

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2015.24.015

埃博拉病毒病中医临床诊疗思路探析

杜 宁, 张 宁, 郭玉明, 刘 冰, 罗生强, 肖小河*

(中国人民解放军第三〇二医院, 北京市西四环中路 100 号, 100039)

摘要 采集塞拉利昂首都弗里敦市塞中友好医院住院的 102 例埃博拉病毒病患者中医四诊信息, 分析临床症状特征。认为埃博拉病毒病符合中医学“暑瘟”“湿毒”范畴, 初期起病急, 常见高热、乏力、头身痛、咽痛, 同时伴发恶心、呕吐、腹痛、腹泻等; 第 5~7 天后部分患者进入极期, 瘟毒迫血妄行, 高热持续, 出现皮疹和瘀斑以及鼻衄、呕血、咯血、便血、血尿等多部位出血; 逐渐出现意识障碍、少尿和厥脱等征象; 大部分患者在发病 2 周内死于出血、多脏器功能衰竭。中医学认为, 本病内因是素体虚弱, 正气不足, 不耐时邪, 导致暑瘟、湿毒从肌肤腠理侵入, 逐渐按卫、气、营、血规律传变加重, 危重者可并发厥证、脱证导致死亡。

关键词 埃博拉病毒病; 瘟疫; 暑瘟; 湿毒; 中医药诊疗

由埃博拉病毒 (ebola virus) 引起的烈性传染病从 2014 年 2 月开始暴发于西非各国, 被世界卫生组织 (WHO) 命名为埃博拉病毒病 (ebola virus disease, EVD)。EVD 起病急, 进展快, 病死率高达 50%~90%, 致死原因主要为心力衰竭、中风、低血容量休克或多发性器官衰竭^[1]。截至 2015 年 2 月 4 日累计报告 EVD 病例 22 525 例, 其中死亡 9 004 例, 塞拉利昂报告病例数最多, 为 8 084 例, 其中死亡 3 301 例^[2]。第二批中国人民解放军援塞医疗队于 2014 年 11 月 15 日抵达塞拉利昂首都弗里敦市开始执行埃博拉疫情的防治工作, 截至 2015 年 1 月 19 日已累计收容留观患者 372 例, 其中埃博拉病毒阳性患者总计 130 例。目前世界各国仍然缺乏能够控制该病进展并有效降低病死率的方案。我们将中医学对传染病的理论经验扩展应用到 EVD 的认识中, 为中医药防治 EVD 提供依据, 现就其中医临床症状特征总结如下。

我们收集了 2014 年 11 月 20 日至 2015 年 1 月 16 日弗里敦市塞中友好医院住院患者中符合 EVD 诊断标准的患者 102 例, 其中男 56 例, 女 46 例。西医诊断标准根据中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会公布的诊断标准^[3], 同时符合以下要

求, 定为埃博拉病毒阳性病例。1) 流行病学资料: 来自疫区或 21 天内有疫区旅行史; 21 天内接触过来自或曾到过疫区的发热者; 21 天内接触过患者及其血液、体液、分泌物、排泄物或尸体等; 接触过被感染的动物。2) 临床表现: 体温 $\geq 38.6^{\circ}\text{C}$, 出现严重头痛、肌肉痛、呕吐、腹泻、腹痛; 发热伴不明原因出血; 不明原因猝死。3) 实验室检查: 核酸检测阳性: 患者血液等标本用 RT-PCR 等核酸扩增方法检测结果阳性, 若核酸检测阴性, 但病程不足 72 h, 应在达 72 h 后再次检测; 病毒抗原检测阳性: 采集患者血液等标本, 用 ELISA 等方法检测病毒抗原; 分离到病毒: 采集患者血液等标本, 用 Vero、Hela 等细胞进行病毒分离。4) 血清特异性 IgM 抗体检测阳性; 双份血清特异性 IgG 抗体阳转或恢复期较急性期 4 倍及以上升高。5) 组织中病原学检测阳性。

