新冠肺炎中醫藥治療案例三則

Three cases of COVID-19 treated with Chinese medicine

卞兆祥　*BIAN Zhaoxiang*

（香港浸會大學中醫藥學院 講席教授）

[摘要] 三則「新冠肺炎」病毒檢測陽性的患者，來自加拿大同一家庭，通過ZOOM軟件診治。從症狀分析，三人兼有肺衛受邪、肺失肅降的症狀，但因病史不同，體質有異，因此在發病過程中，所表現的臨床症狀有明顯的差異，故立法處方不同。經辨證施治，三則病例所有症狀消失。病例A、B因當地社區家庭醫生無法安排復檢COVID-19是否轉陰，病例C因足部骨折入院治療，檢查發現 COVID-19仍為陽性。基於網絡的醫療活動，在克服技術、法律、倫理等問題後，相信會成為未來醫療活動的一個方向。

[關鍵詞] 新冠肺炎；ZOOM軟件中醫會診；中醫藥治療；案例

新冠肺炎正在全球範圍內大流行，現時尚沒有明確療效的藥物，疫苗研發也仍在進行之中，臨床對症治療是目前的主要手段。各級政府、研究機構、民間團體等正通力協作，希望找到解決方案，克服這有史以來的重大流行性傳染疾病。

中醫藥在流行性疾病的防治，累積了豐富經驗。這次新冠肺炎在中國內地暴發，中醫藥在防治工作中發揮了積極作用。我們期待中醫藥在全球範圍內，在疫情防控、疾病治療、愈後康復等方面可以發揮更大作用。在疫情仍然嚴峻的當下，為了進一步發揮中醫藥的積極作用，如果從個案報告、觀察性試驗、隨機對照試驗、系統評價、及基礎藥理研究等各個層面，展示中醫藥治療的成敗經驗，可達到與業界同道交流、並為其廣泛應用提供基礎。為此，筆者將近期治療的三則新冠肺炎中醫藥治療案例簡報於此，求教與同道，不當之處，請同道指正。

三則醫案中的病人，來自同一加拿大家庭，應朋友請求，於2020年5月6~12日，通過ZOOM軟件為三位經病毒檢測陽性患者進行診治，詳情如下：

[病人A]：男性，65歲，2020年5月6日初診。

主訴：發熱37.5℃、咳嗽二周，伴聲音沙啞。

現病史：患者為該家庭中第一位發病者。自4月22日出現發熱，體溫37.5℃左右,咽痛，咳吐白色痰，無惡寒、頭痛、呼吸困難，無胃腸道症狀。5月1日於社區進行咽部取樣檢測，5月3日確診為「新冠」。家庭醫生沒有提供任何治療藥物。刻診：發熱，體溫37.5℃，咽痛，咳嗽，咽癢則咳，見風易咳，吐白色痰，聲音沙啞，口乾，食納及二便正常。舌質淡，苔薄白，脈未檢。

既往史：發病前，身體狀況良好，10年前有消化性潰瘍病史。

診斷：風溫（新型冠狀病毒感染）

辨證：風熱犯肺，肺失肅降。

治則：疏風清熱，宣肺止咳。

方藥：桔梗甘草湯加減。

處方：桔梗15g，生甘草15g，浙貝母15g，炙枇杷葉30g，僵蠶10g，地龍10g，蟬蛻6g，桑白皮15g，法半夏10g，炒陳皮15g，茯苓30g。方三劑，一日一劑，水煎服，早晚各一次。忌服煎炸食物。

二診（5月8日）：服藥二天（5月6~7日），發熱止，聲音沙啞、咽乾、咳嗽明顯好轉，但未愈。建議病人繼續服藥，以觀後效。（注：因有另一位重症病人於5月8日要通過ZOOM軟件診治，故本患者的二診因諸症明顯好轉，建議照原方繼續服藥。）

香港浸會中醫藥學報 版權所有 Copyright JCRCM All Rights Reserved

三診（5月13日）：未再發熱，聲音正常，口乾好轉，唯仍有見風則咳，餘無不適。因以見風則咳為主，故加強疏風止咳。方藥如下：桔梗15g，甘草15g，浙貝母15g，炙枇杷葉15g，蟬蛻6g，炒陳皮6g，金銀花10g，桑葉6g，法半夏10g，布渣葉10g。方三劑，一日一劑，水煎服，早晚各一次。忌服煎炸食物。

