



论著 | 老中医经验 | 学术探讨 | 临床报道 | 中药与方剂 | 学院专栏 | 综述 | 短篇报道 | 成药研究
消息 | 首医大中医药学院专栏 | 针灸经络 | 实验研究 | 燕京医史 | 中药房管理 | 临床中医学 | 中药制备 | 临床用药
中成药与单味中药研究 | 中药炮制与鉴别 | 临床中药学

北京中医
<http://bjtcm.itcmedu.com>



标准刊号：ISSN1000-4599 CN11-2558/R

• 本刊介绍 • 在线投稿 • 在线征订 >> 进入 北京中医药教育在线

会员登陆区

用户名:

密码:

忘记密码

免费注册

2003年第5期 — 论著

23例SARS患者中西医结合治疗体会

作者：李智 王泽民 侯小兵 点击次数：420次

【作者简介】作者单位：100102，中国中医研究院望京医院

我院住朝阳区妇幼保健院SARS专科医院病区自2003年4月23日起，共收治了23例SARS患者，其中男性8例，女性15例，年龄6~70岁，平均37.2岁。现将治疗体会报道如下。

1 西医治疗体会

1.1 发热特点

23例患者发热持续天数(药物干预下)2—16天，平均7.6天；最高体温39.8℃；多数患者发热呈双平台或多平台，发病1周后，体温降至正常，到病程第10天左右，又出现发热，个别患者反复多次，缠绵难愈；在1天24h中，表现为弛张热，早晨轻，下午晚上重。

2例死亡患者在死亡前几天均无发热或仅有低热，但胸片浸润明显。所以应该强调发热是人体的正常的防御反应，发热可以激活免疫细胞的吞噬功能，有利于抗体产生。中医认为发热是正邪斗争的表现，体内邪毒太盛，正气衰微，无力与邪气抗争，临床表现不发热或仅有低热，不能说明患者病情较轻，反而说明患者病情危重，预后不良。所以发热与否、发热高低绝对不能作为判断病毒轻重的指标。

1.2 治疗体会

1.2.1 发热治疗：我们主张对于发热尽量不要使用解热镇痛药，如来比林、安痛定等，也不要过早使用激素或大量使用激素。使用解热镇痛药出汗过多，可使病人脱水，甚至虚脱，而且体温正常仅能维持3—4h，很快反弹，反而延长了整个病程。应该让患者每天发热持续4—6h，持续3~4天，这样可以缩短病程，减少反跳，改善预后。发热治疗以汤药为主，使患者微微汗出为佳，不可大汗淋漓。可用清开灵、醒脑静静点，口服安宫牛黄丸、紫雪散。体温高于39℃时可以配合物理降温，如酒精擦浴。

1.2.2 糖皮质激素的使用：我们使用激素严格掌握使用指征，参照朝阳医院呼吸科的治疗常规，发热>38.5℃，持续3天以上，有明显中毒症状者才使用激素。SARS病毒多在人体免疫力低下时感染，在感染后进一步使CD4淋巴细胞减少，免疫力进一步降低，所以我们认为，使用免疫抑制剂(糖皮质激素)绝对不应该是首选，即便是必须使用也应该从较小剂量开始。

23例患者在住院期间，15例使用激素，8例患者未使用激素，最大激素使用量为400mg/d甲基强的松龙，平均最大激素用量为125mg/d，远远低于单纯西医治疗用量。很多西医院起始量400mg/d，最大量1000mg/d，平均最大用量约800mg/d。在达到治疗效果的基础上，使用较小剂量激素，对于减少激素副作用，减少肥胖、内分泌紊乱、骨质疏松、股骨头坏死等的发生率有重要意义。

1.2.3 激素使用与病程：对于轻症SARS患者，完全可以不使用激素，以中医为主治疗。对于在其它医院观察室使用过激素的轻症患者，只要激素使用不超过5天，转到我科后都一律停掉，用中药为主治疗。在我科住院2周之内痊愈出院的6名患者，均是未在住院期间使用过激素的患者，约占患者总数的25%，远远低于单纯西医98%的激素使用率。实践证明，不使用激素的患者，使用中药发热退后不会反跳，体温正常1周后可以放心让病人出院。从我科出院的患者海淀走读大学学生赵某，就是我们及时停掉激素，观察1周体温正常，出院时复查胸片未见明显肺间质纤维化，成为北京第1位捐献血浆的康复SARS患者(各大媒体、新闻联播均报道)。如果连续使用激素，撤减激素需要一定的时间，必