国家中医药管理局于 2014 年 8 月组织中医药专家对中医药防治 EVD 进行了专题研讨。根据中医疫病理论, 结合 EVD 的发病情况和文献报道的临床特征, 专家组认为, 本病可归属于中医学“瘟疫”范畴, 其临床表现可分为初期、极期。初期起病急, 常见高热、乏力、头身痛、咽痛, 可伴发恶心、呕吐、腹痛、腹泻等; 第 5~7 天后部分患者进入极期, 瘟毒迫血妄行, 高热持续, 出现皮疹和瘀斑以及鼻衄、呕血、咯血、便血、血尿等多

基金项目: 北京市中医药科技项目 (JJ2014-72、JJ2014-73、JJ2014-74)

* 通讯作者: pharmacy302@126.com, 中国中医科学院客座研究员

部位出血; 逐渐出现意识障碍、少尿和厥脱等征象; 可在发病 2 周内死于出血、多脏器功能衰竭。

制定 EVD 患者中医证候调查表 (中英文对照), 内容包括一般资料、中医四诊信息及舌象记录等。在入院明确诊断后第 1~7 天每天各记录 1 次。鉴于传染病安全防护的需要, 舌诊以数码相机拍照的形式完成, 脉诊不作要求。利用每日查房时间与塞拉利昂护理人员共同进行登记填写, 收集患者资料。基于已建立的 EVD 中医证候信息平台, 将临床所得资料结果录入后建立数据库, 数据库构建及数据分析均采用 SPSS 17.0 统计软件包。采用描述性分析方法计算证候分布及常见证候的四诊指标频数及分布, 最后进行聚类分析并咨询一线专家及国内知名老中医, 计算机和专家分析相结合以总结出 EVD 的临床表现特点。

结果显示, 埃博拉病毒阳性患者年龄 1~76 岁, 平均年龄 (33 ± 13.9) 岁, 其中 ≤10 岁者 8 例, 11~20 岁者 23 例, 21~30 岁者 33 例, 31~40 岁者 18 例, 41~50 岁者 16 例, ≥51 岁者 4 例。提示患者发病以 11~30 岁为主。临床症状: 发热 26 例占 25.49%, 乏力 96 例占 94.12%, 纳差 77 例占 75.49%, 呕吐 82 例占 80.39%, 腹泻 76 例占 74.51%, 头痛 35 例占 34.31%, 腹痛 42 例占 41.18%, 关节痛 27 例占 26.47%, 失眠 80 例占 78.43%, 烦躁 23 例占 22.55%, 出血 5 例占 4.90%, 麻木感 6 例占 5.88%。提示患者临床症状以乏力、呕吐、失眠、纳差、腹泻为多见。对患者入院中医四诊信息综合分析, 在 EVD 初期患者主要表现为乏力、纳差、恶心、呕吐、腹泻、失眠, 发热并不是最常见的症状, 分析原因为患者发病的前两天发热是常见的不适症状, 但入院时往往已经是发病后两三天, 此时发热现象已经明显减少。患者常见舌质通红、表面干燥, 甚至出现芒刺。舌色红主热证, 表明邪热亢盛, 舌面干燥甚至出现芒刺属于暑热伤阴太甚所致。其余可见淡红舌为正常舌象, 表明病程短, 病邪侵入轻浅, 还未伤及脏腑气血。常见舌苔以燥黄苔与薄黄苔为主, 表明暑湿疫毒侵入伤及人体, 燥黄苔为伤阴过度表现, 薄黄苔为热邪伤人尚轻, 属于湿热表证初期。脉象常见细数脉、浮滑脉。外邪袭表之时, 卫阳全力抵抗外邪, 脉气鼓动于外, 表现应指而浮。数脉代表热证, 邪热亢盛之时逼迫气血运行加速, 则表现应指脉数。滑脉代表热邪充实, 壅盛于里, 故脉

