

王敬卿“肺脑同治”论治脑卒中合并肺部感染刍议

冯雨诗¹, 王敬卿^{2*}

(1. 南京中医药大学, 江苏 南京 210000; 2. 南京中医药大学附属南京中医院, 江苏 南京 210000)

摘要: 脑卒中是常见的急性脑血管疾病, 临床上常伴有肺部感染, 防治肺部感染即可提高卒中的好转率、改善预后, 本文就王敬卿主任从“肺脑同治”理论治疗脑卒中合并肺部感染的临床经验做一理论探讨和病例分享, 为同道提供诊疗思路。

关键词: 脑卒中; 肺脑同治; 案例经验; 中医药

中图分类号: R563

文献标识码: B

DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2023.011.029

本文引用格式: 冯雨诗, 王敬卿. 王敬卿“肺脑同治”论治脑卒中合并肺部感染刍议[J]. 世界最新医学信息文摘, 2023, 23(011): 169-172.

0 引言

研究显示, 肺部感染是急性脑卒中患者常见的并发症, 发生率约在17.9%以上^[1], 并且可能造成患者病情恶化甚至最终死亡, 约34%^[2]的脑卒中患者最终死于肺部感染。且现代医学通常经验性或长期应用抗生素治疗肺部感染, 易出现多重耐药性现象。因此通过“肺脑同治”理念应用中医药积极早期防治, 不仅能提高脑卒中好转率, 而且能一定程度上避免抗生素类药物使用过度带来的不良影响。

王敬卿主任作为南京市名中医, 从事脑血管疾病的诊治及科研工作三十余年, 对脑卒中合并肺部感染的中医治疗有着丰富的临床经验, 现对王敬卿主任治疗脑卒中合并肺部感染的经验总结如下。

1 “肺脑同治”的生理、病理基础

1.1 肺脑经络相关

脑为诸阳之会, 人体所有的阳经皆可上注

于脑, 阳经与脑可直接相连, 而阴经通过经别与脑间接连系。十二经别通过“离、入、出、合”从正经别出, 深入胸腹, 浅出头项, 最后与正经相合, 故而解决了阴经不上头的问题。内经有云: “手太阴之正, 别入渊腋少阴之前, 入走肺, 散之大肠, 上出缺盆, 循喉咙, 复合阳明。”这说明了手太阴肺经的经别随手阳明大肠经上头, 实现了手太阴肺经与脑相联系。

同时肺作为相傅之官, 朝百脉, 与诸多经脉相连。其中手少阴心经“复从心系, 却上肺”, 心肺气血相通, 同时心经“系目系”与脑相连, 从而肺经通过手少阴心经和脑相通。足少阴肾经“挟舌本”上头, 同时又“入肺中”与手太阴肺经脉相通。足厥阴肝经“与督脉会于巅”, 且“其支者: 复从肝别贯膈上注肺。”同时督脉入于脑, 其分支络于肺。《灵枢·营气》曰: “上额循颠下项中, 循脊入骶, 是督脉也, ……入缺盆, 下注肺中。”以上经脉都在肺脑之间建起了联系的桥梁, 使得肺脑通过经络产生联系, 互相作用、影响。

基金项目: 王敬卿南京市名中医工作室(WJQ-2019-NJ)。

作者简介: 第一作者: 冯雨诗(1997-), 女, 目前南京中医药大学硕士研究生在读, 2020年入学, 中医内科学脑病方向。

通信作者*: 王敬卿(1968-), 女, 南京市名中医, 博士, 主任中医师, 科副主任, 学科带头人, 硕士生导师。2007年被南京市科学技术局评为南京市中青年行业技术学科带头人; 2008年被江苏省中医药学会评为江苏省第四届优秀中青年中医药(中西医结合)工作者; 2011年被评为江苏省优秀中青年中医临床人才优秀学员。



1.2 肺脑互相作用

脑是人体生命的中枢，位于人体的最高位置。同时肺为“华盖”，亦在五脏之中居于最高，肺为水之上源，脑为髓之上汇，两者在人体的位置和功能有相对应之处，都具有居高统领及统帅生命活动及脏腑功能的作用。

