

慢性肾衰竭从痰瘀论治理论探讨

于 敏¹, 王 姣², 史耀勋³, 陈 芝¹, 刘晓玲¹, 赵 伟¹, 文 娜¹

(1. 解放军第 307 医院肾内科, 北京 100071; 2. 第二军医大学, 上海 200433;

3. 吉林省中医药科学院肾内科, 吉林 长春 130021)

摘 要:慢性肾衰竭(CRF)起病隐袭, 进展缓慢, 病程较长。痰瘀互结是 CRF 的主要病理产物, 并贯穿于 CRF 的始终。分析 CRF 的发生发展与中医痰瘀互结理论的关系, 并结合“痰瘀同源”学说探讨从痰瘀论治慢性肾衰竭的可行性, 有助于提高 CRF 的临床疗效, 丰富 CRF 中医病机理论, 为中医药治疗 CRF 提供新的思路和途径, 具有重要的意义。

关键词:痰瘀; 慢性肾衰竭; 论治; 理论探讨

中图分类号: R692.5

文献标识码: A

文章编号: 1673-7717(2009)06-1166-04

Mechanism Study of Treating Chronic Renal Failure from Phlegm and Blood - Stasis Treatment Variation

YU Min¹, WANG Jiao², SHI Yao-xun³, CHEN Zhi¹, LIU Xiao-ling¹, ZHAO Wei¹, WEN Na¹

(1. Department of Nephrosis The 307th Hospital of PLA, Beijing 100071, China

2. The Second Military Medical University, Shanghai 200433, China

3. Department of Nephrosis Jilin Province Academy of Chinese Medicine Sciences Changchun 130021, Jilin, China)

Abstract Chronic Renal Failure(CRF) during the onset hidden slow progress and the longer course Phlegm and static blood binding together is the main pathological product of CRF, and always runs through the CRF. It is of great significance to analysis relevance of occurrence and development with TCM phlegm and static blood binding together of CRF, and connect with "phlegm and blood - stasis identity" theory discussing feasibility of CRF from the phlegm and blood - stasis treatment variation, which will contribute to improve the clinical efficiency of CRF, enrich TCM pathomechanism theory of CRF and provide new ideas and ways for treating CRF by TCM.

Key words phlegm and blood - stasis; chronic renal failure; treatment variation; mechanism study

慢性肾衰竭(CRF)是各种原发性或继发性慢性肾脏疾病导致的肾单位严重毁损, 而不能维持生物体内环境的稳定状态, 致使机体在排泄代谢废物和调节水、电解质及酸碱平衡等方面发生紊乱, 且进行性恶化、难治的临床综合征。其进行性恶化的机制, 目前尚未完全阐明。一般认为, 主要与细胞外基质堆积、肾小球高滤过、高灌注、高代谢、脂代谢紊乱、肾小管间质损害、细胞因子、高血压、大量蛋白尿等多因素的相互影响有关。中医学认为 CRF 是一种本虚标实之证, 脏腑虚损尤以脾肾虚衰为本, 瘀血、痰浊、水湿、浊毒等损及肾络为标。叶天士提出了“久病入络”, 强调“初为气结在经, 久则血伤入络”的络病理论, 为后世活血化瘀法的研究提供了重要的理论依据, 同时也为 CRF 从瘀论治, 驱邪外出, 奠定了理论基础。

1 痰瘀与 CRF 的关系

痰瘀是 CRF 进展过程中的必然产物, 亦是肾小球硬化及肾小管-间质纤维化的重要物质基础。而基础与临床研究已经证明瘀血及痰浊是导致肾功能衰竭重要的致病因素。CRF 患者多见面色晦黯、肌肤甲错、腰痛、肢体麻木、舌质紫黯或有瘀斑、瘀点、舌下脉络迂曲、脉细涩等血瘀证表

现, 说明其体内瘀血的存在。可见血瘀存在于 CRF 发展的过程中^[1]。研究亦证实, 血液中异常增高的脂质即是一种痰浊^[2]。而脂代谢紊乱(高血脂)是 CRF 进行性恶化的机制之一, 可加速肾小球硬化的进程。

