**中医内科常见病诊疗指南-西医疾病部分**

目次

前言(Ⅰ)

引言(Ⅴ)

ZYYXH/T502008流行性感冒()

ZYYXH/T512008流行性脑脊髓膜炎()

ZYYXH/T522008流行性乙型脑炎()

ZYYXH/T532008疟疾()

ZYYXH/T542008血吸虫病()

ZYYXH/T552008伤寒()

ZYYXH/T562008细菌性痢疾()

ZYYXH/T572008流行性出血热()

ZYYXH/T582008传染性非典型肺炎（SARS）()

ZYYXH/T592008肥胖()

ZYYXH/T602008高脂血症()

ZYYXH/T612008甲状腺功能亢进()

ZYYXH/T622008甲状腺功能减退()

ZYYXH/T632008冠心病心绞痛()

ZYYXH/T642008心力衰竭()

ZYYXH/T652008室性早搏()

ZYYXH/T662008病毒性心肌炎()

ZYYXH/T672008高血压()

ZYYXH/T682008普通感冒()

ZYYXH/T692008急性气管-支气管炎()

ZYYXH/T702008慢性阻塞性肺疾病()

ZYYXH/T712008慢性肺源性心脏病()

ZYYXH/T722008支气管扩张()

ZYYXH/T732008慢性呼吸衰竭()

ZYYXH/T742008特发性肺（间质）纤维化()

ZYYXH/T752008胃食管反流病()

ZYYXH/T762008功能性消化不良()

ZYYXH/T772008慢性胃炎()

ZYYXH/T782008消化性溃疡()

ZYYXH/T792008胃下垂()

ZYYXH/T802008肠易激综合征()

ZYYXH/T812008溃疡性结肠炎()

ZYYXH/T822008功能性便秘()

ZYYXH/T832008上消化道出血()

ZYYXH/T842008急性胰腺炎()

ZYYXH/T852008急性病毒性肝炎()

ZYYXH/T862008慢性病毒性肝炎()

ZYYXH/T872008肝性脑病()

ZYYXH/T882008肝硬化()

附录A肝硬化腹水()

附录B门静脉高压症()

ZYYXH/T892008肝肾综合征()

ZYYXH/T902008自身免疫性肝炎()

ZYYXH/T912008胆汁淤积性肝病()

ZYYXH/T922008酒精性肝病()

ZYYXH/T932008非酒精性脂肪肝()

ZYYXH/T942008急性胆道感染()

ZYYXH/T952008慢性胆道感染()

ZYYXH/T962008急性肾小球肾炎()

ZYYXH/T972008慢性肾小球肾炎()

ZYYXH/T982008急性肾盂肾炎()

ZYYXH/T992008慢性肾盂肾炎()

ZYYXH/T1002008 IgA肾病()

ZYYXH/T1012008狼疮性肾炎()

ZYYXH/T1022008尿酸性肾病()

ZYYXH/T1032008过敏性紫癜性肾炎()

ZYYXH/T1042008原发性肾病综合征()

ZYYXH/T1052008急性肾衰竭()

ZYYXH/T1062008慢性肾衰竭()

ZYYXH/T1072008泌尿系统结石()

ZYYXH/T1082008巨幼细胞贫血()

ZYYXH/T1092008缺铁性贫血()

ZYYXH/T1102008再生障碍性贫血()

ZYYXH/T1112008原发性血小板减少性紫癜()

ZYYXH/T1122008风湿热()

ZYYXH/T1132008系统性红斑狼疮()

ZYYXH/T1142008类风湿性关节炎()

ZYYXH/T1152008多发性肌炎()

ZYYXH/T1162008白塞病()

ZYYXH/T1172008干燥综合征()

ZYYXH/T1182008强直性脊柱炎()

ZYYXH/T1192008骨质疏松症()

ZYYXH/T1202008痛风和高尿酸血症()

ZYYXH/T1212008多发性硬化()

ZYYXH/T1222008短暂性脑缺血发作()

ZYYXH/T1232008脑出血()

ZYYXH/T1242008脑梗死()

ZYYXH/T1252008特发性面神经麻痹()

ZYYXH/T1262008蛛网膜下腔出血()

ZYYXH/T1272008癫痫()

ZYYXH/T1282008偏头痛()

ZYYXH/T1292008帕金森病()

ZYYXH/T1302008重症肌无力()

ZYYXH/T1312008坐骨神经痛()

ZYYXH/T1322008焦虑症()

ZYYXH/T1332008抑郁症()

ZYYXH/T1342008阿尔茨海默病()

ZYYXH/T1352008血管性痴呆()

主要参考文献()

引言

《中医内科常见病诊疗指南》(以下简称《指南》)是一部规范内科常见病的中医诊断和治疗，具有一定权威性、约束力及推广应用价值的医疗文件。通过总结、整理古今医家诊疗实践经验进行编写，预期对中医临床各科建立和完善医学技术规范起到示范性作用。标准化、规范化是反映学科成熟度的重要指标，加强中医标准化、规范化工作，并借以建立和完善中医临床医学的技术标准和规范，是中医现代化和现代化中医院建设的重要内容，是贯彻国务院《中医药条例》、规范中医医疗机构业务管理和中医师医疗行为的必要工作。

中医内科学是运用中医理论阐述内科病证诊断治疗与预防规律的一门临床学科，是中医学的主干学科，也是中医临床诸学科的基础学科。因此，率先编制《指南》，进而推广试行，通过总结经验，可为外、妇、儿、针灸、骨伤、眼、耳鼻喉等学科编写诊疗指南提供借鉴，并可望经过几代各级医师不断地实践，进行总结、整理、研究和修订，形成较为成熟的诊疗规范与标准。

进行中医内科常见病诊疗指南的示范性研究，是为了抓住中医药面对的良好发展机遇，适应医疗卫生体制改革与人民群众对中医药事业的需求，促进中医临床医学的标准化、规范化建设工作，规范现代化中医院临床学科的医疗业务和管理工作，同时也是规避医疗纠纷和医疗风险的措施。

2004年10月国家中医药管理局人事与政策法规司（现更名为政策法规与监督司）正式对“中医、中西医结合内科常见病诊疗指南”课题立项，并委托中华中医药学会负责承担该项目。中华中医药学会内科分会成立了专门的顾问委员会与编制委员会，以及8个分课题组，历经两年多的时间，组织全国200多位专家参加本《指南》的编制，形成初稿。经过三轮统审阶段，并征求了中国标准化研究院专家的意见，形成了《指南》征求意见稿。在此基础上，以网上公开征求意见和书面征求国内各内科三级学科近百名知名专家意见两种方式，广泛征求修改意见。然后综合各方面意见，经过进一步讨论、修订，最终由审定组验收通过。

本《指南》体现了专家与临床一线各级医师的智慧，得到了中医界专家的认可，具有科学性、实用性与时代特征。

本《指南》得到了张伯礼、孙塑伦、张学文、李济春、沈宝藩、黄永生、杨培君等知名专家的指导和审订，在此表示感谢！

本《指南》统审组组长王永炎，成员：晁恩祥、李乾构、沈绍功、韩学杰、王志国、刘峘、黎元元、王丽颖。

本《指南》审定组组长谢阳谷，副组长王琦，成员：乔明琦、刘保延、张洪义、张年顺、张俊龙、沈同、汪卫东、李士懋、唐启盛、魏子孝。

本《指南》编制委员会主要成员：王永炎、晁恩祥、李乾构、沈绍功、唐旭东。

本《指南》编制委员会办公室负责人：唐旭东、赵宜军。

ZYYXH/T502008

ZYYXH/T502008

## 流行性感冒

流行性感冒（influenza），简称流感，是由流行性感冒病毒引起的急性呼吸道传染病。其流行病学最显著的特点是：突然暴发，迅速蔓延，波及面广。流感流行具有一定的季节性，我国北方常发生于冬季，而南方多发生在冬夏两季。流感的发病率高，据统计，每年的发病率为10%~30%，人群普遍易感。由于流感病毒抗原性变异较快，人类尚无法获得持久的免疫力。本病属于中医学的“时行感冒”范畴。

1诊断依据

11流行病学史

在流行季节一个单位或地区同时出现大量上呼吸道感染患者；或近期内本地区或邻近地区上呼吸道感染患者明显增多；或医院门诊上呼吸道感染患者明显增多。

12临床表现

流感的潜伏期一般为1~3日。起病多急骤，主要以全身中毒症状为主，呼吸道症状轻微或不明显。发热通常持续3~4日，但疲乏虚弱可达2~3周。根据临床表现可分为单纯型、肺炎型、中毒型、胃肠型。

121单纯型流感：此型最常见。骤起畏寒发热，体温在数小时至24小时内升达39℃~40℃。热程一般为3~4日，退热后全身症状好转，上呼吸道症状常持续1~2周后逐渐消失，体力恢复较慢。轻症者类似普通感冒。

122肺炎型流感：少部分病人感染流感病毒后，病变沿上呼吸道向下蔓延累及肺实质，引起肺炎。轻者发病时类似单纯型流感，但发热持续时间较长，咳嗽、胸痛较剧，咳片块状淡灰色黏痰，肺部体征较少；胸部X线检查可见两肺炎性阴影；一般在1~2周内症状逐渐消失，肺部炎症消散。重者高热持续，剧咳血痰，气急、紫绀，并可伴发心功能障碍；X线检查可见两肺散在云絮状和片状炎性阴影，由肺门向四周扩展；病程长达3~4周。

123中毒型和胃肠型流感：中毒型极为少见，主要表现为高热及循环功能障碍、血压下降，可出现休克及弥漫性血管内凝血等严重症候，病死率高。胃肠型则以腹痛、腹胀、呕吐和腹泻等消化道症状为特征。

此外，婴儿流感的临床症状往往不典型，可见高热惊厥；患儿表现为喉-气管-支气管炎，严重者出现气道梗阻现象；新生儿流感虽少见，但一旦发生常呈败血症表现，如嗜睡、拒奶、呼吸暂停等，常伴有肺炎，病死率高。

13理化检查

131血液化验检查可见白细胞总数不高或偏低。

132从患者鼻咽分泌物可分离到流感病毒。

133恢复期患者血清中抗流感病毒抗体滴度比急性期有4倍或4倍以上升高。

134直接检查呼吸道上皮细胞的流感病毒抗原阳性。

135标本经敏感细胞增殖一代后查抗原阳性。

14诊断要点

141疑似病例：具备1.1加1.3.1加1.2.1或1.2.2或1.2.3之一项。

142确诊病例：疑似病例条件加1.3.2或1.3.3或1.3.4或1.3.5。

2辨证论治

本病初期为邪袭卫表，进一步发展则可热毒闭肺，或病之初起即由太阳卫表循经而入阳明胃腑，致胃肠受损，气机失常，并发吐泻之症。后期部分患者可有较长时间的气阴两虚证。因此，必以表卫受束、热毒闭肺、逆传心包、扰乱肠胃、气阴两虚为其辨证论治纲领。

21邪袭卫表证

211风寒证

证候：鼻塞，流稀涕，喷嚏，恶寒明显，发热，热势多不高，头痛，全身肌肉酸痛，舌质淡红，苔薄白，脉浮紧。

治法：辛温解表，宣肺散寒。

方药：荆防败毒散加减。

荆芥10g，防风10g，羌活10g，柴胡10g，薄荷后下10g，枳壳10g，前胡10g，桔梗10g，独活10g，川芎6g，茯苓10g，甘草6g。

加减：恶寒明显，加麻黄6g，桂枝10g以发汗解表；风寒夹湿，身热不扬，身重苔腻，脉濡者，用羌活胜湿汤加减以散寒除湿；胸闷呕恶，加木香10g，紫苏叶10g以理气降逆。

中成药：①荆防冲剂，冲服，1次15g，1日3次；②伤风停胶囊，口服，1次3粒，1日3次；③正柴胡饮颗粒，冲服，1次10g，1日3次。

212风热证

证候：鼻塞，流稠涕，色白或黄，喷嚏，恶寒轻，发热，热势可高可不高，咽干，咽痒或痛，头痛，全身肌肉酸痛，舌质红，苔薄黄，脉浮数。

治法：辛凉解表，宣肺清热。

方药：银翘散加减。

金银花15g，连翘10g，荆芥10g，薄荷后下6g，淡豆豉10g，芦根20g，牛蒡子10g，甘草6g。

加减：发热甚，加黄芩10g，石膏先煎30g，大青叶10g以清热解毒；头痛重，加蔓荆子10g，菊花10g以辛凉清窍；咽喉肿痛，加板蓝根10g，马勃10g，玄参15g以利咽解毒。

中成药：①柴胡注射液，肌肉注射，1次2ml，１日1~２次，幼儿酌减或遵医嘱；②银翘解毒颗粒，冲服，1次15g，1日3次；③双黄连口服液，口服，1次2支，1日3次。

22邪热犯肺证

221热毒证

证候：发热，体温多在39℃以上，热势不退，或退而复起，咳嗽，咳片块状淡灰色黏痰或血痰，胸痛剧烈，呼吸困难，口唇紫绀，口渴多饮，小便黄赤，舌红而干，苔黄。

治法：清热解毒，宣肺化痰。

方药：麻杏石甘汤合银翘散加减。

石膏先煎30g，炙麻黄10g，杏仁10g，金银花15g，连翘10g，荆芥10g，薄荷后下6g，淡豆豉10g，芦根20g，牛蒡子10g，甘草6g。

加减：咳喘重者，加桑白皮15g，枇杷叶10g以清肺止咳；大便秘结不通者，加大黄后下10g，芒硝冲服15g峻下通腹。

中成药：①清热解毒注射液，肌肉注射，1次2~4ml，1日2~4次；②双黄连注射液10~20ml加入5%~10%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次。

222痰热证

证候：发热，体温多在39℃以上，热势不退，咳嗽，咳痰量多，质黏厚或稠黄，咯吐不爽，或有热腥味，咳时胸痛，呼吸困难，面赤，口干而黏，舌质红，苔薄黄腻，脉滑数。

治法：清热解毒，豁痰止咳。

方药：清金化痰汤加减。

黄芩10g，栀子10g，知母10g，桑白皮10g，茯苓10g，川贝粉冲服2g，瓜蒌10g，桔梗10g，陈皮8g，甘草6g。

加减：痰涎壅盛，加金荞麦15g，葶苈子包煎10g，鱼腥草15g以涤痰除壅；痰热伤阴，加天花粉15g，天冬10g，北沙参10g以滋阴润肺。

中成药：穿琥宁注射液，肌肉注射，1次40~80mg，1日3次；穿琥宁注射液400~640mg加入5%葡萄糖注射液500ml，静脉滴注，1日1次。

23邪犯胃肠证

证候：突然发作呕吐、腹泻，泻下清稀，量多，腹胀，腹痛，胸脘满闷，发热恶寒，头身疼痛，不思饮食，舌苔白，脉濡缓。

治法：解表疏邪，降逆止泻。

方药：藿香正气散加减。

广藿香10g，紫苏10g，白芷10g，大腹皮10g，厚朴10g，白术10g，茯苓10g，法半夏9g，陈皮8g，甘草6g。

加减：表寒明显，加荆芥10g，防风10g以祛风散寒；湿邪偏盛，腹满肠鸣，小便不利，可用胃苓汤加减；寒重于湿，腹胀冷痛，可用理中丸加减。

中成药：藿香正气水，口服，1次5~10ml，1日2次，也可选用其他剂型。

24邪热扰神证

241闭证

证候：高热持续，神昏谵语或昏愦不语，四肢厥冷，牙关紧闭，少汗或汗出热不解，喉间痰鸣，舌红或绛，苔黄燥，脉沉实或沉伏而数。

治法：清心凉营，泄热开窍。

方药：清宫汤加减。

玄参15g，莲子心10g，竹叶10g，连翘10g，水牛角先煎60g，麦冬10g。

中成药：①安宫牛黄丸，口服，1次1丸，1日1次；②紫雪丹，口服，1次15~30g，1日2次；③醒脑静注射液，肌肉注射，1次2~4ml，1日1~2次，或遵医嘱。

242脱证

证候：高热，汗出不止，突然体温下降，手撒口开，气短息微，神志淡漠，或神志迷蒙，口渴，尿少，脉沉细欲绝，舌质光红无苔。

治法：益气养阴，回阳固脱。

方药：参附汤合生脉散。

人参单煎10g，附子先煎10g，麦冬10g，五味子8g，黄芪30g，甘草6g。

中成药：参附注射液20~100ml加入5%~10%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次。

25气阴两虚证

证候：身疲乏力，纳食少，不耐劳作，口干多饮或不欲饮，或干咳少痰，虚烦不欲眠，尿少色黄，舌质干红少苔，脉细或细数。

治法：益气养阴。

方药：保真汤加减。

党参15g，黄芪30g，白术10g，茯苓10g，天冬10g，生地黄10g，熟地黄10g，当归10g，黄柏10g，柴胡10g，莲子心8g，地骨皮10g，白芍10g，知母10g。

中成药：①生脉饮注射液10~60ml加入5%~10%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次；②益气复脉胶囊，口服，1次2~4粒，1日2次。

3其他治法

31单方验方

取板蓝根30g，大青叶30g，加水500ml，煎至200ml，1次40ml，1日3次，用于风热型流感治疗。

32针刺

321体针：主穴风池、大椎、曲池、合谷。风寒感冒者，加风门、肺俞；风热感冒者，加鱼际、外关；暑湿感冒者，加支沟；气虚感冒者，加气海、足三里；阳虚感冒者，加百会、关元；血虚感冒者，加血海、三阴交；阴虚感冒者，加太溪。实证，针用泻法；虚证，针用平补平泻。

322刺络拔罐：风热感冒者，取耳尖、委中、尺泽、太阳、少商，每次选1~2穴，点刺出血；风寒感冒者，取肺俞、风门、大椎、身柱，每次选2~3穴，留罐10分钟。

33灸法

用艾条悬灸足三里对预防流行性感冒有较好效果。将艾条燃着一端，靠近足三里熏灼（一般距离皮肤约3cm），如有温热舒适感觉，就固定不动，灸至皮肤稍有红晕为止。一般灸15~20分钟，1日灸1次，3~7日为1疗程。

34推拿

用拇指禅推法自印堂沿督脉分布推至神庭穴以祛风热，再用拇指抹法自印堂穴沿前额分别向两侧抹至太阳穴，以疏风散热，通络止痛。

4预防

41做好疫情监测与控制

加强疫情监测，及时了解疫情动态，早期发现病人，对防止疫情蔓延，降低发病率至关重要。一旦发现病人，应立即向当地疾病控制中心报告，以便采取防控措施。对临床典型流感病人进行积极治疗的同时，应就地隔离；对疑似病人和密切接触者进行医学观察，以控制流行。流感流行期间，对公共场所和集体单位要加强通风，必要时进行空气消毒；对群众开展健康教育，提高自我保护意识和能力，比如暂不集会、暂不探亲访友、不到人群密集的场所活动、出门戴口罩等，以减少受传染机会。平时要注意锻炼身体，增强体质。

42药物及疫苗预防

对流感易感人群，如老人、婴幼儿和有严重慢性病者，可采取药物预防及疫苗预防。金刚烷胺类抗病毒药对预防流感有一定作用。

43中药预防

取野菊花60g，鱼腥草30g，忍冬藤30g，加水500ml，煎至200ml，１次服40ml，１日3次。

44空气消毒

艾叶或艾条点燃烟熏或煮沸熏蒸消毒空气不仅有较好的灭菌效果，而且有一定的灭活病毒作用；苍术、香薷煎煮后喷洒或煮沸熏蒸可预防病原微生物感染；用食醋蒸汽熏蒸房间或喷雾房间进行空气消毒，方法是先将门窗关闭，按每立方米空间用5ml食醋计算，加等量水熏蒸或喷雾，偏酸的环境不利于感冒病毒的生长繁殖。

ZYYXH/T512008

ZYYXH/T512008

## 流行性脑脊髓膜炎

流行性脑脊髓膜炎（epidemic cerebrospinal meningitis），简称流脑，是由脑膜炎双球菌引起的急性传染病，多发生于冬春季节，患者以儿童为主。其临床表现主要为发热、头痛、呕吐、出血点及颈项强直等脑膜刺激症状。本病一般为散在发生，但当人群免疫水平低下、流行菌株发生改变或人口流动较大时，也可引起暴发或流行。本病属于中医学的“春温”范畴。

1诊断依据

11流行病学史

在冬春季节和流行地区内，儿童患病者最为多见。有些患者在发病前7天有明显密切接触史。

12临床表现

121突然寒战、高热、恶心、呕吐、流涕、鼻塞、咽痛、全身疼痛、头痛加重。

122面色苍白、四肢发凉、皮肤发花并有散在的小出血点、唇周及指端青紫、唇周单纯疱疹。

123烦躁不安、谵妄、昏迷或惊厥。

124皮肤、黏膜瘀点典型或融合成瘀斑，血压明显下降，脉搏细速，脉压缩小。

125颈项强直、角弓反张、克氏征和布氏征阳性。

126瞳孔大小不等、边缘不整、对光反应迟钝、眼球常凝视。

127呼吸快慢及深浅不均或呼吸暂停。

128幼儿发病多不典型，常见高热、呕吐、嗜睡外，还多见极度不安与惊厥、拒乳、尖叫、腹泻、咳嗽、双目凝视、颈项强直和布氏征阳性，其他脑膜刺激征可能缺如。前囟未闭者多见隆起，呕吐频繁而失水者也可出现囟门下陷。

13理化检查

131血象：白细胞数显著增高。

132脑脊液（CSF）检查：压力常增高达196kPa以上；外观浑浊如米汤样甚或脓样；白细胞数增多，以中性粒细胞为主；蛋白质显著增高，可达1~5g/L；糖量常低于222mmol/L，氯化物也稍降低。CSF涂片可在中性粒细胞内找到革兰阴性双球菌。

133从患者CSF或急性期血液分离到脑膜炎双球菌。

134从患者急性期血清或尿或CSF中检测到脑膜炎双球菌群特异性多糖抗原。

135检测患者恢复期血清抗体效价较急性期呈4倍或4倍以上升高。

136以PCR检测到患者急性期血清或CSF中脑膜炎双球菌的DNA特异片段。

14诊断要点

141疑似病例：11加121或122或123之一项。

142临床诊断病例：疑似病例条件加124或125或126或127之一项。

143确诊病例：疑似病例条件或临床诊断病例条件加133或134或135或136之一项。

2辨证论治

本病多为感受冬春季温热病毒所致。温热病毒，侵犯人体，由口鼻而入，先犯肺胃，终必入脑。由于感受病毒有轻重，人体正虚的不同，其病机变化又有邪在气分和邪在营分的不同，从而出现胃、肠、胆、心、脑等方面的证候。急性期以祛邪为主，注意并发症；恢复期以益气养阴为主，注意后遗症。

21普通型

211卫气同病证

证候：发热恶寒，咽喉肿痛，头痛项强，烦躁不安，恶心呕吐，或可见皮肤斑疹，舌尖红，苔薄白或黄，脉滑数。

治法：清气和卫，解表透邪。

方药：白虎汤合银翘散加减。

石膏先煎30g，知母10g，金银花15g，连翘10g，薄荷后下6g，竹叶10g，荆芥10g，钩藤后下10g，僵蚕10g，芦根15g。

加减：烦躁明显，加莲子心10g，郁金10g以清心除烦；呕吐明显，加竹茹10g，姜半夏9g以和胃降逆。

中成药：①芩翘口服液，口服，1次20ml，1日3次；②黄连上清丸，口服，1次6g，1日1~2次。

212气营两燔证

证候：高热，头痛如劈，呕吐频繁，昏睡或烦躁不安，颈项强直，或有抽搐，大便干结，舌红而绛，苔黄而燥，脉象弦数。

治法：清气凉营，息风止痉。

方药：清瘟败毒饮加减。

石膏先煎30g，生地黄10g，水牛角先煎30g，黄连10g，黄芩10g，栀子10g，知母10g，赤芍10g，玄参15g，连翘10g，牡丹皮10g，竹叶8g，甘草6g。

加减：呕吐，加竹茹10g，姜半夏9g以和胃降逆；发热甚，加羚羊角粉冲服06g以清热止痉；抽搐，加钩藤后下15g，石决明先煎30g以镇潜息风。

中成药：①清瘟解毒片，口服，1次6片，1日2~3次；②清开灵注射液，肌肉注射，成人1次2~4ml，儿童1次1~2ml，1日2次；或清开灵注射液20~40ml加入5%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1~2次。

213气血两燔证

证候：高热，头痛，呕吐，躁扰不安，昏狂谵妄，斑疹紫黑或吐衄便血，舌深绛，苔黄而燥，脉弦数。

治法：清气解毒，凉血消斑。

方药：犀角地黄汤合白虎汤加减。

水牛角先煎30g，赤芍10g，牡丹皮10g，石膏先煎30g，生地黄10g，知母10g，黄连10g，黄芩10g，玄参15g，丹参15g，甘草6g。

加减：热盛痰壅，加竹沥10ml，瓜蒌皮30g以清热化痰；发热甚，可加羚羊角粉冲服06g以清热止痉；抽搐，加钩藤后下15g，石决明先煎30g以镇潜息风。

中成药：①局方至宝丸，口服，1次1丸，1日1~2次，小儿用量遵医嘱；②紫雪散，口服，1次15~30g，1日2次，小儿用量遵医嘱。

22暴发型

221热郁化风证

证候：突然高热，头痛剧烈，频繁呕吐，躁动不安，抽搐不止，角弓反张，神志昏迷，舌绛苔黄，脉象弦数。

治法：清热解毒，凉肝息风。

方药：羚角钩藤汤加减。

石膏先煎30g，水牛角先煎60g，地龙10g，板蓝根15g，龙胆草10g，羚羊角粉冲服06g，钩藤后下10g。

加减：呕吐明显，加竹茹10g，姜半夏9g，柿蒂10g以和胃降逆止呕；口干明显，加玄参15g，生地黄10g以清热生津。

中成药：①牛黄清热胶囊，口服，1次5粒，1日2次；②局方至宝丸，口服，1次1丸，１日２次，小儿用量遵医嘱；③紫雪散，口服，1次15~30g，1日2次，小儿用量遵医嘱。

222气阴衰竭证

证候：暴发高热，神昏惊厥，或突然热势下降，面色苍白，四肢厥冷，面色青灰，大汗淋漓，呼吸微弱，皮肤见花纹，斑疹成片，色紫暗，肢端青紫，苔灰黑而滑，脉微细欲绝。

治法：清营解毒，益气固脱。

方药：清瘟败毒饮合生脉散加减。

水牛角先煎60g，赤芍15g，金银花20g，连翘15g，黄芩10g，黄连8g，栀子10g，人参单煎10g，麦冬10g，五味子6g。

加减：高热，加羚羊角粉冲服06g以清热止痉；皮下瘀斑明显，加牡丹皮10g，丹参20g以凉血消瘀。

中成药：①牛黄清心丸，口服，1次2~4g，1日2次；②醒脑静注射液，肌肉注射，1次2~4ml，1日2次；③参附注射液20~100ml加入用5%~10%葡萄糖注射液250~500ml，静脉滴注，1日1~2次。

3其他治法

31单方验方

金银花15g，贯众9g，板蓝根30g，龙胆草15g，钩藤后下15g，甘草10g。水煎服，１日1剂。

32针刺

治以清热解毒醒脑为主，一般用泻法。主穴脑静穴(在内眼角直上2~3分，眼眶边缘之外，在睛明穴之外斜上方，攒竹穴之外斜下方，针刺1寸深)、印堂、百会、天柱、风府、大椎、身柱、合谷。发热，刺十宣或十二井出血；头痛，加风池、太阳、头维、外关、足三里、昆仑；呕吐，加内关、中脘；昏迷，十宣放血，用雀啄术刺涌泉；抽搐，取手十二井穴放血，加太冲、足三里、长强、涌泉；尿闭，加中极、曲骨、阴陵泉、三阴交。

4预防

41加强疾病监测，努力做到早发现、早报告、早诊断、早隔离，并及早就近住院进行治疗。

42对与病人有密切接触者，立即进行预防性服药，口服利福平600mg，１日2次，共服2天，或用环丙沙星及头孢曲松。

43若流脑流行出现在过去未实施疫苗免疫或注射疫苗较少的地方，可对15岁以下未免疫的儿童应急接种疫苗，能有效地防止继发病例出现，控制流行。

44一旦发生流脑流行，应劝阻大型集会、串门访友或探视病人，不带儿童去公共场所。若在学校和托儿所发生流脑暴发，可酌情暂时停课与暂停收托儿童，并对学生和儿童应急接种疫苗，但必须严格掌握疫苗接种的禁忌证。

45及时组织对疫点进行消毒处理，如疫情发生在学校等人群集聚场所，要搞好环境卫生、个人卫生，保持通风。

ZYYXH/T522008

## 流行性乙型脑炎

流行性乙型脑炎（epidemic encephalitis B），简称乙脑，是由媒介昆虫传播的乙型脑炎病毒引起的以中枢神经系统损害为主的急性传染病，是一种人畜共患的自然疫源性疾病。临床表现为突然高热、头痛、呕吐、嗜睡，甚则昏迷、抽搐，检查脑膜刺激征及病理反射阳性。乙脑病毒以蚊虫为主要传播媒介，乙脑的流行与媒介蚊虫密度及人与蚊的接触机会有关。本病属于中医学的“暑温”、“伏暑”范畴。

1诊断依据

11流行病学史

在乙脑流行地区居住。在蚊虫叮咬季节发病，或发病前25天内在蚊虫叮咬季节到乙脑流行地区旅行。

12临床表现

121急性起病，发热，头痛，喷射性呕吐，嗜睡，可伴有脑膜刺激症状。

122急性起病，发热2~3天后出现不同程度的意识障碍，如昏迷、惊厥、抽搐、肢体痉挛性麻痹等中枢神经症状，或发展至中枢性呼吸循环衰竭。

13理化检查

131脑脊液压力增高，呈非化脓性炎症改变，外观清亮，蛋白轻度增高，糖与氯化物正常，白细胞增高，多在（50~500）×106/L，早期以中性粒细胞为主，后期以单核细胞为主。

1321个月内未接种乙脑疫苗者，血或脑脊液中抗乙脑IgM抗体阳性。

133恢复期血清中抗乙脑IgG抗体或中和抗体滴度比急性期有4倍以上升高者；或急性期抗乙脑IgG抗体阴性，恢复期阳性。

134脑组织、脑脊液或血清中分离乙型脑炎病毒阳性。

14诊断要点

141疑似病例：11加121或122。

142临床诊断病例：疑似病例条件加131。

143确诊病例：临床诊断病例条件加132或133或134。

2辨证论治

急性期以祛邪为主，恢复期宜扶正祛邪兼顾。急性期治疗主以清热祛暑解毒；进入恢复期，其邪实之证渐缓，气阴亏虚之证充分显露，治疗主以扶正祛邪，即以益气养阴为主，辅以清热。

21急性期

211暑犯卫气证

证候：发热较高，或微有恶寒，头痛，颈项强直，恶心呕吐，口渴，倦怠及嗜睡，舌质红，苔微黄，脉浮数。

治法：辛泄暑热，清气解毒。

方药：白虎汤合银翘散加减。

石膏先煎30g，知母10g，金银花15g，连翘10g，薄荷后下6g，竹叶10g，荆芥10g，钩藤后下10g，僵蚕10g，芦根15g。

加减：烦躁明显，加莲子心10g，郁金10g以清心除烦；呕吐明显，加竹茹10g，姜半夏9g以和胃降逆止呕；嗜睡，加石菖蒲10g，郁金10g以开窍醒神。

中成药：①芩翘口服液，口服，1次20ml，1日3次；②黄连上清丸，口服，1次6g，1日1~2次。

212暑犯气分证

证候：发热，不恶寒，反恶热，大汗出，大烦渴，头痛，项强，面赤，轻度嗜睡，呕吐，舌质红苔黄，脉滑数。

治法：清气解毒，泄热生津。

方药：白虎汤加减。

石膏先煎30g，知母10g，甘草6g，芦根20g，金银花15g，连翘10g，大青叶10g，滑石15g。

加减：嗜睡，加郁金10g，石菖蒲10g以开窍醒神；热甚，加羚羊角粉冲服06g冲服以清热；口渴甚，加天花粉15g，玄参15g以清热生津止渴。

中成药：①牛黄消炎灵胶囊，口服，1次3~4粒，1日2次；②双清口服液，口服，1次20ml，1日3次。

213气营两燔证

证候：高热持续，头痛呕吐，烦躁不安，或见嗜睡，昏迷，时有谵语，甚则抽搐惊厥，汗多烦渴，舌红绛，苔黄燥而干，脉滑数。

治法：清气泄热，凉营解毒。

方药：白虎汤合清营汤加减。

石膏先煎30g，知母10g，水牛角先煎30g，生地黄10g，玄参15g，麦冬10g，金银花15g，连翘15g，丹参15g，黄连10g，淡竹叶10g。

加减：嗜睡，加郁金10g，石菖蒲10g以开窍醒神；高热持续不退，加羚羊角粉冲服06g冲服，甚者加用安宫牛黄丸口服。

中成药：①安宫牛黄丸，口服，1次1丸，1日1次（小儿3岁以内1次1/4丸，4~6岁1次1/2丸）；②清开灵注射液，肌肉注射，成人1次2~4ml，儿童1次1~2ml，1日2次，或清开灵注射液20~40ml加入5%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注1日1~2次；③清瘟解毒片，口服，1次6片，1日2~3次。

214营血俱热证

2141闭证

证候：高热稽留，入夜尤甚，神昏谵语，呼吸浅促，舌蹇肢凉，反复惊厥，抽搐不止，喉间痰鸣如曳锯，舌红绛，脉细数。

治法：清营凉血，开窍息风。

方药：清瘟败毒饮加减。

水牛角先煎30g，生地黄10g，牡丹皮10g，石膏先煎30g，大青叶10g，钩藤后下10g，石菖蒲10g。

加减：高热惊厥，抽搐，加羚羊角粉冲服06g冲服，石决明先煎30g以息风止痉；痰鸣甚者，加胆南星6g，法半夏9g以化痰开窍。

中成药：①安宫牛黄丸，口服，1次1丸，1日1次（小儿3岁以内1次1/4丸，4~6岁1次1/2丸，或遵医嘱）；②牛黄清心丸，口服，1次2~4g，1日2次；③醒脑静注射液，肌肉注射，1次2~4ml，1日2次，或遵医嘱。

2142脱证

证候：突然喘咳欲脱，呼吸不规则，四肢厥冷，甚则面色苍白，冷汗淋漓，脉象细数或微细欲绝，舌红少津。

治法：益气养阴，回阳固脱。

方药：参附汤合生脉散加减。

人参单煎10g，附子先煎10g，麦冬10g，五味子6g，黄芪30g，甘草6g。

中成药：参附注射液20~100ml加入5%~10%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注1日1次。

22恢复期

221阴虚邪恋证

证候：低热不退，午后为甚，烦躁不寐，口干咽燥，舌红少津，苔黄，脉细数。

治法：清热育阴，养心安神。

方药：黄连阿胶汤加减。

黄连6g，黄芩10g，阿胶烊化10g，白芍10g，鸡子黄2枚，麦冬10g，石斛10g。

加减：口干甚，加玉竹10g，生地黄10g以生津止渴；夜寐不安，加远志10g，莲子心10g以养心安神。

中成药：①知柏地黄浓缩丸，口服，1次8粒，1日3次；②大补阴丸，口服，1次1丸，1日2次。

222虚风内动证

证候：神情呆钝，手足瘛疭或拘挛，肢体强直或瘫痪，舌红绛，脉细数。

治法：滋补肝肾，镇摄肝阳。

方药：大定风珠加减。

白芍10g，阿胶烊化10g，龟甲先煎30g，生地黄10g，五味子6g，麦冬10g，牡蛎先煎30g。

加减：神情呆钝，加远志10g，郁金10g，石菖蒲10g以开窍醒神；手足搐搦，加僵蚕10g，蜈蚣5g以解痉止抽。

中成药：①牛黄清热胶囊，口服，1次5粒，1日2次；②局方至宝丸，口服，1次1丸，1日2次，小儿用量遵医嘱；③天麻钩藤颗粒，口服，1次10g，1日3次。

3其他治法

31单方验方

新鲜大青叶400g，绞汁内服。主要用于高热不退，神昏抽搐者。

32针刺

321体针：以宁脑安神，通经活络为主。针用泻法。精神兴奋者，取穴内关、神门、三阴交；痴呆者，取穴大椎、哑门、风池、百会；失语者，取穴哑门、廉泉、关冲、合谷；震颤者，取穴手三里、间使、合谷、阳陵泉、大椎；吞咽困难者，取穴天突、廉泉、合谷、颊车。

322头针：取颞前线、顶中线、顶旁一线、顶旁二线和顶颞后斜线至针强刺激，留针20~30分钟，每日1次。

33灸法

取穴百会、大椎、关元、肾俞。方法：艾灸，1日1次。

34直肠点滴

乙脑合剂：石膏先煎120g，知母10g，生地黄15g，赤芍、牡丹皮各10g，钩藤后下12g，僵蚕5g，全蝎3g，石菖蒲、大黄后下各10g。将其浓煎500ml，用改良的输液器(针头换成导尿管)插入肛门15~20cm，滴速每分钟30~50滴，3岁以上小孩1日1剂，分2次点滴。

4预防

41灭蚊

灭蚊是预防本病的主要措施。根据当地主要媒介的习性，采取相应措施，原则上是12月至次年2月灭越冬蚊，2~3月灭残余越冬蚊及第一代幼虫，4~11月灭成蚊及幼虫，11~12月灭越冬前成蚊及幼虫。用较强的灭蚊杀虫剂，如10%的奋斗呐、25%的克敌、5%的拜虫杀等杀虫剂；控制孳生地，如疏通沟渠、填平坑洼、密封排污水道、堵树洞等。注意家畜圈棚内外的清洁卫生，对圈棚内墙及棚顶要喷洒灭蚊剂。

42防蚊

结合当地实际情况，及时制定防蚊措施。灭蚊条件不足的地区或局部要使用蚊帐。准备必要的驱避剂(如防蚊油、清凉油、风油精等)涂于暴露皮肤，防止蚊子叮咬。

43预防接种

及时接种乙脑疫苗。初种：满１周岁的儿童接种2针，间隔7~10天；第二年加强注射1针。注射后能产生免疫力。

44药物预防

大青叶、板蓝根各20g，水煎服，1日1剂，连服1周可起到预防作用。

ZYYXH/T532008

ZYYXH/T532008

## 疟疾

疟疾（malaria）是由疟原虫感染引起的寄生虫病，临床上以周期性定时性发作的寒战、高热、汗出热退，以及贫血和脾肿大为特点。因原虫株、感染程度、免疫状况和机体反应性等差异，临床症状和发作规律表现不一。疟疾病人和带疟原虫者是本病的传染源，主要通过雌性按蚊的叮咬而传播。人群对疟疾普遍易感，感染后可产生一定免疫力。疟疾的预后一般良好。中西医学对疟疾的认识基本相同。

1诊断依据

11流行病学史

曾于疟疾传播季节在疟疾流行区住宿，或有输血史。

12临床表现

121间歇性定时发作，1日、隔日或隔2日发作1次。发作时有发冷、发热、出汗等临床症状。发作多次后可出现脾肿大和贫血。重症病例出现昏迷等症状。

122用抗疟药作假定性治疗，3天内症状得到控制者。

13理化检查

131间接荧光抗体试验或酶联免疫吸附试验阳性。

132血涂片查见疟原虫。其种类有间日疟原虫、恶性疟原虫、三日疟原虫和卵形疟原虫。

14诊断要点

141疑似病例：具备11与121。

142临床诊断病例：疑似病例条件加122或131。

143确诊病例：疑似病例条件加132。按查见的疟原虫种类，分为间日疟、恶性疟、三日疟和卵形疟。

2辨证论治

疟疾因感疟邪而发病。根据疟疾阴阳偏盛、寒热多少的不同，把通常情况下所形成的疟疾称为正疟；素体阳盛及疟邪引起的病理变化以阳热偏盛为主，临床表现寒少热多者，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，以致阴阳极度偏盛，寒热偏颇，心神蒙蔽，神昏谵语者，称为瘴疟。若因疟邪传染流行，病及一方，同期内发病甚多者，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，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，称为疟母。祛邪截疟是治疗疟疾的基本原则。

21正疟

证候：先有呵欠乏力，继则寒栗鼓颔，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1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：柴胡截疟饮加减。

柴胡10g，黄芩10g，法半夏9g，人参单煎10g，甘草6g，生姜5g，大枣15g，常山9g，槟榔10g，乌梅8g。

加减：口渴甚，加葛根15g，石斛10g以生津止渴；胸脘痞闷，苔腻，去人参、大枣，加苍术10g，厚朴10g，青皮10g以理气化湿；烦渴，苔黄，脉弦数，为热盛于里，去人参、生姜、大枣，加石膏先煎30g，天花粉15g以清热生津。

中成药：截疟七宝丸，口服，1次6~9g，1日2次。

22温疟

证候：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：白虎加桂枝汤加减。

石膏先煎30g，知母10g，甘草6g，桂枝10g，青蒿后下10g，柴胡10g。

加减：津伤较甚，口渴者，酌加生地黄10g，麦冬10g，石斛10g以养阴生津。

中成药：截疟七宝丸，口服，1次6~9g，1日2次。

23寒疟

证候：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，温阳达邪。

方药：柴胡桂枝干姜汤加减。

柴胡10g，黄芩10g，桂枝10g，干姜6g，甘草6g，天花粉15g，牡蛎先煎30g。

加减：可加蜀漆3g，或常山9g以祛邪截疟；脘腹痞闷，舌苔白腻，加草果10g，厚朴10g，陈皮10g以行气化湿。

24热瘴

证候：热甚寒微，或壮热不寒，头痛面赤，烦渴饮冷，甚则神昏谵语，惊厥，舌红绛，苔少黑垢，脉洪数。

治法：解毒除瘴，清热保津。

方药：青蒿素合清瘴汤加减。

青蒿后下10g，常山9g，黄连8g，黄芩10g，知母10g，柴胡10g，法半夏9g，茯苓10g，陈皮8g，竹茹10g，枳实10g，滑石包煎30g，甘草6g。

加减：壮热不寒，加石膏先煎30g以清热；口渴心烦，舌红少津，加生地黄10g，玄参15g，石斛10g，玉竹10g以清热养阴生津；神昏谵语，急加安宫牛黄丸或紫雪丹以清心开窍。

中成药：①截疟七宝丸，口服，1次6~9g，1日2次；②安宫牛黄丸，口服，1次1丸，1日1次（小儿3岁以内1次1/4丸，4~6岁1次1/2丸，或遵医嘱）；③紫雪散，口服，1次15~30g，1日2次（周岁小儿1次03g，5岁以内小儿每增1岁，递增03g，1日1次）。

25冷瘴

证候：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：不换金正气散。

苍术10g，厚朴10g，陈皮10g，甘草6g，广藿香10g，法半夏9g，佩兰10g，荷叶10g，槟榔10g，草果10g，石菖蒲10g，青蒿后下10g。

加减：神昏谵语，合用苏合香丸以芳香开窍；但寒不热，四肢厥冷，脉弱无力，加人参单煎10g，附子先煎10g，干姜8g以益气温阳固脱。

26劳疟

证候：倦怠乏力，短气懒言，食少，面色萎黄，形体消瘦，遇劳复发，寒热时作，舌质淡，脉细无力。

治法：益气养血，扶正祛邪。

方药：何人饮加减。

人参单煎10g，制何首乌20g，当归10g，陈皮10g，生姜5g。

加减：疟发之时，寒热时作，加青蒿后下10g，常山9g祛邪截疟；食少面黄，消瘦乏力，加黄芪30g，白术10g，枸杞子10g以增强益气健脾养血之功。

中成药：截疟七宝丸，口服，1次6~9g，1日2次。

27疟母

证候：久疟不愈，胁下结块，触之有形，按之压痛，或胁肋胀痛，舌质紫暗，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（鳖甲胶、阿胶、蜂房、鼠妇、土鳖虫、蜣螂、硝石、柴胡、黄芩、半夏、党参、干姜、厚朴、桂枝、白芍、射干、桃仁、牡丹皮、大黄、凌霄花、葶苈子、石韦、瞿麦），攻补兼施，寒热并用，具有活血化瘀、软坚消痞的作用。口服。大蜜丸1次2丸，小蜜丸1次6g，水蜜丸1次3g，1日2~3次，温开水送服。

加减：气血亏虚，应配合八珍汤或十全大补丸等以补益气血，扶正祛邪。

中成药：截疟七宝丸，口服，1次6~9g，1日2次。

3其他治法

31单方验方

311马鞭草30~60g，浓煎服。

312青蒿30g，水煎分2~3次服，连服3天。

313酒炒常山、槟榔、草果仁，煎服。

均为发作前2~3小时应用。

32针灸

在疟疾发作前1~2小时，可取穴大椎、陶道，配穴间使、足三里、后溪、曲池轮换针刺，轻至中度刺激，留针10~15分钟，连续治疗3~6日。恶寒甚者可加灸法。

33穴位贴

独头大蒜捣烂敷内关。

4预防

41控制传染源

及时发现和诊治现症患者，联合应用控制症状和防止复发的抗疟药，直至彻底治愈。根治带虫者，对患过疟疾或血中带虫者，给予休止期治疗，一般于春季或流行高峰前１个月用药。

42切断传播媒介

灭蚊，清除幼蚊孳生场所。可采取杀虫剂喷洒灭蚊方法。

43保护易感者

疟疾疫苗是控制疟疾最有希望的方法，但目前尚无理想的疟疾疫苗。个人防护包括防蚊、灭蚊（如使用蚊帐、灭蚊药具等）和预防用药。

ZYYXH/T542008

ZYYXH/T542008

## 血 吸 虫 病

血吸虫病（schistosomiasis japonicum）是指人体感染血吸虫导致的寄生虫病。在我国流行的主要是日本血吸虫病，主要发生在长江流域及江南各地。其主要病理改变为血吸虫成虫寄生于门静脉系统内，其虫卵沉积在肝和结肠壁，虫体代谢产物或产生的毒素对机体造成损害，尤以虫卵引起的肝、肠道病变最为严重。本病急性期主要表现为发热、肝肿大压痛，慢性期表现为腹痛、腹泻、肝脾肿大，晚期可见巨脾、腹水、上消化道出血等。本病急性期属于中医学的“暑温”、“湿温”、“蛊疫”范畴，慢性及晚期属于“积聚”、“蛊胀”范畴。

1诊断依据

11急性血吸虫病

111流行病学史：发病前2周~3个月有疫水接触史。

112临床表现：以发热、肝脏肿大与周围血液嗜酸粒细胞增多为主要特征，伴有肝区压痛、脾肿大、咳嗽、腹胀及腹泻等。

113理化检查

1131粪检查获血吸虫卵或毛蚴。

1132血清免疫反应：环卵沉淀试验环沉率>3％、间接血凝滴度>1∶10、酶标反应阳性、胶乳凝集试验滴度>1∶10。

114诊断要点

1141疑似病例：具备111加112项。

1142临床诊断病例：疑似病例条件加1132。

1143确诊病例：疑似病例条件加1131。

12慢性血吸虫病

121流行病学史：居住在流行区或曾到过流行区，有疫水接触史。

122临床表现：无症状，或间有腹痛、腹泻或脓血便，多数伴有以左叶为主的肝脏肿大，少数伴脾脏肿大。

123理化检查

1231粪检查获血吸虫卵或毛蚴，或直肠活检无治疗史者发现血吸虫卵，有治疗史者发现活卵或近期变性虫卵。

1232无血吸虫病治疗史或治疗3年以上的患者；环卵沉淀试验环沉率>3％及（或）间接血凝试验滴度>1∶10，酶标反应阳性，胶乳凝集试验滴度>1∶10；未治或治后1年以上的患者血清血吸虫循环抗原阳性。

124诊断要点

1241疑似病例：具备121加122。

1242临床诊断病例：疑似病例加1232。

1243确诊病例：疑似病例加1231。

13晚期血吸虫病

131流行病学史：长期或反复的疫水接触史，或有明确的血吸虫病治疗史。

132临床表现：临床有门脉高压症状、体征，或有侏儒或结肠肉芽肿表现。

133理化检查

1331粪检找到虫卵或毛蚴，或直肠活检无治疗史者发现血吸虫卵，有治疗史者发现活卵或近期变性虫卵。

1332血清学诊断阳性。

134诊断要点

1341疑似病例：具备131加132。

1342临床诊断病例：疑似病例加1332。

1343确诊病例：疑似病例加1331。

2辨证论治

本病为水毒、虫蛊入侵所致。初起自皮毛腠理而入，继则内外相引，虫蛊与湿热滞留三焦。血吸虫病的治疗重点在于晚期血吸虫，其主要为肝络阻塞、血瘀气滞，并兼有正气虚弱、气血亏损，治疗在活血化瘀的同时，注意扶助正气。

21邪犯肺卫证

证候：发热，畏寒，咳嗽，咯痰或痰中带血，皮肤瘙痒，起风团，肢体浮肿，汗出，或腹泻，或便脓血，小便短黄，舌质红，苔白或薄黄，脉浮数。

治法：疏散风热，宣肺解毒。

方药：桑菊饮加减。

杏仁9g，薄荷后下9g，桑叶9g，蝉蜕9g，牛蒡子9g，地龙9g，黄芩9g，连翘15g，金银花15g，鱼腥草15g，野菊花18g，甘草3g。

加减：腹泻，便脓血，去杏仁、薄荷、地龙，加黄连3g，白头翁9g以清热止痢；皮肤瘙痒，肢体浮肿，去杏仁、桑叶，加赤芍9g，生地黄12g，白鲜皮15g以凉血祛风止痒。

中成药：①正柴胡饮冲剂，口服，1次1袋，1日3次；②柴胡注射液，口服，1次2ml，1日2次，肌肉注射。

22肝脾湿热证

证候：胸闷胁痛，口干但不欲饮，腹胀，腹泻伴黏液便或脓血便，尿黄，畏寒，发热，或寒热往来，舌质红，苔白腻或黄腻，脉濡数或弦数。

治法：清热化湿，调和肝脾。

方药：清脾饮加减。

草果仁、柴胡、黄芩、法半夏、黄连、苍术各9g，青皮、厚朴、甘草各6g，茯苓15g，滑石15g等。

加减：咳嗽、胸闷，去草果仁、青皮，加连翘、金银花、鱼腥草各15g以清热宣肺；皮肤瘙痒，肢体浮肿，去草果仁、青皮，加赤芍9g，地龙6g以凉血祛风。

中成药：同上。

23肝郁脾虚证

证候：胁肋胀痛，纳呆乏力，腹胀，腹泻，舌质淡，苔薄白，脉弦细。

治法：疏肝健脾。

方药：逍遥散加减。

柴胡、白芍、白术各9g，茯苓、白头翁、秦皮各12g，木香、延胡索、甘草各6g。

加减：湿滞较重，加苍术9g，厚朴6g，山楂15g以燥湿健脾；短气神疲，加党参15g，黄芪30g以益气健脾。

中成药：①小柴胡冲剂，口服，1次1袋，1日3次；②补中益气丸，口服，1次6g，1日3次；③肝苏冲剂，口服，1次1袋，1日3次。

24瘀血内阻证

证候：胸胁胀痛或刺痛，左胁下巨形癥块，皮肤上见蟹爪纹，血丝缕缕，面色灰暗或黧黑，体形消瘦，舌质暗紫或带紫斑，苔薄白，脉细涩。

治法：化瘀通络，活血理气。

方药：桃仁红花煎加减。

丹参、赤芍、生地黄、龙骨先煎、牡蛎先煎、鳖甲先煎各15g，桃仁、红花、香附、延胡索、青皮、当归、川芎各12g。

加减：腹胀较甚，加莱菔子9g，沉香粉后下3g以行气导滞；兼阴伤者，加石斛12g益气养阴；兼脾功能亢进者，加阿胶烊化12g，熟地黄15g，当归9g以补血养血。

中成药：①复方鳖甲软肝片，口服，1次4片，1日3次；②扶正化瘀胶囊，口服，1次4粒，1日3次；③强肝胶囊，口服，1次5粒，1日2次。

25水湿内停证

证候：腹大如鼓，腹壁青筋暴露，有蟹爪纹，四肢消瘦，腹胀难忍，饥不能食，食后胀甚，面色黧黑，舌质胖大或暗紫，有齿痕，苔白腻，脉濡滑。

治法：通阳利水。

方药：五苓散加减。

桂枝、木香各8g，白术、枳壳各12g，茯苓、猪苓、泽泻各15g，车前子包煎18g。

加减：若体实而腹水多者，可配黑白丑粉、禹功散、甘遂末以逐水；腹胀以气为主者，加川楝子6g，莱菔子9g，沉香粉后下3g以行气导滞；气虚较重者，重用黄芪、白术各40~60g以益气健脾；夹瘀血者，加泽兰12g，桃仁9g，丹参15g，当归12g以化瘀通络。

中成药：①陆英冲剂，口服，1次1包（含生药30g），1日3次；②扶正化瘀胶囊，口服，1次4粒，1日3次；③牵牛子粉，口服，1次15~3g，1日3次。

26肝肾阴虚证

证候：腹胀胁痛，五心烦热，腹大如箕，口燥，鼻衄，齿衄，腰酸背痛，四肢消瘦，尿短赤，舌质绛，苔光剥，脉细数。

治法：滋养肝肾。

方药：六味地黄丸加减。

熟地黄、山药、茯苓、泽泻、猪苓各15g，山茱萸、牡丹皮各12g，大腹皮、车前子包煎各18g。

加减：潮热起伏者，加银柴胡、地骨皮各9g以清退虚热；神志异常，加石菖蒲9g，郁金12g以豁痰开窍；津伤渴甚，加知母9g，天花粉18g以清热养阴；出血甚，加大黄粉6g或三七粉冲服15g以止血；气随血脱，急用独参汤以益气固脱。

中成药：①肝达片，口服，1次4片，1日3次；②三七粉，口服，1次15~3g，1日3次，用于阴伤出血者。

27脾肾阳虚证

证候：神倦肢冷，腹大如鼓，腹胀纳呆，或色苍老，身材矮小，性器官发育不全，腰酸背痛，便溏，尿清长，舌淡红，苔薄白，脉沉细。

治法：健脾温肾。

方药：济生肾气丸加减；或附子理中汤加减。

熟地黄、山药、茯苓、泽泻各15g，山茱萸、牡丹皮各12g，附子先煎、肉桂各6g；党参、白术各12g，附子先煎、干姜各6g，甘草3g。

加减：夜寐多梦者，加夜交藤18g，合欢皮12g以安神；神志异常者，加石菖蒲9g，胆南星6g，郁金12g豁痰开窍；兼阴黄者，加茵陈后下15g以祛湿退黄。

中成药：①肾气丸，口服，1次6g，1日3次；②附子理中丸，口服，1次6g，1日3次；③生脉注射液20~60ml加入5%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注1日1次。

