

## · 临床论著 ·

## 中西医结合治疗非典型肺炎 103 例临床观察

林 琳 韩 云 杨志敏 刘伟胜 张敏州 唐光华 许银姬

**摘要** 目的 观察中西医结合方法治疗非典型肺炎的疗效。方法 西医采用营养支持、呼吸机辅助通气、抗感染及糖皮质激素等方法治疗,中药根据中医辨证分期选方用药。统计学方法采用描述性分析法。结果:103 中治愈 96 例(93.2%)死亡 7 例(6.8%);入院治疗后退热时间为(6.72±3.95)天;胸片复查病灶完全吸收 94 例,病灶吸收时间(18.13±8.99)天;2 例胸片呈局部纤维索条样改变。结论 SARS 属中医“温病”范畴,采用中西医结合治疗有积极作用。

**关键词** 非典型肺炎 严重急性呼吸综合征 温病 中西医结合治疗

**Clinical Observation on 103 Patients of Severe Acute Respiratory Syndrome Treated by Integrative Traditional Chinese and Western Medicine** LIN Lin, HAN Yun, YANG Zhi-min, et al *Guangdong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou (510120)*

**Objective:** To observe the effect of 103 patients of severe acute respiratory syndrome (SARS) treated by integrative traditional Chinese and western medicine. **Methods:** Alimentotherapy, respiratory auxiliating ventilation, anti-infective and glucocorticoid methods were used in western medicine; Chinese herbal medicine was used according to syndrome differentiation in traditional Chinese medicine. Descriptive statistical analyses were performed. **Results:** Of the 103 patients, 77 were identified as severe cases and 29 were admitted to the intensive care unit. A total of 96 patients (93.2%) were cured, 7 patients died (6.8%). The mean time between onset of feverishness and improvement was 6.72 ± 3.95 days; 94 successful responses to therapy could be demonstrated by serial chest radiographs showing the resolution of lung opacities during 18.13 ± 8.99 days, 2 of whom showed fibroid cord-like changes. **Conclusion:** In terms of traditional Chinese medicine theory, SARS is referred to “infectious febrile disease”, the therapeutic strategies of integrative traditional Chinese and western on SARS have been shown effective, and traditional Chinese medicine played a positive role in it.

**Key words** atypical pneumonia, severe acute respiratory syndrome, infectious febrile disease, therapy of integrative traditional Chinese and western medicine

WHO 将本次发生的非典型肺炎命名为严重急性呼吸道综合征(severe acute respiratory syndrome, SARS)<sup>[1]</sup>,目前该病已波及到全球 32 个国家和地区。广东省中医院从 2003 年 1~4 月共收治 SARS 患者 103 例,全部采用中西医结合方案治疗,取得较好疗效,现报告如下。

## 临 床 资 料

1 西医诊断标准 “非典型肺炎临床诊断标准”、“非典型肺炎重症病例诊断标准”及“出院标准”参照上级

卫生行政部门发布的有关标准<sup>[2,3]</sup>。根据流行病学史,发热,外周血白细胞计数不升高,胸片出现浸润性阴影及抗生素治疗无效等确定诊断。排除上呼吸道感染、流感、细菌性或真菌性肺炎等。

2 中医辨证分型标准 按温病卫气营血及三焦辨证 根据病情分为早期、中期、极期(高峰期)、恢复期 4 期。早期:发病后 1~5 天,分为湿热阻遏肺卫、表寒里热挟湿两型。中期:发病后 3~10 天,分为湿热蕴毒、邪伏膜原、邪阻少阳。极期(高峰期):发病后 7~14 天,多为邪入营血,甚则内闭外脱。恢复期:发病 10~14 天以后,以气阴两伤、气虚挟湿挟瘀证型多见。

## 3 临床资料

3.1 一般资料 103 例全部为广东省中医院住院患者,其中男 44 例,女 59 例;年龄 19~75 岁,平均

广东省中医院内三科(广州 510120)