肺朝百脉，全身的血液会聚与肺，通过肺的吐故纳新，再输布至全身，故也承担了充养脑髓的重要作用。肺主气，司呼吸，《内经》有云：“肺者，气之本，魂之处也”，说明了肺决定了人体气的生成，并且通过气的作用影响脑的生理活动，气足则神旺，气闭或脱则神亡。此外，气虚不能帅血，导致血液留滞不行，血瘀脑脉而发中风，即所谓“虚气留滞”。

脑为元神之府，从根本上统摄人的意识、精神及思维活动。同时人的精神活动也基于五脏的正常功能活动，并且一分为五，神、魂、意、志、魄各分属于五脏，因此脑的生理与五脏休戚相关。其中肺藏魄，亦为魂之处也，属于脑中元神的一部分，故而产生了密切的联系，脑既通过元神对五脏的调摄作用影响了肺，肺亦深刻影响着脑的生理活动。

1.3 肺脑相互影响

肺为储痰之器，不耐寒热，中风患者体内易形成风火夹痰，并且中风病以正虚为本，外邪内伤均亦犯肺致宣肃失司，痰热内蕴，引发肺部感染。同时脑之元神被蒙、神机失用，影响到肺的清肃功能，进一步加重痰浊、水饮、瘀血等病理产物的堆积，继而加重肺脑损害，使得中风患者的病情进一步加重。故本病病机主要是痰阻、血瘀和气郁或夹杂六淫客肺，直接或间接影响肺气的正常宣降，引发以咳嗽、咳痰及喘促为主的肺部症状。病性属本虚标实，虚实夹杂。

2 肺脑同治刍议

基于上述理论基础，王敬卿主任依据多年

临床经验，提出“肺脑同治”治疗脑卒中后肺部感染，可概括为“宣降肺气利于开窍醒神、肺主治节利于通脑活络”，临床上根据不同证型进行辨证施治。

3 肺脑同治证候特点

基于上述对该病的病机分析可知，中风后患者正虚为本，病理产物或外邪犯肺致肺部感染，故王敬卿主任以扶正祛邪、攻补兼施为治疗原则，在此基础上根据不同证型以辨证论治。根据余学庆等建立的肺炎证型诊断标准以及王主任临床工作中的总结经验，主要论述以下四种常见证型。

3.1 痰蒙神窍/风痰瘀阻

中风急性期风、热、痰、瘀共存，为主要致病因素，导致起病急速，病程进展快，病情危笃，甚则出现神昏。朱丹溪于《丹溪心法·咳嗽》云：“肺胀而咳，或左或右不得眠，此痰夹瘀血碍气而病。”在病理上肯定了痰瘀易阻肺气，风常与痰、火兼夹为病，痰可郁久化火，火能炼液为痰，从而导致肺部疾患，肺脑相互影响，从而加重病情。故此型患者可采取豁痰祛瘀通络法，使肺气利而痰无以生，即“宣降肺气利于开窍醒神”，阻止痰瘀对清窍的损害，既可避免发生肺部感染，亦能一定程度上防止痰瘀上蒙清窍导致神昏。同时也要尽早使用醒脑解毒开窍药，例如“凉开三宝”等，联合用药，协同药效，使脑窍重开、神识复明，从而使肺的呼吸功能恢复。

3.2 痰热郁肺

中风后患者机体正气严重受损，多长期卧床，导致气滞并兼脾虚，后天之精难以运化输布以养肺，气机不畅，以致肺脏生痰储痰难出，进一步加重肺气壅塞，最后出现咳嗽咳痰等症状。其中，痰阻贯穿本病的始终，是发生肺部感染的病理基础。若此时兼有外邪侵犯，正气虚难以驱邪外出，邪气与痰搏结于内，多

