

# SARS 辨证施治之我见

□ 王耀光\* 吴深涛

(天津中医学院第一附属医院 天津 300193)

**关键词** 严重急性呼吸道综合征 温病学 辨证施治

笔者通过参加赴我市传染病医院的援外医疗队,亲自参与了对 SARS 患者的治疗,对 SARS 病的中医辨证治疗有了一些体会。

通过复习温病学的典籍,我们认为, SARS 可以隶属于中医“温病”、“疫病”、“瘟疫”、“疫邪”等范畴。它有温病的共同特点“无问老幼,皆相染易。”从特异的致病因素来说, SARS 病毒当属中医“戾气”范畴。从传染性、流行性来说, SARS 也符合“天行之病,大则流毒天下,次则一方,次则一乡,次则偏着一家。”从季节性、地方性来说, SARS 易发于冬春季,有地域性特点,在我国本次流

行以广东和华北地区为主。

温病的发展有其一定的规律性。古人形容温病“其来也速,其去也快”,“一日三变”,“抽蕉剥茧,层出不穷”。 SARS 同样存在变化迅速的特征。可以按照温病学的“卫气营血”辨证来施治。但是应该认识到 SARS 是一种新型疾病,我国称之为“非典型肺炎”,日本称作“新型肺炎”,其传染性强,病情较重,进展快,危害大。目前,已在世界近 20 个国家的地区出现类似的非典型肺炎病例, WHO 称之为: Serere Acute Respiratory Syndrome, SARS, 即严重急性呼吸道综合征。从温病学典籍的记载来

看,古代没有哪种温病与 SARS 的症状完全一致。因此,随着对 SARS 的认识的不断完善,可以丰富温病学的内容,这是对温病学的充实和发展。下面谈一下我们的观点:

## 1 对 SARS 中医病名的认识

SARS 根据其症状及发病特点,可以参考风温、湿温等进行辨证论治。但风湿、湿温显然不能涵盖 SARS 的所有特点。亦没有中医病名与之对应。笔者认为可用有的中医专家提出的“肺毒疫”、“肺痹疫”<sup>[1]</sup>的病名。因为二者均反映出了 SARS 病位主要在肺,它是一个传染病,病机关键是“热毒”、“痹阻”肺的气机。也可名之为“肺闭疫”。

\* 作者简介 王耀光,男,医学博士,主任医师,教授,硕士研究生导师。国家中医药管理局优秀中医临床人才项目培养人,曾师从张伯礼、黄文政、吕仁和教授。长期从事中医肾脏病临床、科研和教学工作。

## 2 对 SARS 病因病机的认识

我们认为 SARS 病位主要在肺,符合叶香岩《外感温热篇》“温邪上受,首先犯肺”的论述。兼及于胃、肝、脾,其传变规律更符合“三焦辨证”。即符合“上焦”—“中焦”—“下焦”的传变顺序。

如果从“卫气营血”辨证来看,患者卫分证时间短暂或不明显,而临床观察以气分热毒炽盛多见或首发,似反映出 SARS 具备瘟疫之传变迅速、直中肺脏的特点。

我们认为, SARS 在发病机理上则不外以“热(热毒/疫毒/戾毒)”、“湿”、“闭(痹)”、“虚”和“瘀”为主。临床观察以“痰”或“痰热”、“痰饮”、“痰延壅盛”的症状罕见或少见(后期合并细菌感染可以出现“痰热壅肺”者除外)

患者初期表现热毒炽盛,甚者热邪伤及肺胃之津。我们在临床也观察发现患者在疾病初发阶段即有口干、口渴欲饮、咽干、咽部发紧等热伤肺胃之津的症状。

我们同时观察到,在热毒炽盛阶段,有部分患者可以出现口苦、纳呆、乏力、舌红苔黄腻或舌苔黄厚腻。考虑由于本次天津地区 SARS 发病多在 4~5 月份,属于夏季,往往兼挟暑湿,或者由于患者脾湿偏盛,湿与热毒合邪,因而出现在上述湿热症状,同时可以出现发热持续时间相对较长、缠绵难愈。