通讯作者 林琳, Tel 020-81887233 转 354, E-mail: drlinlin620@

hotmail.com

( $34.64 \pm 12.69$ ) 岁;平均病程( $3.56 \pm 2.67$ ) 天;明确有接触史者 93 例(90.3%),不明确者 10 例。关节、肌肉酸痛 56 例,恶寒 54 例,腹泻 47 例,疲乏 51 例,气促 41 例,胸闷 40 例,头痛 40 例,咳嗽 37 例(其中咳血丝痰 2 例),恶心呕吐 8 例,舌红 77 例,薄黄苔 49 例,黄腻苔 41 例,白腻苔 10 例;103 例均以发热起病,体温  $38.0 \sim 38.9^{\circ}\text{C}$  者 22 例, $39.0 \sim 39.9^{\circ}\text{C}$  者 64 例, $>40^{\circ}\text{C}$  者 17 例;呼吸频率  $>30$  次/min 41 例;急性呼吸窘迫综合征(ARDS)18 例;多器官功能障碍综合征(MODS)8 例;有严重基础疾病的 16 例,分别为糖尿病 3 例(其中糖尿病坏疽截肢术后 1 例),冠心病 3 例,风湿性心脏病二尖瓣置换术后 1 例,慢性肾功能衰竭 2 例,溃疡性结肠炎并肠梗阻部分空肠切除术后 1 例,高血压病 5 例,慢性乙型肝炎 1 例。

3.2 实验室检查 外周血白细胞总数正常( $4 \sim 10$ ) $\times 10^9/\text{L}$ 者 67 例,低于正常者 32 例,高于正常者 4 例;中性粒细胞正常( $1.8 \sim 7.0$ ) $\times 10^9/\text{L}$ 者 69 例,低于正常者 10 例,高于正常者 24 例;淋巴细胞正常( $1.0 \sim 1.33$ ) $\times 10^9/\text{L}$ 者 54 例,低于正常者 45 例,高于正常者 4 例;血小板正常( $100 \sim 300$ ) $\times 10^9/\text{L}$ 者 92 例,低于正常者 9 例,高于正常者 2 例。ALT 增高者 19 例,白蛋白低于正常者 13 例,球蛋白高于正常者 35 例;低氧血症(吸氧  $3 \sim 5\text{L}/\text{min}$ ,  $\text{SaO}_2 < 93\%$ , 或氧合指数  $< 30\text{mmHg}$ )者 52 例。

3.3 X 线胸片 98 例呈现有浸润性阴影,其中病灶大于 2 个肺叶者 77 例,48h 内病灶进展  $>50\%$  者 21 例。

## 治 疗 方 法

1 西医方案 主要采用营养支持、吸氧、呼吸机辅助通气、抗感染、免疫增强、糖皮质激素抗炎及对症处理等措施。

1.1 营养支持 静脉滴注能量合剂、复方氨基酸及维生素,进食少者加用脂肪乳静脉滴注,白蛋白低者静脉补充白蛋白。

1.2 吸氧、呼吸机辅助通气 据血氧饱和度及呼吸频率、动脉血气采用鼻导管吸氧,有指征患者及时采用无创面罩通气或有创通气;呼吸次数  $>30$  次/min,吸氧  $3 \sim 5\text{L}/\text{min}$  条件下,  $\text{SaO}_2 < 93\%$  者,选用无创正压通气首选鼻罩持续气道正压通气(continuous positive airway pressure, CPAP)的方法,常用的压力水平为  $4 \sim 10\text{cmH}_2\text{O}$ ,持续使用,直到病情缓解。如果吸氧  $5\text{L}/\text{min}$  条件下  $\text{SaO}_2 < 90\%$  或氧合指数  $< 20\text{mmHg}$ ,经过无创正压通气治疗后无改善,或不能耐受无创正压

