,治宜辛凉开达、轻清芳透;神经系统损害见抽搐痉厥、神昏谵妄时,宜轻清润燥、辛润开闭,用药多取鲜品或花露,如鲜苇茎、鲜枇杷叶、淡竹沥、鲜石菖蒲汁、鲜稻穗露等。

参考文献

- [1]王鼎,刘忠庶,王玉亭,等.从呼和浩特气候变化论“四时五行”[J].内蒙古中医药,1994,13(2):34-35.
- [2]吴移谋,叶元康.支原体学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2008.
- [3]俞根初原著.连建伟订校.三订通俗伤寒论[M].北京:中医古籍出版社,2002:298.

(收稿日期:2012-07-27;修回日期:2012-08-09)

[编辑:黄健]