

· 医案医话 ·

# 从结胸辨治新型冠状病毒肺炎验案

陈 雁<sup>1</sup>, 杜少辉<sup>2</sup>, 何镇宇<sup>3</sup>, 董文萍<sup>4</sup>, 卢 玮<sup>5</sup>

(1. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510720; 2. 深圳市中医院, 广东 深圳 518033; 3. 广州中医药大学第四临床医学院, 广东 广州 510720; 4. 武汉市长江航运总医院, 湖北 武汉 430010; 5. 钦安卢氏医学扶阳学派工作室, 四川 成都 610000)

**[摘要]** 2019 年年末以来新型冠状病毒肺炎(COVID-19)疫情严峻, 杜少辉教授携团队用伤寒经方治疗 30 余名 COVID-19 患者均取得满意疗效。临床上 COVID-19 患者多舌苔厚腻, 然一味使用芳香化湿类药物未必能解决根本问题。回归《伤寒论》, 杜教授遵清代医家张志聪之法, 从《伤寒论集注》结胸证辨治, 认为其病机为邪结于胸, 太阳正气不能出入, 太阳气结而水道不利。故治当温阳化气、通利水道, 水道行则气结亦解。遴选 COVID-19 确诊患者病案 1 则, 略示杜师运用大小陷胸汤、大陷胸丸、桂枝人参汤、泻心汤等经方化裁诊疗的过程。

**[关键词]** 新型冠状病毒肺炎(COVID-19); 伤寒论; 太阳病; 结胸; 张志聪; 杜少辉; 验案

**[中图分类号]** R254.3

**[文献标志码]** B

**[文章编号]** 0257-358X(2021)06-0637-04

**DOI:** 10.16295/j.cnki.0257-358x.2021.06.019

新型冠状病毒肺炎(COVID-19)以发热、干咳、乏力为主要临床特征, 血白细胞计数正常或偏低, C 反应蛋白轻度升高, 胸部 X 线检查可呈现胸膜下斑片影、磨玻璃样影和间质性肺炎表现, 重症肺炎可以多灶, 多叶段受累, 并发胸腔积液。当前主要以对症、支持治疗为主, 尚未发现针对性药物<sup>[1]</sup>。《新型冠状病毒肺炎诊疗方案》试行第六版中医部分以清肺排毒汤为推荐方剂<sup>[2]</sup>, 其他不同证型也以化湿为主。然此病变化多端, 特别以中老年患者居多, 其既往病史广, 并发症多, 病情重, 进展迅速, 难与《指南》所示病证一样规范, 需医者灵活变通。杜少辉老师系主任医师, 医学博士, 教授, 博士研究生导师, 师从国医大师邓铁涛及扶阳派领军人卢崇汉等著名中医专家, 从医三十余年, 道崇扶阳, 法宗钱塘。新冠疫情期

间, 杜教授携团队为武汉患者提供线上义诊期间, 治疗多名 COVID-19 患者均获良效, 特选其中老年人 COVID-19 病例一则, 从结胸、痞证辨治, 先以解表, 后运用大小陷胸汤、大陷胸丸、桂枝人参汤、泻心汤为主方的分阶段诊疗, 为临床开拓思路。

## 1 经方治老年新冠肺炎验案

男, 81 岁, 家住武汉, 2020 年 2 月 2 日首诊。既往慢性支气管炎病史, 吸烟史 50 余年。主诉: 咳嗽 1 周, 发热 2 d。患者 2020 年 1 月 27 日因着凉后开始出现咳嗽, 以干咳为主, 偶有咳痰, 为白色泡沫状黏痰, 不易咳出, 曾恶心呕吐, 无发热、寒战, 未系统治疗。2 月 1 日患者自觉发热, 体温 37.6 °C, 当地医院查血常规, 白细胞计数(WBC):  $8.42 \times 10^9/L$ ; 中性粒细胞百分比(NEUT%): 85.6%; 淋巴细胞百分比(LYM%): 6%; C 反应蛋白(CRP): 108.3 mg/mL。新冠病毒核酸检测阳性; 胸部 CT 检查: 双肺多发斑片状感染灶。入院时症见: 神倦, 发热, 热峰 39.1 °C, 全身怕冷, 无汗, 咳嗽, 白痰, 痰难咳出, 口干多饮, 口苦, 纳眠尚可, 小便黄热, 尿频急, 夜尿 3~4 次, 大便调。舌暗红, 苔白厚腻, 裂纹, 少津, 舌下瘀, 脉未诊。低

