

陈生运用固本清肺方治疗病毒性肺炎医案1则

付笑燕¹, 刘庆贺¹, 吴湘键¹ 指导: 陈生²

1. 广州中医药大学第四临床医学院, 广东 深圳 518033; 2. 深圳市中医院, 广东 深圳 518033

[关键词] 病毒性肺炎; 固本清肺方; 医案; 陈生

[中图分类号] R249; R563.1 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2026) 14-0187-07

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.14.028

陈生教授是博士研究生导师, 深圳市名中医, 师承国医大师晁恩祥教授, 潜心中医肺系病证30余载, 于病毒性肺炎之辨治尤善。针对岭南濒海多湿、民嗜水产腥发之域情, 陈生教授提出“外湿与里湿交困, 热郁与浊毒互结”为地域病机核心, 遂博采经典理论, 反复临证锤炼, 以固本清肺方治疗岭南地区病毒性肺炎疗效显著。笔者有幸跟随陈生教授学习, 现将陈生教授治疗病毒性肺炎医案1则整理介绍如下。

1 病毒性肺炎的中医认识

1.1 病因 陈生教授指出, 病毒性肺炎之成, 可概分两端: 一者“疫疠”兼“六淫”外袭, 二者“正气”内虚, 正邪相搏而病作。《温疫论》^[1]言: “非风, 非寒, 非暑, 非湿, 乃天地间别有一种异气所感。”“邪自口鼻而入……舍于伏脊之内……横连膜原。”明示“疫疠”别于六淫, 其暴戾尤甚。疫疠每与外感风寒、风热、暑湿等六淫相挟, 邪盛化毒, 遂呈寒湿疫、湿热疫等。《伤寒论》云: “血弱气尽, 腠理开, 邪气因入。”点明正气亏虚为发病之本。

无论年高体弱、孕产幼童, 抑或青壮起居失常, 皆可致卫阳不固, 逮疫疠六淫自口鼻而入, 正气不足以逐邪, 外邪直趋肺卫, 壅遏气机, 宣肃失司, 病毒性肺炎由是而发。

1.2 病机 病毒性肺炎主要病位在肺、脾, 累及心、肝、肾等^[2]。疫疠异气自口鼻而入, 六淫兼夹, 或风或湿, 或寒或热, 遂成合邪; 肺卫先受, 正气虚实定顺逆: 正气盛者, 邪留卫气, 可从汗解, 可顺传阳明; 正虚则内陷心营, 逆传心包, 遂见营血重证, 其总体病机的传变规律符合温病“卫气营血”传变规律。然而病势也会受到地域、季节和体质等的影响。《医编》^[3]载: “李待诏曰: 岭南地卑土薄, 土薄则阳气易泄, 人居其地, 腠疏汗出, 气多上壅。地卑则潮湿特盛, 晨夕昏雾, 春夏淫雨, 人多中湿。”

陈生教授指出, 岭南地处亚热带, 长夏气候“湿热氤氲”, 民嗜鱼生甜腻, 积湿生热; 且常年气候炎热, 导致人体腠理疏松, 汗液外泄, 而致阴津亏耗, 气随津脱形成气阴两虚体质。腠理疏而汗泄不畅, 脾气困而痰浊内郁,

[收稿日期] 2025-10-28

[修回日期] 2026-06-04

[基金项目] 国家重点研发计划“中医药现代化”专项项目(2022YFC3500801); 深圳市“医疗卫生三名工程”项目(SZSM201812063); 深圳市科技计划项目创新创业专项(JSJG20220226090203006)