3其他治法

31单方验方

排钱草干根30g，水3碗煎成1碗，1次服，隔日1次，14日为1个疗程，对血吸虫病肝脾肿大的软缩有一定作用。

鲜茅根500~750g，加水600~800ml，文火煎煮浓缩成250~300ml，分2~3次服，30日为1个疗程，对晚期血吸虫病腹水型患者有较好的利尿效果。

32中成药

陆英冲剂：1次服1包（含生药30g），1日3次，2个月为1个疗程，治疗血吸虫性肝纤维化患者，对肝脾肿大的软缩有一定作用。

33食疗

331鸡骨草蜜枣煲瘦猪肉：鸡骨草30g，蜜枣7~8枚，瘦猪肉100g。加水适量煎煮，加食盐少许食之，1日1次。清热解毒，利湿退黄。

332田基黄蜜枣煲猪肝：田基黄30g，蜜枣7~8枚，猪肝100g。加食盐少许，水适量共煎煮食之，1日1次。清热祛湿，散瘀解毒。

333小蓟：适量，捣烂绞汁，温水和服，1次1小杯。用于湿热证患者。

334泥鳅粉：泥鳅若干，放入清水中，滴少量植物油，每日换清水，排清肠内粪便，取出烘干研末，口服，1次10g，1日3次。有补养之功。

34针刺

腹胀、腹水者，取穴期门、章门、水分、足三里、阴陵泉；呕血者，取穴少商、太渊、膈俞、外关透内关；便血者，取穴隐白、大敦、血海、膈俞、外关。实证针用泻法，虚证针用平补平泻。

ZYYXH/T552008

ZYYXH/T552008

## 伤寒

伤寒（typhoid）是由伤寒杆菌引起的急性消化道传染病，临床以持续高热、相对缓脉、全身中毒症状与消化道症状、脾肿大、玫瑰疹与白细胞减少等为特征。肠出血、肠穿孔为主要并发症。其病理特点为全身单核-吞噬细胞系统的增生性反应，以回肠下段集合淋巴结和孤立淋巴结的增生、坏死最显著。传染源为病人及带菌者，传播途径为粪－口传播。本病属于中医学的湿温范畴。

1诊断依据

11流行病学史

在伤寒流行季节和地区。

12临床表现

121持续性高热（可达40℃~41℃）为时1~2周以上。

122特殊中毒面容，相对缓脉，皮肤玫瑰疹，肝脾肿大。

13理化检查

131周围血象白细胞总数低下，嗜酸性粒细胞消失，骨髓象中有伤寒细胞（戒指细胞）。

132从血、骨髓、尿、粪便、玫瑰疹刮取物中，任意一种标本分离到伤寒杆菌或副伤寒杆菌。

133血清特异性抗体阳性。肥达反应“O”抗体凝集效价≥1∶80，伤寒或副伤寒鞭毛抗体凝集效价≥1∶160，恢复期效价增高4倍以上者。

14诊断要点

141临床诊断病例：具备11加121或122或131。

142确诊病例：临床诊断病例条件加132或133。

2辨证论治

本病多为外感湿热疫毒之邪，经口鼻而入，蕴结中焦，损伤脾胃，或脾胃素虚，阻滞气机，湿热熏蒸而成。其病理以湿热相合，蕴蒸不化，胶着难解而致病程较长，缠绵难愈为特征。邪遏胃气，病变主要在气分，以脾胃为主要病变部位。治疗要遵循三焦辨证规律，并结合卫气营血辨证方法，重视肠络的局部损伤，分辨湿热的偏盛程度及有无兼夹证。以分解湿热为治则。

21湿遏卫气证

证候：头痛，身重恶寒，身热不扬，午后热甚，口不渴，胸闷不饥，苔白腻，脉濡缓。

治法：芳香辛散，宣化表里湿邪。

方药：藿朴夏苓汤加减。

广藿香10g，法半夏9g，赤茯苓12g，杏仁10g，薏苡仁30g，豆蔻后下10g，猪苓12g，泽泻10g，淡豆豉12g，厚朴12g。

加减：恶心呕吐，加姜竹茹10g，紫苏梗10g以降逆止呕；便溏，加苍术6g，车前草12g以止泻；便秘，加大黄后下6g，枳实6g以泻下通便。

中成药：①午时茶颗粒，冲服，1次6g，1日1~2次；②柴连口服液，口服，饭后半小时，1次10ml，1日3次。

22胃肠湿热证

证候：壮热口渴，汗出不解，恶心呕逆，大便溏而不爽，头身困重，胸闷脘痞，纳呆腹胀，渴不思饮，小便短赤，苔白腻或黄腻，脉滑数或濡。

治法：清利湿热，理气和中。

方药：王氏连朴饮加减。

川黄连6g，厚朴15g，法半夏9g，石菖蒲12g，栀子12g，淡豆豉12g，芦根15g，甘草6g。

加减：湿重于热，可用三仁汤加减（杏仁12g，豆蔻后下12g，薏苡仁15g，法半夏9g，厚朴12g，通草10g，滑石20g，竹叶10g）；热重于湿，可用白虎汤加减（知母12g，石膏先煎20g，黄连10g，黄芩10g，厚朴12g，甘草10g）。

中成药：①中满分消丸，口服，1次6g，1日2次；②腹可安片，口服，1次4片，1日3次。

23热入营血证

证候：身热夜甚，烦躁不安，或神志昏蒙，循衣摸床，或身发斑疹，或腹痛，甚则大便下血，舌绛少苔而干，脉细数。

治法：清营泄热，凉血散血。

方药：犀角地黄汤或清营汤。

水牛角先煎30g，生地黄20g，赤芍15g，黄连10g，栀子10g，地榆15g，牡丹皮10g。

加减：若湿热酿痰，蒙蔽心窍，神志昏蒙，菖蒲郁金汤为主以化痰开窍；偏热重，烦躁神昏，加服至宝丹、紫雪散、安宫牛黄丸以清热开窍；手足抽搐，肢体强直，加羚羊角粉冲服06g，钩藤后下10g，僵蚕10g以息风止痉；若湿热化燥，营热动血可用犀角地黄汤以清热凉血。

中成药：①局方至宝丸，口服，1次1丸，1日2次，小儿用量遵医嘱；②紫雪散，口服，1次15~30g，1日2次（周岁小儿1次03g，5岁以内小儿每增1岁，递增03g，1日1次）；③苏合香丸，口服，1次1丸，1日1~2次，孕妇禁用。

24气虚血脱证

证候：腹部不适，便血量多，头晕乏力，面色苍白，身热骤降，汗出肢冷，脉象细数。

治法：补气固脱止血。

方药：先服独参汤，后用黄土汤加减。

灶心土包煎30g，生地黄20g，白术12g，附子先煎10g，阿胶烊化12g，黄芩10g，甘草10g。

中成药：①断血流颗粒，口服，1次65g，1日3次；②参附注射液20~100ml加入5%~10%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次。

25气阴两伤，余热未清证

证候：面色苍白，形体消瘦，神疲懒言，口干，低热，舌质嫩红，苔黄而干或光剥无苔，脉细弱。

治法：益气生津，清解余热。

方药：竹叶石膏汤加减。

竹叶10g，石膏先煎15g，太子参15g，麦冬12g，石斛12g，山药20g，薏苡仁15g，白扁豆20g。

加减：腹胀便溏，加凤尾草20g，陈皮8g以理气消胀；纳呆、嗳气，加鸡内金10g，谷芽10g，神曲10g以消食导滞；有复发倾向者，加青蒿后下10g，佩兰10g，黄连6g，苦参10g，金银花15g以清泄余热。

中成药：参麦注射液10~60ml加入5%~10%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次。

3其他治法

31单方验方

311凤尾草合剂：凤尾草、鱼腥草各30g，茵陈后下15g，紫苏梗12g，1日1剂，至体温正常后，剂量减半，再服1周。

312二连汤：黄连10g，连翘15g，水煎，分2次温服，1日1剂。

313白花蛇舌草60g，水煎服。治疗伤寒邪犯气分，湿热并重，抗病能力低下者。

32食疗

321清营粥：生地黄15~30g，竹叶心5g，金银花10g，水牛角先煎6~10g，粳米100g。将生地黄、竹叶卷心、金银花、水牛角洗净，先煎水牛角30~60分钟，再将其他药物同入砂锅煎汤，取汁去渣，再入洗净的粳米，同煮为稀粥。1日2~3次，温热服食。功能清营泄热，兼以透表。适用于营分热盛，症见身热，夜间尤甚，烦躁，咽干但不欲饮，舌质红绛，无苔，脉细数。

322加味芦根粥：鲜芦根100~150g，薏苡仁30g，竹茹15~20g，生姜3g，粳米100g。取鲜芦根洗净后，切成小段，与竹茹同煎取汁去渣，入粳米、薏苡仁一并煮粥，粥将熟时加生姜3g，稍煮即成。1日2次，温热服。功效清热化湿，主治湿温，症见发热口渴、脘痞腹胀、肢酸倦怠、咽肿溺赤、苔黄腻等。

33针刺

伤寒腹胀者，取穴足三里、气海、关元，针用平补平泻法。

4预防

41控制传染源

及时发现病人和带菌者，给予肠道隔离。病人的大小便等排泄物用等量20%漂白粉澄清液混合2小时，便器用3%漂白粉浸泡1小时，食具可煮沸消毒。患者停用抗菌治疗后1周，每周作尿、粪培养，连续两次阴性者方可解除隔离。

42切断传播途径

这是本病预防措施的重点。加强饮食、饮水卫生，保护水源，做好粪便、污水、垃圾的管理和处理，注意饭前便后洗手。

43保护易感者

流行区居民、去流行区旅行者、清洁工人、实验室工作人员及其他医务工作者、带菌者家属等为主动免疫对象。国内所用的疫苗为伤寒、副伤寒甲和乙的三联混合死菌苗，皮下注射3次，间隔7天，接种后2~3周可产生免疫力，以后每年加强1次。严重心脏病、肾脏病、高血压、活动性结核、发热者及孕妇均宜禁忌。

ZYYXH/T562008

ZYYXH/T562008

## 细菌性痢疾

细菌性痢疾（bacillary dysentery），简称菌痢，是由痢疾杆菌引起的急性肠道传染病。临床上以发热、腹痛、腹泻、里急后重感及黏液脓血便为特征。基本病理损害为结肠黏膜充血、水肿、出血等渗出性炎症改变。根据起病缓急和病情轻重，可分为急性细菌性痢疾、中毒性细菌性痢疾和慢性细菌性痢疾。其中中毒性菌痢病情凶险，死亡率较高，须积极抢救。本病属于中医学的肠癖、滞下、痢疾范畴。急性菌痢和中毒性菌痢多相当于湿热痢和疫毒痢，慢性菌痢多相当于休息痢和虚寒痢。

1诊断依据

11流行病学史

患者有不洁饮食或与菌痢患者接触史。

12临床表现

121急性轻型菌痢：症状轻，可仅有腹泻、稀便。

122急性普通型菌痢：急性起病，腹泻（除外其他原因的腹泻）、腹痛、里急后重，可伴发热、脓血便或黏液便、左下腹部压痛。

123急性中毒型菌痢：发病急、高热、呈严重毒血症症状，小儿起病时可无明显腹痛、腹泻症状，常需经灌肠或肛拭子做粪检才发现是菌痢。根据主要临床表现有以下类型：

休克型：有感染性休克症，如面色苍白、四肢厥冷、脉细数、血压下降、皮肤发花、发绀等。

脑型：有脑水肿表现，如烦躁不安、惊厥、嗜睡或昏迷、瞳孔改变，甚至出现脑疝、呼吸衰竭。

混合型：同时出现休克型、脑型的症状，是最凶险的一型。

124慢性菌痢：急性菌痢者病程超过2个月以上为慢性菌痢。

13实验室检查

131粪便常规检查：白细胞或脓细胞≥15/高倍镜视野（400倍），可见红细胞。

132病原学检查：粪便培养志贺菌属阳性为确诊依据。

14诊断要点

141疑似病例：腹泻，有脓血便、或黏液便、或水样便、或稀便，伴有里急后重症状，难以确定其他原因腹泻者。

142临床诊断病例：具备11或12或131，并除外其他原因引起之腹泻。

143确诊病例：具备131或132。

2辨证论治

本病病机主要是邪滞于肠，气血壅滞，肠道传化失司，脂膜血络受伤，腐败化为脓血而成痢。辨证当首辨寒、热、虚、实。一般暴痢多实，久痢多虚。暴痢又可有湿热、疫毒与阴虚、虚寒之不同。痢疾的治疗，应根据其病证的寒热虚实确定治疗原则。总的来说，热痢清之，寒痢温之，初痢实则通之，久痢虚则补之，寒热交错者温清并用，虚实夹杂者通涩兼施。

21湿热痢

证候：腹痛阵阵，痛而拒按，痢下赤白脓血，便后腹痛暂缓，里急后重，肛门灼热，胸脘痞闷，小便短少，苔黄腻，脉滑数。

治法：化湿解毒，调气行血。

方药：芍药汤加减。

黄连10g，黄芩10g，大黄后下10g，当归12g，白芍10g，甘草6g，木香10g，槟榔10g，肉桂6g。

加减：兼饮食积滞，嗳腐吞酸，腹部胀满，加莱菔子10g，神曲10g，焦山楂10g以消食导滞；湿重于热，痢下白多赤少，舌苔白腻，去当归、黄芩，加茯苓15g，苍术10g，厚朴10g，陈皮10g以燥湿健脾；热重于湿，痢下赤多白少，口渴喜冷饮，加白头翁10g，黄柏10g，秦皮10g以清热解毒止痢；痢下鲜红，加地榆10g，苦参15g，牡丹皮10g，侧柏叶10g以凉血止血；痢疾初起，兼见表证恶寒发热、头痛身重，可用荆防败毒散，解表举陷，逆流挽舟。

中成药：①木香槟榔丸，口服，1次3~6g，1日2~3次；②复方黄连素片，口服，1次3~4片，1日2~3次；③香连浓缩丸，口服，1次4~6片，1日3~4次。

22寒湿痢

证候：腹痛胀满，喜温喜暖，下痢白多赤少或纯白冻，里急后重，舌质淡，苔白腻，脉濡缓。

治法：温中燥湿，调气和血。

方药：不换金正气散加减。

广藿香10g，苍术10g，厚朴10g，法半夏9g，陈皮8g，木香10g，枳实10g，桂枝10g，炮姜6g，白芍10g，当归10g。

加减：若湿邪偏重，白痢如胶冻如鼻涕，腹胀满，里急后重甚者，改用胃苓汤加减，以温中化湿健脾。

中成药：参苓白术胶囊，口服，1次3粒，1日3次。

23疫毒痢

证候：发病急骤，腹痛剧烈，泻下腐臭难闻，里急后重较剧，口渴，头痛烦躁，恶心呕吐，或高热，痢下鲜紫脓血，甚或昏迷痉厥，舌红绛，苔黄燥，脉滑数。

治法：清热，解毒，凉血。

方药：白头翁汤合芍药汤加减。

白头翁10g，黄连10g，黄芩10g，黄柏10g，秦皮10g，当归10g，白芍10g，木香10g，槟榔10g。

加减：若发生厥脱，面色苍白，四肢厥逆而冷汗出，唇甲紫暗，尿少，脉微细欲绝，加用参麦注射液、参附青注射液静脉推注或滴注；若发生神昏烦躁，惊厥，面色灰白，瞳仁大小不等，呼吸不均者，加清开灵注射液等静脉滴注，并加紫雪散灌服；若厥脱、神昏、惊厥同时出现者，必须采用综合性抢救措施，中西医结合治疗，以挽其危。

中成药：①参麦注射液10~60ml加入5%~10%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次；②紫雪散，口服，1次15~30g，1日2次（周岁小儿1次03g，5岁以内小儿每增1岁，递增03g，1日1次）。

24阴虚痢

证候：脐下急痛，里急后重，痢下脓血黏稠，虚坐努责，五心烦热，迁延不愈，舌红绛少苔，脉细数。

治法：养阴清热，和血止痛。

方药：黄连阿胶汤合驻车丸加减。

黄连6g，乌梅6g，黄芩10g，阿胶烊化10g，当归10g，白芍15g，地榆炭15g。

加减：下痢无度，虚坐努责，加赤石脂15g，禹余粮15g，人参单煎10g以收涩固脱。

中成药：痢必灵片，口服，1次8片，1日3次。

25虚寒痢

证候：腹部隐痛，痢下稀薄或白冻，或滑脱不禁，四肢不温，腰酸肢冷，食少神疲，舌淡，苔薄白，脉沉细而弱。

治法：温补脾胃，收涩固脱。

方药：附子理中汤或桃花汤合真人养脏汤加减；重者用桃花汤合真人养脏汤。

附子先煎10g，干姜10g，人参单煎10g，白术10g，甘草6g；干姜10g，肉桂6g，赤石脂15g，诃子10g，罂粟壳6g，肉豆蔻10g，人参单煎8g，白术10g，白芍10g，当归10g，木香10g。

中成药：①附子理中丸，口服，1次1丸，1日2次；②泻痢消胶囊，口服，1次3粒，1日3次。

26休息痢

证候：下痢时发时止，缠绵不愈，饮食减少，倦怠畏寒，嗜卧，临厕腹痛里急，大便夹有黏液，或见赤色，舌质淡，苔腻，脉濡或虚数。

治法：温中清肠，调气化滞。

方药：连理汤加减。

人参单煎10g，白术10g，干姜10g，甘草6g，黄连6g，木香10g，槟榔10g，枳实10g，当归10g。

另外，还可用鸦胆子仁治疗，成人1次服15粒，1日3次，胶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。

加减：若脾胃阳气不足，积滞未尽，遇寒即发，下痢白冻，倦怠少食，舌淡苔白，脉沉者，治宜温中导下，用温脾汤加减。若久痢伤阴，或素体阴虚者，阴液亏虚，余邪未净，阴虚作痢，痢下赤白，或下鲜血黏稠，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，用驻车丸加减。

中成药：①复方黄连素片，口服，1次3~4片，1日2~3次；②香连浓缩丸，口服，1次4~6片，1日3~4次。

3其他治法

31单方验方

冬青叶方：新鲜冬青叶100g，水煎至500ml，1日3次，1次20~30ml。适用于急性菌痢。

32针刺

321体针：主穴天枢、气海、关元、足三里或止痢穴（左下腹相当于麦氏压痛点部位），实证针用泻法，偏虚者平补平泻。湿热痢加曲池、内庭；寒湿痢加中脘、气海；疫毒痢加尺泽、委中、内庭；阴虚痢加太溪、间使；虚寒痢加脾俞、肾俞；休息痢加脾俞、胃俞、大肠俞。

322耳针：取穴大肠、小肠、直肠下段，口噤不能进食者配贲门。用毫针行强刺激，每日1~2次，连续3~7日。

33保留灌肠

331白头翁、苦参、金银花、黄柏、滑石各60g，加水浓煎成200ml，先给患者作清洁灌肠，后做保留灌肠，1日1次，连续3天。适用于湿热痢、疫毒痢。

332淫羊藿15g，附子先煎、刺猬皮、降香各10g，煨肉豆蔻15g，五倍子、石榴皮各10g，乌药6g加水浓煎成200ml，先给患者做清洁灌肠，后做保留灌肠，1日1次，连续3天。适用于虚寒痢、休息痢。

34穴位贴敷

吴茱萸20g，研为细末，过筛，醋调成膏，敷神阙和双涌泉穴，1日1次。适用于疫毒痢、湿热痢。

4预防

41管理好传染源

早期发现患者和带菌者，早期隔离，直至粪便培养隔日1次，连续2~3次阴性方可解除隔离。早治疗，彻底治疗。对于托幼、饮食行业、供水等单位人员，定期进行查体、作粪便培养等，以便及时发现带菌者。对于慢性菌痢带菌者，应调离工作岗位，彻底治愈后方可恢复原工作。

42切断传播途径

认真贯彻执行“三管一灭”（即管好水源、食物和粪便和消灭苍蝇），注意个人卫生，养成饭前便后洗手的良好卫生习惯。严格贯彻执行各种卫生制度。

43保护易感人群

痢疾菌苗疗效一般不够肯定。近年来主要采用口服活菌苗，用于主动免疫，已获初步效果。注意个人及环境卫生，消灭蚊蝇，不食用变质及不洁净食物。在流行季节，可适当食用生蒜瓣，1次1~3瓣，1日2~3次，或将大蒜瓣放入菜食之中食用。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，大蒜瓣捣泥拌和，入糊为丸，如龙眼大小，1次1丸，1日2次，连服1周。

ZYYXH/T572008

ZYYXH/T572008

## 流行性出血热

流行性出血热（epidemic hemorrhagic fever，EHF），简称出血热，是由出血热病毒引起的自然疫源性传染病。临床上以发热、出血、低血压及肾脏损害为主要表现。根据传染源不同，本病分为野鼠型、家鼠型和实验动物型三种类型。主要通过接触宿主动物及其排泄物，经皮肤、消化道或呼吸道传播，也可能经螨媒传播。人群对本病普遍易感。感染后可终身免疫。本病属于中医学的“冬温”、“伏暑”范畴。

1诊断依据

11流行病学史

发病在EHF疫区及流行季节，或病前2个月内有疫区旅居史，或病前2个月内有与鼠类或其排泄物（尿、粪）或分泌物（唾液）直接或间接接触史。

12临床表现

121早期症状和体征：起病急，畏寒，发热（38℃以上）；全身酸痛，乏力，呈衰竭状；头痛，眼眶痛，腰痛（三痛）；面、颈、上胸部充血潮红（三红），呈酒醉貌；眼睑浮肿，结膜充血、水肿，有点状或片状出血；上腭黏膜呈网状充血，点状出血；腋下皮肤有线状或簇状排列的出血点；束臂试验阳性。

122病程：典型病例有发热期、低血压期、少尿期、多尿期和恢复期五期。前三期可有重叠，并存在有大量五期不全的异型或轻型非典型病例。

13实验室检查

131血检查：早期白细胞数低或正常，病至3~4日后明显增多，杆状核细胞增多，出现较多的异型淋巴细胞；血小板明显减少。

132尿检查：尿蛋白阳性，并迅速加重，伴镜下血尿、管型尿。

133血清特异性IgM抗体阳性。

134恢复期血清特异性IgG抗体比急性期有4倍以上增高。

135患者血液白细胞或尿沉渣细胞检查到EHF病毒抗原或EHF病毒RNA。

14诊断要点

141疑似病例：具备11加121。

142临床诊断病例：疑似病例条件加122或131或132。

143确诊病例：疑似病例条件或临床诊断病例条件加133或134或135。

2辨证论治

本病是由疫疠之气所致，属温病范畴。主要病理机制是热毒之邪侵袭肺卫之后，迅速传气入营而导致气营两燔。本病以清热解毒化瘀为总治则，用药上注意透热宜凉不宜温，泻毒宜早不宜迟。

21热燔阳明证

证候：壮热多汗，心烦恶热、头痛，酒醉面容，口渴引饮，或见便秘，舌红，苔黄，脉洪大而虚。

治法：清气泄热，益气生津。

方药：白虎加人参汤加减。

石膏先煎30g，知母10g，人参单煎10g，甘草6g，粳米10g，金银花15g，连翘10g，大青叶15g，板蓝根10g。

加减：腹满便秘，去人参，加生地黄10g，麦冬10g，大黄后下6g以滋阴清热，泻腹通便。

中成药：①白石清热冲剂，口服，1次1袋，1日3次；②双清口服液，口服，1次20ml，1日3次。

22热入营血证

证候：热邪入营，灼热烦躁，夜寐不安，间有谵语，脉虚数，舌绛；热邪入血，灼热神昏，谵妄乱语，斑疹紫黑，吐血衄血，舌绛苔焦。

治法：凉血解毒，息风镇痉。

方药：清营汤加减。

水牛角先煎30g，黄连10g，竹叶10g，丹参15g，生地黄10g，玄参15g，麦冬10g，金银花15g，连翘10g，紫草10g，板蓝根10g。

加减：烦躁不眠或谵语，可加服安宫牛黄丸以清热安神；神志不清，加郁金10g，石菖蒲10g，远志10g以开窍醒神；热入血分，宜速用犀角地黄汤（水牛角先煎30g，生地黄10g，牡丹皮10g，赤芍10g）合安宫牛黄丸。

中成药：①安宫牛黄丸，口服，1次1丸，1日1次；②清开灵注射液，肌肉注射，成人1次2~4ml，儿童1次1~2ml，1日2次；或静脉滴注，用量遵医嘱；③醒脑静注射液，肌肉注射，1次2~4ml，1日2次，或遵医嘱。

23暑湿厥逆证

证候：神昏惊悸，身热气粗，汗出如油，手足厥冷，脉洪大而数或脉伏，是为热厥；或大汗淋漓，畏寒厥冷，气微神昧，面白唇青，脉散大无伦，或沉细欲绝，是为寒厥。

治法：清心开窍，清气凉营。

方药：速投安宫牛黄丸或紫雪丹。

加减：可结合针刺人中、十宣、曲池、合谷等穴，清泄邪热，苏醒神志。元气真阴消涸，孤阳暴脱，当先回阳固脱，用参附汤或参附龙牡汤等。

中成药：参附注射液20~100ml加入5%~10%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次。

24肾阴亏损，虚火内生证

证候：极度衰竭，精神萎靡，嗜睡腰酸，小便涩少，口干咽燥，心烦失眠，舌红苔干，脉细数。

治法：滋肾生津，滋阴降火。

方药：知柏地黄汤加减。

知母10g，黄柏10g，熟地黄10g，山药20g，茯苓15g，牡丹皮10g，泽泻10g，山茱萸10g，麦冬10g，白茅根15g。

加减：血尿，加赤芍15g，白茅根30g以凉血止血。

中成药：①知柏地黄浓缩丸，口服，1次8粒，1日3次；②大补阴丸，口服，1次1丸，1日2次。

25邪陷心包，肝风内动证

证候：尿少尿闭，头痛呕吐，神昏谵语，痉厥抽搐，舌绛苔干，脉弦细数无力。

治法：清心开窍，息风镇痉。

方药：清营汤合羚角钩藤汤加减。

羚羊角粉冲服06g，钩藤后下10g，桑叶10g，菊花10g，川贝粉冲服2g，茯神10g，白芍10g，甘草6g，生地黄10g，竹茹10g。

加减：下焦阴伤，肝脉失养，虚风内动，宜用大定风珠（牡蛎先煎30g，鳖甲先煎15g，龟甲先煎15g，生地黄10g，白芍10g，麦冬10g，阿胶烊化10g，火麻仁10g，炙甘草6g，五味子6g）。

中成药：①安宫牛黄丸，口服，1次1丸，1日1次（小儿3岁以内1次1/4丸，4~6岁1次1/2丸，或遵医嘱）；②牛黄清心丸，口服，1次2~4g，1日2次；③醒脑静注射液，肌肉注射，1次2~4ml，1日2次，或遵医嘱。

26肾气不固证

证候：疲倦懒言，口渴多饮，日夜多尿，腰膝酸软，舌淡红，苔少而干，脉虚大。

治法：补肾固摄，益气生津。

方药：八仙长寿丸加减。

熟地黄10g，山药20g，茯苓15g，牡丹皮10g，泽泻10g，山茱萸10g，麦冬10g，五味子6g，党参10g，益智仁10g，覆盆子10g。

加减：口渴甚，加天花粉20g，玉竹10g以滋阴清热；腰酸痛，加牛膝10g，续断10g以补肝肾，强筋骨。

中成药：①金匮肾气浓缩丸，口服，1次8粒，1日3次；②壮腰健肾丸，口服，1次1丸，1日2~3次。

27脾肾气虚证

证候：纳差食少，倦怠乏力，腰膝酸软，头晕耳鸣，少气懒言，舌淡脉细。

治法：健脾补肾。

方药：六味地黄丸加减。

太子参10g，黄芪30g，熟地黄15g，山茱萸10g，山药15g，泽泻10g，茯苓15g，牡丹皮10g，黄精15g，石斛15g，砂仁后下5g，神曲10g。

加减：胸脘满闷，加厚朴10g，枳实10g以宽胸理气；大便干结，加玄参20g，火麻仁10g以滋阴润肠通便。

中成药：①十全大补丸，口服，1次6g，1日2~3次；②六味地黄浓缩丸，口服，1次8粒，1日2次。

3预防

31疫情监测

平时应做好人间疫情、鼠间疫情监测，做好病毒类型、易感人群和疫区监测。

32灭鼠防鼠

灭鼠时机应选择在本病流行高峰前进行。春季着重灭家鼠，秋季着重灭野鼠。死鼠须掩埋，防止鼠类进入住宅。

33灭螨防螨

对高发病区的野外工地、工棚或重发病村，用敌敌畏等灭螨。保持室内干燥、通风、清洁。尽量清除室内外草堆，铲除周围杂草。铺草用1%~2%敌敌畏喷洒，晒干后应用。不坐卧野草堆。

34加强食品卫生

防止鼠类排泄物污染食品和食具。剩菜剩饭必须加热或蒸煮后食用。

35注意个人防护

在疫区不直接用手接触鼠类及其排泄物，劳动时防止破损，损伤后要消毒包扎。防止螨类叮咬。

ZYYXH/T582008

ZYYXH/T582008

## 传染性非典型肺炎（SARS）

世界卫生组织（WHO）将传染性非典型肺炎命名为严重急性呼吸综合征（severe acute respiratory syndrome，SARS），并将引起此病的病毒命名为SARS病毒。该病具有起病急、传播快、人群普遍易感和病死率较高等特点。主要临床症状是：高热（体温>38℃），呼吸道症状，包括咳嗽、气短、呼吸困难，胸部X线片可见肺部阴影，外周血白细胞降低（尤其是淋巴细胞减少）。传播途径以近距离飞沫通过呼吸道传播和密切接触传播为主，在家庭和医院有明显的聚集现象。本病传染性强，结合临床表现，应属于中医学的“温疫”范畴。

1诊断依据

11流行病学史

与发病者有密切接触史，或属受传染的群体发病者之一，或有明确传染他人的证据；发病前2周内曾到过或居住于报告有传染性非典型肺炎患者并出现继发感染疫情的区域。

12临床表现

起病急，以发热为首发症状，体温一般>38℃，偶有畏寒；可伴有头痛、关节酸痛、肌肉酸痛、乏力、腹泻；常无上呼吸道卡他症状；可有咳嗽，多为干咳、少痰，偶有血丝痰；可有胸闷，严重者出现呼吸加速、气促，或明显呼吸窘迫。肺部体征不明显，部分患者可闻少许湿啰音，或有肺实变体征。抗菌药物治疗无明显效果。

13理化检查

131外周血白细胞计数一般不升高，或降低；常有淋巴细胞计数减少。

132胸部X线检查：肺部有不同程度的片状、斑片状浸润性阴影或呈网状改变，部分患者进展迅速，呈大片状阴影；常为多叶或双侧改变，阴影吸收消散较慢；肺部阴影与症状体征可不一致。若检查结果阴性，1~2天后应予复查。

133特异性抗体检测：符合以下两者之一即可判断为SARS。

1331平行检测进展期血清抗体和恢复期血清抗体发现抗体阳转。

1332平行检测进展期血清抗体和恢复期血清抗体发现抗体滴度4倍及以上升高。

14诊断要点

2003年10月10日卫生部下发了由中华医学会和中华中医药学会接受卫生部与国家中医药管理局的委托编写的《传染性非典型肺炎（SARS）诊疗方案》，推荐的SARS诊断要点如下。

141临床诊断病例：对于有SARS流行病学依据，有症状，有肺部Ｘ线影像改变，并能排除其他疾病诊断者，可以作出SARS临床诊断。在临床诊断的基础上，若分泌物SARS CoV RNA检测阳性，或血清SARS-CoV抗体阳转，或抗体滴度4倍及以上增高，则可确定诊断。

142疑似病例：对于缺乏明确流行病学依据，但具备其他SARS支持证据者，可以作为疑似病例，需进一步进行流行病学追访，并安排病原学检查以求印证。对于有流行病学依据，有临床症状，但尚无肺部X线影像学变化者，也应作为疑似病例。对此类病例，需动态复查X线胸片或胸部CT，一旦肺部病变出现，在排除其他疾病的前提下，可以作出临床诊断。

143医学隔离观察病例：对于近2周内有与SARS患者或疑似SARS患者接触史，但无临床表现者，应自与前者脱离接触之日计，进行医学隔离观察2周。

144重症SARS的诊断要点：具备以下三项之中的任何一项，均可以诊断为重症SARS。

1441呼吸困难：成人休息状态下每分钟呼吸频率≥30次，且伴有下列情况之一：①胸片显示多叶病变或病灶总面积在正位胸片上占双肺总面积的1/3以上；②病情进展，48小时内病灶面积增大超过50%且在正位胸片上占双肺总面积的1/4以上。

1442出现明显的低氧血症，氧合指数低于300mmHg。

1443出现休克或多器官功能障碍综合征（MODS）。

2辨证论治

病程、热势、呼吸困难程度、气阴损伤情况，以及胸片变化等是辨证要点。早治疗，重祛邪，早扶正，防传变是本病的治疗原则。

21毒犯肺胃证

证候：初起发热，有恶寒，头痛，身痛，肢困，干咳，少痰，或有咽痛，气短，乏力，口干，舌苔白或黄，脉滑数。多见于早期。

治法：清肺解毒，化湿透邪。

方药：清肺解毒方。

金银花15g，连翘15g，黄芩10g，柴胡10g，青蒿后下15g，豆蔻后下6g，炒杏仁9g，薏苡仁15g，北沙参15g，芦根15g。

加减：无汗，加薄荷后下6g以疏散风热；热甚，加石膏先煎30g，知母10g以清热生津；苔腻，加广藿香10g，佩兰10g以芳化湿浊；腹泻，加黄连6g，炮姜6g以辛开苦降；恶心呕吐，加姜半夏9g，竹茹10g以化湿止呕。

中成药：瓜霜退热灵胶囊，口服，1次4粒，1日3次。

22疫毒壅肺证

证候：高热，胸闷，喘息，气促，汗出热不解，身痛，咳嗽，少痰，或腹泻，恶心呕吐，或脘腹胀满，或便秘，或便溏不爽，口干不欲饮，气短，乏力，甚则烦躁不安，舌红或绛，苔黄腻，脉滑数。多见于早期、进展期。

治法：清热解毒，宣肺化湿。

方药：清热解毒方。

石膏先煎45g，知母10g，炙麻黄6g，金银花20g，炒杏仁10g，薏苡仁15g，浙贝母10g，太子参10g，甘草10g。

加减：烦躁不安，舌绛口干，加生地黄10g，赤芍10g，牡丹皮10g以清热凉血；气短，乏力，口干重，去太子参，加西洋参单煎6g以益气养阴生津；恶心呕吐，加姜半夏9g以化湿止呕；便秘，加瓜蒌10g，大黄后下6g以泄热通腑；脘腹胀满，便溏不爽，加焦槟榔10g，木香10g以理气除满。

中成药：①清开灵口服液，口服，1次20ml，1日3次；②清开灵注射液20~40ml加入09%氯化钠注射液或5%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1~2次。

23肺闭喘憋证

证候：高热不退或开始减退，呼吸困难，憋气胸闷，喘息气促，咳嗽，或干咳少痰，或痰中带血，气短，疲乏无力，口唇紫暗，舌红或暗红，苔黄腻，脉滑。多见于进展期及重症SARS。

治法：清热泻肺，祛瘀化浊，佐以扶正。

方药：清热泻肺方。

葶苈子包煎15g，桑白皮15g，黄芩10g，郁金10g，瓜蒌30g，蚕砂包煎10g，萆薢12g，丹参15g，败酱草30g，西洋参单煎15g。

加减：气短，疲乏，喘重，加山茱萸9g以补肾固涩；脘腹胀满，纳差者，加厚朴9g，麦芽15g以理气消食；口唇发绀，加三七粉冲服3g，益母草12g以活血利水。

中成药：丹参注射液40~60ml加入09%氯化钠注射液或5%葡萄糖注射液250~500ml，静脉滴注，1日1~2次。

24内闭外脱证

证候：呼吸窘迫，憋气喘促，肢冷汗出；呼多吸少，语声低微，躁扰不安，甚则神昏，口唇紫暗；舌暗红，苔黄腻，脉沉细欲绝。见于重症SARS。

治法：益气敛阴，回阳固脱，化浊开闭。

方药：益气敛阴方。

红参单煎10~30g，附子先煎10g，山茱萸30g，麦冬15g，郁金10g，三七粉冲服3g。

加减：神昏，上方送服安宫牛黄丸；冷汗淋漓，加煅龙骨先煎15g，煅牡蛎先煎15g以固涩止汗；肢冷，加桂枝12g，干姜6g以温通阳气；喉间痰鸣，加用猴枣散祛痰。

中成药：参附注射液20~100ml加入09%生理盐水或5%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1~2次。

25气阴亏虚，痰瘀阻络证

证候：胸闷气短，神疲乏力，动则气喘；咳嗽，自觉发热或低热，自汗，焦虑不安，失眠，纳呆，口干咽燥；舌红少津，舌苔黄或腻，脉象多见沉细无力。多见于恢复期。

治法：益气养阴，化痰通络。

方药：益气养阴化痰方。

党参15g，北沙参15g，麦冬15g，生地黄15g，赤芍12g，紫菀15g，浙贝母10g，麦芽15g。

加减：气短气喘较重，舌暗者，加三七粉冲服15~3g，五味子10g，山茱萸10g以补肾固涩、活血化瘀；自觉发热或心中烦热，舌暗者，加青蒿后下10g，栀子10g，牡丹皮10g以清热凉血活血；大便偏溏，加茯苓10g，白术10g以健脾除湿；焦虑不安，加醋柴胡10g，香附10g以理气解郁；失眠，加炒酸枣仁10g，远志10g以安神定志；肝功能损伤转氨酶升高，加茵陈后下15g，五味子10g以滋阴清热。

中成药：生脉饮口服液，口服，１次10~20ml，1日3次。

3预防

31做好疫情预防监测与控制

　　加强疫情监测，及时了解疫情动态，早期发现患者，防止疫情蔓延。一旦发现患者，应立即隔离治疗，并及时向当地疾病控制中心报告，以便立即采取防控措施。对确诊为SARS患者应进行定点医院转移治疗；对疑似患者和密切接触者进行医学隔离观察，以控制流行。SARS流行期间，最有效的预防措施：生活、工作场所通风；其他有效的预防措施：不与SARS病人或疑似SARS病人接触；注意个人卫生，用肥皂和流动的水洗手；在部分场合有效的预防措施：在人群密度高或不通风的场所内戴口罩（12～16层）；平时锻炼身体，增强体质；注意合理饮食。

32药物及疫苗预防

　　可以采取疫苗预防（疫苗正在研制中）。

33中药预防

331一般健康人群服用的中药处方

　　①对于内热体质者，可用清热解表、疏风透邪的中药加减预防。基本组成：芦根10g，金银花10g，连翘15g，薄荷后下6g，甘草5g。水煎服，1日2次，连续服用7～10天。

　　②对于湿盛体质者，可用清热解毒、利湿化浊的中药加减预防。基本组成：鱼腥草15g，茵陈后下15g，佩兰10g，野菊花6g，草果3g。水煎服，1日2次，连续服用7～10天。

　　③对于气虚体质者，可用健脾益气、化湿解毒的中医加减预防。基本组成：黄芪10g，白术10g，防风10g，苍术6g，广藿香10g，北沙参10g，金银花10g。水煎服，1日2次，连续服用7～10天。

332与SARS病例或疑似病例有接触的健康人群服用的中药处方

基本组成：黄芪15g，金银花15g，柴胡10g，黄芩10g，板蓝根15g，苍术10g，薏苡仁15g，广藿香10g，防风10，甘草5g。水煎服，1日2次，连续服用10～14天。

34空气消毒

　　需要对患者生活、工作和活动过的场所及时进行空气消毒，诊疗场所也要定时进行空气消毒。消毒空气根据杀菌原理可以分为物理消毒和化学消毒两类方法。物理方法包括紫外线灯照射、静电吸附和空气过滤等方法。化学消毒主要包括用消毒剂熏蒸（如过氧乙酸熏蒸）或喷雾（如用含氯消毒剂、过氧乙酸进行超低容量喷雾消毒），也包括用一些消毒器械即时产生的化学因子进行消毒（如可以用臭氧进行空气消毒）。使用化学消毒剂进行消毒时都应在无人的条件下进行，达到作用时间后要及时开门开窗，通风换气。

35地面和物体表面消毒

　　地面可用过氧乙酸拖地，或用过氧乙酸喷洒。亦可用二溴海因溶液或含氯消毒剂喷洒或拖地，拖把应专用，不得混用。使用后，用上述消毒液浸泡30分钟，再用水清洗干净，悬挂晾干备用。

　　桌子、椅子、凳子、床头柜、门把手、病历夹等可用过氧乙酸喷洒，或用二溴海因溶液或含氯消毒剂喷洒、擦拭，消毒10～15分钟。

　　房门口可放置用二溴海因溶液或含氯消毒剂浸湿的脚垫，并不定时补充喷洒消毒液，以保持脚垫湿润。

ZYYXH/T592008

ZYYXH/T592008

## 肥胖

肥胖（obesity）是指体内过量脂肪堆积而使体重过度增加的一种异常体态，是一种常见的营养障碍性疾病，是由于遗传和环境因素等所致能量摄入多于消耗而失衡的结果。常伴有怕热多汗、动作迟缓、肌肉无力、易倦、劳动效率低，以及精神和心理异常等症状。肥胖是2型糖尿病、心血管疾病、高血压、胆石症和某些癌症的重要危险因素。

1诊断依据

11WHO1998年推荐的诊断要点

1998年WHO制定了肥胖诊断的推荐标准（表59-1），将BMI>25kg/m2和BMI>30kg/m2分别定为超重和肥胖。

表59-1WHO及亚太地区推荐对肥胖诊断的标准

分类BMI

（体重/身高2）相关疾病危险性

体重过低<185低（但其他疾病危险性增加）

正常范围185~249平均水平

超重≥25

肥胖前期25~299增加

Ⅰ度肥胖30~345中度增加

Ⅱ度肥胖35~395严重增加

Ⅲ度肥胖≥40极为严重增加

12亚太地区推荐的肥胖诊断要点

1998年WHO的肥胖标准是基于欧洲人群的标准，并非适用于亚太地区。因此，世界卫生组织西太平洋地区官员、国际肥胖研究协会及国际肥胖工作组认为有必要对这一地区人群的肥胖制定不同的标准，2000年提出亚太地区肥胖标准（表59-2）。

表59-2亚洲成人BMI标准、腰围水平及相关疾病危险

分类BMI

（体重/身高2）

相关疾病危险性

腰围水平（cm）

<90

<80

≥90

≥80

体重过低

正常范围

超重

肥胖前期

Ⅰ度肥胖

Ⅱ度肥胖

<185

185~229

≥23

23~249

25~299

≥30

低（但其他疾病危险性增加）

平均水平

增加

中度增加

严重增加

平均水平

增高

13中国人肥胖的判定标准

国际生命科学学会中国办事处中国肥胖问题工作组联合数据汇总分析协作组，2001年提出中国成人体重指数分类的推荐意见（表59-3）。

表59-32001年中国成人肥胖与超重的BMI分类及肥胖相关疾病的危险

BMI

分类数值

相关疾病危险

胸围男<85cm

女<80cm

腰围男≥85cm

女≥80cm

体重过低<185

正常185~239疾病危险增加

超重240~279疾病危险增加疾病危险高

肥胖≥28疾病危险高疾病危险极高

2辨证论治

肥胖属本虚标实。本虚以气虚为主，主要为脾虚或肾虚，以及脾肾两虚。标实以痰浊、膏脂为主，常兼水湿，亦兼有气滞、血瘀。病位以脾为主，次及肾及肝胆，亦可累及于心肺，但总以脾肾气虚为多见，肝胆疏泄失调也可见。

21脾虚湿阻证

证候：肥胖，浮肿，疲乏无力，肢体困重，尿少，纳差食少，大便溏薄，脘腹胀满，舌质淡红，舌苔薄腻，脉沉细。

治法：健脾化湿。

方药：六君子汤、防己黄芪汤等加减。

黄芪15g，党参15g，茯苓12g，白术10g，陈皮10g，半夏9g，炙甘草6g，生姜6g，大枣6g等。

加减：兼浮肿，加薏苡仁15g，赤小豆15g，冬瓜皮12g以利水消肿；小便不利，加猪苓12g，泽泻9g以通利小便；胸闷痰多，加杏仁6g，豆蔻后下6g，枳壳6g以理气化痰。

22胃热湿阻证

证候：形体肥胖，消谷善饥，头胀眩晕，肢重怠惰，口臭口干，口渴喜饮，大便秘结，舌质红，苔腻微黄，脉滑小数。此型多为体壮的中青年男性肥胖者。

治法：清热化湿通腑。

方药：小承气汤加减。

枳实6g，厚朴6g，炙甘草6g，大黄6g。

加减：胃热炽盛，加石膏先煎12g，知母6g以清热泻火；肝火亢盛，加龙胆草9g，栀子9g，夏枯草9g以清泻肝火；心火亢盛，加黄连6g，竹叶3g以清心泻火；头痛头胀，加钩藤后下9g，菊花9g，石决明先煎15g，桑叶6g以平肝清热；口苦口臭，加黄连6g，黄芩6g以清泻胃火。

23肝郁气滞证

证候：肥胖，胸胁苦满，胃脘痞满，女性可见月经不调或闭经，失眠，多梦，舌质暗红，舌苔白或薄腻，脉细弦。

治法：疏肝理气解郁。

方药：柴胡疏肝散或逍遥散加减。

柴胡9g，白芍10g，茯苓12g，枳实6g，薄荷10g，陈皮12g，香附9g，甘草6g等。

加减：心烦易怒，加牡丹皮9g，栀子6g，龙胆草6g以清泻心肝之火；大便溏泻，加白术6g，白扁豆12g以健脾益气；头痛头胀，加桑叶6g，菊花6g，钩藤后下9g以平肝清热；两胁胀痛，加郁金9g，延胡索12g，川楝子9g以理气止痛。

24脾肾两虚证

证候：形体肥胖，虚浮肿胀，疲乏无力，少气懒言，动而喘息，头晕畏寒，食少纳差，腰膝冷痛，大便溏薄，或五更泄泻，阳痿，舌质淡，苔薄白，脉沉细。重度肥胖症患者多为此型。

治法：温阳化气利水。

方药：金匮肾气丸或济生肾气汤加减。

熟地黄15g，山茱萸9g，山药15g，茯苓12g，牡丹皮9g，泽泻9g，附子先煎9g，肉桂3g，牛膝12g，车前子包煎15g。

加减：腰膝冷痛，加杜仲9g，菟丝子12g以温补肾阳；大便溏薄，或五更泄泻，加肉豆蔻6g，补骨脂9g，芡实12g以补肾止泻；阳痿，加淫羊藿9g，巴戟天9g，阳起石9g，蜈蚣5g以温阳通络。

25气滞血瘀证

证候：形体肥胖，两胁胀满，胃脘痞满，烦躁易怒，口干舌燥，头晕目眩，失眠多梦，月经不调或闭经，舌质暗有瘀斑，脉弦数或细弦。肥胖日久伴月经不调者可见此型。

治法：疏肝理气，活血化瘀。

方药：血府逐瘀汤加减。

生地黄12g，当归10g，赤芍9g，川芎9g，枳壳6g，柴胡9g，甘草6g，牛膝12g，桔梗12g等。

加减：两胁胀满，加青皮9g，橘叶9g，香附12g以疏肝止痛；胃脘痞满，加青皮6g，陈皮9g以理气消胀；烦躁易怒，加牡丹皮9g，栀子6g以清肝泻火；女子月经不调或闭经，加丹参12g，益母草15g，三七冲服3g以活血化瘀。

26阴虚内热证.

