

中医教学

中医温病学与传染性非典型肺炎

晁 恩 祥*

主题词 温病学派/历史 @ 传染性非典型肺炎

在传染性非典型肺炎(严重急性呼吸综合征, SARS)肆虐的情况下,回顾中医温病学的历史,借鉴其经验,用于防治 SARS 的工作,值得探讨。现从 3 个方面谈谈温病学科与 SARS 的有关内容,供同道参考。

1 温病学的形成与发展

1.1 古代对温病的认识:生疫病,历代皆有:《礼记》、《周礼》、《山海经》中即有疫病的记载,如“季春行夏令,则民多疾疫”、“仲夏行秋令,民殃于疫”。秦·始皇四年十月,天下疫。《后汉书·顺帝本纪》曰:“疫病为灾”……古时各代,常有疫病之灾,并非罕事。《隋书·炀帝本纪》,大安八年,是岁大旱疫,人多死,山东尤甚;《唐书·中宗本纪》中“景龙之年夏,自京师至山东、河北、疫者千数……”尤其是金、元、明末、清初,山东、江苏、浙江、南北直隶,温疫多有流行。

伤寒亦为热病:《内经》中言“伤于寒则为热病”。《难经》中说:“伤寒有五,有中风、有伤寒、有湿温、有热病、有温病”。有人认为“六经传变,由浅至深,皆是热证”。张仲景从外感角度对热病流行颇有建树,提出过不少方药。但伤寒与温病尚有区别,张仲景所治之热病乃“伤于风寒病邪而致”,伤寒从表入里,系皮毛所受,而温病则邪从口鼻而入,潜邪从内向表里而发。

1.2 温病的内容与范围:一般说温病系属温邪外受引起发热,具有偏热之征象,属易伤阴的一类疾病。温病可由于病因、季节、天时不同,临床表现也有不同,但其发生、发展、演变有较明显的规律。温病与伤寒虽都有发热,但也有区别,其发病、传染、临床表现各异,各有其规律性。

特点:(1)温病病因可以有风热、暑热、湿热、燥热以及“伏寒化温”。明代吴又可《温疫论》中提到温疫,即“疫气、异气、戾气”等。(2)有传染性、流行性、地域性。早在《内经》中就有“五疫之至,皆相染易,无问大小,病症相似”。“邪之所着,有天受有传染”;也有“天行疫气,时行外感”。有学者说:“天行之病,大则流毒天下,次则

一方,次则一乡,次则偏着一家”,说明了温病有传染性。(3)该病也有季节性,春易发春温、风热,夏易发湿暑、温病,秋则多发温燥,南方多湿热,西北、北方多寒凉而燥。

温病与温疫:温病与伤寒有区别,温病与温疫也有区别。温病是具有温热性质的外感病,如普通感冒、上呼吸道感染等。温疫是温热病中具有强烈传染性和可以引起流行的一类疾病,如流行性感、天花、鼠疫、霍乱以及 SARS 等等。明代吴又可所著《温疫论》中说:“夫温者热之始,热者温之终,温热首尾一体,……又名疫者”。由于温疫具有较强的传染性,并可引起流行,来势迅猛,病情严重,较之一般温病危害更甚。还有一点值得提出的是,即感染途径系邪从口鼻而入,口鼻通于天气,鼻气通于肺,则又有“温邪上受,首先犯肺”之说。口气通于胃,邪从口入,受邪而发,故亦致胃肠症状,这些均与伤寒和普通所说温病有别。

温病的代表论著:(1)明代吴有性,字又可,著有《温疫论》二卷,多经温疫流行,首立传染之温疫,“戾气”、“异气”之说以鉴别于伤寒、温病,阐温疫病因、病机,创表里分消治法。(2)清代叶桂,字天士,著有《温热论》,首创卫、气、营、血辨证,重视辨舌、验齿,重视辨证用药和后期扶正。(3)清代薛雪,字生白,著有《湿热条辨》,重视湿热,充斥三焦,湿热并重及湿热伤阴、湿热阳虚。(4)清代吴塘,字鞠通,经历多次温病流行,潜心研究,撰有名著《温病条辨》,重视三焦辨证,重视清热养阴。(5)清代王士雄,字孟英,也经历了多次温热、霍乱、疫病的流行,著有《温热经纬》,尤其对于霍乱颇有见地,分霍乱为寒证、热证。

