

中西医结合治疗流行性出血热的体会

——附 1,233 例临床分析

江苏省东海县人民医院

徐德先 纵瑞森 唐文轩 钱 茂 吴志红 王洪珠
林俊如 王白英 唐刚元

我院自 1972 年 10 月至 1983 年 5 月,共收治流行性出血热(以下简称出血热)1,758 例,其中 1,233 例采用中西医结合治疗,现将治疗体会初步小结如下。

临 床 资 料

1,233 例中,男性 930 例,女性 303 例。年龄以 21~40 岁者最多(84.9%)。农民发病率最高,为 1,171 例(94.9%)。

西医临床分型按 1972 年江苏省流行性出血热防治参考资料的标准⁽¹⁾。1,233 例中轻型 455 例(36.9%)、中型 324 例(26.3%)、重型 225 例(18.2%)、危重型 229 例(18.6%)。

甲皱微循环观察:共观察 512 例次。微循环障碍可发生于发热期、低血压期和少尿期,其发现频率分别为 50.7%、100%、72.0%。多尿期、恢复期则逐渐恢复正常。

凝血象检查:本组 230 例作了 DIC 测定。DIC 诊断标准按 Colmon 氏三项筛选试验全部异常或其中两项异常,再加证实试验一项异常,即可确诊⁽²⁾。其中阳性者 170 例(73.9%),与国内文献报告的 30.3~76.8% 相一致⁽³⁾。

血液流变学变化:检测了 26 例患者不同病期的全血粘度等,其结果见附表。

附表 26 例出血热各期血浆粘度、全血粘度及血球压积的变化

	对 照 组	流 行 性 出 血 热 组				
		发 热 期	低 血 压 期	少 尿 期	多 尿 期	恢 复 期
血 浆 粘 度	1.54	1.56 P>0.05	1.71 P<0.01	1.66 P<0.01	1.69 P<0.01	1.68 P<0.05
全 血 粘 度	4.03	3.72 P<0.05	4.98 P<0.01	4.49 P>0.05	3.97 P>0.05	4.01 P>0.05
血 球 压 积	43.7	37.0	45.0	39.0	36.9	39.2

从表 1 可以看出全血粘度在发热期较对照组低,低血压期则较对照组高,而以后三期则逐步恢复正常。全血粘度的变化在各期均与压积的变化呈平行关系。血浆粘度除发热期无变化外,其余各期均比对照组高⁽⁴⁾。

免疫功能测定:体液免疫方面,血清 IgG、IgA、IgM 于发热期即增高,至低血压、少尿期继续上升,以后一直维持较高水平,均在正常范围以内。血清 C₃ 在发热期开始降低(64.5 单位),低血压、少尿期降至最低(分别为 52.0 54.1 单位),多尿期迅速回升(达 124.2 单位)并超过正常范围(80~122 单位)。在细胞免疫方面,花瓣试验、转化试验在发热期就表现低下,低血压、少尿期下降最显著,多尿期后逐步回升。

治 疗 方 法

一、单纯西药治疗组:计 525 例,其性别、年龄及临床分型与中西医结合治疗组相似,无明显差异。本组主要治疗如下:1. 发热期中毒症状较重及体温过高者,酌情使用肾上腺皮质激素(一般病例不用激素),并给予免疫抑制剂(环磷酰胺)及抗凝解聚药(潘生丁)。2. 低血压期采用纠酸、扩容(以平均分子量 4 万右旋糖酐为主,必要时加用血浆或白蛋白)及大剂量维生素丙(5~10 克)。3. 少尿期应用高效利尿剂(速尿等)。4. 能量合剂为基础治疗。

二、中西医结合治疗组:计 1,233 例,在上述西药治疗的基础上,口服中药,每日一剂,重者两剂。不能口服者则鼻饲或保留灌肠。中医辨证施治如下:

1. 发热期:(1)卫分证:共 74 例(6.0%),治宜疏表清热,方用银翘散加减,药用银花、

连翘、大青叶、生甘草、牛蒡子、芦根、茅根。恶寒重加葱白、豆豉，夹湿加藿香、佩兰，瘀点加赤芍、丹皮，呕吐加黄连、竹茹。

(2)气分证：共770例(62.5%)，治宜清气泄热，方用白虎汤加减，药用生石膏、知母、生甘草、银花、连翘、大青叶、鲜生地、玄参、赤芍、丹皮、通草。便秘加大黄、元明粉，正虚加西洋参或党参。