内容检索

请输入标题

请输入作者名

以往期刊查询

选择查询年份

选择查询期刊

精品推荐

◆ 培养高层次人才，打造中医名牌队…

◆ 106例SARS一线医务人员心…

◆ 《北京医药月刊》述评(下)

◆ 《北京医药月刊》述评(上)

◆ 清热解毒药物在治疗冠心病

◆ 民国时期北京中医医疗研究概况(…

◆ 民国时期北京中医医疗研究概况(…

然会延长疗程，而且，停用激素并未增加肺间质纤维化。

1. 3 预防与死亡

23例患者中，2名被感染的医务人员在接受SARS患者之前均注射胸腺肽6支，口服预防中药3天。另外1名患者患病之前曾服用预防中药3天。所以说，无论中西药对于预防SARS均无确切效果。

通过病例对比，我们发现这样的苗头：中西医结合治疗SARS的死亡率低于单纯西医治疗。但由于病例数太少，无法进行统计学处理。

死亡2例，均为女性，分别为68、70岁，有高血压、冠心病、糖尿病基础疾病，糖尿病患者未使用激素。

2 中医治疗体会

2. 1 病因病机

SARS属于中医的瘟疫范畴，SARS疫毒之邪传染性很强。医院家庭“皆相染易，无问大小，病状相似”。该瘟疫多夹杂湿邪侵犯人体，今年冬春季，雨雪偏多，气候潮湿，给SARS流行创造了条件。其侵犯人体可能有多种途径，主要通过空气飞沫从口鼻吸入，同时也可以通过粪口途径，经被污染的食物消化道传播。后来发现，很多医务人员未戴护目镜，可能通过眼睛睑结膜被感染。

鼻为肺之窍，疫毒夹湿，从鼻窍侵入，首先犯肺，肺位上焦，为五脏华盖，肺失宣降，故见咳嗽、胸闷、气短；口为脾窍，疫毒夹湿，通过不洁食物，侵犯脾胃，脾位中焦，枢机不利，故见脘腹痞满，呕恶纳呆，口中粘腻；湿热下注，故见腹泻而大便不爽；目为肝窍，木失条达，疏泄不利，患者多有情志抑郁或烦躁易怒、肝功异常；肝肾同源，位于下焦，故临床上可见到肺肾亏虚、元气暴脱之证。湿热疫毒，弥漫三焦，湿为阴邪，粘腻难祛，故该病发热日久，反反复复，缠绵难愈。

2. 2 辨证论治

2. 2. 1 风热上受、卫气同病(早期)：这一证型患者(约占25%)湿象不明显，发热持续天数较短，常常不使用激素就可退热。表现为发热，口渴引饮，无口粘、呕恶、腹泻等症状，舌红，苔薄白或薄黄(无腻苔)，脉浮数。立法：辛凉和解，清热解毒。处方：白虎汤、小柴胡汤、银翘散化裁。生石膏先930g，知母12g，柴胡12g，黄芩10g，半夏10g，党参10g，虎杖12g，芦根30g，银花10g，连翘10g，杏仁10g。

2. 2. 2 湿热熏蒸、弥漫三焦(早、中期)：大部分患者(约占75%)为此型。症见：发热，或伴恶寒，汗出不解，缠绵日久难愈，发热退后极易反复，伴轻微干咳，胸闷气短，口粘口苦，脘腹痞满，呕恶纳呆，腹泻大便不爽，情志抑郁，舌淡或边尖红，苔黄厚腻，脉滑数有力。立法：芳香淡渗，利湿清热。处方：加减正气散化裁。藿香10g，茯苓12g，厚朴10g，陈皮6g，杏仁10g，块滑石包15g，通草10g，蔻仁6g，生薏仁10g，青蒿12g，黄芩10g，大腹皮10g，茵陈12g，虎杖12g。注意：如果湿邪较重，热势不高，不宜过早使用紫雪散、安宫牛黄丸、清开灵、醒脑静等，以免“凉遏冰伏”使湿邪更加胶着难祛。