**[收稿日期]** 2020-04-07

**[作者简介]** 陈雁(1995-), 女, 湖南衡阳人, 2018 年硕士研究生, 研究方向: 中西医结合临床内科急症。邮箱: 386457260@qq.com。

**[通信作者]** 杜少辉(1963-), 男, 江西萍乡人, 教授, 博士研究生导师, 主要从事中医药治疗老年病研究工作。邮箱: 674663653@qq.com。

流量给氧情况下指尖血氧饱和度 98%。中医诊断:寒疫。西医诊断:新型冠状病毒肺炎(COVID-19)。入院予常规抗菌、抗病毒治疗后仍发热,加用激素抗炎后热退,其后咳嗽、气促加重,予升级抗菌、抗病毒方案后未见明显好转。

处方:附子 15 g(先煎 2 h),炙麻黄 5 g,细辛 3 g,石膏 30 g,杏仁 10 g,柴胡 12 g,黄芩 12 g,法半夏 15 g,厚朴 15 g,白芷 15 g,芦根 30 g,生姜 30 g,生甘草 5 g。1 剂。煎煮法:附子先煎 2 h,再纳他药煮 30 min,日 2 次,饭后温服。

2020 年 2 月 4 日二诊。晨起体温 38.5 ℃,恶寒减轻,咳嗽,无痰,口干口苦,纳眠尚可,小便黄热,大便调。舌红,苔黄白厚腻,裂纹,少津。调整处方:去附子,石膏、芦根加至 60 g,另入栀子、淡豆豉各 20 g,诸药同煎 30~40 min,2 剂,日 1 剂温服。

2020 年 2 月 6 日三诊。服药后 2 月 4 日晚热退,少许恶寒,汗不多,咳嗽,无痰,口干苦减轻,2 月 5 日开始出现心慌,平卧时呼吸困难,无胸闷胸痛,胃部恶心感间作,无呕吐,纳眠可,小便较多,尿黄热,大便调。舌暗红,苔白厚腻,裂纹,少津。调整处方:附子 15 g(先煎 2 h),炙麻黄 6 g,细辛 3 g,桂枝 15 g,杏仁 10 g,生石膏 45 g,法半夏 15 g,白芷 15 g,芦根 60 g,竹叶 15 g,薏苡仁 30 g,冬瓜仁 30 g,生蒲黄 15 g,旋覆花 15 g,生姜 30 g,生甘草 5 g。3 剂,日 1 剂,煎服法同首诊。

2020 年 2 月 8 日四诊。未再发热,少许怕冷,汗不多,仍有咳嗽,痰难咳出,减少补液量及利尿处理后气促、心慌缓解,口干口苦减轻,纳眠可,大便干结,小便多,尿黄热。舌紫暗,苔白厚腻,裂纹。复查胸部 CT:与 2 月 3 日比较双肺感染病灶吸收不明显,左侧胸腔新见少量弧形液体密度影。调整处方:附子 30 g(先煎 2 h),干姜 30 g,桂枝 15 g,党参 30 g,茯苓 20 g,白术 20 g,法半夏 15 g,陈皮 10 g,木香 10 g,草果 20 g,厚朴 10 g,薏苡仁 30 g,芦根 30 g,冬瓜子 30 g,蒲黄 15 g(包煎),杏仁 10 g,葶苈子 15 g,芒硝 10 g(冲服),生姜 30 g,生甘草 5 g。2 剂,日 1 剂,煎服法同前。家属担心芒硝泻下作用过强,暂拒芒硝。

2020 年 2 月 10 日五诊。服药后咳嗽明显好转,痰较前易咳出,气促明显减轻,无胸闷心慌,无发热,

少许怕冷,汗不多,少许口干,无口苦,纳眠可,大便日 2 次,小便黄。舌紫暗,苔白厚腻,裂纹。傍晚患者诉解黑便,不能排除急性上消化道出血,暂停中药。

2020 年 2 月 13 日六诊。患者无急性上消化道出血,要求续服中药。现活动后少许气促,偶有咳嗽,痰易咳出,无发热恶寒,汗不多,少许口干,口不苦,纳差,饥饿时易出现上腹痛,大便日 4~5 次,成形,无黑便,小便黄。舌质红,苔中后根白腻。复查胸部 CT:与 2 月 8 日比较,双肺感染病灶较前实变,范围较前缩小;左侧胸腔积液较前大部分吸收。调整处方:附子 30 g(先煎 2 h),干姜 30 g,桂枝 30 g,细辛 3 g,党参 30 g,茯苓 20 g,白术 30 g,砂仁 10 g,法半夏 15 g,陈皮 10 g,薏苡仁 30 g,白豆蔻 20 g,厚朴 10 g,莱菔子 30 g,杏仁 10 g,芒硝 5 g(冲服,日 2 次),生姜 30 g,生甘草 5 g。3 剂,2 月 14 日起服,日 1 剂,煎法同前。

