

学术探讨

中医肺毒疫辨识

全小林*

主题词 严重急性呼吸综合征/中西医结合疗法 严重急性呼吸综合征/中医病机 @ 肺毒疫

从我院 2003 年 3 月下旬接收第 1 例传染性非典型肺炎(严重急性呼吸综合征, SARS)患者起, 先后收治 SARS 患者 236 例。笔者自 4 月下旬开始参与 SARS 的治疗, 并用中医四诊详细观察了在急诊 SARS 病区住院的 50 多例患者。初步总结出该病的中医临床证候特征和演变规律。此后, 我院又先后承担了国家中医药管理局、科技部、WHO 等 4 项中医研究课题, 通过 360 多份病历的分析, 对 SARS 的首发症状、证候类型、演变规律及主症特征进行了研究, 并通过用中药治疗的 16 例以及中西医结合治疗的 200 多例结果进行了印证。

1 关于病名

SARS 是一种全新的烈性呼吸道传染病。我们认为, SARS 的中医病名应当包括以下内涵: (1) 病位, (2) 病性, (3) 属性。根据以上原则, 我们将 SARS 命名为“肺毒疫”, 具体内涵如下: 病位在肺, 病性为毒(包括热毒、湿毒、血毒), 属于瘟疫范畴, 具有极高的传染性。

2 关于病因病机

肺毒疫由嗜肺之疫毒所引起, 邪从口鼻而入, 伏于肺之气络, 酿热蕴毒, 浮越于表, 起病形式多样, 但以太阳经证居多(十之六七), 其次为卫分症或卫气同病(十之二三), 热毒渐盛, 气分壮热, 不已则热毒炽盛, 气营两燔。热毒盘踞气络, 气血交换受阻, 气不利则血不利, 血不利则为水, 生湿生瘀, 热毒、湿毒、血毒交阻, 气络阻塞, 喘憋突现, 进一步发展气络大伤而至喘脱, 宗气外泄, 阴阳之气不相顺接, 终至元气外脱。

3 关于病位(邪伏气络)

据广东及北京其它医院的报道, 同为 SARS, 有按卫气营血辨证的, 有按三焦辨证的, 有按瘟疫辨证的, 有按六经辨证的, 有强调湿的, 有强调热的, 有强调湿热的, 有强调热毒的。究竟什么是“肺毒疫”的本质和临

床特征, 究竟哪种辨证更符合“肺毒疫”的辨治规律, 我们认为, 无论卫气营血, 三焦, 六经或瘟疫辨证, 都是对当时流行的那一种或几种疾病演变规律的真实客观的总结。“肺毒疫”是一种全新的疾病, 应当从实际出发, 找出其演变过程和规律, 而不必被经典的框架所束缚。下面就邪伏气络做如下说明。

3.1 气络为邪伏之所: 吸入之大气和水谷之精微所化生的营卫之气汇聚胸中而为宗气。宗气有两大功能, 其一是上循喉咽以司呼吸, 其二是下贯心脉以行血气。而呼吸之气与心脉之血交换的场所我们称之为气络。气络中气血的有效交换是生命的基本保证。肺毒疫之疫毒是一种嗜肺疫毒, 它由口鼻而侵入人体, 客居气络。其潜伏期的长短取决于禀赋之强弱, 毒力之大小, 年龄之长短, 潜伏时间短者 1~2 天, 长者可达 2~3 周, 此期可没有症状。

3.2 气络为邪发之所: 潜伏期酿热蕴毒, 终成待发之势。根据机体的抵抗能力的强弱和反应类型的不同, 初起发病的形式可有多种, 热毒之气浮越于表, 或浮越于太阳(恶寒、发热、头项痛、腰背痛、肌肉疼痛、骨节疼痛、咳嗽等), 或浮越于少阳(寒热往来、口苦、呕恶、胁胀)或浮越于阳明(发热, 目痛, 眉棱骨痛, 汗出, 口渴, 鼻干), 或是太阳与少阳并病, 或是太阳与太阴并病, 或出现卫分证、卫气同病, 或出现脘痞呕恶、食欲减退为主要表现的甘草泻心汤证, 或出现湿热郁阻、表里同病的上焦湿热证。但总以太阳经证和卫分、卫气同病居多。据我们统计的 128 例患者, 以太阳经证起病的占 69%, 以卫分或卫气同病起病者 26%, 这种初起发病形式多样正是瘟疫的特点之一。

