

# 中西医结合治疗医务人员 SARS 14 例临床观察

肖和印 周绍忠 赵吉平 王继东 沈春 崔红生

我院自 2003 年 3 月 16 日香港 SARS 患者李某被转来寻求中西医结合治疗以来,由于最初并不清楚 SARS 病情,造成污染。急诊科参与过救治的医护人员部分感染 SARS。此后我院又因另一不明原因发热的患者污染,又有医护人员感染 SARS,由于 SARS 患者较多,我院于 4 月 14 日建立 SARS 隔离病房,该 14 例医护人员被收入本院 SARS 病房医护人员病区。14 例中有 8 例为重症,其中 6 例应用无创呼吸机正压通气。在救治过程中,我们采用中西医结合治疗方法,在执行卫生部治疗方案同时应用中医中药治疗,至 5 月 1 日转定点医院时,全部危重病例转危为安,病情平稳,其中 2 例病情危重的患者已能自行走上救护车;3 例普通病例痊愈出院;无 1 例死亡。现将这一阶段治疗情况总结如下。

## 资料与方法

1 临床资料 14 例患者中,医生 5 例,护士 7 例,护工 2 例;男性 6 例,女性 8 例,年龄 23~49 岁,其中 20~29 岁 6 例,30~39 岁 5 例,40~49 岁 3 例;第一次接触患者潜伏期 2~10 天。入院前发热时间 1~6 天;其中 9 例集中在 4 月 14~19 日入院。根据中国疾病预防控制中心《非典型肺炎防治技术方案》中非典型肺炎病例的临床诊断标准和非典型肺炎重症病例诊断标准<sup>[1]</sup>,14 例患者中重型 8 例,其中分别合并糖尿病、哮喘、血小板减少症等慢性基础疾病 3 例,普通型 6 例。

全部病例均以发热  $>38^{\circ}\text{C}$  为首发症状,咳嗽或不咳嗽,偶有咽痛者,干咳无痰或少痰,仅 1 例有血丝痰;呼吸急促,呼吸困难,甚者不能平卧、胸闷者 8 例,其中 6 例出现呼吸窘迫综合征,均伴有头痛、关节酸痛、全身酸痛、乏力,胸痛 2 例;有 4 例出现不同程度腹泻,其中 1 例腹泻大便呈水样,每日 8~9 次;全部患者均精神紧张,甚至绝望;食欲减退者 11 例,伴恶心、呕吐者 1 例,睡眠差;有 1 例患者胸腹部出现散在充血性皮疹。全部病例均有咽部充血,舌象:早期舌质红,舌苔白腻或黄腻,中期舌质红绛,舌苔黄厚腻,甚至焦黄,后期舌质红绛或绛紫,舌质干,舌苔花剥,肺部罗音少,可

有肺实变体征。

实验室检查:14 例中有 2 例血 WBC 增高,其余 12 例血白细胞为  $(3.0\sim 9.7)\times 10^9/\text{L}$ ,平均  $(5.533\pm 2.414)\times 10^9/\text{L}$ ;其中 8 例白细胞分类中淋巴细胞降低。

肺部影像学检查:肺部有不同程度的片状、斑片状阴影或呈网状样改变。其中发热 2~3 天肺部阴影出现者 4 例,6~8 天出现者 3 例,9~11 天出现者 4 例,12~13 天出现者 3 例。但有 1 例患者在发病第 7 天胸部 X 线片正常,发病第 11 天胸部 X 线片出现胸膜反应,两肺未见阴影,第 16 天胸部 X 线检查两肺出现斑片状阴影。

## 2 治疗方法

2.1 一般治疗与对症治疗:休息,适当补充液体及维生素,维持水电解质、酸碱平衡。对食欲不佳、进食少或不能进食者加强支持疗法,分别采用口服营养素及静脉高营养方法,以保证患者的能量供应及对维生素、微量元素的需要。发热超过  $38.5^{\circ}\text{C}$ ,全身酸痛明显者,使用解热镇痛药巴米尔 0.5g 口服,或安痛定 2ml 肌肉注射。高热不退者给予冰敷、酒精擦浴等物理降温措施。咳嗽、咳痰明显者根据中医辨证施治在中药汤剂中加用止咳化痰平喘中药。气促呼吸困难者给予持续鼻导管吸氧,气促明显者高流量面罩持续给氧。