2020 年 2 月 15 日七诊。服药后大便次数减少,日 2 次,成形,量较之前增多,便后心慌、饥饿感,进食后可逐渐缓解,无便后乏力感,咳嗽较前减轻,偶有干咳,无气促胸闷,口干减轻,无口苦,纳眠可,小便偏黄。舌淡红,舌苔较前明显消退。调处方:2 月 13 日方去薏苡仁、白豆蔻、细辛,半夏减至 10 g,芒硝加至 10 g,党参、干姜加至 60 g,砂仁加至 20 g。由于条件不允许,干姜、党参只能凑到 45 g,砂仁、芒硝无加量。

2020 年 2 月 17 日八诊。服药后大便日 3 次,成形,便后仍有心慌,饥饿时易上腹疼痛,进食缓解,咳嗽较前缓解,少许口干,纳眠可,小便饮水少时偏黄。舌质淡红,苔白。复查胸部 CT:与 2 月 12 日比较,双肺感染范围较前缩小,密度较前减低。左侧胸腔积液基本吸收。调处方:附子 30 g(先煎 2 h),干姜 30 g,桂枝 30 g,党参 60 g,茯苓 30 g,白术 30 g,砂仁 20 g,法半夏 10 g,陈皮 10 g,厚朴 15 g,生蒲黄 10 g(包煎),莱菔子 30 g,杏仁 10 g,葶苈子 15 g,芒硝 3 g(冲服),生姜 30 g,生甘草 5 g。3 剂,日 1 剂,后 2 剂去芒硝,煎服法同前。每日白参 5~10 g 含服。

2020 年 2 月 18 日九诊。服药后大便日 2 次,成形,便后心慌、饥饿时上腹痛较前明显好转,咳嗽基本缓解,口干、尿黄较前进一步减轻,纳眠可,舌淡红,苔薄白。续服前方,去芒硝。

2020 年 2 月 19 日十诊。服药后大便日 5 次,成形,便后心慌、饥饿时上腹痛较昨日加重,余大致同前。嘱加黄连 5 g 或服用黄连素片。

2020 年 2 月 25 日复查核酸阴性,胸部 CT:双肺多发斑片状感染灶较前部分吸收。于 3 月 1 日顺利出院,至 3 月 8 日随访患者出院 1 周无不适。

## 2 讨论

根据 COVID-19 的发病方式、流行趋势及临床特点,《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》第 3~5 版均将其归属于中医学疫病范畴<sup>[3]</sup>,中科院专家组认为其属于中医学寒疫范畴<sup>[4]</sup>。张仲景《伤寒论》序记载:“余宗族素多,向余二百,建安纪年以来,尤未十稔,其死亡者,三分有二”,他认为“天有暴寒者,皆为时行寒疫也”,由此可推测当时也遭寒疫,伤寒经方可用也应当用于控制 COVID-19 疫情。故杜教授以清代张志聪《伤寒论集注》之医理,运用经方分阶段施治。

### 2.1 三个阶段医理分析

治疗第一阶段(1~3 诊)为解表退热,表证重,不可下。故方选《伤寒论集注》所言“风邪随太阳之气内入,与少阴之热气相接,故宜大青龙汤主之”之大青龙汤加减<sup>[5]45</sup>;合“太阳之气若逆于三阴三阳之内,不能从胸膈以出入,须藉少阳之枢转而外出,小柴胡汤从枢转而达太阳之气于外者也”之小柴胡汤<sup>[5]59</sup>;合“助阳明中土之能上交于心,解心中之虚热以下交,则上下调和,而在外之热亦清矣”之栀子豉汤等方化裁以解表<sup>[5]47</sup>。复查胸部 CT 病灶未见进展,盖表得解而病情不再进展,表邪解后再下结胸,则不会因误下而表邪内陷致肺炎加重。加附子起少阴生阳,助细辛、麻黄启少阴外达太阳,宣开肺卫;桂枝温化太阳,加白芷导清阳上升,达水火交会之要点<sup>[6]57</sup>;半夏化痰结以疗《神农本草经》所言之“胸胀咳逆”,柴胡推陈致新而散“结气、积聚”,栀子稟“使坚结者解而上出,火空则发之义”清散胸膈心包<sup>[7]37</sup>;芦根、厚朴通利手足太阴,石膏辛,发越表阳不通之内陷;更合金钱苈茎汤清肺排脓,以蒲黄之轻走上焦而易桃仁泄下;加旋覆花旋转其逆以下行,胃部上涌感觉解除。

