

从 2014 年广州登革热诊疗实践谈中医药治疗登革热的体会

李际强¹ 谷孝芝² 刘云涛¹ 张忠德¹

(1.广东省中医院,广东广州 510120; 2.广州中医药大学第二临床医学院,广东广州 510405)

摘要 登革热是由登革病毒经伊蚊传播的一种急性传染病,可归于中医“瘟疫”或“温疫”、“疫疹”等范畴。本病之邪气多属湿热或暑热性质的疫疠之气,具有湿毒、疫毒的特点。结合 2014 年的五运六气进行推演,甲午年五之气为阳明燥金,客气少阳相火,时段在秋分至小雪,在秋季应凉之时而现酷热,燥热相合,非其时有其气,则生温病。2014 年广州地区登革热集中于 9 月底及 10 月份暴发。2014 年岁运为土运太过,土位应长夏,主湿,患者亦表现出湿热相兼、湿重于热之象,故治疗在清热祛湿的同时更应侧重祛湿。同时注意对发热、斑疹、出血、休克的辨治。

关键词 登革热 中医病机 辨证论治 广州

中图分类号 R259.129.9

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2015)07-0016-03

登革热是由登革病毒经伊蚊传播的一种急性传染病,多发生于热带和亚热带地区。2014 年夏秋季节,登革热在广东一带爆发流行,给人们的生产生活造成较大影响,也给社会经济造成一定负担。目前,针对登革热的治疗并无特效药物或特异性疫苗,而中医药具有缩短发热时间、减轻临床症状等作用。因此,在广州地区,除常规的支持治疗以外,民众普遍愿意接受中医药治疗。基于长期临床实践的积累,我们对登革热的中医源流、病因病机等形成了较全面的认识,对其辨证论治也有一些体会。现从中医基础理论出发进行相关论述,以期对中医药防治登革热的临床实践提供参考。

1 登革热的中医病名探析

古代无登革热病名,但根据其具有传染性、流行性、起病急、传变快等特点,可将其归于“瘟疫”或“温疫”范畴。正如《素问·刺法论》所言:“五疫之至,皆相染易,无问大小,症状相似。”又根据大多患者具有多样性斑疹的临床特点,亦可将其归于“疫疹”范畴。另外,登革热多发于夏秋季节,根据患病季节及相应的表现,多参照中医“暑温”、“湿温”等论治。更有患者于深秋季节而发,天已转凉,而仍有高热、周身酸痛、舌苔厚腻的暑湿表现,此时考虑为“伏暑秋发”^[1],伏暑乃为长夏感受暑湿,过夏而发,可按“伏暑”治疗。吴鞠通在《温

病条辨》中提到:“暑温、湿温、伏暑证本一源,治疗前后参照,不可偏执。”亦有学者将登革热称为“暑热疫”、“湿热疫”、“暑燥疫”^[2],均较符合中医的命名特点。

2 登革热的病邪性质与病机分析

登革热的传染是通过伊蚊叮咬皮肤后发病,从中医角度来看,其病邪是通过皮肤、腠理进入人体。“腠理开,邪气因入,与正气相搏结……”正邪相争,故有发热,临床特点多为:初有恶寒,后但热不寒,发热缠绵,持续数天,头身、关节酸痛,胸闷,伴恶心呕吐、纳差,舌白或黄腻,甚则如积粉,与湿热证提纲相符,“湿热证,始恶寒,后但热不寒,汗出胸痞,舌白,口渴不引饮”^[3]。由于其发病多于南方夏秋季节,湿邪为患更与临床表现相符合。故多数学者认为该病之邪气多属湿热或暑热性质的疫疠之气,具有湿毒、疫毒之特点。

自顾植山教授基于“假令庚辰,刚柔失守……如此则天运化易,三年变大疫”对 SARS 发病的认识后^[4],人们对运气理论的价值有了新的认识,运气理论在时疫病辨治中的作用也受到越来越多的关注。实际上,运气学说是古人探讨自然变化的周期性规律及其对疾病影响的一门学问,虽自古至今各医家褒贬不一,但其在疫病辨证论治中始终具有一定的指导价值^[5]。根据对近年来登革热流行

基金项目:广东省中医院中医药科学技术研究专项(突发传染病应急与中医药防治平台的构建及应用,YK2013B2N04)

时间的分析,其与当年的温度、湿度有密切关系,且民间有4年一次大流行的说法。结合2014年的五运六气进行推演,岁运为土运太过,土位应长夏,主湿,气候较湿润,降雨偏多,湿气较盛,加之暑季,暑湿之邪伤人易及脾胃,故有“其病腹满,四支不举”;加之潮湿环境易滋生蚊虫,疫毒借蚊虫伤人,故湿热或暑湿症状较著,多表现有恶心、呕吐、便溏等消化道症状。《温病条辨》曰:“子午之岁,五之气,其病温”,今之甲午年五之气为阳明燥金,客气少阳相火,时段在秋分至小雪,在秋季应凉之时而现酷热,燥热相合,非其时有其气,则生温病,故2014年广州登革热集中于9月底及10月份暴发。

