

病例报告

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2022.10.018

清热化湿抗毒法治疗 SARS-CoV-2 B.1.1.7 毒株感染 1 例

伍建光, 赖俊宇, 张元兵, 刘良倚✉

江西中医药大学附属医院, 江西省南昌市东湖区八一大道 445 号, 330006

[摘要] SARS-CoV-2 B.1.1.7 毒株是新型冠状病毒 (COVID-19) 的变种。报告 1 例普通型 SARS-CoV-2 B.1.1.7 毒株感染病例, 在西医治疗的同时采用中医清热化湿抗毒法治疗后痊愈出院。提示病毒虽然发生变异, 但病机仍以湿热多见, 病位以肺脾为主, 只要谨守病机, 采用清热化湿抗毒法, 在临床应用的过程中根据患者病情变化而随证加减, 仍可获得良好疗效。

[关键词] 新型冠状病毒; SARS-CoV-2 B.1.1.7 毒株; 瘟疫; 清热化湿抗毒法; 病例报告

SARS-CoV-2 B.1.1.7 毒株是 2020 年 9 月在英国首次发现的 2019 年新型冠状病毒 (新冠病毒) 的变种, 已传播到全球多个国家^[1]。研究发现, SARS-CoV-2 B.1.1.7 毒株比已有的变异毒株更易传播^[2]。2021 年 3 月江西省发现 SARS-CoV-2 B.1.1.7 毒株感染病例, 本团队作为《江西省新型冠状病毒肺炎中医药防治方案 (试行第三版)》^[3] 主要编写成员, 深入疫情一线对患者进行诊治, 现报告 1 例典型病例的中医诊治过程, 以期对辨治新型冠状病毒肺炎 (简称“新冠肺炎”) 提供参考。

1 病例介绍

患者, 男性, 34 岁, 因新冠病毒筛查阳性 1 天入院。患者回国前在津巴布韦工作, 入境后进行 2 周隔离, 2021 年 3 月 16 日在隔离点复查新冠病毒核酸阳性收入住院, 经基因测序确定为 SARS-CoV-2 B.1.1.7 毒株感染。该患者入院时未见明显不适, 生命体征平稳, 有饮酒史近 20 年。血细胞分析: 白细胞计数 $6.19 \times 10^9/L$, 血红蛋白 162 g/L, 血小板计数 $166 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 65.6%, 淋巴细胞百分比 22.5%; 血生化指标: 白蛋白

48.1 g/L, 丙氨酸氨基转移酶 41.5 U/L, 门冬氨酸氨基转移酶 29.1 U/L, 肌红蛋白 45 $\mu g/ml$, C 反应蛋白 8.3 mg/L; IgM、IgG 抗体阴性; 胸部 CT (见图 1A) 提示双上肺陈旧性肺结核, 左肺上叶胸膜下肺大疱。入院诊断: 新冠病毒感染 (无症状感染者, SARS-CoV-2 B.1.1.7 毒株); 陈旧性肺结核。入院后西药予以阿比多尔片 200 mg 口服, 每日 3 次; 洛匹那韦利托那韦片 100 mg 口服, 每日 2 次; 重组人干扰素 $\alpha 2b$ 500 万单位雾化吸入, 每日 2 次。2021 年 3 月 19 日患者出现发热、头痛、厌油等症状, 遂请中医会诊。

2021 年 3 月 19 日初诊: 患者体温 $37.7^\circ C$, 头痛, 轻微厌油腻, 乏力, 无胸闷气促, 舌质红、苔薄黄。中医诊断: 疫病 (太阳少阳合病); 治法: 和解少阳, 调和营卫。予柴胡桂枝汤加味, 处方: 北柴胡 10 g, 桂枝 10 g, 黄芩 10 g, 党参 10 g, 赤芍 10 g, 甘草 6 g, 生姜 3 片, 大枣 2 枚, 藿香 10 g, 茯苓 10 g, 白术 10 g, 连翘 10 g, 陈皮 10 g。2 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次温服。

2021 年 3 月 21 日二诊: 患者仍发热, 最高体温 $39.2^\circ C$, 口服新癍片 (0.32 g/片) 4 片后体温可下降, 但 4 h 后再次发热。2021 年 3 月 20 日胸部 CT 提示: 两肺胸膜下分布多发斑片状磨玻璃影。血细胞分析: 白细胞计数 $5.33 \times 10^9/L$, 红细胞计数 $5.22 \times 10^{12}/L$, 血红蛋白 167.0 g/L, 血小板计数 $128 \times 10^9/L$, 中性粒细胞百分比 72.40%, 淋巴细胞百分比 21.80%; 血生化指标: 白蛋白 49.0 g/L,