2 温疫与 SARS

2.1 温疫的流行:温疫具有传染性。历代中医温病学家大都经历了疫病流行,不少地区如江、浙、鲁、冀诸省当时由于战乱、贫困、水旱灾害,曾有记载呈现“千村薜荔”、“万户萧疏”的悲惨景象。目前,曾经流行的天花、鼠疫、霍乱等已被消灭或控制,疾病谱发生了变化,传染性疾病偶有发生,如流行性感、流行性乙型脑炎等, SARS 亦属于中医温疫热病范畴,但不等同于春温、风温。

* 中日友好医院,北京市朝阳区樱花东路(100029)

收稿日期:2003-05-16

SARS 的传播途径:其传播途径以近距离飞沫传播为主,也有接触分泌物,有的认为粪便等因素,从口、鼻、眼传播等,当属密切接触传染。因而初期医护人员感染较多,尤其是抢救之时的医护人员及陪护人员、陪护家属,感染机会多于普通人。但不外传染源、传播途径、易感人群 3 个条件。

其感邪之气当属疫疠:该病感邪乃温疫之邪,有称“疫气”、“疠气”、“戾气”、“杂气”者,吴又可说:“夫温疫之为病,非风、非寒、非暑、非湿,乃天地间别有一种异气所感。”可见 SARS 乃疫气所染,口鼻传染为主。

2.2 属温疫之 SARS 的临床表现:该病初期主要症状与舌脉表现,据有关资料和笔者会诊所见,该病有一定的潜伏期,初期为发热、头痛、周身酸楚,乏力、咳嗽无痰或少痰,干咳为主;有的伴有腹泻、呕吐、食欲不佳,初起似流行性感冒、感冒,似风温、春温,但非春温、风温。热者毒热,邪郁;舌苔腻,脉滑数,湿之象,脾胃受伤;干咳、气促伤肺,肺之气因受损,重者正虚邪实累至肺衰、脏衰。

病情进展迅速并有多重兼症:从中医来看,似邪气入里向外发,见有发热、头身疼痛;邪热入里伤肺,见有干咳,有的伴有腹泻,食欲不佳。发病急,病情严重,高热不退;再次发展则可伤及肺气,出现气促、喘息、呼吸急迫、口唇紫绀,其大部分可以经过自身抗病能力及调治而转危为安,只有极少数患者可出现呼吸窘迫;病危气厥,气阴受伤,累及心、肝多脏,正气失固而亡。

2.3 关于诊断和治疗:目前初步认为是一种传染病,即应有接触史、短期突然发热,头身痛,乏力、干咳、少痰,X 线摄片呈进展斑片状或片状阴影,血白细胞正常或下降,抗生素使用无效。继则可出现气促,少数病人可伴发低氧血症,口唇紫绀,呼吸窘迫,更有少数会出现呼吸衰竭或多脏器衰竭,病情发展迅速,损伤免疫功能严重,心肌酶谱、肝酶谱可能升高,个别患者可能还会出现肺间质病变。

鉴别诊断:本病与流行性感冒、感冒或上呼吸道感染不同,但在初期均应进行认真鉴别。目前虽然国内外医学者大都趋向于变异的冠状病毒所致,但其性状、传染途径,抗原、抗体等仍有待深入研究。不能认为一有发热、咳嗽,便怀疑是 SARS,尤其是上呼吸道感染的鉴别更有意义,明确鉴别诊断对减少疑似病例有重要意义。

治疗:西医治疗 SARS 主要还是对症治疗、改善机体状态,应用支持疗法,大剂量应用激素、抗生素,以及抗病毒药的采用等等,但针对病毒的防治办法和治疗方法尚感不足。氧气疗法很重要,严重者则更须加压给

氧或采用机械通气等等。

3 关于治疗 SARS 的几点意见

中医对温疫疾病防治的历史经验可以借鉴:中医经历了不计其数的疫病灾害,论著十分丰富,且有独特的见解,积累的防治经验十分可贵。对于 SARS 的防治,也是可以借鉴的。

中医学诊治疾病的方法学具有独自特点:一般说西医是针对性治疗,针对细菌、病毒的危害提出防治方药,行之有效。中医则是根据中医理论指导,强调整体观念,重视外邪与正气,根据四诊(望、闻、问、切)、八纲(阴、阳、表、里、虚、实、寒、热)的分析,根据主要症状、舌脉表现,辨证之后进行论治。选方用药并非针对病毒。病原即使不清楚,但根据舌、脉及证候表现,则可立法、处方、选药治病。现代中医,也应重视理化检查的临床意义,采用中西医结合是很好的方法。

