

从相火论治儿童肺炎支原体肺炎之伏痰

赵海蓝¹, 李志军^{2*}

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第二医院儿科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年6月22日; 录用日期: 2026年7月24日; 发布日期: 2026年8月5日

摘 要

本文从相火角度探讨伏痰在儿童肺炎支原体肺炎中的病机演变规律以及分期辨治思路。通过梳理相火、伏痰的中医理论源流, 以及儿童肺炎支原体肺炎的病程特点来构建相火伏痰的病机链条。本文指出儿童肺炎支原体肺炎初期急性发作期的核心为邪热伤阴, 相火萌动; 中期相火妄动, 炼液成痰, 痰热痰瘀互结于肺络, 致使病情由实转顽; 后期迁延期核心为阴不涵阳, 相火虚炎, 炼液为伏痰, 体现出相火伏痰相结为患的特点。治疗初期当急则治标, 清肝泻肺, 截断相火萌动; 中期当以标本兼顾, 清火化痰通络, 防伏痰深伏为治则; 后期当补虚固本, 滋阴透热, 健脾以绝痰源。本文从相火、伏痰论治儿童肺炎支原体肺炎之燥痰伏肺, 以期为临床辨治提供新的理论框架和治疗思路。

关键词

相火, 伏痰, 儿童肺炎支原体肺炎, 病机演变, 中医药治疗

Ministerial Fire Theory in Treating Latent Phlegm of Pediatric *Mycoplasma pneumoniae* Pneumonia

Hailan Zhao¹, Zhijun Li^{2*}

¹Graduate School, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Department of Pediatrics, The Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

Received: June 22, 2026; accepted: July 24, 2026; published: August 5, 2026

Abstract

This article explores the pathogenesis evolution pattern and staged differentiation treatment ideas

*通讯作者。

文章引用: 赵海蓝, 李志军. 从相火论治儿童肺炎支原体肺炎之伏痰[J]. 中医学, 2026, 15(8): 78-85.

DOI: 10.12677/tcm.2026.158409

of latent phlegm in pediatric *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia from the perspective of ministerial fire. By combing through the theoretical origins of ministerial fire and latent phlegm in traditional Chinese medicine, as well as the disease course characteristics of pediatric *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia, this article constructs the pathogenic chain of ministerial fire and latent phlegm. It is pointed out that in the initial acute stage of pediatric *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia, the core pathogenesis is pathogenic heat injuring Yin and ministerial fire beginning to stir. In the middle stage, ministerial fire flares up recklessly, scorching body fluids into phlegm, with phlegm-heat and phlegm-stasis intertwining in the lung collaterals, causing the condition to transform from excess to stubbornness. In the late convalescent stage, the core pathogenesis is Yin failing to contain Yang, with ministerial fire flaring up deficiently, scorching body fluids into latent phlegm, manifesting the characteristics of ministerial fire and latent phlegm binding together as the culprit. In terms of treatment, the initial stage should prioritize treating the acute symptoms, clearing the Liver and draining the Lung to cut off the stirring of ministerial fire. The middle stage should address both the root and the manifestations, clearing fire, resolving phlegm, and unblocking the collaterals to prevent latent phlegm from sinking deeply. The late stage should focus on replenishing deficiency and consolidating the root, nourishing Yin and venting latent heat, and strengthening the Spleen to eliminate the source of phlegm. This article discusses the treatment of dry-phlegm lurking in the Lung in pediatric *Mycoplasma pneumoniae* pneumonia from the perspectives of ministerial fire and latent phlegm, aiming to provide a new theoretical framework and therapeutic approach for clinical differentiation and treatment.