1.1 痰瘀与肾的生理病理

肾脏为水火之宅, 内寄真阴而寓元阳, 肾藏精, 主水, 主骨生髓, 司二阴。为诸脏之本, 一旦肾失所藏、所主及所司, 则人体气血阴阳的代谢就会失去平衡, 从而导致痰、瘀、湿、浊等多种病理因素的产生, 痰瘀互结同病则势必会促进病情进展, 加快 CRF 的进程。在 CRF 中, 痰瘀的产生主要有以下 3 个方面。

1.1.1 肾精不足 化生无力 肾精, 即肾脏所藏之精, 是机体生命活动之本。正如《素问·金匱真言论篇》所云“夫精者, 身之本也”。肾精是生命活动的基础物质, 能调节脏腑之精, 参与血液的运行, 肾精不足, 则激发推动脏腑功能活动的原动力受损, 化生之气虚弱, 气虚运行无力, 加之生化之源匮乏, 气血化生不足, 血运无力则渐成瘀血; 而痰是津液代谢失常的病理产物, 津液又是化生血液的原料, 痰之生, 虽责之于肺、脾、肾三脏, 但痰之本在肾。肾精不足, 津液亏虚, 输布失常, 导致水液停蓄凝结而成痰, 或因下焦血虚气热, 津液不升, 火沸成痰。然而, 病理因素的形成有一个过程, 或可能表现以瘀为主, 或以痰为主, 或痰瘀并重。

1.1.2 肾失主水 津液运行失调 肾主水是肾脏诸多生理

收稿日期: 2009-01-24

作者简介: 于敏(1963-), 女, 主任医师、教授, 硕士研究生导师, 博士, 研究方向: 肾脏疾病的中西医结合临床治疗与研究。

功能中的重要方面,《素问·逆调论篇》有“肾者水脏,主津液”之说。肾脏对水液的代谢主要包括将具有营养并有濡润作用的津液输布全身及各脏腑并将机体代谢后的水液排出体外两方面,只有肾主水的功能正常,才能使机体的水液代谢保持动态平衡状态,维持机体的内环境。《难经》云:“肾统五液,化为五湿,湿能生痰”,肾失主水、统五液,则津液不能布散全身,水虽制于脾,实则流于肾,肾本水脏而寓元阳,若命门火衰,既不能自制阴寒,更不能温养脾土,致使阴不从阳,精化为水而成痰湿。痰形成后,随气血运行,由于其性质黏滞,加之在此病理状况下气血运行不利,则痰湿会进一步影响气血的运行,从而导致血流不畅而痰瘀同生;或因肾失主水,阳虚生寒,温煦无力,寒凝血脉,血行涩滞而成痰成瘀,或因“水病及血”,水停气阻,血行凝滞而成瘀,即所谓“水不行则病血”、“孙络有水则经有留血”之意。明·《医贯·痰论》中亦云:“肾虚不能制水,则水不归源,如水逆行,洪水泛滥而为痰,是无火者也”;《景岳全书·杂证谟》中亦指出痰主要因脾不运湿、肾不主水所致,云:“五脏之病虽俱能生痰,然无不由于脾肾,盖脾主湿,湿动则为痰;肾主水,水泛亦为痰。故痰之化无不在脾,而痰之本无不在肾。”

1.1.3 久病入络而致痰瘀 络脉是运行气血的通道,既是病邪侵入的通路,也是容邪之所。各种致病因素伤及络脉最易影响其气血的运行,而失其运行时速和常度。肾络的调达是全身气机调畅的保证。生理状态下,肾络通畅,则能开能合,能出能入,能收能放,保证了气、血、津、液的正常代谢,维护了机体的各种生理活动。病理状态下,肾失所司、所统及枢机之用,则导致水、湿、浊、痰、瘀、热等邪内生,影响络脉运行气血功能,久则蕴积为毒,入络则难解。正如《张聿青医案》所谓“邪既入络,易入难出”。毒滞肾络,又可化生瘀血、痰浊等邪,阻滞脉络,胶结壅滞,留而不去,形成恶性循环的病理状态。

