

中医药预防流行性出血热的研究

陕西中医学院 郭谦亨* 张学文 王志新 刘国强*

流行性出血热(以下简称出血热),是一种自然疫源性急性传染病,对疫区劳动人民健康和社会生产建设危害很大。1949年以来,国内在出血热的预防方面作了大量工作,取得了不少经验。但是,各地报道的材料,往往因试验样本较小,缺少对照观察而难以重复,特别是在中医药预防方面,多数资料只有方法,没有结果,更未坚持系统地连续观察,预防效果终难肯定,也就无法推广应用。为了寻找出有效的预防药物,我们于1982年起开展了中医药预防流行性出血热的研究,创制了中药制剂出血热预防片,进行了现场观察和疫区服药人群细胞免疫功能抽样实验观察。三年来,经过25290人(包括对照组在内)的预防实验,其中8025人进行了双盲预防试验,预防效果良好,现将双盲预防试验部分总结报告如下:

理论依据及研制经过

出血热预防片是按照中医基本理论,在《内经》未病先防及正气存内、邪不可干的预防思想指导下,结合流行性出血热的发病及证候、病机特点,而研制出来的。

用避瘟、除秽、解毒的方法预防疫病传染,起自晋·葛洪《肘后备急方》,而《千金方》收罗较多,其用细辛、白芷、雌雄二黄……等芳化、解毒之品,或焚燃净室,或外用以洁体辟秽,已广为民间所习用;至于其用桂、附、乌头……等壮阳之品以预防疫病的传染者,则偏重体质之阳虚而忽视了阴虚,证之《内经》原旨,有欠全面。至于明、清医家着眼于病因——毒邪致病理论,而用黄连、大黄、连翘、绿豆……以清热解毒,应当用于邪已侵入之后,若用于内无邪淫、阴阳有偏颇之体,则不

唯不能防病,反而戕伐无辜,就更有违《内经》理论了。

《内经》云:“邪之所凑,其气必虚”,“风雨寒热,不得虚,邪不能独伤人。卒然逢疾风暴雨而不病者,盖无虚,故邪不能独伤人。此必因虚邪之风,与其身形,两虚相得,乃客其形。”这种强调人体正气虚实,对预防邪侵与发病的意义至为重要,即针对病因特性、病变特点,以探求患病前体质阴阳之所偏,予以补偏救弊而采取扶正为主的预防原则,以调整阴阳,增强体力,自可防止毒邪侵犯,是中医预防医学的主要精神。

出血热属温病中之疫病范畴,就其临床证候看,多具备了热象偏重,易于化燥伤阴的温热性质特点,如极期热毒充斥,持续高热,或呈高热与出血并见的气营两燔;又如后期呈现的血热炽盛或阴液涸竭等。根据中医审证求因的理论,出血热的病因为温热毒邪,病机为热盛伤津,毒害营阴。《内经》谓:“藏于精者,春不病温”、“阴虚者,阳必凑之”,《医理辑要》亦云:“易热为病者,阴气素衰。”按照“邪着虚处”和“因发知受”的观点,从出血热的发病和普遍出现毒伤营阴的病理反应,可知其素体阴虚是受染的内在因素。显然,这种临床表现之果,很可能与发病时的体质状态之因(内因)有关。这与老年人的阴阳俱衰、小儿气血未充的稚阳稚阴之体以及病后体虚等共性的体质因素,尚有区别。在流行病学调查中发现部分疫区群众有服用附子的习惯,并发现服用附子者在本病流行期间常难以幸免。为此,我们采用元参、生地、丹参、丹皮、板蓝根……

等养阴凉血、解毒活血之品，创制成“出血热预防片”(以下简称预防片)，在流行期间服用，进行预防观察。观察结果表明，凡服该预防片者发病率明显降低。此外，鉴于流行性出血热属温病中的疫病范畴，临床有明显的热象偏重表现，我们曾采用大黄片(由大黄粉压片制成)清泻肠胃热毒方法进行预防，发现本病发病率无下降趋势，与服用预防片者相比较，差异显著。因此，在以后的观察中我们就不用大黄片，而以上述预防片作为我们进行正式观察的预防药物。