Keywords

Ministerial Fire, Latent Phlegm, Pediatric *Mycoplasma pneumoniae* Pneumonia, Pathogenesis Evolution, Traditional Chinese Medicine Treatment

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

肺炎支原体是儿童社区获得性肺炎的重要病原体, 约占儿童 CAP 的 10%~40% [1], 近年来儿童肺炎支原体肺炎发病率持续上升, 难治性及大叶性肺炎支原体肺炎增多, 部分患儿可合并有闭塞性细支气管炎、支气管扩张等远期并发症, 严重影响生活质量[2]。

中医学将肺炎支原体肺炎归属于“肺炎喘嗽”的范畴, 现有研究多以风热犯肺、风热闭肺和痰热阻肺为主要研究方向[3], 亦有从伏邪风温进行论治的医家[1], 但鲜有从相火与伏痰角度阐释病机之流。本文从相火角度论治伏痰与儿童肺炎支原体肺炎的关系。小儿具有“肝常有余, 肺常不足”的生理特点, 且相火易于妄动, 木火刑金, 灼炼津液为痰, 形成伏痰, 伏于肺络, 遇触即发, 使小儿肺炎支原体肺炎具有病程缠绵、迁延反复的临床特点。本文中相火理论与伏痰理论相结合, 构建小儿肺炎支原体肺炎中的相火伏痰病机链条, 提出以清相火与化痰通络相结合的分期临床治疗应用方案, 以期为中医辨治儿童肺炎支原体肺炎之燥痰伏肺或其相关联之证提供新的理论依据或临床思路。

2. 相火与伏痰的中医解析

2.1. 相火的概念演变

相火理论以《黄帝内经》为始, 其中, “相火”一词首见于《素问·天元纪大论》: “君火以明, 相

火以位。”[4]这里的相火以运气学说的概念出现,指少阳相火,与少阴君火共同主持六气的运行。在金元时期,刘完素以“火热论”立论,认为六气皆从火化,从理论上分析,刘河间是中医学历史上最先崛起的主火论人物,倡导六气皆从火化,由他创立相火学说亦在情理之中[5],因此可以说,其为相火的病理化概念奠定了基础,但其论述尚属外感六淫之火的范畴。而同期李东垣从内伤脾胃学说出发,提出“相火,下焦包络之火,元气之贼也”,在刘完素的基础上阐释了相火的概念应当涵盖“生理之火”与“病理之火”[6],成为“阴火”的重要来源。至元朝朱丹溪,集相火理论之大成,在《格致余论·相火论》一书中首先肯定了相火作为生命活动的原动力:“太极动而生阳……人非此火不能有生”;同时强调了相火妄动为诸火证之根本:“相火易起,五性厥阳之火相扇,则妄动矣”[6],将相火统摄于人体生理病理之二元框架之中,对疾病的认知和临床治疗指导产生了深远的影响。至明代张景岳,则反对丹溪“相火为贼”之说,认为“相火当论虚实”,提出“命门真火”论,强调相火的生理地位。清代郑钦安则进一步从命门水火立论,在《医理真传·君相二火解》中专论君火心火与相火命门之火的关系,将相火上升为先天之本[7]。

综上,相火理论经历了从运气概念到命门真火的演变,故程畅和指出:“朱丹溪的相火理论与临床关系最为密切,故应推广应用之”[5]。

2.2. 相火与小儿肺系疾病

小儿具有“相火旺盛”的体质特征,但相火应安其位,若相火出现异常,则可能进一步导致病情的恶化。高峻指出:“在病理上,相火易亢易衰,相火亢进及妄动是所有内生邪火的本质”[8]。王文炎认为:“相火离位的根本原因是心君不明,相火奉命离位助君抗击外侵之邪、铲除内生之邪”[9]。

相火以肝肾为根,肝在五行属木,肺属金,正常生理状态下金能制木,若相火妄动,木反侮金,致使肺脏清肃不利,宣发肃降功能失调,导致咳嗽持续。同时,肺失清肃则水液停聚,相火热灼津液则聚湿生痰,痰液伏隐于内,蓄势待发,导致病情反复,不能得到有效治疗。

相火的异常在肺系疾病中常分为三个层面:相火亢盛、相火妄动以及相火虚炎。其中相火亢盛由肝胆相火上逆,木火刑金导致,具体表现为小儿出现阵发性咳嗽、胸胁引痛、出现口苦等症;若情志不遂,出现气郁化火,上犯于肺的相火妄动之证,则出现阵发性咳嗽、烦躁哭闹、脉弦数等症;若久病相火易于虚炎,致使肝肾阴虚,相火上浮,灼伤肺脏,出现久咳干咳、夜热早凉、舌红少苔等虚热症状。

