

临床研究

中医药治疗传染性非典型肺炎 16 例临床观察

全小林* 李爱国* 张志远* 段军* 陈晓光* 华传金* 赵东* 徐远*
石效平* 李平* 田心* 林凡* 曹永彤* 陆进* 常明* 王云亭*

摘要 目的:通过对收治的 16 例新发的传染性非典型肺炎(严重急性呼吸综合征, SARS)患者进行单纯中医药治疗的效果评价,探讨中医治疗的临床思路以及单纯中医治疗的可行性和有效性。方法:运用 12 个主要中医处方和相应静脉用中药对 16 例新发病的 SARS 患者进行治疗,不使用糖皮质激素、抗病毒药物、免疫调节剂等西医常规用药,在没有明确的细菌感染证据前,不使用抗生素。严密监测病情变化,包括临床症状、体征、胸部影像学、生化指标等,通过退热时间、影像学改变时间、病情转归等来评价疗效。结论:平均退热时间为 4.44 ± 1.46 天, X 线胸片显示肺部斑片状阴影平均吸收时间为 10.87 ± 2.92 天,治疗期间,无一病例病情发生恶化。结论:以中医药为主导的干预治疗,可以有效地控制和缓解症状,阻断病情恶化。

主题词 严重急性呼吸综合征/中医药疗法

我们从中医的温病理论出发,通过总结中日友好医院 4 月初收治的 60 多例传染性非典型肺炎(严重急性呼吸综合征, SARS)患者的治疗经验,初步总结出 5 期 12 方的中医治疗方案,治疗我病区 16 例新发病例,现将其初步的临床结果报告如下。

1 临床资料

患者为中日友好医院第十二 SARS 病区自 5 月 8 日开始收治的新发 SARS 病人,无严重的心血管系统、呼吸系统以及肝、肾基础疾病,均为中国疾病预防控制中心确诊。16 例患者中,男 11 例,女 5 例;年龄 26~63 岁,平均 36 ± 13 岁。所有患者入院时都有发热,部分有咳嗽、肌痛等症状。发热 16 例(100%),咳嗽 11 例(68.75%),肌痛 10 例(62.5%),乏力 8 例(50%),呼吸困难 7 例(43.75%),胸闷 4 例(25%),腹泻 3 例(18.75%),厌食 3 例(18.75%),头痛 2 例(12.5%),恶寒 2 例(12.5%)。16 例患者各项检查结果均值如下:体温 38.7 ± 0.78 °C,经皮血氧饱和度 97.0 ± 1.26 %,白细胞总数 $(5.55 \pm 1.56) \times 10^9/L$,淋巴细胞数 $(1.32 \pm 0.36) \times 10^9/L$,淋巴细胞数百分比 23.8 ± 6.54 %,患者血小板计数 $(191.93 \pm 57.32) \times 10^9/L$,丙氨酸转氨酶

44.88 ± 31.92 IU/L,乳酸脱氢酶 275.88 ± 80.06 IU/L。入院时 16 例患者 X 线胸片均有不同程度改变,其中表现为双侧斑片状密度增高影 7 例,单侧斑片状阴影 5 例,肺纹理粗重改变 4 例。

2 治疗及观察方法

2.1 研究方法:采用前瞻性研究方法,记录入院患者入院前、入院时以及治疗过程中的临床表现、实验室检查、影像学检查、治疗措施以及转归等信息,为疗效评价提供客观依据。

2.2 治疗方案:我们将 SARS 的发展过程分为 5 期,即潜伏期、发热期、喘咳期、喘脱期和恢复期,其中发热期又可分为 3 个阶段:初期、壮热期、热毒期。重症 SARS 临床可见 2 期或 3 期重叠。据此我们拟定了 12 个口服中药方剂(分别为 SARS 1~12 号方,其中 SARS 4 号方用于已经使用糖皮质激素的患者,因此本组病例都没有应用 SARS 4 号方),同时配合静脉点滴中药进行治疗。

发热期:(1)初期(邪在肺卫):发热 1~3 天,症见发热,咳嗽,头痛,全身酸痛等,舌红、苔白或白腻,脉滑数。治则:疏风清热、解毒化湿。口服中药汤剂为 SARS 1 号方(芦根、金银花、蝉蜕等),同时用双黄连粉针剂、鱼腥草注射液静脉点滴。(2)壮热期(邪热壅肺):发热 3~5 天,症见高热,咳嗽,口渴,多汗等,舌红、苔黄厚或黄腻,脉滑数。治则:清热宣肺、解毒活血。口服中药汤剂为 SARS 2 号方(炙麻黄、生石膏、杏仁等),同时用清开灵注射液、鱼腥草注射液、丹参注射液静脉点滴。(3)热毒期(气营两燔、毒瘀互结):发热 5 天以上,症见持续高热,面红赤,咳嗽,气促等,舌深红或红绛、苔黄厚而干或黑,脉滑数或沉弦数。治则:清气凉营、解毒活血。口服中药汤剂为 SARS 3 号方(生石膏、生地、黄芩、水牛角等),同时用醒脑静注射液、鱼腥草注射液、丹参注射液静脉点滴。