证候：肥胖，头昏眼花，头胀头痛，腰痛腿软，五心烦热，低热，舌尖红，舌苔薄，脉细数微弦。

治法：滋阴补肾。

方药：杞菊地黄汤加减。

枸杞子15g，麦冬12g，生地黄15g，山茱萸9g，山药12g，茯苓15g，牡丹皮9g，泽泻12g，五味子9g，女贞子12g。

加减：阴虚火旺，加黄柏6g，知母6g以清泻虚火；大便干结，加火麻仁9g，何首乌12g，肉苁蓉9g以温润通便；腰痛腿软，加杜仲9g，桑寄生12g以补肾健腰；头昏眼花，加桑椹子15g，菊花9g以滋阴明目；头胀头痛，加菊花6g，桑叶9g，钩藤后下9g以清热平肝。

3其他治法

31单方验方

荷叶散：用败荷叶烧存性，研末，米饭调下。有消肿、降脂之功。

32中成药

防风通圣丸：解表通里，疏风清热。适用于脂肪丰厚，便秘，满面油光和暗疮，面色通红的患者。口服，1次9g，1日2次。

33针刺

331体针

脾虚湿阻证，主穴脾俞、胃俞、足三里、三阴交、丰隆、中脘。尿少浮肿者，加阳陵泉；健忘、嗜睡者，加百会、人中。针用平补平泻法，可加灸。

胃热湿阻证，主穴内庭、曲池、上巨虚、胃俞、合谷、三阴交。便秘者，加天枢、支沟；消谷善饥者，加中脘、梁丘。针用泻法。

肝郁气滞证，主穴太冲、期门、肝俞、支沟、三阴交。胸胁胀满者，加膻中、中脘。针用泻法。

脾肾两虚证，主穴肾俞、脾俞、命门、三阴交、关元、太溪。尿少浮肿者，加阳陵泉；阳痿早泄者，加中极。针用补法，加灸，或温针灸。

332耳针：主穴肺、脾、胃、肾、内分泌、大肠、小肠、神门、三焦。如有气喘多汗，加肺穴；心慌心悸，加心穴；易饥多食，加胃穴；下肢浮肿，加三焦穴；便秘，加大肠穴；小便不利，加尿道穴等。每次选3~5穴，毫针浅刺，中强刺激，留针30分钟，每日或隔日1次；或用王不留行贴压，留置和更换时间视季节而定，其间属患者餐前或有饥饿感时自行按压穴位2~3分钟，以增强刺激。

ZYYXH/T602008

ZYYXH/T602008

## 高 脂 血 症

高脂血症（hyperlipidemia）是指由于脂肪代谢或运转异常致使血液中的总胆固醇（TC）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、甘油三酯（TG）等升高的病症。其中主要是指高胆固醇血症和高甘油三酯血症。根据病因不同，分为原发性与继发性两类。原发性高脂血症多有家族遗传倾向，原因未明；继发性高脂血症多继发于糖尿病、肾脏病、甲状腺功能减退等疾病。血脂异常与不良生活方式、饮食习惯和年龄的增长有关。经大量的流行病学、临床和实验研究证实，高脂血症是动脉硬化的首要危险因素，与冠心病、脑血管病的发病有直接相关关系。本病属于中医学的“痰饮”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

脂质在真皮内的沉积所引起的黄色瘤，临床较少见。脂质在血管内皮的沉积所引起的动脉粥样硬化，为动脉硬化的首要危险因素。由于动脉粥样硬化的发生和发展需要相当长的时间，多数高脂血症患者并无任何症状和异常体征发现，常在进行血液化验时被发现。继发高脂血症有原发病的临床表现。

12理化检查

121血清TC：在520mmol/L（200mg/dl）以下为合适范围，523~569mmol/L（201~219mg/dl）为边缘升高，572mmol/L（220mg/dl）以上为升高。

122血清LDL-C：在312mmol/L（120mg/dl）以下合适范围，315~361mmol/L（121~139mg/dl）为边缘升高，364mmol/L（140mg/dl）以上为升高。

123血清HDL-C：在104mmol/L（40mg/dl）以上为合适范围，091mmol/L（35mg/dl）以下为减低。

124血清TG：在170mmol/L（150mg/dl）以下为合适范围，170mmol/L（150mg/dl）以上为升高。

13诊断要点

131高胆固醇血症：血清TC水平增高。

132高甘油三酯血症：血清TG水平增高。

133混合型高脂血症：血清TC和TG水平增高。

134低高密度脂蛋白血症：血清HDL-C水平降低。

2辨证论治

高脂血症主要由于饮食不节，过食肥甘厚味，加之脾失健运，肝失疏泄，水聚痰饮，痰浊不化，痰瘀结聚，变生脂膏；老年肾虚，五脏衰减，更易发为本病。本病本虚标实，涉及肝、脾、肾三脏。应以健脾化湿，行气化痰，活血祛瘀，补益肝肾为治疗原则。

21湿热蕴结证

证候：头晕，口干口苦，肥胖，疲乏，烦热，便干尿赤，舌红，苔黄腻，脉弦滑。

治法：清热利湿。

方药：龙胆泻肝汤加减。

龙胆草6g，黄芩9g，生地黄15g，栀子9g，川木通6g，柴胡9g，当归9g，车前子包煎9g，泽泻9g。

加减：湿重，加茵陈后下15g，薏苡仁15g以清热化湿。

中成药：桑葛降脂丸，口服，1次4g，1日3次。

22痰湿内阻证

证候：胸脘满闷，胃纳呆滞，头晕身重，大便不畅，舌苔白腻，脉濡滑。

治法：化痰祛湿。

方药：温胆汤加减。

陈皮9g，半夏9g，茯苓15g，枳实9g，竹茹9g，白术9g，胆南星6g。

中成药：①脂可清胶囊，口服，1次2~3粒，1日3次；②血脂灵片，口服，1次4~5片，1日3次；③月见草油乳，口服，1次10ml，1日2次。

23痰瘀结滞证

证候：头晕身重，胸胁胀闷，肢体麻木，口干纳呆，大便不爽，舌质暗红或紫暗，有瘀斑，脉弦滑或细涩。

治法：化痰行瘀。

方药：二陈汤合血府逐瘀汤加减。

陈皮9g，半夏9g，茯苓15g，柴胡9g，枳实9g，赤白芍各15g，生地黄9g，当归9g，川芎9g，桃仁9g，红花9g等。

加减：血瘀重，加三棱9g，莪术9g以破血化瘀。

中成药：①山庄降脂片，口服，1次8片，1日3次；②通脉降脂片，口服，1次4片，1日3次。

24脾虚湿盛证

证候：倦怠乏力，腹胀纳呆，头晕身重，大便溏薄，舌质淡胖，边有齿痕，脉濡缓。

治法：健脾利湿。

方药：胃苓汤加减。

陈皮9g，厚朴9g，紫苏叶6g，茯苓15g，苍术9g，猪苓9g，车前子包煎15g，泽泻9g。

加减：脾虚甚者，加黄芪15g，白术9g益气健脾；湿重者，加薏苡仁15g健脾化湿。

中成药：①健脾降脂颗粒，口服，1次10g，1日3次；②脂必妥胶囊，口服，1次1粒，1日2次；③绞股蓝总苷片，口服，1次2~3片，1日3次。

25肝肾阴虚证

证候：腰膝酸软，口燥咽干，头晕耳鸣，右胁隐痛，手足心热，舌质红，少苔，脉弦细。

治法：滋补肝肾。

方药：一贯煎合杞菊地黄丸加减。

当归9g，生地黄9g，枸杞子9g，山药9g，茯苓15g，山茱萸6g，泽泻9g，牡丹皮9g，菊花6g，北沙参9g。

加减：阴虚津伤，加葛根9g，黄精9g以益阴生津。

中成药：①降脂灵片，口服，1次5片，1日3次；②玉金方胶囊，口服，1次2粒，1日3次；③制何首乌颗粒，口服，1次14g，1日2次。

26脾肾阳虚证

证候：腰膝酸软，畏寒肢冷，脘痞腹胀，夜尿频多，大便不实，舌质淡，苔薄白，脉沉迟。

治法：补肾健脾。

方药：右归丸合参苓白术散加减。

熟地黄9g，枸杞子9g，杜仲9g，菟丝子9g，附子先煎9g，肉桂6g，山药9g，白扁豆15g，党参15g，茯苓15g，白术9g。

中成药：丹田降脂丸，口服，1次1~2g，1日2次。

3其他治法

31单方验方

311决明子30g，开水泡后代茶饮，每日饮量500ml以上。

312泽泻30g，水泡代茶饮。

313山楂切片，水泡代茶饮。

32针刺

321体针：取穴内关、郄门、间使、神门、通里、合谷、曲池、足三里、丰隆、阳陵泉、三阴交、肺俞、厥阴俞、心俞、督俞、公孙、太白、曲泉、中脘、鸠尾。每次选取3~5穴，交替使用，日针1次，留针20~30分钟。

322耳针：取饥点、口、肺、脾、内分泌、直肠下段等穴，或取敏感点，用短毫针刺或用王不留行、白芥子贴压。

33推拿

揉内关，先左后右；揉屋翳、渊腋、辄筋等穴，重点揉左侧，每穴揉30次；摩肾堂，运膏肓各50次；肾虚者加揉三阴交、涌泉穴；失眠便秘者，揉天突、膻中穴，每日2~3次。

ZYYXH/T612008

ZYYXH/T612008

## 甲状腺功能亢进

甲状腺功能亢进（hyperthyroidism），简称甲亢，指甲状腺的高功能状态，是一种自身免疫性疾病，不仅限于甲状腺，而是一种多系统的综合征，包括高代谢症候群、弥漫性甲状腺肿、眼征、皮损和甲状腺肢端病。由于多数患者同时有高代谢症和甲状腺肿大，故称为毒性弥漫性甲状腺肿，又称Graves病。本病多见于女性，男女之比为1∶4~6，以20~40岁最多见。本病属于中医学的“瘿病”范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状

神经系统：易激动、精神过敏、舌和双手平举向前伸出时有细震颤、多言多动、失眠紧张、思想不集中、焦虑烦躁、多猜疑等，有时出现幻觉，甚至亚躁狂症，但也有寡言、抑郁者。患者腱反射活跃，反射时间缩短。

高代谢综合征：怕热多汗，皮肤、手掌、面、颈、腋下皮肤红润多汗。常有低热，发生危象时可出现高热。常有心动过速、心悸、食欲亢进，但体重下降，疲乏无力。

心血管系统：心悸、气促，稍活动即明显加剧。重症者常有心律不齐，心脏扩大，心力衰竭等。心动过速常系窦性，一般心率100~120次/分，静息或睡眠时心率仍快，为本病特征之一。心律失常以早搏最为常见，阵发性或持久性心房颤动和扑动，以及房室传导阻滞等心律失常也可发生。心音增强，心搏动有力，心尖部第一心音亢进，常闻及收缩期杂音，偶闻舒张期杂音。心脏扩大和充血性心力衰竭多见于年长久病的男性重患。当合并感染或应用β受体阻滞剂时易诱发心力衰竭。可见收缩压增高，舒张压稍低或正常，脉压增大。

消化系统：食欲亢进，体重却明显下降。过多甲状腺素可兴奋肠蠕动以致大便次数增多，有时因脂肪吸收不良而呈脂肪痢。甲状腺激素对肝脏可有直接毒性作用，可致肝肿大和谷丙转氨酶（ALT）增高。

血液系统：可见周围血液中白细胞总数偏低，淋巴细胞百分比和绝对值及单核细胞增多，血小板寿命缩短，有时可出现紫癜。由于消耗增加，营养不良和铁的利用障碍，偶可引起贫血。

运动系统：主要表现为肌肉软弱无力，少数可表现为甲亢性肌病。

生殖系统：女性患者常有月经减少，周期延长，甚至闭经，但部分患者仍能妊娠、生育。男性多阳痿，偶见乳房发育。

内分泌系统：肾上腺皮质功能于本病早期常较活跃，但在重症（如危象）患者中，其功能呈相对减退，甚或不全；垂体分泌促肾上腺皮质激素（ACTH）增多，血浆皮质醇的浓度正常，但其清除率加速，说明其运转和利用增快。

112体征

1121甲状腺肿：多数有甲状腺肿大，为弥漫性对称性肿大，质软，吞咽时上下移动。少数患者的甲状腺肿大不对称，或肿大明显。由于甲状腺的血流量增多，故在上、下叶外侧可闻及血管杂音并扪及震颤，尤以腺体上部较明显。甲状腺弥漫对称性肿大伴杂音和震颤为本病一种特殊体征，但应注意与静脉和颈动脉杂音相区别。

1122眼征：本病中有以下两种特殊的眼征：

非浸润性突眼：又称良性突眼，占大多数。一般呈对称性，有时一侧突眼先于另一侧。主要因交感神经兴奋眼外肌群和上睑肌张力增高所致，主要改变为眼睑及眼外部的表现，球后组织改变不大。眼征有以下几种：①眼裂增宽（Darymple征）；②少瞬和凝视（Stellwag征）；③眼球内侧聚合不能或欠佳（Mbius征）；④眼向下看时，上眼睑因后缩而不能跟随眼球下落（von Graefe征）；⑤眼向上看时，前额皮肤不能皱起（Joffroy征）。

浸润性突眼：又称内分泌性突眼、眼肌麻痹性突眼症或恶性突眼，病情较严重，可见于甲亢不明显或无高代谢症的患者。主要由于眼外肌和球后组织体积增加、淋巴细胞浸润和水肿所致。

1123皮肤及肢端表现：少部分患者有典型对称性黏液性水肿，多见于小腿胫前下段，有时也可见于足背和膝部、面部、上肢，甚而头部。初起时呈暗紫红色皮损。皮肤粗厚，以后呈片状或结节状叠起，最后呈树皮状，可伴继发感染和色素沉着。少数患者可有指端软组织肿胀，呈杆状，掌指骨骨膜下新骨形成，以及指或趾甲的邻近游离边缘部分和甲床分离现象，称为指端粗厚。

12理化检查

121甲状腺功能试验

血清总甲状腺素（TT4）：在估计患者甲状腺激素结合球蛋白（TBG）正常情况下，T4的增高提示甲亢。

血清总三碘甲状腺原氨酸（TT3）：增高幅度常大于TT4。

血清反T3（rT3）：甲亢时明显增高。

游离甲状腺素T4（FT4）和游离三碘甲状腺原氨酸T3（FT3）：FT4和FT3的测定结果不受前述TBG的影响，较TT4和TT3的结果更能正确地反映甲状腺功能状态。甲亢时明显高于正常，尤以FT3的增高更为明显。

122促甲状腺素（TSH）：低于正常。

123甲状腺摄131I率：如摄碘率增高，3小时>25％，或24小时>45%（近距离法），峰值前移可符合本病，但宜作T3抑制试验，以区别单纯性甲状腺肿。

124T3抑制试验：正常及单纯甲状腺肿时第二次摄131I率明显下降，达50％以上。本病及浸润性突眼患者中，TSH对甲状腺的刺激已为TSAb所取代，且不受T3和T4所抑制，故在服用TT320μg每8小时1次，持续一周后，第二次摄131I率不被抑制或<50％。此法对老年冠心病患者不宜采用，以免引起心律失常或心绞痛。

125促甲状腺激素释放激素（TRH）兴奋试验：有兴奋反应为正常，如TSH接近于零，或用灵敏度较高的免疫测量分析（immunometric assay）结果TSH低于正常，且不受TRH兴奋，可提示甲亢。

126甲状腺球蛋白抗体（TGA）和甲状腺微粒体抗体（MCA）：在本病中TGA和MCA均可阳性，但其滴度远不如桥本甲状腺炎时高。

在通常情况下，甲亢患者T3、rT3和T4血浓度增高，尤其是FT3和FT4更为可靠，T3的升高较T4为明显，因而在早期时，T4尚未增高超过正常时，T3和rT3已有明确增高。TSH低于正常仅在较灵敏的免疫放射测定中见到。

13诊断要点

131具有甲亢典型症状及体征患者。

132血清总甲状腺素（TT4）、总三碘甲状腺原氨酸（TT3）、游离甲状腺素（ＦT4）、游离三碘甲状腺原氨酸（FT3）升高。血清促甲状腺素（TSH）水平降低，且对促甲状腺素释放激素（TRH）兴奋试验无反应。

133甲状腺摄131I率升高（3小时>25%；24小时>45%），高峰值提前（3小时的摄131I率为24小时的80%以上），T3抑制试验阴性（不能抑制）。

134免疫学检查：甲状腺球蛋白抗体（TGA）、甲状腺微粒体抗体（MCA）的阳性率和滴度可升高，甲状腺刺激性抗体（TSAb）阳性。

2辨证论治

本病主要由情志内伤、饮食及水土失宜等原因损伤肝脾，使气机郁滞，津凝痰聚，痰气壅结颈前所致。痰气郁结日久，则产生瘀血的病变。痰气郁结化火，火热耗伤阴精，可致阴虚火旺，尤以肝、心两脏阴虚火旺的病变突出。治疗以理气化痰，消瘿散结为基本治则。瘿肿质地较硬及有结节者，应配合活血化瘀。阴虚火旺者，则当以滋阴降火为主。

21气郁痰阻证

证候：颈前正中肿大，质软不痛而胀，胸闷、喜太息，胸胁窜痛，病情的波动常与情志因素有关，苔薄白，脉弦。

治法：理气舒郁，化痰消瘿。

方药：柴胡舒肝散与二陈汤加减。

柴胡10g，半夏10g，黄芩10g，枳壳6g，香附10g，白芍10g，茯苓10g，陈皮6g，甘草6g，牡蛎先煎30g。

加减：急躁易怒，加龙胆草10g，夏枯草10g以清肝泻火。

中成药：①海藻丸，口服，1次9g，1日2次；②五海瘿瘤丸，口服，1次9g，1日3次。

22痰结血瘀证

证候：颈前出现肿块，按之较硬或有结节，肿块经久未消，胸闷，纳差，苔薄白或白腻，脉弦或涩。

治法：理气活血，化痰消瘿。

方药：化肝煎加减。

青皮9g，陈皮9g，赤芍10g，牡丹皮10g，栀子9g，泽泻9g，浙贝母12g等。

加减：结块较硬及有结节，酌加三棱6g，莪术6g，露蜂房6g，穿山甲6g，丹参12g以活血化瘀，软坚散结；胸闷不舒，加郁金9g，香附6g以理气行滞；烦热，舌红，苔黄，脉数，加夏枯草9g，牡丹皮6g，玄参12g以清泻肝火；纳差，便溏，加白术9g，茯苓12g，山药15g以健脾益气。

23肝火旺盛证

证候：颈前轻度或中度肿大，一般柔软、光滑；烦热多汗，急躁易怒，眼球突出，手指颤抖，面部烘热，口渴，舌红，苔薄黄，脉弦。

治法：清泄肝火。

方药：栀子清肝汤加减。

柴胡10g，白芍10g，茯苓12g，甘草6g，当归10g，川芎10g，栀子10g，牡丹皮10g，牛蒡子12g，黄药子10g。

加减：烦躁易怒，脉弦数，加夏枯草9g，龙胆草6g以清肝泻火；风阳内盛，手指颤抖，加石决明先煎15g，钩藤后下9g，蒺藜6g，牡蛎先煎15g平肝息风；多食易饥，加石膏先煎12g，知母6g以清泻胃火。

中成药：龙胆泻肝丸，口服，1次6~9g，1日3次。

24心肝阴虚证

证候：瘿肿或大或小、质软，病起较缓，心悸不宁，心烦少寐，易出汗，手指颤动，眼干目涩，倦怠乏力，舌质红，舌体颤动，脉弦细数。

治法：滋养阴精，宁心柔肝。

方药：天王补心丹合一贯煎加减。

生地黄15g，玄参10g，麦冬10g，天冬10g，太子参15g，茯苓12g，五味子10g，当归10g，牡丹参10g，酸枣仁15g，柏子仁12g等。

加减：虚风内动，手指及舌体颤抖，加钩藤后下9g，蒺藜6g，白芍9g以滋阴息风；脾胃运化失调，大便稀溏，便次增加，加白术10g，薏苡仁10g，山药10g，麦芽10g以健脾和胃。

中成药：①大补阴丸，口服，1次9g，每日2~3次；②知柏地黄丸，口服，1次9g，1日2次。

3其他治法

31单方验方

311昆布海藻方：昆布、海藻等量为丸，口服，1次3g，1日2次。适用于气郁痰阻证。

312化瘿丹：海带、海藻、海蛤、昆布、泽泻、连翘、猪靥。适用于气郁痰阻证及痰结血瘀证。

32针刺

321体针：主穴天突、膻中、合谷、足三里、三阴交、丰隆，针用泻法。气滞痰凝者加太冲、内关；阴虚火旺者，加太溪、复溜、阴郄，针用补法；声音嘶哑者，加扶突、廉泉，针用平补平泻法。

322电针：取瘿肿局部阿是穴4处，针刺得气后，同侧接正、负极，用疏密波中等刺激20~30分钟，2日1次。

ZYYXH/T622008

ZYYXH/T622008

## 甲状腺功能减退

甲状腺功能减退（hypothyroidism），简称甲减，是由于甲状腺激素合成、分泌不足或生物效应不足或缺少而引起的以甲状腺功能减退为主要特征的疾病。病情严重者，称之为黏液性水肿。发病始于胎儿及新生儿期，表现为生长和发育迟缓、障碍，称为呆小症（克汀病）。成人表现为全身性代谢减低，细胞间黏多糖沉积，皮下组织被黏液性物质浸润，产生特征性的非凹陷性水肿，称为黏液性水肿。本病大部分患者需终身用药。如治疗不及时，可并发心脏病、昏迷而死亡。预后与伴随的疾病明显相关。根据原发性病因的不同，甲状腺功能减退可分为原发性甲减、继发性甲减、三发性甲减、外周组织性甲减。本病主要表现为乏力、畏寒、水肿、小儿发育迟缓等，属于中医学的“虚劳”、“水肿”范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：本病常隐匿起病，发病初期，症状一般不典型。病情轻重取决于激素不足的程度、速度和病程，可有乏力、困倦、畏寒、便秘、体重增加、表情淡漠、反应迟钝、脱发、声音嘶哑、食欲不振、眼睑和颜面水肿、皮肤干燥、结膜苍白、手掌皮肤发黄等，常累及全身各个系统。

112体征：甲状腺体征因病因不同而异。桥本甲状腺炎时甲状腺显著肿大，质地中、重度硬。萎缩性甲状腺炎时甲状腺不能触及。本症累及心脏时，表现为心脏增大和心包积液，称为甲减性心脏病。严重者可导致黏液水肿性昏迷。

12理化检查

121T3、T4及TSH：原发性甲减中T3、T4下降但TSH升高，而继发性甲减中T3、T4及TSH均下降。T3对甲减的诊断意义不及T4；TSH不仅能区分原发性和继发性甲减，而且能发现亚临床型甲减，所以是三者中最有用的指标。由于TT3和TT4可受TBG的影响，故FT3和FT4较之更为可靠。

122甲状腺摄131I率：一般明显低于正常，曲线低平，而尿中131I排泄增多。

123反T3：在原发性和继发性甲减中降低，而在外周性甲减中可升高。

124促甲状腺激素（TSH）兴奋试验：原发性甲减患者在TSH注射后其甲状腺摄131I率无升高，而继发性甲减则升高。

125促甲状腺激素释放激素（TRH）兴奋试验：如TSH原为低值，TRH刺激后升高，并呈延迟反应，提示病变在下丘脑；如TRH刺激后TSH无反应，提示为垂体病变：如TSH原已升高，TRH刺激后引起更高且持续的反应，提示为甲状腺病变。

126过氯酸盐排泌试验：阳性者有助于诊断有关先天性甲状腺疾病，如碘化酪氨酸偶联缺陷。

127甲状腺抗体测定：血液中抗甲状腺球蛋白抗体（TGA）、抗甲状腺微粒抗体（MCA）和甲状腺过氧化酶抗体（TPOAb）升高，提示病因与自身免疫有关。

128甲状腺细针穿刺：有助于病因诊断。

13诊断要点

131典型的临床表现、体征和实验室检查。

132血清TSH增高，血清TT3、TT4、FT3和FT4均可减低，但以FT4为主。

133血清甲状腺过氧化物酶抗体（TPOAb）、甲状腺球蛋白体抗体（TGA）强阳性提示为自身疫性甲状腺疾病，如慢性淋巴细胞性甲状腺炎（又称桥本病）和原发性萎缩性甲状腺炎。

134甲状腺摄131I率降低。

2辨证论治

本病主要病机责于虚损。先天禀赋不足、后天失养、积劳内伤、久病失于调补是发病的主要原因。其主要病位在肾，涉及心、脾两脏。按病情发展演变可分为气血两虚、脾肾阳虚、肾阳虚衰、心肾阳虚、阴阳两虚等。

21气血两虚证

证候：神疲乏力，气短懒言，面色苍白，头晕心悸，五心烦热，表情呆板，动作或语言迟缓，舌淡苔薄，脉沉细。

治法：益气养阴，气血双补。

方药：十全大补汤加减。

党参10g，白术10g，茯苓12g，甘草6g，当归10g，白芍10g，熟地黄12g，黄芪15g，肉桂6g，泽泻10g，木香6g，砂仁后下6g。

加减：纳呆，加陈皮6g，鸡内金12g以理气化滞；头晕乏力甚，加阿胶烊化10g以补血。

22脾肾阳虚证

证候：偏于脾阳虚者，面浮苍黄或苍白无华，神疲肢软，手足麻木，少气懒言，头晕目眩，四肢不温，腹胀纳减，口淡乏味，畏寒便溏，男子阳痿，女子月经不调，或见崩漏，舌质淡胖，舌苔白滑或薄腻，脉弱濡软或沉迟无力；偏于肾阳虚者，形寒怯冷，精神萎靡，腰背、二阴皆肿，头晕嗜睡，动作缓慢，表情淡漠，神情呆板，思维迟钝，面色苍白，毛发稀疏，性欲减退，经事不调，体温偏低，舌质淡胖，脉沉伏。

治法：健脾益气，温肾助阳。

方药：偏于脾阳虚者，补中益气汤加减；偏于肾阳虚者，桂附八味丸加减。

脾阳虚：人参单煎15g，黄芪15g，白术12g，附子先煎6g，补骨脂10g，陈皮6g，干姜3g，红枣5枚，炙升麻6g，当归10g，木香5g，砂仁后下3g，茯苓15g，泽泻15g。

肾阳虚：附子先煎9g，肉桂9g，红参单煎15g，肉苁蓉15g，熟地黄15g，山茱萸20g，山药20g，茯苓20g，淫羊藿12g。

加减：肾阳虚衰甚，加仙茅9g，仙灵脾9g，鹿茸3g以加强温肾之功；若兼脾虚，加党参9g，黄芪12g以脾肾双补；若有血瘀征象，可加丹参15g，泽兰9g以活血通脉，利水消肿。

中成药：金匮肾气丸，口服，1次6g，1日3次。

23心肾阳虚证

证候：形寒肢冷，心悸怔忡，面虚浮，动作懒散，头晕目眩，耳鸣重听，肢软无力，嗜睡息短，或有胸闷胸痛，舌质暗淡，苔薄白，脉沉迟细弱，或见结代。

治法：温补心肾，强心复脉。

方药：金匮肾气丸合生脉散加减。

附子先煎6g，肉桂6g，党参12g，黄芪15g，麦冬12g，五味子6g，当归10g，生地黄15g，炙甘草5g。

加减：脉迟不复，加细辛3g以鼓舞心阳；脉来结代，加人参单煎9g，枳实6g以强心通脉。

24阴阳两虚证

证候：神疲嗜寐，表情淡漠，口干舌燥，毛发干枯，肢凉怕冷，皮肤粗糙，头晕耳鸣，周身肿胀，腹胀纳呆，舌暗体胖，苔薄或少，脉沉细或沉缓。

治法：滋阴补阳。

方药：阳虚偏重，右归丸加减；阴虚偏重，左归丸加减。

阳虚偏重：熟地黄12g，山药10g，山茱萸10g，枸杞子12g，仙灵脾12g，鹿角胶烊化10g，杜仲10g，茯苓12g，车前子包煎12g，大腹皮10g，肉桂6g，陈皮6g，砂仁后下6g。

阴虚偏重：熟地黄12g，山药10g，山茱萸10g，枸杞子12g，菟丝子12g，当归10g，知母10g，茯苓12g，猪苓12g，泽泻12g，龟甲胶烊化10g，鸡内金12g，砂仁后下6g。

3其他治法

31单方验方

肉苁蓉30g，锁阳15g，昆布20g，炖服，每日1剂。适用于肾虚，证见疲乏无力、腰膝酸软、耳鸣耳聋、五心烦热、失眠健忘者。

32针刺

取穴肾俞、脾俞、关元、太溪、三阴交，针用补法。适用于肾精不足，证见耳鸣或聋、眩晕乏力、腰膝酸软、健忘多梦者。

ZYYXH/T632008

ZYYXH/T632008

## 冠心病心绞痛

心绞痛（angina pectoris）为冠心病最常见的临床类型，是由冠状动脉供血不足，心肌急剧的、暂时的缺血与缺氧所引起的临床综合征。主要表现为胸骨后或心前区疼痛，常放射至左臂内侧或咽喉、颈项，兼见胸闷、呼吸不畅、汗出等症。目前将冠心病心绞痛分为稳定型心绞痛与不稳定型心绞痛两大类。多数慢性稳定型心绞痛病人的预后相对较好，研究显示平均年死亡率为2%~3%，每年非致死性心肌梗死发生率为2%~3%。而不稳定型心绞痛的预后相对较差。本病属于中医学的“胸痹心痛”范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：典型的心绞痛症状有四个基本特征：疼痛部位、疼痛与运动的关系、疼痛特点和疼痛持续时间。多数患者能毫无困难地描述前两个特征，但对后两个特征的描述则含糊不清。

疼痛部位：典型心绞痛位于胸骨后，可以向胸部两侧、两上臂（左侧常见）远至腕部、颈、腭部放射。也可以向背部放射，但是不常见。最常见的是胸痛始于其中某一部位，然后仅向胸部中央放射，但有时完全与胸骨区无关。

疼痛与运动的关系：多数情况下，运动（或其他应急情况）时心肌氧耗增加，可以诱发心绞痛，并在休息后迅速缓解，情绪变化也可能作为一种强烈的诱发因素。静息性心绞痛的患者则往往无体力活动的诱因，提示冠状动脉张力发生变化。

疼痛特点：虽然常将心绞痛描述为疼痛，但是患者可以否认之，而将胸部不适描述为压迫感或绞榨感。该症状的严重程度差异很大，可以为轻微局限性不适，也可以是难以忍受的表现。

疼痛持续时间：体力活动诱发的心绞痛，通常在停止活动后1~5分钟以内缓解。情绪激动诱发的心绞痛，其缓解要慢于体力活动诱发者。静息心绞痛多与冠状动脉的动力性因素有关，常需要使用扩张冠脉的药物，持续时间可达5~10分钟。

有的患者表现为发作性心悸、出汗、呼吸困难等。许多心绞痛患者表现为胸部不适，可伴有气短、疲倦和衰弱的症状，甚至被其掩盖，而不像心绞痛。

112体征：心绞痛患者少有体征，多为原发病的体征，心绞痛发作时可以伴有心率增快、血压升高，严重时表情焦虑，甚至伴皮肤湿冷、心音减弱、奔马律或心尖区的收缩期杂音。

12理化检查

121评价危险因素的检查：血脂与血糖测定；高敏C-反应蛋白（hs-CRP）测定，这是不稳定型心绞痛的高危因素；肌钙蛋白测定，其升高提示为高危患者；血红蛋白测定可判断慢性稳定型心绞痛；心脏血液供应平衡状态的评价；静息心电图及连续心电图监测（Holter）；负荷运动试验，包括药物负荷试验、负荷超声心动图、负荷核素心肌显像。

122确定冠状动脉疾病的检查：评价冠状动脉病变的方法有多层螺旋CT、血管内超声及冠状动脉造影。

13诊断要点

心绞痛的诊断目前依然是依据症状学表现为主，根据美国ACC/ACP（美国心脏病学会和美国内科医师协会）2002年稳定型心绞痛诊疗指南的建议。

根据典型的发作特点和体征，含用硝酸甘油后缓解，结合年龄和存在冠心病危险因素，除外其他原因所致的心绞痛，一般即可建立诊断。发作时心电图检查可见以R波为主的导联中，ST段压低，T波平坦或倒置（变异型心绞痛者则有关导联ST段抬高），发作过后数分钟内逐渐恢复。心电图无改变的患者可考虑做动态心电图和负荷试验。诊断有困难者，可作放射性核素检查，或考虑行选择性冠状动脉造影。血管内超声显像可显示管壁的病变，对诊断可能更有帮助，冠状动脉血管镜检查也可考虑。

不稳定型心绞痛发作时心电图有一过性ST段偏移和（或）T波的倒置；如果心电图变化持续12小时以上，则提示发生无ST段抬高性心肌梗死。组织坏死的非特异性指标不同于心肌梗死患者，如无血白细胞的升高和发热、心肌酶可无异常增高。肌钙蛋白T或I及C-反应蛋白升高是协助诊断和提示预后较差的指标。冠状动脉造影时发现3支血管病变者占40%，2支血管病变者占20%，左冠状动脉主干病变者约占20%，单支血管病变者约占10%，没有明显血管梗阻者占10%。

在我国，心绞痛发作时的表现常不典型，诊断需谨慎从事。国外也有学者强调心绞痛一词不完全代表痛，部分患者对心肌缺血缺氧的感觉是痛以外的另一些感觉，因而可能否认感觉疼痛。疼痛的性质、部位、时限、诱发因素及硝酸甘油的效应等几方面有助于临床上判别心绞痛。

2辨证论治

冠心病心绞痛的病机目前仍从“阳微阴弦”之说。阳微主要是指正气亏虚，包括气、血、阴、阳的虚损；阴弦主要指邪实，包括气滞、血瘀、痰浊、热毒、阳亢等。慢性稳定型心绞痛的主要病机为气虚血瘀及痰浊痹阻胸阳，而不稳定型心绞痛患者中，痰瘀互阻、痰瘀化毒是重要的病机。冠心病心绞痛病位在心、肝经，涉及脾、肾、胃诸脏腑。不同类型的心绞痛中标本虚实不同，稳定型心绞痛以本虚为主，主要为气阴两虚，病位在心、肾，标实以血瘀为多；而不稳定型心绞痛以痰浊瘀血痹阻心脉为主。

21心血瘀阻证

证候：以心胸疼痛、痛有定处为主症，可兼见胸闷心悸、口唇暗红，舌质暗或有瘀斑，脉涩、结代。

治法：活血化瘀，通络止痛。

方药：丹参饮或桃红四物汤加减。

桃仁10g，丹参15g，川芎10g，赤芍10g，红花10g，生地黄15g，砂仁后下10g，檀香10g。

加减：痛甚，加延胡索10g，乳香10g，郁金12g以行气止痛；兼气虚，加党参15g，太子参12g，黄精15g，黄芪30g以益气；兼气滞者，加柴胡12g，香附12g，紫苏梗12g以行气。

中成药：①复方丹参片，饭后口服，1次3~5片，1日3次；②银杏叶胶囊，口服，1次2粒，1日3次。

22痰浊痹阻证

证候：以胸脘满闷、恶心为主症，可兼见胸痛隐隐、气短、纳呆腹胀等症，舌苔腻，脉滑或弦。

治法：化痰泻浊，宣痹通阳。

方药：瓜蒌薤白半夏汤加减。

瓜蒌15g，薤白10g，法半夏10g，茯苓15g，陈皮10g，枳实10g，杏仁10g。

加减：兼热，加黄连9g，栀子12g，滑石9g以清热；兼气滞，加香附12g，郁金12g以行气；痰浊重，加薏苡仁12g，泽泻15g以利湿；兼脾胃气虚，加茯苓15g，白术12g，党参12g以健脾益气；寒湿盛，加白芥子9g，干姜6g以散寒祛湿。

中成药：二陈丸，口服，1次9g，1日2次。

23阴寒凝滞证

证候：以心痛如绞、遇寒即发为主症，可兼见面青唇紫等症，舌质淡暗，苔薄，脉沉弦或迟。

治法：温通心阳，开痹散结。

方药：瓜蒌薤白桂枝汤加减。

瓜蒌10~30g，薤白10g，桂枝10g，白酒50ml，荜茇5~10g，高良姜5~10g。

加减：兼瘀血，加红花、桃仁、丹参各12g以活血；兼肾阳不足，加巴戟天、淫羊藿、仙灵脾各12g以温阳；寒邪较重，改高良姜12g，荜茇12g，加细辛3g以散寒；兼心肺气虚者，加人参单煎、黄精各12g，黄芪30g以益气。

中成药：①冠心苏合丸，口服，1次2粒，1日3次；②苏合香丸，口服，1次1丸（3g），1日1~2次。

24气阴两虚证

证候：以胸痛隐隐、气短乏力、心悸汗出为主症，兼有口干唇燥、眩晕耳鸣、五心烦热等症，舌质红，苔薄少津，脉细数或沉细。

治法：益气养阴，通络止痛。

方药：生脉散加减。

黄芪15~30g，党参10g，麦冬10g，五味子5~10g，丹参15~30g，红花10g，三七粉冲服3g。

加减：兼失眠心烦，舌红少苔，合用酸枣仁汤以宁心安神；兼胸脘满闷，咳唾痰浊，舌苔厚腻，合用二陈汤以化痰祛湿；兼肝郁气滞，合用四逆散以理气解郁；瘀血重，加乳香10g，没药10g以活血化瘀。

中成药：①生脉饮，口服，1次10~20ml，1日3次；②天王补心丹，口服，1次1丸，1日3次；③补心气口服液加养心阴口服液，口服，1次10ml，1日3次。

25心肾阳虚证

证候：以胸痛心悸、形寒肢冷为主症，可兼有神倦懒言、自汗乏力、小便清长、心悸怔忡等症，舌质淡胖，有齿痕，苔薄白，脉沉细或微。

治法：温补心肾。

方药：金匮肾气丸加减。

桂枝10g，淡附片先煎10g，生地黄12g，山茱萸10g，牡丹皮10g，茯苓15g，泽泻10g，三七粉冲服3g。

加减：水湿内盛，加茯苓30g，车前子包煎30g以利水化湿；肾阳虚盛，加巴戟天、淫羊藿、牛膝各10g以温补肾阳；痰瘀痹阻，加瓜蒌、薤白、桃仁、红花各12g，法半夏6g以祛痰化瘀。

中成药：①金匮肾气丸，口服，1次6g，1日2~3次；②桂附理中丸，口服，1次6g，1日2~3次。

3其他治法

31单方验方

人参三七散：人参粉、三七粉各等分，1次3~5g，1日3次，适用于冠心病心绞痛气虚血瘀者。

活血心痛散：乳香、没药、血竭、冰片各等分为散，1次2~3g，1日3次。

32针灸

321体针：内关、膻中、间使、大陵、神门等，每次选取1~2穴，交替使用，实证针用泻法，虚证针用补法。

322可选内关、足三里、膻中，温和灸，每穴灸4~5分钟，以局部出现红晕为度，每日1次。

322耳针：取穴心、神门、皮质下、交感、肾、脑点、肝、脾、肾上腺，每次选取4穴用王不留行贴压。

ZYYXH/T642008

ZYYXH/T642008

## 心 力 衰 竭

心力衰竭（heart failure）是指在正常静脉回流的情况下，由不同病因引起的心脏舒缩功能障碍，使心排血量在循环血量与血管舒缩功能正常时不足以维持组织代谢需要，从而导致机体血流动力学异常和神经激素系统被激活，临床上以心排出量不足、组织血流量减少、肺循环和（或）体循环静脉淤血为特征的临床病理生理综合征。各种心血管疾病由于心脏长时间负荷过重、心肌损伤及收缩力减弱，都可以导致心功能不全。临床主要表现为心悸、喘促、水肿、瘀血见症。病情较重，预后较差。本病属于中医学的“心水”、“心悸”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

充血性心力衰竭临床上习惯分为左心衰竭、右心衰竭和全心衰竭。心力衰竭开始发生在左侧心脏和以肺充血为主的称为左心衰竭；开始发生在右侧心脏并以肝、肾等器官和周围静脉淤血为主的，称为右心衰竭。两者同时存在的称全心衰竭。以左心衰竭开始的情况较多见，大多经过一定时期发展为肺动脉高压而引起右心衰竭。单独的右心衰竭较少见。

111左心衰竭

症状：表现为劳力性呼吸困难，阵发性夜间呼吸困难，倦怠乏力，活动后加重，咳嗽咳痰，浮肿，小便量少，严重者呈端坐呼吸，咳嗽及咳粉红色泡沫样痰，呼吸频率增快，鼻翼煽动，大汗淋漓，面色苍白或晦暗。

体征：原有心脏病的体征，左心室增大，心尖搏动向左下移位，心率增快，心尖区有舒张期奔马律，肺动脉瓣区第二心音亢进，其中舒张期奔马律最有诊断价值，在患者心率增快或左侧卧位并作深呼气时更容易听到。左室扩大还可形成相对性二尖瓣关闭不全，产生心尖区收缩期杂音。交替脉，两肺底部有中小水泡音，急性肺水肿时可有粗大湿啰音，满布两肺，并可伴有哮鸣音。胸水可局限于肺叶间，也可呈单侧或双侧胸腔积液。

112右心衰竭

症状：主要有食欲不振，恶心呕吐，上腹饱胀，甚至剧烈腹痛，黄疸，尿量减少、夜尿增多等。

体征：原有心脏病的体征，以右心室增大为主者可伴有心前区抬举性搏动。心率增快，部分患者可在胸骨左缘相当于右心室表面处听到舒张早期奔马律。右心室明显扩大可形成功能性三尖瓣关闭不全，产生三尖瓣区收缩期杂音，吸气时杂音增强。颈静脉充盈，肝肿大和压痛，肝颈静脉反流现象阳性。水肿最早出现在身体的下垂部位，起床活动者以脚、踝内侧和胫前较明显，仰卧者骶部水肿。右心衰竭时，可有双侧或单侧胸水，甚至腹水。心包积液，呼吸急促，不能平卧，紫绀。晚期患者可有明显营养不良、消瘦甚至恶病质。

113全心衰竭：左、右心衰竭同时存在，但患者或以左心衰竭的临床表现为主，或以右心衰竭的临床表现为主。左心衰竭的临床表现可因右心衰竭的发生而减轻。

12理化检查

121心电图（ECG）：窦性心动过速；可见二尖瓣P波、V1导联P波终末电势增大和左室肥大劳损等反映左心房、室肥大，以及与所患心脏病相应的变化；可有急性、陈旧性心肌梗死或心肌缺血，以及多种心律失常等表现。

122胸部X线检查：心影增大，右心房、室增大，心胸比例增大；可见上腔静脉增宽及搏动，肺门血管影增粗、模糊不清，肺血管分支增粗，或肺叶间淋巴管扩张；可见密度增高的云雾状阴影，有时还可见到局限性肺叶间、单侧或双侧胸水。

123二维超声心动图及彩色多普勒超声检查：可见左或右心房、室扩大或全心扩大，或有室壁瘤存在；心脏收缩及舒张功能降低；并可见原发基础心脏病的表现。

1246分钟步行试验：在特定的情况下，测量在规定的时间内步行的距离，不仅是评价心力衰竭患者运动耐力的客观指标，而且是判断患者预后的良好指标之一。

125运动试验：左室功能衰竭时，运动时左室舒张末压增加，超过160kPa（12cmH2O），而射血量不变或下降，心排血量的增加与氧耗量的增加不成正常比例。总的心肺系统的功能还可用平板运动时最大氧耗量（VmaxO2）表示。

126心导管检查术：静脉压增高，血流动力学监测示中心静脉压、右房压增高，肺源性心脏病患者肺动脉压增高，合并左心衰竭时，肺毛细血管楔压多正常。静脉压增高，肘静脉压超过14kPa（14cmH2O）或重压肝脏05~1分钟后上升01~02kPa（1~2cmH2O）以上的，提示有右心衰竭。

127核素心室造影及核素心肌灌注显像：可准确测定心室容量、左室射血分数及室壁运动。

128血常规及生化检查：患者血常规可见白细胞升高，中性粒细胞比例增加；生化正常或出现电解质紊乱、肝肾功能异常。

129血气分析检查：血气分析可见低氧血症、二氧化碳潴留或伴发酸碱代谢紊乱。

1210血脑钠素（BNP）水平：可反映心衰的程度。

13诊断要点

左心衰竭的诊断依据为原有心脏病的体征和肺循环充血的表现。右心衰竭的诊断依据为原有心脏病的体征和体循环淤血的表现，且患者大多有左心衰竭的病史。

131慢性充血性心力衰竭：临床慢性充血性心力衰竭的诊断多采用Framingham诊断要点。

主要标准：夜间阵发性呼吸困难或端坐呼吸；颈静脉怒张；肺部啰音；胸片显示心脏增大；急性肺水肿；第三心音奔马律；静脉压增高>16mmHg；循环时间延长≥25秒；肝颈回流征阳性。

次要标准：双侧踝部水肿；夜间咳嗽；日常劳动时发生呼吸困难；肝脏增大；胸腔积液；肺活量较既往最大测值降低1/3；心动过速（120次/分）。

主要或次要标准：治疗5日以上时间，体重减轻≥45kg。

同时存在以上2项主要指标或1项主要指标加2项次要指标；次要指标只有在不能用其他疾病解释时才可作为心衰的诊断要点。

132急性左心衰竭

症状：突发重度呼吸困难，端坐呼吸，吸气时肋间隙和锁骨上窝内陷，呼吸频率增快，烦躁不安，大汗淋漓，皮肤湿冷，面色灰白，紫绀，阵发性咳嗽伴哮鸣音，常咳大量白色或粉红色泡沫痰。

体征：呼吸频率增快，口唇紫绀，颈静脉怒张，双肺满布湿啰音及哮鸣音，P2亢进，心率增快，心尖部可听到舒张期奔马律，心音低钝，心律不齐。开始血压升高，随病情进展，血压常下降，严重者可有心源性休克及阿-斯综合征。

辅助检查：心电图可见心率快或慢，或伴有心律失常，如有心肌缺血或心肌梗死，同时可见相应改变。X线片可见上肺静脉充盈、肺门增宽呈蝶翼状或大片云雾样阴影，肺纹理增粗和肺小叶间隔增厚。心脏超声可见心脏增大，收缩或舒张功能不全，同时伴见心脏原发病的表现。肺毛细血管楔压>36mmHg（48kPa）提示即将出现急性肺水肿。

结合患者的病史、典型症状、体征及实验室检查，即可明确诊断。

133心力衰竭的分级

1331慢性充血性心力衰竭分级采用纽约心脏病协会NYHA心功能分级及客观评价（表64-1）。

1332急性左心衰竭分级

Killip分级：Ⅰ级：无心力衰竭，体检肺部无啰音，无S3及心功能不全症状。Ⅱ级：有轻度至中度的心力衰竭，体检肺部啰音占肺野50%以下，有S3。Ⅲ级：有严重的心力衰竭、肺水肿，湿性啰音占肺野50%以上。Ⅳ级：心源性休克。用于心肌梗死急性期的心功能分级。

表64-1纽约心脏病协会NYHA心功能分级及客观评价

功能客 观 评 估

Ⅰ级：体力活动不受限制。一般体力活动不引起过度的乏力、心悸、呼吸困难或心绞痛A.无心血管病的客观证据

Ⅱ级：体力活动轻度受限，休息时无不适，但一般体力活动可引起乏力、心悸、呼吸困难B.有轻微的心血管病的客观证据

Ⅲ级：体力活动明显受限，休息时无不适。低于日常活动即可引起乏力、心悸、呼吸困难或心绞痛C.有中度心血管病的客观证据

Ⅳ级：不能从事任何体力活动，甚至在休息时亦有心力衰竭症状，任何体力活动后症状加重D.有重度心血管病的客观证据

Forrester分型：Ⅰ级：无肺淤血又无周围灌注不足，心功能处于代偿状态；无泵衰竭的临床症状及体征，心脏指数（CI）>22L/（min·m2），肺毛细血管楔压（PCWP）≤18mmHg（24kPa）；心力衰竭，体检肺部无啰音，无S3及心功能不全症状。Ⅱ级：有肺淤血，没有周围灌注不足症状，为常见的临床类型。此型早期也可无明显的临床表现；CI>22L/（min·m2），PCWP>18mmHg（24kPa）。Ⅲ级：无肺淤血，有周围灌注不足症状；该型多见于右室梗死，亦可见于血容量不足患者；此型早期也可无明显的临床表现；CI≤22L/（min·m2），PCWP>18mmHg（24kPa）。Ⅳ级：此型兼有肺淤血与周围灌注不足症状，为严重类型；见于大面积急性心肌梗死；CI≤22L/（min·m2），PCWP>18mmHg（24kPa）。

134心力衰竭的分类：根据心力衰竭进展的快慢分为急性心力衰竭和慢性心力衰竭；根据心力衰竭发生的解剖部位分为左心衰竭、右心衰竭和全心衰竭；根据心力衰竭时心排血量的高低分为高排血量心衰和低排血量心衰；根据心力衰竭时收缩功能和舒张功能的改变分为收缩功能障碍性心力衰竭和舒张功能障碍性心力衰竭；根据心力衰竭时血流动力学变化特征分为后向性心力衰竭和前向性心力衰竭；根据临床症状的有无分为无症状性心力衰竭和显性心力衰竭。

2辨证论治

心力衰竭的基本病理改变是心、肺、肾阳气不足，血脉流行无力，血行缓慢而瘀滞，水湿不化，聚生痰饮，卫外不固，淫邪内侵。病位在心，涉及肺、脾、肾三脏。属本虚标实，虚实交错之证。其阳气虚衰为本，痰、水、瘀为标。

21心肺气虚证

证候：以气短喘促、心悸咳嗽为主症，可兼见胸闷乏力、动则加剧、面色灰青等症，舌淡，苔薄白，脉沉弱。

治法：补益心肺。

方药：保元汤和补肺汤加减，或养心汤加减。

党参10g，熟地黄12g，紫菀12g，桑白皮12g，肉桂3g，炙甘草6g，五味子10g，茯苓15g，黄芪30g，酸枣仁10g。

加减：动则咳嗽，喘息甚，加黄精12g，山药15g以补肺止咳；汗出不止，心悸怔忡者，加煅龙骨先煎30g，煅牡蛎先煎30g，山茱萸12g，山药15g以益气止汗。

中成药：①补心气口服液，口服，1次10~20ml，1日3次；②人参保肺丸，口服，1次1丸（6g），1日3次。

22气阴两虚证

证候：以心悸气短、五心烦热为主症，可兼见失眠多梦、目眩乏力、口干舌燥等症，舌红，苔少或无苔，脉细数。

治法：益气养阴。

方药：五味子汤加减。

党参15g，麦冬15g，五味子10g，桂枝10g，白芍12g，生地黄12g，阿胶烊化10g，炙甘草6g，炙黄芪30g。

加减：失眠明显，加炒酸枣仁10g，合欢皮10g，柏子仁12g以养心安神；盗汗明显，加浮小麦15g，胡黄连10g，山茱萸12g以敛阴止汗；瘀血阻滞，胸痛重，加丹参15g，红花12g，鸡血藤15g以活血通脉止痛。

中成药：生脉饮，口服，1次10~20ml，1日3次。

23气虚血瘀证

证候：以心悸怔忡、胸胁作痛、状若针刺、浮肿尿少为主症，可兼见腹胀痞满、口唇紫绀等症，舌质紫暗或有瘀点、瘀斑，脉涩或结代。

治法：益气活血利水。

方药：补阳还五汤合五苓散加减。

黄芪30g，当归12g，赤芍15g，地龙10g，川芎10g，红花10g，桃仁12g，泽泻12g，白术12g，猪苓15g，茯苓30g，桂枝10g。

加减：气虚明显，动则气喘，加党参12g，山药15g以补气；水肿甚，加车前子包煎30g，泽兰12g，五加皮6g以利水消肿；阳虚明显，畏寒肢冷者，加附子先煎10g，干姜6g以温阳散寒。

中成药：①心通口服液，口服，1次10~20ml，1日3次；②通心络胶囊，口服，1次3~4粒，1日3次。

24阳虚水停证

证候：以怔忡喘促、尿少浮肿为主症，可兼见恶寒肢冷、或夜尿频数、神志恍惚、面色苍白等症，舌淡，苔薄白滑，脉沉细。

治法：温阳利水。

方药：真武汤加减。

附子先煎10g，干姜10g，牛膝12g，川芎10g，赤芍15g，泽泻12g，白术12g，猪苓15g，茯苓30g。

加减：气短懒言，加党参15g，黄芪30g，山药15g以补气；水肿重，加五加皮6g，益母草15g以利水消肿；水饮射肺，咳吐痰涎，加桑白皮12g，葶苈子包煎15g以泻肺平喘。

中成药：①补肾康乐胶囊，口服，1次3粒（025g），1日3次；②心宝丸，口服，1次120~360mg（每丸60mg），1日3次。

25热痰壅肺证

证候：以心悸咳喘、发热口渴、咳痰黏稠为主症，或兼神昏谵语，舌红，苔黄，脉滑数。

治法：清肺化痰，泻肺利水。

方药：清金化痰汤加减。

黄芩10g，栀子10g，桑白皮12g，瓜蒌12g，麦冬12g，川贝粉冲服2g，桔梗10g，甘草6g，薏苡仁12g，冬瓜仁30g，茯苓30g，鱼腥草30g。

加减：兼瘀血，胸痛，加桃仁12g，红花10g，牡丹皮10g以活血止痛；热甚，舌红，加蒲公英30g，野菊花12g以清肺热；水肿明显，加泽泻12g，车前子包煎30g以清热利水；痰蒙清窍，神昏谵语，合用安宫牛黄丸以清热化痰，开窍醒神。

中成药：①清肺化痰丸，口服，1次1丸（9g），1日3次；②鲜竹沥水，口服，1次10ml，1日3次。

26寒痰阻肺证

证候：以心悸咳喘、尿少浮肿、痰多质稀或泡沫样痰为主症，舌淡暗，苔白滑，脉弦滑。

治法：温肺化痰。

方药：小青龙汤合葶苈大枣泻肺汤。

麻黄5g，法半夏9g，赤芍12g，干姜10g，桂枝10g，五味子10g，细辛3g，葶苈子包煎15g。

加减：动则气短咳甚，加党参12g，山药15g，黄芪30g以补肺益气；畏寒肢冷，加附子先煎10g以温阳散寒；痰湿偏重，咳吐痰涎，加桑白皮12g，杏仁9g以宣肺化痰止咳。

中成药：①复方蛤青片，口服，1次3片，1日3次；②咳喘胶囊，口服，1次2~4粒，1日2次。

27阴竭阳脱证

证候：以呼吸喘促、呼多吸少、烦躁不安、张口抬肩、汗出如油为主症，可兼见四肢厥逆或昏厥谵语等症，舌质紫暗，苔少或无苔，脉微细欲绝。

治法：固阴回阳救逆。

方药：参附龙牡汤加减。

生晒参单煎50g，附子先煎10g，干姜10g，麦冬15g，五味子10g，龙骨先煎30g，牡蛎先煎30g。

加减：兼水肿，加五加皮5g，泽兰12g以利水消肿；大汗不止，加山茱萸12g，白芍15g以滋阴敛汗。

中成药：①固肾定喘丸，口服，1次15~2g，1日3次；②人参固本丸，口服，1次1片，1日2次。

3其他治法

31单方验方

311葶苈子：1日用量6~10g，入煎剂；若用粉剂，1次1~2g，水冲服，1日3次。

312福寿草：粉碎过筛，1次用量25mg，水冲服，1日1~3次。

32针刺

321体针：主穴内关、间使、通里、少府、心俞、神门、足三里。水肿者，加水分、水道、阳陵泉、中枢透曲骨；或三阴交、水泉、飞扬、复溜、肾俞。两组穴位可交替使用。咳嗽痰多者，加尺泽、丰隆；嗳气腹胀者，加中脘；心悸不眠者，加曲池；喘不能卧者，加肺俞、合谷、膻中、天突。

322耳针：取穴心、肺、肾、神门、交感、定喘、内分泌，每次选取3~4穴，埋针或用王不留行贴压。

33灸法

取穴心俞、百会、神阙、关元、人中、内关、足三里。喘憋者，加肺俞、肾俞；水肿者，加水道、三焦俞、阴陵泉。每次选用3~5穴，艾条灸15~20分钟，灸至皮肤潮红为度，每日1次。

ZYYXH/T652008

ZYYXH/T652008

## 室 性 早 搏

室性早搏（ventricular extrasystole），又称室性期前收缩，是由房室结以下异位起搏点提前产生的心室激动，是一种最常见的心律失常。正常人与各种心脏病患者均可发生，正常人发生室性早搏的机会随年龄的增长而增加。室性早搏最常见于冠心病、心肌病、风湿性心脏病、心肌炎与二尖瓣脱垂患者。缺血、缺氧、麻醉、手术和左室假腱索等均可使心肌受到机械、电、化学性刺激而发生室性早搏。洋地黄、奎尼丁、三环抗抑郁药中毒发生严重心律失常之前常先有室性早搏出现。患者以自感胸闷、心悸、心跳间歇为主诉，脉结或代为临床特征。本病属于中医学的“心悸”、“怔忡”范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：最常见的症状是心悸不适，部分患者还可以出现头晕、乏力、胸闷，甚至晕厥；较轻的室性期前收缩常无症状。

112体征：心脏听诊有心搏提前，其后有较长的间歇；室早的第二心音减弱或消失，仅能听到第一心音；桡动脉搏动减弱或消失。

12理化检查

121心电图特征：提前出现的宽大畸形的QRS波群，时限>012秒，其前无P波，其后有完全性代偿间期，T波方向与QRS波群主波方向相反。

122室性早搏的类型：室性早搏可孤立或规律出现。每个窦性P波后跟随一个室性早搏，称为二联律；每2个窦性P波后出现一个室性早搏，称为三联律；连续发生2个室性早搏，称成对室早；连续3个或以上室性早搏称室速；位于2个正常窦性心律之间的室性早搏称为间位性室早。若室性早搏的形态与窦性QRS波的偶联间期均固定，称为单形性室早；同一患者出现2种或2种以上形态的室性早搏，且与窦性QRS波的偶联间期存在差异，称为多源性室早。

13诊断要点

131可见于正常人及各种心脏病患者；药物中毒，电解质紊乱，应急状态，精神因素，过量烟、酒、咖啡易诱发。

132患者有心悸不适，部分患者可无自觉症状。

133听诊有心搏提前，其后有较长的间歇；桡动脉搏动减弱或消失。

134心电图可见提前出现的宽大畸形的QRS波群，时限>012秒，其前无P波，其后有完全性代偿间期，T波方向与QRS波群主波方向相反。

135Lown分级：多用于急性心肌梗死患者室性早搏危险程度的分级。

0级无室性期前收缩。

1级偶发，单一形态室性期前收缩<30次/分。

2级频发，单一形态室性期前收缩≥30次/分。

3级频发，多形室性期前收缩。

4A级连续的成对室性期前收缩。

4B级连续的≥3次的室性期前收缩。

5级R-on-T现象。

2辨证论治

本病病机既有先天禀赋不足、饮食劳倦或情志所伤，亦有因感受外邪或药物中毒所致。证候多为虚实相兼，虚者为脏腑气血阴阳亏虚，心神失养；实者多为痰饮、瘀血阻滞心脉和火邪上扰心神致心脉不畅，心神不宁。病位在心，发病与脾、肾、肺、肝功能失调有关，病性总属本虚标实，临床表现多为虚实夹杂。

21气阴两虚证

证候：以心悸怔忡、五心烦热、气短乏力主症，兼见头晕口干、失眠多梦等症，舌红，少苔，脉细数兼结代。

治法：益气养阴，宁心安神。

方药：生脉散加味。

党参10g，麦冬10g，五味子10g，黄芪30g，炙甘草6g，生地黄10g，当归12g，石菖蒲12g，苦参10g。

加减：兼见胸痛舌暗，加郁金、丹参各12g以活血通脉；兼见心虚胆怯、少寐多眠，加酸枣仁10g，珍珠母先煎30g以镇惊宁心安神；兼见胸闷，加紫苏梗、郁金各12g以宽胸理气。

中成药：①稳心颗粒，冲服，1次9g，1日3次；②生脉胶囊，口服，1次3粒，1日3次。

22心阳不振证

证候：以心悸怔忡、形寒肢冷为主症，兼见胸闷气短、面色白、畏寒喜温，或伴心痛等症，舌淡，苔白，脉沉迟或结代。

治法：温补心阳。

方药：桂枝甘草龙骨牡蛎汤加减。

桂枝10g，炙甘草10g，龙骨先煎20g，牡蛎先煎20g，附子先煎12g，党参12g，丹参12g，木瓜10g。

加减：瘀血明显，加当归、赤芍各12g，三七粉冲服3g以活血通脉；心阳虚甚，上凌于心，加茯苓30g，白术、泽泻各12g以健脾利水。

中成药：复心宁胶囊，口服，1次4粒，1日3次。

23心脉瘀阻证

证候：以心悸怔忡、心前区刺痛、入夜尤甚为主症，兼见面色紫暗、唇甲青紫等症，舌质紫暗或有瘀斑，脉涩或结代。

治法：活血化瘀通脉。

方药：桃仁红花煎加减。

桃仁10g，红花10g，丹参12g，赤芍12g，川芎10g，延胡索12g，香附12g，青皮12g，生地黄12g，当归12g，龙骨先煎30g，牡蛎先煎30g，三七粉冲服3g。

加减：兼气虚，去青皮、香附，加人参单煎、黄芪、黄精各12g以补气益气；兼阳虚，加淫羊藿12g，附子先煎12g，肉桂6g以温经通阳；心悸不宁，失眠多梦，加炒酸枣仁10g，远志15g以养心安神。

中成药：①血府逐瘀口服液，口服，1次10ml，1日3次；②稳心颗粒，冲服，1次9g，1日3次。

24肝气郁结证

证候：以心悸怔忡、胸闷胁胀、情绪变化可诱发或加重为主症，兼见嗳气叹息、心烦失眠、大便不畅等症，舌质暗红，苔薄黄，脉弦或结代。

治法：疏肝解郁，调畅气机。

方药：柴胡疏肝散加减。

柴胡10g，枳壳10g，白芍12g，当归10g，郁金10g，川芎10g，香附10g，炙甘草8g，玫瑰花6g。

加减：兼见气郁化火，加黄芩、栀子、牡丹皮各10g以清热泻火；兼见气滞血瘀，加丹参、赤芍、延胡索各12g以活血通脉；兼见肝气犯胃，加代赭石先煎20g，陈皮12g，姜半夏6g以和胃降逆；兼见肝脾不和，加白术、茯苓、党参各12g以健脾扶土。

