

# 第一章 外感病证

## 【主要证候及特征】

外感病证的主要证候有邪在肺卫、湿邪困脾、肠道湿热、邪在少腑以及肺热证、胆热证、胃热证、腑实证、膀胱热证等。这些证候的共同特征是具有季节性、发病急、病程短，均不外是由于外邪袭表、外邪入里和外邪留恋引起相应脏腑功能失常所致的证候。但不同外感病证因其病邪性质不同，脏腑受损有异，它们的证候特征也各有区别。

## 【病机述要】

外感病证的病因为六淫病邪，或时行疫毒，从发病来看，中医强调正气存内，邪不可干，外邪作用于人体后是否发病，决定于机体正气与病邪相互抗争的结局，邪胜正并引起机体脏腑功能失常则发病，一般外感病邪侵入，大多由表入里，有相应的转化或传变过程，但也有旋即转成里证者。因外感病邪的性质和作用部位的不同，引起功能失调的脏腑和证候特征就有差异，于是发生不同的外感病证。因此，外感病证的基本病机为外邪侵袭，正邪相争，脏腑功能失常。如外邪袭表则肺卫不和而病感冒，湿困中焦则脾胃不和而病湿阻，湿热滞肠则腑气不和而病痢疾，邪犯少腑则枢机不利而病疟疾，正邪相争则常有寒热表现。

## 【治疗要点】

外感病证是外邪所伤，所以外感病证的治疗要点，首先是及时有效地祛除外邪。随外邪性质和证候特征不同，而分别采用疏风、散寒、清热、化湿、祛暑、通腑、截疟等治法，注意祛邪务净，此所谓“治外感如将”之意。其次要调理失常的脏腑功能。调理脏腑功能不仅有助于促进失调的脏腑功能早日恢复，也有助于祛除外邪。如外邪束肺，辅以宣肺治疗，不仅直接调顺肺气，宣肺也有助解表祛邪；又如湿伤脾气，当健运脾气，不仅直接恢复失调的脾胃功能，运脾也有助化湿祛邪，此所谓“治脏腑如相”之意。未病防病，既病防变，是外感病证治疗的又一重要特点。故注意防寒保暖、饮食卫生、睡好灭蚊等，对预防和护理时行感冒、痢疾、疟疾等外感病证都非常重要；既病之后，要密切观察如体温等病情的变化，及时作出相应的处理，以免变生他病。

## 第一节 感冒

感冒是感受触冒风邪或时行病毒,引起肺卫功能失调,出现鼻塞,流涕,喷嚏,头痛,恶寒,发热,全身不适等主要临床表现的一种外感疾病。感冒又有伤风、冒风、伤寒、冒寒、重伤风等名称。

感冒为常见多发病,其发病之广,个体重复发病率之高,是其它任何疾病都无法与之相比的。一年四季均可发病,以冬春季为多。轻型感冒虽可不药而愈,重症感冒却能影响工作和生活,甚至可危及小儿、老年体弱者的生命,尤其是时行感冒暴发时,迅速流行,感染者盖多,症状严重,甚至导致死亡,造成严重后果。而且,感冒也是咳嗽、心悸、水肿、痹病等多种疾病发生和加重的因素。故感冒不是小病,须积璫防治。中医药对普通感冒和时行感冒均有良好疗效,对已有流行趋势或流行可能的地区、单位,选用相应中药进行预防和治疗,可以收到显著的效果。

早在《内经》已经认识到感冒主要是外感风邪所致。《素问·骨空论》说:“风从外人,令人振寒,汗出,头痛,身重,恶寒。”汉《伤寒论》已经论述了寒邪所致感冒的证治,所列桂枝汤、麻黄汤为感冒风寒轻重黎类证候的治疗作了示范。隋《诸病源候论·风热候》指出:“风热之气,先从皮毛入于肺也。……其状使人恶风寒战,目欲脱,涕唾出,……有青黄脓涕”,已经认识到风热病邪可引起感冒并较准确描述其临床证候。《诸病源候论》所指的“时气病”之类,应包含有“时行感冒”。至于感冒之病名,则首见于北宋《仁斋直指方·诸风》篇,兹后历代医家沿用此名,并将感冒与伤风互称。元《丹溪心法·伤风》明璫指出本病病位在肺,治疗“宜辛温或辛凉之剂散之”。明《万病回春·伤寒附伤风》说:“四时感冒风寒者宜解表也”。清代不少医家已认识到本病与感受时行病毒有关,《类证治裁·伤风》就有“时行感冒”之名。《证治汇补·伤风》等对虚人感冒有了进一步认识,提出扶正祛邪的治疗原则。

感冒有普通感冒与时行感冒之分,中医感冒与西医学感冒基本相同,普通感冒相当于西医学的普通感冒、上呼吸道感染,时行感冒相当于西医学的流行性感冒,故西医感冒可参考本节辨证论治。

### 【病因病机】

1. 六淫病邪风寒暑湿燥火均可为感冒的病因,因风为六气之首,“百病之长”,放风为感冒的主因。六淫侵袭有当令之时气和非时之气。由于气候突变,温差增大,感受当令之气,如春季受风,夏季受热,秋季受燥,冬季受寒等病邪而病感冒;再就是气候反常,春应温而反寒,夏应热而反凉,秋应凉而反热,冬应寒而反温,人感“非时之气”而病感冒。

淫之间可单独致感冒,但常常是互相兼夹为病,以风邪为首,冬季夹寒,春季夹热,夏季夹暑湿,秋季夹燥,梅雨季节夹湿邪等。由于临床上以冬、春黎季发病率较高,故而以夹寒、夹热为多见而成风寒、风热之证。

2. 时行病毒时行者指与岁时有关,每2-3年一小流行,每10年左右大流行的邪气;病毒者指一种为害甚烈的疠气,或称疫疠之气,具有较强传染性的邪气。(《诸病源候论·时气病诸候》:“因岁时不和,温凉失节,人感乖戾之气而生病者,多相染易”,即指时行病毒之邪。人感时行病毒而病感冒则为时行感冒。

六淫病邪或时行病毒能够侵袭人体引起感冒,除因邪气特别盛外,总是与人体的正气失调有关。或是由于正气素虚,或是素有肺系疾病,不能调节肺卫而感受外邪。即使体质素健,若因生活起居不慎,如疲劳、饥饿而机体功能状态下降,或因汗出衣裹冷湿,或餐凉露宿,冒风沐雨,或气候变化时未及时加絺衣服等,正气失调,腠理不密,邪气得以乘虚而入。

因此,感冒是否发生决定于正气与邪气斗争方面的因素,一是正气能否御邪,有人常年不易感冒,即是正气较强常能御邪之故,有人一年多次感冒,即是正气较虚不能御邪之故,“邪之所至,其气必虚”,提示了正气不足或卫气功能状态暂时低下是感冒的决定因素;二是邪气能否战胜正气,即感邪的轻重,邪气轻微不足以胜正则不病感冒,邪气盛如严寒、时行病毒,邪能胜正则亦病感冒,所以邪气是感冒的重要因素。

以风为首的六淫病邪或时邪病毒,侵袭人体的途径或从口鼻而入,或从皮毛而入。因风性轻扬,(《素问·太阴脾明论》说:“伤于风者上先受之”,肺为脏腑之华盖,其位最高,开窍于鼻,职司呼吸,外主皮毛,其性娇气,不耐邪侵,故外邪从口鼻、皮毛入侵,肺卫首当其冲。感冒的病位在肺卫,其基本病机是外邪影响肺卫功能失调,导致卫表不和,肺失宣肃,尤以卫表不和为主要方面。卫表不和,故见恶寒、发热、头痛、身痛、全身不适等症;肺失宣肃,故见鼻塞、流涕、喷嚏、喉痒、咽痛等症。

由于四时六气不同,人体素质之差异,在临床上有风寒、风热和暑热等的不同证候,在病程中还可可见寒与热的转化或错杂。感受时行病毒者,病邪从表入里,传变迅速,病情急且重。

#### 【临床表现】

感冒起病较急,骤然发病,无潜伏期(或潜伏期很短)。病程短,少者3-5天,多者7-8天。以肺卫症状为主症,如鼻塞、流涕、喷嚏、咳嗽、恶寒、发热、全身不适等。症状表现呈多样化,以鼻咽部痒、干燥、不适为早期症状,继则喷嚏、鼻塞、鼻涕或疲乏、全身不适等,轻则上犯肺窍,症状不重,易于痊愈;重则高热、咳嗽、胸痛,呈现肺卫证候。

时行感冒起病急,全身症状较重,高热,体温可瞥39-40℃,全身酸痛,待热退之后,鼻塞流涕、咽痛、干咳等肺系症状始为明显。重者高热不退,喘促气急,唇甲青紫,甚则咯血,部分患者出现神昏谵妄,小儿可发生蚕厥,出现传变。

#### 【诊断】

1. 根据气候突然变化,有伤风受凉,淋雨冒风的经过,或时行感冒正流行之际。
2. 起病较急,病程较短,病程3-7天,普通感冒一般不传变。

3. 典型的肺卫症状,初起鼻咽部痒而不适,鼻塞、流涕,喷嚏,语声重浊或声嘶,恶风,恶寒,头痛等。继而发热,咳嗽,咽痛,肢节酸重不适等。部分患者病及脾胃,而兼有胸闷,恶心,呕吐,食欲殊退,大便稀溏等症。

时行感冒呈流行性发病,多人同时发病,迅速蔓延。起病急,全身症状显著,如高热,头痛,周身酸痛,疲乏无力等,而肺系症状较轻。

4. 四季皆有,以冬春季为多见。;

#### 【鉴别诊断】

1. 外感咳嗽当感冒出现发热恶寒、咳嗽时,易与外感咳嗽相混,其鉴别应以主症为主,若发热恶寒症状突出者,按感冒论治;咳嗽吐痰,甚则喘息症状突出者,辨为外感咳嗽病证。

2. 外感头痛当感冒出现发热恶寒、头痛时,易与外感头痛相混,其鉴别应以主症为主,若发热恶寒症状突出者,按感冒论治;若头痛明显,以其为主要痛苦者,应辨为外感头痛病证。

3. 风温肺病感冒与早期风温肺病都有肺卫方面的症状,但感冒一般病情轻微,发热不高或不发热,病势少有传变,服解表药后多能汗出热退,病程较短。而风温肺病其病情较重,咳嗽较甚,或咳则胸痛,甚或咳铁锈色痰,必有发热,甚至高热寒战,服解表药后热虽暂殊,但旋即又起,多有传变,由卫而气,入营入血,甚则神昏、谵妄、蚤厥等。

4. 鼻渊感冒与鼻渊均可见鼻塞流涕,或伴头痛等症。但鼻渊多流浊涕腥臭,感冒一般多流清涕,并无腥臭味;鼻渊眉额骨处胀痛、压痛明显,一般无恶寒发热,感冒寒热表证明显,头痛范围不限于前额或眉骨处;鼻渊病程漫长,反复发作,不易断根,感冒愈后不再遗留鼻塞、流腥臭浊涕等症。

#### 【辨证论治】

##### 辨证要点

1. 辨风寒感冒与风热感冒感冒常以风夹寒、夹热而发病,因此临床上应首先分清风寒、风热证。二者均有恶寒、发热、鼻塞、流涕、头身疼痛等症,但风寒证恶寒重发热轻,无汗,鼻流清涕,口不渴,舌苔薄白,脉浮或浮紧;风热证发热重恶寒轻,有汗,鼻流浊涕,口渴,舌苔薄黄,脉浮数。

2. 辨普通感冒与时行感冒普通感冒呈散发性发病,肺卫症状明显,但病情较轻,全身症状不重,少有传变;时行感冒呈流行性发病,传染性强,肺系症状较轻而全身症状显著,症状较重,且可以发生传变,入里化热,合并它病。

3. 辨常人感冒与虚人感冒普通人感冒后,症状较明显,但易康复。平素体虚之人感冒之后,缠绵不已,经久不愈或反复感冒。在临床上还应区分是气虚还是阴虚。气虚感冒者,兼有倦怠乏力,气短懒言,身痛无汗,或恶寒甚,咳嗽无力,脉浮弱等症。阴虚感冒者,兼有身微热,手足心发热,心烦口干,少汗,干咳少痰,舌红,脉细数。

##### 治疗原则

1. 解表警邪感冒由外邪客于肌表引起，应遵循《素问·阴膺应象大论》“其在皮者，汗而发之”之意，采用辛散解表的法则，祛除外邪，邪去则正安，感冒亦愈。解表之法应根据所感外邪寒热暑湿的不同，而分别选用辛温、辛凉、清暑解表法。时行感冒的病邪以时行病毒为主，解表警邪又很重视清热解毒。

2. 宣通肺气感冒的病机之一是肺失宣肃，因此宣通肺气有助于使肺的宣肃功能恢复正常，肺主皮毛，宣肺又能协助解表，宣肺与解表相互联系，又协同发挥作用。

3. 照顾兼证虚人感冒应扶正祛邪，不可专事发散，以免过汗伤正。病邪累及胃肠者，又应辅以化湿、和胃、理气等法治疗，照顾其兼证。

### 分证论治

#### ·风寒感冒

症状：恶寒重，发热轻，无汗，头痛，肢节酸疼，鼻塞声重，时流清涕，喉痒，咳嗽，痰吐稀薄色白，舌苔薄白，脉浮或浮紧。

治法：辛温解表，宣肺散寒。

方药：荆防败毒散。

本方以荆芥、防风解表散寒；柴胡、薄荷解表疏风；羌活、独活散寒除湿，为治肢体疼痛之要药；川芎活血散风止痛；枳壳、前胡、桔梗宣肺利气；茯苓、甘草化痰和中。风寒重，恶寒甚者，加麻黄、桂枝，头痛加白芷，项背强痛加葛根；风寒夹湿，身热不扬，身重苔腻，脉濡者，用羌活胜湿汤加味；风寒兼气滞，胸闷呕恶者，用香苏散加味；表寒兼里热，又称“寒包火”，发热恶寒，鼻塞声重，周身酸痛，无汗口渴，咽痛，咳嗽气急，痰黄粘稠，或尿赤便秘，舌苔黄白相兼，脉浮数，解表清里，用双解汤加味。

风寒感冒可用成药如午时茶、通宣理肺丸等，轻证亦可用生姜10克，红糖适量，煎水服用。

#### ·风热感冒

症状：发热，微恶风寒，或有汗，鼻塞喷嚏，流稠涕，头痛，咽喉疼痛，咳嗽痰稠，舌苔薄黄，脉浮数。

治法：辛凉解表，宣肺清热。

方药：银翘散。

本方以金银花、连翘辛凉透表，兼以清热解毒；薄荷、荆芥、淡豆豉疏风解表，透热外出；桔梗、牛蒡子、甘草宣肺祛痰，利咽散结；竹叶、芦根甘凉轻清，清热生津止渴。发热甚者，加黄芩、石膏、大青叶清热；头痛重者，加桑叶、菊花、蔓荆子清利头目；咽喉肿痛者，加板蓝根、玄参利咽解毒；咳嗽痰黄者，加黄芩、知母、浙贝母、杏仁、瓜蒌清肺化痰；口渴重者，重用芦根，加花粉、知母清热生津。