隨訪：5月15日其女兒以微信聯系，報告該病人所有症狀消失，但是社區家庭醫生無法安排復檢COVID-19病毒是否轉陰。

[病人B]：女性，40歲，2020年5月6日初診。

主訴：發熱、咽痛、咳嗽、黃痰八天，伴眩暈。

現病史：患者為該家庭第二位發病者。自4月29日始出現發熱，體溫38.4°C左右，咽痛如火燒，鼻塞，流涕。於5月1日電話聯系家庭醫生，建議進行胸部X-線及COVID-19測試，X-線檢測未發現肺部有明顯的炎性滲出。5月3日確診為COVID-19。同日，因於嚴重的呼吸困難，入住當地醫院重症監護病房，給予抗哮喘及對症治療等，三小時後症狀緩解出院。刻診：頭痛，胸悶，咳嗽，吐黃色痰，口乾苦，耳痛並聽力下降，眩暈，惡心，反酸，食納差，二便正常。昨晚發熱38.4°C。舌質淡紅，苔白厚膩，脈未檢。

既往史：有「胃食管返流」及「美尼爾氏綜合症」病史，無其他特殊病史，無藥物過敏史。

診斷：風溫（新型冠狀病毒感染），反酸，眩暈

辨證：風熱犯肺，痰濁內阻。

治法：疏風清熱，化痰降濁。

處方：太子參30g，炒白朮15g，茯苓30g，海螵蛸（先煎）30g，桔梗15g，浙貝母15g，黃芩12g，炙枇杷葉30g，桑白皮15g，炒枳殼6g，大青葉6g，僵蠶10g，薑黃6克，佩蘭 15g，神曲15g。方三劑，一日一劑，水煎服，早晚各一次。忌服煎炸食物。

二診（5月8日）：服藥二天，發熱、納差、反酸、嘔吐等症狀消失，眩暈、耳痛、聽力下降明顯減輕，咳嗽、胸悶症狀減輕，但仍有明顯不適。加強宣肺化痰止咳之功，方藥調整如下：桔梗15g，浙貝母10g，黃芩10g，炙枇杷葉20g，桑白皮15g，炒枳殼10g，僵蠶10g，薑黃10g，佩蘭15g，生甘草15g，辛荑花15g，藿香12g，雞內金15g，方三劑，每日一劑，水煎服，早晚各一次。忌服煎炸食物。

三診（5月11日）：仍有少許黃痰，易於氣喘，無咽痛，無鼻水，咳嗽、胸悶基本消失，適值經行，眩暈再作，有少許夜汗、疲乏。苔薄黃微膩。故治則以加強疏風化痰止眩。處方：法半夏10g，炒白朮15g，天麻10g，海螵蛸（先煎）40g，浙貝母12g，明黨參20g，茯苓30g，黃芩10g，炙枇杷葉30g，僵蠶10g，桑白皮15g，煅龍骨（先煎）30g，炒麥芽15g，砂仁（後下）6g，佩蘭12g。方三劑，一日一劑，水煎服，早晚各一次。忌服煎炸食物。

隨訪：5月15日與其微信聯系，報告所有症狀消失，囑其注意飲食及休息，防止眩暈及反酸症狀再度出現，建議復查COVID-19，但是家庭醫生無法安排復檢COVID-19是否轉陰。6月2號病人通過微信報告，因休息不足，有輕微眩暈不適，但是可以耐受,未再服藥。

[病人C]：男性，40歲，2020年5月6日初診。

主訴：發熱、惡寒交替發作，咳嗽，呼吸困難一周，伴便秘四天。

現病史：患者為該家庭中第三位發病者。自訴於5月1日起出現發熱，體溫37.5°-39.7°C之間，汗出熱退則惡寒，且發熱與惡寒交替發作，咳嗽，咽痛，漸作氣喘及呼吸困難，全身肌肉酸痛，納差，無食欲，且口乾苦。同日於社區進行咽部取樣檢測，5月3日確診為「新冠」。因其不符合當地醫院的入院標準，家庭醫生給予Tylenol口服，五天劑量，但發熱症狀一直未退。刻診：發熱39.7°C，惡寒，汗出熱退則惡寒，且忽冷忽熱感明顯，咳嗽，吐黃色痰，呼吸急促，氣喘，咽痛，扁桃腺腫大，全身肌肉酸痛，以腰部及背部肌肉最為明顯，精神極度疲乏，臥床五天，納食差，便秘四天，腹脹明顯，肛門有刺痛感，小便多，深如茶色。舌紅苔黃厚膩，脈未診。