1.2 CRF 病程进展中痰瘀的成因

痰瘀的形成不外乎由于脏腑间气化失常,气机升降失调影响正常津液的散布与排泄,导致水湿停聚。

瘀血乃是各种因子(包括痰)影响气机运行使血行不畅或溢出脉外不能及时消散或排出而形成。若瘀血停滞日久影响气机,气机不利,津液不行,遂成痰饮,故唐容川在《血证论》云:“血积日久,亦能化为痰水,反之痰水停聚日久,气机不利,血流亦不畅或溢出脉外也可形成新的瘀血。”因此近来有人把痰和瘀同称为“二级病因”。血瘀则痰滞,痰滞则血瘀。它们这种互为因果的辨证关系,在临床上常常形成恶性循环,交结不解,形成各种病症^[3]。CRF 病程进展中形成瘀血的主要原因:^①外寒内客血脉。CRF 患者因病久不愈,正气亏乏,极易为外邪所侵,若感受外寒,内客血脉,则血液凝涩瘀滞于脉。正如《内经》所云“寒邪客于经络之中则血泣,血泣则不通。”^④水病及血。CRF 患者脏腑多已受损,尤其是肺脾肾三脏损伤较重,水液输布排泄严重障碍,导致水湿之邪蕴积于体内。湿性黏滞,阻遏气机,气机不畅则血液瘀阻;湿为阴邪,易损阳气,阳虚血寒而凝结成块;湿浊不除,郁久化热,热邪伤阴,阴亏血少亦可导致血流缓慢,血液瘀滞。正如唐容川所说“血与水,上下内外,皆相济而行……故病血者未尝不病水,病水者亦未尝不病血也。”^(四)气虚致瘀。气为血之帅,气行则血行,若气虚无力推动,则血行不畅而停滞。正如清·周学海说:“病久

气血推行不利,血络之中必有瘀凝”。血虚则血脉不充,血流无力,亦可导致瘀血内阻。若阳气亏虚,不能温通经脉,血亦可因寒凝而成瘀。阴虚津亏,脉管不充,血液黏滞,运行阻力增大,也是导致血瘀的常见原因。若阴虚火旺,则血液被煎熬亦可形成瘀血;虚火灼伤血络,血溢脉外则成离经之瘀血。总之,CRF 进展过程中由于多种因素导致瘀血阻于肾络,导致肾小球硬化,使肾功能不断进展恶化。现代医学研究显示,肾小球内纤维蛋白原的沉积以及肾小球微循环障碍与中医的血瘀密切相关,血瘀程度与肾小球病变程度呈正相关。肾小球内凝血纤溶障碍除导致肾小球内微血栓形成引起肾小球缺血性损伤外,局部活化的凝血因子及肾小球内纤维蛋白相关抗原的沉积可引起肾小球细胞外基质积聚。可见,瘀血阻于肾络是促进肾小球硬化发生发展、肾功能进行性减退的重要因素。

关于“痰”,中医学有狭义、广义之分。狭义的痰,单指产生于呼吸道或鼻腔,由其黏膜分泌,经由口鼻咯吐而出的黏稠状物质,即西医学所论之痰。广义的痰,泛指脏腑功能失调,或疾病过程中由于水液代谢障碍而产生的病理产物。近几年来,现代医学对痰的认识不仅仅是“有形之痰”,更重要的是“无形之痰”、“微观之痰”,认为痰证是一个病理生理过程。有人提出:从现代医学角度出发,痰总体说来是指那些在人体生理过程或病理变化过程中,应当排出体外而未排出,从而在体内堆积起来的代谢产物或病理产物以及虽属正常范畴但过量蓄积的物质^[4]。CRF 时由于肾精不足,津液亏虚,输布失常,导致水液停蓄凝结而成痰,或因下焦血虚气热,津液不升,阴火煎熬津液亦可成痰。脏腑功能失调、正气亏虚、痰邪积聚、瘀血内生、浊毒内停是肾小球硬化的基本病机,痰邪积聚在其病机演变中占有特殊重要的地位。痰为有形之邪,久伏体内,可致气血呆钝。痰滞则血瘀,而血瘀则痰滞,二者互结相因为患^[5]。共同促进 CRF 的进展。

