

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.09.013

福建省首次 5 例输入性黄热病中西医结合治疗

王玉海, 李芹*, 官升灿, 韩荔芬, 刘路, 谢守云

(福州市传染病医院, 福建省福州市鼓楼区西洪路 312 号, 350025)

摘要 目的 分析中西医结合治疗输入性黄热病的疗效。方法 2016 年 3 月收治的 5 例输入性黄热病患者采用隔离、对症及支持治疗结合中医辨证治疗。5 例患者中 1 例患者入院时有发热, 予地塞米松注射液抗炎, 奥美拉唑粉针剂抑酸保护胃黏膜及补液支持, 5 例患者均有不同程度肝损害, 予复方甘草酸单铵粉针剂、还原型谷胱甘肽粉针剂保肝、降酶, 并给予对症治疗。根据中医辨证分型辨证选择口服全成分中药颗粒剂, 每日 1 剂, 分两次冲服。1 例发热患者入院时有恶寒、头身痛, 厌食、恶心, 舌边尖红, 舌苔中后部白厚腻, 脉浮数, 辨证湿热郁阻, 方选甘露消毒丹加金银花、连翘及佩兰等。连服 5 剂。其他患者入院时无发热, 感轻度乏力, 饮食一般, 舌淡, 苔少, 脉细。余邪未净证, 方选薏苡竹叶汤加金银花、太子参。连服 7 剂。观察患者体温、临床症状及实验室结果。结果 所有患者均达到体温正常, 临床症状缓解, 均符合出院标准, 痊愈出院。结论 中西医结合治疗黄热病可以取得良好疗效。

关键词 黄热病; 中西医结合治疗; 福建省

安哥拉于 2015 年 12 月 5 日确诊首例黄热病病例, 至 2016 年 3 月 20 日共报告疑似病例 1132 例, 确诊 375 例, 死亡 168 例^[1]。我国于 2016 年 3 月 12 日确诊首例输入性黄热病病例, 截至 2016 年 3 月 24 日共发现 6 例输入性病例, 均来自安哥拉^[2]。福州市传染病医院在 2016 年 3 月 18—29 日收治 5 例确诊的输入性黄热病患者, 经密切隔离和中西医结合方法治疗, 效果满意, 现将诊疗经过报告如下。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准

参照文献^[2]有关标准, 1) 流行病学资料: 生活在流行地区或 1 周内疫区旅行史、蚊虫叮咬史。2) 临床表现: 重症者颜面充血, 相对缓脉, 出血, 蛋白尿, 黄染均有重要参考价值; 轻度患者症状不典型。3) 实验室检查: 病毒抗原检测阳性; 血清特异性 IgM 抗体阳性; 恢复期血清特异性 IgG 抗体滴度比急性期有 4 倍以上增高; 从患者标本中检出黄热病毒 RNA; 从患者标本中分离到黄热病毒。

1.2 中医诊断及辨证标准

参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]中有关湿

温、黄疸的诊断。辨证为湿热郁阻证: 发热, 恶寒, 头身痛, 厌食, 恶心, 舌边尖红, 舌苔中后部白厚腻, 脉浮数; 余邪未净证: 轻度乏力, 饮食一般, 舌淡, 苔少, 脉细。

1.3 一般情况

5 例患者中男性 2 例, 女性 3 例; 年龄 18~53 岁; 4 例为福清市人, 1 例为三明市大田县人, 均在非洲安哥拉工作期当地正在流行黄热病。5 例患者患病后均有发热, 体温最高达 39.3℃, 发热病程: 2 例为 1 天, 1 例为 2 天, 1 例为 5 天, 1 例为 6 天。均有不同程度的乏力、头痛、全身酸痛、食欲下降, 严重的有胸闷、腹胀、恶心, 部分有颜面、眼结膜充血, 相对缓脉, 舌边尖红、中后部白或黄腻, 脉浮数或缓。

1.4 入院查体

1 例有发热, 体温 38.4℃, 脉搏 96 次/min, 呼吸 20 次/min, 血压 129/80 mmHg; 其他 4 例生命体征均正常。神清, 部分患者颜面、结膜充血, 未见皮疹及出血点, 皮肤、巩膜无黄染, 全身浅表淋巴结未触及肿大, 双耳、鼻、口腔未见异常, 颈软, 双肺、心脏听诊无异常, 腹平软, 无压痛及反跳痛, 肝、脾肋缘下未触及, 肝区无叩击痛, 双肾区无叩击痛, 腹部移动性浊音阴性; 脊柱、四肢无

