

# 金黄色葡萄球菌 败血症的中医辨治

□ 方致和<sup>1\*</sup> 方大鑫<sup>2</sup> 许建平<sup>2</sup>

(1. 苏州市中医医院 江苏 苏州 215003 2. 苏州市平江区医院 江苏 苏州 215001)

**关键词** 金黄色葡萄球菌 败血症 辨证治疗

败血症是一种较为凶险的综合病症，发病原因很多，本文论述的主要由外科疮疡感染发展所致。其症状较为复杂，有缓急之分。急性者往往可在短时间内恶化致死，慢性者淹缠床衾变化莫测，预后较差。临床治疗颇感棘手。

## 1 病因病机

本病多由于疔疽走黄或内陷发展而成。在其病因认识上，古人有“疔疽皆由火毒生”、“邪毒内陷因正虚”的看法，可见本病病邪是以六淫中的“火毒”为主，外邪通过正虚而发病。毒盛邪深，正虚无力抗邪，毒不能外泄而致内陷。

## 2 临床表现

本病发病年龄以21-40岁为常见。春秋之间的发病率较高。原发病灶依次为流注、疔疮走黄、发背、疖肿、丹毒等。转移病灶及其疾病有：肺炎、骨髓炎、肺脓疡、腹膜炎、心包炎、中毒性肝炎、中毒性精神病及肾周围脓肿等。最常见的莫如疔疮的走黄和外疡邪毒的扩散；其次如痈疽、发背等毒盛邪深、正气不足御邪而致脓毒不能外泄，形成内陷之症。故凡外疡出现神昏、胸闷恶心、烦躁谵妄、身体重滞转侧不利、疮形呈现紫黑平塌无脓或疮形倒陷、四肢厥逆等症状时，均应考虑疔疮走黄（败血症），血培养多为金葡萄阳性。其所以可畏，在于病者正气衰惫，无力抗御外邪，致使邪毒内陷。神明

失守，精、气、神三者皆受其害，故危险殊甚。《内经》云：“诸痛痒疮，皆属于心”，而肺为娇脏，易受火灼，金伤不能制木，木旺可以动风，故本病表现以心、肺、肝三经受邪的症状为最多见。邪盛正亦盛，是为实证；邪盛正衰，是为虚证。前者属于邪盛热极型及邪盛热重型，后者属于阳虚型、阴虚型及正竭型。

邪盛正实而火盛毒深者，多见神昏、谵妄等心经症状。阴虚型见于平素肝肾不足、阴虚之人，以火热灼肺而见肺经症状者为多见，如咳血喘促等。阳虚型多系素禀元阳不足，心经症状比较明显，常出现自语，神志迷朦，神不守舍等现象，重症患者，有因累及肝经引动内风而出现痉搐、项强及撮空撩乱等症状者。

此外，由于木强克脾犯胃而致

\* 作者简介 方致和，男，主任中医师，中华中医药学会中医外科疮疡专业委员会副主任委员，江苏省中医外科专业委员会及肛肠专业委员会副主任委员。

脾失健运,可见胃纳减退等症状,如进一步发展影响及肾,土不制水,肾水泛滥,则可出现浮肿,最后常因五脏俱病,正气衰竭,阴阳离决而危及生命。当然,在疾病发展的每一个阶段中都可以出现变证而病情恶化。

### 3 辨证为主、辨病为辅的治疗体系

本病的治疗,应遵循辨证与辨病相结合的原则,根据病情的寒热、虚实、偏阴、偏阳来作出治疗措施。如果忽略了祖国医学的基本理论而以现代医学的观点来指导中药治疗,必然难以奏效。因为本病的发展并不都是火热俱盛的证候,而是有毒轻毒重、阴虚阳虚的不同,甚至个别的败血症若无血培养的阳性报告是根本考虑不到的,容易漏诊或误诊。正由于这样,因此我们在临床上得出一个经验,就是必须切实按照辨证论治的原则来进行治疗,血培养仅作参考之用。

**3.1 辨证分型** 败血症症状表现颇为复杂,在中医辨证与辨病相结合下,大致可以归纳为以下五个类型:

**3.1.1 邪盛热极型** 本型以疗疮走黄者最为多见,来势凶险,发展迅速,变化极快,多数病例呈现气营两燔表现如高热、烦躁不安、神志很快转入昏愦,气急喘逆、咳嗽胸痛、咳血、苔黄、舌质红绛、脉洪数。局部病灶肿胀,散漫无际,疮头脓水全无。如病灶在面部,则整个面颊赤肿胀剧烈,双目肿胀合缝,皮肤板硬。火毒之邪已内陷营分,逆传心包,故变证蜂起,如若得不到及时救治,短时间内即可