(3)气血两燔证：共366例(29.7%)，治宜清气凉血，方用清瘟败毒饮加减，药用生石膏、广角粉、黄连、知母、玄参、连翘、丹皮、赤芍、大青叶、车前子、通草、鲜茅根。便秘加大黄、元明粉，动风甚者加羚羊角、钩藤。

2. 低血压(休克)期：(1)邪盛正虚证：共445例(36.1%)，治宜扶正祛邪，清热凉营，活血化瘀，方用人参白虎汤合清营汤加减，药用西洋参、生石膏、知母、黄连、银花、连翘、广角粉、赤芍、丹皮、鲜生地、车前子、通草、麦冬。神昏谵语加服紫雪丹或安宫牛黄丸。

(2)元气虚脱证：共120例(9.7%)，治宜救逆固脱，活血化瘀，阳脱用参附龙牡汤加味，药用红参、附子、生龙骨、生牡蛎、广角粉、赤芍、丹皮、车前子、通草；阴脱用生脉散加味，药用西洋参、麦冬、五味子、广角粉、赤芍、丹皮、车前子、通草。

3. 少尿期：(1)热结下焦证：共246例(19.9%)，治宜滋肾清热，利尿通关，活血化瘀，方用知柏地黄汤加减，药用知母、黄柏、鲜生地、茯苓、泽泻、车前子、通草、广角粉、赤芍、丹皮、鲜茅根。伤阴甚者加北沙参、麦冬，若药后尿闭仍然不通，加大黄、元明粉通后阴以导前阴。

(2)肺热气壅证：共116例(9.4%)，治宜清热泻肺，活血化瘀，通腑行水，方用宣白承气汤加减，药用生石膏、大黄、桑白皮、黄芩、全瓜蒌、光杏仁、葶苈子、鲜茅根、广角粉、赤芍、丹皮、车前子、通草。气虚加人参或党参，阴虚加玄参、麦冬。

(3)邪陷厥阴证：共86例(6.6%)，治宜平肝熄风，活血化瘀，方用镇肝熄风汤合羚羊钩

藤汤加减。药用淮牛膝、代赭石、生牡蛎、钩藤、羚羊角、广角粉、赤芍、丹皮、鲜生地、玄参、龟板、川贝。便秘加大黄、元明粉，神昏严重者加安宫牛黄丸。

4. 多尿期：治宜补肾固摄，方用固肾汤加减，药用熟地、山药、党参、复盆子、桑螵蛸、益智仁。偏于肾阳虚重用益智仁，加补骨脂；偏于肾阴虚加黄精、五味子。

治疗结果

一、对实验室指标的疗效分析：1. 对46例重症出血热病人进行了治疗前后的甲皱微循环观察，微循环障碍恢复正常，中西医结合治疗组为 4.1 ± 2.5 天，而单纯西药治疗组为 5.6 ± 2.4 天($P < 0.05$)。

2. 50例DIC阳性者阴转时间：中西医结合治疗组为 4.2 ± 2.2 天，单纯西药治疗组为 6.4 ± 3.3 天($P < 0.05$)。

3. 动态观察15例重症出血热患者之全血粘度，中西医结合治疗组平均2.6天恢复正常，单纯西药治疗组则3.5天才恢复正常。

4. 细胞免疫功能(花瓣、淋转试验)，动态测定26例，两组细胞免疫功能恢复正常时间有明显差异(分别为 18.5 ± 3.2 天和 27.4 ± 2.6 天)。

二、对临床的疗效分析：1. 中西医结合治疗组平均退热时间为2.5天，而单纯西药治疗组为3.8天($P < 0.05$)；前者休克病人血压稳定平均时间为23.4小时，而后者为37.2小时($P < 0.05$)。

2. 中西医结合治疗平均住院日为13.4天，而单纯西药治疗组为18.5天($P < 0.05$)；前者跳期率占71.89%，而后者仅占14.95%($P < 0.01$)。

3. 单纯西药治疗病死率为6.18%，中西医结合治疗组病死率仅为2.05%，两组相比有非常显著性差异。

讨 论

一、祖国医学对出血热的认识：出血热属

祖国医学温病范畴。从病因病邪来看，为热毒之邪。从临床症候来看，有瘀血之象。从脏腑损伤来看，主要累及两道（泌尿道和消化道）之通降功能。所以出血热中药治疗的原则是清热解毒，活血化瘀和通利二便。