[作者简介] 付笑燕(2000-), 女, 硕士研究生。

[通信作者] 陈生(1971-), 男, 主任医师, 教授, 博士研究生导师。

肺卫恒处“湿中伏热”之窠臼，兼外感疫毒，内外合邪，湿热胶结，困遏气机，病势缠绵。此外，清代王清任《医林改错》^[4]曰：“受瘟疫至重，瘟毒在内烧炼其血，血受烧炼，其血必凝。”指出瘟毒致瘀的病理特点。因此，“湿、热、毒、虚、瘀”是岭南病毒性肺炎的病理因素，治宜扶正败毒、清肺利湿为主，且须佐以凉血祛瘀之品，方能缩短病程、降低传变风险。

2 固本清肺方组方思路与临床疗效

固本清肺方是陈生教授在国医大师晁恩祥“透邪祛毒，扶正防变”^[5]学术思想指导下，结合临床治疗经验、深入发掘经典文献和现代药理作用筛选总结的有效方剂，用于治疗正虚毒炽、湿热郁肺证病毒性肺炎患者，症见发热，咳嗽，咳痰白黏、或黄，头身困重，疲乏倦怠，口干苦黏，纳呆，便溏或大便黏滞不爽；或呼吸困难、气促、喘憋；舌质红、苔黄腻或黄燥，脉滑或滑数等。全方共13味中药，处方：黄芩10 g，连翘15 g，蒲公英15 g，败酱草15 g，金荞麦20 g，法半夏5 g，麻黄8 g，苦杏仁8 g，葶苈子10 g，柴胡10 g，葛根15 g，白芷9 g，西洋参5 g。

该方由麻杏苡甘汤、柴葛解肌汤、葶苈大枣泻肺汤化裁而成，在其基础上去薏苡仁，代以金荞麦、败酱草引药入肺，清肺排脓祛瘀；去大枣、白芍防止酸甘敛邪；减羌活以防辛温助邪；择用连翘、蒲公英代替石膏清热毒，化痰散结，而去有形之病理产物；另以西洋参代替甘草，凉补以顾阴津之亏耗，是以扶正败毒固其本、清肺祛湿治其标，防止病势传变。

方中黄芩为君药，性味苦寒，主入肺、大肠经，善清上焦肺热，兼能燥湿泻火，直折肺中壅热，兼顾湿邪化热之机，为清泻肺火之要药。连翘苦微寒，其性轻清辛散，清透肺中郁

热，兼入心与小肠经，清心热，利小便；配伍苦辛大寒之葶苈子，归肺、膀胱经，泻肺平喘，通调水道。二药一者偏于泻肺中水气以通利，一者偏于清心与小肠之热以利湿，使湿热毒邪“上下分消”。蒲公英味苦甘性寒，清热解毒、消痈散结，尤善清泻肺胃热毒，苦甘之性亦防诸药苦寒伤胃；败酱草辛苦微寒，尤善入血分，为治疗内痈如肺痈、肠痈之要药，辛散之性，能行能散，疏通因热毒壅滞导致的气血不畅，实现热毒瘀并治；金荞麦味辛涩，性凉，味涩非为收涩留邪，而是针对痈疽疮疡，能消痈敛疮、利咽排脓，善解肺热咳嗽、咳痰黄脓、咽喉肿痛之症。法半夏味辛性温，燥湿化痰、降逆和胃，与苦寒之黄芩相配，辛开苦降，宣畅肺气，分化湿热；麻黄辛微苦温，宣肺解表、开泄腠理；苦杏仁味苦微温，主降气平喘、润肠通便。此2组药对半夏合黄芩、麻黄配苦杏仁，皆寓“辛开苦降”之妙，共奏宣降肺气，兼以化浊祛湿，从而斡旋中上二焦，复肺脏气机枢纽之功。连翘、葶苈子、蒲公英、败酱草、金荞麦、法半夏、麻黄、苦杏仁8味药均为臣药，共增清解肺中湿热毒瘀结之力。柴胡苦辛微寒，透解郁热、疏达气机；葛根甘辛凉，升阳解肌、生津透邪；白芷辛温，燥湿排脓、祛风通窍。柴胡、葛根、白芷3味均为佐药，共奏“疏枢机、升清阳、化湿浊”之功。柴胡从少阳枢转，葛根由阳明升发，白芷入手太阴肺经、为阳明引经之药，通肺络而化浊。三药合用，枢机利则郁热得散，清阳升则湿浊得运，肺络通则痰浊得消。西洋参味甘微苦、性凉，益气养阴、清热生津，既可扶助正气、固护气阴，又能防苦寒清热之品损伤脾胃，兼能调和诸药，寓“扶正以祛邪”之意，是为佐使。全方以清热解毒为主导，辅以宣肺透邪、祛湿化痰、益气扶正，适用于湿热瘀毒

