

经方治疗感染性高热的临床分析

成都中医学院附属医院急诊科 陈绍宏 张晓云 刘永家

急性感染性高热属于中医外感高热的范畴。为了探索仲景学说及其方药在治疗急性感染性高热中的学术价值和实用价值,我们试图通过临床实践来加以论证。历代医家在应用伤寒法则指导治疗外感热病的经验中,多是法随证转,方以法立,其中圆机活法,加减化裁,应对无穷。若据此进行研究,难以取得预期结果。因此,从1984年初至1987年6月,我们根据仲景的学术思想,试用经方治疗急性感染性高热378例。通过三年多的临床预试发现,仲景虽曰六经辨证,其关键在太阳、阳明、少阴三经。六淫首犯太阳,病不解,则入传阳明,若医者治之得法,则邪气断不致从阴寒化而直中少阴。太阳病既可表现为外感风寒,亦可表现为外感风热,传入阳明则以热毒壅盛和湿热互结者多见,而真正出现大热、大渴、大汗出、脉洪大的阳明经证,临床实为罕见。在临床预试的基础上,我们将外感高热表现为太阳病者分为外感风寒和外感风热两种证型,表现为阳明病者分为热毒壅盛和湿热互结两种证型,并根据仲景治疗并病合病的用药经验,选用经方合方治疗,同时与西药治疗组按1:1的随机分层对照,进行前瞻性研究。通过对242例急性感染性高热的住院病人的系统观察,虽然两组疗效基本一致,但中药具有毒副作用小、无过敏反应、费用低等优点。现将临床观察结果报告如下:

一、选择对象

按全国急症高热协作组拟定的外感高热的诊断标准,凡因外感邪毒所致的,以体温升高(38.5°C 以上)并伴有恶寒、口渴、脉数等为临床主要特征者列为观察对象。西医诊断为上呼

吸道感染、化脓性扁桃体炎、肺炎、胃肠道感染、急性肾盂肾炎、急性菌痢、急性支气管炎、胆道感染、败血症等均属收治的范围。而内伤发热者,现代医学诊断为烈性传染病、自身免疫性疾病、结缔组织疾病、血液系统疾病、肿瘤等引起的高热患者则不属于观察的对象。

二、一般资料

被观察的242例中,中药治疗组(下简称治疗组)122例,西药对照组(下简称对照组)120例。两组分层平均年龄为 $29.2\sim 37.0$ 岁,男女分布基本一致。两组分层平均体温为 $39.12\sim 39.50^{\circ}\text{C}$ 。血白细胞总数 $> 20 \times 10^9/\text{L}$ 者,治疗组26例,对照组21例,血中性粒细胞 $> 90\%$ 者,治疗组23例,对照组12例。两组中均有少量病例不能注射青霉素等抗生素。

三、治疗方法

全部242例患者均进行辨证分型,按随机分层原则,每一证型分为治疗组和对照组,分别予以中医和西医治疗。

(一)治疗组:我们将患者辨证分为以下四型施治:

1. 外感风寒(共30例):恶寒发热,鼻塞流涕,头痛身痛,咳嗽,舌苔薄白,脉浮紧。予麻黄汤合葛根汤:麻黄15克,桂枝15克,杏仁15克,甘草10克,葛根30克,生姜10克,白芍15克,大枣15克。

2. 外感风热(共30例):发热微恶寒,咽喉赤痛,头痛鼻塞,咳嗽,口微渴,舌边尖红,苔薄黄,脉浮数。予麻黄连翘赤小豆汤合桔梗汤:麻黄15克,连翘30克,杏仁15克,赤小豆30克,大枣15克,生姜10克,桔梗15克,银花30克(因生梓白皮缺货改用银花代替)。

3. 热毒壅盛(共30例):面色红赤,壮热不已,或寒热起伏,口渴引饮,或咽喉肿痛化脓,或胸痛咳嗽,吐黄稠痰或痰中带血,舌质红,苔黄,脉洪数等。予三黄泻心汤合栀子柏皮汤合薤苡附子败酱散:大黄10克,黄连10克,黄芩15克,栀子12克,黄柏10克,甘草10克,苡仁30克,附子20克,败酱草20克。