象表现为来往流利, 出现应指圆滑无阻力, 因此, EVD 符合中医学“暑瘟”“湿毒”的疾病诊断范畴, 表现发病急骤、传变迅速, 传变过程由表及里, 众人普遍易感。西非地处热带, 暑邪内伤, 郁而化火, 传变迅速, 最易伤津劫液, 导致动风窍闭, 危及生命。中医学认为, 本病内因是素体虚弱, 正气不足, 不耐时邪, 导致暑瘟、湿毒从肌肤腠理侵入, 逐渐按卫、气、营、血规律传变加重, 危重者可并发厥证、脱证导致临床死亡。

中医药防治传染病已有数千年的历史, 早在《黄帝内经》中已有对传染病的描述。张仲景《伤寒杂病论》、吴又可《瘟疫论》、叶天士《温病条辨》、余师愚《疫疹一得》均是中医药治疗传染病的理论渊源。我国是传染病高发国家, 而每一次传染病的大规模爆发流行都会促进中医瘟疫理论的完善和发展。根据塞拉利昂卫生部的要求, 在 EVD 的留观诊疗过程中医护人员应尽可能减少与患者的接触, 同时尽可能减少进行有创操作, 所以一般患者入院后的血液检查只有 1 次, 血量亦有严格限制。这样在诊疗过程中, 患者如果缺乏实验室相关检查内容, 西医治疗就会失去基本的科学依据, 而依据望、闻、问、切的方法来诊断疾病的中医学此时却能显示^[4]。中医诊疗过程首先是辨别疾病证候, 确立了诊断, 也就有了治疗疾病的依据; 同时中医诊断不仅综合症状, 分析病因, 还会注重患者心理状态, 以及患者生活的自然环境、地理特点、气候变化, 综合分析加以整体判断, 可谓法于自然, 全面细致, 为中医药防治 EVD 的治则治法拓展了思路。

参考文献

- [1] World Health Organization. Ebola: containing the outbreak in southern Sudan [EB/OL]. (2004-08-07) [2015-03-08]. <http://www.who.int/features/2004/ebola/en/>.
- [2] World Health Organization. Situation reports with epidemiological data: archive [EB/OL]. (2015-02-04) [2015-03-08]. <http://www.who.int/csr/disease/ebola/situation-reports/archive/en/>.
- [3] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 埃博拉出血热防控方案(第二版) [EB/OL]. (2014-08-15) [2015-03-08]. <http://www.nhpc.gov.cn/jkj/s3577/201408/4df4931fb9174219813f3cd0f54f65e.shtml>.
- [4] 杜宁. 中医抗击“埃博拉”显优势 [N]. 2015-01-07 (003).

(下转第 2136 页)

时珍国医国药, 2001, 12(1): 44.

- 〔0〕 贾文成. 小蜡丸的生产工艺探讨: 蜡熔法 〔J〕. 中成药研究, 1983(8): 43.
- 〔1〕 沈坚. 三黄宝蜡丸剂型和制剂工艺浅析 〔J〕. 中药通报, 1986, 11(1): 40.
- 〔2〕 时维静, 张伟, 王海侠, 等. 正交试验法优选白头翁醇提工艺 〔J〕. 中华中医药杂志, 2008, 23(2): 156-158.
- 〔3〕 雷杨, 夏新华, 陈希. 正交设计优选胃康片醇提工艺 〔J〕. 中国实验方剂学杂志, 2010, 16(15): 28-30.
- 〔4〕 杜茂波, 刘淑芝, 刘树扬. 元胡止痛软胶囊中延胡索提取工艺优选 〔J〕. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(9): 50-52.
- 〔5〕 哈文仙, 张元桐, 姜志华. 正交设计优选羊蹄大黄酊剂制备工艺 〔J〕. 辽宁中医药大学学报, 2007, 9(4): 152-153.
- 〔6〕 唐坤, 王伯初, 李标. 清益康酊剂提取工艺研究 〔J〕. 中成药, 2006, 28(4): 582-583.
- 〔7〕 张建玲, 贺祝英, 吴红梅. 正交试验优选心衰宁合剂水提工艺 〔J〕. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(7): 30-33.
- 〔8〕 李凌军, 冯建华, 孙福涛, 等. 糖脂消颗粒水提工艺条件的优选 〔J〕. 山东中医药大学学报, 2004, 28(2): 132-135.
- 〔9〕 李一圣, 陈剑平, 何耀慧, 等. 半枝莲水提工艺中野黄芩苷降解动力学研究 〔J〕. 中成药, 2010, 32(9): 1498-1500.
- 〔20〕 孙思邈. 千金翼方 〔M〕. 太原: 山西科学技术出版社, 2010: 244.