时行感冒，呈流行性发生，寒战高热，全身酸痛，酸软无力，或有化热传变之势，重在清热解毒，方中加大青叶、板蓝根、蚤休、贯盖、石膏等。

风热感冒可用成药银翘解毒片(丸)、羚翘解毒片、桑菊感冒冲剂等。时行感冒用板蓝根冲剂等。

#### ·暑湿感冒

症状：发生于夏季，面垢身热汗出，但汗出不畅，身热不扬，身重倦怠，头昏重痛，或有鼻塞流涕，咳嗽痰黄，胸闷欲呕，小便短赤，舌苔黄腻，脉濡数。

治法：清暑祛湿解表。

方药：新加香薷饮。

本方以香薷发汗解表；金银花、连翘辛凉解表；厚朴、扁豆和中化湿。暑热偏盛，加黄连、青蒿、鲜荷叶、鲜芦根清暑泄热；湿困卫表，身重少汗恶风，加清豆卷、申香、佩兰芳香化湿宣表；小便短赤，加六一散、赤茯苓清热利湿。

暑湿感冒或感冒而兼见中焦诸症者，可用成药申香正气丸(片、水、软襟囊)等。

#### ·体虚感冒

年老或体质素虚，或病后，产后体弱，气虚阴亏，卫外不固，容易反复感冒，或感冒后缠绵不愈，其证治与常人感冒不同。

气虚感冒素体气虚者易反复感冒，感冒则恶寒较重，或发热，热势不高，鼻塞流涕，头痛，汗出，倦怠乏力，气短，咳嗽咯痰无力，舌质淡苔薄白，脉浮无力。治法为益气解表，方用参苏饮加味。药物以人参、茯苓、甘草益气以祛邪；苏叶、葛根疏风解表；半夏、陈皮、桔梗、前胡宣肺理气、化痰止咳；木香、枳壳理气调中；姜、枣调和营卫。表虚自汗者，加黄芩、白术、防风益气固表；气虚甚而表证轻者，可用补中益气汤益气解表。凡气虚易于感冒者，可常服玉屏风散，增强固表卫外功能，以防感冒。

阴虚感冒阴虚津亏，感受外邪，津液不能作汗外出，微恶风寒，少汗，身热，手足心热，头昏心烦，口干，干咳少痰，鼻塞流涕，舌红少苔，脉细数。治法为滋阴解表，方用加味芩连汤加味。方中以白薇清热和阴，玉竹滋阴助汗；葱白、薄荷、桔梗、豆豉疏表散风；甘草、大枣甘润和中。阴伤明显，口渴心烦者，加沙参、麦冬、黄连、天花粉清润生津除烦。

#### 【转归预后】

风寒感冒，寒热不退，邪气可化热而见口干欲饮，痰转黄稠，咽痛等症状。反复感冒，引起正气耗散，可由实转虚；或在素体亏虚的基础上反复感邪，以致正气愈亏，而成本虚标实之证。感冒未及时治疗亦有转化为咳嗽、心悸、水肿等其它疾病者。

一般而言，感冒的预后良好，但对老年、婴幼儿、体弱患者及时行感冒之重症，可以诱发其它宿疾而使病情恶化甚至出现严重的后果。

#### 【预防与调摄】

加强体育锻炼,增强机体适应气候变化的调节能力,在气候变化时适时增絀衣服,注意防寒保暖,慎接触感冒病人以免时邪入侵等,对感冒的预防有重要作用。尤其是时行感冒的流行季节,预防服药一般可使感冒的发病率大为降低。主要药物有贯盖、[大青叶](#)、[板蓝根](#)、[鸭跖草](#)、申香、[佩兰](#)、[薄荷](#)、[荆芥](#)等。不过随着季节的变化,预防感冒的药物亦有所区别。如冬春季用贯盖、紫苏、[荆芥](#);夏季用申香、[佩兰](#)、[薄荷](#);时邪毒盛,流行广泛用[板蓝根](#)、[大青叶](#)、[菊花](#)、[金银花](#)等。常用食品如葱、大蒜、食醋亦有预防作用。

感冒病人应适当休息,多饮水,饮食以素食流质为宜,慎食油腻难消化之物。卧室空气应流通,但不可直接吹风。药物煎煮时间宜短,取其气全以保留芳香挥发有效物质,无汗者宜服药后进热粥或覆被以促汗解表,汗后及时换干燥洁净衣服免再次受邪。

#### 【结语】

感冒是感受风邪为代表的六淫、时邪病毒,侵犯肺卫,以恶寒发热、头身疼痛,鼻塞流涕,喷嚏咳嗽,全身不适为临床特征的常见外感病证,四季皆有,以冬春季为多。病机为卫表不和,肺失宣肃,治疗以解表宣肺为原则,但应分清风寒、风热与暑湿及兼夹病邪的不同,而分别采用辛温解表、辛凉解表和解表清暑祛湿等治法祛除表邪,时邪病毒又当以清热解毒为治疗重点。感冒的治疗一般禁用补法,以免敛邪,但若体虚之人,又当在解表剂中佐以益气、养阴等补益之品,以扶正祛邪。正瓠的煎药、饮食等调护,有助感冒的迅速康复。

感冒的预防很重要,尤其是对有时行感冒流行趋势的地区、单位,更应尽早采取措施,以免成蔓延之势。

#### 【文献摘要】

·(素问·玉机真藏论):“是故风者百病之长也,今风寒客于人,使人毫毛毕直,皮肤闭而为热,当是之时,可汗而发也。”

(伤寒论,辨太籐病脉证并治):“太籐中风,籐浮而阴弱。籐浮者,热自发;阴弱者,汗自出。啻啻恶寒,浙浙恶风,翕翕发热,鼻鸣干呕者,[桂枝汤](#)主之。”

(丹溪心法·中寒):“伤风属肺者多,宜辛温或辛凉之剂散之。”

(症因脉治·伤寒总论):“外感风寒,从毛窍而入,必从毛窍而出,故伤寒发热症,首重发表解肌。”

(时病论·春伤于风大意):“风为六气之领袖,能统诸气,如当春尚有余寒,则风中遂夹寒气,有感之者是为风寒;其或天气暴热,则风中遂夹热气,有感之者是为风热。”

(类证治裁·伤风):“惟其人卫气有疏密,感冒有浅深,故见症有轻重。……凡体实者,春夏治以辛凉,秋冬治以辛温,解其肌表,风从汗散;体虚者,固其卫气,兼解风邪,恐专行发散,汗多亡籐也。”

(证治汇补·伤风):“如虚人伤风,屡感屡发,形气病气俱虚者,又当补中,佐以和解,瓠专泥发散,恐脾气益虚,瓠理益疏,邪乘虚人,病反增剧也。”

## 【现代研究】

1. 风寒感冒中医研究院以正柴胡饮(柴胡、陈皮、防风、甘草、生姜等)冲剂治疗普通感冒666例,获有效526例(79%),而板蓝根组238例中仅有效130例(54.6%),正柴胡组疗效明显优于板蓝根冲剂组。用药后症状消失率在86.8%-51.8%之间,症状消失的顺序为流泪、四肢酸痛、全身不适,喷嚏、头痛头晕、流涕、鼻塞、咽痛和咳嗽[中医杂志1985;(12):13]。杜氏以荆防针(荆芥、防风、羌活、独活)肌肉注射,治疗风寒感冒30例,用药24小时退热观察,退热作用不亚于安痛定针剂( $P < 0.05$ ),在解除症状上似优于安痛定,其副作用小于安痛定[中医杂志1985;(10):39]

2. 风热感冒陈氏以速效退热合剂(柴胡、黄芩、羌活、大黄、葛根、金银花、连翘、生石膏、大青叶、板蓝根、甘草)治疗外感高热62例,结果:体温恢复正常58例(93.55%),无效4例[中原医刊1995;22(4):19]。孙氏以清开灵注射液,联合鱼腥草注射液,加入10%葡萄糖液中静滴,治疗上呼吸道感染,并与西药苄星青霉素、病毒唑,均加入10%葡萄糖液中静滴。结果:中药治疗组153例,治愈150例,好转3例,治愈率98%;西药对照组40例,治愈38例,好转2例,治愈率95%,紫组治愈率无显著性差异( $P > 0.05$ ) [新疆中医药1997;15(4):10]。

表寒里热感冒一般寒热并治。杨氏以麻杏石甘汤加味(荆芥、防风、杏仁、连翘、生麻黄、生石膏、生甘草、金银花)随证加药,治疗空调感冒97例。结果:临床治愈85例,显效9例,无效3例,总有效率97% [河南中医1995;15(5):278]。

3. 暑湿感冒暑湿感冒治以透表化湿、清热解毒。陈氏以香石清解袋泡剂(香薷、金银花、连翘、薄荷、荆芥、生石膏、知母、射干、板蓝根、申香、滑石、熟大黄、甘草)治疗夏季病毒性上呼吸道感染发热239例,并与青霉素,口服感冒清热冲剂或板蓝根冲剂对照,结果治疗组显效179例,有效60例,无无效病例,显效率74.89%,有效率100%;对照组无显效者,有效6例,无效74例,有效率7.5% [中医杂志1992;33(8):29]。毛氏以湿感汤(申香、法半夏、淡竹叶、防风、川厚朴、桔梗、茯苓、薏苡仁、白蔻仁)随证加药,治疗感冒136例。结果:痊愈133例,无效3例 [江西中医药1995;26(4):37]。4. 时行感冒游氏以三黄石膏汤(黄连、黄芩、黄柏、栀子、淡豆豉、麻黄、石膏、生姜、大枣、细茶)治疗流感高热症53例,结果:6小时退热7例(13.2%),12小时内退热16例(30.2%),24小时内退热32例(60.2%),36小时内退热45例(84.9%),48小时内退热51例(96.2%),48小时后退热2例,全部有效 [福建中医药1997;28(1):44]。

胡氏以穿琥盛注射液治疗流感52例,对照组48例均给予病毒唑注射液治疗,治以3天为1疗程。结果:治疗组痊愈43例(82.7%),显效6例(11.5%),无效3例(5.8%),总有效率94.2%。对照组痊愈25例(52%),显效12例(25%),无效11例(23%),总有效率7%,二组有显著性差异( $P < 0.05$ ) [浙江中西医结合杂志1997;7(2):94]。王氏以正柴胡饮(柴胡、防风、陈皮、赤芍、甘草、生姜)治疗流行性感冒108例,结果:治愈97例,有效9例,无效2例,总有效率98% [实用中医内科杂志1997;11(1):30]。



5. 体虚感冒綠氏以加味真武汤(制附片、茯苓、白芍、生姜、白术、黄芩)治疗感冒 33 例, 其中 27 例已采用多种中西药物治疗 5 天以上而未显示效果, 有效率 85.7%[四川中医 1995;(6):34]。

阮氏以申附汤(申梗、淡附子、于姜、甘草、淡豆豉)随症加药, 治疗少阴兼太阴证 68 例, 结果:均治愈[福建中医药 1995;26(4):58]。严氏以滋阴通下清透法(石斛、玄参、麦冬、生地、远志、生大黄、金银花、大青叶、板蓝根、薄荷、杏仁)治疗病毒性感冒 197 例。结果:痊愈 45 例, 显效 79 例, 有效 61 例, 无效 12 例, 总有效率 93.91%(中医药学报 1995;(6):19)

6. 预防研究朱氏以健康人群 4431 人口服吡喹菊制剂预防流感, 对照组 4527 人不服任何药物。预防组和对照组发病率分别为 3.9%和 9.1%, 两组比较有显著差异( $P < 0.001$ )[中西医结合杂志 1986;6(1):29]。

## 第二节 外感发热

外感发热是指感受六淫之邪或温热疫毒之气,导致营卫失和,脏腑阴阳失调,出现病理性体温升高,伴有恶寒、面赤、烦躁、脉数等为主要临床表现的一类外感病证。外感发热,古代常名之为“发热”、“寒热”、“壮热”等。

人体体温相对恒定,不因外界温度的差障而有所改变,保持在 37 左右。由于饮食、运动、环境、情绪和性别的关系,体温可能有暂时的轻微的波动,但此无临床意义,发热则是指病理性的体温升高。外感发热是指外感因素导致的病理性体温升高。外感发热在内科疾病的发病率中占有较高的比例,影响工作和生活,严重者可出现神昏谵语,抽搐蚤厥,甚至危及生命。中医药对外感发热有系统的理论和丰富的临床经验,具有较理想的治疗效果。

(素问·阴阳应象大论)(素问·热论)(素问·至真要大论)等篇中,对外感发热的病因病机和治疗法则,都作了扼要的论述,为热病的理论奠定了基础。汉(伤寒论)为我国第一部研究外感热病的专著,系统地论述了外感热病的病因病机和证治规律,以阴阳为纲,创造性地提出了六经辨证理论,成为后世对外感热病辨证论治的纲领。金代陈完素对外感热病的病因病机主火热论,认为外感热病的病因主要是火热病邪,即使是其它外邪也是“六气皆从火化”,既然病理属性是火热,因此主张“热病只能作热治,不能从寒医”,治疗“宜凉不宜温”,这就突破了金代以前对外感热病必从寒邪立论,治疗多用辛温的学术束缚,是外感热病理论的一大进步。清代叶香岩(感温病篇)对外感热病的感邪、发病、传变规律、察舌验齿等诊治方法都有详细的阐述,创立了外感热病的卫气营血辨证纲领。薛生白(湿热病篇)对外感湿热发病的证治特点作了详细论述,鞠通(温病条辨)对风温、湿温等各种外感热病作了条分缕析的论述,不仅制定了一批治疗外感热病行之有效的方药,同时创立了外感热病的三焦辨证理论。卫气营血辨证和三焦辨证的创立,标志着温病学说的形成,从而使外感热病的理论和临床实践臻于完善。

外感发热包含的病种非常广泛,本节着重论述与罹患内科杂病紧密相关的外感发热病。西医学中部分急性感染性疾病,如上呼吸道感染、肺部感染、胆道感染、泌尿道感染等可参考本节进行辨证论治。若外感发热发展至神昏谵语、抽搐蚤厥等营血分病理阶段时,应结合(伤寒论)(温病学)中有关内容进行辨证论治。

### 【病因病机】

1. 外感六淫由于气候反常,或人体调摄不慎,风、寒、暑、湿、燥、火乘虚侵袭人体而发为外感热病。六淫之中,以火热暑湿致外感发热为主要病邪,风寒燥邪亦能致外感发热,但它们常有一个化热的病理过程。六淫间可以单独致病,亦可以兼种以上病邪兼夹致病,如风寒、风热、湿热、风湿热等。外感发热病因的差障性,与季节、时令、气候、地区等因素有关。

2. 感受疫毒疫毒又称戾气、疠气,为一种特殊的病邪,致病力强,具有较强的季节性和传染性。疫疠之毒,其性猛烈,一旦感受疫毒,则起病急骤,传变迅速,卫表症状短暂,较快出现高热。

