

登革熱中醫辨證論治之探討

鄭勤成^{1, #}、許家仁^{2, #}、鄭建強^{3,4}、張恒鴻^{1,5,*}

¹ 中國醫藥大學中醫學院中西醫結合研究所，台中，臺灣

² 中國醫藥大學中醫學系，台中，臺灣

³ 拉曼大學醫學與健康科學學院中醫藥學系，雪蘭莪，馬來西亞

⁴ 拉曼大學傳統與輔助醫療中心，霹靂，馬來西亞

⁵ 中國醫藥大學附設醫院中醫部，台中，臺灣

登革熱是全球嚴重傳染病之一，目前尚無特效療法。近代中醫對登革熱的治療歷史已超過 30 年，不少病例報告和文獻顯示，中醫介入治療可縮短病程，甚至預防惡化為重症。由於登革熱起病迅速、症狀多變，因此治則、治法及用藥處方呈現多樣性。中醫辨證能有效指導臨床用藥，然而證候具有動態特性，病情可能隨疾病進展而變化，因此治療方案需相應調整。本文通過文獻搜尋與整理分析，探討登革熱病名的起源與演變、中醫對登革熱的認識，以及病因病機和證候分析，同時參考不同醫家的經驗，列出登革熱常見的證型及其出血證的論治概要，以供臨床參考。

登革熱由疫癘毒邪自肌膚侵入，病邪性質以濕熱和暑燥為主，濕熱疫毒多先犯衛氣或膜原，而暑燥疫毒則易直入臟腑。登革熱來勢迅猛，病程階段性明顯，傳變規律與溫病的衛氣營血理論相符。治則以清熱解毒、涼血化癥為核心，常用方藥如清瘟敗毒飲；另並輔以益氣養陰、調理臟腑的辨證施治，靈活應用中醫「既病防變」的特色與優勢。

關鍵字：登革熱、中醫、溫病、病因、證候、治療

#：共同第一作者

* 通訊作者：張恒鴻，中國醫藥大學中西醫結合研究所，地址：40402 台中市北區學士路 91 號，電話：04-22053366
分機 3609，傳真：04-22037690，Email: tcmchh55@gmail.com

113 年 10 月 21 日受理，113 年 12 月 2 日接受刊載

前言

登革熱 (Dengue Fever) 是一種由蚊蟲傳播的 RNA 病毒性疾病，主要以埃及斑蚊 (*Aedes aegypti*) 及白線斑蚊 (*Aedes albopictus*) 的叮咬為傳播媒介。病毒通過蚊蟲的口器穿入皮膚後，開始在皮膚內增殖，隨後進入淋巴系統或血液循環系統 [1]。登革病毒屬於黃病毒科 (Flaviviridae) 黃病毒屬 (Flavivirus)，根據病毒的抗原性，可將其分為四個血清型：DEN-1、DEN-2、DEN-3 和 DEN-4。感染某種血清型病毒並康復後，個體對該型病毒會產生持久免疫，但對其他三種血清型僅有部分或短暫的保護。再次感染不同型別的登革病毒可能導致抗體依賴性增強效 (Antibody-dependent enhancement)。這是引起重症登革熱的主要機制之一，也對疫苗研發造成挑戰 [2]。

近幾十年來，世界各地的登革熱發生率急劇上升，向世界衛生組織報告的病例從 2000 年的 505,430 例增加到 2019 年的 520 萬例 [3]。2023 年疫情達到歷史新高，影響超過 80 個國家，報告超過 650 萬例，有 7,300 例死亡。登革熱的影響範圍不斷擴大，進一步加重全球醫療負擔，因此對登革熱的預防、檢測和治療亟需加強努力。

目前登革熱缺乏特效抗病毒藥物，治療主要依賴對症療法，如退燒、輸液、糾正電解質紊亂和消炎止痛等。預防措施則包括防止蚊蟲叮咬和接種疫苗，但疫苗種類有限，尚未廣泛應用，安全性和有效性尚需更多臨床驗證。

中醫藥在登革熱治療中積累了豐富經驗，並取得良好效果。有報告指出，中醫藥能快速緩解症狀、縮短病程，預防輕症轉為

重症，促進康復，並改善預後 [4, 5]，值得深入研究，並發揚其中精蘊。

登革熱的名稱與起源

登革熱在不同的歷史時期和地區有多種名稱，台灣早期俗稱「天狗熱」和「斷骨熱」，中醫稱之為「斑痧」[6]。現代中文名稱包括「骨痛熱症」、「蚊症」（主要在東南亞地區）和「登革熱」（在亞洲大部分國家使用）。

關於英文名稱 “Dengue” 的來源尚無確定說法。該詞可能源自斯瓦希里語 (Swahili) 中的 “Ka-dinga pepo”，其中 “dinga” 用來描述由邪靈引起的突然痙攣 [7]。

除了 “Dengue” 外，還有其他英文名稱，例如 “Dandy fever”，這可能與西印度群島的奴隸在患登革熱後所表現出的 “dandy”（花花公子）姿勢和步態有關。“Break-bone fever” 用來形容登革熱引起的劇烈骨痛，該名稱首見於 1789 年美國醫生的報告。“Dengue hemorrhagic fever” 也被稱為 “Philippine / Thai / Southeast Asian hemorrhagic fever” [8]，描述了登革熱的主要特徵之一，即對血液系統的嚴重影響，患者可能會出現血小板減少、血管通透性增加，導致血液滲漏和出血。

中醫觀點

1. 中醫對登革熱的認識

登革熱具有地域性、季節性、傳染性等特點，符合中醫溫病的特徵。根據中醫理論，此病由疫癘毒邪侵犯衛表，擾亂營血所致。因其多發於夏秋季節，病邪性質多為暑燥或濕熱 [1]，登革熱與溫病特徵的對照詳見表 1。

登革熱的病程具有階段性，來勢迅猛，

表 1 登革熱臨床表現符合溫病特徵

溫病特徵	登革熱表現
特異致病因素	病原體為登革熱 RNA 病毒
傳染性和流行性	2023 年（截至 11 月） 馬來西亞累計 108,108 例；新加坡累計 8,863 例；臺灣本土病例共 24,988 例， 境外移入 248 例。
季節性	疾病高峰期 馬來西亞和新加坡平均分佈於 12 月 - 2 月 臺灣和廣州平均分佈於第 35 - 40 週（夏秋交際）
地域性	主要集中在熱帶和亞熱帶地區，如東南亞、南亞、拉丁美洲、中國南方及 台灣等。 - 馬來西亞 / 新加坡：熱帶國家 - 臺灣 / 大陸南方地區：亞熱帶區域
階段性	臨床症狀表現“衛、氣、營、血”階段性變化。
臨床表現具特殊性	登革熱發病急、變化快、變證多。初期症狀包括發燒、頭痛、噁心等，後 期則可能出現關節及肌肉疼痛、紅疹，嚴重病例甚至會出現出血。

起病後疫癘毒邪可從衛分迅速入營入血，充斥表裏內外，損傷人體正氣與津液 [9]。中醫溫病學之「衛、氣、營、血」代表邪氣侵犯人體所引起的疾病淺深輕重不同的四個階段，而登革熱經常出現其中二或三階段同病的證候 [7]，例如衛氣同病、氣血兩燔、氣營兩燔等，但未必經過所有四個階段的傳變 [10]。

2. 中醫病因病機分析

1980 年代學者如彭勝權 [11] 和梅廣源 [12] 等根據登革熱患者臨床表現以及中醫典籍記載，將其分為濕熱疫與暑燥疫兩類。濕熱疫邪從口鼻肌膚而入，伏於半表半裡之膜原；暑燥疫邪侵襲肺胃，病變中心在胃，病勢可充斥內外，病情較為複雜嚴重。

李惠德 [13] 認為，本病多發於夏秋季節，臨床上常表現為暑、濕兩類證候，疫毒邪氣從肌膚入侵，先侵犯衛氣或膜原，繼而傳入

營血，出現灼熱、斑疹、出血，甚至神昏、痙厥等症；後期疫毒漸退，正氣耗損，常表現為餘邪未清。其病機可概括為：疫毒內侵，熱盛迫血妄行，津液、氣血耗損，導致心、肝、腎、腦、胃腸等臟腑功能紊亂或實質損害。

劉仕昌 [14] 則認為，登革熱發病可按衛氣營血順傳或越傳，初起多在衛氣分，治療得當或邪輕正旺，則不易內傳；若失治誤治或毒盛正衰，則可徑入或傳入營血。臨床上以衛氣同病、氣分熱盛、氣血兩燔、毒犯心腦、毒瘀交結和餘邪未盡六種證型較為多見。

總而言之，此病由疫癘毒邪從肌膚進入，病邪性質主要為濕熱與暑燥兩類，濕熱疫毒首先侵犯衛氣或膜原，而暑燥疫毒則直接內侵臟腑。若濕熱疫毒從表而出，通常會在惡寒後出現發熱，化燥化火後，會像暑燥疫毒一樣入裡，傳至營血，導致斑疹或出血。（見

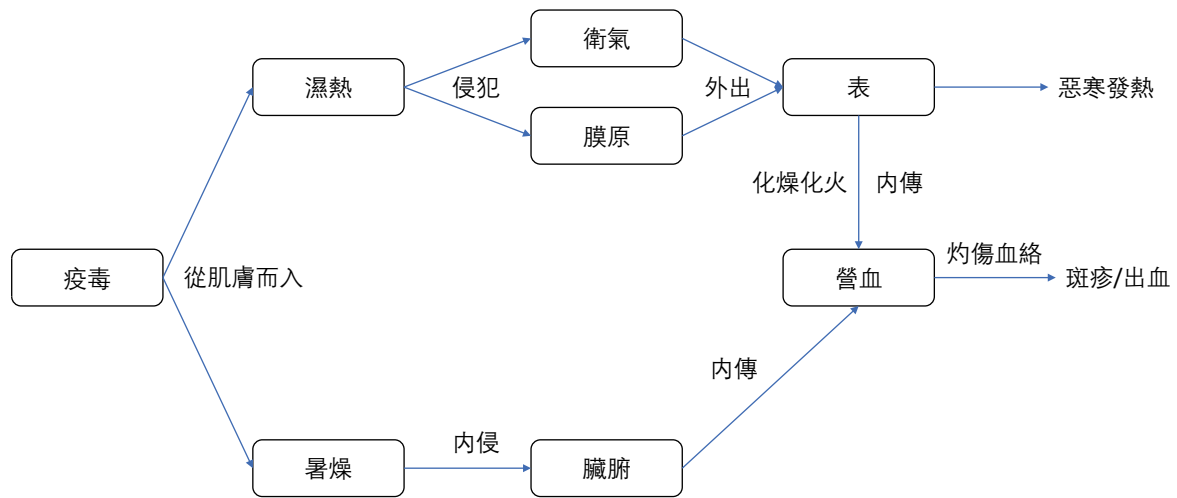


圖 1 登革熱中醫病機

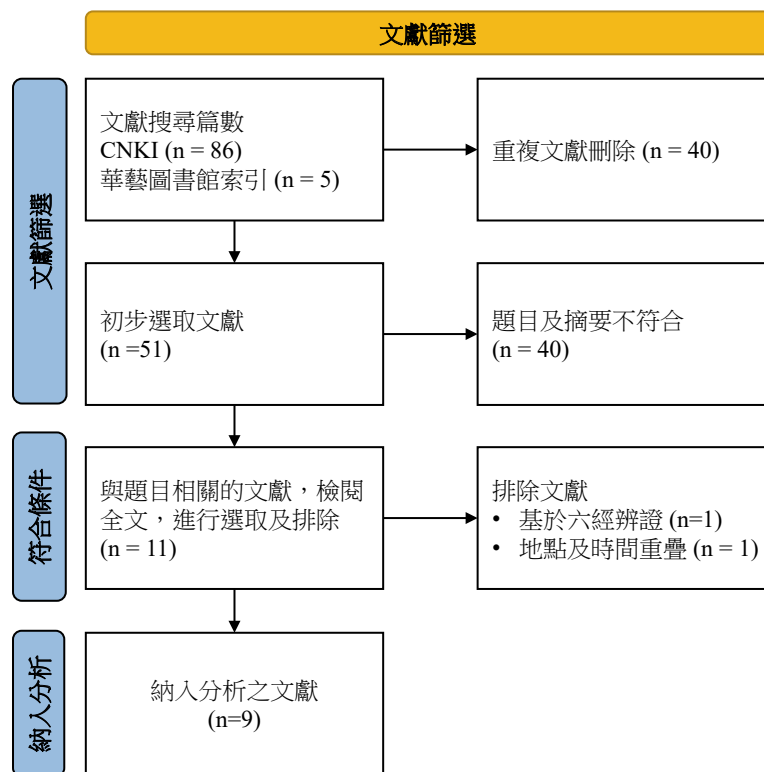


圖 2 中醫證型分佈文獻篩選流程圖

圖 1)

3. 中醫證候分析

為進一步了解登革熱的中醫證候規律及證型分佈，我們在中國知網（CNKI）總庫中

使用三組關鍵詞：「中醫」「登革熱」「證」、「中醫」「登革熱」「證型」及「中醫」「登革熱」「證候」，進行主題檢索，時間範圍由建庫日起至 2024 年 9 月 30 日。此外，於

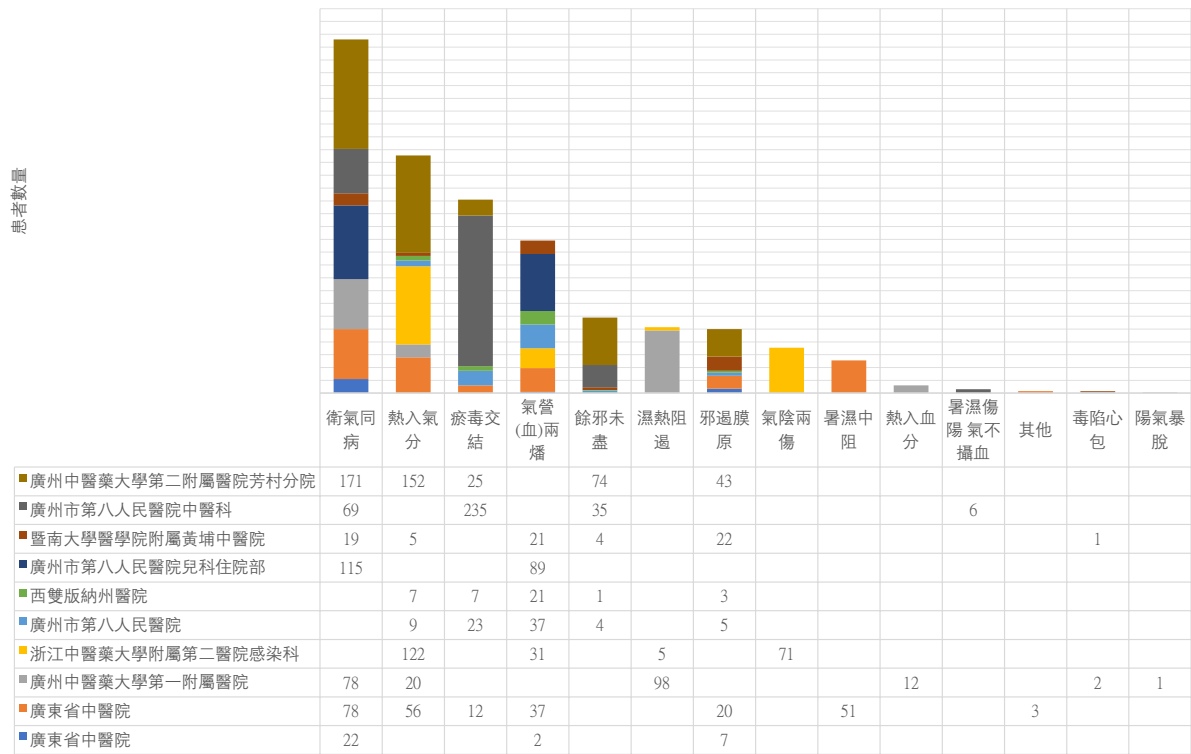


圖 3 登革熱患者中醫證型分佈圖

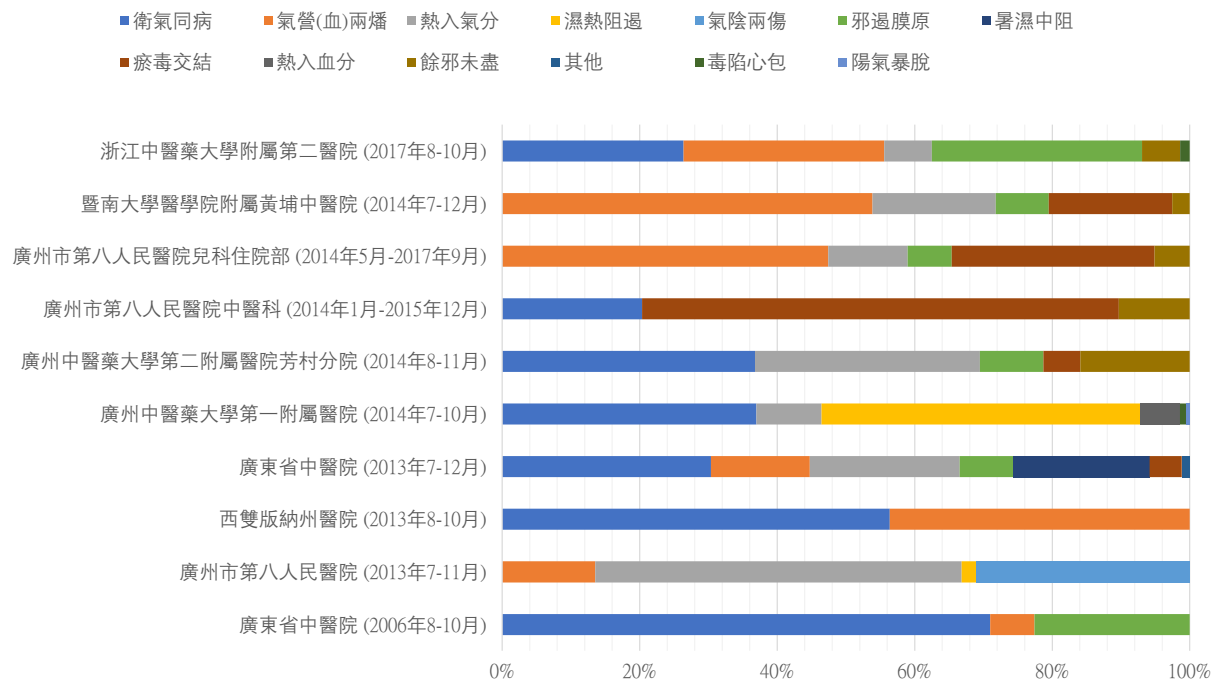


圖 4 登革熱患者不同時期中醫證型百分比分佈圖

華藝圖書館以「中醫」「登革熱」「證型」為關鍵詞進行主題檢索，時間範圍由建庫日起至 2020 年 12 月 31 日，篩選納入包含中醫證型統計的文獻，詳細流程如圖 2 所示。我們針對登革熱中醫證候探討的 9 篇文獻 [10, 15-22] 進行了整合分析，其中 8 篇為回顧性研究，1 篇為前瞻性研究，總樣本數達 1931 人。結果顯示：常見的前五項證型依次為衛氣同病（28.6%）、熱入氣分（19.2%）、瘀毒交結（15.6%）、氣營兩燔（12.3%）及餘邪未淨（6.1%）。各醫院之間的中醫證型分佈存在差異，這可能與患者治療時機或病人感染不同的病毒型別有關。（見圖 3、4）

4. 中醫辨證論治

不同醫家對登革熱的辨證分型各有不同，常見方法包括病因辨證（如彭勝權和梅廣源的濕熱、暑燥分類）、衛氣營血辨證（如何世東的六證分型），以及結合分期與衛氣

營血的分型（如彭玉林的三期七型，茹清靜的兩期四型等）[23]。

王婷等 [5] 回顧中醫藥治療登革熱的相關文獻，提出證型、治法、方劑和藥物等要素，並以 R 語言為技術平台，運用 Apriori 關聯規則演算法，挖掘潛在的中藥處方規律，構建核心藥物網絡。結果顯示：登革熱的中醫證型以衛氣同病和氣營兩燔為主，治療原則為清氣、涼營，兼顧化濕邪與養氣陰，重在氣血兩清；清瘟敗毒飲為最常使用的方劑，核心中藥包括水牛角、牡丹皮、赤芍、生地黃、金銀花、連翹、石膏、黃芩、知母、甘草，藥物配伍常見赤芍、牡丹皮、生地黃的組合；同時強調化瘀在熱病中的重要性，及時治療以阻斷疾病進展。具體結果詳見表 2。

中醫證候分型能有效指導臨床用藥，但辨證具有動態特性，病情可能隨著疾病進展而變化，因此治療方案需隨之調整。例如，

表 2 登革熱中醫證治規律的主要發現 [5]

項 目	內 容
提取處方數據	176 條有效處方
涉及證型	29 個證型
中醫治法	73 種治法
方劑分類	56 首經方與時方、35 首自擬方
使用中藥	179 味中藥
常見證型	衛氣同病、氣營兩燔
常用治法	清熱、解毒、涼血、化濕
常用方劑	清瘟敗毒飲
常用藥物	甘草、連翹、黃芩、石膏、金銀花
藥物組合	含赤芍、牡丹皮、生地黃的組合共有 3 項，且相關性最高
核心中藥	水牛角、牡丹皮、赤芍、生地黃、金銀花、連翹、石膏、黃芩、知母、甘草

在王瑜婷醫師的病例報告 [24] 中，一名登革熱患者最初診斷為疫癘風熱外束肌表、濕熱直入陽明，治以表裏雙解，處方柴葛解肌湯、桑菊飲加減。後來病機轉變為熱入營血、氣陰兩虛，處方改為清營涼血、益氣養陰。服藥後，患者在兩週內迅速恢復，血球數量恢復正常，症狀也明顯改善。

表 3 整合多篇文獻 [2, 10, 15-22, 24, 25]，總結了登革熱常見中醫證型的辨證要點。

另外，我們在 CNKI 總庫中分別以兩組關鍵詞：「中醫」「登革熱」「治療」及「中醫」「登革熱」「辨證治療」進行主題檢索，時間範圍由建庫日起至 2020 年 12 月 31 日。同時，在華藝圖書館以「中醫」「登革熱」「治

表 3 登革熱常見中醫證型的辨證要點 [2, 10, 15-22, 24, 25]

證 型	病情發展	主要症狀	舌 象	脈 象
衛氣同病	多見於登革熱早期	發熱、惡寒、頭痛、肌肉關節疼痛、口渴	舌邊紅 苔微厚白或黃	脈浮數
氣分熱盛	熱邪深入氣分，常見於疾病進展階段	高熱、劇渴喜冷飲、面紅、大汗、肌肉酸痛、尿少色深	舌紅 苔黃	脈洪數
濕熱阻遏	濕熱並存，影響中焦，常見於發病過程中	發熱、身體沉重、無惡寒、頭痛、食慾不振、噁心、嘔吐、胸脘痞悶	舌紅 苔黃厚膩	脈濡數
氣營(血)兩燔	病情較重，熱邪損害氣分與營/血分，常見於極期	高熱、劇烈頭痛、嚴重肌肉和關節痛、口渴、煩躁、失眠、嚴重者可出現多處出血	舌紅 苔乾黃	脈數
邪伏膜原	初期病邪未完全進入內部，伏於表裡之間	寒熱往來、頭痛劇烈、面紅、肢體沉重、食慾不振、胸脘痞悶、噁心、嘔吐、尿少色深	舌紅 苔白厚膩	脈濡數
瘀毒交結	毒邪與瘀血互結，病情複雜	症狀多樣，可能包括疼痛、腫脹、局部出血、瘀斑等	舌暗紫 苔薄	脈澀
餘邪未盡 氣陰兩虛	常見於疾病恢復期	乏力、疲勞、噁心、食慾不振、口渴、便乾、皮膚瘙癢	舌淡紅 苔白膩	脈虛數
邪陷心包	只在極少數重症患者中出現	神昏譫語、嘔吐不止、項強肢厥、身灼熱	舌紅	脈細數

療」為關鍵詞進行主題檢索，時間範圍由建庫日起至 2020 年 12 月 31 日。文獻檢索後，

我們對所有文獻進行篩選與排除（見圖 5）。我們整合所納入文獻 [10, 26-32] 中常見證型

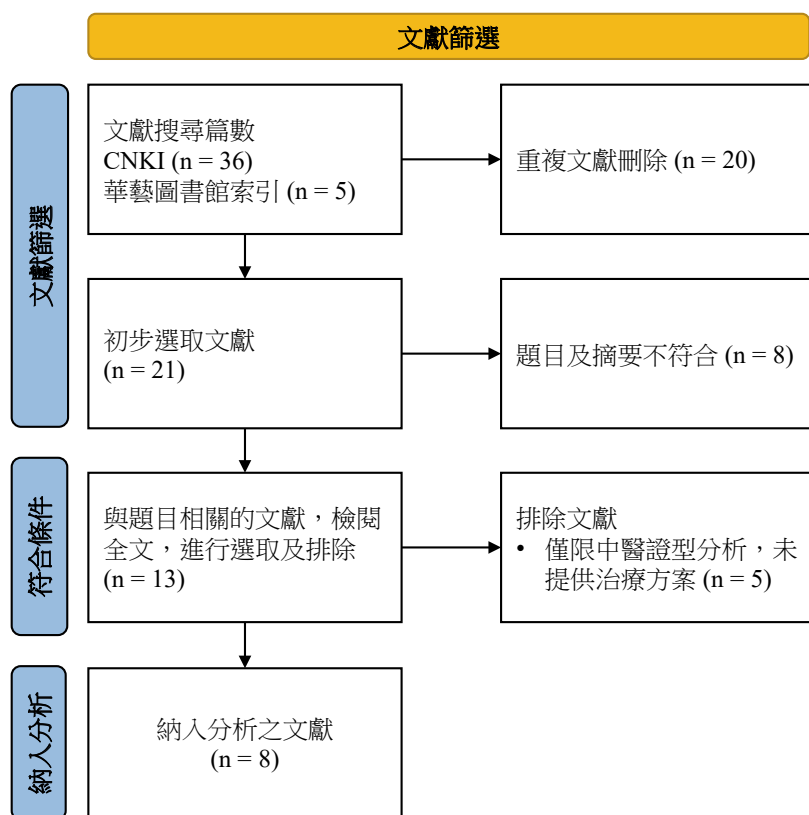


圖 5 中醫證型治療文獻篩選流程圖

表 4 登革熱中醫各證型治法及推薦方劑

證 型	治 法	推 薦 方 劑
衛氣同病	清暑化濕，透表解肌	銀翹散、敗毒散、柴葛解肌湯、新加香薷飲、小柴胡湯、普濟消毒飲
氣分熱盛	清熱保津，宣鬱透邪	柴葛解肌湯、三仁湯、白虎湯、梔子豉湯、竹葉石膏湯、清氣涼營湯、黃芩滑石湯
濕熱阻遏	利濕化濁，清熱解毒	三仁湯、甘露消毒丹
氣營（血）兩燔	清氣涼血解毒	清瘟敗毒飲、犀角地黃湯、清氣涼營湯、王氏清暑益氣湯、玉女煎
邪伏膜原	疏利透達，辟穢化濁	達原飲、三仁湯、藿朴夏苓湯、小柴胡湯
瘀毒交結	活血化瘀解毒	犀角地黃湯、血府逐瘀湯
餘邪未盡 氣陰兩虛	清除餘邪，補氣養陰	竹葉石膏湯、清暑益氣湯、五葉蘆根湯、沙參麥冬湯
邪陷心包	清營透熱，解毒開竅	安宮牛黃丸、紫雪丹、羚角鉤藤湯、黃芩滑石湯

表 5 針灸配合中成藥的登革熱治療方案

發病期	主穴	配穴	配合使用中成藥	針灸方法
發熱期	大椎 下都 ^a 合谷	曲池 足三里 中脘 天樞 陽白 太陽	VC 銀翹片 4 片， 日 3 次 板藍根顆粒 10 克，日 4 次	<ul style="list-style-type: none"> • 大椎穴用三棱針點刺，並拔罐 10 分鐘，出血 5 ~ 10ml 為宜，隔日 1 次。 • 下都穴以 28 號 1.5 寸毫針順掌骨間隙刺入 0.5 ~ 1 寸，左右撚轉，以得氣為度。一般刺一側，重者用兩側。 • 陽白向下平刺 0.5 寸。 • 太陽穴（雙側）斜刺 1 寸。 • 血愁穴艾炷灸，3 ~ 5 壯，每日 1 次，7 天一療程，連續 2 療程。 • 膈俞在穴位旁 2 ~ 3 分處進針，呈 45° 向脊椎方向斜刺，得氣後，採提插撚轉補法，留針 5 分鐘。 • 夾脊穴以 45° 向棘突方向進針 0.5 ~ 1 寸，不留針。 • 其餘穴以 30 號毫針，刺至得氣後，快速撚轉 30 秒，撚轉角度在 100° ~ 180°。留針 30 分鐘，每 5 ~ 10 分鐘行針 1 遍，每日 1 次。
出疹期		血海 血愁 ^b 膈俞 委中	板藍根顆粒 10 克，日 4 次 雲南白藥 2 粒， 日 3 次	
恢復期		華佗夾 脊穴 湧泉	口炎清顆粒 20 克，日 2 次 雙黃連口服液 20 毫升，日 3 次	

a 下都穴：自然握拳，掌心向下，手背 4、5 指縫紋間上方 5 分處；b 血愁穴：第 2 腰椎棘突上。

的治法與推薦方劑，詳見表 4。此外，一項文獻 [33] 報告顯示，針灸結合中成藥治療登革熱的療效優於西藥對症支持療法，其選穴及針灸方法詳見表 5。

5. 登革熱血小板減少性出血之中醫診治

目前針對登革熱血小板減少性出血，西醫以止血、輸液等對症治療為主，尚無有效疫苗和特效藥物。依中醫溫病學理，斑疹或血證多由血熱或陰虛火旺所致，進而迫血妄行或氣不攝血，血液溢出脈外。出血的病因與臟腑的生血、攝血、藏血功能失調密切相關。心主血脈，肝藏血，脾統血，肺助心行血，腎藏精血，五臟皆與血的運行和輸布相關，因此，五臟功能失調均可能導致出血。

余瑩等 [34] 借鑒前賢經驗，探討中醫對登革熱引起血小板減少性出血的證治規律，認係外感特殊疫癘邪氣而致出血，其治法不可與一般血證等同。隨著病情發展，出現的證候應結合衛氣營血辨證和臟腑辨證展開治療。

5.1. 衛氣營血辨證

2018 年《中國登革熱臨床診斷和治療指南》對各證型皮疹及出血特徵的描述，與余瑩等 [34] 提出的衛氣營血辨證進行對比，兩者的分期分型基本相似，但對皮疹和出血表現的描述略有差異，詳見表 6。

5.2. 臟腑辨證

余瑩等 [34] 認為，登革熱血證常因肺、

表 6 《中國登革熱臨床診斷和治療指南》與余瑩論述之對照

病程	余瑩論述 [34]	《指南》 [2]
初期	證型：衛氣同病 血證特徵：四肢散在皮疹或風團樣紅色丘疹 治法治則：忌發汗解表，清解氣分熱毒，涼血透邪兼祛濕	證型：溫熱鬱濕，衛氣同病 血證特徵：部分患者可見皮疹 治法治則：清熱化濕，解毒透邪
極期	證型 1：氣營兩燔 血證特徵：壯熱不退，皮疹斑疹透發，出血 治法治則：清熱涼血，止血散血	證型 1：毒瘀交結，擾營動血 血證特徵：可見鮮紅色出血樣皮疹，多伴鼻衄、牙齦出血、咯血、便血、尿血、陰道出血 治法治則：解毒化瘀，清營涼血
	證型 2：瘀毒交結 血證特徵：肌膚瘀斑、便下膿血，並見各部位出血症 治法治則：清熱解毒，活血化瘀，涼血止血	證型 2：暑濕傷陽，氣不攝血 血證特徵：皮疹隱隱，或見暗色瘀斑，多伴出血症狀 治法治則：溫陽益氣，攝血
後期	證型：氣陰兩虛，氣不攝血 血證特徵 1：熱勢漸減，皮膚斑疹未消 治法治則：清熱涼血止血，配伍益氣養陰 血證特徵 2：全身出血點逐漸減少 治法治則：養陰透邪，健脾護胃祛濕	證型：餘邪未盡，氣陰兩傷 血證特徵：皮疹搔癢 治法治則：清熱化濕，健脾和胃

心、肝功能失調而導致出血；邪氣首先犯肺，繼及心肝，後損脾胃。因此，治療應根據臟腑辨證論治，認為如此可以減輕臟腑損害，防止症狀惡化，實現中醫「治未病」的理念，詳見表 7。

討論

登革熱由感染登革熱 RNA 病毒引起，其特性無論是特異致病因素、傳染性、季節性等，皆與《瘟疫論·原病》中「疫者感天地之厲氣」、《瘟疫論補遺·正名》中「又為時疫時氣者，因其感時行戾氣所發也，因其

惡厲，又謂之疫厲」、《瘟疫論·論氣盛衰》中「是以知瘟疫四時皆有，常年不斷，但有多寡輕重耳。」[35] 等記載相符。

西醫將登革熱病程分為 3 個階段：發熱期（Febrile Phase）、危險期（Critical Phase）及恢復期（Recovery/Convalescent Phase）[36]。發熱期患者通常突然出現高燒，常伴頭痛、肌肉疼痛和胃腸道症狀，此階段持續約 3 至 7 天，期間病毒血症達到高峰。危險期為退燒前後的 2 至 3 天，此時少部分患者可能出現嚴重併發症。最後為恢復期，持續 2 至 5 天，患者症狀逐漸緩解，臨床指標恢復正常。

表 7 余瑩登革熱臟腑辨證論治

臟腑	病機	臨床表現	治療原則
肺	肺為嬌臟，易先受邪，邪熱外襲，熱傷脈絡，迫血妄行	皮膚斑疹、鼻出血	清熱解毒、清肺降逆、清瀉肺熱、涼血止血、滋陰止血
心肝	疫癘之邪動火擾心，邪氣入裏化熱，傷津耗氣動血，心肝火盛，載血上行，而血逆出血	口鼻、肌膚、牙齦出血	清心涼肝降火、涼血止血、補氣攝血
	心肝之火下移至腎、大腸、膀胱	便血、尿血	
脾胃	正邪交爭後期，多損及脾胃；脾氣虛弱則氣不攝血	消化道出血多見	健脾益氣養血兼清熱祛濕

中醫通過臨床觀察總結，認為登革熱的傳變規律可參照溫病衛氣營血理論，依據辨證處方進行治療。根據整合分析，登革熱的前五大常見中醫證型依次為衛氣同病、熱入氣分、瘀毒交結、氣營兩燔及餘邪未盡等，但中醫證候具有動態特性，因此治療方案需隨時調整。

世界衛生組織（WHO）將登革熱患者分為三類：A類為無需住院的患者，但在診斷未明確或需對症治療時，可能仍需住院；B類為需轉診至醫院的患者；C類為需緊急治療的重症患者，理想情況下應接受重症監護治療 [37]。

衛生福利部台南醫院的研究結果：A類近似溫病的衛分證；B類近似氣分證；C類近似營血證。該文比較了單純西醫治療與中西醫合作治療在B類登革熱患者中的效果，結果顯示：兩組在血液與生化指標上改善情況雖無顯著差異，但中西醫合作治療組在降低丙氨酸轉氨酶（Glutamic Pyruvic

Transaminase）方面更顯著，且無重症或死亡病例 [4]。

登革病毒感染的臨床表現因年齡、免疫狀態及宿主因素而異 [38]。兒童初次感染多為輕症或臨床症狀不明顯，二次感染則易引發登革熱休克症候群（Dengue Shock Syndrome），導致更嚴重的血管滲漏；成人初次感染則以登革熱（Dengue Fever）為主，常伴出血傾向。患有哮喘、糖尿病等慢性疾病的患者感染登革熱後，發展為重症的風險更高。宿主風險因素包括性別、基因變異及血型等。一項針對不同年齡層普通登革熱患者的臨床研究發現，高齡患者「正氣」較低，導致其體溫峰值和皮疹發生率較低，病程中血小板均值下降更明顯，恢復較慢 [39]。雲南德宏、西雙版納地區因炎熱潮濕氣候及偏酸冷辛辣飲食，居民多呈脾虛濕熱體質，登革熱患者常見嘔吐、腹瀉等濕盛表現 [40]。相比之下，杭州地區患者以氣分熱盛證、氣陰兩傷證、氣血（營）兩燔證為主，因初期

多被誤診，衛氣同病較少，加上氣候濕熱，病邪傳變迅速，呈現裡熱實證特徵 [20]。西雙版納流行時間較廣州更短，但毒性更強，患者病情更嚴重 [15]。整體而言，登革熱的病情特徵深受「正氣」、氣候及體質等影響。中醫強調個體化治療，辨證論治須注意體質差異，靈活應用於不同族群。

現代醫學主張直接干預病原體，集中於抗病毒藥物和疫苗的研發，在尚無特效藥的情況下，採取支持性和對症治療，如退燒、輸液、糾正電解質紊亂及消炎止痛等，並動態監測患者生命徵象，以預防病情進展為重症。中醫則以辨證論治為核心，調整人體內環境，提升正氣，協助患者恢復免疫平衡，在病毒性、自限性的疾病中展現減輕症狀、縮短病程、降低併發症風險及提升整體健康狀態的優勢。中西醫在治療目標與方法上各有側重，結合使用可形成互補效應，例如急性期以西醫為主，穩定生命徵象，控制病情並減輕痛苦；恢復期則採用中醫藥調理，促進全面康復。中西醫結合的策略，可以為登革熱防治提供更全面的解決方案。

針對登革熱，中醫藥辨證論治方案已被納入 2018 年發布的《中華登革熱臨床診斷和治療指南》[2]。然而，該指南內容仍缺乏高水準的文獻支撐，同時缺乏公認的中醫療效評價方法，導致該指南的實證性和共識度較低。此外，由於中醫注重個體化治療，臨床實踐中常根據病情靈活加減處方，與指南推薦用藥存在一定差異；由於治則、治法及用藥處方的多樣性，中醫較不易累積經驗，並經由實證推廣至主流醫療體系。

有學者 [41] 探索了中藥治療登革熱的網絡藥理學機制，涵蓋整體及不同證型的治療模式；也有研究探討登革熱發熱期中醫證

型與炎症指標的關聯 [42]，並比較不同中醫證型的實驗室指標 [43]。另有學者 [23] 提議建構登革熱中醫專科大數據平台，將中醫豐富的臨床經驗記錄下來，以利傳承與發展。該平台包括臨床與科研數據庫及分析挖掘系統，推動診療方案的互通與規律探討，並持續更新大數據，進一步完善登革熱的中醫診療方案。中醫證型客觀指標的探索、中藥療效機制的研究，以及臨床實證療效的評估，都有助於將中醫對登革熱的診療方案逐步納入主流醫療體系，提高中醫在公共衛生中扮演的角色與應用價值。

參考文獻

1. 黃志男、洪裕強，登革熱中醫辨證論治探討。中醫藥研究論叢，2016；19(2)：35-44。
2. 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、中華中醫藥學會急診分會，中國登革熱臨床診斷和治療指南。中華臨床感染病雜誌。2018；11(5)：321-329。
3. World Health Organization (WHO), Dengue and severe dengue. 2024; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>.
4. Chen YP, Ho TS, Lee PC, et al. Effects of Chinese and Western Medicine on Patients with Dengue Fever. *Am J Chin Med*, 2020; 48(2): 329-340.
5. 王婷、劉城鑫、詹少鋒、江勇，登革熱中醫證治規律的數據挖掘。廣州中醫藥大學學報。2024；41(9)：2491-2499。
6. 李雅鈴，登革熱防治。2014，取自 <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://stua05.nuu.edu.tw/var/file/66/1066/img/715/905321754.pdf>。

7. 皮國立，登革熱與古代溫病學的探討。歷史月刊。2002(177)：36-41。
8. Scott B Halstead. Dengue (Tropical Medicine: Science and Practice). Imperial College Press, London, pp.1-10, 2008.
9. 許堯欽，奇美醫學中心登革熱的中醫治療現況。奇美醫院電子報。2015。
10. 張國雄、盧愛麗、劉譯鴻、覃小蘭，登革熱 31 例中醫證候分析。中國中醫急症。2008(7)：943-944。
11. 彭勝權，中醫對登革熱幾個問題的認識。新中醫。1981；(8)：41-43。
12. 梅廣源，應用中藥治療登革熱的探討。新中醫。1988；(2)：13-14。
13. 李惠德，登革熱與登革出血熱的中醫辨治。新中醫。1992；(6)：50-52。
14. 史志雲，劉仕昌教授治療登革熱經驗。新中醫。1994；(10)：11-12。
15. 嚴景妍、譚行華、張覆春、洪文昕、單西雲、馬得宏，2013 年廣州及西雙版納 117 例登革熱患者中醫證候特徵分析。廣州中醫藥大學學報。2015；32(4)：589-593。
16. 葉志中、劉南、余鋒、趙靜，210 例登革熱患者中醫證候分析。廣州中醫藥大學學報。2015；32(1)：15-18。
17. 謝平暢、胡志亮，465 例登革熱中醫證候分析。新中醫。2015；47(07)：57-59。
18. 黃郁斌、段艷鋒、張保國、楊小蘭，72 例登革熱患者中醫證治分析。山西中醫。2015；31(4)：11-16。
19. 劉領弟、劉嬌、林路平、艾香英、譚行華、袁聯雄，345 例登革熱中醫證候學特徵及病因病機分析。中國中醫急症。2016；25(7)：1316-1325。
20. 孫濤、茹清靜、徐鑫陵、鄭毅、陳小梅、王剛毅、周語媚、任澤澤，229 例登革熱中醫證候特點與病因病機分析。中國中醫急症。2019；28(1)：77-80。
21. 林菁、馬丙男、胡丹、張覆春，204 例兒童登革熱急性發熱期中醫證型特點分析。中國實用醫藥。2019；14(2)：113-114。
22. 湯宛瑩、王進忠、郭權來、俞驕麗、高業勤、覃小蘭，113 例登革熱患者的中醫證治分析。廣州中醫藥大學學報。2020；37(10)：1845-1849。
23. 何姿函、黃志剛、李靜姝、張寶、姚錦繡、葉華、趙衛、肖維威，中醫藥治療登革熱研究進展。現代中西醫結合雜誌。2023；32(14)：2029-2033。
24. 王瑜婷、李俞生、黃千瑞、許堯欽，登革熱中醫治療病例報告。中西整合醫學雜誌，2016；18(3)：20-26。
25. 林恂怡、黃國欽，登革熱的中醫治療—文獻回顧與研究。中西整合醫學雜誌。2018；20(2)：28-38。
26. 楊華、黎文華，中醫藥辨治登革熱與登革出血熱臨床觀察。中國中醫急症。1994(3)：110-111。
27. 韓凡、莫錦、覃小蘭、張忠德，從 257 例病例中探討登革熱的中醫臨床辨治。廣州中醫藥大學學報。2014；31(6)：855-859。
28. 韓凡、羅翌，當代名老中醫治療登革熱的辨證治療經驗挖掘。中國中醫急症，2012；21(7)：1066-1067。
29. 張沛、譚行華、張覆春、單西雲、李麗華、馬得宏、王建、洪文昕，中西醫結合治療登革熱臨床研究。中國中醫急症。2014；24(8)：1403-1405。
30. 林琬羚、陳榮洲，登革熱中醫藥研究進展。中西整合醫學雜誌。2011；13(1)：41-45。

31. 柴瑞靄、劉清泉，廣州登革熱的中醫診療思路。中國中醫急。2015；24(2)：258-265。
32. 梁偉波、謝文源、劉雲濤、覃小蘭，2013年廣州地區257例登革熱病例臨床分析。中國中醫急症。2014；23(9)：1659-1661。
33. 李杜非、F.J.d. Saldanha，針灸配合中成藥治療登革熱臨床分析。實用中醫藥雜誌。2008(9)：553-554。
34. 余瑩、程健、胡莉文，登革熱血小板減少性出血的中醫證治探討。中國中醫急症。2017；26(3)：445-447。
35. 瘟疫論（四庫全書本）/全覽。2016年10月15日 Available from: [https://zh.wikisource.org/wiki/%E7%98%9F%E7%96%AB%E8%AB%96_\(%E5%9B%9B%E5%BA%AB%E5%85%A8%E6%9B%B8%E6%9C%AC\)](https://zh.wikisource.org/wiki/%E7%98%9F%E7%96%AB%E8%AB%96_(%E5%9B%9B%E5%BA%AB%E5%85%A8%E6%9B%B8%E6%9C%AC)).
36. Dengue Situation Updates 2023. 2023; Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/365676>.
37. Yacoub S, Wertheim H, Simmons CP, Screaton G, Wills B. Cardiovascular manifestations of the emerging dengue pandemic. *Nat Rev Cardiol.*, 2014; 11(6): 335-345.
38. Tai AY, McGuinness SL, Robosa R, et al., Management of dengue in Australian travellers: a retrospective multicentre analysis. *Med J Aust*, 2017; 206(7): 295-300.
39. 陳騰飛、劉清泉、劉南，基於中醫“正氣”理論對132例不同年齡段普通登革熱患者的臨床特徵研究。中國中醫急症。2016；25(11): 2046-2048, 2051。
40. 唐彬、盛維雙、陳喬林等，雲南登革熱中醫病因病機特點分析。中國中醫急症。2020；29(5): 861-863, 866。
41. 王婷，登革熱中醫證治規律及網絡藥理學機制探析，廣州中醫藥大學碩論文，2023。
42. 沈碧勝、李曠怡、張英儉等，登革熱發熱期中醫證型與客觀炎症指標相關性分析。內蒙古中醫藥。2022；41(1): 143-145。
43. 謝鈞子、蔡貝貝、詹少鋒、江勇、劉小虹、溫武金，普通登革熱中醫證型之間實驗室指標差異性的回顧性分析。中國中醫急症。2024；33(5): 781-784。

A Study on the TCM-Based Diagnosis and Treatment of Dengue Fever

Ching Sheng Tay^{1,#}, Kah Quan Ho^{2,#}, Kian Keong Te^{3,4}, Hen-Hong Chang^{1,5,*}

¹ Graduate Institute of Integrated Medicine, College of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan

² School of Chinese Medicine, College of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan

³ Department of Chinese Medicine, M. Kandiah Faculty of Medicine and Health Sciences, Universiti Tunku Abdul Rahman, Kajang, Malaysia

⁴ Traditional and Complementary Medicine Centre, Universiti Tunku Abdul Rahman, Perak Darul Ridzuan, Malaysia

⁵ Department of Chinese Medicine, China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan

Dengue fever remains a significant global health concern, lacking a definitive antiviral treatment. For over three decades, Traditional Chinese Medicine (TCM) has been employed in managing dengue cases. Quite a number of studies and clinical reports suggest that TCM interventions may alleviate symptoms, shorten disease duration, and potentially prevent progression to severe forms. The rapid onset and diverse symptomatology of dengue fever present challenges in standardizing treatment protocols. Consequently, TCM practitioners have developed various treatment strategies and prescriptions, leading to a spectrum of approaches within the field. Central to TCM's methodology is syndrome differentiation, which effectively guides clinical medication. However, the dynamic nature of dengue's clinical manifestations necessitates continuous assessment and adjustment of treatment plans as the disease progresses. This review delves into the historical evolution of dengue fever's nomenclature, TCM's theoretical perspectives on the disease, and analyses of its etiology and pathogenesis. By synthesizing insights from diverse TCM schools of thought, the paper outlines common syndrome types associated with dengue fever and provides a treatment framework, particularly addressing hemorrhagic manifestations. This comprehensive analysis aims to serve as a valuable reference for TCM practitioners in clinical settings.

From TCM perspective, dengue fever is caused by an epidemic toxin invading

[#] : Co-first author

***Correspondence author:** Hen-Hong Chang, Graduate Institute of Integrated Medicine, China Medical University, No. 91, Hsueh-Shih Road, Taichung, Taiwan 40402, Tel: +886-4-22053366 ext.3609, Fax: +886-4-22037690, Email: tcmchh55@gmail.com

Received 21th October 2024, accepted 2nd December 2024

through the skin, with the pathogenic nature primarily characterized by damp-heat and summer-heat dryness. Damp-heat epidemic toxins often first affect the Wei-Qi or Mo-Yuan, while summer-heat dryness toxins tend to penetrate directly into the internal organs. The disease exhibits distinct stages, progresses rapidly, and follows the transmission patterns consistent with the Wei-Qi-Ying-Xue theory in Warm Disease. The treatment principles center on clearing heat, detoxifying, cooling the blood, and resolving stasis, with commonly used prescriptions such as Qingwen Baidu Decoction. Additionally, syndrome differentiation-based treatments are employed to tonify Qi, nourish Yin, and regulate organ functions, highlighting the unique advantage of TCM in preventing disease progression while managing existing conditions.

Keywords: Dengue fever, TCM, Warm disease, Etiology, Pattern, Treatment