

DOI:10.16781/j.0258-879x.2020.04.0395

· 专题报道 ·

新型冠状病毒肺炎患者中医证候 756 例分析

孟宪泽^{1,2△}, 万旭英^{1,3△}, 李军昌^{1,4}, 巩小丽^{1,5}, 梁玉清^{1,6}, 高颂凯⁷, 徐纪平⁷, 吕坤聚^{8,9}, 岳小强^{1,10*}

1. 湖北省妇幼保健院光谷院区中医诊疗专家组, 武汉 430073
2. 解放军海军 971 医院中医科, 青岛 266071
3. 海军军医大学(第二军医大学)东方肝胆外科医院中西医结合科, 上海 200438
4. 空军军医大学第一附属医院中医科, 西安 710016
5. 解放军 96604 部队医院中医科, 兰州 730030
6. 南部战区空军医院中医科, 广东 510600
7. 湖北省妇幼保健院光谷院区医务部, 武汉 430073
8. 湖北省妇幼保健院光谷院区感染七科, 武汉 430073
9. 解放军海军 971 医院呼吸科, 青岛 266071
10. 海军军医大学(第二军医大学)长征医院中医科, 上海 200003

[摘要] **目的** 探讨新型冠状病毒肺炎(COVID-19)的中医辨治规律,为指导中医临床提供参考。**方法** 采取横断面调查方法,对756例湖北省妇幼保健院光谷院区在院COVID-19患者进行中医四诊信息收集和中医辨证,分析其证候特点,并与患者性别、年龄、病程、病情分型等进行相关分析。**结果** 756例患者中,寒湿郁肺证101例(13.4%),湿热蕴肺证239例(31.6%),疫毒闭肺证18例(2.4%),肺脾气虚证195例(25.8%),气阴两虚证203例(26.9%);其中位病程依次为寒湿郁肺证(21 d) < 湿热蕴肺证(22 d) < 疫毒闭肺证(27 d) < 肺脾气虚证(33 d) < 气阴两虚证(36 d)。证候分布在不同性别间差异无统计学意义($P>0.05$); >65岁患者中湿热蕴肺证的比例低于≤65岁患者[22.4%(69/308) vs 37.9%(170/448)],肺脾气虚证[30.2%(93/308) vs 22.8%(102/448)]和气阴两虚证[34.1%(105/308) vs 21.9%(98/448)]则正好相反($P<0.01$)。证候分布与COVID-19病情分型和病程有关($P=0.01$, $P<0.01$),寒湿郁肺证在病情轻者(轻型+普通型)[14.1%(86/612)]中相对多见,疫毒闭肺证在病情较重者(重型+危重型)[6.2%(9/144)]中相对多见;寒湿郁肺证在疾病早期[26.2%(28/107)]常见,湿热蕴肺证在早期[43.9%(47/107)]、中期[42.0%(116/276)]均较常见,肺脾气虚证和气阴两虚证在中期、后期占比较高[中期21.7%(60/276)、18.1%(50/276),后期31.1%(116/373)、38.1%(142/373)]。**结论** COVID-19患者证候偏热偏实,随病程进展因实致虚,其证候与患者年龄、病情分型和病程有关。

[关键词] 新型冠状病毒肺炎; 中医; 证候; 辨证论治

[中图分类号] R 511; R 254.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0258-879X(2020)04-0395-05

Analysis on traditional Chinese medicine syndromes of 756 cases with coronavirus disease 2019

MENG Xian-ze^{1,2△}, WAN Xu-ying^{1,3△}, LI Jun-chang^{1,4}, GONG Xiao-li^{1,5}, LIANG Yu-qing^{1,6}, GAO Song-kai⁷, XU Ji-ping⁷, LÜ Kun-ju^{8,9}, YUE Xiao-qiang^{1,10*}

