

• 病例报告 •

从温病辨治人感染 H7N9 禽流感重症肺炎 1 例

奚肇庆* 周贤梅 仲 景 芮庆林

江苏省中医院, 南京市汉中路 155 号, 210029)

基金项目: 2008 年中医药行业重大科研专项资助项目(200807041)

* 通讯作者: xzq49@163.com, (025)86558416

[摘要] 人感染 H7N9 禽流感以高热、咳嗽、喘息、发病急、传变迅速、死亡率高为特点。2013 年 4 月 10 日江苏省中医院收治人感染 H7N9 禽流感重症肺炎患者 1 例, 5 月 11 日患者康复出院。治疗期间中西医并重, 其中中医治疗过程按照温病学温邪上受、气营两燔、湿郁阴伤的发生、发展规律, 法以扶正祛邪为宗, 兼以透表清气凉营、解毒化湿泄浊、益气护阴养津; 方以银翘散、麻杏石甘汤、白虎加人参汤、清营汤、泻白散、葶苈泻肺汤、参苏饮、达原饮、复方薤白胶囊、热毒宁注射液等随证出入。结果证明, 从温病辨治人感染 H7N9 禽流感重症肺炎, 具有良好的退热、化痰止咳平喘和减轻肺部炎症反应、改善低氧状态作用。

[关键词] H7N9 禽流感; 重症肺炎; 温病; 卫气营血

2013 年 4 月 10 日, 江苏省中医院收治人感染 H7N9 禽流感重症肺炎患者 1 例, 治疗 1 个月后患者康复出院。该例患者住院期间中西医结合治疗并重, 中医药按照温病卫气营血辨证施治贯穿病程初期、进展期、恢复期全过程。现报告如下。

1 病历摘要

患者, 男, 55 岁, 职员, 城市居民。2013 年 3 月底有购买、宰杀家禽密切接触史。2013 年 4 月 5 日出现发热、恶寒、咳嗽、咯黄脓痰、痰中带血, 2 天后病情加重, 遂来我院急诊。刻诊体温(T)40.0℃, 血常规白细胞(WBC) $3.28 \times 10^9/L$, 中性粒细胞(N)68.9%; 超敏 C 反应蛋白(hs-CRP)36 mg/L; 胸部 CT 示: 右下肺及右中肺局部片状影, 左肺尖肺大疱, 两肺纵隔旁肺气肿, 两侧胸膜增厚粘连。急诊予头孢曲松抗感染、对症治疗 2 天后, 病情无改善。4 月 10 日收住我院呼吸科。

入院临床症状和体征: 发热恶寒, 咳嗽, 咯黄白间夹黏痰, 痰中带有血丝, 时有气喘汗出, 神疲乏力, 恶心呕吐。查体: T 39.2℃, 脉搏(P)88 次/min, 呼吸(R)22 次/min, 血压(BP)108/70 mmHg。神志清楚, 精神欠佳, 步入病房, 应答切题, 查体合作。全身皮肤黏膜无黄染、皮疹、蜘蛛痣及出血点, 浅表淋巴结未及肿大。咽部无充血, 两侧扁桃体无肿大。颈软, 无抵抗, 胸廓对称无畸形, 两肺呼吸音稍粗, 左下肺闻及湿性啰音。心率 88 次/min, 律齐, 各瓣膜听诊区未及明显病理性杂音。腹部平软, 无压痛及反跳痛, 肝脾肋下未及, 墨菲征(-), 麦氏点无压痛。肝及双肾区无叩击痛。神经系统检查生理反射存

在, 病理反射未引出。

辅助检查: ①外周血象: 4 月 10—13 日, 外周血 WBC 均低于 $3.7 \times 10^9/L$, 后逐渐增高, 曾一度升至 $16.2 \times 10^9/L$; 血小板波动在 $(86 \sim 356) \times 10^9/L$ 之间。②血液生化检查: 血清酶中门冬氨酸氨基转移酶(AST)4 月 11 日为 49 U/L, 4 月 15 日上升至最高为 140 U/L, 丙氨酸氨基转移酶(ALT)上升至 318 U/L, 4 月 18 日均恢复正常; 血清总胆红素、肌酸激酶(CK)、肌酸激酶同工酶(CK-MB)、肌酐、尿素氮及电解质未见明显异常。③动脉血气分析: 4 月 10 日 pH 7.47、氧分压(PO_2)60.5 mmHg、二氧化碳分压(PCO_2)33.7 mmHg、氧合指数(PO_2/FiO_2)288 mmHg; 4 月 12 日呼吸衰竭(I 型)加重, pH 7.51、 PO_2 55.1 mmHg、 PO_2/FiO_2 92 mmHg, 经吸氧、无创呼吸机辅助通气等呼吸支持治疗后, 缺氧症状得以纠正; 4 月 24 日 PO_2 75 mmHg、 PO_2/FiO_2 227 mmHg。④胸部影像学检查: 4 月 11 日全胸片示右中肺及两下肺感染, 较前片(4 月 8 日)病灶范围增大; 4 月 15 日床边全胸片示两肺感染(左肺明显), 胸部 CT 示右中肺及两下肺感染, 病灶范围较前扩大。

