

临证心得 ·

流行性感冒辨治体会

王玉光¹ 焦 扬² 指导:周平安²

(1. 北京地坛医院中西医结合中心, 北京市朝阳区京顺东街8号, 100015; 2. 北京中医药大学东方医院)

[关键词] 流行性感冒; 中医药疗法; 表里双解; 汗法

流行性感冒(简称流感)是由流行性感冒病毒(简称流感病毒)引起的严重危害人类健康的急性呼吸道传染病^[1], 属人畜共患的动物疫源性疾。2009年流行的甲型H1N1病毒感染在墨西哥、美国、加拿大、西班牙以及我国大陆、香港、台湾陆续发生, 均以青年患者居多, 大多病情轻浅, 发热2~4天, 传染性较强, 病死率较高^[2]。流感的危害主要在于并发症发生率较高, 尤其是肺炎, 常可导致死亡。现将我们治疗流感的体会介绍如下。

1 病因病机

流感属于中医学的疫病、温病、时行感冒范畴, 其特点为突然爆发, 常可迅速蔓延, 起病急骤, 病情较重, 并发症发生率较高。流感的发病特征具有高度的一致性, 是由流感病毒的病原学特点决定的, 而且是气候异常和地域特异性无法解释的, 若仅从寒、热、燥、湿等气候因素来推寻流感的病因病机显然有局限性。我们认为, 其病因属于疫疠之气, 吴又可在《瘟疫论》中指出: “瘟疫之为病, 非风、非寒、非暑、非湿, 乃天地间别有一种异气所感”, 并不是“非其时有其气”, 乃“感天地之异气, ……此气之来, 无论老少强弱, 触之者即病”。流感病毒有别于“六淫”之邪, 其性质与致病特点, 与吴又可所论“戾气”、“疫气”、“杂气”、“疠气”相符。

我国北方地区的流感多发生于气候寒冷干燥的冬季, 通常呈急性起病, 表现为恶寒、高热、头痛、全身酸痛、乏力等中毒症状, 常伴咽痛、流涕、流泪、咳嗽等呼吸道症状。少数病例有食欲减退、腹痛、腹胀、呕吐和腹泻等消化道症状。审证求因, 我们认为, 流感初起为疫毒袭于肺卫, 风寒外束, 卫阳被遏, 毛窍闭塞, 肺气闭郁, 故表现为恶寒发热、无汗、头痛、周身酸痛、喷嚏、流涕、咳嗽等, 疫毒很快入里化热, 致卫气同病, 肺热壅盛, 表现为咽喉肿痛、口渴欲饮、咯黄痰等, 若毒邪逆传心包, 可见神昏谵语等神经系统症状。因此, 冬季流感发病的主要特点是外寒内热, 表里同病; 夏季发生的流感, 恶寒、肌肉酸痛、头痛等症状则较少见, 内热较重, 常夹湿邪(腹痛、腹泻、恶心、呕吐等消化道症状多见)。

疫毒侵犯胃肠表现突出。

对于无慢性基础疾病的正常人群, 流感多呈典型的临床经过, 病程短暂, 预后良好, 但对于患有慢性疾病、存在内伤基础的人群, 并发症的发生率高, 死亡率明显增加。中医学不但重视不同流感病毒本身的致病特征, 更重视疫疠之气作用之下不同体质、宿疾的“人”。不同的内伤基础对流感的中医证候特点产生着重要影响, 如喘证、哮病、肺胀、痰饮等慢性呼吸系疾病患者的流感容易继发细菌性肺炎, 咳喘迅速加重, 痰色转黄, 痰量增多; 心悸、怔忡、胸痹等心血管病患者病后乏力、衰弱症状突出, 心律失常、心肌缺血及心功能不全等发生率明显升高; 中风、眩晕等脑血管病者, 患流感后易出现头晕目胀等肝阳亢盛的表现, 血压容易波动, 脑血管病复发率升高; 消渴患者气阴两伤以及津液亏虚更为突出, 等等。