Preliminary Exploration of Preparation Technology in *Treatise on Cold Pathogenic Disease* (伤寒论)

DU Maobo, LIU Shuzhi

(Institute of Chinese Materia Medica, China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing, 100700)

ABSTRACT Prescription is emphasized in modern research of *Treatise on Cold Pathogenic Disease* (伤寒论), while preparation is neglected. Prescription refers that one formula is applied to certain syndromes and certain diseases. Preparation means that the special way in making special prescription. This article analyzes prescriptions recorded in *Treatise on Cold Pathogenic Disease* (伤寒论) from the angle of preparation and explores the role of preparation technology playing in disease treatment. After researching preparation in *Treatise on Cold Pathogenic Disease* (伤寒论), the authors find that the thinking of preparation in *Treatise on Cold Pathogenic Disease* (伤寒论) has guiding significance for the development of new technology and new formulation in Chinese medicine.

Keywords *Treatise on Cold Pathogenic Disease* (伤寒论); preparation technology; powder; pill; decoction

(收稿日期: 2015-05-05; 修回日期: 2015-07-08)

编辑: 黄 健

(上接第 2129 页)

Way of Thinking about Chinese Medical Diagnosis and Treatment for Ebola Virus Disease

DU Ning, ZHANG Ning, GUO Yuming, LIU Bing, LUO Shengqiang, XIAO Xiaohu

(302 Hospital of PLA, China, Beijing, 100039)

ABSTRACT Chinese medical four-diagnosis information of 102 patients with Ebola virus disease in Sierra Leone-China Friendship Hospital in Freetown, the capital of Sierra Leone, was collected, and the characteristics of clinical symptoms were analyzed. It is considered that Ebola virus disease is accorded with the category of "febrile diseases in summer" and "damp toxin" in Chinese medicine. This disease breaks out abruptly in initial stage and its common symptoms include high fever, fatigue, head and bodily pain, sore throat, and accompanying with nausea, vomiting, abdominal pain and diarrhea. After the fifth to seventh day, some patients go into fastigium when the pestilential poison forces blood to flow, continuous high fever, rash, ecchymosis and multiple-site bleeding, including epistaxis, hematemesis, hemoptysis, hemafecia and hematuria. Gradually, disturbance of consciousness, oliguria, faint and prostration appear. Most patients died of bleeding and multi-organ failure within two weeks of attacking. Chinese medicine holds that the internal cause of the disease is debility, and healthy *Qi* insufficient to withstand seasonal evil-*Qi*, leading to febrile diseases in summer and damp toxin intruding from the texture and interspace of the skin. Then the disease gradually becomes exacerbated according to the order of *Wei-Qi-Ying-Xue*. The critical illness can present with faint and prostration syndrome, probably causing to death.

Keywords Ebola virus disease; plague; febrile diseases in summer; damp toxin; diagnosis and treatment of Chinese medicine

(收稿日期: 2015-03-10; 修回日期: 2015-05-07)

编辑: 邓 媛