

中药溻渍技术干预危重症患者高热症状的临床应用探索

张 兵¹ 孟思璠¹ 石福霞¹ 张 萃¹ 马玉林² 甘 泉³ 于 萍⁴ 杨金亮¹

(1. 中国中医科学院广安门医院 ICU, 北京 100053; 2. 中国中医科学院广安门医院急诊科, 北京 100053;
3. 中国中医科学院广安门医院外科, 北京 100053; 4. 中国中医科学院广安门医院心血管科, 北京 100053)

【摘要】目的 观察运用中药溻渍技术干预危重症患者高热症状的应用效果。**方法** 对 2021 年 1 月—2022 年 8 月中国中医科学院广安门医院 ICU 危重症高热患者 51 例采用中药溻渍技术降温, 并进行数据采集及统计分析, 对不同中医证型、不同干预部位实施中药溻渍技术干预前及干预后体温水平进行评价。**结果** 干预后, 中药溻渍不同部位、不同中医证型患者体温与干预前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 但溻渍干预后, 溻渍躯干与四肢体温比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。实证患者溻渍干预效果明显优于虚证与虚实夹杂证 ($P < 0.05$), 虚证与虚实夹杂证患者溻渍效果比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论** 中药溻渍药效持续时间长, 与溻渍部位无关, 对实证患者效果更好。

【关键词】 中药溻渍; 高热; 临床探索

DOI: 10.16025/j.1674-1307.2023.02.004

发热是指在体温中枢功能障碍或致热原作用下, 产热增加, 而散热却不能相应地随之增加或散热减少, 体温升高超出正常范围^[1], 为临床中常见的症状之一。ICU 患者的发热发生率为 25.5%~50.1%^[2]。体温过高会增加机体基础代谢率, 导致组织和器官功能严重受损。因此持续有效的目标温度管理^[3]对危重症高热患者尤为重要。临床中常用的高热处理方法首选物理降温, 包括冰敷、酒精擦浴等方式。许多中医技术可以用于高热患者的降温, 有研究^[4]指出中药擦浴可以有效降温, 且降温效果持续时间长、不良反应少; 还有研究^[5]指出, 中药溻渍技术可迅速改善小儿高热症状。本研究通过回顾性数据分析, 观察中药溻渍技术在干预危重症患者高热症状中的应用效果。

1 临床资料

1.1 病例来源

选取 2021 年 1 月 1 日—2022 年 8 月 1 日中国中医科学院广安门医院 ICU 病房收治的 51 例使用中药溻渍技术的危重症高热患者资料, 进行回顾性研究。本研究经中国中医科学院广安门医院伦理

委员会审查 (2022-010-KY)。

1.2 纳入标准

体温 $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$; 未采用其他药物降温; 无正在进行连续肾脏替代疗法 (CRRT) 治疗。

1.3 排除标准

对所使用中药成分过敏者; 精神状态异常不能配合者; 溻渍部位皮肤异常者。

2 方法与观察指标

2.1 干预方法

2.1.1 常规治疗: 所有患者均根据药敏结果使用抗生素, 高热期间给予补液治疗。住院期间针对基础疾病给予治疗。

2.1.2 中药溻渍技术: 取科室自拟方“退热洗剂”进行溻渍技术干预, 药物组成: 麻黄 100 g, 冰片 100 g。加水 800 mL 浸泡 30 min, 煎煮至 600 mL。使用时, 隔水加热至 $30\sim 37^{\circ}\text{C}$, 用双层纱布浸湿进行四肢擦浴, 每部位擦拭 2 min, 后将纱布浸湿, 拧至不滴水为宜, 随机选择溻渍在患者躯干或四肢。溻渍面积: 双侧上肢约为 $50\text{ cm}\times 8\text{ cm}$, 双侧下肢约为 $80\text{ cm}\times 10\text{ cm}$; 躯干约为 $30\text{ cm}\times$

基金项目: 中国中医科学院科技创新工程重大攻关项目 (CI2021A03202)

作者简介: 张兵, 女, 39 岁, 大学本科, 主管护师。研究方向: 重症患者护理与中医护理学研究。

通信作者: 杨金亮, E-mail: onlyonlife@sina.com

引用格式: 张兵, 孟思璠, 石福霞, 等. 中药溻渍技术干预危重症患者高热症状的临床应用探索 [J]. 北京中医药, 2023, 42(2): 140-142.

