

活血解毒清热散剂治疗外感高热卫气分证 患者 52 例临床研究

崔文利* 赵寿康* 梁春香*

摘要 用活血解毒清热中药制成散剂治疗外感高热卫气分证 140 例,并随机与常规中药及西药治疗组作对照。结果表明,治疗组与对照组比较,退热及症状消失时间、微循环积分改变均明显优于对照组,提示中医活血解毒清热是治疗外感高热证的重要方法。

主题词 外感病证/中药疗法 发热/中药疗法 @ 活血解毒清热散

外感高热证是临床常见急证,以卫分、气分证最为多见。一般都遵循在卫汗之可也,到气才可清气,邪入营血时凉血散血的治法。近年认为,外感高热证的病理机制为“毒随邪入,热由毒生”^[1],在辨证基础上采用清热解毒为主的治法,已被许多人接受。在临床观察到,外感高热的卫气分证,常有身热指冷,肢体疼痛,咽喉肿痛,胸痛,舌质暗红等现象,此与邪毒入侵机体“毒滞血凝”有关,应用活血解毒法有较好疗效。我们对 140 例患者进行了初步观察,现报道如下。

1 临床资料

全部病例均为门诊及急诊观察病人,共 140 例,均符合《外感高热证诊疗规范》^[2]之诊断,以卫气营血分证。因外感高热证的热势有所起伏,故将体温限定为 38℃。西医诊断参照《实用内科学》有关疾病的诊断标准。除外其他疾病所致的发热。

本组 140 例,男 75 例,女 65 例;年龄 2~66 岁;发病时间 0.5~14 天;卫分证 58 例,气分证 82 例;西医诊断急性上呼吸道感染 66 例,急性扁桃体炎 42 例,急性支气管炎 25 例,肺炎 3 例,其他 4 例。随机分为 3 组,A 组 52 例,B 组 49 例,C 组 39 例。各组间性别、年龄、病程、病情具有可比性。

全部病例均于治疗前查体,记录临床症状、舌象、脉象、腋下体温、外周血白细胞计数及分类。部分病例进行了甲襞微循环检查。部分病例做胸部 X 线,以及血清学检查。

2 治疗方法

A 组:用活血解毒法,药用赤芍、桃仁、虎杖、柴胡、升麻、连翘、金银花、枳实、大黄、荆芥等。粉碎后过 10

目筛混匀。用量:<7 岁每日 50g,≥7 岁每日 100g,成人每日 100~200g。用法:加清水浸泡 5~10 分钟,煎煮 15 分钟,分 4~6 次服。孕妇禁服。汗出不恶寒者加石膏先煎;咳嗽者加杏仁;喘加麻黄先煎;便秘者加重大黄用量。

B 组:用常规中药,卫分证以银翘散加减,气分证以白虎汤加减。

C 组:用西药治疗,视病情按常规给药,病毒感染者给吗啉呱 0.1~0.2g 口服,每日 3 次;细菌性感染者给青霉素 240~800 万 U 肌注或静脉滴注。青霉素过敏者用洁霉素 1.2g 肌注或静脉滴注。

3 治疗结果

体温及症状疗效:治疗后体温下降≥1.0℃时为开始退热时间,以小时为单位;体温下降至≤37℃,不复升为完全退热时间,以天为单位;体温正常,症状基本消失,异常体征和理化检查基本恢复正常为症状消失时间,以天为单位。表 1 示,A 组无论卫分证还是气分证,开始退热时间、完全退热时间、症状消失时间均明显优于 B 组和 C 组(P 均<0.01),B 组亦明显优于 C 组(P 均<0.01)。

表 1 各组体温及症状疗效比较($\bar{x} \pm s$)

组别	证型	例数	治疗前 体温 (℃)	开始退 热时间 (小时)	完全退 热时间 (天)	症状消 失时间 (天)
A 组	卫分证	19	38.60±0.08	2.08±0.24*△	1.55±0.14*△	2.26±0.18*△
	气分证	33	38.98±0.20	2.50±0.28*△	1.61±0.14*△	3.35±0.21*△
B 组	卫分证	22	38.75±0.09	2.34±0.30△	1.78±0.13△	2.68±0.20△
	气分证	27	38.98±0.15	3.18±0.24△	2.07±0.16△	3.56±0.31△
C 组	卫分证	17	38.76±0.10	3.00±0.38	2.35±0.26	3.12±0.29
	气分证	22	38.95±0.17	4.68±0.74	2.64±0.20	4.23±0.32

与 B 组比较,* P <0.01;与 C 组比较,△* P <0.01

表 2 各组治疗前后舌质的变化(例)

组别	例数	淡红舌		红舌		暗红舌	
		疗前	疗后	疗前	疗后	疗前	疗后
A 组	52	5	33	18	7	29	12
B 组	49	6	29	19	7	24	13
C 组	39	4	16	16	10	19	13

舌质的变化:治疗前卫分证 58 例,淡红舌 14 例,红舌 18 例,暗红舌 26 例;气分证 82 例,淡红舌 1 例,红舌 35 例,暗红舌 46 例。暗红舌卫分证占 44.8%,气

* 石家庄市中医内科学科,河北省石家庄市中山西路 233 号 (050051)

