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—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≥95%。

2.显效：临床症状、体征明显改善，症候积分减少≥70%。

3.有效：临床症状、体征有好转，症候积分减少≥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×100%

总有效（%）＝（临床痊愈+显效+有效）例数/例数×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）