

小儿腺病毒肺炎血瘀症的临床诊治体会

北京友谊医院小儿科

阎田玉 林胡春 龚明敏 高慧英 侯安存 李志敏 郭敏学

我科自1961年以来,采用中西医结合方法,分三个阶段对腺病毒肺炎进行治疗观察,由于诊断水平不断改进和提高,治疗措施不断改进,从三个阶段来看,疗效逐步有所提高。

1961~1970年以抗菌素为主加用中药治疗632例,病死率由开始时的30%逐步下降为20.95%;1971~1974年以清热解毒(清气分热为主)治疗246例,病死率为17.07%;1975~1980年以活血化瘀、通里攻下为主治疗560例,病死率为5.89%。现结合临床资料就我们对小儿腺病毒肺炎“血瘀症”的临床表现、治疗方法和临床体会介绍如下:

一、对血瘀的认识

祖国医学对血瘀有不同的见解。过去有的学者认为血瘀的“瘀”是污秽的意思,瘀血就是污秽的血液,非生理性血液;也有人认为瘀血是血液瘀滞或留滞。在正常生理条件下,“血液流动,病不得生”,“流行不止,环周不休”,而血瘀症主要指“积血”、“蓄血”之症。

血瘀症的含义非常广泛,有关瘀血的论述可以追溯到两千年前我国第一部医学著作《内经》、汉朝《神农本草经》、《伤寒论》、《金匱要略》等医著中,那时对瘀血及其治疗已有较深的认识和较全面总结,基本上已形成了较丰富的理论体系。如《素问·调经论》中说:“寒独留则血凝泣,凝则脉不通”,提出了寒邪可以造成血凝,导致经脉不通的论点。《素问·阴阳应象大论》说:“血实宜决之”,血实指血液瘀滞,决之即泻血祛瘀的意思。《素问·五脏生成篇》说:“卧出而风吹之,血凝于肤者为痹,凝于脉者为泣,凝于足者为厥。”由此可见瘀血既是其他病因所导致的病理结果,又是进一步引起许多疾病的原因。由于瘀血发生的原因不

同,所在部位脏腑、经络各异,病情有轻有重,故而又有关血、滞血、蓄血、留血、宿血、败血、恶血等名称。虽然名目繁多,但总离不开瘀血机理。

血瘀症可分为血管内血瘀症和血管外血瘀症两大类。前者包括“内结为血瘀”、“污血为血瘀”、“病久入络为血瘀”;后者为“离经之血”、“恶血留内”。

中医对“瘀”有三重含义:(1)广义的瘀:包括血瘀、瘀血,还包括有形肿块等;(2)血瘀:包括心、血管及血液功能异常造成血循环障碍(血流缓慢)的各种疾病;(3)瘀血:系指瘀斑、瘀块、血肿、皮下紫癜等出血性改变。

二、腺病毒肺炎的血瘀症表现

(一)临床体征:该病早期即可出现心动过速,心音钝,脉细数,皮肤发花,毛细血管充盈时间延长,肝脾增大(在病之极期增大较明显)。病初舌质可表现暗红,进而转为紫绛,有时伴有两颊、唇暗红。据52例的舌质统计,暗红者40例,占77%。

(二)甲皱微循环:统计病毒性肺炎120例患儿之甲皱微循环改变,主要是管襻变细,血流缓慢,血流断聚(80~90%),这在病之初期表现即比较明显,极期更为突出;其次为底色变浅,管襻数目减少(54~69%);少数患儿有管襻缩短(12%)。病至恢复期甲皱微循环障碍亦逐渐好转,但仍有12~33%的病人有不同程度上述改变。(下页附表)

(三)实验室检查:对97例重症腺病毒肺炎患儿作了凝血功能实验室检查。检查结果有不同程度异常者80例(82.5%),其中凝血酶原时间(PT)延长48例,凝血酶凝结时间(TCT)延长42例,血浆鱼精蛋白副凝试验(3P试验)

