

综述

# 基于藏象理论探讨新型冠状病毒肺炎的病因病机<sup>▲</sup>

林木生 廖健思 曹笑 易艳兰 雷力民 张永全

(广西中医药大学附属瑞康医院神经内科,南宁市 530011,电子邮箱:328419916@qq.com)

**【提要】** 新型冠状病毒肺炎疫情是新中国成立以来传播速度最快、感染范围最广、防控难度最大的重大突发公共卫生事件。中医药治疗新型冠状病毒肺炎有提高机体免疫力、改善临床症状、提高生存质量等效果。本文基于中医藏象理论探讨新型冠状病毒肺炎的病因病机,为新型冠状病毒肺炎的治疗提供理论参考和临床思路。

**【关键词】** 新型冠状病毒肺炎;藏象理论;病因病机;湿邪

**【中图分类号】** R 563.12 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 0253-4304(2020)22-2977-04

**DOI:** 10.11675/j.issn.0253-4304.2020.22.22

2019 年 12 月,我国湖北省武汉市爆发了新型冠状病毒肺炎疫情,随后在其他地区相继发现病例。新冠肺炎的临床表现主要为发热、干咳、乏力等,病原学检测新型冠状病毒核酸阳性,胸部 CT 检查主要表现为多发的磨玻璃影,进一步发展为呼吸窘迫综合征、脓毒血症、多器官功能衰竭等,甚至死亡<sup>[1]</sup>。新型冠状病毒传播途径主要是经呼吸道飞沫和密切接触传播,人群普遍易感,具有强烈传染性,潜伏期一般为 3~7 d,最长为 14 d,其来势凶猛,变化多端,病情险恶,属中医学中“疫病”的范畴<sup>[2]</sup>。中医藏象理论是古代医家在长期临床实践,以及对人体解剖不断认识的基础上,通过综合分析、比拟、推演而概括出来的对人体的生理、病理、诊断、治疗等的理论总结<sup>[3]</sup>。本文从中医藏象理论分析新冠肺炎的病因病机。

## 1 以“湿”为主,肺为核心的病机演变

我国的新冠肺炎疫情首发于武汉,该地处于长江流域,区域内河湖众多,气候反常,湿热蒸腾,阴雨绵绵,气温骤降,湿气偏重<sup>[4]</sup>。临床观察发现,大多数新冠肺炎患者临床表现为身热不扬、胸闷气短、四肢困倦、大便黏滞不爽、舌苔腻或厚腻等,这些表现完全符合“湿”的特点,即重浊、黏滞、趋下、阻遏气机、留恋不解等诸多特性<sup>[5]</sup>。据此推断新冠肺炎主要是由“湿”邪引起。肺主气,司呼吸,开窍于鼻,外合皮毛,故“湿”邪易从口鼻、皮毛而入,首先犯肺。有观察发现,83%的新冠肺炎患者出现发热,82%的患者出现咳嗽,31%的患者出现气短,这 3 种表现是患者最常

见、最主要的临床特征<sup>[6]</sup>。因此,新冠肺炎病位在肺,以肺为核心。

## 2 肺主气,心主血

有研究报道,新型冠状病毒通过血管紧张素转化酶 2(angiotensin-converting enzyme 2, ACE2)受体主要感染肺泡上皮细胞而引起肺部炎症,以呼吸道感染为主,但随后观察发现,有的患者出现病毒相关的心血管系统损害,其机制可能是病毒通过 ACE2 直接侵犯心肌或者 ACE2 表达下调而引起一系列病理生理改变<sup>[7]</sup>。《黄帝内经》记载“诸气者,皆属于肺”“诸血者,皆属于心”,提示气与血的关系实为心与肺的关系<sup>[8]</sup>。肺主气,通过吸清呼浊的呼吸功能,将自然界的清气源源不断地吸入人体内,同时不断地呼出体内的浊气,保证了体内之气的生成及代谢。心主血脉,推动、调控血液在脉道中运行,流注全身发挥营养和滋润作用。气为血之帅,血为气之母,体内之气要正常宣发,血行畅通是必要条件,同时需要心肺两脏共同协作完成<sup>[9]</sup>。当湿邪犯肺,肺气壅塞,无力推动血行,导致心血瘀阻,出现胸闷、咳喘、心悸等症状,因此新冠肺炎出现肺失宣降、心血瘀阻时可以化湿行气,活血化瘀。血液运行不畅也会引起肺气功能失常,导致肺失宣降而出现一系列症状,这时候可以通过活血化瘀的方法,疏通肺部血络,从而使肺部气机宣畅<sup>[10]</sup>。肺气不足,宣发、肃降失司,邪气(痰瘀)滞留心肺,使气机阻滞,邪气凌心肺,出现烦闷欲绝之证,并且体虚无力驱邪,邪气潜伏,外诱引动而复发,疾病

<sup>▲</sup>基金项目:全国名老中医传承工作室(雷力民名老中医传承工作室)建设项目

作者简介:林木生(1992~),男,在读硕士研究生,研究方向:神经系统疾病的中西医结合防治。

通信作者:张永全(1965~),男,本科,主任医师,研究方向:神经系统疾病的中西医结合防治,电子邮箱:gzzyq@126.com。

缠绵难愈,久可病及于心,甚则心气、心阳虚衰,因此治疗新冠肺炎可运用补益心肺,兼化痰散瘀之法<sup>[11]</sup>。

### 3 肺主气化,脾主运化

武汉大学人民医院报道,部分新冠肺炎患者的首发症状仅为腹泻<sup>[12]</sup>。深圳市第三人民医院也报道了部分新冠肺炎患者粪便中病毒核酸阳性<sup>[13]</sup>。中山大学附属第三医院收治的1例重症、4例轻症新冠肺炎患者均出现不同程度的消化系统症状<sup>[14]</sup>。以上表明,新冠肺炎患者首发症状不仅有呼吸道症状,还有消化系统症状。《黄帝内经·素问·经脉别论》<sup>[15]</sup>记载“脾气运化精微,上输于肺,肺为水之上源,主通调水道。”《黄帝内经·灵枢·经脉》<sup>[16]</sup>述“肺脾同起于太阴之脉,同气相求,同声相应”。故肺脾可相互影响,肺主一身之气,维持气的升降出入运动以及气的阴阳互相作用,使得气化功能正常运行。脾通过吸收、转输水谷精华,调节水液代谢,维持人体正常运化功能。新冠肺炎发病初期即出现纳呆、泛呕、便秘等消化道症状,均因疫邪外袭影响肺脾气机所致<sup>[17]</sup>。肺外感病邪,脾胃气机不畅,或内伤脾胃,脾气虚弱失于运化,又可导致肺气虚弱,更易引邪深入,造成疾病的恶性循环。新型冠状病毒为外感湿毒之邪,与肺脾两脏关系最为密切,湿毒犯肺,则肺失宣肃,升降不利,表现为呼吸不畅、咳嗽,甚则呼吸困难。湿性黏滞趋下,下行至中焦困脾,水湿难化,则聚湿生痰,贮存于肺部,痰浊上泛则表现为恶心呕吐,水湿过盛下行,超出大肠传导能力则导致便溏<sup>[18]</sup>。因此,治疗新冠肺炎宜解毒宣肺,健脾化湿贯穿始终,但病程各个时期的治疗侧重不同,病初期以宣肺止咳、芳香化湿为主,中期以宣肺平喘、通腑解毒为主,重症期以温阳开闭固脱,恢复期以补肺健脾化湿为主<sup>[19]</sup>。如脾主运化水湿的功能失调,则水液停滞体内,影响肺的气化功能,因此,治疗新冠肺炎时可加用健脾益气化湿药物,如甘露消毒丹、四妙散、连朴饮等<sup>[20]</sup>。陈士铎在《石室秘录》所言“治肺之法,正治甚难,当转治以脾,脾气有养,则土自生金。”

### 4 肺肝气机升降循环

对新冠肺炎死亡患者尸检发现,其肝脏体积增大,呈暗红色;组织病理检查发现其肝细胞变性、灶性坏死伴中性粒细胞浸润,肝血窦充血,汇管区见淋巴细胞和单核细胞浸润,微血栓形成<sup>[1]</sup>。可见肝脏也是新冠病毒攻击的器官之一。《黄帝内经·素问·

刺禁论》<sup>[20]</sup>中记载“脏有要害,不可不察,肝生于左,肺藏于右,心部于表,肾治于里。”肝主升发,肺主肃降,升降协调,对全身气机的调畅,气血的调和起重要调节作用。肺气充足,肃降正常,有利于肝气的升发;肝气疏泄,升发条达,有利于肺气的肃降,肺肝既互相制约,又相互为用。《临证指南医案》曾多次用“肝左肺右”理论进行辨证用药治疗肝肺疾病。咳嗽病位常在肺,但若咳嗽日久,伴有左侧脸颊色红等症,可辨为肺病日久,肝气横升,肝肺升降失常所致<sup>[21]</sup>。肝气从左升发,肺气从右肃降,肝气以升发为宜,肺气以肃降为顺,如肝降肺升,则应顺应人体以升肝降肺为主;如肝气上逆、肝郁化火致肺气阴虚耗,导致“肝升太过,肺降无权”,则应调和阴阳使肝肺气机升降恢复正常;如肝肺气机升降失调日久及血入络,则应通络和血为主,升降肝肺气机为辅,血络和畅则气机升降易调<sup>[22]</sup>。因此不妨借鉴“肝左肺右”理论对症治疗患者的咳嗽症状。

### 5 肺肾同源,金水相生

有观察表明,新冠肺炎患者肾脏新型冠状病毒刺突蛋白受体高表达,肾脏是新冠病毒的主要损伤靶点;新冠肺炎死亡患者的肾脏病理检查结果显示存在严重的急性肾小管坏死;分析发现,血清肌酐、尿素氮升高、急性肾损伤、蛋白尿、血尿等均是患者死亡的危险因素<sup>[23]</sup>。为此,临床治疗新冠肺炎时不可忽略对肾脏的保护。肺肾同源是中医藏象理论的重要部分,“肺肾相关”的理论源于《黄帝内经》,如《灵枢·本输》曰“肾上连肺”。肺为水之上源,肾为主水之脏;肺主呼吸,肾主纳气;肺属金,肾主水,金水相生。肺与肾的关系主要表现为水液代谢、呼吸运动。肺气宣发肃降而行水,该功能有赖于肾气及肾阴肾阳的促进;肾气蒸化及升降的水源有赖于肺气的肃降运动使之下归于肾或膀胱。若肺肾机能失调,水液输布、排泄障碍可致水肿等疾病的发生。临床上治疗因水液代谢障碍导致的水肿、痰饮等病证时,宜上宣肺利水,下温肾阳,滋补肾阴,肺肾同治,以求水道通调<sup>[24]</sup>。肺主呼吸,肾主纳气,正如《景岳全书》曰“肺为气之主,肾为气之根”,若肺气久虚,肃降失司,肾气不足,摄纳无权可导致气短喘促,呼多吸少等病理变化。基于肺肾同源、金水相生的藏象理论,确定肺肾同治的治疗原则,辨证拟方,或可改善新冠肺炎患者的水肿、痰饮等症。

## 6 肺与大肠相表里

“肺与大肠相表里”也是中医藏象理论的重要组成部分。《脉贯·脉旨论》<sup>[25]</sup>云“肺与大肠为表里耳……乃经络之表里。”肺与大肠相对,阴阳相应,经络相连,表里络属,从而在功能上形成了紧密联系<sup>[26]</sup>。新型冠状病毒与人体细胞中的 ACE2 受体结合进入细胞,使 ACE2 受体在呼吸系统的上皮细胞、消化系统的吸收性肠细胞、回肠和结肠上皮细胞中高表达,提示肠道也是新型冠状病毒感染的潜在靶点<sup>[27]</sup>。肺主气司呼吸,大肠主传导糟粕。湿邪犯肺,肺气壅塞,失于肃降,气不下行,津不下达,可引起腑气不通,糟粕难以排出。当新冠肺炎患者出现便秘等肠道症状时,治疗上可借鉴“下法”。有研究证明,通便具有通下逐瘀的功效,可改善肠道缺血,推动肠道运动,调节自主神经功能紊乱,减少肠道毒素的吸收和生成,并能通过增强肠道蠕动而兴奋肠道的副交感神经,抑制支配支气管的副交感神经的兴奋性从而起到解痉、平喘的作用<sup>[28]</sup>。肺主通调水道,为“水之上源”,大肠主津,二者在机体津液代谢方面相辅相成。若肺主通调水道的功能受损,进而累及大肠,导致大肠传导功能障碍而出现腹泻、便秘等肠道症状<sup>[29]</sup>。若大肠实热,传导不畅,腑气不通,气机不畅,下窍不通,上窍随之郁闭,进而影响肺的宣发肃降,变生诸证,如胸满、咳喘等。临床上治疗新冠肺炎时需要重视肺与大肠相表里的病机关系,减轻患者痛苦。

## 7 小结

基于中医藏象理论,笔者认为新冠肺炎主要感受“湿毒”,以损伤肺脏为核心,湿毒邪、“肺损伤”参与病变的整个过程,并且病变过程中肺与心、肝、脾、肾、大肠之间相互影响。因此,我们在治疗新冠肺炎时,可以从“肺主气,心主血”“肺主气化,脾主运化”“肺肝气机升降循环”“肺肾同源,金水相生”“肺与大肠相表里”等中医藏象理论出发,明确治则治法,最后确定组方遣药,为新冠肺炎提供中医治疗思路,与西医治疗优势互补,提高治疗效果。

## 参 考 文 献

[1] 国家卫生健康委办公厅 国家中医药管理局办公室. 新型冠状病毒感染的肺炎诊疗方案(试行第七版)[EB/OL].

- (2020-03-03) [2020-05-20]. <http://www.nhc.gov.cn/zyygj/s7653p/202003/46c9294a7dfe4cef80dc7f5912eb1989.shtml>.
- [2] 张伯礼,王琦,谷晓红,等. 新型冠状病毒肺炎中医诊疗手册[M]. 北京:中国中医药出版社,2020:7-27.
- [3] 曾耀明,汪洋鹏,柯晓. 基于藏象学说论治炎症性肠病的理论探讨[J]. 中华中医药学刊,2018,36(10):2375-2377.
- [4] 苗青,丛晓东,王冰,等. 新型冠状病毒肺炎的中医认识与思考[J]. 中医杂志,2020,61(4):286-288.
- [5] 曹雪,袁军民,陈宁君,等. 新型冠状病毒肺炎病因病机、辨证分型探析[J]. 现代中医药,2020,40(2):1-4.
- [6] Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study [J]. Lancet, 2020, 395(10223):507-513.
- [7] 彭文艺,甘雪晴,谭艳,等. 新型冠状病毒感染性疾病心血管系统损害机制与治疗进展[J]. 中华医院感染学杂志,2020,30(8):1177-1182.
- [8] 刘学法. 从心肺相关论冠心病的证治[J]. 光明中医,1999(4):14-15.
- [9] 曹毅. 试论“呼出心与肺,吸入肾与肝”及其在喘证辨治中的意义[J]. 江苏中医药,2011,43(4):3-4.
- [10] 王佰华,马健. 治肺心法摘要[J]. 湖南中医杂志,2008,24(6):68-69.
- [11] 阮欢荣,马锦地,李建生,等. 慢性肺源性心脏病中医病因病机分析[J]. 中医学报,2018,33(1):37-41.
- [12] 武大人民医院党委宣传部. 武大人民医院:发热咳嗽并非新冠肺炎的唯一首发症状[EB/OL]. (2020-01-25) [2020-10-16]. [http://www.rmhospital.com/882\\_/1.aspx?id=9118704&Fid=1](http://www.rmhospital.com/882_/1.aspx?id=9118704&Fid=1).
- [13] 新京报. 深圳第三人民医院:某些确诊患者粪便或提示有病毒存在[EB/OL]. (2020-02-01) [2020-05-20]. <https://baijiahao.baidu.com/s?id=1657345753567159058&wfr=spider&for=pc>.
- [14] 戴敏,肖阁敏,王拥泽,等. 岭南新型冠状病毒肺炎临床表现的初步分析[J]. 天津中医药,2020,37(2):132-136.
- [15] 孙广仁. 中医基础理论[M]. 2版. 北京:中国中医药出版社,2007:86.
- [16] 翟双庆,黎敬波. 内经选读[M]. 4版. 北京:中国中医药出版社,2019:135.
- [17] 梁亮,王圣治,扬鹤祥,等. 从舌苔表现探析新型冠状病毒肺炎患者病机转归[J]. 辽宁中医药大学学报,2020,22(3):120-123.

- [18] 郑一, 郭鹤, 于游, 等. 基于“肺-脾-大肠”相关理论探讨新型冠状病毒肺炎的证候病机[J]. 中华中医药学刊, 2020, 38(4): 1-3.
- [19] 刘智霖, 史利卿, 马建岭, 等. 新型冠状病毒肺炎肺脾相关病机及证治探讨[J]. 天津中医药, 2020, 37(4): 377-382.
- [20] 李纪高, 李彬, 张传雷, 等. 基于肺-脾-大肠整体干预重型新型冠状病毒肺炎治疗策略[J]. 新中医, 2020, 52(14): 182-184.
- [21] 黄帝内经素问[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1963: 275.
- [22] 贺亚婕, 余海滨. 基于“肝左肺右”理论治疗肺系疾病[J]. 中国民间疗法, 2020, 28(4): 9-11.
- [23] 刘臻, 朱虹, 张铭倩, 等. “肝肺气机升降循环”理论治法探讨[J]. 山东中医杂志, 2018, 37(8): 631-633.
- [24] 胡昭, 王强. 新型冠状病毒感染相关性肾损伤[J]. 山东大学学报(医学版), 2020, 58(3): 26-31.
- [25] 张朝宁, 李金田. “肺肾相关”理论探讨及现代研究进展[J]. 新中医, 2016, 48(1): 200-201.
- [26] 孟庆岩, 颜培正, 相光鑫, 等. 基于古代文献数据库肺与大肠表里关系研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(1): 26-28.
- [27] 黄贵华, 罗媛媛, 许光兰, 等. 基于“肺与大肠相表里”探讨调节肠道菌群在外感发热中的应用[J]. 吉林中医药, 2012, 32(5): 439-441, 459.
- [28] Zhang H, Kang Z, Gong H, et al. The digestive system is a potential route of 2019-nCov infection: a bioinformatics analysis based on single-cell transcriptomes[J/OL]. bioRxiv, 2020 [2020-02-18]. <https://doi.org/10.1101/2020.01.30.927806>.
- [29] 宋秀明, 陈晓宏. 通下法治疗肺病机理探讨[J]. 实用中医药杂志, 2002, 18(12): 42-43.
- [30] 王世友, 钱旭武, 段富津. 肺与大肠并治在方剂中的运用[J]. 中医药信息, 2010, 27(6): 3-5.  
(收稿日期: 2020-07-17 修回日期: 2020-10-21)

(上接第 2967 页)

3.3.3 健全病案信息 提升信息质量: 病案首页信息的准确性和及时性是 DRG 的关键。规范病案首页填报工作是解决医疗机构评价和管理中科学性、精准性和公平性的重要保证, 因此要健全病案信息, 以提升信息质量。

3.3.4 提升信息系统监控: 通过在医生工作站中嵌入医保质控软件(如病种基础诊疗模块), 编写医保违规拦截程序, 设置药品适应证提醒服务等方式, 实时监控各临床科室医保患者的药品占比等常规医疗数据。医院不断提升信息化水平和数字化管理能力, 通过全程智能监管, 减少过度治疗行为, 降低药品费用、检验费用。

3.3.5 提升医务人员专业知识, 强化疾病编码分组能力: 临床医师只有熟悉掌握疾病分类编码的相关知识, 才能保障 DRG-PPS 工作的顺利实施, 同时医院编码人员同样需要不断提高自身专业领域的知识和技能, 加强对临床知识的积累, 了解临床疾病的诊疗过程, 以提高及保证编码工作的准确性。

综上所述, 使用病种基础诊疗模块进行控费管理可行且有效, 其有利于规范临床诊疗行为, 提升医疗服务质量, 实现精准管理, 今后可采取相关措施进一步提高病种基础诊疗模块控费的管理成效。

## 参 考 文 献

- [1] 邓小虹. 北京 DRGs 系统的研究与应用[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2015: 80-125.
- [2] 常文虎. 医疗服务支付方式的选择与管理[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 52.
- [3] 顾昕. 医保付费改革的制度障碍[J]. 中国医疗保险, 2010(6): 29-31.
- [4] 刘佳帅, 程苏华. 我国实行 DRGs 付费机制改革初探[J]. 医院管理论坛, 2015, 32(3): 6-8.
- [5] 中国医疗保险研究会. 德国、瑞典医疗保险制度及 DRGs 的应用[J]. 中国医疗保险, 2010, 22(2): 61-63.
- [6] 朱士俊, 鲍玉荣, 刘海一, 等. 按 DRGs 付费的应用研究[J]. 中国医疗保险, 2010(6): 26-28.
- [7] 刘丹红, 徐勇勇, 张海权, 等. 医疗质量的比较与风险调整[J]. 中国卫生质量管理, 2009, 16(1): 32-34.
- [8] 张肖肖, 王力红, 仇叶龙, 等. 基于 DRGs 平台的临床医师团队医疗质量评价研究[J]. 中国医院, 2017, 21(1): 31-33.
- [9] 程凯, 周仕海. DRGs 推广对临床路径发展的促进作用探析[J]. 中国数字医学, 2013, 8(11): 101-103.  
(收稿日期: 2020-07-10 修回日期: 2020-10-15)