化热化燥，终成痰热证。因此，“祛痰”“化痰”“导痰”“涤痰”之法显得尤为重要。并且当肺热灼津或肺气塞滞时，肺失肃降或肺气不足，肃降无力，津液不能下润大肠，会导致大肠燥结或肠胃积滞，腑气不通，邪气上逆，加重肺气肃降受阻而出现的咳嗽、气喘等症。故此时应重视肠腑不通的症状，以免加重肺部疾患，治疗时需适时适量加入通腑泻热之药，以清肺化痰、通腑泄热为治疗大法，可与王宝见^[3]等对该证型的论治观点相互印证。

3.3 痰湿阻肺

此证型即发生中风后，痰阻于肺，大多数患者此时处于正气耗伤而邪气未清的疾病状态，正邪均虚，运用祛湿化痰行气之药易伤正气，导致邪气难清、正虚邪恋甚至出现变证，影响疾病预后。因此王主任认为该证型可采用和法，用药时力求缓和，反而能起到更好的治疗效果。并且考虑到“脾为生痰之源”，故可加用茯苓、麸炒白术、佛手等健脾渗湿之品，亦可与金老^[4]所说之“脾复健运之常，而痰自化矣”相互印证。

3.4 肺脾气虚

中风后遗症期或仅发卒中患者一般年龄偏大、基础疾病较多，且卒中后大多数患者会出现偏瘫导致肢体活动障碍，被迫长期卧床^[5]，“久卧伤气”“久病耗气”，肺气虚不能通调水道，脾气虚不能运化水谷，“脾为生痰之源”，聚津成痰，“肺为储痰之器”，痰阻于肺，致肺气壅塞，气机不利，而成气滞。且中风后“久病必瘀”，故患者多数除了肺脾气虚，多还兼有瘀血阻络的征象，故此证治疗时以健脾化痰为法，兼以行气活血化痰，标本兼治，即对“肺主治节利于通脑活络”的合理运用。

4 验案举隅

患者，男，38岁，2020-01-19初诊。主

诉：突发意识不清13天。患者2020年1月6日突发意识不清，行头颅CT提示脑干出血，予以急诊气管插管，呼吸机辅助呼吸，行头颅CTA示：脑干及左侧小脑半球脑出血，少量蛛网膜下腔出血，四脑室少量积血，脑室系统扩张，小脑萎缩，左侧部分胚胎型大脑后动脉。予完善术前相关准备，于2020-01-06急诊在全麻下行脑干血肿清除+脑室外引流术，术后予以预防感染、抗癫痫、减轻脑水肿、抑酸、化痰、补液、营养支持等对症治疗。患者持续昏迷，于2020-01-10行经皮气管切开术，住院期间患者偶有高热，查脑脊液结果未见明显颅内感染迹象，痰培养提示鲍曼不动杆菌、多重耐药，予以舒普深+泰阁抗感染治疗。复查头颅+胸部CT示：脑出血术后改变，气颅，脑水肿，脑干及左侧小脑半球脑出血较前吸收，小脑萎缩。两肺索条及炎性渗出，两下肺炎症，较前进展。

刻诊：神志昏迷，高热，咳嗽，喉部痰鸣，经气管接管内可吸出中等量黄黏痰，四肢抽搐，手足心热，舌质红，苔黄腻，脉细滑数，大便干结，小便量少色黄。查体：体温波动于37.7℃~39.4℃之间，双肺呼吸音粗，双肺可闻及散在痰鸣音。中度昏迷，双侧瞳孔不等大，左：右=2mm：5mm，对光反射消失，病理征(+)。西医诊断：(1)脑干出血；(2)左小脑出血；(3)蛛网膜下出血；(4)症状性癫痫[继发性癫痫]；(5)高血压2级；(6)肺部感染；(7)双侧胸腔积液；(8)心功能不全。中医诊断：中风病，辨证为痰热壅肺证。治则：清热化痰，通腑泻热。处方：石膏_(先煎)20g，黄芩20g，瓜蒌30g，浙贝母20g，青蒿10g，炒当归10g，枳实15g，石菖蒲10g，怀牛膝15g，胆南星15g，芒硝10g，大黄10g，茯苓20g，炒白术20g，甘草6g。