H7N9 检测结果: 4 月 12 日留取深部痰标本送至南京市疾病预防控制中心(CDC)检测。4 月 13 日 15:30 南京市 CDC 回报, 咽拭子、深部痰液送检甲型流感通用引物阳性, H7N9 核酸阳性, 确诊为人感染 H7N9 禽流感。

西医诊断: 人感染 H7N9 禽流感, 重症肺炎(双肺炎症、两侧胸腔积液、胸膜增厚粘连), 肝功能损

伤,急性呼吸窘迫综合征,呼吸衰竭。中医诊断:外感热病。病期初期卫营同病,痰热壅肺;进展期气营两燔;后期、恢复期邪伏募原,气阴两伤。

治疗经过:4月10日,症见发热、恶寒,同时伴有咳嗽、咯痰、痰中带有血丝,继则寒战、高热、咳嗽气喘。属卫气同病,渐入营分,痰热壅肺。治宜透表清热,给予金银花、青蒿、蝉蜕、淡竹叶、鸭趾草、生石膏、麻黄、苦杏仁、生晒参等水煎口服,莫西沙星每日0.4g静脉滴注抗感染。临时予氢化可的松琥珀酸钠100mg静脉滴注退热。

4月11日因重症肺炎、急性呼吸窘迫综合征、急性呼吸衰竭转入EICU治疗,无创呼吸机持续使用中。加用磷酸奥司他韦胶囊75mg、每日2次口服抗病毒,美罗培南1.0g、每8h静脉滴注1次抗感染。

4月12日晚,T40.2℃,患者寒战、持续高热,烦躁,咳嗽痰多、色黄质黏、夹有血丝,胸闷气短,喘促难续,中脘痞满,气上冲胸,大便溏、色黄绿、日三四行。舌质淡紫绛,苔淡黄厚腻、有裂纹,脉滑数。至4月13日确诊为人感染H7N9禽流感病情未见明显改善,高热、咯痰、气喘急迫。磷酸奥司他韦胶囊加量至每次150mg,每日2次,停用莫西沙星,加用万古霉素1.0g,每12h静脉滴注1次,甲强龙每次40mg,每12h静脉滴注1次。详察病情,当属气营两燔,痰热未清。治宜透表清气凉营、化痰止咳平喘,兼顾正气。处方:生石膏30g,水牛角30g,熊胆粉1g,生晒参6g,葶苈子12g,紫苏子10g,桑白皮10g,炒栀子12g,薏苡仁15g,浙贝母10g,茅根15g,芦根15g,甘草4g,水煎服,每日1.5剂(8h1次);辅热毒宁注射液清热解毒,复方薤白胶囊止咳化痰、宽胸利气。

4月15日,病情出现转机,体温自14日起明显下降,最高体温未超过37.8℃。咳嗽、咯痰及痰中血丝较前明显减少,胸闷明显改善。继续前方治疗,每日1.5剂(每8h1次)。

4月16日,晨体温36.3℃,咳嗽减轻,咯痰量少,仍夹有少量血丝,胸闷气憋较前缓解,能同医护人员交谈、回答问题,唯动则气喘,舌质淡紫红,边有齿印,苔黄腻中裂少津,脉细弦滑。高热已平,气虚津伤,痰闭毒蕴,故治当扶正祛邪、化痰开痹。处方:西洋参6g,紫苏子10g,葶苈子12g,桑白皮12g,地骨皮12g,焦栀子12g,浙贝母10g,芦根30g,茅根30g,薏苡仁20g,苍术10g,黄芩10g,丹参15g,甘草4g。每日1剂,水煎服。