二、活血化瘀是治疗出血热的核心：通过对部分出血热病人甲皱微循环观察，凝血象检查和血液流变学测定，我们认为微循环障碍是出血热的重要病理基础。因此，活血化瘀改善微循环，是治疗出血热的核心，尤其是重症出血热。实践证明，用活血化瘀中药治疗后，上述实验室指标很快恢复正常，微循环障碍明显改善，有独到之功。有很多DIC病例，用西药肝素未能解决问题，最后通过活血化瘀治愈。且肝素治疗要求实验室条件较高，剂量不易掌握，亦不安全。

三、辨病与辨证相结合：1. 辨证与转化：本病发病急，传变速，病情重，必须把握住此病的传变规律，做到“未病先防，已病防变”，以使“正气存内，邪不可干”。在卫应兼清气，在气须顾凉血。根据出血热病机，及早投清热解毒，清营凉血之剂，使其邪不内传，或虽有内传也有所制约。又如发热期就有轻度微循环障碍，应适当伍用活血化瘀之品；低血压期，须注意通利小便，以防急性肾衰。在治疗上立足于“早”和“防”，是卓有成效的。2. “扶正”与“祛邪”：出血热整个病程是“邪正相争”的过程，“祛邪”与“扶正”是辩证的统一，必须明确邪正矛盾以何者为主，而予以正确治疗。发热期，以祛邪为主，即“祛邪安正”，但亦应顾及正气，故我们在选用清热解毒药的同时兼顾养阴。低血压期，以扶正为主，即“扶正达邪”，但亦应注意祛邪，故我们在选用生脉散的同时辅以清营汤。3. “脱症”之抢救：出血热休克者，在西药纠酸、扩容的同时口服生脉散。生脉散升压速度虽较慢，但升压作用持久稳定，且血压

反复者少，优于单纯西药抢救。生脉散有补虚、固脱、复脉、救逆作用，即强心升压作用。生脉散能提高机体的应激性，特别是对下丘脑—垂体—肾上腺皮激系统的影响，从而增强网状内皮系统的功能，促进细胞免疫能力。亦就是中医“扶正固本”、“虚者补之”的原则⁽⁵⁾。

四、中药能调节免疫功能：出血热系免疫性疾病⁽⁶⁾，清热药本身并不能直接抗致病微生物，而是通过提高机体免疫功能而达到抗感染的目的⁽⁷⁾。化瘀药、养阴药、益气药均能增加cAMP的含量，恢复由于病毒感染造成的cAMP/cGMP之比例失调。cAMP可促使T淋巴细胞转化，并使B淋巴细胞产生抗体能力加强，从而增强人体免疫力^(8,9)。我们动态观察26例细胞免疫功能（花瓣、淋转试验），中西医结合治疗组其恢复正常平均时间较单纯西药治疗组为快，充分说明中药在调节免疫功能方面确有成效。

（本文承江苏省中医研究所徐长桂主任医师及我院段继承、陈宗绪院长指导，特致谢意）

参 考 文 献

1. 江苏省卫生防疫站编：流行性出血热防治参考资料，第129页，1972
2. Colman RW, et al: Disseminated intravascular coagulation: an approach, Amer J Med 52(5):679, 1972
3. 南京军区后勤部：流行性出血热学习资料，第32页，1975
4. 徐州地区医院内科等：流行性出血热患者的血液流变性变化。流行性出血热防治资料汇编第116页，江苏省流行性出血热防治研究协作组编，1979
5. 陶静华等：《临床医学问答·中册》第1版，第361页，人民卫生出版社，1979
6. 王嘉瑞等：环磷酰胺治疗流行性出血热的疗效观察和发病机制的探讨。中华内科杂志18(1):48, 1979
7. 周金黄：在中西医结合思想指导下中药药理研究的某些进展(二)。中西医结合杂志3(2):118, 1983
8. 刘亚光等：从分子生物学探讨中西医结合理论。新医药学杂志8:364, 1978
9. 黄华楼等：补肾中药的动物实验研究——补肾中药对垂体—肾上腺皮质激素系统的作用。祖国医学肾的研究，第2版，第154页，上海科学技术出版社，1978