1.3 痰瘀互结 痰瘀同源学说的理论渊源

痰瘀相关学说早在《内经》中就有相关理论的记载,如《灵枢·百病始生》说:“凝血蕴里而不散,津液涩渗,著而不去而积皆成矣。”而痰瘀同治思想则在《伤寒杂病论》中得到了充分体现,书中涉及痰瘀同病、同治的病种很多,如鳖甲煎丸、苇茎汤等都是痰瘀同治的有效方剂。唐宋时期,痰瘀同治在实践中已有广泛应用。至元·朱丹溪在《丹溪心法·痰病》首次提出了“自气成积,自积成痰,痰挟瘀血,遂成巢囊”的“痰瘀同病”之论点,并提出“痰瘀并存,痰瘀同治”的理论,也就是治痰要活血,血活则痰化,同时倡导“善治痰者,必先治气,同时也要治血”,从而开创了痰瘀致病之说。指明了痰瘀同治方能见效,从而丰富了痰瘀同治的临床经验;《景岳全书》谓:“津凝血败,皆化为痰”;唐容川在《血证论》中则云:“血积既久,亦能化为痰水”。和“凡血证,总以祛瘀为要”的著名论点,从血证方面对络病理论进行了阐述,对 CRF 的治疗具有指导意义。痰瘀同源,痰瘀同病,痰多夹瘀,瘀多兼痰,两者有着难以分割的内在联系。很多疾病过程中,或者贯穿着痰瘀同病的病理机制,或者存在着痰瘀同病的病理阶段^[6]。自此以降,对痰瘀同病、痰瘀同治的认识与应用不断深入,痰瘀相关学说内容更加丰富,并得到了广泛研究,尤其在疑难杂病、危重症和老年病防治中的研究更为突出。董汉良提出了“痰瘀同源”学说,指出痰和瘀有依存互根、相互转化、共同消长的

关系。痰瘀的共同消长促进了疾病的转归,二者的消长过程是病变的进退变化过程,痰滞则血瘀,血瘀则痰滞,形成恶性循环,交结不解,最后形成各种病变。对于痰瘀相兼之病证,必须痰瘀同治,治痰勿忘治瘀,治瘀常须顾痰,或分主次先后,或二者兼治,通过消痰则瘀亦治,治瘀则痰亦消^[2]。可见,痰瘀同病、同治理论在防病治病中正发挥着越来越大的作用,尤其为疑难危重病症的防治提出了新的指导理论。这也为我们提供了防治 CRF 的理论依据。运用痰瘀同病理论、借鉴痰瘀同治经验开展对 CRF 的防治研究,定会提高 CRF 的临床疗效。

2 从痰瘀论治 CRF 的理论依据

2.1 痰瘀互结是肾小球硬化及肾间质纤维化的物质基础并贯穿于 CRF 的始终

各种肾脏病变进展到 CRF 阶段都有共同的病理特征,即肾小球硬化、系膜基质增多和肾小管间质纤维化。痰是人体津液不归正化而形成的病理产物,瘀血乃人体血运不畅或离经之血着而不去所成。因痰瘀同源,故二者难以截然分开。在 CRF 的发展过程中,痰和瘀血作为两种不同的病理产物既是独立的致病因素,又有不可分割的相互联系,痰和瘀血相互促生、相互胶结,成为肾小球硬化及肾间质纤维化的物质基础,并贯穿于 CRF 的始终。CRF 不断进展的机制在于^[7](1)细胞外基质堆积:肾小球硬化是多种原因引起肾小球损伤后出现的共同转归。而造成肾小球硬化的主要原因为细胞外基质堆积。系膜细胞的增生和系膜基质的增多是肾小球硬化的主要组成成分。过量积聚的系膜基质可导致毛细血管被挤压、闭塞、滤过面积减少,最后导致肾小球荒废;(2)高滤过、高灌注、高代谢:肾小球内高压可使血管内皮细胞受损,启动凝血系统,还可直接损伤系膜细胞,最终导致系膜基质增生,肾小球硬化;高代谢可致肾小球及肾小管的损害;(3)高磷:高磷可导致肾小球硬化、肾小管扩张、间质纤维化;(4)脂代谢紊乱:慢性肾脏病常伴有高脂血症,实验证实低密度脂蛋白可以和肾小球基底膜相结合从而使该膜的脂质增多,通透性改变。脂蛋白还可以和系膜纤维母细胞以及淋巴细胞膜表面受体结合,从而使它们增生,基质扩张等导致肾小球硬化。瘀的实质就是指肾络瘀阻,是 CRF 发生发展的病理基础,是以肾脏血流动力学改变为基本表现,系膜细胞增殖,进一步出现 ECM 积聚,肾小球结节性或弥漫性硬化。