4月18日体温正常,咳嗽减轻、咯痰量少、色

白、血丝渐少,喘促显减,语声渐亮,唯神萎乏力,思睡,口干口黏,咽干咽痛,胃纳不思,大便溏、色青稀、日二三行,舌质淡紫微红,苔黄垢黏腻,中裂少津,脉细弦滑小数。大病之后,气阴两伤,邪伏募原,治当开达募原,化湿泄浊,益气养阴,升降气机。处方:西洋参8g,紫苏子12g,桑白皮12g,薏苡仁20g,豆蔻7g,草果仁8g,槟榔12g,石菖蒲12g,黄芩12g,苍术12g,橘皮8g,桔梗6g,枳壳12g,茯苓20g,淡竹叶15g,芦根20g,六一散15g。每日1剂,水煎服。

4月19日,症状逐渐改善,停磷酸奥司他韦胶囊、甲强龙。4月22日,停万古霉素、热毒宁注射液,停用呼吸机仅以鼻导管吸氧。

4月27日,患者神清气爽,咳嗽、咯痰不著,无痰血,唯动则稍觉气喘,下肢乏力较前改善,口干咽痛已消,夜寐安和。舌质偏暗红,苔中有裂、少津,中前部黄腻垢苔已化、根部淡薄黄腻,脉细滑。大病之后,气阴两伤,痰瘀互结,故予益气养阴润肺、活血化痰祛瘀。处方:西洋参6g,葶苈子10g,紫苏子10g,白芥子10g,桑皮10g,桑叶10g,薏苡仁20g,茯苓12g,桃仁10g,苦杏仁10g,川贝母5g,白术10g,白芍10g,枳壳10g,黄芩10g,丹参12g,虎杖15g,芦根15g,甘草4g,每日1剂,水煎服。患者体质虚弱,脾胃运化功能欠佳,嘱饮食宜清淡,适度活动,以养正气来复,慎防反复。

4月27日,停用所有西药,仅以中医药治疗。4月28日,转至普通病房进行康复治疗。5月11日,患者康复出院。

2 讨论

2.1 温邪则热变最速,泄卫透营,两和可也

叶天士《温热论》曰:“温邪上受,首先犯肺,……盖伤寒之邪留恋在表,然后化热入里,温邪则热变最速”,说明人感染H7N9禽流感属温病范畴,病变部位在肺,热变最速,热势亦高。患者4月10日入院时T39.2℃,临时予氢化可的松琥珀酸钠100mg静脉滴注;金银花、青蒿、蝉蜕、淡竹叶、鸭趾草、石膏、麻黄、杏仁等清热透表、止咳平喘。4月11日病情进展,继予奥司他韦、美罗培南、莫西沙星抗病毒、抗感染。4月13日确诊为人感染H7N9禽流感,患者持续高热(40.0℃)。细察病情,舌淡绛色中兼淡黄腻色,即从卫气迅入气营证,当属气营两燔,痰热未清。治宗叶氏“初传绛色中兼黄白色,此气分之邪未尽也,泄卫透营,两和可也。……用犀角、竹叶之属”。方药除金银花、青蒿、栀子等“辛凉散风”外,复入水牛角、熊胆粉之类清气凉营解毒、宁心除烦镇

咳。又配伍人参、紫苏子、葶苈子、苇茎汤等泻肺平喘、止咳祛痰、清心泻肺，“营卫同治”。治疗后汗出烦除，体温渐降。4月15日发病以来体温首次降至38℃以下，至4月16日凌晨体温恢复正常且未再反跳。中药退热时间(体温下降0.5℃的时间)5h，解热时间(体温下降至正常时间)52h。泄卫透营，清热透表，而汗出热退，肤凉脉静。

2.2 湿与温合，邪伏募原，辛开苦泄

该病变特点诚如《温热论》所言“且吾吴湿邪害人最广”，“湿与温合，……浊邪害清也”，虽“温邪则热变最速”，持续高热，然咳嗽气喘，中脘痞闷，气上冲胸，大便溏，舌苔黏腻、垢腻，或黄或浊等。“伤寒多有变证，温热虽久，在一经不移”，显示患者病情流连气分，邪伏募原，病程缠绵的病机变化。

《温热论》曰：“再人之体，脘在腹上，其地位处于中按之痛，或自痛，或痞胀，当用苦泄，……可与小陷胸汤或泻心汤，随证治之。”患者高热、咳嗽气喘、咯痰量多、中脘痞闷，为湿热、痰热阻于胸脘，气机郁滞，法宜开泄。给予辛开苦降、化痰平喘、调达气机方药，颇合“虽有脘中痞闷，宜从开泄，宣通气滞，以达归肺，如近俗之杏、蔻、橘、桔等，是轻苦微辛，具流动之品可耳”原意。

