

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2020.16.013

登革 1 号方联合西药治疗湿热郁遏型登革热患者 41 例临床观察

周文, 李芹*, 官升灿, 韩荔芬, 刘路

福建医科大学孟超肝胆医院, 福建省福州市鼓楼区西洪路 312 号, 350025

摘要 目的 观察登革 1 号方联合西医常规疗法治疗湿热郁遏型登革热患者的临床疗效。方法 将 81 例湿热郁遏型登革热患者随机分为治疗组 (41 例) 与对照组 (40 例), 对照组予西医常规对症治疗, 治疗组在对照组基础上加用登革 1 号方, 两组均治疗 5~7 天, 随访 3 天。观察两组患者退热时间, 症状、体征消失时间, 检测血常规, 并评价临床疗效。结果 治疗组退热时间为 (2.45 ± 1.53) 天, 症状、体征消失时间为 (4.70 ± 1.11) 天; 对照组退热时间为 (3.23 ± 2.21) 天, 症状、体征消失时间为 (5.96 ± 0.76) 天。治疗组退热时间, 症状、体征消失时间均短于对照组 ($P < 0.05$); 治疗组白细胞计数及淋巴细胞计数恢复情况优于对照组 ($P < 0.05$); 治疗组总有效率为 92.7%, 对照组总有效率为 85.0%, 治疗组临床疗效明显优于对照组 ($P < 0.05$)。结论 登革 1 号方联合西医常规疗法能有效提高湿热郁遏型登革热患者临床疗效, 升高白细胞、淋巴细胞计数, 改善临床症状和体征。

关键词 登革热; 湿热郁遏型; 登革 1 号方; 发热

登革热是登革病毒引起的急性虫媒传染病, 主要通过埃及伊蚊或白纹伊蚊为媒介进行传播。其特点为急性起病, 发热, 全身肌肉、骨骼、关节痛, 极度疲乏, 皮疹, 淋巴结肿大及血液白细胞、血小板减少等^[1], 少部分患者可能发展为重症登革热^[2]。该病传播速度较快, 极易大规模暴发流行^[3], 已成为我国乃至世界范围内重要的公共卫生问题, 但目前治疗上尚未发现特效的治疗药物。登革 1 号方是福建医科大学孟超肝胆医院中西医结合感染科经验方, 我们根据多年防治传染病的临床经验, 提出“扶正祛邪, 解毒防变”的治疗理念, 登革 1 号方就是依据此理念, 结合登革热的临床特征、病因病机创建而成。我们采用登革 1 号方结合西医常规疗法治疗登革热 41 例, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照《登革热诊疗指南 (2014 年第 2 版)》^[4]。临床表现: 发热, 可伴畏寒, 24 h

内体温可达 40℃。部分病例发热 3~5 天后体温降至正常, 1~3 天后再度上升, 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; 有流行病学史 (发病前 15 天内到过登革热流行区, 或居住地有登革热病例发生), 或有白细胞和血小板减少者; 急性期血清检测出 NS1 抗原。

中医辨证标准参照中华中医药学会发布的《登革热中医诊疗方案 (2018 版)》^[5] 中湿热郁遏型。临床表现: 高热畏寒, 或不畏寒, 身热不扬, 头痛, 周身疼痛, 倦怠乏力, 口渴, 呃逆或呕吐, 小便短赤, 大便黏腻不爽, 舌红, 苔黄厚或厚腻, 脉滑数或洪数。

1.2 纳入标准

符合上述诊断及辨证标准; 体温 $> 37.5^{\circ}\text{C}$, 病程 ≤ 3 天; 年龄 ≥ 12 岁。

1.3 排除标准

重症登革热; 合并其他器官严重原发性疾病如先天性心脏病、慢性肝炎、肾炎和血液系统疾病等; 有中药过敏史者; 妊娠期妇女。

1.4 一般资料

收集福建医科大学孟超肝胆医院 2019 年 7—

基金项目: 福建省医疗“创双高”建设省级临床重点专科 (中医类) 建设项目; 福建省感染病重点专科项目; 福建省卫生计生科研人才培养项目 (2017-CXB-41)

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

10 月住院的 81 例登革热患者,采用随机数字表法分为治疗组 and 对照组。治疗组 41 例,其中男 24 例,女 17 例;年龄 12 ~ 65 岁,平均 (39.15 ± 16.32) 岁;病程 0.5 ~ 3 天,平均 (1.31 ± 0.65) 天。对照组 40 例,其中男 21 例,女 19 例;年龄 12 ~ 70 岁,平均 (40.10 ± 17.18) 岁;病程 0.5 ~ 3 天,平均 (1.40 ± 0.59) 天。两组患者的性别、年龄、病程等基线资料比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