4. 湿热互结(共32例):发热微恶寒,汗出热不解,身重胸闷,头昏胀痛,或胸胁苦满,目肤发黄,恶心呕吐,或腹痛腹泻,下痢脓血;或小腹拘急,痛引腰背,小便频数涩痛,黄浊短赤,舌红、苔黄腻,脉濡数或滑数。予茵陈五苓散合栀子柏皮汤合千金苇茎汤:茵陈30克,茯苓30克,猪苓15克,泽泻12克,白术15克,桂枝10克,栀子15克,黄柏15克,苇茎30克,桃仁10克,苡仁30克,冬瓜仁30克,甘草10克。

以上各方均由本院药剂科制成浓缩煎剂,各方中每毫升生药含量按顺序分别为1克、1.7克、1.37克、2.52克。每次口服30毫升,每6小时一次,直至体温恢复正常,原发病痊愈为止。若服药后72小时高热不退,症状无明显改善或加剧者,按无效论,可加用西药治疗。

(二) 对照组:按西医诊断的不同疾病,分别选用磺胺、抗生素、解热镇痛剂及物理降温等方法进行治疗。如化脓性扁桃腺炎、大叶性肺炎等选用青霉素、新青II、庆大霉素、链霉素等;胆道感染选用氨苄青霉素、庆大霉素等;急性肾盂肾炎选用庆大霉素、氟哌酸、氨苄青霉素等;败血症因病情重,变化快,必须及时予以治疗,在治疗过程中,再根据细菌培养及药敏试验结果调整用药。

四、疗效分析

(一) 疗效评定标准:参照国家中医药管理局高热症协作组制定的疗效标准评定疗效。

痊愈:热尽身凉,且无反复,证候消失,异常理化指标恢复正常(体温 $<37^{\circ}\text{C}$,阳性体征消失,X线片炎症吸收,血、尿、大便常规及细菌培养等结果转阴)。

显效:大热已退,接近正常,主要症状大

部消失,异常理化检查指标接近正常(体温接近 37°C ,无反复,阳性体征明显好转,X线片炎症明显吸收,血、尿、大便常规及细菌培养等结果转阴)。

有效:大热已退,但仍有反复,主要症状部分消失,异常理化检查指标有所改善(体温虽接近 37°C ,但有反复,阳性体征好转,X线片炎症有所吸收,血、尿、大便常规转阴,细菌培养结果有好转)。

无效:高热72小时内持续不退,症状无明显改善或加剧,异常理化检查指标无明显改善,加用抗感染西药,或解热抗炎类西药者。

(二) 结果及分析:经治疗后开始降温时间,治疗组外感风寒、外感风热、热毒壅盛、湿热互结各证型分别平均为6.90、5.79、6.47、5.26小时;对照组为5.30、5.07、10.07、7.47小时。体温恢复正常时间,治疗组分别平均为28.9、33.52、29.30、43.16小时;对照组为27.86、35.73、39.28、37.33小时。经统计学处理,两组间均无显著性差异。

下表示,两组的治愈率和显效率都基本一致,总疗效无统计学差异($P>0.05$)。

分 组	例 数	痊愈 例(%)	显效 例(%)	有效 例(%)	无效 例(%)
治疗组	122	102(83.6)	17(13.9)	0	3(2.5)
对照组	120	98(81.7)	17(14.1)	3(2.5)	2(1.7)

治疗组无效3例中,肺炎和大肠杆菌败血症各1例,中药治疗无效,加用西药后痊愈;另1例伤寒治疗无效,转传染病院治疗。对照组无效2例中,1例产气杆菌败血症,治疗无效,转院治疗;另1例大肠杆菌败血症,因休克、电解质紊乱而死亡。

经分析中医各证型组疗效基本一致。

(三) 毒副反应:治疗组中热毒壅盛型患者服药后出现恶心呕吐者3例,腹痛腹泻者2例;其余三型服药后均无不良反应。在治疗过程中无一例出现肝肾功能损害。对照组中注射青霉素后出现迟发性过敏反应者1例;用链霉素后出现耳鸣、听力减退者2例;服红霉素后出现恶

心、呕吐者3例。

五、讨论

本文观察的242例外感高热(即感染性高热)患者,皆为感受六淫之邪所致。中医认为风为百病之长,有从阳热化,从阴寒化的特征,常夹寒、热、燥、湿等邪气犯人。火暑同性,属热,热之极为毒。故临床所见,外感热病以风寒、风热、热毒、湿热证居多,而燥邪所致者少见。研究结果表明,古代医家的认识完全符合临床实际。若按六经辨证,外感风寒和外感风热皆为太阳表证,若表不解,入里化热,传入阳明,则多表现为热毒壅盛和湿热互结证在242例患者中未见到一例表现为大热、大烦、大渴、大汗出、脉洪大之白虎汤证。究其原因有二:一是样本量不大,未收治到这类病人;二是临床上这种典型的阳明经证确属少见。

本组抗高热四个合剂均由经方组合而成。其中外感风寒证用方由麻黄汤和葛根汤组成,方中麻黄汤发汗解表、宣肺止咳平喘,葛根汤发汗解肌、生津舒络、调和营卫。二方配伍,对于太阳病的表实、表虚证均可应用。外感风热证用方由麻黄连翘赤小豆汤和桔梗汤组成,麻黄连翘赤小豆汤解表散邪、清热除湿,加桔梗汤涤痰利咽。二方配伍,增强了解表清热、宣肺利咽的作用。方中麻黄是发汗解表、止咳

平喘之圣药,虽其性味辛温但随其配伍的不同可广泛应用于表寒证和表热证。近代著名医家何廉臣等即用银翘散加麻黄治疗外感风热证而收效甚著。热毒壅盛证用方由三黄泻心汤、栀子柏皮汤和薏苡附子败酱散组成。其中三黄泻心汤、栀子柏皮汤清泄邪毒。薏苡附子败酱散中的苡仁清热利湿健脾,败酱清热解毒,均可增强前二方的清热解毒之力;方中附子振奋阳气,辛热散结,可防止苦寒伤胃和收引敛邪之弊,用以反佐,可收相反相成之功。湿热互结证用方由茵陈五苓散、栀子柏皮汤和千金苇茎汤组成。栀子柏皮汤长于清泄里热,茵陈五苓散长于分利除湿,苇茎汤长于清肺化痰除湿。三方合用,清热化湿作用较强,对于湿重于热,热重于湿,湿热并重,病位在上、中、下三焦的湿热互结证均有治疗作用。通过对242例住院病人的疗效观察,证明抗高热四个合剂治疗急性感染性高热的疗效是可靠的,这说明仲景学说及其方药在今天仍具有很高的学术价值和实用价值,应引起医药界足够的重视。

本组242例高热患者,涉及现代医学十九种疾病,中药治疗组与西药对照组通过按1:1的随机分层对照,各方面都有高度的可比性,这说明努力开发中医药治疗感染性疾病的研究具有广阔的前景。

重庆市江津县肛肠专科新疗法培训班长期招生

本班是经县教委审查批准开办的高级新技术专业培训班,为全国许多省市及朝鲜、意大利等国培养过肛肠专科人才。《中国中医药报》、《四川日报》等中央和省级新闻报刊均予报道表扬。

主要传授两次荣获国际发明创造金奖,被国外誉为“神奇疗法”的消痔灵注射治疗各期内痔、混合痔、脱肛、直肠息肉以及外痔肛裂、肛瘘、肛周脓肿等病治疗技术,并讲解有关肛肠解剖,生理、病理检查与诊断,并发症和后遗症的预防、处理等内容。本疗法不做手术,安全无痛苦,不住院,痔核在注射药后3~5天萎缩痊愈,一次根治率达97%,特别适宜基层医院和个体医生开展。

凡有两年以上医龄的医生均可报名,先将单位(个体医生开具当地政府盖章的证明信)寄到我校,经审查后择优限额录取,学制一月。期满经考试成绩合格者发给重庆市教委统一结业证书。不合格者下期免费再学。残疾人经批准可免费学习。我校另备部分新技术资料及简章,付邮费伍角即寄。校址:四川省重庆市江津龙门区街道,邮编:632287。