壅肺、气阴两伤、表里同病之证，体现了“清透不郁遏、通利不伤正、扶正不恋邪”的组方智慧。

李锦帅等^[6]对100例接受固本清肺方联合西医常规治疗的病毒性肺炎患者进行研究，结果显示，经中西医结合治疗后，患者发热、咳嗽、乏力等中医证候积分均显著下降；同时，白细胞计数、C-反应蛋白(CRP)、降钙素原(PCT)、血沉及白细胞介素-6(IL-6)水平较治疗前明显降低，淋巴细胞计数则较治疗前升高。Zeng Z Y等^[7]研究表明，固本清肺方对内毒素诱导的急性肺损伤具有显著的保护作用，其作用机制可能与其抑制TLR4/NF- κ B信号通路以减轻炎症反应，以及激活Keap1/Nrf2信号通路以增强抗氧化能力相关。该研究为固本清肺方在临床治疗急性肺损伤/急性呼吸窘迫综合征(ALI/ARDS)提供了理论依据。

3 病案举例

林某，男，68岁。主诉：高热5天，气喘1天。2023年12月20日由急诊收治入院。患者5天前接触流感家属后出现夜间高热，体温最高40℃，伴寒战、头痛、全身酸痛，社区健康服务中心查流感病毒A抗原阳性，予口服磷酸奥司他韦颗粒抗流感，口服布洛芬胶囊退热，晨起体温下降，但午后及夜间复热，伴咳黄黏痰、难咯。今晨起患者自觉呼吸困难，气喘胸闷，平地走10m不耐受，家属遂呼叫120送至本院急诊抢救室。入院症见：高热，胸闷气促，咳痰黄质黏、难咯，口干烦躁，小便短赤，大便3天未行。患者既往体健，否认高血压、糖尿病、冠心病、自身免疫性疾病等病史，否认药物食物过敏史。查体：体温(T)39.8℃，心率(P)124次/min，呼吸(R)30次/min，血压(BP)145/90 mmHg(1 mmHg $\approx$ 0.133 kPa)，血氧饱和度(SpO₂)90%[吸入氧浓度(FiO₂)37%]。

急性面容，双肺可闻及大量湿啰音及哮鸣音。舌质红绛、苔黄厚，脉洪数。急诊血常规：白细胞计数 $7.8\times 10^9/L$ ，中性粒细胞百分比88.5%，淋巴细胞绝对值 $0.6\times 10^9/L$ 。炎症标志物：C-反应蛋白(CRP)156 mg/L，降钙素原(PCT)2.3 ng/mL。床旁血气分析(中流量吸氧4 L/min)：pH 7.36，动脉血二氧化碳分压(PaCO₂)34 mmHg，动脉血氧分压(PaO₂)79 mmHg；氧合指数214 mmHg。胸部CT：双肺多发片状磨玻璃影及实变影，部分融合，呈“白肺”样改变。咽拭子：甲型流感病毒核酸阳性。西医诊断：重症病毒性肺炎(甲型流感)；急性呼吸窘迫综合征(轻度)；I型呼吸衰竭。

