

中西医结合治疗流行性出血热 80 例

程运友¹ 徐庆吉¹ 蒋华民¹ 唐永爱²

自 1993 年 2 月~1994 年 7 月, 笔者采用中西医结合方法治疗流行性出血热(EHF)80 例, 与单纯西药治疗的 67 例进行了对比观察, 现报告如下。

临床资料

本组均为住院患者, 均符合 1981 年 5 月全国 EHF 防治座谈会诊断分型标准(内科病诊断荟萃, 第 1 版, 哈尔滨: 黑龙江科学技术出版社, 1986: 13—15), 并按入院先后随机分为中西医结合治疗组(治疗组)和单纯西药治疗组(对照组)。治疗组 80 例, 男性 50 例, 女性 30 例。年龄 6~70 岁, 平均年龄 35 岁; 对照组 67 例, 男性 41 例, 女性 26 例。年龄 12~74 岁, 平均年龄 33 岁。治疗组轻、中、重型分别为 45、23、12 例; 发热期 61 例, 低血压期 2 例, 少尿期 5 例, 多尿期 9 例, 恢复期 1 例, 低血压、少尿期重迭 2 例; 特异性 IgM 阳性者 62 例, 谷丙转氨酶(SGPT)升高者 44 例, 血小板(PC)减少者 60 例, 尿素氮(BUN)、肌酐(Cr)升高者 18 例, 对照组轻、中、重型分别为 43、16、8 例; 发热期 53 例, 低血压期 1 例, 少尿期 3 例, 多尿期 6 例, 恢复期 3 例, 低血压、少尿期重迭 1 例; 特异性 IgM 阳性者 52 例, SGPT 升高者 30 例, PC 减少者 41 例, BUN、Cr 升高者 10 例。

治疗组辨证分型 卫气同病证(57 例): 身热或微恶寒, 头痛, 面目红赤, 口渴欲饮, 小便短黄, 大便秘结或如常, 或咽痛, 舌质红, 苔薄黄, 脉浮数或滑数。

气营(血)两燔证(19 例): 壮热, 头痛, 腰痛, 面赤如醉, 心烦少寐, 渴不欲多饮, 皮肤斑疹隐现, 或呕血, 便血, 鼻衄, 尿血, 或神昏谵语, 舌质红绛, 苔黄或少苔, 脉细数。

余热未净, 气津两伤证(14 例): 身热多汗, 心胸烦闷, 气逆欲呕, 口干欲饮, 少寐, 纳差, 或小便频数, 舌质红, 少苔, 脉虚数。

湿热内蕴证(25 例): 身热困倦, 头痛且重, 胸闷腹胀, 脘痞纳呆, 恶心或呕吐, 小便短黄, 大便粘滞不爽, 舌质红, 苔黄腻, 脉濡缓或缓滑。

肾虚不固证(10 例): 尿频量多, 夜尿尤多, 口

渴多饮, 神疲乏力, 腰膝酸软, 舌质红, 苔薄白, 脉沉细或细数。

治疗方法

1 对照组 单纯西药治疗。在分期综合治疗基础上常规应用平衡盐液, 每日 1000~2000 ml 静脉滴注。病毒唑 0.6 g 加 5% 葡萄糖 250 ml 静脉滴注, 每日 1 次连用 5~7 日; 强力宁 100 ml 加 5% 葡萄糖盐水 250 ml 静脉滴注, 每日 1 次, 连用 3~5 日, 肝功能异常者, 用至 SGPT 正常时停用; 出血较重者, 用生理盐水 20 ml, 止血敏 1.0 g, 维生素 K₁ 20 mg 静脉注射, 每日 2 次; 甲氰咪胍 0.6 g 加 5% 葡萄糖 200 ml 静脉滴注, 每日 1 次, 均连用 3~5 日; 球结膜水肿明显者, 静脉滴注白蛋白。

2 治疗组 西药治疗方案同对照组, 并加服中药, 每日 1 剂, 分 2~3 次口服。

卫气同病证: 治宜清热解毒生津, 佐以疏表。方药: 金银花、连翘、鲜芦根、生石膏、知母、淡竹叶、黄芩、柴胡、牛蒡子、生甘草。

气营(血)两燔证: 治宜凉血止血, 清热解毒, 透营转气。方药: 生地、丹皮、黄芩、黄连、生石膏、淡竹叶、知母、栀子、玄参、赤芍、大蓟、小蓟、白及。

余热未净, 气津两伤证: 治宜养阴清热, 益气生津。方药: 淡竹叶、生石膏、麦冬、半夏、党参、芦根、生地、石斛、黄芪、五味子。

湿热内蕴证: 治宜清热利湿, 化浊解毒。方药: 茵陈、滑石、木通、薏苡仁、黄芩、杏仁、连翘、川厚朴、半夏; 若湿偏重者, 去黄芩、连翘, 加白豆蔻、藿香、菖蒲、猪苓等。

肾虚不固证: 治宜滋肾缩尿。方药: 生地、熟地、山药、枸杞子、茯苓、山萸肉、益智仁、麦冬、桑螵蛸、五味子。

结 果

两组患者全部治愈。治疗组中、重型 35 例, 越低血压期、少尿期者 33 例, 越期率 94.28%; 对照组中、重型 24 例, 越低血压期、少尿期者 18 例, 越期率 75%。两者经 χ^2 检验, $P < 0.05$; 治疗组在退热时间、尿蛋白(PRO)转阴、PC 回升至正常及 SGPT