2.3. 伏痰的概念源流

伏痰的思想理论源头可追溯至《黄帝内经》中的“伏邪”概念。《素问·生气通天论》“冬伤于寒,春必病温……秋伤于湿,冬生咳嗽”一论[4],已隐含“伏邪”之伏而不即发的思想:邪气入侵人体后往往不即刻发作,至由相应气候或时令为引方始发作。《内经》亦有云“正邪之中人也微,先见于色,不知于身,若有若无”[10],体现出伏邪为邪气乘虚而入,潜藏待发的特点。后世在此基础上将伏邪分为狭义与广义,狭义伏邪专指伏气温病,而广义伏邪则指一切伏而不即发的邪气,涵盖七情所伤、痰浊血瘀等内在的致病因素。而本文所探讨的伏痰,则来源于广义伏邪。

《金匱要略》中留饮之伏而不去,可视为伏痰的肇始。隋代《诸病源候论》中论“痰饮留滞”,提出痰邪可伏匿于脏腑之中。更有宋元时期朱丹溪在《丹溪心法》中提出“痰挟瘀血,遂成窠囊”的著名论断。其中,“窠囊”是指痰浊与瘀血胶结形成的顽固性病理产物,深伏于脏腑经络隐僻之处,胶着难解。此论断既对伏痰提供了具体的形态描述,也明确了伏痰的空间定位,更提示了痰与瘀的胶结关系,深化了伏痰的病理认识,同时将单一饮证之伏饮到复杂痰证之伏痰在病因病机上进行深化联系。《三因极一病证方论》中则明确提出“伏痰”的相关概念。此时,通过一系列的论断探讨,伏痰逐渐形成一个独立的

概念。至于明代王纶则在《明医杂著》中指出“痰之本，水也，原于肾；痰之动，湿也，主于脾。”^[11]这阐明了痰的生成与伏匿的脏腑基础。清代王孟英言：“平日体丰多湿，厚味酿痰，或沉溺于酒，皆为酿痰之媒”，指出恣饮酒醪，贪食生冷，嗜食肥甘，亦或暴饮暴食，食饮不洁，损伤脾胃，脾失健运，水湿停聚，湿凝为痰，痰壅日久，酿为伏痰^[12]。同时期叶天士在《温热论》中进一步指出“炉烟虽熄，灰中有火”，强调了病后余邪未尽、正气已虚，稍有不慎即可复燃的现象，这一认识也为伏痰的缓解期病机提供了理论注脚。

在现代医学研究中，钟霞等人系统地梳理了伏痰的产生机制，表明伏痰是伏邪理论的重要基本形式之一，其产生与脾虚失运、肺失津布、肾虚水泛密切相关，证实了痰浊内生后伏匿于脏腑经络，待机而发的特点^[12]。

2.4. 伏痰与小儿肺系疾病

伏痰与肺系疾病的密切关系在历代医家的论述中多有描述。在肺病之哮喘中，《症因脉治》中有记载：“哮喘之因，痰饮留伏，结成窠臼。”而现代亦有研究表明，临床证实了哮喘缓解期中医“宿痰伏肺”与西医慢性气道炎症是中西医对哮喘同一过程认识的不同表述，而其中哮喘缓解期“宿痰伏肺”理论与气道慢性炎症具有理论的相关性^[13]；喻强强等人的动物实验则进一步证实，支气管哮喘气道重塑与“痰瘀伏肺”存在正相关性，赋予哮喘“痰瘀伏肺”宿根理论科学内涵，为哮喘“涤痰行瘀”治法提供科学的理论依据^[14]。随着现代医学的发展，王孟清教授从伏痰论治咳嗽变异性哮喘，制定了发作期、慢性持续期、缓解期三期辨治原则，发作期用泻白散加味清泻肺热，慢性持续期以三拗二陈汤或五虎汤清化肺痰并加以通络治疗，缓解期使用玉屏风散合人参五味子汤或麦味地黄丸以培本固元^[15]。李盼盼等从伏风、伏痰论治儿童咳嗽变异性哮喘，认为其发病隐匿、缠绵难愈的特点与伏邪致病相通^[16]。