两组患者均给予防蚊隔离,清淡饮食,卧床休息,监测生命体征等一般处理。

对照组:给予注射用还原型谷胱甘肽(每支 1.2 g,山东绿叶制药有限公司,批号:190404303),用法:年龄 ≥ 18 岁,每次 1.2 g,静脉滴注,每日 1 次;年龄 < 18 岁,每次 0.6 g,静脉滴注,每日 1 次。维生素 C 注射液(每支 0.5 g,福州海王福药制药有限公司,批号:1906161),用法:年龄 ≥ 18 岁,每次 1.0 g,静脉滴注,每日 1 次;年龄 < 18 岁,每次 0.5 g,静脉滴注,每日 1 次。纠正水电解质紊乱、补液支持等治疗,退热多选物理退热,高热超过 39℃ 时,予布洛芬混悬液(每瓶 25 ml,武汉人福药业有限责任公司,批号:50319046) 10 ml 口服。

治疗组:在对照组治疗基础上给予登革 1 号方治疗。年龄 ≥ 18 岁,处方:金银花 15 g,连翘 12 g,葛根 15 g,生石膏 15 ~ 30 g,知母 9 g,白扁豆 6 g,草豆蔻 9 g,六神曲 9 g,车前草 15 g,赤芍 15 g,薄荷 6 g,牛蒡子 9 g,甘草 6 g(免煎颗粒,江阴天江药业有限公司生产);年龄 < 18 岁,处方:金银花 12 g,连翘 9 g,葛根 12 g,生石膏 10 ~ 20 g,知母 9 g,白扁豆 6 g,草豆蔻 9 g,六神曲 9 g,车前草 12 g,赤芍 9 g,薄荷 6 g,牛蒡子 9 g,甘草 3 g,温水冲服。体温 ≥ 39.0℃,每日 2 剂,分 4 次服用(每次间隔 4 h);体温 < 39.0℃,每日 1 剂,早晚各服用 1 次,治疗 3 天以上。低热患者生石膏的用量 10 g 左右,高热患者生石膏的用量 20 g 左右。

两组治疗时间为 5 ~ 7 天,随访 3 天。

2.2 观察指标和方法

1) 观察两组患者发热(每 2 ~ 4 h 测一次体温),头痛、全身肌肉、骨骼和关节疼痛等主要症

状体征,记录退热时间及症状、体征完全消失时间;2) 观察两组患者治疗前后实验室指标变化:包括白细胞计数(WBC)、淋巴细胞计数(LY)、血小板计数(PLT)。

2.3 疗效判定标准

参照《临床疾病诊断与疗效判断标准》^[8]及《中医病证诊断疗效标准》^[9]中的相关标准制定。患者的临床症状、体征均已消失,且 WBC、LY 及 PLT 各指标恢复至正常水平为痊愈;患者的临床症状和体征基本消失,WBC、LY 及 PLT 指标恢复水平超过 70% 为显效;患者各项症状、体征明显改善,WBC、LY 及 PLT 指标恢复 50% ~ 70% 为有效;患者各项临床症状、体征没有改变或加重,WBC、LY 及 PLT 恢复 < 50% 为无效。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 21.0 软件进行统计学分析。计数资料用率或构成比表示,采用 χ^2 检验及秩和检验。计量资料用 ($\bar{x} \pm s$) 表示,两组间比较若方差齐时采用 t 检验,若方差不齐则采用 t' 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者退热时间及症状、体征完全消失时间比较

表 1 示,治疗组退热时间及症状、体征完全消失时间明显短于对照组,两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 两组登革热湿热郁遏型患者退热时间及症状、体征完全消失时间比较 ($\bar{d}, \bar{x} \pm s$)

组别	例数	入组前发热时间	退热时间	症状、体征消失时间
治疗组	41	1.89 ± 1.06	2.45 ± 1.53*	4.70 ± 1.11*
对照组	40	1.63 ± 1.02	3.23 ± 2.21	5.96 ± 0.76

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

3.2 两组患者治疗前后 WBC、LY、PLT 结果比较

表 2 示,两组患者治疗前 WBC、LY、PLT 比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$),治疗后,两组

表 2 两组登革热湿热郁遏型患者治疗前后 WBC、LY、PLT 比较 ($\times 10^9/L, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	WBC	LY	PLT
治疗组	治疗前	41	2.30 ± 0.75	0.67 ± 0.27	81.7 ± 29.4
	治疗后	41	6.51 ± 3.07* Δ	2.21 ± 0.79* Δ	108.7 ± 33.1*
对照组	治疗前	40	2.29 ± 0.69	0.68 ± 0.29	79.7 ± 27.3
	治疗后	40	5.17 ± 2.05*	1.65 ± 0.64*	112.0 ± 36.1*