1. Expert Team of Traditional Chinese Medicine, Guanggu Branch of Maternity and Child Healthcare Hospital of Hubei Province, Wuhan 430073, Hubei, China
2. Department of Traditional Chinese Medicine, No. 971 Hospital of the PLA Navy, Qingdao 266071, Shandong, China
3. Department of Integrative Medicine, Eastern Hepatobiliary Surgery Hospital, Naval Medical University (Second Military Medical University), Shanghai 200438, China
4. Department of Traditional Chinese Medicine, the First Affiliated Hospital of Air Force Medical University, Xi'an 710016, Shaanxi, China
5. Department of Traditional Chinese Medicine, No. 96604 Troop Hospital of PLA, Lanzhou 730030, Gansu, China

[收稿日期] 2020-03-26 **[接受日期]** 2020-04-10

[基金项目] 湖北省妇幼保健院光谷院区科研项目(2020-FYGG-036). Supported by Scientific Research Project of Guanggu Branch of Maternity and Child Healthcare Hospital of Hubei Province (2020-FYGG-036).

[作者简介] 孟宪泽, 博士, 主治医师. E-mail: mxz6789g@163.com; 万旭英, 博士, 副主任医师. E-mail: wanxuying@126.com

[△]共同第一作者(Co-first authors).

*通信作者(Corresponding author). Tel: 021-81885472, E-mail: yuexiaoqiang@163.com

6. Department of Traditional Chinese Medicine, Air Force Hospital of Southern Theater Command of PLA, Guangdong 510600, Guangzhou, China
7. Department of Medical Service, Guanggu Branch of Maternity and Child Healthcare Hospital of Hubei Province, Wuhan 430073, Hubei, China
8. Department of Infectious Diseases (VII), Guanggu Branch of Maternity and Child Healthcare Hospital of Hubei Province, Wuhan 430073, Hubei, China
9. Department of Respiratory, No. 971 Hospital of the PLA Navy, Qingdao 266071, Shandong, China
10. Department of Traditional Chinese Medicine, Changzheng Hospital, Naval Medical University (Second Military Medical University), Shanghai 200003, China

[Abstract] Objective To explore the rule of traditional Chinese medicine (TCM) syndromes of coronavirus disease 2019 (COVID-19) patients, providing guidance for clinical practice. **Methods** The information and syndrome of 756 cases with COVID-19 in Guanggu Branch of Maternity and Child Healthcare Hospital of Hubei Province were collected by cross sectional survey, the TCM syndrome differentiation was given by TCM experts, the syndrome characteristics were analyzed, and the relationships between syndromes and gender, age, course and severity of disease were analyzed. **Results** Among the 756 cases, 101 cases (13.4%) were diagnosed as cold-dampness accumulating lung syndrome, 239 cases (31.6%) were diagnosed as dampness-heat obstructing lung syndrome, 18 cases (2.4%) were diagnosed as epidemic toxin blocking lung syndrome, 195 cases (25.8%) were diagnosed as deficiency of lung and spleen *Qi*, 203 cases (26.9%) were diagnosed as deficiency of both *Qi* and *Yin*. The order of the median course of the TCM syndromes was: cold-dampness accumulating lung syndrome (21 d) < dampness-heat obstructing lung syndrome (22 d) < epidemic toxin blocking lung syndrome (27 d) < both lung and spleen *Qi* deficiency syndrome (33 d) < both *Qi* and *Yin* deficiency syndrome (36 d). There was no significant difference in syndrome distribution among different genders ($P > 0.05$). The distribution of dampness-heat obstructing lung syndrome in patients over 65 years old was significantly lower than that in patients aged 65 and under (22.4% [69/308] vs 37.9% [170/448]), while the syndrome of deficiency of lung and spleen *Qi* (30.2% [93/308] vs 22.8% [102/448]) and the syndrome of both *Qi* and *Yin* deficiency (34.1% [105/308] vs 21.9% [98/448]) were just the opposite. The distribution of the syndromes was correlated with the severity and the course of COVID-19 ($P = 0.01$, $P < 0.01$). The syndrome of cold-dampness accumulating lung was relatively common in the general cases (14.1% [86/612]), while the syndrome of epidemic toxin blocking lung was more common in the severe and critical cases (6.2% [9/144]). The syndrome of cold-dampness accumulating lung was most common in the early stage (26.2% [28/107]) of COVID-19. Dampness-heat obstructing lung syndrome was common in both the early (43.9% [47/107]) and the middle stages (42.0% [116/276]). The syndrome of both lung and spleen *Qi* deficiency and the syndrome of both *Qi* and *Yin* deficiency were more common in the middle (21.7% [60/276], 18.1% [50/276]) and late stages (31.1% [116/373], 38.1% [142/373]). **Conclusion** The syndromes of COVID-19 are mostly hot and excessive in its early stage and getting into deficiency with the progress of the disease. And the syndromes are closely related to the age, severity and course of COVID-19 patients.