3.3 气络为邪阻之所: 热毒深重, 邪伏气络, 气血交换受阻(气不利则血不利), 水湿产生(血不利则为水)。热毒血毒湿毒互结阻于气络, 吸气不畅, 气机壅塞, 而喘咳突现, 喘憋而咳, 越咳越喘, 喘多咳少, 很少有痰, 正说明病不在气管而在于气络。

3.4 气络为邪伤之所: 热毒、血毒、湿毒的共同作用, 终至气络大伤, 宗气外泄, 喘憋加重而出现喘脱。呼吸浅促, 脉细而数, 汗多神疲, 此为喘脱之轻证——宗气外脱, 若疾病进一步发展, 宗气大伤, 上不能司呼吸, 下

* 中日友好医院中医糖尿病科, 北京市朝阳区樱花东街 (100029)

收稿日期: 2003-06-04

不能行血气,阴阳失衡,不相维系,阴阳之气不相顺接而出现喘脱重证——元气外脱,若气络大伤,气血交换不能,心体失养,心神失用,心不敛神,可致心阳暴脱;若气络大伤,气血失调,阴阳不相维系,阴阳之气不相顺接,可致厥脱,最终以阴阳离绝而死亡。

4 关于病期划分

根据病情演变的全过程分析,我们将肺毒症分为5期,即潜伏期、发热期、喘咳期、喘脱期、恢复期。轻症可由发热期径直入恢复期,重症则可2期甚或3期重叠。根据我们对26例死亡病例的分析和对360例患者主要症状出现和消失时间的计算,病期大致以8为期数,即发热期、喘咳期、喘脱期各8天。由发病到死亡的时间平均为24.6天,小于50岁者平均为29.16天,大于50岁者平均为21.78天,病期长短主要取决于被感染的毒力强弱,基础病变的性质和程度以及年龄等,基础病严重者,常死于基础病加重。

5 关于主症特征

5.1 发热的特征:(1)阶梯热:主要分为3个阶段,典型的发热,在发热初期(1~3日)多在37~38℃;壮热期(3~5日)多在38~39℃;热毒期(>5日)>39℃。呈阶梯式上升热型,午后热甚。但与毒力和体质年龄相关,有毒力强者,发病即为高热,有体弱多病年老者,可始终无壮热。(2)双峰热或三峰热:即吴又可所言表而又表,甚或三表者。开始发热2~3天热退,过3~4天,发热又起,偶见再次退热,再次热起。尤其是应用激素退热者,激素速减则发热复起。说明余邪未去,我们用中药治疗的16例,无一例出现双峰或三峰热,说明逐邪彻底,较之激素退热有明显优势。(3)热不为汗衰,汗后热更进:与普通感冒一汗而解,脉静身凉不同,肺毒疫用发汗之剂,热虽可小退,但脉仍数,汗后热更高,阶梯式上升,用普通的发汗方法无效。(4)热虽高但热感不显:有的体温40℃仍不觉热,战汗仍有恶寒,面色不红不赤,反而发白。(5)恶寒多始终伴随发热:恶寒一旦停止,第2天热退。

5.2 喘的特征:热退而喘憋突现。典型病例发热期与喘咳期界线清楚,退热1~2日喘咳突现,气促喘憋,或咳或不咳。有肺喘与心喘之分。肺喘气促喘憋吸不进气,自觉前胸后背憋闷,平卧减轻,侧卧或坐位加重;心喘则表现为气上不来,从咽至腹如压重物,动则气喘,心累乏力。前者肺络损伤,呼吸困难,后者类似病毒性心肌炎重者之左心功能衰竭。

5.3 咳的特征:常干咳,多与喘同时出现,也有发病即咳者。重者咳剧、胸痛,不能入睡,多因喘憋而咳,越咳越喘。

5.4 舌的特征:早期舌色红但苔不黄,苔白而腻,甚或积粉,舌色之热象与苔不成比例,苔黄为热深的标志;舌暗者X线肺片显示病变重,用激素后舌红齿痕更明显,与激素为火毒之品加重热势及水钠潴留有关。发病初期至中后期,苔黄腻舌胖大有齿痕者居多,此为瘟疫特点,实由疫邪入胃伤脾而产生之内湿所为,故发病多有纳差,脘痞甚或恶心呕吐、腹泻等。

