

临 证 心 得

4 例传染性非典型肺炎患者中医辨治体会

苗 青 张燕萍* 冯德华* 张文江* 指导:王书臣*

主题词 SARS/中医药疗法

传染性非典型肺炎(严重急性呼吸综合征, SARS),是一种传染性很强的呼吸系统疾病。2003年4月10~30日,即在上级指示对本病定点治疗之前,我院隔离病区共收治本病4例,在常规应用西药喹诺酮类、阿奇霉素及激素治疗外,均按辨证论治的原则给予中药治疗。现将这4例SARS患者的中医治疗情况及体会报告如下。

例1:刘某某,男,20岁。2003年4月11日入院。高热不退3天,体温最高40℃,不恶寒,无汗,咳嗽,痰少,胸闷痛,周身乏力,无周身酸痛,二便调,舌红苔薄黄腻,脉滑数。证属温热袭肺,治以麻杏石甘汤宣肺清热。处方:麻黄10g,生石膏30g,杏仁10g,甘草10g,紫苏叶10g,黄芩10g,制半夏12g,桑皮15g。4天后热退,但胸痛明显,咳嗽及呼吸时右胸胁痛,干咳少痰,饮食可,二便调,舌红、苔薄黄腻,脉滑有力,证属痰热闭肺之候,以小陷胸汤清热化痰。处方:瓜蒌40g,制半夏15g,黄连10g,枳实10g,藿香10g,郁金12g,桑白皮15g,杏仁10g,青黛10g,海蛤壳15g。6剂后胸痛消失,咳嗽轻,口干,舌红、苔薄黄,脉滑,以竹叶石膏汤继清余热。处方:竹叶10g,生石膏30g,麦冬20g,制半夏10g,甘草6g,杏仁10g。4月30日,X线胸片显示肺内炎症吸收,并已停用激素1周,病情无反复,痊愈出院。

例2:杨某某,男,40岁。2003年4月13日入院。发热伴咳嗽4天,体温最高39.7℃,不恶寒,无汗,阵发剧烈咳嗽,吐少量黄痰,胸痛胁痛,动则气短,干呕,口干苦,周身乏力,精神紧张、抑郁,不思饮食,二便调,舌淡红、苔白,脉浮弦数。查血气分析 PO_2 72mmHg。证属少阳郁热,中药以小柴胡加石膏汤和解清热为法。处方:柴胡25g,生石膏60g,黄芩10g,制半夏15g,党参10g,甘草6g,大枣7枚,枳壳10g,桔梗10g,杏仁10g,前胡15g。3天后热退,仍胸闷痛,动则气短,口苦,咳嗽时时发作,咳声连续而剧烈,咯少许黄痰,饮食可,二便

调,舌淡红、苔白腻,脉弦滑,证属痰热闭肺,气郁上冲,以小陷胸汤合香附旋覆花汤清金平木为法。处方:全瓜蒌30g,制半夏15g,黄连6g,枳实10g,香附10g,郁金12g,旋覆花10g,桑白皮15g,杏仁10g,苏子10g,青黛10g,海蛤壳15g。6剂后胸痛及咳嗽明显减轻,诉胸闷气短为主,舌淡红、苔白腻而润,脉弦滑,试以苓桂术甘汤温阳化饮。处方:茯苓30g,桂枝10g,白术10g,制半夏12g,杏仁10g,党参12g,甘草6g。5剂后查气短减轻,诉胸中阻塞似痛,偶有咳嗽,痰白粘,舌淡红、苔白略腻,脉弦滑,以清利胸膈为法。处方:栀子10g,豆豉10g,郁金10g,枳壳10g,桔梗10g,瓜蒌皮15g,浙贝母15g。药后症状好转,X线胸片显示肺部炎症明显吸收。4月30日转定点医院。

例3:辛某某,女,58岁。2003年4月26日入院。发热伴胸闷3天,体温最高39℃,口干苦,右肋背不适,不恶寒,无汗,咳嗽轻,无痰,活动后气短,头晕头痛,失眠,周身乏力,不思饮食,大便稀溏,每日2次,舌红、苔黄腻,脉弦滑数。查血气分析 PO_2 72mmHg,证属少阳痰热,治以蒿芩清胆汤合葛根芩连汤。处方:青蒿10g,黄芩10g,制半夏15g,茯苓15g,陈皮10g,枳壳10g,甘草6g,杏仁10g,滑石20g,葛根20g,黄连10g。1天后热退,但气短略有加重,4月30日转定点医院。

例4:付某某,男,25岁。因低热5天、高热3天入院,午后热重,体温最高39.7℃,恶寒不明显,头痛,周身沉重乏力,无汗,不咳嗽,口不渴,舌苔白腻,脉滑数,证属湿热郁表,予三仁汤清热利湿。处方:杏仁10g,白豆蔻10g,薏苡仁30g,制半夏15g,厚朴15g,陈皮10g,黄芩10g,藿香10g,滑石30g,麻黄6g,苍术10g。3天后热退,但2天后发热又起,大便不畅,无汗,舌苔黄腻,脉浮数,予表里双解之法。处方:麻黄12g,桂枝10g,生石膏60g,苍术10g,蝉蜕10g,大黄5g,僵蚕10g,姜黄10g。服药1剂无效,转定点医院。

按:本病多有流行病接触史,起病急,通常以发热为首发症状,体温一般高于38℃,偶有畏寒,可伴有头痛、关节酸痛、肌肉酸痛、乏力、腹泻;常无上呼吸道卡他症状;可有咳嗽,多为干咳、少痰,偶有血丝痰;可有

(下转第521页)

* 中国中医研究院西苑医院呼吸科,北京市海淀区西苑(100091)

收稿日期:2003-06-05

表 4 两组 TPAR 比较($\bar{x} \pm s$)

	治疗组(24 例)	对照组(25 例)
第 1 日	29.79 $\pm$ 3.65	9.20 $\pm$ 3.79
第 3 日	10.50 $\pm$ 3.40	9.20 $\pm$ 3.71
第 7 日	10.29 $\pm$ 3.94	9.24 $\pm$ 3.53

表 5 两组 TANS 比较($\bar{x} \pm s$)

	治疗组(24 例)	对照组(25 例)
第 1 日	23.96 $\pm$ 6.03	23.12 $\pm$ 7.00
第 3 日	25.67 $\pm$ 5.01	23.28 $\pm$ 6.70
第 7 日	25.58 $\pm$ 5.76	23.96 $\pm$ 8.24

TANS 数据资料经用单样本 K-S 检查,符合正态分布。治疗组与对照组的 TANS 均数差异经 t 检验,差异无显著性($P>0.05$)。

3.6 不良反应:癌痛灵透皮贴主要不良反应是局部不适感,少数出现皮肤瘙痒、皮疹。强痛定片的主要不良反应是眩晕、恶心。反应不重,患者均可耐受。

4 讨论

瘀血是癌瘤的重要病理因素之一。“痛则不通”,不通之因,认为主要是瘀血。临床常见癌瘤为病持久难解,病程较长。“久痛入络”,多种病理因素最后都可导致瘀血之变,其他病理变化也可由瘀血所致,如瘀血阻滞日久,郁而化热,热邪煎熬津液成痰,而成痰、瘀、热互结之变。癌痛灵透皮贴方由生川乌、细辛、川芎、乳香、没药、洋金花、红花、重楼、冰片、甘草等中药组成。

(上接第 494 页)

胸闷,严重者出现呼吸加速,气促,或明显呼吸窘迫。肺部体征不明显,部分患者可闻少许湿罗音,或有肺实变体征。血常规检查白细胞计数一般不升高,或降低;常有淋巴细胞计数减少。胸部 X 线检查有不同程度的片状、斑片状浸润性阴影或呈网状改变,部分患者进展迅速,呈大片状阴影;常为多叶或双侧改变,阴影吸收消散较慢;肺部阴影与症状体征可不一致。抗菌药物治疗无明显效果。根据患者的临床表现多相类似,且有很强的传染性,一般经呼吸道传播,受自口鼻,并形成流行趋势,因此,我们认为本病当属于中医“疫病”范畴。

疫病之气与六淫邪气不同,非寒非暑,是天地间一种别有的致病邪气。在临床表现相似的同时,根据病人体质的不同,又表现出不同的症状和舌脉,如吴又可所说:“众人有触之者,各随其气而发为诸病”。从 4 例患者的临床表现分析,邪气虽受自口鼻,初起却无咽痛、鼻塞等卫表症状,恶寒少见,并未见营分及血分症状。因此,我们认为本病与温热病不同,不能完全按卫气营血进行辨证。疫病与伤寒的区别,吴又可《温疫论》中言

取急则治其标,以麻醉止痛为主,活血化瘀药针对癌痛病机,并配以辛香走窜之渗透剂以促进药物透皮吸收。方中以生川乌、洋金花、细辛麻醉止痛为主,取药辛温以开之,助疏通气血之力。以乳香、没药、川芎、红花活血化瘀,针对癌痛的病机用药。重楼清热解毒、消肿止痛为辅,冰片辛香走窜,为大通之品,具有通经开窍透肉,消肿止痛之功,性善走窜开窍,促进诸药透皮吸收,且具止痛之功。甘草用以调和诸药。诸药配合,共奏麻醉止痛、活血化瘀、解毒消肿之功。敷贴部位应尽可能以穴位为中心,敷贴面积应尽可能大一些,以加强药力。

癌痛灵透皮贴能够有效缓解癌症疼痛,提高癌痛患者的生活质量。对中度癌痛的总有效率为 75%,与强痛定片相似,但缓解时间较强痛定片长,不良反应轻微。限于条件,本研究观察病例有限,未设空白模拟对照组,故未能排除精神因素干扰,也未能揭示癌痛灵透皮贴的作用机理,这有待于在今后的研究中进一步完善。

参考文献

- 1 孙燕. 癌症三阶梯止痛指导原则(修订版). 北京:北京医科大学出版社,1999:6.
- 2 徐国庆,段昶瑕,蔡志基,等. 芬太尼透皮贴剂用于癌症止痛临床效果评价. 中国新药杂志,1999,8(7):487.
- 3 徐国柱. 蔡志基. 镇痛药临床评价方法研究. 中国新药杂志,1995,4(4):20.

之详明,因此,也不宜全按六经分治。仅从舌象看,有舌质淡红、苔白润者,有舌苔黄腻者,有薄黄者,而以舌苔厚腻者病情重,故在治疗时,有宜清解者,有宜和解者,有宜清热化痰者,还有用苓桂术甘汤温化者。我们认为,中医治疗本病,在探求发病规律的同时,尤其应该发挥中医辨证论治和个体化治疗的优势,仔细分析患者的症状、舌脉,以“观其脉证,知犯何逆,随证治之”为辨证原则,才能取得好的临床疗效。

至于本病的病位,若从卫气营血言之,高热、无汗,而不甚恶寒,伴咳嗽、胸闷疼痛、甚或气短等,邪气主要在气分,兼有肌表卫分证。若从六经言之,在少阳、阳明间,病位应在胸膈、半表半里之间。总结 4 例患者的治疗情况,前期以发热为主,伴干呕、口苦、胸闷者,治以小柴胡加石膏汤;发热、无汗伴咳嗽、舌黄者治疗麻杏石甘汤;舌苔腻的则治以藿香清胆汤、三仁汤等。应用中药后,平均退热时间为 3.5 天。中期热退后以咳嗽、胸痛胸闷为主要表现的治以小陷胸汤、香附旋覆花汤、加味栀子豉汤等;胸闷气短者治以苓桂术甘汤。后期余热未清,气阴不足者治以竹叶石膏汤。