

兩岸三地中西醫結合防治 SARS 經驗交流研討會

NSC93-2751-B-182-001-Y

指導單位：行政院國家科學委員會、行政院衛生署中醫藥委員會

主辦單位：長庚大學中醫學系、高雄醫學大學附設中和醫院中醫部

協辦單位：中華民國中醫師公會全國聯合會、台灣中醫診斷學會

兩岸三地中西醫結合防治 SARS 經驗交流研討會

日期：西元二〇〇四年五月一日(星期六)

地點：長庚大學工學大樓 6F 第三會議廳

議程

時間	講題與主講人	主持人
08:30~ 09:00	報到領取資料	
09:00~ 09:20	主席、來賓致詞	林宜信主委
09:20~ 10:10	講題：224 例 SARS 患者舌象定量資料與病情相關性研究(附 42 例 SARS 患者的中西醫結合診治回顧) 主講人：鄒金盤(中國中醫研究院廣安門醫院呼吸內科 主任醫師)	張恒鴻 副院長
10:10~ 10:30	休息/coffee break	
10:30~ 11:20	講題：SARS 病患的診治回顧 主講人：吳耀光(長庚醫院胸腔內科主治醫師)	謝伯舟 組長
11:20~ 12:10	講題：中西醫結合治療 SARS 療效分析 主講人：王融冰(北京地壇醫院中西醫結合科主任、教授)	孫茂峰 主任
12:10~ 13:10	午餐	
13:10~ 14:00	講題：防治 SARS 與體質食養 主講人：匡調元(上海中醫藥大學教授、全國著名中醫)	沈建忠 主任
14:10~ 15:00	講題：從衛氣營血辨證分析 SARS 疾病傳變-台灣本土證型 分析(臺北醫院病例) 主講人：許中華(署立臺北醫院中醫科主任)	吳宜鴻 主任
15:00~ 15:20	休息/coffee break	
15:20~ 16:10	講題：SARS 防治的中醫理性之思 主講人：李致重(香港浸會大學中醫藥學院教授、主任醫師)	游智勝 主任
16:10~ 17:00	綜合討論	

兩岸三地中西醫結合防治 SARS 經驗交流研討會

日期：西元二〇〇四年五月二日(星期日)

地點：高雄醫學大學附設中和紀念醫院第一講堂

議程

時間	講題與主講人	主持人
09:00~ 09:30	報到領取資料	
09:30~ 10:00	主席、來賓致詞	林宜信 主委
10:00~ 10:50	講題：防治 SARS 與體質食養 主講人：匡調元(上海中醫藥大學教授、全國著名中醫)	吳永昌 所長
10:50~ 11:10	休息/coffee break	
11:10~ 12:00	講題：SARS 防治的中醫理性之思 主講人：李致重(香港浸會大學中醫藥學院教授、主任醫師)	劉景昇 主任
12:10~ 13:10	午餐	
13:10~ 14:00	講題：224 例 SARS 患者舌象定量資料與病情相關性研究(附 42 例 SARS 患者的中西醫結合診治回顧) 主講人：鄒金盤(中國中醫研究院廣安門醫院呼吸內科主任 醫師)	林俊清 教授
14:00~ 14:20	休息/coffee break	
14:20~ 15:10	講題：中西醫結合治療 SARS 療效分析 主講人：王融冰(北京地壇醫院中西醫結合科主任、教授)	游智勝 主任
15:10~ 16:00	綜合討論	

前言

SARS 的流行對兩岸三地都造成嚴重衝擊，面對衝擊，兩岸三地都投入了大量的資源、人力進行 SARS 防治的工作。其中台灣主要以西醫治療方法為主導取得一定療效；然而大陸廣州、北京兩地則宣稱其中、西醫合作診療的模式，使療效大為提高。而香港初期以西醫為主，後期加入中醫治療，也取得了一定的治療效果，因此，邀請大陸及香港防治 SARS 經驗豐富且成效良好的中醫師來台，除了可進一步釐清中西醫結合相關資訊之外，並舉行兩岸三地的研討會，也可進一步彙整防治 SARS 的寶貴中西醫合作診療經驗。

本研討會即由國科會邀請衛生署中醫藥委員會共同參與執行的「中醫藥學組 SARS 專案研究計畫」所補助，由長庚大學邀請全國著名中醫藥專家，上海中醫藥大學匡教授調元講演「防治 SARS 與體質食養」；與把中醫看得比生命還重要的香港浸會大學中醫藥學院李教授致重講演「SARS 防治的中醫理性之思」；以及擁有豐富醫療經驗與專擅中西醫結合研究的北京地壇醫院中西醫結合科王主任融冰講演「中西醫結合治療 SARS 療效分析」。此外還有遠赴英倫，誠摯熱情的中醫研究院廣安門醫院呼吸內科鄒主任金盤。我們還邀請在 SARS 流行期間不眠不休為病患服務的林口長庚醫院胸腔內科吳主治醫師耀光講演「SARS 病患的診治回顧」以及台灣中醫對 SARS 經驗最豐富的署立台北醫院中醫科許主任中華講演「從衛氣營血辨證分析 SARS 疾病傳變—台灣本土證型分析」。與會主講者俱為醫界的翹楚，希望藉此次研討會讓大家對中醫介入 SARS 的治療有較深入的認識與理解。積極採取中西醫結合的治療方法，絕對可以提高治療 SARS 的療效，中醫之復興指日可待。

中華子弟多俊傑，捲土重來未可知。

長庚大學中醫學系醫預科主任

「中西醫結合防治 SARS 之經驗交流」計畫主持人 游智勝 謹識

2004 年 5 月 1 日

目錄

- 一、 防治 SARS 與體質食養--匡調元.....6
- 二、 SARS 防治的中醫理性之思--李致重.....11
- 三、 中西醫結合治療 SARS 療效分析--王融冰.....26
- 四、 224 例 SARS 患者舌象定量資料與病情相關性研究
42 例 SARS 患者臨床特徵與中西醫結合治療—鄒金盤37
- 五、 從衛、氣、營、血辨證分析 SARS 疾病傳變—從台灣本土證型分
析(台北醫院病例)--許中華.....63
- 六、 SARS 病患的診治回顧--吳耀光.....79

匡調元教授

現任：

上海中醫藥大學教授

學經歷：

畢業於上海第一醫學院醫本科，留校
重慶醫學院病理解剖教研室
成都中醫學院中醫基礎理論研究室
美國 Bowman Gray 醫學院病理科
上海中醫藥大學體質研究組

專長：

中西醫結合臨床病理研究

專著：

1. 《中醫病理研究》
2. 《中醫病理研究叢書》十卷
3. 《中醫體質病理學》
4. 《體質食療學》一、二、三、四版
5. 《中醫病理學哲學思考》
6. 《體質病理學與體質食療學實驗研究》
7. 《人體體質學》

防治 SARS 與體質食養

匡調元

上海中醫藥大學

去冬今春，SARS 爆發，令人措手不及，幸好領導有方，萬眾一心，阻擊成功，此波暫息。如何防其捲土重來，已經提上日程。本文旨在探討體質食養與防治 SARS 的關係。

1. 防治 SARS 三環節

眾所周知，防治流行病有三個主要環節：一是控制和消滅傳染源；二是切斷傳染途徑；三是提高易感人群的抗病能力。中醫學強調"上工不治已病治未病"，當以增強易感人群的體質為關鍵。

2. 國人體質狀態分析

去年由國家中醫藥管理局、中國老教授協會醫藥專業委員會、中國老年保健醫學研究會聯合舉辦的"中國國際亞健康學術成果研討會"上透露：

(1)中國人口中只有 15%屬於健康人群，15%屬於非健康人群，70%屬於亞健康人群。亞健康人群中知識分子和企業管理者比例最高，約佔七成左右。亞健康是指介於健康與疾病之間的過渡階段。西醫學的這個概念仍比較籠統和一般化，無法因人而異實行個性化防治。我們於 1977 年即發現了此狀態並稱之為病理體質，可按其臨床表現分成五種主要類型(見表 1)，並提出了分型防治的原理與方法。這是中國式的個性化診療。

(2)我們還創制了"體質食療專家系統"的軟件，並早已用之於臨床。

3. 病理體質形成原理

形成病理體質一方面與先天稟賦有關，例如某些遺傳性疾病，但後天生活方式上的偏差影響尤為重要。由於社會競爭激烈，現代人精神壓力較大，生活節奏太快，生存環境污染嚴重，在西方性解放思想負面影響下的性生活明顯失常。還有大家尚少注意的飲食失控等。文明時代產生了種種不文明的生活方式。這些因素潛移默化地摧殘著人類的體質，導致人體精神疲乏、代謝失衡、氣血失和、津精日少、抗

病能力日益低下，病理體質者日益增多，多種"文明病"蟻塚暗築，某些流行病乘虛而入，究其根源還是人類自身養生不當的問題。

表1 人體體質分型及其臨床特徵

分型 症 序號	晦澀質 (BST)	膩滯質 (GST)	燥紅質 (DRT)	遲冷質 (SCT)	倦白光質 (TRT)	正常質 (NBT)
1	面色晦澀	面色萎黃	面色紅赤	面色蒼白	面色晄白	面色紅潤
2	唇眶色暗	胸胃飽脹	口燥咽乾	形寒怕冷	乏力眩暈	胃口好
3	體內包塊	痰多帶下	內熱便秘	夜尿多	月經淡少	不怕冷熱
4	痛有定處	口乾不飲	尿黃短少	喜熱飲	手足易麻	大小便好
5	舌青紫	舌苔膩	舌紅少苔	舌淡齒印	舌質淡	舌象正常

4. 西方營養學與體質食療學

現代營養學對食物進行了微觀的成分分析，明確了食物中含有蛋白質、脂肪、碳水化合物、維生素、礦物質、纖維素和水，稱之為七大營養要素。人們應按實際需要攝入它們。這是對人類的一大貢獻。但由於人民經濟水平提高後飲食過量與隨心所欲地亂吃亂喝成了普遍現象，加之烹調技術不當而使致癌物質猛增，更有酒害等等致使人類體質水平日益下降。糖尿病、高血脂、腫瘤等發病率居高不下。西方營養學對食物中除七大營養要素之外的其他化學成分很少加以重視。中國傳統文化則不然，認為"藥食同源，藥食同性"，視食性和藥性一樣有四氣(寒、熱、溫、涼)，五味(甘、酸、苦、辛、鹹)等特性，而且按"寒則熱之，熱則寒之"等病理辨證施食。1989年我出版了《體質食療學》將病理體質與食性聯繫起來，提出了食物的體質宜忌，即某型體質該吃什麼與不該吃什麼的原理(見表2)

表 2 食物性味與病理體質宜忌表

體質類型	味		性	
	宜	忌	宜	忌
倦眊質	甘 辛	苦	溫 平	寒 涼
膩滯質	淡	酸	溫 平	寒
晦色質	辛 甘	苦 酸	溫 平	寒
燥紅質	甘	辛	涼 寒 平	溫 熱
遲冷質	甘 辛	苦	溫 熱 平	涼 寒

長期誤食不適宜的食物可以引起代謝偏離正常而形成病理體質；如果飲食合理，則可以糾正代謝偏向而轉為正常質。這我們已在動物實驗中得到證實。只有正常質才有最佳的抗病能力，才能健康長壽。對已患 SARS 病者也應該按此原理調整其飲食，將有助於康復。

在這次診治 SARS 時不少專家提到要"平衡飲食"，但僅泛泛而談，語焉不詳，群眾不知道究竟該如何操作。我們認為有兩個主要平衡要處理好：第一是人與食之間的平衡。中醫學認為人體內應該是"陰平陽秘"的，如果陰陽不平衡即會生病，若在將病未病之間即為病理體質。關於這個階段，孫思邈說："知其所犯，以食治之，食療不愈，然後命藥"，先用食性之偏去糾正人體內的不平衡，"寒則熱之，熱則寒之，虛則補之，實則瀉之"，熱體該吃寒性食物，寒體該吃熱性食物，如此等等，這就是人與食之間的平衡。長期吃反了，長期誤食會形成病理體質。第二是食與食之間的平衡。既然食有食性就如藥有藥性一樣，食與食之間必須有一個合理的組合，中藥方劑講究君、臣、佐、使，一個食譜同樣有合理組合的問題。用藥叫辨證論方，用食叫辨質論食，原理是一樣的。藥與食都應該針對每個具體的人，不能一方統治眾人，這就是個性化診療。因此，分食制應該推廣。

西方個性化診療原理是以微觀的基因學說為基礎的；我們的個性化診療原理是以宏觀的體質病理學與體質食療學為基礎的。測定基因要靠大量的儀器設備，花錢較多；我們辨體質靠高明中醫的望、問、聞、切，花錢較少，而且簡、便、廉、驗。若干年後，如能將兩者結

合起來，將使人類飲食文化更上一層樓。

最後，頗有感慨地說一句，自我 1989 年提出體質食療理論迄今已 14 年了，我們一直不遺餘力地宣傳著，科普讀物已發行四版達四萬餘冊，希望真正增強人民的體質達到防病治病的目的，這是"曲突徙薪"之舉，惜應者寥寥。一旦疾病流行，搶救惟恐不及，醫務人員也未能倖免於難，真是弄得"焦頭爛額"。能不能通過這次救治 SARS 的經驗與教訓從根本上增強全民族的體質食養的意識，防患於未然呢？這種移風易俗的大事就要拜託大家了！

(主要參考文獻略)

李致重教授

現任：

香港浸會大學中醫藥學院教授，先後講授了傷寒論、金匱要略、溫病學、中西醫比較、中醫內科學等課程，並兼臨床帶教及相關的理論研究。

學經歷：

北京中醫藥大學首屆碩士研究生，攻讀“仲景學說”
北京中醫藥大學附屬東直門醫院從事臨床兼教學
中華中醫藥學會從事學術研究、臨床、編輯、學術管理等
《中國醫藥學報》常務副主編
中國中醫藥學會學術部、期刊出版部主任
軟科學研究學組主任
兼任中國科學技術講學團教授
中國傳統醫學研究會副理事長
全國中醫編輯學會副秘書長
廣東省中醫院學術顧問
法國巴黎波比尼大學醫學院名譽教授等

專長：

擅長中醫基礎理論和中醫科學學、軟科學研究；擅長中醫內、婦、兒科臨床治療；熟悉中醫經典醫著和臨床學科的教學工作。

專著：

先後發表學術論文130餘篇；出版學術專著6部。
1997年與前衛生部部長崔月犁等聯合出版的《中醫沉思錄》一書，在國內、外中醫界反響頗大。

SARS 防治的中醫理性之思

李致重

香港浸會大學中醫藥學院

大綱

- 一、SARS 的研究正待深入
 - 1 · “非典”之命名
 - 2 · “SARS”之命名
 - 3 · 診斷指標之質疑
- 二、以人為本的共生關係
 - 1 · 自然與人的共生關係
 - 2 · 人與病毒的共生關係
- 三、預防必先從人做起
 - 1 · 人體可“滅活”冠狀病毒
 - 2 · 去年 SARS 之外因
 - 3 · 去年 SARS 之內因
 - 4 · 內外相因，內因為本
 - 5 · SARS 期間的預防
- 四、辨證治人的中醫優勢
 - 1 · 剿滅病毒與扶人一把
 - 2 · 成功的外感病診療體系
 - 3 · 抓住三陽、治在太陽
 - 4 · 立法、遣方的思路
- 五、是懲罰也是啓示
 - 1 · 潛龍勿用
 - 2 · 中醫非復興不可
 - 3 · 學術素質令人堪憂

內容

2003年春天 SARS 肆虐，發病的源頭在中國廣東省，先後波及到世界 32 個國家、地區，共有 8465 人發病，其中 94% 的患者在中國文化圈之內。今年 SARS 的散在發病，以及春季禽流感的流行，中國也是主要地區。接連兩年病毒性疾病的襲擾，使我國蒙受了巨大的社會、經濟損失，同時也給我們留下了諸多值得思考的問題。今天我們對這些問題進行認真的理性反思，從而得到啓示、提升智慧，相信由此帶來的益處，會遠遠大於這兩次病毒性疾病造成的損失。

這裏僅就 SARS 的防治問題，從中醫角度談一些個人看法，與醫界同仁共同討論。

一、SARS 的研究正待深入

SARS 的發病雖然過去了，但是醫學界關於 SARS 的深入研究，其實剛剛開始。僅從病名來說，就存有許多值得研究的問題。

1. “非典”之命名

從 2002 年 11 月第 1 例 SARS 在廣東佛山發病，到 2003 年 2 月在廣州蔓延時，“急性傳染性非典型肺炎”（以下簡稱“非典”）驟然成為舉世恐懼的病名。

“非典”病名，早在 20 世紀 30 年代末就有的。當時的“典型性肺炎”，主要指細菌引起的大葉性肺炎和支氣管肺炎。而“非典”則指的是細菌以外的病源所導致的肺炎。到了 20 世紀 60 年代，“非典”主要指支原體、衣原體引發的肺炎。以後，人們又逐漸把支原體、衣原體、鸚鵡熱衣原體、軍團菌、貝納立克次體等病源引發的，使用廣譜抗生素對其無明顯治療效果的肺炎，稱之為“非典”。可見“非典”在變，由“非典”所對應的“典型性肺炎”的含義也在變。

這一次命名“非典”之時，因為對病源病毒尚不明確，故有人主張稱其為“傳染性原因不明性肺炎”。後來，一方面為了強調其急性、傳染性的特點；另一方面為避免由“原因不明”而導致人群的恐懼心理，因此將該病稱為“非典”。

疾病的命名，一般均使用名詞，以“非典型”與“典型”這類形容詞命名，有欠規範。而且，“典型”界說不定，“非典型”的所指也必然不清。去年的“非典”，到底強調的是病源，是發病，還是病情；從現代醫

學上如何看待這一疾病與病名，尚須醫學家慎思。

2 · “SARS” 之命名

2003年3月15日，世界衛生組織將“非典”定義為“嚴重急性呼吸系統綜合徵”，從此，以英文詞頭縮寫的“SARS”，便成為全世界通用的與“非典”同義的另一病名。這一定義前面的3個詞故且不說，單以“綜合徵”而言，則與西醫疾病命名的習慣不符。

西醫內科學裏的綜合徵，多指病竈與病因尚不明確的情況下，一組同時出現的症候群。以綜合徵命名的疾病，其病情可能有輕有重，但是這一組症候群總是在同一時限上並見的。例如，美尼爾氏綜合徵、白塞氏綜合徵、帕金森氏綜合徵等。

