

探析 2014 年登革热之中医证治

马家驹 王玉光 谭行华 郭玉红 刘清泉 李士懋

【摘要】 2014 年广东地区登革热爆发流行,中医药积极参与当地的登革热诊治。笔者在广州市第八人民医院对登革热患者进行查看并参与部分患者的诊治,结合相关资料对登革热的中医证治提出几点思考:登革热的命名尚不统一,称为“登革热疫”较“温疫、疫疹”等更为合适,亦可与传统命名如“暑温、湿温”等相结合或并列;登革热患者多具有消化系统症状、舌苔腻等,夹杂湿邪,与当地湿热气候相关;登革热初起多有类似于表证症状,如恶寒、头身痛、无汗等,但实无表邪,并非伤寒,因此不当辛温发汗解表,而重在透散邪气。治疗应当采用余师愚败毒散之意,去其爪牙,促邪外透。登革热的出血是血小板减少凝血功能异常所致,初期、极期的出血与热入营血相关,但恢复期的皮肤斑疹考虑是正气鼓舞祛邪外出、气血渐复的表现;中医药参与登革热的治疗关键在于注重初期和重症的治疗,初期中医药介入治疗,促邪外透、去其爪牙,避免轻症转为重症登革热。

【关键词】 登革热; 疫疹; 中医证治; 败毒散; 清瘟败毒饮

【中图分类号】 R373.3+3 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2014.12.008

1 登革热概述

登革热是由登革病毒引起的急性传染病,广泛流行于全球热带、亚热带地区,是分布最广、发病最多、危害较大的一种虫媒病毒性疾病,主要通过伊蚊(主要为埃及伊蚊和白纹伊蚊)叮咬传播。登革热发病率最近几十年在全球大幅度上升。据世界卫生组织估计,每年世界上可能有 5000 万至 1 亿登革热感染病例^[1]。

广东省继 2013 年后再次爆发登革热,疫情发生早,重症病例多,据广东省卫计委消息,截至 9 月 28 日广东省登革热确诊病例累计达 10743 例,截至 10 月 25 日广东省共有 20 个地级市累计报告登革热病例 40733 例^[2]。中国登革热流行主要发生在夏秋季,因国土幅员辽阔,北方虽然已经进入秋天,但南方广东地区气温仍偏高,较为湿热,故秋季仍属登革热的高发季节。

登革热是一种严重流感样疾病,对于登革热病毒,人群普遍易感,但感染后仅有部分人发病。在国家卫生与计划生

育委员会发布的登革热治疗指南(2014 年版)中,将登革热临床症状分为三期,初期(急性发热期)、极期、末期。(1)初期(急性发热期)。患者通常急性起病,首发症状为发热,可伴畏寒,24 小时内体温可达 40℃。部分病例发热 3~5 天后体温降至正常,1~3 日后再度上升,称为双峰热型。发热时可伴头痛,全身肌肉、骨骼和关节疼痛,明显乏力,并可出现恶心、呕吐、腹痛、腹泻等胃肠道症状。(2)极期。部分患者高热持续不缓解,或退热后病情加重,可因毛细血管通透性增加导致明显的血浆渗漏,严重者可发生休克及其他重要脏器损伤等。极期通常出现在疾病的第 3~8 天。少数患者可出现严重出血,还可出现脑炎或脑病表现、急性呼吸窘迫综合征、急性心肌炎、急性肝衰竭、急性肾功能衰竭等。(3)恢复期。极期后的 2~3 天,患者病情好转,胃肠道症状减轻,进入恢复期。部分患者可见针尖样出血点,下肢多见,可有皮肤瘙痒。白细胞计数开始上升,血小板计数逐渐恢复。

根据登革热病情的严重程度,可将登革热分为普通登革热和重症登革热两种临床类型。其中多数患者表现为普通登革热,少数患者发展为重症登革热,个别患者仅有发热期和恢复期。中医对本病的认识尚不一致,2014 年 9 月底笔者在广州市登革热诊治一线查看患者,并对登革热一线医师进行了定性研究访谈,现结合临床资料对登革热中医证治提出一些思考,供同道研究参考,以便更好地发挥中医防治本病的作用。

2 登革热的中医病名

登革热是蚊媒传播的急性传染病,传染性强、致病性高,故属于中医感受天地间的杂气——疫疠之邪的温疫范畴。目前学界对登革热的中医病名尚不统一,从发病季节及病邪

基金项目:国家“十二五”科技支撑计划(2013BAI13B02)

作者单位:100010 首都医科大学附属北京中医医院呼吸科(马家驹、王玉光、刘清泉)、ICU(郭玉红);广州市第八人民医院中西医结合科(谭行华);河北中医学院(李士懋)