3.1 中西医结合有益于该病治疗:几十年的中西医结合经验,促进了我国医学的发展,重视中西医两法的治疗,会提高该病的治疗效果。如发热时应用透邪、清热、解毒,兼见腹泻、呕恶时,可加化湿降逆之品;如若气阴两伤,正气受损,则应给予养阴益气、固本益气等等。在西医治疗的基础上,从中医角度给予整体调治,也是中西医结合的特点。有些中医单位早在几个月前就已经参与了 SARS 的防治工作。有关部门多次组织专家论证和研讨,从预防和治疗方面,提出了一些参考方案。值得提出的是广东省早在 2003 年 1 月就已应用中医药治疗 SARS。笔者也曾于 2003 年 1 月份到广东会诊此病,广东同行总结的防治 SARS 的中西医结合的经验是很有意义的。

3.2 关于预防问题:中医学历来注重预防。《内经·素问》“不治已病治未病,不治已乱治未乱”,“正气存内,邪不可干”,以及“邪之所凑,其气必虚”的指导思想,至今仍然是重要的。因而中医重视扶正固本,强调机体锻炼,适应四时气候、天时变化,注意劳逸结合,讲求个人卫生,开窗通风、改善居室环境,注意养生之道,提倡情志舒畅,这些都与现代医学的要求是一致的。

中医历代积累的一些预防经验可以借鉴:吴又可可在《温疫论》认为邪从“口鼻而入”,还提出“其年疫气盛行,所患重者,最能传染,即童辈皆知为其疫”。首先要“避其毒气”,提出“无论父母,兄弟妻子,俱一切避匿不相见”的告戒。主张“虚邪贼风,避之有时”。

关于药物预防:药物预防是中医传统用于预防温病的方法之一,历次流行性感冒也不乏有人服用中药预防。但笔者认为无需人人都吃中药、或打预防针,应当根据不同情况而应用。一般预防首当避其毒气,不去

接触传染源,对于来自疫区、有接触史,如医护人员、患者家属及亲属,或疑似者可以考虑服预防药。未接触 SARS 及传染源者没有必要服用中药。孕妇、产妇亦不必服用,老幼当视具体情况而定。

预防中药也是药,药有药性,有适应范围,不能随意服用。笔者也曾根据中医理论和临床经验,设计过一个预防药方,从透邪、解毒、化湿、益气角度选药,具有防毒、透邪、除湿、扶正益气作用(太子参 10g、连翘 10g、大青叶 10g、紫苏叶 6g、葛根 10g、佩兰 1g,水煎服 3~5 剂)。中药只是预防 SARS 的一个方面。注意隔离

防护,避其毒气才是最重要的。生活中还可以在饮食方面加以注意,可以吃些蔬菜、野菜,如败酱草、马齿苋、鱼腥草、大蒜等。

“恬淡虚无,精神内守”:中医学十分注意七情调理,人有怒、喜、忧、思、悲、恐、惊。广大群众及 SARS 患者,都应有一个良好的心态和平和的心理。中医学历来认为“恬淡虚无,真气从之,精神内守,病安从来”,说的就是人要心态平和,注意精神调理,切忌烦急,勿惶恐不安。面对疾病,要有信心,自信之人,必自信;相信科学、理智对待,人类必将战胜 SARS。

益气固冲、化瘀散结法治疗子宫肌瘤 48 例

付洁* 许昕*

子宫肌瘤是女性生殖器官最常见的良性肿瘤,在 35~50 岁妇女中的发病率约为 20%~25%。我们发现多数患者呈现以气虚为主的正虚状态,故拟定益气固冲、化瘀散结法治疗本病取得较好的临床疗效,报告如下。

1 临床资料

所有病例均为 2001 年 9 月~2003 年 3 月在我院妇科门诊就医者,均经 B 超和妇科检查确诊为子宫肌瘤,并符合纳入标准,随机分为治疗组 48 例和对照组 24 例。其中治疗组年龄 28~52 岁,平均 41.3 ± 4.6 岁;病程 2 个月~5 年,平均 21.3 ± 3.2 个月;肌瘤体积 $61.9 \pm 23.1 \text{ cm}^3$,子宫三径之和为 $18.5 \pm 2.5 \text{ cm}$;血红蛋白低于正常值者 35 例。对照组年龄 29~50 岁,平均 43.3 ± 5.3 岁;病程 4 个月~5 年,平均 20.9 ± 5.1 个月;肌瘤体积 $60.5 \pm 20.1 \text{ cm}^3$,子宫三径之和为 $18.4 \pm 2.9 \text{ cm}$;血红蛋白低于正常值者 17 例。两组患者的主要证候表现:月经过多、痛经、腹痛、周期提前或经期延长、带下增多、头晕气短、腰酸乏力、二便失常,舌体胖大或肥嫩、边有齿痕、舌色淡暗,脉象变化不甚统一,多见脉细滑、或细弦、沉细、沉缓等,故均以非平脉计算。经统计学检测两组临床资料差异无显著性,具有可比性($P > 0.05$)。