通气治疗者,进行有创的正压通气治疗。

1.3 糖皮质激素使用 对有严重中毒症状和达到重症病例标准者使用。如高热  $>3$  天,或胸片呈现病变进行性加重。选用甲强龙地松龙,剂量范围多在  $40 \sim 240\text{mg}/\text{d}$ ,对危重患者可用  $500\text{mg}/\text{d}$ ,应用时根据具体情况规律使用。

1.4 抗病毒药物 奥司他韦(商品名达菲)前 3 天  $150\text{mg}/\text{d}$ ,分 2 次口服;后改为  $75\text{mg}/\text{d}$ ;疗程 7 ~ 14 天。

1.5 抗生素使用 早期方案 1:阿奇霉素加  $\beta$  内酰胺类抗生素 1 种。第 1 天阿奇霉素  $0.5\text{g}/\text{d}$  静脉滴注,第 2 ~ 7 天阿奇霉素  $0.25\text{g}/\text{d}$  静脉滴注,同时选用 1 种  $\beta$  内酰胺类抗生素:如头孢噻肟钠  $2 \sim 4\text{g}/\text{d}$ ,分 2 次静脉滴注;头孢他啶  $2 \sim 6\text{g}/\text{d}$ ,分 2 ~ 3 次静脉滴注;头孢三嗪  $2\text{g}/\text{次}$ ,1 ~ 2 次/d;头孢吡肟  $1 \sim 2\text{g}/\text{次}$ ,每 12h 静脉滴注;哌拉西林或他唑巴坦  $4.5\text{g}$ ,每 8h 静脉滴注 1 次;阿莫西林或克拉维酸  $1.2\text{g}$ ,每 8h 静脉滴注 1 次;头孢哌酮钠或舒巴坦钠  $1 \sim 2\text{g}$ ,每 12h 静脉滴注 1 次。早期方案 2:可乐必妥  $0.3\text{g}/\text{d}$  静脉滴注,同时加用四环素  $0.5\text{g}$ ,每天 4 次口服。如果痰培养或临床提示有耐药球菌感染,可选用(去甲)万古霉素等;血象明显升高者,改为泰能  $0.5\text{g}$ ,每 8h 静脉滴注 1 次。

1.6 免疫调节剂 一般予丙种球蛋白  $5\text{g}/\text{d}$ ,静脉滴注,连用 3 天;后期部分患者加用胸腺肽(日达仙)  $1.6\text{mg}$ ,皮下注射,每 3 天 1 次。

1.7 对症处理 体温  $>38.5^{\circ}\text{C}$  时可选用非甾体类解热镇痛药,咳嗽明显者,选用咳必清、可待因等等进行对症处理。

2 中医方案 按卫气营血及三焦辨证 根据病情分为早期、中期、极期(高峰期)、恢复期 4 期。

2.1 早期 本期多在发病后 1 ~ 5 天左右。辨证属湿遏阻肺卫证者,治以宣化湿热,透邪外达,方选三仁汤合升降散加减,药用杏仁  $12\text{g}$ ,滑石  $15\text{g}$ ,通草  $6\text{g}$ ,白蔻  $5\text{g}$ (打、后煎),竹叶  $10\text{g}$ ,厚朴花  $10\text{g}$ ,生薏苡仁  $20\text{g}$ ,法半夏  $10\text{g}$ ,白僵蚕  $6\text{g}$ ,片姜黄  $9\text{g}$ ,蝉衣  $6\text{g}$ ,苍术  $6\text{g}$ ,青蒿  $10\text{g}$ (后下),黄芩  $10\text{g}$ 。辨证属表寒里热挟湿证者,治以辛凉解表,宣肺化湿,方选银翘散、麻杏石甘汤合升降散加减,药用生麻黄  $6\text{g}$ ,生石膏  $30\text{g}$ (先煎),炒杏仁  $10\text{g}$ ,炙甘草  $6\text{g}$ ,白僵蚕  $10\text{g}$ ,片姜黄  $9\text{g}$ ,蝉衣  $6\text{g}$ ,薄荷  $6\text{g}$ (后下),连翘  $15\text{g}$ ,金银花  $15\text{g}$ ,黄芩  $10\text{g}$ ,芦根  $15\text{g}$ ,生薏苡仁  $20\text{g}$ ,每天 1 剂水煎服。本期如热邪偏重,选用以下针剂 1 种,疗程 7 天左右,热退或出现明显正虚表现则停用。(1)鱼腥草注射液(正大青春宝药业集团生产)  $50 \sim$

