



常見傳染病及

中醫藥

防治手冊

【編著 ○ 羅翌 陳海勇 等】



編者：

黃譚智媛	司徒永康	程棣妍	林志秀
張忠德	鍾麗丹	陳錦華	陳海勇
羅 翌	吳 瑋	林蓓茵	蔡穎輝
康宇辰	梁卓龍		

課題組成員：

羅 翌	陳海勇	林蓓茵	吳 瑋
陳錦華	蔡穎輝	康宇辰	

本項目由中醫藥發展基金資助



本資料 / 活動（或由獲資助機構）所表達的任何意見、研究、結果、結論或建議，並不代表香港特別行政區政府、食物及衛生局、中醫藥發展基金諮詢委員會、中醫藥發展基金執行機構或香港生產力促進局的觀點或意見。

聲明

本書為非賣品，只供閱讀，不可複製或用作其他商業用途。

特別鳴謝

中醫藥發展基金

香港大學 中醫藥學院

香港特別行政區 衛生署



第一章

對傳染病的認識（傳染病的基本知識與感染控制）

- | | |
|-----------------------|-----|
| 一 流行病學的概念、傳染病發病與傳播 | 006 |
| 二 傳染病的臨床特徵與診治原則 | 009 |
| 三 社區中醫診所感染控制風險評估及管理 | 014 |
| 四 感染控制措施 | 015 |
- （節錄自香港大學中醫藥學院感染控制指引）

第二章

中醫藥防治新冠的實踐與經驗

- | | |
|-----------------------------------|-----|
| 一 新型冠狀病毒肺炎中醫藥救治經驗與策略 | 027 |
| 二 幾個中藥複方治療新冠肺炎有效性的臨床證據匯總 | 047 |
| 三 中醫藥治療對新冠肺炎患者的影響
一項多中心觀察性研究 | 054 |
| 四 中醫藥臨床證據轉化與應用 | 072 |

第三章

常見傳染病的概述及中醫藥防治

一 季節性流感	079
二 人感染高致病性禽流感	095
三 嚴重急性呼吸系統綜合症 (SARS)	101
四 麻疹	113
五 手足口病	125
六 登革熱	137
七 水痘	149
八 流行性腮腺炎	158
九 猩紅熱	169

第四章

專家述評

一 傳染病中西醫處理之異同：「長新冠」定義、 數據、病理、醫治及展望	181
二 「沙士」機遇與挑戰	205
三 二十一世紀的挑戰 病毒、臨床、公衛、可持續發展目標 (SDG)	239

【課題講者】



黃譚智媛教授
香港中西醫結合醫學會
榮譽會長



司徒永康教授
香港大學公共衛生學院
名譽臨床教授



程棣妍女士
香港護理學院
感染控制學榮譽院士



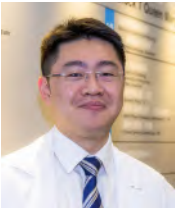
張忠德教授
全國名中醫、岐黃學者
廣州中醫藥大學副校長
廣東省中醫學院院長



林志秀教授
香港中文大學中醫學院院長、
教授



鍾麗丹博士
新加坡南洋理工大學中醫及生
物醫學主任、副教授
香港浸會大學中醫藥學院
客座副教授



陳錦華博士
香港大學內科學系博士後研究員
世界中醫藥學會聯合會
臨床療效評價專業委員會理事



陳海勇博士
香港大學中醫藥學院助理教授



羅翌醫師
香港大學高級中醫顧問
廣州中醫藥大學教授、主任醫
師，博士生導師



吳璋博士
香港大學中醫藥學院高級中醫師



林蓓茵博士
香港註冊中醫學會副會長
香港大學公共衛生碩士
(醫學統計及流行病學)

第一章：傳染病的基本知識與感染控制



司徒永康教授

現任：

香港大學公共衛生學院世界衛生組織傳染病
流行病學及控制合作中心聯席總監
香港大學公共衛生學院名譽臨床教授

司徒永康教授在香港推動感染控制方面扮演著關鍵角色：

1. 香港大學公共衛生學院 WHO 傳染病流行病學及控制合作中心聯席總監。亞太感染管制學會的創始主席。香港政府衛生署衛生防護中心感染控制科學委員會的前任主席。先後於 2004 及 2011 年獲香港政府授予「銅紫荊星章」及「銀紫荊星章」，表揚他對香港感染控制的貢獻。
2. 曾擔任香港理工大學的名譽教授和新南威爾士大學的客座教授，及國內多所大學授予名譽教授職銜：中國人民解放軍總醫院（301）軍事醫學研究院的感染控制名譽教授。中國人民解放軍感染控制名譽顧問。
3. 世界衛生組織（世衛）指派他擔任感染控制、抗生素耐藥性的各種項目的顧問，以及制定《世衛手部衛生指引》的核心小組成員。
4. WHO《國際衛生條例》突發事件委員會成員、全球感染預防和控制的網絡（GIPC）成員。
5. 亞太醫療保健質量學會主席，曾擔任 CPHQ 考試委員會成員。F1000 Prime Faculty 成員。
6. 目前撰寫了 150 多篇研究論文，其中包括《亞洲醫護人員的感染控制》一書。許多國際學會曾邀請他就感染控制方面演講。

一 流行病學的概念、傳染病發病與傳播

(一) 流行病學的重要性

在過去二十年內，每年新出現多種致病微生物、舊的感染性疾病捲土重來、耐藥性感染發病率增加，以至非感染性疾病新近被定為感染，可見感染性疾病對人類的威脅日益增加，而流行病學及公共衛生相關的研究就愈見重要。

流行病學 (Epidemiology) 專門探討人類群體健康及疾病的分布，根據族群間分布差異來探索影響健康及疾病的影響因子。透過研究及分析，能較準備地理解疾病的病因和發病原理，評估相關的診斷手段、治療和預防方法，並能評估醫療需求，協助規劃公共醫療保健。

(二) 傳染病

1. 概念^{[1][2]}：

傳染病 (communicable disease) 是指一些具傳播性的疾病。傳染病是由於病原體入侵人體繁殖或產生的毒素，破壞身體細胞及其功能所致，嚴重時會引致死亡。不具傳染性者，則泛稱感染性疾病 (infectious diseases)。

2. 傳染病發病機制：

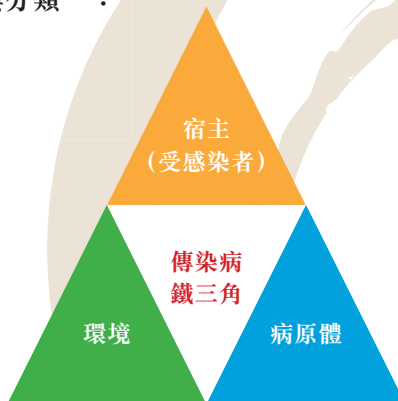
傳染鏈：形成傳染病傳播的主要因素有病原體、傳染源、傳播途徑及宿主，稱之為傳染鏈。

- (1) 病原體：是指一些能引致感染的微生物，如朊病體、病毒、衣原體、支原體、立克次體、細菌、螺旋體) 和寄生蟲 (如原蟲和蠕蟲) 等。

- (2) 傳染源：這是指任何可以讓病原體存活、寄居和繁殖的源頭，如受感染的人類（例如病人、帶菌者和隱性感染患者）。傳染源可經呼吸系統、泌尿生殖道、消化道、皮膚、子宮侵入人體，並定居在可同病位，有的在入侵部位直接引起病變（如菌痢及阿米巴痢疾）；有的在入侵部位繁殖，分泌毒素，在遠離入侵部位引起病變（如白喉和破傷風）；有的進入血循環，再定位於某臟使其發生病變（如流行性腦脊髓膜炎和病毒性肝炎）；有的經過較長的生活史階段，最後在某臟器定居（如蠕蟲病）。除人體外，禽畜、昆蟲和泥土都是常見的傳染源。
- (3) 傳播途徑：這是指病原體由一處傳到另一處的方式，主要分為直接及間接。直接是指人對人、經飛沫的傳播，而間接是指人類可由受感染的禽畜、昆蟲和環境接受到感染。根據不同的方式，進一步分類為接觸傳播、飛沫傳播、空氣傳播、血液傳播等（詳見下一部分）。有些傳染病能以超過一種方式傳播。
- (4) 宿主：是指容易受感染者。某些人較容易成為傳染病的宿主，例如幼兒、長者及長期病患者。他們的免疫力較弱，因而容易受到感染。

傳染病三角：流行病學亦常以傳染病三角以提示病原體、宿主及環境三者相互作用。

3. 傳播途徑與分類^[3]：





	不同傳播途徑	傳染病
接觸傳播	<ul style="list-style-type: none"> 經直接接觸患者的身體，例如：做檢查、扶抱及協助洗澡等接觸而傳播 經間接接觸沾有病原體的物品，如接觸患者用過的衣物、用品 	<ul style="list-style-type: none"> 疥瘡 頭蝨 手足口病 傳染性急性結膜炎（紅眼症） 耐藥性金黃葡萄球菌感染 其他多重耐藥性細菌感染 水痘* 2019 冠狀病毒病** 猴痘*
飛沫傳播	<ul style="list-style-type: none"> 透過患者打噴嚏、咳嗽、吐痰或講話時所噴出的飛沫傳播 透過沾有病原體的手，觸摸口、鼻、眼等的黏膜時進入身體 	<ul style="list-style-type: none"> 流行性感冒（流感） 傷風 嚴重急性性呼吸系統綜合症 2019 冠狀病毒病** 猴痘*
空氣傳播	<ul style="list-style-type: none"> 病原體附在微塵或水點上，在空氣中浮游一段時間，再經呼吸道進入人體 	<ul style="list-style-type: none"> 水痘* 麻疹 肺結核（痰涎塗檢呈陽性）
血液或體液傳播	<ul style="list-style-type: none"> 被受污染的針或利器所傷，或進行不安全性行為 	<ul style="list-style-type: none"> 乙型、丙型肝炎 後天免疫力缺乏症（愛滋病）
食物或水源傳播	<ul style="list-style-type: none"> 進食了受污染的水或食物，或是使用受污染的食具 	<ul style="list-style-type: none"> 食物中毒 霍亂 桿菌痢疾 甲型、戊型肝炎 諾如病毒感染
病媒傳播	<ul style="list-style-type: none"> 病原體在昆蟲體內，如蚊、蟻、蜱或其他昆蟲寄居或繁殖，並經之使人受感染 	蚊子傳播疾患： <ul style="list-style-type: none"> 登革熱 瘧疾 日本腦炎 其他：斑疹傷寒

* 有些傳染病可從多於一種途徑傳播（例如：水痘，2019 冠狀病毒病，猴痘）

2019 冠狀病毒病亦可在通風不良和 / 或擁擠的室內環境中，透過短距離氣溶膠或空氣傳播傳播

4. 影響傳染病傳播的因素

在醫療護理中，影響傳染病傳播的因素主要有：診所、病房環境、護理和程序的無菌性、消毒和滅菌是否恰當執行、其他病人及職員的防護意識及有否遵從相關措施。

二 傳染病的臨床特徵與診治原則

(一) 傳染病發展的階段

急性傳染病可分作四個階段。

1. 潛伏期 (incubation period) :

是指從病原體感染人體，在人體內繁殖、轉移、定位引起組織損傷和功能障礙，而臨床症狀未出現前的時期。不同傳染病其潛服期也有不同。每種傳染病的潛伏期都有一個範圍（最短、最長），且常態分布，是確定檢疫期的重要依據。

2. 前驅期 (prodromal period)

前驅期是指從起病，至出現該病的特殊臨床表現前的時期。此期的臨床表現無特異性，如發熱、頭痛、乏力、食欲不振、肢體酸痛等，為許多傳染病所共有，一般持續 1-3 天。起病急者可無前驅期。

3. 病狀明顯期 (period of apparent manifestation)

此期表現出該傳染病所特有的症狀和體徵，如皮疹，肝、脾及淋巴結腫大，腦膜刺激徵，黃疸等，對協助臨床診斷有較大幫助。

4. 恢復期 (convalescent period)

進入此期，病人的臨床症狀和體徵明顯減輕或基本消失。這是機體免疫力增加和病理生理過程基本中止的表現。此時機體可能病理改變仍未完全恢復（如傷寒），仍有部份生化改變（如病毒性肝炎），病原體也可能未被完全清除（如痢疾、傷寒），許多病人仍有傳染性（恢復期病原攜帶），但是，血清中的抗體效價上升達最高水平。

5. 復發 (relapse) 與再燃 (recrudescence)

傳染病病人進入恢復期後，體溫已恢復正常，穩定一段時間以後，由於潛伏於組織內的病原體再度繁殖，初次症狀再度出現，稱為復發。如傷寒、瘧疾、痢疾等均可以復發。有些病人在恢復期時，體溫未穩定下降至正常，又再次發熱，稱為再燃。



6. 後遺症 (seguela)

傳染病病人在恢復期結束後，機體功能障礙仍長期未能復常者稱為後遺症，多見於中樞神經系統傳染病。

(二) 臨床特徵——常見症狀和體徵^{[1][2]}

1. 發熱 (fever)

發熱是由病原體及其產物所引起，是急性傳染病的常見表現。對發熱者應注意其熱度、熱程及熱型，這有助鑑別診斷。常見熱型有：

1. 稽留熱，24 小時體溫波動小於 1°C ，見於傷寒、斑疹傷寒等。
2. 弛張熱，24 小時體溫波動大於 1°C ，但最低點未達正常，見於傷寒緩解期、腎綜合徵出血熱等。
3. 間歇熱，24 小時體溫波動於高熱與常溫之下，見於痢疾、敗血症等。
4. 回歸熱，驟起高熱，持續數日後退熱，高熱重復出現，見於布氏桿菌等。上述情況如多次重復出現，並持續較長時間，稱為波狀熱。

2. 發疹 (rash, eruption)

傳染病發生的皮膚黏膜疹是由病原體或其毒素引起的損害，是毛細血管擴張、滲出或出血所致的皮膚黏膜表現，它包括皮疹和皮膚黏膜疹，對疹斷和鑑別診斷有重要參考價值。因此對皮疹的觀察和描述應其形態、性質（充血性或出血性）、數量、分布、感覺以及出疹時間、順序、持續時間及消退情況等進行詳細記載。

例如：水痘和風疹多於起病第一日出疹，猩紅熱第二日，天花第三日、麻疹第四日，斑疹傷寒第五至七日，傷寒第七至十日出疹。斑丘疹多見於麻疹、風疹、傷寒和斑疹傷寒等。出血熱多見於腎綜合徵出血熱、流行性腦脊髓膜炎、恙蟲病和敗血症等。疱疹或膿疱疹多見於天花、水痘、單純疱疹和帶狀疱疹等。尋麻疹多見於血清病和病毒性肝炎等。麻疹還可以黏膜斑。

3. 毒血症狀 (toxemic symptoms)

病原體的各種代謝副產物（如細菌內毒素等）除可引起發熱外，尚可引起頭痛、乏力、全身酸痛、食欲不振等症狀，嚴重者可致意識障礙、腦膜刺激徵、中毒性鼓腸、周圍循環衰竭以及肝、腎功能損害。

4. 單核—吞噬細胞系統反應

病原體及其他代謝產物可致單核—吞噬細胞系統充血、增生等反應，臨床表現為肝、脾及淋巴結腫大。

(三) 診斷方法

傳染病的早期診斷是患者得以及時有效治療的必要條件，也是早期隔離防止擴散所必需的。從流行病學資料、臨床資料和實驗室檢查及其他檢查進行綜合分析。實驗室檢查常用血清學檢查、分子-聚合酶鏈式反應 (PCR)、放射性探針、電子顯微鏡、病毒細胞培養及動物研究，以診斷是何種致病原。

(四) 治療原則^{[1][2]}

傳染病的治療主要分為病原治療（抗微生物藥物，如抗生素）和對症治療。

(五) 控制傳染病傳播的原則^[3]

為防止傳染病的擴散，應從控制這些傳播的因素入手以截斷其傳染鏈。

病原體	<ul style="list-style-type: none"> • 消毒以殺掉病原體
傳染源	<ul style="list-style-type: none"> • 及早察覺、隔離及治療患者 • 清除可供病原體繁殖的地方
傳播途徑	<ul style="list-style-type: none"> • 保持良好個人、環境及食物衛生 • 採取標準防護措施，以及針對不同的傳播途徑採取附加的感染控制措施
宿主 (易受感染的人群)	<ul style="list-style-type: none"> • 透過健康的生活模式和接種疫苗以增強個人免疫力 • 預防藥物（如適用）

參考資料

- [1] 劉金星. 中西醫結合傳染病學：新世紀全國高等醫藥院校規劃教材 [M]. 北京：中國中醫藥出版社,2005：1-17.
- [2] 翁心華,張嬰元. 傳染病學（第三版）：復旦博學·臨床醫學系列 [M]. 上海：復旦大學出版社,2009：1-8.
- [3] 衛生署編輯委員會（第三版）. 預防傳染病指引（第三版 2015 年）（修訂：2022 年 9 月） [Z/OL]. 香港：香港衛生署,2022. https://www.chp.gov.hk/files/pdf/guidelines_on_prevention_of_communicable_diseases_in_rche_chi.pdf



程棣妍，Ching Tai Yin Patricia

1. 自 1985 年起從事感染控制工作
2. 自 1989 年起擔任香港感染控制護士協會（HKICNA）創會主席
3. 亞太感染控制學會（APSIC）會員
4. 香港、馬來西亞、新加坡、泰國和越南的 APSIC 培訓高級教員
5. 香港護理學院於 2018 年頒授感染控制學榮譽院士

三 社區中醫診所感染控制風險評估及管理

為降低醫療相關臨床風險，提升病人安全及中醫診療的成效，社區中醫診所感染控制風險評估及管理非常重要。

(一) 風險識別

中醫診所應識別感染和傳播的風險，需考慮外部的風險，例如社區、災害相關（有沒有傳染病社區爆發）、監管和認證要求（政府、衛生防護中心及中醫管理委員會的要求）；以及診所內部的風險，包括診所環境、設備/儀器、診療程序（接觸血液、排泄物、分泌物和體液的風險）、患者（登記時的狀況和相關病史，參考衛生防護中心的 FTOCC）及員工相關的風險。

(二) 與傳染病傳播風險相關的因素

1. 良好的政策及管理方案
2. 感染預防措施的遵守程度（是否正確使用個人防護裝備、有否預防銳器傷害）
3. 儀器用具的衛生狀態
4. 對傳染性疾病的篩查
5. 對傳染病患者的分流和隔離
6. 技術培訓
7. 問責制度

(三) 感染防控管理

中醫診所應制定中醫診所感染防控循證指南（詳情可參加下一章），以讓診所人員遵從。診所應安排專員，定期審核診所人員有否遵從指南，並評估各項措施的成效，臨床風險有否降低。診所應開發事故報告系統，對事故的預防、發生及報告提供清晰的流程。對診所員工定期培訓和持續教育。

四 感染控制措施

(節錄自香港大學中醫藥學院感染控制指引)

(一) 標準防護措施

標準防護措施是預計會接觸下列血液、體液、分泌物、排泄物、破損皮膚及黏膜時應採取的措施，以預防人與人之間的感染傳播或從受污染的環境表面/ 醫護物品受到感染。標準防護措施適用於任何診療流程，不論診斷或感染狀況如何。須採用何項措施取決於與病人接觸的程度，和預料會接觸到血液或體液的範圍。措施包括：手部衛生、個人防護裝備的使用、安全處理可能受感染的器具、清潔和消毒患者周圍環境表面、預防針刺意外、呼吸道衛生 / 咳嗽禮儀等。

(二) 基於傳播途徑防護措施

基於傳播途徑的預防措施是針對某些病原體通過某些傳播途徑引起的疾病的額外步驟：

1. 接觸傳播：通過直接與病人接觸（如護理過程中由手部或直接的皮膚接觸）或間接接觸受污染的環境表面或醫護物品而傳播。
2. 飛沫傳播：與被感染的人非常接近時（例如感冒和流感），通過受污染的飛沫或通過打噴嚏或說話而產生飛沫傳播。
3. 空氣傳播：是指蒸發的飛沫或受感染的塵埃顆粒產生的殘留物，這些殘留物可以長時間懸浮在空氣中。這些空氣傳播的微生物可以通過氣流（例如肺結核，麻疹和水痘）廣泛分佈。

根據以上傳播路徑，可分為：(1) 接觸傳播防護措施，(2) 飛沫傳播防護措施和 (3) 空氣傳播防護措施。有些疾病可能需要使用多過一種傳播途徑防護措施，同時亦須配合標準防護措施同時使用。診所應制定及執行制度（如分流），以盡早發現及處理有潛在傳染性的病人，迅速隔離及轉介有潛在傳染性的病人。

(三) 防護措施

1. 手部衛生

中醫師應遵守以下由世界衛生組織建議的5個手部衛生時刻：

- (1) 接觸病人前
- (2) 執行清潔或無菌護理程序前
- (3) 接觸體液後
- (4) 接觸病人後
- (5) 接觸病人周圍環境後

為加強中醫師實踐手衛生，由香港大學公共衛生學院首席護士程棣妍提出「中醫診證流程相符的手部衛生機會」：

中醫診證	可能的接觸	手部衛生時刻及機會
內科診證	<ul style="list-style-type: none"> • 皮膚接觸 (如：把脈、量血壓) • 黏膜接觸風險 (如：檢查眼瞼、口腔、皮膚及傷口) 	1,4 替病人把脈、量血壓前後
		2,3 執行檢查的前後
針灸	<ul style="list-style-type: none"> • 皮膚接觸 • 血液及體液接觸風險 (如：入針、放血、出針) 	1,2 替病人進行檢查、準備好針具、消毒皮膚之前
		3 入針完成，離開病人之後
		4 駁好電針機及應用紅外線燈，離開病人之後
		1,2 出針之前
		3 出針之後
		5 病人離開，收拾床鋪、清理治療空間及消毒器具之後
艾灸及拔罐	<ul style="list-style-type: none"> • 皮膚接觸 	1 拔罐或艾灸前，在病人皮膚上塗上潤滑油之前
		4 拔上玻璃罐或放置好艾灸後
		1 準備取下玻璃罐或取下艾灸前
		4 取下玻璃罐或取下艾灸後，處理用過的玻璃罐後
推拿	<ul style="list-style-type: none"> • 皮膚接觸 	1 體格檢查及推拿前
		4 完成推拿後

所有診所人員（包括接待員，配藥員，臨床助理和清潔人員）以及中醫學生，都應遵從以上的手部衛生時刻。其他非診療過程的手衛生時刻包括：到達診所時及離開診所前、接觸可能受污染的物品後、在製備、處理、送出藥物 / 草藥之前、飲食前、上廁所後、個人衛生後等。

潔手指引

- (1) 如果手部沒有明顯污垢，最好使用酒精搓手液來進行常規潔手。
- (2) 如果手部有明顯污垢、受到血液或其他體液污染、極懷疑或被證實接觸潛在病原體，接觸傳染病患者後，或如廁後，應以梘液及清水洗手。

潔手技巧

用 70-80% 酒精搓手液潔手：塗抹足夠份量的酒精搓手液（3-5ml），倒於掌心，然後揉擦雙手各處，包括手掌、手背、指隙、指背、拇指、指尖及手腕，至少 20 秒直至雙手乾透。

- (1) 用梘液和清水潔手：用清水弄濕雙手，使用足夠份量的梘液揉擦雙手各處至少 20 秒，然後沖洗乾淨。以抹手紙徹底抹乾雙手。整個程序約需時 40-60 秒。

其他與手部衛生相關事項

- (1) 手部保養：指甲應保持清潔。建議每天使用護手液以保濕及護手，以減少皮膚的損害。
- (2) 當與患者直接接觸時，不要佩戴人工指甲、戒指或其他飾物。
- (3) 不要添加梘液於半空的梘液機 / 梘液瓶內，這可引致梘液受細菌污染。如使用添加式設計的梘液機，應於每次添加前將梘液機徹底清空、清洗及弄乾。



2. 使用個人防護裝備 (PPE)

診所人員可使用口罩、手套、保護衣和面罩等個人防護裝備，以減低感染風險，但這不可取代基本的感染控制措施，例如手部衛生。應根據風險評估，選擇合適的個人防護裝備。個人防護裝備應存放於乾爽、沒有陽光直射及乾淨的地方；此外要留意裝備的使用期限，並定期檢查它們有否損壞。

口罩

- (1) 以下情況，員工應佩戴口罩：
 - 保護自己以免接觸患者的傳染物，例如呼吸道分泌物、噴出的血液或體液。
 - 進行無菌程序時，保護病人免受醫護人員口及鼻中帶有傳染性病原體感染。
 - 在可透過「飛沫傳播」疾病的病人一米範圍內工作時。
- (2) 讓有咳嗽的病人戴上口罩，以減少傳染性呼吸道分泌物傳播給他人（咳嗽禮儀）。

手套

- (1) 在預計雙手有可能接觸以下各項的風險時，應佩戴口罩：
 - i. 接觸血液或體液、分泌物、排泄物、破損的皮膚、黏膜及有潛在的傳染性物品時。例如放血程序以及檢查皮膚傷口時。
 - ii. 治理帶有菌或可經接觸途徑傳播病原體的病人時，如疥瘡、耐萬古霉素腸球菌，耐藥性金黃葡萄球菌等時。
 - iii. 處理或觸摸有明顯污垢或懷疑受感染的儀器和環境時。
 - iv. 中醫師雙手皮膚有破損時。
- (2) 用手套並不能代替手部衛生。
- (3) 佩戴手套之前和脫下手套後應立即潔手。

- (4) 治療每位病人後馬上脫下手套。不可佩戴同一對手套治療多個病人。
- (5) 即使為同一個病人進行治療，在不同的治療程序之間須更換手套。因為每個程序中有可能接觸到含大量微生物的物件。
- (6) 完成治療程序後，應立即卸除手套，即時進行手部衛生，才可接觸沒被污染的環境及用品，如：使用電話或執行辦公室工作等。
- (7) 建議選擇無粉手套，以避免手上殘餘粉末與酒精搓手液的相互作用以及避免雙手的沙粒感。
- (8) 切勿重用即棄的手套或戴著手套洗手。
- (9) 應配備合適尺寸和類型的手套。

保護衣

- (1) 當進行有血液、體液、排泄物或分泌物飛濺或噴出風險的程序時，應穿着保護衣以保護皮膚及衣物。
- (2) 當應用「接觸傳播防護措施」時，須穿着保護衣。
- (3) 應在進行治療程序前穿好保護衣，並在程序完成後小心脫除保護衣，以免污染衣服。
- (4) 不可穿著同一套保護衣治理多個病人。

眼罩及面罩

- (1) 當進行有血液、體液、排泄物或分泌物飛濺或噴出風險的程序時，員工應佩戴眼罩及面罩以保護眼、鼻和口內的黏膜組織。
- (2) 眼鏡和隱形眼鏡不能替代眼部防護。

卸除個人防護裝備的原則

- (1) 卸除已使用的個人防護裝備是高風險的程序，必須嚴格遵守卸除個人防護裝備的原則和次序，以免醫護人員受到污染。
- (2) 應在指定的卸除區域卸除個人防護裝備，避免其他人受到污染。個人防護裝備應在離開病人房間前卸除。亦不應在別人身旁卸除個人防護裝備。



- (3) 卸除過程中，應依從既定的次序進行潔手，或當雙手在卸除個人防護裝備時受到污染，應立刻進行手部衛生。
- (4) 如皮膚被大量濺出的血液或體液污染時，必須立即更換個人防護裝備，並徹底用皂液及清水沖洗。
- (5) 已使用的個人防護裝備應妥善棄置於有蓋的廢物箱內。

佩戴個人防護裝備的先後次序

- (1) 進行手部衛生
- (2) 佩戴口罩
- (3) 佩戴眼罩及一次性保護帽
- (4) 穿著保護衣
- (5) 戴上手套

卸下個人防護裝備的先後次序

- (1) 卸除手套
- (2) 進行手部衛生
- (3) 卸除保護衣
- (4) 進行手部衛生
- (5) 卸除即棄頭套及眼罩
- (6) 進行手部衛生
- (7) 除下口罩
- (8) 進行手部衛生

3. 廢物處理

處理醫療廢物應遵從環境保護署的「醫療廢物管理工作守則」（中醫診所屬於「小型醫療廢物產生者」），請參閱：https://www.epd.gov.hk/epd/clinicalwaste/file/doc06_en.pdf

廢物產生者有責任採取下列措施，謹慎管理在其處所內產生的醫療廢物：

- (1) 把醫療廢物與其他類別的廢物分隔。
- (2) 妥善包裝和標識醫療廢物，能易於識別。
- (3) 在醫療廢物收集前為暫時貯存醫療廢物提供安全穩妥的地方。

- (4) 保存醫療廢物棄置的紀錄。
- (5) 確保員工在處理醫療廢物時採取各項必要的安全措施，並提供足夠的培訓。

醫療廢物

根據《廢物處置條例》，中醫診所的醫療廢物可分以下組別：

- (1) 第 1 組 - 經使用或受污染利器：應丟棄在利器箱中，而利器箱應放在靠近利器使用的便利位置。利器箱應穩固地垂直擺放或置於利器盒專用的架內。利器集箱達最高容量警戒線時（70-80% 容量），便應封口，放入印有國際生物危害標誌的紅色膠袋內，然後妥善棄置。
- (2) 第 4 組 - 傳染性物料和第 5 組敷料：應放在帶有國際生物危害標誌的紅色塑料袋中，放在有腳踏板、有蓋的垃圾桶中。處理醫療廢物時，應使用適當的個人防護裝備。密封並存放在有明顯警告標誌的指定位置，並注意防水，防雨和防鼠。
- (3) 有關醫療廢物容器規格、包裝規定、封口方法和醫療廢物濺溢事故的設備，請參見環境保護署指引。

家用廢物（例如：包裝紙、辦公室紙張及其他棄置物）：

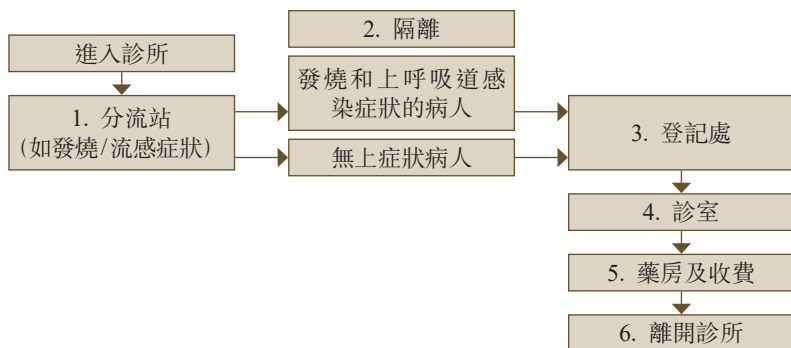
應棄置於有蓋垃圾桶中，放進黑色垃圾膠袋內。當垃圾袋盛載廢物至 70% 至 80% 滿時，應將袋口縛紮好，每天棄置。

植物廢料（例如草藥）：

發霉的草藥應將其牢固地綁在塑料袋中並進行棄置。

4. 傳染病大流行情況和防範

中醫診所應按照衛生防護中心的建議，將可疑患者轉介至醫院，減少診所內醫護人員與求診者交叉傳播的風險。中醫師、醫護人員和求診者必須採取嚴格的感染控制措施（例如，使用口罩和隔離患者）。



* 所有病人都必須戴口罩

** 所有病人需要保持社交距離，有發燒和上呼吸道感染症狀的病人應隔離。

傳染病流行期間中醫診所的工作流程

步驟	描述
1. 分流和識別	<ul style="list-style-type: none"> 在分流站，登記員應注意患者的狀況，評估患者風險。 準則：例如發燒 / 流感症狀、旅行史等 (FTOCC)。 登記員應穿戴個人防護裝備，並注意手部衛生。 所有病人都應佩戴口罩。
2. 隔離	<ul style="list-style-type: none"> 發燒和上呼吸道感染症狀的病人應隔離在不同的等候區域。
3. 登記	<ul style="list-style-type: none"> 應優先處理發燒和上呼吸道感染的患者。
4. 診證	<ul style="list-style-type: none"> 在可能的情況下，中醫診所應設有兩個診室，一個用於診療發燒和上呼吸道感染的病人，另一個用於沒有這些症狀的病人。 中醫師在為發燒和上呼吸道感染病人診證前，應適當穿著好個人防護裝備。 懷疑確診的病人應穿上個人防護裝備，並轉介至最近的醫院。在等待救護車/ 運輸時，必須為懷疑確診者提供遠離其他患者的等候區。
5. 診所出口	<ul style="list-style-type: none"> 對於有兩個門口的診所，入口和出口路徑應分開，以減少交叉接觸的機會。
6. 環境清潔	<ul style="list-style-type: none"> 對於有兩個門口的診所，入口和出口路徑應分開，以減少交叉接觸的機會。

5. 針刺損傷處理

所有診所員工在任命之前均應接受乙型肝炎抗體檢測。如果結果陰性，建議接種乙肝疫苗。

如果診所員工在工作中被利器刺傷或在黏膜接觸血液或體液，則應遵循以下程序：

- (1) 急救：在針刺意外或被血液或體液污染後，不論是否已知有感染的風險，應立即用梘液及清水徹底沖洗傷口。如黏膜接觸到病人的血液或體液，例如濺入眼睛結膜，應立即以大量的清潔的清水沖洗受污染部位。有關醫護人員其後應求醫，以妥善護理傷口，以及進行接觸病毒後的處理。
- (2) 報告：針刺意外或被血液或體液污染的員工必須向中醫藥教學研究中心或附屬機構報告事故，並由感染控制主任調查及記錄有關事故。所有診所員工都應了解事故報告機制，以便呈報和處理有關事故。

懷疑意外接觸乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒及愛滋病病毒，應立即前往就近的急症室求醫，接受血液測試及進一步評估和管理。

6. 診療器具的清潔及消毒

使用一次性器具能有效減少了被污染物品感染的潛在風險。如：一次性針灸針，棉籤，壓舌板和敷料。

可重複使用的器具：

- (1) 一般拔罐玻璃罐、刮痧板的處理：使用後應將其放在密閉蓋容器中，並帶到清潔區域。用一般清潔劑以去除表面肉眼可見的污垢，再用 1：49 漂白水進行消毒，後沖洗乾淨及滌乾。在下次使用之前，確保玻璃罐的開口光滑而無裂紋。
- (2) 經過放血療法的玻璃罐或其他高風險器具的處理：診所應制定方案和程序來收納、運輸和處理可能被血液或體液污染的器具，先按一般拔罐來清潔及消毒，之後再用高溫蒸汽進行滅菌。



- (3) 血壓計袖帶、聽診器和脈枕及其他低風險器具的處理：應每天使用濕紙巾擦去表面污垢，再以酒精紙擦拭。
- (4) 員工在清潔儀器時須佩戴適當的個人防護裝備，以避免直接接觸到污染物，在清洗注意要避免濺起水花。

7. 安全及清潔的工作環境

診所環境

- (1) 中醫診所必須提供安全、清潔的環境，以提供專業醫療服務。診所必須遵從安全、清潔和衛生的措施。診所只能用作中醫臨床使用，不應作其他用途。
- (2) 治療室必須有充足的光線和通風。建議氣體交換率應為每小時6次。
- (3) 治療室必須乾淨衛生，並應設有可放置無菌器具的指定工作空間。無菌器具應保存在無菌容器中，或用無菌布巾覆蓋/包裹。
- (4) 使用一次性床紙、枕紙覆蓋治療床及枕頭，並在患者使用後更換。如果沒有床紙覆蓋治療床，則應在患者使用後用消毒紙巾或1:49漂白水擦拭床表面。
- (5) 診所必須有洗手盤和乾淨的自來水，並提供梘液及紙巾以供洗手和乾手。
- (6) 一天診證流程完成後，應用消毒紙巾或1:49漂白水擦拭工作台、桌面和沙發。

8. 清潔和家務管理

清潔：

- (1) 所有相關人員均應了解清潔指引。
- (2) 制定清潔時間表，以確保所有環境表面均保持清潔。高接觸環境（例如治療室、桌面、門柄和廁所）應增加清潔的次數。污染風險低的非臨床環境則不需頻繁清潔。
- (3) 對於污染風險低的區域，使用一般清潔劑和水去清潔就足夠。

- (4) 地拖使用後應清洗並晾乾。倒出的清潔劑限在當天使用，以防放置於空氣中時間過長，累積傳染性細菌。不建議使用地毯，因其較難進行消毒。

環境消毒：

- (1) 在血液或體液濺出的環境（例如治療室）或在傳染病流行的情況下，需要使用消毒劑消毒。常用的消毒劑是漂白水（次氯酸鈉），應該注意足夠的接觸時間（請參閱製造商的建議），以達最佳消毒效果。

9. 血液或嘔吐物濺出的處理

- (1) 戴上手套。
- (2) 用吸水力強的即棄紙巾抹去血液或嘔吐物。用鉗子將紙巾放入有蓋的生物危害標誌的容器中。
- (3) 用 1 : 4 的漂白水消毒受污染的表面及鄰近的地方至少 10 分鐘，然後以清水沖洗及抹乾。
- (4) 每年進行血液或嘔吐物濺出的演習。

10. 衣物被單的處理

- (1) 中醫師可以使用一次性床紙覆蓋患者的治療區域。患者之間必須更換所有床單，用過的毛巾或一次性床紙。
- (2) 如果被物上沒有明顯的污垢，應使用熱水循環和肥皂清洗（如布床單、毛巾、白袍 / 工作服、枕頭套）。如果有明顯污垢，可以添加漂白劑。一周應至少洗濯衣物兩次。
- (3) 沾有血液的衣物應特別小心處理、運輸和清洗，處理過程應穿上適當的個人防護裝備。有傳染性的衣物應放置於防漏袋（如膠袋）內，並應清楚標示「傳染性衣物」才送出清洗。

11. 清潔期間的個人防護

- (1) 在進行例行清潔或消毒時，工作人員應戴上手套。
- (2) 在傳染病大流行期間進行清潔時，清潔時必須戴手套，一次性手套不應重複使用或清洗。清潔有已知受污染的環境時，應根據病原體使用規定的適當防護裝備（請參閱 CHP 建議），並以正確的方式及順序去使用、佩戴及卸除。

參考資料

[1] 感染控制小組. 香港大學中醫藥學院感染控制指引 [Z/OL]. 香港：香港大學中醫藥學院, 2021.

(程棣妍, 蔡顯輝)

第二章：中醫藥防治新冠的實踐與經驗



張忠德，主任中醫師、教授，博士研究生導師，全國名中醫，國家中醫藥領軍人才支持計劃一岐黃學者，享受國務院政府特殊津貼專家，廣州中醫藥大學副校長，廣東省中醫院院長。

國務院聯防聯控機制綜合組專家、國家中醫藥管理局中醫疫病防治專家委員會副組長。國家中醫藥管理局重點學科中醫傳染病學、中醫急診學學科帶頭人。

一 新型冠狀病毒肺炎中醫藥救治經驗與策略

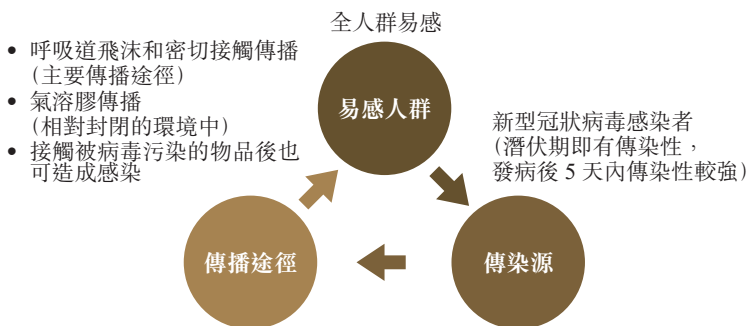
(一) 概述

新型冠狀病毒肺炎 (Coronavirus disease 2019, COVID-19) 是由嚴重急性呼吸綜合徵病毒 -2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, SARS-CoV-2) 感染所致的一種新的傳染性強、傳播迅速、人群普遍易感的急性呼吸道傳染病。

自 2019 年 12 月份以來，全球已經經歷了 5 輪新冠疫情，世界衛生組織 (WHO) 提出的「關切的變異株」(variant of concern, VOC) 有 5 個，分別為阿爾法 (Alpha)、貝塔 (Beta)、伽瑪 (Gamma)、德爾塔 (Delta) 和奧密克戎 (Omicron)。目前 Omicron 株已取代 Delta 株成為主要流行株，現有證據顯示 Omicron 株傳播力強於 Delta 株，而致病力則有所減弱^[1]。

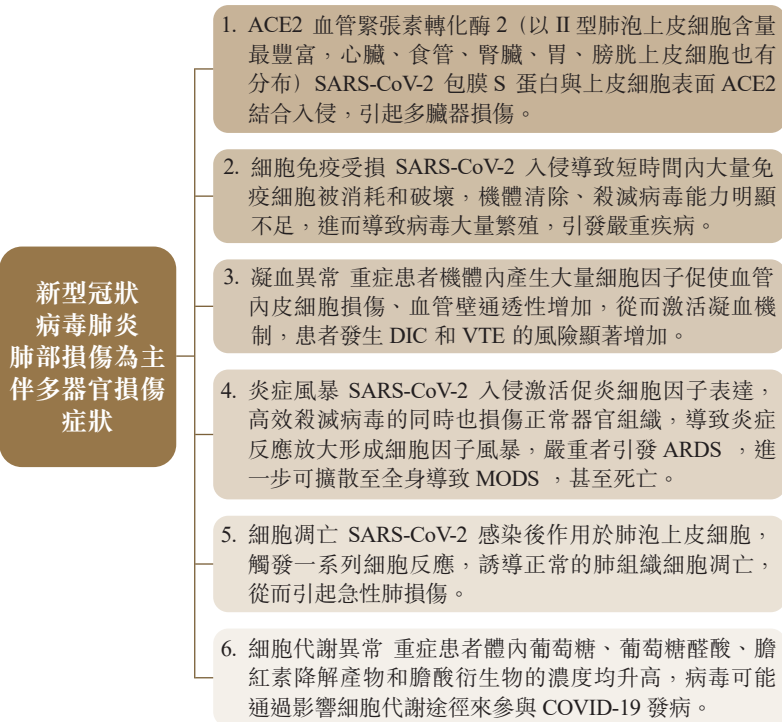
新型冠狀病毒肺炎屬中醫「瘟疫」範疇，因濕、毒貫穿整個臨床過程，故稱為「濕毒疫」^[2]。

(二) 傳播途徑及流行^[3]

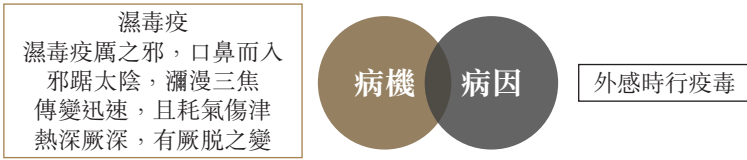


(三) 發病機制

西醫發病機制^[4-8]：



中醫病因病機：



病位：早期多在肺、胃腸，涉及膜原，進而逆傳心包，延及心、腎、腦等多臟腑。

各地異同：各地疫情感染病例，所見症狀類似，總體核心病機不變，但因每個地區氣候、人群體質不同，偏重有所不同。

重症出現的原因有兩個方面：

逆傳、變局（寒化、熱化、燥化）。

逆傳包括：濕熱釀痰，蒙蔽心包，氣虛陽損。

變局包括寒化：疫毒閉肺，陽氣驟虛；

熱化：疫毒閉肺，熱結腸腑、氣血兩燔；

燥化：燥屎內結。

(四) 臨床特徵^[3-9]

<p>預後： 多數患者預後良好，少數患者病情危重，多見於老年人、有慢性基礎疾病者、晚期妊娠和圍產期女性、肥胖人群。</p>	<p>潛伏期： 1-14 天。多為 3-7 天。</p>	<p>無症狀： 部分患者在感染新冠病毒後可無明顯臨床症狀。</p>
<p>臨床特徵 全身症狀：發熱、疲倦乏力、肌肉酸痛、頭痛 呼吸道症狀：咽乾、咽痛、鼻塞流涕、咳嗽、氣促、胸悶 消化道症狀：腹瀉、惡心嘔吐、納差、便秘、腹脹</p>		<p>曾接種過疫苗者及感染 Omicron 株者以無症狀及輕症為主。</p>
<p>重型 / 危重型： 多在發病一周後出現呼吸困難和（或）低氧血症，嚴重者可快速發展為急性呼吸窘迫綜合徵、膿毒症休克、難以糾正的代謝性酸中毒和出凝血功能障礙及多器官功能衰竭等。</p>	<p>普通型： 發熱（或）呼吸道症狀等。影像學可見肺炎表現。</p>	<p>輕型： 表現為低熱、輕微乏力、嗅覺及味覺障礙等，無肺炎表現。</p>



新冠肺炎在不同地域表現不同，例如：

1. 南方地區，如廣州、瑞麗，夏季時氣候炎熱、潮濕，病機特點為暑熱與濕邪膠著，瀰漫三焦。常見症狀為：發熱比例高，持續時間長，高熱佔比高；患者汗多、氣隨液脫，重症病人或高熱病人表現為極度乏力、食慾不振、呼吸微弱、舌苔黃厚膩。
2. 亞熱帶沿海城市，如廈門，四季溫潤多雨，民眾喜食水果、海鮮，病機特點為濕偏重，脾虛、氣虛多見。胃腸道症狀常見，疲倦乏力、出汗、胃納差等症狀的發生率高。
3. 西北地區，如蘭州，秋冬季節寒冷乾燥，病機特點為多夾燥邪。少有高熱，多見燥熱、咽乾、乾咳等症狀，可有頭痛、鼻塞、流清涕等風寒症狀。
4. 關中平原，如西安，冬季寒冷，多霧，病機特點為寒偏重、濕偏重，部分化熱。發熱比例低，納差、腹瀉，惡心嘔吐、腹脹等胃腸道症狀多見；部分患者見四末冷，腹部發涼。
5. 香港，新冠治療中心（亞博館）收治長者為多，病機特點為年老久病，疫毒纏綿，耗傷正氣。留於肺者，肺氣不宣，可見咳嗽、咳痰；留於脾胃，升降失司，可見納差、腹脹、便秘；客於咽喉，化熱傷津，可見咽乾、口乾、痰少。

（五）重症預警指標

1. 重症（重型 / 危重型）高危人群
 - (1) 大於 65 歲老年人；
 - (2) 有心腦血管疾病、慢性肺部疾病、糖尿病、慢性肝臟、腎臟疾病、腫瘤等基礎病；
 - (3) 免疫功能缺陷（如艾滋病患者、長期使用激素或其他免疫抑制藥致免疫功能減退）；
 - (4) 肥胖（BMI \geq 30）；
 - (5) 晚期妊娠和圍產期女性；
 - (6) 重度吸煙者。

2. 重症（重型 / 危重型）早期預警指標
 - (1) 低氧血症或呼吸窘迫進行性加重；
 - (2) 組織氧合指標惡化或乳酸進行性升高；
 - (3) 外周血淋巴細胞計數進行性降低或外周血炎症標記物，如 LL-6、CRP、鐵蛋白等進行性上升；
 - (4) D 一二聚體等凝血功能相關指標明顯升高；
 - (5) 胸部影像學顯示肺部病變明顯進展
3. 重症（重型 / 危重型）的中醫證候早期預警指標：
 - (1) 舌苔由薄變厚或變黃（尤其從舌後根變黃），舌質由淡轉紅
 - (2) 腹瀉、便秘、嘔吐、食慾嚴重減退
 - (3) 高熱持續不退
 - (4) 虛證的表現（多在病程 3 日以後）
 - i. 氣虛：氣短，動則汗出，冷汗
 - ii. 陽虛：四末不溫，夜間尤甚，腹部（胃腸）怕冷
 - iii. 陰虛：口乾咽乾，舌由紅轉絳

（六）診斷與鑒別^[3]

1. 疑似病例

有下述流行病學史中的任何 1 條，且符合臨床表現中任意 2 條。

無明確流行病學史的，符合臨床表現中的 3 條；或符合臨床表現中任意 2 條，同時新型冠狀病毒特异性 IgM 抗體陽性（近期接種過新型冠狀病毒疫苗者不作為參考指標）。

流行病學史：

- 1) 發病前 14 天內有病例報告社區的旅行史或居住史；
- 2) 發病前 14 天內與新型冠狀病毒感染者有接觸史
- 3) 發病前 14 天內曾接觸過來自病例報告社區的發熱或有呼吸道症狀的患者；
- 4) 聚集性發病（14 天內在小範圍如家庭、辦公室、學校、班級等場所，出現 2 例及以上發熱和 / 或呼吸道症狀的病例）。



臨床表現：

- 1) 發熱和（或）呼吸道症狀等新型冠狀病毒肺炎相關臨床表現；
- 2) 具有新型冠狀病毒肺炎影像學特徵（早期呈現多發小斑片影及間質改變，以肺外帶明顯。進而發展為雙肺多發磨玻璃影、浸潤影，嚴重者可出現肺實變）
- 3) 發病早期白細胞總數正常或降低，淋巴細胞計數正常或減少。

2. 確診病例

疑似病例具備以下病原學或血清學證據之一即可確診：

- 1) 新型冠狀病毒核酸檢測陽性；
- 2) 未接種新型冠狀病毒疫苗者新型冠狀病毒特異性 IgM 抗體和 IgG 抗體均為陽性

3. 鑒別診斷

- 1) 新型冠狀病毒肺炎輕型需與其他病毒引起的上呼吸道感染相鑒別；
- 2) 新型冠狀病毒肺炎主要與流感病毒、腺病毒、呼吸道合胞病毒等其他已知病毒性肺炎及肺炎支原體感染鑒別，尤其是對疑似病例要盡可能採取快速抗原檢測、多重 PCR 核酸檢測等方法，對常見呼吸道病原體進行檢測；
- 3) 還要與非感染性疾病，如血管炎、皮肌炎和機化性肺炎等鑒別；
- 4) 兒童患者出現皮疹、黏膜損害時，需與川崎病鑒別；
- 5) 與新型冠狀病毒感染有密切接觸者，即便常見呼吸道病原檢測陽性，也應及時進行新型冠狀病毒病原學檢測。

（七）中醫治則治法

總體原則：按照《新型冠狀肺炎診療方案（試行第九版 修訂版）》，以宣肺化濕解毒、通腑清熱、扶正祛邪為核心，以「三方三藥」為基礎，根據臨床病機的偏重，變化治療。

中醫的總體治法：

1. 驅邪

針對上焦：宜宣肺解毒、透邪外出；

針對中焦：宜清暑化濕、健脾和胃；

針對下焦：宜通腑瀉熱。

若見發熱、惡寒，脈浮數，則宣肺透邪為主，可選用麻黃、石膏、柴胡、青蒿等。

納差、脘痞、舌苔厚膩，清暑化濕：藿香、薏苡仁、草果、檳榔。

若見腹脹、煩躁、大便不通，通腑瀉熱：生大黃、芒硝、厚朴（內服或灌腸）。

2. 扶正

補 氣：以補肺脾之氣為主；

養 陰：養陰生津，以濡養全身；

扶 陽：少火生氣，扶陽，助溫化濕邪。

若見疲倦、氣短、乏力、自汗、納差、脈細，應補肺脾之氣，可選用黨參、生曬參、紅參；若見面白、惡風、肢冷、舌淡脈沈細，應扶陽救逆，可選四逆湯（附子、乾姜、炙甘草）；若見口乾、乾咳、咽乾、舌紅苔薄、脈細數，應養陰生津，可選西洋參、玄參、麥冬、生脈散。

3. 根據臨床病機偏重，適當調整

(1) 廈門：濕偏重，脾虛氣虛多見，治療時應加大補氣、健脾、化濕、祛濕力度，減少苦寒藥物，防止傷脾胃。

(2) 蘭州：多夾燥，可酌加玉竹、麥冬、沙參、蘆根等滋陰藥物。

(3) 香港（亞博館）：年老久病，疫毒纏綿，耗傷正氣（COVID-19 相關症狀不明顯），以常見症狀為切入點，注重扶正治療，常合用獨參湯。



(八) 中醫藥治療方案

1. 無症狀感染者、輕型、普通型：

病機：濕邪疫毒侵犯肺胃、部分化熱化燥

治法：清暑化濕、宣肺解毒、通腑洩熱、透達膜原

處方：選用「三藥三方」加減治療

高熱、疫毒閉肺者，每天 2 劑，分為 4 次服用，另外加用安宮牛黃丸或紫雪散。大便不通者，重用大黃。

2. 重型或有轉重症傾向者：

病機：濕邪疫毒閉肺、耗氣傷津

治法：通腑洩熱解毒，扶助正氣

處方：化濕敗毒方的基礎上加減

病情重、體質強者，每天 2 劑，分為 4 次口服。

壯熱（高熱持續 48 小時不退）且咳喘明顯：加用安宮牛黃丸或紫雪散清退邪熱、或重用大黃，以溏稀大便每日 2-4 次為度。

氣虛：加用獨參湯（30g 另燉），可選用西洋參或生曬參；氣虛且有傷及陽氣：加用參附湯，可選用高麗參或紅參（10-30g），制附片（5-15g）；

氣虛且有傷及陰津：加用生脈散或增液湯，可選用西洋參，麥冬，生地，玄參。

3. 危重型：

病機：插管病人，常用鎮靜劑和肌松劑，腹脹、胃儲留是要解決的首要問題；使用激素後，病人免疫抑制，病毒載量增高，核酸轉陰慢。

治法：扶正、通腑、救脫

腹脹胃儲留：大柴胡湯、大承氣湯鼻飼或灌腸（每 3-4 小時灌腸一次），每日大便量應該 200-400ml。同時採用熱熨包等外治法，促進腸道蠕動。抑制免疫、轉陰慢：扶正解毒，黃芪、人參、附子、乾姜、金銀花等

阻斷炎症風暴：血必淨、參附注射液、參麥注射液

(九) 臨床常見突出症狀的對症處理策略

1. 發熱

(1) 體溫超過 38.5℃：

中藥湯藥每天兩劑，分為四次服用，6 小時一次；

安宮牛黃丸每日兩丸，每次半丸，分為四次服用，與湯藥間隔服用；

紫雪散每日三支，每次 1 支，與湯藥間隔服用。

(2) 體溫在 37.5-38.5℃

中藥湯藥每天 1 劑，分為 2 次服用；

安宮牛黃丸每日 1 丸，每次半丸，分為 2 次服用，與湯藥間隔服用；

若無安宮牛黃丸，可用紫雪散。

針灸：另外可配合針刺靈骨、大白、曲池、耳尖放血清熱解表

2. 便秘

病因：暑熱化燥傷津，邪入中焦，熱結陽明，氣機不通甚至熱陷心包。

治法：通腑洩熱、調腸救肺、肺腸同治。

方藥：在辨證中藥內服基礎上，可用生大黃（可配合使用芒硝），5-10g，水調沖服以通腑瀉熱，效果不佳時可配合小承氣湯、大承氣湯灌腸，以保持每日大便 2-3 次為度，注意中病即止。

3. 腹瀉

病因：暑濕、脾虛、腎虛

內治法：暑濕證：見發熱畏寒，腹痛腸鳴，糞質稀薄伴納差，舌淡苔白膩，選用藿香正氣散；

脾虛證：見稍進油膩之物即便瀉，腹脹，納差，面色萎黃，肢倦乏力，選用參苓白朮散；



- 腎虛證：見洩瀉日久，腸鳴即瀉，完谷不化，形寒肢冷，喜溫惡寒，脈沈細，選用四神丸 + 四逆湯。
- 外治法：針灸、艾箱灸、雷火灸、四子散藥包外敷及穴位按摩。
4. 病因：正氣虧虛（以氣虛、陽虛為主）
肺脾氣虛證，常見疲倦乏力，治以補氣補陽為主。
- 內治法：對於重症及危重症患者，注重早期扶正，全程扶正，可全程「小四逆湯」伴服「少火生氣」，「獨參湯」大補元氣。
- 外治法：取代謝穴、足三里、陽陵泉、豐隆、或臍針山澤通氣等調暢脾胃、疏肝利膽、祛濕解毒。同時可選太溪穴、臍針坎三針、引氣歸元（中腕、下腕、氣海、關元）以補腎納氣平喘固脫。
5. 嗅覺障礙
- 病因：疫毒犯肺，肺衛虧虛，而肺開竅於鼻，故見鼻塞、嗅覺減退。
- 機理：《黃帝內經素問》有雲「平治於權衡，去宛陳莖……開鬼門，潔淨府。」中醫的鬼門可對應現代醫學人體皮膚上的毛孔；「開鬼門」就是通過針灸以宣發肺氣，通過皮毛使汗從皮膚而出，行氣開郁，即發表汗也。
- 治法：取「合谷」穴，平刺進針，得針感後快速捻轉提插，以洩法為主，不留針。
6. 核酸難轉陰及復陽情況
- 可辨證選用扶正救肺方，加強溫陽扶正，健脾祛濕，可以縮短轉陰的時間。

