

引用:梅运铮,杨硕,王慧哲,李新民.李新民从瘀论治小儿肺炎支原体肺炎经验[J].中医导报,2025,31(5):208-212.

李新民从瘀论治小儿肺炎支原体肺炎经验*

梅运铮,杨硕,王慧哲,李新民

(天津中医药大学第一附属医院/国家中医针灸临床医学研究中心,天津 300381)

[摘要] 李新民认为小儿肺炎支原体肺炎病机核心是瘀血阻络,提出“活血化瘀贯彻始终”的治疗总则,并进行分期论治。初期针对瘀遏气机所致的表郁化热,里逆生咳,其强调活血行气,清热宣肺;进展期针对瘀毒互结所致的闭道阻络,化恶生变,其强调活血解毒,通调脏腑;后期针对瘀阻水道所致的津停成痰,湿留三焦,其强调活血祛湿,三焦同治。其用药注重运用药物的四气五味和升降浮沉之性,同时顺应小儿的生理特点。附医案2则以佐证。

[关键词] 小儿肺炎支原体肺炎;瘀血阻络;活血化瘀;分期论治;李新民;名医经验

[中图分类号] R249 [文献标识码] B [文章编号] 1672-951X(2025)05-0208-05

DOI: 10.13862/j.cn43-1446/r.2025.05.038

肺炎支原体肺炎(mycoplasma pneumoniae pneumonia, MPP)是由肺炎支原体(mycoplasma pneumoniae, MP)感染所引起的肺部疾病,以发热和咳嗽为主要临床表现。其病程较长,所引起的发热可持续1~3周,咳嗽可持续1个月以上,并可导致全身多系统多器官损害^[1]。据报道,有10%~30%的儿童社区获得性肺炎是由MP感染引起的^[2],多为散发或呈地区性流行,学龄前和学龄期儿童高发^[3]。MP致病机制多样,炎症反应强烈^[4],相关研究表明MP对人体的影响以免疫反应为主^[5]。而儿童由于免疫系统尚未发育完全,一方面免疫防御功能不完善,导致容易感染病原体;另一方面免疫识别功能不精准,导致自身免疫反应率高^[6]。故小儿MPP容易发展为重症。研究发现,儿童MPP重症率高于其他年龄组,可达25%^[7],且有45.7%的患儿会出现并发症^[8],若病情不能及时有效得到控制,还可遗留后遗症,导致儿童慢性气道疾病,影响生命质量^[9]。

中医药治疗小儿MPP具有独特优势,可以有效改善临床症状,提高治愈率,缩短病程,减少抗生素的使用^[10]。古代中医文献中并无MPP的记载,多将MPP不分病原,笼统归于“肺炎喘嗽”,难以突出其证候、病程及预后的特殊性。随着1944年MP的发现,以及后期针对MP致病特性的研究深入,当代医家多基于所处地区及气候特点,从风温^[11]、燥热^[12]等角度论治小儿MPP,而针对MPP致病机制中占主导地位的免疫损伤和高凝状态却鲜有关注。中医学认为免疫反应和高凝状态对人体的损伤与瘀阻关系密切^[13],通过运用活血化瘀法可以对机体免疫功能和凝血功能产生双向调节作用^[14],故从瘀阻角度分析小儿MPP具有研究价值和临床指导意义。李新民教授(以下尊称“李师”)为天津中医药大学博士研究生导师、天津市名

中医、第七批全国老中医药专家学术经验继承工作指导老师,从医30余年,于临床实践中将MP致病特点总结为易成瘀阻,并且按照瘀阻的变化过程将小儿MPP分为初期、进展期、后期三期,强调瘀阻贯穿三期始终,治疗上通过灵活运用药物四气五味及升降浮沉之性,在活血化瘀的基础上兼顾每期的病机特点,恢复脏腑气血功能。笔者有幸跟师学习,现将李师从瘀论治小儿MPP之经验整理介绍如下,以臻同道。

1 病因病机

1.1 病因——阳盛为热,迁延为湿,湿热搏结 吴坤安《伤寒指掌》云:“凡暑月淫雨之后,日气煦照,湿浊上腾,人在湿浊蒸淫中感之……骤发而重者,为湿温。”^[15]夏秋之交,正值长夏,暑热未尽,水湿泛滥,天气下迫,地气上腾,湿为热蒸,湿热交相则易致病^[16]。流行病学研究显示,MP感染病例在夏秋季节初见增多,后逐渐累积于秋冬季暴发,其流行曲线与各地域的气候、气温、湿度等存在着一定的关联。平均温度每升高1℃和湿度每升高1%,小儿MPP的病例数每周可分别增加16.9%和4.1%^[17]。