基金项目: 江西省重点项目 (定向委托) (2020YBBGW0003); 江西省科技厅中医药防治新冠肺炎研究应急专项联合立项项目 (2020YBBGW0007); 江西省学位与研究生教育教学改革研究项目 (JXYJG-2014-089); 江西省教育厅科学技术研究项目 (GJJ14605); 江西中医药大学教学改革项目 (2012-134); 江西省中医药管理局科技计划项目 (2020A0137)

✉ 通讯作者: llj6505@163.com, (0791) 86360490

丙氨酸氨基转移酶 33.2 U/L, 门冬氨酸氨基转移酶 38.6 U/L, 肌酸激酶同工酶 40.0 U/L, C 反应蛋白 34.70 mg/L; 降钙素原 <0.05 ng/ml; COVID-19 核酸检测阳性。主治医生修正诊断: 新冠肺炎(普通型)。西药在入院给药基础上加用盐酸莫西沙星氯化钠注射液 250 ml 静脉滴注抗感染, 每日 1 次; 静注人免疫球蛋白(PH4) 10 g 静脉滴注调节免疫, 新癍片 4 片口服退热, 停用洛匹那韦利托那韦片。患者下午体温最高可达 39.2 °C, 体温升高时恶寒无汗, 体温下降时伴有汗出。刻下症见: 背痛, 颈部稍感僵硬, 头痛、以枕部为主, 乏力, 稍觉鼻干, 单侧鼻塞, 无口干口苦、稍口黏, 饮水较多, 偶有咳嗽、无咯痰, 无胸闷, 食欲减退, 轻微厌油腻, 无恶心, 舌边红、苔薄黄。3 月 20 日腹泻, 口服蒙脱石散 3 g 两次, 至 3 月 21 日时大便 1 次质软, 小便正常。辨证: 湿蕴三焦, 表寒里热。治法: 散寒除湿, 清热抗毒。予麻杏苡甘汤合一加减正气散加味, 处方: 藿香 10 g, 厚朴 10 g, 苦杏仁 10 g, 茯苓 10 g, 陈皮 6 g, 神曲 10 g, 麦芽 10 g, 茵陈 10 g, 大腹皮 6 g, 麻黄 5 g, 薏苡仁 15 g, 甘草 3 g, 葛根 10 g, 北柴胡 15 g。2 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次温服。

2021 年 3 月 23 日三诊: 患者发热未解, 3 月 22 日最高体温 38.2 °C。2021 年 3 月 22 日胸部 CT (见图 1B) 提示: 两肺胸膜下分布多发斑片状磨玻璃影, 病灶较前增多。主管医生当日已加用注射用甲泼尼龙琥珀酸钠 20 mg 静脉注射, 每日 2 次, 并停用新癍片。中药已服 1 剂半, 刻下体温 37.7 °C。症见: 自觉身热, 背部怕冷, 后项痛, 发热时有乏力感, 厌油, 轻微鼻塞, 稍声哑, 偶有咳嗽少, 偶有咽部异物感而咳, 无咳痰, 鼻干、咽干、口干, 无口苦口黏, 饮水较多, 无胸闷气喘, 无身背痛, 无

明显恶风汗出, 无两胁痛, 发热时小便稍灼热, 小便不黄, 舌质红苔黄、边有齿印。伍炳彩国医大师视频会诊后辨证: 湿热蕴结三焦, 燥湿相兼。治法: 清热化湿抗毒, 兼以润燥。予清热化湿抗毒汤加味, 处方: 苦杏仁 10 g, 黄芩 10 g, 茯苓 10 g, 豆蔻 6 g (后下), 桑叶 10 g, 滑石 10 g (包煎), 连翘 10 g, 金银花 10 g, 马勃 5 g (包煎), 射干 10 g, 牛蒡子 5 g, 蝉蜕 3 g (后下), 梨皮 15 g。2 剂, 每日 1 剂, 水煎分早晚两次温服。并嘱会诊后即服用 3 月 23 日方, 并于当日分两次服完 1 剂剂量。