(十) 中醫治療典型病案

案 一：武漢患者，女，65 歲，退休人員，既往「慢性支氣管炎」病史。

主 訴：咳嗽半月，氣促 1 周

現 病 史：2020 年 1 月 26 日始出現咳嗽、咯痰，於發熱門診查新冠病毒核酸呈陽性，於家中候床入院，口服中成藥治療，症狀無明顯緩解，2 月 3 日開始氣促並逐漸加重，2 月 10 日收入武漢市漢口醫院住院治療。生命體徵：T：37.0℃，P：85 次/分，R：25 次/分，BP：130/80mmHg，SPO2：90%（儲氧面罩高流量給氧）；

輔助檢查：血 常 規：WBC：11.4*10⁹/L，LY：0.8*10⁹/L。胸 部 CT：雙肺感染。

診 斷：新型冠狀病毒肺炎（重型）

西醫治療：常規治療

中醫首診 2020 年 2 月 13 日（入院第 4 天）

症 狀：病人神清，無發熱，倦臥於床，聲微懶言，怕冷，面色恍白無華，眼瞼淡白，四末偏涼，氣促，鼻導管、面罩雙通道高流量吸氧，SPO2：83-87%，咳嗽有痰，色白質偏稀，胸部輕度憋悶感，納呆，夜眠不安，大便 3 日未解，舌淡暗，苔白膩，脈沈細弱略數。

病機診斷：疫毒襲肺，元氣受損。

治則治法：扶正救肺，兼以解毒。

處 方：扶正救肺湯。

服 法：顆粒劑沖服，一劑分早晚 2 次，熱水沖服。

中醫二診：2020 年 2 月 14 日（入院第 5 天）

中醫二診

症 狀：精神有所好轉，全身轉暖，氣促及胸悶減輕，相同氧療條件下，SPO2 升至 90%，咯痰量增加，色白稍粘，胃納好轉，大便 4 日未解。





處 理：效不更方。

中醫三診：2020年2月18日（入院第9天）

症 狀：諸症逐日減輕，精神好轉，已可行半臥位，肢體轉暖，氣促明顯減輕，胸悶緩解，吸氧濃度較前降低，SPO₂升至93%，胃納好轉，大便入院後未解。

處 理：扶正救肺湯 + 柴胡解毒湯。

中醫四診：2020年2月23日（入院第14天）

症 狀：情況繼續好轉，精神好，可自行坐起，靜息狀態無明顯氣促，活動後稍氣促，鼻導管中流量給氧，SPO₂99%，胃納好轉，大便已通暢。

處 理：效不更方。

2020年3月5日（入院第25天）

症 狀：精神可，已可下地行走，靜息狀態無氣促，活動後稍氣促，鼻導管低流量吸氧，SPO₂：100%，胃納可，大便通暢，舌淡稍暗，苔薄白，脈細。



案 二：瑞麗患者，女，29歲，漢族，妊娠28周，3胞胎

陽性時間：2021年7月8日（全員篩查陽性）

入院時間：2021年7月9日

發病地點：雲南瑞麗

主 訴：新冠病毒核酸檢測陽性13小時

入院病例特點：

- (1) 僅少許乏力，無發熱、咽痛、咳嗽、氣短等不適，舌紅，苔白厚。

(2) 查體：T 36.8℃，P 102 次/分鐘，R 21 次/分鐘，SPO₂：98%。

(3) 輔助檢查：核酸 O 基因 31.663，N 基因 27.212；胸部 CT：雙肺多發小片狀磨玻璃影。

初步診斷：COVID-19（普通型）（轉重症高危人群）

孕 28 週三胎妊娠先兆早產

低蛋白血症

中度貧血

治療方案：

- (1) 對症支持治療
- (2) 俯臥位治療
- (3) 中藥治療：烏梅 20g，炒麥芽 20g，
白朮 15g，黃芩片 5g，
旱前胡 15g，續斷片 15g



2021 年 7 月 12 日（入院第 4 天）

症 狀：反復高熱，最高體溫 39.6℃，
咳嗽，咯少量黃色粘痰，氣喘，
呼吸困難、時感胸悶，SPO₂ 下降至 92%，活動後
90%，自覺無明顯宮縮，納可，二便正常，
舌質紅，舌苔薄黃膩，脈弦滑。

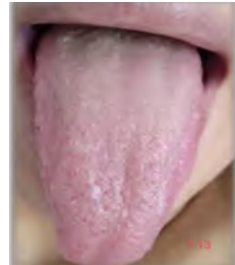
診 斷：COVID-19（重型）

中醫辨證：疫毒閉肺

處 理：恢復期血漿、俯臥位、氧療、
中藥治療

方 藥：麻杏甘石湯加減

藥 物：麻黃 5g，生石膏 30g，連翹 20g，
柴胡 20g，黃芩 15g，白朮 15g，
烏梅 20g





2021年7月16日（入院第8天）

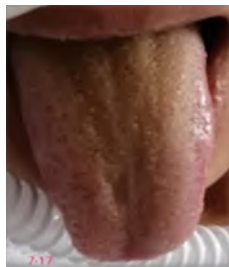
症狀：反復發熱，最高39.4℃，仍有咳嗽，咯少量黃色粘痰，痰中少許血絲，氣短，失眠，無腹痛，食慾飲食可，二便正常。

中藥加強「宣肺清熱，化濕解毒」

方藥：麻杏甘石湯加減

藥物：麻黃5g，生石膏30g，黃芩15g，杏仁10g，柴胡20g，蒼術15g，玄參15g，藿香15g，麥芽20g，薏苡仁20g

每日1劑，每日2次



入院第9天：大便難解

中藥另加：火麻仁30g，萊菔子30g，濃煎50ml，每日1次

2021年7月17-19日（入院第9-11天）

症狀：低熱，已無氣短，咳嗽減少，SPO₂脫氧或活動後94-96%，偶有痰中帶血絲，胃納欠佳，大便每日1次，舌質紅，舌苔薄黃，脈弦滑。

方藥：加強化痰止咳之力

藥物：麻黃5g，前胡15g，紫菀15g，烏梅20g，杏仁10g，桔梗15g，化橘紅5g，法夏10g，火麻仁30g，萊菔子30g

另外濃煎50ml，每日1次

食療：半只雞，陳皮5g，生薑30g，烏梅30g燉湯



2021年7月20日（入院第12天）

症狀：無發熱，無氣短，咳嗽進一步好轉，SPO₂：99%，脫氧或活動後97%，精神、飲食好。之後病情進一步穩定

入院第29天（8月11日）順利產下三胞胎（全國首例）。

案 三：蘭州患者，男，69 歲

症 狀：發熱，體溫最高 37.8℃，咳嗽，咳痰，少量白色泡沫痰，無創呼吸機輔助通氣，口乾欲飲，乏力納差，大便日 1 次，不成形，舌紅，苔黃厚。

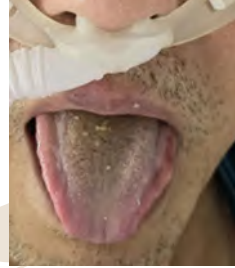
診 斷：新型冠狀病毒肺炎（危重型）

證 型：痰濁阻肺，氣陰兩虛

治 則：宣肺化痰，益氣養陰

處 方：三拗湯 + 生脈散 + 四君子湯加減

藥 物：麻黃 9g，杏仁 15g，前胡 15g，炒麥芽 20g，麥冬 10g，浙貝母 20g，茯苓 20g，人參 30g
3 劑，水煎服，日一劑，早晚分服。



2021 年 10 月 31 日

症 狀：氣短、活動後加重，多汗，眠差，無咳嗽，大便一次 100g，偏乾結，舌淡紅，苔黃厚膩。

診 斷：新型冠狀病毒肺炎（危重型）

處 方：扶正救肺湯加減，加萊菔子、大黃

藥 物：萊菔子 30g，生大黃 5g，人參 20g，茯神 20g，北杏 15g，麥芽 30g，白朮 30g，炙甘草 10g，熟附子 10g
3 劑，水煎服，日一劑，早晚分服。



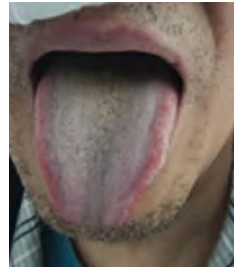


2021年11月2日

症 狀：體溫 36.4℃，氣短、活動後加重，汗出量多，自汗盜汗明顯，夜間為甚，眠差，少咳，無痰，大便 2 次 400g，成形。舌淡紅，苔黃厚略乾。

處 方：四逆湯 + 增液承氣湯加減

藥 物：玄參 20g，栝樓 30g，萊菔子 30g，紅參 10g，人參 10g，白朮 30g，麥芽 30g，火麻仁 30g，黃芪 20g，炙甘草 15g，熟附子 10g，乾姜 5g，五味子 10g
3 劑，水煎服，日一劑，早晚分服。

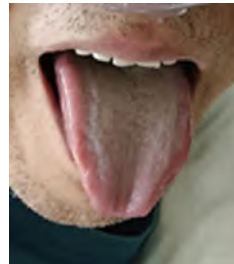


2021年11月5日

症 狀：咳嗽咳痰明顯改善，氧合改善，多汗症狀改善，睡眠可，心煩，舌暗紅苔薄黃膩，脈滑。大便 1 次 400g，成形。舌淡紅，苔白稍厚。

處 方：四逆湯 + 生脈散加減

藥 物：麥冬 20g，天冬 10g，麥芽 30g，杏仁 15g，前胡 15g，五味子 10g，炙甘草 10g，附子 10g，乾姜 5g，萊菔子 30g
3 劑，水煎服，日一劑，早晚分服。



2021 年 11 月 5 日

症 狀：咳嗽咳痰明顯改善，氧合改善，多汗症狀改善，睡眠可，心煩，舌暗紅苔薄黃膩，脈滑。大便 1 次 400g，成形。舌淡紅，苔白稍厚。

處 方：四逆湯 + 生脈散加減

藥 物：麥冬 20g，天冬 10g，麥芽 30g，杏仁 15g，前胡 15g，五味子 10g，炙甘草 10g，附子 10g，乾姜 5g，萊菔子 30g
3 劑，水煎服，日一劑，早晚分服。



案 四：香港患者，男，89 歲，未接種新冠疫苗。

舊 病 史：長期吸煙史 50 餘年，COPD、前列腺癌病史

發病時間：2022 年 3 月 10 日

入院時間：2022 年 4 月 4 日 (AWE)

主 訴：咳嗽、咳痰、氣促 25 天

現 病 史：患者於 3 月 10 日診斷為 COVID-19，發病時發熱，伴咳嗽、氣喘，在多家醫院治療，先後給予抗病毒、抗生素、激素等治療，發熱消退，但咳嗽、氣喘未緩解，病毒核酸未轉陰

初步診斷：COVID-19、COPD、前列腺 Ca

症 狀：精神疲倦，咳嗽，咯痰，痰白黏，量多，氣喘，氣短，SPO₂：96% (2L/min 吸氧)，喉間哮鳴音明顯，咽乾，納呆，眠差。舌紅，苔少，脈滑。

中醫辨證：肺氣虛損

治療方法：宣肺平喘，健脾益氣

處方：桔梗湯、三拗湯、獨參湯加減

藥物：桔梗 10g、甘草 5g、炙麻黃 5g、北杏 10g、
炒麥芽 15g、烏梅 15g、沙參 10g、
西洋參 20g



2022 年 4 月 7 日（中藥治療 3 天後）

症狀：患者精神明顯改善，已停用吸氧，咳嗽減少，痰白稀，痰量明顯減少，氣喘減輕，胃納明顯改善，睡眠好轉。

中醫治療：效不更方。

2022 年 4 月 11 日（入住 AWE 一周）

病毒抗原檢測：陰性

咳嗽、氣喘症狀基本消失

康復出院。

參考文獻

- [1]BOUZID D, VISSEAU B, KASSASSEYA C, et al. Comparison of Patients Infected With Delta Versus Omicron COVID-19 Variants Presenting to Paris Emergency Departments : A Retrospective Cohort Study [J]. Annals of internal medicine, 2022, 175 (6) : 831-7.
- [2] 湯婷, 範恒, 胡德勝, et al. 從溫病學理論探討新型冠狀病毒肺炎的證治規律 [J]. 中西醫結合研究, 2020, 12 (03) : 189-91.
- [3] 新型冠狀病毒肺炎診療方案 (試行第九版) [J]. 心脈血管病雜誌, 2022, 41 (05) : 449-57.
- [4]NING Q, WU D, WANG X, et al. The mechanism underlying extrapulmonary complications of the coronavirus disease 2019 and its therapeutic implication [J]. Signal transduction and targeted therapy, 2022, 7 (1) : 57.
- [5] 任雲霞, 賀文婷, 潘龍飛, et al. 新型冠狀病毒肺炎 35 例臨床特徵及外周血 T 淋巴細胞亞群水準 [J]. 陝西醫學雜誌, 2020, 49 (10) : 1207-10.
- [6]WILK A J, RUSTAGI A, ZHAO N Q, et al. A single-cell atlas of the peripheral immune response in patients with severe COVID-19 [J]. Nature medicine, 2020, 26 (7) : 1070-6.
- [7] 王霜, 王貴佐, 唐甜, et al. 新型冠狀病毒肺炎發病機制及藥物治療研究進展 [J]. 陝西醫學雜誌, 2021, 50 (05) : 638-41.
- [8]BELLMUNT-MONTOYA S, RIERA C, GIL D, et al. COVID-19 Infection in Critically Ill Patients Carries a High Risk of Venous Thrombo-embolism [J]. European journal of vascular and endovascular surgery : the official journal of the European Society for Vascular Surgery, 2021, 61 (4) : 628-34.
- [9]SUN C, XIE C, BU G L, et al. Molecular characteristics, immune evasion, and impact of SARS-CoV-2 variants [J]. Signal transduction and targeted therapy, 2022, 7 (1) : 202.

(張忠德, 鄭丹文、唐麗娟)



林志秀教授
香港中文大學中醫學院院長
香港中西醫結合醫學研究所所長
香港註冊中醫師

1987年畢業於廣州中醫藥大學醫療系，畢業後從事中醫臨床工作。1991年赴英國學習語言，後進入倫敦大學國王學院（King's College London）攻讀生藥學哲學博士學位。1998至2002年受聘于英國中薩大學（Middlesex University London）傳統醫學系，任職中醫學高級講師，從事中醫藥和針灸的基礎和臨床教學工作，並擔任該課程主任。2003年加入香港中文大學中醫學院，現任中醫學院院長，教授，博士生導師，擔任本科及研究生班《中醫診斷學》和《中醫外科學》的教學工作，臨床上以診治各類內科和皮膚科病症為主，近年來有幸跟隨全國名老中醫、著名中醫皮膚病專家徐宜厚教授學習，深得其傳。研究領域包括：(1) . 中醫藥治療銀屑病、濕疹、胰腺癌以及神經保護中藥的藥理研究和產品開發；(2) . 評估中醫藥治療常見疾病的有效性和安全性的臨床試驗；(3) . 系統性評估中醫藥治療一些重大疾病的有效性和安全性。至今發表中醫藥研究論文240多篇，其中SCI論文210餘篇，H-index 為45 (Google scholar)。

二 幾個中藥複方治療新冠肺炎有效性的臨床證據匯總

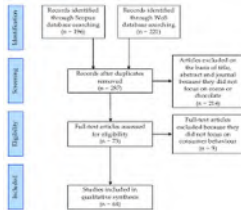
中藥“三藥三方”治療新型冠狀病毒感染的系統綜述

(一) 納入和排除標準

1. 隨機對照臨床試驗和非隨機對照研究（包括隊列研究和病例對照研究）；
2. 患者明確確診感染新型冠狀病毒（Covid-19），包括任何階段；
3. 治療組需接受中藥“三藥三方”治療，對照組可以接受安慰劑或其他常規治療，或無治療，其中中藥治療包括任意劑型的單味中藥或複方；
4. 治療組和對照組若有共同干預，需保持一致性；
5. 主要結局是轉重症率和死亡率，次要結局包括主要症狀評估、胸部影響學和實驗室檢查。
6. 有關疑似感染者的研究予以排除。

(二) 檢索範圍

Medline 和 CBM, 時間範圍是 2019 至 2022 年 3 月 30 日。(updated in 2022.10.14)



納入 15 篇，其中：

1. 連花清瘟 5 篇（其中只有 4 篇納入 meta 分析，另 1 篇治療時間不詳），
2. 金花清感 2 篇，
3. 清肺排毒湯 6 篇，
4. 化濕敗毒湯 2 篇。

5. 所有研究都在中國進行，其中有 2 篇是英文發表，其餘是中文發表。

所有研究都是中藥 + 常規治療與常規治療比較 (Table 1)

Study	Design, setting	Study Time	Sample Size (Treatment/control) , Stage ⁶⁸ /TCM syndrome	TCM Treatment	Duration	Outcomes
Chen 2021	RCT Single-center, Shenzhen, Guangdong Province	Dec. 2019 to Feb. 2020	60 (30/30) Mild or moderate Syndrome of Toxic humidity 濕毒疫証	Lianhua Qingwen capsules, taken orally, 4 capsules, each time, 3 times/day	10 days	Proportion of patients progression to severe, time to resolution of fever, CRP, PCT,
Hu 2021	RCT Multicenter China	Feb.2, 2020	284 (142/142) Moderate	Lianhua Qingwen capsules, taken orally, 4 capsules, each time, 3 times/day	14 days	Progress to severe, discharge from hospital, chest imaging, negative viral assay
Yu 2020a	RCT Single-center Wuhan, Hubei Province	Feb. 17 to March 6, 2020	295 (147/148) Mild (14/13) Moderate (133/135)	Lianhua Qingwen granules, taken orally, 6g each time, 3 times/day	7 days	Progress to the severe, mortality,chest imaging, WBC, LYM, CRP, PCT, symptoms
Cheng 2020	Retrospective cohort study, multicenter, Wuhan, Hubei Province	Jan, 1-30, 2020	102 (51/51) Moderate	Lianhua Qingwen granules, taken orally, 6g each time, 3 times/day	7 days	Symptoms, time to resolution of fever, chest imaging, progress to the severe
Yao 2020	Retrospective cohort study, multicenter, Wuhan, Hubei Province	Jan. 11 to 30 , 2020	42 (21/21) Moderate	Lianhua Qingwen granules, 1 bag each time, 3 times/day	NA	Symptoms
Duan 2020	RCT Single-center Wuhan, Hubei Province	Feb. 1 to 5, 2020	123 (82/41) , Mild	Jinhua Qinggan granules, taken orally, 10g each time, 3 times/day,	5 days	Proportion of patients with fever, cough or fatigue resolved, admission to hospital,adverse events
Zhang 2021a	Prospective cohort study, multicenter, Beijing	Jan. 27 to March 23, 2020	245 (71/174) Mild, moderate, sever, critical	Jinhua Qinggan granules, taken orally, 6g each time, 2 times/day	More than 3 days, till discharge from hospital or death	Proportion of patients with cough or fatigue resolved, hospitalization day, death rate
Li 2020	RCT Single-center Taiyuan, Shanxi Province	Feb. to March, 2020	12 (6/6) Severe	Qingfei Paidu Decoction, taken orally, 2 times/day	6 days	WBC, Chest imaging, hospitalization day

Table 1. Summary of the characteristics in RCTs and NRSI (TCM + conventional treatment versus conventional treatment) (1)

Study	Design, setting	Study Time	Sample Size (Treatment/control) , Stage*/TCM syndrome	TCM Treatment	Duration	Outcomes
Wang 2021a	RCT Single-center Xiangyang, Hubei Province	Feb. to March, 2020	140 (70/70) Moderate Syndrome of phlegm and heat in lung 痰熱壅肺	Qingfei Paidu Decoction, 2 times/day	10 days	WBC, CRP, chest imaging, hospitalization day
Yu 2020b	Retrospective cohort study, Single-center, Wuhan, Hubei Province	Feb. 10 to April 1, 2020	89 (43/46) Moderate, severe, critical	Qingfei Paidu Decoction, taken orally, 2 times/day	10-15 days	hospitalization day
Wang 2021b	Prospective cohort study, Single-center, Wulumuqi, Xinjiang Province	May to Sept. 2020	72 (42/30) moderate 氣陰兩虛證	Qingfei Paidu Decoction, taken orally, 2 times/day	30 days	hospitalization day,
Zeng 2020	Retrospective cohort study, Single-center, Wuhan, Hubei Province	Dec. 2019 to March 2020	229 (104/125) mild 痰熱壅肺型	Qingfei Paidu Decoction, taken orally	till discharge from hospital	Chest imaging, hospitalization day
Zhang 2021b	Retrospective cohort study, Single-center, Wuhan, Hubei Province	March 5, 2020 to April 5, 2020	Severe, critical 24 (12/12)	Qingfei Paidu Decoction, taken orally, 2 times/day	7 days	Proportion of patients with fever resolved, Chest imaging, death rate
Liu 2021a	RCT Single-center Wuhan, Hubei Province	Feb. to March, 2020	204 (102/102) Mild, moderate and severe	Huashi Baidu granule, taken orally, 10g each time, 2 times/day	14 days	Proportion of patients with cough or fatigue resolved, Chest imaging
Liu 2021b	RCT Single-center Yichang, Hubei Province	Jan. to March, 2020	50 (25/25) Severe	Huashi Baidu decoction, taken orally or feb , 100 to 200 ml each time, 2-4 times/day	15 days	WBC, CRP

Table 1. Summary of the characteristics in RCTs and NRSI (TCM + conventional treatment versus conventional treatment) (II)

(三) 對隨機對照試驗採用 Cochrane RoB2 進行評估，其中 6 篇存在一定程度偏倚風險，2 篇偏倚風險較高。(Table 2)

Study	Bias arising from the randomisation process	Bias due to deviations from intended interventions	Bias due to missing outcome data	Bias in measurement of the outcome	Bias in selection of the reported result	Overall bias
Duan 2020 (JHQG)	Low	Some concerns	High	Some concerns	Some concern	High
Chen 2021 (LHQW)	Low	Some concerns	Low	Some concerns	Some concern	Some concerns
Li 2020 (QFPD)	Some concerns	Some concerns	Low	Some concerns	Some concern	Some concerns
Liu 2021a (HSBD)	Low	Some concerns	High	Some concerns	Some concern	High
Liu 2021b (HSBD)	Some concerns	Some concerns	Low	Some concerns	Some concern	Some concerns
Hu 2021 (LHQW)	Low	Some concerns	Low	Some concerns	Some concern	Some concerns
Yu 2020 (LHQW)	Low	Some concerns	Low	Some concerns	Some concern	Some concerns
Wang 2021 (QFPD)	Some concerns	Some concerns	Low	Some concerns	Some concern	Some concerns

Table 2. Risk of bias in the assessment of the randomized controlled trials using RoB2

(四) 研究偏倚風險評估 (II)

- 對非隨機對照研究採用 ROBINS-I tool 進行評估，其中 4 篇存在嚴重偏倚風險，3 篇存在一定程度的偏倚風險。(Table 3)
- 主要方法學問題包括隨機分配方法（包括隨機數字產生和隱匿隨機分組）描述不清晰、非隨機對照研究中對照組與治療組之間的基線比較缺乏詳細描述、研究過程和結局評估均未採用盲法、部分研究樣本量過小以及失訪較多等。
- 此外，納入研究所採用的評估指標較為分散。

Study	Bias due to confounding	Bias in selection of participants into the study	Bias in classification of interventions	Bias due to deviations from intended intervention	Bias due to missing data	Bias in measurement of outcomes	Bias in selection of the reported result	Overall bias
Cheng 2020	moderate	moderate	low	low	low	low	moderate	moderate
Yao 2020	moderate	moderate	low	low	low	low	moderate	moderate
Yu 2020b	serious	moderate	low	low	low	moderate	moderate	serious
Wang 2021b	serious	moderate	low	low	low	low	moderate	serious
Zeng 2020	moderate	moderate	low	low	low	low	moderate	moderate
Zhang 2021a	moderate	moderate	low	low	low	moderate	moderate	moderate
Zhang 2021b	serious	moderate	low	low	low	moderate	moderate	serious

Table 3. Methodological quality of nonrandomized study of Intervention (NRSI) according to the ROBINS-I tool

(五) 對“三藥三方”範圍的 15 個研究的主要分析結果見 Table 4, Figure1-3。

Outcome	Overall Effect estimate & I ² ; No. of RCTs (patients)	GRADE	LHQW 蓮花清瘟 Effect estimate & I ² ; No. of studies (patients)	JHQG 金花清感 Effect estimate & I ² ; No. of studies (patients)	QFPD 清肺排毒 Effect estimate & I ² ; No. of studies (patients)	HSBD 化濕敗毒 Effect estimate & I ² ; No. of studies (patients)
Proportion of patients progression to severe 轉重症率	RR 0.43, 95% CI [0.28, 0.68], I ² = 0; 3 studies (454)	moderate	RR 0.45, 95% CI [0.27, 0.74], I ² = 0; 3 studies (454)			
Mortality 死亡率	RR 0.95, 95% CI [0.21, 4.29], I ² = 35%; 3 study (564)	lowa	RR 0.5, 95% CI [0.05, 5.49]; 1 study (295)	RR 2.45, 95% CI [0.63, 9.53]; 1 study (245)	RR 0.20, 95% CI [0.01, 3.77]; 1 study (24)	
Effective cases, proportion 有效率*	RR 1.16, 95% CI [0.98, 1.37], I ² = 76%; 2 studies (435)	Very lowbc	RR 1.25, 95% CI [1.08, 1.44]; 1 study (295)		RR 1.10, 95% CI [1.01, 1.19]; 1 study (140)	
Time to resolution of fever (days), 退熱時間	MD 0.39, 95% CI [-1.47, 0.68]; I ² = 86%; 2 studies (118)	Very lowad	MD 0.1, 95% CI [-0.2, 0.4]; 1 studies (57)		MD -1.00, 95% CI [-1.75, -0.25]; 1 studies (61)	
Fever control, proportion 發熱症狀控制率	RR 1.37, 95% CI [1.13, 1.66], I ² = 75%; 3 studies (231)	Very lowde	RR 1.37, 95% CI [1.04, 1.81], 1 studies (84)	RR 1.56, 95% CI [1.05, 2.32], 1 studies (123)	RR 1.22, 95% CI [0.85, 1.77]; 1 study (24)	
Cough control, proportion 咳嗽症狀控制率	RR 1.50, 95% CI [1.08, 2.08], I ² = 0; 4 studies (547)	Very lowde	RR 1.73, 95% CI [1.06, 2.82], 1 studies (76)	RR 1.71, 95% CI [1.30, 2.25], I ² = 0; 2 studies (276)		RR 1.15, 95% CI [1.02, 1.29]; 1 study (195)
Fatigue control, proportion 乏力症狀控制率	RR 1.44, 95% CI [1.12, 1.85], I ² = 0; 4 studies (486)	Very lowde	RR 1.79, 95% CI [1.04, 3.06], 1 study (66)	RR 1.60, 95%CI [1.28, 2.00], I ² = 0; 2 studies (276)		RR 1.16, 95% CI [1.01, 1.32]; 1 study (195)
Chest CT improvement, proportion 胸部 CT 改善率	RR 1.18, 95% CI [1.10, 1.26], I ² = 0; 7 studies (964)	Very lowde	RR 1.12, CI [0.96, 1.30]; 2 studies (397)		RR 1.18, 95% CI [1.09, 1.28], I ² = 0; 4 studies (405)	RR 1.25, 95% CI [1.05, 1.49]; 1 study (162)
Admission to hospital, proportion 住院率	RR 0.45, 95% CI [0.20, 1.02]; 1 study (123)	Very lowacd		RR 0.45, 95% CI [0.20, 1.02]; 1 study (123)		
Hospitalization day 住院時間	MD -4.73, 95% CI [-6.33, -3.12], I ² = 92%; 6 studies (787)	Very lowbd		MD -1.45, 95%CI [-3.94, 1.04]; 1 study (245)	MD -5.29, 95% CI [-6.98, -3.59], I ² = 88%; 5 studies (542)	
CRP (mg/L)	MD -4.8, 95% CI [-6.62, -2.97], I ² = 94%; 4 studies (542)	Lowb	MD -3.66, 95% CI [-6.86, -0.45], I ² = 97%; 2 studies (352)		MD -3.79, 95% CI [-4.42, -3.16]; 1 study (140)	MD -10.5, 95% CI [-13.59, -7.41]; 1 study (50)

Table 4. Pooled results of primary and secondary outcomes of the studies comparing CHM plus SOC to SOC alone (yellow color represents that studies suggesting a positive benefit)

Keys for the table :

- Imprecision due to one or two small studies included.
 - A substantial heterogeneity with I2 more than 50%.
 - 95% CI was wide and not statistically significant.
 - The data from NRSIs were included.
 - The RCT with high risk of bias was included.
- * 有效率，按照國家中醫藥管理局製定的《中醫病證診斷療效標準》。

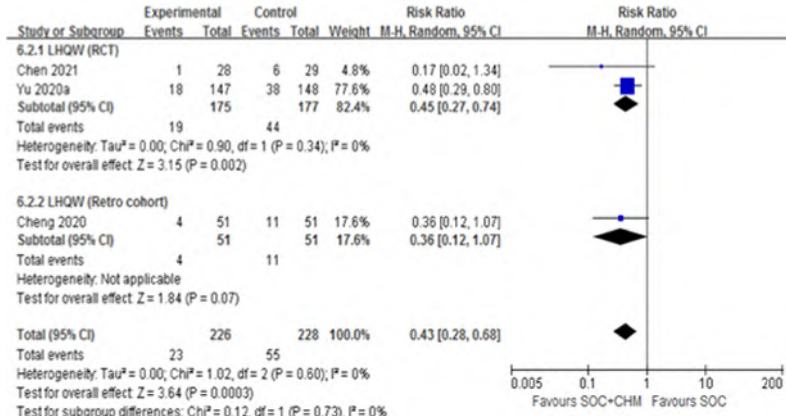
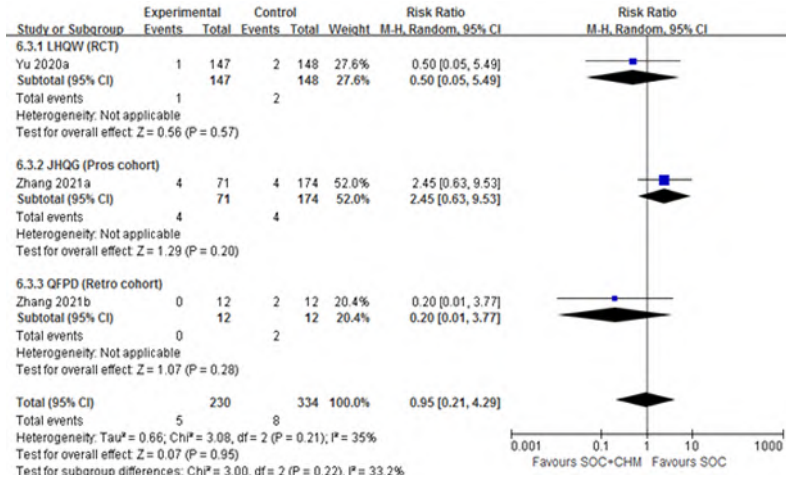


Figure 1. The proportion of patients with COVID-19 who progressed to the severe or critical stage.



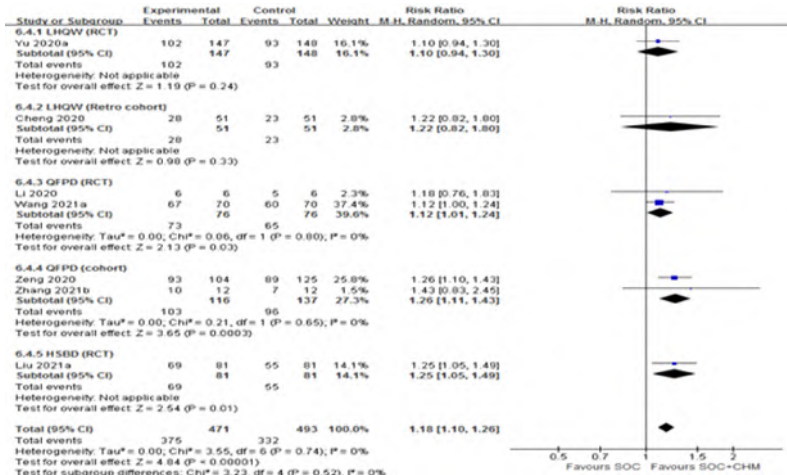


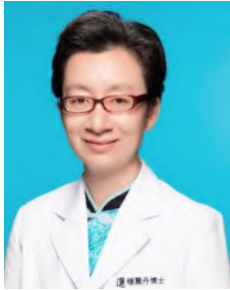
Figure 3. The proportion of patients with COVID-19 presenting improved chest CT imaging.

(六) 治療效果 — 總結

1. 基於所得數據分析顯示，在常規治療基礎上，連花清瘟膠囊可以進一步降低新冠肺炎患者轉重症率，改善發熱、咳嗽、乏力的症狀，以及降低 C - 反應蛋白 (CRP) 等。
2. 金花清感顆粒可以更有效緩解發熱、咳嗽和乏力症狀。
3. 清肺排毒湯可以更進一步減少退熱時間，改善臨床症狀和胸部 CT 影像學表現，縮短住院時間，以及降低 C - 反應蛋白 (CRP) 等。
4. 化濕敗毒方可進一步控制咳嗽、乏力症狀，改善胸部 CT 影像學特徵，以及降低 C - 反應蛋白 (CRP) 等。

需注意現有臨床證據由於方法學方面的不足，證據強度仍然較低。

(林志秀)



鍾麗丹教授

畢業於香港大學李嘉誠醫學院，獲研究博士學位，現任南洋理工大學中醫及生物醫學主任、副教授，香港浸會大學中醫藥學院客座副教授、加拿大多倫多大學結合醫學中心訪問教授及澳洲結合及替代醫學中心全球領袖計劃高級訪問學者。

從事教學、臨床與科研工作 20 年，研究方向為中醫及中西醫結合臨床研究（風濕、消化及婦科領域）、中醫藥臨床指南制定以及中醫藥國際規範化研究，先後發表國際期刊學術論文 100 余篇，編寫專著 10 部，主持或參與臨床科研課題 59 項，2020 年榮獲中國國家中醫藥管理局首屆「青年岐黃學者」。

三 中醫藥治療對新冠肺炎患者的影響 一項多中心觀察性研究

COVID-19 已持續超過 30 個月，全球確診病例數目已經超過 6.19 億。

據世界衛生組織的報告指出，大部分患者患有輕型或普通型的 COVID-19，約有 14% 的患者出現嚴重的急性呼吸道感染症狀需住院和氧氣支援治療。

2021 年 1 月上旬起，COVID-19 疫苗接種計劃的推廣，從而進一步降低了發病率和死亡率。隨著新冠肺炎感染的治療和恢復，有些患者的功能仍然受到或輕或重的損害。不僅包括肺部問題，還有身體虛弱和心理社會領域的問題。即使已經出院，患者仍有明顯的臨床症狀，如咳嗽、乏力、食慾不振、氣短、睡眠不佳等的持續症狀。

由於尚未完全了解 COVID-19 的後遺症和長期影響，因此對患者康復的影響需要進一步研究。

2003 年，香港在抗擊嚴重急性呼吸系統綜合症（非典型肺炎、沙士）疫情方面積累了寶貴經驗。回顧中醫（CM）在沙士期間和之後治療經驗的出版文章能使我們更客觀地了解其的輔助治療的價值。

（一）中醫藥與新冠肺炎

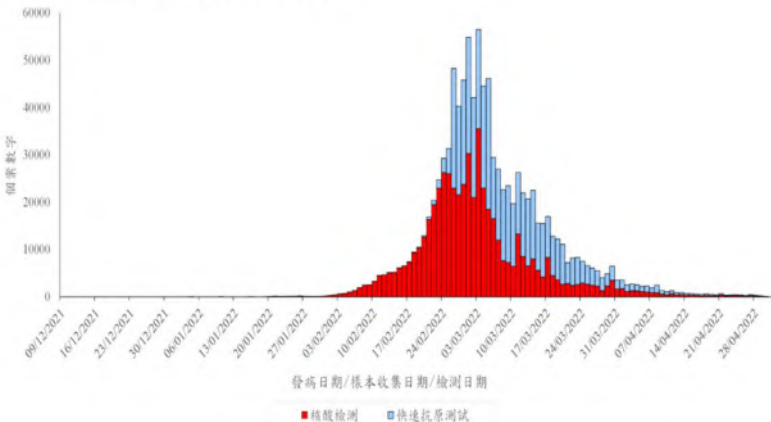
中醫藥在亞洲有數千年歷史，在中國和香港的公共醫療系統擔當重要的角色。隨著越來越多的研究成果在英文科學期刊上發表，中醫藥及其應用正受到全球關注。

作為疫情的中心，中國修訂了《新型冠狀病毒肺炎診療方案》的指南，並不斷更新有關的信息為了促進出院後 COVID-19 患者的康復，中國在疫情期間均使用中醫藥作為治療方法。早期論文指出超過 85% 的 COVID-19 感染患者正接受中醫藥治療，其總有效率 $\geq 90\%$ 。

在這些患者中，大多數患者 ($\geq 60\%$) 的症狀明顯改善，30% 的患者病情穩定。

雖然關於 COVID-19 的論文發表數量有所增加，但仍然存在許多問題，治療方案有限，尤其是有關新冠後遺症（「長新冠」）的情況。

自 2021 年 12 月 31 日起報告的個案的流行病學曲線圖





根據香港衛生防護中心的數據，自 2020 年 1 月上旬香港首宗 COVID-19 病例以來，截至 2022 年 10 月 12 日，本港累計核酸陽性檢測個案 952303 宗及快速抗原測試陽性個案 846410 宗。

根據國家《新型冠狀病毒肺炎診療方案》指南，COVID-19 患者在康復階段主要的兩種中醫證型為「肺脾兩虛」和「氣陰兩虛」。

本研究旨在評估中醫藥治療對 COVID-19 後患者健康狀況的影響，調查長期健康情況及其關聯的風險影響，以及相關的臨床特徵，尤其是中醫證型診斷和體質。

(二) 研究方法

參加人數：150 人

治療時間：3 至 6 個月

出院後的新冠肺炎患者

每月進行中醫證型、體質、肺部功能等評估與跟進

- 回顧性調查
- 前瞻性的觀察和評估

(1) 取得參與者的知情同意書後，在基線訪問期間收集其在 COVID-19 住院期間的病史。

(2) 目的是通過初步問卷和自行設計的體質問卷，以中醫證型描述疾病的嚴重程度，包括報告中的住院時間、健康狀況和其他慢性病等。

前瞻性的觀察和評估：

根據辨證論治和臨床症狀評估接受中醫治療的參與者的臨床症狀、肺功能和體質狀態。

(1) 納入標準：被診斷為 COVID-19 並隨後在治療後出院且 SARS-CoV2 測試呈陰性的參與者（18 歲或以上）。

(2) 排除標準：如果參與者有以下一項或多項，則被排除在外：

- i 無法溝通（例如認知障礙），和
- ii 中藥過敏史。

(3) 終止標準：如果參與者有以下一項或多項，則被終止：

- i 已撤回同意，
- ii 參與另一個中醫藥介入研究項目，和 3) 表現出威脅生命的情況。

量度標準

在治療期間和隨訪期間，每個參與者都通過問卷調查和肺功能測試進行評估。

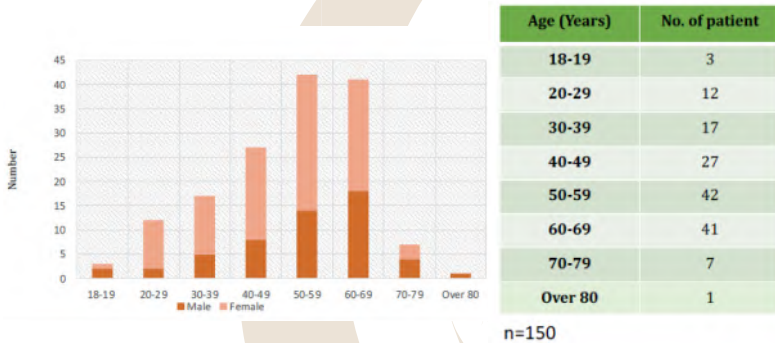
- i 評估的主要目的是探討中醫治療後的證型和臨床特徵的改變。
- ii 以基於中醫理論設計的特定類型的問卷對中醫九種體質進行評估。
- iii 肺功能相關的評估包括 6 分鐘步行測試的表現，通過肺功能問卷評估慢性阻塞性肺疾病的風險。

(三) 研究結果

Demographicsofparticipants 參加者的人口統計

從 2020 年 9 月 7 日到 2021 年 11 月 30 日，招募了 150 名出院的 COVID-19 患者，141 名患者完成了研究。

參與者大多是中年人 [年齡中位：54 (42-61)]，最小的 18 歲，最大的 81 歲。



1. 參加者的人口統計

14 名參加患者在研究前住院期間接受了機械通氣，其中有 11 人肥胖或超重（78.57%）。與住院期間無需機械通氣的 136 名參與者相比，其中 73 人肥胖或超重（53.68%）。

Table 1. Baseline Characteristics of study participants.

	Demographic Data.
No. of participants, N (% of total).	150 (100%).
Female, N (% of total).	96 (64%).
Age, years.	54 (42 – 61).
Height, cm.	162 (157 – 168).
Weight, kg.	64 (55 – 74).
BMI score.	23.5 (21.7 – 27.0).
No. of smokers, N (% of total).	24 (16%).
No. of participants with medical history, N (% of total).	91 (60.7%).
No. of participants requiring mechanical ventilation during hospitalization, N (% of total).	14 (9.3%).
Hospitalization Days, days.	16 (12 – 24).

在這項研究中，24 名參與者是吸煙者（16%，150 人中有 24 人）。

Treatment received during hospitalization, N (% of total)	
• Antiviral drug	43 (28.67%)
• Interferon treatment	33 (22%)
• Antibody product	23 (15.33%)
• Antibody cocktail treatment	15 (10%)
• Oxygen support	13 (8.67%)
• Corticosteroids	4 (2.67%)
• Anti-inflammatory drug	3 (2%)
• Immunomodulatory drugs	2 (1.33%)
• Anti-leprosy drug	1 (0.67%)
• Others	9 (6%)

住院期間最常見的藥物是抗病毒藥物（28.67%），2.67% 的參與者接受了皮質類固醇，2% 的患者服用了消炎藥。

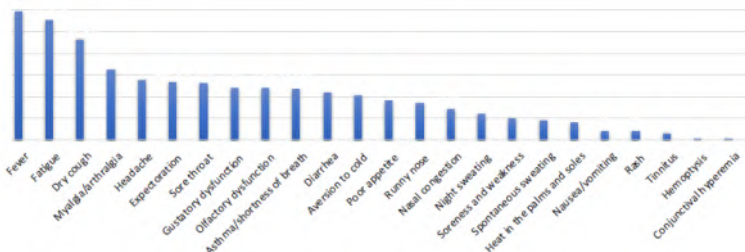
2. 住院期間的臨床症狀、診斷和健康狀況

145 名 (96.6%) 患者在被診斷為 COVID-19 當天出現症狀。發熱、疲勞和乾咳是最常見的症狀，分別在 59.3% (89/150)、55.3% (83/150 人) 和 46.7% (70/150) 的參與者中出現。

(A) Clinical symptoms & CM diagnosis	No of Occurences	% among Participants
Fever (發熱)	89	59.33
Fatigue/ Tiredness (乏力 / 倦意)	83	55.33
Dry cough (乾咳)	70	46.67
Muscle/ Joint pain (肌肉 / 關節痛)	49	32.67
Headache (頭痛)	42	28.00
Coughing up phlegm (咯痰)	40	26.67
Sore throat (咽痛)	39	25.26
Loss of taste (失去味覺)	36	24.00
Loss of smell (失去嗅覺)	36	24.00
Shortness of breath (氣喘)	35	23.33
Diarrhoea (腹瀉)	33	22.00
Aversion to cold (惡寒)	31	20.67
Poor appetite (納差)	27	18.00
Runny nose (流涕)	26	17.33
Stuffy nose (鼻塞)	21	14.00
Night sweats (盜汗)	18	12.00
Soreness and weakness of waist and knees(腰膝酸軟)	15	10.00
Spontaneous sweating (自汗)	14	9.33
Feverish palms and soles (手足心熱)	12	8.00
Nausea/ Vomit (噁心 / 嘔吐)	6	4.00
Rash (皮疹)	6	4.00
Tinnitus (耳鳴)	5	3.33
Coughed up blood (咳血)	1	0.67
Conjunctival hyperemia (結膜充血)	1	0.67

Table 2. Results from the retrospective survey on participants' clinical symptoms and CM diagnosis (A)

回憶情況

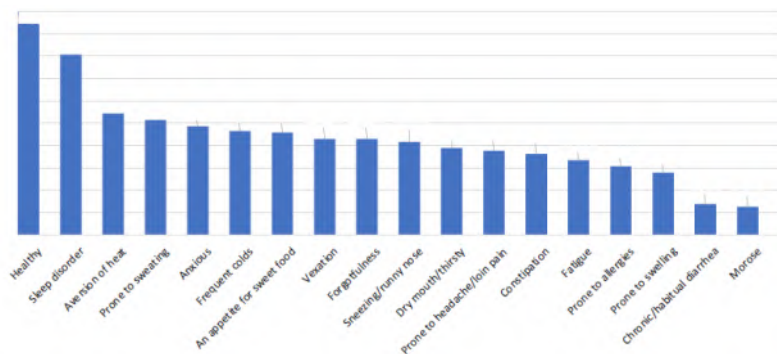


在 150 名參與者中，91 名 (60.7%) 在感染 COVID-19 之前有合併症。在參與者中觀察到的前三種慢性病是高血壓 (24%)、高膽固醇 (14.7%) 和糖尿病 (12.7%)。

(B) Chronic illness	No of Occurrence	% among Participants
Hypertension	36	24.00
High Cholesterol	22	14.67
Diabetes mellitus	19	12.67
Rhinitis	15	10.00
Heart Disease	9	6.00
HBV	9	6.00
Gallbladder Disease	8	5.33
History of Cancer	7	4.67
Eczema	7	4.67
Asthma	6	4.00
Immunodeficiency	5	3.33
Fatty Liver Disease	5	3.33
Depression	5	3.33
Thyroid Disease	5	3.33
Others	12	3.33
• Sleep apnea	3	8.00
• Gastritis	2	2.00
• Thalassemia	1	0.6
• Gout	1	0.6
• Benignant goiter	1	0.6
• History of parotidectomy	1	0.6
• History of rhinitis surgery	1	0.6
• Recovered from tuberculosis	1	0.6
• Anaemia	1	0.6
• Uterine fibroids	1	0.6
• Pulmonary fibrosis	1	0.6
• Hirschsprung's disease	1	0.6

Table2.Resultsfromtheretrospectivesurveyonparticipants' chronicillnesshistory (B)

過去病歷史



3. 中醫評估分析

在 150 名參與者中，107 名 (71.3%) 參與者表現出肺脾兩虛證和 / 或氣陰兩虛證的中醫證型。

65 名參與者 (43.4%) 均表現出兩種中醫證型，27 名 (18%) 僅表現出肺脾兩虛，15 名 (10%) 僅患有氣陰兩虛。其餘 43 名 (28.7%) 參與者沒有表現出以上證型。

Participants exhibiting:	Qi Deficiency of Lung and Spleen only ^a		Qi and Yin Deficiency only ^a		Both CM Syndromes ^a		Without CM Syndromes ^a		Total- N ^a
	N ^a	% ^a	N ^a	% ^a	N ^a	% ^a	N ^a	% ^a	
V1 ^a	27 ^a	18 ^a	15 ^a	10 ^a	65 ^a	43.4 ^a	43 ^a	28.67 ^a	150 ^a
V2 ^a	22 ^a	14.77 ^a	14 ^a	9.4 ^a	63 ^a	42.28 ^a	50 ^a	33.56 ^a	149 ^a
V3 ^a	22 ^a	15.17 ^a	7 ^a	4.83 ^a	57 ^a	39.31 ^a	59 ^a	40.69 ^a	145 ^a
V4 ^a	21 ^a	14.58 ^a	14 ^a	9.72 ^a	51 ^a	35.42 ^a	58 ^a	40.28 ^a	144 ^a
V5 ^a	17 ^a	11.97 ^a	15 ^a	10.56 ^a	49 ^a	34.51 ^a	61 ^a	42.96 ^a	142 ^a
V6 ^a	16 ^a	11.35 ^a	13 ^a	9.22 ^a	43 ^a	30.50 ^a	69 ^a	48.94 ^a	141 ^a
V7 ^a	18 ^a	12.77 ^a	9 ^a	6.38 ^a	40 ^a	28.37 ^a	74 ^a	52.48 ^a	141 ^a
V8 ^a	17 ^a	12.06 ^a	13 ^a	9.22 ^a	22 ^a	15.60 ^a	89 ^a	63.12 ^a	141 ^a

比較肺脾氣虛證和氣陰兩虛證的主要臨床症狀，觀察到兩者的發生率相似 (表 A)

(A) Main symptoms (主症)

	N	Cough	Coughing up phlegm	Shortness of breath
Qi Deficiency of Lung and Spleen	92	43 (46.74%)	32 (34.78%)	42 (45.65%)
Qi and Yin Deficiency	90	34 (42.5%)	29 (36.25%)	36 (45%)

觀察到兩組參與者之間伴隨的疲勞臨床症狀的發生也相似（表B）

(B) Accompanied symptoms (兼症)

	N	Fatigue	Poor appetite	Spontaneous sweating	Post-meal fullness	Loose stool
Qi Deficiency of Lung and Spleen	92	70(76.09%)	27 (29.35%)	43 (46.74%)	43(46.74%)	32(34.78%)

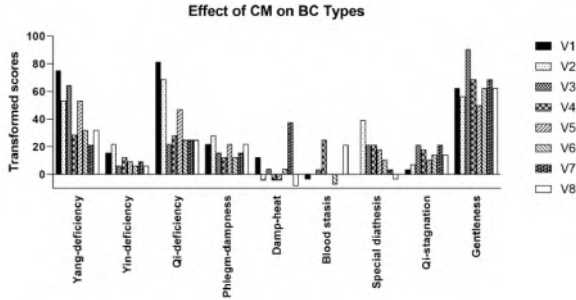
	N	Fatigue	Soreness and weakness of waist and knees	Feverish palms and soles	Tinnitus	Night sweats
Qi and Yin Deficiency	90	58 (72.5%)	49 (61.25%)	25 (31.25%)	23(28.75%)	32 (40%)

除了中醫證型外，參與者的體質也被評估。根據他們的健康狀況表現出單一或混合的體質。在不同類型的體質中，氣虛質 (23.94%) 和陽虛質 (19.72%) 在 COVID 後患者中最常見。平和質代表了一種平衡的體質，表示參與者的健康狀態。8.45% 的參與者是平和體質。經中藥治療，發現氣虛質從治療前 3 個月的 23.94% 下降到 13.18%。而陽虛質在治療 6 個月後僅從 19.7% 下降到 11.9%。

(A)

No of participants their BC assessed	142		129		109		111	
BC Types	Baseline (V1)		After CM treatment (V4)		After CM treatment (V7)		After CM treatment (V8)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Qi-deficiency (氣虛質)	23.94	34	13.18	17	14.68	16	14.41	16
Yang-deficiency (陽虛質)	19.72	28	19.8	25	11.93	13	14.41	16
Phlegm-wetness/ Phlegm-dampness (痰濕質)	10.56	15	9.30	12	11.93	13	13.51	15
Marginal Gentleness/ Marginal balance (基本是平和質)	11.27	16	9.30	12	11.93	13	12.61	14
Ying-deficiency/ Yin-deficiency (陰虛質)	9.15	13	9.30	12	10.09	11	9.01	10
Gentleness/ Balance (平和質)	8.45	12	14.73	19	15.60	17	12.61	14
Wetness-heat/ Dampheat (濕熱質)	6.34	8	3.88	5	4.59	5	3.6	4
Special diathesis/ Inherited special constitution (特稟質)	4.96	7	10.08	13	7.34	8	5.41	6
Qi-depression/ Qi-stagnation (氣鬱質)	5.63	8	9.30	12	11.93	13	9.91	11
Blood stasis (血瘀質)	4.23	6	10.85	14	6.42	7	10.81	12

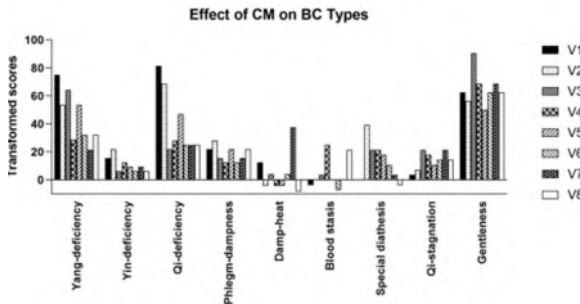
中醫體質分佈



總結體質的變化，發現不健康體質的參與者比例從 80% 下降到 72%。具有健康體質狀態的參與者從基線時的 8.5% 增加到治療後的 15.6%。考慮到參與者可能表現出多種體質，故使用轉換分數進一步計算中醫藥對每種體質的實際影響進行分析。如下圖所示，發現大多數不健康的體質在治療後得分下降（氣滯除外）平和質觀察到 V3 達到峰值：

(B) Percentage of participants reaching "Gentleness" BC after CM treatment.