上方连续服用2周后，患者体温稍有下降，波动在37.4℃~38.7℃，面色好转，咳嗽咳痰症状较前有所好转，四肢温，无明显出汗，小便



清量可，大便色黄质软，约1~2次/d，故原方去大黄、芒硝，再次续服2周。后予复查痰培养及药敏：肺炎克雷伯菌、鲍曼不动杆菌，米诺环素、阿米卡星、氯霉素、多粘菌素B、复方新诺明敏感，余抗生素耐药。根据药敏结果予米诺环素抗菌，并继续予中药治疗，此后患者体温逐步降至正常，偶有咳嗽，痰量明显减少，易咯出，病情相对平稳。复查胸部CT示：两肺下叶感染性灶较前明显减少。

按语：本例患者脑出血后昏迷多日，以致脏腑虚弱，脾生痰，肺聚痰生热，而发高热。同时肺气不通，不能行肃降之责，津液不能下润大肠，而致腑气不通，大便秘结。痰热阻肺，肺失宣肃，炼津成痰，而致咳嗽咳痰，色黄质稠；辨其舌脉，舌红苔黄腻，脉细滑数乃痰热壅肺之征象。治以清热化痰，通腑泻热，方用蒿芩清胆汤合麻杏石甘汤加减。方中黄芩能清热燥湿、解毒泻火；石膏能开窍豁痰、开胃化湿；牛膝能引血下行、补肝益肾、逐瘀通经；瓜蒌能宽胸散结、清热涤痰、润肠通便；胆南星能熄风止痉、清热祛痰；浙贝可清热祛痰、止咳散结；大黄能通肠泻热、通经逐瘀、凉血解毒、利水肿、破痰实；芒硝能泻下利湿、软坚消积；枳实能祛痰散痞、消积破气，与芒硝配伍加强消积除痞的功效，与大黄配伍加强通腑消积之效；辅以茯苓、白术以取健脾化痰之效，并防清热太过，徒伤正气；甘草可调和诸药，全方配伍严谨，发挥清热化痰、通腑逐瘀、止咳散结的作用，标本兼治，促使气机调达、中焦通畅、气血津液运化平衡，热退痰消，腑气通畅。

5 小结

脑卒中合并肺部感染的患者病情危笃、预后极差，且大多数患者都存在不同程度的抗生素耐药情况。若仅从肺或脑论治，治疗上多有局限性，而该病病机复杂多变，证型多且易相互转变、兼夹，因此在临床中要重视肺脑的相互联系，在疾病早期即运用“肺脑同治”之法尽早干预，“未病先防、既病防变”，用药上肺脑兼治，宣降肺气以开窍醒神，肺主治节以通脑活络，最终达到有效提高机体免疫力、改善预后、提高对抗生素的敏感性的治疗目标，争取达到减量甚至停用抗生素的效果。但目前关于肺脑相关理论的研究较少，分子机制尚不明确，因此重视并构建肺脑同治理论可为以后的临床及科研提供重要的学术价值。

参考文献

- [1] 何雨峰, 李宁侠, 段金秋, 等. 急性脑卒中患者下呼吸道多重耐药菌感染的危险因素分析[J]. 海南医学, 2018, 29(22): 3135-3139.
- [2] 郑之俊, 李侠, 梁发俊, 等. 中医药治疗卒中相关性肺炎近10年研究概况[J]. 中医药临床杂志, 2016, 28(07): 904-906.
- [3] 王宝见, 王德臣, 赵国民. 新加宣白承气汤治疗中风急性期并发肺部感染的临床研究[J]. 中国中医急症, 1994(01): 8-9.
- [4] 韩旭翠, 江舟, 周凌云. 金远林辨治卒中相关性肺炎多重耐药药案举隅[J]. 中医药导报, 2020, 26(01): 130-132.
- [5] 魏丽. 中医药治疗卒中后相关性肺炎研究进展[J]. 湖南中医杂志, 2013, 29(10): 138-140.