2.2 心理治疗:凡精神紧张、恐惧、抑郁的患者病情进展较之精神乐观者要快得多,严重得多。本院职工患者均知道我院在首次遭到 SARS 袭击时已有 2 例医务人员死亡,故都有恐惧心理,情绪很是低落、抑郁。有些则担心激素会造成股骨头坏死,拒绝用激素,还有不愿用呼吸机者。因此,我们以极大的热情关怀、鼓励他们,把在佑安医院治疗的同事痊愈出院和本病区住院的两个护工痊愈的消息告诉他们,以增强他们战胜疾病的信心。同时与他们交流对治疗用药的感受,征求他们对治疗方案的意见,向对激素应用机理不太了解的同志讲解激素应用的目的及方法,讲解无创呼吸机应用的方法和作用等等,争取到他们的配合,使治疗能顺利进行。

2.3 西药治疗:参照执行卫生部推荐方案,对重症患者出现呼吸窘迫综合征者及时使用无创呼吸机正

压通气。并结合以下药物 (1) 肾上腺糖皮质激素: 甲基强的松龙 轻中度普通病例 80mg, 每日 2 次, 重症病例 120mg, 每日 2 次, 危重病例 120mg, 每日 3 次。(2) 酮替芬 (Ketotifen): 4 例重症患者, 每日 2 次口服, 每次 1mg, 疗程 5 日。(3) 免疫调节剂: 重症 SARS 患者, 日达仙 (胸腺肽), 每日 1 次, 每次 1.6mg, 皮下注射, 连用 4 日。重症 SARS 继发严重感染者, 加用静脉滴注丙种球蛋白, 每日 5g, 连用 5 日。(4) 3 例继发严重感染者加用头孢三代抗生素舒普深 2g, 静脉滴注, 每日 2 次, 每 12h 1 次。

2.4 呼吸机使用 8 例重症 SARS 中有 6 例因呼吸窘迫综合征而使用无创呼吸机正压通气。

### 2.5 中医中药治疗

2.5.1 中成药的应用 1 例重症 SARS 继发严重感染患者加用了鱼腥草注射液 (每毫升相当于鲜鱼腥草 2g, 雅安三九药业公司生产, 批号 030101), 每日 50ml 静脉滴注, 疗程 1 周; 6 例重症患者在出现皮疹、血丝痰或舌质红绛或紫暗等血瘀现象时应用丹参注射液 (250ml 中含丹参 16g, 贵州神奇药业生产, 批号: 0209027) 静脉滴注, 每日 1 次, 疗程 7~14 天。9 例患者出现自汗盗汗, 肢体倦怠, 神疲乏力, 少气懒言, 舌干少津, 或舌苔花剥, 脉细无力, 咳嗽无力等气阴两虚症状时应用生脉注射液 (雅安三九药业公司生产, 批号 021102), 每日 1 次, 每次 40ml, 加入 5% 葡萄糖溶液 100ml 中静脉滴注。

2.5.2 中医辨证施治 12 例能口服中药汤剂的患者, 采用卫、气、营血辨证进行选方用药。(1) 肺热炽盛, 肺气不利型: 症见高热不退, 面赤无汗, 肌肤灼热, 干咳少痰或无痰, 口中粘腻不渴, 或见纳差, 急躁, 小便黄, 大便正常, 舌红少津, 苔黄腻。治宜清热宣肺, 涤痰止咳。选用五虎汤合葶苈大枣泻肺汤加减, 药用炙麻黄 5g, 杏仁 10g, 桃仁 10g, 生石膏 30g (先煎), 生甘草 6g, 牛蒡子 10g, 黄芩 15g, 桔梗 6g, 蝉蜕 3g, 广地龙 10g, 桑叶 10g, 桑白皮 10g, 葶苈子 10g, 大枣 5 枚, 细茶 1g。舌质暗者加红花 10g, 赤芍 10g; 手足发凉加柴胡 10g, 白芍 10g, 枳实 10g; 口渴加知母 10g, 南沙参 10g; 大便干加全栝蒌 30g。(2) 肺热壅盛, 湿浊内阻型: 症见持续高热, 微汗出而热不解, 或午后热重, 干咳, 胸痛, 胸闷, 喘促, 甚者不能平卧, 呼吸困难, 或神疲乏力, 头身疼痛, 心烦, 纳差, 可见恶心, 腹泻秽浊, 舌红, 苔黄厚腻或苔焦黄而干。治宜清热解毒, 泻肺开闭。选用黄连解毒汤合三拗汤、千金苇茎汤加减。药用黄连 5g, 黄芩 15g, 山栀 10g, 炙麻黄 6g, 杏仁 10g, 桃仁 10g, 生石膏 30g (先下), 知母 10g,