叶天士《温热论》曰:“湿与温合,蒸郁而蒙蔽于上,清窍为之壅塞,浊邪害清也。”^[18]湿热合邪,易上犯肺卫,蒙蔽清窍,壅塞气道^[19],进而阻滞气机,化热生咳。卫气属阳,拱卫肌表,若热邪侵袭,同气相求,则热势更旺,而湿性属阴,易袭阳位,若湿邪困扰,阴阳搏结,则咳喘缠绵。

湿热之邪的特性与MP生物结构所展现出的特点有相似之处。西医学认为,MP在结构上与人体呼吸道上皮具有相似的表面抗原。一方面导致其具有嗜呼吸道上皮性^[20],易于侵犯呼吸道引起咳嗽等症状;另一方面导致其容易逃逸免疫细胞

*基金项目:国家自然科学基金面上项目(82474571);天津市名中医传承工作室建设项目(879022)

通信作者:李新民,男,主任医师,教授,研究方向为中医药治疗小儿肺系、脑系、肾系疾病

的识别而不易被驱除,使得病情迁延难愈^[21]。同时,MP可以通过多种途径导致炎症的发生^[22],所引起的发热等炎症反应较其他病原体也更为明显。

湿热病邪易犯肺卫,既含亢盛炎上之热邪性质,又有黏腻郁滞之湿邪性质,与MP致病热势高盛、咳嗽迁延的特点相吻合,相关临床回顾性分析也证实,MP的致病特点与湿热邪气的特征具有相关性^[23]。故基于小儿MPP的发病特点、临床表现、演变规律,可以认为MP具有湿热的病邪特点。

1.2 病机——湿遏热伏,输运不畅,化生瘀阻 明代《医学入门》提出:“盖阳气无形,阴血有质,必湿热涩血。”^[24]湿为阴邪,热为阳邪,阴阳对立,湿遏则热伏,热蒸则湿动。湿热之邪入里,热性亢盛,轻扬趋上,促气升提,迫血行气;湿性黏滞,重浊趋下,促气沉降,阻血碍气,湿热搏结,则气机不畅,血行不通,而化生瘀阻。血瘀内阻,气郁不达而助火,火盛则热旺持久,湿亦不化而生痰,痰壅则湿咳迁延,可见瘀阻反增气血郁滞,会助长病邪之势,导致恶性往复。

湿热与瘀血的关系恰如炎症与凝血的关系。西医学认为,MP侵犯人体会产生大量细胞因子及趋化因子^[25],造成血管内皮损伤形成炎症状态,而在炎症的作用下,损伤的内皮诱导促凝及抗纤溶物质增多,导致凝血功能异常,形成高凝状态^[26]。高凝状态下增多的凝血酶及纤维蛋白不仅会作为促炎因素直接加重炎症^[27],还会聚集在病灶附近形成生物膜,阻碍作为抗炎因素的药物到达病灶^[28],进而促使炎症反应进一步扩大。故在小儿MPP患者体内,炎症反应和高凝状态互为正反馈调节,形成恶性循环。临床表现为以气道炎症反应所致的刺激性咳嗽、持续性高热,以及高凝状态所致的血小板^[29]、D-二聚体、纤维蛋白原^[30]等凝血功能指标升高。

故李师认为,瘀阻为MP的致病特点,存在于小儿MPP全程,是病情进展、转向重症的关键,并且会在不同时期结合当期特点形成不同病理表现。因此防止瘀阻的化生,不仅能够截断病势,同时还能加速MP的清除,缩短病程。

2 分期辨治

瘀阻早期碍药达患,郁气化热,闭肺成咳;不解则瘀积酿毒,闭道阻络,进展生变;后期困阻津液,停津化痰,共犯三焦。瘀阻不除,则脉道不荣,气机不复,水道不通,药无以通达患处,留邪恐生变数。故李师根据瘀阻在不同时期兼夹的病理特点,将小儿MPP病程分为初期、进展期、后期,并提出活血化瘀贯穿小儿MPP始终,通过配合宣肃气机,调理脏腑,清利三焦,分期论治小儿MPP。

2.1 初期

2.1.1 病变特点——瘀遏气机,表郁化热,里逆生咳 《仁斋直指方论·血荣气卫论》有言“气者血之帅也”^[31],《血证论·阴阳水火血气论》也提到“守气者,即是血”^[32]。气血关系最为密切,气为血之帅,血为气之母,血行不畅,则气机不利,故瘀阻初期,先遏气机,气机升降失调,则肺气闭阻。“肺主气,属卫”^[33],肺气不宣,则卫气无以布散,故在表邪盛而发热。《素问病机气宜保命集·咳嗽论》曰:“咳谓无痰而有声,肺气伤而不清也。”^[33]肺气不降,则逆而上冲,故在里气逆而咳繁。故李师将小儿MPP早期核心病机总结为瘀遏气机,表郁化热,里逆生咳。