[Key words] coronavirus disease 2019; traditional Chinese medicine; syndrome; syndrome differentiation and treatment

[Acad J Sec Mil Med Univ, 2020, 41(4): 395-399]

新型冠状病毒肺炎(coronavirus disease 2019, COVID-19) 发病迅速、传染性强, 少数患者预后不良^[1-2]。在目前尚缺乏特效治疗药物的情况下, 中医药疗法通过辨证论治可明显改善 COVID-19 患者的临床症状、缩短病程、降低危重型转化率^[3]。本研究在对 756 例在院 COVID-19 确诊患者中医证候调查的基础上, 分析了 COVID-19 中医证候与患者年龄、性别、病情分型、病程等的关系, 探讨其辨治规律, 以期更好地指导 COVID-19 的中医临床诊疗。

1 资料和方法

1.1 研究对象 湖北省妇幼保健院光谷院区 2020 年 3 月 2 日在院的确诊 COVID-19 患者。

1.1.1 疾病诊断标准 符合《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第六版)》^[4] COVID-19 确诊病例诊断标准: (1) 有流行病学史(武汉地区患者流行病学史均成立)。(2) 符合 COVID-19 临床表现中的任意 2 条: ①有发热和(或)呼吸道症状; ②具有 COVID-19 影像学特征; ③发病早

期白细胞计数正常或降低,淋巴细胞计数减少。

(3) 有以下病原学证据之一: ① qRT-PCR 检测严重急性呼吸综合征冠状病毒 2 (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2, SARS-CoV-2) 核酸阳性; ② 病毒基因测序与已知 SARS-CoV-2 高度同源。另外, 血清 SARS-CoV-2 特异性 IgM 和 IgG 阳性者^[5]亦作为确诊患者纳入本研究。

1.1.2 中医辨证标准 参考《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第六版)》^[4]中关于中医辨证的指导意见, 结合湖北省妇幼保健院光谷院区中医诊疗专家组共识, 将指南中轻型的寒湿郁肺证及普通型的寒湿阻肺证合并为寒湿郁肺证(病机均以湿郁肺脾为主, 表现为发热或未热、咳嗽、倦怠乏力、胸脘痞痞、呕恶、便溏或大便黏腻不爽、舌质淡或淡红、苔白或白腻、脉濡), 湿热蕴肺证及湿毒郁肺证合并为湿热蕴肺证(病机均以湿热蕴肺为主, 表现为低热或发热、咽痛、咳嗽痰少、胸闷气促、大便不爽或便秘、舌偏红或红、苔黄、脉滑或滑数)。最终确定为 7 种辨证分型: 寒湿郁肺证、湿热蕴肺证、疫毒闭肺证、气营两燔证、内闭外脱证、肺脾气虚证和气阴两虚证, 除前 2 种证候外, 其他证型均采用《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第六版)》^[4]中的辨证标准。

1.1.3 排除标准 (1) 合并心、肝、肾等脏器严重慢性基础疾病且主要临床症状与 COVID-19 无关者; (2) 患有中枢神经系统疾病或精神疾患等无法交流、不能配合完成中医辨证者; (3) 无证可辨者。

1.2 研究方法 采取横断面调查方法, 由湖北省妇幼保健院光谷院区中医诊疗专家组 6 名中医专家收集患者中医四诊资料, 由至少 2 名专家共同进行中医辨证分型, 所有数据均由双人对照录入 Excel 数据表。

1.3 统计学处理 应用 SPSS 18.0 软件进行统计学分析。患者年龄、病程为偏态分布资料, 以中位数(下四分位数, 上四分位数)表示; 计数资料以例数和百分数表示, 组间比较采用 χ^2 检验。检验水准 (α) 为 0.05。

