

登革热中医诊疗方案 (2018年版)

一、诊断

(一) 疾病诊断

西医诊断标准

参考 2014 年国家卫生和计划生育委员会发布的《登革热诊疗指南》第 2 版。

(1) 登革热的诊断

根据流行病学史、临床表现及实验室检查结果，可作出登革热的诊断。在流行病学史不详的情况下，根据临床表现、辅助检查和实验室检测结果作出诊断。

1. 疑似病例：符合登革热临床表现，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。

2. 临床诊断病例：符合登革热临床表现，有流行病学史，并有白细胞、血小板同时减少，单份血清登革病毒特异性 IgM 抗体阳性。

3. 确诊病例：疑似病例或临床诊断病例，急性期血清检测出 NS1 抗原或病毒核酸，或分离出登革病毒或恢复期血清特异性 IgG 抗体滴度呈 4 倍以上升高。

(2) 重症登革热的诊断

有下列情况之一者：

1. 严重出血：皮下血肿、呕血、黑便、阴道流血、肉眼血尿、颅内出血等；

2. 休克：心动过速、肢端湿冷、毛细血管充盈时间延长 $>3s$ 、脉搏细弱或测不到、脉压差减小或血压测不到等；

3. 严重的器官损害：肝脏损伤（ALT和/或AST >1000 IU/L）、ARDS、急性心肌炎、急性肾功能衰竭、脑病和脑炎等表现。

(二) 证候诊断

参照国家中医药管理局印发的“登革热中医诊疗方案（2017年版）”。

1. 急性发热期—邪犯肺卫证

临床表现：发热，畏寒，头痛，身痛，面红目赤，倦怠，舌淡红，苔薄白或厚白，脉浮滑或数。

2. 极期

(1) 湿热郁遏证

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。

(2) 气营（血）两燔证

临床表现：壮热烦渴，心烦不宁，斑疹隐现，或鼻衄或齿衄或便血，尿血或阴道出血，舌质红或绛，苔黄燥，脉弦细数或促。

（3）阴竭阳脱证

临床表现：神疲懒言，气息衰微，面色萎黄无华，手足厥冷，胸腹灼热，斑疹紫黑，有汗或少汗。舌质红绛，苔黄而干，脉微细或沉缓或结代。

3. 恢复期—余邪未尽、气阴两伤证

临床表现：发病后期，多见乏力倦怠，恶心，纳差，口渴，大便不调，皮疹瘙痒，舌淡红，苔白腻，脉虚数。

二、治疗方法

（一）辨证论治

1. 急性发热期—邪犯肺卫证

治疗方法：清暑利湿透邪

① 推荐方药：银翘散加减。药物组成：金银花、连翘、桔梗、淡竹叶、荆芥穗、芦根、葛根、藿香、佩兰、香薷等。或具有同等功效的中成药或中药制剂。

② 饮食疗法：宜食清淡易消化之品，忌油腻辛辣食物。

2. 极期

（1）湿热郁遏证

治疗方法：清暑化湿、解毒透邪

① 推荐方药：甘露消毒丹、达原饮等加减。药物组成：藿香、葛根、青蒿（后下）、羌活、白蔻仁、连翘、半夏、滑石（包煎）、赤芍、茵陈、草果、甘草。或具有同等功效的中成药或中药制剂。

② 饮食疗法：宜多饮水，进食清暑化湿解毒之品，如薏苡仁、白扁豆、绿豆、冬瓜、西瓜、茯苓等。

（2）气营（血）两燔证

治疗方法：清气透营、凉血解毒

① 推荐方药：清瘟败毒饮或清营汤。药物组成：生石膏、生地黄、水牛角、黄连、栀子、桔梗、黄芩、知母、赤芍、玄参、连翘、淡竹叶、牡丹皮、甘草等。或具有同等功效的中成药或中药制剂。

若身体灼热，入夜较甚，躁扰不安，甚或昏狂谵妄，发斑，成片成块，或出血，血色鲜红者，舌质红绛而干，脉数，为热入血分，可予以犀角地黄汤加减。若神志昏迷、谵妄、抽搐者加用紫雪散、安宫牛黄丸等。

② 饮食疗法：宜食清热解毒凉血之品，如鱼腥草、冬瓜、鸡骨草、赤芍、玄参、紫草、茜草等。

（3）阴竭阳脱证

治疗方法：回阳固脱

推荐方药：参附汤或生脉散加减。药物组成：人参、炮附片、太子参、麦冬、五味子、生地黄、熟地黄、白芍、赤芍、玄参等。或具有同等功效的中成药或中药制剂。肝风内动者，加钩藤、全蝎、羚羊角粉；神识昏蒙，谵语甚者，可予安宫牛黄丸。

3. 恢复期一余邪未尽、气阴两伤证

治疗方法：清热化湿、健脾和胃

① 推荐方药：竹叶石膏汤合生脉饮。药物组成：竹叶、南沙参、薏苡仁、生山药、半夏、芦根、麦冬、生稻麦芽、砂仁、西洋参、甘草等。或具有同类功效的中成药（包括中药注射剂）。

② 饮食疗法：宜食清热滋阴、健脾和胃之品，如沙参、玉竹、麦冬、石斛、木耳、山药、银耳、莲子、大枣等。

（二）其他中医特色疗法

1. 中医外洗治疗：适用于各种证型兼有皮疹症状的患者。

解毒止痒方：苦参 30g，白藓皮 30g，地肤子 30g，大青叶 30g，紫草 30g，银花藤 30g，生地黄 30g，赤芍 15g。以上药物浓煎取 200mL，分早、中、睡前对皮疹进行外洗，同时进行冷湿敷以促进局部皮肤充分吸收药物。以 3 天为 1 个疗程。

2. 中药灌肠治疗：适用于邪犯肺卫、湿热内蕴、气营两燔证伴高热不退、腹胀、便秘等症状者。具体操作方法：复方大黄灌肠液 150ml+温开水 50ml，保留灌肠 30min，每日 1~2 次。

（三）西药治疗

目前尚无特效的抗病毒治疗药物，主要采取支持及对症治疗措施。治疗原则是早发现、早诊断、早治疗、早防蚊隔离。重症病例的早期识别和及时救治是降低病死率的关键。

1. 一般治疗

（1）卧床休息，清淡饮食；

（2）防蚊隔离至退热及症状缓解，不宜过早下地活动，防止病情加重；

（3）监测神志、生命体征、液体入量、尿量，血小板，HCT，电解质等。对血小板明显下降者，进行动静脉穿刺时要防止出血、血肿发生。

2. 对症治疗

（1）退热：以物理降温为主，对出血症状明显的病人，避免采用酒精擦浴。解热镇痛类药物可能出现严重并发症，应谨慎使用；

（2）补液：口服补液为主，适当进流质食物，对频繁呕吐、进食困难或血

压低的患者，应及时静脉输液；

(3) 镇静止痛：可给予安定、颅痛定等对症处理。

(四) 护理调摄要点

参照《国家中医药管理局护理重点专科中医护理方案》拟定。

1. 一般护理：防蚊隔离，热退超过 24 小时，病程超过 5 天者可解除隔离。早期患者宜卧床休息，恢复期的患者也不宜过早活动，体温正常，血小板计数恢复正常，无出血倾向方可适当活动。严密观察心率、血压及相应的出血征象。宜高蛋白、高维生素、高糖、易消化吸收的流质、半流饮食。

2. 高热的护理：高热以物理降温为主。

3. 皮肤护理：登革热患者出现淤斑、皮疹时常伴有瘙痒、灼热感，提醒患者勿搔抓，以免抓破皮肤引起感染，可采用冰敷或冷毛巾湿敷减轻不适，或采用中医外洗治法减轻瘙痒、疼痛。

(五) 预防

防蚊灭蚊，保持居住或活动环境清洁，避免至登革热流行区域旅游。

三、疗效评价

(一) 评价标准

中医评价标准：参照《中药新药临床研究指导原则》(2002 年)及国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》(ZY/T001.9-94)。

1. 临床痊愈：临床症状、体征消失或基本消失，症候积分减少 $\geq 95\%$ 。
2. 显效：临床症状、体征明显改善，症候积分减少 $\geq 70\%$ 。
3. 有效：临床症状、体征有好转，症候积分减少 $\geq 30\%$ 。
4. 无效：临床症状、体征无明显改善，甚或加重，症候积分减少 $< 30\%$ 。

(二) 评价方法

1. 治疗前后对比评价，采用尼莫地平法。

积分值 (%) = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 $\times 100\%$

总有效 (%) = (临床痊愈 + 显效 + 有效) 例数 / 例数 $\times 100\%$

2. 中医临床症状、体征积分计算，按照瘟疫/登革热中医临床症状体征量化分级标准进行评价。见表 1。

表 1 登革热中医临床症状体征量化分级标准

症状/体征	无 (0 分)	轻 (1 分)	中 (3 分)	重 (5 分)
发热	无	体温 37.5℃~38℃	体温 38.1℃~39℃	体温 >39℃
汗出	无	微汗出	汗出	汗出多
头痛	无	轻微头痛，时作时止	头痛较重，持续不止	头痛重，不能坚持工作
身重、疲倦乏力	无	疲倦明显，无身重乏力	疲倦身重明显，活动轻微受限	疲倦身重乏力明显，无力起身活动

肌肉、关节疼痛	无	轻微肢体酸痛	肢体、关节酸痛	肢体、关节酸痛明显，屈伸不利
恶心、呕吐	无	恶心欲呕	呕吐	频繁呕吐，食入即吐
口干口苦	无	偶觉口干口苦	晨起口干口苦	整日觉口干口苦
纳差	无	饮食稍有减少	饮食减少	饮食明显减少
肌肤出血点	无	胸、胁部见散在性出血点	四肢、胸胁部出血点密集	四肢、胸胁部出血点连片，见有瘀斑
粘膜出血	无	口腔上颚可见充血，眼结膜轻微充血，无咯血、尿血、黑便	上颚可见散在性出血点，眼结膜充血明显，或尿色淡红，无咯血，无黑便	上颚可见密集出血点，伴有咯血，或尿色鲜红，或黑便/血便
神昏	无	嗜睡	昏蒙	神昏或昏聩
四肢厥冷	无	四肢畏寒轻微	四肢不温明显	四肢冰凉
舌脉：具体描述，不记分。				

参考文献：

[1] 登革热诊疗指南(2014年第2版) [J]. 传染病信息, 2014, 27 (5):262-265.

牵头分会：中华中医药学会内科分会

牵头人：刘小虹（广州中医药大学第一附属医院）

主要完成人：

詹少锋（广州中医药大学第一附属医院）

庄轰发（广州中医药大学第一附属医院）

刘建博（广州中医药大学第一附属医院）

刘琼（广州中医药大学第一附属医院）

刘小虹（广州中医药大学第一附属医院）