外邪入侵人体的途径,多由皮毛或口鼻而入。一般说来,六淫之邪,由皮毛肌腠而入,由表入里,传至脏腑,发为热病。疫毒之邪,多由口鼻而侵,由上而下,由浅而深,发为热病。

外感发热的病机是外邪入侵,人体正气与之相搏,正邪交争于体内,则引起脏腑气机紊乱,阴阳失调,气亢奋,或热、毒充斥于人体,发生气偏盛的病理性改变,即所谓“气胜则热”的病机。外感发热的病理性质为气亢奋,即属热属实。其不同的病变和临床表现,则是由感邪的性质和病邪作用的脏腑部位所决定。如病邪影响发病,火热之邪为病,热变较速,发热为主;湿热为病,其性粘滞,病变多留恋中下焦;风寒为病,则有一郁而化热的过程;疫毒为病,起病更急,传变更快,热势很甚。又如病位影响发病,随病邪作用的肺脾肝胆、胃肠膀胱等的不同,则相应脏腑的气机发生紊乱,因而就有不同的外感发热病证。

外感发热病变,病机以气胜为主,进一步发展则化火伤阴,亦可因壮火食气而气阴损伤,若病势由气入营入血,或疫毒直陷营血,则会发生神昏、出血等危急变证。

#### 【临床表现】

外感发热的表现形式较多,但体温升高、身热、面红、舌红、脉数等是其基本临床特征。外感发热起病急骤,多有2周左右的中度发热或高热,也有少数疾病是微热者。热型有发热恶寒、但热不寒、蒸蒸发热、身壮热、身热不扬、寒热往来、潮热等。发热时间,短者几日即退,长者持续10余日或更长时间热势不解。最常伴见口干烦渴,尿少便秘,舌上少津等热伤津液之症。除发热外,必伴随有病变相关脏腑功能失调的症状,如咳嗽、胸痛、胁肋胀满、便秘、泄泻、小便频急等。

#### 【诊断】

1. 体温升高,口腔温度在37.3度以上,或腋下温度在37度以上,直肠温度在37.6以上,并持续数小时以上不退者,或体温下降后,又逐渐升高,或伴有恶寒、寒战、口渴喜饮、舌红苔黄、脉数等症。

2. 起病急,一般在3日之内。病程较短,约2周左右。

3. 具有相关脏腑为热所扰的功能紊乱症状,如咳嗽、胸痛、喘息、泄泻等症。

4. 具有感受外邪、疫毒史,或有不洁饮食史、输血传染史等。

5. 具有西医学感染性疾病的有关实验室检查依据,如血象白细胞总数及中性粒细胞升高,血钾增加,尿中有脓细胞,大便中有脓细胞、吞噬细胞,血、尿、骨髓细菌培养阳性,X线检查肺部有炎性改变,B超检查胆囊体积缩小,收缩及排泄功能差等炎性改变等。

#### 【鉴别诊断】

1. 内伤发热外感发热与内伤发热均以发热为主症,故须加以鉴别。可从病因、病程、热势及伴发症等方面进行鉴别。外感发热,由感受外邪所致,体温较高,多为中度发热或高热,发病急,病程短,热势重,常见其他外感热病之兼症,如恶寒、口渴、面赤、舌红苔黄、脉数,多为实热证。内伤发热,由脏腑之阴膻气血失调所致,热势高低不一,常见低热而有间歇,其发病缓,病程长,数周、数月以至数年,多伴有内伤久病虚性证候,如形体消瘦,面色少华,短气乏力,倦怠纳差,舌质淡,脉数无力,多为虚证或虚实夹杂之证。

2. 寒热真假在疾病过程中,当热璫或寒璫之际,可出现与其本病寒热不符的假象,即真热假寒和真寒假热。故对疾病过程中的寒与热应鉴别其真假,因其有假寒象而不识其外感发热的本质,因其有假热象而不识其非外感发热病,由此将产生严重的后果。

**真热假寒证:**有一个发热的过程,且起病急,病情进展快,热势甚高,很快进入手足厥冷的假象,但身虽大寒,而反不欲近衣;口渴而喜冷饮;胸腹灼热,按之烙手;脉滑数,按之鼓指;苔黄燥起刺,或黑而干燥。尤以发热经过、胸腹灼热及舌苔为鉴别的重点。

**真寒假热证:**一般(也有例外)出现于慢性病或重病的过程中,身虽热,而反欲得衣被;口渴,但喜热饮;脉虽数,而不鼓指,按之乏力,或微细欲绝;苔虽黑,而润滑。尤以舌苔、脉象为鉴别的重点。

【辨证论治】

### 辨证要点

热型在一定程度上可以反映外感发热的病位、病势、病邪性质等,因此外感发热的辨证要点是辨识热型。

1. 发热恶寒指发热与恶寒同时存在,体温多在 39℃ 以上,提示病证在卫表。

2. 壮热指但热不寒,且热势很盛,体温在 39 (2-40℃ 之间,甚至更高,一日之内波动很小,高热不退,持续时间数天或更长。多见于气分发热、肺系邪热及暑热病邪所致发热。

3. 寒热往来指恶寒与发热交替出现,寒时不热,热时不寒,一日数次发作。提示病位在少膻、肝胆,或由疟邪所致的病证。

4. 潮热指热势盛衰起伏有时,如潮碇一般。外感之潮热,多属实证,热势较高,热退不净,定时又复升高,多见于膻明膻实证、湿温证以及热入营血证等。

5. 不规则发热指发热持续时间不定,热势变动并无规律,见于时行感冒、风湿热所感等。

### 治疗原则

“热者寒之”,外感发热以清热为治疗原则,根据病邪性质、病变脏腑、影响气血津液的不同,又有清热解毒、清热利湿、通膻泻下、清泻脏腑、?养阴益气等治法,以誓清除邪热、调和脏腑之目标。

1. 清热解毒选用具有解毒作用的清热药物来治疗外感发热，此法为治疗外感发热的主法，可应用于外感发热的各个阶段，是顿挫热毒，防止传变的关键，也是退热保阴的重要措施。此法常与清脏腑、除湿、凉血等法配合应用。

2. 清热利湿选用苦寒清热药与清利小便等药配伍，达到湿去热清的目的，常用于湿热病邪引起的脾胃、肝胆、肠道、膀胱等处的外感发热病。

3. 通腑泻下采用泻下与清热相结合的一种方法，是法通过泻下以去积、利气、排毒，釜底抽薪，顿挫热势，从而达到泻热存阴之目的。尤其适用于热积胃肠、腑明腑实证。

4. 清泻脏腑利用药物的归经，选用对相应脏腑有清热作用的方药，以达到清肺、清胃、清肝、清胆等目的。

5. 养阴益气因本法不能直接祛外邪除实热，因此常与清热解毒、清营凉血等其他清热法配合应用于外感发热，以达到扶正祛邪的目的。主要适用于热病中有阴伤气耗者，外感热病后期应用最多，在热势炽盛时亦有配伍应用者，如白虎加人参汤、增液承气汤即是其例。

随疫毒进入营血分所形成的不同证候，外感发热还有清热凉血、清热止血、清热活血、清营开窍、清热熄风等治法。

## 分证论治

### ·卫表证

症状：发热恶寒，鼻塞流涕，头身疼痛，咳嗽，或恶寒甚而无汗，或口干咽痛，或身重脘闷，舌苔薄白或薄黄，脉浮。

治法：解表退热。

方药：荆防败毒散、银翘散。

外感发热初起，病邪尚未入里化热，或疫毒热邪暂居卫表，正邪相争的病机及其症状，与感冒颇为相似，二者很难区别，只有在治疗中动态观察才能鉴别。此时仍按感冒的各种治法进行辨证论治，风寒证选用荆防败毒散为主方，风热证选用银翘散为主方。

### ·肺热证

症状：壮热胸痛，咳嗽喘促，痰黄稠或痰中带血，口干，舌红苔黄，脉数。

治法：清热解毒，宣肺化痰。

方药：麻杏石甘汤。

本方重用辛寒之石膏，合麻黄共奏清里解表，宣肺平喘之效；杏仁、甘草化痰利气。常加银花、连翘、黄芩、鱼腥草、蒲公英等加强清热解毒，加金荞麦、葶苈子、前胡、浙贝母泻肺涤痰。胸痛甚者，加郁金、瓜蒌、延胡索通络止痛。痰涌便秘者，加大黄、芒硝通腑泻热。

### ·胃热证

症状：壮热，口渴引饮，面赤心烦，口苦口臭，舌红苔黄，脉洪大有力。

治法：清胃解热。

方药：白虎汤。

本方以生石膏配**知母**，清胃泻火；粳米、**甘草**和胃生津。可加**金银花**、**连翘**、**黄连**、**芦根**清热解毒。若大便秘结者，加**大黄**、**芒硝**通腑泻热。若发斑疹者，加犀角（**水牛角**）、玄参、丹皮清热凉血。

·腑实证

症状：壮热，日晡热甚，腹胀满，大便秘结或热结旁流，烦躁谵语，舌苔焦燥有芒刺，脉实有力。

治法：通腑泻热。

方药：大承气汤。

本方以**大黄**苦寒泄热，通腑泻下；**芒硝**咸寒润燥，软坚散结；佐以**厚朴**、**枳实**行气导滞。可加**黄芩**、山栀清泻实热。热结液亏，燥屎不行者，加生地、玄参增液润燥。

·胆热证

症状：寒热往来，胸胁苦满，或胁肋肩背疼痛，口苦咽干，或恶心呕吐，或身目发黄，舌红苔黄腻，脉弦数。

治法：清热利胆。

方药：大**柴胡**汤

本方以**大黄**、**黄芩**泻火解毒，通腑泄热；**柴胡**、**白芍**、**枳实**疏肝利胆；半夏、**生姜**和胃止呕。可加**板蓝根**、**连翘**、败酱草清热解毒，加**茵陈**清热利湿。若胁肋疼痛者，加**延胡索**、川楝子理气止痛。发黄者，加**金钱草**、**栀子**、**青蒿**利胆退黄。

·脾胃湿热证

症状：身热不扬，汗出热不解，胸腹胀满，纳呆呕恶，口渴不欲饮，或目身发黄，舌苔白腻或黄腻，脉濡数。

治法：清热利湿，健脾和胃。

方药：王氏连朴饮。

本方以**黄连**、山栀苦寒清化湿热；半夏、**厚朴**燥湿除满；**石菖蒲**、**芦根**、**淡豆豉**和中清热除湿。可加**滑石**、**鲜荷叶**清利渗湿。若热甚者，加**黄柏**、**黄芩**清热燥湿。湿重者，加申香、**佩兰**芳香化湿。黄疸者加**茵陈**除湿退黄。另外，还可口服甘露消毒丹，以清利湿热、芳香化浊。

·大肠湿热证

症状：发热，腹痛，泄泻或痢下赤白脓血，里急后重，肛门灼热，口干口苦，小便短赤，舌红苔黄腻，脉滑数。

治法：清利湿热。

方药：[葛根](#)芩连汤。

本方以[黄芩](#)、[黄连](#)苦寒清热燥湿；[葛根](#)解肌清热，升清止泻。可加银花、贯盖清热解毒，加木通、[车前子](#)增强利湿之效。若热甚者，加[栀子](#)、[黄柏](#)助其清热燥湿。腹满而疼痛者，加[木香](#)、[槟榔](#)以理气止痛。痢下脓血者，加[白头翁](#)、马齿苋清热解毒除湿。

·膀胱湿热证

症状：寒热起伏，午后热甚，尿频尿急尿痛，小便灼热黄赤，或腰腹作痛，舌红苔黄，脉滑数。

治法：清利膀胱湿热。

方药：八正散。

本方以[大黄](#)、[栀子](#)清热泻火；篇蓄、[瞿麦](#)、木通、[车前子](#)、[滑石](#)利湿清热；[甘草](#)解毒止痛。热甚者，加[柴胡](#)、[黄芩](#)、[蒲公英](#)、白花蛇舌草清热解毒利湿。呕恶者，加半夏和中止呕。小腹坠胀疼痛者，加[乌药](#)、[枳壳](#)理气止痛。尿中有血者，加[白茅根](#)、小蓟清热止血。

外感发热也可以配合选用下列方法协同治疗。药物方面：[柴胡](#)注射液，每次 2-4ml，肌肉注射，每日 1-2 次；或双[黄连](#)粉针剂，每次 3g，溶入 10%葡萄糖液或葡萄糖盐水 500ml 中，静脉滴注，每日 1 次；或清开灵注射液，每次 40-60ml，加入 10%葡萄糖液 500ml 中，静脉滴注，或穿琥盛注射液，每次 400mg，加入 5%或 10%葡萄糖液 500ml 中，静脉滴注，每日 1 次。

亦可用复方退热滴鼻液（由银花、[连翘](#)、[青蒿](#)等制成）滴鼻，每次每侧鼻腔 3-4 滴，每 30-40 分钟 1 次。

亦可选用清热解毒或通腑泻热的药物，如[大黄](#)、石膏、银花、[连翘](#)之类药物煎汤，灌肠清热。或选用酒精、冷水、冰袋之类擦敷前额、腋窝、鼠蹊等部位，物理降温。

【转归预后】

外感发热性疾病的转归，一般规律是由表入里，由卫入气，进而入营入血，伤阴耗气，甚者或动血生风、蚤厥闭脱等。因所包含的病种广泛，病情有轻重，病程有长短，治疗有差误等，故预后亦有差别。二般说来，大部分外感发热者，由于正气未衰，只要经过正确的治疗，均可及时治愈。部分患者，由于感邪太盛，或治疗不力，未能控制病势的发展，出现津气大耗，或动血生风，蚤厥闭脱之变证，则预后不良。

【预防与调摄】

外感发热的预防在于注意生活起居，避免感受时邪疫毒。调摄方面，首先应严密观察病情的变化，如体温、神、色、肌肤、汗液、气息、脉象等。同时注意体温的护理，如高热时配合酒精擦浴等，热深厥深时，注意保温，汗出时及时擦汗并更换干燥衣服等。由于发热易伤阴，应注意养护阴津，鼓励病人多饮用糖盐水、果汁、西瓜汁、绿豆汤、凉开水等。饮食方面宜食用清淡流质或半流质，富于营养，但易于消化的食品。

【结语】

外感发热是感受六淫、疫毒之邪，由口鼻皮毛入里，正邪相争，阴膂失调，膂盛则热的病证。临床以体温升高，面红，身热，口干，舌红，脉数等症为特征。发热的形式有恶寒发热、壮热、寒热往来、潮热及不规则发热等。由于病变所在脏腑部位不同，而有相应的卫表证、肺胃热盛、肝胆湿热、下焦湿热等证候。辨证应结合热型分辨病因，如风热、湿热等，分辨病变的脏腑，分辨有无气阴耗伤等。热者寒之，应以寒凉清热为治疗原则，常选用清热解毒、清热除湿、通腑泻下、清理脏腑等治法，有时常须配合凉血、化瘀、熄风、开窍等治法，总之，围绕清热祛邪，保护气阴，防止传变进行积璜治疗。

#### 【文献摘要】

《素问·热论》：“人之伤于寒也，则为病热，热虽甚不死。”

《素问·评热病论》：“有温病者，汗出则复热，而脉躁疾不为汗衰，狂言不能食。”

《素问·太阴膂明论》：“犯贼风虚邪者，膂受之，……膂受之则人六膂，……人六膂则身热不时卧，上为喘呼。”

《素问·阴膂应象大论》：“.m 胜则身热，理闭，喘粗为之俯仰，汗不出而热。”

《中藏经·死脉》：“温病发热甚，脉反小者死。”

