

中西医结合治疗 99 例登革热临床观察*

罗雪花, 朱晓峰[△], 韩 莉, 金 玲, 李洁华, 陈秋芳, 王攀攀, 朱诗平

(暨南大学附属第一医院中医科, 广东 广州 510630)

摘要: **目的** 探讨中西医结合治疗登革热的临床疗效, 为登革热的中西医治疗提供临床依据。**方法** 采用回顾性研究, 对 2014 年 9 月-11 月我科收治的 99 例为治疗组, 对登革热患者的一般情况、发病特点、中医证候、治疗方案、预后情况等临床资料进行收集、整理、分析; 以同期我院内科收治的 57 例登革热作为对照组, 未予中医药干预, 仅对症支持治疗, 比较 2 组发热天数、肝功复常天数、住院天数。治疗组登革热属中医“温病”“发热”范畴, 辨证多属湿温、气营两燔, 以三仁汤、甘露消毒丹、清瘟败毒饮加减, 配合痰热清注射液清热解毒、中药洗剂擦浴皮疹, 西医以退热、护肝、升白、升血小板等对症处理。**结果** 治疗组 99 例均好转出院, 无发展为重症及转科(院)治疗。与内科对照组相比较, 治疗组的发热天数、肝功复常天数、住院天数分别为 6.7 ± 1.73 、 4.2 ± 2.09 、 5.0 ± 2.11 , 对照组分别为 7.4 ± 2.05 、 4.5 ± 1.94 、 7.1 ± 2.31 , 2 组比较发热及住院天数差异有显著性($P < 0.05$)。**结论** 治疗登革热中医辨证施治, 配合西医对症支持治疗, 预后良好。中医药治疗登革热疗效肯定, 值得临床推广。

关键词: 中西医结合; 登革热; 临床疗效

中图分类号: R259

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2016)02-0078-03

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2016.02.021

登革热是世界范围内最重要的虫媒病毒传染性疾病^[1], 感染登革病毒引起, 由埃及伊蚊和白纹伊蚊传播, 在热带和亚热带地区广泛流行^[2]。广东地处亚热带地区, 2014 年 9 月-11 月在广州爆发了 1 次局部流行, 我科共收治 99 例临床诊断及确诊登革热患者, 通过中医辨证汤药口服、中药擦浴外用、中成药静滴等干预处理, 配合西医对症支持治疗, 取得了较好的疗效, 无 1 例转化为重症。笔者对 99 例登革热病例的发病特点、治疗方案、预后情况进行回顾性分析, 并以同期我院内科(血液科及呼吸科)收治的 57 例登革热作为对照, 比较 2 组发热天数、肝功恢复正常天数及住院天数, 评估中西医结合治疗登革热临床疗效, 以期能为中西医结合治疗登革热提供参考, 现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

2014 年 9 月-11 月广州暨南大学附属第一医

院中医科收治的 39 例临床诊断病例(登革热 IgG 抗体阳性)和 60 例确诊(IgM 抗体阳性)登革热患者共 99 例为治疗组; 同期以我院内科 23 例临床诊断病例和 34 例共 57 例确诊病例作为对照组。

治疗组 99 例患者, 男性 51 例, 女性 48 例, 男女比例为 1.06:1; 对照组 57 例, 男性 35 例, 女性 22 例, 男女比例为 1.59:1; 2 组年龄 7~88 岁, 其中以 20~50 岁居多, 职业分布多以务工人员、学生为主。符合广东及广州登革热临床流行病学特点^[3-5]。

1.2 临床特点

治疗组 99 例均以发热(100%)为主诉入院, 体温波动, 最高达 40.3 摄氏度, 伴畏寒, 平均发热天数 6.7d, 最短 2d, 最长 15d; 61.6%(61/99)病例出现头痛; 55.5%(55/99)出现肌肉酸痛; 71.7%(71/99)的病例出疹, 多数发病第 3 天开始出疹伴瘙痒, 颈项、胸腹、四肢为甚, 颜面较少, 3~5d 皮疹消退; 49.5%(49/99)出现恶心欲呕, 甚至呕吐; 所有患者舌脉均为舌质红, 苔黄腻, 脉濡数。见表 1。