注:WBC,白细胞计数;LY,淋巴细胞计数;PLT,血小板计数;与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$

患者各指标均较治疗前明显提高 ($P < 0.05$), 治疗组治疗后 WBC、LY 明显高于对照组 ($P < 0.05$), 治疗组 PLT 改善情况与对照组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.3 两组患者临床疗效比较

治疗组 41 例, 痊愈 21 例, 显效 13 例, 有效 4 例, 无效 3 例, 总有效率为 92.7%; 对照组 40 例分别为 16 例、12 例、6 例、6 例及 85.0%, 治疗组优于对照组 ($P < 0.05$)。

4 讨论

近年来, 随着气候变暖及雨季增多, 全球登革热发病数不断上升, 据世界卫生组织 (WHO) 估计, 目前有超过 100 个国家、约 25 亿人处于登革病毒的威胁中, 每年约有 1 亿新感染病例, 其中有 50 万病例需要住院治疗^[8-9]。中国于 1873 年首次报道在福建省厦门市发生登革热流行^[10], 此后登革热每隔数年在我国东南沿海地区暴发流行一次。福建地处我国东南部、东海之滨, 属亚热带湿润季风气候, 西北有山脉阻挡寒风, 东南又有海风调节, 温暖湿润为气候的显著特色, 且蚊媒分布广泛, 具备形成本地暴发的自然条件。本次研究发现福州地区登革热流行发病时间在 7~10 月, 高峰期为 9 月份, 大多数病情较轻, 与国外情况相似^[8]。

中医学将登革热归属于“温疫”“温病”“湿温”“暑疫”等范畴, 其发病既与夏秋时节感受暑湿疫毒相关, 同时又受体质阴阳偏盛偏衰的影响。当人体正气不足, 或是素体脾胃虚弱, 水湿内停, 湿热内蕴, 或是天气炎热, 汗出过多, 气津两伤, 暑湿疫毒邪气侵犯机体而发病^[11]。湿为阴邪, 其性重浊黏腻, 易伤阳气, 热为阳邪, 易化燥伤阴, 湿与热合, 如油入面, 胶着难解, 所以治疗重点既要祛湿又要清热, 把热从湿中分离出来, 使热与湿不再胶结, 则湿热自愈。正如薛生白《湿热病篇》曰“湿热两分, 其病轻而缓, 湿热交合, 其病重而速。”

登革 1 号方中金银花清气分之热解血分之毒, 清热之中又有轻微宣散之功, 配伍连翘共奏透热达表、清热解毒之功; 葛根解肌退热, 生津, 使邪宣散于上焦; 生石膏、知母清热而不伤阴液; 白扁豆、草豆蔻、六神曲行气化湿, 悦脾和中, 令气畅湿行, 使邪弥散于中焦; 车前草清热利湿, 导湿热从小便而去; 赤芍清热凉血, 散瘀止痛; 薄荷、牛蒡子、甘草解毒利咽。全方上、中、下三焦同治,

具有清热解毒、行气利湿、扶正祛邪、祛邪不伤正之功。

本研究结果显示, 治疗组在退热时间, 以及乏力、头痛、全身肌肉疼痛、皮疹等主要症状、体征消失时间方面均较对照组短, 治疗组在 WBC、LY 计数上升方面与对照组比较有统计学意义, 说明登革 1 号方能有效改善登革热患者的临床症状, 提升 WBC、LY。但治疗组血小板回升与对照组相比无统计学意义, 可能与观察天数相对较短有关。治疗组总有效率优于对照组, 提示登革 1 号方能有效的提高临床疗效。研究^[12]发现, 淋巴细胞与 CD4 细胞具有相关性, 是否登革 1 号方具有调节免疫功能, 从而达到治疗效果, 有待以后的临床研究中进一步明确。

综上所述, 登革 1 号方治疗登革热能有效提高临床疗效, 改善患者临床症状及血常规各项指标, 值得临床推广, 是否存在免疫调节作用, 有待以后临床工作中进一步研究。

