清法为主治疗重症感染性疾病探析

郁 斌 陈明祺 戴林峰 王 醒
(南京中医药大学附属医院,江苏南京 210029)

摘 要 清法是中医治则治法体系中重要组成部分,其理论渊源可追溯到《黄帝内经》,是中医临床治疗重症感染性疾病常用的治疗方法。临床应用清法治疗各类重症感染性疾病时,因患者病情相对危重,病因病机特点多复杂,单一治法难以取得明显疗效,常将清法与宣表法、化痰法、利湿法、攻下法等相结合辨证运用,从而提高治疗效果。

关键词 清法 重症感染性疾病 中医药疗法
中图分类号 R259.1 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2017)07-0063-04

清法乃中医治则八法之一，临证应用范围较广,使用频率也高,广泛运用于各类传染病、感染性疾病、肿瘤等疾病的防治。临床应用清法治疗各类重症感染性疾病时,因患者病情相对危重,病因病机亦相对复杂,常需将清法与宣表法、化痰法、利湿法、攻下法等相结合运用。笔者在长期的临证实践中,将其总结归纳为清宣、清化、清利、清下、清补之法。本文通过对清法治疗渊源及其特点的文献回顾和临证实践总结，将清法与其他治法联合运用治疗重症感染性疾病的用法与注意事项作一探讨。

1 清法的概念

中医清法指的是运用具有寒凉性质的药物,通过泻火、解毒、凉血等作用,以达到解除热邪的一种治法，是中医治则治法体系中重要组成之一。《素问·至真要大论》:“诸转反戾，水液浑浊，皆属于热”,即通过使用寒凉药物,解除病理之火热,恢复水净透明、澄澈之象,谓之清法。因此,清法渊源可追溯到《内经》,其理论形成及临床运用,历代医家多有论述,散见于《内经》《难经》《金匮要略》《伤寒论》等书[1]。《素问·至真要大论》云:“治诸胜复,寒者热之,热者寒之,温者清之……”,清代程钟龄所著《医学心悟》云:“清者,清其热也”,“六淫之邪,除中寒、寒湿外,皆不免于病热”,阐述了清法的适应病证,即认为一切里实热证,凡热性病,无论热邪在气、在营、在血,只要表邪已解,进而里热炽盛,又无实结者均适用于本法[2]。

近代以来,随着疾病特点发生变化,现代医学科学研究对疾病认识方式和程度的改变,同时结合传统中医辨证论治的特点及古代医家对清法的认识和运用,清法在重症感染性疾病的治疗中越来越显示出其重要地位。

2 清法在重症感染性疾病中的综合应用

现代医学认为感染性疾病大多有明确的病原体,最常见的如细菌、真菌、病毒、支原体等,而中医则将其统属于邪气范畴。其中有认为属外感六淫、非时之气的,如重症肺炎、肺脓疡;有认为属于饮食不洁、感受湿热秽毒之气的,如急性胃肠炎、菌痢;有认为属于暴饮暴食、酒食积聚、中焦升降逆乱气血壅滞引起的,如急性重症胰腺炎;有认为属于情志郁结,胆气不舒,湿热蕴结,气血不利,复加饮食肥甘厚腻,湿热壅阻化毒,血败肉腐化脓引起的,如急性化脓性胆管炎等。治疗应相应地采取清法与宣表法相结合(清宣法)、清法与化痰法相结合(清化法)、清法与利湿法相结合(清利法)、清法与攻下法相结合(清下法)等方法。疾病后期阴津与正气耗伤,则多强调在清虚热基础上结合养阴生津(清补法)。

2.1 清宣法 多用于重症肺炎、肺脓疡早期。重症肺炎多起病迅速,病情危重,归属于中医“风温肺热病”范畴。患者临床表现除发热、咳嗽、咳痰、呼吸困难、低氧血症等常见呼吸系统急性感染症状外,还可在短时间内继发意识障碍、休克、肝肾损害等多系统功能障碍。其中,由金黄色葡萄球菌引起的可

基金项目:江苏省中医药局科技项目(YB2015019)