喘咳期(肺热壅盛、痰瘀互结):症见热已退或热退未尽,喘憋,咳嗽气促,气短明显等,舌红、苔白或黄而粘,脉数有力。治则:泻肺平喘、通腑活血。口服中药汤剂为 SARS 5 号方(黄芩、桑白皮、全瓜蒌等),同时用

* 中日友好医院,北京市和平里樱花东街(100029)

收稿日期:2003-06-04

丹参注射液静脉点滴。

喘脱期:(1)宗气外脱:症见呼吸频数,心率加快,汗多,神疲等,舌红或淡红、苔薄白,脉细数无力。治则:益气固脱、活血化瘀。口服中药汤剂为 SARS 6 号方(太子参、黄芪、山茱萸等),同时用丹参注射液、参麦注射液静脉点滴。(2)元气外脱:症见呼吸浅促,心率加快,大汗出,四肢凉冷等,舌淡红或淡紫,脉疾数无力。治则:温阳固脱、活血化瘀。口服中药汤剂为 SARS 7 号方(吉林人参、淡附子、黄芪等),同时用丹参注射液、参附注射液静脉点滴。

恢复期:心脾两虚型:症见体虚乏力,心悸气短,食欲不振等,舌质淡,脉细无力。治则:益气健脾,养阴活血。口服中药汤剂为 SARS 8 号方(太子参、麦冬、焦三仙等),同时用丹参注射液、参脉注射液静脉点滴。此外,心肾不交、肝经湿热、火毒伤阴、肺络症积 4 型分别用 SARS 9~12 号方。

3 治疗结果

3.1 退热情况:16 例患者应用中药后在 1~7 天内退热,平均退热时间为 4.44 ± 1.46 天,且热退后体温一直保持在相对稳定的水平,临床观察没有发现反复的现象。

3.2 症状好转情况:(1)咳嗽:11 例入院时有咳嗽的患者在 3~8 天内全部缓解,平均缓解时间为 5.27 ± 1.49 天。(2)呼吸困难:7 例入院时呼吸急促的患者在 3~7 天内缓解,平均缓解时间为 5.15 ± 1.87 天。(3)全身违和症状:全部患者在 2~10 天内全身不适症状基本缓解,平均时间为 6.37 ± 2.49 天。

3.3 化验检查白细胞总数 $(7.59 \pm 3.55) \times 10^9/L$,淋巴细胞数 $(1.82 \pm 0.58) \times 10^9/L$,淋巴细胞数百分比 $25.68 \pm 7.27\%$,血小板计数 $(283.3 \pm 124.09) \times 10^9/L$,丙氨酸转氨酶 $62.60 \pm 52.69 IU/L$,乳酸脱氢酶 $238.27 \pm 34.87 IU/L$ 。

3.4 影像学:16 例患者影像学改变在 6~16 天内完全吸收或明显好转,其中 9 例完全吸收,7 例明显好转,平均吸收或好转时间为 10.87 ± 2.92 天。

4 讨论

本组所收治 16 例患者初发症状均有发热,且热程较长,通过中医药治疗,与既往报道资料相比,退热时间相对要短,而且疗效稳定,没有出现反复,这可能是中医药治疗本病的一个优势,虽然本组患者胸部影像学都提示有不同程度的肺实质浸润性改变,但无一例患者使用抗生素,中药治疗后,很快吸收,提示中医药早期干预在这一疾病的治疗中对减轻肺损害程度有一定作用。另外,我们治疗中发现有几例患者虽然临床症

状和影像学检查持续好转,但却出现不同程度肝功能异常,究竟是病毒引起的多系统损害,还是机体过度免疫有关,亦或与药物使用有关,还有待进一步研究。

SARS 是一种全新的疾病。根据其病位在肺,热毒深重,传染性强的特点,我们将其称为“肺毒疫”。其基本病因病机为嗜肺之疫毒由口鼻或皮毛而入,邪居肺卫,酿热蕴毒;由卫传气,由气及营,气营两燔,毒瘀互结;热毒、血毒、水毒损络伤肺,旁及心、肝、肾;肺之气络大伤,宗气外泄,阴阳不相维系,终至元气外脱。

