

· 中医病案析评 ·

中医药救治甲型 H1N1 流感合并麻痹性肠梗阻 1 例

叶庆 陈定潜 李林华 温贤敏 曾义岚 李继科 陈红 刘亚玲

【摘要】 1 例甲型 H1N1 流感合并麻痹性肠梗阻患者在使用西药 8 天、肠梗阻和肠道菌群失调未见改善且日渐加重的情况下,及时介入中医治疗,辨证诊断为湿温疫病—邪伏膜原,病因为湿热疫毒(湿重于热),采用“藿朴夏苓汤合达原饮”化裁,服用 6 剂后转危为安。此例的中医药救治过程,表明中医介入的必要性和正确辨证的重要性,为今后中医药介入新发传染病的诊疗提供了有益借鉴。

【关键词】 中医药; 辨证论治; 甲型 H1N1 流感; 麻痹性肠梗阻; 藿朴夏苓汤; 达原饮

【中图分类号】 R249 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2012.12.012

成都市传染病医院作为成都市 2009 ~ 2010 年甲型 H1N1 流感定点收治医院,共收治重危病人 53 例,其中 1 例甲型 H1N1 流感合并麻痹性肠梗阻患者应用中医药得到成功救治,现报告如下。

1 病历摘要

患者,男,15 岁。主因“发热、腹痛 7 天”于 2009 年 9 月 23 日 22:40 入成都市传染病医院。患者入院前 7 天接触同班的甲型 H1N1 流感确诊患者后出现发热(最高 40.3℃)、畏寒和腹痛,次日出现呕吐、腹胀、腹泻,在德阳市人民医院查腹平片提示肠梗阻,曾给予胃肠减压等治疗,之后患者畏寒和呕吐缓解、体温降至 38℃,再经 4 天治疗后热退、无呕吐,腹胀减轻但腹泻持续(5~6 次/日)而于病程第 5 天转四川大学华西医院急诊,再次予以胃肠减压、静滴头孢哌酮舒巴坦抗炎以及补液约 1500 ml,因查出甲型 H1N1 流感病毒核酸阳性,于病程第 7 天转入成都市传染病医院。患者既往体健、无任何基础疾病,也未长期服用任何药物。因有挑食习惯、喜进食麻辣食物,体型一直瘦削。

入院后查体:体温 37.4℃,心率 81 次/分,呼吸 23 次/分,血压 83/57 mmHg,血氧饱和度 99%,急性病容、精神差、体型消瘦。肢端欠温暖,皮肤弹性可。唇干,舌体少津液,咽部充

血,双侧扁桃体无肿大。双肺未闻及干湿啰音。腹平坦,全腹张力高,脐周压痛、有反跳痛,移动性浊音阳性,肠鸣音减弱,约 1~2 次/分。全天尿量约 800 ml。CT 示有肠梗阻、盆腔积液、双侧胸腔少量积液,腹穿抽液检查示渗出液;全血细胞分析:白细胞计数(WBC) $13.1 \times 10^9/L$,中性粒细胞计数(N) 88.8%;血电解质 Na^+ 130.9 mmol/L, K^+ 4.6 mmol/L, Cl^- 102.6 mmol/L。大便常规:黄绿色水样,粘液阳性,白细胞 2~5/HP;大便涂片:G+球菌 2%、真菌孢子 97%,G-杆菌 1%;大便霍乱弧菌检查:霍乱弧菌 O1 群和 O139 群均阴性。

诊断:(1)甲型 H1N1 流感;(2)麻痹性肠梗阻;(3)肠道菌群比例失调;(4)重度脱水,低血容量状态;(5)低钠血症。

治疗上继续胃肠减压;管喂达菲(75 mg,每天 2 次)抗病毒;静脉滴注头孢曲松(1.0 g,每 12 小时一次)和甲硝唑(100 ml,每 12 小时一次)抗感染;输血浆(400 ml)和丙种球蛋白(7.5 g)、管喂金双歧(2.0 g,每天 3 次)等对症支持,补晶体液 5140 ml/钾 8 g,患者低血压和腹痛改善,尿量增加至 2150 ml。

专家组两次会诊后,考虑腹腔还存在感染,予停用头孢曲松和甲硝唑,改静脉滴注氨曲南(0.5 g,每 8 小时一次)和管喂万古霉素(0.4 g,每天 1 次)抗细菌,制霉菌素(50 万 U,每天 1 次)抗真菌。

但患者腹泻、腹胀和气促反而加重,日解绿色水样便约 10 余次;可见腹部明显膨隆,肌张力高,全腹散在压痛、反跳痛,肠鸣弱(约 1~2 次/分),移动性浊音阳性。大便常规:黄色水样便,粘液阳性,白细胞偶见;9 月 25 日大便涂片:G+球菌 1.9%、G-杆菌 5%、真菌孢子 93.1%。