3. 从相火伏痰论治肺系疾病之儿童支原体肺炎

3.1. 儿童肺炎支原体肺炎的病程特点与中医分期

作为常见的儿童肺系疾病之一，儿童肺炎支原体肺炎的病程中依旧贯穿着相火伏痰的病机链，其病程主要分为急性期、治疗期和迁延期，三期病机的治疗各有侧重。

3.1.1. 急性期：邪热伤阴，相火萌动

小儿肺炎支原体肺炎的急性期在西医中的进程描述表现为发热、咳嗽伴喘息，同时在肺炎支原体入侵呼吸道后出现支气管壁充血水肿，炎性浸润等症状，严重者可累及肺实质。

在中医认知中，其病因病机为外感温邪上受，首先犯肺，肺气郁闭，邪热内盛，而小儿生理特点表现为肝常有余，故外感邪热较易引动内蕴之相火，相火向外驱赶邪气，则表现为相火萌动，导致发热加重，进而热盛伤津，使口渴加重，表现出邪热伤阴之征象。而在急性期，当相火随阳而动时，主要表现为午后发热或日晡潮热；相火向上萌动犯肺，则表现为咳嗽阵作；相火扰动神明，可表现为小儿的烦躁哭闹；至于舌红苔黄，则为热象显露在外的表现。

在小儿肺炎支原体肺炎的中医证型中，风热犯肺与风热闭肺证较为多见，占总量的 56.9%^[3]，这提示了热邪为急性期的主要矛盾。小儿外感热邪化火，在内引动相火，二者相互结合，伤阴耗津，为治疗期的相火妄动埋下伏笔。

3.1.2. 治疗期：相火妄动，炼液成痰，痰瘀互结

MPP 的中期阶段为治疗期，病程约 7~14 天，经大环内酯类抗生素等治疗后，急性发热有所消退，但咳嗽、咯痰缠绵，肺部影像学显示炎症尚未完全吸收，部分患儿出现胸腔积液、肺不张等并发症。从相

火伏痰角度分析, 治疗期邪热未清, 相火由萌动转为妄动, 小儿“肺常虚”, 经前期邪热灼伤肺阴, 肺阴不足则金不制木, 相火失去制约而亢盛; 小儿“脾常不足”, 脾虚失运, 水湿内停, 为相火妄动提供了炼液成痰的原料。相火妄动, 灼津炼液, 痰热内蕴, 故见咳嗽加重、痰多黄稠; 痰阻气机, 血行不畅, 渐成痰瘀互结, 故见肺部影像学吸收迟缓、D-二聚体升高[17]。刘金荣等指出, 难治性 MPP 的发病机制与气道黏液高分泌、高凝状态密切相关[18], 其中, 气道黏液高分泌即为相火炼液成痰的现代医学表现特征, 而高凝状态则为痰瘀互结的微观体现。至此, 病因病机由实热向痰热、痰瘀转化, 相火与伏痰开始互结为患, 成为病机演变的关键转折点。

3.1.3. 缓解期(迁延期): 阴不涵阳, 相火虚炎, 伏痰留伏

缓解期为 MPP 后期阶段, 病程超过 2~4 周, 急性炎症已基本消退, 但咳嗽迁延不愈, 部分患儿出现气道高反应性, 甚至发展为咳嗽变异性哮喘。此时肺阴受损, 金不制木, 肝肾之阴不足而导致阴不涵阳, 相火失去阴液的濡养与制约。李雪冰等在对 150 例 MPP 感染后咳嗽患儿的研究中发现, 急性咳嗽多为风热袭肺证, 而慢性咳嗽多为肺气亏虚证[19]。舒静等发现, RMPP 患儿肺脾气虚证平均病程最长, 但病程 2 周以内仍可见 9 例, 占 60%; 超过 2 周者占 40% [17]。史晓霞研究表明, 小儿 MPP 恢复期气道高反应性导致的迁延咳嗽是临床棘手问题[20]。