从临床表现看,SARS 的主症特征可归纳为 5 个方面,即热、咳、痰、喘、脱。热的特征是:发热不易退,壮热持续,热毒深重;咳的特点是:干咳多见,常因喘憋而咳,愈咳愈喘,咳后常使喘憋加重;痰的特点是:早期痰少而白,甚或无痰,部分有黄痰,合并或继发细菌感染时痰量明显增多;喘的特点是:气短气憋,动则加重,疲乏无力,吸氧后缓解;脱的特点是:早期为宗气外脱,呼吸浅促,心率增快,汗多神疲,后期为元气外脱,呼吸急促,脉疾而数,大汗淋漓,神志萎靡甚至昏迷,血压下降,四肢冷凉。

通过临床观察,我们将其发展过程分为 4 期,即发热期(大致相当于病毒复制期)、喘咳期(大致相当于免疫反应期)、喘脱期(大致相当于肺损伤和多器官功能障碍期)和恢复期。重症 SARS 临床可见两期或 3 期重叠。发热期又可分为 3 个阶段:初期(邪在肺卫)、壮热期(邪热壅肺)、热毒期(气营两燔、毒瘀互结);喘咳期有两种情况:使用激素的患者(阴虚火旺、水热互结)和没有使用激素的患者(肺热壅盛、痰瘀互结);喘脱期包括宗气外脱和元气外脱两个阶段;恢复期则主要是气阴两虚,脾胃虚弱。据此我们拟定了 8 个口服中药方剂,同时配合静脉点滴中药进行治疗,早期截断病程的进展,全程贯彻解毒活血法。我们以中医中药为主导治疗了 16 例 SARS 患者,结果显示中医药疗法具有退热快,退热彻底,多脏器损伤轻,病程短的特点,值得进一步深入研究。从中医药治疗上看,应注重以下几个方面。

4.1 除热务尽,毒炎并治:发热是 SARS 的早期突出症状,随着 SARS 病毒复制高峰载量第 10 天达到峰值,热毒症状逐步加重,面色、唇色、舌色深红。由早期的卫分阶段(约 1~2 天),发展至气分阶段(约 3~5 天),由气分阶段发展为气营两燔。曾有资料显示,SARS 急性期耐热内毒素血症明显,而同期感冒的病人内毒素检测阴性。这提示内毒素血症以及由引起的炎性介质的释放参与肺及多脏器损伤的过程。因此,中

(下转第 511 页)

表 1 两组治疗前后血脂、脂蛋白、载脂蛋白变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TG(mmol/L)	TC(mmol/L)	HDL-C(mmol/L)	LDL-C(mmol/L)	VLDL-C(mmol/L)	ApoA-1(g/L)	ApoB-100(g/L)
治疗组	治前 68	7.65 $\pm$ 0.31	2.68 $\pm$ 0.38	1.19 $\pm$ 0.30	3.96 $\pm$ 0.36	0.39 $\pm$ 0.21	1.26 $\pm$ 0.22	0.97 $\pm$ 0.28
	治后 68	5.56 $\pm$ 0.33*	1.27 $\pm$ 0.36*	1.98 $\pm$ 0.38*	3.11 $\pm$ 0.38*	0.19 $\pm$ 0.22*	2.58 $\pm$ 0.23*	0.53 $\pm$ 0.26*
对照组	治前 58	7.61 $\pm$ 0.35	2.66 $\pm$ 0.31	1.21 $\pm$ 0.35	3.97 $\pm$ 0.36	0.39 $\pm$ 0.26	1.25 $\pm$ 0.21	0.96 $\pm$ 0.27
	治后 58	6.70 $\pm$ 0.36*	1.99 $\pm$ 0.35*	1.59 $\pm$ 0.33*	3.49 $\pm$ 0.33*	0.30 $\pm$ 0.21*	1.66 $\pm$ 0.26*	0.78 $\pm$ 0.28*