中成药：舒肝止痛丸，口服，1次45g，1日3次。

25痰湿阻滞证

证候：以心悸怔忡、胸脘胀满为主症，兼见口黏纳呆、大便黏而不爽等症，舌质暗红，苔白厚腻或黄腻，脉滑。

治法：燥湿健脾，化痰通络。

方药：瓜蒌薤白半夏汤合温胆汤加减。

瓜蒌30g，薤白10g，法半夏10g，陈皮10g，枳实10g，竹茹10g，茯苓10g，白术10g，党参10g。

加减：兼湿郁化热，口苦，苔黄腻，加苦参、黄芩各12g以清热燥湿；兼眩晕头重如裹，加佩兰、广藿香各10g以芳香化浊；瘀血明显，舌质紫暗，加丹参、赤芍各12g以活血通脉。

中成药：温胆宁心颗粒，口服，1次6g，1日2次。

3其他治法

31针刺

311体针：主穴内关、神门、心俞、厥阴俞、巨阙、膻中。气阴两虚者，加百会、太溪；心阳不振者，加关元、足三里；心脉瘀阻者，加曲泽、膈俞；肝气郁结者，加行间、太冲；痰湿阻滞者，加丰隆。实证针用泻法，虚证针用补法。

312耳针：取穴心、交感、神门、枕。发作期采用毫针轻刺激，每日一次，两耳交替；症状缓解后可用王不留行贴压，每2~3日次，两耳交替。

32推拿

选穴：内关、神门、足三里、心俞、肝俞、厥阴俞、肾俞。患者取坐位或仰卧位，术者用拇指抵住穴位，用力揉捻各1分钟。

ZYYXH/T662008

ZYYXH/T662008

## 病毒性心肌炎

心肌炎（myocarditis）是指心肌中有局限性或弥漫性的急性、亚急性或慢性炎症病变。病毒性心肌炎（viral myocarditis）是指由嗜心性病毒感染引起的，以心肌非特异性间质性炎症为主要病变的心肌炎。各种病毒都可引起心肌炎，其中以引起肠道和上呼吸道感染的病毒最多见。发病机制主要有病毒直接作用和免疫反应两种。目前认为病毒性心肌炎发病早期以病毒直接作用为主，以后则以免疫反应为主。本病患者的临床表现差别很大，轻者可无症状，重者可心力衰竭甚至猝死。一般表现为心慌、胸闷、气短，甚至出现心律失常。本病属于中医学的“心悸”、“胸痹”、“怔忡”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：多数患者发病前1~3周多有发热、全身酸痛、咽痛、腹泻等症状，也有部分患者原发病症状轻而不显著。患者常诉胸闷、心前区隐痛、心悸、乏力、恶心、头晕等症状。临床上诊断的心肌炎中，90%左右以心律失常为主诉或首见症状，其中少数患者可由此而发生昏厥或阿-斯综合征，极少数患者发病后发展迅速，出现心力衰竭、心源性休克。

112体征

心脏扩大：轻者心脏可不扩大，一般有暂时性扩大，不久即可恢复。心脏扩大显著反映心肌炎广泛而严重。

心率改变：心率增速，与体温不相称，或心率异常缓慢，均为病毒性心肌炎的可疑征象。

心音改变：心尖区第一音减低或分裂，心音呈胎心样。心包摩擦音的出现表示存在心包炎。

杂音：心尖区可能有收缩期吹风样杂音或舒张期杂音，杂音强度都不超过三级，心肌炎好转后消失。

心律失常：极常见，各种心律失常都可出现，以房性或室性早搏常见，其次为房室传导阻滞，心律失常是造成猝死的原因之一。

心力衰竭：重症弥漫性心肌炎患者可出现急性心力衰竭，属于心肌泵血功能衰竭，左右心同时发生衰竭，引起心排出量过低。

心源性休克：危重病例出现面色灰白、大汗淋漓、四肢湿冷、脉搏细速、血压下降等心源性休克表现。

12理化检查

121血液常规及血清酶学检查：白细胞计数可升高，急性期血沉可增快。部分患者血清心肌酶增高，以心肌肌钙蛋白I的定性测定或肌钙蛋白T的定量测定、心肌肌酸磷酸激酶（CK-MB）的定量测定最有特异性。

122病毒学检查：临床中常用咽拭子或粪便或心肌组织分离病毒，检测血清特异性抗病毒抗体滴度，心肌活检标本免疫荧光法找到特异抗原或在电镜下发现病毒颗粒，聚合酶链反应从粪便、血清、心肌组织中检测病毒RNA。

123心电图：具有多样性和多变性特点，急性期心电图改变几乎可以出现所有类型的异常心电图，最常见的有ST-T改变、异位心律和传导阻滞。慢性心肌炎除上述心电图改变外，多数有房室扩大或肥厚心电图表现，部分有心包炎、心包积液的相应心电图表现。

124超声心动图：超声心动图改变在轻重病例间差异很大，轻者可完全正常，而重者则有明显的形态和功能上的异常改变。主要表现为:心肌收缩功能异常；心室充盈异常；区域性室壁运动异常；心脏扩大，以左室扩大常见，多数属轻度扩大。对此类心脏扩大超声心动较Ｘ线检查更为敏感。病毒性心肌炎心脏扩大经治疗后，多数逐渐恢复正常，因此，进行动态的超声心动随诊观察对病毒性心肌炎病程变化的了解具有一定价值。

125心内膜心肌活检（EMB）：这是一种有创性的检查方法。由于心肌炎的灶性分布造成误差及形态学诊断依据的长期不统一，其可靠性约为50%左右，目前用EMB标本检测病毒RNA已视为一种重要手段，但由于设备、技术、社会传统等因素的影响，EMB尚未广泛开展。活动性心肌炎的病理诊断主要依据Dallas诊断要点（表66-1）。在急性病毒性心肌炎存活者，组织学上可表现为痊愈或演进成特发性扩张性心肌病的病理特征。虽然心内膜活检资料并不一定会改变治疗方案，但可以明确诊断，提供详细的预后信息。

表66-1心肌炎的Dallas诊断要点

病理改变

首次活检

活动性心肌炎

炎症细胞浸润伴或不伴邻近的心肌细胞坏死和（或）退行性变，无冠状动脉病变引起的典型缺血性损伤

可疑心肌炎炎症细胞浸润数量过少，无肯定性心肌损伤（无诊断价值，须重复活检）

无心肌炎正常

随访活检

心肌炎进行中与前次相比，炎症细胞浸润未减轻，甚至加重，伴和不伴纤维化

心肌炎恢复中

与前次相比，炎症细胞浸润未减轻，但离心肌纤维略远，细胞壁皱褶消失，恢复平滑外形，胶原组织轻度增生

心肌炎已恢复与前次相比，炎症细胞浸润消失

13诊断要点

成人急性心肌炎诊断要点：参照1999年全国心肌炎心肌病专题研讨会提出的成人急性心肌炎诊断参考标准。

131病史与体征：在上呼吸道感染、腹泻等病毒感染后3周内出现心脏表现，如出现不能用一般原因解释的感染后严重乏力、胸闷头晕（心排血量降低）、心尖第一心音明显减弱、舒张期奔马律、心包摩擦音、心脏扩大、充血性心力衰竭或阿-斯综合征等。

132上述感染后3周内出现下列心律失常或心电图改变者：窦性心动过速、房室传导阻滞、窦房阻滞或束支阻滞；多源、成对室性早搏，自主性房性或交界性心动过速，阵发或非阵发性室性心动过速，心房或心室扑动或颤动；两个以上导联ST段呈水平型或下斜型下移≥005mV或ST段异常抬高或出现异常Q波。

133心肌损伤的参考指标：病程中血清肌钙蛋白I或肌钙蛋白T（强调定量测定）、CK-MB明显增高。超声心动图示心腔扩大或室壁活动异常和（或）核素心功能检查证实左室收缩或舒张功能减弱。

134病原学依据：在急性期从心内膜、心肌、心包或心包穿刺液中检测出病毒、病毒基因片段或病毒蛋白抗原；病毒抗体：第2份血清中同型病毒抗体滴度较第1份血清升高4倍（2份血清应相隔2周以上）或一次抗体效价≥640者为阳性，≥320者为可疑阳性（如以1∶32为基础者则宜以256为阳性，128为可疑阳性，根据不同实验室标准作决定）；病毒特异性IgM≥1∶320者为阳性（按各实验室诊断要点，须在严格质控条件下）。如同时有血中肠道病毒核酸阳性者更支持有近期病毒感染。

注：同时具有上述131、132、133中任何两项，在排除其他原因心肌疾病后临床上可诊断急性病毒性心肌炎。如具有134中的第1项者可从病原学上确诊急性病毒性心肌炎；如仅具有134中第2、3项者，在病原学上只能拟诊为急性病毒性心肌炎。

如患者有阿-斯综合征发作、充血性心力衰竭伴或不伴心肌梗死样心电图改变、心源性休克、急性肾功能衰竭、持续性室性心动过速伴低血压发作或心肌心包炎等在内的一项或多项表现，可诊断为重症病毒性心肌炎，如仅在病毒感染后3周内出现少数早搏或轻度T波改变，不宜轻易诊断为急性病毒性心肌炎。

病毒性心肌炎可分为4期：①急性期：指新近发病，临床症状明显而多变，病程在6个月以内；②恢复期：临床症状和心电图改变等逐渐好转，但尚未痊愈，病程一般在6个月以上；③慢性期：部分患者临床症状反复或迁延不愈，实验室检查有病情活动的表现者，病程多在1年以上；④后遗症期：患心肌炎时间久，临床已无明显症状，但遗留较稳定的心电图异常，如室性早搏、房室或束支传导阻滞、交界区性心律等。

2辨证论治

21急性期

211热毒侵心证

证候：发热身痛，鼻塞流涕，咽痒喉痛，咳嗽咯痰或腹痛泄泻，肌痛肢楚，继之心悸惕动，胸闷气短，舌质红，苔薄黄或腻，脉细数或结代。

治法：清心解毒。

方药：银翘散加减。

金银花10g，连翘10g，大青叶10g，太子参10g，麦冬10g，生地黄10g，炙甘草10g。

加减：热甚，加石膏先煎30g，知母10g，黄芩6g以清热除烦；脾虚湿热，加黄连6g，白芍10g，茯苓10g，木香10g以健脾利湿；胸闷痛，加丹参15g，桃仁12g，降香10g以活血止痛；心悸怔忡，加炒酸枣仁15g，柏子仁10g以宁心定悸。

中成药：清热解毒口服液，1次10ml，1日3次。

212阳虚气脱证

证候：起病急骤，喘息心悸，倚息不得卧，口唇青紫，烦躁不安，自汗不止，四肢厥冷，舌质淡白，脉微欲绝。

治法：回阳救逆，益气固脱。

方药：参附龙牡汤加减。

生晒参单煎10g，附子先煎10g，炙甘草10g，牡蛎先煎10g，丹参30g，茯苓10g。

加减：阳虚较甚，加桂枝10g，仙茅15g，仙灵脾15g以温通心肾；阳虚水泛，加桂枝10g，益母草15g，猪苓15g以温阳利水。

中成药：生脉胶囊，口服，1次3粒，1日3次。

22恢复期或慢性期

221肺气不足证

证候：气短乏力，胸闷隐痛，自汗恶风，咳嗽，反复感冒，舌淡红，苔薄白，脉细无力。

治法：益气清肺，固护卫气。

方药：参苏饮加减。

太子参10g，紫苏叶10g，法半夏10g，葛根10g，木香10g，陈皮10g，茯苓10g，枳壳10g，前胡10g，桔梗10g，甘草10g。

加减：气虚甚，加黄芪15g，白术15g以益气；兼阴虚，加麦冬15g，五味子15g，生地黄15g以养阴。

中成药：玉屏风散，口服，1次1袋，1日3次。

222痰湿内阻证

证候：胸闷憋气，头重目眩，脘痞纳呆，口黏恶心，咯吐痰涎，苔白腻或白滑，脉滑。

治法：祛湿化痰，温通心阳。

方药：瓜蒌薤白半夏汤加减。

瓜蒌10g，法半夏10g，陈皮10g，枳壳10g，茯苓10g，薤白10g，甘草10g，桂枝10g，胆南星6g，石菖蒲10g。

加减：兼热，加黄连5g，滑石10g以清热；痰浊重，加薏苡仁15g，泽泻15g以利湿；兼脾胃气虚，加白术15g，党参15g以健脾。

中成药：二陈丸，口服，1次9g，1日3次。

223气滞血瘀证

证候：心区刺痛，痛有定处，胸闷胁胀，心烦易怒，唇色紫暗，舌质暗红或有瘀斑、瘀点，脉弦涩。

治法：疏肝理气，活血化瘀。

方药：柴胡疏肝散加血府逐瘀汤加减。

柴胡10g，枳壳10g，茯苓10g，陈皮10g，红花10g，当归10g，生地黄10g，川芎10g，赤芍10g，川楝子10g，延胡索10g。

加减：气滞重，加香附10g，郁金10g以理气；气郁化火，加黄芩10g，栀子10g以清热；血瘀重，加丹参15g，三七粉冲服3g以化瘀。

中成药：血府逐瘀口服液，口服，1次10ml，1日3次。

224阴虚火旺证

证候：心悸不宁，五心烦热，潮热盗汗，失眠多梦，颧红口干，舌红，少苔，脉细数。

治法：滋阴降火，养心安神。

方药：天王补心丹加减。

生地黄10g，丹参10g，玄参10g，炒酸枣仁10g，柏子仁10g，麦冬10g，北沙参10g，茯苓10g，五味子10g，远志10g。

加减：肾阴虚甚，加女贞子15g，旱莲草15g以滋养肾阴；失眠多梦，加龙骨先煎30g，珍珠母先煎30g以重镇安神。

中成药：天王补心丸，口服，1次8丸，1日3次。

225心脾两虚证

证候：心悸怔忡，肢体倦怠，自汗短气，面色无华，舌淡，苔薄，脉细数。

治法：健脾益气，养心安神。

方药：归脾汤加减。

党参10g，白术10g，黄芪10g，龙眼肉10g，茯苓10g，酸枣仁10g，远志10g，木香10g，甘草10g。

加减：偏于心气虚，加西洋参单煎10g，麦冬15g，五味子15g以益气养阴；偏于脾气虚，加法半夏9g，陈皮15g，白扁豆15g以健脾利湿。

中成药：人参归脾丸，口服，1次1丸，1日3次。

226阴阳两虚证

证候：心悸怔忡，面色白，四肢厥冷，大便溏薄，腰酸乏力，舌质淡胖，脉沉细无力或结代。

治法：温阳益气，滋阴通脉。

方药：参附养营汤加减。

生晒参单煎10g，附子先煎10g，桂枝10g，干姜10g，五味子10g，生地黄10g，当归10g，白芍10g，麦冬10g，北沙参10g，黄芪10g。

加减：兼胸闷憋气，心下痞满，加瓜蒌15g，薤白15g，法半夏9g以化痰通痹；浮肿，尿少，加车前草15g，薏苡仁15g，茯苓15g，大腹皮10g以利水。

中成药：金匮肾气丸，口服，1次1丸，1日3次。

3其他治法

31针刺

311体针

　　邪毒犯心高热者，取穴曲池；咽痛者，取穴少商、合谷，以上采用泻法；心悸脉促者，取穴内关、郄门、厥阴俞、心俞、三阴交；过早搏动者，取穴阴郄；心动过缓者，取穴通里、素髎、列缺；心动过速者，取穴手三里、下侠白；心绞痛者，取穴神门、内关、膻中；高血压者，取穴曲池、风池、太溪；慢性心衰水肿者，取穴肾俞、三焦俞、阳陵泉透阴陵泉、三阴交、复溜，针用补法。

312耳针

取穴心、皮质下、交感、小肠，毫针轻刺激，每日1次。

32推拿

　　先按揉内关、神门、心俞、膈俞、脾俞、胃俞，反复数次，再推拿内关、神门穴，对心悸、怔忡有效。

ZYYXH/T672008

ZYYXH/T672008

## 高血压

高血压（hypertension）是一种以体循环动脉压升高为主要特征的临床综合征，可分为原发性和继发性两大类。原因不明者，称之原发性高血压，又称高血压病，占高血压患者的95%以上；在不足5%的患者中，血压升高是某些疾病的一种临床表现，有明确而独立的病因，称为继发性高血压。临床主要表现为头晕头痛，时发时止，或头重脚轻，耳鸣心悸，血压升高。本病属于中医学的“眩晕”、“头痛”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111缓进型高血压：多数患者无症状，有些伴有头痛头晕、头胀耳鸣、眼花健忘、注意力不集中、失眠烦闷、心悸乏力、四肢麻木等症状。若血压长期高，则可出现脑、心、肾、眼底等器质性损害和功能障碍，并出现相应的临床表现。甚至发生脑卒中、心肌梗死。

112急进型高血压：其表现基本上与缓进型高血压病相似，但症状明显，如头痛剧烈病情严重，发展迅速，视网膜病变和肾功能很快衰竭，血压迅速升高，常于数月至1~2年内出现严重的脑、心、肾损害，发生脑血管意外、心力衰竭和尿毒症；并常有视力模糊和失明，最后因尿毒症而死亡，也可死于脑血管意外和心力衰竭。

113高血压危重症

高血压危象：剧烈头痛头晕、恶心呕吐、胸闷心悸、气急易怒、视力模糊、腹痛腹胀、尿频尿少、排尿困难等，有的伴随植物神经功能紊乱症状，如发热口干、出汗兴奋、皮肤潮红或面色苍白、手足发抖等；严重者，在伴有靶器官病变时，可出现心绞痛、肺水肿、肾功能衰竭、高血压脑病等。一般历时短暂，控制血压后病情迅速缓解。

高血压脑病：剧烈头痛头晕、恶心呕吐、烦躁不安，可呼吸困难或减慢，视力障碍、黑，抽搐，意识模糊，甚至昏迷，也可出现短暂性偏瘫、失语、偏身感觉障碍等。

12理化检查

121常规检查项目：血生化（钾、空腹血糖、血清总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇和尿酸、肌酐）；全血细胞计数，血红蛋白和血细胞比容；尿液分析（尿蛋白、糖和尿沉渣镜检）；心电图；糖尿病和慢性肾病患者应每年至少查一次尿蛋白。

122推荐检查项目：超声心动图、颈动脉和股动脉超声、餐后血糖（当空腹血糖≥61mmol/或110mg/dl时测量）、C反应蛋白（高敏感）、微量白蛋白尿（糖尿病患者必查项目）、尿蛋白定量（若纤维素试纸检查为阳性者检查此项目）、眼底检查和胸片、睡眠呼吸监测（怀疑睡眠呼吸暂停综合征者）。

对怀疑继发性高血压者，根据需要分别进行以下检查：血浆肾素活性、血及尿醛固酮、血及尿儿茶酚胺、动脉造影、肾和肾上腺超声、CT或MRI。

13诊断要点

以静息、非药物状态下2次或2次以上非同日多次重复血压测定所得平均值作为依据。目前我国采用1999年WHO/ISH的标准，即收缩压≥140mmHg和（或）舒张压≥90mmHg即诊断为高血压。详细分级见表67-1。

若患者的收缩压与舒张压分属不同的级别时，则以较高的分级为准。单纯收缩期高血压也可按照收缩压水平分为1、2、3级。

表67-1成人血压水平分级标准（≥18岁）

类别收缩压（mmHg）舒张压（mmHg）

正常血压<120<80

正常高值120~13980~89

高血压：≥140≥90

1级高血压（轻度）140~15990~99

2级高血压（中度）160~179100~109

3级高血压（重度）≥180≥110

单纯收缩期高血压≥140<90

2辨证论治

高血压病的发生主要缘于七情六欲过度、饮食劳伤及年老体衰，病位在心、肝、脾、肾，病性有实有虚，也有虚实夹杂者。

21肝火上炎证

证候：以头晕胀痛、面红目赤、烦躁易怒为主症，兼见耳鸣如潮、胁痛口苦、便秘溲黄等症，舌红，苔黄，脉弦数。

治法：清肝泻火。

方药：龙胆泻肝汤加减。

龙胆草6g，柴胡12g，泽泻12g，车前子包煎9g，生地黄9g，当归3g，栀子9g，黄芩9g，甘草6g。

加减：头痛，头晕甚，加石决明先煎30g，珍珠母先煎30g以平肝潜阳；目赤耳鸣，头痛偏甚，加菊花10g，蝉蜕9g，决明子9g，夏枯草9g以平肝息风；急躁易怒，胁肋灼痛甚，加白芍9g，香附6g，川楝子12g以理气止痛；大便不爽，舌苔黄腻，加胆南星6g，黄连9g以清热化痰；心烦，小便黄，舌红，口舌生疮，加穿心莲15g，石膏先煎30g；大便秘结，加当归龙荟丸3g，或加柏子仁9g，瓜蒌仁15g；目赤耳鸣，头痛偏甚，加牛膝30g，乳香10g。

中成药：①泻青丸，口服，1次1丸，1日3次；②当归龙荟丸，口服，1次20丸，1日1次。

22痰湿内阻证

证候：以头重如裹为主症，兼见胸脘痞闷、纳呆恶心、呕吐痰涎、身重困倦、少食多寐等症，苔腻，脉滑。

治法：化痰祛湿，和胃降浊。

方药：半夏白术天麻汤加减。

半夏10g，白术15g，天麻10g，陈皮10g，茯苓10g，甘草6g，钩藤后下15g，珍珠母先煎30g，郁金10g。

加减：胸痹心痛，加丹参9g，延胡索9g，瓜蒌12g，薤白9g以活血通痹；眩晕较甚，加代赭石先煎30g，竹茹12g，生姜6g，旋覆花包煎12g以化痰；脘闷纳差，加砂仁后下6g，豆蔻后下12g，焦三仙10g以健胃；耳鸣重听，加石菖蒲9g，葱白9g以开窍；烦热呕恶，胸闷气粗，舌质红，苔黄腻，加天竺黄12g，黄连6g以清热化痰；身重麻木甚者，加胆南星6g，僵蚕9g以化痰通络。

中成药：眩晕宁片，口服，1次4~6片，1日3~4次。

23瘀血内阻证

证候：以头痛如刺、痛有定处为主症，兼见胸闷心悸、手足麻木、夜间尤甚等症，舌质暗，脉弦涩。

治法：活血化瘀。

方药：通窍活血汤加减。

地龙9g，当归9g，川芎5g，赤芍6g，桃仁12g，红花9g，白芷9g，石菖蒲6g，老葱5g，全蝎3g。

加减：兼神疲乏力，少气自汗，加黄芪10g，党参12g以益气行血；兼畏寒肢冷，感寒加重，加附子先煎3g，桂枝6g以温经活血。

中成药：①心脉通片，口服，1次4片，1日3次；②心安宁片，口服，1次6~8片，1日3次。

24阴虚阳亢证

证候：以眩晕、耳鸣、腰酸膝软、五心烦热为主症，兼见头重脚轻、口燥咽干、两目干涩等症，舌红，少苔，脉细数。

治法：平肝潜阳，清火息风。

方药：天麻钩藤饮加减。

天麻9g，钩藤后下12g，石决明先煎18g，牛膝12g，杜仲9g，桑寄生9g，黄芩9g，栀子9g，茯神9g，夜交藤9g，益母草9g。

加减：肝火上炎，口苦目赤，烦躁易怒，酌加龙胆草10g，牡丹皮9g，夏枯草9g以清肝火；目涩耳鸣，腰膝酸软，舌红少苔，脉弦细数，加枸杞子12g，制何首乌9g，生地黄9g，麦冬6g，玄参6g以补肝肾；目赤便秘，加大黄后下3g，芒硝冲服6g或用当归龙荟丸以通腑泻热；眩晕剧烈，兼见手足麻木或震颤，加羚羊角粉冲服06g，龙骨先煎15g，牡蛎先煎15g，全蝎3g，蜈蚣3g以镇肝息风，清热止痉。

中成药：①清脑降压片，口服，1次4~6片，1日3次；②脑立清胶囊，口服，1次3粒，1日2次。

25肾精不足证

证候：以心烦不寐、耳鸣腰酸为主症，兼见心悸健忘、失眠梦遗、口干口渴等症，舌红，脉细数。

治法：滋养肝肾，益精填髓。

方药：左归丸加减。

熟地黄24g，山茱萸12g，山药12g，龟甲先煎12g，鹿角胶烊化12g，枸杞子12g，菟丝子12g，牛膝9g。

加减：五心烦热，潮热颧红，舌红少苔，脉细数，加鳖甲先煎12g，知母9g，黄柏6g，牡丹皮9g，地骨皮12g以滋阴降火；兼见失眠，多梦，健忘，加阿胶烊化12g，鸡子黄1枚，酸枣仁12g，柏子仁12g以交通心肾，养心安神；四肢不温，形寒怕冷，精神萎靡，舌淡脉沉，可用右归丸，或酌加巴戟天12g，仙灵脾9g，肉桂6g以温补肾阳，填精益髓；兼下肢浮肿，尿少，加桂枝9g，茯苓12g，泽泻9g以通阳利水；兼便溏，腹胀食少，可加白术15g，茯苓12g以补脾健胃。

中成药：①健脑补肾丸，口服，1次15粒，1日2次；②益龄精，口服，1次10ml，1日2~3次。

26气血两虚证

证候：以眩晕时作、短气乏力、口干心烦为主症，兼见面白、自汗或盗汗、心悸失眠、纳呆、腹胀便溏等症，舌淡，脉细。

治法：补益气血，调养心脾。

方药：归脾汤加减。

党参9g，白术9g，黄芪12g，当归9g，龙眼肉12g，大枣10g，茯神9g，远志6g，酸枣仁12g。

加减：兼纳少神疲，便溏，脉象无力，可合用补中益气汤；自汗出，易于感冒，当重用黄芪24g，加防风9g，浮小麦12g以固表止汗；腹泻或便溏，腹胀纳呆，舌淡胖，边有齿痕，当归宜炒用，加薏苡仁12g，白扁豆12g，泽泻9g以健脾利湿；兼形寒肢冷，腹中隐痛，脉沉，加桂枝6g，干姜3g以温中助阳；血虚较甚，面色白，唇舌色淡，加阿胶烊化12g，紫河车粉冲服3g以填精补血；兼心悸怔忡，少寐健忘，加柏子仁12g，合欢皮9g，夜交藤15g以养心安神。

27冲任失调证

证候：妇女月经来潮或更年期前后出现头痛、头晕为主症，兼见心烦、失眠、胁痛、全身不适等症，血压波动，舌淡，脉弦细。

治法：调摄冲任。

方药：二仙汤加减。

仙茅、仙灵脾、当归、巴戟天、黄柏、知母各9g，白芍12g，丹参、益母草各30g，车前子包煎10g。

加减：烘热，汗出，加黄芪15g，牡丹皮20g，浮小麦15g以益气清热固表；若心悸，乏力，气短，加党参15g，麦冬12g，五味子6g以益气宁心；失眠、心烦，加黄连6g，阿胶烊化9g，肉桂3g，酸枣仁30g以交通心肾，养血安神；悲伤欲哭，情绪低落，加浮小麦30g，大枣9g，甘草10g，香附6g，郁金9g，柴胡12g以养心解郁。

中成药：龟鹿补肾胶囊，口服，1次2~4粒，1日2次。

3其他治法

31针刺

311体针：主穴百会、曲池、合谷、太冲、三阴交。肝火上炎者，加风池、行间；痰湿内阻者，加丰隆、足三里；瘀血内阻者，加血海、膈俞；阴虚阳元者，加太溪、肝俞；阴阳两虚者，加关元、肾俞。实证针用泻法，虚证针用补法。

312耳针：取穴皮质下、降压沟、脑、心、肾、神门、交感、肝、内分泌、眼、心。每次选取3~4穴，毫针轻刺激或王不留行贴压，每日1次，两耳交替。

32气功

调心、调息和调身可起到降压和辅助治疗作用，能稳定血压、心率及呼吸频率，调节神经系统，提高生活质量。

ZYYXH/T682008

ZYYXH/T682008

## 普 通 感 冒

普通感冒（common cold）以鼻咽部卡他症状为主要表现，可见鼻塞、喷嚏、流涕、发烧、咳嗽、头痛等症，多呈自限性。常见的病原体有鼻病毒、冠状病毒、流感和副流感病毒等。大多散发，全年皆可发病，冬春季节多发。中西医学对感冒的认识基本相同。

1诊断依据

11临床表现

111症状：潜伏期1~3日。起病突然，大多先有鼻和喉部灼热感，随后出现鼻塞、打喷嚏、流涕、全身不适和肌肉酸痛，通常不发热或仅有低热，可有眼结膜充血、流泪、畏光等。

112体征：鼻腔黏膜充血、水肿，有分泌物，咽部充血。

12理化检查

121血常规：白细胞计数多为正常或偏低，淋巴细胞比例升高。

122病原学检查：可根据需要进行血清学检查或病毒分离，以确定病毒的类型。

13诊断要点

根据病史、流行情况、鼻咽部的症状和体征，结合血常规等检查可作出临床诊断。进行细菌培养和病毒分离，或病毒血清学检查、免疫荧光法、酶联免疫吸附检测法、血凝抑制试验等，可确定病因诊断。

2辨证论治

基本病机是风邪侵袭，致卫表不和，肺失宣肃。病位主要在肺卫，一般以实证居多，如体虚感邪，则为本虚标实之证。治疗原则为解表祛邪。

21风寒证

证候：恶寒重，发热轻，无汗，头项强痛，鼻塞声重，流涕清稀，或有咽痒咳嗽，痰白稀，口不渴，肢节酸痛，舌苔薄白，脉浮紧。

治法：辛温解表，宣肺散寒。

方药：荆防败毒散加减。

荆芥9g，防风9g，柴胡12g，前胡9g，川芎9g，枳壳9g，羌活9g，独活9g，茯苓9g，桔梗9g，甘草6g。

加减：头痛，加白芷9g，藁本9g以散寒止头痛；寒热无汗，痰黄黏稠，苔薄黄，脉浮数，加麻黄6g，杏仁9g，石膏先煎30g以辛凉疏表，清肺平喘。

中成药：①感冒清热冲剂，冲服，1次6g，1日2次；②正柴胡饮颗粒，冲服，1次6g，1日3次。

22风热证

证候：发热重，微恶风寒，鼻塞流黄浊涕，身热无汗，头痛，咽痛，口渴欲饮或有咳嗽痰黄，舌苔薄黄，脉浮数。

治法：辛凉解表，疏泄风热。

方药：银翘散加减。

金银花15g，连翘15g，桔梗9g，薄荷后下6g，竹叶9g，淡豆豉9g，牛蒡子9g，荆芥6g，甘草6g。

加减：头痛，加菊花9g，蔓荆子9g以疏风热、清头目；高热，加黄芩9g，柴胡9g以清热；咳重痰黄，加天竺黄9g，浙贝母9g以清热化痰；咽痒，加蝉蜕6g，紫苏叶9g以疏风利咽。

中成药：①银翘解毒丸，口服，1次9g，1日2次；②银黄颗粒，冲服，1次4~8g，1日2次。

23暑湿证

证候：恶寒发热，头重，胸腹闷胀，恶呕腹泻，肢倦神疲，或口中黏腻，渴不多饮，舌苔白腻，脉濡滑。

治法：解表化湿，理气和中。

方药：藿香正气散加减。

广藿香12g，大腹皮12g，白芷9g，紫苏9g，茯苓9g，半夏曲9g，白术9g，陈皮6g，厚朴9g，桔梗9g，炙甘草6g，生姜6g，大枣6g。

加减：心烦，口渴，小便短赤，舌苔薄黄而腻，加香薷9g，金银花12g，白扁豆花9g，连翘9g以清热化湿；肺热咳嗽，加浙贝母9g，桔梗9g以宣肺清热化痰。

中成药：①藿香正气水，口服，1次5~10ml，1日2次；②暑热感冒颗粒，冲服，1次10~20g，1日3次。

24体虚感冒

证候：以气虚证多见，形寒，自汗，语声低怯，气短，倦怠，苔白，脉浮无力。阳虚证见汗出则恶寒更甚，头痛，骨节酸冷疼痛，面色白，语言低微，四肢不温；阴虚证见盗汗，心烦，手足心热，痰中带血等。

治法：益气解表，调和营卫。

方药：参苏饮加减。

党参12g，紫苏叶12g，葛根12g，前胡9g，法半夏9g，茯苓9g，陈皮9g，炙甘草6g，桔梗9g，枳壳9g，木香9g。

加减：阳虚证，加麻黄6g，附子先煎9g，细辛3g以温阳解表；阴虚证，加玉竹9g，白薇9g，葱白9g，淡豆豉12g以滋阴解表。

3其他治法

31单方验方

311葱白生姜饮，以连须葱白与根3支，生姜6g，加红糖30g，水煎热服，1日1剂。用于风寒感冒。

312野菊花15g，大青叶10g，鱼腥草30g，淡竹叶10g，水煎服，1日1剂；葛根30g，大青叶15g，芦根30g，共煎，1日1剂，分2~3次温服。均可用于风热感冒。

32针刺

风寒证，取穴列缺、风门、风池、合谷；风热证，取穴大椎、曲池、合谷、鱼际、外关。实证针用泻法，体虚者用平补平泻。

33刮痧

用边缘平滑的瓷汤匙蘸润滑油刮项背，自风池穴向下，再从背脊两旁由上向下，刮时用力要均匀，刮到出现紫色出血点为止。

ZYYXH/T692008

ZYYXH/T692008

## 急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎（acute tracheobronchitis）是由生物性或非生物性因素引起的气管-支气管黏膜的急性炎症。病毒感染是常见病因，临床主要表现为咳嗽和咯痰。在过度疲乏、受凉、气候突变时容易发病。本病属于中医学的“咳嗽”范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：常先有急性上呼吸道感染症状如咳嗽、咳痰，先为干咳或咯少量痰，继而为黏液脓性痰，痰量增多，咳嗽加剧，偶见痰中带血。如支气管发生痉挛，可出现程度不等的气促。咳嗽和咳痰可延续2~3周，有时可延长数周。

112体征：两肺呼吸音粗，有时可闻及散在湿啰音。

12理化检查

121血常规：白细胞计数和分类多无明显改变。细菌性感染时白细胞总数和中性粒细胞比例增高。

122痰涂片或培养：可发现致病菌。

123胸片：大多数正常或肺纹理增粗。

13诊断要点

131起病较急，常有急性上呼吸道感染的症状。

132常有刺激性干咳，咯少量黏液性痰伴胸骨后不适感；伴有细菌感染时咳嗽剧烈，咯痰量较多，为黏液性或黏液脓性痰，偶尔痰中带血。

133全身症状较轻，体温一般不超过38℃。

134两肺呼吸音粗，有时可闻及散在湿啰音，在咳嗽、咯痰后消失。

135胸片检查，可见肺纹理增多或正常。

136排除肺炎、肺结核、支气管肺癌、支气管内膜结核等疾病。

2辨证论治

基本病机是外邪侵袭于肺，肺失宣肃，肺气上逆。病位在肺与气道，以实证居多。本病治疗原则为宣肺祛邪，应重视化痰顺气法的应用，使痰清气顺，肺气得宣，咳嗽易愈。

21风寒袭肺证

证候：咳嗽声重，气急咽痒，咳痰稀白，鼻塞流涕，恶寒发热，无汗，头痛，肢体酸楚，舌苔薄白，脉浮或浮紧。

治法：疏风散寒，宣肺止咳。

方药：止嗽散合三拗汤。

炙麻黄9g，前胡9g，荆芥穗12g，杏仁9g，陈皮9g，桔梗6g，百部9g，款冬花9g，炙甘草3g。

加减：头痛明显，加白芷9g，藁本6g以散寒止痛；身痛明显，加羌活9g以除湿止痛；痰多，加浙贝母9g以增加化痰之功。

中成药：通宣理肺丸，口服，1次6g，1日2~3次。

22风热犯肺证

证候：咳嗽频剧，咳时汗出，呼吸气粗或咳声嘶哑，喉燥咽痛，咯痰不爽，痰稠且黄，常伴鼻流清涕，口渴引饮，头痛肢楚，身热恶风，舌质红，苔薄黄，脉浮数或浮滑。

治法：疏风清热，宣肺化痰。

方药：桑菊饮加减。

桑叶15g，菊花6g，杏仁12g，连翘12g，薄荷后下6g，苦桔梗12g，甘草3g，苇根15g。

加减：咳甚，加鱼腥草15g，枇杷叶9g，浙贝母9g以清热化痰；身热口渴明显，加黄芩9g，知母12g，瓜蒌15g以清泄肺热；咽痛明显，加牛蒡子9g以疏风利咽；兼衄血，加白茅根15g，藕节9g以凉血清肺；夏令夹暑，加六一散包煎6g以清解暑热；高热，大汗不止，口渴，脉浮大，加石膏先煎30g，知母12g以清热生津。如属风热闭肺，肺气郁闭，咳而兼喘，可选用麻杏石甘汤加味，重用石膏以清泄肺热。

中成药：羚羊清肺丸，口服，1次1丸，1日3次。

23燥邪伤肺证

证候：温燥伤肺证见咳嗽少痰，不易咳出，或痰中带血丝，咽干，咽痛，唇鼻干燥，咳甚则胸痛，初起或有恶寒，发热，舌尖红，舌苔薄黄而干，脉细数或无变化；凉燥伤肺证见咳嗽，痰少或无痰，喉痒，咽干唇燥，头痛，恶寒，发热，无汗，舌苔薄白而干，脉浮紧。

治法：清肺润燥，疏风清热。

方药：桑杏汤加减。

桑叶12g，杏仁9g，北沙参12g，麦冬12，浙贝母6g，淡豆豉6g，栀子皮6g，梨皮6g。

加减：燥热明显，加知母12g，石膏先煎30g以清热生津；头痛发热明显，加薄荷后下6g，连翘9g，蝉蜕6g以疏散风热；咽痛明显，加玄参12g，北豆根6g以解毒利咽；鼻衄，加白茅根15g，生地黄15g以清热凉血。

另有凉燥证，为燥证与风寒并见，用药当以温而不燥、润而不凉为原则，方用杏苏散加味。用杏仁、紫苏叶、桔梗、枳壳、陈皮、前胡、法半夏、甘草各9g，茯苓15g。恶寒，无汗，加荆芥12g，防风9g以散寒解表；咳嗽较甚，加紫菀15g，款冬花15g，百部10g以温润止咳。

中成药：川贝枇杷露，口服，1次10~20ml，1日2次。

3其他治法

31单方验方

桑叶30g，梨皮30g，煮水服，1日3次，适用于新感燥热咳嗽。

32针刺和拔罐

取手太阴、手阳明经穴为主。主穴肺俞、列缺、合谷，针用泻法。风热可疾刺，风寒留针或针后在背部肺俞等穴拔罐。咽喉肿痛，加少商，尺泽；发热，加大椎、外关。

ZYYXH/T702008

ZYYXH/T702008

## 慢性阻塞性肺疾病

慢性阻塞性肺疾病（chronic obstructive pulmonary disease，COPD）是由于慢性支气管炎和肺气肿导致气流受限为特征的一类疾病。气流受限不完全可逆，呈进行性发展，部分患者可伴有气道高反应性，与肺部对有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关。本病以气道、肺实质和肺血管的慢性炎症为特征。除炎症外，肺部的蛋白酶和抗蛋白酶失衡及氧化与抗氧化失衡也在发病中起重要作用。本病属于中医学的“咳嗽”、“喘证”、“肺胀”等病证范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状

慢性咳嗽：常为首发症状。初期咳嗽呈间歇性，早晨较重，以后早晚或整日均有咳嗽，但夜间咳嗽并不显著。

咳痰：咳嗽后通常咳少量黏液性痰，部分患者在清晨较多；合并感染时痰量增多，常有脓性痰。

气短或呼吸困难：是COPD的标志性症状，是使患者焦虑不安的主要原因，早期仅于劳力时出现，以后逐渐加重，以致日常活动甚至休息时也感气短。

喘息和胸闷：部分患者特别是重度患者有喘息；胸部紧闷感通常于劳力后发生。

其他症状：晚期患者常有体重下降、食欲减退、精神抑郁和（或）焦虑等，合并感染时可咳血痰或咯血。

112体征：早期体征可不明显。随疾病进展，常有以下体征：

胸廓形态异常，包括胸部过度膨胀、前后径增大、剑突下胸骨下角增宽及腹部膨隆等；常见呼吸变浅，频率增快，辅助呼吸肌参加呼吸运动，重症可见胸腹矛盾运动；患者不时采用缩唇呼吸以增加呼出气量；呼吸困难加重时常采取前倾坐位；低氧血症者可出现黏膜及皮肤发绀，伴右心衰者可见下肢水肿、肝脏增大。

由于肺过度充气使心浊音界缩小，肺肝界降低，肺叩诊可呈过清音。

两肺呼吸音可减低，呼气延长，可闻及干、湿性啰音；心音遥远，剑突部心音较清晰响亮。

12理化检查

121肺功能检查：第一秒用力呼气量与用力肺活量之比（FEV1∶FVC）是COPD的一项敏感指标；FEV1占预计值的百分比是中、重度气流受限的良好指标，应作为COPD肺功能检查的基本项目。吸入支气管舒张剂后FEV1<80%预计值且FEV1∶FVC<70%者，可确定为不能完全可逆的气流受限。

122胸部X线检查：早期胸片无明显变化，以后出现肺纹理增多、紊乱等改变；主要X线征为肺过度充气。并发肺动脉高压和肺源性心脏病时，除右心增大的X线征外，还可有肺动脉圆锥膨隆，肺门血管影扩大及右下肺动脉增宽等。

123胸部CT检查：高分辨率CT（HRCT）可辨别小叶中央型或全小叶型肺气肿及确定肺大泡的大小和数量。

124血气检查：血气异常首先表现为轻、中度低氧血症。随疾病进展，低氧血症逐渐加重，并出现高碳酸血症。

125其他：低氧血症时，红细胞及血红蛋白可增高。并发感染时，痰涂片可见大量中性粒细胞，痰培养可检出各种病原菌，如肺炎链球菌、流感嗜血杆菌和肺炎克雷白杆菌等。

13诊断要点

COPD的诊断应根据病史、危险因素接触史（尤其吸烟史）、症状、体征及实验室检查等资料，综合分析确定。存在不完全可逆性气流受限是诊断COPD的必备条件。凡有逐渐加重的气急史，肺功能测试示残气量（RV）∶肺总量（TLC）值增加，FEV1∶FVC值减低，最大通气量（MBC）降低，气体分布不匀；经支气管扩张剂治疗，肺功能无明显改善，诊断即可成立。

2辨证论治

慢性阻塞性肺疾病总属本虚标实，虚实夹杂。发作期以标实为急，缓解期则以本虚为主。标实主要为外邪、痰浊、水饮、瘀血。早期以痰浊为主，渐而痰瘀并重，并可兼见气滞、水饮错杂为患。后期痰瘀壅盛，正气虚衰，标实与本虚并重。本虚为肺、脾、肾三脏虚损，但有偏重主次之不同。早期以气虚或气阴两虚为主，病位在肺脾肾；后期气虚及阳或可出现阴阳两虚，甚至阴竭阳脱之证，以肺肾心为主。

21外寒内饮证

证候：咳逆喘满不得卧，气短气急，咯痰白稀，呈泡沫状，胸部膨满，口干不欲饮，面色青暗，周身酸楚，恶寒，舌体胖大，舌质暗淡，舌苔白滑，脉浮紧。

治法：解表化饮，止咳平喘。

方药：小青龙汤加减。

炙麻黄6g，桂枝9g，法半夏9g，干姜6g，细辛3g，五味子6g，白芍9g，炙甘草6g。

加减：若饮郁化热，烦躁而喘，脉浮，可用小青龙加石膏汤解表化饮，兼清郁热；若表寒不甚，或表寒已解，而痰浊壅盛，咳逆喘满，不能平卧，痰涌，舌苔滑腻者，可用三子养亲汤合葶苈大枣泻肺汤化痰降气，泻肺除壅。面色晦暗，唇甲青紫，舌质紫暗者，加桃仁9g，红花6g，丹参12g，当归9g以活血化瘀。

中成药：①小青龙颗粒，冲服，1次6g，1日3次；②苓桂咳喘胶囊，口服，1次3粒，1日3次。

22风热犯肺证

证候：咳嗽气促，喘逆胸闷，咯痰不爽，痰黏稠或稠黄，常伴恶风身热、头痛口渴、鼻流黄涕等表证，舌苔薄黄，脉浮数或浮滑。

治法：疏风清肺，止咳化痰。

方药：桑菊饮加减。

桑叶9g，菊花9g，杏仁9g，桔梗6g，连翘9g，芦根9g，前胡9g，牛蒡子9g，薄荷后下6g，炙甘草6g。

加减：咳甚，加桑白皮15g，浙贝母9g，枇杷叶9g以降逆化痰止咳；肺热甚，加黄芩9g，鱼腥草15g以清泻肺热；咽痛，加金银花15g，青果9g以清热利咽。

中成药：①羚翘解毒丸，口服，1次9g，1日3次；②双黄连口服液，口服，1次10ml，1日3次。

23痰热郁肺证

证候：咳逆喘息气粗，胸满，咯痰黄或白，黏稠难咯，身热烦躁，溲黄便干，口渴欲饮，舌质暗红，苔黄或黄腻，脉滑数。

治法：清肺化痰，降逆平喘。

方药：清气化痰汤加减。

瓜蒌30g，黄芩9g，鱼腥草15g，金荞麦15g，杏仁9g，枳实9g，浙贝母9g，黛蛤散包煎9g，连翘9g，栀子9g。

加减：胸满痰涌，喉中痰鸣，喘息不得平卧，加地龙9g，葶苈子包煎9g以泻肺平喘；痰热壅结，腑气不通，腹满便秘，加大黄后下6g通腑泄热以降肺气；咯痰黄稠带腥味，加蒲公英15g，野菊花15g，薏苡仁12g以清热解毒；痰热伤津，口干舌燥，加知母12g，麦冬9g，芦根15g以生津润燥。

中成药：①蛇胆川贝液，口服，1次20ml，1日3次；②复方鲜竹沥口服液，口服，1次10ml，1日3次。

24气虚血瘀痰阻证

证候：胸憋气短，动则尤甚，咳嗽痰多，色白或呈泡沫，身倦乏力，面色晦暗，唇甲紫绀，舌质暗或暗紫，苔腻或浊腻，脉弦滑。

治法：益气活血化痰，降逆止咳平喘。

方药：人参胡桃汤合三子养亲汤加减。

人参单煎9g，胡桃肉9g，当归9g，赤芍9g，川芎9g，地龙9g，五味子9g，紫苏子9g，莱菔子9g。

加减：怕风易汗，合用玉屏风散以补肺固表；大便不畅，加肉苁蓉12g，枳实6g以通腑除壅。若见呼吸浅短难续，甚则张口抬肩，喘息不能平卧，咳嗽，痰白如沫，心慌汗出，舌淡暗，苔白润，脉沉细无力；为肺肾两虚，气失摄纳；方选补虚汤合参蛤散加减以补肺纳肾，降气平喘。

25肺肾气虚证

证候：呼吸浅短难续，甚则张口抬肩，倚息不能平卧，咳嗽，痰白如沫，咯吐不利，胸闷心慌，形寒汗出，或腰膝酸软，小便清长，或尿后余沥，或咳则小便自遗，舌淡或暗紫，苔白润，脉沉细虚数无力，或有结代。

治法：调补肺肾。

方药：调补肺肾方加减。

冬虫夏草单煎3g，五味子9g，丹参9g，茯苓12g，山茱萸9g，淫羊藿9g，枸杞子12g。

加减：潮热盗汗，烦躁不安，加生地黄12g，北沙参12g，麦冬9g以滋阴清热；肢体动，甚或四肢抽搐者，加龙骨先煎30g，牡蛎先煎30g，代赭石先煎15g，白芍9g以镇肝息风。

中成药：①百令胶囊，口服，1次8粒，1日3次；②蛤蚧定喘丸，口服，1次4粒，1日3次；③补肾定喘丸，口服，1次4粒，1日3次。

3其他治法

31单方验方

311葶苈子粉3~6g，装胶囊，1日3次，食后分服。适用于慢阻肺咳嗽痰多者。

312生梨1个（去核），川贝母3~5g（纳入梨中），同蒸。适用于慢阻肺久咳气短者。

32针刺

主穴定喘、大椎、膻中。痰浊壅盛者，加丰隆；痰热者，加尺泽、合谷；痰浊内闭者，加人中、涌泉、太冲；心悸胸闷者，加内关、间使、郄门；水肿尿少者，加水分、三阴交等穴。实证针用泻法，虚证针用平补平泻法。

33灸法

肺脾肾虚之证，可温和灸足三里穴15分钟，每日1次。

34穴位贴敷

冬病夏治，穴位贴敷消喘膏（白芥子、延胡索、甘遂、细辛共研末，加生姜汁调成稠膏状），夏季三伏天贴敷，穴位可选背部肺俞、心俞、膈俞等。

35穴位按摩

肺脾肾虚之证，亦可自我按摩肾俞、涌泉穴各15分钟，1日2次。

ZYYXH/T712008

ZYYXH/T712008

## 慢性肺源性心脏病

慢性肺源性心脏病（chronic cor pulmonale）系指各种病因损伤肺的结构和功能，引起右心损害的一种心脏病，主要病理改变为右心室肥厚。从肺部基础疾病发展为肺心病，一般需要10~20年的过程。急性发作以冬春季多见，急性呼吸道感染为导致肺心功能衰竭的主要诱因。慢性肺源性心脏病常反复发作，急性加重，随着肺功能的损害，病情逐渐进展，多数预后不良，病死率在10%~15%左右。本病属于中医学的“喘证”、“肺胀”、“痰饮”、“水肿”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111肺心功能代偿期

症状：咳嗽，咯痰，气促，活动后可有心悸，呼吸困难，乏力和劳动耐力下降。急性感染可使上述症状加重，少有胸痛或咯血。

体征：发绀和肺气肿体征。偶有干、湿啰音，心音遥远，肺动脉第二心音(P2)>主动脉第二心音（A2），三尖瓣区可出现收缩期杂音或剑突下心脏搏动增强，颈静脉充盈，肝界下移。

112肺心功能失代偿期

1121呼吸衰竭

症状：呼吸困难，夜间为甚，常有头痛、失眠、食欲下降，但白天嗜睡，甚至出现表情淡漠，神志恍惚，谵妄等。

体征：明显发绀，球结膜充血、水肿，严重时可有视网膜血管扩张，视乳头水肿，腱反射减弱或消失，出现病理反射，皮肤潮红、多汗。

1122右心衰竭

症状：气促心悸，食欲不振，腹胀，恶心等。

体征：发绀，颈静脉怒张，心率增快，可出现心律失常，剑突下可闻及收缩期杂音，甚至出现舒张期杂音。肝大且有压痛，肝颈静脉回流征阳性，下肢水肿，重者可有腹水。

12理化检查

121X线检查：右下肺动脉干扩张，横径≥15mm；右下肺动脉横径与气管横径比值≥107；肺动脉段明显突出或其高度≥3mm；中央动脉扩张，外周血管纤细，形成“残根”征，右心室增大。

122心电图检查：电轴右偏，额面平均电轴≥+90°，重度顺钟向转位，Rv1+Sv5≥105mV，肺型P波，也可见右束支传导阻滞及低电压图形。在V1、V2甚至延至V5，可出现酷似陈旧性心肌梗死图形的QS波。

123超声心动图检查：右心室流出道内径（≥30mm）、右心室内径（≥20mm）、右心室前壁的厚度、左右心室内径比值<2、右肺动脉内径或肺动脉干及右心房增大等。

124血气分析：肺功能代偿期可出现低氧血症或合并高碳酸血症，当PaO2<60mmHg时，伴或不伴PaCO2>50mmHg时。

125血液检查：红细胞及血红蛋白可升高。全血黏度及血浆黏度可增加，红细胞电泳时间常延长，合并感染时血细胞总数增高，中性粒细胞增加。部分患者血清学检查可有肾功能或肝功能改变，血清钾、钠、氯、钙、镁均可有变化。除钾以外，其他多低于正常。

13诊断要点

131慢性肺胸疾病或肺血管疾病主要根据病史、体征、心电图、X线，并可参考放射性同位素、超声心动图、心电向量图、肺功能或其他检查判定。

132右心功能不全。

133肺动脉高压、右心室增大。

2辨证论治

慢性肺源性心脏病为本虚标实之证。多由于年老体弱，肺脾肾不足，或由于久病不愈，致正气亏损。缓解期以虚为主，发作期以邪实为急。虚者，病位在肺，渐及脾、肾、心；实者，多为气滞、痰浊、瘀血。病情发展到晚期，可发生神闭或喘脱。脱证以阳气暴脱为主，常由肺肾气虚或阳虚水泛发展而来，多属虚、寒。闭证以痰热闭窍为主，常从痰热郁肺发展而来，属实、热。

21寒饮射肺证

证候：咳嗽痰多，痰白而稀，短气喘息，舌淡苔白，脉细。

治法：疏风散邪，温散痰饮。

方药：小青龙汤加减。

炙麻黄6g，桂枝6g，细辛3g，干姜5g，法半夏9g，甘草3g，五味子5g，白芍10g。

加减：咳逆痰多，加白芥子6g，紫苏子6g，莱菔子12g以降气化痰；恶寒发热，周身关节痛甚，加羌活9g，白芷9g以散寒解表；便溏，加山药15g，白术9g以健脾益气；表寒不重，去桂枝、白芍，加地龙9g，紫菀9g以化痰平喘；喘息不得平卧，加葶苈子包煎9g，白芥子6g以泻肺利水；痰黏，加石膏先煎30g以清热生津。

22痰浊壅肺证

证候：咳嗽喘满，痰多黏腻，胸闷气憋，恶心纳呆，舌苔白厚腻，脉滑。

治法：化痰降气，健脾益气。

方药：苏子降气汤和三子养亲汤加减。

紫苏子10g，白芥子10g，莱菔子10g，葶苈子包煎10g，橘红6g，法半夏9g，前胡10g，茯苓10g。

加减：平时易感冒，合用玉屏风散以益气固表；因外感风寒诱发，加炙麻黄9g，荆芥9g以疏散风寒；痰多胸满不能平卧，加瓜蒌10g，合欢皮9g以泻肺化痰。

中成药：固本咳喘片，口服，1次4片，1日2次，可长期服用。

23痰热郁肺证

证候：咳嗽喘满，不能平卧，痰黄或白黏不易咳出，或身热口渴，大便干燥，舌苔黄或腻，脉弦或滑数。

治法：清热宣肺，化痰利水。

方药：麻杏石甘汤合五皮饮加减。

炙麻黄6g，杏仁10g，甘草3g，石膏先煎30g，桑白皮10g，陈皮6g，生姜皮6g，大腹皮10g，茯苓皮12g。

加减：唇干舌紫，加丹参12g，赤芍9g，川芎9g以活血通脉；痰多胸闷不能平卧，加葶苈子包煎9g，紫苏子12g，桔梗9g以降气化痰；发热痰黄，加鱼腥草15g，败酱草15g，栀子9g，金银花15g以清热化痰；尿少浮肿，加车前子包煎15g，泽泻9g，白茅根15g以利水消肿；痰热伤津，加天花粉15g，鲜芦根15g以养阴清热。