SARS 发病,另一个鲜明的特点,就是热毒之邪闭阻肺的气机,很快出现喘咳、憋气、气息迫促、

胸闷、呼吸困难、气短、干咳、呛咳、咳嗽少痰等肺失宣肃的症状。SARS 发病,以热毒之邪偏盛为特点,邪正相争,故临床多现气分热盛,出现高热症状,若体盛或热与湿合,则发热持续时间较长(临床观察有 7~10 天者)。若体质较弱不胜邪,或热不与湿相合,患者热程较短,许多患者未现发热(个别反持续发热 1~2 天),直接以“肺炎”症状首诊,即直接出现“热毒闭肺”,使肺失宣发肃降,肺的气机被“闭阻”,较早出现喘咳、憋气、短气、干咳等症状。与典型肺炎咯痰量多,咯黄痰之痰热郁肺的表现迥异, SARS 患者几乎整个病程中以干咳无痰或少痰、喘息、张口抬肩、胸闷、气短、活动后尤甚等症状为主,偶有咯血丝痰。

根据温病的转变规律,部分 SARS 患者还可以出现变证:

(1) 少数 SARS 患者可以出现热邪逆传心包,出现神识昏蒙,不省人事,牙关紧闭等热闭证。

(2) 少数患者肺病及心肾,出现脱证,表现为不得平卧、尿少、张口抬肩、呼吸浅慢或停止。为肺肾气阴两亏之脱证。临床可见心衰、心肌酶异常、肾功能异常(肌酐、尿素氮升高、尿比重下降)。

(3) 热毒伤及气阴,患者可于疾病后期出现免疫缺陷,表现为 CD4、CD8 明显下降,多见于年老体弱患者,是正气亏乏、预后不良的明征。

(4) 患者在免疫力低的情况下,易继发细菌感染、往往在肺失

宣降、肺胃气阴两亏的基础上出现痰热郁肺或痰、热、瘀、湿、闭共存,致使病情复杂、病情缠绵和治疗棘手。

## 3 SARS 患者咳嗽、喘息的特点

发病初期或热盛未伤及肺胃阴津者为实证的咳嗽、喘息,主要为热毒迅疾、热毒直侵肺脏,肺居华盖,肺为娇脏,为热毒所闭,很快出现肺失宣发肃降,肺气上逆而为干咳,肺失肃降而现喘息气促、憋气、胸闷。此时尚属功能性反应性改变,为肺的气机被阻滞。如果没有及时治疗,错过了治疗时机,邪正斗争,正不胜邪,可以出现热伤肺胃之津、热伤肺络、气滞而致血瘀,此时的咳嗽、喘息为虚实夹杂,为“金破不鸣”与“金实不鸣”的合而为一的产物。患者多出现为干咳、呛咳、无痰或少痰,咳声不洪亮,同时多感胸闷、气短、憋气。严重者有窒息感、濒死感、不能平卧和下地活动、张口抬肩、呼多吸少。从病理上肺脏出现渗出性改变或肺间质纤维化, X 光下最终出现网织状索条状改变。

## 4 SARS 患者的辨证施治体会

(1) SARS 虽为温热病,但应注意慎用升散和大剂苦泄通下。SARS 此一温病的特点总是传变相当迅速,卫分阶段较短,迅速出现气分热盛,甚而很快出现热毒闭肺的改变。热毒闭肺,病机关键是肺的气机阻滞,宣降失常,治当宣肺透热,还其肃降之职,忌用温燥升

散之品。诚如叶香岩在《三时伏气外感篇》中所说：“……若医见身热咳嗽，不知肺病在上之旨，妄投荆、防、柴、葛，加入积、朴、杏、苏、蒺子、楂、麦、橘皮之属，辄云解肌消食；有见痰喘，便用大黄礞石滚痰丸，大便敷行，上热愈结”。因此，升散药和苦泄通下药似对 SARS 不利。

(2) SARS 治疗中，自始至终要注意顾护肺的气阴、注意肺气机的宣通。SARS 热毒炽盛，容易伤及肺的气阴，而出现肺胃津气两伤。因此，要注意顾护肺之气阴，治疗宜采用“泄热和阴”之法。古人云“风湿证，身热咳嗽，自汗口渴，烦闷脉数，舌苔微黄者，热在肺胃也。当用川贝、牛蒡、桑皮、连翘、橘皮、竹叶之属，凉泄里热。”尤其在后期，SARS 患者肺气阴两亏的症状比较明显。可以用沙参麦冬汤、清暑益气汤、竹叶石膏汤等，还可以用生脉散，或静滴生脉注射液或参麦注射液。

同时，热毒闭肺、肺气壅塞是 SARS 发病的病机关键，应时时顾护肺气机的宣通，可以应用清热宣肺法，即于清气热中合以宣开肺气之品，可以应用麻杏石甘汤加味。有痰者加贝母、瓜蒌仁，还可以加蝉衣、芦根、鱼腥草、干地龙、鲜茅根、丝瓜络、金荞麦等。鼻煽、喘憋重者，尤其是在渗出期，可以合葶苈大枣泻肺汤，可以重用葶苈子 30~50 克。

