

## 465例登革热中医证候分析

谢平畅, 胡志亮

广州中医药大学第二临床医学院, 广东 广州 510120

**[摘要]** 目的: 探讨2014年广州地区登革热病例的临床特征及中医证候。方法: 收集2014年广州中医药大学第二附属医院芳村分院收治的登革热病例的临床症状、实验室检查、治疗及中医证候要素, 进行描述性统计分析。结果: 465例患者的主要临床表现为发热(100%)、口干口苦(90.3%)、斑疹(86.7%)、肌肉、关节疼痛(83.7%)、头痛(81.7%)、身重、疲倦乏力(80.6%)、纳差(79.1%)、汗出(54.2%)、恶心呕吐、腹泻(36.1%)、咽痛咳嗽(17.4%)、眼眶痛(9.7%); 实验室检查: 白细胞减少(88.6%)、血小板下降(78.9%)、谷草转氨酶(AST)升高(24.7%)、谷丙转氨酶(ALT)升高(46.5%)、低钾血症(31.4%)、肺部感染(15.1%); 中医证型: 卫气同病证(36.8%)、热郁气分证(32.7%)、邪未净证(15.9%)、其他(14.6%)。结论: 2014年广州地区登革热流行患者临床表现典型; 中医证型以卫气同病证、热郁气分证为主, 且多夹湿邪; 中西医结合治疗效果明显, 预后好。

**[关键词]** 登革热; 中医证候; 证候分型

**[中图分类号]** R512.8 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)07-0057-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.026

登革热是由登革热病毒引起的急性传染病, 主要通过埃及伊蚊或白纹伊蚊叮咬传播, 广泛流行于全球热带及亚热带地区, 在我国, 尤以广东、海南等南方省份居多, 多发于夏、秋两季。登革热发病传播迅猛, 人群普遍易感, 近年来已成为备受关注的公共卫生问题。今年广东爆发有史以来规模最大的一次登革热流行, 笔者对本院收治的465例确诊登革热患者的临床资料及中医证候进行总结分析, 现报道如下。

### 1 临床资料

病例来源于广州中医药大学第二附属医院芳村分院发热门诊在2014年8—11月收治的登革热患者, 均符合世界卫生组织2009年《登革热诊断、治疗、预防与控制指南》的诊断标准, 登革热核酸、登革热IgM抗体、登革热IgG抗体或登革热抗原(NS1)检测阳性。

### 2 观察指标与统计学方法

**2.1 病原学及血清学检测** 采集急性期及恢复期血液标本送检。发热5天内, 行登革热核酸或NS1检测, 发病超过5天的, 行NS1及登革热抗体(IgM、IgG)检测; 同时, 常规行全血分析、肝功能、肾功能及心肌酶学检测。检测由广州市疾控中心、广东省中医院检验科完成。

**2.2 中医资料收集** 中医证型的诊断参考《登革热诊疗指南(2014年第2版)》<sup>[1]</sup>的证候分类, 分为卫气同病证、热郁气分证、邪伏膜原证、瘀毒交结证、阳气暴脱证、毒陷心包证、余

邪未净证7个证型。四诊合参, 了解患者的中医证候表现, 包括发热性质、头痛、汗出、身重乏力、肌肉关节疼痛、咽痛、咳嗽、腹泻呕吐、胃纳、皮疹等。

**2.3 统计学方法** 采用SPSS 18.0软件处理数据, 一般资料采用描述性统计方法。

### 3 结果

**3.1 一般资料** 本研究纳入465例登革热患者, 男227例(48.8%), 女238例(51.2%)。年龄12~92岁, 平均46.76岁, 以青壮年(17~60岁)多见, 共332例(71.4%)。

**3.2 实验室结果** 见表1。所有患者登革热相关核酸、抗原、抗体检查均阳性。全血分析、肝功能、肾功能、心肌酶学有异常, 部分低钾血症、肺部感染。

**3.3 中医临床症状及舌脉** 见表2。所有登革热患者出现发热症状, 热程1~10天, 平均4.65天, 以不规则性高热为主; 403例患者出现斑疹(86.7%), 出疹时间集中在发病5~7天, 以针尖样斑丘疹为主, 并伴不同程度瘙痒症状; 其他症状按出现频率依次是口干口苦(90.3%), 斑疹(86.7%)、肌肉、关节疼痛(83.7%), 头痛(81.7%), 身重、疲倦乏力(80.6%), 纳差(79.1%), 汗出(54.2%), 恶心呕吐、腹泻(36.1%), 咽痛咳嗽(17.4%), 眼眶痛(9.7%)。舌脉方面, 舌苔以黄白、黄腻、薄白、白腻为主(91.0%), 脉象以浮数、濡数、洪数、细数为主(94.4%)。