* 通讯作者: liqing05912006@163.com, 13338257000

畸形,运动无障碍,关节无红肿,双下肢无水肿;生理反射存在,病理反射未引出。

1.5 辅助检查

血常规: 1 例入院时发热患者血小板有下降,最低 $65 \times 10^9/L$,其余 4 例患者血常规均正常;尿常规: 入院时仍发热患者尿蛋白 (+ +); 5 例患者粪常规及粪潜血均阴性; 5 例患者凝血功能均正常; 血生化: 入院时仍发热患者在病程中丙氨酸氨基转移酶高达 $1439 U/L$,天冬氨酸氨基转移酶高达 $1463 U/L$ 。5 例患者黄疸指数、肾功能均正常; 5 例患者首次检查尿液或血清黄热病毒核酸阳性至转阴性时间为 5 ~ 22 天。

2 治疗方法

5 例患者入院后即进行了严密隔离,卧床休息,给予易消化多维生素食物。

2.1 对症和支持治疗

5 例患者中 1 例患者入院时仍有发热,予地塞米松注射液 (每支 1 ml/5 mg,福州海王福药制药有限公司,批号: 1604141),每次 10 mg,每日 1 次,静脉滴注,连用 4 日后,改为每次 5 mg,每日 1 次,静脉滴注 1 天; 奥美拉唑粉针剂 (阿斯利康制药有限公司,批号: 1610304),每次 40 mg,静脉滴注,每日 1 次,连用 7 日。5 例患者均有不同程度肝损害,给予复方甘草酸单铵粉针剂 (每瓶含甘草酸苷 40 mg、甘氨酸 400 mg、盐酸半胱氨酸 20 mg,安徽宏业药业有限公司,批号: 161013),每次 3 瓶,还原型谷胱甘肽粉针剂 (每瓶 0.6 g,上海复旦复华药业有限公司委托杭州澳亚生物技术有限公司生产,批号: 1610254) 每次 1.2 g,均每日 1 次,静脉滴注,连用 7 ~ 21 天。

2.2 中医辨证治疗

辨证选择口服全成分中药颗粒剂。1 例患者辨证属湿热郁阻证,方选甘露消毒丹加减,处方: 金银花 15 g,连翘 12 g,荆芥 9 g,藿香 12 g,滑石 15 g,竹叶 6 g,薄荷 6 g,牛蒡子 9 g,淡豆豉 6 g,赤芍 15 g,甘草 6 g,茯苓 15 g,薏苡仁 15 g,佩兰 9 g。每日 1 剂,分两次温服,连服 5 剂。其他 4 例患者辨证属余邪未净证,方选薏苡竹叶汤加减,处方: 薏苡仁 15 g,竹叶 6 g,茯苓 15 g,甘草 6 g,北柴胡 6 g,太子参 9 g,麦冬 9 g,五味子 9 g,佩兰 6 g,金银花 15 g,连翘 9 g,石斛 12 g。每日 1 剂,分两次温服,连服 7 剂。

2.3 出院标准

参照文献 [1] 有关标准: 血液黄热病毒核酸

检测连续 2 次阴性 (间隔 24 h 以上),病程不少于 10 天可出院。

3 结果

经西医对症、支持治疗及中医辨证用药后,5 例患者体温均正常,临床症状缓解,病情均符合出院标准痊愈出院。

4 讨论

黄热病是由黄热病毒引起的急性传染病,埃及伊蚊为主要传播媒介 [2],白纹伊蚊传播黄热病的效力较低 [3]。临床表现主要为急性发热、头痛、相对缓脉、黄疸、出血倾向及蛋白尿等 [4]。目前流行于非洲和南美洲热带地区的 44 个国家。约有 15% 的感染者在 2 ~ 24 h 的病情短暂缓解后复发并加重,症状包括上腹痛、黄疸、肾功能不全及心血管功能不稳定。发生凝血障碍可引起胃肠道出血、血尿、皮肤瘀点、瘀斑、鼻衄、牙龈出血和针孔部位出血。出现肝、肾功能衰竭的患者约 20% ~ 50% 在发病 7 ~ 10 天后死亡 [5]。

黄热病临床表现轻重不一,或轻到中度发热性疾病,或重到暴发性出血热,约 90% 患者为轻度或无症状,10% 患者进展到重症 [6]。典型临床过程可分为病毒血症期、缓解期、肝肾损伤期和恢复期 4 期。黄热病通常难于临床诊断,与常见的虫媒传染病 (如疟疾、病毒性出血热、登革热、立克次体病) 和食 (水) 源性传染病 (如钩端螺旋体病、伤寒、戊型肝炎等)、妊娠性和中毒性急性脂肪肝一样,具有急性起病、黄疸、肝酶升高等临床表现,应注意鉴别诊断。输入疾病或新发、少发传染病在医院就诊过程中能否被及时发现和诊断关系重大 [7]。

黄热病无特效药物治疗,主要为对症支持治疗。一般急性期患者应卧床休息,防止感染扩散。对患者应进行精心护理、营养支持、补液,维持水、电解质和酸碱平衡; 预防和治疗出血、低血压休克; 预防和治疗肝、肾功能衰竭和继发感染等各种并发症。