生甘草 6g, 枳壳 10g, 生苡仁 30g, 鲜芦根 30g。热毒重者加虎杖 10g, 蒲公英 15g, 败酱草 15g; 便秘腹胀加生大黄 5g, 或全栝蒌 30g; 疼痛加川芎 10g, 蔓荆子 10g; 口干加生地 15g, 元参 15g, 麦冬 10g。腹泻加车前子 10g, 烦躁不宁者加白芍 15g, 钩藤 10g。(3) 浊热不解, 气营两伤型: 症见持续高热或热度有所降低, 或身热夜凉, 干咳痰少或见血丝, 烦躁不安或夜不能寐, 胸闷喘促, 食纳差, 舌红或红绛, 苔有剥脱。治宜清气凉营, 泻火涤痰。选用清瘟败毒饮合礞石滚痰汤加减。药用生石膏 30g (先下), 生地 15g, 水牛角 30g (先下), 黄连 5g, 山栀 10g, 黄芩 15g, 桔梗 6g, 知母 10g, 赤芍 10g, 连翘 15g, 牡丹皮 20g, 生甘草 6g, 青礞石 30g (先下), 沉香末 1g, 大黄 5g, 杏仁 10g, 桃仁 10g。痰多加鲜竹沥 10ml; 大便稀加车前子 10g (包煎)。(4) 热入营血, 蒙闭清窍型: 症见喘息急促, 胸闷不可平卧, 呼吸困难, 惊恐烦躁, 唇面指端紫绀, 继则神昏不明, 或有皮肤瘀斑, 发热或高或低, 舌质紫暗。治宜凉血清心, 涤痰开窍。选用犀角地黄汤合桃红四物汤加减。药用水牛角 30g, 生地 20g, 白芍 30g, 牡丹皮 20g, 桃仁 10g, 红花 10g, 赤芍 10g, 川芎 10g, 郁金 10g, 石菖蒲 10g。神昏者加用安宫牛黄丸。

3 观察项目 包括体温、呼吸系统症状及 X 线胸片。因 SARS 患者疗程较长, 本院每轮参加救治的医护人员在 SARS 病房工作两周, 故加上随访一项。本文疗效判定限于第 2 周末, 第 3 周为随访。因病例数少, 故未进行统计学分析。

### 结 果

1 疗效标准 根据中国疾病预防控制中心制定“非典型肺炎防治技术方案”中非典型肺炎出院诊断参考标准<sup>[1]</sup>, 即同时具备下列 3 个条件: 未用退热药物, 体温正常 7 天以上, 呼吸系统症状明显改善, 胸部影像学有明显吸收。临床治愈: 体温正常 7 天以上, 呼吸系统症状基本消失, X 线胸片阴影基本吸收; 显效: 体温正常 7 天以上, 呼吸系统症状明显改善, X 线胸片阴影有明显吸收; 好转: 体温正常不足 7 天, 呼吸系统症状明显改善, X 线胸片阴影有所吸收; 无效: 仍发热, 呼吸系统症状无明显改善, X 线胸片阴影无吸收或进展。

2 结果 至 5 月 1 日, 14 例患者除 3 例出院外, 其余 11 例全部转入非典定点医院 (煤炭总医院东直门病区), 仍由我院医疗组治疗。6 例普通患者中 3 例痊愈出院, 2 例显效, 1 例好转; 8 例重症患者中 2 例显效, 6 例好转, 无 1 例死亡。至 5 月 12 日, 普通患者又

有 1 例出院, 1 例 X 线胸片肺部阴影明显吸收, 重症患者 1 例出院, 其余患者体温正常, 呼吸系统症状有所改善, 4 例 X 线胸片肺部阴影明显吸收, 呼吸机均为间断使用。

## 讨 论

由于目前缺乏治疗 SARS 的特效药物, 综合治疗措施是否得当, 关系到 SARS 患者的救治成功率。我们经过近半个月的努力奋战, 采用中西医结合的治疗方法, 使本院被感染的 14 例医护人员, 特别是 8 例重症患者全部脱离危险, 经对他们的观察、治疗、抢救, 认识到中医中药在治疗中发挥了不可忽视的作用。