西醫流行病學裏的綜合徵，多為該流行病在一定的病程階段上，出現的一組症候群。例如，流行性腦脊髓膜炎晚期出現華弗氏綜合徵（即以後所稱的彌漫性血管內凝血）時，昏迷、休克、斑疹暗紅、面色灰白、手足冰冷等這一組症候群，總是同時俱在的。

但是，SARS發病之初，最突出的表現是發熱、畏寒、寒顫、四肢酸痛、頭痛、乏力等。當進一步發展到高熱持續數日不退時，才出現明顯、嚴重的呼吸道窘迫。事實表明，SARS在不同病程階段的臨床表現是不相同的。換言之，它不是同一時限內並見的一組症候群，不應籠統地稱其為綜合徵。因為抹煞SARS病程演變的特點，則造成了早期治療的意識下降，勢必影響了對SARS的積極治療。

去年，香港SARS患者中進入ICU病房者30%左右。本人參與的香港浸會大學中醫藥學院臨床部組織的“SARS康復臨床研究”項目中，通過對155位患者的隨訪得知，同樣有大體70%的患者未出現明顯的呼吸窘迫症狀。所以，SARS的嚴重、急性特點，也面臨著質疑。

3 · 診斷指標之質疑

2003年3月冠狀病毒的發現，西醫意義上的病源得到了進一步的確認。從此，有無感染冠狀病毒便成為鑒別SARS疑似病例與確診病例的“金指標”。由於技術的原因，對於SARS疑似病例的排除或確診，往往需要3—5日的時間。在沒有針對病毒的特異性治療藥物的情況下，那些暴發性的“嚴重急性”病例往往在確診之前，其“呼吸窘迫”即已無可阻斷地顯現了。而這3—5天，正是中醫認為的表證階段，即最容易治療的關鍵

時刻。因此，這個金指標的臨床診斷價值，在爭分奪秒儘早實施有效治療的問題面前，遇到了中醫理論的質疑。為什麼在 SARS 防治中，不能引進中醫的辨證論治的理論、方法和診斷標準呢？

2004 年初春廣州出現的 4 例 SARS，也是依據上述指標，經過幾處實驗室檢查，歷時 10 日以上而確診的。其中有 1 例患者，曾與 42 人有過密切接觸，與 39 人有過一般性接觸。在近距離接觸的總計 81 人之中，無一人被傳染。而且全部 4 例病情都比較輕，未見明顯的呼吸窘迫情況。學術界的多數解釋說：今年的冠狀病毒與去年相比，有明顯變異。但是這一解釋也同時說明：與結構相對穩定的天花、麻疹、乙型肝炎等病毒不同，冠狀病毒的變異無異於使人們面對著一個不斷移動、變幻著的靶點。這一移動、變幻著的靶點，便使研製特異性預防疫苗的目標，面對著相反的非特異性的難題。

從以上 SARS 病名問題的舉例可見，與其將這些質疑留給醫學發展的歷史，不如盡快從中醫中借鑒優勢，得到補充。今天討論 SARS 的問題，其實只是其研究的開始。去年本人曾經提到：SARS “在西醫來說是新課題，在中醫來說是老問題”。“新課題”如何深入研究，那是西醫的事。因此這裏僅就 SARS 的中醫防治思路和中醫重新找回自我的問題，談一些思考。

二、以人爲本的共生關係

中醫與西醫都講“衛生”。西醫的衛生強調個人與周圍生活環境的清潔；中醫的衛生強調人與環境的協調統一，即天人相應。

1. 自然與人的共生關係

天人相應，不是空洞的說教，它在中醫上有其特定的內涵。“天地之大紀，人神之通應也”（素問·至真要大論），這裏的“大紀”是自然界的大規律，即天地之道。故天人相應，即天地之大道與人的生存之道的相應。又因“人以天地之氣生，四時之法成”（素問·保命全形論），故人的生存之道必須主動地順應自然之大道。這兩點，是天人相應的基本前提。

自然界之道，有常也有變。比如，“春生夏長，秋收冬藏，”（靈樞·順氣一日分爲四時篇），講的是其常。“人稟五常，因風氣而生長，風氣雖能生萬物，亦能害萬物，如水能浮舟，亦能覆舟”（金匱·第一），這裏的“害”和“覆”則是其變，即異常。自然界之道的異常，又包括太過和

不及兩端。如果進一步討論，則“有未至而至，有至而不至，有至而不去，有至而太過”（金匱要略·第一）之說。這是張仲景以四時節氣為依據，對氣候變化太過、不及的具體分析。可見，人生於天地自然之中，不僅在正常情況下要與自然界四時氣候相應，更要在四時氣候出現異常的情況下也能夠做到相應。這就要求人必須掌握兩方面知識：既懂得自然界四時氣候的常與太過、不及之變，也要注意自身變化中的常與太過、不及之變。對於認識和防治外感病來說，人與自然雙方的這六個方面，是至關重要的。

所以，中醫的衛生觀主要強調：其一，人是自然界的一個組成部分；人與自然界之間是共生的關係，而不是對抗的關係。《黃帝內經》中，“人與天地相參也，與日月相應也”（靈樞·歲露論）；“春夏養陽，秋冬養陰，以從其根，故於萬物沈浮於生長之門”（素問·生氣通天論）；“處天地之和，從八風之理，外不勞形於事，內無思想之患”（素問·上古天真論）……講的都是這個意思。

其二，當自然界出現異常的情況下，人要明辨其太過和不及，並通過主動的自我調節，實現自我有機整體的“陰平陽秘”，以達到免遭疾病災害之目的。這種因自然界異常而採取的主動相應，就是中醫在防病治病上的以人為本的思想。所以《黃帝內經》中說：“食飲衣服，亦欲適寒溫，寒無悽愴，暑無汗出”（靈樞·師傳）；“虛邪賊風，避之有時，恬淡虛無，真氣從之，精神內守，病安從來。”（素問·上古天真論）；“賊風數至，暴雨數起，天地四時不相保，與道相失……唯聖人從之，故身無奇病，萬物不失，生氣不竭”（素問·四氣調神大論）。這些皆是以人為本，主動、理智地適應自然界異常變化，以維持健康的例證。

2·人與病毒的共生關係

冠狀病毒也是自然界的一個組成部分，只是過去人們沒有在顯微鏡下看到過它而已。它和其他可以致人於病的病原微生物一樣，與人之間也是共生關係。

這種共生關係可以概括為兩個方面：其一，沒有病原微生物的存在，人的免疫功能將不會形成，既已有的免疫功能也將不復存在。其二，不經過病原微生物的入侵或致病，人體將不會產生相應的免疫抗體，以避免以後再罹患相應的疾病。

從上述意義上講，消滅 SARS 病是可能的、也是必須的；從自然界消

滅冠狀病毒是做不到的、也是不可行的。所以人與冠狀病毒的共生關係，也應從 5 方面來理解。

第一，冠狀病毒常有，而 SARS 不常有。就象往年果子狸身上的冠狀病毒那樣，在自然界氣候處於常而不是變的情況下，它與人雖然擦肩而過，但是彼此互不相擾。只是冠狀病毒產生變異，到了足以致人於病的狀態時，人才會受其襲擾而為病。它的變異，同樣是自然環境變化而產生的結果。

第二，冠狀病毒固然有致病的可能性時，但若人體的陰陽氣血平衡，臟腑功能協調，則完全可以避免致病之災。香港近 700 萬人，病於 SARS 者 1755 人，發病率為 0.025%。這在 SARS 流行於各大都市時，是世界上發病率最高的。而同一時令、環境條件下，未病於 SARS 者佔 99.975%，這一事實不容忽視。

第三，冠狀病毒入侵人體，若此人的非特異性免疫功能旺盛，未經明顯的病理過程而可以產生抗體。據香港大學今年 2 月 12 日報道的研究結果推斷，這種情況在香港約有 3 萬多人。這就是說，去年 SARS 在香港流行期間，冠狀病毒入侵人體之後而沒有發病的人數，大約佔 95%。

第四，冠狀病毒入侵人體這一新環境，此人的體內正好具備了冠狀病毒生存、繁殖的良好條件，則此人非病無疑。經過一場大病之後，其人體內產生免疫抗體。

第五，冠狀病毒入侵人體，正好遇到其生存、繁殖的最佳新環境，加之治療不當，因而致命。

以上五種情況中，第二與第三是預防 SARS 時需要採取主動，力爭降低發病率的問題；第四與第五是治療時需要發揮中、西醫的共同優勢，力爭縮短病程，提高治癒率的問題。可見，人在自然界異常、冠狀病毒猖獗的情況下，充分發揮自我防衛或免疫的潛力，是不容忽視的。以人為本，採取主動，最大地發揮人自身的潛能，完全可能使 0.025% 的發病率，進一步大大降低。

三、預防必先從人做起

1. 人體可以“滅活”冠狀病毒

在外感病的發病、預防上，中醫與西醫的觀念相去甚遠。最主要的是，中醫強調多因素的相關性，西醫則強調外來致病因數的決定性。

香港大學2月12日的研究報道，表明95%的冠狀病毒感染者並不發病。這一事實同時說明：其一，冠狀病毒對於SARS的發病，並非決定性的關係；其二，人體自身的非特異性免疫機制，完全可以“滅活”（消滅其活性）進入機體的冠狀病毒；其三，既然西醫對冠狀病毒引起的SARS尚無特異性預防和治療藥物，那麼發揮中醫的特長，則勢在必行。

外感病的發病與預防，中醫必從天、人兩方面求其原因。自然氣候環境反常，輕則為四時感冒，重則為瘟疫之患。但是，“若人能養慎，不令邪風於忤經絡”（金匱要略·第一），則可以防病于未然。這不僅需要人對氣候環境的常與變有所瞭解，而且也要對自身的常與變有所感知。對於SARS預防，也是這樣。

2·去年SARS之外因

從中醫強調多因素的相關性來看，去年SARS流行的外在因素主要有以下幾點。

第一，2002年冬季，我國北方嚴寒而多雪，南方則寒冷而乾燥。據有關報道，北京地區的降雪量是過去五十多年來最大的一年。所謂“重陰必陽，重陽必陰……冬傷於寒，春必病溫”（素問·陰陽應象大論）。人在嚴寒之中，或保暖太過，或多食辛熱，自然易成體內蘊熱之勢，潛伏下了春季發生溫病的原因。

第二，2003年是農曆的癸未之年，其主要特點為火運不及。加之前一年冬季的嚴寒，則形成了多年不遇的春寒太過現象。正所謂“至而不去”——冬寒依在；“至而未至”——春溫不臨。兩者相疊，太過上加太過，使“天地俱生，萬物以榮”，“生而勿殺”（素問·四氣調神大論）的春季時令的降臨大為推遲。春寒太過則生發之氣不及，使冬時蟄藏於體內的蘊鬱之熱，不能隨生發之時得以宣泄。

第三，由前一年的大寒至來年的春分，是一年六氣之首，即厥陰風木當令之時。此時陽氣欲升，需要疏泄；春寒太過，寒主收引，令陽氣欲升而不能。於是主運與主氣兩相衝突，使去年厥陰風木當令的春季，呈現出多年不遇的“善行而數變”的氣候特點——天氣忽冷忽熱，而且大起大落。從大寒至穀雨，這種狀況在香港反反復復，達5次之多。這就大大增加了整個人群罹患外感病的機會。

自然氣候異常，是疫癘流行（也許病毒猖獗）的外在條件。所以，或

略知五運六氣常識，或留神氣候變化的中醫，對於去年春季外感熱病在發病初期“外寒內熱”的病機特點，是應該有充分預知的。

3·去年 SARS 之內因

對於外感病，中醫固然關注外因，但更重視內因。儘管中醫無特異性免疫與非特異性免疫之說，但保持人體陰陽、氣血、五臟、六腑的“陰平陽秘”、“正氣存內”，正是西醫非特異性免疫之說的不可企及之處。

第一，中國人自古為農耕民族，以植物性食物為營養之本。其一，數十年內動物性食品在中國人飲食結構中的比例大增，種族體質可否適應？是否會因肉食太多而令體內酸鹼度失衡，導致酸性偏高而令體內積濕留熱太過？其二，去年 SARS 集中於香港、廣州、北京、臺北、新加坡等城市，除人群居住集中外，這些城市都是世界有名的最愛吃、最會吃、吃的最貪婪、什麼也敢吃的地方。正所謂“以酒為漿，以妄為常”（素問·上古天真論），“膏粱之變，足生大疔”（素問·生氣通天論），是否有因貪食而令濕熱內蘊之弊呢？

第二，這些年，“白領”工人多於“藍領”；且人人感到競爭激烈，壓力太大，勞心思慮，慾坑難平。且身居都市，工作日日定時，不分春夏秋冬；自然界生長收藏、寒熱溫涼、風暑燥濕之變，自我休息、長養、道生、勞形、禦神、生樂、藏精之度，今世之人多有不聞。這種狀況是否有違“陽氣者，煩勞則張”；“陽強不能秘，陰氣乃絕”；“藏於精者，春不病溫”（素問·金匱真言論）之戒，而令自身陰虛內熱之虞呢？

第三，中國文化圈內，富人進補成癖。人參、黃芪、鹿茸、海馬、海狗腎、冬蟲夏草等等補氣助陽之名貴藥材，許多人視為家常食品，恣意亂服。是否有花錢積熱、存禍於己之害呢？SARS 期間，港、臺地區受不良信息誤導，盲目進補以求防病的情況比以往更為普遍。是而有火上澆油之嫌呢？

以上三方面，構成了中醫意義上的 SARS 易感人群。

4·內外相因，內因為本

對於外感的發生，中醫始終強調“內外因相互作用而為病”的原則；在內外因的相互關係上，中醫更強調“內因為本”的思想。比如《黃帝內經》中“正氣存內，邪不可干”（靈樞·刺法論）；“風者，百病之始也，清靜則肉腠閉拒，雖有大風苛毒，弗能為害”（素問·生氣通天論）；“邪

之所湊，其氣必虛”（素問·評熱論）……講的都是這一精神。

冠狀病毒在去年春季時令過度反常的情況下，經過變異，出現了極易形成 SARS 的致病特點。但是，相因的外在條件下，並非人人皆病。而且不幸發病者，各自的病情也並非人人相同。

去年，冠狀病毒的傳染性較強，醫院成為 SARS 的高發區，在病區工作的醫護人員發病比例顯著的高。儘境如此，同一環境下的發病者仍然是少數。另外，香港醫護人員因患 SARS 而死亡的比例為 2%，但全香港 SARS 的平均死亡率卻高達 17%。這一事實說明：其一，SARS 病房的病毒密度高，醫護人員與患者近距離頻頻接觸，令病房成為高危感染區。其二，大部分醫護人員可能並非易感體質，這一點與整個人群的情況相同，所以染病之後病情輕，死亡率低。其三，院外的患者不在高危感染區，而其病情重、死亡率高的原因，很可能因為其體質本來屬於中醫意義上的易感者。

上述這些，正是中醫“內外因相互作用而為病”，“內因為本”的有力說明。

5 · SARS 期間的預防

基於上述內、外之因，去年 SARS 流行期間，本人在傳媒及許多次座談、講座中，反復強調 8 點。其一，節飲食：少吃膏粱厚味，勿使體內積濕留熱太過。其二，慎起居：勞逸適度，勿使陽氣煩勞，徒增內熱。其三，適寒溫：適時增減衣服，減少感冒機會。其四，戒嗔怒：保持心態平靜，以免引動內熱。其五，多飲水：增強水液代謝，消除體內積熱。其六，通大便：防止大便秘結，令濕熱穢濁之邪滯留不去。其七，勿溫補、宜清涼：力戒亂補之弊，提倡清淡膳食。其八，遠病毒、勿染病：配合西醫防護，做好個人衛生。

我深知香港人對藥物過分依賴的習慣。而且當時已有許多苦寒清涼之品組合的預防 SARS 的“驗方”在社會上廣為流傳。為此，應大家之要求，我在前面 8 條原則基礎上，推出兩張用綠豆、白蘿蔔、雪梨、馬薺、蓮藕等清涼利氣之品組成的食療方。想必正合清淡之意，即便民衆多日服用，亦當順應時令、有益無害。

後來 SARS 在北方暴發，社會上廣為流傳的預防中藥方，多由辛涼苦寒、清熱解毒之類的藥物組成。雖然不甚貼切，但畢竟在清解體內積濕留熱上是有一定正面作用的。那時，內地故人函電交馳，索要預防之方。我

所用的預防方是：葛根、柴胡、黃芩、僵蠶、蟬衣、竹葉、甘草等 7 味藥，並且限定只可服用 2—3 天，不得多用。

論此方組成之理，無非辛溫升陽、宣透鬱熱、清利小便。以取得三焦通調、氣機疏利，外無春寒之困、內無鬱熱之擾，春氣得以生發、正氣由此旺盛的效果。這是去年春季特定的時令條件下，寓扶正於通陽之中的預防思路。

這個預防之方，若遇到以往春季裏的風溫或者春溫流行，恐怕就不宜濫用了。

四、辨證治人的中醫優勢

2003 初，SARS 在廣東首先爆發。廣州中醫藥大學第一附屬醫院收治 SARS 患者 60 人，無一例死亡。全體醫護人員中，無一人被感染。60 例中沒有使用過任何抗病毒西藥，僅有 4 例用過常規量(50ng)以下的類固醇。全部治療以中藥為主，配合必要的西醫對症、營養支援療法。退熱快、痊癒快、住院費用低。這一事實，無可非議地體現了中醫治療 SARS 的優勢

1. 剿滅病毒與扶人一把

在治療外感性疾病上，中醫與西醫的觀念有很大的差異。

西醫從外因決定論出發，把治療目標緊緊地盯在消滅侵入人體的病源微生物上。中醫則從整體論出發，重視與疾病相關的包括天、地、人在內的諸多因素，把治療的目標緊緊地盯在疾病過程中邪正雙方的消長關係上。

西醫剿滅病源微生物，猶如在人體擺戰場——病源微生物被視為戰場的主體性敵人。而戰場裏的另一主體，即整體的人卻在一定程度上被邊緣化了。中醫治療外感病，首先關注疾病過程中整體的人所表現出的證候及其變化，進而確定其邪正雙方消長關係的變化（即病機變化）。然後採取具體治療措施，扶人一把，即幫助病人調整邪正消長關係，使人處於以正勝邪的主動地位，從而依靠自身的正氣（或稱自我防衛機能）達到治癒疾病之目的。