	Baseline (V1)	After CM treatment (V4)	After CM treatment (V7)	Follow up (V8)
Disease	80.28%	76.74%	72.48%	74.7%
Sub - Healthy ("Marginal Gentleness" BC)	11.27%	8.53%	11.93%	12.61%
Balanced ("Gentleness" BC)	8.45%	14.73%	15.60%	12.61%



有趣的是，沒有特定證型的參與者在 V4 到 V7 期間的健康體質表現出持續改善，而有證型的參與者僅觀察到 V4 的改善。

(A) participants with particular CM syndromes

% among group	Baseline (V1)	After CM After treatment (V4)	After CM After treatment (V7)	Follow up (V8)
Disease	80.77	82.93	81.54	82
Sub - Healthy	8.65	3.66	7.69	8
Healthy	10.58	13.41	10.77	10

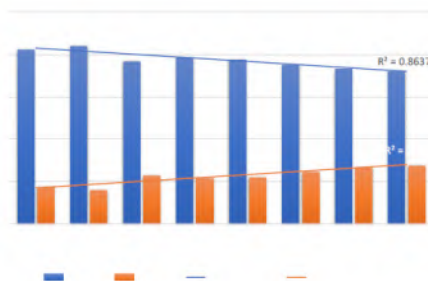
(B) participants without particular CM syndromes

% among group	Baseline (V1)	After CM After treatment (V4)	After CM After treatment (V7)	Follow up (V8)
Disease	78.95	65.96	59.09	68.85
Sub - Healthy	18.42	17.02	18.18	16.39
Healthy	2.63	17.02	22.73	14.75

Changes between disease & healthy BC state (Until Dec 31, 2021)

	Disease (%)	Healthy (%)
V1	82.5	17.5
V2	84	16
V3	77	23
V4	78.5	21.5
V5	77.8	22.2
V6	75.2	24.8
V7	73.2	26.8
V8	72.2	27.8

Healthy = 平和質/基本是平和質
Disease = all other BC types



為了調查患有中醫證型的參與者的康復進展，故分析了這些參與者臨床症狀的發生情況。

中藥治療後所有主要症狀均減輕，並在後續評估中進一步減輕。對於伴隨的臨床症狀，大多數在隨訪評估時已減少。

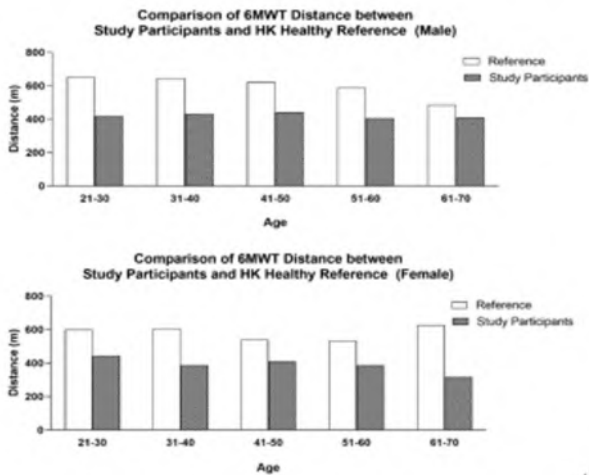
(A) Main symptoms (主症)

	Qi Deficiency of Lung and Spleen ^①				Qi and Yin Deficiency ^②			
	N ^③	Cough ^④	Coughing up phlegm ^⑤	Shortness of breath ^⑥	N ^③	Cough ^④	Coughing up phlegm ^⑤	Shortness of breath ^⑥
V1 ^⑦	92 ^⑧	43 ^⑨	32 ^⑩	42 ^⑪	80 ^⑫	34 ^⑬	29 ^⑭	36 ^⑮
		46.74 % ^⑯	34.78 % ^⑰	45.65 % ^⑱		42.50 % ^⑲	36.25 % ^⑳	45.00 % ^㉑
V2 ^⑦	85 ^⑧	37 ^⑨	27 ^⑩	39 ^⑪	77 ^⑫	30 ^⑬	24 ^⑭	35 ^⑮
		43.53 % ^⑯	31.76 % ^⑰	45.88 % ^⑱		38.96 % ^⑲	31.17 % ^⑳	45.45 % ^㉑
V3 ^⑦	79 ^⑧	35 ^⑨	25 ^⑩	36 ^⑪	64 ^⑫	30 ^⑬	21 ^⑭	27 ^⑮
		44.30 % ^⑯	31.65 % ^⑰	45.57 % ^⑱		46.88 % ^⑲	32.81 % ^⑳	42.19 % ^㉑
V4 ^⑦	72 ^⑧	26 ^⑨	26 ^⑩	31 ^⑪	65 ^⑫	30 ^⑬	22 ^⑭	22 ^⑮
		36.11 % ^⑯	36.11 % ^⑰	43.06 % ^⑱		46.15 % ^⑲	33.85 % ^⑳	33.85 % ^㉑
V5 ^⑦	66 ^⑧	22 ^⑨	23 ^⑩	26 ^⑪	64 ^⑫	21 ^⑬	21 ^⑭	22 ^⑮
		33.33 % ^⑯	34.85 % ^⑰	39.39 % ^⑱		32.81 % ^⑲	32.81 % ^⑳	34.38 % ^㉑
V6 ^⑦	59 ^⑧	21 ^⑨	24 ^⑩	23 ^⑪	56 ^⑫	21 ^⑬	21 ^⑭	25 ^⑮
		35.59 % ^⑯	40.68 % ^⑰	38.98 % ^⑱		37.50 % ^⑲	37.50 % ^⑳	44.64 % ^㉑
V7 ^⑦	58 ^⑧	18 ^⑨	23 ^⑩	20 ^⑪	49 ^⑫	14 ^⑬	20 ^⑭	20 ^⑮
		31.03 % ^⑯	39.66 % ^⑰	34.48 % ^⑱		28.57 % ^⑲	40.82 % ^⑳	40.82 % ^㉑
V8 ^⑦	39 ^⑧	12 ^⑨	9 ^⑩	16 ^⑪	35 ^⑫	8 ^⑬	10 ^⑭	11 ^⑮
		30.77 % ^⑯	23.08 % ^⑰	41.03 % ^⑱		22.86 % ^⑲	28.57 % ^⑳	31.43 % ^㉑

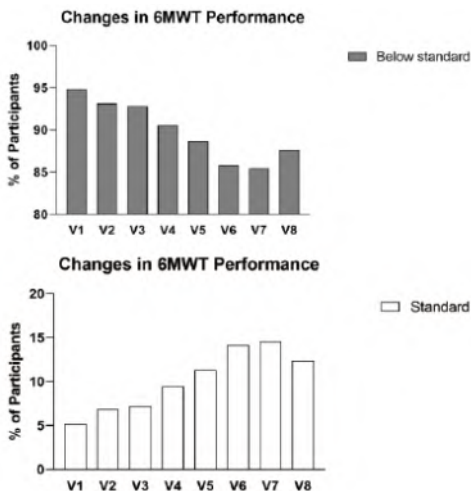
(B) Accompanied symptoms (兼症)

	Qi Deficiency of Lung and Spleen ^①					
	N ^③	Poor appetite ^④	Fatigue ^⑤	Spontaneous sweating ^⑥	Post-meal fullness ^⑦	Loose stool ^⑧
V1 ^⑨	92 ^⑩	27 ^⑪	70 ^⑫	54 ^⑬	43 ^⑭	32 ^⑮
		29.35 % ^⑯	76.09 % ^⑰	58.70 % ^⑱	46.74 % ^⑲	34.78 % ^⑳
V2 ^⑨	85 ^⑩	19 ^⑪	62 ^⑫	50 ^⑬	33 ^⑭	20 ^⑮
		22.35 % ^⑯	72.94 % ^⑰	58.82 % ^⑱	38.82 % ^⑲	23.53 % ^⑳
V3 ^⑨	79 ^⑩	19 ^⑪	52 ^⑫	38 ^⑬	37 ^⑭	28 ^⑮
		24.05 % ^⑯	65.82 % ^⑰	48.10 % ^⑱	46.84 % ^⑲	35.44 % ^⑳
V4 ^⑨	72 ^⑩	24 ^⑪	47 ^⑫	36 ^⑬	30 ^⑭	17 ^⑮
		33.33 % ^⑯	65.28 % ^⑰	50.00 % ^⑱	41.67 % ^⑲	23.61 % ^⑳
V5 ^⑨	66 ^⑩	23 ^⑪	42 ^⑫	30 ^⑬	22 ^⑭	21 ^⑮
		34.85 % ^⑯	63.64 % ^⑰	45.45 % ^⑱	33.33 % ^⑲	31.82 % ^⑳
V6 ^⑨	59 ^⑩	19 ^⑪	38 ^⑫	32 ^⑬	21 ^⑭	14 ^⑮
		32.20 % ^⑯	64.41 % ^⑰	54.24 % ^⑱	35.59 % ^⑲	23.73 % ^⑳
V7 ^⑨	58 ^⑩	21 ^⑪	34 ^⑫	29 ^⑬	25 ^⑭	17 ^⑮
		36.21 % ^⑯	58.62 % ^⑰	50.00 % ^⑱	43.10 % ^⑲	29.31 % ^⑳
V8 ^⑨	39 ^⑩	12 ^⑪	25 ^⑫	20 ^⑬	17 ^⑭	9 ^⑮

與普通香港人口的相應年齡組相比，研究參與者在基線評估中顯示不同年齡組（不論性別）的 6 分鐘步行距離總體表現較低。

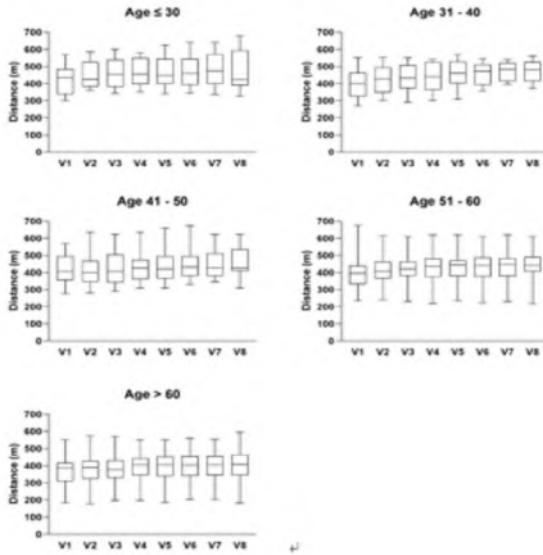


在 21 至 70 歲之間，男性參與者在 6MWT 中的平均表現佔一般人群的 57.97%，而女性參與者則為 71.61%。據觀察，5.41% 參與者可以達到香港人口的一般表現，而 94.59% 的參與者在基線評估（V1）時低於一般表現。



經過中醫藥治療後，發現達到人群總體表現的參與者數量從 5.41% 增加到 9.56%（在 V4 時），並進一步增加到 13.91%（在 V7 時），但在沒有治療的情況下，隨訪期（V8）的總體表現百分比下降至 11.97%。

為了清楚地了解對中醫藥治療的反應是否受年齡影響，根據不同年齡組進行了分析。



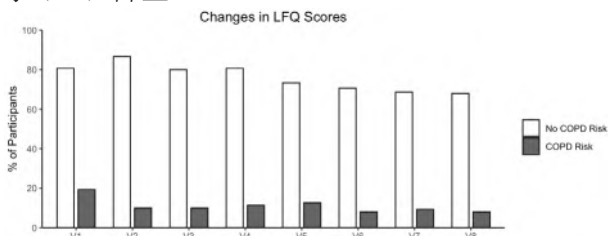
進行線性混合效應分析以說明 6 分鐘步行距離與中藥治療效果之間的關係。發現中醫藥治療對 6MWT 參與者所達到的距離具有非常顯著的影響。

Effect	Degrees of freedom (numerator, denominator)	F-value	p-Value
CM visits	(879.83)	6.9087	<0.001---
Age	(142.86)	4.0511	0.046-
CM symptoms	1010.59	0.2434	0.866
Prior CM consultations	(140.30)	3.0396	0.083

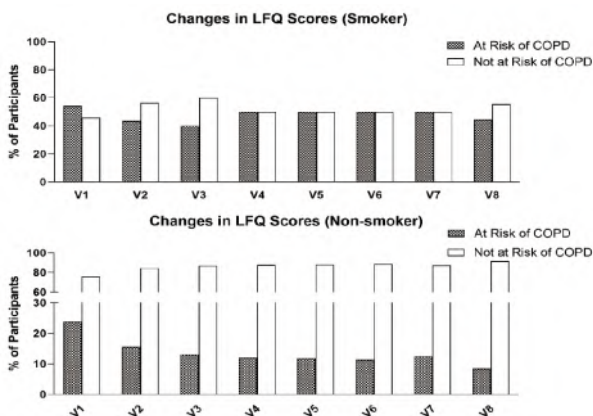
根據發展為慢性阻塞性肺疾病的風險評估了肺功能損害肺功能問卷得分低於 18 分顯示參與者存在 COPD 的風險。在基線評估中，參與者獲得的分數從 13 到 25 不等，中位數為 20。

無慢性阻塞性肺病風險的參與者百分比從 80.67% 增加到 87.68%（在 V4 時）並增加至 88.03%（在 V7 時），然後在隨訪時進一步增加到 89.47%（V8）。

有 COPD 風險的患者從 19.33% 降至 11.97%（V4 時），最終在隨訪時（V8）降至 10.53%。



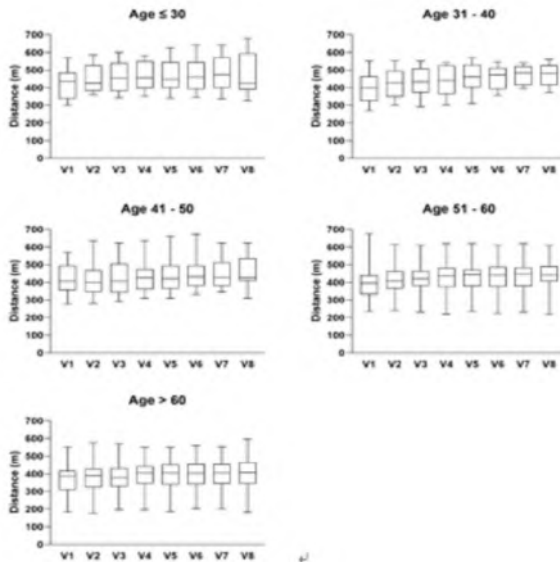
由於吸煙被認為是發生 COPD 的危險因素，因此對吸煙者和非吸煙者進行了分析。如圖所示，與吸煙者相比，非吸煙者在降低慢性阻塞性肺病風險方面有更好的改善。



由於在患有兩種特定中醫證型的參與者和沒有患有中醫證型的參與者之間檢測到 LFQ 評分存在基線差異，因此進行了分組分析。如圖表所示，兩組參與者的 COPD 風險均降低

	Participants with particular CM syndromes			Participants without particular CM syndromes		
	N	At Risk	No Risk	N	At Risk	No Risk
V1	107	24 22.22%	84 77.78%	42	5 11.9%	37 88.1%
V2	99	11 11.11%	88 88.89%	46	4 8.7%	42 91.3%
V3	86	14 15.22%	78 84.78%	43	1 2.33%	42 97.67%
V4	86	13 14.29%	78 85.71%	47	4 8.51%	43 91.49%
V5	81	15 18.07%	68 81.93%	46	4 8.7%	42 91.3%
V6	72	9 12%	66 88%	43	3 6.98%	40 93.02%
V7	67	9 12.33%	64 87.67%	44	5 11.36%	39 88.64%
V8	50	6 10.17%	53 89.83%	55	6 10.91%	49 89.09%

與 6MWT 中的表現類似，LFQ 分數也根據不同年齡組進行了分析。一般觀察顯示治療後 LFQ 分數的中位數增加。



通過兩個中醫藥治療時間點之間的 t 檢驗比較，發現中藥治療後心理、社會和環境方面的生活質量下降。

有趣的是，對不同年齡組的進一步分組分析表明，中醫藥治療可能對 31 至 40 歲的參與者有好處。

	V1	V4	P-value
D1	66.75	66.47580645	0.797389301
D2	62.78225806	58.35483871	5.94773E-05 ⁺⁺⁺
D3	62.4516129	59.80645161	0.007684351 ⁺⁺⁺
D4	66.24193548	63.51612903	0.006790345 ⁺⁺⁺

	V1	V4	P-value
D1	67.04210526	66.78947368	0.830492185
D2	63.16842105	60.33684211	0.0200676 ⁺
D3	63.69473684	61.05263158	0.026422436 ⁺
D4	67.12631579	65.26315789	0.113865638

Age Group	D1	D2	D3	D4
Age <21	-6.4	-8.0	10.4	-18.3
Age 21-30	9.5	0.0	-18.8	-18.8
Age 31-40	4.3	6.3	11.6	16.0
Age 41-50	-4.3	0.0	12.0	4.8
Age 51-61	0.0	-13.8	18.8	-8.7
Age 61-70	-4.3	-13.8	-9.4	0.0
Age >70	0.0	16.0	-4.2	0.0

(四) 研究討論

這項研究是香港首個關於 COVID 後患者康復的多中心觀察性研究。

目前的觀察表明，中醫藥可以促進一些 COVID 後臨床症狀的消退及部分胃腸道症狀。

結果顯示，接受中醫治療的參與者的肺功能有改善趨勢。平和質的參與者數量明顯增加。

i. 在我們的研究中，參加者出現持續的症狀，如疲勞和肌肉疼痛、咳嗽伴有或無痰、氣短、出汗異常、耳鳴和胃腸道症狀。

ii. 大多數症狀在中醫藥治療後得到解決，儘管並非所有參與者都對中醫藥治療表現出相同程度的反應。

iii. 除了臨床症狀外，本研究發現參與者的體質有所改善，更多的參與者在中醫藥治療後獲得了平和質。

在這項研究中，有些參加者沒有表現出在 COVID 後患者中出現的兩種中醫證型，而有趣的是，與患有中醫證型的人相比，這組參與者表現出更好的恢復。

這一觀察結果表明，或許可以探索中醫證型的分類治療在具有不同 COVID 後遺症的患者中的應用。

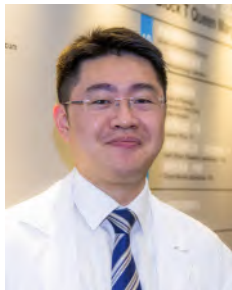
研究限制

- i. 樣本量相對較小。
- ii. 在急性 COVID 階段缺乏中醫證型評估。
在急性 COVID 階段缺乏中醫體質評估。
- iii. 生活質量評估可能受到多種混雜因素的影響。

參考資料

- [1]School of Chinese Medicine, Hong Kong Baptist University
- [2]School of Chinese Medicine, LKS Faculty of Medicine, The University of Hong Kong
- [3]School of Chinese Medicine, The Chinese University of Hong Kong
- [3]Chinese Medicine Department, Hong Kong Hospital Authority
- [5]Haven of Hope - The Chinese University of Hong Kong Chinese Medicine Clinic Training and Research Centre (SaiKung District)
- [6]KFTU Workers' Medical Clinics - Hong Kong Baptist University Chinese Medicine Clinic Training and Research Centre (North District)
- [7]Pok Oi Hospital - Hong Kong Baptist University Chinese Medicine Clinic Training and Research Centre (Kowloon City District)
- [8]Pok Oi Hospital - Hong Kong Baptist University Chinese Medicine Clinic Training and Research Centre (Shatin District)
- [9]Pok Oi Hospital - Hong Kong Baptist University Chinese Medicine Clinic Training and Research Centre (Yuen Long District)
- [10]The Hong Kong Tuberculosis Association — The University of Hong Kong Chinese Medicine Clinic Training and Research Centre (Southern District)
- [11]United Christian Nethersole Community Health Service - The Chinese University of Hong Kong Chinese Medicine Clinic Training and Research Centre (Tai Po District)
- [12]Department of Medicine, Tseung Kwan O Hospital

(鍾麗丹)



陳錦華醫師

香港浸會大學中醫學學士及生物醫學理學士、中醫學碩士（中醫內科）、倫敦衛生及熱帶病學院公共衛生理學碩士、廣州中醫藥大學醫學博士（中醫臨床基礎）及香港大學哲學博士（內科）；

歷任世界衛生組織環球流感計劃研究顧問、東華三院中醫師、畢馬威會計師事務所醫療諮詢行業專家、醫院管理局項目主任、世界中醫藥聯合會臨床療效評價專業委員會理事、經方專業委員會專業委員、（歐盟）中醫藥規範研究學會臨床指引小組聯席主席、香港中西醫結合醫學會行政委員等。

現於香港大學內科學系進行中西醫協作處理糖尿病腎病的臨床服務及研究，專注於內科疾病之中醫經典理論、基礎科學、研究方法學、循證醫學研究及臨床診治工作。

其近期研究以臨床數據顯示新冠肺炎病人接受中醫藥治療後死亡率較低；以及糖尿病病人接受中醫藥治療後腎功能較穩定。

四 中醫藥臨床證據轉化與應用

（一）前言

每有新發傳染病，其定性、診斷、治療等等都需要重新審視，具相當困難。所謂循證臨床，是指在疾病處理的全過程都盡量參考不同類型的證據，結合醫者的經驗及病人的意願以作決定。循證的目的是為了在醫事決策過程（包括醫療政策、臨床診治等）中能充分考慮現有的經驗，優化決策，而不是限制決策。因此，如何搜集、分析、轉化各種證據，並明白每項證據的適用性及局限性是循證臨床的重點。

(二) 不同類型的證據

所有歷史記錄都可視為證據，例如臨床研究、大數據分析、專家共識、基礎研究、聚焦討論等等，都可作為證據。從證據的類型偏向而言，大致可分為臨床型或基礎型、前瞻性或回顧性、實驗性或觀察性，及量性或質性（表一）。不同證據有不同的適用情況及局限性，例如傳統的隨機對照臨床試驗可有效評估藥物在某一疾病群體中短期（一至三年）的有效性，但較難評估長期的效果、個體化的反應，以及延後不良反應。在應對臨床需要時，往往要利用不同類型、具針對性的研究，才能準確有效回答問題。此外，研究的設計、執行、報告都有可能影響證據的可信性。因此，由證據擷取至臨床應用需要經過嚴謹的採集、篩選、質量評估、資料整合、對比，應由受過臨床醫學、流行病學、統計學及基礎科學專業訓練的人員進行，並參入病人的觀點，才能確保證據的使用合理及合乎臨床需要。

中醫學過往較多使用的證據基於醫案及專家共識，並經過反覆的臨床驗證而篩選保留。經這種過程得出的證據，往往比較貼近臨床實況，而且具個體化特色。但個體化反覆驗證過程需時，而且在不同群體的適用性不盡相同。在面對新發傳染病時，應盡可能參考各種來源及各種類型的證據以加速經驗累積，為防控、診斷、治療等提供參考依據。

(三) 循證在診斷的應用

1. 定性

如要定性新發病，需要先將疾病機理或病症相似的病人歸類，如《傷寒論》及《金匱要略》中，均按病機或症狀將外感或內傷雜病分類。早期的歸類過程，一般以病例系列起始。在新冠肺炎流行初期，是以分析不同發病群組的病例系列，將病人歸類後分離致病源。在明確知道其致病源為冠狀病毒後，訂立診斷標準及診斷方法^[1]新冠傳染性及轉歸模式的定性亦以此為基礎^[1,2]中醫在新冠的早期已參與當中，根據對病例的分析總結，救治團隊的專家將新冠肺炎的基本病機定性為寒濕閉肺，樞機不利。^[3]



有了基本的診斷方法後，便可利用各種流行病學證據分析新發病的傳播規律、臨床表現、轉歸等。例如，在新冠早期，通過對不同病人病毒循環數閾（Ct）值及樣本培養的病案例分析，可估計早期新冠病人出現病癥前 6 天或出現病癥後 9 天的樣本都可能具傳染性。^[4,5] 及至 Omicron 病毒株時，根據大型病例系列分析可見，其人際傳染間隔時間（serial interval）中位數為 3.5 天，95% 的傳染間隔在 7 天左右。^[6] 這些都為防疫措施的具體強度及相對風險提供了依據。

2. 診斷

通過對快速測試劑的分析，可見其敏感度只有約 80%。^[7] 在臨證時，除了檢測外也需要結合病史及症狀作全盤考慮。尤其在門診設置，或檢測未普及的情況下，判斷外感病人是否新冠肺炎具相當難度。在新冠初期，有外國研究顯示新冠肺炎病人接觸史、失去味覺或嗅覺，或同時出現乏力、納減、持續及嚴重咳嗽這三種情況均對新冠肺炎的診斷具指導性意義。^[8] 隨病毒株變異，新冠的症狀也在變化。中醫的診斷主要是建基於臨床症狀，適時使用這些大型的流行病數據能有助更緊貼疾病的變化，亦能更有效了解疾病的總體機理及演變。

3. 預後判斷

預後判斷是臨床一大重點。在診治每位病人時，如能預測每位病人轉歸的方向，則能給予病人最適時合理的處理。從經典理論而言，古籍已有不少篇幅討論疾病轉變的關鍵症狀或症候，例如病入血份會出現神志相關症狀或各種出血表現；病見泄瀉、但欲寐等則恐有轉入三陰之徵兆，皆具臨床實用性。從病史而言，通過大型的隊列分析或病例對比，可見年紀較大、有血癌史、腎功能不全或移植史都與病情轉差有較強關係；^[9] 從症狀而言，專家共識及病例分析顯示發熱、呼吸困難、膩苔與發展為重症有關，這些都有助在門診情況下將病人分流處理。^[3]

(四) 循證在治療的應用

1. 中醫藥

中醫治療講求個體化，如何通過臨床研究評估不同中藥在不同群體的作用，從而提高療效，是轉化研究的一大難題。傳統的隨機對照臨床試驗從設計上具內在有效性高的獨特優勢。但因其資源需求高昂，在中醫領域中往往出現規模小、觀察時間短等問題，導致大部份研究得出的結果都具相當局限性。有些研究測試某一特定方藥在一般新冠病人的效果，但這種設計未能反映在實際情況下，中醫治療的個體化，對臨床中醫師的幫助有限；有些研究測試某一特定方藥在特定新冠病人群體的效果，但這種設計的辨證標準往往相對主觀，也未能反映中醫藥整體的效果，對醫療行政人員決策的幫助有限。再者，在大型新發傳染病的實際情況下進行臨床研究具相當難度，所需時間長或所需樣本大，亦經常會遇上醫學倫理的問題。善用觀察性臨床研究的數據能有效幫助指導決策，但觀察性臨床研究具較多潛在偏倚，需要小心使用。

在新冠肺炎爆發早期，已有隨機對照臨床試驗顯示，使用連花清瘟膠囊能增加臨床改善機會，並改善肺部電腦掃描可見的損傷。^[10]綜合了7個連花清瘟膠囊臨床研究的薈粹分析顯示，連花清瘟膠囊除了能增加臨床改善機會外，也可以縮短發熱時間及改善症狀。^[11]但連花清瘟膠囊的藥性偏寒，藥力強，不少體質虛寒的病例在臨證使用時出現頭暈、胃腸不適等症狀。在現有的臨床研究證據中未有充份的分組分析，使連花清瘟膠囊在不同證候或體質的病人的具體效果未明，影響臨床使用。由此可見，在考慮隨機對照臨床研究的數據同時，也需要明白證據的不足之處，利用其他類型的研究（如回顧性研究、病例系列、專家共識等）補充。除連花清瘟膠囊外，隨機對照臨床研究的薈粹分析也顯示清肺排毒湯治療新冠也具一定效果。^[12]



觀察性臨床研究因沒有進行隨機化分組，使用治療與未有使用治療的群體往往存在系統性差異，出現選擇偏倚，減低了可比性，需要進行配對分析減低偏倚的影響。例如，重症插喉的病人一般較難安排服用處方中藥，故此院內服用處方中醫的病人往往病情較輕，往往死亡率較低。但從大型已經過配對的隊列研究可見，在基線病情相若的新冠病人之間，院內使用中醫藥比未有使用中醫藥治療的病人死亡風險低 58%，在新冠重症病人群體中更低 66%。^[13] 從藥物使用分析可見，最常處方的中藥為藿香正氣散類方。

2. 西方醫藥

在新冠初期，從臨床試驗可見，抗病毒藥瑞德西韋在一般新冠病人身上有助康復，從統計學上可見明顯分別。但從分組分析可見，亞裔或重症群體的效果不太明顯。^[14] 在另一個隨機對照臨床試驗可見，瑞德西韋在重度新冠效果亦不顯著。^[15] 因此，在使用臨床研究的時候，需要注意不同群體對藥物的反應是否有異。干擾素是另一種早期較多使用的藥物。臨床研究發現，使用干擾素能加速病人轉陰，以及減輕症狀。^[16] 但及後較大型的臨床研究顯示，干擾素對減低院內死亡率的效果未如理想，^[17,18] 這與藥的使用方法可能有關係。因此，在使用臨床研究的數據時，也需要注意研究中干預的使用方法。在過往的數月間，不少研究都證明有數種抗病毒藥都有機會減少死亡風險，在此不展開論述。從以上例子可見，分析每種藥藥的效果時，都需要注意其適用群體及使用方法，以及其療效指標。

(五) 總結

循證醫學不分中西，所有歷史記錄都可以視為證據作參考，關鍵在於理解各種證據的適用性及局限性。善用證據，能顧及不同來源的經驗，更有效快速應對新發傳染病。

表一 常見研究類型

	臨床 型	基礎 型	實驗 性	觀察 性	前瞻 性	回顧 性	量 性	質 性
薈萃分析及文獻回顧* (Meta-analysis and systematic review)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
隨機對照臨床研究 (Randomised controlled trial)	✓		✓		✓		✓	
非隨機對照臨床研究 (Non-randomised controlled trial)	✓		✓		✓		✓	
隊列研究 (Cohort study)	✓			✓	✓	✓	✓	
病例對照 (Case-control study)	✓			✓		✓	✓	
橫向研究 (Cross-sectional study)	✓			✓			✓	
病例系列 / 單一病例 (Case series/case report)	✓			✓		✓	✓	
問卷調查 (Survey)	✓			✓			✓	
聚焦訪談 / 深度訪談 (Focus group interview/in-depth interview)	✓			✓			✓	✓
專家共識 (Expert consensus)	✓			✓			✓	✓
基礎研究 (Mechanistic study)		✓	✓		✓		✓	

* 各類型的研究均可進行薈萃分析及文獻回顧

參考資料

- [1]Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019[J]. N Engl J Med. 2020;382 (8) :727-733.
- [2]Chan JF, Yuan S, Kok KH, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster[J]. Lancet. 2020b;395 (10223) :514-523.
- [3]Chan KW, Wong Taam V, Tang SC. COVID-19: An update on the epidemiological, clinical, preventive and therapeutic evidence and guidelines of integrative Chinese-western medicine for the management of 2019 novel coronavirus disease[J]. Am J Chin Med. 2020;48 (3) :737-762.
- [4]He X, Lau EHY, Wu P, et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19[J]. Nat Med. 2020;26 (5) :672-675.
- [5]Oran DP, Topol EJ. The proportion of SARS-CoV-2 infections that are asymptomatic : A systematic review[J]. Ann Intern Med. 2021;174 (5) :655-662.

- [6]Backer JA, Eggink D, Andeweg SP, et al. Shorter serial intervals in SARS-CoV-2 cases with Omicron BA.1 variant compared with Delta variant, the Netherlands, 13 to 26 December 2021. *Euro Surveill*[J]. 2022; 27 (6) :2200042.
- [7]Poopalasingam N, Korenkov M, Ashurov A, et al. Determining the reliability of rapid SARS-CoV-2 antigen detection in fully vaccinated individuals[J]. *J Clin Virol*. 2022;148:105119.
- [8]Menni C, Valdes AM, Freidin MB, et al. Real-time tracking of self-reported symptoms to predict potential COVID-19[J]. *Nat Med*. 2020; 26 (7) :1037-1040.
- [9]Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, et al. OpenSAFELY: factors associated with COVID-19 death in 17 million patients[J]. *Nature*. 2020; 584 (7821) :430-436.
- [10]Hu K, Guan WJ, Bi Y, et al. Efficacy and Safety of Lianhuaqingwen capsules, a repurposed Chinese herb, in patients with coronavirus disease 2019: A multicenter, prospective, randomized controlled trial[J]. *Phytomed*. 2020;85:153242.
- [11]Li Y, Xiao P, Liu N, Zhang Z. Efficacy and safety of Chinese medicine Lianhua Qingwen for treating COVID-19: An updated meta-analysis[J]. *Front Pharmacol*. 2022;13:888820.
- [12]Zhang L, Ma Y, Shi N, et al. Effect of Qingfei Paidu decoction combined with western medicine treatments for COVID-19: A systematic review and meta-analysis[J]. *Phytomed*. 2022;102:154166.
- [13]Shu Z, Chang K, Zhou Y, et al. Add-on semi-individualized Chinese medicine for coronavirus disease 2019 (ACCORD) : A retrospective cohort study of hospital registries[J]. *Am J Chin Med*. 2021;49 (3) :543-575.
- [14]Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, et al. Remdesivir for the treatment of Covid-19 - Final report[J]. *N Engl J Med*. 2020;383 (19) :1813-1826.
- [15]Wang Y, Zhang D, Du G, et al. Remdesivir in adults with severe COVID-19: A randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial[J]. *Lancet*. 2020;395 (10236) :1569-1578.
- [16]Hung IF, Lung KC, Tso EY, et al. Triple combination of interferon beta-1b, lopinavir-ritonavir, and ribavirin in the treatment of patients admitted to hospital with COVID-19: an open-label, randomised, phase 2 trial[J]. *Lancet*. 2020;395 (10238) :1695-1704.
- [17]WHO Solidarity Trial Consortium. Repurposed antiviral drugs for Covid-19 - Interim WHO Solidarity trial results[J]. *N Engl J Med*. 2020;384 (6) :497-511.
- [18]WHO Solidarity Trial Consortium. Remdesivir and three other drugs for hospitalised patients with COVID-19: Final results of the WHO Solidarity randomised trial and updated meta-analyses[J]. *Lancet*. 2022;399 (10339) :1941-1953

第三章：常見傳染病的概述及中醫藥防治



陳海勇博士

香港大學中醫藥學院助理教授，在學院從事中醫藥臨床、教學與科研 10 餘年。目前研究領域包括 (1) 中醫藥循證醫學研究，(2) 代謝性疾病的發病機制及其中醫藥防治研究。主持相關臨床研究、基礎研究及循證醫學研究基金 6 項。發表 SCI 論文 70 余篇，文章被引用 3500 餘次。

一 季節性流感

季節性流行性感冒亦稱季節性流感，是由流感病毒引起的急性呼吸道傳染病。季節性流感與中醫學的時行感冒相似，其病因病機為具有傳染性的四時不正之氣或時行疫癘邪毒，從人體口鼻而入，從而產生一系列鼻道、肺系及衛表的症狀。時行感冒具有廣泛的傳染性、流行性。

(一) 流行病學

季節性流感全球範圍內每年造成約 300 萬至 500 萬嚴重病例，其中約 29 萬至 65 萬例死亡與呼吸道疾病相關。在發達國家，大多數與流感相關的死亡發生在 65 歲及以上人群中。在發展中國家，流感的確切影響尚未明確，有研究顯示，因流感導致下呼吸道感染而死亡的 5 歲以下兒童中，99% 是發展中國家兒童^[1]。

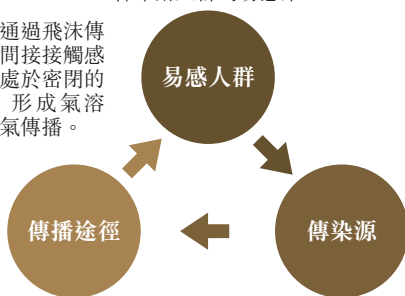
季節性流感在溫帶地區主要發生在冬季，而在熱帶地區，流感的季節性不明顯，全年均可發生流行。香港地區，流感一般發生在冬季（一至三 / 四月）和夏季（七、八月）。

流感病毒主要通過接觸及飛沫傳播。起病急，有乏力、急性發熱、流鼻涕、咳嗽、頭痛、肌肉疼痛和喉嚨痛等症狀。嚴重的病情可引致呼吸衰竭甚至死亡。

1. 傳染傳播鏈

各年齡人群均易感染

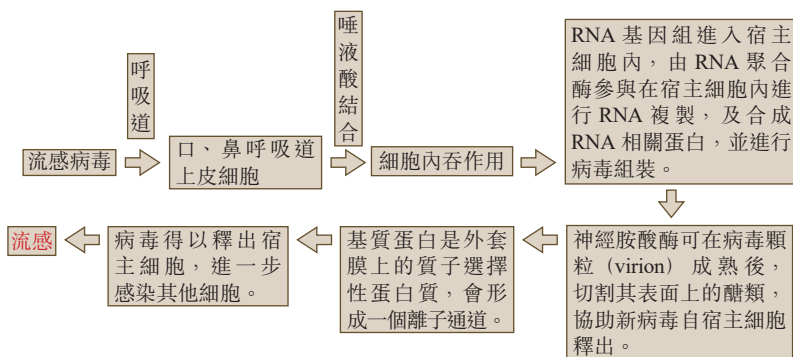
- 流感病毒可通過飛沫傳播；直接或間接接觸感染；或共同處於密閉的環境當中，形成氣溶膠，發生空氣傳播。



- 主要傳染源—患者和隱性感染者；
- 潛伏期一般為1-7天，多為2-4天。
- 感染者從潛伏期末到急性期都有傳染性，病毒在人呼吸道分泌物中一般持續排毒3-7天，兒童、免疫功能受損及危重患者病毒排毒時間可超過1周。

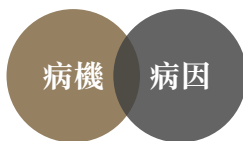
2. 發病機制

季節性流感病毒可分為甲、乙、丙、丁（或A、B、C、D型）四型。最常發生的是甲型和乙型流感病毒感染。由於甲型流感病毒除了發生抗原微變，還可出現抗原移型，導致大流行的均為甲型流感病毒。丙型流感病毒檢出率較低，通常導致輕度感染，因此對公共衛生影響較小。丁型流感病毒主要影響牛，是否可導致人感染或發病并不清楚^[2-4]。



3. 中醫病因病機

風熱犯肺
風寒襲表
表寒裏熱
熱毒襲肺
毒熱壅盛
毒熱內陷，內閉外脫
氣陰兩虛，正氣未復



時行病毒
從口鼻肌表而入
侵犯人體

(二) 臨床表現

1. 主要臨床症狀

主要以發熱、頭痛、肌痛和全身不適起病，體溫可達 39-40°C	常有咽喉痛、乾咳，可有鼻塞、流涕、胸骨後不適，顏面潮紅，眼結膜充血等。	兒童的發熱常高於成人
---------------------------------	-------------------------------------	------------

臨床特徵

部分患者症狀輕微或無症狀	可有畏寒、寒戰，多伴全身肌肉關節酸痛、乏力、食欲減退等全身症狀	新生兒，可僅表現為嗜睡、拒奶、呼吸暫停等
--------------	---------------------------------	----------------------

2. 併發症

肺炎是最常見的併發症，其他併發症有神經系統損傷、心臟損傷、肌炎和橫紋肌溶解、休克等。兒童流感併發喉炎、中耳炎、支氣管炎較成人多見^[5]。

流感病毒可侵犯下呼吸道，引起原發性病毒性肺炎。部分重症流感患者可合併細菌、真菌等其他病原體感染，嚴重者可出現ARDS。

神經系統損傷包括腦膜炎、腦炎、脊髓炎、腦病、吉蘭-巴雷綜合征 (Guillain-Barre Syndrome) 等，其中急性壞死性腦病多見于兒童。

心臟損傷主要有心肌炎、心包炎。可見心肌標志物、心電圖、心臟超聲等異常，嚴重者可出現心力衰竭。此外，感染流感病毒後，心肌梗死、缺血性心臟病相關住院和死亡的風險明顯增加。



肌炎和橫紋肌溶解主要表現為肌痛、肌無力、血清肌酸激酶、肌紅蛋白升高，嚴重者可導致急性腎損傷等。

下列人群感染流感病毒後較易發展為重症病例，應當給予高度重視，盡早進行流感病毒核酸檢測及其他必要檢查，給予抗病毒藥物治療^[5]。

- (1) 年齡 < 5 歲的兒童（年齡 < 2 歲更易發生嚴重併發症）；
- (2) 年齡 ≥ 65 歲的老年人；
- (3) 伴有以下疾病或狀況者：慢性呼吸系統疾病、心血管系統疾病（高血壓除外）、腎病、肝病、血液系統疾病、神經系統及神經肌肉疾病、代謝及內分泌系統疾病、惡性腫瘤、免疫功能抑制等；
- (4) 肥胖者【體重指數（Body Mass Index, BMI）> 30】；
- (5) 妊娠及圍產期婦女。

（三）流感診斷

流感診斷主要結合流行病學史、臨床表現和病原學檢查進行診斷。在流感流行季節，即使臨床表現不典型，如有重症流感高危因素或住院患者，仍需考慮流感可能，應行病原學檢測。在流感散發季節，對疑似病毒性肺炎的住院患者，除檢測常見呼吸道病原體外，還需行流感病毒檢測。大部分流感病例可根據臨床表現進行診斷。

在非流感流行期外，因感染其它呼吸道病毒（如鼻病毒、呼吸道合胞病毒、副流感病毒和腺病毒等）也可表現為流感樣疾病，臨床上不易鑒別。

為明確診斷，可採集合適的呼吸道樣本進行實驗室檢驗。臨床上亦可使用快速流感診斷試驗。

（四）鑒別診斷

1. 普通感冒

流感的全身症狀比普通感冒重，流感發病急，有傳染性，有流行性；追蹤流行病學史有助於鑒別；普通感冒的流感病原學檢測陰性，或可找到相應的病原學證據。

2. 其他上呼吸道感染

包括急性咽炎、扁桃體炎、鼻炎和鼻竇炎。感染與症狀主要限于相應部位。流感病原學檢查陰性。

3. 其他下呼吸道感染

流感有咳嗽症狀或合并氣管一支氣管炎時需與急性氣管一支氣管炎相鑒別；合并肺炎時需要與其他病原體（其他病毒、支原體、衣原體、細菌、真菌、結核分枝杆菌等）導致的肺炎相鑒別。根據臨床特徵可作出初步判斷，病原學檢查可資確診。

4. 新冠肺炎

新冠肺炎輕型、普通型可表現為發熱、乾咳、咽痛等症狀，與流感不易區別；重型、危重型表現為重症肺炎。ARDS 和多器官功能障礙，與重症、危重症流感臨床表現類似，應當結合流行病學史和病原學鑒別。

(五) 辨證論治

以下內容主要參考國家衛健委及中醫藥管理局《流行性感
冒診療方案（季節性流感）（2020 年版）》（簡稱《國家方案》）^[5]，并部分參考香港《中醫藥界防治時行感冒參考方案（2009 年
版）》（簡稱《香港方案》）^[6]。

1. 輕症辨證治療方案

(1) 風熱犯衛

症 狀：發病初期，發熱或未發熱，咽紅不適，輕咳少痰，口乾。

舌 脈：舌質邊尖紅，苔薄或薄膩，脈浮數。

治 法：疏風解表，清熱解毒。

基本方藥：銀翹散加減。《香港方案》建議銀翹散或桑菊飲加減。

銀花 15g 連翹 15g 桑葉 10g 菊花 10g

桔梗 10g 牛蒡子 15g 蘆根 30g

薄荷^(後下) 6g 荊芥 10g 生甘草 3g



煎服法：水煎服，1日2次。

加減：苔厚膩加藿香 10g、佩蘭 10g；咳嗽重加杏仁 10g、炙枇杷葉 10g；腹瀉加黃連 6g、葛根 15g；咽痛重加錦燈籠 9g、玄參 15g。

《香港方案》建議：喉痛甚加板藍根、大青葉、崗梅根；夾濕者出現噁心嘔吐、腹痛、泄瀉或苔膩等症狀，可加藿香、佩蘭、生薏米，或加葛根、黃芩、黃連。

常用中成藥：疏風解表、清熱解毒類，如金花清感顆粒、連花清瘟膠囊（顆粒）、清開靈顆粒（膠囊、軟膠囊、片）、疏風解毒膠囊、銀翹解毒丸（顆粒、膠囊、軟膠囊、片）等。

兒童可選兒童抗感顆粒、小兒豉翹清熱顆粒等。

(2) 風寒束表

症狀：發病初期，惡寒，發熱或未發熱，無汗，身痛頭痛，鼻流清涕。

舌脈：舌質淡紅，苔薄而潤，脈浮緊。

治法：辛溫解表。

基本方藥：麻黃湯加味。《香港方案》建議荊防敗毒散加減。
炙麻黃 6g 炒杏仁 10g 桂枝 10g 葛根 15g
羌活 10g 蘇葉 10g 炙甘草 6g

煎服法：水煎服，1日2次。

加減：咳嗽咳痰加前胡 10g、紫苑 10g、浙貝母 10g。

《香港方案》加減：夾濕者出現脘悶、泄瀉清稀、腹痛腸鳴或苔白膩等症狀，可加藿香、佩蘭、蒼朮、厚樸。

常用中成藥：九味羌活丸（顆粒）、正柴胡飲顆粒、感冒清熱顆粒（膠囊）等。

(3) 表寒裏熱

症狀：惡寒，高熱，頭痛，身體酸痛，咽痛，鼻塞，流涕，口渴。

舌脈：舌質紅，苔薄或黃，脈數。

治法：解表清裏。

基本方藥：大青龍湯加減。《香港方案》建議柴葛解肌湯加減。

炙麻黃 6g 桂枝 10g 羌活 10g
生石膏^(先煎) 30g 黃芩 15g
知母 10g 金銀花 15g 炙甘草 6g

煎服法：水煎服，1日2次。

加減：舌苔膩加藿香 10g、蒼朮 10g；
咽喉紅腫加連翹 15g、牛蒡子 10g。

《香港方案》：咳嗽重者加前胡、浙貝母；便秘加瓜篋仁；口渴甚者加蘆根、北沙參。

常用中成藥：連花清瘟膠囊、金花清感顆粒等。

(4) 熱毒襲肺

症狀：高熱，咳喘，痰粘、痰黃、咯痰不爽，
口渴喜飲，咽痛，目赤。

舌脈：舌質紅，苔黃或膩，脈滑數。

治法：清熱解毒，宣肺化痰。

基本方藥：麻杏石甘湯加減。

炙麻黃 9g 杏仁 10g 生石膏^(先煎) 45g
知母 10g 浙貝 10g 桔梗 10g 黃芩 15g
瓜蒌 30g 生甘草 10g

煎服法：水煎服，1日2次。

加減：便秘加生大黃^(後下) 6g、厚樸 6g。

常用中成藥：清熱解毒、宣肺止咳類，如連花清瘟膠囊（顆粒）、金花清感顆粒、疏風解毒膠囊、銀黃口服液（顆粒、膠囊、片）等。

兒童可選小兒肺熱咳喘顆粒（口服液）等。

2. 重症辨證治療方案

(1) 毒熱壅盛

症狀：高熱不退，煩躁不安，咳嗽，喘促短氣，少痰或無痰，便秘腹脹。



舌 脈：舌質紅絳，苔黃或膩，脈弦滑數。

治 法：解毒清熱，通腑瀉肺

基本方藥：宣白承氣湯加味

炙麻黃 9g 生石膏^(先煎) 45g 杏仁 10g

瓜蒌 30g 知母 15g 魚腥草 30g

葶藶子 15g 黃芩 15g 浙貝母 10g

生大黃^(後下) 6g 赤芍 15g 丹皮 12g

煎服法：水煎服，1日2次；必要時可日服2劑，每6小時口服1次。也可鼻飼或結腸給藥。

加 減：高熱神昏加安宮牛黃丸1丸；喘促重伴有汗出乏力者加西洋參15g、五味子12g。

(2) 毒熱內陷，內閉外脫

症 狀：神識昏蒙，唇甲紫暗，呼吸淺促，或咯吐血痰，或咯吐粉紅色血水，胸腹灼熱，四肢厥冷，汗出，尿少。

舌 脈：舌紅絳或暗淡，脈微細。

治 法：益氣固脫，瀉熱開竅。

基本方藥：參附湯加減

生曬參 30g 黑順片^(先煎) 10g 山萸肉 30g

生大黃^(後下) 10g 生地 30g 丹皮 12g

炒山梔 10g

煎服法：水煎湯送服安宮牛黃丸1丸，1日2次；必要時可日服2劑，每6小時口服1次。也可鼻飼或結腸給藥。

3. 恢復期辨證治療方案

氣陰兩虛，正氣未復

症 狀：神倦乏力，氣短，咳嗽，痰少，納差。

舌 脈：舌質淡，少津，苔薄，脈弦細。

治 法：益氣養陰。

基本方藥：沙參麥門冬湯加減。

沙參 15g 麥冬 15g 五味子 10g
浙貝母 10g 杏仁 10g 青蒿 10g
炙枇杷葉 10g 焦三仙各 10g

煎服法：水煎服，1日2次。

加減：舌苔厚膩加蘆根 30g、藿香 10g、佩蘭 10g。

上述方案使用注意事項：

- (1) 涉及到超藥典劑量，應按照國家有關規定規範使用。
- (2) 妊娠期婦女發病，治療參考成人方案，避免使用妊娠禁忌藥。
- (3) 兒童用藥可參考成人治療方案，並根據臨床實際調整用藥。
- (4) 如病情發生變化，根據實際情況辨證論治。

(六) 循證醫學證據

1. 資料與方法

檢索中國知網、萬方數據知識服務平臺中文數據庫及 Pubmed、EMBASE 和 AMED 英文數據庫。搜尋中醫藥治療季節性流感的臨床相關文獻。年限設定為自建庫日至 2020 年 12 月。檢索中文詞為季節性流感、流行性感冒、中醫、中藥、方劑、針灸、艾灸。英文檢索以 PubMed 為例：

Number	Keywords of the Research
#1	Influenza, Human[mh]
#2	Influenza*[tiab] OR (seasonal flu [tiab]) OR (Seasonal influenza[tiab]
#3	OR/#1-#2
#4	Randomized controlled trial[pt] OR Controlled clinical trial[pt] OR Randomized controlled trial[tiab] OR Controlled clinical trial[tiab] OR Randomized*[tiab] OR Randomly*[tiab] OR Random allocation[tiab] OR Trials[tiab] OR (Case-control[tiab]) OR Case series[tiab] OR (CCT[tiab]) OR RCT[tiab]



Number	Keywords of the Research
#5	Medicine, Chinese Traditional[mh] OR Drugs, Chinese Herbal[mh Terms] OR Traditional Chinese medicine[tiab] OR Chinese traditional medicine[tiab] OR Complementary[tiab] OR alternative medicine[tiab] OR Complementary medicine[tiab] OR Alternative medicine[tiab] OR Chinese drugs,plant[tiab] OR (Plant extracts, Chinese[tiab] OR Chinese patent medicine[tiab] OR Chinese herbal drugs[tiab] OR Phytotherapy[tiab] OR TCM[tiab] OR CM[tiab] OR Integrative Medicine[mh] OR acupuncture[tiab] OR electro-acupuncture [tiab] OR needle[tiab] OR elongated needle[tiab] OR three edged needle [tiab] OR fire needle[tiab] OR warming needle [tiab] OR auricular acupuncture [tiab] OR abdominal acupuncture [tiab] OR warm acupuncture [tiab]
#6	#3 AND #4 AND #5

2. 研究結果

初步檢索獲取 542 篇研究文獻，依據制定標準逐級篩選，最終納入 42 篇文獻，文獻篩選過程見圖 1。

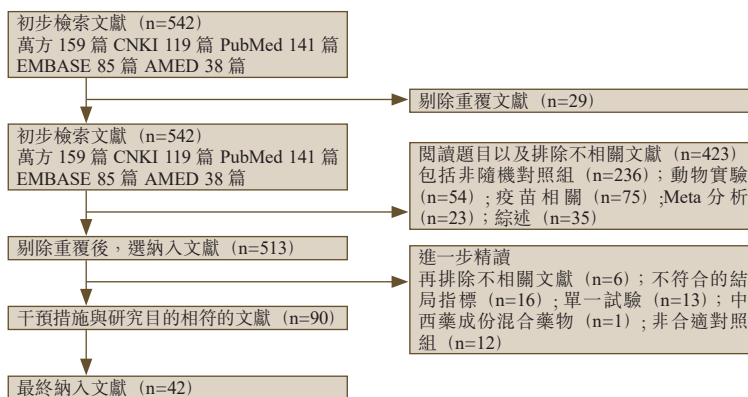


圖 1. 文獻篩查流程圖

42 項研究有 31 項報道了總體有效率；其中有 9 項納入咳嗽症狀消去時間比較；6 項納入開始退熱時間比較；13 項納入完全退熱時間比較；4 項納入治療前後積分比較；8 項納入治療前後中醫症狀評分比較。

(1) 臨床總有效率

納入 42 項中有 31 項對總有效率進行了報道，且各項研究無明顯異質性 ($P = 0.65$, $I^2 = 0$)。結果顯示 $OR = 5.10$, $95\%CI[3.99, 6.53]$, $P < 0.00001$, 見圖 2。治療組總有效率顯著高于對照組，表明中醫藥治療比對照組用藥臨床療效更為顯著。

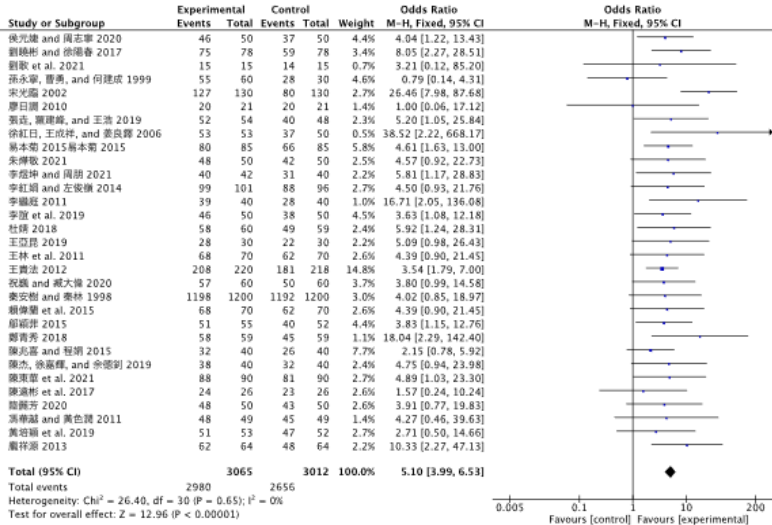


圖 2. 總有效分析

(2) 咳嗽緩解時間

納入的 42 項研究中有 9 項研究報道了咳嗽症狀消去時間比較。對納入的 9 項研究結果進行異質性分析，兩組有顯著差異 ($SMD = -0.88$, $95\%CI [-1.61, -0.15]$, $P < 0.00001$)，但存在異質性 ($P < 0.00001$, $I^2 = 96\%$)，敏感性分析未發現異質性原因 (見圖 3)

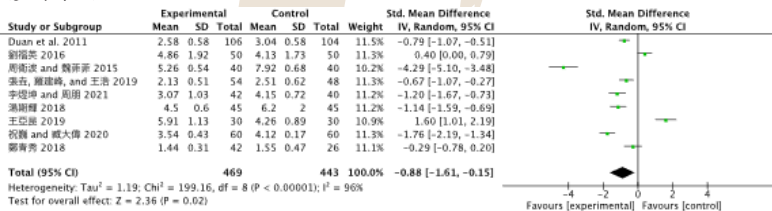


圖 3. 咳嗽緩解時間



(3) 退熱時間

有 13 項研究報道了完全退熱時間，Meta 分析結果顯示存在異質性 ($P < 0.00001$, $I^2 = 99\%$)，兩組間有顯著差異 ($SMD = -2.64$, $95\%CI [-3.62, -1.65]$, $P < 0.00001$)，見圖 4。敏感性分析顯示，兩組間異質性低 ($I^2 = 0\%$)，俱有統計學意義 ($MD = -4.13$, $95\% CI = (-4.97, -3.29)$, $P = 0.78$)，見圖 4。

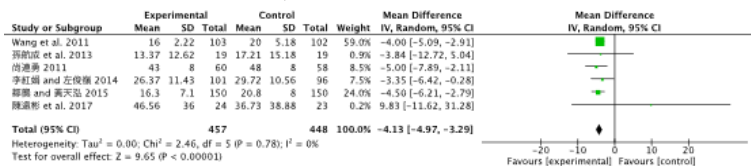


圖 4. 退熱時間

(4) 中醫症狀評分

有 8 項研究報道了治療前後中醫症狀評分比較，兩組間有顯著性差異 ($SMD = 1.06$, $95\%CI [0.89, 1.22]$, $P < 0.00001$)，存在異質性 ($P < 0.00001$, $I^2 = 81\%$)。進一步敏感性分析顯示，組內低度異質性 ($I^2 = 31\%$)，兩組具有統計學差異 ($MD = 2.43$, $95\% CI = (1.58, 3.27)$, $P < 0.00001$)，見圖 5。

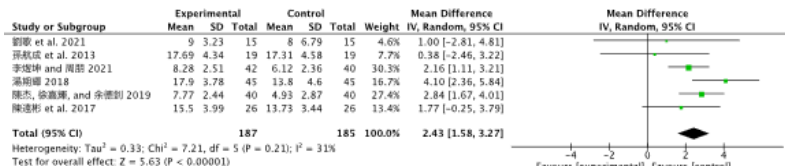


圖 5. 中醫症狀評分

(5) 文獻發表偏移

以總有效率為基準，OR 值為橫坐標，LogOR 值為縱坐標制漏斗圖。結果顯示研究的散點呈不對稱性，表明納入研究的文獻存在發表偏倚。見圖 6。

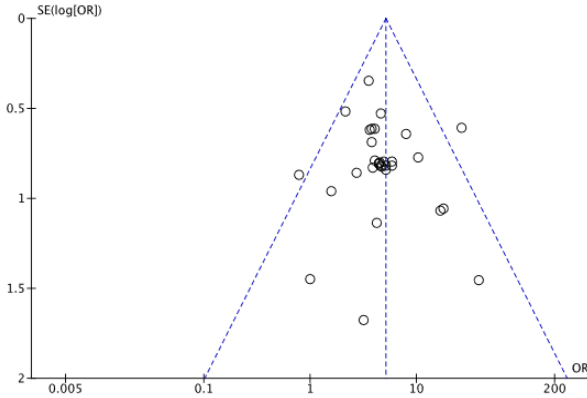


圖 6. 文獻發表偏倚漏斗圖

本次研究共納入 42 篇文獻，共 7703 例患者。中藥聯合西藥在臨床總有效率、症狀評分、咳嗽症狀、完全退熱時間上顯著優於西藥對照組。但納入文獻異質性偏高，臨床療效尚需進一步驗證。

(七) 預防與調攝

加強體育鍛煉，增強機體適應氣候變化的調節能力，在氣候變化時適時增減衣服，注意防寒保暖，慎接觸感冒病人以免時邪入侵等。

預防服藥一般可降低感冒發病率。主要藥物有貫衆、大青葉、板藍根、鴨跖草、藿香、佩蘭、薄荷、荊芥等。

根據季節變化，選用預防藥物，冬春季用貫衆、紫蘇、荊芥；夏季用藿香、佩蘭、薄荷；時邪毒盛，流行廣泛用板藍根、大青葉、菊花、金銀花等。常用食品如蔥、大蒜、食醋亦有預防作用。

感冒病人應適當休息，多飲水，飲食以素食流質為宜，慎食油膩難消化之物。臥室空氣應流通，但不可直接吹風。藥物煎煮時間宜短，取其氣全以保留芳香揮發有效物質，無汗者宜服藥後進熱粥或覆被以促汗解表，汗後及時換乾燥潔淨衣服免再次受邪。

流感大流行每 10 年或幾十年就會出現一次，中醫應充分發揮中醫治未病的特色，針對高危人群、高危社區，做好預防工作。一旦出現流感流行，則應根據時行戾氣的特點，人體的反應，辨證施治。

（八）傳染病報告

根據香港《預防及控制疾病條例》（第 599 章），新型甲型流行性感（H5/H7）屬於須向衛生防護中心呈報的傳染病。

* 本文大部分內容均來自於國家衛健委及中醫藥管理局《流行性感診療方案（季節性流感）（2020 年版）》，并參考香港《中醫藥界防治時行感冒參考方案（2009 年版）》。

季節性流行性感 Tips

病名：	季節性流行性感
主要症狀：	頭痛、發高燒、咳嗽、流鼻涕、咽痛、肌肉關節痛、嘔吐、食欲不振等。
傳播途徑：	飛沫傳播；直接或間接接觸感染；生空氣傳播
傳染人群：	各年齡人群均易感染

（僅供參考）

參考文獻

- [1]WORLD HEALTH ORGANIZATION. 季節性流感 [M].2018.
- [2]HEROLD S, BECKER C,RIDGE K M,BUDINGER G R.Influenza virus-induced lung injury: pathogenesis and implications for treatment [J].The European respiratory journal, 2015, 45 (5) :1463-78.
- [3]FRANCIS M E, KING M L, KELVIN A A. Back to the Future for Influenza Preimmunity-Looking Back at Influenza Virus History to Infer the Outcome of Future Infections [J]. Viruses, 2019,11 (2) :
- [4]CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION.Types of Influenza Viruses [M]. 2021.
- [5] 國家衛生健康委辦公廳 . 流行性感診療方案（2020 年版） [M]// 國家中醫藥管理局辦公室 . 北京 .2020.
- [6] 香港衛生署 . 中醫藥界防治時行感冒參考方案 [M]. 香港 .2009.