首诊医师处理：升级为储氧面罩(流量：10 L/min)，建立双肘正中静脉通道，因储氧面罩下SpO₂仍波动于90%~92%，患者呼吸窘迫无缓解，予启动无创正压通气。模式：S/T；参数：吸气相压力(IPAP)14 cmH₂O(1 cmH₂O $\approx$ 0.098 kPa)，渐升至18 cmH₂O，呼气相压力(EPAP)8 cmH₂O，FiO₂ 50%。连接后SpO₂升至95%。首诊医生评估患者病情危重，立即启动急诊会诊。呼吸科、感染科及ICU主治医师会诊后，认为患者符合ICU收治指征，向家属充分告知病重及转运风险，当日在转运监护仪、便捷式无创呼吸机持续监护下立即转运至ICU。

2023年12月20日初诊：入科后即刻连接心电图监护，无创呼吸机(S/T模式：IPAP 18 cmH₂O，FiO₂ 50%)，监测生命体征：T 39.5℃，P 116次/min，R 30次/min，BP 142/86 mmHg，SpO₂ 95%。患者神志清，但烦躁、呼吸窘迫显著，为实施清醒镇静，予盐酸右美托咪定注射液0.2 mg加0.9%氯化钠溶液(扬子江药业集团有限公司，国药准字H20183219)48 mL，负

荷剂量 0.5 $\mu\text{g}/\text{kg}$ (约 32.5 μg , 约 8 mL) 缓慢静脉推注 (时间 > 10 min), 随后以 5 mL/h 的速率持续泵入维持, 镇静过程中患者生命体征平稳, 可被唤醒, 对答良好。行床旁超声引导下中心静脉置管 (右颈内静脉) 监测中心静脉压 (CVP)、留置动脉导管 (左桡动脉) 实时监测动脉血压及频繁采集动脉血、留置鼻饲置管预防误吸。经 ICU 医师综合病情讨论, 拟制定以下治疗方案: ① 抗病毒治疗。予静脉滴注帕拉米韦氯化钠注射液 (广州南新制药有限公司, 国药准字 H20130029), 每次 600 mg, 每天 1 次。② 抗炎。予静脉滴注甲泼尼龙琥珀酸钠 (重庆华邦制药有限公司, 国药准字 H20143136), 每次 40 mg, 每天 1 次。③ 抗感染。考虑合并细菌感染风险高, 予联合哌拉西林钠他唑巴坦钠 (山东安信制药有限公司, 国药准字 H20233286), 每次 4.5 g, 每 8 小时 1 次。④ 退热。临时医嘱予赖氨匹林 (湖南赛隆药业有限公司, 国药准字 H20183170) 肌肉注射, 冰袋双侧腋下、腹股沟物理降温。⑤ 抑酸护胃。静脉滴注艾司奥美拉唑钠 (浙江尖峰药业有限公司, 国药准字 H20203449), 每次 40 mg, 每天 1 次。⑥ 营养支持。整蛋白型肠内营养剂 (能全素, Milupa GmbH, 进口药品注册证号 HJ20170172), 按需肠内营养支持。中医诊断: 风温肺热病; 痰热壅肺、腑气不通证。治则: 宣肺泄热, 化痰平喘, 通腑降浊。ICU 主管医师予麻杏石甘汤加味, 处方: 蜜麻黄 10 g, 燀苦杏仁 10 g, 生石膏 (先煎) 60 g, 生甘草 20 g, 桑白皮 15 g, 全瓜蒌 30 g, 浙贝母 15 g, 葶苈子 (包煎) 15 g, 生大黄 (后下) 10 g。水煎取汁 200 mL, 分早、晚 2 次经鼻饲管温服, 共 3 剂。