邪热闭肺，必须清宣肺中邪热，肺气乃得宣降，故用本方以麻黄、杏仁宣开肺气，石膏清泄热毒，甘草调诸药，以共奏清宣肺

热之功。鼻煽喘促较甚者加葶苈子以泻肺平喘。可以使用面罩吸氧或无创通气。热毒较盛者可以口服梅花点舌丹治疗。

(3) 渗出期、吸收期配合活血化痰，活血软坚或活血利水药物。由于热毒阻滞肺的气机，日久由气滞导致血瘀；或久病入络，都可致瘀阻肺络，可以加重咳嗽、喘促，同时可以出现胸闷、胸痛、面色晦暗、口干不欲饮、血小板升高、血氧饱和度及氧分压下降，二氧化碳分压升高，胸片示肺大片状浸润影、肺纤维化、网状索条状阴影等。活血化痰的药物可以使用桃仁、赤芍、丹皮、茜草根、泽兰、生地、丹参、三棱、生蒲黄、泽泻等，成方可以用血府逐瘀汤、葶苈大枣泻肺汤、四物汤等。可以静点复方丹参注射液、化痰通脉注射液、黄芪注射液等。

(4) 注意“湿热”之邪的祛除。SARS 病的病性，国内有学者认为是“邪伏募原”。广东省由于湿气较盛，该病机尤相适合。本次天津地区发病，显以“热毒”为致病的关键。“邪伏募原”有其存在的依据。但据笔者观察的 20 例非典患者的资料。患者出现典型的“邪伏募原”表现者尚未见到。与广东所述病机以“内闭喘脱”的病机有异。我们有限的病例观察到的结果是“热毒炽盛，热毒闭肺，伤及肺胃阴津，与湿相合，阻于三焦，热毒致瘀，瘀阻肺络”的病机特点。这可能与地域、气候之异有关。SARS 患者中不乏热毒炽盛，伤及肝脾，热与湿相合者，这是因热毒所致。与其“邪伏募原”

病机不同，同样是舌苔黄腻、黄厚腻，不能就作“邪伏募原”论，笔者有以下几点理由。

①从热型来看，不似“邪伏募原”之热型。SARS 发病，病位明确，“温邪上受，首先犯肺”，虽其发病可以兼及肝肾、脾胃，发于肺而不止于肺，但病邪侵犯的主要脏腑在肺。热毒炽盛，闭阻肺气，患者肺卫症状短暂，径直出现气分里热炽盛，肺失宣肃，甚则热毒伤及脾胃之津的症状。患者热型是高热，不为汗解，患者没有“邪伏募原”（病位在半表半里或在胸膜与隔绝之间的部位），发热热型不是“寒热如疟”、“寒热往来”，没有憎寒，也没有“身热不扬”的特征，患者病位明确，里热炽盛，不能就作“邪伏募原”论。

②从舌象来看，不似“邪伏募原”。我们观察到的 20 例患者，以舌红、舌暗红为主，舌苔以黄腻苔、薄黄苔、黄厚苔为主，少数为腻苔，个别为舌红苔薄少，个别舌体胖大。20 例患者尚未见到“邪伏募原”典型的舌象表现，即叶香岩《外感温热篇》所论的“若舌白如粉而滑，四边色紫绛者，瘟疫病初入膜原，……”。另外，叶氏在此论述到“……且见此舌者，病必见凶，须要小心。”可以理解邪入膜原是瘟疫病中的凶象，并非每个患者必见的。因此，可以说“邪伏募原”并不能适用于所有的 SARS 患者，因为 SARS 患者中有凶险症情者，也有症情轻者，将“邪伏募原”作为所有 SARS 患者辨证的病位和治法的依据，恐依据不够充分，“邪伏募原”作为温病

学中的“募原论”，指导辨证本无可厚非，但若将之完全概括所有 SARS 患者的发病机理，笔者认为有失偏颇。它只适合 SARS 患者中一部分病情凶险的患者。具体辨证时应脉证合参，辨证施治，不可一概而论。

③达原饮为吴又可《瘟疫论》主治湿热疫证的一张主方，功能开达秽湿，对于湿热秽浊郁阻膜原之证，用之甚效<sup>[2]</sup>。这牵涉对 SARS 病因的认识，SARS 是“热毒”致病说，还是“湿温”致病说？还是因“热毒”而致“湿热合邪”？国内彭氏认为 SARS 是由“风热病邪”导致，结合岭南温病的特点，常为“风热挟湿”为患（或云风热挟湿之疫疠邪所致）。可见，支持“热毒”致病说，是因“热毒”而致“湿热合邪”。