缓解期小儿“肾常不足”, 肾精亏虚则水不涵木, 相火失制而虚炎上浮, 且经前两期邪热与相火久灼, 肺阴肝肾之阴俱伤, 小儿以相火虚炎为特征, 出现了不同于急性期、治疗期的实火亢盛。表现为夜热早凉、五心烦热、干咳少痰、舌红少苔等症状。相火虚炎复灼残余津液, 炼为伏痰, 伏匿肺络, 遇触即发, 使咳嗽反复不已。小儿“脾常不足”, 脾虚失运则痰浊复生, 为伏痰的持续存在提供来源; “肺常虚”则卫外不固, 易感外邪, 引触伏痰, 耗气伤阴, 阴伤更甚而相火更旺, 形成恶性循环。刘金荣等指出, MPP 迁延不愈易遗留闭塞性细支气管炎、肺不张以及支气管扩张等后遗症[18], 其气道重塑和慢性炎症持续的病理基础, 为现代“伏痰留伏肺络”的病理实质。且气道高反应性所致的遇冷、遇风、遇异味的咳嗽反复发作, 与伏痰“遇触即发”的中医认识高度相似。

3.2. 相火伏痰的病机分析

小儿肺炎支原体肺炎的相火伏痰病机与小儿“脾常不足, 肺常不足, 肾常虚”的生理特点密切相关。外感温邪, 首先犯肺, 小儿肺常虚, 肺气不足, 卫外不固, 肺失宣降, 津液不布, 痰浊内生; 肺金不制肝木, 木火刑金。加之小儿脾常不足, 相火更甚为病机之始, 脾虚失运, 水湿内停, 聚湿生痰; 脾虚不升清, 胃浊不沉降, 则胆火上炎, 表现为相火妄动。小儿肾常不足为病机之根, 肾精亏虚, 水不涵木, 相火失制; 肾阳不足, 脾阳失温, 脾虚更甚。三者互为因果, 形成了相火伏痰的病机。小儿“肝常有余”的生理特点使这一病因病机更容易被诱发, 表现为急性期邪热引动相火, 迁延期阴不涵阳、相火妄动, 炼液成痰, 伏于肺脏, 最终形成相火伏痰互结为患的复杂病机。这种病机模式既解释了小儿肺炎支原体肺炎急性期热象明显的特点, 又阐明了迁延期反复发作的根源, 为分期论治提供了理论依据。

3.3. 相火伏痰理论模型与传统证型模型的比较

传统中医辨治儿童 MPP 多以风热犯肺与痰热闭肺为核心证型, 在急性期确有指导价值, 但解释现有 MPP 面临的临床难题时仍存在明显局限。

在面对难治性 MPP 具有的迁延性特点时, 传统模型无法解释痰热已清而病程仍长的现象。而相火伏痰理论模型则能构建完整的病机, 小儿急性期相火萌动, 治疗期相火妄动炼液成痰, 且痰瘀互结胶结难解, 缓解期阴不涵阳而相火虚炎, 导致痰饮留伏, 潜藏为患待机而发。其中相火虚炎解释了 MPP 迁延期低热不退的本质, 伏痰则解释了咳嗽反复发作的根源, 而 D-二聚体显著升高则代表病理因素“瘀血”[17]。

在面对 MPP 治疗后常遗留肺外并发症的情况时, MPP 常合并心、肝、神经、血液等多系统损害, 传统模型将病位局限于肺, 则难以解释。但相火伏痰模型从脏腑联动角度进行阐释: 相火根于肝肾, 妄动则上扰心神致心肌受损; 横逆犯脾致消化系统出现症状; 走窜经络而致皮肤黏膜损害。

在面对迁延期气道高反应性的症状时, 传统清热化痰法在炎症已消退的迁延期常常法不对证。相火伏痰模型认为此时核心病机已从发作期主要病机转为阴不涵阳与伏痰留络, 伏痰不在气分而在络脉, 相火非实火而系虚炎。史晓霞用沙参麦冬汤治疗 MPP 恢复期气道高反应取效[20], 丁伊等用泻白散加减治疗 MPP 后久咳愈显率达 100% [21], 均从临床层面验证了滋阴透热与清肺伏火对迁延期的独特疗效, 而这正是传统痰热闭肺模型所忽略的。