2. 成功的外感病診療體系

在中醫發展史上，至今備受推崇的“四大經典”之中，《傷寒論》和溫病學占居了其中的 1/2。《傷寒論》從“內、外因相互作用而為病”的觀念出發，以“邪正消長關係”為重點，通過望、聞、問、切四診所獲知

的全部病理狀態，在理性思維的前提下判斷出疾病演變的病因病機。從而在以人爲本的高度上，擺脫了外因決定論的局限性，創立了外感病的六經辨證體系。熟諳中醫原理的人都會知道，兩千年來中醫在疾病治療上，之所以能夠從容地做到“以不變之理，應萬變之病”，根本原因就在這裏。這正是中醫的成功與高明之處。

《傷寒論》全書以“保胃氣、存津液”爲宗旨，理、法、方、藥，一脈相承。時至明、清，隨著對外感病的認識與治療方法的進一步完善，在“存津液”的宗旨下，葉天士立衛、氣、營、血辨證，吳鞠通立三焦辨證。從而豐富和完善了中醫外感病學的科學體系。

3·抓住三陽、治在太陽

按照《傷寒論》的表述，本人在2003年初SARS肆虐時，提出了“抓住三陽、治在太陽”的治療原則。用溫病學的表述，則是抓住衛、氣，治在衛分。這其實是中醫治療外感病的一貫思想。

SARS的嚴重、急性兩大特點，相當於《傷寒論》“三陽”病中太陽陽明合病、太陽少陽合病、三陽合病、太陽少陽並病、陽明直中等情況。亦與溫病學中伏氣溫病相似，與衛氣同病、衛營同病、氣血兩燔等病情相當。所以完全可以用“三陽”病的有關理論來解釋。

僅以《傷寒論》、溫病學在“三陽”階段或“衛、氣”階段所記載的方藥來說，至今在中醫臨床中仍然廣泛使用。例如：麻黃湯、桂枝湯、葛根湯、大青龍湯、小青龍湯、越婢湯、麻杏石甘湯、小柴胡湯、大柴胡湯、柴胡桂枝湯、黃芩湯、葛根芩連湯、梔子豉湯、小陷胸湯、白虎湯、承氣湯、銀翹散、桑菊飲、三仁湯、新加香薷飲、藿香正氣散、升降散、雙解散、涼隔散、玉女煎、竹葉石膏湯、清瘟敗毒飲、普濟消毒飲等等。回首2003年中醫治療SARS的相關報導，上述方劑也是國內各地使用最多的。

“治在太陽”，就是要抓住發病初期，當SARS尚在太陽表證的階段，不失時機使用中藥，即可將SARS消滅在萌芽時期。爲此，本人在香港SARS暴發之初，曾提出了“三個第一”，希望發揮中醫的優勢，治療SARS於太陽表證之時。這就是：“把握好表證治療第一關”；“把握好散寒發汗、清熱宣透第一法”；“選好臨床起手第一方”。只要這“三個第一”把握好了，SARS治療就變得像治療重感冒一樣簡單。所以去年在面向民眾的講座中，本人反復強調：預防SARS於感冒之前；治療於SARS感冒之時。

關鍵的一點是，在《傷寒論》、溫病學理論指導下，臨床治療起手第一方，能否真正的選準、用好。把握好這一點，達到或超過廣州中醫藥大學第一附屬醫院的結果，其實並非困難。

4·立法、遣方的思路

2003年在香港 SARS 流行期間，本人參與了 SARS 疑似病例和早期、晚期、恢復期、病後康復的治療及臨床研究。一年來又在諸多學術交流、文獻資料研究中，進一步作了回顧和思考。對於一年前本人關於 SARS 治療思路，仍覺得是符合中醫理、法、方、藥原則的。

針對 SARS 早期“外寒內熱”的病機特點，本人以小柴胡湯重用葛根作為確立治療法則的基礎。“外寒內熱”的代表方劑，本應是大青龍湯，冬至前後用之最為相宜。而今以小柴胡湯重用葛根為立法基礎的根據是：

第一，今“外寒”不在嚴冬，且南國之人腠理疏鬆，故不取麻黃、桂枝之大辛大熱以開腠發汗，重用葛根則更為貼切。

第二，早春之“內熱”，多源於冬季之積鬱，且積鬱常多兼濕，故不取辛寒之石膏，用苦寒而清少陽、肺經的黃芩更覺恰當。

第三，依據小柴胡原方中柴胡 8 兩、黃芩 3 兩的比例關係，又常常加入升降散中的僵蠶、蟬衣。既可增強葛根解肌發散之效，又可幫助人應春季生發之氣而取宣透外寒閉衛之功，同時還可借疏泄少陽氣機以收宣暢三焦之益。

在上述立法的基礎上，依“抓住三陽、治在太陽”的原則，結合病情由淺入深的次第，化裁出七個不同的方劑。

第一，初起外寒偏重，發熱不甚而表閉突出者，用桂枝麻黃各半湯或加味香蘇飲。

第二，表寒鬱閉而內熱亦甚者，用桂枝麻黃各半湯去桂加柴胡、黃芩、葛根。

第三，若一開始即為典型的外寒內熱者，以柴胡桂枝湯去人參加葛根，並重用柴、葛。

第四，內熱偏重而又見三焦宣透不利者，于上方中去桂枝、人參加僵蠶、蟬衣、生石膏等。

第五，若見咳嗽、白痰不利者，用小柴胡湯加茯苓、杏仁、葛根、僵蠶、蟬衣等。

第六，熱壅於肺者，用小柴胡去人參合麻杏石甘湯、升降散。

第七，痰黃粘咯之不易、喘急者，于上方再合小陷胸湯，大便不暢者重用大黃瀉肺通腑。

冠狀病毒往後是否還會變異，再變異之後是否還會出現 SARS，用不著我們擔心。但是可以肯定，《傷寒論》和溫病學所確立的理論原則和辨證方法，將不會改變；而上述治法和方劑，一定不可照搬。還應當肯定，中醫“四大經典”所確立的“以不變之理，應萬變之病”的醫學價值，是未來戰勝包括 SARS 在內的外感病的保證。

五、是懲罰也是啓示

去年 SARS 的防治中，暴露出中醫的不少問題，也使我們明確了解決向題的方向。

1·潛龍勿用

2003 年 8 月 14 日，在十多位國際知名專家組成的“嚴重急性呼吸系統綜合徵專家委員會”召集的香港“醫護界團體討論大會”上，本人曾提出：世界衛生組織有關部門在預防 SARS 過程中“近代科學主義”的一些做法，與本會 56 屆大會通過的《傳統醫學戰略》的精神相違背。爲此，應當就此問題向全世界醫學界做出檢討，並特別向中國、尤其是中國的中醫界做出道歉。因爲他們來到中醫、西醫並列爲主流醫學的中國，在防治 SARS 的只重視“國際化”的“標準”，並沒有對其醫療架構和中醫學給予應有的關注和尊重。客觀上給中醫參與 SARS 的防治，帶來了不便和“潛龍勿用”遺憾。也使中國的在 SARS 的防治上，蒙受了許多不應有的困難和損失。

2·中醫非復興不可

平心而論，SARS 與禽流感的流行，或許正是大自然對中國人的懲罰。中國是中醫的故鄉，而香港與台灣的中醫至今不能進入主流醫學的地位。去年，香港 SARS 的死亡率為 17%，台灣為 12%，為高發病區之最高。SARS 在廣東流行時，由於國內“中西醫並重”的醫療架構的優越性，除中醫院採取以中為主、中西配合的防治外，多數西醫院也一定程度地使用了中藥預治和治療。所以廣東省的 SARS 死亡率僅 3.6%，為高發病區之最低。3 月以後，SARS 在北京等地暴發。由於中醫參與受限，加之管理不力，曾一度出現危機。中央隨即採取果斷措施，中醫廣泛介入治療，遂儘快控制

了疫情，降低了死亡率。所以這場 SARS 告訴了中國人：中醫不能丟，而且要盡快復興。

3·學術素質令人堪憂

應該說，由於一百多年來，我們中華民族對自己的傳統文化的自卑感，以致令我們在中醫上做了三方面對不起祖宗的事情。其一，我們在“中醫西醫化”的道路上越走越遠；其二，中醫學術在本土上的退化現象越來越突出；其三，在中國，尤其在香港和臺灣，我們自己把中醫邊緣化了。所以，熟練掌握辨證論治理論與技能的高水平的中醫臨床人才越來越少，以致在 SARS 防治中表現得倍為被動。

SARS 的肆虐對我們既是懲罰，也是啟示。籠統地講，它是對當代中國人冷漠民族傳統文化、科學的懲罰。具體地講，它是對實現中華民族的偉大復興，在文化科學上重新認識自我，努力繼承民族傳統文化瑰寶的啟示；是對中華民族為人類醫學作出貢獻，致力復興中醫的啟示。這些啟示若能引起中國人的普遍認同、高度關注，也許正是我們理性思考的價值所在。

2004 年 4 月 20 日於香港

王融冰主任醫師

現任：

北京地壇醫院六科主任
中國中醫藥學會、肝病委員會副主任
中國中西醫結合學會肝病委員會委員
北京中西醫結合學會、肝病委員會副主任
中國國際醫療保健促進會、肝病專業委副主任

學經歷：

北京中醫學院中醫系
西安醫學院學習
北京協和醫院進修
從事中醫 中西醫結合臨床工作 30 餘年
北京聯合大學中醫藥學院碩士生指導老師及北京醫科大學博士生指導小組成員

專長：

承擔或參與多種肝病新藥的臨床試驗，2003 年完成了中藥清毒湯治療肝病腸源性內毒素症的臨床試驗研究及中西醫結合治療 SARS 療效分析兩個國家級、市局級項目。

在北京抗擊 SARS 期間，作為專家組成員負責全院中西醫結合治療方案的制定和中醫藥治療的實施。牽頭負責以中西醫結合科為主體參加的科技部、國家中醫管理局、北京市中醫管理局 SARS 特別專項臨床科研課題，發表相關論文 12 篇。參加國家中醫管理局、北京市中醫管理局關於 SARS 防治方案的修定工作，其學術觀點得到同行專家和 WHO 專家的認同。獲得科技部、中華中醫藥學會先進科技工作者、有特殊貢獻的中醫藥人員。

專著：

發表論文 40 餘篇，近年參加或主編學術論著 6 部。

中西醫結合治療 SARS 療效分析

王融冰 劉軍民 江宇泳 吳雲忠 王曉靜 池頻頻 孫鳳霞 高連印

北京地壇醫院

摘要

[目的] 觀察中西醫結合治療方法對 SARS 病程中主要指標的影響，評價中西醫結合治療 SARS 的療效。[方法] 135 例 SARS 臨床確診患者，其中中西醫結合組 68 例，對照組 67 例，對照組採用西藥基礎治療，結合組在此基礎上加用清熱解毒化濕類中藥，療程滿 2 周。比較兩組治療後在退熱、細胞免疫、肺部炎症、繼發感染等方面的療效。[結果] 治療後第 2、3 天，對照組病人的體溫高於中西醫結合組，兩者比較差異有顯著性($P < 0.01$)，治療組體溫下降曲線較平穩；治療 20 天後中西醫結合組有較好的保護細胞免疫和促進肺部炎症吸收的作用；結合組與對照組比較，炎症吸收時間、甲基強的松龍使用總量、使用時間及人均日用量差異無顯著性 ($P > 0.05$)；中西醫結合治療組的繼發感染的發生較對照組有減少的趨勢。[結論] 中西醫結合治療組在平穩降溫，緩解細胞免疫的抑制、促進肺部炎症的吸收及等方面療效優於對照組。

關鍵字 中西醫結合治療 SARS 肺炎 細胞免疫

SARS 是由新發現的冠狀病毒引發的急性傳染病，其傳染性強，病死率高，人群普遍易感，嚴重威脅人類健康，影響人們的生產活動。關於 SARS 病毒的微生物特性及其致病機制正在深入研究，目前尚無特效治療。為了提高臨床療效，減輕症狀，緩解病程中細胞免疫的抑制現象和嚴重的炎症反應，我們採用中西醫結合方法治療 SARS 病人 68 例，設同期對照組 67 例，取得較好療效，現將結果報告如下。

物件與方法

一·對象

全部病人均為臨床確診的患者，于 2003-4-10 至 2003-5-26 住我院治療。中西醫結合治療組（簡稱治療組）男 27 例，女 41 例，年齡 18~56 歲，平均 35 歲，診斷分型普通型 36 例，重型 32 例；單純西醫藥治療組（簡稱對照組）男 23 例，女 44 例，年齡 20~65 歲，平均 38 歲，診斷分型普通型 39 例，重型 28 例。

臨床診斷、分型、出院標準依據衛生部頒佈的傳染性非典型肺炎診斷、分型、出院標準。病人一般臨床資料及分組情況見表 1。

二·納入標準

符合衛生部傳染性非典型肺炎（SARS）臨床診斷標準（試行）；年齡 18-65 歲；對本組藥物無過敏者。

三·排除標準

凡有下列一項者為排除病例：（1）年齡<18 歲或>65 歲（2）有嚴重系統疾病（3）妊娠期及哺乳期婦女。

四·治療方案

觀察物件按入院順序收住 7 個不同病區，並分為治療組或對照組。

治療組與對照組基礎治療相同，均採用衛生部 SARS 指揮中心專家組提供的治療方案。我院甲基強的松龍常用量 80-160mg/日；利巴韋林 0.75-1.5g/日，療程 2 周；阿奇黴素 0.5g/日，療程 5 天；左旋氧氟沙星 0.4g/日，療程 7 天；胸腺肽 100-200mg/日；支持療法不限，所有病人均採用普通鼻導管吸氧，必要時應用呼吸機。

中醫治療方案按國家中醫藥管理局專家組推薦的治療方案，我院採用病程急性期用國藥 2 號，主要藥物生石膏 30g、杏仁 10g、黃芩 10g、蒼朮 10g、半夏 10g、紫草 15g；病程極期用國藥 3 號，主要成分水牛角 30g、生地 15g、元參 15g、銀花 15g；病程超過 3 周或處於恢復期患者用國藥 4 號，主要成分沙參 15g、麥冬 15g、丹參 15g、赤芍 10g、西洋參 10g 另燉服。每劑水煎 200ml，分早晚兩次口服，每日一劑。全程中醫藥治療時間滿 2 周，觀察時間 3 周。

出院標準依據衛生部頒佈的傳染性非典型肺炎出院標準。

五·觀察內容

所有觀察物件在治療期間進行症狀、體徵記錄及治療前後的理化檢查，觀察內容有體溫、血常規、血清酶譜、T 淋巴細胞亞群、胸部 X 線等。部分病人做了咽漱液、血液、尿 SARS RNA 及 IgG 檢測，本項特殊檢測由國家或北京市疾病控制中心（CDC）完成。前者用 PCR 方法，抗體檢測用 ELISA 方法，T 淋巴細胞亞群採用流式法，用美國 BD 公司生產全自動流式細胞儀完成檢測。全部實驗由我院實驗室、研究室完成。

六·統計學處理

對所有資料進行統計學處理，做正態性及方差齊性檢驗、t 檢驗、秩和檢驗、 χ^2 檢驗。

七·質量控制

為保證臨床研究質量對主要研究者和觀察醫師進行培訓及資格認定，各病區由主任醫師負責臨床研究方案的實施。遴選兩位中級職稱以上人員負責資料收集。全部資料由醫院醫學統計人員進行統計分析。資料庫和病歷科研資料由醫院科研管理人員核查管理。使用的所有中藥飲片均符合《中華人民共和國藥典》（2000 版一部）的標準，使用的成藥均是中國藥政部門批准的上市處方藥。

結果

一、兩組病人一般臨床資料

兩組病人的性別、年齡、入組時病程和臨床分型有良好的可比性，均無統計學差異。兩組病人入組時及 20 天後的病原學檢查及其陽性率，入組時淋巴細胞及 T 淋巴細胞亞群無顯著性差異（表 1、2、3）。

表 1 兩組病人一般臨床資料(MEAN±SE)

	性別		年齡 (MEAN±SE)	臨床分型		各病程的人數分佈			入組時病程 (MEAN±SE)
	男	女		重型	普通型	<7 天	7-14 天	>14 天	
治療組	26	42	35.06± 1.27	32	36	37	29	2	6.46±0.56
對照組	23	44	38.43± 1.43	28	39	30	33	4	7.43±0.50
P	0.721		0.129	0.605		0.439			0.252

表 2 入院時咽漱液 SARS RNA、
及 20 天後血抗 SARS-CoV-IgG、尿 RNA 檢測結果

	咽漱液 RNA	血 IgG	尿 RNA	
治療組	檢測例數	29	53	23
	陽性 (率%)	18 (62.07)	39 (73.58)	1 (4.35)
對照組	檢測例數	25	17	8
	陽性 (率%)	18(72.00)	13 (76.47)	0
P	0.368	0.261	0.261	

表 3 兩組病人入組時的淋巴細胞計數
和 T 淋巴細胞亞群異常病例比較(Mean±SE)

	淋巴細胞 ($\times 10^9/L$)	CD ₃ (/uL)	CD ₄ (/uL)	CD ₈ (/uL)
正常值	1~5	1032~2086	706~1125	323~886
治療組	n=40 0.67±0.19	n=63 451.68±218.39	n=66 256.97±155.12	n=55 163.75±71.72
對照組	n=42 0.65±0.20	n=56 491.39±222.35	n=60 283.72±159.77	n=48 188.52±77.44
P	0.683	0.365	0.261	0.136

兩組病人入組時的淋巴細胞計數和 T 淋巴細胞亞群有較好可比性。

二、對退熱的影響

發熱是 SARS 病程中的突出表現，且持續時間可長達兩周左右，退熱是治療的主要內容之一。治療前後兩組體溫下降變化無顯著差異，但在治療後第 2、3 天，對照組病人的體溫高於治療組，兩者比較有統計學意義 ($P < 0.01$)。治療組體溫下降曲線較平穩 (圖 1)。