治疗第二阶段(4~8 诊)为解结胸,以其表解而可下也。热退,但咳喘、胸闷加重,伴有心慌、气促,

舌苔厚腻,CT 检查示胸腔积液,此为《伤寒论集注》所言之水结。病发于太阳,太阳主表,宜从汗解,然行激素、抗生素过多致胃中空虚,水气结于胸膈,同时入血分,结胸证现。故 4~8 诊治以温阳化气、通利水道,予大陷胸汤、小陷胸汤、大陷胸丸加减化裁。去大黄、甘遂之峻下,留咸寒之芒硝,盖芒硝色白属金,可化肺之结胸;其咸可资肾,行上下之水而不伤本;其性虽寒却遇火能焰,上通君火而下得水中之天气,故更适合老人结胸证。《伤寒论》第 131 条曰:“热入,因作结胸……下之则和,宜大陷胸丸。”因其口干、口苦、便干结之热入,故配大陷胸丸之葶苈、杏仁助水道行而解太阳结,又化肺胃之热。心慌则涉心主络脉,舌转紫暗是结入血分,“结邪或涉心主络脉,为小结胸证;血分之结,故曰小也”,故又合小陷胸汤以运太阳之气助六经开阖枢。经治疗,复查 CT 示双肺感染灶缩小,密度减低,胸腔积液基本吸收,乃结胸得解也。

或问服芒硝,大便反而成形,何也?盖芒硝非泄下之品,张仲景以承气相称,非阳明之燥结,然病于太阳亦可用之。盖芒硝禀水火之妙,一则逢水即化,得寒水之性化阴结于阳内,结胸可消;一则遇焰辄发,合心火及肺之通体阳热交于地,降太阳天正之气而火复土气,胃肠得正也。“盖生之者水火,化之者亦水火”,芒硝一物,水火皆通,解太阳寒水之结又复土之德气也<sup>[7]50</sup>。

治疗第三阶段(9~10 诊)以纳差、大便稀等中阳虚为主,主以桂枝人参汤合半夏泻心汤化裁,伍以陷胸汤丸,似第一阶段表里双解,但旨在守中,兼清内外余邪。《伤寒论集注》云:“土气虚微,遂协太阳之热而利。桂枝人参汤表里双解,助‘中气和而表里之邪自解矣’<sup>[5]31</sup>,则服后大便成形。白豆蔻温胃和中,细辛温水启阳,开肾达肺<sup>[6]89</sup>。使用芒硝一剂后舌苔较前明显消退,但便后出现心慌、饥饿感,进食缓解,需转攻为守,故去芒硝、白豆蔻、细辛、薏苡仁,半夏减量,以党参、干姜、砂仁加倍扶火土,白参含服补中气之虚。最后收功仿泻心汤之法,是‘结于无形之里者’<sup>[5]67</sup>以清病气而扶助中阳,加服黄连,是‘风寒暑湿之邪伤人经脉,不能从肌腠而外出,则下行肠胃……黄连阴中有阳,能济君火而养神也’<sup>[8]</sup>,黄连泄中有补,化阳养神,盖《素问·五常政大论》云:

“根于中者,命曰神机也”。

## 2.2 新冠肺炎病理与经方扶阳

扶阳治疗新冠肺炎与西医学相符合。王福生团队在《柳叶刀》上发布了全球首份重症新冠肺炎患者的病理报告,组织学检查显示双侧弥漫性肺泡损伤伴细胞纤维黏液样渗出物,右肺组织有明显的肺细胞脱落和透明膜形成,左肺组织显示肺水肿伴透明膜形成,双侧肺中均可见以淋巴细胞为主的间质单核细胞炎性浸润<sup>[9]</sup>。继发的“炎症瀑布”中相互重叠的三个阶段:启动、放大、损伤,是机体正常炎症反应过度表达的结果<sup>[10]</sup>。杜教授认为此寒伤阳气,炎症反应导致的免疫低下为阳虚,“阳化气,阴成形”,阳不化气,则产生痰浊、水饮等病理产物。肺泡损伤及黏液纤毛清除机制受损的病理学证据从西医学角度提示了用中医扶阳的方法会有奇效,且临床实践也证实如此。经总结,此次肺炎病属伤寒,病在太阳寒水,并内干他经气化,治疗上当以扶阳化气、散寒行水为大法,所以不可见干咳而妄用麦冬、沙参等药。

### [参考文献]

[1] 王凌航. 新型冠状病毒感染的特征及应对[J]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版),2020,14(1):1-5.