预防效果观察

一、投药疫区既往发病情况

楼观、三湾等三个自然村为老疫区，每年发病1~19人不等，呈稳定高发趋势；草滩乡九个自然村为新疫区，发病率呈稳定上升趋势，近年来未发生暴发流行。从1971年至预防观察的前一年，其逐年发病情况如下：

表 1 三个疫区逐年发病情况

年 份	楼 观 发病数(发病率*)	三 湾 发病数(发病率*)	草 滩 发病数(发病率*)
1971	2(67.87)	3(180.40)	
1972	3(101.80)	3(180.40)	
1973	5(169.66)	1(60.13)	
1974	6(203.60)	1(60.13)	
1975	8(271.46)	19(1142.51)	
1976	9(305.40)	4(240.53)	
1977	9(305.40)	6(360.79)	
1978	10(339.33)	2(120.26)	
1979	16(542.93)	14(841.85)	
1980	13(441.13)	7(420.93)	
1981	12(407.19)	5(300.66)	41(558.13)
1982	13(441.13)	12(721.59)	24(326.71)
1983		7(420.93)	68(925.67)

* 发病率：发病人数/10万人

二、材料及方法

1. 药品：预防片为浸膏片，素片重0.3克，糖衣片重0.5克，每片含量相当于原生药0.6676克。安慰剂为外形、大小与预防片完全相同之淀粉制剂。

2. 对象：在12个自然村，年龄13~65

岁的易感人群中，有自愿服药进行预防观察者8025人(大多为以野外作业为主的农民)，随机分成两组，服药组4421人，对照组3604人。

3. 服法与剂量：服药组服用预防片。每年10月、11月、12月三个月内共服药9次。每次服药3天，间隔7天。1983年每天服药14片，早晚分服，全年服药9次，共服药378片。1984年以后改为每天服药10片，全年服药9次，共服药270片。对照组服用安慰剂，即与上述剂量、服法完全相同的淀粉制剂。

三、效果观察

观察对象中，凡以流行性出血热的临床诊断住院或在当地治疗者，均填写发病调查表，并进行间接免疫荧光(PCAB)法检测EHFIgG抗体。凡服药一周以后发病者均列为有效观察例数。

1. 对流行性出血热的预防效果：服药组4421人中，根据临床表现和血清PCAB法检查结果，确诊为流行性出血热者6人，发病率为135.72(指10万人中发病135.72人，下同)，对照组3604人中，诊断为流行性出血热者21人，发病率为582.69。两组发病率相比较，经统计学处理，有非常显著性差异($P < 0.01$)。预防片的保护率为76.7%*。

2. 流行病学比较：楼观2个自然村1982年流行性出血热的发病率为441.13，1983年投药后为67.86，发病率降低373.27。三湾、草滩共10个自然村，1983年出血热发病率为832.5，1984年投药后为297.5，发病率降低535。

3. 对疫区服药人员免疫功能影响的观察：我们以淋巴细胞转化试验、活性E-玫瑰花结试验为指标，对100人进行了服药前后免疫功能变化的观察。表2示，服药后1个月、3个月与服药前相比较，两项免疫指标均有显著增高($P < 0.001$)，表明出血热预防片可增强机体细胞免疫功能。

* $(1 - 135.72 \div 582.69) \times 100\%$

表 2 100 人服药前后的细胞免疫变化

检测时间	淋巴细胞转化试验 (均值±标准差)	活性E-玫瑰花结试验 (均值±标准差)
服 药 前	56.89±12.35	17.08±3.63
服药后 1 个月	76.52±8.98*	25.92±10.10*
服药后 3 个月	73.39±8.15*	25.10±10.22*