（陳海勇、梁卓龍）

預防季節性 流行性感冒

Prevention of Seasonal Influenza

流感病毒與2019冠狀病毒亦可能於今年冬季流感季節同時傳播，兩者對疾病、保健體系減低應對壓力。

Influenza viruses and the virus that causes COVID-19 may both spread in the coming winter influenza season. Let's fight the viruses to protect health and to prevent the healthcare system from being overwhelmed.



每年接種流感疫苗可有效預防流感及其併發症

Annual influenza vaccination is effective in prevention of influenza and its complication



打噴嚏或咳嗽時應掩蓋口鼻

Cover nose and mouth when sneezing or coughing



保持雙手清潔

Keep hands clean



保持室內空氣流通

Maintain good indoor ventilation



如有呼吸道感染病徵，應佩戴外科口罩

Wear a surgical mask when having respiratory symptoms



www.chp.gov.hk



fb.com/CentreforHealthProtection

2833 0111



衛生署

Department of Health

二零二一年十一月
Revised 11 November 2020



羅翌醫師，香港大學高級中醫顧問。廣州中醫藥大學教授、主任醫師，博士生導師。前廣東省中醫院急診學科帶頭人、急診大科主任，從事中西醫結合科研、教學和臨床工作逾 40 年，

2012 年任香港大學專業進修學院中醫藥學學部副教授，現任職香港大學中醫藥學院高級中醫顧問，統籌中醫內科、中醫急症學。

羅翌醫師師承國醫大師周仲瑛教授、腹針及平衡針創始人薄智雲、王文遠教授，獲全國首屆中醫藥傳承高徒獎。曾任“十一五”國家科技重大專項 - 傳染病防治中醫責任專家組成員。2003 年分別獲得中國科協、中國中西醫結合學會頒授的“全國抗擊非典型肺炎優秀科技工作者”，以及廣東省、廣州市政府授予的“抗擊非典型性肺炎工作一等功”嘉許。主編國家衛生部“十二五”規劃教材《急救醫學》，副主編《周仲瑛學術思想與臨證精粹》等 13 部專著，發表專業學術論文 40 餘篇。

現任世界中醫藥聯合會聯熱病及急診專委會理事、中國中西醫結合學會急救醫學專委會顧問、香港中醫呼吸病專委會顧問、香港中醫學會脾胃專委會副主委、香港中西醫結合學會務委員，2020 年任香港醫管局新冠肺炎中醫專家小組成員。

羅醫師主攻外感高熱、中西結合呼吸、心腦血管病急症急救多年；擅長腹針、頰針治療頸肩腰腿痛等病症；中醫針藥並舉治療內科、婦科常見及疑難病症，尤其是呼吸和心腦血管疾病。

二 人感染高致病性禽流感

人感染禽流感主要是由甲型 H7N9 禽流感病毒感染引起的急性呼吸道傳染病。其中重症肺炎病例常併發急性呼吸窘迫綜合徵 (ARDS)、膿毒性休克、多器官功能障礙綜合徵 (MODS)，甚至導致死亡 (死亡率約 52.7%)。

(一) 流行病學

正黏液病毒科屬甲型流感病毒，依據外膜血凝毒 (H) 及神經氨酸酶 (N) 分型，目前有 18 個 H 亞型 (H1-H18) 和 11 個 N 亞型 (N1-N11)，感染對象：禽、人、豬、馬、水貂和海洋哺乳動物。可感染人的病毒亞型：H5N1、H7N9、H9N2、H7N2、H7N3、H5N6、H10N8。近年主要為 H7N9。

禽流感於 1878 年初次在意大利爆發，是最早的禽流感記錄。從 1997 年在香港首次發現人類感染禽流感 (H5NI) 後，本病引起 WHO 的高度關注。其後本病一直在亞洲零星爆發。但從 2003 年 12 月起，禽流感在東亞多國 (越南、韓國、泰國) 嚴重爆發，造成越南多名病人喪生。直到 2005 年中，不但未有平息的跡象，還不斷擴散。現時遠至東歐多個國家亦有案例。2007 年前主要病毒為 H5NI，以後主要 H7N9。

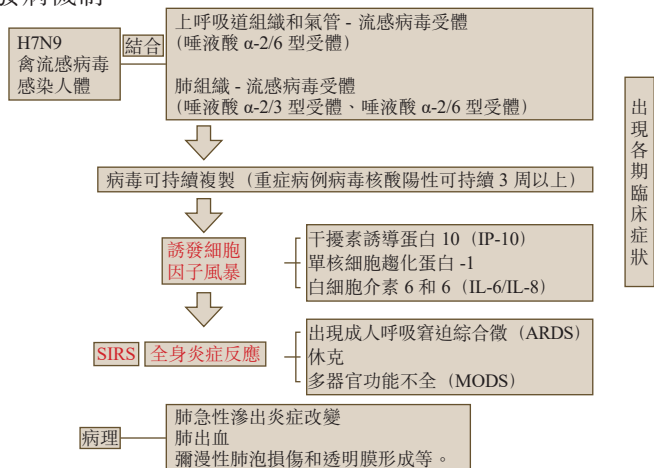
- 發病前 10 天內接觸過禽類或到過活禽市場者，特別是中老年人
- 與活家禽有近距離接觸的人士較易感染禽流感
- 長者、兒童及長期病患者一旦受感染，亦較容易出現併發症，如支氣管炎、肺炎等。

- 呼吸道傳播
- 密切接觸感染禽類的分泌物或排泄物
- 接觸病毒污染環境

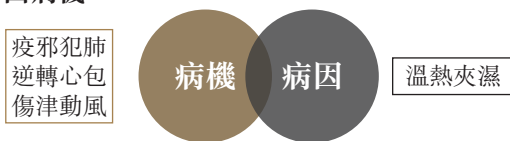


2. 發病機制及病理改變

西醫發病機制：



3. 中醫病因病機



病位：肺

(二) 臨床表現

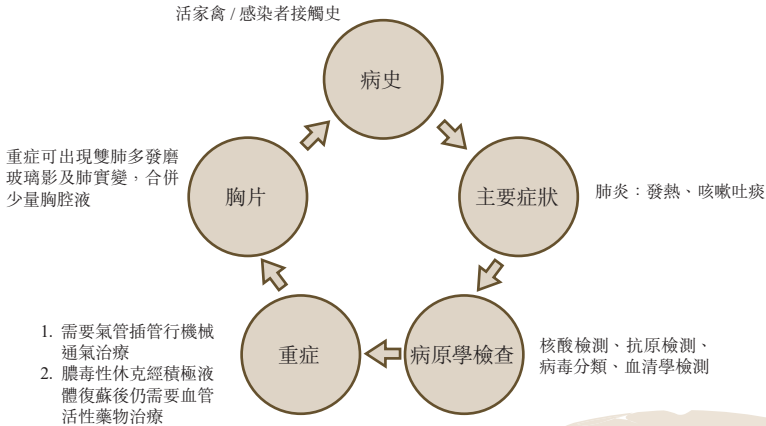
1. 主要臨床症狀

潛服期： 7-10 日	主要症狀： 肺炎 — 發熱、 咳嗽吐痰	可伴： 頭痛、肌肉酸痛、 腹瀉、嘔吐等	胸部影像學檢查 1. 發生炎症患者肺內出現片狀陰影 2. 重症患者可呈雙肺多發玻璃影及 肺實變影像，合併少量胸腔積液 3. ARDS 時，病變分布廣泛。
臨床特徵			
重症，病情發展迅速： 1. 發病 3-7 日出現重症肺炎 2. 體溫維持 39 以上 3. 呼吸困難 4. 咯血痰 5. ARDS、膿毒性休克和 MODS		輕症（少數）： 發熱伴上呼吸 道症狀	實驗室檢測 1. 血常規 早期白細胞不高或低 2. 血生化檢查 多有 C 反應蛋白、 乳酸脫氫酶、肌酸激酶升高 3. 病原學及相關檢測 核酸檢測、抗 原檢測、病毒分類、血清學檢測

2. 併發症

如症狀不緩解，病情仍持續發展，則可發生一系列併發症，包括呼吸衰竭、氣胸、縱隔氣腫、心肌炎、心力衰竭和腎衰竭等。重症肺炎恢復者可見原有病變部位肺纖維化。

(三) 禽流感診斷



(四) 鑒別診斷

在診斷人禽流感時，應注意與 SARS 等其他病毒性和非典型病原（如軍團桿菌、肺炎支原體、肺炎衣原體等）所致的肺炎進行鑒別。尤其是對於「不明原因肺炎」病例，更應提高警惕，注意及時加以甄別。

(五) 辨證論治

以下內容主要參考國家衛生和計劃生育委員會（即現國家衛健委）及中醫藥管理局《人感染 H7N9 禽流感診療方案（2017 年第 1 版）》（簡稱《國家方案》）^[2]。

1. 熱毒犯肺，肺失宣降證——輕症

症 狀：發熱，咳嗽，甚者喘促，少痰，或頭痛，或肌肉關節疼痛。舌紅苔薄，脈數滑。

治 則：清熱解毒，宣肺止咳



基本方藥：銀翹散加減。

連翹 30g 金銀花 30g 桔梗 15g 薄荷 12g
竹葉 12g 生甘草 15g 荊芥穗 12g 淡豆豉 12g
牛蒡子 15g

煎服法：水煎服，1日2次。

《國家方案》建議銀翹散、白虎湯、宣白承氣湯。

2. 熱毒壅肺，內閉外脫證——重症

症狀：高熱，咳嗽，痰少難咯，憋氣，喘促，咯血，或見痰中帶血，伴四末不溫，四肢厥逆，躁擾不安，甚則神昏譫語。舌暗紅，脈沈細數或脈微欲絕。

治則：解毒瀉肺，益氣固脫

基本方藥：參附湯。

生附子 9g 甘草炙 6g 乾薑 6g 人參 6g

煎服法：水煎服，生附子先煎，人參另燉。

《國家方案》建議宣白承氣湯、參萸湯、參附湯。

上述方案使用注意事項：

- (1) 涉及到超藥典劑量，應按照國家有關規定規範使用。
- (2) 妊娠期婦女發病，治療參考成人方案，避免使用妊娠禁忌藥。
- (3) 兒童用藥可參考成人治療方案，並根據臨床實際調整用藥。
- (4) 如病情發生變化，根據實際情況辨證論治。

(六) 預防與調攝

1. 接種疫苗

現時只有供人類使用的 H5N1 疫苗。沒有預防人類感染其他禽流感的其他疫苗。季節性流感疫苗不能預防禽流感，但仍有助減低因感染季節性流感，而引致併發症及住院的可能性。

2. 避免接觸

處理家禽：避免接觸到家禽，冰鮮家禽注意清洗及手部衛生；熟食蛋禽：蛋黃及蛋白都凝固家禽烹熟後不應有流出粉紅色肉汁流出，或骨髓仍呈鮮紅色。

3. 保持良好個人衛生

保持雙手衛生打噴嚏或咳嗽時用紙巾掩蓋口鼻，用過的紙巾棄置於有蓋垃圾箱內，徹底清潔雙手。

(七) 傳染病報告

根據香港《預防及控制疾病條例》(第 599 章)，禽流感屬於須向衛生防護中心呈報的傳染病。

* 本文大部分內容均來自於國家衛健委及中醫藥管理局《流行性感胃診療方案(季節性流感)(2020年版)》，并參考香港衛生防護中心禽流感疫情周報。

禽流感 Tips

病名：	禽流感
主要症狀：	頭痛、發高燒、咳嗽、流鼻涕、咽痛、肌肉關節痛、嘔吐、食欲不振等，與流感極為相似，難以辨別。
傳播途徑：	接觸禽鳥糞便道傳播
傳染人群：	農牧業、屠宰業、醫療照護業、相關研究實驗室

(僅供參考)

參考資料

[1] 香港特別行政區衛生署. 衛生防護中心禽流感疫情周報 [R/OL]. (2022,10) https://www.chp.gov.hk/files/pdf/2022_avian_influenza_report_vol18_wk41_chi.pdf

[2] 人感染 H7N9 禽流感診療方案 (2017 年第 1 版) [J]. 中國病毒病雜誌, 2017, 7 (01) :1-4. DOI:10.16505/j.2095-0136.2017.01.001.

預防禽流感 Prevention of Avian Influenza

	<p>避免接觸 Avoid contact 禽鳥或其糞便 with poultry and birds, or their droppings</p>
	<p>出外旅遊時 避免到訪 Avoid visiting 家禽市場及農場 poultry markets and farms when travelling</p>
	<p>家禽和蛋類食物 徹底煮熟 Poultry and egg products must be cooked thoroughly</p>
	<p>保持 雙手清潔 Keep hands clean</p>
	<p>如有不適， 戴上外科口罩、 盡快求診 Wear a surgical mask, seek medical advice promptly 並告知醫生外遊紀錄 and inform doctor of travel details if feeling unwell</p>



三 嚴重急性呼吸系統綜合症（SARS）

由 SARS 冠狀病毒（SARS-CoV）引起的一種具有明顯傳染性、可累及多個臟器系統的特殊肺炎，WHO 將其命名為嚴重急性呼吸系統綜合症（severe acute respiratory syndrome, SARS）。「沙士」的早期症狀與流行性感冒相似。一般而言，患者起初會發高燒（體溫在攝氏 38 度或以上）。其他症狀可包括發冷、顫抖、頭痛、疲倦或肌肉痛，亦有機會出現吐瀉。SARS 具有廣泛的傳染性、流行性。

（一）流行病學

2002 年 11 月在我國廣東省部分地區悄然出現的 SARS，在經歷了兩個多月的始發期後，擴散到我國內地 24 個省、自治區、直轄市。在全球共波及亞洲、美洲、歐洲等 32 個國家和地區。

自 2003 年 1 月以來，SARS 疫情引起了眾多中外科學家的關注。作為疫情的首發地，中國科學家在排除了大量常見病因後，將目光集中到「新病原」的尋找上。

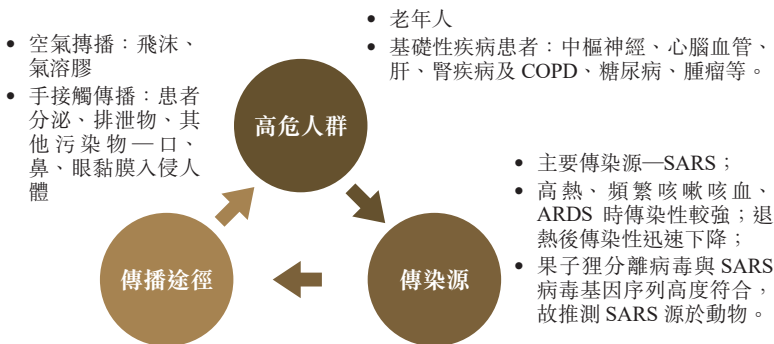
2003 年 3 月 17 日，WHO 建立了全球網絡實驗室，開始了 SARS 病原的聯合攻關。經過全球 9 個國家 13 個網絡實驗室的科學家從病毒形態學、分子生物學、血清學及動物實驗等多方面研究，4 月 16 日 WHO 在日內瓦宣布，一種新的冠狀病毒是 SARS 的病原，並將其命名為 SARS 冠狀病毒。

SARS 感染多發生在冬春季節，廣泛分布於世界各地。

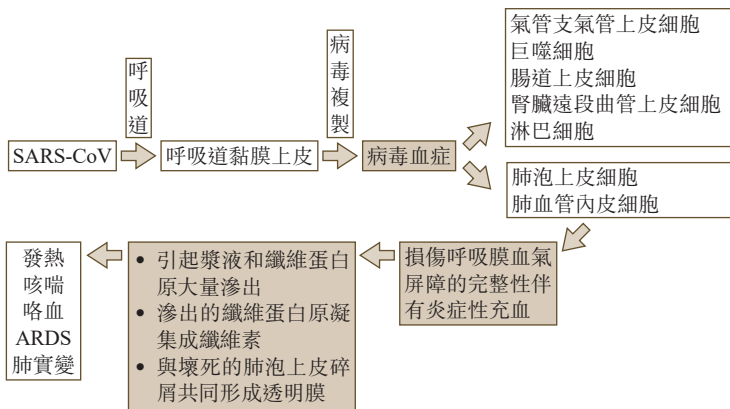
SARS 主要透過人與人近距離的接觸，通過患者咳嗽或打噴嚏時產生的呼吸道飛沫而傳播。

病發初期，部分患者只有輕微的呼吸道感染症狀。數日後患者可能會有咳嗽、呼吸困難等下呼吸道感染的症狀，當中約 10% 病者的病情可能會迅速惡化至呼吸衰竭，並須接受深切治療。長者的症狀或會有較大的變化。

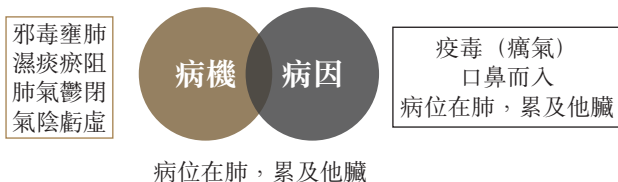
1. 傳染傳播鏈



2. 發病機制

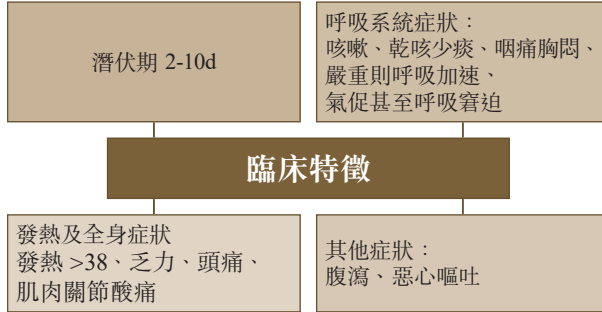


3. 中醫病因病機



(二) 臨床表現

1. 主要臨床症狀



2. 併發症

SARS 的併發症一般發生在疾病最為嚴重的階段之後。

(1) 繼發感染肺部

繼發感染是重要的併發症，可使病變影像的範圍增大及病程延長。在疾病恢復過程中，繼發感染可使肺內片狀影像再次增多。肺部繼發感染也可引起空洞及胸腔積液，一般在發病 2~3 周以後。空洞可為單發及多發，病原診斷需要經相應的病原學檢查。有的患者在出院後復查時發現合併空洞及胸腔積液。

據報道也有併發腦內感染的病例。當患者出現中樞神經系統的症狀和體徵時，建議作顱腦 CT 或磁共振成像（MRI）檢查。

(2) 肺間質改變

少數患者在肺內炎症吸收後殘存肺間質纖維化，表現為局部的不規則的高密度斑片、索條狀及蜂窩狀影像，可引起牽拉性支氣管擴張。嚴重的肺間質增生使肺體積縮小。肺間質纖維化的影像表現是不可逆的。炎症吸收過程中在 X 線上可能出現肺紋理增重和條狀陰影，在 HRCT 上可出現支氣管血管束增粗、小葉間隔和小葉內間質增厚、胸膜下弧線影等。在疾病的康復過程中這些改變多數可以逐漸吸收。



(3) 縱隔氣腫、皮下氣腫和氣胸

縱隔氣腫表現為縱隔間隙有氣體影，呈條狀或片狀，氣體量較多時可位於食管、氣管、大血管等結構周圍。皮下氣腫較為明顯。氣胸的量一般較少。部分病例的縱隔氣腫、皮下氣腫和氣胸發生在使用呼吸機之後。

(4) 胸膜病變

肺內病變可引起鄰近胸膜的局限性胸膜增厚，或輕度幕狀粘連。胸膜改變可隨肺內病變的吸收而消退。明顯的胸腔積液較少見。

(5) 心影增大

可能為心肌病變所致。判斷心影大小要根據標準的立位 後前位胸片。床旁胸片要注意心臟橫位及心影放大的影響。

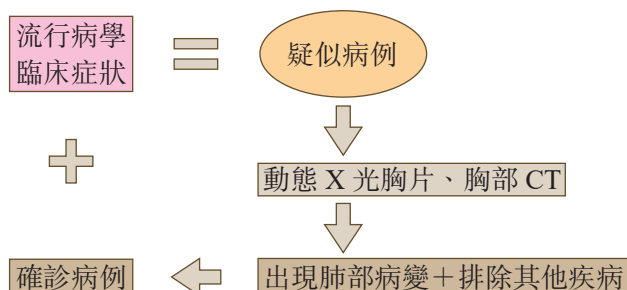
(6) 骨質缺血性改變

患者在治療後若出現關節疼痛和活動受限等症狀，建議作 CT 或 MRI 檢查。骨質異常改變以髖關節多見，也可發生在膝、肩等關節和長骨骨幹。

下列人群感染 SARS 後較易發展為重症和致死的高危因素，應當給予高度重視

- (1) 年齡超過 50 歲。
- (2) 存在心臟、腎臟、肝臟或呼吸系統的嚴重基礎疾病，或患有惡性腫瘤、糖尿病、嚴重營養不良、腦血管疾病等其他嚴重疾病。
- (3) 近期外科大手術史。
- (4) 外周血淋巴細胞總數進行性下降。
- (5) 經積極治療，血糖仍持續居高不下。

(三) SARS 診斷



(四) 鑒別診斷

SARS 的診斷目前主要為臨床診斷，在相當程度上屬於排除性診斷。在作出 SARS 診斷前需要排除能夠引起類似臨床表現的其他疾病。

普通感冒、流行性感冒（流感）、一般細菌性肺炎、軍團菌性肺炎、支原體肺炎、衣原體肺炎、真菌性肺炎、愛滋病和其他免疫抑制（器官移植術後等）患者合併肺部感染、一般病毒性肺炎是需要與 SARS 進行鑒別的重點疾病

其他需要鑒別的疾病還包括肺結核、流行性出血熱、肺部腫瘤、非感染性間質性肺疾病、肺水腫、肺不張、肺栓塞、肺血管炎、嗜嗜酸粒細胞浸潤症等。

(五) 辨證論治

以下內容主要參考衛生部和國家中醫藥管理局共同委托中華醫學會和中華中醫藥學會組織相關專家進行修定《傳染性非典型肺炎（SARS）診療方案（2004 版）》（簡稱《國家方案》）^[1]。

1. 疫毒犯肺 早期

症 狀：發熱或惡寒頭痛、身痛肢困、氣短、苔白或黃脈滑數。

治 則：清肺解毒 化濕透邪



《國家方案》基本方及參考劑量：

金銀花 15g 連翹 15g 黃芩 10g 柴胡 10g
青蒿 15g 白蘗^(打) 6g 杏仁^(炒) 9g
生薏苡仁 15g 沙參 15g 蘆根 15g

《國家方案》加減：無汗者加薄荷；熱甚者加生石膏、知母；苔膩者加藿香、佩蘭；腹瀉者去知母加黃連、炮姜；惡心嘔吐者加制半夏、竹茹

2. 疫毒壅肺 進展期

症 狀：高熱汗出身痛、胸悶氣促腹瀉、口乾不欲飲、甚則煩躁舌紅或絳、苔黃膩脈滑數

治 則：清肺解毒 宣肺化濕

《國家方案》基本方及參考劑量：

生石膏^(先煎) 45g 知母 10g 炙麻黃 6g
銀花 20g 炒杏仁 10g 生薏苡仁 15g
浙貝 10g 太子參 10g 生甘草 10g。

《國家方案》加減：煩躁不安、舌絳口乾者加生地、赤芍、丹皮；氣短、乏力、口乾重者去太子參加西洋參；惡心嘔吐者加制半夏；便秘者加全瓜蒌、生大黃；脘腹脹滿、便溏不爽者加焦檳榔、木香

3. 肺閉喘憋 重症

症 狀：高熱不退、呼吸困難、憋氣胸悶、乾咳少痰帶血、唇紫暗舌紅或暗苔黃膩脈滑

治 則：清熱瀉肺 祛瘀化濁 佐以扶正

《國家方案》基本方及參考劑量：

葶藶子 15g 桑白皮 15g 黃芩 10g
鬱金 10g 全瓜蒌 30g 蠶砂 10g 葶藶 12g
敗醬草 30g 丹參 15g 西洋參 15g

《國家方案》加減：氣短、疲乏、喘重者加山萸肉；脘腹脹滿、納差者加厚樸、麥芽；口唇發紺者加三七、益母草

4. 內閉外脫 重症

症 狀：呼吸窘迫、憋氣、喘呼多吸少、語聲低、微躁、神昏汗出、肢冷、唇紫、舌暗、紅苔黃膩、脈沉欲絕

治 則：益氣斂陰，回陽固脫，化濁開閉

《國家方案》基本方及參考劑量：

紅參^(另煎兌服) 10-30g 炮附子 10g

山萸肉 30g 麥冬 15g 鬱金 10g 三七 6g

《國家方案》加減：神昏者上方送服安宮牛黃丸；冷汗淋漓者加煨龍牡；肢冷者加桂枝、乾姜；喉間痰鳴者加用猴棗散

5. 氣陰虧損 痰瘀阻絡 回復期

症 狀：胸悶、氣短、神疲乏力、動則氣喘、低熱、自汗、焦慮、失眠、納呆、口乾、咽燥、舌紅少津、苔黃或膩、脈沉細無力

治 則：益氣養陰 化痰通絡

《國家方案》基本方及參考劑量：

黨參 15g 沙參 15g 麥冬 15g 生地 15g

赤芍 12g 紫菀 15g 浙貝 10g 麥芽 15g

《國家方案》加減：氣短氣喘較重、舌質暗者加三七、五味子、山萸肉；自覺發熱或心中煩熱、舌暗者加青蒿、山梔、丹皮；大便偏溏者加茯苓、白朮；焦慮不安者加醋柴胡、香附；失眠者加炒棗仁、遠志；肝功能損傷轉氨酶升高者加茵陳、五味子

(六) 循證醫學證據

1. 資料與方法

檢索中國知網 (CNKI)、萬方數據知識服務平台 (WF)、Pubmed 數據庫、EMBASE 數據庫和 AMED 數據庫。搜尋中醫藥治療季節性流感的臨床相關文獻。採用專業檢索。年限設定為自建庫日至 2020 年 12 月。檢索中文詞為嚴重急性呼吸系統綜合症、非典型肺炎、嚴重急性呼吸系統綜合症冠狀病毒、中醫、中藥、方劑、針灸、艾灸。英文檢索以 PubMed 為例：



Number	Keywords of the Research
#1	SARS [mh]
#2	Severe Acute Respiratory Syndrome *[tiab] OR Severe acute respiratory syndrome coronavirus *[tiab] OR SARS-CoV [tiab]
#3	OR/#1-#2
#4	Randomized controlled trial[pt] OR Controlled clinical trial[pt] OR Randomized controlled trial[tiab] OR Controlled clinical trial[tiab] OR Randomized*[tiab] OR Randomly*[tiab] OR Random allocation[tiab] OR Trials[tiab] OR Case-control[tiab] OR Case series[tiab] OR CCT[tiab] OR RCT[tiab]
#5	Medicine, Chinese Traditional[mh] OR Drugs, Chinese Herbal[mh Terms]OR Traditional Chinese medicine[tiab] OR Chinese traditional medicine[tiab OR Complementary[tiab] OR alternative medicine[tiab] OR Complementary medicine[tiab] OR Alternative medicine[tiab] OR Chinese drugs,plant[tiab] OR (Plant extracts, Chinese[tiab] OR Chinese patent medicine[tiab] OR Chinese herbal drugs[tiab] OR Phytotherapy[tiab] OR TCM[tiab] OR CM[tiab] OR Integrative Medicine[mh] OR acupuncture[tiab] OR electro-acupuncture [tiab] OR needle[tiab] OR elongated needle[tiab] OR three edged needle [tiab] OR fire needle[tiab] OR warming needle [tiab] OR auricular acupuncture [tiab] OR abdominal acupuncture [tiab] OR warm acupuncture [tiab]

2. 研究結果

初步檢索獲取 537 篇研究文獻，依據制定標準逐級篩選，最終納入 33 篇文獻，文獻篩選過程見圖 1。

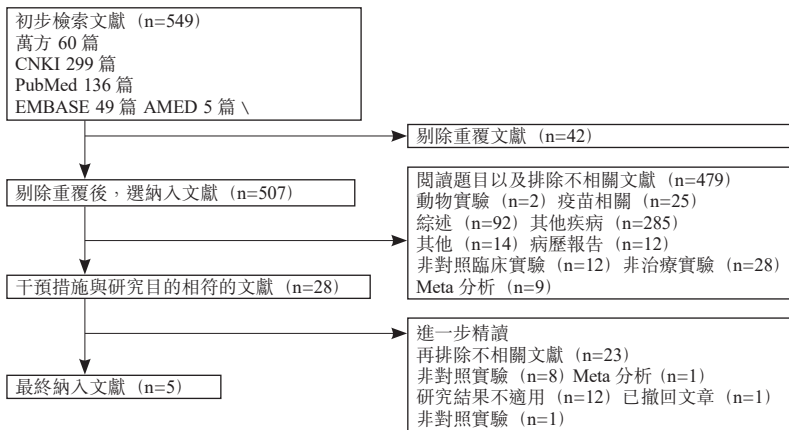


圖 1. 文獻篩查流程圖

選取的 5 項研究有 5 項報道了甲基潑尼松激素使用總量比較；其中有 2 項納入症狀緩解時間比較；1 項納入死亡例比較；1 項納入胸部 X 光片吸收程度積分比較。

(1) 甲基潑尼松激素使用總量比較分析

納入 5 項中有 5 項對甲基潑尼松激素使用總量比較進行了報道，各項究問俱高度異質性 ($P = 0.002$, $I^2 = 77\%$)，採用固定效應模型。結果顯示 $MD = -451.18$, $95\%CI[-526.34, -376.02]$, $P < 0.00001$ ，見圖 2。

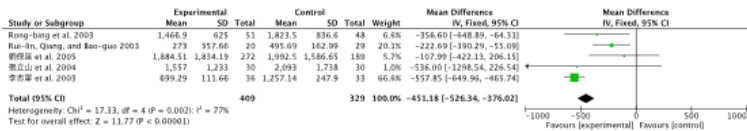


圖 2 甲基潑尼松激素使用總量比較

敏感性分析，發現李志軍 et al. 2003 存在較大異質性。當中的對照組用藥不一，病人有機會按情況同時使用免疫增強劑、皮質激素、抗毒病藥、抗生素，有些病人則只有其中數項。同時，同一類藥中，不同病人亦有不同，比如抗生素有三種，抗病毒藥首選為利巴偉林，但存在使用其他抗病毒藥的可能。因而導致此研究中，不同因素並非只出現於治療組和對照組之間，同時出現於對照組內，做成大的異質性。剔除後結果： $(P = 0.59$, $I^2 = 0\%)$ ，無明顯的異質性。 $MD = -238.64$, $95\%CI[-368.64, -108.63]$, $P = 0.0003$ ，見圖 2.1。

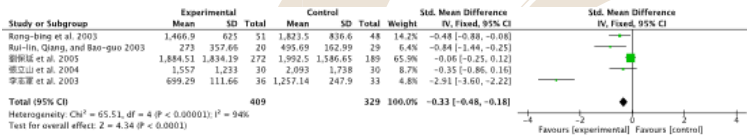


圖 2.1 敏感度分析 甲基潑尼松激素使用總量比較

(2) 症狀緩解時間比較

納入的 5 項研究中有 2 項研究報道了症狀緩解時間比較。由於項目數過少，不足以進行 META 分析，故以描述性分析。Rui-lin, Qiang, and Bao-guo 2003 研究中，治療組體溫降至正常時間為 5.10 ± 2.83 日；對照組為 7.62 ± 2.27 日。 $P < 0.05$ ，俱統計學意義。

李志軍 et al. 2003 研究中，治療組平均時間為 5.8 日；對照組為 6.6 日，雖不俱統計學意義，但亦可見治療組優於對照組。其餘 3 項研究均無相關結果報導。

(3) 死亡例比較

納入的 5 項研究中有 1 項研究報道了死亡例比較。由於研究數不足以進行 Meta 分析，故進行描述性分析。劉保延 et al. 2005 研究中 257 例中西藥組死亡數為 0，而 153 例西藥組死亡數為 7。P<0.001，差異俱統計學意義。可見加入中藥能降低死亡數。其餘 4 項均無相關報道。

(4) 胸部 X 光片吸收程度積分比較

納入 5 項研究中，有 1 項研究胸部 X 光片吸收程度積分比較。由於研究數不足以進行 Meta 分析，因此以描述性分析代。張立山 et al. 2004 研究中，中西醫結合組積分為 3.27±3.27 而西藥組積分則是 6.43±6.76。P<0.05，差異俱統計學意義。可見加入中藥後，肺部的恢復較單用西藥效果顯著。其餘 4 項均無相關報導。

本次研究共納入 5 篇文獻，共 738 例患者。中藥聯合西藥在甲基潑尼松激素使用總量、症狀緩解時間、死亡例比較、胸部 X 光片吸收程度積分比較上顯著優於西藥對照組。但納入文獻異質性偏高，臨床療效尚需進一步驗證。

(七) 預防與調攝

目前並無疫苗預防 SARS。要減低感染及傳播 SARS 的風險，最有效的方法是保持良好的個人及環境衛生。

1. 保持良好的個人衛生

經常保持雙手清潔，尤其在觸摸口、鼻或眼之前；觸摸扶手或門把等公共設施後；或當手被呼吸道分泌物污染時，如咳嗽或打噴嚏後。

洗手時應以梘液和清水清潔雙手，搓手最少 20 秒，用水過清並用抹手紙或乾手機弄乾。如沒有洗手設施，或雙手沒有明顯污垢時，使用含 70 至 80% 的酒精搓手液潔淨雙手亦為有效方法。

打噴嚏或咳嗽時應用紙巾掩蓋口鼻，把用過的紙巾棄置於有蓋垃圾箱內，然後徹底清潔雙手。

當出現呼吸道感染病徵，應戴上外科口罩，不應上班或上學，避免前往人多擠逼的地方，及盡早向醫生求診。

保持均衡飲食、恆常運動、充足休息，避免過度緊張、不要吸煙和避免飲酒，以建立良好身體抵抗力。

2. 保持良好的環境衛生

經常清潔和消毒常接觸的表面，如傢俬、玩具和共用物件。使用 1 比 99 稀釋家用漂白水（即把 1 份 5.25% 漂白水與 99 份清水混和）消毒，待 15 – 30 分鐘後，用水清洗並抹乾。金屬表面則可用 70% 火酒清潔消毒。

用吸水力強的即棄抹布清理可見的污物，如呼吸道分泌物，然後用 1 比 49 稀釋家用漂白水（即把 1 份 5.25% 漂白水與 49 份清水混和）消毒被污染的地方及鄰近各處，待 15 – 30 分鐘後，用水清洗並抹乾。金屬表面則可用 70% 火酒清潔消毒。

保持室內空氣流通；

打開窗戶，保持室內空氣流通；

經常清洗冷氣機隔塵網；

保持空調性能良好；

避免前往人多擠逼或空氣流通欠佳的公眾地方；高危人士在這些地方逗留時可考慮佩戴外科口罩；

保持廁所、排水口及喉管正常運作。應預防隔氣彎管乾涸及定期消毒排水口（約每星期一次）；

如隔氣彎管有損毀，或排水口發出臭味，應立即安排合資格技工檢查及維修。

（八）傳染病報告

根據香港《預防及控制疾病條例》（第 599 章），SARS 屬於須向衛生防護中心呈報的傳染病。

* 本文大部分內容均來自於衛生部和國家中醫藥管理局共同委托中華醫學會和中華中醫藥學會組織相關專家進行修定《傳染性非典型肺炎（SARS）診療方案（2004 版）》，并參考香港衛生署網站 SARS 相關資料。

SARS Tips

病名：	SARS
主要症狀：	發燒、發冷、陣抖、肌肉痛、乾咳、頭痛、呼吸困難
傳播途徑：	空氣傳播和手接觸傳播
傳染人群：	所有人群

參考資料

[1] 鐘南山. 傳染性非典型肺炎 (SARS) 診療方案 (2004 版)[J]. 現代實用醫學 2004,2(16): 119-126/172-183.

[2] 香港特別行政區衛生署. 衛生防護中心. 傳染病. 嚴重急性呼吸系統綜合症 (沙士) [R/OL], (2019,8) <https://www.chp.gov.hk/tc/healthtopics/content/24/47.html>

(羅翌、康宇辰、梁卓龍)

給參與公眾活動者預防嚴重急性呼吸系統綜合症 (沙士) 的健康指引

衛生署建議市民於參與公眾活動時採取以下預防措施，以儘量減低感染和傳播沙士的風險。

疾病資訊
<http://www.chp.gov.hk/tc/content/9/24/47.html>

參與活動前

- 如有不適，尤其是出現發燒及/或呼吸道感染病徵如咳嗽、打噴嚏，應戴上外科口罩，並儘早求醫，不應參加活動。
- 應隨身帶備紙巾和 70至80%的酒精搓手液。
- 時刻留意政府就傳染病爆發的公布，以及採取相應的預防措施。

參與活動期間

- 保持良好的個人衛生。
- 經常保持雙手清潔，勤洗手，尤其在觸摸眼睛、口或鼻前、進食前、如廁後、觸摸公共物件，例如電梯扶手、升降機按鈕或門柄後，或當手被呼吸道分泌物污染時，如咳嗽或打噴嚏後。
- 洗手時應以視液和清水清潔雙手，搓手最少20秒，用水過清並用抹手紙或乾手機弄乾。
- 如沒有洗手設施，或雙手沒有明顯污垢時，使用含70至80%的酒精搓手液潔淨雙手亦為有效方法。
- 打噴嚏或咳嗽時應用紙巾掩蓋口鼻，不要隨地吐痰或亂拋垃圾，痰涎應用紙巾包好，把用過的紙巾棄置於有蓋的垃圾箱內，然後徹底清潔雙手。

參與活動後

- 回家後，應洗澡及洗頭，清除身體上的污垢及細菌。
- 妥善清洗你的衣服。
- 如感到不適，應佩戴外科口罩及儘快求醫。

在任何時間，我們都應注意

- 保持良好的個人衛生。
- 保持良好的環境衛生及室內空氣流通。
- 增強身體抵抗力及實踐健康生活，包括均衡飲食、適量運動及充足休息。
- 不要吸煙及避免飲酒。

註：當本地出現「沙士」個案，參與者除須嚴格執行以上提及的措施外，還應於人多擠逼或空氣不流通的地方戴上外科口罩。

二零零四年製作 (二零一九年八月二十日最後更新)

www.chp.gov.hk

四 麻疹

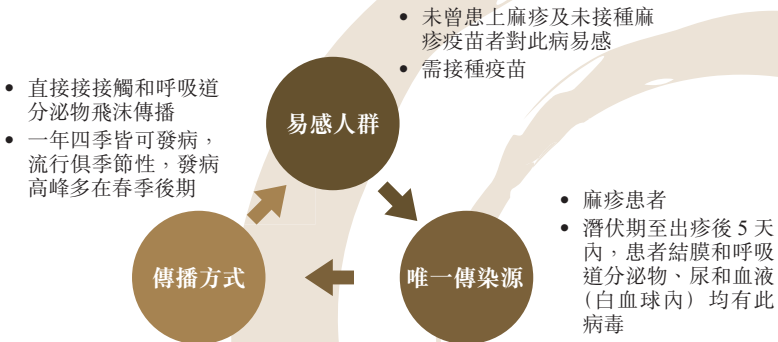
麻疹由麻疹病毒所引起，可透過空氣中的飛沫或直接接觸病人的鼻喉分泌物而傳播，透過被鼻喉分泌物弄污的物件傳播的機會則較低。麻疹是一種高傳染性的疾病。病人從出疹前 4 天至出疹後 4 天內可把病傳染給別人。

(一) 流行病學

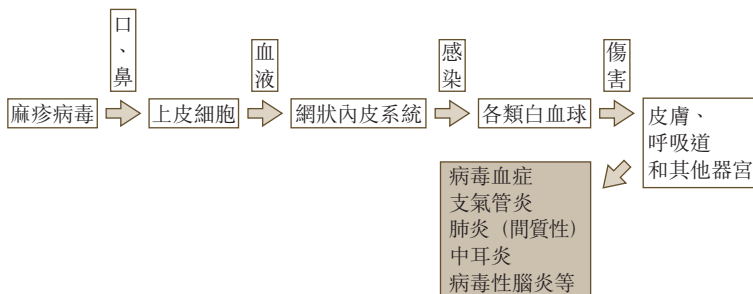
2000-2016 年全球麻疹疫情呈下降趨勢，2017- 2019 年疫情回升，2020 年新型冠狀病毒肺炎疫情大流行期間，全球麻疹發病率大幅下降至 2.17/10 萬^[3]。未有麻疹疫苗前，麻疹是一種普遍的兒童傳染病。

麻疹主要通過飛沫傳播或直接接觸病人的鼻喉分泌物引起。受感染的人初時會發燒、咳嗽、流鼻水、眼紅及口腔內出現白點。3 至 7 天後皮膚會出現污斑紅疹，通常會由面部擴散到全身，維持 4 至 7 天，亦可能長達 3 個星期，留下褐色斑痕或出現脫皮。病重者的呼吸系統、消化道及腦部會受影響，引致嚴重後果甚至死亡。

1. 傳染傳播鏈



2. 發病機制



3. 中醫病因病機

古代兒科 四大要證之一
別稱：麻子、痧子、疹子

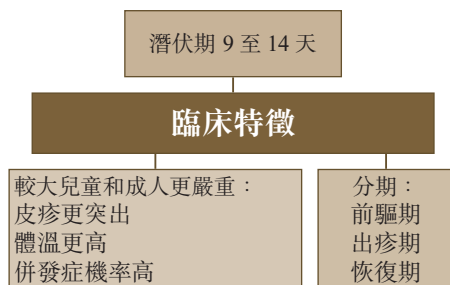
邪犯肺脾
肺脾熱熾
外發肌膚



病位：肺脾，可累及心肝

(二) 臨床表現

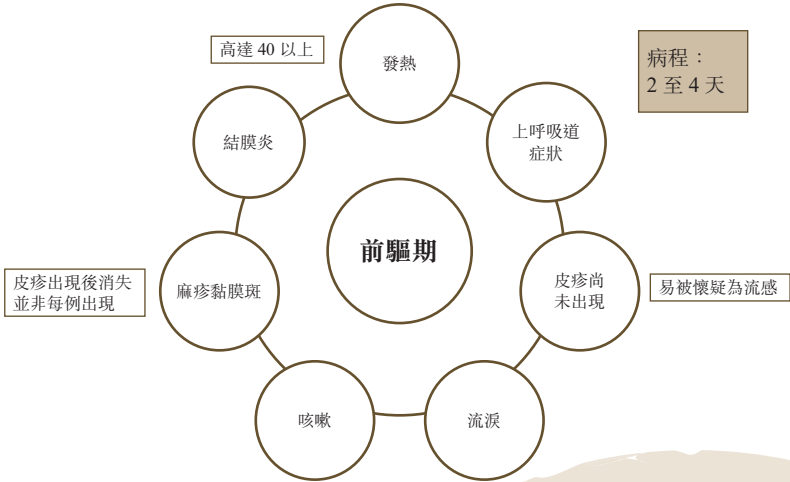
1. 主要臨床症狀



2. 併發症

麻疹可併發肺炎，嚴重者可出現心力衰竭；合并喉炎時可出現劇烈頻密的咳嗽；合并腦炎時則可出現抽搐。

(三) 麻疹診斷



(四) 鑒別診斷

1. 幼兒急疹 (奶麻)

突然高熱，持續 3-5 日，身熱始退或熱退稍後即出現玫瑰紅色皮疹，以軀幹、腰部、臀部為主，面部及肘、膝關節等處較少。全身症狀輕微，皮疹出現 1-2 日後即消退，疹退後無脫屑及色素沉着斑。

2. 風疹 (風痧)

發熱 1 天，皮膚出現淡紅色斑丘疹，可伴耳後枕部淋巴結腫大。皮疹初見於頭面部，迅速向下蔓延，1 天內布滿軀幹和四肢。出疹 2-3 天後，發熱漸退，皮疹遂漸隱沒，皮疹消退後，可有皮膚脫屑，但無色素沉着。無畏光、淚水汪汪和麻疹黏膜斑。



3. 猩紅熱（丹痧）

起病急驟，發熱數小時皮膚猩紅，伴細小紅色丘疹，自頸胸、腋下、腹股溝處開始，2-3日遍布全身，疹退有脫屑而無色素沉着。在出疹時可伴見口週蒼白圈、皮膚線狀疹、草莓舌等典型症狀。

（五）辨證論治

以下內容主要參考中国中医药出版社《中醫兒科學（新世紀第四版）》（簡稱《中醫兒科學》）^[1]。

1. 邪犯肺衛 — 順證

症 狀：發熱、麻疹黏膜斑、伴惡風、頭身痛、鼻塞流涕、咳嗽、雙目畏光、咽紅喉腫、淚水汪汪、舌邊尖紅、苔薄黃、脈浮數、指紋淡紫

治 則：辛涼透表 清宣肺衛

基本方藥：銀翹散《中醫兒科學》建議銀翹散加減。

銀花 15g 連翹 15g 桑葉 10g 菊花 10g

桔梗 10g 牛蒡子 15g 蘆根 30g

薄荷^{（後下）} 6g 荊芥 10g 生甘草 3g

煎服法：水煎服，1日2次。

《中醫兒科學》建議：惡寒無汗，鼻流清涕者，加麻黃、蘇葉；發熱煩燥，咽紅口乾者，加蟬蛻；咳嗽痰多者，加杏仁、浙貝母。麻疹欲透未出者，可加浮萍煎水外洗。

2. 邪熾肺脾 — 順證

症 狀：高熱不退、煩燥口渴、發熱起伏如潮、皮疹透齊、舌紅絳苔黃膩、脈洪數、指紋紫

治 則：清熱解毒 透疹達邪

基本方藥：清解透表方《中醫兒科學》建議清解透表方加減。

西河柳 7g 蟬衣 3g 葛根 6g 升麻 4g

連翹 3g 銀花 3g 紫草根 3g 桑葉 3g

甘菊 3g 牛蒡子 6g 甘草 4g

《中醫兒科學》建議：壯熱不退，煩躁不安者，加石膏、知母；皮疹稠密，疹點紅赤，紫暗成片者，加牡丹皮、赤芍、丹參；咳嗽氣粗，喉間痰鳴者，加桑白皮、杏仁、浙貝母；壯熱不退，四肢抽搐者，加羚羊角、鉤藤；身熱不起，皮未透，或疹稀色淡者，加黃耆、太子參。

3. 脾胃陰傷—順證

症 狀：發熱漸退、皮疹漸回、糠麩樣脫屑及色素沉著、舌紅少津、脈細數

治 則：養陰益氣 清解餘邪

基本方藥：沙參麥冬湯《中醫兒科學》建議沙參麥冬湯加減。

沙參 15g 玉竹 9g 生甘草 6g 桑葉 6g

麥冬 12g 生扁豆 6g 天花粉 6g

《中醫兒科學》建議：潮熱盜汗，手足心熱者，加地骨皮、銀柴胡；神倦自汗，納谷不香者，加炒谷芽、炒麥芽、雞內金；大便乾結者，加瓜蒌仁、火麻仁。

邪毒閉肺—逆證

症 狀：高熱不退、咳喘氣急、喉間痰鳴、鼻翼扇動、疹出不暢 / 疹稠紫暗、舌紅絳苔黃膩、脈滑數、指紋紫滯

治 則：清熱解毒 宣肺開閉

基本方藥：麻黃杏仁甘草石膏湯《中醫兒科學》建議麻黃杏仁甘草石膏湯加減。

麻黃 6g 杏仁 9g 生石膏 24g 生甘草 9g

《中醫兒科學》建議：頻咳痰多者，加浙貝母、天竺黃、鮮竹瀝；咳嗽喘促者，加葶藶子、蘇子；皮疹稠密，疹色紫暗，口唇發紺者，加丹參、紫草。

4. 邪毒攻喉—逆證

症 狀：咽喉腫痛、咳聲如犬、聲音嘶啞、吸氣困難、疹稠紫暗、舌質紅苔黃膩、脈滑數、指紋紫

治 則：清熱解毒 利咽消腫



基本方藥：清咽下痰湯《中醫兒科學》建議清咽下痰湯加減。

玄參 12g 桔梗 6g 甘草 6g 牛蒡子 9g
浙貝母 9g 瓜蒌 9g 射干 6g 荊芥 9g

《中醫兒科學》建議：大便乾結者，可加大黃、玄明粉瀉火解毒。

邪陷心肝 — 逆證

症 狀：高熱、神昏、抽搐、皮疹稠密紫暗、舌質紅絳苔黃燥起刺、脈弦數、指紋紫，達命關

治 則：平肝息風 清心開竅

基本方藥：羚角鉤藤湯《中醫兒科學》建議羚角鉤藤湯加減。

羚羊角 4g 桑葉 6g 川貝母 12g 生地黃 15g
鉤藤 9g 菊花 9g 茯神 9g 白芍 9g 甘草 3g
竹茹 15g

《中醫兒科學》建議：痰涎壅盛者，加石菖蒲、膽南星、礞金、鮮竹瀝；腹脹便秘者，加大黃、玄明粉。如心陽虛衰，皮疹驟沒，面色青灰，汗出肢厥，脈細弱而數，則用參附龍牡救逆湯加味，固脫救逆。

(六) 循證醫學證據

1. 資料與方法

檢索中國知網 (CNKI)、萬方數據知識服務平台 (WF)、Pubmed 數據庫、EMBASE 數據庫和 AMED 數據庫。搜尋中醫藥治療季節性流感的臨床相關文獻。採用專業檢索。年限設定為自建庫日至 2020 年 12 月。檢索中文詞為麻疹、麻疹病毒、中醫、中藥、方劑、針灸、艾灸。英文檢索以 PubMed 為例：

Number	Keywords of the Research
#1	Measles [mh]
#2	Measles *[tiab] OR Measles virus*[tiab] OR Rubeola [tiab]
#3	OR/#1-#2

Number	Keywords of the Research
#4	Randomized controlled trial[pt] OR Controlled clinical trial[pt] OR Randomized controlled trial[tiab] OR Controlled clinical trial[tiab] OR Randomized*[tiab] OR Randomly*[tiab] OR Random allocation[tiab] OR Trials[tiab] OR Case-control[tiab] OR Case series[tiab] OR CCT[tiab] OR RCT[tiab]
#5	Medicine, Chinese Traditional[mh] OR Drugs, Chinese Herbal[mh Terms]OR Traditional Chinese medicine[tiab] OR Chinese traditional medicine[tiab OR Complementary[tiab] OR alternative medicine[tiab] OR Complementary medicine[tiab] OR Alternative medicine[tiab] OR Chinese drugs,plant[tiab] OR (Plant extracts, Chinese herbal drugs[tiab] OR Phytotherapy[tiab] OR TCM[tiab] OR CM[tiab] OR Integrative Medicine[mh] OR acupuncture[tiab] OR electro-acupuncture [tiab] OR needle[tiab] OR elongated needle[tiab] OR three edged needle [tiab] OR fire needle[tiab] OR warming needle [tiab] OR auricular acupuncture [tiab] OR abdominal acupuncture [tiab] OR warm acupuncture [tiab]
#6	#3 AND #4 AND #5

2. 研究結果

初步檢索獲取 537 篇研究文獻，依據制定標準逐級篩選，最終納入 33 篇文獻，

文獻篩選過程見圖 1。

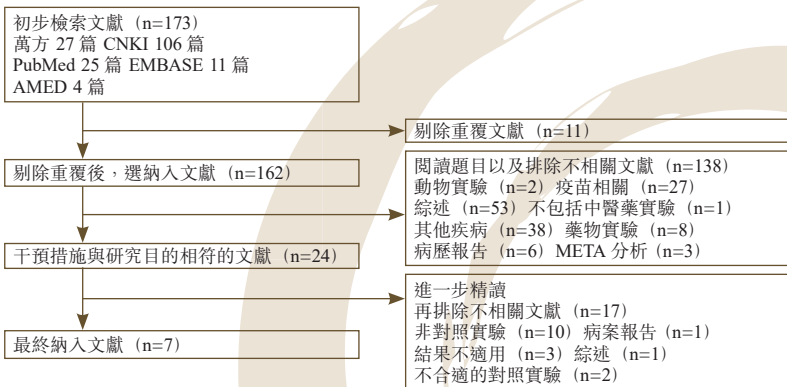


圖 1. 文獻篩查流程圖

選取的 7 項研究有 7 項報道了總體有效率；其中有 4 項納入咳喘消退時間比較；5 項納入退熱時間比較；2 項納入併發症發生率比較。



(1) 臨床總有效率

納入 7 項中有 7 項對總有效率進行了報道，且各項研究間無明顯異質性 ($P = 0.90$, $I^2 = 0\%$)，故採用固定效應模型。結果顯示 $OR = 6.53$, $95\%CI[2.78, 15.34]$, $P < 0.0001$ ，見圖 2。治療組總有效率顯著高於對照組，表明中醫藥治療比對照組用藥臨床療效更為顯著。

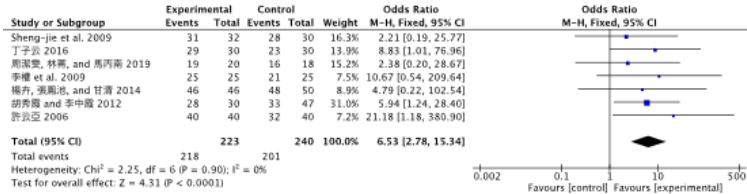


圖 2. 臨床總有效率

(2) 咳喘消退時間比較

納入的 7 項研究中有 4 項研究報道了退熱時間比較。對納入的 4 項研究結果進行異質性分析，結果顯示無明顯異質性 ($P = 0.73$, $I^2 = 0\%$)，採用固定效應模型對其進行 Meta 分析，結果顯示 $SMD = -1.18$, $95\%CI [-1.45, -0.92]$, $P < 0.00001$ ，見圖 3。其餘 3 項均無相關報導。

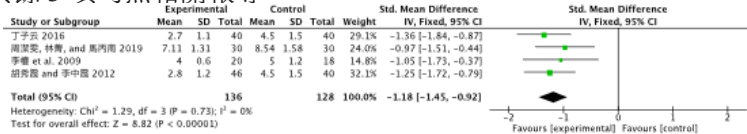


圖 3. 咳喘消退時間比較

(3) 退熱時間比較

納入的 7 項研究中有 5 項研究報道了退熱時間比較。對納入的 5 項研究結果進行異質性分析，結果顯示中度異質性 ($P = 0.03$, $I^2 = 62\%$)，採用固定效應模型對其進行 Meta 分析，結果顯示 $SMD = -1.43$, $95\%CI [-1.68, -1.18]$, $P < 0.00001$ ，見圖 4。其餘 2 項無報導退熱時間比較。

敏感度分析：李權 et al. 2009 文獻中，發現其沒有提及詳細的分組方法，亦沒有表明是否隨機分組，故為高異質性文獻。剔除後，異質性分析為 ($P = 0.90$, $I^2 = 0\%$)，無明顯的異質性。結果為 $SMD = -1.32$, $95\%CI [-1.58, -1.06]$, $P < 0.00001$ ，見圖 4.1。