瘀阻初期,虽未外显脉络不通之象,然内扰气机,助长病势。西医学也认为,高凝状态作为一种内环境,虽尚未形成栓塞而直接引起症状,但也会间接通过加重炎症反应,导致炎症范围扩大^[34],而进展的炎症所分泌的大量炎性因子,一方面会加强对体温调节中枢的刺激,导致高热以及热势持续^[35],另一方面会破坏呼吸道上皮,导致刺激性的咳嗽^[36]。

2.1.2 治疗原则——活血行气,清热宣肺 《素问·玉机真脏论篇》有言“脉道不通,气不往来”^[37],活血通脉则气得以复行,李师认为治疗上应在活血化瘀的基础上兼顾行气,宣肃气机,临床上常用郁金、川芎、赤芍、牡丹皮。郁金为血中之气药,主入营血,同时芳香气窜,开上焦肺金之郁;川芎活血行气,调运周身之气以解瘀遏之机,现代研究^[38]也认为川芎中的川芎嗪可通过调节全身免疫环境来治疗MPP;赤芍、牡丹皮清热凉血,泻火解毒,活血的同时“透热转气”,以清透之功散热外出,沟通表里气机,防止病情进一步深传。

《素问·经别论篇》有言“肺朝百脉”^[37],《仁斋直指方论·血荣气卫论》中也提到了“气行则血行”^[31],全身血液的运行离不开肺气的推动,故通调肺气不仅能够调理气机,还能促进血行,缓解瘀滞。故李师在初期活血行气的基础上,配以麻杏甘石汤宣肃肺气。以麻黄、杏仁,一宣一降,顺应肺之宣发肃降,开解郁闭之肺气;生石膏直清肺热,佐麻黄泻热而不伤,通过促进肺气的宣降来推动瘀血的运行,与活血之药共成清宣通络之意。气行则血不滞,血运则气不郁,气血安和,则瘀滞自消。

2.2 进展期

2.2.1 病变特点——瘀毒互结,闭道阻络,化恶生变 尤在泾在《金匱要略心典》中言“毒,邪气蕴结不解之谓”^[39],瘀阻不解,则血瘀可酿生为毒。《丹溪心法·痰饮》云“自郁成积……遂成窠囊”^[40],认为瘀化生毒,瘀毒互结以成实体,阻塞肺络,使机体器官得不到濡养,导致脏腑功能障碍^[41]。如《景岳全书》所云“毒盛者势必疾速”^[42],毒邪性猛,进展迅速,加之小儿正气不足,无力抗争,极易生变而成重症。故李师将小儿MPP进展期核心病机总结为瘀毒互结,闭道阻络,化恶生变。

瘀不解则成实,西医学也认为,若高凝状态得不到缓解,纤维蛋白网络与血液中的有形物质缠绕包裹就容易形成微血栓^[43]。微血栓在呼吸系统会导致肺栓塞,进而引起所给养区域的肺组织坏死而形成坏死性肺炎^[44],在循环系统会导致弥散性血管内凝血等重症表现^[45]。

2.2.2 治疗原则——活血解毒,通调脏腑 《素问·五常政大论篇》王冰注曰:“夫毒者,皆五行标盛暴烈之气所为也。”^[37]毒性暴烈,易生变数,故防毒生变为阻止小儿MPP发展为重症乃至遗留后遗症的关键。李师基于瘀阻生毒的特点,以通为用,通调气血津液的升降出入来带动气机、水道、血道的调畅,断瘀之源,防瘀酿毒,临床上常用大黄、姜黄、僵蚕、蝉蜕、虎杖。以僵蚕、蝉蜕轻浮而升,升阳中之清阳,以散在表之毒;姜黄、大黄性寒沉降,降阴中之浊阴,以泻在里之毒。诸药相伍,升降相因,内外相通,以肺脏为枢,以升宣肺气带动肝阳、脾清、肾水的上升,以肃降肺气带动心火、胃浊、肾纳的下降,为升降散促使脏腑气血运行升降出入之意。同时李师还重视药物