中成药：橘红丸，口服，1次12g，1日2次。

24气滞血瘀证

证候：喘急气促，胸胁闷胀，急躁易怒，唇甲青紫，舌红，苔薄黄，脉弦。

治法：活血化瘀，益气通阳。

方药：桃红四物汤加减。

桃仁10g，红花6g，当归10g，川芎10g，丹参15g，鸡血藤10g，生地黄6g，桔梗6g。

加减：痰稠色黄，加黄芩9g，瓜蒌15g以清热化痰；大便干结，加大黄后下6g以活血通腑；喘甚欲脱，加人参单煎15g以益气固脱。

25痰蒙神窍证

证候：嗜睡昏迷，喉中痰鸣，腹胀便秘，唇甲青紫，舌质紫暗，苔腻，脉滑。

治法：涤痰开窍醒神。

方药：涤痰汤送服安宫牛黄丸。

法半夏9g，胆南星6g，橘红6g，枳实10g，茯苓12g，人参单煎10g，石菖蒲5g，竹茹10g，甘草3g，生姜6g，大枣9g，煎汤送服安宫牛黄丸。

加减：腹胀便秘，加大黄后下6g，厚朴9g以通腑导滞；头昏眩晕，加菊花12g，石决明先煎30g，桑叶9g以清热平肝；痰浊壅盛，喉间痰鸣，加葶苈子包煎9g，射干9g，瓜蒌15g以降气化痰；唇甲发绀较重，加丹参12g，红花6g，桃仁9g以活血通脉；抽搐，加用羚角钩藤汤以清热息风，豁痰开窍。

中成药：清开灵注射液20~40ml加入5%的葡萄糖注射液500ml中，静脉滴注，1日2次，心功能衰竭者，控制滴速在每分钟30滴以内。

26阳虚水泛证

证候：面色灰暗，四肢厥冷，下肢水肿，小便短少，不能平卧，舌质淡胖，苔滑腻，脉沉细滑。

治法：温肾健脾，化湿利水。

方药：真武汤加减。

附子先煎10g，茯苓12g，白术10g，白芍10g，生姜6g。

加减：面唇发绀，加丹参12g，泽兰15g，红花6g以活血利水；咯痰不利，加海蛤壳先煎15g，胆南星6g，桔梗9g，竹茹9g以软坚化痰；浮肿甚，加车前子包煎9g，泽泻9g，牵牛子4g，沉香后下3g，大腹皮15g以利水消肿；喘甚，加炙麻黄9g，葶苈子包煎9g，白果6g以泻肺平喘；喘促较甚，加葶苈子包煎9g，紫苏子9g，射干9g以降气平喘。

27元阳欲脱证

证候：呼多吸少，气不接续，身寒肢冷，汗出如油，舌淡，脉沉细。

治法：回阳救逆，益气固脱。

方药：参附龙牡汤加减。

附子先煎10g，干姜6g，炙甘草6g，红参单煎10g，黄芪15g，龙骨先煎15g，牡蛎先煎15g。

加减：汗出多，加五味子6g以收敛止汗；神志不清，加服苏合香丸以开窍醒神；汗出如油如珠，加白芍9g，麦冬9g，浮小麦30g以敛阴止汗。

中成药：参附注射液20~100ml加入5%葡萄糖注射液中500ml，静脉滴注，1日2次，用于阳脱证；如汗出如油、脉细肢冷之阴脱者，可用生脉注射液20~60ml加入5%葡萄糖注射液中500ml，静脉滴注，1日2次。紧急情况下，也可用生脉注射液，静脉注射，1次4ml，观血压而定，可酌情连用。

3其他治法

31针灸

寒饮射肺证，取穴风门、风池、大椎、肺俞，针用泻法，加灸。

痰浊壅肺证，取穴中府、肺俞、太白、大椎、丰隆，针用泻法。足三里，针用补法，加灸。

痰热郁肺证，取穴肺俞、天突、尺泽、膻中、丰隆、合谷，针用泻法。

气滞血瘀证，取穴丰隆、足三里、膻中、曲池、中脘、膈俞、血海，针用平补平泻法。

痰蒙神窍证，取穴人中、十宣、百会，针用平补平泻法；寒痰，加中脘、气海、膻中、命门，针用补法，可加灸；热痰，加大椎、中府、曲池、十二井、中脘、丰隆，针用平补平泻法，忌灸。

阳虚水泛证，取穴步廊、神封、神藏、俞府、巨阙、膻中，针用补法；足三里、关元、命门，针用补法，加灸。

元阳欲脱证，取穴百会，灸神阙、关元、命门、气海等穴。

32穴位贴敷

321痰浊壅肺证：胆南星、白果研末等量，姜汁调敷肺俞、膈俞。

322痰热郁肺证：大黄、五倍子、牡蛎研末等量，醋调外敷肺俞、膈俞。

33熨法

331寒饮射肺证：生姜30g，附子9g，炒熨胸背。

332阳虚水泛证：花椒、吴茱萸、桂枝各1份，食盐2份，混合炒热，布包分熨神阙、肾俞、命门。

34推拿

341寒饮射肺证：直摩背部膀胱经，以透热为度；亦可用一指禅推法或按揉法取肺俞、膈俞，每穴2分钟。

342痰浊壅肺证：横擦左侧背部，以透热为度，又可按揉双侧尺泽、内关、足三里、丰隆，以酸胀为度，每穴1分钟。

ZYYXH/T722008

ZYYXH/T722008

## 支气管扩张

支气管扩张（bronchiectasis）是指由于感染、理化因素、免疫或遗传等原因所引起的支气管管壁肌肉和弹性支撑组织破坏，导致中等大小的支气管异常扩张和变形。本病为一种常见的慢性支气管化脓性疾病。临床表现为慢性咳嗽、大量脓痰、反复咯血，肺部同一部位反复感染，慢性感染中毒。晚期可并发肺纤维化、肺气肿、肺心病等。本病属于中医学的咳嗽、咯血、肺痈、肺痿等病证范畴。

1诊断依据

11临床表现

111病史：气管-支气管反复感染，逐渐加重病史。有反复慢性咳嗽、咯脓痰和咯血史。

112症状：急性发作时有发热、胸痛，脓痰明显增多，一日可达数百毫升，典型痰液静置后自上至下可分四层：泡沫、黏液、脓性物、坏死组织沉淀物。厌氧菌感染时痰有臭味，咳痰与体位改变有关。干性支气管扩张时仅有慢性反复咯血，或伴有少量咳痰。

113体征：早期、轻度或干性支气管扩张可无阳性体征。典型病变反复感染后患侧肺部有固定性湿性啰音，有时伴干啰音。慢性化脓性支气管扩张患者有杵状指、趾。合并阻塞性肺气肿、支气管周围肺纤维化、肺心病、心衰等并发症者，可以见到相应疾病的体征。

12理化检查

121血常规：继发感染可有白细胞计数和中性粒细胞比例增高，部分患者红细胞及血红蛋白减少。

122X线胸片：常无明显异常，早期轻症患者一侧或两侧下肺纹理局部增多、增粗、排列紊乱。疾病后期可有不规则环状透亮阴影或沿支气管分布的卷发状阴影，或呈蜂窝状，甚至有液平。

123胸部CT或高分辨CT（HRCT）检查：柱状扩张管壁增厚，呈双轨征或印戒征，并延伸至肺的周边，静脉曲张型扩张呈串珠状，囊状扩张表现为支气管显著扩张，成串或成簇囊样改变。

13诊断要点

典型的支气管扩张根据病史和临床表现即有诊断意义，但必须通过影像学检查确诊支气管扩张。

2辨证论治

21痰热壅肺证

证候：咳嗽痰多，咯吐黄白黏痰或脓性痰，痰中带血或痰血相间，血色鲜红，或有热腥味，或兼有发热口渴，胸闷，气急，乏力，失眠，纳呆，头晕，舌红苔黄或黄腻，脉数或滑数。

治法：清热泻肺，化痰止血。

方药：泻白散合泻心汤加减。

桑白皮9g，地骨皮9g，黄连6g，黄芩9g，大黄后下6g，金银花9g，连翘9g，石膏先煎24g，杏仁9g，仙鹤草9g，藕节炭9g。

加减：咯血量多，去仙鹤草，加侧柏叶9g，白茅根12g，牡丹皮9g，白及9g以凉血养肺止血；痰黄稠或痰液臭秽，加鱼腥草12g，金荞麦12g，浙贝母9g以清热解毒，化痰散结。

中成药：①复方鲜竹沥口服液，口服，1次10ml，1日3次；②云南白药，口服，1次025~05g，1日3次。

22肝火犯肺证

证候：气逆咳嗽，咳引胸胁，咳痰带血或咯血鲜红而量多，少量白黏痰，兼见口苦咽干，心烦易怒，情绪诱发，舌红苔薄白或薄黄，脉细弦。

治法：清肝宁肺，凉血止血。

方药：泻白散合黛蛤散加减。

桑白皮9g，地骨皮9g，青黛9g，海蛤粉冲服9g，黄芩9g，大黄6g，侧柏叶9g，大小蓟各9g，白茅根24g，栀子9g，牡丹皮9g。

加减：咳甚，加川贝粉冲服2g，枇杷叶9g，瓜蒌仁15g，海浮石先煎9g，竹茹9g以清肺止咳化痰；咯血较重，加白及粉冲服3g，三七粉冲服3g以止血。

中成药：①云南白药，口服，1次025~05g，1日3次；②加味逍遥散，口服，1次6g，1日2次。

23肺脾气虚证

证候：咳嗽声低，咯黄白黏痰，咯痰无力，兼见乏力，自汗，头晕，纳呆，怕冷，耳鸣，舌淡红苔薄白，脉滑。

治法：健脾益气，化痰止咳。

方药：六君子汤合三子养亲汤加减。

党参9g，白术9g，茯苓15g，陈皮9g，法半夏9g，紫苏子9g，莱菔子9g，白芥子9g，丹参9g，山楂9g。

加减：咯血量多，畏寒肢冷，加炮姜6g，艾叶9g，黄芪15g，山药15g以温中益气摄血；兼见气短喘息，咯痰无力，或头身水肿，加用金匮肾气丸以补肾纳气，温化寒饮；舌质紫暗，舌下青筋显露，舌苔浊腻，加地龙6g，桃仁9g，赤芍9g以涤痰祛瘀。

中成药：①人参健脾丸，口服，1次6g，1日2次；②玉屏风冲剂，冲服，1次5g，1日3次。

24气阴两虚证

证候：咳嗽，咯少量黄黏痰或脓痰，痰难咯出，咳血或痰中带血，兼见气急，自汗，盗汗，乏力懒言，口干苦，怕热，午后潮热，面部潮热，纳呆，烦躁，容易感冒，气短，舌红苔薄白，脉细数。

治法：养阴益气，清泄虚热。

方药：百合固金汤或生脉散加减。

百合9g，麦冬15g，川贝粉冲服2g，生地黄9g，玄参9g，白芍9g，知母9g，黄芩9g，太子参9g，五味子9g，白及9g，阿胶珠9g，旱莲草9g，青蒿后下9g。

加减：潮热甚，加地骨皮9g，白薇9g以清虚热退蒸；盗汗明显，加牡蛎先煎30g以养阴潜阳，加糯稻根须15g以滋阴敛汗；易感冒者，可加用玉屏风散以益气固表。

中成药：①百合固金丸，口服，1次6g，1日2次；②养阴清肺丸，口服，1次6g，1日2次。

3其他治法

31单方验方

三七粉3~5g，白及粉10g，混匀，口服，1次3g，1日2~3次，活血止血。

32针刺

取穴三阴交、孔最、肺俞、鱼际、列缺、尺泽。实证针用泻法，虚证针用补法。

ZYYXH/T732008

ZYYXH/T732008

## 慢性呼吸衰竭

慢性呼吸衰竭（chronic respiratory failure）是各种原因引起肺通气或换气功能严重障碍，导致缺氧或伴有二氧化碳潴留，从而引起一系列生理功能和代谢功能紊乱的临床综合征。本病多继发于慢性呼吸系统疾病，尤其是慢性阻塞性肺病（COPD）。本病起病徐缓，机体有一定的代偿能力，而一旦有呼吸道感染，加重呼吸功能负担，即可出现危重症状。本病属于中医学的“喘证”、“喘脱”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状

呼吸困难：中枢性呼吸衰竭表现为潮式、间歇式或抽泣样呼吸；呼吸器官病变引起的周围性呼吸衰竭，多伴有呼吸肌劳累，辅助呼吸肌参与呼吸，表现为点头或提肩呼吸。

紫绀：口唇、口腔黏膜出现紫绀。

精神神经症状：急性缺氧可出现精神错乱、躁狂、昏迷、抽搐等症状；慢性缺氧多有智力、定向功能障碍。

血液循环系统的症状：早期心率增快，血压升高。持续严重缺氧及二氧化碳潴留，可使血压下降，心律失常等。

消化和泌尿系统症状：严重呼吸衰竭可明显影响肝肾功能，血清谷丙转氨酶增加，血尿素氮升高，蛋白尿，尿中出现红细胞或管型。严重呼吸衰竭并能引起胃肠道黏膜充血，水肿，糜烂渗血等。

其他：呼吸衰竭患者常有球结膜水肿、瘀血及视乳头水肿、高黏血症等。

112体征：胸部体格检查，均可见肋间隙增宽，桶状胸，呼吸运动度减弱，叩诊呈过清音，听诊呼吸音减低，双肺干湿性啰音等。

12理化检查

121动脉血气分析：PaO2<8kPa（60mmHg）,PaCO2>666kPa（50mmHg），仅有PaO2降低为Ⅰ型呼吸衰竭；同时有PaO2降低、PaCO2升高为Ⅱ型呼吸衰竭。

122血常规：合并感染时血白细胞总数及中性粒细胞升高。

123X线胸片：为其原发病表现。

13诊断要点

131有呼吸系统慢性疾病或其他导致呼吸功能障碍的病史。

132有缺氧和CO2潴留的临床表现：低氧血症可有紫绀，呼吸困难，心率加快；严重者有表情淡漠，反应迟钝，或烦躁不安，嗜睡、昏迷等。CO2潴留的表现有头痛，白天嗜睡，夜间不眠，血压升高，多汗，判断力及记忆力下降等。

133多有慢性肺部疾病的体征，如桶状胸、呼吸音的改变和肺部啰音的出现。

134动脉血PaO2<8kPa（60mmHg）或伴有PaCO2>666kPa（50mmHg）。

2辨证论治

慢性呼吸衰竭是由肺、脾、肾、心、脑虚损，感受外邪而致，肺、脾、肾、心亏虚是其内因，痰、瘀、水、饮、毒为其病理因素。慢性呼吸衰竭多属本虚标实，虚实错杂。慢性呼吸衰竭应当急则治其标，缓则固其本，虚实夹杂当以标本兼治为原则，总以补虚固本为主。

21痰热壅肺证

证候：喘咳气涌，息促气急，鼻翼煽动，胸部胀满，痰多黏稠，色黄或加血丝，常有胸中灼热，身热汗出，口渴喜冷饮，面赤咽干，舌质红，苔黄或黄腻，脉滑数。

治法：清热化痰，肃肺平喘。

方药：清气化痰丸加减。

瓜蒌30g，杏仁9g，茯苓9g，枳实9g，黄芩9g，金荞麦15g，鱼腥草15ｇ，法半夏9g，陈皮9g，川贝粉冲服2g。

加减：身热甚，加石膏先煎30g，知母12g以清肺热；痰多黏稠，加海蛤粉冲服6g，胆南星6g以清化痰热；痰涌便秘，喘不能卧，加葶苈子包煎9g，大黄后下6g，芒硝冲服6g以涤痰通腑。

中成药：①复方鲜竹沥口服液，口服，1次10ml，1日2~3次；②清开灵注射液20~40ml加入09%氯化钠注射液中，静脉滴注，1日1次。

22痰浊闭窍证

证候：咳逆喘促，意识朦胧，神昏谵语，甚则昏迷抽搐，或伴痰鸣，舌质暗红或淡紫，脉滑数。

治法：涤痰开窍。

方药：菖蒲郁金汤加减。

石菖蒲15g，郁金9g，陈皮9g，茯苓15g，枳壳9g，天麻9g，龙骨先煎30g，牡蛎先煎30g，法半夏9g。

加减：痰浊壅盛，合三子养亲汤以降逆祛痰；热象不明显，加苏合香丸以芳香开窍；身热明显，加羚羊角粉冲服06g，栀子9g以清热凉血；大便秘结，舌苔黄腻，脉滑数，加大黄后下6g，芒硝冲服6ｇ以清热通腑。

中成药：①安宫牛黄丸，灌服或鼻饲，1次1丸，1日1~2次；②醒脑静注射液30~40ml加入09%氯化钠注射液中，静脉滴注，1日1次。

23痰瘀阻肺证

证候：呼吸不畅，喘促短气，喉间痰鸣如锯，胸憋胸闷，口唇青紫，或感咽喉不利，口干面红，舌质紫暗，或有瘀斑，舌下脉络瘀曲，苔白或黄腻，脉弦滑。

治法：涤痰祛瘀，降气平喘。

方药：三子养亲汤合血府逐瘀汤加减。

白芥子6g，紫苏子9g，莱菔子15g，生地黄9g，桃仁9g，红花9g，赤芍9g，枳壳9g，川芎9g，桔梗9g，郁金9g。

加减：兼有阴虚，加北沙参9g，玉竹9g以润肺生津；胸闷胸痛，合瓜蒌薤白半夏汤以通阳散结，行气祛痰；痰浊上犯，蒙蔽心窍，而致神昏谵语，甚至昏迷，以涤痰汤或苏合香丸涤痰开窍。

中成药：复方丹参注射液30~40ml加入09%生理盐水或5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

24阳虚喘脱证

证候：喘促日久，呼多吸少，心悸气短，动则喘促更甚，汗出肢冷，面青唇暗，精神疲惫，时有下肢或颜面水肿，舌质淡胖，苔白腻，脉沉弱无力。

治法：温阳固脱，纳气平喘。

方药：七味都气丸合真武汤加减。

人参单煎6g，熟地黄15g，山药15g，山茱萸12g，五味子6g，茯苓12g，泽泻9g，牡丹皮9g，附子先煎9g，白芍15g，白术12g，丹参15g。

加减：肺气虚，加黄芪15g以补益肺气；稍动则喘，加沉香后下4g，蛤蚧6g以下气平喘。

中成药：①珠贝定喘丸（牛黄、珍珠、川贝、肉桂、五味子等），口服，1次6粒，1日3次；②参附注射液20~100ml加入09%氯化钠注射液或5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

3其他治法

31单方验方

胡桃肉60g，补骨脂12g，砂仁后下3g，水煎服。治肺肾两虚久咳。

人参15g（党参用量加倍），煎水鼻饲，有改善呼吸衰竭患者通气作用。

32食疗

321胡桃肉30~60g，生姜3g。一起细细嚼服，每日早晚各1次，治肺肾两虚之久咳痰喘（慢支炎并肺胀）。

322紫河车1个，胡桃肉120g，洗净后入罐中煨煮，然后加冰糖120g，黄酒60ml，文火煨化，分数次食。治肾虚久咳。

33针刺

321体针：取穴足三里、人中、肺俞、会阴，中等强度刺激，反复施针。

322耳针：取穴脑、交感、肺、皮质下、肾等，先用毫针捻转数分钟，待病情缓解后再行单耳或双耳埋针24~48小时，隔日更换。

34穴位敷贴

用白芥子（炒）、甘遂、延胡索、细辛等药等量研面，用生姜汁调涂背部肺俞、心俞、膈俞穴位上，暑伏当天贴1次，二、三伏各贴1次，1次贴4~6小时，可改善咳、痰、喘症状。

ZYYXH/T742008

ZYYXH/T742008

## 特发性肺（间质）纤维化

特发性肺纤维化（idiopathic pulmonary fibrosis，IPF）是一种原因不明的、慢性进行性肺间质性病变，系自身免疫性疾病。其发病过程分为肺泡炎、肺实质损伤和修复（或纤维化），慢性炎症是其病理基础。按病程分为急性、亚急性和慢性。本病多为散发，多于50岁以后发病，起病隐匿。本病预后不良，呼吸困难出现后中期存活为4~6年，5年存活率为30%~50%。本病属于中医学的“肺痿”、“肺痹”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：起病隐袭，主要表现为干咳、进行性呼吸困难，活动后明显。少有肺外器官受累，但可出现全身症状，如疲倦、关节痛及体重下降等。

112体征：50%左右的患者出现杵状指（趾），多数患者双肺下部可闻及Velcro啰音。晚期出现发绀；偶可发生肺动脉高压、肺心病和右心功能不全等。

12理化检查

121X线胸片：常表现为网状或网状结节影伴肺容积减小。随着病情进展，可出现直径多在3~15mm大小的多发性囊状透光影（蜂窝肺）。

122高分辨CT（HRCT）：HRCT扫描有助于评估肺周边部、膈肌部、纵隔和支气管-血管束周围的异常改变，对IPF的诊断有重要价值。

123肺功能检查：典型肺功能改变为限制性通气功能障碍。单次呼吸法一氧化碳弥散（DLCO）降低，即在通气功能和肺容积正常时，DLCO也可降低。

124支气管肺泡灌洗液检查：支气管肺泡灌洗液检测的意义在于缩小间质性肺疾病（ILD）诊断范围，即排除其他肺疾病。

125组织病理学改变：开胸或胸腔镜肺活检的组织病理学呈寻常型间质性肺炎（UIP）改变。病变分布不均匀，以下肺为重，胸膜下、周边部小叶间隔周围的纤维化常见。

13诊断要点

131有外科肺活检资料：肺组织病理学表现为UIP特点；除外其他已知病因所致的间质性肺疾病，如药物、环境因素和风湿性疾病等所致的肺纤维化；肺功能异常，表现为限制性通气功能障碍或气体交换障碍；胸片和HRCT可见典型的异常影像。

132无外科肺活检资料（临床诊断）：缺乏肺活检资料原则上不能确诊IPF，但如患者免疫功能正常，且符合以下所有的主要诊断条件和至少3/4的次要诊断条件，可临床诊断IPF。

主要诊断条件：①除外已知原因的ILD，如某些药物毒性作用、职业环境接触史和风湿性疾病等；②肺功能表现异常，包括限制性通气功能障碍［肺活量（vital capacity，VC）减少，而FEV1∶FVC值正常或增加］或气体交换障碍［静态或运动时P（A-a）O2增加或DLCO降低］；③胸部HRCT表现为双肺网状改变，晚期出现蜂窝肺，可伴有极少量毛玻璃影；④经支气管肺活检或支气管肺泡灌洗液检查不支持其他疾病的诊断。

次要诊断条件：①年龄>50岁；②隐匿起病或无明确原因的进行性呼吸困难；③病程≥3个月；④双肺听诊可闻及吸气性Velcro啰音。

2辨证论治

本病发病隐袭，初起病位在肺，渐及脾、肾，终及于心。以虚为本，亦有本虚标实。其发展趋势多为由上及下，即由肺及于脾、肾；但亦可见由下及上者，即由脾肾上及于肺、心。由上及下者病呈渐进，由下及上者发展迅速，预后不佳。临床治疗首先应分清标本虚实。有风、湿、痰、热等邪气者，治疗以祛风除湿、清热化痰为法。渐致肺脾肾虚，治疗以益肺健脾补肾为主。由于气血闭阻滞贯穿于疾病的始终，故无论早期、晚期均兼以活血通络之法。

21燥热伤肺证

证候：胸闷气短，呼吸急促，动则加重，干咳少痰，或发热，汗出不畅，舌质暗红苔白或白腻，脉浮数。

治法：清肺润燥。

方药：桑杏汤加减。

桑叶9g，杏仁9g，牛蒡子9g，当归12g，生地黄15g，北沙参15g，淡豆豉9g，杏仁9g，紫菀15g，甘草9g。

加减：痰黏不易咯出，加浙贝母9g以化痰止咳；咳嗽重，加百部9g，白前9g以化痰宣肺止咳。

22痰浊阻肺证

证候：胸闷气短，动则加重，咳嗽，咯痰不爽，头晕，不思饮食，舌质暗红苔白腻或黄腻，脉濡数或滑数。

治法：健脾燥湿，化痰止咳。

方药：二陈汤加减。

法半夏9g，陈皮15g，茯苓15g，甘草9g，浙贝母9g，杏仁9g，紫苏子9g，厚朴9g。

加减：不发热而胸闷重，加郁金9g以理气解郁。

23气滞血瘀证

证候：胸闷胁胀，甚则疼痛，短气，动则加重，干咳少痰，口干苦，口干不欲饮，唇甲青紫，舌质暗红有瘀斑，苔白腻，脉沉细而涩或弦滑。

治法：理气活血。

方药：柴胡疏肝散加减。

柴胡9g，枳实9g，赤白芍各9g，茯苓18g，香附9g，川芎15g，当归9g，甘草9g。

24肺阴亏损证

证候：胸闷气短，动则加重，干咳少痰，甚则痰中带血，口干渴，咽干鼻燥，皮毛干枯，形体消瘦，大便秘结，舌红苔少，脉细虚数。

治法：养阴清热，润肺生津。

方药：清燥救肺汤加减。

人参单煎9g，石膏先煎15g，桑叶9g，北沙参15g，麦冬15g，生地黄15g，杏仁9g，枇杷叶9g，青黛9g，海蛤壳先煎15g，丹参9g，阿胶烊化9g，川贝粉冲服2g，甘草9g。

加减：燥热盛，酌加知母12g，天花粉15g，鱼腥草15g以清热润燥；阴液伤，加天冬9g，石斛9g，玉竹9g，玄参9g以润肺养阴，或选用百合固金汤加减。

25肺气虚寒证

证候：呼吸困难，气短，动则加重，咳唾涎沫，质清稀，形寒食少，口不渴，舌淡，脉虚弱。

治法：益气温阳。

方药：甘草干姜汤加减。

黄芪30g，桂枝12g，炙甘草15g，干姜9g，人参单煎9g，地龙9g。

加减：大便溏薄，加白术9g，茯苓12g以健脾益气；尿频，加益智仁12g，附子先煎6g以温肾固脾。

26肺肾两虚，阴阳俱损证

证候：喘促不得接续，动则加重，口燥咽干，心悸乏力，肢肿，唇甲紫暗，头晕目眩，舌质干红，脉沉细，或浮大无根。

治法：补肺益肾，纳气定喘。

方药：生脉饮合六味地黄丸加减，或金匮肾气丸。

熟地黄30g，山茱萸15g，山药15g，牡丹皮12g，茯苓12g，泽泻12g，牛膝15g，三棱9g，莪术9g，人参单煎9g，麦冬30g，五味子9g。

加减：偏阳虚，配用参蛤散以温补肾阳；偏阴虚，配用七味都气丸以滋阴纳气。

3其他治法

31拔罐

以背部脊柱两侧为拔罐的常用部位，留罐10~15分钟（夏季不要超过10分钟），在前次拔罐处出现的皮肤瘀血现象尚未消退之前，不宜在原处再拔罐。

32离子导入

直流电药物离子导入法，具有多种药物的治疗作用，可促使肾上腺皮质激素分泌量增多，刺激肾上腺皮质的功能，从而起到脱敏、抗炎、抑制免疫、抑制纤维化的作用。

ZYYXH/T752008

ZYYXH/T752008

## 胃食管反流病

胃食管反流病（gastro-esophageal reflux disease，GERD）是指胃或十二指肠内容物反流入食管导致的一系列慢性症状和食管黏膜损伤，包括非糜烂性反流性食管炎（NERD）、反流性食管炎（RE）以及其并发症如食管狭窄、出血、穿孔和Barrett食管（BE）。本病是食管抗反流防御机制下降和反流物对食管黏膜攻击作用的结果，一般预后良好。如出现BE，则合并食管腺癌比一般人群高30~50倍。本病属于中医学的“嘈杂”、“吐酸”、“胸痛”、“噎膈”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：烧心、反酸和胸骨后疼痛等。其他可有吞咽困难、咽部异物感、慢性咳嗽、声音嘶哑、喉炎、哮喘、肺纤维化、牙病、小儿发育迟缓等不典型表现。

112体征：一般无明显体征。有的患者仅在压胸骨后感到隐痛或剑突下轻度压痛。

12理化检查

121胃镜及病理：内镜检查是确定有无食管炎的主要方法，食管炎的严重程度常用洛杉矶分类法分级。

122上消化道X线钡餐检查：确定有无食管狭窄等并发症，并可协助诊断有无食管裂孔疝。

12324小时食管pH监测：可确定有无胃、十二指肠反流存在，正常食管pH<4的时间应小于6%，反流持续5分钟以上的次数≤3，反流持续最长时间为18分钟，超过此值即认为食管有酸暴露，怀疑有碱反流可用24小时胆汁监测仪进行监测。

124食管动力测定：正常人食管静息压为15~30mmHg（20~40kPa），如LES压力<6mmHg（08kPa）则提示LES功能不全。

125食管酸灌注试验：向食管内灌注01mmol/L的盐酸，如出现胸骨后灼痛则为阳性。

126质子泵抑制剂试验：如用奥美拉唑20mg，1日2次，治疗7日若患者的症状消失或显著好转，提示为明显酸相关疾病，在除外消化性溃疡等疾病后，可考虑GERD诊断。

13诊断要点

131具有典型的GERD症状，如明显的烧心、反酸和胸骨后疼痛等症状，胃镜检查有食管炎的表现即可诊断为RE。

131有典型的烧心、反酸等症状，结合上述理化检查如能排除其他疾病，且胃镜检查食管未见病变，但相关检查证实存在病理性胃－食管反流者，即可诊断NERD。

131当胃镜和病理学活检发现有明显柱状上皮化生或有杯状细胞存在时可诊断为BE。

2辨证论治

本病的病因病机为情志不畅，饮食不节，劳累过度等因素导致脾胃升降失调，胃失和降，胃气上逆。病位在胃，与肝脾关系密切。病性为虚实相兼，寒热错杂。

21肝胃不和证

证候：烧心，反酸，胸骨后或胃脘部疼痛，每因情志因素而发作，胃脘胀闷，连及两胁，胸闷喜太息，嗳气频频，大便不畅，舌质淡红，苔薄白，脉弦。

治法：疏肝解郁，和胃降逆。

方药：柴胡疏肝散合香苏散加减。

柴胡9g，白芍15g，川芎9g，香附9g，紫苏梗9g，陈皮9g，枳壳9g，旋覆花包煎9g，郁金9g，海螵蛸9g。

加减：胸骨后或胃脘部疼痛，加川楝子9g，延胡索9g以理气止痛；情绪抑郁，加合欢皮9g，绿萼梅6g以理气解郁；嗳气频频，加代赭石先煎9g，沉香后下3g以和胃降逆；脘腹胀满，加枳壳9g，厚朴9g，香橼皮9g以理气除胀。

中成药：①胃苏颗粒，口服，1次5g，1日3次；②气滞胃痛颗粒，口服，1次5g，1日3次。

22肝胃郁热证

证候：烧心，反酸，胸骨后或胃脘部烧灼样疼痛，心烦易怒，嘈杂不适，口干口苦，大便干结，舌红苔黄，脉弦或数。

治法：疏肝泄热，和胃降逆。

方药：化肝煎合左金丸加减。

牡丹皮9g，栀子9g，白芍15g，青皮6g，陈皮9g，法半夏9g，茯苓9g，浙贝母9g，黄连6g，吴茱萸3g，煅瓦楞子先煎15g。

加减：烧心明显，可加龙胆草9g，蒲公英15g以清热；泛酸嘈杂，加煅牡蛎先煎15g，海螵蛸15g以和胃；心烦易怒者，加连翘15g以清心。

中成药：加味左金丸，口服，1次6g，1日2次。

23气郁痰阻证

证候：吞咽不利，咽中如有物梗阻，每因情志不畅而加重，时有烧心反酸，嘈杂不适，时有咽痒咳嗽或有痰鸣气喘发作，食欲不振，大便不爽，舌淡苔薄白，脉弦或滑。

治法：理气化痰，和胃降逆。

方药：半夏厚朴汤加减。

姜半夏9g，厚朴9g，紫苏梗9g，陈皮9g，茯苓15g，白芍15g，香附9g，枳壳9g，煅瓦楞子先煎15g。

加减：痰郁化热，加竹茹9g，黄芩15g以清热化痰；呃逆明显，加旋覆花包煎15g，代赭石先煎15g以降逆；肝郁气滞明显，加郁金9g，绿萼梅9g，合欢皮9g以理气解郁；咽痒咳嗽，加桔梗9g，甘草6g，枇杷叶9g，浙贝母9g以利咽；痰鸣气喘发作，加用麻黄9g，杏仁9g，桑白皮15g以宣肺平喘。

中成药：①木香顺气丸，口服，1次6g，1日2~3次；②沉香顺气丸，口服，1次6g，1日2次。

24气滞血瘀证

证候：胸骨后或胃脘部刺痛，脘腹胀满，或有吐血黑便，偶有烧心反酸，嗳气不舒，形体消瘦，吞咽困难，舌质紫暗或有瘀斑，脉涩。

治法：理气活血，和胃降逆。

方药：丹参饮合失笑散加味。

丹参15g，檀香3g，砂仁后下3g，川楝子9g，延胡索9g，郁金9g，当归9g，茯苓15g，陈皮9g，法半夏9g，三七粉冲服3g等。

加减：疼痛较甚，加蒲黄包煎9g，五灵脂包煎9g以活血止痛；呕血便黑，加白及粉冲服3g，大黄粉冲服6g以止血；食欲不振，加鸡内金6g，莱菔子15g以下气健胃。

中成药：元胡止痛片，口服，1次4~6片，1日3次。

25胃阴亏虚证

证候：胸骨后或胃脘部隐痛，嘈杂烧心，口干咽燥，五心烦热，消瘦乏力，口渴不欲饮，大便干结，舌红少津，脉细数。

治法：养阴益胃，和中降逆。

方药：益胃汤合芍药甘草汤加减。

北沙参15g，生地黄15g，麦冬9g，玉竹9g，白芍15g，延胡索9g，茯苓15g，陈皮9g，法半夏9g，煅瓦楞子先煎15g，香橼皮9g，甘草6g等。

加减：大便秘结，加枳实9g，瓜蒌15g以理气润肠通便；口干苔少，加石斛15g，玉竹15g等以生津养液。

中成药：①养胃舒胶囊，口服，1次3粒，1日2次；②阴虚胃痛颗粒，口服，1次5g，1日3次。

26寒热错杂证

证候：胸骨后或胃脘部烧心反酸明显，胃痛隐隐，喜温喜按，空腹时胃脘痛甚，得食痛减，泛吐清水，食欲不振，神疲乏力，手足不温，大便溏薄，舌质红，苔白，脉虚弱。

治法：辛开苦降，和胃降逆。

方药：半夏泻心汤加减。

法半夏9g，黄连6g，黄芩9g，干姜9g，煅瓦楞子先煎15g，陈皮9g，茯苓15g，延胡索9g，枳实9g等。

加减：呕吐清水，加竹茹9g，生姜6g以化痰止呕；神疲乏力，大便溏薄，加砂仁后下3g，炒白扁豆9g，炒白术15g以健脾益气；畏寒肢冷，大便溏薄，加炒白扁豆9g，炒白术15g，炮姜9g以温中健脾。

3其他治法

31单方验方

珍珠层粉，1日6g，分4次口服，用于反流性食管炎。

锡类散03g，生肌散15g，早晚各1次，用于反流性食管炎。

海螵蛸85g，浙贝母15g，煅瓦楞子85g，甘草50g。共研细末，每服3~6g，1日3次，食前服，用于反酸烧心较著者。

32针刺

主穴膻中、内关、上脘、中脘、足三里。肝胃不和者，加太冲、行间；肝胃郁热者，加太冲、侠溪；气郁痰阻者，加丰隆、期门；寒热错杂者，加气海、关元；气滞血瘀者，加梁丘、血海；胃阴亏虚者，加三阴交、太溪。虚证针用补法，实证针用泻法，寒者加灸。

33推拿

可选脾俞、胃俞、三焦俞、气海、关元、中脘。选用推、揉、振、点、按等手法。

ZYYXH/T762008

ZYYXH/T762008

## 功能性消化不良

功能性消化不良（functional dyspepsia，FD）是指一组持续或反复发作的以中上腹部疼痛或不适（包括上腹部胀满或早饱、嗳气、恶心、呕吐等症状）为主要表现，经过内镜、影像学及生化检查除外可以解释其症状的器质性疾病的临床症候群。其发病原因可能与饮食习惯、精神因素等有关。发病机制不甚清楚，可能与胃运动障碍、胃电异常、胃窦及十二指肠移行性复合运动MMCⅢ期缺失、内脏神经敏感性增强、迷走神经功能异常、胃肠激素紊乱、幽门螺杆菌（Hp）感染、心理异常等有关。本病属于中医学的“痞满”、“胃脘痛”、“呕吐”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：患者常表现为中上腹疼痛、饱胀或不适，可伴有早饱、嗳气、恶心、呕吐。起病缓慢，病程较长。部分患者有饮食、精神等诱发因素。动力障碍型以上腹胀、不适、餐后早饱、嗳气为主要表现，餐后加重；溃疡型以上腹痛为主要表现，空腹加重；不定型可兼有之。

112体征：部分FD患者可有中上腹压痛，但绝大多数患者无特殊体征。

12理化检查

121胃镜及病理检查仅见慢性非活动性炎症，上消化道钡餐造影未见明显异常。B超未见肝胆胰脾等脏器有异常改变。

122胃动力检查：约有50%左右的FD患者存在胃动力过缓。

1221钡条胃排空：在试餐后一定时间X线摄片观察胃内存留的钡条数。目前认为，胃排空率在50%以上为正常，50%以下为胃动力延缓。

1222核素法：检查的主要指标如下：①T1/2：即排出50%试餐所需要的时间；②排出百分率：在某一时间占排出的百分比；③排空曲线的形态和延迟相的时限。目前认为，若T1/2=20~40分钟，胃排空正常；T1/2>40分钟，排空延迟；T1/2<20分钟，排空过快。

1223胃电图：餐后胃动力减弱或胃电节律紊乱。

13诊断要点

参照1999年世界胃肠疾病会议确定功能性消化不良的罗马Ⅱ标准，具体如下：

在过去的12个月内，间断或连续存在以下症状至少12周：①集中在上腹部的疼痛或不适包括上腹饱胀、早饱、嗳气、恶心、呕吐等；②缺乏可解释症状的器质性疾病存在的证据（包括上消化道内镜检查）；③无证据表明消化不良与排便有关，即非肠易激综合征。

功能性消化不良是根据主诉和排除了器质性疾病而诊断的，分为动力障碍型、溃疡型、不定型三种。在出现以下报警症状或体征时，一定要全面检查：①45岁以上；②消瘦，或近期体重明显下降；③近期有消化道出血或贫血史；④吞咽困难；⑤腹部包块；⑥发热；⑦黄疸。

2辨证论治

功能性消化不良主要的病因病机为外感六淫之邪、饮食不节、情志不调、劳倦过度等损伤脾胃或禀赋不足、脾胃虚弱，脾失健运，胃失和降，气机阻滞。临床主要症状为胃胀、胃痛、早饱、恶心、呕吐、反酸、嘈杂、嗳气、呃逆等。本病病位在胃，但与肝脾关系密切；病性为本虚标实，寒热错杂。以脾虚为本，以气滞、血瘀、食积、痰湿等邪实为标。

21脾虚气滞证

证候：胃部胀满或疼痛，餐后明显，胸脘不舒，反复发作，时轻时重，呃逆嗳气，气短乏力，大便稀溏，舌淡胖，苔白，脉象弦细。

治法：健脾益气，理气消胀。

方药：四君子汤合枳术丸加减。

党参12g，白术15g，茯苓15g，陈皮12g，青皮9g，厚朴12g，炒莱菔子15g，枳实12g，槟榔6g，炙甘草6g。

加减：脘腹胀痛明显，加延胡索12g，川楝子9g以和胃止痛；胸脘满闷甚，加瓜蒌皮15g，薤白9g以理气开胸；咽中有痰，加法半夏9g以化痰降逆。

中成药：①胃苏冲剂，口服，1次5g，1日3次；②气滞胃痛冲剂，口服，1次5g，1日3次；③健脾舒肝丸，口服，1次1丸，1日2次。

22脾虚痰阻证

证候：胃部胀满或疼痛，胸脘痞塞，满闷不舒，呃逆嗳气，头晕目眩，呕吐痰涎，大便黏滞不爽，身重倦怠，疲乏无力，舌苔白腻，脉象细滑。

治法：健脾益气，祛湿化痰。

方药：陈夏六君子汤加减。

党参12g，白术12g，茯苓15g，炙甘草6g，陈皮12g，法半夏9g，厚朴12g，炒莱菔子15g，焦三仙30g，胆南星9g。

加减：脘腹胀满甚，加枳实9g，紫苏子9g以下气除胀；胸脘满闷明显，加丹参15g，檀香5g，砂仁后下6g以理气活血；疲乏无力明显，加黄芪15g，黄精9g以滋阴养血；痰多，加紫苏子9g，白芥子3g以化痰。

中成药：①香砂养胃丸，口服，1次6g，1日3次；②香砂和胃丸，口服，1次6g，1日3次；③藿香正气水或口服液，口服，1次1支，1日3次。

23肝胃不和证

证候：胃部胀满或疼痛，痞塞不舒，纳少泛恶，心烦易怒，两胁作胀，善太息，舌苔薄白，脉弦。

治法：疏肝解郁，理气和胃。

方药：柴胡舒肝散加减。

柴胡12g，半夏6g，白芍12g，枳壳12g，香附9g，川芎12g，甘草6g等。

加减：苔腻湿甚，加茯苓15g，薏苡仁12g以化湿；胸脘满闷甚，加厚朴9g，槟榔9g以行气；气郁化火，口苦心烦轻，加栀子9g，黄芩15g；重者加龙胆草9g，川楝子6g以清火；痰多者，加陈皮12g，茯苓15g以化痰。

中成药：①越鞠丸，冲服，1次6g，1日3次；②气滞胃痛冲剂，冲服，1次5g，1日3次；③胃苏冲剂，冲服，1次5g，1日3次。

24脾胃湿热证

证候：胃脘痞满，食少纳呆，口干不欲饮，口苦心烦，身重困倦，大便不爽，小便赤黄，舌红，苔黄腻，脉滑数。

治法：健脾和胃，清化湿热。

方药：清中汤加减。

陈皮12g，半夏9g，茯苓15g，栀子9g，黄连6g，豆蔻后下12g，甘草6g。

加减：胃胀明显，加槟榔9g，厚朴12g以消胀；嗳气呃逆明显，加紫苏梗12g，丁香6g，柿蒂9g以降逆；心烦易怒，加香附12g，栀子9g以清心；舌苔厚腻，加广藿香9g，佩兰12g以芳香化湿；胸脘满闷甚，加瓜蒌15g，枳壳12g以行气化痰；恶心呕吐，加竹茹9g，旋覆花包煎9g以止呕。

中成药：①肠胃康，口服，1次1袋，1日3次；②龙胆泻肝丸，口服，1次6g，1日3次；③藿香正气水或口服液，口服，1次1支，1日3次。

25饮食积滞证

证候：胃脘痞满，胀痛不舒，嗳腐吞酸，恶心呕吐，吐后症轻，矢气臭秽，舌苔垢腻，脉细弦滑。

治法：消积导滞，和胃降逆。

方药：枳实导滞汤加减。

枳实15g，大黄9g，白术15g，焦三仙30g，茯苓15g，陈皮12g，半夏曲9g，炒莱菔子15g，鸡内金9g，厚朴12g。

加减：胃胀明显，加槟榔9g，紫苏梗9g以行气消胀；厌食明显，加杏仁9g，砂仁后下6g以开胃；呕吐明显，加旋覆花包煎15g，代赭石先煎15g以降逆止呕；腹胀便秘，加芒硝冲服12g，火麻仁15g以润肠通便；舌苔厚腻，加苍术12g，茯苓15g以除湿化痰。

中成药：①加味保和丸，口服，1次6g，1日2次；②健胃消食片，口服，1次3片，1日3次；③大山楂丸，口服，1次1丸，1日3次。

26寒热错杂证

证候：胃脘痞满，灼热不舒，喜进冷饮，嘈杂反酸，口干口苦，心烦躁热，畏寒肢冷，肠鸣便溏，舌淡，苔黄，脉沉细数。

治法：寒热并用，和中消痞。

方药：半夏泻心汤加减。

法半夏9g，黄芩15g，干姜9g，黄连6g，吴茱萸3g，太子参12g，煅瓦楞子先煎15g，海螵蛸15g，制大黄3g，陈皮12g。

加减：胃中灼热明显，加知母9g，黄柏9g以清热；嘈杂泛酸明显，加煅龙骨先煎15g，煅牡蛎先煎15g，煅石膏先煎15g以和胃；脘痞腹胀较甚，加枳壳12g，厚朴12g以理气消胀；呕吐明显，加旋覆花包煎12g，代赭石先煎15g以降逆止呕；畏寒腹痛，加附子先煎9g以温中；脘闷纳差，加神曲9g，焦山楂9g以助运化。

27脾胃虚寒证

证候：胃脘痞满或隐痛，喜温喜按，食后加重，畏寒肢冷，食少纳呆，神疲乏力，肠鸣便溏，遇冷加重，舌淡胖，苔白，脉沉迟。

治法：健脾益气，温中散寒。

方药：黄芪建中汤加减。

黄芪30g，桂枝9g，生姜9g，炒白芍15g，大枣9g。

加减：胃中寒冷明显，加附子先煎6g，干姜9g以温中；泛吐清水，去生姜加干姜9g，半夏9g以化痰；腰膝酸软，形寒肢冷，五更泄泻，加附子先煎6g，肉桂3g，巴戟天3g以温肾助阳。

中成药：①附子理中丸，口服，1次1丸，1日2次；②虚寒胃痛冲剂，冲服，1次5g，1日3次；③温胃舒胶囊，口服，1次4粒，1日3次。

3其他治法

31单方验方

311乌贝散：海螵蛸，浙贝粉等分研细末，口服，1次3g。研末，分2次服。或水煎服。适用于泛酸及胃痛明显者。

312半夏9g，茯苓12g，生姜9g。水煎服。适用于呕吐明显者。

313豆蔻6g，肉桂15g。共研细面，口服，一次冲服。适用于腹胀明显者。

314香附9g，郁金9g，甘草3g。水煎服。适用于胃痛气滞明显者。

32针刺

主穴：中脘、足三里、公孙、内关。脾虚气滞者，加脾俞、胃俞，针用补法，期门、太冲，针用泻法；痰阻者，加丰隆，针用泻法；饮食积滞者，加梁门、建里，针用补法；脾胃虚寒者，加神阙、气海、脾俞、胃俞，针用补法。

33热熨

可用理疗仪局部照射胃脘部，或用盐炒热布包后热熨中脘、神阙、气海穴。

ZYYXH/T772008

ZYYXH/T772008

## 慢 性 胃 炎

慢性胃炎（chronicgastritis，CG）系指不同病因所引起的胃黏膜的慢性炎症性病变。本病的病因和发病机制尚不完全清楚，可能是多种因素综合作用的结果。已知幽门螺杆菌（Hp）感染与慢性胃炎关系密切，其他如酗酒、吸烟、十二指肠液反流、自身免疫、药物及饮食因素等也可引起慢性胃炎。慢性胃炎分类方法很多，我国目前一般分为浅表性胃炎（非萎缩性胃炎）和萎缩性胃炎两大类。伴有中重度肠上皮化生及不典型增生者称为癌前病变，与胃癌发生有明显的关系。本病属于中医学的“胃脘痛”、“痞满”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：慢性胃炎缺乏特异性的临床表现，多数表现为上胃肠道的消化不良症状，如上腹部饱胀、无规律的隐痛、嗳气、胃灼热感、食欲减退、进食后上腹部不适加重等，少数患者可伴有乏力及体重减轻等全身症状。伴有胃黏膜糜烂时，大便潜血可呈阳性，呕血和黑便较为少见。部分患者可无症状。

112体征：大多无明显体征，有时可有上腹部轻度压痛或按之不适感。少数患者伴有消瘦、贫血。

12理化检查

浅表性胃炎胃镜所见：①充血性红斑：呈斑片状、斑点状或条状，斑点状充血黏膜与正常黏膜相间出现最为常见，如麻疹患儿的皮肤，内镜描述为红白相间；②黏膜水肿：黏膜肿胀，柔软而湿润，反光度增强，黏膜皱襞增厚，胃小凹结构明显，水肿黏膜较正常苍白；③附着性黏液：附着性黏液由破坏的黏膜组织、炎性渗出物和黏液组成，附着在黏膜上不易剥脱、脱落后黏膜表面常发红或有糜烂；④糜烂和出血：黏膜外的出血如渗血常伴有糜烂，黏膜内的出血可分为陈旧出血和新鲜出血，出血是炎症较重的表现。

萎缩性胃炎胃镜所见：①黏膜颜色改变：多呈灰、灰白或灰黄色，同一部位深浅可不一致，境界常不清，范围或大或小，萎缩范围内也可能残留红色小斑；②黏膜下血管显露：轻者为暗红色的细小血管网，重者可见蓝色的树枝状的大血管；③黏膜皱襞细小或消失；④增生或肠腺化生：黏膜粗糙或呈颗粒状或结节状改变，黏膜下血管显露特征可被掩盖。

13病理组织学诊断

参照全国慢性胃炎研讨会共识意见。

131活检取材：用于临床，建议取2~3块（胃窦小弯1块及胃体小弯1块，或大弯加取1块）,用于研究取5块（胃窦2块取自距幽门2~3cm处的大弯和小弯；胃体2块取自距贲门8cm处的大弯和小弯，约距胃角近侧4cm；胃角1块）。内镜医师应向病理科提供取材部位、内镜所见和简要病史等资料,以加强临床和病理的联系,取得更多反馈信息。

132关于组织学变化的程度分级：对5种形态学变量（Hp、慢性炎症、活动性、萎缩和肠化生）要分级,分成无、轻度、中度和重度4级。如有异型增生要注明,并分轻度、中度和重度3级。分级方法采用我国制定标准,与悉尼系统的直观模拟评分法（visual analogue scale）并用。

133病理诊断报告：诊断要包括部位特征和形态学变化程度,有病因可见的要报告病因，病理要报告每块活检的组织学变化情况,结合内镜所见及活检取材部位作出诊断。

14Hp检测

用于检测Hp的方法有多种，临床常用的方法有5种:①快速尿素酶法；②组织切片染色；③细菌培养；④尿素呼吸试验（13C或14C-尿素呼气试验）；⑤血清抗体测定。其他还有一些方法，尚未被临床广泛应用。前三种方法均须通过胃镜取胃黏膜活检进行检测，属有创性检查，后两种方法属无创性检查。前四种方法检测阳性提示有Hp的现症感染，常用于诊断有无Hp现症感染及治疗后疗效评价；而血清抗体测定阳性提示既有可能是现症感染，也有可能是既往曾经感染，多用于流行病学的研究，调查在Hp人群中的感染率，而不宜用于诊断有无Hp现症感染及治疗后疗效评价。

15诊断要点

151病史、体检：评估胃炎对人体的影响程度:消化不良症状的有无、严重程度；找出可能的病因或诱因:药物、酒精、胃十二指肠反流。

152内镜

镜下分类：慢性胃炎分为浅表性胃炎（又称非萎缩性胃炎）和萎缩性胃炎。如同时存在平坦糜烂、隆起糜烂或胆汁反流，则诊断为浅表性或萎缩性胃炎伴糜烂或伴胆汁反流。

病变分布及范围：胃窦、胃体、全胃。

诊断依据：浅表性胃炎：红斑（点、片、条状），黏膜粗糙不平，出血点或斑；萎缩性胃炎：黏膜呈颗粒状，黏膜血管显露，色泽灰暗，皱襞细小。

活检取材：见“病理组织学诊断”项。

诊断书写格式：除表明胃炎类型、分布范围外，对病因也尽可能加以描述。

如浅表性胃炎伴糜烂、胃窦为主、Hp阳性。

2辨证论治

本病辨证应分清缓急、寒热、虚实、气血及所涉及的脏腑。慢性胃炎虽多呈慢性起病，但病程中可有急性加重。急性起病或加重者，多因外感寒邪，或恣食生冷，或暴饮暴食；起病渐发者，常由肝郁气滞，或脾胃虚弱。

21肝气犯胃证

证候：胃脘胀痛，痛连胁背，嗳气痛轻，气怒痛重，胸脘痞闷，嘈杂吞酸，排便不畅，善喜叹息，舌边红苔白，脉沉弦。

治法：疏肝理气，和胃止痛。

方药：四逆散合金铃子散加减。

醋柴胡12g，炒白芍15g，枳壳12g，甘草6g，延胡索12g，炒川楝子9g。

加减：胃部灼热，嘈杂泛酸，加黄连6g，吴茱萸3g，海螵蛸15g以清胃；不思饮食，脘胁胀满，加茯苓12g，白术12g，陈皮6g以健脾；嗳气呃逆，加旋覆花包煎6g，代赭石先煎24g以降逆；胃酸多，加海螵蛸30g，煅瓦楞子先煎30g以制酸。

中成药：①气滞胃痛冲剂，冲服，1次5g，1日3次；②胃苏冲剂，冲服，1次5g，1日3次。

22寒邪客胃证

证候：胃凉暴痛，遇冷痛重，纳呆喜热，口淡乏味，或有寒热表证，泛吐清水，大便稀溏，小便清长，舌淡苔白，脉弦紧。

治法：温胃散寒，理气止痛。

方药：良附丸合香苏饮加减。

高良姜6g，香附9g，紫苏12g，荆芥穗9g，生姜6g，厚朴12g。

加减：恶寒发热，头痛身痛，加防风9g，白芷9g，淡豆豉9g以发汗解表；兼夹食滞，加枳实12g，炒莱菔子15g，焦三仙30g，鸡内金12g以行滞消食；胃寒轻症，可予生姜红糖汤。