40 cm。溺渍时间 30 min，溺渍过程中及时喷洒中药维持纱布湿度，并注意患者保暖。

2.1.3 中医证型判断：由 2 名副主任及以上职称中医师依据《中医临床诊疗术语证候部分》^[6]并结合临床经验对患者进行证候判断，其中虚证包括气虚证、血虚证、阴虚证、阳虚证；实证包括痰浊证、瘀血证及风寒袭表证等；既有虚证又有实证证素者为虚实夹杂证。

2.2 评价指标

在实施中药溺渍前后，使用水银体温计测定患者腋下温度。

2.3 统计学方法

全部资料采用 SPSS 23.0 统计软件进行数据处理。符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示，多组间采用方差检验，方差齐者采用独立样本 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 患者基线资料

纳入研究的 51 例患者中男 25 例，女 26 例；年龄(73.12 $\pm$ 10.11)岁；第一诊断重症肺炎 28 例、脑出血 5 例、脑梗死 7 例、冠心病 2 例、急性胰腺炎 1 例、肿瘤 4 例、休克 3 例、酮症酸中毒 1 例。干预前体温(38.78 $\pm$ 0.41) $^{\circ}\text{C}$ ，干预后 1 h 体温下降至(38.04 $\pm$ 0.75) $^{\circ}\text{C}$ ，差异有统计学意义($P<0.05$)。干预后 3 h 体温下降至(37.75 $\pm$ 0.73) $^{\circ}\text{C}$ ，与干预前比较，差异有统计学意义($P<0.05$)；与干预后 1 h 比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

3.2 按溺渍部位分组体温比较

按溺渍部位分为躯干组及四肢组，其中躯干组 25 例，男 12 例、女 13 例，年龄(68.4 $\pm$ 8.9)岁；四肢组 26 例，男 13 例、女 13 例，年龄(81.3 $\pm$ 7.5)岁，2 组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

干预前，躯干组与四肢组体温比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；2 组干预后 1 h 体温均下降，与干预前比较，差异有统计学意义($P<0.05$)；2 组间比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 1。

3.3 按中医证型分组温比较

按中医证型分为实证组、虚证组、虚实夹杂证组 3 组，其中实证组 17 例，男 8 例、女 9 例，年龄(73.1 $\pm$ 12.1)岁；虚证组 19 例，男 9 例、女 10

表 1 不同溺渍部位干预前后体温比较($^{\circ}\text{C}$, $\bar{x}\pm s$)

部位	例数	干预前	干预 1 h	差值
躯干	25	38.76 $\pm$ 0.41	37.91 $\pm$ 0.71*	0.86 $\pm$ 0.61
四肢	26	38.80 $\pm$ 0.42	38.17 $\pm$ 0.78*	0.63 $\pm$ 0.68

与治疗前比较，* $P<0.05$

例，年龄(73.3 $\pm$ 7.1)岁；虚实夹杂证组 15 例，男 8 例、女 7 例，年龄(72.9 $\pm$ 11.6)岁，3 组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。

干预前，3 组间体温比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；干预后 1 h，3 组体温均下降，与干预前比较，差异有统计学意义($P<0.05$)；且实证组干预后体温下降最明显，与其他 2 组比较，差异均有统计学意义($P<0.05$)；虚实夹杂证组干预后体温下降高于虚证组，但差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 不同中医证型干预前后体温比较($^{\circ}\text{C}$, $\bar{x}\pm s$)

证型	例数	干预前	干预 1 h	差值
实证	17	38.80 $\pm$ 0.32	37.80 $\pm$ 0.68*	1.28 $\pm$ 0.65
虚证	19	38.75 $\pm$ 0.23	38.17 $\pm$ 0.55* Δ	0.57 $\pm$ 0.51 Δ
虚实夹杂证	15	38.81 $\pm$ 0.44	38.07 $\pm$ 0.40* Δ	0.74 $\pm$ 0.48 Δ

与治疗前比较，* $P<0.05$ ；与实证组比较， $\Delta P<0.05$

4 讨论

4.1 中药溺渍技术适用于危重症患者高热降温

物理降温通过促进皮肤散热来达到降低机体温度，包括冰敷、酒精擦浴、温水浴、冰水灌肠、冰毯降温等，是目前临床简便且安全的降温方法，可用于降温的中医外治法包括推拿、贴敷、刺络放血、中药保留灌肠等手段。

溺渍法属中医外治法，溺者，湿敷也，指药液浸于药棉或药布后，敷于患处；渍者，渍也，指用药液浸渍患处^[7]，临床中溺法和渍法常结合使用，又称湿敷法。溺渍法是将药液在局部进行淋洗、浸泡、湿敷，使药液依靠肌肤毛窍、经络、穴位、腠理等发挥药效，达到治疗目的，首见于《刘涓子鬼遗方》中记载^[8]。《医宗金鉴》曰：“软帛迭七、八重，蘸汤勿令大干，复于疮上，两手轻按片时，帛温再换，如此再按四、五次。”详细描写了溺渍法的操作。《圣济总录》记录了以棉布、丝绢、麻布等蘸药汁趁热敷或频繁涂擦在病处，促进病变范围气血流转，加快病邪排出的方法。