四气五味之性。虎杖微辛,可透邪外出;其微苦寒,能清热利湿,同时顾护脾胃而不伤中;其兼入气血分,有清气凉血活血之长;其具疏通之性可通腑泄热,导毒邪下行。一药而兼数长,故可通调脏腑,活血解毒,深合MPP进展期之性。脏腑得通,气血津液无瘀阻碍滞而通行流畅,毒邪无化生之源而自消。

2.3 后期

2.3.1 病变特点——瘀阻水道,津停成痰,湿留三焦 《血证论·瘀血》有言“血积既久,亦能化为痰水”^[32],瘀阻日久,血不通则津无以行,气不畅则液无以动,津停成痰,液停成湿,痰湿相合,痰瘀互结,形成瘀阻后期的病理特点。《幼幼集成·咳嗽证治》提到“有声有痰谓之咳嗽,初伤于肺,继动脾湿也”^[46],痰湿随肺通调水道而流注弥漫三焦,影响全身,加之湿性重浊黏滞,故所生症状往往迁延难愈。痰湿上焦阻肺,则咳而有痰,缠绵日久;痰湿中焦困脾,则水反为湿,谷反为滞,加重痰湿之势;痰湿下焦扰肠,则大便溏泄,黏腻臭秽。故李师将小儿MPP后期核心病机总结为瘀阻水道,津停成痰,湿留三焦。

瘀久而生痰湿,湿易流窜三焦,经久不愈,这与MPP后期易出现肺内外多系统症状的结果不谋而合。西医学认为,高凝状态对炎症的加剧会干扰免疫细胞对MP和自身细胞的识别,导致免疫细胞错误攻击自身细胞的概率升高,容易形成自身免疫反应^[47]。若自身免疫反应影响呼吸道,则会造成气道上皮损伤和炎性细胞浸润,干扰组织自身修复,导致气道狭窄乃至纤维样增生,进而抑制气体交换以及呼吸功能,引起哮喘等并发症^[48],形成频繁反复的咳嗽;若自身免疫反应影响消化道,则会导致消化道内壁破坏,引起腹泻等胃肠功能紊乱表现^[49];若自身免疫反应影响肾脏,则会导致肾小球滤过屏障损伤,诱发急性肾炎^[50]。

2.3.2 治疗原则——活血祛湿,三焦同治 清代唐容川言:“须知痰水之壅,由瘀血使然,但去瘀血,则痰水自消。”^[32]瘀生痰湿,瘀消湿去,针对阻津之瘀,李师于活血之中兼顾祛湿,临床上常用桃仁、冬瓜子、白茅根、地龙。以桃仁“味苦能泻血热,体润能滋肠燥”,松动顽痰的同时通腑气以顺肺气;以冬瓜子化痰开肺,清热排脓,疏通肺道,与桃仁合用为逐瘀排脓之苇茎汤之意;白茅根入脾胃,清热利水,可顺湿浊下趋之势以促其外排;地龙息风通络,止痉平喘,维持气血通道稳定以防生变。肺主通调水道,所生痰湿易随肺之宣降而流注三焦,故李师常配桑白皮泻肺祛湿,散上焦之湿,配半夏、陈皮健脾燥湿,化中焦之湿,配芦根清热利湿,解下焦之湿。诸药合用,祛湿、健脾、行气、理肺同施,三焦同治,标本兼顾,既能祛已生之湿,又可杜生湿之源,达到缩短病程,减少并发症,防止病情迁延进展的目的。

3 验案举隅

3.1 验案1 患儿,男,8岁,2024年11月7日初诊。主诉:间断发热伴咳嗽2 d。患儿于昨日无明显诱因出现发热,最高体温为38.3℃,伴咳嗽少痰,无抽搐及皮疹,自予退热药(具体不详)口服,药后热势可暂降,约6 h复升。现症见:刻下体温38.1℃,咳嗽,连声咳,少痰,夜咳,无喘息,无恶心呕吐,无腹痛,纳可,便调。双肺呼吸音粗;舌红苔黄,脉浮。辅助检查:血常规[白细胞计数(WBC):8.34×10⁹/L,中性粒细胞(N):47.3%,淋

巴细胞(L):40.2%,C反应蛋白(CRP):15.23 mg/L,血小板计数(PLT):369×10⁹/L];胸片(考虑支气管炎);肺炎支原体-DNA扩增定性检测(+).西医诊断:肺炎支原体肺炎;中医诊断:肺炎喘嗽(痰热闭肺证)。治法:活血行气,清热宣肺。方选自拟清宣通络方加减,处方:蜜麻黄6 g,炒苦杏仁10 g,生石膏(先煎)25 g,郁金10 g,薄荷(后下)6 g,荆芥穗10 g,连翘10 g,金银花10 g,麸炒枳壳10 g,桔梗10 g,淡豆豉10 g,北柴胡10 g,黄芩10 g,葛根10 g,羌活6 g,炒栀子6 g,甘草片6 g。3剂,1剂/d,水煎服,分早中晚3次温服。