3.4. 相火伏痰病机与 MPP 免疫功能紊乱的中西医结合探讨

MPP 的发病与转归不仅取决于肺炎支原体的直接侵袭, 更与机体免疫功能的紊乱密切相关。安黎云等研究结论为 MPP 患儿存在机体免疫功能减低, 免疫调节功能紊乱, Th1/Th2 失衡, 且 Th1 型细胞受抑制, 而 Th2 型细胞介导的免疫反应占相对优势状态, 并认为在 MPP 感染过程中, 多数患儿机体免疫功能减低、免疫调节功能发生紊乱[22]。此类现代免疫学发现为相火伏痰病机的中西医结合阐释提供了重要切入点。

MPP 急性期邪热伤阴, 相火萌动灼伤肺阴, 阴液受损导致正气不足。且中医之阴虚与现代医学之细胞免疫功能低下存在深层对应, Th1 受抑对应正气不足而祛邪无力, Th2 亢进对应相火妄动而邪热内生。阴不制阳则相火妄动, 正气不足则邪恋不去。赵茜叶等对 64 例难治性 MPP 患儿研究发现, 随着病情减轻, MP 载量呈下降趋势, 但恢复期仍未被机体免疫系统完全清除[23], 由此可推断恢复期未被机体完全清除的 MP 对应着中医正虚邪恋的迁延期病机。正气已被消耗殆尽而伏痰仍未清除, 故病程缠绵难愈。相火本为生命活动的原动力, 一旦妄动则邪火内生而灼伤正气, 炼液成痰而致气道黏液高分泌。伏痰留伏肺络, 则对应气道慢性炎症的持续存在与气道高反应性。洪素兰等的动物实验证实沙参麦冬汤调节 SIgA 和 IL-6 等免疫因子可能是其治疗肺阴虚型慢支的重要机制之一[24], 这为缓解期滋阴涵阳以息相火的治法提供了免疫调节层面的药理学依据。

4. 从相火与伏痰论治儿童 MPP 的方剂研究

4.1. 急性期: 急则治标, 清肝泻肺, 截断相火萌动

MPP 急性期外感温邪上受, 首先犯肺, 肺气郁闭, 邪热内盛。小儿肝常有余, 外感温热毒邪引动内蕴之厥阴相火, 相火萌动, 木火刑金, 炼液成痰, 充斥肺络, 且病势迅疾, 故见发热、咳嗽阵作、烦躁口苦。但急性期伏痰尚未成形, 治当急则治标, 直折其火, 当以清肝泻肺为要, 截断相火于萌动之初, 防相火由萌动转为妄动、防邪热炼液成痰, 以“清、透”为主, 直折火势, 断其化生伏痰之源, 可选用黛蛤散合泻白散加减, 使火熄而痰无所炼。方中青黛为清热凉血之要药, 专清肝胆郁火, 直折“相火萌动”; 蛤壳咸寒, 既能清肺化痰, 又能敛降浮火, 防其灼津; 桑白皮、地骨皮清泻肺中伏火, 透热外出, 诸药合用, 使肝火得清, 肺气得降, 相火自潜。李和龙等用黄芩泻白散合黛蛤散加减治疗感染后咳嗽 40 例, 研究显示黄芩泻白散合黛蛤散具有具有清肝泻肺、止咳化痰的作用, 能改善感染后咳嗽患者的临床症状, 提升疾病的治愈率[25]。

4.2. 治疗期: 标本兼顾, 清火化痰通络, 防伏痰深伏

MPP 治疗期治疗时当标本兼顾, 清泻相火与化痰通络并举, 防伏痰深匿肺络。此时邪热未清, 相火由萌动转为妄动, 灼津炼液成痰, 痰阻气机, 血行不畅, 渐成痰瘀、痰热互结于肺络。此期由实热向痰