100ml 静脉滴注, 每天 1 次 (2) 清开灵注射液 (北京中医药大学生产) 40ml 加入 5% 的葡萄糖注射液 250ml 静脉滴注, 每天 1 次 (3) 双黄连注射液 (哈药集团中药二厂生产) 3.6g 加入 5% 葡萄糖注射液 500ml 静脉滴注, 每天 1 次。

2.2 中期 多在发病后 3~10 天左右。辨证属湿热蕴毒证者, 治以清热化湿解毒, 方选甘露消毒丹加减, 药用生石膏 30g (先煎) 炒杏仁 10g 茵陈 15g 虎杖 15g 白蔻 6g (打、后煎) 滑石 20g 法半夏 10g 僵蚕 10g 蝉衣 6g 苍术 6g 姜黄 10g 石菖蒲 10g 柴胡 12g 黄芩 10g。辨证属邪阻少阳证者, 治以清泄少阳, 分消湿热, 方选蒿芩清胆汤加减, 药用青蒿 10g (后下) 竹茹 10g 法半夏 10g 赤茯苓 15g 黄芩 10g 炒杏仁 10g 陈皮 6g 生薏苡仁 30g 滑石 20g 青黛 6g (包煎) 苍术 6g 郁金 10g。辨证属邪伏膜原证者, 治以疏达膜原湿浊, 方选达原饮加减, 药用厚朴 6~9g 知母 10g 草果 1~3g (后下) 黄芩 12g 柴胡 15g 法半夏 10g 杏仁 10g 生薏苡仁 30g 滑石 20g 槟榔 10g 川黄连 3g 苍术 6g, 每天 1 剂, 水煎服。本期热重或有蕴毒表现, 亦可选用鱼腥草注射液、清开灵注射液及双黄连注射液静脉滴注, 用法用量同上。本期如出现神疲明显, 气促加重, 可选用参麦注射液 (正大青春宝药业集团生产) 50~100ml 静脉滴注, 每天 1 次, 至症状缓解停用。

2.3 极期 (高峰期) 本期多在发病后 7~14 天左右, 临床的突出表现为气促喘憋明显, 呼吸困难, 或伴有紫绀, 病机以湿热毒盛、壅塞肺气为主要特点, 治疗以清热化湿, 宣肺理气除壅, 方药: 五虎汤、葶苈大枣泻肺汤合连朴饮加减。药用: 炙麻黄 6g 生石膏 30g (先煎) 炒杏仁 10g 炙甘草 6g 绿茶 15g 葶苈子 10g 川黄连 10g 川厚朴 10g 枳实 10g 栀子 10g 淡豆豉 10g 石菖蒲 10g 芦根 20g 法半夏 10g 桔梗 9g, 每天 1 剂, 水煎服。患者出现呕吐明显, 根据寒热、夹湿轻重不同, 辨证选用苏梗、藿香梗、白蔻、生姜、竹茹、橘皮等, 如出现大便秘结, 则以肺肠同治, 加用生大黄、虎杖、枳实、全瓜蒌等; 泄泻根据寒热、夹湿轻重不同, 可辨证选用晚蚕砂、火炭母、葛根、车前草、广木香等。少数可表现为邪入营血, 本期辨证属热入营分、耗气伤阴证者, 治以清营解毒, 益气养阴, 方选清营汤合生脉散加减, 药用水牛角 30g 生地 15g 元参 15g 金银花 15g 西洋参 5g (另炖服) 麦冬 10g 山萸肉 15g。辨证属邪盛正虚、内闭外脱证者, 属热厥者选用参麦注射液 100~200ml/d, 分次静脉滴注或静脉推注, 并用西药数据 10g 山萸肉 30g 煎汤送服安宫牛黄