2诊:2024年11月9日。患儿药后热退,咳嗽减轻,现症见:咳嗽,少痰,单声咳,夜咳,无发热,无喘息,无恶心呕吐,无腹痛,纳可,便调。双肺呼吸音稍粗;舌红苔黄,脉弦。予上方去薄荷、荆芥穗、连翘、金银花、淡豆豉、北柴胡、黄芩、葛根、羌活、炒栀子,加前胡10 g,白前10 g,紫菀10 g,百部10 g,射干10 g,牛蒡子10 g。5剂,1剂/d,水煎服,分早中晚3次温服。

患儿5 d后咳嗽渐止,体温正常,无病情反复。嘱避风寒、节饮食、适劳逸,不适随诊。

按语:本案患儿以间断发热、咳嗽为主要临床表现,影像学检查示支气管炎,肺炎支原体抗原检测示DNA扩增阳性,故可诊为MPP^[51]。患儿初见热咳,虽病邪尚未深入,然吴鞠通在《温病条辨》中有言:“治外感如将,兵贵神速,机圆法活,盖早平一日,则人少受一日之害。”^[52]外感之邪,传变迅速,故当及早介入。邪气侵袭,遏表闭肺,气滞成瘀与瘀遏气机相互作用而致热势反复。针对痰热闭肺,李师强调通过活血行气来截断病邪向内传变之势,同时配合清热宣肺,以开辟邪气向外祛除之路,故李师以郁金活血散瘀、行气解郁,解遏表之滞。以麻黄、杏仁,一宣一降,顺应肺之宣发肃降,开解郁闭之肺气,生石膏直清肺热,栀子兼清心脾伏火,同调上中二焦安和,为麻杏甘石汤宣肃表里之意。配薄荷、金银花疏表散热,荆芥穗、淡豆豉辛温透邪,连翘清解里热,枳壳、桔梗一升一降,沟通表里,带动全身气机运行,为银翘散透解表热之意。配柴胡疏解少阳三焦,葛根、栀子清利阳明大肠,羌活辛散太阳肺卫,黄芩总清上焦火热,三阳兼治,为柴葛解肌汤清解里热之意。诸药相伍,血行以顺气,气行以促血,使周身邪热散泻,表里兼顾,共达行气散瘀、清宣通络之功。2诊患儿热退咳减,以干咳为主,说明瘀去则病势得遏,未化痰湿,故于前方去银翘散、柴葛解肌汤等辛凉退热之品,守郁金防瘀阻再复,加止嗽散以降逆止咳。方中射干、牛蒡子利咽开窍,疏通气道;紫菀、百部温顺肺络,润肺止咳;前胡、白前宣降肺气,理肺止咳;枳壳、桔梗调理肺脾以防化生痰湿。通过麻杏甘石汤配止嗽散调运肺气,宣肃气机,收效较佳。

3.2 验案2 患儿,男,5岁。2024年12月3日初诊。主诉:发热伴咳嗽6 d。患儿于6 d前无明显诱因出现发热,最高体温为39.5℃,伴咳嗽少痰,无抽搐及皮疹,未予诊治。5 d前就诊于外院急诊,查血常规(WBC:9.83×10⁹/L,N:59.4%,L:31.6%,CRP:67.31 mg/L,PLT:465×10⁹/L)及胸片(考虑右下肺炎)。予对症治疗(具体不详)及阿奇霉素口服5 d至今,药后热势未明显降低,近4 d体温波动于38.0~39.5℃。现症见:刻下体温38.6℃,咳嗽,连声咳,少痰,夜咳,无喘息,无恶心呕吐,无腹

痛,纳可,便调。双肺呼吸音粗;舌红苔黄,脉数。查肺炎支原体抗体:阳性(1:320)。西医诊断:肺炎支原体肺炎;中医诊断:肺炎喘嗽(痰毒内闭证)。治法:活血解毒,通调脏腑。方选自拟清宣通络方合升降散加减,处方:蜜麻黄5g,炒苦杏仁6g,生石膏(先煎)20g,郁金10g,薄荷(后下)6g,荆芥穗10g,连翘10g,金银花10g,麸炒枳壳10g,桔梗10g,淡豆豉10g,北柴胡10g,黄芩10g,葛根10g,羌活4g,炒僵蚕10g,片姜黄10g,蝉蜕10g,大黄(后下)5g,甘草片6g。3剂,1剂/d,水煎服,分早中晚3次温服。建议住院治疗,家长拒绝。