2 治疗方法

治疗组口服复方中药治疗,固定处方如下:太子参 30g,生牡蛎 30g,夏枯草 12g,三七粉(分冲)3g,茯苓 20g,川续断 30g,旱莲草 15g,枳壳 10g,莪术 6g,马齿苋 15g。血瘀者加炒蒲黄、桃仁;气滞者加香附、延胡索;肾虚者加菟丝子、女贞子;血虚者加阿胶珠、白芍、鸡血藤;热重者选用连翘、黄芩、鱼腥草。上方水煎服每日 2 次,于月经周期第 5 天开始服药,每次 150~200ml,早晚各服 1 次,连续 15 天,下周期月经来潮后重复治疗,3 个周期为 1 个疗程,疗程结束后进行疗效对比。对照组口服中成药桂枝茯苓胶囊,每日 3 次,每次 3~4 粒,服药方法同治疗组,疗程结束后进行疗效对比。

3 治疗结果

3.1 疗效判定标准:(1)临床症状改善:观察主要证候与舌象、脉象,用积分法计算疗效指数。疗效指数=(疗前积分-疗后积分)/疗前积分 $\times 100\%$ 。疗效评价:疗效指数 $\leq 30\%$ 为无效, $> 30\%$ 但 $\leq 60\%$ 为有效, $> 60\%$ 为显效。(2)肌瘤体积的改变:最大肌瘤体积=(疗前体积-疗后体积)/疗前体积 $\times 100\%$;以治疗前后体积缩小率评价疗效。(3)子宫大小的改变:治疗后子宫缩小率 $\geq 30\%$ 为有效, $< 30\%$ 为无效。

3.2 两组临床症状改善情况比较:治疗组 48 例,显效 11 例,有效 31 例,无效 6 例,总有效率为 87.5%;对照组 24 例,显效 3 例,有效 13 例,无效 8 例,总有效率为 66.7%。治疗组疗效优于对照组($P < 0.05$)。

3.3 两组肌瘤与子宫体积的缩小情况比较:治疗组肌瘤体积治疗前 $61.9 \pm 23.1 \text{ cm}^3$,治疗后 $45.2 \pm 29.2 \text{ cm}^3$;对照组治疗前 $60.5 \pm 20.1 \text{ cm}^3$,治疗后 $50.8 \pm 35.9 \text{ cm}^3$ 。治疗组治疗前子宫体积 $18.5 \pm 2.5 \text{ cm}^3$,治疗后 $13.9 \pm 2.1 \text{ cm}^3$;对照组治疗前 $18.4 \pm 2.9 \text{ cm}^3$,治疗后 $15.0 \pm 3.3 \text{ cm}^3$ 。两组治疗前后比较差异均有显著性($P < 0.01$)。

3.4 两组肌瘤与子宫缩小的有效性评价:肌瘤体积缩小率 $\geq 20\%$ 为有效, $< 20\%$ 为无效。治疗组 48 例,有效 43 例,无效 5 例;对照组 24 例,有效 16 例,无效 8 例。子宫体积缩小率 $\geq 30\%$ 为有效, $< 30\%$ 为无效。治疗组 48 例,有效 46 例,无效 2 例;对照组 24 例,有效 18 例,无效 6 例。经统计学处理,两组肌瘤与子宫缩小率比较,治疗组明显为优($P < 0.05$)。

4 讨论

研究表明,益气固冲、化瘀散结法治疗子宫肌瘤,能够获得良好的临床疗效,其作用优于桂枝茯苓丸。治疗组的复方中药可使临床症状明显改善,月经周期恢复正常,贫血状态得到纠正,患者体质日渐增强;同时,服药 3 个月后,增大的子宫缩小,肌瘤体积减小,与对照组比较差异具有显著性。本组患者均系早期子宫肌瘤,生长部位均在肌壁间,故收效快而明显,无副作用及其他损害,不少患者在第 1 疗程结束后仍然坚持治疗,其中 3 例已顺利妊娠,并足月分娩。

* 北京中医医院妇科,北京市东城区美术馆街 23 号(100010)

收稿日期:2003-06-23