丸半粒, 每天 1~2 次; 属寒厥者选用参附注射液 (深圳南方制药厂生产) 20~100ml/d, 分次静脉滴注或静脉推注, 红参 10g 炮附子 6~10g 煎汤送服苏合香丸半丸, 每天 1~2 次。此期患者如无明显动血征象均加用活血化瘀中药, 可选用以下针剂 1 种静脉滴注 (1) 香丹注射液 (雅安三九药业生产) 30ml 加入 5% 葡萄糖注射液 250ml 中静脉滴注, 每天 1 次 (2) 川芎嗪注射液 (北京永康制药厂生产) 160mg 加入 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 生理盐水 250ml 中静脉滴注, 每天 1 次。

2.4 恢复期 多在发病后 10~14 天以后, 病机以正虚邪恋、易夹湿、夹瘀为主要特点, 治疗强调扶正透邪, 并重视化湿、活血, 辨证属气阴两伤证者, 治以益气养阴, 方选参麦散或沙参麦冬汤加减化裁, 药用太子参 15g 沙参 10g 麦冬 10g 白扁豆 12g 炙甘草 3g 山药 10g 玉竹 10g 法半夏 6g 芦根 15g。辨证属气虚夹湿、夹瘀证, 治以益气化湿活血通络, 可据虚实不同分别选用李氏清暑益气汤、参苓白术散或血府逐瘀汤等加减化裁, 药用太子参 15~30g 生白术 15g 云茯苓 15g 扁豆 10g 生薏苡仁 30g 佩兰 10g 郁金 10g 法半夏 10g 桃仁 10g 丹参 12g 当归 10g 赤芍 12g 忍冬藤 30g, 每天 1 剂, 水煎服。本期属气阴两虚者, 参麦注射液 50ml 静脉滴注, 每天 1 次, 7 天 1 个疗程, 用 1~2 个疗程; 或选生脉饮口服液, 10ml/次, 每天 3 次口服, 7 天为 1 个疗程, 连服 2~3 个疗程。属气虚明显者, 黄芪注射液 (成都地奥九泓制药厂生产) 30ml 加入 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 生理盐水 250ml 中静脉滴注, 每天 1 次, 7 天 1 个疗程, 用 1~2 个疗程。血瘀者用香丹注射液 30ml 加入 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 生理盐水 250ml 中静脉滴注, 每天 1 次, 7 天 1 个疗程, 用 1~2 个疗程; 并加用血府逐瘀口服液 10ml, 每天 3 次口服, 7 天为 1 个疗程, 连服 2~3 个疗程。本期患者还可加服百令胶囊 (冬虫夏草) 5 粒, 每天 3 次, 7 天为 1 个疗程, 连服 2~3 个疗程。

3 观察指标 临床症状 (发热、咳嗽、气促、关节肌肉酸痛、呕恶腹泻及舌脉等); 体征 (体温、呼吸); 血常规、肝肾功能、胸部 X 线照片等。

4 统计学方法 计数资料采用相对数, 计量资料采用均数 ± 标准差描述性分析。用 SPSS 统计软件包进行数据分析。

## 结 果

1 疗效评定标准 参照卫生部及广东省卫生厅发布的有关标准<sup>[2,3]</sup>。

2 结果

2.1 总体疗效 103 例中治愈 96 例(93.2%),死亡 7 例(6.8%)。治疗后退热时间为( $6.72 \pm 3.95$ )天,热退后无反复。

2.2 胸部 X 线照片复查结果 96 例出院患者中肺部病灶完全消失的有 94 例,占 97.9%,胸部 X 线照片病灶吸收时间最短 3 天,最长 43 天,平均( $18.13 \pm 8.99$ )天,2 例(2.1%)胸片呈局部纤维索条样改变。

2.3 死亡病例分析 7 例中 3 例在发病前患有冠心病,其余 4 例无基础疾病。发病年龄最小 35 岁,最大 75 岁,平均( $51.57 \pm 13.36$ )岁。入院后体温高于  $39^\circ\text{C}$  者 6 例,其中 3 例超过  $40^\circ\text{C}$ 。7 例胸片均出现浸润病灶,并且 48h 内病灶较前明显扩大。血常规中性粒细胞分类高于正常者 6 例,淋巴细胞分类低于正常者 6 例。痰培养发现致病菌者 5 例。所有死亡患者后期均并发 ARDS 和 MODS。

2.4 抗病毒药及激素使用情况 有 34 例早期应用了抗病毒药奥司他韦。有 69 例使用糖皮质激素,除 3 例早期曾使用地塞米松( $5 \sim 10\text{mg/d}$ ,  $1 \sim 3$  天)外,余静脉用药均用甲基强的松龙,后期减量口服改为强的松或甲基强的松龙口服(所有剂量均换算成甲基强的松龙剂量),最小剂量  $27\text{mg/d}$ ,最大剂量  $500\text{mg/d}$ 。其中每天最大剂量  $< 320\text{mg}$  者 59 例(85.5%),每天最大剂量  $\geq 320\text{mg}$  者 10 例(14.5%)。激素使用最短 1 天,最长 65 天,平均使用( $17.1 \pm 11.9$ )天。所有死亡患者均使用了激素,每天最大剂量均  $> 320\text{mg}$ 。

2.5 药物不良反应 部分患者因静脉滴注大环内酯类抗生素或口服四环素后,出现恶心呕吐,经服用和胃降逆止呕的中药后,症状多能缓解;少数患者出现转氨酶轻度升高,通过用肝安、甘利欣或五酯胶囊后转氨酶多在短期内降至正常。

## 讨 论

1 SARS 属中医“温病”范畴,病位在肺,涉及脾胃,以发热、气促、咳嗽为主症,常伴呕恶、胸闷、腹泻等症状。病机以卫气同病、易于传变、湿热毒瘀阻遏中上二焦为特点。按卫气营血、三焦辨证,根据其临床症状特点和发生、发展的规律,可分为早期、中期、极期(高峰期)、恢复期。早期见发热、恶寒、身重疼痛、乏力、呕恶等,属于湿热遏阻,卫气同病,治宜宣透清化,方选三仁汤、升降散、麻杏甘石汤加减。进入中期阶段,出现发热加重、气促、胸闷脘痞、腹泻等,分属湿热蕴毒、邪伏膜原、邪阻少阳,治疗应强调清化湿热、宣畅气机,方选甘露消毒丹、达原饮、蒿芩清胆汤等。极期的表现症见身热夜甚、喘促不宁,甚则面暗唇绀,汗出如雨,四肢

厥逆。此为湿热毒盛、直中脏腑之征,且易耗气伤阴,瘀血内阻。治疗上在祛邪的同时要重视扶正,宜选用白虎加入参汤、清营汤、犀角汤等重剂。恢复期热退后,多见心烦、口干、汗出、乏力、气短、纳差等,属于正虚邪恋,挟湿挟瘀。治疗强调扶正透邪,并重视化湿、活血,方选参麦散、沙参麦冬汤、李氏清暑益气汤、参苓白术散或血府逐瘀汤等。

2 103 例 SARS 患者均以发热起病,81 例(78.6%)的患者体温  $> 39^\circ\text{C}$ ;入院时白细胞计数一般正常或降低,中性粒细胞分类大多正常,淋巴细胞分类正常或降低,部分患者出现肝功能损害,球蛋白升高,提示患者免疫功能有一定的降低。98 例(95.1%)患者入院时胸片出现浸润性阴影,提示本病发热后较早出现肺部炎性病变,且进展迅速。本组病例采用中西医结合治疗方案,强调驱邪扶正,攻补兼施,取得较好疗效。

3 通过对本组病例观察,有以下辨治体会(1)本病初期即卫气同病,临床以发热气促为主症,恶寒时间较短,少见鼻塞流涕等上呼吸道卡他症状。所以治疗上不能按一般简单的卫分证遣方用药,应根据本病早期就出现气分证的病机特点,尽早采用卫气同治。(2)本病多来势凶猛,传变迅速,易出现越期传变。即不一定遵循卫气营血的表里次序传变。本组有 21 例患者的 X 线胸片在 48h 内病灶进展  $> 50\%$ ,有 41 例较早出现气促症状(呼吸频率  $> 30$  次/min)。因此辨证用药不能简单按照 4 期的时间,尽管发病短暂,但如出现极期的凶险表现,也要及时选用白虎加入参汤、清营汤、犀角汤等重剂,同时采用吸氧、支持疗法、抗感染等综合措施积极救治。(3)病邪多夹湿,易涉及脾胃。本组病例有 47 例患者出现恶心呕吐、腹泻等症状,按湿在三焦的不同部位采用轻宣化湿、清热化湿、淡渗利湿等治法,明显减轻症状,改善病情。(4)后期患者多数有口干、乏力、气短、纳差等症,个别后期出现肺纤维索条样改变,辨证属于气阴两伤,湿瘀互结,治疗采用益气养阴,扶正透邪,并重视化湿、活血,可促进患者的康复。(5)早期治疗以祛邪为主,对病毒有一定的对抗作用,有可能截断病情的发展,使部分患者较快地进入恢复期。(6)本病的临床表现显示病毒感染造成部分患者的免疫紊乱,易引起继发其他感染。而中医针对机体整体辨证论治,有利于调节人体免疫状态,减轻由于病毒感染引起的免疫损害。

本组病例报告初步显示中西医结合治疗 SARS 有较好的临床疗效。但由于急性传染性疾病的时效性和危重性,严格的临床随机对照试验难以实施。中医治

疗在 SARS 中的作用机理,尚需进一步研究证实。

(我院防治非典型肺炎中医方案形成的过程中,得到邓铁涛、彭胜权、任继学、焦树德、晁恩祥、路志正、陆广莘、颜德馨及周仲瑛教授的指导,特此致谢)

参 考 文 献

1 Update: outbreak of severe acute respiratory syndrome —

Worldwide. Morb Mort Wkly Rep 2003 ;52 :241—248.

2 卫生部.“非典型肺炎”临床诊断标准.2003 年 2 月 13 日.

3 广东省卫生厅.“广东省医院收治非典型肺炎病人工作指引. 2003 年 3 月 9 日.

(收稿 2003-05-12 修回 2003-05-19)

酒肝消脂冲剂治疗酒精性脂肪肝 102 例

侯留法 陈宝玲 赵玉瑶 张 影 毛重山

我们采用酒肝消脂冲剂治疗酒精性脂肪肝 102 例,取得较好的疗效,现报告于下。

**临床资料** 我院门诊及住院的酒精性脂肪肝患者 152 例,均符合中华医学会酒精性肝病及肝纤维化学术研讨会拟定的诊断标准〔临床荟萃 1996 ;1(23):1066〕,采用数字表法分为两组,对照组 50 例,女 21 例,男 29 例;年龄 26~60 岁,平均(41.7±3.5)岁,病程 3~48 个月,平均(19.3±6.5)个月。治疗组 102 例,男 71 例,女 31 例;年龄 27~60 岁,平均(40.2±4.0)岁,病程 6~45 个月,平均(20.4±5.7)个月。两组资料比较,差异无显著性( $P>0.05$ )。