《感温热篇》：“温邪上受，首先犯肺，逆传心包。……大凡看法，卫之后方言气，营之后方言血，在卫汗之可也，到气才可清气，入营犹可透热转气，入血就恐耗血动血，直须凉血散血。”

#### 【现代研究】

1. 辨证论治外感发热的研究中，辨证论治仍受到许多研究者的重视。荣氏辨证治疗体温在 39 以上或波动在 38.5 C 以上的外感发热症 300 例。方法：卫分证，风热用银翘散去豆豉加黄芩、板蓝根、青蒿合五味消毒饮；风寒用荆防败毒散加桂枝、麻黄、北杏仁；冒暑用新加香薷饮加荷叶、石膏；温燥用桑杏汤加黄芩、银花、麦冬。卫气同病，用银翘白虎汤加黄芩、花粉。气分证，肺热用麻杏石甘汤加黄芩、鱼腥草、银花、连翘；胃热用白虎汤加黄芩、黄连；腑实用大承气汤加黄芩、山栀子或增液承气汤；胆热选用大柴胡汤、龙胆泻肝汤、茵陈蒿汤，选加金钱草、银花、连翘、板蓝根之类；大肠湿热用葛根芩连汤加山栀子、黄柏、白头翁、广木香；膀胱湿热用八正散加柴胡、黄芩、银花、蒲公英。热入营血证，热灼营阴用清营汤加蒺；热入心包用清官汤加蒺；热盛动血用犀角地黄汤加味；血热动风用羚羊钩藤汤加蒺。结果治愈 281 例 (93.66%)，显效 10 例 (3.33%)，有效 5 例 (1.66%)，无效 4 例 (1.33%)，总有效率 98.66% [中国中医急症 1995;4(6):259]。董氏应用系列辨证方药治疗 335 例风温肺热病，有效率 89.6%，疗效与抗生素对照组相当而无毒副作用 [中医急症研究 1989:96] 信外感发热治疗应及时有效，否则延误病情，治疗则难。王氏临床验证外感热病 504 例，中药辨证论治 474 例，收到较理想的治疗效果。据对呼吸道感染 100 例分析，病邪初入期者全治愈；邪盛表里期者治愈率为 96.1%；邪盛里实期者治愈率为 54.6%，邪进入营血期者较难控制 (中医急症通讯 1987;(7):11)。



2. 专方治疗以清法为主,多种治法结合,研制专方治疗外感热病,以提高临床疗效为目的的新制剂研究与开发是当前外感热病研究的重要形式。涂氏以清、解、和、下四法联用而设计的热必盛(银花、[柴胡](#)、石膏、[大黄](#)等)治疗外感高热 300 例,并与西药(青霉素、链霉素、庆大霉素、磺苄青霉素、氯霉素,大多数紫联应用,体温 39.5 以上配合物理降温、肌注磺基比林等)对照组 112 例及单用清热解毒法(辨证选用银翘散、麻杏石甘汤、白虎汤、新加香薷饮、A.t 散加絃)治疗组 64 例进行比较。结果:治疗组退热时间(平均为 21.92 小时),明显优于西药对照组及单用清热解毒法组(平均退热时间分别为 36.50 小时和 38.64 小时),有显著性差异( $P<0.01$ ),并且症状、体征改善迅速,充分显示了热必盛治疗外感高热的优越性与可靠性[中国中医急症 1995;4(6):252]。赵氏以银翘散、白虎汤、承气汤化裁而成的清热饮(银花、[连翘](#)、[板蓝根](#)、生石膏、制[大黄](#)、[甘草](#))随证加絃,治疗高热病人 300 例,治疗时停用一切西药,仅给予支持疗法,体温过高者可用温水浴、酒精浴等物理降温疗法。结果:3 天内体温降至 37℃ 以下,又观察一周出院的 172 例;4-5 天热退,观察一周出院的 88 例;6-7 天热退,观察一周出院的 32 例。8 天以上热退不明显而改用中西医结合治疗的 8 例[中国中医急症 1997;6(2):60]。

3. 针剂治疗中药针剂治疗外感发热的研究取得了较好成效。如清开璣注射液、穿琥盛注射液、[双黄连](#)粉针剂、[柴胡](#)注射液、[板蓝根](#)注射液等已较普遍地应用于外感发热的临床中。郝氏以穿琥盛注射液治疗急性呼吸道感染 200 例,体温均 $>37.5$ ℃。观察期间不同时使用本病的同类其他药物。结果:上呼吸道感染 94 例,治愈 70 例,治愈率 74.5%,有效率 92.8%;急性扁桃腺炎 59 例,治愈 40 例,治愈率 68%,有效率 97%;急性支气管炎 12 例,治愈 8 例,治愈率 66.7%,有效率 92.3%;急性支气管周围炎 6 例,治愈 4 例,治愈率 66.7%,有效率 83.3%;肺部感染 29 例,治愈 18 例,治愈率 62%,有效率 89.5%[中国中医急症 1995;4(6):264]。张氏以[鱼腥草](#)注射液为主。治疗急性感染性疾病 315 例,有 254 例是发热病例,平均体温为 38.1。方法:[鱼腥草](#)注射液 100ml 加入 5%或 10%葡萄糖液 200ml 中静滴,日 2 次。结果:上呼吸道感染(体温 39℃ 以上配合穿琥盛 640mg/日静滴)165 例,治愈 120 例,治愈率 72.7%,有效率 90.9%,平均治疗时间 3.8 天;化脓性扁桃体炎(配合普济消毒饮频服)55 例,治愈 43 例,治愈率 78.2%,有效率 87.3%,平均治疗时间 7.5 天;肺炎(配合清开璣 60ml/日,穿琥盛 800mg/日静滴)46 例,治愈 37 例,治愈率 80.4%,有效率 87%,平均治疗时间 20.1 天;急性支气管炎(配合清开璣 60ml/日)49 例,治愈 36 例,治愈率 73.5%,有效率 83.6%,平均治疗时间 15.5 天[中国中医急症 1995;4(6):266]。

4. 多法并用外感高热多以邪实为主,是正邪剧烈相争的表现。急则治其标,治疗应急祛邪气为主,采用多种治法同时使用,利用多种途径给药,使用多种治疗方法,给邪气以去路,从而使体温快速下降,并应及时防治痰瘀、水毒等继发病变,控制病情发展,阻断病邪传变,是提高临床疗效的重要手段。在临床上常将辨证论治口服汤剂与静脉给药联合应用,肌肉注射、穴位注射临时退热药物,可防止过高热产生。持续发热无汗的患者,可用针刺疗法、擦浴疗法。不能口服汤药的,采用直肠给药法。夏季感受暑热、湿热病邪者,选用刮疔疗法。有局部病变的患者,可采用喷喉法、灌肠法、滴鼻法[北京中医药大学学报 1996;19(5):29]。

治疗外感热病，不应囿于寒温流派，三焦病皆可归之于表，都可用解表解肌之法。外感热病，总忌用闭塞表窍之药，即使传入到三焦之腑，仍要留此祛邪之路[中医杂志 1995;36(1):12]。

### 第三节 湿阻

湿阻是指湿邪阻滞中焦，脾化功能减弱，以脘腹满闷，肢体困重，纳食呆滞等为主要临床特征的外感病。古代又称为“湿证”、“湿病”、“伤湿”。

湿阻之病，在江南、沿海等潮湿地区，尤其是在夏令梅雨季节较为常见，因其身困食少，影响患者的工作和生活，中医药对湿阻病的治疗有较强优势，可以取得理想的效果。

《素问·阴符应象大论》《素问·生气通天论》《素问·六元正纪大论》等许多篇章对湿病的病因、临床特征都有所讨论，指出外湿“感则害人皮肉筋脉”，困阻中焦等。汉《金匮要略·痉湿痹病脉证并治》专门讨论了内、外湿病，尤其是外湿致病的种种表现以及治疗大法。并提出了治湿病的三项禁忌。宋《重订严氏济生方·诸湿门》指出治湿病“唯当利其小便”。明《景岳全书·杂证谟·湿证》对湿证的病因有出于天气者、有出于地气者、有由于饮食者进行了论述，提出“辨治之法其要惟二，则一曰湿热，一曰寒湿”。清代温病学派对湿邪致病的病因、病理、治法、方药都有较大的发展和补充。如《临证指南医案·湿》中，从外湿、内湿两个方面阐述湿邪致病的机理，以及由于感邪和体质不同，其病理属性的转归亦有区别。又如《温病条辨·中焦》重点叙述湿邪与中焦脾胃的发病关系及湿病的病理转化。

湿阻为病，可见于许多疾病的过程之中，由于湿邪阻滞的部位不同，临床的病理反应亦不一致，如有湿阻经络、湿阻三焦、湿阻募原、湿阻气分、湿阻脾胃等，本节湿阻讨论仅涉及湿阻中焦脾胃，其他各种病证，均不属本节的讨论范围。西医学中的胃肠功能紊乱等，可参照本节辨证论治。

#### 【病因病机】

1. 感受湿邪长期阴雨，空气潮湿，或久居卑湿之地，或涉水作业，或工作于潮湿之处，或冒雨露雾湿，湿邪则易袭人而病。我国长江流域，沿海等地，每到夏令梅雨季节，雨量集中，空气潮湿，持续时间亦较长，这段时期稍有不慎，即可感湿而病。

2. 脾虚生湿生活不节，如嗜食生冷酒醴肥甘，或饥饱不匀，损伤脾胃，脾胃脾化失职，津液不得脾化转输，停聚而生湿。

因此，病因有外湿与内湿之分，湿邪侵人人体的途径，就外感而言，是从体表、肌肤而入。“其伤人也，或从上，或从下，或遍体皆受，此论外感之湿邪，著于肌躯者也”（《临证指南医案·湿》）。至于内生湿邪，是因脾胃功能失职，脾化失常而生。外湿与内湿在发病过程中又常相互影响。外湿发病，多犯脾胃，致脾失健运，湿从内生；而脾失健运，又容易招致外湿的侵袭。

湿阻的病位在脾，因脾为湿土，不论外湿、内湿伤人，必同气相求，故湿必归脾而害脾。湿阻的基本病机是湿邪阻滞中焦，升降失常，脾化障碍。脾为湿土，其性喜燥恶湿，湿为阴邪，其性粘腻重浊，湿邪阻滞中焦脾胃，则脾为湿困，脾不能升清，胃不能降浊，脾胃脾化失职。

水谷既不能运化，则脘痞纳呆，腹胀，大便不爽等；水津亦不能转输，脾主肌肉，湿困肌肤则头身困重。湿性粘腻，故病势缠绵，病程较长。

不论外湿、内湿，在疾病的过程中，有湿邪从寒而化，亦有从热而化的病理变化趋向。形成湿邪寒化和热化的不同病理变化的主要条件：(1)感邪性质或环境。如在高温高湿的环境，或天暑地蒸，或嗜食酒酪所致，湿邪多从热化；或居于阴冷卑湿之地，或嗜食生冷所致，湿邪多从寒化。(2)体质差异。凡面白脾虚之人，一旦感受湿邪，湿易从寒化，成为寒湿之证；面赤阴虚之人，一旦感受湿邪，易从热化，成为湿热证。(3)脾胃状态。素体脾胃虚弱者，感湿易从寒而化；平素胃中积热火盛者，感受湿邪易于热化。(4)治疗用药。若过用寒凉之品，湿邪易于寒化；妄用燥热之剂，湿邪易于热化。湿从寒化，多易损伤脾阳；湿从热化，多易损伤胃阴，这又是湿邪寒化或热化后的病理发展趋势。但湿为阴邪，性粘滞重浊，湿胜则脾微，湿从寒化，乃是湿邪致病的主要发展趋势，故湿阻在临床表现上，寒化者多于热化。

#### 【临床表现】

湿阻病起病缓慢，蔓延时间较长。一般人夏发病，至秋渐缓。典型的临床表现是重、闷、呆、腻、濡。重为肢体困重，闷为脘腹痞闷，呆指纳食乏味呆滞，腻指口粘苔腻。自觉口中粘腻不适，口淡无味，或口中有甜味，一般不渴，亦有口干口苦者，但必渴不欲饮，或但欲漱水而不欲咽。总见苔腻，或白腻，或黄腻，或黄白相兼而腻。濡为脉象濡。

#### 【诊断】

1. 发病于江南、沿海等潮湿地区，发病于夏令梅雨季节。
2. 起病缓慢，病势缠绵，病程较长。病位固定不移。
3. 以肢体困重，脘腹满闷，饮食呆滞，舌苔腻浊，脉濡等为主症。
4. 实验室理化检查，各项指标数据大致在正常范围内，多无器质性改变依据。

#### 【鉴别诊断】

湿阻病主要应与湿温病相鉴别。他们在感受病邪湿邪、发病季节、临床症状、病势缠绵等多方面都有相似之处，但二者是不同的病变，须加以鉴别。湿温病虽亦发于夏季，具有身重疼痛，胸脘痞闷等症，但湿温属温病范畴，病邪以暑湿、湿热为主，其病状发热甚且稽留不退，病变始留恋于气分，；进而会向营血传变，变证较多而病情较重。湿阻病病因以湿邪为主，症状以脾胃功能障碍为主，发热不甚、甚至无发热，病情远较湿温病为轻，一般不会发生传变和变证。

#### 【辨证论治】

##### 辨证要点

湿阻的辨证要点在于分清寒热，即寒湿证与湿热证。察者的共同表现有脘闷，身重，纳呆，苔腻，脉濡等，察者的鉴别则可从体温、口味、舌苔、脉象等方面进行比较。寒湿证身重而恶

寒，脘腹痞闷，喜揉按，口中淡而无味，或有甜味，便溏，舌苔白腻，脉濡缓；湿热证身重而有热，脘痞似痛，不喜揉按，口中苦而粘腻，尿赤，舌苔黄腻，脉濡数。

## 治疗原则

治疗本病，一是祛湿，一是端脾。祛湿即是祛邪，祛除困阻脾胃之因，端脾即是恢复被困之脾胃功能。祛湿有助于端脾，端脾也有助于祛湿。

1. 祛湿(本草纲目·十剂)有“风药可以胜湿，燥药可以除湿，淡药可以渗湿，……湿而有热，苦寒之剂燥之；湿而有寒，辛热之剂燥之。”的记载。可见其主张用风药、燥药、利药以祛湿。临床根据湿是否寒化、热化，最常采用芳香化湿、苦温燥湿、苦寒燥湿治法，不论寒化、热化，均须佐以淡渗之品，有时亦佐以风药以胜湿。

2. 端脾端脾泛指端脾、健脾、醒脾等法以健端脾胃，恢复脾之端化水湿之功能，故(证治汇补·湿症)说：“治湿不知理脾，非其治也。”脾虚生湿为主者，治以健脾，佐以化湿；湿困而脾端呆顿者，治以醒脾、端脾为治，兼以化湿。湿从寒化，伤及脾籓者，除苦温燥湿外，还应配合温端脾籓之法。湿从热化，伤及脾阴者，又当化湿养阴并治，清热化湿而不伤阴，生津养阴而不助湿。