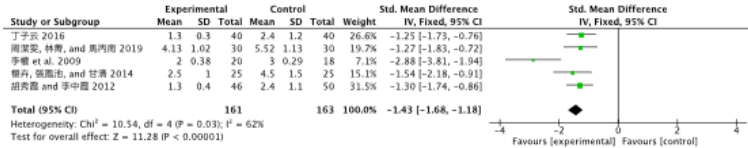


圖 4. 退熱時間比較

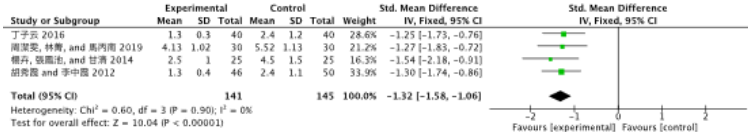


圖 4.1 退熱時間比較

(4) 併發症發生率比較

納入的 7 項研究中有 2 項研究報道了併發症率比較。由於研究數不足以進行 Meta 分析，故進行描述性分析。周潔雯，林菁，and 馬丙南 2019 中，30 例治療組有 18 例發生併發症，為 60%；30 例對照組中有 25 例發生併發症，為 83.33%。楊卉，張鳳池，and 甘清 2014 研究中，25 例治療組中沒有發生嚴重併發症；25 例對照組側發生 4 例嚴重併發症，為 16%。可見加入中醫藥治療的併發症發生率低於純用西藥組。其餘 5 項均無報道併發症發生率比較。

本次研究共納入 7 篇文獻，共 419 例患者。中藥聯合西藥在臨床總有效率、退熱時間比較、併發症發生率比較上顯著優於西藥對照組。但納入文獻異質性偏高，臨床療效尚需進一步驗證。

(七) 預防與調攝

1. 保持良好的個人衛生

經常保持雙手清潔，尤其在觸摸口、鼻或眼之前、觸摸扶手或門把等公共設施後，或當手被呼吸道分泌物污染時，如咳嗽或打噴嚏後。洗手時應以梘液和清水清潔雙手，搓手最少 20 秒，用水過清並用抹手紙或乾手機弄乾。如沒有洗手設施，或雙手沒有明顯污垢時，使用含 70 至 80% 的酒精搓手液潔淨雙手亦為有效方法。



打噴嚏或咳嗽時應用紙巾掩蓋口鼻，把用過的紙巾棄置於有蓋的垃圾箱內，然後徹底清潔雙手。

若有發燒、出疹或呼吸道病徵，應戴上外科口罩，不應上班或上學，避免前往人多擠逼的地方，及盡早向醫生求診。

患者在出疹後的 4 天內應留在家中休息，不應返回學校/ 幼稚園/ 幼稚園暨幼兒中心/ 幼兒中心/ 工作地點，避免將疾病傳染給未有免疫力的人。

2. 保持良好的環境衛生

定期清潔和消毒常接觸的表面，如傢俬、玩具和共用物件。使用 1 比 99 稀釋家用漂白水（即把 1 份 5.25% 漂白水與 99 份清水混和）消毒，待 15 – 30 分鐘後，用水清洗並抹乾。金屬表面則可用 70% 火酒清潔消毒。

用吸水力強的即棄抹布清理可見的污物，如呼吸道分泌物，然後用 1 比 49 稀釋家用漂白水（即把 1 份 5.25% 漂白水與 49 份清水混和）消毒被污染的地方及鄰近各處，待 15 – 30 分鐘後，用水清洗並抹乾。金屬表面則可用 70% 火酒清潔消毒。

保持室內空氣流通。避免前往人多擠逼或空氣流通欠佳的公眾地方；高危人士在這些地方逗留時可考慮佩戴外科口罩。

3. 免疫接種

防疫注射是最有效預防麻疹的方法。在「香港兒童免疫接種計劃」下，兒童接種共兩劑含麻疹的疫苗。

4. 保持身體健康

加強體育鍛煉，增強機體適應氣候變化的調節能力，在氣候變化時適時增減衣服，注意防寒保暖，慎接觸病人以免時邪入侵等。

（八）傳染病報告

根據香港《預防及控制疾病條例》（第 599 章），麻疹屬於須向衛生防護中心呈報的傳染病。

* 本文大部分內容均來自於中國中醫藥出版社《中醫兒科學（新世紀第四版）》，並參攷香港特別行政區衛生署麻疹的相關資訊。

麻疹 Tips

病名：	麻疹
主要症狀：	發熱、結膜炎、麻疹黏膜斑、咳嗽、流淚、皮疹
傳播途徑：	直接接觸和呼吸分泌物飛沫傳播
傳染人群：	未曾患上麻疹及未接種疫苗人士

參考資料

- [1] 馬融. 中醫兒科學: 新世紀第四版 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016-08:187-192
- [2] 香港特別行政區衛生署. 專題報告. 麻疹 [R/OL], (2022,8) <https://www.chp.gov.hk/tc/features/100419.html>
- [3] WHO. Measles reported cases and incidence[EB/OL]. [2021- 12-01]. [https://immunizationdata.who.int/pages/incidence/MEASLES.html?CODE=Global&YEAR=.](https://immunizationdata.who.int/pages/incidence/MEASLES.html?CODE=Global&YEAR=)
- [4] 香港特別行政區衛生署. 健康資訊. 傳染病. 麻疹 [R/OL], (2022,8) <https://www.chp.gov.hk/tc/features/100419.html>

(羅翌、康宇辰、梁卓龍)



麻疹·知多一點點

什麼是麻疹？

- **高傳染性**，出疹前4天至出疹後4天可傳染別人



- 初時會發燒、咳嗽、流鼻涕、眼紅及口腔內出現白點

- 3至7天後皮膚會出現斑斑紅疹，通常由面部擴散到全身



- 病情嚴重者，呼吸系統、消化道及腦部會受影響，甚至死亡

預防方法

- **接種疫苗**是最有效的預防方法
- 接種疫苗後身體約需兩星期產生免疫力
- 接種兩劑疫苗後預防效果可達97%

2星期



- 保持雙手清潔



- 打噴嚏或咳嗽時應掩蓋口鼻



- 當出現病徵，應戴上口罩



- 出疹後的4天內不應上班或上學

你有免疫力嗎？

- 曾確診感染麻疹人士已具備免疫力
- 於本港出生並就讀小學及未曾確診感染麻疹人士：



出生年份	一般而言已具備足夠免疫力嗎
1967年前	是
1967至1977年	否
1978至1984年	政府於1997年推行「麻疹疫苗加強劑注射運動」 <ul style="list-style-type: none"> 有參加 → 是 沒有參加 → 否
1985年或以後	是

¹1967年前在本港出生者大部分曾感染麻疹 ²指否只曾接種一劑麻疹疫苗 ³應已接種兩劑麻疹疫苗

- 未完成疫苗接種、疫苗接種紀錄不明或對麻疹免疫力有疑問人士，應諮詢醫生意見



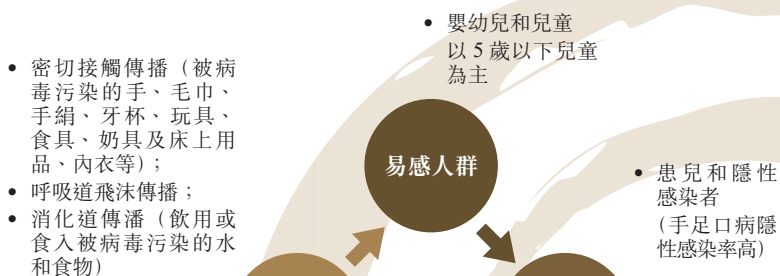
五 手足口病

手足口病（Hand foot and mouth disease, HFMD）是一種常見於兒童的疾病，通常由腸病毒如柯薩奇病毒和腸病毒 71 型引起。腸病毒 71 型引致的手足口病備受關注，是因為它較有可能引致嚴重併發症（如病毒性腦膜炎、腦炎及類小兒麻痺症癱瘓等），甚至死亡。

（一）流行病學

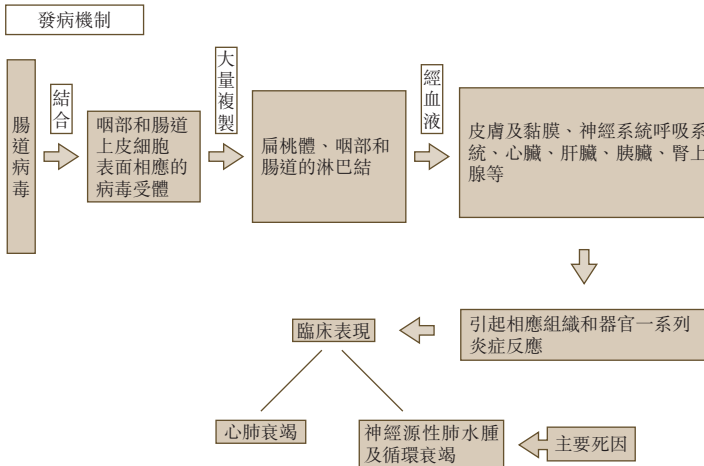
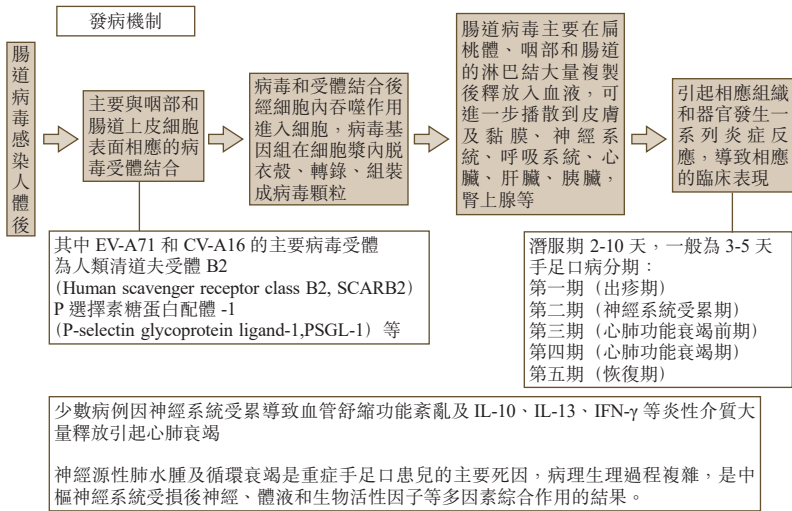
在香港，手足口病的高峰期一般為五月至七月，亦有機會於十月至十二月出現較小型的高峰期。

1. 傳播途徑及流行

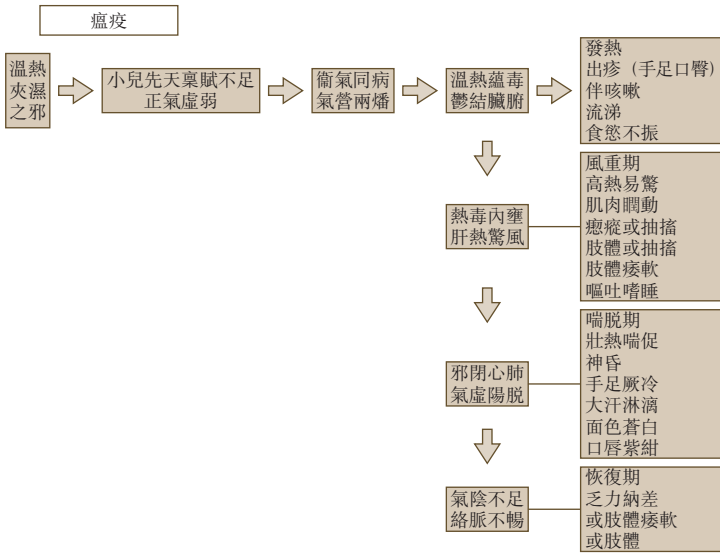




2. 西醫發病機制

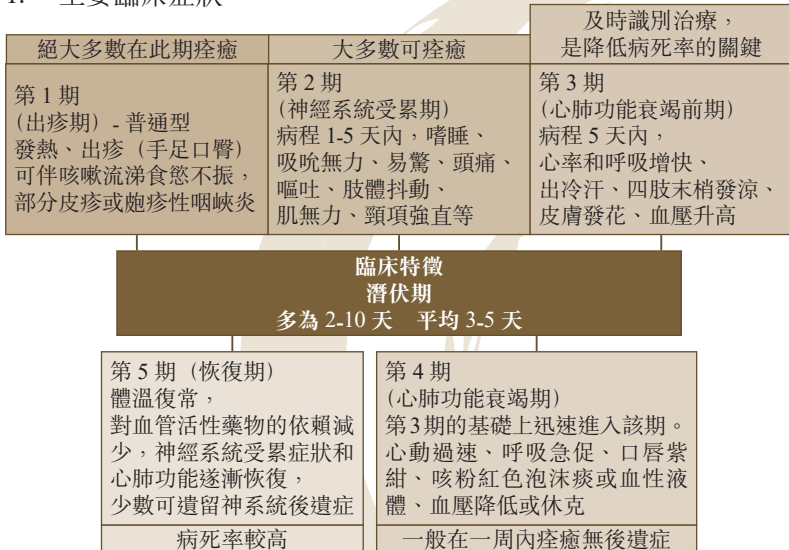


3. 中醫病因病機



(二) 臨床表現

1. 主要臨床症狀





2. 併發症

少數患兒發病後迅速累及神經系統，表現為腦幹腦炎、腦脊髓炎、腦脊髓膜炎等，發展為循環衰竭、神經源性肺水腫的患兒病死率高。

重症病例診療關鍵在於及時準確地識別第2期和第3期，阻止發展為第4期。年齡3歲以下、病程3天以內和EV-A71感染為重症高危因素，下列指標提示患兒可能發展為重症病例危重型：

- (1) 持續高熱：體溫大於 39°C ，常規退熱效果不佳；
- (2) 神經系統表現出現精神萎靡、頭痛、眼球震顫或上翻、嘔吐、易驚、肢體抖動、吸吮無力、站立或坐立不穩等；
- (3) 呼吸異常：呼吸增快、減慢或節律不整，安靜狀態下呼吸頻率超過 30-40 次/分；
- (4) 循環功能障礙：心率增快 (> 160 次/分)、出冷汗、四肢末梢發涼、皮膚發花、血壓升高、毛細血管再充盈時間延長 (> 2 秒)；
- (5) 外周血白細胞計數升高：外周血白細胞計數 $\geq 15 \times 10^9/\text{L}$ ，除外其他感染因素；
- (6) 血糖升高：出現應激性高血糖，血糖 $> 8.3\text{mmol/L}$ ；
- (7) 血乳酸升高：出現循環功能障礙時，通常血乳酸 $\geq 2.0\text{mmol/L}$ ，其升高程度可作為判斷預後的參考指標。

(三) 診斷

常見於學齡前兒童，嬰幼兒多見。流行季節，當地托幼機構及周圍人群有手足口病流行，發病前與手足口病患兒有直接或間接接觸史。符合上述臨床表現。如發熱，手、足、口、臀等部位出疹等，極少數病例皮疹不典型，部分病例僅表現為腦炎或腦膜炎等，診斷需結合病原學或血清學檢查結果。

(四) 鑒別診斷

1. 其他兒童出疹性疾病

手足口病普通病例需與兒童出疹性疾病，如丘疹性蕁麻疹、砂土皮疹、水痘、不典型麻疹、幼兒急疹、帶狀皰疹、風疹以及川崎病等鑒別；CV-A6 或 CV-A10 所致大皰性皮疹需與水痘鑒別；口周出現皮疹時需與單純皰疹鑒別。可依據病原學檢查和血清學檢查進行鑒別。

2. 其他病毒所致腦炎或腦膜炎

由其他病毒引起的腦炎或腦膜炎如單純皰疹病毒、巨細胞病毒、EB 病毒等，臨床表現與手足口病合併中樞神經系統損害的重症病例表現相似。對皮疹不典型者，應當結合流行病學史並盡快留取標本，進行腸道病毒尤其是 EV-A71 的病毒學檢查，結合病原學或血清學檢查結果作出診斷。

3. 脊髓灰質炎

重症病例合併急性弛緩性癱瘓時需與脊髓灰質炎鑒別，後者主要表現為雙峰熱，病程第 2 周退熱前或退熱過程中出現弛緩性癱瘓，病情多在熱退後到達頂點，無皮疹。

4. 肺炎

重症病例可發生神經源性肺水腫，應與肺炎鑒別。肺炎患兒一般無皮疹，胸片可見肺實變病灶、肺不張及胸腔積液等，病情加重或減輕呈逐漸演變的過程。

(五) 辨證論治

以下內容主要參考國家衛健委及中醫藥管理局《手足口病診療指南（2018 年版）》（簡稱《國家方案》）^[1]。

手足口病屬於中醫「瘟疫、溫熱夾濕」等範疇，傳變特點具有「衛氣營血」的規律，根據病症，分期辨證論治。

1. 出疹期 濕熱蘊毒，郁結脾肺證。

症 狀：手、足、口、臀部等部位出現斑丘疹、丘疹、皰疹，伴有發熱或無發熱，倦怠，流涎，咽痛，納差，便秘。甚者可出現大皰、手指脫甲。



舌象脈象指紋：舌質淡紅或紅，苔膩，脈數，指紋紅紫。

治法：清熱解毒，化濕透邪。

《國家方案》基本方：甘露消毒丹。

黃芩 茵陳 連翹 金銀花 藿香 滑石
牛蒡子 白茅根 薄荷 射干

用法：口服，每日1劑，水煎100-150ml，分3-4次口服。灌腸，煎煮取汁50-100ml，日1劑灌腸。

加減：持續發熱、煩躁、口臭、口渴、大便秘結，加生石膏、酒大黃、大青葉。

2. 風動期 毒熱內壅，肝熱驚風證。

症狀：高熱，易驚，肌肉攣動，癱瘓，或抽搐，或肢體痿軟無力，嘔吐，嗜睡，甚則昏矇、昏迷。

舌象脈象指紋：舌暗紅或紅絳，苔黃膩或黃燥，脈弦細數，指紋紫滯。

治法：解毒清熱，息風定驚。

《國家方案》基本方：清瘟敗毒飲合羚羊鉤藤湯。

生石膏 水牛角 銀花 連翹 生大黃
黃連 丹皮 紫草 生地 鉤藤 羚羊角粉

加減：高熱持續，伴有神昏者加用安宮牛黃丸，伴有便秘者加用紫雪散。

用法：口服，每日1劑，水煎100-150ml，分3-4次口服。灌腸，煎煮取汁50-100ml，日1劑灌腸。

3. 喘脫期 邪閉心肺，氣虛陽脫證。

症狀：壯熱，喘促，神昏，手足厥冷，大汗淋漓，面色蒼白，口唇紫紺。

舌象脈象指紋：舌質紫暗，脈細數或沈遲，或脈微欲絕，指紋紫暗。

治法：固脫開竅，清熱解毒。

《國家方案》基本方：參附湯、生脈散合安宮牛黃丸。

人參 制附片 麥冬 山萸肉 牛黃 羚羊角粉
炒梔子 黃連 天竺黃 石菖蒲 郁金。

用法：口服，每日 1 劑，水煎 100-150ml，分 3-4 次口服。灌腸，煎煮取汁 50-100ml，日 1 劑灌腸。

4. 恢復期 氣陰不足，絡脈不暢證。

症狀：乏力，納差，或伴肢體痿軟，或肢體麻木。

舌象脈象指紋：舌淡紅，苔薄膩，脈細，指紋色淡或青紫。

治法：益氣通絡，養陰健脾。

《國家方案》基本方：生脈散合七味白朮散。

黨參 五味子 麥冬 白朮 茯苓 玉竹
藿香 木香 葛根

用法：每日 1 劑，水煎分 3-4 次口服。

中成藥：可選用具有益氣、養陰、通絡功效且有相關病症臨床研究報道的藥物。

上述方案使用注意事項：

處方藥物具體劑量應根據患兒年齡規範使用，只適用於病症的治療，不適用於疾病的預防。

(六) 循證醫學證據

1. 資料與方法

檢索中國知網 (CNKI)、萬方數據知識服務平台 (WF)、Pubmed 數據庫、EMBASE 數據庫和 AMED 數據庫。搜尋中醫藥治療季節性流感的臨床相關文獻。採用專業檢索。年限設定為自建庫日至 2020 年 12 月。檢索中文詞為手足口病、發疹性水皰性口腔炎、克沙奇病毒 A16、71 型腸病毒、中醫、中藥、方劑、針灸、艾灸。英文檢索以 PubMed 為例：

Number	Keywords of the Research
#1	Hand, foot, and mouth disease [mh]
#2	HFMD *[tiab] OR enteroviruses *[tiab] OR Coxsackievirus A16 *[tiab] OR nterovirus 71 *[tiab]
#3	OR/#1-#2

#4	Randomized controlled trial[pt] OR Controlled clinical trial[pt] OR Randomized controlled trial[tiab] OR Controlled clinical trial[tiab] OR Randomized*[tiab] OR Randomly*[tiab] OR Random allocation[tiab] OR Trials[tiab] OR Case-control[tiab] OR Case series[tiab] OR CCT[tiab] OR RCT[tiab]
#5	Medicine, Chinese Traditional[mh] OR Drugs, Chinese Herbal[mh Terms]OR Traditional Chinese medicine[tiab] OR Chinese traditional medicine[tiab OR Complementary[tiab] OR alternative medicine[tiab] OR Complementary medicine[tiab] OR Alternative medicine[tiab] OR Chinese drugs,plant[tiab] OR (Plant extracts, Chinese[tiab] OR Chinese patent medicine[tiab] OR Chinese herbal drugs[tiab] OR Phytotherapy[tiab] OR TCM[tiab] OR CM[tiab] OR Integrative Medicine[mh] OR acupuncture[tiab] OR electro-acupuncture [tiab] OR needle[tiab] OR elongated needle[tiab] OR three edged needle [tiab] OR fire needle[tiab] OR warming needle [tiab] OR auricular acupuncture [tiab] OR abdominal acupuncture [tiab] OR warm acupuncture [tiab]
#6	#3 AND #4 AND #5

2. 研究結果

初步檢索獲取 365 篇研究文獻，依據制定標準逐級篩選，最終納入 13 篇文獻，文獻篩選過程見圖 1。

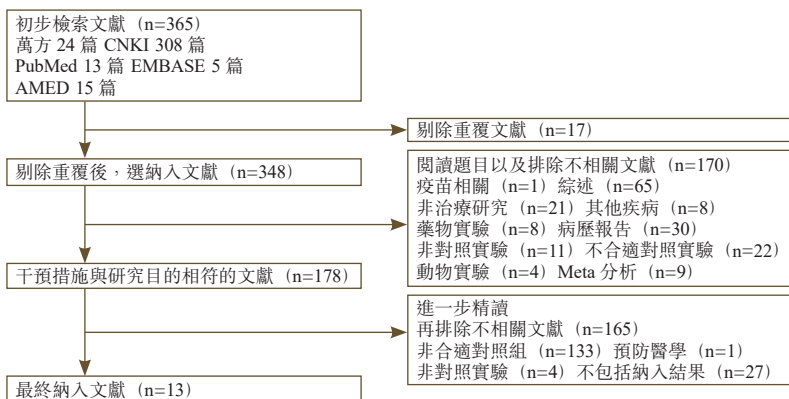


圖 1. 文獻篩查流程圖

選取的 13 項研究有 13 項報道了總有效率。

(1) 總有效率比較

納入的 13 項研究中有 13 項研究報道了總有效率比較。對納入的 13 項研究結果進行異質性分析，結果表示無明顯異質性 ($P = 0.86$, $I^2 = 0\%$)，採用固定效應模型對其進行 Meta 分析，結果顯示 $OR = 5.68$, $95\%CI [3.08, 5.71]$, $P < 0.00001$ ，見圖 2。

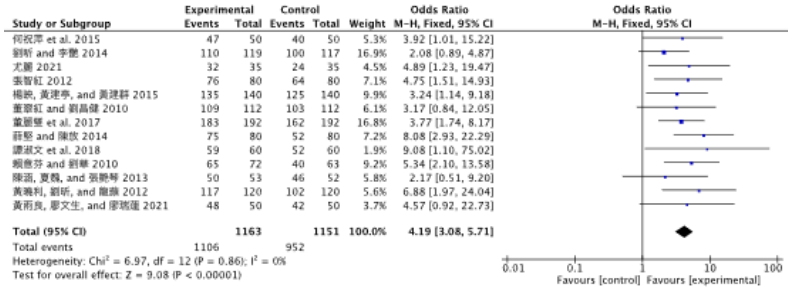


圖 2. 總有效分析

(2) 文獻發表偏倚

以總有效率為基準，OR 值為橫坐標，SE (LogOR) 值為縱坐標制漏斗圖。大部份文獻都處於偏上偏中的位置，偏異相對低。但漏斗圖不完全對稱，故依然存在偏異。見圖 3。

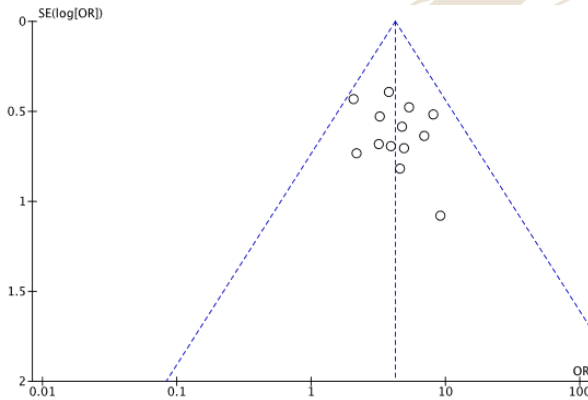


圖 2. 文獻發表偏倚漏斗圖



本次研究共納入 13 篇文獻，共 2314 例患者。中藥聯合西藥在臨床總有效率、症狀評分、咳嗽症狀、完全退熱時間上顯著優於西藥對照組。但納入文獻異質性偏高，臨床療效尚需進一步驗證。

(七) 預防與調攝

現時仍未有疫苗可有效預防手足口病。要有效預防感染，保持良好的個人及環境衛生最為重要。

1. 保持良好的個人衛生

- (1) 經常保持雙手清潔，尤其在觸摸口、鼻或眼之前和後；進食及處理食物前；接觸水疱後；及如廁後。
- (2) 洗手時應以梘液和清水清潔雙手，搓手最少 20 秒，用水過清並用乾淨毛巾或抹手紙抹乾。如沒有洗手設施，或雙手沒有明顯污垢時，使用含 70 至 80% 的酒精搓手液清潔雙手亦為有效方法。
- (3) 打噴嚏或咳嗽時應用紙巾掩蓋口鼻，把用過的紙巾棄置於有蓋垃圾箱內，然後徹底清潔雙手。
- (4) 用膳時要使用公筷和公匙，不要與人共享同一食物或飲料。
- (5) 不要與他人共用毛巾或其他個人物品。
- (6) 避免與患者有親密接觸，如接吻、擁抱。
- (7) 當身體不適時，不應上班或上學及應向醫生求診。
- (8) 患者應避免處理食物和照顧兒童、長者和缺乏免疫力的人士。

2. 保持良好的環境衛生

- (1) 經常清潔和消毒常接觸的表面，如傢俬、玩具和共用物件。使用 1 比 99 稀釋家用漂白水（即把 1 份 5.25% 漂白水與 99 份清水混和）消毒，待 15 – 30 分鐘後，用水清洗並抹乾。金屬表面則可用 70% 火酒清潔消毒。

- (2) 用吸水力強的即棄抹巾清理可見的污物，如呼吸道分泌物、嘔吐物或排泄物，然後用 1 比 49 稀釋家用漂白水（即把 1 份 5.25% 漂白水與 49 份清水混和）消毒被污染的地方及鄰近各處，待 15 – 30 分鐘後，用水清洗並抹乾。金屬表面則可用 70% 火酒清潔消毒。
- (3) 當學校或院舍爆發手足口病期間，避免集體活動。此外，應減少人手調動，盡量安排同一組員工照顧同一組學生。

(八) 傳染病報告

根據香港《預防及控制疾病條例》（第 599 章），腸病毒 71 屬於須向衛生防護中心呈報的傳染病。

手足口病 Tips

病名：	手足口病，
主要症狀：	手、足、口處出現帶有水皰的紅疹，伴有發燒。
傳播途徑：	飛沫、接觸、消化道傳播
傳染人群：	5 歲以下兒童為主

(僅供參考)

參考資料

- [1] 手足口病診療指南（2018 年版）[J]. 傳染病信息, 2018, 31 (03) :193-198.
- [2] 香港特別行政區衛生署. 健康資訊. 手足口病 [R/OL], (2020,4) <https://www.chp.gov.hk/tc/healthtopics/content/24/23.html>
- [3] 香港特別行政區衛生署. 專題報告. 預防手足口病及腸病毒 71 型感染 [R/OL], (2019,12) <https://www.chp.gov.hk/tc/features/16354.html>

(羅翌、康宇辰、梁卓龍)



手足口病常見於兒童

手足口病可導致發燒、
口腔潰瘍、手同腳出現
帶有水泡的紅疹



保護孩子：
時刻保持雙手清潔，
經常清潔和消毒
常接觸的表面



六 登革熱

登革熱是一種由登革熱病毒（dengue virus，DENV）引起的急性傳染病，以發熱、頭痛、全身肌肉關節疼痛和皮疹等為主要臨床表現的急性傳染病，也稱斷骨熱。

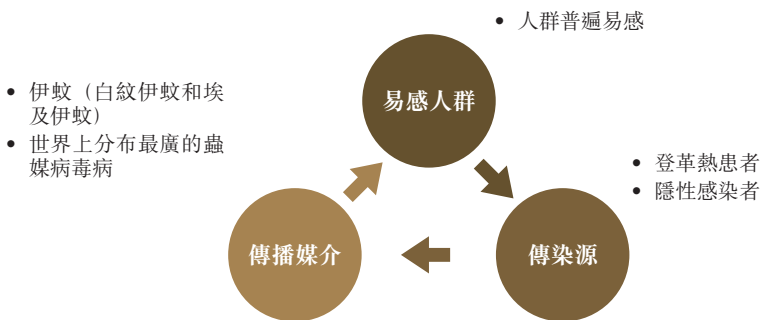
此病毒經由蚊子傳播給人類。登革熱常見於熱帶及亞熱帶地區，例如在鄰近的多個東南亞國家，登革熱已成為一種風土病。登革熱病毒共有四種不同血清型，每一型均可引致登革熱及重症登革熱（又稱為登革出血熱）

（一）流行病學

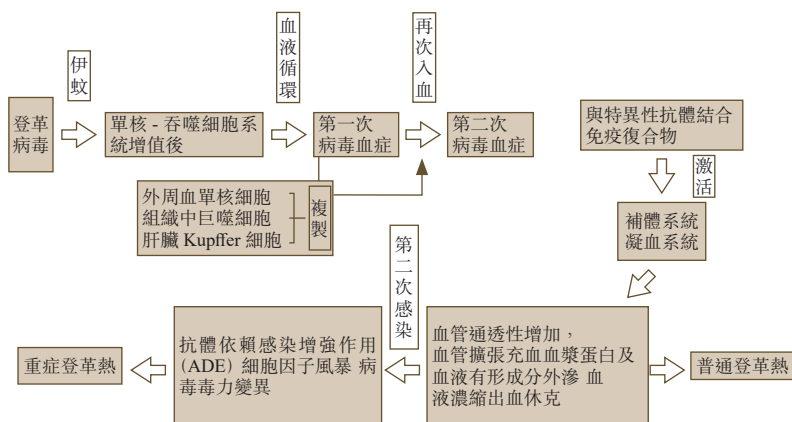
登革熱患者、隱性感染者、帶病毒的非人靈長類動物是登革熱的主要傳染源。登革熱主要是經媒介伊蚊叮咬吸血傳播。感染登革病毒後，人體會對同型病毒產生持久的免疫，但對不同型病毒感染不能形成有效保護。再次感染不同型別登革病毒會引發非中和性交叉反應抗體增加，引起抗體依賴增強作用（ADE），這是引起重症登革熱發病的一個重要機制，也是登革熱疫苗研發的重要障礙之一^[1]。

登革熱是世界上分布最廣的蟲媒病毒病，流行於全球熱帶及亞熱帶地區，尤其是在東南亞、太平洋島嶼和加勒比海等 100 多個國家和地區。登革熱在過去的 50 年間發病率增加了 30 倍。據 WHO 估計全球約有 25 億人口面臨登革熱感染風險，每年 WHO 各成員國報告的病例數高達 320 萬人，已成為全球性的嚴重公共衛生問題和重大疾病負擔^[1]。

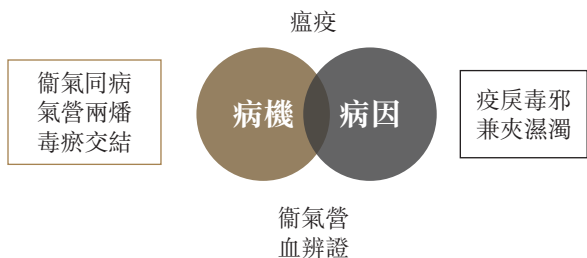
1. 傳染傳播鏈



2. 發病機制

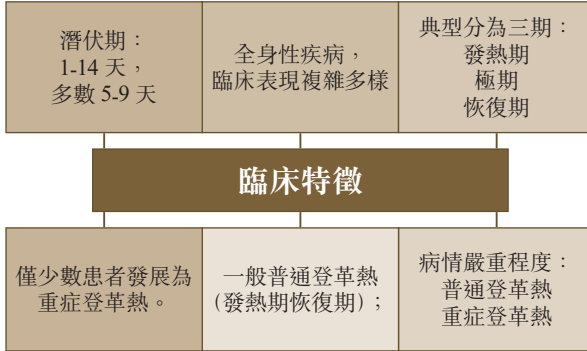


3. 中醫病因病機



(二) 臨床表現

1. 主要臨床症狀



2. 併發症

可出現中毒性肝炎、心肌炎、輸液過量、電解質及酸鹼失衡、二重感染、急性血管內溶血等^[2]。

以下為容易發展成重症登革熱的高危人群和發展成重症的預警指徵，應當給予高度重視，盡早進行對應治療^[1]。

重症登革熱的高危人群：

- (1) 老人、嬰幼兒和孕婦；
- (2) 伴有糖尿病、高血壓、冠心病、消化性潰瘍、哮喘、慢性腎病及慢性肝病等基礎疾病者；
- (3) 伴有免疫缺陷病者。

早期識別重症病例的預警指徵：

- (1) 退熱後病情惡化或持續高熱一周不退；
- (2) 嚴重腹部疼痛；
- (3) 持續嘔吐；
- (4) 胸悶、心悸；
- (5) 昏睡或煩躁不安；
- (6) 明顯出血傾向（黏膜出血或皮膚瘀斑等）；
- (7) 少尿；
- (8) 發病早期血小板快速下降；



- (9) 血清白蛋白降低；
- (10) 紅細胞比容升高；
- (11) 心律失常；
- (12) 胸腔積液、腹水或膽囊壁增厚等。

(三) 診斷

<p>1. 普通登革熱診斷依據</p> <ul style="list-style-type: none">• 近期有登革熱流行病學史• 臨床表現：發熱伴乏力、肌肉及骨關節痛、皮疹和出血傾向，白細胞和/或血小板減少；• 登革熱病毒 IgM 抗體 / NS1 抗原 / 登革熱病毒核酸陽性，或恢復期血清特异性 IgG 抗體滴度比急性期有 4 倍以上增長或轉陰轉陽。	<p>2. 重症登革熱診斷依據</p> <p>登革熱診斷標準基礎上出現下列嚴重表現之一者：</p> <ul style="list-style-type: none">• 嚴重出血（包括但不限於皮下血腫、肉眼血尿、咯血、消化道出血、陰道出血及顱內出血等）；• 休克• 嚴重器官損傷（ARDS 或呼吸衰竭、急性心肌或急性心力衰竭、急性肝損傷、急性腎功能不全、腦病或腦炎等）
---	---

(四) 鑒別診斷

登革熱的臨床表現多樣，注意與下列疾病相鑒別。與發熱伴出血疾病如基孔肯雅熱、腎綜合徵出血熱、發熱伴血小板減少綜合徵等鑒別；與發熱伴皮疹疾病如麻疹、蕁麻疹、猩紅熱、流腦、斑疹傷寒、恙蟲病等鑒別；有腦病表現的病例需與其它中樞神經系統感染相鑒別；白細胞及血小板減低明顯者，需與血液系統疾病鑒別^[2]。

(五) 辨證論治

以下內容主要參考由中華醫學會感染病學分會、中華醫學會熱帶病與寄生蟲學分會和中華中醫藥學會急診分會合作編寫的《中國登革熱臨床診斷和治療指南》（簡稱《國家方案》）^[1]。

1. 發熱期 溫熱濕郁 衛氣同病

- 症 狀：發熱，頭腰肌肉痛；惡寒無汗，疲倦乏力；惡心；納差腹瀉；皮疹；舌紅苔膩或厚；脈滑數
- 治 則：清熱化濕 解毒透邪

《國家方案》方藥：甘露消毒丹合達原飲加減

香薷 藿香 葛根 青蒿^(後下) 羌活
白蔻仁 半夏 滑石^(包煎) 赤芍
茵陳 草果 生甘草

用法：水煎服，日一劑。

加減：見皮疹者加紫草；口渴者加生地；發熱明顯者加柴胡。

2. 極期 毒瘀交結 擾營動血

症狀：熱退或發熱遷延；煩躁不寐；口渴；舌紅苔黃欠津；脈洪大或沉細滑數

治則：解毒化瘀 清營涼血

《國家方案》方藥：清瘟敗毒飲加減

生石膏 生地 水牛角 金銀花 黃連
黃芩 赤芍 茜草 牡丹皮 炒山梔
青蒿 生甘草

用法：水煎服，日一劑。

加減：神志昏迷、譫妄、抽搐者加用紫雪散、安宮牛黃丸等。

3. 極期 暑濕傷陽 氣不攝血

症狀：熱退或發熱遷延；乏力倦怠；皮疹隱隱或見暗色瘀斑；舌暗苔膩；脈細弱無力

治則：溫陽 益氣 攝血

《國家方案》方藥：附子理中湯合黃土湯加減

灶心黃土 炮附子 黨參 炮姜 黃芩
荊芥炭 炒白朮 炙甘草

用法：水煎服，日一劑。

4. 恢復期 餘邪未盡 氣陰兩傷

症狀：乏力倦怠；惡心；納差；口渴，大便不調；皮疹瘙癢；舌淡紅苔白膩；脈虛數

治 則：清熱化濕 健脾和胃

《國家方案》方藥：竹葉石膏湯合生脈飲加減

竹葉 南沙參 生薏米 生山藥 半夏
蘆根 麥冬 生稻麥芽 砂仁 西洋參
生甘草

用 法：水煎服，日一劑。

上述方案使用注意事項：

- (1) 涉及到超藥典劑量，應按照國家有關規定規範使用。
- (2) 妊娠期婦女發病，治療參考成人方案，避免使用妊娠禁忌藥。
- (3) 如病情發生變化，根據實際情況辨證論治。

(六) 循證醫學證據

1. 資料與方法

檢索中國知網 (CNKI)、萬方數據知識服務平台 (WF)、Pubmed 數據庫、EMBASE 數據庫和 AMED 數據庫。搜尋中醫藥治療季節性流感的臨床相關文獻。採用專業檢索。年限設定為自建庫日至 2020 年 12 月。檢索中文詞為登革熱、骨痛熱症、斷骨熱、天狗熱、登革熱病毒、中醫、中藥、方劑、針灸、艾灸。英文檢索以 PubMed 為例：

Number	Keywords of the Research
#1	Dengue fever [mh]
#2	Dengue fever *[tiab] OR Dengue virus*[tiab] OR Dengue hemorrhagic fever [tiab] Dengue shock syndrome [tiab]
#3	OR/#1-#2
#4	Randomized controlled trial[pt] OR Controlled clinical trial[pt] OR Randomized controlled trial[tiab] OR Controlled clinical trial[tiab] OR Randomized*[tiab] OR Randomly*[tiab] OR Random allocation[tiab] OR Trials[tiab] OR Case-control[tiab] OR Case series[tiab] OR CCT[tiab] OR RCT[tiab]

Number	Keywords of the Research
#5	Medicine, Chinese Traditional[mh] OR Drugs, Chinese Herbal[mh Terms]OR Traditional Chinese medicine[tiab] OR Chinese traditional medicine[tiab OR Complementary[tiab] OR alternative medicine[tiab] OR Complementary medicine[tiab] OR Alternative medicine[tiab] OR Chinese drugs,plant[tiab] OR (Plant extracts, Chinese[tiab] OR Chinese patent medicine[tiab] OR Chinese herbal drugs[tiab] OR Phytotherapy[tiab] OR TCM[tiab] OR CM[tiab] OR Integrative Medicine[mh] OR acupuncture[tiab] OR electro-acupuncture [tiab] OR needle[tiab] OR elongated needle[tiab] OR three edged needle [tiab] OR fire needle[tiab] OR warming needle [tiab] OR auricular acupuncture [tiab] OR abdominal acupuncture [tiab] OR warm acupuncture [tiab]
#6	#3 AND #4 AND #5

2. 研究結果

初步檢索獲取 537 篇研究文獻，依據制定標準逐級篩選，最終納入 33 篇文獻，文獻篩選過程見圖 1。

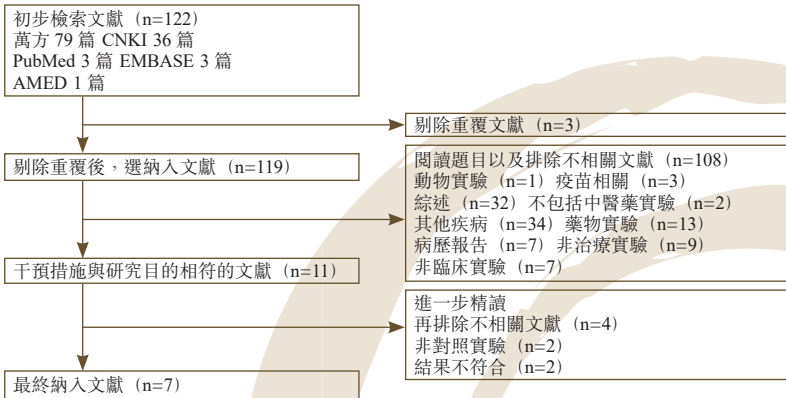


圖 1. 文獻篩查流程圖

選取的 7 項研究有 7 項報道了退熱時間比較；其中 4 項報導了總體有效率；其中有 3 項納入不良反應比較。

(1) 退熱時間比較分析

納入 7 項中有 7 項對總有效率進行了報道，且各項研究間存在高度異質性 ($P < 0.00001$, $I^2 = 84\%$)，採用固定效應模型。結果顯示 $MD = -1.34$, $95\%CI[-1.73, -0.95]$, $P < 0.00001$ ，見圖 2。

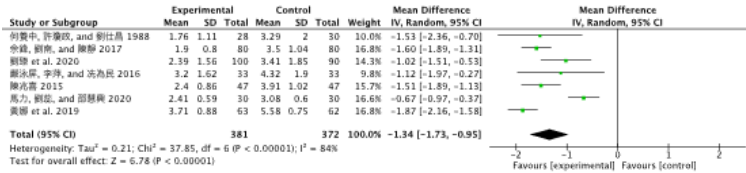


圖 2. 退熱時間比較分析

(2) 總有效率比較

納入的 7 項研究中有 4 項研究報道了退熱時間比較。尤於劉臻 et al. 2020 的總有效率為 100% 比 100%，在 OR 中為無效結果，見圖 5，故去除。對納入的 3 項研究結果進行異質性分析，結果表示無明顯異質性 (P = 0.80, I² = 0%)，採用固定效應模型對其進行 Meta 分析，結果顯示 OR = 5.76, 95%CI [2.31, 14.35], P < 0.00001, 見圖 3。其餘 3 項皆無報導。

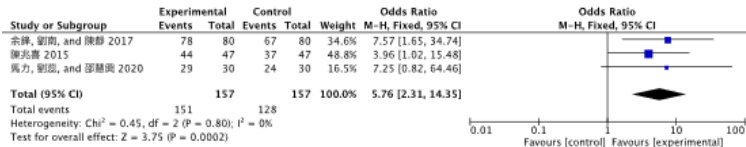


圖 3. 總有效率比較

(3) 不良反應發生比較

納入的 7 項研究中有 3 項研究報道了不良反應比較。由於研究方式不一致，故進行描述性分析。在陳兆喜 2015 的研究中，兩組均無發現肝功能、腎功能、心电图異常。另外，馬力, 劉蕊, and 邵慧興 2020 研究中，30 例治療組中發生 4 例；30 例對照組發生 2 例。兩者差異無統計學意義 (X²=0.185, P=0.667)。在黃娜 et al. 2019 研究中，兩組均無明顯不良反應事件發生。其餘 4 項均無報導。

本次研究共納入 7 篇文獻，共 753 例患者。中藥聯合西藥在退熱時間比較、總有效率比較、不良反應發生比較上顯著優於西藥對照組。但納入文獻異質性偏高，臨床療效尚需進一步驗證。

(七) 預防與調攝

目前沒有預防登革熱的疫苗在本港獲註冊。在本港預防登革熱的最佳方法是清除積水，防止蚊子滋生，以及避免被蚊子叮咬。

1. 預防蚊子傳播的疾病的方法

- (1) 穿著寬鬆、淺色的長袖上衣及長褲，並於外露的皮膚及衣服塗上含避蚊胺 (DEET) 成分的昆蟲驅避劑。
- (2) 採取其他關於戶外的預防措施：
- (3) 避免使用有香味的化妝品或護膚品
- (4) 依照指示重複使用昆蟲驅避劑

出外旅遊須知：

如果打算前往相關疾病流行的地區或國家，應在出發前六星期或更早諮詢醫生，並採取額外的預防措施，避免受到叮咬。

如到流行地區的郊外旅行，應帶備便攜式蚊帳，並在蚊帳上使用氯菊酯（一種殺蟲劑）。切勿將氯菊酯塗在皮膚上。如感到不適，應盡早求醫。

科學研究顯示即使沒有病徵或尚未出現病徵的感染者被蚊叮咬，也有機會把病毒傳給蚊子，繼而造成進一步傳播。因此，旅遊人士從受影響地區回來後 14 天內須繼續使用昆蟲驅避劑作為防蚊措施。若感到身體不適，如發燒，應盡快求醫，並將行程細節告知醫生。

2. 防止蚊蟲滋長

- (1) 防止積水
- (2) 每星期為花瓶換水一次
- (3) 避免使用花盆底盤
- (4) 緊蓋貯水器皿
- (5) 確保冷氣機底盤沒有積水
- (6) 把用完的罐子及瓶子放進有蓋的垃圾箱內
- (7) 避免蚊蟲滋生
- (8) 應妥善存放食物及處理垃圾

孕婦及 6 個月或以上的兒童可以使用含避蚊胺成分的昆蟲驅避劑。如兒童前往蚊傳疾病流行的國家或地區而有機會被蚊叮咬，兩個月或以上的兒童可使用濃度上限為 30% 的避蚊胺。

（八）傳染病報告

根據香港《預防及控制疾病條例》（第 599 章），登革熱屬於須向衛生防護中心呈報的傳染病。

* 本文大部分內容均來自於《中國登革熱臨床診斷和治療指南》和《登革熱診療指南（2014 年第 2 版）》，並參考香港衛生署網站相關資料。

登革熱 Tips

病名：	登革熱
主要症狀：	全身性疾病，臨床表現複雜多樣。如發熱、出血、皮疹、腦病表現
傳播途徑：	伊蚊（白紋伊蚊及埃及伊蚊）
傳染人群：	所有人群

（僅供參考）

參考資料

- [1] 中國登革熱臨床診斷和治療指南 [J]. 傳染病信息, 2018, 31 (05): 385-392.
- [2] 登革熱診療指南（2014 年第 2 版） [J]. 傳染病信息, 2014, 27 (05): 262-265.
- [3] 香港特別行政區衛生署. 專題報告登革熱 [R/OL], (2022,10) <https://www.chp.gov.hk/tc/features/38847.html>
- [4] 香港特別行政區衛生署. 健康資訊登革熱 [R/OL], (2018,8) <https://www.chp.gov.hk/tc/healthtopics/content/24/19.html>

（羅翌、康宇辰、梁卓龍）

慎防一「叮」防蚊防蟲我至醒

Beware of **stings**

Protect ourselves from vector-borne diseases



穿鬆鬆、淺色的長袖
上衣及長褲

Wear loose, light-coloured
long-sleeved tops
and trousers



於外露的皮膚及衣服
塗上含避蚊胺成分的
昆蟲驅避劑

Use DEET-containing
insect repellent on
exposed parts of the
body and clothing



出外旅遊，須做足預防措施

Take preventive
measures for vector-
borne diseases
when travelling



坐著艇行，防止蚊蟲滋長

Take actions to prevent
vector proliferation



中文健康推廣中心 www.chp.gov.hk

衛生署健康教育資訊
Health Education Unit of
the Department of Health

2833 0111



衛生署
Department of Health
— 2014年11月印 —
Revised in October 2014



吳瑋醫學博士

現任香港大學中醫藥學院高級中醫師，香港大學中醫藥學院臨床教研中心統籌，中醫藥學院抗 2019 年新型冠狀病毒疾病 (COVID-19) 小組負責人。曾任香港中醫學會第七屆、第八屆理監事會秘書長。世界中醫藥學會藥膳學會常務理事。

現統籌學院《溫病學》和《中醫文化導讀》課程，兼負責講授《中醫內科學》、《中醫外科學》及中醫內科碩士班部分課程。

吳瑋博士於 1983 年在北京首都醫科大學中醫藥學院取得醫學學士學位。1987 年東渡日本工作、後攻讀博士課程共八年，並在日本國立名古屋大學醫學研究科取得日本醫學博士學位。

吳瑋博士 1995 年從日本來到香港開設《吳瑋漢方醫館》，患者中多數是工作、生活在香港的日本人。吳瑋博士經常在香港的日本人俱樂部進行健康講座，在香港報刊、雜誌上發表了數十篇宣傳有關中醫中藥知識的文章，並多次在《亞洲電視國際台》、《鳳凰衛視》、《香港電臺》、《日本 NHK》上做有關中醫中藥防病、治病和養生的專題節目。2003 年香港流行“非典”期間，代表“香港中醫學會”參加廣華醫院非典患者的中醫會診，參加撰寫並出版專著“強肺抗炎中醫手冊”（香港星島出版社 2003.4）“春夏防病”（香港星島出版社 2003.5）。

吳瑋博士具有數十年中醫醫療經驗，在臨床與教學中能夠深入淺出、精細準確地辯證施治，治癒多種疑難雜症。並在中國、日本和香港多種專業雜誌報刊發表了數十篇論文。

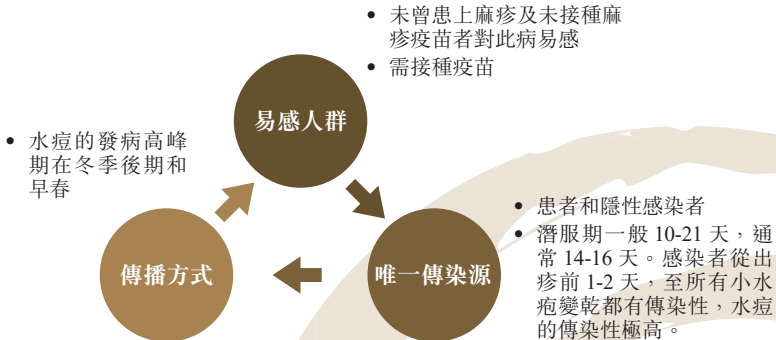
七 水痘

水痘是由水痘帶狀疱疹病毒 (varicella-zoster virus, VZV) 引起的急性傳染病，多發生在 12 歲以下的兒童身上。雖然幾乎所有人於感染水痘後都會終身免疫，但水痘病毒仍可能潛伏於人體內，並可在多年後復發引致「帶狀疱疹」，俗稱「生蛇」。

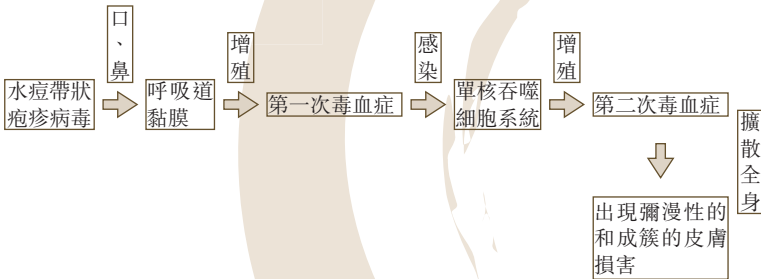
(一) 流行病學

人類是 VZV 唯一的貯存宿主。水痘的傳染性極強，對易感人群的感染率在 90% 以上。男女及不同種族對 VZV 感染同等敏感。在溫帶地區，水痘的發病高峰期在冬季後期和早春^[4]。

1. 傳染傳播鏈

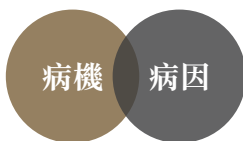


2. 發病機制



3. 中醫病因病機

邪傷肺衛
邪熾氣營
邪陷心肝
邪毒閉肺

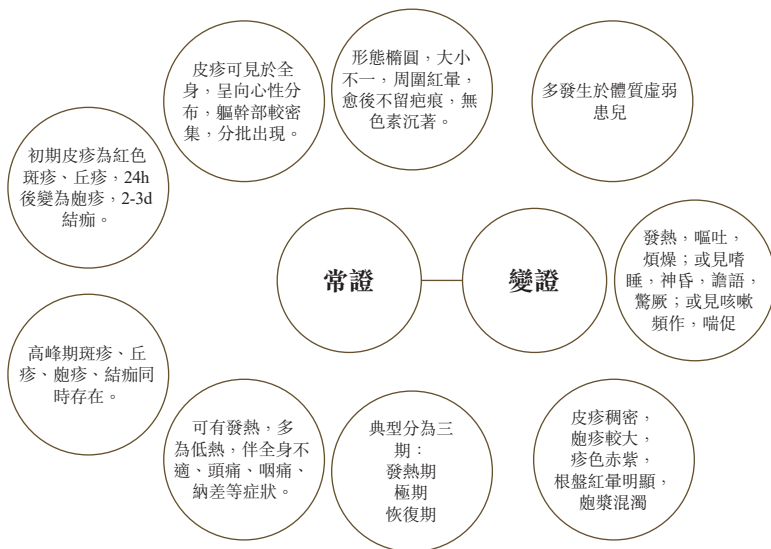


時邪口鼻而入

病位在肺，累及他臟

(二) 臨床表現

1. 主要臨床症狀



2. 併發症

如繼發細菌感染（金黃葡萄球菌/A族鏈球菌），表現為膿疱、蜂窩組織炎、筋膜炎、膿腫、猩紅熱或膿毒症。中樞神經系統出現併發症則為腦炎和小腦共濟失調。腦炎多表現為頸項強直、意識改變和驚厥；小腦共濟失調則為步態失調、眼球震顫和言語不清。如入侵肺部則有機會出現肺炎，水痘肺炎是嚴重的併發症，可出現咳嗽、呼吸困難、發紺、咯血和胸痛等。免疫受損者、妊娠、接受免疫抑制治療者屬於高危易感個體，需要重視^[4]。

(三) 水痘診斷

對既往健康的兒童而言，在診斷水痘時不必作實驗室檢查，根據病史，流行病學史以及典型的皮疹，易於作出診斷。在有神經系統併發症的兒童和無併發症的帶狀疱疹兒童，腦脊髓液中蛋白輕度到中度增加，淋巴細胞輕度增加^[4]。

亦可進行病毒學檢查：將疱疹液直接接種入人胎羊膜組織培養分離病毒，單純免疫螢光法檢測病毒抗原。用聚合酶鏈反應(PCR)檢測患兒呼吸道上皮細胞和外周血白細胞中的特異性病毒DNA，是敏感、快速的早期診斷方法^[2]。

(四) 鑒別診斷

應考慮其他病原體，如單純疱疹病毒(HSV)、腸道病毒(皮疹少而且無結痂)或金黃葡萄球菌(膿疱病，皮損少，多在口周或外周，革蘭染色可顯示陽性球菌，抗生素治療有效)等引起的疱疹性皮膚損害，以及藥物反應，疱疹樣皮炎(慢性、有蕁麻疹、殘留色素沉着)、昆蟲叮咬(呈非水疱性丘疹樣蕁麻疹)。有時帶狀疱疹易與單純疱疹的線樣皮疹或接觸性皮炎混淆^[4]。