《温热论》云：“伤寒大便溏为邪已尽，不可再下；湿温病大便溏为邪未尽，必大便硬，慎不可再攻也，以粪燥为无湿矣。”患者大便溏、日二三行，舌苔黏、垢腻如碱，或黄或浊，此为热毒蕴湿，邪伏募原。叶天士告诫“若舌上苔如碱者，胃中宿滞挟浊秽郁伏，当急急开泄，否则闭结中焦，不能从募原达出矣”，故拟方草果仁、槟榔、石菖蒲、黄芩、苍术、芦根、薤白等开达募原，辟秽泄浊；结果苔腻渐化，胸次渐开，痞消气畅。

2.3 热与瘀搏，当加入散血、凉血之品

患者舌显紫色，或淡紫或紫暗或淡紫绛，历病程初期、进展期和恢复期。患者有痹证、肺胀、肺大疱

史，初期右下肺及右中肺局部片状影，进展期双肺感染。叶天士论紫舌云：“再有热传营血其人素有瘀伤宿血在胸膈中，挟热而搏，其舌色必紫而暗，扪之湿，当加入散血之品，如琥珀、丹参、桃仁、丹皮等。”故初期、进展期处方中加入桃仁、白茅根散血凉血，进展后期、恢复期加入丹参、虎杖散血活血之品。经动态监测影像学变化，经此治疗后左肺实变明显吸收，右肺斑片状模糊影感染灶逐渐吸收，病变密度增高，两侧减为局部胸膜增厚粘连。

2.4 热与湿结，邪盛正虚，须顾其阳气

叶天士在《温热论》中时时论及阳气，言“其邪始终在气分流连者，可冀其战汗透邪，法宜益胃，令邪与汗并，热达腠开，邪从汗出”。患者入院初期卫营证见寒战高热，治以透表清热，佐以益胃补气之生晒参、甘草之品，是冀其战汗透邪，以挫热势。热与湿结、湿与温合，邪从卫气迅入气营，气营两燔，痰湿未清，温热之势难以顿挫。至入院第3天体温仍高达40.0℃，诚感叶天士“更有邪盛正虚，不能一战而解停一二日再战汗而愈者，不可不知”之言不虚，在“泄卫透营，两和可也”清气透表、凉营解毒的同时，加大益胃补气人参的用量，舌质渐红绛而改为西洋参益气养阴，再战汗而解，汗出热退，肤凉烦除。

恢复期患者气阴两伤，“邪退正虚，阳从汗泄，故渐肤冷未必即成脱证。此时宜令病者安舒静卧，以养阳气来复”。故在养阴护津中，仍益胃固养阳气，处方减去二诊方中水牛角、熊胆粉咸寒苦寒之品，重用甘寒之西洋参，健脾化阴之白术、白芍、甘草，旨在养阴益气、健脾益胃，以善其后。恢复期初期，医嘱调护“安舒静卧，以养阳气来复”，饮食清淡，减少劳累、食复，康复出院。

本案按照温病传变，治疗步步为营，时时固护阳气，“苦重之药当禁”，轻灵流动而愈大病。

(收稿日期:2013-06-05;修回日期:2013-06-25)

[编辑:崔京艳]

(上接第1255页)

多自然社会现象所蕴含的哲理，与中医基础理论中所蕴含的道理有异曲同工之妙。

中医经典理论源于自然，法于自然，是先人于自然生活中智慧的结晶。在学习中如能将中医理论与自然现象多加联系，就能更形象地理解中医理论，那么学习中医就不再是枯燥的死记硬背，而是一种对自然和生命的体悟。

参考文献

[1]孙广仁. 中医基础理论[M]. 北京:中国中医药出版社,

2007:62.

[2]王鹏伟. 取象比类在中医学中的地位与影响[J]. 江苏中医药, 2009, 41(9): 8-9.

[3]刘林洲. 《素问·五脏别论》[J]. 陕西中医学院学报, 1982, 5(6): 7.

[4]凌耀星. 脏腑虚实的补泻规律:《素问·五脏别论》小议[J]. 浙江中医药大学学报, 1981, 5(4): 11.

[5]江秀贞. 第十讲: 异于常论谈脏腑满实藏泻各不同:《素问·五脏别论》节选[J]. 山东中医杂志, 1983(4): 51-52.

(收稿日期:2013-01-24;修回日期:2013-03-11)

[编辑:黄健]