高达25%,死亡率为64%[3]47[4-5]。胸部X线检查可表现为密度增高的实变影,常出现空腔,可见肺气囊,病变变化较快,常伴发肺脓肿和脓胸,此时疾病属于中医“肺痈”范畴。症候表现为:发热,咳嗽,咳痰色黄而黏稠,鼻塞,流黄浊涕,身热,微恶风寒或不恶寒,口干,咽痛,舌红苔薄黄,脉浮数。证属风热犯肺证,治疗常选用辛凉重剂之麻杏石甘汤加味。辛凉重剂主要指麻黄与生石膏配伍,用量很关键。《伤寒论》麻杏石甘汤原方用麻黄四两、石膏半斤,需注意古方半斤等于八两,故麻黄与石膏剂量应当按1:2比例。依笔者管见,现代东南沿海之人营卫薄弱,腠理开泄,不耐受麻黄之开泄,故其用量应当适当减少。

2.2 *清化法* 常用于重症肺炎、肺脓疡中期。重症肺炎、肺脓疡发展迅猛,早期风热证表现极其短暂,或热毒直接入里,灼津炼液为痰。症候表现为:咳嗽,咯痰黏稠,痰色黄,量多,甚则壮热,胸闷,气喘息粗,鼻翼煽动,喉中痰鸣,或咳吐脓血腥臭痰,胸痛,发热口渴,烦躁不安,小便短黄,大便秘结,舌红苔黄腻,脉滑数等痰热闭肺之象。治疗宜清热化痰,下气止咳,方用清气化痰丸加减;若兼有表热者,可用麻杏石甘汤合小陷胸汤以治之。

2.3 *清利法* 多用于急性梗阻性化脓性胆管炎、急性胃肠炎、菌痢。急性梗阻性化脓性胆管炎是胆管严重的急性梗阻性化脓性感染,属于胆道重症感染,患者常表现为右上腹痛、发热、畏寒、黄疸夏科(Charcot)三联征外,多伴有休克、精神异常症状(Reynolds)五联征[6]。此病可归属于中医“黄疸”“腹痛”病证范畴,病机为湿热蕴结,郁久化热,热腐成脓,热毒炽盛,热极而转化为热厥,根据临床表现可归纳为“热、痛、黄、厥”四大证候特点。胆为六腑之一,泻而不藏,性喜疏达,以通为用。据此,治疗本病早期以清胆利湿、解毒排脓,方选清胆汤(《伤寒大白》:柴胡、黄芩、竹茹、厚朴、广皮、甘草,《急腹症方药新解》:柴胡、黄芩、栀子、郁金、枳壳、大黄、金银花、茵陈、金钱草、黄连、芒硝)、胆道排石汤(《新急腹症学》:柴胡、郁金、香附、金钱草、木香、枳壳、大黄,《中西医结合治疗急腹症》:金钱草、茵陈、郁金、枳壳、木香、生大黄)加虎杖、车前子、蒲公英等;休克期则当扶正固脱、益气养阴、回阳救逆。除积极使用现代医学基础复苏方案外,还可辨证选用参附汤、生脉饮,或参麦注射液、生脉注射液等中成药。

2.4 *清下法* 可用于治疗重症胰腺炎。胰腺炎的发病机制主要是胰液对胰腺及其周围组织自身消化,表现为胰腺水肿、充血、出血、坏死,临床可见腹胀、腹痛、恶心、呕吐、发热等症状,实验室检查示血、尿淀粉酶水平升高等[3]439。中医认为此证多属少阳阳明合病,少阳胆热与阳明腑气不降,脾胃清浊相干,气血逆乱,治疗以清胆通腑攻下并重,可选用《伤寒论》之大柴胡汤治之。若见腹腔引流有血性分泌物者可加三七、侧柏叶、藕节;伴有腹胀明显、腑气不通者可予柴芍承气汤(柴胡、黄芩、白芍、生大黄、玄明粉、枳实、厚朴)治之,口服或鼻饲,或保留灌肠等。