6 关于治则治法

6.1 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,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。由发热初期(约1~3天),发展壮热期(约3~5天),由壮热期发展为热毒期(>5天)。有资料显示,SARS急性期耐内毒素血症明显,而同期感冒的患者内毒素检测阴性。强烈提示内毒素血症以及由其引起的炎性介质的释放参与肺及多脏器损伤的过程。因此,中医在治疗发热时,必须要除热务尽,毒炎并治。具体做法是:将发热期分为3个阶段,即发热初期、壮热期、热毒期。分别用芦根汤、麻杏石甘汤、清瘟败毒饮加减施治。每4~6小时服1次,保持血药浓度。热退至正常仍宜每日1剂,巩固3天。据病情变化可改变处方。三黄汤清热解毒抗炎作用强,早期即可配合应用,壮热期、热毒期宜配凉血解毒之品。

6.2 解毒活血,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。具体应用方法是:发热后期,可加用凉血活血之品,如赤芍、生地黄、牡丹皮、白茅根等。喘咳期、喘脱期可加用凉血活血通络之品,如地龙、水蛭、红花、赤芍等。如血小板减少或因应用激素有出血倾向者可用三七粉、生蒲黄、血竭粉等活血止血。可静脉点滴丹参注射液、川芎嗪注射液等,以改善循环,减轻络损。同时,全程应用解毒之品。

6.3 通腑泻肺,下不厌早:通腑可以泄热。热毒阶段,通腑可以减少肠道内毒素的吸收,减轻内毒素血症,减少炎性介质的释放,从而使毒热症状减轻。通腑可以平喘。肺与大肠相表里,腑气通则减少水湿浊毒的潴留。通腑可以活血。所谓“大气一转,其气乃散”,“六腑通则气血活”。因此,SARS的治疗,宜早用通腑,下不厌早。逐邪勿拘结粪。

6.4 中药配合,撤减激素:激素的早期大量过久应用,导致病性复杂,病期拖延,出现继发感染、继发消化道出血、精神症状以及水钠潴留等一系列副作用已经引

起了高度重视。我们的原则是:不用激素退热,除非 X 线肺片显示渗出明显,发展较快,可短期应用外,不主张早期大量应用。激素应用后,打破了原有疫病自然发展的进程,中医的证型也发生了转变。激素引起的阴虚火旺、水湿潴留已上升为主要矛盾。此时的治疗,应滋阴降火、活血通络、解毒化湿,可用知柏地黄丸、抵当丸、当归芍药散加减方。我们应用此法配合撤减激素治疗百余例,效果良好。

6.5 预防截断,发于机先:SARS 的发展过程为热喘脱,所以要预知其发展进程,提前阻断。截断总的原则是:在表即可清气,到气即可凉营,咳喘下不厌早,喘憋即需固脱。SARS 除肺的损伤外,大多都有肝功能损害,部分有心肌酶改变、肾功能异常,其原因可能有病毒的直接作用,内毒素血症及炎性因素的释放攻击,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导致致死性心律失常不容忽视。我们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、1,6-二磷酸果糖(FDP)等,口服补心气口服液等;对肝酶高者,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 BUN 增高、尿微量白蛋白增加者,静脉点滴黄芪注射液、丹参注射液,口服百令胶囊等,早期用药以截断病程。

总之,肺毒疫是一个全新的疾病,其治疗的有效方法有待于探索,根据我们前期中西医结合治疗 SARS 的临床实践,我们认为,在发热期和恢复期应以中药治疗为主,喘咳期和喘脱期应以西药治疗为主中西医结合。依据这一原则而制定出系统的中西医结合方案,可能对 SARS 的治疗具有重要的指导意义。