作者简介:马家驹(1982-),博士,主治医师,北京中医药大学会师承工作委员会常务委员。研究方向:运用温病学辨治思路指导临床相关热证的研究。E-mail: pdsmaijaju@163.com

通讯作者:王玉光(1969-),博士,主任医师,教授,博士生导师。国家中医药管理局突发公共卫生事件中医药专家委员会委员,中华中医药学会感染分会常务理事兼副秘书长。研究方向:肺间质纤维化及难治性肺部感染中西医诊治。E-mail: wygzhyiaids@126.com

性质而言,一般多归属于湿温、暑温、伏暑等范畴。也有学者认为可称之为“湿温疫、暑温疫、暑湿挟疔”^[3],也有因登革热其典型症状有出疹、发斑,归为“疫疹”范畴^[4]。

上述登革热的中医病名皆是较为笼统的病名,不能体现登革热与其它温疫、疫疹、暑温、湿温疾病的区别。“湿温、暑温、伏暑”更不能体现出登革热的传染性、致病性。因多种烈性传染病皆可归属“温疫、疫疹”范畴,如流行性出血热和近来流行于西非的埃博拉病毒所致出血热,从中医症候学来看,因其流行性和临床以出血为主症,亦可归属于“温疫、疫疹”范畴。

可见登革热与中医的“温疫、疫疹”之间并非对等关系,传统中医病名更不能体现本病特点。中医病名不能与现代医学病名对应,也一定程度上阻碍了中医诊断的发展。中医的发展不能泥古守旧,而应该与时俱进,及时汲取现代研究成果,既然已经明确登革热为登革病毒感染所致,登革病毒感染为病之本,故中医学界可以直接命名为“登革热”或者“登革热疫”。并可与传统命名相结合或并列。这样的命名方式直观明了,也有助于临床诊疗的推广、规范、统一。

3 登革热有湿邪夹杂

杂病重脉,温病重舌。今年广州地区登革热患者舌苔多腻,同时多伴有恶心、呕逆、纳呆、腹泻、便溏等脾胃症状,同时伴有胸闷等不适,上述症状或初期即有,或极期、末期出现。湿邪的特点为易阻遏气机、易侵袭中焦脾胃,故湿邪多有脾胃消化系统症状表现。如薛生白在《湿热病篇》中所确立的湿热提纲为“湿热证,始恶寒,后但热不寒,汗出,胸痞,舌白,口渴不引饮”,则更加强了湿邪阻遏中焦气机所致的“胸痞”一症。

登革热发生在全球热带和亚热带气候地带,以广东地区为例,夏秋季节为流行季节,气候特点为湿热,多暑湿之邪,可以明确登革热病邪夹杂湿邪。故而有医家将登革热归属于湿温、暑温范畴,即强调了湿邪在发病中的影响。目前缺少登革热发病人群的平素体质情况资料,尚不能明确是登革热病邪侵袭人群平素即有湿邪,还是登革热病毒侵袭后所致湿邪表现。中医辨证治疗时,应在掌握登革热规律基础上,有湿邪的存在,即当给予祛湿,如清热利湿、淡渗利湿、芳香化湿、宣气畅湿等,以给邪以出路。

4 登革热初起有表证而无表邪,非伤寒

登革热初期患者多具有高热、恶寒、头痛、肌肉关节痛、无汗、乏力等症状,同时伴有口干。因登革热初期的上述症状,容易被医家依据《伤寒论》太阳病具有“发热、恶寒、身疼痛、不汗出”的症状,而误辨为感受风寒湿夹杂而侵袭人体卫表所表现的表证、太阳病、卫分证,进而错误的给予辛温解表发汗治疗。对此,历代前贤多有论述。吴又可在《温疫论》中指出“温疫初起,先憎寒而后发热,日后但热而无憎寒也。初得之二三日,其脉不浮不沉而数,昼夜发热,日晡益甚,头疼身痛……虽有头疼身痛,此邪热浮越于经,不可认为伤寒表证,辄用麻黄桂枝之类强发其汗。此邪不在经,汗之

徒伤表气,热亦不减”。可见吴又可明确指出温疫初期虽有明显恶寒、身痛,却非伤寒表证,不能解表。

余师愚在《疫疹一得》中,罗列疫疹之症共 52 条,首见“头痛倾侧、骨节烦痛腰如被杖”,为毒火侵及各经所致,更有“阳极似阴、毒之隐伏”的周身如冰症,“烈毒壅遏脾经,邪火莫透”的四肢逆冷症。余师愚详辨此非伤寒,因伤寒先发热而后恶寒。而疫疹则为先恶寒而后发热,与临床表现较为一致。

杨栗山在《伤寒温疫条辨》中明确指出:“在温病,邪热内攻,凡见表证,皆里证郁结浮越于外也,虽有表证实无表邪,断无正发汗之理。故伤寒以发表为先,温病以清里为主,此一着最为紧要关键。”温疫患者中多能见到恶寒、身痛、体痛的症状,并不是风寒表证,而是邪热炽盛,邪热浮越于外的一种假性表证。因“里热结滞,阳气不能敷布于外,即四末未免厥逆”,又何况头痛、肌痛?