2021 年 3 月 24 日 15 点四诊: 患者 3 月 23 日下午 5 点开始服用 3 月 23 日方, 服药后体温未进一步上升, 23 日晚 8 点测体温 37.7 °C, 此后体温逐渐下降, 四诊当日测体温正常。刻下症见: 言多则欲咳嗽, 早晨咯少量黄痰、痰中夹少量血丝, 咽中无梗阻感, 无胸闷气喘, 无乏力, 无头痛, 无背部怕冷, 无后项痛, 纳食较前增加, 无厌油腻, 无咽干、鼻干, 稍口干, 无口苦, 稍口黏, 轻微鼻塞, 无流涕, 昨日大便 2 次、不成形, 今日尚未解大便, 舌质红苔黄、边有齿印。伍炳彩国医大师视频会诊后指示效不更方, 继续处方清热化湿抗毒汤加味 2 剂, 水煎服, 每日 1 剂, 分早晚温服。

2021 年 3 月 26 日五诊: 患者无发热, 自诉无明显不适, 每日咳 2 或 3 次, 无痰, 无厌油腻, 舌质红、苔中部稍黄。3 月 25 日实验室检查显示: 白细胞计数 $3.13 \times 10^9/L$, 丙氨酸氨基转移酶 156.7 U/L, C 反应蛋白 16.7 mg/L, 较前明显降低。中医辨证: 三焦湿热证。治法: 清利三焦湿热。予甘露消毒丹加味, 处方: 豆蔻 6 g (后下), 藿香 10 g, 茵陈 10 g, 滑石 10 g (包煎), 川木通 3 g, 石菖蒲 5 g, 黄芩 10 g, 连翘 10 g, 川贝母 5 g, 射干 10 g, 薄荷 6 g (后下), 垂盆草 10 g, 凤尾草 10 g, 鸡骨草 10 g。3