2 结果

2.1 一般资料 共调查 COVID-19 患者 804 例, 排除 48 例(17 例患者根据现有临床资料未能明确诊断, 为疑似病例; 22 例患者无法有效沟通, 9 例

患者无证可辨), 最终 756 例患者纳入本研究。其中男 313 例, 女 443 例; 年龄为 6~96 岁, 中位年龄为 63 (51, 70) 岁; 病程为 7~74 d, 中位病程为 30 (18, 39) d; 轻型 2 例 (0.3%), 普通型 610 例 (80.7%), 重型 122 例 (16.1%), 危重型 22 例 (2.9%)。

2.2 中医四诊信息

2.2.1 起病症状 发热、咳嗽、乏力与胸闷气喘最为常见, 分别为 395 例 (52.2%)、327 例 (43.3%)、206 例 (27.2%) 和 202 例 (26.7%); 137 例 (18.1%) 患者发病早期无特殊症状, 因社区普查而入院。

2.2.2 问诊 按症状出现频率依次为咳嗽 254 例 (33.6%), 乏力 210 例 (27.8%), 胸闷气喘 200 例 (26.5%), 大便不爽 171 例 (22.6%), 口干 148 例 (19.6%), 纳差 147 例 (19.4%), 虚汗 133 例 (17.6%), 口苦 111 例 (14.7%), 失眠 86 例 (11.4%), 便秘 80 例 (10.6%), 白痰 73 例 (9.7%), 心悸 44 例 (5.8%), 呕恶 40 例 (5.3%), 肌肉酸痛 40 例 (5.3%), 咽部不适 37 例 (4.9%), 腹泻 28 例 (3.7%), 黄痰 27 例 (3.6%), 发热 19 例 (2.5%), 畏寒 13 例 (1.7%)。

2.2.3 舌象 淡红舌 431 例 (57.0%), (暗) 红舌 249 例 (32.9%), 紫舌 41 例 (5.4%), 淡白舌 34 例 (4.5%), 绛舌 1 例 (0.1%); 伴舌体胖大 234 例 (31.0%), 伴齿痕 177 例 (23.4%); 正常薄白苔 132 例 (17.5%), 黄厚腻苔 153 例 (20.2%), 薄白腻苔 128 例 (16.9%), 白厚腻苔 86 例 (11.4%), 薄黄腻苔 70 例 (9.3%), 薄黄燥苔 47 例 (6.2%), 少苔或无苔 44 例 (5.8%), 薄白燥苔 42 例 (5.6%), 薄黄苔 29 例 (3.8%), 黄厚燥苔 19 例 (2.5%), 白厚燥苔 6 例 (0.8%)。

2.2.4 脉象 患者脉象以濡脉、滑脉、弦脉、细脉为主, 但因感染控制要求, 辨证过程中需戴 3 层手套, 指感较差, 因此未将脉象作为主要辨证依据。

2.3 中医证候 本次调查未见气营两燔证及内闭外脱证, 临床证型按其出现频次分别为湿热蕴肺证 239 例 (31.6%)、气阴两虚证 203 例 (26.9%)、肺脾气虚证 195 例 (25.8%)、寒湿郁肺证 101 例 (13.4%) 和疫毒闭肺证 18 例 (2.4%)。

2.4 中医证候相关因素分析

2.4.1 中医证候与性别的关系 如表 1 所示, 各证型在不同性别 COVID-19 患者间的分布差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

2.4.2 中医证候与年龄的关系 如表1所示,各证型在>65岁和≤65岁人群间的分布差异有统计学意义($P<0.01$); ≤65岁人群中以湿热蕴肺证[37.9%(170/448)]偏多,而>65岁人群中肺脾气虚证[30.2%(93/308)]和气阴两虚证[34.1%(105/308)]比例较高,提示年龄与COVID-19虚实证候存在内在联系,表现为年轻多实、年老多虚的特点。

2.4.3 中医证候与病情分型的关系 如表1所示,病情较轻(轻型+普通型)人群中中医证候分布与较重(重型+危重型)人群相比差异有统计学意义($P=0.01$),寒湿郁肺证多见于病情较轻者[14.1%(86/612)],疫毒闭肺证则相对多见于病情较重