中成药：胃气止痛丸，口服，1次6g，1日3次。

23饮食伤胃证

证候：伤食胃痛，脘腹饱胀，厌食拒按，嗳腐酸臭，恶心欲吐，吐后症轻，大便不爽，矢气酸臭，舌苔厚腻，脉弦滑。

治法：消食导滞，下气宽中。

方药：枳实导滞丸合保和丸加减。

枳实12g，炒莱菔子15g，大黄后下6g，焦三仙各12g，鸡内金12g，厚朴9g，半夏曲12g。

加减：恶寒发热，加广藿香12g，紫苏叶9g，荆芥穗9g以解表；呕恶呃逆，加橘皮6g，生姜3g，姜半夏9g，旋覆花包煎6g以降逆。

中成药：①加味保和丸，口服，1次6g，1日3次；②越鞠保和丸，口服，1次6g，1日3次。

24湿热阻胃证

证候：胃脘热痛，胸脘痞满，口苦口黏，头身重着，纳呆嘈杂，肛门灼热，大便不爽，小便不利，舌苔黄腻，脉滑数。

治法：清化湿热，理气和胃。

方药：连朴饮加减。

黄连6g，黄芩9g，厚朴12g，栀子9g，法半夏9g，广藿香12g，陈皮9g，茯苓12g，滑石9g。

加减：湿重，加薏苡仁15g，佩兰12g，荷叶9g以化湿。

中成药：肠胃康冲剂，冲服，1次1包，1日3次。

25瘀血停胃证

证候：胃痛如割，痛久拒按，痛处不移，呕血黑便，入夜痛甚，痛彻胸背，食后痛重，舌底脉络紫暗，舌质暗红或有瘀斑，脉弦涩。

治法：活血化瘀，理气和胃。

方药：丹参饮合失笑散加减。

丹参15g，蒲黄包煎9g，炒五灵脂包煎9g，砂仁后下6g，檀香45g，三七粉冲服3g。

26脾胃虚寒证

证候：胃凉隐痛，喜按喜热，纳少便溏，畏寒肢冷，得食痛减，遇冷痛重，餐后饱胀，口淡流涎，舌淡有齿痕，舌苔薄白，脉沉细迟。

治法：益气健脾，温胃止痛。

方药：黄芪建中汤合理中汤加减。

炙黄芪15g，党参12g，炒白术12g，桂枝9g，白芍15g，干姜6，延胡索12g，大枣6g，炙甘草6g。

加减：泛吐清水痰涎，加陈皮6g，姜半夏9g，茯苓12g以温化痰饮；兼嘈杂泛酸，加海螵蛸15g，煅瓦楞子先煎15g，吴茱萸3g以温中和胃；脾阳虚甚，加附子先煎9g，去桂枝改用肉桂6g以温脾助阳。

中成药：①理中丸，口服，1次9g，1日2次；②温胃舒胶囊，口服，1次4粒，1日2次。

27胃阴亏虚证

证候：胃热隐痛，口干舌燥，大便干燥，手足心热，纳呆干呕，空腹症重，似饥不食，舌红少津，裂纹无苔，脉细数。

治法：养阴生津，益胃止痛。

方药：益胃汤合芍药甘草汤加减。

北沙参15g，麦冬9g，生地黄15g，玉竹9g，白芍30g，川楝子9g，佛手9g，甘草6g等。

加减：灼痛嘈杂反酸，加黄连6g，少佐吴茱萸1g以辛开苦降；肝火伤阴，加牡丹皮9g，栀子9g，石斛15g以养阴清火；阴虚伴有气郁者，以一贯煎加减治之。

中成药：养胃舒胶囊，口服，1次4粒，1日2次。

3其他治法

31单方验方

311海螵蛸、浙贝母等分研细末，口服，1次3g，适用于胃脘痛泛酸明显者。

312香附6g，高良姜3g，水煎服，适用于胃脘痛寒凝证和气滞证。

313三七粉3g，延胡索粉2g，沉香粉1g，分1~2次冲服，适用于胃脘痛气滞血瘀证。

32针刺

321体针：主穴中脘、内关、足三里、公孙。肝气犯胃者，加期门、太冲；寒邪客胃者，加神阙、梁丘；饮食伤胃者，加梁门、建里；湿热阻胃者，加内庭、厉兑；瘀血停胃者，加膈俞、血海；脾胃虚寒者，加神阙、气海、脾俞、胃俞；胃阴亏虚者，加胃俞、太溪、三阴交。实证针用泻法，虚证针用补法。寒邪客胃和脾胃虚寒者，加灸。

323耳针：取穴神门、胃、交感、十二指肠、肝、脾。每次选用3~5穴，毫针轻中度刺激，也可用王不留行贴压。

33推拿

用拇指在患者中脘穴、内关穴、足三里穴和至阳穴重压揉按，用力由轻至重，由重到轻，直至胃脘痛缓解后再按压5分钟。适用于胃脘痛诸证。

34刮痧

在患者上脘、中脘、下脘部和胸骨柄及脊椎两侧，用75%酒精消毒后，用汤匙或牛角梳由上往下刮动，重复20~30次，用力适度，以皮肤出现紫红色皮下出血点为度。适用于胃脘痛实证、热证。

35熨敷

食盐适量炒热，乘热敷熨胃痛部位，民间用治胃寒作痛。

ZYYXH/T782008

ZYYXH/T782008

## 消化性溃疡

消化性溃疡（peptic ulcer，PU）是指胃肠黏膜被胃液消化形成的溃疡，可发生于食管、胃、十二指肠、胃空肠吻合口和含有胃黏膜的梅克尔（Meckel）憩室，一般指发生在胃和十二指肠的慢性溃疡。其形成和发展与酸性胃液和胃蛋白酶的消化作用、幽门螺杆菌（Hp）感染、非甾体抗炎药，以及神经系统和内分泌功能紊乱等有密切关系。本病的主要临床表现是长期周期性发作，并有明显节律性的上腹部疼痛，可伴有泛酸、流涎、恶心、呕吐、嗳气等，还可并发出血、穿孔及幽门梗阻，常与胃炎并存。本病属于中医学的“胃脘痛”、“泛酸”、“嘈杂”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：上腹部疼痛是溃疡病最常见的症状之一，常呈节律性、周期性和长期性的特点，每年春秋季节变化时易发病。疼痛的性质常为空腹痛、隐痛、灼痛、胀痛。胃溃疡疼痛发生于进餐半小时后，至下餐前缓解。如发生在幽门管的溃疡则上腹痛的节律性不明显。十二指肠溃疡疼痛为空腹痛、半夜痛，进食后可以缓解。发生在十二指肠球部以下的球后溃疡，多表现为夜间痛及背部放射痛。胃溃疡的疼痛部位在上腹部偏左，十二指肠溃疡在上腹部或偏右，后壁穿透性溃疡疼痛可放射至背部7~12胸椎区。消化性溃疡的发作可伴有嗳气、烧心、反酸、恶心、呕吐等症状。9％~25％的患者，尤其是老年人常无上腹部疼痛等典型症状，而是以上消化道出血或急性穿孔等并发症为首发症状就诊。

112体征：溃疡病在缓解期体征可不明显，病情发作期可有上腹部压痛，多和溃疡存在部位相一致，如胃溃疡的压痛多在剑突下左方，幽门前区溃疡多在上腹正中或稍偏右，十二指肠溃疡压痛偏右上腹。

12理化检查

121胃镜检查：是确诊消化性溃疡的主要方法。

122X线钡餐检查：气钡双层造影可以显示X线的直接征象和间接征象。龛影是直接征象，有诊断意义。

123幽门螺杆菌检测：按检测方法分为侵入性和非侵入性两大类。前者需通过胃镜检查取胃黏膜活组织进行检测，主要包括快速尿素酶试验、组织学检查、幽门螺杆菌培养和聚合酶链反应等；后者主要有13C或14C尿素呼气试验、粪便幽门螺杆菌抗原检测及血清学检查。

124隐血检查：经3天素食后，如粪便隐血阳性，提示溃疡有活动性。

125胃液分析和血清胃泌素测定：一般作为胃泌素瘤的鉴别诊断之用。

13诊断要点

131长期反复发作的周期性、节律性的上腹部疼痛，应用制酸和碱性药物可缓解。

132上腹部有局限性压痛。

133胃镜检查：可见到溃疡。

134X线钡餐造影：见溃疡龛影。

2辨证论治

本病主要是由于七情刺激，肝失疏泄，木横克土，肝胃不和，气滞血瘀，或饮食不节，劳倦内伤，病久不愈，脾胃虚弱，气血失调而成。基本病机是胃失和降，气机郁滞，不通则痛。病位在胃，与肝脾密切相关。病性分寒、热，或寒热错杂；虚、实，或虚实夹杂。

21肝胃不和证

证候：胃脘胀痛，连及两胁，遇情志不遂加重，嗳气或矢气则舒，嘈杂泛酸，口苦，胸闷食少，性急易怒，喜叹息，舌苔薄白，脉弦。

治法：疏肝理气，和胃止痛。

方药：四逆散、柴胡疏肝饮加减。

柴胡6g，枳实9g，炒白芍15g，陈皮9g，香附9g，佛手9g，法半夏9g，海螵蛸15g，炙甘草3g。

加减：疼痛较甚，加延胡索9g以行气止痛；嗳气较多，加代赭石先煎30g，旋覆花包煎9g以降逆；气滞血瘀，加失笑散包煎以行气活血。

中成药：①气滞胃痛冲剂，冲服，1次5g，1日3次；②胃苏冲剂，冲服，1次5g，1日3次。

22肝胃郁热证

证候：胃脘灼痛，痛势急迫，泛酸嘈杂，口干口苦，喜冷饮，情绪烦躁易怒，大便干结，舌质红，苔黄，脉弦或弦数。

治法：清泄郁热，理气和中。

方药：化肝煎合左金丸加减。

牡丹皮9g，栀子9g，蒲公英15g，浙贝母9g，青皮9g，陈皮9g，黄连3g，吴茱萸05g，白芍15g，香橼9g，甘草3g。

加减：泛酸，加海螵蛸15g，煅瓦楞子先煎30g以和胃制酸；痛势较剧，加川楝子9g，延胡索9g以行气止痛；郁热伤阴，口干口渴，加芦根30g，麦冬15g以清热生津；热伤血络，呕血或便血，加地榆15g，仙鹤草15g以凉血止血。

中成药：①四方胃片，口服，1次3片，1日2~3次；②健胃愈疡片，口服，1次4~5片，1日4次。

23脾胃虚寒证

证候：胃脘隐痛，喜温喜按，每遇冷或劳累易发作和加重，空腹痛重，得食痛减，食后腹胀，泛吐清水，畏寒肢冷，倦怠乏力，神疲懒言，大便溏薄，舌质淡嫩，边有齿印，苔薄白，脉细弱或沉细。

治法：温中健脾，缓急止痛。

方药：黄芪建中汤合理中丸加减。

炙黄芪15g，桂枝9g，白芍18g，干姜6g，大枣12g，麦芽15g，党参15g，白术9g，佛手9g，木香6g，炙甘草6g。

加减：泛酸，加海螵蛸15g，白及9g以和胃制酸；纳呆，嗳腐，加神曲15g，鸡内金9g以助运消食；寒凝气滞，加高良姜9g，香附9g以温中行气。

中成药：①安中片，口服，1次4~6片，1日3次；②安胃疡胶囊，口服，1次04g，1日4次。

24脾胃湿热证

证候：胃脘疼痛，痞胀不适，纳谷不香，恶心欲吐，口苦口黏，口干不欲饮，肢重困倦，小便黄，大便溏而不爽，舌质红，苔黄腻，脉滑或滑数。

治法：清热化湿，运脾和中。

方药：王氏连朴饮合半夏泻心汤加减。

黄连3g，黄芩9g，炒栀子9g，芦根30g，炒薏苡仁15g，冬瓜仁15g，厚朴9g，枳壳9g，陈皮9g。

加减：湿重于热，加苍术9g，石菖蒲9g，豆蔻后下3g以芳香化湿；纳呆少食，加炒神曲15g以助运消食；兼有脾胃虚寒，加干姜6g，党参15g以温中健脾。

中成药：①肠胃康冲剂，冲服，1次1包，1日3次；②溃疡宁胶囊，口服，1次3粒，每晚睡前服。

25胃阴不足证

证候：胃脘隐隐灼痛，空腹时加重，嘈杂，似饥而不欲食，口干舌燥而不欲饮，大便干结，手足心热，舌红少津、有裂纹，少苔或花剥苔，脉细数。

治法：养阴和中，益胃生津。

方药：益胃汤合一贯煎加减。

北沙参15g，麦冬15g，生地黄15g，玉竹15g，石斛15g，枸杞子9g，川楝子9g，白芍15g，炙甘草3g。

加减：脘腹作胀，加佛手9g，绿萼梅6g以行气消胀；纳谷不馨，加炒谷芽15g，炒麦芽15g以健脾消食；嘈杂似饥，加牡蛎先煎30g，黄连1g以清热和胃。

中成药：①阴虚胃痛片，口服，1次6片，1日3次；②胃乐宁，口服，1次4片，1日3次。

26胃络瘀阻证

证候：胃脘刺痛，痛处不移，入夜尤甚，胃痛剧烈，可痛彻胸背，肢冷，汗出，有呕血或黑便史，舌质紫暗或有瘀点、瘀斑，脉弦或涩。

治法：活血化瘀，通络止痛。

方药：失笑散合丹参饮加减。

五灵脂包煎9g，蒲黄包煎9g，丹参15g，砂仁后下3g，檀香3g，赤芍15g，桃仁9g，红花6g，川芎9g，当归9g，延胡索9g，三七粉分两次冲服6g，煅瓦楞子先煎30g。

加减：胃脘作胀，加莪术9g，焦山楂15g以行气消食；舌红苔少，口干，加生地黄15g，玉竹15g以清热养阴；神疲乏力，脉细弱，加黄芪15g以益气扶正。

中成药：①荜铃胃痛冲剂，冲服，1次1包，1日3次；②复方三七胃痛胶囊，口服，1次3~4粒，1日3次。

3其他治法

31单方验方

311珍珠层粉，1日6g，分4次口服，6周为1疗程。

312锡类散，口服，1次15g，早晚空腹时各服1次，1月为1疗程。

313乌芍散（海螵蛸、白芍各等分），口服，1次9g，1日3次。

314溃疡散（海螵蛸60g，川贝母30g，白及60g，甘草30g，延胡索30g，蛋黄粉90g，诸药共为细粉），口服，开始用1次3g，1日3次；随症状减轻，改为1次3g，1日1次，饭前空腹服。

32针刺

主穴中脘、足三里、内关、胃俞、脾俞。肝胃不和者，加肝俞、期门、梁门、梁丘、阳陵泉，针用泻法；脾胃虚弱者，加章门，针用补法；胃阴不足者，加三阴交、太溪，针用补法；瘀血阻络者，加肝俞、期门、三阴交。

33灸法

取穴中脘、足三里、神阙，温和灸，每日1次，适用于虚寒性胃痛。

ZYYXH/T792008

ZYYXH/T792008

## 胃下垂

胃下垂（gastroptosis）是指站立时胃的下缘达盆腔，胃小弯角切迹低于髂嵴连线的病症。多发生在瘦长体形、久病体弱、长期卧床少动者，常伴有其他脏器下垂。凡能造成膈肌下降的因素如膈肌活动力降低，腹腔压力降低，腹肌收缩力减弱，与胃连接的韧带过于松弛等均可导致胃下垂。本病一般预后较好，个别患者因体质、慢性疾病影响及治疗不及时可发生胃扩张、胃扭转等。本病属于中医学的“痞满”、“胃脘痛”、“胃缓”等病证范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：轻度胃下垂患者多无明显症状。中度以上胃下垂患者则表现为不同程度的上腹部饱胀感，食后尤甚，并可见嗳气、厌食、便秘、腹痛等症状。腹胀可于餐后、站立过久和劳累后加重，平卧时减轻。此外，患者常有消瘦、乏力、低血压、心悸和眩晕等表现。

112体征：肋下角常小于90°。站立时由于胃下垂，上腹部常可触及较明显的腹主动脉搏动。部分患者可有上腹轻压痛，压痛点不固定。冲击触诊或快速变换体位可听到脐下振水声。有些瘦长体型患者可触及下垂的肝、脾、肾等脏器。

12理化检查

X线钡餐造影检查：立位时可见胃体明显下降、向左移位，严重者几乎完全位于脊柱中线的左侧。胃小弯角切迹低于髂嵴连线水平。无张力型胃的胃体呈垂直方向，体部较底部宽大，窦部低于幽门水平以下，胃蠕动减弱或见有不规则的微弱蠕动收缩波，餐后6小时仍有1/4~1/3的钡剂残留。十二指肠球部受牵拉，其上角尖锐，向左移位。

根据站立位胃角切迹与两侧髂嵴连线的位置，将胃下垂分为三度：轻度：角切迹的位置低于髂嵴连线下10~50cm；中度：角切迹的位置位于髂嵴连线下51~100cm；重度：角切迹的位置低于髂嵴连线下101cm以上。

13诊断要点

131多发生于瘦长体形，经产妇及消耗性疾病进行性消瘦等。

132不同程度的上腹部饱胀感，食后尤甚，嗳气，厌食，便秘，腹痛。腹胀可于餐后、站立过久和劳累后加重，平卧时减轻。

133肋下角常小于90°。站立时触及较明显的腹主动脉搏动；振水声；以双手托扶下腹部，往上则上腹坠胀减轻；可触及下垂的肝、脾、肾等脏器。

134X线钡餐造影检查可见胃小弯角切迹、胃幽门管低于髂嵴连线水平；胃呈长钩形或无张力型，上窄下宽，胃体与胃窦靠近，胃角变锐。胃的位置及张力均低，整个胃几乎位于腹腔左侧。

2辨证论治

胃下垂主要因为饮食不节、过度劳倦、情志所伤和禀赋不足等原因导致身体羸瘦而成。病位主要在脾胃。其病证表现以虚证为多，或虚实夹杂。其病为本虚标实，在本为脾胃虚弱、中气下陷；在标为食滞、饮停、气滞和血瘀。

21脾虚气陷证

证候：脘腹坠胀，食后、站立或劳累后加重，不思饮食，面色萎黄，精神倦怠，舌淡有齿痕，苔薄白，脉细或濡。

治法：补气升陷，健脾和胃。

方药：补中益气汤加减。

党参15g，炙黄芪18g，白术9g，当归9g，升麻6g，柴胡6g，陈皮6g，枳壳9g，炙甘草6g。

加减：脘腹胀满，加木香6g，佛手9g，香橼6g以行气消胀；大便溏薄，加山药12g，白扁豆9g，莲子9g以益气健脾；恶心呕吐，加旋覆代赭汤以降逆止呕；有寒象者，加附子先煎6g，肉桂3g以温中散寒。

中成药：补中益气丸，口服，1次1丸，1日3次。

22脾虚饮停证

证候：脘腹胀满不舒，胃内振水声或水在肠间辘辘有声，呕吐清水痰涎，或伴头晕目眩，心悸气短，舌质淡胖有齿痕，苔白滑，脉弦滑或弦细。

治法：健脾和胃，温阳化饮。

方药：苓桂术甘汤合小半夏汤加减。

茯苓12g，桂枝9g，白术9g，姜半夏10g，生姜3g，甘草6g等。

加减：脾虚甚，加党参12g，山药12g以健脾；血虚，加当归9g，熟地黄12g以补血。

中成药：胃苓丸，口服，1次6g，1日2次。

23胃阴不足证

证候：胃脘痞满，隐隐作坠疼痛，饥不欲食，口燥咽干，烦渴喜饮，纳呆消瘦，大便干结，舌质红或有裂纹，少津少苔，脉细数。

治法：滋养胃阴，和胃降逆。

方药：益胃汤加减。

北沙参12g，麦冬12g，生地黄12g，玉竹9g，石斛12g，陈皮6g，甘草6g等。

加减：兼气滞，加枳壳12g以行气；气虚，加党参12g，黄芪12g以补气；兼血瘀，加桃仁9g，红花6g以活血；兼肠燥便秘，加郁李仁9g，火麻仁9g以润肠。

中成药：阴虚胃痛冲剂，冲服，1次5g，1日3次。

24肝胃不和证

证候：胃脘痞胀，甚则胀及胸胁，嗳气频频，食后尤甚，舌苔薄白，脉细弦。

治法：疏肝和胃，升降气机。

方药：四逆散加减。

柴胡9g，白芍15g，枳壳9g，香附9g，延胡索9g，炙甘草6g。

加减：便秘，以枳实易枳壳，加槟榔9g，大黄后下6g以通便；腹胀痛，加白芍15g，川楝子9g以和中；气滞而排便不畅，加大腹皮12g，厚朴9g以行气。

中成药：①胃苏冲剂，冲服，1次1袋，1日3次；②气滞胃痛冲剂，冲服，1次5g，1日3次。

25胃络瘀阻证

证候：脘腹坠胀疼痛，固定不移，形体消瘦，面色晦暗，食后或入夜痛甚，呕血或黑便，舌质紫暗或有瘀斑，苔薄，脉涩。

治法：活血化瘀。

方药：失笑散合丹参饮加减。

五灵脂包煎9g，蒲黄包煎9g，丹参12g，砂仁后下6g，檀香3g，莪术9g。

加减：体倦，纳差，加党参9g，白术9g，茯苓12g以益气健脾。

3其他治法

31单方验方

枳术黄芪汤：枳壳15g，白术9g，黄芪30g，水煎服。

32灸法

取穴梁门、中脘、关元、气海、足三里。胃脘胀痛者，加太白、公孙。每日施灸2次，1次5~10壮。

33推拿

推拿分为腹部推拿和背部推拿。取中脘、气海、鸠尾、关元、脾俞、胃俞、关元俞、肝俞等。可采用一指禅推法、摩法、揉法、托法、振法等手法。

ZYYXH/T802008

ZYYXH/T802008

## 肠易激综合征

肠易激综合征（irritable bowel syndrome，IBS）是一种以腹痛或腹部不适伴排便习惯改变为特征的功能性肠病。该病缺乏可解释症状的形态学改变和生化异常，已知心理社会因素与本病有密切关系，其病理生理学基础主要是胃肠动力和内脏感知异常，而造成这些变化的机制尚未完全阐明。本病是一种慢性反复发作性疾病，较难彻底治愈，尽管不危及患者生命，但可不同程度地影响其生活质量。本病属于中医学的“腹痛”、“腹泻”、“便秘”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状

腹痛、腹部不适：常沿肠管有不适感或腹痛，可发展为绞痛，持续数分钟至数小时，在排气排便后缓解。有些食物如粗纤维蔬菜、粗质水果、浓烈调味品、酒、冷饮等可诱发腹痛。但腹痛不进行性加重。睡眠时不发作。

腹泻或不成形便：常于餐后，尤其是早餐后多次排便。亦可发生于其他时间，但不发生在夜间。大便偶可多达1日10次以上。但一次大便量少，总量很少超过正常范围。有时大便仅1日1~2次，但不成形。腹泻或不成形便有时与正常便或便秘交替出现。

便秘：每周排便1~2次,偶尔10余天1次。早期多呈间断性发作，后期可呈持续性而需服用泻药。

排便过程异常：患者常出现排便困难，排便不尽感或便急等症状。

黏液便：大便常带有少量黏液，但偶有大量黏液或黏液管型排出。

腹胀：白天明显、夜间睡眠后减轻，一般腹围不增大。

以上症状出现或加重常与精神因素或一些应激状态有关。IBS与胃食管反流病及功能性消化不良等上胃肠道的功能性胃肠病的症状重叠相当普遍，并可伴有形式多样，多少不一的肠外表现，常见的有头痛、非心源性胸痛、纤维肌痛、腰背痛、排尿困难和性功能障碍等。还可伴有心理精神异常表现，如抑郁、多疑、紧张、焦虑、敌意等。

112体征：左下腹部常可触及条索样痉挛的乙状结肠肠曲，并有压痛；结肠区广泛压痛；肛门指诊提示括约肌张力增高，且患者有痛感。

12理化检查

121实验室检查：粪便呈水样便、软便或硬块，可有黏液，无其他异常。血尿常规、大便细菌培养、大便潜血试验、甲状腺功能测定、血糖、血沉及腹部B超检查均正常。

122X线钡灌肠检查：常无阳性发现。少数病例因肠管痉挛出现“线征”。其他非特异性的表现有结肠袋加深或增多，或结肠充盈迅速等。

123结肠镜检查：肉眼观察黏膜无异常，活检病理检查也无异常。但在插镜时可引起痉挛、疼痛，或在充气时引起疼痛。

124直肠感觉及痛阈检查：用气囊法测定直肠感觉及痛阈，提示多数IBS患者直肠感觉增强，痛阈下降。

13诊断要点

IBS的诊断主要建立在症状学和排除器质性病变的基础之上。国际上先后推出过多种IBS诊断要点，其中影响较大的有Manning标准和罗马标准Ⅰ、Ⅱ，目前普遍推荐使用罗马Ⅱ诊断要点。其要点如下：

131过去12个月至少累计有12周（不必是连续的）腹痛或腹部不适，并伴有如下3项症状的2项：①腹痛或腹部不适在排便后缓解；②腹痛或腹部不适发生伴有排便次数的改变；③腹痛或腹部不适发生伴有大便性状改变。

132以下症状不是诊断所必备，但属IBS常见症状，症状越多则越支持IBS的诊断：①排便频率异常（一日排便>3次或每周排便<3次）；②粪便性状异常（块状、硬便或稀水样便）；③粪便排出过程异常（费力、急迫感、排便不净感）；④黏液便；⑤胃肠胀气或腹部膨胀感。

133缺乏可解释症状的形态学改变和生化异常。

134分型：根据临床症状，可分为腹泻为主型、便秘为主型和腹泻便秘交替型3个亚型。

2辨证论治

IBS的主要病因病机是在饮食不节、外感时邪、情志失调或禀赋因素如脾胃素虚等多种因素的作用下，致使肝失疏泄条达，脾胃升降失调，日久不愈，波及心肾。还可导致肾失摄纳，心不藏神，其间又夹有寒、湿、热、瘀等诸邪郁滞。病位主要在肝、脾胃及大肠，日久不愈可及心肾。治疗上除遵循虚者补之、实者泻之的原则外，应注重调理脏腑机能，恢复气机升降。本病以虚实夹杂者多见，故补虚不可纯用甘温，以免助湿；清热不可单用苦寒，以防伤脾；固涩切忌过早，以免闭门留寇；淡渗不可太过，以防伤津耗液。

21腹泻为主型

211肝郁脾虚证

证候：每因抑郁恼怒或情绪紧张时，发生腹痛泄泻，或见腹中雷鸣，攻窜作痛，得矢气嗳气或便后痛减，伴心烦易怒，失眠多梦，胸胁胀闷，嗳气食少，痞满饱胀，舌淡红，苔薄白，脉弦。

治法：疏肝健脾，抑木扶土。

方药：痛泻要方合四逆散加减。

白芍15g，白术15g，防风6g，陈皮9g，枳壳12g，甘草9g，茯苓15g等。

加减：腹痛明显，重用白芍24g，甘草12g；胸胁脘腹胀痛，可加柴胡9g，香附9g；大便稀溏，加党参12g，白扁豆12g，薏苡仁15g；腹痛较甚，痛点固定，兼有血瘀，加三七粉冲服3g；心烦失眠，可加郁金12g，合欢皮15g，龙骨先煎30g，牡蛎先煎30g。

中成药：逍遥丸，口服，1次9g，1日3次。

212脾虚湿盛证

证候：腹部不适或疼痛，大便稀溏，迁延反复，稍进油腻或寒凉食物则大便次数明显增多，伴纳呆食少，脘闷不舒，面色萎黄，神疲倦怠，舌淡胖或见齿痕，苔白腻，脉弱。

治法：健脾益气，淡渗利湿。

方药：参苓白术散加减。

党参12g，茯苓15g，白术15g，山药15g，白扁豆12g，莲子12g，砂仁后下6g，薏苡仁15g，葛根12g。

加减：湿浊内盛，舌苔厚腻，脘闷纳呆，加苍术12g；脘腹疼痛，胀满不适，气滞较甚，加柴胡9g，木香9g；久泻不愈，腹部坠胀，兼有脱肛，可用补中益气汤。

中成药：参苓白术丸，口服，1次6g，1日3次。

213寒热错杂证

证候：腹痛不适，大便稀溏，泻下不爽，或偶见便秘，伴脘腹痞满，口苦口干，不欲多饮，舌淡红或边尖红赤，苔薄黄，脉弦滑。

治法：辛开苦降，调理脾胃。

方药：半夏泻心汤加减。

黄芩9g，黄连9g，干姜12g，半夏9g，党参12g，甘草9g，大枣9g。

加减：胸胁胀满，抑郁寡欢，加柴胡9g，香附9g；肠鸣辘辘，痛则欲泄，加白术15g，白芍12g，葛根12g。

中成药：肠胃康颗粒，冲服，1次8g，1日3次。

214脾肾阳虚证

证候：脐腹冷痛，腹中雷鸣，黎明泄泻或遇冷则泄，泻下完谷，泻后则安，兼腰背酸痛，形寒肢冷，女子月经不调，男子阳痿早泄，舌淡苔白；脉沉细。

治法：温补脾肾，固涩止泻。

方药：附子理中汤合四神丸加减。

附子先煎6g，党参12g，白术15g，干姜9g，补骨脂12g，肉豆蔻12g，吴茱萸6g，五味子12g，炙甘草9g。

加减：年老体弱，中气下陷，加黄芪18g，葛根12g；久泄不止，加赤石脂12g，禹余粮12g，诃子9g。

中成药：①四神丸，口服，1次6g，1日3次；②固本益肠片，口服，1次8片，1日3次。

22便秘为主型

221气机郁结证

证候：腹痛腹胀，得矢气稍缓，便干或不干，但欲便不得，排出不畅，每于情志不畅时便秘加重，可伴见嗳气频作，胸胁痞满，心情不畅，善太息，舌红，苔薄白腻或薄黄腻，脉弦。

治法：疏肝解郁，理气导滞。

方药：四逆散合五磨饮子加减。

柴胡9g，白芍12g，当归12g，炒枳实12g，槟榔15g，木香9g，大腹皮15g，乌药15g，沉香粉冲服3g，火麻仁15g，郁李仁12g。

加减：气郁日久化火，口苦咽干，加生地黄15g，栀子12g；腹痛较甚，痛点固定，兼有血瘀，加桃仁打碎12g，三七粉冲服3g。

222血虚阴亏证

证候：腹痛不适，便质燥结如球，排便艰难，伴头晕心悸，失眠多梦，面色、唇甲不华，舌质淡红或红赤，苔薄白或少苔，脉细弱。

治法：养血润燥，滋阴通便。

方药：四物汤合增液汤加减。

当归30g，生熟地黄各15g，赤白芍各15g，川芎6g，玄参15g，麦冬15g，何首乌15g，枳实10g。

加减：腹胀脘痞明显，加厚朴15g；伴有心烦口干，舌红少津，加知母12g，石斛24g。

中成药：苁蓉通便口服液，口服，1次10~20ml，1日1次。

23腹泻便秘交替型

可根据不同阶段的证候特点，分别参照泄泻或便秘进行辨证治疗。

3其他治法

31健康教育和心理治疗

告诉患者肠易激综合征的诊断并详细解释疾病的性质，以消除患者的顾虑，提高对治疗的信心。通过详细询问病史，力求发现和祛除诱发因素（如饮食因素、某些应激事件等）。对伴有结肠外症状的患者，应向患者说明结肠外症状与IBS之间的关系以消除患者对其结肠外症状的过分担心。对于初诊患者，必要的理化检查很重要，但对于已多次就诊的患者，使其相信IBS是一种良性疾病较某些检查更为有效。在整个诊治过程中建立良好的医患关系，取得患者信任是IBS治疗的基础。

32膳食生活指导

IBS患者的膳食，总体上应增加蛋白质的摄入，减少脂肪的摄入，并应注意含各种维生素、矿物质，以及其他营养素食物的平衡摄入。

某些食物可诱发或加重IBS症状：①不吃早餐、较少食用水或蔬菜等会引起便秘。②口香糖、软饮料及一些防腐剂中含有咖啡因、酒精及人工甜味剂如果糖、山梨醇及甘露醇，过食可引起腹泻。③过食高纤维素食物可引起腹泻和腹部胀气。④啤酒、牛奶及其他乳制品会引起某些患者腹泻。④刺激性饮食及味道浓烈的调味品会促进结肠蠕动，诱发腹痛或有排便。⑤暴饮暴食，过量饮食可导致腹泻和腹部痛性痉挛。⑥富含动植物脂肪的食物，可导致肠道的痛性痉挛。医生在对IBS患者进行治疗时，应对食物成分进行认真评估，使患者尽量避免食用诱发肠道不适的食物。

寒冷刺激特别是腹部受凉会诱发腹痛泄泻，患者亦应尽量避免。

ZYYXH/T812008

ZYYXH/T812008

## 溃疡性结肠炎

溃疡性结肠炎（ulcerative colitis，UC），又称慢性非特异性溃疡性结肠炎，属非特异性炎症性肠病，病变主要限于大肠黏膜与黏膜下层。临床以腹痛腹泻、黏液脓血便、里急后重为主要表现。本病的病因目前尚未完全明确，一般认为与遗传、免疫、感染和精神心理因素等有关。本病属于中医学的“痢疾”、“泄泻”、“腹痛”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：起病多缓慢，少数急骤，偶有呈暴发性者。病程多迁延，呈发作与缓解期交替，少数可持续并逐渐加重。

消化系统表现：腹泻、便血和腹痛为最主要症状，直肠受累明显者可有里急后重。重者可见腹胀、纳差、恶心呕吐。

全身表现：可有发热、贫血、消瘦和低蛋白血症等。

肠外表现：可有关节炎、结节性红斑、坏疽性脓皮病、口腔黏膜溃疡，以及眼部、肝胆等系统受累。

112体征：部分患者有腹部压痛，轻者除下腹稍有压痛外，多无其他体征。重型和暴发型病例可见腹胀、腹部压痛、反跳痛及肌紧张。部分患者左下腹可触及条索状物。

12理化检查

121结肠镜检查：为确定诊断的最可靠方法，可见病变呈连续性、弥漫性分布，黏膜充血、水肿、脆性增加，易出血及脓性分泌物附着等炎症表现。重者有多发性糜烂或溃疡，慢性者结肠袋形变浅或消失，可有假息肉或桥形黏膜等。

122黏膜病理学检查：有活动期与缓解期的不同表现：

活动期：固有膜内弥漫性、慢性炎细胞及中性粒细胞、嗜酸性粒细胞浸润；隐窝急性炎细胞浸润，尤其上皮细胞及中性粒细胞浸润、隐窝炎，甚至形成隐窝脓肿，可有脓肿溃入固有膜；隐窝上皮增生，杯状细胞减少；黏膜表层糜烂，溃疡形成，肉芽组织增生。

缓解期：中性粒细胞消失，慢性炎细胞减少；隐窝大小形态不规则，排列紊乱；腺上皮与黏膜肌层间隙增大；潘氏细胞化生。

123钡剂灌肠检查：可见黏膜粗乱及（或）颗粒样改变；肠管边缘呈锯齿状或毛刺样，肠壁有多发性小充盈缺损；肠管短缩，袋形消失呈铅管样。

124实验室检查

粪便常规检查：活动期有脓血。镜检有大量红、白细胞和黏液，在急性发作期粪便涂片中常见有大量多核的巨噬细胞。溶组织阿米巴滋养体、包囊、血吸虫卵及大便孵化，细菌培养（沙门菌、痢疾杆菌、空肠弯曲杆菌、需氧及厌氧菌）及真菌培养阴性。

血常规：急性活动期白细胞可以增多，伴有发热者多见。重症患者可高达30×109/L，中性粒细胞可左移并有中毒颗粒，偶见嗜酸细胞增多。50%~60%的患者可有不同程度的低色素性贫血。

血沉：轻度或中度增快，多见于较重病例。在病情演变中，常把红细胞沉降率作为观察指标。

13诊断要点

诊断本病需先排除细菌性痢疾、阿米巴性结肠炎、血吸虫病、肠结核、Crohn病、放射性肠炎等原因明确的结肠炎症；具有典型的临床表现，并至少有内镜或钡剂灌肠的特征性改变中的一项可以确诊；临床症状不典型，但有典型肠镜或钡剂灌肠表现或病理活检证实亦可确诊。临床上有典型症状或典型既往史，而目前结肠镜或钡灌肠检查并无典型改变者，应列为疑诊随访。

一个完整的诊断应包括临床类型、病变范围、严重程度、病情分期及并发症。

131类型：慢性复发型、慢性持续型、暴发型、初发型。初发型指无既往史而首次发作；暴发型症状严重伴全身中毒性症状，可伴中毒性巨结肠、肠穿孔、脓毒血症等并发症。除暴发型外，各型可相互转化。

132临床严重程度分级：轻度：患者腹泻1日4次以下，便血轻或无，无发热、脉搏加快或贫血，血沉正常。中度：介于轻度和重度之间。重度：腹泻1日6次以上，明显黏液血便，体温在375℃以上，脉搏在90次/分以上，血红蛋白<100g/L，血沉>300mm/h。

133病变范围：可为直肠、直肠乙状结肠、左半结肠、右半结肠全结肠、区域性结肠受累。

134病情分期：活动期、缓解期。

135肠外表现及并发症：如前所述。

2辨证论治

本病多因素体脾胃虚弱，感受外邪、饮食不节或忧思恼怒致使脾胃损伤，湿热内生，病邪滞留于肠腑，导致大肠气血壅滞、传导失司、通降不利而发病。其病位在大肠，与肝、脾、胃、肾等功能失调亦有关。急性发作期以清热化湿为主，缓解期以健脾益气为本。由于本病有病程长、缠绵难愈的特点，多属本虚标实，并有寒热错杂之证。所以健脾与化湿、温中与清热、调气与行血等法多相兼而用。

21大肠湿热证

证候：腹痛，腹泻黏膜脓血便，里急后重，肛门灼热，口苦，小便短赤，舌质红，苔黄腻，脉滑数或濡数。

治法：清热化湿，调气行血。

方药：芍药汤加减。

白芍15g，黄芩9g，黄连6g，大黄后下9g，槟榔9g，当归9g，木香9g，肉桂6g。

加减：大便脓血较多，加槐花15g，地榆15g；大便白冻黏液较多，加苍术9g，薏苡仁18g；腹痛较甚，加乌药6g，延胡索15g，枳实9g。

中成药：①香连丸，口服，1次3~6g，1日2~3次；②香连止泻片，口服，1次4片，1日2~3次。

22脾胃气虚证

证候：腹泻便溏，有黏液或少量脓血，食少纳差，食后腹胀，腹部隐痛喜按，肢倦乏力，面色萎黄，舌质淡或体胖有齿痕，苔薄白，脉细弱或濡缓。

治法：健脾益气，除湿升阳。

方药：参苓白术散加减。

党参15g，茯苓12g，白术12g，桔梗9g，山药15g，白扁豆12g，莲子9g，砂仁后下6g，薏苡仁18g，甘草6g。

加减：大便夹不消化食物，加神曲15g，炒山楂15g；腹痛怕凉喜暖，加炮姜9g，肉桂6g；久泻气陷，加黄芪30g，炙升麻9g；久泻不止，加赤石脂15g，石榴皮15g，炒乌梅9g。

中成药：①补脾益肠丸，口服，1次6g，1日3次；②香砂六君丸，口服，1次6~9g，1日2~3次。

23脾肾阳虚证

证候：久泻不愈，大便清稀或伴有完谷不化，或黎明前泻，脐中腹痛，喜温喜按，腰膝酸软，形寒肢冷，食少神疲，面色白，舌质淡，舌体胖有齿痕，苔白润，脉沉细或尺脉弱。

治法：健脾补肾，温阳化湿。

方药：理中汤合四神丸加减。

党参15g，干姜9g，白术12g，补骨脂12g，肉豆蔻9g，吴茱萸6g，五味子9g，生姜9g，大枣6g，甘草6g等。

加减：腹痛甚，加白芍30g；小腹胀满，加乌药6g，小茴香6g，枳实12g；大便滑脱不禁，加赤石脂15g，诃子6g。

中成药：四神丸，口服，1次9g，1日2次。

24肝郁脾虚证

证候：腹痛则泻，泻后痛减，腹泻发作常与情志因素有关，黏液便，胸胁胀闷，喜叹息，纳差腹胀，矢气较频，舌质淡红，苔薄白，脉弦或弦细。

治法：疏肝理气，健脾和中。

方药：痛泻要方合四逆散加减。

柴胡15g，白芍30g，枳壳12g，陈皮9g，防风9g，白术12g，甘草6g等。

加减：腹满痞胀甚，加枳实12g，厚朴12g；腹痛甚，加延胡索12g。

中成药：①香砂枳术丸，1次10g，1日2次；②香砂六君丸（浓缩），口服，1次12丸，1日3次。

25阴虚肠燥证

证候：大便秘结或带少量脓血，虚坐努责，腹痛绵绵，心烦易怒，午后低热，形瘦乏力，口燥咽干，舌质红，苔燥少津，脉细数。

治法：滋阴养血，益气健中。

方药：驻车丸合四君子汤加减。

黄连6g，阿胶烊化15g，当归9g，炮姜6g，党参15g，山药15g，茯苓15g，白芍18g，乌梅9g，甘草6g等。

加减：便秘，加白术30g，生地黄30g，黑芝麻12g；虚坐努责，加诃子6g，石榴皮12g；便下赤白黏冻，加白花蛇舌草15g，秦皮12g；心烦低热，加银柴胡15g，鳖甲先煎24g。

中成药：①麻仁丸，口服，1次6~9g，1日2次；②麻仁润肠丸，口服，1次6g，1日3次。

26血瘀肠络证

证候：泻下不爽，下利脓血或黑便，腹痛拒按，痛有定处，腹部或有痞块，面色晦暗，舌质紫暗或有瘀点、瘀斑，脉沉涩。

治法：活血化瘀，理肠通络。

方药：少腹逐瘀汤加减。

当归12g，赤芍15g，川芎15g，小茴香9g，干姜9g，延胡索12g，没药12g，肉桂3g，蒲黄包煎15g，五灵脂包煎12g。

加减：滞下不爽，加制大黄9g，槟榔15g，木香9g；腹痛甚，加白芍30g，三七粉冲服3g；腹满痞胀甚，加枳实12g，厚朴12g；腹部痞块，三棱12g，炒莪术12g。

中成药：①云南白药，口服，1次025~05g，1日3次；②失笑散，口服，1次6~9g，1日1~2次。

3其他治法

31单方验方

儿茶粉：05~2g，日服3次，并以5~10g加温生理盐水40~100ml保留灌肠，每晚1次。

蒲黄浸膏液：以25%蒲黄浸膏液15ml，日服2次，同时以5%的稀释液100~150ml保留灌肠，1日1次。

32针刺

主穴合谷、天枢、上巨虚。湿热重者，加曲池、内庭；寒湿者，加中脘、气海；脾气虚者，加脾俞、胃俞、关元；脾肾阳虚者，加脾俞、肾俞；阴虚者，加照海、太溪；血瘀者，加血海、膈俞。虚证针用补法，实证针用泻法，偏寒者加灸。

33灸法

取穴中脘、天枢、关元、脾俞、胃俞、大肠俞。虚寒明显者，加神阙。用艾条或艾柱，1次灸30分钟。1日1~2次，腹部腧穴与背部腧穴交替灸。

34灌肠

结肠宁（灌肠剂），1次取药5g，溶于50~80ml温开水中，37℃保留灌肠，每晚1次。或锡类散1~2支，1%普鲁卡因10ml，温盐水50ml，保留灌肠，每晚1次。

ZYYXH/T822008

ZYYXH/T822008

## 功能性便秘

便秘（constipation）是指与粪便排出障碍有关的一组症状。功能性便秘（functional constipation，FC）是指由非器质性原因引起的便秘，又称特发性便秘，可分为排空迟缓型、功能性出口梗阻型和合并或混合型。肛管内外括约肌功能障碍、直肠平滑肌动力障碍、直肠感觉功能损害等因素都会造成排便梗阻，导致功能性便秘。长期抑郁和焦虑亦可导致功能性便秘。中西医学对便秘的认识基本一致。

1诊断依据

11临床表现

111症状

便意少,便次减少：此类便秘可见于排空迟缓型和出口梗阻型便秘。前者是由于通过缓慢,使便次和便意均减少,但间隔一定时间仍能出现便意,粪便常干硬,用力排便有助于排出粪便。而后者常常是感觉域值升高,不易引起便意,因而便次减少,而粪便不一定干硬。

排便艰难费力：以出口梗阻型便秘更为多见。这种类型的便次不一定少,但费时费力。慢通过型便秘由于通过缓慢,粪便内水分过多被吸收,粪便干结,可发生粪便嵌塞。

排便不畅：常有肛门直肠内阻塞感,虽频有便意,便次不少,但即使费力也无济于事,难有通畅的排便。可伴有肛门直肠刺激症状,如下坠、不适等。

112体征：体检时，常可在降结肠和乙状结肠部位触及粪块及痉挛的肠段。

12理化检查

121胃肠通过试验（gastrointestinal transit test,GIT）：建议在至少停用有关药物48小时后服用不透X线标志物20个后,于第48小时拍摄腹部X线平片1张（正常时多数标志物已经抵达直肠或已经排出）,选择48小时摄片的目的是有可能观察到此时的标志物分布，如多数已经集中在乙状结肠和直肠区域之内或尚未到达此区域，则分别提示通过正常或过缓；如在72小时再摄片1张，若多数标志物仍未抵达乙状结肠或直肠或仍留在乙状结肠、直肠，则分别提示通过缓慢或出口梗阻型便秘。胃肠通过试验是一种简易方法，可以推广应用。

122肛门直肠测压（anorectal manometry，ARM）：常用灌注式测压（同食管测压法）,分别检测肛门括约肌、肛门外括约肌的收缩压和用力排便时的松弛压、直肠内注气后有无肛门直肠抑制反射出现,还可以测定直肠的感知功能和直肠壁的顺应性等,有助于评估肛门括约肌和直肠有无动力感觉障碍。如在用力排便时肛门外括约肌出现矛盾性收缩,提示有出口梗阻性便秘；向直肠气囊内注气后,如肛门直肠抑制反射缺如,则提示有先天性巨结肠；直肠壁黏膜对气囊内注气后引起的便意感、最大耐受限度的容量等,能提供直肠壁的排便域值是否正常。

123结肠压力监测：将传感器放置到结肠内,在相对生理的条件下连续24~48小时监测结肠压力变化。确定有无结肠无力,对治疗有指导意义。

13诊断要点

RomeⅡ有关便秘的诊断要点：

慢性便秘（chronic constipation）:具备在过去12个月中至少12周连续或间断出现以下2个或2个以上症状:①>1/4的时间有排便费力；②>1/4的时间有粪便呈团块或硬结；③>1/4的时间有排便不尽感；④>1/4的时间有排便时肛门阻塞感，或肛门直肠梗阻；⑤>1/4的时间有排便时需用手法协助；⑥>1/4的时间有每周排便<3次,不存在稀便,也不符合IBS的诊断要点。

功能性便秘：除符合以上诊断要点外,同时需除外肠道或全身器质性病因以及药物因素所致的便秘。

2辨证论治

便秘的基本病机为大肠传导功能失常，病位在大肠，与脾、胃、肝、肾、肺等脏腑的功能失调有关。病性可概括为寒、热、虚、实四个方面。本病治疗应以通下为主，但决不可单纯用泻下药，应针对不同病因采取相应的治法。实秘为邪滞肠胃、壅塞不通所致，故以祛邪为主，给予泻热、温肾、通导之法，使邪去便通；虚秘为肠失濡养、推动无力而致，故以扶正为先，给予益气温阳、滋阴养血之法，使正盛便通。

21肠道实热证

证候：大便干结，腹胀腹痛，口干口臭，小便短赤，面红身热，舌质红，苔黄或黄燥，脉滑数。

治法：泻热导滞，润肠通便。

方药：麻子仁丸加减。

大黄9g，火麻仁15g，枳实9g，厚朴9g，杏仁9g，郁李仁9g，瓜蒌仁9g。

加减：津液已伤，可加生地黄30g，玄参15g，麦冬15g；郁怒伤肝，易怒目赤者，加服更衣丸。

中成药：①麻仁润肠丸，口服，1次1~2丸，1日2次；②麻仁丸，口服，小蜜丸1次9g，大蜜丸1次1丸，1日1~2次。

22肠道气滞证

证候：大便不畅，欲解不得，甚则腹中作胀，嗳气频作，舌淡红，苔薄腻，脉弦。

治法：顺气导滞，攻下通便。

方药：六磨汤加减。

木香9g，乌药9g，沉香后下4g，枳实15g，槟榔15g，大黄9g。

加减：便秘腹痛，舌红苔黄，加黄芩15g，栀子15g；腹部胀痛甚，加厚朴15g，柴胡9g，莱菔子9g。

中成药：木香理气片，口服，1次4~8片，1日2次。

23脾虚气弱证

证候：排便困难，虽有便意，用力努挣则汗出短气，便后乏力，面白神疲，肢倦懒言，舌淡苔白，脉虚。

治法：益气润肠。

方药：黄芪汤加减。

黄芪15g，火麻仁15g，陈皮15g，当归9g。

加减：气虚明显者，加党参15g，白术15g；气虚下陷，肛门坠胀，合用补中益气汤。

中成药：便秘通，口服，1次20ml，1日2次。

24脾肾阳虚证

证候：大便艰涩，排出困难，小便清长，面色白，四肢不温，喜热怕冷，腹中冷痛，或腰膝酸冷，舌淡苔白，脉沉迟。

治法：温阳通便。

方药：济川煎加减。

肉苁蓉15g，牛膝15g，当归9g，升麻9g，枳壳15g，火麻仁15g。

加减：寒凝气滞，腹痛较甚，加肉桂5g，木香9g；胃气不和，恶心呕吐，加半夏9g，砂仁后下6g。

中成药：半硫丸，口服，1次15g，1日2次。

25阴虚肠燥证

证候：大便干结，状如羊屎，口干少津，心烦少眠，潮热盗汗，舌质红，少苔，脉细数。

治法：滋阴通便。

方药：增液汤加减。

玄参15g，麦冬15g，当归9g，石斛15g，北沙参15g。

加减：胃阴不足，口干口渴者，可用益胃汤；肾阴不足，腰膝酸软者，可用六味地黄丸；阴亏燥结，热盛伤津者，可用增液承气汤。

中成药：通乐颗粒，冲服，1次12g，1日2次。

3其他治法

31单方验方

311决明子30g，水煎，分两次服。适用于慢性热结便秘。

312番泻叶，口服，1次3~6g，开水泡服。主治一般实证便秘。

32脐疗

321芒硝9g，皂角15g，各研细末，混合调匀。用纱布包裹敷神阙穴，外用胶布固定，并不时给药末滴水少许，使之湿润。能清热通便，主治热结便秘。

322葱白适量。用醋炒葱白至极热，用布包熨肚脐部，凉后再炒再熨。能温散寒结，温运通便，主治阴寒积滞及阳虚便秘。

33针刺

实证，取穴天枢、支沟、曲池、内庭，针用泻法。虚证，取穴大肠俞、天枢、支沟、上巨虚，针用补法。

ZYYXH/T832008

ZYYXH/T832008

## 上消化道出血

上消化道出血（uppergastrointestinal bleeding，UGB）系指屈氏韧带以上的消化道出血，包括食管、胃、十二指肠及胰胆等病变引起的出血，胃空肠吻合术后的空肠上段病变出血亦属此范围。上消化道出血的典型表现是呕血与黑便，包括非静脉曲张性上消化道出血（ANVUGIB）及食管胃底静脉曲张破裂出血。ANVUGIB占上消化道出血的90％，常见病因有消化性溃疡、急性胃黏膜病变、上消化道肿瘤和服用非甾体类抗炎药等，其他还有贲门黏膜撕裂、Dieulafoy病、胆道出血、全身性疾病等；食管胃静脉曲张破裂出血占10％，肝硬化门脉高压患者约2/3发生食管胃静脉出血，并有1/3患者死于曲张静脉破裂出血。上消化道出血属于中医学“吐血”、“便血”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111消化道出血：取决于出血部位、失血速度及原发病或伴发病。临床表现为呕血、呕咖啡样胃内容物、黑便及隐性出血,失血症状与出血的严重程度有关,小量出血表现为血红蛋白量及红细胞压积的改变和缺铁性贫血,反复持续出血或大量出血则可出现周围循环衰竭所致生命体征（血压、心率、脉搏、体温等）的改变。

112原发病：有反复规律性腹痛，可能提示消化性溃疡；有剧烈恶心呕吐后呕出鲜血，可能提示食管贲门黏膜撕裂症；厌食、贫血、恶病质、黑棘皮病可能提示胃癌；寒战、发热、黄疸或胆道病史，可能提示胆道出血；伴有肝掌、腹水、脾大等体征时，常提示门脉高压伴食管静脉曲张破裂出血；口唇黏膜黑斑提示Peutz-Jeghers综合征；毛细血管扩张除见于肝病外，也见于遗传性毛细血管扩张症和类癌综合征等。

12理化检查

121实验室检查：包括呕吐物或粪便隐血试验、血常规等。出血后3~4小时血红蛋白检查才能反映贫血的程度，动态观察有助于活动出血的判断。为明确病因、判断病情和指导治疗,尚需进行凝血功能试验（如出凝血时间、凝血酶原时间）、血肌酐和尿素氮、肝功能、电解质、肿瘤标志物等检查。

122胃镜检查：胃镜检查有助于明确出血原因、评估预后及进行内镜下止血治疗，是目前诊断上消化道出血病因的首选检查方法。主张急诊检查（出血24~48小时内），可使诊断准确率达95％。注意病灶有无活动出血，出血状态，喷血还是渗血，有否显露血管等。一般溃疡病等非肝病性出血多按Forrest分型记录。

123其他检查：消化道出血经内镜检查未能发现病变时，对于仍有活动性出血的患者，应急诊行选择性腹腔动脉或肠系膜动脉造影，若造影剂外渗，能显示出血部位，提示出血速度至少在每分钟05~10ml，对于十二指肠和小肠的血管畸形、平滑肌瘤等有较高的诊断价值。在出血停止、病情稳定后可做胃肠钡剂造影；对慢性隐性出血或少量出血者，行上述检查后仍不能明确出血部位可考虑做小肠镜或胶囊内镜检查；对经各种检查仍未能明确诊断而出血不停者，病情紧急时可考虑剖腹探查或结合术中内镜检查，明确出血部位。

13诊断要点

根据呕血、黑便与失血性周围循环衰竭的临床表现，呕吐物或粪便隐血试验呈阳性，血红蛋白浓度、红细胞计数及红细胞压积下降的实验室证据，可作出上消化道出血的诊断。

131失血量的判定：对于失血量的估计，主要根据呕血、便血的量与频度，血容量减少所致的周围循环表现加以判断。对出血量判断通常分为:大量出血（急性循环衰竭,需输血纠正者。一般出血量在1000ml以上或血容量减少20％以上）、显性出血（呕血或黑便,不伴循环衰竭）和隐性出血（粪隐血试验阳性）。

132出血是否停止的判断：下列迹象提示有继续出血或再出血：①反复呕血或黑便次数增多，粪质稀薄，甚至呕血转为鲜红色、黑粪变成暗红色，伴有肠鸣音亢进；②周围循环衰竭的表现经补液输血而血容量未见明显改善，或虽暂好转而又恶化，经快速补液、输血，中心静脉仍有波动，稍有稳定又再下降；③红细胞计数，血红蛋白测定与红细胞压积继续下降，网织细胞计数持续增高；④补液与尿量足够的情况下，血尿素氮持续或再次增高，胃管抽出物有较多新鲜血液。