登革热患者多先感到恶寒,而后感到发热、体温增高。同时疫疹的头痛、肌肉关节疼痛感强烈,甚者有疼痛不敢活动、摇头则痛甚、头痛如劈欲撞墙等描述。登革热为感受温疫疫疔之邪,性属温热、湿热,有热故而初期即有口干、高热的邪热炽盛的症状。登革热疫初起的恶寒、身痛、体痛、无汗为邪气郁遏所致的气机不能外达,并不是风寒表证所致。另外从登革热发展规律来看,病邪很快能够入里化热,进而气营两燔。登革热初期也无鼻塞、流涕等呼吸系统症状。因此登革热初期看似属表,却不是表证。无表邪,邪不在表,故不能解表。登革热初期虽然应当透邪外达,却绝对不能解表发汗治疗。如余师愚认为“火者疹之根,疹者火之苗也……一经表散,燔灼火焰,如火得风,其焰不愈熾乎?焰愈熾,苗愈遏矣,疹之因表而死者,比比然也”。强调了不能辛温解表,否则易加重热势使病情恶化,正如古人“桂枝下咽阳盛则毙”的告诫。

5 登革热的出血并非一定是热入营血

登革热病程第 3~6 天在颜面四肢出现充血性皮疹或点状出血疹。典型皮疹为见于四肢的针尖样出血点及“皮岛”样表现等。西医已经明确为血小板减少所致凝血功能异常的出血。

登革热归属于温疫范畴,病性为热邪,所以临床多用温病学说的卫气营血辨治理论指导。卫气营血辨证中出血为营血分,为邪热入营入血后,迫血妄行所致的出血。如叶天士所谓“入血就恐耗血动血,直须凉血散血”。登革热初期、极期的多部位、多窍道的出血,属于热入营血迫血妄行所致,但恢复期的皮疹、斑疹往往见于热退之后,除出血症状外,并无明显其余热入营血的指征,如“身热夜甚,口干反不甚渴饮,心烦不寐,时有谵语,斑疹隐隐,舌质红绛,脉细数等”。热入营分标志着病情的进一步加重,多伴有器官实质性的损害。但登革热恢复期的皮疹却并无明显热入营血的指征,同时伴有明显的瘙痒感。因此只是用热入营血、迫血妄行所致斑疹出血并不能很好解释。

登革热末期或恢复期的四肢皮疹多是在热退之后出现

的,并非通常认为的疹出热退。此时热毒已减,余热未消,正气鼓舞祛邪外出,而表现为四肢斑疹,却热势不盛。并非热炽营血、迫血妄行,亦非一些学者认为的“迫血妄行,瘀毒交结”的瘀毒留滞营血所致^[4],而是为正气鼓舞祛邪外透,余热未消所致。

访谈发现,约有 1/3 ~ 1/2 的患者皮疹瘙痒剧烈,青年人的皮疹较为明显、顺畅,同时瘙痒感明显,而老年人较为不典型。余师愚认为瘙痒为“邪热消耗气血,瘥后气血滋生,申皮肤而灌百骸,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”。因此皮疹、瘙痒感实际是余热未消、气血渐复、正气鼓舞祛邪外出的表现。

6 中药应用

6.1 登革热初起时败毒散的应用

每年登革热的症候表现都不一样。2013 年的登革热表现多有邪伏膜原证的表现,而 2014 年的登革热初起却多表现为类似于表证,而无表邪,故不可解表。可采用余师愚经验用败毒散透达外邪。

清代温疫学家余师愚所著《疫疹一得》首方即为败毒散。药味为:羌活一钱五分、独活一钱、柴胡一钱、前胡一钱五分、川芎一钱、枳壳一钱、桔梗一钱、茯苓一钱五分、甘草八分、薄荷二钱。葱易生姜。余师愚方后注曰:治时行疫疠,头痛,憎寒壮热,项强睛暗,鼻塞声重,咳嗽痰喘,眼赤口疮,热毒流注,脚肿腿肿,诸疮斑疹,喉痹吐泄。余师愚认为败毒散为透邪而非发表。用败毒散先去其爪牙,使邪不盘踞经络,有斑即透,较升、葛、荆、防发表多多矣。在《疫疹一得》中,败毒散剂量极轻,最多不过君药薄荷二钱,“取其辛凉,气味俱薄,疏导经络,表散能除高巅邪热。古人名曰败毒,良有以也”。