(五) 辨證論治

以下內容主要參考國家中醫藥管理局《中醫兒科臨床診療指南·水痘(修訂)》(簡稱《國家方案》)^[2]。

1. 常證

(1) 邪傷肺衛證

治法：疏風清熱、利濕解毒

《國家方案》基本方：銀翹散合六一散加減

《國家方案》常用藥：金銀花、連翹、牛蒡子、淡竹葉、薄荷、蟬蛻、桔梗、車前子、滑石、甘草

(2) 邪熾氣營證

治法：清氣涼營、解毒化濕

《國家方案》基本方：清瘟敗毒飲加減

《國家方案》常用藥：黃連、黃芩、地黃、連翹、升麻、
牡丹皮、赤芍、紫草、石膏^(先煎)、梔子、
車前草、碧玉散

2. 變證

(1) 邪陷心肝證

治法：鎮驚息風、清熱解毒

《國家方案》基本方：羚角鉤藤湯合清瘟敗毒飲加減

《國家方案》常用藥：石膏^(先煎)、地黃、水牛角、黃連、
黃芩、知母、赤芍、玄參、連翹、牡丹皮、
紫草、鉤藤、桔梗、淡竹葉、甘草

(2) 邪毒閉肺證

治法：清熱解毒、開肺定喘

《國家方案》基本方：麻黃杏仁甘草石膏湯合黃連解毒湯

《國家方案》常用藥：麻黃、苦杏仁、前胡、石膏^(先煎)、
桑白皮、葶藶子、紫蘇子、黃芩、黃連
紫草、甘草

上述方案使用注意事項：

處方藥物具體劑量應根據患兒年齡規範使用，只適用於病症的治療，不適用於疾病的預防。

(六) 循證醫學證據

1. 資料與方法

檢索中國知網 (CNKI)、萬方數據知識服務平台 (WF)、Pubmed 數據庫、EMBASE 數據庫和 AMED 數據庫。搜尋中醫藥治療季節性流感的臨床相關文獻。採用專業檢索。年限設定為自建庫日至 2020 年 12 月。檢索中文詞為水痘、水痘-帶狀疱疹病毒、中醫、中藥、方劑、針灸、艾灸。英文檢索以 PubMed 為例：

Number	Keywords of the Research
#1	varicella [mh]
#2	Varicella*[tiab] OR Varicella virus*[tiab] OR chicken pox[tiab] OR VZV[tiab]
#3	OR/#1-#2
#4	Randomized controlled trial[pt] OR Controlled clinical trial[pt] OR Randomized controlled trial[tiab] OR Controlled clinical trial[tiab] OR Randomized*[tiab] OR Randomly*[tiab] OR Random allocation[tiab] OR Trials[tiab] OR Case-control[tiab] OR Case series[tiab] OR CCT[tiab] OR RCT[tiab]
#5	Medicine, Chinese Traditional[mh] OR Drugs, Chinese Herbal[mh Terms] OR Traditional Chinese medicine[tiab] OR Chinese traditional medicine[tiab] OR Complementary[tiab] OR alternative medicine[tiab] OR Complementary medicine[tiab] OR Alternative medicine[tiab] OR Chinese drugs,plant[tiab] OR (Plant extracts, Chinese[tiab] OR Chinese patent medicine[tiab] OR Chinese herbal drugs[tiab] OR Phytotherapy[tiab] OR TCM[tiab] OR CM[tiab] OR Integrative Medicine[mh] OR acupuncture[tiab] OR electro-acupuncture [tiab] OR needle[tiab] OR elongated needle[tiab] OR three edged needle [tiab] OR fire needle[tiab] OR warming needle [tiab] OR auricular acupuncture [tiab] OR abdominal acupuncture [tiab] OR warm acupuncture [tiab]
#6	#3 AND #4 AND #5

2. 研究結果

初步檢索獲取 76 篇研究文獻，依據制定標準遂級篩選，最終納入 5 篇文獻，文獻篩選過程見圖 1。

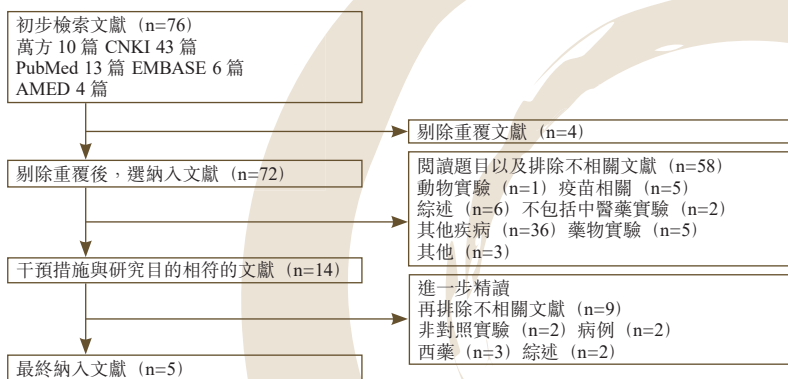


圖 1. 文獻篩查流程圖

(1) 臨床總有效率分析

納入 5 項中有 5 項對總有效率進行了報道，且各項研究間無明顯異質性 ($P = 0.99$, $I^2 = 0\%$)，故採用固定效應模型。結果顯示 $OR = 5.80$, $95\% CI [2.27, 14.80]$, $P = 0.0002$ ，見圖 2。

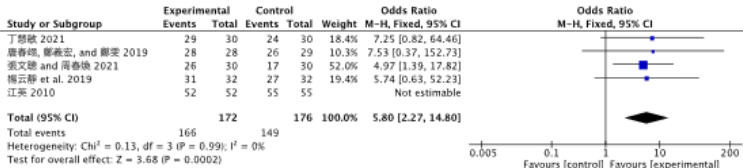


圖 2. 臨床總有效率

(2) 退熱時間比較

納入的 5 項研究中有 4 項研究報道了退熱時間比較。對納入的 4 項研究結果進行異質性分析，結果顯示無明顯異質性 ($P = 0.40$, $I^2 = 0\%$)，採用固定效應模型對其進行 Meta 分析，結果顯示 $MD = -1.17$, $95\% CI [-1.33, -1.01]$, $P < 0.00001$ ，見圖 3。其餘 1 項無報導退熱時間比較。

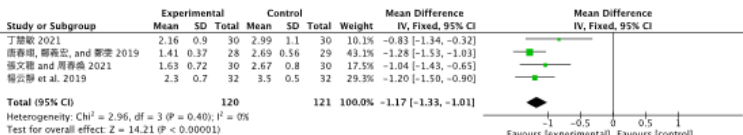


圖 3. 退熱時間比較

(3) 皮疹結痂時間比較

納入的 5 項研究中有 2 項研究報道了皮疹結痂時間比較。對納入的 2 項研究結果進行異質性分析，結果顯示無明顯存在異質性 ($P = 0.32$, $I^2 = 0\%$)，採用固定效應模型對其進行 Meta 分析，結果顯示 $MD = -1.73$, $95\% CI [-2.00, -1.45]$, $P < 0.00001$ ，見圖 4。其餘 3 項均無報道皮疹結痂時間比較。

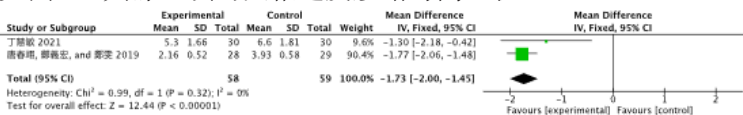


圖 4. 皮疹結痂時間比較

(4) 皮疹消去時間比較

納入的 5 項研究中有 2 項研究報道了皮疹消去時間比較。對納入的 2 項研究結果進行異質性分析，結果顯示無明顯異質性 ($P = 0.47$, $I^2 = 0\%$)，採用固定效應模型對其進行 Meta 分析，結果顯示 $SMD = -1.56$, 95% CI $[-1.96, -1.15]$, $P < 0.00001$ ，見圖 5。其餘 3 項均無報道皮疹消去時間比較。

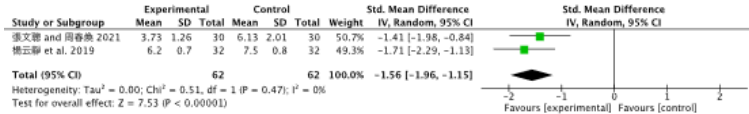


圖 5. 皮疹消去時間比較

(5) 不良反應比較

因為不良反應報告僅有一項研究，故對其進行描述性分析。唐春翊，鄭義宏，and 鄭雯 2019 的研究報告顯示，治療組的不良反應率為 3/28，而對照組為 2/29。兩組進行比較，差異並無統計學意義 ($P > 0.05$)。

(6) 治癒時間比例比較

治癒時間比例比較只有一項研究，因而對其進行描述性分析。江英 2010 中，第 2-3 天治癒時間比較，治療組為 59.62%，而對照組為 23.64%；第 4-5 天治癒時間比較，治療組 34.62%，而對照組為 29.09%。差異俱統計學意義 ($P < 0.05$)。

本次研究共納入 5 篇文獻，共 347 例患者。中藥聯合西藥在臨床總有效率、退熱時間比較、皮疹結痂時間比較、皮疹消去時間比較、不良反應比較、治癒時間比例比較上顯著優於西藥對照組。但納入文獻異質性偏高，臨床療效尚需進一步驗證。



(七) 預防與調攝

現時已有疫苗預防此病，約 9 成接種疫苗的人士都可以產生免疫能力。在「香港兒童免疫接種計劃」下，兒童接種共兩劑含水痘的疫苗。水痘流行期間不去公共場所。隔離水痘患兒不少於發病後 2 周，消毒水痘患兒污染的被服、用具及居室。保持室內空氣流通、新鮮，保持皮膚清潔，修剪指甲、防止搔抓，內衣要柔軟勤換，以防擦破皮膚。多飲溫開水，飲食宜清淡、易於消化，忌食辛辣等刺激性食物。若水痘搔破繼發感染，可用青黛 30g、煅石膏 50g、滑石 50g、黃柏 15g、冰片 10g、黃連 10g，共研細末，和勻，拌食用香油或橄欖油適量，調搽患處。

(八) 傳染病報告

根據香港《預防及控制疾病條例》(第 599 章)，水痘屬於須向衛生防護中心呈報的傳染病。

* 本文大部分內容均來自於國家中醫藥管理局《中醫兒科臨床診療指南·水痘(修訂)》和人民衛生出版社《諸福棠實用兒科學》，並參考香港衛生署網站。

水痘 Tips

病名：	水痘
主要症狀：	發燒和痕癢的紅疹、丘疹、疱疹、結痂同時並見。
傳播途徑：	接觸水痘或帶狀疱疹患者傳播
傳染人群：	未曾感染或未接種疫苗的人群

參考資料

- [1] 香港特別行政區衛生署·衛生防護中心·健康資訊·傳染病·水痘 [R/OL], (2019,07) <https://www.chp.gov.hk/zh/healthtopics/content/24/15.html>
- [2] 汪受傳, 賀麗麗, 孫麗平. 中醫兒科臨床診療指南·水痘 (修訂) [J]. 中醫兒科雜誌, 2016, 12 (01) :1-6. DOI:10.16840/j.issn1673-4297.2016.01.01.
- [3] 汪受傳, 陳爭光, 戴啟剛. 水痘中醫診療指南 [J]. 中醫兒科雜誌, 2011, 7 (03) :1-4.
- [4] 江載芳, 申昆玲, 沈穎. 諸福棠實用兒科學 [M]. 北京: 人民衛生出版社, 2014:834-837.

(吳璋、梁卓龍)

八 流行性腮腺炎

流行性腮腺炎 (mumps) 是由腮腺炎病毒 (mumps virus) 引起的呼吸道傳染病。該病是以腮腺腫脹及疼痛為特點的非化膿性炎症，全身組織也可受累。臨床以單側或雙側耳下腮部漫腫、疼痛為特徵。中醫學中稱之為「痄腮」。

(一) 流行病學

流行性腮腺炎一年四季均可發病，4—7 月和 11 月至次年 1 月為發病高峰期，多見於學齡及學齡前期兒童，在集體機構中可見暴發流行。間中或出現失聰或腦部、胰臟、睪丸或卵巢受感染等併發症。一次感染之後，包括隱性感染在內，均可獲得終身免疫。

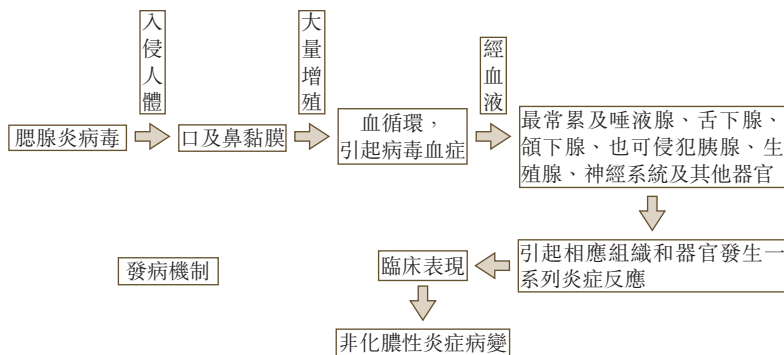
1. 傳染傳播鏈

傳染源：患者和隱性感染者是主要傳染源。潛伏期由 12 — 25 天不等，通常為 18 天。感染者從唾腺明顯腫脹之前 2 日及之後 5 日這段期間都有傳染性。

傳播途徑：病毒可通過直接接觸患者的唾液或飛沫傳播。

感染人群：各年齡人群均易感染。

2. 發病機制

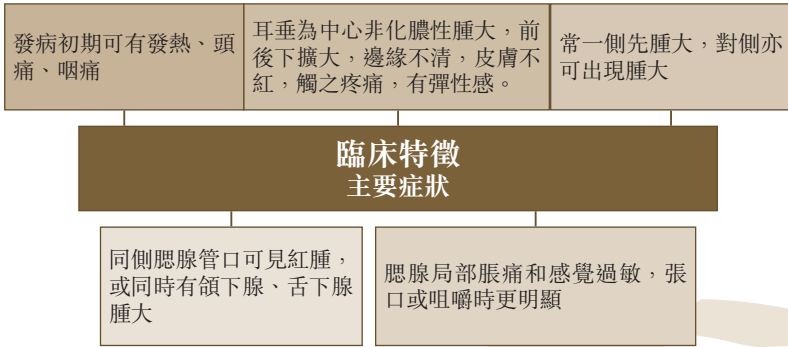


3. 病因病機



(二) 臨床表現

1. 主要臨床症狀



2. 併發症

流行性腮腺炎本身並非重症，但併發症較多，有些可引起嚴重後果。

神經系統併發症表現為腦炎、腦膜腦炎和腦脊髓炎等。流行性腮腺炎病毒也可侵犯生殖腺，表現為睪丸炎或卵巢炎，前者較後者多見。另外，急性胰腺炎也是併發症之一，主要表現為體溫驟然上升，伴有反復頻繁的嘔吐、上腹劇烈的疼痛、腹瀉、腹脹或便秘。

(三) 流行性腮腺炎診斷

流行性腮腺炎診斷主要結合流行病學史、臨床表現和病原學檢查進行診斷。



為明確診斷，可進行病原學檢查。從患兒唾液、腦脊液、尿或血中可分離出腮腺炎病毒。用 ELISA 法檢測患者血清中腮腺炎病毒特異性 IgM 抗體，可以早期快速診斷，用於 1 月內未接種過腮腺炎減毒活疫苗者。用 PCR 技術檢測腮腺炎病毒 RNA，可明顯提高可疑患者的診斷率。疑有腦膜腦炎者可做腦脊液檢查。

(四) 鑒別診斷

1. 化膿性腮腺炎（發頤）

腮腺腫大多為一側，局部疼痛劇烈，拒按，紅腫灼熱明顯；成膿時局部有波動感，按壓腮部可見口腔內腮腺管口有膿液溢出；無傳染性，常繼發於猩紅熱、傷寒等細菌感染性疾病之後；血白細胞總數及中性粒細胞增高^[3]。

2. 其他病毒性腮腺炎

流感病毒、副流感病毒、巨細胞包涵體病毒等都可引起腮腺腫大。對再次發生腮腺炎的病例，應作抗體測定，如為陰性，應考慮其他病毒引起的腮腺炎，可依據病毒分離加以鑒別^[3]。

3. 急性淋巴結炎

耳前、頸部、頷下淋巴結炎，有時易與腮腺炎、頷下腺炎相混淆，應注意鑒別。淋巴結發炎時，局部疼痛較重，腫脹的淋巴結邊緣清楚，質地較硬，不以耳垂為中心，局部紅腫灼熱明顯；腮腺管口無紅腫；常有頭面或口咽部感染灶；周圍血象示白細胞總數及中性粒細胞增高^[3]。

(五) 辨證論治

以下內容主要參考國家中醫藥管理局《中醫兒科臨床診療指南·流行性腮腺炎（修訂）》（簡稱《國家方案》）^[2]。

1. 常證

(1) 邪犯少陽證

治法：和解少陽，散結消腫

《國家方案》基本方：柴胡葛根湯加減

《國家方案》常用藥：柴胡、黃芩、石膏^(先煎)、牛蒡子、葛根、金銀花、連翹、板藍根、夏枯草、赤芍、桔梗、炙甘草等

(2) 熱毒蘊結證

治法：清熱解毒，軟堅散結

《國家方案》基本方：普濟消毒飲加減

《國家方案》常用藥：柴胡、黃芩、黃連、連翹、升麻、板藍根、蒲公英、錦燈籠、玄參、夏枯草、橘紅、桔梗等

2. 變證

(1) 邪陷心肝證

治法：清熱解毒，息風開竅

《國家方案》基本方：清瘟敗毒飲加減

《國家方案》常用藥：梔子、黃連、連翹、板藍根、生地黃、石膏^(先煎)、牡丹皮、赤芍、玄參、鉤藤^(後下)、僵蠶、炙甘草等

(2) 毒竄睪腹證

治法：清肝瀉火，活血止痛

《國家方案》基本方：龍膽瀉肝湯加減

《國家方案》常用藥：龍膽、梔子、黃芩、黃連、蒲公英、柴胡、川棟子、荔枝核、延胡索、桃仁、赤芍、青皮

(3) 毒結少陽證

治法：清洩熱毒，疏利少陽

《國家方案》基本方：大柴胡湯加減

《國家方案》常用藥：柴胡、黃芩、姜半夏、蒲公英、
郁金、枳殼、竹茹、川楝子、虎杖、
大黃^(後下)、白芍、炙甘草等

上述方案使用注意事項：

處方藥物具體劑量應根據患兒年齡規範使用，只適用於病症的治療，不適用於疾病的預防。

(六) 循證醫學證據

1. 資料與方法

檢索中國知網 (CNKI)、萬方數據知識服務平台 (WF)、Pubmed 數據庫、EMBASE 數據庫和 AMED 數據庫。搜尋中醫藥治療季節性流感的臨床相關文獻。採用專業檢索。年限設定為自建庫日至 2020 年 12 月。檢索中文詞為流行性腮腺炎、耳下腺炎、豬頭皮、疔腮、中醫、中藥、方劑、針灸、艾灸。英文檢索以 PubMed 為例：

Number	Keywords of the Research
#1	Mumps [mh]
#2	Mumps*[tiab] OR mumps virus*[tiab] OR pidemic parotitis [tiab]
#3	OR/#1-#2
#4	Randomized controlled trial[pt] OR Controlled clinical trial[pt] OR Randomized controlled trial[tiab] OR Controlled clinical trial[tiab] OR Randomized*[tiab] OR Randomly*[tiab] OR Random allocation[tiab] OR Trials[tiab] OR Case-control[tiab] OR Case series[tiab] OR CCT[tiab] OR RCT[tiab]

Number	Keywords of the Research
#5	Medicine, Chinese Traditional[mh] OR Drugs, Chinese Herbal[mh Terms]OR Traditional Chinese medicine[tiab] OR Chinese traditional medicine[tiab OR Complementary[tiab] OR alternative medicine[tiab] OR Complementary medicine[tiab] OR Alternative medicine[tiab] OR Chinese drugs,plant[tiab] OR (Plant extracts, Chinese[tiab] OR Chinese patent medicine[tiab] OR Chinese herbal drugs[tiab] OR Phytotherapy[tiab] OR TCM[tiab] OR CM[tiab] OR Integrative Medicine[mh] OR acupuncture[tiab] OR electro-acupuncture [tiab] OR needle[tiab] OR elongated needle[tiab] OR three edged needle [tiab] OR fire needle[tiab] OR warming needle [tiab] OR auricular acupuncture [tiab] OR abdominal acupuncture [tiab] OR warm acupuncture [tiab]
#6	#3 AND #4 AND #5

2. 研究結果

初步檢索獲取 537 篇研究文獻，依據制定標準遂級篩選，最終納入 33 篇文獻，文獻篩選過程見圖 1。

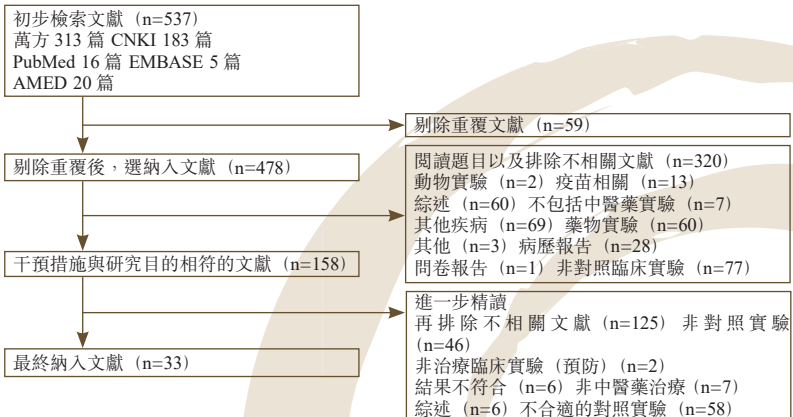


圖 1. 文獻篩查流程圖

選取的 33 項研究有 33 項報道了總體有效率；其中有 8 項納入腮腺腫脹消退時間比較；2 項納入併發症發生比較。



(1) 臨床總有效率

納入 33 項中有 33 項對總有效率進行了報道，且各項研究間無明顯異質性 ($P = 0.43$, $I^2 = 2\%$)，故採用固定效應模型。結果顯示 $OR = 7.14$, $95\%CI [5.46, 9.34]$, $P < 0.00001$ ，見圖 2。

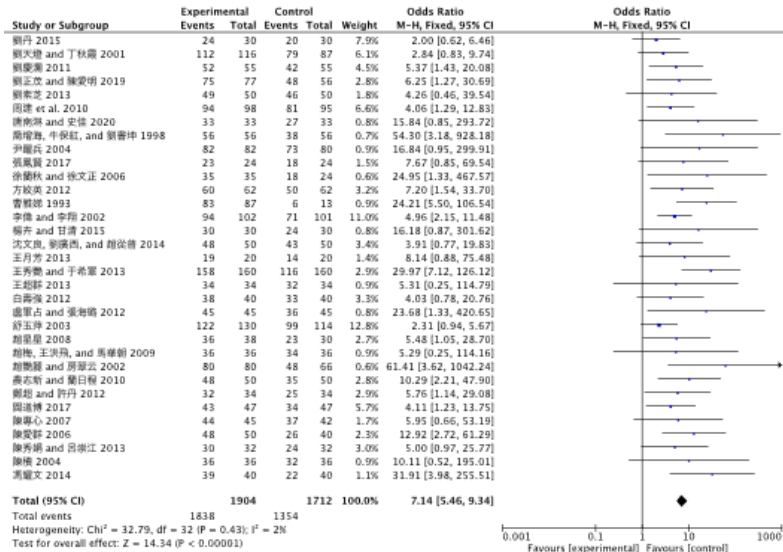


圖 2. 臨床總有效率

(2) 腮腺腫脹消退時間比較

納入的 33 項研究中有 8 項研究報道了退熱時間比較。對納入的 8 項研究結果進行異質性分析，結果顯示低度異質性 ($P = 0.15$, $I^2 = 35\%$)，採用固定效應模型對其進行 Meta 分析，結果顯示 $SMD = -0.98$, $95\%CI [-1.15, -0.82]$, $P < 0.00001$ ，見圖 3。

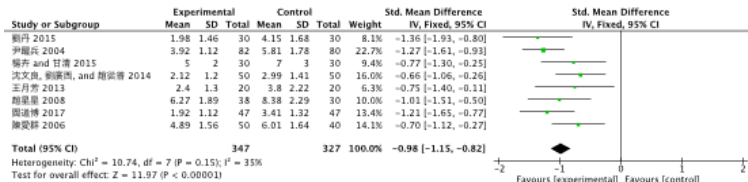


圖 3. 腮腺腫脹消退時間比較

(3) 併發症發生比較

納入的 33 項研究中有 2 項研究報道了皮疹結痂時間比較。由於研究數不足以進行 Meta 分析，故進行描述性分析。在楊卉 and 甘清 2015 的研究中，30 例治療組發生 0 例併發症，而 30 例對照組發生 6 例。治療組與對照組比較 $P < 0.05$ ，差異俱統計學意義。另外，陳愛群 2006 研究中，50 例治療組中發生 5 例；40 例對照組發生 14 例。 $P < 0.01$ ，差異俱統計學意義其餘 31 項均無報道併發症發生比較比較。

(4) 以總有效率為基準，OR 值為橫坐標，LogOR 值為縱坐標制漏斗圖。結果顯示程不對稱性，表明納入文獻存在發表偏移，見圖 4。

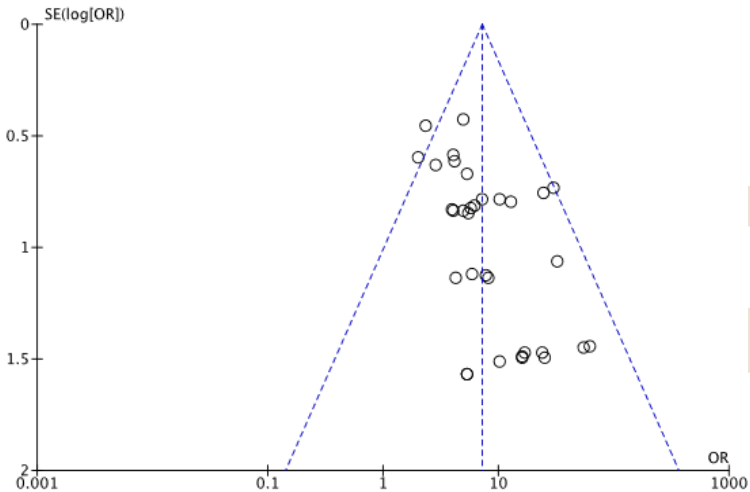


圖 4. 文獻發表偏倚漏斗圖

本次研究共納入 33 篇文獻，共 3616 例患者。中藥聯合西藥在臨床總有效率、腮腺腫脹消退時間、併發症發生上顯著優於西藥對照組。但納入文獻異質性偏高，臨床療效尚需進一步驗證。

(七) 預防與調攝

1. 保持良好的個人衛生

經常保持雙手清潔，尤其在觸摸口、鼻或眼之前、觸摸扶手或門把等公共設施後，或當手被呼吸道分泌物污染時，如咳嗽或打噴嚏後。洗手時應以梘液和清水搓手最少 20 秒，其後用抹手紙或乾手機弄乾。如沒有洗手設施，或當雙手沒有明顯污垢時，使用含 70—80% 的酒精搓手液潔淨雙手亦為有效方法。

打噴嚏或咳嗽時應用紙巾掩蓋口鼻，把用過的紙巾棄置於有蓋的垃圾箱內，然後徹底清潔雙手。

當出現呼吸道感染病徵，應戴上外科口罩，不應上班或上學，避免前往人多擠逼的地方，及盡早向醫生求診。

受感染的兒童出現腫脹後 5 天內不應回校上課，以免傳播疾病。

2. 保持良好的環境衛生

定期清潔和消毒常接觸的表面，如傢俬、玩具和共用物件。使用 1 比 99 稀釋家用漂白水（即把 1 份 5.25% 漂白水與 99 份清水混和）消毒，待 15—30 分鐘後，用水清洗並抹乾。金屬表面則可用 70% 火酒清潔消毒。

用吸水力強的即棄抹巾清理可見的污物，如呼吸道分泌物，然後用 1 比 49 稀釋家用漂白水（即把 1 份 5.25% 漂白水與 49 份清水混和）消毒被污染的地方及鄰近各處，待 15—30 分鐘後，用水清洗並抹乾。金屬表面則可用 70% 火酒清潔消毒。

保持室內空氣流通。避免前往人多擠逼或空氣流通欠佳的公眾地方；高危人士在這些地方逗留時可考慮佩戴外科口罩。

3. 免疫接種

現時已有疫苗有效地預防流行性腮腺炎。在「香港兒童免疫接種計劃」下，兒童接種共兩劑含流行性腮腺炎的疫苗。

(八) 傳染病報告

根據香港《預防及控制疾病條例》（第 599 章），流行性腮腺炎屬於須向衛生防護中心呈報的傳染病。

* 本文大部分內容均來自於國家中醫藥管理局《中醫兒科臨床診療指南·流行性腮腺炎（修訂）》人民衛生出版社和《諸福棠實用兒科學》，并參考香港衛生署網站相關資料。

流行性腮腺炎 Tips

病名：	流行性腮腺炎
主要症狀：	唾液腺腫痛，通常集中在兩頰
傳播途徑：	直接接觸患者的唾液或飛沫傳播
傳染人群：	1歲以上的小童最為普遍及未接種疫苗的人群

（僅供參考）

參考資料

- [1] 香港特別行政區衛生署·衛生防護中心·健康資訊·傳染病·流行性腮腺炎 [R/OL], (2019,06) <https://www.chp.gov.hk/tc/healthtopics/content/24/34.html>
- [2] 趙霞,秦艷虹,董盈妹,周濤,楊江.中醫兒科臨床診療指南·流行性腮腺炎(修訂)[J].中醫兒科雜誌,2017,13(01):1-5.DOI:10.16840/j.issn1673-4297.2017.01.01.
- [3] 韓新民,汪受傳,虞舜,趙霞,尹東奇.流行性腮腺炎中醫診療指南[J].中醫兒科雜誌,2008(05):1-3.
- [4] 江載芳,申昆玲,沈穎.諸福棠實用兒科學[M].北京:人民衛生出版社,2014:851-853.

（吳瑋、梁卓龍）



Mind Your Hands!

小心雙手!

Your hands do good deeds but they also spread germs.
你的雙手是好幫手，但也是傳染病幕後黑手。

切記

Remember

經常洗手，尤其是進食前、如廁後、
打噴嚏或咳嗽後、更換尿片後……

Wash hands frequently especially
before eating, after toilet use,
after sneezing or coughing,
after changing diapers ...

用視液和清水洗手，或用含
70 - 80% 酒精搓手液潔手

Wash hands with liquid soap and water,
or clean them with 70 - 80%
alcohol-based handrub

避免隨便觸摸眼睛、鼻和嘴巴

Avoid touching your eyes,
nose and mouth casually



衛生防護中心網站
Centre for Health Protection Website
衛生署健康教育專線
Health Education Infoline of the Department of Health

www.chp.gov.hk
2833 0111





林蓓茵博士

北京中醫藥大學學士，香港大學李嘉誠醫學院公共衛生碩士（流行病學及醫學統計學）、及中醫學（針灸）碩士，廣州中醫藥大學醫學博士（針灸）。

現為香港註冊中醫學會副會長，香港中醫中藥發展委員會委員，廣州中醫藥大學客座副教授。

九 猩紅熱

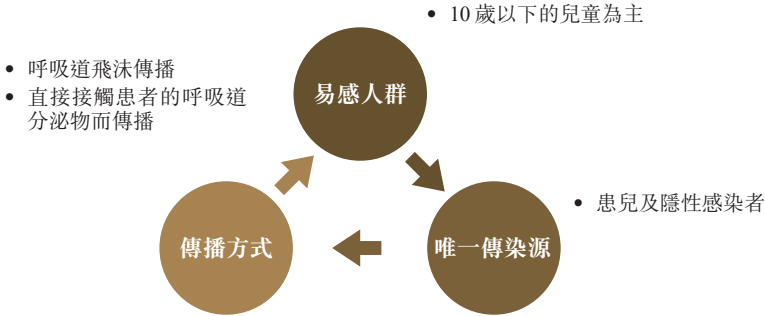
猩紅熱（Scarlet fever）是由感染甲類鏈球菌所引致，主要影響 10 歲以下的兒童，病徵以發燒、咽喉痛及出疹為主。透過飛沫或直接接觸患者的呼吸道分泌物而傳播，潛伏期為 1 至 3 日。服用合適的抗生素可有效治療猩紅熱，通常在 3-6 天內恢復，併發症不常見。猩紅熱屬於中醫學溫病範圍，因具有強烈的傳染性，故稱為「疫痧」、「疫疹」，又因咽喉腫痛腐爛，皮疹顏色猩紅，故又稱「爛喉痧」、「爛喉丹痧」等。

（一）流行病學

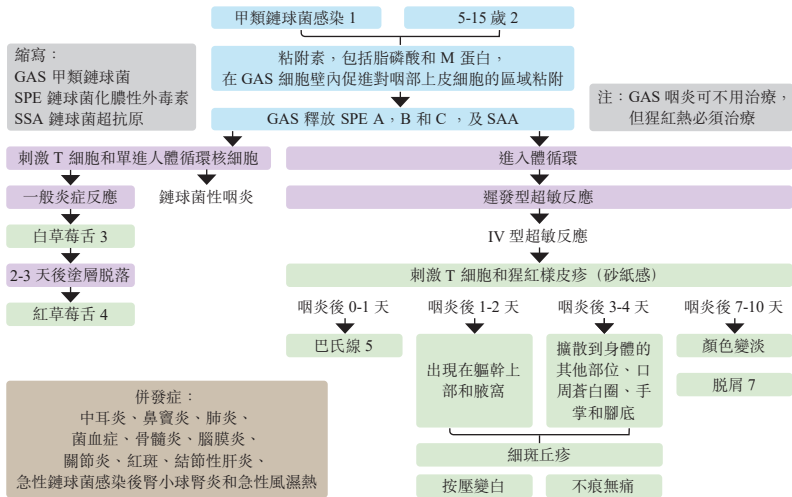
由於衛生及生活條件改善，尤其是抗生素的廣泛應用，本病的流行已不如以前。但 80 年代中期以後，北美、歐州侵襲性甲型鏈球菌感染的發病呈上升趨勢。2011 年，香港爆發了猩紅熱流行，當時引起流行的菌株主要為多重耐藥的 emm12 型。同年，emm12 型亦導致了上海爆發猩紅熱。

在香港，猩紅熱的發病高峰期為 12 月至 1 月，及 5 月至 6 月，發病率最低為 9 月。

1. 傳染傳播鏈



2. 發病機制

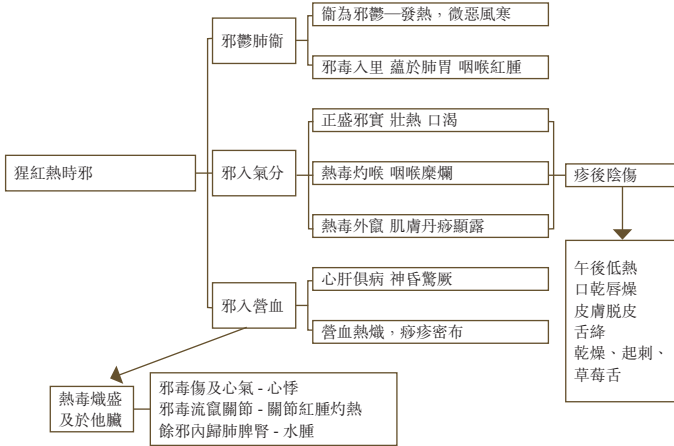


註：

- 1 大多數感染是 GAS 咽炎病例，但亦有可能由 GAS 皮膚感染發展為猩紅熱。
- 2 猩紅熱在這個年齡組的患者中最常見，但亦有可能見於成人。
- 3 白色草莓舌的特點是舌頭上有一層白色的塗層，塗層上突出水腫的舌乳頭。
- 4 草莓紅舌的特點是紅腫、腫脹的舌頭上覆蓋着水腫的舌乳頭。
- 5 身體皺襞處有明的紅斑和瘀點，尤其是肘前窩和腋窩皺襞，它們往往出現在皮疹之前並在脫屑階段持續存在。

說明： 病理生理學 機理 病徵 / 癥狀 / 實驗室檢測 併發症 參考：www.thecalgaryguide.com

3. 中醫病因病機



(二) 臨床表現

1. 主要臨床症狀

(1) 臨床診斷病例

- 流行病學史
- 發病前與猩紅熱患者有直接或間接觸史
- 臨床表現符合 (CENTOR 量表)

(2) 確診病例

- 咽喉細菌培養 或 快速鏈球菌測試

2. 併發症

感染直接蔓延侵襲鄰近組織如頷下，引起頸淋巴腺炎、鼻竇炎、中耳炎、乳突炎、扁桃腺周圍膿腫、咽後壁膿腫及支氣管炎、肺炎等。細菌通過血液亦可引起敗血症、腦膜炎、骨髓炎、化膿性關節炎及心內膜炎等。還有風濕熱、鏈球菌感染後腎小球腎炎和鏈球菌感染後反應性關節炎。

(三) 猩紅熱診斷

猩紅熱診斷主要結合流行病學史、臨床表現和病原學檢查進行診斷。

為明確診斷，可採集合適的呼吸道樣本進行實驗室檢驗。臨床上亦可使用快速鏈球菌抗原檢查（RADT）診斷試驗。

（四）鑒別診斷

1. 病毒性發疹性疾病（麻疹、風疹）

皮疹為斑丘疹，疹間皮膚正常，咽充血不如猩紅熱明顯，無扁桃腺滲出，無楊梅舌，麻疹起病3—4天後才出疹，前驅期頰黏膜可見麻疹黏膜斑，風疹常有枕後淋巴腺腫大。

2. 金黃葡萄球菌染

同樣可發生猩紅熱樣皮疹，楊梅舌等，鑒別需依靠細菌學檢查。實際兩者常同時存在。

3. 川崎病

可有皮疹、楊梅舌、1周末有指（趾）端脫皮，但與猩紅熱不同，好發於3歲以下兒童，高熱5天以上，抗生素治療無效，患兒有眼結合膜、口腔黏膜充血、口唇乾裂等。

4. 藥疹

可有猩紅熱樣皮疹，有藥物史，感染中毒症狀較輕，無咽、扁桃腺炎及楊梅舌等表現，停藥後症狀減輕，抗生素治療無效。

（五）辨證論治

以下內容主要參考全國中醫藥行業高等教育“十三五”規劃教材、全國高等中醫藥院校規劃教材（第十版）《中醫兒科學》（簡稱《十版教材》）^[2]。

1. 邪侵肺衛

證 候：發熱驟起，頭痛畏寒，肌膚無汗，咽喉紅腫疼痛，常影響吞咽，皮膚潮紅，可見痧疹隱隱，舌質紅，苔薄白或薄黃，脈浮數有力。

治 法：辛涼宣透，清熱利咽。

《十版教材》基本藥：銀翹散加減。

《十版教材》常用藥：金銀花、連翹、蘆根、葛根、牛蒡子、射干、甘草、荊芥、浮萍、淡豉、僵蚕、蟬蛻

《十版教材》加減：乳蛾紅腫者，加野菊花、蒲公英、大青葉；頸部淋巴結腫大，加浙貝母、夏枯草，紫花地丁

2. 毒熾氣營

證候：壯熱不解，煩躁不寧，面赤口渴，咽喉腫痛，伴有糜爛白腐，皮疹密布，色紅如丹，甚則色紫如瘀點。疹由頸、胸開始，繼而瀰漫全身，壓之退色，見疹後的1—2天舌苔黃糙、舌質紅刺，3-4天後舌苔剝脫，舌面光紅起刺，狀如草梅。脈數有力。

治法：清氣涼營，瀉火解毒。

《十版教材》基本藥：涼營清氣湯加減。

《十版教材》常用藥：水牛角、赤芍、丹皮、生石膏、黃連清氣涼營，瀉火解毒；鮮生地、鮮石斛、鮮蘆根、鮮竹葉、玄參、連翹甘寒清熱，護陰生津。

《十版教材》加減：咽喉紅腫加蚤休、板藍根、僵蚕、蟬蛻；皮疹不透，壯熱無汗加淡豆豉、浮萍；苔糙便秘，咽喉腐爛加紫雪丹、安宮牛黃丸

3. 肺胃陰傷

證候：丹痧佈齊後1-2天，身熱漸退，咽部糜爛疼痛減輕，或見低熱，唇乾口燥，或伴有乾咳，食欲不振，舌紅少津，苔剝脫，脈細數。約一周後可見皮膚脫屑、脫皮。

治法：養陰生津，清熱潤喉。

《十版教材》基本藥：沙參麥冬湯加減。

《十版教材》常用藥：南沙參，麥冬、玉竹、天花粉，
甘草、扁豆、桑葉

《十版教材》加減：若口乾、舌紅少津明顯者加玄參、
桔梗、蘆根；大便秘結難解加瓜蒌仁、
火麻仁；低熱不清者，加地骨皮、銀柴胡、
生地黃

上述方案使用注意事項：

處方藥物具體劑量應根據患兒年齡規範使用，只適用於病症的治療，不適用於疾病的預防。

（六）循證醫學證據

1. 資料與方法

檢索中國知網（CNKI）、萬方數據知識服務平台（WF）、Pubmed 數據庫、EMBASE 數據庫和 AMED 數據庫。搜尋中醫藥治療季節性流感的臨床相關文獻。採用專業檢索。年限設定為自建庫日至 2020 年 12 月。檢索中文詞為猩紅熱、A 型鏈球菌、中醫、中藥、方劑、針灸、艾灸。英文為英文檢索以 PubMed 為例：

Number	Keywords of the Research
#1	Scarlet fever [mh]
#2	Scarlet fever *[tiab] OR group A streptococcus*[tiab]
#3	OR/#1-#2
#4	Randomized controlled trial[pt] OR Controlled clinical trial[pt] OR Randomized controlled trial[tiab] OR Controlled clinical trial[tiab] OR Randomized*[tiab] OR Randomly*[tiab] OR Random allocation[tiab] OR Trials[tiab] OR Case-control[tiab] OR Case series[tiab] OR CCT[tiab] OR RCT[tiab]

#5	Medicine, Chinese Traditional[mh] OR Drugs, Chinese Herbal[mh Terms]OR Traditional Chinese medicine[tiab] OR Chinese traditional medicine[tiab OR Complementary[tiab] OR alternative medicine[tiab] OR Complementary medicine[tiab] OR Alternative medicine[tiab] OR Chinese drugs,plant[tiab] OR (Plant extracts, Chinese[tiab] OR Chinese patent medicine[tiab] OR Chinese herbal drugs[tiab] OR Phytotherapy[tiab] OR TCM[tiab] OR CM[tiab] OR Integrative Medicine[mh] OR acupuncture[tiab] OR electro-acupuncture [tiab] OR needle[tiab] OR elongated needle[tiab] OR three edged needle [tiab] OR fire needle[tiab] OR warming needle [tiab] OR auricular acupuncture [tiab] OR abdominal acupuncture [tiab] OR warm acupuncture [tiab]
#6	#3 AND #4 AND #5

2. 研究結果

初步檢索獲取 537 篇研究文獻，依據制定標準逐級篩選，最終納入 33 篇文獻，文獻篩選過程見圖 1。

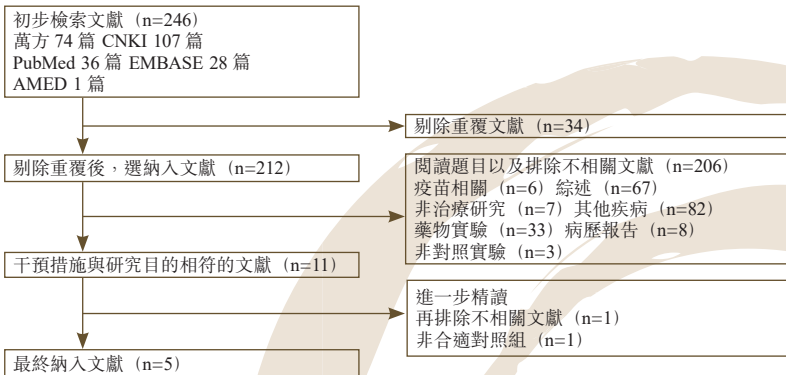


圖 1. 文獻篩查流程圖

選取的 5 項研究有 3 項報道了總有效率；其中 2 項報導了治療後體溫、皮疹和 WBC 數比較；1 項報導了體恢復時間比較；1 項納入併發症率。

(1) 總有效率比較

納入的 5 項研究中有 3 項研究報道了總有效率比較。對納入的 3 項研究結果進行異質性分析，結果表示無明顯異質性 ($P = 0.47$, $I^2 = 0\%$)，採用固定效應模型對其進行 Meta 分析，結果顯示 $OR = 5.68$, $95\%CI [1.83, 17.63]$, $P=0.003$ ，見圖 2。其餘 2 項皆無報導。

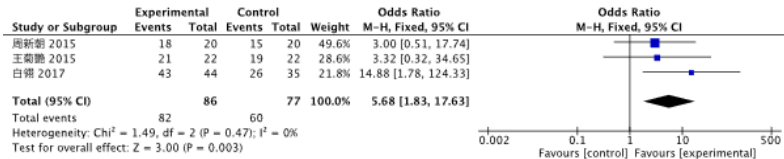


圖 2. 總有效率比較

(2) 治療後體溫、皮疹及 WBC 數比較

納入 5 項中有 2 項研究報道治療後體溫、皮疹及 WBC 數比較。由於納入數不足，故進行描述性分析。孫淑芹，朱成方，and 劉紅 2013 研究中，治療後治療組的體溫為 36.09 ± 2.53 ($^{\circ}C$)、皮疹面積為 9.87 ± 3.44 (%)、白細胞數為 8.7 ± 2.32 ($\times 10^9/L$)；對照組的體溫為 36.98 ± 3.08 ($^{\circ}C$)、皮疹面積為 11.56 ± 3.97 (%)、白細胞數為 10.4 ± 2.78 ($\times 10^9/L$)。治療組體溫、皮疹面積、白細胞數均低於對照組，差異有統計學意義 ($P < 0.05$)。而白翎 2017 研究中，治療後治療組的體溫為 36.16 ± 1.70 ($^{\circ}C$)、皮疹面積為 9.36 ± 3.31 (%)、白細胞數為 8.04 ± 2.20 ($\times 10^9/L$)；對照組的體溫為 37.33 ± 2.27 ($^{\circ}C$)、皮疹面積為 11.67 ± 3.92 (%)、白細胞數為 10.75 ± 2.98 ($\times 10^9/L$)。治療組體溫、皮疹面積、白細胞數均低於對照組，差異有統計學意義 ($P < 0.05$)。治療組在三者表現上較對照組優秀。其餘 3 項皆沒有報導。

(3) 體溫恢復正常時間比較

納入的 5 項研究中，有 1 項研究報道了體溫恢復正常時間比較。納入數不足，故進行描述性分析。王行素，崔春鳳，劉晶艷 1994 研究中，針刺組 55 例中 55 例皆於 48 小時內恢復正常體溫；對照組 45 例中，則有 9 例於 48 小時後才回復正常體溫。兩組療效比較具有顯著的差異性和俱統計學意義 ($P < 0.01$)。其餘 4 項

均無相關報導。

(4) 併發症發生比較

納入的 5 項研究中有 1 項研究報道了併發症發生比較。由於納入數不足，故進行描述性分析。周新朝 2015 研究中，10 例的實驗組中，沒有出現併發症。而 8 例對照組中則出現 3 例 (15%)。P < 0.05，差異俱統計學意義。其餘 4 項均無報道。

本次研究共納入 5 篇文獻，共 349 例患者。中藥聯合西藥在臨床總有效率上顯著優於西藥對照組。但納入文獻異質性偏高，臨床療效尚需進一步驗證。

(七) 預防與調攝

現時並沒有疫苗可以預防猩紅熱。可採取以下措施以減低感染機會：

1. 保持良好的個人衛生

經常保持雙手清潔，尤其在觸摸口、鼻或眼之前；觸摸扶手或門把等公共設施後；或當手被呼吸道分泌物污染時，如咳嗽或打噴嚏後。

洗手時應以梘液和清水清潔雙手，搓手最少 20 秒，用水過清並用抹手紙或乾手機弄乾。如沒有洗手設施，或雙手沒有明顯污垢時，使用含 70 至 80% 的酒精搓手液潔淨雙手亦為有效方法。

打噴嚏或咳嗽時應用紙巾掩蓋口鼻，把用過的紙巾棄置於有蓋垃圾箱內，然後徹底清潔雙手。

避免與他人共用個人物品，如餐具和毛巾。

當出現呼吸道感染病徵，應戴上外科口罩，不應上班或上學，避免前往人多擠逼的地方，及盡早向醫生求診。

患上猩紅熱的兒童應避免上學或返回幼兒中心，直至退燒和服用抗生素最少 24 小時後。

2. 保持良好的環境衛生

經常清潔和消毒常接觸的表面，如傢俬、玩具和共用物件。



使用 1 比 99 稀釋家用漂白水（即把 1 份 5.25% 漂白水與 99 份清水混和）消毒，待 15 – 30 分鐘後，用水清洗並抹乾。金屬表面則可用 70% 火酒清潔消毒。

用吸水力強的即棄抹布清理可見的污物，如呼吸道分泌物，然後用 1 比 49 稀釋家用漂白水（即把 1 份 5.25% 漂白水與 49 份清水混和）消毒被污染的地方及鄰近各處，待 15 – 30 分鐘後，用水清洗並抹乾。金屬表面則可用 70% 火酒清潔消毒。

保持室內空氣流通。避免前往人多擠逼或空氣流通欠佳的公眾地方；高危人士在這些地方逗留時可考慮佩戴外科口罩。

（八）傳染病報告

根據香港《預防及控制疾病條例》（第 599 章），猩紅熱屬於須向衛生防護中心呈報的傳染病。

香港猩紅熱的年發病率在 2011 年激增後繼續上升。2012-2015 年，5 歲以下兒童的發病率從 2005-2010 年的 3.3/10,000 名增加到的 18.1/10,000 名。

* 本文大部分內容均來自於“十二五”國家重點圖書出版規劃項目《諸福棠實用兒科學》和全國中醫藥行業高等教育“十三五”規劃教材、全國高等中醫藥院校規劃教材（第十版）《中醫兒科學》，並參考香港衛生署網站相關資料。

參考資料

- [1] 江載芳, 申昆玲, 沈穎. 諸福棠實用兒科學 [M]. 北京: 人民衛生出版社, 2014:1018-1024.
- [2] 馬融. 中醫兒科學: 新世紀第四版 [M]. 北京: 中國中醫藥出版社, 2016:195-198.
- [3] 香港特別行政區衛生署. 衛生防護中心. 健康資訊. 傳染病. 猩紅熱 [R/OL], (2019,07) <https://www.chp.gov.hk/zh/healthtopics/content/24/41.html>

（林蓓茵）

猩紅熱 Tips

病名：	猩紅熱
主要症狀：	發燒、咽喉痛及出疹為主。
傳播途徑：	透過飛沫或直接接觸患者的呼吸道分泌物而傳播
傳染人群：	10 歲以下的兒童為主

（僅供參考）

預防猩紅熱
Prevention of Scarlet Fever

保持雙手清潔
Keep hands clean

咳嗽或打噴嚏時應掩蓋口鼻
Cover your nose and mouth while sneezing or coughing

避免與他人共用個人物品，如餐具及毛巾
Avoid sharing personal items such as eating utensils and towels

如發燒、喉嚨痛或出疹，應盡早求診
If you have a fever, sore throat or skin rash, seek medical advice promptly

患上猩紅熱的兒童應避免上學或返回幼兒園，直至退熱和服用抗生素最少24小時後
Children suffering from scarlet fever should refrain from attending school or child care setting until fever has subsided and they have been treated with antibiotics for at least 24 hours

衛生防護中心
www.chp.gov.hk

衛生防護中心 Facebook 專頁
fb.com/CentreforHealthProtection

2833 0111

衛生防護中心
Health Protection Centre
of the Department of Health

衛生署
Department of Health

第四章：專家述評



黃譚智媛教授，太平紳士
FRCOG, FFPH, FRCP (London), FHKAM,
FRACMA, FHKIoD
香港大學中醫藥學院名譽教授，
香港大學榮譽大學院士，
香港公開大學榮譽大學院士

前任：

世界銀行公共衛生專家、香港醫院管理局總裁、瑪麗醫院行政總監、香港大學婦產科教授。

現任：：

香港中西醫結合學會榮譽會長、世中聯國際中醫藥臨床標準工作委員會委員、現代化中醫藥國際協會副會長、中醫藥規範研究學會董事、中藥全球化聯盟香港區統籌。

曾任公職：

中國中西醫結合學會常務理事、國際婦產科聯盟妊娠安全委員會主席、世界衛生組織多項計畫專家顧問。

香港婦產科學會主席、香港孕產婦和新生兒健康學會主席、聯合國兒童基金會愛嬰醫院香港協會副主席、香港「地球之友」主席、香港中文大學中醫藥學院及公共衛生學院特邀教授、香港浸會大學中醫藥學院諮詢委員會委員及特邀教授。

一 傳染病中西醫處理之異同：
「長新冠」定義、數據、病理、醫治及展望

 HKU Med HKU Faculty of Medicine
School of Chinese Medicine
香港大學中醫藥學院

 中醫藥發展基金 Chinese Medicine Development Fund

提升社區中醫診所應對
傳染病防控能力的培訓

傳染病中西醫處理之異同：
「長新冠」定義、數據、病理、醫治及展望

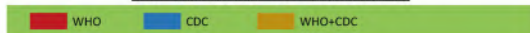
黃譚智媛 教授
vcwwong@hku.hk

2022-10-23

「長新冠」定義/症狀

- 呼吸：咳嗽，痰，呼吸急促，低氧，胸痛
- 腦神經：腦霧，記憶力，頭痛，頭暈，中風，說話困難
- 精神心理：焦慮/抑鬱，睡眠，濫藥，創傷後症候群，情緒變化
- 心血管：冠狀動脈血栓，心衰，心跳加速/心悸
- 胃腸臟腑：胃口，便秘，腹瀉

WHO：症狀出現3個月 CDC：症狀出現4個星期



「長新冠」定義/症狀

- 總體：乏力，發熱，肌肉痛，關節痛，勞動後疲倦
- 五官：耳鳴，耳痛，喉嚨痛，嗅、味覺喪失，鼻炎，紅眼
- 代謝：糖尿病
- 皮膚：皮疹，脫髮，乾燥綜合徵，針刺感
- 生殖器官：睪丸功能，女性經期變化

WHO：症狀出現3個月 CDC：症狀出現4個星期

CDC

WHO+CDC

FOR IMMEDIATE RELEASE

April 28, 2022

Contact:
Lauren Stiles, JD
President, Dysautonomia International
Phone: 631-202-1720
press@dysautonomiainternational.org

DYSAUTONOMIA INTERNATIONAL



An Estimated 38 Million Americans Have Developed an Autonomic Nervous System Disorder Following COVID-19 Infection According to Experts, Signaling Healthcare Crisis

自主神經功能障礙，67%長新冠：3800萬美國人

- 調節免疫功能，凝血途徑，運動耐量，認知功能，
心率血壓→乏力，心悸，頭昏，頭痛

「長新冠」定義/症狀

- 總體：乏力，發熱，肌肉痛，關節痛，勞動後疲倦
- 五官：耳鳴，耳痛，喉嚨痛，嗅、味覺喪失，鼻炎，紅眼
- 代謝：糖尿病
- 皮膚：皮疹，脫髮，乾燥綜合徵，針刺感
- 生殖器官：睪丸功能，女性經期變化

WHO：症狀出現3個月 CDC：症狀出現4個星期

CDC

WHO+CDC

FOR IMMEDIATE RELEASE

April 28, 2022

Contact:

Lauren Stiles, JD
President, Dysautonomia International
Phone: 631-202-1720
press@dysautonomiainternational.org

DYSAUTONOMIA INTERNATIONAL



An Estimated 38 Million Americans Have Developed an Autonomic Nervous System Disorder Following COVID-19 Infection According to Experts, Signaling Healthcare Crisis

自主神經功能障礙，67%長新冠：3800萬美國人

- 調節免疫功能，凝血途徑，運動耐量，認知功能，心率先血壓→乏力，心悸，頭昏，頭痛

「長新冠」發病率 (1)

	UCLA	PENN	NATURE	NIH
研究人數	1038	1100	4000	60000
1個月	-	>50%	13%	25-30%
2個月	-	-	4.5%	-
3個月	29.7%	-	2.3%	-

「長新冠」發病率 (2)

	LANCET 歐洲無人院	LANCET 普人院	CUHK 翼便	STANFORD 翼便	UK 多器官	LUXEM BOURG 64種症狀
研究人數	353	1733	106	113	536→331	300
4個月	-	-	-	12.7%	-	-
6-7個月	34.8%	76%	76% (>1) 33% (>3)	3.8%	59% (>3) 23% (>10)	-
12個月	-	-	-	-	59% (>3) 27% (>10)	59.5% (>1)

Journal Pre-proof

腸胃感染和症狀與糞便新冠RNA, 史坦福大學

Gastrointestinal symptoms and fecal shedding of SARS-CoV-2 RNA suggest prolonged gastrointestinal infection

Aravind Natarajan, Soumaya Zilhi, Erin F. Brooks, Summer E. Vance, Alex Dahlen, Haley Hedlin, Ryan M. Park, Alvin Han, Danica T. Schmidtke, Rana Verma, Karen B. Jacobson, Julie Parsonnet, Hector F. Bonilla, Upinder Singh, Benjamin A. Pinsky, Jason R. Andrews, Prasanna Jagannathan, Ami S. Bhatt



PII: S2666-6340(22)00167-2
 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.medj.2022.04.001>
 Reference: MEDJ 195

To appear in: *Med*

Received Date: 27 January 2022
 Revised Date: 1 March 2022
 Accepted Date: 5 April 2022



Multi-organ impairment and Long COVID: a 1-year prospective, longitudinal cohort study 「長新冠」與多器官損傷, 倫敦、牛津大學等

Andrea Dennis, PhD¹; Daniel J Cuthbertson, PhD²; Dan Wootton, PhD³; Michael Crooks, MD^{4,5}; Mark Gabbay, MD⁶; Nicole Eichert, PhD¹; Sofia Mouchti⁷; Michele Pansini, MD⁷; Adriana Roca-Fernandez¹; Helena Thomaides-Brears, PhD¹; Matt Kelly, PhD¹; Matthew Robson, PhD¹; Lyth Hishmeh⁸; Emily Attree, MD⁹; Melissa Heightman, PhD¹⁰; Rajarshi Banerjee, PhD¹; Amitava Banerjee, PhD^{10,11,12,*}

¹Perspectum, Oxford, UK
²Institute of Cardiovascular and Metabolic Medicine, University of Liverpool, Liverpool, UK
³Institute of Infection, Veterinary and Ecological Sciences, University of Liverpool, Liverpool, UK
⁴Department of Respiratory Medicine, Hull and East Yorkshire Hospitals NHS Foundation Trust, Hull, UK
⁵Institute of Clinical and Applied Health Research, University of Hull, Hull, UK
⁶Institute of Population Health Sciences, University of Liverpool, Liverpool University Hospitals NHS Foundation Trust, Liverpool, UK
⁷Department of Radiology, John Radcliffe Hospital, Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust, Oxford
⁸Long COVID SOS, Oxford, UK
⁹UKDoctors/Longcovid, London, UK
¹⁰Department of Medicine, University College London Hospitals NHS Foundation Trust, London, UK
¹¹Institute of Health Informatics, University College London, London, UK
¹²Department of Cardiology, Barts Health NHS Trust, London, UK



nature
medicine

ARTICLES

<https://doi.org/10.1038/s41591-022-01689-3>

OPEN 長期心血管病增風險，美國退伍軍人部
Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19

Yan Xie^{1,2,3}, Evan Xu^{1,4}, Benjamin Bowe^{1,2} and Ziyad Al-Aly^{1,2,3,5}

The cardiovascular complications of acute coronavirus disease 2019 (COVID-19) are well described, but the post-acute cardiovascular manifestations of COVID-19 have not yet been comprehensively characterized. Here we used national healthcare databases from the US Department of Veterans Affairs to build a cohort of 152,760 individuals with COVID-19, as well as two sets of control cohorts with 5,637,647 (contemporary controls) and 5,859,411 (historical controls) individuals, to estimate risks and 1-year burdens of a set of pre-specified incident cardiovascular outcomes. We show that, beyond the first 30 d after infection, individuals with COVID-19 are at increased risk of incident cardiovascular disease spanning several categories, including cerebrovascular disorders, dysrhythmias, ischemic and non-ischemic heart disease, pericarditis, myocarditis, heart failure and thromboembolic disease. These risks and burdens were evident even among individuals who were not hospitalized during the acute phase of the infection and increased in a graded fashion according to the care setting during the acute phase (non-hospitalized, hospitalized and admitted to intensive care). Our results provide evidence that the risk and 1-year burden of cardiovascular disease in survivors of acute COVID-19 are substantial. Care pathways of those surviving the acute episode of COVID-19 should include attention to cardiovascular health and disease.