2诊:2024年12月5日,患儿服药后热退,咳嗽减轻,昨日诉咳嗽有痰,色黄,质稠,现症见:咳嗽,有痰,单声咳,夜咳,无发热,无喘息,无恶心呕吐,无腹痛,纳可,便调。双肺呼吸音稍粗;舌红苔黄,脉滑。方选苇茎汤合三加减正气散加减,处方:藿香10g,清半夏6g,陈皮10g,茯苓10g,桑白皮10g,杏仁6g,芦根10g,麸炒枳壳10g,桔梗10g,前胡10g,白前10g,浙贝母10g,瓜蒌10g,煨桃仁10g,炒冬瓜子10g,白茅根10g,炒紫苏子10g,葶苈子10g,地龙6g,甘草片6g。5剂,1剂/d,水煎服,分早中晚3次温服。

患儿5d后痰量减少、咳嗽减轻,1周后咳止,体温正常,无病情反复。嘱避风寒、节饮食、慎起居,不适随诊。

按语:本案患儿以持续发热、咳嗽为主要临床表现,影像学检查示肺炎,实验室检查示血清MP抗体滴度 $\geq 1:160$,故可诊为MPP^[5]。患儿感邪日久,邪气深入,瘀积成毒,瘀毒互结而致高热不降,血行不畅,肺络闭阻,形成大片肺炎,影响呼吸功能。作为进展期的关键点,瘀毒不除,则脉络不通,炎热不去,经久恐损脏伤腑,遗留后患。故李师在银翘散透表热、柴葛解肌汤泻里热、麻杏甘石汤宣肃表里的基础上加用升降散。“因其轻而扬之,因其重而减之,则上下内外,诸热皆消”^[37],以僵蚕、蝉蜕轻浮而升,透表毒外散,大黄、生石膏性寒沉降,导浊毒下达,配合姜黄化痰通络,沟通上下。针对大黄苦寒峻烈之性,李师兼顾小儿脾常不足之生理特点,为呵护儿童脾胃,根据患儿体质量阶梯使用大黄,16 kg \leq 体质量<20 kg,使用5g;体质量<16 kg,使用3g,以求攻邪和护正之平衡。碍热之瘀毒得解得除,则脉络得通,给热以出路,则炎热自去。2诊患儿热渐退,咳嗽未止缠绵,且痰多明显,此为瘀阻后期,瘀碍水道而化痰生湿。痰本于津,瘀本于血,生理上津血同源,病理上痰瘀同源^[38]。故李师在活血祛瘀的基础上兼顾化痰祛湿,以活血促血行,血行则津动,津液畅行无碍,则痰湿无化生之源。方中以桃仁活血化痰,冬瓜子排脓消痈,白茅根利水祛瘀,三药合用使体内的瘀血痰块消散,为苇茎汤之意。前胡、白前宣降肺气以止咳,枳壳、桔梗调理肺脾以祛痰,为止嗽散之意。针对瘀阻之湿,以藿香、半夏内化湿浊,陈皮理气燥湿,茯苓健脾祛湿,化合中焦之湿,配桑白皮、杏仁宣降肺气,散上焦之湿,芦根清利下焦之湿,诸药共用,为三加减正气散之意,杜绝湿浊之源的同时兼顾三焦。对于顽稠之痰,李师认为当先以动其根本,促痰活动,而后外排,故配以贝母、瓜蒌润肺松痰,为贝母瓜蒌散之意。叶天士在《外感温热篇》有言“先安未受邪之地”^[18],为防咳久成喘,李师以葶苈子苦寒泻肺,紫苏子辛温降气,二药寒温互制,化痰平喘,配地龙息

风止痉,维持气道稳定,使痰除喘停而湿消,为苏葶丸之意。诸药合用,上中下三焦兼顾,化痰止咳平喘兼备,邪毒所留之瘀阻得化得通,气机得顺,气血津液运行流畅而人自安合。

4 小 结

李师从瘀论治小儿MPP,从MP病原特点出发,结合湿热之邪对人体气机的对立影响,总结出瘀阻为MP致病特点,据此围绕“肺主气”“肺朝百脉”“肺主通调水道”的肺脏生理功能,以及气血津液之间的关系和小儿生理特点,提出:初期瘀阻气道,瘀热闭肺;进展期瘀阻血运,瘀毒内闭;后期瘀阻水道,痰瘀互结。针对各期特点,以活血化痰贯穿小儿MPP始终,通过运用药物的四气五味和升降浮沉之性健运气机,通调水道,疏解三焦,促行气血津液,同时不忘小儿脏腑娇嫩、不耐攻伐之生理特点,用药避免猛烈破血。气行则热散,血行则瘀化,水行则湿退,病邪无以依附则自消,以达到阻断病势,防止重症,缩短病程的目标。