2.5 *清补法* 可用于各型重症感染后期和恢复期。

2.5.1 *滋养肺胃阴法* 是一种主要用甘寒濡润的药物以滋养肺胃中津液的治疗方法,适用于肺、胃阴不足证。肺阴不足见口舌干燥、咽干、干咳、少痰、舌干少津、苔红;胃阴不足见干呕,或有呃逆,饥不欲食。肺阴不足者可选沙参麦冬汤治之,胃阴不足者宜益胃汤治之。肺阴根源于胃阴,养肺阴与养胃阴二者有着内在联系,通过养胃阴就可以上济肺阴,正如曹炳章所说“救胃即所以救肺也”。

2.5.2 *增液行舟法* 通过使用药性甘寒或咸寒的药物以滋养津液,润肠通便。此法适用于邪热渐解但津枯肠燥者,症见大便干结、口咽燥干、舌红而干等,方选增液汤。需注意此方配伍用药剂量宜偏大,剂量过轻则往往难收奇效。

2.5.3 *滋补肾阴法* 即通过运用咸寒滋润的药物,以滋养肾阴的一种治法,适用于邪热久羁,深入下焦,劫烁真阴的病证。临床症见低热不退,颧红,手足心热甚于手足背,口干咽燥,神倦,或心中憺憺大动,舌绛少苔,或干绛枯萎,脉细数或结代等,方选加减复脉汤。

2.5.4 *益气敛阴法* 通过应用具有益气生津敛阴作用的药物,治疗气阴两虚、气津欲脱证的治法。临床症见身热骤降、气短、汗多、脉散大无力,方选生脉散。因人身之元气因汗而外泄,人身之阴津因热而内耗,气虚不能摄津,阴伤不能载气,故该治法立意于益气之中佐以养阴,摄阴之内兼顾元气。[7]

3 运用清法需注意的问题

应分清热邪之在气分、血分或者气血两燔,选择有针对性的药物。如肺系感染常用之芦根、白茅根,同属于甘寒清肺胃热之药,但芦根主入气分,茅根偏入血分;肝胆系统感染常用之虎杖、龙胆草,均同属于苦寒清利湿热之药,但虎杖主入血分,龙胆草偏入气分等。

应分清热邪所在脏腑经络及部位，以针对性选择用药。如“三黄”（黄芩、黄连、黄柏）需分清归经属上、中、下三焦，黄芩主清胆、肺、大肠之热，黄连擅清心、胃之火，黄柏侧重清肾与膀胱之火等。

应分清药性之甘寒、苦寒、辛寒、咸寒、酸寒，掌握利弊，区别使用。甘寒药利在清热并可养阴生津，弊在滋腻而易助湿敛邪；苦寒药利在直折火势并能坚阴燥湿，弊在苦寒败胃；辛寒药利在轻宣清气而走中上二焦，助邪外达，弊在不能深入；咸寒药利在清热而重下导，使火熄而真水不伤，弊在不能宣泄外达；酸寒药利在清热而不伤阴，尤其对虚热汗多者适宜，弊在实热易于抑敛不除。

应分清虚证、实证，以防犯虚虚实实之虞。《素问·至真要大论》言“诸寒之而热者取之阴”，即当寒凉药用后而热不退，当求之于阴，养阴以退火，即水生火自熄之意。

注意扶正祛邪与清热养阴并非截然分开。一般而言，温病在上焦者当以祛邪为主，养阴为辅；在中焦者，往往热盛与阴伤兼见，则须养阴与清热并施，即所谓清补法；下焦温病邪少虚多，则以填补真阴为主。正如吴鞠通所说：“在上焦以清邪为主，清邪之后继以存阴；下焦以存阴为主，存阴之先，若邪尚有余，必先搜邪。”[8]临床应用滋阴生津法还需注意以下几点：（1）阴虚为主而余热未尽者，不得纯用滋阴生津法；（2）阴伤而湿邪未化者，宜加化湿而不伤阴药物；（3）阳虚或脾虚便溏者禁用本法[9-10]。