结合2014年我院收治各行政区域登革热患者的临床特征,主要表现为高热、皮疹、肌痛/骨痛、头痛、乏力、纳差,舌色多红或淡红,苔多白、白腻或黄白腻,脉象滑数者居多。与2013年文献报道及我院收治病例的临床特征比较,2014年出现肌痛/骨痛、身重乏力、纳差等表现的病例更多,结合本年度运气理论,我们认为2014年广州地区登革热患者病机多属湿热相兼、湿重于热,故治疗时在清热祛湿的同时更应侧重祛湿。

3 登革热的辨证论治

3.1 发热期的辨证论治 根据前文对2014年度登革热基本病机的认识,我们在临床实践中参照湿热疫或暑热时疫的相关理论及辨治方法,发热期采用清暑化湿、解毒透邪之法,笔者首推吴又可之达原饮加减。因本年度登革热疫为湿重于热,湿不祛则热难除,故应加大芳香化湿及燥湿之力,而达原饮的功效重在逐秽化浊、宣畅气机,具有“七分祛湿,三分清热”之效。临床辨治过程中,湿证、热证表现偏颇不明显者,亦可以清瘟败毒饮、甘露消毒丹、蒿芩清胆汤、三仁汤等方为基础进行加减。临床观察发现,上述各方灵活运用,对缩短登革热发热持续时间,缓解肌痛/骨痛、乏力、纳差等症状有明显的效果。

湿热疫、暑湿疫等后期,湿热氤氲,多数患者会出现热甚伤阴、阴津不足之表现,此时当在原治法基础上加入养阴生津之品,如玄参、麦冬、沙参、生地、石斛等。另外,针对虽有高热,但表现为中气不足(如疲倦懒言、胸闷气短、纳呆少食、大便溏泻等)的部分患者,可应用东垣之清暑益气汤以清暑益气、除湿健脾。而对于出现热闭心包、高热神昏等变证者,可选择安宫牛黄丸等口服。

3.2 斑疹辨治 登革热患者发斑疹一般在发热后第3~6天,初起斑疹可呈多形性,发斑者可见散发,有触目之形,无碍手之质,皮肤色红,部分患者面部、颈部及胸部泛红如醉酒貌;发疹者多见疹粒细小,形如粟米,或散发或成簇,突出于皮肤之上,抚之碍手。有时疹与斑不能截然区分,亦有疹中夹斑者。叶天士说“斑疹皆是邪气外露之象”,同样,当登革热热退疹出,表明邪气外达,有渐愈之象。但在临床中也发现部分患者热退疹出后,仍可能发展为重症,与暑伤阳气或复感邪气,气机内陷有关。

通过临床观察,80%左右的患者会出现不同程度的皮疹。针对出现斑疹患者的治疗,我们认为既要注意祛除热毒病邪,又不可过用寒凉滋腻之品闭阻气机;既要注意因势利导助邪气外透,又不可妄用升提、辛温之品助热伤阴,而致气血上壅见衄血、神昏。我们对于临床中既有发热,又有发斑色鲜红者,多辨证属热入营血,予清营凉血养阴之品,方如犀角地黄汤或清营汤、化斑汤等;若无发热,而现发斑甚至皮下瘀斑者,清营凉血之时则应加入益气之品。以发疹为主者,疹出热退者是顺证,若疹出不畅,或其形色紧束紫赤,热势反盛,甚则神识昏愦者,则为逆证,可用升麻葛根汤等加减。

3.3 出血辨治 平素体质较差,有基础疾病的登革热患者,更易伴见出血症状,如呕血、黑便(或便血)、咯血、衄血、尿血、阴道出血、齿龈出血、皮下出血等。若患者持续发热,热势较盛,烦躁口渴,舌质红或绛,脉洪大或滑数,伴见出血症状者,为毒瘀交结,扰营动血之征,治疗以解毒化瘀、清营凉血之法,治以清瘟败毒饮加减;若患者热退,或低热,精神萎靡,倦怠乏力,面色萎黄或苍白,舌质淡,脉细弱无力,则为暑热伤气,气不摄血之象,治以益气温阳、摄血止血之法,方选附子理中丸合黄土汤。

3.4 休克辨治 阳气暴脱而致厥脱者,应急则回阳救逆,用参附之剂。对于邪毒内陷而致厥脱仍应急清毒邪(详见发热期处理),同时加入固护阳气之品。

4 典型病案

黄某某,女,18岁。入院日期2014年10月1日。

患者因“反复发热5日”为主诉入院,发热时服用“退热药”可热退,很快复发热。入院时患者神志清,精神疲倦,低热,恶寒,头痛,眼眶痛,周身酸痛,

时有鼻衄,稍有恶心,无呕吐,稍有胸闷,无胸痛心悸,无咳嗽咯痰,无鼻塞流涕,口干口苦,纳差。1日内排4次黑色稀烂便,正值经期,月经量多,色鲜红。入院查血常规示:WBC $2.71 \times 10^9/L$,PLT $73 \times 10^9/L$ 。查体:T $37.3^\circ C$,P 78次/min,R 20次/min,BP 102/63mmHg。全身未见皮疹与出血点,全身淋巴结未触及肿大,双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音,心律齐,未及杂音。腹软,无压痛及反跳痛。舌质红、苔黄腻,脉浮滑。辅助检查:登革热核酸检测为阳性(+),尿常规示尿潜血(+),生化、肝功、肌钙蛋白等未见异常,粪便红细胞2+/HP,查胸部X光片及心电图均正常。中医诊断:湿热疫(湿热阻滞);西医诊断:登革热。治疗以清热解毒,祛湿凉血为法,以甘露消毒丹合达原饮为主方加减,处方:

藿香 10g,茵陈 15g,白蔻仁 10g,滑石 20g(包煎),黄芩 10g,羌活 10g,葛根 20g,青蒿 15g(后下),法半夏 10g,白茅根 30g,紫草 10g,生甘草 5g。日1剂,水煎分2次服用。

第二日,患者发热退,头痛、眼眶痛、周身酸痛较前好转,左侧鼻腔出血,舌质红、苔黄腻,脉滑。胃纳差,大便未解,经血量多。血常规:WBC $1.9 \times 10^9/L$,PLT $83 \times 10^9/L$ 。考虑患者湿热之邪未清,继续原方服用。

第三日,患者于夜间出现高热,T $39.5^\circ C$,未用退热药物,晨时热退,已无鼻衄,口干口苦,双上肢及胸腹部出现少许皮疹,无瘙痒,色淡红,凸出皮肤。继用入院时方药。

第四日,患者无发热,无恶寒,少许口干,纳眠一般,二便调,皮疹较前增多,无瘙痒。舌质红、苔偏干,脉滑数。血常规示:WBC $10.91 \times 10^9/L$,PLT $118 \times 10^9/L$ 。以竹叶石膏汤加减,处方:淡竹叶 10g,石膏 20g(先煎),党参 15g,麦冬 10g,法半夏 10g,生甘草 5g,天花粉 15g,白茅根 15g,炒麦芽 30g。

第六日出院,随访未再发热,诸症均恢复正常。

按:患者于暑湿之月感受疫毒(登革病毒)之邪,邪正交争故而发热;卫阳被湿热邪气所遏而初起恶寒;湿热阻滞则见头痛、眼眶痛及周身酸痛;口干口苦为湿郁化热之象;鼻衄及经血过多,则为热灼经络,迫血妄行;舌质红、苔黄腻、脉浮滑均为湿热之征。故用甘露消毒丹合达原饮加减以清热化湿、凉血解毒。至病之后期,热邪外透,发于肌表,出现皮疹,之后邪气渐消,发热亦退。此时应考虑热盛伤阴、余热未清,故宜竹叶石膏汤加减以善其后。

5 结语

尽管目前普遍将登革热归属于“瘟疫”、“疫疹”等范畴,但随着现代医学及中医学对本病认识的深入,仍将其归于传统病名似乎并不能体现其临床特点,故有学者提出直接命名为“登革热”或“登革热疫”^[6],相信随着时间的变迁这一认识会得到更多的认可。

由于本病多发生在热带和亚热带气候区,目前已有一些关于其发病的流行病学与时间、空间分布关系的研究,但其发病特点与时间、空间分布关系的研究尚未开展。另外,基于运气学说与时空模型的关系,近年从天文气象医学、时间医学、地理医学等角度研究疫病发生的运气原理悄然兴起,但也有学者认为疫病的爆发流行不是简单的气温、湿度等就能决定的,所谓“时有常位而气无必也”。因此,在登革热的发病及疾病过程中,理清“天”、“地”、“人”之间的关系,才能正确认识其病因病机并指导中医药救治。

登革热的治疗始终是临床最关心的问题,但目前仍缺乏特异性手段和方法。中医药的参与虽然发挥了一些作用,但在辨证论治、选方用药等方面仍存在不同认识,现有的一些治疗方药也未获得高质量的临床证据支持。因此,基于理论、文献、临床实践的登革热中医药研究及中医药防治指南的制定势在必行。

参考文献

- [1] 彭胜权. 中医对登革热几个问题的认识. 新中医, 1981, 13(8):39
- [2] 史志云. 刘仕昌教授治疗登革热经验. 新中医, 1994, 26(10):11
- [3] 王士雄. 温热经纬. 北京: 中国中医药出版社, 1996:132
- [4] 顾植山. “三年化疫”说非典. 中国中医基础医学杂志, 2003, 9(12):1
- [5] 郑晓红. 运用运气学说研究疫病辨证论治初探. 南京中医药大学学报, 2013, 29(2):101
- [6] 马家驹, 王玉光, 谭行华, 等. 探析2014年登革热之中医证治. 环球中医药, 2014, 7(12):934

第一作者:李际强(1972—),男,医学博士,主任中医师,主要从事中医热病及老年呼吸病的研究。

通讯作者:张忠德,教授,主任医师,博士研究生导师. doctorzzd99@163.com

收稿日期:2014-12-26

编辑:吴宁