2023 年 12 月 22 日二诊: 上方鼻饲 3 剂后, 患者热势稍降, 最高体温 39.0 $^{\circ}\text{C}$, 仍以午后及

夜间发热为主, 气促稍缓解, 仍胸闷, 无创呼吸机支持 (S/T 模式: IPAP 16 cmH_2O , FiO_2 50%)。支气管肺泡灌洗液 (BALF) 检查示: 甲型流感病毒核酸检测阳性, 金黄色葡萄球菌弱阳性。复查床旁胸片示: 对比 2023 年 12 月 20 日胸部 CT, 双肺炎症病灶范围大致同前, 未见明显吸收。ICU 主管医师为进一步精准辨证、优化中医治疗方案, 遂请呼吸科陈生教授会诊, 诊见: 神清, 精神疲倦, 胸闷、乏力感明显, 气喘间作, 咳黄脓痰、难咯, 口干甚, 大便通而不畅、先干后稀, 舌红, 苔黄腻少津、中有裂纹, 细察脉滑数, 以右寸、关部尤甚, 兼见结代。陈生教授分析病情, 辨为湿热胶结、气阴两伤、虚实夹杂之证。治法宜转为扶正败毒、清肺祛湿。处方以固本清肺方化裁, 处方: 黄芩 15 g, 连翘 15 g, 败酱草 20 g, 蒲公英 20 g, 金荞麦 30 g, 炙麻黄 5 g, 燀苦杏仁 10 g, 葶苈子 (包煎) 15 g, 法半夏 10 g, 柴胡 10 g, 葛根 15 g, 白芷 10 g, 生甘草 10 g, 西洋参 (另煎兑入) 15 g, 麦冬 15 g, 五味子 10 g。水煎取汁 200 mL, 分早、晚 2 次经鼻饲管温服, 共 2 剂。

2023 年 12 月 24 日三诊: 上方鼻饲 1 剂后, 患者体温在 24 小时内下降至 37.8 $^{\circ}\text{C}$ 以下, 低热间作, 精神状态好转, 胸闷改善, 喘息明显平息, 呼吸机支持参数大幅下调 (IPAP 12 cmH_2O , FiO_2 35%), 甲泼尼龙琥珀酸钠减量为 20 mg, 每天 1 次; 抗病毒方案用足疗程, 予停用帕拉米韦。复查床旁血气: pH 7.42, PaCO_2 37 mmHg, PaO_2 109 mmHg; 氧合指数 311 mmHg。陈生教授随诊, 诊见: 神清, 精神转佳, 仍咳嗽, 痰量较前减少, 痰色由黄脓转为黄白相间、质黏易咳, 口干不欲多饮, 自觉身热不扬, 午后为甚, 乏力, 大便黏。舌红渐退, 转为暗红, 苔由黄腻转为黄白相兼、腻而不燥, 脉由滑数转

为濡数，右寸、关部仍显滑象，结代脉已除。继续守前方去麻黄、连翘，蒲公英、败酱草减量为15 g，加用薏苡仁30 g健脾利湿。水煎取汁200 mL，分早、晚2次经鼻饲管温服，共4剂。

2023年12月28日四诊：上方鼻饲1剂后患者体温平稳（ $<37.0\text{ }^{\circ}\text{C}$ ），呼吸机下调至IPAP 10 cmH₂O，FiO₂ 30%，患者日间可间断脱离呼吸机1~2 h。3剂后患者可成功脱离无创呼吸机，改为经鼻高流量湿化氧疗（流量35 L/min，FiO₂ 28%），SPO₂维持在96%以上，抗炎予改为鼻饲甲泼尼龙片12 mg，每天1次。陈生教授再次床边会诊，诊见：患者可于床旁坐立，咳嗽、咳少量白黏痰，胸闷大减，午后身热感消失，纳食渐增，但食后微胀，口干、乏力减轻，大便调。舌暗红渐转淡红，苔薄黄腻，脉濡。治疗宜加强扶正，前方去葶苈子、败酱草、麦冬、生甘草，蒲公英减量为10 g，合用异功散：党参15 g，炒白术12 g，茯苓20 g，陈皮10 g，炙甘草6 g。水煎取汁200 mL，分早、晚2次经鼻饲管温服，共3剂。

