J Chin Med 35(2): 43-59,2024
DOI: 10.6940/JCM.202412_35(2).04

**原始論文**

# 臺灣醫學中心與馬來西亞治療 SARS-CoV-2 臨床案例相關討論

蘇郁婷[1]、吳沛恒[2]、凌詩芃[3]、張揚楷[1,4]、龔彥穎[1,4]、陳方佩[1,4]、張凱惟[1,4,*]

[1] 臺北榮民總醫院傳統醫學部，台北，臺灣

[2] 東姑阿都拉曼大學，馬來西亞

[3] 善德中醫坊，馬來西亞

[4] 國立陽明交通大學傳統醫藥研究所，台北，臺灣

SARS-CoV-2 在中醫範疇屬瘟疫戾氣所致，如何 SARS-CoV-2 各階段之特性發展適合之診治為目前重要課題，藉由與馬來西亞互相交流了解各階段病機之異同，了解在中醫適時介入可藉由調節生理機能，達到自我復原能力，避免往中、重度症狀病程發展，除可以減少健保醫療費用支出，更重要的如果能在輕中度症發生時適時給予阻斷病程發展，也可降低醫院醫療量能負擔。

**關鍵字：**中醫藥、SARS-COV-2

* **通訊作者：**張凱惟，臺北榮民總醫院傳統醫學部，地址：台北市北投區石牌路二段 201 號，電話： 02-2875-7453，Email：bluemagpie720321@gmail.com

**113 年 6 月 28 日受理，113 年 10 月 11 日接受刊載**

# 前　言

自 2019 年末新型冠狀肺炎爆發以來，隨著病毒不斷突變進化，截至目前為止此病毒已在全世界廣泛且大量地感染人類，特別是在新加坡、越南、泰國與馬來西亞等地區，確診及死亡案例不斷攀升，造成世界各地人民恐慌、產業鏈停損與經濟負擔等世界性問題。截至目前為止，SARS-CoV-2 變種病毒株仍到處肆虐，其傳播途徑以呼吸道飛沫傳染和接觸傳染為主，傳播數度快速，潛伏期多為 1-14 天，主要症狀以發熱、乏力、乾咳，且少數伴隨鼻塞、流涕、腹瀉，嚴重時會導致出現急性呼吸窘迫綜合症、膿毒症休克、肺纖維化、難以糾正的代謝性酸中毒和凝血功能障礙等，雖然多數感染者症狀輕微，還存在無症狀帶原者，而無症狀感染者也可能成為傳染源。

當人體受到病毒感染早期，病毒會抑制干擾素（interferons）釋放，造成病毒大量複製，體內免疫細胞激素 cytokines 與 chemokines 的釋放，隨著病毒在體內不斷複製，促發過度的發炎反應而導致疾病，細胞產生大量 cytokines（interleukin (IL)-1 $\beta$, IL-6, and tumor necrosis factor(TNF)）與 chemokines（C-C motif chemokine ligand (CCL)-2,CCL-3, and CCL-5），造成所謂的細胞激素風暴（cytokine storm）[1, 2]。在嚴重的新冠肺炎患者，常見的症狀包括淋巴球低下、發炎相關因子與細胞激素增加以及血液容易凝血的傾向，尤其是廣泛性之炎性反應造成不良的預後，因此，在治療重症患者時凝血控制顯得重要 [3]，其中 D-dimer 數值變化具有重要的臨床指標意義。

因此找尋相關藥物可以預防病毒感染、防止病毒於人體內引起的免疫風暴或者保護肺臟免受感染造成的肺纖維化現象，更是目前急需開發的治療策略，中藥是具有多重功效的天然藥物組合，中藥提供結構多樣、具安全性的天然化合物來源 [4, 5]。因此，2021 年開始，馬來西亞的中醫師團隊，與西醫團隊攜手進行抗疫工作，該中醫團隊由馬來西亞拉曼大學中醫系及馬來西亞中醫藥抗疫學會等機構醫師組成，透過與馬來西亞進行中西醫結合經驗的交流更能擴大彼此對於中醫藥治療新型冠狀肺炎的眼界，證實中西醫的結合治療具有不可或缺的地位。

# 研究方法與題材

透過線上雙邊視訊討論會議，以「中醫對抗 COVID-19 及其後遺症之治療」為主題，邀請馬來西亞善德中醫坊凌詩芃醫師、拉曼大學中醫系吳沛恒講師分享新冠肺炎及後遺症的中醫治療經驗。

凌詩芃醫師：畢業於南京中醫藥大學，並取得中醫碩士學位，主修中醫內科學，馬來西亞衛生部合格註冊中醫師，中醫師總會永久會員，曾任 Hospital Putrajaya 中醫部駐診醫師，目前為善德中醫坊專任中醫師，更受邀 Hospital Putrajaya 給予中醫課題的講座，並且多家月子中心合作，提倡按照體質，個體化進行產後月子中醫藥膳調理。

吳沛恒醫師：畢業於中國南京中醫藥大學，並取得中醫碩士學位，現為廣州中醫藥大學博士研究生，馬來西亞衛生部註冊中醫師、馬來西亞中醫總會會員，馬來西亞拉曼大學中醫系講師，中國溫病專業委員會會員，並擔任於善德中醫坊駐診醫師。

## 一、SARS-CoV-2 輕重症中西醫合作治療 - 臺灣醫學中心經驗

### ㈠中醫藥治療 Covid-19 理論基礎

在《黃帝內經・素問遺篇・刺法論》中提到「正氣存內，邪不可干。邪之所湊，其氣必虛。」描述當時已有疫病的橫行，和現今新型冠狀病毒爆發非常相似，不論男女老幼都容易感染，書中明確指出只要人體正氣充足，邪氣就不容易侵襲，不容易生病，所謂「正氣」相當於現代醫學的免疫力，而「邪氣」相當於外在的各種致病因素，中醫在治療上首要條件須明瞭其病因、病位、病性與病勢，方可達到最佳療效。因此，根據初期 SARS-CoV-2 爆發時，中國大陸代表性地區 [6-10]，根據嚴重程度與症狀，進行證型分類（表一）：

**表 1　SARS-CoV-2 相關證型分類**

| 醫院地區 | 人數 | 輕重程度 | 濕熱 | 寒濕 | 濕毒 | 氣陰兩虛 | 脾肺氣虛 | 主要症狀 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 上海雷山 | 44 | 普通症 | 33 | 10 | | | | 不寐、汗出、乾咳、氣喘 |
| 溫　　州 | 255 | unknown | | 98 | 136 | | | 發熱、咳嗽、乏力 |
| 湖　　北 | 756 | 輕重皆有 | 239 | 101 | 18 | 203 | 195 | 發熱、咳嗽、胸悶、氣喘 |
| 甘　　肅 | 60 | 輕重皆有 | 21 | 16 | 6 | | 4 | 咳嗽、發熱、咳痰、乏力、肌肉疫痛 |
| 武　　漢 | 130 | 輕重皆有 | 89+22 痰 | 9 | 7 | 3 | | 咳嗽、發熱、胸悶、喘氣、乏力、咯痰 |
| 統　　計 | 1245 | mix | 404 | 234 | 167 | 206 | 199 | |

1. 輕症者寒濕較多、地理位置關係多有夾濕特點
2. 濕熱相較寒濕病程較長
3. 證型與年齡相關性 <65 歲多濕熱；>65 歲多虛證
4. 證型與發病時間的相關性 :
   (1) ＜ 3 天者以寒濕犯肺證多見
   (2) 3 ～ 7 天者以濕熱鬱肺證、濕熱並重證較為多見
   (3) ＞ 7 天者以熱毒閉肺證、肺脾氣虛證為主
5. 重症證型多為氣營兩燔、內閉外脫
6. 恢復期多為脾肺氣虛、氣陰兩虛