癌痛贴膏的制备与疗效观察

鲍红荣¹ 郑香萍²

癌症患者常见的最大痛苦是疼痛,为此我们自行研制了癌痛贴膏,并进行了临床观察,疗效较为满意,现报告如下。

1 癌痛贴膏的制备

处方及制剂:血竭 50g,雄黄 30g,冰片 100g,蒜汁 100g;氮酮 10g,乳膏基质 1000g。将血竭、雄黄、冰片共同研粉,过 7 号筛,细粉加入蒜汁、氮酮拌匀,然后用乳膏基质研磨均匀,在 9cm×9cm 的麝香镇痛膏上摊涂 2.5g 药膏,摊涂面积为 4cm×4cm,上覆一层纱布,即成。取本品 10g,加乙醇 20ml,搅匀,备用。冰片取 1/3,加新制的 1%香草醛硫酸溶液 1~2 滴,即显紫色。血竭取 1/3,点样于硅胶 G 板(过 160 目筛,湿法铺板),用氯仿:甲醇(95:5)展开后,于紫外灯下观察,可见到一个灰绿色的斑点。雄黄取 1/3,于闭口试管中,水浴加热,在管壁上可见红色升华物凝结。

2 疗效观察

2.1 临床资料:共有病例 45 例,其中男 23 例,女 22 例;年龄 35~77 岁,平均 56.1±8.78 岁;其中食道癌 8 例,肺癌 8 例,肝癌 8 例,乳腺癌 4 例,子宫癌 5 例,胃癌 9 例,胰腺癌 3 例。疼痛分级及镇痛标准:疼痛分级:按 WHO 的 5 级分类标准结合 VAS 评分方法,0 级,0 分,无疼痛;Ⅰ级,1~3 分,轻度疼痛,为间歇痛,可不用药物;Ⅱ级,4~6 分,中度疼痛,为持续痛,影响休息,需用止痛药;Ⅲ级,7~9 分,重度疼痛,为持续剧痛,必须用药物才能缓解;Ⅳ级,10 分,极度疼痛,为持续剧痛并伴有出汗、心率等植物神经紊乱症状。镇痛标准:按 WHO 疼痛疗效标准

结合 VAS 评分方法,完全缓解(CR):完全无痛,VAS 减少到 0 分;部分缓解(PR):疼痛较前明显减轻,VAS 评分减少 1/2 以上;轻度缓解(MR):疼痛较给药前减轻,但仍有明显疼痛,VAS 评分减少小于 1/2;无效(NC):疼痛与给药前比无减轻,VAS 评分无减少。贴敷部位:病灶疼痛处腹、背前后对贴,及神阙、肾俞等穴位;每贴连续贴 10~16 小时。

2.2 治疗结果:Ⅰ级 4 例,CR4 例,有效率 100%,止痛持续时间为 10.2±5.4 天;Ⅱ级 22 例,CR8 例,PR11 例,MR2 例,NC1 例,有效率 86.4%,止痛持续时间为 8.1±5.6 天;Ⅲ级 16 例,CR4 例,PR8 例,MR2 例,NC2 例,有效率 75.0%,止痛持续时间为 5.0±4.1 天;Ⅳ级 3 例,PR1 例,MR1 例,NC1 例,有效率 33.3%,止痛持续时间为 2.1±1.6 天。

毒副作用:有 3 例患者连续几次用药后,在接触药膏的部位出现水泡。在出现水泡的地方我们给予涂上红霉素软膏,在该部位药膏隔日再贴,贴时再多加 1、2 层纱布,后逐渐好转。未见其它明显的毒副作用。

3 讨论

疼痛是癌症患者常见的症状,尤其是中晚期癌症患者以疼痛为主诉者更高达 60%~90%,疼痛是癌症患者失去生存欲望的重要原因之一。癌痛贴膏由血竭、冰片、雄黄、蒜汁等制成,具有活血、止痛和抑制肿瘤生长的作用。其中冰片不仅有清热止痛的功效,而且具有促进药物透皮吸收的作用,它与氮酮合用有协同促透作用;血竭具有化瘀止痛的功能;而雄黄主含硫化砷,它通过透皮吸收到达肿瘤部位后,可能影响肿瘤细胞的分化和凋亡,确切机理有待进一步研究,它也可以用三氧化二砷代替,但由于三氧化二砷有剧毒,因此成品需测定它的含量;大蒜最好要选独头蒜,蒜汁也具有一定的抗癌能力。

1 浙江省临安市人民医院,临安市临安镇衣锦街 232 号 (311300)

2 浙江省临安市昌化人民医院

收稿日期:2002-09-25