2024年1月1日五诊：停用鼻导管氧疗，室内空气下SpO₂ 96%~98%。体力显著改善，可于病房内缓步行走10 min。复查床旁胸片：双肺纹理增粗，原实变影大部吸收，见少量条索状高密度影。予鼻饲甲泼尼龙片减量为8 mg，每天1次。陈生教授随诊，诊见：患者体温正常，无气喘胸闷，咳嗽偶作，咳少量白痰。主要不适为活动后气短，自汗，纳可，夜寐欠安。舌淡红、苔薄白，脉细。治疗以健脾补肺、益气固表为法，予玉屏风散合六君子汤加减，处方：党参15 g，黄芪20 g，炒白术12 g，茯苓15 g，陈皮10 g，法半夏10 g，防风15 g，金荞麦15 g，燀苦杏仁10 g，炙甘草5 g。水煎取汁200 mL，分早、晚2次经鼻饲管温服，

共5剂。

2024年1月3日患者转出ICU，入普通呼吸科病房继续康复。患者可自主行走，生活基本自理，气短、自汗明显改善。

2024年1月5日六诊：陈生教授查房示，患者现可经口进食，予拔除鼻饲置管；咳嗽基本消失，予口服甲泼尼龙片减量为4 mg，每天1次；停用哌拉西林他唑巴坦钠抗生素；现偶有汗出，纳寐俱安，二便调。舌淡红、苔薄白，脉细缓。效不更方，续守前方4剂，温服。

2024年1月9日，患者神清，精神可，无发热，无咳嗽咳痰，活动耐力良好，生命体征平稳，血氧饱和度正常。复查胸片：双肺病灶基本吸收，仅见少量纤维条索影。予以出院，出院带药：续守上方7剂，每天1剂，水煎200 mL，分早、晚2次温服。嘱避风寒、慎起居、调饮食，1个月后门诊复查。

2024年2月10日于本院门诊复查胸部CT：双肺炎症明显吸收，双肺下叶少许纤维灶，患者已恢复正常居家生活，症状未见反复，仅活动后少许汗出，余无不适。

4 讨论

本案为老年男性，因甲型流感病毒感染导致重症病毒性肺炎，病程进展迅速，出现急性呼吸窘迫综合征及I型呼吸衰竭，病情危重。患者初诊时表现为高热不退，面赤气粗，胸闷气促，咳嗽痰黄，口干便秘，舌红绛、苔黄厚，脉洪数有力，属典型的风温肺热病之痰热壅肺、腑气不通证。其病机核心为热毒壅肺、痰热互结、肺失宣降，兼有阳明腑实，属热、毒、痰、闭之象，符合温病热入气分、肺胃同病的特点。

首诊医师治以麻杏石甘汤加味而成，方中麻黄、苦杏仁宣肺平喘，石膏用量独重，大清气分之热；加以桑白皮、葶苈子、浙贝母、瓜

萎清肺化痰，生大黄通腑泄热，以“肺肠同治”，使热从下泄。本方旨在宣肺泄热、化痰平喘、通腑降浊。然3剂后患者虽有体温下降、喘息稍缓，但总体病情改善不明显，仍需较高参数的无创呼吸机支持，复查胸片亦未见明显吸收。