- [2] 国家卫生健康委办公厅,国家中医药管理局办公室. 关于印发新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第六版)的通知[EB/OL]. [2020-02-18]. [http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-02/19/content\\_5480948.html](http://www.gov.cn/zhengce/zhengceku/2020-02/19/content_5480948.html).
- [3] 李宝乐,李小叶,任顺平,等. 结合 3~5 版《新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案》和古代文献初探新型冠状病毒肺炎的中医药辨治[J]. 中草药,2020,51(4):873-877.
- [4] 范逸品,王燕平,张华敏,等. 试析从寒疫论治新型冠状病毒(2019-nCoV)感染的肺炎[J]. 中医杂志,2020,61(5):369-374.
- [5] 张志聪医学全书·伤寒论集注[M]. 北京:中国中医药出版社,2015:45.
- [6] 卢铸之,卢永定,卢崇汉,等. 卢氏药物配合阐述[M]. 上海:上海科学技术文献出版社,2012:57.
- [7] 邹澍. 本经疏证[M]. 北京:中国中医药出版社,2013:37.
- [8] 张志聪医学全书:本草崇原[M]. 北京:中国中医药出版社,2015:30.
- [9] ZHE XU, LEI SHI, YIJIN WANG, et al. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome[J]. Lancet Respir Med, 2020, 8(4): 420-422.
- [10] 陈灏珠,林果为,王吉耀. 实用内科学[M]. 14 版. 北京:人民卫生出版社,2013:257.

(上接第 609 页)

- [5] WILSON C D, BURKS J D, RODGERS R B, et al. Early and late post-traumatic epilepsy in the setting of traumatic brain injury: A review of anti-epileptic management[J]. World Neurosurgery, 2017, 110: 901-906.
- [6] LI WENBIN, WANG XUAN, WIE XIAOER, et al. Susceptibility-weighted and diffusion kurtosis imaging to evaluate encephalomalacia with epilepsy after traumatic brain injury[J]. Ann Clin Transl Neur, 2018, 5(5): 552-558.
- [7] 王圆圆,白雅,秦娜,等. 复方丹参滴丸联合抗癫痫药物治疗外伤性癫痫的临床疗效[J]. 中华神经外科疾病研究杂志,2017,16(1):39-42.
- [8] 曹勇,郑慧军. 针刺联合医痫丸治疗颅脑外伤癫痫(风痰上扰证)疗效及对 NOX2/ROS 通路的影响[J]. 中国中医基础医学杂志,2016,22(5):674-677.
- [9] 刘倩,黄银兰,薛小卫,等. 针刺百会穴对癫痫大鼠行为学、体质量及 IL-6 表达的影响[J]. 中华中医药学刊, 2018,36(2):299-302.
- [10] 薛小卫,黄银兰,刘倩,等. 针刺足三里穴对癫痫大鼠海

马组织 Leptin、RANTES 表达的影响研究[J]. 辽宁中医杂志,2018,45(4):838-841.

- [11] 梁慧英,游国清,廖琳,等. 针灸配合认知训练治疗颅脑外伤后认知障碍临床观察[J]. 中国针灸,2015,35(9): 865-868.
- [12] 赵军. 复方丹参滴丸治疗外伤性癫痫的疗效及对 TNF- $\alpha$ 、IL-6、CRP 的影响[J]. 中国实用神经疾病杂志,2016,19(2):117-119.
- [13] VEZZANI A, FUJINAMI R S, WHITE H S, et al. Infections, inflammation and epilepsy[J]. Acta Neuropathol, 2016, 131(2):211.
- [14] 乔嘉,李洋洋,黄银兰,等. 百会、大椎、足三里对癫痫大鼠神经保护机制的影响研究[J]. 中华中医药学刊, 2019,37(4):918-921.
- [15] 钟永盛,罗成,石佳松. 脑外伤患者血钙浓度变化与神经损伤、氧化应激程度的相关性分析[J]. 疑难病杂志, 2019,18(8):787-790.