本研究采用中药塌渍方法降温,首先用中药擦洗,之后将药液湿敷于皮肤上,操作过程中的洗按和温敷,可使毛细血管扩张,加速血液循环;淋洗和湿敷均能增加皮肤水合状态,使紧密的角质层结构发生改变,形成多孔更利于药物透过^[9];操作中的擦浴按摩,有利于药物深入毛囊深处,而毛囊作为有效的储集层,可使药物停留时间延长。例如,纳米颗粒状物质可以在毛囊里停留 10 d,而非颗粒状物质最长停留 4 d。本研究采用的自拟方为我科经验方,药物包括麻黄、冰片。麻黄其性辛、温、味微苦,归肺、膀胱经,具有发汗解表、宣肺平喘、利水消肿之功。冰片属芳香开窍药,能引药由肌表直达腠理,是常用的中药促透剂之一,主要作用部位在皮肤的角质层,能够提高药物的经皮渗透率^[10]。二者合用,可以促进皮肤对药物的吸收,充分发挥疏风透邪、通透腠理、发汗解表的功效,同时温敷可以使药物深入毛囊,延长药物作用时间。研究结果发现,在实施中药塌渍技术干预后,患者的体温均有不同程度地下降,并且降温效果可持续至干预后 3 h,相比单纯物理降温方法疗效明显且持续时间长。

4.2 中药塌渍技术用于实证患者降温效果更佳

中医学将发热分为外感发热和内伤发热。内伤发热病机较为复杂,以虚实为纲,虚证有阴虚发热、血虚发热、气虚发热、阳虚发热;实证可见于食积、气郁、血瘀等发热^[11]。实证发热过程中易导致腠理毛窍不通,而中药塌渍技术有开毛窍、开达腠理、驱邪外出、邪去正安的效果^[12]。本研究显示,对于实证患者采用中药塌渍技术,降温效果最明显,优于虚证与虚实夹杂证患者。

本研究结果也表明,实施中药塌渍技术对高热患者进行降温,塌渍四肢与躯干效果差异无统计学意义,可能在于温敷之前先进行了四肢擦洗,促进血管扩张加速血液循环,增加了蒸发,从而起到降温作用。

综上所述,中药塌渍技术安全性高,实施方便,可操作性强。但本研究属于回顾性研究、样

本量少,存在一定的偏差;其次,没有设立其他降温方法的对照组;再次,临床中使用中药塌渍技术时因塌渍药物浓度、温度、塌渍纱布的湿度及塌渍部位都没有明确的研究,影响疗效的准确性和客观性。在今后的研究中,可扩大样本量,探讨不同作用时间、作用部位、药物浓度和湿度与降温效果的相关性,为临床护理人员的规范操作提供依据。

参考文献

- [1] 罗艳彬,侯文佼,沈姗姗,等.中药擦浴退热临床疗效的分析及研究进展[J].中外医疗,2020,39(23):195-198.
- [2] 李媛,叶红芳,褚红,等.物理降温在住院发热患者中的循证护理实践[J].中华现代护理杂志,2019,25(12):1474-1479.
- [3] 高叶.目标性体温管理在脓毒症发热患者临床应用中的研究[D].苏州:苏州大学,2016.
- [4] 李弼仁,方俊锋,张汉洪.中药擦浴对发热成人患者的降温效果及安全性的 Meta 分析[J].广州中医药大学学报,2020,11(37):2260-2265.
- [5] 陈婕,吴飒.中药塌渍方配合治疗小儿发热临床观察[J].中国中医药现代远程教育,2020,18(4):207-209.
- [6] 国家中医药管理局医政司.中医临床诊疗术语证候部分:GB/T 16751.2-1997[S].北京:国家技术监督局,1997.
- [7] 中国中医药信息学会外治分会.中药塌渍法临床外应用技术规范(草案)[J].中国现代应用药学,2019,36(24):3116-3120.
- [8] 任盛静,郑德.中药塌渍法研究概述[J].中医学报,2017,32(10):1895-1897.
- [9] 祁荣,贺锐锐,李博彧,等.经皮给药系统研究新进展[J].中医外治杂志,2007(1):3-6.
- [10] 廖玉瑶,郭淑娟,周晴,等.三种基源冰片对不同分子量药物促透效果的差异研究[J].环球中医药,2022,7:1121-1125.
- [11] 姜桂宁.发热辨治发微[J].山东中医杂志,2014,33(9):779-780.
- [12] 孙美灵,张思超.开窍法在温病实证发热中的应用探讨[J].四川中医,2015,33(1):29-30.

Clinical application of traditional Chinese medicine soaking technique in the intervention of high fever in critically ill patients

ZHANG Bing, MENG Si-fan, SHI Fu-xia, ZHANG Cui, MA Yu-lin, GAN Quan, YU Ping, YANG Jin-liang

(收稿日期: 2022-11-07)