2. 2. 3 肺肾气虚、元气欲脱(中期)：主证：呼吸急促表浅，胸闷气短，动则益甚，有濒死恐惧感， $R>30$ 次/min，甚至达50次/min($R>30$ 次/min即符合重症SARS诊断标准)，吸氧状态下 $SaO_2<93\%$ ，翻身活动咳嗽时更低，甚至出现I型呼吸衰竭，舌紫暗。一般发病第5~10天，少数重症患者病情恶化，出现该证型。立法：益气固脱。处方：西洋参15g，麦冬12g，五味子12g，山萸肉12g，山药12g，茯苓12g，泽泻10g；同时5%GS 250ml、参脉注射液20~40ml / 静脉点滴。可使用无创呼吸机，采用CPAP模式，压力5~10cmH₂O。心率<45次/min可使用654—II静点或口服。

2. 2. 4 痰热阻肺、肺失宣降(中、后期)：主证：发热渐退，咳嗽加重，无痰或少数黄白粘痰，舌质暗红，有瘀点、瘀斑，苔薄黄腻，脉滑。立法：清热宣肺，化痰止咳。处方：麻杏石甘汤加减。炙麻黄6g，生石膏30g，杏仁10g，桃仁10g，炙甘草6g，苏子梗各12g，莱菔子12g，白芥子6g，鱼腥草30g，芦根15g，生薏仁12g。

2. 2. 5 邪毒入血、肺络瘀阻(恢复期)：病程2周以后，发热已退，仅有乏力、气短，舌质紫暗，或有瘀斑、瘀点。胸片示肺纹理增重，出现肺间质纤维化表现。立法：活血通络，祛瘀化湿。处方：丹参饮加味。丹参12g，檀香6g，砂仁6g，益母草15g，制香附6g，川芎12g，刘寄奴12g，桃仁10g，杏仁10g，泽兰10g。配合：5%GS 250ml、丹参注射液30ml / 静脉点滴，必要时；5%GS 250ml、川芎嗪120mg / 静脉点滴，必要时。

3. 病案举例

赵某，女，21岁，大学生。因发热10天，左下肺阴影确诊为SARS，于4月29日由其它医院转入我院病区。1周末最高体温T39. 2℃，周围血象WBC2. 7X10⁹ / L，血小板79X10⁹ / L，胸片示：左下肺野片状阴影，两肺纹理增生。曾间断使用过甲强龙160mg / d。入院时体检：T37. 8℃，R18次 / min，P96次 / min Bp106 / 66mmHg，神志清楚，步入病房，急性热病容，无呕恶、腹泻等症，舌质红苔薄黄，脉数有力。患者无明显湿象，证属风热上受，卫气同病。方用我院协定处方非典退热合剂。该方由白虎汤、小柴胡汤、银翘散化裁而来，方药组成见前。该方由我院煎药室制成袋装汤剂，1次1袋，2次 /

d, 口服。停用激素, 仍使用阿奇霉素0. 5静脉点滴, 必要时, 利复星0. 02g静点, 2次 / d。

2天后体温正常。5月6日复查胸片肺部片状阴影消失, 未见明显纤维化, 周围血WBC $4. 6 \times 10^9 / L$, L0. 234, 血小板 $99 \times 10^9 L$, 于5月7日出院。出院后1个月内2次捐献血浆救治重症SARS患者。出院后随访, 该患者现学习、生活正常。近期我们对全市SARS患者出院后随机随访, 已发现有多例患者因大量使用激素继发结核、股骨头坏死等严重副作用。

>>进入讨论

■ 相关链接

- ◆ 走罐疗法治疗抑郁症的临床观察
- ◆ 气活血法对急性脑梗死患者的实验室标及临床疗效观察
- ◆ 中西医结合治疗SARS的体会
- ◆ 养阴益气合剂治疗56例SAR恢复期临床观察

地址: 北京东单三条甲七号 邮政编码: 100005 电话: (010) 65251589