

中医药治疗感染性休克的初步探讨

——附 131 例临床分析报告

重庆市中医研究所 杜 树 明

现代医学对休克的治疗,多采用抗休克、抗感染、扩容和纠正酸中毒等联合措施而收效,故抗休克的效果很难只归属于某一药物或某一方药的作用。为了进一步提高中医药治疗感染性休克的治愈率,我所近年来在强调改革剂型、改革给药途径重要性的同时,临床上又重视发挥中医以解毒为主,联合应用他法治疗感染性休克的优势,因而在对抗休克的治疗中,疗效近年来有明显的提高。在治疗的 131 例感染性休克中,取得了较好的疗效,现将治疗观察结果,作如下分析讨论。

临 床 资 料

一、病例选择

全部病例选自我所近年来内科住院患者,且均系有同期西药对照,采用中医多种治则联合治疗的病例。

本组 131 例中,男 83 例,女 48 例。年龄 18 岁以内者 25 例,60 岁以上者 32 例,18~60 岁者 74 例,最大年龄 88 岁,最小年龄 11 岁。

二、原发病

慢性支气管炎伴肺气肿急性发作所致休克者 13 例,肺源性心脏病急性发作所致休克者 12 例,急性菌痢所致休克者 12 例,大叶性肺炎所致休克者 73 例,急性胃肠炎所致休克者 8 例,败血症所致休克者 6 例,其他感染所致休克者 7 例。

三、病情

休克分期属血管收缩期 98 例,血管扩张期 15 例,衰竭期 18 例。休克程度属轻型(收缩压为 60~80 毫米汞柱)74 例,中型(收缩压

为 40~60 毫米汞柱)34 例,重型(收缩压在 0~40 毫米汞柱)23 例。休克分型属冷型 91 例,暖型 40 例。脉压差<20 毫米汞柱者 94 例,>20 毫米汞柱者 37 例。休克指数<1 者 3 例,>1 者 128 例。体温低于 37℃者 43 例,37~39℃者 37 例,高于 39℃者 51 例。脉搏每分钟 90 次以下者 47 例,90~120 次者 38 例,120 次以上者 46 例。心率每分钟在 90 次以下者 46 例,90~120 次者 38 例,120 次以上者 47 例。白细胞总数<1 万者 24 例,>1 万者 107 例。中性白细胞<80%者 15 例,>80%者 116 例。舌质红者 84 例,红绛者 10 例。红夹瘀点或瘀斑者 4 例,淡红者 28 例,青紫者 5 例。舌苔黄厚者 22 例,黄燥者 13 例,黄腻者 22 例,薄黄者 31 例,黄厚焦苔者 3 例,光苔者 3 例,薄白或白厚腻者 37 例。脉象浮数者 19 例,沉细数者 25 例,细数者 24 例,细弱者 11 例,弦细数微欲绝者 11 例,结代者 8 例,缓者 4 例,沉细缓者 12 例,弦数者 6 例,其他 11 例。

中医诊断为厥证 92 例,脱证 39 例。按中医辨证属气虚欲脱者 18 例,气阴两虚者 32 例,阴虚阳脱者 12 例,阴阳离决者 12 例,热毒内陷者 30 例,瘀热互结者 5 例,痰热扰心者 14 例,湿热弥漫三焦者 8 例。本文病例采用清热解毒治疗者 79 例,其中佐以养阴 8 例,佐以活血 8 例,佐以化痰 27 例;清热解毒、益气养阴固脱者 47 例,回阳固脱者 4 例,清热攻下者 1 例。

四、诊断标准

有明确的急性感染病史;收缩压<80 毫

米汞柱, 脉压差 <20 毫米汞柱; 神志改变, 表情淡漠, 嗜睡, 烦躁, 谵妄, 甚或抽搐昏迷; 有皮肤色泽及温度改变, 如: 皮肤苍白湿润、四肢厥冷发绀、皮肤发花或现瘀点(斑)等; 尿量明显减少, 每小时 <30 毫升。

方法和结果

一、治疗方法

参照我所制定的高热、脱证等常规, 联合采用下列诸法:

1. 清热解毒: 汤剂选用清热解毒方剂, 如肺炎清解汤适用于急性肺部感染所致中毒性休克病人、五味消毒饮合黄连解毒汤适用于败血症所致感染性休克病人、葛根芩连汤适用于急性菌痢所致的中毒性休克病人等, 每日2剂, 煎汤, 4小时1次口服。粉剂选用人工牛黄粉1克, 日3次; 大黄粉3克, 日4次口服。以上两种粉剂, 主要用于高热不退兼见腑实便秘病人。丸药选用安宫牛黄丸或紫雪丹, 每次1粒, 日3次, 主要用于高热不退神昏谵语病人。针剂选用我所研制的静脉注射剂清气解毒注射液(由虎杖、肿节风、败酱草、鱼腥草组成, 按我所制剂操作规程制成1:1.5注射液), 每日400毫升静脉滴注, 本组病例中111例均采用本药静脉滴注; 或采用北京中医学院制药厂出品的清开灵40~60毫升, 静脉滴注, 本药对高热神昏病人有退热和开窍或镇静效果。

2. 养阴增液: 选用我所研制的中药大型输液剂养阴针或增液针(生地、麦冬、玄参), 每日1,000~3,000毫升以上作静脉滴注, 本药适用于高热伤阴耗液病人, 亦可用作一般基础液稀释其他静脉制剂用(详见我所大输液配伍禁忌表)。

3. 养阴益气固脱: 早期多选用人参粉冲服; 中期多采用肌注人参针, 每次4毫升, 4~6次/日; 中后期多采用我所研制的参麦针, 每次40毫升或更多, 先行静脉推注, 待血压有所恢复后改为静脉点滴。

4. 行气固脱: 部分病例采用湖南医学院第一医院出品的“枳实注射液”, 每次用相当于

原生药15~30克的剂量作静脉滴注或推注, 有迅速升高血压效果。一般亦可先用该药, 待血压有所回升后, 再用参麦针或参附针之类以益气养阴, 回阳固脱。

5. 回阳固脱: 少数病例采用我所研制的“三生针”(生川乌、生南星、生半夏), 每次10~15毫升, 静脉推注; 个别病例采用“参附注射液”, 每次10~20毫升, 静脉推注或滴注。

6. 活血化瘀: 对有夹瘀者加用复方丹参针或川芎嗪静脉推注或滴注; 或采用我所研制的川丹针作肌肉注射, 每次4毫升, 日3~4次; 亦可采用我所研制的“生黄注射液”(生地、大黄), 每次100毫升, 作静脉滴注。

二、治疗结果

本文病例疗效分为显效、有效、无效三级。显效: 用药后血压回升, 在24小时内稳定, 并且症状、体征消失; 有效: 用药后血压回升, 超过24小时血压方稳定、症状体征方消失; 无效: 经积极纠正休克无效死亡。

在131例中, 以中医解毒法治疗为主, 联合应用其他治法治疗者75例, 经治疗后显效45例(60.0%), 有效27例(36.0%), 无效3例(4.0%); 同时期经用西药治疗(抗菌素、纠酸、扩容、血管活性药物应用等)作对照者56例, 结果显效30例(53.6%), 有效16例(28.5%), 无效10例(17.9%)。

(一) 同期中、西药治疗休克对照: 两组疗效经统计学处理, P 值 <0.05 , 有显著差异性。两组病例还进行平均升压时间及平均稳压时间的显著性测验, 平均升压时间中药组75例为 4.85 ± 6.11 小时、对照组56例为 4.71 ± 6.24 小时, 平均稳压时间中医组 29.84 ± 26.36 、对照组 37.47 ± 28.47 , $P>0.05$, 未见明显差异, 但不能忽视中医组平均稳压所需时间, 明显少于西药组近8小时, 有一定临床意义。

(二) 疗效与有关因素的关系:

1. 休克程度与疗效的关系: 中医组轻型48例, 中型20例, 重型4例; 西药组轻型26例, 中型12例, 重型8例。经统计学处理, 研

组有效病例中的轻、中、重休克病例与疗效之间 P 值 >0.05 , 未见明显差异性 (两组死亡病例未包括在内)。

2. 不同给药途径与疗效的关系: 在中医多种治则联用中, 由于剂型和给药途径的不同, 在疗效上亦有差别。大致 1973 年以前, 多以口服汤药和粉剂为主, 治疗类型多以轻型为主, 如未列入本组中的 4 例, 皆为轻型, 除 1 例显效外, 另 3 例均为有效; 1974~1978 年进行了初步剂型改革, 由于有了肌肉注射清热解毒针剂和益气固脱针剂, 故本组中口服加肌注人参针、清热解毒注射液等治疗休克, 共 13 例, 轻型 11 例, 中型 1 例, 重型 1 例; 而显效 4 例, 有效 8 例, 无效 1 例。1978~1985 年, 由于在较大范围内进行了改革剂型、改革给药途径、系统配套治疗 (清热解毒、养阴增液、益气养阴、回阳固脱、活血化瘀、凉血祛瘀等静脉给药的研制), 给抗休克在临床带来了活力, 治疗类型向重型休克迈步, 如本组中的口服药加静脉注射共 62 例, 轻型 37 例, 中型 19 例, 重型 6 例; 显效 41 例, 有效 19 例, 无效 2 例, 与同期西药配对比较 $P < 0.05$, 差异显著。

3. 疗效与扩容的关系: 按休克指数作为扩容与否的参考, 经开始纠正休克前 2 小时静脉给液量在 1,000 毫升以下者, 作未扩容计, 75 例中有 14 例休克纠正时未扩容, 全属轻、中型; 取得显效 6 例, 有效 8 例。提示轻、中型休克一般未达到扩容的, 经过中医多种治则联用治疗, 亦能收到较好效果, 其作用机理提示了中医整体治疗是治疗休克的重要一环。

讨 论

一、以解毒为主, 多种治则联用治疗休克的研究是抗休克的有效措施之一。

休克近似于中医厥脱证。厥脱证的救治, 非一方一药所能收功。鉴于厥脱多因热毒伤阴传变而起, 因而在治疗过程中, 针对邪毒致热致厥而制定的解毒防变综合措施 (我所厥脱证治常规), 在对抗休克过程中, 本组病例收到明显效果 (其有效率、病死率与对照组相比较 $P <$

0.05)。我所突出解毒, 重在清解, 有重要的临床指导意义。本组病例提示在抢救休克的措施中, 除了益气固脱、养阴固脱外, 首先用清热解毒方剂或剂改后的清气解毒针, 前者每日 2 剂, 后者每日 400 毫升静滴, 尤其是对于诸如肺炎、急性肾盂肾炎、急性胆道感染等疾病所致的高热, 取得了 93% 效果⁽¹⁾, 这对于解毒、除热、固脱, 特别是在温病治疗中有重要意义。

养阴增液是温病治疗过程中的重要部份, 尤其对因伤阴而致厥脱者, 养阴增液更具重要性。本组中应用中药大型输液剂、养阴针、增液针共 65 例, 特别是对于象急性肠炎、急性菌痢等伤阴耗液的厥脱证, 及时扩容更有现实意义。温热病易于伤阴, 故厥脱证多见气阴两伤而致脱。我所⁽²⁾研制的益气养阴固脱的参麦针应用于脱症的抢救, 效果显著, 优良率达 82.23%, 绝非偶然。当然, 厥脱中还有部分寒厥和阳脱病例, 则需参附之辈; 如兼气郁而致厥者, 枳实针宜首选; 特别是瘀热内陷, 及时选用“生黄针”、复方丹参针、“川丹针”, 尤属必要。

二、中医多种法则联用在对抗休克中的地位和应用

黄氏⁽³⁾在“卫气营血的证候及治疗研究进展”中指出, 抗休克的中医治疗, 近年来已由选用单一的治疗进行立方遣药逐步转向益气、回阳、救阴、活血、通腑、解毒、开窍等治法交叉联合应用, 把治标与急救除因的治疗处理结合起来和统一起来, 并讨论了近十种联用方法和效果, 赋予了中医多种法则联用的内容和新的开掘与应用。危氏⁽⁴⁾在 137 例感染性休克病例分析中, 在对抗休克的治疗时, 应用固脱急救的基础上加用重剂清热解毒之剂, 收效显著, 治愈 130 例, 有效率达 95.89%, 充分显示了中医多种治疗法则的联用, 特别是固脱与解毒的联用, 有广阔的发展前途。菌毒并治、清下并用、扶正祛邪等联用措施, 特别是突出“毒”在休克中的作用, 及解毒清热攻下药的应用, 在治疗危重型休克中, 更具突出的意义,