因此，笔者认为，SARS 此次在天津地区的发病，以“热毒”致病说为主，由于天津属华北地区干燥多风，但由于 4~5 月份发病，属夏暑季节，结合气候特点，SARS 发病时，在一些患者是“热毒炽盛”、“热与湿合”。其临床特点表现出症状的多样性，这与患者体质有关，与感“热毒”的轻重也有关。与患者脾胃的运化、饮食偏嗜等亦有一定关系。最后表现在临床上，除部分患者病情凶险，出现“邪伏募原”的表现外，大多数患者不外“热重于湿”、“湿热并重”、“湿重于热”三个证型。治疗当分别给予清热利湿、湿热两清、化湿清热的方法。分别应用茵陈蒿汤、甘露消毒丹和三仁汤加减治疗，邪伏募原者给予达原饮以疏

利透达。

④从我们临床应用达原饮治疗内科发热疫病的临床体会来看，达原饮在治疗内科发热疾病（非传染病）如急性外感的发热、急性扁桃体炎以及未明原因的发热，只要是舌苔厚腻、胃纳欠佳、口中粘腻者即可使用，往往能受到意想不到的退热效果，但若久用（2 天以上），即易出现口干、咽痛不适等不良反应，因为该方偏于温燥，方中有柴胡、厚朴、党参等，因此应中病即止，热退后改用辛凉透表药物。

因此，笔者提出在用达原饮治疗部分属于“邪伏募原”（而非全部）的 SARS 患者时，用药时间不可过长，以免温燥太过，壅塞肺的气机，温燥伤及肺胃的气津。因为 SARS 一个鲜明的致病特点就是“热毒闭阻肺的气机”，过用温燥，显然不利于该病理机转的逆转和治疗。

## 5 SARS 辨证宜粗不宜细，宜简不宜繁

笔者对“截断”疗法持保留意见，因为笔者的经验有限，临床上尚未观察到有能“截断”患者病程发展的病例。SARS 是个自限性疾病，笔者更倾向于“顺势”疗法，即根据疾病的发展规律，即“热毒闭阻肺的气机、伤及肺胃阴津，与湿相合，阻遏三焦，热毒致瘀，瘀阻肺络”。因此，根据疾病的发展趋势，采取“清热解毒、宣肺生津、清热宣肺、调畅气机、清热利湿、解毒化瘀、泻肺平喘以及活血利水、软坚散结”等方法，

时时注意顾护肺胃的阴津，时时注意肺的宣发肃降和正气的恢复，就能收到良好的治疗效果。同时应综合治疗，采取中西医结合的治疗方法，适时应用激素、抗菌素、吸氧和机械通气，必要时气管切开，应用激素要早，量要足，撤减激素要慢，并注意避免和纠正激素的副作用。调节患者的情绪，配合心理治疗。

笔者体会 SARS 辨证宜粗不宜细的精神实质是，抓住 SARS 的病机关键，抓住其关键的发病过程推行治疗。因为 SARS 发病迅速，病情凶险、转变特别快，因此，邪在卫分阶段往往时间较短，而径以热毒闭肺首诊。因此，笔者认为，SARS 在临床以“高热期（热毒炽盛、热毒闭肺、热伤肺胃阴津）→渗出期（热毒闭肺、瘀热互结）→呼吸期（瘀毒未尽、肺胃气阴两伤）→恢复期（气阴两亏，瘀阻肺络）”为主要发病阶段。有利于临床辨证。

治疗上高热期以清热解毒化湿为主，方用甘露消毒丹加减；渗出期以清热解毒、宣肺平喘兼泻肺化瘀，用麻杏石甘汤合葶苈大枣泻肺汤、血府逐瘀汤加减。吸收期以益气养阴、解毒化瘀，用生脉散合桑杏汤、四物汤加减。恢复期用清暑益气汤或竹叶石膏汤加茜草、丝瓜络、蝉衣、地龙、泽兰、水蛭、通草、生地、丹皮、生侧柏叶、土鳖虫、桃仁、杏仁、鬼箭羽加减。