Journal of Nuclear Medicine, published on February 17, 2022 as doi:10.2967/jnumed.121.263085

系統評價腦分子成像掃描及其臨床症狀，德國弗賴貝格大學

Molecular imaging findings on acute and

long-term effects of COVID-19 on the brain:

A systematic review

Philipp T. Meyer¹, Sabine Hellwig², Ganna Blazhenets¹ and Jonas A. Hosp³

¹Department of Nuclear Medicine, ²Department of Psychiatry and Psychotherapy

and ³Department of Neurology and Clinical Neuroscience

Medical Center – University of Freiburg,

Faculty of Medicine, University of Freiburg, Freiburg, Germany



Article

SARS-CoV-2 is associated with changes in brain structure in UK Biobank<https://doi.org/10.1038/s41586-022-04569-5>

Received: 19 August 2021

Accepted: 21 February 2022

Published online: 7 March 2022

Gwenaelle Douaud^{1,2,3,4,5}, Sachin Lee¹, Fidel Alfaro-Almeida¹, Christoph Arthur⁶, Chaoyue Wang¹, Paul McCarthy¹, Frederik Langs¹, Jasper L. R. Andersson¹, Ludovica Griffanti¹, Eugenio Duñi¹, Saad Aljabar¹, Bernd Tscholar¹, Peter Koenig¹, Anderson M. Winkler¹, Henry Collins¹, Paul M. Matthews¹, Neelvi Allen¹, Karla L. Miller¹, Thomas K. Nicholas¹ & Stephen M. Smith¹

UK Biobank 500000 → 785(51-81歲) 三年兩次MRI

401例新冠確診者在第一次MRI後，對照384例無新冠：

- ✓ 邊緣和嗅覺皮層系統之擴散測量
- 眶額皮質↓，海馬旁回之灰質厚度↓ 0.2%-2%
- 初級嗅覺皮層之組織損傷標誌物↑
- 全腦大小↓
- 入院病人較廣灰質厚度↓
- ✓ 認知能力下降，小腦纖維II萎縮

Multivariate profile and acute-phase correlates of cognitive deficits in a COVID-19 hospitalised cohortAdam Hampshire,^{1,2} Doris A. Chatfield,³ Anne Manikselow MPhil,⁴ Amy Jolly,⁵ William Trender,⁶ Peter J. Hellyer,⁷ Martina Del Giovane,⁸ Virginia F.J. Newcombe,⁹ Joanne G. Outtrim,⁹ Ben Warne,⁹ Junaid Bhatti,¹⁰ Linda Pointon,¹¹ Anne Elmer,¹² Nyarai Sithole,¹³ John Bradley,¹⁴ Nathalie Kingston,¹⁵ Stephen J. Sawcer,¹⁶ Edward T. Bullmore,^{17,18} James B. Rowe,¹⁹ and David K. Menon,^{10,21,22} the Cambridge NeuroCOVID Group, the NIHR COVID-19 BioResource, and Cambridge NIHR Clinical Research Facility

Cambridge Addenbrooke's Hospital, n=46, 16 ventilated

33-76%嚴重病人在出院後3-6個月出現症狀

- 更高的認知，空間規劃，類比推理，處理速度
- 慢性綜合徵（神經退化，失智）
- 恢復緩慢，或無進展



Health outcomes in people 2 years after surviving hospitalisation with COVID-19: a longitudinal cohort study

Lixue Huang*, Xia Li*, Xiaoying Gu*, Hui Zhang*, Jili Ren*, Li Guo*, Min Liu*, Yimin Wang*, Dan Cui, Yeming Wang, Xuoyang Zhang, Lianhan Shang, Jingchuan Zhong, Xinming Wang, Jianwei Wang T, Bin Cao†

武漢金銀潭醫院兩年研究
2469→1192 (650/1190=55%)

	長新冠	疲勞、肌無力	睡眠困難	疼痛	焦慮/抑鬱	行動能力↓	活動水平↓	重返工	門診	住院
長新冠	55%	30%	31%	35%	19%	5%	4%	89%	26%	17%
非長新冠	-	5%	14%	10%	4%	1%	2%	-	11%	10%

2022.6.3 《信報》

活化「基層醫療」人才、機構、運作系統 處理「長新冠」醫療、社會、經濟負擔 (之一)

美國疾控中心5月27日在網上刊登利用全國電子病歷大數據分析2020年3月至2021年11月「長新冠」的26項病症，總結65歲前後的風險是五分之一及四分之一，他們強調要例行評估出院後的新冠病人，加強醫療服務，減低發病率和其影響，減低病人對醫療衛生保健的需求，幫助他們個人就業及家庭經濟的問題。老人方面也要計劃支援服務的額外需求。

2022.6.3 《信報》

「長新冠」十大系統病徵

1. 總體症狀（乏力，發熱，肌肉痛，關節痛，勞動後疲倦等）
2. 呼吸系統（咳嗽，痰，呼吸急促，低氧，胸痛）
3. 腦神經（腦霧，記憶力，頭痛，頭暈，中風，說話困難）
4. 精神心理（焦慮/抑鬱，睡眠，濫藥，創傷後症候群，情緒變化）
5. 心血管（冠狀動脈血栓，心衰，心跳加速/心悸）
6. 胃腸臟腑（胃口，便秘，腹瀉）
7. 代謝（糖尿病）
8. 生殖器官（睪丸功能，女性經期變化）
9. 五官（耳鳴，耳痛，喉嚨痛，嗅、味覺喪失，鼻炎，紅眼）
10. 皮膚（皮疹，脫髮，乾燥綜合徵，針刺感）。

2022.6.3 《信報》

病理生理成因

2022年3月，《Nature Medicine》，美國退伍軍人保健部門建造153760人的隊列研究，有兩大對照組：5637647同時隊列，5859411歷史對照，發病風險及12個月疾病負擔概括腦血管疾病，心律失常，炎症心臟病，缺血性心臟病，血栓性疾病，心肌病及心臟衰竭等，都有增加，而全部小組分析結果也相若。

主要的結論有二：一是大部分人雖然沒有住醫院，但**心血管病風險與負擔**沒有分別；二是風險與負擔的數量與新冠病情嚴重性（不入院，入院，深切治療）拾級遞增。



2022.6.3 《信報》

病理生理成因及疾病負擔

上述病人的起源是病毒影響心臟及血管內皮細胞，凝血病，微血管病，ACE2下調，腎素-血管緊張素-醛固酮系統失調，自主神經功能障礙，促炎細胞因子升高，TGF- β 信號激活致纖維化癥瘕。病毒基因組可否與細胞DNA整合，是研究的方向，藉此找出預防及治療的方法。

從宏觀角度，全世界來年患心血管病的人將顯著影響醫療服務系統，經濟生產力及人口預期壽命。作者們認為要急切成立長遠世界性協調反應策略，包括不斷優化基層預防措施。

2022.6.3 《信報》

疾病負擔

武漢金銀潭醫院發表了追蹤兩年的報告，在2469人中隨訪1192人，有650人（55%）還有「長新冠」的症狀：約三分之一有疲勞肌無力，睡眠困難，疼痛；19%有焦慮/抑鬱，5%有行動能力減退，4%活動水平降低。只有89%可重返工作崗位，而26%要繼續使用門診服務。

2022.6.3 《信報》

防治及康復

2022年3月，《Mayo Clinic Proceeding》發表了綜述，詳細討論「長新冠」10個系統的臨床症狀，診斷標準，風險因素，處理建議及臨床試驗資料的分析及啟示，他們只用「整體性」方法：營養療法、運動療法、心理療法及太極氣功，按摩、瑜珈和針灸。英國National Health Service已開始了40間「長新冠」診所，美國亦有幾大醫療體系，開展同類服務。

2022.6.3 《信報》

防治及康復

在香港幾所大學都計劃或正進行以中醫藥為主要的研究，醫管局中醫醫教研中心的10次免費康復診治是供不應求，我們如何處理數十萬有不同程度身體不適的病人？可否模仿英美設立「長新冠診療中心」，但由中西醫及治療師合作，一方面以西醫專科為後盾，作特別檢測和治療，另一方面以中醫辨證論治處理身心不適，還可用復康科的運動及心理療法支援個人自主自治方案。



2022.6.3 《信報》

防治及康復

「地區康健中心」只在幾區有場地，政府要專項撥款聘請基層醫療的中醫、西醫、物理治療師、臨床心理學家等，組成隊伍及策劃個人化治療方案。還沒有場地的地區，可與大型非牟利機構合作，用他們現有的醫療設施和流動車診所，上門服務可與醫管局的老外展服務掛鉤。衛生署及社署的各類老人中心也可以增添服務，還有私營醫院及診所亦可設「長新冠診療站」，服務有醫療保險的病人。全部的服務都要升級，以統一的病人電子紀錄 eHRSS+，網上服務及遠程醫療，才可以減低成本，增加效率，從而控制醫療、社會、經濟負擔。

2022.7.29 《信報》

活化「基層醫療」，處理「長新冠」負擔（之二）

7月24日，香港中西醫結合醫學會及香港中華醫學會合作舉辦了多學科的研討會，由12位專家學者發表了關於各系統的病理基礎與臨床治理方案。

醫院管理局傳染病中心醫務總監曾德賢醫生報告了長新冠可能的機制包括：病毒抗原持續，系統和組織特異性炎症，人類疱疹病毒被重新激活，腸生態失調，微血管功能障礙，SARS-CoV-2特異性和自動免疫反應。

然而，需要進行更多的研究，明確以下方面：發病機制；病毒載量關聯性；對患者的影響；日常生活活動（Activities of Daily Living, ADL）、工作和社會功能；臨床過程和完全康復的可能性；治療及其副作用及疫苗對臨床過程的影響。

2022.7.29 《信報》

穴位按摩/針刺治療

香港大學中醫藥學院張樟進教授報告了「經皮顱耳穴位電刺激（TECAS）治療輕中度抑鬱症」的研究，「電針三叉神經刺激聯合體針治療認知障礙（腦霧）」，「密集顱電針刺激加體針治療中風神經精神後遺症的雙盲隨機對照試驗」，「經皮穴位電刺激治療創傷後應激障礙」，「穴位按摩改善失眠症」，「耳穴按摩緩解疫情隔離期間的精神症狀」，同時介紹了「耳廓迷走神經分佈及穴位按摩手法」。

雖然目前尚未有針刺治療長新冠的臨床試驗報告，但根據針刺治療相關症狀的有效性，可作為治療長新冠的一個重要療法；亦可向長新冠病人推薦穴位按摩療法。

2022.7.29 《信報》

運動和身心療法

理工大學康復治療科學系主任，曾永康教授討論了運動和身心療法，如太極氣功，瑜伽，冥想，鬆弛，正念等。他總結以下三方面的效用：

1. 身體健康：血壓，步行能力及平衡，睡眠質量，慢性阻塞性肺病的肺功能改善；
2. 精神健康：減低沮喪和焦慮，認知功能提升；
3. 整體健康：日常運作，生活質量提高。在抗抑鬱功能的臨床測試也證明有效，增加自我效能，可能是經HPA-Axis調節（下丘腦-垂體軸），降低皮質醇水平。



2022.7.29 《信報》

運動和身心療法

2022年，《International Journal of Environmental Research and Public Health》的一篇系統評價顯示，在「長新冠」病人，**抗阻運動和有氧運動**可改善功能能力及生活質量。另一論文則探討在新冠病社會生活壓力下，**中國精神健康**的研究，最佳的方法是瑜伽，太極氣功，中國武術，跳繩，羽毛球，家庭遊戲。在康復中，可有四方面的功能：

1. 強化呼吸肌，
2. 處理壓力和情緒，
3. 減輕炎症（降低促炎細胞因子，增加抗炎細胞因子），
4. 增強免疫功能——加強免疫細胞活性。

2022.7.29 《信報》

中醫辨證論治

中文大學中醫學院林志秀教授報告了「中藥治療新冠病毒感染後遺症的系統綜述」，中藥複方治療可以明顯改善多個臨床症狀，改善胸部CT影像學特徵，提高免疫功能等。在6分鐘步行測試中，失眠、焦慮、抑鬱VAS評分治療組明顯改善。中醫三組症狀評分治療組明顯改善。他分享了幾點經驗：**氣陰兩虛，餘熱（毒）未清**為患者的主要病理，益氣養陰，佐於清熱為治療後遺症的大法，**沙參麥冬湯**和**六君子湯**為有效方，根據患者的體質和不同後遺症狀適當加減，能夠提高療效。

2022.7.29 《信報》

政府撥款責任

單看第五波Omicron受感染的病人，可能有100至400萬，若以5%計算，便有5至20萬人需要支援，若每位病人20次隨訪，總計要**100至400萬人次**，若以1000元1次計算，政府要特別撥款**最少10億，最多40億**。

筆者上文建議「**長新冠診療站**」便可利用十八區之「地區康健中心」統籌每區的病人服務，以統一病人電子紀錄，eHRSS+聯絡專家遠程診治，網上身心支援，配合穴位刺激療法或實體健身儀器，不但事半功倍，亦方便市民，增加成本效益。

2022.9.21 《文匯報》

以中醫藥處理「長新冠」，解決醫療社會經濟負擔

2022年8月，香港「新冠」研究工作組在國際期刊《**Chinese Medicine**》發表了《**Effects of Chinese medicine for Covid-19 rehabilitation: a multicenter observational study**》，文中發現七成「長新冠」病人的證型是「肺脾氣虛」或「氣陰兩虛」，而用中醫辯證論治可舒緩主要臨床症狀，如疲勞等，而心肺功能也顯著改善。中央援港抗疫中醫專家組組長**全小林**院士已幫香港制定四個方案：《居家使用中成藥建議》、《方艙醫院中醫診療方案》、《恢復期中醫康復指導建議》及《中醫藥預防治療FAQ》



2022.9.21 《文匯報》

患病率/人數

英國每 32 人中就有 1 人患有某種形式的「長新冠」，相當於有 200 萬人。在美國，「長新冠」影響多達 2300 萬人，其中約 100 萬人可能失業。世衛組織歐洲區域 53 個成員國中至少有 1700 萬人有「長新冠」，且症狀持續至少 3 個月。根據美國華盛頓大學醫學院健康指標與評估研究所 (IHME) 的研究，全球有近 1.45 億人患有三種「長新冠」症狀中的任何一種：身體疼痛和情緒波動導致的疲勞、認知問題和呼吸急促。

2022.9.21 《文匯報》

英國情況

英國大約 150 萬人表示他們的症狀對他們的日常生活產生了不利影響，而 384,000 人表示他們進行日常活動的能力「受到了很大限制」。疲勞是最常見症狀，62% 的人報告虛弱或疲倦，37% 的人說呼吸急促是他們的症狀之一，而注意力不集中 (33%) 和肌肉疼痛 (31%) 是第二多被報告的症狀。35 至 69 歲的人、女性、生活在較貧困地區的人、從事社會護理工作的人，以及其他限制活動的健康狀況或殘疾的人患上「長新冠」的風險比其他群體更高。有些患者的情況在持續惡化，他們失去了健康，還失去了工作、經濟保障和家園。

英國國民保健署 (NHS) 已通過建立診所來對患者進行評估、診斷和治療，並將他們轉介到其他服務部門。NHS 已投資超過 2.2 億英鎊用於「長新冠」服務，包括開設 90 家專科診所和 14 個中心，5000 萬英鎊作研究之用。

2022.7.29 《信報》

政府撥款責任

單看第五波Omicron受感染的病人，可能有100至400萬，若以5%計算，便有5至20萬人需要支援，若每位病人20次隨訪，總計要**100至400萬人次**，若以1000元1次計算，政府要特別撥款**最少10億，最多40億**。

筆者上文建議「**長新冠診療站**」便可利用十八區之「地區康健中心」統籌每區的病人服務，以統一病人電子紀錄，eHRSS+聯絡專家遠程診治，網上身心支援，配合穴位刺激療法或實體健身儀器，不但事半功倍，亦方便市民，增加成本效益。

2022.9.21 《文匯報》

以中醫藥處理「長新冠」，解決醫療社會經濟負擔

2022年8月，香港「新冠」研究工作組在國際期刊《**Chinese Medicine**》發表了《**Effects of Chinese medicine for Covid-19 rehabilitation: a multicenter observational study**》，文中發現七成「長新冠」病人的證型是「肺脾氣虛」或「氣陰兩虛」，而用中醫辯證論治可舒緩主要臨床症狀，如疲勞等，而心肺功能也顯著改善。中央援港抗疫中醫專家組組長**全小林**院士已幫香港制定四個方案：《居家使用中成藥建議》、《方艙醫院中醫診療方案》、《恢復期中醫康復指導建議》及《中醫藥預防治療FAQ》



2022.9.21 《文匯報》

患病率/人數

英國每 32 人中就有 1 人患有某種形式的「長新冠」，相當於有 200 萬人。在美國，「長新冠」影響多達 2300 萬人，其中約 100 萬人可能失業。世衛組織歐洲區域 53 個成員國中至少有 1700 萬人有「長新冠」，且症狀持續至少 3 個月。根據美國華盛頓大學醫學院健康指標與評估研究所 (IHME) 的研究，全球有近 1.45 億人患有三種「長新冠」症狀中的任何一種：身體疼痛和情緒波動導致的疲勞、認知問題和呼吸急促。

2022.9.21 《文匯報》

英國情況

英國大約 150 萬人表示他們的症狀對他們的日常生活產生了不利影響，而 384,000 人表示他們進行日常活動的能力「受到了很大限制」。疲勞是最常見症狀，62% 的人報告虛弱或疲倦，37% 的人說呼吸急促是他們的症狀之一，而注意力不集中 (33%) 和肌肉疼痛 (31%) 是第二多被報告的症狀。35 至 69 歲的人、女性、生活在較貧困地區的人、從事社會護理工作的人，以及其他限制活動的健康狀況或殘疾的人患上「長新冠」的風險比其他群體更高。有些患者的情況在持續惡化，他們失去了健康，還失去了工作、經濟保障和家園。

英國國民保健署 (NHS) 已通過建立診所來對患者進行評估、診斷和治療，並將他們轉介到其他服務部門。NHS 已投資超過 2.2 億英鎊用於「長新冠」服務，包括開設 90 家專科診所和 14 個中心，5000 萬英鎊作研究之用。

2022.9.21 《文匯報》

美國情況1

IHME研究發現10-20%新冠康復者會出現各種中長期影響，如疲勞、呼吸困難和認知功能障礙（如混亂、健忘或缺乏精神集中和清晰度）。「長新冠」還可直接和間接地影響心理健康。這些症狀可從最初的發病持續存在、發展到康復後。他們可以隨著時間的推移復發。這種情況會影響一個人進行日常活動的能力，例如工作或家務。

「長新冠」是一個具有嚴重後果的嚴重問題，需要採取嚴肅的應對措施來阻止受影響者的生活變得更糟——不僅僅是在身體健康水平上，也應考慮個人財務危機，面臨人際關係問題，失去工作，陷入抑鬱等。

2022.9.21 《文匯報》

美國情況2

美國「長新冠」國家研究診治計畫旨在改善「長新冠」的預防、診斷和治療，其涵蓋七個關鍵研究領域，包括：臨床譜和診斷、病理生理學、監測和流行病學、患者福祉、治療和干預、社福支持以及衛生服務和經濟學研究。「行動計畫」呼籲私家部門加強行動。Survivor Corps創辦人Diana Berrent說前進的過程中，我們需要有一個實施戰略和一條路徑。政府同時發佈了《對新冠長期影響的支持和服務報告》，它強調了為長新冠患者、失去親人的人和遭受新冠行為健康影響的人提供的資源和計劃。



2022.9.21 《文匯報》

響應世衛

世衛組織（WHO）在9月13日宣布與由歐洲各成員國的19個患者協會組成的「Long COVID Europe」網絡建立正式合作夥伴關係。他們正在展示尋找危機解決方案所需的領導力及共同製定了三個目標：1. 肯定問題和知識共享，所有服務都配備齊全；2. 進行研究和報告，促進了解「長新冠」的患病率、原因和成本；3. 實施循證、有效和安全的康復服務。

香港政府應響應世衛組織歐洲區域主任Dr Hans Kluge，他表示「長新冠」如何影響再感染需要更多的分析、投資、支持和聲援。政府和衛生夥伴必須合作，根據研究和證據來尋找解決方案。」

2022.10.21 《信報》

活化「基層醫療」，處理「長新冠」負擔（之三） ——草藥食療，抗炎、抗凝、調免疫

10月8日，由香港大學發起的「中藥全球化聯盟」（Consortium for Globalization of Chinese Medicine, CGCM）舉辦了由耶魯大學鄭永齊教授主持的一場關於治療「新冠」的國際性網上研討會。

研討會的第二段是北京大學「銀丹解毒顆粒」同類的研究及奧地利Rudolf Bauer教授研究「寒濕疫方」的化學表徵及本港浸會大學卞兆祥教授研究遠程醫療的數據，其從12950位病人中分析，證明以辨證論治，用六條中藥方可改善臨床症狀、患病時間及核酸轉陰時間。

2022.10.21 《信報》

成功製藥

會中，台灣「國家中醫藥研究所」發表了他們研發的兩條藥方，如何研究藥理學分子機制，質控標準，如何進行中西結合的臨床試驗，找出作用機制，如中和毒性，抗炎細胞因子，減少肺栓塞，瀰漫性肺泡損傷Diffuse alveolar damage (DAD)及肺纖維化等。註冊後，已發給數間台灣藥廠製藥及推銷。在兩年內，銷售至20個國家，多達200萬病人受益。在台灣，免費使用人數達80萬，現在正利用台灣醫保的數據庫，以真實世界數據 (Real world data) 進行第四期的研究。

2022.10.21 《信報》

臨床研究

2021年11月9日，廣州醫科大學國家呼吸重點實驗室與7研究中心等在《Journal of Ethnopharmacology》發表了《Efficacy and safety of Bufei Huoxue capsules in the management of convalescent patients with COVID-19 infection: A multicentre, double-blind, and randomised controlled trial》。病人服藥90日後，肺CT片影像減退，6分鐘步行距離加長，疲勞評估清單 (Fatigue Assessment Inventory) 改善，加強生理康復，減輕疲勞症狀，改善「運動耐量」。



2022.10.21 《信報》

網絡藥理學

2021年，7月，在《中山大學學報》，報導了《基於網絡藥理學探討補肺活血膠囊用於重症肺炎患者康復期治療的關鍵成分和作用機制》，得到成分全部潛在靶基因，篩選出核心靶點關鍵成分42個，核心靶點10個來自黃耆，23個來自補骨脂及13個來自赤芍，主要涉及IL6，TNE，AKT1，MAPK3，VEGFA，CASP3和EGFR等，集得潛在靶標通路：清除炎症因子和阻斷細胞因子風暴（TNF、T cell receptor Rap1）和肺纖維化（P13K-AKT、H1F1和FoxO）等，解釋此藥可抑制機體炎症，緩解肺纖維化程度，加速恢復期康復。

2022.10.21 《信報》

「缺血後再灌注創傷」之機理

2022年3月31日，在《Biochemical Journal》刊出了《The potential role of ischaemia-reperfusion injury in chronic, relapsing diseases such as rheumatoid arthritis, Long COVID, and ME/CFS: evidence, mechanisms, and therapeutic implications》，他們系統分析了千多份文獻，找出了「長新冠」病理成因，「缺血後再灌注創傷」ischemia-reperfusion injury (IRI) 的證據，機制和推論治療的方案。作者們認為「長新冠」與一系列慢性復發疾病，如類風濕關節炎，肌痛腦脊髓炎myalgic encephalomyelitis (ME) 和慢性疲勞綜合症chronic fatigue syndrome (CFS) 有關，是由「纖維蛋白凝粉樣蛋白微凝塊」fibrin amyloid microclot造成缺血，在復氧期出的「活性氧」reactive oxygen species (ROS) 啟動氧化應激，過度炎症，肥大細胞活化及產出標記代謝物。

2022.10.21 《信報》

「缺血後再灌注創傷」之治療

因此治療的方案可以用**抗氧化劑**，**抗炎**，**鐵螯合劑**，**纖維蛋白溶解劑**，**雙聯抗血小板治療 (DAPT)**，**直接口服抗凝劑 (DOAC)**及**營養保健品**等，而關於中藥有效的運用也有數篇文章。

營養保健品中有**N-acetyl cysteine** N-乙醯半胱氨酸，**Curcumin**薑黃素，**Ergothioneine**麥角硫因（蘑菇類），**Flavonoids**類黃酮，**Iron chelation**鐵螯合（綠茶catechins），**Lactoferrin**乳鐵蛋白，**Melatonin**褪黑激素，**鎂**及**維他命B3、B12、C、D3和K2**等。

在**溶栓劑**中，有**nattokinase**納豆激酶（日本納豆食物），**serrapeptase**沙雷肽酶（蠶蟲腸），**lumbrokinase**鈣激酶（蚯蚓），和**bromelain**（菠蘿蛋白酶）。

2022.10.21 《信報》

香港的研究

回顧2020年7月，香港浸會大學、香港大學等亦用網絡藥理學在《American Journal of Chinese Medicine》刊出了《Potential Targets for Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review of Qing-Fei-Pai-Du-Tang and Its Major Herbs》，找出**清肺排毒湯**內21種中草藥的抗病毒（黃芩）；**消炎**，**抗氧化**（黃芩、麻黃、甘草、茯苓）；**免疫調節**（麻黃、廣藿香、苦杏仁、白術、茯苓、甘草、桂枝、黃芩、柴胡）的機制。特別的功能有白術的**抗血小板聚集**；杏仁的**抗血管粥樣硬化**和**肺纖維化**；半夏及枳殼的**抗血液凝結**；柑橘陳皮的調節**血液黏度**及麻黃調節**交感神經系統**等。

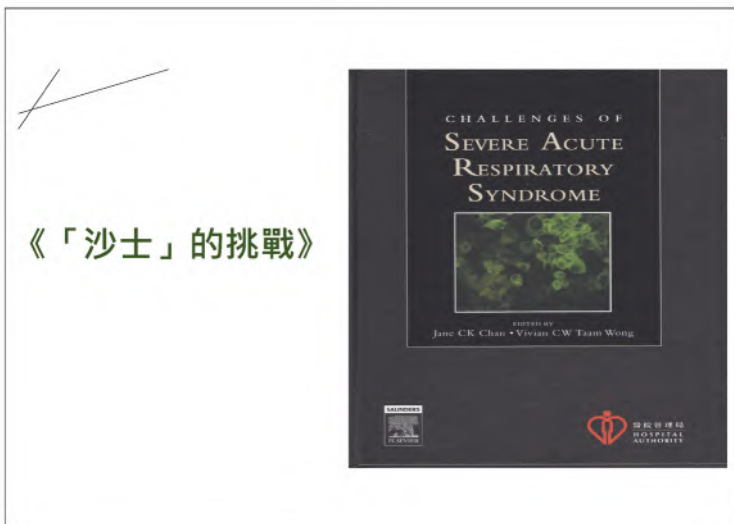


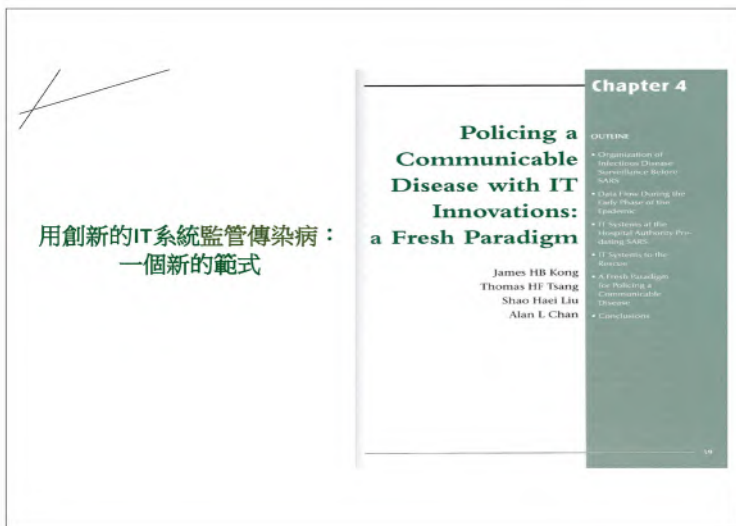
2022.10.21 《信報》

香港的實踐

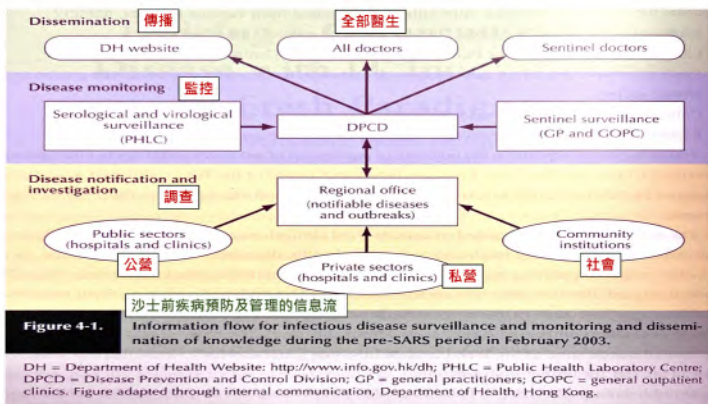
綜合上述的研究結果，我們可以在食物中加薑黃，飲用綠茶，食納豆、菠蘿、蘑菇及上述維他命和鎂補充劑，但中藥方研究結果成效較強，機制既廣亦專。因此浸大以中醫辨證論治，用藥方加針灸，是改善「長新冠」症狀，治標也治本的方案。同時，**要用現代藥理學研究，證明各草藥及其成分的作用、機制、質控標準，以中西結合臨床試驗證明其效用及有否協同效應或相互影響作用。**香港有能力、有責任作此等科研，改善健康、民生及經濟。

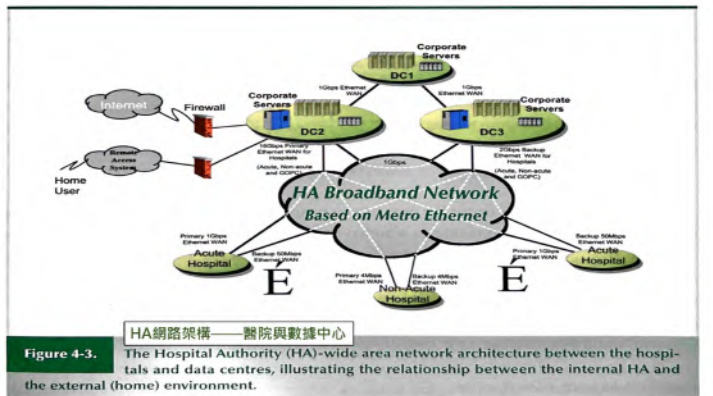
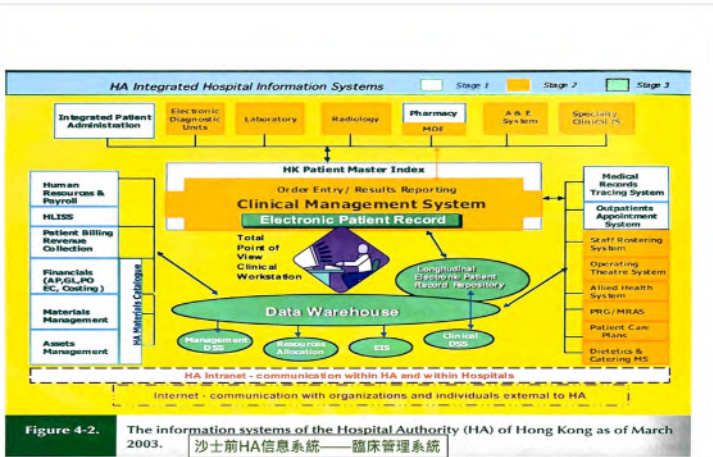
二 「沙士」機遇與挑戰





用創新的IT系統監管傳染病：
一個新的範式





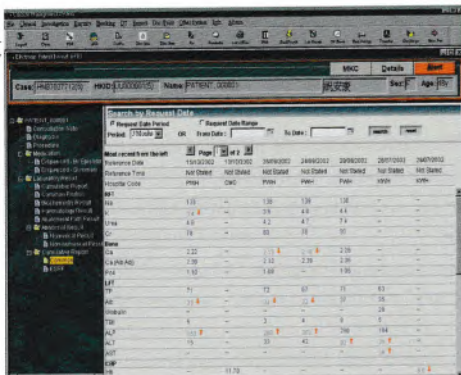


Figure 4-4. Screen display of an electronic patient record of the Hospital Authority of Hong Kong showing results of all laboratory investigations available to authorized users of the Clinical Management System.

Figure adapted from Health Informatics Team, Information Technology Division, Hospital Authority, Hong Kong.

HA病人電子紀錄
——全部實驗室結果

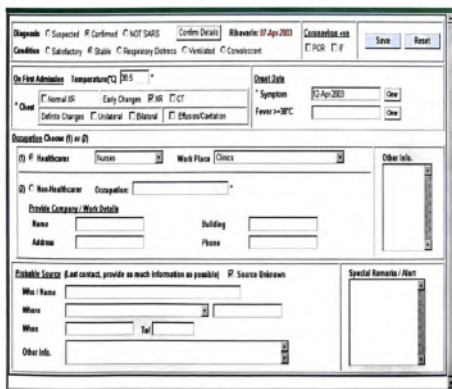
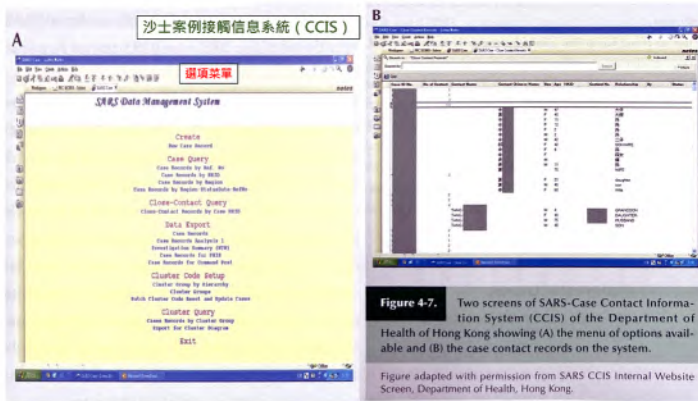
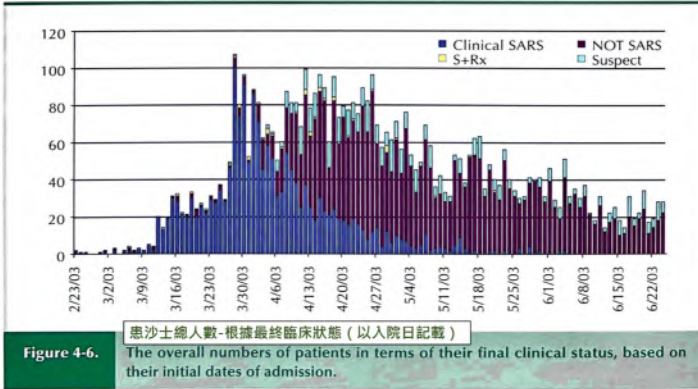
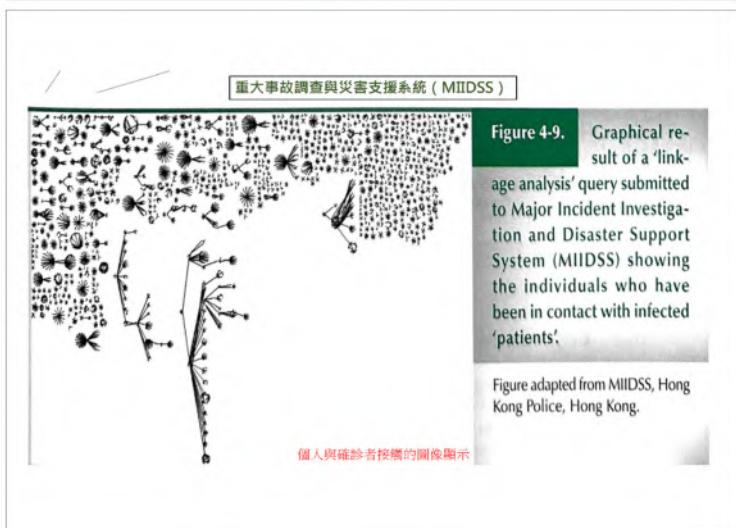
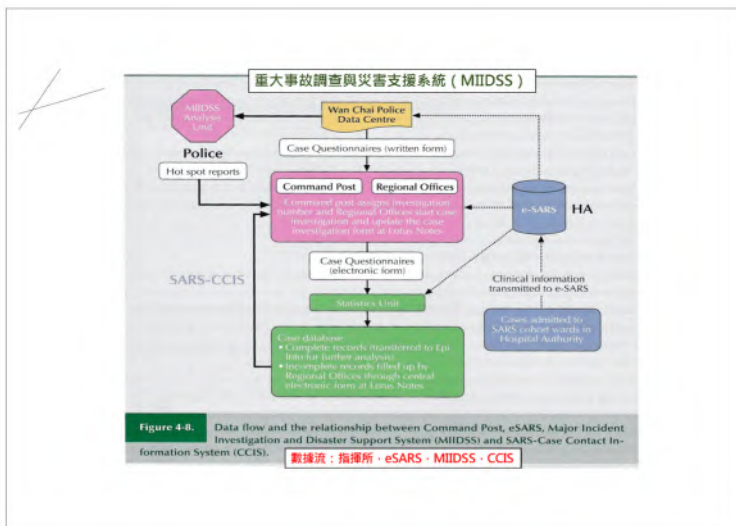


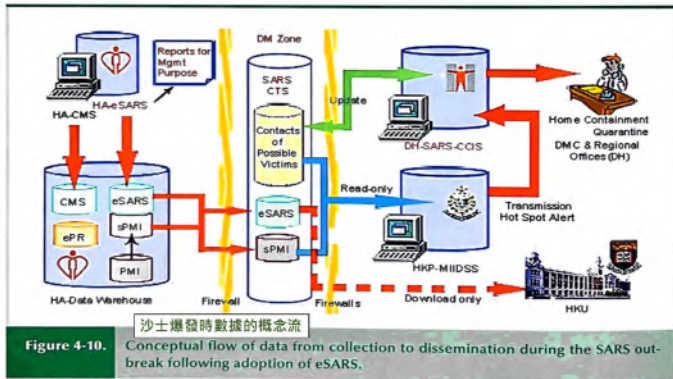
Figure 4-5. Data entry screen on a Clinical Management System workstation available at the ward level of all public hospitals in Hong Kong.

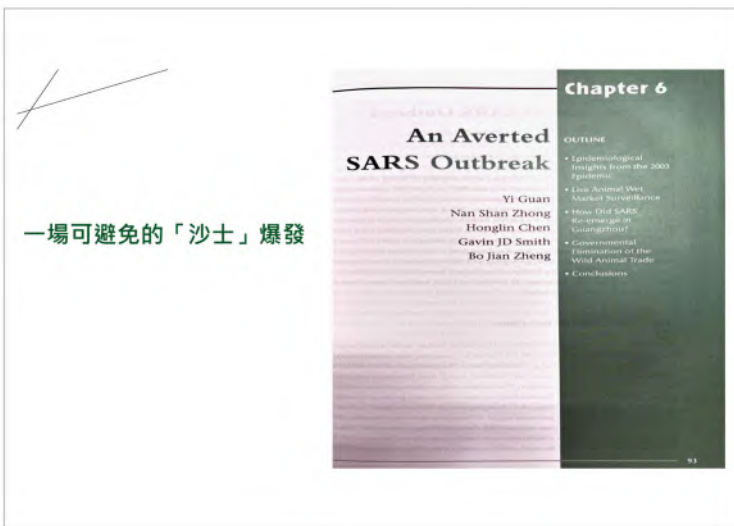
Figure adapted from Health Informatics Team, Information Technology Division, Hospital Authority, Hong Kong.

臨床管理系統的數據錄入界面









一場可避免的「沙士」爆發



深圳和廣州市場上野生動物的檢測結果

Table 6-1. Sampling of wild animals in Shenzhen and Guangzhou wet markets and results of RT-PCR detection, October 2003 to January 2004.

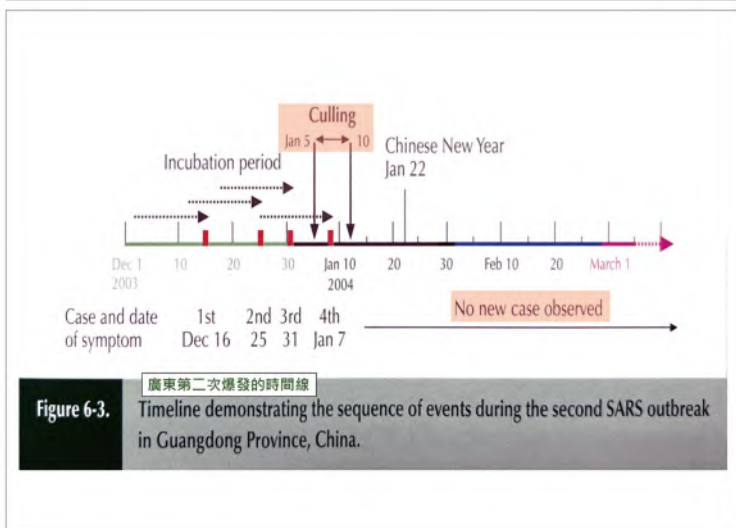
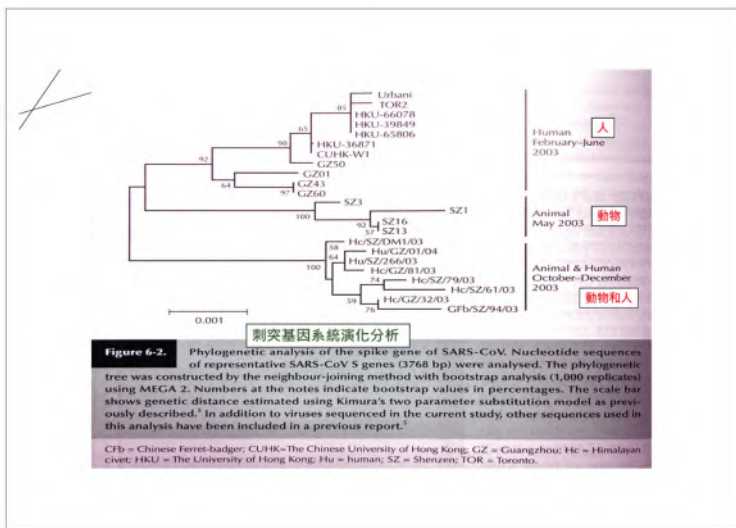
	Palm civet 果子狸	Hog-badger 豬獾	Raccoon-dog 貉	Chinese ferret-badger 雪貂獾	Eurasian badger 歐亞獾
Sample number	44	36	16	74	9
RT-PCR positive (%)	32 (72)	8 (22)	1 (6)	10 (14)	1 (11)

RT-PCR = reverse transcriptase-polymerase chain reaction.

Table 6-2. Host-specific amino acid signatures of the spike gene of SARS-CoV. 刺突基因的宿主特異性氨基酸特徵

Sample (time)	Virus	227*	239	261	360	479	558	607	665	701	743	754	778	894	1136
Animal (May 2003) 深圳	SZ1	K	L	K	S	K	F	P	S	L	A	V	D	A	E
	SZ16	K	L	K	S	K	I	P	S	L	A	V	D	A	E
	SZ1	K	L	K	S	K	I	P	S	L	A	V	D	A	E
	SZ13	K	L	K	S	K	I	P	S	L	A	V	D	A	E
Animal (Dec 2003) 喜馬拉雅山	Hc/SZ/61/03	K	S	T	S	R	F	S	S	S	R	A	D	T	E
	Hc/SZ/79/03	N	S	T	S	R	F	S	S	S	R	A	D	T	E
Human (Dec 2003)	Hu/GZ/1/04	N	S	T	S	N	F	S	S	S	R	A	D	T	E
Human (2003) 廣州	GZ01	N	L	T	F	N	F	S	L	S	T	A	D	T	K
	GZ43	N	L	T	F	N	F	S	S	S	T	A	D	T	K
	GZ60	N	L	T	F	N	F	S	S	S	T	A	D	T	K
	GZ50	N	S	T	F	N	F	S	L	S	T	A	D	T	K
	CUHK-W1	N	S	T	F	N	F	S	L	S	T	A	Y	T	K
	HKU36871	N	S	T	F	N	F	S	L	S	T	A	Y	T	K
	HKU39848	N	S	T	F	N	F	S	L	S	T	A	Y	T	K

*Amino acid numbering starts from the coding region of the spike gene. Hc = Himalayan civet; Hu = human; GZ = Guangzhou; SZ = Shenzhen; CUHK = The Chinese University of Hong Kong; HKU = The University of Hong Kong.



「沙士」的抗病毒藥物
和免疫接種

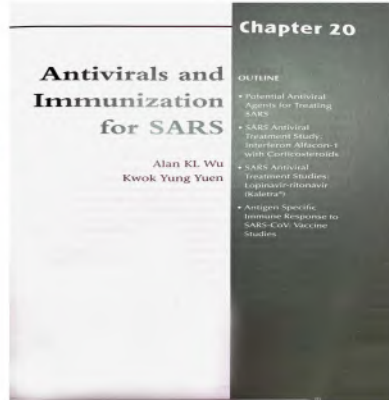


Table 20-1. Studies on antivirals for SARS. 抗病毒藥研究

Ref	Category	Cell lines/ animals	Active agents	Efficacy (in vitro/animal experiments)																																										
4	Drug	Vero	Aurintricarboxylic acid	CC ₅₀ = 37.5 mg/mL, EC ₅₀ = 0.2 mg/mL, SI = 187																																										
5	Drug	Vero E6	Reserpine, Aescin, valinomycin, compound nos. 2-6, 10 and 13	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CC₅₀</th> <th>EC₅₀</th> <th>SI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Reserpine (µM)</td> <td>25</td> <td>3.4</td> <td>7.3</td> </tr> <tr> <td>Aescin (µM)</td> <td>15</td> <td>6.0</td> <td>2.5</td> </tr> <tr> <td>Valinomycin (µM)</td> <td>68</td> <td>0.85</td> <td>80</td> </tr> </tbody> </table>		CC ₅₀	EC ₅₀	SI	Reserpine (µM)	25	3.4	7.3	Aescin (µM)	15	6.0	2.5	Valinomycin (µM)	68	0.85	80																										
	CC ₅₀	EC ₅₀	SI																																											
Reserpine (µM)	25	3.4	7.3																																											
Aescin (µM)	15	6.0	2.5																																											
Valinomycin (µM)	68	0.85	80																																											
6	Drug	Vero E6	Niclosamide	CC ₅₀ = 1-3 µM, EC ₅₀ = 250 µM, SI = NA																																										
8	Drug	Vero E6	Nelfinavir	CPE assay: Mean (SE) CC ₅₀ = 14.75 (2.75) µM, EC ₅₀ = 0.048 (0.024) µM, SI = 302.1																																										
9	Drug	Vero E6	Chloroquine	CPE assay: Mean (SD) CC ₅₀ = 261.3 (14.5) µM, IC ₅₀ = 8.8 (1.2) µM, SI = 30																																										
12	Drug	Vero	Glycyrrhizin	CPE assay: Mean (SD) CC ₅₀ > 20,000 mg/L, EC ₅₀ = 300 (51) mg/L, SI > 67																																										
10	IFN	Vero, Caco2	IFN-β-1b (Betaferon), IFN-α-2b (Intron A), IFN-γ-1b (Imukin)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Mean (SD)</th> <th>EC₅₀ (IU/mL), FFM-1 isolate</th> <th>EC₅₀ (IU/mL), HK isolate</th> <th>CC₅₀</th> <th>SI, FFM-1 isolate</th> <th>SI, HK isolate</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vero</td> <td>IFN-α 4.95 (890)</td> <td>6,500 (980)</td> <td>> 10,000</td> <td>> 2</td> <td>> 1.5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>IFN-β 95 (17)</td> <td>105 (21)</td> <td>> 10,000</td> <td>> 105</td> <td>> 95</td> </tr> <tr> <td></td> <td>IFN-γ 2.500 (340)</td> <td>1,700 (290)</td> <td>> 10,000</td> <td>> 4</td> <td>> 5.9</td> </tr> <tr> <td>Caco2</td> <td>IFN-α 1.530 (220)</td> <td>880 (130)</td> <td>> 10,000</td> <td>> 6.5</td> <td>> 11.4</td> </tr> <tr> <td></td> <td>IFN-β 21.0 (3.9)</td> <td>9.2 (2.1)</td> <td>> 10,000</td> <td>> 476</td> <td>> 1,087</td> </tr> <tr> <td></td> <td>IFN-γ > 10,000</td> <td>> 10,000</td> <td>> 10,000</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> </tbody> </table>	Mean (SD)	EC ₅₀ (IU/mL), FFM-1 isolate	EC ₅₀ (IU/mL), HK isolate	CC ₅₀	SI, FFM-1 isolate	SI, HK isolate	Vero	IFN-α 4.95 (890)	6,500 (980)	> 10,000	> 2	> 1.5		IFN-β 95 (17)	105 (21)	> 10,000	> 105	> 95		IFN-γ 2.500 (340)	1,700 (290)	> 10,000	> 4	> 5.9	Caco2	IFN-α 1.530 (220)	880 (130)	> 10,000	> 6.5	> 11.4		IFN-β 21.0 (3.9)	9.2 (2.1)	> 10,000	> 476	> 1,087		IFN-γ > 10,000	> 10,000	> 10,000	NA	NA
Mean (SD)	EC ₅₀ (IU/mL), FFM-1 isolate	EC ₅₀ (IU/mL), HK isolate	CC ₅₀	SI, FFM-1 isolate	SI, HK isolate																																									
Vero	IFN-α 4.95 (890)	6,500 (980)	> 10,000	> 2	> 1.5																																									
	IFN-β 95 (17)	105 (21)	> 10,000	> 105	> 95																																									
	IFN-γ 2.500 (340)	1,700 (290)	> 10,000	> 4	> 5.9																																									
Caco2	IFN-α 1.530 (220)	880 (130)	> 10,000	> 6.5	> 11.4																																									
	IFN-β 21.0 (3.9)	9.2 (2.1)	> 10,000	> 476	> 1,087																																									
	IFN-γ > 10,000	> 10,000	> 10,000	NA	NA																																									
14	IFN	Vero E6	IFN-β-1a	IFN with p.i.: IC ₅₀ = 50 IU/mL; IFN added post-infection: IC ₅₀ = 500 IU/mL																																										
15	IFN	Vero, MxA-expressing Vero	IFN-β, IFN-α, IFN-γ	SARS-CoV strongly inhibited by IFN-β (with p.i.), less with IFN-α and IFN-γ; MxA does not interfere with viral replication																																										
16	IFN	TRbk-4	IFN-α, IFN-β	↓ Intracellular viral RNA copies; IFN-α IC ₅₀ = 25 U/mL, IFN-β IC ₅₀ = 14 U/mL																																										



			抗病毒藥研究							
7	IFN _n drug	FRhK-4, Vero E6, Vero (chequerboard assay)	IFN-β-1a**, leucocytic IFN-α**, ribavirin*, lopinavir, rimantadine, baicalin, glycyrrhizin	FRhK-4/10 SARS isolates						
				EC ₅₀ (μg/mL) at 48 h	EC ₅₀ (μg/mL) at 72 h	CC ₅₀ (μg/mL)	SI (CC ₅₀ /EC ₅₀) at 48 h	EC ₅₀ (μg/mL) at 48 h	EC ₅₀ (μg/mL) at 48 h	
	干擾素+藥		*, β: synergistic combinations Δ: only active if p.i. for 16 h before viral inoculation	Ribavirin	12.5–200	50–200	> 1,000	5–> 80	50–100	> 200
				Leq-IFN-α (no p.i.) IU	5,000	5,000	> 10,000	> 2	5,000	19.5
				IFN-α (p.i.) IU	39–625	10,000	> 10,000	> 16–250	39	19.5
				IFN-β (no p.i.) IU	2,500–10,000	10,000	> 10,000	> 4	2,000	106
				IFN-β (p.i.) IU	625	10,000	> 10,000	> 16	625	19.5
				Rimantadine	8–16	32	64	4–8	16	8–16
				Lopinavir	1–4	32	64	4–8	16	8–16
				Baicalin	12.5–25	25–50	> 100	> 4–8	12.5	100
				Glycyrrhizin	> 400	> 400	> 400	NA	> 400	100
11	IFN _n drug	Vero E6	IFN-α-2b	IC ₅₀ ~500 IU/mL						
13	IFN _n drug	Vero E6	IFN-β-1b (Betferon), IFN-α-n3 (Alferon), human leucocyte IFN-α (Multiferon), IFN-α-n1 (Wellferon)	CIA ₅₀ at different viral titres (by CPE assay)						
				Virus load (PFU/well)	Ribavirin (mg/mL)	Wellferon (IU/mL)	Betferon (IU/mL)	Alferon (IU/mL)		
				10,000	10,000	500,000	10,000	10,000		
				100	100,000	5,000	1,000	1,000		
				100	1,000	500	100	100		
				IC ₅₀ and IC ₉₀ of selected IFNs with p.i. (by plaque reduction assay)						

				抗病毒藥研究	
Ref	Category	Cell lines/ animals	Active agents	Efficacy (in vitro/animal experiments)	
				IC ₅₀ (IU/mL)	IC ₉₀ (IU/mL)
			Betferon	0.2	8
			Alferon	0.8	200
			Multiferon	2	44
17	Peptide	Vero T18	HR2 derived peptide	IC ₅₀ = 17 μM (HR2-8)	
18	Peptide	Vero E6	HR2 derived peptide	IC ₅₀ = 19 μmol/L (CP-1)	
19	Peptide	Vero E6	HR1 (HR1-1) and HR2 (HR2-1b) derived peptides	HR1-1 Pseudo-typed virus assay Wild-type virus assay	HR2-1b 1.19 μM 5.22 μM
20	Peptide	Vero E6	HR2	CPE inhibition: IC ₅₀ = 0.5–5 nM (synthetic HR2 peptide) and 6.6–200 nM (fusion HR2 peptide)	
21	RNAi	Vero E6	siRNA	siRNA targeting conserved regions of SARS-CoV ↓ viral induced CPE	
22	RNAi	Vero E6, 293, HeLa	RNAi targeting viral RP	↓ Expression of RP (293) and HeLa cells, ↓ plaque formation (Vero E6 cells)	
23	RNAi	Vero	siRNA targeting viral RP	↓ Viral induced CPE, ↓ viral production, ↓ viral protein synthesis	
24	RNAi	Vero E6, 293	siRNA targeting spike gene	↓ S gene expression in SARS-CoV-infected cells	
25	RNAi	FRhK-4	siRNA	siRNA degrades targeting regions in entire viral genome; ↓ viral induced CPE and viral production	

核糖核酸干擾

Ab = antibody; CC₅₀ = 50% cytotoxic concentration; CIA₅₀ = complete inhibition of cytopathic effect; CPE = cell culture cytopathic effect; EC₅₀/IC₅₀ = 50% effective/inhibitory concentration; FFU-1 = Frankfurt am Main; HK = Hong Kong; HR = heptad-repeat; IC₅₀ = 95% inhibitory concentration; IFN = interferon; IU = international units; NA = not available; PFU = plaque-forming units; p.i. = pre-incubation; RP = reference; RNAi = RNA interference; RP = RNA-dependent RNA polymerase; S = SARS-CoV spike protein; SD = standard deviation; SE = standard error; SI = selectivity index; siRNA = small-interfering RNA; U = units. Most active compounds denoted in bold.