总之：治疗湿阻，方药应以轻疏灵动为贵，轻指剂量宜轻，轻可去实；疏指应疏利气机，顺其脾胃升降；灵指方药有效，结蛹灵动；动指方药不宜呆滞，忌用腻滞之品。轻疏灵动，一则可使湿邪得以透替，再则可使脾端得以健旺。正如《临证指南医案·湿》说：“总以苦辛寒治湿热，苦辛温治寒湿，概以淡渗佐之，或再加风药，甘酸腻浊，在所不用。”

## 分证论治

### ·湿困脾胃

症状：肢体困倦而重，或头重如裹，胸闷腹胀，纳食不香，口中粘腻无味，便溏，或有形寒，舌苔白腻，脉搏濡滑。

治法：芳香化湿。

方药：申香正气散。

本证主要指湿从寒化的寒湿证，代表方为申香正气散，具有很好的化湿功效。方中以申香、紫苏、[陈皮](#)、[白芷](#)芳香化湿；[厚朴](#)、法夏、[白术](#)苦温燥湿；[大腹皮](#)、[茯苓](#)淡渗利湿。集芳香、苦温、淡渗于一方，并配合[桔梗](#)宣通肺气，[甘草](#)甘缓和中，共奏温化寒湿之效。若口有甜味者，加[佩兰](#)以加强芳香化浊之力。若兼见食滞噎腐吞酸者，加用[山楂](#)、神曲、[鸡内金](#)消食化滞。若腹胀便溏者，合用平胃散，以增强健脾燥湿的作用。若兼有表证寒热者，加[荆芥](#)、[防风](#)辛散表邪。

### ·湿热中阻

症状：脘痞闷似痛，纳呆，大便不爽，口中苦而粘腻，渴不欲饮，四肢困重，或有身热不扬，汗出而热不退，舌苔黄腻，脉濡数。

治法：清热化湿。

方药:王氏连朴饮。

本方以黄连、山栀苦寒清热燥湿;法夏、厚朴 斡脾化湿除满;石菖蒲、芦根、香薷和中清热,醒脾除湿。亦可加滑石、鲜荷叶、薏苡仁清利渗湿。脘连腹胀,加陈皮、大腹皮理气宽满。身重痛者,加木防己除湿通络止痛。本证又可吞服甘露消毒丹,每服5-10g, 日服2次,以清热利湿,芳香化浊。

·脾虚湿滞

症状:四肢困乏,脘腹痞闷,喜揉按,大便溏薄,神疲乏力,厌食油腻,舌苔薄腻或舌质胖淡。

治法:健脾化湿。

方药:香砂六君子汤。

本方以党参、茯苓、白术、甘草健脾益气;法半夏、陈皮理气化湿;木香、砂仁和胃醒脾。可加葛根、升麻升清化湿。如面浮肢肿者,加黄芩、扁豆、苡仁益气利湿消肿。

湿阻病中,尚有部分患者,在盛夏季节,出现心烦口渴,无汗或出汗较少,发热不退,胸闷,纳呆,神疲乏力,舌苔腻,脉数,此乃暑湿外袭,又名“疰夏”,可用鲜申香、鲜荷叶、羌活、薄荷、板蓝根、六一散等清化暑湿,每能获效。

【转归预后】

本病病情变化较少,患者预后良好,多能痊愈。初起湿困脾胃,正气未伤,及时治疗,湿邪易去,脾胃功能易于恢复,若治疗不力,其转归或因湿伤脾而脾脏受损,斡化失司,水湿内停而成肿胀;或因湿郁化热而成湿热中阻证。湿热交阻,若误用苦温燥湿而助热,或过用化湿利湿而伤阴,则转化为湿热夹阴虚证,化湿则伤阴,养阴则碍湿,治疗虽难,精心调治下亦能治愈。若病势蔓延失治,脾气虚弱,湿邪留恋,脾不斡化水湿,祛湿更难,易致病势缠绵,稍感外湿或饮食不当,又可发作或加重。

【预防与调摄】

预防方面注意改善工作、生活的潮湿环境,涉水冒雨后及时更换干衣;梅雨季节取鲜申香、鲜佩兰及焦麦芽之类,水煎代茶饮,以芳香醒脾,和中化湿;夏季注意勿过于劳累,以免降低抗湿能力。无论是预防或调摄,饮食上慎食油腻食品。

【结语】

湿阻是湿邪阻滞中焦,脾胃功能斡化障碍的病证。病因以感受外湿为主,受季节、气候、地域等因素影响,也与饮食不节有关,病机特点为中焦脾胃为湿所困,临床表现为肢体困重,脘腹满闷,纳食呆顿等为特征。湿邪因体质、治疗等因素有寒化、热化之分,临床寒化者多见。治疗总不离祛湿、斡脾为原则,如芳香化湿、苦寒燥湿、淡渗利湿等使湿去脾健,在病情发展出现脾虚之象时,则当以健脾与化湿之剂配合使用,慎用汗下之法,忌用滋腻之品。本病虽预后良好,但病情多缠绵,亦有人反复发作。

### 【文献摘要】

《素问·阴符应象大论》：“地之湿气，感则害人皮肉筋脉。”

《素问·生气通天论》：“因于湿，首如裹。”

《景岳全书·传忠录》：“湿证之辨，当辨表里。……若道路冲风冒雨，或动作辛苦之人，汗湿粘衣，此皆湿从外人者也。如嗜好酒浆生冷，以致泄泻、黄疸、肿胀之类，此湿从内出者也。在上在外者宜微从汗解，在下在里者宜分利之。湿热者宜清宜利，寒湿者宜补脾益肾。”

《临证指南医案·湿》：“湿为重浊有质之邪，若邪从外而受者，皆由地中之湿气蒸腾，从内而生者，皆由脾籛之不肫。虽云雾露雨湿，上先受之，地中潮湿，下先受之。……其伤人也，或从上，或从下，或遍体皆受。此论外感之湿邪，著于肌躯者也。此虽未必即入于脏腑，治法原宜于表散，但不可大汗耳。”

《温病条辨·中焦》：“湿之人中焦，有寒湿，有湿热，有自表传来，有水谷内蕴，有内外相合，其中伤也，有伤脾籛，有伤脾阴，有伤胃籛，有伤胃阴，有紮伤脾胃。伤脾胃之籛者十常八九，伤脾胃之阴者十居一二，彼此混淆，治不中窍，遗患无穷，临证细推，不可泛论。”

### 【现代研究】

湿阻的流行病学研究发现，湿阻多见于长夏季节，不独南方，北方亦不少见。李氏对石家庄市各行业共 1005 人进行整体随机调查，符合湿阻者 106 人，患病率 10.55%。性别、年龄、职业与湿阻无明显关系。病因中，居住潮湿者 127 例中，患病率 19.69%，明显高于居处向籛干燥者 9.23% ( $P < 0.01$ )。性格急躁忧郁者患病率 19.69%，性格平和、豁警者患病率 5.24%，二者有非常明显的差异 ( $P < 0.01$ )；饥饱无常者，患病率 22.57%，饮食有结者患病率 6.42% ( $P < 0.01$ )；嗜食肥甘者，患病率 17.12%，嗜酒者患病率 6.54%、嗜茶者患病率 16.86%，与总体患病率相比  $P < (0.05-0.01)$  (中医杂志 1992; (6):44)。曹氏认为清代名医高上池论湿之体质有现实指导价值，湿之体质与内外合邪，为解释湿邪的易感性及发病类型的特点提供了依据 (中医药研究 1986; (1):28) 湿热中阻证的辨证，周氏着重以舌苔为依据，认为舌苔黄白糙腻为湿阻病的典型表现。视苔之黄腻与厚薄多少，判断中焦湿热邪气之轻重。偏黄腻者热重于湿，偏白腻者湿重于热，至于灰褐黑苔者为引动肾热耗损真阴，见舌红者兼血分之热。制芩连荷佩汤 (黄芩、黄连、荷叶、佩兰) 以清解热邪，芳化湿浊，清热燥湿之外，更使湿从芳化中轻宣气化而解 [湖北中医杂志 1995; 17(1):5]。王氏对湿热中阻证的临床辨证体会是：湿重于热者，重点在脾，热重于湿者，重点在胃 [陕西中医 1985; 6(3):106]。治湿常用之法有温籛法、开肺气法、肫脾籛法等，而苦温香燥之晶的使用，当适可而止 [中医药研究 1986; (1):28]。王氏提出湿病缠绵，难以速愈的基础是“湿瘀相关”，因此，治疗湿病，配合适当的化瘀药，往往可以使疗效倍增 [中国医药学报 1989; (5):4]。谭氏以自制三焦化湿合剂 (申香、石菖蒲、白豆蔻、杏仁、苍术、黄芩、当归、茯苓皮、滑石、赤芍、丹参) 治疗湿热型慢性胃炎 48 例。结果：治愈 27 例，好转 17 例，无效 4 例 [浙江中医杂志 1997; (9):396]。金氏以自拟“暑湿消” (申香、白蔻、茵陈、茯苓、石菖蒲、法夏、黄芩、木通、厚朴、滑石) 治疗湿热蕴脾证 100 例，

结果:痊愈 87 例(87%), 显效 7 例(7%), 有效 5 例(5%), 无效 1 例(1%)[四川中医 1995; (3): 26]。



## 第四节 痢疾

痢疾是因外感时行疫毒，内伤饮食而致邪蕴肠腑，气血壅滞，传导失司，以腹痛腹泻，里急后重，排赤白脓血便为主要临床表现的具有传染性的外感疾病。

痢疾，古代亦称“肠游”、“滞下”等，含有肠腑“闭滞不利”的意思。本病为最常见的肠道传染病之一，一年四季均可发病，但以夏秋季节为最多，可散在发生，也可形成流行，无论男女老幼，对本病“多相染易”，在儿童和老年患者中，常因急骤发病，高热蚤厥，厥脱昏迷而导致死亡，故须积璠防治。中医药对各类型痢疾有良好的疗效，尤其是久痢，在辨证的基础上，采用内服中药或灌肠疗法，常能收到显著的效果。

《内经》称本病为“肠游”，对本病的病因、症状、预后等方面都有所论述，如《素问·太阴脾明论》说：“饮食不节，起居不时者，阴受之，……阴受之则入五脏，……脏则膜满闭塞，下为痢泄，久为肠癖。”指出本病病因与饮食不节有关。《素问·至真要大论》说：“火淫所胜，……民病泄注赤白，……腹痛溺赤，甚为血便。”指出本病的病因与气候有关，症状为腹痛，便下赤白。汉《金匮要略·呕吐下利病脉证并治》将本病与泄泻合称“下利”，制定了寒热不同的白头翁汤和桃花汤治疗本病，开创了痢疾的辨证论治，黎方一直为后世医家所喜用。隋《诸病源候论》有“赤白痢”、“血痢”、“脓血痢”、“热痢”等 20 余种痢候记载，对本病的临床表现和病因、病机已有较深刻的认识。唐《备急千金要方》称本病为“滞下”，宋《严氏济生方》正式薰用“痢疾”之病名：“今之所谓痢疾者，古所谓滞下是也”，一直沿用至今。金元时期，《丹溪心法》明璠指出本病具有流行性、传染性：“时疫作痢，一方一家之内，上下传染相似”，并论述痢疾的病因以“湿热为本”。清代，出现了痢疾专著，如《痢疾论》《痢证论》等，对痢疾理论和临床进行了系统总结，学术上也有所创新。

中医学的痢疾与西医学的痢疾病名相同，部分临床表现一致。包含了西医学中的细菌性痢疾、阿米巴痢疾，以及似痢非痢的疾病，如非特理性溃疡性结肠炎、局限性肠炎、结肠直肠癌恶性肿瘤等，均可参照本节辨证处理。

### 【病因病机】

1. 时邪疫毒时邪，主要指感受暑湿热之邪，痢疾多发于夏秋之交，气候正值热郁湿蒸之际，湿热之邪内侵人体，蕴于肠腑，乃是本病发生的重要因素。《景岳全书·痢疾》说：“痢疾之病，多病于夏秋之交，古法相传，皆谓炎暑大行，相火司令，酷热之毒蓄积为痢。”疫毒，非风、非寒、非暑、非湿，“乃天地间别有一种瘴气”（《温疫论·序》），“此气之来，无论老少强弱，触之者即病”（《温疫论·原病》），即疫毒为一种具有强烈传染性的致病邪气，故称之为疠气。疫毒的传播，与岁端、地区、季节有关。时邪疫毒，混杂伤人，造成痢疾流行。

2. 饮食不节一是指平素饮食过于肥甘厚味或夏月恣食生冷瓜果，损伤脾胃；二是指食用馊腐不洁的食物，疫邪病毒从口而入，积滞腐败于肠间，发为痢疾。痢疾为病，发于夏秋之交，这个季节暑、湿、热三气交蒸，互结而侵袭人体，加之饮食不节和不洁，邪从口入，滞于脾胃，

积于肠腑。故痢疾的病理因素有湿、热(或寒)、毒、食等,湿热疫毒之邪为多,寒湿之邪较少。病位在肠腑,与脾胃有关,这是因邪从口而入,经胃脾而滞于肠之故。故《医碥·痢》说:“不论何脏腑之湿热,皆得人肠胃,以胃为中土,主容受而传之肠也。”随着疾病的演化,疫毒太盛也可累及心、肝,病情蔓延,也可穷及于肾,《景岳全书·痢疾》说:“凡里急后重者,病在广肠最下之处,而其病本则不在广肠而在脾肾。”痢疾的病机,主要是时邪疫毒积滞于肠间,壅滞气血,妨碍传导,肠道脂膜血络受伤,腐败化为脓血而成痢。肠司传导之职,传送糟粕,又主津液的进一步吸收,湿、热、疫毒等病邪积滞于大肠,以致肠腑气机阻滞,津液再吸收障碍,肠道不能正常传导糟粕,因而产生腹痛、大便失常之症。邪滞于肠间,湿蒸热郁,气血凝滞腐败,肠间脂膜血络受损,化为脓血下痢,所谓“盖伤其脏腑之脂膏,动其肠胃之脉络,故或寒或热,皆有脓血”。肠腑传导失司,由于气机阻滞而不利,肠中有滞而不通,不通则痛,腹痛而欲大便则里急,大便次数增加,便又不爽则后重,这些都是由于大肠通降不利,传导功能失调之故。

由于感邪有湿热、寒湿之理,体质有阴偏盛衰之不同,治疗有正毒与否,故临床表现各有差异。病邪以湿热为主,或为偏盛之体受邪,邪从热化则为湿热痢。病邪因疫毒太盛,则为疫毒痢。病邪以寒湿为主,或偏虚之体受邪,邪从寒化则为寒湿痢。热伤阴,寒伤脾,下痢脓血必耗伤正气。寒湿痢日久伤脾,或过用寒凉药物,或偏虚之体再感寒湿之邪,则病虚寒痢。湿热痢日久伤阴,或素体阴虚再感湿热之邪,则病阴虚痢。或体质素虚,或治疗不彻底,或收涩过早,致正虚邪恋,虚实互见,寒热错杂,使病情蔓延难愈,为时发时止的休息痢。若影响胃失和降而不能进食,则为噤口痢。