鱼腥草不仅具有清热解毒作用, 文献报道对流感病毒、埃可病毒等多种病毒及多种细菌、支原体、霉菌及钩端螺旋体也有显著的抑制作用, 能增强机体的免疫功能, 增强机体的非特异性及特异性免疫能力, 降低炎症时毛细血管的通透性, 并具有镇咳、祛痰、抗过敏作用, 舒张气管、支气管平滑肌, 缓解平滑肌痉挛, 抑制浆液分泌, 拮抗 SRS-A(慢反应物质)增加豚鼠肺溢流的作用。我们对重症患者在极期应用鱼腥草 1 个疗程, 取得良好疗效。

丹参具有活血化瘀、理气止痛的作用。能改善微循环, 扩张冠状动脉, 改善心肌供血及心、脑、肝、肾血供, 保护其功能, 抗血小板聚集, 抑制凝血功能、激活纤溶活性促进纤维蛋白降解, 降低血液粘滞度, 增加全血和红细胞的 2, 3-DPG 含量, 明显改善氧分压和血氧饱和度, 提高机体的缺氧能力<sup>[2]</sup>。

生脉注射液主要成分为人参皂甙、麦冬皂甙、麦冬

黄酮、五味子素, 具有多种药理作用: 能增强心肌收缩力, 改善心功能, 提高心输出量。降低体循环血管阻力, 减轻左室射血阻抗。扩张冠脉, 改善心肌缺血, 调节心律。并能对抗炎症时毛细血管通透性升高, 提高应激时内源性糖皮质激素水平, 具有明显抗炎作用<sup>[3]</sup>。

本病的发病基本遵循卫气营血辨证规律。但 14 例患者病初仅 1 例有轻度恶寒; 13 例不见卫分症状, 而是以突然高热等气分症状为始, 发病迅速, 传变快疾。易累及他脏, 导致气营两伤。故在疾病不同阶段分别加用清热解毒、活血化瘀、益气养阴等中成药, 并根据其临床证候辨证应用中药汤剂, 对于控制体温, 减轻症状, 促进炎症吸收, 缩短病程, 降低病死率都有不可忽视的作用, 对防治肺纤维化是否有一定作用, 因目前时间较短, 有待于进一步追踪观察。

我院医务人员感染 SARS 都是在不知情的情况下感染的, 自此以后由于吸取了前面的教训, 采取了相应的严格消毒隔离措施, 故不管是进入 SARS 病房救治的医护人员, 还是为患者进行检测的化验人员、拍片的放射人员均未再出现被感染者。

## 参 考 文 献

- 1 卫生部. 传染性非典型肺炎临床诊断标准(试行)和非典型肺炎重症病例诊断标准. 2003—05—03.
- 2 杨 林. 复方丹参注射液的临床应用新进展. 中医药研究 1993 (2): 63.
- 3 郑周燕. 生脉注射液的临床应用举隅. 中国中医急症 1997 (1): 28.

(收稿 2003-05-20 修回 2003-06-12)

## 新癍片临床应用研讨会征文通知

新癍片是由厦门中药厂有限公司生产的中成药, 为国家基本药物、国家中药保护品种及国家基本医疗保险药品(国药准字 Z35020064)。主要功用为清热解毒、活血化瘀、消肿止痛, 用于热毒瘀血所致的咽喉肿痛、牙痛、痹痛、胁痛、黄疸、无名肿毒等症。在临床上已应用多年, 并取得了较好的疗效, 为了系统总结该药的临床应用经验, 进一步推广该药的应用, 厦门中药厂有限公司与中国中西医结合杂志社决定联合举办“新癍片临床应用学术研讨会”征文。现将征文事宜通知如下:

- 1 征文内容 应用新癍片的临床经验总结及机理研究。
- 2 征文要求 4 000 字左右全文及 800 字摘要各 1 份, 抄清或打印, 姓名、单位及地址、邮政编码请务必写清楚, 并请自留底稿。
- 3 征文截止日期 2003 年 12 月 31 日(以邮戳为准), 征文请寄: 北京西苑操场 1 号, 中国中西医结合杂志社 段碧芳收, 邮编 100091, 请在信封左下角注明“新癍片征文”字样。

所有来稿均由中国中西医结合杂志社组织有关专家进行评审, 入选论文编成论文集, 并且邀请作者参加“新癍片临床应用学术研讨会”, 并对全部论文进行优秀论文评选, 获奖者除参加大会交流外, 还将被授予优秀论文证书, 参会者将由中国中西医结合学会授予继续教育学分。

会议时间 地点另行通知。