痰、痰热转化, 相火与伏痰开始互结为患, 为病机演变之关键转折, 单纯的清热已难撼动胶结之伏痰, 治当标本兼顾, 清泻相火与化痰通络并举, 防伏痰深匿肺络, “清、化、通” 并举, 可选用清金化痰汤加丹参、地龙, 痰瘀同治, 络通则伏痰无所伏匿。清金化痰汤功擅清热化痰, 针对“痰热互结” 之标, 清金化痰汤结合阿奇霉素序贯疗法治疗痰热闭肺型小儿支原体肺炎效果确切, 能够快速有效改善症状, 减轻痛苦[26]; 然此期常伴高凝状态, 故加用丹参活血化瘀、地龙通络解痉, 丹参、地龙与清热药物配合使用, 可加强清热解药的非特异性抗感染作用[27]。地龙善走窜, 能搜剔肺络深处之伏痰, 配合桑白皮透泄余热。全方意在“络通则伏痰无所附”, 切断向迁延期转化的病理基础。

4.3. 缓解期(迁延期): 补虚固本, 滋阴透热, 健脾绝痰源

MPP 迁延期, 经前两期邪热与相火久灼, 肺阴、肝肾之阴俱伤, 阴不涵阳, 相火失制而虚炎上浮; 相火虚炎复灼残余津液, 炼为伏痰, 伏匿肺络, 遇触即发, 咳嗽反复不已。且小儿肺常虚、脾常不足、肾常不足, 阴虚与伏痰更易缠绵, 形成相火伏痰的恶性循环。缓解期当补虚固本, 滋阴透热以息相火, 化痰通络以祛伏痰, 健脾培土以绝痰源, 若单纯滋补则碍邪, 单纯祛邪则伤正, 故治当“滋、透、固” 结合, 选用青蒿鳖甲汤合沙参麦冬汤加减, 青蒿芳香透络, 引邪外出; 鳖甲滋阴潜阳, 入络搜邪, 二者共奏“滋阴透热” 之功, 针对迁延期夜热早凉之“相火虚炎”。沙参、麦冬滋养脾胃之阴, 佐以白术、茯苓健脾益气。脾健则湿不生, 阴复则火自降, 络通则伏邪外达, 从根本上消除“伏痰” 再生之环境。刘永生采用沙参麦冬汤加减内服治疗 MPP 恢复期阴虚肺热证患者, 可减轻咳嗽程度, 缩短病程, 改善了生活质量, 提高了细胞免疫功能, 减轻了炎性损伤, 降低了咳嗽敏感性, 有较好的临床疗效[28], 取得了较好的临床疗效。

5. 结语

本文从相火理论出发, 系统探讨了儿童肺炎支原体肺炎的伏痰病机与辨治。通过梳理相火、伏痰的理论源流, 结合小儿“肝常有余, 肺常不足, 脾常不足, 肾常虚” 的生理特点, 形成了相火伏痰的病机: 小儿外感温邪, 上犯于肺, 肺失宣降; 脾常不足, 肝常有余, 胆火上炎, 相火妄动; 肾精亏虚, 水不涵木, 相火失制; 肾阳不足, 脾阳失温, 脾虚更甚。且临床文献综述表明, 清泻相火、化痰通络、滋阴透热三法在小儿肺炎支原体肺炎中均有确切疗效, 其分别对应相火犯肺、伏痰阻络、阴不涵阳三个病机进程。本文创新性地将相火伏痰理论引入小儿肺炎支原体肺炎进行辨治, 突破了传统概念中仅从痰热闭肺论治的局限, 为临床分期序贯治疗提供了新的理论框架, 亦为阻断小儿肺炎支原体肺炎提供了中医思路。今后需开展以相火伏痰为统一框架的前瞻性临床研究, 进一步验证补充该理论的临床价值。