收稿日期:1999-12-06;修回日期:2000-06-08

表3 各组治疗前后血白细胞总数及微循环积分的变化 $[\bar{x} \pm s(\text{例})]$

组别	血白细胞总数($\times 10^9/L$)		微循环积分	
	疗前	疗后	疗前	疗后
A组	11.167 $\pm$ 0.613(52)	8.621 $\pm$ 0.236(52)*	4.782 $\pm$ 0.232(20)	3.203 $\pm$ 0.240(20)* Δ $\blacktriangle$
B组	10.278 $\pm$ 0.575(49)	8.076 $\pm$ 0.203(49)*	4.791 $\pm$ 0.198(20)	3.562 $\pm$ 0.223(20)* $\blacktriangle$
C组	11.923 $\pm$ 0.247(39)	8.331 $\pm$ 0.267(39)*	4.779 $\pm$ 0.214(20)	3.817 $\pm$ 0.186(20)*

与治疗前比较,* $P<0.01$;与B组比较, Δ * $P<0.05$;与C组比较, $\blacktriangle$ $P<0.05$

分证占56.1%。治疗后各组暗红舌的比例均有下降,但A组最显著($P<0.01$),B组也有显著性($P<0.05$),C组无显著性($P>0.05$),见表2。

治疗前后血白细胞总数及微循环积分的变化:各组血白细胞总数,治疗后均有显著下降(P 均 <0.01)。共60例测微循环积分,卫分证28例,治疗前微循环积分为 4.176 ± 0.289 ;气分证32例,积分为 5.220 ± 0.258 ;正常对照组30例,积分为 3.057 ± 0.217 。卫分证及气分证微循环积分均显著高于正常组($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。治疗后各组微循环积分均有降低($P<0.01$),A组明显低于B组和C组(P 均 <0.05),B组明显低于C组($P<0.05$)。见表3。

4 讨论

“热因毒生,毒滞血凝”是外感高热证的重要病机。邪毒侵袭机体,正邪交争,阴阳失衡,迅即化热。表现为身热指凉,肌肉酸痛,肢节疼痛,咽喉肿痛,甚则胸痛,舌质暗红。其机理与邪毒致热的同时“毒滞血凝”有关。病邪进展到气分阶段,邪热伤津耗液又加重了血瘀。血瘀又使毒热之邪难以外达,可导致病邪的深入。营分、血分阶段的斑疹、动血、厥脱等是“毒滞血凝”的严重后果。本组140例患者舌象改变表明,卫分气分阶段暗红舌占较大比例,气分证最显著。微循环是近年研究血瘀证的重要实验室依据。对60例患者甲襞微循环检测结果表明,卫分气分的微循环积分显著高于正常对照组,气分证又显著高于卫分证。3组之间的差异均有统计学意义。证明卫分证即有血瘀存在,气分证血瘀程度有了明显加重。

现代医学认为,病原微生物在体内繁殖,不断释出抗原与体内非特异性抗体结合,形成免疫复合物,可激活补体,生成大量的激肽等物质,进而激活凝血机制。炎症时微血管内皮受损害,胶原暴露,凝血因子XII被激活,从而激活激肽系统,并可激活前列腺素等,导致微血栓形成^[2]。近年研究表明,在急性感染的急性期,凝血激活是常见现象,即便在无出血倾向和轻症感染时也存在。随着感染程度的增加,紊乱现象愈明显,DIC是这一过程的极端。^[3]

《金匱要略》论肺痈云:“……风伤皮毛,热伤血脉,……热之所过,血为之凝滞,蓄结痈脓,吐如米粥。”说明古人早已认识到外感邪毒侵袭机体后,造成气血壅滞,气血壅滞又是造成病邪深入的重要机制。邪毒侵袭机体初期的血瘀缘于“毒滞血凝”,气分阶段由于邪热亢盛,伤津耗液又加重了血瘀。为外感高热证早期应用活血解毒法提供了重要依据。活血解毒是治疗外感高热证的重要方法。“热因毒生,毒滞血凝”是此证的重要病机。去除热毒血瘀是尽早消除症状和防止病邪深入的重要方法。应用活血解毒,兼用汗、清之法,使毒解瘀消,邪热外散。方中赤芍为活血凉血之要药,散邪行血;桃仁活血行血,去瘀生新;虎杖、大黄去瘀解毒以清热;柴胡、枳实除寒热邪气,宣通气机,使气血宣通,邪毒外散;金银花、连翘宣散上焦邪热,解瘟疫秽恶浊邪;升麻发表解毒,辟瘟疫瘴气,消斑疹而行瘀血;荆芥解散表邪而退寒热,邪毒从表而解;诸药合用活血解毒,清热解表,和解退热,血瘀得行而气血宣通,热毒得清而毒解汗出。

近年药理研究表明,清热解毒药在体外的抑菌、杀菌、中和细菌毒素和抗病毒作用的有效浓度是体内难以达到的,其治疗作用是抗感染、抗炎、解毒、促进机体免疫功能的共同结果。对血流动力学和微循环的改善有良好影响,从而不利于病原微生物的生长,有助于抗感染免疫功能的发挥。故活血药与清热解毒药在治疗感染性疾病时有协同作用。

采用煮散,适用于急诊临床。中医急症工作的重点之一是制剂改革和改进给药途径。根据急症的具体病证,以比较固定的方剂煮散用于临床,更能发挥汤剂的优势。有研究认为,一般植物药以10目左右的粗颗粒入煎,其有效成分溶出度有明显增加。故煮散在当前是一种值得推广的方法。

参考文献

- 1 黄星垣主编. 中医内科急症证治. 北京: 人民卫生出版社, 1985: 104.
- 2 魏文汉主编. 病理生理学(上册). 上海: 上海科技出版社, 1984: 404-413.
- 3 孙晓陆, 王宝恩, 赵淑颖, 等. 内科急重症感染时凝血机能紊乱对病情估计的意义. 中国急救医学, 1990, 10(3): 23-27.