西医学对“痰”和“瘀”之间同源、转化的研究也证实了痰瘀同病这一观点,例如,痰浊证、血瘀证在微循环改变上有共同的变化,都以管腔稀少、间隙扩大、畸形管腔多、管顶瘀血、血流变慢、红细胞聚集为主要特征;再者,从血液流变学、氧化损伤以及血生化改变等角度都证实了痰瘀致病的同源性理论,且“痰”和“瘀”在特定条件下可以互生互灭、相互转化,为慢性肾脏疾病中的痰瘀同病同治提供了现代医学的理论基础^[8]。临床与实验研究提示:血流动力学和氧化抗氧化机制异常与中医血瘀证呈正相关,为中医辨证提供客观化依据;抗纤灵颗粒通过降低血脂、调节肾脏血管活性物质、调节肾小球微循环,改善氧化抗氧化系统,抑制高度表达的细胞生长因子和炎症因子对肾组织的损害而减轻肾间质纤维化、肾小球硬化,延缓慢性肾衰竭进展^[9]。

2.2 痰瘀与 CRF 进展机制的相关性

现代医学研究显示,肾小球内纤维蛋白原的沉积以及

肾小球微循环障碍与中医的血瘀密切相关,血瘀程度与肾小球病变程度呈正相关。肾小球内凝血纤溶障碍除导致肾小球内微血栓形成引起肾小球缺血性损伤外,局部活化的凝血因子及肾小球内纤维蛋白相关抗原的沉积可引起肾小球细胞外基质积聚。可见,瘀血阻于肾络是促进肾小球硬化发生发展、肾功能进行性减退的重要因素。CRF 患者常有显著的高脂血症,高血脂对 CRF 患者的肾损害起着关键的作用,参与肾衰的进展,高脂血症可以导致肾组织损伤或肾组织损伤加重,已经在多种动物模型之中被证实,而降低血脂可以改变肾损伤^[10]。研究证实,血液中异常增高的脂质即是一种痰浊,而高血脂可加速肾小球硬化。中医学认为,痰浊凝聚,注入血脉是高脂血症的关键病机。CRF 患者肾气不足,肾失主水,脾失健运,则水津停而成饮,凝聚成痰,精化为浊,痰浊内聚,致成斯症,血中过量之脂质,实则痰浊也^[11]。在肾小球疾病患者中进行的肾组织脂蛋白定位与临床和组织学改变的关系研究中发现,具有载脂蛋白沉积的患者较无载脂蛋白沉积的患者有较严重的蛋白尿和较高的肾小球硬化倾向。而使用化痰药物治疗高脂血症,可使肾小球系膜、基质和细胞增殖显著减轻,尿蛋白明显减少。另外,慢性肾衰是一种治疗难以奏效的疾病,临床特点有病程较长,变证较多,常规治疗无效等,肾脏病理见有肾小球硬化,肾单位玻璃样变、纤维样变、基质增生及硬化等一系列组织改变。而中医痰证的表现为面色萎黄、目胞黯黑,浮肿光亮;自觉症状繁多,如头重痛时作时止,眩晕,呕恶,失眠,心悸,神志异常等;病程较长,水肿日久加重,可并有胸水、腹水等,治疗困难。这些特征与慢性肾衰的临床表现相似,故化痰法的应用在慢性肾衰的中医治疗中具有一定的理论及实践基础^[11]。高血脂一方面使血浆黏度增高,阻碍血行,另一方面可直接作用于血管中的轴流成分,导致微血栓形成,从而产生瘀血。这个过程就是因痰致瘀的过程。瘀血形成后进一步阻碍血液运行,以致体内代谢产物不能顺利排出,积于体内而形成痰。如此痰和瘀互相促生,形成恶性循环,成为肾小球硬化的重要病理机制^[2]。痰邪积聚在其病机演变中占有特殊重要的地位。痰为有形之邪,久伏体内,可致气血呆钝。痰滞则血瘀,而血瘀则痰滞,二者互结相因为患^[5],共同促进 CRF 的进展、恶化。