王氏⁽⁵⁾报道,采用上述联用措施在治疗重型为主的感染性休克105例中,取得了治愈、存活88例(83.3%),死亡17例(16.1%)的效果,病死率较以往刊物报道的48.4~94%⁽⁶⁾,有了显著降低,这不能不认为与近年来倡导的以解毒为主的多种治则联合应用有关系。广东梅县地区医院⁽⁷⁾运用中草药不同的剂型和给药途径的联用,采用静滴、肌注抗休克针剂,配合口服清热解毒中药的病因治疗等,治疗35例感染性休克病例,亦取得了总有效率为91%的疗效,特别是对于寒冷型收效显著。最近,周氏⁽⁸⁾总结了近三年来中医中药治疗感染性休克近况时说,各地经验表明,解邪毒、扶正气,

调阴阳、疏气血等联用性救逆法则,是当前中医药治疗感染性休克的动向和进展。

本文承邓宇航、徐万超医师协助整理资料,特此致谢。

参 考 文 献

- (1) 杜树明等:广西中医药(5):4,1983。
- (2) 郑新:参麦针治疗感染性休克104例的临床观察,内部资料。1985年。
- (3) 黄显垣:卫气营血的证候及治疗进展。内部资料。1986年。
- (4) 危北海:中西医结合杂志(4):243,1982。
- (5) 王今达等:中西医结合杂志(1):21,1983。
- (6) 上海市第一人民医院:《败血症性休克的抢救》。上海人民出版社,1974。第一版,第9页。
- (7) 广东省梅县地区医院:广东医学(5):61,1985。
- (8) 周宜轩:安徽中医学院学报(1):61,1985。

艾灸百会穴为主治疗内耳眩晕病

新疆中医学院附属医院针灸科 申旭德 马和平 整理

内耳眩晕病亦称美尼尔氏病。我科已故副主任医师杜毓来自1962年以来,根据《胜玉歌》“头痛眩晕百会好”的启示,采用艾灸百会穴为主治疗该病,取得满意的疗效。现将资料较全的255例的治疗结果及部分病例的随访情况报告如下:

一、临床资料

255例中,男80例,女175例;年龄以21~60岁居多。全部均于发作期就诊,第一次发作者89例,发作2次以上者166例。

二、治疗方法

取百会穴,若伴有左耳鸣,取穴偏左半厘米,若伴右耳鸣,取穴偏右半厘米。剪去局部头发,涂抹少许凡士林,将艾绒搓成细花生米大小艾炷,置于百会穴上,用线香点燃,任其缓慢燃烧。若患者耐痛力差,术者可用手指呈叩诊姿势,在百会穴周围轻轻叩击,缓解疼痛,延长灸灼时间。待患者三次唤痛时,将艾炷压灭。除去余烬,换上艾炷再灸,如上反复进行,待患者感觉头晕消失,方可停灸。一般约需灸50~70壮,需一小时左右。施灸后,针刺足三里,用泻法引灸火下行,可防灸后头痛。缓解期患者常有耳鸣耳聋,可针刺听会、耳门,或听宫、翳风等穴,亦可根据患者体质辨证施治,配合服用一些中药治疗。

三、治疗效果

1. 临床疗效:采用艾灸百会穴后,眩晕症状消

失,恢复原工作能力,评为治愈者共201例(78.9%);眩晕症状减轻,但不能立即恢复工作,评为好转者共54例(21.1%)。本组灸一次眩晕消失或基本消失者242例(94.9%),个别患者曾作第二次灸治。

在眩晕消失后继续治疗的89例中,耳鸣消失或减轻者56例,占62.9%;听力提高者45例,占50.5%。

2. 随访疗效:本组共随访88例,最长者22年,最短者3个月。眩晕未发作,坚持正常工作44例(50%);眩晕复发过1~3次,症状较轻者38例(43.2%);眩晕复发3次以上,症状较重者7例(6.8%)。无耳鸣者45例,仍有耳鸣者43例;听力正常者58例,听力下降者30例。

四、小结

在艾灸治疗中,不能以壮数多少为停灸标准,应该灸到患者感到眩晕消失、恶心想吐、全身有舒适轻松感时为止,少者仅灸20壮,多者竟达100多壮。

我们在应用中,未发现有明显不良反应,个别病人灸后有头痛、面部烘热现象,采用泻足三里法,引灸火下行,诸症当即消失。

采用艾灸百会穴法,对眩晕症的即时效果较好。但从随访病例中发现,复发率仍较高,约占50%。复发原因有过度劳累、情绪波动、感冒等,因此,治愈后应采取相应措施,以防止复发。