附表 腺病毒肺炎患儿的甲皱微循环改变

微循环改变		病程天数(统计例数)			
		1~3(61)	4~7(88)	8~14(65)	>14(39)
底 色	正 常	28	39	44	30
	浅、模糊	33	49	21	9
管 襻 数 目	正 常	19	45	48	34
	减 少	42	43	17	5
管 襻 长 度	正 常	53	75	58	33
	缩 短	8	13	7	6
管 襻 形 状	正 常	27	38	45	32
	变 形	34	50	20	7
管 襻 直 径	正 常	12	36	43	28
	变 细	49	52	22	11
血 流 速 度	正 常	5	24	33	29
	缓 慢	56	64	32	10
血 流 状 态	正 常	7	13	48	26
	血流断聚	54	75	17	13

阳性62例,纤维蛋白原半定量<100毫克%者9例。据统计有一项、二项、三项和四项不正常者分别为32例(40%)、19例(23.7%)、25例(31.3%)和4例(5%)。80例中确诊为弥漫性血管内凝血者41例,占52.3%。

三、对血瘀症的治疗方法

根据临床症状和体征表现,参考凝血功能检查,我们把小儿腺病毒肺炎辨证为血瘀症者分为六种方法进行治疗。

(一)活血化瘀:用于气滞血瘀者,一般血瘀症均可用之,药如赤芍、川芎、泽兰、益母草等。方用得生汤:当归9克,川芎9克,赤芍9克,木香6克,益母草15克。

(二)益气化瘀:用于气虚血瘀者,取“气行则血行”意,即活血化瘀配合益气,药如黄芪、人参、当归、川芎等。方用桃红生脉液:人参3克,五味子、麦冬、桃仁、红花各9克。

(三)破血消瘀:用于气血凝滞的血瘀重症,如弥漫性血管内凝血患者等,药如桃仁、红花、水蛭、虻虫、三棱、莪术、大黄等。方用化瘀汤:当归9克,赤芍9克,川芎9克,鸡血藤12克,水蛭9克,虻虫6克,丹皮6

克,黄芪15克。

(四)行气活血、攻下逐邪:用于气血瘀滞,邪犯阳明者。方用抗毒Ⅱ号:丹参12克,川芎9克,泽兰9克,大黄9克,甘草6克,元参15克,生地9克。

(五)清热解毒、活血化瘀:用于毒热内盛、血瘀气滞者。方用抗毒合剂:当归9克,川芎9克,桃仁9克,红花9克,三棱9克,莪术9克,黄芩15克,荆条子12克,鱼腥草15克,败酱草15克。

(六)活血散瘀、宽胸豁痰:用于气滞血瘀、痰涎瘀阻者。方用平喘2号:丹参12克,红花9克,瓜蒌12克,胆南星6克,乳香6克,没药3克,桃仁9克,细辛3克。

(七)活血化瘀:用于病情平稳,肺部湿罗音消散慢者。方用化瘀散2号(七厘散1支,乳香7.5克,没药4.5克,白云香6克),共研粉,分为7包,每日1包,分2~3次口服。服前用黄酒浸泡,加温后服。

四、临床体会

(一)腺病毒肺炎为一全身性感染性疾病,虽肺部病变明显,全身各脏器均可受侵。在治疗腺病毒肺炎过程中应注意整体,掌握该病各个时期的表现。我们虽以活血化瘀、通里攻下为主治疗,但密切注意心脏功能、呼吸功能、脑水肿等,综合治疗不可忽视。

(二)我们以往对邪热炽盛的腺病毒肺炎患者,曾使用清热解毒(清气分热为主)的方法收到一定效益,但仍不够满意。在临床实践中,我们观察到有的病人早期即表现唇和舌质暗红、两颊暗红,甲皱微循环及凝血功能检查可能有一定改变;若病有进展,则心音低钝、肝脏增大、四肢凉、皮肤血管充盈度差,此期甲皱血流可明显缓慢,血球聚集明显,大便潜血可为阳性,往往出现弥漫性血管内凝血。因此我们把这一病理过程辨为血瘀症,这和微循环障碍密切相关,这就是我们辨证用药的依据。