黄热病因常见发热及黄疸而命名黄热病,是蚊媒传播的急性传染病,传染性强,致病性高,故属于中医学感受天地间的杂气——疫疠之邪的温疫范畴,从发病季节及病邪性质而言,一般多归属于“湿温”“暑温”等范畴。黄热病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。因黄热病初期的上述症状,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。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。徒伤表气，热亦不减”。根据本院收治 5 例患者的症状、舌像、脉像及病情演变过程，应用卫气营血辨证方法，能够较好地概括该病的病因、病机、病位及传变的顺传、逆传。初期及病毒血症期，多表现为恶寒发热，头身困重，渴不欲饮，胸脘满闷，恶心欲吐，腹胀腹泻，大便黏滞不爽，舌边尖红，苔中后部白或黄厚腻，脉濡或浮数。治疗宜清热化湿，透肌解表，可选银翘散合甘露消毒丹加减。方中金银花、连翘气味芳香，既能疏散风热，清热解毒，又可辟秽化浊；滑石利水渗湿，清热解暑，共为君药。荆芥、藿香、淡豆豉、佩兰辛而微温，气味芳香，解表散邪；薄荷、牛蒡子辛而性凉，疏散风热，清利头目；赤芍苦、微寒，归肝经，清热凉血；竹叶清热生津以防伤阴；茯苓、薏苡仁健脾、利水渗湿为佐药。甘草既可清热解毒，补脾益气，又可调和诸药，为佐使之用。纵观全方清热解毒，利水渗湿，两相兼顾，令湿热疫毒俱去，诸症自除。轻症患者及较重患者经及时合理治疗后进入恢复期，多表现为余邪未净，倦怠乏力，口干思饮，纳可，尿黄渐退，舌淡、苔厚少津或少苔，脉细。治宜清利余热，益气养阴。方选薏苡竹叶汤加减，薏苡仁、茯苓利水渗湿，健脾；竹叶甘辛淡，寒，清胃生津以除烦止渴共为君药。太子参、麦冬、石斛、五味子益气养阴，生津止渴，可治热病后期，余热未清，气津两伤之证，共为臣药。佩兰辛平，芳香化湿浊而不伤阴；金银花、连翘清热解毒以防闭门留寇；柴胡苦辛，微寒，辛行苦泄，疏通气机使补而不滞；甘草清热解

毒，调和诸药共为佐使。全方益气养阴与清热解毒并用，祛邪扶正兼顾，补而不滞，清而不寒，使热清烦除，气津得复，诸症自愈。

因目前黄热病尚无特效的抗病毒治疗药物，故应优先采取预防接种措施。有研究显示，黄热病是可以通过疫苗进行预防的一种传染病^[4]。因此，积极开展中医药防治黄热病的研究及黄热病预防疫苗的研究有重要意义。

参考文献

- [1] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 黄热病诊疗方案(2016 年版) [J]. 传染病信息, 2016, 29(3): 125-128.
- [2] 陈炎, 陈亚蓓, 陶荣芳. 《6 种输入性传染病预防控制指南和临床诊疗方案》解读(二) 黄热病; (三) 拉沙热 [J]. 公共卫生与临床医学, 2009, 5(1): 60-64.
- [3] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 10-12.
- [4] OHNSON BW, CHAMBERS TV, CRABTREE MB, et al. Vector competence of Brazilian *Aedes aegypti* and *Ae. albopictus* for a Brazilian yellow fever virus isolate [J]. Trans R Soc Trop Med Hyg, 2002, 96(6): 611-613.
- [5] AMAKU M, COUTINHO FAB, MASSAD E. Why dengue and yellow fever coexist in some areas of the world and not in others [J]. Biosystems, 2011, 106(2/3): 111-120.
- [6] 王季午. 传染病学 [M]. 3 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1998: 182-184.
- [7] 刘尧倩. WHO 关于黄热病疫苗的意见书 [J]. 国际生物制品学杂志, 2013, 36(6): 326-329.
- [8] OYEWALETOMORI. Yellow fever: the recurring plague [J]. Crit Rev Clin Lab Sci, 2004, 41(4): 391-427.
- [9] 窦相峰, 郑阳, 吕燕宁, 等. 中国首例输入性黄热病病例的流行病学调查 [J]. 中华流行病学杂志, 2016, 37(6): 788-790.
- [10] STAPLES JE, BOCCHINI JA, RUBIN L, et al. Yellow fever vaccine booster doses: recommendations of the advisory committee on immunization practices [J]. MMWR Morb Monal Wkly Rep, 2015, 64(23): 647-650.