2 辨证要点

流感的核心病机是疫毒犯肺、表里同病, 临床辨证时要注重辨表里、辨咽喉、辨舌象、辨宿疾。

辨表里: 流感表证最常见的是恶风、恶寒, 头痛, 肌肉酸痛, 汗出异常。无汗或汗出不畅是判断邪在卫表的关键, 其中恶寒重、肌肉酸痛多提示寒邪外束, 营卫闭郁; 而初起恶风寒较轻或无, 迅速表现为恶热、咽喉肿痛, 则多提示表证以风热邪气为主。流感疫毒虽然入里化热较快, 但大多在发病初期伴有不同程度的表证。

辨咽喉: 流感疫毒自口鼻而入, 咽喉为肺胃之门户, 因此, 咽喉征象有助于判断疫毒的寒热性质, 咽喉初起即红肿热痛者说明热邪壅盛, 以里热为主, 而发病二日咽喉仍然红肿不明显者, 说明疫毒以表寒郁闭为主, 或者患者呈阳气亏虚体质。

辨舌象: 时病看舌, 观察舌质可判断患者的体质, 舌质红者内热较重, 舌质淡胖者多为阳气亏虚; 流感起病急骤, 舌苔变化较快, 通过舌苔的黄白、燥润和厚腻可判断病邪的寒热性质、是否存在津伤, 以及是否夹湿、夹滞等。

辨宿疾: 对患者既往慢性基础疾病的调查有助于判断患者内伤基础和正气亏虚的情况, 有助于早期了解患者可能的证候学演变和疾病转归。

3 治则治法

3.1 表里双解为基本治法

流感主要表现为表里同病、肺胃同病。对于卫气同病的流感, 主要应采取“得汗”的方法, 在卫分开泄腠理, 在气分开转气机, 以表里双解即以宣肺透邪、清热解毒为基本治法。

“治外感如将”, 流感起病后大多表现为正盛邪实, 可根据邪毒在表里的性质和比重, 以“清”、“透”、“泻”三法, 表里双解, 因势利导, 尽早驱邪外出, 用药贵在迅猛, 选药要精, 剂量要重。近贤金寿山曾谈到“温病热变最速, 在解表的同时, 必与清热同用, 温病卫分论治确有辛凉解表一法, 论药则无辛凉解表之品。解表药多偏辛, 叶天士也曾说辛盛即是汗药, 所谓辛凉解表实为辛温加凉药而成, 辛以解表, 凉以清热, 合之则为辛凉, 亦可称之为解表清热”。而邪气能否外达、高热能否速退的关键, 在于表里双解药物的合理配伍, 在于药后能否得正汗而解。

3.2 正确应用汗法

中医药治疗流感取效的标志是“正汗出”, “正汗”的标志是微微汗出, 遍身皆见, 持续不断, 随汗出而热减脉缓, “正汗”是里热清、表卫和的标志, 预示着流感高热等中毒症状将逐渐消失, 疾病的病程将大为缩短。而药后无汗或汗出不畅则为邪尚未去, 药后大汗出、神疲乏力、脉不静反呈疾数之象者, 则称之为“邪汗”, 提示病情仍将反复, 或将出现其他变证。中医治疗流感“得汗”是目的, 而非专指以解表药物发汗的方法, 正如张锡纯所言“发汗原无定法, 当视其阴阳所虚之处而调补之, 或因其病机而力导之, 皆能出汗, 非必发汗之药始能汗也”。如气分之热, 只有开转其气机, 才能达到郁闭通、阴阳自和而汗出的目的。