* 基金项目: 暨南大学省财政共建基金(89014028); 暨南大学附属第一医院中西医结合重点实验室建设项目

收稿日期: 2015-12-13

作者简介: 罗雪花(1985-), 女, 广东河源人, 在读博士研究生, 住院医师, 研究方向: 中西医结合治疗老年病、肿瘤疾病。

[△]通信作者: 朱晓峰, E-mail: 81187251@qq.com

表 1 治疗组临床症状分布情况

临床症状	n	比率(%)
发热	99	100
头痛	61	61.6
肌肉酸痛	55	55.5
皮疹	71	71.9
恶心呕吐	49	49.5
舌质红,苔黄腻,脉濡数	99	100

1.3 实验室检验结果

99 例患者登革热 IgM 抗体和 (或) IgG 抗体阳性,多于发热第 5~8 天检出;74.7%(74/99)白细胞减少,最低为 $1.4 \times 10^9/L$;73.7%(73/99)血小板降低,最低为 $11 \times 10^9/L$;81.8(81/99)患者肝功能异常,以谷草转氨酶(AST)及谷丙转氨酶(ALT)同时升高为主;73.7%(73/99)心肌酶 LDH 升高,CK 及 CKMB 异常较少 15.1%(15/99);69.7%(69/99)检出尿蛋白(+).见表 2。

表 2 治疗组实验室血清学结果

血清学结果	n	比率(%)
登革热 IgM 抗体和(或)IgG 抗体(+)	99	100
白细胞减少	74	74.7
血小板降低	73	73.7
肝功能异常	81	81.8
心肌酶损害	73	73.7
尿蛋白(+)	69	69.7

1.4 诊断标准

诊断标准依据 1990 年 8 月卫生部制定的《规定管理的传染病诊断标准》^[6] 及最新 2014 年国家卫生计生委办公厅颁布的登革热诊疗指南的病例资料^[7]。

1.5 治疗方法

治疗组 99 例患者以中西医结合治疗。入院后均集中隔离于防蚊设备病房中(特定安装纱窗纱门蚊帐、病人及医护人员穿长袖衣裤)至热退,给予清淡饮食,卧床休息;中医药全程治疗,辨证属湿温(湿重于热证)以三仁汤加减,属湿温时疫(热重于湿或湿热并重证)以甘露消毒丹加减,属瘟疫热毒、充斥内外、气血两燔证以清瘟败毒饮加减。99 例均配合痰热清注射液静滴。伴出疹者予自拟清热凉血方擦洗皮疹;伴白细胞、血小板低下,分别给予地榆升白片、升血小板胶囊口服。联合西医瑞普乐、日夜百服宁给予退热治疗,天晴甘美、双益健护肝降酶,白细胞小于 $2 \times 10^9/L$ 给予吉粒芬皮下注射升白,血小板小于 $30 \times 10^9/L$ 予吉巨芬皮下注射升血小板,同

时维持电解质平衡等对症处理。对照组 57 例仅以西医对症支持治疗,未予中医药(汤药、痰热清、中药外洗)干预。

1.6 统计学方法

收集整理治疗组 99 例患者的一般情况、临床特点、实验室检查结果、治疗方案、预后情况等,与对照组 57 例对照,观察 2 组的发热、肝功恢复正常及住院天数,应用 SPSS19.00 统计软件进行分析中西医结合治疗登革热的临床疗效。各组数据用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,运用方差分析进行统计学处理, $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

治疗组 99 病例均症状好转,病情稳定,解除隔离出院。平均住院 5d,实验室指标恢复正常或趋于正常。(15 例肝功恢复至 80U/L 以下予口服天晴甘平,10 例白细胞恢复至 3.5 以上予口服地榆升白片,1 周后返院复查均正常)