The First Five Imported Yellow Fever Patients in Fujian Treated by Integration of Chinese and Western Medicine

WANG Yuhai, LI Qin, GUAN Shengcan, HAN Lifan, LIU Lu, XIE Shouyun

(Menchao Hepatobiliary Hospital of Fujian Medical University, Fujian, 350025)

ABSTRACT Objective To analyze the effect of integration of Chinese and western medicine in treating imported yellow fever. **Methods** Five imported yellow fever patients treated with isolation, symptomatic therapy and syndrom-differentiation based Chinese medicine in Mar 2016 were introduced. One of the five cases had a fever on admission, which was given Dexamethasone injection for anti-inflammatory, omeprazole powder injection for acid suppression to protect gastric mucosa, as well as fluid infusion. All five cases had hepatic injury to various degrees. Com-

pound ammonium glycyrrhetate injection powder, reduced glutathione powder injection were given to protect liver and reduce enzyme, as and they were also given symptomatic treatment. Total-component Chinese drug granules were taken orally based on syndrome differentiation, one dose daily, divided into twice. One patient with fever on admission had aversion to cold, headache and pantalgia and was anorectic and nauseous. The tip and edges of the tongue were red, the postmedian fur was white, thick and greasy and the pulse was floating and rapid. The syndrome differentiation was damp-heat stagnation. Ganlu Xiaodu Micropills (甘露消毒丹) plus Jinyinhua [Flos Lonicerae], Lianqiao [Fructus Forsythiae], Peilan [Herba Eupatoriae] and so on was given for 5 consecutive doses. The other patients felt slightly weak and had a common appetite on admission. The tongue was pale, the fur was scanty and the pulse was thready. The syndrome type was pathogenic factors residue. Yiyi Zhuye Decoction (薏苡竹叶汤) plus Jinyinhua [Flos Lonicerae] and Taizishen [Radix Pseudostellaria] was given for 7 doses. The body temperature, clinical symptoms and laboratory result of the patients were observed. **Results** The body temperature of all patients was normal and the clinical symptoms alleviated. All cases met the discharge criterion. **Conclusion** Integration of Chinese and western medicine in the treatment of yellow fever might have good result.

Keywords yellow fever; integrated Chinese and western medicine; Fujian Province

(收稿日期: 2016-10-24; 修回日期: 2016-12-16)

编辑: 叶 晨

关于举办“2017 中国（北京）国际中医药博览会”的通知

为实现中医药继承创新发展、统筹协调发展、生态绿色发展、包容开放发展、人民共享发展和健康中国建设，推进中医药现代化和中医药走向世界，中华中医药学会将联合中国国际展览中心集团公司于 2017 年 6 月 29-7 月 2 日在北京举办“2017 中国（北京）国际中医药博览会”。现将有关事项通知如下。

一、展会信息

展会名称: 2017 中国（北京）国际中医药博览会，展会时间: 2017 年 6 月 29-7 月 2 日，展会地点: 北京中国国际展览中心（静安庄馆），展会规模: 14000 平方米。

二、展会组织架构

主办单位: 中华中医药学会；中国国际展览中心集团公司；承办单位: 北京华港展览有限公司；中展西展展览（北京）有限公司；健康报社，中国贸易报社；协办单位: 相关地方中医药学会。

三、展区划分

1. 中医药产业展区；2. 科研、教育展区；3. 医疗机构展区；4. 保健、文化展区；5. 海外展区。

四、特色展团

为突出展会特点，强化参展效果，本届展会除“五大展区外”，还将设立以下特色展团: 1. 百强中医院展团；2. 国医大师及名老中医药专家工作室展团；3. 国药品牌老字号展团；4. 中医非物质文化遗产展团；5. 中医药专利产品展团；6. 中医示范县展团；7. 民间国医“三绝”（绝招、绝技、绝活）展团；8. 中医学术流派展团；9. 荣获国家中医药奖项单位展团；10. 国家中医药重点专科、学科展团。

五、配套活动

1. 民间国医高手论坛暨《民间国医传奇大型系列纪录片》开机仪式；2. 全国百强中医医院院长论坛；3. 国医名师大讲堂科普活动；4. 庆祝《中医药法》颁布实施——大美中医文化论坛暨全国名医书画展览活动；5. 其他相关论坛。

六、展位价格

标准展位 10800 元/9 平方米；光地展位 1000 元/平方米（18 平方米起订）。

七、联系方式

1. 中展集团北京华港展览有限公司，地址: 北京朝阳区北三环东路 6 号办公楼，电话: 010-84600772，84600337，联系人: 许梦娜，张欣辉，邮箱: xumengna@ciec.com.cn, zhangxinhui@ciec.com.cn；2. 中华中医药学会国际部，地址: 北京市朝阳区樱花东街甲 4 号，电话: 010-64206805，传真: 010-64206805，联系人: 孙永章，闫铮，贾雪晴，E-mail: zyyxhgjb@163.com。