衰竭死亡。

**3.1.2 邪盛热重型** 临床表现较上型略轻,病势稍缓,症状以高热,烦闷为主,很少出现昏愦,局部病灶情况与上型类同,多见于疗毒走黄或流注毒陷等病症。

**3.1.3 阴虚型** 发病较缓,多见于流注患者,有因热邪伤阴,素体阴亏初期即现阴虚者,有因以上二型转化而来者。盖由邪热留恋不解,迁延日久,热邪伤阴,阴液逐渐消涸所致。症见身热早轻暮重,精神疲乏,形体消瘦,自汗或盗汗,口渴引饮,烦躁,夜不能寐,舌尖红绛或舌光如镜,脉细数。本型极易发生转移病灶,而且容易虚脱。

**3.1.4 阳虚型** 常见于年老体弱,阳气虚衰的病人,多由疽疮扩散内陷所致,起病缓慢,症见精神萎靡不振,懒言,嗜睡,身热常在午夜下降,午后上升,有时虽发热至 40℃,但患者不感有热,口不渴,或渴而喜热饮,畏寒,喜暖,身体重滞,转侧不利,舌胖有齿痕,苔白腻,脉小数。局部疮形平塌,硬而不痛,根盘坚硬不化,无脓流出,腐肉不脱。

**3.1.5 正竭型** 此型病例多因延治或误治而由其它各型转化而来,或由于邪毒过盛,正气虚衰,正不胜邪所致。证候特点:体温多低于正常,神志朦胧或呆钝,精神衰惫,面容灰暗,有时指甲轻度紫绀,汗多,肢冷,脉象沉伏或细若游丝,血压下降;局部病灶呈平陷不起,甚或倒陷,压痛不明显。该型变化甚速,瞬息间可转入循环衰竭而虚脱。本型死亡率高。

笔者曾治疗 210 例金黄色葡萄

球菌败血症患者,以上分型是通过多年的临床观察不断总结修订的,对败血症的临床辨证治疗中有一定的指导意义。

**3.2 分型论治** 本病原因复杂,证候变化多端,笔者在辨证论治和辨病论治相结合原则的指导下,初步摸索出一些治疗方法和规律,其分型治疗及常用方药归纳如下:

**3.2.1 邪盛热极型** 治以清营解毒为主。常用方药如犀角地黄汤、犀角大青汤、黄连解毒汤、至宝丹、紫雪丹、牛黄清心丸。加减法:热盛痉厥加羚羊角;毒重者加牛黄、珍珠粉;便秘者加芒硝、生大黄(后下)、痢疳百效丸。

**3.2.2 邪盛热重型** 治疗以清热解毒为主。常用方药如黄连解毒汤、内疏黄连汤(《素问·玄机气宜保命集》)、五味消毒饮。加减法同上型。

**3.2.3 阴虚型** 治疗以扶正养阴、和营解毒为主。常用方药如犀角地黄汤、黄连解毒汤、增液汤、六味地黄丸、清骨散等。加减法:体虚气阴两亏者重用的人参、霍石斛。

**3.2.4 阳虚型** 治以扶正温阳、和营补托解毒为主。常用方药如托里十补散、金匱肾气丸、犀角醒消丸、阴疽汤等。加减法:阳虚甚,附子、肉桂、鹿角、鹿茸等均可选用。

**3.2.5 正竭型** 治以回阳救逆、复脉固脱、扶正祛邪为主。常用方药如独参汤(野山人参佳)、参附汤、生脉散、三甲汤、通脉四逆汤等。同类功效的中药针剂,如参麦注射液、生脉注射液等亦可随证选用。

**3.3 中西医结合治疗** 败血症来势凶险,病情危重,临证必须抓住

时机，分秒必争地采用一切措施进行抢救，这是提高本病疗效的关键。除上述中医辨证治疗外，应联用敏感抗菌素、输血、输液、激素。邪盛热极型发病急骤，来势凶猛，故一般在抽取三次血培养标本后，应立即配合应用抗菌素，邪盛热重型因病势较上型略缓，俟血培养报告明确后再考虑应用西药，阴虚型以中药配合输液、输血为主，再根据病原菌的敏感情况，适当配合小剂量抗菌素，阳虚型则以单纯中医中药治疗为主。