**[收稿日期]** 2015-01-11

**[作者简介]** 谢平畅(1981-), 男, 主治医师, 主要从事中西医结合急诊临床工作。

表 1 实验室结果

项 目	例数	比例(%)	
全血分析	白细胞下降	412	88.6
	中性粒细胞下降	405	87.1
	血小板下降	367	78.9
肝功能	ALT 升高	115	24.7
	AST 升高	216	46.5
心肌酶学	CK 升高	128	27.5
	CK- MB 升高	15	3.2
肾功能	BUN 升高	19	4.1
	Cr 升高	33	7.1
	低钾血症	146	31.4
胸部 X 线	肺部感染	70	15.1

表 2 中医临床症状及舌脉

项目	例数	比例(%)	
发热	465	100	
汗出	252	54.2	
头痛	380	81.7	
身重、疲倦乏力	375	80.6	
肌肉、关节疼痛	389	83.7	
眼眶痛	45	9.7	
恶心呕吐、腹泻	168	36.1	
咽痛、咳嗽	81	17.4	
口干口苦	420	90.3	
纳差	368	79.1	
斑疹	403	86.7	
腔道出血	4	0.9	
舌苔	薄白	101	21.7
	黄白	125	26.9
	白腻	79	17.0
	黄腻	120	25.8
	黄燥	20	4.3
	其他	22	4.7
脉象	浮数	193	41.5
	濡数	122	26.2
	洪数	74	15.9
	细数	55	11.8
	沉数	9	1.9
	其他	17	3.7

3.4 中医辨证分型 见表 3。辨证分型属于卫气同病证者最多，其余依次是热郁气分证、余邪未尽证、邪伏膜原证、瘀毒交结证；未见属阳气暴脱证、毒陷心包证者。

3.5 治疗与转归 所有患者予补液、降温等支持治疗为主，白细胞低下( $<1 \times 10^9/L$ )者予特尔津、欣粒生皮下注射；血小

板低下( $<30 \times 10^9/L$ )者予输注血小板，肝功能异常者予护肝治疗，纠正电解质紊乱，合并肺部感染者加用抗生素。同时，辨证给予中药汤剂、中成药等，防治并发症，均痊愈出院，预后良好。

表 3 中医辨证分型

中医证型	例数	比例(%)
卫气同病证	171	36.8
热郁气分证	152	32.7
邪伏膜原证	43	9.2
瘀毒交结证	25	5.4
阳气暴脱证	0	0
毒陷心包证	0	0
余邪未尽证	74	15.9

#### 4 讨论

登革热多发于夏秋季，发病急骤，传变迅速，常广泛流行。2014 年疫情流行有如下特征：来势凶猛，爆发点多，持续时间长，涉及面广。流行特征：发病时间集中在 5~12 月，发病高峰集中于 8、9、10 月份，共 449 例，占全部病例数的 95.6%，尤其是 10 月份发病最多，具有明显的流行季节特点。临床特征：患者以发热为主要临床表现，热程 5~7 天居多；多数伴头痛、身重疲倦、肌肉酸痛、口苦、纳差、斑疹痒疹等症状；大部分合并外周血白细胞和血小板下降，且峰值在发病 1 周左右；大部分合并肝功能、心肌酶谱异常、低钾血症；部分合并肺部感染；以普通登革热患者居多，少见重症登革热病例；受损脏器以血液系统、胃肠道、肝、肺、心为主，未见明显神经系统受损病例。

中医学认为，本病归属温病、瘟疫的范畴，是感受疫邪气而引起的一种温病；病因不外感受时疫邪毒(外因)和正气不足(内因)。病机为疫毒内侵，毒盛致热，热毒壅盛，迫血妄行。本组病例中医证型以卫气同病证、热郁气分证为主，可能与患者多选择在发病初期、高热不退时就诊有关。叶天士在《温热论》中所述“湿与温合，蒸郁而蒙蔽于上，清窍为之壅塞，浊邪害清也”，此与 2014 年登革热的特点吻合；由于广州地处岭南地区，气候湿热，患者多夹湿邪，热退后仍有湿邪黏滞的症状，故余邪未尽证者比例也较高。而瘀毒交结证、阳气暴脱证、毒陷心包证在现代医学对应的多为重症，包括多脏器功能衰竭、弥散性血管内凝血、登革热休克、重症心肌炎等所占比例较少，从另一方面说明患者以普通登革热为主的事实。