参考文献

- [1] 陈吉庆,吴升华.实用儿科诊疗规范[M].南京:江苏科学技术出版社,2002.
- [2] PRINCIPI N, ESPOSITO S. Management of severe community-acquired pneumonia of children in developing and developed countries[J]. Thorax, 2011, 66(9): 815-822.
- [3] 柯莉芹,王凤美,李银洁,等.儿童肺炎支原体肺炎流行病学特征[J].中国当代儿科杂志, 2013, 15(1): 33-36.
- [4] 农光民.肺炎支原体肺炎临床及影像学特点[J].中国实用儿科杂志, 2015, 30(3): 173-176.
- [5] 王晶,李新民,韩耀巍,等.肺炎支原体的致病机制及中药治疗儿童肺炎支原体感染的研究进展[J].天津中医药大学学报, 2022, 41(4): 513-520.
- [6] 许沙沙,郭连峰,吴妍,等.儿童肺炎支原体肺炎临床特征和流行病学分析[J].中华医院感染学杂志, 2017, 27(14): 3307-3310.
- [7] 刘凯,付红敏,陆权.儿童肺炎支原体肺炎的流行病学新进展[J].中华儿科杂志, 2024, 62(7): 696-699.
- [8] 王全,蒋健飞,赵德育.肺炎支原体肺炎发生肺外并发症的危险因素[J].中华实用儿科临床杂志, 2013, 28(10): 749-751.
- [9] 梅玉霞,蒋瑾瑾,蔡斌,等.儿童难治性支原体肺炎临床危险因素分析[J].临床儿科杂志, 2014, 32(12): 1138-1140.
- [10] 郭霄霞,李焕敏,李艳娇,等.近20年中医药治疗小儿肺炎支原体肺炎的知识图谱可视化分析[J].中医导报, 2022, 28(12): 204-210, 219.
- [11] 王雨涵,朱绍云,汪受传.从“风湿痰热”论治儿童肺炎支原体肺炎[J].南京中医药大学学报, 2023, 39(12): 1237-1241.
- [12] 张文涵,吴振起.基于“流津润燥”论治小儿肺炎支原体肺炎[J].北京中医药大学学报, 2023, 46(2): 252-256.
- [13] 李丽琴,郭竹秀,吴锐.微循环改变与血液高凝状态在血瘀证中的研究进展[J].现代中西医结合杂志, 2010, 19(35):