**治疗方法** 治疗组采用酒肝消脂冲剂(由葛根、柴胡、山楂、丹参、泽泻、草决明、白矾等组成,由河南省奥林特制药厂提供),每次 10g,每天 3 次口服,对照组采用东宝肝泰片(通化东宝药业股份有限公司生产),每次 3 片,每天 3 次口服。所有患者 45 天为 1 个疗程,治疗期间两组均禁酒及停用其他有治疗作用的中西药物。治疗前后观察主要症状、体征及积分值,肝部 B 超或 CT 对酒精性脂肪肝的改善情况积分值、肝功能〔丙

氨酸氨基转移酶(ALT)、门冬氨酸氨基转移酶(AST)、谷氨酰转移酶(GGT)〕及血脂〔胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)〕。统计学方法:计量资料采用  $t$  检验,计数资料采用  $\chi^2$  检验,等级资料采用 Ridit 分析。

**结 果**

1 疗效判断标准 基本痊愈:肝功能及血脂正常,临床症状及体征消失;B 超或 CT 示酒精性脂肪肝基本消失;显效:肝功能和血脂基本正常,症状及体征有显著改善;B 超或 CT 示酒精性脂肪肝有明显改善;有效:肝功能和血脂有明显改善;无效:上述各指标无改变或病情进一步恶化。

2 结果 治疗组 102 例基本痊愈 64 例,显效 18 例,有效 13 例,无效 7 例,总有效率 93%;对照组 50 例基本痊愈 18 例,显效 22 例,有效 5 例,无效 5 例,总有效率 90%。经 Ridit 分析,两组比较差异有显著性( $u=2.22, P<0.05$ )。

3 血脂及肝功能指标测定结果比较 见表 1。治疗后两组自身前后对照差异均有显著性( $P<0.05$ ),治疗后与对照组比较亦差异均有显著性( $P<0.05$ )。

表 1 两组患者治疗前后血脂及肝功能指标比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数		TC (mmol/L)	TG (mmol/L)	ALT (U/L)	AST (U/L)	GGT (U/L)
治疗	102	治前	7.20±2.14	3.31±1.50	80.5±53.1	125.8±72.3	115.3±59.4
		治后	5.02±1.85*△	1.40±0.97*△	32.6±26.4**△	31.6±29.6**△	41.9±32.1*△
对照	50	治前	7.10±1.96	3.28±1.49	92.4±60.2	112.3±68.1	101.6±58.9
		治后	6.01±1.90*	1.88±1.04**	44.9±43.7**	43.8±31.2*	57.2±36.8*

注:与本组治疗前比较,\* $P<0.05$ ,\*\* $P<0.01$ ;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$

**讨 论** 酒精性脂肪肝是一种临床常见病,属中医“伤酒”、“酒病”、“饮酒中毒”、“胁痛”、“积聚”等范畴。中医学认为,酒为一种特殊的湿热毒邪,可直伤肝胃。大量饮酒,湿热蕴蒸致肝木失疏,肝气郁滞,肝胃不和,日久血脉瘀阻,痰浊内生,停于胁下而成本病。病机属实热,以酒毒伤肝,热蕴肝郁,血瘀

痰滞为主。治疗时应重视解酒疏肝,清热化痰,活血化瘀。酒肝消脂冲剂中葛根解酒毒,柴胡、草决明疏肝郁、清痰滞、透热毒;丹参、山楂活血化瘀、导食积、解酒毒;泽泻、白矾渗湿聚、消痰滞。诸药协同,共奏解酒疏肝,清热化痰之功。

(收稿 2002-12-25 修回 2003-04-15)

河南省中医药研究院(郑州 450004)