1. 山东平邑县中医医院(山东 273300); 2. 山东省蒙阴县人民医院

复常的天数方面均明显优于对照组。BUN、Cr 恢复正常的天数两组无显著差异 见附表。

附表 两组单项观察指标比较 (天, $\bar{x} \pm S\bar{x}$)

组别	退热时间	PRO 转阴	PC 转常	SGPT 转常	BUN、Cr 转常
治疗	2.16±0.16*(68)	3.61±0.21*(73)	4.07±0.21*(60)	6.64±0.29*(44)	6.33±0.69(18)
对照	2.89±0.19 (52)	4.12±0.15 (64)	5.63±0.32 (41)	7.80±0.43 (30)	7.90±0.74 (10)

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$; ()内为例数

讨 论

EHF 属中医“温病”范畴, 归属于冬温、春温、伏暑等, EHF 病毒属温热或湿热疫毒, 其发病为外感疫毒之邪, 侵入机体, 伏行血脉, 分布三焦, 导致经络、脏腑、卫气营血的严重受损所致。EHF 除具一般温病之特点外, 尚具侵害脏腑多, 尤易伤肾以及伤络动血、变证繁多等特点。

中西医结合治疗 EHF 具有互补性和协同性。如在发热期, 由于全身毛细血管的损伤, 血浆大量外渗, 此时仅用中药, 不能较好维持机体内环境之平衡, 配合西医之液体疗法, 则效果良好; 对高热不退的患者, 若纯用西药退热, 不仅退热维持时间短, 而

且副作用较大, 若配合辨证服用清热解毒等中药, 就可明显减轻病毒血症, 缩短发热期; 在肾性少尿期, 利用中药通腑泻浊, 配合西药利尿剂等, 能明显减轻氮质血症, 促进肾功能恢复; 在多尿期, 西药无特殊治疗, 而服用滋肾缩尿之中药则可使多尿症状得以改善; 特别对于湿热中阻之证, 患者多脘闷不饥, 腹胀, 恶心, 纳呆, 西药对症治疗效果差, 而服用清热利湿, 芳香化浊之中药可显著改善消化道症状, 达到增进食欲、促进胃肠功能恢复的目的。实践证明, 中西医结合治疗 EHF, 有退热快、热程短、PRO 消失早、PC 回升快、SGPT 转常快等优点, 从而提高越期率, 缩短病程。

(收稿: 1994-10-12 修回: 1994-12-31)

中西医结合治疗颌面部急性炎症 182 例

邓玉玲 李文萍

颌面部急性炎症包括颌面部间隙感染、冠周炎、唇痈、急性淋巴结炎、急性腮腺炎及拔牙术后感染等。自 1980 年以来, 我们自拟加味消毒饮治疗 182 例该病患者, 效果良好, 现报道如下。

临床资料 本组 182 例均确诊为颌面部急性炎症。其中男 99 例, 女 83 例; 年龄 2~65 岁, 以 20~40 岁青壮年为多; 病程 < 3 天 44 例, 3~6 天 105 例, 7~10 天 19 例, 11~15 天 14 例。轻症 65 例, 重症 93 例, 脓毒血症 24 例。其中颌面部间隙感染 62 例, 冠周炎 38 例, 唇痈 26 例, 急性淋巴结炎 21 例, 急性腮腺炎 14 例, 拔牙术后感染 9 例, 其他 12 例。本病起病急, 病程短, 临床表现为局部红、肿、热、痛和受累器官功能障碍; 体温升高, 白细胞总数及中性粒细胞升高。轻症者局部病变轻微、局限, 其全身症状亦轻微或不明显。重症则局部肿胀严重, 范围大, 部位深, 体温高达 39℃ 以上, 甚至并发败血症、脓毒血症。

治疗方法 (1)中医疗法 自拟加味消毒饮: 金银花 30 g 蒲公英 20 g 野菊花 20 g 紫花地丁 20 g

连翘 20 g 赤芍 10 g 丹皮 10 g 煅牡蛎 30 g 浙贝母 12 g 玄参 10 g 桔梗 9 g 青黛 3 g 大黄 9 g。热甚加栀子、黄柏; 肿甚加蚤休、虎杖; 体虚加党参、黄芪。轻症每日 1 剂分 3 次服, 重症日煎 2 剂分服。(2)西医疗法 保持口腔清洁, 清除病灶; 对高热不退、毒血症状较重的重症, 肌肉注射赖氨比林, 静脉滴注抗生素, 纠正水电解质紊乱。

结 果 本组 182 例全部治愈(体温和白细胞恢复正常, 局部症状基本消失, 无功能障碍)。服药最少 3 剂, 最多 15 剂, 多数患者服药 5~8 剂后痊愈。

体 会 颌面部急性炎症属中医学疮疡范畴, 多属阳证、实证、热证。加味消毒饮中金银花, 野菊花清热解毒散结, 清气分热结; 蒲公英、紫花地丁清血分热结, 为痈疮疔毒之要药; 连翘、青黛清热解毒, 凉血消肿; 赤芍、丹皮凉血消痛散结; 玄参养阴清热消肿; 浙贝、牡蛎化痰软坚散结; 大黄泻热攻积, 解毒祛瘀; 桔梗载药直达病所, 诸药配伍使风热散, 内热清, 肿胀消, 湿痰化, 腑气通, 故用之辄能取效, 配合西药消炎散肿, 疗效较好。

(收稿: 1993-04-23 修回: 1994-07-09)