参考文献

- [1] 李兰娟. 传染病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 92-96.
- [2] 罗雪花, 朱晓峰, 韩莉, 等. 中西医结合治疗 99 例登革热临床观察 [J]. 云南中医学院学报, 2016, (2): 78-80.
- [3] CUCUNAWANGSIH, NPH LUGITO. Trends of dengue disease epidemiology [J]. Virology Res Treat, 2017, (8): 1-6.
- [4] 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]. 中国医药科学, 2014, 4(21): 221-224.
- [5] 中华中医药学会. 关于发布风湿肺热病 (重症肺炎) 等 56 个中医优势病种中医临床路径和中医诊疗方案 (2018 年版) 的通知 [EB/OL]. (2018-11-30) [2019-05-30]. <http://www.cacm.org.cn/zhzyyxh/tzgg/201812/ef4c1ac0b3944c07b96a037a1d9aaca.shtml>.
- [6] 王蔚文. 临床疾病诊断与疗效判断标准 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2010: 39-40.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 76, 125-126.
- [8] YEALY DM, KELLUM JA, HHUANG DT, et al. A randomized trial of protocol-based care for early septic shock [J]. N Engl J Med, 2014, 370(18): 1683-1693.
- [9] SIEBE C. High versus low blood-pressure target in patients with septic shock-journal of emergency medicine [J]. J Emerg Med, 2014, 47(2): 256-259.
- [10] 袁长津, 何清湖. 现代中医疫病学 [M]. 北京: 化学工业出版社, 2008: 341-346.
- [11] 杨健捷, 叶雨华, 元焯成, 等. 热毒宁治疗登革热的临床观察 [J]. 临床内科杂志, 2015, 32(9): 565-566.

- [2] 薛黎坚, 王文明, 陈权, 等. 淋巴细胞计数预测 HIV / (12): 1437-1440.
AIDS 患者的 CD4⁺ 细胞数 [J]. 实用预防医学, 2015, 22

Clinical Observation on 41 Dengue Fever Patients Treated by Dengue I Formula Combined with Western Medicine

ZHOU Wen, LI Qin, GUAN Shengcan, HAN Lifan, LIU Lu

Mengchao Hepatobiliary Hospital of Fujian Medical University, Fuzhou, 350025

ABSTRACT Objective To observe the clinical effects of Dengue I Formula combined with western medicine conventional therapy on the patients of dengue fever with damp heat accumulation type. **Methods** A total of 81 patients with damp heat accumulation type of dengue fever were randomly divided into a treatment group (41 cases) and a control group (40 cases). The control group was treated with conventional western medicine, and the treatment group was treated with Dengue I Formula based on the control group. Both groups were treated for 5 to 7 days. Follow-up visit was carried out for 3 days to observe the antipyretic time, the disappearing time of the symptoms and signs, and the results of blood routine indicators and to evaluate the clinical efficacy. **Results** The antipyretic time in the treatment group was (2.45 ± 1.53) days, and the disappearance time of symptoms and signs was (4.70 ± 1.11) days; the antipyretic time in the control group was (3.23 ± 2.21) days, and the disappearance time of symptoms and signs was (5.96 ± 0.76) days. The antipyretic time and the time of the symptoms disappear in the treatment group was shorter those that in the control group ($P < 0.05$). The recovery of leukocyte and lymphocyte counts in the treatment group was better than that in the control group ($P < 0.05$). The clinical total effective rate of the treatment group was 92.7%, higher than that of the control group 85.0% ($P < 0.05$). **Conclusion** The combination of Dengue I Formula and western medicine conventional therapy can effectively improve the clinical efficacy and increase white blood cell and lymphocyte counts, and improve clinical symptoms and signs.

Keywords Dengue fever; damp-heat accumulation; Dengue I Formula; fever

(收稿日期: 2019-12-25; 修回日期: 2020-03-20)

编辑: 叶 晨

欢迎订阅 2021 年《中国针灸》杂志 (月刊), 《针刺研究》杂志 (月刊)

两刊均为中国针灸学会、中国中医科学院针灸研究所主办的针灸学术权威期刊, 均已成为中国科技核心期刊、中文核心期刊、中国科学引文数据库 (CSCD) 核心库来源期刊。《中国针灸》杂志为中国精品科技期刊、百种中国杰出学术期刊、中国最具国际影响力的中文期刊, 全面报道国内外针灸学科的最新研究成果。《中国针灸》报道以临床为主, 介绍临床有效治疗方法、专家经验、经络腧穴研究与机制探讨等, 提供继续教育培训、技能培训、学术会议、医疗药品器械信息。《针刺研究》报道以基础研究为主, 反映针灸机制探讨最新进展及研究现状。两刊实为针灸科研、临床医务工作者及针灸爱好者订阅之首选。

2021 年《中国针灸》杂志每册 30 元, 全年 360 元, 邮发代号: 2-53 《针刺研究》杂志每册 25 元, 全年 300 元, 邮发代号: 82-171。在全国各地邮局均能订阅。如当地邮局订阅困难者, 请直接在中国中医科学院针灸研究所期刊中心发行部订阅, 可支付宝转账, 支付宝账号: zhenjiuguangfa@aliyun.com, 转账前请先加好友, 以便沟通。亦可通过邮局汇款购买, 地址: 北京东直门内南小街 16 号, 收款人姓名: 中国针灸编辑部, 邮编: 100700。电话: 010-84046331, 010-64089349。

E-mail: zhenjiuguangfa@aliyun.com