治疗组发热及住院天数均少于对照组,比较差异有显著性;肝功恢复正常(肝功损害者住院期间复查恢复正常天数)比较差异无显著性。见表 3。

表 3 2 组恢复时间比较($\bar{x} \pm s$)

	n	发热天数(d)	肝功复常天数(d)	住院天数(d)
治疗组	99	6.7 ± 1.73	4.2 ± 2.09	5.0 ± 2.11
对照组	57	7.4 ± 2.05	4.5 ± 1.94	7.1 ± 2.31
P 值		< 0.05	> 0.05	< 0.05

3 讨论

登革热属于中医学“温病”“瘟疫”“发热”范畴^[8],多发于长夏及秋季。广东地处岭南,辨证属湿温最多。诸家多谓湿温为长夏初秋之病,如晚清余奉仙《医方经验汇编》中所言:“湿温者,乃夏暑熏蒸,阴精蕴酿,天地间氤氲之气也。人在蒸淫之中,受而即发;或交秋令,而为新寒感发者。身重头痛,形类伤寒,胸闷寒热,过午更甚者,是为湿温。”^[9]广州地区气候多湿,加之饮食结构、全球变暖等,使湿热体质的形成增多,湿热体质之人患病后易于出现湿热证,内外合邪为病,“外邪入里,里湿为合”^[10]。

岭南温病^[11]多采用卫气营血辨证治疗登革热,卫气分证候多兼湿浊,湿热蕴浊化热成毒多见气营(血)两燔证。梁伟波^[12]等报道,本病病因多为暑湿疫毒,病机多为卫气同病,且多夹湿,少数兼有营血分证。本治疗组患者的主要临床表现为发热恶寒、头痛、肢体困重、纳呆、恶心欲呕、皮疹、舌红、苔黄腻、脉濡数,辨证为湿温(湿重于热、热重于湿/湿热并

重、气营两燔),施治选用三仁汤、甘露消毒丹、清瘟败毒饮等加减。

三仁汤出自《温病条辨》,其病机湿邪阻滞,热郁不宣,湿胜热微;后世医家^[13]亦多谓本方重在宣化,三仁并用,意取宣上、畅中、渗下,用于治疗湿重于热的湿温病。登革热初期卫气同病时,患者多发热,微恶寒,头痛、全身肌肉关节疼痛,纳呆恶心,舌边红,苔黄或黄腻,脉数。湿热阻滞少阳三焦,湿胜热微为其病机,故治疗以清热除湿,芳化淡渗之法,用三仁汤主之。

甘露消毒丹为清代医家叶天士所创之方,主治湿温时疫,邪在气分,湿热并重之证,病变涉及上、中、下三焦,内熏肝胆,外渍肌肤。登革热中期,症见发热、肢酸、倦怠、或胸痞腹胀、吐泻、口渴、小便短赤、舌红、苔黄腻、脉濡数等,且多数引起肝损害。湿热阻于少阳三焦气分,湿热并重为其核心病机,故治疗以清热利湿、化浊解毒,用宣湿透热于外,化解湿热于表,以清热燥湿、芳香化浊、解毒利湿功效的甘露消毒丹主之。现代医学证明甘露消毒丹对肝损害有保护作用^[14]。

清瘟败毒饮是清代温病学家余师愚所创制,见于《疫疹一得》,被后人称为治疗暑燥疫(温热疫)最具代表性的寒凉重剂。登革热极期气血两燔,多见高热汗出或热退,或发热迁延,口渴,恶心、呕吐,可见鲜红色出血样皮疹伴瘙痒,甚则鼻衄,或牙龈出血,舌红苔黄欠津,脉数。疫毒火邪充斥内外,表里俱热,气血两燔为其发病机制,治疗以清热解毒、凉血泻火,以大解热毒、清气凉血,并有“人营犹可透热转气”特点的清瘟败毒饮主之。