* 与服药前比较 $P < 0.001$

讨 论

我们在有关领导支持下,开展了以中医理论为指导的流行性出血热预防研究,经过反复验证,证实了出血热预防片的预防效果。尤其是1984年以后进行的扩大验证,均说明出血热预防片对出血热的预防效果是确实的。

在作用机理方面,出血热预防片组方是遵照《内经》“邪之所凑,其气必虚”、“阴虚者,阳必凑之”等体质与发病学关系的论说,结合出血热发病之热盛伤津,毒害营阴的病理而研制的。从服药前后人群的淋巴细胞转化试验、活性E-玫瑰花结试验的结果表明,本药能增强机体细胞免疫功能,说明本药确有扶助人体正气,防止病邪入侵的功用,从而验证了《内经》预防理论的正确性,继承并发扬了中医“上工治未病”的预防思想。

本药片服用总量虽从1982年以前378片,减少为270片,但未影响效果,目前存在的问题是服药时间仍过长,服药量仍过大,药物剂型与制剂工艺尚待进行研究改进,对其作用机理亦须作进一步研究和探讨。

皮内针对部分皮肤病治疗经验介绍

江苏省海安县传染病医院 仲 跻 尚

运用针刺治疗皮肤病,《灵枢》中早有论述:“痒者,阳也,浅刺之”。本人运用皮内针浅刺的方法,治疗多种局限性皮肤病,取得一定疗效。

一、治疗方法:

在皮损边缘四周各刺入皮内针一枚,针尖方向指向皮损中心。如皮损范围较大,可在皮损正中再加刺皮内针一枚。外用胶布覆盖固定。皮内针留置时间的长短,视季节而定,夏季1~2天,春秋3~4天,冬季5~6天,取出后可换针再埋入。此外根据辨证,如属于寒凝血瘀,阳气虚弱,血虚生风者可加用艾条悬灸皮损局部,每日1~2次,每次15~30分钟。

二、注意事项:

(1) 凡皮损局部出现水泡、水肿、糜烂、溃疡、渗液、黄痂等现象,均不宜运用皮内针治疗。(2) 如皮损部位,正好在关节活动处,埋针后应嘱患者作关节屈伸活动,如有刺痛或不适,应拔出重埋。(3) 埋针期间,局部切勿接触水,以免引起感染。

三、典型病例:

例一:何××,男,48岁,1981年6月27日就诊。右小腿外侧阵发性奇痒,入夜尤甚,病延14年,曾经多方治疗无效。查:右小腿外侧正中部位有一范

围约10×8厘米²大小之皮损区,局部皮肤增厚,干燥脱屑,皮嵴高起,皮沟加深。诊断:神经性皮炎。治疗:于皮损区周围边缘,埋入皮内针六枚,针尖向皮损中心,外以胶布覆盖固定,每隔3天调换皮内针一次。治疗3天后,皮损周围瘙痒好转,但觉皮损正中瘙痒较甚,治疗方法同前,另于皮损正中埋入2寸长皮内针一枚。治疗6天后,病情好转,2天来无瘙痒感觉,皮损范围缩小,约为8×4厘米²大小,局部皮肤变薄,皮纹变细。共经过6次治疗而痊愈。

例二:杨××,男,19岁,1984年4月4日就诊。于5个月前头顶左侧突然发现有一圆形斑状秃发,头皮瘙痒,余无异常。查见左侧头顶,有一直径为4厘米大小之圆形斑秃,边缘整齐,皮肤光滑。头部其余部位,无明显丘疹及其他皮损。舌淡苔白,脉象细弱,诊为斑秃。治以在斑秃边缘四周各埋入皮内针一枚,针尖方向均向脱发区中心,外用胶布覆盖固定。另在斑秃处,用艾条隔姜灸15分钟,每日2次,每隔3日重新调换埋入皮内针一次。埋针3天后,头部已不瘙痒,斑秃部见有细毛萌生。埋针4次后,新发又有所增长增多。以后改为每隔7天调换皮内针一次。共治疗9次,斑秃区已完全被新发覆盖而愈。