在甲型 H1N1 流感病毒核酸阳性的同时,其肠梗阻和肠道菌群失调使用西药未见改善,病情日渐加重,遂请名中医陈定潜会诊。

中医初诊日期:2009 年 9 月 25 日

基金项目:第五批全国老中医药专家学术经验继承项目

作者单位:610061 成都市传染病医院中医药防治传染病重点实验室(叶庆、陈定潜、李林华、温贤敏、曾义岚、李继科),内科(陈红、刘亚玲)

作者简介:叶庆(1970-),女,硕士,副主任中医师,第五批全国老中医药专家学术经验继承人。研究方向:传染病的中医药防治。

E-mail:464671011@qq.com

通讯作者:陈定潜(1947-),主任中医师,第五批全国老中医药专家学术经验继承教学指导老师。研究方向:传染病的中医药防治。

E-mail:dredq@163.com

患者昨日共补液 4231 ml (晶体液 3881 ml, 胶体液 350 ml)/钾 6.1 g。现神倦乏力、面色少华、气促、腹胀痛、腹泻(日解绿色水样便约 10 余次)、咽痛、咳嗽。无畏寒、发热及呕吐。无食欲。咽部红,乳蛾轻度肿大。舌质淡、苔水滑、中部黄厚腻苔,脉弦。

中医诊断:湿温疫疔—邪伏膜原。病因:湿热疫毒(湿重于热)。病机:湿热疫毒之邪从口鼻而入,邪正相争而发热;疫疔迅速传变、侵入经胃交关之处之膜原,导致气机阻塞、升降失调故腹痛、腹胀、呕吐、腹泻。咽红,舌质淡、苔水滑、中部黄厚腻苔,脉弦等为湿热之湿重于热的表现。治法:芳香化湿、分消走泄、运脾行气。方药:藿朴夏苓汤合达原饮化裁(广藿香 15 g、厚朴 15 g、法半夏 15 g、茯苓 15 g、陈皮 10 g、枳实 15 g、砂仁^{打碎后下} 10 g、白蔻仁^{后下} 10 g、广木香 10 g、草果 15 g、豆卷 30 g、生甘草 5 g、生姜 2 片)2 剂。煎服法:每天一剂,水煎服,管喂 200 ml/次,每天 3 次。喂后夹管 1 小时。患者服用中药 3 次后即见尿量增多(3500 ml),腹胀减轻、腹肌张力下降,腹泻间隔延长、次数减少(次日解水样便 5~6 次)。

二诊:2009 年 9 月 27 日

患者昨日补液 5287 ml (晶体液 4937 ml, 胶体液 350 ml)/钾 6.7 g,晚上停用胃肠减压。现精神可,腹胀明显减轻,腹泻次数减少(淡绿色稀便 3~4 次),无发热、咽痛、咳嗽、腹痛及呕吐。知饥欲纳,已能下床慢走。舌淡红,苔花剥、黄腻、中后部略厚,脉滑。查腹肌张力稍高,腹部无压痛、反跳痛,叩诊呈鼓音,移动性浊音阳性,肠鸣音较前恢复(约 5~6 次/分)。全血细胞分析:WBC $14.2 \times 10^9/L$, N 86.3%;血 K^+ 4.47 mmol/L, Na^+ 129.5 mmol/L;大便常规:绿色水样便,白细胞 2~4/HP,查见少量真菌孢子;大便涂片:G+球菌 4.5%, G-杆菌 10%, 真菌孢子 85.5%;大便培养:见白色念珠菌。

患者膜原之邪已有透达,治疗上仍宜芳香化湿邪、运脾清胃,藿朴夏苓汤合温胆汤加减(藿香 15 g、厚朴 15 g、法半夏 15 g、茯苓 15 g、白蔻仁^{后下} 15 g、薏苡仁 30 g、豆卷 30 g、陈皮 15 g、砂仁^{后下} 10 g、生谷芽 20 g、麦芽 20 g、荷叶 10 g、枳壳 15 g、竹茹 15 g、生甘草 5 g)2 剂。每天 1 剂,每次口服 200 ml,每天 3 次。并嘱咐餐时佐食腐乳以补钾补钠并增加肠道乳酸杆菌。

西药治疗将万古霉素换为哌拉西林三唑巴坦(4.5 g, 静脉点滴,每 8 小时一次),并继续口服制霉菌素、静脉点滴氨曲南。

三诊:2009 年 9 月 29 日

患者 27 日补液 4827 ml (晶体液 4677 ml, 胶体液 150 ml)/钾 5.7 g;28 日停用氨曲南,补晶体液 2902 ml/钾 3.2 g,未再补胶体液。

现精神可,无发热、腹胀、腹痛、呕吐、咽痛及咳嗽。仅解一次淡绿色溏便,小便 3000 ml/日。饥饿感明显。舌淡红,苔薄白、少许花剥,中部淡黄腻,脉滑。腹部平软,无压痛及反跳痛,叩呈鼓音,移动性浊音阴性,肠鸣音 5~6 次。大便

常规:黑色粘液便,查见真菌孢子;大便涂片:G+球菌 5~10%, G-杆菌 85~90%, 真菌孢子 5%, 菌群比例较前明显改善。WBC $11.1 \times 10^9/L$, N 90.4%。CT 示肠腔积液积气较前减少,空肠张力较前减轻,空肠壁较前回缩增厚;盆腔及双侧胸腔积液均减少。

因咽拭子甲型 H1N1 流感病毒检测已为阴性,停用奥司他韦。

其“湿温”虽有所化解,仍宜清解余邪,以前方加减(藿香 15 g、厚朴 15 g、法半夏 15 g、茯苓 15 g、陈皮 6 g、炒白术 15 g、豆卷 30 g、砂仁^{后下} 10 g、枳壳 10 g、荷叶 10 g、竹茹 10 g、生谷 15 g、麦芽 15 g、生甘草 6 g、生姜 2 片)。2 剂后患者大便成形,原有症状、体征消失,CT 示胸腔、盆腔无积液,肠腔无积液积气。痊愈出院。

2 讨论

此例甲型 H1N1 流感和麻痹性肠梗阻的诊断均确定,尽管尚不能判定麻痹性肠梗阻系甲型 H1N1 流感所致,但无论两者之先后,从当时诊视情况看二者是同时存在的,且“并病”治疗行之有效。

甲型 H1N1 流感是由变异后的新型甲型 H1N1 流感病毒所引起的急性呼吸道传染病,其临床表现属于中医“温疫”范畴,根据具体病因,又有风温、湿温之别,此例证属湿温疫疔。

麻痹性肠梗阻属消化科急重症,多为手术后、腹膜炎、腹膜后血肿、肾周围脓肿及感染中毒性休克、低血钾等神经、体液因素直接刺激肠壁肌肉使其失去蠕动能力而产生的梗阻^[1]。按其临床特点,和中医学“肠结、关格”表现相似。其病因有气滞、血瘀、寒凝、热结、湿阻、积食、虫结等,造成肠腑通降失调,气血郁结、滞塞上逆而见“痛、呕、胀、闭”的病理改变^[2]。临床多见实证、热证,少见虚证;治疗上实证多通腑泻热、急下存阴;虚证则益气温阳,使脾胃大肠升降传导功能复常,气血津液代谢逐渐恢复^[3-6]。

该例病程较长,有明确的甲型 H1N1 流感确诊患者接触史且甲型 H1N1 流感病毒核酸阳性。病初有发热、腹痛、呕吐和腹泻症状,肺部无明显表现,舌质淡、苔水滑且中部黄厚腻,证属“湿热疫毒”湿胜于热者。疫邪从口鼻吸入、其性易犯燥土,很快即侵入中焦、膜原,湿阻气滞而见呕吐、腹胀痛、腹泻等症;入院时病情已危殆,经西医综合治疗并多次调整用药后肠梗阻和肠道菌群失调症状无缓解且加重。中医参与治疗时患者存在的主要矛盾一是高度的腹胀,二是频繁的腹泻,根据其病史、症状、舌脉等辨证为“湿温疫疔—邪伏膜原”。此时的病机既有湿热之邪伏踞膜原,又有患者脾阳失运,故邪气湿盛热微、盘结难解。照此立法组方用药,采用芳香化湿、分消走泄、开达膜原针对湿温疫毒的病因,同时又运用吴鞠通四加减正气散“急运坤阳”法^[7]、针对脾运失司进行治疗,使湿邪得祛、疫气溃离、脾阳复运,取得了良好效果。

此例的辨证牢牢抓住了湿温病程中湿热的变化对比。在中医介入时,疾病已呈湿重于热病变,应以化湿为主;患者

脾阳失运、泄物澄澈清冷(日达 10 余次),断不可使用清热药,达原饮亦当灵活运用。吴又可自己对此方的按语言到:“槟榔能消能磨,除伏邪,为疏利之药,又除岭南瘴气;厚朴破戾气所结;草果辛烈气雄,除伏邪盘踞。三味协力,直达巢穴,使邪气溃败,速离膜原,是以为达原也。热伤津液,加知母以滋阴;热伤营气,加白芍以和血;黄芩清燥热之余;甘草为和中之用。以后四味,不过调和之剂,如渴与饮,非拔病之药也。[8]”因湿温病邪粘腻难解,若此时采用常见的通腑泄热法则助湿邪、益气温阳法则助热邪。针对湿为阴邪、患者脾阳失运的具体状况,尽管其有咽红、苔黄之征,但舌质淡、苔水滑,故清热之品慎用。此案首诊不用清热药,即使在二、三诊亦仅用荷叶、竹茹即可,以利振奋脾阳、化解湿邪戾气。故宗“达原饮”之意,采用厚朴、草果、枳实、木香之品开达膜原,又用藿香、半夏、茯苓、陈皮、砂仁、白蔻仁、豆蔻芳香化湿、调理三焦气化。两组药物相合尚寓“温运”于其中。虽未大队使用利尿药,但患者用后小便量增多、大便次数减少且趋成形、菌群比例逐渐恢复正常;实为一宣一化,“分利三焦”,湿热得以分解、气机得以复畅而诸症悉解。

该病例的治疗既参照了已颁布的甲型 H1N1 流感祛邪方案,但又没有拘泥于固定的处方;既继承了前人治疗疫疠和湿

温的经验,又灵活处理了祛邪和扶正的相互关系。强调“有是证,用是药”,对今后新发传染病的救治有一定的参考价值。

参 考 文 献

- [1] 郑芝田. 胃肠病学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社, 2006:532.
- [2] 李乾构,周文学,单兆伟. 实用中医消化病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:824.
- [3] 许海舰. 潘智敏教授重用祛瘀化浊中药治疗麻痹性肠梗阻经验[J]. 中国中医急症,2008,17(10):1414.
- [4] 陈慕书. 中药灌肠治疗麻痹性肠梗阻临床观察[J]. 四川中医, 2001,19(3):48.
- [5] 李艳祥,赵健. 通腑饮治疗术后麻痹性肠梗阻 56 例[J]. 中国中西医结合外科杂志,2003,9(6):422.
- [6] 边时华,嵇元清,杨丽娟. 参附注射液治疗麻痹性肠梗阻的临床疗效观察[J]. 吉林医学,2008,29(21):1918-1919.
- [7] 吴鞠通. 温病条辨[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:96.
- [8] 吴有性. 温疫论[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:4-5.

(收稿日期:2012-06-26)

(本文编辑:秦楠)

· 争 鸣 ·

浅谈证素辨证学尚待完善之处

梁昊 周小青

【摘要】 证素辨证开创了中医诊断学研究的新领域,是辨证方法的一次创新。证候→证素→证名,结构清晰,又符合中医辨证的基本原理。近几年,以证素为研究的论文成指数增长,说明其已得到了中医界的认可,并被中医科研和临床广泛应用。然而作为一门新兴学科,证素辨证学部分内容尚待完善,今就其中的辨证计量权值精确性、症状的主次与轻重定量、不同系统疾病计量权值判定、否定症、证素组合成证型问题进行阐述,为今后的研究提供一定的思路,以期让学科更加科学和成熟。

【关键词】 证素辨证; 中医诊断学; 计量诊断

【中图分类号】 R241 **【文献标识码】** A doi: 10.3969/j.issn.1674-1749.2012.12.013

证素辨证学^[1]为朱文锋教授创立的一门用于中医辨证的新学科,开创了中医辨证的新领域,目前已被中医科研和

临床广泛应用。然而作为一门新兴学科,证素辨证学部分内容尚待完善,本文就针对一些方面,加以阐述。

1 提高辨证计量权值的精确性

证素辨证的核心和难点是常见证候(本文中证候指证的外候,是特定证所表现的、具有内在联系的症状、体征等全部证据)的计量辨证,属于计量诊断学内容。《证素辨证学》的出版标志着证素辨证学经过几十年不断发展和完善初成体系。其纳入了 5139 个病例,发布了较为准确的 700 多种证候对近 50 种证素的辨证权值^[1],实属不易。但如果加大

基金项目:湖南省重点学科建设项目(HNPR-2012-03001)

作者单位:410007 长沙,湖南中医药大学中医诊断研究所[梁昊(硕士研究生)、周小青]

作者简介:梁昊(1986-),2011 级在读硕士研究生。研究方向:中西医结合心血管病诊治。E-mail:lianghao118@163.com

通讯作者:周小青(1957-),博士,博士生导师,教授。研究方向:中医诊断学。E-mail:zxq5381@sohu.com