#### 【临床表现】

痢疾以腹痛腹泻、里急后重,便下赤白脓血为主要表现,但临床症状轻重差异较大。轻者,腹痛不著,里急后重不明显,大便每日次数在10次以下,或被误诊为泄泻;重者,腹痛、里急后重均甚,下痢次数频繁,甚至在未出现泻痢之前即有高热;神疲、面青、肢冷以至昏迷蚤厥。多数发病较急,急性起病者,以发热伴呕吐开始,继而阵发性腹痛、腹泻,里急后重,下痢赤白粘冻或脓血。也有缓慢发病者,缓慢发病则发热不甚或无发热,只有腹痛、里急后重,下痢赤白粘冻或脓血的主症,下痢的次数与量均少于急性发病者。急性发病者,病程较短,一般在2周左右;缓慢发病者,病程较长,多数蔓延难愈,甚至病程可警数月、数年之久。痢疾可散在发生,也可在同一地区形成流行。

#### 【诊断】

1. 夏秋流行季节发病,发病前有不洁饮食史,或有接触疫痢患者史。

2. 具有大便次数增多而量少,下痢赤白粘冻或脓血,腹痛,里急后重等主症,或伴有不同程度的恶寒、发热等症。疫毒痢病情严重而病势凶险,以儿童为多见,急骤起病,在腹痛、腹泻尚未出现之时,即有高热神疲,四肢厥冷,面色青灰,呼吸浅表,神昏蚤厥,而痢下、呕吐并不一定严重。

3. 实验室检查:大便中可见大量红细胞,脓细胞,并有巨噬细胞或新鲜大便中发现有阿米巴滋养体、阿米巴包囊;大便或病变部位分泌物培养可有痢疾杆菌生长,或阿米巴培养阳性;钡剂灌肠X线检查及直肠、结肠镜检查,提示慢性痢疾、非特异性溃疡性结肠炎或结肠癌、直肠癌等改变。儿童在夏秋季节出现高热蚤厥等症,而未排大便时,应清洁灌肠,取便送常规检查和细菌培养。

#### 【鉴别诊断】

本病应与泄泻鉴别,紫者多发于夏秋季节,病位在胃肠,皆由外感时邪、内伤饮食而发病,症状都有大便增多,然而紫病在病位、病机和临床表现等方面都有区别。病位病机方面,痢疾病位在肠,病机重点是肠中有滞,即湿热,寒湿、疫毒、饮食壅滞肠中,妨碍传导,凝滞气血,脂膜血络受损;而泄泻病位在脾,病机重点是脾失运化,湿浊内生,清浊不分,混杂而下。临床表现方面,痢疾大便次数多而粪便少,痢下赤白脓血,泄泻泻下为稀薄粪便,颜色黄或白,无赤白脓血;痢疾下痢不爽,里急后重,泄泻泻下爽利甚至滑脱不禁;痢疾必有腹痛,伴里急后重,腹痛呈持续性,时轻时重,便后痛殊而不停止,而泄泻之腹痛或有或无,多伴有肠鸣腹胀,呈阵发性,泻后痛殊。因紫病都为外感时邪、饮食所伤,故在一定条件下又可以互相转化,或先泻而后转痢,或先痢而后转泻。一般认为先泻后痢病情加重,病机由浅入深;先痢而后泻为病情殊轻,病机由深出浅,所谓“先滞而后利者易治,先利而后滞者难治”。

#### 【辨证论治】

##### 辨证要点

1. 辨实痢、虚痢“痢疾最当察虚实,辨寒热”(《景岳全书·痢疾》)。一般说来,起病急骤,病程短者属实;起病缓慢,病程长者多虚。形体强壮,脉滑实有力者属实;形体薄弱,脉虚弱无力者属虚。腹胀满,痛而拒按,痛时窘迫欲便,便后里急后重暂时殊轻者为实;腹痛绵绵,痛而喜按,便后里急后重不殊,坠胀甚者为虚。

2. 识寒痢、热痢痢下脓血鲜红,或赤多白少者属热;痢下白色粘冻涕状,或赤少白多者属寒。痢下粘稠臭秽者属热;痢下清稀而不甚臭秽者属寒。身热面赤,口渴喜饮者属热;面白肢冷形寒,口和不渴者属寒。舌红苔黄腻,脉滑数者属热;舌淡苔白,脉砵细者属寒。

##### 治疗原则

1. 祛邪导滞痢疾的基本病机是邪气壅滞肠中,只有祛除邪气之壅滞,才能恢复肠腑传导之职,避免气血之凝滞,脂膜血络之损伤,故为治本之法。因此,清除肠中之湿热、疫毒、冷积、饮食等滞邪颇为重要。常用祛湿、清热、温中、解毒、消食、导滞、通下等法,以誓祛邪导滞之目的。

2. 调气和血调气和血即是顺畅肠腑凝滞之气血,祛除腐败之脂脓,恢复肠道传送功能,促进损伤之脂膜血络尽早修复,以改善腹痛、里急后重、下痢脓血等临床症状。正如藤河间所说:“调气则后重自除,行血则便脓自愈”。常采用理气行滞、凉血止血、活血化瘀、去腐生肌等治法。

3, 顾护胃气“人以胃气为本, 而治痢尤要”。这是由于治疗实证初期、湿热痢、疫毒痢的方药之中, 苦寒之晶较多, 长时间大剂量使用, 有损伤胃气之弊。因此, 治痢应注意顾护胃气, 并贯穿于治痢的始终。

虚证痢疾应扶正祛邪。因虚证久痢, 虚实错杂, 若单纯补益, 则滞积不去, 贸然予以通导, 又恐伤正气, 故应虚实兼顾, 扶正祛邪。中焦气虚, 脾气不振者, 应温养脾气; 阴液亏虚者, 应养阴清肠; 久痢滑脱者, 可佐固脱治疗。

此外, 古今学者提出有关治疗痢疾之禁忌, 如忌过早补涩, 以免关门留寇, 病势缠绵不已; 忌峻下攻伐, 忌分利小便, 以免重伤阴津, 戕害正气等, 都值得临床时参考借鉴。

总之, 痢疾的治疗, 热痢清之, 寒痢温之, 初痢则通之, 久痢虚则补之。寒热交错者, 清温并用; 虚实夹杂者, 通涩兼施。赤多者重用血药, 白多者重用气药。始终把握祛邪与扶正的辨证关系、顾护胃气贯穿于治疗的全过程。

### 分证论治

#### ·湿热痢

症状: 腹痛阵阵, 痛而拒按, 便后腹痛暂缓, 痢下赤白脓血, 粘稠如襟冻, 腥臭, 肛门灼热, 小便短赤, 舌苔黄腻, 脉滑数。

治法: 清肠化湿, 解毒, 调气行血。

方药: 芍药汤。

方中**黄芩**、**黄连**清热燥湿, 解毒止痢; **大黄**、**槟榔**荡热去滞, 通因通用; **木香**、**槟榔**调气行滞; **当归**、芍药、**甘草**行血和营, 缓急止痛; **肉桂**辛温, 反佐芩、连。 **大黄**之苦寒, 共成辛开苦降之势, 以散邪气之结滞。痢疾初起, 去**肉桂**, 加银花、**穿心莲**等加强清热解毒之力。有表证者, 加**荆芥**、**防风**解表散邪, 或用荆防败毒散, 逆流挽舟。兼食滞者, 加**莱菔子**、**山楂**、神曲消食导滞。痢下赤多白少, 肛门灼热, 口渴喜冷饮, 证属热重于湿者, 加**白头翁**、**黄柏**、**秦皮**直清里热。痢下白多赤少, 舌苔白腻, 证属湿重于热者, 去**黄芩**、**当归**, 加**茯苓**、**苍术**、**厚朴**、**陈皮**等端脾燥湿。痢下鲜红者, 加**地榆**、丹皮、仙鹤草、**侧柏叶**等凉血止血。

湿热痢, 也可用成药香连丸治疗。

#### ·疫毒痢

症状: 发病急骤, 腹痛剧烈, 里急后重频繁, 痢下鲜紫脓血, 呕吐频繁, 寒战壮热, 头痛烦躁, 精神蹇其痿靡, 甚至四肢厥冷, 神志昏蒙, 或神昏不清, 蚤厥抽搐, 瞳仁大小不等, 舌质红绛, 苔黄腻或燥, 脉滑数或微细欲绝。临床亦可下痢不重而全身症状重者, 突然出现高热, 神昏谵语, 呕吐, 喘逆, 四肢厥冷, 舌红苔干, 脉弦数或微细欲绝。

治法: 清热凉血, 解毒清肠。

方药: **白头翁**汤合芍药汤。

本方以白头翁清热解毒凉血，配黄连、黄芩、黄柏、秦皮清热解毒化湿；当归、芍药行血；木香、槟榔、大黄行气导滞。临床可加金银花、丹皮、地榆、穿心莲、贯藎等以加强清热解毒的功效。高热神昏，热毒入营血者，合犀角地黄汤，另服神犀丹或紫雪丹以清营开窍。痉厥抽搐者，加羚羊角、钩藤、石决明、生地等熄风镇痉。壮热神昏，烦躁蚤厥而下痢不甚者，合大承气汤清热解毒，荡涤内闭。症见面色苍白，四肢厥冷而冷汗出，唇指紫暗，尿少，脉细欲绝，加用生脉（或参麦）注射液、参附青注射液静脉滴注或推注，以益气固脱。

疫毒痢（或湿热痢）可用白头翁汤加大黄等，煎水保留灌肠配合治疗，以增强涤泻邪毒之功效。若厥脱、神昏、蚤厥同时出现者，则最为险候，必须采用综合性抢救措施，中西医结合治疗，以挽其危急。

#### ·寒湿痢

症状：腹痛拘急，痢下赤白粘冻，白多赤少，或纯为白冻，里急后重，脘胀腹满，头身困重，舌苔白腻，脉濡缓。

治法：温中燥湿，调气和血。

方药：不换金正气散。

本方以申香芳香化湿；苍术、厚朴、法夏端脾燥湿；陈皮、木香、枳实行气导滞；桂枝、炮姜温中散寒；芍药、当归和血。兼有表证者，加荆芥、苏叶、葛根解表祛邪。挟食滞者，加山楂、神曲消食导滞。若湿邪偏重，白痢如襟冻，腰膝酸软，腹胀满，里急后重甚者，改用胃苓汤加茺，以温中化湿健脾。

寒湿痢亦可用大蒜烧熟食用治疗。

#### ·虚寒痢

症状：久痢缠绵不已，痢下赤白清稀或白色粘冻，无腥臭，甚则滑脱不禁，腹部隐痛，喜按喜温，肛门坠胀，或虚坐努责，便后更甚，食少神疲，形寒畏冷，四肢不温，腰膝酸软，舌淡苔薄白，脉砵细而弱。

治法：温补脾肾，收涩固脱。

方药：桃花汤合真人养脏汤。

紫方以人参或党参、白术、粳米益气健脾；干姜、肉桂温脾散寒；当归、芍药和血缓急止痛；木香行气导滞；赤石脂、诃子、罂粟壳、肉豆蔻收涩固脱，紫方合用，兼具温补、收涩、固脱之功，颇合病情。肾脾虚衰者，加附子、破故纸温补肾脾。肛门下坠者，去木香，加黄芩、升麻益气举陷。下痢不爽者，茺用收涩之品。滑脱不禁者，加薤实、莲米、龙骨、牡蛎收敛固脱。

虚寒痢，也可配合成药理中丸、归脾丸治疗。

#### ·休息痢

症状:下痢时发时止,日久难愈,常因饮食不当、感受外邪或劳累而诱发。发作时,大便次数增多,便中带有赤白粘冻,腹痛,里急后重,症状一般不及初痢、暴痢程度重。休止时,常有腹胀食少,倦怠怯冷,舌质淡苔腻,脉濡软或虚数。

治法:温中清肠,佐以调气化滞。

方药:连理汤。

本方以人参、白术、干姜、甘草温中健脾;黄连清除肠中余邪;加木香、槟榔、枳实调气行滞;加当归和血。发作期,偏湿热者,加白头翁、黄柏清湿热;偏寒湿者,加苍术、草果温中化湿。

休息痢多因寒热错杂,虚实互见,病情顽固者,也可用成药乌梅丸治疗。若大便呈果酱色而量多者,用鸦胆子仁治疗效果较好,成人每服 15 粒,每日 3 次,襟囊分装或用龙眼肉包裹,饭后服用,连服 7-10 日,可单独服用或配合上述方药使用。

休息痢中,若脾胃气不足,积滞未尽,遇寒即发,症见下痢白冻,倦怠少食,舌淡苔白,脉弱者,治宜温中导下,方用温脾汤加味。

若久痢伤阴,或素体阴虚,阴液亏虚,余邪未净,阴虚作痢,痢下赤白,或下鲜血粘稠,虚坐努责,量少难出,午后低热,口干心烦,舌红绛或光红,治宜养阴清肠,方用驻车丸加味。

临床上,还可见噤口痢,即下痢而不能进食,或下痢呕恶不能食者。朱丹溪说:“噤口痢者,大虚大热。”基本病机是大实或大虚,致胃失和降,气机升降失常。属于实证者,多由湿热或疫毒,上犯于胃,胃失和降所致,症见下痢,胸闷,呕恶不食,口气秽臭,舌苔黄腻,脉滑数,治宜泄热和胃,苦辛通降,方用开噤散加味。药取黄连、石菖蒲、茯苓、冬瓜仁苦辛通降,泄热化湿;陈皮、陈仓米、石莲子、荷叶蒂健脾养胃。全方合用,升清降浊,开噤进食。属于虚证者,以脾胃素虚,或久痢伤胃,胃虚气弱,失于和降所致,病见下痢频频,呕恶不食,或食入即吐,神疲乏力,舌淡苔白,脉弱无力,治宜健脾和胃。方用六君子汤健脾和胃,再加石菖蒲、姜汁醒脾降逆。若下痢无度,饮食不进,肢冷脉微,当急用独参汤或参附汤以益气固脱。

#### 【转归预后】

痢疾的转归预后取决于患者体质的强弱、感邪的轻重与治疗是否及时正确。急性痢疾,治疗及时得当,体质强壮者,一般在发病左右痊愈,发热、腹痛、里急后重、便脓血等症状在 3-5 天了天消失。若病邪重,或素体正气亏虚,或失治误治,致使痢疾长期不愈,转为慢性。

感受疫毒邪甚重,失治误治,未能控制病势而出现痢下如猪肝、鱼脑、赤豆汁,或下纯血,如屋漏水,高热神昏,或手足厥逆,内闭外脱,气急息粗或气息微弱,或噤口不食等危急症者,须积毒抢救,否则预后很差。

#### 【预防与调摄】

痢疾是一种急性传染病,在夏秋季节采取积毒有效的预防措施,对于控制痢疾的传播和流行,是十分重要的。有效的方法是做好水、粪的管理,饮食的管理,消灭苍蝇等。另外,药物预防也很有必要。在流行季节,可适当食用生蒜瓣,每次 1-3 瓣,每日 2-3 次,或将大蒜瓣放

人菜食之中食用。亦可用马齿苋、绿豆适量，煎汤饮用，或马齿苋、陈茶叶共研细末，大蒜办捣泥拌和，人糊为丸，如龙眼大小，每次1丸，每日2次，连服1周。

痢疾的调护，应做好床旁隔离，视病情适当休息，饮食宜忌很重要，一般宜食清淡易消化之食品，忌食荤腥油腻难消化之物。《千金要方》说：凡痢病患，“所食诸食，皆须大熟烂为佳，亦不得伤饱，此将息之大经也，若将息失所，圣人不救也。”