余师愚引用熊凭昭《热疫治验》“首用败毒散去其爪牙,继用桔梗汤,同为舟楫之剂,治胸膈、手六经邪热”,故而余师愚在《疫疹一得》中治疗疫疹分阶段的用方是败毒散、凉膈散、清瘟败毒饮三方,首用败毒散促邪外透,去其爪牙。邪气透散,气机流通再用凉膈散、清瘟败毒饮辛寒清热。

6.2 清瘟败毒饮的应用

清瘟败毒饮亦出自《疫疹一得》,由生石膏、生地黄、乌犀角、真川连、栀子、桔梗、黄芩、知母、赤芍、玄参、连翘、竹叶、甘草、丹皮组成。按石膏、生地、犀角、黄连 4 味主药用量,分为大、中、小 3 个剂型,根据证候的极重、重、轻而相应选用。

在登革热初期,采用败毒散“透邪”之法以促邪外透,去其爪牙。而后气机流通,邪气透散,而表现出一派热象,故以余师愚经验重用清瘟败毒饮来清解邪热。该方主治正如其所谓:“治一切火热,表里俱盛,狂躁烦心,口干咽痛,大热干呕,错语不眠,吐血衄血,热盛发斑。不论始终,以此为主。”本方在寒凉清热、气营两燔同治的基础上,也需要重视气机的布展与流通,如余师愚认为清瘟败毒饮为“内化外解、浊

降清升之法”,亦“使热降清升而疹自透,亦上升下行之意也”。

7 结语

所观察到今年的广州地区登革热患者,多位于极期和末期,初期的患者较少。可能与登革热临床症状类似于严重流感样疾病,初期误诊或自行服药治疗等有关。但从获取的临床资料来看,2014 年广州地区流行登革热,属于中医“温疫、疫疹”范畴,登革热属于中医“温疫、疫疹”范畴,感受的是天地间的杂气——疫疠之邪,而非伤寒、普通温病所感受的天地间之常气,如外感六淫等。病性为热毒兼夹湿邪。为更好与临床对接,建议直接采用“登革热、登革热疫”来命名。因其转变快、致病力强、传染性强,故治疗理念为尽早攻逐邪气。其诊治需要在温疫学说理论的指导下、掌握其转变规律的基础上再进行辨证论治,不能仅强调“观其脉证,知犯何逆,随证治之”的普通辨证论治。若单纯强调清热解毒,一方到底,忽视了辨证施治,治疗效果自然不会满意。

从中医症候学上看来,初起多有卫分表证,但实无表邪,因此不当辛温发汗解表,而重在透散邪气,若头痛、身痛、恶寒、无汗症状明显,可以考虑首用败毒散透散败毒,继之以清瘟败毒饮加减辛甘寒清热解毒。若初起热证明显,则直接以清瘟败毒饮加减。极期的出血属于热炽营血、迫血妄行所致,但末期斑疹的四肢出血点、瘙痒感是余热未消、气血渐复、正气鼓舞祛邪外透的表现。消化道症状明显者,多伴有湿热之邪,可加入祛湿之法。

总之,中医药参与登革热的治疗,更加注重初期和重症的治疗,初期中医药介入治疗,促邪外透,去其爪牙,可达到迅速缓解症状、减轻邪毒、缩短病程的目的,同时避免轻症转为重症登革热。参与重症的治疗则有助于降低病死率、提高预后。

志谢 感谢国家中医药管理局突发公共卫生事件应急专家委员会、广州市第八人民医院的大力协助与支持,感谢周平安、柴瑞霁、王融冰等专家教授的临床和学术指导。

参 考 文 献

- [1] WHO. Dengue and severe dengue [EB/OL]. (2014-3) [2014-10-26]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>
- [2] 广东省卫生计生委. 广东省登革热疫情通报(10月25日) [EB/OL]. (2014-10-26) [2014-10-28]. <http://www.gdwt.gov.cn/a/yiqingxx/2014102512351.html>
- [3] 李惠德. 登革热与登革出血热的中医辨治[J]. 新中医, 1992, 24(6):48-49.
- [4] 张沛,谭行华,张复春,等. 中西医结合治疗登革热临床研究[J]. 中国中医急症, 2014, 23(8):1403-1405.

(收稿日期:2014-10-30)

(本文编辑:蒲晓田)