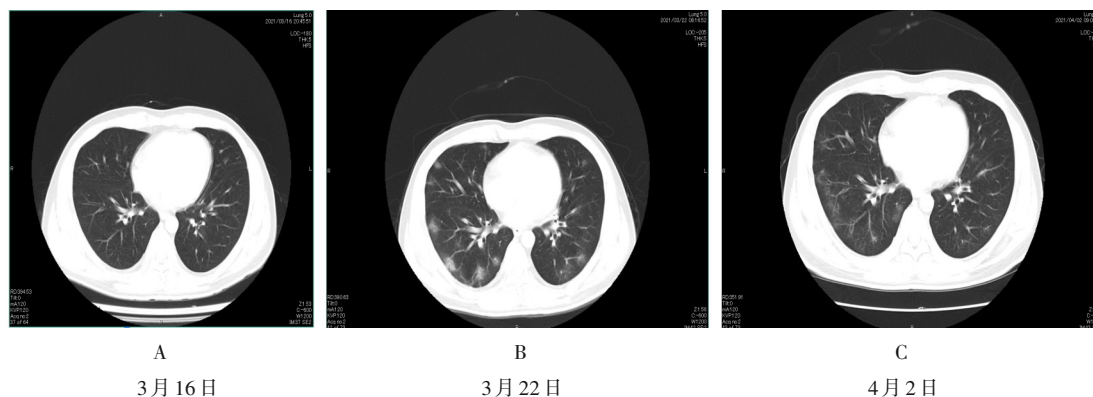


图1 新型冠状病毒肺炎 SARS-CoV-2 B. 1. 1. 7 毒株感染患者治疗前后不同时间胸部 CT 变化情况

剂,水煎服,每日1剂,分早晚温服。该患者于2021年3月30日核酸检测转阴。4月2日复查CT(见图1C)显示病灶明显吸收。

2 讨论

初诊时患者症状不多,刚出现发热,症伴头痛、厌油,正合张仲景所言“呕而发热者,小柴胡汤主之”(《伤寒论》)。结合我们2020年抗疫经验,选用柴胡桂枝汤加味。二诊时患者汗出热不退,并见口黏、乏力、厌油,这均是辨别湿邪的依据。我们认为,该患者主要病邪是湿邪。该阶段病机,有三个主要方面:1)患者微恶寒、头痛、背痛、发热无汗,为寒湿在表之象,但寒不甚。2)有乏力、口黏、食欲减退、轻微厌油腻、腹泻症状,说明湿在三焦。3)午后发热为甚,饮水较多,舌边红,但不烦躁,说明有热象,热不甚。综上,二诊辨证湿蕴三焦,表寒里热。因表寒不甚,且有“发热,日晡所剧”(《金匱要略》)的表现,故用麻杏苡甘汤;湿热蕴结三焦,热不甚,且伴厌油、腹泻等中下焦症状,故合用一加减正气散;因背痛项强,故加葛根;另重用柴胡乃退热之意。三诊时虽已中西药并用,发热仍未控制,故考虑换方,急请伍炳彩国医大师远程会诊。伍炳彩教授了解患者病情后指出:患者病情从表里而言,有后项痛、鼻塞、背怕冷,属表证。进一步分析病因:患者近2天有汗出热不退表现,而风寒之邪可一汗而解,故知病因不是风应是湿。结合舌黄、小便稍灼热等症,属热证,故为湿热,加之口干、咽干、鼻干,综合考虑为湿热化燥。湿热之中应以热偏重,因无头身困重,舌苔不厚,而患者饮水多,舌苔黄,小便灼热,故考虑热重于湿。伍炳彩教授分析病情后认为该患者辨证应考虑燥湿相兼,以江西省抗疫经验方清热化湿抗毒方为主方更为合适,尤其发热时背部怕冷,正合《温病条辨》中“寒从背起”^[4]的表现。加入金银花、马勃、射干、牛蒡子,即合银翘马勃散,有清热化湿、利咽解毒之效。从病情动态演变来看,体温正是服用本方后开始稳定。四诊效不更方,五诊换用甘露消毒丹,并非病机重大变化,仍考虑属三焦湿热,燥象已除,但该患者有长期饮酒史,入院治疗后出现肝功能异常,考虑应用甘露消毒丹更有优势。鸡骨草、凤尾草、垂盆草合用系伍炳彩教授临证治疗转氨酶升高常用药对,故予合用。在本病例中,我们认为需要注意如何理解

“寒热往来”的特征以及《温病条辨》中“寒从背起”的辨证价值。我们在一诊、二诊时一直从病在太阳来考虑,故使用了柴胡桂枝汤、麻杏苡甘汤等治疗方案,体温未得到控制。三诊改用清热化湿抗毒方1剂即退热,说明清热化湿抗毒法疗效肯定。四诊时患者体温保持正常,背部怕冷、后项痛显著好转,纳食较前增加,无厌油腻,无咽干、鼻干,故效不更方。五诊时,患者肺部CT显示病灶吸收,白细胞计数和C反应蛋白显著降低,自诉无明显不适,说明病情向愈,至3月30日核酸转阴。

清热化湿抗毒法以杏仁汤合用千金苇茎汤为主方,又名清热化湿抗毒方,有轻清宣泄、清热化湿润燥的功效。又因为新冠肺炎起病寒湿为先、临床湿热多见、兼见燥邪的特点,清热化湿抗毒法在临床应用的过程中根据患者病情变化而随证变化。如见风湿而化热不显常合用麻杏薏甘汤;若以三焦湿热为主要表现亦可用甘露消毒丹;若见脾胃症状为主,或选藿朴夏苓汤;若见上焦湿温,则可考虑合用银翘马勃散。另外,现代临证中对于发热证型的判断常受干扰,遇到使用了西药退热药,甚至激素的患者,只要出现一用药就退热,稍后又感恶寒体温上升的情况,也属于寒热往来。《温病条辨》关于肺症的论述中所谓“寒从背起”^[4],也具有寒热往来的特征,故可据此而辨证使用。只要谨守病机,采用清热化湿抗毒法,在临床应用的过程中根据患者病情变化而随证变化,仍可获得良好疗效。

参考文献

- [1] CALISTRI P, AMATO L, PUGLIA I, et al. Infection sustained by lineage B. 1. 1. 7 of SARS-CoV-2 is characterised by longer persistence and higher viral RNA loads in nasopharyngeal swabs [J]. Int J Infect Dis, 2021, 105: 753-755. doi:10.1016/j.ijid.2021.03.005.
- [2] DAVIES NG, JARVIS CI, CMMID COVID-19 Working Group, et al. Increased mortality in community-tested cases of SARS-CoV-2 lineage B. 1. 1. 7 [J]. Nature, 2021, 593(7858): 270-274.
- [3] 江西省中医药管理局. 关于印发《江西省新型冠状病毒肺炎中医药防治方案(试行第三版)》的通知. (2020-02-21) [2021-06-12]. http://www.jiangxi.gov.cn/art/2020/2/21/art_21200_1508785.html?xxgkhide=1.
- [4] 吴塘. 温病条辨[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005: 46.

(收稿日期: 2021-06-21; 修回日期: 2022-02-11)

[编辑: 邓媛]