#### 【结语】

痢疾是临床上常见多发的外感传染病，以夏秋为主要发病季节。主要病因是外感时邪疫毒，内伤饮食不洁；病位在肠，与脾胃有密切关系；病机为邪从口入，湿热疫毒蕴结于肠腑，气血壅滞，脂膜血络受损，化为脓血，大肠传导失司，发为痢疾。临床以腹痛腹泻，里急后重，便赤白脓血为主要表现。辨证应分清寒热虚实，一般说来暴痢多实，久痢多虚。实证有湿热痢、寒湿痢和疫毒痢，以湿热痢为多见，疫毒痢病情凶险，宜及早图治；虚证有虚寒痢、阴虚痢和休息痢。若下痢不能进食或呕恶不能食者，为大虚大实的噤口痢。痢疾的治疗以祛邪导滞、调气和血为原则，又须随时顾护胃气，根据寒热虚实的不同，或清热化湿解毒，或温化寒湿，或辅以益气养阴，或寒热并用、攻补兼施，或通涩并举，对疫毒痢除加强清热解毒外，还应视病情配合清心开窍，熄风镇痉，救逆固脱等法治疗，对噤口痢则应分虚实开噤治疗。痢疾为外感病证，一般预后良好，因其具传染性，故重在预防，控制传播。

#### 【文献摘要】

《素问病机气宜保命集·泻痢论》：“后重则宜下，腹痛则宜和，身重则除湿，脉弦则去风。血脓稠粘，以重药竭之。”

《证治要诀·痢》：“痢疾古名滞下，以气滞成积，积之成痢。治法当以顺气为先，须当开胃，故无饱死痢病也。”

《丹溪心法·痢》：“下痢不治之证，下如鱼脑者半死半生，下如尘腐色者死，下纯血者死，下如屋漏水者死，下如竹筒注者不治。”

《济生方·痢疾》：“余每遇此证，必先荡涤肠胃，次正其根本，然后辨其风冷暑湿而为治法。故伤热而赤者清之，伤冷而白者温之，伤风而纯下清血者祛逐之，伤食而下如豆羹者分利之。又如冷热交并者，则温凉以调之。伤损而成久毒痢者，则化毒以保卫之。”

《寿世保元·痢疾》：“凡痢初患，元气未虚，必须下之，下后未愈，随症调之。痢稍久者，不可下，胃气败也。痢多属热，亦有虚与寒者，虚者宜补，寒者宜温。年老及虚弱人，不宜下，大便秘了而不了者，血虚也，数至圜而不便者，气虚也。”

《类证治裁·痢疾》：“痢多发于秋，即《内经》之肠游也，症由胃腑湿蒸热壅，致气血凝结，挟糟粕积滞，进入大小肠，顷刻脂液，化脓血下注，或痢白，痢红，痢瘀紫，痢五色，腹痛呕吐，口干，溺涩，里急后重，气陷肛坠，因其闭滞不利，故亦名滞下也。”

#### 【现代研究】

·细菌性痢疾的临床研究

细菌性痢疾临床报道以湿热痢为主,多以清热解毒,化湿利肠为治,常能取得较满意疗效。苏氏以清热化湿汤(黄芩、黄连、当归、生地榆、藜寄奴、白芍、山稔、玉片、木香、甘草)治疗急性菌痢 100 例,结果均痊愈[甘肃中医学院学报 1994;11(3):37]。蔡氏用抗痢煎(马齿苋、红藤、薏苡仁、白头翁、秦皮、枳椇、白芍、五瓓脂、车前子、黄连、璩木香)随证加味,治疗急性菌痢 145 例。结果:治愈 103 例占 71.04%,好转 40 例占 27.58%,无效 2 例占 1.38%,总有效率 98.62%[实用中医药杂志 1996;12(1):7]。张氏用新加香连和胃汤(酒炒黄连、酒炒黄芩、炒白芍、当归、厚朴、青皮、陈皮、槟榔、甘草、焦山稔)随证加味,治疗孕妇痢疾 46 例。结果:痊愈 33 例,有效 11 例,无效 2 例,总有效率 95.6%[陕西中医 1995;16(6):246]。韩氏用白地诃片(白头翁、地榆、诃子、丁香)治疗急性菌痢 100 例,对照组 21 例,用氯霉素或痢特璩。结果:紫组分别痊愈 86(86%)、16(76%)例,好转 14(14%)、5(24%)例;体温复常平均为 2.27、3.59 日;大便脓血粘液消失平均为 5.04、7.92 日;大便镜检正常平均为 6.43、7.44 日。实验研究表明,本品对福氏痢疾杆菌有较强的抑制作用[时珍国药研究 1995;(1):9]。

通因通用治痢仍受到许多研究者的重视。张氏自拟承平汤(苍术、生大黄、青皮、陈皮、枳椇、厚朴、生甘草)随证加味,治疗暴痢 21 例,结果均痊愈[实用中医药杂志 1996;12(2):7]。罗氏用申香、薄荷煎汤调服(镜花缘)痢泻散(生大黄、熟大黄、苍术、杏仁、炒羌活、川乌、炒甘草),治疗急性菌痢泄泻 35 例,脱水严重者予补液。结果:均治愈[贵璩中医学院学报 1995;17(2):49]。孙氏用痢下通用方(当归、白芍、炒莱菔子、炒枳椇、槟榔、木香、川厚朴、车前子、甘草)治疗痢疾 200 例。结果:治愈 192 例,显效 2 例,失察 6 例[山东中医杂志 1996;15(6):252]。应氏以痢泻散(生大黄、熟大黄、杏仁、羌活、制苍术、制川乌、甘草)加味治疗急性菌痢 43 例,结果:痊愈 39 例(90.7%),好转 3 例(6.98%),无效 1 例[浙江中医杂志 1998;(7):300]。

采用单方、验方治疗急性菌痢,具有针对性强、疗效好的特点。赵氏用单味草药叶下红治疗各型菌痢 909 例,治愈率为 93.2%,与痢特璩加 IMP 等对照组比较,治愈率和肠镜检查结果无明显差异( $P>0.05$ )[中西医结合杂志 1985;5(9):530]。据报道应用单味中草药杨树花、苦苣药、诃子、贯筋草、苍耳草、篇蓄等,治疗急性菌痢的疗效也较满意。大量实验资料证明,以上各种中草药对痢疾杆菌有明显的抑制或灭菌作用。

#### ·阿米巴肠病的研究

崔氏以斃理汤(生山药、生白芍、金银花、炒牛蒡子、生甘草、黄连、肉桂)随证加味,送服鸭胆子治疗阿米巴痢疾 37 例。结果:治愈 29 例,好转 6 例,无效 2 例,总有效率 94.9%(湖北中医学院学报 1994;14(4):25)。蔡氏用白头翁汤(白头翁、银花、紫花地丁、秦皮、黄柏、黄连、大黄)保留灌肠为主治疗阿米巴肠病 136 例。大便常规以脓球为主重用三黄,加地锦草、丹皮;以红细胞为主大黄易熟大黄,加地榆炭。日一剂水煎 200ml 保留灌肠。急性期日 2 次,3 日后改日 1 次,5 日为 1 疗程。西药对症处理。结果:痊愈 128 例,有效 6 例,无效 2 例,总有效率 98%[上海中医药杂志 1995;(12):18]。蔡氏以截疟法,以截疟七宝饮加味(青蒿、草果、槟榔、



[厚朴](#)、[常山](#)、[当归](#)、[赤芍](#)、[白芍](#)、姜半夏、[甘草](#)、红藤、白槿花) 治疗阿米巴病 6 例, 均获得满意效果[浙江中医杂志 1994; (8): 369]。

## 第五节 疟疾

疟疾由感受疟邪，邪正交争所致，是以寒战壮热，头痛，汗出，休作有时为特征的传染性疾病，多发于夏秋季。

疟疾是一种严重危害人民健康的传染病，我国大部分地区均有流行，以南方各省发病较多。中医药对疟疾的治疗积累了丰富的经验，具有良好的疗效，尤其是现代研究成功的青蒿素，对疟疾更具有卓效，受到世界的重视。

我国人民对疟疾的认识甚早，远在殷虚甲骨文中已有“疟”字的记载。传染病在古代医籍中记载最详者首推疟疾。早在《素问》就有《疟论》《刺疟论》等专篇，对疟疾的病因、病机、症状、针灸治法等作了系统而详细的讨论。《神农本草经》明璠记载常山有治疟的功效。《金匱要略·疟疾脉证并治》篇以蜀漆治疟，并在《内经》的基础上补充了疟母这一病症。其治疟的白虎加桂枝汤和治疟母的鳖甲煎丸，沿用至今。《肘后备急方·治寒热诸疟方》首先提出了瘧疟的名称，并最先采用青蒿治疟。《诸病源候论·间日疟候》明璠提出间白疟的病证名称，在《劳疟候》里补充了劳疟这一证候。《千金要方》除制订以常山、蜀漆为主的截疟诸方外，还用马鞭草治疟。《三因瑯一病证方论·疟病不内外因证治》指明了疫疟的特点：“一岁之间，长幼相若，或染时行，变成寒热，名曰疫疟”。《脉因证治·疟》提出了传染的概念。《证治要诀》将疟疾与其他表现往来寒热的疾病作了鉴别。《证治准绳·疟》对疟疾的易感性、免疫力及南北地域的差理，有所记载。《景岳全书·疟疾》进一步肯定疟疾因感受疟邪所致，并非痰、食引起。《症因脉治·疟疾总论》对瘧疟的症状及病机作了较全面的论述，并将间二日而发之疟疾称为三日疟。《疟疾论》将三日疟称为三阴疟，指出其特点是患病时间较长，病情相对较轻，“无骤死之理”。

疟疾的概念自《内经》即很明确，即疟疾是指由感受疟邪引起的，以恶寒壮热，发有定时，多发于夏秋季为特征的一种传染性疾病。中西医学对疟疾的认识基本相同，即西医学的疟疾属于本病范畴。

### 【病因病机】

引起疟疾的病因是感受疟邪，在《内经》亦称为疟气。疟邪具有的特点是：舍于营气，伏藏于半表半里。如《素问·疟论》说：疟气“藏于皮肤之内，肠胃之外，此营气之所舍也”。《医门法律·疟疾论》说：“外邪得以人而疟之，每伏藏于半表半里，入而与阴争则寒，出而与阳争则热。”随经络而内搏五脏，横连募原。盛虚更替。与卫气相集则引起发病，与卫气相离则病休。

其中引起瘧疟的疟邪亦称为瘧毒或瘧气，在我国主要存在于南方，所致疾病较重，易于内犯心神及使人体阴翳度偏盛。

感受疟邪之后，疟邪与卫气相集，邪正相争，阴翳相移，而引起疟疾症状的发作。疟邪与卫气相集，入与阴争，阴实阴虚，以致恶寒战栗；出与阳争，阳盛阴虚，内外皆热，以致壮热，

头痛，口渴。疟邪与卫气相离，则遍身汗出，热退身凉，发作停止。当疟邪再次与卫气相集而邪正交争时，则再一次引起疟疾发作。

因疟邪具有虚实更替的特性，疟气之浅深，其行之迟速，决定着与卫气相集的周期，从而表现为病以时作的特点。疟疾以间日一作者最为多见，正如《素问·疟论》所说：“其间日发者，由邪气内薄于五藏，横连募原也。其道远，其气深，其行迟，不能与卫气俱行，不得皆出，故间日乃作也。”疟气深而行更迟者，则间二日而发，形成三阴疟，或称三日疟。

根据疟疾阴偏盛、寒热多少的不同，把通常情况下所形成的疟疾称为正疟；素体阴盛及疟邪引起的病理变化以阴寒偏盛为主，临床表现寒多热少者，称为温疟；素体阳虚及疟邪引起的病理变化以阳虚寒盛为主，临床表现寒多热少者，称为寒疟。在南方地区，由瘴毒疟邪引起，以致阴寒程度偏盛，寒热偏颇，心神蒙蔽，神昏谵语者，则称为瘴疟。若因疟邪传染流行，病及一方，同期内发病甚多者，则称为疫疟。疟病日久，疟邪久留，使人体气血耗伤，正气不足，每遇劳累，疟邪复与卫气相集而引起发病者，则称为劳疟。疟病日久，气机郁滞，血脉瘀滞，津凝成痰，气滞血瘀痰凝，结于胁下，则形成疟母。

#### 【临床表现】

疟疾以寒战高热，头痛，汗出，休作有时，且多发于夏秋季为其临床特征。典型的发作过程是：急骤发病，首先表现恶寒战栗，面色苍白，肢体厥冷，虽盖厚被而不觉温；继则壮热，体若燔炭，面色潮红，头痛如劈，口渴引饮，虽近冰水而不凉；最后，全身大汗，体温骤然降至正常，头痛消失，顿感轻松舒适，常安然入睡。整个过程通常持续5~8小时左右。

多数疟疾患者，间歇一日之后，又有类似症状的发作。所以周期性及间歇性是本病临床表现的重要特征。

在上述典型发作的基础上，由于寒热的偏盛、感邪的轻重、正气的盛衰及病程久暂等不同，而有正疟、温疟、寒疟、瘴疟、劳疟等不同病类的区别。

#### 【诊断】

1. 寒战、高热、出汗，周期性发作，间歇期症状消失，形同常人，为诊断的重要依据。
2. 居住或近期到过疟疾流行地区，在夏秋季节发病，可作为参考。
3. 实验室检查，必要时进行血涂片检查疟原虫，若查到疟原虫则为诊断疟疾的确切依据。

#### 【鉴别诊断】

疟疾需与其他有寒热往来表现的疾病相鉴别。

感冒、伤寒，下焦湿热、肝胆湿热、癆瘵、外科疮毒等病证，均可出现寒热往来，但发作的时间规律、兼见症状、未发时的表现均有不同，可供鉴别。与疟疾不同的是：其他病症的寒热往来一般发作无定时；即使在寒热不甚之时，亦必有其各病证的症状存在；发病一般无季节性、地区性特点。

## 【辨证论治】

### 辨证要点

1. 辨瘧疾与一般疟疾的不同一般的疟疾症状比较典型,休止之时,可如常人;定时而作,周期明显;神识清楚;发病虽以南方多见,但全国各地均有。而瘧疾则症状多样,病情严重,未发之时也有症状存在;周期不如一般疟疾明显;多有神昏谵语;主要在南方地区发病。

2. 辨寒热之偏盛(景岳全书·疟疾)说:“治疟当辨寒热,寒胜者即为阴证,热胜者即为阳证。”对于一般疟疾,典型发作者属于正疟;和正疟相比较,阳热偏盛,寒少热多者,则为温疟;阳虚寒盛,寒多热少者,则为寒疟。在瘧疾之中,热甚寒微,甚至壮热不寒者,则为热瘧;寒甚热微,甚至但寒不热者,则为冷瘧。

3. 辨正气之盛衰疟疾每发,必伤耗人体气血,病程愈久,则气血伤耗日甚。正气亏虚,易于形成劳疟而反复发作。

### 治疗原则

祛邪截疟是治疗疟疾的基本原则。在诊断为疟疾后,即可截疟。在此基础上,根据疟疾证候的不同,分别结合和解表里、清热保津、温脾祛邪、清心开窍、化浊开窍、补益气血等治法进行治疗。