4 验案举隅

4.1 重症肺炎案

陆某，男，50岁。2013年4月7日入院。

患者发热伴头晕呕吐1周，体温最高38.8℃，伴有寒战，乏力，抗生素抗感染治疗未见好转，出现呼吸急促、咳嗽、少痰，指脉氧饱和度持续较低，血生化提示肝肾、心肌等多器官功能损害。胸部CT提示双下肺感染伴实变。2013年4月10日考虑“重症肺炎（病毒性），ARDS，多脏器功能不全”收治ICU。刻下：患者神志清，精神萎，高热，体温39.3℃，伴有寒战、咳嗽，少痰，干咳为主，烦躁不安，呼吸急促，鼻翼煽动，口唇稍紫绀，大便偏干，小便不畅，舌质红绛，舌苔黄腻，脉洪数。中医辨证属风温之风热蕴肺证，治以清热解毒、宣肺化浊，予麻杏石甘汤加减。处方：

生麻黄10g，生石膏30g，苦杏仁10g，生大黄10g（后下），瓜蒌皮10g，瓜蒌仁10g，川黄连10g，芦根30g，生苡仁15g，桔梗10g，法半夏15g，淡竹叶15g，连翘10g，生甘草10g。2剂。水煎服，日1剂，分早晚2次温服。

二诊：患者自4月12日起体温趋于正常，呼吸急促好转，尿量增加，前方加西洋参、生晒参各15g补益脾肺、益气养阴，再进3剂。

4月15日接市疾控中心电话通知患者H7N9核酸阳性，确诊为人感染H7N9禽流感，转市传染病医院治疗。随访1个月后痊愈出院。

按：此例患者诊断为重症肺炎（后确诊人感染H7N9禽流感），属中医“风温肺热病”范畴，起病迅速、危重，伴多系统损害，诚如叶天士《温热论》“且吾吴湿邪害人最广”，“湿与温合……浊邪害清也”，“温邪上受，首先犯肺……温邪则热变最速”[11]。患者高热、寒战、畏寒、咳嗽、少痰、呼吸急促，属邪热壅肺之表现，施以麻杏石甘汤清热宣肺平喘；又结合患者呼吸急促、气喘急迫、鼻翼煽动、烦躁不安，伴多系统损害，有邪毒内陷、热毒壅滞之象，符合肺痈特点，故加用千金苇茎汤化裁，以取清热解毒、宣肺化浊之效。需注意麻黄与生石膏剂量配比，患者发热汗多，少用麻黄以防开泄过度而伤津更甚，重用生石膏以取其清热泻火除烦之效。后期患者邪去正衰，肺脾气虚、气阴两亏，故予加西洋参、生晒参以补益脾肺、益气养阴，清热法与清补法合用，乃收其效。

4.2 急性胆管炎案

薛某，女，86岁。2016年12月23日入ICU。

发热，肤目黄染伴右上腹部疼痛1天。患者入院前1日夜间突发右上腹部疼痛不适伴恶心呕吐，呕吐为胃内容物，自测体温达38.3℃，我院急诊腹部CT：急性胆囊炎、胰腺炎待排、左肾囊肿待排；腹部B超：脂肪肝、急性胆囊炎、胆总管结石伴扩张。刻下：发热，体温39.1℃，皮肤巩膜黄染，右上腹部疼痛不适，恶心欲吐，小便不利，大便黏滞不爽，四肢浮肿，舌质红、苔黄腻，脉弦滑。中医诊断为黄疸之肝胆湿热、水湿内聚证，治以清热利湿退黄、化气利水，予茵陈五苓散化裁。处方：

茵陈10g，地耳草30g，茯苓20g，猪苓10g，泽泻15g，白术20g，桂枝10g，枳壳30g，垂盆草30g，仙鹤草30g，生大黄10g，厚朴10g，柴胡10g。5剂。水煎服，日1剂，分早晚2次温服。