另辅具有清热解毒、解痉化痰功效的痰热清注射液(上海凯宝药业有限公司生产)20mL 静滴,每天 1 次。痰热清是由中药黄芩、熊胆粉、山羊角、金银花、连翘提取制成,研究证实具有抗病毒、调节免疫及解痉退热作用^[15-16]。中药擦洗是中医外治法,自拟退热、解毒、凉血洗剂治疗登革热兼有皮疹患者,疗效显著。余师愚认为,疫疹瘙痒为“邪热消耗气血,瘥后气血滋生,串皮肤而灌百骸,或痛或痒,宛如虫行,最是佳境,不过两三日,气血流通而自愈矣^[17]。”因此,皮疹、瘙痒感是余热未消,气血渐,正气鼓舞祛邪外出的表现,经中药洗剂擦浴后药效可由皮肤吸收,药力直达病所,使腠理疏通,气机调和,经脉畅通,促邪外出而诸症自愈。

综上所述,中西医结合治疗登革热具有良好的

临床疗效。治疗过程中应合理遣方用药,不能一方到底,忽视随症加减。因登革热传染性强、致病力强、传变快,故临床证候变化复杂多样,但病因属湿热与毒,传变遵循卫气营血辨证规律,故治疗应尽早攻逐邪气,防病传变,在温病学说理论指导下进行诊治,掌握其传变规律辨证施治,同时配合中医外治法的中药洗剂擦浴,具有良好的消疹止痒作用。以中医药防治登革热,无明显毒副作用,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] Conroy AL, Gelvez M, Hawkes M, et al. Host biomarkers are associated with progression to dengue haemorrhagic fever: a nested case-control study[J]. Int J Infect Dis, 2015, 40: 45-53.
- [2] Elizabeth A. Ashle, Dengue fever [J]. Trends in Anaesthesia and Critical Care, 2011, 1(1): 39-41.
- [3] 贝政平. 内科疾病诊断标准[M]. 北京: 科学出版社, 2001: 1127-1128.
- [4] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 登革热诊疗指南(2014 年第 2 版)[J]. 传染病信息 2014, 27(5): 262-265.
- [5] 郭汝宁, 何剑峰, 梁文佳, 等. 广东省 2005-2010 年登革热流行特征分析[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(19): 3477-3480.
- [6] 宋韶芳, 肖新才, 罗雷, 等. 广州市 2006-2010 年登革热流行病学分析[J]. 华南预防医学, 2012, 38(6): 26-28.
- [7] 李意兰, 罗雷, 曹庆, 等. 广州市 2010-2012 年登革热临床诊断报告现况分析[J]. 热带医学杂志, 2014, 14(7): 927-929.
- [8] 韩凡, 罗翌. 当代名老中医治疗登革热的辨证治疗经验挖掘[J]. 中国中医急症, 2012, 21(7): 1066-1067.
- [9] 清·余奉仙, 唐文吉点校. 余奉仙医方经验汇编[M]. 北京: 人民军医出版社, 2009: 76.
- [10] 柴瑞霭, 刘清泉. 广州登革热的中医诊疗思路[J]. 中国中医急症, 2015, 24(2): 258, 265.
- [11] 彭胜权, 刘亚敏, 徐秋英, 等. 岭南温病理论与临床应用的系列研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2001, 7(9): 59-61.
- [12] 梁伟波, 谢文源, 刘云涛, 等. 2013 年广州地区 257 例登革热病例临床分析[J]. 中国中医急症, 2014, 23(9): 1659-1661.
- [13] 王绵之. 王绵之方剂学讲稿[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 67-71.
- [14] 杨平. 甘露消毒丹对急性肝损害大鼠保护作用的实验研究[J]. 湖北中医药大学学报, 2011, 13(2): 6-8.
- [15] 赵宁波. 痰热清可用于早期登革热的治疗[N]. 中国医药报, 2014-10-31(2).
- [16] 曾焕文, 董玲英, 陆燕. 痰热清注射液治疗流行性传染性疾病的临床应用[J]. 中国药业, 2012, 21(9): 95-96.
- [17] 刘晓峰, 郭贺龙. 余师愚辨治疫疹学术思想之探析[J]. 上海中医药杂志, 2011, 45(2): 21-22.

(编辑:徐建平)