3.3 流感治疗的误区

恶寒与发热是外感热病尤其是流感难于分割的症状, 有时恶寒愈甚而体温愈见其高, 而体温愈高愈须得汗退热。流感用药的一个误区是因恶寒、无汗、肌肉酸痛等表证较重, 急于麻黄、桂枝等辛温药为主, 强发其汗, 这类温性药物对于已出现咽痛等内热征象、体温正在上升的患者, 会助长火热, 导致药后体温攀升, 面红目赤, 而汗反不能外达, 或汗出而病不愈; 另一个误区则因高热、口渴欲饮、咽喉红肿热痛、舌红苔黄等内热较重, 太早、太重使用苦寒清热药物, 导致凉遏冰伏, 热毒内陷, 反从内传。

4 用药心得

治疗流感要取得疗效, 辨证需要正确判断邪毒在表里的比重、性质, 论治则应注重辛味解表药物与甘寒清热药物之间的合理配伍。只要无汗, 就应坚持辛药以解表与凉药以清热合用的原则, 两者孰轻孰重, 孰主孰

次, 应依据临床情况而定。

冬春季节流感, 高热、无汗、恶寒重、肌肉酸痛、头痛等表寒证为主者, 从炙麻黄、荆芥、防风、紫苏叶、羌活等辛温解表药物中选用二三味; 恶寒轻, 发热重, 但无汗或汗出不畅者, 选用金银花、葛根、薄荷等辛凉清解的药物; 舌苔腻者加用藿香、佩兰、苍术等芳香化湿解表药。

咽喉红肿较重, 化热较迅速者, 减用辛温解表药物, 从牛蒡子、射干、僵蚕、草河车、板蓝根、玄参等利咽解毒药物中选用二三种。若大便闭结或者舌苔黄厚者, 可加用大黄(酒制) 3~6g, 以泻代清。舌红、苔黄、口渴喜饮者, 则以清里热为主, 但宜选用辛寒、甘寒之品, 如生石膏、金银花、连翘等。若热势鸱张, 面红目赤, 烦躁不安, 体温超过39℃时, 可加用青蒿30g, 苦寒清热, 芳香透达。

流感多系太阳、少阳、阳明三阳合病, 卫气同病, 大多伴有纳差、精神倦怠等不适, 宜佐用柴胡、黄芩和解少阳枢机, 以利透邪外出。流感咳嗽应注意以宣肺解表为主, 可适当佐用化痰止咳药物, 可选用前胡、桔梗、杏仁、浙贝母等。服药应遵循银翘散的服法, 每4~6小时一服, 根据病情的轻重, 尤其是服药后汗出及体温的变化, 待见到正汗后可停用或减量服用。而无汗或汗出不畅者, 需根据病势变化随时修订处方。

有内伤基础的患者应随证施治。慢性肺系疾患者, 起病早期即有痰热、痰湿征象者, 在得汗之后, 早期加用瓜蒌皮、天竺黄、金荞麦等清热化痰药物, 防治疾病内传。高血压、脑血管病患者, 以头晕、头痛、结膜充血为主要表现者, 慎用麻黄、羌活、桂枝等药物, 以桑菊饮为主方调治, 表证可选用紫苏叶、荆芥、淡豆豉等辛平解表。糖尿病患者, 早期即使无伤津及气阴两虚的表现, 也要适当佐用生黄芪、天花粉、麦冬、生地黄、南沙参等益气生津之品, 同时慎用、少用解表药物, 防止过汗伤阴。心血管疾病患者, 注意早期要加用太子参、当归、红花、瓜蒌皮等益气、活血、宽胸药物, 慎用麻黄、桂枝等辛温解表药物, 防止过汗耗伤心血。儿童为稚阴稚阳之体, 流感疫毒更易化热, 其临床多以咽喉肿痛为突出症状, 且易夹食、夹滞, 临床多选用银翘散为基本方, 再加强利咽解毒和化食导滞的作用。

参考文献

- [1] 朱元珏, 陈文彬. 呼吸病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 168.
- [2] 韩一芳, 张宏伟, 曹广文. 2009年新型甲型H1N1流感流行特征及防控措施[J]. 第二军医大学学报, 2009, 30(6): 610-612.