Table 20-2. Studies on active and passive immunization for SARS.

主動和被動免疫研究

Ref	Type of vaccine/Ab	Target	Animal model	Response
38	Protein fragment 蛋白質片段	S protein	Rabbits, BALB/c mice	Neutralizing Ab +
39	Inactivated whole virus 滅活	Inactivated SARS-CoV	BALB/c mice	Neutralizing Ab +
40	Adenoviral vector 腺病毒	S, M, and N proteins	Rhesus macaques	Neutralizing Ab +, T-cell responses +
41	Modified vaccinia Ankara 改良牛痘	S protein	BALB/c mice	Neutralizing Ab +; ↓ lung/nasal viral titres, passive serum transfer protective
42	Recombinant attenuated BHP13 重组減毒	S protein	African green monkey	Neutralizing Ab +, ↓ viral shedding
43	DNA vaccine 脫氧核糖核酸	S protein	BALB/c mice	Neutralizing Ab +, T-cell responses +; ↓ lung/nasal viral titres; serum transfer protective
44	DNA vaccine	S protein	C57BL/6 mice	T-cell responses +; ↓ surrogate viral titre in lungs
45	DNA vaccine	S protein	BALB/c mice	Neutralizing Ab +, T-cell responses +
46	DNA vaccine	N protein	C3H/He mice	Specific Ab +, T-cell responses +
34	Human monoclonal Ab 人單克隆抗體	S protein	Ferret	↓ Lung viral titre, ↓ viral shedding, prevention of viral-induced tissue pathology
47	Human monoclonal Ab	S protein	BALB/c mice	↓ Lung/nasal viral titres

中醫藥治療「沙士」病人的角色：
事件處境中的證據





前瞻性對照
研究
中西結合
VS西藥

Authors/Centre	Design	Positive findings	Negative findings
Zhang Y ¹⁴ Oriental Hospital of Beijing Univer- sity of Tradit- ional Chinese Medicine	Prospective non- randomized control study. IM treated: 31 (24 severe) WM treated: 32 (23 severe)	- Radiological resolu- tion of lung lesions: faster in IM group. - Alleviation of general symptoms: faster in IM group in weeks 2 and 3.	No difference in the following: - Total steroid dosage in 21-day treatment period; - Normalization of WBC counts; - Case-fatality: 3/31 in IM group; 4/32 in WM group. Number too small for analysis.
Li J et al ¹⁵ The 102 Hospital of PLA, Beijing	Prospective randomized control study. IM treated: 24 (1 severe). WM treated: 24 (2 severe)	- X-ray resolution of lung lesions: faster in IM group. - Duration of steroid use: shorter in IM group.	No difference in the following: - Time to defervescence; no difference, but noted shorter duration of fever fluctuations. - Case-fatality: not mentioned.
Zhang et al ¹⁶ China Academy of TCM sta- tioned in Changyan Shouren and Children Hospital, Beijing	Prospective non- randomized control study. IM treated: 22 (3 severe case) WM treated: 30 (0 severe)	- Hospital LOS: shorter in IM group. - Time to symptoms resolution (other than fever): faster in IM group. - Steroid use: Duration and total dosage of steroid used during 'tapering stage' are both lower in IM group.	No difference in the following: - Steroid use: duration and total dosage of steroid used before tapering; - Normalization of WBC counts; - Time to CXR complete resolution; - Case-fatality: not mentioned.
Wang et al ¹⁷ Nanmu Hospital of The Capital Univer- sity of Medical Sciences	Prospective randomized control study. 62 of 200 admitted cases in study. IM treated: 31 (20 severe or critical)* WM treated: 31 (16 severe or critical)*	- Time to alleviation of headache: Other symptoms no difference; - Case-fatality: not mentioned.	No difference in the following: - Time to defervescence; - Time to symptoms alleviation (except rhinorrhoea, myalgia); - Steroid use; - Ventilator use; - Oxygen desaturation; - CXR resolution; - Case-fatality: not mentioned.

國家臨床診斷標準：沙土重症病人的定義

Table 23-2. Definition of severity levels of SARS cases in National Clinical Diagnosis Stand-
ards (NCDS) (2 April and 3 May 2003 versions)¹⁸ and the 11-centre study.^{3,19}

NCDS (2 April version)	NCDS (3 May version)	11-centre study
'Severe': Any one or more of the following: 1. Pathological changes of multiple lung lobes, or chest radiographs showing progression of changes > 50% within 48 hours; 2. Respiratory difficulty with RR > 30/ minute; 3. Hypoxaemia, with SaO ₂ < 93% on 3-5 L/minute oxygen inhalation, or hypoxaemia score < 300 mmHg; 4. Unconsciousness, ARDS or MODS.	'Severe': Any one or more of the following: 1. Pathological changes of multiple lung lobes, or chest radiographs showing progression of changes > 50% within 48 hours; 2. Respiratory difficulty with RR > 30/minute; 3. Hypoxaemia, with SaO ₂ < 93% on 3-5 L/minute oxygen inhalation, or hypoxaemia score < 300 mmHg; (1-3, same as 2 April version) 4. Unconsciousness or MODS (ARDS removed from 4.) 5. Severe co-morbid diseases or age over 50 (5. is newly added)	'Severe': Any one or more of the following: 1. Pathological changes of multiple lung lobes, or chest radiographs showing progression of changes > 50% within 48 hours; 2. Respiratory difficulty with RR > 28/minute and suffering from hypoxaemia (tachypnea definition different from National Guides, and combined with hypoxaemia); 3. Age over 50; 4. Chronic comorbid diseases (National Guide 3 May: severe comorbid diseases); 5. General toxic ('poisoning') symptoms evident (persistent high fever for more than 48 hours, or excess ventilation, PaCO ₂ < 35 mmHg, WBC < 3.0 etc). (5. is newly added)



中西結合醫治

- 1.較快減退乏力，氣促，心跳加速
- 2.較快清肺造影陰影
- 3.減低氧氣飽和度風險
- 4.每日用類固醇分量中位數降低
- 5.減低用抗病毒藥及免疫調節藥
- 6.減低不正常LDH



Evidence-based Chinese Medicine/ Integrated Medicine for COVID-19

Vivian Taam WONG, JP

FFPH, FRCP, FRCOG, FHKCCM, FHKAM, FHKIoD,


Hon Professor, School of Chinese Medicine,
LKS Faculty of Medicine, HKU

9 April 2022



Content

- WHO Expert Meeting 2022
- Journey from SARS to LHQW 連花清瘟 Story
- Speedy Response HKU+
- QFPD 清肺排毒
 - Phytomedicine, *Frontiers in Pharmacology*



WHO Expert Meeting 2022

*WHO Expert Meeting on
Evaluation of Traditional Chinese Medicine
in the Treatment of COVID-19*

28 Feb–2 Mar 2022

**Traditional, Complementary and Integrative (TCI) Medicine
WHO Department of Integrated Health Services**

世衛專家支持中醫藥抗疫證據

- 2022年2月28日至3月2日WHO邀請了21名國際專家，來自六個區域、八個國際合作中心，及世衛國際草藥監管組織(IRCH)的成員。
- WHO COVID-19研究數據庫已經包含3986篇關於傳統醫學的文章和1441篇中醫藥相關文章。



抗擊新冠肺炎中的臨床中藥（李廣西博士）

- 第一期：2020.1-2020.4，中西協作
- 第二期：2020.5及以後，省市醫院
 - 早期用中醫藥，快得、可得、便宜，「**治未病**」改善免疫系統
 - 中西專家病房會診，**一人一方案**
- 國家衛健委發佈《**新型冠狀病毒肺炎診療方案**》（試行第九版）
- 減低大流行的影響

抗擊新冠肺炎中的臨床中藥（李廣西博士）

1. 預防

- 食療：山藥，棗，枸杞
- 預防方（送上門）
- 個人防疫衛生
- 健康生活方式

2. 輕/中度疾病

- 儘早開藥
- 針灸，太極
- 緩解症狀，清病毒，減惡化

3. 嚴重/危重疾病

- 中西協作
- 減呼吸機/深切治療使用及時段
- 減死亡

4. 康復期

- 中醫藥為支柱
- 改善不適、生活質量，加快恢復
- 胃口、疲勞、氣促、失眠、情緒不穩

中藥防治「新冠」肺炎的科學研究（尚洪才博士）

中國中醫科學院以五千萬美元開展研究團隊：

1. 篩選有效的藥/方
2. 基礎/臨床研究，預防，治療，康復
3. 發展中成藥，優化中醫藥的診治

世衛組織ICTRP的中國臨床試驗註冊中心有859項臨床試驗，其中213項與中醫藥有關，包括6個目標群體：

- (1) 一般社區人群；
- (2) 密切接觸者；
- (3) 疑似病例；
- (4) 輕度/中度疾病的患者；
- (5) 嚴重/危重疾病的患者；
- (6) 恢復期患者。

中藥防治「新冠」肺炎的科學研究（尚洪才博士）

- 1 RCT在9省23家醫院的284名病人中發現：蓮花清瘟膠囊可縮短症狀復原的時間。
- 21項：核酸準陰性時間↓
43項：轉嚴重率↓
1集群隨機試驗408人，中成藥轉嚴重率↓
- 1項15家醫院8939名患者的回顧性登記研究發現：接受中醫的「新冠」死亡率為1.2%，未接受為4.8%。
- 1 RCT在5家醫院招募131名「新冠」康復期的患者：補肺活血膠囊改善運動耐量和CT影像學表現。



選擇隨機對照試驗的方法（孫鑫博士）

- 研究審查了證據類型(RCT)、中藥類型（國家標準）、出版物類型（同行評審）、質量（設計、實施、報告）、註冊(倫理審批、註冊平台)和結果。採用了PICO合格標準，搜索約150522份報告，選擇了12項隨機對照試驗，包括2020年在中國住院的2066名住院患者。
- 1項780例患者的隊列研究顯示：清肺排毒湯縮短了「新冠」病程，如核酸轉化和症狀緩解的時間，降低了向嚴重疾病的轉化率。

張衛東博士匯總數據

71項研究中選擇了12項可靠的RCT及在79項隊列研究中有可靠真實世界（Real World Data，RWD）證據


RCT/RWD	患者	結果
1	3438 vs 2248	隔離人感染率↓ 0.29% vs 1.73%
7	>1000	症狀緩解時間↓
5+2	2179	進展成嚴重疾病↓
5	826	核酸轉陰所需時間↓
3+1	-	住院時間↓
1	58	危重病例轉化率↓、機械通氣率↓、ICU住院時間↓、症狀緩解時間↓
1+5	11676	死亡率↓

專家會議的主要結論

- 用來計劃及分析中藥治療的方法是適當和嚴格的。
- 中藥的治療有效，特別是在輕中度病例中。
- 早期應用中藥可引致較好的臨床效果。
- 中藥有助於降低向重度進展的風險。
- 縮短病毒清除、減輕臨床症狀和住院時間。
- 耐受性與安全性良好。
- 中藥注射液對重症患者的療效的證據有限，需要進一步的評價。
- 雖然12項RCT不完善，但應繼續投資評估重點的中藥對「新冠」的療效。

專家建議的措施

1. 優化對當前數據庫的分析，
 2. 促進和改進新的試驗，
 3. 促進國際試驗與合作。
- 評估委員會鼓勵成員國之間在臨床和機理研究方面開展積極合作，考慮中國應用中西醫結合模式，在其衛生保健體系和監管框架中考慮將中醫藥干預措施，納入「新冠」臨床管理規劃中，以作現在及將來大流行病的準備。



Journey from SARS LHQW 連花清瘟 Story

Effectiveness of LianhuaQingwen (LHQW) capsules for post-exposure prophylaxis of seasonal influenza virus infection in household setting: A multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study
連花清瘟膠囊在聚居環境中對季節性流感密切接觸者的預防作用：
一項多中心、隨機、雙盲、安慰劑對照研究
Study protocol version:2.0 (December 17, 2019)

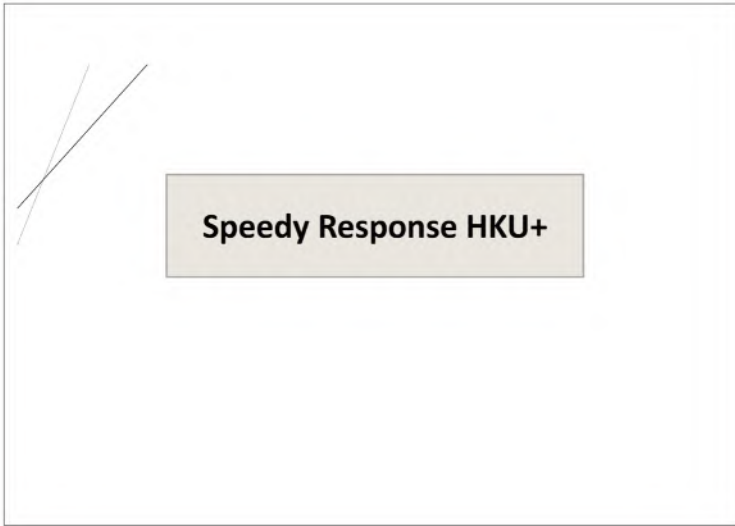
Haiyong Chen¹, Zhifeng Yang⁴, Kai Ming Dennis Ip², Kam Wa Chan³, Yi Luo¹, Benjamin J. Cowling², Hau Chi So², Yiyang Guo², Zhang Jin Zhang¹, Vivian Taam Wong¹, Nanshan Zhong⁴

¹ School of Chinese Medicine, The University of Hong Kong (香港大學中醫藥學院)

² School of Public Health, The University of Hong Kong (香港大學公共衛生學院)

³ Department of Medicine, The University of Hong Kong (香港大學內科學系)

⁴ First Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, State Key Laboratory of Respiratory Disease, Guangzhou (呼吸疾病國家重點實驗室, 廣州醫科大學第一附屬醫院)



The American Journal of Chinese Medicine, Vol. 48, No. 3, 737-762
 © 2020 World Scientific Publishing Company
 Institute for Advanced Research in Asian Science and Medicine
 DOI: 10.1142/S0192415220500378

**更新「新冠」流行病學、臨床防治、
 中西醫結合處理的證據與指引**

**COVID-19: An Update on the
 Epidemiological, Clinical, Preventive and
 Therapeutic Evidence and Guidelines of
 Integrative Chinese-Western Medicine for
 the Management of 2019 Novel
 Coronavirus Disease**

Kam Wo Chan,* Vivian Tsang Wong[†] and Sydney Chi Wai Tang[‡]
^{*}Department of Medicine
[†]School of Chinese Medicine
[‡]The University of Hong Kong
 Hong Kong

Published 13 March 2020

Publisher
World Scientific Publishing Company

Description
As of 23 February 2020, more than 77862 cases of confirmed COVID-19 have been documented globally with over 2560 deaths. Common presentations of confirmed cases include fever, fatigue, dry cough, upper airway congestion, sputum production, shortness of breath, myalgia/arthralgia with lymphopenia, prolonged prothrombin time, elevated C-reactive protein, and elevated lactate dehydrogenase. The reported seroepidemiological case ratio is approximately 7–10% and median time to intensive care admission is 6.5–10.5 days with mortality of around 1–2% varied geographically. Similar to outbreaks of other newly identified zoonoses, there is no proven regimen from conventional medicine and most reports managed the patients with symptom/therapeutic: ribavirin, beta interferon, glucocorticoid and supportive treatment with remdesivir undergoing clinical trial. In China, Chinese medicine is proposed as a treatment option...

Total citations
Cited by 425

Microsoft Academic Sign in / Sign up

integrative medicine

works

Publication Types

Top Authors

Colin D. Liang	100%
Vivian Tsang Wong	100%
Kam Wo Chan	100%
Alan M. Wilson	100%
David Velasco	100%
Kamille Dwyer	100%
John S. Connor	100%
Shui S. Boer	100%
Iman Majeed	100%
Francesca Hiett	100%
Shahin F. Noh	100%



The American Journal of Chinese Medicine, Vol. 49, No. 3, 543-575
© 2021 World Scientific Publishing Company
Institute for Advanced Research in Asian Science and Medicine
DOI: 10.1142/S0192415X21500257

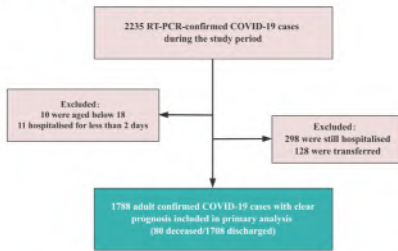
聯合中藥對新冠的治療：
醫院紀錄的回顧性隊列研究

Add-On Chinese Medicine for Coronavirus Disease 2019 (ACCORD): A Retrospective Cohort Study of Hospital Registries

Zixin Shu,^{*,†} Kai Chang,^{*,†,††} Yana Zhou,^{†,††} Chaomeng Peng,^{†,†} Xugui Li,^{†,†} Wei Cai,^{†,†} Li Wei,^{*,†,††}
Qiguang Zheng,[†] Haoyu Tian,[†] Jintan Xia,[†] Kuo Yang,[†] Ning Wang,[†] Jifen Liu,^{†,†}
Xiaojuan Min,^{†,†} Dengying Yan,^{†,†} Jing Sun,^{†,†} Huan Wu,[†] Xiaomeng Li,[†] Yi Zheng,[†]
Zecong Yu,[†] Xi Lu,[†] Yuxia Yang,[†] Ting Jia,[†] Jinghui Ji,[†] Qunzheng Zou,[†] Yinyan Wang,[†]
Muzhong Xiao,[†] Qing Zhang,[†] Yijuan Xiong,[†] Feng Sun,[†] Qiang Zhu,[†] Xingting Jiang,[†]
Guodong Wang,[†] Sydney Chu-Wai Tang,^{††} Junhua Zhang,[†] Xiangyi Li,^{††} Nevin Zhang,^{††}
Boli Zhang,[†] Xiaolin Tong,^{††} Baoyan Liu,^{*,†,††} Xiaozhong Zhou,[†] Kam Wu Chan^{††} and Xiaodong Li^{††}

To evaluate the real-world effectiveness of add-on Chinese medicine 真實世界加中藥療效的評價

From 15 January to 13 March 2020 in 5 hospitals:



data censored on 22 March 2020

Take Home Message

減死亡率

- Add-on CM was associated with a **mortality reduction** of
 - 58% (HR = 0.42, p = 0.005) among all COVID-19 cases
 - 66% (HR = 0.34, p = 0.009) among severe/ critical COVID-19 cases
- with dose-dependent response, after inversely weighted with propensity score 效用與分量成正比
- **robust** in various stratified, weighted, matched, adjusted, sensitivity analyses 強實分析方法
- Severe/critical patients that received add-on CM had a trend of stabilized D-dimer level 穩定D-dimer
- **Immunomodulating and anti-asthmatic** CMs were most used 調節免疫，抗哮喘
- Add-on CM should be considered as an **add-on trial regimen** 添加試驗方案

The American Journal of Chinese Medicine, Vol. 50, No. 1, 1–31
 © 2022 World Scientific Publishing Company
 Institute for Advanced Research in Asian Science and Medicine
 DOI: 10.1142/S0192415X2250001X

中醫治療新冠：分級評估的系統綜述和薈萃分析

Chinese Medicine for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A GRADE-Assessed Systematic Review and Meta-Analysis

Jianbo Guo,¹ Zongshi Qin,² Ngai Chung Lou,³ Tung Leong Fong,⁴ Wei Meng,^{1,4} Zhang-Jin Zhang,^{1,4}

Yi Liu,⁵ Vivian Chi-Woon Yam Wong,⁶ Yilin Peng⁷ and Haiyong Chen¹

¹School of Chinese Medicine, LKS Faculty of Medicine

The University of Hong Kong, 10 Sassoon Road

PoFulam, Hong Kong SAR, P. R. China

²Department of Chinese Medicine, The University of Hong Kong-Shenzhen Hospital

Futian District, Shenzhen, Guangdong 518033, P. R. China

³Hong Kong Branch of Workstation of Distinguished Professor Yu Jin for

Training and Research in Integrative Gynaecology

Hong Kong SAR, P. R. China

⁴Hong Kong Branch of Workstation of National Master Zhu Nansun for

Chinese Medicine Gynaecology

Hong Kong SAR, P. R. China

Published 2 December 2021

系統評價和荟萃分析方案註冊

2020年3月27日註冊，編號：CRD42020176347

NIHR National Institute for Health Research 英國國家衛生研究院 **PROSPERO**
International prospective register of systematic reviews

Effectiveness and safety of Chinese medicine on coronavirus Disease 2019 (2019-nCoV):
a systematic review and meta-analysis
Haiyong Chen, Xiangyin Xiang, Yao Chen

Citation

Haiyong Chen, Xiangyin Xiang, Yao Chen. Effectiveness and safety of Chinese medicine on coronavirus Disease 2019 (2019-nCoV): a systematic review and meta-analysis. PROSPERO 2020:CRD42020176347 Available from: https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42020176347

Review question

Is Chinese medicine alone or adjunct to Western medicine effective and safe on the treatment of Coronavirus Disease 2019 (2019-nCoV) compared with Western medicine alone?

單中醫比西醫或中西結合醫新冠的效果及安全性

• 根據本研究的結果，**中級證據**提示

1. 清肺排毒湯可**縮短**住院時長
2. 肺炎一號可提高**臨床**有效率、改善淋巴細胞和核酸轉陰時間
3. 蓮花清瘟可提高**臨床**有效率、改善退熱評分及肺部CT影像

4. 指南推薦與證據等級

輕型患者	中型患者	重型患者	危重型患者
肺炎一號方 (**), 蓮花清瘟顆粒 (**), 清肺排毒湯 (**).	肺炎一號方 (**), 蓮花清瘟顆粒 (**), 清肺排毒湯 (**).	肺炎一號方 (**), 清肺排毒湯 (**).	清肺排毒湯 (**).
疏風解毒湯 (+).	疏風解毒湯 (+).	血必淨注射液 (+).	血必淨注射液 (+).
金花清感顆粒 (-), 補中益氣湯 (-), 雙黃連口服液 (-), 化濕敗毒方 (-), 克冠一號方 (-), 霍香正氣散 (-), 宣肺敗毒湯 (-), 金葉敗毒方 (-).	金花清感顆粒 (-), 熱毒寧 (-), 雙黃連口服液 (-), 化濕敗毒方 (-), 克冠一號方 (-), 霍香正氣散 (-), 宣肺敗毒湯 (-), 金葉敗毒方 (-).	熱毒寧 (-), 化濕敗毒方 (-), 宣炎平注射液 (-).	熱炎寧 (-), 參麥飲 (-).

注：**：基於中級證據的推薦；+：基於低級證據的推薦；-缺乏證據的推薦

“缺乏證據的推薦”，並不代表該處方無效，而是截止本研究檢索時間，尚未有相關研究發表！可以由中醫師辨證使用。

QFPD 清肺排毒
Phytomedicine
Frontiers in Pharmacology

The American Journal of Chinese Medicine, Vol. 48, No. 5, 1051–1071
© 2020 World Scientific Publishing Company
Institute for Advanced Research in Asian Science and Medicine
DOI: 10.1142/ASJC20200500512

治療新冠的潛在目標：
清肺排毒湯及其主要中藥的綜述

Potential Targets for Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review of Qing-Fei-Pai-Du-Tang and Its Major Herbs

Linda Li Dun Zhong,^{1*} Wai Ching Lam,^{2*} Wei Yang,^{3*} Kam Wu Chan,⁷
Stephen Cho Wing Sze,¹ Jiangxia Miao,⁵ Ken Kin Lam, Yang,⁷
Zhaoxiang Bian^{4*} and Vivian Tsam Wong⁶
¹School of Chinese Medicine
²Department of Biology, Faculty of Science
Hong Kong Baptist University, Kowloon Tong
Hong Kong Special Administrative Region 999077, P. R. China
³Department of Medicine
⁴School of Chinese Medicine
The University of Hong Kong
Hong Kong Special Administrative Region 999077, P. R. China

- Qing Fei Pai Du Tang (QFPDT), a Chinese medicine formula consisting of **21 herbs** from **five classical formulae** has been reported to be prevent the progression from mild cases and shorten the average duration of symptoms and hospital stay.
- The basic scientific studies, supported by **network pharmacology** (網絡藥理學), on the possible therapeutic targets of QFPDT and its constituent herbs including **Ephedra sinica**, **Bupleurum chinense**, **Pogostemon cablin**, **Cinnamomum cassia**, **Scutellaria baicalensis** were reviewed. The **anti-oxidation**, **immuno-modulation** and **antiviral** mechanisms through different pathways were collated. Two clusters of actions identified were **cytokine storm & perivascular thrombosis prevention** and angiotensin converting enzyme 2 (**ACE2**) **receptor binding regulation**. The multi-target mechanisms of QFPDT for treating viral infection in general and COVID-19 in particular were validated.

Table 3
The TCM symptoms of COVID-19

TCM Symptoms 辨證論治

TCM	Symptoms	Clinical manifestations
Ma xing shi gan decoction	Wind-heat attacks the lungs, wind-cold transformed into heat, wen bing - qi stage lung heat	Cough with thick sticky, yellow sputum, sore, red, swollen throat, thirst, with desire to drink cold liquids, runny or blocked nose with thick yellow discharge, vertigo, dry throat, dizziness, fever with or without perspiration, slight chills, aversion to wind, headache, dyspnea with flared nostrils and pain
Gancao ganjiang decoction	Deficiency cold lung atrophy, abdominal pain due to spleen and stomach deficiency, bleeding due to spleen yang deficiency, externally generated fevers with internal cold	Cold extremities, no thirst, dry throat, excessive salivation with spitting up of clear fluids, no coughing, spontaneous sweating, a bland taste in the mouth, cold breath, frequent, clear urination, irritability
Qingfei paidu decoction	Lung heat	High fever, no chills, aversion to heat, cough, asthma, restlessness, thirst, dark yellow urine
Shegan mahuang decoction	Wind-cold with cold thin mucous yin, cough and asthma due to cold, retention of cold-phlegm in the lungs	Pronounced coughing, pronounced wheezing, aversion to cold, headache, rales, dyspnea, profuse, clear, watery sputum scanty, clear sputum, a feeling of fullness and a stifling sensation in the chest and diaphragm, rattling sounds in the throat
Lianhua qingwen capsule	Detoxification, ventilating lungs and heat.	Fever or high fever, aversion to cold, muscle aches, nasal congestion and runny nose, cough, headache, dry throat, sore throat, red tongue, yellow or greasy coating
Jinhua qinggan granules Shengmai san	Disperse wind and lungs, clear heat and detoxification Lung and kidney qi deficiency, heart and lung qi deficiency, lung qi and yin deficiency, atrophy disorder (wei syndrome) due to lung heat with fluid deficiency	Fever, head and body pain, sore throat, dry cough, stuffy nose, red tongue, thin yellow tongue coating Chronic cough with sparse sputum, sputum difficult to expectorate, shortness of breath, spontaneous perspiration, dry mouth and tongue, dry skin, palpitations with a stifling sensation in chest, fatigue, irritability

Formulae

- Ma xing shi gan decoction (MXSG) 麻杏石甘湯
- Gancao ganjiang decoction (GCGJ) 甘草乾薑湯
- Qingfeipaidu decoction (QFPD) 清肺排毒湯
- Sheganmahuang decoction (SMD) 射干麻黃湯
- Lianhuaqingwen capsule (LH) 連花清瘟顆粒膠囊
- Jinhuaqinggan granules (JHQG) 金花清感顆粒

Pharmacological Basis of Chinese Herbs

- *Ephedra sinensis* 麻黃
- *Astragalus membranaceus* 黃芪
- *Agastache rugose* 藿香
- *Glycyrrhiza* 甘草
- Honeysuckle (*Flos Lonicerae Japonicae*) 金銀花
- *Polygonum cuspidate* 虎杖
- *Scutellaria baicalensis* 黃芩
- *Rheum palmatum* 大黃
- *Isatis tinctoria* (菟絲子) 板藍根
- *Atractylodes lancea* 白朮
- Tangerine peel 果皮
- *Poria cocos* 茯苓
- *Atractylodes macrocephala* 白朮
- *Bupleurum chinense* 柴胡
- *Radix Rehmanniae* 地黃

Conclusion

- The holistic **multi-component, multi-targeted** approach focuses on the functional balance of the entire body. 多成分，多靶點
- Disease development and progression are linked closely to dysfunctional **inflammation and immunity** 炎症和免疫
- TCM is now recognized by emerging **network pharmacology and network biology** 網絡藥理學與生物學
- TCM is effective in the **early phase** and treatment showed superiority in **preventing infected patients escalate** to severe cases and reduced the number of patients admitted to the ICU. TCM also showed efficacy in **recovery phase** 早治療，減少轉嚴重；康復期作用

Conclusion

- MXSGT has been investigated in the LPS-induced rat ALI(Acute Lung Injury), ameliorated lung microvascular hyperpermeability (肺微血管高滲透性) and inflammation reaction (炎症反應), resulting in an elevation of survival rate (提高存活率), involvement of TLR-4, SRC, and NF- κ B in the signaling pathway as responsible factor for the treatment effect
- Could be used as a safe and effective therapy aiming at ameliorating lung fluid accumulation and inflammatory infiltration. 安全有效

Frontiers in Pharmacology

Prospective: Evolution of Chinese Medicine to Treat COVID-19 Patients in China 展望：在中國用中藥治療新冠病人的演化

Jieya Wu^{1,2}, Baoguo Sun^{1,3†}, Li Hou^{2†}, Fulan Guan¹, Liyuan Wang^{1,4}, Peikwen Cheng^{1,5}, Sophia Scobell⁶, Yung-Chi Cheng^{1*} and Wing Lam^{1*}

中藥全球化聯盟會長

¹Department of Pharmacology, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, United States, ²Department of Oncology and Hematology, Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, China, ³Department of Traditional Chinese Medicine, The First Affiliated Hospital of Sun Yat-Sen University, Guangzhou, China, ⁴Institute of TCM and Health Development, Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Jiangxi, China, ⁵Yiviva, Inc., New York, NY, United States, ⁶Department of Biology, Wesleyan University, Middletown, CT, United States

Abstract

- We will discuss their underlying mechanisms of action by the potential targeted pathways for the individual herbs using STAR (signal transduction activity response) database from our laboratory.
- All five oral formulas build upon the core formula Maxingshigan Decoction 麻杏石甘湯 (MD) which has **anti-inflammatory** and perhaps **antiviral** actions. 抗炎, 抗病毒
- Complementary classic formulas and/or herbs have been added to potentiate **anti-inflammatory**, and **anti-renin-angiotensin system (RAS)抗腎素血管緊張素-mediated bradykinin storm (RBS)介體緩激肽風暴** and antiviral effects.
- An **integrative systems biology 綜合系統生物學** approach—combining botanical treatments of conventional antiviral, anti-inflammatory or anti-RBS drugs to treat COVID-19 and its complications – should be explored.

西藥按疾病階段治療新冠

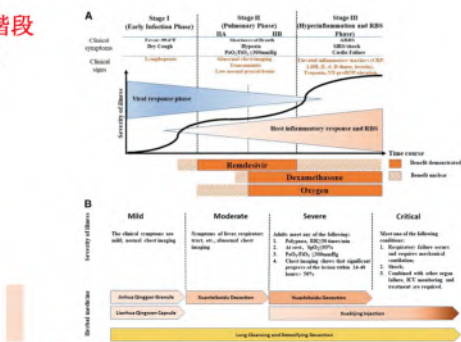


FIGURE 1 | COVID-19 Therapies at Different Stages (A) Modified from publication by Siddiq, H.K., and Manra, M.R. (2020). COVID-19 illness in native and immunocompromised states: A clinical-therapeutic staging proposal: a "Real Lung Treatment" (94-426-427) (B) Adapted from China, N.H.C.O.T.P.S.R.I.D. (2020a). "Diagnosis and Treatment of COVID-19 (8th trial edition)", (ed.) N.H.C.O.T.P.S.R.I.D., China (Beijing: National Health Commission of the People's Republic of China, and Wang et al., (2020). Comprehensive Analysis of TCM Diagnosis and Treatment Schemes for COVID-19 in All Regions of China. Modernization of Traditional Chinese Medicine and Materia Medica-World Science and Technology, 25, 257-260. The diagnostic criteria of children in severe stage is deleted in the figure.

3 Drugs 3 Formulae 三方三藥

TABLE 1 | Biological activities of 3-drugs-3-formulae.

Formules	免疫										抗氧化	纖維化	抗病毒	抗細菌
	炎症 Inflammation					Innate Immunity					Anti-Oxidation	Fibrosis	Anti-Viral	Anti-Bacteria
	TNF α	IL6	IFN γ	COX2	iNOS	GRE	TLR2	TLR4			NRF2	TGF β	Direct antiviral	Type III protein secretion
Jinhua Qinggan Granule (JQG)	↓↓↓↓	↓↓↓↓↓	↓↓↓↓↓	↓↓↓↓↓	↓↓↓	↓	↓↓↓↓	↓↓↓↓↓	↓↓	↓↓↓↓	↓↓	↓	↓↓↓↓ (Zhang et al., 2020)	↓
Lianhua Qingwen Capsule (LQC)	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓↓ (Zhang et al., 2020)	↓↓↓
Xuanfobacuo Decoction (XD)	DK ²	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Huashibaku decoction (H-C)	↓	↓↓↓↓	↓↓↓↓	↓	↓↓↓↓	↓↓↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Lung Clearing and Detoxifying Decoction (LCD)	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Xuebijing Injection (X)	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓

Conclusion

- “Qing-Re清熱” herbs play a key anti-inflammatory role, while the four other herbal categories, “Qu-Shi祛濕”, “Huo-Xue活血”, “Bu-Yi補益”, and “Xing-Qi行氣” herbs are included to treat symptoms such as excessive mucus secretion, edema, coagulation, fatigue, loss of appetite and indigestion, etc. It should be noted that Ephedra sinica Stapf., herbaceous stem and Asarum sieboldii Miq., root and rhizome, gingered, two “Jie-Biao解表” herbs in the six formulas, can cause a decrease in symptoms of high fever and can also cause weight-loss.



Conclusion

- Herb components with a **direct antiviral** effect may target ACE2, the SARS-CoV-2 receptor and key component of the bradykinin axis, or the serine protease TMPRSS2. An **indirect antiviral** effect may induce type I interferon (IFN- α and β). 抗病毒
- In early stages, IFN- α and IFN- β could be critical for **innate and adaptive immune** responses against SARS-CoV-2. 先天性和適應性免疫
- Some of these formulas could also induce IFN- α and β expression, which may also facilitate the occurrence of **hyperinflammation and may play a central pathogenic role** in severe and critical patients (Ruscitti et al., 2020). 過度炎症
- Thus, it is critical that the **appropriate drug is chosen for each stage** of COVID-19. 按疾病階段施治

三 二十一世紀的挑戰

病毒、臨床、公衛、可持續發展目標 (SDG)



LKS Faculty of Medicine
School of Chinese Medicine
香港大學中醫藥學院



中醫藥發展基金
Chinese Medicine Development Fund

提升社區中醫診所應對
傳染病防控能力的培訓

二十一世紀的挑戰

病毒、臨床、公衛、可持續發展目標 (SDG)

黃譚智媛 教授
vcwwong@hku.hk
2022-11-06

香港瘟疫

日期	疫症	死亡人數	染病人數	日期	疫症	死亡人數	染病人數
1843年7月—8月	疫症	766	待查	1940年	天花	152	192
1854年1月	痢疾	73	待查	1940年	霍亂	499	763
1855年春天	疫症	800	待查	1946年11月	天花	530	820
1894年5月10日—9月	鼠疫	2,547	待查	1961年8月16日—10月12日	霍亂	15	129
1896年4月	鼠疫	8	待查	1962年10月底	麻疹	11	51
1899年	鼠疫	1,486	待查	1967年	麻疹	878	3,598
1914年5月	鼠疫	1,304	1,474	1968年	流感	21	2,857
1937年7月22日—8月	霍亂	1,082	1,690	1970年	肺癆	1,436	待查
1938年	肺癆	5,000餘	待查	1997年5月—年底	禽流感	6	18
1938年—1939年	天花	1,986	2,525	2003年2月—6月	SARS	299	1,755
				2009年5月—年底	豬流感	60	34,964

資料來源：<https://zh.m.wikipedia.org/zh-hk/%E9%A6%99%E6%B8%AF%E7%98%9F%E7%96%A8%E5%B8%97%E8%A1%A8>

Viruses 病毒分類

A. Double Stranded DNA 雙鏈DNA

- Papovavirus
- Adenovirus
- Human Herpes Virus
 - Alpha herpes: Herpes varicella zoster 帶狀皰疹 · (chicken pox 水痘)
 - Epstein-Barr virus (EBV)
- Pox viruses: Variola (smallpox), Vaccinia (cowpox), Orthopox (Monkeypox)
- Hepatitis B virus

Viruses 病毒分類

B. Positive single stranded RNA 正單鏈RNA

- Picornavirus
 - Rhinovirus (common cold)
 - Enteroviruses: EV71 (hand, foot & mouth disease 手足口病), Poliovirus, Hepatitis A,
- Coronavirus: SARS, COVID 19
- Togavirus
 - Rubella (German measles 風疹)
 - Flavivirus (Dengue fever 登革熱), hepatitis C

Viruses 病毒分類

C. Negative Single stranded RNA 負單鏈RNA

- Orthomyxovirus: Influenza A(Avian H5N1 (禽流感)), B, C (季節性流感),
- Paramyxovirus: Parainfluenza, mumps(腮腺炎), measles(麻疹),
Respiratory Syncytial Virus (RSV)(呼吸道合胞病毒)
- Rhabdovirus: Rabies

D. Retroviruses (RNA reverse transcriptase to make DNA)

- Human immunodeficiency virus: HIV (愛滋)

可用疫苗預防的傳染病

- 肺結核—卡介苗 (BCG)
- 乙型肝炎
- 白喉·破傷風·百日咳·小兒麻痺
- 肺炎球菌
- 麻疹·腮腺炎·德國麻疹 (MMR混合疫苗)
- 人類乳頭瘤病毒 (HPV)
- 季節性流感
- Covid-19
- 帶狀皰疹Herpes zoster

香港兒童免疫接種計劃

年歲 / 年級	應接種的疫苗
初生	卡介苗 乙型肝炎疫苗 - 第一次
一個月	乙型肝炎疫苗 - 第二次
兩個月	白喉、破傷風、無細胞型百日咳及滅活小兒麻痺混合疫苗 - 第一次 肺炎球菌疫苗 - 第一次
四個月	白喉、破傷風、無細胞型百日咳及滅活小兒麻痺混合疫苗 - 第二次 肺炎球菌疫苗 - 第二次
六個月	白喉、破傷風、無細胞型百日咳及滅活小兒麻痺混合疫苗 - 第三次 乙型肝炎疫苗 - 第三次
十二個月	麻疹、流行性腮腺炎及德國麻疹混合疫苗 - 第一次 肺炎球菌疫苗 - 加強劑 水痘疫苗 - 第一次
十八個月	白喉、破傷風、無細胞型百日咳及滅活小兒麻痺混合疫苗 - 加強劑 麻疹、流行性腮腺炎、德國麻疹及水痘混合疫苗 - 第二次 *
小一	麻疹、流行性腮腺炎、德國麻疹及水痘混合疫苗 - 第二次 * 白喉、破傷風、無細胞型百日咳及滅活小兒麻痺混合疫苗 - 加強劑
小五	人類乳頭瘤病毒疫苗 - 第一次 ^
小六	白喉〔減量〕、破傷風、無細胞型百日咳〔減量〕及滅活小兒麻痺混合疫苗 - 加強劑 人類乳頭瘤病毒疫苗 - 第二次 ^

資料來源：https://www.fhs.gov.hk/tc_chi/health_info/child/14828.pdf

季節性流感疫苗(流感疫苗)接種

科學委員會建議的優先組別

- 孕婦
- 居於護理院舍的人士
- 50歲或以上人士
- 有長期健康問題的人士
- 醫護人員
- 年齡介乎6個月至未滿12歲的兒童
- 家禽業從業員
- 從事養豬及屠宰豬隻行業的人士

肺炎球菌疫苗注射

合資格組別人士

- 居於社區有高風險情況的長者並屬於指定公營診所的現有病人/ 接受服務人士/ 會員
- 居於社區領取綜援或持有有效減免證明書的長者
- 所有居於安老院舍的院友或居於殘疾人士院舍的長者院友
- 醫管局有高風險情況的長者住院病人(如在療養院、老年精神科、精神科或智障病院住院)

參與接種流感疫苗和肺炎球菌疫苗的高風險情況

- 曾患侵入性肺炎球菌病、腦脊液滲漏或裝有人工耳蝸;
- 長期心血管疾病(高血壓而沒有併發症除外)、肺病、肝病或腎病;
- 新陳代謝疾病包括糖尿病或肥胖(體重指數 30 或以上);
- 免疫力弱(因情況如無脾、人類免疫力缺乏病毒感染/ 愛滋病或癌症/ 類固醇治療引致); 及
- 長期神經系統疾病致危及呼吸功能、難於處理呼吸道分泌物、增加異物入肺風險或欠缺自我照顧能力。

符合接種流感疫苗的高風險情況亦包括：

- 長期接受阿士匹林治療的兒童和青少年(6 個月至 18 歲)。

猴痘演變及應變

黃譚智媛 教授

VCWWONG@HKU.HK

2022-11-06

猴痘病毒及歷史

- Double Stranded DNA Virus
- Poxviridae Family
- Chordopox viridae subfamily
- Orthopox virus genus
- 1958-monkeys in Danish laboratory
- 1970-9 month old baby boy in Zaire (剛果·原扎伊省)

猴痘病例定義
Table 1. Monkeypox Case Definitions. 法定須呈報傳染病

Type of case	Definition 監察、預防和控制
Suspected	Sudden onset of high fever , followed by a vesicular-pustule eruption presenting predominantly on the face, palms of the hands, and soles of the feet ; or the presence of at least 5 smallpox type scabs .
Confirmed	Suspected case with laboratory confirmation (Positive IgM Antibody, PCR, or virus isolation). 確診
Probable	Suspected case with no possibility of laboratory confirmation, but with epidemiological link to a confirmed case.
Possible	Vesicular, pustular or crusted rash, not diagnosed as chickenpox by the family or the health-care provider [13]. History of fever and vesicular or crusty rash [14]. Individual met one of the epidemiologic criteria or demonstrated elevated levels of orthopoxvirus-specific IgM and had unexplained rash and fever and ≥ 2 other signs or symptoms from the clinical criteria [15].

Reference: Bunge EM, Hoet B, Chen L, Liener F, Weidenthaler H, et al. (2022) The changing epidemiology of human monkeypox—A potential threat! A systematic review. PLOS Neglected Tropical Diseases 16(2): e0101414.

猴痘傳播及病徵

傳播途徑

- 動物·人·咬傷/抓傷
- 體液·飛沫·物件接觸·衣服·床上用品·毛巾·電子設備表面
- 男男同性接觸 (99%)·面對面·皮膚對皮膚·嘴對嘴·嘴對皮膚·氣溶膠

病徵

- 發燒·劇烈頭痛·肌肉痛·嗜睡
- 淋巴結腫大·皮疹·口腔潰瘍
- (14-21天)面·手·腳底·眼睛·嘴·喉嚨·腹股溝·生殖器·肛門(丘疹·水疱·膿包·結痂)

潛伏期：3-20天；接觸至PCR陽性：2-20天（中位數5天）

猴痘

預防

- 避免接觸
- 防護裝備：手套，口罩，洗手
- 煮熟動物產品後方可食用

治療

- 充足水分及營養支援
 - 治療繼發性細菌感染
- 沒有FDA批准的抗病毒藥物

疫苗

- Smallpox vaccine-85% protective
- ACAM 2000 by Emergent Product Development
- Bavarian Nordics Jynneos, vs smallpox + monkeypox
- JYNNEOS (2019 US FDA) 疫苗

自願形式，高風險目標群，接觸者暴露後

猴痘應變

- “準備及應變計劃” 三級別
- 戒備
- 嚴重
- 緊急

WHO Global Health Emergency

- 入境旅客健康申報

參考資料：SHARE(Sexual Health and HIV All East Research)-net Clinical Group. Monkeypox Virus Infection in Humans across 16 Countries - April-June 2022. *N Engl J Med.* 2022 Aug 25;387(8):679-691.

1980-1989年·猴痘確診及疑似病例數



Fig 3. Number of confirmed, probable, and/or possible monkeypox cases between 1980-1989. [20,21,31,34,50,52,54] (base layer of the map: <https://datawrapper.dwcdn.net/GHEu/1/>).

Reference: Bunge EM, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, et al. (2022) The changing epidemiology of human monkeypox—A potential threat? A systematic review. PLOS Neglected Tropical Diseases 16(2): e0010141.

1990-1999年·猴痘確診及疑似病例數



Fig 4. Number of confirmed, probable, and/or possible monkeypox cases between 1990-1999. [14,53] (base layer of the map: <https://datawrapper.dwcdn.net/EAn8M/1/>).

Reference: Bunge EM, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, et al. (2022) The changing epidemiology of human monkeypox—A potential threat? A systematic review. PLOS Neglected Tropical Diseases 16(2): e0010141.

2000-2009年·猴痘確診及疑似病例數



Fig 5. Number of confirmed, probable, and/or possible monkeypox cases between 2000–2009. [6,18,46,58,69] * Number reflects suspected cases, since as of the year 2000, the number of suspected cases was primarily reported by the DRC. (base layer of the map: <https://datawrapper.dwcdn.net/SXy7/1/1>).

Reference: Bunge EM, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, et al. (2022) The changing epidemiology of human monkeypox—A potential threat! A systematic review. PLOS Neglected Tropical Diseases 16(2): e0010141.

2010-2019年·猴痘確診及疑似病例數



Fig 6. Number of confirmed, probable, and/or possible monkeypox cases between 2010–2019. [7,8,15,18,29,30,32,33,35,47–49,55–57,59–67,72–74] * Number reflects suspected cases, since as of the year 2000, the number of suspected cases was primarily reported by the DRC. (base layer of the map: <https://datawrapper.dwcdn.net/UUYbg/1/1>).

Reference: Bunge EM, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, et al. (2022) The changing epidemiology of human monkeypox—A potential threat! A systematic review. PLOS Neglected Tropical Diseases 16(2): e0010141.

每一進病毒進化分支病例數

Table 2. Number of Cases per Clade¹.

Decade	Central African Clade (N)	West African Clade (N)	Total Cases
1970–1979	38	9	47
1980–1989	355	1	356
1990–1999	520	0	520
2000–2009	92 confirmed 10,027 suspected ²	47	139 10,027
2009–2019	85 confirmed 18,788 suspected ²	195	280 18,788

Reference: Bunge EM, Hoet B, Chen L, Liener F, Weidenthaler H, et al. (2022) The changing epidemiology of human monkeypox—A potential threat? A systematic review. PLOS Neglected Tropical Diseases 16(2): e0101411.

非洲每十年確診/疑似病例的中位年齡和範圍

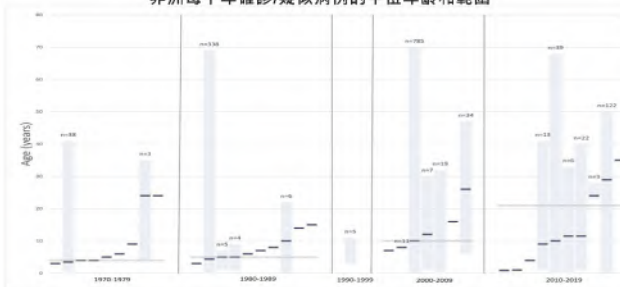


Fig 9. Median age and range of confirmed, probable and/or possible monkeypox cases in Africa per decade. Blue bars without range refer to the age of a single case. The grey horizontal line represents the weighted median. No data on median ages could be retrieved for the 1990s.

Reference: Bunge EM, Hoet B, Chen L, Liener F, Weidenthaler H, et al. (2022) The changing epidemiology of human monkeypox—A potential threat? A systematic review. PLOS Neglected Tropical Diseases 16(2): e0101411.

確診/疑似病例的合併死亡率

總計 36 例死亡 (2 Nov 2022)

Table 3. Pooled case fatality rate in confirmed, probable, and/or possible monkeypox cases.

Countries/Clade	Case Fatality Rate	95% CI ¹
All countries ²	78/892 = 8.7%	7.0%–10.8%
Central African clade ³	68/640 = 10.6%	8.4%–13.3%
West African clade ⁴	9/247 = 3.6%	1.7%–6.8%
West African clade, African countries only	9/195 = 4.6%	2.1%–8.6%

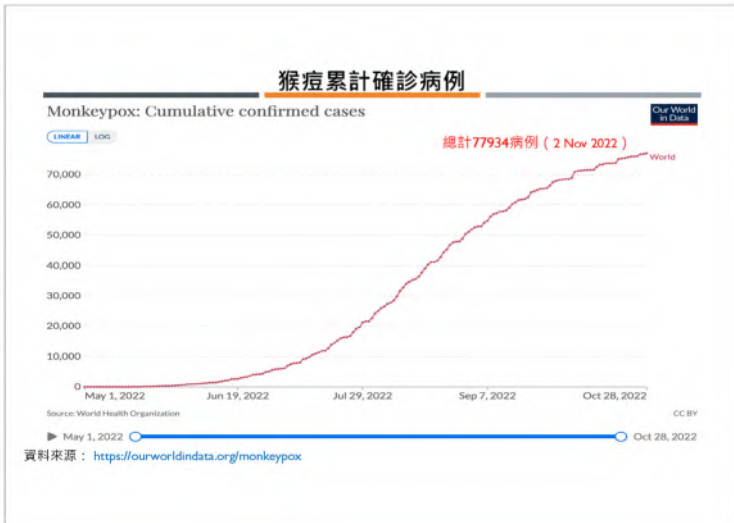
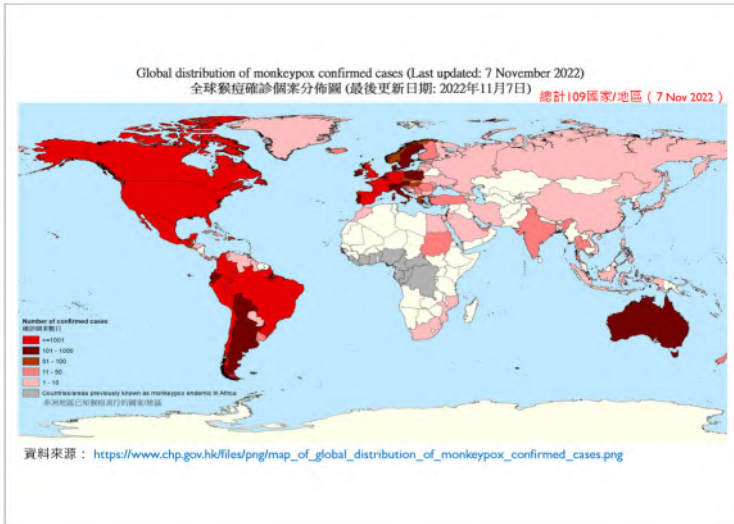
Reference: Bunge EM, Hoet B, Chen L, Lienert F, Weidenthaler H, et al. (2022) The changing epidemiology of human monkeypox—A potential threat! A systematic review. PLOS Neglected Tropical Diseases 16(2): e0010141.

人口免疫率與發病及死亡的年紀-五十年演變

	1970-1989	2000-2009	2010-2019
患病年齡	4-5 歲	10 歲	21 歲
死亡年齡	<10 歲	37.5% <10 歲	

尼日利亞牛痘接種及免疫率

	1970	2016	2018
接種牛痘比例		10.1%(2016)	9.3%(2018)
人口免疫率	65.6%	2.6%(2016)	2.2%(2018)
80-96% 猴痘確診者未接種牛痘			





策略計劃

Strategic Planning

- 模擬練習
- 儲備疫苗、抗病毒藥物、用品、口罩
- 通過將宿主處理來爭取時間。
- 隔離限制 (3km->10km) · (宿主被毀)
- 社交隔離 ·
- 自我隔離 · 個人衛生

大流行的準備

Pandemic Preparedness

- 階段1：沒有新的亞型
- 階段2：新病毒 · 大流行警報
- 階段3：人類感染傳播給密切接觸者
- 階段4：高度本地化的傳播集群
- 階段5：人傳人的大集群 ·

當在 ≥ 3 個 WHO 區域發生有效的人類傳播時，
宣布大流行

國際合作

International Co-operation

- 早期上報及警告機制
- 公共衛生監察機構
- 傳病媒介控制政策
- 檢疫法律

重新出現的傳染性疾病—相互作用的原因

Re-emerging Infectious Diseases - interacting causes

- 飢荒、戰爭、生物恐怖主義
- 人類、動物、寄生蟲的大規模活動（文化、習俗、行為）
- 微生物對抗生素的適應力
- 人類易感率、免疫低下
- 氣候變化：將生態系統轉變為無免疫力
- 經濟發展、土地使用及人口增加
- 旅遊和商業
- 技術和工業、轉基因生物（GMO）
- 貧窮和社會不平等

可持續發展目標
SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS



資料來源：<https://edu.unicef.org/hk/zh-HK/global-goal>

特別鳴謝：

香港中醫藥發展基金委員會
香港大學中醫藥學院
香港特別行政區衛生署

書 名 常見傳染病及中醫藥防治手冊

主 編 羅 翌 陳海勇等

出版總編 張 丰

責 編 江曉琳 蔡秋燕

出 版 靈蘭閣中醫藥文化公司

(滙知教育出版有限公司全資附屬機構)

香港九龍觀塘巧明街 105 號好運工業大廈 11 樓 1A

電話：35681999 傳真：35685999

靈蘭醫網：www.linglan.hk

出版日期 2023 年 3 月

國際書號 978-988-74315-7-2

©2023 Linglange Chinese Medicine Co.

Published in Hong Kong

聲明：

本書為非賣品，只供閱讀，不可複製或用作其他商業用途。

■ **香港中醫藥發展基金委員會資助項目**