与本组治疗前比较,* $P<0.01$;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.01$

表 2 两组治疗前后血液流变学指标变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	全血粘度(mPa·s)	血浆粘度(mPa·s)	全血还原粘度(mPa·s)	纤维蛋白原(g/L)	血栓形成系数
治疗组	治前 68	5.33 $\pm$ 0.36	2.78 $\pm$ 0.28	9.66 $\pm$ 0.39	5.96 $\pm$ 0.43	1.36 $\pm$ 0.29
	治后 68	4.15 $\pm$ 0.41*	1.69 $\pm$ 0.31*	6.71 $\pm$ 0.38*	3.91 $\pm$ 0.45*	0.70 $\pm$ 0.31*
对照组	治前 58	5.35 $\pm$ 0.38	2.76 $\pm$ 0.29	9.63 $\pm$ 0.38	5.93 $\pm$ 0.39	1.35 $\pm$ 0.26
	治后 58	5.29 $\pm$ 0.39	2.69 $\pm$ 0.28	9.59 $\pm$ 0.36	5.79 $\pm$ 0.41	1.29 $\pm$ 0.28

*与本组治疗前比较, $P<0.01$

($P>0.05$)。治疗组在改善血液流变学各项指标方面优于对照组。

4 讨论

随着人类疾病谱的变化,脑血管病已成为中老年人三大主要死亡原因之一,它不仅发病率高,其致残率、复发率更高,严重危害着人类健康水平。中医药在脑血管病的预防及急性期的救治方面都发挥了积极作用,尤其是在脑血管病后期的综合康复及预防再复发方面,越来越显示出其独特的优势。众所周知,脂质代谢紊乱是脑动脉硬化发生的关键,而脑动脉硬化是缺血性脑血管病的主要病理基础,借助现代医学理论,开展中成药对缺血性脑血管病危险因素影响的研究,从不同角度探讨本病的发病机理,进而为中医辨证提供一定的客观依据。

中医学认为,缺血性脑血管病恢复期以痰瘀互结、阻滞经脉为发生发展的关键所在,一般认为多与恣食肥甘厚味、饮酒、体质、年龄及先天禀赋密切相关。通过多年的临床实践使我们体会到,肝脾二脏功能失调是

导致缺血性脑血管病的重要原因之一。肝郁气滞,致使肝的疏泄功能失常,气滞则血瘀,阻碍气血运行;肝脾不调,脾失健运,以致水谷精微不能正常输布,聚湿而成痰浊,流注经脉,阻碍血运,痰瘀互结,损伤脉络而发本病。由此可见,痰浊和瘀血的形成与肝脾功能失调密切相关,而脑血管病的主要病理基础就是“痰浊”和“瘀血”,所以说,在脑血管病的预防和治疗过程中,一定不能忽视调理肝脾的作用。逍遥丸是疏肝健脾的代表方剂,方中柴胡疏肝解郁,助少许薄荷以增强其疏散条达之力;当归、赤芍养血活血而柔肝;白术、茯苓、甘草健脾和中而助运化。七味合用,肝郁得解,疏泄通畅,气行则血行,使瘀血祛而新血生;脾气健旺,生化有源,运化有序,而痰浊无以内生,从而使痰祛瘀除,气血流畅,经脉调达,从而达到消除本病致病因素的目的。

通过 126 例缺血性脑血管病临床观察证明,逍遥丸能有效抑制患者脂蛋白的代谢异常及高粘滞血症,从而对缺血性脑血管病的康复治疗及预防再复发起积极的作用。

(上接第 507 页)

医药在治疗发热时,要除热务尽,毒炎并治。

4.2 活血化瘀,贯彻始终:SARS 病热毒深重。热毒入血,则为血毒。热毒瘀互结,重点损肺,旁及心、肝、肾。肺络、心络、肝络、肾络的损伤是热毒血毒损害的主要靶器官。因此,早期介入,全程使用活血化瘀药物可以大大减轻络脉的损伤。

4.3 预防截断,发于机先:SARS 的自然发展过程为热喘脱,所以在预知其发展进程,提前阻断。截断病程的总原则是:在卫即可清气,到气即可凉营,喘咳下不厌早,喘憋即需固脱。SARS 除肺的损伤外,大多都有肝功能损害,部分有心肌酶谱的改变、肾功能的异常,

其原因可能有病毒的直接作用如内毒素血症及炎症因素的释放攻击,也可能有抗病毒药物、抗生素、激素等对细胞的损伤。已有突然死亡病例显示,心肌病变出现致死性心律失常不容忽视。我们已建立了预警系统,从临床及实验室两个方面监测肺、心、肝、肾的动态变化,以便及时提出预报。对心肌酶升高、心悸、气短、乏力者,静脉点滴参麦注射液、黄芪注射液、凯时注射液、维生素 C、FDP 等,口服补心气口服液等;对肝酶升高者可静脉点滴苦黄注射液或茵栀黄注射液,口服复方益肝灵等;对肾功能改变、尿微量白蛋白增加者,可静脉点滴黄芪注射液、丹参注射液,口服百令胶囊等,早期用药截断病程。