133风险的评定：早期对上消化道出血患者进行再出血和死亡危险性的评估非常必要，临床上可采用Rockall评分系统进行此项评估。该系统定义的独立危险因素包括年龄增加、伴发病、休克、内镜诊断、内镜下出血表现等5项，将患者分为高危、中危或低危人群,积分≥5者为高危,3~4分为中危，0~2分为低危。总分<3者预后良好，总分>8者有高死亡危险性。

2辨证论治

上消化道出血的基本病机为热甚灼络，迫血妄行，血液不循常道；或气虚不能摄血，血不循经，溢于脉外。病位在胃，与肝脾密切相关。病理性质分实证、虚证，初病以实证为主，久病或出血反复不止，则由实转虚，或虚实夹杂，虚实之间可相互转化。本病常虚实夹杂，治疗应辨证施治，同时注意病情的缓急轻重，依照急者治其标、缓者治其本、标本兼治的原则。如出血凶险急迫，宜急者治其标，速予益气摄血，回阳固脱，待病情稳定后，气复血归，或出血不多时，予标本兼治。

21胃热炽盛证

证候：出血暴急，呕血紫暗或呈咖啡色，甚则鲜红，常混有食物残渣，大便色黑如漆，胃中灼热，脘腹胀痛，口臭且干，渴喜冷饮，烦躁不安，舌红苔黄，脉滑数。

治法：清胃泄热，凉血止血。

方药：泻心汤加减。

大黄后下9g，黄连6g，黄芩9g，茜草9g，侧柏叶9g，棕榈炭9g，牡丹皮9g，栀子9g，地榆15g，紫珠草15ｇ。

加减：恶心呕吐，加代赭石先煎15g，竹茹6g；兼有嘈杂，唇舌干燥，舌红少津，脉细数，治宜玉女煎加减。

22肝火犯胃证

证候：大便色黑，或有呕血，血色鲜红或紫红，夹有食物残渣，胃脘灼痛，胸胁胀痛，口苦且臭，口干溲赤，泛酸嘈杂，心烦易怒，或有黄疸，胁痛宿疾，或见赤丝蛛缕，痞块，舌红苔黄，脉弦数。

治法：泻肝清胃，降逆止血。

方药：龙胆泻肝汤加减。

龙胆草3g，黄连6g，黄芩9g，柴胡6g，生地黄15g，栀子9g，牡丹皮9g，大黄后下9g，地榆15g，旱莲草9g，侧柏叶9g，甘草6g。

加减：胁痛甚，加郁金10g；兼有黄疸，痞块，加茵陈后下15g，虎杖15g；血量多，加三七粉冲服3g。

23瘀阻胃络证

证候：大便黑稀，呕血紫黑，胃脘刺痛，痛有定处，切之拒按，面色暗黑，口渴但欲漱而不欲咽，舌暗红有瘀斑，脉弦涩。

治法：化瘀和胃，活血止血。

方药：血府逐瘀汤合失笑散加减。

桃仁9g，红花6g，川芎9g，生地黄15g，当归9g，赤芍9g，枳壳9g，柴胡6g，炒蒲黄包煎9g，五灵脂包煎9g，三七粉冲服3ｇ，白及9ｇ。

加减：瘀血化热，兼有发热。入夜热甚，加牡丹皮10g，秦艽15g。

中成药：云南白药，口服，1次05g，1日3次。首剂1ｇ，加保险子1粒。

24脾不摄血证

证候：大便色黑稀溏，呕血暗淡，胃脘隐痛，面色萎黄，唇甲淡白，或见腹胀肠鸣，胃纳呆滞，心悸头晕，神疲乏力，少气懒言，口淡乏味，舌淡，苔薄白，脉细弱。

治法：健脾补虚，益气摄血。

方药：归脾汤加减。

人参单煎9ｇ，炙黄芪30ｇ，党参18ｇ，白术9ｇ，茯苓9ｇ，当归炭9ｇ，龙眼肉15ｇ，藕节炭15ｇ，白及9ｇ，三七粉冲服3ｇ，炙甘草6ｇ。

加减：如胃痛隐隐，喜温喜按，舌质淡边有齿痕，苔薄，脉沉细，治宜黄土汤加减。

25气随血脱证

证候：呕血倾盆，大便溏黑，甚则紫红，量多不止，面色苍白，唇甲淡白，眩晕，心悸气短，烦躁口干，汗出肢冷，尿少，神志恍惚或昏迷，舌淡，脉细弱无力或微细欲绝。

治法：益气摄血，回阳固脱

方药：独参汤或参附汤合生脉散加减。

人参单煎15ｇ，黄芪30ｇ，附子先煎9ｇ，麦冬30ｇ，五味子9ｇ，阿胶烊化15g，山茱萸15ｇ。

3其他治法

单方验方：①白及粉9g，三七粉6g，大黄粉3g，调成糊状，1日分2~3次服；②复方五倍子液：五倍子15g，诃子6g，明矾1g，口服或灌胃给药。

ZYYXH/T842008

ZYYXH/T842008

## 急性胰腺炎

急性胰腺炎（acute pancreatitis，AP）是指多种病因引起的胰酶激活，继以胰腺局部炎症反应为主要特征，伴或不伴其他器官功能改变的疾病。主要表现为突然发作呈持续性的上腹部剧痛，伴有发热、恶心呕吐、血清和尿淀粉酶活力升高。其病因包括胆道疾病、饮酒、高脂血症、壶腹乳头括约肌功能不良、感染性原因（如柯萨奇病毒、腮腺炎病毒、蛔虫症）、自身免疫性疾病（如系统性红斑狼疮、干燥综合征）等因素。我国以胆道疾病和酒精性因素多见。其发病的病理机制尚未完全明了，现有研究指出其机制主要包括共同通道学说、十二指肠反流学说、胰胆管梗阻学说、循环障碍学说等。本病属于中医学的“腹痛”、“脾心痛”、“结胸”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状

腹痛：95%急性胰腺炎患者有腹痛，多突然发作，呈持续刀割样，以上腹部多见。约一半患者腹痛可向左背部放射。腹痛通常持续48小时，偶可超过1周。

恶心、呕吐：呕吐物多为胃内容物，重者可混有胆汁，甚至血液。呕吐后患者症状无减轻。

发热：多为中度发热，偶有高热，一般持续3~5日。如发热不退或逐日升高，尤其持续2~3周以上者，要警惕胰腺脓肿的可能。

黄疸：一般情况下，急性胰腺炎患者可无黄疸。若因胆道因素发病，或因胰头肿大、假性囊肿、脓肿压迫胆总管或合并肝脏损害等可出现黄疸。

腹胀、休克：多发生于重症急性胰腺炎。

112体征

腹部体征：轻症者仅为轻压痛，重症者可出现腹膜刺激征，胰源性腹水征，Grey-Tuner征，Cullen征。部分患者因脾静脉栓塞出现门静脉高压体征。腹部因液体积聚或假性囊肿形成可触及肿块。

全身体征：与病变的严重程度有关。黄疸可在胆石性胰腺炎见到，提示可能有远端胆总管胆石性梗阻水肿的胰头压迫胆总管所致。重症胰腺炎患者多有循环系统、呼吸系统、泌尿系统、血液系统等异常改变。

12理化检查

121血常规：白细胞总数和中性粒细胞分类可以增高。

122酶学检查

血清淀粉酶：急性胰腺炎起病6小时后，血清淀粉酶>500U/L（Somogyi单位）可确诊

尿淀粉酶：急性胰腺炎起病8~12小时后开始升高，常可>1000U/L（Somogyi单位）。若仅尿淀粉酶升高，尚不能诊断胰腺炎，但应继续动态监测血尿淀粉酶变化。

另外，血脂肪酶、血胰蛋白酶原、尿胰蛋白酶原、胰蛋白酶抑制物（PSTI）对诊断急性胰腺炎均有一定意义。

123血钙:急性胰腺炎时，血钙的明显下降提示胰腺广泛坏死。当血钙<175mmol/L（7mg/dl）时，提示患者预后不良。

124血糖:可呈暂时性升高。空腹血糖水平持续升高，提示广泛胰腺坏死，预后不良。

125C反应蛋白（CRP）：当CRP>200mg/L时，提示急性重症胰腺炎；当CRP>279mg/L时，提示胰腺坏死的风险显著增加。

126X线检查：腹平片可见肠麻痹。胸片可表现为双肺底和胸膜腔改变。

127B超检查：轻症者胰腺呈均匀性增大，回声减低，胰腺界线不清；重症者胰腺呈普遍增大，回声不均匀，或有散在回声，胰腺表面不光滑，有渗液。B超可清晰显示结石、假性囊肿和脓肿。

128CT/MRI检查：CT严重程度指数（CTSI）评分≥Ⅱ级作为重症标准。CT将胰腺炎症的严重程度分为A~E级（表84-1）:

A级：影像学为正常胰腺。

B级：胰腺实质改变，包括胰腺局部或弥漫性肿大，胰腺内小范围的积液（侧支胰管或直径<3cm的胰腺坏死所致）。

C级：胰腺实质及周围炎症改变，除B级所述胰腺实质的变化外，胰腺周围软组织也有炎症改变。

D级：胰腺外的炎症改变，以胰腺周围改变为突出表现而不是单纯的液体积聚。

E级：广泛的胰腺外积液和脓肿，包括胰腺内显著的积液坏死，胰腺周围的积液和脂肪坏死，胰腺脓肿。

表84-1急性胰腺炎分级和CT严重指数（CTSI）

CT分级ABCDE

评分01234

坏死面积无1/31/2>1/2

评分0246

CTSI=CT分级积分+坏死积分（Ⅰ级0~3分，Ⅱ级4~6分，Ⅲ级7~10分）

13诊断要点

急性胰腺炎在临床上表现为急性、持续性腹痛，血清淀粉酶活性增高达正常值上限3倍，影像学提示胰腺有或无形态改变，排除其他疾病者。可有或无其他器官功能障碍。少数病例血清淀粉酶活性正常或轻度增高。临床上又分轻症急性胰腺炎（MAP）、重症急性胰腺炎（SAP）和暴发性胰腺炎（又称早期重症急性胰腺炎）。

131轻症急性胰腺炎：应具备AP的临床表现和生化改变，而无器官功能障碍或局部并发症，对液体补充治疗反应良好，Ranson评分<3分，或CT分级为A、B、C。

132重症急性胰腺炎：应具备AP的临床表现和生化改变，且应具备下列之一者：局部并发症（胰腺坏死、假性囊肿、胰腺脓肿）；其他脏器功能损伤；Ranson评分≥3分；CT分级为D、E级。

133暴发性胰腺炎：是SAP患者中病情极其凶险者，指SAP患者发病后72小时内即出现器官功能衰竭、休克、血功能障碍、败血症、全身炎症反应综合征等严重并发症者。

2辨证论治

急性胰腺炎病因多样，包括饮食不节、饮酒、蛔虫内扰、六淫之邪、七情等。病机演变主要以湿、热、瘀、毒蕴结中焦致脾胃升降、肠之传化、肝之疏泄失常为主，最终导致腑气不通，并可有郁、结、湿、热、瘀、厥、脱七个关键环节。究其病性，在本则为脾胃运化失常，属虚；在标为气滞、湿热、实热、血瘀，属实。其病位主要在脾、胃、肝、胆，常涉及心、肺、肾、脑、肠等多个脏腑。急性胰腺炎治疗应重点掌握清热解毒、通里攻下、活血化瘀和理气疏肝四大原则。本病起病急，部分病例来势凶猛，迅速恶化而危及生命，若经内科治疗无效，应及时转外科手术治疗。

21急性期

211肝胆湿热证

证候：上腹部胀痛拒按，胁痛，或呃逆，发热，倦怠，大便不畅或干结，小便短赤，目黄身黄，舌质红，苔薄黄或黄腻，脉弦数。

治法：清肝利胆，清利湿热。

方药：茵陈汤合龙胆泻肝汤加减。

茵陈后下30g，栀子15g，大黄后下9g，龙胆草9g，黄连9g，枳实15g，滑石15g，延胡索15g，柴胡12g，木香9g，黄芩15g。

加减：黄疸重，加田基黄20g，金钱草30g，黄柏9g；热毒重，加金银花15g，野菊花15g，蒲公英30g；呕吐甚，加旋覆花包煎9g，代赭石先煎15g，竹茹9g；腹胀，加大腹皮15g；肝郁气滞，加香附12g，郁金9g，乌药6g；尿短少，赤涩不畅，加竹叶9g，赤小豆15g；蛔虫上扰，加槟榔9g，乌梅15g，使君子9g，苦楝根皮9g。

中成药：①消炎利胆片，口服，1次6片，1日3次；②龙胆泻肝丸，口服，1次6g，1日3次。

212胃肠热结证

证候：腹痛剧烈，由上腹至脐腹部，甚者从心下至少腹满痛不可近，有痞满燥实坚征象，伴有腹胀，恶心呕吐，口干渴，尿短赤，日晡潮热，舌红，苔黄厚腻或燥，脉洪数或弦数。

治法：清热通腑攻下。

方药：大柴胡汤合大承气汤加减。

大黄后下9g，厚朴20g，枳实15g，芒硝冲服9g，柴胡9g，黄芩9g，桃仁12g，法半夏9g。

加减：痞满燥结，用大承气汤灌肠；热甚，加栀子12g，金银花15g，野菊花15g，蒲公英30g，或重用大黄12g，加生地黄20g；腹胀甚，加槟榔12g，莱菔子15g；呕吐甚，加姜竹茹9g。

中成药：清开灵注射液20~40ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

213实热结胸证

证候：胸腹痛，胁痛，心下满硬，痛不可近，发热畏寒，口苦纳呆，气息短促，苔薄黄，脉弦数或滑数。

治法：清化痰热，泻肺逐饮。

方药：大柴胡汤合小陷胸汤加味。

柴胡15g，黄芩15g，大黄后下9g，芒硝冲服6g，黄连6g，法半夏9g，瓜蒌30g，葶苈子包煎9g，大枣9g。

加减：腹胀明显，加厚朴15g，炒莱菔子15g。

中成药：①至宝丹，口服，1次1丸，1日1~2次；②清开灵注射液20~40ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

214瘀热互结证

证候：腹部刺痛拒按，痛有定处，或有包块，或皮肤青紫有瘀斑，发热夜甚，口干不渴，小便短赤，大便燥结，舌质红或有瘀斑，脉弦数或涩。

治法：清热泻火，祛瘀通腑。

方药：泻心汤合膈下逐瘀汤加减。

黄连9g，黄芩15g，大黄15g，水牛角先煎30g，牡丹皮15g，赤芍15g，生地黄15g，川芎9g，延胡索9g，厚朴9g，芒硝冲服9g，桃仁9g，红花9g，丹参15g。

加减：腹部有包块，加皂角刺12g或三棱9g，莪术9g；热重，加金银花12g，连翘9g，蒲公英30g，板蓝根15g。

中成药：①丹参注射液10~20ml或川芎嗪注射液80~120mg加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次；②清开灵注射液20~40ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次；③川芎嗪注射液80~120mg加入5%葡萄糖注射液500ml中，静脉滴注，1日1次。

215腑闭血瘀证

证候：脘腹疼痛如锥如割，呕吐剧烈，高热不退，或兼黄疸，腹水，小便如茶，大便秘结，舌质绛或紫，苔黄燥或灰黑，脉弦数而微涩。

治法：清热通腑，化瘀导滞。

方药：大陷胸汤合失笑散加味。

大黄后下15g，芒硝冲服15g，五灵脂包煎12g，蒲黄包煎12g，红花9g，赤芍30g，赤茯苓15g，栀子12g，黄芩12g，厚朴12g，枳实12g。

加减：必要时加甘遂末冲服1g。

中成药：①丹参注射液10~20ml或川芎嗪注射液80~120mg加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次；②清开灵注射液20~40ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

216内闭外脱证

证候：脐周剧痛，呕恶身热，烦渴多汗，面色苍白，肢冷搐搦，舌质干绛，苔灰黑而燥，脉沉细而弱。

治法：通腑逐瘀，回阳救逆。

方药：小承气汤合四逆汤加减。

大黄后下12g，厚朴12g，枳实12g，附子先煎9g，干姜9g，人参单煎9g，甘草6g，牡蛎先煎30g，赤芍12g。

加减：若气阴两竭，治宜益气回阳，养阴固脱，可用参附龙牡汤合生脉散加味，或急以参附注射液20~100ml或参麦注射液10~60ml静脉注射。

中成药：参附注射液或参麦注射液10~60ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

22恢复期

221肝脾失调证

证候：上腹部不适或上腹部、胁部微感胀满，进食后明显，纳食不香，或轻微恶心，舌苔白或白腻，脉弦缓。

治法：疏肝健脾，和胃化湿。

方药：柴芍六君子汤加味。

柴胡9g，白芍12g，太子参30g，白术9g，茯苓15g，法半夏9g，陈皮6g，木香9g，香附15g，当归9g，丹参15g，焦三仙30g。

中成药：①金佛止痛丸，口服，1次6g，1日2次；②逍遥丸，口服，1次6g，1日2次。

222气阴两虚证

证候：精神疲倦，少气懒言，纳呆食少，口干，或饥而不欲食，脘痞不舒，大便干，舌淡红少苔或无苔，脉沉细数。

治法：益气生津，养阴和胃。

方药：养胃汤加味。

北沙参20g，太子参30g，麦冬15g，玉竹15g，白扁豆30g，天花粉12g，石斛15g，白芍20g，山楂12g，知母6g，丹参15g，甘草3g。

加减：腹痛，加佛手12g，理气和胃而不伤津。

中成药：参麦注射液10~60ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

3其他治法

31单方验方

311清胰Ⅰ号：柴胡15g，胡黄连9g，黄芩9g，木香9g，延胡索9g，白芍15g，大黄后下15g，芒硝冲服9g。水煎服，1日1剂，分2次服。适用于肝郁气滞、脾胃湿热、便结腑实证。

312清胰Ⅱ号：柴胡15g，胡黄连9g，黄芩9g，木香9g，芒硝冲服9g，槟榔30g，使君子12g，苦楝根皮9g，细辛3g。水煎服，1日1剂，分2次服。适用于蛔虫上扰型急性胰腺炎。

313清胰Ⅲ号：栀子15g，牡丹皮15g，赤芍24g，木香15g，厚朴15g，延胡索15g，大黄后下24g，芒硝冲服9g。水煎服，1日1剂，分2次服。适用于急性胰腺炎火毒重者。

314大黄30~60g，加开水120~150ml浸泡15~30分钟，分3次口服。

32针刺

321体针：取穴足三里、下巨虚、内关、中脘、梁门、阳陵泉、地机、脾俞、胆俞，针用泻法，强刺激，留针30分钟，1日3次，也可埋针保留。

322耳针：在胆胰区、交感、神门、内分泌诸穴位压痛明显处，选2~3个穴位毫针强刺激，留针30分钟，1日2次，也可埋针。

33外敷

六合丹、芒硝外敷。

ZYYXH/T852008

ZYYXH/T852008

## 急性病毒性肝炎

急性病毒性肝炎（acute viral hepatitis，AVH）是由肝炎病毒引起的，以肝脏急性损害为主要病变的一组全身性传染病。常见症状有黄疸、胁痛、腹胀、乏力等。目前已确定的肝炎病毒有五型，即甲型肝炎病毒（HAV）、乙型肝炎病毒（HBV）、丙型肝炎病毒（HCV）、丁型肝炎病毒（HDV）和戊型肝炎病毒（HEV）。目前对病毒性肝炎尚缺乏特效治疗方法。急性病毒性肝炎患者，多数在3个月内临床治愈，预后良好，但急性乙型肝炎10％~40％、急性丙型肝炎50%~80%均可转为慢性或病毒携带者，急性丁型肝炎重叠HBV感染时约70％转为慢性。本病属于中医学的“黄疸”、“胁痛”、“肝着”及“肝瘟”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

甲、乙、丙、丁、戊各型肝炎病毒均可引起急性肝炎，不同类型病毒引起的急性肝炎在临床上具有共性表现。

111症状：根据临床表现，急性病毒性肝炎可分为急性黄疸型肝炎和急性无黄疸型肝炎。

1111急性黄疸型肝炎：病程经过的阶段性较为明显。

黄疸前期：甲、戊型肝炎起病较急，可有畏寒、发热，一般不超过3日；乙、丙、丁型肝炎起病相对较缓，仅少数有发热。症状主要有全身乏力、食欲减退、恶心、呕吐、厌油、腹胀、肝区痛、尿色加深等，时间持续1~21日，平均5~7日。

黄疸期：自觉症状好转，发热消退，尿色加深，巩膜和皮肤出现黄疸，1~3周内黄疸达高峰。本期持续2~6周。

恢复期：症状逐渐消失，黄疸消退。本期持续2周至4个月，平均1个月。

1112急性无黄疸型肝炎：除无黄疸外，其他临床表现与黄疸型相似。无黄疸型起病较缓慢，症状较轻，主要表现为全身乏力、食欲下降、恶心、腹胀、肝区痛等。恢复较快，病程大多在3个月内。

112体征：体检可见巩膜和皮肤的黄疸，肝区痛，肝脾肿大，肝区有轻压痛及叩痛。

12理化检查

121肝功能检查：急性肝炎时，谷丙转氨酶（ALT）明显升高，AST/ALT常小于1。如果谷草转氨酶（AST）持续高水平，有转为慢性肝炎的可能。一般情况下，肝脏受损程度与胆红素含量呈正相关。急性黄疸型肝炎时血清胆红素升高。直接胆红素在总胆红素中的比例尚可反映淤胆的程度。γ-谷氨酰转肽酶（γ-GT）在肝炎和肝癌患者可显著升高，在胆管阻塞的情况下更明显，γ-GT活性变化与肝脏病理改变有良好的一致性。

122病原学检查

1221甲型肝炎(HAV)

抗HAV-IgM：抗HAV-IgM在发病后数日即可呈阳性，是早期诊断甲型肝炎最简便而可靠的血清学标志。

抗HAV-IgG：出现稍晚，于感染后2~3个月达到高峰，持续多年或终身。

1222乙型肝炎(HBV)

HBsAg与抗-HBs：HBsAg在感染HBV 2周后即可呈阳性。只要HBsAg阳性就可诊断HBV感染。抗-HBs为保护性抗体，见于乙型肝炎恢复期、既往感染或注射乙型肝炎疫苗之后。

HBeAg与抗-HBe： HBeAg的存在表示病毒复制活跃且有较强的传染性。

HBcAg与抗-HBc：抗HBc-IgM是HBV感染后较早出现的抗体。高滴度的抗HBc-IgM对诊断急性乙型肝炎或慢性乙型肝炎急性发作有帮助。

HBV-DNA：是病毒复制和传染性的直接标志。

1223丙型肝炎(HCV)

抗HCV-IgM和抗HCV-IgG：抗HCV-IgM阳性提示现症HCV感染，抗HCV-IgG阳性提示现症感染或既往感染。

HCV-RNA：HCV-RNA阳性是病毒感染和复制的直接标志。

1224丁型肝炎(HDV)

HDAg，抗HD-IgM及抗HD-IgG：HDAg阳性是诊断急性HDV感染的直接证据。抗HD-IgM阳性是现症感染的标志。

HDV-RNA：血清或肝组织中HDV-RNA是诊断HDV感染最直接的依据。

1225戊型肝炎(HEV)

抗HEV-IgM和抗HEV-IgG：抗HEV-IgM阳性是近期HEV感染的标志。急性肝炎患者抗HEV-IgM阳性，可诊断为戊型肝炎。

HEV-RNA：采用RT-PCR法在粪便和血液标本中检测到HEV-RNA，可明确诊断。

123血常规：急性肝炎初期白细胞总数正常或偏低。

124尿常规：尿胆红素和尿胆原的检测是早期发现肝炎简易而有效方法。肝细胞黄疸时两者均阳性，溶血性黄疸以尿胆原为主，梗阻性黄疸以尿胆红素为主。

125影像学检查：B型超声有助于鉴别阻塞性黄疸、脂肪肝及肝内占位性病变。

126肝组织病理学检查：肝脏肿大，肝细胞气球样变和嗜酸性变，形成点、灶状坏死，汇管区炎症细胞浸润，坏死区肝细胞增生，网状支架和胆小管结构正常。

13诊断要点

131流行病学史：甲型肝炎病前是否在甲肝流行区，有无进食未煮熟海产品及饮用污染水；乙型肝炎有无输血、不洁注射史；有输血及血制品、静脉吸毒、血液透析、多个性伴侣、母亲为HCV感染等病史的肝炎患者应怀疑丙型肝炎；丁型肝炎同乙型肝炎；戊型肝炎基本同甲型肝炎。多累及成年人。

132临床诊断：起病较急，常有畏寒、发热、乏力、头痛、纳差、恶心、呕吐等急性感染或黄疸前期症状；肝脏肿大、质偏软，ALT显著升高；黄疸型肝炎血清胆红素>17μmol/L，尿胆红素阳性。

133病原学诊断

1331甲型肝炎：有急性肝炎临床表现，并具备下列任何一项均可确诊为甲型肝炎：①抗HAV-IgM阳性；②抗HAV-IgG急性期阴性，恢复期阳性；③粪便中检出HAV颗粒或抗原或HAV-RNA。

1332乙型肝炎：有以下任何一项阳性，可诊断为现症HBV感染：①血清HBsAg；②血清HBV-DNA；③血清抗HBc-IgM；④肝组织HBcAg和（或）HBsAg，或HBV-DNA。

1333丙型肝炎：具备急性肝炎临床表现，抗-HCV阳性或HCV-RNA阳性，可诊断为丙型肝炎。

1334丁型肝炎：具备急性肝炎临床表现，有现症HBV感染，同时血清HDAg或抗HD-IgM阳性，或呈高滴度抗HD-IgG或HDV-RNA阳性，或肝内HDAg或HDV-RNA阳性，据此可诊断为丁型肝炎。

1335戊型肝炎：具备急性肝炎临床表现，同时血清HEV-RNA阳性，或抗HEV-IgM或粪便HEV-RNA阳性或检出HEV颗粒，即可确诊为戊型肝炎。

2辨证论治

急性病毒性肝炎病因病机的特点，从外邪来说，是以湿热或疫毒之邪为主；从内因来说，主要责之于肝胆脾胃功能失调。湿热侵袭，内蕴中焦，湿郁热蒸，不得泄越，熏蒸肝胆，以致肝失疏泄，胆汁外溢而发黄。病位主要在肝、胆、脾、胃，且往往由脾胃涉及肝胆。祛湿清热是急性病毒性肝炎基本治则之一,临床上应根据病机演变灵活应用，可同时通利腑气，以使湿热之邪从二便而泄。属于寒湿者，当温中化湿、健脾燥湿，以渗淡利湿为主。在辨证运用化湿利小便之法的同时，应注重和胃舒肝，使气机条达。调畅气机，贯穿始终，可助化湿祛邪。

21急性黄疸型肝炎

211湿热蕴蒸证

证候：身目俱黄，色泽鲜明，纳呆呕恶，厌油腻，口干苦，头身困重，胸脘痞满，乏力，大便干，尿黄赤，舌苔黄腻，脉弦滑数。

治法：清热解毒，利湿退黄。

方药：茵陈汤合甘露消毒丹加减。

茵陈后下30g，栀子15g，大黄9g，滑石30g，黄芩12g，石菖蒲12g，川贝粉冲服2g，广藿香9g，射干6g，连翘6g，薄荷6g，豆蔻后下6g。

加减：腹部胀满较甚，加柴胡9g，郁金12g，川楝子6g；热象明显，加黄连3g，黄芩9g，金银花9g；如药后大便不溏，可逐渐增加大黄用量，保持药后大便稍溏，排便次数以1日1~2次为度；口苦渴饮烦躁，大便干结如栗，加枳实6g，生地黄15g，芦根15g。

中成药：①黄疸茵陈冲剂，冲服，1次20g，1日2次；②乙肝清热解毒胶囊，口服，1次6粒，1日3次。

212寒湿困脾证

证候：身目发黄，色泽晦暗，纳呆腹胀，或神疲乏力，畏寒喜温，大便溏薄，舌体胖，舌质淡，苔白滑，脉沉缓无力。

治法：健脾和胃，温化寒湿。

方药：茵陈术附汤加减。

茵陈后下15g，附子先煎6g，白术12g，干姜6g，甘草3g，泽泻12g，薏苡仁20g，苍术9g，茯苓15g。

加减：脘腹作胀，胁肋隐痛，不思饮食，肢体困倦，大便时秘时溏，脉见弦细，为木郁克土，肝脾同病，治宜疏肝扶脾，可用逍遥散。脾胃虚弱，食欲不振，肢软乏力，心悸气短，可配服香砂六君子汤、补中益气汤。

22急性无黄疸型肝炎

221湿浊中阻证

证候：脘闷不饥，肢体困重，怠惰嗜卧，口中黏腻，大便溏泻，舌苔腻，脉濡缓。

治法：清热利湿，健脾和胃。

方药：茵陈五苓散加减。

茵陈后下15g，泽泻15g，猪苓9g，白术9g，茯苓9g，桂枝6g。

加减：泛酸欲吐，苔白浊腻，湿浊较盛，加石菖蒲9g，广藿香9g，豆蔻后下6g；湿蕴日久化热而见舌苔黄腻，可用连朴饮。

中成药：①利肝宁胶囊，口服，1次4粒，1日3次；②垂盆草冲剂，冲服，1次6g，1日2次。

222肝郁气滞证

证候：胁胀脘闷，胸闷不舒，善叹息，情志抑郁，不欲饮食，或口苦喜呕，头晕目眩，舌苔白，脉弦。女子乳房胀痛，月经不调，痛经。

治法：疏肝理气。

方药：柴胡疏肝散加减。

柴胡15g，香附12g，枳壳12g，陈皮12g，川芎9g，白芍12g，甘草3g。

加减：若气郁化火，胁肋掣痛，心烦急躁，口干口苦，溺黄便秘，舌红苔黄，脉象弦数者，可加金铃子散、左金丸，或改用丹栀逍遥散。腹痛肠鸣泄泻，加茯苓12g，白术15g，薏苡仁15g；胁痛剧烈，加青皮6g，川楝子6g，郁金9g，延胡索9g。

中成药：①肝舒乐冲剂，冲服，1次20g，1日3次；②护肝宁片，口服，1次4粒，1日3次。

3其他治法

31单方验方

311蒲公英90~120g，水煎服。治黄疸。

312鲜甜瓜蒂5g，加水100ml，水煎去渣，口服，1次5ml，1日2次。治黄疸。

313绿矾60g，核桃仁60g，大枣（去核）120g，桃仁9g，杏仁9g；或取馒头两个，挖去心，把皂矾分装挖心馒头内，烤焦，为末，再将核桃、大枣、桃仁、杏仁捣如泥，加入馒头末，再捣均匀为丸，口服，每丸6g，早晚各服1丸。治黄疸，面黄如金色。然不宜久服。

314茵陈后下30g，鸡内金15g，炒研冲服，1日2次。治急性黄疸型肝炎。

32针刺

321体针

阳黄者，主穴胆俞、阴陵泉、内庭、太冲、阳纲、阳陵泉，针用泻法。

阴黄者，主穴至阳、脾俞、胆俞、中脘、三阴交、肾俞、足三里，针用平补平泻法。

发热者，加合谷、十二井、大椎、曲池；两胁疼痛者，加阳陵泉、支沟；腹胀脘痛者，加行间（泻）、解溪（补）、中枢、中脘、足三里、气海；恶心呕吐者，加天突、内关、足三里、中脘，均用泻法；皮肤瘙痒者，加曲池、合谷；失眠者，加神门、三阴交、关元；便秘者，加天枢、支沟、大肠俞、照海；黄疸甚者，加合谷透后溪、中封、太冲、翳明；神疲畏寒者，加命门、气海（灸）；大便溏泻者，加天枢、关元（灸）。

322耳针：取穴胆、肝、脾、胃、耳中、耳迷根。选取2~3穴，毫针中等刺激。1日1次。

33推拿

331肝郁气滞证：点按侧胸腹，按上腹部，顺气，摩按季胁，脊背拿提，揉足三里。

332脾虚气弱证：上腹摩按，分摩季胁，推侧腹，背部挤推，背部拳揉，揉足三里。

34药茶疗法

341茵黄绿茶：治阳黄，身目俱黄如金橘色，舌苔黄腻，脉滑数。茵陈后下30g，大黄6g，绿茶3g，上药水煎，代茶饮。

342黄瓜皮茶：治湿热发黄，面目全身尽黄，色如橘皮者。黄瓜皮不拘量，煎汤，去渣，取汁，代茶饮。

343荸荠茶：治黄疸湿热，小便不利。用荸荠120g，打碎，煎汤，取汁，代茶饮。

35穴位贴敷

351砂矾鲫鱼膏：砂仁后下30g，白糖50g，白矾10g，青背鲫鱼1条（约150g，连肠杂用）。将砂仁研为细末，过筛，然后与白矾、白糖、鲫鱼一起共捣，纱布包裹，贴神阙、至阳穴，1日换1次。主治阳黄。

352二黄红花糊：姜黄、蒲黄、红花、滑石各250g，栀子420g，猪肝500g（焙干）。上药共研细末，用15%~20%酒精调成糊状，敷于肝区，1~3个铜钱厚，再用温灸器在药上熨半小时，1日1次，20次为1个疗程。

ZYYXH/T862008

ZYYXH/T862008

## 慢性病毒性肝炎

慢性病毒性肝炎（chronic viral hepatitis，CVH）是指由不同肝炎病毒引起、病程超过半年、肝脏组织病理学呈现慢性炎症的一组疾病。临床上可有相应的症状体征和实验室检查异常，但亦可无明显临床症状。我国以慢性乙型肝炎最为常见。慢性乙型肝炎的发病机制主要是由于机体对乙肝病毒的免疫应答而导致肝细胞损害，慢性丙型肝炎则主要由于丙肝病毒对肝细胞的直接损害，并与细胞免疫有关。慢性病毒性肝炎常伴肝纤维化，进一步可发展至肝硬化，部分发生肝细胞癌。本病属于中医学的“黄疸”、“胁痛”、“癥积”、“虚劳”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：部分患者无明显症状，或症状轻微、无特异性，容易被忽视，仅在体检时发现肝大或肝功能异常。典型的慢性病毒性肝炎一般最常见症状为体倦乏力与不适、间断性发作、劳累后加重、食欲减退、恶心、右侧胁部疼痛或不适、腹胀痛、失眠、低热、肌肉或关节酸痛等。

112体征：可无明显异常体征。典型患者体检可见面部颜色晦暗、巩膜黄染、蜘蛛痣及肝掌；肝脏肿大、质地中等或充实感，有压痛及叩痛，或伴有脾脏肿大。病情严重者可有黄疸加深、腹水、下肢浮肿、出血倾向或意识改变。少数患者有肝外表现，如皮疹、关节炎、原发性混合性冷球蛋白血症、再生障碍性贫血、胸膜炎、肾小球肾炎、结肠直肠炎、血管炎等，可出现月经改变、男性乳房发育、睾丸萎缩等内分泌紊乱。

12理化检查

121病原学检查

慢性乙型肝炎：血清HBsAg和（或）HBV-DNA阳性。

慢性丙型肝炎：血清HCV-RNA和或抗-HCV阳性，有条件的应用Simmonds等1~6型分型法进行基因分型，有助于治疗的个体化和预测疗效。

慢性丁型肝炎：血清抗HD-IgG持续高滴度，HDV-RNA持续阳性。

122生化学检查

血清转氨酶（ALT和AST）：其水平一般可反映肝细胞损伤程度，最为常用，但与病情的严重程度不一定平行。慢性乙型肝炎患者血清ALT持续或反复升高，约30%慢性丙型肝炎患者的血清ALT正常。

血清总胆红素：通常与肝细胞坏死程度有关，但需与肝内外胆汁淤积所引起的胆红素升高鉴别。肝功能衰竭患者血清胆红素常较高，且呈进行性升高，也可出现胆红素与ALT和AST分离现象。

凝血酶原时间（PT）及凝血酶原活动度（PTA）或国际标准化比值（INR）：PT是反映肝脏合成凝血因子功能的重要指标，PTA和INR是PT测定值的常用表示方法，对判断疾病进展及预后有较大价值。

血清白蛋白和前白蛋白：反映肝脏合成功能，慢性乙型肝炎和肝衰竭患者的血清白蛋白和前白蛋白下降或球蛋白升高，表现为血清白蛋白与球蛋白比值降低。

胆碱酯酶（ChE）：可反映肝脏合成功能，对评价病情轻重和监测肝病发展有参考价值。

甲胎蛋白（AFP）：明显升高往往提示肝细胞癌（HCC），轻度AFP升高常提示大量肝细胞坏死后的肝细胞再生，可能有助于判断预后，也可监测HCC的发生，但应结合患者的临床表现和B超等影像学检查结果进行综合分析。

123肝脏组织病理学检查：肝穿刺组织病理学检查在肝脏疾病的诊断及预后判定上占有重要地位，是明确诊断、了解肝脏炎症、纤维化程度，以及评价药物疗效的金标准。

124影像学检查

B超检查：①轻度：Ｂ超检查肝脾无明显异常改变。②中度：Ｂ超可见肝内回声增粗，肝脏和（或）脾脏轻度肿大，肝内管道（主要指肝静脉）走行多清晰，门静脉和脾静脉内径无增宽。③重度：Ｂ超检查可见肝内回声明显增强，分布不均匀；肝表面欠光滑，边缘变钝，肝内管道走行欠清晰或轻度狭窄、扭曲；门静脉和脾静脉内径增宽；脾脏肿大；胆囊壁有时可见双层征。

CT检查：慢性病毒性肝炎患者可见肝脾肿大，肝内可见弥漫性CT值增高等。

13诊断要点

131病史：急性肝炎病程超过半年；或原有乙型、丙型、丁型肝炎或HBsAg携带史，本次又因同一病原再次出现肝炎症状、体征及肝功能异常；或发病日期虽不明确或虽无肝炎病史，但肝组织病理学检查符合慢性肝炎特征；或根据症状、体征、化验及B超检查等综合分析，符合慢性肝炎的特点，均可作为相应诊断依据。

132实验室检查

慢性乙型肝炎：血清HBsAg和（或）HBV-DNA阳性，血清ALT持续或反复升高，或肝组织学检查有肝炎病变；根据血清HBeAg情况分为HBeAg阳性（抗HBe阴性）慢性乙型肝炎与HBeAg阴性（抗HBe阳性或阴性）慢性乙型肝炎。

慢性丙型肝炎：血清ALT正常或轻至中度升高，血清HCV-RNA和（或）抗HCV阳性。

慢性丁型肝炎：血清ALT轻度或中度升高，血清抗HD-IgG持续高滴度，HDV-RNA持续阳性。

133根据生化试验及其他临床和辅助检查结果，慢性病毒性肝炎可进一步分为轻度、中度和重度。具体如下：

轻度：临床症状、体征轻微或缺如，肝功能指标仅1或2项轻度异常。

中度：症状、体征、实验室检查结果居于轻度和重度之间。

重度：有明显或持续的肝炎症状，如乏力、纳差、腹胀、尿黄、便溏等，伴有肝病面容、肝掌、蜘蛛痣、脾大并排除其他原因，且无门静脉高压症者。实验室检查血清ALT和（或）AST反复或持续升高，白蛋白降低或A/G比值异常、γ-球蛋白明显升高。除前述条件外，凡白蛋白≤32g/L、胆红素大于正常值上限的５倍、凝血酶原活动度<40%、胆碱酯酶<2500U/L这四项检测中有1项符合者即可诊断为重度慢性肝炎。

轻度慢性肝炎的病理表现为汇管区炎症，有中度淋巴细胞和浆细胞浸润，肝小叶完整，小叶内可有轻度肝细胞变性或点状坏死。中度慢性肝炎的病理表现为汇管区扩大，有大量淋巴细胞和浆细胞浸润，炎症细胞浸润至肝门静脉周围，使肝界板破坏，侵入肝小叶，肝细胞可有嗜酸性变、气球样变、嗜酸性小体形成等改变，小叶受累的范围和程度不均匀，常呈灶性分布；结缔组织增生，一般无明显的再生结节。重度慢性肝炎的病理表现为肝细胞坏死可融合成带，出现BN。

134隐匿性慢性乙型肝炎：指血清HBsAg阴性，但血清和（或）肝组织中HBV DNA阳性，并有慢性乙型肝炎临床表现者。患者可伴有血清抗-HBs、抗-HBe和（或）抗-HBc阳性，部分患者除HBV-DNA阳性外，其余HBV血清学标志均为阴性。确诊需排除其他病毒及非病毒因素引起的肝损伤。

2辨证论治

慢性肝炎病机在于湿热疫毒隐伏血分，肝阴不足，或脾肾两亏等。其中疫毒内侵为首要因素，正气虚弱是内在条件，饮食、情志与起居为诱发因素。证候病机为湿热蕴结、肝郁气滞、肝郁脾虚、肝肾阴虚、脾肾阳虚、瘀血阻络等几个主要方面。临床多表现为虚实夹杂之候。其病位主要在肝，涉及脾、肾两脏及胃、胆、三焦等腑。基本治法为清热利湿解毒，益气养阴补肾。治疗上宜注意辨别邪气在气与在血、病性的正虚与邪实，而选用补虚泻实、益气、行气、活血、健脾、补肾等治法。

21湿热蕴结证

证候：右胁胀痛，脘腹满闷，恶心厌油，身目黄或无黄，小便黄赤，大便黏滞臭秽，舌苔黄腻，脉弦滑数。

治法：清热利湿解毒。

方药：茵陈汤合甘露消毒丹加减。

茵陈后下15g，栀子9g，制大黄9g，滑石15g，黄芩9g，石菖蒲9g，浙贝母6g，广藿香9g，射干9g，连翘15g。

加减：口苦而黏，小便黄赤，加车前草15g，金钱草15g，泽泻9g；发热，口干，口臭，舌苔黄厚，加黄连3g，草河车15g，白花蛇舌草15g；口中黏腻，腹满，便溏，加炒薏苡仁30g，茯苓15g，炒白术12g；齿龈红肿渗血或鼻衄，加牡丹皮12g，青黛3g，小蓟9g。

中成药：①当飞利肝宁胶囊，口服，1次4粒，1日3次；②垂盆草冲剂，冲服，1次10g，1日3次；③肝炎灵注射液，肌肉注射，1次4ml，1日1次。

22肝郁气滞证

证候：两胁胀痛，甚则连及胸肩背，且情志激惹则痛甚，胸闷，纳差，善太息，得嗳气稍舒，大便不调，小便黄，舌质红，舌苔薄白，脉弦。

治法：疏肝解郁，理气和中。

方药：柴胡疏肝散加减。

柴胡9g，香附9g，枳壳9g，陈皮9g，白芍15g，川芎9g，甘草6g。

加减：胁胀痛较甚，加青皮9g，川楝子9g，郁金9g；烦躁，口干口苦，尿黄便干，加栀子9g，黄芩12g，龙胆草6g；肠鸣腹泻，加白术12g，茯苓15g，薏苡仁30g；恶心呕吐，加广藿香9g，生姜6g。

中成药：①慢肝解郁胶囊，口服，1次4粒，1日3次；②疏肝片，口服，1次4片，1日2次。

23肝郁脾虚证

证候：胁肋胀满，精神抑郁或性情急躁，面色萎黄，大便溏薄，纳食减少，口淡乏味，脘腹痞胀，舌质淡红，苔白，脉沉弦。

治法：疏肝解郁，健脾和中。

方药：逍遥散加减。

柴胡9g，当归12g，白芍15g，白术12g，茯苓15g，薄荷6g，甘草6g。

加减：胁痛明显，或妇女月经衍期，加香附9g，川芎9g，延胡索9g；疲乏无力，肢倦嗜卧，食入不化，苔白舌淡，边有齿痕者，加炒党参30g，山药15g，黄芪15g，莲子9g。

中成药：①逍遥丸，口服，1次9g，1日3次；②乙肝益气解郁冲剂，冲服，1次20g，1日3次，儿童酌减。

24肝肾阴虚证

证候：头晕耳鸣，两目干涩，咽干，失眠多梦，五心烦热，腰膝酸软，女子经少或经闭，舌红体瘦、少津或有裂纹，脉细数。

治法：养血柔肝，滋阴补肾。

方药：一贯煎加减。

北沙参9g，麦冬12g，生地黄15g，枸杞子15g，川楝子9g。

加减：眩晕耳鸣较甚，加天麻9g，钩藤后下12g，磁石先煎30g；腰膝酸软较甚，加桑寄生15g，牛膝9g，杜仲9g，续断15g；面黄无华，全身乏力，气促，心悸，加黄芪30g，党参15g，山药15g，白术12g。

中成药：①乙肝养阴活血冲剂，冲服，1次20g，1日3次；②麦味地黄丸，口服，1次6~9g，1日2次。

25脾肾阳虚证

证候：畏寒喜暖，少腹、腰膝冷痛，食少便溏，完谷不化，下肢浮肿，舌质淡胖，脉沉细或迟。

治法：温补脾肾。

方药：附子理中汤合金匮肾气丸加减。

党参15g，白术12g，茯苓15g，甘草6g，干姜6g，附子先煎6g，桂枝6g，山药15g，生地黄15g，山茱萸9g，枸杞子12g，菟丝子12g，肉苁蓉9g。

加减：兼有畏寒，四肢不温，或男子阳痿，女子经少或经闭，加巴戟天9g，仙茅9g，仙灵脾9g；伴体倦乏力，自汗明显，加黄芪30g，黄精15g。

中成药：①金匮肾气丸，口服，1次6g，1日2次；②右归丸，口服，1次6g，1日3次。

26瘀血阻络证

证候：胁肋刺痛，痛处固定而拒按，入夜更甚，或面色晦暗，舌质紫暗，脉沉弦或涩。

治法：活血化瘀，通络散结。

方药：膈下逐瘀汤加减。

当归12g，桃仁6g，红花6g，川芎9g，牡丹皮12g，赤芍12g，延胡索9g，枳壳9g，丹参15g，鳖甲先煎24g，炙甘草6g。

加减：口干咽燥，舌红少苔，加生地黄15g，女贞子15g，北沙参9g，麦冬12g；齿衄、鼻衄明显，加青黛3g，炒黄芩12g，旱莲草15g，茜草9g；女子痛经，经水色暗有块，加鸡血藤15g，五灵脂包煎9g，蒲黄包煎9g，乌药6g。

中成药：①人参鳖甲煎丸，口服，1次3g，1日3次；②大黄虫丸，口服，1次45g，1日2次。

3其他治法

31针刺

取穴合谷、外关、足三里、阳陵泉、阴陵泉、中封等，每次选取3~4穴，用提插补泻法，先泻后补，留针30分钟，隔10分钟提插捻转1次，1日1次，可提高机体免疫状态，改善肝功能。

32外敷

补肝膏：鳖甲10g，党参、生地黄、熟地黄、枸杞子、五味子、当归、山茱萸各64g，黄芪、白术、白芍、川芎、醋香附、山药、酸枣仁、五灵脂各32g，柴胡、牡丹皮、栀子、龙胆草、瓜蒌、黄芩、茯苓、川木通、羌活、防风、泽泻、甘草各22g，连翘、续断、吴茱萸、陈皮、法半夏、红花各12g，薄荷、肉桂各6g，乌梅5个。用麻油熬，黄丹收，加牛胶搅。膏贴痛处，对慢性肝炎胁肋隐痛有一定作用。

33气功

静功和内养功，以及太极拳等运动有助于慢性肝病的恢复，或肝病痊愈后的保健。

ZYYXH/T872008

ZYYXH/T872008

## 肝 性 脑 病

肝性脑病（hepatic encephalopathy，HE）是由严重肝脏疾病引起的、以代谢紊乱为基础的中枢神经系统功能失调的综合病症，其主要临床表现是意识障碍、行为失常和昏迷。由肝硬化发生肝性脑病者达70％。由多种原因引起的急性大量肝细胞坏死，称为暴发性肝功能衰竭；发生于慢性肝病、病程长、发展慢、昏迷反复发作者，称慢性复发型肝性脑病。本病可归属于中医学的“癫狂”、“痴呆”等病证范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：早期常有性格和行为的改变；语言障碍，定向力、理解力、记忆力均有不同程度的障碍，如表情淡漠、嗜睡、反应迟钝、语无伦次、烦躁不安等；中、晚期出现精神错乱，躁狂，昏睡及不同程度昏迷。除上述中枢神经系统的表现外，还多伴有乏力、食欲减退、腹胀腹泻、黄疸等。不少患者有明显诱因，如感染、上消化道出血、电解质紊乱、功能性肾衰、高蛋白饮食、强烈利尿、大量放腹水、服用镇静剂等。

112体征：除了蜘蛛痣、腹水、黄疸等原发病的体征，还可有扑翼样震颤、肝臭、肌张力增高、病理反射阳性等肝性脑病体征。

12理化检查

121肝功能检查：可有明显异常，如ALT升高、白球比例倒置、黄疸指数升高。急性肝性脑病患者多有血清胆红素、凝血酶原时间异常；慢性肝性脑病多伴低蛋白血症，高γ-球蛋白血症。血清电解质可能异常，有呼吸性或代谢性碱中毒。

122血氨：约75%患者的血氨有不同程度升高，以慢性肝性脑病增高居多。急性肝性脑病患者血氨多正常。

123血浆氨基酸：正常人血浆中支链氨基酸和芳香族氨基酸的比值在1∶15左右。本病患者支链氨基酸减少，芳香族氨基酸尤其是色氨酸明显增加，支链氨基酸和芳香族氨基酸比例<1。

124脑电图：常人的脑电图呈α波，每秒8~13次。本病患者昏迷前期的脑电图主要是慢波；意识轻度障碍时出现θ波，每秒4~7次；昏迷时出现δ波，每秒1~3次。

125脑诱发电位：包括听觉、视觉、体感诱发电位，是将中枢神经系统受声、光、电刺激后的电活动，经计算机叠加技术处理后的图形。肝性脑病的神经功能失调是以抑制性神经元活动障碍为主的中枢神经功能紊乱，可出现脑诱发电位的异常，特别是无临床表现的亚临床肝性脑病也可出现此种改变。

126智力功能测试：测试内容包括书写、构词、画图、搭积木、用火柴杆搭五角星等。目前认为对诊断早期肝性脑病包括亚临床肝性脑病最有用。

13诊断要点

131有引起肝性脑病的诱因，如感染、消化道出血、药物、手术、缺氧、低血容量、低钾、碱中毒、高蛋白饮食、便秘等。

132严重肝病的症状、体征和（或）门-体静脉侧支循环。

133有肝性脑病各期的临床表现，伴或不伴有扑翼样震颤。

134肝功能严重损害。

135可有血氨升高。

136有条件者可测定血浆氨基酸谱、脑电图或大脑诱发电位，有异常并排除其他原因者。

上述1~4条为主要诊断条件。

2辨证论治

本病以邪扰神明为主要发病因素，由于痰浊蒙闭清窍、邪热上扰心神、阴虚阳亢、阴阳两竭等导致昏迷，本病病位在肝、心、脑，病性可分虚、实两种。虚为气血阴阳不足，实属热火痰浊过盛。肝性脑病据临床表现，可分闭证、脱证。痰浊、邪热、风阳、瘀血等蒙闭清窍者，属闭证范畴；气血耗散，阴阳衰竭致神明失守者为脱证。闭证治当醒脑开窍，脱证急宜回阳固脱。

21痰浊蒙蔽证

证候：精神呆滞，语言不清，意识蒙，甚者神昏嗜睡，面色晦暗，脘腹胀满，泛恶纳呆，喉间痰鸣，舌暗红，苔厚腻，脉沉滑。此型多见于慢性肝昏迷。

治法：涤痰开窍。

方药：涤痰汤加减。

法半夏10g，胆南星6g，橘红10g，枳实10g，石菖蒲12g，人参单煎12g，竹沥冲服10ml，郁金15g，竹茹15g，茯苓15g，甘草3g。

加减：湿盛，加苍术12g，薏苡仁30g；腹满而胀，加沉香粉冲服⒈5g。

22毒火攻心证

证候：壮热烦躁，口唇干裂，神昏谵语，面赤气粗，或有抽搐，身目黄染，腹部胀大，大便秘结，小便短赤，舌质红绛，舌苔黄燥，脉洪数有力。

治法：清心泻火，醒脑开窍。

方药：犀角地黄汤加减。

水牛角先煎30g，生地黄15g，栀子9g，大黄后下9g，石菖蒲12g，牡丹皮12g，郁金15g，赤芍15g。

加减：大便秘结，加大黄15~20g，玄明粉冲服12g；热盛动风，加钩藤后下15g，石决明先煎30g清热平肝；吐血，加白茅根30g，三七粉冲服3g；神昏谵语，予安宫牛黄丸或至宝丹1粒溶化后鼻饲。

中成药：①安宫牛黄丸，口服或鼻饲，1次1丸，1日1~2次；②至宝丹，口服，1次1丸，1日1~2次；③醒脑静针剂10~20ml加入5%葡萄糖注射液或09%氯化钠注射液250ml中，静脉滴注，1日1~2次；④清开灵注射液20~40ml加入5%葡萄糖注射液或09%氯化钠注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

23阴虚阳亢证

证候：循衣摸床，躁动不安，言语错乱，两手颤动或抽搐，甚者昏迷不醒，口干唇燥，面色潮红，舌质红绛，舌苔干燥，脉弦细。

治法：滋阴潜阳，平肝息风。

方药：镇肝息风汤加减。

龙骨先煎30g，牡蛎先煎30g，代赭石先煎30g，玄参15g，麦冬15g，白芍15g，麦芽15g，川楝子9g，牛膝15g，茵陈后下15g，甘草5g。

加减：腹部胀大，小便不利者，加大腹皮12g，泽泻15g；昏迷不醒，鼻饲送服紫雪丹或至宝丹。

中成药：①紫雪丹，口服，1次15~3g，1日2次；②至宝丹，口服，1次1丸，1日1~2次。

24阴阳两竭证

证候：昏迷不醒，两手颤抖，面色苍白，呼吸微弱，大汗淋漓，四肢厥冷，少尿或无尿大便失禁，腹胀如鼓，舌质红绛，无苔，脉细微欲绝。此型多见于肝昏迷的终末期。

治法：益气回阳，救阴固脱。

方药：参附龙牡汤加减。

红参单煎9g，黄芪30g，煅龙骨先煎30g，煅牡蛎先煎30g，附子先煎9g，五味子6g，麦冬15g，生地黄15g，熟地黄15g，石菖蒲9g。

加减：阴精耗竭，加山茱萸12g，阿胶烊化15g，龟甲先煎15g，鳖甲先煎15g；四肢厥冷，加干姜6g，肉桂3g。

3其他治法

31针刺

昏迷时，取合谷、人中、十宣、涌泉；烦躁不安时，可取内关、神门。针用泻法，留针15分钟，1日1次。

32保留灌肠

大黄20~30g，水煎取汁200ml，或加入食醋100ml，保留灌肠，促使排便，减少毒素的吸收。

ZYYXH/T882008

ZYYXH/T882008

## 肝硬化

肝硬化（cirrhosis of liver）是由不同病因引起的肝脏弥漫性纤维结缔组织增生并伴肝小叶结构破坏和假小叶形成，由多种慢性肝病发展而成。引起肝硬化的病因很多，我国以慢性乙型肝炎最常见，部分系慢性丙型肝炎所引起，酒精性肝硬化也有所增多。其他有自身免疫性肝炎、原发性胆汁性肝硬化及遗传代谢性疾病引起的肝硬化，还有因原发性硬化性胆管炎（PSC）、药物性及化学中毒引起者。尚有少部分病例病因不明，而被认为是“隐源性肝硬化（cryptogenic）”。肝硬化腹水（见附录A）是失代偿期肝硬化病人的重要体征。肝硬化还可导致门静脉高压症（见附录B），其所引起的腹水、上消化道出血和肝性脑病是造成肝硬化患者病残和死亡的主要原因。根据临床表现，代偿期肝硬化多属于中医学的“癥积”范畴，失代偿期出现腹水者则属于“鼓胀”范畴。其他尚涉及“黄疸”、“胁痛”、“水肿”、“血证”等病证。