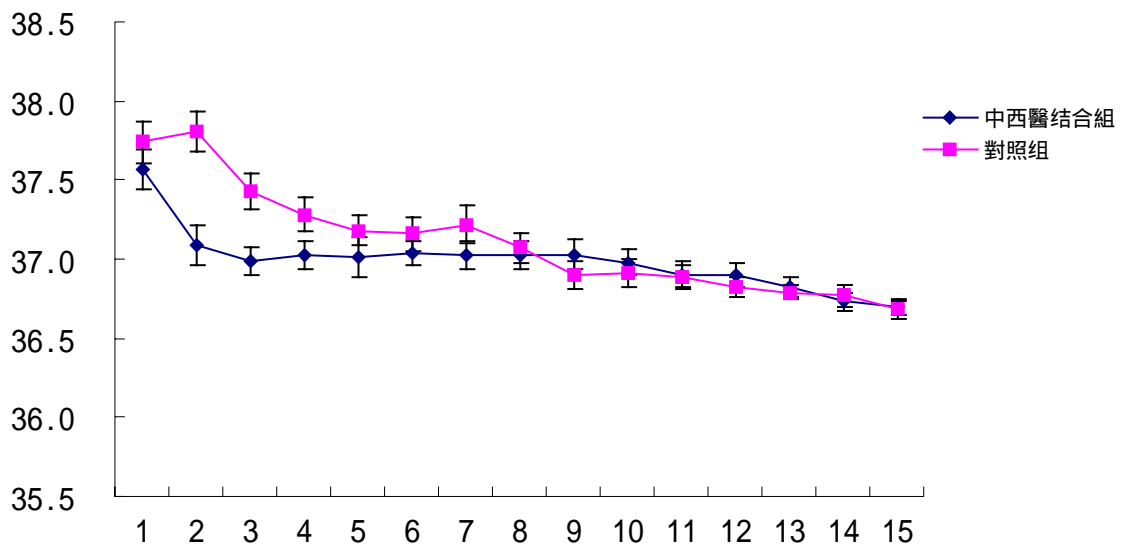


圖 1 兩組病人體溫變化曲線圖

三、對細胞免疫的影響

發病後淋巴細胞及 T 淋巴細胞亞群數量的顯著下降，持續降低者病情多嚴重。恢復期淋巴細胞數量自然回升。兩組治療前有較好可比性，治療 3 周後顯示中西醫結合治療組有較好的保護細胞免疫和促進其恢復的作用（圖 2）。

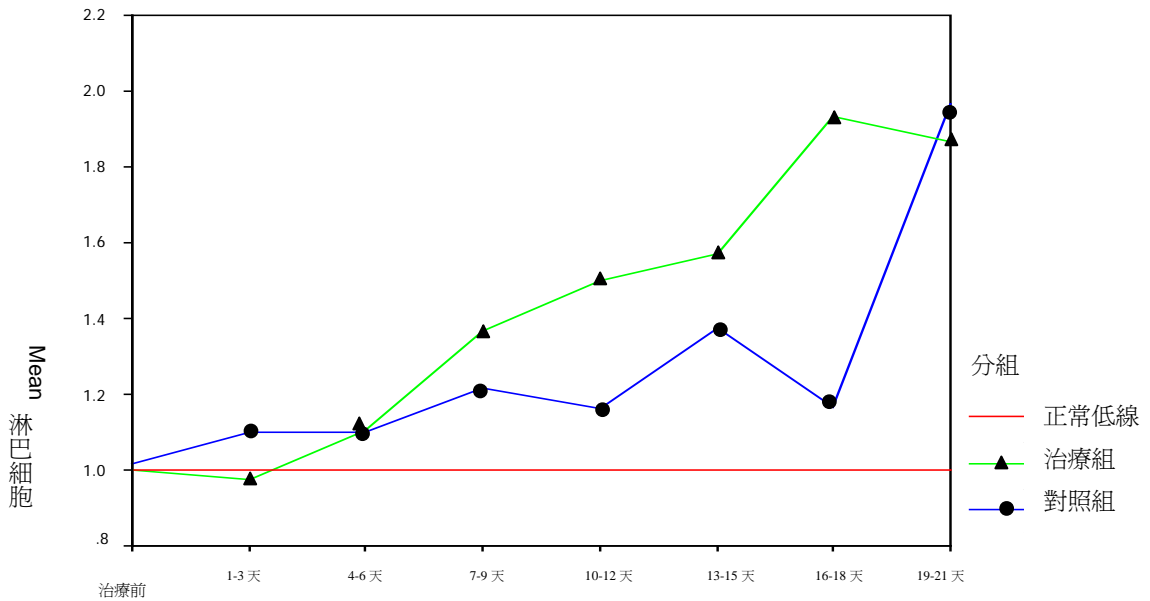


圖 2.1 治療前後兩組病人淋巴細胞變化曲線

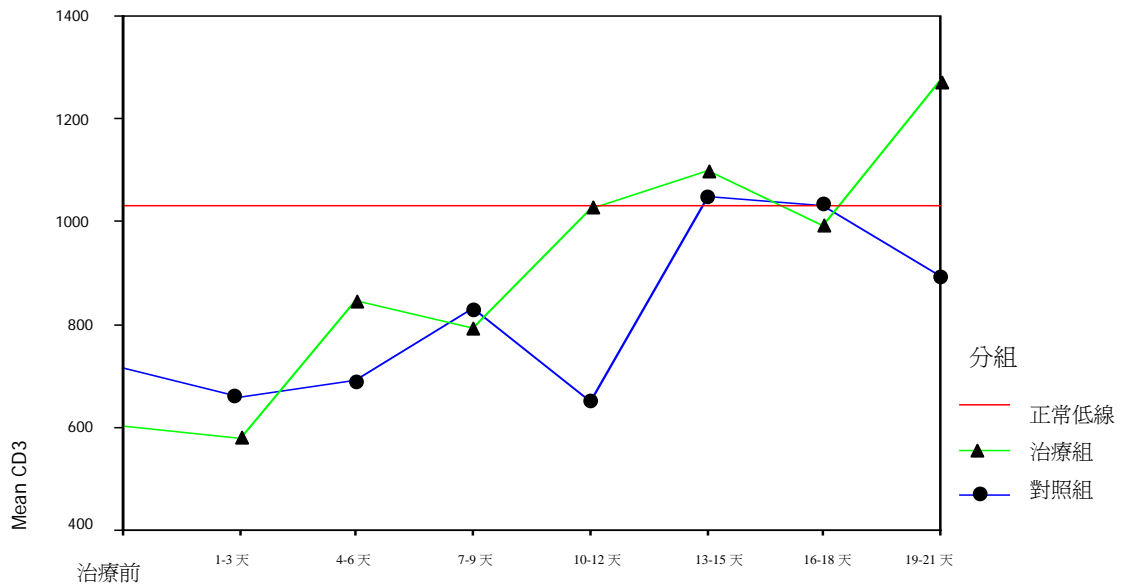


圖 2.2 治療前後兩組病人 CD₃ 細胞變化曲線

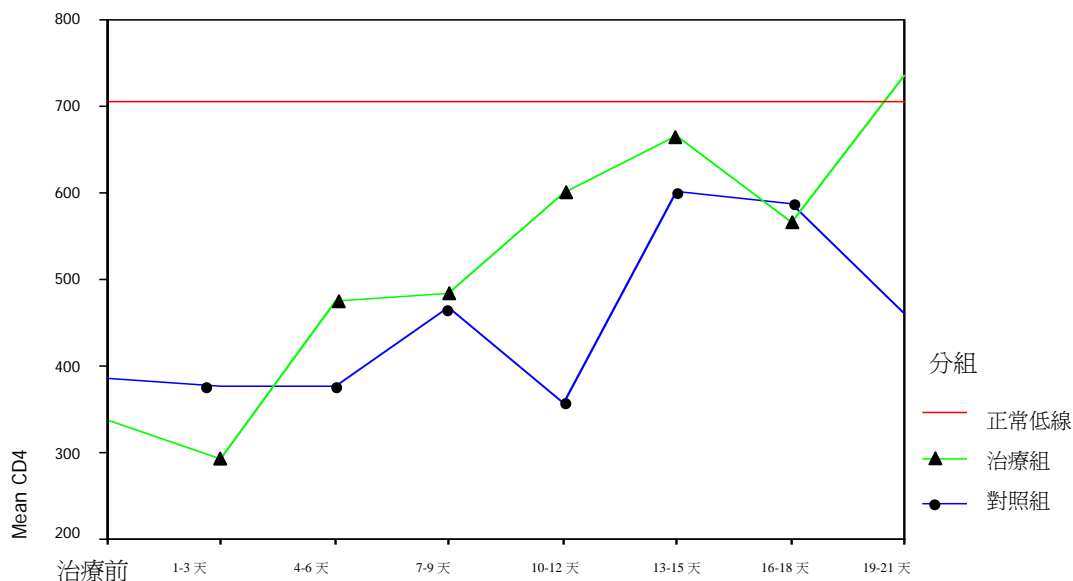


圖 2·3 治療前後兩組病人 CD₄ 細胞變化曲線

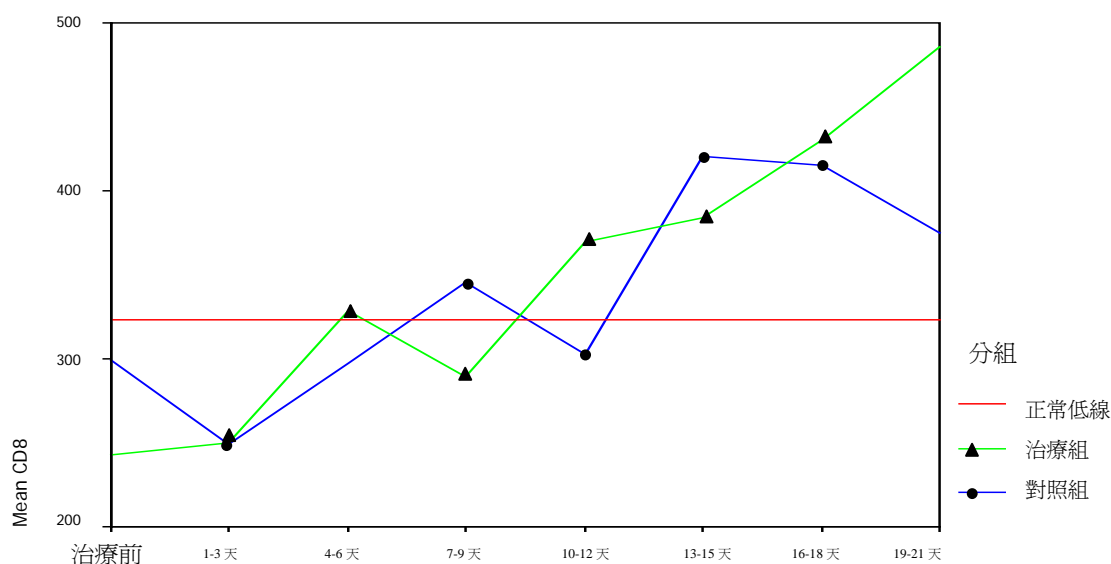


圖 2·4 治療前後兩組病人 CD₈ 細胞變化曲線

四、對肺部炎症吸收的影響

本組全部病人肺部均有不同炎症表現，經治療 3 周有不同程度的改善或炎症基本吸收（X 線檢查）。治療前兩組病情 X 線表現有較好的可比性，3 周後治療組炎症吸收人數顯著高於對照組，炎症吸收時間兩組無顯著差異（表 4）。

表 4 兩組病人治療胸部 X 線檢查比較

	單葉 病變	多葉 病變	完全 吸收	不完全 吸收	吸收日數 (MEAN±SE)
治療組 (例)	12	56	48	20	18.58±1.00
對照組 (例)	13	52	33	34	17.00±1.08
P	0.825		0.014		0.153

治療組肺部炎症吸收情況優於對照組。

五、兩組病人使用甲基強的松龍情況

為了抑制超強的免疫炎性反應,兩組病人大多使用了甲基強的松龍(表 5)。

表 5 兩組病人用甲基強的松龍劑量及使用時間(MEAN±SE)

	用甲強 人數	甲強總量(mg)	用甲強時間 (天)	日均甲強用量 (mg/人/日)
治療組	51 (75%)	1466.86±624.97	15.98±4.69	91.79±30.78
對照組	48(71.65%)	1823.54±836.61	17.81±7.20	102.39±41.96
P	0.700	0.080	0.168	0.257

兩組病人使用甲基強的松龍總量,使用時間及人均日用量較少,但無顯著差異。

六、繼發感染和併發症情況

SARS 病程長達 4 周，其間細胞免疫受損以及免疫抑制劑的應用都是繼發感染的誘因，中西醫結合治療組的繼發感染和併發症發生較對照組少（表 6）。繼發感染是 SARS 死亡原因之一，減少和控制感染對降低病死率有積極意義。

表 6 兩組繼發感染、併發症及預後比較

	細菌 感染(%)	黴菌 感染(%)	消化道 出血(%)	達出院 標準(%)	惡化	死亡
治療組	5 (7.4)	2(2.9)	0 (0)	66(97.1)	1	1
對照組	9 (13.4)	5 (7.5)	4 (6.0)	58(86.6)	2	7
P	0.191	0.274	0.058		0.031	

治療組繼發感染和併發症較少，預後優於對照組。

討論

中西醫結合治療模式是我國臨床醫學的特色，現階段治療 SARS 的中西醫結合方法是以清熱解毒化濕清肺類中藥的加入為特點，取得了一定療效。當前針對 SARS 病毒尚無特效治療，對疾病發病機制也不十分清楚，西醫藥治療以對症、支援、抑制超強的免疫反應、控制合併症為治療目的。中醫藥則以辨證入手，結合古今治療溫病的經驗，制定了不同病程的處方原則，以清熱解毒化濕清肺為治療全程的主線，中西醫結合治療可達到優勢互補，克服藥物不良反應，提高整體療效。

SARS 病程中發熱是主要表現，由於兩組治療大多使用了腎上腺皮質激素，其有迅速退熱作用，因此難以顯示單純中藥的退熱效果，中西醫結合治療組的退熱曲線是平穩的，顯示中藥在病毒活躍期可能通過某種機制抑制病毒引發的免疫損傷，減輕炎症反應，實現平穩降

溫，中醫藥為主的治療是安全有效的。

淋巴細胞顯著減少說明免疫機制遭到破壞，對疾病的預後也有重要影響。本研究顯示中西醫結合治療減少了淋巴細胞下降的幅度，促進了恢復期的回升，說明中醫藥對淋巴細胞及免疫功能的保護作用，或是對抗激素對細胞免疫的抑制作用，體現了中醫藥維持機體內環境穩定，驅邪以扶正，改善機體應激狀態和調節免疫功能的效應。

SARS 的發病機制正在深入研究，阻止肺部病變的進展和促進炎症吸收，是重要的治療方法，治療組表現出對促進肺炎吸收有較好療效，可能與中藥具有減輕免疫損傷，及對抗大劑量激素的使用抑制纖維化而影響了組織修復有關。

SARS 的病死原因有很多，其中嚴重免疫破壞和激素的使用導致繼發感染是重要原因，晚期病例可出現黴菌感染、敗血症、DIC 等感染相關綜合徵，本研究提示治療組繼發感染率、激素不良反應發生率低於對照組，說明中藥在保護免疫細胞功能，提高機體抗感染能力等方面有一定作用。

中醫藥學有著豐富的治療病毒感染性疾病的臨床經驗和理性認識，主張 SARS 治療宜早、宜快、宜防傳變。本研究所用處方是多位中醫專家研究制定，集古今經驗，驅邪抑毒而固護氣陰。隨著中西醫對疾病研究的深化，優化治療方案，中西醫結合方法和療效會進一步完善和提高。

結論

中西醫結合治療 SARS 在減少細胞免疫的抑制和促進肺部炎症吸收等方面優於單純西醫藥治療。在減少激素的不良反應、繼發感染及併發症方面有一定功效。

致謝

向工作在第一線的臨床科研工作者致謝，向對本臨床研究作過指導的專家致謝，向關心和支援本課題研究的國家中醫藥管理局、北京市中醫管理局致謝！

參考文獻（略）

鄒金盤主任醫師

現任：

中國中醫研究院廣安門醫院呼吸內科主任醫師
Natural Remedy Centre, Barking Essex London U.K;
University of Southampton UK as a Visiting Scholar

學經歷：

江西中醫學院中醫系醫學學士學位
中國中醫研究院研究生部醫學碩士學位
北京協和醫院呼吸內科培訓班和院內感染學習班
受國家留學基金委員會資助在英國作為訪問學者留學
中國中醫研究院廣安門醫院心肺內科、急診科、CCU、高
幹外賓門診部主治醫師、副主任醫師。
中國中醫研究院廣安門醫院呼吸內科副主任醫師,科主任
任兼醫務處副處長。

專長：

能熟練地使用現代醫學、中醫藥、針灸、點穴和自己獨特的”中西醫優勢序通療法”治療支氣管哮喘，慢性支氣管炎，肺氣腫，高血壓病，冠心病，心律失常，慢性胃炎，胃、十二指球部潰瘍，慢性結腸炎，頸椎病，胸椎小關節紊亂，腰腿痛，腦血管疾病，偏頭痛，前列腺肥大，濕疹，泌尿系結石，慢性疲勞綜合徵，過敏症，中風後遺症等常見病和疑難病。

專著：

主編《支氣管哮喘》，副主編《中醫名方名醫驗案大觀》、《中西醫結合心律失常學》、《哮喘診治大成》，參加編輯《中西醫結合叢書》、《現代疑難病中醫治療進展》、《金匱要略臨床運用》、《皮科診治大全》、《內科診療手冊》、《補益藥治病與健身》、《中醫臨床實習手冊》、《中醫內科臨床手冊》、《中老年保健大全》、《中醫心身醫學研究進展》、《腰骨質增生診治大全》。

224 例SARS 患者舌象定量資料與病情相關性研究

鄒金盤 汪衛東 李光熙 孫利民 李軍 李輝 倪青 劉喜明
盧建新 花寶金 王寅 劉元石 邊永君 白宇甯 崔全起
陳瑞雪 趙宏 劉麗 李國勤

摘要

目的：觀察嚴重急性呼吸綜合徵（SARS）患者的舌質、舌苔特徵並探討其與病情的相關性。

方法：用數碼相機攝取患者的舌象，然後用圖像識別分析軟體測定舌質、舌苔的紅色分量（R）、綠色分量（G）、藍色分量（B）數值。

結果：急性期69例，以淡紅色51例(73.9%)為最多，舌質淡紅色與其他各舌色比較有顯著性差異($P < 0.01$)；舌苔以薄黃32例(46.4%)為多，其次是薄白29例(42.0%)；舌體胖大者5例(7.2%)，舌邊有齒印12例(17.4%)。恢復期155例，舌質以淡暗72例(46.5%)為多，其次是淡紅68例(43.9%)；舌苔以薄白苔80例(69.6%)為多，其次是舌根部黃31例(27%)，薄白苔與其他各色比較有顯著性差異($P < 0.01$)；舌體胖大23例(14.8%)，舌邊有齒印者19例(12.3%)。154例病情屬普通型者中舌質淡紅112例(72.7%)，舌苔薄白109例(70.8%)為多；60例病重者以舌質淡暗43例(71.7%)，舌苔根黃29例(48.3%)為多；10例病危者以舌質淡暗6例(60%)，舌紫4例(40%)，舌苔黃厚4例(40%)和舌苔白膩和根部黃各2例，分別占20%。65例肺內損傷灶 ≥ 3 葉者以舌質淡暗50例(76.9%)，舌苔根黃31例(47.7%)為多；130例累及肺葉2葉者以舌質淡紅93例(71.5%)，舌苔薄白82例(63.1%)為多；29例累及肺葉1葉者以舌質淡紅22例(75.9%)，舌苔薄白26例(89.7%)為多。

結論：該方法測定的R、G、B量值變化可以比較靈敏地反映舌質、舌苔的差異。舌像是對SARS患者病情判斷，辨證論治的客觀證據之一。

關鍵字：嚴重急性呼吸綜合徵（SARS） 舌象

Relationship between Quantitative Data of Tongue Image and State of Illness in 224 Patients of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)

Zou jinpan Wang weidong Li guangxi, et al. Guang An Men Hospital, China Academy of TCM, Beijing 100053

Objective: To observe the characteristics of tongue color and tongue coating of patients suffered from severe acute respiratory syndrome (SARS) and to explore the relationships with the state of illness. **Methods:** The images of tongue were taken by digital camera. The value of Red(R), Green (G), and Blue (B) were objectively analyzed by image processing software. **Results:** In acute stage of 69 patients, the light red tongue was the commonest tongue color, which revealed in 51 cases (73.9%). There was significant difference in light red tongue color as compared with those in red, in light dim and purple ($p < 0.01$). The most common tongue coating was light yellow which revealed in 32 cases (46.4%), then the thin and white coating in 29 cases (42.0%). 5 cases (7.2%) showed big and fat tongue in the tongue shape. 12 cases (17.4%) showed the tongue with tooth prints.

