

· 临床论著 ·

42 例 SARS 患者临床特征与中西医结合治疗

邹金盘 花宝金 陈长怀 徐贵成 苏 浩 王 寅 李光熙 杨宗艳

何夏秀 刘喜明 倪 青 李 辉 赵 宏 张丽娜 汪卫东

摘要 目的:了解 SARS 的临床特征,探索中西医结合治疗的有效方法。方法:对确诊的 SARS 患者病历资料进行总结与分析,并进行中西医结合治疗观察。结果:42 例患者早期发热 100%,头痛 92.9%,畏寒 76.2%,胸闷 76.2%,咳嗽 73.8%,肌肉酸痛 88.1%,肺损伤累及 ≥ 3 叶者 42.9%,累及 2 叶者 47.6%,累及 1 叶者 9.5%;肝功能升高(ALT 或 AST)61.9%;心肌酶(CK 或 CK-MB)升高 47.6%;T 淋巴细胞亚群中 CD_3^+ 低于正常 91.1%(31/34 例), CD_4^+/CD_8^+ 比值偏低 76.5%(26/34 例)。中晚期患者神疲乏力 85.7%,恐惧感 81.0%,气短或胸闷 71.4%,食欲不振 64.3%,舌质淡暗 52.4%,舌苔黄白相兼 45.2%,舌苔中根部黄厚 21.4%。治愈出院时无明显临床症状,胸片肺部病灶 92.8%完全吸收, CD_3^+ 复查 30 例,仍有 70%患者低于正常, CD_4^+/CD_8^+ 比值偏低 36.7%。经中西医结合治疗(早期只用西药,中晚期中西药合用)后全部治愈出院,无 1 例死亡病例。发热消退时间平均(3.52 ± 0.85)天,胸部 X 片肺部病灶完全吸收平均时间(26.82 ± 5.98)天,平均住院(33.60 ± 4.37)天。结论:本病患者临床表现多样,可见多个脏器受损。中西药配合中医辨证论治和中医心理干预有助于缓解患者临床症状,促进康复。

关键词 严重急性呼吸综合征(SARS) 临床特征 中西医结合治疗

Clinical Characteristics and Integrative Chinese and Western Medicine Treatment of 42 Patients of Severe Acute Respiratory Syndrome(SARS) ZOU Jin-pan, HUA Bao-jin, CHEN Chang-huai, et al *Guang'anmen Hospital, China Academy of TCM, Beijing (100053)*

Objective: To understand the clinical manifestation of severe acute respiratory syndrome(SARS) and explore the effective treatment of integrative Chinese and western medicine(ICWM). **Methods:** The data of patients, whose diagnosis of SARS had been confirmed were summarized and analyzed, and clinical observation was conducted when the patients were treated with ICWM. **Results:** In early stage of 42 patients, the symptoms revealed were fever in 100% (of SARS patients, same hereafter), headache in 92.9%, aversion to cold in 76.2%, chest stuffiness in 76.2%, cough in 73.8% and myalgia in 88.1%; the pulmonary lesion involving ≥ 3 lobes in 42.9%, involving 2 lobes in 47.6% and 1 lobe in 9.5%; 61.9% of them showed liver function abnormality (increase of ALT or AST), 47.6% showed elevated myocardial enzyme(CK or CK-MB), in their T-lymphocyte subsets, 91.1% (31/34 patients) with lowered CD_3 and 76.5% (26/34 patients) with lowered CD_4/CD_8 ratio. In the mid-late stage, the symptoms were lassitude and weakness in 85.7%, frightened feeling in 81.0%, short breath or chest stuffiness in 71.4%, loss of appetite in 64.3%, light dark tongue proper in 52.4%, yellow and white tongue coating in 45.2%, and middle-root part of tongue with yellow thick coating in 21.4%. Most of them were asymptomatic during discharge from hospital, with their pulmonary lesion, showed by chest film, 92.8% completely absorbed as well as normalized liver function, myocardial enzyme and renal function. However, in 30 patients, the CD_3 was lower than normal range in 70% and CD_4/CD_8 inclined to lower margin in 36.7%, follow-up on which should be taken care. In the 42 patients, who received western medicine(WM) alone in early stage and ICWM in mid-late stage, none of them died. The mean defervescent time was 3.52 ± 0.85 days, the time for complete absorption of pulmonary lesion, judged by chest X-film, was

26.82±5.98 days , and the mean hospitalization time was 33.6±4.37 days. **Conclusion** : The manifestation of SARS is multifarious , revealed damage of multiple organs. TCM according to Syndrome Differentiation and psychiatric intervention are beneficial to remitting partial symptoms and promoting rehabilitation.