(三)从临床抓住舌质红或红绛、口唇发绀、脉细数、心音钝、肝大,甚至部分病人发展成粘膜出血或大便潜血等表现。对120例病

病毒性肺炎患儿进行甲皱微循环观察发现,病情轻重基本与甲皱血流改变一致。有的病儿早期即改变明显,极期更为突出,可见管襻变细、血流缓慢、血流断聚等。

(四) 早期诊断 弥漫性血管内凝血往往是有困难的。根据大便潜血判断,常常已不是发病的早期。由于早期临床症状不典型,与重症肺炎低氧血症期相类似,宜仔细分析。根据我们的初步观察,参照甲皱改变及凝血功能实验室检查,诊断可能及时准确。这对于血瘀症的早期诊断及治疗是非常重要的。

(五) 中医血瘀症 涉及面很广,我们不作全面的探讨。我们初步认为微循环障碍和血瘀症有着共同的病理基础。血瘀是因为某种原因导致的血液停滞或瘀结不散,表现为瘀血、出血、血流障碍、水肿等;微循环障碍则表现为血管痉挛、组织缺血、瘀血、血栓、出血、水肿等。

(六) 我们在采用活血化瘀法治疗中,经过几年筛选,常用活血养血、益气活血、破血

消瘀、通下化瘀等中药。这些中药有改善微循环、加速血流、散结、改善毛细血管通透性、减少血小板聚集等作用。血瘀轻者用得生汤,气虚合用桃红生脉液,喘重用平喘2号,血瘀重、甲皱血球聚集明显或伴有弥漫性血管内凝血者可用化瘀汤,亦可加大水蛭、虻虫用量。肺部体征消散慢者用化瘀散2号,可使湿罗音消散较快。人参、莪术、三棱、丹参静脉点滴均有改善微循环障碍的作用。水蛭、大黄、虻虫、三棱、莪术可改善凝血功能异常,并可治疗较严重的弥漫性血管内凝血,无副作用,对高凝和纤溶阶段均可使用,但作用较缓。肝素作用快,我们常常在试管法凝血时间低于3分钟时应用肝素,1毫克/公斤/次,6~8小时一次,并以试管法凝血时间进行监护。

(七) 应用活血化瘀法改善微循环,取得了较好疗效。但腺病毒肺炎侵及重要器官较多,血瘀症又涉及范围较广,有待进一步研究的项目还很多。以上是我们一点体会,仅供参考。

中日《伤寒论》学术讨论会在北京举行

由中华全国中医学会和日本医师东洋医学研究会、日本汉方医学研究所联合举办的中日《伤寒论》学术讨论会于1981年10月13日和14日在北京中医学院举行。这是中日双方首次举行的大型中医学术讨论会。日本方面,由团长藤平健先生、代表团最高顾问津村重舍先生率领的43名代表参加了会议。中国方面,有53名中方代表参加了会议。中华全国中医学会副会长任应秋教授和日本医师东洋医学研究会副会长谷美智士先生主持了讨论会。会议开始,由中华全国中医学会副会长代表崔月犁会长致开幕词,接着日本医师东洋医学研究会会长间中喜雄先生和日本汉方医学研究所理事藤平健先生讲了话。在两天讨论会中,中国方面有任应秋教授作“研究《伤寒论》的流派”、刘渡舟教授作“使用经方的关键在于抓住主证”、金寿山教授(代表)作“《伤寒论》辨证论治纲领”、何任教授作“《伤寒论》的‘博涉知病、多诊识脉、屡用达药’”的学

术报告;日本方面有胜田正泰先生和松田邦夫先生共同作“日本研究《伤寒论》的概况”、藤平健先生作“关于并病的重要性”、小仓重成先生作“关于三阴三阳”、山田光胤先生作“腹诊的产生与继承”的学术报告。学术报告中,中日两国代表还相互回答了对对方提出的十多个有关《伤寒论》的学术问题。会议期间,卫生部钱信忠部长和谭云鹤副部长会见了日方全体代表。会议结束时,中华全国中医学会吕炳奎副会长致闭幕词,藤平健理事也讲了话。

中日双方学者认为,这样的学术讨论会还是第一次。这次讨论会使中日两国中医学术交流进入了新的阶段,这是相当有益的。今后希望在《内经》、仲景学说、温病学说、针灸等其他方面也能举行学术讨论会,为增进中日友谊、为中医学和东洋医学对人类健康事业,作出更大的努力!

(陈克正)