In resume stage of 155 patients, 72 cases (46.5%) showed the light dim tongue color; 68(43.9%) showed light red. The commonest tongue coating was thin and white coating which revealed in 80 cases(69.6%), then yellow and sticky at the root part of the tongue revealed in 31 cases (27%), there was significant difference in thin and white coating as compared with those in red, in light dim and purple ($p < 0.01$). 23 cases (14.8%) showed big and fat tongue in the tongue shape. 19 cases (12.3%) showed the tongue with tooth prints.

As regard to the state of illness, 112 cases (72.7%) of 154 patients, belonging to commonness, showed light red tongue

color ; 108 cases (70.1%) showed thin and white coating. 43 (71.7%) of 60 severe cases showed light dim tongue color ; 29 cases (48.3%) showed yellow and sticky at the root part of the tongue. 6 (60%) of 10 critical cases showed light dim tongue color, purple in 4 cases (40%); yellow sticky coating in 4 cases (40%), white sticky in 2 cases (20%), yellow sticky at the root part of the tongue in 2 cases (20%).

With pulmonary lesion showed by chest film, 50 cases (83.3%) of 65 patients whose number of pulmonary lesion was more than 3 lobes showed the light dim tongue color ; 31 cases (47.7%) showed yellow and sticky tongue coating at the root part of the tongue. 93 cases (71.5%) of 130 patients whose number of pulmonary lesion was 2 lobes showed light red tongue color ; 82 cases (60.1%) showed thin and white tongue coating. 22 cases (75.9%) of 29 patients whose number of pulmonary lesion was 1 lobe showed light red tongue color ; 26 cases (89.7%) showed thin and white tongue coating.

Conclusion: This method is sensitive to test the variety of value of RGB in tongue color and tongue coating. Tongue image is one of the objective evidence in judging state of illness, syndrome differentiation and treatment.

Key Words: severe acute respiratory syndrome glossoscopy

中醫舌診，歷代醫家十分重視，古有“溫病辨舌，雜病察脈”之訓。面對SARS 這一新的傳染病，在臨床工作中觀察舌象既十分危險又十分必要，現將我們所做的有關SARS 患者舌象研究工作彙報如下：

資料與方法

1 臨床資料

全部病例為2003 年4 月17 日~2003 年5 月30 在北京胸科醫院住院的SARS 患者共224例(其中中國中醫研究院廣安門醫院管理病區

42 例，北京京煤集團醫院管區45 例，北京大學醫院管區59 例，北大首鋼醫院管區40 例，胸科醫院管區12 例，北京安貞醫院管區26 例)。本組病例男性120 例，女性104 例；年齡18~82 歲，平均年齡(38.73±14.2)歲。拍攝舌象時病程5~31 天，平均18±6.58 天；病程小於14 天(相當於急性期內)者69 例，病程大於14 天小於30 天(相當於恢復期)155 例；病情普通型154 例，病重60 例，病危10 例。合併糖尿病者4 人，有高血壓病史者6 人，有慢支病史者9 人，有慢性胃炎病史者11 人，有子宮切除史者1 人，胃大部切除術後1 周1 人，有腦梗病史者6 人。

2 診斷標準：全部患者符合衛生部《傳染性非典型肺炎(SARS)臨床診斷標準(試行)》。

3 觀察方法

3.1 硬體系統配置：電腦IBM ThinkPad A22m P_ 850 ；數碼相機SONY P8。

3.2 軟體配置：圖像分析軟體Photoshop 7.1；Windows2000 Professional ；資料庫Epidata；統計分析SPSS11.5；Pixela Image Mixer Ver.1.0 for Sony。

3.3 照相：固定相機參數設置。病房室內自然光，時間是上午9.30~下午4.00 點鐘，照相機以約10°的俯角對準舌體，近距離(約40cm)無閃光拍攝。同時有二名副主任醫師同步觀察舌象，舌象的觀察包括舌質的色澤、形態，舌苔的苔色、苔質的有無光剝，舌質分紅，淡紅，淡暗，淡紫四種。舌紅指舌質紅於自身口唇粘膜者；淡紅為基本正常舌質的顏色；淡暗為全舌淡而在肉眼判斷似有瘀象而又不屬於紫色；舌紫以全色呈紫暗色或有明顯的瘀斑、瘀點者。舌苔顏色分黃、白兩種，黃白相間劃入黃色範圍，苔質分膩與不膩兩種。編號填入SARS 患者舌象觀察表格。並及時錄入相應的臨床資料，以資料庫形式保存。

3.4 圖像處理：首先目測刪除因暴光不足和暴光過度的相片，及時補拍，然後進行舌相切割處理，選取舌尖和兩側舌邊無苔質覆蓋區域為舌質測定區域；舌苔測定區域的選定是由二名副主任醫師同時確認最有特徵代表性部分，然後選定三個測定點進行相應的舌質、舌苔的紅色分量(R)、綠色分量(G)、藍色分量(B)數值測定，分別

取三點的平均值作為最終數據。三基色質強弱用0~255 之間的數值表示，“0”表示最暗，即無該顏色的分量，“255”表示最強，即該顏色的分量已飽和。

4 觀察指標

4.1 SARS 患者舌色分佈和舌體形態分佈，舌質的R、G、B、R/G、R/B 值。

4.2 SARS 患者舌苔顏色分佈、舌苔的R、G、B、R/G、R/B 值。

4.3 SARS 患者舌質、舌苔與病情輕重關係。

4.4 SARS 患者舌質、舌苔與胸部X 光片肺內損傷灶所在肺葉數量關係。

5 統計學方法 用SPSS 11.5 計數資料採用 χ^2 檢驗，計量資料採用t 檢驗、方差分析。

結果

1· SARS 患者舌質定量分析

1.1 224 例SARS 患者舌質顏色分佈和舌體形態分佈：

本組224 例SARS 患者拍攝舌象時病程小於14 天（相當於急性期內）者69 例，病程大於14 天小於30 天（相當於恢復期）155 例。舌質顏色分佈：急性期69 例以淡紅色51(73.9%)為多，其次是淡暗11(15.9%)，紅色4 (5.8%) 和紫色3 (4.4%)；恢復期155 例以淡暗72 (46.5%)為多，其次是淡紅68(43.9%)，紅色8(5.2%)和紫色7 例(4.5%)。急性期舌體胖大者5 例，舌邊有齒印者12 例；恢復期舌體胖大者23 例，舌邊有齒印者19 例。

1.2 224 例SARS 患者舌質的R、G、B、R/G、R/B 值比較（見表1）。

表1. 224 例SARS 患者舌質的R、G、B、R/G、R/B 值比較 ($\bar{X} \pm S$)

舌質	例數(%)	R	G	B	R/G	R/B
紅	12(5.4)	199.50±11.34	140.00±12.9	146.08±16.95	1.43±0.09	1.38±0.15
淡紅	119(53.9)	174.98±17.75**	115.76±21**	119.28±21.74**	1.54±0.23**	1.50±0.26*
淡暗	83(37.1)	157.22±19.95**	102.01±25.29**	102.86±21.85**	1.60±0.29**	1.58±0.31**
紫	10(4.5)	127.50±26.51**	75.40±20.92**	79.80±18.25**	1.38±0.15**	1.63±0.38*

註:與舌質紅比較*: $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

2 · SARS 患者舌苔定量分析

2.1 224 例SARS 患者舌苔顏色分佈：急性期69 例患者中舌苔薄黃32 例(46.4%)其次是薄白29例(42%)，根部黃4例(5.8%)，苔黃厚2例(2.9%)，白膩苔和少苔各式各1 例，分別占1.5%，急性期患者舌苔薄黃例數與薄白例數比較無顯著性差異 ($P > 0.05$)；恢復期155 例患者中薄白苔80 例(51.6%)，其次是舌根部黃31例(20%)，薄黃17例(10.97%)，白膩16例(10.3%)，黃厚8 例 (5.2%)，少苔3 例(1.9%)，薄白苔與其他各色比較有顯著性差異($P < 0.01$)。

2.2 224 例患者舌苔的R、G、B、R/G、R/B 值比較見表2。

表2. 224 例SARS 患者舌苔的R、G、B、R/G、R/B 值比較 ($\bar{X} \pm S$)

舌苔	例數(%)	R	G	B	R /G	R/B
薄白	109 (48.7)	155.03±25.99	118.39±27.18	115.72±29.53	1.34±0.20	1.39±0.25
白膩	17 (7.6)	159.29±30.53	129.88±34.04	111.88±41.24	1.29±0.30	1.63±0.67*
薄黃	49 (21.9)	147.80±24.17	120.10±27.39	105.16±22.77*	1.26±0.19*	1.44±0.23
黃厚	10 (4.5)	149.90±15.43	107.90±14.79	82.10±20.74**	1.31±0.13	1.81±0.49**
根黃	35 (15.6)	147.94±27.00	121.20±27.58	97.37±29.53**	1.25±0.21*	1.66±0.66**
少苔	4 (1.8)	163.25±11.61	98.75±9.88	100.75±5.5	1.67±0.28**	1.62±0.40

註：與舌苔薄白比較*: $P < 0.05$ ；**: $P < 0.01$ 。

3. SARS 患者舌質、舌苔與病情輕重關係

舌質與病情：病情屬普通型者共154 例中以舌質淡紅112 例 (72.7%) 為多，與舌質淡暗34 例 (22.1%)，舌紅8 例 (5.2%) 比較有顯著性差異($P < 0.01$)。

60 例病重者中以舌質淡暗43 例 (71.7%) 為多，與舌淡紅7 例 (11.7%)，舌紫6 例(10%)，舌紅4 例(6.7%)比較有顯著性差異($P < 0.01$)。

10 例病危者中見舌質淡暗6 例 (60%) 和舌紫4 例 (40%)。

舌苔與病情：病情屬普通型者共154 例中以舌苔薄白108 例 (70.1%) 為多，與舌苔薄黃38 例 (24.7%)，舌根部黃4 例 (2.6%)，舌苔白膩2 例(1.3%)，少苔1 例(0.65%)比較有顯著性差異($P < 0.01$)。

60 例病重者中以舌根黃29 例 (48.3%) 為多，其次是舌苔白膩13 例(21.7%)，舌苔薄黃10例(16.7%)，舌苔黃厚5 例(8.3%)，少苔2 例 (3.3%)，和舌苔薄白 1 例(1.7%)。

10 例病危者中見舌苔黃厚4 例 (40%)，其次是舌苔白膩和根部黃各2 例，分別是占20%，舌苔薄黃和少苔各1 例，分別占10%。

4. SARS 患者舌質、舌苔與胸部X 光片肺內損傷灶所占肺葉數量關係 (見表3, 4)。

表3. 224 例SARS 患者舌質與胸部X 光片肺內損傷灶所占肺葉數量關係

舌質	例數(%)	X 光片肺損傷灶累及肺葉數		
		1 葉(%)	2 葉(%)	≥3 葉(%)
紅	12(5.4)	2(6.9)	7(5.4)	3(4.6)
淡紅	119(53.1)	22(75.9)	93(71.5)	4(6.2)
淡暗	83(37.1)	5(17.2)	28(21.5)	50(76.9)
紫	10(4.5)		2(1.5)	8(12.3)
合計	224	29(13)	130(58)	65(29)

表4. 224 例SARS 患者舌苔與胸部X 光片
肺內損傷灶所占肺葉數量關係：

舌苔	例數(%)	X 光片肺損傷灶累及肺葉數		
		1 葉(%)	2 葉(%)	≥3 葉(%)
薄白	109(48.7)	26(89.7)	82(63.1)	1(1.5)
白膩	17(7.6)		14(10.8)	3(4.6)
薄黃	49(21.9)	3(10.3)	27(20.8)	19(29.2)
黃厚	10(4.5)		1(0.75)	9(13.9)
根黃	35(15.6)		4(3.1%)	31(47.7)
少苔	4(1.8)		2(1.5)	2(3.1)
合計	224	29(13)	130(58)	65(29)

討 論

1. 舌診是中醫臨床辨證的主要客觀指標之一，中醫傳統診法認為，舌質與舌苔在反映病證方面各有側重，一般來說，舌質多反映五臟精氣的盛衰，舌苔多反映病邪的性質及病位的深淺。這是因為舌質的色澤形態主要是依靠五臟所化生的精氣上榮以維持；舌苔由胃氣上蒸而成，若體內有邪氣，常與胃氣相互搏結上蒸於舌面，而表現為舌苔的異常。因此，舌診可以反映正邪虛實，臟腑盛衰，陰陽氣血，表裏寒熱，預後轉歸等方面的資訊，具有辨明病性，判斷預後，指導辨證用藥的重要意義。尤其是面對SARS 這樣人類陌生傳染病，醫患之間被距離和防護衣隔開，對於臨床中醫師來說，舌診是十分重要的辨證用藥依據。由於中醫的發病理論更注重於正氣的盛衰，故相比而言，望舌更注重舌質的變化。

臨床診舌，常以肉眼觀察為主，文字描述的模糊定性不能精確定量，而且同一舌象不同人觀察描述會有較大的偏差，這樣就嚴重影響著中醫臨床科研的總結與交流。我們學習以往有關舌診科研方法，用數碼相機留住舌象。然後用圖像分析軟體測定典型舌象區域內的RGB 基色含量，結果表明用該方法測定的RGB 量值的變化可以比較靈敏地反映舌質、舌苔的變化。

2. 224 例SARS 患者的舌象特徵意義

從本組224例患者的舌象我們可以認為雖然SARS是一種人類目前仍不明瞭其病因病機及傳變規律且有一定死亡率的呼吸道傳染病，但對於大多數患者來說，如能得到及時的隔離和對症治療，其病情的發展可以阻止。從中醫的角度來說，急性期病位多在肺、衛表；病性屬熱，少傷及營血，少濕熱並重。急性期過後，雖進入恢復期，但由於邪戀在肺，痰濕內蘊，肺氣失宣，以氣虛血瘀為多見；又由於氣機鬱滯，脾胃運化失司，可見內生濕熱，或外感風熱挾濕疫毒之邪不解，外濕與內濕交結。雖然從現代醫學的化驗檢查中發現，不少SARS患者的肝功能，心肌酶都有異常，但中醫的舌診未見肝腎陰虛，心脈瘀阻證。因此可以說，SARS患者的肝功能、心肌損害主要是一過性功能受損，是可逆的。出院前患者的舌象多數是屬於正常人舌象，因此，既使患了SARS，也不會有臟腑功能嚴重障礙，氣血虧損，濕熱痰瘀不解的後遺症。

3. 224例SARS患者舌質、舌苔與病情的相關性分析

由上述結果可知，SARS患者臨床如見舌質淡暗或舌質紫，舌苔黃厚膩或白膩多提示病情偏重，要引起重視，治療要加強益氣活血，健脾和胃化濕。

4. 224例SARS患者舌質、舌苔與胸部X光片示肺內損傷灶所占肺葉數量的關係由上述結果可知，SARS患者臨床見舌質淡暗或紫，舌苔黃或黃膩，則患者肺內損傷病灶 ≥ 2 葉；如見舌質淡紅，苔薄白，則肺內損傷灶少或小。

總之，本研究表明舌診可以比較客觀地反映SARS患者的病情與肺內損傷灶的受害程度。臨床醫生可以通過舌診瞭解患者的病情，評估預後，並且為辨證論治提供證據。由於該項研究工作受時間和客觀條件限制，未能對每位患者進行病程的全程觀察，但這些工作的結果是來之十分不易。

參 考 文 獻 (略)

42 例SARS 患者臨床特徵與中西醫結合治療

中國中醫研究院廣安門醫院駐北京胸科醫院醫療隊

鄒金盤 花寶金 汪衛東 王映輝 李國勤 李光熙 倪青 整理

摘要

目的：瞭解嚴重急性呼吸綜合徵（SARS）的臨床表現，探索中西醫結合治療的有效方法。**方法：**對經治確診的SARS 患者臨床表現及病歷資料進行總結與分析。**結果：**42 例患者早期主要臨床表現：發熱42例（100%），頭痛39例（92.9 %），畏寒32例（76.2%），胸悶32例（76.2%），咳嗽31例（73.81%），肌肉酸痛37例（88.1%）；肺損傷累及 ≥ 3 葉者18例（42.9%），累及2 葉20 例（47.6%），累及1 葉4 例（9.5%）；肝功能異常ALT 或AST 升高26 例（61.9%）；心肌酶CK（或CK-MB）升高20 例（47.6%）；腎功能BUN（或CRE）偏高2 例（0.48%）；T 淋巴細胞亞群中CD3 低於正常31 例（31/34 91.1%），CD4/CD8比值偏低26 例（26/34 76.5%）。中晚期多表現為神疲乏力36例（85.7%），恐懼感34例（81.0%），氣短或胸悶30例（71.4%），食欲不振27例（64.3%）；舌質淡暗22例（52.4%），舌苔黃白相兼19 例（45.2%），舌苔中根部黃厚9例（21.4%）。出院時多無明顯臨床症狀；胸X 光片肺內損傷病灶絕大多數39例（92.8%）可完全修復吸收；肝功能、心肌酶和腎功能正常；但復查30 例患者T 淋巴細胞亞群中CD3 有21 例（70%）低於正常，CD4/CD8 比值11 例（36.7%）偏低，應注意隨訪。

中西醫結合（早期只用西藥，中晚期中西藥同用）治療SARS 患者42 例，其中病重10 例，病危3 例，零死亡。西藥消退發熱時間平均 3.52 ± 0.85 天，中西藥結合胸部X片肺部損傷病灶完全吸收平均時間 26.82 ± 5.98 天，患者平均住院 33.6 ± 4.37 天。

結論：臨床表現多樣，可見多個臟器的受損，淋巴細胞計數百分比與T 淋巴細胞亞群中CD3，CD4/CD8 比值有助於早期診斷和恢復期跟蹤。絕大多數患者能臨床治癒。西藥配合辨證論治中藥和中醫心理干預有助於緩解部分臨床症狀，促進康復。

關鍵字：嚴重急性呼吸綜合徵 臨床特徵 中西醫結合治療

Clinical Characteristics and Integrative Chinese and Western Medicine Treatment of 42 Patients of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS)

Zou jinpan Hua baojin Wang weidong, 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 73.81% 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 CD3 and 76.5% (26/34 patients) with lowered CD4/CD8 ratio. In the mid-late stage, the symptoms with lassitude and weakness in 85.7%, frightened feeling in 81.0%, short breathing 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 CD3 was lower than normal range in 70% and CD4/CD8 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, 10 were severe case and 3 were critical case, none of them died. The mean defervesce time by WM was 3.52 ± 0.85 days, the time for complete absorption of pulmonary lesion, judged by chest X -film, by ICWM 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. The T-lymphocyte count percentage and its subsets, CD3 and CD4/CD8 ratio, are valuable for early diagnosis and follow-up in rehabilitation stage. Majority of the patients could be clinically cured. Combined treatment of WM and TCM according to Syndrome Differentiation and psychiatric intervention are beneficial to remit partial symptoms and promote rehabilitation.