陈生教授会诊后明确指出，首诊患者病情危重，正气尚支，以实证为主，故可大胆攻邪。服药后热势稍挫，但患者出现神疲、乏力、仍咳黄脓痰，口干甚、舌苔黄腻少津、中有裂纹、脉滑数而结代，结合患者久居岭南地区，气候湿热，且追诉患者既往有长期饮酒史，每次白酒约半斤，每周2~3次，持续20余年，湿热之邪久蕴体内，伏于膜原，此次外感疫毒，引动内伏湿热，内外相引，发为重症。舌苔少津有裂纹、脉结代者，为气阴亏虚、心脉失养之征；此时病机为湿热胶结、气阴两伤之虚实夹杂证，若一味攻伐，更伤正气。治法宜转为扶正败毒、清肺祛湿，以固本清肺方化裁。方中黄芩苦寒，善清上焦肺热，兼能燥湿泻火；连翘清透肺中郁热，金荞麦、蒲公英、败酱草清解肺络湿热毒邪；葶苈子泻肺平喘，炙麻黄、苦杏仁宣肺化痰；法半夏、葛根、白芷化湿和中，升清降浊；柴胡与黄芩相配疏利少阳，透达膜原；西洋参、麦冬、五味子益气养阴，顾护根本。全方攻补兼施，清而不寒，补而不滞，使邪去而正不伤。晁恩祥国医大师亦强调对急性传染病宜尽早驱毒外出，同时注重凉血养阴以护正^[8]。

三诊，体温明显下降，喘息较前平息，呼吸机支持参数大幅下调，氧合指数显著改善，提示“热毒”已挫。痰虽减但仍黏，身热不扬、午后为甚，此时舌红渐退，转为暗红，苔由黄腻转为黄白相兼、腻而不燥，脉由滑数转为濡数，右寸、关部仍显滑象，均为湿热留恋

之象；口干不欲多饮提示湿热内困中焦、津液不布，乏力示气阴未复。此时核心病机为湿热余毒留恋肺络，湿重于热，兼气阴不足。治疗“守其法而变其药”，仍以扶正败毒、清肺祛湿为法，根据湿热比重调整药力。因喘息已平，肺气宣降渐复，故前方去麻黄；因此时热势已挫，湿邪凸显，故去连翘，减蒲公英、败酱草用量，加用薏苡仁甘淡渗利，健脾渗湿。

四诊，患者逐步脱离呼吸机，热退身凉，咳减痰白，纳增、口干乏力减，舌淡红苔薄黄腻，脉濡。热毒大势已去，湿热转为痰湿，阻滞中上二焦气机，主要病机为脾虚湿蕴、肺络不畅。治疗重心由清肺败毒祛湿转向健脾化痰、疏利气机，因湿热已化，无需重剂清热排脓及养阴，故前方去葶苈子、败酱草、麦冬、生甘草，合异功散加减，方中党参、白术、茯苓健脾益气渗湿；法半夏、陈皮燥湿化痰，晁恩祥国医大师临证亦喜用二陈汤来治疗咳嗽痰多不尽之患者，法半夏辛温行散，入脾、胃、肺三经，燥脾湿而化痰浊，降逆气而和脾胃。《药性论》^[9]言：“消痰，开胃健脾，止呕吐，去胸中痰满，下肺气，止咳结。”《医学启源》^[10]称其：“大和胃气，除胃寒，进饮食。治太阴痰厥，非此能不除。”本案患者食后腹胀，药证相合。全方健脾益气，和胃化湿，补而不滞，正合脾虚湿蕴之机。

五诊，已无发热、气喘，主要表现为活动后气短、自汗、脉细，此时痰湿渐化、湿热尽除，病机转化为邪去正虚、肺脾两虚之候。脾为后天之本，气血生化之源；肺主气，外合皮毛。肺脾气虚故气短、自汗，治疗当以培土生金、益气固表为法，巩固疗效，防止复发。处方予玉屏风散合六君子汤，佐以金荞麦味辛涩、性凉，味辛能透邪外出；性凉而润，苦而不燥，无苦寒伤正之弊，亦主入肺经，以清解