参考文献

- [1] 王雪峰, 张秀英. 从风温伏肺论治儿童肺炎支原体肺炎[J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2017, 19(11): 1878-1881.
- [2] 蔡玲利, 钟森. 肺炎支原体肺炎的研究进展[J]. 河北医药, 2022, 44(11): 1726-1731.
- [3] 张利民, 谭毅, 张学英, 等. 成人支原体肺炎中医临床规律研究[J]. 中医药导报, 2015, 21(23): 81-83.
- [4] 何文彬, 谭一松. 素问[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 1998.
- [5] 程畅和, 朱向东. 相火理论源流考辨[J]. 甘肃中医学院学报, 2003, 20(3): 12-14.
- [6] 周胜元, 付滨, 孟祥震. 从《脾胃论》浅析相火[J]. 云南中医中药杂志, 2016, 37(6): 12-14.
- [7] 叶晓光. 郑钦安《君相二火解》之我见[J]. 北京中医, 2007, 26(12): 786-787.
- [8] 高峻. 试论君火与相火的生理病理关系[J]. 吉林中医药, 2008, 28(12): 863-865.
- [9] 王文炎, 梁凤霞, 陈瑞. 基于“君火以明, 相火以位”理论探析相火离位之因[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(10):

4494-4496.

- [10] 南京中医学院(南京中医药大学). 黄帝内经[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2018.
- [11] 王伦, 薛己注, 孙迎春. 明医杂著[M]. 北京: 学苑出版社, 2011.
- [12] 钟霞, 焦华琛, 李运伦. 伏痰理论在心系疾病中的应用研究进展[J]. 山东中医杂志, 2021, 40(6): 648-653.
- [13] 梁芳芳, 乔世举, 于雪峰, 等. 哮喘缓解期“宿痰伏肺”与慢性气道炎症相关性讨论[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(7): 38-39.
- [14] 喻强强, 薛汉荣, 赵英杰, 等. 支气管哮喘气道重塑与“痰瘀伏肺”的相关性研究[J]. 中华中医药杂志, 2014, 29(7): 2148-2152.
- [15] 胡燕, 王孟清, 荀春铮, 等. 王孟清教授从伏痰论治咳嗽变异性哮喘经验[J]. 湖南中医药大学学报, 2020, 40(3): 305-308.
- [16] 李盼盼, 吴力群, 张宁宁, 等. 基于伏风、伏痰辨治儿童咳嗽变异性哮喘[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(2): 211-213+265.
- [17] 舒静, 陈芳, 闫慧敏. 81 例儿童难治性肺炎支原体肺炎中医证型研究[J]. 中国中医急症, 2018, 27(4): 588-590.
- [18] 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.
- [19] 李雪冰, 荀春铮. 儿童肺炎支原体感染后咳嗽发作时辰、病程分布特征及其与中医证型的相关性[J]. 中医药导报, 2019, 25(24): 57-58+63.
- [20] 史晓霞. 小儿肺炎支原体肺炎恢复期气道高反应的中医治疗[J]. 浙江中医药大学学报, 2011, 35(2): 155-156+159.
- [21] 丁伊, 王孟清. 泻白散加减治疗小儿支原体肺炎后久咳 36 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(12): 55-56.
- [22] 安黎云, 王缚鲲, 陈晶, 等. 肺炎支原体肺炎患儿免疫功能变化及结果分析[J]. 实用预防医学, 2008(2): 544-546.
- [23] 赵茜叶, 侍苏杰, 孙大权, 等. 难治性肺炎支原体肺炎患儿支气管肺泡灌洗液中半乳凝素-3 水平与细胞免疫的相关性[J]. 中国当代儿科杂志, 2019, 21(2): 150-154.
- [24] 洪素兰, 陈玉龙, 邵雷, 等. 沙参麦冬汤对肺阴虚型慢性支气管炎模型大鼠 SIgA 与 IL-1、IL-6、TNF- α 的影响[J]. 中国中医基础医学杂志, 2009, 15(12): 948-949.
- [25] 李和龙. 黄芩泻白散合黛蛤散加减治疗感染后咳嗽效果观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(65): 153.
- [26] 白寿强, 马生莲, 范丽婷. 清金化痰汤结合阿奇霉素序贯疗法治疗痰热闭肺型小儿支原体肺炎的效果观察[J]. 内蒙古中医药, 2020, 39(1): 34-35.
- [27] 朱晔. 清肺化痰通络法治小儿支原体肺炎 42 例临床观察[J]. 中医药导报, 2007(1): 29-30.
- [28] 刘永生, 王金菊, 张辉果. 沙参麦冬汤加减对阴虚肺热证肺炎支原体肺炎恢复期患者免疫炎症反应的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26(21): 149-154.