根據上述結論，本病屬於中醫疫病範疇，病因為感受疫戾之氣，基本病機特點為「濕」貫穿疾病傳變過程，而病位在「膜原」，所謂「膜原」在吳又可《瘟疫論》指出：「邪自口鼻而入，則其所客，內不在臟腑，外不在經絡，舍於伏脊之內，去表不遠，附近於胃，乃表裡之分界，是為半表半裡。…凡邪在經為表，在胃為裡，今邪在募原著，正當經、胃交關之所，故為半表半裡」；《素問・舉痛論》說：「寒氣客於腸胃之間，膜原之下，…」王冰注“膜，謂膈間之膜；原，謂

鬲肓之原”。這是指胸膜與膈肌之間部位。因此，透過膜原系統傳遞，臨床上表現常病發於肺部系統，其症狀包括發熱、咳嗽、痰黃或稠，乏力、頭痛、咽痛等，中醫證候常見有舌紅、苔黃或黃膩，不潤，脈滑數等，符合「濕毒壅肺、肺氣失宣」特點；中醫認為濕邪具有趨下的特性，當傳變於於脾胃系統，其常見症狀為納差、噁心欲嘔、大便溏等特徵，符合「脾胃寒濕困阻」的表現，而隨著疾病不斷傳變演進，進入重症期；若逆傳，則熱毒壅肺 ，入營血逆傳心包，若直接由初期進入重症期，易引起多器官功能衰竭，後期病機特點則為「濕，毒，瘀，虛」互結，整體病因病機與疾病傳變可歸納如圖所示（圖 1）。

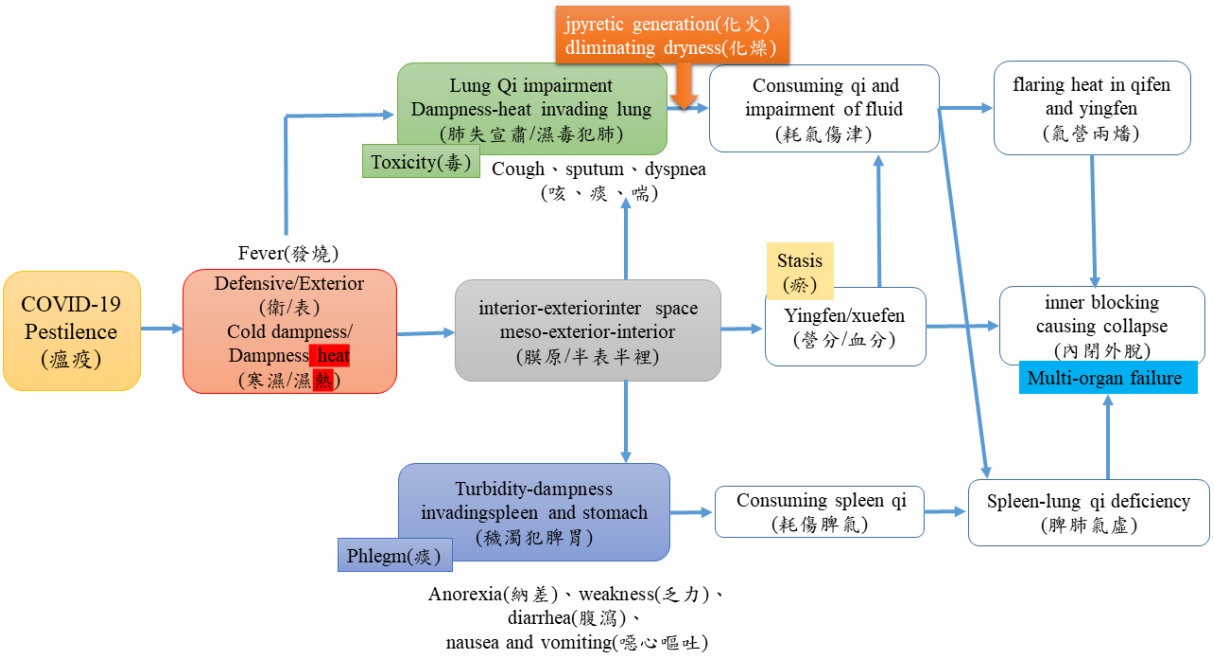



**圖 1　Covid-19 病因病機分析**

在《溫熱論》：「在衛汗之可也，到氣才可清氣；入營猶可透熱轉氣。」，因此，倘若中醫能適時介入治療 COVID-19 的關鍵時機，以截斷病勢，有效改善嚴重流行疫病（時疫）患者之預後狀態，故根據上述中醫病因病機理論搭配現代中藥藥理研究，選用以下十一種藥材作為治療核心藥物：1. 清熱解毒，消癰排膿：魚腥草、黃芩；2. 化濕、解暑、行氣：藿香、佩蘭、厚朴；3. 清熱化痰利咽喉：甘草、桔梗；4. 健脾益胃除濕：薏苡仁 5 疏風清熱，止咳平喘：荊芥、杏仁；6. 燥濕化痰，降逆止嘔：半夏（圖 2）。

### (二)現代藥理研究

(1) 魚腥草，長於清肺熱，為治療肺癰咳吐膿痰的首選藥，原名「蕺」始於《名醫別錄》。在《本草綱目》載：「其葉腥氣，故俗稱魚腥草。」，全草可供藥用，具有清熱解毒、消癰排膿、利尿通淋，常用於肺癰吐膿、痰熱喘咳…等呼吸道疾病的治療 [11]，也被應用在皮膚分面疾病治




**圖 2　核心藥物**

療。魚腥草主要活性物質分別為：揮發油類（Essential oil）與黃酮類（Flavonids）為主，並具有多種的藥理功效 [12]，因此，魚腥草能有助於預防 SARS-CoV-2 感染 [13]。其中黃酮類（Flavonids）有效減低 H1N1 病毒的增生與降低 neuraminidase（NA）的活性，以及藉由抑制宿主體內 Toll-like receptor signalling 進而降低 TLR3、TLR4、TLR7 過度活化與 NF-$\kappa$B p65 磷酸化，達到抗病毒與抗發炎的作用 [14]；槲皮苷（quercitrin）與異槲皮苷（isoquercitrin）藉由抑制 NF-$\kappa$B 活性而達到抗氧化與抗發炎的作用，甚至對於 influenza,、poliovirus、adenovirus、respiratory syncytial virus、SARS coronavirus and HIV 皆能降低其病毒活性，更進一步發現槲皮苷（quercitrin）可以抑制 HSV binding 至細胞表面而抑制 HSV 進入細胞中繁殖 [15]，為抗病毒主要有效成分（圖 3）。

(2) 黃芩長於清人體上焦熱盛，主要活性成分為 baicalein、baicalin 以及 wogonin…等，其中 wogonin 藉由調控 type I interferon 與 adenosine monophosphate-activated protein kinase（AMPK）相關路徑達到抑制 influenza A and B 病毒活性。最新研究發現 [16]：Baicalein 和 oroxylin A 會與 COVID-19 病毒相互競爭與 ACE 2 結合，因此，降低 COVID-19 病毒附著於寄主細胞的機會。其次，Baicalein 可以藉由與 SARS-CoV-2 3CLpro（3CLpro）結合來抑制病毒複製 [17]。Naringenin 與 beta-sitosterol 可以調控部分基因（CCL2、IL-1$\beta$ 和 IL-6）表現，調整免疫系統平衡，

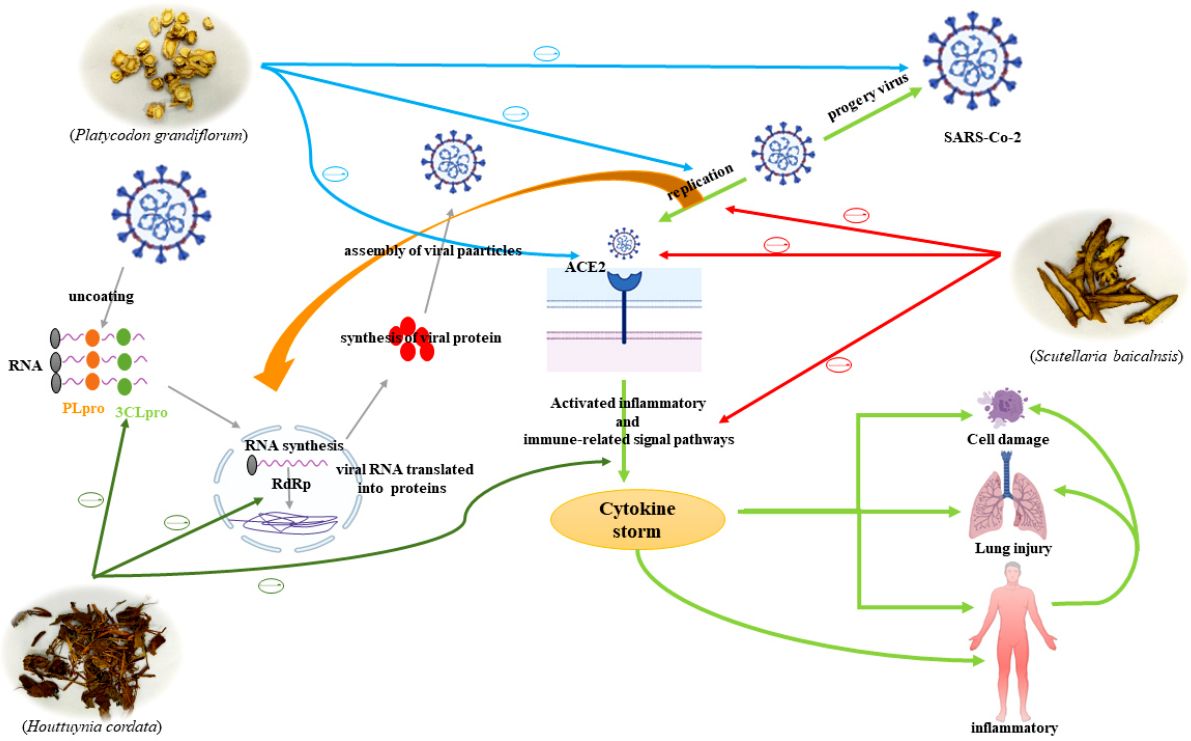



**圖 3　相關藥物之藥理作用機制**

避免細胞激素風暴（cytokine storm）的發生 [18]（圖 3）。

(3)「桔梗與甘草」即著名方劑「桔梗湯」。桔梗湯是由桔梗和甘草兩種藥物組成，最早出自張仲景《傷寒論》，而在張仲景《金匱要略》提及：「咳而胸滿，振寒脈數，咽乾不渴，時出濁唾腥臭，久久吐膿如米粥者，為肺癰，桔梗湯主之。」說明此方具有表明桔梗具有祛痰鎮咳、抗炎、調節循環系統之功效 [19]。其中桔梗研究證實所含活性成分 Platycodin D 可以阻斷 porcine reproductive and respiratory syndrome viruses（PRRSV）附著於細胞上，抑制病毒 RNA 複製與病毒釋出 [20]，搭配甘草合用具有協同作用 [21]，一方面幫助桔梗活性成分釋出增加，另一方面加強桔梗皂苷和甘草皂苷祛痰作用明顯，可使呼吸道分泌增加，痰液稀釋易於排出（圖 3）。

(4)「藿香」與「佩蘭」：兩者為常用藥對，具有解暑發表之功，藿香解表，佩蘭行氣，兩者搭配使用具有祛除中焦濕氣、振奮脾胃陽氣的功效。Patchouli alcohol 為藿香主要成分之一，該成分可抑制 neuraminidase（NA）作用達到抗 influenza A（H2N2）病毒 [22]；佩蘭所含多種成分包括 quercetin、psoralen 和 quercitrin…等，藉由誘導免疫系統活化達到抗 RNA 病毒作用 [23]，兩者相須為用，加強對流感病毒抑制作用，藉此改善病毒引起腸胃功能衰弱症狀，例如：病毒感染引起腹瀉。

### ㈢中西醫結合治療臨床代表案例

臨床上利用上述十一種藥材為水煎劑核心（魚腥草 20g、黃芩 14g、桔梗 16.5g、藿

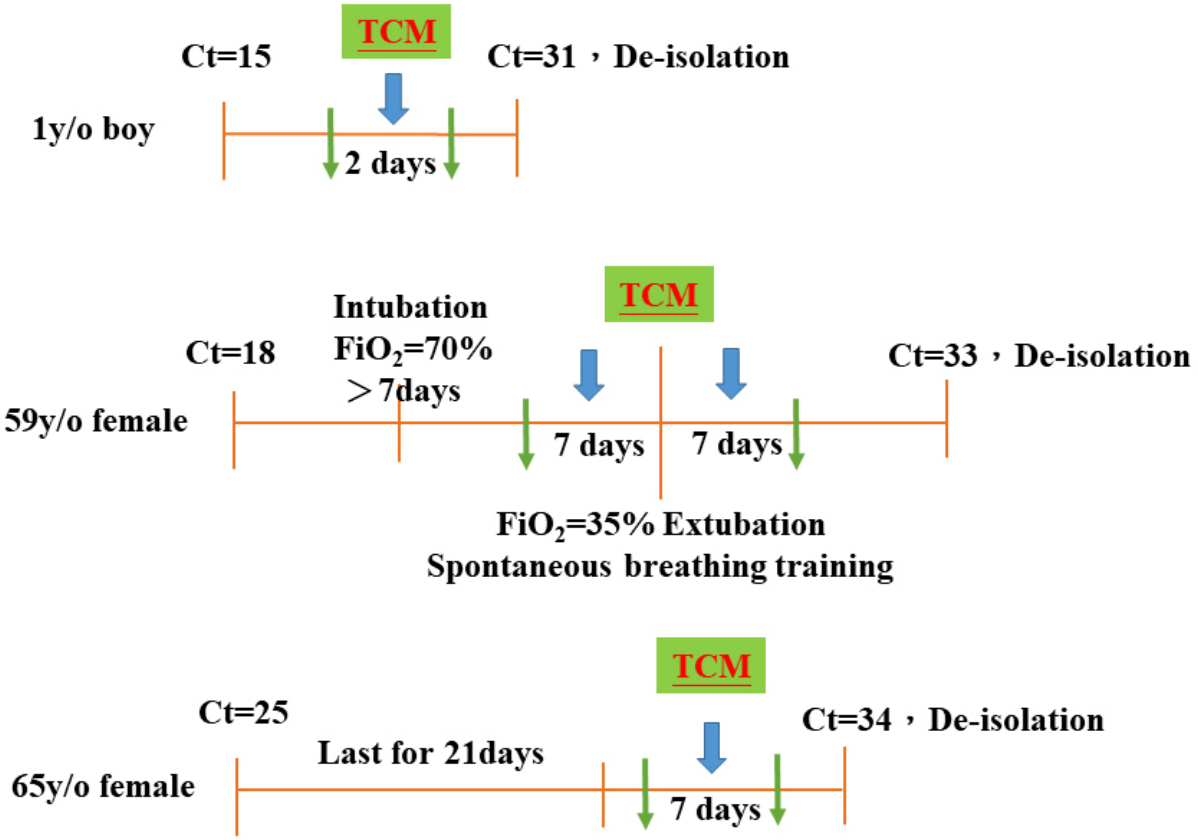



**圖 4　臨床代表性案例分別為輕度、中度與重度症狀**

香、佩蘭、厚朴、薏苡仁、荊芥、杏仁各為 7g、甘草 4g、半夏 3.5g），在中西醫結合治療臨床案例，經由 PCR 基因定序確認感染 SARS-COVID-19，依衛福部疾管署所訂定標準 SARS-CoV-2 感染的相關臨床表現分類其臨床代表性案例分別為輕度、中度與重度症狀（圖 4）：

第一例為 1 歲男嬰因保母染疫而確診，透過視訊看診，母親說明小男嬰相關症狀，開始小男嬰精神活力與食慾差，無發燒，僅有流鼻涕、鼻塞與黃鼻涕等輕微症狀，屬於無併發症之輕症，病位在肺衛與脾，致病因素為熱、毒、濕互結，病機為外感風濕，邪在肺衛，阻滯中焦，中醫證型為濕熱阻遏肺衛證，治則清熱解表，理氣化濕和中，藉由中西醫整合治療方式，視訊問診，舌苔白膩伴隨朱點，由未確診母親服用中藥，透過母乳給藥（中醫稱為釀乳或過奶），在給予以上述藥物為核心處方治療後，小男嬰 Ct 從 15 上升至 31 後轉陰，解除隔離，為臺灣首例透過母乳給藥成功案例，西醫兒科病房主任診察，確認病童精神活力、食慾無減少的情形，協助出院 [24]，相關病程紀錄如圖 5。

第二例為 59 歲女性，平常五姊妹於市場賣菜，群聚確診後隔離，透過視訊看診與家人說明其病情變化，開始咳嗽，呼吸不順暢伴隨喘，後病情急轉直下，意識不清昏迷，於隔離加護病房插管治療，給予 $FiO_2$ 70%，屬於重症案例，病位在心、肺、脾，致病因素為濕、熱、毒、瘀、虛互結，病機為濕熱疫毒、蘊化裏熱、痰濕加劇、阻遏肺竅與熱鬱阻上中二焦，中醫證型為濕熱鬱肺證，濕

| | 第一天 | | | 第二天 | | | 第三天 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 09:05 | 12:23 | 15:18 | 00:28 | 10:30 | 13:19 | 23:45 | 10:04 | |
| BT | 38.4 | 36.9 | 36.4 | 36.4 | 37.3 | 36.8 | 36.8 | 36.9 | |
| BP | 85/48 | | | | | | 113/94 | 87/63 | |
| pluse | 118 | 120 | | | 104 | 104 | 132 | 108 | |
| respiratory rate | 24 | 26 | 24-26 | 24-26 | 26 | 26 | 26 | 24 | |
| SPO2 | 94% | 96% | 100% | | | | 99-100% | 99-100% | |
| LDH | 311 | | | | | | | | |
| CRP | 0.56 | | | | | | | | |
| CT/PCR | 15.79 | | | | | | | | 31.55 |
| 症狀 | 黃鼻涕、咳嗽<br>食慾稍差 | 案母在旁陪伴<br>見醫護同仁容易哭鬧 | 病童呼吸平穩 | 病童活力變好<br>食慾差改善 | | | 時精神活力佳<br>眼神明亮<br>哭聲宏亮<br>四肢活動力佳 | 病童生命徵象穩定<br>活動力可 | |

透過母乳給藥 → 兒科病房持續觀察 → 西醫兒科病房主任診察病童病情變化

**圖 5　輕度病例病程紀錄**

| | 第一天 | | | | 第二天 | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 09:10 | 13:15 | 17:30 | 21:10 | 00:15 | 09:10 | 13:20 | 19:20 |
| BT | 37.8 | 38.9 | 39 | 38.5 | 37.8 | 36.4 | 36.4 | 36.5 |
| PR | 73 | 67 | 67 | 76 | 66 | 97 | 51 | 51 |
| RR | 22 | 20 | 19 | 22 | 20 | 23 | 22 | 18 |
| spo2 | >97% | 97% | 97% | 97% | 97% | 98% | 98% | 98% |
| N/C | 2L | 2L | 1L | 1L | 4L->Ventri Mask 70% | 4L->Ventri Mask 70% | 4L->Ventri Mask 70% | 4L->Ventri Mask 70% |
| LDH | | 216 | | 224 | | | | 261 |
| CRP | 1.15 | 2.4 | | 6.33 | | | | 2.51 |
| FERRITIN | | | 590 | 885 | | | | 985 |
| D-DIMER | | | | | | | | |
| CK | 111 | 75 | | 54 | | | | 24 |
| ALT | 23 | 26 | | 25 | | | | 149 |
| Glu | | | | | | | | |
| BUN | 15 | 20 | | 15 | | | | 25 |
| CT/PCR | CT:18/PCR (+) | | | | | | | |
| 症狀 | 發燒<br>呼吸喘 | 發燒<br>呼吸喘 | 發燒<br>呼吸喘 | 發燒、呼吸喘<br>CXR：雙側肺門(hila)明顯，雙側肺浸潤，肺血管明顯，疑似肺積水。 | 意識不清 | | | |

中藥介入

| 第三天 | | 第四天 | | 第五天 | | 第六天 | | 第七天 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 09:10 | 19:20 | 09:13 | 19:35 | 09:14 | 20:01 | 09:14 | 19:22 | 09:20 | | |
| 36.5 | 36.5 | 36.4 | 36.4 | 36.3 | 36.1 | 36.4 | 36.4 | | | |
| 52 | 62 | 61 | 64 | 64 | 68 | 69 | 69 | | | |
| 19 | 18 | 18 | 18 | 19 | 19 | 18 | 18 | | | |
| 99% | 99% | 97-99% | 97-99% | 97-99% | 97-99% | | | | | 97-99% |
| 4L->Ventri Mask 50% | 4L->Ventri Mask 50% | 4L->Ventri Mask 35% | 4L->Ventri Mask 35% | HFNC 40% | | ambient air | ambient air | room air | | room air |
| | | | 238 | | | 217 | | 186 | | |
| | | | 4.81 | | | 1.29 | | 1.77 | | 0.28 |
| | | | 1087 | | | 954 | | 776 | | |
| | | | | | | 0.716 | | | | |
| | | | 19 | | | 243 | | 33 | | |
| | | | 116 | | | 135 | | 72 | | 32 |
| | | | | | | | | | | |
| | | | 18 | | | 22 | | 21 | | 18 |
| | | | | | | | | | | CT:33.61/Positive |
| 意識恢復，仍虛弱 | | | | 拔管進行自主呼吸訓練<br>呼吸喘偶發 | 呼吸逐漸平順 | | | 咳嗽較有力<br>痰可咳出<br>CXR顯示肺部浸潤改善 | | |

病情改善 → 7 Days 持續給藥 → 病情穩定

**圖 6　重度病例病程紀錄**

熱化火成毒，鬱閉肺竅，耗傷氣營，治則宣肺瀉熱，化濕解毒，會診給予上述藥物為核心處方後（1 帖 /1 天）共七天，$FiO_2$ 從 70% 降為 35%，拔管進行自主呼吸訓練，再給持續使用 7 天後，Ct=33，轉陰解隔出院，相關病程紀錄如圖 6。

第三例為第二例患者姐姐，確診後住院隔離，Ct=25，透過視訊看診，患者意識處，問答流利，初期咳嗽以及呼吸急促，呼吸不順暢伴隨喘，無其他明顯相關症狀，舌苔略白微朱點，西醫給予支持性療法，但仍無法解隔，持續 21 天，屬中症案例，病位在肺與脾為主，致病因素為濕、熱、毒、虛互結，病機為毒熱濕邪，犯肺傷脾，濕遏熱於上中二焦，中醫證型為疫毒壅肺證，治則清清熱解毒，燥濕健脾，會診中醫上述藥物為核心處方後使用數天後，Ct=34，轉陰順利解隔出院，相關病程紀錄如圖 7。臨床統計已有多名輕中重症病例（圖 8），以上述核心處方藥物給予後，皆能於短時間內有效改善其相

| | 第一天 | | 第二天 | | 第三天 | | 第四天 | 第五天 | 第六天 | 第七天 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 09:05 | 17:23 | 09:05 | 19:25 | 09:05 | 18:15 | 09:12 | 09:16 | 09:06 | 09:18 |
| BT | 37.1 | 36.6 | 37.1 | 37.1 | 36.8 | 36.3 | 36.7 | 36.8 | 36.2 | 36 |
| spo2 | 96 | 98 | 97 | 97 | 97 | 95 | 96 | 97 | 96 | 99 |
| N/C | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A |
| LDH | 372 | | 467 | | 356 | | 339 | | | 527 |
| CRP | 6.43 | | 3.97 | | 2.09 | | 5.93 | | | 0.65 |
| FERRITIN | 190 | | 287 | | 257 | | 227 | | | 147 |
| D-DIMER | 0.553 | | | | 1.109 | | 0.85 | | | 0.665 |
| CK | 70 | | 84 | | 39 | | 24 | | | 48 |
| Glu | 238 | | 206 | | | | | | | |
| CT/PCR | 25/+ | | | | | | | | | 34/+ |
| | 咳嗽<br>呼吸不順暢伴隨喘<br>CXR肺部浸潤 | | | | 咳嗽減少<br>呼吸逐漸順暢 | | | | | 呼吸順暢<br>咳嗽偶發<br>CXR肺部浸潤改善 |

西醫治療
仍無法解隔
中藥介入

病情穩定

**圖 7　中度病例病程紀錄**

| Patients | degree of seriousness | Intervention time of onset | chief symptom | |
|---|---|---|---|---|
| 3 | Mild | three days | little cough、sneeze、fatigue | De-isolation Discharged |
| 7* | Moderate | seven days | Fever、cough、asthma、chest tightness | De-isolation Discharged |
| 1 | Severe | three days | conscious、Intubation | De-isolation Discharged |
| 1 | Severe | one month | Coma、Intubation | Multi-organ failure expire |

**圖 8　中醫輔助治療臨床相關案例**

關症狀，順利解隔出院，主要病位在「肺」貫穿整個病程，致病因素為「寒、濕、熱」膠結，雖然寒熱性質各異，但其皆可見「濕」為重要致病因素，病機為濕邪疫毒兼有寒熱交錯，蘊鬱化熱，熱鬱上中二焦，阻滯氣機，本核心處方以清熱祛濕邪為主，達成清肺瀉熱，燥濕化濁的治療目標（圖 9），但在面對為重症患者，藥物的選擇應考量需更加精細，避免過度使用苦寒藥攻伐陽氣與化燥傷陰之弊，使用藥物需考慮 正虛邪戀、挾濕挾瘀，治以扶正透邪，表裡兩解、寒熱兼除、利濕化瘀之效，達到調節臟腑機能增強抵禦病毒攻擊的能力，進而截斷病勢來延緩病程發展。其中高齡 92 歲危重症患者 [25]，西醫救治後仍面臨瀕死狀態並發布病危通知，病機為肺寒熱夾雜、濕瘀互結，脾肺腎氣虛，治則採用清肺熱、溫肺寒、利濕化瘀為主，並根據患者臨床症狀與參酌西醫學相關病史、病歷、檢驗及檢查結果等，透過在中醫辨證論治後給予柴胡桂枝湯系列搭配黃芩、厚朴、杏仁與五靈脂…等藥物加減進行治療，使其轉危為安，逐漸康復並出院休養。中醫介入治療優勢：有助於縮短患者住院天數、可以改善患者症狀，如：喘、咳、胸悶…等以及減少共病發生機會，中醫早期介入效果更佳，因此，在對抗新冠肺炎與呼吸道疾病「中西醫結合治療模式」佔有一定的角色。

## 二、Covid-19 輕重症中西醫合作治療 - 馬來西亞經驗

馬來西亞地理位置位於赤道附近，全年

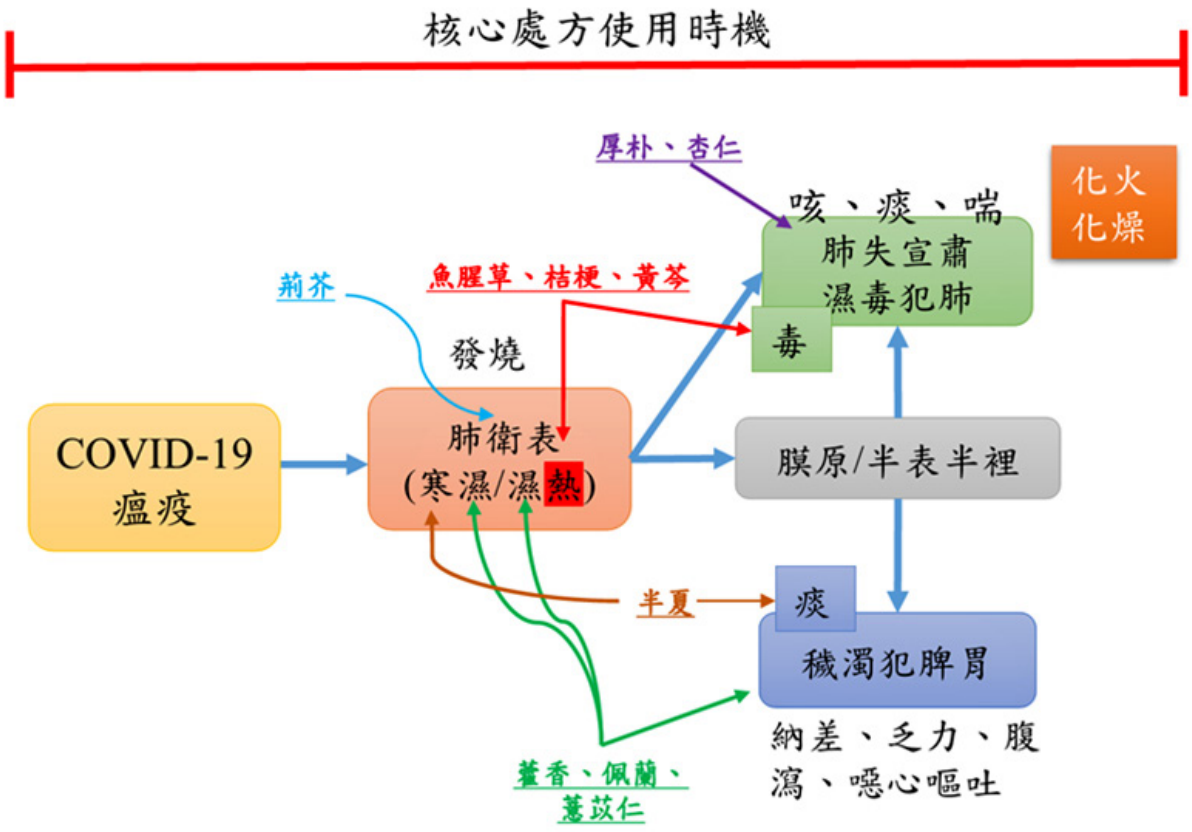



圖 9　核心處方藥物作用說明

氣候炎熱多雨，容易形成濕氣較盛的大環境，加上生活習慣和飲食文化喜食辛辣，容易導致熱盛陽浮，濕阻脾胃的體質。按照中醫治病重視整體觀念：三因制宜，依據確診者的症狀，舌苔，發病規律等分析後，總結馬來西亞的新冠肺炎多屬於濕熱疫。臨床上觀察COVID-19 輕中度症狀患者常見症狀有發熱、鼻塞、咽喉疼痛、咳嗽，嗅覺味覺減退，腹瀉，嘔吐，肌肉痠痛，劇烈頭痛等症狀，其病位在肺，屬於「瘟毒上受」，舌像多呈膩苔，提示本病邪氣與濕邪密切關係，兼有舌紅苔白膩者為寒濕；兼有舌紅苔黃膩者，為濕熱為主，與脾胃關係密切，累及其他臟腑，病機是濕困表裡，肺胃同病。

其中最為經典案例為一起家族群聚感染，起因由於工作為外賣的弟弟先發生感冒症狀與發熱現象，並經由快篩確定為 SARS-COVID-19，而後傳染給全家人，在未經西醫治療下，僅透過中醫診斷治療下（視訊看診），患者痊癒，檢測為陰性。

第一例：男，54 歲，惡寒發熱，38.9 度，嚴重頭痛，咳嗽，味覺喪失，苔白膩帶黃。

科中用藥：柴胡桂枝湯 6g+ 石膏 2g+ 藿香正氣散 2g（一天 10g）服用 6 天以後，上症緩解。訴乾咳，與麥門冬湯 10g 治療。隨訪訴，一切安好。

第二例：女，為第一例的妻子，49 歲，惡寒發熱，37.9 度，腰痛，鼻流清涕，舌暗紅苔薄白膩。

科中用藥：柴胡桂枝湯 6g+ 石膏 2g+ 藿香正氣散 2g（一天 10g），治療期間，訴胃痛嘔吐，給予半夏瀉心湯 8g 後，症狀改善。隨訪，一切安好。

第三例：女，27 歲，惡寒發熱，咳嗽，鼻流清涕，鼻塞，頭痛，腰痛，苔薄白舌淡微膩。

科中用藥：柴胡桂枝湯 4g+ 石膏 2g+ 二陳湯 2g+ 貝母 1g（一天 9g），一星期後訴情況改善。

第四例：女，32 歲，印度裔。感冒發燒，咽痛 1 天後診斷，咳嗽有痰，色黃，胃納欠香，大便正常，沒有呼吸困難。苔薄白膩，舌淡紅。

科中用藥：柴胡桂枝湯 6g+ 石膏 1g 與板藍根片 3 粒，一天 2 次。

服藥一星期後少咳嗽，痰淡黃，發熱 37.4 度，惡寒，鼻塞，嗅覺喪失，頭痛。汗出多，睡眠安，大便調，苔白膩，科中藥物更改為柴胡桂枝湯 6g+ 藿香 1g+ 佩蘭 1g，服藥後不發熱，咽喉疼痛緩解，少頭痛。大便正常，小便正常。

後來訴乾咳斷續發生，給予麥門冬湯 6g，咳嗽緩解。

第五例：男，37 歲，印度裔。為第四例先生，當時症狀身熱，咽喉疼痛，大便正常， 不咳嗽，苔白膩。

科中用藥：柴胡桂枝湯 6g+ 藿香正氣散 2g 與穿心蓮片（Andrographis Tablets）3 粒 一天 2 次，服藥一星期後症狀消失。

從上述五例病例，都屬於無症狀或輕中度症狀的新冠肺炎確診者，整體病因病機與疾病傳變可歸納如圖所示（圖 10）。

初期以外邪侵犯體表，營衛不和，發熱惡寒，支節痠痛（頭痛、腰痛），與《傷寒論》原文第 146 條曰：「傷寒六七日，發熱微惡寒，

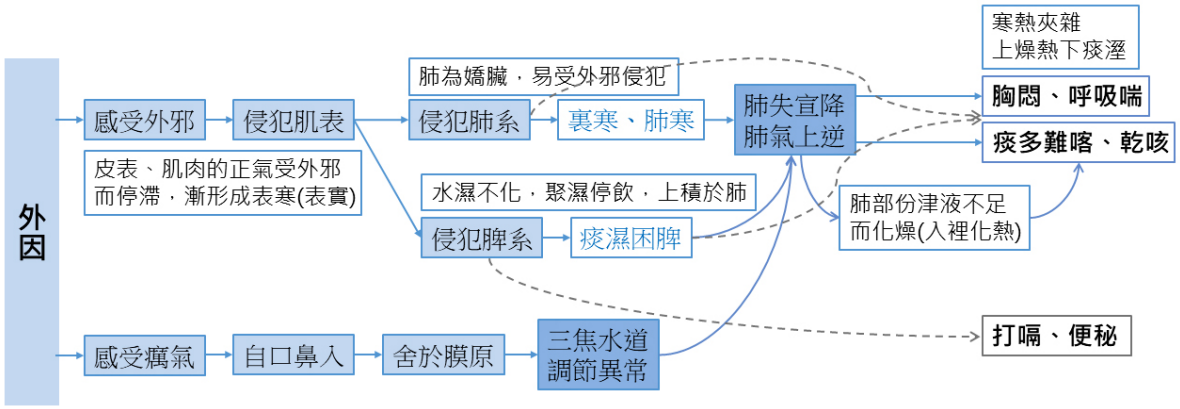



**圖 10　Covid-19 病因病機與疾病傳變**

支節煩疼，微嘔，心下支結，外證未去者，柴胡桂枝湯主之。」所描述不謀而合，故選用柴胡桂枝湯（Chai Hu Gui Zhi Tang），即桂枝湯（Gui Zhi Tang）和小柴胡湯（Xiao Chai Hu Tang）之合方 [21, 26]（圖 11），若有熱邪犯肺但是表寒未消，即加石膏或穿心蓮片去裏熱；若有邪犯脾胃，出現舌苔白膩即用藿香正氣散，清熱化濁，理氣健脾，對於症狀消失後的恢復期，出現肺胃津傷者，給予麥門冬湯滋養肺胃。

從上述相關整理治療案例可以發現，馬來西亞與本部在診斷與處方用藥上有很大的不同，與疾病演變過程（圖 12）有很大關係，由於 SARS-CoV-2 病程發展快速，往往在數

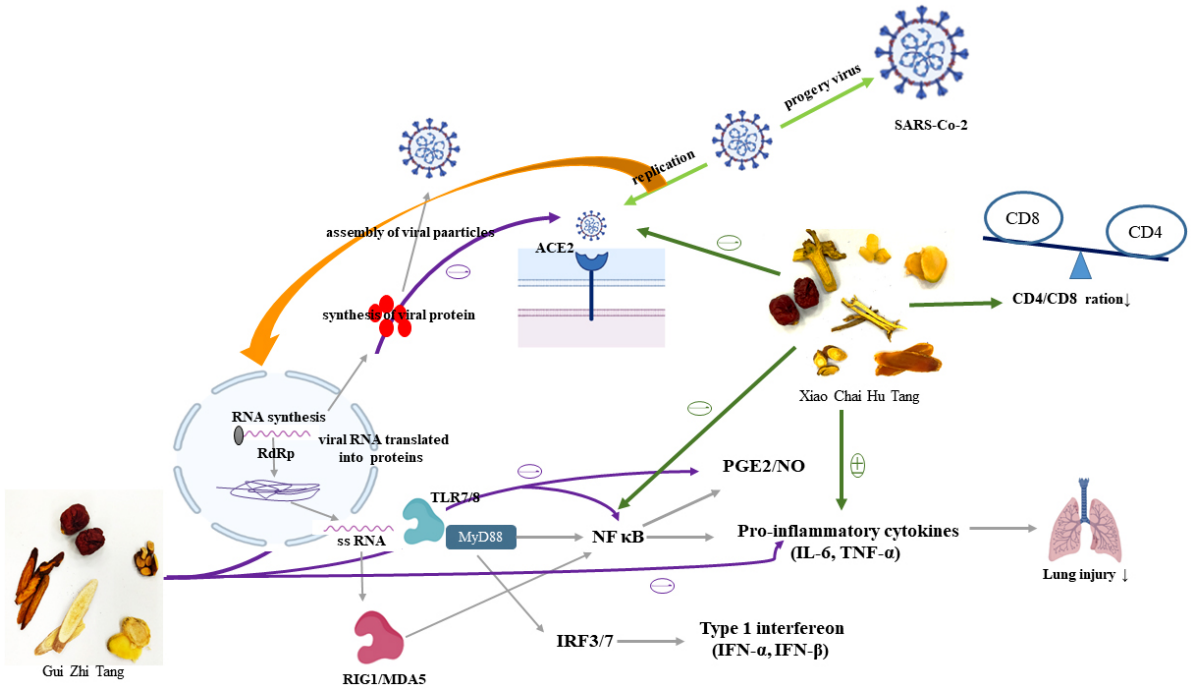



**圖 11　柴胡桂枝湯藥理作用機制**

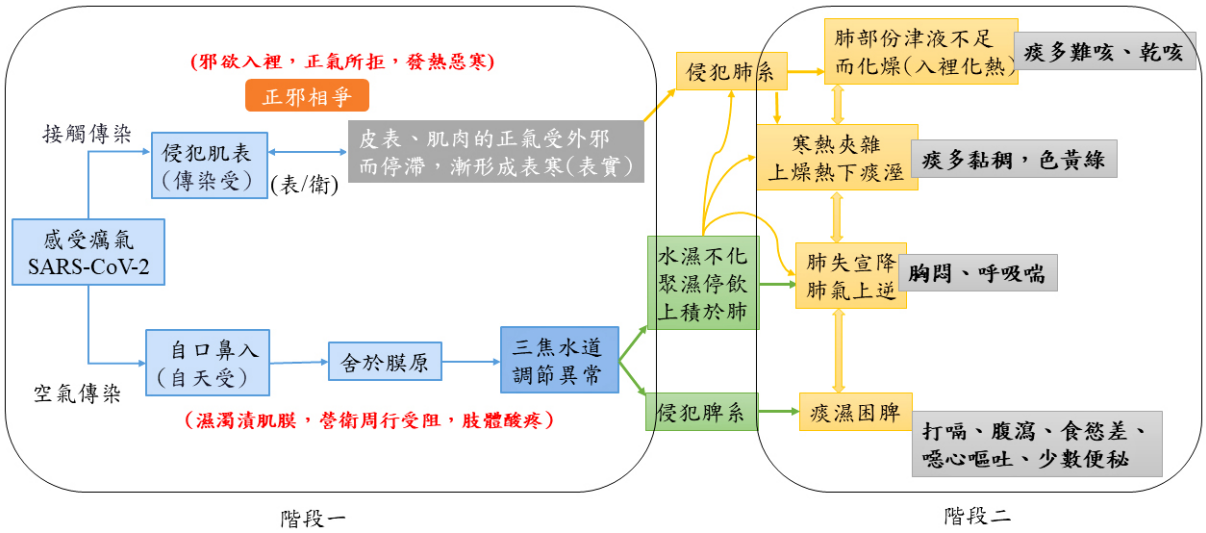



**圖 12　SARS-CoV-2 階段性變化**

小時或一天內從輕症轉變為中重症，本次交流病例發生時間為 2021 年疫情開始蔓延時記載案例。當時，馬來西亞衛生部相關政策是已經採取快篩確診為主，大部分病人屬於初期正邪相爭階段（圖 12 階段一），常見為發熱惡寒，肢節痠痛，甚至往來寒熱為主，故選用柴胡桂枝湯為主方，又病情傳遍迅速，加上飲食習慣多辛辣，氣候濕熱，容易進入半表半裡的階段，甚至入裡化熱，迅速轉變為濕熱，處方中酌加板藍根片、穿心蓮片…等清熱藥物鞏固療效，觀察後續觀察病情變化。而我國初期是以 PCR 檢驗為主，過程中已逐漸入裡化熱，屬於濕邪疫毒兼有寒熱交錯，蘊鬱化熱，熱鬱上中二焦，阻滯氣機（圖 12 階段二），故以清熱祛濕邪為主，達成清肺瀉熱，燥濕化濁為治療主要目標。當 2022 年我國採取快篩確診後，臨床上經常遇到發熱惡寒，肢節痠痛，往來寒熱等初期症狀（圖 12 階段一）快篩確診患者，當下採用柴胡桂枝湯為主方加減，早期阻斷病勢發展，協助患者恢復健康，透過兩國學術交流活動，可以幫助臨床醫師面對新興疾病應該採取對策，不同病程發展給予不同用藥處置，創造出中西醫新的合作模式。

## 結　果

中醫治病強調「正氣為本」與「胃氣為本」，疾病的發生，往往以人的正氣盛衰和疾病轉歸有關，在治病過程中，時刻要顧及保護正氣，重視消化道升降的功能，由於馬來西亞當地疫情嚴峻，無症狀或者輕中度症狀的確診者則透過中醫治療下可順利痊癒。COVID-19 因其發病迅速，傳染性高，在《黃帝內經》提到「五疫之至，皆相染易，無問大小，病狀相似」與明代吳又可《溫疫論》：「疫者，感天行之癘氣也」描述情形類似，無論老少強弱，觸之者即病，透過中醫介入治療在短短 2~3 個月期間已經治癒接近百位輕中症確診患者，適時阻斷病勢朝中重度階段發展，足以證明中醫在早期介入具有一定優勢與療效。

# 討　論

根據 COVID-19 患者的基本資料、中醫症狀、體徵、舌象、脈象、證型等，透過辨證論治為患者提供個人化的中醫處方，主要病機為濕毒壅肺、阻滯氣機，並依據不同性別、年齡、病程的中醫證型也有差異，其病機由寒濕發展到熱鬱夾濕熱毒、虛寒證候，其病理特徵可歸納為「濕、毒、瘀、虛」互相膠著。重症患者常合併許多共病，如：高血壓（17.1%）、糖尿病（9.7%）、心血管疾病（16.4%）等慢性疾病 [27]，致死率偏高的危險因子包含：男性、年長者、嚴重的器官衰竭。其預後指標包含：於加護病房發生急性呼吸窘迫症（ARDS）、D-dimer 及 IL-6 檢驗數值急遽上升等，發病後第三週是關鍵期。近來台灣的染疫族群尤以高齡者居多，如何降低致死率是公共衛生的重要議題。

中醫能疫情能扮演何種角色？是否能有助於降低 COVID-19 的總死亡率（All cause motality）？《桂林古本傷寒雜病論》曾言「肺臟結」：條肺臟結，胸中閉塞，喘，咳，善悲，脈短而澀…若咳而唾血，胸中痛，此為實…。倘若肺氣日傷，則宗氣不能貫心脈，心肺氣血失暢，則瘀阻血脈，痰濁、水飲、瘀血相互為患，病情惡化進而累及他臟衰敗而亡。多數死亡的患者，在新冠肺炎病毒攻擊心、脾、腎三臟之後，加上痼疾 [28] 交互影響之下，更易造成發生肺、腎、肝及心血管等多重器官的受損。中醫基本觀念強調「正氣存內，邪不可干。」，可藉由調節臟腑機能，使本來功能較差的臟器儲備抵禦病毒攻擊的能力，另一方面截斷病勢來延緩病程發展，是中醫臨床的處置策略。

面對 COVID-19 這類新興傳染性疾病，中醫採用「反逆為順，反亂為治」的戰術來截斷病勢，雖然在《素問 • 陰陽應象大論》闡明「善診者，察色按脈，先別陰陽。」但臨床上因隔離雖然無法把脈觀察舌象，仍可以運用視訊問診來分辨順證與逆證。舉例來說：如果患者主訴發熱，咳嗽，痰白多，無力咳出，住院期間焦躁想哭，心肌酵 Creatine kinase 異常上升，發生大便微溏自解卻不知，小便色黃，符合內經中「咳脫形，身熱」之逆證描述，可見其濕熱侵襲上、中、下焦，有瀰漫三焦之勢，應瞭解病程的發展方向與病毒的特性，知犯何逆，趁早截斷病勢。

# 結　論

COVID-19 在中醫範疇屬瘟疫戾氣所致，藉由與馬來西亞互相交流了解各階段病機之異同，對 COVID-19 各階段之特性發展適合之診治，不僅患者之體質差異與地理環境會對疫病之預後有所影響，適時掌握病機與時機加以診治，更有助於阻斷嚴重流行疫病之發展。

# 後　記

透過本次討論活動，未來可建立定期中醫經驗交流討論會與相關學術活動，感謝凌詩芃醫師與拉曼大學中醫系吳沛恒醫師，積極協助安排本部醫師於 2024 年 8 月前往拉曼大學、同善醫院、馬來西亞中醫總會與善德中醫坊進行參訪與經驗分享。

# 參考文獻

1. Hoffmann M, Kleine-Weber H, Schroeder S, et

al. SARS-CoV-2 cell entry depends on ACE2 and TMPRSS2 and is blocked by a clinically proven protease inhibitor. *Cell*, 2020; 181(2): 271-280 e8.

2. Ye Q, Wang B, Mao J. The pathogenesis and treatment of the 'Cytokine Storm' in COVID-19. *J. Infect*., 2020; 80(6): 607-613.
3. Vabret N, Britton GJ, Gruber C, et al. Immunology of COVID-19: current state of the science. *Immunity*, 2020; 52(6): 910-941.
4. Yao Y, Zhang X, Wang Z, et al. Deciphering the combination principles of Traditional Chinese Medicine from a systems pharmacology perspective based on Ma-huang Decoction. *J. Ethnopharmacol*., 2013; 150(2): 619-638.
5. Li B, Xu X, Wang X, et al. A systems biology approach to understanding the mechanisms of action of Chinese herbs for treatment of cardiovascular disease. *Int. J. Mol. Sci*., 2012; 13(10): 13501-13520.
6. Pang WT, Jin XY, Pang B, et al. Analysis on pattern of prescriptions and syndromes of traditional Chinese medicine for prevention and treatment of COVID-19. *Zhongguo Zhong Yao Za Zhi*, 2020; 45(6): 1242-1247.
7. Song ZY, YW, Li JA, et al. Analysis on TCM syndrome rules of 60 cases of novel coronavirus pneumonia in Gansu area. *Chinese Journal of Information on TCM*, 2020; 27(7): 29-33.
8. Meng XZ, W.X., Li JC, et al, Analysis on traditional Chinese medicine syndromes of 756 cases with coronavirus disease 2019. *Academic Journal of Second Military Medical University*, 2020. 41(4): p. 395-399.
9. Pan XQ, Y.Z., Chen J, et al. Clinical characteristics and traditional Chinese medicine syndrome distribution of 255 patients with COVID-19 in Wenzhou area. *CJTCMP*, 2020; 35(6): 3199-3202.
10. Zhang X, W.J., Cai WR, et al. Analysis on TCM clinical characteristics of 44 cases with Corona Virus Disease 2019 common type in Thunder God Mountain Hospital. *CJTCMP*, 2020; 35(7): 3746-3750.
11. Lyu ZM, Wang Y, Wang DQ, et al. Functional prediction of Tanreqing Injection in brain diseases. *Zhongguo Zhong Yao Za Zhi*, 2020; 45(4): 937-945.
12. Liang MM, Qi M, Zhang CB, Zhou S, Fu RN, Huang JX. Gas chromatography–mass spectrometry analysis of volatile compounds from Houttuynia cordata Thunb after extraction by solid-phase microextraction, flash evaporation and steam distillation. *Analytica Chimica Acta*, 2005; 531(1): 97-104.
13. Lau KM, Lee KM, Koon CM, et al. Immunomodulatory and anti-SARS activities of Houttuynia cordata. *J. Ethnopharmacol*., 2008; 118(1): 79-85.
14. Ling LJ, Lu Y, Zhang YY, et al. Flavonoids from Houttuynia cordata attenuate H1N1-induced acute lung injury in mice via inhibition of influenza virus and Toll-like receptor signalling. *Phytomedicine*. 2020; 67:153150.
15. Hung PY, Ho BC, Lee SY, et al. Houttuynia cordata targets the beginning stage of herpes simplex virus infection. *PLoS One*. 2015; 10(2):e0115475.
16. Seong RK, Kim JA, Shin OS. Wogonin, a flavonoid isolated from Scutellaria baicalensis, has anti-viral activities against influenza infection via modulation of AMPK pathways. *Acta Virol*., 2018; 62(1): 78-85.
17. Song JW, Long JY, Xie L, et al. Applications,

phytochemistry, pharmacological effects, pharmacokinetics, toxicity of Scutellaria baicalensis Georgi. and its probably potential therapeutic effects on COVID-19: a review. *Chin Med*., 2020; 15:102.

18. Su HX, Yao S, Zhao WF, et al. Discovery of baicalin and baicalein as novel, natural product inhibitors of SARSCoV-2 3CL protease in vitro. *bioRxiv*, 2020; 2020.04.13.038687.
19. Li YH, Zheng FJ, Huang Y, Zhong XG, Guo MZ. Synergistic anti-inflammatory effect of Radix Platycodon in combination with herbs for cleaning-heat and detoxification and its mechanism. *Chin J Integr Med*. 2013; 19(1): 29-35.
20. Zhang M, Du T, Long F, et al. Platycodin D suppresses type 2 porcine reproductive and respiratory syndrome virus in primary and established cell lines. *Viruses*. 2018; 10(11): 657.
21. Arita R, Ono R, Saito N, et al. Kakkonto, shosaikoto, Platycodon grandiflorum root, and gypsum (a Japanese original combination drug known as saikatsugekito): pharmacological review of its activity against viral infections and respiratory inflammatory conditions and a discussion of its applications to COVID-19. *Tradit. Kampo. Med*., 2020; 7(3): 115-127.
22. Wu H, Li B, Wang X, Jin M, Wang G. Inhibitory effect and possible mechanism of action of patchouli alcohol against influenza A (H2N2) virus. *Molecules*. 2011; 16(8): 6489-6501.
23. Choi JG, Lee H, Hwang YH, Lee JS, Cho WK, Ma JY. Eupatorium fortunei and Its Components Increase Antiviral Immune Responses against RNA Viruses. *Front Pharmacol*, 2017; 8: 511.
24. 男嬰染新冠住院難吞藥！「母乳間接餵中藥」2 天後 PCR 陽轉陰。取自：https://www.ettoday.net/news/20210610/2003919.htm
25. 蘇郁婷、龔彥穎、陳方佩、張凱惟，COVID-19 變種病毒加護病房病危個案中醫介入治療病例報告。北台灣中醫醫學雜誌。2023；15(1): 33-51。
26. Eng YS, Lee CH, Lee WC, Huang CC, Chang JS. Unraveling the molecular mechanism of traditional Chinese medicine: formulas against acute airway viral infections as examples. *Molecules*, 2019; 24(19): 3505.
27. Guzik TJ, Mohiddin SA, Dimarco A, et al. COVID-19 and the cardiovascular system: implications for risk assessment, diagnosis, and treatment options. *Cardiovasc Res*. 2020; 116(10):1666-1687.
28. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet*, 2020; 395(10229): 1054-1062.

J Chin Med 35(2): 43-59,2024
DOI: 10.6940/JCM.202412_35(2).04

**Original Article**

# The Discussion of Experiences with Traditional Chinese Medicine Treatments for SARS-CoV-2 Clinical Cases among Medical Centers in Taiwan and Malaysia

Yu-Ting Su[1], Go Pei Heng[2], Cze-Pern Lin[3], Yang-Kai Chang[1, 4],Yen-Ying Kung[1, 4], Fang-Pey Chen[1, 4], Kei-Wei Chang[1, 4, *]

[1] *Center of Traditional medicine, Taipei Veterans General Hospital, Taipei, Taiwan*
[2] *Universiti Tunku Abdul Rahman (UTAR), Malaysia*
[3] *Trimedic Healthcare Centre, Selangor, Malaysia*
[4] *Institute of Traditional Medicine, National Yang Ming Chiao Tung University, Taipei, Taiwan*

In traditional Chinese medicine (TCM), SARS-CoV-2 is categorized as a pestilential qi . It is imperative at this time to comprehend the right course of treatment for each stage of SARS-CoV-2 progression. By exchanging experiences between Taiwanese medical centers and Malaysian TCM practitioners, we aim to comprehend the similarities and differences in the pathogenesis of each stage. Early intervention with Traditional Chinese Medicine can assist in balancing physiological functions, boosting self-healing abilities, and warding off the progression of serious symptoms. It is not only beneficial for lowering healthcare expenses, but also crucial for halting the advancement of the illness in its early to middle phases and alleviating the strain on hospital resources.

***Keywords:*** Chinese medicine, SARS-COV-2

***Correspondence author:** Kei-Wei Chang, Center of Traditional medicine, Taipei Veterans General Hospital,No. 201, Sec. 2, Shipai Rd., Beitou Dist., Taipei City 112201, Taiwan, Tel: 886-2-2875-7453, Email: bluemagpie720321@gmail.com
**Received 28th June 2024, accepted 11th October 2024**