肺络余热，防余烬复燃；苦杏仁降利肺气、化痰止咳，针对偶咳之标。

六诊，咳嗽基本消失，纳寐俱安，仅偶有汗出、脉细，病机未变，故遵“效不更方”之则，原方续进，巩固疗效。

纵观本案治疗全过程，病机演变呈现清晰的阶段性特征：初期为热毒壅肺、痰热互结、腑气不通之实证，治以麻杏石甘汤加味，宣肺泄热、通腑降浊；二诊时虽热势稍挫，但仍高热不退、胸闷气喘未见明显缓解，陈生教授会诊时细查患者舌苔黄腻少津、中有裂纹、脉滑数而结代，辨为湿热胶结、气阴两伤之虚实夹杂证，遂更方为固本清肺方，扶正败毒、清肺祛湿；三诊时热势大减，但自觉见身热不扬、咳黄白黏痰，湿邪凸显，查其苔黄腻而不燥，脉濡数、右寸关部滑的舌脉特点，辨为湿重于热，故守其法而变其药，减寒凉、加薏苡仁健脾渗湿；四诊热退身凉，湿热转为痰湿，病机转为脾虚湿蕴、肺络不畅，治以健脾化痰、疏利气机，合入异功散；五诊、六诊，邪去正虚，肺脾两虚，卫外不固，治以培土生金、益气固表，予玉屏风散合六君子汤巩固疗效。纵观全程，患者从高热气促、影像“白肺”样改变、需无创呼吸机支持，到症状悉缓、成功脱机、病灶基本吸收，固本清肺方在二诊及后续加减中持续发挥扭转病势的关键作用，展现了该方在危重症救治中的显著疗效。

另一方面，陈生教授注重以舌脉为凭，精准施治。舌苔之厚薄，示邪之深浅；苔色之黄白，判热之进退；苔质之润燥，辨津之存亡。脉之洪数，主邪盛正实；脉之结代，察气阴耗

损；脉之濡细，示邪退正虚。本案舌苔由黄厚→黄腻→黄白相兼→薄黄腻→薄白，脉象由洪数→滑数结代→濡数→濡→细，每一步变化都成为调整方药的关键依据，陈生教授以舌脉为镜，窥病机之幽微，当高热黄痰表象变易时，苔腻脉结代揭示湿热伤正之本质；当体温初降易生懈怠时，舌转暗红脉呈濡数提示湿重于热之转归。正是这种“细察舌脉，不拘于症”的辨证智慧，使后续随诊中固本清肺方的加减化裁都能切中病机，终使危重之症化险为夷。

[参考文献]

- [1] 吴有性. 温疫论[M]. 张志斌, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2007.
- [2] 李际强, 陈剑坤, 张忠德. 《广东省新型冠状病毒感染的肺炎中医治疗方案(试行第二版)》解读[J]. 江西中医药, 2020, 4(51): 39-41.
- [3] 何梦瑶. 医编[M]. 邓铁涛, 刘纪莎, 点校. 北京: 人民卫生出版社, 2015.
- [4] 王清任. 医林改错[M]. 李天德, 张学文, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [5] 卢桐, 李颖, 王辛秋, 等. 晁恩祥辨证论治乙型流感重症肺炎经验[J]. 北京中医药, 2019, 38(1): 38-40.
- [6] 李锦帅, 李敏芳, 曾梓苑, 等. 固本清肺方联合西医常规治疗病毒性肺炎的疗效观察[J]. 深圳中西医结合杂志, 2024, 34(7): 35-38.
- [7] ZENG Z Y, FU Y C, LI M F, et al. Guben Qingfei decoction attenuates LPS-induced acute lung injury by modulating the TLR4/NF- κ B and Keap1/Nrf2 signaling pathways[J]. Journal of Ethnopharmacology, 2024, 323, 117674.
- [8] 方邦江, 张洪春. 国医大师晁恩祥治疗危急疑难重症学术经验[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2020.
- [9] 甄权. 药性论[M]. 尚志钧, 辑释. 合肥: 安徽科学技术出版社, 2006.
- [10] 张元素. 医学启源[M]. 任应秋, 任廷革, 点校. 北京: 人民卫生出版社, 2019.

(责任编辑: 刘淑婷)