中医学认为瘀血即是 CRF 的病理产物,反过来又作为病因进一步导致脏腑功能失调,病变加重,使病机复杂化,瘀毒对 CRF 症状的产生及病情的不断进展至关重要,随着肾功能的衰减,血瘀兼证发生率上升,这一观点已得到大多数学者认可^[7]。CRF 的根本为脾肾双亏,气血不足。气血衰少必致血行不畅而瘀血内阻,瘀血既是 CRF 病理产物又是标证之一,这一点与 CRF 发生后,肾血流量减少,肾小球滤过率下降是一致的。临床及动物实验研究证实,川芎、丹参、三七、水蛭等活血化痰药具有减轻肾组织纤维化的作用,在一定程度上可改善肾功能^[12]。

3 结 语

综上,脾肾虚衰、气血不足、痰瘀互结、毒损肾络是 CRF 的基本病机,肾小球硬化、肾小管-间质纤维化进而导致 CRF 的进展、恶化是一个渐进而漫长的过程。在此过程中,由瘀致痰,由痰致瘀,二者相互影响,相互促进,形成恶性循环的病理状态。痰瘀胶结,沉积于肾络,久积不去,可导致肾功能的不断恶化,其治疗亦应痰瘀兼顾,有助于提高 CRF

的临床疗效,改善肾功能,提高 CRF 患者的生活质量,延缓 CRF 的病理进程。

参考文献

- [1] 于敏,林艳,田谧,等. 中药足浴法治慢性肾衰竭的可能作用机理探析 [J]. 中华中医药学刊, 2007, 25(11): 2289-2291.
- [2] 孙敬昌. 从痰瘀论治肾小球硬化理论探析 [J]. 中华中医药学刊, 2007, 25(8): 1691-1693.
- [3] 陈刚. 痰瘀相关及其辨治 [J]. 四川中医, 2006 24(7): 39-40.
- [4] 戴芹,王怡,曲晓璐. 温肾化痰法延缓 5 α 肾切除大鼠肾衰竭的实验研究 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2008, 9(2): 147-148.
- [5] 孙敬昌. 化痰软坚祛瘀法干预肾小球硬化实验研究 [J]. 中华中医药学刊, 2007, 25(10): 2198-2200.
- [6] 薛轶燕,苏励. 痰瘀同治法临床应用概况 [J]. 江西中医药, 2007, 38(1): 66-67.
- [7] 李顺民. 现代肾脏病学 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2004 576-577.
- [8] 周栋,孙伟. 慢性肾脏疾病中的痰瘀同病同治浅析 [J]. 中医药学刊, 2005, 23(1): 118-119.
- [9] 何立群,邵命海,侯卫国,等. 活血化痰法对血瘀型早、中期慢性肾衰竭疗效评价及作用途径 [J]. 科研成果, 2007, 36(7): 70.
- [10] 陈孝文,梁东,刘华锋. 慢性肾衰竭 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2006 148.
- [11] 周恩超,曾安平,王钢. 从痰论治慢性肾衰 [J]. 长春中医药大学学报, 2007, 23(4): 35-36.
- [12] 赵湘,金李君,孙建实. 慢性肾衰竭的发病机制及中西医干预策略 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2005 6(12): 737-738.