治疗第3日患者热退，腹痛不显，双目及皮肤黏膜轻度黄染，自主进食，纳眠尚可，大便通畅，小便量可。转至普通病房治疗，随访1周后出院。

按：黄疸多因于湿热蕴结肝胆，郁久化热，热腐成脓，热毒炽盛，常表现为“热、痛、黄、厥”特点，与现代医学之急性梗阻性化脓性胆管炎相似。黄疸治疗，仲景早就指出：“诸病黄家，但利其小便”，因此利湿退黄为其根本治法。本例患者年事已高，出现发热、肤目黄染、右腹疼痛等症状，查舌质红、苔黄腻、脉弦滑，均为湿热蕴结之象，当予茵陈、大黄之类清热利湿退黄；患者兼见有恶心欲吐、小便不利、大便黏滞不爽、四肢水肿等气化不利、水湿内聚之象，治疗当先去其实，故重用生大黄 10g 清利消导通泄，正如张从正云“良工之治病，先治其实，后治其虚”。由于患者高龄，病势迅猛，正气衰败之势已显，药用消导过猛，则必正伤愈甚，故着柴胡、茯苓、泽泻、白术、枳壳以取疏肝理气、健脾渗湿之效，攻不伤正，清不伤胃。综合诊治，考虑湿热黄疸，湿重于热，故予以仲景之茵陈五苓散为主方加减化裁，而取其清热利湿、化气利水之效。

5 结语

综上所述，清法在感染性疾病的治疗中运用是相当广泛的，但无论是采用清宣、清化、清利、清下，还是清补等法，均需针对疾病性质及具体症候表现而联合选用。在临证辨证施治中，辨识其是否有里热之证及其所占比重多少，如何掌握清热药的用量等，是必须注意的重要问题。另外，尚有不少清法方药的机理研究还停留在初级阶段，有待于更深入地进行各种研究。

参考文献

[1] 陈博，万敬员.“清法”理论的中医现代研究[J].中华中医药学刊，2016，34(9)：2070.

[2] 张静，卫文婷，张纾难，等.《伤寒论》清法诸方在呼吸系统疾病中的临床应用[J].环球中医药，2015，8(4)：482.

[3] 葛均波，徐永健.内科学[M].8 版.北京：人民卫生出版社，2013.

[4] 中国医师协会急诊医师分会. 中国急诊重症肺炎临床实践专家共识[J].中国急救医学，2016，36(2)：97.

[5] 蔡后荣，张英为.重症社区获得性肺炎的诊断和治疗[J].临床内科杂志，2009，26(7)：447.

[6] 陈孝平，汪建平.外科学[M].8 版.北京：人民卫生出版社，2013：461.

[7] 黄海，傅春.吴鞠通《温病条辨》养阴诸法探析[J].中华中医药杂志，2011，26(3)：446.

[8] 徐由立.浅谈养阴法在温病各阶段中的运用[J].云南中医中药杂志，2014，35(10)：108.

[9] 张红梅，罗再琼.温病伤津病机及保津治法[J].成都中医药大学学报，2011，34(4)：3.

[10] 王艳阳，孙倩.浅谈《温病条辨》养阴法[J].中医学报，2015，30(11)：1618.

[11] 奚肇庆，周贤梅，王醒，等.中医药治疗人感染 H7N9 禽流感重症分析[J].江苏中医药，2015，47(8)：13.

第一作者：郁斌(1966—)，男，医学博士，主任医师，主要从事呼吸系统疾病的中医临床研究。

通讯作者：王醒，医学博士，教授，主任医师。wangxing1964@163.com

收稿日期：2017-03-22

编辑：吴　宁

文末参考文献著录规则之文献类型和标识代码

根据国家标准 GB/T 7714—2015《信息与文献 参考文献著录规则》中的文末参考文献著录格式，应在题名后注明“文献类型标识”，各类文献类型对应的标识代码如下：

普通图书：M；会议录：C；汇编：G；报纸：N；期刊：J；学位论文：D；报告：R；标准：S；专利：P；数据库：DB；计算机程序：CP；电子公告：EB；档案：A；舆图：CM；数据集：DS；其他：Z。

举例：

(普通图书)　黄亚博.新世纪江苏省中医药学科发展报告[M].南京：江苏科学技术出版社，2012：前言.

(标　　准)　国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京：南京大学出版社，1994：201.

(期　　刊)　谈勇，胡荣魁.夏桂成国医大师调治复发性流产经验探赜[J].江苏中医药，2015，47(9)：1.

(报　　纸)　周蔓仪.109 项中医药团体标准发布[N].中国中医药报，2015-11-27(1).

(学位论文)　毕承明.肺癌证治规律文献研究[D].南京：南京中医药大学，2015.

更多参考文献著录规则及举例见本刊网站(www.jstcm.cn)首页下载专区。