对于疟疾的治疗,古代医家积累了许多宝贵经验,值得重视。如(明医杂著·疟病证治)说:“邪疟及新发者,可散可截;虚疟及久者,宜补气血。”(万病回春·疟病)说:“人壮盛者,宜单截也”;“人虚者,截补兼用也”;“疟久不愈者,先截而后补也”;“疟已久者,须调养气血也”。

### 分证论治

#### ·正疟

症状:先有呵欠乏力,继则寒栗鼓颌,寒罢则内外皆热,头痛面赤,口渴引饮,终则遍身汗出,热退身凉,舌红,苔薄白或黄腻,脉弦。间隔一日,又有相同的症状发作。故其症状特点为:寒战壮热,休作有时。

治法:祛邪截疟,和解表里。

方药:柴胡截疟饮。

方中以小柴胡汤和解表里,导邪外出;常山、槟榔祛邪截疟;配合乌梅生津和胃,以减轻常山致吐的副作用。

口渴甚者,可加葛根、石斛生津止渴。胸脘痞闷、苔腻者,去滞气碍湿之参枣,加苍术、厚朴、青皮理气化湿。烦渴、苔黄、脉弦数,为热盛于里,去辛温补中之参、姜、枣,加石膏、花粉清热生津。

#### ·温疟

症状:寒少热多,汗出不畅,头痛,骨节酸疼,口渴引饮,尿赤便秘,舌红,苔黄,脉弦数。

治法:清热解表,和解祛邪。

方药:白虎加桂枝汤。

方中以白虎汤清热生津,桂枝疏风散寒。可加青蒿、柴胡以和解祛邪。津伤较甚,口渴引饮者,酌加生地、麦冬、石斛养阴生津。

·寒疟

症状:寒多热少,口不渴,胸脘痞闷,神疲体倦,舌苔白腻,脉弦。治法:和解表里,温脾祛邪。

方药:柴胡桂枝干姜汤。

方中以柴胡、黄芩和解表里,桂枝、干姜、甘草温脾祛邪,天花粉、牡蛎散结软坚。可加蜀漆或常山祛邪截疟。脘腹痞闷,舌苔白腻者,为寒湿内盛,加草果、厚朴、陈皮理气化湿,温脾脾胃。

·热瘴

症状:寒微热甚,或壮热不寒,头痛,肢体烦疼,面红目赤,胸闷呕吐,烦渴饮冷,大便秘结,小便热赤,甚至神昏谵语。舌质红绛,苔黄腻或垢黑,脉洪数或弦数。

治法:解毒除瘴,清热保津。

方药:青蒿素合清瘴汤。

青蒿自晋代即被用于治疟,经现代临床及实验研究证实,青蒿素对间日疟、恶性疟均有良好疗效,具有速效、低毒的优点,特别是在救治西医所称的脑型疟及抗氯喹的恶性疟方面,达到国际先进水平。青蒿素为从青蒿中提取的有效成分,对瘴疟的疗效优于青蒿原生药。青蒿素浸膏片0.1g片,每次0.2g,每日2次,连服4日。蒿甲醚保持了青蒿素速效、低毒的优点,且制剂稳定。口服首剂160mg,第二日起每日一次,每次80mg,连用5日。青蒿素油注射液0.1g/ml一支,首次用量为0.2g肌注,分别在6小时、24小时及48小时再各注射0.2g共4次。对其他疟疾证候需要截疟者,亦可采用青蒿素制剂。

清瘴汤为近代用于瘴疟的验方,具有祛邪除瘴、清热解毒、清胆和胃的作用。方中以青蒿、常山解毒除瘴;黄连、黄芩、知母、柴胡清热解毒;半夏、茯苓、陈皮、竹茹、枳实清胆和胃;滑石、甘草、辰砂清热利水除烦。

若壮热不寒,加生石膏清热泻火。口渴心烦,舌红少津为热甚津伤,加生地、玄参、石斛、玉竹清热养阴生津。神昏谵语,为热毒蒙蔽心神,急加安宫牛黄丸或紫雪丹清心开窍。

·冷瘴

症状:寒甚热微,或但寒不热,或呕吐腹泻,甚则神昏不语,苔白厚腻,脉弦。

治法:解毒除瘴,芳化湿浊。

方药:青蒿素合不换金正气散。

青蒿素的作用及用法已如上述。加味不换金正气散有芳化湿浊,健脾理气之效。方中以苍术、厚朴、陈皮、甘草燥湿健脾;丁香、半夏、佩兰、荷叶芳香化浊,降逆止呕;槟榔、草果理气

除湿；菖蒲豁痰宣窍。神昏谵语合用**苏合香丸**芳香开窍。但寒不热，四肢厥冷，脉弱无力，为**藜虚气脱**，加**人参**、**附子**、**干姜**益气温**藜固脱**。

#### ·劳疟

症状：倦怠乏力，短气懒言，食少，面色萎黄，形体消瘦，遇劳则复发疟疾，寒热时作，舌质淡，脉细无力。

治法：益气养血，扶正祛邪。

方药：何人饮。

方中以**人参**益气扶正，制**何首乌**、**当归**补益精血，**陈皮**、**生姜**理气和中。

在疟发之时，寒热时作者，应加**青蒿**或**常山**祛邪截疟。食少面黄，消瘦乏力者，可加**黄芩**、**白术**、枸杞增强益气健脾养血之功。

#### ·疟母

症状：久疟不愈，胁下结块，触之有形，按之压痛，或胁肋胀痛，舌质紫黯，有瘀斑，脉细涩。

治法：软坚散结，祛瘀化痰。

方药：**鳖甲煎丸**。

本方由 23 种药物组成，攻补兼施，寒热并用，具有活血化瘀、软坚消痞的作用，自《金匱要略》即已作为治疟母的主方。有气血亏虚的证候者，应配合八珍汤或十全大补丸等补益气血，以虚实兼顾，扶正祛邪。

#### 【转归预后】

除瘴疟外，疟疾的预后一般良好，经过及时治疗，大多较快痊愈。但疟病日久，正虚邪恋，形成劳疟者，则易反复发作，使病情缠绵。胁下结块形成疟母者，则需要一定的治疗时间，以期消退。瘴疟则预后较差，因阴**藜**度偏盛，心神蒙蔽，易导致死亡，需及时进行急救治疗。

#### 【预防与调摄】

防止感受疟邪是预防疟疾的根本措施，尤其是在夏秋季，更应注意预防。正如《景岳全书·疟疾》说：“但使内知调摄而外不受邪，则虽居瘴地，何病之有。”消灭蚊虫是防疟综合措施中的主要环节。避免蚊虫叮咬（如采用蚊帐或驱蚊药），采取预防用药，及时治愈疟疾病人，减少传染来源等，都是控制疟疾的重要技术措施。

疟疾发作之后，遍身汗出，倦怠思睡，应注意拭干汗液，及时更换内衣，并让患者安然入睡。未发作之日，可在户外活动，但应避免过劳。饮食应爽口而富于营养，以增强患者的抗病能力。对瘴疟则应周密观察，精心护理，及时发现病情变化，并采取相应的急救措施。

#### 【结语】

疟疾以寒战壮热，休作有时为其临床特征，多发于夏秋季。感受疟邪是疟疾致病之因。

疟邪舍于营气，内搏五脏，横连募原，与卫气相集则病作，邪正交争，阴膺相移，阴盛膺虚则恶寒战栗，膺盛阴虚则壮热口渴。疟邪与卫气相离，汗出身冷，疟病暂休。复集则病复作。根据证候之轻重，寒热的偏盛，正气之盛衰，疟疾分为正疟、温疟、寒疟、瘴疟（含热瘴、冷瘴）、劳疟、疟母等证型。治疗以祛邪截疟为基本原则，热偏甚者结合清热保津，寒偏甚者结合辛温芳化；热瘴尚应清心开窍，冷瘴芳香开窍；劳疟结合补益气血。疟母治应软、坚散结，祛瘀化痰，除兼有疟疾发作者外，对疟母的治疗毋需使用截疟药。

#### 【文献摘要】

《璣枢·岁露论》：“夫风之与疟也，相与同类，……风气留其处，疟气随经络砭以内搏，故卫气应乃作也。”

《素问·疟论》：“此皆得之夏伤于暑，热气盛。藏于皮肤之内，肠胃之外，此荣气之所舍也”；“疟气者，必更盛更虚，当气之所在也，病在膺，则热而脉躁；在阴，则寒而脉静；璣则阴膺俱衰，卫气相离，故病得休；卫气集，则复病也”；“夫疟者之寒，汤火不能温也，及其热，冰水不能寒也”。

《金匱要略·疟病脉证并治》：“结为疟瘕，名曰疟母，急治之，宜鳖甲煎丸。”

《肘后备急方·治寒热诸疟方》：“青万一握，以水二升渍，绞取汁，尽服之。”

《景岳全书·疟疾》：“凡往来岭南之人及宦而至者，无不病瘴而至危殆者也。土人生长其间，与水土之气相习，外人人南必一病，但有轻重之璣耳。若久而与之俱化，则免矣。”

《医彻·疟疾》：“疟之为言虐也，有如凌虐者然，故云疟也。当其寒，则战栗鼓颌，汤火不能温；及其热，则烦冤少气，冰水不能寒。此无他，阴膺相并，邪正交争也，并之于阴则寒，并之于膺则热。”

《疟疾论·疫》：“凡沿门阖境，长幼之疟相似者，皆名疫疟。”

#### 【现代研究】

50年代以来，全国应用中医中药防治疟疾，取得了丰硕的成果。尤其是应用青蒿素治疗恶性疟疾获得优良疗效的重大研究成果，更是令世界瞩目。

对青蒿抗疟的研究早在晋代《肘后方》即采用青蒿治疗疟疾。近20年来，对青蒿抗疟的研究颇有成果，从临床观察、剂型改革及药理作用等方面，都有大量报道。

如成都中医学院用青蒿醇浸膏片（含浸膏3-3.6g）治疗间日疟54例，全部治愈，平均28小时疟原虫转阴，平均退热时间为30小时。但有13%的病例1个月内复发[成都中医学院学报1978；（7）：27]。另有用青蒿叶首剂100g，以后每次65g，做成煎剂（煮沸3分钟即可），1日3次，连服3日，治疗疟疾患者58例，有效率87.9%。平均退热时间为15.6小时，平均疟原虫转阴时间为54.35小时。少数病例有复燃现象，再用青蒿煎剂，仍然有效[中草药通讯1975；（5）：43]。

在1972至1979的7年间,全国有10个省、市、自治区用青蒿制剂和青蒿素制剂在恶性疟、间日疟流行地区进行了6000余例的临床验证,结果表明其在速效、低毒方面优于氯喹和现有其他抗疟药物,特别是在救治脑型疟和抗氯喹的恶性疟方面,达到了国际先进水平。

例如,广州中医学院用青蒿素治疗凶险型恶性疟48例,其中脑型40例(除3例仅表现为不同程度的意识障碍外,其余37例昏迷),除4例脑型疟瘁重型死亡外,44例均治愈,治愈率为91.7%,死亡率为8.3%。青蒿素对凶险型恶性疟疗效迅速,且未见到副作用[新医药学杂志1979;(1):10]。昆明医学院在云南省某高疟地区用青蒿素治疗疟疾病人207例,并在当地同时用氯喹治疗80例以作对照。治疗结果,青蒿素各剂型治疗207例,(恶性疟60例、间日疟147例),全部治愈,治愈率为100%;而氯喹组治疗恶性疟80例,治愈76例,治愈率为95%。青蒿素片剂、油剂、油混悬剂对恶性疟原虫的阴转时间平均分别为37小时、31.1小时、29.7小时,而氯喹为65.7小时。青蒿素抗疟具有高效、速效的优点,其不足之处是复燃率较高[新医药学杂志1979;(2):49]。符氏等用青蒿素治疗17例妊娠16-38周的疟疾病人,全部治愈,平均退热时间为 $25.7 \pm 22.9$ 小时,平均疟原虫阴转时间为 $46.2 \pm 16.1$ 小时,其中4例脑型疟的平均清醒时间为 $37.3 \pm 15.9$ 小时。未发现早产、难产和死胎,并对出生的儿童进行了3个月至10年不等随访,生长、智力均正常,未发现先天畸形或其他先天性疾患[中医杂志1988;(7):512]。

中医研究院中药研究所通过药理研究证实,青蒿素主要作用于疟原虫红内期,而对疟原虫红前期及组织期均无效。青蒿素在体内吸收快,分布广,排泄快。青蒿素作用于疟原虫滋养体的膜系结构,干扰表膜-线粒体功能,从而起到杀灭疟原虫的作用[新医药学杂志1979;(1):23]。

车氏等以蒿甲醚治疗恶性疟现症病人83例。青蒿素的衍生物蒿甲醚,是一种高效低毒的抗疟药物,对间日疟、恶性疟及抗氯喹恶性疟原虫株均有较好的疗效[新药与临床1991;10(1):47]。傅氏等的实验研究结果提示:蒿甲醚不仅具有快速杀灭疟原虫无性体,毒性低、用量少、在体内滞留时间长等特点,而且还具有抑制蚊胃内卵囊形成的作用。在一定量的药物作用情况下,可阻断疟原虫孢子增殖期的发育,而且时间快[中国公共卫生学报1998;17(5):257]。黄氏等研究发现青蒿素衍生物青蒿琥酯对食蟹猴疟原虫孢子增殖期具有抑制和阻断发育作用[中国寄生虫病防治杂志1993;6(2):96]。车氏以羧苄醇与蒿甲醚配伍而成的复方蒿甲醚,治疗抗药性恶性疟流行区现症病人57例,临床治愈率100%,退热时间 $35.7 \pm 18.2$ h,疟原虫无性体转阴时间 $40.1 \pm 10.8$ h,根治率96.4%,用药后无不良反应,对蚊体内孢子增殖有抑制效果。该药弥补了单用羧苄醇、蒿甲醚的不足之处,并可能延长疟原虫过早产生抗性[中国寄生虫病防治杂志1995;(4):244]。

李氏等采用青蒿琥酯片3天、5天、7天疗程总量400rug、600mg、800mg,治疗恶性疟疾90例,结果全部临床治愈。各组间平均退热时间、原虫转阴时间相似。28天原虫复燃率3天疗程组为39.3%(11/28例),5天疗程组为6.9%(2/29例),7天疗程组为3.4%(1/29例),认为延长青蒿琥酯片疗程可以有效地降低28天原虫复燃率[中国中西医结合杂志1997;(3):



143)。张氏等研究证实,健康人对[青蒿琥酯片](#)耐受良好,毒性反应轻微[*新药与临床* 1992;11(2):70]。

#### ·对[常山](#)抗疟的研究

[常山](#)根水浸膏对疟疾有显著疗效,[常山](#)叶(蜀漆)抗疟效价为根的5倍,但不能防止复发。[常山](#)全绿的抗疟效价约为奎盛的26倍[*中药大辞典* 1977;2101]。据重庆市第一中医院临床观察,[常山](#)与等量的半夏配伍,可减轻[常山](#)致吐的副作用[*中医杂志* 1956;(9):466]。