既往史：發病前，身體狀況良好，無任何不適，無便秘史。無藥物過敏史。

診斷：疫毒證（新型冠狀病毒感染）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

辨證：疫毒內侵，風熱在表，少陽不和，陽明腑實。

治法：疏邪散表，和解少陽，通下陽明。

方藥：大柴胡湯加減。

處方：柴胡12g，黃芩10g，法半夏10g，枳實6g，大黃（後下）10g，西洋參30g，浙貝母15g，僵蠶10g，薑黃 6g，蟬蛻6g，浮海石30g，魚腥草40g，板藍根30g，佩蘭15g，山楂10g，神曲10g。方二劑，每日一劑，水煎服，每劑煎三次，6小時服一次。若大便一日多於三次，囑停服。

二診（5月8日）：服藥二天，八次大便，得便則舒，但其餘症狀未改善，仍發熱39.4℃，寒戰，汗出，呼吸困難，肌肉酸痛。另訴，自5月4日始，胸前有皮疹，色鮮紅，無痛癢。苔仍厚黃膩。從症狀分析，陽明腑實症狀減輕，但邪熱內積未退。另外，紅疹是極為重要的指徵，說明邪入營血，已不在氣分；苔仍黃厚膩，說明仍有濕熱內聚。基於此，辨證為濕熱內積，疫毒在肺，熱入營血。治以蒿芩清膽湯合犀角地黃湯加減。處方：青蒿10g，黃芩12g，苦杏仁10g，白豆蔻10g，生薏苡仁30g，通草6g，黃連3g，黃柏 10g，水牛角絲（先煎）30g，炙枇杷葉30g，赤芍15g，生地黃10g，板藍根30g，浙貝母12g，茯苓20g。方三劑，每日一劑，水煎服，每劑煎三次，6小時一次。

三診（5月13日）：服藥後熱漸退，5月11日熱退至36.7℃，無寒戰，胸前紅疹消退，其他部位未再出現，肌肉酸痛消失，咳嗽減，但仍有少量黃痰，仍氣短，少量汗出，舌苔仍黃膩。基於此，說明營血份熱退，但肺熱未清。方藥調整以三仁湯加減：黃芩10g，苦杏仁10g，白豆蔻12g，生薏苡仁15g，炙枇杷葉30g，銀花10g，連翹10g，炒白朮15g，桑白皮15g，桔梗10 g，大青葉5g，草果3g，西洋參30g，黨參20g，麥冬15g，神曲10g。

隨訪：5月15日（經病人B的微信報告），病人C除輕微疲乏外，所有症狀消失，社區家庭醫生無法安排復檢COVID-19是否轉陰。6月2日病人家屬通過微信報告，因足部骨折，入院治療，檢查發現 COVID-19為陽性，但醫院未予治療，以治療骨折為主。