者[6.2%(9/144)]。

2.4.4 中医证候与病程的关系 统计COVID-19患者病程,寒湿郁肺证患者病程为21(14,38)d,湿热蕴肺证为22(15,33)d,疫毒闭肺证为27(20,35)d,肺脾气虚证为33(22,42)d,气阴两虚证为36(28,41)d。将COVID-19患者的病程分为早期(1~14d)、中期(15~30d)、后期(≥30d)3个阶段,各证型在不同病程中的分布差异有统计学意义($P<0.01$)。寒湿郁肺证在疾病早期[26.2%(28/107)]常见,湿热蕴肺证早期[43.9%(47/107)]、中期[42.0%(116/276)]均较常见,肺脾气虚证和气阴两虚证在病程早期相对少见,而在中期、后期占比逐渐升高。见表1。

表1 不同性别、年龄、病情分型和病程的COVID-19患者中医证候分布

因素	N	寒湿郁肺证	湿热蕴肺证	疫毒闭肺证	肺脾气虚证	气阴两虚证	χ^2 值	<i>n</i> (%) P值
性别							4.990	0.288
男	313	45 (14.4)	103 (32.9)	9 (2.9)	68 (21.7)	88 (28.1)		
女	443	56 (12.6)	136 (30.7)	9 (2.0)	127 (28.7)	115 (26.0)		
年龄(岁)							32.067	<0.01
≤65	448	69 (15.4)	170 (37.9)	9 (2.0)	102 (22.8)	98 (21.9)		
>65	308	32 (10.4)	69 (22.4)	9 (2.9)	93 (30.2)	105 (34.1)		
病情分型							13.311 ^a	0.01 ^a
轻型	2	0	1 (50.0)	0	0	1 (50.0)		
普通型	610	86 (14.1)	192 (31.5)	9 (1.5)	155 (25.4)	168 (27.5)		
重型	122	12 (9.8)	38 (31.1)	7 (5.7)	35 (28.7)	30 (24.6)		
危重型	22	3 (13.6)	8 (36.4)	2 (9.1)	5 (22.7)	4 (18.2)		
病程(d)							95.764	<0.01
早期(1~14)	107	28 (26.2)	47 (43.9)	2 (1.9)	19 (17.8)	11 (10.3)		
中期(15~30)	276	42 (15.2)	116 (42.0)	8 (2.9)	60 (21.7)	50 (18.1)		
后期(≥30)	373	31 (8.3)	76 (20.4)	8 (2.1)	116 (31.1)	142 (38.1)		
合计	756	101 (13.4)	239 (31.6)	18 (2.4)	195 (25.8)	203 (26.9)		

^a:由于轻型只有2例,危重型有3个证候所含样本数<5,因此统计学分析结果为将轻型与普通型合并、重型与危重型合并计算所得。COVID-19:新型冠状病毒肺炎

3 讨论

2019年底我国武汉地区暴发了因SARS-CoV-2感染而引起的COVID-19疫情。COVID-19属中医“疫病”范畴^[6]。《黄帝内经》言:“五疫之至,皆相染易,无问大小,病状相似”;吴又可在《温疫论》中指出:“温疫之为病,非风非寒非暑非湿,乃天地间别有一种异气所感”;《温病条辨》谓:“温病者,有风温、有温热、有温疫、有温毒、有暑温、有湿温、有秋燥、有冬温、有温疟”,吴鞠

通自注曰“温疫者,厉气流行,多兼秽浊,家家如是,若役使然也”;杨栗山在《伤寒瘟疫条辨》中明言疫病乃“杂气由口鼻入三焦,怫郁内炽”。武汉地处江汉平原东部,长江及其最大支流汉江在城中交汇,市内江河纵横、湖港交织,水域面积占全市总面积的四分之一,且前期以阴雨天气为主,这种气候特征使得武汉COVID-19疫情具有明显的夹“湿”特点。