Key Words: SARS, clinical characteristics, integrative Chinese and Western medical treatment

1 臨床資料

1.1 一般資料:廣安門醫院醫療隊自2003年4月28日至6月2日從北京胸科醫院接管並經治確診為SARS者42例,分別從2003年4月17日~5月6日入院。男女各21例,病人的平均年齡為(34.8 ± 12.36)歲,範圍是18~65歲。其中醫護人員4名,學生6人,幹部職員10名,工人4名,外地來京打工13名,退休5名。入院前病程2~8天,平均3.67天。病人中有2人合併冠心病、高血壓病,正在服用速效救心丸、絡活喜、消心痛、蒙諾;1例合併II型糖尿病,正在服用二甲雙胍;哺乳期內母親1例。胃部大部切除術後1周1例;有吸煙史者12例。家庭聚集發病者10例。

1.2 臨床診斷依據:全部確診患者符合衛生部《傳染性非典型肺炎

(SARS) 臨床診斷標準 (試行) 》。

1.3 臨床特徵：

1.3.1 入院時病情分度：普通型29 例(69.1%)，病重10 例(23.8%)，病危3 例 (7.14%)。需使用無創通氣呼吸機11 人。

1.3.2 入院時症狀與體徵分佈：

症狀與體徵	例數 %	症狀與體徵	例數 %
發熱(體溫>38°C 24 小時)	42 100	咳痰	16 38.1
寒戰 (畏寒或惡寒)	32 76.2	咳血絲痰	3 7.14
頭痛	39 92.9	胸悶	32 76.2
關節酸痛	20 47.62	呼吸困難	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 73.81	胃痛	1 2.4

1.3.3 入院時實驗室檢查

項目	$\bar{X} \pm S$ 正常參考值				
	正常 (例)	升高	低下		
白細胞記數 ($\times 10^9 / L$) :	28	12	2	9.78 \pm 2.72	3.5~10
淋巴細胞百分比 :	17	1	24	21.36 \pm 5.12	17~48
中性粒細胞百分比 :	15	25	2	83.44 \pm 6.07	43~76
血小板記數 ($\times 10^9 / L$) :	32		10	227.96 \pm 63.8	150~390
軍團菌檢測 (菌型:Lpl~14, Lpm) 42					$\leq 1:320$
支原體肺炎IgM、IgG 測定: 42					陰性
結核抗體* 42					陰性
呼吸室內空氣時PaO ₂ (mmHg) 25			17	81.37 \pm 20.5	>60mmHg
呼吸室內空氣時PaCO ₂ (mmHg) 41		1		43.42 \pm 7.83	<50mmHg
呼吸室內空氣時SO ₂ : 28			14	90.74 \pm 18.23	>85%
穀丙轉氨酶ALT (U/L) : 16		26		78.33 \pm 5.75	0~40
穀草轉氨酶AST (U/L) : 28		14		47.52 \pm 6.91	0~30
磷酸肌酸激酶CK (U/L) : 22		20		260.66 \pm 17.83	0~195
尿素氮BUN (mmol/L) : 41		1		2.49 \pm 0.87	2.58~7.14
肌酐CRE (umol/L) : 40		2		66.21 \pm 7.34	40~110
CD3 ** 3			31	50.36 \pm 4.85	70.9 \pm 5.5%
CD4/CD8:** 8			26	1.22 \pm 0.67	1.56 \pm 0.12

*結核抗體試驗包括：結核菌38KD 蛋白抗體、結核菌外膜抗體、結核菌特異粘多肽抗體、卡介苗抗體。

**CD3 CD4/CD8 只有34 例有回報結果。

1.3.4 入院和中晚期胸部X 光片資料

入院時42 例患者共累及108 葉肺，其中 ≥ 3 葉者18 例，累及2 葉者20 例，局限1 葉者4 例。葉性肺炎者40 例，伴間質性肺炎者2 例。見心影增大者（左或右心室影）8 例。

中晚期患者胸片變化：4 月29 日接班時已是病程的6~20 天，複查胸片顯示只有29 個肺葉略有吸收，另有4 名患者病變有進展，共累及111 個肺葉。

1.3.5 中晚期症狀體徵分佈：

症狀與體徵	例數	%	症狀與體徵	例數	%
發熱	4	9.5	食欲不振	27	64.3
神疲乏力	36	85.7	噁心	19	45.2
自汗	11	26.2	嘔吐	5	11.9
口乾不渴	17	40.5	腹脹	22	52.4
咽痛	3	7.1	腹痛	4	9.5
口腔潰瘍	5	11.0	大便乾秘	22	52.4
咳嗽	20	47.6	便溏或腹瀉	13	31.0
痰中血絲	3	7.1	關節酸痛	5	11.9
氣短或喘憋	30	71.4	尿頻	7	16.7
胸悶痛	18	42.9	肛裂	2	4.8
心悸	6	14.3	痔瘡復發	3	7.1
失眠	17	40.5	皮疹	2	4.8
恐懼感	34	81.0	閉經	6	14.3
煩躁	2	4.8	月經延期	5	11.9

1.3.6 中晚期和出院前舌診：

中晚期舌象	例數	%	出院前舌象例數	%
體胖大邊齒痕	5	11.9	1	2.34
體痿軟	2	4.8		
質淡紅	16	38.1	38	90.45
質淡暗	22	52.4	3	7.1
質淡紫	4	9.5		
質紅少苔	2	4.8	1	2.34
苔薄白	12	28.6	32	76.2
苔黃白相兼	19	45.2	7	16.7
苔白中根部黃稍厚	9	21.4	2	4.8

2 治療方法：

2.1 西藥四聯（抗病毒，激素，抗生素，免疫調節或支持）為主的標

準救治方案，我們主張一旦不能排除診斷就早用激素。根據病情和患者個體差異劑量以中偏小為主（1~4mg/kg/d）。病情好轉穩定2、3 天後就注意減量。

2.1.1 抗病毒藥：0.9%NS 250ml+利巴韋林0.5~1.0g iv gtt，1~2 次/日，療程1~3 周。

2.1.2 針對典型和非典型肺炎的抗生素：5%GS500ml+阿奇黴素0.5g iv gtt 1 次/日，療程1 周。或左氧氟沙星0.2g iv gtt 2 次/日，療程1~2 周。注意患者體質反應和藥敏。必要時改用病原菌敏感抗生素或用口服抗生素。

2.1.3 激素類：選甲基強的松龍。

輕症：T:38°C左右，甲強龍120mg+0.9%NS100ml， iv gtt Qd；或甲強龍 80mg+0.9%NS100ml， ivgtt， Bid。

較重症：T:39°C左右，伴咳嗽、胸悶者，甲強龍120mg+0.9%NS100ml， iv gtt， Bid。

重症：T:40°C左右，伴咳嗽、胸憋者，甲強龍160mg+0.9%NS100ml， ivgtt， Bid。

危重症：T:40°C左右，伴嚴重缺氧者，肺部滲出明顯、範圍廣，甲強龍 240~320mg+0.9%NS 100ml， ivgtt， Bid。

療程：根據病情輕重，上述激素（甲基強的松龍）劑量用3~5 天後逐漸減量，每次減40~80mg，至每天只用40mg，維持3~5 天，如病情穩定，則改用口服強的松30~50mg，1 次/日，可每日減5mg，也可每週減10mg。

2.1.4 預防應急性胃潰瘍：

選用H2 受體拮抗劑：捷可達100ml， ivgtt， 2 次/日。伴隨激素（甲強龍）的使用。

2.1.5 免疫調節劑：胸腺肽100mg+5%GS250ml， ivgtt， Qd， 療程2 周。

2.1.6 免疫增強：人丙種球蛋白5~10g，靜脈點滴，療程1 周，必要時延長。

2.1.7 吸氧：所有病人均須吸氧，氧流量3~5L/min，鼻導管。若SaO₂<93%，面罩無創呼吸機輔助呼吸。使用持續氣道正壓通氣（CPAP），壓力水平一般為4~10cmH₂O，吸入氧流量5~8L/分，維持血氧飽和度

>93%以上。

2.1.8 心肌受損：

心肌酶譜中CK 升高：選用1,6—二鄰酸果糖 (FDP) 10g，ivgtt，Qd，療程2~3 周。心率(HR)>100 次/分者選用：氨酰心安6.26~12.5mg 口服 2~3 次/日(注意哮喘，COPD病史者為禁忌症)。或安定2.5mg 口服或速效救心丸10 粒 舌下含服，每日3、4 次。必要時有心功能不全者用強心利尿劑。

2.1.9 肝功受損：ALT、AST 升高，選用肝太樂0.4g+5%GS250ml+Vit.C 3.0g，iv gtt，Qd。

2.1.10 對症處理(注意電解質。如有基礎病者仍堅持以往經驗用藥，如降血糖、降血壓、緩解心絞痛等)

發熱： T：<38.5℃，柴胡注射液4ml，im，st.

T：38.5~39℃，安痛定2ml，im，st.

T：>39℃，消炎痛栓1/3~1/2 枚納肛。

咳嗽： 乾咳：複方甘草片3 片 含服，3~4 次/日；可愈糖漿20ml，口服，3~4 次/日

痰咳：複方鮮竹瀝口服液20ml，口服，3~4 次/日

痰中帶血：複方鮮竹瀝口服液送服加服雲南白藥膠囊 3 粒 3 次/日

2.2 中醫辨證論治

根據臨床實際，我們接治的病人中有40 例在早期發熱為主症時只接受了西藥四聯(抗病毒，激素，抗生素，免疫調節或支持)為主的標準救治方案，因此，5 位主檢醫師鑒於SARS 是傳染病的特殊性，和中醫“溫病重舌，雜病重脈”的臨床經驗，查房時聽主訴，重鑒別，重舌象，用數碼相機(SONY P8)記錄不同時段的舌象。擬定辨證施治方案。

2.2.1 中藥靜脈給藥：

2.2.1.1 發熱者宜清熱解毒，保護腦細胞。選用：醒腦靜 40ml+5% GS500ml，ivgtt1 次/日，療程7~10 天

2.2.1.2 防治肺纖維化，促進吸收。宜活血化瘀，寬胸順氣，選用：川芎嗪160mg+5%250ml， ivgtt，1 次/日，療程21 天。

2.2.1.3 清肺化痰，選用：魚腥草注射液100ml，ivgtt，Bid，療程714天。

2.2.2 症狀以低熱為主，伴口乾或渴或不渴，神疲乏力，自汗，舌紅少苔，脈細數。

治宜：益氣養陰，清解餘熱。

方用生脈飲合竹葉石膏湯加減，藥用：太子參20g 麥冬10g 五味子10g 生石膏20g 法夏10g 黨參10g 當歸10g 地骨皮10g 青蒿20g 生甘草10g。

如舌質淡苔薄白，用補中益氣湯方加赤芍、丹皮、知母，銀柴胡。

如有高熱，用麻杏石甘湯合升降散加味，必要時用安宮牛黃丸。

2.2.3 症狀以消化道症狀如食欲不振、胃脹痛為主，伴噁心、嘔吐，腹脹或腹痛、或大便乾結，舌質淡紅，舌苔薄白或黃白相兼或根部黃厚膩，脈弦細為主。這也是抗病毒藥、抗生素使用後常見的不良反應。

治宜：舒肝理氣，健脾和胃。

方用四逆散合平胃散加減：柴胡10g 枳實10g 赤、白芍各10g 蒼白朮各10g 陳皮10g 厚樸10g 法夏10g 神曲10g 烏賊骨15g 酒軍10g

2.2.4 症狀以大便稀為主，大便次數可每日3~5次，四肢乏力，舌苔白而膩見中根部黃為主。這也可見於長期較大劑量使用抗生素後所致的菌群失調。

治宜：健脾和胃，理氣化濕。

方用參苓白朮散合葛根芩連湯。

2.2.5 症狀以胸悶痛，乾咳，氣短或喘憋，舌質偏暗為主。這可見於肺損傷後，肺病灶吸收緩慢，肺功能受損，低氧血症，胸片可見心影增大，以及較大劑量長期使用利巴韋林的副作用。

治宜：寬胸順氣，活血化瘀，宣肺平喘。

以胸痛為主者方選血府逐瘀湯加味；以氣短、喘憋為主者方用小青龍湯合參蛤散；可配服六味地黃丸以調補肺、脾、腎。

2.2.6 症狀以心悸，失眠，恐懼，煩躁，舌尖紅為主。這些症狀在早中期常見，主要原因是人們對該病認識不足，出現心理應激反應和部分患者由於肺組織實變，造成全身缺氧，增加了心臟負荷，甚至出現心功能不全。胸片可見心影增大，以及SARS 病毒所致的心肌損害，

實驗室檢查可見CK，CK-MB 明顯升高。

治宜：舒肝解鬱，寧心安神，宣肺化痰。

方用加味逍遙散合麻杏石甘湯化裁，

酌情送服安宮牛黃丸。同時開展中醫心理治療，多關心鼓勵，幫助病人樹立信心，緩解患者緊張與恐懼。

2.2.7 症狀以肝區隱隱脹痛，噯氣泛酸，易怒，舌邊紅為主。或見肝功能異常，ALT、AST 升高。

治宜：柔肝緩急。

方用：一貫煎加味，以生血柔肝，緩急止痛。藥用生地15g 南沙參15g 當歸10g 枸杞子10 麥冬10g 五味子10g 白芍20g 川楝子5g 烏賊骨10g同時配服烏雞白鳳丸 每次2 丸，每日2~3 次，該成藥對降低ALT、AST 有特異性。

治療期間每3 天左右複查胸片、血常規、血氣分析，注意心、肝、腎功能。

3 治療結果

42 例SARS 患者從5 月2 日開始在原有西藥的基礎上每位患者接受中藥湯劑治療，按照《衛生部有關傳染性非典型肺炎（SARS）病例出院標準》：①體溫正常7 天以上；②呼吸道症狀明顯改善；③X 線胸片有明顯吸收。考慮到該病的特殊性，我們採用更嚴格的出院標準：①臨床無呼吸道症狀；②胸部X 光片正常（心、肺、胸膈無異常）。5 月30 日之前42 位患者先後安排出院，42 名患者平均住院 33.6 ± 4.37 天，無1 例因SARS 而死亡。

胸部X 片顯示損傷灶吸收情況：

至5 月29 日，入院時累及的108 個肺葉中，有101 個肺葉經X 線胸片檢查已恢復正常，其他7 個肺葉也 見明顯吸收，顯示局部稀疏網格狀徵象有3 個肺葉，細條索狀影1 個肺葉，肺紋理粗3 個肺葉。平均完全吸收時間 26.82 ± 5.98 天。臨床觀察顯示，肺部病灶在病程1~2 周內吸收緩慢，有4 例患者雖超常規劑量和療程使用抗生素和激素，病情和肺部損傷灶還是有進展，但進入病程的第3~4 周，特別是第3 周配合中藥辨證論治後，吸收明顯，有26 例患者胸片顯示正常或大致正常。病程的第4~5 周39 例患者的胸片病灶完全吸收經觀察5

天左右無病情反覆而安排出院。吸收較緩慢者有家族聚集發病史，共2例（包括其中1例“毒王”），合併糖尿病者1例，有長期吸煙史者2例。

症狀緩解情況：

針對早期主症發熱，用激素配用柴胡針，消炎痛栓，醒腦靜，使發熱消退時間平均 3.52 ± 0.85 天（統計早期治療病歷體溫記錄）。呼吸系統症狀乾咳、胸悶痛、氣短、喘憋等症狀在配服小青龍湯加味或血府逐瘀湯後2~3天後減輕，1周內可消失。

消化系統症狀：食欲不振，噁心，嘔吐，大便乾或稀瀉，胃脘脹滿或痛等。使用中藥參苓白朮散，葛根芩連湯，四逆散合平胃散加減後1~3天內明顯減輕，1周內消失。

精神神經症狀：失眠，神疲乏力，恐懼，煩躁，易怒等症狀，經用中醫心理干預，並告訴患者：“SARS能治癒。病程經過了14天，病情穩定者就過了死亡關。每個人都不用擔心醫療費用等。”後可見其神色立刻轉變，如釋重負。少數患者配用安宮牛黃丸後，煩躁不安在2~3天內消失。

實驗室檢查：

患者出院前複查血常規，只有2例患者淋巴細胞分類百分比稍低（14%，15.6%），4例肝功中ALT，AST輕度稍高（60~78U/L），複查30例患者T淋巴細胞亞群，其中CD3有21例患者低於正常，9例正常範圍，平均為（ $54.58 \pm 5.01\%$ ）；CD4/CD8比值11例偏低，19例正常範圍，平均為（ 1.33 ± 0.2 ）。心肌酶譜中CK，CK-MB均恢復正常。

激素使用：

所有使用激素患者按預定方案進行激素的減停過程中配用辨證論治中藥，未見病情反覆加重。出院時9例患者帶強的松每日10~20mg口服。未見滿月臉、水牛背、鍋腹、胃潰瘍出血等副作用。

4 討論

4.1 嚴重急性呼吸綜合徵（SARS）早期臨床表現和理化檢查都無特異性，但在流行期和流行區域，遇有發熱，乾咳，白細胞低和淋巴細胞低度下，胸部X片肺部有陰影者應高度懷疑，然後密切觀察病情變化，如是SARS感染加之患者體質差異，則病情變化極快，如控制得

當，則病情相對穩定，發病後10 天左右為中期，病情極易反覆、加重，死亡率較高（3~20%），發病後14 天左右進入晚期（後期或恢復期），即基本渡過危險期，病灶開始吸收，由於激素開始減撤，易出現病情反跳，部分病人（10%左右）可能出現第二高峰。

雖然SARS 屬傳染病，來勢兇猛，變化極快，有一定的死亡率，但只要嚴加防護，SARS 是可治可防。 我院兩批醫療隊員共155 名在一線工作，實現了零感染、患者零死亡。

4.2 SARS 不單是損傷肺臟，也可兼見心、肝、胃腸道、腎、腦功能損害症狀和有關生化指標。絕大多數SARS 患者能臨床治癒，肺損傷修復正常，肺纖維化徵象可終止，可逆轉。因為這種肺纖維化徵象可能是肺內超敏反應而致的大量纖維素滲出，條狀的纖維素互相連接成網，並穿過肺泡壁上的肺泡孔與鄰接的肺泡內的纖維素網相連接，這樣就築成防止病毒，細菌擴散和減少毒素吸收的“防衛網”，當然，如果肺泡內充滿了這種纖維素，也可以減少肺泡內氣體交換的面積。這與特發性肺間質纖維化和其他一些慢性病晚期所見的肺間質纖維化改變有不同的機理。心、肝、腎、胃腸、腦功能損害的症狀可消失，CK、ALT、AST、BUN 等指標隨著病情的好轉可回落正常。我們觀察的42 例患者無任何臨床臟器功能損傷後遺症。

4.3 面對突如其來的人類陌生烈性傳染病—SARS，人們普遍從內心有恐懼感，作為患者，深切的恐懼感如不儘快消除，勢必影響臟腑氣機運行，可表現為肝鬱脾虛，肝胃不和，心神不寧等證候。我們對每位患者的舌象都用數碼相機分期記錄下來，中晚期患者舌象熱傷氣陰的舌紅少苔並不多見，全舌黃厚膩的濕熱並重也未見，病危患者的舌像是舌體增大，邊有齒痕，色暗，根部黃偏厚的典型氣虛血瘀，痰濕內蘊，氣機鬱滯證候。另外有些患者的舌象無明顯虛，瘀、濕症。雖然SARS 屬中醫溫疫範疇，但由於現代醫藥的積極干預，臨床表現與歷史上記載的溫病表現與傳變規律有較大的不同。與典型肺炎相比，非典型肺炎（SARS）吸收緩慢。本病後期，病機應屬邪戀正虛，餘熱未清，氣陰不足，氣虛血瘀，氣機鬱滯，脾虛生濕，心神不寧等。出院前後未見中醫腎虛證候。但要注意多數病人都使用了超常規用量和療程的激素，存在潛在的腎上腺皮質功能紊亂。出院前複查T 淋巴細胞

亞群中CD3 和CD4/CD8 低於正常下限，提示細胞免疫未能恢復正常，需要跟蹤隨訪。

4.4 糖皮質激素是治療SARS 的關鍵藥物，經臨床觀察具備SARS 診斷條件者就應儘早使用，儘快阻斷超敏反應，減少損傷，減輕中毒症狀，為改善預後打下基礎。不必坐等出現了規定的適應症。用量應個體化，及時調整，我們用甲強龍80mg、160mg、240mg、320mg 四個量級，生理鹽水100ml 稀釋後每天1~2 次靜滴，中小劑量的激素就能控制病情，只有1 例患者使用了甲強龍320mg 靜滴，每日2 次，共用4 天後再撤減。根據病情緩解或胸片有吸收逐漸減量，3~4 天減40~80mg，較大劑量（4~8mg/kg 體重）者可減半遞撤。關於停用靜滴激素改為口服：我們觀察到2 例患者從每日2 次靜滴甲強龍240mg 撤至每日1 次靜滴甲強龍160mg使用3 天後停止，並沒有給口服強的松，病情穩定。一般情況下是撤至每日1次靜滴甲強龍40mg 三天後改口服強的松，每天一次頓服30~40mg，以後每3~5天減5mg~10mg，所有患者未見病情反跳，在激素使用過程中全程配用預防應激性潰瘍藥物（如H₂ 受體拮抗劑，或質子泵抑制劑）和抗生素（靜脈或口服，常用是大環內酯類或奎諾酮類），這樣可以避免胃潰瘍出血和感染或由於免疫抑制後繼發感染。可能會出現的菌群紊亂，暫停或換用抗生素後能調整其失調。

4.5 中醫心理干預，能幫助患者樹立信心，解除焦慮，緩解恐懼心理，通過心理—神經—免疫機制幫助患者康復。

總之，目前人們對嚴重急性呼吸綜合徵（SARS）的認識正在不斷加深，從臨床角度總結經驗，中西醫結合優勢整合，豐富治療手段，針對不同時期不同病情，能較好地控制病情，緩解症狀，提高生活質量，促進康復。

由於時間和條件的限制，未能按循證醫學要求進行前瞻性隨機對照來評價中醫藥干預SARS 的臨床療效。但同一醫院不同病區相同西醫治療方案，同期接受治療的配對西藥治療組病例資料正在收集總結，有待於進一步分析比較與探討。

許中華主任醫師

現任：

衛生署台北醫院中醫科科主任
行政院衛生署中醫藥委員會「中醫藥防治 SARS 專家小組」不分區委員。
台北縣中醫師公會監事、學術委員會委員

學經歷：

衛生署台北醫院中醫科主治醫師、內科主治醫師、內科總醫師、住院醫師
偏遠、山地、弱勢族群醫護人道關懷為宗旨之「芸生會」發起人

專著：

1. 許中華、高尚德、黃焜璋等：電針刺激對於肥胖者腰圍降低初步療效評估，台灣中醫醫學雜誌，2003；2(1)：5-40.
2. 許中華：服用決明子 (Cassia Tora. L.) 方劑造成之結腸黑病變 (melanosis coli) -- 病例報告，J Chin Med 11(1)：31-35, 2000
3. 許中華、李宗熙：Dieulafoy's 潰瘍—病例報告，內科學誌，1998；9：93-95.
4. Chung-Hua Hsu、Shih-Tien Hsu、Ching-Jui Chang：Acute pulmonary edema and transient leukopenia in haloperidol-induced neuroleptic malignant syndrom. 18th International Symposium On Intensive Care and Emergency Medicine. Brussel, March 17-20. 1998. —post presentation.
5. Chung-Hua Hsu、Fen-Yu Tseng：Lingual Thyroid Presented With Frequency Hematemesis---A Case Report. 內分泌暨糖尿病醫學會年會特刊，1999；(post

presentation)

6. 李宗熙、許中華等：血液透析對尿毒症病人的碳十三尿素呼氣試驗的影響，消化醫學會，年會特刊；1999 (post presentation)

7. 許中華、許詩典、張景瑞：Haloperidol 引發急性肺水腫與短暫性白血球偏低一病例報告，胸腔醫學，1997；12：p18 (post) (胸腔暨重症加護醫學會年會特刊)

8. 鄭振鴻、許中華：消化性潰瘍合併幽門螺旋桿菌感染之舌相分析，台灣中醫醫學雜誌，2002；1 (3)：15-21.

9. Chung-Hua Hsu, et al. An Evaluation of Additive Effect of Chinese Herbal Medicine on SARS Patients: A Randomized Controlled Trial. (Submission).

從衛、氣、營、血辨證

分析 SARS 疾病傳變

台灣本土證型分析(台北醫院病例)

許中華醫師

衛生署台北醫院中醫科主任，陽明大學公共衛生研究所博士班

摘要

嚴重急性呼吸道症候群 (SARS) 乃是由冠狀病毒所引起^{1,2}，以飛沫傳染為主要傳染途徑所造成之急性呼吸道感染，發病時常伴隨高燒、咳嗽、腹瀉、呼吸困難，甚而呼吸衰竭之嚴重傳染病，此病和古書記載之溫病近似³，現今對 SARS 之定義，乃依據世界衛生組織 (WHO) 於 2003 年 5 月 29 日最新修正之版本，界定為疑似病例、可能病例⁴。

設計衛、氣、營、血症狀之問卷，以 2003 年 4 月 25 日至 6 月 30 日期間住於衛生署台北醫院負壓隔離病房之 SARS 病患為對象，同一位中醫師，每 1-2 天以電話訪問 SARS 病患病情，並參考臨床症狀、試驗室檢查、胸部 X 光之變化，分析 SARS 疾病傳變，是否可以溫病衛、氣、營、血證型解釋。

共 27 人符合 WHO SARS 診斷標準⁵，平均年齡 39.3 ± 11.7 歲，男性 13 人，女性 14 人，平均發病後 3.2 ± 1.6 天住院治療，初發病時以衛(77.8%)、氣(37.1%)證型為主，29.6%兼具衛、氣分證型，初發病平均分數衛分(5.2 ± 2.5)、氣分(3.1 ± 1.4)、營分(0.1 ± 0.3)、血分(0 ± 0)；最後有兩位病患走向營、血分之傳變(7.4%)，並接受插管呼吸器治療，最後死亡，其餘 25 名病患痊癒出院，出院前 16%病患仍有衛、氣分證型，其中 8%兼具衛、氣分證型，最後症狀平均分數衛分(1.5 ± 1.9)、氣分(1.0 ± 1.7)、營分(0.3 ± 0.8)、血分(0.3 ± 0.8)，平均住院天數為 15.3 ± 6.1 天。

由溫病之衛、氣、營、血辨證觀點來看 SARS 疾病傳變，SARS 病患初期症狀以衛、氣分為主，少部份病患轉入營、血分，若轉入營、血分，則預後較差，以衛氣營血證型，分析 SARS 病人是可行且較易掌握病情之方法之一。

**關鍵字：SARS，嚴重急性呼吸道症候群，衛氣營血證型，溫病
前言：**

嚴重急性呼吸道症候群（SARS）是新發現的傳染病，本病於 2002 年 11 月秋冬之際於中國大陸首次發病，至 2003 年 8 月止，已經於世界 4 大洲，32 個國家，造成超過 8000 人以上之感染，並造成近 800 人之死亡^{6,7}，其中中國大陸、香港、及台灣是主要感染地區，91.7% 病例及 88.5% 死亡病例是來自於這三各地區，此華人為主之地區，傳統中醫藥使用已經有一段時間，因此我們以溫病之衛、氣、營、血辨證觀點來分析 SARS 疾病之傳變，希望能夠進一步掌握本病病情之發展。

材料與方法

1. 研究對象與場所：以 2003 年 4 月 25 日至 6 月 30 日期間住於衛生署台北醫院負壓隔離病房之 SARS 病患為對象。
2. 研究設計：本研究採用觀察分析研究。
3. 診斷標準：符合 WHO SARS 診斷標準（表一）⁵
4. 方法：
 - (1) 根據溫病理論及相關證型文獻設計以衛、氣、營、血分症狀問卷⁸⁻¹²，由同一位中醫師，每 1-2 天以電話訪問 SARS 病患病情，並參考臨床症狀、病歷、試驗室檢查、胸部 X 光之變化等。
 - (2) 問卷共 30 題，其中衛分症狀 10 題、氣分症狀 10 題、營分症狀 5 題、血分症狀 5 題，具有該症狀為 1 分，無則為 0 分；若該證型分數超過該證型 40% 以上則判斷此人具有此證型（表二）。
 - (3) 比較最初及最後，衛、氣、營、血各證型所佔比率、平均分數；

並分析最常見之症狀。

5. 試驗室檢查：抗體檢驗使用免疫螢光分析檢測方法，除了 PCR 分析由疾病管制局分析外，其餘試驗檢查由台北醫院檢驗科分析。

6. 統計分析

採用 SPSS V10.0 for Window；基本資料分析採用單一樣本 t 檢定，以 Paired t-test 比較前後衛、氣、營、血各證型， α 設定為 0.05。

結果

1. 基本資料（表三）

2003 年 4 月 25 日至 6 月 30 日期間，共有 54 位患者於台北醫院負壓隔離病房住院，其中 30 名被診斷為 SARS，其中 3 人因個人因素轉到其他醫院接受治療，27 人完成試驗，男 13 例，女 14 例，平均年齡 39.3 ± 11.7 歲，其中 21 人為可能病例，6 人為疑似病例；平均發病後 3.2 ± 1.6 天住院治療，最初症狀以發燒（100%）最常見，平均住院天數為 15.3 ± 6.1 天。

2. 實驗室檢查（表三）

白血球低下 14 例（51.9%）、血小板低下 10 例（37%）、GOT 異常升高 15 例（55.6%）、CPK 異常升高 9 例（33.3%）、LDH 異常升高 8 例（29.6%）；PCR 陽性率 44.4%，抗體檢驗陽性率 66.7%；所有病患胸部 X 光大都有浸潤現象（96.3%）。

3. 衛、氣、營、血證型分析（表四、五）

(1) 初發病時之證型

初發病時以衛（77.8%）、氣（37.1%）證型為主，29.6% 兼具衛、氣分證型，初發病時平均症狀分數：衛分（ 5.2 ± 2.5 ）、氣分（ 3.1 ± 1.4 ）、營分（ 0.1 ± 0.3 ）、血分（ 0 ± 0 ）；衛分症狀以乾咳（55.6%）、口乾（48.2%）、咽乾（40.7%）、全身痠痛（33.3%）、頭痛（29.6%）最常見；氣分症狀以腹脹不思食（51.9%）、欲嘔（37.4%）、喘急（33.3%）、小便色紅赤（33.3%）、大便溏軟（25.9%）最常見。

(2) 最後之證型

有兩位病患營、血分之傳變（7.4%）並接受插管呼吸器治療，最後

死亡，其餘 25 名病患痊癒出院，出院前 16%病患仍有衛、氣分證型，其中 8%兼具衛、氣分證型，最後症狀平均分數衛分(1.5 ± 1.9)、氣分(1.0 ±1.7)、營分(0.3 ±0.8)、血分(0.1 ±0.4)；營、血分症狀以皮膚紅疹(11.4%)、心煩不寐(11.4%)、牙齦出血(7.4%)、神昏(7.4%)、手足抽筋(7.4%)為主；出院前殘留之症狀以衛分症狀之口乾(33.3%)、乾咳(25.9%)、咽乾(22.2%)最常見；氣分症狀以腹脹不思食(22.2%)、喘急(22.2%)、大便溏軟(18.5%)最常見。

(3)證型傳變之比較

以 Paired t-test 比較 SARS 病人最初及最後衛、氣、營、血各證型，衛分及氣分改變達統計意義 (p=0)，但營分 (p=0.28) 及血分 (p=0.07) 未達統計意義存在。

討論

從傳統中醫觀點及由 SARS 臨床表現來看，SARS 應是一種由熾盛邪毒引起之溫疫，事實上傳統醫學早就認識到瘟疫流行與諸多因素有關，『內經』對於癘氣與瘟疫關係論述，奠定了中醫瘟疫學說與流行理論建立基礎；此外 1406 年『普濟方，山嵐瘴癘』提及瘴癘之氣易感染性，明代『景岳全書，瘴氣』也提到易感染之差異¹³。

因 SARS 疾病臨床傳化速度迅速，對於本病之歸類、證型、傳化方式，各方學者提出不同看法³，本文之研究設計仍根據溫病之衛、氣、營、血證型觀點來分析 SARS 疾病之傳變，進一步掌握本病病情之發展；葉天士『外感溫熱篇』中，「大凡看法，衛之後方言氣，營之後方言血，在衛汗之可也，到氣才可清氣，入營就可透熱轉氣，---，入血就恐耗血，直須涼血散血，--」，如果 SARS 疾病之傳變可以衛、氣、營、血證型來解釋，對於本病病情之掌握，及中西結合治療方針，將有所助益。

從結果來看本病初期以衛、氣證型為主，近 3 成病人發病之初兼具衛、氣分證型，衛分症狀以乾咳、口乾、咽乾、全身痠痛、頭痛最常見；氣分症狀以腹脹不思食、欲嘔、喘急、小便色紅赤、大便溏軟常見；大部分病人預後不錯，低於 10%病情惡化需要插管呼吸器治療，以溫病衛、氣、營、血證型分析，這些嚴重病人，屬於營、血分

之證型，從傳統醫學角度來看，本病程已經入裡傷陰；雖然大部分病人，預後不錯，出院前之痊癒病患，卻仍有許多症狀存在，以衛、氣分證型（16%）為主，其中 8% 兼具衛、氣分證型，出院前殘留之症狀以口乾、乾咳、咽乾、腹脹不思食、喘急、大便溏軟常見。

若比較 SARS 病人最初級及最後衛、氣、營、血各證型，衛分及氣分改變達統計意義（ $p=0$ ），但營分（ $p=0.28$ ）及血分（ $p=0.07$ ）未達統計意義存在，我們認為衛分及氣分改變達統計意義，表示衛、氣證型隨著即疾病發展傳變，大部分病患可以痊癒，少部分有留有殘留症狀（16%），及走向營血、分之傳變（7.4%）；比較前後營分及血分證型，雖未達統計意義存在，可能是病例數太少的的原因，因為初期沒有營、血分證型的病人，最後雖然有兩位病患發展到營、血分證型傳變，然而病例數太少，未能從統計上顯示其意義，然而從症狀平均分數上來看，已具有傳變發展傾向，如果觀察病例數增加，我們相信應會達到統計上之意義。

從衛、氣、營、血證型觀點，分析 SARS 病人疾病發展傳變，發現到許多兼證之情形，疾病初期有近 3 成，後期有 8% 兼有衛、氣分證型，7.4% 走向營血、分兼證之傳變，也就是說兼證存在於 SARS 疾病之傳變過程，但以衛、氣分兼證，及營血分兼證為主。

SARS 是新興急性傳染病，嚴重威脅人們生命健康，許多學者從不同角度來解釋本疾病傳變及發展，並提出治則與治療經驗¹⁴⁻¹⁵，雖然大部分學者認為本病屬於溫病範疇^{3,14,15,16}，然而對於疾病發展及傳變歸類，卻有許多不同看法，事實上溫病理論就有許多不同理論，解釋疾病發展及傳變歸類，例如三焦證型及傳變，從我們臨床觀察（衛生署台北醫院），本病發展初期以上、中焦為主，以手、足太陰經為標的，然而以下焦辨證解釋本病之後期傳變，似嫌不足¹⁷，有些學者以濕溫、溼熱、溫熱、肺熱、寒濕或傷寒辨證等角度來看本病^{15,18}，然而大都無法全面解釋本病所有病程發展，或獨有理論缺乏實際臨床觀察經驗。

台北醫院身處疫區，台北縣是台灣第二多病例數之縣市，我們以嚴謹之科學研究設計方法，提出「是否可以衛、氣、營、血證型來解釋，SARS 疾病之傳變？」假設，進行檢定，雖然囿於許多不可控制

之因素，如無法直接進行舌診與脈診（病人高傳染力，院方禁止）、初期插管病人無法納入觀察、太小之小孩或太老病患無法進行電話訪問、嚴重且插管之病患後續病情追蹤、以及病例人數太少等等，後續的相關研究值得進行。

從初步獲得的資料來看，我們提出下列結論：

1. 以衛、氣、營、血分證型來解釋，SARS 疾病之傳變發展是可行的模式之一。
2. SARS 疾病初期，以衛、氣證型為主，且部分有兼證之情形。
3. SARS 疾病後期，大部分痊癒，少部分有殘留衛、氣症狀，低於 10% 發展到營、血分證型，這些患者預後不佳。

從中西醫結合角度來看，本病發展傳變可能圖示：

【現代醫學觀】

天	-7	0	7	14
期	潛伏期	病毒複製期	細胞風暴期	肺纖維化期 (肺間質性病變)

【中醫觀】

衛分期	* * * * *	*****	* * * * *	* * * * *	* * * * *	* * * * *	* * * * *	* * * * *	* * * * *
氣分期		* * * * *	*****	* * * * *	* * * * *	* * * * *	* * * * *	* * * * *	* * * * *
營分期				* * * * *	*****	* * * * *	* * * * *	* * * * *	* * * * *
血分期						* * * * *	*****	* * * * *	* * * * *

希望透過從傳統醫學溫病之衛、氣、營、血分證型，來了解分析 SARS 疾病之病程發展傳變，進一步掌握疾病特徵與病機，及提供未來中西結合治療本病時，有所助益¹⁹⁻²⁰。

表一：診斷標準及排除條件

診斷標準 (WHO 診斷標準)

(一) 疑似病例 (Suspect Case)

1. 於 2002 年 11 月 1 日之後出現：

(1). 高燒 ($>38^{\circ}\text{C}$) 及

(2.) 咳嗽或呼吸困難

並且在症狀出現前十天有暴露史

(二) 可能病例 (Probable Case)

疑似病例具下列狀況之一者為可能病例：

1. 經胸部 X 光攝影判定為肺炎，或有呼吸窘迫症候群 (Respiratory Distress Syndrome) ；

2. 經 SARS 冠狀病毒相關檢驗有一項或一項以上分析方法檢出陽性結果 (SARS 病毒 PCR 二次確認陽性、酵素免疫分析法或免疫螢光分析法測定血清抗體陽轉，或病毒分離培養陽性。請參考 WHO SARS 實驗室診斷判讀建議) ；

3. 個案死亡經屍體解剖出現未明原因引起之呼吸窘迫症候群病理變化者。

(三) 排除條件

1. 年齡小於 15 歲或大於 72 歲以上

2. 疾病初期就插管治療

具有其他併發症或經醫師判斷不適合本研究者

表二：衛、氣、營、血症狀及證型題目

衛分證 (每項一分, 超過 4 分視為具此證型)		氣分證 (每項一分, 超過 4 分視為具此證型)	
1	發熱	11	高熱 (超過 38.5°C)
2	乾咳	12	喘急
3	咽乾	13	口苦
4	咽痛	14	欲嘔
5	口乾	15	腹脹不思食
6	胸悶	16	腹瀉
7	頭痛	17	大便溏軟
8	全身痠痛	18	大便不下
9	微惡風寒	19	小便色紅赤
10	身重	20	小便灼熱感
營分證 (每項一分, 超過 2 分視為具此證型)		血分證 (每項一分, 超過 2 分視為具此證型)	
21	皮膚紅疹	26	發斑疹
22	齒齦出血	27	多處出血
23	心煩	28	手足抽畜
24	夜寐不安	39	神昏
25	身熱神昏	30	癩厥

表三：基本資料

基本特徵	平均值	備註
年齡，歲	39.3 ±11.7	
男女比	13:14	
PCR 陽性率	44.4%	
抗體檢驗陽性率	66.7%	
發病後住院治療，天	3.2 ±1.6	
平均住院天數，天	15.3 ±6.1	
初發病時體溫，℃	38.4 ±0.8	
初發病心跳 / 分	98.3 ±17.8	
初發病時呼吸次數 / 分	21.1 ±1.6	
初發病時，收縮血壓，mmHg	119.3 ±17.8	
初發病，收縮血壓，mmHg	70.3 ±12.4	
胸部 X 光肺部浸潤比率	96.3%	
Lymphocytes, 10 ⁻⁹ / L	1.2 ±0.7	初次檢驗值
Platelets, 10 ⁹ /L	198.7±87.5	初次檢驗值
CPK, U/L	184.1±206.4	初次檢驗值
GOT, U/L	32.9 ±15.6	初次檢驗值
LDH, U/L	248.9±92.	初次檢驗值
Creatinine, mg/dL	1.0 ±0.3	初次檢驗值
接受治療 Rovatrol 率	91%	
接受治療 IVIG 率	22%	免疫球蛋白
接受治療 Steroid 率	57%	
接受治療 Antibiotic 率	91%	

表四：衛、氣、營、血症狀及證型分析表

證型	最初			最後			P* 值
	總分	證型人數	平均分	總分	證型人數	平均分	
衛分證	140	21	5.2 ± 2.5	40	4	1.5 ± 1.9	0
氣分證	83	10	3.1 ± 1.4	26	4	1.0 ± 1.7	0
營分證	3	0	0.1 ± 0.3	8	2	0.3 ± 0.8	0.28
血分證	0	0	0	8	2	0.3 ± 0.8	0.07

t test.

表五：SARS 病人常見之衛、氣、營、血症狀

症狀	初發比率	最後比率
衛分症狀		
乾咳	55.6%	25.9%
口乾	48.2%	33.3%
咽乾	40.7%	22.2%
全身痠痛	33.3%	7.4%
頭痛	29.6%	11.1%
胸悶	18.5%	7.4%
咽痛	14.8%	14.8%
氣分症狀		
腹脹不思食	51.9%	22.2%
欲嘔	37.4%	11.1%
喘急	33.3%	22.2%
口苦	33.3%	11.1%
小便色紅赤	33.3%	0%
大便溏軟	25.9%	18.5%
腹瀉	14.8%	11.1%
大便不下	7.5%	0%
小便灼熱感	7.4%	0%
營、血分症狀		
心煩不寐	7.4%	11.4%
皮膚紅疹	3.7%	11.1%
齒齦出血	3.7%	7.4%
神昏	0%	7.4%
手足抽筋	0%	7.4%
筋厥	0%	3.7%

參考文獻(略)

吳耀光醫師 Wu, Yao-Kuang

POSITION: Attending Physician of Chest Medicine,
Chang-Gung Medical Hospital, Linko Taipei R.O.C

EDUCATION:(Date, Name of Medical or Dental School, Location)
Sep. 1989~ Jun. 1994, Kaoshung Medical College, Kaoshung,
Taiwan. R.O.C. .

TRAINING:

July 1994 ~ June 1997, Residency in the Department of Internal
Medicine: Chang Gung Memorial Hospital

July 1997 ~ June 1999, Fellowship in the Department of Chest
Medicine: Chang Gung Memorial Hospital.

19-25, Nov, 1998. course of sleep medicine at sleep school of
Stanford University, USA

EMPLOYMENT RECORD:

1. Jul. 1994~Jun.1997, Residency of Medical Department of
Chang-Gung Memorial Hospital, Linko Taipei R.O.C.

2. Jul. 1997~Jun.1999, Fellowship of Chest Medicine,
Chang-Gung Memorial Hospital, Linko Taipei R.O.C.

3. Jul.1999~ now . Attending Physician of Chest Medicine,
Chang-Gung Medical Hospital, Linko Taipei R.O.C.

LICENSES:

PROFESSIONAL AFFILIATIONS: (Medical Organizations or
Societies)

1. Member of Internal Medicine, Taiwan, R.O.C.

2. Member of Pulmonary and Critical Care Medicine, R.O.C.

3. Member of Emergency and Critical Care Medicine, Taiwan, R.O.C.

RESEARCH INTEREST:

Sleep Medicine

Pulmonary and Critical Care Medicine

BIBLIOGRAPHY:

1.Publications: (Please list in bibliographical form)

1. Wu YK, Lin MC, Chen NH. Respiratory Failure in Pompe's
Disease-A Rare Initial Presentation in a Rare Disease. Thorac Med
2000

2. Chang-Sheng Lin, Ming-Lung Chung, Sung-Jung Ho, Ning-Hung
Chen, Yao-Kuang Wu, Thomas C.Y. Tsao . Acute chronic respiratory

- complicated by undetected obstructive sleep apnea syndrome. Thorac Med.43-492,2001 Mar
3. Chen NH. Li KK. Li SY. Wong CR. Chuang ML. Hwang CC. Wu YK. Airway assessment by volumetric computed tomography in snorers and subjects with obstructive sleep apnea in a Far-East Asian population (Chinese). Laryngoscope. 112(4):721-6, 2002 Apr.
 4. Chang MJ. Wu YK. Lin MC. Severe Critical Illness Polyneuropathy Resulted in Tetraplegia: A Complication of Sepsis and Multiple Organ Dysfunction Syndrome-A Case Report. Thorac Med.449-454,2003 Oct.
 5. Wang CL. Wu YK. Huang SF. Tsai YH. Huang CC. Lin MC. Idiopathic Bronchiolitis Obliterans with Organizing Pneumonia manifesting as Acute respiratory Distress Syndrome-A Case Report. Thorac Med.18-23,2004 Feb.

SARS 病患的診治回顧

長庚醫院胸腔一科

吳耀光醫師

CASE PRESENTATION

1. Identification

- Name: 陳 X 秋
- Age: 42 years old
- Sex: female
- Carrier: Head nurse(和平醫院 B 棟 8F)
- Admission date: 92.4.23

2. Chief Complaint

- Fever since 4/20 night

3. Present Illness

- 最後上班日: 4/17
- Went to 花蓮 for tour on 4/18
- Fever & chills since 4/20 night
- Headache(+)
- Cough(-), sputum(-), dyspnea(-), rhinorrhea(-), sorethroat(-), abdominal pain(-), diarrhea(-)
- 4/21 visit NTUH ER
- 4/23 visit NTUH ER and transfer to our ER

4. Past Medical history

- Denied any systemic disease

5. Physical examination

- Vital sign: T:39.5c; P:111; R:22; BP:158/68
- HEENT: pale(-), icteric(-)
- Neck: supple
- Chest: clear breathing sound
- Heart: RHB
- Abdomen: soft, tenderness(-)
- Extremities: freely movable

- 4/24 U/A: negative, U/C: colony<100
- 4/29 U/A: negative
- 4/29 Sputum smear:
 - GNB 1+; yeast 2+, neutrophil 1+
- 4/29 Sp/C: mixed flora
- Mycoplasma IgG(-), IgM(-)
 - Cold agglutinin: 1:4(-)

6. Admission Course

- 4/23 to ER
- 4/24 Clarythromycin 1# bid po
- 4/25 add Moxifloxacin 1# qd po
 - give Ribavirin 10# stat and 4# bid
- 4/29 dyspnea, CXR show worse
 - Pulse therapy plus IVIG
 - methylprednisolone 500mg x 6 doses
 - IVIG(3g/vial) 20 pc qd x 2 days
 - add Fortum and DC Moxi

•4/30 On ET in the afternoon

•5/1 5:52 Expire

SARS --- 知道多少

- 病患到底有多少？
- 預後如何？
- 恢復狀況如何？
- 感染力有多可怕？

1. Late Stage of SARS

- Outcome of SARS
- Late complication of SARS
 - Lung parenchyma change
 - Functional evaluation
 - Healthy evaluation
- What we have learned

Final Diagnosis of SARS

- Screen cases
 - Every suspected cases with fever and/or CXR abnormality
- Reported cases (clinical diagnosis cases)
 - Fit the clinical diagnostic criteria of WHO/CDC
- Suspected and probable
- Definite cases
 - Clinical cases with any of the following
- PCR
- Serological confirmation

2. Final Diagnosis in CGMH

- Over 600 screened cases
- 188 reported cases
- 75 clinical suspected cases
- 31 definite diagnosed cases
 - < 5% of screened cases
 - 16% of reported cases

林口長庚醫院 SARS 通報病例之 Outcome

1. 通報病例：188 例（含確診病例 31 例）

- Mortality
 - 11 例， 5.9%（含 Expire, critical AAD 之病例）
- Morbidity
 - 14 例， 7.4%（Intubation 但未 expire 或 critical AAD 之病例）
- Discharge
 - 163 例， 86.7%（未 intubation, expire 或 critical AAD 之病例）

林口長庚醫院 SARS 確診病例之 Outcome

確診病例 31	Intubated: 11	Expire: 3	Mortality: 27.3%
		Survival: 8	
	Not intubated: 20	Expire: 0	Mortality: 0
		Survival: 20	
	Overall:	Expire: 3	Mortality: 9.7%
		Survival: 28	

Outcome --- SARS vs. ARDS

- The mortality rate of SARS patients with hyoxemic event is lower than that of the ARDS reported (35-40%)

(N Engl J Med 2003; 348:683 AJRCCM 2003; 167: 690)

Outcome of Viral Infection

	SARS	RSV	Influenza	Varicella
Patient No.	11	10,000* person-year	10,000* person-year	2262**
Mortality (%)	27.3 (3/11)	6.6	19.6	21.3

*JAMA 2003 289:179-186 (all age 1990-1999)

**The Journal of Infectious Diseases 2000;182:383 - 90 (age>20, 1970-1994)

Late Stage of SARS

- Outcome of SARS
- Late complication of SARS
 - Lung parenchyma change
 - Functional evaluation
 - Healthy evaluation

- What we have learned

Image

- CXR
 - Complete recover in early late stage
- HRCT:
 - Abnormal in early late stage
 - Much ground glass picture

-Complete, incomplete and non-resolution in late late stage

	0-1 months	2-3 months	4-6 months
Ground Glass	7	2	0
Fibrosis	3	1	1
Negative	0	5	5

Total patient number = 7

Functional evaluation

- Simple spirometry
- Lung volume test
- Diffusion capacity
- Cardiopulmonary exercise test

Functional Status

- Early late stage
 - Some have small airway disorder
 - Normal lung volume, and FEV1
 - One decrease DL_{CO}
 - Post exercise desaturation
 - One restrictive lung disease
- Late late stage
 - Persist small airway disorder
 - One restrictive lung disease

PFT in Late ARDS

- Normal spirometer and lung volume study
- Mild to moderate decrease in DL_{CO}
 - Improving by the time
- Suspected of air trapping noted

(N Engl J Med 2003; 348:683 AJRCCM 2003; 167: 690)

PFT in Late Viral Infection

- There are about 50% of patients at 5th months and 30% of patients at one year showed abnormal diffusion capacity in varicella infection.

(Thorax 2001; 56: 736)

Small Airway Sequel?

- Acute viral bronchiolitis in child
- Adult?
 - Measles pneumonia with bronchiolitis
 - Chicken pox infection

Exercise Tolerance

- The result of 6 min walking test one year after ARDS is only about 60% of predicted
 - Critical illness neuropathy?
- One of the SARS patients had rhabdomyolysis with complete recover in muscle power
- Three of the SARS patients showed possible post exercise hypoxemia (mild)

Health Related QOL --- ARDS

- Mean SF-36 scores were well below population norms in all domains except for social functioning, role-emotional, and mental health.

(AJRCCM 2003; 167: 690)

- Alpeocia
- No body weight loss

Steroid in Severe Viral Pneumonia

- Corticosteroids appear to be of value in the treatment of previously well patients with life-threatening varicella pneumonia

(CHEST 1998; 114:426 - 431)

Late Stage of SARS

- Outcome of SARS
- Late complication of SARS
 - Lung parenchyma change
 - Functional evaluation
 - Healthy evaluation
- What we have learned

SARS 之感染途徑？

- 空氣傳染？飛沫傳染？
- 呼吸治療處置之安全性？
- 接觸者之感染？

Seroprevalence among Health Workers

- 674 healthcare workers from a hospital in which a SARS outbreak had occurred.
- 353 (52%) experienced mild self-limiting illnesses
- 321 (48%) were asymptomatic
- None of these healthcare workers had antibody to SARS
(Emerging Infectious Diseases • Vol. 9, No. 11, November 2003)

接觸者血清抗體反應

總人數		
278		
第一接觸者 89	第二接觸者 132	未曾接觸者 57
所有血清皆呈現陰性反應		

SARS -- 知道多少

- 病患到底有多少？
 - ◀ 5% 篩檢病例，16%通報病例
- 預後如何？
 - ◀ 死亡率約 10%，與其他嚴重濾過性病毒感染相當，比 ARDS 預後佳
- 恢復狀況如何？

- 初期部分呈現後遺症，晚期恢復佳
- 感染力有多可怕？
 - 空氣傳染之可能性低
 - 適當防護下，呼吸器使用是安全
 - 是當防護下接觸者感染機會低
 - 接觸照護工作者並無受感染機會