- 4640-4642.
- [14] 马民,张桂娟.血瘀证客观化研究进展[J].山东中医药大学学报,2002,26(2):155-158.
- [15] 吴坤安.伤寒指掌[M].邵仙根,评.上海:上海科学技术出版社,1959.
- [16] 李娜,于光志,董倩,等.从湿热论治小儿肺炎支原体肺炎[J].成都中医药大学学报,2021,44(3):109-112.
- [17] 殷勇,陆权,闫晓莉,等.肺炎支原体感染的流行病学[J].中华儿科杂志,2016,54(2):91-93.
- [18] 叶桂,薛雪.湿热论.湿热论[M].张志斌,整理.北京:人民卫生出版社,2007.
- [19] 温雅,许永楷,孙美灵,等.从“浊邪害清”论“湿热致中”[J].北京中医药大学学报,2021,44(11):987-991.
- [20] XU N, FAN L, LI L, et al. Exploring the pathogenicity of *Mycoplasma pneumoniae*: Focus on community-acquired respiratory distress syndrome toxins[J]. Microb Pathog, 2024,195:106865.
- [21] 展磊,王晓红.肺炎支原体表面黏附蛋白的研究进展[J].微生物学免疫学进展,2023,51(4):76-81.
- [22] HE J, LIU M H, YE Z F, et al. Insights into the pathogenesis of *Mycoplasma pneumoniae* (review)[J]. Mol Med Rep, 2016,14(5):4030-4036.
- [23] 李新民,马莉婷,孙丹,等.小儿肺炎喘嗽湿热内蕴证证治探讨[J].中华中医药杂志,2018,33(11):5117-5121.
- [24] 李挺.医学入门[M].田代华,金丽,何永,点校.天津:天津科学技术出版社,1999.
- [25] 胡杨,刘春峰.儿童肺炎支原体相关肺外并发症临床表现及发病机制[J].中国小儿急救医学,2021,28(1):7-11.
- [26] NARITA M. Pathogenesis of extrapulmonary manifestations of *Mycoplasma pneumoniae* infection with special reference to pneumonia[J]. J Infect Chemother, 2010,16(3):162-169.
- [27] 郭弯弯,褚雅歆,乔蕊.血栓炎症反应的研究进展[J].临床检验杂志,2022,40(1):42-47.
- [28] SIMMONS W L, DYBVIG K. Biofilms protect *Mycoplasma pulmonis* cells from lytic effects of complement and gramicidin[J]. Infect Immun, 2007,75(8):3696-3699.
- [29] 容立炽.血小板参数及凝血功能指标对重症MPP的预测价值及与其预后的相关性分析[J].中外医学研究,2024,22(32):61-66.
- [30] 李永涛,张钜,王孟珠,等.凝血功能在儿童肺炎支原体肺炎中的变化及临床价值[J].中国妇幼健康研究,2023,34(9):57-61.
- [31] 杨士瀛.仁斋直指方论:新校注杨仁斋医书[M].盛维忠,校注.福州:福建科学技术出版社,1989.
- [32] 唐容川.血证论[M].刘新,点校.北京:人民军医出版社,2007.
- [33] 刘完素.素问病机气宜保命集[M].宋乃光,校注.北京:中国中医药出版社,2007.
- [34] 张卉,贺蓉,贺石林.炎症与血栓形成[J].中华医学杂志,2004,84(9):80-82.
- [35] 王静,王相庚,屈伟光,等.儿童社区获得性支原体肺炎病原学与影像学特征分析[J].现代生物医学进展,2019,19(13):2463-2465,2485.
- [36] 赖克方,聂怡初.感染后咳嗽发病机制、诊断与治疗研究进展[J/OL].中华肺部疾病杂志(电子版),2014,7(5):481-485.
- [37] 黄帝内经·素问[M].王冰,撰注.鲁兆麟,主校.沈阳:辽宁科学技术出版社,1997.
- [38] 盛玮,田玉珍.川芎嗪联合阿奇霉素对红霉素耐药性大叶肺炎患儿的疗效及细胞因子的影响[J].药物评价研究,2018,41(11):2065-2068.
- [39] 张仲景,尤怡.金匱要略方论 金匱要略心典[M].王叔和,集.吕桂敏,周鸿飞,点校.郑州:河南科学技术出版社,2017.
- [40] 朱震亨.丹溪心法[M].王英,竹剑平,江凌圳,整理.北京:人民卫生出版社,2005.
- [41] 王灿,张伟.从“瘀”“毒”论治间质性肺疾病[J].环球中医药,2018,11(9):1401-1403.
- [42] 张介宾.景岳全书[M].夏之秋,校注.北京:中国中医药出版社,1994.
- [43] 刘金荣,赵顺英.难治性肺炎支原体肺炎的发病机制[J].临床儿科杂志,2013,31(12):1186-1188.
- [44] 王敏敏,严永东.儿童坏死性肺炎诊治进展[J].国际儿科学杂志,2021,48(8):529-533.
- [45] BOROVAC D N, PETKOVIĆ T R, PEJČIĆ T, et al. Role of D-dimer in predicting mortality in patients with community-acquired pneumonia [J]. Med Glas (Zenica), 2014,11(1):37-43.
- [46] 陈复正.幼幼集成[M].图娅,点校.沈阳:辽宁科学技术出版社,1997.
- [47] 马明圣,宋红梅.自身炎症性疾病研究对自身免疫性疾病的启示[J].中华儿科杂志,2022,60(12):1233-1235.
- [48] 王丽燕,于雁玲,冀湧.小儿支原体感染性疾病[M].北京:军事医学科学出版社,2015.
- [49] 何克茜.肺炎支原体感染与反复呼吸道感染的关系及其对患儿免疫功能的影响[J].实用儿科临床杂志,2007,22(4):286-287.
- [50] 余丽丽,赵德育.肺炎支原体肺炎发病机制研究进展[J].中国实用儿科杂志,2017,32(3):234-238.
- [51] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.儿童肺炎支原体肺炎诊疗指南(2023年版)[J].国际流行病学传染病学杂志,2023,50(2):79-85.
- [52] 吴鞠通.温病条辨[M].北京:人民卫生出版社,1979.
- [53] 宋惠霄,曹宏.从痰瘀论治小儿支原体肺炎[J].光明中医,2010,25(12):2192-2193.

(收稿日期:2025-01-04 编辑:刘国华)