治疗方面，传统观念认为，登革热无特效治疗，多对症支持治疗。但有学者认为，若不予适当治疗，重症登革热及登革出血热病死率可超过 20%。然而经过适当有效的对症支持治疗，病死率可低于 1%。近年的研究认为，免疫损害是登革热的主要发病机制，毛细血管通透性增加，血浆外渗是登革出血

热、登革热休克综合征的主要病理生理改变。因此,在“免疫激活高峰期”发生之初进行积极干预,阻止致死性病理生理变化形成是治疗的关键<sup>[4]</sup>。登革热的对症支持治疗,要求分析其真正的原因后再予治疗。降温治疗:以物理降温为主,慎用药物降温。液体疗法:维持水、电解质、酸碱平衡是液体管理的重要目的。对登革热可采用口服补液、静脉补液相结合的方法,能口服者鼓励尽量饮水饮汤。对持续高热、中毒症状重者或呕吐频繁者,应及时静脉补液,低血压休克时应按相应补液原则进行。升高白细胞、血小板治疗:对于白细胞或中性粒细胞过低者予欣粒生、特利津皮下注射或口服地榆升白片、鲨肝醇;血小板太低,或出血明显者可输注血小板,对于凝血因子缺乏及贫血者可补充凝血因子或新鲜全血等,注意保护和改善重要器官的功能。中医中药治疗,辨证使用中药汤剂或清热解毒类的中成药,如喜炎平、热毒宁等,能有效防治各种严重并发症,临床效果明显,说明中医药在治疗登革热上有特殊优势。

综上所述,登革热属自限性疾病,如诊治及时,病死率低。目前治疗登革热尚无特效的药物,多采用中西医结合治疗。早发现、早诊断、早隔离、早治疗和及时灭蚊防蚊是控制该病的重要手段。此次疫情的发生,提醒医护人员在高发季节,应提高对登革热诊断的警惕性,同时,政府应加强行政干预,群众积极灭蚊,才能有效防控疫情。

#### [参考文献]

- [1] 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.
- [2] 丁雨生,毛家荣,蒋丽梅,等. 登革热47例临床治疗分析及策略探讨[J]. 中国实用内科杂志, 2010, 30(7): 654-656.

(责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

## 运脾法方剂联合常规西药治疗肺结核临床观察

杲常善

山丹县中医医院中医内科, 甘肃 山丹 734100

**[摘要]** 目的: 观察在常规抗结核治疗基础上加用运脾法方剂的临床疗效。方法: 选取100例初治继发性肺结核患者, 随机分为实验组和对照组各50例。对照组以2HREZ/4HR抗结核治疗, 实验组在对照组治疗基础上加用运脾法方剂健胃运脾汤治疗。对比2组的临床疗效, 观察治疗前和治疗6个月后的中医证候积分、外周血T淋巴细胞水平的变化等。结果: 治疗后, 2组盗汗、干咳、午后手足心热、胸痛和痰中带血丝的积分均低于治疗前 ( $P < 0.05$ ), CD3、CD4和CD4/CD8均较治疗前上升 ( $P < 0.05$ ), CD8均较治疗前下降 ( $P < 0.05$ ); 实验组中医证候各项积分均低于对照组 ( $P < 0.05$ ), CD3、CD4和CD4/CD8均高于对照组 ( $P < 0.05$ ), CD8低于对照组 ( $P < 0.05$ ), 病灶吸收率、空洞改善率均高于对照组 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。实验组治疗3月、6月、9月和12月后的痰菌阴转率均高于对照组 ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。结论: 在常规抗结核治疗的基础上加用运脾法方剂治疗, 可有效改善肺结核患者的临床症状, 提高痰菌阴转率, 促进病灶吸收与空洞闭合, 改善生活质量。

**[关键词]** 肺结核; 中西医结合治疗; 运脾法; 健胃运脾汤

**[中图分类号]** R521 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2015)07-0059-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.027

肺结核是结核分枝杆菌所致的慢性呼吸道传染疾病, 其主要病症为盗汗、干咳、午后手足心热、胸痛和痰中带血丝等。2HREZ/4HR抗结核治疗是临床治疗肺结核的常规措施, 虽可

在短期内缓解病症, 但单独治疗疗效有限<sup>[1]</sup>。肺结核属中医学癆瘵、肺癆范畴, 其发病机制为癆虫入侵肺部所致正气虚弱。气血是正气强盛的基础, 而脾为气血生化之源, 故此, 脾运健

**[收稿日期]** 2015-02-08

**[作者简介]** 杲常善 (1967-), 男, 副主任医师, 研究方向: 心脑血管疾病和呼吸系统疾病。