从发病症状上看,本次调查中的COVID-19患者多数以发热、咳嗽、乏力、胸闷气喘等症状起

病,与前期报道^[1-3]基本一致。但是,在本次调查中,早期无特殊主诉、因社区普查而入院的患者占18.1%(137/756),这一数据提示早期无症状的COVID-19患者临床并不少见,需引起足够重视。另外,患者在诊断为COVID-19一段时间后,其临床症状与疾病早期及前驱期有非常明显的差别,特别是发热症状,在前驱期占52.2%(395/756),而在本次调查中(中位病程为30 d)仅2.5%(19/756)的患者有发热症状,但大便不爽、纳差、口苦等消化道症状较常见。另外,COVID-19患者舌象最具特点,表现为各种腻苔,且舌苔多覆盖整个舌面(全苔),体现了“察舌”在温病诊治过程中的主导地位。

从中医证候来看,本次调查中的COVID-19患者以湿热蕴肺证比例最高,达31.6%(239/756),体现了此次疫病本质属热属实的基本特征,其次为气阴两虚证和脾肺气虚证,分别为26.9%(203/756)和25.8%(195/756),而疫毒闭肺证少见,仅为2.4%(18/756)。结合病程进一步分析,湿热蕴肺证与寒湿郁肺证在疾病早中期常见,而脾肺气虚证和气阴两虚证则在疾病中后期持续增多,体现了整个疾病初期属实,后期因实致虚的疾病特点。再结合病患体质特点来看,中医体质学认为,体质与年龄密切相关,其发展经历了稚阴稚阳(幼年)、气血渐充(青年)、阴阳充盛(壮年)和五脏衰弱(老年)等不同阶段^[7],本研究中>65岁的病患中虚证相对多见,而≤65岁的病患中湿热蕴肺证的比例较高,体现了体质是影响临床中医证候的重要因素,诚如叶天士所言:“阳旺之躯,胃湿恒多;阴盛之体,脾湿亦不少”。结合病情来看,病情较轻者(轻型+普通型)中寒湿郁肺证相对多见,而疫毒闭肺证则主要见于病情较重者(重型+危重型)尤其是危重型患者,一定程度上体现了COVID-19患者随病情进展具有寒湿轻、湿热重、疫毒危的一般证候规律。

本研究初步揭示了COVID-19患者证候偏实、偏热,早中期以实为主,中后期由实转虚的变化规律,这种变化与患者体质因素有一定内在联系。由于本研究中的初期患者主要系从各隔离点、方舱、地方医院转诊而来,以高龄患者(中位年龄为63岁)、疾病中后期患者偏多,上述数据是否完全契合COVID-19患者的群体特征还有待于增加样本量进一步深入研究。

[参考文献]

- [1] GUAN W J, NI Z Y, HU Y, LIANG W H, OU C Q, HE J X, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China[J/OL]. *N Engl J Med*, 2020. doi: 10.1056/NEJMoa2002032.
- [2] ZHOU F, YU T, DU R, FAN G, LIU Y, LIU Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study[J]. *Lancet*, 2020, 395: 1054-1062.
- [3] 王玉光,齐文升,马家驹,阮连国,卢幼然,李旭成,等.新型冠状病毒肺炎中医临床特征与辨证治疗初探[J/OL]. *中医杂志*, 2020. doi: 10.13288/j.11-2166/r.2020.04.002.
- [4] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第六版)》[EB/OL].(2020-02-18)[2020-03-20]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7653p/202002/8334a8326dd94d329df351d7da8aefc2/files/b218cfcb1bc54639af227f922bf6b817.pdf>.
- [5] 徐万洲,李娟,何晓云,张才庆,梅四青,李从荣,等.血清2019新型冠状病毒IgM和IgG抗体联合检测在新型冠状病毒感染中的诊断价值[J/OL]. *中华检验医学杂志*, 2020. doi: 10.3760/cma.j.cn114452-20200223-00109.
- [6] 尤焱南,严花,汪受传,罗兴洪,赵霞.新型冠状病毒肺炎(COVID-19)中医药治疗策略[J/OL]. *药物评价研究*, 2020. doi: 10.7501/j.issn.1674-6376.2020.04.005.
- [7] 王琦,于卫东.中医体质学说的基本原理[J]. *北京中医药大学学报*, 1989, 12: 8-10.

[本文编辑] 商素芳