體會：

1　三位病人，六張處方，治法各異，辨證是核心。三位病人為家庭聚集式發病，感染源頭不明，三人之間存在交叉感染的可能。A病人年齡最大，最早發病，但症狀輕微，以上呼吸道肺系症狀為主，包括：發熱，體溫37.5℃，咽痛，咳嗽，咽癢則咳，見風易咳，吐白色痰，聲音沙啞等，無消化道症狀。舌質淡，苔薄白。從症狀分析，應屬風熱外襲、肺失肅降，病在肺衛，邪在氣分，故治以疏散風熱、宣肺降氣。病人B為家中第二位發病者，曾一度出現呼吸困難而入住重症監護室三小時，經治療諸症狀緩解而出院。患者臨床表現複雜，不但有發熱38.4℃、頭痛、胸悶、咳嗽、吐黃色痰、口乾苦，而且有耳痛並聽力下降、眩暈、惡心、反酸、食納差等表現。舌質淡紅，苔白厚膩。從病史上分析，病人有反酸及「美尼爾氏綜合症」病史，患者表現的耳痛並聽力下降、眩暈、惡心、反酸等應是新冠感染期這些舊患的再次發作的表現。從症狀分析，發熱、頭痛、胸悶、咳嗽、痰黃等，屬風熱外襲、入裏化熱、肺氣失宣為主； 眩暈、惡心、反酸、納差、耳痛等證，當屬痰濁（熱）內擾、胃氣上逆為患，故治以疏散風熱、宣肺降氣、化痰降濁為法。一診後，痰濁得減，但痰熱未除，故二診以清化痰熱為主。患者反酸及「美尼爾氏綜合症」是基礎疾病，從其病症分析，當以痰濁內阻為基本病機，如能調理一段時間，應可以減少復發機會，故囑其休息調理。 病人C發病時間最短，但症狀重，病勢急，熱度高。從症狀分析，發熱39.7℃、惡寒、汗出熱退則惡寒，且忽冷忽熱感明顯，是為邪入少陽、正邪相爭且甚的表現；咳嗽、吐黃色痰、呼吸急促、氣喘、咽痛、扁桃腺腫大等，說明邪熱入肺，灼液成痰，肺失肅降；納食差、便秘四天、腹脹明顯等，是為熱入陽明，熱與實結成陽明腑實之病像。小便多，深如茶色，是為實熱之病像。舌紅苔黃厚膩，說明裏實內結為患。故治以疏風清熱、少陽陽明同解為法，以大柴胡湯化裁。一診後，病人服藥二劑六次，大便得解，但熱邪未除，仍然高熱不退，咳嗽呼吸困難未解，說明藥不對症。仔細詢問得知，病人前胸有明顯皮疹，且於首診前已出疹二日，說明邪已入營血，然徒清氣分，藥未入營血之位，故症未得解。二診時，病人仍表現為寒熱往來之象，說明邪仍在少陽，結合苔黃膩之象，說明少陽為濕熱所阻。故以和解少陽

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKSCMP All Rights Reserved

清化痰濁之蒿芩清膽湯合清營涼血之犀角地黃湯化裁，疹除、熱退、咳止。從症狀分析，三人兼有肺衛受邪、肺失肅降的症狀，但是三人因於病史不同，體質有異，因此在發病過程中，所表現的臨床症狀有明顯的差異，故立法處方不同。

2 比較病人C的初診與第二次覆診，在病史採集方面有不足之處，如果不是ZOOM而是面診，或許可以檢查詳細，不致於遺漏這麼重要的指標性症狀，好在第二次復診時，確定胸部皮疹，並依此為診斷性指標，確定病邪已由氣分入營血，並改變治療策略，以和解少陽、清化痰濁之蒿芩清膽湯合清營涼血之犀角地黃湯化裁，使用熱退、疹除、咳止。曾寫信給一家綜合性醫學期刊，報告新冠肺炎表現為皮疹這一情況，但未獲重視。至七月份，世界衛生組織才更新新冠的病理體徵可能包括皮疹，這是後話。

3 像新冠肺炎的治療，及其他外源病原微生物感染的疾病治療一樣，到底是用一方統治，還是辨證論治，以個體化治療為主，一直都存在不少爭論。一方統治的可能在於：複方具有特定的抗新冠病毒的作用，或者具有抗病毒作用的同時，兼對病毒引起的一系列多臟腑症狀有治療或調節作用。這是一方統治的好處，要達到這一目標（這一目標與新藥發現類似），需要經過一系列的體內、體外試驗，證明其安全性與有效性，從而可以讓確診的病人應用。對於以針對某些特定證型臨床表現病人的一方統治，也屬此類。另一種情況是個體化治療，根據病人感染後的具體臨床表現，根據症狀而確定其證候，依據證候立法處方。在此過程，辨證是關鍵。病人A的症狀局限在呼吸系統，病人B的症狀除在呼吸系統外，還有消化系統及「美尼爾氏綜合症」的表現，而病人C的症狀，則出現多系統表現。從三則案例分析（當然，案例數非常有限），在沒有確定療效藥物的前提下，辨證論治是可行的方向。

4 通過ZOOM中醫會診，治療新冠肺炎，是一種挑戰。ZOOM無法進行脈診；望診亦可能因於光源等問題，未必完全真實；因於接觸的限制，一些體格檢查不能夠進行。但是在新冠流行、接觸受限的情況下，不失為一種可行的方法。當然，如果在醫療實踐活動中作為針對臨床常見病的常規實踐，還有一系列的技術、法律、倫理等問題需要解決。我相信，基於網絡的大規模醫療活動，在克服技術、法律、倫理等等問題後，應該會成為未來醫療活動的一個方向。

（編委：莫飛智審校2020.11.03）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved