

肝系病证

11.1 惊风

【概述】

惊风是由多种原因引起的，临床以全身或局部肌肉抽搐为主要表现，常伴有神志不清的一种病证。一般分为急惊风、慢惊风两大类，凡起病急暴、属阳属实者，统称急惊风；病久中虚、属阴属虚者，统称慢惊风。慢惊风中若出现纯阴无阳的危重证候，可称为慢脾风。

惊风是一种证候，它往往发生于许多疾病的过程中。一般说来，急惊风多指高热惊厥、急性中毒性脑病、各种颅内感染等引起的抽风；慢惊风则为代谢疾病与水电解质紊乱，颅脑发育不全与损伤、出血、缺氧，以及各种脑炎、脑膜炎、中毒性脑病恢复期出现的惊厥等。

惊风是儿科常见证候之一。急惊风多见于5岁以下的儿童，其中最常见的高热惊厥在5岁以下的小儿中，发病率约为2%~3%；在全部小儿人口中，约5%~6%发生过高热惊厥。急惊风又往往是许多危重病的早期表现，若不及时寻找病因，治疗原发病，只单纯控制抽风，则后果严重，甚至危及生命。慢惊风中较常见的一种疾病是婴儿手足搐搦症，其病因是维生素D缺乏，导致血清钙低下，神经肌肉兴奋性增强，而出现惊厥和手足搐搦，该病发病年龄多在6个月以下，发病季节以春季为多，一般给予补充维生素D和钙剂，大多预后良好，若在该病中出现喉痉挛，则可出现窒息和呼吸骤停。

惊风一证在唐代以前，多与痫证混称，宋代《太平圣惠方》始将惊风与痫证区别开来，并创急惊风、慢惊风之病名。钱乙《小儿药证直诀》对急、慢惊风的病因病机、辨证治疗进行了详细论述，尤其是钱乙创立的泻青丸、益黄散等，对现代治疗小儿惊风仍有重要的参考价值。清代陈复正在《幼幼集成》中将惊风归纳为“误搐”、“类搐”和“非搐”三大类，对于纠正当时惊风名目繁多之弊起到了积极的作用。

现代对小儿惊风的研究更加深入，在临床研究方面，开展了病因学的研究，为治疗引起惊风的原发性疾病提供了可靠的依据；对频繁复发性惊风进行了预防为主的治疗，使惊风转为癫痫的发病率大大降低。在实验研究方面，建立了惊厥的动物模型，使中医中药治疗惊风的作用机理得以阐明，并为进一步开发研制抗惊风的新药提供了条件。

【病因病理】

一、病因

1. 急惊风 急惊风的病因与外感时邪，饮食内伤和猝受惊恐有关。

(1) 外感时邪 时邪包括六淫之邪和疫疠之气。小儿肌肤薄弱，卫外不固，若冬春之季，寒温不调，气候骤变，感受风寒或风热之邪，邪袭肌表或从口鼻而入，易于传变，郁而化热，热极生风；小儿元气薄弱，真阴不足，易受暑邪，暑为阳邪，化火最速，传变急骤，内陷厥阴，引动肝风；暑多夹湿，湿蕴热蒸，化为痰浊，蒙蔽心窍，痰动则风生；若感受疫疠之气，则起病急骤，化热化火，逆传心包，火极动风。

(2) 饮食内伤 饮食不节，暴饮暴食，致使水停为湿，谷反为滞，郁结肠胃，壅塞气机，生湿酿痰，痰湿内阻，肝失条达，郁极生风；或饮食不洁，误食污秽或毒物，湿热疫毒蕴结肠腑，化火动风。

(3) 猝受惊恐 小儿元气未充，神气怯弱，若猝见异物，乍闻异声，或不慎跌仆，暴受惊恐，惊则气乱，恐则气下，致使心失守舍，神无所依，轻者神志不宁，惊惕不安；重者痰涎上壅，引动肝风，发为惊厥。

2. 慢惊风 慢惊风常见的病因有脾胃虚弱、脾肾阳衰、肝肾阴亏等。

(1) 脾胃虚弱 由于暴吐暴泻、久吐久泻，或它病妄用汗、下，或禀赋不足，喂养不当，皆可导致中焦受损，脾胃虚弱。中土既虚，则土虚木贼，肝亢风动，致成慢惊之证。

(2) 脾肾阳虚 若胎禀不足，脾胃素虚，复因吐泻日久，或误服寒凉，伐伤阳气，以致脾阳式微，阴寒内盛，不能温煦筋脉而致时时抽搐之慢脾风证。

(3) 肝肾阴亏 急惊风迁延失治，或温热病后期，阴液亏耗，肝肾精血不足，筋脉失于濡养，以致阴虚阳亢，虚风内动而成慢惊。

二、病理

1. 病变脏腑在心肝脾肾 惊风的病变脏腑主要在心肝脾肾，其中急惊风多与心肝有关，慢惊风的病理变化主要责之脾胃肝肾。急惊风多由外感时邪引发，时邪入里化热化火，内犯心包，引动肝风，则见神昏抽搐；或由食积郁滞肠胃，生湿酿痰，蒙蔽心包，郁极生风；亦可因暴受惊恐，扰心伤神，气机阻滞，痰郁化火，引动肝风，发为惊厥，此如《幼科发挥·急慢惊风》所言：“急惊风者，肝风甚而心火从之。”慢惊风临床多由脾胃先伤，肝木侮土，脾虚生风；或因因素体虚寒，脾胃阳气衰败，阴霾四布，筋脉失于温煦而致抽动；亦有因热邪久羁，消烁真阴，以致肾阴不足，肝血亏损，阴虚而风动。

2. 病理因素为痰热惊风 外感风热之邪或外感风寒入里化热，或感受暑湿疫毒，化热化火，动风惊厥，此如《幼科铁镜·阐明发惊之由兼详治惊之法》所言：“热盛生风，风盛生痰，痰盛生惊”。痰热惊风是急惊风的主要病理机转，且可相互影响，互为因果。慢惊风可由急惊风后邪恋不解，迁延不愈，正气已虚，邪热久羁，其邪入里入络，以致心火尚炽，肝风未平，脾虚痰盛，发为抽搐；亦可由肝肾亏损，阴虚内热，灼伤阴精，筋失濡养，水不涵木，而致虚风内动。

3. 病机属性分虚实 惊风由于病因不同，病程长短各异，病情有寒热之别，体质有虚实之分，因此，其病机也可分为虚实两类。

实证多为急惊风，一般患儿体质强壮，起病较急，病程短，多伴有高热等证，常由外感六淫，内伤饮食及暴受惊恐而致，因其病程较短，正气未虚，故属实证。

虚证多指慢惊风，患儿体质多羸弱，素有脾胃虚弱或脾肾阳虚，而致土虚木亢或虚

极生风。此外，急惊风后驱邪未尽，而致肝肾阴虚，虚风内动，常为虚证。

4. 病情演变重阴阳 急惊风多为阳盛之证，其由外感六淫之邪化热化火，热盛生风；或由内伤饮食，痰浊内生，郁而化热，痰热动风；亦有猝受惊恐，惊则伤神，恐则伤志，神志不宁，惊惕不安，气机逆乱，出现一时性惊厥。

慢惊风有伤阳、伤阴之不同，暴吐暴泻，损伤脾胃，迁延不愈，而致脾肾阳虚，虚极生风，发为慢脾风；感受外邪，治疗不当，则见正虚邪恋，日久可致肝肾阴虚，筋脉失养，水不涵木，而致慢惊风。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 本病以3岁以下婴幼儿为多，5岁以上则逐渐减少。
2. 本病以四肢抽搐，颈项强直，角弓反张，神志昏迷为主要临床表现。
3. 有明显的原发疾病，如感冒、发热、小儿肺炎、麻疹、猩红热、乙型脑炎、慢性腹泻等。
4. 急惊风其热度高，惊、风、痰、热之征俱备；慢惊风其势缓，虚、寒之象必见。

二、鉴别诊断

1. 痫证 痫证发作多有突然仆倒，不省人事，四肢抽搐，须臾自止等特点，与外感六淫而致的急惊风颇为相似，临床须仔细鉴别。其要点为：①急惊风多发生在3岁以下的幼儿，5岁以上的儿童出现抽搐多为痫证。②急惊风患儿发作前常伴有高热，体温在38.5℃以上，痫证患儿发作前体温常正常，亦有发作后体温升高者。③急惊风患儿的发作，多在体温的上升段。④急惊风在一次发热中，大多只抽搐1次，很少有发作2次以上者，痫证儿童可有多次发作。⑤急惊风的患儿脑电图正常，痫证患儿脑电图多有棘波、尖波、棘慢波等痫性放电。

2. 脐风 脐风以唇青口撮，牙关紧闭，苦笑面容，甚至四肢抽搐，角弓反张为主证，与急惊风证有相近之处。但脐风多出现在生后4~7天，因断脐时处理不当，被秽邪风毒侵入所致，根据病史，发病年龄，典型症状等不难鉴别。但需指出的是，各年龄小儿均可因外伤等出现与脐风相同的破伤风，也须与急惊风加以鉴别。

3. 厥证 厥证是由于阴阳失调，气机逆乱而引起，以突然昏倒，不省人事，四肢逆冷为主要表现的一种病证。其鉴别要点在于，厥证多出现四肢厥冷而无肢体抽搐或强直等表现。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨别急慢 惊风可根据其病史的长短、发病的缓急、是否伴有发热，以及神昏、抽搐症状的轻重，分为急惊风和慢惊风两大类。急惊风病史较短，起病急骤，多伴有高热等症，神昏、抽搐较重。一般外感风邪者多伴有咳嗽流涕；感受暑邪者，多见于盛夏之季，可见反复抽搐，轻者恶心呕吐，烦躁嗜睡，重者深度昏迷，狂躁不安，甚至出现呼吸困难等危象。痰食惊风常见于夏秋之季，是部分疫毒痢病儿的早期表现，抽搐多频繁发作，初起可无大便，后期大便多夹脓血。惊恐惊风常有惊吓史，发作多不伴有高热，临床以患儿面色乍青乍赤，神志不宁，喜投母怀为特征。

慢惊风病史较长，起病缓慢，多不伴有发热症状，神昏、抽搐症状相对较轻，有时

仅见手指蠕动。脾胃虚弱者，常见精神萎靡，嗜睡露睛，不欲饮食，大便稀溏，抽搐无力，时作时止；脾肾阳衰者，精神萎顿，昏睡露睛，面色晄白，四肢厥冷，手足痠痲震颤；肝肾阴虚者，低热虚烦，手足心热，肢体拘挛或强直，抽搐时轻时重，舌绛少津。

2. 辨识轻重 一般说来，惊风的轻症指发作次数较少（仅1次），持续时间较短（5分钟以内），发作后无神志、感觉、运动障碍者，如若发作次数较多（2次以上），或反复发作，伴有高热，或抽搐时间较长，或发作后神志不清，感觉、运动障碍，甚至有偏瘫者为重症。尤其是高热不退，并有反复发作时，应积极寻找原发病，尽快早期治疗，控制发作，否则可危及生命。

二、治疗原则

急惊风的主证是痰、热、惊、风，因此治疗应以清热、豁痰、熄风、镇惊为基本法则。然而急惊之痰，有痰火和痰浊的区别，热有表热和里热的不同，风有外风和内风的差异，惊有恐惧、惊惕的虚证和惊跳、嚎叫的实证。对此在豁痰中有芳香开窍、甘寒清心、涤痰通腑的区别；清热有透表解毒、苦寒泻热的差异；治风有疏风和熄风的不同；镇惊有平肝镇惊、滋水涵木的类别。在急惊的治疗中既要顾及安神镇惊的作用，又不可忽视全身的情况，分清主次，辨证施治。

慢惊风一般属于虚证，有虚寒和虚热的区别，因此其治疗大法应以补虚治本为主，常用的法则有温中健脾、温阳逐寒、育阴潜阳、柔肝熄风。

三、分证论治

急惊风

1. 外感惊风

(1) 感受风邪

证候表现 多见于冬春之季，起病急骤，发热，头痛，鼻塞，流涕，咳嗽，咽痛，随即出现烦躁、惊厥、神昏，舌苔薄白或薄黄，脉浮数。

辨证要点 本病多发于5岁以下的儿童，尤其以3岁以下小儿更为常见，抽风时体温常在38.5℃以上，并多见于体温的上升段，一般一次发热只抽一次，抽两次者少见。

治法主方 疏风清热，熄风镇惊。银翘散加减。

方药运用 常用药：银花、连翘、薄荷、荆芥穗、防风、牛蒡子、钩藤、僵蚕、蝉蜕、羚羊角（研粉、冲服）等。高热不退者加生石膏、知母；舌苔厚腻，大便溏者，加草果、槟榔、青蒿。

若属风寒束表，郁而化热者，可改用葛根汤（葛根、麻黄、桂枝、芍药、生姜、大枣、甘草）加天麻、钩藤、全蝎、石菖蒲；若神昏抽搐较重者，可加服小儿回春丹（牛黄、制白附子、冰片、朱砂、羌活、僵蚕、天麻、天竺黄、防风、麝香、雄黄、胆南星、川贝母、全蝎、蛇含石、甘草、钩藤）。

(2) 感受暑邪

证候表现 多见于盛夏之季，起病较急，壮热多汗，头痛项强，恶心呕吐，烦躁嗜睡，抽搐，口渴便秘，舌红苔黄，脉弦数。病情严重者高热不退，反复抽搐，神志不清，舌苔厚，质红起刺，脉滑数。或出现深度昏迷、狂躁不安，呼吸困难等危象。

辨证要点 本证多见于盛夏之季，与蚊虫叮咬有关，可以是暑温病的早期表现，其神昏较重，并可逐渐进入昏迷状态，抽搐常反复发作不止，颈项强直有抵抗，呕吐常呈

喷射状，结合腰椎穿刺，可早期确诊。

治法主方 清热祛暑，开窍熄风。清瘟败毒饮加减。

方药运用 常用药：生石膏（先煎）、生地、黄连、水牛角、山栀、黄芩、知母、赤芍、玄参、连翘、丹皮、竹叶等。抽搐不已者加羚羊角粉（冲服）、钩藤、僵蚕；昏迷较甚者，可选用牛黄清心丸（牛黄、黄芩、黄连、山栀、郁金、朱砂）。

暑为阳邪，伤人最速，因此方中生石膏、水牛角等用量宜大，生石膏可用30~50g，水牛角12~15g，羚羊角粉1~1.5g。

本病初期表邪未解，可用新加香薷饮（香薷、银花、鲜扁豆花、厚朴、连翘）；如兼有湿浊之邪，痰涎壅盛，舌苔黄浊厚腻者，可用白虎汤（生石膏、知母、粳米、甘草）加入茵陈、佩兰、天竺黄、冬瓜仁、浙贝母、藿香。

（3）感受疫邪

证候表现 常见于夏秋之季，起病急骤，突然高热，持续不退，神志昏迷，反复抽搐，烦躁谵语，呕吐腹痛，大便腥臭或夹脓血，舌红，苔黄腻，脉滑数。

辨证要点 本病多见于夏秋之季，常有饮食不洁史，初起见有持续高热，继而出现神昏，反复抽搐不已，早期可无大便或大便正常，后期出现脓血便，化验室检查，大便常规中有大量红、白细胞，大便培养可见痢疾杆菌。

治法主方 清热化湿，解毒熄风。黄连解毒汤合白头翁汤加减。

方药运用 常用药：黄连、黄柏、栀子、黄芩、白头翁、秦皮、钩藤、全蝎等。呕吐腹痛明显者，可加用玉枢丹（山慈姑、麝香、千金子霜、红芽大戟、朱砂、五倍子）；大便脓血较重者，可用生大黄水煎灌肠。

若出现内闭外脱，症见面色苍白，精神淡漠，呼吸浅促，四肢厥冷，脉微细欲绝者，可用参附龙牡汤（人参、附子、龙骨、牡蛎）。

2. 痰食惊风

证候表现 纳呆，腹痛，呕吐，便秘，继而出现发热，神昏惊厥，喉中痰鸣，口中气秽，舌苔厚腻，或白或黄，脉滑数。

辨证要点 本病初起多有伤食，表现为纳呆，呕吐，腹痛等，随即出现发热，惊厥，口中气秽，大便不通，此为食积化热，生痰动风而致。

治法主方 消食导滞，涤痰熄风。保和丸加减送服玉枢丹。

方药运用 常用药：山楂、神曲、陈皮、莱菔子、半夏、连翘、胆星、玉枢丹等。痰多者加用礞石滚痰丸（礞石、沉香、大黄、黄芩）；大便不通者，加大黄、枳实、风化硝（冲服）、芦荟；腹痛较剧及腹胀者，加木香、厚朴；呕吐较甚者，加藿香、竹茹。

痰滞交结，腑气不通者，可加保赤散（巴豆、朱砂、神曲、胆星）通便祛痰，或加用针刺四缝穴，消积理气。

3. 惊恐惊风

证候表现 面色时青时赤，惊惕不安，喜投母怀，甚至惊厥，偶有发热，大便色青，脉数乱。

辨证要点 本病患儿常有惊吓史，平素情绪紧张，胆小易惊，夜间恶梦，惊啼，面色乍青乍赤，抽搐时间较短，可不伴有神昏等表现，脑电图检查大多正常。

治法主方 镇惊安神，益气健脾。远志丸加减。

方药运用 常用药：远志、龙齿、茯神、石菖蒲、蝉蜕、琥珀（冲服）、人参、山药、磁石等。抽搐甚者可加抱龙丸（胆星、辰砂、雄黄、天竺黄、麝香）；呕吐较重者，加竹茹、半夏；心神不宁，夜寐多梦者，加用朱砂安神丸（辰砂、黄连、生地、当归、甘草）。

寐中肢体抖动，惊啼不安者，加用磁朱丸（磁石、朱砂、神曲）；平时胆小易惊，加用镇惊丸（茯神、麦冬、朱砂、远志、石菖蒲、枣仁、牛黄、黄连、钩藤、珍珠、胆南星、天竺黄、水牛角、甘草）。朱砂中含汞，有一定毒性，该药在儿科应用时尤应注意，一般每日剂量不应超过 0.5 克（冲服），疗程应在 10 天以内为宜。

慢惊风

1. 脾胃虚弱

证候表现 精神萎靡，嗜睡露睛，面色萎黄，不欲饮食，大便稀溏，色带青绿，时有腹鸣，四肢不温，抽搐无力，时作时止，舌淡苔白，脉沉弱。

辨证要点 本病以脾胃虚弱为主，常发生于婴幼儿，初期有精神萎靡，面色萎黄，嗜睡露睛等临床症状，继而出现抽搐，可反复发作，但程度较轻。一般不伴有高热，此点可与急惊风进行鉴别。

治法主方 温中健脾，扶土抑木。缓肝理脾汤加减。

方药运用 常用药：人参、白术、干姜、茯苓、白芍、钩藤、炙甘草等。抽搐频发者，加天麻、蜈蚣；腹泻日久将干姜改为煨姜，加山楂炭、升麻、葛根；纳呆食少者，加焦神曲、焦山楂、砂仁；四肢不温，大便稀溏较甚者，改用附子理中汤（附子、人参、白术、炮姜、甘草）。

若胃阴虚而肝阳亢动，症见皮肤干枯，目眶凹陷，啼哭无泪，口渴烦躁，手足蠕动，舌干红无苔，脉细数者，宜酸甘化阴，柔肝熄风，可用连梅汤（黄连、乌梅、麦冬、生地、阿胶）加白芍、天麻、钩藤。

2. 脾肾阳衰

证候表现 精神萎靡，昏睡露睛，面色㿔白或灰滞，口鼻气冷，额汗不温，四肢厥冷，溲清便溏，手足蠕蠕震颤，舌质淡，苔薄白，脉沉微。

辨证要点 本病多发生在暴泻久泻之后，体内阳气衰竭之时，病至于此，为虚极之候，虚极生风。临床除上述症状外，还可见血压下降，心悸气促等危象。

治法主方 温补脾肾，回阳救逆。固真汤合逐寒荡惊汤加减。

方药运用 常用药：党参、白术、茯苓、黄芪、甘草、炮附子、肉桂、山药、炮姜、丁香等。汗多者加龙骨、牡蛎、五味子、灵磁石；恶心呕吐者，加吴茱萸、胡椒、半夏。

脾肾阳虚型慢惊风为亡阳欲脱之象，上述症状但见一二者，即应投以益气回阳固脱之品，不可诸症悉具再用药，否则延误投药时机，影响疗效。

3. 肝肾阴虚

证候表现 精神疲惫，形体憔悴，面色㿔白或时有潮红，虚烦低热，手足心热，易出汗，大便干结，肢体拘挛或强直，抽搐时轻时重，舌绛少津，苔少或无苔，脉细数。

辨证要点 本病多发于急惊风之后，痰热炼灼阴津，筋脉失养，故临床见有抽搐反复发作，低热，舌红少苔，脉细数等症。有些可以伴有肢体活动障碍，甚至出现肢体萎废不用。

治法主方 育阴潜阳，滋水涵木。大定风珠加减。

方药运用 常用药：生白芍、龟版、生地、麻仁、鳖甲、五味子、生龙骨、生牡蛎、麦冬、当归、甘草等。日晡潮热者，加地骨皮、银柴胡、青蒿；抽搐不止者，加天麻、乌梢蛇；汗出较多者，加黄芪、浮小麦；肢体麻木，活动障碍者，加赤芍、川芎、地龙。

肢体痠痲，反复不已者，加用三甲复脉汤（炙甘草、生地黄、生白芍、麦冬、阿胶、火麻仁、生牡蛎、生龟版、生鳖甲）。筋脉拘急，屈伸不利者，用可保立苏汤（黄芪、党参、白术、当归、白芍、山茱萸、枣仁、枸杞子、破故纸、核桃肉、甘草）加鸡血藤、桑枝治疗。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 安宫牛黄丸 用于急惊风中外感惊风，邪陷心肝者。
2. 牛黄抱龙丸 用于急惊风中感受风邪。
3. 牛黄镇惊丸 用于急惊风中惊恐惊风。
4. 羚羊角粉 用于急惊风中外感惊风。

二、单方验方

1. 僵蚕7个，全蝎3个，朱砂0.3g，共研末。母乳汁调服，用于惊恐惊风。
2. 生附子去皮研末，活白颈蚯蚓数条，置白蚯蚓于附子内滚之，候定，刮蚓上附末，为丸如米大。每服10丸，米汤饮下。用于慢惊风脾肾阳虚。

3. 人参6g，炙黄芪15g，炮附子、炒白术、钩藤、炒枣仁、杞子各4.5g，茯苓、赤石脂各10g，干姜、丁香、全蝎、炙甘草各3g，肉桂、白豆蔻各1.5g，水煎服。用于脾胃虚弱及脾肾阳虚的慢惊风。

4. 全蝎、蜈蚣各等份研末，每次0.2~1g，每日2~3次。用于各种惊风。

三、药物外治

1. 开窍通关散 内含牙皂、雄黄、细辛、蟾蜍、麝香、冰片等，吹鼻取嚏。适用于急惊风神昏窍闭。

2. 取白头颈蚯蚓（韭菜田中的最好）7条，冰片1.5g，将蚯蚓捣烂，入冰片调和，贴于患儿颅囟上半小时，用于慢惊风。

四、针灸疗法

1. 体针 急惊风中外感惊风，取穴人中、合谷、太冲、手十二井（少商、商阳、中冲、关冲、少冲、少泽）、或十宣、大椎。以上各穴均施行捻转泻法，强刺激。人中穴向上斜刺，用雀啄法。手十二井或十宣点刺放血。痰热惊风，取穴人中、中脘、丰隆、合谷、内关、神门、太冲、曲池，上穴施以提插捻转泻法，留针20~30分钟，留针期间3~5分钟施术1次。惊恐惊风，取穴印堂、内关、神门、阳陵泉、四神聪、百会，施捻转泻法，留针20分钟。慢惊风中脾胃虚弱者，取穴脾俞、胃俞、中脘、天枢、气海、足三里、太冲，其中太冲穴施捻转泻法，余穴皆用补法。脾肾阳虚，取脾俞、肾俞、章门、关元、印堂、三阴交，诸穴均用补法。肝肾阴虚，取关元、百会、肝俞、肾俞、曲泉、三阴交、太溪、太冲，诸穴均用补法。

2. 耳针 取穴神门、脑（皮质下）、心、脑点、交感。强刺激，每隔10分钟捻转1次，留针60分钟。

3. 梅花针 取穴神庭、百会、大椎、身柱、筋缩、命门、华佗夹脊穴、膀胱经背俞穴、关元、足三里，叩刺宜轻，使局部皮肤略红即可。

五、推拿疗法

1. 急惊风欲作时，大敦穴上拿之，或鞋带穴拿之。

2. 惊风发作时，身向前曲者，将委中穴下掐住；身向后仰者，将肘上鬼眼穴向下掐住。

3. 慢惊风：运五经，推脾土，揉脾土，揉五指节，运内八卦，分阴阳，推上三关，揉涌泉，掐足三里。

六、西医疗法

1. 惊厥发作时的治疗 尽快控制发作，以减少惊厥性脑损伤。在控制惊厥的同时，要积极寻找原发感染，确定发热的原因，退热和抗感染同时进行。

若惊厥尚未停止，应将患儿放在侧卧位以避免口腔分泌物的吸入，适当给氧，静脉慢注安定 $0.3\sim 0.5\text{mg/kg bw}$ ，效果较快。惊厥控制以后，仍应继续使用抗惊厥药物，首选苯巴比妥，先给负荷量， 5mg/kg bw 肌注，然后口服维持量每日 $3\sim 6\text{mg/kg bw}$ ，直至热退为止。

2. 高热惊厥持续状态的治疗 惊厥持续 30 分钟以上就应按癫痫持续状态给以救急措施。加强护理，保持呼吸道通畅，吸氧，必要时气管插管及人工呼吸，插胃管以减少吸入。

选择快速有效的抗惊厥药物，首选安定，静脉慢注，必要时 20 分钟重复一次。亦可用副醛 0.2ml/kg bw 肌注，4 岁以上小儿可配成 5% 溶液静脉慢注。

要采用抗高热措施，物理降温。疑有低血糖时应静注 50% 葡萄糖 20ml。可能发生脑水肿时应静脉注射地塞米松，起始量 $2\sim 6\text{mg}$ ，以后每 6 小时用 $1\sim 4\text{mg}$ 。必要时静注甘露醇或用速尿。

在控制惊厥发作的同时要积极寻找病因，对症治疗。

惊厥持续状态被控制以后，应继续服用苯巴比妥每日 $3\sim 5\text{mg/kg bw}$ ，以免惊厥复发。疗程可根据情况而定，一般约需 1~3 年。

【预防护理】

一、预防

1. 高热患儿应及时服用羚羊角粉或紫雪散清热止痉，高热仍不退者可用 50% 酒精或温水擦浴降温，亦可用冰袋等降温，以防抽搐。

2. 对于暑温、疫毒痢的患儿，要积极治疗原发病，防止惊厥反复发作。

3. 慢惊风患儿，要加强体育锻炼，增强体质，减少发作。

二、护理

1. 抽搐发作时，切勿强制按压，以防骨折。应将患儿平放，头侧位，并用纱布包裹压舌板，放于上、下牙齿之间，以防咬伤舌体。

2. 保持呼吸道通畅，痰涎壅盛者，随时吸痰，同时注意给氧。

3. 保持室内安静，避免过度刺激。

4. 随时观察患儿面色、呼吸及脉搏变化，防止突变。

5. 抽搐时要禁食，抽止后以流质素食为主，病情好转后，给予高营养，易消化食物。

【文献选录】

《小儿药证直诀·脉证治法》：“小儿急惊者，本因热生于心，身热面赤引饮，口中气热，大小便黄赤，剧则搐也，盖热甚则风生，风属肝，此阳盛阴虚也，故利惊丸主之，以除其痰热，不可用巴豆及温药大下之，恐蓄痰热不消化也。小儿热痰客于心胃，因闻声非常，则动而惊搐矣。若热极，虽不因闻声及惊，亦自发搐。

因病后或吐泻，脾胃虚损遍身冷，口鼻气出亦冷，手足时痲痲昏睡，睡露睛，此无阳也，栝楼汤主之。

凡急慢惊，阴阳异证，切宜辨而治之，急惊合凉泻，慢惊合温补，世间俗方，多不分别，误小儿甚多。又小儿伤于风冷，病吐泻，医谓脾虚，以温补之，不已，复以凉药治之，又不已，谓之本伤风，医乱攻之，因脾气即虚，内不能散，外不能解，至十余日，其症多睡，露睛，身温，风在脾胃，故大便不聚而为泻，当去脾间风，风退则利止，宣风散主之，后用使君子丸补其胃，亦有诸吐利久不差者，脾虚生风而成慢惊。”

《证治准绳·幼科·急慢惊风总论》：“大抵肝风心火二者交争，必挟心热而后发，始于搐，故热必论虚实，证先分逆顺，治则有后先。盖实热为急惊，虚热为慢惊，慢惊当无热，其发热者虚也。急惊属阳，用药以寒，慢惊属阴，用药以温。然又必明浅深轻重进退疾徐之机，故曰热论虚实者此也……凡热盛生痰，痰盛生惊，惊盛生风，风盛发搐。治搐先于截风，治风先于制惊，治惊先于豁痰，治痰先于解热，其若四证具有，又当兼施并理，一或有遗，必生他证。故曰，治有先后者此也。纲领如此，若分三者言之，暴烈者为急惊，沉重者为慢惊，至重者肝风，木之克脾土，则为慢脾风矣。”

《景岳全书·小儿则·惊风》：“惊风之要领有二：一曰实证，一曰虚证而尽之矣。盖急惊者阳证也，实证也，乃肝邪有余而风生热，热生痰，痰热客于心膈间则风火相搏，故其形证急暴而痰火壮热者是为急惊，此当先治其标，后治其本。慢惊者阴证也，虚证也，此脾肺俱虚，肝邪无制，因而侮脾生风，无阳之证也，故其形气病气俱不足者是为慢惊，此当专顾脾胃以救元气。虽二者俱名惊风而虚实之有不同，所以急慢之名亦异。凡治此者不可不顾其名以思其义。”

《活幼口议·小儿惊风痰热四证》：“小儿有患惊风痰热四证如何用药？”

议曰：小儿有热，热盛生痰，痰盛生惊，惊盛作风，风盛发搐，又盛牙关紧急，又盛反张上窜，痰涎壅，牙关紧，风热极闭经络即作搐搦。涎壅胃口，闷乱不省，才入中脘，手足挛急，诸关窍不通，百脉凝滞。有退热而愈者，有治惊而愈者，有截风而愈者，有化痰通关而愈者，皆是依证用药，不可不究竟其所以受病。凡病在热，不可妄治痰；病在惊，不可妄治风；病在痰，不可便治惊；病在风，不可便治搐。凡治小儿病在惊，惊由痰热得，只可退热化痰，其惊自止。病在风，风由惊作；只可利惊化痰，其风自散；病在痰涎，急须退热化痰。若也有搐须用截风散惊，此乃谓医工至妙之道。若以意急虽治惊，痰不化，热亦不退，惊如何自止？化其痰热，若不退风，亦不散痰，如何去？是知不治之治所以治之之谓与！学者深可留心，操志于此一端。究竟无至得失，乃谓之醇全通道而已矣。”

《医宗金鉴·幼科杂病心法要诀·惊风门》：“急惊风一症，有因目触异物，耳闻异声，神散气乱而生者；有因心肝火盛，外为风寒郁闭，不得宣通而生者；有因痰盛热极而内动风者。然证多暴发壮热，烦急，面红，唇赤，痰壅气促，牙关紧急，二便秘涩。喉急

者，齿紧急不能开也。二便秘涩者，清热镇惊汤、安神镇惊丸主之；火郁生风者，至宝丹主之；痰盛生惊者，牛黄丸攻下之；热盛生风者，凉膈散清热之；病不甚者，则用平治之法。风热者，羌活散主之；肝热者，泻青丸主之；痰兼热者，清热化痰汤主之；心经热者，导赤散、凉惊丸主之；惟在临症者审而用之。”

【现代研究】

一、急惊风

朱富华等根据中医“热极生风”和国外学者提出“高温诱导纯系动物的痉挛现象可用做人体高热惊厥发作的模型”理论，特制可控温箱建造急惊风动物模型。Swiss种系雄性小白鼠在温度为40℃，时程为30±29min的特别温箱中，肛温显著升高，惊厥，脑电图呈现慢波和棘波的改变，这些变化均与急惊风相同。^[1]

陈琴等认为小儿高热惊厥应在疏风解表剂中加上全蝎、地龙、僵蚕、蝉蜕，四味药俱归肝经，同为熄风止痉之要药。现代药理研究表明：地龙、蝉蜕有解热作用，全蝎有镇静、抗惊厥作用，僵蚕所含蛋白质有刺激肾上腺皮质激素分泌、抗惊厥作用。全方共奏疏风清热、熄风止痉之功。^[2]李寿彭报道用加味小承气汤（厚朴、枳实、青蒿、柴胡、蝉蜕、生大黄）治疗小儿高热惊厥13例，均获痊愈。^[3]

黄坚对小儿高热惊厥提出诊治三原则：①通腑泻热釜底抽薪：对于感染性休克而致高热神昏，用生大黄、枳实、生石膏、连翘、地丁、丹皮等药浓煎取汁，溶入安宫牛黄丸1~2粒，根据年龄大小，分别用50~100ml保留灌肠，降温醒神疗效理想。实践证明，即使休克时，从肠道给药亦能充分吸收，副作用小，能避免小儿服药困难的缺点。②凉血清心涤痰开窍：对于温病高热、神昏窍闭者，用犀角、连翘、远志、鲜石菖蒲、麦冬、川贝母、牛黄、至宝之属。③巧用虫药熄风止痉：对于邪热炽盛，内陷厥阴，耗灼阴津，致使木失所养，动而生风，风火相煽，筋脉失濡，发为抽搐惊厥，治宜凉肝熄风。熄风止痉药首推全蝎，配以地龙、蜈蚣、钩藤搜风镇痉，平其抽搐。倘若病势危笃，则以蝎尾效优，研末吞服为佳，俟抽搐缓解之后，改用全蝎。全蝎以不渍漂为好，屡用多次，未见中毒反应。^[4]

伍鸿基将小儿高热惊厥28例分为两组，治疗组21例，对照组7例。两组患儿在高热惊厥时，即刻以10mg/kg bw肌注安定1次，酒精擦浴降温、吸氧。然后，治疗组即进行针刺疗法：首先取人中穴向上斜刺2~3分，稍捻转至患儿苏醒有刺激反应，如哭声等即起针。再点刺中冲穴（双）约1分，提捻泻法强刺激，每隔半分钟左右起针，再放血1~3滴；直刺合谷（双）3~5分，提捻泻法中度刺激，每穴各行针1~2分钟后起针。对照组患儿即时以0.3mg/kg bw剂量肌注安定1次作镇静止痉观察。治疗结果：治疗组患儿在20秒至2分钟内痉止苏醒，体温下降，平均1分2秒；对照组患儿在2~5分钟内痉止，平均3分2秒，二组经统计学处理，有非常显著性差异 $P<0.001$ 。^[5]

刘胜利报道用黄连解毒汤合白头翁汤加减（黄连、黄柏、黄芩、银花、秦皮、丹皮、赤芍、石菖蒲、生大黄（后下）、白头翁、水牛角粉（另煎）、钩藤），配合针刺人中、内关、太冲、涌泉等穴，中刺激治疗中毒性痢疾、高热、神昏、抽搐，1天后体温降至38.2℃，神清颈软，惊厥止，12天诸症消失。^[6]

王清涛等用麝香1份、冰片50份、姜黄50份、郁金50份、巴豆30份、血竭50份、金箔10份、全蝎50份，研成细末，使用时将药粉兑入等渗溶剂（生理盐水等）内即可，

按每次 0.2g/kg bw 给药,必要时可加倍,2 小时后可重复给药。治疗小儿高热惊厥 43 例,其中治愈 25 例,显效 11 例,有效 5 例,无效 2 例,总有效率为 96%。^[7]

倪菊秀等报道用《幼幼集成》的金粟丹加减(胆星、白附子、僵蚕、天麻、全蝎、乳香、麝香、金箔、羚羊角粉、蝉衣、菖蒲、龙齿),制成丸剂,取 30g,分 20 天服用,防治小儿高热惊厥复发,20 天为 1 疗程,共观察 50 例。治疗结果:惊厥 1 次(38 例),服药 1 疗程后 36 例无复发,2 例 7 个月后因上感高热,体温 39.5℃~39.8℃时抽搐 1 次,但时间及抽搐程度均较第一次减轻,又服药 1 个疗程,随访未再复发;惊厥 2~3 次(9 例),2 个疗程后未再复发;惊厥 3 次以上(3 例),服药 2 个疗程未再复发,1 例患儿高热 40℃后抽搐 1 次,热退后再服本方 2 个疗程后未再发作。^[8]

李子南报道用外敷法治疗小儿惊风,方法是将燕子窝泥 60g,生石膏 100g,葛根 20g,雄黄 15g,冰片 5g,田螺 10 个,葱白 3 个,鸭蛋清 2 个,捣成泥浆状,做成 3 饼,分敷于患儿前额及双涌泉穴,干则更换。治疗实证高热抽搐,20 分钟后开始退热,2 小时后体温恢复正常,神清搐止。^[9]

王延升介绍小儿惊风验方。用青铜钱在铁锅内用香油炒热,随即加食醋,烧开后温服油醋。用量:1 岁小儿用 2 个即可,多 1 岁可加 2 个铜钱,最多者不超过 10 个,油可满过铜钱,醋可加到 250ml,1 次 20~30ml,日 1 次,一般服 2 次即可见效。王氏认为青铜有镇惊作用,经香油炒炸,并有清热润肺作用,酸醋入肝,小儿受惊多属肝病,故有效验。^[10]曲良义也有类似的报道。^[11]

王艳霞报道指掐手太阴肺经穴、太渊,治疗小儿受惊后而致惊恐不安,或嗜睡,或睡中时作惊惕、啼哭,或低热等,并用安神定志丸口服对照。结果:治疗组总有效率为 92%,平均症状消失时间为 27 小时;对照组总有效率为 75%,平均症状消失时间 38 小时,经 X^2 检验,两组治愈率及总有效率有显著差异($P < 0.01$, $P < 0.05$)。^[12]

二、慢惊风

常克等指出:“惊风后余症”是指小儿高热、抽搐、昏迷后的残留症状,主要表现为呆笨失语,肢体瘫痪,吞咽困难,口角流涎,四肢痉挛,或手脚时发抽搐等症。因此制定分阶段的治疗方法。①豁痰开窍法,选用涤痰汤合升降散加减,陈皮、半夏、茯苓、枳实、胆星、远志、菖蒲、郁金、天竺黄、姜黄、僵蚕、蝉蜕、大黄。②益气活血法,方用六君子汤合通窍活血汤加减,人参、白术、茯苓、陈皮、半夏、桃仁、红花、川芎、地龙、当归、琥珀、远志、郁金、黄芪、麝香。③滋补肝肾法,方选六味地黄丸加减,熟地、枣皮、怀山药、泽泻、丹皮、茯苓、阿胶、龟板胶、紫河车粉、黄精、远志、麦冬、石斛、五味子。使用上述三法治疗后,多数患儿出院时能达到神志清楚,反应灵活,目能视,耳能听,口能言,步履基本稳健。^[13]

曾立昆报道用内外合治法治疗小儿惊风 40 例,其中发热者 6 例,不发热者 34 例。治疗方法,内服定风散(钩藤、地龙、全蝎、天竺黄,连翘、蝉蜕、川楝子、夜交藤、甘草),外敷(脐部)退热散(青蒿、燕子泥、石膏、滑石、茶叶、冰片),结果痊愈 35 例,好转 4 例,无效 1 例。^[14]

杨珍春等报告用中西医结合方法治疗小儿急性中毒性脑病 120 例,并与单纯西药组 101 例进行对照观察。中西医结合方法:①中药治疗,临床分为 4 型。邪热炽盛型:治以清热解毒,除烦泻火。方用竹叶白虎合三黄栀豉加减。痰火内闭型:治宜清心泄热,涤

痰开窍。方用清宫汤加味。虚风内动型：法以养阴清热，平肝熄风。方选三甲复脉汤。气阴两虚型：治宜育阴益气。药用金匱肾气丸加减。②针灸疗法，主要用于急性脑病恢复期症状治疗。上肢瘫：肩三针、曲池、肩井、外关透内关、合谷等；下肢瘫：八髎、环跳、风市、阳陵泉、殷门、足三里、伏兔、太冲、三阴交等；失明：肝俞、肾俞、眩明、球后、太阳、风池、光明等；精神异常：翳风下1寸、听灵、中清、外关、足临泣等。③西医配合治疗，用激素、能量合剂、胰岛素疗法。单纯西药组，只用上述西药治疗。治疗结果：中西医结合治疗组总有效率86.66%，单纯西药组为56.43%，两组比较，差异非常显著 $P < 0.01$ 。^[13]

现代参考文献

- [1] 朱富华，等．急惊风的造模方法．陕西中医，1990，11（12）：560
- [2] 陈琴，等．虫类药物在儿科临床上的应用．四川中医，1996，（8）：40
- [3] 李寿彭．加味小承气汤治疗小儿高热惊厥．四川中医，1989，（8）：19
- [4] 黄坚．小儿高热惊厥中医治法探析．新中医，1995，（8）：5
- [5] 伍鸿基．针刺治疗小儿高热惊厥的临床观察．浙江中医杂志，1996，（8）：373
- [6] 刘胜利．小儿急惊风治验．湖南中医杂志，1991，（6）：22
- [7] 王清涛，等．磨冰散治疗小儿高热惊厥43例．吉林中医药，1993，（1）：25
- [8] 倪菊秀，等．加味金粟丹防治小儿高热惊厥复发50例．上海中医药杂志，1997，（2）：29
- [9] 李子南．外敷法在儿科急症中的应用．湖南中医杂志，1991，（3）：15
- [10] 王延升．小儿惊风验方．山西中医，1996，（4）：28
- [11] 曲良义．小儿发热惊厥验方．河南中医，1989，（6）：42
- [12] 王艳霞，等．指掐手太阳肺经穴治疗小儿受惊诸症100例疗效观察．中国中西医结合杂志，1995，15（8）：502
- [13] 常克，等．“惊风后余症”证治体会．四川中医，1996，（4）：9
- [14] 曾立昆．内外合治小儿惊风40例．湖南中医杂志，1991，（1）：26
- [15] 杨珍春，等．中西医结合治疗小儿急性中毒性脑病的探讨．福建中医药，1985，（5）：17

（马融于越）

11.2 癫痫

【概述】

癫痫是以突然仆倒，昏不知人，口吐涎沫，两目上视，肢体抽搐，惊掣啼叫，喉中发出异声，片刻即醒，醒后一如常人为临床特征的一种发作性疾病。

西医学亦称本病为癫痫，根据发病原因的不同，又分为症状性癫痫和特发性癫痫两类。前者是指脑部有器质性病变，或由于代谢紊乱，或中毒性疾病引起的癫痫；后者是指原因不明或有遗传因素的患儿。随着对癫痫认识的深入和诊断技术的进展，所谓特发性癫痫的病因也将逐步阐明。

癫痫是一种常见病，据我国1986年6省市调查，其发病率为25/10万·年，其中小儿癫痫的发病率约为成人10倍以上。本病多发生于四五岁以上的儿童，以神昏、抽搐为主要临床特征，极少数患儿癫痫发作后，昏睡未醒，又继以另一次发作，如此持续超过30分钟者，称为“癫痫持续状态”，如不及时抢救，中止发作，则预后不良，甚至导致死

亡。

小儿癫痫始记载于古医书《五十二病方》中，书中不仅论述了痫病婴儿的病证特点，而且还较为详细地介绍了运用雷丸药浴治疗的方法。癫痫病因学的记载，首见于《内经》，其有癫痫发病是胎中受惊之说。在此基础上，隋代巢元方《诸病源候论》认为，风、惊、食均可导致痫证发作。《普济方·婴孩一切痫门·候痫法》提出“血滞心窍，邪气在心，积惊成痫”。《医学纲目》强调痰气逆乱是癫痫发作的首要原因，从而使小儿癫痫的病因病机学说更加完善。对于癫痫的治疗，张仲景《金匮要略》运用风引汤“除热癰痫”。《备急千金要方》主张用龙胆汤、紫霜丸、镇心丸分别治疗风、痰、惊痫。此后，《成方切用》、《医林改错》、《证治准绳·幼科》、《幼幼集成》等又提出涤痰汤、通窍活络汤、镇惊丸、集成定痫丸等有效方剂，至今仍在临床中广泛应用。

现代对小儿癫痫的研究不断深入，在临床研究方面，已从单方单药治疗癫痫发展为针灸、中药、割治等综合疗法，从成方研究发展为中药有效成分的提取，以及在辨证的基础上结合脑电图等现代检测手段，与辨病相结合，从而明显地提高了疗效。在实验研究方面，进行了中药抗惊厥及对脑内抑制性神经介质 γ -氨基丁酸的作用观察，探讨中药抗癫痫的作用机理。此外，北京市率先在全国成立了抗癫痫学会，从而使抗癫痫研究更加广泛的开展起来。

【病因病理】

一、病因

能够引起癫痫发作的原因颇为复杂，归纳起来，不外乎顽痰内伏、暴受惊恐、惊风频发、颅脑外伤等。

1. 顽痰内伏 痰之所生，常因小儿脾常不足，内伤积滞，水聚为痰，痰阻经络，上逆窍道，阻滞脏腑气机升降之路，致使阴阳气不相顺接，清阳被蒙，因而作痫。正如《医学纲目·肝胆部》所言：“痰溢膈上，则眩甚仆倒于地，而不知人，名之曰癫痫”。

2. 暴受惊恐 惊吓是小儿癫痫的常见原因之一。小儿受惊有先、后天之分，先天之惊多指胎中受惊，儿在母腹之中，动静莫不随母，若母惊于外，则胎感于内，势必影响胎儿，生后若有所犯，则引发痫证。此如《素问·奇病论》所云：“人生而有病颠疾者，病名曰何？安所得之？岐伯曰：病名为胎病。此得之在母腹中时，其母有所大惊，气上而不下，精气并居，故令子发为颠疾也”。后天之惊与小儿生理特点有关，小儿神气怯弱，元气未充，尤多痰邪内伏，若乍见异物，卒闻异声，或不慎跌仆，暴受惊恐，可致气机逆乱，痰随气逆，蒙蔽清窍，阻滞经络，则发为痫证。

3. 惊风频发 外感瘟疫邪毒，化热化火，火盛生风，风盛生痰，风水相煽，痰火交结，可发惊风。惊风频作，未得根除，风邪与伏痰相搏，进而扰乱神明，闭塞经络，亦可续发痫疾。《证治准绳·幼科》曾有“惊风三发便为痫”之论，所谓三发是指惊风多次发作不愈而言，迁延可致癫痫。

现代研究认为，有相当一部分癫痫是由高热惊厥（急惊风）移行而来。据报道，高热惊厥随访5年以上有9.9%~18.5%的患儿转为癫痫。反之，在癫痫病例中有5.1%的患儿曾有高热惊厥史。由此可知，高热惊厥是导致癫痫的病因之一。

4. 颅脑外伤 难产手术或外伤颅脑，血络受损，血溢络外，瘀血停积，脑窍不通，以致精明失主，昏乱不知人，筋脉失养，一时抽搐顿作，发为痫证。正如《普济方·婴孩

一切痫门·候病法》所论：“大概血滞心窍，邪气在心，积惊成痫。”

此外，先天元阴不足，肝失所养，克土伤心，故小儿出生后亦可发为痫证。诚如《慎斋遗书·羊癫门》所云：“羊癫风，系先天元阴不足，以致肝邪克土伤心故也”。

现代研究表明，癫痫和遗传因素有关。遗传可影响神经元放电，降低惊厥阈，无论从双胞胎的癫痫符合率的研究，或从家系中脑电图的研究，都提示了癫痫性体质是属于常染色体显性遗传所致。

二、病理

1. 病位在心肝脾肾 肾为先天之本，脾为后天之本。先天禀赋不足，元阴亏乏；后天调摄失宜，脾失运化，均可造成气机不利，津液运行不畅，日久可使痰浊内生，若复受于惊，惊则气乱，痰随气逆，上蒙心窍，则神昏；横窜经络，引动肝风，则抽搐；发作日久，耗伤气阴，又可损伤脾肾。由此可知，癫痫的病变脏腑与心肝脾肾皆有关。

2. 病理因素为痰瘀 癫痫的病因颇为复杂，但在历代医家的论述中，较为一致的看法是痫与痰的关系最为密切，如朱丹溪指出：“痫症有五……无非痰涎壅滞，迷闷孔窍”（《丹溪心法·痫》）。沈金鳌云：“然诸痫证，莫不有痰”（《幼科释谜·痫痉》）等，有“无痰不作痫”之说。然细审之，致病之痰可分为有形之痰与无形之痰两大类。有形之痰是言痫证发作过程中喉中痰鸣，口吐粘沫；无形之痰乃由神昏、抽搐之症测知。有形之痰为致病之标，无形之痰为致病之本，有形与无形之痰，两者又可相互为害，无形之痰可使有形之痰阻于咽喉，排出不畅；有形之痰阻碍气机，滞其升降出入之路，又可加重无形之痰所致的神昏、抽搐之症。由此可见，痰气逆乱是小儿癫痫的病机关键。

血瘀是导致癫痫发作的又一重要因素，各种原因导致的颅脑外伤，致使络脉破损，血气外溢，瘀血停滞，或痰阻气滞，脑络血瘀，均导致孔窍不通，筋脉失养，引发神昏、抽搐之症。

3. 病机属性分阴阳 癫痫的病因不同，患儿体质各异，故而在病证的发生、发展过程中有阴阳之分，阳痫多属实热，阴痫多属虚寒。阳痫者，素体阳盛，外感温热邪毒，火最速，火盛生风，风盛生痰，风火相煽，痰火阻窍，故见抽搐有力，神昏嚎叫。阴痫者，素体阴盛阳虚，痰浊内伏，暴受惊恐，气机逆乱，痰气内闭心窍，横窜经络，故有失神呆滞，肢体抖动或颤动等症。《诸病源候论·小儿杂病诸候·风痫候》说的真切：“又病先身热，瘦疯惊啼而后发病，脉浮者，为阳痫，内在六腑，外在肌肤，犹易治。病先身冷，不惊瘦，不啼唤，乃成病，发时脉沉者，为阴痫，内在五脏，外在骨髓，极者难治。”

4. 病情演变辨虚实 癫痫由于致病原因的不同，病程久暂不一，以及疗效的优劣差异，故其病情演变也有虚实之分。

实证癫痫多病程短，症状轻，次数少，正未虚。常由外感温疫邪毒或暴受惊恐而来，风火相煽，痰气逆乱为其主要病机，故属实证。

癫痫反复发作，次数频繁，症状较重，病程迁延或失治误治，致使寒痰凝滞，阻塞经络，蒙闭孔窍，属虚证或虚实夹杂。一般以脾虚较为常见。《幼幼集成·痫证》云：“从前攻伐太过，致中气虚衰，脾不运化，津液为痰，偶然有触，则昏晕卒倒，良久方苏。”脾虚日久可致肾虚，最后形成脾肾阳虚之证。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

按国家中医药管理局全国脑病急症协作组讨论制定的诊断标准：

1. 主症：①卒然仆倒，不省人事；②四肢抽搐，项背强直；③口吐涎沫，牙关紧闭；④目睛上视；⑤瞳仁散大，对光反射迟钝或消失。
2. 反复发作，可自行缓解。
3. 急性起病，经救治多可恢复，若日久频发，则可并发健忘、痴呆等证。
4. 病发前常有先兆症状，发病可有诱因。
5. 脑电图表现异常。

主症中有①、②、⑤，并具备2、3两项条件者，结合先兆、诱因、脑电图等方面的特点，即可确定诊断。

二、鉴别诊断

1. 晕厥 常见于年长儿，大多有晕厥家族史。发作前常有精神刺激等诱因，晕厥几乎都发生在站立时，先有面色苍白、出汗，然后肌肉无力，跌倒于地，可有摔伤，严重时可有四肢抽动，一般无遗尿，数秒钟或数分钟后恢复。神经系统检查正常，脑电图检查正常。

2. 癔病性发作 偶见于年长儿，发作的特点是有明显的精神刺激，无先兆，发作时意识不完全丧失，慢慢倒下，无摔伤，抽搐动作杂乱无规律，面色正常，无神经系统阳性体征，脑电图检查无异常。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨别常证 癫痫常证有惊痫、风痫、痰痫和瘀血痫，应根据病史，发病诱因及症状表现区别之。惊痫发病前常有惊吓史，发作时常伴惊叫、恐惧等精神症状；风痰多由外感发热所诱发，发作时抽搐明显，或伴发热等症；痰痫发作以神识异常为主，常有一过性失神、摔倒，手中持物坠落及智力低下、痴呆等；瘀血痫通常有明显的颅脑外伤史，头部疼痛位置较为固定，结合脑电图、脑CT检查，确诊并不困难。

2. 辨识轻重 癫痫的发作有轻重之分，轻者仅有眨眼、点头、愣神、凝视、咀嚼动作，而无叫声、吐涎沫，瞬息发作即可恢复，事后对发作情况全然不知。重者，起病急骤，卒然仆倒，口吐涎沫，四肢抽搐，神志不清，喉中异声，二便自遗，数分或十余分钟方可恢复，发作后乏力嗜睡。严重者反复发作不止，或抽搐后昏睡未醒，又接下一次抽搐，连续超过30分钟者，为癫痫持续状态，应及时抢救。

二、治疗原则

癫痫的治疗，宜分标本虚实，频繁发作者以治标为主，着重豁痰顺气、熄风开窍定痫；发作间隔时间较长者，以治本为重，宜健脾化痰，柔肝缓急；癫痫持续状态可用中西药配合抢救。对于反复发作，单纯中药治疗效果欠佳者，可配合针灸、割治及埋线等方法综合应用。

本病治疗时间较长，一般认为在临床症状消失后，仍应服药2~3年，如遇青春期的再延长1~2年，此后结合脑电图等理化检查，方可逐渐停药，切忌骤停抗癫痫药物，以防引起反跳，加重癫痫发作。癫痫发作基本控制后，可将抗癫痫中药汤剂改为丸剂或散剂，服用较为方便，宜于长期用药。

三、分证论治

1. 惊痫

证候表现 起病前常有惊吓史，发作时惊叫、吐舌、急啼、神志恍惚，面色时红时白，惊惕不安，如人将捕之状，四肢抽搐，大便粘稠，舌淡红苔白，脉弦滑，乍大乍小，指纹色青。

辨证要点 本病多由惊吓后起病，发作时以惊叫急啼，精神恐惧不安为特点，详细询问家族史，本证多与遗传因素有关。

治法主方 镇惊安神。镇惊丸加减。

方药运用 常用药：茯神、枣仁、朱砂、石菖蒲、远志、钩藤、天麻、胆星、半夏、川连、沉香等。抽搐发作频繁加蜈蚣、全蝎、僵蚕；夜惊哭闹加磁石、琥珀粉（冲服）、铁落花（先煎）；头痛加菊花、白芍、石决明。

上方朱砂用量需慎重，一般以每日0.5~1g（冲服）为宜，服药时间应控制在1个月之内，否则易致汞中毒。全蝎、蜈蚣、僵蚕等动物类药物，水煎加热后可致蛋白凝固影响疗效，故而应研末冲服为宜。癫痫反复发作，经久不愈，可致气阴两伤，伤于气者，重用健脾益气的太子参、白术；伤于阴分者，加用滋阴安神的生地、龟版、黄精。

2. 痰痫

证候表现 发作时痰涎壅盛，喉间痰鸣，瞪目直视，神志恍惚，状如痴呆、失神，或仆倒于地，手足抽搐不甚明显，或局部抽动，智力逐渐低下，或头痛、腹痛、呕吐、肢体疼痛，骤发骤止，日久不愈，舌苔白腻，脉弦滑。

辨证要点 本证多由惊风后痰浊留滞蒙蔽心窍而致，抽搐较轻，但神识症状较重，如失神、痴呆等，日久可致智力低下。亦有无神昏抽搐，仅见头痛、腹痛、呕吐、肢体疼痛，骤发骤止，久治不愈，经脑电图检查，见每秒3次棘一慢波者，可协助诊断，此为痰气逆乱，扰腑阻络，致使气机阻滞，腑气不通所致。

治法主方 顺气豁痰开窍。涤痰汤加减。

方药运用 常用药：石菖蒲、胆南星、陈皮、清半夏、枳壳、沉香、川芎、神曲、朱砂（冲服）、天麻、青果、青礞石（先煎）等。眨眼、点头、发作较频者加天竺黄、琥珀粉（冲服）、莲子心；头痛加菊花、苦丁茶；腹痛加白芍、甘草；呕吐加代赭石（先煎）、竹茹；肢体疼痛加威灵仙、鸡血藤；表情淡漠、沉默寡言、悲欢无常者，加服甘麦大枣汤、百合地黄汤。

本证痰湿困脾、脾失健运，导致脾虚痰盛者，可用香砂六君子汤（党参、白术、茯苓、砂仁、陈皮、半夏、藿香、薏仁、甘草）加减治疗。智力低下可选配杞菊地黄丸（益智仁、山萸肉、熟地、山药、泽泻、茯苓、枸杞、补骨脂、菊花）化裁应用。

3. 风痫

证候表现 发作常由外感高热引起，发作时突然仆倒，神志不清，颈项及全身强直，继而四肢抽搐，两目上视或斜视，牙关紧闭，口吐白沫，口唇及面部色青，舌苔白，脉弦滑。

辨证要点 本证多由急惊风反复发作变化而来，发作前可有高热，也可见低热，甚至发展为无热抽搐，证候表现以抽风为主，一般为先强直，后阵挛、抽搐。发作时间较长者可为癫痫持续状态。

治法主方 熄风止痉。定痫丸加减。

方药运用 常用药：天麻、全蝎、蜈蚣、石菖蒲、远志、胆星、半夏、青礞石、陈皮、茯苓、朱砂（冲服）、琥珀（冲服）、川芎、枳壳、钩藤等。频繁抽搐加铁落花（先煎）、磁石、羌活；伴高热者加生石膏、连翘、羚羊角粉（冲服）；大便秘结加大黄（后下）、风化硝（冲服）、芦荟；烦躁不安加黄连、山栀、竹叶。

本证失治、误治或久治不愈，出现肝肾阴虚、虚风内动之象，可加用柔肝止痉的白芍、甘草、当归、生地。现代药理学研究证实，许多中药提取物或复方具有抗惊厥作用，可在辨证的基础上选择使用。

4. 瘀血痫

证候表现 发作时头晕眩仆，神识不清，单侧或四肢抽搐，抽搐部位及动态较为固定，头痛或头晕，大便干硬如羊矢，舌红少苔或见瘀点，脉涩，指纹沉滞。

辨证要点 本证常有明显的产伤或颅脑外伤病史，若因产伤发作者，初发年龄多在8个月之内，因颅脑外伤而致发作者，多在外伤后2个月之内。发作部位、症状每次大致相同，发作时间有一定的周期性，结合病史及脑CT检查，不难确诊。

治法主方 活血通窍熄风。通窍活血汤加减。

方药运用 常用药：桃仁、红花、川芎、赤芍、老葱、石菖蒲、天麻、羌活、黄酒等。抽搐频繁者加朱砂（冲服）、乌梢蛇；头痛剧烈、肌肤枯燥色紫者加三七、阿胶（烊化）、丹参、五灵脂；大便秘结加芦荟。

本证血瘀伤阴者，加生地、玄参、白芍、当归。瘀血部位较大，或有肿瘤，保守治疗效果欠佳者，可行颅脑手术切除。

【急症处理】

癫痫持续状态

临床表现 一次癫痫发作持续时间长达30分钟以上，或者虽有间歇期，但意识不能恢复，反复发作连续30分钟以上者称为癫痫持续状态。若发作频繁，持续多次不止，但间歇期意识恢复、生命体征正常，则称为连续性癫痫发作。

治疗方法

(1) 中医治法 针刺①内关、人中、风府、大椎、后溪、申脉。②长强、鸠尾、阳陵泉、筋缩。③头维透率谷、百会透强间。

(2) 西医治法 癫痫持续状态的治疗原则是①控制惊厥发作，选用强有力的抗惊厥药物，经注射途径给予；②维持生命功能，预防和控制并发症，特别应注意避免脑水肿、酸中毒、过高热、呼吸循环衰竭、低血糖等症状的发生；③积极寻找病因，针对病因处理；④发作停止以后，立即开始长期抗癫痫药物治疗。

抗惊厥药物：①安定 安定是治疗各型癫痫持续状态的首选药物。剂量约为每次0.25~0.5mg/kg bw，或按每次1~2mg/岁，婴儿期可按每次0.3mg/kg bw计算。原药液不经稀释，静脉慢推，注射速度每分钟1mg，新生儿则需每分钟0.1~0.2mg，必要时20分钟后重复应用1次，在24小时内可重复应用2~4次。②苯巴比妥 用其钠盐每次5~10mg/kg bw，肌注。若苯巴比妥静脉注射后可在1小时后重复一次。必需继续应用，则至少再经过4小时以后才能注射第3剂，8~12小时以后才能注射第4剂。

对于癫痫持续状态的病儿要采取严密的监护措施，维持正常的呼吸、循环、血压、体

温，并避免发生缺氧、缺血性脑损伤。对于原有癫痫的患儿，发生癫痫持续状态的最常见原因之一，是突然停用抗惊厥药物，也可能由于间发感染、中毒、严重应激反应、睡眠不足等诱因引起，应找出原因，并立即给以对症治疗。癫痫持续状态在发作后1~2小时以内及时控制发作，则预后较好；若发作得不到及时控制，则可造成不可逆性脑损伤。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 小儿抗痫胶囊 用于痰痫。
2. 医痫丸 用于风痫。
3. 羊痫疯丸 用于惊痫。

二、单方验方

1. 羊癫风药饼 煨取青礞石18g，姜半夏25g，南星、海浮石各22g，沉香9g，生、熟牵牛子各45g，炒建曲12g，研细末过筛，加面粉约500g，与水制成饼，小儿1~3岁烙饼40个，4~7岁烙饼30个，8~15岁烙饼25个，每晨空腹服1个，开水送下，一料服完继续服下一料。适用于痰痫。

2. 代白散 白胡椒、代赭石，配方比例为1:2，共为细末，备用。每次服1~3g，日服2~3次，白萝卜汤或白开水送服。疗程3~6个月。用于惊痫。

3. 紫河车1个，辰砂10g。紫河车焙干与辰砂共为细末。每次服2~4g，每日1~2次，白开水送服。用于各型癫痫伴体虚者。

4. 二丑丸 黑丑、白丑各等分，炼蜜为丸，每重6g。每次半丸~1丸，1日2次，疗程3~6个月。用于痰痫。

5. 白胡椒、荜茇等分，研粉，每服3g，每日2次，以白萝卜汤或开水送服，3个月为1疗程。适用于风痫。

6. 蝉蜕、白僵蚕、全蝎、蜈蚣各等分，共研细末和匀。每次2g，每日2次，开水送服。用于风痫。

三、药物外治

吴萸膏 将生吴茱萸研细末，加冰片少许，取生面粉适量，用凡士林调为膏状。贴敷时，先将吴萸膏涂在穴位上，覆盖纱布块，外用胶布固定（夏季纱布块宜小、透气好）。风痫者以吴萸膏敷神阙穴；痰痫者敷脾俞穴；惊痫者敷肝俞穴；其它或混合发作型以贴神阙穴为主，另可任选肝脾俞穴之一。并根据症状适当加穴，如痰多加膻中；夜晚多发加涌泉；热重加大椎。隔日1次，每次12小时（从晚8时至早晨8时为佳）。治疗1个月为1疗程，要求治疗12~16个疗程。

四、针灸疗法

1. 体针 发作期取人中、合谷、十宣、内关、涌泉针刺，用泻法；休止期取大椎、神门、心俞、合谷、丰隆针刺，平补平泻法，隔日1次。百会、足三里、手三里灸治，各3壮，隔日1次。

2. 耳针 选穴：胃、皮质下、神门、枕、心。每次选用3~5穴，留针20~30分钟，间歇捻针。或埋针3~7天。

3. 穴位注射 选穴：足三里、内关、大椎、风池。采用维生素B₁注射液100mg或维生素B₁₂0.5~1mg注射液，每穴注射0.5ml，每次选用2~3穴。

五、埋线疗法 常用穴：大椎、腰奇、鸠尾。备用穴：翳明、神明。每次选用2~3穴，埋入医用羊肠线，隔20天1次，常用穴和备用穴轮换使用。

六、西医疗法

癫痫诊断确立后，应尽早开始治疗，以取得较好的预后。全身强直——阵挛发作，可选用苯巴比妥、酰胺咪嗪、苯妥英钠、丙戊酸钠、扑痫酮等。失神小发作，选乙琥胺、丙戊酸钠、苯巴比妥、氯硝基安定等。肌阵挛、失张力发作，选氯硝基安定、丙戊酸钠、酰胺咪嗪、硝基安定、扑痫酮等。婴儿痉挛症，选ACTH(或泼尼松)、硝基安定等。复杂部分性发作，选酰胺咪嗪、苯妥英钠、苯巴比妥、扑痫酮等。局限性运动性发作，选苯巴比妥、苯妥英钠、扑痫酮、丙戊酸钠、酰胺咪嗪等。局限性植物神经性发作，可选用苯巴比妥、苯妥英钠、扑痫酮、酰胺咪嗪等。癫痫持续状态可选用安定、苯巴比妥等。

此外，儿童良性局灶性癫痫，如发作频繁者，可给予酰胺咪嗪；反射性癫痫应消除引起发作的感觉性刺激，否则药物很难奏效；小运动型发作根据发作形式选药，多用氯硝基安定，有时需要联合用药。颅内占有位性病变者，可考虑手术疗法。

【预防护理】

一、预防

1. 孕期保健 孕妇宜保持心情舒畅，情绪稳定，避免精神刺激，避免跌仆或撞击腹部。
2. 慎防产伤、外伤 孕妇应定期进行产前检查，临产时注意保护胎儿，及时处理难产，使用产钳或胎头吸引器时要特别慎重，避免窒息，注意防止颅脑外伤。
3. 防受惊恐 禁止观看恐怖性影视剧，避免惊吓。
4. 防止后遗症 对于急惊风、小儿暑温、疫毒痢等病证治疗必须彻底，除痰务尽，慎防留有痰湿阻络扰心等后遗症。

二、护理

1. 控制发作诱因，如高热、惊吓、紧张、劳累、情绪激动等。在发作期少让患儿看电视，禁止玩电子游戏机等。
2. 注意饮食的调摄，不可过食，忌食牛羊肉，无鳞鱼及生冷油腻等。
3. 嘱咐患儿不要到水边、火边玩耍，或持用刀剪锐器，以免发生意外。
4. 抽搐时，切勿强力制止，以免扭伤筋骨，应使患儿保持侧卧位，用纱布包裹压舌板放在上下牙齿之间，促使呼吸通畅，痰涎流出，以免咬伤舌头或发生窒息。
5. 抽搐后，往往疲乏昏睡，应保证患儿休息，避免噪音，不宜急于呼叫，使其正气得以恢复。

【文献选录】

《诸病源候论·小儿杂病诸候·惊痫候》：“惊痫者，起于惊怖大啼，精神伤动，气脉不定，因惊而发作成痫也。初觉儿欲惊，急持抱之，惊自止，故养小儿常慎惊。勿闻大声，每持抱之间，常常安徐，勿令怖。又雷鸣时，常塞儿耳，并作余细声以乱之。惊痫当按图灸之，摩膏。不可大下，何者？惊痫心气不定，下之内虚，则甚难治。凡诸痫正发，手足掣缩，慎不可捉持之。捉之，则令曲突不随也。”

《诸病源候论·小儿杂病诸候·风痫候》：“风痫者，由乳养失理，血气不和，风邪所中，或衣厚汗出，腠理开，风因而入。初得之时，先屈指如数，乃发掣缩是也。……小

儿风痫，三部脉紧急，痫可治。小儿脉多似雀斗，要以三部脉为主，若紧者，必风痫。”

《普济方·胎风》：“夫胎风者，由在胎之时，脏腑未具，神气未全，母动静不常，酒色过度，或忧愁思虑，叫唤声高，或自闻大声，伤动心神，又因将养失宜，触冒寒暑，腠理开泄，风邪所伤，入于胞中。儿生之后，邪风在脏，不能宣泄，或包裹失度，冷触脐带，风伤四肢。若乳哺不调，令儿吐呃，时复面青；或痰食壅积，则生壮热，时复面红。二者不已，致令拘急，惊卧不安，手足动摇，身反强直，乍静乍动，此即胎痫也。子在胞胎，禀受不足，肝心惊虚。及其始生，乳养无法，触冒外邪，或因断脐疮痂未敛，风邪一入，则令脏腑虚弱，经络不通，蕴结为热。盖风善行而数变，入于荣卫气血间，则令儿肚热吐呃，精神不宁，睡卧惊惊，手足抽掣，故名胎风。纵而弗治，则成痲疾。”

《医学纲目·肝胆部·癲痫》：“癲痫者，痰邪逆上也。……邪气逆上，则头中气乱，头中气乱，则脉道闭塞，孔窍不通，故耳不闻声，目不识人，而昏眩无知，仆倒于地也。以其病在头巅，故曰癲疾。治之者，或吐痰而就高越之，或镇坠痰而从高抑之，或内消痰邪使气不逆，或随风寒暑湿之法用轻剂发散上焦，或针灸头中脉络而导其气，皆可使头巅脉道流通，孔窍开发，而不致昏眩也。”

《温病条辨·解儿难·痉病瘧病总论》：“谨按痉者，强直之谓，后人所谓角弓反张，古人所谓痉也。瘧者，蠕动引缩之谓，后人所谓抽掣，搐搦，古人所谓瘧也。抽掣搐搦不止者，瘧也。时作时止，止后或数日，或数月复发，发亦不待治而自止者，痲也。四肢冷如冰者，厥也；四肢热如火者，厥也；有时冷如冰，有时热如火者，亦厥也。大抵痉、瘧、痲、厥四门，当以寒热虚实辨之，自无差错。”

【现代研究】

一、药效学研究

癲痫的药效学研究，主要是观察中药的抗惊厥和抗癲痫发作的试验。

1. 致惊剂诱发惊厥法 使用过量的致惊剂，可引起动物惊厥。试验选用大鼠或小鼠，观察药物对致惊剂引起动物惊厥的抑制作用。

(1) 戊四唑惊厥发作阈试验 戊四唑主要作用于脑干嘴侧区及大脑，使兴奋性突触的易化过程增强，容易发生惊厥。其阈剂量引起小鼠头部及前肢抽搐，故戊四唑惊厥发作阈试验是筛选癲痫小发作药物的常用方法。一般认为，能明显对抗戊四唑惊厥的药物，临床上对小发作癲痫可能有效。马融等用不同时间给药，观察柴胡桂枝汤抗戊四唑惊厥发作阈试验，结果表明：三组时间均有较好的抗惊厥作用，其中腹腔注射给药 12 小时作用最强 $P < 0.01$ ；0.25 小时效果稍低 $P < 0.01$ ，24 小时仍有显著抗惊厥作用 $P < 0.05$ 。^[1] 李新民等报道，小儿抗痲胶囊亦有抗戊四唑惊厥作用，但疗效不如西药硝基安定。^[2]

(2) 土的宁惊厥法 土的宁是脊髓抑制性神经元甘氨酸受体的拮抗剂，对脊髓有选择性兴奋作用。马融报道抗痲散拮抗土的宁惊厥试验，结果为抗痲散抗惊厥、抗死亡作用均较对照组有非常显著性差别 $P < 0.005$ ，与苯巴比妥比较，无明显差异 $P > 0.05$ 。^[3]

(3) 谷氨酸钠惊厥发作试验 谷氨酸是中枢神经系统的兴奋性神经递质，也是 γ -氨基丁酸 (GABA) 生物合成的前体。两者在维持中枢神经系统功能上起着重要作用，一旦两者平衡失调，谷氨酸相对增多时可致惊厥。李新民等用谷氨酸钠生理盐水注入小鼠脑室内，以小鼠立即出现快速奔跑或伴抽搐为指标，观察复方青礞石对其的拮抗作用，结果证实，该药有显著的疗效 $P < 0.01$ ，与苯妥英钠比较无差异 $P > 0.05$ 。^[4]

2. 最大电休克发作试验 用 JJC-2 型生理实验多用仪分别引出两个电极夹住小鼠两耳尖端,以 $120 \pm 1.5V$ 电压, 1.5 ± 1 秒时间刺激小鼠,以肢体弯曲,随即后肢伸展,产生强直性惊厥为指标。最大电休克发作被认为是很好的癫痫大发作实验模型,对本试验具有强大对抗作用的药物,临床对大发作癫痫有效。马融用抗痫散与苯妥英钠进行最大电休克发作试验,结果显示,二药与对照组比较均有显著性差别 $P < 0.05$,二药之间的抗惊厥作用无显著性差别 $P > 0.05$ 。^[3]

3. 听源性发作法 以强烈的铃声刺激,使某些敏感的大鼠产生奔跑和惊厥,称“听源性发作”。其机制可能是由于过量的听觉刺激,造成听觉中枢过度兴奋,而后抑制扩散到邻近的运动中枢所致。这种发作与人类癫痫大发作类似,是研究抗癫痫药物的一种常用模型。靳桂贞等报道熄风定痫丸对听源性惊厥大鼠的发作程度有明显的抑制作用。^[5]

4. 精神运动性发作法 以一定参数的方波电流,通过角膜电极刺激小鼠双眼角膜,凡小鼠表现发愣、竖尾或伴有抽搐,但仍直立,没有强直性惊厥发作,持续 10 秒钟以上者,作为实验动物模型。记录发作至恢复正常活动时间,凡能在 10 秒钟内,动物转变为通常运动状态,开始探索行动者,做为药物抗精神运动性癫痫发作的指标,李新民等报道抗痫散具有上述作用,并可抑制脑内激离 GBBA 含量的降低,使之趋于正常水平。^[6]

二、临床研究

癫痫的临床研究,可分为辨证论治和辨病论治两类。

1. 辨证论治 辨证论治是中医治疗癫痫的基本方法,由于对癫痫病机的认识不同,各家辨证分型,立法组方亦有区别。靳彩娣根据癫痫患者的病史及临床表现,将其分为五个类型。风痰内扰型:发作前常有眩晕、胸闷、乏力症状,旋即昏迷跌仆,牙关紧闭,四肢抽搐,口吐白沫,双目上翻,或二便失禁,舌苔白腻,脉弦滑。治宜熄风涤痰,清心定痫。方选程氏定痫丸加减:陈皮、半夏、茯苓、胆星、石菖蒲、川贝、远志、僵蚕、地龙、丹参、麦冬。抽搐甚者加蝉蜕、珍珠母、全蝎、蜈蚣。神不守舍型:仅有短暂昏迷,或神志失常而无抽搐,舌苔薄腻,脉多弦滑。治宜养心安神化痰。方选养心汤加减:炙黄芪、党参、当归、川芎、半夏、茯苓、肉桂、柏子仁、五味子、甘草。肝火生风型:突然出现不自主的短暂的某一肢体抽搐,或某一肌群抽搐,发作时多数意识清楚,舌边红,苔薄黄,脉弦滑而数。治宜祛风清热为主。方选消风散加减:防风、羌活、川芎、僵蚕、蝉蜕、藿香、厚朴、陈皮、甘草。痰火上扰型:突然神魂颠倒,双目直视,横冲直撞,亲疏不辨,性情暴躁,毁物伤人,面红目赤,发作后多有头痛、嗜睡,事后不能回忆,便秘瘦赤,舌红,苔腻,脉弦滑数。治宜清肝泻火、化痰开窍。方选龙胆泻肝汤加减:龙胆草、黄芩、栀子、柴胡、钩藤、橘红、胆星、石菖蒲、郁金、生铁落。瘀血内阻型:除有风痰内扰型的临床表现外,且伴有头痛、头闷、失眠、健忘,舌质暗,有瘀斑,脉弦涩。治宜活血化瘀,安神镇痉。方选血府逐瘀汤加减,桃仁、红花、当归、赤芍、丹参、柴胡、川芎、甘草、牛膝、石决明、钩藤、石菖蒲。上述各药服用 3 个月为 1 疗程,总有效率为 85%。^[7]

马融等将 421 例小儿癫痫分为风痰痫、痰浊痫、风痰火痫、风痰瘀痫、风痰惊痫、风痰虚痫六型。临床使用健脾顺气,豁痰熄风的抗痫散(石菖蒲、胆星、天麻、川芎、半夏、陈皮、茯苓、羌活等)为基础方,抽搐甚者加钩藤 10g,生铁落、代赭石各 20g;发作频繁加天竺黄、瓜蒌各 10g;风痰火痫加山栀、薄荷、黄连各 9g,大黄 5g;风痰瘀痫

加香附、牛膝、益母草各 6g；风痰惊痫加夜交藤 15g，生龙齿 30g；风痰虚痫加党参、白术各 10g。6 个月为 1 疗程，总有效率为 83.37%，其中风痰痫、风痰惊痫的疗效较好，风痰瘀痫效果较差，其原因可能与此型多为继发性癫痫有关。^[8]

2. 辨病论治 近年来，治疗癫痫有不少辨病治疗，一法为主的研究报道，有下列几类。

(1) 涤痰熄风法 癫痫的主症为神昏、抽搐，神昏为痰蒙心窍，抽搐乃为肝风内动，因而治疗癫痫的基本法则是涤痰熄风。高国举报道用自拟癫痫散（陈皮、法半夏各 15g，茯苓、胆南星、郁金、全蝎各 12g，枳实、石菖蒲、生远志各 10g，沉香、朱砂各 6g，蜈蚣 3 条，海浮石、青礞石各 30g）治疗癫痫 38 例，治疗时间最短为 6 个月，最长为 1 年半，治疗结果痊愈 34 例，好转 3 例，无效 1 例。^[9]张永洛等报道半夏白术天麻汤（法半夏、天麻、陈皮、苍术、泽泻、黄柏各 10g，白术、黄芪、党参、茯苓、炒神曲各 15g，麦芽 30g，干姜 6g）治疗癫痫 41 例，显效 19 例，有效 13 例，效差 3 例，无效 6 例，总有效率为 85.37%。此外，张永洛还检测病人治疗前后的 T 淋巴细胞亚群及白细胞介素 2 受体，结果表明癫痫患者不仅白细胞介素 2 受体增高，而且 CD₃、CD₄、CD₈ 的百分率显著降低，说明该病与细胞免疫功能紊乱有关。经服半夏白术天麻汤后，不仅临床症状明显好转，而且 CD₃、CD₄ 的百分率显著回升，白细胞介素 2 受体显著下降，故此认为，该方具有调节癫痫患者免疫功能紊乱的作用。^[10]

(2) 活血化瘀法 近年来使用活血化瘀法治疗癫痫，备受临床医师的重视，尤其对继发于产伤、颅脑外伤的患者，效果更为突出。王天才报道，内服镇痛灵片（桃花蕊、黄花败酱、缬草、丹参、水牛角浓缩粉、珍珠层粉、羚羊角粉、地龙、紫河车、冰片等），至少 6 个月，外用镇痛灵脐贴膏（桃花蕊、黄菊花、胆南星、白僵蚕、丹参、马钱子、天仙子、青阳参等），治疗各类癫痫患者 239 例，总有效率为 95.4%，尤其对大发作效果更佳。^[11]殷海波等认为脑外伤性癫痫多由头颅脑窍受到击打跌摔震荡等，使脉络损伤，瘀滞清窍，扰乱神明而发，日久可致痰瘀互结，壅塞阻滞清窍而缠绵反复难愈，治疗中主张以活血化瘀为先，继用豁痰开窍，定痫熄风之法，治疗脑外伤性癫痫 46 例，显效 26 例，有效 15 例，效差 4 例，无效 1 例，总有效率为 89.1%。^[12]

(3) 清热通腑法 小儿为稚阳之体，阳热亢盛，最易引动肝风。因而王作林提出，上中二焦热盛为小儿原发性癫痫的主要病机，主张用清泻上中二焦之热的凉膈散加减治疗，其基础方为大黄、薄荷、竹叶各 6g，栀子、连翘、黄芩、槟榔、甘草各 10g。睡眠较少加磁石、天麻各 30g；食欲不佳，舌苔黄厚者，加焦三仙各 6g；大便稀者，加大枣 6 枚；易患上呼吸道感染者，加桑叶、菊花各 10g。治疗小儿原发性癫痫 10 例，追访 5 年未发作者 5 例，3 年未发作者 2 例，2 年未发作者 2 例，1 例半年后复发。^[13]李英才指出，风和痰固然是癫痫的主要致病因素，但癫痫的发作常与火热炽盛有关，火热可灼液为痰，痰火交结于肠胃，上逆于脑致癫痫发作。临床用大黄丹参汤（大黄 20g，丹参 26g，红花、赤芍、石菖蒲、党参、青皮、香附各 9g，竹茹 8g，丝瓜络、白术各 10g）配合针灸治疗癫痫 103 例，总有效率为 94.2%。^[14]

(4) 补益脾肾法 癫痫的反复发作，可耗伤机体正气，故而素体虚弱者患癫痫；或癫痫病人反复发作，临床可见正气虚的邪恋之象，正虚以脾肾亏虚为主，因此在治疗中要时时注意固护脾肾两脏。邓仕龙等用健脾补肾法治疗小儿癫痫，基本方：黄精、太子

参、紫河车、怀山药、云茯苓、山萸肉各 12g，石菖蒲、钩藤各 9g，五味子、远志、白僵蚕各 5g。肝肾阴虚偏重者，减紫河车、太子参，加熟地、丹皮、泽泻各 10g；脾虚偏重，伴肌张力减弱、走路不稳，或见纳呆、便溏者，减黄精，加黄芪、党参、白术、杜仲各 12g，制半夏 6g，陈皮 3g；有眼球颤动或肌肉阵挛性抽动着者，加全蝎、天麻各 5g；舌暗红或有瘀点者，加丹参、丹皮各 12g，红花 5g。本组治疗 36 例，近期痊愈 11 例，好转 22 例，无效 3 例，总有效率为 91.7%。^[15]

刘玉璋提出“亏虚型癫痫”的观点，其发病原因一方面是由于素体虚衰，正不抗邪，生风生痰，久而作痫；另一方面是痫证反复发作，正气渐衰，痰结日深，愈发愈频，愈频愈虚。故此使用益脑定痫散（人参、白术、茯苓、炙甘草、山萸肉、熟地、菟丝子、丹参、僵蚕、钩藤、陈皮、石菖蒲、半夏、制南星、硼砂）治疗癫痫 33 例，痊愈 17 例，显效 8 例，有效 6 例，无效 2 例，总有效率为 93.8%。^[16]田正美使用羊胎胶囊（孕 60 天左右的羊羔及羊胎盘，烤干研细）合豁痰丸（人参，白术，甘草，陈皮，生、制南星，生、姜半夏）治疗 10 例癫痫全部获效，脑电图复查，其痫性活动脑波完全消失，随访 1~4 年以上均未复发。^[17]

汪淑艳等对癫痫患儿的免疫功能进行检测，发现癫痫患儿免疫球蛋白呈下降趋势，其中以 IgA 和 IgM 降低最明显，分别占病例总数（50 例）的 42% 和 22%，经灭痫灵（生地、二丑、钩藤、全蝎、半夏、瓜蒌等）和灭痫宁（生地、川楝子、川贝、僵蚕、白芍、牡蛎等）治疗后都有一定的恢复。说明癫痫发作与免疫功能失调之间存在着密切的关系，药物治疗在控制癫痫发作的同时，对机体的免疫功能也起着调节作用，免疫学动物实验结果亦支持临床观察所见。^[18]

现代参考文献

- [1] 马融，等．柴胡桂枝汤抗戊四唑惊厥的作用观察．国医论坛，1991，（1）：44
- [2] 李新民，等．小儿抗痫胶囊的药理研究．中国医药学报，1993，8（增刊）：97
- [3] 马融．抗痫散为主治疗小儿痫证 73 例临床观察及实验研究．北京中医杂志，1988，（1）：32
- [4] 陈奇主编．中药药理研究方法学，北京：人民卫生出版社，1993. 673
- [5] 靳桂贞，等．息风定痫丸的抗惊厥作用．中国药理通讯，1989，（1）：32
- [6] 李新民，等．抗痫液抗癫痫及对脑内 γ -氨基丁酸影响的实验研究．中国中医药科技，1997，4（3）：147
- [7] 靳彩娣．辨证治疗癫痫 60 例疗效观察．中医药研究，1994，（2）：33
- [8] 马融，等．小儿癫痫 421 例临床观察．中国医药学报，1994，（2）：22
- [9] 高国举．自拟癫痫散治疗癫痫 38 例疗效观察．浙江中医杂志，1992，27（10）：444
- [10] 张永络，等．半夏白术天麻汤治疗癫痫的疗效观察．中国医药学报，1995，（3）：22
- [11] 王天才．中药镇痛灵治疗癫痫病 239 例临床观察．中医杂志，1992，（4）：32
- [12] 殷海波，等．逐瘀化痰开窍法治疗脑外伤性癫痫 46 例．北京中医杂志，1994，（1）：26
- [13] 王作林．凉膈散加减治疗小儿原发性癫痫 10 例．中国医药学报，1991，（2）：40
- [14] 李英才．自拟大黄丹参汤配合针刺治疗癫痫 103 例．浙江中医杂志，1994，29（12）：533
- [15] 邓仕龙，等．健脾补肾法治疗小儿癫痫小发作 36 例．中医杂志，1997，38（7）：418
- [16] 刘玉璋．益脑定痫散治疗癫痫 33 例．山东中医杂志，1991，（3）：25
- [17] 田正美．羊胎合豁痰丸治疗癫痫 10 例．新疆中医药，1993，（1）：18
- [18] 汪淑艳，等．中药灭痫灵和灭痫宁冲剂治疗小儿癫痫的研究报告．中国医药学报，1997，

11.3 痿病

【概述】

痿病是指肢体筋脉弛缓，软弱无力，日久因不能随意运动而致肌肉萎缩的一类病证。痿的含义有两点：一是枯萎，痿者萎也，指萎缩；二是指无力软弱，不能行动。前者以患肢枯萎削瘦为特征，后者以软弱无力，不能随意动作为主要表现。以往称“痿证”。

本证与西医学的多发性神经炎、急性脊髓炎、进行性肌萎缩、重症肌无力、周期性麻痹、肌营养不良症、癱病性瘫痪和中枢神经系统感染并发软瘫的后遗症等临床表现相似，故临床可参考治疗。

小儿痿病多起于温热病之后，也有部分患儿初生后即有症状，或随着年龄增长而症状逐渐加重。本病的高发年龄一般在5~10岁。发病无明显季节性，通常以5~10月发病率最高。大多患儿在患病后，经治疗可痊愈，但严重病例往往留有后遗症，如肢体痿废不用、肌肉萎缩或畸形。极重患儿易出现呼吸困难，若不及时抢救，可危及生命。

痿病首见于《内经》成书之前的经典著作《下经》、《本病》两书中，其有“肌痿”、“筋痿”、“肉痿”、“骨痿”的记载，并指出脉痿发生于“大经空虚”。《内经》曾设专篇讨论痿病，并提出“肺热叶焦”的病因病机和“治痿者独取阳明”的治疗法则，后世医家在此基础上又有了进一步的发展，并归纳出清燥救肺汤、三妙散、河车大造丸等一批有效方剂，至今仍在临床中广泛应用。

现代对痿病的研究日趋广泛，在临床研究方面，采用辨证与辨病相结合的方法，使得对本病的认识和治疗达到一个更深的层次。在治疗手段上，多采用药物、针灸、气功、推拿、理疗、心理、食疗等综合疗法，尤其是运用中西医结合的方法，使疗效得到了显著的提高。在实验研究方面，建立了痿病的动物模型及本病新药研制的指导原则，对于阐明药物作用机理和寻找更有效的临床用药奠定了基础。

【病因病理】

一、病因

引起痿病的病因颇为复杂，常见的有邪热伤津、湿热浸淫、脾胃虚弱、肝肾亏损。

1. 邪热伤津 小儿易罹外感，外感之后易于化热伤津。故而外感风热暑湿之邪，或感受风寒入里化热，或病后邪热未清，皆可耗伤肺之阴津，肺津受伤，气化失司，宣降失常，高源化绝，筋脉失调，导致手足痿弱不用。

2. 湿热浸淫 久居阴暗潮湿之地，或冒雨涉水、外感湿邪；或由小儿过食肥甘厚味，碍脾伤胃，水湿不得运化，皆可导致湿浊内蕴，郁而化热，浸淫筋脉，致使筋脉迟缓，成为痿病。此如《素问·痿论》所云：“有渐于湿，以水为事，若有所留，居处相湿，肌肉濡渍，痹而不仁，发为肉痿”。

3. 脾胃虚弱 小儿素体脾胃虚弱，或因病致虚，脾胃受纳运化功能失常，津液气血化源不足，肌肉筋脉失养，可致痿病。

4. 肝肾亏虚 小儿先天禀赋不足，或体虚病久，均可致阴精气血亏损，精虚不能灌溉，血虚不能营养，肝肾阴虚，筋骨经脉失其濡养，致成痿证。

二、病理

1. 病变脏腑在肺脾肝肾 脾为后天之本，气血生化之源，主肌肉、四肢，脾胃气虚，运化失司，则气血乏源，肌体痿弱不用，此如《素问·太阴阳明论》所言：“帝曰：脾病而四支不用何也？岐伯曰：四支皆禀气于胃，而不得至经，必因于脾，乃得禀也。今脾病，不能为胃行其津液，四支不得禀水谷气，气日以衰，脉道不利，筋骨肌肉皆无气以生，故不用焉”。然而脾胃运化之水谷精微需靠肺气的宣发肃降，方可濡养百脉、筋骨，如若邪热伤肺，失于宣降，亦可出现筋软肉痿之证，此如古人“肺热叶焦”之论。肝藏血，主筋，为罢极之本；肾藏精，主骨，为作强之官。精血充盛，则筋骨坚强，活动正常；精血亏损，易致阴虚内热，灼液伤津，筋骨经脉失其濡养而成痿证。由此可见，本病所及脏腑以肺脾肝肾为主。

2. 病理因素为湿热 湿邪既是发病原因，又是病理产物。湿邪积久不去，郁而生热，浸淫经脉，致使筋脉弛缓不用。诚如《素问·生气通天论》所云：“因于湿，首如裹，湿热不攘，大筋短，小筋弛长，短为拘，弛长为痿”。热邪有虚实之分，实热多由外感而致，热灼肺津，水谷精微输布失常而致痿病；虚热则因肝肾亏虚，阴精耗伤，生于内热，内热耗伤肝肾之阴，致使筋膜干，肾精竭，不能束利关节，见有肢体松弛，大肉消削，骨骺畸形。

3. 病机属性分虚实 痿证的病因颇为复杂，患儿的体质也有强弱的差异，因此，其病机属性可分为虚实两大类。

一般认为起病急，病程短，伴有恶寒发热等外感证者，多为实证。常由暴感暑热温毒灼肺，肺热伤津，津液不足以敷布全身，筋脉失养导致两足痿软不用，或四肢全瘫；亦有因湿热郁蒸，浸淫筋脉，气血阻滞而致两足痿软无力。

起病缓慢，病程迁延，或症状进行性加重者，其病机属性以虚为主，或虚中夹实。患儿多伴有先天禀赋不足，后天调养失宜，脾胃虚弱，气血生化之源亏乏；肝肾亏损，筋脉失于濡养，故渐成痿病。

4. 病情演变重阳 新痿多因感受暑湿温热之邪，灼伤肺津，浸淫筋脉，故为阳盛之证；久痿常由脾胃虚弱，肝肾亏损，阴精不足，气血失常，多为阴虚之证。

阴阳互根，又可相互转化，新痿的阳盛之证，如若治疗不当，邪除未净，肺津耗竭，亦可出现阴虚之证；久痿失治、误治，阴损及阳，可致阴阳两伤。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

参照国家中医药管理局发布《中医病证诊断疗效标准》：

1. 肢体经脉弛缓，软弱无力，活动不利，甚则肌肉萎缩，弛纵瘫痪。
2. 可伴有肢体麻木、疼痛，或拘急痉挛。严重者可见排尿障碍，呼吸困难，吞咽无力等。

3. 常有久居湿地、涉水淋雨史。或有药物史、家族史。

4. 可结合西医相关疾病做相应理化检查，如有条件应做CT、磁共振等。

5. 应注意与痹病、风痲、震颤等鉴别。

二、鉴别诊断

1. 痹病 痹病后期，由于肢体关节疼痛，运动障碍，肢体长期废用，也有出现痿证

的瘦削枯萎的症状。其鉴别要点主要在于痛与不痛，痿病肢体关节一般不疼，而痹病多伴有疼痛。

2. 中风 痿病与中风均可见肢体瘫痪，但中风起病急骤，临床表现为猝然昏仆，口眼喎斜，半身不遂，日久可见患肢萎缩；而痿病多见一侧，或双侧上、下肢痿软无力，运动不利，虽日久可有肌肉萎缩，但无神识变化。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨别常证 痿病发病突然，并伴有恶寒、发热等证，继而出现两足痿软无力，或四肢瘫痪者，多由外感风温之邪，伤及脾胃之阴所致；若见两下肢痿软，足踝微肿麻木，伴有溲赤，苔黄腻者，则因湿热浸淫，气血阻滞而致；倘若病程较长，渐见下肢痿软无力，肌肉萎缩者，应责之脾胃虚弱，气血乏源，筋脉失养；伴有腰膝酸软，头晕遗尿者，则为肝肾亏损，精血不足，筋失濡养而成。

2. 辨识轻重 痿病发病有轻重之分，一般以一侧下肢或一侧上肢痿软不用，不伴有肌肉萎缩者为轻；若出现四肢软瘫，呼吸困难者多为重证；如若发病年龄较早，一般在5~6岁前发病，出现某些肌群假性肥大，其它部位肌肉萎缩现象，最后假性肥大的肌群亦出现萎缩，并进行性加重者，大多在青春前期死亡。

二、治疗原则

小儿痿病，初起以邪实为主者，应注意祛邪，常用的方法有清热解毒，利湿通下等；后期以正虚为主，多用扶正之法，如调理脾胃、益气养血、补益肝肾等。

对于痿病的治疗，《素问·痿论》有“治痿者独取阳明”之名论，所谓“独取阳明”，一般指补益后天的治疗法则。阳明者胃也，为五脏六腑之海，主润宗筋，宗筋主束骨，而利机关。肺之津液来源于脾胃，肝肾之精血亦有赖于脾胃受纳运化而成，因此，脾胃功能健旺，饮食得增，津液得复，则肺津充足，脏腑气血功能正常，筋脉得以濡养，有利于痿病的恢复。

痿病的治疗，应注意采用综合疗法，除内服药外，还可酌情选用针灸、推拿、理疗及功能锻炼等。对于病情急、症状重或病危的患儿，还应积极采用中西医结合的方法进行抢救。

三、分证论治

1. 邪热伤津

证候表现 突然出现两足痿软无力，或四肢全瘫，或恶寒发热，皮肤干燥，心烦口渴，咳嗽无痰，咽干，溲赤热痛，大便干燥，舌红苔薄黄，脉浮数。

辨证要点 本病以冬春季多见，常发生在温热病中或病后，起病急，肢体痿软症状明显。结合病原学检查，多属病毒感染而致。

治法主方 清热润燥，养肺生津。清燥救肺汤加减。

方药运用 常用药：沙参、麦冬、桑叶、前胡、银花、连翘、生石膏、知母、杏仁、枇杷叶、阿胶（烔化）、黑芝麻等。烦躁不安者，加竹叶、莲子心；小便黄赤加车前子、木通；纳呆食少加山楂、神曲、麦芽、谷芽；口渴加石斛、花粉。

本证邪热未净，伴有高热口渴，汗出，脉洪大者，可用白虎汤加生地、银花、连翘；若出现呼吸困难，咳嗽无痰，吞咽不利等肺胃气阴两伤者，改用五华煎（玉竹、五味子、

麦冬、沙参、黄柏、知母、党参、茯苓、白术、山药、元米) 加减治疗。

2. 湿热浸淫

证候表现 两下肢痿软无力，或兼微肿麻木，身热不扬，肢体困重，胸脘痞闷，小溲黄赤热痛，舌苔黄腻，脉濡数。

辨证要点 本证多见于夏秋之季，常有久居湿地，或冒雨涉水之病史。有些患儿发病前可有双峰热（初起发热，1~4日后热退，经过1~6日的静止时间，热度再起）表现。除肢体软弱无力外，还多伴有触痛，拒绝抚抱等症状。

治法主方 清热解毒，利湿通络。三妙丸加味。

方药运用 常用药：苍术、黄柏、牛膝、木瓜、萆薢、防己、木通、滑石、豨莶草等。胸脘痞闷，纳呆，苔腻加厚朴、茯苓、藿香、佩兰；肢体麻木不仁，关节运动不利者，加丹参、红花、地龙、穿山甲；下肢痿弱伴冷感者，去黄柏，加桂枝；下肢无力伴热感，心烦，舌红，脉细数者，去苍术，加龟版、麦冬、生地。

若见肢软，腰膝麻木而无热者，证属湿痰阻络，宜用二术二陈汤（苍术、白术、陈皮、半夏、茯苓、甘草）加姜汁；若素体瘦弱，两足奇热，心烦，舌边尖红，中剥无苔，脉细数者，此为湿热伤阴，可用二妙四物汤（黄柏、苍术、当归、川芎、生地、白芍）加沙参、麦冬、花粉等。

3. 脾胃虚弱

证候表现 渐见下肢痿软无力，甚则肌肉萎缩，纳呆食少，大便溏薄，神疲乏力，面色无华，舌苔薄白，脉细。

辨证要点 本证患儿素体多瘦弱，临床以四肢困倦无力为主，常伴有纳少便溏等症状，日久可见肌肉萎缩。

治法主方 健脾和胃，益气养血。参苓白术散加减。

方药运用 常用药：党参、白术、山药、莲子肉、陈皮、茯苓、薏仁、大枣、麦芽、神曲等。若畏寒肢冷者，加附子、桂枝；病久体虚，气血两亏者，加当归、白芍、生地、黄芪。

本证兼有脱肛者，为脾虚气陷，可用补中益气汤（黄芪、甘草、人参、陈皮、升麻、柴胡、白术）加减治疗。

4. 肝肾亏虚

证候表现 病起较慢，肢体痿弱无力，腰膝酸软，甚则步履全废，遗尿，头晕，舌红少苔，脉细数。

辨证要点 本证常有先天禀赋不足，起病多缓慢，并进行性加重，严重者可见行走困难，甚至四肢萎废不用。

治法主方 补益肝肾，滋阴清热。虎潜丸加减。

方药运用 常用药：龟版、熟地、牛膝、当归、白芍、黄柏、知母、锁阳、陈皮、鸡血藤、络石藤、马钱子（研末、冲服）等。面色萎黄无华，心悸怔忡者，加黄芪、党参、远志；病久阴损及阳，见畏寒肢冷，溲赤脉沉者，加鹿角胶、补骨脂、巴戟天、肉苁蓉、杜仲、附子、淫羊藿。

马钱子含有番木鳖碱，有大毒。成人用5~10mg即可发生中毒现象，30mg可致死亡。中毒者初有嚼肌及颈部肌抽筋感，咽下困难，全身不安；然后伸肌与屈肌同时极度收缩

而出现强直性惊厥。中毒后可用乙醚作轻度麻醉或用巴比妥类药物静脉注射以抑制惊厥，另用高锰酸钾洗胃。

治疗痿病，可将马钱子用水泡（冬天温水，夏天凉水）10~14天，去皮，放入煮沸的花生油内，文火煎约30余分钟，至焦黄色（以手击之即碎为度）时取出，拌于滑石粉，再以清水冲洗1次，待干后研粉，开始每日1.5g，分3次服，以后逐渐增至每日4.5~6g。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 健步丸 用于肝肾亏损证。
2. 香砂六君子丸 用于脾胃虚弱证。
3. 十全大补丸 用于脾胃虚弱证。
4. 河车大造丸 用于肝肾亏损证。
5. 六味地黄丸 用于肝肾亏损证。

二、单方验方

1. 布精起痿汤 天门冬、麦门冬、怀牛膝、怀山药、饭蒸白术、白茯苓各4.5g，炒薏仁、玉竹各9g，炙甘草、黄柏各2~4g。煎服，每日2次。用于邪热伤津证。

2. 大麦米去皮、薏苡仁各60g，土茯苓90g，同煎为粥，煮熟后去土茯苓常服。治湿热浸淫证。

3. 鹿角片300g，酒浸1夜，熟地120g，附片45g，用大麦米和蒸熟，焙干为末，大麦粥和为丸。每日3次，每次5g，米饭送服。治肝肾亏损证。

4. 石斛30g，苍术15g，黄柏10g，水煎服。用于下肢痿弱。

5. 桂枝、地鳖虫各等分研末。每次0.8~1.5g，每日3次，连服2周。适用于瘫痪初起的患儿。

三、药物外治

1. 用黄土调水加温，干湿得当，先于痿软部位涂一薄层适温黄土作为保护，以免过热损伤皮肤，然后将加热黄土敷之于上，厚3~6cm，外用纱布包之，胶布固定，厚棉被裹之，以保温。每日治疗30分钟左右，然后除去泥层，温水洗净，每日或间日1次，15~20次为1疗程。用于治疗脾胃虚弱型痿证。

2. 桑叶15g，川芎、当归、寄生、土牛膝各10g，煎汤加黄酒1ml，每日用清洁纱布蘸药液，在瘫痪部位搽擦2~3次，使经脉流通。

3. 将肉桂、丁香、草乌、川芎、乳香、没药、红花、当归、赤芍、透骨草，烘干为细末，加凡士林500g，敷于腓肠肌上，每天贴敷4~6小时。此法主要适用于血液阻滞，经络不通之痿证。

4. 酒炒蚕砂适量，炒热敷局部，以布扎之，冷即更换。此法用于湿热痿证。

5. 将苍术、黄柏（盐、酒炒）、牛膝、首乌、黑小豆蒸熟贴敷患处。用于治疗湿热下注，两足痿痹之证。

四、食疗方药

1. 天门冬粥 天门冬15~20g，粳米50~100g，冰糖少许，先煎天门冬取浓汁，去渣，入粳米煮粥，沸后加入冰糖适量，煮成粥。适用于邪热伤津证。

2. 猪肾粥 猪肾1对, 粳米100g, 草果、缩砂仁各6g, 陈皮3g, 将猪肾洗净, 切块, 与陈皮、草果仁、砂仁共煎取汁, 入白酒少许, 再与粳米煮成稀粥。适用于肝肾亏虚证。

3. 羊脊骨羹 羊脊骨1具洗净、捶碎, 与肉苁蓉30g、草果仁3个、茱萸6g共熬成汁, 后加葱白3茎, 取汁汤与适量面粉作成面羹食。适用于肝肾亏虚证。

4. 生地黄汤 生地黄250g, 饴糖150g, 乌鸡1只。生地黄切细, 与糖和匀, 纳鸡腹中, 蒸熟食之, 不用盐醋。适用于脾胃虚弱证。

5. 鳖鱼补肾汤 鳖鱼1只(去肠脏及头), 枸杞子、怀山药各30g, 女贞子15g。共煮熟, 去药调味食。适用于肝肾亏虚证。

五、针灸疗法

1. 体针 ①邪热伤津 主穴: 少商、列缺、尺泽。配穴: 上肢: 合谷、曲池、肩髃, 下肢: 足三里、阳陵泉、环跳、风市。用平补平泻法, 兼以点刺出血。②湿热浸淫 主穴: 足三里、解溪、肩髃、外关, 下肢: 阴陵泉、三阴交、阳陵泉、环跳。用平补平泻法。③脾胃虚弱 主穴: 脾俞、肺俞、气海、关元、足三里。配穴: 上肢: 肩髃、阳溪、手三里, 下肢: 伏兔、阳陵泉、悬钟、解溪。用补法, 可加灸。④肝肾亏损 主穴: 肾俞、肝俞、太溪、悬钟、三阴交。配穴: 上肢: 曲池、肩贞, 下肢: 阳陵泉、丘墟、八髎、环跳。用补法。

2. 头针 头部取穴: ①运动区 部位: 上点在前后正中线上点往后0.5cm处, 下点在眉枕线和鬓角发际前缘相交处。运动区又可分为上、中、下3部。上部是运动区的上1/5, 为下肢、躯干运动区。中部是运动区的中2/5, 为上部运动区。下部为运动区的下2/5, 为面部运动区。主治: 上部治疗对侧下肢、躯干部瘫痪。中部治疗对侧上部瘫痪。下部治疗对侧中枢性面神经瘫痪等。②感觉区 部位: 在运动区向后移1.5cm的平行线处。感觉区可分上、中、下3部, 分别主治对侧相应部位的感觉异常等。③足运感区 部位: 在前后正中线的中点旁开左右各1cm, 向后引3cm长, 平行于正中线。主治对侧下肢瘫痪等。

操作方法 明确诊断, 选定刺激区后, 让患者采取坐位或卧位, 分开头发, 常规消毒, 选用5cm长的不锈钢毫针, 快速进针, 刺入皮下或肌层, 沿刺激区快速推进到相应的深度, 然后快速捻转1~2分钟, 每分钟旋转200次左右, 然后留针15~20分钟, 再重复捻转。一般每日或隔日1次, 10~15次为1疗程。

3. 皮肤针 叩刺部位 可分循经、穴位、局部叩刺3种。循经叩刺: 是循经络路线叩刺。治痿最常用的是项背腰骶部的督脉和足太阳膀胱经。穴位叩刺: 主要选用手阳明经的穴位。上肢加夹脊(3~5椎), 下肢加夹脊(13~21椎)。局部叩刺: 即在患部叩刺。

叩刺方法 叩刺时针尖必须平齐, 垂直向下, 轻度叩刺。循经叩刺时, 每隔1cm左右叩刺一下, 一般可循经叩刺10~15次。局部病变部位叩刺时, 须反复叩刺。叩刺宜隔日1次, 10次为1疗程。

4. 穴位注射 取穴 肩髃、曲池、手三里、外关、髀关、足三里、阳陵泉、绝骨。

方法 可用维生素B₁100mg、维生素B₆50mg、维生素B₁₂0.1mg注射液注射于上述穴位, 每次2~4穴, 每穴注入0.5~1ml, 隔日1次, 10次为1疗程; 或穴位注射维生

素 B₁ 25mg、马钱子素 0.25mg、1%~2%奴夫卡因 1.5mg 皮下穴位注射，以上为 1.5 岁小儿量；1 天 1 次，3~7 天为 1 疗程；或维丁胶性钙，穴位长期注射。以上方法，可根据痿证病情酌情选用。

六、推拿疗法

1. 上肢 拿肩井筋，揉捏臂臑、手三里、合谷部肌筋，点肩髃、曲池等穴，搓揉臂肌来回数遍。

2. 下肢 拿阴廉、承山、昆仑筋，揉捏伏兔、承扶、殷门部肌筋，点腰阳关、环跳、足三里、委中、犊鼻、解溪、内庭等穴，搓揉股肌来回数遍。手劲刚柔并济，以深透为主。

【预防护理】

一、预防

1. 作好孕妇保健，防止妊娠期间的感染和外伤，注意孕期营养，减少产伤。
2. 加强体育锻炼，及时接受预防接种。
3. 避免居室潮湿，慎防湿邪侵袭。

二、护理

1. 治疗要及时，并应加强患肢的被动活动，如按摩、推拿等，防止肌肉萎缩。
2. 对长期卧床，不能翻动体位，或翻动较少者，应勤给患儿翻身、按摩，避免局部受压时间较长，影响血液循环，发生褥疮。
3. 对于患儿大小便失禁，或出汗较多者，应及时更换尿布。此外，患儿床铺要清洁整齐，经常保持干燥、平坦、无渣屑，防止皮肤破溃。

【文献选录】

《素问·痿论》：“黄帝问曰：五脏使人痿何也？岐伯对曰：肺主身之皮毛，心主身之血脉，肝主身之筋膜，脾主身之肌肉，肾主身之骨髓。故肺热叶焦，则皮毛虚弱急薄，著则生痿躄也。心气热，则下脉厥而上，上则下脉虚，虚则生脉痿，枢折挈，胫纵而不任地也。肝气热，则胆泄口苦，筋膜干，筋膜干则筋急而挛，发为筋痿。脾气热，则胃干而渴，肌肉不仁，发为肉痿。肾气热，则腰脊不举，骨枯而髓减，发为骨痿。”

《素问·痿论》：“帝曰：论言治痿者独取阳明何也？岐伯曰：阳明者，五脏六腑之海，主润宗筋，宗筋主束骨而利机关也。冲脉者，经脉之海也，主渗灌溪谷，与阳明合于宗筋，阴阳总宗筋之会，会于气街，而阳明为之长，皆属于带脉，而络于督脉。故阳明虚，则宗筋纵，带脉不引，故足痿不用也。帝曰：治之奈何？岐伯曰：各补其荣而通其输，调其虚实，和其逆顺，筋脉骨肉，各以其时受月，则病已矣。”

《万氏秘传片玉心书·五软病症》：“如小儿五软，有胎元不足软者，有大病后软者，有误服凉药软者。……以上三症，若不急治，有伤真元、久则成痿，以至不可治者多矣。”

《医林改错·痿痿论》：“或曰：元气归并左右，病半身不遂；有归并上下之症乎？余曰：元气亏五成，下剩五成，周流一身，必见气亏诸态。若忽然归并于上半身，不能行于下，则病两腿瘫痪。奈古人论痿症之源，因足阳明胃经湿热，上蒸于肺，肺热叶焦，皮毛憔悴，发为痿症，概用清凉攻下之方。余论以清凉攻下之药，治湿热腿疼痹症则可，治痿症则不相宜。岂知痹症疼痛，日久能令腿瘫，瘫后仍然腿疼；痿症是突然两腿不动，始终无疼痛之苦。倘标本不清，虚实混淆，岂不遗祸后人。”

《余听鸿医案·痿》：“治痿诸法，《证治准绳》各书，言语甚为纷繁。以余思之，用法当简，惟干、湿二字足矣。如花卉菜蔬，过湿则痿，过躁则痿，人之痿而不振，亦为干湿二字尽矣。看痿之干湿，在肉之削与不削，肌肤之枯润，一目了然。如肉肿而润，筋脉弛纵，痿而无力，其病在湿，当以利湿祛风燥湿。其肉削肌枯，筋脉拘缩，痿而无力，其病在干，当养血润燥舒筋。余治痿症甚多，今忆两条，未尝不可为规则也。”

【现代研究】

一、重症肌无力

该病是一种慢性自身免疫疾病，系神经肌肉交接处传递功能障碍所致。近年来中医治疗本病取得了较大的进展，简述如下：

1. 病因病机 邓中光认为本病的发生多为先后天同病，主要是肺脾肝肾虚损所致，而气虚下陷是病机关键，并贯穿于此病的全过程，在这个前提下，又有偏于气虚下陷、阳分虚损、阴分虚损的区别。^[1]周慎介绍了欧阳锜的经验，认为本病病机除脾虚气陷这一方面外，肝不主筋也是重要的方面。前者表现为气虚，略偏于寒；后者表现为阴虚，则偏于热。因此凡见口中和，大便溏，舌质淡者，从脾论治；见口干、便结、舌质红者，则宜求治于肝。^[2]李顺民报告了邓铁涛教授诊治此病的思路，认为脾胃虚损是本病发生的主要矛盾，而又与心肺肝肾密切相关，强调脾胃之气灌溉五脏，而脾胃之气中也有五脏之气，所谓“互为相使”，提出了重症肌无力以脾脏虚损为本，而五脏相关多元调治为要的治疗法则。^[3]王志祺从经脉循行及脏腑气血分析本病，提出足阳明胃经、足太阳脾经、足少阴肾经所循行、起止部位，正是该病发生部位。^[4]王长海把肝胆湿热作为主因，认为湿热阻滞，肝胆气机不利，使脾胃运化升降功能失健，引发中气不足。^[5]陈丹亦有运用五轮学说探讨本病眼肌型发病机理的报道。^[6]

2. 辨证论治 李庚和等将本病分为3型，脾虚气弱型以补中益气汤为主，备选黄精、山药、扁豆、胎盘片；脾肾气阴两虚型，以党参、黄芪、白术等合左归丸为主，备选何首乌、麦冬、五味子、白芍、阿胶、胎盘片；脾肾阳虚型，以党参、黄芪合右归丸为主，备选锁阳、巴戟天、补骨脂、杜仲、桑寄生、胎盘片。对1975年100例、1977年156例、1980年250例、1987年432例进行疗效分析，总有效率分别为86%、92%、94%、95%。1991年继以上法为主治疗50例重症患者，并设立对照组服强的松30~60mg/日。中药组痊愈11例，显效18例，有效20例，无效1例，总有效率达98%，与对照组比较虽然无显著差异，但无副作用，且对激素减量及减轻激素副作用等均有帮助。^[7]邓中光等根据益气升阳以举陷，补血养精以固肾的原则，临床随症进行加减，制定基本方：黄芪、党参、白术、陈皮、柴胡、当归、紫河车、甘草。肾阳虚较甚者加巴戟天、肉苁蓉、鹿角胶；肾阴虚较甚者加六味地黄丸；阴虚有热者，可用西洋参代党参、或加知母、沙参。治疗51例，有效率95.15%。在此经验基础上研制成强肌健力饮胶囊，重用黄芪，合五瓜龙、党参、白术、当归、升麻、柴胡、陈皮、甘草等组成专病专方。共治疗126例，临床治愈7例，显效93例，好转17例，无效9例，总有效率92.8%。^[8]陈丹介绍刘弼臣教授研制复方冲剂治疗小儿眼肌型患者30例。方药组成为党参、黄芪、陈皮、葛根、马钱子等，并设西药强的松对照30例，结果临床治愈16例，显效10例，有效3例，无效1例，总有效率96.7%，与对照组比较无显著差异，且副作用小。^[6]

3. 肌无力危象的救治 李庚和认为该病患者发生感冒或肺部感染最易导致肌无力

危象。根据“气脱者喘汗”导致阴阳离决之理论，认为本病为脾肾虚损，痰涎壅盛，治疗以扶正纳气为主，肃肺化痰为辅，基本方：别直参、蛤蚧尾，二药另煎冲服，大熟地与沉香粉同捣，胎盘两具，淡附片、煅龙牡、炙甘草、黑锡丹（包煎）、猴枣散（另冲），鲜竹沥兑生姜汁2~3滴（另冲），鼻饲给药，如神志不清加苏合香丸1粒研细冲服。并配合西药措施抢救。以上述方法结合西医抢救重症肌无力危象患者10例，8例成功。脱离危险后仍须大剂培补脾肾。^[9]

4. 实验研究 李顺民应用 Stieh 等所建立的口腔粘膜脱落上皮细胞的微粒测试技术，对40例重症肌无力患者和正常人进行了检测。结果微粒细胞的出现率前者明显高于后者。并对其中22例患者服用强肌健力饮胶囊治疗前后的微粒细胞出现率进行动态观察。结果表明，重症肌无力患者存在着不同程度的细胞遗传学损伤，脾虚体质与这种损伤有一定关系。强肌健力饮胶囊有逆转这种损伤的作用。^[10]邓中光等对31例患者与20例正常人进行了唾液淀粉酶活性负荷试验和木糖吸收试验的同步观察。显示本病的脾虚证有确切的病理学基础，进而支持了本病以脾胃气虚为主的认识。^[8]

二、脊髓灰质炎

该病是由脊髓灰质炎病毒引起的急性传染病。病毒主要侵害中枢神经系统，以脊髓前角运动神经细胞受损明显，可出现肢体弛缓性瘫痪，且多见于小儿，故有“小儿麻痹症”之称。董士锋报道，用小儿瘫痪丸（由马钱子、菟丝子、淫羊藿、川芎各90g，木瓜、制狗脊、丹参各180g，人参、附子、姜黄、蜈蚣、全蝎、天麻各30g，川乌15g，草乌9g，络石藤300g，怀牛膝、僵蚕、蕲蛇各60g，当归120g，蜂蜜1500g。上药共研末，制成丸剂3000粒。）治疗脊髓灰质炎患儿30例，病在下肢者28例，上肢者2例。经分别服用瘫痪丸60~900粒后，7例行走动作恢复正常，12例遗留轻度肢软或跛行或肌肉萎缩，8例症状略有改善，但无明显好转，3例无效。患者一般投药10天后，肌肉萎缩部分周径可以增长1cm，20天增至2cm，但继续服药，患肢周径增长速度逐渐减慢。作者在治疗过程中体会到治疗效果与疾病的严重程度似无关系，即使肢体失去自主运动能力者，仍有治疗希望，惟病程长者，效果较差。^[11]高俊彦用黑犬胫骨、马钱子、地龙、大蜈蚣、黄芪、党参、白术、玉竹、当归、红花、牛膝、桂枝、全蝎、杜仲、龟版、茯苓、黄柏碾成细末，炼蜜为丸。治疗小儿麻痹后遗症，在治愈的24例中有双下肢瘫痪者8例，偏瘫6例，颈肌麻痹头部倾斜者4例，偏瘫兼口眼歪斜者2例。^[12]

三、急性感染性多发性神经根炎

本病是一种病因不明，主要损害多数脊神经根和周围神经的急性疾病。临床主要以肢体无力或麻木、疼痛为特征，可因疲劳、受凉、淋雨、涉水等诱发。以3~6岁小儿为多见，6~10月为发病高峰季节。蔡化理报道，用天麻、仙灵脾、黄芪各500g，鸡血藤1000g，牛膝120g，制南星30g加水适量，煮沸2小时，去渣留液，加热蒸发成流浸膏；再将全蝎、僵蚕各30g，地龙60g，蜈蚣50条碾碎过筛制成细粉。将此细粉掺入流浸膏内和匀，置于干燥箱内或自然干燥后，制成粉剂。取名疗瘫健步灵，治疗传染性多发性神经根炎，大都于服药10天左右，开始好转，两下肢肌肉张力增强，能快走。平均每人服药45天左右，基本上完全恢复正常。临床上用该药治疗病毒性麻痹、婴儿麻痹后遗症（早期）、面神经麻痹的患儿，也能收到较好的疗效。^[13]

四、进行性肌营养不良症

本病是遗传性肌肉变性疾病。临床可分为假性肥大型、肢带型、面肩肱型等型。本病肌力逐渐减退,以至完全丧失,目前尚无确切特效的治疗方法。假性肥大型多于10岁以前逐渐起病,大多在20岁前即不能下地走动,发生肢体挛缩和骨骼畸形。部分病人可有心肌损害,晚期可见心力衰竭。肌带型多为良性,通常在中年时瘫痪才达严重程度。面肩肱型预后较好,大多不引起严重瘫痪。关于本病的现代研究报道参见“五软”节。

现代参考文献

- [1] 邓中光. 对重症肌无力的认识. 新中医, 1988, (4): 1
- [2] 周慎. 重症肌无力从肝论治. 中医杂志, 1995, 36 (9): 568
- [3] 李顺民. 邓铁涛治疗重症肌无力的思路与方法. 中国医药学报, 1991, (3): 54
- [4] 王志祺. 浅议“重症肌无力”的病机及治疗. 甘肃中医学院学报, 1988, (3): 13
- [5] 王长海. 龙胆泻肝汤加减治眼睑下垂. 山西中医杂志, 1990, (1): 56
- [6] 陈丹. 小儿眼肌型重症肌无力对照治疗分析. 中医杂志, 1991, (8): 33
- [7] 李庚和, 等. 50例重症肌无力(重型患者)的临床疗效观察. 上海中医药杂志, 1991, (11): 1
- [8] 邓中光, 等. 邓铁涛对重症肌无力的认识与辨证论治. 中国医药学报, 1993, (2): 41
- [9] 李庚和. 抢救重症肌无力危象10例的体会. 浙江中医杂志, 1985, 20 (3): 102
- [10] 李顺民. 强肌健力胶囊对重症肌无力患者口腔粘膜遗传毒性损害的保护作用. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (6): 348
- [11] 董士锋. 瘫痪丸治疗小儿麻痹症后遗症30例. 浙江中医杂志, 1980, 15 (10): 436
- [12] 高俊彦. 起痿丸治小儿痿证. 新中医, 1982, (8): 57
- [13] 蔡化理. 中西医结合儿科试用新方. 北京: 人民卫生出版社, 1985, 90

(马融于越)

11.4 痹病

【概述】

痹病是指人体感受风寒湿热之邪, 阻滞经络, 致使气血运行不利, 筋脉关节失于濡养, 引起筋骨、肌肉、关节等处的疼痛、酸楚、重着、麻木, 以及关节红肿热痛, 甚至屈伸不利、变形等一类疾病。以往称“痹证”。

西医学所述的各种关节炎(如风湿性关节炎、类风湿性关节炎等), 颈、肩、腰、腿痛(如风湿寒性关节痛、肌纤维组织炎、颈椎综合征、强直性脊柱炎、增生性骨关节炎等)及多种全身肌肉、关节疼痛等, 均属痹病范畴。

痹病好发于学龄儿童, 潮湿寒冷, 高山滨海地区患病较多。一年四季均可发病, 尤多见于秋冬季节, 每遇天气变化往往使症状加重。该病的发生与患儿禀赋不足, 正气亏乏, 外感风寒湿热有关, 若治疗不当, 日久不愈, 伤及脏腑, 可致气血受损, 出现脉乱, 心神不安, 悸惕不宁, 往往成为终身痼疾。

痹病的记载, 首见于《内经》, 该书提出痹证的病因为“风寒湿三气杂至, 合而为痹”, 将痹证分为行痹、痛痹、着痹3种。并指出痹证迁延不愈, 复感于邪, 内舍其合, 而引起脏腑痹。汉代张仲景在《伤寒杂病论》中论述了太阳风湿病, 以及湿痹、历节、血痹、肾痹的辨证论治。《华佗中藏经·论痹》提出暑热是痹证发病的病因之一, 故此提出

热痹的名称。明代《景岳全书》强调机体正气的盛衰在痹证发病中占有重要位置。《医宗金鉴》则主张以虚实归纳诸痹。叶天士对痹久不愈者，有“久病入络”之说，王清任《医林改错》也有瘀血致痹之论。在治疗中，历代医家创立了防风汤、乌头汤、薏苡仁汤、白虎加桂枝汤等治痹名方，此外《医学心悟》还提出治疗风痹要“参以补血之剂，所谓治风先治血，血行风自灭”。王清任提倡久痹加用祛瘀之药，并设身痛逐瘀汤治之。

现代对小儿痹病的研究更加广泛和深入，在基础理论方面，各地开展了动物造模、机理探讨、药理实验及中药化学分析等工作。在临床研究中开展了辨证与辨病相结合的观察方法，中药、针灸、推拿、理疗等综合治疗手段，尤其是近年来研制出雷公藤片、昆明山海棠片、风湿寒痛片等一批治痹新药，从而使临床疗效得到较大的提高。

【病因病理】

一、病因

痹病的病因有内、外之别。内因主要为体质虚弱，外因则责之风、寒、湿、热。

1. 正气亏乏 小儿先天禀赋不足，肝肾亏损，或后天喂养不当，气血两虚，或病久体弱，均可致小儿正气不足，卫外不固，腠理空虚，易于感受外邪。感邪之后，正虚无力驱邪外出，致使外邪得以逐渐深入，留连于筋骨血脉，阻碍气血而成痹证。

2. 外邪侵入 小儿久居严寒之地，或冒雨涉水，或睡卧当风，均可使风寒湿邪、风湿热邪直入肌肉、关节、筋脉，致使气血经络闭阻而成痹证。若素体阳气偏胜，感受风寒湿邪之后，邪气郁久化热，亦可易生热痹。

二、病理

1. 病变脏腑在肝肾 肝主筋，肾主骨。风寒湿热之邪侵袭人体，闭阻经脉，致使气血运行不利，筋骨失养，发生痹证。痹证日久不愈，气血亏耗，肝肾虚损，可见关节僵硬、畸形。由此可见新痹多因外邪留滞于筋骨之间，久痹常由肝肾亏损，筋骨失于濡养而致。

2. 病理因素为痰瘀 在痹证中，由于经脉气血长期周流不畅，常常导致“血停为瘀，湿凝为痰”之证，痰瘀可以互结，也可以和外邪相合，痰留关节，瘀阻络脉，更加重了痹阻，而致邪气根深难以遂除。痹证晚期所见到的关节肿胀、变形，亦为痰瘀交阻于骨节之间所致。

3. 病机属性分虚实 痹证有新、久之分，新病属实，久病属虚。痹证初起多为风寒湿热之邪，乘虚入侵人体，阻闭经络气血，常以邪实为主。如反复发作，或渐进展，经络长期为邪气壅阻，营卫之气不行，湿聚为痰，络脉瘀阻，痰瘀互结，多为正虚邪实。病久不愈，邪气久滞不祛，气血亏耗，肝肾虚损，筋脉骨骺失于濡养，遂为正虚邪恋之证，以正虚为主。亦有肝肾气血亏损在先，而感于外邪者，一开始就出现以虚为主，或本虚标实之证，而病程虽缠绵数月数年，或寒湿久羁，或湿热留注，或痰瘀胶结，虚实夹杂，以邪实为主者也属常见。

4. 病情演变重阴阳 小儿痹病的发生，多为体虚感邪所致，体虚是本病重要的内在因素。体虚大体上又可分为阳虚与阴虚，阳虚者以其卫外不固，易为风寒湿邪所伤，故感之者多为风寒湿痹；阴虚者，阳气相对处于偏盛状态，阴虚阳盛，故感之者多为风湿热痹。痹证日久不愈，肝肾亏极，故后期亦可见阴阳两虚的虚痹。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 以四肢大关节走窜疼痛为主，伴重着、酸楚、麻木、关节屈伸不利。多伴有恶寒、发热等。或初起多以小关节呈对称性疼痛肿胀，多发于指关节或背脊，晨僵，活动不利。病久受累关节呈梭形肿胀、压痛拒按，活动时疼痛。后期关节变形僵直、周围肌肉萎缩。

2. 病前多有咽痛乳蛾史，或涉水淋雨，久居湿地史。

3. 部分患者可有四肢环形红斑或结节性红斑。常可心脏受累。

4. 实验室检查，类风湿因子可阳性，发作期血沉增快，抗链球菌溶血素“O”可高于500单位。

5. X线摄片可见骨质疏松改变，或关节骨面侵蚀呈半脱位或脱位，以及骨性强直，关节面融合等。

二、鉴别诊断

痿病 临床以手足软弱无力，患肢枯萎羸瘦为特征，严重者甚至手不能持物，足不能任地，但肢体关节一般不痛，且多发生于下肢。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨风寒湿热痹 痹证多由风寒湿热之邪外侵所致。风邪偏胜者，其疼痛呈游走性，无一固定部位为行痹；寒邪偏胜者，其疼痛剧烈，痛有定处，并有遇寒则剧，得热稍减的特点为痛痹；湿邪偏胜者，酸痛重浊，随气候变化症状可加重或减轻为着痹；热邪偏胜者，多见关节红肿疼痛，兼有身热口渴等症状为热痹。

2. 辨识肿胀 关节肿胀多为湿邪偏胜所致。若肿胀疼痛，喜温喜热，多为寒湿；若肿胀色红，皮温升高并伴疼痛者，则为湿热；若关节肿胀不消，则为湿邪内停，气血运行不畅，导致血瘀。

3. 辨别体质 平素体质的阴阳盛衰差异，往往决定着受邪的性质。阳虚体质的患者，多呈虚胖体型，面色苍白或黄晦，多汗恶风，气短乏力，大便溏薄或次数增多，舌胖大质淡，脉虚，病之者多为风寒湿痹；阴血不足之体，多呈瘦削体型，面色黧黑，或面黄颧赤，潮热盗汗，五心烦热，舌红少苔，脉细数，病之者多属风湿热痹。

二、治疗原则

痹病初起以实证为多，治疗应以祛邪为主，根据感受风、寒、湿、热之邪的不同特点，分别投以祛风、散寒、利湿、清热等法。痹病日久可致血瘀，临床应配以活血化瘀之品，久痹耗伤气血，损及肝肾，故治疗当以扶正为先，或扶正祛邪并用。

三、分证论治

1. 行痹

证候表现 肢体关节疼痛，游走不定，关节屈伸不利，或见恶风发热，舌淡红，苔薄白，脉浮。

辨证要点 本证多发于春季。肢体关节疼痛以善行多变为特点，关节疼痛较痛痹为轻，关节肿胀亦不如着痹明显。

治法主方 祛风通络，散寒除湿。防风汤加减。

方药运用 常用药：防风、秦艽、独活、桂枝、茯苓、生姜、当归、白芍等。肩、肘、腕关节痛甚者，加羌活、白芷、桑白皮；腰、髋、膝、踝、趾关节痛甚者，加川续断、海

风藤、牛膝；全身关节疼痛者，加鸡血藤、丝瓜络、豨莶草、晚蚕砂、海桐皮、忍冬藤。

本证兼有心悸、气短，脉结代者，为邪气扰心，气阴不足之象，可加生脉散（人参、麦冬、五味子）；关节肿大色赤者，为邪有化热之证，改用桂枝芍药知母汤（桂枝、芍药、知母、麻黄、白术、防风、甘草、附子、生姜）加减治疗。

2. 痛痹

证候表现 肢体关节疼痛较剧，甚如刀割针扎，痛有定处，遇寒痛增，得热痛减，日轻夜重，关节屈伸不利，舌苔薄白，脉弦紧。

辨证要点 本证多发于秋冬气候寒冷季节，临床以关节剧痛为主要表现，且有遇寒痛增，得热痛减的特点。

治法主方 散寒止痛，祛风除湿。乌头汤加减。

方药运用 常用药：川乌、麻黄、细辛、芍药、甘草、秦艽、茯苓等。疼痛剧烈者，加草乌、乳香、没药；疼痛以肩肘为主者，加羌活、姜黄；疼痛以膝、踝关节为主者，加牛膝、木瓜；疼痛以腰脊为主者，加杜仲、寄生、老鹳草。

上方中川乌、草乌二药有一定毒性，使用不当，可致中毒，尤其生用毒性更大，其毒性物质主要为乌头碱、关沙乌头碱，剧毒成分为双酯型生物碱。研究发现，它的毒性与药效有关，故临床中对本证轻型患儿，可使用制川乌、制草乌，若效果不佳或症状较重者，可考虑使用生川乌、生草乌，但需用文火将二药与蜜或豆豉同煎2小时，方能减少其毒性和副作用。用量应从小剂量开始，初次剂量为0.5g，以后逐渐递增，以知为度，不可久服。如药后出现口腔、咽部粘膜刺痛及烧灼感，舌及口腔周围有麻木感，说话不流利，四肢麻木，甚至躁动不安，肢体发硬，抽搐，耳鸣，复视，心悸，脉迟或结代等中毒反应，应立即停药，迅速投以绿豆、黑豆、甘草水煎频服，或催吐、输液及用阿托品、普鲁卡因酰胺解救。

3. 着痹

证候表现 肢体关节疼痛重着，或肿胀、痛有定处，肌肤麻木不仁，手足沉重，活动不便或胸脘痞闷，泛恶，纳少，舌淡红，苔白腻，脉沉缓。

辨证要点 本证患儿多有久居湿地或冒雨涉水病史，发作时以肢体关节重着为主，疼痛较痛痹为轻，并有阴雨天加重的特点。

治法主方 除湿通络，散寒祛风。薏苡仁汤加减。

方药运用 常用药：薏苡仁、苍术、防己、麻黄、桂枝、羌活、独活、防风、海桐皮、木瓜。小便不利，身形浮肿者，加猪苓、泽泻、茯苓；关节肿大变形，加当归、红花、乳香、没药、山甲、蜣螂；心悸者，加太子参、五味子、麦冬、丹参、鸡血藤。

4. 热痹

证候表现 关节红肿疼痛，得冷稍舒，痛不可触，关节屈伸不利，兼有发热口渴，大便秘结，小便灼赤，舌红苔黄腻，脉滑数。

辨证要点 本证多兼有发热，或热退后出现关节的红、肿、热、痛及功能障碍，或伴有皮下结节、环形红斑，以及心悸、憋气、脉结代等。化验室检查，多有白细胞总数增多，血沉增快，抗溶血性链球菌“O”抗体阳性，心电图常见心律失常如房室传导阻滞等。

治法主方 清热通络，疏风胜湿。白虎加桂枝汤加味。

方药运用 常用药：生石膏、知母、桂枝、桑枝、银花、黄连、赤芍、丹皮、威灵仙、虎杖、甘草。头痛胸闷，舌苔黄腻，脉濡数者，加藿香、佩兰；汗出、口渴，加石斛、天花粉；下肢肿痛，小便短赤者，加海桐皮、防己、萆薢。

如伴有心悸、胸闷、憋气，心电图见房室传导阻滞等心律失常者，用生脉散（人参、麦冬、五味子）加莲子心、茯苓等；皮肤见有环形红斑，皮下结节者，加水牛角、地龙。本证亦可合用西药阿司匹林和强的松等治疗。

5. 顽痹

证候表现 肢体关节疼痛反复发作，骨节僵硬变形，疼痛剧烈或麻木不仁，关节或红肿焮热，兼见发热、口渴、尿赤；或关节冷痛，遇寒加剧，得热暂安，舌紫，或见瘀斑，脉细涩。

辨证要点 本型有二个特点，一为痹证日久，反复难愈；二为骨节僵硬变形，此乃气血为外邪壅滞，运行不利而变生瘀血痰浊，停留于关节骨骱所致。西医学类风湿性关节炎多属此证。

治法主方 活血化瘀，化痰通络。身痛逐瘀汤加减。

方药运用 常用药：桃仁、红花、赤芍、五灵脂、乳香、没药、香附、川芎、地龙、全蝎、乌梢蛇、羌活、独活、秦艽、牛膝、甘草。关节红肿焮热，伴发热口渴，尿赤者，加忍冬藤、桑枝、虎杖、生石膏、黄柏；关节冷痛，遇寒加剧，得热暂安者，加附子、川乌、桂枝。

久痹不愈，伴血虚肾亏者，改用益肾蠲痹丸（熟地、当归、淫羊藿、鹿衔草、全蝎、蜈蚣、乌梢蛇、蜂房、地鳖虫、姜黄、炙蜣螂虫、生地黄、老鹳草、寻骨风、虎杖等）。本证亦可用雷公藤片治疗。骨节畸形严重，影响功能者，可考虑手术矫形。

6. 虚痹

证候表现 痹证日久不愈，骨节酸痛，肢体屈伸不利，肌肉萎缩，面黄少华，心悸乏力，气短自汗，舌淡苔白，脉象濡弱。

辨证要点 本证多发生于痹证后期，以肌肉萎缩，心悸气短为主，其原因多为气血耗伤，筋骨肌肉及脏腑失养所致，严重者可伴有肝肾亏损之证。

治法主方 益气养血通络。黄芪桂枝五物汤加味。

方药运用 常用药：黄芪、桂枝、大枣、白术、白芍、生姜、当归、鸡血藤。骨节疼痛较甚者，加姜黄、防风、秦艽、豨莶草；倦怠乏力者，加党参、茯苓、炙甘草。

伴有肝肾不足者，改服独活寄生汤（独活、桑寄生、秦艽、防风、细辛、当归、芍药、川芎、地黄、杜仲、牛膝、人参、茯苓、甘草、桂心）。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 风湿寒痛片 用于行痹、痛痹。
2. 风湿关节炎片 用于热痹。
3. 消肿祛痛灵 用于痛痹、着痹。
4. 风湿马钱片 用于痛痹、着痹。

二、单方验方

1. 鸡血藤 24g，生地 20g，防风、秦艽、乳香、没药各 9g，益母草 18g，威灵仙、独

活、防己各12g。每日1剂，水煎服。用于风寒湿痹。

2. 葛根60g，忍冬藤45g，丝瓜络15g，路路通12g。水煎服，每日1剂。用于热痹。

3. 蝮蛇、赤练蛇各124条，乌梢蛇110条，眼镜蛇、蕲蛇各10条，地鳖虫、蜈蚣各0.6kg，鸡血藤、钻地风、五加皮各5kg，海风藤、威灵仙、草河车、苍术、狗脊、秦艽各2kg，红花、桂枝各1kg，白酒200kg浸泡，密封1个月后滤取药酒。每次服10~20ml，每日2次。用于顽痹。

4. 黄芪、当归、白芍、木防己、松节、豹骨（或猴骨）各100g，桂枝、羌活、续断、骨碎补、乳香、没药、怀牛膝、石楠藤、寻骨风、透风消各60g，老鹤草120g，泡于白酒5kg中，半个月取服。每次10~30ml，每日2次。用于虚痹。

三、药物外治

1. 生艾叶15g，生川乌、生草乌、白芷、川芎、羌活各9g。上药共为粗末，分为2份，各装入布口袋，封口放入水中煎煮，煮时加鲜大葱4~5根，生姜1片，均捣碎，老酒1杯。煮沸20分钟后，取出1个口袋，将水压干，趁热敷贴患处，两口袋轮流使用。每次热敷15分钟，每日2次，每剂可用2~3次。热敷时注意不要当风，敷后擦干，注意保温。本方适用于热痹。

2. 坎离砂，适量加醋，湿敷患处。适用于痛痹。

3. 庵蓂子15g，南星10g，川乌、草乌、萆薢各6g，细辛、当归各5g，75%酒精500ml，浸泡7天，过滤外用，擦患处。适用于行痹、痛痹。

四、食疗方药

1. 薏仁粥方 将薏苡仁碾成粉，每次以水500ml放锅内烧开，缓缓加入20ml以水调稀的薏苡仁粉，待煮至成粥状即可。

2. 乌鸡汤 将乌鸡宰杀去毛及内脏，用水冲洗干净，放入锅内加水烧开，撇去血沫，放入葱、姜、花椒、料酒、盐，改用微火煮至肉酥烂，吃肉喝汤。

3. 鹿茸丸 将鹿茸30g去毛，酥炙微黄，与附片30g、盐0.5g共研细末，加适量红枣肉为丸，如梧桐子大。每服20丸，空腹服。每日1次。

4. 木瓜羹 木瓜4个蒸熟去皮，研为泥；白蜜500g炼净。两味和匀，瓷器瓶（罐）收贮。每日空腹用沸水冲调服1~2匙。

5. 老桑枝60g（或石榴皮150g），母鸡1只，约1000g重，去内脏洗净，加水同煮，饮汤食肉。

五、针灸疗法

1. 上肢肩肘关节 主穴：肩髃、曲池、合谷、肺俞；配穴：支沟、后溪、尺泽、天井、肩髃。

2. 上肢腕、掌、指关节 主穴：外关、曲池、合谷；配穴：阳溪、阳池、阳谷、中渚、八风、十宣、经渠、太渊、腕骨。

3. 脊柱 主穴：风府、大椎、腰俞、肺俞、厥阴俞；配穴：环跳、委中、昆仑。

4. 下肢关节 主穴：肾俞、大肠俞、八髎、腰俞、环跳、阳陵泉、足三里；配穴：风市、伏兔、阴市、行间、解溪、委中、承山、窍阴、八髎、绝骨、昆仑、照海、然谷、内庭、中冲、玉阴、中封。

针刺时要注意补泻手法，实证多用泻法，虚证多用补法，虚中夹实，可补泻兼施；重

病宜先针健侧主穴，后针患侧主穴，待病情减轻后，可先针患侧主穴。患者自觉以酸、痛、软、麻木为主者，可多灸少针；胀痛、红肿，只针不灸。一般留针时间以10~15分钟为宜。

六、推拿疗法

1. 腰痛

(1) 急性腰扭伤 患者侧卧位，屈髋屈膝，术者位于患者背侧，一手按于患肩前，一手按于臀部，双手轻轻向相反方向推动，趁患者腰部放松时，再适当用力抖搬，听到轻轻的关节错动声，可一次成功。也可配以按揉、点穴等方法。

(2) 强直性脊柱炎 推拿按摩也按上述方法进行。增加按揉脊柱的两侧，自上而下反复4~5次，双拇指沿棘突两侧按穴自上而下反复4~5次，双手鱼际顺背部两侧向外分推于季肋部4~5次，叩击沿后背进行。双手摇踝，轻屈髋作伸屈牵动3~4次。一手摇动双踝，一手按于微屈双膝，左右摇动髋部。稍久加压后再以双手握踝牵拉伸直。

2. 髌痛 患者俯卧按环跳以肘代指，下肢伸直，一手摆于膝前，另一手扶臀略外侧，向对方轻轻搬动。然后仰卧位，伸直下肢，拇指按点压于臀大肌处，余四指扶于鼠蹊部，拇指用力向上内点按有酸胀感，再揉动半分钟轻轻松开，再以拇指点压髌关穴（相当于股动脉），渐用力停留半分钟，轻轻松手后患者感下肢热即止，最后摇髌牵抖。

3. 膝痛 患者仰卧位，先拿血海、梁丘、阳陵泉、阴陵泉、膝眼穴。然后滚揉大腿部，按揉伏兔穴，作被动膝关节活动，挤、按、揉、推膝关节周围，拿揉委中、承山、解溪穴。以姜酒外擦，再行按揉膝部，可缓解痉挛，祛瘀消肿止痛，松解粘连。

磁疗法 将磁片直接贴敷于人体一定的穴位和患病局部，利用磁片产生的恒定磁场治病。一般用800~1500GS的小磁片贴敷于患病关节及其临近穴位。如膝关节取穴膝眼、鹤顶、阴陵泉。腕关节取穴内关、外关。肘关节取穴曲池、手三里。指关节、踝关节等小关节用两个磁片异名极对置贴敷，在两个磁片之间形成贯通磁场。如大关节部位较深，宜用高磁场程度的磁块。

氦-氖激光穴位照射 颈椎病变可选用大杼、风池、痛点（阿是穴）、椎体横突间或椎间之相应穴位；腰椎病变常取的穴位是环跳、肾俞、委中、上髎、昆仑、承山及病变椎体邻近的相应穴位；膝关节病变取患侧内外膝眼、阳陵泉、足三里、悬钟、昆仑、犊鼻、梁丘等穴。每日1次，每次取3~5个穴位，每穴5分钟，10~12次为一疗程。为提高疗效，照前穴位可涂紫药水，促进光能的吸收。

七、西医疗法

1. 阿司匹林 用量每日100mg/kg bw，每日用量不超过10g，少数病例需增加到每日120mg/kg bw，每6小时1次，分4次口服。开始剂量用至体温下降，关节症状消失，血沉、C反应蛋白及白细胞下降至正常，大约2周左右减为原量的3/4，再用2周左右，以后逐渐减量至完全停药。单纯关节炎者用药4~6周，有轻度心脏炎者宜用12周。

2. 强的松 用量为每日2mg/kg bw，分3~4次口服，开始用量持续2~3周，以后缓慢减量，至12周完全停药，或在停强的松前1周，加用阿司匹林治疗，继用6~12周，时间久暂可视病情而定。

3. 免疫抑制剂 全身症状严重，严重进展性关节炎应用阿司匹林或强的松未能控制者可试用免疫抑制剂。常用有环磷酰胺每日2~3mg/kg bw，或硫唑嘌呤每日1~2.5mg/

kg bw, 均可口服。此类药副作用较大, 应慎用。

【预防护理】

一、预防

1. 注意防寒、防潮和保暖, 尤其在气候变化反常时, 要避免汗出当风, 防止感冒。
2. 加强体育锻炼, 增强体质, 提高健康水平, 避免风寒湿热侵袭。

二、护理

1. 注意防寒避湿, 可在疼痛处加用护套, 阴雨寒湿天气更应注意保护, 以免病情加重或急性发作。热痹患儿虽不畏寒, 但也不宜直接吹风。

2. 饮食宜营养丰富, 少食辛辣刺激食物。痛痹者忌食生冷, 宜食羊肉等温性食物; 热痹者应食蔬菜水果, 还可根据脏腑气血不足的情况, 酌情选用各种补养食品, 以增强机体的抗病能力, 防止变证。

【文献选录】

《素问·痹论》:“风寒湿三气杂至, 合而为痹也。其风气胜者为行痹, 寒气胜者为痛痹, 湿气胜者为著痹也。”

《诸病源候论·风病诸候上》:“痹者, 风寒湿三气杂至合而成痹。其状肌肉顽厚或疼痛, 由人体虚腠理开, 故受风邪也, 病在阳曰风, 在阴曰痹, 阴阳俱伤曰风痹。其以春遇痹者, 为筋痹则筋屈。筋痹不已又遇邪者, 则移入肝。其状夜卧则惊, 多饮小便数。夏遇痹者, 为脉痹则血流不流, 令人萎黄。脉痹不已又遇邪者, 则移入于心。其状心下鼓气暴上逆喘不通, 嗑干口善噫。仲夏遇痹者为肌痹, 肌痹不已后遇邪者, 则移入脾。其状四肢懈惰, 发咳呕汁。秋遇痹者为皮痹, 则皮肤无所知。皮痹不已又遇邪者, 则移入于肺。其状气奔痛。冬遇痹者为骨痹, 则骨重不可举。不随而痛。骨痹不已又遇邪则移入于肾。其状喜胀, 诊其脉大而涩者为痹, 脉来急者为痹。其汤熨针石别有正方, 补养宣导, 今附于后。”

《仁斋小儿方论·杂证》:“小儿禀受不足, 气血不充, 故肌肉瘦薄, 骨节呈露如鹤之膝。抑亦肾虚得之, 肾虚则精髓内耗, 皮革不荣, 易为邪气所袭, 日就枯悴, 其殆鹤脚之节乎? 前项钱氏地黄丸, 本方加鹿茸(酥炙)、川牛膝各二钱, 修合服饵一丸, 三岁以下与十丸, 三岁以上为十五丸。”

《景岳全书·杂证谟·风痹》:“风痹一症, 即今人所谓痛风也。盖痹者闭也, 以血气为邪所闭, 不得通行而病也。如痹论曰: 风气胜者为行痹, 盖风者善行数变, 故其为痹则走注历节, 无有定所是为行痹, 此阳邪也。曰寒气胜者为痛痹, 以血气受寒则凝而留聚, 聚者为痛, 是为痛痹, 此阴邪也。曰湿气胜者为著痹, 以血气受湿则濡滞, 濡滞则肢体沉重而疼痛, 顽木留著不移, 是为著痹, 亦阴邪也。凡此三者, 即痹之大则也。此外如五脏六腑之痹, 虽以饮食居处皆能致之, 然必重感于邪, 而内连脏气, 则合而为痹矣。若欲辨其轻重, 则在皮肤者轻, 在筋骨者甚, 在脏腑者更甚。若欲辨其寒热, 则多热者方是阳证, 无热者便是阴证。然痹本是阴邪, 故惟寒则多而热者少, 此者不可不察。”

【现代研究】

一、药效学研究

1. 镇痛试验 应用物理性(热、电、机械)与化学性(氢离子、缓激肽、钾离子等物质)刺激小鼠, 使其产生疼痛。常用的模型有扭体法、热板法、辐射热甩尾法、电刺

激法及钾离子皮下透入致痛法等。胡先启等用麝香祛痛搽剂可使小鼠耐热时间明显延长。^[1]陈奇等用蔓荆子提高小鼠的疼痛阈,具有较好的镇痛作用。^[2]蒋孟良等报道伤痛一搽灵有减轻肌肉坏死程度,减少疤痕的作用。^[3]

2. 抗炎试验 给大鼠右后肢足跖皮下注射一定剂量的角叉菜,诱发足跖炎症肿胀,用玻璃容器法可测量大鼠后肢足跖肿胀程度。霍海如等报道青藤碱具有明显的抗炎作用,一次皮下注射 50mg/kg bw,抗炎作用可维持 5 小时。^[4]袁青禄观察到骨炎灵对小鼠琼脂性足跖肿胀,大鼠甲醛性踝关节肿胀和棉球肉芽组织增生,以及组织胺引起的大鼠皮肤血管通透性增加均有明显的抑制作用。^[5]王淑云等亦报道牛皮粉可明显减轻二甲苯诱发小鼠耳壳的炎症,及对大鼠由埋藏棉球诱发肉芽组织增生的慢性炎症作用。^[6]

3. 免疫作用 李瑞琳等报道雷公藤缓释片和雷公藤片对机体体液和细胞免疫功能均有一定的抑制作用,如二药对小鼠溶血素抗体生成、外周血淋巴细胞酯酶染色(ANAE)阳性率和二硝基氯苯所致小鼠迟发型超敏反应均有显著抑制作用。^[7]

二、临床研究

张维琳认为外邪侵袭,正气内虚和居处卑湿是造成痹证的三大原因,因此提出调理脾胃,补中益气法治疗痹证,此法不仅限于久痹当补者,也可用于风寒湿邪所致的新痹。其自拟补中除痹汤(黄芪、党参、白术、茯苓、桂枝、陈皮、焦三仙、炙甘草)每 10 剂为 1 疗程,一般治疗 1~3 个疗程获效。治疗慢性风湿性关节炎 84 例,显效率为 86%。^[8]

汪履秋老中医指出,痹证的发病原因是风寒湿三气杂至,因此临床应以祛邪为主,一味滋补或以补为主都不能很快取得疗效。其治疗类风湿性关节炎急性发作期的基本方为麻黄、苍术、桂枝、白芍、红花、防风、防己、威灵仙、雷公藤、虎杖、露蜂房、寻骨风,痛甚者加制南星、制川乌;关节僵硬,活动不利者加全蝎、地鳖虫,临床疗效颇佳。^[9]

杨桂生认为热痹是因素体阴精不足,阳气偏盛,一旦遭受风寒湿热邪侵,则外邪易从阳化热,热蕴邪闭,气血不畅,络脉痹阻而致。用自拟热痹清解汤(七叶一枝花、白花蛇舌草、生石膏、生地、防己、地龙、忍冬藤、络石藤)每日 1 剂,1 个月为 1 疗程。治疗热痹 30 例,其中风湿性关节炎 6 例,类风湿性关节炎 14 例,痛风 6 例,原因不明 4 例。治疗结果,近期治愈 8 例,显效 16 例,有效 6 例。^[10]

寇秋爱等报道类风湿冲剂(白花蛇舌草、土茯苓、生地、白芍、汉防己、忍冬藤、青风藤、威灵仙、鹿衔草、赤芍、地龙、桂枝、生甘草)治疗急性期类风湿性关节炎 34 例,其中临床治愈 5 例,显效 15 例,有效 11 例,无效 3 例,总有效率为 91.2%。该药可明显减少关节疼痛、肿胀数,减轻关节疼痛、肿胀程度,缩短晨僵时间,提高双手握力,增强关节功能。此外,本药还可调节机体的免疫功能、抗炎、镇痛,因此认为该药是一种有效的抗炎免疫调节药。^[11]

陈纪藩等报道用通痹灵(桂枝芍药知母汤加味)治疗类风湿性关节炎 137 例,总有效率为 90.51%,该药在降低血沉、C 反应蛋白、类风湿因子滴度等方面有良好作用,并具有升高患者低下的 T 淋巴细胞亚群 CD₃、CD₈,降低 CD₄/CD₈ 比值及 B 细胞数,协调 Th/Ts 之间平衡,抑制过亢的体液免疫作用。因此认为该药抗类风湿性关节炎的作用机理,除与其消炎镇痛作用相关外,尚与其免疫调节、阻遏本病免疫病理变化,改变病情

发展密切相关。^[12]

生马钱子有毒，极少入于汤剂，但李迎认为只要严格控制剂量，注意煎药方法，是不会中毒的，开始剂量以 1.5g 为宜，后逐渐加至 6g（极量），加量时要根据患者服药后的反应来决定，如药后手足稍有抽动，此为最佳药效，其量万万不可再加，否则就会中毒。其用加减马钱子汤治疗类风湿性关节炎，取得较好疗效。^[13]

石玉山等报道用复方马钱子片（马钱子粉、全蝎、当归、荆芥、防风、木瓜、川牛膝、红花等）治疗寒热错杂、瘀血阻络型类风湿性关节炎 352 例，2 个月为 1 疗程。结果：临床治愈 3.4%，显效 44%，有效 44.8%，无效 7.8%，总有效率达 92.2%。治疗后患者类风湿因子转阴率为 29.4%，C 反应蛋白转阴率为 28.2%。^[14]

麻黄生用发汗力强，医家一向慎之。然而雷仕卓根据《外科证治全生集》“麻黄得熟地则通络而无发表之功”之论述，用生麻黄 50g 配以熟地、当归等药，研末吞服，治疗风寒湿痹，竟获奇效。^[15]

古人有“细辛用量不过钱”之说，但高家骏等重用细辛（每日 60g）治疗晚期重症类风湿性关节炎 40 例获得良效，并与用常规剂量细辛（每日 3g）治疗 30 例进行对照观察，结果治疗组显效率为 45%，总有效率为 90%，而对照组则分别为 26.7% 和 73.3%。此外，晨僵时间、关节疼痛总数及指数，关节肿胀总数及指数，双手平均握力，20 米行速，关节功能指数等 8 项指标，治疗组明显优于对照组 $P < 0.01$ ，且未见明显毒副作用。^[16]

谢华等报道用蜂螫疗法治疗类风湿性关节炎。方法：取活蜜蜂，镊子轻夹其胸部，将尾之螫针对准已选定的穴位稍碰皮肤即可。一般每周治疗 1 次，10 次为 1 疗程。本组疗程最短 4 次，最长 71 次。结果治愈 12 例，显效 26 例，好转 31 例，无效 6 例，总有效率达 92%。^[17]

王少杰报道用中药浴治疗类风湿性关节炎 52 例，其中寒湿痹型药用乳香、没药、姜黄、赤芍、秦艽、续断、桂枝、墨旱莲、炮山甲、细辛、白花蛇舌草、羌活、独活、透骨草、雷公藤。湿热型药用黄柏、知母、生薏苡仁、仙灵脾、鸡血藤、桑枝、牛膝、桃仁、红花、女贞子、徐长卿。上药各煎后与水按 1:6 比例混匀放入药浴箱内，热频率调节在 700~1200 之间，温度调节在 45℃~55℃ 之间，每次药浴时间为 20~40 分钟，每日 1~2 次，3 周为 1 疗程，3 个疗程后统计疗效，总有效率为 96.15%。^[18]

现代参考文献

- [1] 胡先启，等．麝香祛痛搽剂的研究．中成药，1990，（2）：26
- [2] 陈奇，等．蔓荆子研究初报．江西中医药，1991，（1）：42
- [3] 蒋孟良，等．伤痛一搽灵治疗软组织损伤的实验研究．中国骨伤杂志，1993，（4）：7
- [4] 霍海如，等．青藤碱镇痛和抗炎作用机理的研究．西安医科大学学报，1989，10（4）：347
- [5] 袁青禄．骨炎灵的抗炎作用．中国骨伤杂志，1993，（3）：5
- [6] 王淑云，等．牛皮粉抗炎作用的实验研究．中国骨伤杂志，1993，（2）：5
- [7] 李瑞琳，等．雷公藤缓释片治疗类风湿性关节炎的临床及实验研究．中国中西医结合杂志，1996，（1）：10
- [8] 张雅琳．补气健脾治疗痹证．中医杂志，1995，36（3）：184
- [9] 王天俊．汪履秋治疗类风湿性关节炎经验．中医杂志，1995，36（10）：589
- [10] 杨桂生．自拟热痹清解汤治疗热痹 30 例．上海中医药杂志，1996，（3）：25

- [11] 寇秋爱,等.类风湿冲剂治疗急性期类风湿性关节炎34例的临床疗效观察.中医杂志,1995,36(9):537
- [12] 陈纪藩,等.通痹灵治疗类风湿性关节炎137例临床研究.新中医,1997,(9):13
- [13] 李迎.加味马钱子治疗类风湿性关节炎.上海中医药杂志,1995,(1):34
- [14] 石玉山,等.复方马钱子治疗类风湿性关节炎临床观察.中国中西医结合杂志,1997,17(8):480
- [15] 雷仕卓.麻黄大剂治愈风寒湿痹.上海中医药杂志,1995,(3):35
- [16] 高家骏,等.重用细辛与常规剂量细辛治疗晚期重症类风湿性关节炎临床对照研究.中医杂志,1997,38(5):283
- [17] 谢华,等.蜂螫治疗类风湿性关节炎75例.上海中医药杂志,1995,(6):30
- [18] 王少杰.中药浴治疗类风湿性关节炎52例.辽宁中医杂志,1997,24(7):308

(马融 于越)

11.5 胁痛

【概述】

胁痛是以一侧或两侧胁肋疼痛为主要表现的病证,也是一种比较常见的自觉症状。在儿科范围,本证多见于学龄儿童,临床表现除胁肋部胀痛、刺痛或隐痛外,尚可见胸闷纳差、脘腹胀满,或咽干、心烦、口苦、目赤等症。西医学的急慢性肝炎、胆囊炎、肝硬化、肝脓肿、胆道蛔虫症、肋间神经痛等疾病,表现以胁痛为主要症状者,均可按胁痛论治。

胁痛一症,早在《内经》就有记载,并已明确指出其病位主要在肝胆。如《素问·脏气法时论》说:“肝病者,两胁下痛引少腹。”《素问·缪刺论》也说:“邪客于足少阳之络,令人胁痛不得息。”关于病因,《内经》认为有寒、热、瘀等方面。如《素问·举痛论》:“寒气客于厥阴之脉,……则血泣脉急,故胁肋与少腹相引痛矣。”《素问·刺热论》:“肝热病者,……胁满痛,手足躁,不得安卧。”《灵枢·五邪》:“邪在肝,则两胁中痛,……恶血在内。”汉·张仲景著《伤寒论》从外感伤寒方面论述了“胸胁苦满”、“胁下痞硬”、“胁下硬满”等少阳胆腑之症,并在《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》中提出水饮留伏引起胁痛的病理机制:“水在肝,胁下支满,噎而痛”;“留饮者,胁下痛引缺盆。”隋·巢元方《诸病源候论·胸胁痛候》指出:“邪气乘于胸肋,故伤其经脉,邪气之与正气交击故令胸肋相引而急痛也。”元·朱震亨《丹溪心法》说:“胁痛,肝火盛,木气实,有死血,有痰流注。”至明代,《景岳全书·杂证谟·胁痛》根据病因的不同将胁痛分为外感、内伤两类,并提出以内伤者为多见,如:“胁痛有内伤外感之辨,……有寒热表证者方是外感,如无表证悉属内伤。但内伤胁痛者十居八九,外感胁痛则间有之耳。”同时,对内伤胁痛发病原因进行归纳,认为有郁结伤肝、肝火内郁、痰饮停伏、外伤血瘀以及肝肾亏损等方面。在此基础上,清·叶天士《临证指南医案》更提出:“久病在络,气血皆窒”之说,从而使胁痛的病因病机理论趋于完善。

现代对胁痛的研究更加深入,一方面系统阐述胁痛的病因病机,进一步充实其证治内容,另一方面对胁痛为主症的疾病如急慢性肝炎、胆囊炎等,进行专门研究,使其辨证论治在结合辨病的基础上得到深化,并通过药理研究不断提供中药治疗上述疾病的实验依据,为进一步筛选药物和改革剂型奠定了基础。

【病因病理】

一、病因

胁痛病因有外感、内伤之分，以内伤居多。内伤包括气滞、血瘀、阴虚、湿热、食积、痰饮等因素，外感方面多因感受风寒、邪郁少阳而发病。

二、病理

1. 病位责诸肝胆 肝居胁下，其经脉布于两胁，胆附于肝，其脉亦循于胁，故胁痛之病，主要责于肝胆。正如《景岳全书·杂证谟·胁痛》说：“胁痛之病本属肝胆二经，以二经之脉皆循肋故也。”肝主疏泄，性喜条达，无论内伤诸因，还是外感风寒，均可导致肝胆疏泄不利，或升降失调，或肝脉不通，或肝络失养而引起胁痛。由于足少阳胆经起于目外眦，上至头角；足厥阴肝经循少腹，上至巅顶，故临床上还可出现头痛、少腹疼痛等症。

2. 病性以实为主 胁痛病证可由多种因素所引起，其病机属性有虚有实，而以实证多见。实证以气滞、血瘀、湿热、痰饮、食积为主，其中又以气滞为先。虚证多属阴血不足，肝失所养。此外，实证日久，化热伤阴，肝肾阴虚，亦可出现虚实夹杂之证。

肝郁气滞 肝为刚脏，性喜条达，职司疏泄，若所愿未遂，情志抑郁或暴怒伤肝，肝失条达，疏泄不利，气机郁滞阻于胁络，而致肋肋胀痛。

瘀血阻络 多由高处坠下，跌仆损伤，恶血流于胁下，阻塞脉络；或肝郁气滞，病久入络，血流不畅，瘀血停着，胁络痹阻，而致胸肋刺痛。

肝胆湿热 饮食不节，脾失健运，则生内湿，湿从热化，侵及肝胆；或长夏溽暑，湿热内侵，蕴结脾胃，传于肝胆，土壅木郁，胁络阻痹而发生胁痛。

饮食积滞 饮食失节，积滞中焦，损伤脾胃，气机阻滞，脘腹胀满，升降失调，浊气厥逆，上冲两肋而致胁痛。如《素问·五脏生成论》说：“腹满腹胀，支膈肋肋，下厥上冒，过在足太阴、阳明”。

痰饮留积 中阳不足，复加外感寒湿，或为饮食所伤，脾胃运化无权，水津失于转输而聚为痰饮，痰饮留积，壅塞胁络，气机升降失调，因而发生胁痛。

肝阴不足 肝郁日久，化火伤阴，或由肾阴不足，损及肝阴；或因久病血虚，不能养肝，肝阴不足，肝络失于濡养而致肋肋隐痛。

邪犯少阳 少阳经脉布于两胁，风寒之邪直犯少阳，或由太阳传入少阳，少阳枢机不利，升降失调，经气郁滞，而致胸肋苦满、肋肋疼痛。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 以一侧或两侧肋肋疼痛为主要表现，可伴有胸闷、纳差、口苦、咽干、恶心、心烦等症状。

2. 常有情志失调、饮食不节、跌仆损伤或感受风寒等病史。

3. 相关体征、影像学检查及肝功能、特异性免疫检查可帮助诊断原发疾病。

二、鉴别诊断

胁痛病证可见于病毒性肝炎、急性胰腺炎、胆道蛔虫病、肋间神经痛等多种疾病。

1. 病毒性肝炎 为常见传染病，除胁痛外，尚可见食欲不振、恶心呕吐、疲乏无力，或具黄疸、发热，肝脏肿大，肝功能异常及血清学检测的阳性结果等。

2. 急性胰腺炎 以上腹疼痛为主，伴有发热、恶心呕吐、白细胞上升等，血尿淀粉酶检测及超声检查可帮助诊断。

3. 胆道蛔虫病 有蛔虫病史。典型症状为突然发生上腹部剧烈疼痛，时间持续数分钟、10余分钟不等，发作时表情痛苦，呻吟叫喊。静脉胆道造影和B型超声检查，可见胆道内有蛔虫影像。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨外感内伤 外感胁痛，起病较急，多因风寒之邪郁滞少阳所致，临床常见发热、恶寒等症；内伤胁痛，起病较缓，多由肝气郁结、瘀血阻络、痰饮留积、肝胆湿热或肝阴不足等引起，一般无寒热表证。诚如《景岳全书·杂证谟·胁痛》云：“胁痛有内伤外感之辨。风寒邪在少阳经，乃病为胁痛，耳聋而呕，然必有寒热表证者，方是外感，如无表证，悉属内伤。”

2. 辨胁痛性质 疼痛走窜不定，时痛时止者，多为肝失疏泄，气机郁滞所致；肋肋刺痛，入夜尤甚，痛处拒按者，多为瘀血内阻，肝络不通所致；胸胁胀满疼痛，以肋下部位为主，呼吸、咳唾、转侧时疼痛加重者，多为痰饮留积，壅阻胁络所致；肋肋剧烈疼痛，有重着感，且有定处，触痛明显者，多为肝胆湿热，胁络阻滞所致；肋肋胀痛，脘痞厌食，多为饮食积滞，浊气厥逆所致；肋肋隐痛，悠悠不休，疲劳后疼痛加重，按之反较舒适者，多为肝阴不足，肝络失养所致。

二、治疗原则

气为血之帅，气行则血行，气滞则血滞。故胁痛治疗原则是以行气通滞为主。诚如《景岳全书·杂证谟·胁痛》云：“凡属有形之证，亦无非由气之滞，但得气行则何聚不散？是以凡治此者，无论是血是痰，此皆兼气为主而后随宜佐使以治之，庶得肯綮之法，无不善矣。”治疗胁痛，可分外感内伤。外感胁痛，因风寒之邪郁滞少阳胆经，治当祛邪为主，和解少阳；内伤胁痛，宜分清气、血、虚、实，随证使用疏肝理气、祛瘀通络、养阴柔肝、清热利湿、涤痰通络、消食导滞等法。

三、分证论治

1. 邪犯少阳

证候表现 往来寒热，胸胁满痛，不思饮食，心烦喜呕，口苦咽干，耳聋目眩，舌苔白滑，脉弦。

辨证要点 本证由邪犯少阳，枢机不利，胁络阻滞所致。其证胸胁满痛，且伴有寒热往来、口苦咽干、心烦喜呕、不欲饮食等邪居半表半里，正邪相争或胆火上炎，胃失和降的症状，多属外感胁痛。

治法主方 和解少阳，畅利胸膈。柴胡枳桔汤加减。

方药运用 常用药：柴胡、枳壳、姜半夏、生姜、黄芩、桔梗、陈皮等。肋下痞硬者加郁金、丹参、牡蛎（先煎）；腹中痛者去黄芩，加芍药、甘草。

2. 肝郁气滞

证候表现 肋肋胀痛，走窜不定，胀痛每随情志变化而增减，胸闷不舒，饮食减少，暖气频作，舌苔薄白，脉弦。

辨证要点 本证多由所愿未遂，情怀不畅，情志失调，致肝失调达，疏泄不利，气

机郁滞，胁络痹阻而引起。气属无形，时聚时散。故其疼痛特点为胁肋胀痛，疼痛走窜不定，疼痛程度随情志变化而增减，且常伴有胸闷不舒、食少嗳气等肝气犯胃的症状。

治法主方 疏肝解郁，理气止痛。柴胡疏肝散加减。

方药运用 常用药：柴胡、香附、枳壳、芍药、陈皮、川芎、甘草、苏梗等。胁肋痛甚者加青皮、白芥子；恶心呕吐者加旋覆花（包煎）、代赭石（先煎）、半夏、生姜；肠鸣腹泻者加茯苓、白术；胁肋灼痛胀满，烦热口干，舌红苔黄，脉弦数者，加金铃子散、左金丸、丹皮、梔子。

3. 瘀血阻络

证候表现 胁肋刺痛，痛有定处，入夜更甚，胁肋下或见癥块，舌质紫暗或有瘀点，脉沉涩。

辨证要点 多由气郁日久，气滞血瘀，或跌仆损伤，瘀血停着，痹阻胁络所致。其证以胁肋刺痛，痛处不移，入夜痛甚为特点。由于瘀血停滞，积久不散，渐成痞块，故有的病儿可于肋下触及癥块。

治法主方 活血化瘀，通络止痛。旋覆花汤加减。

方药运用 常用药：旋覆花（包煎）、新绛、归尾、桃仁、丹参、玄胡等。方中新绛可用茜草代替。瘀血较重者，可用复元活血汤加丹参，痛甚者加乳香、没药；久病气滞血瘀者加香附、郁金、青皮；若胁肋下有癥块而正气未衰者，加莪术、三棱、地鳖虫，亦可加服鳖甲煎丸。

4. 肝胆湿热

证候表现 胁痛口苦，胸闷纳呆，恶心呕吐，目赤肿痛，或眩晕头痛，或目黄、身黄、小便黄赤，舌苔黄腻，脉弦滑数。

辨证要点 本证由湿热蕴结肝胆，肝失疏泄，气机不畅，胁络阻滞所致。其特点为胁肋胀痛，常伴有口苦耳肿、目赤肿痛等湿热熏蒸，胆火上炎，肝火上攻的症状。若湿热郁遏，胆汁不循常道，则可表现身目发黄。

治法主方 泻肝清胆，清利湿热。龙胆泻肝汤加减。

方药运用 常用药：龙胆草、梔子、黄芩、柴胡、泽泻、木通、车前子（包煎）、郁金、半夏、青皮等。胁肋痛甚加玄胡、川楝子；身目发黄者加茵陈、黄柏；大便秘结者加大黄（后下）。

5. 饮食积滞

证候表现 胁肋疼痛，脘腹胀满，恶心厌食，夜卧不安，大便不通，舌苔厚腻，脉滑。

辨证要点 本证多由饮食不节，积而不消，损伤脾胃，脾不升清，胃不降浊，浊气横逆，肝气失调所致。其特点为胁肋胀痛，并伴有恶心厌食、腹胀不适、夜卧不安、舌苔厚腻等宿食积滞，脾胃不和的症状。

治法主方 消食导滞，行气止痛。保和丸加减。

方药运用 常用药：神曲、山楂、陈皮、茯苓、莱菔子、香附、厚朴、青皮等。胀甚者加木香、槟榔；大便不通加枳实、大黄（后下）；恶心呕吐者加藿香、生姜；食积发热加青蒿、胡黄连。

6. 痰饮留积

证候表现 胸胁胀痛，咳嗽，吐痰涎泡沫，发热或寒热往来如疟状，舌苔白滑，脉沉弦或沉滑。

辨证要点 痰饮稽留，流注胁间，壅滞肝胆经络，阻碍阴阳气机升降，故胸胁胀痛，往来寒热如疟。同时，常伴有咳嗽、吐痰涎泡沫等痰饮上迫于肺，肺失清肃的症状。

治法主方 化痰逐饮，通络止痛。香附旋覆花汤加减。

方药运用 常用药：香附、旋覆花（包煎）、苏子、陈皮、半夏、茯苓、薏苡仁、杏仁、郁金等。胁痛兼热者加栀子、黄芩；腹部胀满者加厚朴、枳壳。

7. 肝阴不足

证候表现 胁肋隐痛，悠悠不休，口干咽燥，心中烦热，头目眩晕，或两目昏花，舌红少苔，脉细弦而数。

辨证要点 本证由肝阴不足，肝络失于濡养所引起。其特点为胁痛隐隐，悠悠不休。常伴有口干咽燥、心中烦热、舌红少苔、脉细数等阴虚内热的症状。

治法主方 养阴柔肝。一贯煎加减。

方药运用 常用药：沙参、麦冬、当归、生地、枸杞子、川楝子、白芍、丹皮、天花粉等。胁痛甚者加玄胡；头晕眼花者加菊花、刺蒺藜、石决明；心烦口苦者加栀子；虚热内蒸者加知母、地骨皮；大便干结者加瓜蒌仁。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 舒肝片 用于肝郁气滞，两胁刺痛，饮食无味者。
2. 龙胆泻肝片 用于肝热头晕，耳痛耳鸣，胁痛口苦，小便赤涩。
3. 木香分气丸 用于闪腰岔气，胸胁刺痛，胸闷胀饱，胃痛气闷，消化不良。
4. 木香顺气丸 用于胸膈痞闷，腹胀胀满，停食停水，消化不良。

二、单方验方

1. 藿香、枳实各 5g，丹皮、焦栀子各 6g，车前子（包煎）、茯苓、白术、白芍各 10g，茵陈、石斛各 12g，甘草 3g。为煎剂，1 日分服。用于无黄疸型病毒性肝炎的胁痛。
2. 南沙参 15g，麦冬、生地、女贞子、旱莲草、赤茯苓、白茯苓各 12g，炒金铃子 9g，川连、木香、砂仁各 3g。为煎剂。1 日分服。用于肝炎康复期间，肝区牵痛，纳食不香，疲乏不振。
3. 川楝子 15g，生明乳香、生明没药各 12g，三棱、莪术各 9g，甘草 3g。水煎服。用于肋下刺痛。

三、针灸疗法

1. 体针 邪犯少阳：中渚、外关、大椎、足临泣。肝气郁滞：肝俞、期门、丘墟、太冲。瘀血阻络：膈俞、肝俞、血海、三阴交、行间。痰饮留积：尺泽、列缺、天突、足三里、丰隆。肝胆湿热：大椎、阳纲、足三里、太冲、期门。肝阴不足：肝俞、风池、曲泉、三阴交、太溪。每日 1 次。
2. 耳针疗法 处方：胸、神门、交感、枕、肺。操作法：用捻转手法，每次 1~2 分钟，留针 20~30 分钟，间隔 5~10 分钟捻针 1 次。适用于肋间神经痛。
3. 激光照射法 处方：阿是穴（指压痛点）、相应节段夹脊穴、支沟。操作法：用氦—氖激光仪照射上列各穴，每穴每次照 1~3 分钟，每日照射 1 次。

4. 皮肤针 用皮肤针叩胸肋痛部，加拔火罐。适用于外伤肋痛，有止痛化瘀作用。

【预防护理】

一、预防

1. 正确引导小儿调摄情志。
2. 预防外感。
3. 节制饮食，注意卫生。
4. 避免外伤。

二、护理

根据引起肋痛的原发疾病进行针对性的护理，如病毒性肝炎、急性胆囊炎等疾病的护理可参照本书有关章节。

【文献选录】

《会心录》：“肋痛一证，不徒责在肝、胆，而他经亦累及之。有寒热虚实之不同，痰积瘀血之各异。”

《古今医鉴·肋痛》：“肋痛者，……若因暴怒伤触，悲哀气结，饮食过度，冷热失调，颠仆伤形，或痰积流注于血，与血相搏，皆能为痛，……治之当以散结顺气，化痰和血为主，平其肝而导其气，则无有不愈矣。”

《症因脉治·肋痛论》：“内伤肋痛之因，……或死血停滞肋助，或恼怒郁结，肝火攻冲，或肾水不足，……皆成肋助之痛矣。”

《临证指南医案·肋痛》：“肋痛一证，多属少阳厥阴。伤寒肋痛，皆在少阳胆经，以肋居少阳之部。杂症肋痛，皆属厥阴肝经，以肝脉布于肋助。故仲景旋覆花汤、河间金铃子散及先生辛温通络、甘缓理虚、溫柔通补、辛泄宣瘀等法，皆治肝著肋痛之剂。可谓曲尽病情，诸法毕备矣。然其症有虚有实，有寒有热，不可概论。苟能因此扩充，再加详审，则临症自有据矣。”

《谦斋医学讲稿·痛证的治疗》：“治疗肝气肋痛以疏肝为主，疏肝的药物以柴胡、青皮入肝胆经，善于散邪理气，最为多用。”

【现代研究】

中医药治疗肋痛，包括对病毒性肝炎、急性慢性胆囊炎、急性胆绞痛等的防治，均取得较大的进展。其中，关于病毒性肝炎、急性胆囊炎的研究情况可参考本书有关章节。

一、临床研究

史锁芳报道以柴胡桂枝干姜汤为主治疗慢性胆囊炎 33 例，基本方：柴胡、桂枝、干姜、黄芩、瓜蒌根、生牡蛎（先煎）、炙甘草。大便秘结去桂枝；脾虚加白术；胆经湿热便秘加生大黄、易瓜蒌根为全瓜蒌；痛剧加桃仁、川楝子、玄胡；湿热甚，苔黄腻，去甘草，加茵陈、藿香、滑石、金钱草；头昏舌淡加党参、当归、川芎。结果，近愈者 10 例，显效 15 例，有效 5 例，无效 3 例，总有效率 90.1%。^[1]毛如宝等认为慢性胆囊炎的病机在于肝胆湿热郁结，肝气失疏，治宜疏肝利胆，清热利湿，甚则通泻。临床以大柴胡汤加减，自拟利胆排石饮（柴胡、枳壳、金铃子、黄芩、生大黄、郁金、金钱草、红藤）。通过 650 例慢性胆囊炎的观察，结果痊愈 380 例（58.46%）、显效 175 例（26.92%）、好转 50 例（7.70%）、无效 45 例（6.92%），总有效率 93.08%。^[2]邢萍报道清胆灵胶囊治疗慢性胆囊炎 94 例，清胆灵胶囊以牛胆汁为主要原料，配以柴胡 30g，郁金、木香、虎

杖、白术、半夏、白芍、鸡内金各 60g。每粒 0.25g，每次 5 粒，日 3 次，30 天为 1 疗程，服用 2 疗程。同时，设立消炎利胆片对照组。结果，治疗组 94 例，近期治愈 52 例、好转 41 例、无效 1 例，总有效率 98.93%；对照组 80 例，近期治愈 36 例、好转 35 例、无效 1 例，总有效率 88.75%。两者差异显著 ($P < 0.01$)。⁽³⁾

娄灿荣等报道生大黄粉灌肠治疗胆道痛证，其中，单纯性胆囊炎 12 例，胆囊炎合并胆石症 18 例。并设对照组 20 例。治疗组先予生大黄粉 30g，与温生理盐水 200ml 混合后，按常规灌肠法予保留灌肠，排便后按常规给予抗生素静滴，口服中药大柴胡汤或茵陈胆道汤加减（茵陈、柴胡、枳壳、白芍、厚朴、大黄、金钱草、郁金、蒲公英、甘草等）；对照组不予灌肠，其余治疗同上。结果，治疗组患者于灌肠后 1~2 分钟内排便，便后腹痛开始缓解，其中 3 天痊愈（疼痛、发热症除，血白细胞计数恢复正常，观察 3 天无复发）6 例，4~7 天内痊愈 16 例，8 天内痊愈 8 例，平均治愈时间 5.4 天；对照组 6 天治愈 4 例，8 天内痊愈 11 例，12 天内痊愈 5 例，平均治愈时间 8.6 天。两者有显著差别 ($P < 0.05$)。⁽⁴⁾

王昔东报道指压穴位法治疗胆绞痛 45 例，其中患胆囊炎 15 例，胆道蛔虫合并胆管炎 8 例，胆囊结石 22 例。治疗方法：俯卧位偏向右侧或坐位，取胆俞、肝俞及阿是穴（背部压痛最明显的部位）；医者用拇指或食指的指腹紧贴在所取穴位上，徐徐向下用力施压，持续约 30 秒，然后放松，交替按压其他穴位，致使局部组织温度升高，有一种温热和酸麻胀的感觉，即所谓“按之则热气至，热气至则痛止”。结果，显效（胆绞痛在指压胆俞穴 5~10 分钟内即可完全缓解或明显减轻）25 例，症状明显缓解的平均时间 7.5 分钟；有效（胆绞痛在指压穴位 10 分钟之后痛减，虽仍有右上腹间痛，但能忍受）10 例；无效 4 例，总有效率 91.2%。⁽⁵⁾王守才等报道，以按、揉、推三法，施治于胆俞穴或其周围阿是穴，治疗胆绞痛 186 例。其中，胆道蛔虫病 79 例，胆总管结石 67 例，肝管结石 36 例，原因不明者 4 例。结果，疼痛完全缓解 122 例（65.59%），疼痛明显减轻 53 例（28.49%），疼痛缓解不明显或无缓解 11 例（5.92%），总有效率 94.08%。作者体会，胆俞穴按摩对胆道蛔虫病所致胆绞痛疗效最好，对具有腹膜炎症状及胆囊肿大者禁用此法。⁽⁶⁾

高士星采用中西医结合治疗急性胆绞痛 183 例。其中，急性胆囊炎 101 例，急性胆管炎 11 例，胆道蛔虫症 21 例，急性胆管炎并发结石 47 例，胆囊癌伴梗阻性黄疸 3 例。治疗方法：穴位注射，穴取足三里、胆俞、胆囊穴，用 VitK₃、654-2 注射；内服中药用自拟“芍金蒲黄汤”（白芍、金钱草、蒲公英、柴胡、枳实、黄芩、玄胡索、生大黄、甘草），高热加青蒿，黄疸加茵陈，胆道梗阻重用大黄、加芒硝，血瘀者加赤芍、炮山甲、王不留行；同时配合甲硝唑静滴，或加抗生素，补液，维持水电解质平衡。结果，临床痊愈 86 例，有效 79 例，无效 18 例，总有效率 90.11%。⁽⁷⁾

二、实验研究

朱培庭等应用豚鼠胆色素结石模型对养肝柔肝中药（Ⅱ号合剂）与养肝柔肝加疏肝胆中药（Ⅰ号合剂）进行防治胆色素结石观察，结果显示两种方法都能降低胆汁 β -G 酶活力、胆汁游离胆红素百分比与胆汁中钙离子含量，具有明显的防石作用。通过对豚鼠肝质膜 ATP 酶活性改变与肝胆组织病理及超微结构观察，发现两种方法都能作用于肝细胞水平，具有抗肝脏脂肪变性和逆转肝细胞超微结构异常变化的作用。应用 SD 大鼠对

不同剂量养肝柔肝中药进行利胆作用观察,表明高剂量能显著增加大鼠胆汁流量,有明显的利胆作用。实验结果证实养肝柔肝中药具有从肝细胞水平发挥防治胆色素结石的作用,是临床防治胆色素结石病的一种较为理想的药物。^[8]

现代参考文献

- [1] 史锁芳. 柴胡桂枝干姜汤治疗慢性胆囊炎 33 例. 江苏中医, 1993, (3): 9
- [2] 毛如宝, 等. 利胆排石饮的研制及其临床应用观察——附慢性胆囊炎 650 例疗效分析. 新中医, 1991, (7): 24
- [3] 邢萍. 清胆灵胶囊治疗慢性胆囊炎 94 例. 中医杂志, 1995, 36 (11): 671
- [4] 娄灿荣, 等. 生大黄粉灌肠治疗胆道痛证. 中医杂志, 1995, 36 (12): 728
- [5] 王昔东. 指压穴位法治疗胆绞痛 45 例. 中医杂志, 1994, 35 (3): 147
- [6] 王守才, 等. 胆俞穴按摩治疗胆绞痛 186 例. 中国中医急症, 1995, (1): 14
- [7] 高士星. 中西医结合治疗急性胆绞痛 183 例. 江苏中医, 1994, (4): 16
- [8] 朱培庭, 等. 养肝利胆合剂防治胆色素类结石的实验研究. 上海中医药杂志, 1991, (10): 46
(李新民)

11.6 肝痈

【概述】

肝痈,是脓疡生于肝脏的疾病,属内痈的一种,临床以右肋肋部作痛、手不可按、发热、寒战等为主要表现。《素问·大奇论》说:“肝雍,两胁满,卧则惊,不得小便”,其中所论肝雍,即后世所称之肝痈。

肝痈相当于西医学的肝脓肿,如细菌性肝脓肿、阿米巴肝脓肿等均可参照肝痈论治。小儿肝脓肿以细菌性肝脓肿为主,由于临床诊治方法的进步,本病已较少见,目前主要见于农村。各年龄均可发病,年长儿多于婴幼儿,偶发于新生儿,无明显季节和性别差异。该病病情往往较重,病死率仍然较高,尤以年幼患儿、继发于胆道蛔虫症、脓肿多发或有全身并发症者,预后较差。

自《内经》以降,历代医家均有肝痈病名的记述,并提出了许多有效的治疗方法。如元·朱震亨主张肝痈之证,初服复元通气散,次服柴胡清肝汤,痛胀已止的宜服六味地黄丸,脾虚食少佐以八珍汤滋肾补脾。清·陈士铎则主张,由恼怒动气,肝火内生,酿成痈脓的,其治法必以平肝为主,佐以泻火去毒之药,方用化肝消毒汤,若因忧郁而成的。初病用逍遥散,痈成毒发时用宣郁化毒汤,愈后用四物汤调治。清·马培之治肝痈初期,因饮食不节,痰、气、血三者结聚而成的,用舒郁涤痰汤,若因闪挫跌仆,络伤血瘀而成的,用清肝活络汤。现代多主张分阶段按不同证型论治,分别采用通腑泻火、清热解毒、活血化瘀、扶正托脓等法,特别是采用中西医结合治疗后,明显提高了本病的治愈率。然而,有关中药治疗本病的作用机制,特别是活血化瘀、通里攻下等治法在中西医结合治疗该病过程中发挥的作用,有待进一步研究。

【病因病理】

一、病因

肝痈的发生,与郁怒动气,肝火内生,感受外邪,邪入肝络,饮食不节,嗜食甘肥等因素有关。如《辨证录·肝痈》说:“然而肝痈不止恼怒能生,而忧郁亦未尝不能生痈

也。”《马培之医案·肝痈》亦言：“小儿之生，乃因痰热入于肝络，先咳嗽而后肋肋肿胀。”此外，由于用力过度，闪挫跌仆，络伤血瘀；或因外伤后，肌腠不固，复感邪毒，均可形成肝痈。

现代研究认为，小儿肝脓肿多由金黄色葡萄球菌或大肠杆菌所引起。感染途径多为血源性，逆行感染以胆管为主，亦可经门静脉或肠淋巴系统。此外，溶组织阿米巴也可引起肝脓肿，放线状菌、结核杆菌亦偶致此病。

二、病理

1. 病位主要在肝 本病病位主要在肝，多因痰热壅盛伤及肝络；或体内湿热交蒸于肝；或肝火内生，气滞血瘀；或跌仆肝络受损等致肝血郁热，蕴结不散而成脓。

感受外邪，痰热入肝 小儿肺常不足，卫外不固，易感外邪，而外感之邪皆能化火，火热炼液成痰，痰热火毒交结，伤及肝络，聚而不散，酝酿成脓。初生儿因脐部疾患，邪毒入脐，随血流入肝而致病。

饮食不节，湿热蕴结 小儿脾常不足，若嗜食甘肥，伤及脾胃，湿热内生；或过食辛辣发物及腐败食品，致使脏腑功能失调，痰湿不化，湿热火毒内生；或食入染有阿米巴包囊的不洁之物后，积滞内阻，脾运失司，蕴湿生热，湿热壅滞，流注肝络，蕴结不散，气血凝滞，发为肝痈。

惊恐郁怒，肝火内生 惊恐伤志，恼怒伤肝，肝气横逆；忧思过度，肝气郁结，气郁化火，灼伤肝血，气滞血瘀，血肉腐败，液化成脓。

闪挫跌仆，络伤血瘀 因于用力过度，损伤肝气，气郁于里；或跌仆闪挫，血瘀在内，以致气机不利，瘀血内蓄，流注肝络，郁积不散，腐败成脓。如《马培之医案·肝痈》说：“又有闪气之人亦生此患，闪则气滞而血亦滞，久而不愈亦发痈疮”。

2. 病性可分虚实 “邪气盛则实，精气夺则虚”。肝痈初期，多属实证，乃热毒炽盛，蕴结肝络，气滞血瘀所致。若未及时合理的治疗，病情迅速发展，热壅血瘀于肝，酿而成痈，即邪正剧争，毒盛肉腐阶段。痈疮内消或穿刺排脓后，邪毒渐尽，病情逐渐好转，但终因肝络受损，邪去而正虚，故肝痈恢复阶段常表现气阴两伤或正虚邪恋之证。也有因正不克邪，脓毒流连，气血亏虚，病程迁延，成虚实夹杂之证。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 发热，伴有或不伴有寒战。
2. 腹痛，尤以右上腹疼痛为主。
3. 肝脏肿大伴有肝区压痛或肝区有包块。
4. 白细胞增高，中性为主，核左移，常伴有贫血。
5. 脓汁或血培养阳性。
6. 影像学检查有助于确诊。如B型超声波检查有液平段有助于诊断，CT可看到脓肿的位置、范围和数目。
7. 同位素检查可见肝区有放射性分布稀疏区或缺损区。

二、鉴别诊断

肝痈相当于西医学的肝脓肿，包括细菌性肝脓肿、阿米巴肝脓肿等，临床以细菌性肝脓肿为多见。细菌性肝脓肿和阿米巴肝脓肿均有弛张高热、肝大、右上腹压痛、白细

胞增多等相似表现，但后者多有阿米巴痢疾史，其巨大肝脓肿，肝前区隆起，脓汁呈牛奶咖啡样外观，脓液中找到阿米巴滋养体可确诊，粪便检查亦助诊断。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨热毒血瘀 热毒、血瘀为本病的主要病变基础。一般来说，热毒炽盛，可见发热烦躁、口苦口渴、舌红苔黄、脉数等症；因瘀致痛者，起初即疼痛明显，由于尚未化热化火，故寒战表现不明显。热毒内炽，蕴阻肝络，疏泄失职，则气滞血瘀；瘀滞日久，化热化火，以致肉腐成脓。因而，临床可见壮热不退，胁腹剧痛，局部可触及固定包块，或有波动感，舌红脉数等症，为热毒、血瘀并存之象。

2. 辨邪正消长 肝病早期，邪正交争，临床虽见发热口渴、胁腹疼痛，但全身中毒症状相对较轻，此时多正气未虚，治宜以祛邪为主。及至肉腐成痈，正气已耗，特别是素体虚弱者往往托脓无力，此时宜在祛邪之中佐以扶正托脓之品。疾病后期，发热渐退，胁肋隐痛，全身乏力，形瘦自汗，多为邪去正虚或余邪留恋，正气已虚，治宜扶正为要，或佐以祛邪。

二、治疗原则

未溃前以消为主，兼以清、下，常用疏肝理气、通腑泻火、清热解毒、活血化瘀等法；脓溃后重在扶正补托，益气养阴。临床治疗本病时，在采用一种主要治法的同时，往往根据病情需要兼用其它治法，以提高疗效。如解毒消痈、补气托毒并进，清解余毒、活血消瘀与益气养血、滋阴清热合用，均为常用治法。

三、分证论治

1. 肝火炽盛

证候表现 起病急骤，开始即有发热恶寒，右上腹部隐痛，右肋饱胀痛，不能向右侧卧，局部拒按，按则其痛更甚，甚至呼吸不利。烦躁口渴，汗出口苦，大便秘结，舌质红，苔黄，脉弦数。

辨证要点 本证由外感时邪，肝火炽盛所致，多见于疾病初期。外邪由表入里，化热化火，入于肝络，是邪正相争的初期阶段，故除恶寒发热表证外，尚见烦躁口渴、口苦等肝火炽盛的里热实证，其证胁腹胀痛。若由痰浊蕴结而病者，起病较缓，多无全身症状。因瘀血而致者，气机郁结，初起即疼痛明显，由于还未化热化火，故一般没有寒战表现。

治法主方 疏肝解郁，清肝泻火。柴胡解毒汤加减。

方药运用 常用药：柴胡、白芷、丹皮、赤芍、黄芩、白芍、银花、连翘、紫花地丁、甘草等。肝区痛甚者加延胡索；黄疸者加茵陈；恶心呕吐者加姜半夏、竹茹。

因痰浊蕴结成痈者，用舒郁涤痰汤以理气化痰、通络解郁，常用药：陈皮、瓜蒌仁、半夏、茯苓、竹茹、香附、苏梗、枳壳、佛手、当归、郁金、参三七等。由气滞血瘀所致者，用清肝活络汤加减以理气疏肝、通络化瘀，常用药：当归、赤芍、桃仁、新绛、郁金、参三七、泽兰、瓦楞子、青皮、枳壳、苏梗等。

2. 湿热蕴结

证候表现 右肋持续胀痛拒按，可扪及固定包块，且有波动感，呕恶纳差，发热不退，口苦尿黄，舌质红，苔黄腻，脉弦数。

辨证要点 本证多为饮食不节，化湿生热，或脾失健运，湿热内生，湿热邪毒蕴阻肝络，导致疏泄失常，气血瘀滞，日久化热化火，肉腐成脓，故右肋持续胀痛，并扪及固定包块，发热，苔黄腻等。因邪非外感，故无恶寒。

治法主方 清热解毒，通络活血。复元活血汤合五味消毒饮加减。

方药运用 常用药：柴胡、天花粉、当归、桃仁、红花、银花、黄芩、大黄、蒲公英、紫花地丁、生甘草等。大便秘结，属阳热实证，重用大黄（后下），加芒硝（冲服）。本证清热解毒药的用量相对要大，并且在体温正常后，尚需继续服用一段时期，一般在1周以后才能逐渐减量，以避免体温回升。

3. 毒盛肉腐

证候表现 壮热，大汗，胁腹剧痛放射至右肩部，右肋饱满，局部红肿，口苦口干，厌食，恶心呕吐，舌质红，苔黄厚腻，脉滑数。

辨证要点 本证为邪正剧争，肉腐成痈阶段。由于热毒壅盛，蕴结于肝，化腐成脓，故临床以壮热、胁剧痛、局部红肿、舌红、苔黄厚腻、脉滑数为主症，尤以痛证表现为突出。

治法主方 解毒化腐，扶正托脓。柴胡解毒汤加扶正之品。

方药运用 常用药：柴胡、丹皮、赤芍、黄芩、白芍、银花、连翘、蒲公英、甘草、黄芪、当归、党参等。恶心呕吐者加姜半夏、竹茹；胁痛甚者，加延胡索。

及至肉腐成痈，患儿正气已耗，特别是素体虚弱者往往托脓无力，故在清热解毒、化腐活血的同时，佐入扶正托脓之品，一方面防止本病进一步恶化，另一方面加速脓液排出，缩短病程。

4. 气阴两伤

证候表现 发热渐退，精神食欲好转，右肋肋疼痛虽减轻但未全止，面色不华，形体消瘦，气短息微，自汗盗汗，五心烦热，舌质红，苔少而剥，脉细数。

辨证要点 本证属肝痈恢复阶段。痈疡消后，邪毒渐尽，病情日趋好转，但终因肝络受损，邪去而正虚，阴伤气耗，故见上述气阴两亏证。

治法主方 益气养阴，补益肝脾。生脉散合一贯煎加减。

方药运用 常用药：生黄芪、太子参、当归、麦冬、五味子、生地、白芍、枸杞子等。低热不退者加青蒿、地骨皮；脾虚便溏，纳差者加白术、山药、茯苓。

5. 正虚邪恋

证候表现 右肋隐痛，纳差，恶心，全身乏力，面色无华，形体消瘦，自汗，便溏，舌质淡，苔薄白，脉沉细。

辨证要点 本证亦属肝痈恢复阶段，病机特点为余邪未尽，正气已虚。临床以肝气不舒、脾胃不健、气血两亏的症状为主，其证表现复杂，但总以虚多邪少为要。

治法主方 疏肝健脾，培补气血。逍遥散加减。

方药运用 常用药：柴胡、炒白术、丹参、党参、郁金、延胡索、丹皮、当归、黄芪、薏仁等。若并发咳吐脓血者，选加苇茎、桃仁、冬瓜仁、鱼腥草等；并发腹痛下痢脓血者，酌加白头翁、马齿苋、鸦胆子（以干龙眼肉及胶囊或面包包裹吞服）等。若中气不足，脾阳虚损，疮口迁延不愈者，补中益气汤或香砂六君子汤加减；气血两亏者，加八珍汤。

【其它疗法】

一、单方验方

1. 救肝败毒汤 银花 180~300g, 赤芍 12~24g, 夜明砂(包煎)、生牡蛎各 20~30g, 苦丁香 1~3g, 焦栀子、郁金各 6~12g, 两头尖、当归各 10~15g。腹腔有积液者加刘寄奴、丹参、穿山甲; 黄疸者加姜黄、川楝子; 恶心呕吐者加法半夏、陈皮; 汗出表不解者加青蒿、银柴胡。用于肝脓肿成脓期。

2. 金钱草 50g, 合欢皮 15g。水煎, 每日 1 剂, 食前服。用于肝脓肿成脓期。

3. 华佗治肝痈神方 银花 60~100g, 连翘、蒲公英、白芍、茵陈各 30g, 当归、柴胡、龙胆草、生甘草各 10g, 栀子 15g, 水煎服。用于肝脓肿成脓期。

4. 通络解毒汤 干地龙、丝瓜络、炮山甲、赤芍、丹皮、郁金、天花粉、草河车、桃仁各 9g, 酒露蜂房、黄芩各 6g, 忍冬藤 45g, 生甘草 2.5g, 大黄 12g, 芒硝 15g(冲)。水煎服。用于肝脓肿形成期。

二、药物外治

1. 消炎散 黄芩、黄连、黄柏、大黄、薄荷、白芷、冰片, 共研细末。用温开水调成糊状, 单层纱布包好, 敷于患处, 覆盖塑料纸后胶布固定。用于肝脓肿的各个时期。

2. 臭椿树根皮胶外敷 鲜野臭椿树根皮, 武火煎煮, 去渣后武火煎成胶糊状为度, 然后用敷料按包块大小敷患处。用于肝脓肿成脓期。

三、西医疗法

1. 抗生素疗法 对肝脓肿一般采用内科疗法, 注意营养及输血等支持疗法。选用对病原菌有强效的抗生素静脉滴入, 往往要多种有效药物交替长时间(6~8周)使用。如合并厌氧菌感染可加用灭滴灵口服或静滴。脓肿较大者应穿刺抽脓或插管排脓。对阿米巴肝脓肿, 在排脓之前也应全身用药(参阅第三章阿米巴病)。

2. 外科疗法 在内科治疗的基础上, 对于大的脓肿、反复积脓的脓肿、局部胀痛及全身中毒症状严重、或脓肿已破或有突破的可能时, 应进行切开引流。常用手术方法如下:

经腹腔切开引流: 此法比较广泛应用, 特别脓肿定位不确定时, 经腹腔穿刺肝脏探查比经皮盲目穿刺较安全。

经腹腔外切开引流: 主要用于肝右叶后侧部位的脓肿。

对较浅的脓肿并与局部胸壁或腹壁已形成粘连者: 在超声波或穿刺定位下直接切开引流。

局限于肝脏一小部分的慢性反复发作的肝脓肿或厚壁阿米巴脓肿: 可考虑肝部分切除, 或肝叶切除。

【预防护理】

一、预防

1. 慎避风寒, 衣着应随气候之变化而增减, 以免感生风寒痰热之病证。

2. 避免嗜食膏粱厚味, 防止痰火内生。

3. 防止闪挫跌仆等外伤。

4. 积极预防和治疗原发疾病, 切断感染途径, 如新生儿脐炎、败血症、脓毒败血症、胆道感染(如胆道蛔虫症、化脓性胆囊炎、胆石症等)、化脓性阑尾炎、细菌性痢疾等。

现代研究认为,多发性肝脓肿多起源于胆道梗阻,尤多见于急性梗阻性化脓性胆管炎,探查胆道解除梗阻是预防和治疗本病、改善预后的主要措施。

二、护理

1. 患儿应绝对卧床休息,衣被要柔软而舒适,避免重压肝区而引起不适,并向左侧卧位,以减轻疼痛。
2. 高热时应鼓励喝水,并及时予以物理降温。
3. 注意口腔护理,出汗多者应及时更换被单、衣服,避免受凉。
4. 给予高蛋白、高碳水化合物、低脂肪而易消化的流质或半流质饮食,切忌肥甘辛辣滋腻之品。
5. 发病后切勿在肝脓肿部位进行针灸及火熨疗法,以免引起不良后果。

【文献选录】

《灵枢·玉版》：“病之生时，有喜怒不测，饮食不节，阴气不足，阳气有余，营气不行，乃发为痈疽。阴阳不通，两热相搏，乃化为脓。”

《外科大成·肝痈》：“肝痈之发，必先期门穴隐痛不已，令人两胁满，卧则惊，不得小便，由愤郁气逆所致。初宜瓜蒌散，或柴胡清肝汤调之。溃后用六味丸、八珍汤，滋阴托里。此肝心火盛而虚中有热也。禁用温补药及针灸等法。”

《疡医大全·肝痈门主论》：“有左肋大痛，按之尤甚，此肝痈耳，非肋痛也。……因失于速治，而肝中郁气，苦不能宣，而血因之结矣。血结不通，遂化脓而成痈，其势似缓，然肝性最急，痈成而毒发甚骤也。”“余闻异人云，肋疼手不可按者，肝叶生痈也。……然痈生于内，何从而见？然外可辨也。肝痈生在左，而不在右，左肋之皮必见红紫之色，而舌必见青色也。此而辨之，断断无差。治必平肝为主，佐以泻火去毒，万不可因循，令其溃烂而不可救也。”

【现代研究】

临床研究

中医药治疗肝脓肿多宗“气滞血瘀，热毒壅聚，腐而成脓”、“疮疡皆为温邪”等理论，而常采用清热解毒、活血化瘀、排脓消肿或扶正补托等治疗方法。燕润菊等报道，以王鹏飞的经验方脓疡散（青黛、紫草、寒水石、乳香、牙皂）加减治疗小儿肝脓肿6例，均获痊愈。其退热时间平均13.5天；肝区触痛和叩击痛消失，肝大消失，精神食欲改善平均为20天；平均住院时间25.7天。^{〔1〕}汪受传治愈小儿肝痈1例，融会泻下通腑、清热解毒、活血化瘀三法。^{〔2〕}杨辰华等辨治巨大肝脓疡并膈肌穿破1例，责之湿热瘀阻、壅结肝胆，药投柴胡、丹皮、黄芩、连翘、苇茎、赤芍、红藤、败酱草、蒲公英、生大黄、马齿苋、制乳没、甘草等以清肝利胆、活血解毒，服药15剂，体温正常，胸痛消失，继治月余而愈。^{〔3〕}

朱振华采用中西医结合治疗肝脓肿42例，其中，单个脓肿36例，多个脓肿6例。中医治疗强调分期辨治，脓肿蕴结期，治以清肝解毒、化瘀散结，方选柴芩红藤煎，药用柴胡、黄芩、赤芍、红藤、败酱草、蒲公英、紫花地丁、银花、连翘、制乳香、制没药、丹皮、生大黄，恶心呕吐加姜半夏、竹茹，剧痛加三棱、莪术，肝大甚加龙胆草，大便溏则生大黄改用制大黄；化腐成脓期，治以清热解毒、通瘀托脓，前方去大黄、乳香、没药，加山甲、皂角、薏苡仁、桃仁、虎杖；脓肿消散期，治以补虚托毒、活血散肿，方

选透脓散加减,药用黄芪、当归、炮山甲、天花粉、赤芍、桃仁、川芎、败酱草、虎杖根、薏苡仁、牡蛎,阴虚加沙参、芦根、麦冬、鳖甲,脾虚去天花粉、桃仁,加白术、党参、山药。同时,36例配合抗生素治疗,均加用灭滴灵口服,体温正常7天后停用西药,均未进行肝穿刺。结果,42例均获临床治愈。退热时间最短2天,最长10天,平均4.7天。23例出院后1个半月随访未见复发。^[4]刘家磊等报道,脓肿蕴结期,用自拟公英金连汤,基本方:生地、公英、金银花、生石膏、赤芍、连翘、紫花地丁、知母、黄芩、延胡索、丹皮、细辛、生大黄、甘草;化腐成脓期,前方去大黄加桔梗、穿山甲、皂角等;脓肿吸收期,药投党参、生龙牡、紫河车、当归、白芍、炮山甲、赤芍、桃仁、花粉、甘草等,重用黄芪。西医以抗生素及支持疗法。临床治疗肝脓肿62例,均获临床治愈。退热时间最短5天,最长3周。34例半年后随访未复发,28例在1年以上随访健康。^[5]

辛成香等运用中西医结合方法治疗肝脓肿58例。其中,热壅血郁型治以清热解毒、活血化瘀法,拟五味消毒饮合复元活血汤加减,药用:金银花、连翘、紫花地丁、蒲公英、柴胡、当归、桃仁、大黄、天花粉、炒甲珠、红花、生甘草;湿热蕴肝型治以清热解毒、化浊利湿法,方用甘露消毒丹加减,药用:滑石、茵陈、连翘、石菖蒲、黄芩、木通、薄荷、白薏仁、藿香、大黄;气滞血瘀型治以疏肝通络、活血祛瘀法,拟复元活血汤,药用:柴胡、当归、红花、大黄、桃仁、天花粉、甲珠、甘草;气阴两虚型治以益气养阴、托毒排脓法,拟用补中益气汤加减,药用:黄芪、薏苡仁、赤芍、白芍、花粉、败酱草、陈皮、升麻、柴胡、白术、山茱萸、甘草、甲珠、人参。西医治疗包括口服灭滴灵或肌注庆大霉素、静滴氨苄青霉素,同时配合肝脏穿刺引流。结果临床治愈57例,无效1例。^[6]杨香生等报道曾庆骅教授用复元活血汤治疗肝脓肿的经验,瘀血阻络、肝郁气滞型,治拟活血通络、疏肝清热法,以复元活血汤为主方:柴胡、当归、红花、穿山甲、大黄(后下)、桃仁、瓜蒌根、甘草;肝胆湿热、瘀血停滞型,治拟清利肝胆湿热、活血通络法,用复元活血汤合甘露消毒丹加减:主方加茵陈、滑石、连翘、石菖蒲、白豆蔻、藿香,或复元活血汤合龙胆泻肝汤加减:主方加龙胆草、柴胡、黄芩、栀子、车前子(包煎)、木通;热毒炽盛、气滞血瘀型,治拟清热解毒、行气活血法,用复元活血汤合五味消毒饮加减:主方加野菊花、银花、紫花地丁、土茯苓、蒲公英、黄芩;寒湿郁滞、瘀阻经络型,治拟温阳散寒、祛瘀排脓法,用复元活血汤合薏苡附子败酱散加减:主方加制附片、川芎、香附、薏苡仁、败酱草、皂角刺;正虚邪恋、瘀毒未净型,偏气血亏虚者,治以补益气血、活血通络,用复元活血汤合八珍汤加减:主方加白术、川芎、熟地、白芍、党参、茯苓,偏阴虚内热者,治以滋阴清热、活血通络,用复元活血汤合青蒿鳖甲汤加减:主方加青蒿、知母、地骨皮、鳖甲、生地。同时,配合灭滴灵或青霉素等抗感染。观察38例,其中28例肝穿刺抽脓。结果,痊愈14例,基本痊愈17例,好转7例。^[7]王明义等自拟二花三黄胆汁汤:金银花、月季花、黄芩、黄连、大黄、猪胆汁。实热甚者加龙胆草、茵陈;腹满燥实者加厚朴、枳实;痛甚者加延胡、乌药;气虚者加黄芪、党参;血虚者加当归。早期配合抗生素治疗。结果,治疗47例,痊愈32例,好转13例,无效2例,总有效率95.7%。^[8]

张瑞明采用中西医结合、中药为主治疗肝脓肿16例,一般早中期中药与抗生素合用,后期单用中药调理。早中期热毒症状较重,以清热解毒为法,选用柴芩汤加减:柴胡、黄芩、大黄、赤芍、甲珠、皂刺、蒲公英、忍冬藤、鱼腥草、丹参、红藤、败酱草;后期

热毒症状减轻,以益气活血为要,选用鱼腥草、红藤、败酱草、沙参、黄芪、川芎、赤芍、甲珠、皂刺、麦冬。结果,痊愈15例,无效1例(转外科手术引流),治愈率94%。退热时间最短1天,最长35天,平均11天;肝区疼痛消失时间最短5天,最长30天,平均12天;疗程最短23天,最长1112天,平均53天。^[9]袁茂云治疗肝脓肿40例,早期选用复元活血汤合五味消毒饮加减,以清解肝胆瘀热为主,药用柴胡、花粉、当归、穿山甲、桃仁、红花、大黄、银花、连翘、蒲公英、紫花地丁、生甘草,配合抗生素或灭滴灵及肝穿;中、后期中药改用益气托毒,药用生黄芪、白术、太子参、茯苓、赤芍、柴胡、花粉、薏苡仁、败酱草、穿山甲、升麻、生甘草。结果临床治愈39例。退热时间最短2天,最长21天,平均5.4天。^[10]李秀云等中西医结合治疗细菌性肝脓肿11例,初期证属肝郁气滞、热聚成毒,治宜清肝泻火、理气解毒,药用:柴胡、黄芩、山栀子、连翘、川楝子、青皮、郁金、川芎、蒲公英、蚤休、甘草;中期证属气滞血瘀、化火成痈,治宜清热解毒、活血消痈,药用:柴胡、黄芩、蒲公英、败酱草、薏苡仁、桃仁、川楝子、红藤、乳香、没药、甘草;后期证属热腐成脓、阴液被劫,治宜清热养阴排脓,药用:柴胡、黄芩、鲜沙参、鲜芦根、鱼腥草、桃仁、丹皮、冬瓜子、天花粉、生黄芪、甘草;恢复期证属气阴两亏,治宜益气养阴,药用:太子参、麦冬、五味子、石斛、天花粉、生黄芪、当归、山药、紫草、白薇、白及。同时,配合肝穿、抗生素治疗,并设立西医对照组9例。结果,治疗组痊愈11例;对照组痊愈2例,好转5例,无效2例。^[11]

黄自平报道中西医结合治疗多发性细菌性肝脓肿13例。中医治疗强调分阶段分证型进行论治。第一阶段即正邪相争阶段,可按三种不同类型施治:热毒炽盛、气血瘀滞型,用柴胡解毒汤以清肝胆之热毒,方药:柴胡、丹皮、赤芍、黄芩、白芍、金银花、连翘、紫花地丁、甘草,汗多加浮小麦、黄芪,恶心呕吐加姜半夏、竹茹,肝区疼痛加延胡索,黄疸加茵陈;热毒郁肝、气血两虚型,治以清热养肝补血,方药:柴胡解毒汤加黄芪、当归、生地、茯苓;热毒壅盛、化腐为痈型,治以清热解毒活血、滋阴扶正托脓,方药:柴胡解毒汤加黄芪、当归、生地、茯苓、麦冬、党参、桃仁、红花。第二阶段病邪已去,体温正常,病人表现出肝气不舒、脾胃不健、气血双亏的症状,治以舒肝健脾、培补气血,方药:柴胡、郁金、玄胡、炒白术、厚朴、党参、白芍、丹皮、虎杖、丹参、当归、黄芪。同时,12例已用抗生素或抗生素加手术引流者继续配合西医疗疗。结果,13例患者全部治愈。疗程最短14天,最长69天,平均35.2天。^[12]

现代参考文献

- [1] 燕润菊,等.脓疡散加减治疗肝脓肿6例报告.中医杂志,1991,(7):37
- [2] 汪受传.解毒活血消痈法治愈小儿肝痈1例.新疆中医药,1987,(2):59
- [3] 杨辰华,等.巨大肝脓疡并膈肌突破治验.四川中医,1995,(7):35
- [4] 朱振华.中西医结合治疗肝脓肿42例.浙江中医,1991,(4):149
- [5] 刘家磊,等.中西医结合治疗肝脓肿62例.陕西中医,1994,15(11):502
- [6] 辛成香,等.中西医结合治疗肝脓肿58例.中国中西医结合杂志,1992,12(4):246
- [7] 杨香生,等.曾庆骅教授用复元活血汤治疗肝脓肿的经验.中国中西医结合杂志,1993,13(8):491
- [8] 王明义,等.中西医结合治疗肝脓肿临床观察.甘肃中医,1992,(3):23

- 〔9〕 张瑞明. 中医为主治疗肝脓肿. 四川中医, 1991, (2): 22
- 〔10〕 袁茂云. 40例肝脓肿疗效观察. 上海中医药杂志, 1988, (12): 5
- 〔11〕 李秀云, 等. 中西医结合治疗细菌性肝脓肿 11例. 中西医结合杂志, 1991, 11 (2): 123
- 〔12〕 黄自平. 中西医结合治疗多发性细菌性肝脓肿 13例. 中西医结合杂志, 1985, 5 (9): 534
- (李新民)

11.7 急性胆囊炎

【概述】

急性胆囊炎是由细菌感染、胆汁滞留等原因引起的胆囊炎性疾病, 临床以发热、右上腹疼痛及压痛、呕吐、白细胞增多等为主要表现。小儿急性胆囊炎比较少见, 常继发于全身感染后, 且以无结石性胆囊炎的发病率较高。好发年龄为 8~14 岁, 男孩发病较多。

中医文献中虽无胆囊炎的病名, 但根据胆囊炎的证候特征, 可归属于胁痛、胆胀、黄疸、癖黄、结胸发黄、结胸热实等门类之中。如《灵枢·胀论》说:“胆胀者, 胁下胀痛, 口中苦。”《灵枢·经脉》则说:“胆足少阳之脉, ……是动则病口苦……心胁痛不能转侧。”《灵枢·邪气脏腑病形》还记载有“胆病者……呕宿汁……其寒热者。”这些症状的描述显然多属于胆囊炎的范畴。

国内从 1958 年开始开展了中西医结合的临床研究, 1962 年大连医学院主编的《新急诊学》中, 首先报告了用中西医结合非手术治疗胆囊炎的经验。随后, 全国各地都有大量病例的治疗报告。在辨证治疗方面, 根据胆囊炎的临床表现及中医的病机学说, 逐步确立了本病的常见证型及治疗原则。

【病因病理】

一、病因

湿热内蕴为本病致病的内在基础, 饮食不节、寒温失调或蛔虫上扰, 或外感热病传变(如邪传足少阳胆经或邪热内陷胸膈)等为本病发病的重要因素。西医学认为, 各种原因的胆囊管或胆总管狭窄梗阻, 胆管系统功能失调, 导致胆汁滞留和细菌感染是引起小儿急性胆囊炎的主要病因。

二、病理

1. 病变脏腑在肝胆 肝居胁下, 职司疏泄; 胆为中精之腑, 以通为顺。急性胆囊炎多系湿热之邪侵袭肝胆, 肝胆失疏, 气血阻滞, 不通则痛, 故右胁下剧烈绞痛。湿热熏蒸, 气血凝滞, 故胁下疼痛呈阵发性加重, 拒按、有压痛。肝胆经脉循胁肋, 肝胆气滞, 疼痛可先在右胁下, 并可放射到右肩胛部和背部。湿热留恋胆腑, 热结阳明, 则发热、恶心呕吐、大便秘结及黄疸等。临床每因饮食不节、寒温失调、蛔虫上扰等因素, 影响肝之疏泄及胆腑“中清不浊”、“通降下行”的功能, 形成“热气相搏, 郁蒸不散”之势, 从而导致急性发病。

2. 病情演变主热毒 湿热内蕴, 肝胆失疏, 为本病的基本病机, 但小儿之病传变迅速, 湿热蕴结不散, 热甚可腐血成脓, 进而热毒化火, 火毒炽盛, 可内攻营血, 形成全身性严重毒热证候, 甚则可以出现内风扰动, 阴伤阳脱之危候。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 症状

(1) 腹痛 腹痛多发生于右上腹，也有发生于中上腹者，程度较剧烈而持久，常有阵发性加剧，可向右肩放射。随炎症的发展，腹痛常局限于右肋下胆囊区。疼痛常发生于夜间，多于饱餐尤其进食较多脂肪后发作。若有胆囊管梗阻，可有间断性胆绞痛发作。

(2) 恶心呕吐 60%~70%的患者可有反射性恶心及呕吐，甚则呕出胆汁，并可造成脱水和电解质紊乱。

(3) 全身症状 80%的患者可有中度发热。当发生化脓性胆囊炎时，可出现寒战、高热及烦躁、谵妄等症状。严重者可发生感染中毒性休克。

2. 体征 右肋下胆囊区有压痛、反跳痛及肌紧张，墨菲(Murphy)征阳性。约1/3病人因胆囊积脓或胆囊周围脓肿，可在右肋缘下触及肿大的胆囊。部分病人可出现黄疸。

3. 辅助检查

(1) 白血细胞计数及分类 白细胞计数多轻度升高，一般不超过 $15 \times 10^9/L$ ，若超过 $20 \times 10^9/L$ ，且显著核左移，常提示病情严重。

(2) 血清学检查 并发胆管炎或胆石症者，可有血清胆红素、转氨酶、碱性磷酸酶、 γ -谷氨酰转肽酶升高。并发急性胰腺炎时，血清淀粉酶明显升高。

(3) B型超声波检查 对了解胆囊大小、囊壁厚度和光滑度，尤其是对了解有无结石快速准确。

(4) 放射诊断学检查 腹部X线平片可见胆囊区的阳性结石、扩大的胆囊、胆囊壁钙化影；在产气细菌感染所致的气肿性胆囊炎时，胆囊区可见积气和液平面。静脉胆道造影，如胆囊不显影，支持急性胆囊炎的诊断。CT对胆囊增大、囊壁增厚及胆石的存在诊断准确。

(5) 放射性核素胆系扫描 若有正常胆管和肠道排泄相，而胆囊区无放射性显示，则支持本病的诊断。如胆囊区有放射性显示，可排除本病。

二、鉴别诊断

1. 高位急性阑尾炎 疼痛在脐周或中上腹部，逐渐转移或集中在右腰部或右下腹上方。而急性胆囊炎疼痛在右上腹部，且肋缘下可触及肿大的胆囊，墨菲征阳性，可资鉴别。

2. 十二指肠球部溃疡急性穿孔 可有类似急性胆囊炎并发局限性腹膜炎征象，但往往有典型节律性周期性胃病史，也可有上消化道出血史。纤维胃镜及腹平片有助鉴别。

此外，本病还应与急性病毒性肝炎、急性胰腺炎、右心衰竭及肝周围炎等疾病相鉴别。

【辨证论治】

一、证候辨别

小儿急性胆囊炎并发于全身温热性疾病过程中的较多，一般无慢性胆囊炎病史，发病比较急骤，临床辨证可根据小儿的证候特点，将其分为湿热、毒热两种，作为本病的主要辨证基础。一般来说，湿热证病情较轻，临床以胁脘疼痛、持续发热、口苦厌食、恶心呕吐等为主要表现；毒热证病情较重，常由湿热证发展转化而来，其胁脘剧痛、持续不解，高热不退，精神萎靡，甚或神昏抽搐、皮肤瘀斑，或可突然出现阳脱危象。两者

可从疼痛程度、热度高低、精神状态、腹部体征及舌脉表现等方面进行鉴别。

二、治疗原则

本病治疗着眼于清利、疏泄、通滞。湿热证以清泄湿热、疏利肝胆为主，毒热证以泻火解毒、通腑泄热为要。同时，临床应根据病情变化，辅以熄风镇惊、活血化瘀、益气养阴、扶正固脱等不同治法。

三、分证论治

1. 湿热证

证候表现 胁脘疼痛拒按，持续发热，精神不振，口苦咽干，恶心呕吐，厌食，大便秘结，甚至面目发黄，小便短黄，舌质红，苔黄腻或黄燥，脉滑数。

辨证要点 本证病机要点在于湿热内蕴，肝胆失疏，热结阳明，不通则痛。其局部及全身症状均为湿热熏蒸于里的表现。结合体征及理化检查，本证常为急性胆囊炎而没有合并症的一般表现。

治法主方 清泄湿热，疏肝利胆，辅以通里攻下。大柴胡汤合茵陈蒿汤加减。

方药运用 常用药：柴胡、黄芩、白芍、枳实、生大黄（后下）、茵陈、栀子、金钱草、金银花、连翘等。腹痛甚者倍白芍，加川楝子、延胡索；呕吐甚者少佐半夏、黄连；热甚津伤，苔黄燥者，加鲜生地、麦冬、石斛。蛔虫梗塞者加川椒、乌梅；伴有胆石症者加海金沙、鸡内金。

2. 毒热证

证候表现 胁脘剧痛，持续不解，腹肌强直，压痛拒按，或右肋下扪及胆囊肿大，持续高热，精神萎靡，唇口干燥，面目全身发黄，大便燥结，小便短赤，舌红绛，苔黄燥、灰黑。甚或神昏、抽搐，皮肤瘀斑，或突然面色苍白，四肢厥冷，脉微欲绝。

辨证要点 常由湿热证发展转化而来。因肝胆积热不散，热毒化火，瘀积于胆，火热腐血而为脓毒，毒热窜入营血，并殃及周围脏腑。辨证要点应把握病情变化过程中多种变证的发生，如火毒炽盛、热伤营血、肝风内动、阴伤和阳脱等证候的出现，由此即可区别于湿热证。本证常为急性化脓性胆囊炎、坏疽性胆囊炎和胆囊穿孔引起腹膜炎时的表现。

治法主方 泻火解毒，通腑泄热。黄连解毒汤合茵陈蒿汤加减。

方药运用 常用药：大黄（后下）、黄连、黄芩、栀子、茵陈、柴胡、玄明粉（冲服）、金银花、连翘、鲜生地等。高热昏迷、惊厥者，加服安宫牛黄丸或紫雪丹；热入营血，皮肤瘀斑者，加水牛角、丹参、赤芍。津液干涸，阴损阳伤者，用生脉液静脉滴注；阳气衰脱者，用参附注射液静脉滴注。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 消炎利胆片 用于急性胆囊炎。
2. 胆石通胶囊 用于胆囊炎及伴胆石者。
3. 茵栀黄注射液 用于急性胆囊炎湿热证伴黄疸者。

二、单方验方

1. 鲜蒲公英 60~90g，水煎服。用于急性胆囊炎。
2. 大黄芍药汤 大黄、白芍各 10g，水煎服。用于急性胆囊炎。

3. 利胆解郁汤 柴胡、马齿苋、金银花、川楝子、玄胡各 10g，茵陈 30g，水煎服。用于急性胆囊炎。

4. 大黄雪金汤 生大黄、郁金各 10g，积雪草 20g，川楝子、山楂各 12g。水煎服。用于急性胆囊炎。

5. 疏肝利胆汤 柴胡、枳壳、赤芍、木香、黄芩、鸡内金、郁金、厚朴、山楂各 10g，生甘草、熟大黄各 8g，黄连 6g。水煎服。用于急性胆囊炎。

三、针灸疗法

1. 体针 主穴取阳陵泉、足三里、胆俞。发热加曲池；呕吐加内关；疼痛加上脘、中脘；黄疸加至阳。强刺激，每日 2 次，留针 20~30 分钟。

2. 耳针 右耳取神门、交感、胰胆、胆囊下。左耳取胰胆透十二指肠。

3. 水针 穴取右侧阳陵泉及支沟，各注射七叶莲注射液（每 2ml 含生药 10g）0.4~1ml。有止痛效果。

四、推拿疗法

患者俯卧位，从第 7 颈椎至 12 胸椎两侧膀胱经路线，以手掌根部从上而下反复按揉，再用拇指拨柔数遍，然后在膈关、胆俞、肝俞及压痛点揉点，各穴约 1 分钟。最后由上而下推抚 2~3 遍，用力按压胆囊穴，直至疼痛缓解。

患者仰卧位，用手掌以逆时针方向轻揉上腹部，用两拇指由剑突下沿肋向两侧轻轻分推多次，点按期门、梁门。再以手掌从上腹部向下推抚数遍，最后用拇指揉点足三里和足临泣、胆囊穴。

五、西医疗法

急性胆囊炎可采用非手术疗法，包括解痉、镇痛及抗感染治疗。因多不能进食，故亦须静脉补液维持营养及水分。

胆汁性腹膜炎等严重合并症诊断后应尽早手术，解除胆道梗阻，降低胆道压力。手术方式可根据患儿一般情况及局部情况决定。

【预防护理】

一、预防

1. 注意饮食有节，不饱食，勿食生冷油腻。保持大便通畅。
2. 注意饮食卫生，及时检查并服药驱除肠道寄生虫，防止胆道蛔虫引起的胆道感染。
3. 防止受凉感冒，减少疾病的发生，一旦热性病发生后要及时治疗，并给予必要的支持疗法，防止脱水伤津，引起胆汁浓缩而造成本病的发生。

二、护理

1. 一般患儿应进食低脂流质、半流质和易于消化的软食。
2. 持续高热、呕吐、不能进食的患儿，应进行静脉补液，维持水、电解质及酸碱平衡。
3. 对呕吐频繁和腹胀明显的患儿，应及时插鼻胃管作短期胃肠减压。
4. 对严重患儿要密切观测体温、神志、呼吸、脉搏、血压的变化，并观察有无黄疸和皮下瘀斑的出现。
5. 对腹痛变化的观察，应注意随时检查疼痛的部位、性质，注意有无胆囊肿大、穿孔和腹膜炎的发生。

【文献选录】

《伤寒论·辨太阳病脉证并治》：“伤寒六七日，结胸热实，脉沉而紧，心下痛，按之石硬者，大陷胸汤主之。……伤寒十余日，热结在里，复往来寒热者，与大柴胡汤。但结胸无大热者，此为水结在胸胁也，但头微汗出者，大陷胸汤主之。”

《伤寒全生集·发黄》：“结胸发黄，病人心胸满硬，按之痛或手不可近，大陷胸汤加茵陈，盖结去则黄自退也。”

《诸病源候论·总论·胁痛候》：“邪气客于足少阳之络，令人胁痛。颜汗出，阴气系于肝，寒气客于脉中，则血泣脉急，引胁与小腹，诊其脉弦而急，胁下如刀刺，……左手脉大，右手脉小，病右胁下痛；寸口脉双弦，则胁下拘急，其人漉漉而寒。”

【现代研究】

一、临床研究

吴盛荣等认为胆囊炎的主要病理变化为肝胆气滞、湿热蕴蒸，其病位虽涉及肝胆脾胃，但以肝胆为主，故治疗着重以疏肝利胆、清利湿热为法，临床采用舒肝利胆汤为主，基本方：金钱草、赤芍、薏苡仁、茵陈、大黄、白术、川楝、柴胡、蒲黄、五灵脂、黄芩、鸡内金、枳壳、青皮、木香、玄明粉、胆草，身热口渴甚加银花、连翘、石膏、天花粉，恶心呕吐加半夏、竹茹、生姜，纳差加神曲、山楂，治疗胆囊炎225例。结果临床治愈170例、好转48例、无效7例，总有效率96.8%。^[1]张贇鹏报道，43例急性胆囊炎患者随机分为2组，治疗组20例予大黄廑虫丸；对照组23例予中药常规方剂治疗，包括龙胆泻肝汤、大柴胡汤、逍遥散等方剂辨证加减。结果治疗组全部治愈，平均住院日为4天；对照组治愈17例、好转5例、未愈1例，平均住院日12天。^[2]云昌隆报道“抗胆感”注射液治疗急性胆系感染62例亦获良效。抗胆感由柴胡、姜半夏、赤芍、郁金、蒲公英、龙胆草、茵陈、大青叶、大黄、威灵仙等药物组成，具有疏肝理气、清热化湿、利胆通腑的作用。^[3]

王柏林采用经证腑证辨证，以利胆化瘀解毒汤配合外敷、针刺治疗急性胆囊炎108例，其利胆化瘀解毒汤由柴胡、郁金、莱菔子、黄芩、枳壳、木香、金钱草、赤芍、银花、大黄、半夏等药物组成，经证去大黄、枳壳，加党参；腑证：腑实便秘加芒硝，结胸腹皮急加甘遂粉（冲服），腹痛甚加玄胡，黄疸加茵陈，发热加山栀、蒲公英、黄连。配合胁下病痛区外敷铁箍散（大青叶、芙蓉叶、生大黄、川柏、川连、五倍子、白矾、胆矾、铜绿、广丹、乳香、没药）、止痛膏（浙贝母、白芷、生大黄、樟脑、梅片、麝香、木香、薄荷冰）；针刺日月、期门或阳陵泉。结果，治愈94例，好转10例，未愈4例，治愈率87.9%，有效率96.3%。临床治愈最短7天，最长29天，平均住院19天。^[4]

张莹雯等采用中西医结合治疗急性胆囊炎50例，基本方：大黄、蒲公英、金钱草、茵陈、枳实、郁金、鸡内金、白芍、甘草。恶心呕吐、黄疸、便秘者加泽泻、车前子、山栀；右上腹间歇性绞痛，甚则向右肩背放射者加川楝子、木香、佛手；右上腹持续性疼痛，痛如针刺或刀割，拒按，舌暗脉涩，重用大黄，加丹皮、桃仁、红花、川芎。同时，配合西药抗感染，并注意维持水电解质平衡。结果，治愈35例，好转12例，无效3例。疗程最短3天，最长8天，平均5.5天。^[5]顾家威报道中西医结合治疗急性胆囊炎62例，中药采用小陷胸汤加味：黄连、半夏、瓜蒌皮、柴胡、大黄、木香。热甚加银花、山栀、虎杖，痛甚加白芍、玄胡，气虚加党参、黄芪，伴结石者加枳壳、鸡内金、金钱草。结

果治愈 25 例、显效 26 例、好转 6 例、无效 5 例，总有效率 91.9%。^[6]

二、实验研究

孙学蕙等以大鼠为实验对象，在近肝门处的胆总管内插管引流并收集胆汁，以观察肝脏泌胆功能。结果发现香附、青皮均能增加大鼠胆汁流量，给药后 1 小时香附组胆汁流量增加 37.5%，青皮组胆汁流量增加 30.3%，茵陈蒿汤组胆汁流量增加 45.2%，与给药前比较，经 t 检验，差异显著或非常显著。杨恩禹等采用生物电研究法，在家兔胆囊、胆总管或胆道括约肌处安置电极，通过前置放大器与多道生理记录仪连接，描记胆囊、胆总管等的活动情况。结果表明，青皮复方（青皮、木香、茵陈、生栀子、生大黄）能明显增强胆总管生物电的活动，比新斯的明更加明显，但起效较慢。裴德恺等用麻醉犬经胆囊瘘插入胆囊导管，固定于胆囊，通过套管观察胆囊内压以反映胆囊运动情况。结果，枳壳、木香复方（木香、茵陈、栀子、柴胡、黄芩、枳壳、大黄、金钱草）对胆道括约肌有明显舒张作用，对胆囊运动有明显加强作用。

现代参考文献

- [1] 吴盛荣，等．舒肝利胆汤治疗胆囊炎 225 例小结．湖北中医杂志，1995，17（1）：11-
- [2] 张贇鹏．大黄虫丸治疗急性胆囊炎临床观察．黑龙江中医药，1995，（2）：18
- [3] 云昌隆．“抗胆感”注射液治疗急性胆系感染 62 例．江苏中医，1993，（5）：32
- [4] 王柏林．利胆化瘀解毒汤治疗急性胆囊炎 108 例．陕西中医，1994，15（11）：503
- [5] 张莹雯，等．中西医结合治疗急性胆囊炎 50 例．湖北中医杂志，1994，（3）：27
- [6] 顾家威．中西医结合治疗急性胆囊炎 62 例．江苏中医，1994，（4）：17

（李新民）

11.8 急性胰腺炎

【概述】

急性胰腺炎是由胰腺的消化液作用于胰腺本身和胰腺周围组织而引起的急性炎症。临床以持续性上腹痛、恶心呕吐、发热、淀粉酶值增高，严重者可出现休克为特征。可发生于任何年龄，但小儿比较少见，男女发病率无明显差异。

中医古代文献中无急性胰腺炎的病名，但有许多类似本病的记载。如《素问·六元正纪大论》：“木郁之发，……民病胃脘当心而痛，上支两胁，膈咽不通，饮食不下”；及《伤寒杂病论》中的大柴胡汤证、大陷胸汤证、厚朴三物汤证、茵陈蒿汤证、四逆汤证等，从不同的侧面反映了本病的临床特征。后世医籍先后所提出的胃心痛、脾心痛、食心痛、饮心痛等症，也包涵着本病的临床表现。

国内从 1958 年开始进行了本病的中西医结合临床研究，针对该病实多虚少、多为宿食或湿热壅闭腑气的特点，根据“六腑以通为用”、“通则不痛”的理论，创造性地总结了一整套以通腑攻下为主，立足于“动”的有效治疗方法，使罹病的胰腺及其受累相关脏腑在积极运动中渐趋康复。

【病因病理】

一、病因

外感六淫、情志不畅、蛔虫内扰、暴饮暴食等诸多因素，均可影响脾胃肝胆功能，以

致气滞、湿蕴、热结，而使本病发病。

现代研究认为，本病是由某些原因激活了存在于胰腺中的并无活性的各种胰酶原，反过来对其自身及周围组织进行消化的结果，除以饱食、饮酒、情绪激动等为常见诱发因素之外，并常继发于胆道或胰管结石、胆道蛔虫、感染及某些传染病，偶见于服用异烟肼、肾上腺皮质激素、消炎痛等药物的患者，约半数病例不能肯定明确其致病因素。

二、病理

1. 病位在脾胃肝胆 胰腺在中医学中缺乏专述，一般将其生理功能归属于脾胃，且与肝胆相关。故本病的发生与脾胃肝胆关系密切。

肝脾气滞 情志不畅，肝胆失于条达，肝逆犯胃，肝脾不和则中焦运化失常，气机壅滞；或暴饮暴食，宿食停积不化，气机郁滞不畅，以致出现腹胀腹痛、恶心呕吐。

脾胃实热 外感六淫之邪传里化热，热郁于里，形成中焦实热；或因饮食不节，暴饮暴食，骤至中焦壅塞，脾胃郁火骤生，火热炽盛，充斥阳明，壅塞腑气，以致高热口渴、脘腹剧痛、恶心呕吐、大便秘结。

肝脾湿热 素有胆道疾患，湿热内蕴肝胆，肝失疏泄，影响脾的运化功能，水湿不化，停聚中焦；或饮食不节，损伤脾胃，脾失健运，内生水湿，郁而化热，湿热弥漫，充斥胃胆，肝胆湿热，瘀阻中焦，故见脘胁胀痛、黄疸、呕吐口苦等症。

蛔虫上扰 本病部分继发于胆道蛔虫症。蛔虫内扰，上入胰胆之窍，使胰液胆汁疏泄受阻，以致肝脾功能失调，气血逆乱，症见上腹剧痛、汗出肢冷、恶心呕吐，多有吐蛔。

2. 病情演变重厥脱 本病来势急骤，部分病例可迅速出现厥脱危象。由于腑实内闭，阳气不能宣通，故四肢厥冷；热邪弛张，燥屎内结，重伤津液，以致阴竭；阴阳互根，津液消灼，则气随液脱，阳随阴亡。故本病变证的病机演变主要在于阴竭阳脱，临床可见内闭外脱、气阴两竭等证候。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 起病较急，持续性上腹痛，压痛，肌紧张，恶心呕吐，发热，严重者出现休克等症候。

2. 末梢血白细胞总数升高，中性白细胞显著上升。

3. 淀粉酶测定 1岁以上小儿血清淀粉酶达到成人水平，正常值为40~150U (Somogyi法)。急性胰腺炎发病3小时后，血清淀粉酶值即可增高，24~48小时达高峰，病变缓解后逐渐下降。如增至300~500U以上对诊断有意义。尿淀粉酶在发病后12~24小时开始升高，下降较慢，常在发病后期血清淀粉酶已恢复正常时应用，但其结果受肾功能及尿浓度的影响，故不如血清淀粉酶准确。尿淀粉酶正常值为8~32U (Winslow法)。

4. 血清脂肪酶测定 正常值为0.5~1U (Comfort法)，于发病24小时后始升高，超过1.5U对急性胰腺炎诊断有意义。其持续高值时间较长，可作为晚期患儿的诊断方法。

5. 超声检查 对水肿型胰腺炎及后期并发胰腺囊肿者的诊断很有价值。前者示胰腺明显增大，后者示囊性肿物与胰腺相联。

二、鉴别诊断

1. 出血性小肠炎 又称坏死性小肠炎或节段性小肠炎，临床可分一般表现及重型症

状。前者常以急性腹痛起病，部位多在脐周，按压可稍缓解，或同时伴有便血；重者绞痛拒按，检查时上腹中部明显压痛。病情好转后，腹痛仍可持续数天。便血为本病主要症状之一，多于腹痛当天及第二天出现。腹部X线平片见胃囊扩大，十二指肠扩大，空、回、结肠充气，腹壁脂肪线消失，并可见到大小不等的液平面。

2. 机械性肠梗阻 起病急剧，阵发性腹部剧烈绞痛、呕吐（呕吐物中有胆汁及粪便）、腹胀。高位梗阻早期，肛门有少量排气和排便；低位完全性梗阻，无肛门排气或排便。腹胀，可见肠型及蠕动波，听诊有阵发性肠鸣、高调及气过水声。X线见近端胃肠内充气，肠内多数梯形液平面。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨别常证 本病基本病机在于气滞、湿蕴、热结，临床常见肝脾气滞、脾胃实热、肝胆湿热、蛔虫上扰等证候。上述四证可从病因特点、证候表现两方面进行辨别。肝脾气滞者，因肝失疏泄、脾气壅滞所致，其证发热较轻，腹痛阵发或窜痛，查体上腹仅有压痛，无明显腹肌紧张；脾胃实热者，为热毒炽盛所致，阳明里、实、热证俱全，其证高热口渴、腹痛剧烈、腹肌紧张、拒按，甚则可出现休克症状；肝胆湿热者，多为胆道疾患并发胰腺炎，除腹痛拒按外，尚有肝胆湿热见症；蛔虫上扰者，多为胆道蛔虫所引起，其证上腹绞痛、痛后如常，多有吐蛔史。

2. 辨识变证 急性胰腺炎之变证主要表现内闭外脱或气阴两竭。前者除面色苍白、多汗、肢冷抽搐外，尚见脘腹剧痛、呕恶便秘、身热烦渴等腑闭之症；后者表现为冷汗淋漓、肢厥脉微、舌干红少苔等气阴两竭之象。

二、治疗原则

本病治疗以理气攻下，清泄里热为主要原则。气滞者，主以疏肝理气；实热者，重以苦寒直折；湿热者，注意疏肝利胆，清泄湿热；因蛔虫上扰所致者，配以利胆驱蛔；若出现内闭外脱或阴竭阳脱者，当立即抢救，法以通腑开闭，回阳固脱，或育阴回阳，救逆固脱，待厥回脱止后，又当审证辨治。

一般来说，中医药为主治疗水肿型胰腺炎有较好疗效。出血坏死型胰腺炎病情严重，病程较长，可因休克死亡，亦可形成局限性脓肿，并可后遗假性胰腺囊肿，应当中西医结合积极抢救。

三、分证论治

1. 肝脾气滞

证候表现 突然上腹部阵痛或窜痛，恶心呕吐，发热较轻，多大大便秘结。查体上腹仅有压痛，无明显腹肌紧张，舌质偏红，苔薄白或偏黄，脉弦或紧。

辨证要点 本证因肝气失于疏泄，脾胃之气壅滞所致。故常表现为阵痛或攻窜作痛，伴恶心呕吐。其腹痛特点是限于上腹部，仅有压痛，无明显肌紧张。本证虽为气滞，气有余便是火，实为里实火郁证，一般无腹胀。临床常见于轻型水肿性胰腺炎。

治法主方 疏肝理气，通里攻下。大柴胡汤加减。

方药运用 常用药：柴胡、黄芩、黄连、白芍、厚朴、枳实、木香、大黄（后下）等。腹痛甚者，加延胡索；呕吐较频者，少佐半夏，加姜竹茹；伤食者，加莱菔子、生麦芽、生山楂。

2. 脾胃实热

证候表现 全上腹剧痛、胀满、拒按，腹肌紧张，饮水进食后疼痛加剧，呕吐频繁，呕吐后腹痛不能缓解，伴有高热、口干渴、大便秘结、小便短赤，舌质红，苔黄燥或黄厚而腻，脉弦数。

辨证要点 本证由热毒炽盛，充斥阳明所致，其证高热口渴、腹痛剧烈、腹肌紧张，以痞、满、燥、实为特征，从而显著区别于肝脾气滞证。该证病情严重，甚则可出现休克症状，临床常见于严重水肿型或急性出血、坏死型胰腺炎。

治法主方 通里攻下，清泄里热。大承气汤。

方药运用 常用药：生大黄（后下）、芒硝（冲服）、枳实、厚朴。热重者加银花、黄芩；痛甚者加白芍、延胡索；神昏者加服安宫牛黄丸。

天津南开医院研制的清胰汤1号（柴胡、黄芩、胡黄连、白芍、木香、延胡索、生大黄、芒硝）亦适用本证。

3. 肝脾湿热

证候表现 上腹胀痛拒按，发热，呕吐口苦，咽干，多有轻度黄疸，小便短赤，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

辨证要点 本证由肝胆湿热，瘀阻中焦所致。病位在肝胆与脾。与其它各证的鉴别要点在于，除上腹胀痛拒按外，尚有口苦、呕吐、黄疸等肝胆湿热之见症。临床常见于胆道疾患并发胰腺炎者。

治法主方 疏肝利湿，清泄湿热。茵陈蒿汤加减。

方药运用 常用药：柴胡、黄芩、茵陈、栀子、半夏、川楝子、延胡索等。热重者加龙胆草；湿重者加赤苓、金钱草；便秘者加大黄（后下）、芒硝（冲服）。

本证亦可用清胰汤1号加茵陈、栀子。

4. 蛔虫上扰

证候表现 上腹突然剧烈绞痛，呈持续性，伴有钻顶样痛，剧痛时汗出肢冷，痛后如常，多有吐蛔，身微热，恶心呕吐，舌质红，苔黄腻，脉弦数。

辨证要点 本证多为胆道蛔虫引起的急性胰腺炎。由蛔虫上扰，肝失疏泄，肝脾不和所致。其证以持续性上腹绞痛和剧痛时四肢发厥为特征，或伴有吐蛔史。

治法主方 利胆驱蛔，清热攻下。清胰汤2号。

方药运用 常用药：柴胡、黄芩、胡黄连、木香、白芍、槟榔、使君子、苦楝根皮、芒硝（冲服）。大便秘结者加大黄（后下）。

5. 内闭外脱

证候表现 脘腹剧痛，呕恶身热，烦渴多汗，面色苍白，肢冷搐搦，舌质干红，苔灰黑而燥，脉沉细弱。

辨证要点 本证病情危急，若不及时抢救，可危及生命。其病机主要在于腑实内闭，阳气不能宣通以致虚阳外脱。该证除有阳脱表现外，尚有腑闭血瘀的症状，从而区别于阴竭阳脱证。

治法主方 通腑逐瘀，回阳救逆。小承气汤合四逆汤加味。

方药运用 常用药：生大黄（后下）、厚朴、枳实、瓜蒌、葛根、赤芍、红花、附子、干姜、生晒参、甘草、代赭石（先煎）、生牡蛎（先煎）。1日2剂，分次频服。必要时加

用参附针或参麦针静脉给药。

本证病情危重，宜采用综合治疗方法积极抢救。待厥回之后，可按脾胃实热或肝脾气滞证论治，需酌加益气生津之品为妥。

6. 阴竭阳脱

证候表现 面色苍白，神情淡漠或焦虑不安，冷汗淋漓，四肢逆冷搐搦，舌质干红多裂纹，少苔或苔薄而燥，脉微细欲绝。

辨证要点 本证多见于急性胰腺炎并发休克者。其病机在于阴竭阳脱，与上证比较，缺乏腑实内闭的证候表现，呈现一派气阴两竭之危象。

治法主方 益气回阳，养阴固脱。参附龙牡汤合生脉散加味。

方药运用 常用药：人参、附片、甘草、生地、麦冬、五味子、龙骨（先煎）、牡蛎（先煎）等。昼夜频服。配用参附针或参麦针静脉给药。此时，宜积极采用综合治疗方法进行抢救。待厥回脱止之后，宜审察病情，随证治疗。

【急症处理】

出血坏死性胰腺炎

临床表现 腹痛严重，上腹部除有压痛外伴有腹胀、肌紧张板样腹，有时为弥漫性腹膜炎体征；病情急剧，可出现血容量下降，低血压休克；白细胞计数超过 $25 \times 10^9/L$ ；一般情况严重，但血尿淀粉酶反而降低；血钙进行性降低，手足搐搦。

治疗方法

(1) 中医治法 辨证论治见本条“内闭外脱”、“阴竭阳脱”证候治法。同时，配合针刺疗法。内闭外脱：人中、内关、足三里、十宣，泻法或平补平泻针刺。阴竭阳脱：素髻、内关、中冲，平补平泻或间断捻转留针针刺。

(2) 西医治法 非手术疗法，包括：禁食，胃肠减压，输血补液，纠正水电解质紊乱，积极抢救休克，止痛等。同时，宜选用胰液中排泄浓度较高的药物如氯霉素等抗生素抗感染；并可根据病情采用腹腔灌洗，清除腹腔内有毒的胰腺渗出物。对于诊断明确的重型胰腺炎即出血坏死性胰腺炎，一般主张应积极作手术前准备，争取早期手术（48~72小时）或晚期手术（7~10天）。手术的目的主要是引流含胰腺、毒性物质等的液体和清除坏死组织。

【其它疗法】

一、单方验方

1. 生大黄粉 9g，玄明粉 15g，开水冲 150ml，分 3 次口服，每隔 2~4 小时 1 次。用于急性水肿型胰腺炎。

2. 番泻叶 5~10g，开水冲泡 50~100ml，频服，首次大便后，改为每日 2~3 次，每次 5g，保持大便每日 3~5 次。用于急性水肿型胰腺炎中病情较轻者。

二、针灸疗法

1. 体针 肝脾气滞：中脘、内关、支沟、足三里、阳陵泉。脾胃实热：曲池、合谷、内关、天枢、上巨虚、内庭。肝胆湿热：胆俞、肝俞、中脘、至阳、阳陵泉、三阴交、丘墟。蛔虫上扰：不容、期门、阳陵泉、上脘、太冲、内关、足三里。以上诸穴均予泻法，强刺激。

2. 电针 根据辨证施治配方取穴。按电针操作常规采用断续脉冲波，各穴通电 30 分

钟~1小时,急性期每日针刺3~4次。

3. 耳针 穴取胆、胰、交感、神门。用毫针强刺激,留针2~3小时,或用揸针埋针2~3天。

4. 穴位注射 取两侧足三里或下巨虚(压痛点处),每穴注射10%葡萄糖液0.5~1ml,取得针感后快速推入,每日1~2次。

三、西医疗法

1. 禁食 重症病例需持续胃肠减压。患儿腹部已不胀,并能自肛门排气及有食欲时,则可开始少量进食,以碳水化合物为主,佐以蛋白质,应较长时间限制脂肪。

2. 纠正水和电解质紊乱 脱水严重或出现休克的病儿,应首先恢复血容量,可输2:1溶液、血浆或全血等,按20ml/kg bw于30~60分钟内输完;8~10小时内用1/2~2/3张溶液纠正其累积损失。注意验尿补钾。脱水纠正后,需按不同年龄补充生理需要及继续丢失液量,并注意热量、维生素供给,可适当输血浆或人血白蛋白等。病程较长者可考虑静脉高营养。

3. 止痛 一般用阿托品。腹痛严重可用度冷丁,甚则同时肌内注射氯丙嗪。禁用吗啡,因其可使奥狄括约肌痉挛。

4. 抗生素应用 对此尚有争论,但对重症及合并细菌感染者一般均主张应用广谱抗生素。

5. 手术 只有在以下情况时考虑手术:①非手术治疗无效,高热持续不退、精神不好、腹胀、腹肌紧张、压痛不减轻者,须手术探查,同时腹腔引流。②诊断不明确,不能除外其他外科急腹症者,应尽早手术。③并发局限脓肿及巨大胰腺假性囊肿者,须行切开引流或于消化道行内引流术。

其它尚有人主张应用胰蛋白酶抑制剂抑肽酶静脉滴注,认为早期应用效果良好。疑有蛔虫感染者,症状缓解后驱虫。

【预防护理】

一、预防

1. 积极防治蛔虫病、胆石症及胆道感染。
2. 饮食要有节制,避免暴饮暴食,忌食生冷油腻。

二、护理

1. 急性胰腺炎患儿应卧床休息。
2. 轻型患儿可给予低脂流质或半流质饮食,病情较重或呕吐剧烈者可暂禁食。
3. 防止呕吐,保证服药发挥作用是取得疗效的关键。呕吐轻者可少量多次服药,或服药前针刺内关穴止呕,或注射小剂量阿托品解痉止呕。腹胀明显者,应及时插鼻胃管持续减压,并经鼻胃管定期灌服,一般应在灌药后关闭胃管2~3小时。
4. 胰腺的修复需用蛋白质,症状缓解后,要选用含必需氨基酸多的蛋白质饮食,宜少量多餐。忌刺激性食物,如咖啡、浓茶、酒、香料等。

【文献选录】

《伤寒论·辨太阳病脉证并治法》:“太阳病,重发汗,而复下之,不大便五六日,舌上燥而渴,日晡所小有潮热,从心下至少腹,硬满而痛,不可近者,大陷胸汤主之。”

《金匱要略·腹满寒疝宿食病》:“病者腹满,按之不痛为虚,痛者为实,可下之。舌

黄未下者，下之黄自去。”“按之心下满痛者，此为实也，当下之，宜大柴胡汤。”

《景岳全书·杂证谟·心腹痛》：“痛有虚实，凡三焦痛证惟食滞、寒滞、气滞者最多，其有因虫、因火、因痰、因血者，皆能作痛。大多暴痛者，多有前三证；渐痛者多由后四证……可按者为虚，拒按者为实。久痛者多虚，暴痛者多实。得食稍可者为虚，胀满畏食者为实。痛徐而缓，莫得其处者多虚，痛剧而坚，一定不移者为实。”

《珍本医书集成·蠹子医》：“今结胸症与古不同，如果真实结胃口，亦须硝黄往下行，非是后学好奇异。”

【现代研究】

一、临床研究

在我国，胰腺炎多伴发于胆道疾病，胰腺炎临床表现多呈大柴胡汤证。以大柴胡汤为主治疗急性胰腺炎亦屡有报道。如符为民等以大柴胡汤化裁自制“胰炎灵”冲剂（内含生大黄、柴胡、黄芩、枳实、玄明粉、川朴、败酱草、姜黄等），治疗急性胰腺炎65例，其中轻型21例、中型35例、重型9例；肝郁气滞28例、肝胃实热29例、脾胃实热3例、蛔虫上扰5例。同时设立西药对照组61例，其中轻型26例、中型28例、重型7例；肝郁气滞34例、肝胃实热21例、脾胃实热2例、蛔虫上扰4例。治疗组予胰炎灵冲剂1包，日4次，连服4~6天。结果，治疗组治愈51例、显效8例、有效5例、无效1例，总有效率98.46%；对照组分别为38例、11例、7例、5例，总有效率91.8%，经Ridit检验，两者差异显著（ $P < 0.05$ ）。^[1]李小贤等宗大柴胡汤化裁，以自拟柴胡清胰汤（柴胡、黄芩、枳实、白芍、大黄、芒硝各15g，姜半夏10g，败酱草25g）为主，配合针刺疗法，治疗急性胰腺炎78例，结果临床治愈49例，显效17例、有效10例、无效2例，总有效率97.4%。^[2]许昌默等用中西医结合治疗急性胰腺炎83例，其中中医药治疗以南开医院清胰汤1号为主方；西医药治疗包括常规给予抗胆碱药物，纠正脱水及电解质、酸碱平衡紊乱，应用广谱抗菌素及抗厌氧菌药物——甲硝唑等，11例出血坏死性胰腺炎手术治疗9例，下腹部穿刺置管引流1例。结果治愈82例，治愈率98.8%；死亡1例，死亡率1.2%。^[3]

焦东海等报道，采用单味大黄制剂（汤剂，或冲剂，或糖浆，或大黄液，或精黄片）治疗急性胰腺炎314例，其中呕吐严重者加用大黄液或大黄汤灌肠。如发热在39℃以上，白细胞总数在 $20 \times 10^9/L$ 以上或出现并发症时则加用抗生素（共有60例加用抗生素），否则仍坚持用单味大黄，待症状、体征消失后采用精黄片每次3片，每日1~2次，保持每天有1~2次大便，作巩固治疗直至出院。同时设立复方西药随机对照治疗组129例。结果，单味大黄治疗急性水肿型胰腺炎289例全部有效，其中腹痛消失及尿淀粉酶恢复正常的时间少于3天者253例（87.54%）。中西医结合重用大黄治疗急性出血坏死型胰腺炎25例，痊愈者19例。单味大黄治疗组在腹痛消失时间、尿淀粉酶恢复正常时间方面均较西药组明显缩短（均 $P < 0.05$ ），其中精黄片在发热消退时间方面也较复方西药治疗组明显缩短（ $P < 0.05$ ）。^[4]

聂志伟等采用通瘀清胰汤（柴胡、枳实、生大黄、当归、桃仁、玄胡、生蒲黄、银花、连翘、龙胆草、赤芍、芒硝、甘草）为主治疗急性胰腺炎53例，腹胀腹痛剧烈加白芍、川楝子，热甚加羚羊角、生石膏，呕吐严重者加生姜、竹茹，如痛剧、饮药即吐者，可行保留灌服，待症状缓解后再改用口服。结果，痊愈42例，显效10例，无效1例，总

有效率98.1%，平均治愈时间7.2天。^[6]孔令彪等以通腑泄热法治疗急性胰腺炎30例，其中，湿热壅滞者，拟泄热通腑法，大承气汤加减（生大黄、枳实、厚朴、芒硝），热势较高加黄芩、山栀，呕吐重加代赭石、竹茹，食积明显加内金、焦三仙；肝脾不和者，拟疏肝健脾和胃法，兼以泄热通腑，大柴胡汤加减（柴胡、黄芩、芍药、半夏、枳实、大黄），疼痛较剧加玄胡、川楝子，恶心呕吐、泛酸加左金丸、姜竹茹；气滞血瘀者，拟理气活血法，兼以泄热通腑，桃仁承气汤加减（桃仁、大黄、芒硝、甘草），气滞为主加四逆散，血瘀为主加失笑散。结果，治愈27例，好转3例。^[6]

清开灵注射液作为安宫牛黄丸的衍化制剂，具有清热解毒、化湿去浊之效，逊于开窍醒神。王国忠报道，采用清开灵静脉点滴治疗急性腮源性胰腺炎30例，结果速效（应用清开灵1~2天，体温降至正常，上腹疼痛、压痛、反跳痛均消失，血尿淀粉酶降至正常）2例，显效（应用清开灵3~4天，体温正常，腹痛等症状消失，血尿淀粉酶降至正常）25例，有效（应用清开灵5天，体温降至正常，腹痛等症状消失，血尿淀粉酶降至正常）3例，总有效率100%。^[7]

姚开炳采用中医辨证论治为主的综合疗法，通过抗休克及分期辨证论治治疗重型胰腺炎（有腹膜炎、肠麻痹及不同程度的休克）45例，均使迅速好转。其分期辨治要点是：气血败乱期予增液承气汤加减；热结阳明期予大陷胸汤合大柴胡汤加减；气滞血瘀期可选用理气开郁或攻下祛瘀剂。^[8]张耀宗用回阳活血法治疗重症胰腺炎并发休克16例，药用人参、附子、干姜、甘草、当归、桃仁、红花、赤芍、乌药、白术、生龙骨、生牡蛎，结合输液、纠酸等，痊愈10例，有效5例，无效1例。^[9]黄力言等辨治急性重症胰腺炎37例，证属中焦热毒炽盛、阳明腑实；拟清热解毒、通里攻下法为主，辅以理气活血；方用小承气汤合黄连解毒汤加减：生大黄、枳实、川朴、黄芩、黄连、栀子、银花、蒲公英、赤芍、丹皮、桃仁。腹胀较甚服上方效果欠佳者，配合复方大承气汤（生大黄、芒硝、川朴、枳实、桃仁、莱菔子），保留灌肠。同时，配合输液、纠酸，高热及血白细胞升高者用抗生素，疼痛剧烈者予硝酸甘油含服或肌注度冷丁。结果，治愈36例，好转1例。^[10]许环应等采用早期手术引流，术后中西医结合疗法治疗急性出血坏死性胰腺炎38例。其中，对已手术引流的患者分两种情况：急性期，热结、气滞、血瘀并存，治以清热解毒、通里攻下为主，选用大柴胡汤；恢复期，气虚、阴虚突出，治以扶正为要，或益气健脾，或益气养阴，或养阴清热、活血化瘀。结果，痊愈34例，死亡4例；中医药对促进急性出血坏死性胰腺炎患者肠道功能早期恢复，减轻腹胀，减少并发症，缩短疗程等起到积极作用。^[11]

齐清会等对84例重型胰腺炎进行了总结分析，治疗分3个时期：早期（1983年1月~1985年12月）治疗22例，以手术引流为主，病死率为72.7%。中期（1986年1月~1989年12月）治疗23例，以胰腺被膜切开减压，胰腺组织清除，抑制胰腺分泌为主，病死率为34.8%。近期（1990年1月~1994年1月）治疗39例，除中期的治疗方法外，将重型胰腺炎病程分为3期，第一期为腹实期，相当于急性发作期或手术后的第3~5天，使用大承气汤加减的方剂以通里攻下，此期患者均已禁食，对于口服或胃管注入中药有呕吐反应的病例，采用中药煎剂保留灌肠；第二期为热盛期，相当于继发感染阶段，发生于重型胰腺炎的中期，使用金银花、连翘、蒲公英、地丁、黄连、黄芩、大黄为主的方剂以清热解毒；第三期为脾胃不和期，相当于重型胰腺炎的后期，常用四君子汤为主

的方剂以健脾和胃,并佐以舒肝理气、滋阴的药物。结果,病死率为25.6%,较中期又有下降,疗效明显提高,即便死亡患者,其生存的时间也显著延长,这就为抢救危重患者的生命赢得了时间,增加了存活的机会。^[12]

二、实验研究

大柴胡汤为治疗急性胰腺炎的常用方剂。现代药理研究证实大柴胡汤具有利胆、排石、保肝、抗炎、解痉、通下,以及解热、镇静、镇痛和镇吐等作用。

周文洛等在临床研究的基础上,观察了清胰汤1号对胆总管逆行注射胆汁酸盐制造急性胰腺炎动物模型的病理改变,以及胰腺组织RNA、血浆cAMP、cGMP含量的变化。结果表明,清胰汤1号对胰腺细胞的蛋白质合成有抑制作用,并在治疗胰腺过程中具有抗胆碱作用。^[13]田在善等观察了清胰汤1号对急性胰腺炎病人胰腺外分泌功能恢复的影响。经服药前后10天或/和20天胰腺外分泌功能测定(BT-PABA),结果9例患者服药前BT-PABA回收率为 $44.3\% \pm 7.3\%$,治疗后第10天有7例胰功能已恢复正常,BT-PABA回收率为 $64.7\% \pm 5.4\%$ 。^[14]

焦东海等对大黄作了急性、亚急性及慢性毒理试验,并对精黄片作了部分遗传毒理学试验与临床毒理学观察,均证明安全可靠。同时,对大黄治疗急性胰腺炎的作用机理进行了研究,要点如下:①建立和改进了D-乙基硫酸致大鼠胰腺炎模型、牛胆酸钠导管注射致急性胰腺炎模型、糜蛋白酶致急性胰腺炎、40%酒精腹腔内注射致大鼠出血坏死性胰腺炎模型等4种动物模型,在电镜下观察到胰腺细胞的修复及紧密连接处恢复正常,从亚细胞水平阐明了大黄对胰腺细胞有直接的保护作用,可防止胰酶及其降解产物侵入细胞内。②大黄对内毒素性发热及肠道内毒素有明显的抑制作用,能显著降低血浆内毒素水平。③急性出血坏死型胰腺炎常伴有厌氧杆菌感染,大黄有抑制厌氧杆菌感染的作用,特别是对常见的脆弱类杆菌的抑制尤为显著。④大黄能提高血浆渗透压,降低血液的高粘度,并能改善血栓素与前列环素的比值以达到扩容及改善微循环,增加胰腺血流供应之目的。⑤大黄能保护肠粘膜屏障,消除氧自由基,对多脏器功能损伤或衰竭有一定的防治作用。此外,对大黄的活性成分进行了分离,分到11个单体,其中,糖蛋白I、糖蛋白II、没食子酸、低聚糖、 α -儿茶素、大黄素、芦荟大黄素、大黄酸等8个单体对胰蛋白酶等多种胰酶具有明显抑制作用,由于急性胰腺炎(包括出血坏死型)的发生和发展与胰蛋白酶、弹力蛋白酶、脂肪酶及胰激肽释放酶的活性和释放紧密相关,从而找到了大黄治疗急性胰腺炎的物质基础。^[15]

贾玉杰等以胰、肝、胃、小肠的血流为指标,观察了栀子对实验性急性出血坏死型胰腺炎的防治作用。在急性胰腺炎早期胰、胃、小肠的血流均有不同程度的减少,尤以胰、胃最为突出,而低血流量是胰腺出血坏死的重要因素。胰腺炎大鼠经栀子(50%水煎液2ml/只,灌胃)治疗后各脏器血流指标未出现显著降低,在各脏器中尤以胰腺血流改善最明显,达 2.55 ± 0.61 ,显著高于胰腺炎一盐水组(1.47 ± 0.66),与正常一盐水组(2.60 ± 0.34)接近。证明栀子具有改善胰腺炎早期胰腺及各脏器血流的作用。^[16]研究还发现栀子能提高胰腺炎机体的抗病能力,减轻胰腺炎症状,并有稳定胰腺炎腺泡细胞膜的作用。^[17]栀子的以上作用,是通过保持或恢复胰腺腺泡细胞内线粒体的有氧代谢而实现的。^[18]

王兴鹏等应用牛磺胆酸钠诱发大鼠良性胰腺炎模型,观察了川芎嗪对其血流量和存

活率的影响,发现本品能显著增加胰腺相对血流量及灌注量,减轻胰腺病理形态损伤,提高大鼠存活率。通过测定血浆TXB₂、6-酮PGF₁₂及血小板聚集率,显示川芎嗪能纠正急性胰腺炎时TXA₂-PGI₂平衡,降低血小板聚集。提示川芎嗪可能通过调节TXA₂-PGI₂平衡而改善急性胰腺炎时胰腺血流循环紊乱而实现治疗作用。^{〔19〕}

现代参考文献

- 〔1〕符为民,等.胰炎灵冲剂治疗急性胰腺炎的临床观察.江苏中医,1993,(5):42
- 〔2〕李小贤,等.柴胡清胰汤治疗急性胰腺炎78例临床疗效.中国中西医结合脾胃杂志,1997,5(2):79
- 〔3〕许昌默,等.中西医结合治疗急性胰腺炎83例体会.天津中医,1992,(1):28
- 〔4〕焦东海,等.单味大黄治疗急性胰腺炎17年研究.中医杂志,1994,35(3):172
- 〔5〕聂志伟,等.通瘀清胰汤治疗急性胰腺炎.四川中医,1992,(3):19
- 〔6〕孔令彪,等.通腑泄热法治疗急性胰腺炎30例.中国中西医结合脾胃杂志,1997,5(1):43
- 〔7〕王国忠.清开灵治疗急性腮源性胰腺炎30例.浙江中医杂志,1995,30(1):12
- 〔8〕姚开炳.重症胰腺炎45例的诊治体会.中医杂志,1985,(4):43
- 〔9〕张耀宗.回阳活血法治疗急性出血坏死性胰腺炎并发休克16例报告.河北中医,1988,(6):13
- 〔10〕黄力言,等.中西医结合治疗急性重症胰腺炎37例.中国中医急症,1995,4(1):13
- 〔11〕许环应,等.中西医结合治疗急性出血坏死性胰腺炎38例.上海中医药杂志,1995,(6):16
- 〔12〕齐清会,等.重型胰腺炎84例治疗分析.中国中西医结合杂志,1995,15(1):28
- 〔13〕周文洛,等.清胰汤对小白鼠胰腺炎治疗作用的实验研究.天津中医,1986,(6):23
- 〔14〕田在善,等.清胰汤对急性胰腺炎病人胰腺外分泌功能恢复影响.天津中医,1988,(5):10
- 〔15〕焦东海,等.单味大黄治疗急性胰腺炎(水肿型)的研究.中国医药学报,1994,(6):13
- 〔16〕贾玉杰,等.急性胰腺炎对胰腺细胞亚细胞器的功能变化及栀子的影响.大连医学院学报,1991,13(1):36
- 〔17〕贾玉杰,等.胰腺炎对胰腺细胞反应性的变化及栀子的影响.大连医学院学报,1991,13(1):32
- 〔18〕贾玉杰,等.栀子对大鼠出血性胰腺炎早期内脏血流影响.中国中药杂志,1993,18(7):431
- 〔19〕王兴鹏,等.川芎嗪对急性胰腺炎大鼠胰腺血流量影响与治疗作用.中国药理学通报,1993,9(5):367

(李新民)

11.9 肝豆状核变性

【概述】

肝豆状核变性是一种遗传性铜代谢异常的疾病,临床以进行性加剧的肢体震颤、肌强直、发音困难、精神症状、肝硬化及角膜色素环等为主要表现。肝损害比较突出是本病在儿童期发病的特点。因而,小儿发病常以黄疸、肝脾肿大、食欲不振等肝系症状为主诉,或伴震颤、吐涎、言语不清等神经症状。年长儿亦可以神经症状起病。

本病发病率约1/20万。起病年龄最小为3岁,最大的可以在50岁以后才发病,但

至40岁时95%的病人已出现症状。学龄期至青少年期阶段发病者最多。西医学认为,本病特点为铜沉着在脑、肝、肾和角膜等组织,由此引起一系列的症状。因而治疗用促进铜排泄的药物排除体内过量的铜,避免铜在体内继续累积。一般在尚未出现症状时即开始治疗可不发病。早期肝、脑、肾损害较轻者用药后症状消失,坚持用药可不再出现症状;若不治疗则在数年内逐渐恶化;晚期病例疗效差,预后不良。

中医学根据其肝脾肿大、震颤、语言困难三大主症,认为其属积聚、慢惊风范畴。临床多从痰湿、瘀滞、肝风进行辨证治疗。

【病因病理】

一、病因

中医学认为本病主要由于先天禀赋不足,元阴亏虚所致。现代研究认为,本病为常染色体隐性遗传所致,致病基因初步定位于第13号染色体上,但引起铜在体内累积的基本生化缺陷尚不清楚。

二、病理

1. 病位责诸肝肾脾胃 本病病位在肝肾脾胃,以肝为主。无论患儿出现肝脏肿大,还是表现震颤强直,均与肝的功能失调有关。肝居胁下,职司疏泄,调畅气机。肝为“罢极之本”,“主身之筋膜”。若肝阴不足,筋失所养,或肝失疏泄,气滞血瘀,则可变生上述各种症状。肾为先天之本,肝肾同源,肝肾之阴相互润养;脾为生痰之源,木旺则土衰,土虚则木亢,故肝之功能失调与肾、脾胃关系密切。

2. 病机属性以虚为主 本病病因主要责之于先天元阴亏虚,整个病理演变以肝之阴血不足为基础,其病机属性以虚为主。然因痰湿、瘀滞等病理因素,临床又可出现虚中夹实之证。

3. 病理因素为痰湿、瘀滞、肝风

(1) 气滞血瘀 禀赋不足,肝肾阴虚以致肝气郁结,气滞血瘀而成积聚。《景岳全书·杂证谟·积聚》指出:“积聚之病,凡饮食、血气、风寒之属,皆能致之。”并指出聚证以气机阻滞为主,积证以瘀血壅滞为要。气滞日久,可致血瘀而成有形之积,有形之血瘀;亦必阻滞气机,气滞血瘀,经脉阻塞,积为痞块,小腹胀痛,肝脾肿大,面色晦暗。若瘀血阻滞胆道,胆汁外溢,则见黄疸。积聚日久,气血壅滞更甚,脾失健运,肾失开阖,气、血、水瘀积腹内,以致腹部逐渐胀大而为臌胀。

(2) 痰湿阻络 先天元阴不足,肾水不能滋养肝木,木旺土衰,加之小儿脾常不足,脾失健运,不能运化水湿,内生痰浊,痰湿阻络,经脉不利,肌肉僵直,行动困难,或见面具样表情;痰阻络脉,上扰舌根,则言语不清,张嘴流涎。甚则痰浊动风,临床出现阵挛抽搐。

(3) 土虚木亢 肝失疏泄,横逆犯脾,脾失健运,水湿停留,进而壅塞气机,水湿气血停瘀蕴结,病延日久,积聚不散,愈伤脾胃,土虚木贼,肝亢生风,从而临床除见肝脾肿大、黄疸、腹水症状外,还可出现手足震颤、搐搦无力等慢惊之候。若病情进一步发展,损及肾脏,脾肾阳衰,以致慢脾风,则预后不良。

(4) 阴虚风动 禀赋不足,元阴亏乏,水不涵木,肝失濡养。肝属木,木失滋养,则肝血不足,筋无所养,虚风暗动,筋脉牵引挛急,震颤语艰,即所谓“水不涵木,阴虚风动”的慢惊之证。

现代研究认为，正常血浆铜主要以铜蓝蛋白的形式存在。肝豆状核变性时，肝脏合成铜蓝蛋白障碍，胆汁排铜明显减少。因而铜只有与白蛋白结合才能运转，但二者易于分离，于是铜沉积于各组织中引起组织的破坏，以肝、脑、肾等组织损害明显而出现各种症状。

【临床诊断】

一、诊断要点

1. 病史 父母为近亲婚配，同胞中有本病时对诊断有帮助。

2. 临床表现 发病缓慢，病变迅速，临床可表现下述一方面或几方面的症状，因而对于任何原因不明的肝病、锥体外系或其它神经症状、溶血性贫血、肾小管功能不全及代谢性骨病，都应考虑本病的可能。

(1) 肝脏症状，多见于起病年龄较小者，如食欲不振、疲乏、黄疸、肝脾肿大、肝有压痛、腹水等。

(2) 神经症状，多见于年龄较大的小儿，如肢体震颤，吃饭、写字等精细动作困难，语言不清，肌张力障碍；或有手足徐动；锥体束征及情感不稳，注意力不集中，行为异常等。偶有惊厥。

(3) 角膜 K-F 环，又称角膜色素环，即角膜边缘有棕灰色或棕绿色的色素环，必要时需用裂隙灯检查，阳性者可确诊。

(4) 溶血性贫血。

(5) 肾脏症状，如尿中氨基酸、糖、尿酸、钙、磷及蛋白增加，比重低，或有肾小管性酸中毒，偶见血尿。

(6) 骨骼改变，下肢交叉如“X”形或“O”形腿，关节痛和自发性骨折等。

3. 实验室检查

(1) 血清铜蓝蛋白减低，正常小儿铜蓝蛋白为 200~400mg/L。血清铜氧化酶活性也可代表铜蓝蛋白的含量。

(2) 尿铜增加，正常小儿 $<40\mu\text{g}/24$ 小时，病人 $>100\mu\text{g}/24$ 小时，甚至可达 $100\mu\text{g}/24$ 小时以上。

(3) 血铜减低或正常。正常小儿血铜 $72\sim 186\mu\text{g}/\text{dl}$ 。

(4) 必要时可考虑作肝穿刺肝铜定量或 ^{64}Cu 定量。肝铜在本病尚未出现症状时即明显增加， $>100\mu\text{g}/\text{g}$ （干重），多数 $>250\mu\text{g}/\text{g}$ （干重）；正常人 $<45\mu\text{g}/\text{g}$ （干重）。静脉注射同位素 ^{64}Cu 后正常人血中 ^{64}Cu 活性升高之后逐渐下降，在4~48小时期间由于肝合成的铜蓝蛋白释放至血中， ^{64}Cu 又一次上升；病人血的 ^{64}Cu 下降慢，无第二次的 ^{64}Cu 上升。

二、临床分期

根据肝、肾、神经系统等组织内铜过度沉着情况，分为五期：

I 期 肝脏铜累积期，除有肝脏肿大外，其它无特殊情况。

II 期 是肝脏铜释放及再分配期，可发生溶血性贫血，或肝脏衰竭、肝硬化等。

III 期 为大脑铜累积期，症状缓解。

IV 期 为神经系统症状期，以神经系统表现为主。

V 期 经过长期治疗后，铜代谢恢复平衡，症状消失或明显改善。

三、鉴别诊断

本病肝病症状应与急性肝炎、慢性肝炎、肝硬变，急性黄色肝萎缩或斑替综合征相鉴别。仅有神经症状者，注意与双侧性手足徐动、扭转痉挛及癔病鉴别。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨虚实偏重 肝豆状核变性的临床表现复杂多样，而以肝病症状及神经系统表现为主。其病机演变有实有虚，总以虚为基础。一般来说，起病急重者以实证居多，病程迁延，反复不愈者多为虚证或虚中夹实之证。就肝病症状而言，病初起时即可突见肝脏肿大、硬化、腹水、全身黄疸、纳呆瘦赤、脉弦，属实证；经治好转，黄疸消退而肝肿大无变化，纳呆，神疲乏力，易上呼吸道感染，脉软，出现肺、脾气虚症状；若病情进一步发展，又可损及脾肾，出现脾肾虚候。就神经系统症状而言，其震颤乏力、神倦语艰、舌绛苔少、脉气虚弱者为虚证；肌肉僵直、行动困难、张嘴流涎、面具样表情，或见脑水肿者，多为实证或虚中夹实证。

2. 辨痰湿、瘀滞、肝风 肝豆状核变性的病理因素主要有痰湿、瘀滞、肝风三个方面。无论气滞血瘀、痰湿阻络，或土虚木亢、阴虚风动均可引起本病。因瘀滞者，多以肝病症状为主，如肝脾肿大、肋肋胀痛等，还可出现皮肤黧黑、肌肤瘀斑、舌紫脉涩等瘀血为患的症状；因痰湿者，常表现神经系统症状，如肌肉僵直、张嘴流涎等。以上两种情况多以实证为主。肝风证常以虚证居多，或见虚实夹杂之证，临床总以搐搦、震颤为主要表现。其中，土虚木亢者尚见面黄神疲、纳差便溏，或肋下痞块、腹大胀满、舌淡脉弱等脾气虚弱证候；阴虚风动者尚见虚烦疲惫、面色潮红、低热起伏、手足心热、舌绛少苔等阴虚内热之象。

二、治疗原则

肝豆状核变性的治疗，以滋肝肾、熄内风为基本治则。临床根据证候虚实及痰湿、瘀滞、肝风等病理因素，又可采用活血化瘀、化痰通络、健脾祛湿、扶土抑木、养血荣筋、柔肝熄风等多种治疗方法。

三、分证论治

1. 气滞血瘀

证候表现 面色晦暗，食欲不振，神疲乏力，皮肤黄染，色深不泽，鼻衄瘀斑，腹胀腹痛，肋肋下有积聚痞块，甚则肚腹鼓胀，腹壁青脉怒张。或见肌肤黧黑，言语不清，肢体震颤等。舌质紫，可有瘀点，苔薄黄，脉弦涩。

辨证要点 本证多见于起病年龄较小者，临床以肋肋胀痛、肝脏肿大、面色晦暗等气滞血瘀的症状为特点。若痰湿阻络，气郁日久，亦可出现瘀血痹塞，筋失充养，而见肌肤黧黑、震颤不已、舌紫脉涩等症。

治法主方 理气活血，祛瘀消积。金铃子散合失笑散加减。

方药运用 常用药：金铃子、延胡索、五灵脂、蒲黄、丹参、陈皮、郁金、柴胡、甘草等。痞块甚者，加三棱、莪术、穿山甲；大便秘结，加生大黄（后下）；伴有腹水者，加济生肾气丸。腹中气聚攻窜，胀痛时聚时散者，可用柴胡、郁金、丹参、当归、赤芍、金钱草等。若肌肤黧黑，震颤不已，积聚不著者，可用桃红四物汤为主和血通络。

2. 痰湿阻络

证候表现 言语不清，张嘴流涎，表情呆板，呈面具样，咳痰脘痞，纳差呕恶，饮

水或进食时发呛，动作迟缓笨拙，肢体震颤，肌肉僵直，甚则成为固定的奇特姿势，或见阵挛抽搐。舌苔腻，脉弦滑。

辨证要点 本证多见于儿童及青少年，临床多以神经症状为主。全身及局部症状均由痰湿为患所致。其中，尤以腕痞、流涎、咳痰等为特征而区别于气滞血瘀证。

治法主方 祛湿化痰，通络利脉。涤痰汤加减。

方药运用 常用药：茯苓、半夏、胆星、陈皮、枳壳、石菖蒲、郁金、竹茹、怀牛膝、木瓜等。若腹胀便秘，加厚朴、大黄（后下）；兼阵挛抽搐者，加天麻、钩藤。

湿郁化热，湿热蕴蒸者，可用验方肝豆汤（大黄、黄连、黄芩、鱼腥草、半枝莲、泽泻）为主治疗。

3. 土虚木亢

证候表现 形神疲惫，面色萎黄，食欲不振，胁下痞块，腹中肠鸣，或腹大胀满，按之如囊裹水，四肢不温，大便溏薄。并见震颤、流涎、言语不清，或动作笨拙，肢体僵直。舌质淡，苔薄白，脉沉弦无力。

辨证要点 本证病机以脾虚肝旺，木亢生风为主。临床除表现脾虚湿阻之肝病症状外，还有土虚木贼，虚风扰动的症状如震颤不已、搐搦乏力等。与阴虚风动证比较，本证脾气虚弱证候比较突出。

治法主方 健脾柔肝，扶土抑木。逍遥散或缓肝理脾汤加减。

方药运用 常用药：党参、茯苓、白术、扁豆、白芍、柴胡、枳壳、甘草等。痞块明显者，加桃仁、红花、牛膝；腹水显著者，加车前子（包煎）、牛膝或配合济生肾气丸加减；搐搦较甚者，加天麻、钩藤。

4. 阴虚风动

证候表现 虚烦疲惫，情感不稳，或行为异常，面色潮红，低热起伏，手足心热，肢体震颤，吃饭、写字等精细动作困难，言语不清，构音障碍，大便干结，舌光无苔，质绛少津，脉细数。

辨证要点 肝豆状核变性的基本病机为元阴虚亏，肝之阴血不足。本证病机重点在于阴虚风动。临床一方面表现肝肾阴虚、虚热内扰之虚烦潮热、舌绛少苔等症，另一方面出现水不涵木、虚风内动之震颤、搐搦等症；既有别于兼夹痰湿、瘀血等病理因素的痰湿阻络和气滞血瘀证，也不具备土虚木亢证之脾虚失运的典型症状。西医学所说的假性硬化型多属此证，其病情发展较为缓慢，对治疗的效果较好。

治法主方 滋水涵木，育阴熄风。大定风珠加减。

方药运用 常用药：白芍、鸡子黄（冲服）、阿胶（烔化）、干地黄、麦冬、枸杞子、石菖蒲、天麻、钩藤、鸡血藤等。潮热者可加青蒿、地骨皮、银柴胡；口干欲饮者，加西洋参（另煎）、石斛、玉竹；大便秘结者，加生大黄（后下）。龟版、鳖甲、牡蛎、珍珠母等药物铜含量较高，本病宜慎用。

【其它疗法】

一、针灸疗法

1. 体针 风池、太冲、神门、三阴交、血海、肝俞、肾俞等。随证选穴组方针刺治疗。

2. 头针 运动区。

3. 耳针 肝、肾、命门、神门及运动区。

二、推拿疗法

理阴阳，调气血，随证取穴，按揉并施。

三、西医疗法

1. 促进铜的排泄 右旋青霉胺可螯合体内铜并从尿中排出，疗效可靠。锌制剂可干扰肠道内铜的吸收，常用硫酸锌或醋酸锌。三乙烯四胺，作用和右旋青霉胺相似，副作用较轻，适用于不耐受右旋青霉胺者。二巯基丙醇（BAL）对促进肾脏排铜有一定效果，但疗效不及以上药物，且毒性较大。

2. 对症治疗 锥体外系症状用安坦、东莨菪碱或氟哌啶醇等药物。肝功能损害者按肝病的营养和药物治疗。

【预防护理】

一、预防

1. 对于本病患者的同胞（尤其是弟、妹）、父母及近亲，应尽可能作筛选检查，可发现症状很轻或症状前期的病例，以及能检出杂合子，对早期诊断、治疗有一定意义。

2. 对确诊为肝豆状核变性的患者，应劝阻他们不要结婚，结婚后不要生育，以免后代发病。

二、护理

1. 限制铜的摄入量，少吃含铜量较多的食物如肝、硬壳果、蛤蚧、可可和蘑菇等。
2. 宜多食含铜量少的食物，如大米、面粉、牛奶、蛋类等。
3. 吞咽困难者，应予易消化的半流质和流质饮食。
4. 对排尿困难、抽搐、四肢强直、生活不能自理的患儿，要注意保持其清洁、干燥。
5. 避免使用高铜类药物，如全蝎、蜈蚣、僵蚕、地龙等因含铜量高，用后可加重病情。因此，切不可妄循“诸风掉眩皆属于肝”之经旨，而误投虫类截风平肝的药物，以免耗伤正气，使病情恶化。

【现代研究】

临床研究

中医药治疗肝豆状核变性的报道不多，但已显示出一定疗效。杨任民等报道，采用中药肝豆汤及二巯基丁二钠（或二巯基丙醇）、青霉胺、硫酸锌（或葡萄糖酸锌）等综合疗法，治疗肝豆状核变性 418 例，取得显著疗效。其中，肝豆汤（片）主要含大黄 6~10g，黄连、黄芩各 10g，穿心莲、半枝莲、萹蓄各 20g，每日 1 剂，服 3~4 周为 1 个疗程，亦可长期服用作为维持疗法；二巯基丁二钠每天 2~10g，分 2~4 次静脉注射，6 天为 1 个疗程；青霉胺每天 1~2g 分 4 次于饭前半小时口服给药，10 天为 1 个疗程；5% 硫酸锌每天 10ml，或葡萄糖酸锌 1.6g，分 3 次饭后服，3~4 周为 1 个疗程。患者入院后停用各种影响铜代谢的药物 4 周，然后分别单独应用上述 4 类药 1 个疗程，并于治疗前后测定 24 小时尿铜，观察尿铜的多少和临床症状的改善与否，以及副反应有无或轻重，选用 1~2 种西药结合中药肝豆汤（片）中西医结合治疗 3~6 个月。结果，显效 103 例（26.64%）、好转 286 例（68.42%）、无效 22 例（5.26%）、死亡 7 例（1.68%），总有效率 93.06%。^[1]此外，采用韦氏成人智力量表（WAIS-RC）测定法，对肝豆患者智商变化进行了研究。结果发现，肝豆患者言语智商（VIQ）、操作智商（PIQ）及全量表智商（FIQ）较健康对照

组普遍降低,经中西医结合治疗后总体智力水平显著提高(VIQ、PIQ、FIQ均 $P < 0.001$),其中以PIQ各项分测验得分提高尤为突出(均 $P < 0.001$)。^[2]杨任民等还报道单独采用中药肝豆汤(由大黄6g,黄连、黄芩各10g,鱼腥草、半枝莲、泽泻各20g组成,每日1剂,4周1个疗程)治疗该病107例,结果显效9例、好转81例、无效17例,总有效率84.2%。其中对于临床症状的改善,以言语不清、流涎、四肢抖动及笨拙疗效最好,肌僵直、扭转痉挛次之,而对四肢挛缩畸形、肝脾肿大等未见明显改变。^[3]

邓振明报道1例,采用肝豆汤治疗效果不著,改予舒肝、养血、消积、解毒法,药投柴胡、香附、郁金、丹参、川芎、半夏、鸡内金、土茯苓、花粉、茵陈、橘皮、栀子、泽泻等而获愈。^[4]崔世麟报道6例,其中以锥体外系症状为首发者,拟苓桂术甘汤合二陈汤悦脾醒胃、化湿祛痰;精神症状为首发者,拟一贯煎柔肝疏郁;肝脏症状为首发者,拟茵陈术附汤加味温阳疏利;骨关节一肌症状为首发者,拟左归饮加味补肾健骨强筋;皮肤变黑为首发症状者,拟桃红四物汤和血通络;月经失调为首发症状者,拟《济生》导痰汤清痰祛湿。^[5]吕再生报道3例,分别以芳香化湿、悦脾醒胃、养血调肝、化痰通络、养血祛风诸法而取效。同时强调本病应责诸肝肾,以肝为主;主张对本病患者给予养血荣筋的养荣丸及鸡血藤片长期内服治疗。^[6]乔林诚认为脾气虚为本病最基本的病理机制,临床以健脾益气为基本大法,风证为主要表现者,治以健脾益气,佐以养血舒筋,基本方为炙黄芪20g,白术6g,白芍15g,当归、茯苓、木瓜各10g,党参、山药、玉竹、秦艽各15g;鼓胀为主要表现者,治以健脾利湿,佐以养血,基本方为黄芪、薏仁各20g,山药15g,车前子、玉竹各12g,白芍、当归各10g。^[7]

现代参考文献

- [1] 杨任民,等. 中西医结合治疗肝豆状核变性418例分析. 中西医结合杂志, 1990, 10(3): 134
- [2] 蔡永亮,等. 中西医结合治疗对肝豆状核变性患者智商影响的前瞻性研究. 中国中西医结合杂志, 1996, 16(1): 6
- [3] 杨任民,等. 中药治疗肝豆状核变性107例疗效观察. 中医杂志, 1993, 34(11): 676
- [4] 邓振明. 中医药治愈肝豆状核变性一例. 中医杂志, 1991, 32(11): 657
- [5] 崔世麟. 肝豆状核变性的中医治疗. 上海中医药杂志, 1992, (10): 7
- [6] 吕再生. 肝豆状核变性的中医治疗. 中医杂志, 1986, 27(7): 516
- [7] 杜新平. 乔林诚治疗肝豆状核变性的经验. 辽宁中医杂志, 1994, 21(6): 251

(李新民)



12

肾系病证

12.1 急性肾小球肾炎

【概述】

急性肾小球肾炎简称急性肾炎，临床以急性起病、浮肿、少尿、血尿、蛋白尿及高血压为主要特征。

急性肾炎有狭义和广义之分。狭义者系指急性链球菌感染后肾小球肾炎；广义者则指一组病因及发病机理不一，但均具备上述临床特征的肾小球疾病，常称为“急性肾炎综合征”。有明确感染病史者，可称为“急性感染后肾炎”。

本病是小儿时期最常见的一种肾脏疾病。多发生于3~12岁儿童，2岁以下少见。男女比例约为3:2。发病前1~4周多有前驱感染史。发病后轻重悬殊，轻者除实验室检查异常外，临床无明显症状，重者则并发高血压脑病、心力衰竭及急性肾功能衰竭。多数患儿于发病2~4周内消肿，肉眼血尿消失，血压恢复，残余少量蛋白尿，镜下血尿多于6个月内消失，少数迁延1~3年，但其中多数仍可恢复。近年来，由于采取中西医结合的治疗措施，本病的严重并发症明显减少，病死率仅为0.5%~2%以下，其死因主要为肾功能衰竭。

中医古代文献中，无肾炎病名记载，但据其临床表现，多属“水肿”、“尿血”范畴。如《灵枢·论疾诊尺》说：“视人之目窠上微肿，如新卧起状，其颈脉动，时咳，按其手足上，窅而不起者，风水肤胀也。”汉代张仲景在《金匮要略》中载有风水、皮水的症状及病因，均与急性肾炎极为相似。宋·钱乙在《小儿药证直诀》中根据儿科的特点，强调了脾土不能制肾水在水肿发生中的机理，并初步描述了水肿的变证，此与小儿急性肾炎合并心衰的症状相类似。元代朱丹溪将水肿分为“阳水”及“阴水”两类。《医学入门·水肿论阴阳》进一步阐发了阳水的病因，认为“阳水多外因涉水冒雨，或兼风寒、暑气，而见阳证。”“阳兼食毒与疮痍”。此所记述的阳水成因，与西医学所说急性肾炎的发病与呼吸道感染及皮肤感染有关的认识基本一致。对于本病的治疗，早在《素问·汤液醪醴论》就有“开鬼门，洁净府”即发汗、利小便的方法，在此基础上，历代又有逐水、清热等多种治法。张仲景《金匮要略》运用麻黄连翘赤小豆汤、越婢汤、越婢加术汤、防己茯苓汤、五苓散等分别治疗风水、皮水、湿邪结肿等水肿证，此后《华氏中藏经》、《小儿药证直诀》、《济生方》、《和剂局方》提出的五皮散、六味地黄丸、小蓟饮子、参苓白术散等有效方剂，至今在急性肾炎的治疗中仍被广泛采用。《证治准绳·幼科》、《幼幼

集成》提出的水肿“忌盐”的饮食调养，对现代治疗水肿的早期饮食护理，也具有重要指导意义。

现代对小儿急性肾炎的研究逐渐深化，在临床研究方面，已从中药单纯口服治疗，发展为中药静脉给药、灌肠、透析、药物外治等综合疗法；从单方、成方的一般应用，发展为有效方剂的筛选及其主要药理成分的提取；从单纯辨证发展到利用生化、免疫、血液流变、病理等现代检测手段，进行辨证与辨病结合论治，均提高了本病的疗效。在实验研究方面，国内确定了急性肾炎中药新药临床研究指导原则，并提出了中药药效学研究要求，建立了肾炎动物模型，使中医药治疗急性肾炎的药效原理得到了初步说明，为进一步筛选有效药物和剂型改革奠定了基础。

【病因病理】

一、病因

急性肾炎的病因主要有感受外邪与正气不足两个方面。

1. 感受外邪 导致本病的外邪主要为风邪、湿邪和热毒之邪。

风邪夹寒或夹热袭于肌表，致肺气郁遏，失于宣降之职，上不能宣发敷布水津，下不能通调水道，致风遏水阻，风水相搏，内侵脏腑经络，外泛四肢肌肤，而发为本病之风水肿。正如《证治汇补·水肿》所言：“肺主皮毛，风邪入肺，不得宣通，肺胀叶举，不能通调水道，下输膀胱，亦能作肿。”

气候、环境潮湿或涉水冒雨，水湿内侵；或饮食不节（洁）均可伤及脾胃，脾失健运，不能升清降浊，水湿停留，溢于四肢，而发为水肿。湿郁化热，蕴蒸于肌肤，则为湿热肿。湿热下注，伤及下焦血络，可致尿血。

皮肤疮疖、丹毒、湿疹等湿热毒邪，内犯脏腑，肺脾受害，而影响于肾。因肺失通调，脾失健运，肾不能主水，致水液代谢障碍，水湿运行受阻，溢于肌肤，发为热毒肿；热毒伤及膀胱血络，可致尿血。

现代研究证实，感染所介导的肾小球免疫损伤，是急性肾炎发病的重要致病因素，其中以甲族β组溶血性链球菌感染最多见，如上呼吸道感染、急性扁桃腺炎、咽炎、化脓性淋巴结炎、化脓性皮肤病、猩红热等。其它细菌、多种病毒、原虫、立克次体、真菌、寄生虫等感染均可致病。由此可见，中医所认为的感受外邪，确为急性肾炎发病的重要病因。

2. 正气不足 小儿素体虚弱，肺脾肾三脏功能不足，尤其是肺脾气虚，是导致急性肾炎的内因因素。肺气不足，易感外邪；脾气不足，易水湿内生；脾病及肾或外邪传肾，从而致肺脾肾三脏功能失调，通调、运化、开合失司，水液代谢障碍，水湿泛滥则为肿。

二、病理

1. 病位在肺脾肾 肺为五脏之华盖，外合皮毛，为水之上源；脾为中土，主运化水谷精微，制水生金；肾为水脏，主一身之水液，司膀胱气化，泌别清浊。三脏配合共同完成水液的气化和排泄。若六淫之邪外袭，首先犯肺；水湿或湿热毒邪浸淫，每易伤脾；热毒伤肾或脾病及肾，致肺失通调，脾失健运，肾失气化，不能泌别清浊，从而使水湿停聚，泛于肌肤，发为水肿。膀胱血络受伤而见血尿，清浊不分还可见蛋白尿，正如《景岳全书·杂证谟·肿胀篇》指出的：“凡水肿等证，乃肺脾肾三脏相干之病。”在急性肾炎的开始阶段，水肿多责之肺脾，至恢复期则多责之脾胃。

此外，在本病的早期，若水湿、热毒炽盛，可内陷心肝，蒙闭清阳，致抽搐、昏迷；水气浸淫，上凌心肺，肺气闭阻，伤及心阳，致心悸、咳喘、发绀；水毒内闭，三焦壅塞，开合失司，决渎无权，致少尿、无尿。

由此可见，急性肾炎的病位主要在肺脾肾，少数重症可累及心肝。

2. 病理因素为风、湿、热、毒 急性肾炎以风、湿、热、毒4种因素互为因果。风为百病之长，多首先由表犯肺，肺因风窒，水由风起，风激水浊，源不清则流不洁，故急性肾炎初起，多表现为“风水”之证。其与《灵枢·论疾诊尺》及《金匱要略》中指出风水的名称和证候相一致。

风邪夹寒、夹热、伤及肺脾肾与水气互结是形成水湿发生水肿的重要因素。而湿热、热毒则是导致本病水肿及血尿的又一病理关键。正如《杂病源流犀烛·肿胀源流》指出：“有血热生疮，变为肿病”。其湿热及热毒，可因外感而致，也可因湿与风热互结，蕴郁日久而成。湿热、热毒与水气互结，既可循经犯肾，进一步伤及下焦血络，而致水肿、血尿加重，严重者可致热盛动风，邪犯厥阴，水凌心肺，水毒内闭之证。若湿热、热毒久恋，还可伤阴耗气，致肾脏功能失调，而尿检异常迁延不愈。

由此可见，风、湿、热、毒既是急性肾炎的主要病因，又是本病发展、变化、迁延的关键病理因素。

此外，湿热、热毒内侵，热伤血络或病久入络，致脉络阻滞，气血不畅，尚可出现血尿不止、面色晦滞、舌质紫暗等瘀血之证。

3. 病机属性分阴阳 急性肾炎的水肿，多属阳水范畴。阳水多属邪实，证见眼眶或全身浮肿、尿少、色黄或尿色鲜红，可伴有风寒或风热表证，咽喉肿痛，身发疮毒，心烦口渴，或口粘口苦，或大便干结，或大便粘滞不爽，舌红苔黄。但若病情迁延不愈，则可由阳水转化为阴水，表现为正虚邪恋的证候，而见浮肿消退，但尿检持续不恢复，伴面黄、乏力、纳少便溏或腰腿酸软、手足心热等气虚或阴虚之证。

4. 病情演变辨虚实、寒热 急性肾炎由于致病因素不一，病程阶段不同，故病情演变有虚实寒热之分。本病的急性期，因病程较短，正盛邪实之证，有寒实、实热之异；若邪气过盛，则可出现水邪上凌心肺、邪陷心肝、水毒内闭之变证。水肿消退后至恢复期，轻型病例较快恢复。重型病例或病程迁延者，则由实转虚，多表现为正虚邪恋，虚实夹杂之证。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 病史 在本病发病前7~28天多有呼吸道或皮肤感染、猩红热等链球菌感染或其他急性感染史。大多在急性感染的症状减轻或消退后，才出现肾炎的表现。

2. 临床表现 典型病例表现为急性起病，以浮肿、血尿、蛋白尿、高血压及尿量减少为特点。浮肿为紧张性，浮肿轻重与尿量有关。同时可伴有乏力、头晕等全身症状。重症早期可并发高血压脑病、急性充血性心力衰竭、急性肾功能衰竭。当尿量增加，浮肿消退，血压下降，血尿及蛋白尿减少，即标志病程进入恢复期。急性期一般为2~4周。

非典型病例可无水肿、高血压及肉眼血尿，仅发现镜下血尿。

3. 实验室检查 血尿为急性肾炎重要表现，呈肉眼血尿或镜下血尿。尿蛋白一般为“+”~“++”，也可见透明管型和颗粒管型。抗链球菌溶血素“O”抗体(ASO)可增

高，抗脱氧核糖核酸酶 B 或抗透明质酸酶升高，纤维蛋白降解产物（FDP）增多。血清总补体及 C₃ 可一过性明显下降，6~8 周恢复正常。

二、鉴别诊断

1. 肾病综合征（见本章“肾病”条）

2. IgA 肾病 多于急性上呼吸道感染后 1~2 天内即发生血尿，有时伴蛋白尿，除 20% 患者可呈急性肾炎综合征外，多不伴水肿及高血压。但其病情常反复发作，与急性肾炎不同。部分病例鉴别困难时，需行肾活检。

3. 原发性急进性肾炎 起病与典型的急性肾炎很相似，但表现为进行性少尿、无尿及迅速发展的肾功能衰竭，终至尿毒症。急性肾炎综合征表现持续一个月以上不缓解时，应及时行肾活检与本病相鉴别。

4. 紫癜性肾炎 过敏性紫癜肾炎也可以急性肾炎综合征起病。但其多伴对称性皮肤紫癜、关节肿痛、腹痛、便血等全身及其他系统的典型症状或（和）前驱病史。

5. 急性泌尿系感染 约 10% 可有肉眼血尿，但多无浮肿及血压增高，有明显发热及全身感染症状，尿检有大量的白细胞及尿细菌培养阳性为确诊的条件。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨别常证 急性肾炎的常证，急性期有风寒证、风热证、热毒证、湿热证及寒湿证；恢复期有阴虚邪恋、气虚邪恋。可根据病史、水肿情况及全身症状来区别。

急性期为正盛邪实阶段，起病急，变化快，浮肿及血尿多较明显。其风寒证多见于病程早期，多因外感风寒而诱发水肿，全身皆肿，以眼睑、头面部为甚，伴表寒之象；风热证也多见于起病早期，病前多有风热感冒史，起病后除全身浮肿、头面肿甚外，多伴表热之象；热毒证多因皮肤疮疖痈肿而诱发，全身肿，多伴口苦、口渴、心烦、便秘、舌红苔黄等内热证候；湿热证则多见于急性期水肿减轻或水肿持续阶段，多以身困重，脘闷纳呆，口苦口粘，大便不爽，苔黄腻等湿热中阻之证为主要表现；寒湿证多见于素体虚弱或久居水湿环境者，浮肿以肢体或下半身为著，伴身重困倦，脘闷纳呆，舌淡苔白等证候。

恢复期共有特点为浮肿已退，尿量增加，肉眼血尿消失，但镜下血尿或蛋白尿未恢复，且多有湿热留恋。阴虚邪恋以头晕乏力、手足心热、舌红苔少为主要证候；气虚邪恋则以倦怠乏力、纳少便溏、自汗舌淡为特征。

2. 辨识轻重 急性肾炎的证候轻重悬殊较大。轻型一般以风寒证、风热证、热毒证、湿热证及寒湿证等常证的证候表现为主，其水肿、尿量减少及血压增高多为一过性，中医治疗多能痊愈。重证则为全身严重浮肿，持续尿少、尿闭，并可在短期内出现邪陷心肝、水凌心肺、水毒内闭等危急证候。此为变证，需及时抢救。

此外，在辨证中应密切注意尿量变化。因尿量越少，持续时间越长，浮肿越明显，出现变证的可能也越大。

二、治疗原则

急性肾炎的治疗原则，应紧扣急性期以邪实为患，恢复期以正虚邪恋为主的病机。急性期以祛邪为旨，宜宣肺利水，清热凉血，解毒利湿；恢复期则以扶正兼祛邪为要，并根据正虚与余邪孰多孰少，确定补虚及祛邪的比重。如在恢复期之早期，以湿热未尽

为主，治宜祛除湿热余邪，佐以扶正（养阴或益气），后期湿热已渐尽，则应以扶正为主，佐以清热或化湿。若纯属正气未复，则宜用补益为法。但应注意，本病治疗，不宜过早温补，以免留邪而迁延不愈。应掌握补益不助邪，祛邪不伤正的原则。

对于变证，应根据证候分别采用平肝熄风，清心利水；泻肺逐水，温补心阳；通腑降浊为主。必要时应配合西医综合抢救治疗。

三、分证论治

1. 急性期

(1) 常证

① 风寒证

证候表现 水肿自眼睑开始迅速波及全身，以头面部肿势为著，皮色光亮，按之随手而起，尿少色赤，微恶风寒或伴发热，骨节酸痛，鼻塞咳嗽，或有气短，舌淡苔薄白，脉浮紧。

辨证要点 本证多由外感风寒而诱发，以起病急，水肿发展迅速，全身浮肿，以头面部为甚，伴风寒表证为特点。本症多见于病程早期。

治法主方 疏风散寒，通阳利水。麻黄汤合五苓散加减。

方药运用 常用药：麻黄、杏仁、防风、桂枝、茯苓、猪苓、泽泻、白术、车前子等。咳嗽气喘，加葶苈子、苏子、射干、桑白皮等；外寒证明显、骨节酸楚疼痛，加羌活、苏叶；血压升高明显，去麻黄，加钩藤、牛膝、夏枯草。风寒兼有郁热，可用越婢加术汤合四苓散加减。汗出恶风，小便不利，身重，水肿不退，此卫气已虚，宜用防己黄芪汤加减以益气祛风利水。

② 风热证

证候表现 突然头面眼睑浮肿，发热，汗出，口干或渴，咽喉肿痛，尿少而赤，舌质红，苔薄黄，脉滑数或浮数。

辨证要点 本证多由外感风热而诱发，多见于病程早期，以起病急，头面肿甚，伴风热表证为特点。

治法主方 疏风清热，利水消肿。银翘散合越婢汤加减。

方药运用 常用药：金银花、连翘、牛蒡子、桔梗、白茅根、车前草、生麻黄、生石膏、泽泻、甘草等。咽红咽痛明显，加板蓝根、山豆根、黄芩；高热口渴，重用生石膏加芦根；头痛加钩藤、菊花；心烦加栀子；浮肿较重加四苓散以利水消肿；血尿严重加小蓟、茜草、仙鹤草以凉血止血。

本证风热蕴结于咽喉者，可用玄麦甘桔汤合银翘散加减以疏风清热、利咽解毒。常用药物玄参、麦冬、桔梗、沙参、银花、连翘、牛蒡子、射干、山豆根、芦根等。本证之发热恶寒、咽喉不利、大便秘结、表里俱实者，也可选用防风通圣散（防风、荆芥、连翘、麻黄、薄荷、川芎、当归、白芍、黑山栀、大黄、芒硝、石膏、黄芩、桔梗、甘草、滑石），以疏风解表，泄热通便。

③ 热毒证

证候表现 全身浮肿，尿少色赤，皮肤疮毒或咽喉肿烂，口苦口渴，心烦，或有发热，大便秘结，舌红苔黄，脉滑数或浮数。

辨证要点 本证多因皮肤疮毒痈肿或咽喉红肿、腐烂、化脓而发，以全身肿、小便

短赤、大便秘结、口苦口渴、心烦、舌红苔黄为特点。

治法主方 清热解毒，利湿消肿。五味消毒饮加减。

方药运用 常用药：金银花、野菊花、紫花地丁、蒲公英、白花蛇舌草、黄芩、白茅根、玉米须、土茯苓等。浮肿明显加浮萍、猪苓、车前草清热利湿；血尿重者加小蓟饮子以凉血止血；疮毒糜烂加苦参、黄连、苍术；皮肤湿疹加苦参、白鲜皮、地肤子；大便秘结加生大黄；口苦心烦加龙胆草、栀子；咽喉肿胀加山豆根、马勃。

④湿热证

证候表现 头面肢体浮肿或轻或重，小便短赤而少，头身困重，脘闷纳呆，口苦口粘，大便溏而不爽，舌红苔黄腻，脉沉数。

辨证要点 本证常见于病程中期、后期，水肿减轻或消退之后，也可见于水肿持续阶段。以血尿、头身困重、脘闷纳呆、口苦口粘、大便不爽、舌红苔黄腻为特点。

治法主方 清热利湿，凉血止血。黄芩滑石汤合小蓟饮子加减。

方药运用 常用药：黄芩、滑石、猪苓、白蔻仁、小蓟、炒蒲黄、淡竹叶、当归、栀子。小便赤涩加白花蛇舌草、石韦、金钱草；头痛眩晕加钩藤、菊花；皮肤疮毒去白蔻仁，加蒲公英、紫花地丁；口苦口粘，加茵陈、龙胆草。

⑤寒湿证

证候表现 全身浮肿，以肢体及腰以下肿为著，伴身重困倦，脘闷纳呆，小便短少混浊，舌淡苔白腻，脉沉缓。

辨证要点 本证多见于素体虚弱或久居水湿环境者，以腰以下肿甚，身困纳呆等湿困脾土症状为特点。

治法主方 通阳利水，渗湿消肿。五苓散合五皮饮加减。

方药运用 常用药：白术、桂枝、茯苓皮、猪苓、泽泻、桑白皮、大腹皮、陈皮、生姜皮等。上半身肿甚而咳嗽者，加麻黄、杏仁、苏子宣肺平喘；脘闷腹胀，去桑白皮，加厚朴、川椒、防己；身寒肢冷，脉沉迟加附子、干姜。

(2) 变证

①邪陷心肝

证候表现 肢体面部浮肿，头痛眩晕，烦躁不安，视物模糊，口苦，恶心呕吐，甚至抽搐，昏迷，尿短赤，舌质红，苔黄糙，脉弦数。

辨证要点 本证多见于病程早期，血压明显增高者。以头痛眩晕，烦躁，呕吐，甚至抽搐昏迷为特点。

治法主方 平肝泻火，清心利水。龙胆泻肝汤合羚角钩藤汤加减。

方药运用 常用药：龙胆草、黄芩、栀子、白芍、生地、泽泻、车前草、羚羊角粉（冲服）、钩藤、菊花、竹叶。大便秘结加生大黄、芒硝；头痛眩晕较重加夏枯草、石决明；恶心呕吐加半夏、胆南星；昏迷抽搐可加服牛黄清心丸或安宫牛黄丸。

②水凌心肺

证候表现 全身明显浮肿，频咳气急，胸闷心悸，不能平卧，烦躁不宁，面色苍白，甚则唇指青紫，舌质暗红，舌苔白腻，脉沉细无力。

辨证要点 本证也多见于病程早期。多因水肿过重而致。以全身严重浮肿，频咳气急，胸闷心悸，不能平卧为特点。

治法主方 泻肺逐水，宁心安神。己椒苈黄丸加减。

方药运用 常用药：防己、椒目、葶苈子、大黄、泽泻、桑白皮、茯苓皮、车前子、人参。若见面色灰白，四肢厥冷，汗出脉微，是心阳虚衰之危象，应急用参附龙牡救逆汤回阳固脱。

本证之轻症，也可用三子养亲汤加减，以理肺降气，利水消肿，常用药物：苏子、葶苈子、白芥子、香橼皮、大腹皮、陈葫芦、炙麻黄、杏仁、甘草。

③水毒内闭

证候表现 全身浮肿，尿少或尿闭，色如浓茶，头晕头痛，恶心呕吐，嗜睡，甚则昏迷，舌质淡胖，苔垢腻，脉象滑数或沉细数。

辨证要点 本证也多见于病程早期，多因持续少尿或无尿引起，故尿少尿闭为其最突出证候，同时伴头晕头痛、恶心呕吐、嗜睡或昏迷为特点。

治法主方 通腑降浊，解毒利尿。温胆汤合附子泻心汤加减。

方药运用 常用药：姜半夏、陈皮、茯苓、竹茹、胆南星、黄连、生大黄、车前子、制附子、枳实等。呕吐频繁，先服玉枢丹辟秽止呕，不能进药者，可以上方浓煎成100~200ml，待温，做保留灌肠，每日1~2次；也可用解毒保肾液以降浊除湿解毒，药用生大黄、六月雪、蒲公英各30g，益母草20g，川芎9g，浓煎200ml，每日2次保留灌肠；昏迷惊厥加用安宫牛黄丸或紫雪丹化液鼻饲。

2. 恢复期

当浮肿消退，尿量增加，血压下降，血尿及蛋白尿减轻，即标志病程进入恢复期。此期为正气渐虚，余邪留恋阶段，尤其在恢复期早期，常以湿热留恋为主。

(1) 阴虚邪恋

证候表现 乏力头晕，手足心热，腰酸盗汗，或有反复咽红，舌红苔少，脉细数。

辨证要点 本证为恢复期最常见的类型，可见于素体阴虚，或急性期曾热毒炽盛者。临床以手足心热，腰酸盗汗，舌红苔少，镜下血尿持续不消等肾阴不足表现为特点。

治法主方 滋阴补肾，兼清余热。知柏地黄丸合二至丸加减。

方药运用 常用药：生地、山萸肉、山药、丹皮、泽泻、茯苓、知母、黄柏、女贞子、旱莲草等。血尿日久不愈加仙鹤草、茜草凉血止血；舌质暗红，加参三七、琥珀以化瘀止血；反复咽红，加玄参、山豆根、板蓝根，清热利咽，或改用麦味地黄汤加减，以养肺清热滋肾，常用药有沙参、玄参、麦冬、五味子、百合、地黄、山萸肉、茯苓、芦根、射干、牛蒡子、甘草等。

(2) 气虚邪恋

证候表现 身倦乏力，面色萎黄，纳少便溏，自汗出，易于感冒，舌淡红苔白，脉缓弱。

辨证要点 本证多见于素体肺脾气虚患儿，临床以乏力纳少，便溏或大便不实，自汗易于感冒为特点。

治法主方 健脾化湿。参苓白术散加减。

方药运用 常用药：党参、茯苓、白术、山药、砂仁（后下）、白扁豆、薏苡仁、黄芪、陈皮、甘草等。血尿持续不消，可加参三七、当归养血化瘀止血；舌质淡暗或有瘀点，加丹参、红花、桃仁活血化痰。

【急症处理】

一、高血压脑病

临床表现 血压急剧增高，常见剧烈头痛及呕吐，继之出现视力障碍，或（和）嗜睡、烦躁，或阵发性惊厥，渐入昏迷，少数可见暂时偏瘫失语，严重时发生脑疝。高血压伴视力障碍、惊厥、昏迷三项之一即可诊断。

治疗方法

1. 中医治法

(1) 药物治疗：见本节变证“邪陷心肝”。

(2) 针刺：风池、行间、侠溪、阳陵泉、太冲、十宣等穴。

2. 西医治法

(1) 快速降压：硝普钠 5~20mg 溶于 100ml 葡萄糖液内静脉点滴，速度从每分钟 $1\mu\text{g}/\text{kg bw}$ 开始，继以血压情况调整其速度。也可用降压嗪，每次 3~5mg/kg bw，静注，必要时 1 小时后再用 1 次。

(2) 抗惊厥：可选安定，每次 0.3mg/kg bw，总量不超过 10mg，静脉注射。

(3) 快速利尿：利尿剂可用速尿每次 1~2mg/kg bw，稀释后缓慢静脉推注。

(4) 保持呼吸道通畅，及时给氧。

二、急性充血性心力衰竭

临床表现 可见气急咳嗽，胸闷，不能平卧，肺底部湿罗音，肺水肿，肝大压痛，心率快，奔马律等。

治疗方法

1. 中医治法

(1) 在强心、利尿基础上加用生脉液。以生脉液 20~40ml 加入葡萄糖液中静滴，每日 1 次。

(2) 强心栓（由生黄芪、葶苈子、赤芍、猪苓、茯苓、汉防己组成，按比例配方提膏，制成栓剂，每粒重 2g，含生药 1g），每次 1~2 粒，每日 2 次，肛门纳入（深度约 4cm）可达益气活血，泻肺利水之功。

2. 西医治法 急性肾炎并发的急性心衰由水钠潴留、高血容量引起，故一般不用加强心肌收缩的洋地黄类药物，应采取下列措施：

(1) 快速利尿：速尿每次 1~2mg/kg bw，稀释后缓慢静脉推注。

(2) 降压：必要时可用酚妥拉明，每次 0.5~1mg/kg bw，稀释后静脉缓推，或用硝普钠（见本节高血压脑病）静脉点滴，以减轻心脏前后负荷。

(3) 如限钠水摄入与利尿仍不能控制心力衰竭时，需采用腹膜透析，以迅速缓解循环过度负荷。

三、急性肾功能衰竭见本章“癃闭”节。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 银黄口服液 用于急性期风热及热毒证。

2. 肾炎清热片 用于急性期风热、热毒、湿热等证。

3. 肾炎消肿片 用于急性期寒湿证，也可用于恢复期气虚邪恋证。

4. 六味地黄丸 用于恢复期肾阴不足者。
5. 知柏地黄丸 用于恢复期阴虚邪恋证。
6. 麦味地黄丸 用于恢复期肺肾阴虚证。
7. 清开灵注射液 用于急性期热毒证或邪陷心肝证。
8. 二至丸 用于恢复期血尿不愈者。

二、单方验方

1. 浮萍 30g, 生姜 15g, 水煎, 每日 1 剂, 分 2 次服。用于急性期风寒或风热水肿。
2. 芦根、白茅根、车前草各 30g, 水煎, 每日 1 剂, 分次频服。用于急性期风热、湿热、热毒证之水肿和血尿。
3. 六月雪 15~30g, 水煎, 每日 1 剂, 分 2~3 次服。用于急性期全身水肿。
4. 冬瓜皮、葫芦各 30g, 水煎, 每日 1 剂, 分 2~3 次服。用于各期各型水肿和小便不利。
5. 罗布麻、菊花各 10g, 沸水浸泡, 每日 1 剂, 分 3~4 次服。用于急性期高血压、水肿、小便不通。
6. 益母草、珍珠草、车前草各 30g, 水煎, 每日 1 剂, 分 2 次服。用于急性期血尿及水肿。

三、药物外治

1. 二丑方 黑丑、白丑(煨)、牙皂(煨)各 75g, 木香、沉香、乳香、没药各 9g, 琥珀 3g。上药用砂糖研细末, 调和, 外贴气海穴, 每 2 日换药 1 次。用于急性期水肿兼有腹部胀气者。
2. 麻蒜外敷方 紫皮大蒜 1 枚, 蓖麻子 60 粒。共捣糊状, 分两等份, 分别敷于双腰部及足心, 外用纱布包扎固定, 为避免蒸发减低效力, 可用塑料膜外覆在药物上, 敷 1 周为 1 疗程, 每周换 1 次。用于急性期各型水肿。
3. 三鲜消肿方 鲜老丝瓜皮、鲜冬瓜皮、鲜玉米须各 30g, 共捣烂, 外敷于脐部, 上盖塑料膜, 外用胶布固定, 每天换药 1 次。用于急性期水肿。
4. 沐浴法 羌活、麻黄、苍术、柴胡、紫苏梗、防风、荆芥、牛蒡子、柳枝、忍冬藤、葱白各适量。加水煮上药, 待药液煎至适量取出令其降至 40℃ 时沐浴, 汗出即可, 每日 1 次。

四、食疗方药

1. 防风粥 防风 15g, 葱白(连须) 2 根, 粳米 100g。先煎防风、葱白取汁去渣。粳米按常法煮粥, 待粥将熟时加入药汁, 熬成稀粥服用。用于急性期风寒证。
2. 绿茶 1g, 鲜白茅根 50~100g(干品 25~50g), 鲜车前草 150g。后两味加水 300ml, 煮沸 10 分钟, 加绿茶。每日 1 剂, 分 2 次服。用于急性期风热、湿热、热毒之水肿。
3. 冬瓜皮薏仁汤 冬瓜皮、薏苡仁各 50g, 赤小豆 100g, 玉米须(布包) 25g, 加水适量, 同煮至赤小豆熟透, 食豆饮汤。用于急性期水肿明显, 或伴有高血压者。
4. 荠菜粥 鲜荠菜 250g(干品 90g), 粳米 60~90g。将荠菜洗净切碎, 用粳米煮粥服食。用于各期之血尿。
5. 薏仁姜皮粥 薏苡仁、生姜皮、粳米各 100g, 加水 1000ml 煮粥服食。用于寒湿肿或风寒肿。

6. 芹菜头 250g 或芹菜根 60g, 捣烂取汁, 加白糖适量, 水煎, 每日 1 剂。用于急性期高血压、水肿。

五、针灸疗法

1. 体针 取肺俞、列缺、合谷、阴陵泉、水分、三焦俞。针刺, 均用泻法。咽痛配少商, 面部肿甚配水沟, 血压高配曲池、太冲。

2. 耳针 从肾、脾、膀胱、交感、肾上腺、内分泌等耳穴中每次选 2~3 穴, 轻刺激, 刺后可埋针 24 小时, 每日 1 次, 10 次为 1 疗程。

3. 穴位注射 主穴有京门、膀胱俞。配穴有水道、足三里、复溜。每次选主穴、配穴各 1 个, 每穴注入 5% 当归注射液 0.5ml, 每日 1 次, 7~10 次为 1 个疗程。

六、推拿疗法

急性期 平肝经, 清肺经、胃经、脾经、小肠经, 退六腑。介质用滑石粉。

恢复期 平肝经, 清补肾经、脾经, 揉二马, 清小肠。气虚者介质用葱或姜汤, 阴虚者介质用滑石。

七、西医疗法

目前尚缺乏直接针对本病肾小球免疫过程的特异性有效治疗, 基本上是对症治疗, 防治急性期并发症, 保护肾功能, 促进其自然恢复。

1. 感染灶治疗 对仍有咽部及皮肤感染灶者, 应给予青霉素或其它敏感药物治疗 7~10 天。

2. 对症治疗 利尿可用双氢克尿塞、速尿、利尿酸等; 降压可用硝苯吡啶、巯甲丙脯酸、胍苯达嗪、利血平、哌唑嗪等。

【预防护理】

一、预防

1. 锻炼身体, 提高抗病能力。
2. 避免呼吸道感染, 注意保持皮肤及口腔清洁, 预防疮毒及口腔疾患发生。
3. 及时彻底治疗呼吸道、皮肤、口腔、中耳等各部位感染。
4. 避免居住在潮湿和空气污浊的环境, 避免冷空气刺激。

二、护理

1. 病初应注意休息, 尤其水肿、尿少、高血压明显者应卧床休息。待血压恢复, 水肿消退, 尿量正常后逐渐增加活动。3 个月内应避免剧烈活动。

2. 水肿期及血压增高者, 应限制盐和水摄入, 高度水肿和明显高血压时, 应忌盐, 严格限制水入量。

3. 急性期, 尤其有水肿、尿量减少者, 应限制蛋白质摄入。氮质血症者, 蛋白质摄入量依每日 0.5g/kg bw 计算, 选优质蛋白 (如乳类、蛋类), 以减轻肾脏排泄负担。

4. 尿少尿闭时, 应限制高钾食物。
5. 水肿期应每日准确记录尿量、入水量和体重, 以掌握水肿增减情况。
6. 急性期应每日测 2 次血压 (必要时可随时测) 以了解病情, 预防高血压脑病发生。
7. 水肿期应保持皮肤, 尤其皱折处的清洁。

【文献选录】

《小儿药证直诀·肿病》:“肾热传于膀胱, 膀胱热盛, 逆于脾胃, 脾胃虚不能制肾, 水

反克土，脾随水行。脾主四肢，故流走而身面皆肿也，若大喘者，重也。”

《金匱要略·水气病脉证并治》：“风水其脉自浮，外证骨节疼痛，恶风。皮水其脉亦浮，外证肘肿，按之没指，不恶风，其腹如鼓，当发其汗。正水其脉沉迟，外证自喘。石水其脉自沉，外证腹满不喘。”

《证治汇补·内因门·水肿》：“阳水外因涉水冒雨或兼风寒暑气。先肿上体，肩背手面，手之三阳经。”

《类证治裁·肿胀论治》：“因湿热浊滞，致水肿者，为阳水。因肺脾虚，致水溢者，为阴水。”

《幼幼集成·肿满证治》：“治肿当分上下。经曰：面肿者风，足肿者湿。凡肿自上而起者，皆因于风，其治在肺，宜发散之，参苏饮合五皮汤。肿自下而起者，因于肾虚水泛，或因于脾气受湿，宜渗利之。故仲景云：治湿不利小便，非其治也。宜五苓散加防己、槟榔。”

《证治准绳·幼科·水肿》：“初得病时见眼胞早晨浮突，至午后稍消……饮食之忌，惟盐、酱、壘、鲑、湿面皆味咸能溢水者，并其他生冷毒物，亦宜戒之，重则半载，轻则三月，须脾胃平复，肿消气实，然后于饮食中旋以烧盐少投，则其疾自不再作。”

【现代研究】

一、药效学研究

目前尚无理想的急性肾炎水肿动物模型，仅能选择近似肾小球肾炎模型（如兔 C-BSA 异种血清免疫复合物型肾炎），观察药物对尿蛋白、血尿素氮、血清总蛋白等的作用，以及引起的病理变化（见本章“肾病综合征”节）。但因目前已有的肾炎动物模型，不表现明显的水肿，且是一个时相的病理过程，因此，观察药物对急性肾炎包括蛋白尿、血尿、肾功能等的作用，宜在急性期进行。近年来，国内仅就急性肾炎的主要症状，提出了以下相关的主要药效学指标。

1. 利尿作用的实验研究 主要选用实验动物（犬、鼠或兔），给予水负荷后，采用代谢笼法、输尿管集尿法、家兔导尿管集尿法或称重法，观察药物对排出尿量的影响。国内大量研究表明，治疗急性肾炎的常用中药，如解表宣肺药中的麻黄、浮萍、桑白皮，清热解毒的鱼腥草、连翘、苦参、黄芩，活血化瘀的益母草、川芎、当归，利水渗湿的茯苓、猪苓、白茅根、防己，祛风通络的扞扞活、虎杖，补益药中的黄芪、白术、地黄、桑寄生，攻下药中的商陆、甘遂、牵牛子等，均有不同程度的利尿作用。日本原中氏分别用五苓散、猪苓汤、柴苓汤投服于大白鼠，同时与给予利尿磺胺、强的松龙、毛花强心丙等西药的对照组比较，均服药 1 个月，结果显示，中药组的大白鼠活动能力比西药组的旺盛，生活节律保持良好，24 小时尿量及钠的排泄量中药组优于西药组。油田正树氏在应用水负荷大鼠的急性实验中发现，猪苓汤在少量水负荷条件下，难以呈现利尿作用，在大量水负荷条件下，小剂量则可出现利尿作用，大剂量应用反见尿量减少，可见猪苓汤的药效，可能存在着有效的用量范围。^[1]国内以五苓散 100% 煎液注入家兔耳静脉，分别与速尿组、生理盐水组对照，结果表明，五苓散组较速尿组作用缓和，维持时间长，且平均排尿量大于速尿组。^[2]

2. 降压作用实验 本实验方法用小金属夹住大鼠肾动脉，使肾脏急性缺血，致肾素生成增多，血中血管紧张素含量增高，血管收缩，血压升高，造成急性肾型高血压病理

模型,以观察药物对其血压的影响。国内大量实验研究表明,清热药中的黄芩、黄柏、黄连、牛黄、丹皮;解表剂的葛根、野菊花;祛风湿药中的豨莶草、姜黄、虎杖;利水化湿药中的防己、篇蓄;清肝熄风的钩藤、夏枯草;活血药中的川芎、毛冬青、当归、丹参、蒲黄;补益药中的党参、黄芪(双向调节)、白芍、桑寄生、五味子、枸杞子等单味中药,均有不同程度的降低肾性高血压作用,其中以钩藤、牛黄、夏枯草、川芎等作用较为显著。^[3,4]

3. 肾原位热缺血试验 选用正常兔,经麻醉和肝素抗凝后,经腹显露单侧肾血管,测量其肾动脉流量,然后由外周静脉注入试验药物,注药后连续观察并记录30分钟肾动脉血流量,用无损伤血管夹阻断该侧肾动脉60分钟,开放血管夹后再用同法测定血流量,以观察急性肾缺血肾组织结构与功能恢复情况。近年国内外大量研究证明,肾脏缺血后的再灌注损伤与氧自由基脂质过氧化损伤的关系十分密切。有研究表明在急性肾炎的病程中存在着脂质过氧化反应亢进。^[5]丹参、当归具有抑制氧自由基的产生,减少过氧化脂质的生成或加快其清除作用,从而减轻缺血-再灌注肾损伤,加快缺血肾组织超微结构的恢复。^[3,6]

二、临床研究

1. 辨证分型规范化研究 对小儿急性肾炎目前国内尚无统一辨证分型标准。1977年北戴河全国中医肾炎座谈会建议把本病分为风寒型、风热型、湿热(毒)型三型,对本病的中医辨证初次进行了规范。1988年卫生部组织国内有关专家制定了“中药新药治疗急性肾小球肾炎的临床研究指导原则”,并于1993年重新修改审定,将本病分为风寒束肺、风水相搏证,风热犯肺、水邪内停证,热毒内归、湿热蕴结证,脾肾虚亏、水气泛溢证,肝肾不足、水气泛溢证等5个证型,据此,基本上概括了急性肾炎急性期与恢复期的各种类型,使本病的病证分型进一步规范化,对小儿急性肾炎的中医诊断、治疗也有较大指导意义。

2. 辨证论治与客观指标的研究 在急性肾炎的病程中,尤其在水肿减轻或消退后,最常见的证型为湿热型。刘宏伟研究表明,在本病的肾小球内补体成分C₃和C_{1q}沉积,湿热证明显高于非湿热证组($P < 0.01$ 和 $P < 0.05$)。^[7]张光荣等研究发现,急性肾炎的血浆纤维结合蛋白(Fn)值明显高于健康儿童,且不同中医证型的血Fn值也有不同。湿热(毒)型患儿血Fn值显著高于风水型患儿。提示急性肾炎时无论是风水型还是湿热(毒)型都存在着“水瘀互患”的病理环节,为活血化瘀法在急性肾炎中的早期运用提供了依据。^[8]韦俊等研究表明:急性肾炎脂质过氧化物(LPO)和血栓素B₂(TXB₂)均增高,谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-PX)及前列腺素稳定代谢产物6-酮-前列腺素F_{1a}(6-K-PGF_{1a})均降低, TXB₂/6-K-PGF_{1a}比值升高,与正常组比较差异非常显著($P < 0.001$)。经采用中药急性肾炎合剂(女贞子、旱莲草、生地、丹参、益母草、小蓟、白茅根、连翘、茯苓、黄芪、石韦、当归、甘草)治疗33例,并与西药组对照,结果显示,治疗后LPO、TXB₂均下降, GSH-PX、6-K-PGF_{1a}均升高, TXB₂/6-K-PGF_{1a}比值下降,且中药组疗效均优于西药组($P < 0.05$, $P < 0.01$)。另外,中药组患儿血尿和蛋白尿阴转率明显优于西药组($P < 0.005$)。^[9]

国内研究表明,急性肾炎病人辅助性T细胞(TH)活性增强,造成和加重机体免疫平衡状态紊乱,使整个机体处于应激状态,从而易被抗原性物质激活,引起机体免疫损

害。^[10]另有大量研究证实,许多中药如黄芩、猪苓、苦参、桃仁、红花、大黄、龙胆草、生地、金钱草、山豆根等,均具有免疫抑制作用,在急性肾炎的治疗中起了重要作用。^[4,11]

3. 辨证论治 有关小儿急性肾炎的辨证论治报道较多,分型选方各异,归纳分析有以下几个方面。

(1) 按病期论治 随着中医诊断规范化的研究深入,目前多数医者倾向于按急性期、恢复期两个阶段论治。如《实用中医儿科学》将本病急性期常证分为风寒束肺、风热犯肺、热毒浸淫、水湿浸渍等4型,恢复期分为湿热未尽、脾气虚弱、肾阴不足等3型。其治疗,水肿期以宣肺利水或健脾渗湿为主,血尿以清利湿热、凉血止血为主;恢复期强调祛除余邪,佐以扶正为法。也有将本病分为阳水期、阴水期两个阶段。阳水期之风水初期治以疏风发汗、宣肺利水,用越婢汤合五皮饮;水湿过重者,通阳除湿,化气利水,用五苓散合五皮饮;湿热壅阻者,清热利湿,宣通气机用茯苓导水汤。阴水期肾阴不足,心火上炎者,用清心莲子汤;脾胃阳虚者用实脾饮等。^[12]有报道治疗小儿急性肾炎237例,在急性期,风热型用麻黄连翘赤小豆汤加减,湿热型热重于湿用八正散加减,湿重于热用五苓散加减,瘀热伤络型用犀角地黄汤加减。恢复期余邪未尽用猪苓汤、六一散加减,尿蛋白久不消者用启脾散加减。痊愈率为83.6%。^[13]

(2) 综合分型论治 有将本病综合分型,仅分为表证(风热)型与湿热型两类^[3];有分为风寒、风热、湿热、阴虚内热4型^[3];也有分为风热、湿热、瘀热伤络3型^[3];还有按水肿分为风水肿、风湿肿、湿水肿;另有分肺热型、脾虚肺热型及脾虚型三类。有学者认为:风寒入里,极易化热,均可按风热辨证;湿热者,以浮肿为显著属湿重,以血尿为主者属热重,疮毒、湿疹则为湿热内郁血分,血压增高则属肝经湿热、肝阳偏亢。^[3]虽然临床分型不尽一致,但治疗均以表邪、水湿、化热这三个环节为关键,适时选宣肺、利水、清热之剂。

(3) 专方结合辨证论治 王建玲报道用宣肺利水、清热解毒方(麻黄、杏仁各3~6g,银花、连翘、蒲公英、茯苓各10g,赤小豆、车前草、白茅根、益母草各15g)为基本方,随证加减:血尿明显加小蓟、白及各10g,田三七3g;血压高者加钩藤8g,锻龙牡各15~30g;咽赤红肿者加防风、牛蒡子、蝉蜕各5~8g;合并肺炎者加浙贝母、桑皮、黄芩各8g;伴有腹水加大腹皮、槟榔各5~8g;尿蛋白较长时间无改善者,重用黄芪30~50g。观察治疗小儿急性肾炎64例,结果:治愈47例,好转13例,无效4例,总有效率93.75%。^[14]刘弼臣用自拟鱼腥草汤(组方见本章“肾病综合征”节)随证加减治疗小儿急性肾炎亦取得满意疗效。

4. 辨病论治 对急性肾炎的治疗近年有较多以辨病治疗,一法为主的研究报道,概括有以下治法。

(1) 清热解毒化湿法 近年来较为重视湿热、热毒在急性肾炎发病中的作用,因此,清热解毒化湿法是目前治疗急性肾炎的主要方法。湖北中医学院附属医院总结了450例中医治疗小儿急性肾炎的疗效,结果显示,清热解毒、利水、宣肺利水、凉血止血这4法中以清热解毒法疗效最好($P < 0.01$),常用药物有金银花、连翘、紫花地丁、蒲公英、土茯苓、黄连、板蓝根等。根据全国各地的临床报道共830例分析,采用清热解毒化湿法,痊愈率平均达80%。其用药经验为:风邪热盛选金银花、连翘、大青叶等;咽喉脓肿多

用山豆根、冬凌草、玄参、射干、马勃等；皮肤疮毒多选野菊花、蒲公英、紫花地丁、黄连、虎杖、金银花、夏枯草等；皮肤湿毒过敏，多选用苦参、半枝莲、地肤子、车前子、白茅根、鸭跖草、珍珠草、白花蛇舌草等。^[4]

(2) 宣肺利水，表里分消法 本法为中医治疗风水最基本的传统方法，主要适用于急性肾炎水肿初起，风水相搏、肺失通调证。常用的药物有麻黄、苏叶、浮萍、防风、荆芥、羌活、蝉衣等。有医者认为水肿伴高血压时，麻黄并非禁忌，相反能使血压随水肿消退而降至正常。^[3,4]亦有医者认为麻黄应慎用，可用浮萍、苏叶等替代。^[12]张孟林用浮萍双消汤（浮萍、葶苈子、旱莲草）随证加减治疗急性肾炎 160 例，消肿有效率为 92%，消除蛋白尿总有效率为 84%。^[15]王玉玲善用商陆麻黄汤（麻黄、商陆、茯苓皮、赤小豆、泽泻）治疗阳水肿，以达宣肺利水，表里分消之功。^[15]另有用防风通圣散宣肺通腑、表里双解者，亦取得满意疗效。^[12]

(3) 芳香清利法 陈建平采用芳香清利法治疗小儿急性肾炎恢复期，证见口粘口苦、尿黄、舌红、苔黄腻等湿热未尽的患儿，取得满意疗效。常用药物：藿香、佩兰、黄芩、淡竹叶、连翘等。^[16]

(4) 化瘀利水法 活血化瘀法不仅是近年治疗急性肾炎倍受关注的方法，早在《诸病源候论·肿病诸候·诸肿候》中就明确指出：“肿之生也，皆由风邪寒热毒气客于经络，使血涩不通，壅积皆成肿也。”《内经》指出的“去菀陈莖”的方法也应包括祛瘀的治疗。国内大量研究报道证实，活血化瘀有抑制免疫反应、改善组织局部微循环、促进炎症消散及抗凝等多种作用，可见活血化瘀利水法是治疗急性肾炎的重要手段。常用的丹皮、蒲黄、赤芍、马鞭草、地榆草，既能破血行瘀，又能清热凉血止血；益母草、牛膝、桑寄生、鬼箭羽等，既可活血通络，又能利水降压；破瘀药如桃仁、大黄、水蛭、虻虫、廑虫因其药力强，用于治疗本病之重症或迁延缠绵难愈之证每获良效。吕萍报道用活瘀利水之三草二丹汤（益母草 15g，茜草、车前草各 10g，牡丹皮、丹参、牛膝各 6g，当归 4g），随证加减治疗小儿急性肾炎 35 例，12 天为 1 疗程，连续治疗 2~3 个疗程，结果显示：痊愈 33 例，显效 2 例，总有效率为 100%。^[17]李应瑞报道用化瘀利水之活血抗敏肾炎汤治疗小儿急性肾炎 54 例，结果：治愈 50 例，无效 4 例，治愈率为 92.5%。其药物组成：益母草、丹参、僵蚕、地龙、蝉蜕、石韦、地肤子、车前子、白茅根、金银花、甘草。剂量随年龄及病情调整，水煎服，日 1 剂。^[18]

除以上疗法外，诸多医家强调，急性肾炎的恢复期，不宜采用补法，尤其不宜用温补法如参芪之类。因补气补阳可助长热邪，常促使感染病灶活动，致病情迁延反复。补阴也只适用于恢复期后期湿热已减的患者，补阴过早可助长湿邪。总之，治疗上特别强调驱邪为主的原则。

三、存在问题及展望

目前中医中药治疗小儿急性肾炎，已取得公认较好的疗效，随着中西医结合诊断及治疗水平的不断提高，严重并发症和迁延病例已显著减少，尤其是近年来治疗强调以祛邪为主，使清热解毒和活血化瘀法广泛应用，从而进一步提高了疗效。

目前所存在的问题是，儿科基础实验研究较少，至今尚无急性肾炎水肿的动物造模；对中医辨证与微观指标的关系认识不够；药效学研究结果常有一定片面性，药物的筛选工作欠缺；临床研究方面，尚无小儿中医临床辨证统一分型标准；临床报道虽多，但大

多为回顾性总结，前瞻性的严密观察较少。如何使宏观辨证与微观辨证结合，中医证型与临床客观化指标结合，研制安全、速效、高效、便于小儿服用的中药新剂型，是提高诊断治疗和预防水平亟待解决的重要课题。

现代参考文献

- [1] 油田正树，等．猪苓汤的药理研究——对大鼠的利尿作用．国外医学·中医中药分册，1983，(3)：53
- [2] 张仲一．五苓散与呋喃苯胺酸利尿作用的动物实验观察．天津中医，1988，(3)：22
- [3] 时振声，等．时氏中医肾脏病学．北京：中国医药科技出版社，1997：764、670
- [4] 张天、陈以平．实用中医肾病学．上海：上海中医学院出版社，1990：842、548
- [5] 胡明昌，等．血清脂质过氧化在小儿肾小球疾病中的变化．中华肾脏病杂志，1988，4(5)：267
- [6] 沈寅初，等．丹参对缺血——再灌注兔肾皮质过氧化脂质含量的影响．中西医结合杂志，1988，8(特1集)：100
- [7] 刘宏伟．原发性肾小球疾病湿热病理的临床研究．中医杂志，1996，37(11)：688
- [8] 张光荣，等．不同中医证型急性肾炎血象纤维结合蛋白变化．江西中医药，1992，23(3)：154
- [9] 韦俊，等．急性肾炎合剂治疗小儿急性肾炎的临床研究．中国中西医结合杂志，1993，13(12)：733
- [10] 马路，等．肾小球肾炎T淋巴细胞免疫调节功能失常的研究．中华肾脏病杂志，1990，6(4)：218
- [11] 金岚，等．新编中药药理与临床应用．上海：上海科技文献出版社，1995：14
- [12] 傅文录，等．当代名老中医治疗急性肾炎的经验．中医药信息，1993，(3)：5
- [13] 李玉冬，等．中医治疗小儿急性肾炎237例疗效观察．福建医药杂志，1981，(1)：34
- [14] 王建玲．专方辨证加减治疗小儿急性肾炎64例．湖南中医杂志，1994，(3)：8
- [15] 夏承义．中医治疗小儿急性肾炎近况．四川中医，1991，(2)：8
- [16] 陈建平．小儿急性肾炎恢复期的中医治疗探讨，辽宁中医杂志，1993，(11)：6
- [17] 吕萍．活血化瘀法治疗小儿急性肾炎35例．广西中医药，1993，16(5)：207
- [18] 李应瑞，等．活血抗敏肾炎汤治疗小儿急性肾炎54例．实用中西医结合杂志，1992，5(4)：206

(丁 楼)

12.2 肾病综合征

【概述】

肾病综合征是一组由多种病因引起的临床症候群。以大量蛋白尿、低蛋白血症、高胆固醇血症及不同程度的水肿为主要特征。其病程长，发病率高。

“肾病综合征”(简称肾病)是西医学病名，根据病因可分为先天性、原发性和继发性3类。先天性肾病是指由遗传因素引起；原发性肾病是指病因不明(目前认为可能与免疫缺陷有关)的肾小球疾病引起；继发性肾病是指继发于全身性疾病，或临床诊断明确的肾小球肾炎，以及药物、金属中毒等情况者。根据临床又将原发性肾病分为单纯型和肾炎型两类。按病理变化又分微小病变性、系膜增殖性、膜性、膜增殖性及局灶硬化等。随着活检、电镜、免疫病理以及分子生物学等肾病诊断技术的进展和认识的深入，对

原发性肾病的病因以及临床表现与病理之间的关系将逐步阐明。

肾病是一种常见病。在泌尿系疾病中，其发病率仅次于急性肾炎而居于第二位，据国外统计，累积发生率为16/10万，我国1982年20个省市105所医院统计，仅原发性肾病便占泌尿科总住院病人的21%，且有逐年增加的趋势。本病多发生于2~8岁小儿，其中以2~5岁为最高峰，男多于女。部分患儿因多次复发，病程迁延，严重影响其身体健康。部分难治性肾病最终发展成慢性肾衰甚至死亡。

小儿肾病属于中医学水肿范畴。水肿病首先记载于《黄帝内经》。书中不仅论述了水肿病证特点，还详细阐述了水肿的病因病机，指出水肿的发病与外感及肺脾肾功能失调有关，提出“其本在肾，其末在肺”、“其制在脾”、“诸湿肿满，皆属于脾”的重要论点。在此基础上，《金匱要略》等历代医籍对水肿的认识均有发展，对其证候及病因进行了分类，但方法繁杂。直至元代朱丹溪执简驭繁，将水肿归纳为“阳水”、“阴水”两大类，从而使水肿的证候及病因病机学说渐趋完善。对于水肿的治疗，《内经》首先提出攻逐、发汗、利小便三大法则；《金匱要略》发挥了“开鬼门、洁净府”的治疗原则，提出“诸有水者，腰以下肿，当利小便；腰以上肿，当发汗乃愈。”创制了五苓散、防己黄芪汤、防己茯苓汤、麻黄附子汤、肾气丸等诸多治肿名方。宋以后，历代对水肿的分证论治渐趋详尽，对阴水的治疗尤其重视健脾温肾的方法，《济生方》运用实脾饮、济生肾气丸治疗脾肾虚之水肿；《小儿卫生总微论方》、《幼科铁镜》、《幼幼集成》等亦均强调了温脾、实脾、健脾以利水消肿的方法。《仁斋直指方》提倡活血化瘀法治疗水肿，创立了桂苓汤、调荣饮等活血利水方剂，《证治汇补》则归纳了前人治疗水肿方法，总结提出“治分阴阳”、“治分汗渗”、“湿热宜清”、“寒湿宜温”、“阴虚宜补”、“邪实当攻”的多种治疗原则，对后世治疗各种水肿以及当今临床治疗肾病水肿，均有重要的指导意义。

现代对小儿肾病的研究不断深入、广泛。随着对肾组织病理、免疫病因病理研究的不断进展，对中医辨证分型及治疗规律的研究日益丰富，全国中医肾病会议通过的中医分型标准，使肾病的临床分型和治疗更趋于客观化和规范化。在辨证的基础上结合组织病理、免疫学、血液流变、血液生化等现代检测手段，与辨病相结合的治疗观察思路与方法正在形成。从对古今之成方、验方、单方的研究，发展至有效成分的提取；从单纯中药治疗发展为与激素、细胞毒药物等有机配合的中西药结合治疗方法，从而明显提高了疗效。在实验研究方面，明确了肾病中药新药临床研究的指导原则，提出了药效学研究要求，建立了肾病动物多种病理类型，尤其对肾组织的直接观察，使中医药治疗肾病的疗效及药效机理得到阐明，为提高疗效、筛选有效药物、进行剂型改革奠定了基础。近年来，细胞生物学和分子生物学指标的研究已迈入肾病的中医诊断及治疗观察中，如对肾病患者 β -肾上腺素受体的测定及中药治疗后的变化观察；用肾脏系膜细胞培养技术观察中药治疗前后的变化，特别可测定一系列细胞因子的指标来观察等，从而使肾病的中西医结合研究开始与国际先进水平接轨。

【病因病理】

一、病因

多种病因可引起肾病综合征。常见的有禀赋不足、久病体虚、外邪入里三种因素。

1. 禀赋不足 小儿先天禀赋不足，素体虚弱或母孕期感染邪毒或父母患有此疾遗传于子，均可致生后肺脾肾三脏素虚，尤其是脾肾二脏虚弱，运化、气化功能失常，封藏

失职，精微外泄，水液停聚而发为本病。《幼幼集成·肿满证治》说：“一身尽肿者，或胎禀不足……。”《诸病源候论》指出：“水病无不由脾肾虚所为，脾肾虚则水妄行，盈溢皮肤而令身体肿满。”

现代研究对肾病综合征的病因尚不完全清楚，但普遍认为部分病例与宫内感染、遗传因素及过敏性体质有关。据报道，小儿肾病在同胞及双胞胎中的发病率约占2%~6%。国外报道，肾病综合征患者有过敏因素者占35.3%，有变态反应史者占40%。

2. 久病体虚 原有它疾，失治误治，致脏腑亏损，正气愈伤，肺脾肾功能虚弱，精微不得输布吸收与封藏，水湿失于运化而发为本病。如《临证指南医案·肿胀》指出：“大病之后，因脾肺虚弱，不能通调水道；因心火克金，肺不能生肾水，以致小便不利，因肾经阴亏，……内发者为不足，即为阴水。”《金匱要略·水气病脉证并治》又指出：“血不利，则为水。”《血证论·肿胀》：“又有瘀血流注，亦发肿胀者，乃血变成水之证。”

现代研究表明：急性肾小球肾炎、慢性肾盂肾炎、乙型肝炎、过敏性紫癜、系统性红斑狼疮、糖尿病及肿瘤等多种其他疾病均是引起小儿继发性肾病的常见原因。

3. 外邪入里 感受外邪，入里内侵肺脾肾三脏是小儿肾病发作或复发的最常见诱因。其中以外感风邪（风寒或风热）、湿、热、热毒最多见。

外感风寒或风热，内伤于肺，使肺气虚弱，失于宣发肃降、通调水道，致水液代谢障碍，发为水肿，或使原有水肿复发或加重。皮肤不洁，热毒内归；或外阴不洁，湿热之邪侵入下焦，伤及膀胱及肾，均可耗劫阳气真阴，使原已不足的肺脾肾愈亏，而发为本病或使原有病情复发或加重。正如《诸病源候论·肿病诸候·诸肿候》指出：“肿之所生也，皆由风邪寒热毒气，客于经络，使血涩不通，壅结皆成肿也。”《小儿药证直诀·肿病》云：“肾热传于膀胱，膀胱热盛逆于脾胃，脾胃虚而不能制肾，水反克土，脾随水行，脾主四肢，故流走而身面皆肿也。”可见水肿病不仅有外邪、热毒的因素，也有脾肾虚的一面。

现代研究认为：肾病综合征的发病，部分与感染诱导的免疫损伤有关。据国内报道，本病有42.4%的小儿起病前1~3周有感染史，其中以呼吸道感染最多，皮肤感染、消化道感染及尿路感染次之。由此可见，感染是导致肾病常见的诱因。

综上所述，肾病综合征的发病主因以正虚为主，感受外邪为诱因、次因，有时可互为因果。

二、病理

1. 病位在肺脾肾，重点在脾肾 肾病综合征是由人体内“水精四布”的功能发生障碍而引起，而肺脾肾是“水精四布”的主要脏器，正如《素问·经脉别论》说：“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精，上归于肺，通调水道，下输膀胱，水精四布，五经并行。”如果脾肾肺三脏虚弱，必然导致“水精四布”失调。水液代谢障碍，则发为水肿；精微不能输布、封藏而下泄则出现蛋白尿。又如《景岳全书·杂证谟·肿胀》说：“凡水肿等证，乃肺脾肾三脏相干之病，盖水为至阴，故其本在肾；水化于气，故其标在肺；水惟畏土，故其制在脾。今肺虚则气不化精而化水，脾虚则土不制水而反克，肾虚则水无所主而妄行。”可见肾病的病本在肾与脾，其标在肺。

2. 病理因素为水湿、湿热、瘀血 肾病的关键病理因素是水湿为患。水湿不仅是贯穿在病程始终的病理产物，成为损伤人体正气、阻碍气机运行的主要因素，同时又是进

一步伤阳、化热，使瘀血形成，推动疾病发展的重要病理环节。水湿与脾肾虚之间互为因果，是肾病水肿发生的关键所在。正如《幼幼集成·肿满证治》说“因中气素弱，脾虚无火，故水湿得以乘之”。《诸病源候论·水病诸候·水通身肿候》说：“水病者，由脾肾俱虚故也，肾虚不能宣通水气，脾虚不能制水，故水气盈溢，渗液皮肤，流遍四肢，所以通身肿也。”

湿热也是肾病发生、发展、迁延反复的重要因素，其可因水湿内停、郁久化热而成湿热；或肾病日久、蛋白尿流失过多，阳损及阴，使真阴亏虚，虚热内生，热与湿互结而成湿热；更有因长期用激素而助火生热，并易招致外邪热毒入侵，致邪热与水湿互结，酿成湿热。湿热久结，难解难分致气机壅塞、水道不利，进一步加重，从而使病情反复，迁延难愈。

国内大量资料统计，在本病过程中，湿热证的发病率为47.95%~100%。现代研究认为湿热证与感染密切相关。因肾病过程中，反复发作的主要因素是感染，无论是上呼吸道感染、肺部感染、口腔感染、皮肤感染、尿路感染，还是霉菌感染，患儿多呈现不同程度的湿热证候表现。而肾病的反复感染，也反映了湿热之邪缠绵难解的特点。

血瘀是导致肾病发病及缠绵难愈的又一重要病理因素。肾病以水肿为主要表现，而水与血、气本不相离，如《金匮要略·水气病脉证并治》“血不利，则为水……”；《血证论·阴阳水火气血论》说“水火气血，固是对子，然亦互相维系。故水病则累血。……瘀血化水，亦发水肿，是血病而兼水也。”可见水病可致血病，而血瘀亦可导致水肿。水肿可致气滞，而气滞则血瘀；反过来，血瘀又可致气滞，气化不利而加重水肿。可见，血气水三者是相互影响的，而血瘀可存在于肾病整个病程之中。概括肾病血瘀的病因病理有：精不化气而化水，水停则气阻，气滞则血瘀；阳气虚衰，无力推动血液运行，血行瘀阻，或气不摄血，血从下溢，离经之血留而不去，或脾肾阳虚，失去温煦，日久寒凝血滞，均可导致血瘀；病久不愈，深而入络，致脉络瘀阻；阴虚生火，灼伤血络，血溢脉外，停于脏腑之间而成瘀；阴虚津亏、热盛血耗，使血液浓稠，流行不畅而致瘀；因虚或长期应用激素使卫外不固，易感外邪，外邪入侵，客于经络，使脉络不和、血涩不通，亦可成瘀。可见，形成血瘀的病理环节很多。

现代研究认为：肾病综合征普遍存在高凝状态，此与凝血酶原降低、辅助因子V和Ⅷ显著增高、血浆纤维蛋白原水平增高、抗凝血酶Ⅲ水平和抗纤维蛋白酶活性降低、血小板增多、血小板凝聚增强、β-血栓球蛋白增高等有关。此外，肾病水肿时的低血容量、血液浓缩、血流缓慢、高脂血症及使用激素等，均可促使血液粘度增高，加重肾病高凝状态。这些研究充分说明了血瘀证在肾病中的存在及其在病理变化中的重要地位。

3. 病机属性重标本虚实 肾病的病程长，虽其病因涉及内伤、外感，病理维系脏腑、气血、阴阳，但其病机属性却是一致的，均以正气虚弱为本，邪实蕴郁为标，属本虚标实、虚实夹杂之病证。正虚是指气虚、阳虚、阴虚或气阴两虚，结合脏腑又可分为脾肺气虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚等，此为肾病病机变化之关键，故为本。邪实是指外感及水湿、湿热及瘀血等病理产物，故为标。

在肾病的发病与发展过程中，本虚与标实之间是相互影响、相互作用的，正虚易感外邪、生湿、化热致瘀而使邪实，可谓“因虚致实”；邪实反过来又进一步耗伤脏腑之气，使正气更虚，从而表现出虚实寒热错杂、病情反复、迁延不愈的临床特点，尤其难治性

病例更为突出。

在肾病不同阶段，标本虚实主次不一，或重在正虚，或重在标实，或虚实并重。一般来讲，在水肿期，多本虚标实兼夹，在水肿消退后，则以本虚为主。

4. 病情演变分阴阳 肾病之病因不同，患儿体质各异，病势轻重、病程阶段不一，对药物（尤其激素及细胞毒药物）的反应有别，故在本病的发生发展中，有阴阳之分。正如《景岳全书·杂证谟·肿胀》云：“凡欲辨水气之异者，在欲辨其阴阳耳。”本病早期或未用激素治疗之前，多表现为浮肿明显、面色苍白、畏寒肢冷、乏力纳差、腹胀便溏，舌质淡胖、苔白或白腻，脉沉无力等证，此属阳虚，多由脾阳虚或脾肾阳虚所致。患病日久，尤其在用足量激素以后，患儿出现面色潮红、盗汗、烦躁易怒、头痛眩晕、手足心热、舌红少苔、脉细数等，则属阴虚，此多为病久不愈，阳损及阴；或激素助阳生热，或湿热郁久，热盛伤阴致肝肾阴虚所致。

阴阳相互依存、相互制约，阳损可伤阴，阴伤可损阳，病情反复发作，迁延不愈，则会出现气阴两虚，阴阳两虚之证。

概括肾病的病情演变，初期及恢复期多以阳虚、气虚为主，难治病例，病久不愈或反复发作或长期用激素，可由阳虚转化为阴虚或阴阳两虚。而阳虚（尤其是脾肾阳虚）乃病情演变之本始。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 单纯性肾病 具备四大特征：①全身水肿。②大量蛋白尿（尿蛋白定性常在++以上，24小时尿蛋白定量 $>0.1\text{g/kg bw}$ ）。③低蛋白血症（血浆蛋白：儿童 $<30\text{g/L}$ ，婴儿 $<25\text{g/L}$ ）。④高脂血症（血浆胆固醇：儿童 $>5.7\text{mmol/L}$ ，婴儿 $>5.2\text{mmol/L}$ ）。其中以大量蛋白尿和低蛋白血症为必备条件。

2. 肾炎性肾病 除单纯性肾病四大特征外，还具有以下四项中之一项或多项：①明显血尿：尿中红细胞 >10 个/HP（见于2周内3次离心尿标本）。②高血压持续或反复出现（学龄儿童血压 $>17.3/12\text{kPa}$ （130/90mmHg），学龄前儿童血压 $>16.0/10.7\text{kPa}$ （120/80mmHg），并排除激素所致者）。③持续性氮质血症（血尿素氮 $>10.71\text{mmol/L}$ ，并排除血容量不足所致者）。④血总补体量（ CH_{50} ）或血 C_3 反复降低。

3. 先天性肾病 ①多于生后6个月内起病。②具备单纯性肾病四大特征。③对肾上腺皮质激素耐药。④病情严重，病死率高。

4. 继发性肾病 ①有全身或其他系统病变（如紫癜、乙肝、系统性红斑狼疮、糖尿病等）的临床与实验室诊断依据。②具备单纯性或肾炎性肾病的特征。

二、鉴别诊断

除在肾病范围内把原发性、继发性及先天性三者相鉴别外，尚应与下列可出现水肿的病证相鉴别。

1. 急性肾小球肾炎 急性肾小球肾炎与肾病均以浮肿及尿改变为主要特征。但肾病以大量蛋白尿为主，伴低蛋白血症及高胆固醇血症，其浮肿多为指凹性。急性肾炎则以血尿为主，不伴低蛋白血症及高胆固醇血症，其浮肿多为紧张性。

2. 营养性水肿 严重的营养不良与肾病均可见指凹性浮肿，小便短少，低蛋白血症。但肾病有大量蛋白尿，而营养性水肿无尿检异常，且有形体渐消瘦等营养不良病史。

3. 心性水肿 严重的心脏病也可出现浮肿，以下垂部位明显，但呈上行性加重，有心脏病史及心衰症状和体征而无大量蛋白尿。

4. 肝性腹水 肾病水肿严重时可出现腹水，此时应与肝性腹水相鉴别。肝性腹水以腹部胀满有水，腹壁青筋暴露为特征，其他部位无明显浮肿或仅有轻度肿，有肝病史而无大量蛋白尿，病变部位主要责之于肝。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨别标本 肾病的辨证首先要区别本证与标证，权衡孰轻孰重。

肾病的本证以正虚为主，有肺脾气虚、脾虚湿困、脾肾阳虚、肝肾阴虚及气阴两虚。可根据病史、水肿情况及全身症状来区别。肺脾气虚多有反复感冒史，且多因外感而诱发水肿，以面目为甚，以自汗出，纳呆便溏，乏力为主要证候；脾虚湿困多见于病程早期或水肿持续阶段，其水肿以肢体为著，全身以面黄、胸闷腹胀、纳呆便溏等脾胃证候为主；脾肾阳虚则以高度浮肿为主，常伴胸水、腹水，全身以神疲畏寒、四肢不温等阳虚外寒证候为主；肝肾阴虚则多见于素体阴虚，尤其长期足量用激素之后，其水肿较轻或不肿，全身以面色潮红、头晕、烦躁、舌红无苔为主证；气阴两虚多见于病程较久或反复发作或长期、反复用激素后，水肿多较轻或无浮肿，其既有易外感之气虚证，又有口干咽燥、手足心热、舌红苔少之阴虚证。

肾病之标证以邪实为患，有外感、水湿、湿热、血瘀及湿浊。其外感以感受风邪（风寒或风热）为多，以发热、恶风、咳嗽、流涕、咽红咽痛等为主症。水湿则以明显水肿或胸水、腹水为特征。湿热壅滞于上焦，以皮肤疮毒为主；中焦湿热以口粘口苦、口干不欲饮、脘闷纳差、苔黄腻为特点；下焦湿热多见小便短赤，灼热涩痛不利等证。瘀血除有面色晦暗，舌色紫暗有瘀点外，可结合血液流变学检测指标来判断。湿浊则以恶心呕吐，身重困倦，精神萎靡为主要证候。

2. 辨识难易 肾病有难易之分。难易主要根据其分型、对药物（包括激素）的反应、病程及复发情况来识别之。易治者，多为单纯型、药物反应敏感、病程短，治疗后短期未反复或未复发者；难治者则多为肾炎型，药物反应不敏感，病程较长，或治疗后仍频繁反复及复发者。

二、治疗原则

肾病的治则应紧扣“本虚标实”之病机，以扶正培本为主，重在益气健脾补肾、调理阴阳，同时注意配合宣肺、利水、清热、化痰、化湿、降浊等祛邪之法以治其标。在具体治疗时应掌握各个不同阶段，解决主要矛盾。如水肿严重或外邪湿热等邪实突出时，应先祛邪以急则治其标；在水肿、外邪等减缓或消失后，则扶正祛邪，标本兼治或继以补虚扶正为重。总之，应据虚实及标本缓急，确定扶正与祛邪孰多孰少。

单纯中药治疗效果欠佳者，应配合必要的西药等综合治疗。对肾病之重症，出现水凌心肺、邪侵心肝或湿浊毒邪内闭之证，应配合西药抢救治疗。

本病的疗程较长，一般认为在尿蛋白消失后，仍应巩固治疗半年以上，难治病例常需一年或更长时间，尤其配合应用激素类药物时，应逐渐减量，切忌骤停，以防反跳，引起肾病复发。

三、分证论治

1. 本证

(1) 肺脾气虚

证候表现 全身浮肿，面目为著，小便减少，面眺身重，气短乏力，纳呆便溏，自汗出，易感冒，或有上气喘息，咳嗽，舌淡胖，脉虚弱。

辨证要点 本证多由外感而诱发，以头面肿甚，自汗出，易感冒，纳呆便溏，气短乏力为特点。轻症可无浮肿，但有自汗、易感冒的特点。本证多见于病程的早期或激素维持治疗阶段。

治法主方 益气健脾，宣肺利水。防己黄芪汤合五苓散加减。

方药运用 常用药：黄芪、白术、防己、茯苓、泽泻、猪苓、桂枝等。浮肿明显，加五皮饮，如生姜皮、陈皮、大腹皮等；伴上气喘息、咳嗽者加麻黄、杏仁、桔梗；常自汗出而易感冒者应重用黄芪，加防风、牡蛎，取玉屏风散之意，益气固表。若同时伴有腰脊酸痛，多为肾气虚之征，应加用五味子、菟丝子、肉苁蓉等以滋肾气。

验方扶正御邪汤可用于肺肾气虚之无水肿期，其药物组成为生黄芪、白术、防风、生山药、生薏米、芡实、莲肉、山萸肉、连翘、郁金、佩兰、枳壳、升麻、蒲公英。

板侧防感汤可治疗本证之反复感冒患儿，药用黄芪、白术、防风、板蓝根、侧柏叶。

(2) 脾虚湿困

证候表现 全身浮肿，以肢体为著，面色萎黄，倦怠乏力，纳少便溏，小便减少，或兼腹胀、胸闷、四肢欠温，舌淡胖，苔薄白，脉沉缓。

辨证要点 本证以浮肿多见于四肢，伴纳少便溏、倦怠乏力、舌淡胖为特点。轻症可见仅踝部浮肿或不浮肿。尿常规检查可有少量蛋白或无蛋白。临床多见于病程早期，或病程较长，水肿持续不消，或未用激素治疗的轻型病例。

治法主方 健脾利湿。防己茯苓汤合参苓白术散。

方药运用 常用药：黄芪、人参（或党参）、防己、桂枝、茯苓、白术、山药、薏苡仁、砂仁、甘草等。水肿明显，尿量少可加生姜皮、大腹皮、车前子；若腹胀胸闷者加厚朴、槟榔；脘闷纳呆者加枳壳、木香、陈皮；四肢欠温者加制附片；便溏腹泻者，桂枝改为肉桂。

(3) 脾肾阳虚

证候表现 全身明显浮肿，按之深陷难起，腰腹下肢尤甚，面色眺白，畏寒肢冷，神疲倦卧，小便短少不利，可伴有胸水、腹水，纳少便溏，恶心呕吐。舌质淡胖或有齿印，苔白滑，脉沉细无力。

辨证要点 本证多见于大量蛋白尿持续不消，病情加剧者。临床以高度浮肿、面色眺白、畏寒肢冷、小便短少不利为辨证要点。若脾阳虚偏重者，则腹胀满纳差、大便溏泻；若肾阳虚偏重者，则形寒肢冷、面色眺白、神疲倦卧为突出。

治法主方 温肾健脾，化气行水。偏肾阳虚：真武汤合黄芪桂枝五物汤加减；偏脾阳虚：实脾饮加减。

方药运用 常用药：制附子、干姜、黄芪、茯苓、白术、桂枝、猪苓、泽泻等。肾阳虚偏重者加用仙灵脾、仙茅、巴戟天、杜仲等；偏脾阳虚者常用药：制附子、干姜、黄芪、白术、茯苓、草果、厚朴、木香等。水湿重加五苓散，药用桂枝、猪苓、泽泻等；若兼有咳嗽胸满气促不能平卧者，加用己椒苈黄丸，药用防己、椒目、葶苈子等。兼有腹

水者，加黑白二丑、带皮槟榔。在温阳利水的同时，可加用木香、槟榔、大腹皮、陈皮、沉香等助气化，加强利尿。

(4) 肝肾阴虚

证候表现 浮肿或重或轻，头痛头晕，心烦躁扰，口干咽燥，手足心热或有面色潮红，目睛干涩或视物不清，痤疮，失眠多汗，舌红苔少，脉弦细数。

辨证要点 本证多见于素体阴虚，过用温燥或利尿过度，尤多见于大量使用激素，水肿或轻或无。临床以头痛头晕、心烦易怒、手足心热、口干咽燥、舌红少苔为特征。偏于肝阴虚者，则头痛头晕、心烦躁扰、目睛干涩明显；偏于肾阴虚者，口干咽燥、手足心热、面色潮红突出；阴虚火旺则见痤疮、失眠、多汗等。

治法主方 滋阴补肾，平肝潜阳。知柏地黄丸加减。

方药运用 常用药：地黄、山药、山茱萸、丹皮、茯苓、泽泻、知母、黄柏、女贞子、旱莲草等。肝阴虚突出者，加用沙参、沙苑子、菊花、夏枯草；肾阴虚突出者，加枸杞子、五味子、天冬；阴虚火旺者重用生地、知母、黄柏；有水肿者加车前子等。

对本证之阴虚火旺者，也可用生地黄、女贞子、枸杞子、地骨皮、知母、龟版、鳖甲、泽泻、玄参为基本方加减治疗。

对本证之虚阳上扰，见有高血压者，可用六味地黄丸加珍珠母、菊花、女贞子、旱莲草、生龙牡、芜蔚子等药治疗。对阴竭肝风内动者，治以三甲复脉汤加减，以育阴潜阳、平肝熄风。

(5) 气阴两虚

证候表现 面色无华，神疲乏力，汗出，易感冒，或有浮肿，头晕耳鸣，口干咽燥或长期咽痛，咽部暗红，手足心热。舌稍红，苔少，脉细弱。

辨证要点 本证多见于病程较久，或反复发作，或长期、反复用激素后，其水肿或重或轻或无。本证的气虚是指脾气虚，阴虚指肾阴虚。其中以汗出、反复感冒、神疲乏力为气虚特点；阴虚则以头晕耳鸣、口干咽燥、长期咽痛、咽部暗红、手足心热为特征。此外在激素减撤过程中，患儿由阴虚转向阳虚，而见神疲乏力，面色苍白，少气懒言，口干咽燥，头晕耳鸣，舌由红转淡，此乃阴阳两虚之证，临床应注意辨别。

治法主方 益气养阴，化湿清热。六味地黄丸加黄芪。

方药运用 常用药：黄芪、生地、山茱萸、山药、茯苓、泽泻、丹皮等。气虚证突出者重用黄芪，加党参、白术；阴虚偏重者加玄参、怀牛膝、麦冬、枸杞子；阴阳两虚者，应加益气温肾之品，如仙灵脾、肉苁蓉、菟丝子、巴戟天等以阴阳双补。

2. 标证

(1) 外感风邪

证候表现 发热，恶风，无汗或有汗，头身疼痛，流涕，咳嗽，或喘咳气急，或咽痛乳蛾肿痛，苔薄脉浮。

辨证要点 本证可见于肾病的各个阶段，尤多见于肾病的急性发作之始。此乃气虚卫表不固，加之长期用激素或细胞毒药物，使免疫功能低下，卫外功能更虚，易感受风邪而致。临床应区别风寒或风热之不同。外感风寒以发热恶风寒、无汗、头身痛、流清涕、咳痰稀白、舌淡苔薄白、脉浮紧为特点；外感风热则以发热、有汗、口渴、咽红、流浊或黄涕、舌红、脉浮数为特征。如见喘咳气急，肺部细湿罗音者，则属风邪闭肺之症。

治法主方 外感风寒：辛温宣肺祛风，麻黄汤加减；外感风热：辛凉宣肺祛风，银翘散加减。

方药运用 常用药：外感风寒用麻黄、桂枝、杏仁、连翘、牛蒡子、蝉蜕、僵蚕、桔梗、荆芥等；外感风热常用银花、连翘、薄荷、牛蒡子、荆芥、蝉蜕、僵蚕、柴胡、桔梗等。无论风寒、风热，如同时伴有水肿者，均可加五苓散以宣肺利水；若有乳蛾肿痛者，可加板蓝根、山豆根、冬凌草。若出现风邪闭肺者，属风寒闭肺用小青龙汤或射干麻黄汤加减；属风热闭肺用麻杏石甘汤加减。

(2) 水湿

证候表现 全身广泛浮肿，肿甚者可见皮肤光亮，可伴见腹胀水鼓，水聚肠间，漉漉有声，或见胸闷气短，心下痞，甚有喘咳，小便短少，脉沉。

辨证要点 本证以中度以上水肿，伴水鼓（腹水）、悬饮（胸水）为特征。此外尚可结合西医物理诊断，腹胸部B超、X线等检查不难确诊。水鼓（腹水）责之脾肝肾；悬饮（胸水）责之肺脾。

治法主方 一般从主证治法。伴水鼓、悬饮者可短期采用补气健脾、逐水消肿法。防己黄芪汤合己椒苈黄丸加减。

方药运用 常用药：黄芪、白术、茯苓、泽泻、防己、椒目、葶苈子、大黄等。如脘腹胀满加大腹皮、厚朴、莱菔子、槟榔；胸闷气短，喘咳者加麻黄、杏仁、苏子、生姜皮、桑白皮等。若水鼓、悬饮，胸闷腹胀，大小便不利，体气尚实者，可短期应用甘遂、牵牛子攻逐水饮。

此外，当纯中药不能奏效时，可配合西药利尿剂短期应用。

(3) 湿热

证候表现 皮肤脓疮、疖肿、疮疡、丹毒等；或口粘口苦，口干不欲饮，脘闷纳差等；或小便频数不爽、量少、有灼热或刺痛感、色黄赤混浊、小腹坠胀不适；或有腰痛、恶寒发热、口苦便秘；舌红苔黄腻，脉滑数。

辨证要点 湿热为肾病患者最常见的兼夹证（标证），可出现于病程各阶段，尤多见于足量长期用激素及大量用温阳药之后。临证应区分上、中、下三焦湿热之不同。上焦湿热以皮肤疮毒为特征；中焦湿热以口粘口苦、脘闷纳差、苔黄腻为主症；下焦湿热则以小便频数不爽、量少、尿痛，小腹坠胀不适等为特点。此外，下焦湿热之轻症可无明显症状，但尿有白细胞、脓细胞增多，尿细菌培养阳性。

治法主方 上焦湿热：清热解毒，五味消毒饮加减；中焦湿热：清热解毒，化浊利湿，甘露消毒丹加减；下焦湿热：清热利湿，八正散加减。

方药运用 常用药：上焦湿热用银花、菊花、蒲公英、紫花地丁、天葵子、黄芩、黄连、半枝莲等；中焦湿热用黄芩、茵陈、藿香、厚朴、白蔻仁、滑石、薏苡仁、木通、猪苓等；下焦湿热用木通、车前子、篇蓄、滑石、栀子、连翘、黄柏、金钱草、半枝莲、大黄等。

现代药理研究证实，清热解毒药能激活T细胞，提高淋巴瘤细胞转化率；增强白细胞和吞噬细胞功能，从而能预防并控制感染，可在各型辨证的基础上选择使用。严重感染者，可配合西药有效抗生素治疗。

(4) 血瘀

证候表现 面色紫暗或晦暗，眼睑下发青、发黯，皮肤不泽或肌肤甲错，有紫纹或血缕，常伴有腰痛或肋下有癥瘕积聚，唇舌紫暗，舌有瘀点或瘀斑，苔少，脉弦涩等。

辨证要点 血瘀也为肾病综合征常见的标证，可见于病程的各阶段，尤多见于难治病例或长期足量用激素之后，临床以面色晦暗，唇暗舌紫，有瘀点瘀斑为特点。也有以上证候不明显，但长期伴有血尿或血液流变学检测提示有高凝情况也可确诊。

治法主方 活血化瘀。桃红四物汤加减。

方药运用 常用药：桃仁、红花、当归、生地、丹参、赤芍、川芎、党参、黄芪、益母草、泽兰等。尿血者选加仙鹤草、蒲黄炭、旱莲草、茜草、三七；瘀血重者加水蛭、三棱、莪术；血胆固醇过高，多从痰瘀论治，常选用泽泻、瓜蒌、半夏、陈胆星、生山楂；若兼有郁郁不乐，胸胁胀满、腹胀腹痛、嗝气呃逆等气滞血瘀症状，可选加郁金、陈皮、大腹皮、木香、厚朴以行气活血。

本证之高粘滞血症，可用水蛭粉装胶囊冲服，每日1.5~3g为宜。

本证也可用丹参注射液或脉络宁注射液静脉滴注。

(5) 湿浊

证候表现 纳呆，恶心或呕吐，身重困倦或精神萎靡，水肿加重，舌苔厚腻，血尿素氮、肌酐增高。

辨证要点 本证多见于水肿日久不愈，水湿浸渍，脾肾衰竭，水毒潴留，使湿浊水毒之邪上逆而致。临床以恶心呕吐、纳差、身重困倦或精神萎靡，血尿素氮、血肌酐增高为辨证要点。

治法主方 利湿降浊。温胆汤加减。

方药运用 常用药：半夏、陈皮、茯苓、生姜、姜竹茹、枳实、石菖蒲等。若呕吐频繁者，加代赭石、旋覆花；若舌苔黄腻、口苦口臭之湿浊化热者，可选加黄连、黄芩、大黄；若肢冷倦怠、舌质淡胖之湿浊偏寒者，可选加党参、淡附片、吴茱萸、姜汁黄连、砂仁等；若湿邪偏重、舌苔白腻者，选加苍术、厚朴、生薏仁。

本证若呕恶不甚，以口粘纳呆、便溏、舌苔白腻为主者，可选用藿香正气散加减（藿香、苏梗、大腹皮、陈皮、半夏、茯苓、白术、厚朴、扁豆、苍术）。

对尿毒症阳虚浊气冲逆者，可采用温肾利水泻浊之法，以附子、大黄各20g分多次服，常获较好疗效。

氮质血症期，消化系统症状明显者，以温脾汤、旋复代赭汤、左金丸等方综合加减，药用党参、淡附片、干姜、旋覆花、代赭石、法半夏、炒陈皮、淡吴萸、姜汁炒黄连、肉桂粉、茯苓、佛手、生薏仁、砂仁。另以伏龙肝30g，焦锅巴一块煎汤代水。也可用升清降浊汤（大黄、贯众、六月雪、苏叶、黄连、半夏、菖蒲、生姜）治疗本证。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 雷公藤多甙片 用于肾病的中医各证型。
2. 肾康宁片 用于肾阳虚弱，瘀水互结之肾病。
3. 肾炎消肿片 用于脾虚湿困型肾病。
4. 香砂胃苓丸 用于脾虚湿困型肾病。
5. 济生肾气丸 用于肾阳、肾气虚弱之肾病。

6. 肾炎阳虚片 用于脾肾阳虚型肾病。
7. 金匱肾气丸 用于脾肾阳虚型肾病。
8. 滋补肝肾丸 用于肝肾阴虚型肾病。
9. 六味地黄丸 用于肝肾阴虚型肾病。
10. 强肾片 用于肾病之阴阳两虚兼血瘀者。
11. 复方丹参注射液 用于肾病兼血瘀水肿者。

二、单方验方

1. 雷公藤生药 每日5~10g, 最大量不超过15g, 水煎服。用于肾病之各种证型。
2. 干葫芦(不去子)3个, 水煎, 加红糖适量, 分6次量, 每日1次量。用于肾病水肿期。
3. 黄芪30~60g, 益母草15~30g, 白茅根30~60g, 大枣10枚, 水煎。每日1剂, 分次服。用于肾病脾虚兼血瘀湿热者。
4. 蜈蚣10条, 为末, 温开水冲服。每日1次, 连服1周。用于肾病各证型之水肿。
5. 玉米须60g。水煎, 分次服。用于肾病水肿、蛋白尿、高脂血症。
6. 鱼腥草30~100g, 开水浸泡半小时后代茶饮, 日1剂, 疗程3个月。用于肾病各种证型。
7. 蛇莲合剂 蛇莓、半枝莲、干地黄、生黄芪、丹参各100g, 川芎、红花、当归、川牛膝、京三棱、焦白术各50g, 陈皮、甘草各30g。制成合剂1000ml。每服100ml, 1日2次。用于肾病高粘滞血症。
8. 黑大豆丸 黑大豆250g, 淮山药、苍术、茯苓各60g。共研细末, 水泛为丸。每服6g, 1日2~3次。用于肾病恢复期。

三、药物外治

1. 消水膏 大活田螺1个, 生大蒜1片, 鲜车前草1根。将田螺去壳, 用大蒜瓣和鲜车前草共捣烂成膏状, 取适量敷入脐孔中, 外加纱布覆盖, 胶布固定。待小便增多, 水肿消失时, 即去掉药膏。
2. 逐水散 甘遂、大戟、芫花各等量, 共碾成极细末。每次1~3g置脐内, 外加纱布覆盖, 胶布固定, 每日换药1次, 10次为1疗程, 用于治水肿。
3. 腹水糊 商陆100g, 麝香1g, 葱白或鲜姜适量。将商陆研极细末, 每次取药末3~5g, 葱白一茎, 捣融成膏, 再加凉开水适量, 调如糊状, 取麝香粉0.1g, 放入神厥穴内, 再将调好的药糊敷在上面, 盖以纱布, 胶布固定。每天换药1次, 3~5天见效, 7天为1疗程。用于治腹水。

四、食疗方药

1. 黄芪杏仁鲤鱼汤 生黄芪60g, 桑白皮15g, 杏仁15g, 生姜3片, 鲤鱼1尾(约250g)。将鲤鱼去鳞及内脏同上药一起煎煮至熟, 去药渣食鱼喝汤。用于脾虚湿困型肾病。
2. 鲫鱼冬瓜汤 鲫鱼120g, 冬瓜皮60~120g。先将鲫鱼去鳞, 剖去肠脏, 与冬瓜皮同煎, 炖汤不放盐, 喝汤吃鲫鱼。用于肾病各型水肿及蛋白尿。
3. 薏仁绿豆粥 生薏仁、赤小豆各30g, 绿豆60g。共煮粥食用, 每日1次。用于脾虚兼湿热水肿。
4. 乌鲤鱼汤 乌鲤鱼1尾(约250g), 黑白丑(炒)研末3g。将鲤鱼去鳞及内脏, 纳

黑白丑末于鱼腹中，用线缝合，共炖至熟，鱼汤同服。用于肾病之湿热水肿。

5. 黄芪山药粥 炙黄芪 60g，山药、茯苓各 20g，莲子、芡实各 10g。共煮为粥，送服五子衍宗丸。用于脾肾两虚型肾病。

6. 黄芪炖母鸡 炙黄芪 120g，嫩母鸡 1 只（约 1000g）。将鸡去毛及内脏，纳黄芪于鸡腹中，文火炖烂，放食盐少许，分次食肉喝汤。用以益气利水消肿。

五、针灸疗法

1. 体针 取肾俞、脾俞、太溪、足三里、三阴交、气海、水分。针刺，均用补法。灸法各 3 壮。隔日 1 次，7 次为 1 疗程。

2. 耳针 选穴：脾、肾、皮质下、肾上腺、膀胱、腹。每次取 2~3 穴，双侧，用中等刺激，留针 30 分钟，或埋皮内针 24 小时，隔日 1 次，10 次为 1 疗程。

六、推拿疗法

脾肾阳虚者，补肾 3 分钟，揉二马 2 分钟，揉丹田 2 分钟，揉神阙 2 分钟，推三关 2 分钟。

肝肾阴虚者，平肝 2 分钟，补肾 2 分钟，揉二马 2 分钟，揉三阴交 2 分钟，清天河水 2 分钟，揉丹田 1 分钟。

七、西医疗法

肾上腺糖皮质激素为目前治疗肾病综合征的首选药物，能有效诱导蛋白尿消失，多选用中效制剂强的松。初治多采用中疗程（6 个月）或长疗程（9~12 个月）；复发病例应延长隔日服药时间；频繁反复或复发，对激素依赖或耐药者，可加用免疫抑制剂如环磷酰胺、苯丁酸氮芥、长春新碱、6-硫鸟嘌呤等；对少数持续不缓解病例，可酌情慎重采用甲基强的松龙或地塞米松冲击疗法或环孢霉素 A。

此外，在严重水肿、少尿，使用安体舒通、速尿等一般利尿剂不能奏效时，应采用扩容利尿剂，如低分子右旋糖酐、血浆及无盐人血白蛋白。持续高血压者，可选用心痛定或疏甲丙脯酸等；严重高凝或并发肾静脉血栓时，可选用肝素或抗栓酶。并发严重感染时，应采用足量、有效抗生素以控制感染。

【预防护理】

一、预防

1. 尽量寻找病因，若有皮肤疮疖痒疹、龋齿或扁桃体炎等病灶应及时处理。
2. 注意接触日光，呼吸新鲜空气，防止呼吸道感染。保持皮肤及外阴、尿道口清洁，防止皮肤及尿道感染。
3. 注意精神调养，起居适度。

二、护理

1. 水肿明显者应卧床休息，病情好转后可逐渐增加活动。
2. 水肿期及血压增高者，应限制盐摄入，摄入量应根据水肿及血压增高程度而定，高度水肿或高血压明显时应忌盐，并控制水的入量。
3. 水肿期应给清淡易消化食物。平素宜食高维生素、高钙及优质蛋白（乳、蛋、鱼、瘦肉）饮食，蛋白质摄入量应控制在 1.5~2.0g/kg bw，避免过高或过低。
4. 水肿期，每日应准确记录病儿的饮水量及尿量，测体重一次，了解水肿的增减程度。

5. 水肿期应注意皮肤, 尤其皱襞处的卫生, 阴囊水肿明显时避免挤压。

【文献选录】

《诸病源候论·小儿杂病诸候·肿满候》“小儿肿满, 由将养不调, 肾脾二脏俱虚也。肾主水, 其气下通于阴。脾主土, 候肌肉克水, 肾虚不能传其水液, 脾虚不能克制于水, 故水气流溢于皮肤, 故令肿满。”

《丹溪心法·水肿》:“遍身肿, 不烦渴, 大便溏, 小便少, 不涩赤, 此属阴水。”“诸家只知治湿当利小便之说, 执此一途, 用诸去水之药, 往往多死。又用导水丸、舟车丸、神佑丸之类大下之, 此速死之兆。盖脾极虚而败, 愈下愈虚, 虽劫效目前, 而阴损正气, 然病亦不旋踵而至。”

《景岳全书·杂证谟·肿胀》:“夫所谓气化者, 即肾中之气也, 即阴中之火也, 阴中无阳, 则气不能化, 所以水道不通, 溢而为肿。故凡治肿者, 必先治水, 治水者, 必先治气。”

《证治汇补·水肿》:“治水之法, 行其所无事, 随表里寒热上下, 因其势而利导之, 故宜汗、宜下、宜渗、宜清、宜燥、宜温, 六者之中, 变化无拘。”

《幼幼集成·肿满证治》:“夫肿满之证, 悉由脾胃之虚也。脾土喜燥而恶湿, 因中气素弱, 脾虚无火, 故水湿得以乘之。而脾愈不运, 则乳食凝而不化, 停积于中, 而肿满作焉。治肿者, 当以脾胃为本, 而以浮肿为标。”“肿自下起者, 因于肾虚水泛, 或因于脾气受湿, 宜渗利之, 故仲景云: 治湿不利小便非其治也, 宜五苓散加防己、槟榔。”

【现代研究】

一、动物造模及药效学研究

1. 氨基核苷肾病 公认的微小病变型肾病动物模型。用嘌呤霉素连续注射于大鼠, 可获得类似人类微小病变型肾病模型。任光友等用肾病1号(麻杏石甘汤加银花、白花蛇舌草、蒲公英等)治疗本模型, 结果表明该药有明显利尿、减轻水肿、减少蛋白尿、降低胆固醇作用, 证实了“开鬼门, 洁净府”疗法的机理所在。^[1]章友康研究表明: 黄芪和当归注射液可使本模型血浆蛋白水平提高, 血浆胆固醇下降, 浮肿减轻, 一般情况改善。张龙江等研究证实, 绞股蓝总甙可使该模型病理改变减轻, 除直接降低血清胆固醇及减少尿蛋白外, 对该模型大鼠的肾上腺皮质功能具有兴奋和保护作用。^[2]

2. 膜性肾病(原位免疫复合物型肾炎) 通过阳离子化牛血清蛋白免疫的大鼠或兔, 使其与肾小球毛细血管壁直接结合, 并引起免疫复合物在原位形成, 激发膜性肾炎, 陈以平以益气活血化湿中药(党参、益母草、薏仁)治疗观察该模型家兔, 发现治疗组肾小球基膜增厚及电子致密物沉积程度比对照组轻。汪琼玲用脉络通片(川芎、当归、赤芍、地黄、红花、桃仁、黄芪、牛膝、枳壳、桔梗)治疗本模型家兔, 结果显示尿蛋白明显减少, 肾病病理改变明显减轻, 与对照组比差异极显著($P < 0.01$)。^[3]另有报道: 藏红花、毛冬青、薄盖灵芝等单味中药对该模型均有降低蛋白尿, 减轻肾脏病理变化之作用。

3. 系膜增殖性肾炎(慢性血清病肾炎) 在膜性肾病模型基础上, 多次注射B. S. A的费氏佐剂及大肠杆菌内毒素, 可获系膜增殖型肾炎。中国中医研究院刘宏伟用滋阴益肾活血清利的滋肾合剂(生地、山药、山萸肉、女贞子、旱莲草、知母、黄柏、益母草、白茅根等)治疗本模型家兔, 结果显示: 该方可①降低尿蛋白, 改善肾功能; ②提高红

细胞免疫粘附功能；③具有抗炎作用；④抑制免疫复合物在肾小球内沉积。另有研究表明：大黄可抑制低密度脂蛋白所致的系膜增殖，对高脂血症所致肾损害有保护作用。川芎嗪可阻止系膜细胞产生白细胞介素6而抑制肾脏系膜细胞增殖。

4. IgA 肾病 多种方法均可获得 IgA 肾病模型，常用的方法有：①中性右旋糖酐或硫酸右旋糖酐注入鼠腹腔内；②静脉注射乳糖尿白蛋白加胶质碳或服乳糖食物及静脉注射胶质碳；③在实验性肝硬化或结扎胆管后口服免疫蛋白抗原；④在肝硬化基础上用葡萄球菌内毒素静脉注射；⑤用二硝基苯酸及血清白蛋白，致 IgA 免疫复合物形成，沉积在肾小球系膜区。马红梅用清利热毒、活血止血之肾炎 5 号、3 号方治疗以尿尿为特征的小鼠实验性 IgA 肾病改进模型，结果表明，其能减轻镜下血尿，改善肾功能，促进红细胞免疫功能，改善血清免疫状态及 IgA 肾病组织病理。莫蓉研究发现，川芎嗪可减少 IgA 肾病之血栓形成，薄盖灵芝可以使系膜区细胞数减少，血肌酐及尿蛋白降低。

5. 马杉肾炎（抗肾小球基底膜性肾炎）用马杉（Masngi）方法，即将兔肾作为抗原注射给鸭和羊，使产生鸭抗兔肾血清或羊抗兔肾血清，再将此血清注射给健康家兔，即造成抗肾小球基底膜性肾炎。此造型动物多表现为营养不良，毛发疏松，精神及食欲减退，故有将之归属于虚证者。具有扶正作用的黄芪和玉屏风散皆可不同程度抑制本模型肾小球基底膜免疫复合物的沉积，且玉屏风散尚可修复肾炎病理改变。肾炎灵（旱莲草、生地、狗脊、当归、川芎、赤芍、山药、茯苓、地榆、生茜草、马齿苋、栀子、大小蓟）治疗马杉肾炎时，可抑制蛋白尿，减缓肾小球基底膜破坏，减少纤维蛋白沉积及新月体形成，促进肾小球细胞增生。川芎嗪加活血注射液（丹参、赤芍、郁金）虽不能抑制马杉肾炎的发生，但可阻止新月体形成与肾小球的纤维化。气血注射液（黄芪、当归、人参）给该模型注射后，有一定的预防和治疗作用。

6. 下丘脑—垂体—肾上腺—胸腺轴的抑制模型 给动物以长期激素，可造成该模型，其为模拟“肾阳虚”病理模型。大量的研究证明，中药温补肾阳之品能有效地保护皮质醇下丘脑—垂体—肾上腺—胸腺轴的抑制；⁽⁴⁾滋阴泻火之剂则能在一定程度上拮抗激素对肾上腺皮质的抑制作用。

二、临床研究

1. 辨证分型规范化研究 对小儿肾病，目前国内尚无统一辨证分型标准。1977 年北戴河肾炎座谈会建议对本病分为 5 个证型，即气虚型、阳虚型、阴虚型、湿热型及瘀血型，使本病的中医辨证初步有了规范。1986 年召开的第 2 次全国肾病学术会议制定了成人慢性原发性肾小球疾病中医辨证分型标准，卫生部将此确定为“中药新药治疗肾病综合征临床研究指导原则”中的辨证诊断标准，其将肾病综合征分为本证和标证两类，本证包括肺肾气虚、脾肾阳虚、肝肾阴虚、气阴两虚 4 个证型；标证分外感、水湿、湿热、血瘀、湿浊五类。强调辨证分型应以本证为主、标本结合，如脾肾阳虚兼水湿、血瘀等，此诊断标准的制定，使肾病的辨证分型进一步规范化，对小儿肾病的诊断、治疗也有较大指导意义。

2. 辨证分型与客观指标的研究

(1) 证型与临床及生化常规检查指标 大量研究结果表明，肾小球疾病不同中医证型的临床及生化常规检查指标的变化不尽相同。毛良发现，慢性肾炎阴虚患者的尿肌酐量明显高于正常，而阳虚患者的尿肌酐又明显低于正常，并进一步从尿中肌酐、尿素、钾、

磷、镁的排泄量探讨了阴虚、阳虚的病理基础。^[5]黄氏分型观察了34例小儿肾脏病患者的尿红细胞、白细胞、肾小管上皮细胞形态、数及管型的出现,发现湿热型和风火型上述改变明显,脾肾阳虚型改变不明显,肝肾阴虚型有持续不稳定的改变。^[5]有人提出本病阳虚型血钙、钠、总蛋白、红细胞、尿磷、尿钾显著低于阴虚型;血磷、钾显著高于阴虚型。^[6]

有报道表明:肾病患者血清白蛋白与中医分型有一定关系。脾虚型血清白蛋白水平明显低于湿热型;^[7]脾肾阳虚型含量明显低于脾肾气虚型。^[8]

(2) 分型与内分泌指标 肾病患者多有内分泌紊乱,内分泌功能与中医证型有密切的内在联系。大量研究表明,肾阳虚病人有垂体—肾上腺皮质系统兴奋低下现象,其24小时尿17-羟类固醇含量普遍低于正常值,且从实验证实了下丘脑—垂体—肾上腺皮质系统功能紊乱是肾阳虚发病原理中的一个重要环节。^[9]时毓民等研究证明,肾阳虚患儿的血浆皮质醇不但明显低于正常对照组,也低于阴虚及血瘀组,而阴虚及血瘀证患儿肾上腺皮质功能也较正常儿童明显低下。但也有报道肝肾阴虚、阴虚火旺证者,尿17-羟类固醇正常或高于正常。

陈曙霞报道,肾病阳虚水肿患者,其水肿及阳虚程度与尿醛固酮含量成正比。此类患者病情顽固,单用利尿或免疫抑制剂均无明显效果,采用温阳利水、温阳益气药,可使阳虚及水肿症状明显减轻,蛋白尿减少,尿醛固酮含量下降或正常。

(3) 证型与免疫学指标 现代医学研究表明,肾病的发生发展与体液免疫和细胞免疫功能失调有密切关系。在辨证分型与免疫学指标的关系方面,众多报道一致认为本病阳虚型血清IgG偏低,认为血清IgG可作为阳虚的一项客观指标。有研究认为,细胞免疫功能低下是肾虚的共性,肾阳虚的主要矛盾是辅助性T细胞减少,而肾阴虚突出表现为抑制性T细胞低下,并认为中医学阴阳平衡失调理论与现代免疫学的免疫调节紊乱学说有其相似共通之处。^[6]另有研究提示:本病湿热型血中补体C₃低下的比例较气虚、阴虚、血虚型高,尿中补体C₃阳性率最高,提示湿热型的肾实质损害较重。但也有研究认为,湿热型血中补体C₃及IgA、IgG、IgM、血浆蛋白、尿蛋白定量、血尿β₂-微球蛋白、血尿渗透压较非湿热组无显著差异。^[10]

(4) 证型与血液流变、甲皱微循环指标 目前比较一致的观点是把高凝状态归属于“血瘀证”范畴,1986年中医肾脏病会议已将血液流变学指标中的全血粘度、血浆粘度增高作为“血瘀”的诊断标准之一。近年许多学者对辨证分型与血液流变学的关系进行了探讨。王永钧、随振寰等观察到,气虚组血浆粘度增高,阳虚组全血粘度和红细胞压积降低、血沉加快,而血浆粘度增高。甲皱微循环观察发现,阳虚组血液流速明显缓滞,管祥周围有明显渗出和水肿。认为肾病全血呈低粘状态,红细胞电泳减慢,纤维蛋白原增加及血沉加快,可看作是水湿内停、湿热交蒸、血脉瘀阻的客观依据。^[6]刘宝厚、刘新等研究表明,脾肺气虚型以全血粘度增高为显,肝肾阴虚型以血浆粘度增高突出,脾肾阳虚型则为全血粘度降低,血浆粘度增高。据此又结合脏腑辨证将本病分为气虚血瘀、阴虚热瘀、阳虚寒凝三种类型,为临床益气活血、养阴活血、温阳活血提供了理论依据。另有将红细胞压积、全血粘度、红细胞平均体积、红细胞平均血红蛋白浓度、胆固醇、纤维蛋白原的变化作为阳虚型、阴虚型的显著性指标。^[20]

(5) 分型与病理 随着肾活检的广泛开展和病理诊断水平的不断提高,我国肾脏疾

病的诊断已从单纯根据临床表现转到结合组织形态学及免疫病理学进行分析的阶段。施赛珠等首次进行了中医辨证分型与肾穿刺活检病理之间的对比观察,发现在成人慢性肾炎中,肝肾阴虚型以系膜增生性肾炎为多,脾肾阳虚型则以膜性及膜增生性肾炎为多。^[6]另有研究表明,在48例阴虚型肾炎中,64.6%属增生性肾炎,认为以增生性病变为主的肾炎,中医辨证以阴虚为多,推测“热象”可能与增生性病理有关。^[6]刘宏伟的观察提示:中医辨证为气虚,有60%病理是轻微病变,与其他病理类型肾炎相比,有显著性差异。系膜增生性肾炎以阴虚和气阴两虚密切相关。阳虚型以膜性肾病多见,膜增殖性次之。以上研究在国内具有一致性。^[15]

(6) 分型与分子生物学及其它 邹燕勤观察到成人慢性肾炎气阴两虚、湿热交阻证血浆血栓素 B_2 (TXB $_2$)和6-酮-前列腺素F 1α (6-Keto-PGF 1α)含量明显高于正常值, TXB $_2$ /6-Keto-PGF 1α 比值明显升高。^[6]毕增祺观察发现,肾阳虚患者血浆前列腺素F 2α 含量明显低于正常,阴虚型则无显著性变化。而阴虚患者血浆和尿中环核苷酸含量均高于正常人,肾阳虚则无明显变化。^[6]

罗陆一等观察了肾气虚证患者红细胞超氧化物歧化酶(SOD)活性变化,发现SOD降低可能是肾气虚证的发病机理之一。^[6]

此外,尚有分型与微量元素指标关系的研究,比较一致的看法是,阳虚型血锌显著低于正常,铜与锌的比值明显增高,阴虚及气阴两虚型则不如阳虚型变化明显。^[5]

3. 辨证论治 近年来,有关肾病的辨证论治报道颇多,分型选方各异,归纳分析不外以下几个方面。

(1) 标本分型论治 随着中医诊断规范化的研究深入,目前多数医者倾向于按标本分型论治,主张分为正虚和邪实两个方面。正虚分为气虚、阳虚和阴虚,治以益气,温阳和养阴;邪实包括水湿、湿热、瘀血等,治疗则以利水、清热、化瘀为则。汪受传将本病的辨证分为肺脾气虚,脾肾阳虚,肝肾阴虚三型;标证分气滞、水鼓、悬饮、湿热、血瘀、外感、疮疖、热淋等8型。治疗强调以治本虚为主,标证各随本证治之,或在某一阶段侧重一方。

(2) 综合分型论治 如《实用中医儿科学》分5型:脾虚湿困者用参苓白术散合防己黄芪汤;脾肾阳虚者分选实脾饮或真武汤;肝肾阴虚者用知柏地黄汤加减;气阴两虚用参芪补脾,六味地黄汤补肾;气滞血瘀者用桃红四物汤加味。安效先分为4型:风水泛滥型,湿热内蕴型,脾虚水泛型,脾肾两虚型(包括阳虚与气阴两虚)。

(3) 按病程不同阶段分型论治 大量报道认为,水肿期与水肿消退后证型特点不一,水肿期多属阳虚阴盛、正虚邪实,中医辨证多属脾肾阳虚,应选用温补肾阳、温阳利水的方药。以脾阳虚为主,应用实脾饮或五苓散之类;以肾阳虚为主,则予以真武汤或肾气丸之类;若脾气不足较显著,多用防己黄芪汤、参苓白术散之类。水肿消退后以正气虚衰、阴阳失调为特点。此期为脾肾气虚和肝肾阴虚多见。前者多选用六君子汤与保元煎;后者选用知柏地黄汤合二至丸;水肿消退后以蛋白尿为主者,多采用益气健脾固肾方法,可取得较好疗效。^[11]

(4) 专方结合辨证论治 刘弼臣自拟鱼腥草汤(鱼腥草、半枝莲、益母草、车前草各15g,倒扣草、白茅根各30g,灯心草1g),在用此方基础上,又根据不同阶段的证候特点分别运用利尿、发汗、健脾、温化、燥湿、逐水、理气、清解、活瘀九法。观察治

疗 57 例，全部病例均有效，基本痊愈占 64%，完全缓解占 10%。^[12]

4. 辨病论治 对肾病的治疗，近年有不少以辨病治疗，一法为主的研究报道，概括有以下几种。

(1) 从肺论治 江育仁、时振声认为凡水肿初起，病程短，面部肿甚者，可从肺治，宣畅肺气，水湿得以下行，方如麻桂或越婢五皮饮之类；高度水肿久不消者，若合并外感，应宣肺渗利，不仅能使尿量增多，且可消退全身水肿。^[13,14]

(2) 从脾论治 李少川认为，肾病的关键是脾气不足，中焦湿困，运化失司，提出“肾病治脾”的观点，治以健脾化湿，调理脾胃，用肾病合剂（苏梗、厚朴、陈皮、白术、知母、茯苓、抽葫芦、枳壳、麦冬、猪苓、泽泻、甘草）观察治疗 30 例，总有效率为 90%。^[24]叶盛德用消导健脾、化痰祛湿之法，投保和汤加白术、萆薢、水蛭等治疗小儿肾病 36 例，取得满意疗效。

(3) 从肺肾论 谷振声善用宣肺温肾阳之消水圣愈汤（麻黄、桂枝、生姜皮、细辛、附子、知母、黄柏、甘草、大枣）治疗肾病，每获良效。^[14]

(4) 从脾肾论治 蔡允盛用调脾益肾汤（黄精、山茱萸、茯苓、泽泻、丹皮、山药、黄芪、附子、肉桂、陈皮、砂仁、益母草）治疗本病，疗效满意。^[14]王乐平用芪术地黄汤加味（黄芪、菟丝子、荠菜花、生地、白术、茯苓、知母、山萸肉、玉米须、陈皮、甘草）治疗小儿肾病 30 例，总有效率为 93.9%。

(5) 从气阴论治 中国中医研究院西苑医院统计资料表明，气阴两虚是小儿肾病的主要证型，占同期住院人数的 79.92%。安效先采用益气养阴法，以炙黄芪、太子参、白术、生地、生山药、山茱萸、制黄精、枸杞子、菟丝子、益母草、白茅根为基本方加减治疗小儿肾病，总有效率 88.57%。

(6) 清利湿热论治 湿热乃肾病最常见的证候之一。许多报道均把清热利湿解毒的治法贯穿于病程的不同阶段，而提高了疗效。午雪峤多用茅根四草汤（白茅根、蝉衣、茜草、白花蛇舌草、益母草、炙甘草、半枝莲）及茅根鱼蓝汤（白茅根、黄芩、鱼腥草、板蓝根、桔梗、银花、白花蛇舌草、半枝莲）等清热解利湿之剂治疗小儿肾病而获良效。^[14]

(7) 活血化痰论治 用活血化瘀法治疗肾病，尤其难治性肾病已被临床广泛采用，并取得明显疗效。如朱辟疆用活血化痰之蛇莲合剂（蛇莓、半枝莲、干地黄、生地、黄芪、丹参、川芎、红花、当归、川牛膝、京三棱、焦白术、陈皮、甘草）治疗肾病有高粘滞血症者，总有效率为 84.4%，疗效明显高于对照组（ $P < 0.05$ ）。^[14]

(8) 针对客观指标论治

①蛋白尿 肾病缠绵难愈，反复发作，消除蛋白尿为治疗的关键，也是难点所在。一般认为，蛋白尿的形式与脾肾两脏虚损密切相关，故多数医家采用扶正固本，培补脾肾的方法来治疗。常用药物有黄芪、党参（太子参）、山药、熟地、芡实、菟丝子、金樱子等。但午雪峤认为消蛋白尿要注意扶正与祛邪的关系，在调补脾肾的同时，祛邪解毒应贯穿始终，切忌过早温补而闭门留寇；同时，要注意久病多瘀，理血活血，并谨防外感。其常用茅根化湿汤（白茅根、蝉蜕、大青叶、小蓟、益母草、半枝莲、地肤子、滑石、木通、厚朴、生黄芪、车前子、玉米须）加减治疗蛋白尿兼湿热之症，每获良效。^[13,14]乔富渠报道用“蛋白消”（知母、黄柏、生地、水蛭、益母草、车前子、蝉蜕等）消除肾病蛋

白尿有效。^[15]玉振熹用补肾固肾法(熟地、山药、泽泻、丹皮、山茱萸、茯苓、淫羊藿、芡实、金樱子)治之。张沛虬善用祛风药(防风、苏叶、蝉衣、银花、浮萍、地肤子、白鲜皮)达祛风脱敏之效。时振声认为,消蛋白尿应根据病人的具体情况,分别予以补益肺脾、健脾固肾、温补脾肾、滋养肝肾、气血双补、气阴两补、清利湿热、活血化瘀等诸法合用,才能使蛋白尿逐渐消失。可加用党参、黄芪、薏仁、金樱子、赤小豆等。^[24]

②高脂血症 肾病的三分之一有高脂血症,在用激素后,其升高更明显。陈梅芳在辨证中加用山楂、炒麦芽各30g,或玉竹、山楂各30g有良好的降脂作用。张玉乾治小儿肾病胆固醇高者多用仙茅、山楂。^[14]

③低蛋白血症 低蛋白血症也是肾病的特点之一。在控制蛋白尿的同时,配合中药药膳疗法,常可改善低蛋白血症。王玉润教授推崇乌鱼1条,赤小豆30g,不加盐炖食;郁文骏善用玉米须,荠菜炖泥鳅淡食;时振声多用鲤鱼汤(鲤鱼1条,重1斤,生姜、米醋各1两,葱2两,不放盐,共炖,喝汤吃鱼);陈梅芳则认为应在健脾开胃的基础上,给予阴阳平调与血肉有情之品,如紫河车、阿胶、鹿角胶、龟版胶、核桃肉等熬成膏,早晚服1~2匙,还可配合甲鱼、瘦肉、牛奶等高蛋白食物。也有取补脾益肾用参苓白术散、六味地黄汤两方交替使用,久服则有良效。^[13]

④高粘滞血症 高粘滞血症乃肾病并发高凝的突出表现之一,属中医“血瘀”范畴。李红叶等采用破血逐瘀的水蛭治疗肾病高粘滞血症,无论单纯性肾病或肾炎性肾病,其血液流变学各项指标及水肿、蛋白尿的恢复均明显优于对照组($P<0.01$)。^[16]于福年等对本证在辨证固本的基础上,选用丹参、赤芍、桃仁、红花、牛膝、益母草、泽兰叶、大黄廑虫丸等,其瘀血脉证及高粘指标均有改善,有效率为91.8%。^[10]此外,国内许多报道均显示,丹参注射液、复方丹参注射液、保肾康等中成药,对改善肾病时的高粘滞血症均有肯定疗效。^[10,17]

5. 中西医结合治疗研究 单纯中药治疗小儿肾病综合征是有效的,确能部分逆转肾病的某些病理过程。但缓解率仍不令人满意,而许多病例单用西药疗效亦不够理想,复发率高,副作用大。而中西医结合治疗肾病可以提高疗效,早已被临床所认可。目前认为,应用激素、细胞毒性药物时,配合中医辨证论治,不仅能明显减少和减轻激素和细胞毒药物的副作用,而且复发率低,远期疗效巩固,并初步形成了一套按不同阶段论治的规律:①激素应用的初期,水肿明显,多表现为脾肾阳虚,治以温阳利水,方用真武汤、温肾健脾利湿方(附子、肉桂、干姜、仙灵脾、黄芪、党参、茯苓、泽泻、白术、玉米须等)、参苓白术散、五苓散、五皮饮、济生肾气汤等治疗。②大剂量激素较长疗程服用时,出现阴虚火旺症状,采用滋阴降火、清热解毒之法,方用六味地黄汤(丸)、知柏地黄汤(丸)、五味消毒饮等。③激素减至维持量(小量)时,表现为脾肾阳气不足,宜着重温补肾阳,选用右归饮、金匱肾气丸等治疗。④细胞毒性药物应用时,可出现气血两亏,宜补气养血,选用八珍汤,若有胃肠症状,宜和胃降逆,选用橘皮竹茹汤等。^[15]

此外,尚有研究认为,根据肾脏病理改变,以增生性病变为主的肾病,采用养阴清热、利湿、活血的中药有一定疗效。^[5]

6. 难治性肾病研究 目前难治性肾病是临床研究的热点和重点。多数学者认为,气阴两虚为难治性肾病的基本病理特征,调和脾胃是疾病由难转易的基础,活血化瘀可促进病情缓解,化湿清热可降低其反跳率。丁樱报道在46例小儿难治性肾病中,以气阴两

虚及肺肾气虚型占比例较大。其采用益气养阴、清热化痰之肾速宁汤(黄芪、太子参、刺五加、仙灵脾、生地、五味子、丹参、水蛭、白花蛇舌草)配合激素、环磷酰胺等治疗,结果:完全缓解38例,部分缓解6例,未缓解2例,总有效率95.7%。^[18]蒋百康等用肾炎丸(黄芪、防风、白术、丹参、旱莲草、白花蛇舌草)联合激素,长春新碱治疗小儿频繁复发型肾病有明显抗复发效果,且副作用轻。^[19]

三、方药研究

1. 雷公藤的研究 近年来,用雷公藤制剂治疗小儿肾病引人注目,无论实验及临床研究均显示了较好疗效。国内大量实验研究表明:其具有较强的抗炎、抗自由基、抗氧化及免疫抑制作用,因而可减轻肾脏病理改变、减轻蛋白尿,对肾病综合征作用较明显。李效吾用雷公藤提取物雷公藤多甙治疗小儿肾病53例,剂量每日1~1.6mg/kg bw,分2~3次服用,疗程2~3个月,结果,缓解率为79.2%。时毓民等应用雷公藤治疗30例小儿肾病和肾炎,亦取得较好疗效,缓解率为73.3%。普遍认为,雷公藤似有类激素样作用而无其副作用,降低蛋白尿的疗效确切,其疗效与中医辨证分型无明显相关性。副作用较激素及细胞毒药物少且轻,可骤然停药。但其副作用有胃肠道反应、白细胞、血小板减少、性腺损伤、肝功能损害等,停药后多可恢复。

2. 中药防治激素副作用的研究 国内大量临床实验研究证实了滋阴药如生地、知母、甘草等与激素同用,可拮抗激素对肾上腺皮质的抑制作用,从而减少或避免激素副作用(如柯兴征、感染);在激素减量时,合用温阳药如附子、肉桂、仙灵脾、菟丝子等,可拮抗外源性激素对下丘脑—垂体—肾上腺皮质激素系统反馈抑制作用,并促进肾上腺皮质功能的恢复。^[14]从而减少了肾病停激素后的复发与反跳。

近年来,有关中药治疗肾病机制的研究已在分子生物学及细胞免疫学方面开始深入,如王海燕等研究表明,黄芪、当归治疗肾病的机制为促进患者蛋白质的合成,作用位点为肝脏,作用环节为白蛋白mRNA的表达水平。^[20]李铭邦等报道,用激素治疗的同时用滋阴益气中药(生地、麦冬、知母、黄芪、甘草),患者的T淋巴细胞总数(OKT₃)、辅助性T细胞(OKT₄)及辅助性T细胞与抑制性T细胞的比值(OKT₄/OKT₈)显著提高,明显优于单纯激素治疗组($P < 0.05$),说明滋阴益气法对肾病有调整免疫功能的作用。王韵琴等认为黄芪、刺五加不仅对外源性激素所致肾上腺皮质功能抑制有保护作用,且能使已紊乱的免疫状态(抑制性T细胞亢进)得到恢复。^[19]

此外,国内外对治疗肾病的常用方剂如五苓散、六味地黄丸(汤)及活血化瘀的方药等均作了大量深入的实验研究。^[19]

四、存在问题及展望

近年来,肾病综合征在中医领域内研究和治疗虽已取得可喜进展,但尚存在一些问题,如在动物造模中尚未体现中医辨证分型原则,部分实验结果与临床疗效不一致。在药效学研究方面,多以某一指标判定,缺乏整体综合评价,常会使实验结果有一定的片面性,且以往药效学实验多偏重机理探讨,药物的筛选工作做的不够。在临床研究方面,临床报道虽多,但由于有关病机的分析不同,科研方法不够严密,疗效观察不够严格,使疗效相差悬殊,疗效高的经验不能重复。此外尚有众多的报道还停留于回顾性总结的水平,对临床治疗中的苗头,没有进行前瞻性的严密科研设计和系统对比观察验证等等。因此今后应从临床观察中选择最有说服力的客观指标来确定中医辨证分型,并建立统一的

观察标准,使观察对象规范化、客观化。进一步加强药物疗效及其作用机制的研究,将有效治则、方药进行严格对照、比较,同时应注意对单方、验方的研究。

现代参考文献

- [1] 任光友,等. 中药复方肾病 I 号治疗肾病综合征的实验研究. 中华肾脏病杂志, 1991, 7 (3): 172
- [2] 张龙江,等. 绞股蓝总甙对阿霉素肾病大鼠影响的实验研究. 中华儿科杂志, 1997, 35 (2): 102
- [3] 王琼玲,等. 脉络通治疗家兔原位免疫复合物型肾小球肾炎的实验研究. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (1): 7
- [4] 蔡定方,等. 右归饮对大鼠下丘脑—垂体—肾上腺—胸腺轴抑制模型的影响. 中国免疫学杂志, 1994, 10 (4): 236
- [5] 谢森,等. 肾小球疾病中医分型与实验指标的关系. 上海中医药杂志, 1991, (3): 30
- [6] 李明,等. 慢性肾炎辨证分型客观化研究的进展. 陕西中医, 1996, 17 (4): 188
- [7] 傅缨,等. 小儿肾病综合征 60 例中医分型与血清白蛋白关系探讨. 江西中医药, 1992, (4): 27
- [8] 肖长虹,等. 肾病综合征中医辨证分型与血清脂蛋白亚组分胆固醇含量关系初探. 辽宁中医杂志, 1993, (4): 1
- [9] 沈时谋,等. 中医药减轻糖皮质激素副作用的研究进展. 上海中医药杂志, 1995, (12): 39
- [10] 刘宏伟. 原发性肾小球疾病湿热病理的临床研究. 中医杂志, 1996, 37 (11): 688
- [11] 杜胜滨,等. 近 10 年来肾病综合征的中医临床研究进展. 中医药信息, 1996, (6): 31
- [12] 李素卿,等. 刘弼臣教授治疗小儿肾病综合征经验. 山西中医, 1994, (3): 7
- [13] 江育仁,等. 小儿肾病综合征的治疗. 江西中医药, 1993, (1): 9
- [14] 傅文录,等. 33 位当代名医治疗肾病综合征经验. 河南中医, 1995, (1): 53
- [15] 乔富渠,等. 近 10 年肾病综合征中医治疗的回顾与展望. 中国医药学报, 1996, (5): 52
- [16] 李红叶,等. 水蛭治疗原发性肾病综合征高粘滞状态. 中华儿科杂志, 1995, (1): 28
- [17] 陈海平,等. 保肾康对肾病综合征凝血指标的影响. 北京中医, 1996, (6): 24
- [18] 丁樱. 肾速宁汤治疗小儿难治性肾病的临床及血流变观察总结. 河南中医, 1996, 16 (4): 229
- [19] 陆军,等. 儿童肾病综合征中药治疗及其机制的现代研究概况. 中国中西医结合杂志, 1996, 16 (7): 444
- [20] 李丽英,等. 黄芪对肝脏和肾脏功能的保护作用. 中华肾脏病杂志, 1995, 11 (6): 373

(丁 樱)

12.3 癃闭

【概述】

癃闭是指小便量少,点滴而出,甚则小便闭塞不通为主证的疾患,其中又以小便不畅,点滴短少,病势较缓者为癃;小便闭塞,点滴不通,病势较急者为闭。《类证治裁·闭癃遗溺》曰:“闭者,小便不通;癃者,小便不利。”癃和闭都是指排尿困难,只是程度上不同,因此多合称癃闭。

西医学中由于各种原因引起的尿潴留、无尿及少尿症均可列入癃闭的范畴,如急慢

性肾功能衰竭、膀胱括约肌痉挛、尿路肿瘤、尿道狭窄、尿路结石、脊髓炎等。本病在小儿的发病率远低于成人，其中比较常见的疾病是急性肾功能衰竭。

中医学早在《内经》中就对癃闭的病因、病机、病位作出了精辟论述，认为其病位在膀胱，病机乃由于气化不利所致。到了汉代，张仲景创立了五苓散、猪苓汤、蒲灰散等方以治疗不同原因所致的癃闭，为癃闭的辨证施治奠定了基础，以后历代医家对本病的病因证治认识逐渐深入全面，如《诸病源候论》、《备急千金要方》、《丹溪心法》、《景岳全书》等医籍都对本病有比较详细的论述。特别是到了清代李用粹在《证治汇补》中将本病的病因归纳为热结下焦、肺中热伏、阴液亏虚、肝气横逆、脾虚气弱等方面，并详细阐述了癃闭的治法，形成了本病病因病理、证治方药较为完善的体系。

现代对本病研究较多的为急慢性肾功能衰竭。在临床研究方面，采用中药口服和灌肠以及中西医结合的方法治疗急慢性肾功能衰竭的报道很多，取得了理想的效果，辨证与辨病相结合，使辨证治疗的水平有了较大提高。在实验研究方面，建立了多种急慢性肾功能衰竭的动物模型，对中药治疗急慢性肾衰的药效学进行了研究，明确了中药治疗肾功能衰竭的部分机理，为进一步筛选有效方药，提高临床疗效奠定了基础。

【病因病理】

一、病因

多种原因都可导致癃闭的发生，总的来说，癃闭的病因可分为外感、内伤及邪恋三大方面，其中尤以湿热内侵、脾肾亏虚等原因比较常见。

1. 外感因素

(1) 湿热内侵 素嗜辛辣刺激之品，或恣食肥甘，或冒雨、涉水，或久居潮湿，或坐地嬉戏，致使湿热内侵，下注膀胱；或下阴不洁，秽浊之邪上袭膀胱，均可致膀胱湿热阻滞、气化不利，小便不通而成癃闭。故《诸病源候论·小儿杂病诸候·小便不利候》指出：“小便不通利者，肾与膀胱热故也。”

(2) 热邪壅肺 肺主宣发肃降，通调水道，为水之上源。因外感六淫或内伤七情，饮食积滞，化热化火，热壅于肺，肺气不能肃降，津液输布失常，水道通调不利；也可因热邪炽盛下移膀胱而致膀胱气化不利，而致癃闭。

2. 内伤因素

(1) 心火炽盛 思虑忧愁，气郁化火；或因偏食辛辣炙烤而致热邪内生；或素体热盛，热蕴心经，移于小肠，壅塞下焦而致小便不利。正如《辨证录·小便不通》中所言：“人有小便不通，……人以为小肠之热极也，谁知是心火之亢极乎。夫心与小肠为表里，小肠热极而癃闭，乃热在心而癃闭也。”

(2) 中气不足 素体脾胃虚弱或久病伤气，劳倦伤脾，以致小便闭癃不通。如《灵枢·口问》指出：“中气不足，溲便为之变”。

(3) 肾气不充 禀赋不足，脾肾素弱，或久病体弱，失于调养，或劳倦伤阳，以致脾肾不足，膀胱气化无权，而见小便不通。

3. 邪恋因素

(1) 湿浊内闭 湿热蕴结，或热邪内炽，或肺脾肾亏虚而致三焦闭塞，气化不行，小便不通，湿无出路；或其他原因致癃闭发生后，小便不通，水湿浊邪内停，均可致湿浊内蕴。湿浊为有形之邪，停于体内，影响气机运行，终致全身气机紊乱而产生各种严重

证候。

(2) 瘀滞内阻 先天发育畸形或跌仆损伤，或因肿块、结石阻塞尿路而致瘀血凝滞，水道不利，发生癃闭。

二、病理

1. 病变部位，肾与膀胱 癃闭之病变脏腑主要在肾与膀胱，与脾和肺也有关系。因肾为水脏，主津液，尿液的生成和排泄与肾中精气的蒸腾气化直接相关，如果肾中精气的蒸腾气化失常，可引起水道的关门失利，使水液代谢障碍而发生癃闭等证。《素问·水热穴论》说：“肾者，胃之关也，关门不利，故聚水而从其类也。”肾与膀胱相表里，膀胱贮尿和排尿的开合作用，全赖于肾的气化功能。肺主宣发肃降，通调水道，为水之上源，脾主运化水湿，为制水之脏，故癃闭的发生与肺、脾也有密切关系。此外，三焦能通行元气，为水液运行的道路，是气化的场所，虽然尿液的生成和排泄是与肺、脾、肾、膀胱等诸多脏腑相关，但必须以三焦为通道。如果肾的气化功能失调，三焦的通调失司，膀胱的开合失权，均可致癃闭的发生。

2. 病理因素，湿热虚瘀 本病多由于湿热蕴结膀胱，或热邪壅滞，致三焦气化失常，而致排尿困难。小便不通，水湿不能下流而排出体外，湿浊内蕴则化热化火，形成恶性循环。故湿热既是本病致病之因，也是其病变过程中的病理产物。湿热既生，可产生一系列病理变化，首先湿为有形之邪，阻碍气机运行，气滞不通，瘀血则生；其次，湿为阴邪易伤阳气，热为阳邪，易伤真阴，病程日久则可致虚证产生。

3. 病机演变，分清虚实 本病初起或膀胱湿热，或三焦热盛，多属实证热证，日久不愈，邪气损伤正气，或素禀不足，可致脾气亏虚、肾阳不足、肾阴亏损诸证，而出现脏腑亏虚、实邪内蕴的虚实兼杂之证。若湿热邪盛，三焦壅塞，气化不利，或因肾气衰微，命门火衰，气化无权，形成无尿，则病情转重，使湿浊内闭，气机紊乱，可出现面色灰暗、头痛、头晕、全身浮肿、腹胀、恶心、呕吐、尿少、尿闭、畏寒怕冷、四肢不温、腰膝酸软等一系列复杂的证候。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 癃闭可突然发病，也可逐渐形成，表现为小便涓滴不利（尿癃），或点滴全无（尿闭），每日尿总量减少，但尿道无疼痛感觉。
2. 尿癃者可表现为欲解尿而不能尿，欲解完而不能尽，或见小腹窘迫、排尿无力、尿流中断、夜尿增多等表现。
3. 尿闭者常可见到头晕头痛、恶心呕吐、水肿、胸闷喘促，甚至出现神昏抽搐等严重症状。
4. 当出现上述尿闭的严重症状时血生化多有明显改变，可出现血肌酐（Cr）、尿素氮（BUN）升高及代谢性酸中毒和电解质紊乱（高钾、高磷、高镁、低钠、低钙、低氯），尿比重下降并固定。

二、鉴别诊断

癃闭应与淋证、关格、水肿等相鉴别。

1. 淋证 淋证以小便频数短涩，滴沥刺痛，欲出未尽为特征。其小便量少，排尿困难，与癃闭相似，但尿频而疼痛，且每天小便的总量正常。癃闭则无刺痛，每天排出的

小便总量低于正常量，甚至无尿排出。《医学心悟·小便不通》对二者作出了明确的鉴别：“癃闭与淋证不同，淋则便数而茎痛，癃闭则小便短涩而难通。”

2. 关格 关格也见小便不通。格是格拒，关是关闭，上见吐逆称格，下见小便不通称关。在上由于三焦之气不畅，塞阻胸中，饮食难下，故格拒，在下由于热结下焦，津液干枯，气化失司，故关闭。《伤寒论·平脉法第二》中指出：“关则不得小便，格则吐逆。”均指小便不通与吐逆并见，易与单指小便不通的癃闭相鉴别。但癃闭等病的晚期也可见关格证，病情较为严重。

3. 水肿 水肿指体内水液潴留，泛滥肌肤引起头面、眼睑、四肢，甚至全身浮肿的一种疾患，其小便量少，小便不利与癃闭相同，但癃闭可不伴有水肿。二者临床上可以互相转化。

4. 鼓胀 鼓胀是以腹胀大如鼓，皮色苍黄，脉络显露为特征的疾患，其每天的小便量明显减少，与癃闭相同，但鼓胀有腹部胀大，青筋暴露，面色青黄等症，临床易于区分。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 细审主证 癃闭若小便短赤，舌红，苔黄，脉数者属热，如口渴欲饮，咽干气促者为热壅于肺，如口渴不欲饮，小便胀满者为热积膀胱。若小便不畅，排出无力，舌淡苔白，脉弱者属虚，如神疲乏力，气短声低，食欲不振，时欲小便而不得出则为中气不足；如腰膝酸软，畏寒怕冷则为肾阳不足；如咽干，心烦，手足心热则为肾阴不足。

2. 详辨虚实 癃闭有虚实不同，可从小便情况和全身症状详细辨别。小便不通，而小腹胀急者属实；小便淋漓，尿流无力，需用腹肌助力者属虚。外邪而致癃闭者属实，必见有湿、热、风等相应症状，亦有标实兼本虚而以标实症状为主者；内伤而致癃闭者属虚，必见脏腑虚弱之相应症状，亦有本虚兼标实而以本虚症状为主者。本虚标实孰多孰少，可以从病程之长短，体质之强弱，起病之缓急，尿流有力无力等加以辨别，若病程较长，起病较缓，体质较差，尿流无力，则以本虚为主，多伴有面色无华或晄白，神疲乏力，气短声低等症。反之则多以标实为主，多伴有小腹胀满或疼痛，小便短赤，舌红苔黄等症。

3. 权衡轻重 本病轻重悬殊，轻者仅表现为小便不利，其它症状不明显，重者可见神昏、烦躁、抽搐等危重证候。本病若初起病癃，后来转成闭的，是属病情由轻转重，若由尿闭而转为尿癃者，则病势由重转轻，有好转倾向。癃闭若见全身浮肿，胸闷气急，不得平卧，呕吐不止，甚至神昏、抽搐者则病属危重急症。

二、治疗原则

癃闭的治疗应根据“六腑以通为用”的原则，着眼于通，但通之之法，又因证候的性质不同而各异。实证宜清宜利，虚证治疗宜补脾肾，助气化，而达气化得行则小便自通之目的。根据癃闭病变脏腑不同，有治上焦法、治中焦法及治下焦法之不同，治上焦法以肺为主，治中焦法以脾胃为主，治下焦法以肝肾为主。清代《谢映庐医案·癃闭门》指出：“小便之通与不通，全在气之化与不化。然而气化二字难言之矣，有因湿热郁闭而气不化者，用五苓、八正、禹功、舟车之剂，清热导湿而化之；有阴无阳而阴不生者，用八味丸、肾气汤，引入肾命，熏蒸而化之；有因无阴而阳无以化者，用六味丸、滋

肾丸，壮水以制阳光而化之；有因中气下陷而气虚不化，补中益气，升举而化之；有因冷结关元而气凝不化，真武汤、苓姜术桂之类，开冰解冻，通阳泄浊而化之；有因脾虚而九窍不和者，理中汤、七味白术散之类，扶土制水而化之。古法森立，难以枚举，总之，治病必求其本。”谢氏所论，堪为临证之借鉴。

癃闭者见急迫不通，下腹胀满难忍者，内服药物缓不济急，则要按急则治标的原则，采用针灸、按摩、敷贴、探吐以及导尿等方法以解燃眉之急，必要时应中西医结合治疗。

三、分证论治

1. 膀胱湿热

证候表现 小便滴沥而下，甚则小便不通，尿少短赤，伴有口干、口苦、口粘，渴不欲饮，或腹胀便秘，舌质红，苔黄腻，脉数。

辨证要点 本证属热性癃闭之一，发病突然，病势较急，其辨证要点为口干口渴而小便不通，以尿闭为主要特点。湿重于热则见肢体困倦，口中发粘，舌苔厚腻；热重于湿则见口干口渴，小便灼热疼痛，舌质红，苔黄燥，脉数。

治法主方 清热利湿，通利小便。八正散加减。

方药运用 常用药：栀子、大黄、木通、车前草、瞿麦、篇蓄、滑石、竹叶、甘草梢等。若舌苔黄厚而腻者加苍术、黄柏，以加强其清热化湿作用；若兼心烦、口舌生疮糜烂者可合导赤散；膀胱湿热耗伤肾阴，舌红苔少脉细数者，用滋肾通关丸加牛膝、车前子。

2. 湿浊内闭

证候表现 尿少或尿闭，面色灰滞，神疲纳呆，口中尿臭，胸闷心烦，恶心呕吐，甚至神志昏愦，舌质红，苔浊腻，脉弦滑。

辨证要点 本证临床特征为尿少尿闭，口中尿臭，明显的恶心呕吐，甚至神志昏愦，舌苔浊腻。若邪气损伤脾胃，出现小便清长，四肢不温，畏寒怕冷等症，则为湿浊内蕴与脾肾阳虚并见之虚实兼杂之证。

治法主方 清心降逆，和胃泄浊。黄连温胆汤加减。

方药运用 常用药：黄连、姜半夏、姜竹茹、枳实、陈皮、茯苓、桂枝、代赭石、大黄等。神志不清轻者用菖蒲、郁金以开心窍，重者加用至宝丹；若阳气已亏，酌加附子以温经助阳，寒温并用，也可用附子、牡蛎、大黄等煎汤灌肠；若湿浊已清，当补肾阳以复元气。

本证多见虚实兼杂之候，临床多采用扶正为主或祛邪为主的不同治法，除内服药外，灌肠疗法在本型的治疗中占有重要地位。常用药物有大黄6~10g，生龙牡各30g，细辛3~6g，附子10g。根据证候虚实多少还可加入槐花10~15g、肉桂6~10g、黄柏7~30g、土茯苓15~30g。此法治疗，大黄、细辛为常用药物，大黄多为生用，取其泻下解毒之用，用量以保证每日大便3~5次为宜，细辛辛温走窜，可帮助其他药物的吸收，使见效增快。

3. 肺热气壅

证候表现 小便不畅，或点滴不通，发热咽干，烦渴欲饮，呼吸急促，或有咳嗽，咯痰，痰黄而粘，舌红，苔薄黄，脉数。

辨证要点 本证起病较急，病程较短，体质未虚，必有壮热口渴，小便赤热短涩等症，或兼有咳嗽气急，苔薄黄，脉数等症，热伏于肺故见咽干、咳嗽、气急、痰黄等症

与它经热证不同。

治法主方 清泄肺热，宣通肺气。麻杏石甘汤合清肺饮加减。

方药运用 常用药：炙麻黄、石膏、杏仁、甘草、知母、葶苈子、黄芩、桑白皮、地骨皮、栀子、车前子、木通等。若兼见头痛、鼻塞、流涕、咳嗽、脉浮者，加薄荷、桔梗、牛蒡子解表宣肺；大便不通者加瓜蒌皮或大黄，舌红少津加沙参、百合，舌尖溃烂者加黄连、竹叶、莲子心。

葶苈子、石膏、桑白皮是清泄肺热之要药，是本型治疗的必备之品，石膏宜重用，多在30~45g。大便不通者根据肺与大肠相表里的理论，一定要通腑泻热，多选大黄6~10g后下。

4. 心经热盛

证候表现 小腹急迫，小便不通，点滴不能出，兼见舌红面赤，或口舌生疮，心烦口渴欲饮，饮后愈急，舌尖红赤，苔薄黄，脉细数。

辨证要点 本证特点为小便不通，小腹胀急，并见舌红心烦口渴，口舌生疮等心火上炎之症。

治法主方 清心泻火，通利小便。导赤散加减。

方药运用 常用药：生地、竹叶、木通、甘草梢、栀子、滑石等。热甚者加黄连助以清热；小便不通者加藜蘆、瞿麦、车前子以助利尿之力。

5. 气虚水停

证候表现 小腹胀满，时欲小便而不得出，或量少而不爽利，兼见神疲乏力，面色苍白，气短声微，食欲不振，舌淡，苔薄白，脉沉细无力。

辨证要点 本证多见于久病体弱患儿，其特征为时欲小便而不得出，或量少而不畅，并兼有面色苍白，神疲乏力，气短声微等中气不足诸证。本证可发展到脾肾阳虚而见四肢不温、腰膝酸软、畏寒怕冷等症，严重者可发展到阳不化浊，浊邪内盛，泛滥三焦而致关格发生。

治法方药 益气升清，行气利水。春泽汤加减。

方药运用 常用药：人参、白术、茯苓、桂枝、猪苓、泽泻等。若气虚明显者加黄芪，也可用补中益气汤加减，临床应用时可酌加木通、车前子以利小便，若有阳虚表现者酌加肉桂、附子等。

6. 肾气不充

证候表现 小便不通或点滴不爽，排出无力，神气怯弱，腰膝酸软，或耳鸣不聪，脉沉无力。或见面色晄白，手足清冷，畏寒蜷卧，口舌俱淡，舌苔淡白，脉沉而迟。或见两颧潮红，口干咽燥，手足心热，舌红苔少，脉象细数。

辨证要点 本证起病缓慢，病程较长，多发于久病体弱的患儿，临床特征为小便不通或点滴不爽，排出无力，伴有肾气不足诸证。肾阳不足，命门火衰者则见面色晄白，畏寒怕冷；肾阴不足者则见两颧潮红，口干咽燥，手足心热诸证。

治法主方 肾阳不足者宜温补肾阳，用济生肾气丸加减。肾阴不足者宜滋阴潜阳，用知柏地黄丸加减。

方药运用 肾阳不足常用药：肉桂、附子、熟地、山药、茯苓、泽泻、山萸肉、牛膝等。若阳虚甚命门火衰者加鹿茸、淫羊藿、补骨脂等。若因肾阳衰微，三焦气化无权，

小便量少，甚至无尿，而致水邪泛滥，尿毒内攻，出现眩晕、心悸、泛吐清涎，不思饮食，烦躁不宁，精神昏倦的，当用附子理中汤合吴茱萸汤加减。附子理中汤散寒，兼补脾肾，吴茱萸汤温中止呕，和胃降逆，运用时可加陈皮、法半夏、丁香、柿蒂、大黄、代赭石等以降浊止呕。神志昏倦加菖蒲、郁金以开心窍。小便不通的可加茯苓、泽泻、车前子、通草以通利小便。

久病体衰，肾阳不足时临床常用人参、肉桂、附子等温阳益气之品，人参可选用红参或西洋参，阳虚寒盛者可用红参，每日1~3g，单独久炖分2次服，连参同服。寒象不甚者可选用西洋参1~3g，服法同红参。肉桂多用官桂1~3g，研面冲服或嚼服。此型虽然以阳虚为主，但根据临床观察湿浊之邪也不可忽视，如大黄、半夏、菖蒲等降逆泄浊，辟秽解毒之品亦应适当加用。如有人用保元大黄汤（红参5g，黄芪20g，肉桂2g，甘草3g，制大黄20g）治疗脾肾气虚型慢性肾功能衰竭，在降低血尿素氮、肌酐水平方面与西药包醛氧化淀粉相似，但在纠正临床症状、改善贫血方面，则明显优于包醛氧化淀粉。

肾阴不足常用药：知母、黄柏、肉桂、熟地、山药、山萸肉、茯苓、泽泻、牛膝等。若湿热未去者可加车前子利湿清热，通利小便。

滋养肾阴之品有滞中碍胃之虞，尤其对肾功能衰竭者，本有脾失运化、湿浊内停，用之不当，易加重病情，造成浊毒内停之患。故在临床应用时，在养阴之品中多加用宽中行气之剂，如陈皮、砂仁等，以防扶正留邪。临床上阴虚多与气虚并见，则应采用益气养阴之法，如有人采用益气补肾冲剂（黄芪、枸杞、党参、白术、茯苓、丹参、益母草、干地黄、五味子、大黄）治疗慢性肾功能衰竭，可明显改善临床症状，减少蛋白尿，降低肌酐、尿素氮水平，提高肌酐廓清率。

7. 瘀滞内阻

证候表现 初起自觉排尿不畅，渐致滴沥不畅或时通时阻，或尿如线细，小腹胀满，隐隐作痛，面色紫暗，脉沉涩。

辨证要点 本证多见于先天不足，尿路畸形、狭窄，或跌仆损伤，或结石、肿瘤等，致瘀血凝结，尿道阻塞而成。其特点是排尿不畅或时通时阻，或尿如线细，并伴有面色紫暗，脉沉涩等血瘀之症。

治法主方 化瘀散结，通利小便。王不留行散合金三汤加减。

方药运用 常用药：王不留行、当归、赤芍、蒲黄、延胡索、郁金、金钱草、海金沙、鸡内金、瞿麦、车前子、石韦等。大便秘结者可加大黄、桃仁通腑化瘀。若瘀阻明显，尿有血块可加水蛭、虻虫以加强化瘀作用。若小便一时性不通，胀闭难忍者，可加麝香少许吞服，也可应用琥珀粉吞服，或用导尿术。若因肿瘤引起者可加海藻、昆布、地鳖虫等。

水蛭是目前肾脏病的常用药物，药理研究有很好的抗凝作用，小儿每日1~3g，研面装胶囊分两次吞服为佳。虻虫破瘀消癥，小儿常用量为每日0.5~2g，服法同上，或入汤剂同煎亦可。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 知柏地黄丸 用于肾阴不足证。
2. 补中益气丸 用于中气不足证。

3. 附子理中丸 用于脾肾阳虚证。

二、单方验方

1. 鲜柳叶 120g 或干柳叶 60g, 煎水 300ml, 每日分 2 次服。用于湿热内蕴证。

2. 金钱草 3g, 灯心草 1.5g, 竹叶 10g, 煎水代茶。用于湿热内蕴证。

3. 倒换散: 生大黄 12g, 荆芥穗 12g, 晒干后 (不宜火焙, 否则减弱药效) 共研细末, 分 2 次服, 每隔 4 小时用温开水调服 1 次, 1 日 2 次。小便不通大黄减半, 大便不通荆芥减半。适用于实证癃闭。

4. 琥珀 10g, 灯心草 3 扎, 木通 5g, 煎汤服, 适用于各种癃闭, 亦可在辨证论治的基础上加用本方另煎调服。

5. 葶苈子 300g, 隔纸微炒, 捣如泥, 以枣肉和捣为丸如绿豆大, 每服 10 丸, 若仍不通可加至 13~15 丸, 1 日 2 次。适用于肺热癃闭。

6. 皂角刺烧存性, 破故纸等份研末, 酒调服, 治疗虚证癃闭。

三、药物外治

1. 罨脐法 小便不通可用大田螺去壳, 加麝香少许, 捣烂敷于脐上, 或用独蒜头 1 个, 栀子 3 枚, 盐少许, 捣烂, 摊于纸上, 贴敷脐部。若小便艰难, 小腹腹胀者, 可用葱白 500g 捣烂加麝香少许拌匀分作两包, 先置脐上 1 包, 热熨 15 分钟, 再换 1 包, 以冷水敷 15 分钟, 交替使用, 以通为度。也可用商陆 (研末) 15g, 麝香少许, 纱布包裹敷脐上。或用甘遂 5g 研末, 用葱汁调整糊状敷肚脐。适用于外伤所致的尿潴留。

2. 食盐 500g, 生葱 250g, 葱碎和盐, 入锅内炒热, 用布包裹, 温而不烫时, 熨脐周及小腹, 冷则更换, 持续 2~4 小时。适用于术后癃闭者。

3. 敷气海法: 巴豆 6g 捣烂, 用白酒适量调糊状敷于气海穴处, 外盖塑料薄膜, 然后用布包扎, 俟局部有烧灼感时去药, 药后大多能自行排尿, 不效可重复用 1~2 次, 用药后局部发生水泡, 只要注意清洁, 防止感染即可。适用于术后癃闭者。

4. 熏渍外阴法 桃枝、柳枝、汉椒目、旱莲草、白矾、木通各 30g, 葱白适量, 灯心草一束, 以水 6 000ml, 煎至 3 000ml (以上均为成人量, 儿童酌减), 熏外肾, 周围以被围绕, 良久便通。

四、食疗方药

1. 火麻仁 30g, 以粳米 150g 作粥服用。治疗大小便不通。

2. 芡实、茯苓各等份, 以粳米作粥服用。适用于中气不足之癃闭。

3. 法制黑豆 黑豆 500g, 以水泡发备用。熟地、山萸肉、茯苓、补骨脂、菟丝子、旱莲草、黑芝麻、当归、桑椹子、五味子、枸杞子、地骨皮各 10g, 与制黑豆共煎汤。常服可治疗肾虚癃闭。

4. 低蛋白饮食 对急性肾功能衰竭病人应严格限制蛋白入量。慢性肾功能衰竭病人宜长期采用低蛋白饮食, 成人患者一般每日蛋白质 0.6g/kg bw, 小儿时期, 尤其是婴幼儿患者为维持其生长发育的需要, 应选用生物价值高的优质蛋白, 如乳类、蛋、瘦肉、鱼等。随病情稳定, 蛋白入量可酌增至每日 1.0~1.2g/kg bw, 并尽量少用含磷高的动物内脏, 限制植物蛋白的摄入。

五、针灸疗法

1. 湿热壅积证 针三阴交、阳陵泉、膀胱俞、中极, 施提插捻转之泻法, 留针 20 分

钟，每日1次，连续3天。

2. 中气下陷证 针中极、足三里、上脘、中脘、关元、脾俞、肾俞，用补法，针后加灸；针膀胱俞施平补泻法不留针。

3. 肺热壅盛证 针少商、太渊、合谷、肺俞，用泻法，不留针。

4. 肾气不充证 针阴谷、肾俞、三焦俞、关元、气海，用补法，与灸法同用。

六、物理疗法

1. 导尿法 若经过服药、针灸等治疗无效而小腹胀满甚，叩触小腹部膀胱区呈浊音，明确为尿潴留者，可用导尿法，以缓其急，但必须注意严格消毒。

2. 流水诱导法 使病人听到流水的声音，即可有尿意而随之解出小便。适用于无器质性病变所致的癃闭。

3. 取嚏或探吐法 用消毒棉签向鼻中取嚏或向喉中探吐，以开提肺气，升举中气而通下焦之气。

4. 灌肠法 在严重尿少尿闭时，毒无出路，采用中药灌肠时可使毒从大肠去，常用药物为：大黄、生龙牡、细辛、黄柏、黄连、土茯苓等。

七、西医疗法

1. 利尿 对各种原因引起的尿少尿闭，膀胱区无叩浊者，可采用利尿方法。多用速尿、双氢克尿塞、安体舒通等，若效果不理想者可试用利尿合剂：每次用速尿2~4mg/kg bw、酚妥拉明0.2~0.3mg/kg bw、多巴胺0.2~0.3mg/kg bw，加入10%葡萄糖注射液150~250ml中，按每分钟多巴胺1~3mg/kg bw的速度静脉输入。

2. 腹膜透析 透析疗法是根据扩散、渗透、超滤的物理作用原理，借助半透膜使膜两侧的物质进行交换，以达到排除体内滞留的代谢废物，调节水、电解质及酸碱平衡紊乱的治疗目的，是治疗肾功能衰竭的重要对症处理措施。腹膜透析是重要的透析方法之一，它是通过腹腔内灌注透析液，使其通过腹膜与血液进行物质交换而达到透析治疗目的的一种方法。

(1) 适应症 ①急性肾功能衰竭：经保守治疗无效出现下述情况时应进行腹膜透析：少尿或无尿2天以上；明显的水潴留，如重度水肿、血压增高和肺水肿等；有头痛、恶心、呕吐、嗜睡及意识障碍等尿毒症症状；血化学改变，如尿素氮 $>357\text{mmol/L}$ 、血肌酐 $>884\text{mmol/L}$ 、血钾 $>6.5\text{mEq/L}$ 。②内科治疗无效的严重水、电解质及酸碱平衡紊乱。③慢性肾功能衰竭。④各种外源性毒物或药物中毒。⑤某些内源性毒素，如氨、尿酸、胆红素、内毒素等。

(2) 禁忌症 以下情况需慎重考虑：①腹腔内有不明原因的疾患，或疑有肝、胰或其它脏器的损伤。②广泛的腹膜粘连或肠麻痹时，不但影响透析效果，而且插管时容易发生内脏穿孔，不宜勉强进行。③腹壁有广泛感染或蜂窝组织炎时。④腹部手术应于术后3~4日之后进行。⑤局限性腹膜炎并非绝对禁忌证。

3. 血液透析 血液透析是利用人工肾体外循环装置进行的一种透析疗法。

(1) 适应症 ①急性肾功能衰竭。②慢性肾功能衰竭终末期，用以挽救和延长生命。③配合肾移植治疗肾功能衰竭。④中毒：用于不与血浆蛋白结合的毒物中毒时疗效好。

(2) 禁忌证 严重感染、败血症、出血倾向、严重贫血、恶性高血压及心功能不全等情况不宜行血液透析。

【预防护理】

一、预防

1. 锻炼身体，增强体质，提高机体的抵抗力。
2. 消除各种外邪入侵和湿热内生的有关因素，如过食肥甘，感寒受凉等。
3. 注意个人卫生，勤换内裤，尿布要清洁卫生。
4. 积极治疗淋证、水肿等原发病证。

二、护理

1. 加强心理护理，解释疾病的发展过程，解除病人的紧张情绪，保持心情平静，切勿慌乱。及时进行诱导排尿。
2. 应准确记录每日尿量、尿次，把握病情变化。
3. 虚寒证尿道阻塞者，可在小腹部热敷或用温开水冲会阴部，诱导利尿。
4. 属急性肾功能衰竭所致者，应限制水分及高钠、高钾饮食摄入量。
5. 本证患者，若小腹急满，小便欲解不能，痛苦异常，一般治疗无效时，可导尿，以解除病人的暂时痛苦。

【文献选录】

《素问·宣明五气》：“膀胱不利为癃，不约为遗溺。”

《素问·五常政大论》：“其病癃闭，邪伤肾也。”

《素问·水热穴论》：“肾者，胃之关，关门不利，故聚水而从其类也。”

《活幼心书·五淋》：“有癃闭遗溺二证与淋不同，《内经·宣明五气》篇曰：‘膀胱不利为癃，不约为遗溺’，盖癃闭者乃内脏气虚，受热壅滞，宣化不行，非涩非痛，但闭不通，腹肚紧满。”

《幼幼集成·小便不利证治》：“小便不通，乃由脏气虚，受热壅滞，宣化不行，非塞非痛，但闭而不通，腹胀紧满，宜五苓散加车前、灯芯。”

《幼科金针·溺癃》：“心火热甚，移于小肠，故短而涩，盖小便之行，皆赖肺气降下而输化，所以心火克金则失降下之令，故猝然闭塞。或大病之后，肺气虚不能下降，则壅塞膀胱，膀胱上下开闭自主，由气化则能出小便也。治当清金降气，略佐以升提之品，使其气一松，则自出矣。”

《婴童百问·小便不通》：“汤氏云：凡小儿小便不通，皆因心经不顺，或伏热，或惊起，心火上攻，不能降济，肾水不能上升，故使心经愈热，而小肠与心合，所以小便不通。”

《幼科铁镜·小便不通》：“小便不通由肺燥不能生水，当清肺中之热，而滋肾水之源，治宜用黄芩、黄连、天花粉、知母、麦冬、茯苓、木通、甘草等分服之。若脾湿气不上升，当健脾生金，先用泻黄散，随用六君子汤，若膀胱有热，涩滞其流，治用五苓散。”

【现代研究】

目前对本证研究较多的疾病是急性肾功能衰竭，儿科较多见的是急性肾功能衰竭。

一、实验研究

1. 肾功能衰竭的常用动物模型

(1) 切除大鼠右肾引起的慢性肾衰模型：本法用广泛减少肾组织的方法制作慢性肾衰模型。取大鼠氯胺酮肌注麻醉后，常规消毒皮肤，腹部正中切口，暴露右肾，结扎肾

门, 剥离皮膜, 切除右肾, 然后暴露左肾, 迅速切除上下极, 立即以明胶海绵压迫止血, 关闭腹腔, 术后 14~16 周形成稳定的慢性肾衰模型。

(2) 切除大鼠右肾, 并左肾缺血性急性肾衰模型: SD 雄性大鼠 280~350g, 戊巴比妥钠麻醉后, 两侧腹切口, 切除右肾, 分离左肾蒂, 暴露左肾动脉。无创性血管夹夹闭肾动脉 60 分钟, 然后缝合伤口, 动物复苏, 血肌酐在缺血后 1 天达高峰, 第 7 天下降至正常。

2. 急性肾功能衰竭 有不少报道探讨了中药对实验性急性肾衰动物的治疗作用, 通过观察药物对急性肾功能衰竭模型动物的尿量、血、尿中离子和代谢产物含量的影响, 以及用药后组织病理学的变化等了解药物的治疗机理。

(1) 单味药研究 李仕梅等报道丹参能减轻大鼠由甘油所致的急性肾功能衰竭时肾小管上皮细胞变性、坏死, 并使管腔内管型减少。还可增加肾血流量, 改善肌酐清除率, 降低尿素氮, 并有利尿作用。⁽¹⁾丹参还能对抗肾缺血或庆大霉素毒性所引起的肾皮质 $\text{Na}^+-\text{K}^+-\text{ATP}$ 酶活性下降, 对肾损伤有防护作用。有报道人参皂甙能预防庆大霉素的肾毒性, 对热缺血免肾功能有保护作用, 能减轻组织损害, 促进再生修复。⁽²⁾冬虫夏草对肾脏的保护作用研究报道较多, 如黎磊石等报道, 该药可明显减轻庆大霉素和卡那霉素所致的急性肾小管损伤程度, 并可促进实验大鼠肾功能的恢复。⁽³⁾郑丰等还证明冬虫夏草可延迟蛋白尿出现, 降低尿素氮上升幅度, 尿中溶菌酶及 N-乙酰- β -葡萄糖苷酶 (NAG) 也较低, 可促进肾功能恢复。其机制可能与其减轻肾小管细胞溶酶体毒性损伤, 保护细胞膜 $\text{Na}^+-\text{K}^+-\text{ATP}$ 酶和减少细胞脂质过氧化的作用有关。⁽⁴⁾杨胜达等报道川芎嗪也能拮抗庆大霉素所致的尿中 NAG 水平升高, 说明该药对庆大霉素的肾毒性有一定的保护作用。⁽⁵⁾其他还有报道当归、益母草、莪术等对急性肾功能损伤都有不同程度的保护和治疗作用。

(2) 复方研究 有报道中药结肠灌注液 I 号 (由大黄、红花等组成) 对氯化汞、甘油等所致的小鼠、大鼠及家兔中毒性及缺血性急性肾功能衰竭均有显著的防治效果。能使尿素氮及钾排泄增加, 明显延长急性肾衰动物的存活天数, 降低死亡率。本方能增加肾血流量, 改善肾微循环, 减轻肾间质水肿及肾小管的坏死程度, 减少肾小管腔内管型, 促进坏死肾小管的再生修复。另外, 本方还能促进水分从肠道排出, 并能促进纤维蛋白溶解和纤维蛋白 (原) 降解。由大黄、芒硝、桃仁、生地等组成的泻下逐瘀合剂也能明显降低大鼠缺血性急性肾功能衰竭模型的尿素氮、肌酐及主要脏器的脂质过氧化物的含量, 并能减轻大鼠肾组织的瘀血程度, 减少肾小管内管型数目。⁽⁶⁾

3. 慢性肾功能衰竭 张盛光等报道益气补肾冲剂既能减少实验性慢性肾功能衰竭动物 2, 8-二羟腺嘌呤结晶在肾小球和肾小管的沉积, 又能使部分肾小球毛细血管不闭塞, 以保证该部位肾小球的血供, 从而保护了部分肾小球的功能, 起到了延缓慢性肾功能衰竭的作用。⁽⁷⁾王国柱等报道麻黄干浸膏能使慢性肾功能衰竭大鼠血中尿素氮下降 39%, 肌酐下降 35%, 甲基胍下降 76%, 胍基琥珀酸下降 83%, 血磷下降 39%, 血钙上升 28%。尿中甲基胍排泄量平均降低 49%~65%。表明麻黄干浸膏可明显改善慢性肾功能衰竭大鼠的肾功能, 纠正高磷低钙血症, 特别是能明显抑制甲基胍的产生, 其作用机制是通过: ①抑制肌酐的产生; ②抑制羟自由基的产生, 从而使甲基胍的产生量减少。⁽⁸⁾黎磊石等报道通过对大黄治疗慢性肾功能衰竭的系统研究提出大黄对延缓慢性肾功能衰

竭有确切疗效，特别是在患者尚未进入终末期肾衰以前能够延缓其进程，并指出大黄这种作用的产生并不是由于其导泻作用，而是通过：①大黄对机体氮质代谢的影响；②缓解残余肾“高代谢”状态；③延缓残余肾单位病变进程，特别是系膜细胞病理改变的发生及进展；④对机体脂质代谢的良性效应及其他一些尚未完全肯定的因素。^[9]

阳晓等报道腹透配合参脉注射液（由红参、麦冬组成）肌注或腹腔内给药治疗5/6肾切除大鼠的肾功能衰竭，均能显著降低BUN、Cr水平，减缓肾脏病理改变，其中配合参脉注射液腹腔内给药降低BUN作用显著强于单纯腹透组。肾脏体镜视学分析显示，腹透配合参脉注射液腹腔内给药或肌注，对肾脏代偿性肥大及肾小球硬化的改善作用显著优于单纯腹透组。^[10]

二、临床研究

1. 对病因病机的认识

(1) 急性肾功能衰竭：少尿期可分为邪实和正虚两个方面，邪实者有热毒、瘀血、湿浊诸邪蕴郁体内，热毒结于膀胱，气化不行，水道阻遏，或热邪壅肺，水道不利；瘀血阻滞，肾络瘀阻，气化不行；浊邪壅盛，阻滞三焦，气机不利。且热、瘀、湿三者互相影响，互相转化而成复杂证候。正虚者有阴虚、阳虚，热毒灼伤津液，耗及肾阴；或邪蕴日久，损伤脾肾，气化无权等。阴损及阳，阳损及阴，临床上又常表现为虚实兼杂，错综复杂的证候。

多数学者认为多尿期是正气渐回未复，正虚不能固摄所致，也有人认为是正气来复，气郁宣通，正气奋起抗邪，驱逐湿毒的积极反应。总之，既有气阴不足正亏的一面，又有湿毒外泄、郁阻得通的一面。

(2) 慢性肾衰 多由于疾病日久，脾肾气衰不能运化水湿，分清泌浊，渐至水毒壅滞而成本病。在发生发展的过程中，大部分患者病势已深，阴阳气血俱损。此外，正虚而致湿浊、瘀血产生，使气机逆乱，脉络阻滞，出现不同程度的邪实病理改变，浊邪害清，化热化毒，又可入营动血，变幻多端。

2. 对治疗方法的探讨

(1) 急性肾衰 少尿期的辨证治疗综合各家报道，主要有如下几种：①气营两燔用白虎汤透营转气，加生地、丹皮、玄参、丹参凉血散血，连翘、黄连清心热及滑石、茅根利湿热。②热结膀胱：多数文献治以清泻热邪结合滋阴利水，可用桃仁承气汤、猪苓汤、犀角地黄汤、知柏地黄汤加减。③阳明燥实：为瘟毒蕴结大肠，腑气不通，可用调胃承气汤或增液承气汤。④肺热气壅用宣白承气汤或葶苈大枣泻肺汤。也有人用泻大肠以宣肺气者，有报道采用单味大黄泡水服治愈麻疹合并尿潴留33例，皆在排大便时排尿成功。^[11]⑤肾络瘀阻：毒瘀交结，壅塞肾络，治以桃仁承气汤加减。⑥肾阴亏损：用知柏地黄汤加麦冬、茅根、阿胶、生大黄。⑦气血两亏，阴阳俱虚，治以温肾益气，活血利水。多用肉桂、附子、黄芪、黄精、人参、苍术、白术、薏苡仁、白茅根、牛膝、猪苓、泽泻、丹参、川芎等。⑧邪陷厥阴：相当于严重尿毒症阶段，治宜平肝熄风，豁痰开窍，活血化瘀等综合疗法。方选镇肝熄风汤合羚羊钩藤汤，神昏加安宫牛黄丸。少尿期病人往往呃逆呕恶，严重者频繁呕吐，滴水不进，中药灌肠则备受重视，且效果理想。如刘广才等报道，用生大黄15~30g、牡蛎30g、黄柏10g、细辛3g、槐实15~30g水煎保留灌肠治疗小儿急性肾功能衰竭48例取得了良好效果。^[12]杨奠栋等用大黄20g、草果仁

15g 水煎灌肠治疗庆大霉素引起的急性肾功能衰竭也取得理想效果。^[13]

多尿期多采用补肾固摄法治疗，多用固肾汤、六味地黄丸或麦味地黄丸合缩泉丸治疗。

(2) 慢性肾功能衰竭 本病多属虚实兼杂之证，治疗多用攻补兼施的方法，综合分析各家报道，扶正多以温补脾肾、健脾和胃立法，祛邪多以通腑泄浊驱毒立法。如秦遐龄提出：慢性肾衰主要病机为脾肾衰败，清浊相混，升降失常，而以降浊汤（干姜、大黄、人参、茯苓、大黄炭、地榆炭、海藻炭）治疗 30 例，近期总有效率达 93.3%。^[14]乔成林用肾衰 I 号（附子、生大黄、黄芪、益母草、芒硝）治疗慢性肾衰 100 例，其中肾功能失代偿期 62 例，有效率为 71.1%。实验证明本方对受损的大鼠肾组织有显著的改善和修复作用。^[15]严志林报道用加味温胆汤（半夏、陈皮、竹茹、枳实、白术、苍术、茯苓、生姜、焦山楂、制大黄、甘草）治疗慢性肾衰 70 例，可明显改善恶心、呕吐、脘痞、纳差、口粘、苔腻等浊邪内蕴的临床表现。^[16]

现代参考文献

- [1] 李仕梅，等．药物防治初期急性肾小管坏死的实验研究．中华肾脏病杂志，1985，(3)：2
- [2] 张元原，等．人参皂甙对热缺血兔肾功能的保护作用．中华医学杂志，1992，72(2)：84
- [3] 黎磊石，等．冬虫夏草防治肾毒性急性肾功能衰竭的实验研究．解放军医学杂志，1991，16(5)：323
- [4] 郑丰，等．冬虫夏草对肾毒性急性肾功能衰竭的疗效及机制讨论．中国中西医结合杂志，1992，12(5)：288
- [5] 杨胜达，等．川芎嗪对庆大霉素肾毒性保护作用的观察．中国中西医结合杂志，1994，14(10)：621
- [6] 王国栋，等．中医药防治急性肾功能衰竭的实验研究概况．中医杂志，1994，35(1)：51
- [7] 张盛光，等．益气补肾冲剂治疗慢性肾功能衰竭的初步临床及实验研究．中国中西医结合杂志，1992，12(6)：335
- [8] 王国柱，等．麻黄干浸膏及其单宁成分治疗慢性肾功能衰竭的实验研究．中国中西医结合杂志，1994，14(8)：485
- [9] 黎磊石，等．大黄延缓慢性肾衰的临床及实验研究．中西医结合杂志，1991，11(7)：392
- [10] 阳晓，等．参脉注射液配合透析对大鼠残肾的实验研究．中国医药学报，1997，12(1)：13
- [11] 任宝书，等．生大黄泡服治疗小儿麻疹期急性尿潴留 33 例．中医杂志，1994，35(12)：721
- [12] 刘广才，等．大黄合剂灌肠治疗小儿肾功能衰竭 48 例．中医杂志，1993，34(4)：237
- [13] 杨奠栋，等．中医药防治 ARF 的实验研究概况．中医杂志，1994，35(1)：51
- [14] 秦遐龄．降浊汤治疗慢性肾功能衰竭 30 例．陕西中医，1992，13(3)：108
- [15] 乔成林．肾衰 I 号治疗慢性肾功能衰竭临床观察与实验研究．陕西中医，1992，(11)：481
- [16] 严志林．加味温胆汤治疗慢性肾功能衰竭 70 例临床观察．江苏中医，1992，(9)：5

(翟文生)

12.4 尿血

【概述】

尿血，又名溺血、溲血。是指小便中混有血液或伴有血块，排尿无疼痛为特征的一种病症。随出血量多少不同，小便可呈淡红色、鲜红色、茶褐色或伴血块夹杂而下。

西医学称尿血为血尿。凡是尿液内含有超过正常数量的红细胞（离心尿沉渣镜检红细胞 >3 个/高倍视野）均称为血尿。根据尿中含血量的多少，分为肉眼血尿和镜检血尿；按尿中红细胞的来源分肾小球性血尿和非肾小球性血尿；按血尿有无伴随症状分为症状性血尿和无症状性血尿。

古代中医所讲的尿血是指肉眼血尿，而现代中医则将镜下血尿包括在内，且多属无症状性血尿的范畴。

尿血是儿科临床常见的一个症状，可发于任何年龄和季节，见于多种疾病的过程中，其中98%见于泌尿系疾病，尤其多见于各种类型的肾小球肾炎、泌尿系感染、泌尿系各类损伤及畸形、泌尿系结石、特发性高钙血症等。此外，肾结核、泌尿系肿瘤、药物性肾损害以及全身性疾病如：过敏性紫癜、系统性红斑狼疮、流行性出血热、钩端螺旋体病等所引起的血尿，只要是无痛性的，均属本病的范畴。

尿血早在《内经》即有记载，称之为“溺血”、“溲血”，如《素问·气厥论》云：“胞移热于膀胱，则癃，溺血”，《灵枢·热病》说：“热病七日八日，脉微小，病者溲血”，并阐述了热邪及情志太过在尿血发病中的意义。提出尿血为肾和膀胱之病变，与心和小肠亦有密切关系。此后《金匱要略》、《诸病源候论》、《备急千金要方》、《景岳全书》、《血证论》等书对尿血病因病机、辨证治法及相应的方剂均不断有所充实和完善，发展至今，在临床上仍有重要的指导意义。

西医学对小儿尿血之病因、病理及诊断的研究较为深入，但仍存在相当数量的不明原因的尿血（亦称单纯性血尿），对此类尿血的治疗迄今尚无满意疗法。

中医对不同病因、不同病理类型尿血之辨证论治规律的研究日渐深入，尤其对各种类型的肾小球肾炎尿血的辨证论治积累了丰富经验，临床实践证明确有一定疗效。目前，尿血的传统辨证与辨病相结合，宏观与微观相结合的研究正在深化，在实验研究方面，对不同中医证型进行了尿相位差镜检、血液流变学指标以及肾脏病理类型的研究；临床方面，以多种疗法治疗小儿尿血时有报道，从而增加了尿血的治疗手段。为提高诊断与治疗水平提供了基础。

【病因病理】

一、病因

多种病因可引起尿血，常见的有外感、正虚及邪恋等三类因素。

1. 外感病因 外感风热、湿毒均可致邪热伤及膀胱血络而发生尿血。

(1) 风热犯肺 风热之邪入侵，首先侵犯肺卫，肺失宣降，不能通调水道，热邪下迫膀胱，灼伤脉络而致尿血。

(2) 湿热蕴结 平素过食肥甘辛热之品，脾胃失运，积湿生热，湿热互结，下注膀胱，伤及脉络发为尿血。

(3) 疮毒内侵 外感疮毒之邪，由表入里，侵犯营血，迫血妄行，伤及膀胱脉络，引起尿血。

现代研究表明：感染是引起肾小球血尿的最常见病因及加重因素。如急性感染后肾炎与多种细菌（尤其链球菌）及病毒等引起的呼吸道感染、皮肤感染等密切相关；肾结核引起的血尿与结核杆菌感染有关；IgA肾病反复血尿型的血尿发作也与呼吸道及肠道粘膜的感染呈明显相关性；过敏性紫癜肾炎的血尿常与感染过敏有关。由此也证实了中

医所认为的感受外邪与引起尿血的关系。

2. 正虚病因 人体血液的正常运行,有赖于脏腑、气血功能的正常与协调。当各种致病因素致脏腑、气血功能失调,则血液不能正常运行脉中,溢于脉络之外,由膀胱排出而发生尿血。

(1) 阴虚火旺 小儿素体阴虚或热病之后耗伤津液,损及肾阴;过服助阳药物致肾阴亏耗;尿血失血日久,伤及肾阴;或劳伤于肾,损伤精血等,均可因肾阴亏虚,水不济火,相火妄动,灼伤脉络,故致尿血。

(2) 气不摄血 脾胃为后天之本,气血生化之源,若患儿素体脾虚;或饮食不节,损伤脾胃,均可使脾失健运,中气不足,统摄无权,血不归经,下渗水道,血随尿出。

(3) 气阴两虚 久病不愈,或尿血迁延,必累及肾而耗伤肾之气阴。肾气亏虚,固摄无力,封藏失司,致精血下泄难止;肾阴亏虚,阴虚火旺,迫血妄行,络伤血溢,而致尿血,且日久不愈。

3. 邪恋因素

(1) 邪热留恋 若感受外邪,失治误治;或肾虚生热,湿热互结;或久病未愈,正气虚弱,复感风热、湿毒之邪,均可损伤脉络而致尿血反复不愈。

(2) 瘀血内阻 跌仆损伤,手术之后,或邪热未清早用固涩,或久病伤络,均可使脉络壅滞,滞久为瘀,瘀血结于下焦,络破血溢,渗入膀胱而成尿血。

现代大量研究及临床实践证明:反复感染和高凝,常是慢性尿路感染、慢性肾小球疾病血尿迁延不愈的重要病因。

二、病理

1. 病变脏腑主要在肾与膀胱 尿血的病变脏腑虽与五脏皆有关系,但主要在肾与膀胱。因肾与膀胱同属下焦,互为表里,无论外感、正虚或邪恋,其共同的病理变化均为肾与膀胱络脉受伤。《金匱要略·五脏风寒积聚病》谓:“热在下焦者则尿血。”《景岳全书·杂证谟·血证》指出:“凡溺血症,其所出之由有三:盖从溺孔出者二,从精孔出者一也。”“溺孔之血其来近者,出自膀胱,其来远者……必自精宫血海而出……”说明下焦肾与膀胱络脉损伤,致血不归经,溢于水道,是形成尿血的基本机理。

2. 病理因素为热、瘀、虚 尿血的发生与热邪的关系最为密切,其有实热与虚热之分。外感尿血,无论风热、湿热、疮毒,均伤于太阳,传入阳明,结于下焦,迫血妄行,导致尿血,其多为实热;而阴虚火旺,气阴两伤,虚火迫血妄行致尿血者则为虚热。正如《证治汇补·溺血》指出:“是溺血未有不本于热者,但有各脏虚实之不同耳。”可见,热邪是尿血发生的关键因素。

瘀血阻滞是导致尿血反复发作或久治不愈的重要因素。在各种病因引起尿血后,出血必致留瘀,瘀血不散,血不归经,进一步损伤下焦络脉,而造成尿血反复不愈。在尿血病程中,出血与瘀血常同时并存,瘀血既是尿血的致病因素,也是尿血后形成的病理产物。

虚也是导致尿血发生及病程迁延的又一因素。因正气虚,既易感受外邪,亦易使湿热邪气留恋,又易致气血失调,气滞血瘀,从而形成热、瘀、虚互为因果的病理状态。正如《证治汇补·溺血》指出:“或肺气有伤……或脾经湿热……或肝伤血枯……或思虑劳心,或劳力伤脾……,俱使热乘下焦,血随火溢。”

3. 病机属性分外感内伤 外感与内伤皆可导致尿血,外感以邪热为主,多属实证、热证,其发病急、尿色鲜红,初起可见发热恶寒等表证;内伤则多以脏腑气血功能受损为主,多属虚证,其起病隐匿,病程较长,尿色淡红,多伴阴虚、气虚或气阴两虚等证候。一般来讲,外感尿血易治愈,但若失治误治,尿血反复不愈,由外感尿血转为内伤尿血则需较长时间治疗。

4. 病情演变辨虚实 尿血因病因、体质之不同,病程各异,病情演变亦有虚实之分。凡尿血起病急速,病程短,尿色鲜红,伴恶寒发热、口苦咽干、舌红苔黄、脉数有力,多属实证。

若起病缓,或病程长,或时作时止,伴尿色淡红,潮热盗汗,面红口干,舌红苔少,脉细数;或面色萎黄,倦怠乏力,舌淡红,苔薄白,脉细弱者,则多为虚证。治疗较实证困难。

实证若迁延误治,则可由实转虚,或虚证过程中,复感外邪,均可致虚实夹杂之证。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

凡新鲜清晨中段离心尿红细胞 ≥ 3 个/高倍视野(HPF),或红细胞计数 $\geq 800/\text{ml}$;12小时尿沉渣红细胞计数(Addis计数) > 50 万,均可诊断为血尿。根据血尿的外观颜色,可分为肉眼血尿和镜下血尿。

1. 肉眼血尿:出血量超过 1ml/L ,可呈肉眼血尿,一般为洗肉水样。尿为酸性时,可呈咖啡色、红棕色或茶色;尿为碱性时呈鲜红色。肉眼血尿多有泌尿系统疾病。

2. 镜下血尿:尿液外观正常,但显微镜检查达血尿标准。

引起血尿的病因复杂、涉及的病种范围很广,因此,诊断的关键环节是确定肾小球性和非肾小球性血尿。临床可选择尿三杯试验、尿红细胞形态、尿红细胞平均容积(MCV)、尿沉渣红细胞管型、尿蛋白、尿免疫球蛋白颗粒管型、尿钙、尿细菌培养、尿脱落细胞学等多项检查以确立病因诊断。必要时应做双肾、输尿管、膀胱B超、腹部平片,静脉肾盂造影、膀胱镜、CT以及血清免疫学检查(如抗核抗体、抗双链DNA抗体、血清补体、抗基底膜抗体、免疫球蛋白水平等)以助诊断。若能确诊为肾性血尿,可酌情行肾活检病理诊断。

此外,在小儿血尿的诊断中,应注意IgA肾病(反复血尿型)、紫癜性肾炎、特发性高尿钙症、良性家族性血尿(肾小球薄基底膜病)等引起的血尿。

二、鉴别诊断

1. 血淋 血淋与尿血均以小便出血为主症,血淋同时伴小便滴沥涩痛或疼痛难忍;而尿血则多无疼痛,或仅有轻度胀痛感。两者鉴别要点在于疼痛的有无。正如《丹溪心法·溺血》指出:“溺血,痛者为淋,不痛者为尿血。”

2. 石淋 又称砂淋,为淋证之一。石淋和尿血均有小便出血,但石淋尿中常夹有砂石,且小便艰涩或刺痛,或排尿突然中断,或见小腹拘急或腰腹绞痛,尿出砂石则痛止。

3. 外伤尿血 因跌打或器械检查引起血络受伤所致尿血,一般外伤治愈,血尿即停,较少复发。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨别虚实 尿血的辨证以虚实为关键。小儿尿血以实证为多。实证尿血以发病急、病程短、尿色鲜红为共有特点，据病史及其全身症状又有风热犯肺、热结膀胱、热毒迫血之不同。风热犯肺多由外感所诱发，临床以先见风热表证，继见尿血为特点；热结膀胱则伴尿急、尿频、小腹作胀；热毒迫血多以皮肤疮毒或皮肤紫癜为诱因，临床以发热、口渴喜饮、烦躁为特征。

虚证尿血以起病缓或病程长、尿色淡红为共同特点。据全身症状又有阴虚、气虚及气阴两虚之不同。阴虚以咽干咽红、手足心热、低热盗汗等为主；气虚以面色萎黄、乏力纳呆、便溏等为主；气阴两虚则既有自汗、易感冒等气虚证，又兼盗汗、咽干咽红、手足心热等阴虚证，随病情不同，气、阴之虚常各有偏颇。

此外，在虚证过程中，常兼有邪热留恋或瘀血内阻，从而形成正虚邪恋，虚中夹实之证。

2. 辨识尿血部位 根据小便时出血的先后，对初步判断出血的部位，有一定参考价值。如小便一开始见血，但逐渐清晰，即先血后溲者，多为尿道出血；终末尿血，即先溲后血者，多为膀胱出血；如小便从始至终为血尿者，则多为肾脏出血。

二、治疗原则

尿血的治疗宜分虚实，实证尿血以祛邪为主，在疏风清热、清热利湿、泻火解毒的基础上佐以凉血止血；虚证尿血则以扶正为主，在养阴、益气，或气阴双补的基础上，应分别配合凉血止血、摄血止血之法。对虚中夹实之证，则应扶正祛邪兼顾，在养阴、益气、气阴双补的基础上，注意配合清热、化瘀、止血之法。

三、分证论治

1. 实证尿血

(1) 风热犯肺

证候表现 起病前常有风热感冒史。症见发热恶寒，咳嗽，咽红咽痛，乳蛾肿大，继见尿血，舌红，苔薄白或薄黄，脉浮数。

辨证要点 本证多见于急性肾小球肾炎或IgA肾病（反复血尿型）。可为肉眼血尿，也可镜下血尿，临床以伴风热表证为特点。

治法主方 疏风宣肺，清热止血。银翘散加减。

方药运用 常用药：金银花、连翘、白茅根、大小蓟、鲜芦根、生地、黄芩、甘草等。发热加生石膏、葛根；咽喉肿痛加山豆根、牛蒡子、板蓝根；咳嗽加桑白皮、鱼腥草；血尿明显加旱莲草、仙鹤草。

(2) 热结膀胱

证候表现 起病突然，小便短赤，多有尿急、尿频，或发热口干、腰酸腰痛、少腹胀、大便秘结，舌红苔黄腻，脉弦数。

辨证要点 此证多见于急性尿路感染。临床以起病急、小便短赤、尿急、尿频或伴发热、舌红苔黄腻等湿热蕴结下焦证候为特点。

治法主方 清热利湿，凉血止血。八正散加减。

方药运用 常用药：木通、车前草、萹蓄、生山栀、生地、滑石、生大黄、黄连、黄柏、土茯苓、甘草梢等。尿血量多加地榆、丹皮、旱莲草、蒲黄、琥珀，凉血止血而不留瘀；尿中有砂石或频数短少加金钱草、石韦、海金沙、鸡内金，以清利排石；小腹胀

痛加延胡索、川楝子以理气止痛。

(3) 热毒迫血

证候表现 发热恶寒，口渴喜饮，烦躁头痛或有皮肤疮毒，尿色鲜红，或伴皮肤紫癜，便血，舌红苔黄，脉弦数。

辨证要点 本证多见于皮肤疮毒引起的急性肾炎及过敏性紫癜等引起的尿血。临床以尿色鲜红，伴发热口渴、烦躁、皮肤疮毒，或伴多种急性出血等热毒炽盛证候为特点。

治法主方 泻火解毒，凉血止血。黄连解毒汤合犀角地黄汤加减。

方药运用 常用药：黄连、黄芩、黄柏、栀子、丹皮、赤芍、生地、紫草、水牛角等。发热口渴喜饮加生石膏、知母、玄参以清热生津；烦躁头痛加夏枯草、钩藤，以泻火潜阳；尿血量多加白茅根、琥珀、大小蓟以清热凉血止血；尿血夹有瘀血块或血丝，加丹参、血竭、参三七以化瘀止血；便血加侧柏炭、地榆炭等。

本证若属皮肤疮毒而致者，可用五味消毒饮加减（蒲公英、紫花地丁、野菊花、丹皮、车前草、大小蓟、白茅根等）。

2. 虚证尿血

(1) 阴虚火旺

证候表现 尿血屡发，色鲜红或淡红，咽干咽红，手足心热，或有低热、颧红、盗汗，舌红苔少，脉细数。

辨证要点 本证多见于急性肾炎恢复期，或慢性肾小球疾病（隐匿性肾炎、IgA 肾病、紫癜性肾炎等）反复发作或迁延不愈病例。临床以血尿反复，伴咽干咽红、手足心热、舌红少苔等阴虚内热证为特点。

治法主方 滋阴降火，凉血止血。知柏地黄丸加减。

方药运用 常用药：生地、丹皮、山萸肉、泽泻、山药、茯苓、知母、黄柏、旱莲草、蒲黄、小蓟等。咽干咽红加玄参、麦冬、山豆根；低热颧红盗汗加地骨皮、银柴胡、鳖甲以滋阴清热；腰膝酸软加桑寄生、川断以滋补肾阴。

(2) 气不摄血

证候表现 久病尿血，色淡红，面色萎黄，体倦乏力，气短声低，纳呆便溏，或兼齿衄、肌衄，舌淡，脉虚弱。

辨证要点 本证多见于慢性肾小球疾病、凝血异常等引起的尿血。临床以镜下血尿日久不愈，伴面色萎黄，体倦乏力，纳呆便溏等脾气虚弱证候为特征。

治法主方 补脾摄血。补中益气汤合归脾汤加减。

方药运用 常用药：生黄芪、党参、当归、柴胡、升麻、茯苓、陈皮、白术、甘草、炒蒲黄、仙鹤草等。纳少便溏加山药、苍术、薏苡仁以健脾燥湿止泻；血虚加四物汤（熟地、白芍、当归、川芎）以补血；尿血量多加藕节炭、煅龙牡、阿胶以收涩止血。

(3) 气阴两虚

证候表现 尿血日久，尿色鲜红或淡红，神疲乏力伴自汗，易感冒，时有低热盗汗，咽干咽红，手足心热，脉细。

辨证要点 本证可见于多种肾小球疾病的恢复期或慢性期。临床以尿血反复不愈，自汗，易感冒，伴咽干咽红，手足心热等气阴两伤证候为特点。

治法主方 益气养阴，凉血止血。生脉散合二至丸加减。

方药运用 常用药：党参、麦冬、五味子、女贞子、旱莲草、茜草、小蓟、丹皮、栀子、白茅根等。自汗易感冒加玉屏风散（黄芪、防风、白术）益气固表；低热盗汗加地骨皮、青蒿、煅牡蛎；咽干咽红加玄参、射干、牛蒡子养阴清热利咽。

3. 邪恋尿血

(1) 邪热留恋

证候表现 常见少量血尿迁延不愈，形体尚实，舌红苔黄或黄腻，脉细。

辨证要点 本证多见于急性肾炎恢复期、隐匿性肾炎、单纯型血尿等。镜下红细胞常在（+）左右，面红，纳可，自感无明显临床症状。

治法主方 清热凉血。小蓟饮子加减。

方药运用 常用药：生地、大小蓟、旱莲草、白茅根、藕节炭、丹皮、女贞子、荠菜花等。

(2) 瘀血内阻

证候表现 尿色紫暗成块，或鲜血与血丝或瘀块相兼，尿血反复不愈，伴少腹刺痛拒按，或可触及包块，或时有低热，舌质暗或有瘀斑瘀点，苔薄，脉沉涩。

辨证要点 本证多有外伤跌仆，或久病不愈史。临床以尿血夹有血块，腹痛拒按或有包块，及舌暗有瘀点瘀斑为特点。

治法主方 行滞化瘀，活血止血。血府逐瘀汤加减。

方药运用 常用药：桃仁、红花、赤芍、当归、生地、川牛膝、柴胡、枳壳、甘草等。尿血量多加紫草、茜草根、琥珀、参三七；外伤所致可用云南白药以化瘀止血；瘀血郁久化热而有发热，可加黄连、栀子、丹皮。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 银翘解毒丸 用于风热犯肺尿血。
2. 十灰散（丸） 用于热毒迫血兼瘀血之尿血。
3. 八正合剂 用于热结膀胱之尿血。
4. 荷叶丸 用于实证各型尿血。
5. 知柏地黄丸 用于阴虚火旺尿血。
6. 二至丸 用于阴虚尿血。
7. 归脾丸 用于气虚尿血。
8. 血府逐瘀丸 用于瘀血内阻尿血。

二、单方验方

1. 白茅根汤 白茅根 30~60g，水煎当茶饮。用于各型尿血。
2. 止血方 白茅根 12g，炒栀子 15g，小蓟 6g，水煎服，每日 3 次。用于实证各型尿血。
3. 地榆汤 地榆 15g，生地 20g，白茅根 30g，水煎服。用于实证尿血。
4. 荠菜汤 荠菜 30~60g，水煎服。适用于阴虚尿血。
5. 刘寄奴为末，每次 2~3g，清茶调服，每日 2 次。用于各型有瘀证之尿血。
6. 竹叶代茶饮 车前草 15g，竹叶心 10g，麦冬 6g，煎汤代茶饮。用于热结膀胱之尿血。

三、针灸疗法

1. 体针 取血海、三阴交、关元、中极、气海、肾俞等，实证尿血用泻法，虚证尿血用补法。

2. 耳针 尿血伴有结石者，取肾、输尿管、膀胱、交感、神门，经电脉冲耳穴治疗，再用王不留行籽贴压耳穴，使结石出而尿血止。

四、西医疗法

尿血的病因复杂，涉及的病种较多，其治疗主要需针对病因进行。

【预防护理】

一、预防

1. 加强锻炼，增强体质，防止外邪侵入。
2. 节制饮食，避免过食辛辣肥甘之品。
3. 注意卫生，勿坐卧湿地，勤换内裤，保持尿道口清洁。
4. 及时治疗感冒、疮疖、紫癜等疾患。
5. 避免不必要的导尿及泌尿道创伤性检查，以减少血尿发生。

二、护理

1. 尿血患者应注意休息，避免剧烈活动，尿血量大者应卧床休息。
2. 宜清淡饮食，忌食辛辣燥热之品。
3. 过敏体质者，忌食虾、蟹、鱼之类。
4. 尿血时注意观察尿色深浅变化及有无血块，并记录尿量情况。
5. 肉眼血尿期间，应注意心理护理，消除患儿对疾病的恐惧感，避免情绪激动。

【文献摘录】

《金匱要略·五脏风寒积聚病》：“热在下焦者，则尿血，亦令淋秘不通。”

《诸病源候论·小儿杂病诸候·尿血候》：“血性得寒则凝涩，得热则流散，而心主于血，小儿心脏有热，乘于血，血渗于小肠，故尿血也。”

《丹溪心法·溺血》：“大抵小便出血……痛者谓之淋，不痛谓之溺血。”

《景岳全书·杂证谟·血证》：“凡溺血证，其所出之由有三，盖从溺孔出者二，从精孔出者一也。溺孔之血，其来近者，出自膀胱。……其来远者，出自小肠。……精道之血，必自精宫血海而出于命门。”

《类证治裁·溺血论治》：“溺血与血淋异，痛为血淋，出精窍，不痛为溺血，出溺窍。……如肺肾阴虚、口干腰酸，六味丸合生脉散。小肠火盛，血渗膀胱，导赤散。肝火脉洪，不能藏血，龙胆草汤加减；胆火溺血，头痛眩晕，当归饮；溺血日久，肾液虚涸，六味阿胶饮。”

《医宗金鉴·幼科心法要诀·失血门》：“溺血多缘精窍病，尿血分出茎或疼，牛膝四物汤调治，急宜煎服效从容。”

【现代研究】

一、药效学研究

目前以血尿为主的肾脏及其他疾病的动物模型，除IgA肾病外，国内尚未见有报道。

天津中医学院报道，采用口服牛血清白蛋白(BSA)与葡萄球菌肠毒素B(SEB)复合感染的方法，建立了以镜下血尿为特征的小鼠实验IgA肾病改进模型，并用清热利湿、

活血止血中药治疗该模型,结果表明,此类中药能减轻该模型的镜下血尿。^[1]

二、临床研究

1. 证型与客观指标相关性研究 探求尿血各证型的客观指标变化,寻找宏观辨证与微观变化之间的关系,已成为当前临床研究的重要课题。谢氏报道,对54例无症状血尿患者辨证分型后,进行了尿红细胞形态相位差显微镜检及血液流变学检测,结果表明:脾虚型和肾虚型以变形红细胞血尿居多,其血液流变学改变较明显,原发病多属慢性肾小球疾病;热盛型和虚火型尿红细胞形态多属均一型或混合型,其血液流变学改变不明显,原发病以非肾小球疾病为多。^[2]

2. 辨证论治 辨证论治是中医治疗尿血的基本方法。由于尿血的病因复杂,各家所观察的病种有异,故分型、立法、组方亦有区别。王烈对小儿单纯性血尿分发作期、缓解期、恢复期进行辨证治疗,发作期以解毒化瘀,佐以凉血止血为法,用二蓟饮子(大蓟、小蓟、紫荆皮、紫珠草、白鲜皮、白薇、旱莲草、凤眼草),若症见头痛加菊花、川芎;咽痛加重楼;腹痛加玄胡;腰痛加牛膝;偏热加黄芩;偏寒加桂枝;偏虚加黄芪。缓解期以益气养血为主,佐用解毒化瘀之法,方用:黄芪、当归、白薇、旱莲草、阿胶、小蓟、丹参。恢复期用扶肾固本之法,佐以益气养血,拟扶肾固本汤:黄芪、何首乌、女贞子、黑芝麻、熟地、太子参、阿胶。其观察治疗11例均获愈。^[3]刘慕松对无症状性血尿按肾小球性血尿和非肾小球性血尿分别进行辨证论治。其将肾小球性血尿分3个型:①肺肾阴虚,湿热内蕴(多见于隐匿性肾炎和慢性肾炎):治以滋养肺肾,清利湿热,用养阴清肺汤加减(生地、麦冬、玄参、丹皮、知母、白薇、连翘、黄芩、石韦、小蓟、旱莲草);②心肾阴虚,湿热留恋(多见于急性肾炎):治以滋阴补肾、清心利湿泻热,用二至丸合导赤散加味(女贞子、旱莲草、生地、木通、淡竹叶、莲子心、石韦、白茅根、益母草、甘草);③瘀热伤络型(多见于紫癜性肾炎及隐匿性肾炎):治以清络凉血,化瘀解毒,用清络饮与清营汤合方加减(忍冬藤、丝瓜络、荷叶、淡竹叶、连翘、生地、玄参、丹皮、紫草、黄芩、红花、赤芍、石韦、白茅根、小蓟);非肾小球血尿分2个型:①心与小肠火迫血妄行:治以清心泻火,利湿止血,用导赤散合萆薢分清饮(生地、木通、黄连、萆薢、益智仁、石菖蒲、茵陈、黄柏、知母、焦山栀、丹皮、血余炭);②脾肾阴虚、血失固摄:治以补肾健脾益气、固摄止血,用归脾汤加杜仲、藕节、川断炭、阿胶珠。^[4]

血尿是IgA肾病最常见的症状之一,李少川对本病辨证用药有独到之处,认为本病以脾虚为本,湿热、瘀血为标,总属本虚标实、虚实夹杂之证。其治疗分3型:①湿热偏盛、热结下焦,当先清利湿热、凉血止血,以导赤散合小蓟饮子化裁为主,常用药物有生地、小蓟、白茅根、滑石、甘草、竹叶、炒山栀、木通、藕节等,随证加减,继少佐柴胡、枳壳、陈皮、清半夏等,以健脾理气、调和气机;②脾气偏虚、瘀血内阻,治以疏肝和脾,柔养和营,用逍遥散化裁,常用药物有当归、白芍、炒山栀、丹皮、半夏、柴胡、茯苓、白术、薄荷、甘草、升麻、知母、黄柏等;③体弱易感、镜检血尿残留不已者,治以疏解清化、调和脾胃,用天保采薇汤化裁,常用药物有陈皮、半夏、茯苓、厚朴、扁豆、羌活、独活、柴胡、前胡、葛根、升麻、枳壳、藿香、川芎、赤芍等。经多年临床验证,按以上辨证用药治疗IgA肾病之尿血,有较好疗效。^[5]南京中医学院将IgA肾病辨证分为11个型,对本病治疗有一定指导意义。(1)风热犯肺证:治以疏风清热,

选银翘散加生地、小蓟、白茅根；(2)心火下移证：治以清心导赤，选导赤散加减，重用生地 30~60g；(3)肝火内炽证：治以清泻肝火，方选加味逍遥散；(4)血热妄行证：治以清热凉血，方选小蓟饮子加减；(5)脾虚湿热证：治以健脾利湿，方选参苓白术散或自拟健脾清利方（太子参、茯苓、薏苡仁、白术、生甘草、石韦、赤小豆）；(6)气血双亏证：治以补气养血，方选归脾汤加减；(7)气阴两虚证：以补气养血，方选自拟补气养阴汤（太子参、黄精、麦冬、生地、怀山药、玄参、茯苓、丹皮、泽泻、百合、甘草）加减；(8)气虚血瘀证：以补气活血，方选补阳还五汤或桃红四物汤加参芪；(9)阴虚血瘀证：治以养阴活血，方选六味地黄汤合四物汤加减，或用自拟扶正通络方（当归、赤芍、白芍、熟地、太子参、益母草、琥珀粉、三七粉）加减；(10)肾虚夹毒证：治以补肾解毒，方选知柏地黄丸合二至丸加减，或用自拟补肾解毒方（生地、山萸肉、淮山药、旱莲草、黄柏、知母、板蓝根）加减；(11)肾虚精亏证：治以补肾益精，方选无比山药丸（巴戟天、菟丝子、肉苁蓉、山萸肉、杜仲、熟地、牛膝、泽泻、茯神、赤石脂）加减。^[6]

3. 辨病治疗 近年来，治疗尿血有不少以辨病治疗，一法为主的研究报道，概括分析有下列几种。

(1) 清热凉血法 此法在儿科最为常用，其适用于尿血的实证各型。赵益人报告用马鞭草合剂（马鞭草 30~60g、生地榆 30g、红枣 5 枚）治疗血尿 31 例，有效率达 87.1%。王琦拟五草汤（鱼腥草、茜草、益母草、白花蛇舌草、车前草）、柴苓二丁汤（柴胡、黄芩、蒲公英、紫花地丁、半枝莲）治疗急性尿道炎、膀胱炎、急性肾炎、急慢性肾盂肾炎所致血尿，疗效甚佳，能较快控制血尿，消除尿路刺激症状。^[7]廖周俊报告用红龙汤（红龙须 40g，地榆炭、槐花炭、大蓟、白茅根、山药各 30g）治疗血尿 45 例，结果：显效 30 例，有效 12 例，无效 3 例。^[8]

(2) 滋肾清利法 时振声等认为慢性肾炎血尿，其病位多在肾，病性以阴虚者为多，或因素伴阴虚感外邪，或久病伤阴，耗伤肾阴，劳而诱发，故认为：滋肾清利法为治本之法，拟“滋肾化瘀清利汤”以滋肾化瘀清利同用，体现了标本结合的治法，其药物组成：女贞子、旱莲草、白花蛇舌草、生侧柏、马鞭草、大小蓟、益母草、白茅根、石韦。用该方观察治疗以血尿为主要表现的 IgA 肾病患者 25 例，结果：完全缓解 10 例，显著缓解 8 例，好转 4 例，无效 3 例，总有效率为 88%，明显优于西药对照组。^[9,10,11]

(3) 益气健脾法 镜下血尿日久，临床辨证属气不摄血者，宜用健脾益气法。沙建飞报道用补中益气汤加减（生黄芪 30g，生白术 15g，党参 20g，升麻、柴胡各 6g，当归 10g，仙鹤草、车前草、凤尾草、白茅根各 30g），治疗无痛性血尿 32 例，结果：痊愈 25 例，好转 5 例，无效 2 例，总有效率 94%。^[12]

(4) 活血化瘀法 时振声认为肾炎出现血尿，必有瘀血，如瘀血征象不突出者，在原有治方中加凉血化瘀药，即可使血尿消失，不必使用炭类止血，以免留瘀为患。若瘀血征象明显者则需活血化瘀治之。血瘀偏阴虚者用血府逐瘀汤加减（柴胡、枳实、赤芍、甘草、当归、川芎、生地、桃仁、红花、牛膝、生侧柏、马鞭草、益母草、白茅根）；血瘀偏寒者，可用桂枝茯苓丸加味（桂枝、茯苓、赤芍、丹皮、桃仁、炮姜、阿胶珠、刘寄奴、党参、白术）。^[13]时氏还认为：肾炎顽固性血尿患者，不能见血止血，应遵循“久漏易通”的原则，采用凉血活血祛瘀之品。^[10]郑琼莉等报告，采用盐酸川芎嗪注射液

320mg+10%葡萄糖 250ml,每日静滴1次,20天为1疗程,共治疗2个疗程,治疗肾性血尿67例,结果:完全缓解22例,部分缓解26例,总缓解率为71.64%。血尿程度愈明显,疗效愈显著;且第1个疗程无效者,第2疗程亦很难奏效。^[14]

此外,高荫槐等报告,用中药成药云南白药治疗小儿急性肾炎血尿12例,每次0.5g,每日2次(按体重计算用量,每日35~70mg/kg bw,平均每日50mg/kg bw,疗程7~10天。结果:10例血尿转阴,2例无明显改善。^[15]

三、存在问题与展望

尿血的中医治疗,虽有不少宝贵经验,但肾性血尿仍是临床工作中的一个难题。目前有关尿血的实验研究甚少。要提高尿血的诊断及治疗水平,必须结合现代科学技术、宏观与微观相结合,同时要注意对病因、病位、病性及其与证候类型、治法方药的关系、规律进行研究,必须善于发现问题、总结规律,认真筛选有效方药,从一点一滴做起,才可能使血尿的临床研究有所突破。

现代参考文献

- [1] 马红梅,等.小鼠实验性IgA肾病的模型探讨及肾炎5号、3号方对其改进模型影响的实验研究.国际首届中西医结合肾脏病学术会议论文集(杭州),1994:66
- [2] 谢森,等.尿血中医证型与相差镜检及血液流变学指标的相关性研究.辽宁中医杂志,1991,(8):9
- [3] 王烈.单纯性血尿11例证治研究.吉林中医药,1994,(4):1
- [4] 刘慕松.谈无症状血尿的中医治疗.贵阳中医学院学报,1996,(4):38
- [5] 李宝珍,等.李少川教授治疗儿童IgA肾病学术经验.吉林中医药,1994,(4):2
- [6] 邹燕勤,等.IgA肾病的中医治疗.中华肾脏病杂志,1992,8(4):235
- [7] 刘莉,等.王琦教授治疗血尿经验摘要.新中医,1996,(8):3
- [8] 廖周俊.红龙汤治疗血尿症45例临床观察.河南中医,1994,(2):35
- [9] 时振声,等.关于血尿的治疗.中医杂志,1991,(9):4
- [10] 刘宏伟.时振声教授治疗肾炎血尿经验.辽宁中医杂志,1992,(9):6
- [11] 刘宏伟.滋肾化瘀清利汤治疗IgA肾病的临床研究.中国医药学报,1993,8(2):60
- [12] 沙建飞.补中益气汤加减治疗无痛性血尿32例.云南中医杂志,1993,(4):13
- [13] 时振声.时氏中医肾脏病学.IgA肾病的研究现状及中医治疗经验.北京:中国医药科技出版社,1996:771
- [14] 郑琼莉,等.川芎嗪治疗肾性血尿的疗效与血尿程度的关系.临床荟萃,1996,11(12):553
- [15] 高荫槐,等.云南白药治疗小儿急性肾小球肾炎血尿临床观察.江西中医药,1996,(1):38

(丁 樱)

12.5 尿频

【概述】

尿频是以小便频数为特征的疾病,是儿科临床的常见病。婴儿时期因脏腑之气不足,气化功能尚不完善,若小便次数较多,无尿急及其它所苦,不为病态。

尿频属中医淋证的范畴,其中有相当一部分属于热淋证,西医所论之泌尿系感染、结石、肿瘤、神经性尿频等疾病均可出现尿频。泌尿系结石、感染已在热淋、石淋中述及,本节所讨论的主要是神经性尿频。

尿频是儿科常见病，一年四季均可发病，多发于学龄前儿童，尤以婴幼儿时期发病率较高，年长儿发病率低。从性别看，女孩发病率高于男孩。本病经过恰当治疗，预后良好。但若迁延日久，则可影响小儿身心健康。

尿频早在《内经》中即有论述，如《灵枢·口问》曰：“中气不足，溲便为之变”。《素问·脉要精微论》亦云：“水泉不止者，膀胱不藏也”。隋唐时期多将尿频混于淋证中论述，如《诸病源候论》、《备急千金要方》等，宋代的儿科专著《幼幼新书》已将小儿尿频与淋证分节论述，说明对尿频的认识已较深入。

现代对小儿尿频的研究多集中在热淋、石淋方面，而对小儿神经性尿频的研究较少，目前能见到的少数报道，也多集中在临床治疗方面，而关于本病的实验研究尚未见报道。

【病因病理】

一、病因

脏腑虚弱、湿热内蕴均可致尿频发生。

1. 肺脾气虚 病后失调，肺脾气虚，肺气虚宣降失常，不能将水津布散周身，脾气虚运化无力，升清无能，清气不能上输于肺而布全身，导致水津不布而下行，而致尿频发生。

2. 肾气亏虚 先天禀赋不足，或后天营养失调，或病久失于调养，终致肾气不足，肾与膀胱为表里，肾虚膀胱气化失常，约束无力而致小便频数。

3. 阴虚火旺 素体阴虚，或热病之后阴液耗伤，肾阴不足，不能潜阳，虚火内生，虚火下移膀胱，膀胱约束无力而致尿频，或肾阴不足，不能上济心火，心火下迫，移热膀胱，亦可致尿频发生。

4. 湿热蕴结 外感湿热，或食积日久，酿湿生热，湿热内蕴，下注膀胱，膀胱失约，而尿频自生。

5. 肺经蕴热 外感热邪，或食积化热，热邪郁肺，升降失常，随经络影响及膀胱，清气不升，精化为浊，故小便增多，膀胱失约，开合失常则尿频。

二、病理

1. 病变关键部位在肾与膀胱 尿频的发生关键部位在肾与膀胱。肾主水，与膀胱相表里，膀胱的气化主要靠肾气主司，各种原因，只要能导致肾气不足，则使膀胱气化失司，尿频乃生。若外邪侵袭，湿热蕴结，下迫膀胱，则也可致膀胱失约而生尿频。除肾与膀胱外，尿频的发生也与脾、心、肺有关；中气不足，运化失常，升清无能，水津下输则尿频；心阴不足，或肾阴不足，不能上济心火，心火亢盛，或肺经热郁，移热膀胱，使膀胱失约，则小便频数。

2. 病机属性分虚实 小儿尿频的发生有虚有实，肾气不足，膀胱失约；肺脾气虚，水津不布；肾阴不足，心火过亢皆脏腑虚弱为患，属虚。肺经热郁，膀胱湿热则属实。临床上虚实之间也可互相转化，脏腑虚弱，卫外不固，易感外邪，外感风热，湿热内侵则可见虚中有实之象；湿热内蕴日久可损伤肾气而见肾气亏虚之证。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 白天小便次数增多，或难以计数，甚则5~10分钟即小便一次，每次尿量少，或只有数滴，无尿痛，尿频在睡眠状态时消失。

2. 尿常规正常。
3. 尿培养阴性。

二、鉴别诊断

1. 热淋 热淋特征为小便频数，淋漓不尽，往往有尿痛，尿道灼热，或尿血等表现，或伴发热、腰痛、尿常规、尿培养有阳性发现，与尿频只是小便频数而别无所苦不同。
2. 石淋 石淋以小便淋漓，尿流突然中断，或尿有沙石，尿血为特征。B超可有阳性发现，与尿频易于区别。
3. 消渴 消渴以多饮、多食、多尿和消瘦为特征，在小便方面也可以表现为小便次数增多，但其每次小便量大，与尿频之小便频数、点滴而出不同。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨别虚实 尿频在临床上以虚证为多，以肺、脾、肾三脏亏虚为主，但也有实证者，以湿热内蕴为主。虚证除尿频外，多伴有面色萎黄或晄白，形神疲惫，多静少动，易汗纳少，便溏洩清，甚则畏寒怕冷，腰膝酸软，舌淡脉弱等症。实证则表现为小便频数，尿道口微红，烦躁易怒，睡眠不安，舌质红，苔黄，脉滑数有力等症。
2. 分清寒热 尿频临床上有寒证热证之分。寒证多由脏腑虚弱，脾肾阳虚所致，多见面色晄白，便溏洩清，畏寒怕冷，腰膝酸软等症。热证有外感所致者，多表现为小便频数，尿道口微红，食欲不振，腹胀便秘，舌质红，苔黄腻，脉滑数等症，也有内伤所致者，常由肾阴不足，虚热内生，多表现为颧红盗汗，口干口渴，舌尖嫩红，苔少而干，脉细数无力等症。

二、治疗原则

尿频的治疗以鼓气化、缩小便为总的法则，临床根据导致膀胱气化失常的原因不同，分别采用温补肾阳、补脾益肺、滋阴降火、清热利湿等法。

三、分证论治

1. 肾气不足

证候表现 小便频数，点滴而下，体弱神疲，面白少华，少气懒言，便溏洩清，手足不温，或见方颅、鸡胸、齿迟，舌质淡边有齿痕，苔白，脉沉细无力。

辨证要点 本证临床上多表现为反复发作，病程较长，以小便频数，体弱神疲，面白少华，便溏洩清，手足不温，舌淡边有齿痕，脉沉细无力为特征，与肺脾气虚之面色萎黄，纳差神疲，容易出汗，舌淡，脉缓弱诸症不同。

治法主方 温肾化气，固涩下元。桑螵蛸散加减。

方药运用 常用药：桑螵蛸、益智仁、党参、茯神、远志、龙骨、乌药、菟丝子、补骨脂、甘草。形寒怕冷、手足不温者加官桂研面冲服或嚼服；便溏者加山药、薏苡仁；纳差加神曲、麦芽。

乌药既能通利小便而在淋证、癃闭中常用，也能缩尿治疗尿频亦有较好效果，其根本原因在于能温肾化气以助膀胱气化，无论尿频，还是癃闭，只要是由于膀胱气化失常者皆可用之。临床证实，乌药在治疗小儿小便频数方面确有较好疗效。另外，益智仁也有很好的缩尿作用，临床可以重用，一般可用至15~20g。

2. 肺脾气虚

证候表现 小便频数，点滴而出，不能自控，入睡即止，面色萎黄，容易出汗，形体消瘦，精神倦怠，食欲不振，舌质淡，苔白，脉缓弱。

辨证要点 本证特征为小便频数，面色萎黄，易汗消瘦，倦怠乏力，食欲不振，舌质淡，苔白，脉缓弱。偏肺气不足者以面眺气短，容易出汗为特征；偏脾气虚者，以形体消瘦，精神倦怠，食欲不振为特征。

治法主方 益气补肺，固摄缩尿。补中益气汤合缩泉丸加减。

方药运用 常用药：黄芪、党参、白术、陈皮、升麻、当归、柴胡、益智仁、乌药、山药、甘草。便溏者加薏苡仁；汗多者重用黄芪，可用至15~25g，加龙骨、牡蛎；食欲不振者加麦芽。

3. 阴虚内热

证候表现 小便频数，五心烦热，盗汗，口干欲饮，大便干结，舌尖嫩红，苔少，脉细数无力。

辨证要点 本证特征为小便频数，五心烦热，盗汗，口干而渴，舌嫩红，苔少，脉细数无力，与形神疲惫，面色无华，气短乏力，容易出汗等气虚证不同。

治法主方 滋阴清热。知柏地黄丸加减。

方药运用 常用药：知母、黄柏、生地、山药、山萸肉、泽泻、茯苓、丹皮、益智仁、甘草。心火偏旺，溲赤心烦者加竹叶、木通、白茅根；盗汗明显者加地骨皮、生龙骨、生牡蛎；便干加瓜蒌、火麻仁。

阴虚内热可由湿热伤阴转化而来，此时之阴虚多伴有湿热，临床上要详辨湿热、阴虚之孰轻孰重，以免利湿伤阴，养阴助湿之弊。

4. 湿热蕴结

证候表现 小便频数，点滴而下，尿色较深，尿道口轻度发红，烦躁不安，口渴不欲饮，肢体困倦，腹满不欲食，舌尖红，苔黄厚，脉滑数。

辨证要点 本证以小便频数、尿色较深、尿道口发红、口渴不欲饮、舌质红、苔黄厚为特征。偏热者则烦躁不安，尿道口发红较为突出；偏湿者则肢体困倦，腹满不欲食，苔厚腻等症较为突出。

治法主方 清热利湿。八正散加减。

方药运用 常用药：车前草、栀子、篇蓄、瞿麦、牛膝、白茅根、竹叶、甘草。湿偏重加苍术；热偏重加连翘、黄柏；热邪伤阴者加沙参、石斛。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 济生肾气丸 用于肾气不足之尿频。
2. 金匱肾气丸 用于肾气不足之尿频。
3. 知柏地黄丸 用于阴虚火旺之尿频。
4. 补中益气丸 用于肺脾气虚之尿频。

二、单方验方

猪膀胱1个，内装菟丝子、肉苁蓉、益智仁、萆薢、石菖蒲各10g，乌药6g，白茯苓15g，加水煮熟后，猪膀胱在铁锅内炒后食，所用中药熬至适量后过滤服汁，每日1剂。适用于肾气不足证。

三、食疗方药

狗肉 250g, 黑豆 100g。炖汤分次服。用于肾气不足证。

四、针灸疗法

针刺百会、关元、中极、三阴交, 每日 1 次或隔日 1 次。适用于脾肾虚弱者。

五、推拿疗法

每日下午揉丹田 200 次, 摩腹 20 分钟, 揉龟尾 30 次, 较大儿童可用擦法, 横擦肾俞、八髎, 以热为度, 适用于脾肾气虚者。

六、西医疗法

目前治疗神经性尿频多采用硝苯吡啶或消炎痛口服。硝苯吡啶每日 0.3~0.5mg/kg bw, 分 3 次口服; 消炎痛每次 0.5~1mg/kg bw, 1 日 3 次口服, 3 天为 1 个疗程, 若 1 个疗程无效, 可再用 1 个疗程。

【预防护理】

一、预防

1. 注意卫生, 防止外阴部感染及异物刺激。
2. 勤换内裤, 不穿开裆裤, 不坐地玩耍, 养成良好的排尿习惯。
3. 注意饮食调理, 增加营养, 加强锻炼, 增强体质。

二、护理

1. 多与小儿玩耍, 分散其对小便的注意力, 避免精神紧张。
2. 小便频数要注意勤换尿湿的衣裤, 尿道口发红者可用清水清洗或用野菊花、黄柏、苦参煎汤外洗。

【文献选录】

《诸病源候论·小儿杂病诸候·小便数候》:“小便数者, 膀胱与肾俱有客热乘之故也, 肾与膀胱为表里, 俱主水, 肾气下通于阴, 此二经既受客热, 则水气湿, 故小便不快而起数也。”

《类证治裁·闭癃遗溺》:“夫膀胱仅主藏溺, 主出溺者, 三焦气化耳。”

【现代研究】

小儿尿意频繁可能与大脑皮层发育不完善, 对排尿中枢抑制能力较弱, 膀胱神经功能失调有关, 也可能与中枢或周围神经病变引起膀胱尿道调节功能失常有关。也有人认为与轻微的感染、尿道异物刺激、尿液偏酸有关。目前对本病的病因尚不明确。中医对神经性尿频的研究只局限于临床治疗, 尚未见到关于本病的实验研究报告。在临床治疗上多数医家认为脏腑虚弱, 特别是脾肾功能不足是本病的主要原因, 治疗上多以温补为法; 也有以清热利湿为法者; 少数医家认为肺热郁结可致尿频, 而采用辛凉宣肺之法治疗; 此外针灸治疗本病也取得了较好效果。

1. 辨证方药

(1) 温补脾肾法 李洪如根据《金匱翼》“肺脾气虚不能约束水道而病不禁者”的理论, 采用补气温肾治疗小儿尿频 30 例, 药用黄芪 12g, 益智仁、桑螵蛸各 10g, 焦白术、乌药、制附子各 6g, 阳虚小便清长加肉桂 3g 冲服, 气虚少动加党参 10g, 外感流涕加桔梗 6g, 取得较好效果。^[1]侯桂莉采用培元益气法治疗小儿神经性尿频 36 例, 药用益智仁、乌药、山药、金樱子各 10g, 党参、黄芪各 12g, 白术、陈皮各 8g, 升麻、柴胡、甘草各

5g, 最少服药 3 剂, 最多 12 剂, 全部治愈。^[2]赖月贤采用补肾固气汤配合硝苯吡啶每日 0.3mg/kg bw 口服, 治疗本病 60 例, 3 天治愈者 57 例, 6 天治愈 3 例, 药用黄芪 15g, 升麻、金樱子各 10g, 桑螵蛸 6g, 猪膀胱一个。中药纳入猪膀胱内, 加水煎服, 1 日 1 剂, 5 天为 1 疗程。^[3]秦英报道用桑螵蛸散(桑螵蛸、益智仁各 12g, 黄芪、山药各 10g, 烘干研面冲服或吞服, 1 日 2 次, 每次 3g, 或用煎剂)治疗本病 51 例, 服药 5~7 天全部治愈。^[4]

此外, 也有人报道采用养心安神方法治疗小儿神经性尿频取得较好效果, 药用甘麦大枣汤加味。^[5]

(2) 清热利湿法 毕可恩报道小儿尿频与轻度的湿热之邪蕴结膀胱有关, 通过清热利湿, 清除湿热、感染或异物, 从而起到治疗作用。如该法无效, 说明并非湿热为患及异物刺激, 而可能与肾气不固、膀胱失约有关, 认为先用通利, 再施温补, 可无留邪之虞。采用先利后补治疗小儿神经性尿频 12 例, 用生地、竹叶、蒿蓄、瞿麦、车前子各 9g, 通草、甘草各 3g, 以清热利湿。若无效改用补肾缩尿方治疗, 药用熟地、菟丝子、五味子各 6g, 甘草 3g, 结果清热利湿法治愈 8 例(用药 3 天和 6 天各愈 4 例), 另外 4 例采用清热利湿法治疗 6 天无效, 改用温补法治疗 6 天而痊愈。^[6]这种方法在全身症状不明显, 中医辨证困难时, 很有参考价值。

(3) 清热宣肺法 彭宪章老中医认为尿频的主要病变在肺、肾、膀胱三经, 与心和脾也有一定关系。肺之肃降失常, 肾之开合失司, 膀胱约束无力, 均可致水液失其常度。如热邪郁肺, 肺气升降失常, 随经络影响肾与膀胱, 也可致小便频数。采用麻杏石甘汤清宣肺气而取得很好效果。^[7]夏绩思采用麻杏石甘汤加味治疗小儿尿频也取得了较好效果, 药用石膏、薏苡仁各 20g, 炙麻黄 7g, 甘草 5g, 杏仁、前胡、山药各 12g, 3 岁以下酌减, 睡眠不安加香附, 胸闷加桔梗, 便秘加瓜蒌。^[8]

2. 针灸疗法 罗星照报道采用针刺治疗小儿神经性尿频 22 例, 全部治愈。方法: 直刺关元、中极 1~1.5 寸, 足三里(双) 1~2 寸, 三阴交(双) 1~3 寸, 每穴强刺激 1 分钟, 关元和中极可透刺, 不留针, 一般针刺 3~4 次即愈。^[9]也有采用补足三里、关元、三阴交, 灸百会, 或加关元先针后灸, 或加耳针神门、膀胱、尿道等方法治疗本病的报道。陈美芳等报道采用针药并用治疗神经性尿频, 将苯巴比妥 0.1g 或安定 10mg, 经注射用水稀释至 2ml, 用 6 号针头刺入足三里穴(双), 待得气后抽吸无回血, 将上药缓慢注入 1ml, 小儿酌减, 每日 1 次, 7 日为 1 疗程, 适当配合针刺内关、百会、四神聪、三阴交穴, 口服维生素 B₁、谷维素起协同安慰作用, 治疗 31 例, 治愈 25 例, 总有效率 96.7%。^[10]施炳培等报道采用激光穴位照射治疗神经性尿频, 一部分采用氩氦激光治疗仪治疗, 功率 1~5mW, 波长 6328A, 光斑直径 5~8mm, 通过光导纤维直接点在穴位上进行照射治疗。另一部分应用半导体砷化镓激光治疗仪, 波长 9040A, 输出激光峰值功率 300mW 以上, 连续可调, 光脉冲频率 250~1000Hz, 光斑直径 0.1~7mm, 取穴百会、三阴交、关元。每天照射 1 次, 如 5 次效果不明显, 则加用肾俞或足三里, 每次每穴照射 5 分钟, 10 次为 1 疗程, 1 疗程无效者, 则停止治疗。治疗 63 例, 痊愈 56 例, 好转 7 例。^[11]

现代参考文献

[1] 李洪如. 补气温肾治疗小儿多尿 30 例. 江苏中医, 1990, (8): 16

- [2] 侯桂莉. 治疗神经性尿频 36 例. 辽宁中医杂志, 1990, (9): 39
- [3] 赖月贤. 中西医结合治疗神经性尿频 60 例. 实用中西医结合杂志, 1992, 5 (4): 208
- [4] 秦英. 桑螺蛳散治疗小儿尿频 51 例疗效观察. 黑龙江中医药, 1990, (1): 33
- [5] 吴曙粤. 甘麦大枣汤加味治疗小儿神经性尿频 38 例. 广西中医药, 1996, (1): 20
- [6] 毕可恩. 先利后补法治疗小儿神经性尿频 12 例. 广西中医药, 1990, (2): 12
- [7] 曹锡本, 等. 用麻杏石甘汤治疗小儿尿频经验介绍. 四川中医, 1995, (6): 6
- [8] 夏绩思. 麻杏石甘汤治疗小儿尿频. 云南中医杂志, 1993, (1): 5
- [9] 罗星照. 针刺治疗小儿神经性尿频. 中医杂志, 1988, (9): 20
- [10] 陈美芳, 等. 针药并用治疗神经性尿频 31 例. 陕西中医, 1995, 16 (4): 176
- [11] 施炳培, 等. 激光穴位照射治疗神经性尿频 63 例. 上海针灸杂志, 1993, (1): 16

(翟文生)

12.6 遗尿

【概述】

遗尿是指 5 岁以上的小儿不能自主控制排尿, 经常睡中小便自遗, 醒后方觉的一种病症。

遗尿可分为原发性遗尿和继发性遗尿两种, 前者是指持续的或持久的遗尿, 其间控制排尿的时期从未超过 1 年; 后者是指小儿控制排尿至少 1 年, 但继后又出现遗尿。

据国外报道, 约 15%~20% 的 5 岁儿童, 5% 的 10 岁儿童, 2% 的 12~14 岁儿童患遗尿症, 即使至青少年后期或成人期, 也还有 1%~2% 的人患遗尿症。夜间遗尿的儿童中, 男孩是女孩的 2 倍, 且有明显的家族倾向。未经治疗的遗尿症, 每年有 15% 的儿童自行缓解。本病大多病程长, 或反复发作, 重症病例白天睡眠中也会发生遗尿, 严重影响患儿的身心健康与生长发育。

中医学对本病有较全面的认识, 《素问·宣明五气》明确指出:“膀胱不约为遗尿”, 《诸病源候论·小便病诸候·尿床候》也说:“夫人有于睡眠不觉尿出者, 是其禀质阴气偏盛, 阳气偏虚者, 则膀胱肾气俱冷, 不能温制于水, 则小便多, 或不禁而遗尿。”嗣后, 历代医家均认为小儿遗尿多系虚寒所致, 常用温补之法。

现代对本病的认识有了深入的了解, 内服外敷、针推并施的综合疗法, 不仅提高了本病的治疗效果, 而且使本病的理法方药进一步丰富和完善。

【病因病理】

一、病因

1. 禀赋不足 先天禀赋不足, 素体虚弱, 肾气不足, 下元虚寒, 则闭藏失职, 膀胱气化功能失调, 而发生遗尿。

2. 病后失调 大病久病之后, 失于调养, 致使脾运失健, 肺气虚弱, “上虚不能制下”而遗尿。

3. 湿热内蕴 或因疾病影响, 或因饮食失调, 以致湿热内蕴, 郁于肝经, 肝经疏泄失利, 移热于膀胱而致遗尿。

4. 情志失调 突然受到惊吓, 或因小儿自幼缺乏教育, 没有养成良好的夜间排尿习惯; 或因小儿白天嬉戏过度, 夜间睡眠过深, 呼唤不应; 或骤然更换新环境等, 均可造成遗尿。

5. 其它因素 少数患儿是由于器质性病变所致，如蛲虫病、尿道畸形、脊柱裂（隐性或伴有脊髓膨出）、脊髓炎、脊髓损伤、癫痫、大脑发育不全及膀胱容积小等。

二、病理

1. 下元虚寒 肾为先天，职司二便，与膀胱相表里，膀胱为州都之官，主藏溺，小便秘留和排泄为膀胱气化功能所司约，而膀胱气化功能的正常发挥又赖于肾的气化功能来调节。若小儿先天禀赋不足，后天病后失调，素体虚弱则肾气不固，下元虚寒，膀胱气化功能失调而致遗尿。正如《诸病源候论·小儿杂病诸候·遗尿候》说：“遗尿者，此由膀胱有冷，不能约于水故也。”《幼幼集成·小便不利证治》也说：“睡中自出者，谓之尿床，此皆肾与膀胱虚寒也。”

2. 脾肾两虚 肾主水液，脾主制水，脾肾功能正常，则水液固摄有权，气化有序。由于小儿有“脾常不足”、“肾常虚”的生理病理特点，若失于调养或因它病导致脾肾虚弱，则水液代谢紊乱而发生遗尿。

3. 肺脾气虚 肺为水之上源，有通调水道，下输膀胱的作用，脾主运化水湿而能制水，肺脾功能正常，方能维持机体水液的正常输布和排泄。若病后失调，致肺脾气虚，则水道制约无权而见遗尿。

4. 心肾失交 心主神明，内寄君火，肾主水液，内藏相火，心火下炎以温肾水，肾水升腾以济君火，水火既济则心有所主，肾有所藏。若因教养不当，或睡眠较深，不易唤醒，失去对排尿的警觉，这与心主神明功能失调有关，心神不宁，水火不济，故夜梦纷纭，梦中遗尿，或欲醒而不能，小便自遗。

5. 肝经湿热 肝主疏泄，肝之经脉循阴器，抵少腹，若因湿热之邪蕴郁肝经，致肝失疏泄，或湿热下注，移热于膀胱，致膀胱开合失司而遗尿。正如《证治汇补·遗溺》所说：“遗尿又有挟热者，因膀胱火邪妄动，水不得宁，故不禁而频来。”

现代研究认为，遗尿是由于神经发育尚未成熟，大脑皮质或皮质下中枢的功能失调，或为膀胱脊髓神经支配的兴奋性发生变化所致。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

按国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》内遗尿的诊断依据：

1. 睡眠较深，不易唤醒，每夜或隔几天发生尿床，甚则1夜尿床数次。
2. 发病年龄在5岁以上。
3. 小便常规及尿培养多无异常发现。
4. X线摄片检查，部分患儿可发现有隐性脊柱裂，泌尿系X线造影可能见结构异常。

二、鉴别诊断

1. 尿失禁 其尿液自遗而不分寐寤，不论昼夜，出而不禁，在小儿多为先天发育不全或脑病后遗症的患儿。

2. 神经性尿频 其特点是患儿在白昼尿频尿急，入睡后尿频消失，与遗尿迥然有别。

【辨证论治】

一、证候辨别

遗尿的辨证重在辨其虚实寒热。遗尿日久，小便清长，量多次频，兼见形寒肢冷、面白神疲、乏力自汗者多为虚寒；遗尿初起，尿黄短涩，量少灼热，形体壮实，睡眠不宁

者多为实热。虚寒者多责之于肾虚不固、气虚不摄、膀胱虚寒；实热者多责之于肝经湿热；虚实夹杂者又当责之于心肾失交。临床所见，虚寒者居多，实热者较少。

二、治疗原则

虚证以扶正培本为主，采用温肾阳、健脾运、补肺气、醒心神等法；肝经湿热之实证宜清热利湿为主。除内服药物治疗外，针灸、推拿、外治疗法及单验方治疗本病，均可应用。

三、分证论治

1. 下元虚寒

证候表现 睡中遗尿，醒后方觉，每晚1次以上，小便清长，面色晄白，腰膝酸软，形寒肢冷，智力可较同龄儿稍差，舌淡苔白，脉沉迟无力。

辨证要点 本证是小儿遗尿的常见证候，病程较长，夜尿频多，全身虚寒之象较为突出。肾为先天之本，内寓命火，下元虚寒，膀胱失约，故见小便清长，夜尿频多；肾阳不足，髓海失养，故见阳虚气馁之症。

治法主方 温补肾阳，固涩止遗。菟丝子丸加减。

方药运用 常用药：菟丝子、肉苁蓉、制附子（先煎）、补骨脂、桑螵蛸、牡蛎、五味子、山药、乌药等。方中附子性热不宜久服。补骨脂性温入肾经，补肾壮阳，为历来治遗尿之要药，可作单方应用，用时取本品炒10~20分钟后，研细。3~9岁每次服1.5g，10~12岁每次服2.4g，每晚用温开水冲服。缩泉丸（益智仁、山药、乌药）有温肾健脾、暖膀胱、止遗溺之功能，对于病证较轻者，较为适宜。可适当配合针灸、推拿疗法，以提高疗效。

2. 脾肾两虚

证候表现 尿量多，尿色清，寐深不易唤醒，面色淡白，精神不振，纳呆便溏，舌淡苔薄白，脉沉缓。

辨证要点 由于脾肾两虚，水无所制，故遗尿量多次频；肾虚火不暖土，脾虚运化失健，故见面色淡白，纳呆便溏。

治法主方 温补脾肾，固脬缩尿。巩堤丸加减。

方药运用 常用药：菟丝子、五味子、益智仁、补骨脂、茯苓、山药、桑螵蛸、山茱萸等。若困睡不醒者加石菖蒲、远志以清心醒神；纳呆便溏者加党参、白术、炮姜温中健脾。本病疗程较长，由于小儿易实易热，疗程长则易从阳化热，故可酌加反佐之品，如栀子、黄柏等，但剂量宜轻。

本证论治，重在脾肾双补，塞流澄源，五子衍宗丸补肾益元，补中益气汤补脾升陷，缩泉丸加桑螵蛸收摄固约，三方合用，共奏补益脾肾元气以澄源，约束膀胱水道以固涩之功。也可用菝葜仁30g，山药15g，乌药6g，水煎1日2次分服。同时可配合外敷、针灸诸法。

3. 肺脾气虚

证候表现 睡中遗尿，量不多但次数频，面色无华，神疲乏力，少气懒言，食欲不振，大便溏薄，自汗出，易感冒，舌淡苔薄白，脉缓弱。

辨证要点 本证多因病后失调，肺脾气虚，上虚不能制下，以致睡中遗尿，尿频量多；少气乏力，自汗出，易感冒为肺脾气虚必备之证候。

治法主方 补肺健脾，固摄止遗。补中益气汤合缩泉丸加减。

方药运用 常用药：人参、黄芪、白术、升麻、柴胡、乌药、益智仁、桑螵蛸等。可加入麻黄以加强其宣发温煦之功，裨肺气得宣，膀胱得固，则遗尿可止。常用量为3~5岁每剂4g，6~12岁每剂6g，12岁以上每剂9g，临床未发现心悸、多汗、失眠等副作用，一般在服药第3天起即可能取效。除肝经湿热证外，其余各证均可配合应用。

4. 心肾失交

证候表现 梦中尿出如白天小便状，白天多动少静，寐不安宁，易哭易惊，记忆力差，或五心烦热，形体较瘦，舌红苔少，脉沉细而数。

辨证要点 本证为心肾不交，水火失济之证候，以白天玩耍过度，夜间梦中自遗为特点。心火偏亢，阳不入阴，则见寐不安宁，易哭易惊；肾阴不足，阴虚生内热，故见五心烦热，脉沉细而数。

治法主方 清心滋肾，安神固腠。交泰丸合导赤散加减。

方药运用 常用药：黄连、肉桂、生地、竹叶、木通、甘草等。嗜寐难醒加菖蒲、远志。若系阴阳失调而梦中遗尿者，可用桂枝加龙骨牡蛎汤以调和阴阳，镇阴潜阳。必要时配合针灸、推拿疗法以增强疗效。

5. 肝经湿热

证候表现 睡中遗尿，小便黄而尿少，性情急躁，夜梦纷纭，或夜间齟齿，手足心热，面赤唇红，口渴饮水，甚或目睛红赤，舌红苔黄腻，脉滑数。

辨证要点 本证为湿热内蕴，郁于肝经，下迫膀胱所致。尿少尿黄，夜间齟齿，性情急躁，目睛红赤，属肝经热盛。证属实热，误补则生他变。若有小便涩痛则属淋证。

治法主方 清热利湿，缓急止遗。龙胆泻肝汤加减。

方药运用 常用药：龙胆草、黄芩、栀子、木通、车前子、泽泻、柴胡、生地、甘草等。若夜卧不宁，齟齿梦吃较显著者，加黄连、连翘、茯神；若湿热化火，上犯心神，下迫小肠，水火相扰，开合失司者，宜清热泻火，豁痰理气，用黄连温胆汤；若久病不愈，耗伤阴液，肝肾亏损而见消瘦、低热、盗汗、舌红脉细数，用知柏地黄丸以滋阴降火。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 夜尿宁 用于下元虚寒证。
2. 缩泉丸 用于下元虚寒之轻证。
3. 补中益气丸 用于肺脾气虚证。
4. 五子衍宗丸 用于肾虚不固证。
5. 龙胆泻肝丸 用于肝经湿热证。
6. 知柏地黄丸 用于阴虚火旺证。

二、单方验方

1. 桑螵蛸3g，炒焦研末，加白糖少许，每日下午用温开水调服，连服10日。适用于肾气不足，膀胱失约者。
2. 益智仁10g，醋炒研细末，分3次开水冲服，适用于肾气不足，膀胱虚冷者。
3. 鸡肠1具，烧灰存性，牡蛎、茯苓、桑螵蛸各16g，肉桂、龙骨各8g，共为细末，

每服 3~4g。

4. 补骨脂(盐水炒)、五味子、桑螵蛸、菟丝子各 18g,益智仁 12g,覆盆子 30g,共研细末备用。每服 3~6g,早晚空腹各服 1 次,连服 7~10 天为 1 疗程。

三、药物外治

1. 五倍子、何首乌各 3g,研末,用醋调敷于脐部,外用纱布覆盖,每晚 1 次,连用 3~5 次。

2. 覆盆子、金樱子、菟丝子、五味子、仙茅、补骨脂、山茱萸、桑螵蛸各 60g,丁香、肉桂各 30g,研末装瓶备用。每次 1g,填入脐中,滴 1~2 滴乙醇或白酒后,外用暖脐膏固定,3 天换药 1 次。

3. 生硫磺末 45g,鲜葱根 7 个。先将葱根捣烂,与硫磺末拌匀,睡前置药于脐部,油纸覆盖,纱布固定,次日晚继用 1 次。

四、食疗方药

1. 益智仁、乌药、小茴香各 10g,装入猪膀胱内,用线将口扎紧,与鸡内金 10g 一起,用砂锅以文火将猪膀胱煮至烂熟,去药渣,加入大青盐 10g,早晚空腹吃猪膀胱喝汤,连服 5 剂为 1 疗程。

2. 猪小肚 1 具,纳入西洋参 1.8~2.1g,加水炖服,每日 1 次。

3. 将鸡蛋大头一端轻敲 1 小孔,放入白胡椒 5~7 粒,再取原破壳片封住小孔,蒸熟。5 岁以下患儿每晚蒸吃 1 个,5 岁以上每晚蒸吃 2 个,一般连吃 5~7 晚。

五、针灸疗法

1. 体针

(1) 主穴:通里、大钟、关元穴,先针通里,以泻法强刺激,得气后再针大钟穴,留针 10~15 分钟,起针后再用艾条温和灸关元穴 3~5 分钟,每日 1 次,6 次为 1 疗程。或取长强穴,快速刺入皮下 5 分,沿尾骨和直肠之间,深刺 1.5 寸许。配穴:气海、足三里及肾俞、三阴交,交替使用,每日或隔日 1 次。

(2) 针刺百会、关元、中极、三阴交,针后加灸,每日下午 1 次。

(3) 主穴:关元、中极、三阴交、肾俞、膀胱俞。配穴:水沟、神门。主穴用补法,配穴用平补平泻法。

2. 手针 针刺夜尿点(此穴在掌面小指第二指关节横纹中点处),每次留针 15 分钟,隔天 1 次,7 次为 1 疗程。

3. 足针 用 75%酒精消毒脚底小趾底部,用 5 分毫针在穴位一足小趾最下面的一个趾纹中点进针,来回捻转,待针尖接触骨面时捻转幅度加大,至患儿感到剧痛、下腹发热为止,留针 30 分钟,每日或隔日针 1 次。

4. 耳针 主穴:遗尿点(在肾点与内分泌点之间,食道点的下方)。配穴:肾点、皮质下。每次留针 30 分钟,10 次为 1 疗程。

5. 耳穴贴压法 取膀胱、肾、脾、三焦、心、脑点及神门点,以王不留行籽贴之,每日按压 3 次,每次 5 分钟,睡前加按 1 次,两耳交替。

六、推拿疗法

1. 每日下午揉丹田 200 次,摩腹 20 分钟,揉龟尾 30 次。较大儿童可用擦法,横擦肾俞、八髎,以热为度。

2. 补脾土、补肾水各 800 次，推三关 300 次，揉丹田 20 分钟，按百会 50 次，每日下午进行。

七、西医疗法

1. 药物治疗

(1) 盐酸丙咪嗪 此药对睡眠时膀胱充盈不敏感的患儿尤为有效。剂量为睡前 30 分钟口服 12.5~25mg (幼童酌减)，必要时可增量，但不超过每日 100mg，停药应逐渐减量，以免反跳及复发。副作用有血压升高、神经过敏、睡眠障碍等。6 岁以下小儿不宜用。

(2) 遗尿丁(氯酯醒) 每次 0.1g，每日 3 次。作用出现缓慢，服药至少 1 周以上。

2. 遗尿警报装置 使用对象为七八岁的儿童。夜间在患儿身下放一个对尿湿有反应的衬垫，尿湿后即发出警报，提醒患儿起床排空膀胱，治疗一段时间后，患儿逐渐容易觉醒，遗尿次数减少或不再发生。

【预防护理】

一、预防

1. 自幼培养小儿按时、睡前排尿的良好习惯。
2. 白天勿使小儿过度疲劳，傍晚前应注意控制饮水量，少给流质饮食，如服汤药，应尽量在白天服完，以减少膀胱尿量。临睡前令患儿排空小便。

二、护理

1. 排除遗尿对小儿情绪的影响，给以信心和支持，切忌打骂、责罚。
2. 夜间尤其在经常易发生遗尿的时间前，及时唤醒排尿。
3. 积极治疗引起遗尿的原发疾病。

【文献选录】

《类证治裁·闭癃遗溺论治》：“睡中自遗，幼稚多有，俟其气壮乃固，或调补心肾自愈，寇氏桑螵蛸散。”

《幼幼集成·小便不利证治》：“小便自出而不禁者，谓之遗尿，睡中自出者，谓之尿床。此皆肾与膀胱虚寒也。益智散（益智仁、补骨脂、茯苓）加附、桂、龙骨。”

《保赤存真·二便证治》：“凡小便自遗为寒。……寒者，火不足，水有余，治宜温肾水，益心火，益智散。”

【现代研究】

一、辨证论治研究

金美亚报道，临床将小儿遗尿分为四个证型，心肾不交型方用安神定志丸合桑螵蛸散加减；肺脾气虚型治拟升陷汤合补中益气汤加减；下元虚寒型方取济生菟丝子丸加减；湿热下注型方选连朴饮合二妙散加减。^[1]

俞景茂报道，以前瞻性研究方法观察治疗小儿遗尿症 64 例，其中治疗组 42 例，按中医辨证分为肺脾气虚、脾肾阳虚、心肾失交三型，均口服遗尿停胶囊（由黄芪、炙麻黄、家韭子、菟丝子、五味子、桑螵蛸、生牡蛎等组成）。3~6 岁每次 1.5g，7~9 岁每次 2g，10~12 岁每次 2.5g，1 日 3 次，饭后服，7 日为 1 疗程，连服 2~4 个疗程。对照组口服尿多灵片，剂量每日 0.25mg/kgbw，分 2 次服。结果：治疗组总有效率 81%，显效率 62%；对照组分别为 50%、32%，两组疗效有显著差异 ($P < 0.01$)。作者认为，麻黄具有较强的兴奋作用，能提高大脑皮质的兴奋性，使睡眠深度减弱，当患儿受到膀胱

充盈刺激时容易自醒，或易被唤醒，有效地避免了遗尿的发生，此与“警铃条件反射装置”有异曲同工之妙。^[2]

刘韶景报道，运用自拟止遗合剂（当归 60g，车前草 30g，炙麻黄 10g，上药浓煎至 200ml），14 岁以下每次服 100ml，15 岁以上每次服 200ml，每晚睡前 1 小时服，7 天为 1 疗程。治疗 100 例患者，总有效率 95%。作者认为，该药可扩张周围血管，增加肾与膀胱动脉的血容量，使肾近曲小管和远曲小管的回吸收增加，尿液渗出减少。并且兴奋交感神经系统，使膀胱逼尿肌松弛，膀胱内括约肌收缩，从而抑制了尿液的排放。^[3]

吴进录报道，临床以遗尿灵（鹿茸 1.5g，山药 12g，煅龙骨、煅牡蛎各 20g，鸡内金 10g，石菖蒲 6g，共研细末，装 0 号胶囊），<10 岁 3~4 粒，>10 岁 4~5 粒，1 日 3 次，盐开水冲服，15 日为 1 疗程。治疗遗尿症 200 例，总有效率 93%。^[4]

杜跃进等报道，运用自拟中药益智止遗合剂（桑螵蛸、益智仁、黄芪、山药各等份，补骨脂、细麻黄、石菖蒲、远志肉各等份），水煎浓缩 250ml，消毒密封装瓶。学龄前儿童口服 20ml/次，1 日 2 次；学龄儿童 25~30ml/次，1 日 2 次。对照组用丙咪嗪 12.5~25mg，每日 4 次，口服。两组疗程均为 21 天，观察统计自停药后 2 周内遗尿情况。结果：治疗组痊愈 9 例，有效 21 例，无效 11 例；对照组痊愈 4 例，有效 16 例，无效 21 例。总有效率分别为 73.2% 和 48.8%，经 X^2 检验有显著性差异（ $P < 0.05$ ）。治疗组与对照组治疗后的轻、中、重比率也有显著性差异（ $P < 0.05$ ）。^[5]

徐经印报道，应用补肾强身汤治疗小儿遗尿 56 例，药用：益智仁、金樱子、山药各 10~20g，仙灵脾 6~12g，菟丝子、女贞子各 12g，制狗脊、鸡内金、川芎、石菖蒲、陈皮各 10g，随证加减。每日 1 剂，水煎 2 次，空腹早中晚分服，7 天为 1 疗程。结果：临床治愈 51 例（91%），好转 3 例（5.4%），无效 2 例（3.6%），总有效率 96.4%。其中以肾气不固型疗效最好，其次为肺脾气虚型和痰湿内阻型。对湿热下注型不宜用本方治疗。^[6]

此外，曾明生以夜尿警觉汤（益智仁、麻黄、桑螵蛸、石菖蒲、猪膀胱）、罗钰以固涩汤（菟丝子、山药、补骨脂、益智仁、大枣、乌药）、王世彪以芍药甘草汤加味（芍药、甘草、覆盆子、益智仁、山药、桂枝）、贺哲以遗尿散（麻黄、五味子、菟丝子、益智仁）、郝玉明以节泉汤（党参、鸡内金、菟丝子、桑螵蛸、酸枣仁）、赵国仁以固泉饮（菟丝子、补骨脂、益智仁、桑螵蛸、黄芪、山药、五味子、石菖蒲、麻黄）、邓国强以止遗汤（黄芪、山药、白术、金樱子、山茱萸、益智仁、桑螵蛸、五味子）等治疗小儿遗尿症，均取得了较好效果。

二、外治疗法

付少云报道，用丁香 3 粒研细末，调米饭适量捣作饼，贴患儿脐部，或用加味生姜膏（生姜、炮附子、补骨脂）敷脐，每日 1 次，连用 3~5 次，可获满意疗效。^[7]

邱训杰等报道，以麻益散填脐治疗遗尿 38 例，药用：麻黄 2 份，益智仁、肉桂各 1 份，共研细末，每次用以少量食醋调成饼状，敷于脐心，外用胶布固定。36 小时后取下，间隔 6~12 小时以上再敷，共敷 3 次后，改为每周填脐 1 次，连续 2 次，以巩固疗效。结果：痊愈 18 例，好转 15 例，无效 5 例，总有效率 86.9%。^[8]

沈占尧以肉桂、丁香、五味子、补骨脂研末，白酒调敷神阙穴；邓宝康用五倍子与硫磺、桑螵蛸、芡实共为末，醋调，于临睡时敷脐；马宝林用五倍子与硫磺、葱白共捣

如泥敷脐，均获显效。

三、针灸疗法

王全仁等报道，患者取仰卧位，穴位常规消毒后，用3寸毫针刺关元穴向下透刺中极穴，进针2寸5分；用2寸毫针斜刺百会穴，进针1寸5分深，中强刺激，平补平泻手法，留针30分钟。灸时将艾条对准穴位，距离1寸左右，以温热感为度。每日1次，每次20~30分钟，7~10次为1疗程，一般1~2疗程治愈。^[9]

张晓霞报道，以通督法治疗遗尿症52例，取百会、命门、肾俞、膀胱俞，用平补平泻法，留针15分钟，若不配合则用快针。另嘱家长在患儿入睡睡前用艾条熏灸命门穴约10分钟。每日治疗1次，5次为1疗程。结果52例全部治愈。最短治疗2次，最长不超过2个疗程，平均治疗次数为6.4次。^[10]

杨日和取箕门穴，直刺1寸，得气后行捻转补法，留针30分钟，5分钟行针1次，连续7次为1个疗程。叶长青以针刺长强穴为主，7~10次为1疗程，一般1~3个疗程即获痊愈。

毛服民针刺遗尿穴（足针，部位手法见本病其它疗法），金伯华针刺遗尿点（手针，部位手法见本病其它疗法），王泰东以头针双侧足运感区，田维柱采用眼针肾、膀胱区，亦均获良好效果。

高美玲报道，根据脏腑经络理论结合神经学知识，选取肾、膀胱、脾、肺、缘中、皮质下、耳中、额、骶椎穴，用耳穴探测仪在所取耳穴相应部位探测敏感点，然后将粘有黄精籽药粒的小胶布块置于选好的耳穴上，进行按压，使患者感到酸、麻、痛或发热感，每日按压5~6次，5日更换1次。通过对比观察，认为耳穴贴压对原发性遗尿具有疗效佳、取效迅速、无针刺样剧痛等优点。^[11]

巫峡等报道，将小儿遗尿分为下元虚寒、脾肺气虚、肝经湿热3型，主穴选肾、膀胱、缘中。下元虚寒型配内分泌、脑点、尿点；脾肺气虚型配肺、脾、皮质下；肝经湿热型配肝、胆、三焦。每次用两侧耳穴贴压王不留行籽，嘱患者每日按压3次，每次按压1分钟，3天换药1次，换药5次为1疗程。治疗184例遗尿患儿，总有效率96.7%。^[12]

田正美用王不留行籽贴压肾、膀胱、心、脾、脑干、皮质下、内分泌、神门穴；丁育德则用王不留行籽贴压膀胱、尿道穴；袁诗眷等贴压肾、心、皮质下、兴奋点；丁福荣等贴压肾、膀胱、脾、胃、心、神门、脑点，治疗小儿遗尿症；曹希和用王不留行籽耳压外生殖器点、尿道点，配肾区、膀胱区，亦获良效。

四、推拿疗法

朱升朝报道，用常规按摩法治疗小儿遗尿症，补脾土、补肾水各100次，揉丹田5~10分钟，揉三阴交50次，随症加减。肾气不足型加揉外劳宫穴10分钟，百会穴200次；脾肺气虚型加补肺金、推三关各100次；阴虚内热型加揉内劳宫10分钟，揉小天心100次。治疗64例，总有效率92.1%。^[13]

庞承泽报道，主穴选中极、关元、三阴交、百会、肾俞、中脘、阴陵泉、箕门、脾俞、膀胱俞；配穴选命门、气海、复溜、阴谷、血海、气冲、八髎。手法用点、按、揉、推、摩、啄等，效果颇佳。^[14]

丁丽选取百会、丹田、三阴交、阴陵泉、肾俞穴，同时辨证选加其他穴位，用按揉

法结合以加强效应。陈昶采用足部按摩法,取穴肾、膀胱、输尿管,治疗小儿遗尿症,均获显效。

五、其它疗法

陈景云等报道,用JGL-N型激光医疗机,照射患儿关元、中极、双三阴交等穴位,每日1次,每次15分钟,7次为1疗程,经治32例,总有效率91%。^[15]

何福秀等报道,采用CL-2型电磁疗机,将双磁头线接通磁疗机后,置于中极、关元、归来、三阴交等穴位上,每穴每次15分钟,每日1次,5次为1疗程,治疗20例,总有效率100%。^[16]

陈英用654-2注射于通里、大钟穴后,患者夜间能自醒,遗尿自然而愈。叶茂田取穴关元、中极、曲骨,用埋线法将羊肠线埋入皮下组织。沈宗英采用经气导平仪疗法的补泻平衡法、优势平衡法、局整平衡法、交替平衡法治疗小儿遗尿症,均收到较好效果。

有关中医药治疗遗尿的报道较多,疗效较好。但诊断、疗效标准尚不统一,未设置对照组等,影响了疗效的可比性。因此,统一诊断、疗效标准,应用脑电图、眼电图位等客观指标,进行证候分类标准化、客观化的研究,仍是今后亟待解决的课题。对器质性病变,如蛲虫病、尿道畸形、脊柱裂(隐性或伴有脊髓膨出)、脊髓炎、脊髓损伤、癫痫、大脑发育不全及膀胱容积小等引起的遗尿,要在明确诊断的基础上,进行专题研究,以确定疗效。

现代参考文献

- [1] 金美亚. 小儿遗尿证治浅析. 辽宁中医杂志, 1991, (6): 25
- [2] 俞景茂, 等. 遗尿停治疗遗尿症的临床观察. 中医杂志, 1993, 34 (7): 421
- [3] 刘韶景. 止遗合剂治疗遗尿症100例观察. 江苏中医, 1990, (8): 15
- [4] 吴进录. 遗尿灵治疗小儿遗尿症200例临床观察. 中医药研究, 1995, (5): 27
- [5] 杜跃进, 等. 益智止遗合剂治疗小儿遗尿症41例. 中国医药学报, 1995, (6): 27
- [6] 徐经印. 补肾强身汤治疗小儿遗尿56例. 新疆中医药, 1996, (1): 21
- [7] 付少云. 脐疗的临床应用. 四川中医, 1989, (12): 42
- [8] 邱训杰, 等. 麻益散填脐治疗遗尿38例. 江苏中医, 1990, (2): 37
- [9] 王全仁, 等. 针灸关元配合百会治疗遗尿306例疗效观察. 河南中医, 1990, (5): 32
- [10] 张晓霞. 通督法治疗遗尿症52例. 中医杂志, 1996, 37 (10): 598
- [11] 高美玲. 耳穴贴压疗法治疗遗尿症70例. 中国针灸, 1989, (4): 21
- [12] 巫峡, 等. 耳穴压豆治疗小儿遗尿184例临床观察. 北京针灸骨伤学院学报, 1995, (1): 38
- [13] 朱升朝. 按摩治疗小儿遗尿症介绍. 江苏中医, 1985, (7): 33
- [14] 庞承泽. 经穴按摩治疗小儿遗尿症46例. 北京中医, 1991, (1): 47
- [15] 陈景云, 等. 氦-氖激光穴位照射治疗小儿遗尿32例. 福建中医药, 1991, (1): 10
- [16] 何福秀, 等. 穴位磁疗治疗小儿遗尿20例. 上海中医药杂志, 1991, (4): 29

(陈永辉)

12.7 消渴

【概述】

消渴是指以较长时间的多饮、多食、多尿和形体消瘦为特征的慢性消耗性疾病。《金

《医要略·消渴小便不利淋病脉证并治》指出：“男子消渴，小便反多，以饮一斗，小便一斗”，就明确指出了消渴病多饮、多尿的特征。《古今录验论》明确归纳消渴病有三类：“一曰渴而饮水多，小便数，无脂似麦片甜者，皆是消渴病也；二曰食多，不甚渴，小便少，似有油而数者，此为消中病也；三曰渴饮水不能多，但腿肿脚先瘦小，阴痿弱，数小便者，此为肾消病也”。这是最早的三消立论，也是最早提出了消渴具有尿甜的特点。

西医之糖尿病属于消渴的范畴，尿崩症也具有本病的某些特点，可以参考本病进行辨证论治。

糖尿病属于成人的高发疾病，在儿科发病率较低，但却是内分泌代谢性疾病中比较常见的一种。它是因体内胰岛素相对或绝对不足而引起的碳水化合物、脂肪、蛋白质、水及电解质代谢紊乱性疾病，后期多伴有血管病变。糖尿病可分为两类：胰岛素依赖型（即Ⅰ型，缩写为IDDM）和非胰岛素依赖型（即Ⅱ型，缩写为NIDDM），小儿多属Ⅰ型糖尿病，少数为Ⅱ型。国内小儿糖尿病占全部糖尿病病人的5%，20岁以前的发病率约为5/10万，明显低于欧美国家的1.3%~2.7%。

中医学对本病的认识较早，早在《内经》中就有“消瘴”、“风消”、“消中”、“消渴”、“肺消”等病名，对其病因、治则、预防和护理等方面都已有记载，汉代张仲景在《金匮要略》中设专篇加以论述，其后历代医家对本病的认识逐渐深入，如《诸病源候论》、《备急千金要方》对本病的并发症已有一定的认识，特别是《古今录验论》首立三消之论，并提出本病有尿甜的特点，对消渴的认识更加深刻。至此有关消渴的病因、病理，临床表现和并发症的认识已基本成熟，为进一步深入研究本病的治法方药奠定了基础。自宋至明清时期，很多医家围绕着本病的治疗形成了百家争鸣的局面，总结出了很多切合临床实际的治法和方药，如《河间六书》、《儒门事亲》、《医学入门》、《医贯》、《景岳全书》、《幼幼集成》、《幼科铁镜》等医籍对本病都有比较精辟的论述。

现代对糖尿病的研究很多，在临床研究方面，进行了大量的临床疗效观察，采用中医药治疗糖尿病取得比较满意的疗效，并在此基础上对消渴病的辨证分型及证型的客观化方面进行了研究，为提高辨证论治的准确率和临床疗效打下了基础；制订了《中药新药治疗消渴病（糖尿病）的临床研究指导原则》，为研究治疗消渴病的中药新药提供了依据。在实验研究方面，利用高血糖或糖尿病动物模型对中药治疗糖尿病的药理药效进行了研究，取得了一定的成绩。

【病因病理】

一、病因

消渴的病因归纳起来，主要有两个方面，一是内因，即小儿脏气虚弱，这是决定因素；二是外因，即饮食不节、劳倦内伤和情志失调等，这些是诱发因素。

1. 禀赋不足，五脏虚弱 由于先天禀赋不足，生后脏腑怯弱，或病后体弱等原因导致脏腑虚弱，尤其是肾精亏虚与本病的发生有密切关系。因五脏主藏精，肾受五脏之精而藏之，肾之阴精为一身阴精之根本，若五脏虚弱，则精气不足，气血虚弱，肾则无精可藏，复因调护失宜，终致阴精亏虚，不得滋养濡润周身而发为消渴。正如《清代名医医案精华·王旭高医案》所云：“一水不能胜五火，火气燔灼，而成三消……稚龄犯此，先天不足故也。”《灵枢·本藏》则指出：“心脆则善病消瘴”、“肺脆则苦病消瘴易伤”、“肝脆善病消瘴易伤”、“脾脆则善病消瘴易伤”、“肾脆善病消瘴易伤”，说明消渴之发与五脏

气虚有密切关系。

2. 饮食不节，积热伤津 小儿喂养不当，嗜食肥甘炙博之品，损伤脾胃，运化失常，积滞胃肠，郁而生热，消谷耗液，津液不足，脏腑肌肉皆失濡养而发为消渴。正如《素问·奇病论》所云：“此肥美之所发也。此人必数食甘美而多肥也。肥者令人内热，甘者令人中满，故其气上溢，转为消渴。”

3. 劳倦内伤，脾气亏虚 小儿体弱或终日坐卧，案牍劳累或苦乏其力，负担过重，脾气困乏，运化无力，气血化源不足，脾既不能为胃行其津液，上亏于肺，又不能化生气血精微以养先天，下亏于肾，致使肺脾肾不足，虚火由生而发为消渴。

4. 情志失调，郁火伤阴 环境不适，所欲不遂，情志不舒，肝气郁结，郁久化火，火热炽盛，不仅上灼胃津，下耗肾阴，而且肝之疏泄过度，肾之闭藏失司，则火炎于上，津液泄于下，则三多之症随之而起，发为消渴。

5. 外感六淫，化热伤津 小儿脏腑娇嫩，形气未充，卫外不固，易于感邪，且小儿稚阴未长，感邪之后易于化热。外感六淫，皆可化热，耗伤阴津，脏腑经络失养则发为消渴。

二、病理

1. 病理关键，燥热伤津 饮食不节，积而生热，情志不舒，郁而化火，外感六淫，从阳化热，皆可使体内燥热过盛，耗伤阴津；或五脏亏虚，阴津本虚，脏腑经络失养而发为消渴。在上则见肺津不布，口渴引饮；在中则见胃热消谷，善饥多食；在下则见固摄无力，尿频量多。燥热偏盛，阴津亏虚为本病的病理关键，而以阴津亏虚为本，燥热偏盛为标。燥热愈甚，则阴津愈虚，阴津愈虚，燥热愈甚，二者互相影响，形成不良循环。

2. 病变脏腑，肺脾胃肾 肺主气为水之上源，敷布津液于周身，肺既受燥热所伤，则不能敷布津液而直趋下行，故小便频数量多，肺不布津则口渴多饮。《医学纲目·消瘴门》说：“肺主气，……肺病则津液无气管摄，而精微者亦随波下，故饮一溲二。”

胃为水谷之海，主腐熟水谷，脾为后天之本，主运化，为胃行其津液，脾胃受燥热所伤，胃火炽盛，脾阴不足，则口渴多饮，多食善饥；脾气虚不能运输水谷精微，则水谷精微下流而为小便，故小便味甘而量多；水谷精微不能濡养肌肉，故形体日渐消瘦。

肾为先天之本，主藏精而寓元阴元阳。肾阴亏损则虚火内生，上灼心肺则烦渴多饮，中灼脾胃则消谷善饥；阴虚阳盛，开合失司，水谷精微直趋下泄则尿多味甘。

综上所述，消渴之发与肺脾胃肾直接相关，其中尤以肾最为重要，即使症状在肺、在脾，亦与肾密切相关。如《石室秘录·内伤门》说：“消渴之证虽分上中下，而以肾虚致渴，则无不同也。”

3. 三消分立，互相影响 消渴之病根据其病变脏腑和临床特征不同，传统上分为上、中、下三消，但三消之间不是孤立的，也不是静止的，是互相影响互相转化的。如上消肺燥津伤，津液失于敷布，则脾胃不得濡养，肾精不得资助；脾胃燥热偏盛，上可灼肺伤肺，下可耗损肾阴；肾阴不足则阴虚火旺，亦可上灼肺胃。正如《临证指南医案·三消》所云：“三消一证，虽有上、中、下之分，其实不越阴亏阳亢，津涸热淫而已。”一般来说，消渴先上消中消，后下消，上轻下重，如《类证治裁·三消论治》指出：“上中不甚，则不传下矣，故肾消者，乃上中消之传变。”

4. 病理演变，虚实兼杂，变证丛生 消渴之病，其基本病理变化为燥热内盛，阴津

亏虚，但本病病程较长，缠绵难愈，日久之后，正气益虚，则变证丛生。肝肾阴亏，耳目失养可见目盲耳聋；阴虚内热，肺脾两虚，可并发肺痿骨蒸。消渴之病虽以正虚为主，但随病情演变，可产生痰瘀湿热诸邪。如阴虚津亏明显，血液粘稠流涩可见瘀血阻滞诸症；脏腑亏虚日久，抵御外邪力弱，则易外感湿热，蕴毒成脓，可见疮疖、痈疽、痤疮诸症；病久脾虚，痰湿内生，阻络闭窍则见瘫痪、昏迷诸症；病程日久，脾肾虚衰，不能制水，水湿潴留，泛滥肌肤，水肿乃生。总之，本病日久之后，往往出现许多虚实兼杂、复杂多样的证候。若病至晚期，则可见阴竭阳衰、脉微欲绝的危重表现。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 症状 多饮、多食、多尿、消瘦是本病的典型表现，常见明显口渴。
2. 血糖检查 空腹血糖升高。正常人空腹血糖为4.44~6.66mmol/L，餐后1~2小时血糖可达7.77~8.88mmol/L。轻型病人空腹血糖可正常，但餐后多升高，明显糖尿病空腹血糖可高达16.66mmol/L。
3. 葡萄糖耐量试验 如疑为糖尿病，但空腹血糖正常，可做此项试验，儿童可用静脉注射法。于5分钟内静注20%葡萄糖液0.5g/kgbw，若注射后90~120分钟血糖恢复正常范围，而最高血糖不超过8.88mmol/L，则为正常曲线。
4. 尿检 尿糖阳性。

二、鉴别诊断

1. 非葡萄糖性糖尿 果糖尿或戊糖尿等均无三多症状，而且空腹血糖和糖耐量试验正常，与糖尿病容易鉴别。
2. 非糖尿病性葡萄糖尿 肠道吸收糖类速度加快或肾糖阈降低，均可在尿中出现葡萄糖。前者呈餐后糖尿，后者为肾性糖尿。鉴别主要依靠空腹血糖及糖耐量试验，二者均正常。
3. 婴儿暂时性糖尿 婴儿于急性感染时表现为发热、呕吐和腹痛，同时可有尿糖、尿酮体及血糖增高，经过补液等一般处理或少量的胰岛素能很快恢复正常。与糖尿病不同。
4. 尿崩症 又称垂体加压素缺乏症，以多饮和排出大量稀释性尿为特点。幼儿常出现遗尿、夜尿次数增多，随之有烦渴多饮，病情逐渐加重，体温可升高，体重明显降低，严重脱水时可致脑损伤及智力缺陷，患儿很少出汗，皮肤苍白干燥，食欲减退，喜饮凉水，每日尿量可达4~10L，尿淡如水样，尿比重1.001~1.005，尿渗透压低至50~200mmol/L，与糖尿病之多尿不同，禁饮一加压素试验可明确诊断。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨阴虚燥热，标本轻重 本病以阴虚为本，燥热为标，两者互为因果，常因病程长短和病情轻重的不同，二者表现各有偏重，大体初病多以燥热为主，病程较长者则阴虚与燥热互见，日久则以阴虚为主，进而由阴损及阳，出现阴阳俱虚之证。

2. 辨虚实寒热，孰轻孰重 消渴之演变是一个虚实寒热互相转化的复杂过程。本病初起多表现为口大渴，喜冷饮，烦躁不安，多食善饥，口干舌燥，大便干结，为燥热偏盛为主；日久损伤其阴益甚，可见尿频量多，眩晕耳鸣，潮热盗汗，腰膝酸软，手足心热等阴虚之证，此以正虚为主；若病程缠绵，阴损及阳而致脾肾阳衰则可见口渴频饮，喜

热饮，昼轻夜重，饮多溲更多，形体羸瘦，手足逆冷等阳虚寒盛之证。

消渴之病以脏腑虚弱为本，但由于正气亏虚，卫外不固，易于感邪，极易因毒邪外侵肌肤而发为疮疖、痈疽等症。此时则以热毒内蕴之邪实偏重。

3. 辨上中下消，孰主孰次 消渴是以多饮、多食、多尿为主证的疾患，三者往往同时并见，但有轻重之分。传统上多根据消渴的临床表现不同，主要病变脏腑不同，将其分为上中下消，通常把多饮症状突出的称为上消，多食症状突出的称为中消，多尿症状突出的称为下消。《医贯·消渴论》说：“上消者，舌上赤裂，大渴引饮，……中消者，善食而瘦，……下消者，烦渴引饮，耳轮焦干，小便如膏。”上消以燥热伤津为主要病机；中消以热耗胃阴为主要病机；下消为上中消日久，损伤肾中元阴元阳所致。由于三消症状互为并见，且有密切的内在联系，实难截然划分。本病常因多尿而耗伤津液，津液耗伤则多饮多食，所谓的上消中消之证则随之而起；由于水谷精微下泄不能濡养机体，虽多饮多食而肌肤日益消瘦，五脏焦枯，精微下泄，小便增多，下消之证见矣。由此可见，三消的症状虽有差异，但其基本病机则一，故无须截然以三消分证，明辨三消可以作为辨证时的参考和佐证，以便更好地把握疾病的病机。

4. 明辨本证并发症 多饮、多食、多尿和消瘦为本病的基本临床表现，而诸多并发症则是本病的另一特点。本证和并发症的关系，一般以本证为主，并发症为次，多数患者先见本证，随病情发展而出现并发症，但也有与此相反者，三多和消瘦的本证不明显，常因痈疽、眼疾、心悸、中风等疾病而发现本病。根据治病必求其本的原则，一旦辨明本证与并发症的关系，在治疗上不可舍本逐末，忽略对本病的治疗。

5. 明辨消渴危重症 消渴日久，或因治疗不当，或因感受外邪可使消渴症状加重，证见面色潮红，头晕烦躁，恶心呕吐，目眶内陷，口唇樱红，息深而频，且口中有烂苹果味，此为阴津极度耗损，阴不敛阳，虚阳浮越的严重证候，应积极采取综合措施抢救，否则可有生命危险。

二、治疗原则

本病的病理是阴虚为本，燥热为标，故清热生津，益气养阴为其基本治则。本病的发病过程常以阴虚燥热开始，逐渐损及元气精血，由阴损发展为阴阳两虚或以阴虚为主之证，故治疗上除基本法则之外，还应针对具体病情，及时应用健脾益气、育阴清热、温肾壮阳等法，有实邪时，应适当运用清热解毒、活血化瘀、祛痰开窍、利水消肿等法。

三、分证论治

1. 燥热伤津

证候表现 烦渴多饮，口干舌燥，多食易饥，小便频数、量多、色混黄，身体渐瘦，或胃脘灼热，心烦易怒，大便干结或便闭不通，舌边尖红，苔黄燥或苔少，脉滑数。

辨证要点 本证为肺热津伤之上消和胃热津亏之中消的概括。本证为消渴初起或急性加重时的证候类型，其特征为烦渴引饮，多食善饥，尿频量多，身体渐瘦，大便干结，舌红苔黄燥，其中偏肺热津伤的特征为烦渴多饮，咽干舌燥；偏胃热津伤的特征为胃脘灼热，多食善饥，便秘。

治法主方 清热生津，养阴增液。玉女煎合消渴方加减。

方药运用 常用药：石膏、知母、生地、麦冬、花粉、葛根、黄连等。口渴明显者可酌加升麻，使气升津呈而止渴；气短乏力者可酌加党参、太子参；大便干结加大黄；口

舌生疮加黄连、银花。白虎加人参汤、二冬汤、生脉散、天花粉散、雨露散等方药也可加减运用。

2. 气阴两虚

证候表现 口渴多饮，精神不振，四肢乏力，气短汗出，形体消瘦，或多食与便溏并见，或食欲不振，舌红少津苔少，脉细数。

辨证要点 本证的特征为口渴引饮，神疲乏力，气短汗出，形体消瘦，舌红少津，苔少，脉细数。气虚为主者表现为精神不振，四肢乏力，动则气急汗出；阴虚为主者多表现为口干咽燥，口渴多饮，手足心热，舌苔少，脉细数。

治法主方 益气养阴生津。参苓白术散合雨露散加减。

方药运用 常用药：太子参、黄芪、茯苓、白术、山药、葛根、天花粉、生地、麦冬、山萸肉、枸杞子、石斛、沙参等。便溏加薏苡仁、扁豆；大便干结加火麻仁、柏子仁；食欲不振加山楂、香橼皮；气短出汗去太子参，加西洋参、生龙骨、生牡蛎。

人参能降低正常血糖及肾上腺素或高渗葡萄糖所致的高血糖，对四氧嘧啶糖尿病动物模型有一定保护作用。人参提取物有调节血糖水平的作用，使轻型糖尿病病人尿糖减少，停药后仍可维持2周以上，对中度糖尿病病人有改变症状、减少胰岛素用量的作用，临床比较常用。一般多用西洋参，每日1~3g，研面冲服或装胶囊吞服。一味西洋参兼有益气养阴两方面的作用。肖佐桃老中医认为益气养阴是治疗三消的基本法则，认为以党参、苍术、茯苓、黄芪、山药、熟地、山萸肉、玄参、麦冬、知母、花粉、甘草等药物组成的方剂为“三消通用方”。

3. 肾阴亏虚

证候表现 尿频量多，混浊如脂膏，尿甜，口干唇燥，腰膝酸软，头晕耳鸣，多梦，形体消瘦，皮肤干燥，全身瘙痒，舌红少苔，脉细数。

辨证要点 本证的临床特点为尿频量多，腰膝酸软，头昏耳鸣，皮肤干燥瘙痒。

治法主方 滋养肾阴，益精润燥。六味地黄丸加减。

方药运用 常用药：生熟地、枸杞、山萸肉、山药、茯苓、泽泻、丹皮、桑螵蛸。若阴虚火旺，骨蒸潮热，盗汗，可加知母、黄柏、牛膝、龟版。尿频明显者加益智仁、乌药或煨龙骨、煨牡蛎；心慌失眠加炒枣仁、夜交藤；腰膝酸软加女贞子；视物不清，两目干涩加沙苑蒺藜、决明子。

此型治疗常用熟地、山萸肉、枸杞等药物，滋养肾阴效果较好，亦有很好的降糖作用。如枸杞子含有甾体的衍生物，有显著降低实验性高血糖的作用，生地有抑制和预防肾上腺素性高血糖的作用，乌药能够温肾化气，以固膀胱约束之力，有较好的缩尿作用，临床与益智仁配合使用，缩尿作用更加明显，故消渴尿多时常用。

4. 阴阳两虚

证候表现 小便频数，混浊如膏，甚则饮一溲一，手足心热，潮热盗汗，头晕耳鸣，咽干唇燥，面容憔悴，耳轮干枯，面色黧黑，腰膝酸软，四肢欠温，畏寒怕冷，大便溏薄，舌淡苔白而干，脉沉细无力。

辨证要点 本型病变重点在肾，为消渴日久常见的较重证型，其特点为既有手足心热、头晕耳鸣、潮热盗汗、咽干唇燥、耳轮干枯等阴亏之症，又有四肢欠温，畏寒怕冷等阳虚表现。偏阴虚者则五心烦热，潮热盗汗，咽干唇燥等症突出，偏阳虚者则小便频

数，面色黧黑，四肢欠温，畏寒怕冷等症突出。

治法主方 育阴温阳，阴阳双补。鹿茸丸或金匱肾气丸加减。

方药运用 常用药：附子、肉桂、仙灵脾、肉苁蓉、菟丝子、山萸肉、山药、茯苓、泽泻、黄芪、枸杞子、牛膝。口渴明显加沙参、玉竹、花粉；尿多加乌药、益智仁；头晕加夏枯草；舌质紫暗或有瘀点加丹参、红花。

关于消渴治疗何以要用附子、肉桂等热药的问题，赵献可在《医贯·消渴论》中有详细的论述：“盖因命门火衰，不能蒸腐水谷，……上润于肺，如釜底无薪，锅盖干燥，故渴。至于肺亦无所禀，不能四布水津，并行五经，其所饮之水，未经火化，直入膀胱，正谓饮一升溲一升，饮一斗溲一斗。试尝其味，甘而不咸可知矣。故用附子、肉桂之辛热，壮其少火，灶底加薪，枯笼蒸溽，槁禾得雨，生意维新。”有人用真武汤治疗消渴，取得了满意疗效，认为治疗消渴注重温阳，附子、肉桂、干姜为不可缺少之佳品，临床用之，每多应效。祝湛予治疗阴阳两虚型糖尿病，用桂附八味丸加减，也取得了理想效果。

5. 瘀血阻络

证候表现 口渴尿多，小便混浊，大便燥结，胸肋刺痛，肢体麻木或疼痛，感觉异常，眩晕耳鸣，肌肤甲错，舌质紫暗或有瘀斑、瘀点，舌下络脉粗大而长，脉来细涩。

辨证要点 本证的特点为在消渴临床表现的基础上出现肢体麻木，肌肤甲错，胸肋刺痛，感觉异常，舌质紫暗，脉细涩等血瘀之证。从微观辨证方面也可得到不少依据，如全血比粘度、血浆比粘度、红细胞压积多增高，甲皱微循环改变等。

治法主方 活血化瘀，养阴清热。复元活血汤合增液汤加减。

方药运用 常用药：川芎、赤芍、当归、丹参、红花、桃仁、生地、玄参、麦冬、天花粉等。肢体麻木加白僵蚕、桑枝或牛膝；肢体疼痛加玄胡；大便干结加大黄；肌肤甲错加白芍；胸肋刺痛加佛手。

瘀血阻络对消渴来说，可以是主要矛盾，列为单独证型，但最多的机会是伴随着其它证型出现，所以临床上多在其它治法的基础上加用活血化瘀药物。常用的活血化瘀效果较好的药物有：丹参、红花、桃仁、水蛭、川芎等。临床上加用活血化瘀药物比单用清热养阴等其它方法治疗消渴效果更好。

6. 并发症的治疗

(1) 并发疮疖、痈疽 在燥热内盛时多见，可在相应治法方药中合用五味消毒饮、黄芪饮加减，以清热解毒，益气排脓。

(2) 并发目盲、耳聋 在后期最为多见，可选用杞菊地黄丸。雀盲者，再合用羊肝丸之类加减，以滋补肝肾。

(3) 其它 消渴日久尚可并发水肿、肺癆、昏迷、瘫痪等症，可参考有关章节辨证施治。

【急症处理】

一、糖尿病酮症酸中毒

小儿糖尿病未经治疗或治疗不当极易出现糖尿病酮症酸中毒，其发展迅速，病情危重，必须紧急处理。

临床表现 起病较急，表现为食少、恶心、呕吐、腹痛、关节或肌肉疼痛，严重脱水及酸中毒，精神萎靡，甚至昏迷。血糖多在 16.66~27.77mmol/L，但有些病例可因食

欲减退，多日进食较少，血糖可 $<11.11\text{mmol/L}$ 。血酮体明显增高，血二氧化碳结合力、碳酸氢盐、pH值均降低，血钠、氯下降，血钾在治疗前多正常，治疗后迅速下降。尿少时尿素氮增高。尿酮体强阳性。

治疗方法

(1) 中医治法 以辛开苦降、温阳救逆、增液潜阳为法，可用黄连温胆汤、参附龙牡救逆汤、增液汤加减。常用药：附子、人参、白芍、生龙骨、生牡蛎、生地、麦冬、玄参、黄连、竹茹、枳壳、云苓、陈皮等。

(2) 西医治法 近年来，应用小剂量胰岛素静脉注射方法治疗本证效果较好，开始可先静推一次普通胰岛素(RI) 0.1u/kg bw ，作为准备量，或直接以每小时RI 0.1u/kg bw ，用0.9%盐水60ml稀释，以1ml/min的速度静滴，1次可准备4小时的剂量，当血糖下降至 13.88mmol/L 时停用，改用皮下每4~6小时注射1次，应在停止滴注前半小时先皮下注射1次，以便与静脉滴注的效果相衔接。滴注RI时每小时测血糖1次，一般血糖下降速度为 $2.77\sim 5.55\text{mmol/L}$ 。

有明显脱水酸中毒时，立即大量快速给以0.9%盐水 20ml/kg bw 1小时内静脉输入，以后根据化验结果调整张力，若无条件可输入1/2张液，常以静脉用蒸馏水等量稀释生理盐水继续静滴，血糖 $<16.66\text{mmol/L}$ 时改用5%葡萄糖液稀释0.9%盐水。在8~12小时内补足累积损失，补液浓度参考血钠浓度，但应注意当血糖为 9.99mmol/L 时，所供液体的渗透压应相当于血钠 5mEq/L 。一般输液总量为每天 $80\sim 120\text{ml/kg bw}$ ，应用RI和输液后血钾迅速下降，见尿后即应迅速补钾，一般用氯化钾配成0.3%浓度静滴，能口服时改为口服，一般每日总量为 3mEq/kg bw 。

当 $\text{pH}<7.2$ 或 $\text{CO}_2\text{CP}<11.23\text{mmol/L}$ 或 $\text{HCO}_3^-<12\text{mmol/L}$ 时，开始补充碳酸氢钠等张液(1.4%)，提高碳酸氢盐水平不超过 $12\sim 15\text{mEq/L}$ 为适度，输入碳酸氢钠的量按 $0.6\times\text{体重}(\text{kg})\times(15-\text{测得的}\text{HCO}_3^-)$ 计算，开始先给半量，并且在1小时以上输入，如血pH仍低于7.2时才给余量，血pH越低，纠正酸中毒应越慢，一般 NaHCO_3 的滴速低于每2小时 $2\sim 3\text{mmol/L}$ 。

在上述治疗的同时，应积极检查有无感染存在，选用有效的抗生素治疗。

二、低血糖

多由治疗和护理不当引起，如胰岛素过量，或饮食摄入太少，或活动突然增加等因素皆可导致低血糖发生。

临床表现 轻者出现心悸、出汗、饥饿，重者出现头晕、复视、视力减退、抽搐、昏迷等。

治疗方法 应立即查血糖，同时给以牛奶、糖果或食物，严重时应给糖水或静脉注射葡萄糖溶液。不稳定型糖尿病病人应随身携带糖果或饼干等食物，以便及时纠正低血糖反应。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 六味地黄丸 用于肾阴亏虚证。
2. 金匮肾气丸 用于肾阳亏虚证。
3. 复方丹参片 用于瘀血阻络证。

4. 降糖甲片 用于气阴两虚证。

5. 消渴丸 用于气阴两虚证。

二、单方验方

1. 黄连素片 每日 10~15mg/kg bw, 分 3 次口服, 1~3 个月为 1 疗程。适用于各型糖尿病。

2. 新鲜竹节草 100g, 水煎服, 日 1 剂。适用于燥热伤津型。

3. 海参 1 个 (约 10~15g) 泡发后, 入茶叶、天花粉、黄芪、山萸肉各 10~15g, 同煮 30 分钟, 吃参喝汤, 1 个月为 1 疗程。适用于气阴两虚型。

4. 玉米须, 每日 30g, 煎汤代茶饮。适用于轻症糖尿病。

三、食疗方药

1. 山药, 每日 250g, 煎汤代茶, 或作菜肴或作点心, 长期食用。适用各型糖尿病。

2. 枸杞子, 每日 6~12g, 与适量猪肝或肉炖汤, 长期佐餐。适用于各型糖尿病。

3. 南瓜粉, 每日 30g, 水煎服, 1~3 个月为 1 疗程。适用于各型糖尿病。

4. 柠檬, 30~50g, 与鸡肉 100~200g 一起炖熟后分 1~2 次饮用, 每日 1 剂。或每日以鲜柠檬 30~50g 绞汁或泡水, 分 3 次服, 10~15 日为 1 疗程。适用于各型糖尿病。

四、药物外治

石膏、知母、生地、党参、玄参、甘草、花粉、黄连、粳米, 经提炼成粉, 取 250g, 加盐酸二甲双胍 100g 混匀敷脐, 每日 1 次。该方法适用于病程短、病情轻的糖尿病患者, 尤适用于非胰岛素依赖型糖尿病。

五、针灸疗法

1. 体针

(1) 阴虚热甚 取穴: 肺俞、鱼际、膈俞、胰俞 (经外奇穴, 在肝俞、膈俞连线之中点)、合谷, 渴者加金津、玉液, 便干加胃俞、丰隆。操作: 肺俞用补法, 余穴用泻法, 留针 20 分钟, 隔 10 分钟行针 1 次。每日选 3~4 穴, 每日 1 次或隔日 1 次, 轮换施治, 10 日为 1 疗程 (下同)。

(2) 气阴两虚 取穴: 脾俞、中脘、足三里、地机, 乏力加胃俞, 肢体困重加三阴交。操作: 脾俞、足三里、地机穴用补法, 余穴用泻法。有血瘀者加肺俞、膈俞, 诸穴均用平补平泻法。

(3) 阴阳两虚 取穴: 肾俞、关元、三阴交、胰俞、太溪, 症状明显者加中脘、气海。操作: 肾俞、关元、三阴交、太溪用补法, 余穴用泻法。

2. 灸法 适用于体弱、阴阳两虚偏甚者。取穴: 胰俞、肾俞、膈俞、足三里、三阴交、太溪。操作: 隔姜灸、艾灸均可, 每日 2 次, 每次 5~10 壮。

3. 耳针 取穴: 渴点、内分泌、皮质下、胰点、奇穴, 埋针或将王不留行籽紧压固定于穴位上, 留置 2~3 日, 两耳交替选用, 并常用手按压刺激以达到治疗目的。

六、人工胰岛法

是一种模仿人体内生理性释放胰岛素的人工胰岛泵, 它能保持血糖的波动与正常人一样而连续注射胰岛素, 有两种装置: 一种为闭环泵, 一种为开环泵, 以后者为优, 但价格昂贵, 且技术尚不完善, 目前尚未能普及。

七、胰岛移植法

是一种将已培养成活的同种胰岛组织，移植到 IDDM 或重型 NIDDM 患者体内的最新疗法，但由于技术原因，疗效尚不尽人意。

八、西医疗法

主要是胰岛素的应用和饮食控制，一般小儿糖尿病多数需要采用胰岛素治疗。

1. 胰岛素治疗

(1) 胰岛素的剂型 目前的常用剂型有普通胰岛素（短效）、中效的中性鱼精蛋白结晶胰岛素悬液（NPH）和长效的鱼精蛋白锌胰岛素（PZI）。

(2) 胰岛素制剂的选择和应用

①RI 与 NPH 联合应用 国外普遍推荐一开始即应用二者联合，目前国内有条件的也已开始应用。患儿每天胰岛素需要量一般为 $0.4 \sim 1.0 \text{u/kg bw}$ ，治疗开始的第 1 天以 $0.5 \sim 0.6 \text{u/kg bw}$ 计算较安全，将全日量平均分为 3~4 次于每餐前及睡前加餐前 20~30 分钟注射，若采用联合用药，按 NPH60%、RI40% 的比例混合，于早餐前和晚餐前半小时皮下注射，早餐前用全日量的 2/3，晚餐前用 1/3。根据用药后血糖或尿糖调整胰岛素用量或调整饮食。具体方法见表 12-1。

表 12-1 RI 和 NPH 混合应用时胰岛素和饮食的调整

情况	出现的时间	调整方法
低血糖	上午中间时	减少早餐前、增加早餐或餐间 RI 或点心
	下午中间时	减少早餐前 NPH 或增加午餐或餐间点心
	睡时	减少晚餐前 RI 或增加晚餐
高血糖	夜间	减少晚餐前 NPH 或增加睡前点心
	早餐后 2 小时高而午餐前合适或低	增加早餐前 RI，减少 NPH，或减少早餐和餐间点心
	早餐后 2 小时高及午餐前高	增加早餐前 RI 或减少早餐量
	午餐后 2 小时高，晚餐合适或低	增早上 NPH 及下午点心，或减少午餐，增加餐间点心
	午餐后 2 小时及晚餐前均高	增加早上 NPH 及减少午餐
	晚餐后 2 小时高，睡前合适或低	增加晚餐前 RI 及减少 NPH
	晚餐后 2 小时及睡前均高	增加晚餐前 RI 或减少晚餐
早晨空腹时高	增加晚餐前 NPH	

无 NPH 时可用 RI 与 PZI 以 3:1 或 4:1 的比例混合代替。

②单用 RI 每天于三餐前各皮下注射 1 次，必要时睡前点心前加注 1 次。参考前一天上午段尿及午餐前尿糖结果，增减次日早餐前的药量或调整早餐，依次类推。摒弃那种按餐前尿糖决定当时用药量的做法。

(3) 胰岛素的反应及处理

①过敏反应：小儿少见。特点为局部红斑、荨麻疹，伴灼热感、痒感，多在继续注射后消失。必要时用抗组织胺药物。

②胰岛素抗体：抗体的出现与胰岛素不纯有关，一般不需处理。出现胰岛素耐药（每日胰岛素用量 $> 2 \text{U/kg bw}$ ）时。改为纯胰岛素制剂。

③注射部位皮下脂肪萎缩：经常改换注射部位可避免发生。一般同一注射部位 1 个月内不许重复注射（针距 2cm）。皮下脂肪萎缩在改用纯的人胰岛素轮换注射后可以恢复。

④低血糖反应：见本病急症处理。

⑤慢性胰岛素过量（Somogyi 反应）：是容易被误诊的临床重要问题。由于胰岛素过量，常在后半夜至清晨之前发生低血糖，表现为出汗、恐惧或惊叫、头痛。低血糖引起肾上腺素、肾上腺皮质激素的分泌增加，拮抗胰岛素作用而产生高血糖，如胰岛素不减量，病情可持续并加重，表现为持久的轻度酮症或轻度酸中毒，清晨尿糖常为++++，还可有肝大、高脂血症等。对于一日内尿量增加，同时有低血糖出现，或1日间血糖波动较大而且胰岛素日用量 $>1.5\text{U/kg bw}$ 者应怀疑有Somogyi现象，测午夜后1~3时的尿糖或血糖，可及时诊断。

2. 饮食治疗 合理的饮食是治疗糖尿病的基本措施。对儿童患者应考虑生长发育的需要，不应严格控制热量，但重要的是定时定量的进餐。

(1) 每日需要的热量 可按下列式计算：

全日总热量(J) = $4184000 + (292880 \sim 418400) \times \text{年龄}$

具体多少应根据病儿的食欲、活动量、体格胖瘦及是否为青春发育期等不同情况灵活掌握。原则是年龄小、消瘦和病人食量较大的用较高的热卡。消耗增加时适当增加热卡。

(2) 食物的成分比例 食物热卡来源的分配应为糖类50%~55%，脂肪30%，蛋白质15%~20%。脂肪以非饱和脂肪酸油脂为主，应不少于90%，3岁以下小儿的蛋白质用高百分比，较大儿童蛋白质质量稍低。将全日热量分为早餐25%，午餐25%，晚餐30%，餐间点心各5%，睡前10%。

【预防护理】

一、预防

目前对糖尿病的病因尚不明确，尚无特异性的预防措施。平时要注意锻炼身体，增强体质，避免反复感染，饮食要有规律，不要过多食用肥甘厚味。父母及保育人员应注意观察，早期发现，及早治疗。

二、护理

合理调节饮食，食物品种要多样化，但要定时定量，相互调配。要向患儿及家长解释病情，消除患者的思想负担，并教会家属饮食控制的方法和胰岛素的应用方法。

【文献选录】

《素问·阴阳别论》：“二阳结，谓之消。”

《素问·脉要精微论》：“瘵成为消中。”

《灵枢·五变》：“五脏皆柔弱者，善病消瘵。”

《诸病源候论·小儿杂病诸候·热渴候》：“小儿血气盛者，则脏腑生热，热则脏燥，故令渴。”

《幼幼集成·消渴证治》：“夫消渴者，枯燥之病也。凡渴而多饮为上消，肺热。多食善饮为中消，胃热也。渴而小便数，膏浊不禁为下消，肾热也。虽为火盛水衰之证，然由虚热者多，实热者少，若作有余治之，误之甚也。”

“始而心肺消渴，脾胃消中，或肾虚消浊，传染日久，则肠胃合消，五脏干燥，精神倦怠，以致消瘦四肢，将为不起之候，初起治之得法，必不至是。”

《幼科铁镜·三消》：“三消之证，实热者少，虚热者多，不足之证也，若作有余之证，

误矣。”

“消渴心火动而消上，上消乎心移热于肺，渴饮茶水，饮之又渴，名曰上消，治宜莲花饮为主，次以生津四物汤。”

“消肌脾火动而消中，中消于脾移热于胃，喜多食，食无足时，小便色黄，名曰中消，宜用石膏、知母、甘草、人参，倍加石膏，外加粳米，次宜生津养脾。”

“消浊火动消肾，移热于膀胱，小便混浊，色如膏脂，名曰下消，宜用莲子、知母、芡实、麦冬入四物汤服之。”

“凡消证务要养脾生肺降火滋阴病自除矣。”

“总治三消以生血为主。”

【现代研究】

一、药效学研究

1. 降血糖作用 经过临床观察和动物实验证明治疗糖尿病的中药都有不同程度的降糖作用。但大部分中药对正常动物不产生明显降血糖作用，在糖尿病动物模型上却可表现出良好的降血糖作用。目前多采用损坏胰腺 β 细胞的方法来观察药物的作用，常采用切除部分或全部胰腺、注射链霉素和四氧嘧啶或肾上腺素等方法使血糖升高，在此基础上可以观察药物的降糖作用，大多数的报道都证明治疗糖尿病的中药有较稳定的降糖作用。如韩宏妮报道消渴灵胶囊（生地、知母、黄芪、山药、鸡内金、三棱、莪术、肉桂、红花）可明显降低病人的血糖水平，对实验性高血糖大鼠有降糖作用，且能降低血浆比粘度和全血比粘度。^[1]苏爱峰等报道，降糖通脉宁（由黄芪、生地、水蛭等组成）对糖尿病大鼠有明显的降糖作用。^[2]梁晓春等报道金芪降糖片（由黄芪、银花、黄连组成）对糖尿病患者及模型动物均有明显的降糖作用。^[3]吴仕九等报道加味白虎人参汤也有与优降糖相似的降糖作用。^[4]药理研究证明：人参、地骨皮、枸杞子、生地、知母、苦瓜、金果榄、苍耳子、玉米须、洋葱、白术、苍术、葛根、玄参、玉竹、黄精、淫羊藿、泽泻、麦冬、丹参、仙鹤草、桔梗、桑叶、茯苓、麦冬、胡芦巴、黑芝麻、首乌、刺五加、荔枝核等药物都有降低血糖的作用。

2. 其它方面的作用 治疗糖尿病的中药在降低血糖的同时，往往还有其他方面的药理作用。

苏爱峰等报道降糖通脉宁在降低血糖的同时，能降低血清抗坏血酸自由基及血清过氧化脂质的含量，提高血清超氧化物歧化酶的活性，降低心、肾组织中氧自由基的水平，从而减少组织损伤，可能与中药的疗效有关。^[2]梁晓春等也报道降糖中药片（由生黄芪、太子参、知母、草决明、黄连、川芎等组成）在降糖的同时可提高红细胞超氧化物歧化酶含量，抑制血清丙二醛生成，降低红细胞乙酰胆碱酯酶水平，提示中药可以影响自由基及乙酰胆碱酯酶的代谢。^[5]钱秋海报道，实验表明健脾降糖饮（黄芪、黄精、白术、山药、薏苡仁、葛根、玉竹、天花粉、枸杞、丹参等）有利于胰岛 β 细胞的再生和修复，促进未损伤胰岛 β 细胞分泌更多的胰岛素，从而降低血糖。^[6]

魏军平等报道降糖甲片能够纠正气阴两虚型糖尿病患者存在的维生素代谢紊乱，提高病人的血清 VitA、VitC 水平。^[7]

二、临床研究

1. 治疗方法概况 中医治疗糖尿病（消渴）有着悠久的历史，疗效是肯定的，特别

是近十几年来,不少单位对中药治疗糖尿病进行了系统观察,发现了不少疗效较好的治疗方法。综合各家报道,大概可分为以下几种。

(1)辨证分型治疗 郭庆贺报道采用系列中药制剂治疗糖尿病3000例,临床分为五个证型:气阴两虚、阴虚化热、阴虚、阴阳两虚型依次分别采用降糖合剂Ⅰ号(太子参、山药、山萸肉、枸杞子、黄芪、白术、甘草)、Ⅱ号(石膏、知母、生地、栀子、黄连、龙胆草、山药)、Ⅲ号(山药、黄柏、知母、五味子、龟版、桑螵蛸)、Ⅳ号(党参、白术、茯苓、甘草、龟版、山萸肉、枸杞子、鸡内金、黄芪、附子、牛膝),气阴两虚兼血瘀型用Ⅰ号加丹参、赤芍。结果总有效率达到97%。祝湛予将糖尿病分为阴虚、气阴两虚、阴阳两虚和血瘀四个证型,气阴两虚型以“降糖方”(玄参、生地、麦冬、党参、五味子、茯苓、牡蛎、苍术、黄芪、葛根、山药、丹参)治疗,阴虚型以一贯煎为主方,阴阳两虚型用桂附八味丸治疗。血瘀型以“抗自身免疫Ⅰ号方”(木香、当归、益母草、赤芍、川芎)为主方治疗。张书林用消渴方(苍术、黄连、鸡内金、荷叶、佩兰、白术、山药、天花粉、桑椹子、浮萍、五味子等)为基本方,湿热恋肺加地骨皮、天门冬、砂仁、射干、生地,脾受湿困加厚朴花、佛手花、生薏苡仁、生石膏,肾阳衰弱加杜仲、巴戟天、附子、萆薢。^[8]崔星来等对25例糖尿病按阴虚、气阴两虚、阴阳两虚三型治疗。阴虚型用北沙参、葛根、当归、枸杞子,气阴两虚型用黄芪、葛根、山药、白术、麦冬、枸杞子、生熟地、沙参、党参、黄精,阴阳两虚型用六味地黄丸加西洋参、附子、仙茅、仙灵脾治疗,总有效率达96%,明显优于单用西药组。^[9]马萍等报道,中药辨证治疗小儿糖尿病取得较好效果,临床分为两个证型,肺胃燥热型用白虎加人参汤,渴甚加天花粉,便秘加大黄,口疮加银花、黄连,肾阴亏虚型用六味地黄丸,瘦弱无力加人参、黄芪,头晕目眩加杞果、菊花。^[10]

(2)基本方随证加减 于淑芬报道,用糖尿康方治疗糖尿病41例,以太子参、猪苓、黄芪、木瓜、黄精、山药、丹参、水蛭为基本方,瘀血加红花、桃仁、川芎,气滞加檀香、佛手,总有效率达95.5%。刘岱麟报道用逍遥散加减治疗糖尿病60例,基本方:柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、薄荷、黄芪、枸杞子、甘草。并随证加减,结果总有效率达90%。李建军用自拟降糖汤(沙参、天花粉、生地、麦冬、甘草、知母、黄连、生牡蛎、茯苓)为基本方,口渴加石斛、葛根,善饥加石膏,尿多加金樱子、覆盆子,脾肾气虚加金樱子、芡实、山药、泽泻、栀子,阴虚阳亢加枸杞、菊花、天麻、僵蚕,阴阳两虚加肉桂、龟版、附子,瘀血阻滞加丹参、鸡血藤、泽兰、川芎等,治疗本病60例,治愈33例,有效率为90%。钱秋海用健脾降糖饮(由黄芪、黄精、白术、山药、葛根、玉竹、花粉、枸杞子、丹参组成,头晕耳鸣加山萸肉、女贞子,视物不清加决明子、沙苑蒺藜)治疗糖尿病59例,有效率89.8%。

(3)固定方治疗 固定方有煎剂和成药两类,药物组成主要是根据研究者对糖尿病的病因病机的认识和体会而定。如刘芳森根据阴虚燥热病机用黄芪、天花粉、熟地、地骨皮、山药、石膏、人参、五味子等制成降糖宁胶囊治疗本病227例,取得了满意疗效。^[11]肖玉珍按气阴不足的病机用益气养阴丸(红参、生地、熟地、泽泻、枸杞子、丹参、黄芪、地骨皮、山萸肉、天花粉)治疗本病249例,在控制饮食1个月后服用,2个月后与食控时血糖值对比,平均下降4.53mmol/L,24小时尿糖每日平均下降55.66g,其中显效69例,有效141例,总有效率为84%。^[12]

从临床报道来看,无论采用什么样的方式治疗糖尿病,已很少继续采用传统的三消辨证方法,三消辨证虽然简单明了,但它不利于直接把握证候性质,特别是随着对糖尿病研究的进一步深入,三消已经不能完全概括消渴的所有证型,如瘀血阻滞等,故目前多采用其它辨证方法,以便更准确地把握证候属性。但三消之论可以作为辨证时的参考和佐证。

2. 证型客观化的研究 在对中医治疗糖尿病进行临床观察的基础上,不少医师对辨证分型的客观化进行了研究,采用的指标主要有如下几种。

(1) 胰岛素释放试验、血浆胰岛素水平 刘畅等对糖尿病(I型)患者辨证分型与胰岛素释放曲线的关系进行了观察,结果空腹及餐后60分钟胰岛素释放均值阴虚热盛型最高,气阴两虚型居中,阴阳两虚型最低。而李敬林报道气阴两虚型血清胰岛素含量有增高倾向。^[13]

(2) 血浆环核苷酸水平 血浆cAMP和cGMP的含量及其比值可以作为判断阴虚、阳虚的一个指标。张大荣报道糖尿病阴虚热盛型cAMP含量接近常人,cGMP低于常人,cAMP/cGMP显著增高,而气阴两虚和阴阳两虚型表现相似,cAMP/cGMP降低,尤以阴阳两虚型下降显著。李敬林报道气阴两虚型糖尿病患者cAMP均值明显降低,且病程越长,幅度越大。^[13]

(3) 血液流变和甲皱微循环 翁维良报道糖尿病病人全血粘度升高,男性患者血浆比粘度与常人无差别,女性患者则明显升高;糖尿病患者的红细胞电泳时间较正常人高。^[9]其后祝湛予、邵启惠等在研究中也取得了相似的结果。糖尿病病人全血粘度增高已被认为是糖尿病血瘀的特征之一。甲皱微循环改变在糖尿病患者中占68.6%,多为轻度改变,马秀华等报道阴虚热盛型、气阴两虚型、阴阳两虚型分别相当于糖尿病的早期、中期、晚期,其中中晚期的甲皱微循环改变大于早期,血糖持续增高,有合并症者,其改变更明显。^[9,13]

(4) 血脂和血小板聚集 有人报道糖尿病病人血清TC和TG水平显著增高。高彦彬报道气阴两虚型的血清TC、TG、 β -Lp均高于阴虚型患者。施赛珠等对49例糖尿病患者作了血小板聚集率均值的测定,结果瘀证患者与无瘀证患者比较有显著性差异。梁晓春等观察了糖尿病患者血浆TXB₂、6-酮PGF_{1 α} 水平、全血粘度等指标,结果TXB₂显著高于正常人,6-酮PGF_{1 α} 水平较正常人低,但差别不显著,而上述变化在有血瘀症患者中更明显。^[14]

(5) 微量元素 朱玫等报道,阴虚者Cu含量增高,Zn/Cu值明显下降,阳虚病人也有明显变化,但没有阴虚者明显,阴虚者Fe的含量升高,而阳虚者Br下降。^[9]

(6) 免疫学指标 这方面的报道不多。李敬林观察了33例气阴两虚型糖尿病患者,发现患者IgA、IgM明显增高,IgG略有降低,说明气阴两虚型患者有免疫系统的改变。^[13]

证型客观化的研究是一个复杂问题,目前尚处于起步阶段,存在的问题很多,首先是诊断标准不统一,从证型划分到辨证标准都缺乏统一性,临床报道可比性差;其次是研究设计不合理,缺乏科学性和可比性;再者是选择指标欠规范。这样造成研究结果的实用性和可重复性差,不便于推广应用,值得进一步深入研究。

三、对尿崩证的研究

尿崩症在中医中无固定的名称,因其具备渴饮、多尿的临床特征,故前人多把尿崩症列入消渴的范畴,临床上尿崩症也可以按消渴辨证治疗。

1. 对尿崩症的病因病理认识 尿崩症的病因病理与消渴相似,但也有区别,一般认为肾气不足是本病之源由,随之二组伴随症状相继而起:一是肾消,肾气不固,关门不利,水亏于下,津液无以上奉,则口干烦渴;二是阴虚生内热,阴津亏虚,虚火内生,上灼肺胃,引动心火,常见面部潮红,心烦惊悸,夜寐不安,恶梦纷扰,手足心热,盗汗等症。故尿崩症的病因病理可分两个方面:一是肾虚,一是燥热。二者互为因果,互相转化,燥热内盛,必致真阴亏耗,真水不足,必致相火偏亢。

2. 对尿崩症的治法探讨 王进军认为尿崩症属阳盛阴虚之证,阳盛者乃心肝火盛,采用小柴胡汤平肝清热,合用增液汤养阴增液,采用此方法治疗小儿尿崩症4例,取得了较好效果。^[15]多数医家都将尿崩症分为阴虚燥热及脾肾阳虚两种证型,对于前者采用滋阴清热、生津止渴的法则,偏阴虚者以知柏地黄丸、麦门冬汤、二冬汤加减治疗,偏于燥热者以白虎加人参汤、玉女煎等加减治疗。对于脾肾阳虚型则采用温阳益气、固肾缩尿、健脾助运的法则治疗,多用金匱肾气丸、鹿茸丸、缩尿丸等加减治疗。^[16]

在治疗尿崩症时甘草是常用药物,且多单独使用,一般多用甘草粉2~5g,一日3~4次吞服,有较好的缩尿作用。甘草治疗尿崩症主要在于甘草甜素、甘草次酸,这两种成分均有去皮质醇样的作用,能使多种实验动物尿量减少,也有人认为是加强肾小管对钠、氯的重吸收的直接作用,不需要通过垂体发生作用。^[16]

也有采用针灸的方法治疗尿崩症的报道,如曹文中运用滋阴生津止渴、固涩下元的法则针刺治疗本病取得了较好的效果。取穴:金津、玉液、鱼际、劳宫、肺俞、心俞、肾俞、膀胱俞、尺泽、三阴交、太溪、行间、中脘、足三里、涌泉,先用毫针刺金津、玉液,用捻转泻法,留针30分钟,因尿数不能安卧者背俞穴也可速刺,以有明显酸胀感为度。中脘、足三里、三阴交、太溪用补法,余用泻法,每日1次,10次为1疗程,休息3天,再行下一疗程。取效后采用攻补兼施的办法,金津、玉液点刺,肺俞、脾俞、肾俞、三焦俞、膀胱俞、内关、合谷、鱼际、尺泽、中脘、天枢、气海、足三里、三阴交、公孙、太溪留针30分钟,后期调理脾胃为法,脾俞、胃俞、内关、合谷、中脘、天枢、足三里、三阴交、太溪、太冲、关元,以补为主,隔日行1次。此种系统方法治愈尿崩症2例。^[17]

从众多的临床报道看,中医治疗尿崩症疗效确凿,没有西药治疗的副作用,也没有发现西药替代疗法所产生的垂体功能抑制的副作用,但中药是否改善垂体后叶功能,改变抗利尿激素分泌不足的状况,目前尚无报道,需要进一步研究。

现代参考文献

- [1] 韩宏妮. 消渴灵治疗Ⅱ型糖尿病的临床观察和实验研究. 新中医, 1994, (1): 26
- [2] 苏爱峰, 等. 降糖通脉宁对糖尿病大鼠血清及组织氧自由基的影响. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (5): 291
- [3] 梁晓春, 等. 金芪降糖片治疗气阴两虚火旺型糖尿病临床及实验研究. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (10): 587
- [4] 吴仕九, 等. 加味白虎人参汤治疗胃热型糖尿病的临床及实验研究. 河南中医, 1994, 14

(5): 266

- [5] 梁晓春, 等. 降糖中药片对气阴两虚型糖尿病患者 RBC-SOD、MDA、AChE 的影响, 中医杂志, 1994, 35 (7): 414
- [6] 钱秋海. 健脾降糖饮治疗糖尿病的临床与实验研究. 中医杂志, 1992, (6): 29
- [7] 魏军平, 等. 气阴两虚型糖尿病与血清 VitA、E、C 含量关系的探讨. 辽宁中医杂志, 1994, 21 (5): 201
- [8] 吴观运, 等. 中医药治疗糖尿病近况. 河南中医, 1994, (1): 49
- [9] 王英珍, 等. 糖尿病研究进展. 山东中医杂志, 1994, 13 (10): 476
- [10] 马萍, 等. 小儿糖尿病的中药治疗. 吉林中医药, 1995, (5): 19
- [11] 刘芳森. 降糖宁治疗糖尿病临床及实验观察. 中医研究, 1991, (1): 16
- [12] 肖玉珍. 益气养阴丸治疗 NIDDM249 例. 北京中医, 1991, (6): 27
- [13] 陶绍平, 等. 糖尿病中医辨证分型与实验指标的关系研究概况. 山东中医杂志, 1994, 13 (9): 431
- [14] 梁晓春, 等. 糖尿病患者血浆 TXB₂、6-keto-PGF_{1α} 水平、全血粘度与血瘀证及微血管病的关系. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (5): 297
- [15] 王进军. 柴胡增液汤治疗小儿尿崩症 4 例. 内蒙古中医药, 1992, (2): 19
- [16] 潘文奎. 中医药治疗尿崩症 84 例临床资料分析. 甘肃中医, 1992, (1): 45
- [17] 曹文中. 针刺治疗疑难病举隅 (尿崩症). 中医杂志, 1995, (12): 26

(翟文生)

12.8 热淋

【概述】

热淋是以小便频数短涩, 淋漓刺痛, 或伴发热腰痛为特征的疾病, 是淋证中最常见的一种。《诸病源候论·小儿杂病诸候·热淋候》说:“热淋者, 三焦有热, 气传于肾与膀胱, 而热气流入于胞而成淋也。”

热淋包括西医之泌尿系感染、结核、肿瘤等多种疾病。在儿科以泌尿系感染最常见。泌尿系感染是小儿时期的常见病, 国内统计占儿科住院病人的 0.46%~3.5%, 女多于男, 婴幼儿时期发病率较高, 其中婴儿期约占总数的 40%。

淋证之名首见于《内经》, 有“淋”、“淋洩”、“淋满”等名称, 而《中藏经》首开淋证分类之先河, 提出了淋有冷淋、气淋、劳淋、膏淋、砂淋、虚淋、实淋、热淋八种, 其后历代医家对热淋论述很多, 不少医家认为热淋为其它诸淋之基础, 热淋日久, 可致诸淋发生。如清·尤在泾在《金匱翼·诸淋》中指出:“初者热淋、血淋, 久则煎熬水液, 稠浊如膏如砂石也。”《医家四要》、《证治准绳》等医籍对热淋都有较多论述, 但多数医家都把热淋放在各种淋证中进行论述, 把热淋单列进行论述的较少。

现代对小儿泌尿系感染进行了深入研究。在临床研究方面, 对泌尿系感染的辨证分型进行了探讨, 将中医辨证与病程分期相结合, 使辨证更准确; 对中药治疗某些细菌性尿路感染进行了观察, 研制了一些疗效较好的中药新药, 增加了中药治疗本病的手段, 提高了疗效。在实验研究方面, 建立了多种泌尿系感染的动物模型, 进行了较多的药理学方面的研究, 明确了中药治疗泌尿系感染的部分机理, 也为进一步开发中药新药打下了基础。

【病因病理】

一、病因

热淋的病因，主要由于感受湿热，湿热之邪可由外感而成，也可由内生而成。

1. 外感湿热 外感湿热是临床最常见的病因，可因外阴不洁，秽浊之邪上犯膀胱；或坐地嬉戏，湿热上熏膀胱；或皮肤疮毒，湿热内侵，流注膀胱。在夏秋之际，暑湿熏蒸，护理不当，尤易感受湿热之邪。

2. 内蕴湿热 其中有膀胱湿热内蕴或其它脏腑传变而来，多由恣食肥甘厚味，脾胃运化失常，积湿生热，流注膀胱；也可由心经热盛，移热小肠而致；或肝胆湿热下迫膀胱而成。

3. 脾肾亏虚 主要由于先天禀赋不足，脾肾亏虚，或由于热淋反复发作，损伤脾肾所致。

二、病理

1. 病变脏腑，肾与膀胱 热淋的病变部位主要在肾与膀胱，与脾也有密切关系，并可涉及心肝二经，但其病变关键部位在膀胱。湿热之邪，无论由外感所致，抑或由内生而成，皆因下迫膀胱而成淋证。膀胱为州都之官，气化出焉，湿热之邪蕴结膀胱，气化失司，而致小便频数，灼热刺痛，发为热淋。

2. 病势演变，虚实转化 热淋为五淋之首，初起属实证、热证，日久不愈，湿热煎熬，耗气伤阴，则可致正虚邪恋。湿为有形之邪，易阻碍气机，气滞不通则易见瘀血阻滞。故热淋日久者，多见正虚、湿热、瘀血并存之复杂证候。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 病史 有外阴不洁或坐地嬉戏等湿热外侵病史。

2. 症状 起病急，以小便频数，淋漓涩痛，或伴发热、腰痛等为特征。反复发作，病程较长者可见正虚的表现。需要指出的是小婴儿的热淋往往尿频、尿急、尿痛等局部症状不突出而仅表现为高热，临证时需要注意。

3. 尿常规 白细胞增多或见脓细胞，蛋白较少，可见白细胞管型，红细胞多少不等。

4. 洁尿培养 尿细菌培养阳性，定量培养菌落数在 $10^8/L$ 以上即可确诊，若菌落数在 $10^7 \sim 10^8/L$ 之间为可疑，在 $10^7/L$ 以下为污染，若经膀胱穿刺取样培养阳性即可确诊，不必参考菌落计数。

二、鉴别诊断

1. 癃闭 癃闭以排尿困难，小便量少，甚至点滴俱无，小便总量减少为特征。其排尿困难，每次小便量少与热淋相似，但热淋多有尿频而痛，每日尿总量正常，二者不难区别。正如《医学心悟·小便不通》所言：“癃闭与淋证不同，淋则便数而茎痛，癃闭则小便点滴而难通。”

2. 石淋 石淋是淋证之一，也具有小便淋漓不尽之特点，但石淋具有小腹窘急，小便不能猝出，溺时涩痛或绞痛，溺出砂石而痛止的特征。必要时可通过 X 线摄片及超声检查协助鉴别。

3. 急性肾炎 以浮肿、少尿、血尿及高血压为特征，其中以血尿为其主要表现，而泌尿系感染以尿频、尿急、尿痛为特征，尿改变以白细胞增多为主。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨湿重热重 湿热为热淋的基本病理因素，临床上有湿重热重之分，湿重者以尿频淋漓，胸闷，恶心呕吐，苔厚腻，脉濡为特征；热重者以尿频尿痛明显，发热恶寒，口渴烦躁，舌红苔黄，脉数为特征。

2. 辨虚多实多 热淋初起多属实证热证，但反复发作病程较长时，则损伤脾肾而出现虚实夹杂之证。此时应辨明是以虚为主，或以实为主，其主要辨证依据有发病病因、临床表现和病程长短。因感受外邪而致者多属实证；尿频以晚上为主，频数易出，少腹舒畅者属虚；尿痛如刀割，痛引膀胱少腹者，或尿痛艰涩，痛苦异常者属实；尿痛而不重属虚。以虚为主者，多伴腰膝酸软，少气懒言，潮热盗汗等症。而以实为主者，多伴发热，烦渴等症。

二、治疗原则

治疗热淋以清热解毒，利湿通淋为基本法则。但临证时要分清湿热之邪孰轻孰重，热重者以清热为主，湿重者以利湿为主，病程较久者要注意扶正祛邪兼顾，以益气温阳或滋阴清热，佐以利湿通淋。

三、分证论治

1. 膀胱湿热

证候表现 小便频数，点滴而下，急迫不爽，尿色黄赤，灼热刺痛，小腹胀满或痛引脐中，大便秘结，婴儿小便时哭闹不安，舌质红，苔黄，脉滑数或濡数，指纹紫。

辨证要点 本证为热淋中最常见的证候，多见于热淋之初起者，小便情况及全身表现都突出了湿热内蕴的特征，其症状特点为尿频、尿急、尿痛比较突出。此外也要注意年龄较小的患儿容易出现发热恶寒、烦躁不安、恶心呕吐等症。

治法主方 清热解毒，利湿通淋。八正散加减。

方药运用 常用药：萹蓄、瞿麦、山栀、木通、滑石、车前子（包煎）、甘草梢、大黄、淡竹叶、生地等。发热恶寒者加柴胡、黄芩，腹满便溏者去大黄，恶心呕吐加竹茹、藿香。

对本证治疗时清热多用山栀、黄柏、黄芩、大黄等；利湿多用车前子、泽泻、茯苓等。通淋利尿多用滑石、木通、萹蓄、瞿麦、淡竹叶等。土茯苓、萹蓄、瞿麦等药物对泌尿系感染的多种致病菌有抑制作用，在临床上多被选用。

2. 心火炽盛

证候表现 心烦失眠，口舌生疮，口渴欲饮冷，小便赤涩刺痛，尿频而急，或大便秘结，舌尖红，苔黄，脉滑数，指纹紫。

辨证要点 心烦失眠，口舌生疮，小便赤涩刺痛，舌尖红等症为本证的特征表现，可据此辨证。

治法主方 清心泻火，导赤通淋。导赤散、泻心汤加减。

方药运用 常用药：生地、竹叶、木通、甘草梢、灯芯草、黄连、黄芩、莲子心、赤茯苓、滑石、白茅根等。若心脾热盛，大便秘结者可加用大黄或凉膈散以凉膈泻火。若心热脾虚可改用清心莲子饮。若尿痛而急，色赤而涩，应加清利之品，如石韦、萹蓄、瞿麦等。

3. 脾胃湿热

证候表现 口臭而粘，口渴不欲饮，齿痛纳呆，或恶心呕吐，小便涩痛难忍，尿热而急，舌苔黄腻而秽，脉滑数有力，指纹紫滞。

辨证要点 口臭而粘或流涎，齿痛纳呆，舌苔厚腻色黄等症为本证的特征。

治法主方 清胃醒脾，化湿通淋。清胃散合三仁汤加减。

方药运用 常用药：黄连、竹叶、生地、连翘、白蔻仁、生薏仁、木通、滑石、通草、黄柏、苍术。

若属湿温或暑湿困脾，扰于气分，湿重于热者，证见身热不渴，肢体倦怠，胸闷口腻，舌苔白滑，可用藿朴夏苓汤加减；若湿热并重，证见身热困倦，胸闷腹胀，无汗而烦，或有汗而热不解，溺赤便秘或泻而不畅者，可用甘露消毒丹加减；若热重于湿，证见发热身痛，汗出热解，继而复热，烦躁口渴，小便短赤，舌红苔黄者，可用黄芩石膏汤加减；若脾胃不和证见恶心呕吐、舌苔黄厚腻者可合用平胃散；若湿热伤脾，脾气已亏者，可合用参苓白术散或选加味三仁汤。

4. 肝胆湿热

证候表现 小便频急而短赤，尿时涩痛，或见阴肿，发热恶寒，烦躁易怒，口苦口干，纳呆，恶心呕吐，腹胀胁痛，舌质红，苔黄腻，脉弦滑，指纹紫。

辨证要点 肝胆湿热的特征是口苦口干，烦躁易怒，胁痛，脉弦滑，或见寒热往来，与其它证型易于区别。

治法主方 清肝泻火，利湿通淋。龙胆泻肝汤加减。

方药运用 常用药：龙胆草、黄芩、柴胡、山栀、车前子、木通、泽泻等。若有心火亢盛者加黄连、生地。恶寒发热加连翘、土茯苓。胆热偏盛者加蒿芩清胆汤。脾虚肝郁湿热下注者可加用参苓琥珀汤。

运用龙胆泻肝汤治疗肝胆湿热型泌尿系感染效果较好，对该型治疗的常用药物依次为柴胡、车前草、黄芩、半夏、甘草、木通、山栀、蒲公英、龙胆草、滑石等。

5. 正虚邪恋

(1) 肝肾阴虚，湿热留恋

证候表现 小便淋漓，色黄混浊，解溺隐痛或溲末疼痛，腰痛隐隐，五心烦热，午后低热，心烦口干，夜寐不安，甚则颧红盗汗，舌红而嫩，苔少，脉细数，指纹淡。

辨证要点 病程较长，反复发作，五心烦热，午后低热，颧红盗汗，舌红少苔，脉细数为本证的特点。

治法主方 滋阴降火，清热利湿。知柏地黄丸加减。

方药运用 常用药：熟地、山药、山萸肉、女贞子、龟版、丹皮、知母、茯苓、泽泻、生甘草等。若湿热尚重，可加篇蓄、瞿麦、白茅根利湿通淋。若心烦不得眠者可加天王补心丹。潮热盗汗者加地骨皮、龙骨、牡蛎。

肾阴虚兼膀胱湿热型可用知柏地黄丸加篇蓄、瞿麦、木通、土茯苓等。治疗时要准确辨别虚实程度孰轻孰重，因为养阴有碍利湿，利湿有损阴津，若不辨虚实轻重，则有伤阴助湿之弊。养阴宜用山萸肉、熟地、女贞子，利湿多采用篇蓄、瞿麦、土茯苓。

(2) 脾肾阳虚，湿热未清

证候表现 久病不愈，尿频清长，夜尿增多，或有轻微涩痛，面色无华，少气懒言，四肢欠温，腰痛绵绵，小腹坠胀，或腹胀纳呆，便溏肢肿，舌淡苔薄腻，脉沉细无力，指

纹淡。

辨证要点 病程较长，面色无华，气短懒言，四肢欠温，腰痛绵绵，脉来无力为本证的特征。

治法主方 温补脾胃，利湿通淋。肾气丸、右归丸加减。

方药运用 常用药：制附子、肉桂、鹿角胶（烊化）、炒杜仲、菟丝子、山药、枸杞子、山萸肉、当归、茯苓、泽泻、白术等。其中肉桂最好用官桂（冲服），其温阳作用好而辛燥之弊少。夜尿增多者加桑螵蛸、益智仁。下焦湿热未清，加萹蓄、瞿麦、蒲公英等。偏于脾虚者，重用党参、黄芪。

（3）气阴两虚，湿热未尽

证候表现 病情缠绵，尿频淋漓，时作时休，面色晄白，神疲乏力，气短懒言，五心烦热，潮热盗汗，舌淡苔少，脉细数无力，指纹淡。

辨证要点 本证兼有气虚、阴虚两方面的特征，气虚表现为面色晄白，气短乏力等症，阴虚表现为五心烦热，潮热盗汗等症。

治法主方 益气养阴，利湿通淋。四君子汤合六味地黄丸加减。

方药运用 常用药：黄芪、党参、白术、茯苓、山药、陈皮、菟丝子、生地、山萸肉、丹皮、女贞子、泽泻等。若有腰膝酸软，可加续断、桑寄生等。若心烦夜寐不安加酸枣仁、合欢。临床用药可根据气虚阴虚的程度不同选用益气为主或养阴为主的方法。

正虚邪恋乃由于热淋日久，湿热之邪损伤正气所致，除上述辨证治疗外，还应注意活血化瘀药物的应用，如牛膝、益母草、红花等可适当加入。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 分清五淋丸 用于膀胱湿热证。
2. 三金片 用于各型热淋。
3. 龙胆泻肝丸 用于肝胆湿热证。
4. 知柏地黄丸 用于肾阴不足兼膀胱湿热证。
5. 六味地黄丸 用于肾阴不足证。
6. 济生肾气丸 用于肾气不足证。
7. 龟苓膏 用于肾阴不足，湿热内蕴证。

二、单方验方

1. 地锦草、车前草、海金沙、薏苡仁、萹蓄、白茅根、白花蛇舌草、栀子等，任选一二种，每味20~30g，每日1剂，水煎服。适用于热淋之实证。
2. 车前子、穿心莲、蒲公英各20g，每日1剂，水煎服。适用于热淋之心火移热小肠者。
3. 土茯苓、蒲公英各30g，水煎服。适用于各型热淋尿检白细胞增多者。
4. 生地榆30g，制大黄、白茅根、川萆薢、瞿麦各15g，石榴皮12g，丹皮、黄柏、石韦各9g，甘草5g，每日1剂，水煎服。适用于热淋之膀胱湿热证。

三、药物外治

坐浴 金银花、蒲公英、地肤子、艾叶各30g，赤芍、生姜各15g，通草6g，水煎，坐浴，每日1~2次，每次30分钟。用于治疗尿频、尿急、尿痛。

四、食疗方药

1. 水芹 水芹菜白根，去叶捣汁，并水和服。适用于治疗热淋实证。
2. 荞麦 用荞麦面煮食之，适用于热淋各种证型。
3. 健脾利水粥 薏苡仁 30g，茯苓 20g，赤小豆 30~50g，鸡内金 10~15g（研面）。制作时，先煮薏米、赤小豆、茯苓，煮熟后将鸡内金面放入调匀即可。适用于脾虚兼湿热淋。

五、针灸疗法

1. 急性期 主穴：委中、下髎、阴陵泉、束骨。配穴：热重加曲池，尿血加血海、三阴交，少腹胀满加曲泉，寒热往来加内关，腰痛取耳穴：肾、腰骶区。
2. 慢性期 分三型：（1）气阴两虚，湿热留恋型。（2）肾阴亏虚，湿热留恋型。（3）肾阳不足，湿热未尽型。

主穴：委中、阴谷、复溜、照海、太溪。腰背酸痛加关元、肾俞。多汗补复溜、泻合谷。尿频尿痛加中极、阴陵泉。（1）型加照海、中脘；（2）型用补泻法；（3）型灸关元、肾俞。

六、西医疗法

宜选用广谱、强效，在血、尿及肾组织内浓度高，毒性小，服用方便，价格低廉及不易产生耐药性的药物。常用者有复方新诺明（每日 50mg/kg bw，分 2 次服，疗程 1~2 周）、吡哌酸（每日 30~50mg/kg bw，分 3~4 次服）、呋喃坦啶（每日 8~10mg/kg bw，分 3 次服）、氟哌酸（每日 5~10mg/kg bw，分 3~4 次服）。庆大霉素、卡那霉素等虽有较好的抑菌作用，但因肾毒性大，应尽可能避免使用。

多次再发和慢性感染常为多种细菌混合感染，并以耐药菌株为多见，反复感染时菌种还常有变异，故应根据药敏结果选用广谱抗生素联合用药，疗程 10~14 天，症状缓解后，减半量再用 10~14 天。对于发作过频或肾实质已有不同程度损害的病例，在上述疗程结束后改用小剂量长程抑菌疗法，剂量一般为每日量的 1/3~1/2，每晚顿服，连续给药 3~6 个月或更长。目的是抑制细菌生长繁殖，防止急性发作。

【预防护理】

（一）预防

增加营养，提高机体抵抗力。加强儿童卫生教育，注意卫生，不坐泥地，勤换内裤，尽早穿封裆裤。婴儿要及时更换尿布，尿布要用开水烫洗，大小便后要注意清洗臀部。

（二）护理

急性期患儿须卧床休息，尽量多饮水，发热病人饮食宜清淡，忌食辛辣刺激食品。

【文献选录】

《素问·六元正纪大论》：“病中热胀，面目浮肿，……小便黄赤，甚则淋。”

《诸病源候论·小儿杂病诸候·热淋候》：“热淋者，三焦有热气，传于肾与膀胱，而热气流入于胞，而成淋也。”

《备急千金要方·淋闭》：“热淋之为病，热即发，甚则尿血。”

《活幼心书·五淋》：“热淋，下焦有热，热气传于肾，流入于胞，其溺黄而涩，间有鲜血来者。”

《幼科金针·五淋》：“淋病有五，热淋、冷淋、血淋、气淋、食淋是也。名虽不同，小

儿得之，不过肾热流于膀胱，故令水道不利，小便赤少而数，小腹急痛引脐，当以八正散治之。又有热甚出血，导赤散治之。”

《婴童百问·五淋》：“若热淋者，其病状先寒战然后尿是也。”

《幼幼集成·小便不利证治》：“小儿患淋，小便淋漓作痛，不必分五种，然皆属于火热，宜清利之。”

《婴儿论·辨下焦病脉证并治》：“问曰：小便不利者，何谓也。答曰：膀胱以气化理，寒热虚实，其气不行，乃失转化，小便不利，即是也。病人脉数身热渴而溲便涩者，膀胱有客热。”

“问曰：淋有五种，何谓也。答曰：淋之为病，有寒、有热、有血、有石也，又真脏大虚，肚腹挛急而溺点滴者，此名劳淋也。阴头痛而小便淋漓，其色如血者，名曰热淋也，宜石韦汤。”

【现代研究】

一、药效学研究

尿路感染的药理药效学研究，主要是抗菌及抗炎作用的观察。

1. 抗菌试验 进行体外及体内抗菌试验，了解药物抑菌情况，这方面的研究报道较多。例如王淑琴等报道用“复肾宁”（由马齿苋、怀牛膝、瞿麦、蒿蓄等组成）治疗急性大肠杆菌肾盂肾炎模型大鼠，结果证实该药对模型动物有较好的治疗作用，疗效优于复方新诺明、呋喃唑啉。^[1]孙大锡等报道中药八正散在体内外均有抑制尿道致病性大肠杆菌的菌毛表达和对尿道上皮细胞的粘附作用。^[2]迟继明等报道用泌炎康（由党参、黄芪、石莲子、地骨皮、麦冬、蒲公英、白花蛇舌草、车前草、白茅根、甘草组成）治疗尿路感染取得较好疗效，动物实验表明，该药也同样具有抑制大肠杆菌菌毛表达及对尿道上皮细胞的粘附作用。^[3]

2. 抗炎作用 通过药理试验证明某些中药在治疗泌尿系感染时有较好的抗炎作用。王氏报道“复肾宁”对大鼠棉球肉芽组织增加及蛋清关节肿胀均有抑制作用，提示其有一定的抗炎作用。

二、临床研究

泌尿系感染的临床研究报道较多，治疗方法丰富。

1. 辨证分型与病程分期 中医辨证分型与泌尿系感染的病程有密切关系，综合各家报道，急性期辨证多为实证、热证，一般多分为膀胱湿热、肝胆湿热、湿困三焦、心火炽盛等证型，慢性期多分为阴虚湿热留恋、阳虚湿热内蕴、气阴两虚湿热未清、脾胃气虚湿热滞留等证型。^[4]

2. 中医治疗与微观辨证

(1) 菌尿 真性细菌尿是泌尿系感染确诊的基本条件，也是治疗的关键。黄星垣等指出，在辨证的基础上，加重清热解毒药物如忍冬藤、连翘、紫花地丁、蒲公英、野菊花、败酱草、黄柏、栀子、黄连、苦参、土茯苓、半枝莲等，则菌尿转阴率可望明显提高。根据现代药理研究，上述药物对大肠杆菌及副大肠杆菌的致病性有不同程度的抑制作用。^[5]有报道，对肝肾阴虚型应用知柏地黄汤加减治疗效果显著，可以达到症状消失、菌尿转阴的目的，方中山萸肉、山药、茯苓、女贞子等均有提高机体免疫功能的作用，但无明显抑菌作用，提示提高机体免疫功能也是中医药治疗本病有较好疗效的机制之一。^[6]

说明中药治疗本病的机理是多源性的。

(2) 瘀血 肾盂肾炎的病理解剖可见肾盂肾盏粘膜充血、水肿，显微镜下可见肾间质因炎症而形成瘢痕。这些现象，在中医理论属血瘀范畴。因此有些学者报道，在宏观辨证未见瘀血征象时，根据微观辨证，适当加入活血化瘀药物，可取得更加理想的效果。

(3) 扶正与免疫 反复发作的患者，缓解期 T 淋巴细胞总数减少， T_4 细胞减少， T_8 细胞增多， T_4/T_8 比值下降，对 B 细胞产生抗体的辅助作用减弱，血清 IgG、IgA、IgM 含量下降，且 IgG 水平与 T_4 水平呈正相关。说明缓解期存在 T 细胞免疫调控机制紊乱及体液免疫机能低下现象。尿 SIgA 含量明显低于正常，说明这类病人尿道粘膜免疫功能低下。孙氏等用益气补肾类中药组成益康冲剂（人参、黄芪、山萸肉为主）治疗反复发作的患者，结果各项低下的免疫指标（除 IgM 外）均基本恢复到正常水平。^[7] 机体免疫能力得到增强，有效地控制了本病的反复发作，从而为中医应用扶正法则治疗反复发作的患者提供了科学依据。

3. 对 L 型细菌感染的治疗 由于 L 型细菌在体内的生成、致病与机体免疫状态有关，在机体免疫功能低下时，其致病力增强，而泌尿系感染中 L 型细菌感染发生率高的原因在于肾髓质内的高渗环境为 L 型细菌的产生、存活创造了条件。

丁培植等报道用补肾益气通淋法治疗 L 型细菌尿路感染取得较好效果，药用黄芪、党参、茯苓、菟丝子、金樱子、牛膝、金钱草、萹蓄、山栀子等。^[8] 因为 L 型细菌感染多反复日久，故采用扶正祛邪并用之法多获良效。

4. 膀胱冲洗疗法 消毒灭菌中药煎液膀胱灌注可用于治疗顽固性尿路感染，如李廷霞等报道用黄连、黄芪、黄柏、山栀、白花蛇舌草组方，武火煎沸后改文火煎煮 30 分钟，滤液 2500~3000ml，用 4 层纱布滤过，高压灭菌 20 分钟，用此液潮式引流冲洗膀胱，每日 2 次，1 周为 1 疗程。^[9] 治疗顽固性尿路感染 12 例取得了理想效果。目前此法在儿科的应用尚未见报道，若消毒不严，易致感染，应慎用。

现代参考文献

- [1] 王淑琴，等。“复肾宁”治疗尿感湿热淋的实验与临床研究。中华肾脏病杂志，1993，9（3）：177
- [2] 孙大锡，等。治则不同的方剂对 UEC 的血凝作用和粘附尿道上皮细胞的影响。中医杂志，1985，（8）：5
- [3] 迟继明，等。泌炎康复方治疗致病性大肠杆菌所致泌尿道感染的有效机理研究。中国医药学报，1991，6（5）：265
- [4] 张永红，等。中药治疗尿路感染进展。河南中医，1993，13（6）：290
- [5] 黄星垣，等。中医急症大成。北京：中医古籍出版社，1987：556
- [6] 徐景芳，等。清热通淋法治疗尿路感染 103 例疗效观察。中医杂志，1988，29（12）：925
- [7] 孙建实，等。反复发作性尿路感染的临床与免疫学研究。中华肾脏病杂志，1990，6（3）：157
- [8] 丁培植，等。补气益肾通淋法治疗 L 型细菌尿路感染 10 例。中西医结合杂志，1988，8（5）：271
- [9] 李廷霞，等。膀胱灌注治疗顽固性尿路感染 12 例。江苏中医，1994，15（7）：312
（翟文生）

12.9 石淋

【概述】

石淋是淋证中的一种，临床以小便滴沥，尿中排出砂石，或小便突然中断，或茎中疼痛为特征。《食医心鉴·论七种淋病食治诸方》指出：“石淋者，淋而出石，肾主水，水结而成石也。”因石淋的特征为“淋而出石”，故也有人称其为砂淋或砂石淋。如《杂病源流犀烛·五淋二浊源流》说：“轻者为砂，重者为石。”

石淋属西医学泌尿系结石的范畴，但严格说来石淋只是泌尿系结石的某一阶段，二者并非完全相同。泌尿系结石是指肾、输尿管、膀胱、尿道结石，下尿路结石多表现为石淋的特征，而上尿路结石则很少见到小便淋漓涩痛、尿有砂石等表现，却常常以肾绞痛或部位固定不移的腰腹绞痛、血尿为主要症状。目前应用宏观辨证与微观辨证相结合的诊断方法，则所有泌尿系结石，包括无临床症状的结石，均按石淋辨证论治。本病为成人的高发疾病，在儿科则发病率较低，多见于4岁以上的儿童。

历代医家对石淋的认识是随着对淋证认识的逐渐深入而发展和完善起来的。早在《内经》中就有“淋”、“淋瀝”、“淋漓”等名称，至《中藏经》问世以后便有了“砂淋”之名。以后历代医家对本病的因证治方都有不少论述，认识也逐渐深入，如《诸病源候论·小儿杂病诸候·石淋》对小兒石淋的表现就有较为详细的论述，指出：“石淋者，淋而出石也，肾主水，水结则化为石，故肾客砂石。肾为热所乘，热则成淋，其状小便茎中痛，尿不能卒出时，自痛引小肠，膀胱里急，砂石从小便道出，甚者小道塞痛，令闷绝。”其他如《三因极一病证方论》、《外台秘要》、《严氏济生方》等书对石淋都有比较深刻的认识。

几千年来，人们对石淋的认识积累了丰富的经验，随着现代科技在中医研究领域的广泛应用，使本病的诊断治疗都得到了长足的进步。在临床研究方面，采用中药、中西医结合等方法治疗本病取得了比较理想的效果。随着B超等现代诊断方法的引入，采用辨证与辨病相结合的方法，使辨证论治的准确性得到了很大提高，从而也提高了临床疗效，扩大了治疗范围，采用石淋的辨证施治体系，不仅对具有石淋特征的下尿路结石有较好疗效，对上尿路结石的治疗也取得了理想的效果。在实验研究方面，建立了多种泌尿系结石的动物模型，在此基础上对中药治疗泌尿系结石的机理进行了探讨，筛选出了一批治疗泌尿系结石的有效方药，为进一步提高临床疗效奠定了基础。

【病因病理】

一、病因

石淋主要与湿热蕴结、气滞血瘀、脾肾亏虚等因素有关。

1. 下焦湿热 多由饮食不节，贪食肥甘之品，或恣食辛辣炙煿，酿湿生热；湿热之邪亦可由外感而来，如南方地处炎热之地，易外感湿热。湿热互结，蕴于下焦，日积月累，煎熬尿液，结为砂石。

2. 气滞血瘀 多由暴受惊恐，所欲不遂，或喜怒失常，情志怫郁，气滞不宣，而膀胱气化不利，气滞则尿涩，尿涩则津液贮蓄，日久结为砂石。砂石既成，更阻气机，气滞不畅，血涩不通，或湿热蕴结，阻碍气机而致气血运行不畅，终成气、血、水、石、热互结之证，诸邪之间相互影响，互相转化而成恶性循环。

3. 脾肾亏虚 先天禀赋不足，或素体脾肾亏虚，或久卧伤气，或病初清利太过，或病久损伤脾胃，终致脾肾亏虚。脾虚运化无力，水津不布，肾虚气化不行，水液蓄积，水聚日久，尿中浊物不化，则结为砂石。

二、病理

1. 病变部位重在肾与膀胱 肾主水，内藏元阴元阳，与膀胱相表里，为一身气化之根本，与膀胱气化密不可分。小溲不利，聚而为石，首先责之于肾及膀胱，故有“诸淋者，由肾虚而膀胱热故也”（《诸病源候论·小儿杂病诸候·诸淋候》）之说。肾为先天之本，脾为后天之本，先天赖后天以滋养，后天赖先天以温煦，肾气不足则脾失温煦，又脾主运化水湿，与水液代谢密切相关，故《灵枢·口问》有：“中气不足，溲便为之变”之论，因此，水聚热灼结为砂石的石淋，也与脾有密切关系。肝主疏泄，与全身气机运行密切相关，肝失疏泄，气机不畅，则肾与膀胱的气化及脾之运化功能均不能正常发挥，水液运行障碍，则也可致石淋发生。综上所述，石淋之发生，主要病变部位在肾与膀胱，但与脾和肝也有密切关系。

2. 病理因素着重湿热瘀滞 石淋初起多因湿热蕴结，煎熬尿液，结聚而成，但砂石既成，停聚于体内，则阻碍气血运行，而见气滞、血瘀诸症，故湿、热、瘀、滞为石淋之常见病理因素，且湿、热、瘀、滞、石五者常互相转化，互为因果，形成恶性循环。

3. 病理演变着重虚实转换 石淋初起多因湿热蕴结，煎熬尿液而成，多为实证热证。若用清利太过，或湿热蕴久耗气伤阴，则可致脾肾亏虚而见虚证。石淋不但可以由实转虚，也可由虚转实，脾肾亏虚，水湿停聚或气虚鼓动无力则可影响气血运行，结石为有形之邪，停滞体内，也必然使气血运行受阻，则可见气滞、血瘀等实邪内停之实证，故石淋日久，则多见脏腑亏虚湿热瘀滞内停之本虚标实之证。虽然临床上虚实之间难以截然划分，但是纵观本病的病理演变过程，大抵初期多以湿热为主，中期多以瘀滞为主，后期则以本虚为主。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 小便滞涩不畅，窘迫难忍，尿流突然中断，尿中有砂石或尿中带血，或尿检大量红细胞。

2. 少腹疼痛难忍，或腰痛如绞，牵引脐中，达于外阴。

3. B超或腹部X线平片可见结石征象。

二、鉴别诊断

石淋需要与热淋、血淋、癃闭、泌尿系感染等相鉴别。

1. 热淋 见本章“热淋”条。

2. 癃闭 癃闭以排尿困难，小便量少，甚至点滴俱无，小便总量减少为特征，石淋则以小便不畅，尿有砂石，尿流突然中断为特征，尿量正常。

3. 血淋 血淋以小便滴沥不爽，尿中带血为特征，与石淋不同，石淋日久结石损伤血络也可见尿中带血，但必具石淋特征。

4. 泌尿系感染 泌尿系感染以尿频、尿急、尿痛，或有发热为特征，尿频、尿急、尿痛有时易与泌尿系结石相混淆，但泌尿系感染常伴发热等全身表现，且尿常规有白细胞、脓细胞、红细胞等表现，尿培养可得致病菌，与泌尿系结石不同。但需要注意的是泌尿

系结石可伴发感染，泌尿系感染长期不愈也可诱发结石，这些可以从病史中得到鉴别。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨别部位 下尿路结石多见小便变化，出现小便滴沥涩痛，尿流突然中断等症。上尿路结石则很少出现上述变化，却常以肾绞痛，或腰腹绞痛、血尿为主要表现。

2. 分清虚实 本证初起多属实证，多为湿热蕴结所致，湿热日久，耗气伤阴，则可导致脾肾亏虚。砂石内停，阻碍气机，气血运行不畅则形成气滞血瘀诸证，出现虚实夹杂之证。除从病程上可以初步了解虚实多少外，从临床表现上也可了解证候性质。湿热为患者多见小便滴沥刺痛，尿有砂石，或见发热、呕吐等症；气滞血瘀为主者多见腰腹胀痛，尿血，舌有瘀点等症；脾虚者则多见小腹坠胀，时欲小便不得出，排尿无力，神倦气短，纳呆便溏等症；肾气不足则多见小便淋漓，时作时止，腰膝酸软、冷痛，尿有砂石，排尿无力等症。

二、治疗原则

石淋的治疗以通淋排石为基本法则，根据证候性质不同，可采用不同的方法。属湿热蕴结者以清热利湿、通淋排石为法，属气滞血瘀者则以行气化瘀、通淋排石为法，属脾肾亏虚者则以补脾温肾、通淋排石为法。一般来讲，下尿路结石多以实证为主，可以清热利湿、化气行水、利尿通淋为法。上尿路结石多为虚实夹杂之证，可以强肾利尿化石为法。临床上砂石不去则实邪难消，故石淋虽有虚证，也多夹实邪，往往扶正祛邪多法并施。

泌尿系结石西医多采用手术或体外震波碎石治疗。手术治疗的适应症为：①肾结石较大，或已有部分梗阻引起肾积水，或已合并肾盂肾炎、肾功能不全者；②膀胱结石较大者；③输尿管结石或尿道结石经非手术治疗失败者；④反复出现剧痛或大量尿血，不见好转，影响病儿健康者；⑤出现急性尿路梗阻者。

自1981年以来，结石的手术治疗发生了很大变化，目前以碎石、取石等措施替代了结石的开放手术，特别是体外震波碎石方法的应用，使多数结石患者避免了手术。

三、分证论治

1. 下焦湿热

证候表现 突然发病，小便刺痛艰难，有时尿流中断，尿中时有砂石，或腰际疼痛，小腹剧痛，小便短赤或血尿，或伴见发热、恶心、呕吐，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

辨证要点 本证的特点为突然发病，以小便滴沥刺痛，尿流中断，尿有砂石，血尿或小便短赤为特征，湿热重者也可见到发热、呕吐等症。

治法主方 清热利湿，通淋排石。石韦散加减。

方药运用 常用药：石韦、冬葵子、瞿麦、滑石、车前子、金钱草、鸡内金、威灵仙、郁金、海金沙等。尿道涩痛重者加蒲公英、生地榆、紫花地丁；腰腹胀痛者加沉香粉（吞服）、砂仁、青陈皮、乌药、川楝子、延胡索；有血尿者加大小蓟、藕节炭、白茅根；血尿久者加田三七；身热者加柴胡、土茯苓、蒲公英；便秘者加大黄、芒硝；恶心呕吐者加半夏、黄芩、生姜汁。本证日久可损伤正气，脾虚者加党参、黄芪；肾虚者加续断、桑寄生、杜仲或济生肾气丸。

名老中医岳美中以清热利湿排石为基本法则治疗泌尿系结石，临床效果较好。基本

方由石韦、生牛膝、冬葵子组成，上尿路结石加海金沙、车前子、王不留行，下尿路结石加乌药、滑石、生大黄（后下），气虚者加黄芪，脾虚者加山药，肾虚者加熟地、鳖甲，血瘀加赤芍、苏木、桃仁，有肾绞痛者加木香、香附，有尿路感染者加黄芩、紫花地丁。

金钱草是治疗尿路结石的常用药物，其用量宜大，一般可用至20~40g，品种以四川大金钱草为好。海金沙治疗本病也有很好效果，量宜大，同金钱草。沉香多采用冲服的方法，每日0.5~1g磨汁冲服。

2. 气滞血瘀

证候表现 腰腹胀痛，小腹胀满或疼痛，小便不畅或尿血，面色黧黑或萎黄不华，肌肤甲错，胁肋胀痛，口苦咽干，舌有瘀点，苔薄白，脉沉涩。

辨证要点 本证的特点是疼痛明显，腰际疼痛或少腹疼痛，小便不利或有尿血，舌有瘀点，临床容易区分，气滞明显者往往有胁痛走窜，口苦咽干，脉弦等症。

治法主方 行气化瘀，通淋排石。沉香散合五淋散加减。

方药运用 常用药：沉香、乌药、郁金、枳壳、当归、赤芍、桃仁、王不留行、金钱草、海金沙、牛膝、瞿麦。胀痛明显者加三棱、莪术；口苦咽干加柴胡、黄芩；口渴加石斛；胁痛加佛手；绞痛发作者加大量白芍、甘草；便干加大黄（同煎）；血瘀明显加穿山甲（醋炙）、鳖甲（醋炙）、皂角刺；血瘀日久、肾气不足者加胡桃肉（嚼服）。

乌药治疗泌尿系结石有较好疗效，其味辛性温，有行气散结止痛的作用，能温散肝肾冷气，疏达肾与膀胱之逆气，开郁通结。大量乌药治疗泌尿系结石，特别是久服清热利湿通淋之品无效，又无明显湿热症状者效果更佳。

3. 脾虚气弱

证候表现 腰背疼痛，小腹坠胀，时欲小便而不得出，排尿无力，面色苍白，精神倦怠，气短声低，纳呆便溏，舌淡苔白，脉细弱无力。

辨证要点 本证的特点为石淋日久，腰背疼痛，排尿无力，伴全身脾虚诸症，如神倦乏力，气短声低，纳呆便溏等。

治法主方 补脾益气，通淋排石。补中益气汤合四苓散加减。

方药运用 常用药：黄芪、党参、白术、陈皮、升麻、柴胡、当归、猪苓、泽泻、茯苓、鸡内金、海金沙。气虚甚者重用黄芪；纳呆便溏加山药、薏苡仁；利尿者加三七粉、琥珀粉冲服。

石淋之气虚者多合并有血瘀或阴虚，可适当加入化瘀或滋阴药物。如续断、丹参、益母草、红花、川牛膝或沙参、麦冬、生地、玄参、白芍等，临床上三七、琥珀对血尿的治疗效果较好，多采用冲服的方法，小儿用量多为每日1~2g。

4. 肾阴不足

证候表现 腰膝酸软，小便淋漓不畅，时有砂石排出，头晕目眩，心烦颧红，潮热盗汗，手足心热，唇干口渴，舌红苔少，脉细数。

辨证要点 本证为石淋日久，或清利太过，损伤肾阴所致。其特征为腰膝酸软，小便不畅，尿有砂石，并伴有全身阴虚火旺征象，如潮热盗汗、五心烦热等症。

治法主方 滋阴清热，通淋排石。六味地黄丸加味。

方药运用 常用药：山萸肉、熟地、茯苓、牛膝、泽泻、丹皮、金钱草、海金沙、鸡内金。五心烦热可加地骨皮、柏子仁；潮热盗汗加银柴胡、地骨皮、生龙牡；头晕目眩

加夏枯草、菊花；咽干口渴加麦冬、生地、沙参。

5. 肾阳亏虚

证候表现 腰膝酸软、冷痛，小便淋漓，时作时止，遇劳即发，尿有砂石，排尿无力，精神疲乏，面色㿔白，形寒肢冷，以下肢为甚，大便溏薄，小便清长，舌淡体胖或有齿痕，脉沉细无力。

辨证要点 本证多为疾病日久，急性期热邪耗伤肾气或过用苦寒清利使气血亏耗而致脾肾阳衰。其特征为腰膝酸软，小便不利，排尿无力，伴全身阳虚畏寒诸症，如形寒肢冷，面色㿔白，舌淡有齿痕等。小便淋漓、排尿无力等症与脾虚气弱有相似之处，但脾虚气弱无形寒肢冷、腰膝酸软等阳虚寒盛之症可兹鉴别。

治法主方 温肾壮阳，通淋排石。济生肾气丸加味。

方药运用 常用药：山萸肉、熟地、山药、茯苓、泽泻、杜仲、肉桂、巴戟天、牛膝、肉苁蓉、鸡内金、冬葵子、金钱草等。如兼有脾气虚，中气不足，少腹坠胀，小便点滴而出者，加黄芪、升麻、柴胡、白术；畏寒怕冷明显者加制附子。

由于本证多在结石存留日久后出现，加以不少病人伴有不同程度的肾积水，故在温补脾肾的同时多加入化气利水之品，如川椒、乌药、车前子、泽泻等。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 补中益气丸 用于脾虚气弱证。
2. 六味地黄丸 用于肾阴不足证。
3. 知柏地黄丸 用于肾阴不足兼有内热者。
4. 金匱肾气丸 用于肾阳不足证。
5. 壮腰健肾丸 用于肾阳不足证。

二、单方验方

1. 琥珀粉 3~6g，灯心草、薄荷煎汤调下，每日1次。适用于石淋之有血尿者。
2. 海金沙（研末）18g，金钱草40g，甘草6g，每日1剂，水煎分3次服。适用于湿热型石淋，也可在辨证施治的基础上加用本方治疗各型石淋。
3. 鸡内金1个，研末吞服，每次1个，每日2次。适用于各型石淋。
4. 鱼枕石、甘草适量，共为细末，每次5g，每日3次吞服。适用于各型石淋。
5. 消石散 火硝3g，滑石18g。制作方法：在铁勺上放纸一张，把火硝倒在纸上，不使其接触铁器，用火炒黄，然后与滑石混合加水1大碗，煮沸10分钟，过滤取汁。1日1剂，分2次服。连续服用至尿石排出为止。此方适用于湿热型石淋，特别对膀胱结石、尿道结石效佳，肾结石疗效欠佳。
6. 鸡内金、芒硝等量，共研细末。每次服0.5~1g，日服2次。治疗各种石淋。
7. 鲜地锦草100~200g，洗净捣烂，置于一大碗中，上盖一小碗，倒入煮沸糯米酒250~300ml，10分钟后，待其温热适当时服用。每日1~2次，7~10日为1疗程。适用于各型石淋。
8. 威灵仙60g，金钱草40g，每日1剂，水煎分2次服。适用于湿热型石淋。

三、饮食疗法

1. 鱼枕石 黄花鱼鱼头中两块坚硬的石头叫鱼枕石。将其焙干，研极细末。每次服

1~2g, 1日2次, 温开水送服。适用于各型石淋。

2. 猕猴桃 果和根均可药用, 性味酸甜微寒, 有强壮利尿通淋、清热生津之功。生猕猴桃60g, 水煎服, 日1剂。适用于各型石淋。

3. 黑木耳30g, 黄花鱼120g, 用水5碗, 煎成2碗, 为1日量, 分2次服。适用于石淋之有血尿者。

4. 鲜葫芦捣烂绞汁, 蜂蜜调服。每次200ml, 1日2次服。适用于各型石淋。

5. 鲜玉米根、叶或玉米芯各90g。煎水代茶饮。治疗湿热型石淋。

6. 饮水疗法 要求患者每日饮水700~1500ml, 保持尿量在每小时300ml以上, 大量饮水增加尿量, 降低尿内盐类浓度, 减少沉淀机会, 有预防结石再发和阻止结石增大的作用, 并可使小结石随尿顺利排出。

四、针灸疗法

1. 针刺

(1) 湿热证 主穴: 肾俞、大肠俞、膀胱俞。配穴: 委中、足三里、阴陵泉。均用平补平泻法。

(2) 气滞血瘀证 主穴: 肾俞、膀胱俞、腰阿是穴。配穴: 委中、足三里、血海, 肾绞痛放射至下腹部的用天枢、归来、腹部阿是穴。均用泻法, 重刺激加电针, 耳部埋针取交感、神门、肾穴。

(3) 正虚证 主穴: 肾俞、大肠俞、太溪。配穴: 足三里、气海、关元。均用补法, 艾灸肾俞、气海、足三里。

2. 耳压 取肾、输尿管、膀胱、尿道、三焦、外生殖器等耳穴。王不留行籽用胶布固定贴压穴位, 每日按压5次, 以微有痛感为度, 每次30分钟, 3日更换1次。在耳压前尽量多饮水, 并适当增加运动量, 以促进排石。

3. 电针 取穴: 肾俞、关元、三阴交、昆仑、膀胱俞、腹结、阳交、曲骨、水道、阿是等穴。采用断续波或可调波, 刺激由弱至强, 频率为10~20次/分。治疗肾、输尿管结石, 肾积水有一定疗效。

4. 水针 以10%葡萄糖注射液在肾俞、关元、曲骨、三阴交、足三里等穴位注射。适用于各型石淋。

五、推拿疗法

1. 按摩 按摩腰部三焦俞、肾俞、小肠俞、膀胱俞, 每日2次, 每次15~30分钟。适用于各型石淋。

2. 叩击疗法 叩击疗法可促使局部气血流通, 增进输尿管蠕动, 震荡结石, 促进结石排出。位于下肾盏的结石, 即使较小也不易排出。若采取头低臀高位, 配合肾区叩击, 可使结石进入肾盂, 若结石在上肾盏时, 应取坐位叩打。当结石降至输尿管下端膀胱开口处较长时间停滞不动时, 可采取直肠腹部双合诊, 将结石向下方推移。若结石在中肾盏时, 采取患侧在上的侧卧叩打, 叩击采用五指并拢空心掌拍打, 每日2次, 每次拍打15~30分钟。

3. 指压疗法 指压疗法是指术者以右手拇指指压患者背部的压痛点, 通过经络传导对石淋起到治疗作用的一种方法。指压疗法对肾绞痛具有立杆见影的止痛效果, 且可促进排石, 是一种具有推广价值的简便方法。

六、其它疗法

1. 水冲击疗法 让病人在短时间内大量饮水，或按 30~50ml/kg bw 迅速输液，或以 20%甘露醇或 25%山梨醇 1~1.5g/kg bw 静脉滴入，使尿量骤然增多，对结石进行冲击，随着尿量增加，输尿管蠕动波幅也增大，有助于结石排出。

2. 磁化水疗法 磁化水有碎石、溶石和使结石下移的作用。磁化水的溶解度和渗透压比较大，可使结石溶解和碎裂，从嵌动的管壁脱开，同时大量饮水，因机械冲刷作用，可促进排石，方法是每天尽可能多的饮用磁化水。

3. 运动疗法 即利用运动时结石的惯性及重力作用，以促使结石下移。患者可每日定时运动，根据体质情况可采用跳绳、单足跳跃、上楼梯、打篮球、短程快跑、骑自行车、坐颠簸椅等。但应注意的是跳跃时的频率与高度须不受关节缓冲的影响，并与输尿管蠕动的频率（2~8次/分）和时程（4秒钟左右）相吻合，可取得更好的效果，运动疗法应与其它疗法配合进行。

4. 总攻疗法 即采用一系列方法使尿量突然增加、输尿管扩张，促进排石的一种综合治疗方法。具体方法：(1)晨起 6 时 30 分口服排石中草药汤剂 200~300ml。(2)6 时 40 分静脉滴入 10%葡萄糖注射液 30~50ml/kg bw。(3)8 时口服双氢克尿塞 1~2mg/kg bw。(4)8 时 30 分皮下注射阿托品 0.01mg/kg bw。(5)9 时针刺天应、足三里、三阴交等穴位，留针 15 分钟。9 时 30 分起床活动。此法适用于各型石淋。

5. 灌洗膀胱疗法 车前子 30g，冬葵子 30g，滑石 30g，金钱草 40g，煎汤约 200ml，加入蓖麻油 100ml，混匀从尿道口用导尿管灌入膀胱，适用于经久不愈的输尿管结石及膀胱结石。此法有导致尿路感染的危险性，应慎用。

6. 激光碎石 对输尿管下 1/3 段及膀胱结石有确切疗效。

7. 体外震波碎石 用于直径小于 2cm 的肾结石。

8. 经皮肾镜取石 用于肾盂结石小于 2cm 者。

【预防护理】

一、预防

平时少在烈日下嬉戏或活动，多饮开水，增加活动量，宜食清淡食物。

二、护理

肾绞痛时可用针灸止痛或指压腰背部阿是穴止痛。热敷、热浴、电疗等都有一定的缓解疼痛的效果。

草酸钙结石者少吃菠菜、土豆，尿酸盐结石者少吃动物内脏、豆类、海产品等，磷酸盐结石者少吃腿肉、蛋黄等。平时应多服维生素 B₆，避免食入高钙食物。

【文献选录】

《中藏经》：“砂淋者，腹脐中隐痛，小便难，其痛不可忍，须臾，从小便中下如砂石之类。……虚伤真气，邪热渐深，结聚成砂，又如水煮碱，大火水少，碱渐成石之类。盖肾者，水也，碱归于肾，水留于下，虚热日甚，煎结而生，非一时之作也。”

《金匱要略·消渴小便不利淋病脉证并治》：“淋之为病，小便如粟状，小便拘急，痛引脐中。”

《活幼心书·五淋》：“石淋，肾主水，水结则化为石，肾为热所乘，遇小便则茎中痛，不得流利，痛引小腹，则砂石从小便出，甚至塞痛，令人昏闷，遍身有汗而后醒，此痛

之使然。”

《幼科铁镜·淋证》：“有沙淋者，肾水为热所结，化为沙石，内塞水道，沙出痛止，治用五淋散。”

《婴儿论·辨下焦病脉证并治》：“膀胱郁结，瘀浊致淋，凝则为砂，散则为膏，宜海金沙汤主之。”

【现代研究】

一、泌尿系结石的常用动物模型

乙二醇性泌尿系结石模型是实验研究中常采用的结石模型，每天给雄性大鼠喂饲含乙二醇和氯化铵的饮水或药物饼干，连续喂饲一定时间后，即可在肾内形成草酸钙结晶，饲料中加氯化铵可增加尿的酸性和钙盐浓度，从而加速草酸钙结石形成。

二、药效学研究

1. 防止结石形成的研究 防止结石主要是根据结石组成成分及其形成的原理研究防治的方法。

(1) 调整饮用水成分 目前认为泌尿系结石的发生与饮用水有关，尤其是微量元素的变化，因尿液中的微量元素均参与结石的形成。为改变这一状况，目前主要是采用磁化水防治。如华山医院用磁化水防治泌尿系结石，取得了约50%左右的溶石、排石、防石效果。^[1]进一步的研究则是采用磁化中药排石，也取得了一定效果。如潘文昭报道用自拟中药降排石汤（由金钱草、海金沙、鸡内金、滑石、冬葵子、乌药、牛膝、芒硝、甘草组成）放入磁化杯（磁感应强度为1500GS）中15分钟磁化后服用，平时多饮磁化水。306例输尿管结石病人如此治疗3个月后，治愈230例，有效54例，总有效率为93.18%。用该法排出的结石经剖析后均有不同程度的中空及结构疏松现象。^[2]这可能由于中药汤剂被磁化后水分子由长链结构变为短链结构，更易渗进结石内部，起到了一定的疏松崩解作用。目前尚缺乏这方面的对照研究资料，不能完全排除假阳性结论。

(2) 增加尿液钙盐溶解 泌尿系结石形成的主要机理之一即是肾内钙化，故使尿液酸化，溶解钙盐，是防止结石形成的重要措施。关晓明报道采用浸泡新鲜刀豆、扁豆、豆角等发酸水治疗泌尿系结石12例，结石全部排出，随访2~8年无一例复发。金德明通过实验证明单味金钱草可使肾脏内钙含量明显下降，使尿液酸化，能预防实验性肾结石的形成。中国中医研究院广安门医院也报道以金钱草为主药的Ⅲ号排石汤可防止乙二醇、氯化铵所致的草酸钙结石形成，对已形成的结石有溶解作用。^[3]

2. 溶石碎石的研究 非手术治疗泌尿系结石以往认为仅适用于横径小于1cm的结石，近年来临床发现中药也能使较大的结石排出，甚至对已发生输尿管结石嵌顿和肾积水者也能治愈。这主要是因为中药有溶石碎石的作用。

(1) 改变结石的性状 结石能否排出与其性状有直接关系，改变结石性状，使其表面光滑，横径缩短至1cm以下，就有利于排出。临床观察发现，经中药排出的结石与手术取出的结石相比，其外形比较光滑，且质地松脆，因此，中药对结石性状的改变可以认为是碎石的一种表现。如广安门医院用偏光显微镜观察结石标本薄片，发现中药组排出的结石在结构断裂脱落、表层草酸钙菱形晶体蚕食缺失、磷灰石部分脱落、表层生芽状态短小等方面都比手术组结石明显，据统计学处理具有显著性差异。

(2) 溶解结石成分 即使已形成的结石成分分解溶化于尿液中，这主要是一个化学

过程。临床上有不少病人服中药后未见排石，而临床症状和 X 线阴影均消失，这就是中药溶石的结果。广安门医院发现在排石汤中加乌梅，并生吃胡桃肉，可促进磷酸铵结石溶解。黄牛角粉以酒或醋送服可使草酸钙结石阴影缩小和消失。⁽⁴⁾王承训报道用火硝、硼砂、皮硝、鸡内金等治疗泌尿系结石 504 例，结果 366 例排石，而部分患者未见排石，但症状体征消失，X 线摄片两次以上均未见结石阴影。这些都说明中药有一定的溶解结石的作用。中药的这种作用也被药理实验所证实：把两块质量相同的结石分别放入金钱草煎剂及蒸馏水中，一个月后，前者结石已化为沙，而后者结石则不变。⁽³⁾

3. 促进排石的研究

(1) 尿路动力学因素 增加肾盂内的压力，促进输尿管蠕动，扩张输尿管，可挤推结石下行，以促进结石排出。张建国、沈自尹等报道：采用温肾利水中药治疗输尿管结石嵌顿性肾积水取得了理想效果，并进一步探讨了该药的作用：向肾积水狗消化道内分别灌饲温肾利水药（由附子、桂枝、补骨脂、仙灵脾、川椒、车前子、海金砂、石韦组成），给药前后同步测定肾动脉血流量和肾盂输尿管开口处压力及蠕动波。结果表明，温肾利水药组肾血流量虽与利水药组无明显差异，但该组用药后肾盂内压力明显升高，输尿管的蠕动频率也明显提高。这一结果提示，温肾利水法的作用并非通过尿液的增加而对管腔牵张刺激而产生，而是药物对肾盂输尿管存在着直接作用，突破了西医认为输尿管对药物不敏感，药后的效应主要是利尿作用引起的间接结果的传统概念。为进一步探讨尿路动力学变化的机理，作者测定了实验动物各种情况下肾组织中 cAMP、去甲肾上腺素（NA）和多巴胺（DA）的含量，结果表明，温肾利水组积水肾的 cAMP 明显升高，双侧肾脏 NA 含量升高也极为显著，DA 则改变不明显。已知 α 受体位于肾小盏、肾大盏、肾盂和输尿管连接处，其对 NA 的敏感性按上述分布部位依次递减，而 β 受体仅存于输尿管中，NA 兴奋 α 受体的作用最强，使平滑肌收缩， β 受体的兴奋可使平滑肌松弛，由于 NA 对 β 受体作用较弱，故不宜从 NA 的升降来推测 β 受体的功能状态。但在肾上腺素能受体中，以 cAMP 作为第二信使的主要是 β 受体，故从组织 cAMP 的含量可间接了解 β 受体的功能。温肾利水组 NA 的大幅度升高刺激了 α 受体，促使平滑肌加强收缩，促进了肾盏、肾盂和输尿管的生理活动，而该组 cAMP 浓度的增高则反映出 β 受体的兴奋，有利于输尿管平滑肌的松弛，*可能由于这样的一张一弛，从而使蠕动波加强、蠕动频率提高。⁽⁵⁾莫刘基等报道单味金钱草、车前草、海金砂均可引起输尿管上段腔内压力增高，输尿管蠕动频率增加，金钱草、车前草还可使尿量增加。其他的研究还证实活血化瘀方药能促进输尿管蠕动，使其蠕动频率增加，幅度增大，并可出现新波群。

林鹤和报道鸭脚冲剂（白果树根或根皮提取物）有舒张平滑肌、扩大管腔、促进输尿管蠕动的作用。⁽⁶⁾遵义医学院急腹症研究组通过实验观察发现对输尿管蠕动有影响的药物可分为三类：一类是由利尿作用间接引起，如金钱草、瞿麦；一类是直接作用引起，而无利尿效应，如大黄、川芎等；一类是前两种情况的协同作用，如川牛膝等。⁽⁷⁾

(2) 利尿作用 通过利尿作用使尿量突然增加，对结石产生冲刷作用，同时还间接引起输尿管蠕动增强，可促进结石排出。如张建国等报道利水药治疗大鼠肾积水，其患侧肾脏中多巴胺含量增多，可使肾小管排钠作用增强，使输尿管的尿流量增多及近侧的流体静压上升，间接引起输尿管蠕动增强，从而促进排石。⁽⁵⁾清热利湿渗湿的药物大多都有这方面的作用，现代药理研究证明五苓散、金钱草、通草、泽泻、车前子、海金砂等

单味药或复方都有很好的利尿作用。利尿药物除能促进排石外，还可以很好地解决结石引起的肾积水。

(3) 抗炎抑菌作用 由于结石长期停留，刺激局部，极易引起炎性改变。而以赤芍、川牛膝、乳香、没药、三棱、莪术、山甲、皂刺等活血化瘀药物组成的方剂，通过药理实验表明，对急慢性炎症均有明显的抗炎作用，对炎症增殖期动物模型有促进炎症吸收、减少炎性组织增生的作用，其抗炎作用可能使输尿管粘膜因结石刺激所致的炎症反应减轻，减少组织充血、水肿、增生。除活血化瘀药物外，泌尿系结石常用的清热利湿之品大都有一定的抗炎作用，并且有些药物还有很好的抑菌作用。如孙大锡等报道中药八正散在体内外均有抑制尿道致病性大肠杆菌的菌毛表达和对尿道上皮细胞产生的粘附作用。^[8]这类药物(如八正散、石韦散、导赤散等)从药理分析看，都具有促进炎症吸收、松解粘连的作用，可消除结石周围炎症粘连，缓解输尿管痉挛，有利于结石松动下移。

三、临床研究

1. 辨证与辨病相结合，提高了治疗效果。许多学者认为治疗泌尿系结石应从辨证与辨病相结合的角度出发，既要重视疾病当时的病情表现及临床症状，又不可忽视利用西医学的诊查手段，认识其发生、发展、转化等全部病理过程。二者有机地结合，将有助于提高辨证的准确率和治疗的效果。王孝福提出：治疗泌尿系结石应根据结石的部位及产生的相应症状而给予针对性的治疗。结石处于肾脏者，着重温肾利尿化石，处于输尿管者则着重利尿通淋排石，处于膀胱者则着重化气行水，利尿通淋。^[9]杨立新等认为对于结石滞留日久，炎症粘连较重，尤其是已有梗阻积水存在的较大结石，治疗中应在辨证的基础上，着重化瘀破气，软坚散结以减少结石所在部位的粘连，抑制其胶原合成，促进结石下行，避免继续增长。^[10]

2. 治疗方法的研究 综合近年来临床报道，对泌尿系结石的治疗多采用下述方法。

(1) 清热利湿，通淋排石 泌尿系结石的早期，多以湿热蕴结为主，采用此法治疗，效果理想。如王承训报道，用金龙排石汤(由鸡内金、金钱草、火硝、硼砂、皮硝、白芍、怀牛膝、广地龙、泽泻、车前草、滑石、甘草等组成)治疗泌尿系结石 504 例，取得很好效果。^[11]韩树勤用清热排石化石汤(由金钱草、海金沙、鸡内金、瞿麦、黄柏、萹蓄、枳壳、赤茯苓、木通等组成)治疗泌尿系结石 127 例，治愈率为 78.4%。^[12]池绳业用石淋基本方(金钱草、鸡内金、石韦、海金沙、冬葵子、车前子、瞿麦、萹蓄、怀牛膝、六一散)治疗石淋 524 例，排石率达 86%。^[13]

(2) 理气活血，化瘀排石 泌尿系结石中期因尿路阻塞日久，多致气血不畅，采用化瘀排石，往往取得较好效果。如有人用二子化瘀排石汤(急性子、王不留行、川牛膝、枳壳、鸡内金、石韦、萹蓄)加减治疗泌尿系结石 95 例，治愈 65 例，有效 19 例。有人用少腹逐瘀汤加减治疗本病也取得了较好的效果，治疗 100 例中，结石排净者 65 例，下移 3cm 以上者 22 例。^[14]

(3) 益气补肾，通淋排石 泌尿系结石日久以后，多耗伤肾气，加之病初多用清利之品，使气血更为耗伤，故多致脾肾亏虚。不少医家还认为肾气不足、气化不行是形成结石的主要病因，肾虚贯穿于泌尿系结石的始终，补肾是治疗本病的基本法则。如孙品瑛等报道用温肾利水法治疗输尿管结石嵌顿性肾积水 100 例，治愈率达 71%，有效率为 88%。^[15]因脾肾亏虚为主要矛盾的病例多是病程较久者，所以多合并有其它病理改变，如

血瘀、水蓄、湿热等，所以不少临床报道采用补肾化瘀通淋等综合治疗，也都取得了满意疗效。如陈仲有用益肾逐瘀通淋汤（仙灵脾、鹿角霜、急性子、王不留行、三棱、石韦、篇蓄等）治疗本病 67 例，治愈 35 例，总有效率为 72%。^[16]李明英采用益肾化通汤（党参、黄芪、菟丝子、补骨脂、穿山甲、王不留行、冬葵子、石韦、瞿麦、金钱草等）治疗本病 40 例，也取得了理想效果，并通过动物实验证实该药有防治实验动物泌尿系结石的作用。^[17]

(4) 针药并用，促进排石 针灸无论体针还是耳穴按压都有一定的促进排石作用。近年来有人采用推按运经仪治疗本病也取得了较好效果。运经仪是利用现代电子技术，将所产生的程控脉冲信号刺激穴位，使腧穴电特性和人体生物电相耦合，发生共振，产生按摩作用，该法配合中药内服效果更好。如张铭琏等报道运用推拿运经仪配合中药清热利湿化瘀通淋之剂治疗肾、输尿管结石患者 39 例，B 超监控发现本法能使肾集合系统收缩面积达 42.2%，输尿管直径扩张达 60.3%，优于单用中药及运经仪组，说明两种方法合用有协同促进作用。^[18]周和平等也报道用化瘀排石丸（由三七、大黄、牛膝、地龙、琥珀、硼砂、金钱草、鸡内金、车前子、黄柏、党参、茯苓等组成）配合运经仪治疗泌尿系结石伴肾绞痛 158 例，取得了较好疗效。采用运经仪点穴止痛起效迅速，选穴多为肾俞、京门、水道、足三里、阿是穴，157 例均在 3 分钟内缓解。排石选穴：肾结石选肾俞、京门；输尿管结石选肾俞、关元俞、育俞、水道；膀胱结石取膀胱俞、中极、长强；配穴：足三里、三阴交、然谷。频率和输出量：肾结石用 I 频与 II 频交替，输出量约 80% 左右。输尿管结石用 III 频与 II 频交替，输出量约 75% 左右。膀胱结石用 I 频，输出量约 90% 左右。每次治疗 30 分钟，每日 1 次。结果临床治愈 142 例（89.87%），好转 5 例，总有效率达 93.04%。^[19]

(5) 中西医结合，协同促进 西医目前对泌尿系结石多采用体外震波碎石，但碎石后排石往往较慢，有时还不彻底，此时加用中药往往取得较好效果。赵平宇等报道，采用中西医结合的办法，在体外震波碎石的同时加服中药排石汤（金钱草 60g，海金沙、鸡内金各 30g，木通、生地、冬葵子、忍冬藤各 12g，车前子、牛膝、瞿麦、石韦、泽泻各 15g，川楝子、甘草、炒桃仁各 10g。每日 1 剂，水煎分两次服）治疗泌尿系结石 1138 例，成功率达 96.5%。^[20]刘莫山等采用体外震波碎石配合中药辨证治疗尿石症，中药内服方根据病人情况而定，血瘀明显者用活血化瘀方（皂刺、桃仁、牛膝、赤芍、红花、三棱、莪术），湿热明显者采用清热利湿、通淋排石的方法，药用金钱草、车前子、石韦、冬葵子、生地、赤芍、牛膝、木通、滑石，脾肾不足者用补肾益气方（由黄芪、党参、补骨脂、仙灵脾、白术、茯苓组成），临床治疗 171 例，获得了较好效果。^[21]

碎石是结石排出的先决条件，中药排石则是结石排出的动力，震波碎石可以改变中药只排不碎的缺点，而中药弥补了震波碎石后结石不能尽快排出的不足，二者结合协同互补，从而提高了治疗的成功率。

以上是临床常用的治疗泌尿系结石的方法，实际应用中因为湿热、血瘀、肾虚是互为因果、互相影响、互相转化的，难以截然分开，所以往往多种方法联合应用，效果更为理想。

现代参考文献

[1] 张天申. 全国第二次尿石症会议综述. 中华泌尿外科杂志, 1981, 2 (2): 123

- [2] 潘文昭. 磁化中药降排石汤治疗输尿管结石 306 例. 广西中医药, 1988, (5): 2
- [3] 潘文奎. 中医治疗尿石病的思路与方法. 中医杂志, 1993, 34 (5): 304
- [4] 广安门医院. 中西医结合治疗泌尿系结石. 中华医学杂志, 1976, 56 (3): 151
- [5] 张建国, 等. 温肾利水法治疗输尿管结石嵌顿性肾积水症的治愈原理探讨. 中医杂志, 1985, 26 (5): 390
- [6] 林鹤和. 鸭脚通冲剂治疗尿石病 240 例分析及实验研究. 江西中医药, 1989, (4): 45
- [7] 遵义医学院急腹症研究组. 中药治疗泌尿系结石的研究. 新医药学杂志, 1978, (9): 8
- [8] 孙大锡, 等. 治则不同的方剂对 UEC 的血凝作用和粘附上皮细胞的影响. 中医杂志, 1985, (8): 5
- [9] 王孝福. 中西医结合治疗泌尿系结石 100 例小结. 河南中医学院学报, 1980, (2): 37
- [10] 杨立新, 等. Ⅱ号排石汤防治实验性肾结石的初步研究. 中医杂志, 1980, (3): 73
- [11] 王承训. 金龙排石汤治疗泌尿系结石疗效观察. 中医杂志, 1984, (10): 36
- [12] 韩树勤. 泌尿系结石辨证论治 127 例疗效观察. 北京中医, 1986, (4): 34
- [13] 池绳业. 试论石淋症之辨治. 新中医, 1988, (6): 2
- [14] 刘兴武. 治疗泌尿系结石病概述. 湖北中医杂志, 1994, (2): 47
- [15] 孙品瑛, 等. 温阳利水法治疗输尿管结石嵌顿性肾积水症 100 例临床观察. 中医杂志, 1985, (5): 21
- [16] 陈仲有. 益肾逐瘀通淋汤治疗泌尿系结石 67 例. 江西中医药, 1989, (5): 33
- [17] 李明英. 益肾化通汤防治泌尿系结石. 中医杂志, 1988, (8): 45
- [18] 张铭琏, 等. 推拿运经仪加服中药化石汤治疗肾、输尿管结石的机理研究. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (2): 88
- [19] 周和平, 等. 化瘀排石丸配合运经仪治疗泌尿系结石 158 例. 云南中医杂志, 1994, (4): 10
- [20] 赵平宇, 等. 中西医结合治疗泌尿系结石 1138 例. 中国中西医结合杂志, 1995, (1): 52
- [21] 刘莫山, 等. 中药配合体外冲击碎石术治疗尿石症 171 例. 北京中医药大学学报, 1997, 20 (1): 19

(翟文生)

12.10 解颅

【概述】

解颅是由于先天不足, 颅内受损, 或因热毒壅滞, 水停于脑, 以致头颅增大, 前囟和颅缝开解为特征的一种疾病。

西医学称解颅为脑积水, 临床上根据脑脊液循环障碍的部位, 可分为非交通性(阻塞性)和交通性两型, 前者脑脊液阻塞在第四脑室孔以上, 后者脑脊液阻塞在第四脑室孔以下。

本病多见于 6 个月至 7 岁的小儿。解颅患儿在病变进展过程中, 常有烦躁、嗜睡、纳呆、呕吐等症, 甚至可以出现惊厥, 重者常致失明, 以及出现营养不良、智力发育障碍, 大多不易养育, 预后不良。但有部分轻症患儿如能及时治疗, 常可逐渐缓解。

解颅一证, 早在《诸病源候论·小儿杂病诸候·解颅候》就指出:“解颅者, 其状小兒年大, 凶应合而不合, 头缝开解是也。”北宋时有了进一步认识, 钱乙《小儿药证直诀》明确指出, 解颅是由“肾气不成”、“肾虚”所致, 有“目白睛多”的临床特征。嗣后, 历代医家通过临床实践, 对解颅多有精辟阐述, 认为本病发生除与肾虚有关外, 火

热、水湿等因素也不容忽视；治疗除内服药物外，《医宗金鉴》还创立了外用封囟散摊贴囟门的治疗方法，从而使解颅一证的理法方药日趋成熟和完善。

现代对解颅的研究逐渐深入和全面。临床研究方面，由于对本病的病因有了进一步的认识，除了肾气亏损外，水湿、痰浊、热毒、瘀血等均可成为解颅的致病因素和病理产物，故治疗原则除补肾益髓外，并有健脾利水、化痰降气、清热解毒、活血化瘀诸法，而利水一法，更常与诸法配伍运用；治疗方法，除内服汤药、散剂外，多配合外敷药物或结合针灸疗法。这些研究报道，不仅增加了解颅的治疗手段，而且提高了临床疗效。

【病因病理】

一、病因

解颅的发病原因，归纳起来不外先天因素和后天因素两类。

1. 先天因素 多因父精母血亏损，以致小儿先天禀赋不足，肾气亏损，脑髓不足，头颅开解而成解颅。

2. 后天因素 由于外感时邪，热毒壅滞，上攻于脑，或后天失养，病后失调，脾虚水泛，或水不涵木，肝阳上亢，风水上泛，或瘀血阻络，压迫脑髓，阻塞脑窍，终致凶门宽裂而致解颅。

现代研究认为，脑积水产生的原因主要为脑脊液循环障碍，而导致脑脊液循环障碍的主要原因有先天畸形（导水管狭窄、脊柱裂、第四脑室孔闭塞等）、新生儿缺氧和产伤所致的颅内出血、脑膜炎继发的粘连、肿瘤等。

二、病理

1. 肾气亏损 肾主骨生髓，通于脑，脑为髓海。若小儿所禀父母精血亏损，先天肾气不足，不能生髓养骨，则髓海不充，头颅失养，以致颅凶逾期不合，颅缝开解，头颅增大。《保婴撮要·解颅凶填凶陷》说：“小儿解颅……因肾气有亏，脑髓不足。”又说：“肾气怯则脑髓虚而凶不合。”

2. 肾虚肝亢 肾为水脏，水火相济则阴阳平衡。病后肾虚，则水不胜火，火性上炎，火热蒸腾，其髓则热，髓热则颅解；或因肾虚水不涵木，木亢则生风，风水上泛则头颅开解。如《育婴家秘·头病》说：“解颅有二。……由病后肾虚，水不胜火，火气上蒸，其髓则热，髓热则解，而头骨复分开矣。”

3. 脾虚水泛 小儿先天不足，后天失调，真阳不足，火不暖土，脾阳气虚，不能运化水湿，日久成饮成痰，水湿痰浊乘虚上泛于脑，停聚脑络致头颅解开。如《片玉心书·头项门》说：“病久致阳虚阴盛，真阳不足，不能化气生髓，塞水为积，滯留于脑。”

4. 热毒壅滞 外感时邪，热毒壅滞，炼液为痰，痰热之邪，上攻于脑，闭塞脑窍而为本病。

5. 瘀血阻络 胎禀不足，后天失养，病后失调，以致气虚精亏，血行涩滞，阻塞脑窍；或邪毒外侵，上攻于脑，毒热壅遏，阻塞脑络，血瘀不行，脑窍不通，水液停聚而致本病。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

按国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》中解颅的诊断依据。

1. 头颅呈普遍均匀性增大，且增长速度较快，骨缝分离，前囟明显饱满而扩大，头

皮青筋暴露。颅部叩诊呈破壶音，头重颈肌不能支持而下垂，两眼下垂。可有烦躁、嗜睡、食欲不振，甚至呕吐、惊厥。

2. CT 检查提示脑实质菲薄，脑组织面积减少，脑室增宽扩大。头颅 X 线摄片可见骨板变薄，颅缝分离，蝶鞍增宽。眼底检查可见视神经萎缩或乳头水肿。

二、鉴别诊断

1. 慢性硬脑膜下血肿 头颅增大较慢，硬脑膜下穿刺可得较多的红色或黄色液体，眼底常有出血。头颅透光试验常见额顶部局部透光。

2. 佝偻病 头颅增大多为方形，并无颅缝分离和脑室扩大，主要为颅骨板的中心有软骨堆积。

3. 头大畸形 头颅大，增长也快，有明显的智力不足，无眼球下转现象，脑室造影正常。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨肾虚、脾虚 肾虚者，头颅增大，颅缝开解，神情呆钝，目无神采，面色淡白；脾虚者，头缝裂开不合，头皮光急，食少便溏，神情呆滞。

2. 辨热毒、瘀血 热毒壅滞者，颅缝闭而复开，两目下垂，发热烦躁，溲赤便秘；瘀血阻络者，头颅胀大，颅缝开解，神情呆滞，青筋暴露，唇舌发紫。

二、治疗原则

解颅的治疗原则以补肾利水、益髓健脑为主，并根据风邪、水湿、痰浊、瘀血的不同，而分别运用健脾利水、化痰降气、平肝熄风、清热解毒、活血化瘀等法，同时配合外敷药物、针灸、推拿等综合措施，以提高疗效。由于本病为一难治的慢性病，疗程不宜过短，以 2~6 个月为宜。

三、分证论治

1. 肾气亏损

证候表现 头颅明显增大，凶门宽裂，颅缝开解，面色淡白，神情呆钝，目无神采，眼球下垂呈“落日状”，头大颈细，前倾不立，食少便溏，舌淡苔少，脉弱，指纹淡青。严重者可见斜视，呕吐，惊厥。

辨证要点 本证属先天胎禀怯弱，肾气亏损，脑髓失充所致，以面色淡白，神情呆钝，目无神采，舌淡脉弱为辨证依据。头大颈细，前倾不立为肾虚痿证；食少便溏属肾阳式微，火不暖土所致，故便溏多澄澈清冷。

治法主方 补肾益髓。补肾地黄丸加减。

方药运用 常用药：熟地、山药、山茱萸、茯苓、泽泻、牡丹皮、牛膝、鹿角胶（烔化）、当归等。证见面色皤白，形体消瘦，肢软，神情呆滞者，加重熟地、鹿角胶、山药、当归等药之剂量；证见头大颈细，凶门哆开，颅缝分离，头围迅速增大者，加重茯苓、泽泻、牛膝等药之剂量；兼见眼球震颤，斜视或视力模糊，加枸杞子、菟丝子、决明子、菊花。

若系小儿先天性颅裂、脊柱裂并发脑积水，可应用鹿角胶合剂（鹿角胶、牛膝、山萸肉、山药、熟地、当归、菟藟子、牡丹皮、泽泻、茯苓、猪苓），配合外科手术治疗。

2. 肾虚肝亢

证候表现 颅缝裂开，前囟宽大，眼球下垂，白多黑少，目无神采，心烦不安，手足心热，筋惕肉瞤，时或惊叫，口干舌红，脉沉细数，指纹紫红。

辨证要点 本证除表现肾气亏虚的证象以外，还表现了两方面的证候：一是阴虚火旺证，如神烦不安，口干舌红，手足心热等；二是肝风内动证，如筋惕肉瞤，时或惊叫。其病理为肾虚肝亢，虚风内动，与热盛动风有别。

治法主方 滋肾养阴，平肝熄风。知柏地黄丸合三甲复脉汤加减。

方药运用 常用药：熟地、山药、山茱萸、茯苓、泽泻、龟版、鳖甲、知母、黄柏、阿胶（烊化）、白芍等。阴虚发热者加玉竹、白薇；心烦不安者加琥珀粉、珍珠母；筋惕肉瞤，时或惊叫加天麻、钩藤、僵蚕；若肾虚髓热，口干舌红，手足心热者，可按《幼科发挥·胎疾》所提出的“脑者髓之海也，肾主骨髓，中有伏火，故髓热而头破，额颅大而眼楞小也，宜服地黄丸。”

本证阴虚火旺而肾阳告乏者，宜阳中求阴，用河车大造丸（紫河车、龟版、熟地、人参、麦冬、天冬、牛膝、杜仲、黄柏、砂仁、茯苓），另用封囟散外敷囟门，以温阳化水而除脑中之浊邪，内外配合，可望取得较好疗效。

3. 脾虚水泛

证候表现 囟门宽大，颅缝开解，面色淡白，精神倦怠，纳呆便溏，脘腹胀满，舌淡，苔薄白或白腻，脉细弱，指纹淡红。

辨证要点 证因脾阳气虚，运化不健，水湿痰浊上泛脑络，出现一派清阳不升，浊阴不降证象，故以面色淡白，精神倦怠，纳呆便溏，舌苔白腻为辨证依据。

治法主方 温脾利水。附子理中汤合五苓散加减。

方药运用 常用药：人参、白术、干姜、制附子（先煎）、猪苓、茯苓、泽泻、桂枝等。食欲不振加焦山楂、焦麦芽、焦神曲；便溏加车前子（包）、山药；呕吐加半夏、竹茹、鲜生姜。若脾肾虚虚，纳呆便溏者，可用调元散（山药、人参、白茯苓、茯神、白术、白芍、熟地、当归、黄芪、川芎、炙甘草、石菖蒲，共为细末），每次10g，加姜枣煎服。

本证选方用药可在传统利小便基础上，取张仲景前后分消利水之己椒苈黄丸合温阳利水之五苓散，配益气健脾、利水消肿之太子参、黄芪，活血化痰之丹参。本证辅治，可配合外敷、针灸疗法。

4. 热毒壅滞

证候表现 头颅日见增大，囟门高胀，颅缝合而复开，两目下垂，发热气促，烦躁哭闹，面赤唇红，或见两目斜视，四肢痉挛，小便短赤，大便秘结，舌红苔黄，脉多弦数，指纹紫滞。

辨证要点 此证由于火热毒邪上攻于脑，故有发热烦躁，面赤唇红，溲赤便秘等一派里热炽盛证象。由于热蒸脑髓，脑水泛滥，故囟门高胀，头颅日见增大；热动肝风则两目斜视，四肢痉挛。

治法主方 清热解暑，化痰通络。犀地清络饮加减。

方药运用 常用药：水牛角片（先煎）、生地、连翘、灯芯草、牡丹皮、赤芍、桃仁、白茅根、姜汁等。如由痰热壅结，胸闷欲吐，舌红苔黄者，可用小陷胸汤加胆南星、石菖蒲、地龙、天竺黄、牛黄等；大便秘结，烦躁不安，可用凉膈散以清上焦壅热；若肝

经热盛，惊跳目青者，用泻青丸或当归龙荟丸以泻肝经之实热；抽搐者加全蝎、钩藤、白芍。

刘春圃老中医认为先天性脑积水大部分属阳热壅结，阻塞脑络，脑水受阻，故治以清热通络利水，药用鱼枕骨、抽葫芦、茯苓皮、土鳖虫、路路通、穿山甲、冬瓜皮、决明子、石菖蒲、郁金。也可以凉膈散 15g，沈瀝丹 9g，加水 200ml，煎成 100ml，分 2 次服用。

5. 瘀血阻络

证候表现 头颅膨大，颅缝开解不合，青筋暴露，神情呆滞，或聋哑失语，智能低下，四肢瘫痪，唇舌发紫，或舌有瘀斑，脉弦或虚数，指纹色紫或隐青而淡滞。头颅 CT 或核磁共振扫描，可见某部位梗阻。

辨证要点 本证乃瘀血阻于脑络，压迫脑髓，阻塞脑窍，致脑窍不通，故以头颅膨大，青筋暴露，神情呆滞，唇舌发紫为辨证依据。瘀血痰浊交夹互结，阻塞脑窍，脑窍失用则见聋哑失语，四肢瘫痪。

治法主方 化瘀通窍。通窍活血汤加减。

方药运用 常用药：当归、川芎、赤芍、桃仁、红花、丹参、地龙、麝香、牛膝、茯苓等。方中麝香每用 0.05g，1 日 2 次，另冲服。抽搐者加钩藤、僵蚕、天麻；惊悸、烦躁者加琥珀、朱砂；四肢瘫痪者加制马钱子、杜仲、桑寄生、黄芪等。

本证乃瘀血积聚闭塞所致，可予行气导滞，化瘀通阻为法，方用丹参桃红芎蚓汤（丹参 50g，桃仁、地龙各 25g，红花 15g，川芎 10g），症重便秘加麝香 0.01g（另冲），水蛭 0.5g。1 岁，每剂分 2 天匀 6~8 次服。同时配合针灸与外敷药物。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 知柏地黄丸 用于阴虚髓热证。
2. 河车大造丸 用于肾阴阳俱虚证。
3. 附子理中丸 用于脾肾阳虚水泛证。
4. 牛黄抱龙丸 用于痰热上泛证。
5. 脑得生丸 用于产伤或它病而致瘀血阻络证。

二、单方验方

1. 熟地、山药、鹿角胶、牛膝、茯苓、黄精、菟藟子、猪苓、牡丹皮、车前子、肉苁蓉各 10g，当归 6g。上药制成蜜丸，每丸 1.5g。早晚各 1 次，3 个月以内每次 1/2 丸，3 个月以上每次 1 丸。用于婴幼儿脑积水。

2. 制附子、蜈蚣、白僵蚕、全蝎、麝虫、乌梢蛇、肉桂、制马钱子、鹿茸各 30g，共为细末。6 个月以下每次 0.15g，6 个月~1 岁每次 0.3g，1~3 岁每次 0.6g，3~6 岁每次 0.9g，6~12 岁每次 1.2g，均为每日 3 次，开水冲服。用于肾气不足，阳虚阴盛之解颅。

3. 苦丁香 3g，白丁香 0.3g，共为细末。每次吹入鼻孔内少许，1 日 1~2 次。使鼻流黄水，让脑积水渐渐消退。用于湿热郁结，积聚脑府之解颅。

三、药物外治

1. 封囟散 通草 24g，香白芷、蜂房、青皮、陈皮、白僵蚕各 15g，红花 6g，共为

细末，以酒 15~30ml，童便 40~50ml，水适量，面粉 10g，调成糊状。用时涂于头颅，再用纱布包裹，并保持湿润，每日换药 1 次。

2. 加味封函散 柏子仁 120g，天南星、防风、白芷、羌活各 30g，共为细末。每用 60g，以猪胆汁调匀，摊纱布上，按颅裂部位外敷，外以纱布包扎，干则润以淡醋，3 日 1 换。

3. 活血通水膏 红花、艾叶各 60g，皂角 1500g，麝香 1g。将前 3 味加水 2500ml，煎 2 小时后去渣取汁，浓缩至药液能吊起如线为止，再加入麝香调匀，装入瓶内密封，置冰箱或加防腐剂备用。用时先剃光患儿头发，将活血通水膏均匀涂于头上，颅缝及凶门处适当涂厚，然后再用绷带包裹，每日早、晚用温水湿敷绷带各 1 次，使其保持一定湿度，每周换药 1 次。

四、针灸疗法

主穴 百会透四神聪，风府透哑门，风池透大杼、大椎。

配穴 三焦俞透肾俞，水分透中极，足三里透阴陵泉，阴陵泉透阳陵泉，阴陵泉透三阴交，三阴交透复溜。

以上穴位可根据病情分组轮换，一般是主穴每日均取，配穴交替使用。开始每日 2 次，强刺激，至尿量及尿次数增多后，改为中等刺激。头围见小，症状消失后，改为每日或隔日 1 次，弱刺激，连续治疗 1 个月。持续治疗，不宜间断。注意行针安全。

五、推拿疗法

补肝胆 10 分钟，补三关 5 分钟，补脾胃 10 分钟，清六腑 5 分钟，揉二人上马 10 分钟。下肢软弱无力者加揉二人上马 5 分钟；摇头啼哭加揉小天心 5 分钟、一窝蜂 5 分钟、掐四横纹各 1 分钟。

六、西医疗法

1. 药物治疗 目的在于暂时减少脑脊液的分泌和增加体内水分的排出(利尿)。醋氮酰胺是首选药物，用量一般要大，每日 25~50mg/kg bw。此药可以引起代谢性酸中毒，使用时应注意。

2. 手术治疗 适用于年龄小，发病急，进展快的部分阻塞性脑积水。目的在于根除病因，临床可根据病情选用不同的手术方式，但远期疗效仍差，尚待进一步改进。

【预防护理】

一、预防

1. 积极开展计划生育宣传教育工作，提倡优生优育。
2. 分娩时尽可能少用胎头吸引及产钳助产，避免颅内出血、新生儿窒息。
3. 预防感染，及时治疗新生儿肺炎、败血症、化脓性脑膜炎、高热惊厥等疾病。

二、护理

1. 注意保护头部，抱起患儿时需把头部托起，防止倾倒。
2. 注意凶门的凸凹，每日测量头围，观察病情的轻重进展。

【文献选录】

《育婴家秘·头病》：“解颅有二。初生后，头颅渐开，此胎气怯弱，肾气不足也。有合而复开者，自颅至印堂，有破痕可开一分，又有头四破成缝者，此皆解颅。由病后肾虚，水不胜火，火气上蒸，其髓则热，髓热则解，而头骨复分开矣。”

《幼幼集成·头项凶证治》：“解颅者，谓头缝开解而凶不合也。是由禀气不足，先天肾元大亏，肾主脑髓，肾亏则脑髓不足，故凶为之开解。然人无脑髓，犹树无根，不过千日，则成废人。其候多愁少喜，目白睛多，面眇白色。若成于病后者尤凶。宜久服地黄丸，外用封颅法。”

【现代研究】

近年来，通过内服、外敷药物，结合针灸疗法，综合治疗解颅，取得了不少成果，现分述如下。

一、临床研究

1. 中药内服

(1) 辨证分型 刘渺等报道，将先天性脑积水辨证分为虚实两型。实证辨为阳热壅结，阻塞窍络，脑水受阻，治以清热通络，化瘀利水，药用鱼枕骨、抽葫芦、茯苓皮、土鳖虫、决明子、石菖蒲等；虚证辨为先天禀赋不足，脾肾虚弱，治以益脾肾，调气血，药用山萸肉、枸杞子、黑桑椹、茯苓、薏苡仁等。^[1]

徐相富报道，将解颅分为四型：阴虚型、阳虚型、阴阳两虚型、毒热型。以杞菊地黄丸加川牛膝为主方，随症加减：阴虚者主方加龟版胶、五味子、知母、黄柏、阿胶；伴龟背者加鳖甲（胶）；阳虚者加鹿角胶，轻用龟版胶；阴阳两虚者三胶合用；气血不足加人参、鹿茸粉（冲服）；脾虚加党参、白术、砂仁；便秘加车前子（包），并增大泽泻、茯苓、山药用用量，减地黄用量；惊悸加朱砂、琥珀粉；伴毒热者加山栀、黄芩、黄连、大黄；高热惊厥加牛黄安宫散；毒热炽盛或纯毒热型，可暂停主方，用化毒丹加味组方。^[2]

(2) 专法专方

① 补肾益髓法 王修忠等报道，根据辨证与辨病相结合，以双胶双角地黄汤（鹿角胶、阿胶、羚羊角、水牛角、当归、熟地、牡丹皮、猪苓、茯苓、泽泻、菟蔚子、葶苈子、山药、山萸肉）为主，随证加减，治疗先天性慢性脑积水，经两年以上随访 189 例统计，优良率 84.1%，总有效率达 95.2%。^[3]

康林琛报道，解颅属肾阴肾阳俱不足，而以阴精亏虚为主，临床以六味地黄汤加枸杞子内服，配合外敷封囟散（肉桂、细辛各 15g，干姜 3g，共为细末，用人乳汁或猪胆汁调敷囟门），治疗 11 例，临床痊愈 7 例，好转 2 例，无效 2 例。^[4]

② 健脾利水法 贾雁宾报道，黄少华老中医认为本病病机主要责之于脾虚失运，主张以健脾利水为主法，配以益气、活血之品，基本方：防己、椒目、葶苈子、大黄、桂枝、茯苓、白术、猪苓、泽泻、太子参、生黄芪、丹参。肾虚者加菟丝子、枸杞子、龟版胶；痰湿甚者加竹茹、胆南星、天竺黄、半夏；瘀血重者加赤芍、归尾、三七、三棱。每日每剂煎 3 次，以水 200ml 煎 30 分钟，取汁 50ml，分 5~10 次喂服。作者认为，利水药能降低颅内压力，活血化瘀药物有扩张血管和改善全身血液循环之作用，两者协同应用，有助于颅内脑脊液循环的改善。^[5]

杨文义等报道，以通络利水法治疗脑积水。内服基本方：川牛膝、橘络、车前子、泽泻、猪苓、茯苓、鸡内金、丹参、川芎、桃仁、红花。肾气亏虚型，加巴戟天、补骨脂、熟地、桂枝、仙灵脾；脾肾阳虚型加白术、山药、薏苡仁、枸杞子；肝肾郁热型加黄连、胆南星、大黄。每日 1 剂，水煎，多次分服。外敷加减封囟散：生南星 20g，白芷、防风

各 50g, 蜂房 30g, 共为细末, 分两次猪胆汁调和, 敷于凶门及头顶部, 纱布包扎, 干者可洒醋少许, 3~4 天换 1 次。^[6]

平兆愈用苓桂术甘汤加味、刘寿康应用真武汤加味、薛春柏运用泽泻汤加味治疗解颅, 据报道, 均取得较好疗效。

③活血化痰法 徐相富报道, 梗阻性脑积水以瘀阻型多见, 治疗上必用消积化痰、导滞通塞之品, 予行气导滞、化痰通阻为法, 方用自拟丹参桃红芎蚓汤(丹参、桃仁、红花、川芎、地龙), 并根据虚实不同, 随症加减, 同时针灸与外敷药物并施, 治验 51 例。^[7]

宋虎杰报道, 治疗本病采用内服外敷并举的方法, 内服自拟通窍活血利水汤(当归、赤芍、川芎、红花、桃仁、丹参、黄芪、地龙、全蝎、车前子、川菖蒲各 3~9g, 麝香 0.3g, 葱白 1 根, 大枣 3 枚), 外用通水活血膏。^[8]

华荣等报道, 张学文教授认为解颅皆因颅脑水瘀, 脑络壅塞, 脑窍不通所致, 临床在通窍活血汤基础上加入活血利水之品(丹参、赤芍、川芎、桃仁、红花、当归、茯苓、川牛膝、白茅根、益母草、琥珀、麝香、生姜、大枣、老葱, 水煎, 黄酒冲服), 治疗数十例, 疗效较好。赵纯璞以血府逐瘀汤治疗本病亦获良效。^[9]

④其它治则 史方奇报道, 解颅属脾肾阳虚, 升降失调, 应以温补脾肾, 升清降浊论治, 药用党参、丹参、巴戟天、枸杞子、龟版、砂仁、升麻、泽泻等。^[10]

李振江等报道, 解颅病因虽为先天亏损, 但其治疗非补肾可效, 从痰瘀气虚着手, 拟降气化痰, 逐瘀利水, 佐以补肾益髓, 以自拟加味升降汤(巴戟天、白术、全瓜蒌、厚朴、橘络、大黄、红花、姜黄、商陆、西瓜翠衣、半夏、僵蚕、蝉蜕、藁本), 配合外敷药物治疗。^[11]

赵心波老中医治疗本病的法则为温阳补益驱寒, 方选扶元散加减(人参、炒白术、茯苓、熟地、黄芪、山药、当归、白芍、炙甘草、石菖蒲、黄精), 丸药可采用桂附地黄丸, 或九转黄精丸, 早晚各服 1 丸。仲景明老中医以清热解毒立法, 方用普济消毒饮加减治疗本病, 据报道, 均获满意疗效。

2. 药物外敷 徐相富报道, 阳虚型用《医宗金鉴》封凶散米醋调敷; 凶陷重者加乌头粉各半合用; 阴阳两虚型兼毒热者加青黛合胆汁调敷凶门; 热毒盛时单用青黛合猪(牛)胆汁调敷, 用黛矾散(青黛 30g, 枯矾 15g, 雄黄 10g, 红花 5g, 共研细末), 以苦参 50g 煎液取浓汁合胆汁调敷凶门, 令保持湿润。^[2]

李振江以封凶散(透骨草、通草、红花、白芷、何首乌各 10g, 陈皮 5g, 共为细末), 加童便调成糊状, 外敷前颅。杨德明以加味封凶散(桂心、细辛、干姜、柏子仁、防风、天南星各 6g, 共为细末), 每用 5g, 猪胆汁调贴凶门。周惟民以大戟粉、芫花粉、甘遂粉、商陆粉各 10g, 冰片 1g, 用醋或凡士林调和外敷。

3. 针灸疗法 李英南报道, 采用辨证分型的原则治疗本病 76 例, 根据分型取穴: 肾阳虚、阳虚水泛型, 取百会透四神聪, 三焦俞透肾俞, 三阴交透复溜; 脾肾阳虚型, 取百会透四神聪、大椎, 三焦俞透肾俞, 足三里、三阴交透复溜; 脾肾阳虚、肝风内动型, 取百会透四神聪、风府、风池、大椎, 三焦俞透肾俞, 水分透中极, 足三里、阴陵泉透三阴交, 三阴交透复溜。以 30 天为 1 疗程, 一般 1~3 个疗程。结果痊愈 44 例, 好转 13 例, 无效 19 例, 总有效率 75%。^[12]

陈学南等报道,以调任督、理胃肾、通三焦、利水道为原则选穴配方,针刺穴位分两组,每日用1组。初期采用快速点刺风府、风池,用泻法,待患儿适应后,四肢穴位可留针20~30分钟。一组:头脑(额中)、水沟、支沟、合谷、水分、水道、中极、足三里、阴陵泉、三阴交;二组:风府、风池、大椎、命门、腰俞、殷门、委中、承山、悬钟、复溜。再结合随症加减取穴,每穴针前均用梅花针轻叩打背部夹脊,从上到下,至皮肤潮红为度。以30~50次为1疗程,间歇10天再继续。^[13]

陈立贞报道,治疗解颅主要取督脉、足太阳膀胱经及足阳明胃经穴:风池、曲池、足三里;风府、外关、肾俞、委中;大椎、合谷、阳关夹脊、绝骨;三组轮换应用。每穴轻捻转3次,慢提插1次,重复手法3遍。针完后加捏脊3回。上述治疗6次为1疗程,必要时隔4天再重复疗程,直至脑积水消失。^[14]

张道宗等报道,采用针药并用治疗脑积水。针灸取穴:百会透四神聪、风府、大椎、腰阳关、绝骨、肾俞、脾俞、足三里、太溪、阴陵泉(泻法),余穴施补法。留针40分钟,隔20分钟行针1次,日1次。并取百会穴,每次1根艾条灸,1日2次。药物用熟地、鹿角霜、山茱萸各8~12g,黄芪9~15g,山药8~15g,泽泻6~10g,茯苓10~20g,牛膝、京菖蒲、淡苁蓉、赤芍各6~8g,焦白术6~12g,龟版10~15g,随症加减,水煎服。并用20%甘露醇静滴,降低颅内压,1日2次,用5日,隔20~30日。^[15]

徐相富以三棱针点刺头上青筋,先上后下,依次以梗米粒大排刺;十宣穴及兑端加大椎穴放血(先于大椎穴用火罐拔15分钟),有退热解毒作用。再依分型配合用毫针刺人中沟下段2/3处及百会、四神聪、脑户、四白、神门、悬钟为主穴,备穴选加内关、气海、关元、肾俞、命门、志室、足三里等。手法先用泻上补下或平补平泻等,阳虚型明显者加艾绒灸百会、气海、足三里,配合治疗。

二、药理研究

宋虎杰报道,活血化瘀药物能使病理状态下的血液粘度、红细胞电泳时间、纤维蛋白原等指征有不同程度的改善或恢复正常,能增强血液循环动力,改善微循环,从而促进脑脊液的循环。此外,还能改善毛细血管的通透性,从而减少脑室内的脉络丛过多的分泌脑脊液,促进对脑脊液的吸收。^[8]

阴健等介绍,川芎能显著增加兔脑血流量,使麻醉犬脑血流量显著增加,血管阻力下降。改善脑膜微循环和流态,增加脑血管搏动性血流量,对慢性微循环障碍有明显调理性作用。川芎注射液能改善小鼠耳廓微动脉血流流态,增大管径。家兔静脉注射川芎嗪40mg/kg bw,使肠系膜微循环血流速度增加,微血管开放数目增多,亦明显改善实验性微循环障碍的家兔球结膜和软脑膜循环。^[16]

樊巧玲等报道,通过大鼠微循环障碍病理模型实验,比较微血管口径变化,证实血府逐瘀汤组与对照组动、静脉口径均有显著差异;且毛细血管开放数量增加;对高分子右旋糖酐造成的大鼠急性微循环障碍有明显改善作用,并能防止由微循环功能紊乱而导致的血压下降。口服本方还可显著抑制塑料环所引起的慢性肉芽肿形成,与对照组比较,抑制率分别为36.95%、28.68%,差异显著。^[17]

解颅(脑积水)是儿科疑难危重病证之一,中医药治疗本病尚处于探索阶段。采用现代科学技术,借助X线、CT、脑室造影、脑室穿刺等客观指标和实验技术,用于脑积水的诊断和疗效标准的判定,并借以观察各种中医药治法的近期疗效和远期疗效,对于

客观评价中医药的治疗效果，筛选有效治法和方药，具有十分重要的价值。

现代参考文献

- [1] 刘渺,等. 530例脑积水的病因分类及临床观察. 北京中医, 1992, (4): 40
- [2] 徐相富. 小儿脑积水(解颅)治验. 上海中医药杂志, 1985, (12): 15
- [3] 王修忠,等. 中西医结合治疗先天性慢性脑积水. 陕西新医药, 1982, (3): 16
- [4] 康林琛. 中医治疗解颅症11例临床观察. 浙江中医杂志, 1985, 20(5): 219
- [5] 贾雁宾. 黄少华治疗脑积水经验. 云南中医杂志, 1991, (4): 18
- [6] 杨文义,等. 通络利水法治疗小儿脑积水13例. 中医杂志, 1994, 35(4): 223
- [7] 徐相富,等. 梗阻性小儿脑积水辨治. 中医杂志, 1991, (8): 20
- [8] 宋虎杰. 通窍活血法治疗脑积水7例报告. 新中医, 1991, (7): 22
- [9] 华荣,等. 张学文教授治疗小儿脑积水的经验. 陕西中医, 1991, 12(8): 337
- [10] 史方奇. 小儿脑积水探治. 四川中医, 1994, (4): 40
- [11] 李振江,等. 解颅治验二则. 吉林中医药, 1991, (1): 27
- [12] 李英南. 针刺对小儿脑积水辨证分型的临床观察. 中国针灸, 1988, (6): 16
- [13] 陈学南,等. 阻塞性及交通性脑积水的针灸治疗35例临床观察. 中国针灸, 1986, (3): 13
- [14] 陈立贞. 针刺治疗脑积水. 新中医, 1976, (1): 55
- [15] 张道宗,等. 针药并用治疗脑积水14例临床观察. 江苏中医, 1995, (9): 27
- [16] 阴健,等. 中药现代研究与临床应用. 北京: 学苑出版社, 1993: 110
- [17] 樊巧玲,等. 血府逐瘀汤对微循环作用的实验研究. 中成药, 1988, (7): 29

(陈永辉)

12.11 五迟

【概述】

五迟是指立、行、发、齿、语的发育迟于正常为特征的一种疾病。

发育正常的小儿，一般生后头发黑密，6个月左右开始萌牙，7个月能发出“爸爸”、“妈妈”等复音，10个月时能站立，1周岁时可独立行走，13个月已会说简单的语言。若超过12个月头发稀细黄枯，未见萌牙，不能平稳站立，18个月尚不能行走，不会说爸妈以外的字，即为五迟，故本病以婴幼儿为多见。

西医学小儿生长发育迟缓、大脑发育不全、佝偻病等多种慢性疾病均可引起五迟。

五迟是小儿生长发育迟缓的一种疾病，如经积极治疗，大多可以改善和恢复，但部分患者往往成为痼疾。正如王肯堂在《证治准绳·幼科·五软》中说：“婴孩怯弱，不耐寒暑，纵使成人，亦多有疾，……如投药不效，亦为废人。”可见，本病的预防比治疗更为重要。随着我国优生优育知识的普及，人口素质逐渐提高，五迟的发病率逐渐减少。

五迟，早在《诸病源候论·小儿杂病诸候》中就有“齿不生候”、“数岁不能行候”、“头发不生候”、“四五岁不能语候”等记载。嗣后，历代医家多有阐发，至清代，《张氏医通·婴儿门上》始将古代分述的各类迟候，归为“五迟”，他说：“五迟者，立迟、行迟、齿迟、发迟、语迟是也。”并指出诸迟之候“皆胎弱也”。《医宗金鉴·幼科心法要诀》提出用菖胜丹和菖蒲丸治疗发迟和语迟，这些论述迄今仍具指导意义。

现代研究认为，五迟的发生除与胎弱的因素有关外，还与社会环境、生活条件有密

切关系，也可能因某种疾病而引起，因此本病的防治，主要在于大力宣传优生优育知识，提高人口素质。一旦发现本病，应及早治疗，除内服补肾健脾、强筋壮骨药物外，可配合针灸疗法及康复教育措施。

【病因病理】

五迟的发生，主要是由于先天禀赋不足，后天调摄失养，肾脾不足，累及五脏所致。又因五脏不足的程度不同，在病理变化上，可以表现为五脏俱亏，也可一脏、二脏，或数脏亏损为主，故临床表现有五迟各候俱见者，也有各类迟候单发，或多个迟候联合发生者。

1. 肾精亏损 肾主骨生髓，具有促进骨骼生长发育和资生骨髓、脑髓、脊髓的作用。若先天胎禀怯弱，肾精亏虚，骨髓生化乏源，不能很好地营养骨骼，则可出现骨骼脆弱无力而见立迟、行迟；肾主骨生髓，而“齿为骨之余”，所以牙齿的生长亦有赖于肾中精气的充养，若肾精不足，则牙齿不生而见齿迟；肾藏精，“其华在发”，说明头发的生长与润枯，与肾中精气有关，今肾精亏虚，故见发迟。

2. 脾胃虚弱 脾胃为“后天之本”、“气血生化之源”，小儿生长发育所需营养全赖脾胃运化水谷精微与气血以供给。若饮食失节，生活失宜，或疾病影响，导致脾胃损伤，则化源不足，五脏失养，影响小儿正常的生长发育，也可出现五迟。

3. 肝血亏虚 头发的生机根于肾，而其营养来源于血，肝藏血，肝血不足，血虚失养，则头发生长缓慢，干枯不泽；肝藏血，在体合筋，肝血充足，筋得其养，才能运动灵活，若脾肾不足，肝血亏虚，筋骨失养，则可见立迟、行迟。

4. 心血不足 心主血脉，开窍于舌，语言为智慧的一种表现，若心气不足，脑髓不充，则智力发育不健，语言迟缓。心之声为言，小儿心气不足，脑髓不充，则不能如期说话。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 凡小儿生长发育较正常儿迟缓，即超过12个月头发稀细黄枯，未见萌牙，不能平稳站立，18个月尚不能行走，说爸妈以外的字，可诊断为五迟。

2. 五迟不一定悉具，但见一二迟者可以分别作出诊断。

二、鉴别诊断

1. 痿病 以下肢不能随意运动碍于行走为主症，与立迟、行迟的发育迟缓有别。

2. 五软 以头项、口、手、足、肌肉软弱无力为主症，以运动障碍为特点。常伴五迟。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨轻重 临症见行走不稳，凶门闭合较晚，出牙延迟，心烦易惊，汗多，而无运动功能障碍者多属轻证；若筋骨痿弱，不能站立，头发稀疏萎黄，不能言语，身体瘦弱，精神萎靡不振，伴神思迟钝，甚至痴呆者多属重证。

2. 辨兼症 五迟发自五脏，常伴五脏不足之证，如肾不足，兼见形体瘦弱，生长缓慢；脾不足则肌肉松而不坚，大便多稀；肝不足则见乏力易倦；肺不足兼见汗多易感冒；心不足则易惊善惕。

二、治疗原则

五迟的治疗原则以扶正补虚为主。若偏于肾脾气虚者，治宜补脾益肾；偏于肝肾亏损者，着重补益肝肾；偏于心肾不足者，又当补肾养心。此外，可配合针灸推拿疗法，以提高疗效。本证治疗，疗程宜长，方可见效。

三、分证论治

1. 脾肾虚弱

证候表现 头发稀疏萎黄，牙齿生长迟缓，或生而牙质不良，凶门宽大，逾期不合，形体瘦弱，生长缓慢，肌肉松软，面色淡白，食欲不振，大便溏薄，舌淡苔白，脉沉迟无力。

辨证要点 本证辨证，重在头发和牙齿方面的改变，以头发稀疏萎黄，牙齿生长迟缓，凶门逾期不合，兼见脾肾不足证为辨证依据。

治法主方 补益脾肾。六味地黄丸合四君子汤加减。

方药运用 常用药：熟地、山药、山茱萸、茯苓、黄芪、人参、白术、甘草等。头发稀黄为主者加何首乌、黑芝麻、枸杞子；牙齿不生，凶门不合加补骨脂、菟丝子、苍术、牡蛎。

2. 肝肾亏损

证候表现 坐、立、行的发育明显迟于正常同龄儿，甚至四五岁还不能行走，或者伴有发和齿的异常。平素活动甚少，容易疲倦，肢体无力，睡眠不实，面色不华，形体瘦弱，舌淡苔少，脉沉细无力。

辨证要点 坐立、行走属小儿动作发育，与肝藏血主筋，肾藏精主骨的关系较为密切。若肝肾亏损，气血不足，不能荣养筋骨，每见立迟、行迟，故辨证应注意辨别立、行与翻身、起坐、爬等动作的关系，同时注意发和齿的发育情况。

治法主方 补益肝肾。加味六味地黄丸加减。

方药运用 常用药：熟地、山药、山茱萸、茯苓、五加皮、太子参、何首乌、鹿茸等。先天禀赋不足者加枸杞子、紫河车；睡眠不宁者加琥珀、丹参、远志；精神呆钝者加石菖蒲、柏子仁。

3. 心肾不足

证候表现 语言发育迟缓，智力低下，常伴有立、行、发、齿等迟缓症状，精神呆滞，疲乏无力，食欲不振，大便多秘，舌淡苔薄，脉缓无力。

辨证要点 证属心肾不足所致的语言发育迟缓，以及立迟、行迟、发迟、齿迟等，为五迟之中较为复杂而严重。语迟的辨证又有语言迟发和语言障碍之别。

治法主方 补肾养心。菖蒲丸合五加皮散加减。

方药运用 常用药：石菖蒲、五加皮、丹参、牛膝、人参、当归、珍珠母、何首乌、远志等。肺不足而声微者加五味子、白石英；肝虚筋缓而乏力者加熟地、白芍、川芎等。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 六味地黄丸 用于发迟、齿迟。

2. 肾气丸 用于五迟之重症。

二、单方验方

1. 醋炒鱼骨 50g, 胎盘粉 7g, 炒鸡蛋壳 20g, 白糖 25g, 共为细粉。每次 0.5g, 每日 3 次, 连服 1~3 个月。用于五迟。

2. 五加皮 100g, 研细粉, 粥引调下。每次 3g, 每日 3 次。用于行迟。

3. 龙骨 25g, 牡蛎 20g, 牛膝 15g, 淫羊藿 10g, 白术 12g, 苍术 8g, 熟地 6g, 太子参、当归、石菖蒲、何首乌、山楂各 5g, 共为细粉。6 个月每次 0.25g; 7~12 个月, 每次 0.5g; 1~2 岁, 每次 0.75g; 2~3 岁, 每次 1.0g。每日 3 次, 连服 1~2 个月。用于五迟。

三、药物外治

1. 川芎、熟地、山药、当归、白芍各 10g, 炙甘草 3g, 共为细末, 汤调擦齿根, 每日 3 次。用于齿迟。

2. 石菖蒲 20g, 艾叶 30g, 川芎 12g, 羌活 10g, 穿山甲 3g, 茯苓 15g, 五味子 5g, 共研细粉, 用鸡蛋清或麻油调匀, 外敷关元、囟门, 夜敷晨取。10 日为 1 疗程。用于立迟、行迟。

四、食疗方药

1. 桑椹子, 每次 1g, 每日 2 次。久服可黑发, 健步, 利关节。

2. 龙眼肉, 每次 1g, 每日 2 次。常服能益智, 安神。

3. 公鸡骨架 1 具, 用净黄土焙黄, 加入东北人参 9g, 共研细末, 按患儿年龄酌用, 每次 1.5~3g, 红枣煎汤送服。适用于立迟、行迟。

五、针灸疗法

1. 艾灸足两踝, 每次 3 壮, 每天 1 次。用于行迟。

2. 艾灸心俞穴, 每次 3 壮, 每日 1 次。用于语迟。

【预防护理】

一、预防

1. 大力宣传优生优育知识, 避免近亲结婚。婚前进行健康检查, 以杜绝先天性遗传疾病的发生。

2. 怀孕后要求孕母保持精神舒畅, 营养丰富, 多晒太阳, 慎用对胎儿有害的药物, 以避免损伤胎元之气。

3. 婴儿出生后应加强调护, 提倡母乳喂养, 及时添加辅食, 保证营养均衡。并适当进行体格锻炼。

二、护理

五迟属虚弱之病, 患病后首要加强饮食调理, 以富有营养和易消化的食物为主。并应注意定时定量。

【文献选录】

《小儿卫生总微论方·五气论·心》：“心气怯者，则性痴而迟语，发久不生，生则不黑。心主血，发为血之余，怯则久不生也。心系舌本，怯则语迟也。”

《片玉心书·形声门》：“行迟者何也？盖骨乃髓之所养，血气不足，则髓不满骨，故弱软不能行，此由肾与肝俱虚得之。……加味地黄丸主之。”

《证治准绳·幼科·齿迟》：“齿者，骨之所终而髓之所养也。小儿禀受肾气不足，不能上营，而髓虚不能充于骨，又安能及齿，故齿久不生也，地黄丸主之。”

《医宗金鉴·幼科心法要诀·五迟》：“小儿五迟之证，多因父母气血虚弱，先天有亏，致儿生下筋骨软弱，行步艰难，齿不速长，坐不能稳，要皆肾气不足之故。先用加味地黄丸滋养其血，再以补中益气汤调养其气。又足少阴为肾之经，其华在发，若少阴之血气不足，即不能上荣于发，苕胜丹（当归、生地、白芍、菟丝子、胡粉）主之。又有惊邪乘入心气，至四、五岁尚不能言者。菖蒲丸主之。”

【现代研究】

一、临床研究

有关五迟的中医及中西医结合治疗，综合资料较少，研究尚待深入。西医学的佝偻病、脑性瘫痪、智力低下等，均可见五迟，有关此类疾病的现代研究报道，分别介绍于心系病证的智力低下、汗证，肾系病证的五软，可以参阅。

迟福报道，中医五迟五软相当于佝偻病，由于父母精血不足，或曾投坠胎药不去竟成孕者所致。其病机由脾肾不足而成，辨证施治应从脾肾入手。肾阴不足者，补肾阴其骨自强；营养欠佳而患此症者，须补脾以健骨；合并湿热者，用木防己汤；虚者用黄芪五物汤；肾阴不足者服参茸丸和六味地黄丸。均佐海螵蛸面和朱砂、琥珀。治疗 81 例，疗效满意。^[1]

林鸿森报道，大脑发育不全当包括在“五迟”病中，多因先天不足，肝肾亏损，后天失养，气血虚弱所致。治疗应补肾助阳，健脾益气，益智健神。处方：山茱萸、菟丝子、玉竹、五味子、龟版各 30g，鹿茸、全蝎各 9g，海狗肾 2 个，人参 12g，石菖蒲 10g，蜈蚣 3 条，麝香 0.9g（另研后加）。共研细面，炼蜜为丸，日服 2 次，每次 1 丸（6g）。同时用 5%~10% 人参液作耳穴注射。作者认为，人参配五味子可加强内抑制过程，促进大脑皮质兴奋和抑制过程的平衡。^[2]

史方奇报道，本证系先天禀赋不足，肾气亏损，后天脾虚失运，气血虚衰之证。治宜先补脾健运以减肥实肌治标，后补脑益肾，增智长骨治本。药用：虎骨（油酥）10g，豹骨（油酥）、制黄精、丹参、黑豆、黑芝麻、核桃肉、猪骨髓、兔脑髓、枸杞子各 60g，党参、黄芪、杜仲、楂肉、山药、牛膝、桑寄生、枣皮各 30g，熟地、黄柏各 24g，当归、炙甘草各 15g。上药煎汁去渣浓缩，加蜂蜜 4 斤，收膏。每服 1 匙，每日 3 次。^[3]

施炳培报道，采用穴位注射治疗小儿脑性瘫痪，主要穴位分三组：哑门、肾俞；风池、足三里；大椎、内关。单纯智力低下者，可轮流选择上述一组穴位，交替使用。合并有其它后遗症者，可再按具体症状取穴。治疗脑发育不全 270 例，显著进步 30 例，进步 145 例，无效 95 例。并且发现病程越短，疗程越长，效果越显著。^[4]

闻韶华报道，耳压治疗先天愚型 60 例。主穴：心、缘中、肾、枕、交感、垂前、耳迷根、神门、胸、内分泌；配穴：眼、肝、脾、肺、外鼻、甲状腺、皮质下、心脏点、三焦、颌等。用 75% 酒精消毒耳部，将王不留行籽或油菜籽加活血镇痛膏贴压耳穴。开始用冲击法，均取双侧，每周 2 次，间隔歇 1 天，10 次为 1 疗程。家长每日按压 3~4 次，有胀痛感、耳廓发红即可，可连压 2~3 个疗程。巩固疗效可减少穴位或压一侧。结果：显效 35 例（58.33%），有效 18 例（30%），无效 7 例（11.6%），总有效率 88.33%。^[5]

二、药理研究

姚惠陵等报道，采用健脾补肾法，选用补肾壮阳、滋肾填精、益气健脾、和中开胃

的人参、鹿角片、麦芽、陈皮、紫河车等，对 31 例胎怯患儿进行治疗，并测其体重、身长、头胸围、上臂围等衡量小儿生长发育状况的指标，结果治疗组各项指标的增长快于对照组，总有效率达 96%。检测患儿血清 T_3 、 T_4 值，结果发现 T_3 值低于正常标准而 T_4 值高于正常标准，经调补脾肾，治疗组 T_3 升高，较对照组有显著差异。动物实验发现，低出生体重豚鼠生长激素、胃泌素、皮质醇低于正常组，ACTH 则高于正常组，提示低体重和这些内分泌值的改变有一定联系。^[5]

邓文龙报道，肾气丸对加龄的影响。大鼠实验表明，从 13 月龄起给以含八味丸 1% 及 10% 的固形饲料，饲养至 37 月龄，发现前者体重与对照组相比无差异，但后者体重明显增加，50% 生存率在 1% 药饵者与对照组均为 29 月，但 10% 药饵者为 25 月，而 35 月时生存率则以 1% 药饵鼠最高，10% 药饵鼠反而低于对照组。作为老化指标之大腿肌肉萎缩、皮肤萎缩、毛根减少等在给药组均见显著抑制，因增龄而萎缩的脾脏胸腺依赖于给药组也可见浆细胞反而增加。此外，给药组 35 月和 37 月龄鼠之血清脂质 TG 及 TC 均较低，上述结果表明八味丸能改善脂质代谢，防止老化。^[7]

阴健等介绍，人参对学习记忆的影响。人参提取物可拮抗樟柳碱和戊巴比妥钠造成的记忆获得不良，改善环己酰亚胺和亚硝酸钠造成的记忆巩固障碍，以及 40% 乙醇造成的记忆再现缺陷。给小鼠腹腔注射 200mg/kg bw、100mg/kg bw、50mg/kg bw 人参茎叶皂甙，可明显对抗樟柳碱的作用和改善小鼠的记忆，增加脑内的 RNA，但对 DNA 和蛋白质的含量无明显影响。

已证明人参皂甙 Rg1 和 Rb1 是人参促智的主要有效成分，它们可增强胆碱能系统功能即增加脑突触体对 3H-胆碱的摄取，增加 Ach 合成和释放，同时提高中枢 M 胆碱受体密度。人参粗皂甙对原发培养的大鼠大脑皮层神经元的轴突扩张有增生效应，且使其中的神经节苷酯含量大约增加 1.5 倍，并对细胞松弛素 B 引起的轴突生长锥变形有保护作用。^[8]

鹿茸多种提取物、磷脂、人工培养的鹿茸细胞对单胺氧化酶均有抑制作用。给大鼠按每日 0.4~2.0g/kg bw 连续灌胃本品 14~15 日，可使大鼠体重明显增加，鹿茸水提取物对蝌蚪和小鼠也有促进生长作用。人工培养鹿茸细胞能明显增加未成年小鼠前列腺-贮精囊和睾丸重量，并能增加小鼠血浆中睾丸酮含量，促进幼鼠子宫的发育。^[8]

中医治疗五迟有一定疗效，智力低下患儿的智力仍有改善可能，因此，加紧中医治疗本病的研究有广阔前景。但目前也存在一些不足，如诊断、疗效标准不统一，科研设计不合理，回顾性研究较多等。今后应广泛开展前瞻性研究和实验研究，重视病因分类治疗的研究，强调在疾病诊断明确的基础上，辨证论治，观察药物、针灸等治法的疗效。在具体研究方法上，要重视本病的早期发现和治疗，改进剂型，综合应用药物、营养、教育等多种手段治疗，以创出中医治疗本病的新水平。

现代参考文献

- [1] 迟福. 对五迟五软症的几点体会. 黑龙江医刊, 1960, (7): 16
- [2] 林鸿鑫. 中医对大脑发育不全的认识和治疗. 河北中医, 1980, (4): 42
- [3] 史方奇. 补脑益智法治疗五迟五软重症. 四川中医, 1988, (2): 16
- [4] 施炳培. 针刺治疗脑发育不全 270 例临床疗效观察. 辽宁中医杂志, 1984, (5): 33

- [5] 闻韶华. 耳压治疗先天愚型 60 例疗效观察. 北京中医, 1993, (1): 34
- [6] 姚惠陵, 等. 健脾补肾法治疗胎怯脾肾两虚证的临床观察. 江苏中医, 1995, (7): 42
- [7] 邓文龙. 中医方剂的药理与应用. 重庆: 重庆出版社, 1990: 808
- [8] 阴健, 等. 中药现代研究与临床应用. 北京: 学苑出版社, 1993: 608

(陈永辉)

12.12 五软

【概述】

五软是指头项软、口软、手软、足软、肌肉软而言, 是小儿时期的虚弱病症之一。西医学的先天性遗传神经肌肉疾病、脑性瘫痪等疾病, 可出现五软。

五软在宋代之前, 多与五迟并论, 如谓“长大不行, 行则脚软”, 即有迟缓和痿软之意。五软, 最早见于元·曾士荣《活幼心书·五软》:“爰自降生之后, 精髓不充, 筋骨痿弱, 肌肉虚瘦, 神色昏慢, 又为六淫所侵, 便致头项手足身软, 是名五软。”明代《婴童百问·二十六问》则提出:“五软者, 头软、项软、手软、脚软、肌肉软是也,” 并沿用至今。嗣后, 《保婴撮要》等对五软的论述日趋全面, 认为本病之因与先天胎禀不足和后天邪毒感染有关, 病变以脾气损伤为主, 日久则累及肝肾、气血, 治疗以补中益气汤、地黄丸为主方, 至今仍为辨证论治本病之绳墨。

现代对本病的研究多从脾肝肾入手, 辨证论治治疗进行性肌营养不良、脑性瘫痪等, 取得了不少成果。

【病因病理】

一、病因

多由父母体质素虚, 精血不足, 或母孕期间, 疾病缠绵, 以致胎元失养, 先天禀赋不足, 或因生后调护失宜, 气血虚弱所致。

二、病理

1. 脾肾两虚 脾主运化, 为后天之本, 主肌肉及四肢, 开窍于口, 脾的功能健旺则肌肉丰满, 四肢健壮, 灵活有力。肾主骨生髓, 通于脑, 肾精充足, 骨髓生化有源, 骨骼得髓之滋养, 则坚韧有力, 耐久立而强劳作。若先天胎禀不足, 后天调摄失宜, 致脾肾两虚, 则化源不足而见五软。

2. 肝肾亏损 肝藏血主筋, 肾藏精主骨, 肝肾精血充足, 筋骨得养, 才能骨骼强健, 运动灵活有力。若因素禀阴亏, 或疾病影响, 伤津耗液, 致肝肾亏损, 筋骨失养, 则见头项、四肢痿软不用。

3. 气血两虚 脾为气血生化之源, 若因调护失宜, 或疾病影响, 损伤脾胃, 脾失健运, 生化乏源, 气血不荣四肢、口唇则见手足口软, 不养肌肉则肌肉软弱。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 以头项、口、手、足、肌肉部位软弱无力为特征。
2. 五软不一定全部出现, 或见一二软, 或见于局部。
3. 因先天因素、产时因素以及后天抚育喂养因素所致者。

二、鉴别诊断

1. 痿证 虽有肢体软弱无力,但以下肢不能随意运动较为多见,不伴有头项口等部位的肌肉软弱无力。多因后天疾病影响所致。

2. 五迟 五迟中的立迟、行迟是指发育障碍,站立行走迟缓,与本证的头项、手足软弱无力有别。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨轻重 五软部位少,范围小,神清气爽者病情多轻;部位多,范围广,神情呆滞者病情多重。

2. 辨兼症 兼肾虚者,可见发育落后,精神萎靡;兼肝亏者,可见烦躁不安,惊惕肉瞤;兼脾弱者,可见纳差便溏,形体消瘦,倦怠乏力。

二、治疗原则

重在培补脾肾肝,益气养血。本病为一疑难重症,疗程宜长,可同时配合针灸、外治诸法,以提高疗效。

三、分证论治

1. 脾肾两虚

证候表现 头项软弱不能抬举,口软唇弛,吸吮咀嚼困难,手足弛缓无力,不能握举和站立,肌肉松软、失于弹性,发育较同龄正常儿落后,精神萎靡,面色苍白,肢冷便溏,舌淡苔白,脉沉迟无力。

辨证要点 证属先后天俱不足,为五软较重的类型,以肌肉软弱弛缓为主,病变广泛,呈全身性。肾藏精生髓,通于脑,肾元不足故见发育落后,精神萎靡。

治法主方 温补脾肾。补肾地黄丸合补中益气汤加减。

方药运用 常用药:鹿茸、牛膝、熟地、山药、山茱萸、茯苓、党参、白术等。方中鹿茸可研粉另冲服。手软甚者加桂枝、桑枝、姜黄;头项软加巴戟天、菟丝子、枸杞子;足软甚者加杜仲、五加皮、续断;口软吮吸无力重用黄芪。

2. 肝肾亏损

证候表现 头项软弱,挺而不坚,口唇松软,舌舒緩动,手握无力,步行蹒跚,容易跌倒,肌肉萎缩,酸软无力,心烦不寐,潮热盗汗,舌红少苔,脉沉细数。

辨证要点 本证多见于年龄较大儿童,多因先天禀赋阴亏,后天疾病影响,导致肝肾亏损,筋骨失养所致,临床以头项手足软弱无力为主,兼见肝肾阴虚表现。

治法主方 滋补肝肾。六味地黄丸加减。

方药运用 常用药:熟地、山药、山茱萸、茯苓、牡丹皮、枸杞子、女贞子、黄精等。睡眠不安者加酸枣仁、钩藤;汗多者加龙骨、牡蛎、五味子;大便秘结者加当归、郁李仁。

3. 气血两虚

证候表现 肢体软弱,神情呆滞,智力迟钝,面色苍白,形瘦神疲,倦怠乏力,纳差便溏,舌淡苔薄白,脉弱无力。

辨证要点 本证为五软迁延日久,脾肾肝诸脏俱虚,并累及气血,致功能障碍,全身衰弱,以神情呆滞,形瘦神疲,倦怠乏力,纳差便溏为辨证要点。

治法主方 益气养血。八珍汤加减。

方药运用 常用药：黄芪、党参、白术、茯苓、当归、熟地、白芍、山药、牛膝等。智力迟钝明显者可用调元散以益气养血，开通心窍；胸闷纳呆者加陈皮、郁金；血虚心悸者加麦冬、五味子。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 六味地黄丸 用于肝肾亏损证。
2. 补中益气丸 用于脾胃虚弱证。
3. 当归补血丸 用于气血两虚证。

二、单方验方

1. 白僵蚕，研为细粉，每次 0.5g，1日 2次。
2. 楮实子，研细粉，每次 3g，每日 3次。久服可补肾健脾，壮筋骨，充肌肉。
3. 楮实子 15g，何首乌、淫羊藿、锁阳、狗脊、白术各 10g，水煎服，疗程 1~3个月。
4. 石楠叶、石花各 15g，当归、牛膝、续断各 10g，鹿角霜 5g，共为细粉，每次 3g，每日 3次，宜久服。

三、药物外治

1. 附子（去皮脐）、天南星各 10g，共研细粉，取姜汁调和成糊状，摊贴在天柱骨处，每次 8小时，取下休息 8小时，再贴 8小时，连用 3日。用于颈项软。

2. 肉桂 12g，丁香 18g，川乌 1.5g，草乌、乳香、没药各 15g，红花、当归、赤芍、川芎、透骨草各 30g。共研细粉，过筛加入凡士林 500g，搅拌后成为药膏，涂在布上或硬纸板上，然后于药膏上再覆盖纱布两层，敷贴在双侧小腿腓肠肌处，药上加放热水袋增加药温，每日 1次，每次 4~6小时。用于五软之下肢无力，举步艰难及小腿肌萎而局部坚硬者。

四、针灸疗法

1. 体针 大椎、安眠、哑门、陶道、百会、印堂、内关、合谷、足三里。每日 1次。
2. 耳针 心、肾、脾、脑干、皮质下，隔日 1次。
3. 穴位注射 足三里穴注射 5%当归液，每次 0.3~0.5ml，隔日 1次，10次为 1疗程。

【预防护理】

一、预防

1. 加强卫生宣教工作，普及妊娠期、哺乳期保健常识和育儿知识。
2. 母孕期间应加强保护，避免一切有损胎儿发育的不利因素，如中毒、外伤等。婴儿出生后重在优育，注意合理营养，增强体质。

二、护理

1. 平时宜用按摩法以锻炼肌力，也可应用电敷患处，每日 2次，每次 30分钟，可促进血液循环和肌肉活动，利于五软的恢复。
2. 加强营养，平时可食用芡实、山药，有补脾充肌功效。

【文献选录】

《保婴撮要·五软》：“五软者，头项手足肉口是也。夫头软者，脏腑骨脉皆虚，诸阳

之气不足也。乃天柱骨弱，肾主骨，足少阴太阳经虚也。手足软者，脾主四肢，乃中州之气不足，不能营养四肢，故肉少皮宽，饮食不为肌肤也。口软者，口为脾之窍，上下龈属手足阳明，阳明主胃，脾胃气虚，舌不能藏，而常舒出也。夫心主血，肝主筋，脾主肉，肺主气，肾主骨，此五者皆因禀五脏之气虚弱，不能滋养充达，故骨脉不强，肢体痿弱，源其要，总归于胃。盖胃水谷之海，为五脏之本，六腑之大源也。治法必先以脾胃为主，俱用补中益气汤，以滋化源。头项手足三软，兼服地黄丸。凡此证必须多用二药，仍令壮年乳母饮之，兼慎风寒，调饮食，多能全形。”

《医宗金鉴·幼科心法要诀·五软》：“五软者，谓头项软、手软、足软、口软、肌肉软是也。头软者，项软无力也；手足软者，四肢无力也；肉软者，皮宽不长肌肉也；口软者，唇薄无力也。此五者，皆因禀受不足，气血不充，故骨脉不强，筋肉痿弱。治宜补气为主，先以补肾地黄丸，补其先天精气；再以扶元散，补其后天羸弱。渐次调理，而五软自强矣。”

【现代研究】

有关以五软为病名的报道较少，西医学的进行性肌营养不良、脑性瘫痪等与本病相类似，兹作简要介绍，作为临证参考。

一、进行性肌营养不良

1. 辨证论治 韦俊报道，将进行性肌营养不良分为3型：脾胃虚弱型治以益气健脾，活血通络，方以参苓白术散加地龙、当归；脾肾两虚型治以益气活血，健脾补肾，佐以通络，方以补阳还五汤加党参、山萸肉、熟地、补骨脂、续断、杜仲、丹参、白术、甘草；肝肾亏损型治以补益肝肾，滋阴清热，活血通络，方以虎潜丸加黄芪、丹参、牛膝、杜仲、白芍、何首乌、桑寄生、地龙、焦山楂。配合针灸。治疗54例，结果显效32例，有效22例，总有效率100%。^[1]

王玉民等报道，应用培补脾肾法治疗3例进行性肌营养不良患儿，药用：黄芪、山药、山茱萸、菟丝子、怀牛膝各15g，党参、生白术、白茯苓、熟地、巴戟天各12g，龟版胶、鹿角胶各10g（烊化），仙灵脾30g，甘草6g，水煎服。治疗5个月~1年，3例患儿全身肌肉大体恢复，身高体重相称，动态协调，各项检验数值正常，能坚持正常学习和生活。随访数年，停药后病态再重现。^[2]

2. 专方专法 沙海汶等报道，以马钱复痿冲剂（黄芪、炙甘草、当归、熟地、制马钱子粉等）治疗患儿104例，总有效率为89%。沙氏提出，患儿对马钱子粉的耐受性很强，一般不会引起中毒，只要用量、服法得当，收效颇捷。初期用量成人0.6g，儿童0.3g为宜，3岁以下可从0.15g开始，一疗程后酌情加量，或遵医嘱。^[3]

郝君生报道，以增力汤（紫河车、龟版、附子、党参、当归、穿山甲、白芥子、没药）治疗13例进行性肌营养不良，语言欠清，声音低微，舌体瘦小为心气虚加人参、石菖蒲；足跟不着地为筋脉挛急加木瓜、酸枣仁；智力差加重紫河车用量。治疗时间短者2个月，长者9个月，结果明显好转4例，显效7例，无效2例。^[4]

黄坤强报道，尚尔寿老中医对本病的辨治多从肝考虑，认为本病在临床上往往涉及肝脾肾三脏，而肝为其病理变化的核心之脏，从肝阴血不足到肝风内动，以致影响他脏，贯穿在本病的全过程。治疗本病的着眼点落在肝上，从肝从风论治，制定出以平肝熄风为主，补益肝肾为辅，佐以健脾益气，祛痰通络的复肌宁胶囊（明天麻、全蝎各60g，蜈

蚣 30 条,地龙、杜仲炭、生黄芪各 30g,牛膝 20g,共为极细末装胶囊,每粒含生药 0.5g,每次 3~5 粒,每日 3 次)和复肌宁汤(珍珠母、牡蛎、生黄芪各 20g,枸杞子、杜仲炭、党参、菖蒲、伸筋草各 15g,白僵蚕、胆南星、佛手、姜半夏各 10g,桃仁 5g,水煎服,每日 1 剂,剂量随年龄增减)。作者认为,除服药外,合理调护是保证疗效的一个重要方面,要注意功能锻炼,避免寒湿侵袭,忌食辛辣饮食。^[5]

周慎报道,对 1973~1991 年中医药治疗运动神经元病的临床报道进行了综合分析,认为本病的发病机理与虚、瘀、风有关,其虚为肝脾肾亏虚,其风为内风。治疗目前多从辨病论治,以补肾、健脾、活血、熄风为主要治法,可首选黄芪、地黄、牛膝、白术、当归、蜈蚣、人参、桂枝、全蝎、白芍、川芎、桃仁、红花、地龙、续断、乌梢蛇、杜仲、枸杞子、菟丝子、陈皮、甘草等 21 味药物。^[6]

二、脑性瘫痪

1. 针刺疗法 申秀兰报道,根据病变部位出现的运动障碍,结合大脑皮层的功能定位,采用头针治疗脑源性瘫痪 144 例。下肢瘫痪选对侧顶颞前斜线上 1/5 及顶旁线,上肢选用对侧顶颞前斜线中 2/5,面瘫、流涎及运动性失语选对侧顶颞前线下 2/5,感觉障碍取对侧顶颞后斜线,小脑病变选枕下旁线,手功能障碍选运动区,精神失常选情感区,每日 1 次,15 次为 1 疗程。结果痊愈 44 例,显效 62 例,有效 37 例,无效 1 例。^[7]

王洁荣报道,采用头针为主配合体针治疗 31 例脑瘫患儿。头针选运动区、感觉区、足运感区、运用区、平衡区,交替,每日 1 次,留针 2 个小时;10 日为 1 疗程。体针:上肢取肩髃、臂臑、曲池、手三里、合谷。下肢取髀关、伏兔、阴市、梁丘、足三里、解溪、跟平,交替,每次取 2~4 穴,隔日 1 次,不留针。针刺手法:痉挛型用泻法,肌张力低下型用补法。体针取患侧,头针取对侧。结果:31 例经 2~6 个疗程治疗,显效 11 例(35.5%),有效 18 例(58.1%),无效 2 例(6.4%)。无效 2 例均为肌张力低下型。^[8]

洪琪等报道,对 143 例脑瘫住院患儿应用针灸治疗。上午取头穴:患儿囟门未闭者选四神聪穴,其它选头针标准化方案顶旁 1 线及顶颞前斜线的上 1/3,均为双侧。操作时以 45°角快速进针,刺入帽状腱膜下,并给予 G6805 多用治疗仪通电,选用中等连续波,强度以患儿能接受为度,刺激 30 分钟。凡针刺四神聪者不通电。下午取体穴:取穴原则是调阴阳,益脑髓。先针肾俞、太溪穴不留针;后针双侧足三里、太冲、三阴交行补法,留针 30 分钟。操作时快速进针,行提插捻转补法。30 次为 1 疗程,2 个疗程间休 10 天。2 个疗程后如有好转,可继续治疗。结果痊愈 14 例,显效 19 例,好转 85 例,无效 6 例,不明 19 例。除外不明,总有效率为 95%,愈显率占 27%。^[9]

张遂康等报道,针刺治疗 183 例脑瘫患儿,选用八脉交会穴(列缺、内关、外关、后溪、公孙、照海、临泣、申脉)、耳穴脑点、合谷或足三里(均取双侧)。语言障碍加廉泉,口角流涎加地仓,智力障碍、癫痫加神门、通里,颈软加大椎、风池,腰软加肾俞,足外翻加太溪,足内翻加昆仑等。每日或隔日 1 次,手法以补为主,留针半小时以上,连续针刺 50 次为 1 个疗程,每疗程结束后休息 1 周,183 例中治疗时间最长 400 次,最短 18 次。结果:显效 55 例(30.1%),好转 45 例(24.6%),进步 74 例(40.4%),无效 9 例(4.9%)。^[10]

范刚启等报道,治疗一氧化碳中毒致脑瘫患者 1 例,证属气血两虚、筋脉失养,选

双三阴交，针刺得气后，行提插捻转补法，令双下肢回缩并抬高3~5次，起针后双下肢肌力恢复至Ⅱ级，继取双天鼎穴治上肢瘫，针感同前，上法治疗3次后，双下肢肌力恢复至Ⅲ级。作者认为，三阴交具有健脾益气养血，活血化瘀通经，培补肝肾，强筋壮骨作用，其功效有赖于针感的获得和补泻手法的正确实施，选三阴交治疗瘫痪，要特别注意取穴和针刺手法。^[11]

2. 推拿疗法 洪学宾等报道，应用推拿治疗100例脑瘫患儿，基本手法是：先令患儿俯卧，沿脊椎方向，从至阳到命门的督脉诸穴顺序点、按，加力扣打；按、揉脊柱旁开一寸半的足太阳膀胱经诸俞穴。目的在于补肾健脾、强筋壮骨。次令患儿背对施术者正坐位，按、揉、摩、点风池、哑门、天柱、脑户等枕部脑区，以及百会、络却、后顶、强间等顶枕部位。施术时要意守、注气，目的在于强脑益精，通脉活络。最后令患儿仰卧，按、揉、捏、拿四肢。下肢在点阳陵泉穴的基础上，顺序拿、揉腿外侧肌群，或在点委中穴的基础上，拿、揉后部肌群直至跟腱，或在点环跳穴的基础上，拿、揉内收肌群。上肢在点中府穴的基础上，拿、揉上臂前肌群，或在点肩井穴的基础上，拿、揉上臂后肌群，或在点曲池穴的基础上，拿、揉前臂的前后肌群等。目的在于舒筋活络，或强筋壮骨。此外，对痉挛型多用揉法、摩法，以使内收肌肌群放松为主。剪刀步患儿揉解剪穴（血海后1.5寸，上4.5寸）；迟缓型多用拿法、提法，以至按法、扣打法，以刺激肌群，提高其张力为主；僵直、震颤、手足徐动、共济失调等型多用揉法、摩法，广泛放松内收、外展各肌肉群，协调其运动。每次15分钟，每周3~5次，一般集中治疗3个月~1年。结果在已停止治疗的60例中，痊愈24例（40%），显效11例（18%），有效19例（32%），无效2例（3%），中断治疗4例（7%），总有效率90%。^[12]

3. 其它疗法 罗兴中报道，采用王不留籽耳压治疗小儿脑性瘫痪33例，取穴：耳前交感、神门、脑干、皮质下、心、肝、肾、肾上腺、小肠、胃穴；耳背脊髓1和2、上背、中背、下背穴。下肢软瘫者加宽、膝、踝关节穴，上肢软瘫者加肩、肘、腕穴，两耳交替，隔天1次，15次为1疗程。结果，痊愈5例，好转13例，有效12例，无效3例。^[13]

任晓惠等报道，应用AUTO-3型经络导平治疗仪治疗小儿脑瘫75例，经络导平施行每日1次，导平输气每日或隔日1次，30日为1个疗程。配以乙酰谷酰胺、复方麝香、脑复康针剂，选用一种肌内或穴位注射。脑脉宁、脑复新、脑安素、西比灵1~2种口服。结果显效14例（18.7%），有效39例（52.0%），无效22例（29.3%）。^[14]

施炳培报道，采用放射免疫法测定针刺治疗小儿脑性瘫痪对中枢神经递质（ β -内啡肽、皮质醇）的影响以及脑电图、脑血流图、脑干听觉诱发电位、血液流变学检查等，说明针刺治疗小儿脑性瘫痪的基础，是通过针刺刺激了穴位，通过经络传导，疏通了经气，调整了气血和脏腑功能，改善了机体“内络血瘀”的病理状态，促进了脑电活动和神经递质的分泌，从而改善了组织和器官的血液供应，使病变部位得到充分营养，致使脑细胞的功能得到恢复和代偿，临床症状和体征得到改善，以达到治疗目的。^[15]

中医对进行性肌营养不良症、脑性瘫痪等的认识由来已久，以往人们认为这些疾病是不可以治疗的，但随着中医药治疗进行性肌营养不良症、脑性瘫痪的探索增多，可以肯定中医药治疗是有一定疗效的，尤其对于缓解症状、控制病情等有明显效果。从目前资料来看，其诊断疗效标准极不统一，病例数较少，未设对照组，难以比较效果，疗效

机制尚缺乏实验研究等,制约了研究的深入进行。因此,统一诊断、分型和疗效标准,选用特异性客观化指标,探讨中医辨证论治规律;同时注意与疗效有关的因素,观察远期疗效,结合实验研究,探讨中药对本病的作用机理,使进行性肌营养不良症、脑性瘫痪的治疗提高到新的水平。

现代参考文献

- [1] 韦俊. 中西医结合治疗进行性肌营养不良 54 例. 陕西中医, 1990, 11 (7): 300
- [2] 王玉民, 等. 培补脾胃法治疗进行性肌营养不良症. 黑龙江中医药, 1993, (4): 20
- [3] 沙海议, 等. 马钱复痿冲剂治疗进行性肌营养不良临床实验. 中国医药学报, 1997, (2): 55
- [4] 郝君生. 增力汤治疗假性肥大型肌营养不良症 13 例. 山东中医学院学报, 1989, (2): 19
- [5] 黄坤强. 进行性肌营养不良的辨治. 中国医药学报, 1993, (5): 59
- [6] 周慎. 运动神经元病的证治规律探讨. 中医药信息, 1992, (1): 12
- [7] 申秀兰. 头针治疗脑源性瘫痪 144 例疗效观察. 河南中医, 1987, (4): 21
- [8] 王洁荣. 针刺治疗小儿脑性瘫痪 31 例疗效观察. 山西中医, 1991, 7 (2): 36
- [9] 洪琪, 等. 针刺为主治疗 143 例小儿脑瘫. 新疆中医药, 1994, (4): 21
- [10] 张遂康, 等. 针刺治疗小儿脑瘫 183 例临床观察. 针灸临床杂志, 1995, (11, 12): 13
- [11] 范刚启, 等. 治瘫痪要穴三阴交. 中医杂志, 1995, 36 (12): 754
- [12] 洪学宾, 等. 推拿治疗 100 例小儿脑性瘫痪的临床研究. 中国医药学报, 1990, (1): 21
- [13] 罗兴中. 耳压治疗小儿脑性瘫痪 33 例. 陕西中医, 1988, (1): 39
- [14] 任晓惠, 等. 多功能经络导平治疗仪治疗小儿脑性瘫痪 75 例疗效分析. 内蒙古中医药, 1994, (1): 43
- [15] 施炳培. 针灸治疗小儿脑性瘫痪的研究进展. 中医药信息, 1991, (2): 44

(陈永辉)

12.13 性早熟

【概述】

性早熟是指女孩青春发育开始于 8 岁以前, 男孩睾丸阴茎增大开始于 9 岁以前的一种内分泌疾病。

性早熟分为真性性早熟及假性性早熟, 完全性性早熟和部分性性早熟; 还有同性性早熟和异性性早熟。真性性早熟是由于下丘脑—垂体—性腺轴提前发生作用, 属中枢性性早熟, 为完全性性早熟, 一般查无特殊原因, 无病理变化, 属于特发性性早熟, 临床所见, 女孩比男孩多 5 倍。不完全性性早熟是因性激素刺激性征发育, 多属假性性早熟或(和)部分(不完全性)性早熟。

我国早在《素问·上古天真论》中就明确指出:“女子七岁, 肾气盛, 齿更发长; 二七而天癸至, 任脉通, 太冲脉盛, 月事以时下, 故有子”。“丈夫八岁, 肾气实, 发长齿更; 二八, 肾气盛, 天癸至, 精气溢泻, 阴阳和, 故能有子”。可见, 人体正常的生长发育及性腺的成熟, 主要靠肾气的充盛及天癸的期至。这些论述对了解本病的发病机理及指导辨证论治有重要意义。

现代对本病有了较深入的研究, 认为本病的病变主要在肾、肝二脏, 其发生多由肝郁化火或阴虚火旺、相火妄动所致。治疗多采用疏肝解郁、滋阴降火等法, 取得了较满

意的疗效。

【病因病理】

一、病因

性早熟的病因主要涉及肾、肝二脏。多因疾病或误服某些药物，导致“天癸”早至。

二、病理

1. 阴虚火旺 肾藏精，主生长发育与生殖，具有促进机体生长发育和生殖的生理效应。若小儿肾的阴阳不平衡，肾阴不足，相火偏亢则天癸早至，第二性征提前出现。

2. 肝郁化火 肝藏血，主疏泄，为调节气机之主司，若因疾病或精神因素导致肝失疏泄，肝郁化火，肝火上炎，亦可导致“天癸”早至，出现性早熟。

现代研究认为，真性性早熟是由下丘脑—垂体—性腺轴提前发动，功能亢进所致，可导致生殖能力提前出现。假性性早熟是由于内源性或外源性性激素的作用，导致第二性征提前出现，故患儿并不具备生殖能力。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 临床表现 女孩8岁以前，男孩9岁以前，出现第二性征。一般女孩先有乳房发育，继之出现阴毛，多数是阴毛随同外生殖器的发育而出现，最后月经来潮和腋毛出现。男孩表现为过早的阴茎和睾丸同时增大，以后可有阴茎勃起。出现阴毛、痤疮和声音低沉，可在5~6岁时有精子成熟并夜间泄精，体力较一般同龄人强壮。

2. 理化检查 血浆卵泡刺激素（FSH）、黄体生成素（LH）、雌二醇（E₂）、促性腺释放激素（LHRH）试验，其含量明显升高。男孩血浆睾酮和女孩的雌二醇浓度随性早熟的发展而增高。X线摄片，手腕骨正位片显示骨龄成熟超过实际年龄，与性成熟一致。

二、鉴别诊断

1. 真性性早熟与假性性早熟的鉴别 真性者，促性腺激素水平升高；假性者水平低下。LHRH兴奋试验，真性者FSH、LH水平显著升高，假性者无此反应。

2. 特发性性早熟与器质性性早熟的鉴别 特发性者，一般查无原因；器质性者，原发性甲状腺机能低下骨龄显著落后，性腺肿瘤者性激素增加极甚。

【辨证论治】

一、证候辨别

性早熟主要辨别其虚实。虚者为肾水不足，证见第二性征提前出现，伴潮热盗汗，五心烦热，舌红少苔，脉细数。实者为肝郁化火，证见第二性征提前出现，伴心烦易怒，胸闷叹息，舌红苔黄，脉弦细数。

二、治疗原则

性早熟的治疗原则以滋阴降火，疏肝泄火为主。

三、分证论治

1. 肾阴不足

证候表现 女孩乳房发育及月经提前来潮，男孩生殖器增大，有阴茎勃起。伴颧红潮热，盗汗，头晕，五心烦热，舌红少苔，脉细数。

辨证要点 本证是临床最为常见的证候，系小儿肾的阴阳不平衡，肾阴不足，相火亢盛所致，属肾对生殖机能调节障碍的一种表现。临床以第二性征提前出现，兼阴虚火

旺证为辨证依据。

治法主方 滋阴降火。知柏地黄丸加减。

方药运用 常用药：知母、黄柏、生地、龙胆草、泽泻、牡丹皮、山药、玄参、龟版、茯苓等。方中龙胆草应从小剂量开始，逐渐加量，以免过量引起克伐胃气之弊。阴道分泌物多者加椿根白皮、芡实；阴道出血者加旱莲草、仙鹤草；五心烦热者加竹叶、莲子心；潮热盗汗者加地骨皮、五味子。

2. 肝郁化火

证候表现 女孩乳房及内外生殖器发育，月经来潮，男孩阴茎及睾丸增大，声音变低沉，面部痤疮，有阴茎勃起和射精。伴胸闷不舒，心烦易怒，暖气叹息，舌红苔黄，脉弦细数。

辨证要点 证属肝经郁滞，日久化火，致天癸早至，第二性征提前出现。足厥阴肝经循阴部，抵少腹，布胁肋，肝经郁滞故见胸闷不舒，暖气叹息，急躁易怒。

治法主方 疏肝解郁，清心泻火。丹栀逍遥散加减。

方药运用 常用药：牡丹皮、栀子、当归、白芍、柴胡、龙胆草、夏枯草、枳壳、薄荷等。乳房胀痛者加香附、郁金。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 知柏地黄丸 用于肝肾阴虚，相火妄动证。
2. 大补阴丸 用于阴虚火旺证。
3. 丹栀逍遥丸 用于肝郁化火证。
4. 龙胆泻肝丸 用于肝火偏旺证。

二、单方验方

1. 藜田蔗、荔枝草、甜菜子、卤地菊各 30g，泽兰、蒲公英、白背叶、赤地利各 15g，丹参、香附各 9g，甘草 5g。水煎服，每日 1 剂。用于性早熟之肝经湿热证。
2. 生地、玄参、知母、夏枯草、黄柏、牡丹皮、泽泻各 10g，炙龟版 9~12g，龙胆草 3~12g，炒麦芽 30g。水煎服，每日 1 剂。用于性早熟之阴虚火旺证。

三、针灸疗法

1. 耳针 取内分泌、卵巢、睾丸、肝、肾点。
2. 体针 取三阴交、血海、肾俞、肝俞、太冲等。

四、西医疗法

1. 药物治疗

(1) LHRHa 用量 20~40 μ g/kg bw，每日 1 次皮下注射，溶于 0.9%氯化钠和 10%甘露醇溶液中，于开始用药前及第 1 天用药后 4 小时内每 20 分钟取血测 FSH、LH 和男孩测睾酮、女孩测雌二醇。观察其治疗对内分泌的作用，直至抑制到理想的程度。

(2) 甲孕酮 口服剂量为每日 10~20mg，分次口服。或 100mg 肌内注射，每 2 周 1 次，出现疗效后减量。能反馈抑制垂体分泌促性腺激素，使性激素水平下降，从而使性征消退。此药有抑制肾上腺皮质功能，或发生高血压、糖尿病等副作用，使用时需注意。

(3) 氯地孕酮 剂量为每日 2mg。此药抑制性发育的作用较强，副作用较少。

2. 手术治疗 确诊性早熟是由于肿瘤引起者，应及早手术切除。

【预防护理】

幼儿及孕妇应慎用补品，禁止服用含有性激素类的滋补品，以预防假性性早熟的发生。对患儿及家长要详细解释，说明特发性性早熟发生的原因和对患儿无大妨碍的情况，解除其思想顾虑，做好精神安慰，并提醒家长要注意保护儿童，避免遭受凌辱，造成身心的创伤。

【文献选录】

《沈氏女科辑要笺正·经水》：“二七经行，七七经止，言其常也。然禀赋不齐，行止皆无一定之候。”

《本草纲目·论月水》：“女子二七天癸至，七七天癸绝，其常也。有女十二三而天癸至产子，如褚记室所载平江苏建卿女十二受孕者。”

《冯氏锦囊秘录·女科精要》：“凡女人禀赋旺，则十三岁即行；禀赋怯，则愈二七。”

【现代研究】

一、临床研究

时毓民等报道，应用滋阴泻火中药治疗女童性早熟 25 例，基本方：生地、知母、玄参、夏枯草、黄柏、泽泻、赤芍、三棱各 9g，炙龟版 9~12g，龙胆草 3~12g，生麦芽 30~60g，生甘草 4.5g。随症加减，每日 1 剂，分 2 次服。结果痊愈 17 例，好转 6 例，无效 2 例。临床发现，个别患儿龙胆草仅用 3g，性早熟症状就获好转，而有些患儿龙胆草增至 12g，始获显效，因此认为，龙胆草可能是治疗性早熟的主要药物之一。^[1]

蔡德培等报道，真性性早熟患儿辨证均属阴虚火旺证，下丘脑—垂体—卵巢轴功能测定显示患儿的血清 FSH、LH 及 E₂ 水平均较正常同龄儿显著升高，LHRH 兴奋试验呈现功能亢进的特征性变化。经滋阴泻火中药治疗病情缓解后，随着阴虚火旺征象的显著改善，血清 FSH、LH 及 E₂ 水平显著下降，子宫卵巢显著回缩，第二性征明显消退，从而推测下丘脑—垂体—卵巢轴提前发动，功能亢进，可能是真性性早熟肾虚火旺证的物质基础。^[2]滋阴泻火法治疗本病的机理可能是抑制下丘脑—垂体—卵巢轴的过早激活。^[3]

马长福等报道，本病系肝经湿热，肝气郁结于内而使气血失调所致，治宜清肝经湿热，疏肝理气解郁，调和气血而诸症消除，非一二剂用量所能奏效，故需较长疗程才能治愈。方用薏田蔗合剂（薏田蔗、荔枝草、甜菜子、卤地菊各 30g，泽兰、蒲公英、白背叶、赤地利各 15g，丹参、香附各 9g，甘草 5g），每天 1 剂，早晚服。^[4]

王玲玲等报道，由于营养饮食失调，幼女出现乳房肿块现象呈上升趋势，部分原因是由于雌激素或促乳激素的暂时影响造成的。而激素类药物用于尚未发育的幼女是不适宜的，临床采用中药对 48 例患儿进行了观察。处方如下：夏枯草、煅牡蛎各 15g，赤芍、黄芩、炙鳖甲、荔枝、竹叶、橘核各 10g，柴胡、生甘草、细青皮、丹参各 6g，知母、黄柏、八月扎各 9g，皂角刺 12g。如胃纳不佳加鸡内金、陈皮。水煎服，每日 2 次，14 天为 1 疗程。结果用药 2~8 周，痊愈 39 例（占 81.3%），有效 7 例（占 14.5%），无效 2 例（占 4.2%），总有效率 95.8%。^[5]

二、实验研究

李超荆等报道，中医学认为，肾在“男子以藏精，女子以系胞”，“肾生骨髓”、“脑为髓之海”，表明肾对生殖机能的调整是通过脑—肾—冲任—胞宫这条轴进行的，这与西医学认为的生殖生理的功能是由脑中枢—下丘脑—垂体—卵巢轴的调节有类似之处。通

过补肾的方法对下丘脑—垂体—卵巢功能失调而引起排卵功能障碍的病人进行观察，已证实中医的“肾”与下丘脑—垂体—卵巢轴的功能活动有密切关系。^[6]

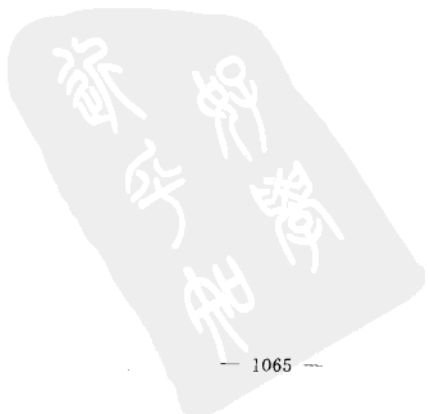
姜春华等报道，动物实验证实，生地、知母等滋阴泻火中药是通过下丘脑—垂体—肾上腺皮质轴的作用而起治疗效果的，具体药理研究有待进一步深入。^[7]

有关性早熟的临床和实验研究，应针对本病的发病原因和临床特点，选择有特异性的客观指标，如血浆 FSH 和 LH 的放射免疫测定，LHRH 试验、男孩血浆睾酮、女孩雌二醇浓度测定等，探讨性早熟中医辨证分型的规律，并对不同治疗方法、方药进行对照观察，以期提高中医药治疗效果。积极开展动物实验研究，建立动物模型，以探讨中医药治疗本病的作用机理。

现代参考文献

- [1] 时毓民，等．滋阴泻火中药为主治疗女童性早熟 25 例疗效观察．中医杂志，1990，(2)：30
- [2] 蔡德培，等．性早熟女童阴虚火旺证本质的探讨．中西医结合杂志，1991，11 (7)：397
- [3] 时毓民，等．滋阴泻火法治疗女童性早熟．辽宁中医杂志，1981，(1)：31
- [4] 马长福，等．薏田薰合剂治疗女童性早熟．福建中医药，1982，(5)：33
- [5] 王玲玲，等．治疗 48 例幼女乳房肿块的疗效观察．上海中医药杂志，1996，(5)：24
- [6] 李超荆，等．肾主生殖与排卵机理的初步探讨．中医杂志，1982，(6)：69
- [7] 姜春华，等．肾的研究．第 2 版．上海：上海科技出版社，1981：268

(陈永辉)



其它病证

13.1 夏季热

【概述】

夏季热是婴幼儿在暑天所发生的一种特有的季节性疾病。临床以长期发热，口渴多饮，多尿，少汗或汗闭为主要临床特征。

本病有明显的地域性和季节性，主要发生在我国华东、中南、西南等气候炎热的地区，发病时间多集中在六、七、八三个月。本病与气候炎热有明显的关系，气温明显下降后（如秋凉以后）不但发病者极少，且绝大多数患儿会自然痊愈，有的病孩到凉爽地区，症状可随之减轻。本病主要见于3岁以下的小儿，5岁以上基本无本病，有的孩子可连续几年在每年入夏时发病，但症状一年比一年轻，随年龄增大，病亦随之不再发生。

中医古籍中无夏季热一名，但有类似病证的记载，如“多溼暑热症”等。现代对本病命名未统一，但多根据其季节性和主要临床表现命名，如暑热症，小儿暑天发热、口渴、多尿综合征，暑热消渴症，阳明经热等。

须指出的是：本病虽发于夏季，但无一般暑邪的传变迅速、内陷营血，甚至闭窍动风的发病规律，病情一般多无急性变化，至秋凉后有自愈之机，预后良好。但因其病程缠绵较长，往往可致津液耗损，影响小儿生长发育或感染它疾而变生它症，故临床仍应引起重视。

【病因病理】

一、病因

本病的发生主要与患儿体质因素密切相关，并由暑气为害所致。

1. 体质因素 本病常以先天禀赋不足，如未成熟儿或早产儿多见；或后天失养脾胃虚弱儿多见；或病后失调，气阴亏虚者等，不能耐受炎热气候熏蒸而发生本病。这是本病发生的内因。

2. 暑气为害 本病有明显的季节性和地区性，若能避开炎暑，病情可随之好转，说明暑气熏灼亦是本病发生的重要原因之一，是发生本病的外因。

二、病理

1. 暑热蕴于肺胃、伤津耗气 暑热入侵，多从口鼻而入，蕴于肺胃，伤津耗气。津液内伤致暑热更炽，耗气伤津更甚。气伤不化水，水液直趋膀胱而见发热、口渴、多饮、尿多、汗闭等症。汗与尿同属阴津，汗闭则尿多，尿多伤津必饮水自救，形成了汗闭、尿

多、口渴多饮的病理循环。

2. 气阴不足，上热下寒 若患儿素禀脾肾不足，外为暑热熏蒸，则可致病势缠绵，并见元气（阳）亏虚于下之下肢清冷，小便澄清频数无度等下寒（虚）之证，及虚阳浮越于上而发热、口渴等上热（盛）之证。

西医学认为本病病因尚未肯定，可能由于气候炎热时，发育不健全的体温中枢调节功能暂时失调所致，也有疑与病毒感染有关。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 婴幼儿炎热的夏季长期发热，体温明显地随气温变化。
2. 一般情况好，无感染征象，体检和理化检查无异常。
3. 秋凉后热退，或经空调设施，即可控制发热，预后良好。

二、鉴别诊断

须与疰夏、消渴、湿温等病症鉴别。

1. 疰夏 发病季节与之相似，但无长期发热等症。
2. 消渴 无发热，无季节性，一般多有较典型的消谷善饥等症。
3. 湿温 虽可有发热持续之症，但口渴不明显或渴不思饮，尿不多，且伴有湿阻脾胃或湿热蒙蔽清窍等其它明显症状。

此外，还须与西医学伤寒病、结核病、尿路感染、败血症、传染性单核细胞增多症和儿童类风湿病的急性发热型等相鉴别。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨病位 暑热之气多从口鼻而入，蕴于肺胃，故病之初即见肺胃热炽之证，为肺胃受病；若病势缠绵，因暑气长期熏蒸，或素体元阳不足，耗气伤津，则可由肺胃及肾，真阳不足而形成上盛下虚之证。

2. 辨虚实 本病为暑气为害，而暑性酷烈，熏蒸肺胃易伤津耗气，故临床证候多虚实并见。病初暑伤肺胃以实证为主；若病程较长，为上盛下虚证时则以虚证为主。

二、治疗原则

以清泄暑热、生津益气为主。若病久及肾，真阴亏损、真阳不足则宜温肾清心，佐以潜阳固涩。

三、分证论治

1. 暑伤肺胃

证候表现 盛夏时节渐起发热，体温常在 38℃~40℃ 之间，持续不退，无固定热型，但显著地随气候而变，天气愈热体温愈高，天气转凉，体温亦降。伴口渴多尿，尿多且清，少汗或无汗，病容不显，或偶有消化不良或类似感冒的症状，乏力神倦，舌红，苔薄黄，指纹紫，脉数。

辨证要点 本证多见于本病的初起或中期。除发热口渴等主症外，以或可见肺、胃两系的其它见症为要。或虽见乏力神倦，但患儿一般情况尚可，病容不显。

治法主方 清暑益气生津。王氏清暑益气汤加减。

方药运用 常用药：竹叶、连翘、知母、石膏、荷梗、鲜西瓜翠衣、石斛、麦冬、西

洋参（或北沙参代）、甘草等。若苔腻或厚腻，恶心呕吐或大便稀溏者，可选用藿香正气散加减；若舌红少苔或无苔或苔花剥，可加用青蒿、鳖甲、生地等；若兼有感冒症状，亦可用麻杏石甘汤加味。

2. 上热下寒

证候表现 发热持续不退，烦躁不安，面色苍白，消瘦无力，食欲渐减，小便清长，下肢清冷，大便稀溏，舌质红或淡，舌苔薄，指纹紫红，脉沉数无力。慢性病容。

辨证要点 本证多见于病程较长患儿，以下肢清冷，大便稀溏，舌淡苔薄，脉沉数无力等下寒症为要。

治法主方 清上温下，寒温并用。清上温下汤加减。

方药运用 常用药：连翘、莲子心、玄参、花粉、桑螵蛸、益智仁、白莲须、附子等。亦可用人参白虎汤加味。若热较重，可加黄连、寒水石；口渴者加乌梅、白芍、甘草；下肢清冷较重，加肉桂、补骨脂；大便稀溏甚，可加炮姜、苍术、葛根等。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 藿香正气水 用于暑湿伤脾证。
2. 小儿热速清口服液 用于发热较高时。

二、单方验方

1. 水牛角片（每片1.2g）1岁内每次3片，2~3岁每次4片，5岁每次5片，1日3次。用于退热。
2. 鲜西瓜皮、鲜荷叶各适量，煎水代茶饮。适用于轻证。
3. 蚕茧、红枣各20枚，乌梅5g，煎汤代茶饮。适用于多渴多尿而热度不甚高者。
4. 鲜马齿苋250g，每日1剂，水煎，多次分服。适用于轻证。

三、食疗方药

1. 荷叶童参粥 鲜荷叶半张、太子参15g，粳米100g，加水同煮粥，粥熟弃荷叶，分2次服。
2. 马蹄银花饮 荸荠250g，金银花25g，荸荠去皮捣碎，绞取汁液，与金银花共煎沸。代茶饮。
3. 荷叶薏仁粥 鲜荷叶半张，薏苡仁20g，粳米50g，共煮粥，粥熟去荷叶，可加少许白糖调味服。适于苔腻者。
4. 二豆粳米粥 绿豆15g，扁豆15g，粳米50g。二豆加水煮至近熟，入粳米共煮粥，加少许白糖调味分服。

四、针灸疗法

主穴：足三里、中脘、肾俞、大椎、风池、合谷等，视病情行补泻手法，不留针。如元阳不足下寒者，针后加灸，每穴2~3分钟。每日针灸1次，7次1疗程，疗程间休息2~3天。并配以西瓜汁代茶饮。

五、推拿疗法

方法：推三关，退六腑，分阴阳，推脾胃及三焦，清天河水，揉内庭、解溪、足三里、阴陵泉，摩气海、关元等。

【预防护理】

一、预防

1. 积极防治夏季小儿的常见疾病，增强小儿体质。
2. 对患过夏季热的小儿，次年初夏起可用丝瓜叶、苦瓜叶、鲜荷叶各2张，煎汤代茶饮。或易地避暑。

二、护理

1. 居室要通风凉爽，有条件的可安装空调设备。
2. 高热时，可给物理降温。如温水浴（即用较体温低2℃的温水，每日浸浴2次，每次30分钟）等。
3. 多饮水，饮食宜清淡易消化而富于营养。
4. 加强护理，防止并发症。

【文献选录】

《小儿卫生总微论方·诸身热论》：“小儿于立夏之后，有病身热者，慎勿妄为吐下，但以除热汤浴之，除热粉粉之，赤摩膏涂之。除热汤，以白芷根苗、苦参等份为粗散，用清浆水煎，更入盐少许，以浴儿，浴毕用粉粉之。”

《医宗金鉴·幼科心法要诀·暑证门》：“小儿伤暑，谓受暑复感风寒也。其症发热无汗，口渴饮水，面色红赤，干呕恶心，或腹中绞痛，嗜卧懒食，以二香饮治之，此内清外散之法也。若正气虚弱，当补正祛邪，以六合汤治之；若伤暑夹食，大吐泻者，以加味香薷饮治之。”

《温病条辨·解儿难》：“夏月小儿，身热头痛，项强无汗，此暑兼风寒者也，宜新加香薷饮；有汗则仍用银翘散，重加桑叶；咳嗽则用桑菊饮；汗多则用白虎汤；脉扎而喘则用人参白虎；身重汗少则用苍术白虎，脉扎面赤多言，喘喝欲脱者，即用生脉散，……病势轻微者，用清络饮之类，……但分量或用四分之一，或用四分之二，量儿之壮弱大小加减之。”

【现代研究】

临床研究

周平龙综述小儿夏季热的中医论治近况中关于分型论治方面，按传统分型有①暑伤脾胃（用王氏清暑益气汤，或白虎汤加人参、黑豆，或用香薷饮加减）；②暑入阳明（选用白虎人参汤）；③暑热夹湿（方宗白虎苍术汤）；④暑伤气阴（可用麦门冬饮子加减，或用清暑益气汤化裁，或用加味玉屏风散；或选生脉散合秦艽鳖甲汤加减，或生脉散合清骨散加减等）；⑤上热下寒（方用清上温下汤，或用生脉散加味等）；⑥气虚发热（选用钱乙白术散或补中益气汤加减，或用王氏清暑益气汤加黑豆，或用白虎汤加人参、苇茎、黑豆等）。此外还有其它分型，如有人分肺脾气虚、阴虚、血虚、虫积疳积等四型；有人分暑湿犯表及暑湿兼滞两端；亦有按暑热及消渴两类辨治；有人分消渴型和暑湿型；有人将本病按初、中、后三期论治；亦有将本病分为暑热伤肺，脾虚夹湿，下虚上实三型；更有将本病分为单纯夏季热和夏季热并发症两型等。^{〔1〕}

史方奇分阴暑证，阳暑证和暑热夹食3型论治。阴暑证用银翘香茹汤（银花10g，连翘、青蒿、厚朴、六一散各6g，北沙参、鲜荷叶各9g）；阳暑证用验方清暑参麦汤（南沙参、银花各9g，连翘、青蒿、黄芩、六一散各6g，鲜荷叶10g，西瓜皮30g，生石膏12g）；暑热夹食证以验方清暑消积汤（泡参10g，金银花、荷叶各9g，麦冬、连翘、山

楂、建曲、厚朴、六一散各 6g，青蒿 3g。^[2]

梁宏正等介绍梁剑波老中医疗小儿夏季热的经验。分伤食停痞型（自拟地金保和汤加味治之），伏燥伏火型（自拟加味川贝瓜蒌散治之），暑伤肺胃型（自拟育阴清暑二至生脉散治之），脾肾阳虚型（自拟附桂缩泉饮）四型论治，有独到的见解和经验。^[3]

万桂华报道辨证施治小儿夏季热 316 例。分暑伤肺胃型（用清暑益气汤加减），暑伤脾虚型（用清暑益气汤合参苓白术散加减），上盛下虚型（用清上温下汤加减）三型治疗，疗效满意，总有效率为 96.3%。^[4]

赵秀清辨证论治小儿夏季热 22 例。分暑伤肺胃型（16 例），脾气不振型（6 例）治疗疗效满意。并认为本病多属虚实夹杂之证，因此除给予养阴益气扶正治本外，尚需重用香薷、生石膏等清热解暑之品。但对有汗者香薷用量宜轻，待汗出烧退即应停用。待体温降至正常后，需根据病人体质虚弱不同，给予固本治疗。气阴两虚者用生脉散加味，脾气不振者用七味白术散加味，对巩固疗效、减少复发有一定作用。^[5]

蒋俊认为中医辨治本病疗效甚佳。分暑伤肺胃型，用清暑益气汤；暑入阳明型，用白虎加人参汤；暑热夹湿型，用白虎加苍术汤；暑伤气阴型，用麦冬饮子加减；暑热上盛下虚型，用清上温下汤；暑热脾阳不振型，用甘温除热补中益气汤化裁。并注意护理和预防。^[6]

孙海龙报道以麻杏甘石汤加味治疗小儿暑热症，效果显著。治疗方法：采用麻杏石甘汤宣肺清热，麻黄 3g，生石膏 10g，杏仁 5g，甘草 3g，每日 1 剂，水煎服。高热发惊者加蝉蜕、僵蚕各 5g 以清热定惊；食欲不振者加鸡内金、谷芽各 5g 健胃消食。^[7]

侯薇报道用达原饮治疗小儿夏季热 35 例，取得满意疗效。治疗方法：均服达原饮加味。组成：槟榔、厚朴各 9g，知母、白芍、黄芩、青蒿各 10g，草果仁、香薷、甘草各 3g。水煎，温服，4 小时 1 次，不分昼夜。并认为由于笔者所处省分在亚热带，热带高温而潮湿，故小儿患夏季热时常夹湿邪，若用王氏清暑益气汤治疗，养阴滋腻，仅使病情缠绵，故改用达原饮辛开达邪，辟秽化浊，清热解毒，祛暑化湿，取得满意疗效。^[8]

罗道揆报道用金匱肾气丸加味治疗小儿夏季热 100 余例，无不应手取效。临床若辨其尿清如井泉水，无臊臭气，四肢不温，苔白干，质不红，即可大胆应用金匱肾气丸加黄芪及枸杞子、覆盆子、桑螵蛸、菟丝子等补气固肾之品则效验更佳。轻者 10 剂，重者 20 剂左右，即可根治。本方功用类似清上温下汤，但其滋阴温阳之功更优，故虚多热少之夏季热，用之必效。若实多虚少，尿臊唇赤者，仍以清暑益气，清上温下汤为佳。^[9]

周平龙综述本病的针灸治疗。有人选大椎、曲池、十宣为主穴，阴陵泉、三阴交、足三里为备用穴。手法均为泻法，强刺激不留针，配十宣点刺放血，足三里留针 20 分钟，8 例中两次治愈 3 例，3 次治愈 4 例，4 次治愈 1 例。又有人用针灸治疗本病 12 例，均获痊愈。取穴：足三里、中脘、肺俞、肾俞、大椎、风池、曲池、合谷。壮热配风府、陶道，少商（出血）；口渴配太溪；烦躁、睡眠不安配三阴交；咳嗽配太渊；大便溏泄，配天枢、气海（针后加灸）及灸神阙穴；精神萎靡，食少面黄，肢端厥冷配关元、脾俞（针后加灸）。方法是 28 号不锈钢针，快速进针，得气后视病程的需要行补、泻手法，不留针。如元阳不足者，针后加药条灸，每穴 2~3 分钟，每日 1 次，7 次为 1 疗程，疗程间休息 2~3 天。^[1]

现代参考文献

- [1] 周平龙. 小儿夏季热的中医论治近况. 上海中医药杂志, 1992, (9): 28
- [2] 史方奇. 小儿高烧暑热证治. 吉林中医药, 1994, (1): 4
- [3] 梁宏正, 等. 梁剑波老中医治疗小儿夏季热经验介绍. 新中医, 1993, (7): 3
- [4] 万桂华. 辨证施治小儿夏季热 316 例. 辽宁中医杂志, 1991, (5): 32
- [5] 赵秀清. 小儿夏季热的辨证论治. 上海中医药杂志, 1990, (9): 14
- [6] 蒋俊. 小儿暑热症的辨证论治. 云南中医中药杂志, 1996, (1): 14
- [7] 孙海龙. 麻杏甘石汤加味治疗小儿暑热症. 黑龙江中医药, 1993, (3): 33
- [8] 侯薇. 达原饮治疗小儿夏季热 35 例报道. 新中医, 1992, (5): 41
- [9] 罗道揆. 金匱肾气丸加味治疗小儿夏季热. 上海中医药杂志, 1991, (6): 19

(苏树蓉)

13.2 疰夏

【概述】

疰夏是春夏之交所发生的一种季节性疾病。以全身倦怠、食欲不振、大便不调为主要临床特征。

本病多见于江南卑湿之地。任何年龄可见，以小儿为多。发病与体质和湿浊有密切关系。一般病程比较长，病多始于春末夏初，至秋凉后方可逐渐好转，故有“春夏剧、秋冬瘥”的发病特点。

疰夏，古亦名注夏，始见于《丹溪心法》，至明清时期对其论述渐臻完善，如沈金鳌在《杂病源流犀烛·暑》中指出：“疰夏，脾胃虚弱病也。然虽有脾胃虚弱，亦必因胃有湿热及留饮所致。昔人谓瘥发于夏，即名疰夏，以疰夏之证必倦怠，四肢不举、羸瘦，不能食，有类于诸瘥故也。然疰夏与瘥，其原毕竟有异，且瘥为偶患之疾，此为常有之事，凡幼弱人多有之。故必以清暑益气，健脾扶胃为主也。……宜参桂益元汤、生脉散为主，酌加白术、半夏、陈皮、茯苓、扁豆子、白芍、木瓜、泽泻、炙甘草亦可。”对疰夏的病理、治疗用药及与其它相似病证的鉴别均作了论述，至今对临床仍有指导意义。

本病一般预后良好。但若病情迁延，调护失宜或兼染它疾则可致病情变化，临床应注意。

【病因病理】

一、病因

1. 内因 先天禀赋不足，或后天脾胃失调，或病后脾胃之气未复等。
2. 外因 春夏之交，时寒时热，雨湿较多，暑湿郁蒸。即有时令暑湿之气所注。

二、病理

本病以湿阻为主要见症，故病变部位主要在足太阴脾。但随病因不同，病理变化各有侧重。

1. 脾胃素虚 与患儿素体脾胃状态密切相关。多由先天禀赋不足，或后天脾胃失调，或病后损伤脾胃，致脾胃纳运功能失常，不能正常运化水谷，湿从内生所致。故临床多伴见脾（胃）虚见症。

2. 暑湿困脾 主要由外感时令暑湿之气，注伤儿体所致。故多伴见脘闷、呕恶、肢

重、身热不扬等外湿困阻脾胃之症。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 发生于春末夏初，甚至整个夏季，有明显季节性。
2. 有全身倦怠、食欲不振、大便不调等主要临床特征。
3. 具有周期性发作特点，每年值此季节均可发病。
4. 有脾胃素禀不足的体质特征。

二、鉴别诊断

主要应与夏季热、湿温等病症鉴别。其鉴别要点是本病无明显发热，且以脾胃见证为主。

【辨证论治】

一、证候辨别

主要辨湿自内生或外感为害。湿自内生者，与患儿素体脾胃状态有关，多由素禀脾胃不足不能正常运化所致，故除主症外，应有脾胃虚见证；湿困脾胃为外感暑湿为害，故除主症外，伴见暑湿困阻脾胃的其它诸证。

二、治疗原则

以除湿为主。脾胃素虚者以益气健脾运脾以化湿；暑湿困脾（胃）者以醒脾化湿清暑以恢复脾运。

三、分证论治

1. 脾胃虚弱

证候表现 精神倦怠，嗜卧懒言，食欲不振，面色萎黄，大便稀溏，舌质淡，苔白，脉象无力。

辨证要点 本证多由素禀脾胃不足或后天调护失宜，或病后失调所致。除本病主症外，以嗜卧懒言，面色萎黄，便溏，舌质淡苔白，脉无力等脾胃不足见证为要点。

治法主方 健脾益气化湿。参苓白术散加减。

方药运用 常用药：党参、白术、茯苓、甘草、薏苡仁、桔梗、山药、扁豆、莲子肉、砂仁、大枣等。若见心烦口渴、舌质红少苔、脉细者为气阴两虚，可以人参五味子汤为主加减。

2. 暑湿困脾

证候表现 倦怠无力，食欲不振，脘腹不适，时有呕恶，身热不扬，小便黄，大便不调，舌苔腻，脉滑略数。

辨证要点 本证为外感暑湿，湿困阻脾胃所致。除本病主症外，以身热不扬，脘腹不适，小便黄，舌苔腻，脉滑略数为要点。

治法主方 醒脾清暑化湿。藿朴夏苓汤加减。

方药运用 常用药：藿香、杏仁、厚朴、半夏、白蔻仁、薏苡仁、赤茯苓、猪苓、泽泻、淡豆豉。兼有咳嗽胸闷者，可以麻黄易淡豆豉加黄芩；发热者加青蒿、六一散。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 藿香正气水 用于暑湿困脾证。

2. 生脉饮 用于脾胃虚弱、气阴不足见证。

二、单方验方

1. 五味子 9g。泡茶代饮。

2. 人参 3~6g。在疟夏发生之前或伏天服用，每日 1 次，连服 5~10 天。适用于脾胃虚弱、元气不足，每年患疟夏者。

3. 六一散 30g，荷叶一角包煎，煎汤代饮。用于暑湿困脾证，热重于湿者。

4. 鲜藿香、鲜佩兰各 20g，薄荷 6g，青蒿 10g。加水煮沸，置凉代饮，每日 1 剂。用于暑湿困脾有发热者。

三、食疗方药

1. 山药薏仁扁豆粥 山药、薏苡仁各 30g，扁豆 15g，粳米 100g。一同煮粥，加少许白糖调味，分次服。宜于脾胃虚弱证。

2. 陈皮大枣茶 陈皮 3~5g，大枣 5 个。煎水代茶饮。

【预防护理】

一、预防

1. 加强户外活动及体育锻炼，增强体质。

2. 养成良好的生活习惯及饮食习惯，保护脾胃。

3. 对素禀脾胃不足之儿，平时可适当服用健脾益气之品，以改善脾胃不足的体质状况，减少或减轻发作。

二、护理

1. 注意患儿饮食宜忌。一般饮食宜清淡、易消化而富于营养，忌生冷寒凉之品，尤以脾胃素虚者。

2. 注意起居劳逸，避免再感外邪。

【文献选录】

《丹溪心法·注夏》：“注夏属阴虚，元气不足。夏初春末，头疼脚软，食少体热者是。宜补中益气汤，去柴胡、升麻，加炒柏、白芍。挟痰者加南星、半夏、陈皮煎服，又或加生脉汤。”

《保婴撮要·注夏》：“脾为太阴，位属坤土，喜燥而恶湿。故凡脾胃之气不足者，遇长夏润溽之令，则不能升举清阳，健运中气，又复少阳相火之时，热伤元气，则肢体怠惰不收，两脚痿弱，嗜卧发热，精神不足，饮食少思，口中无味，呼吸短乏气促，目中视物眩暈，小便赤数，大便不调，名曰注夏。此皆禀赋阴虚，元气不足之症，丹溪《补阴论》言之详矣。”

《脾胃论·长夏湿热胃困尤甚用清暑益气汤论》：“时当长夏，湿热大胜，蒸蒸而炽。人感之多四肢困倦，精神短少，懒于动作，胸满气促，肢节沉疼，或气高而喘，身热而烦，心下膨痞，小便黄而数，大便溏而频，……或渴或不渴，不思饮食……。”

【现代研究】

一、预防性用药的研究

邵金阶报道，拟用益气健脾的“防治疟夏汤”对疟夏患者进行预防性治疗，效果满意。药物组成及用法：黄芪 30~50g，党参 18g，白术、当归各 8g，茯苓 20g，白豆蔻（后下）4g，藿香、神曲各 10g，谷麦芽各 15g。于立夏前后服上方 5~10 剂，每日或隔

日1次。并认为疰夏是发生在夏季的时令病，患者多素体脾胃虚弱，中气不足，时值夏令，暑湿困脾，而暑湿之邪，又易耗气，故疰夏的主要病因是脾胃气虚。以益气健脾药为主，伍以芳香化湿、悦脾和中之品，使“真气从之，精神内守”是防治本病的关键。而立夏，为夏之初，湿热不甚，因此在立夏前后作预防性服用为宜。并指出本方不仅可作预防用药，既病之后，以本方加减运用亦有效果，但经临床观察到预防性治疗比发病之后治疗效果好，且用药少，耗资低。^[1]

罗元恺在食用药物和药膳系列文章中指出：扁豆性味甘平，入脾、胃经。《会约医镜》谓之“生用消暑养胃，炒用健脾止泻”治暑湿吐泻、脾虚食少等证。《延年秘旨》扁豆粥，以白扁豆30g，粳米60g，共煮为粥，加糖或盐适量食之，能健脾和中，化湿消暑。治脾虚食少、胸闷便溏等证。《食鉴本草》扁豆人参粥，以人参10g（或党参20g），扁豆（炒）30g，粳米60g，煮为粥食之，治脾胃虚弱，神疲食少、呕吐泄泻等证。^[2]

二、临床治疗报道

高普轩介绍用资生汤：生山药3.5~12g，玄参4~12g，白术3~9g，生鸡内金1.5~6g，牛蒡子1.5~6g，水煎服，每日1剂。呕吐、泄泻重者重用山药、白术，加用藿香、薏仁；手足心热，盗汗重者酌加黄柏、地骨皮、麻黄根、莲子；咳嗽重者重用牛蒡子，酌加五味子、麦冬、百部；夜间哭闹、睡卧不宁加用生龙骨、生牡蛎、钩藤；夜间发热、脘腹胀满者加银柴胡、青蒿、木香。治疗小儿疰夏80例，痊愈510例，显效120例，有效30例，无效20例，总有效率97%。^[3]

何俊采用《医方集解》十味人参散加减：白参3~5g，白术、茯苓、法半夏、葛根、黄芩各5g，柴胡、甘草各3g，陈皮4g，白芍6g，水煎服，每日1剂。治疗小儿疰夏32例，均获治愈。^[4]

陈树人提出治疗疰夏3法。暑伤元气者用清暑益气法，李东垣清暑益气汤加减；热伤元气，肺肾两亏者用金水相生法，生脉保元汤加生石膏主之；脾胃虚弱者用健脾扶胃法，七味白术散加减。^[5]

现代参考文献

- [1] 邵金阶. 益气健脾为主防治疰夏. 上海中医药杂志, 1991, (6): 12
- [2] 罗元恺. 食用药物和药膳. 新中医, 1996, (11): 6
- [3] 高普轩. 资生汤治疗小儿疰夏680例. 陕西中医, 1989, 10 (6): 271
- [4] 何俊. 十味人参散治疗疰夏32例. 湖南中医杂志, 1987, (4): 51
- [5] 陈树人. 疰夏治疗三法. 江苏中医杂志, 1986, 7 (7): 305

(苏树蓉)

13.3 皮肤粘膜淋巴结综合征

【概述】

皮肤粘膜淋巴结综合征于1967年由日本川崎富作医生首次报告，故又称川崎病。以急性发热伴皮疹，指、趾红肿和脱屑，口腔粘膜和眼结膜充血及颈淋巴结肿大为主要临床表现。

本病无明显季节性，但一般夏季较多见。在我国自1978年首次病例报告以来，在各

地已屡有发现，近年来病例增多，以长江流域为甚，且以5岁以内婴幼儿发病为主，男孩多见（男女之比为1.3~1.5:1）。该病的冠状动脉并发症为小儿时期冠状动脉心脏病最常见的原因。目前西医药对本病尚无特效疗法，病死率为1%~2%，复发率为2%~3%，但大多数预后良好。

根据其急性发热伴皮疹的主要特点，中医学将其归为温病范畴，与丹痧等病症极为相似。目前临床上应用温病学卫气营血辨证，已取得较好疗效。

【病因病理】

一、病因

根据本病有发病急、热度高，有较明显的卫气营血过程，提出本病的病因是外感温热毒邪，蕴于肌腠，侵犯营血所致。

西医学目前仍认为其原因不明。有人提出为立克次体、细菌，尤其是病毒感染，或其它抗原（如药物等）激发机体产生异常的免疫应答反应所致。

二、病理

1. 病变以肺胃为主累及五脏 温热毒邪主要从口鼻而入，蕴于肺胃，肺胃热炽，上循口咽，熏蒸营血，充斥内外而见高热伴皮疹等本病主要临床症状。由于热毒炽盛，随营血走窜流注，可内陷于心，或留滞于筋脉、关节、肌肉，或影响三焦气化而致心、肝、肾等五脏均可发生病变。

2. 病初卫气同病 外感温热毒邪之初应见卫分表证，但在儿体可迅即入气而呈现壮热、烦渴等卫气同病之征。

3. 主证气营两燔 若壮热不退，邪毒化火，由气及营，熏蒸营血，充斥内外而见本病的典型临床表现；热毒随营血走窜流注可见指、趾红肿，颈部淋巴结（淋巴结肿大）；壮火食气且耗血动血而见虽壮热不退，但见面色苍白，嘴唇青紫、胸闷、心痛等心气（阳）不足、血瘀等证。

4. 终为气阴两伤 因壮火伤津耗气，故本病热退后正虚或正虚邪恋，均为气阴两伤之候。由于“肺朝百脉”“宗气司呼吸贯心脉”，故气阴两伤之候以心之气阴亏损、心脉瘀滞之证最为显著。

西医学认为：本病的基本病理改变为全身性血管炎。疾病初期显示小血管（包括动脉、静脉及毛细血管），大、中动脉炎及血管周围炎，经1~2周后小血管炎渐消退，以中动脉全层动脉炎为突出。管壁坏死、水肿、细胞浸润、弹力纤维及肌层断裂，可形成动脉瘤，管腔内有血栓形成。约经4~7周后，动脉炎症渐消退，出现纤维组织增生、内膜增厚，可遗留动脉瘤、血栓及狭窄。各脏器可在血管炎的基础上发生局灶性炎症及坏死。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 主要症状

(1) 持续发热5天以上，用抗生素无效。

(2) 四肢末端变化急性期：手足硬性水肿，掌跖及指趾端红斑；恢复期：甲床皮肤交界处膜样脱皮。

(3) 多形性红斑，躯干部多见，无水疱及结痂形成。

(4) 两眼球结膜充血。

(5) 唇和口腔所见：口唇渐红、干燥、皲裂、杨梅舌，口咽部粘膜弥漫性充血。

(6) 颈淋巴结肿胀，属急性非化脓性、一过性。

2. 次要症状

(1) 心血管症状 表现为心肌炎、心包炎。心电图可示低电压，P-R 或 Q-T 间期延长，ST-T 改变及各种心律失常等；伴冠状动脉病变者，可呈心肌缺血甚至心肌梗死图象，冠状动脉造影或二维超声心动图可发现 30%~50% 病例伴冠状动脉扩张，其中 15%~20% 发展为冠状动脉瘤，多侵犯左冠状动脉。

(2) 消化道症状 病程第 1 周可出现腹泻、呕吐、腹痛等。粪便检查及培养多为阴性。

(3) 尿改变 可出现蛋白尿，尿沉渣中白细胞增多，细菌培养阴性。

(4) 血液学检查 周围血白细胞增高，中性粒细胞增多，核左移；轻度贫血，血小板常增多；血栓素 A₂ 或代谢产物血栓素 B₂ 活性升高，而前列腺素 I₂ 或其代谢产物 6-酮前列腺素 F_{1α} 明显降低；血沉增快；急性期球蛋白增高；肿瘤坏死因子 α 明显增高者，常提示冠状动脉受累。

(5) 免疫学检查 血清 IgG、IgM、IgA、IgE 和血循环免疫复合物升高；T_S 细胞数减少，T_H 细胞数增高。

3. 偶见症状 可有呼吸道、神经系统或肝、胆症状，关节肿痛以及视力障碍等。

凡出现主要症状中包括第 1 项（持续发热 5 天以上，抗生素治疗无效）在内的 4 项以上症状者，即可诊断为本病。

二、鉴别诊断

本病应与猩红热、败血症、化脓性淋巴结炎等感染性疾病和幼年型类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮、渗出性多型红斑等结缔组织病鉴别。此外还应与病毒性心肌炎、风湿性心脏炎等疾病鉴别。

本病与猩红热的不同点是：①皮疹多在发病后第 3 天始见；②皮疹形态接近麻疹和多形红斑；③好发年龄是婴幼儿及较小儿童；④青霉素治疗无效。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨卫气营血 本病初发多为卫气同病，而呈现典型临床症状则为气营（血）两燔，热退后多为气阴两伤之正虚或正虚邪恋。

2. 辨病情轻重 主要根据热程长短及是否有邪盛正衰、血脉瘀滞等临床见症来判断。若持续发热超过 14 天以上，伴面色苍白、乏力、胸闷、心痛、嘴唇青紫时，则病情较重。

二、治疗原则

以清热解毒、活血化瘀为主。初佐辛凉透表，典型症状表现时配凉血、活血，热退宜益气养阴。

三、分证论治

1. 卫气同病

证候表现 病起急骤，发热（常为不规则或呈弛张热，可达 40℃ 以上），不恶寒或微

恶风，口渴喜饮，无汗，微咳，目赤，咽红，手掌足底潮红，面部、躯干部初现皮疹，颈部淋巴结（淋巴结肿大），纳减，二便尚调或有轻度腹泻，舌质红，苔薄白，指纹紫或脉浮数。

辨证要点 本证为本病初发证候，以壮热伴见卫分表证为要。有的患儿初即卫分表证不显，仅见气分热炽壮热之候。

治法主方 清热解毒，辛凉透表。银翘白虎汤加减。

方药运用 常用药：银花、连翘、牛蒡子、桔梗、芦根、石膏、知母、板蓝根、射干、甘草、黄芩、玄参等。若有轻度腹泻去芦根加车前子；颈部淋巴结大加浙贝母、僵蚕。

2. 气营两燔

证候表现 壮热不退，昼轻夜重，烦躁不宁或嗜睡，斑疹鲜红，布于全身以躯干部最多，偶有瘙痒，咽红目赤，唇干裂鲜红，单侧或双侧颈部淋巴结（颈淋巴结肿大，有时亦伴枕后、耳后淋巴结肿大）坚硬触痛，表面不红，不化脓，手足呈坚实性肿胀，掌跖及指趾端潮红，杨梅舌，指纹紫或脉细数。或可见患儿面色苍白，乏力，嘴唇青紫，胸闷，剑突下痛，指纹青紫，脉数或结代。

辨证要点 此证见于本病典型症状表现阶段，以持续壮热、杨梅舌等为要。有的患儿（尤以素体气阴不足之儿，或医药误治）可在本期出现血脉瘀滞，气阴两伤而以面色苍白、口唇青紫、脉结代为要。

治法主方 清热解毒，凉营化瘀。清营汤加减。

方药运用 常用药：银花、连翘、知母、石膏（先煎）、水牛角片（先煎）、生地、玄参、丹皮、赤芍、黄芩、大青叶、甘草等。若见面色苍白，乏力，口唇青紫，脉结代等症时，可与生脉散加红花、丹参配合应用。

3. 气阴两伤

证候表现 身热已退（或有低热留恋），疲乏少力，自汗盗汗，手足硬肿及红斑消退，而在指趾末端沿指（趾）甲与皮肤交界处出现薄片或膜样脱屑（这一症状为本病较特征性表现），口渴喜饮，舌红少津，苔薄白，指纹紫，脉细数。有的患儿可见心悸，脉结代等。

辨证要点 病至此候，热势已去而气伤阴津耗损，故以身热已退，舌红少津为要。若见心悸、脉结代，则为心之气阴亏耗。

治法主方 益气养阴，清解余热。沙参麦冬汤或竹叶石膏汤加减。

方药运用 常用药：沙参、麦冬、天花粉、芦根、扁豆衣、丹参、赤芍、玄参、生地、甘草等。若热未退尽可加地骨皮、银柴胡等；纳呆者加生谷麦芽、乌梅等；若有心悸、脉结代可与生脉散加红花、丹参等。

【急症处理】

临床表现 ①持续壮热；②心脏急症。

治疗方法

1. 持续壮热

中医疗法 紫雪丹每次 0.5~1 支。必要时重复，但不可久用；双黄连注射液每次 1 支（2ml），每日 1~2 次，肌内或静脉注射；清开灵每次 10~20ml 加入 5%葡萄糖液 100ml 静滴，每日 1~2 次。

2. 心脏急症 包括心律失常、心力衰竭、心源性休克等3个方面。

(1) 中医疗法 生脉饮、独参汤、参附汤、参附龙牡救逆汤、参红葶苈汤等口服；生脉注射液肌注或静滴。

(2) 西医疗法 心律失常采用：①抗心律失常药；②对症治疗如给氧、纠正酸碱平衡、升压、控制心力衰竭等。心力衰竭主要改善心脏收缩能力及减轻心脏前、后负荷，可采取：①一般治疗包括休息、镇静、给氧、保持大便通畅等；②洋地黄类药物应用；③儿茶酚胺类药物的应用；④其它增强心肌收缩力的药物；⑤利尿剂；⑥血管扩张剂；⑦血管紧张素转换酶抑制剂；⑧急性左心衰肺水肿的治疗；⑨改善心室舒张功能的药物；⑩其它药物如肾上腺皮质激素的应用等。心源性休克，可见于本病并发冠状动脉瘤及冠状动脉起源异常。可采取：①卧床休息，保持安静；②进行心电监测；③吸氧；④输液；⑤纠正酸中毒；⑥增强心肌收缩力的药物；⑦血管扩张剂；⑧利尿剂；⑨肾上腺皮质激素；⑩改善心肌代谢等。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 双黄连注射液 用于气营两燔证。
2. 清开灵注射液 用于气营两燔证。
3. 丹参注射液 用于血脉瘀滞证。

二、食疗方药

1. 胡萝卜饮 胡萝卜、番茄各250g。一并切碎，捣烂，绞取汁液，频频饮用。有清热凉血作用。用于热毒炽盛、斑疹并见证候。

2. 二根番茄饮 鲜芦根15g，鲜茅根20g，番茄100g。将二根煎水取汁，番茄切块，捣烂绞汁，并入前汁，分2次饮。有清热养阴，凉血生津作用。用于热毒伤阴证。

三、西医疗法

主要为对症及全身支持疗法。抗生素仅用于继发感染者。肾上腺皮质激素治疗虽可缓解急性期症状，但并发冠状动脉瘤及血栓的发生率较高，故不宜使用。

1. 阿司匹林 发热时每日80~100mg/kg bw，热退后减为30mg/kg bw，疗程1~2月；有冠状动脉病变者宜以阿司匹林每日5mg/kg bw，持续使用至病变消失为止。可防止血栓形成。

2. 潘生丁 每日10mg/kg bw；氟联苯丙酸每日4mg/kg bw(热退后减为2mg/kg bw维持)；前列腺环素每日2mg/kg bw(2周后减量渐停)。均与阿司匹林合用。均为抑制血小板聚集功能的药物。

3. 丙种球蛋白 早期(发病10天内)静脉滴注每日400mg/kg bw，共5天。可减少冠状动脉病发生率，缩短发热时间。2g/kg bw一次大剂量滴入的效果更好。

此外，若有严重冠状动脉病变宜行外科手术，如冠状动脉搭桥术等。

【预防护理】

一、预防

1. 提倡母乳喂养，培养婴幼儿良好的饮食和生活习惯，增强体质。减少疾病。
2. 热退后患儿应每隔3~6月追踪观察一次心脏情况，2年后仍宜每年复查一次。因有个别患儿可在临床症状消失数年后猝死。

二、护理

1. 注意休息，注意起居，注意清洁口腔，密切观察、监测病情变化。
2. 补充足够的水分，饮食宜新鲜、清淡、易消化而富于营养。

【文献选录】

《诸病源候论·小儿杂病诸候·患斑毒病候》：“斑毒之病，是热气入胃。而胃主肌肉，其热挟毒蕴积于胃，毒气熏发于肌肉，状如蚊蚤所啗，赤斑起，周匝遍体。此病或是伤寒、或时气、或温病，皆由热不时歇，故热入胃，变成毒，乃发斑也。凡发赤斑者，十生一死，黑者，十死一生。”

《诸病源候论·小儿杂病诸候·壮热候》：“小儿壮热者，是小儿血气盛，五脏生热熏发于外，故令身体壮热。”

《痘疹心法·斑疹论》：“疹为心者，语其本也；谓疹为脾者，语其标也。语心脾而肺在其中矣。”

【现代研究】

临床研究

萧达民等根据1981~1989年报道的资料综合，中医学根据本病的临床表现，结合病理演变及治疗方法，大致可划分为3个阶段辨证论治：初期为卫气同病，以不规则发热为主，治宜清热疏风解表，方用银翘散加减；中期为邪正交争于气营之间，为本病典型症状表现时期，当气营两清，方选清营汤为主加减；重症可用清瘟败毒饮加减；也有人自拟清热解毒汤（连翘、白花蛇舌草、芦根、银花、蒲公英、菊花、知母、生地、牛蒡子等）；或用龙胆泻肝汤加味；有医家认为此期主要是温热毒邪侵入营血，治当清热凉血，透热养阴，自拟加味银翘地黄汤（银花、连翘、赤芍、丹皮、青蒿、生地、玄参、知母、石膏）及化斑汤合青蒿鳖甲汤化裁治疗；亦有人以清营泄热、益津护胃制定基本方（药用水牛角、丹皮、川黄连、生地、鲜石斛、羚羊角粉各1.2g，淡竹叶、连翘、银花、扁豆衣、陈梗米、西洋参各2g）随症加减治疗，部分病例伍用紫雪丹。晚期多由气营两燔演变而成，由于病程日久，正虚邪恋，气阴暗耗，余邪留伏阴分不能透达，形成气阴两伤，亦即恢复期，治以清涤余热，养阴生津，方用竹叶石膏汤加减或生脉散加味或养阴清肺汤及增液汤加旱莲草调理。并指出大多数医师认为本病的病势是在气营之间徘徊，或呈气营两燔之象，依病情深浅可兼气分或血分证候，按叶天士“乍入营分，犹可透热转气”之原则，在治疗上当分清邪在气在营之程度，注意气营两清治法的应用，而且清气凉营、解毒救阴是阻断病势向纵深发展首要而关键的一环。并特别指出本病合并心血管病变的发生率较高，可达72%~91%，而且常发生在恢复期，故恢复期采用益气养阴的生脉散，可以减少及防止心脏损害的发生。有实验证明，生脉散对中毒性心肌损伤有很好的保护作用。此外，本病在发病2~3周内常有血小板增多及凝聚性升高的特点，也是血栓形成的重要因素，故主张治疗早期就须配合活血化瘀法，是控制血小板异常增多，降低血液粘稠度，防止血栓形成的有效方法。有实验证明活血化瘀药具有明显的抗凝作用，如川芎、赤芍、丹参、红花等。^[1]

许映卿报道6例，通过辨病辨证相结合，主要用中药治疗，初期凉血解毒，用张景岳的凉血化毒汤全方（当归尾、赤芍、生地、木通、牛蒡子、山豆根、红花、连翘、红条紫草，加羚羊角、丹参、蝉蜕、穿山甲、青天葵），后期气阴双补用麦门冬汤加红花、

桃仁、穿山甲、丹参、赤芍。并随症加减。结果均治愈。并认为中医之凉血解毒、活血化瘀、养阴生津之法治疗本病疗效满意，尤其是活血化瘀药应贯穿整个治疗之始末，对防止冠状动脉瘤的形成会起重要作用。^[2]

李素卿等报道刘弼臣教授治疗本病的经验，是根据患儿的特点，抓住主要矛盾，运用温毒时邪发疹的理论进行辨治。分温毒发疹，气营两燔证；疹毒内郁，湿热氤氲证；疹出不畅，阳热内郁证；时邪隐疹，协热下利证；疹毒郁结，痰凝阻络证五个证型，分别选用白虎地黄汤，蒿芩清胆汤，四逆散，葛根芩连汤，玄参牡蛎汤等处方加减，收到良好疗效。^[3]

王耀献等从临床实际出发结合传统中医理论，对本病发病机理、辨证论治进行了初步探讨。认为本病以外感温毒，蕴于肺胃，迅见气营两燔，为其主要的病因病理。故分邪侵肺胃，气营两燔，病后阴伤及变证：①毒窜心肝②心阳暴脱等证型辨治，再配合西医药及支持疗法，收到满意疗效。^[4]

张志军运用中医药辨证分型结合阿司匹林、抗生素、输液治疗川崎病 24 例，疗效满意。中医分毒燔气营、余毒伤阴、气阴两伤 3 型论治。并认为对川崎病要注意清热解毒凉营、益气养阴、活血化瘀法的灵活运用，且治疗始终都应兼用大剂养阴生津之品。由于本病主要见于婴幼儿，又有口糜唇裂等症，给口服汤药带来极大困难，故须加强煎药的管理，控制药液浓度，多次投药，保证患儿每日有足够的中药量，以提高疗效。^[5]

杨祖旺等报道采用中药活血化瘀为主治疗川崎病冠状动脉瘤 4 例，疗效满意。治疗方法：①一般治疗：早期抗感染，采用抗菌素，待诊断明确即停用，改为输液、纠正酸中毒、加用小剂量阿司匹林、潘生丁及维生素 E；②中药为主治疗：早期高热不退，中医辨证属温病气营两燔或热入营分。先投以气营两清，解毒凉血之剂。方用水牛角 1g（冲服），生石膏 30g，川连、栀子、桔梗、甘草、黄芩各 6g，知母、赤芍、玄参、连翘、丹皮各 10g。水煎服。热退后改用活血化瘀方：赤芍、枳壳、当归各 10g，桃仁、红花、川芎、三棱、莪术、甘草各 6g。日 1 剂。同时加用川芎嗪 100mg 入 10% 葡萄糖 100ml 中静滴，两周为 1 疗程，每两周复查 1 次彩色多普勒超声心动图。^[6]

唐莉珍等用清热活血法为主治疗川崎病 22 例，取得了较好疗效。治疗方法：根据临床表现，将本病分为急性期和恢复期两个阶段进行治疗。急性期中医辨证多属气营两燔、热毒炽盛型。治以清气凉营，活血散瘀，选用清营汤、白虎汤加减。常用药：水牛角、赤芍、丹皮、银花、连翘、元参、丹参各 10g，生石膏 20g，生地、知母各 6g。咳嗽、痰多加黄芩、瓜蒌各 10g。恢复期为气阴两虚型，治以益气养阴、活血化瘀，选用生脉饮、桃红四物汤加减。常用药：太子参、川芎、赤芍、生地、桃仁、红花各 10g，麦冬、五味子、当归各 6g。低热不退加青蒿、鳖甲各 10g；纳呆加陈皮、炒三仙各 10g。在疾病初起即开始用丹参或川芎嗪。用丹参 12 例，每次 2~10ml；川芎嗪 5 例，每次 40~80mg。均加入 10% 葡萄糖液中静脉滴注，10~15 天为 1 疗程，一般用 1~2 个疗程。合并冠状动脉损害者用 2~3 个疗程。22 例病例中，2 例因血小板增高及冠状动脉增宽加用潘生丁及阿司匹林，11 例加用抗生素，其中 3 例合并肺炎，2 例合并其它细菌感染。并认为不论各期均以活血化瘀法贯彻始末。活血化瘀具有明显抗凝作用，能增加冠脉血流量，降低血小板聚集性，解除血管痉挛，改善微循环，有助于本病的病理恢复。^[7]

丁雅芳报道采用中西医结合治疗本病 10 余例，取得了较好的疗效。治疗方法：①西

药治疗：目前治疗本病多采用阿司匹林，每日每公斤体重 80~100mg，或同时加用潘生丁、维生素 E，退热后阿司匹林逐渐减量。一般以 3 个月为 1 疗程。②中医辨证论治：(1) 急性期：发病的第 1~2 周，为气血两燔，拟清营凉血解毒。药用金银花、连翘、黄芩、川连、丹皮、生地、赤芍、羚羊角粉、淡竹叶、生甘草。若淋巴肿大者加夏枯草；(2) 亚急性期：在发病的第 3~4 周，因高热蕴久、气阴亏耗，拟养阴清热、益气活血治之。药用太子参、川连、丹皮、生地、赤芍、北沙参、紫丹参、淡竹叶、生甘草；(3) 恢复期：体温正常后。此乃气阴两伤、脾胃失养，拟益气养阴、健脾和胃，佐活血之品。药用炙黄芪、太子参、焦白术、淮山药、生地、茯苓、紫丹参、炒楂曲、炒谷麦芽、炙甘草。并认为中西医结合治疗本病可缩短病程，减少西药的副作用，抵制冠状动脉瘤或心肌炎的发生。^[8]

周柳娟试用中药为主，配合西医支持疗法，治疗川崎病 5 例，取得较为满意疗效。治疗方法：西医治疗均用潘生丁、肌苷、能量合剂 1~2 个疗程，1 例输血 3 次；加用阿司匹林和激素，4 例继发感染用青霉素、氨苄青霉素；中医治疗①丹参注射液 4ml（相当丹参 6g）加入 10% 葡萄糖 100ml 静脉滴注，每日 1 次，10 天为 1 疗程，共用 2 个疗程；②用白虎汤随症加减：生石膏 30~50g，知母 6~10g，板蓝根 15~30g，沙参 20g，麦冬 10g，葛根 20g，淡竹叶 6g，青蒿 10g，每日 1 剂水煎服，连服 10~15 剂为 1 疗程；③局部用药：口腔局部涂抹西瓜霜。^[9]

川崎病协作组梁翔常等综述了我国川崎病概况。通过 1983~1992 年对全国各地主要儿童医院、医学院附属医院等较大的 100 所医院的调查，将我国川崎病的基本情况汇总如下：①发病呈逐年增多的趋势，1992 年为 1983 年的 5.4 倍。病人较集中在大城市儿童医院，边远地区较少；②性别分布：男性多于女性，男女发病之比为 1.6:1；③年龄分布：主要发生于 4 岁以内的婴幼儿，<2 岁的占 43.08%，2~4 岁占 36.72%，>4 岁占 20.20%；④冠状动脉病变：1983~1986 年占总发病的 4.05%，1987~1991 年经二维超声心动图确诊 291 例，占 12%，1992 年占 23%。有 11 所医院进行 1~6 年随访，其中病变消退占 77.6%，死亡 3 例，其中死于急性心肌梗塞 2 例，冠状动脉瘤破裂 1 例；⑤死亡情况：1983~1986 年为 0.24%，1987~1991 年为 0.33%，1992 年无死亡。并认为本病现提出的诊断标准主要以临床表现为依据，缺乏特异诊断方法，易误诊为病毒感染、猩红热、颈淋巴结炎、心肌炎等疾病，在我国仍需广为宣传，提高对本病的认识。冠状动脉瘤是川崎病的严重并发症，其临床症状、体征、X 线胸片及心电图检查多无特异表现，而应用二维超声心动图监测有利于诊断，轻中度冠状动脉瘤多于 1~2 年内消退，而重度者易形成血栓性栓塞，发生冠状动脉狭窄或闭塞，导致心肌梗塞，为本病的主要死亡原因。本病早期与冠状动脉病变相关的危险因素包括年龄<1 岁，男性，贫血（红细胞压积比<0.35），血小板低于 $200 \times 10^9/L$ 和 C 反应蛋白强阳性。^[10]

现代参考文献

- [1] 萧达民，等．中医治疗川崎病临床研究进展——附 66 例资料分析．新中医，1990，(8)：5
- [2] 许映卿．中医诊治川崎病．新中医，1991，(2)：31
- [3] 李素卿，等．刘弼臣治疗川崎病经验介绍．中医杂志，1991，(6)：18
- [4] 石军．川崎病的中医临床探讨——附 10 例临床资料总结．北京中医学院学报，1993，(3)：54

- [5] 张志军. 运用中医药辨证分型治疗川崎病 24 例. 浙江中医杂志, 1992, 27 (9): 396
- [6] 杨祖旺, 等. 活血化瘀治疗川崎病冠状动脉瘤 4 例. 湖北中医杂志, 1993, (6): 11
- [7] 唐莉珍, 等. 清热活血为主治疗川崎病 22 例. 中西医结合杂志, 1993, 13 (6): 366
- [8] 丁雅芳. 中西医结合治疗川崎病临床初探. 江苏中医, 1992, (7): 13
- [9] 周柳娟. 中西医结合治疗川崎病 5 例. 中西医结合杂志, 1990, 10 (5): 305
- [10] 梁翔常, 等. 我国川崎病概况. 中国实用儿科杂志, 1995, 10 (5): 302

(苏树蓉)

13.4 奶癣

【概述】

奶癣, 亦名胎癩疮, 现称婴儿湿疹, 是婴幼儿期常见的一种皮肤病。多发生在出生 1~6 个月左右的婴儿。皮疹常对称发生于面颊、额部及头皮, 少数可累及胸背及上臂等处。形态见红斑、丘疹、水疱、糜烂、渗液、结痂、脱屑等多形性损害, 在头皮、眉部可有黄色脂性痂皮覆盖。部分婴儿有吐奶、腹泻等脾胃症状。皮疹可反复发作, 但一般可在 2~3 岁以内逐渐减轻而自愈, 少数患儿可延及儿童或青年期。

古代医家对本病认识较早亦较深刻。如《外科正宗·奶癣》说:“奶癣因儿在胎中, 母食五辛, 父餐炙博, 遗热与儿, 生后面遍身为奶癣, 流滋成片, 睡卧不安, 搔痒不绝。”指出奶癣的发病与先天禀赋密切相关。而《医宗金鉴》更将奶癣分为干、湿两型, 并立消风导赤汤为主配合外治的治疗方法, 强调饮食起居护理等, 至今为临床借鉴。

【病因病理】

一、病因

湿邪为害是主要病因。由禀受胎温热毒, 或素禀脾虚湿盛, 再感风邪所致。

二、病理

1. 风湿热淫 多由父母过食五辛炙博等致湿热蕴结赋于胎儿, 生后又复感风邪, 风湿热淫外发肌肤所致。

2. 脾虚湿盛 若孕母体弱多病可致胎儿素禀脾胃不足, 或后天调护失宜, 致脾虚不运, 聚而生湿与风邪相合, 外发肌肤亦可致病。

西医学认为: 较难确定本病的具体病因。但一般说来与患儿遗传倾向的过敏体质有关。其致敏原往往有食物 (如牛奶、鸡蛋及母亲所食之物等)、花粉、皮毛纤维、化学性挥发物质等吸入物, 及其它接触物 (如肥皂、硬水、寒风等) 和皮肤刺激 (如搔抓、摩擦、浸湿等), 预防接种等, 均可引起和加重病情。而婴儿时期皮肤角质层较薄, 末端毛细血管较丰富, 以及内皮含水及氯化物较多, 亦是易发此种过敏反应的主要机理。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 多在 1~6 个月时发病, 在 2 岁以内皮疹逐渐减轻至自愈。
2. 出疹的部位主要在头面部。初起于两颊、前额, 为红斑基础上的丘疱疹如细砂状, 因痒而擦致痂破、糜烂、渗出伴鳞屑、结痂, 散在或密集分布, 界限不清, 严重者除鼻、口周外, 整个面部均可受累。
3. 损害广泛者可延及头皮, 表现为白色鳞屑或脂性黄痂。少数可累及胸背及上臂等

处。

4. 瘙痒显著，病情反复。

二、鉴别诊断

主要应与婴儿时期的接触性皮炎等皮肤病鉴别。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨皮疹形态 若皮疹以干燥、鳞屑为主为干性奶癣，古医家称“干癩”，多见于形体偏瘦、营养不良儿，由脾虚风燥所致；若皮疹以水疱、糜烂、渗液为主为湿性奶癣，古医家称“湿癩”，多由湿盛或湿蕴化热所致，多见于肥胖婴儿。

2. 辨湿、热偏盛 在湿性奶癣中，当辨湿盛或湿热俱盛。若湿盛者多由脾虚所致；而湿热俱盛则多见于急性发作伴感染的患儿。

二、治疗原则

以除湿祛风为主，分别配以清热解毒或健脾养血等法。

三、分证论治

1. 风湿热淫

证候表现 皮疹见红斑、水疱甚至糜烂，滋水淋漓，或有结痂，瘙痒剧，主要见于头面部，甚者可延及胸背及上臂，伴小便短赤，大便干结，烦哭不宁，舌红，苔腻或黄腻，指纹紫或青紫，脉滑。

辨证要点 本证多见于急性发作或伴感染的患儿，以皮疹特点和二便、舌象为要点。

治法主方 清热利湿，祛风止痒。五味消毒饮加味。

方药运用 常用药：银花、蒲公英、土茯苓、野菊花、薏苡仁、萹蓄、防风、六一散等。哭闹不宁、纳差加焦栀子、藿香；有发热加石膏、黄芩等。

2. 脾虚湿盛

证候表现 皮疹色暗不鲜，表面有水疱及渗液，或有结痂，伴大便稀溏，或吐乳，纳差，舌淡，苔薄或腻，指纹偏红，脉缓。

辨证要点 本证以皮疹特点和大便稀溏、舌淡、指纹红为要点，多见于素禀不足，体质较差之儿。

治法主方 健脾除湿。胃苓汤加减。

方药运用 常用药：苍术、猪苓、土茯苓、炒薏苡仁、陈皮、厚朴、泽泻、白鲜皮、防风、乌梅、甘草等。大便稀溏甚者加炮姜、葛根；吐甚加藿香。

3. 脾虚风燥

证候表现 皮疹干燥、鳞屑、色素沉着，瘙痒剧，抓破有少量渗液，舌淡，苔薄，指纹偏红，脉细。

辨证要点 本证多见于病程较长、反复发作的患儿，以皮疹形态、瘙痒剧为要点。

治法主方 健脾养血祛风。归脾汤加减。

方药运用 常用药：黄芪、当归、白术、茯苓、酸枣仁、防风、五味子、土茯苓、淮山药、蒲公英、甘草等。

【其它疗法】

一、单方验方

1. 消风导赤汤 生地、赤茯苓、牛蒡子、白鲜皮、金银花、薄荷、木通、黄连、甘草。干痲加当归、玄参；湿痲加车前子、黄柏；消化不良去生地加白术、焦山楂、陈皮。
2. 婴儿除湿汤 金银花、连翘、白术、泽泻、草薢、赤小豆、马齿苋各 6g，苍术 5g，黄柏、白鲜皮、地肤子各 3g，水煎分 2 次服。半岁以下患儿用半量，脾虚者去金银花、连翘，加薏苡仁、炒扁豆各 6g；痒甚加蝉蜕 3g。
3. 半边莲、乌韭、白英各 15g，金银花 6g，红枣 7 枚。大便溏薄者加葛根 6g。煎汤代茶，每 1 疗程 5~10 剂。

二、药物外治

1. 外洗方 马齿苋、枇杷叶各 15g，诃子 10g，煎水外洗或湿敷患处。用于湿痲。
2. 外洗方 马齿苋、苦参、蛇床子、苍耳子各 15g，煎水外洗或湿敷患处。用于干痲。
3. 五倍子，炒黄，研细末，用凡士林调成 10%~15% 软膏，外涂。有糜烂者禁用。

三、食疗方药

1. 车前瓜皮薏米粥 车前草 5g，冬瓜皮 15g，薏苡仁 50g。前二者煎水取汁，入薏苡仁煮粥，分次服。健脾除湿清热。
2. 赤小豆薏米粥 薏苡仁 30g，赤小豆 15g，玉米须 10g。玉米须煎水取汁，入薏苡仁、赤小豆同煮粥，分次服。健脾除湿清热。
3. 山药大枣桑椹百合粥 山药 100g，大枣 5 个，桑椹、百合各 15g。山药研为细末，大枣去核，与百合、桑椹加水煮至烂熟时，放山药粉煮成粥糊，分次服。健脾养血润燥。

【预防护理】

一、预防

1. 注意调护小儿脾胃，喂食、哺乳应有节制。哺乳母亲应多吃新鲜蔬菜、水果，忌食辛辣刺激性食物。

2. 家族有过敏史者，不宜过早给婴儿添加鱼、虾、蟹等及过于油腻的食物。

二、护理

1. 避免和排除可能刺激皮肤的因素如皮毛衣物、摩擦、肥皂等。
2. 切忌在患病期间接种牛痘或注射各种预防针药，以防引起严重不良反应。
3. 夜间入睡时可给患儿带手套，防止搔抓患处引起继发感染。
4. 对哺乳的患儿，乳母应注意饮食宜忌。

【文献选录】

《诸病源候论·小儿杂病诸候·癣候》：“小儿面上，癣皮如甲错，起干燥，谓之乳癣。言儿饮奶，奶汁渍污儿面，变生此症。仍以乳汁洗之便瘥。”

《医宗金鉴·外科心法要诀·婴儿部·胎敛疮》：“此症生婴儿头顶，或生眉端，又名乳癣。痒起白屑，形如癣疥，由胎中血热，落草受风缠绵，此系干敛；有误用烫洗，皮肤起粟，痒痒无度，黄水浸淫，延及遍身，即成湿敛。俱服消风导赤汤，干者抹润肌膏，湿者用嫩黄柏头末，与滑石等分撒之。脓痂过厚，再以润肌膏润之。又有热极皮肤灼热，红晕成片，游走状如火丹，治法不宜收敛，只宜外发，宜服五福化毒丹，亦以润肌膏抹之，痒甚者，俱用乌云膏搽之。乳母俱忌河海鱼腥、鸡、鹅、辛辣、动风、发物，缓缓自效。”

【现代研究】

彭瞰报道用硝黄苦梅煎治疗婴儿湿疹 180 例, 获得满意疗效。治疗方药: 芒硝 50g, 大黄、苦参、乌梅各 30g, 每日 1 剂, 水煎 500ml, 滤液湿敷患处, 每日 2 次。^[1]

张思佳等报道用奶癣净外治婴儿湿疹 100 例, 疗效满意。治疗方法: ①药物组成: 用麦饭石的水溶液加苯海拉明、冰片、硼砂等制成水包油型的霜剂。②方法: 用温水洗净皮损处, 用少量奶癣净涂于局部, 根据病程的长短和创面的大小决定用量及次数。重者每日 3~4 次, 轻者每日 1~2 次, 痊愈后可继续使用, 以防复发。^[2]

张贵兰报道用糠馏油外涂治疗婴儿湿疹 100 例, 取得满意疗效。治疗方法: 先用 1:1000 高锰酸钾溶液洗净患处, 然后涂糠馏油, 每日 1 次。糠馏油制法: 以桑皮纸 1 张糊在瓷盆上, 再以毫针刺孔数十个, 上面堆放新谷糠 1500g 成锥形。点燃顶端, 使其自然燃烧, 待至距纸 1 厘米时, 拂去灰, 揭其纸, 盆中即有糠馏油约 3ml。发热者加服中药: 银花 15g, 竹叶、滑石、黄芩各 3g, 白扁豆 20g。水煎去渣, 分 3 次服。每日 1 剂, 服 3 剂为 1 疗程。^[3]

胡萍等根据腹蛇抗栓酶能改善微循环以及霜剂适用于局部涂擦的特点, 将蝮蛇抗栓酶制成抗湿霜治疗小儿湿疹 100 例, 其中年龄最小 14 天, 最大 5 岁, 单发于面部 78 例, 躯干、四肢、阴囊等部位 22 例, 皮疹以丘疹、鳞屑、结痂及少量渗出为主。并与氧化锌软膏对比治疗。结果抗湿霜疗效显著, 尤其是对月龄小儿面部湿疹及以亚急性湿疹为主要表现的皮疹疗效更佳, 是一种疗效快、无副作用的新型外用药。其配制方法是: 取硬脂酸、甘油等原料加热至 60℃, 另取氢氧化钾适量水溶解, 将氢氧化钾溶液缓慢加入硬脂酸甘油混合液中, 不断搅拌, 加水至全量 80% 左右, 制成霜剂基质, 待基质温度降至室温, 加入蝮蛇抗栓酶 3 号及尼泊金乙酯搅拌均匀后, 再加水至足量即成。^[4]

Rosted P 报道针刺治愈婴儿湿疹 1 例。患儿男性, 2 岁, 从 6 个月起患湿疹, 曾用类固醇乳膏治疗, 没有获得巩固疗效。报道者用激光针刺代替了针刺疗法, 因为其皮肤奇痒, 故只用体穴治疗: 百合、太冲、列缺、合谷, 而不用耳穴。2 次治疗后, 才出现明显改善, 10 次治疗结束后, 只有皮肤微红, 没有破损和疤痕, 停止治疗。此后每 3 个月复查 1 次。在最近的 1 次随访中, 即距最后一次治疗 18 个月时, 湿疹没有复发。^[5]

张静等报道用复方鸡内金散治疗婴儿湿疹 20 例, 疗效满意。治疗方法: 党参、郁金各 10g, 砂仁、橘红各 15g, 鸡内金、牵牛子、槟榔、焦三仙各 20g, 大黄、甘草各 6g。上药共研为细粉和匀过 80~100 目筛。上药一料共制细粉约 140g, 分袋装, 每小袋重 1.5g, 一大袋 10 小包。每次服用 1 小包, 日服 2~3 次, 加糖, 温开水调服。^[6]

栾佩岳自拟健脾平肝汤治疗婴幼儿湿疹 246 例, 收到较好疗效。健脾平肝汤组成: 炒白术、黄芪、炒薏苡仁、白鲜皮、炒麦芽各 6~9g, 防风、白芍、白蒺藜、枳壳各 3~6g, 益母草 1~3g。水煎日 1 剂, 分 3~5 次服。加减法: 若腹泻加车前子、茯苓; 气虚多汗者加太子参、五味子; 瘙痒明显者加浮萍草、全蝎; 惊啼不安者加蝉蜕、钩藤、夜交藤; 风寒袭表加荆芥穗、藿香; 风热壅肺者加桑白皮、地骨皮、黄芩, 减白术、黄芪、白芍; 继发感染者加银花、连翘; 消化不良者加谷芽、鸡内金、神曲。^[7]

现代参考文献

[1] 彭瞰. 硝黄苦梅煎治疗婴儿湿疹 180 例. 陕西中医, 1990, 11 (12): 553

- [2] 张思佳, 等. 奶癣净外治婴儿湿疹 100 例. 中华皮肤科杂志, 1991, 24 (3): 164
- [3] 张贵兰. 治疗婴儿湿疹 100 例临床效果观察. 河北中医, 1991, (1): 26
- [4] 胡萍, 等. 抗湿霜治疗小儿湿疹 100 例. 中华皮肤科杂志, 1995, 28 (4): 253
- [5] Rosted P. 针刺治愈慢性皮肤病. 国外医学. 中医中药分册, 1993, (4): 21
- [6] 张静, 等. 复方鸡内金散治疗婴儿湿疹 20 例. 河北中医, 1992, (2): 16
- [7] 栾佩岳. 健脾平肝汤治疗婴幼儿湿疹 246 例. 陕西中医, 1992, 13 (7): 322

(苏树蓉)

13.5 荨麻疹

【概述】

荨麻疹为多种原因所致, 以突发突消的风团伴瘙痒为主要临床特征的一种血管反应性皮肤病。亦为多种疾病的症状之一。分急性、慢性及特殊类型等 3 类。在特殊类型中又有血管性水肿、冷性荨麻疹、胆碱能性荨麻疹及丘疹性荨麻疹等不同类型。无明显季节性, 任何年龄均可见。儿童多见急性荨麻疹, 婴儿及儿童多见丘疹性荨麻疹。

中医学无荨麻疹病名, 但类似记载可见于历代医籍的“瘾疹”、“痞瘤”、“风疹”、“风屎”、“风丹”、“风疹疙瘩”等病症中。如隋代《诸病源候论·小儿杂病诸候·风瘙瘾疹候》说:“小儿因汗, 解脱衣裳, 风入腠理, 与血气相搏, 结聚起相连成隐疹, 风气止在腠理浮浅, 其势微故不肿不痛, 但成隐疹痒耳。”并进一步将瘾疹分为“赤疹”与“白疹”等。为本病的诊治提供了指导。

当代医家对本病形成的病因、发病机理等认识有了新的发展, 尤其对中医有效方药的研究显示了较好的开发应用前景。

【病因病理】

一、病因

中医学认为本病主要由风邪所致, 而与寒、热、湿及体虚有关; 当代医家更提出了“禀赋不耐”即患儿本身的体质因素是发生本病的基本原因。

西医学认为引起荨麻疹的原因很多, 如药物、食物、吸入性过敏原、感染、叮咬、内脏疾患、精神因素、物理因素、遗传因素等。

二、病理

禀赋不耐之儿, 风邪易入, 随不同个体或风热或风寒, 蕴于肌肤而发; 或素有脾胃湿热, 再因风邪而入, 诱发于肌表所致; 或因虫积, 蕴生湿热, 影响气血而成; 或因素禀不足, 血虚生风而作。

西医学认为: 荨麻疹发病的机理分免疫性与非免疫性两种(急性的多为免疫性机理)。免疫性与非免疫性因素作用于组织中的肥大细胞或循环中的嗜碱性粒细胞, 使细胞内 cAMP 水平降低, 引起嗜碱性颗粒脱粒, 释放出多种介质, 这些物质作用于皮肤的小血管, 致真皮浅部局限性水肿而临床表现为风团; 真皮深部和皮下组织水肿, 表现为血管性水肿。此外还可引起平滑肌痉挛, 腺体分泌增加, 产生粘膜、消化道、呼吸道一系列症状。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 泛发的红色或苍白色高出皮肤的风团, 周围绕有红晕, 无固定形态、时隐时现, 退

后不留痕迹。

2. 常有奇痒和灼热感。

二、鉴别诊断

应与多形红斑、接触性皮炎、药物皮炎等鉴别；丘疹性荨麻疹应与水痘鉴别。

【辨证论治】

一、证候辨别

1. 辨类型 急性荨麻疹起病较急，皮肤突然发痒，很快出现大小、形状不等的淡红色风团，可散在亦可融合成片，数小时内可消失，但新的又可陆续发生，一日之内可多次发生，在儿童中较常伴见发热和胃肠道表现。病情严重者可有心慌、烦躁、恶心呕吐，甚至厥逆。若累及喉头粘膜可见呼吸困难或窒息，甚可危及生命；慢性荨麻疹一般病期超过3月，风团时多时少，反复发生，常达数月甚至数年，但全身症状一般较轻。风团发生有的有时间性，大多原因不明，顽固难治；特殊类型中有：①血管性水肿：主要发生于组织疏松部位，突发局限性肿胀，持续1~3天可自行消退，往往可在同一部位反复发作，若发生于喉部可引起呼吸困难，甚至窒息而死亡。②冷性荨麻疹：分为常染色体显性遗传及获得性，主要特征是遇冷即出现风团。③胆碱能性荨麻疹：为小的点状风团或直径1~3mm的丘疹，多因热食、运动、出汗、精神刺激等诱发。④丘疹性荨麻疹：婴儿及儿童常见。多由跳蚤、蚊子、螨等叮咬的过敏反应，为小的瘙痒性丘疹，多分布于肩、臀和四肢，尤其是伸侧面。一般开始发时为小的风团样丘疹，若经摩擦致表皮脱落感染可见脓疱疮性结痂或溃烂。皮疹常在夜间成批出现，可持续3~12天，反复发作可延续数月至数年，常有季节性，多无全身症状。

2. 辨虚实 本病临床有实证、虚证或虚实夹杂的不同，当详辨。一般急性多实证或虚实夹杂证；而虚证在慢性患者中多见。

二、治疗原则

以祛风为主。根据不同证候类型分别予以疏风清热、疏风散寒、疏风清热利湿、益气养血祛风及驱虫祛风等治则。

三、分证论治

1. 风热相搏

证候表现 风团为红色，焮热作痒，因热则发作或加剧，风吹凉爽则减轻或消失。或伴有恶风发热，口渴心烦，舌红，苔薄或黄，脉浮数。

辨证要点 本证以风团为红色，焮热作痒因热而发或加剧为要点。一般急性荨麻疹、丘疹样荨麻疹等多见此证型。

治法主方 疏风清热。消风清热饮加减。

方药运用 常用药：荆芥、防风、牛蒡子、白蒺藜、银花、黄芩、蝉蜕、连翘、丹皮、赤芍等。伴有风热表证，咽红或喉核赤肿（扁桃体肿大）者加射干、桔梗、蒲公英；发热者加石膏、知母。

2. 风寒外袭

证候表现 风团色泽淡红，或中央白色周围红晕，伴有瘙痒。风吹、着凉或浸涉冷水后发作或加剧，得暖则减轻或消失。或恶寒畏风，口不渴，苔薄白，脉浮缓。

辨证要点 本证以风团色淡或白，遇冷加重为要点。急、慢性荨麻疹，冷性荨麻疹

多见此证型。

治法主方 疏风散寒。麻黄汤合桂枝汤加味。

方药运用 常用药：麻黄、桂枝、白芍、黄芪、防风、荆芥、白鲜皮、甘草、大枣、生姜。若瘙痒明显者可加五味子、柴胡。

3. 风湿热淫

证候表现 风团多为丘疹样疹块，瘙痒剧，若摩擦或搔破可出水甚至溃烂，舌质红，苔腻，脉滑。或伴有纳差、大便不调等。

辨证要点 本证以瘙痒剧，搔破可出水甚至溃烂、舌象为要点。儿童多见。丘疹性荨麻疹多见此种证型。

治法主方 疏风清热，除湿解毒。五味消毒饮加味。

方药运用 常用药：蒲公英、银花、野菊花、上茯苓、赤芍、防风、白鲜皮、薏苡仁、苦参、黄柏等。若小便短赤加滑石、通草。

4. 虫积蕴发

证候表现 风团或红或白，时消时发，奇痒难忍，伴时有脐周腹痛，嗜食异物，睡中齧齿，形体偏瘦，大便不畅等虫证症状。苔多腻，脉滑。

辨证要点 本证以虫证症状为要，多在大便不畅时发作或加剧。因“湿热生虫”故苔多腻，脉滑。

治法主方 驱虫祛风。使君子散加减。

方药运用 常用药：乌梅、使君子、胡黄连、槟榔、土茯苓、防风、柴胡、五味子等。大便干结或大便不畅者加生大黄通便以排虫。

5. 气血两虚

证候表现 风团色淡或与皮肤颜色相同，反复发作，经年不愈。若患儿素体多汗易感，则往往在汗出冒风时出现风团，且风团可为点状伴瘙痒；若久病或病后气耗血伤则可伴头昏眩晕、心烦失眠、食欲不振等。舌淡，苔薄，脉细。

辨证要点 本证以病情反复，迁延难愈为要点。表虚腠理不密，汗出风着而致者，伴见多汗易感等卫外不固见症；由病久或病后气耗血伤而发作者，则为血虚，故伴见气血亏虚、心神失养的其它见症。临床慢性荨麻疹、胆碱能性荨麻疹等多见此证型。

治法主方 卫外不固者治以益气固表祛风，玉屏风散加味；气血两虚者治以益气养血，祛风安神，归脾汤加减。

方药运用 常用药：玉屏风散加味用黄芪、白术、防风、五味子、柴胡、甘草等；归脾汤加减用黄芪、当归、党参、白术、茯苓、龙眼肉、酸枣仁、防风、五味子、柴胡、甘草、大枣、生姜等。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 防风通圣丸 适用于病情较轻者。
2. 荆防败毒散 用于风寒外袭证。
3. 湿毒清 可用于风湿热淫证。

二、单方验方

1. 葛根汤 《伤寒论》方。葛根 12g，麻黄、生姜各 6~9g，桂枝、白芍各 6g，大

枣4~6枚，煎汤内服。用于急、慢性荨麻疹。

2. 外洗方 蛇床子20g，明矾、荆芥各12g，花椒6g，土茯苓、苦参、食盐各30g，白鲜皮15g，煎水外洗，用2~6剂。治婴幼儿荨麻疹；晚蚕砂30~100g，紫草15g，煎汤乘热拭洗。

3. 过敏汤 紫草、刺蒺藜、苦参、土茯苓各15g，风热偏盛者加银花、连翘、梔子、丹皮、赤芍、蝉蜕、薄荷；风热夹湿者加白鲜皮、地肤子、茯苓皮；久病血虚者加四物汤或当归。

4. 荆芥炭、大黄炭各等量，每服3g，每日2~3次。

5. 乌梅15g，防风、甘草、蝉蜕、五味子各10g，水煎去渣，加45g蜂蜜，再熬一开，分6次服。

6. 胡麻仁、何首乌、威灵仙、苦参、甘草、石菖蒲各10g，水煎服。

三、食疗方药

1. 绿豆刺蒺藜汤 绿豆100g，刺蒺藜15g。刺蒺藜纱布包，同绿豆加水煮汤，以蜂蜜调味。分次服。用于风热相搏证。

2. 生姜糖梅饮 生姜50g，葱白30g，乌梅15g。煎水，加红糖调味。分次服。用于风寒外袭证。

3. 归芪乌蛇汤 当归25g，黄芪50g，乌梢蛇1条。前2种用纱布包，乌梢蛇去头、内脏和皮，加水煎煮至蛇肉烂熟，去纱布包，加猪油、盐、姜调味。分次服。用于气血两虚证。

4. 芝麻黑豆红枣汤 黑芝麻10g，黑豆30g，大枣10个。加水煮至黑豆烂熟。以红糖调味，分次服。用于气血两虚证。

四、针灸疗法

1. 体针 取风府、曲池、三阴交，宜泻法，留针10~15分钟。营血不足者，加补血海、公孙，每日或隔日一次；慢性以大肠俞为主；因食动风及伴腹痛腹泻者，加针足三里；胸闷气急加针合谷、内关。

2. 耳针 肺区、肾上腺区、神门、内分泌区或耳后小静脉出血。

五、西医疗法

本病的根治，是去除病因；病因不明，则对症处理。

1. 抗组织胺药 种类甚多，可选择性应用。

(1) 盐酸赛庚啶 每日0.2mg/kg bw。

(2) 扑尔敏 每日0.4mg/kg bw。

2. 抗纤维蛋白溶酶药 6-氨基己酸，每日0.1g/kg bw。对冷性荨麻疹有效。

3. 抗激肽药 抑肽酶10万单位/次，静注，隔日1次，每疗程10~20次。对慢性荨麻疹和血管神经性水肿效佳。

4. 组织胺球蛋白 每安瓿2ml（含丙种球蛋白12mg，磷酸组织胺0.005mg），每次4ml，肌注，4天1次，6次为1个疗程。

5. 局部外治 外用止痒药。如1%薄荷酊，炉甘石洗剂等。

【预防护理】

一、预防

1. 尽可能寻找并去除发病诱因。如积极防治肠道寄生虫病等。
2. 增强体质，可从平时保育着手，并配以适当药物，改善“素禀不耐”的状况。

二、护理

1. 注意防止患儿搔抓损伤皮肤。
2. 若出现急症时，要及时送医院救治。
3. 注意摄入富含维生素、纤维素的食物，保持大便通畅。

【文献选录】

《诸病源候论·风病诸候下》：“夫人阳气外虚则多汗，汗出当风，风气搏于肌肉，与热气并，则生痞瘤。”

《小儿卫生总微论方·风疾瘾疹论》：“小儿风疾瘾疹者，小儿肌肤嫩，血气微弱，或因暖衣而腠理疏开，或天暄而汗津润出，忽为风邪所干，搏于血气，藏流于皮肤之间，不能消散，而成碛成疖，相连而生，其状如生姜片，轻者名曰风斑，不至改色。重者名曰瘾疹，改赤紫色，发瘙痒，搔之不解，甚者使人心神闷乱。右先看其色泽，白者以牛膝酒浸一宿，焙干为末，每服一钱或半钱，温酒调下。若色赤者，以灶下黄土研细末，生姜蜜水调下一钱或半钱。”

《幼幼集成·斑疹瘾疹证治》：“瘾疹多属于脾。以其隐隐在皮肤之间，发而多痒，或不红者，俗人名为风丹，加味羌活饮。”

【现代研究】

临床研究

司在和综述了1980年以来运用中医药治疗荨麻疹的情况。在辨证论治方面，有人将此病分十五法调治：①疏风散寒法，以荆防败毒散；②解表化湿法，以《局方》消风散；③消痞透疹法，以昌阳泻心汤；④疏达膜原法，以达原饮化裁；⑤疏风散热法，以桑菊饮加牛蒡子、蝉蜕。⑥宣散风湿法，以《外科正宗》消风散；⑦升清降浊法，以升降散；⑧通泻阳明法，以四物汤和调胃承气汤化裁；⑨清肝泻火法，以当归龙荟丸加蝉蜕、白蒺藜；⑩温通厥阴法，以当归四逆汤；⑪养血润燥法，以地黄饮子；⑫养血消风法，以四物消风汤；⑬清热解毒法，以解毒泻心汤；⑭活血搜风法，以桃红四物汤加蝉蜕、全蝎、乌梢蛇等；⑮温补少阴法，以茯苓四逆汤。亦有按急性、慢性及丘疹性荨麻疹分为10型调治：①急性风热型，相当于西医的热型荨麻疹，以银翘散加味；温热型，相当于胃肠型荨麻疹，以龙胆泻肝汤加减；热毒炽盛型，多因食物中毒或因药物过敏所致，选用吴氏玉女煎加味；风寒型，以麻黄连翘赤小豆汤加减。②慢性气血两虚型，相当于胆碱能性荨麻疹或寒冷性荨麻疹，以首乌圣愈汤加减；冲任不调型，相当于女性内分泌失调所引起的荨麻疹，以当归饮子加味；寒热夹杂、虚实并见型，以乌蛇败毒散合玉屏风散加减。③丘疹性荨麻疹风热型，以消风散；脾虚型，以参苓白术散；胃肠食滞型，用消食导滞汤加减。此外，亦有分风热久羁、血热风盛、卫气不固、脾失健运、血瘀生风等型，或肺卫失宣、营血不足、营卫不足、卫阳不振、风邪夹湿五型等论治，或概为养血和血祛风法、驱邪祛风除湿法、泄热宣肺法等3法论治。在单方验方中归纳了加味羌活汤、苦参汤、消痒汤、宁肤止痒汤、祛风止痒汤、四皮饮、过敏煎、藿香正气散、祛风消疹汤、抗荨汤、浮萍蝉防汤、麻黄人参芍药汤、抗敏汤等10余个处方。在激光针灸部分，综述了用针刺、膻中穴埋羊肠线、电针配穴位注射、火罐治疗、氦氖光针、耳穴

压豆法等不同的治疗方法。在其它疗法中,有以外洗方(蛇床子 20g,花椒 6g,白鲜皮 15g,明矾、荆芥各 12g,土茯苓、苦参、食盐各 30g,加水 2000ml 煎至 1000ml,待温后将小儿抱入盆内浸浴并擦洗,每日 1 次)治疗婴幼儿荨麻疹及运用苦参注射液等。并指出运用中医药治疗虽收到较好的疗效,但由于各地对荨麻疹的疗效观察标准不一致,同时也没有实验研究,以致于中医药对该病的研究大多停留在临床上,未能上升到更高的理论层次,今后的研究重点应放在如何统一诊断分型标准,疗效观察规范化、科学化,以利于实验研究,从而不断提高该病的临床疗效。^[1]

杨在纲等在近年内,对荨麻疹病例进行过过敏原检查,并采用中药固本消敏汤(黄芪、防风、苦参、首乌、蝉蜕、地龙、五味子)为基础方,分风寒、风热、血热、热毒四型随证加减,并配合脱敏治疗取得较好疗效后指出:在所查过敏原中,引人注目的是吸入组,其中反应明显者首推室内尘土和尘螨,其次是烟草,再就是多价霉菌和晚春花粉。脱敏疗法疗效肯定,但存在有过敏原难明,脱敏时间较长难以坚持等问题。中药治疗可同时对过敏性疾病发生的两个关键因素即过敏体质及过敏原的刺激起作用,其整体调节作用既能增强机体的抵抗力,发挥适应原样作用,又能抑制特异性变态反应的发生,发挥抗过敏的作用。故认为中药治疗荨麻疹等过敏性疾病,具有肯定的临床疗效,值得进一步开发应用和提高。^[2]

陈德宇等在中医病因病机理论指导下,拟定由赤芍、甘草、地龙、苍耳子等制成的抗敏口服液治疗荨麻疹、丘疹性荨麻疹 126 例,并与西药息斯敏对照治疗 74 例,结果经统计学处理,中药抗敏口服液与息斯敏组的显效率与有效率很接近,而止痒作用优于息斯敏,且复发率低于息斯敏组。^[3]

姜耀武等以纯中药组方制成抗敏灵口服液(由当归、黄芪、大枣、桂枝、麻黄等组成)治疗慢性荨麻疹 100 例,并与扑尔敏组对照,结果疗效满意。本方表里兼顾,内外同治,具有养血固表,疏风止痒之功。药效学证明,本方有很好的抗过敏作用。^[4]

赵世良用中药外洗治疗小儿丘疹性荨麻疹 51 例,疗效满意。外洗方组成:生大黄、明矾、白及、芒硝(包煎)各 20g,花椒 10g,苦参、白鲜皮、威灵仙、苍耳子、地肤子、蛇床子各 30g 煎水外洗,早晚各洗一次。^[5]

李萍报道用六神丸、扑尔敏治疗丘疹性荨麻疹 60 例,疗效较好。治疗方法:1 岁以内服六神丸 1 粒,扑尔敏 1/5 片;2~3 岁服六神丸 2 粒,扑尔敏 1/4 片;4~5 岁服六神丸 3 粒,扑尔敏 1/3 片;6 岁以上服六神丸 4 粒,扑尔敏 1/2 片。六神丸每日服 3 次,扑尔敏每日早晚各 1 次。并认为六神丸能清热解毒、活血消肿,其中蟾酥成分的抗炎作用与激素相类似,与扑尔敏合用既脱敏效果好,又无西药脱敏的嗜睡反应,很受家长和患儿欢迎。^[6]

刘天骥等用中西医结合治疗慢性荨麻疹 96 例,并与单用西药及单用中药治疗比较疗效有显著性差异,中西医结合治疗效果较好。治疗方法:①中药穴位贴敷,药用:川芎、羌活各 30g,地龙、肉桂各 10g。风寒型加麻黄、细辛各 10g;风热型加黄芩 10g、金银花 20g;阴血不足型加黄芪、当归各 15g。上药粉碎过 80 目筛,装瓶备用。每次取药粉 16~24g(小儿酌减),陈醋适量调膏,分摊于 8 块 4cm×5cm 的塑料薄膜上,贴于曲池、风市、膈俞、血海(均为双侧)穴位,胶布固定,每次贴 24 小时,3 天贴 1 次,连贴 5 次为 1 疗程。嘱忌食辛辣、鱼虾等食物。②西药:扑尔敏成人每次 4mg,每日 3 次口服;儿童

每日 0.35mg/kg bw, 分 3 次服。苯海拉明成人每次 25mg, 每日 3 次口服, 儿童每日 3mg/kg bw, 分 3 次服, 连服 15 天停药观察。部分瘙痒较重的成人患者, 用 10%葡萄糖酸钙 10ml 肌内注射, 每日 1 次, 连用 3 天。治疗期间不另配用其它药物和疗法。^[7]

曾昭训等自行设计并配制了复方大黄酊, 治疗丘疹样荨麻疹等 11 种皮肤病, 获得较为满意的疗效。药物组成: 大黄 300g, 生百部 200g, 花椒、蛇床子各 100g, 冰片 10g, 灭滴灵 40g。将大黄、生百部、花椒捣碎, 冰片加少量酒精溶化, 白矾、灭滴灵片用适量水溶化, 最后把各药置容器中加 75%酒精 1000~1500ml, 密封 7 天, 过滤得第 1 液, 再将药渣加 75%酒精 800~1000ml, 再浸 7 天, 过滤得第 2 液, 并混于第一液中, 最后加 75%酒精至 2000ml, 分装成 50ml 小瓶备用。用法: 用小毛刷取药液涂患处, 1 日 3 次, 连用 7 天为 1 疗程, 最多用两个疗程, 不合并使用其他药物。^[8]

周德瑛自拟羽龙消风散加减治疗慢性荨麻疹 46 例, 取得较好疗效。治疗方法: 本方为《医宗金鉴》消风散加减。药用生石膏(先煎)、生薏米各 30g, 知母、黄芩、苦参、荆芥、防风、浮萍、地龙各 10g, 鬼箭羽、赤芍、六一散(包)各 15g。口干甚、心中烦热加栀子 6g, 黄连 5g; 咽痛, 咽干充血加银花 15g, 玄参 12g, 升麻 6g; 腹胀便溏加陈皮、大腹皮各 10g; 妇女月经不调有瘀块加益母草 20g, 香附 10g; 瘙痒剧烈加白鲜皮 30g, 徐长卿 10g; 大便燥结加酒军 10g。7 天为 1 疗程。^[9]

代田文彦认为针灸对荨麻疹瘙痒的作用远较抗组织胺药差, 但后者在服药时会引起困倦嗜睡, 而针灸治疗则不会。因而希望用针灸控制者尚不少见。除发疹部位施灸外, 常取被称为解毒特效穴的筑宾, 而曲池、手三里、肩髃、中封等亦多选用。为控制荨麻疹的发生, 仍应着眼调理脾胃, 可取中脘、脾俞、胃俞、足三里等穴, 使大便正常, 对本病的控制非常有利。此外, 为增强肝脏功能, 应选用期门、肝俞、膈俞以及肩髃、曲池等肺与大肠经的穴位。^[10]

现代参考文献

- [1] 司在和. 中医药治疗荨麻疹近况. 中医药研究, 1992, (2): 55
- [2] 杨在纲, 等. 荨麻疹过敏原因分析及中西医结合治疗. 中医药研究, 1992, (6): 22
- [3] 陈德宇, 等. 中药抗敏口服液治疗荨麻疹和丘疹性荨麻疹疗效观察. 中华皮肤科杂志, 1993, 26 (2): 113
- [4] 姜耀武, 等. 抗敏灵口服液治疗慢性荨麻疹. 中华皮肤科杂志, 1994, 27 (10): 309
- [5] 赵世良. 中药外洗治疗小儿丘疹性荨麻疹 51 例. 陕西中医函授, 1996, (2): 43
- [6] 李萍. 六神丸治疗丘疹性荨麻疹 60 例. 辽宁中医杂志, 1993, (2): 29
- [7] 刘天骥, 等. 中西医结合治疗慢性荨麻疹 96 例. 中国中西医结合杂志, 1996, 16 (3): 159
- [8] 曾昭训, 等. 复方大黄酊治疗丘疹性荨麻疹等皮肤病. 中华皮肤科杂志, 1994, 27 (3): 170
- [9] 周德瑛. 自拟羽龙消风散加减治疗慢性荨麻疹 46 例临床观察. 中医杂志, 1995, 36 (3): 143
- [10] 代田文彦. 皮肤科疾患的针灸治疗. 国外医学. 中医中药分册, 1993, (5): 22

(苏树蓉)

13.6 毒蛇、毒虫咬伤

【概述】

毒蛇、毒虫咬伤可致人产生一系列中毒症状, 甚至死亡。分布在我国毒蛇目前已

知有40余种,较常见而且危害较大的主要有眼镜蛇、眼镜王蛇、银环蛇、金环蛇(以上隶属眼镜蛇科)、海蛇(隶属海蛇科)、蝰蛇(隶属蝰科)、蝮蛇、五步蛇、竹叶青、龟壳花蛇(隶属蝮科)等。眼镜蛇科主要分布于长江以南;蝰蛇分布于广东、广西、福建、台湾;蝮蛇分布最广,特别在平原、丘陵地区较多;五步蛇、竹叶青、龟壳花蛇主要分布于长江流域和东南沿海各省;海蛇分布于我国近海。

毒虫种类很多,较常见的主要有蜈蚣、蝎子、毒蜘蛛、蜂类等。

毒蛇、毒虫主要出没于山林、田野、海边,小儿由于知识未开,若常在这些地区活动,最易被毒蛇、毒虫咬伤。故在这些地区积极防治毒蛇、毒虫咬伤,对维护儿童健康具有重要意义。

13.6.1 毒蛇咬伤

【病因病理】

一、病因

在毒蛇上颌骨有两个大门(毒)牙与毒腺相通。咬人时,毒液经毒牙注入小儿体内而引起本病。

二、病理

毒液进入儿体,根据蛇毒的不同,可有风毒、火毒、风火毒等不同类型的发病情况。

1. 毒液侵蚀筋脉而至脏腑则发为风毒 主要由眼镜蛇科及海蛇科的毒蛇咬伤所致。毒液入儿体,侵蚀筋脉,可致筋脉不用,或致筋脉拘急而抽搐,进而毒邪内闭脏腑,正气消亡而见内闭外脱之危证。

2. 毒液入于营血而及脏腑则发为火毒 主要由蝰蛇、五步蛇、竹叶青等毒蛇咬伤所致。毒液入儿体直入营血,而见毒蕴营血之耗血、动血之证,甚可液竭气脱而亡。

3. 毒液入于营血、侵蚀筋脉而及脏腑则发为风火毒 主要由眼镜蛇、眼镜王蛇、蝮蛇等咬伤所致,兼有风毒、火毒的临床特征,病情最为危重。

现代研究认为:蛇毒成分较为复杂,主要由蛋白质、多肽类和多种酶组成。其有毒成分按作用机理和临床表现可归纳为:对神经系统有损害的神经毒(风毒类),对血液、循环系统有损害的血循毒(火毒类)及二者兼有的混合毒(风火毒)。其中神经毒可损害外周神经和中枢神经系统,大多具有神经肌肉阻断作用;血循毒可损害血液和心血管系统,引起严重出血和心脏损害;混合毒即神经系统和循环系统的损害同时出现(可有主次不同)。故凡被毒蛇咬伤,毒液注入可随血液或淋巴循环进入身体的其它部位,临床除见局部伤口外,均可见不同程度的全身中毒症状,尤其儿童的中毒症状会较重,预后亦较差。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 有蛇咬伤史。
2. 伤口有一对毒牙痕并伴有局部和全身症状。

二、鉴别诊断

主要与非毒蛇咬伤鉴别。如伤口无一对毒牙痕,只有2或4行均匀而细小的牙痕,且无局部和全身症状者,则为非毒蛇咬伤。

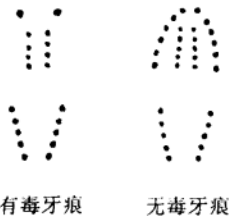


图 9-1 蛇咬伤牙痕图

【辨证论治】

一、证候辨别

本病主要辨蛇毒类型而确定证候，即根据毒蛇的种类和临床特征来辨别。一般应根据地区分布、被咬时间（白天或夜晚）、环境（平原、丘陵、山区、竹林、树上、海中等）来估计毒蛇的种类。眼镜蛇科的蛇毒以风毒为主，以筋脉不用或拘急见症为要，且病情变化迅速；蝥蛇科、蝥蛇科蛇毒以火毒为主，临床以毒入营血耗血动血见症为要；眼镜蛇和蝥蛇的蛇毒为风火毒，兼有风毒与火毒的临床表现，病情最为危重。

二、治疗原则

以排毒、解毒为主要治疗原则，结合对症治疗。

三、急救处理

毒蛇咬伤后，毒液短期内可迅速扩散，若毒液由伤口直接进入血液循环则可在短期内引起死亡，必须立即中西医结合急救。

1. 防止毒液扩散和吸收

(1) 局部结扎 被毒蛇咬伤后，应立即在现场用止血带或毛巾衣料等结扎伤口的近心端 2~3cm 处，以阻断静脉血液和淋巴液回流力度，以阻止毒液扩散。但每隔 15~20 分钟，应放松 1~2 分钟，以防止结扎远端肢体发生缺血性坏死。待急救处理结束后方可解除。但咬伤已超过 12 小时，则不宜局部结扎。

(2) 冲洗伤口 在田野、山林被咬伤后，可立即用泉水或冷开水冲洗，有条件时可用生理盐水或最好用 5% 依地酸二钠钙或 1:5000 高锰酸钾水冲洗至流出的血水变为鲜红色为止。如伤口有毒牙残留，应迅速挑去。

(3) 扩创排毒 是急救中很重要的一环。经结扎、冲洗处理后，尽快用消毒的手术刀沿毒牙痕的方向纵切开，若无毒牙痕发现、则作十字形切口（注意勿伤及肌腱、神经或血管），促使毒液排出。排毒后，盖上无菌敷料，并可给冷敷 12~24 小时。

(4) 吮吸排毒 可用抽吸器、吸奶器或拔火罐等方法多次反复吸引，尽量吸出毒液。紧急情况下可用口（口腔无溃疡者）吸吮，边吸边吐，并用清水漱口，以防吸吮者中毒。吸后，湿敷伤口，以利毒液继续流出。

2. 解毒

(1) 中草药 经以上处理后，可根据当地条件选用以下有效的（新鲜）解毒中草药，如七叶一枝花、白花蛇舌草、半边莲、田基黄、八角莲、山海螺、白叶藤、紫花地丁、两面针、杠板归、青木香、蛇莓、徐长卿、墨旱莲、鬼针草、万年青、苦参、蒲公英等，取以上鲜草药一到数种，等量，洗净，捣烂取汁，内服外敷。

(2) 蛇药 国内各种蛇药口服外敷。

(3) 抗蛇毒血清 应尽早使用。抗蛇毒血清有单价和多价两种。单价抗蛇毒血清只适应于同类毒蛇咬伤，多价抗蛇毒血清对多种毒蛇咬伤均有效果，但若确定毒蛇种类，宜用单价抗蛇毒血清。应用前应作皮肤试验，阴性时作静脉注射，阳性者可作脱敏疗法。若间隔 36 小时再作注射应重作皮试。一般用一次剂量即可，重症可重复一次同样剂量。

3. 减轻中毒反应和组织损害 肾上腺皮质激素的使用；同时可用三磷酸腺苷、辅酶

A、正规胰岛素及维生素 C 等，加在 25% 葡萄糖液内静脉缓滴；利尿剂或甘露醇的使用等。

4. 严重症状的相应处理 如呼吸衰竭、休克、心脏骤停、急性肾功衰竭等，均可参照有关章节处理。

四、分证论治

1. 风毒

证候表现 患儿被咬后，伤口处症状不明显或仅有麻痒感。一般 1~3 小时出现全身症状，且病情迅速发展而见：视力模糊，眼睑下垂，头晕嗜睡，无力，声音嘶哑，语言及吞咽困难，步履不稳，甚见肌肉麻痹，四肢瘫痪，呼吸困难，瞳孔散大，大小便失禁，发热、抽搐、昏迷，以致呼吸麻痹而死亡。一般病程较短，若能渡过 1~2 天危险期后，可逐渐好转。

辨证要点 本证多由银环蛇、金环蛇、海蛇等咬伤引起。风毒为患，以病情变化迅速，病程短，肌肉麻痹，四肢瘫痪，抽搐、昏迷等为要点。

治法主方 解毒祛风。五味消毒饮加味。

方药运用 常用药：忍冬藤、野菊花、蒲公英、紫花地丁、白花蛇舌草、半边莲、车前草、白僵蚕。大便干结者加生大黄、玄明粉；小便少再加泽泻、篇蓄等。

2. 火毒

证候表现 伤口剧痛，肿胀明显，迅速向近心端发展，局部可发生水疱、血疱、坏死，伤口流血不止；全身出血可见皮肤有瘀点瘀斑，便血、尿血等；发热、心悸、烦躁不安甚至谵妄；或有黄疸，少尿或无尿，脉结代等。甚者面色苍白，四肢厥冷，呼吸急促，嘴唇爪甲青紫，脉微欲绝。

辨证要点 本证多由蝥蛇、五步蛇、竹叶青等毒蛇咬伤所致。火毒为患。故以局部剧痛肿胀甚至流血不止及全身之耗血、动血诸症为要。

治法主方 清热凉血解毒。犀角地黄汤加味。

方药运用 常用药：水牛角（先煎）、生地、赤芍、生山栀、黄连、丹皮、半边莲、半枝莲、蒲公英、紫花地丁等。大便秘结者加生大黄、玄明粉；小便短赤带血者加鲜白茅根、鲜大小蓟；尿少尿闭加生地、车前子、滑石、琥珀；若心悸、气短、肢冷、脉微可配合生脉散等。

3. 风火毒

证候表现 局部疼痛肿胀，伤口中心可变黑溃烂，周围红肿，伴发热、头昏、困倦无力、步态不稳、牙关紧闭、语言吞咽困难，甚至厥逆、呼吸困难；或局部显著肿胀剧痛，水疱、血疱或瘀斑，伴头晕、嗜睡、胸闷、呕吐、腹胀，甚出血、脉结代等症。

辨证要点 本证多由眼镜蛇或蝮蛇咬伤所致。兼有风毒与火毒的症状而各有侧重。一般眼镜蛇毒以风毒症状为主兼火毒，蝮蛇毒以火毒症状为主兼风毒。

治法主方 清热解毒，凉血熄风。五味消毒饮合犀角地黄汤加减。

方药运用 常用药：蒲公英、紫花地丁、野菊花、水牛角（先煎）、丹皮、生地、白僵蚕、半枝莲、半边莲、白花蛇舌草等。大便干结者加生大黄、玄明粉；小便短赤甚至尿血者加车前子、鲜白茅根、鲜大小蓟；呕吐者加姜竹茹、姜半夏等。

【其它疗法】

一、中药成药

1. 季德胜蛇药 内服外敷。对各种蛇毒有效，尤对蝮蛇效果最好。
2. 蛇伤解毒片（及注射液） 对常见毒蛇咬伤均有效。
3. 湛江蛇药 用于银环蛇、竹叶青蛇、眼镜蛇咬伤。
4. 上海蛇药 用于蝮蛇、五步蛇、蝰蛇、烙铁头蛇、竹叶青蛇等咬伤。

二、单方验方

1. 蛇伤解毒汤 半边莲、虎杖、白花蛇舌草、大黄、万年青、青木香。酌量、煎汤内服。对毒蛇咬伤均有效。
2. 壁虎数只，放瓦上焙干研细，用香油调敷患处。
3. 取早烟袋油（烟屎），在伤口处拔火罐后外涂之。
4. 半枝莲，鲜草 30~60g，煎汤或捣汁服；干草用 15~30g 煎服。亦可去掉粗硬梗茎，捣烂敷于局部。

三、针灸疗法

在手指的八邪穴或足趾的八风穴处，常规消毒后，用三棱针或粗针头沿与皮肤平行方向刺入 1~2cm，并将患肢呈下垂姿势，以利排出毒液。适宜伤口肿胀严重者。

四、食疗方药

1. 绿豆蒲公英饮 绿豆 120g，蒲公英 30g。煎水取汁，代茶饮。可清热解毒。
2. 苎麻根汤 苎麻根 15g，赤小豆 100g。苎麻根煎水取汁，入赤小豆煮至烂熟，加植物油和调味剂，分次服。可清热凉血，散瘀解毒。

【预防护理】

一、预防

1. 根据毒蛇的活动规律进行捕杀 如春季在洞口捕杀，夏季在田边、田间捕杀，冬季则挖洞捕杀或填塞洞穴。
2. 加强个人防护 在毒蛇分布的地区，夜间外出要穿上厚长裤、长袜及鞋，头带帽子，手持木棒和手电筒等。加强识别毒蛇的知识教育。

二、护理

1. 要让被咬者保持镇静，不要惊慌和奔走，以免加速毒液的吸收和扩散。
2. 饮食宜营养丰富而易于消化。

13.6.2 毒虫咬伤

【病因病理】

一般毒虫，如蜈蚣、蝎子、蜂等都含有毒质，人被毒虫咬刺，则毒质进入人体而出现局部或全身病变。

【诊断与鉴别诊断】

一、诊断要点

1. 有毒虫咬刺史。
2. 有相应的局部或全身临床症状（详见本章“分证论治”）

二、鉴别诊断

应与毒蛇咬伤及不同毒虫咬伤之间进行鉴别。其鉴别要点有咬伤史、伤口表现及全

身不同的中毒症状。

【辨证论治】

一、证候辨别

主要以毒虫咬伤后，伤口局部的表现和全身不同的中毒症状来辨别（详见本章“辨识要点”）。

二、治疗原则

以解毒为基本大法。根据不同的临床表现，或局部解毒，或全身解毒治疗。

三、分证治疗

1. 蜈蚣咬伤

临床表现 伤处剧痛与红肿，甚可致局部溃烂，伴发热、头晕、头痛、恶心、呕吐等。

辨识要点 蜈蚣有一对尖形腭牙，其毒液顺尖牙注入被咬儿体。一般小蜈蚣咬伤，仅引起局部剧痛与红肿；而热带大蜈蚣咬伤，不仅局部症状重，还可出现发热等全身症状。

治法 解毒。

治疗 采取以下措施。

(1) 立即用肥皂水、3%氨水或5%碳酸氢钠溶液洗净伤口，并用下述任何一种草药，如鲜扁豆叶、鲜蒲公英、鱼腥草、芋头等，捣烂外敷伤口；或用季德胜蛇药、南通蛇药外涂伤口周围（不可直接涂在伤口上）。

(2) 止痛可采用冷敷，或用0.25%~0.5%普鲁卡因作伤口周围封闭。

(3) 有全身症状者可内服五味消毒饮加味。必要时可用可的松类激素治疗。

2. 蝎子螫伤

临床表现 伤处烧灼痛、红肿，或伴流涎、流泪、畏光、恶心、呕吐、唇舌强硬、头昏、头痛、嗜睡、汗出、气急、脉细弱；严重者可见便血、呼吸困难、口唇青紫、吐泡沫痰，甚至抽风、昏迷至内闭外脱。

辨识要点 蝎子多分布在温暖又特别干燥的地区，蝎子尾部末节有一弯刺与毒液腺相通，尾刺螫人时，毒液注入人体。小蝎子螫伤仅引起局部症状，大蝎子螫伤后，除局部症状外，还可见全身症状。严重者多见于幼儿。蝎毒主要为风毒（神经毒），故见上述诸症。

治法 解毒为主，配合对症治疗。

治疗 蝎子螫伤一般无碍生命。若重症或幼儿螫伤，可按毒蛇咬伤的救治原则救治。

(1) 迅速拔除毒刺，在螫伤处上方缚以止血带，或用0.25%~5%普鲁卡因封闭，局部可冷敷或喷以氯乙烷。

(2) 为清除毒液，可切开螫伤处，先以氨水、石灰水或高锰酸钾溶液冲洗，然后以火罐吸毒，若口腔粘膜无破损，也可用口吮吸。

(3) 局部敷药：用南通蛇药数片，以冷开水调成糊状，在伤口周围约3cm处敷成一圈；也可选用醋调明矾粉或水调雄黄及枯矾各半，或大蜗牛1只连壳捣烂，外敷伤口；或用鲜蛇莓、薄荷叶、大青叶等捣烂外敷。

(4) 内服五味消毒饮加味。

(5) 中毒严重者，可用特效抗蝎毒血清，或用肾上腺皮质激素。

(6) 对症及支持治疗，如止痛、抗惊厥、补液等。

3. 毒蜘蛛螫伤

临床表现 伤处疼痛、红肿或坏死，或仅见苍白、发红，或起荨麻疹、疼痛或无疼痛。可见全身无力，眩晕，恶心、汗出，腹痛，发热，双足麻木及刺痛感，严重者血压先升高后降低而见厥逆，呼吸窘迫，谵妄或惊厥。

辨识要点 一般的蜘蛛螫伤，毒性不大，可仅见局部症状。而有一种致命红斑蛛（又名“黑寡妇”）的毒液含有风毒（神经毒），螫伤几体后局部可呈苍白、发红或起荨麻疹，疼痛或无痛。全身症状儿童较成人严重，多有惊厥。

治法 以解毒为主，配合对症治疗。

治疗 有以下措施。

(1) 四肢伤口上方可缚以止血带，每15~30分钟松开1~2分钟；躯体伤口可用0.5%普鲁卡因作环形封闭。扩大创口，抽吸毒液，然后用石碳酸烧灼，再解脱止血带。伤口周围可敷南通蛇药或草药半边莲等。

(2) 雄黄6g，青黛9g，梅片1.5g，研细末。分次服下。

(3) 静脉滴注葡萄糖盐水以加速毒物排泄。

(4) 若要较快减轻症状亦可选用肾上腺皮质激素。

(5) 对症治疗，如镇痛、抗惊厥等。

4. 蜂类螫伤

临床表现 局部红肿和刺痛，数小时后可自行消失。若身体多处被螫伤，可见头晕、恶心、发热、烦躁不安等全身症状；或颜面特别是唇与眼睑肿胀，荨麻疹，鼻塞，喉头水肿，腹痛，恶心，呕吐，血压下降，神志不清至昏迷，甚者死亡。

辨识要点 绝大多数蜂螫伤仅仅有明显的局部症状且可自行消失。如惊动一窠蜂则身体多处被螫伤且有全身症状。黄蜂螫伤较蜜蜂严重。蜂毒主要是风毒（神经毒）。出现颜面特别是唇与眼睑肿胀等症，甚至危及生命而死亡者，则多为对蜂毒过敏，甚至引起过敏性休克所致。

治法 以解毒为主，配合对症治疗。

治疗 有以下措施。

(1) 黄蜂刺人后将尾刺收回，而蜜蜂刺人后刺犹留在皮内，所以应立即拔除蜂刺。蜜蜂螫伤者，用肥皂水、3%氨水、5%氨水，5%碳酸氢钠溶液等之任一种洗敷伤口，若为黄蜂则用食醋。

(2) 伤口周围可搽以南通蛇药，或选用草药青苔、半边莲、七叶一枝花、紫花地丁捣碎外敷。

(3) 有过敏反应者，迅速静脉注射地塞米松5~10mg，并肌内注射抗组织胺药物或肾上腺素。

(4) 对症处理。

【其它疗法】

单方验方

1. 生蒜头1头，打烂，搽于伤口处，或取汁涂。治蜈蚣咬伤，兼治蝎、蜂螫伤。

2. 碱水，洗蝎螫处，亦治蜈蚣咬伤。
3. 马齿苋 50g，捣汁 1 杯，兑开水服，渣敷患处。治蜂螫伤。
4. 韭菜 30g，捣烂外敷。治蜂螫伤。
5. 露蜂房，研为细末，猪油调敷，或以之熬水洗。治蜂螫伤。
6. 鲜夏枯草，捣烂，涂搽患处。治蜂螫伤。
7. 鲜薄荷叶少许，捣烂涂。治蜂螫伤。
8. 鲜青蒿，捣烂如泥，敷患处。治黄蜂螫伤。
9. 生姜，捣汁，加清油调和，搽患处。治蜘蛛咬伤。
10. 桃叶，捣敷。治蜘蛛咬伤。

【文献选录】

《小儿卫生总微论方·诸虫咬蜚论》：“小儿有为诸毒虫咬蜚者，多于夏热之时，取凉解脱，就地坐卧，忽然误有触遇，因被咬蜚，其痛不可忍，直至终夜乃歇，甚者连引一边，痛无少止。”

《保婴撮要·风犬伤附蛇虫痛伤》：“治蛇蝎蜈蚣等恶虫所伤，用大蒜切片置痛，以艾壮于灸之，毒气顿解，痛即止。又方：用白矾于灯上烧汁，滴于痛处，或用贝母末，酒调服之，神效。或用南星末，醋调上擦之。或黄蜡烧滴患处亦妙。……治蜘蛛咬一身生癩，羊乳一味饮之。……治毒蚁螫人，用雄黄一钱，麝香五分，研细，生麻油调涂之。”

《外科证治全书·附中毒类》：“……中蜈蚣毒：雄黄、鸡冠血浸舌并咽之。”

【现代研究】

临床研究

钟幼熙报道以中草药为主治疗毒蛇咬伤 11 例。咬伤至就诊时间 2~4 小时 8 例，6 小时 2 例，9 小时 1 例。咬伤部位均在四肢。其中金环蛇咬伤 1 例，银环蛇咬伤 9 例，眼镜蛇咬伤 1 例。治疗方法：①局部处理：伤口先用 1%~2% 普鲁卡因局部麻醉，再行纵向切开，深过筋膜，大蒜涂擦伤口周围皮肤，用银针、刀具反复刮洗创口，让血液溢出，至两面盆清水变红为止。抬高患处，拭干，以 1/200 高锰酸钾溶液冲洗，最后常规包扎伤口；②内服中草药方：细辛 3g，雄黄 2g，吴茱萸 5g，石柑子 20g，了刀竹 10g，白芷、铁扫帚、七叶莲、半边莲各 15g。伤势重者，石柑子、铁扫帚、七叶莲量加倍；麻木较轻者，细辛、雄黄、白芷、吴茱萸适当减量，每日 1 剂，水煎服，必要时鼻饲给药；③其它治疗：5%~10% 葡萄糖盐水 1500~2000ml 静脉滴注，并给予能量合剂。其中 1 例停止自主呼吸 8 小时，给予中西医结合抢救。结果 11 例全部治愈。平均治愈时间 3.1 天，无后遗症。^{〔1〕}

张洁帆报道蛇医朱道章自 1968 年以来广泛收集民间中草药，并运用中西医结合治疗蝮蛇咬伤 117 例，疗效显著。治疗方法：①局部处理：先以 3% 过氧化氢液或 1% 胰蛋白酶湿敷伤口，并以 8~9 号灭菌针头针刺八风或八邪穴，对肿胀严重之处用中草药湿敷。药物选用白花蛇舌草、半枝莲、雪里青、葎草等，然后在局部加刺 2~4 处，使毒液向创口周围流出。②中草药治疗：基本处方为九头狮子汤。药用：九头狮子草、半枝莲、葎草各 15~30g，王开口 10~15g，蛇莓、雪里青各 30g，黄柏 10g。发热重者白花蛇舌草用量增至 30~60g，并可加用银花、栀子；视物模糊及复视者加龙胆草、丹皮、野菊花；全身有出血倾向者加旱莲草、茅根、参三七；呼吸衰竭者加牛黄醒消丸、六神丸；昏迷

抽搦者加元寸或羚羊角粉。③西医治疗：有感染的患者可应用抗生素，并适当补充液体，早期选择性地使用抗蛇毒血清，如果毒血症症状明显，亦可酌情使用激素，并注意纠正酸中毒和水电解质失衡，控制心衰、肾衰。结果 117 例全部治愈。并指出中医对蛇咬伤的治疗以排毒、解毒为主。九头狮子汤中众多的苦寒药物有泻火凉血、化痰解毒的作用，对血循毒所致的火毒入营、迫血妄行之证疗效肯定。并认为对伤口四周取捣烂之中草药湿敷，能促使毒液排出，迅速消肿，改善全身中毒情况。⁽²⁾

倪毓生等报道继承季德胜蛇伤专家经验，运用排毒解毒法辨证论治，结合对症支持等综合疗法，治疗蝮蛇咬伤 503 例（年龄最小 3 岁），取效良好。治疗方法：①局部处理：1) 早期高位结扎，2) 穿刺扩创排毒，3) 冲洗伤口，4) 外搽蛇药，5) 芙蓉膏（芙蓉叶、大黄、赤小豆等分研细末，与凡士林按 6:4 比例调膏）外敷，6) 外贴麝香膏，用于呼吸麻痹者。②内治法：1) 内服季德胜蛇药片，2) 蛇伤解毒汤：半边莲、银花、白花蛇舌草各 30g，白菊花、白芷、生地、六一散（包）各 15g，赤芍、蚤休各 10g，生大黄（后下）12g，玄明粉（分冲）3g，新鲜带籽车前草 2 株，每日 1 剂。并按风毒（神经毒）、火毒（血循毒）偏重，结合系统脏器受累情况而辨证加减。③针灸：张口困难者取合谷、颊车穴；颈项强痛者，选风池、大椎穴；呼吸麻痹者，针灸膻中、气海穴等随症加减。④对症支持疗法：视各系统脏器受损轻重缓急，侧重循环、呼吸及肾功能变化，给予扩充血容量、纠正酸中毒，与激素、利尿剂等排毒解毒等。⁽³⁾

余培南报道眼镜蛇咬伤占全国蛇伤的第二位，而蛇伤致残者多为眼镜蛇咬伤，溃疡则是致残的基础。报道者用中医药为主，治疗眼镜蛇咬伤溃疡 114 例，全部取得成功。治疗方法：①内服方：溃疡初起，局部红肿热痛者以黄连解毒汤为主；中期，邪盛正虚不能化毒成脓者用透脓散化裁；后期，用当归补血汤、参苓白术散等辨证论治。②外洗方：小叶三点金草、风沙藤各 100g，六棱菊、鸡骨香、两面针各 60g。每日 1 剂，水煎熏洗 1~2 次。③珠甲散（梧州市人民制药厂制）2 瓶，备用。④苦木膏：苦木叶干品 30g，冰片 5g，轻粉 3g。共研细末，调凡士林 68g 备用。⑤雪胆膏：雪胆干品 42g，冰片 5g，轻粉 3g。共研细末，调眼镜蛇油 50g 备用。⑥局部对症治疗：先用外洗方将创面浸洗，并将坏死的组织、血管、肌腱切除（指趾骨呈干性坏死者要及时摘除），然后撒上珠甲散，3~6 小时后再以苦木膏（交替使用雪胆膏更好）覆盖在创面上，每天撒（敷）药 1~2 次，直至腐肉全部脱落，肉芽组织基本覆盖创面为止。伤口异臭者用外洗方加紫苏叶 50g，或用 1% 高锰酸钾溶液浸洗局部。肉芽水肿者用白糖纱布或生理盐水湿敷。肉芽组织覆盖创面后，可进行植皮，植皮前用维生素 B₁₂、庆大霉素之混合液湿敷创面 3 天，术后内服黄连解毒汤或使用抗生素。⁽⁴⁾

徐延新报道以中药为主，配合西药，治疗毒蛇咬伤致心肌损害 35 例，效果满意。治疗方法：除对伤口局部进行常规清理及外敷三黄散外，对全身进行及时处理：①解蛇毒：用泉州蛇药。②辨证施治：对危重病例中毒症状严重者，在应用解蛇毒药物时，进行辨证施治。③危重型伴有休克、肾功能衰竭、心衰及心电图改变者，部分患者用地塞米松 10~15mg，每日 1 次，用 1~3 天；同时使用输液、抗生素、呼吸兴奋剂、利尿剂、吸氧、输血等治疗措施。⁽⁵⁾

徐延新报道以泉州蛇药为主的中西医结合治疗毒蛇咬伤所致急性肾功能衰竭 27 例，收到较为满意的效果。治疗方法：①泉州蛇药片剂，每次 10 片（首次 12 片），每日 4 次；

泉州蛇药冲剂，每次1包，每日4次，10天为1个疗程。②中药保留灌肠：大黄、生牡蛎各40g，皂角子、徐长卿、六月雪、丹参各30g，黄芪50g，加水700ml，煎至150ml，38℃，作灌肠，保留1~2小时，每日2次，7天为1个疗程。③部分病例应用地塞米松10mg，加入液体内静脉滴注，每日2次，一般不超过3天。同时根据病情给利尿，纠酸，抗感染，维持水电解质平衡等对症处理。^[6]

李少华等报道用垂盆草治疗蜂类螫伤54例，效果满意。治疗方法：先用镊子清除遗留在螫伤处的毒刺和毒囊，再挤压伤口周围组织，将毒液挤出。采用鲜垂盆草20g左右，去根，洗净，在螫伤部位反复涂擦约30秒。为巩固疗效，2小时后用上法再涂擦一次。对于皮肤出现类似荨麻疹患者，立即肌肉注射苯海拉明10mg。并指出，蜂毒的化学成分复杂，能损伤细胞表面，造成血管通透性增加、水肿、溶血和坏死；垂盆草具有清热、消肿、解毒的作用。经实验观察可能为垂盆草所含消旋甲基异石榴碱及二氢异石榴碱作用于蜂毒中的磷脂酶A和透明质酸酶达到了消肿、止痛、解毒和阻止病变扩散的作用。^[7]

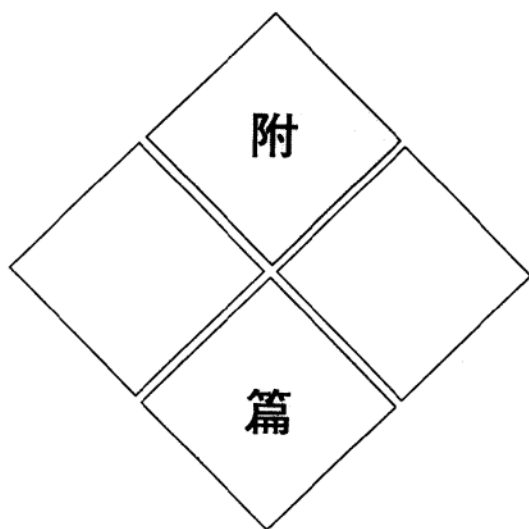
冯国民报道用马齿苋治疗黄蜂螫伤114例，并用综合法治疗黄蜂螫伤100例作为对照组，结果马齿苋组总有效率为93.86%，对照组为77%，二者比较有显著差异，马齿苋组疗效显著。治疗方法：用马齿苋鲜品350g，或干品150g，水煎服，每日3次，并用鲜马齿苋捣碎外敷局部，每日3次。本组患者用药治疗时间最少1天，最多7天。其中2例重型患者，起初血压下降，先给予肾上腺素肌肉注射，待血压稳定后，继续使用马齿苋治疗。其余患者（年龄最小为8岁）均单用马齿苋，未配合其他药物治疗。并指出马齿苋治疗黄蜂螫伤，能迅速减轻疼痛，很快消除红肿，其作用机理可能是酸碱中和（马齿苋呈酸性，能去湿、解毒。黄蜂的毒液呈碱性），对抗神经毒素，起到止痛、消肿及解毒作用。有关机理待进一步探讨。另外，被黄蜂螫伤后，应迅速采集马齿苋，洗净后捣碎外敷局部，以后再取马齿苋煎汤内服，治疗及时，效果会更好。^[8]

现代参考文献

- [1] 钟纫熙. 中草药为主治疗毒蛇咬伤11例. 广西中医药, 1994, (1): 16
- [2] 张洁帆. 蛇医朱道章治疗蝮蛇咬伤117例临床报告. 上海中医药杂志, 1992, (3): 30
- [3] 倪毓生, 等. 中西医结合治疗蝮蛇咬伤503例临床分析. 中西医结合杂志, 1990, 10 (11): 660
- [4] 余培南. 中药治疗眼镜蛇咬伤溃疡114例报告. 中医杂志, 1991, (8): 38
- [5] 徐延新. 中药为主治疗毒蛇咬伤致心肌损害35例. 中西医结合杂志, 1990, 10 (6): 374
- [6] 徐延新. 泉州蛇药为主治疗蛇毒引起急性肾功能衰竭27例. 中西医结合杂志, 1990, 10 (8): 466
- [7] 李少华, 等. 垂盆草治疗蜂类螫伤54例. 中国中西医结合杂志, 1993, (1): 51
- [8] 冯国民. 马齿苋治疗黄蜂螫伤114例. 中国中西医结合杂志, 1994, 14 (9): 554

(苏树蓉)

中医儿科学



中医药学高级丛书



1

方剂汇编

- 一画 一
 二画 二 十 丁 七 八 人 九
 三画 三 大 千 小 己
 四画 王 天 五 不 止 牛 升 化 匀 丹 乌 六
 五画 平 玉 术 甘 石 右 左 龙 可 归 四 仙 冬 矢 生 白 半
 加
 六画 巩 地 芍 达 百 至 当 曲 竹 朱 血 舟 全 交 安 异 导
 防
 七画 远 杞 苍 苏 赤 杏 连 牡 身 肝 龟 沙 沉 补 附 鸡 驱
 八画 青 苓 抱 虎 肾 固 贯 知 金 肥 灸 使 泻 河 治 定 实
 参 驻
 九画 春 枳 桅 荆 茜 茵 苈 牵 厚 指 胃 复 香 保 独 济 养
 宣 神 除
 十画 桂 桃 真 逐 柴 道 透 健 射 凉 消 海 漆 润 益 资 调
 桑 通
 十一画 理 葛 菟 黄 银 旋 鹿 麻 清 渗 矜 绿
 十二画 琥 越 葛 葱 葶 紫 黑 痛 普 温 滋 犀 缓
 十三画 蒿 解 新
 十四画 截 磁 肭 缩
 十五画以上 增 撮 镇 橘 薏 黛 礞 萱 整 贲

一画

一贯煎(《柳州医话》) 麦冬 沙参 当归 生地黄 枸杞子 川楝子

二画

二冬汤(《医学心悟》) 天冬 麦冬 花粉 黄芩 知母 甘草 人参

二至丸(《证治准绳》) 旱莲草 女贞子

二豆散(《医宗金鉴》) 赤小豆 豆豉 天南星 白敛

二术二陈汤(《古今医统大全》) 苍术 白术 陈皮 半夏 茯苓 甘草

十灰散(《十药神书》) 大蓟 小蓟 侧柏叶 荷叶 茜根 棕榈皮 山梔 白茅根 大黄 丹皮
 十枣汤(《伤寒论》) 大戟 甘遂 芫花 大枣
 十全大补汤(《太平惠民和剂局方》) 人参 白术 茯苓 甘草 当归 川芎 熟地 白芍 黄芪 肉桂
 丁萸理中汤(《医宗金鉴》) 丁香 吴茱萸 党参 白术 干姜 炙甘草
 七味白术散(《小儿药证直诀》) 人参 茯苓 白术 甘草 藿香 木香 葛根
 七味都气丸(《医宗己任篇》) 地黄 山萸肉 山药 丹皮 茯苓 泽泻 五味子
 八正散(《太平惠民和剂局方》) 车前子 瞿麦 萹蓄 滑石 梔子 甘草 木通 大黄
 八珍汤(《正体类要》) 当归 川芎 熟地 白芍 人参 白术 茯苓 甘草
 人参白虎汤(《伤寒论》) 知母 石膏 粳米 炙甘草 人参
 人参固本丸(《医方类聚》) 生地黄 熟地黄 天门冬 麦门冬 人参
 人参败毒散(《类证活人书》) 柴胡 甘草 桔梗 人参 川芎 茯苓 枳壳 前胡 羌活 独活
 人参养荣汤(《太平惠民和剂局方》) 黄芪 当归 桂心 甘草 橘皮 白术 人参 白芍药 熟地黄
 五味子 茯苓 远志
 人参理肺散(《卫生宝鉴》) 麻黄 木香 当归 人参 杏仁 御米壳
 人参五味子汤(《幼幼集成》) 人参 白术 茯苓 五味子 麦门冬 炙甘草
 九转黄精丹(《全国中药成药处方集》) 当归 黄精

三 画

三仁汤(《温病条辨》) 杏仁 白蔻仁 薏苡仁 厚朴 半夏 通草 滑石 竹叶
 三甲散(《温疫论》) 鳖甲 山甲 龟版 蝉蜕 白僵蚕 牡蛎 当归 白芍 甘草 麝虫
 三妙丸(《医学正传》) 黄柏 苍术 牛膝
 三拗汤(《太平惠民和剂局方》) 麻黄 杏仁 甘草
 三金汤(经验方) 金钱草 海金沙 鸡内金 石韦 冬葵子 瞿麦 玄胡 郁金 当归 山药 茯苓
 三黄汤(经验方) 大黄 黄柏 黄芩
 三子养亲汤(《韩氏医通》) 苏子 白芥子 莱菔子
 三甲复脉汤(《温病条辨》) 炙甘草 生地 白芍 牡蛎 麦冬 阿胶 麻仁 鳖甲 龟版
 三黄石膏汤(《伤寒总病论》) 石膏 黄连 黄柏 黄芩 香豉 梔子 麻黄
 大安丸(《丹溪心法》) 山楂 神曲 半夏 茯苓 陈皮 萝卜子 连翘 白术
 大补阴丸(《丹溪心法》) 黄柏 知母 熟地黄 龟版 猪脊髓
 大补元煎(《景岳全书》) 人参 山药 熟地黄 杜仲 枸杞子 当归 山萸肉 炙甘草
 大定风珠(《温病条辨》) 白芍 阿胶 龟版 地黄 麻仁 五味子 牡蛎 麦冬 炙甘草 鳖甲 鸡子黄
 大青龙汤(《伤寒论》) 麻黄 桂枝 甘草 杏仁 生姜 大枣 石膏
 大承气汤(《伤寒论》) 大黄 厚朴 枳实 芒硝
 大秦芩汤(《素问病机气宜保命集》) 秦芩 羌活 独活 升麻 防风 威灵仙 当归 苍术 茯苓 泽泻
 大柴胡汤(《伤寒论》) 柴胡 黄芩 半夏 枳实 白芍 大黄 生姜 大枣
 大黄廕虫丸(《金匱要略》) 大黄 黄芩 甘草 桃仁 杏仁 芍药 地黄 干漆 虻虫 水蛭 蛭螭
 大菟丝子丸(《太平惠民和剂局方》) 菟丝子 鹿茸 肉桂 石龙芮 附子 泽泻 熟地 牛膝 山茱萸 杜仲 茯苓 肉苁蓉 续断 石斛 防风 补骨脂 萆薢 巴戟天 茴香 川芎 五味子 桑螵蛸 覆盆子 沉香
 大黄黄连泻心汤(《伤寒论》) 大黄 黄连

千金苇茎汤(《备急千金要方》) 芦根 桃仁 苡仁 冬瓜仁
 小青龙汤(《伤寒论》) 麻黄 桂枝 芍药 细辛 半夏 干姜 五味子 甘草
 小陷胸汤(《伤寒论》) 黄连 半夏 瓜蒌实
 小承气汤(《伤寒论》) 大黄 厚朴 枳实
 小柴胡汤(《伤寒论》) 柴胡 黄芩 人参 炙甘草 生姜 半夏 大枣
 小蓟饮子(《济生方》) 生地黄 小蓟根 滑石 木通 炒蒲黄 淡竹叶 藕节 山栀 甘草 当归
 己椒苈黄丸(《金匮要略》) 防己 椒目 葶苈 大黄

四 画

王不留行散(《太平圣惠方》) 王不留行 甘遂 石韦 冬葵子 木通 车前子 滑石 蒲黄 赤芍
 当归 桂心
 王氏清暑益气汤(《温热经纬》) 西洋参 石斛 麦冬 黄连 竹叶 荷梗 知母 甘草 粳米 西瓜
 翠衣
 天花粉散(《类证治裁》) 天花粉 生地黄 麦门冬 干葛 五味子 甘草 粳米
 天王补心丹(《万病回春》) 人参 五味子 当归 天门冬 麦门冬 柏子仁 酸枣仁 玄参 白茯神
 丹参 桔梗 远志 黄连 生地黄 石菖蒲
 五皮饮(《中藏经》) 生姜皮 桑白皮 陈橘皮 大腹皮 茯苓皮
 五苓散(《伤寒论》) 桂枝 茯苓 泽泻 猪苓 白术
 五虎汤(《证治汇补》) 麻黄 杏仁 石膏 甘草 桑白皮 细茶
 五淋散(《太平惠民和剂局方》) 赤茯苓 木通 淡竹叶 滑石 山栀 赤芍 甘草 茵陈
 五加皮散(《仁斋直指小儿方论》) 真五加皮 牛膝 酸木瓜
 五子衍宗丸(《摄生众妙方》) 枸杞子 覆盆子 菟丝子 五味子 车前子
 五味消毒饮(《医宗金鉴》) 野菊花 银花 蒲公英 紫花地丁 紫背 天葵子
 不换金正气散(《太平惠民和剂局方》) 苍术 厚朴 陈皮 甘草 藿香 半夏
 止痉散(经验方) 全蝎 蜈蚣 天麻 僵蚕
 牛黄清心丸(《景岳全书》) 黄连 黄芩 山栀仁 郁金 辰砂 牛黄
 升阳除湿汤(《医方集解》) 独活 羌活 藁本 防风 甘草 蔓荆子 苍术 升麻 麦芽 神曲 猪
 苓 泽泻
 升清降浊汤(《张皆春眼科证治》) 陈皮 半夏 茯苓 薏仁 车前子 枳壳 生荷叶
 化毒丹(《外科精义》) 没药 乳香 草乌头 浮石 巴豆
 化斑汤(《张氏医通》) 黑参 牛蒡子 柴胡 荆芥 防风 连翘 木通 枳壳 蝉蜕 生甘草 灯心
 茎 淡竹叶
 匀气散(《医宗金鉴》) 陈皮 桔梗 炮姜 砂仁 木香 炙甘草 红枣
 丹栀逍遥散(《内科摘要》) 柴胡 当归 白芍 白术 茯苓 甘草 薄荷 生姜 丹皮 山栀
 乌头汤(《金匮要略》) 麻黄 乌头 黄芪 芍药 甘草 白蜜
 乌梅丸(《伤寒论》) 乌梅 细辛 干姜 川椒 黄连 黄柏 桂枝 附子 人参 当归
 六味汤(《喉科秘旨》) 桔梗 生甘草 防风 荆芥穗 僵蚕 薄荷
 六神丸(《雷允上涌芬堂方》) 牛黄 珍珠 麝香 冰片 蟾酥 雄黄
 六磨汤(《世医得效方》) 沉香 木香 槟榔 乌药 枳实 大黄
 六君子汤(《世医得效方》) 人参 白术 茯苓 甘草 陈皮 半夏
 六味地黄丸(《小儿药证直诀》) 熟地 山茱萸 山药 茯苓 泽泻 丹皮

五 画

平胃散(《太平惠民和剂局方》) 苍术 厚朴 陈皮 甘草
玉女煎(《景岳全书》) 石膏 熟地 牛膝 知母 麦冬
玉枢丹(《麻科活人全书》) 山慈姑 五倍子 红大戟 麝香 千金子霜 朱砂 雄黄
玉真散(《外科正宗》) 南星 防风 白芷 天麻 羌活 白附子
玉露散(《小儿药证直诀》) 甘草 石膏 寒水石
玉屏风散(《医方类聚》) 防风 黄芪 白术
术附汤(《活幼口议》) 附子 白术 干姜 甘草
甘麦大枣汤(《金匮要略》) 甘草 小麦 大枣
甘露消毒丹(《医效秘传》) 滑石 淡芩 茵陈 藿香 连翘 石菖蒲 白蔻 薄荷 木通 射干 川贝母
石韦散(《古今录验》) 通草 石韦 王不留行 滑石 甘草 当归 白术 瞿麦 芍药 葵子
右归丸(《景岳全书》) 熟地黄 山药 山茱萸 枸杞 鹿角胶 菟丝子 杜仲 当归 肉桂 制附子
右归饮(《景岳全书》) 熟地黄 山药 山茱萸 枸杞 甘草 杜仲 肉桂 制附子
左归饮(《景岳全书》) 熟地黄 山药 枸杞 炙甘草 茯苓 山茱萸
左金丸(《丹溪心法》) 黄连 吴茱萸
龙胆泻肝汤(《太平惠民和剂局方》) 龙胆草 黄芩 栀子 泽泻 木通 车前子 当归 生地黄 柴胡 甘草
可保立苏汤(《医林改错》) 黄芪 党参 白术 甘草 当归 白芍 枣仁 山萸 枸杞子 补骨脂 核桃
归脾汤(《正体类要》) 白术 当归 白茯苓 黄芪 龙眼肉 远志 酸枣仁 木香 甘草 人参
四妙丸(《成方便读》) 黄柏 苍术 牛膝 薏苡仁 威灵仙 羊角灰 白芥子 苍耳
四物汤(《仙授理伤续断秘方》) 白芍 当归 熟地黄 川芎
四苓散(《丹溪心法》) 茯苓 猪苓 白术 泽泻
四逆汤(《伤寒论》) 甘草 干姜 附子
四君子汤(《太平惠民和剂局方》) 白术 茯苓 人参 甘草
仙方活命饮(《校注妇人良方》) 穿山甲 天花粉 甘草 乳香 白芷 赤芍 贝母 防风 没药 皂角刺 归尾 陈皮 金银花
冬地三黄汤(《温病条辨》) 麦门冬 生地黄 玄参 黄连 黄柏 黄芩
失笑散(《太平惠民和剂局方》) 五灵脂 蒲黄
生脉散(《医学启源》) 麦冬 五味子 人参
生铁落饮(《医学心悟》) 天冬 麦冬 胆星 贝母 橘红 远志 石菖蒲 连翘 茯苓 茯神 玄参 钩藤 丹参 辰砂 生铁落
白虎汤(《伤寒论》) 石膏 知母 粳米 甘草
白头翁汤(《伤寒论》) 白头翁 秦皮 黄芩 黄柏
白虎加桂枝汤(《金匮要略》) 石膏 知母 甘草 粳米 桂枝
半夏泻心汤(《伤寒论》) 半夏 黄芩 干姜 甘草 人参 黄连 大枣
半夏白术天麻汤(《医学心悟》) 半夏 白术 天麻 陈皮 茯苓 甘草 生姜 大枣 蔓荆子
加味二妙丸(《杂病源流犀烛》) 当归 防己 草薢 苍术 黄柏 牛膝 龟版
加减复脉汤(《温病条辨》) 炙甘草 生地 白芍 麦冬 阿胶 麻仁
加味桔梗汤(《医学心悟》) 桔梗 甘草 贝母 橘红 银花 苡仁 葶苈子 白及
加减葶苈汤(《重订通俗伤寒论》) 生葶苈 葱白 桔梗 白薇 淡豆豉 薄荷 炙甘草 大枣

加味六味地黄丸(《医宗金鉴》) 熟地黄 山萸肉 山药 茯苓 泽泻 丹皮 鹿茸 五加皮 麝香
加减黄连阿胶汤(《温病条辨》) 黄连 阿胶 黄芩 炒生地 生白芍 炙甘草
加减不换金正气散(《保命歌括》) 藿香 苍术 厚朴 陈皮 砂仁 白芷 半夏 茯苓 炙甘草 人
参 神曲

六 画

巩堤丸(《景岳全书》) 熟地 菟丝子 白术 北五味 益智仁 补骨脂 附子 茯苓 家韭子
地榆丸(《普济方》) 地榆 当归 阿胶 黄连 诃子肉 木香 乌梅肉
芍药甘草汤(《伤寒论》) 芍药 甘草
达原饮(《温疫论》) 槟榔 厚朴 草果 知母 芍药 黄芩 甘草
百合地黄汤(《金匮要略》) 百合 生地黄汁
至宝丹(《苏沈良方》) 犀角(用水牛角代) 朱砂 雄黄 玳瑁 琥珀 麝香 冰片 牛黄 安息香
金箔 银箔
当归六黄汤(《兰室秘藏》) 当归 生地黄 熟地黄 黄连 黄芩 黄柏 黄芪
当归四逆汤(《伤寒论》) 当归 桂枝 芍药 细辛 甘草 通草 大枣
当归补血汤(《内外伤辨惑论》) 当归 黄芪
曲麦枳术丸(《奇效良方》) 神曲 麦芽 枳实 白术
竹叶石膏汤(《伤寒论》) 竹叶 石膏 半夏 麦门冬 人参 甘草 粳米
朱砂安神丸(《兰室秘藏》) 朱砂 黄连 生甘草
血府逐瘀汤(《医林改错》) 当归 生地黄 牛膝 红花 桃仁 柴胡 枳壳 赤芍 川芎 桔梗 甘
草
舟车丸(《太平圣惠方》) 牵牛子 甘遂 芫花 大戟 大黄 青皮 陈皮 木香 槟榔 轻粉
全鹿丸(《古今医统大全》) 全鹿 人参 白术 茯苓 炙甘草 当归 川芎 生地黄 熟地黄 黄芪
天门冬 麦门冬 枸杞 杜仲 牛膝 山药 芡实 菟丝子 五味子 锁阳 肉苁蓉 补骨脂
巴戟天 葫芦巴 续断 覆盆子 楮实子 秋石 陈皮 川椒 小茴香 沉香 青盐
全蝎观音散(《医宗金鉴》) 人参 莲子肉 羌活 防风 天麻 全蝎 黄芪 扁豆 茯苓 白芷 木
香 炙甘草
交泰丸(《韩氏医通》) 川连 桂心
安宫牛黄丸(《温病条辨》) 牛黄 郁金 犀角(用水牛角代) 黄连 山栀 朱砂 雄黄 冰片 麝香
珍珠 黄芩
安神定志丸(《医学心悟》) 茯苓 茯神 人参 远志 石菖蒲 龙齿
异功散(《小儿药证直诀》) 人参 白术 茯苓 陈皮 甘草
导赤散(《小儿药证直诀》) 生地黄 竹叶 木通 甘草
导痰汤(《重订严氏济生方》) 半夏 陈皮 枳实 茯苓 甘草 制南星
防风汤(《宣明论方》) 防风 麻黄 当归 秦艽 肉桂 葛根 茯苓 生姜 甘草 大枣
防风通圣散(《宣明论方》) 防风 川芎 当归 芍药 大黄 薄荷叶 麻黄 连翘 芒硝 石膏 黄
芩 桔梗 滑石 甘草 荆芥 白术 栀子
防己茯苓汤(《金匮要略》) 防己 黄芪 桂枝 茯苓 甘草
防己黄芪汤(《金匮要略》) 防己 甘草 白术 黄芪

七 画

远志丸(《济生方》) 远志 菖蒲 茯神 茯苓 龙齿 人参 朱砂

杞菊地黄丸(《医级》) 生地黄 山茱萸 茯苓 山药 丹皮 泽泻 枸杞子 菊花
 苍耳子散(《重订严氏济生方》) 白芷 薄荷 辛夷花 苍耳子
 苏合香丸(《外台秘要》) 白术 木香 犀角(用水牛角代) 香附 朱砂 河黎勒 檀香 安息香 沉香 麝香 丁香 藜藜 龙脑 苏合香油 薰陆香
 苏子降气汤(《丹溪心法》) 苏子 半夏 当归 陈皮 甘草 前胡 厚朴 枳实
 赤小豆当归散(《金匮要略》) 赤小豆 当归
 杏苏散(《温病条辨》) 苏叶 半夏 茯苓 前胡 桔梗 枳壳 甘草 陈皮 杏仁 生姜 大枣
 连梅汤(《温病条辨》) 黄连 乌梅 麦冬 生地 阿胶
 牡蛎散(《太平惠民和剂局方》) 煅牡蛎 黄芪 麻黄根 浮小麦
 身痛逐瘀汤(《医林改错》) 秦艽 川芎 桃仁 红花 甘草 羌活 没药 当归 灵脂 香附 牛膝 地龙
 肝脾消肿丸(《血吸虫病学》) 当归 川芎 桃仁 红花 鸡巨子 郁金 丹皮 青皮 五灵脂 萆薢 蒺藜 柴胡 金铃子
 鹿鹿二仙胶(经验方) 鹿角 龟版 枸杞子 人参
 沙参麦冬汤(《温病条辨》) 沙参 麦冬 玉竹 桑叶 甘草 天花粉 白扁豆
 沉香散(《金匱翼》) 沉香 石韦 滑石 当归 橘皮 白芍 冬葵子 甘草 王不留行
 补中益气汤(《脾胃论》) 黄芪 人参 白术 甘草 当归 陈皮 升麻 柴胡 生姜 大枣
 补阳还五汤(《医林改错》) 黄芪 当归 赤芍 川芎 地龙干 桃仁 红花
 补肾地黄丸(《医宗金鉴》) 熟地 泽泻 丹皮 山萸肉 牛膝 山药 鹿茸 茯苓
 附子泻心汤(《伤寒论》) 附子 白术 茯苓 芍药 人参
 附子理中汤(《三因极一病证方论》) 附子 人参 干姜 甘草 白术
 鸡鸣散(《奇效良方》) 槟榔 陈皮 木瓜 吴萸 紫苏茎叶 桔梗 连皮生姜
 驱虫粉(经验方) 使君子 生大黄
 驱蛔承气汤(《急腹症方药新解》) 大黄 芒硝 枳实 厚朴 槟榔 使君子 苦楝子

八 画

青黛散(《上海市药品标准》1980年版) 青黛 黄连 甘草 硼砂 冰片 薄荷 儿茶 人中白
 青蒿鳖甲汤(《温病条辨》) 青蒿 鳖甲 知母 生地 丹皮
 苓桂术甘汤(《金匱要略》) 茯苓 桂枝 白术 甘草
 抱龙丸(《小儿药证直诀》) 天竺黄 雄黄 辰砂 麝香 天南星
 虎潜丸(《丹溪心法》) 知母 黄柏 龟版 熟地 陈皮 白芍 干姜 锁阳 虎骨
 肾气丸(《金匱要略》) 地黄 山药 山茱萸 泽泻 茯苓 丹皮 桂枝 附子
 固真汤(《证治准绳》) 人参 白术 茯苓 炙甘草 黄芪 附子 肉桂 山药
 贯众汤(《经验方》) 贯众 苦楝根皮 土荆芥 紫苏
 知柏地黄丸(《医宗金鉴》) 生地 黄柏 山萸肉 薯蓣 泽泻 茯苓 知母 黄柏
 金铃子散(《太平圣惠方》) 金铃子 延胡索
 金沸草散(《博济方》) 荆芥穗 旋覆花 前胡 半夏 赤芍 麻黄 甘草
 金匱肾气丸(《内科摘要》) 同“肾气丸”
 肥儿丸(《医宗金鉴》) 麦芽 胡黄连 人参 白术 茯苓 黄连 使君子 神曲 炒山楂 炙甘草 芦荟
 炙甘草汤(《伤寒论》) 炙甘草 大枣 阿胶 生姜 人参 生地 桂枝 麦冬 麻仁
 使君子散(《医宗金鉴》) 使君子 苦楝子 白芫荽 甘草
 泻心汤(《金匱要略》) 大黄 黄连 黄芩

泻白散(《小儿药证直诀》) 桑白皮 地骨皮 甘草 粳米
 泻青丸(《小儿药证直诀》) 当归 龙脑 川芎 山栀子仁 大黄 羌活 防风
 泻黄散(《小儿药证直诀》) 藿香叶 山栀子仁 石膏 甘草 防风
 泻心导赤散(《医宗金鉴》) 生地 木通 黄连 甘草梢
 河车八味丸(《幼幼集成》) 紫河车 地黄 丹皮 大枣 茯苓 泽泻 山药 麦冬 五味子 肉桂 熟附片 鹿茸
 河车大造丸(《医方集解》) 紫河车 龟版 熟地 人参 天门冬 麦门冬 牛膝 杜仲 黄柏 砂仁 茯苓
 治痢保和丸(《幼幼集成》) 陈皮 法夏 茯苓 枳壳 厚朴 黄连 山楂 神曲 麦芽 木香 槟榔 炙甘草
 定痛丸(《医学心悟》) 天麻 川贝 胆星 半夏 陈皮 茯苓 茯神 丹参 麦冬 菖蒲 远志 全蝎 僵蚕 琥珀 辰砂 竹沥 姜汁 甘草
 定喘汤(《古今医鉴》) 阿胶 蛤粉 半夏 麻黄 人参 甘草 桑白皮 米壳 五味子
 实脾饮(《重订严氏济生方》) 厚朴 白术 木瓜 木香 草果仁 大腹子 附子 白茯苓 干姜 甘草 生姜 大枣
 参苏饮(《太平惠民和剂局方》) 人参 苏叶 葛根 前胡 半夏 茯苓 陈皮 甘草 桔梗 枳壳 木香 生姜 大枣
 参附汤(《世医得效方》) 人参 附子
 参附龙牡汤(经验方) 人参 附子 龙骨 牡蛎
 参苓白术散(《太平惠民和剂局方》) 人参 茯苓 白术 桔梗 山药 甘草 白扁豆 莲肉 砂仁 薏苡仁
 参苓琥珀汤(《卫生宝鉴》) 人参 茯苓 川楝子 琥珀 生甘草梢 延胡索 泽泻 柴胡 当归梢
 参附龙牡救逆汤(经验方) “参附龙牡汤”加白芍、炙甘草
 驻车丸(《备急千金要方》) 黄连 干姜 当归 阿胶

九 画

春泽汤(《证治要诀类方》) 人参 猪苓 茯苓 泽泻 桂枝 白术
 枳实导滞丸(《内外伤辨惑论》) 大黄 枳实 黄芩 黄连 神曲 白术 茯苓 泽泻
 栀子豉汤(《伤寒论》) 栀子 豆豉
 栀子柏皮汤(《伤寒论》) 栀子 黄柏 炙甘草
 荆防败毒散(《摄生众妙方》) 荆芥 防风 羌活 独活 柴胡 川芎 枳壳 茯苓 甘草 桔梗 前胡 人参 生姜 薄荷
 茜根散(《景岳全书》) 茜草根 黄芩 阿胶 侧柏叶 生地 黄 甘草
 茵陈蒿汤(《伤寒论》) 茵陈 栀子 大黄
 茵陈五苓散(《金匮要略》) 猪苓 泽泻 白术 茯苓 桂枝 茵陈
 茵陈四逆汤(《玉机微义》) 附片 干姜 炙甘草 茵陈
 茵陈术附汤(《医学心悟》) 茵陈 白术 附子 干姜 甘草
 茵陈理中汤(《张氏医通》) 茵陈 党参 干姜 白术 甘草
 茵陈黄花汤(《新中医》1980年第3期) 茵陈 黄花草 生地 黄 狗脊
 茯苓皮汤(《温病条辨》) 茯苓皮 生苡仁 猪苓 大腹皮 白通草 淡竹叶
 牵正散(《杨氏家藏方》) 白附子 白僵蚕 全蝎
 厚朴温中汤(《内外伤辨惑论》) 厚朴 橘皮 甘草 草豆蔻仁 茯苓 木香 干姜
 指迷茯苓丸(《证治准绳》) 半夏 茯苓 枳壳 风化硝 生姜汁

胃苓汤(《丹溪心法》) 甘草 茯苓 苍术 陈皮 白术 官桂 泽泻 猪苓 厚朴
 复元活血汤(《医学发明》) 柴胡 天花粉 当归 穿山甲 桃仁 红花 大黄 甘草
 复方槟榔丸(经验方) 槟榔 雄黄 榧子肉 茜草 红藤
 香砂六君子汤(《张氏医通》) 人参 白术 炙甘草 茯苓 半夏 橘皮 木香 砂仁 生姜 乌梅 大枣
 香附旋覆花汤(《温病条辨》) 生香附 旋覆花 苏子霜 广皮 半夏 茯苓 薏苡仁
 保元汤(《博爱心鉴》) 人参 黄芪 甘草 肉桂
 保和丸(《丹溪心法》) 山楂 神曲 半夏 茯苓 陈皮 连翘 莱菔子
 独参汤(《十药神书》) 人参
 独活寄生汤(《备急千金要方》) 独活 桑寄生 秦艽 防风 细辛 当归 芍药 川芎 干地黄 杜仲 牛膝 人参 茯苓 桂心 甘草
 济生肾气丸(《严氏济生方》) 附子 白茯苓 泽泻 黄肉 山药 车前子 丹皮 牛膝 官桂 熟地黄
 养阴清肺汤(《重楼玉钥》) 生地黄 麦冬 白芍 牡丹皮 贝母 玄参 薄荷 甘草
 养胃增液汤(经验方) 石斛 乌梅 沙参 玉竹 白芍 甘草
 宣肺散(《辨证录》) 柴胡 黄芩 紫菀 白芍 当归 麦门冬 茯苓 白芥子 甘草 冬花 紫苏 辛夷
 宣毒发表汤(《痘疹仁端录》) 升麻 葛根 枳壳 防风 荆芥 薄荷 木通 连翘 牛蒡子 竹叶 甘草 前胡 桔梗 杏仁
 神犀丹(《医效秘传》) 水牛角 连翘 板蓝根 石菖蒲 银花 淡豆豉 黄芩 紫草 地黄 玄参
 神仙活命饮(《白喉治法抉微》) 龙胆草 玄参 黄柏 板蓝根 瓜蒌皮 石膏 马兜铃 白芍 山梔 生地黄 甘草
 除瘟化毒汤(《白喉治法抉微》) 葛根 银花 枇杷叶 薄荷 生地 桑叶 木通 竹叶 贝母 甘草

十 画

桂枝汤(《伤寒论》) 桂枝 芍药 炙甘草 生姜 大枣
 桂附八味丸(《金匱要略》) 同“肾气丸”
 桂枝芍药知母汤(《金匱要略》) 桂枝 芍药 甘草 麻黄 生姜 白术 知母 防风 附子
 桂枝加龙骨牡蛎汤(《金匱要略》) 桂枝 芍药 生姜 甘草 大枣 龙骨 牡蛎
 桃花汤(《伤寒论》) 赤石脂 干姜 粳米
 桃仁承气汤(《伤寒论》) 桃仁 大黄 甘草 桂枝 芒硝
 桃红四物汤(《医宗金鉴》) 当归 川芎 桃仁 红花 芍药 地黄
 真武汤(《伤寒论》) 茯苓 芍药 白术 生姜 附子
 真人养脏汤(《太平惠民和剂局方》) 白芍 当归 人参 肉桂 白术 肉豆蔻 炙甘草 木香 诃子 罂粟壳
 逐寒荡惊汤(《福幼编》) 胡椒 炮姜 肉桂
 柴胡枳椇汤(《古今医鉴》) 麻黄 杏仁 桔梗 枳壳 柴胡 黄芩 半夏 知母 石膏 葛根 甘草
 柴胡桂枝汤(《伤寒论》) 桂枝 黄芩 人参 甘草 半夏 芍药 大枣 生姜 柴胡
 柴胡解毒汤(经验方) 柴胡 丹皮 赤芍 黄芩 白芍 银花 连翘 地丁 甘草
 柴胡疏肝散(《景岳全书》) 柴胡 枳壳 芍药 甘草 香附 川芎
 柴葛解肌汤(《伤寒六书》) 柴胡 葛根 黄芩 甘草 羌活 白芷 芍药 桔梗 石膏 生姜 大枣
 柴芍六君子汤(经验方) 柴胡 白芍 人参 白术 茯苓 甘草 陈皮 半夏
 逍遥散(《太平惠民和剂局方》) 柴胡 当归 白芍 白术 茯苓 炙甘草 煨姜 薄荷

透疹凉解汤(经验方) 桑叶 甘菊 薄荷 连翘 牛蒡子 赤芍 蝉蜕 紫花地丁 黄连 藏红花
 健脾丸(《医方集解》) 人参 白术 陈皮 麦芽 山楂 枳实 神曲
 射干汤(《备急千金要方》) 射干 麻黄 紫菀 甘草 生姜 半夏 桂心 大枣
 射干麻黄汤(《金匮要略》) 射干 麻黄 细辛 五味子 紫菀 款冬花 半夏 大枣 生姜
 凉膈散(《太平惠民和剂局方》) 大黄 芒硝 甘草 栀子 黄芩 薄荷 连翘 竹叶 白蜜
 凉血解毒汤(经验方) 羚羊角 丹皮 生地黄 麦门冬 茜草 板蓝根 黄芩 贯众 地肤子 苍耳子 生龙骨 生牡蛎 三七粉 琥珀
 消乳丸(《证治准绳》) 香附 神曲 麦芽 陈皮 砂仁 炙甘草
 消渴方(《丹溪心法》) 黄连末 天花粉末 生地汁 藕汁 人乳汁 姜汁 蜂蜜
 消风清热饮(《朱仁康临床经验集》) 荆芥 防风 浮萍 蝉蜕 当归 赤芍 大青叶 黄芩
 海藻玉壶汤(《医宗金鉴》) 海藻 海带 昆布 半夏 陈皮 青皮 连翘 象贝 当归 川芎 独活 甘草
 涤痰汤(《严氏易简归一方》) 半夏 陈皮 茯苓 甘草 竹茹 枳实 生姜 胆星 人参 菖蒲
 润肠丸(《杂病源流犀烛》) 当归 生地 麻仁 桃仁 枳壳
 益胃汤(《温病条辨》) 沙参 麦冬 玉竹 生地 冰糖
 益肾蠲痹丸(《中医杂志》1980年12期) 熟地 当归 淫羊藿 鹿衔草 全蝎 蜈蚣 乌梢蛇(或蕲蛇) 蜂房 地鳖虫 僵蚕 炙蛭螂虫 生地 鸡血藤 老鹤草 寻骨风 虎杖等
 益脾镇惊散(《医宗金鉴》) 人参 白术 茯苓 朱砂 钩藤 炙甘草 灯心
 资生丸(《先醒斋医学广笔记》) 人参 白术 茯苓 扁豆 陈皮 山药 甘草 莲子肉 苡仁 砂仁 桔梗 藿香 橘红 黄连 泽泻 芡实 山楂 麦芽 白豆蔻
 资生健脾丸(《先醒斋医学广笔记》) 同“资生丸”
 调元散(《景岳全书》) 人参 白术 陈皮 厚朴 香附 甘草 藿香
 调胃承气汤(《伤寒论》) 大黄 甘草 芒硝
 桑菊饮(《温病条辨》) 杏仁 连翘 薄荷 桑叶 菊花 苦梗 甘草 苇根
 桑白皮汤(《古今医统大全》) 桑白皮 半夏 苏子 杏仁 贝母 山栀 黄芩 黄连
 桑螵蛸散(《本草衍义》) 桑螵蛸 远志 石菖蒲 人参 茯神 当归 龙骨 龟板
 通窍活血汤(《医林改错》) 赤芍 川芎 桃仁 红花 红枣 生姜 麝香 大葱

十一画

理中汤(《伤寒论》) 人参 干姜 白术 甘草
 菖蒲丸(《医宗金鉴》) 人参 石菖蒲 麦冬 远志 川芎 当归 乳香 朱砂
 菖蒲郁金汤(《温病全书》) 鲜石菖蒲 广郁金 炒山栀 连翘 菊花 滑石 竹叶 丹皮 牛蒡子 竹沥 姜汁 玉枢末
 菟丝子丸(《太平惠民和剂局方》) 菟丝子 泽泻 鹿茸 石龙芮 肉桂 附子 石斛 干熟地黄 白茯苓 牛膝 续断 山茱萸 肉苁蓉 防风 杜仲 补骨脂 萆薢 沉香 巴戟 茴香 五味子 桑螵蛸 川芎 覆盆子
 黄土汤(《金匮要略》) 甘草 干地黄 白术 炮附子 阿胶 黄芩 灶心黄土
 黄芪汤(《金匱翼》) 黄芪 陈皮 火麻仁 白蜜
 黄芪饮(《圣济总录》) 黄芪 地榆 桑寄生 艾叶 白龙骨 生地黄 生姜
 黄芩滑石汤(《温病条辨》) 黄芩 滑石 通草 茯苓 猪苓 大腹皮 白豆蔻
 黄芪生脉饮(《全国中成药产品集》) 黄芪 党参 麦冬 五味子
 黄芪建中汤(《伤寒论》) 桂枝 甘草 大枣 芍药 生姜 饴糖 黄芪
 黄连温胆汤(《六因条辨》) 半夏 陈皮 竹茹 枳实 茯苓 炙甘草 大枣 黄连

黄连解毒汤(《肘后方》) 黄连 黄柏 黄芩 栀子
 黄芪桂枝五物汤(《金匮要略》) 黄芪 芍药 桂枝 生姜 大枣
 银翘散(《温病条辨》) 银花 连翘 竹叶 荆芥 牛蒡子 薄荷 豆豉 甘草 桔梗 芦根
 旋覆花汤(《金匮要略》) 旋覆花 葱 新绛
 鹿茸丸(《三因极一病证方论》) 鹿茸 麦门冬 熟地黄 黄芪 鸡脍脰 茯苓 山茱萸 补骨脂 牛膝 五味子 茯苓 玄参 地骨皮 人参
 麻黄汤(《伤寒论》) 麻黄 桂枝 甘草 杏仁
 麻子仁丸(《伤寒论》) 麻子仁 芍药 枳实 大黄 厚朴 杏仁
 麻杏石甘汤(《伤寒论》) 麻黄 杏仁 石膏 甘草
 麻黄附子细辛汤(《伤寒论》) 麻黄 附子 细辛
 清宁散(《幼幼集成》) 桑白皮 葶苈子 赤茯苓 车前子 炙甘草 大枣 生姜
 清肺饮(《证治汇补》) 茯苓 黄芩 桑白皮 麦冬 车前子 栀子 木通
 清胃散(《医宗金鉴》) 姜黄 白芷 细辛 川芎
 清宫汤(《温病条辨》) 玄参心 莲子心 竹叶卷心 连翘心 犀角尖(用水牛角代) 连心麦冬
 清络饮(《温病条辨》) 鲜荷叶边 鲜银花 西瓜翠衣 鲜扁豆花 鲜竹叶心 丝瓜皮
 清营汤(《温病条辨》) 犀角(用水牛角代) 生地 玄参 竹叶 银花 连翘 黄连 丹参 麦冬
 清瘴汤(经验方) 青蒿 柴胡 茯苓 知母 陈皮 半夏 黄芩 黄连 枳实 常山 竹茹 滑石 甘草 朱砂
 清上温下汤(经验方) 附子 黄连 龙齿 磁石 蛤粉 天花粉 补骨脂 覆盆子 菟丝子 桑螵蛸 白莲须
 清心莲子饮(《太平惠民和剂局方》) 黄芩 麦门冬 地骨皮 车前子 炙甘草 石莲肉 白茯苓 黄芪 人参
 清肝化痰丸(《医门补要》) 生地黄 丹皮 海藻 贝母 昆布 柴胡 海带 夏枯草 僵蚕 当归 连翘 栀子
 清肝活络汤(《马培之外科医案》) 当归 赤芍 新绛 桃仁 青皮 广郁金 参三七 枳壳 苏梗 泽兰
 清胃解毒汤(《痘疹传心录》) 当归 黄连 生地黄 天花粉 连翘 升麻 牡丹皮 赤芍药
 清咽下痰汤(经验方) 玄参 桔梗 甘草 牛蒡子 贝母 瓜蒌 射干 荆芥 马兜铃
 清咽利膈汤(《喉症全科紫珍集》) 连翘 栀子 黄芩 薄荷 牛蒡子 防风 荆芥 玄明粉 玄参 银花 大黄
 清咽栀豉汤(《疫喉浅论》) 山栀 豆豉 银花 薄荷 牛蒡子 甘草 蝉衣 白僵蚕 水牛角 连翘 马勃
 清咽养荣汤(《疫喉浅论》) 西洋参 生地 茯神 麦冬 白芍 花粉 天门冬 玄参 知母 炙甘草
 清热甘露饮(《医宗金鉴》) 生地黄 麦门冬 石斛 知母 枇杷叶 石膏 甘草 茵陈蒿 黄芩
 清凉涤暑法(《时病论》) 滑石 生甘草 通草 青蒿 白扁豆 连翘 白茯苓 西瓜翠衣
 清热泻脾散(《医宗金鉴》) 栀子 石膏 黄连 生地黄 黄芩 茯苓 灯心
 清胰汤2号(天津南开医院方) 柴胡 黄芩 胡黄连 木香 白芍 槟榔 使君子 苦楝根皮 芒硝
 清解透表汤(经验方) 西河柳 蝉衣 葛根 升麻 紫草根 桑叶 菊花 甘草 牛蒡子 银花 连翘
 清瘟败毒饮(《疫疹一得》) 生石膏 生地黄 水牛角 黄连 栀子 桔梗 黄芩 知母 赤芍 玄参 连翘 甘草 丹皮 鲜竹叶
 清燥救肺汤(《医门法律》) 桑叶 石膏 党参 甘草 胡麻仁 阿胶 麦冬 杏仁 枇杷叶
 渗脐散(《医宗金鉴》) 枯矾 龙骨 麝香

羚角钩藤汤(《重订通俗伤寒论》) 羚角片 霜桑叶 川贝母 鲜生地 钩藤 滁菊花 茯神 白芍
甘草
绿袍散(《治疹全书》) 薄荷 青黛 硼砂 儿茶 甘草 黄柏 铜青 冰片 玄明粉 百药煎 荆芥

十二画

琥珀抱龙丸(《活幼心书》) 琥珀 天竺黄 檀香 人参 茯苓 粉草 枳壳 枳实 朱砂 山药 南
星 金箔
越婢汤(《金匮要略》) 麻黄 生姜 甘草 石膏 大枣
越婢加术汤(《金匮要略》) 麻黄 石膏 甘草 大枣 白术 生姜
越婢加半夏汤(《金匮要略》) 麻黄 石膏 生姜 大枣 甘草 半夏
葛根黄芩黄连汤(《伤寒论》) 葛根 黄芩 黄连
葱豉汤(《肘后备急方》) 葱白 豆豉
葶苈丸(《片玉心书》) 葶苈 黑牵牛 杏仁 汉防己
葶苈大枣泻肺汤(《金匮要略》) 葶苈 大枣
紫雪丹(《太平惠民和剂局方》) 滑石 石膏 寒水石 磁石 羚羊角 木香 犀角(用水牛角代) 沉
香 丁香 升麻 玄参 甘草 朴硝 硝石 辰砂 麝香 金箔
黑锡丹(《太平惠民和剂局方》) 沉香 附子 葫芦巴 阳起石 茴香 补骨脂 肉豆蔻 金铃子 木
香 肉桂 黑锡 硫黄
痛泻要方(《丹溪心法》) 白术 白芍 陈皮 防风
普济消毒饮(《景岳全书》) 黄芩 黄连 橘红 玄参 生甘草 连翘 牛蒡子 板蓝根 马勃 白僵
蚕 升麻 柴胡 桔梗
温胆汤(《世医得效方》) 半夏 竹茹 枳实 陈皮 炙甘草 茯苓 人参
温脾汤(《备急千金要方》) 半夏 大黄 干姜 人参 甘草
温阳益精汤(《当代中国名医高效验方》) 熟地 鹿角胶 补骨脂 肉苁蓉 巴戟天 当归 肉桂 黄
芪
温肺止流丹(《疡医大全》) 人参 荆芥 细辛 诃子 甘草 桔梗 鱼脑骨
滋肾通关丸(《兰室秘藏》) 黄柏 知母 肉桂
犀角散(《备急千金要方》) 犀角(用水牛角代) 黄芩 升麻 山栀 羚羊角 前胡 射干 大黄 豆
豉
犀地清络饮(《重订通俗伤寒论》) 犀角(用水牛角代) 牡丹皮 连翘 赤芍 生地 桃仁 竹沥 生
姜 菖蒲
犀角地黄汤(《备急千金要方》) 犀角(用水牛角代) 生地 丹皮 芍药
缓肝理脾汤(《医宗金鉴》) 桂枝 人参 茯苓 白术 白芍 陈皮 山药 扁豆 炙甘草 煨姜 大
枣

十三画

蒿芩清胆汤(《重订通俗伤寒论》) 青蒿 淡竹茹 制半夏 赤茯苓 黄芩 枳壳 陈皮 碧玉散
解肝煎(《景岳全书》) 紫苏叶 白芍 陈皮 半夏 厚朴 茯苓 砂仁 生姜
解肌透痧汤(《喉痧症治概要》) 荆芥 牛蒡子 蝉衣 浮萍 僵蚕 射干 豆豉 马勃 葛根 甘草
桔梗 前胡 连翘 竹茹
解毒内托汤(《医宗金鉴》) 生黄芪 荆芥 防风 连翘 当归 赤芍 金银花 甘草节 木通
新加香薷饮(《温病条辨》) 香薷 银花 鲜扁豆花 厚朴 连翘

十四画

截疟七宝饮(《杨氏家藏方》) 常山 草果 厚朴 槟榔 青皮 陈皮 炙甘草
磁朱丸(《备急千金要方》) 磁石 朱砂
膈下逐瘀汤(《医林改错》) 五灵脂 当归 川芎 桃仁 赤芍 丹皮 乌药 延胡索 香附 枳壳
红花 甘草
缩泉丸(《校注妇人良方》) 益智仁 台乌药 山药

十五画以上

增液汤(《温病条辨》) 生地 玄参 麦冬
增液承气汤(《温病条辨》) 大黄 芒硝 玄参 麦冬 生地
撮风散(《仁斋直指小儿方论》) 赤脚蜈蚣 钩藤 朱砂 僵蚕 血竭梢 麝香
镇惊丸(《医宗金鉴》) 茯神 麦冬 朱砂 远志 石菖蒲 枣仁 牛黄 黄连 钩藤 珍珠 胆南星
天竺黄 犀角(用水牛角代) 甘草
橘皮竹茹汤(《金匮要略》) 橘皮 竹茹 大枣 生姜 甘草 人参
薏苡仁汤(《类证治裁》) 薏苡仁 苍术 羌活 独活 防风 川乌 麻黄 桂枝 当归 川芎 生姜
甘草
黛蛤散(经验方) 青黛 海蛤壳
礞石滚痰丸(《玉机微义》) 大黄 黄芩 沉香 礞石
藿朴夏苓汤(《医源》) 藿香 半夏 厚朴 茯苓 杏仁 苡仁 猪苓 淡豆豉 泽泻
藿香正气散(《太平惠民和剂局方》) 藿香 紫苏 白芷 桔梗 白术 厚朴 半夏曲 大腹皮 茯苓
陈皮 甘草
鳖甲煎丸(《金匮要略》) 鳖甲 射干 黄芩 桂枝 干姜 大黄 石韦 厚朴 紫葳 阿胶珠 柴胡
虻螂 芍药 丹皮 廔虫 葶苈子 半夏 人参 瞿麦 桃仁 赤硝 蜂房 地虱
囊虫丸(《全国中成药产品集》) 雷丸 干漆炭 桃仁 水蛭 五灵脂 丹皮 大黄 芫花 白僵蚕
茯苓 橘红 生川乌 黄连



2

儿科常用中成药

一画 乙
 二画 二 十 七 八 人 儿
 三画 三 大 上 千 小
 四画 云 天 元 木 五 止 贝 气 化 分 牛 凤 乌 丹 六 双
 五画 玉 甘 龙 灭 归 生 瓜 宁
 六画 百 至 再 如 当 贞 壮 血 冰 羊 安 导 防
 七画 麦 医 护 抗 含 龟 良 补 局 阿 附 纯
 八画 青 板 枕 虎 肾 知 季 肥 金 夜 河 炎 参 降
 九画 枳 柏 萃 茵 胃 复 香 胆 保 济 养 穿
 十画 珠 荷 健 脑 消 桑 通
 十一画 理 梅 黄 银 麻 清 羚
 十二画 琥 越 紫 喉 舒 湛 滋 犀 强
 十三画 蒿 雷
 十四画 静 慢 鼻 缩
 十五画以上 苍 醒 囊 莺 整

一 画

乙肝宁冲剂

〔组成〕 黄芪 绵茵陈 太子参 何首乌 白芍 川楝子 白花蛇舌草 金钱草 蒲公英 牡丹皮 茯苓 白术

〔功用主治〕 调气健脾，滋肾养肝，利胆清热，活血化痰。用于乙型肝炎病毒抗原阳性者、慢性肝炎、慢性活动性肝炎，对急性肝炎也有一定疗效。

〔剂型规格〕 冲剂。每袋 25g。

〔用法用量〕 口服。每服半袋，1日3次。

二 画

二至丸

〔组成〕 女贞子 墨旱莲

〔功用主治〕 补益肝肾，滋阴止血。用于肝肾阴虚，眩晕耳鸣，咽干鼻燥，腰膝酸痛等症。

〔剂型规格〕 水蜜丸。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

十灰散

〔组成〕 大蓟炭 小蓟炭 牡丹皮炭 侧柏叶炭 大黄炭 茜草炭 陈棕炭 荷叶炭 栀子炭 白茅根炭

〔功用主治〕 清热祛瘀，凉血止血。用于血热妄行而致的各种出血证，如咳血、吐血、衄血及外伤出血等。

〔剂型规格〕 散剂。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次，饭后服。亦可用于外治法（如吹鼻止衄，止刀伤出血）。

十全大补丸

〔组成〕 党参 白术 茯苓 甘草 当归 川芎 白芍 熟地黄 黄芪 肉桂

〔功用主治〕 温补气血。用于气血两虚，面色苍白，气短心悸，头晕自汗，体倦乏力，四肢不温等症。

〔剂型规格〕 大蜜丸或水蜜丸。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

七消丸

〔组成〕 地黄 沙参 乌梅 木瓜 白芍等

〔功用主治〕 养阴清热。用于阴虚内热型单纯型肥胖等。

〔剂型规格〕 丸剂。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

七味新消丸

〔组成〕 麝香 蟾酥 人工牛黄 公丁香 乳香 雄黄

〔功用主治〕 清热解毒，消肿止痛。用于急性淋巴结炎、丹毒及各种痈症。

〔剂型规格〕 丸剂。每瓶装 2g。

〔用法用量〕 口服。每服 1g，1 日 2~3 次。

八正合剂

〔组成〕 木通 车前草 水灯芯 篇蓄 瞿麦 滑石 栀子 大黄 甘草

〔功用主治〕 清热利尿通淋。用于湿热下注引起的各种淋证，基本指征是：小便浑赤，尿频、尿急、尿痛，小便不利，目赤咽干，舌苔黄厚，脉实而数。

〔剂型规格〕 液体合剂。

〔用法用量〕 口服。每服 5~10ml，1 日 2~3 次。

八宝玉枢丹

〔组成〕 麝香 雄黄 冰片 珍珠 毛慈姑 牛黄 千金霜 寒食面 五倍子 琥珀 朱砂 红芽大戟

〔功用主治〕 清瘟解毒，开窍辟秽。用于湿温时邪、伤寒郁热所致的神昏闷乱，烦躁发狂，胸膈滞塞，呕恶，泄泻等症。

〔剂型规格〕 丸剂。每袋装 0.6g。

〔用法用量〕 口服。每服 0.3g，1 日 2~3 次。

人参养荣丸

〔组成〕 人参 白术 茯苓 甘草 当归 熟地黄 白芍 黄芪 陈皮 远志 肉桂 五味子

〔功用主治〕 温补气血。用于心脾不足，气血两亏，形瘦神疲，食少便溏，病后虚弱等症。

〔剂型规格〕 大蜜丸。每丸重 9g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

儿童宁糖浆

〔组成〕 党参 黄芪 白术 薏苡仁 大枣 桑枝

〔功用主治〕 益气健脾。用于脾虚引起的食欲不振，食后腹胀，大便溏薄，面黄肌瘦等病症。

〔剂型规格〕 糖浆剂。每瓶装 200ml。

〔用法用量〕 口服。每服 5~10ml，1 日 3 次。早晚空腹温开水调服。

儿童清肺口服液

〔组成〕 麻黄 杏仁 石膏 桑白皮 黄芩 枇杷叶

〔功用主治〕 清热宣肺，化痰止咳。用于肺经痰热，面赤，咳嗽气促，痰多难咯，音哑等症。

〔剂型规格〕 口服液。每支 10ml。

〔用法用量〕 口服。每服 10~20ml，1 日 3 次。

三 画

三金片

〔组成〕 金樱根 金刚刺 海金沙

〔功用主治〕 清热利湿通淋。用于湿热下注型尿频、尿急、腰酸困痛，舌质红，苔厚腻。

〔剂型规格〕 片剂。

〔用法用量〕 口服。每服 1~2 片，1 日 3 次。

三蛇胆川贝液

〔组成〕 蛇胆汁 川贝母 杏仁等

〔功用主治〕 祛风止咳，除痰散结。用于风热咳嗽，痰多气喘，胸闷。

〔剂型规格〕 口服液。每支 10ml。

〔用法用量〕 口服。每服：<2 岁 5ml，>2 岁 10ml，1 日 2~3 次。

三蛇胆陈皮末

〔组成〕 眼镜蛇胆汁 金环蛇胆汁 黄梢蛇胆汁 陈皮

〔功用主治〕 顺气除痰，祛风健胃。用于风热咳嗽，气逆反胃，痰重粘稠，咽喉疼痛。

〔剂型规格〕 散剂。每支 0.65g。

〔用法用量〕 口服。每服：<1 岁 0.16g，1~3 岁 0.22g，3~7 岁 0.44g，>1 岁 0.65g。1 日 2~3 次。

大山楂丸

〔组成〕 山楂 神曲 麦芽

〔功用主治〕 开胃消食。用于饮食积滞，脘腹胀闷，消化不良等症。

〔剂型规格〕 丸剂。

〔用法用量〕 口服。每服 3~6g，1 日 3 次。

大补阴丸

〔组成〕 熟地黄 知母 黄柏 龟甲 猪脊髓

〔功用主治〕 滋阴降火。用于阴虚火旺，潮热盗汗，咳嗽咯血，耳鸣遗精。

〔剂型规格〕 水蜜丸。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

大活络丹

〔组成〕 人参 茯苓 白术 甘草 熟地 赤芍 川芎 当归 蕲蛇 乌梢蛇 地龙 僵蚕 虎骨 骨碎补 威灵仙 麻黄 防风 羌活 草乌 葛根 肉桂 丁香 沉香 木香 香附 乌药 藿

香 青皮 豆蔻 乳香 没药 血竭 松香 首乌 熟地 龟版 大黄 黄连 黄芩 玄参 贯众
细辛 麝香 安息香 冰片 天麻 全蝎 天南星 牛黄 犀角(现已禁用)

〔功用主治〕 舒筋活络,祛风止痛,除湿豁痰。用于气血双亏,肝肾不足,风痰阻络引起的中风、胸痹、痹证等病。

〔剂型规格〕 蜜丸剂。每丸重 3g。

〔用法用量〕 口服。每服 1.5g,1日 2~3次。

大蒜素片

〔组成〕 大蒜

〔功用主治〕 清肠解毒。用于隐孢子虫腹泻、霉菌性肠炎、细菌性痢疾等病。

〔剂型规格〕 片剂。

〔用法用量〕 口服。每服: <2岁 20mg, 2~3岁 40mg, 1日 4次,首剂加倍。

大补元煎丸

〔组成〕 熟地 人参 山萸肉 枸杞子 当归 山药 杜仲 甘草

〔功用主治〕 大补气血。用于真元亏损之低热、眩晕、耳鸣、腰酸、口干盗汗等,以及白血病气血双亏、气阴两虚者。

〔剂型规格〕 丸剂。

〔用法用量〕 口服。每服 3g,1日 2~3g。

大黄廔虫丸

〔组成〕 熟大黄 土鳖虫 水蛭 虻虫 蛭蟪 干漆 桃仁 杏仁 黄芩 地黄 白芍 甘草

〔功用主治〕 活血破瘀。用于瘀血内停,腹部肿块,肌肤甲错,目眶黯黑,潮热羸瘦等症。

〔剂型规格〕 蜜丸剂。

〔用法用量〕 口服。每服 3g,1日 2~3次。

上海蛇药片

〔组成〕 万年青 穿心莲 旱莲草

〔功用主治〕 解蛇毒,消炎退热。用于各种毒蛇咬伤。

〔剂型规格〕 片剂。

〔用法用量〕 口服。首剂 5片,以后 1小时 1次,1次 2.5片,病情减轻可改为每 6小时 1次。

千里光片

〔组成〕 千里光

〔功用主治〕 抗菌消炎。用于菌痢,肠炎,上感,支气管炎等病。

〔剂型规格〕 片剂。每片 0.3g。

〔用法用量〕 口服。每服 0.3g,1日 3次。

小儿七星茶

〔组成〕 薏苡仁 蝉衣 钩藤 谷芽 淡竹叶等

〔功用主治〕 定惊消滞。用于不思饮食,二便不畅,夜睡不宁。

〔剂型规格〕 散剂。

〔用法用量〕 口服。每服 3g,1日 2~3次。

小儿化毒散

〔组成〕 牛黄 珍珠 雄黄 大黄 黄连 甘草 天花粉 川贝母 赤芍 乳香 没药 冰片

〔功用主治〕 清热解毒,活血消肿。用于小儿疹后余毒未尽,烦躁,口渴,便秘,疔肿溃烂。

〔剂型规格〕 散剂。

〔用法用量〕 口服。每服 0.6g,1日 1~2次,<3岁小儿酌减。

小儿回春丸

〔组成〕 防风 羌活 雄黄 牛黄 天竺黄 川贝母 胆南星 麝香 冰片 朱砂 蛇含石 天麻 钩藤 全蝎 僵蚕 白附子 甘草

〔功用主治〕 解表散风，清热化痰，开窍熄风，镇惊安神。用于时疫温毒，发热咳喘，痰热惊风，烦躁神昏等病症。

〔剂型规格〕 蜜丸剂。每丸重0.156g。

〔用法用量〕 口服。每服：1~2岁2粒，3~4岁3粒，10岁10粒，1日2次。

小儿香橘丹

〔组成〕 苍朮 白朮 茯苓 甘草 山药 白扁豆 薏苡仁 莲子肉 泽泻 陈皮 砂仁 木香 法半夏 香附 枳实 厚朴 六神曲 麦芽 山楂

〔功用主治〕 健脾和胃，消积导滞。用于小儿脾胃虚弱、饮食不节等所致的呕吐、泄泻、厌食、疳证等病症。

〔剂型规格〕 蜜丸剂。每丸重3g。

〔用法用量〕 口服。每服：<1岁1.5g，1~3岁3g，3~7岁4.5g，1日3次。

小儿宣肺灵冲剂

〔组成〕 麻黄 杏仁 牛蒡子 石膏 川贝母 橘红 麦冬 半夏

〔功用主治〕 宣肺清热，平喘止咳。用于小儿肺热咳嗽。

〔剂型规格〕 冲剂。

〔用法用量〕 口服。每服：<1岁1g，2~3岁1.5g，4~7岁2g，8~12岁3g。1日3次。

小儿清肺散

〔组成〕 茯苓 清半夏 川贝母 百部 黄芩 胆南星 石膏 沉香 白前 冰片

〔功用主治〕 清热化痰。用于咳嗽喘促，痰涎壅盛及肺病成脓期。

〔剂型规格〕 散剂。每袋装0.5g。

〔用法用量〕 口服。每服0.25~0.5g，1日2~3次。

小儿清热片

〔组成〕 黄柏 灯心草 梔子 钩藤 雄黄 黄连 朱砂 龙胆 黄芩 大黄 薄荷油

〔功用主治〕 清热解毒，祛风镇惊。用于小儿风热，烦躁抽搐，口舌生疮，小便短赤，大便不利。

〔剂型规格〕 片剂。

〔用法用量〕 口服。每服2~3片，1日1~2次，1岁以内小儿酌减。

小儿羚羊散

〔组成〕 羚羊角 水牛角浓缩粉 人工牛黄 黄连 银花 连翘 西河柳 葛根 牛蒡子 浮萍 紫草 赤芍 天竺黄 川贝 朱砂 冰片 甘草

〔功用主治〕 清热解毒，透疹止咳化痰。用于小儿感冒高热，麻疹，肺炎。

〔剂型规格〕 散剂。每瓶装1.5g。

〔用法用量〕 口服。每服：1岁0.3g，2岁0.375g，3岁0.5g。1日3次。

小儿紫草丸

〔组成〕 紫草 西河柳 升麻 羌活 菊花 银花 地丁 青黛 雄黄 制乳香 没药 牛黄 玄参 朱砂 琥珀 石决明 梅片 浙贝 核桃仁 甘草

〔功用主治〕 透疹解毒，清热活血。用于麻疹初起，高热，烦躁不安，神识昏迷等症。

〔剂型规格〕 蜜丸剂。每丸重1.5g。

〔用法用量〕 口服。每服1丸，1日2次。周岁以内减半量。

小儿抗痲胶囊

〔组成〕 石菖蒲 胆南星 天麻 陈皮 半夏 川芎 神曲 沉香 枳壳等

〔功用主治〕 豁痰熄风，健脾顺气。用于小儿神昏，抽搐，痰盛，腹痛等各种癫痫病。

〔剂型规格〕 胶囊。每个重 0.5g。

〔用法用量〕 口服。每服：1~3岁 2粒，4~6岁 3~5粒，7~10岁 6~9粒，>11岁 10粒。1日 3次。

小儿痧疹金丸

〔组成〕 牛蒡子 僵蚕 山川柳 大青叶 板蓝根 银花 连翘 独角莲 川贝 花粉 陈皮 桔梗 地龙 朱砂 甘草

〔功用主治〕 清热解毒透疹。用于外感伤寒、温疫、时邪病毒入侵肌体所致发疹发痧诸症。

〔剂型规格〕 蜜丸剂。每丸重 1.5g。

〔用法用量〕 口服。每服 1丸，1日 2次。周岁以内小儿减半量。

小儿百部止咳糖浆

〔组成〕 百部 杏仁 桔梗 桑白皮 知母 黄芩 陈皮 甘草 天南星 枳壳

〔功用主治〕 清肺止咳化痰。用于小儿肺热咳嗽，痰多粘稠。

〔剂型规格〕 糖浆剂。

〔用法用量〕 口服。每服：<2岁 5ml，>2岁 10ml。1日 3次。

小儿热速清口服液

〔组成〕 柴胡 黄芩 板蓝根 葛根 银花 水牛角 连翘 大黄

〔功用主治〕 清热解毒，泻火利咽。用于小儿外感高热，头痛，咽喉肿痛，鼻塞，流涕，大便干结。

〔剂型规格〕 口服液。每支 10ml。

〔用法用量〕 口服。每服：<1岁 2.5~5ml，1~3岁 5~10ml，3~7岁 10~15ml，7~12岁 15~20ml。1日 3~4次。

小儿清热解毒口服液

〔组成〕 银花 连翘 黄芩 栀子 知母 生地黄 石膏 玄参 板蓝根 麦冬

〔功用主治〕 清热解毒。用于流感，咽炎，扁桃体炎。

〔剂型规格〕 口服液。每瓶装 30ml。

〔用法用量〕 口服。每服 5~10ml，1日 2~3次。

四 画

云南白药

〔组成〕 参三七等

〔功用主治〕 止血活血，消肿定痛。用于跌仆损伤，瘀血肿痛，红肿疮毒，及各种内外出血。

〔剂型规格〕 散剂。每瓶重 4g。

〔用法用量〕 口服。每服>2岁 0.03g，>5岁 0.06g，每 4小时 1次。

天王补心丸

〔组成〕 丹参 当归 石菖蒲 党参 茯苓 五味子 麦冬 天冬 地黄 玄参 远志 酸枣仁 柏子仁 桔梗 甘草 朱砂

〔功用主治〕 滋阴养血，补心安神。用于心阴不足，心悸健忘，失眠多梦，大便干燥。

〔剂型规格〕 水蜜丸。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1日 2~3次。

元胡止痛片

〔组成〕 醋制元胡索 白芷

〔功用主治〕 理气活血止痛。用于气滞血瘀的胃痛，胁痛，头痛等。

〔剂型规格〕 片剂。

〔用法用量〕 口服。每服2~3片，1日2~3次。

木香分气丸

〔组成〕 木香 砂仁 丁香 檀香 香附 广藿香 陈皮 厚朴 枳实 豆蔻 莪术 山楂 白术 甘松 槟榔 甘草

〔功用主治〕 宽胸理气，消胀止呕。用于肝郁气滞，脾胃不和，胸膈痞闷，胃脘疼痛，呕吐，嗝气吞酸等症。

〔剂型规格〕 水丸。每100丸重6g。

〔用法用量〕 口服。每服3g，1日2~3次。

木香顺气丸

〔组成〕 香附 乌药 陈皮 莱菔子 枳壳 茯苓 木香 神曲 山楂 麦芽 槟榔 青皮 甘草

〔功用主治〕 顺气止痛，健胃化食。用于腹胁胀满，停食停水，消化不良。

〔剂型规格〕 水丸。每袋装9g。

〔用法用量〕 口服。每服3g，1日2~3次。

木香槟榔丸

〔组成〕 木香 槟榔 枳壳 陈皮 青皮 香附 三棱 莪术 黄连 黄柏 大黄 牵牛子 芒硝

〔功用主治〕 行气导滞，泻热通便。用于赤白痢疾，里急后重，胃肠积滞，脘腹胀痛，大便不通等症。

〔剂型规格〕 水丸。

〔用法用量〕 口服。每服1.5~3g，1日2~3次。

五子衍宗丸

〔组成〕 枸杞子 菟丝子 覆盆子 五味子 车前子

〔功用主治〕 补肾益精。用于肾虚腰痛，尿后余沥等症。

〔剂型规格〕 大蜜丸。

〔用法用量〕 口服。每服3g，1日2~3次。

五粒回春丸

〔组成〕 橘红 胆南星 防风 竹叶 茯苓 僵蚕 甘草 金银花 桑叶 连翘 麻黄 薄荷 蝉衣 山川柳 赤芍 川贝母 杏仁 羌活 牛蒡子 牛黄 冰片 犀角(现已禁用) 羚羊角粉 麝香 珍珠 琥珀

〔功用主治〕 清热解毒，宣肺透表，祛风化痰。用于小儿时疫感冒，瘟毒初起，风痰过盛，头痛高热，流涕多泪，咳嗽气促，急热惊风，麻疹初期，疹出不透等。

〔剂型规格〕 丸剂。每粒重0.12g。

〔用法用量〕 口服。3岁以上，每服5粒，3岁以下酌减，1日2次。

五福化毒丹

〔组成〕 连翘 犀角(现用水牛角代) 黄连 玄参 生地 赤芍 青黛 桔梗 炒牛蒡子 芒硝 甘草

〔功用主治〕 清热解毒。用于火热邪毒蕴积，如小儿疮疹，口舌生疮，痈疖等。

〔剂型规格〕 蜜丸剂。每丸重3g。

〔用法用量〕 口服。每服3g，1日2次。3岁以下服1/2量，周岁以下服1/3量。

止咳青果丸

〔组成〕 北沙参 陈皮 紫苏 款冬 法半夏 桑白皮 紫菀 冬虫夏草 黄芩 桔梗 川贝母

〔功用主治〕 润肺化痰，止咳定喘。用于伤风咳嗽，哮喘气促，痰多喉痒等症。

〔剂型规格〕 丸剂。每袋装4.5g。

〔用法用量〕 口服。每服2~3g，1日2~3次。

止咳橘红口服液

〔组成〕 橘红 半夏 紫菀 苏子 杏仁 知母

〔功用主治〕 清肺润燥，止咳化痰。用于咳嗽痰多，痰稠而黄，喘促，咽痛等症。

〔剂型规格〕 口服液。

〔用法用量〕 口服。每服10ml，1日3次。

贝羚散

〔组成〕 羚羊角 川贝母 青礞石 人工竺黄 猪胆酸 硼砂 麝香 沉香

〔功用主治〕 清热化痰。用于小儿肺炎，哮喘，急性慢性支气管炎。

〔剂型规格〕 散剂。每瓶装0.3g。

〔用法用量〕 口服。每服：<2岁0.3g，3~5岁0.45g，6~12岁0.6g。1日2次。

气滞胃痛冲剂

〔组成〕 柴胡 白芍 枳壳 甘草 香附 延胡索

〔功用主治〕 疏肝理脾，行气止痛。用于胃痛，腹痛，胁痛诸症。

〔剂型规格〕 冲剂。每袋10g。

〔用法用量〕 口服。每服3~5g，1日2次。

化虫丸

〔组方〕 玄明粉 大黄 雷丸 槟榔 苦楝皮 芫荽 牵牛子 使君子 鹤虱

〔功用主治〕 驱虫杀虫。用于肠道寄生虫所致的腹痛。主要用于治疗蛔虫，蛲虫，寸白虫等寄生虫病。

〔剂型规格〕 水丸剂。每50粒重3g。

〔用法用量〕 口服。成人每服6~9g。每日1~2次，早晨空腹或临睡前用温开水送服。7岁以上小儿服成人1/2量，3~7岁小儿服成人1/3量。

分清五淋丸

〔组成〕 木通 车前子 黄芩 茯苓 猪苓 黄柏 大黄 藜蘆 瞿麦 知母 泽泻 栀子 甘草 滑石

〔功用主治〕 清湿热，利小便。用于湿热下注，小便黄赤短涩，尿道灼热刺痛。

〔剂型规格〕 水泛丸。

〔用法用量〕 口服。每服3g，1日2~3次。

牛黄抱龙丸

〔组成〕 牛黄 胆南星 天竺黄 茯苓 琥珀 麝香 全蝎 僵蚕 雄黄 朱砂

〔功用主治〕 清热镇惊，祛风化痰。用于小儿风痰壅盛，高热神昏，惊风抽搐。

〔剂型规格〕 蜜丸。每丸重1.5g。

〔用法用量〕 口服。每服1丸，1日1~2次。周岁内小儿酌减。

牛黄清心丸

〔组成〕 牛黄 当归 川芎 甘草 山药 黄芩 苦杏仁 大豆黄卷 大枣 白术 茯苓 桔梗 防风 柴胡 阿胶 干姜 白芍 人参 六神曲 肉桂 麦冬 白藜 蒲黄 麝香 冰片 水牛角浓缩粉 羚羊角 朱砂 雄黄

〔功用主治〕 清心化痰，镇惊祛风。用于神志混乱，言语不清，痰涎壅盛，头晕目眩，痰迷心窍，痰火痰厥。

〔剂型规格〕 蜜丸。每丸重 3g。

〔用法用量〕 口服。每服 1.5g，1 日 1~2 次。

牛黄解毒片

〔组成〕 牛黄 雄黄 石膏 大黄 黄芩 桔梗 冰片 甘草

〔功用主治〕 清热解毒。用于火热内盛，咽喉肿痛，牙龈肿痛，口舌生疮，目赤肿痛。

〔剂型规格〕 片剂。每片 0.78g。

〔用法用量〕 口服。每服 1 片，1 日 2~3 片。

牛黄镇惊丸

〔组成〕 牛黄 全蝎 僵蚕 珍珠 麝香 朱砂 雄黄 天麻 钩藤 防风 琥珀 胆南星 白附子 半夏 天竺黄 冰片 薄荷 甘草

〔功用主治〕 镇惊安神，祛风豁痰。用于小儿惊风，高热抽搐，牙关紧闭，烦躁不安。

〔剂型规格〕 蜜丸。每丸重 1.5g。

〔用法用量〕 口服。每服 1.5g，1 日 3 次。3 岁以内小儿酌减。

牛黄醒脑片

〔组成〕 牛黄 水牛角 麝香 冰片 郁金 黄连 黄芩 栀子 雄黄 玳瑁 朱砂 珍珠母

〔功用主治〕 清凉凉血，解毒豁痰，开窍镇惊。用于肺炎合并中毒性脑病。

〔剂型规格〕 片剂。每片重 0.38g。

〔用法用量〕 口服。每服 1~2 片，1 日 2 次。

风湿马钱片

〔组成〕 马钱子 全蝎 僵蚕 牛膝 乳香 没药 麻黄 苍术 甘草

〔功用主治〕 祛风除湿，活血镇痛。用于风寒湿痹，疔痹，顽痹等病证。

〔剂型规格〕 片剂。每片重 0.3g。

〔用法用量〕 口服。3~7 岁，每服 0.3g，7 岁以上，每服 0.6g，1 日 3 次。

风湿关节炎片

〔组成〕 穿山龙 防风 威灵仙 独活 香加皮 关白附 赤芍

〔功用主治〕 祛风胜湿，温经通络。用于风寒湿邪杂至所致之痹病。

〔剂型规格〕 片剂。每片重 0.5g。

〔用法用量〕 口服。每服 1g，1 日 2 次。

乌梅丸

〔组成〕 乌梅 黄连 黄柏 干姜 蜀椒 桂枝 制附子 当归 人参 细辛

〔功用主治〕 温脏安蛔，攻补兼施。用于蛔厥、久痢、厥阴头痛等症。

〔剂型规格〕 蜜丸剂。每丸重 9g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

乌鸡白凤丸

〔组成〕 乌鸡 鹿角胶 鳖甲 牡蛎 桑螵蛸 人参 黄芪 当归 白芍 香附 天冬 甘草 生地黄 熟地黄 川芎 银柴胡 丹参 山药 芡实 鹿角霜

〔功用主治〕 补气养血。用于气血两虚，身体瘦弱，腰膝酸软等症。

〔剂型规格〕 大蜜丸。每丸重 9g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2 次。

丹参注射液

〔组成〕 丹参

〔功用主治〕 活血化瘀。用于血脉瘀滞，胸闷、心痛、心悸，或胁痛、腹胀、乏力、失眠等症。

〔剂型规格〕 注射剂。每支 2ml。

〔用法用量〕 肌内或静脉注射。肌内注射：每次 2ml，1 日 2 次。静脉滴注：每次 10ml，用 5% 葡萄糖注射液 100~200ml 稀释后应用，1 日 1 次。

丹栀逍遥丸

〔组成〕 柴胡 当归 白芍 茯苓 白术 甘草 薄荷 丹皮 栀子

〔功用主治〕 疏肝解郁，健脾和中。用于肝脾不和引起的胸闷、胁满、食欲不振等症。

〔剂型规格〕 水丸剂。每袋装 18g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

六神丸

〔组成〕 人工牛黄 蟾酥 珍珠粉 冰片 麝香 雄黄粉 百草霜

〔功用主治〕 清热解毒，消肿止痛。用于肺胃热盛引起的咽喉肿痛，烂喉丹痧，乳蛾，喉痹，口舌糜烂，腮项肿痛，痈疽疮疖等症，及小儿急慢惊风。

〔剂型规格〕 水丸。每 100 粒重 0.3g。

〔用法用量〕 含化。每服：1 岁 1 粒，2 岁 2 粒，3 岁 3~4 粒，4~8 岁 5~6 粒，9~15 岁 8~9 粒，1 日 3 次。

六味地黄丸

〔组方〕 熟地黄 山茱萸 牡丹皮 山药 茯苓 泽泻

〔功用主治〕 滋阴补肾。用于肾阴亏损，头晕耳鸣，腰膝酸软，骨蒸潮热，消渴等病。

〔剂型规格〕 水丸剂。每瓶 120g。

〔用法用量〕 口服。每服 3~6g，1 日 2 次。

双黄连口服液

〔组成〕 黄芩 银花 连翘

〔功用主治〕 辛凉解表，清热解毒。用于外感风热引起的发热头痛，咽喉肿痛，咳嗽有痰，口干而渴等症。

〔剂型规格〕 口服液。每支 10ml。

〔用法用量〕 口服。每服 2~4ml，1 日 2~3 次。

双黄连注射液

〔组成〕 黄芩 银花 连翘

〔功用主治〕 同双黄连口服液。

〔剂型规格〕 注射剂。每支 0.6g。

〔用法用量〕 静脉滴注。60mg/kg bw，用 5% 葡萄糖液 100~200ml 稀释，1 日 1 次。

五 画

玉枢丹

〔组成〕 麝香 冰片 雄黄 山慈姑 千金子霜 红大戟 朱砂 五倍子

〔功用主治〕 清热解毒，开窍止痛，化痰消肿。用于疫毒时邪、痰厥、疮痈肿毒等病症。

〔剂型规格〕 小水丸。每瓶装 0.6g。

〔用法用量〕 口服。每服：<3 岁 0.3g，4~7 岁 0.6g，1 日 2 次。

甘露消毒丹

〔组成〕 滑石 连翘 茵陈 黄芩 石膏蒲 川贝母 木通 土藿香 射干 薄荷 豆蔻

〔功用主治〕 清热化湿解毒。用于湿温时疫，发热体倦，胸闷腹胀，斑疹黄疸，乍腮口渴，溺赤便秘。

〔剂型规格〕 水丸剂。每50粒约重5g。

〔用法用量〕 口服。每服3g，1日2~3次。

龙胆泻肝丸（片）

〔组成〕 龙胆 柴胡 黄芩 栀子 泽泻 木通 车前子 当归 地黄 甘草

〔功用主治〕 清肝胆，利湿热。用于肝胆湿热，头晕目赤，耳鸣耳聋，肋痛口苦，尿赤涩痛等症。

〔剂型规格〕 丸剂，片剂。

〔用法用量〕 口服。每服2~3g，1日2~3次。

龙牡壮骨冲剂

〔组成〕 党参 茯苓 白术 龙骨 牡蛎 龟版 黄芪 山药 五味子 麦冬

〔功用主治〕 健脾益气，补肾益精，强筋壮骨。用于小儿疳气、消化不良、发育迟缓等病症。

〔剂型规格〕 冲剂。每袋装15g。

〔用法用量〕 口服。每服1袋，1日2~3次。周岁以内小儿酌减。

灭澳灵

〔组成〕 刺五加 冬虫夏草等

〔功用主治〕 清热解毒，养肝益肾。用于急、慢性乙型肝炎及表面抗原阳性的健康者。

〔剂型规格〕 片剂。每片重0.3g。

〔用法用量〕 口服。每服0.15~0.3g，1日2~3次。

归脾丸

〔组成〕 党参 白术 黄芪 甘草 茯苓 远志 酸枣仁 龙眼肉 当归 木香 大枣

〔功用主治〕 益气健脾，养血安神。用于心脾两虚，气短心悸，失眠多梦，肢倦乏力，食欲不振等症。

〔剂型规格〕 蜜丸剂。

〔用法用量〕 口服。每服3g，1日2~3次。

生脉饮

〔组成〕 人参 麦冬 五味子

〔功用主治〕 益气复脉，养阴生津。用于气阴两亏，心悸气短，脉微自汗。

〔剂型规格〕 口服液。每支10ml。

〔用法用量〕 口服。每服5~10ml，1日2~3次。

生脉注射液（参麦注射液）

〔组成〕 红参 麦冬

〔功用主治〕 益气复脉，养阴生津，强心升压。用于气阴虚脱，脉微自汗，肢冷休克等症。

〔剂型规格〕 注射液。每支2ml。

〔用法用量〕 肌肉注射，每次2~4ml，1日1次。静脉滴注，每次5~20ml，用5%葡萄糖液250~500ml稀释后用。

瓜霜退热灵

〔组成〕 生石膏 沉香 朱砂 冰片 磁石 麝香

〔功用主治〕 清热解毒，开窍镇静。用于邪火热毒，入脏狂躁等症。

〔剂型规格〕 片剂。每片0.3g。

〔用法用量〕 口服。每服1~2片。

宁心宝胶囊

〔组成〕 虫草头孢菌粉

〔功用主治〕 抗心律失常。用于房性早搏，室性早搏。

〔剂型规格〕 胶囊。每粒重 0.25g。

〔用法用量〕 口服。每服 1~2 粒，1 日 2~3 次。

六 画

百宝丹

〔组成〕 从略

〔功用主治〕 止血消肿，散瘀镇痛，驱寒通络，活血解毒。用于诸种出血如咳血、吐血、衄血、便血、尿血等，及外伤出血。

〔剂型规格〕 散剂。每瓶装 4g。

〔用法用量〕 口服或外用。每服 0.2g，每 4 小时 1 次，重症酌加。外用时将药粉撒于患处。

至宝丹

〔组成〕 犀牛角(用水牛角代) 朱砂 雄黄 玳瑁 琥珀 麝香 龙脑 金箔 银箔 牛黄 安息香

〔功用主治〕 清热解毒，化浊开窍。用于痰热内闭，高热惊厥，痰盛气粗，神昏谵语。

〔剂型规格〕 蜜丸剂。每丸重 3g。

〔用法用量〕 口服。每服 1.5~3g，1 日 1 次。

再障生血片

〔组成〕 当归 何首乌 党参 枸杞子 红参 阿胶 白芍 白术 鹿茸 益母草 墨旱莲 淫羊藿 仙鹤草 鸡血藤 熟地 黄芪 女贞子

〔功用主治〕 滋补脾胃，活血止血。用于虚劳及血虚重症，面色苍白或萎黄不华，倦怠乏力，食欲不振，头晕心悸等症。

〔剂型规格〕 片剂。每片 0.3g。

〔用法用量〕 口服。每服 0.3~0.6g，1 日 2 次。

如意金黄散

〔组成〕 姜黄 大黄 黄柏 苍术 厚朴 陈皮 甘草 天南星 白芷 天花粉

〔功用主治〕 消肿止痛。用于疮疡肿痛，丹毒流注，跌仆损伤。

〔剂型规格〕 散剂。

〔用法用量〕 外用。用清茶或醋调敷，1 日 1~2 次。

当归龙荟丸

〔组成〕 当归 龙胆 芦荟 青黛 栀子 黄连 黄芩 黄柏 大黄 木香 麝香

〔功用主治〕 泻火通便。用于肝胆火旺，心烦，头晕耳鸣，胸胁疼痛，脘腹胀痛，大便秘结。

〔剂型规格〕 丸剂。每服 1~3g，1 日 2~3 次。

当归补血丸

〔组成〕 当归 黄芪

〔功用主治〕 补气生血。用于血虚发热，气虚血弱之出血证。

〔剂型规格〕 蜜丸剂。每丸重 9g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

贞芪扶正冲剂

〔组成〕 黄芪 女贞子

〔功用主治〕 补气养阴。用于气阴两虚之眩晕耳鸣，气短汗出，腰酸，疲乏等症。

〔剂型规格〕 冲剂。每袋 15g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1日 2~3 次。

壮腰健肾丸

〔组成〕 狗脊 黑老虎 千斤拔 桑寄生 女贞子 鸡血藤 金樱子 牛大力 菟丝子

〔功用主治〕 壮腰健肾，养血祛风。用于肾亏腰痛，腰膝无力，小便频数等症。

〔剂型规格〕 蜜丸。每丸重 9g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1日 2~3 次。

血府逐瘀丸

〔组成〕 当归 生地黄 桃仁 红花 枳壳 赤芍 柴胡 川芎 桔梗 甘草 牛膝

〔功用主治〕 解郁行气化瘀。用于急、慢性肾功能衰竭等，辨证属气滞血瘀者。

〔剂型规格〕 蜜丸。每丸重 9g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1日 2~3g。

冰硼散

〔组成〕 冰片 硼砂 朱砂 玄明粉

〔功用主治〕 清热解毒，消肿止痛。用于咽喉疼痛，牙龈肿痛，口舌生疮。

〔剂型规格〕 散剂。

〔用法用量〕 吹敷患处。1次少量，1日数次。

羊痫疯丸

〔组成〕 黄郁金 白矾 黄连 磁石 大黄 橘红 栀子 六神曲 黄柏 黄芩 礞石 沉香 芥子

〔功用主治〕 清热化痰，镇惊安神。用于痰涎壅盛，牙关紧闭，昏迷不醒，双目上视，角弓反张，癫痫发作。

〔剂型规格〕 水丸剂。

〔用法用量〕 口服。每服：1~4岁 1.5~2g，5~7岁 3g。1日 1次。

安宫牛黄丸

〔组成〕 牛黄 水牛角浓缩粉 麝香 珍珠 朱砂 雄黄 黄连 黄芩 栀子 郁金 冰片

〔功用主治〕 清热解毒，镇惊开窍。用于热病邪入心包，高热惊厥，神昏谵语。

〔剂型规格〕 蜜丸剂。每丸重 3g。

〔用法用量〕 口服。每服：<3岁 1/4丸，4~6岁 1/2丸。1日 1~3次。

导赤丹（丸）

〔组成〕 连翘 黄连 栀子 木通 玄参 天花粉 赤芍 大黄 黄芩 滑石

〔功用主治〕 清热泻火，利尿通便。用于口舌生疮，咽喉疼痛，心胸烦热，小便短赤，大便秘结。

〔剂型规格〕 丸剂。每丸重 3g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1日 2次。1岁以内酌减。

防风通圣丸

〔组成〕 防风 荆芥穗 薄荷 麻黄 大黄 芒硝 栀子 滑石 桔梗 石膏 川芎 当归 白芍 黄芩 连翘 甘草 白术

〔功用主治〕 解表清里，清热解毒。用于外寒内热，表里俱实，恶寒壮热，头痛咽干，小便短赤，大便秘结，瘰疬初起，风疹湿疮。

〔剂型规格〕 丸剂。每 20丸重 1g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1日 2~3次。

防芷鼻炎片

〔组成〕 苍耳子 白蒺藜 鹅不食草 白菊花 防风 白芷 白芍 旱莲草 胆南星

〔功用主治〕 疏风散邪，清热燥湿，通鼻窍。用于风邪袭肺，湿热郁鼻引起的鼻塞不通，流浊涕，嗅觉减退等症。

〔剂型规格〕 片剂。每片约 1.25g。

〔用法用量〕 口服。每服 1~2 片，1 日 3 次。

七 画

麦味地黄丸

〔组成〕 麦冬 五味子 熟地黄 山茱萸 牡丹皮 山药 茯苓 泽泻

〔功用主治〕 滋肾养肺。用于肺肾阴亏，潮热盗汗，咽干咳血，眩晕耳鸣，腰膝酸软，消渴。

〔剂型规格〕 丸剂。每丸重 9g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2 次。

医痫丸

〔组成〕 白附子 天南星 半夏 猪牙皂 僵蚕 乌梢蛇 蜈蚣 全蝎 白矾 雄黄 朱砂

〔功用主治〕 祛风化痰，定痫止搐。用于诸痫时发，二目上窜，口吐涎沫，抽搐昏迷。

〔剂型规格〕 水丸剂。

〔用法用量〕 口服。每服 1~2g，1 日 3 次。

护肝片

〔组成〕 保肝浸膏 五味子浸膏 猪胆膏粉 绿豆粉

〔功用主治〕 疏肝理气，健脾消食。用于慢性肝炎、迁延性肝炎及早期肝硬化等病。

〔剂型规格〕 片剂。

〔用法用量〕 口服。每服 2 片，1 日 2~3 次。

抗病毒冲剂（口服液）

〔组成〕 板蓝根 忍冬藤 山豆根 重楼 鱼腥草 贯众 青蒿 白芷 知母

〔功用主治〕 散风解毒，清热利咽。用于风热证，咳嗽，头痛，口渴，咽痛。

〔剂型规格〕 冲剂，每袋 10g。口服液，每支 10ml。

〔用法用量〕 口服。冲剂，每服 5~10g，1 日 3 次。口服液，每服 10~20ml，1 日 3 次。

苏合香丸

〔组成〕 苏合香 安息香 冰片 水牛角浓缩粉 麝香 檀香 沉香 丁香 香附 木香 乳香 萹荑 白术 诃子肉 朱砂

〔功用主治〕 芳香开窍，行气止痛。用于中风，中暑，痰厥昏迷，心胃气痛。

〔剂型规格〕 丸剂。每丸重 1.54g。

〔用法用量〕 口服。每服半丸，1 日 1~2 次。

含巴绛矾丸

〔组成〕 绛矾（绿矾煅制） 巴豆霜（去净油） 茯苓 泽泻 苍术 厚朴 木香 肉桂 青皮 防己 杜仲 当归

〔功用主治〕 导滞利水，理气通下。用于血吸虫病腹胀证。

〔剂型规格〕 丸剂。每丸重 0.22g。

〔用法用量〕 口服。每服 1~6 丸（成人量，儿童酌减）。

龟苓膏

〔组成〕 龟 土茯苓 金银花 绵茵陈 火麻仁 生地黄 甘草

〔功用主治〕 滋阴降火，清热利湿，凉血解毒。用于阴虚内热，便秘，热淋，疔肿，口疮等病症。

〔剂型规格〕 膏剂。每瓶装 150g。

〔用法用量〕 口服。每服：3~7 岁 15~45g，>7 岁 25~75g，1 日 1~2 次。

良附丸

〔组成〕 高良姜 香附

〔功用主治〕 温中散寒，行气止痛。用于脾胃中寒，胃脘冷痛，得暖痛减，呕吐嗝气，胁痛腹痛等症。

〔剂型规格〕 丸剂。

〔用法用量〕 口服。每服 2~4g，1 日 2 次。

补中益气丸

〔组成〕 黄芪 党参 甘草 白术 当归 升麻 柴胡 陈皮

〔功用主治〕 补中益气，升阳举陷。用于脾胃虚弱，中气下陷，体倦乏力，食少腹胀，久泻、脱肛等病症。

〔剂型规格〕 丸剂。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

局方至宝丹

〔组成〕 犀角（现用水牛角代） 牛黄 玳瑁 麝香 朱砂 雄黄 琥珀 安息香 冰片

〔功用主治〕 清热解毒，豁痰开窍。用于痰热内闭之证。

〔剂型规格〕 蜜丸剂。每丸重 1.5g。

〔用法用量〕 口服。每服半丸，1 日 2~3 次。

阿胶三宝膏

〔组成〕 阿胶 黄芪 大枣 白糖 饴糖

〔功用主治〕 补气血，健脾胃。用于气血两虚所致面黄肌瘦，神疲乏力，纳少，惊悸怔忡，头晕目眩，面目肢体浮肿等症。

〔剂型规格〕 膏剂。每瓶 250g。

〔用法用量〕 口服。每服 5~10ml，1 日 1~2 次。

附子理中丸

〔组成〕 附子 党参 白术 干姜 甘草

〔功用主治〕 温中健脾。用于脾胃虚寒，脘腹冷痛，呕吐泄泻，手足不温。

〔剂型规格〕 水蜜丸。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

纯阳正气丸

〔组成〕 藿香 半夏 木香 陈皮 丁香 肉桂 苍术 白术 茯苓 朱砂 硝石 硼砂 雄黄 金礞石 麝香 冰片

〔功用主治〕 温中散寒。用于暑天感受寒湿，腹痛吐泻，胸膈胀满，头痛恶寒，肢体酸重。

〔剂型规格〕 丸剂。

〔用法用量〕 口服。每服 1~2g，1 日 1~2 次。

八 画

青蒿素片

〔组成〕 青蒿提取物。

〔功用主治〕 抗疟。用于各型疟疾。

〔剂型规格〕 片剂。

〔用法用量〕 口服。成人每服 0.6g, 1日3次, 总剂量 5.4g, 儿童酌减。

青蒿琥酯片

〔组成〕 青蒿提取物

〔功用主治〕 抗疟。用于各型疟疾。

〔剂型规格〕 片剂。每片 20mg。

〔用法用量〕 口服。成人 5天疗程总剂量 440mg。首剂 80mg, 6小时后服 40mg, 以后每天上、下午各服 40mg, 连服 5天。<2岁用 1/4成人量, 3~6岁用 3/8成人量, 7~10岁用 1/2成人量, 11~15岁用 3/4成人量。

青蒿素注射液

〔组成〕 青蒿提取物

〔功用主治〕 抗疟。用于各型疟疾及抗氯喹恶性疟等病。

〔剂型规格〕 注射剂。

〔用法用量〕 肌肉注射。每次 200~300mg, 1日 1~2次, 3日为 1疗程。儿童酌减。

板蓝根冲剂

〔组成〕 板蓝根

〔功用主治〕 清热解毒, 凉血利咽, 消肿。用于扁桃体炎, 腮腺炎, 咽喉肿痛, 防治传染性肝炎, 小儿麻疹。

〔剂型规格〕 冲剂。每袋装 5g。

〔用法用量〕 口服。每服 5~10g, 1日 2~3次。

枕中丸

〔组成〕 龟版 龙骨 石菖蒲 远志

〔功用主治〕 强心健脑, 益智安神。用于失眠, 多梦, 心烦, 口干等症。

〔剂型规格〕 蜜丸剂。每丸重 9g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g, 1日 2~3次。

虎潜丸

〔组成〕 酒炙龟版 熟地 酒炒黄柏 酒炒知母 白芍药 炙虎骨 锁阳 干姜 陈皮

〔功用主治〕 滋阴降火, 强壮筋骨。用于肝肾阴亏所致的腰膝酸软, 筋骨萎弱, 步履不便等症。

〔剂型规格〕 蜜丸剂。每丸重 9g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g, 1日 2~3次。

肾康宁片

〔组成〕 淡附子 黄芪 山药 茯苓 锁阳 丹参 益母草 泽泻

〔功用主治〕 温肾益气, 活血化痰, 利湿固精。用于眼睑浮肿, 夜尿偏多, 腰膝酸软, 畏寒肢凉等症。

〔剂型规格〕 片剂。每瓶装 100片。

〔用法用量〕 口服。每服 2片, 1日 2~3次。

肾炎阳虚片

〔组成〕 黄芪 生晒参 党参 茯苓 附子 肉桂 木香 南五加皮 葶苈子 大黄

〔功用主治〕 温肾健脾, 清热化痰, 行气利水。用于脾肾阳虚, 阴寒内盛证。

〔剂型规格〕 片剂。每瓶 50片。

〔用法用量〕 口服。每服 2片, 1日 3次。

肾炎消肿片

〔组成〕 苍术 陈皮 南五加皮 茯苓 淡姜皮 大腹皮 西瓜皮 泽泻 黄柏 椒目 益母草

〔功用主治〕 健脾渗湿，通阳利水。用于急、慢性肾炎及肾病病程中出现的湿邪困脾证，出现肢体浮肿，晨起面肿甚，午后腿肿较重，按之凹陷，四肢困重，小便短少，脘闷腹胀，纳少等症。

〔剂型规格〕 片剂。每瓶 50 片。

〔用法用量〕 口服。每服 2 片，1 日 2~3 次。

肾炎清热片

〔组成〕 白茅根 连翘 杏仁 大腹皮 蒲公英 泽泻 茯苓皮 桂枝 车前子 蝉蜕 赤小豆 生石膏

〔功用主治〕 通调水道，利水消肿。用于急性肾炎早期。

〔剂型规格〕 片剂。每片重 0.32g。

〔用法用量〕 口服。每服 2~4 片，1 日 3 次。

知柏地黄丸

〔组成〕 知母 黄柏 熟地黄 山茱萸 牡丹皮 山药 茯苓 泽泻

〔功用主治〕 滋阴降火。用于阴虚火旺，潮热盗汗，口干咽痛，小便短赤。

〔剂型规格〕 丸剂。每丸重 6g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

季德胜蛇药

〔组成〕 从略

〔功用主治〕 解毒消肿止痛。用于毒蛇、毒虫咬伤。

〔剂型规格〕 片剂。

〔用法用量〕 口服，外用。被咬后即服 10 片，以后每服 5 片，每 6 小时 1 次。同时以水化药涂敷伤口周围。

肥儿丸

〔组成〕 肉豆蔻 木香 六神曲 炒麦芽 胡黄连 槟榔 使君子仁

〔功用主治〕 健胃消积，驱虫。用于小儿消化不良，虫积腹痛，面黄肌瘦，食少腹胀泄泻。

〔剂型规格〕 丸剂。每丸重 3g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 1~2 次。3 岁以内小儿酌减。

金刚丸

〔组成〕 肉苁蓉 杜仲 菟丝子 萆薢 猪腰子

〔功用主治〕 补肾生精，强壮筋骨。用于肝肾亏虚，筋骨失养引起的痿病、痹病，头晕耳鸣，腰酸无力，小便清长等症。

〔剂型规格〕 大蜜丸。每丸重 9g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

金果饮

〔组成〕 生地 玄参 麦冬 南沙参 西青果 蝉蜕 胖大海 孩儿参 陈皮 薄荷油

〔功用主治〕 养阴生津，清热利咽，润肺开音。用于肺阴虚，虚火上炎，津亏液少所致的咽喉病，咽喉疼痛，咽干不润，音哑不利，痰粘不易咯出等症。

〔剂型规格〕 糖浆剂。

〔用法用量〕 口服。每服 5ml，1 日 2~3 次。

金匮肾气丸

〔组成〕 肉桂 附子 熟地 山药 牡丹皮 山茱萸 茯苓 泽泻

〔功用主治〕 温补肾阳。用于肾阳亏虚，畏寒怕冷，四肢不温，尿清而频等症。

〔剂型规格〕 丸剂。每丸重 9g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

夜尿宁

〔组成〕 肉桂 桑螵蛸 破故纸 大青盐

〔功用主治〕 补肾散寒，止涩缩尿。用于小儿下元虚寒所致之遗尿，面色苍白，肢凉怕冷，智力较差。

〔剂型规格〕 蜜丸。每丸重 6g。

〔用法用量〕 口服。每服 6g，1 日 3 次。

河车大造丸

〔组成〕 紫河车 熟地黄 天冬 麦冬 杜仲 牛膝 黄柏 制龟甲

〔功用主治〕 滋阴清热，补肾益肺。用于肺肾两虚，虚劳咳嗽，骨蒸潮热，腰膝酸软。

〔剂型规格〕 蜜丸。每丸重 9g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

炎热清胶囊

〔组成〕 石膏 知母 柴胡 黄芩 龙胆草

〔功用主治〕 清里泻热，解肌透邪。用于肺热痰阻，咳嗽胸闷，痰黄稠，口渴多饮等症。

参苓白术丸（散）

〔组成〕 党参 白术 茯苓 甘草 陈皮 山药 扁豆 砂仁 桔梗 莲子 薏苡仁 大枣

〔功用主治〕 健脾益气，渗湿止泻。用于脾虚湿盛，纳谷不运，腹胀，胸膈满闷，四肢困倦等症。

〔剂型规格〕 散剂，每袋重 7.5g。丸剂，每 50 粒重 3g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

参麦注射液

〔组成〕 红参 麦冬

〔功用主治〕 益气固脱，敛汗生脉。用于气阴虚脱，脉微自汗，肢冷休克等症。

〔剂型规格〕 注射剂。每支 2ml。

〔用法用量〕 肌肉注射，每次 2~4ml，1 日 1 次。静脉滴注，每次 5~20ml，用 5% 葡萄糖液 250~500ml 稀释后用。

参麦止咳糖浆

〔组成〕 北沙参 麦冬 枇杷叶 鱼腥草 蔗糖

〔功用主治〕 养阴清热，润肺止咳。用于阴虚肺热证咳嗽。

〔剂型规格〕 糖浆剂。每瓶装 100ml。

〔用法用量〕 口服。每服 5~10ml，1 日 2~3 次。

降糖甲片

〔组成〕 生黄芪 太子参 生地黄 天花粉 肉桂

〔功用主治〕 补中益气，养阴生津。用于气阴两虚之消渴，口渴多饮，神疲乏力，尿频量多，头晕耳鸣，腰酸乏力等症。

〔剂型规格〕 片剂。每片 0.3g。

〔用法用量〕 口服。成人每服 4 片，1 日 3 次。小儿酌减。

九 画

枳实导滞丸

〔组成〕 枳实 大黄 黄连 黄芩 六神曲 白术 茯苓 泽泻

〔功用主治〕 消积导滞，清利湿热。用于脘腹胀痛，不思饮食，大便秘结，痢疾里急后重。

〔剂型规格〕 丸剂。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

柏子养心丸

〔组成〕 柏子仁 党参 黄芪 川芎 当归 茯苓 远志 酸枣仁 肉桂 五味子 半夏 炙甘草

〔功用主治〕 补气养血安神。用于心气虚寒，心悸易惊，失眠多梦，健忘。

〔剂型规格〕 蜜丸。每丸重 9g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2 次。

草珊瑚含片

〔组成〕 草珊瑚等

〔功用主治〕 清热解毒，消肿止痛。用于热毒上壅型的咽喉炎，扁桃体炎，口腔炎等病。

〔剂型规格〕 片剂。每片重 0.3g。

〔用法用量〕 含化。每服 1 片，1 日 6~8 次。

茵栀黄注射液

〔组成〕 茵陈 山栀子 黄芩 栀子

〔功用主治〕 清热解毒，利湿退黄。用于黄疸型肝炎，新生儿 ABO 型溶血性黄疸及重症肝炎。

〔剂型规格〕 注射剂。

〔用法用量〕 静脉滴注。每次 10~40ml，用 10% 葡萄糖注射液 20ml 稀释后应用，1 日 1 次。

胃肠安丸

〔组成〕 木香 沉香 枳壳 檀香 大黄 厚朴 朱砂 麝香 巴豆霜 大枣 川芎

〔功用主治〕 芳香化浊，理气止痛，健胃导滞。用于消化不良引起的腹泻，肠炎，菌痢，脘腹胀痛，食积乳积。

〔剂型规格〕 丸剂。40 丸重 0.16g。

〔用法用量〕 口服。每服：<1 岁 4~6 丸，1~3 岁 6~12 丸，1 日 2~3 次。3 岁以上酌加。

复方丹参片

〔组成〕 丹参浸膏 三七 冰片

〔功用主治〕 活血化瘀，理气止痛。用于胸中憋闷、心绞痛等病症。

〔剂型规格〕 片剂。

〔用法用量〕 口服。每服 1~2 片，1 日 2~3 次。

复方阿胶浆

〔组成〕 阿胶 熟地黄 人参 党参 山楂 蔗糖等

〔功用主治〕 气血双补。用于气血两虚所致面色萎黄或晄白，唇甲色淡，发枯少泽，心悸气短等症。

〔剂型规格〕 糖浆剂。每瓶装 200ml。

〔用法用量〕 口服。每服 15~20ml，1 日 2~3 次。小儿酌减。

复方丹参注射液

〔组成〕 丹参 降香

〔功用主治〕 活血祛瘀，理气止痛。用于气滞血瘀，胸阳不振者。

〔剂型规格〕 注射剂。每支 10ml。

〔用法用量〕 肌内注射，每次 1 支，1 日 1~2 次。静脉注射，4ml 加入 5% 葡萄糖液 500ml 内滴注，或 1ml 加入 50% 葡萄糖液 20ml 缓推。

香连丸

〔组成〕 吴茱萸制黄连 木香

〔功用主治〕 清热燥湿，行气止痛。用于湿热痢疾，里急后重，腹痛泄泻，菌痢，肠炎。

〔剂型规格〕 丸剂。

〔用法用量〕 口服。每3g，1日2~3次。

香砂胃苓丸

〔组成〕 白术 苍术 厚朴 木香 砂仁 陈皮 泽泻 茯苓 猪苓 肉桂 甘草

〔功用主治〕 健脾燥湿，和中止痛。用于脾虚湿困所致腹泻，水肿，恶心呕吐，不思饮食，脘腹胀痛，肢体困倦等症。

〔剂型规格〕 丸剂。15粒重1g。

〔用法用量〕 口服。每服：3~7岁3g，>7岁6g。1日3次。

香砂养胃丸

〔组成〕 木香 砂仁 白术 陈皮 茯苓 半夏 香附 枳实 豆蔻 厚朴 藿香 甘草

〔功用主治〕 温中和胃。用于不思饮食，呕吐酸水，胃脘满闷，四肢倦怠。

〔剂型规格〕 丸剂。

〔用法用量〕 口服。每服3g，1日2次。

香砂六君丸

〔组成〕 木香 砂仁 党参 白术 茯苓 甘草 陈皮 半夏

〔功用主治〕 益气健脾和胃。用于脾虚气滞，消化不良，嗝气食少，脘腹胀满，大便溏泄。

〔剂型规格〕 丸剂。

〔用法用量〕 口服。每服3g，1日2~3次。

胆香鼻炎片

〔组成〕 苍耳子 荆芥 白芷 藿香 猪胆汁 鹅不食草 金银花 野菊 薄荷脑

〔功用主治〕 疏风清热，通窍止痛。用于鼻塞，流黄涕，嗅觉减退，头痛等症。

〔剂型规格〕 片剂。

〔用法用量〕 口服。每服2~3片，1日3次。

胆石通胶囊

〔组成〕 茵陈 黄芩 金钱草 大黄 溪黄草 柴胡 枳壳

〔功用主治〕 利胆排石，清热解毒。用于胆石症，胆囊炎，胆道炎。

〔剂型规格〕 胶囊。

〔用法用量〕 口服。每服2~3粒，1日3次。

保和丸

〔组方〕 山楂 神曲 半夏 茯苓 陈皮 连翘 莱菔子 麦芽

〔功用主治〕 消食导滞和胃。用于食积停滞，脘腹胀满，噎腐吞酸，不思饮食。

〔剂型规格〕 丸剂。

〔用法用量〕 口服。每服2~3g，1日2~3次。

济生肾气丸

〔组成〕 熟地黄 山茱萸 牡丹皮 山药 茯苓 泽泻 肉桂 附子 牛膝 车前子

〔功用主治〕 温肾化气，利水消肿。用于肾虚水肿，腰膝酸重，小便不利，痰饮喘咳。

〔剂型规格〕 蜜丸。每丸重9g。

〔用法用量〕 口服。每服3g，1日2~3次。

养阴清肺口服液

〔组成〕 地黄 川贝母 麦冬 甘草等

〔功用主治〕 养阴润肺，清热利咽。用于邪衰正虚证，肺阴耗伤者以及肺病恢复期。

〔剂型规格〕 口服液。每支 10ml。

〔用法用量〕 口服。每服：<1 岁 2.5ml，1~3 岁 5ml，>4 岁 10ml。1 日 2 次。

穿琥宁注射液

〔组成〕 穿心莲提取物

〔功用主治〕 清热解毒消炎。用于上呼吸道感染，病毒性肺炎。

〔剂型规格〕 注射剂。每支 2ml，20mg。

〔用法用量〕 静脉滴注。每次 20ml，用 5%~10% 葡萄糖液 100~250ml 稀释后静滴，1 日 1 次。

十 画

珠黄散

〔组成〕 珍珠 牛黄

〔功用主治〕 解毒化腐。用于咽喉肿痛，口舌溃烂。

〔剂型规格〕 散剂。每瓶重 0.3g。

〔用法用量〕 外用。取药少许吹于患处，1 日 2~3 次。药物如流入咽内，可以咽下。

荷叶丸

〔组成〕 荷叶 藕节 大蓟炭 小蓟炭 知母 黄芩 地黄炭 棕榈炭 焦栀子 白茅根炭 玄参 白芍 当归 香墨

〔功用主治〕 凉血止血。用于咯血，衄血，尿血，便血等病症。

〔剂型规格〕 丸剂。每丸重 9g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

健步丸

〔组成〕 黄柏 知母 熟地黄 当归 白芍 牛膝 豹骨 龟甲 陈皮 干姜 锁阳 羊肉

〔功用主治〕 补肝肾，强筋骨。用于肝肾不足，腰膝酸软，下肢痿弱，步履艰难。

〔剂型规格〕 丸剂。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

健脾补血冲剂

〔组成〕 党参 茯苓 皂矾 神曲 黑豆 白术 陈皮 甘草

〔功用主治〕 益气补血，健脾和胃。用于脾虚血亏，面黄肌瘦，食少体倦。

〔剂型规格〕 冲剂。每瓶装 3g。

〔用法用量〕 口服。每服：<2 岁 0.5g，2~5 岁 1g，6~10 岁 1.5g，11~14 岁 2g，>15 岁 3g。1 日 3 次。

脑得生丸

〔组成〕 三七 川芎 红花 葛根 山楂

〔功用主治〕 活血化瘀，疏通经络，醒脑开窍。用于脑动脉硬化、缺血性脑中风及脑出血后遗症等病。

〔剂型规格〕 丸剂。每丸重 9g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

消渴丸

〔组成〕 黄芪 生地黄 天花粉 优降糖

〔功用主治〕 益气养阴，生津止渴。用于肺燥津亏，气阴两虚型糖尿病，症见口渴多饮、乏力善饥、尿频而多等症。

〔剂型规格〕 水丸。每丸含优降糖 0.25mg。

〔用法用量〕 口服。成人每次 5~10 丸，1 日 3 次。小儿酌减。

消炎利胆片

〔组成〕 溪黄草 穿心莲 苦木

〔功用主治〕 消炎利胆，清热止痛。用于急性胆囊炎，胆道炎，肝胆结石并感染。

〔剂型规格〕 片剂。

〔用法用量〕 口服。每服 2~3 片，1 日 3 次。

消炎退热冲剂

〔组成〕 大青叶 蒲公英 地丁 甘草

〔功用主治〕 清热解毒。用于上呼吸道感染发热及各种疮疖肿痛。

〔剂型规格〕 冲剂。每包装 10g。

〔用法用量〕 口服。每服 3~10g，1 日 3 次。

消肿祛痛灵

〔组成〕 七叶一枝花 红花 透骨草

〔功用主治〕 解毒消肿，活血化瘀，祛风除湿。用于风寒湿性关节炎，类风湿关节炎，增生性关节炎所致的关节肿痛等。

〔剂型规格〕 酊剂。

〔用法用量〕 外敷。

桑椹膏

〔组成〕 桑椹 冰糖

〔功用主治〕 养血润燥，生津止渴。用于津血亏虚之肠枯便秘，少寐多梦等症。

〔剂型规格〕 煎膏剂。每瓶装 240g。

〔用法用量〕 口服。每服 3~6g，1 日 2~3 次。

桑菊银翘散

〔组成〕 桑叶 菊花 银花 连翘 川贝 桔梗 薄荷 竹叶 荆芥 牛蒡子 杏仁 芦根 蝉蜕 僵蚕 滑石 绿豆 淡豆豉 甘草

〔功用主治〕 辛凉解表，疏风宣肺。用于外感风热及温病初起的发热，咳嗽，鼻塞流涕，咽喉肿痛。

〔剂型规格〕 散剂。每包 10g。

〔用法用量〕 口服。每服：<6 岁 1/3 包，>6 岁 1/2 包。1 日 2 次。

通宣理肺丸

〔组成〕 麻黄 紫苏 前胡 杏仁 桔梗 陈皮 半夏 茯苓 枳壳 黄芩 甘草

〔功用主治〕 辛温解表，宣肺止咳。用于风寒表证咳嗽较重者，症见恶寒重，头痛鼻塞，咳嗽痰白，身痛骨节痛，无汗而喘。

〔剂型规格〕 蜜丸。每丸重 6g。

〔用法用量〕 口服。每服：3~7 岁 4g，>7 岁 6g。1 日 2~3 次。

十一画

理中丸

〔组成〕 干姜 人参 白术 炙甘草

〔功用主治〕 温中散寒，补气健脾。用于治疗中焦虚寒所致脘腹痛、呕吐、泄泻。

〔剂型规格〕 丸剂。每丸重 9g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。



梅花点舌丹

〔组成〕 牛黄 珍珠 麝香 蟾蜍 熊胆 雄黄 朱砂 硼砂 葶苈子 乳香 没药 血竭 沉香 冰片

〔功用主治〕 清热解毒，消肿止痛。用于疔疮痈肿初起，咽喉牙龈肿痛，口舌生疮。

〔剂型规格〕 丸剂。每丸重 1g。

〔用法用量〕 口服。成人每次 3 粒，1 日 1~2 次。小儿酌减。外用时用醋化开，敷于患处。

黄芪生脉饮

〔组成〕 黄芪 党参 麦冬 五味子

〔功用主治〕 益气养阴，强心补肺。用于气阴两虚所致心悸气短，动则加重，自汗出，疲乏无力，舌淡有齿痕。

〔剂型规格〕 口服液。每支 10ml。

〔用法用量〕 口服。每服 5ml，1 日 2~3 次。

黄病绛矾丸

〔组成〕 绛矾 苍术 陈皮 厚朴 甘草 红枣

〔功用主治〕 健脾消积杀虫。用于钩虫病脾湿积滞，脘腹胀痛，大便稀溏，面色萎黄浮肿，肢倦乏力，嗜食异物。

〔剂型规格〕 糊丸。每 100 丸重 6g。

〔用法用量〕 口服。每服：3~7 岁 1~2g，>7 岁 1.5~3g。1 日 1~2 次。

银黄片（口服液）

〔组成〕 银花 黄芩提取物

〔功用主治〕 清热解毒。用于咽喉肿痛，疮疖痈肿等病症。

〔剂型规格〕 片剂，每片 0.3g。口服液，每支 10ml。

〔用法用量〕 口服。片剂每服 0.15~0.3g，口服液每服 5~10ml，1 日 2~3 次。

银翘解毒丸（胶囊）

〔组方〕 银花 连翘 薄荷 荆芥 淡豆豉 牛蒡子 桔梗 淡竹叶 甘草

〔功用主治〕 辛凉解表，清热解毒。用于风热感冒，发热头痛，咳嗽口干，咽喉疼痛。

〔剂型规格〕 丸剂。每丸重 3g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

麻仁丸

〔组成〕 火麻仁 杏仁 大黄 枳实 厚朴 白芍

〔功用主治〕 润肠通便。用于肠燥便秘。

〔剂型规格〕 蜜丸。每丸 6g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

麻仁润肠丸

〔组成〕 火麻仁 杏仁 大黄 木香 陈皮 白芍

〔功用主治〕 润肠通便。用于肠胃积滞，胸腹胀满，大便秘结。

〔剂型规格〕 丸剂。每丸重 6g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2 次。

清热地黄丸

〔组成〕 犀角（用水牛角代） 生地黄 赤芍 丹皮 侧柏炭 大黄炭 梔子炭 荷叶炭 白茅根

〔功用主治〕 清热解毒，凉血止血，兼以散瘀。用于白血热毒炽盛，热入营血，迫血妄行之吐衄、便血、尿血、紫斑等各种出血。

〔剂型规格〕 蜜丸。每丸重 6g。

〔用法用量〕 口服。每服 2 丸，1 日 2 次，冷开水送服。小儿酌减。

清开灵注射液

〔组成〕 水牛角 黄芩武 珍珠粉 栀子 板蓝根 银花 胆酸

〔功用主治〕 清热解毒，芳香开窍。用于热病邪陷心包，高热神昏，谵语抽搐等症。

〔剂型规格〕 注射剂。每支 2ml。

〔用法用量〕 肌内注射，每次 1 支，1 日 2~3 次。静脉滴注，每次 10~20ml，加入 5% 葡萄糖注射液 500ml 滴注。

羚羊角粉

〔组成〕 羚羊角

〔功用主治〕 清肝熄风。用于肝风内动，眩晕，惊风，癫痫等症。

〔剂型规格〕 散剂。每支 0.6g。

〔用法用量〕 口服。每服 0.1~0.3g，1 日 2 次。

十二画

琥珀抱龙丸

〔组成〕 山药 朱砂 甘草 琥珀 天竺黄 檀香 枳壳 茯苓 胆南星 枳实 红参

〔功用主治〕 镇静安神，清热化痰。用于发热抽搐，烦躁不安，痰喘气急，惊痫不安。

〔剂型规格〕 丸剂。每丸重 1.8g。

〔用法用量〕 口服。每服 1 丸，1 日 2 次。婴儿每次 1/3 丸化服。

琥珀镇惊丸

〔组成〕 琥珀 牛黄 珍珠 麝香 朱砂 雄黄 胆星 天竺黄 天南星 橘红 法夏 浙贝 天麻 钩藤 全蝎 僵蚕 麦冬

〔功用主治〕 清热镇惊，化痰熄风。用于内热外感或内热受惊所致高热惊厥，夜啼，喘嗽等症。

〔剂型规格〕 丸剂。每丸重 1.75g。

〔用法用量〕 口服。每服 1 丸，1 日 2~3 次，3 岁以下酌减。

越鞠丸

〔组成〕 香附 川芎 山栀 苍术 神曲

〔功用主治〕 行气解郁。用于胸膈痞闷，脘腹胀满，胸胁疼痛，饮食不化，呕恶暖气，嘈杂吞酸。

〔剂型规格〕 水丸。每 100 丸重 6g。

〔用法用量〕 口服。每服：3~7 岁 2g，>7 岁 3g。1 日 2 次。

紫金锭

〔组成〕 山慈姑 红大戟 千金子霜 五倍子 麝香 朱砂 雄黄

〔功用主治〕 辟瘟解毒，消肿止痛。用于中暑，脘腹胀痛，恶心呕吐，痢疾泄泻，小儿痰厥；外治疔疮疖肿，疔腮，丹毒，喉风。

〔剂型规格〕 锭剂。每锭重 0.3g。

〔用法用量〕 口服。每服 0.3~0.6g，1 日 2 次。外用，醋磨调敷患处。

紫雪丹

〔组成〕 石膏 寒水石 滑石 磁石 玄参 木香 沉香 升麻 甘草 丁香 芒硝 硝石 水牛角浓缩粉 羚羊角 麝香 朱砂

〔功用主治〕 清热解毒，止痉开窍。用于热病，高热烦躁，神昏谵语，惊风抽搐，斑疹吐衄，尿赤便秘。

〔剂型规格〕 散剂。每瓶装 1.5g。

〔用法用量〕 口服。每服：1岁 0.3g，5岁以内每增1岁递增 0.3g。1日1次。5岁以上酌情服用。

紫地宁血散

〔组成〕 大叶紫珠 地苾

〔功用主治〕 清热凉血，收敛止血。用于胃热迫血妄行引起的吐血便血，适用于胃及十二指肠溃疡出血。

〔剂型规格〕 散剂。每瓶装 4g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1日3次。

喉症丸

〔组成〕 板蓝根 人工牛黄 猪胆汁 冰片 雄黄 硼砂 蟾酥 元明粉 百草霜 青黛

〔功用主治〕 清热解毒，消肿利咽，凉血止痛。用于喉痹、喉疳、乳蛾及疮疖等病。

〔剂型规格〕 水丸。每瓶装 30粒。

〔用法用量〕 口服含化。每服 3~10岁 3~5粒，1日2次。

舒肝片

〔组成〕 砂仁 玄胡索 茯苓 沉香 白芍 枳壳 豆蔻 陈皮 川楝子 木香 片姜黄 厚朴

〔功用主治〕 助消化，消积滞，止痛除烦。用于肝郁气滞，两胁刺痛，饮食无味，呕吐酸水，周身窜痛。

〔剂型规格〕 片剂。每片重 0.6g。

〔用法用量〕 口服。每服 1~2片，1日2次。

湛江蛇药

〔组成〕 鸡骨香 双眼龙 田基黄 细辛 半边旗等

滋补肝肾丸

〔组成〕 北沙参 麦冬 当归 炙何首乌 川续断 酒炙女贞子 旱莲草 熟地黄 陈皮 醋炙五味子 浮小麦

〔功用主治〕 滋补肝肾。用于肾病恢复期之肝肾阴虚证。

〔剂型规格〕 蜜丸。每丸重 9g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1日2~3次。

强肾片

〔组成〕 鹿茸 人参茎叶皂甙 熟地 山药 山茱萸 茯苓 丹皮 泽泻 补骨脂 杜仲 枸杞子 桑椹子 益母草 丹参

〔功用主治〕 补肾益精，温阳化湿，扶正固本。用于阴阳俱虚、肾气不化，不能固摄所致之水肿，腰以下为甚，神疲体倦，头晕耳鸣，小便不利等症。

〔剂型规格〕 片剂。每片 0.3g。

〔用法用量〕 口服。每服 2~3片，1日3次。

十三画

蒿甲醚油剂注射液

〔组成〕 蒿甲醚

〔功用主治〕 抗疟。用于各种疟疾及抗氯喹恶性疟及脑型疟的治疗。

〔剂型规格〕 注射剂。1ml含 80mg。

〔用法用量〕 肌肉注射。首剂 3.2mg/kg bw，以后每次 1.6mg/kg bw，1日1次，5日为1疗程。

雷公藤多甙片

〔组成〕 雷公藤甙类

〔功用主治〕 解毒化瘀。用于肾病综合征及慢性肾炎蛋白尿，狼疮性及紫癜性肾炎，类风湿性关节炎。

〔剂型规格〕 片剂。每片10mg。

〔用法用量〕 口服。每日1~1.5mg/kg bw，分3次，饭后服。用药期间注意观察毒副反应。

十四画

静灵口服液

〔组成〕 熟地黄 山药 女贞子 五味子 茯苓 丹皮 泽泻 远志 龙骨

〔功用主治〕 滋肾益阴，平肝潜阳，健脑益智，宁神开窍。用于儿童多动症由于肾阴不足，肝阳偏旺所致的多动暴戾，多语急躁，注意力涣散，冲动任性，学习困难，口干咽燥。

〔剂型规格〕 口服液。每支10ml。

〔用法用量〕 口服。每服：3~5岁5ml，6~14岁10ml，15岁以上15ml。1日2次。

慢惊丸

〔组成〕 人参 白术 川附子 肉桂 枸杞子 熟地黄 泽泻 麝香 丁香 甘草

〔功用主治〕 补养气血，温脾止泻。用于吐泻日久损伤脾胃，身体瘦弱，面色青白，四肢厥冷，神倦多睡，手足抽搐等慢惊风，慢脾风之证。

鼻炎片

〔组成〕 苍耳子 辛夷 野菊花 五味子 白芷 防风 连翘 甘草 荆芥 知母 桔梗 黄柏

〔功用主治〕 祛风宣肺，清热解毒。用于急慢性鼻炎，副鼻窦炎。

〔剂型规格〕 片剂。每片重0.3g。

〔用法用量〕 口服。每服2片，1日3次。

鼻炎康片

〔组成〕 野菊花 黄芩 猪胆汁 薄荷 麻黄 藜香 苍耳子 鹅不食草 当归 扑尔敏。

〔功用主治〕 宣肺通窍，清热解毒。用于急慢性鼻炎、鼻窦炎及过敏性鼻炎。

〔剂型规格〕 片剂。每片含扑尔敏1mg，每瓶装30片。

〔用法用量〕 口服。每服1~2片，1日3次。

缩泉丸

〔组成〕 益智仁 乌药 山药

〔功用主治〕 温肾缩尿。用于小便频数，遗尿，四肢清冷，腰膝酸软等。

〔剂型规格〕 水丸剂。20粒重1g。

〔用法用量〕 口服。每服3g，1日2次。

十五画以上

藿香正气丸

〔组成〕 广藿香 苏叶 白芷 白术 陈皮 半夏 厚朴 茯苓 桔梗 甘草 大腹皮 生姜 大枣

〔功用主治〕 祛暑解表，化湿和中。用于感冒，呕吐，泄泻，霍乱，湿阻等病。

〔剂型规格〕 丸剂。每袋9g。

〔用法用量〕 口服。每服3g，1日2次。

藿香正气水

〔组成〕 苍术 陈皮 厚朴 白芷 茯苓 大腹皮 生半夏 甘草浸膏 藿香油 苏叶油

〔功用主治〕 解表化湿，理气和中。用于外感风寒，内伤湿滞，头痛昏重，脘腹胀痛，呕吐泄泻等症。

〔剂型规格〕 口服液。每支装 10ml。

〔用法用量〕 口服。每服 5ml，1 日 2~3 次。

藿胆鼻炎胶囊

〔组成〕 苍耳子醇提取物 藿香油微囊 精制猪胆干膏

〔功用主治〕 清热利湿通窍。用于鼻渊属肝胆湿热者，鼻流浊涕，鼻塞，嗅觉减退，头胀头痛等症。

〔剂型规格〕 胶囊。每粒含 0.3g。

〔用法用量〕 口服。每服 1~2 粒，1 日 3 次。

醒脑静注射液

〔组成〕 麝香 冰片 黄连 山梔 黄芩 郁金

〔功用主治〕 开窍醒脑，镇惊止痉。用于温热病神志不清，烦躁谵妄，肢体抽搐等症。

〔剂型规格〕 注射剂。

〔用法用量〕 肌内注射。每次 2~4ml，1 日 1~2 次。或用 10% 葡萄糖注射液稀释后静脉滴注。

囊虫丸

〔组成〕 雷丸 干漆炭 桃仁 水蛭 五灵脂 牡丹皮 大黄 芫花 僵蚕 茯苓 橘红 川乌 黄连

〔功用主治〕 杀虫化瘀。用于人体猪囊虫病以及由囊虫引起的癫痫等病。

〔剂型规格〕 丸剂。每丸重 5g。

〔用法用量〕 口服。成人每服 1 丸，1 日 3 次，空腹温开水送服。3~7 岁服成人量的 1/3，7 岁以上服成人量的 1/2。

鹭鸶涎丸

〔组成〕 鹭鸶涎 牛蒡子 梔子 生石膏 天花粉等

〔功用主治〕 清热宣肺，止咳化痰。用于痰热犯肺，咳嗽阵作，日轻夜重，喉间有痰鸣声。

〔剂型规格〕 蜜丸。每丸重 1g。

〔用法用量〕 口服。每服 1~2g，1 日 2 次。

鳖甲煎丸

〔组成〕 鳖甲胶 大黄 地鳖虫 桃仁 鼠妇虫 螭螂 凌霄花 牡丹皮 硝石 蜂房 柴胡 厚朴 桂枝 干姜 瞿麦 石韦 葶苈子 半夏 射干 黄芩 党参 阿胶 白芍

〔功用主治〕 消积散结。用于疟母及腹部癥瘕痞块，按之质硬，舌质暗，有瘀斑，脉弦或细涩。

〔剂型规格〕 蜜丸剂。每袋 500g。

〔用法用量〕 口服。每服 3g，1 日 2~3 次。