高热期可静滴清开灵注射液、醒脑注射液、双黄连粉针、鱼腥草注射液、穿琥宁注射液。渗出期可静滴复方丹参注射液、 $\beta$ -七叶皂

貳注射液、黄芪注射液、川芎嗪注射液、化瘀通脉注射液。吸收期可以注射生脉注射液、参脉注射液、化瘀通脉注射液、复方丹参注射液。

## 6 注意固护正气, 应用扶正改善免疫的药物

SARS 疾病发生过程中, 热毒

炽盛易伤及肺胃、肝脾、心肾, 而出现正气亏乏、免疫功能低下, 尤其是老年体弱的患者, 易继发细菌感染, 加重病情甚至患者死亡。因此应时刻注意固护患者的正气, 及时应用扶正提高免疫药物。如生脉注射液、冬虫夏草水煎剂、西洋参水煎剂、百令胶囊、复方氨基酸胶囊等。西药应及时补充人体白蛋

白、丙种球蛋白、胸腺肽、支链氨基酸等。其他如免疫调节剂白细胞介素 2 等可尝试使用。

## 参考文献

(上接第 66 页)

[7] 李 勇. 半夏泻心汤加减治疗消化性溃疡 60 例疗效观察 [J]. 云南中医中药杂志, 2003, 24 (5): 23-24.  
[8] 林一帆, 周学文, 王长洪, 等. 中西医结合微观辨证治疗上消化道复发性溃疡的研究 [J]. 中医药学刊, 2004, 22 (3): 452-453.  
[9] 罗清娇. 附桂理中汤加味治顽固性十二指肠溃疡 40 例 [J]. 广西中医药, 2002, 25 (1): 29-30.  
[10] 蒋映明. 白拟复胃汤治疗消化性溃疡 124 例 [J]. 广西中医药, 2004, 27 (2): 17-18.  
[11] 梁 永. 健中愈疡汤治疗消化性溃疡 62 例临床观察 [J]. 中国中医急症, 2005, 14 (12): 1167-1168.  
[12] 郭翠萍, 马雪梅. 溃疡散治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡 41 例 [J]. 中国民间疗法, 2005, 13 (7): 35.  
[13] 李乾构. 健胃愈疡片治疗消化性溃疡 791 例 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2004, 12 (5): 291-292.  
[14] 魏 霞, 韩广智. 益溃宁口服液治疗消化性溃疡 120 例 [J]. 中医研

究, 2001, 14 (5): 19-20.  
[15] 林 芸. 安胃愈疡汤治疗消化性溃疡 68 例临床观察 [J]. 中医药导报, 2005, 11 (4): 23-24.  
[16] 杨顺标. 治溃散治疗难治性消化性溃疡 60 例 [J]. 实用中医内科杂志, 2005, 19 (1): 57-58.  
[17] 李一明, 吴向琼. 健脾愈疡汤治疗消化性溃疡疗效观察 [J]. 实用中医药杂志, 2004, 20 (7): 348-349.  
[18] 张晋云, 郑秋菊, 陈福兴. 疏肝理脾愈疡汤治疗消化性溃疡 120 例 [J]. 四川中医, 2002, 20 (3): 33.  
[19] 马锡金, 于世良, 陈 萍. 胃康胶囊治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡 56 例临床研究 [J]. 中医杂志, 2006, 47 (3): 187-189.  
[20] 辛献运, 侯爱华. 胃康宁治疗幽门螺杆菌相关性消化性溃疡临床研究 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2005, 13 (6): 384-386.  
[21] 吴绪荣, 曾振秀, 李家康. 针灸治疗胃、十二指肠溃疡 50 例 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2001, 9 (3):

175-176.  
[22] 谭静川, 张宝文, 孙 晶, 等. 胃电治疗仪配合中医辨证治疗消化性溃疡 32 例 [J]. 吉林中医药, 1997, (3): 7.  
[23] 尤千里, 张文春. 穴位埋线联合四联疗法治疗消化性溃疡 50 例 [J]. 新医学, 2002, 33 (6): 347-348.  
[24] 李宇航, 李澎涛, 王庆国, 等. 半夏泻心汤及其拆方对慢性胃溃疡大鼠溃疡灶形态变化的影响 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2003, 9 (1): 16-20.  
[25] 严光俊, 李远蓉, 俞悦慈. 金不换冲剂治疗消化性溃疡的临床与实验研究 [J]. 中国医药学报, 2003, 18 (2): 90-92.  
[26] 张红宇, 段 兴, 高菊珍. 白族药保元胃康胶囊抗消化性溃疡的实验研究 [J]. 中国民族医药杂志, 2000, 6 (1): 33.  
[27] 张惠勤, 符麟善, 黄增琼. 溃疡灵抗消化性溃疡作用的实验研究 [J]. 中国中医药科技, 2004, 11 (4): 218-219.