以上治疗方法，仅道其常而未及变。古人有“病无常病，药无常方”之说，因此，分型定方只是一般的治疗法则，临证时尤须灵活掌握，随证施治。

## 4 败血症治疗的几点体会

**4.1 阳毒攻毒，阴毒扶正** 如上所述，本病发生、发展的整个过程是一个邪正交争的过程，因此，如何在不同的情况下正确把握、处理“祛邪”和“扶正”关系是治疗本病的关键所在。

古人在治疗上有“祛邪即能安正”、“扶正可以达邪”的卓越见解。这就是说，在重视扶助正气的基础上，应该把“祛邪”和“扶正”二方面辨证地统一起来。当疾病表现以邪盛为主而正气还不太虚的时候，根据古人阳毒攻毒原则，治疗就当以祛邪为主，采用攻毒的方法。但在攻毒的同时，应不忘扶正。例如犀角地黄汤之地黄，人参败毒散之人参，都有泻中寓补之意。反之，当疾病表现以正虚为主时，就应该按阴毒必须扶正的原

则着重补虚扶正。尤以阳虚性病例最能体现出“阴毒必须扶正”的效果，试举例说明如下：

袁某，男，57例。后项部患脑疽已二十天，初如粟粒，逐渐肿胀木硬，曾用抗菌素无效，而转来我院治疗。查：T 36℃，神疲懒言，局部根盘漫肿而平塌，延及两侧耳下肿胀，按之疮根木硬不痛，疮头腐肉不化，脓水全无，舌苔白腻根厚，舌质淡红，脉虚无力。WBC  $30.1 \times 10^9/L$ ，血培养金黄色葡萄球菌阳性。年逾五旬，正气衰惫，而邪势鸱张，为正虚邪实阳气不振之阴寒虚证，治以扶正温阳，和营托毒法。药用：党参、生黄芪、归头、白茄蒂、皂角刺、炙甲片、丹皮、银花、连翘、鹿角霜、生甘草、金匱肾气丸（送服）。水煎服，一剂而症减，夜能寐，体温上升至40℃，虽然高热，但自诉无痛苦，口不渴而喜热汤与衣被，此乃真寒假热之象。守上方连服三剂，夜间体温降至38℃，晨间体温已正常，颈项转侧较利，疮面腐肉渐化。续治，第八天热退，体温正常，疮面腐肉已脱，根脚软化，精神食欲亦渐恢复，复查血培养无细菌生长，血象恢复正常，续以原方加减调治三周而痊愈出院。

该病例所用药物中，如党参、黄芪、鹿角霜等药，皆无抑菌杀菌作用，但由于自始至终掌握了“阴毒必须扶正”的整体治疗原则，故取得了良好的疗效，充分体现了祖国医学辨证论治的优越性，也是中医治病的精湛所在。

**4.2 输血和输液是“扶正”的一种有力措施** 中医认为血和液体皆

属“阴”，因此，输血和输液疗法就是补虚养阴、扶正达邪的一种有力措施。我们在临床实践中，对邪盛型病例适当地配合输液，对阴虚型和正竭型病例输血就成为重要措施之一。特别对阴虚型，中药治疗配合输血，疗效尤为显著。试举例以说明之。

杨某，男，30岁，发热四天，右腹剧痛三天入院。伴咳嗽咯痰。查体：T 39.5℃、P 98次/分，BP 90/60mmHg，急性病容，消瘦，神清，心肺未发现异常，腹肌紧张，有反跳痛，肠鸣音消失，WBC  $20.2 \times 10^9/L$ ，中性97%，血培养金色葡萄球菌阳性。急诊室疑诊急腹症而收入外科，后经胸片等检查确诊为肺炎转入内科治疗。

入院后曾先后应用大剂抗菌素、激素及输血等治疗，体温虽略有下降，但始终波动于38℃上下，一撤激素，体温随即上升，住院期间先后并发胸膜炎，中毒性肝炎，肺脓疡，心包炎等。病情危笃，邀余会诊，决定停用所有抗菌素，改用中药治疗。症见咳嗽气急，痰黄稠，日晡潮热，盗汗，此属于阴虚型肺痈，治宜泄热除蒸、清肺化痰。药用：银柴胡、青蒿、生鳖甲、桔梗、生黄芪、丹皮、赤白芍、十大功劳、地骨皮、葶苈子、蒲公英、牡蛎。水煎服，日一剂，三天后咳嗽脓痰加重，前方加蛤壳、冬瓜仁、天竺黄、川贝、败酱草，日二剂，并送服珠黄散，同时配合大量补液和少量多次输新鲜全血，病情渐趋好转，体温亦渐退，后予扶正养阴、清化余毒、调理脾胃三周余而痊愈出院。