Key words severe acute respiratory syndrome , clinical characteristics , integrative Chinese and western medical treatment

我院医疗队自 2003 年 4 月 28 日—6 月 2 日从北京胸科医院接管了 42 例经确诊的严重急性呼吸综合征(SARS)患者 ,从病历资料进行总结与分析 ,以便了解本病的临床特点 ,并进行中西医结合治疗观察 ,现报告如下。

临 床 资 料

1 一般资料 临床诊断符合卫生部《传染性非典型肺炎临床诊断标准(试行)》标准。42 例患者 ,男女各 21 例 ,年龄 18~65 岁 ,平均(34.8±12.36)岁 ,病程 2~8 天 ,平均 3.67 天 ,普通型 29 例 ,病重 10 例 ,病危 3 例 ,合并冠心病、高血压病 2 例 ,合并 2 型糖尿病 1 例 ,哺乳期内妇女 1 例 ,胃大部切除术后 1 周 1 例 ;有吸烟史者 12 例 ,家庭聚集发病者 10 例。

2 入院时症状与体征情况 见表 1。

表 1 42 例患者症状与体征情况

症状与体征	例数	%	症状与体征	例数	%
发热(T>38℃/24h)	42	100	咳痰	16	38.1
寒战(畏寒或恶寒)	32	76.2	咯血丝痰	3	7.1
头痛	39	92.9	胸闷	32	76.2
关节酸痛	20	47.6	呼吸困难	10	23.8
肌肉酸痛	37	88.1	自汗	2	4.8
咽喉疼痛	23	54.8	心悸	12	28.6
咳嗽	31	73.8	胃痛	1	2.4

3 入院时患者实验室检查指标情况 见表 2。

表 2 实验室指标检查情况

项目	正常	升高	低下	$\bar{x} \pm s$	正常参考值
	(例)				
白细胞($\times 10^9/L$)	28	12	2	9.78±2.72	3.5~10
淋巴细胞(%)	17	1	24	21.36±5.12	17~48
中性粒细胞(%)	15	25	2	83.44±6.07	43~76
血小板($\times 10^9/L$)	32	—	10	227.96±63.80	150~390
军团菌(Lp1~14 ,Lpm)	42	—	—	—	≤1:320
支原体肺炎 IgM、IgG 测定	42	—	—	—	阴性
结核抗体*	42	—	—	—	阴性
室内空气 PaO ₂ (mmHg)	28	—	17	81.37±20.50	>60
室内空气 PaCO ₂ (mmHg)	41	1	—	43.42±7.80	<50
呼吸室内空气时 SO ₂ (%)	26	—	14	90.74±18.23	>85
谷丙转氨酶(ALT ,U/L)	16	26	—	78.33±5.75	0~40
谷草转氨酶(AST ,U/L)	28	14	—	47.52±6.91	0~30
磷酸肌酸激酶(CK ,U/L)	22	20	—	260.66±17.83	0~195
尿素氮(BUN ,mmol/L)	41	1	—	2.49±0.87	2.58~7.14
肌酐(CCr ,μmol/L)	40	2	—	66.21±7.34	40~110
CD ₃ ⁺ (%)**	3	—	31	50.36±4.85	70.9±5.5
CD ₄ ⁺ /CD ₈ ⁺ **	8	—	26	1.22±0.67	1.56±0.12

* 结核抗体试验包括 结核菌 38KD 蛋白抗体、结核菌外膜抗体、结核菌特异粘多肽抗体、卡介苗抗体 ;** CD₃⁺、CD₄⁺/CD₈⁺ 只测 34 例

4 入院时和中晚期胸部 X 线片(正位)资料 入

院时 42 例患者共累及 108 叶肺 ,其中≥3 叶者 18 例(42.9%) ,累及 2 叶者 20 例(47.6%) ,局限 1 叶者 4 例(9.5%)。叶性肺炎者 40 例 ,伴间质性肺炎者 2 例 ;见心影增大者 8 例。中晚期患者胸片变化(病程 6~20 天时) :复查胸片显示只有 29 个肺叶炎症略有吸收 ,4 例患者病变有进展。

5 中晚期患者症状、体征情况 见表 3。

表 3 中晚期患者症状、体征情况

症状与体征	例数	%	症状与体征	例数	%
发热	4	9.5	食欲不振	27	64.3
神疲乏力	36	85.7	恶心	19	45.2
自汗	11	26.2	呕吐	5	11.9
口干不渴	17	40.5	腹胀	22	52.4
咽痛	3	7.1	腹痛	4	9.5
口腔溃疡	5	11.9	大便秘结	22	52.4
咳嗽	20	47.6	便溏或腹泻	13	31.0
痰中血丝	3	7.1	关节酸痛	5	11.9
气短或喘憋	30	71.4	尿频	7	16.7
胸闷痛	18	42.9	肛裂	2	4.8
心悸	6	14.3	痔疮复发	3	7.1
失眠	17	40.5	皮疹	2	4.8
恐惧感	34	81.0	闭经	6	14.3
烦躁	2	4.8	月经延期	5	11.9

治 疗 方 法

1 西药以四联疗法为主 ,即抗病毒、激素、抗生素、免疫调节或支持治疗。我们主张一旦不能排除诊断就早用激素 ,可根据病情和患者个体差异 ,激素剂量以中偏小为主(甲基强的松龙 1~4mg·kg⁻¹·d⁻¹)。病情好转稳定 2、3 天后即注意减量。使用无创通气呼吸机 11 例。有合并症者 ,采用相应的对症治疗和处理。

2 中医辨证论治 根据临床实际 ,中医“ 温病重舌 杂病重脉 ”的临床经验 ,查房时听主诉 ,重鉴别 ,重舌象 ,用数码相机(SONY P8 型 ,日本产)记录不同时段的舌象 ,由 5 位主检医师拟定辨证施治方案。

2.1 发热者宜清热解毒 ,保护脑细胞。选用 醒脑静 40ml 加 5% 葡萄糖注射液 500ml 静脉滴注 ,每天 1 次 ,疗程 7~10 天。如有高热 ,用麻杏石甘汤合升降散加味 ,必要时用安宫牛黄丸。以低热为主 ,伴口干或渴或不渴、神疲乏力、自汗、舌红少苔、脉细数 ,治宜益

气养阴、清解余热,方用生脉饮合竹叶石膏汤加减:太子参 20g 麦冬 10g 五味子 10g 生石膏 20g 法半夏 10g 党参 10g 当归 10g 地骨皮 10g 青蒿 20g 生甘草 10g;如舌质淡、苔薄白,用补中益气汤加赤芍、丹皮、知母、银柴胡。

2.2 为防治肺纤维化,促进吸收,治宜活血化痰、宽胸顺气,选用:川芎嗪 160mg 加 5% 葡萄糖注射液 250ml 静脉滴注,每天 1 次,疗程 21 天。清肺化痰,选用鱼腥草注射液 100ml 静脉滴注,每天 2 次,疗程 7~14 天。

2.3 有消化道症状(主要是使用抗病毒药、抗生素后常见的不良反应),如食欲不振、胃胀痛为主,伴恶心、呕吐、腹胀或腹痛、或大便秘结,舌质淡红,舌苔薄白或黄白相兼或根部黄厚腻,脉弦细为主,治宜疏肝理气、健脾和胃,方用四逆散合平胃散加减:柴胡 10g 枳实 10g 赤芍 10g 白芍 10g 苍术 10g 白术 10g 陈皮 10g 厚朴 10g 法半夏 10g 神曲 10g 乌贼骨 15g 酒制大黄 10g。症状以大便秘为主,大便次数可每天 3~5 次,四肢乏力,舌苔白而腻或见中根部黄为主(见于长期较大剂量使用抗生素后所致的菌群失调),治宜健脾和胃,理气化湿,方用参苓白术散合葛根芩连汤。

2.4 症状以胸闷痛,干咳,气短或喘憋,舌质偏暗为主(见于肺损伤后,肺部病灶吸收缓慢,肺功能受损,低氧血症,胸片可见心影增大,以及较大剂量长期使用利巴韦林的副作用),治宜宽胸顺气、活血化痰、宣肺平喘,以胸痛为主者方选血府逐瘀汤加味;以气短、喘憋为主者方用小青龙汤合参蛤散;可配服六味地黄丸以调补肺、脾、肾。

2.5 症状以心悸、失眠、恐惧、烦躁,舌尖红为主[这些症状在早、中期常见,出现心理应激反应和部分患者由于肺组织实变,造成全身缺氧,增加了心脏负荷,甚至出现心功能不全,胸片可见心影增大,以及 SARS 病毒所致的心肌损害;实验室检查可见心肌酶(CK、CK-MB)明显升高],治宜疏肝解郁、宁心安神、宣肺化痰,方用加味逍遥散合麻杏石甘汤化裁,酌情送服安宫牛黄丸。同时开展中医心理治疗,多关心和鼓励,帮助患者树立信心,缓解紧张与恐惧心理。

2.6 以肝区隐隐胀痛,暖气泛酸,易怒,舌边红为主,或见肝功能异常(ALT、AST 升高),治宜柔肝缓急,方用一贯煎加味,以生血养肝,缓急止痛,药用生地 15g 南沙参 15g 当归 10g 枸杞子 10g 麦冬 10g

五味子 10g 白芍 20g 川楝子 5g 乌贼骨 10g,同时配服乌鸡白凤丸,每次 2 丸,每天 2~3 次。

结 果

1 按照《卫生部有关传染性非典型肺炎病例出院标准》疗效标准(1)体温正常 7 天以上(2)呼吸道症状明显改善(3)X 线胸片炎症病灶有明显吸收。至 5 月 30 日之前 42 例患者先后治愈出院,平均住院(33.6 ± 4.37)天,无 1 例死亡病例。

2 胸部 X 线片病灶吸收情况 至 5 月 29 日,入院时累及的 108 个肺叶中,有 101 个肺叶经 X 线胸片检查已恢复正常,其他 7 个肺叶见明显吸收,显示局部稀疏网格状征象有 3 个肺叶,细条索状影 1 个肺叶,肺纹理增粗 3 个肺叶。胸部 X 线片病灶完全吸收时间平均(26.82 ± 5.98)天。

3 症状缓解情况 (1)早期发热:发热消退时间平均(3.52 ± 0.85)天。(2)呼吸系统:干咳、胸闷痛、气短、喘憋等症状 2~3 天减轻,1 周内消失。(3)消化系统症状:1~3 天内明显减轻,1 周内消失。(4)精神神经症状和烦躁不安在 2~3 天内消失。

4 中晚期和出院前患者舌诊情况 见表 4。

表 4 中晚期和出院前患者舌象情况

	中晚期舌象		出院前舌象	
	例数	%	例数	%
舌体胖大,边齿痕	5	11.9	1	2.4
舌体痿软	2	4.8	0	0
舌质淡红	16	38.1	38	90.5
舌质淡暗	22	52.4	3	7.1
舌质淡紫	4	9.5	0	0
舌质红,少苔	2	4.8	1	2.4
苔薄白	12	28.6	32	76.2
苔黄白相兼	19	45.2	7	16.7
苔白,中根部黄稍厚	9	21.4	2	4.8

5 实验室指标检查 患者出院前复查血常规,只有 2 例患者淋巴细胞分类百分比稍低,4 例 ALT、AST 轻度增高($60 \sim 78$ U/L),复查 30 例患者 T 淋巴细胞亚群,其中 CD_3^+ 有 21 例患者低于正常,9 例在正常范围内,平均为(54.58 ± 5.01)%; CD_4^+/CD_8^+ 比值偏低 11 例,19 例在正常范围内,平均为 1.33 ± 0.2 。心肌酶谱中 CK、CK-MB 均恢复正常。

6 激素使用情况 所有使用激素患者按预定方案进行激素的减停过程中均配合辨证论治用中药,未见病情反复和加重。出院时 9 例患者带强的松每天 10~20mg 口服。未见满月脸、水牛背、锅腹、胃溃疡出血等不良反应。

(下接第 491 页)

演变经过归为 3 个阶段,即初起热毒、极期湿毒、恢复期虚损为主。热、毒、湿、虚即是 3 阶段中的独立致病因素,又在整个病程中交错互连。证型演变经过早期热毒袭肺型、极期湿毒壅肺型和恢复期气阴两伤型。热毒袭肺型主症发热,伴随恶寒、干咳、头痛、舌红苔黄白或厚等,治宜清热宣肺法,经 5~7 天后证型发展为湿毒壅肺型,主症喘促、气短,伴随胸闷、咳嗽,治宜清肺利湿法,随着肺部渗出吸收,疾病进入恢复期,表现为气阴两伤之干咳、气短、乏力、舌红或暗,苔少黄等,治宜益气养阴法。根据上述特点我们在治疗方面以麻杏石甘汤为基础组方,石膏辛寒,擅清阳明气分之热,配麻黄则清宣肺中邪热,麻黄、杏仁宣开肺气,配石膏则麻黄并不解表发汗,而主要是宣肺定喘。该病热重加知母、金银花,湿毒重加茯苓、败酱草、葶苈子、桔梗等;虚损时加沙参、麦冬、山萸肉。肺为娇脏,气阴易伤,治疗应自始至终注意养护气阴。

多项观察证实 SARS 患者机体免疫功能异常^[2],

表现为 CD_4^+ 细胞水平降低,因此提高患者免疫功能也是治疗的关键。我们在疾病早期即用西洋参,临床结果也显示重型患者中西医结合治疗后 CD_4^+ 细胞水平提高,机体免疫力增强,减少病死率。

中医治疗 SARS 宜早期、全程辨证论治,我们治疗结果初步分析显示,应用中药在改善 SARS 患者症状、改善预后、降低病死率方面有影响,同时能帮助患者恢复免疫功能。因本工作为初步总结,待扩大样本,进一步观察。

参 考 文 献

- 1 Centers for Disease Control and Prevention. Web site: WWW.cdc.gov/ncidod/sars/faq.htm. Accessed April 1, 2003 - 05-21.
- 2 李太生,邱志峰,韩 杨,等.严重急性呼吸综合征发病机理初探.中国医学论坛报 SARS 研究进展.第 1 辑.2003:40—42.

(收稿 2003-05-24)

(上接第 488 页)

讨 论

虽然 SARS 属传染病,来势凶猛,变化极快,有一定的病死率,但只要严加防护,是可治可防的。面对突如其来的、人类陌生的烈性传染病,人们普遍从内心感到恐惧,作为患者,深切的恐惧感如不尽快消除,势必影响脏腑气机运行,可表现为肝郁脾虚、肝胃不和、心神不宁等证候。我们对每位患者的舌象都用数码相机分时段记录下来,中、晚期患者舌象热伤气阴的舌红少苔并不多见,全舌黄厚腻的湿热并重也未见,病危患者的舌象是舌体增大,边有齿痕,色暗,根部黄、偏厚的典型气虚血瘀、痰湿内蕴,气机郁滞证候。另外有些患者的舌象无明显虚、瘀、湿症,属中医温疫范畴。本病后期病机应属邪恋正虚、余热未清、气阴不足、气虚血瘀、气机郁滞、脾虚生湿、心神不宁等。出院前后未见中医肾虚证候。

糖皮质激素是治疗本病的关键药物,经临床观察,确诊的患者就应尽早使用,尽快阻断超敏反应,减少损伤,减轻中毒症状,为改善预后打下基础,用量应个体化,及时调整,我们用甲基强的松龙分 80、160、240、320mg 4 个量级,生理盐水 100ml 稀释后每天 1~2 次静脉滴注,中小剂量的激素就能控制病情,根据病情缓

万方数据

解或胸片有吸收逐渐减量,3~4 天减 40~80mg,较大剂量(4~8mg/kg 体重)者可减半递减。关于停用静脉滴注激素改为口服:我们观察到 2 例患者从每天 2 次静脉滴注甲基强的松龙 240mg 撤至每天 1 次静脉滴注甲基强的松龙 160mg 使用 3 天后停止并没有给口服强的松,病情稳定。一般情况下是撤至每天 1 次静脉滴注甲基强的松龙 40mg 3 天后,改口服强的松 30~40mg,每天 1 次顿服,以后每 3~5 天减 5~10mg,所有患者未见病情反复,在激素使用过程中全程配用预防应激性溃疡药物(如 H_2 受体拮抗剂,或质子泵抑制剂)和抗生素(静脉或口服,常用是大环内酯类或奎诺酮类),这样可以避免应激胃溃疡出血和感染,或由于免疫抑制后继发感染,可能会出现菌群紊乱,暂停或换用抗生素后能调整其失调。

总之,目前人们对 SARS 的认识正在不断加深,从临床角度总结经验,中西医结合优势整合,丰富治疗手段,针对不同时期不同症状、体征,能较好地控制病情,缓解症状,提高生活质量,促进康复。由于时间和条件的限制,未能按循证医学要求进行前瞻性随机对照来评价中医药干预 SARS 的临床疗效,有待于进一步分析比较与探讨。

(收稿 2003-05-30)