国家中医药管理局最新制定了《甲型 H1N1 流感中医药预防方案》

国家中医药管理局最新制定了《甲型 H1N1 流感中医药预防方案》,给出市民预防流感的中药药方。下一步,国家中医药管理局将进一步密切关注疫情情况,一旦我国发生甲型 H1N1 流感病例,立即组织中医专家开展相关调研和救治工作,早参与、早介入,详细了解临床表现,研究分析症候特点,完善中医诊疗方案。

饮食预防

饮食宜清淡,少食膏粱厚味之品(易化生积热),所以在日常生活中,做一些简单、美味的小药膳,对预防流感也有帮助。

■二白汤:葱白 15g 白萝卜 30g 香菜 3g。加水适量,煮沸热饮。

■姜枣薄荷饮:薄荷 3g 生姜 3g 大枣 3 个。生姜切丝,大枣切开去核,与薄荷共装入茶杯内,冲入沸水 200~300mL,加盖浸泡 5~10min 趁热饮用。

■桑叶菊花水:桑叶 3g 菊花 3g 芦根 10g。沸水浸泡代茶频频饮服。

■薄荷梨粥:薄荷 3g 带皮鸭梨(削皮)1 个、大枣(切开去核)6 枚,加水适量,煎汤过滤。用小米或大米 50g 煮粥,粥熟后加入薄荷梨汤,再煮沸即可食用,平时容易“上火”的人可吃。

■鲜鱼腥草 30~60g 蒜汁加醋凉拌。

■鲜败酱草 30~60g 开水焯后,蒜汁加醋凉拌或蘸酱吃。

■鲜马齿苋 30~60g 开水焯后,蒜汁加醋凉拌或蘸酱吃。

■赤小豆、绿豆适量熬汤服用。

■绿豆 60g 生甘草(布包)6g 生薏米 20g 熬汤后去甘草包,服用。

■若口鼻干燥较重,可以棉签蘸香油外涂,具有润燥的功用。

药物预防

■成人

1 太子参 10g 苏叶 6g 黄芩 10g 牛蒡子 10g

适用人群:素体虚弱,易于外感的人群。

煎服方法:每日 1 服,清水煎。早晚各 1 次,3~5 服为宜。

2 大青叶 5g 紫草 5g 生甘草 5g

功能:解毒清热。

适用人群:面色偏红,口咽、鼻时有干燥,喜凉,大便略干,小便黄。

煎服方法:每日 1 服,清水煎。早晚各 1 次,3~5 服为宜。

3 桑叶 10g 白茅根 15g 金银花 12g。

功能:清热宣肺。

适应人群:面色偏红,口咽、鼻时有干燥,喜凉,大便略干,小便黄。

煎服方法:每日 1 服,清水煎。早晚各 1 次,3~5 服为宜。

4 苏叶 10g 佩兰 10g 陈皮 10g。

功能:健脾化湿。

适应人群:面晦无光,常有腹胀,大便偏溏。

煎服方法:每日 1 服,清水煎。早晚各 1 次,3~5 服为宜。

建议不同人群在执业医师的指导下使用,在流行期间可连服用 3~5 剂。

■儿童

藿香 6g 苏叶 6g 金银花 10g 生山楂 10g。

功能:清热消滞。

适应人群:儿童易夹食夹滞者。此类儿童容易“上火”,口气酸腐,大便臭秽或干燥。

煎服方法:每日 1 服,清水煎。早晚各 1 次,3~5 服为宜。

■服用中药预防感冒需要注意事项:

1 老人应在医师的指导下适当调整用量服用;

2 慢性疾病患者及孕妇慎用;

3 预防感冒的中药不宜长期服用,一般服用 3~5 天;

4 服用期间或服用后感觉不适者,应立即停止服药并及时咨询医师;

5 对上述药物有过敏史者禁用,过敏体质慎用;

6 不要轻信所谓的秘方、偏方和验方。

■其他

根据中医和民间传统,多用具有芳香化浊类中药,制成香囊或香薰,具有除瘴避秽的作用,如苍术、艾叶、藿香、当归、白芷、山柰等。