1诊断依据

11临床表现

111症状：肝硬化初期的临床表现无特异性，主要取决其原发肝病。患者肝功能代偿良好时可无明显症状；部分患者有体倦乏力，睡眠障碍，食欲不振，右季肋部或两季肋部不适或疼痛，体重减轻，腹胀，腹泻，皮肤瘙痒，鼻、牙龈出血，以及两目干涩、视力下降，不规则发热，夜尿增多等。男性可见性欲减退，女性可见月经减少或提前闭经。

112体征：面色黝黑、晦暗、巩膜轻度黄染、肝掌及蜘蛛痣是肝硬化患者颇具特征的表现，男性可见睾丸萎缩，乳房发育。K-F角膜色素环是Wilson病的重要体征之一；黄色瘤则可见于胆汁性肝硬化患者的眼睑内眦部。失代偿期患者常见双下肢浮肿。半数以上的患者可出现轻重不一的黄疸。毛细血管扩张可与蜘蛛痣同时存在。腹部触诊中，脾脏可有不同程度的肿大，腹水量超过1000ml时可见腹部膨隆，移动性浊音，约有5%患者可出现胸水，以右侧多见。也可见舌下静脉、腹壁静脉曲张，皮下或舌质有瘀斑、瘀点。部分患者出现杵状指、匙状指或扁平指。

12理化检查

121肝功能与血液学检查：肝功能检查可有血清ALT、AST活性及AST与ALT比值增高，总胆红素、总胆汁酸水平升高，γ-谷氨酰转肽酶（γ-GT）升高，胆碱酯酶活力降低，血清白蛋白含量与白/球比值降低，凝血酶原时间延长。血液常规检查常见白细胞及血小板数量减少。

122影像学检查：各种常用的影像学手段如B超、CT、MRI等都可用于发现肝实质的中、重度纤维化改变：肝包膜增厚，肝表面轮廓不规则，肝实质回声不均匀增强或CT值增高或呈结节状，各叶比例改变（尾叶∶右叶>005），脾脏厚度增加，门静脉直径（≥14mm）和脾静脉直径（≥10mm）增大等门脉高压的征象。彩色多普勒超声检查或放射性核素扫描可以测定肝动脉和门脉的血流量及功能性门体分流情况。

123胃镜检查或食管钡餐X线检查：以胃镜较准确，可直观地检查是否发生静脉曲张、曲张部位、严重程度、是否有出血倾向等。

124肝组织病理学检查：肝活检组织病理学检查至今仍被认为是肝纤维化和肝硬化诊断的金标准，可用于明确肝脏疾病病因，并可对肝组织炎症、坏死程度进行分级，对肝组织纤维化程度进行分期。其对早期肝硬化明确诊断尤为重要，但重度肝硬化由于纤维结缔组织大量增加难以获得具有完整肝小叶结构的肝组织，活检获得的肝组织往往呈碎屑状。若有明显凝血机制障碍及大量腹水者作肝活检应慎重。

13诊断要点

肝组织病理学检查可直接诊断，其余以影像学检查为主要依据，血清学检查及体征为辅助诊断依据。经腹腔镜或肝穿刺组织病理学检查可诊断肝硬化。胃镜或食管钡餐X线检查发现食管静脉曲张；影像学检查有无肝硬化表现。

131病因学诊断：肝炎后肝硬化需有明确的慢性乙型肝炎史（HBsAg阳性或合并其他标志物阳性），或明确丙型肝炎病史（抗-HCV阳性），或有明确重症肝炎史。酒精性肝硬化需有长期大量饮酒史。其他病因引起的肝硬化需有相应的病史及诊断，如长期右心衰竭或下腔静脉阻塞，长期使用损伤肝脏药物，遗传性、自身免疫性，以及代谢障碍性肝硬化可根据血清α1-AT水平、自身抗体、血清铜蓝蛋白、角膜K-F环及血清转铁蛋白饱和度等检查作出病因学诊断。

132肝硬化分期诊断

代偿期肝硬化：即早期肝硬化，一般属Child-Pugh A级。有轻度乏力、食欲减少、或腹胀等症状，但无明显肝功能衰竭表现。血清白蛋白可有降低，但仍≥35g/L，胆红素<35μmol/L，凝血酶原活动度多>60％，血清ALT、AST轻度升高，AST可高于ALT，γ-GT可轻度升高；可有门脉高压症，如轻度食管胃底静脉曲张，但无腹水、肝性脑病或上消化道出血。

失代偿期肝硬化：即中晚期肝硬化，一般属于Child-Pugh B、C级。患者可出现腹水、肝性脑病及门脉高压症引起的食管、胃底静脉明显曲张或破裂出血。有明显肝功能异常即失代偿表现，如血清白蛋白<35g/L，A/G<10，胆红素>35μmol/L，ALT、AST升高，凝血酶原活动度<60%。

根据肝脏炎症活动情况，可将肝硬化分为：①活动性肝硬化：可见慢性肝炎的临床表现，特别是ALT升高；血清病毒复制水平升高，出现黄疸，肝质地变硬，脾脏进行性增大伴门脉高压症。②静止性肝硬化：ALT正常，无明显黄疸，肝质地硬，脾脏增大伴门脉高压症，也可见血清白蛋白水平低。

2辨证论治

肝硬化病因多端，我国最为常见的是乙型肝炎所致的肝硬化。肝硬化基本病机是正虚邪恋，气虚血瘀为肝硬化之本，而湿毒热邪稽留血分是为标。肝阴虚、湿热之邪留恋及血脉瘀阻为肝硬化所共有的三个基本因素。肝硬化病程长，根据本病气虚血瘀的基本病机特点，治疗时宜虚中求实，补泻兼施。以益气化瘀为基本治法，根据不同个体的证候表现、邪正的具体情况，或寓补于泻，滋肾养肝、理气化瘀，温肾健脾、祛湿化瘀；或寓泻于补，清热利湿、益气化瘀，清热化瘀、养阴解毒；或补泻兼施，疏肝健脾。

21肝肾阴虚证

证候：腰膝酸软，失眠多梦，视物模糊，两目干涩，五心烦热，耳鸣口干，性欲减退，大便干结，舌红少苔，脉细或细数。

治法：滋肾养肝，清热化瘀。

方药：一贯煎加减。

生地黄15g，北沙参15g，麦冬15g，枸杞子15g，当归12g，川楝子9g，黄芩15g，片姜黄9g，白芍15g，鳖甲先煎30g。

加减：腰酸、耳鸣显著，加牛膝15g，五味子9g；夜寐不安，易惊醒，加黄连3g，炒酸枣仁15g，夜交藤15g；体倦乏力，不耐劳顿，加黄芪30g，炒白术15g，炙甘草6g。

中成药：①二至丸，口服，1次9g，1日3次；②麦味地黄丸，口服，1次9g，1日3次。

22湿热内蕴证

证候：目黄，面色晦暗，口干口苦或口臭，身黄尿黄，肢体困重，舌边尖红，苔黄腻，脉弦滑或滑数。

治法：清热利湿，益气通瘀。

方药：茵陈汤加味或茵陈五苓散加减。

茵陈后下15g，栀子15g，制大黄9g，黄芩15g，碧玉散包煎30g，猪苓15g，茯苓15g，泽泻15g，炒白术15g，泽兰15g，黄芪15g，白芍15g。

加减：大便干结，制大黄改为大黄后下9g；尿少色黄赤，加车前草15g，半边莲15g；胁痛显著，加金钱草15g，虎杖15g，片姜黄9g。

中成药：①黄疸茵陈冲剂，冲服，1次10g，1日3次；②垂盆草冲剂，冲服，1次10g，1日3次；③甘露消毒丸，口服，1次9g，1日3次。

23瘀热内蕴证

证候：烦躁易怒，口臭，红丝赤缕，男性乳房发育，齿衄，鼻衄，腹壁脉络怒张，便秘，舌质暗红或绛红有瘀斑，脉数。

治法：清热化瘀，养阴解毒。

方药：犀角地黄汤合下瘀血汤加减。

水牛角先煎15g，生地黄15g，牡丹皮9g，连翘15g，白芍9g，制大黄6g，桃仁6g，土鳖虫6g，败酱草9g，女贞子9g，旱莲草9g。

加减：大便干结，制大黄改为大黄后下9g；烦热显著，加栀子12g，黄连3g，黄芩15g；胁痛显著，加金钱草15g，虎杖15g，片姜黄9g；齿衄或鼻衄显著，加茜草15g，青黛3g，小蓟15g；尿少色黄赤，加车前草15g，半边莲15g；乏力明显，加黄芪15g，炙甘草6g。

中成药：①血府逐瘀口服液，口服，1次1支，1日3次；②大黄虫丸，口服，1次6g，1日3次。

24脾肾阳虚证

证候：畏寒肢冷，下肢浮肿，自汗，腹胀便溏，舌质淡边有齿痕，苔薄白，脉沉细或迟。

治法：温肾健脾，利湿化瘀。

方药：济生肾气丸加减。

生地黄15g，山药15g，山茱萸9g，附子先煎6g，炙桂枝6g，牛膝15g，茯苓15g，泽泻15g，车前子包煎15g，牡丹皮9g，泽兰15g。

加减：胁肋胀痛，加片姜黄9g，没药6g；黄疸，加茵陈后下15g，黄柏9g；纳少，加鸡内金9g，焦神曲9g。

中成药：济生肾气丸，口服，1次6g，1日3次。

25肝郁脾虚证

证候：面色萎黄，性情抑郁，便溏，胁肋胀痛，舌淡红，苔薄白或薄黄，脉弦。

治法：疏肝解郁，益气健脾。

方药：逍遥散加减。

柴胡9g，枳壳9g，当归12g，白芍15g，炒白术15g，茯苓15g，炙甘草6g。

加减：偏于肝郁气滞，加郁金15g，佛手9g；湿滞较重，加苍术9g，厚朴9g；短气神疲，加党参15g，黄芪15g。

中成药：逍遥丸，口服，1次9g，1日3次。

3其他治法

31针刺

取穴足三里、三阴交、肝俞、肾俞、太冲、阳陵泉，针用平补平泻法，能提高机体免疫力，改善肝功能。

32穴位注射

取穴同针刺，以肝炎灵、苦参素等药物进行穴位注射，每日1次，每次选取2~3穴，交替注射。有助于控制肝炎肝硬化的炎症活动。

附录A

## 肝硬化腹水

肝硬化腹水（cirrhosis ascites）是失代偿期肝硬化病人的重要体征。其发病机制复杂，可由多种因素引起，包括门脉高压、内脏血管舒张、低蛋白血症、肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活、肾功能不良等。腹水提示肝硬化失代偿、预后不良。肝硬化腹水属于中医学的“鼓胀（水鼓）”范畴，尚涉及“黄疸”、“胁痛”、“水肿”、“血证”等病证。

1诊断要点

11病史：有肝硬化病史及引起肝硬化的病因。常见病因有慢性乙型或丙型病毒性肝炎、酒精性肝病与血吸虫肝病等，其他病因有非酒精性脂肪肝、右心衰竭或下腔静脉阻塞、长期药物性肝损伤、胆汁淤积、自身免疫性疾病等。

12临床表现

121失代偿期肝硬化患者，出现以下症状：尿量较平日减少，严重者出现少尿（一日尿量少于500ml），甚至无尿（一日尿量少于50ml）；水肿，表现为眼睑、面部、下肢及全身浮肿。严重者可有心力衰竭，出现心慌、气短、呼吸困难或意识障碍等。

122主要体征有：腹部膨隆，腹壁静脉曲张，触诊有波动感，腹部移动性浊音阳性；如有继发感染（SBP），可见体温升高、腹部肌紧张、压痛与反跳痛；部分病例伴有胸水，以右侧为多，胸部叩诊为浊音，呼吸音减弱。

13理化检查

131B型超声检查：有肝硬化征象与腹水存在。

132腹水检查：通过常规、生化分析与培养等，区分腹水为漏出液或渗出液；为门脉高压性或非门脉高压性；是否细菌感染或合并肿瘤等。

133肝功能检查：患者常有血清白蛋白降低，如谷丙转氨酶（ALT）升高，提示为活动性肝硬化。

2辨证论治

本病基本病机在于肝脾肾功能失调，气滞、瘀血、水饮互结于腹中。本病病位主要在肝、脾、肾三脏，病机特点为本虚标实，气虚血瘀水停。治疗原则的确立应在辨别虚实的基础上，选择合适的攻补兼施之法。

21气虚血瘀证

证候：腹大胀满，撑胀不甚，神疲乏力，少气懒言，不思饮食，或食后腹胀，面色晦暗，头颈胸臂或有紫斑，或红痣赤缕，小便不利，舌质暗淡，脉细无力。

治法：补中益气，活血祛瘀。

方药：四君子汤合桃核承气汤，或补阳还五汤加减。

人参单煎9g，白术12g，茯苓15g，甘草6g，桃仁6g，制大黄9g，桂枝9g，芒硝冲服12g。

加减：少气懒言，便溏腹泻，加黄芪30g，山药30g；口干咽燥，阴虚内热，加北沙参9g，白芍12g，生地黄15g，黄芩9g；畏寒肢冷明显，加肉桂3g，干姜9g。

中成药：①扶正化瘀胶囊，口服，1次15g，1日3次，宜饭后服。②复方鳖甲软肝片，口服，1次4片，1日3次。③强肝丸，口服，1次2丸，1日2次；浓缩水蜜丸，1次25g，1日2次。

22气滞血瘀证

证候：腹胀痛，时轻时重，纳呆食少，嗳气，胁腹刺痛拒按，面色晦暗，肌肤甲错，可有瘀斑，舌质紫暗，脉细涩。

治法：疏肝理气，活血祛瘀。

方药：柴胡疏肝散合血府逐瘀汤加减。

柴胡9g，郁金9g，香附9g，白芍15g，枳壳9g，陈皮9g，赤芍12g，川芎9g，桃仁6g，红花6g，当归12g，生地黄15g，牛膝9g，甘草6g。

加减：胃纳减退，加炒谷芽15g，神曲15g，山楂12g；尿少腹胀明显，加车前子包煎15g，大腹皮9g，猪苓12g，茯苓15g；伴黄疸，加茵陈后下15g，虎杖15g。

中成药：①平肝舒络丸,口服，1次1丸，1日2次；②血府逐瘀胶囊,口服，1次6粒，1日2次。

23脾肾阳虚证

证候：腹大胀满，形如蛙腹，朝宽暮急，面色苍黄或白，脘闷纳呆，便溏，畏寒肢冷，浮肿，小便不利，舌体胖，质紫，苔淡白，脉沉细无力。

治法：温补脾肾，行气利水。

方药：附子理中丸合五苓散加减。

附子先煎9g，干姜9g，人参单煎9g，白术12g，猪苓12g，茯苓15g，泽泻9g，炙桂枝6g。

加减：神疲乏力，少气懒言，纳少便溏，加黄芪30g，炒薏苡仁30g，炒白扁豆15g；面色苍白，怯寒肢冷，腰膝冷痛，加肉桂3g，仙茅9g，杜仲9g。

中成药：①金匮肾气丸，口服，小蜜丸1次9g、大蜜丸1次1丸，1日2次；浓缩丸1次8丸，1日3次。②刺五加片或注射液，片剂，口服，1次2~3片，1日2次；刺五加注射液300~500ml，静脉滴注，1日1~2次。

24肝肾阴虚证

证候：腹大胀满，或青筋暴露，面色晦滞，唇紫，口干而燥，心烦失眠，时或鼻衄，牙龈出血，小便短少，舌红绛少津，苔少或光剥，脉弦细数。

治法：滋养肝肾，凉血化瘀。

方药：一贯煎合膈下逐瘀汤加减。

北沙参9g，麦冬12g，生地黄15g，当归12g，枸杞子12g，川芎9g，牡丹皮12g，赤芍12g，乌药9g，五灵脂包煎9g，桃仁6g，红花6g，香附9g。

加减：津伤口干，加石斛12g，天花粉15g，芦根30g，知母9g；午后发热明显，加银柴胡9g，鳖甲先煎18g，地骨皮15g，白薇9g，青蒿后下12g；鼻衄齿衄，加栀子9g，芦根30g，藕节炭15g；面赤颧红，加龟甲先煎15g，鳖甲先煎15g，牡蛎先煎30g。

中成药：①六味地黄冲剂（口服液、片、丸、浓缩丸），口服，冲剂1次5g，1日2次；口服液，1次10ml，1日2次；片剂，1次8片，1日2次；丸剂，水蜜丸1次6g，小蜜丸1次9g，1日2次；浓缩丸1次8丸，1日3次。②金水宝胶囊（片），口服，胶囊剂，1次3粒，1日3次；片剂1次5片，1日3次。③肝达片，口服，1次5片，1日3次。

25肝脾血瘀证

证候：脘腹坚满，按之不陷而硬，青筋怒张，胁腹刺痛拒按，面色晦暗，头颈胸臂等处可见红点赤缕，唇色紫褐，或见大便色黑，舌质紫暗或有瘀斑，脉细涩。

治法：活血祛瘀，行气利水。

方药：调营饮加减。

当归12g，赤芍12g，川芎9g，制大黄9g，莪术9g，延胡索9g，瞿麦15g，槟榔9g，葶苈子包煎9g，赤茯苓15g，桑白皮12g，大腹皮9g，陈皮9g，细辛15g。

加减：大便色黑，加三七粉冲服3g，侧柏叶12g；癥块明显，加鳖甲先煎18g，水蛭3g；大便干结坚硬，加火麻仁15g，桃仁9g；胀满明显，可用十枣汤。

中成药：①大黄虫丸，口服，水蜜丸1次3g、小蜜丸1次3~6g、大蜜丸1次1~2丸，1日1~2次；②鳖甲煎丸，口服，1次1丸，1日3次。

26气滞湿阻证

证候：腹胀按之不坚，胁下胀满或疼痛，纳呆食少，食后胀甚，得嗳气、矢气稍减，或下肢水肿，小便短少，舌苔薄白腻，脉弦。

治法：疏肝理气，行湿散满。

方药：柴胡疏肝散合胃苓汤加减。

柴胡9g，香附9g，郁金9g，青皮9g，川芎9g，白芍15g，苍术9g，白术12g，厚朴9g，茯苓15g，猪苓12g，陈皮9g。

加减：胸脘痞闷，腹胀，噫气为快，加佛手9g，沉香后下3g，木香6g；尿少，腹胀，苔腻者，加砂仁后下6g，泽泻9g；神倦，便溏，舌质淡，加党参15g，黄芪15g，干姜9g；胁下刺痛，舌紫脉涩，加延胡索9g，莪术9g，丹参15g。

中成药：①木香顺气颗粒（丸），颗粒剂，冲服，1次15g，1日2次；丸剂，口服，1次6~9g，1日2~3次。②枳术颗粒（丸），口服，1次6g，1日3次。

27湿热蕴结证

证候：腹大坚满，脘腹胀急，烦热口苦，渴不欲饮，或有面目皮肤发黄，小便赤涩，大便秘结或溏垢，舌边尖红，苔黄腻或兼灰黑，脉弦数。

治法：清热利湿，攻下逐水。

方药：中满分消丸加减。

厚朴9g，枳实9g，片姜黄9g，黄芩9g，黄连3g，干姜9g，法半夏9g，知母12g，泽泻9g，茯苓15g，猪苓12g，白术12g，陈皮9g，砂仁后下6g。

加减：小便赤涩不利，加滑石包煎30g，葫芦30g；齿鼻衄血，加大蓟15g，小蓟9g，白茅根30g；便秘腹胀，加大黄后下9g，桃仁9g；热重发黄，加龙胆草6g，茵陈后下15g；腹大胀满，形体充实者，可试用舟车丸（大黄、黑牵牛、甘遂、大戟、芫花、橘红、木香、青皮、轻粉）。

中成药：①茵栀黄口服液（注射液），口服液，1次10ml，1日3次；茵栀荑注射液10~20ml加入10％葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日2次；②利肝宁胶囊，口服，1次4粒，1日3次。

附录B

## 门静脉高压症

门静脉高压症（portal hypertension）是指门静脉血管阻力增加和门静脉血流量增加，导致门静脉压力持续升高（>10mmHg）的疾病。80%~90%的门静脉高压症由各种原因引起的肝硬化所致，其他由一些心血管系统病变或门静脉血流量增加所引起。由于门静脉压力增高，使得门－体静脉间交通支开放，大量门静脉血在未进入肝脏前就直接经交通支进入体循环，可出现腹壁和食管、胃底静脉曲张，充血性脾肿大和脾功能亢进等病理改变。门静脉高压症可引起腹水、上消化道出血和肝性脑病，预后不良。本病属于中医学的“鼓胀”、“积聚”等范畴。

1诊断要点

11病史

肝硬化和慢性肝炎史；上消化道出血史；其他，如饮酒史、心血管系统疾病史、非肝性脾肿大病史、外伤史、肿瘤史、腹腔感染史、用药史和输血史等，有助于确定门脉高压形成的原因。

12临床表现

腹壁静脉曲张，脾肿大，腹水，上消化道出血，肝性脑病等。

13理化检查

131内镜检查证实食管胃底静脉曲张。

132B超显示门静脉系统血管增粗，门静脉主干内径>13mm， 脾静脉内径>8mm，门静脉阻塞及血栓形成，侧支循环，脾肿大，腹水。

133血常规有白细胞和血小板降低等脾功能亢进表现。

134门脉压力测定显示高压。

2辨证论治

本病基本病机是瘀血阻于肝络，基本治则是活血化瘀通络，基本治法是活血祛瘀、益精养肝。

21肝郁脾虚证

证候：乏力，肝区不适或隐痛，胃脘胀闷，纳谷不馨，舌淡苔薄，脉弦细。

治法：柔肝解郁，健脾化湿。

方药：归芍异功散加减。

当归9g，炒白术9g，炒白芍9g，党参15g，平地木15g，茯苓12g，甘草6g，炒陈皮6g，柴胡6g。

加减：偏于肝气郁滞，加郁金6g，佛手6g，沉香后下3g；偏于脾虚湿滞，加黄芪15g，砂仁后下3g，山药15g，薏苡仁15g；偏于水湿阻滞，加大腹皮6g，车前子包煎12g。

中成药：①逍遥丸，口服，1次1丸，1日2次；②肝达康片，口服，1次8~10片，1日3次；③肝脾康胶囊，口服，1次5粒，1日3次。

22湿热内蕴证

证候：多梦，大便溏滞不爽，小便色黄，舌质红，苔薄黄或黄腻，脉弦滑数。

治法：清热解毒，利湿调肝。

方药：黄连解毒汤合茵陈五苓散加减。

黄连3g，黄芩6g，黄柏9g，炒栀子6g，茵陈后下12g，泽兰9g，泽泻6g，猪苓9g，茯苓12g，白芍12g，制大黄15g，牡蛎先煎15g。

加减：热毒炽盛，加马鞭草6g，半枝莲12g，龙胆草3g；腹胀便秘，加大黄15g；腹胀尿少，加车前子包煎12g，车前草15g，半边莲12g。

中成药：①龙胆泻肝丸，口服，1次3~6g，1日2次；②苦黄注射液30ml加入5%~10%葡萄糖注射液500ml中，静脉滴注，1日1次；③苏肝合剂，冲服，1次20ml，1日2次。

23肝脾血瘀证

证候：面色晦暗，红纹赤缕，脉络怒张，胁下积块，胁腹刺痛，舌质紫暗或有瘀斑，脉沉弦而涩。

治法：化瘀利水，活血通络。

方药：调营饮加减。

莪术6g，川芎6g，当归9g，延胡索6g，赤芍9g，丹参12g，大黄15g，大腹皮6g，茯苓12g，泽兰9g，瞿麦12g，益母草15g，陈皮6g。

加减：疼痛明显，加三七粉冲服3g，郁金6g；夹有痰浊，加法半夏6g，浙贝母6g；兼有水湿，加泽泻9g，猪苓9g。

中成药：①大黄虫丸，口服，水蜜丸1次3g，小蜜丸1次3~6g，大蜜丸1次1丸~2丸，1日1~2次；②肝复乐片，口服，1次10片或6片，1日3次；③肝达片，口服，1次5片，1日3次。

24肝肾阴虚证

证候：面色晦暗或黧黑，体倦乏力，形体消瘦，两胁隐痛，胁下或见积块，眩晕耳鸣，失眠多梦，心烦易怒，口干饮不解渴，腰膝酸软，舌体瘦小，红绛少苔或欠润，脉弦细数。

治法：滋肾柔肝，养阴化瘀。

方药：二至丸合一贯煎加减。

女贞子9g，旱莲草9g，生地黄12g，白芍12g，北沙参12g，麦冬9g，枸杞子9g，当归9g，泽兰9g，牡蛎先煎15g。

加减：低热，加白薇6g，鳖甲先煎15g，青蒿后下9g；出血较著，加生地黄15g，焦栀子6g，大蓟12g，小蓟6g，鲜白茅根30g；夹湿热，加知母9g，黄柏9g，茵陈后下12g。

中成药：①知柏地黄丸，口服，1次6g，1日2次；②杞菊地黄丸，口服，1次6g，1日2次；③肝肾宁胶囊，口服，1次3~5粒，1日3次；④乙肝扶正胶囊，口服，1次4粒，1日3次。

25脾肾阳虚证

证候：面色枯黄，畏寒肢冷，神疲气怯，口淡乏味，腹胀便溏，小便清长，或见下肢浮肿，舌淡胖，苔薄白，脉沉细弱。

治法：温肾健脾，化瘀祛湿。

方药：温脾汤合五苓散加减。

淡附片先煎12g，炮姜6g，黄芪15g，白术9g，白芍12g，猪苓9g，茯苓12g，泽兰9g，泽泻6g，山药15g，车前子包煎12g，牡蛎先煎15g。

加减：偏于脾气虚，加党参15g，黄芪15g；偏肾阳虚，加补骨脂6g，淫羊藿6g。

中成药：①金匮肾气丸，口服，1次6g，1日3次；②济生肾气丸，口服，1次6g，1日3次；③心肝宝胶囊，口服，1次175g，1日3次。

ZYYXH/T892008

ZYYXH/T892008

## 肝肾综合征

肝肾综合征（hepatorenal syndrome，HRS）是指严重肝病时出现以肾功能损害、动脉循环和内源性血管活性物质系统显著异常为特征的综合征。常继发于各种类型的肝硬化失代偿期、暴发性肝衰竭、重度病毒性肝炎、原发或继发性肝癌等严重肝病。其肾脏无原发疾患，肾脏的病理组织学无明显异常或仅有轻度非特异性改变，又称为功能性肾功能衰竭。由于门脉高压、内脏血管扩张，引起循环功能障碍及肾血管收缩，以致肾小球滤过率下降及氮质血症。本病一旦发生，治疗困难，预后不良。本病属于中医学的“鼓胀”、“癃闭”、“关格”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111HRS最常见于失代偿期肝硬化，其次为急性或亚急性肝衰竭，有失代偿肝硬化或严重肝病的临床表现。HRS出现前有可查出的诱因，如上消化道大出血、快速大量利尿、短期内大量放腹水等，但有1/3~1/2的HRS可无明显诱因。

112少尿（<500ml/d）或无尿（<50ml/d）。

113存在难治性腹水或张力性腹水。少尿，24小时尿量<500ml，使用利尿剂无效。肾小球滤过率和血清肌酐清除率下降。

114临床分型：根据起病缓急与临床特点，将HRS分为两型。

Ⅰ型（急进型）：肾功能迅速恶化，2周内血肌酐增加1倍，肌酐清除率下降50%，少尿与稀释性低血钠。约80%患者可在2周内死亡。

Ⅱ型（渐进型）：肝、肾功能损害相对较轻或平稳，病情进展较慢，可持续数周至数月。

12理化检查

121实验室检查

尿液检查：可正常或含少量蛋白和红细胞。尿钠≤10mmol/L，尿比重>1020，尿血肌酐之比为（20~30）∶1，尿血渗透压之比>1。

血液生化检查：血清钠进行性降低，属稀释性低血钠。低血钾或高血钾。血尿素氮和肌酐早期正常，晚期升高。肾小球滤过率和肌酐清除率均降低。

122影像学检查

肾脏同位素发射计算机辅助断层显像（ECT）：可显示肾血流量减少，肾小球滤过率下降。

肾血管造影：显示叶间动脉、弓形动脉呈节珠状扭曲。

肾脏病理学检查：肾脏组织基本正常，无特殊性病理变化，晚期个别病例可能出现缺血性坏死的病理损害。

此外，还应根据肝脏原发病的不同，进行相应检查。

13诊断要点

国际腹水研究会制定的诊断要点如下：

131主要标准：确诊HRS必须具备以下5条标准，缺一不可。①慢性或急性肝病有进行性肝衰竭与门脉高压表现；②肾小球滤过率下降，血清肌酐≥1326μmol/L或内生肌酐清除率≤40ml/min；③无休克，无持续细菌感染，无近期或正在使用肾毒性药物，无胃肠道或肾性体液丢失（如反复呕吐、严重腹泻、强烈利尿、大量放腹水后没有扩容等）；④停用利尿剂，并以1500ml等渗盐水扩容后，肾功能无持续改善（血清肌酐<1326μmol/L或内生肌酐清除率增加到40ml/min以上）；⑤尿蛋白≤500mg/d，超声检查未发现梗阻性泌尿道疾病或肾实质疾病。

132附加标准：不是确诊必备的标准，而是支持诊断的条件。①尿量≤500ml/d；②尿钠≤10mmol/L；③尿渗透压>血浆渗透压；④尿红细胞<50个/高倍视野；⑤血清钠≤130mmol/L。

2辨证论治

本病为本虚标实，主要是肝、脾、肾三脏俱病，气、血、水、痰积于体内。辨证时要注意其在气在血、属虚属实，以及属痰、属湿、属瘀及毒邪轻重。治疗应以调肝、健脾、益肾、祛邪为法，或扶正为主，或祛邪为先，或虚实并治。

21肝郁气滞，水湿内阻证

证候：尿少尿闭，恶心呕吐，纳呆腹胀，腹有振水音，下肢或周身水肿，头痛烦躁，甚则抽搐昏迷，舌苔腻，脉实有力。

治法：疏肝解郁，健脾利湿。

方药：柴胡疏肝散合胃苓汤加减。

柴胡9g，白芍12g，川芎6g，香附9g，苍术9g，白术12g，厚朴9g，茯苓12g，泽泻9g，砂仁后下6g，车前子包煎12g。

加减：腹胀明显，加陈皮9g，大腹皮9g。

22脾肾阳虚，水湿泛滥证

证候：面色晦滞或白，畏寒肢冷，神倦便溏，腹胀如鼓，或伴肢体水肿，脘闷纳呆，恶心呕吐，小便短少，苔白而润，脉沉细或濡细。

治法：健脾温肾，化气行水。

方药：附子理中汤合五苓散加减。

附子先煎6g，党参12g，白术12g，干姜6g，肉桂3g，泽泻9g，茯苓12g，车前子包煎12g，大腹皮9g。

加减：呕吐甚，加枇杷叶9g；水肿明显，加益母草15g，泽兰10g。

23肝肾阴虚，湿热内阻证

证候：腹大胀满，甚则青筋暴露，烦热口苦，渴而不欲饮，小便短少赤涩，大便稀薄而热臭，舌红，苔黄腻，脉弦数。

治法：滋养肝肾，清热祛湿。

方药：一贯煎合茵陈汤加减。

北沙参9g，麦冬12g，生地黄12g，枸杞子12g，泽泻15g，猪苓12g，茯苓12g，茵陈后下12g，大黄9g，栀子9g，滑石18g。

加减：舌绛少津，加玄参15g，石斛12g；齿鼻衄血，加仙鹤草12g，鲜茅根30g。

24浊毒壅滞，胃气上逆证

证候：纳呆腹满，恶心呕吐，大便秘结或溏薄，小便短涩，舌苔黄腻而垢浊或白厚腻，脉虚数。

治法：扶正降浊，和胃止呕。

方药：黄连温胆汤合温脾汤加减。

人参单煎9g，大黄后下9g，黄连45g，姜半夏9g，生姜6g，茯苓12g，竹茹9g。

加减：若浊毒壅滞，呕吐清水，便溏，苔白厚腻，上方去黄连，大黄改为制大黄，加肉桂3g，吴茱萸45g。

25邪陷心肝，血热风动证

证候：头痛目眩，或神昏谵语，循衣摸床，唇舌手指震颤，甚则四肢抽搐痉挛，齿鼻衄血，舌质红，苔薄，脉弦细而数。

治法：凉血清热，息风止痉。

方药：犀角地黄汤合羚羊钩藤汤加减。

水牛角先煎30g，羚羊角粉冲服06g，生地黄12g，牡丹皮12g，钩藤后下12g，菊花9g，赤芍12g，白芍12g，竹茹9g，地龙9g，茯神12g，甘草6g。

加减：大量吐血、便血，须配合输血、输液及其他止血方法抢救；气随血脱，汗出肢冷，脉微细欲绝者，急用独参汤；病至肝肾阴竭，肝风内动，见口臭神昏、抽搐者，合用紫雪丹3g或安宫牛黄丸3g。

3其他治法

31食疗

311三七炖甲鱼：三七粉3g，甲鱼100g，水约200ml，生姜6g，大枣5g，放入瓦盅内炖熟，油盐调味。适用于HRS缓解后肝硬化或慢性迁延性肝炎者。

312冬虫草炖乌龟：冬虫夏草3~6g，乌龟或金钱龟1只，生姜6g，蜜枣10g，水约200ml，放入瓦盅内炖熟，油盐调味。适用于HRS缓解后肝阴不足者。

313冬瓜汁：冬瓜1个，放火上烘烂，用纱布绞汁。每服1小杯，日服2~3次。适用于HRS。

32灌肠

大黄、槐米、金银花、蒲公英、煅牡蛎各30g。常规煎煮2次，混合后过滤，约200ml。患者右侧卧位，臀部抬高，以甘露醇1200ml灌肠，清洁肠道，随后将肛管插入肛门20cm左右，以药液保留灌肠30~60分钟后自然排出，1日1次。

33针灸、穴位注射和耳针

呕吐，体针取穴中脘、内关、足三里、太冲。穴位注射，用维生素B1或维生素B12注射液，每穴注射05ml。耳穴可选胃、交感、皮质下、神门等，每次选2~3穴，毫针刺，中等强度，或用王不留行贴压。

便秘，体针取穴脾俞、大肠俞、三阴交、足三里、天枢，可加灸。耳穴可选大肠、直肠、交感，毫针刺，中等强度，或用王不留行压贴。

小便不利，体针取穴，实证合谷、太冲、中极、归来，针用泻法；虚证关元、命门、肾俞、膀胱俞，针用补法，亦可加灸。耳穴可选膀胱、肾、尿道、三焦，每次1~2穴，毫针刺，中等强度，留针40~60分钟，每10~15分钟捻针1次。

ZYYXH/T902008

ZYYXH/T902008

## 自身免疫性肝炎

自身免疫性肝炎（autoimmune hepatitis，AIH）是与自身免疫反应密切相关的一种原因不明的肝实质损害性疾病。该病有明显的种族倾向和遗传背景。其特征为血浆总球蛋白、γ球蛋白或IgG升高，血清自身抗体阳性，常伴有其他自身免疫性疾病（尤其是甲状腺疾病），肝活检可发现在汇管区存在以淋巴细胞和浆细胞浸润为主的中、重度慢性活动性肝炎，无胆管损伤，免疫抑制治疗有效。本病属于中医学的“黄疸”、“积聚”、“痞结”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：大多数隐匿起病，逐渐出现疲乏无力、恶心、食欲不振、腹胀及体重减轻等肝炎症状。可伴有发热、关节酸痛或慢性关节炎症状。

112体征：肝脏呈进行性肿大，面、颈、前胸可见蜘蛛痣，肝掌、黄疸、脾肿大，还可出现面部痤疮、多毛、荨麻疹、牙龈及鼻黏膜出血等，还常伴有肝外系统免疫性疾病，最常见为甲状腺炎、溃疡性结肠炎等。

12理化检查

121肝功能：血清胆红素、AST、ALT及ALP均可升高，血清白蛋白、胆固醇酯降低。

122免疫球蛋白：以γ球蛋白升高最为显著，以IgG为主，一般为正常值的2倍以上。

123自身抗体：可出现抗核抗体（ANA）、抗平滑肌抗体（SMA）、抗肝肾微粒体1型抗原的抗体（抗LKM1）、抗肝脏可溶性抗原抗体（SLA）阳性。

13诊断要点

131临床诊断：主要依赖于某些血清学标志物的检测，并且排除其他原因引起的慢性肝病。目前认为AIH的临床诊断要点应符合以下5条：①血清HBsAg阴性，血中抗-HCV阴性；②高水平的血清IgG（>25g/L）；③存在自身抗体：ANA阳性，抗平滑肌抗体阳性，或抗可溶性肝抗原抗体阳性，或两者共存；④高水平的血清转氨酶，特别是ALT常升高5倍以上；⑤排除遗传性肝病（如Wilson病）、酗酒及药源性肝损害史。

132AIH的分类

Ⅰ型：又称经典型或狼疮样型。其特征为：ANA和（或）SMA阳性，高γ球蛋白血症，HLA呈A1、B8、DR3或DR4阳性，对皮质类固醇治疗有效。此外，若发现存在抗肌动蛋白抗体，尤其是抗F肌动蛋白抗体，则可确诊。

Ⅱ型：其特点是血中存在LKM1抗体，而ANA和SMA通常为阴性。

Ⅲ型：其特征是血中抗可溶性肝细胞膜（SLA）抗体阳性，但缺乏ANA、抗LKM1和甲状腺抗体。

Ⅳ型：又称不明原因型。该型患者用标准免疫血清学方法测不到自身抗体，但患者有AIH的典型特征，如高丙球蛋白血症、HLA抗原表达异常、对激素治疗有效。

2辨证论治

本病病机多属肝肾亏损、精血不足，兼湿热蕴结、痰瘀交阻。病位在肝、胆、肾，病性为虚实夹杂。治疗应辨证施治，可用补肝益肾，配合疏肝理气、清热利湿、祛痰化瘀等方法。

21肝肾阴虚证

证候：咽干口燥，失眠多梦，腰膝酸软，胁痛，五心烦热，男子遗精，女子经少，舌红少苔，脉细数。

治法：补肝益肾，滋阴养血。

方药：滋水清肝饮加减。

生地黄12g，山茱萸12g，山药15g，牡丹皮9g，泽泻15g，茯苓30g，柴胡9g，当归15g，赤芍30g，栀子6g，炒酸枣仁15g。

加减：阴亏过甚，舌红而干，加石斛15g，玄参15g，天冬15g；心神不宁，心烦不寐，加炒栀子12g，合欢皮12g；肝肾阴虚，头晕目眩，加菊花9g，女贞子15g，熟地黄15g；阴虚火旺，加黄柏9g，知母12g，地骨皮15g；发热黄疸，用茵陈汤，加黄芩10g，黄柏9g。

22肝胆湿热证

证候：胁肋胀痛，或有痞块，腹胀，口苦泛恶，大便不畅，小便红赤，或有身目发黄，舌红苔黄腻，脉弦数。

治法：清热利湿，疏肝利胆。

方药：茵陈汤加减。

茵陈后下30g，栀子15g，大黄6g，郁金15g，金钱草15g，牡丹皮15g，虎杖30g，砂仁后下6g，苍术9g，木香6g，泽泻12g，猪苓12g，茯苓15g，白芍12g，甘草6g。

加减：呕恶苔腻，加法半夏6g，陈皮6g，生姜6g；脾虚乏力，加党参15g，白术15g，神曲15g，山楂15g。

ZYYXH/T912008

ZYYXH/T912008

## 胆汁淤积性肝病

胆汁淤积性肝病（jaundice liver disease）是由多种原因引起的胆汁排泌障碍，不能主动经胆小管排至肠腔，在肝内淤积，返流入血，引起一系列器质性损害、代谢失调和功能紊乱的病症。肝内胆汁淤积常见原因有病毒性肝炎、药物性肝病和原发性胆汁性肝硬化（primary biliary cirrhosis，PBC）、原发性硬化性胆管炎（primary sclerosing cholangitis，PSC）等。病毒性淤胆型肝炎多发于急性肝炎发病数周之后。根据起病的缓急和肝脏病理形态学改变，胆汁淤积又可分为急性胆汁淤积和慢性胆汁淤积。急性胆汁淤积多数预后良好，慢性胆汁淤积过久可继发肝细胞坏死，出现肝衰竭，预后差。本病属于中医学的“黄疸”、“胆胀”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：尿色深黄如浓茶样，皮肤瘙痒，可有脂肪泻。病毒性肝炎患者常伴乏力、食欲减退、恶心、厌油腻，重者可出现呕吐。但随着黄疸的加深，临床症状反有减轻可能。长期淤胆可引起维生素D缺乏，严重时可并发骨质疏松，患者可有骨痛、易骨折等，在原发性胆汁性肝硬化的患者尤为多见。

112体征：黄疸是患者最突出的体征，表现为巩膜、皮肤发黄。病程早期多为鲜明的黄色，随着时间的延长，面色晦暗呈灰绿色。黄疸持续时间过久，可出现皮肤变厚，黑色素沉着。胆汁淤积严重者，可出现肝脏增大。慢性肝炎胆汁淤积可伴有脾脏增大。肝硬化胆汁淤积则同时伴有门脉高压的表现，如脾脏增大、腹壁静脉曲张、腹水等。原发性胆汁性肝硬化的患者可出现黄色瘤，好发部位为上眼睑鼻侧皮肤，为一扁平、软而明显的黄色隆起，并多伴有间歇性的皮肤瘙痒。

12理化检查

121血清胆红素：血清总胆红素明显升高，以直接胆红素增高为主，占总胆红素的60%以上。血清胆汁酸的浓度明显升高，可高过正常的20倍以上，在原发性胆汁性肝硬化的患者尤其突出。

122血清酶学

碱性磷酸酶（ALP）：各种原因肝病均可引起ALP升高，但非淤胆型肝炎ALP的升高一般小于正常上限的25倍。胆汁淤积性肝病时，ALP往往显著上升，甚至高于丙氨酸氨基转移酶（ALT）和天冬氨酸氨基转移酶（AST）。

谷氨酰转肽酶（GGT）：胆汁淤积性肝病时，该酶测定较ALP更为敏感。在肝外梗阻性黄疸和肝、胆管的恶性病变，以及酒精性肝病均会明显升高，因此应注意鉴别诊断。

ALT和AST：可有不同程度的升高，但随着胆红素的升高，转氨酶可能逐渐下降。

123血脂：血清总胆固醇明显升高，肝外梗阻性黄疸也会明显升高，因此应注意鉴别。

124凝血酶原活动度（PTA）：多数患者PTA下降，但一般均>40%，且经过补充维生素K1可提高PTA。

125病原学检测及自身抗体检测：根据不同的原发病，检测项目不一。甲、乙、丙、丁、戊型肝炎病毒血清标志物的检测有助于确诊病毒性肝炎。抗线粒体抗体尤其是M2亚型则是诊断PBC的重要指标。

126尿胆红素及尿胆原检测：尿胆红素明显升高，尿胆原多为阴性或仅弱阳性。

127超声检查：有助于鉴别肝内与肝外胆汁淤积。

128胆管造影：对PSC有明确诊断价值。内镜胰胆管逆行造影（ERCP）、磁共振胰胆管成像（MRCP）、经皮肝穿刺胆管造影（PTC）均可选用，PSC胆管造影特点为胆管壁串珠或枯枝样改变、管腔狭窄和胆管树减少。

129肝组织活检：对于病因不详的肝内胆汁淤积有助于明确诊断。原发性胆汁性肝硬化病理特点为肉芽肿性胆管炎、汇管区淋巴细胞聚集、小叶间胆管坏死、数目减少，细小胆管增生，可伴有纤维化及肝硬化。

13诊断要点

胆汁淤积性肝病不是一种独立的疾病，国内尚没有统一的诊断要点。应根据病史、临床表现及辅助检查综合分析。

131临床表现：黄疸持续3周以上无消退迹象甚至进行性升高，伴有皮肤瘙痒，尿色深黄如浓茶样。可有轻重不等的乏力、消化道症状。临床症状和黄疸的程度可以不成正比。

132实验室检查：血清总胆红素明显升高，以直接胆红素为主，直接胆红素与总胆红素的比值≥06。血清结合胆汁酸、ALP、GGT明显升高，ALT轻、中度升高。

133B超或其他影像学检查：排除肝外梗阻性黄疸。

2辨证论治

本病病位主要在肝胆、脾胃，病久亦可及肾。湿毒瘀血是基本病机，兼见阳虚、阴虚、气阴两虚表现，初病多实，久则多见虚实夹杂。

21肝胆湿热证

证候：身目俱黄，色泽鲜明，小便黄赤，大便色浅，纳呆呕恶，厌食油腻，乏力。湿重者，兼见头身困重，腹胀脘闷，口淡不渴，大便黏滞，苔厚腻微黄，脉濡数；热重者，兼见发热，口渴，尿少，大便臭秽或干结，苔黄腻，脉弦数。

治法：清热化湿。

方药：热重于湿者，茵陈汤加减；湿重于热，温胆汤加减；湿热并重者，茵陈汤合茵陈五苓散加减。

热重于湿：茵陈后下30g，栀子9g，大黄后下6g，蒲公英9g，赤芍30g，郁金9g，葛根12g。

湿重于热：陈皮15g，法半夏9g，茯苓15g，竹茹9g，枳实9g，厚朴9g，茵陈后下24g，甘草6g。

湿热并重：茵陈后下30g，栀子9g，大黄后下6g，茯苓15g，猪苓15g，白术15g，泽泻15g，郁金12g，益母草12g。

加减：热重于湿见发热口渴，加知母9g，黄芩9g，石膏先煎15g，芦根9g；呕逆重，加黄连45g，竹茹15g；脘腹胀满，加枳实12g，厚朴12g。湿重于热见身热不扬，加黄柏9g，竹叶6g；呕逆重，加广藿香9g；口黏胸闷，加佩兰9g，杏仁9g；大便黏滞而臭，加黄连6g，苍术9g。热重兼表证，甘露消毒丹化裁；湿重兼表证，三仁汤化裁；兼气阴不足，加太子参15g，麦冬12g，生地黄9g；黄疸消退缓慢，可加大赤芍用量，并加用萹蓄12g，白茅根12g；齿鼻衄血，加生地黄12g，紫草12g，槐花9g；皮肤瘙痒，加紫草15g，苦参9g。

中成药：①茵莲清肝口服液，口服，1次50ml，1日2次；②茵陈五苓丸，口服，1次6g，1日2次；③茵栀黄口服液，口服，1次10~20ml，1日3次；④茵栀黄注射液30ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次；⑤苦黄注射液30ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

22瘀热互结证

证候：黄疸较深，经月不退，皮肤瘙痒或有灼热感，抓后有细小出血点及瘀斑，右胁刺痛，口干咽燥，大便色浅或灰白，尿色深黄，女子或见月事不调，舌质暗红或绛红，苔少，脉实有力或弦涩。

治法：凉血活血，解毒化瘀。

方药：血府逐瘀汤加减。

赤芍30g，丹参15g，生地黄15g，桃仁15g，红花15g，茜草15g，当归15g，葛根15g，瓜蒌30g，牡丹皮15g。

加减：午后低热，加青蒿后下9g，地骨皮9g；关节疼痛，加秦艽9g，豨莶草9g；皮肤痤疮，加穿心莲9g，金银花9g；皮肤瘙痒，加地肤子9g，白鲜皮9g；胃脘有振水声，加茯苓15g，桂枝9g；胃脘胀满，按之则痛，合用小陷胸汤；大便干，2~3日1次，加大黄后下6g，芒硝冲服15g。

中成药：①双虎清肝颗粒，冲服，1次2袋，1日2次；②乙肝清热解毒冲剂，冲服，1次20g，1日3次；③鸡骨草胶囊，口服，1次4粒，1日3次，1个月为1疗程；④复方丹参注射液100ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次；⑤清开灵注射液20ml加入5%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次。

23痰瘀阻络证

证候：身目俱黄，色不甚鲜明，口中黏腻，脘闷不饥，腹胀纳少，大便溏泄，有时灰白色，肢体困重，倦怠嗜卧，面色暗黑，胁下肿块胀痛或刺痛，痛处固定不移，女子行经腹痛，经水色暗有块，唇舌紫暗边有瘀斑，苔腻，脉沉细或细涩。

治法：化瘀祛痰。

方药：膈下逐瘀汤合导痰汤加减。

赤芍15g，丹参15g，牡丹皮15g，桃仁12g，红花9g，当归9g，川芎9g，甘草6g，香附9g，橘红9g，白术9g，郁金9g，茵陈后下30g。

加减：恶心呕吐，加法半夏9g，生姜9g；频繁呃逆，加旋覆花包煎9g，代赭石先煎15g；口中黏腻明显，加苍术9g，广藿香9g；脘闷不饥，加砂仁后下6g，豆蔻后下6g；大便溏泄，加茯苓15g，白扁豆9g，厚朴9g；倦怠嗜卧，加党参15g，黄芪15g；畏寒肢冷，加附子先煎6g，干姜6g；胁肋刺痛，加没药6g，茜草9g，郁金9g；面色暗黑，胁下肿块坚硬，加鳖甲先煎30g，牡蛎先煎30g。

中成药：①鳖甲煎丸，口服，1次3g，1日2次；②大黄虫丸，口服，1次6g，1日3次；③血塞通注射液20ml加入5%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次。

24寒湿内停证

证候：黄疸较深，色泽晦暗，经月不解，皮肤瘙痒，或右胁不适，或神疲乏力，形寒肢冷，食少脘痞，大便色浅或灰白，舌体胖，舌质暗淡，苔白滑，脉沉缓。

治法：温化寒湿。

方药：茵陈术附汤加减。

茵陈后下30g，附子先煎9g，肉桂5g，白术15g，干姜6g，茯苓15g，丹参15g，郁金15g，川芎9g，甘草6g。

加减：呃逆，加丁香9g，柿蒂9g；恶心呕吐，加法半夏9g，砂仁后下6g；口腻，纳呆，加广藿香9g，苍术9g，豆蔻后下6g；腹胀苔腻，加木香9g，厚朴9g；气短乏力，加党参15g，黄芪15g；腹冷痛便溏，加吴茱萸3g，肉豆蔻9g；下利清谷或五更泻，合用四神丸；下肢水肿，加猪苓15g，泽泻15g；舌暗边有瘀斑，加当归9g，姜黄15g；胁下痞块，加莪术9g，红花9g，土鳖虫9g。

中成药：①附子理中丸，口服，1次1丸，1日2次；②香砂理中丸，口服，1次1丸，1日2次；③金匮肾气丸，口服，1次1丸，1日2次；④灯盏细辛注射液20~40ml加入09%氯化钠注射液500ml中，静脉滴注，1日1次。

25肝肾阴虚证

证候：黄色晦暗，口干咽燥，腹部胀满，肝区隐痛，两目干涩，头晕腰酸，五心烦热，齿鼻衄血，皮肤瘙痒，入夜尤甚，舌红体瘦或有裂纹，少苔，脉濡细或弦细。

治法：滋阴清热。

方药：滋水清肝饮加减。

山药15g，山茱萸12g，牡丹皮9g，泽泻9g，茯苓9g，柴胡9g，栀子9g，当归9g，茵陈后下15g，赤芍15g，生地黄15g。

加减：腰膝酸软重，加女贞子15g，旱莲草15g；两目干涩重，加桑椹15g，枸杞子15g，石斛12g；胁肋隐痛，加白芍12g，川楝子6g；心烦不寐，加炒酸枣仁15g，柏子仁12g，夜交藤15g；午后低热，加银柴胡9g，地骨皮9g，知母9g；津伤口渴，加石斛12g，天花粉9g，芦根9g；脘腹胀，加香橼12g，厚朴花9g，鸡内金9g；苔黄，加虎杖15g，白花蛇舌草12g；小便短赤，加猪苓15g，通草6g；大便干结，加火麻仁15g，肉苁蓉15g；大便滞而不畅，加香附9g，枳实12g；齿鼻衄血，加紫草15g，茜草12g；皮肤瘙痒，加蒺藜12g，地肤子12g；神疲乏力，加太子参15g，黄芪15g。

中成药：①乙肝养阴活血冲剂，冲服，1次20g，1日3次；②知柏地黄丸，口服，1次6g，1日2次；或口服液，1次10~20ml，1日2次；③香丹注射液100ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

26气阴两虚证

证候：面目肌肤发黄，无光泽，神疲乏力，食少纳呆，胃脘隐痛或灼痛，口干咽燥，排便无力或大便秘结，舌淡或暗红，苔少，脉濡细。

治法：益气养阴。

方药：生脉饮加减。

党参18g，麦冬15g，女贞子15g，旱莲草15g，黄芪15g，白术15g，猪苓15g，山药15g，丹参12g，葛根12g。

加减：肝气郁滞，加香附9g，郁金9g，枳实12g；瘀血阻络，刺痛固定，加三七粉冲服15g，蒲黄包煎9g；食少，腹胀，加莱菔子15g，神曲15g，谷芽15g，麦芽15g；兼胃热气滞，加黄连6g，蒲公英15g，郁金9g，陈皮9g；口干咽燥，加石斛15g，玉竹15g；兼气虚发热，加升麻15g，柴胡9g，黄芪15g，或用补中益气汤加减；大便干结，加火麻仁15g，瓜蒌仁15g。

中成药：①贞芪扶正颗粒（胶囊），颗粒剂，冲服，1次1袋，1日2次；胶囊剂，1次6粒，1日2次。②生脉注射液20~60ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

3其他治法

31单方验方

311肝胆湿热证：田基黄、茵陈后下各30g，水煎服，1日1剂；或金钱草、板蓝根、茵陈、夏枯草、车前草各30g，水煎服，1日1剂。

312瘀热互结证：丹参、板蓝根各30g，水煎服，1日1剂；或赤芍30g，牡丹皮15g，山楂30g，煎水代茶饮。

313寒湿瘀滞证：茵陈后下15g，干姜6g，桂枝9g，水煎，加红糖适量，1日1剂。

32针灸

主穴足三里、太冲。阳黄，加肝俞、胆俞、阳陵泉、阴陵泉、内庭，胸闷呕恶者，加内关、公孙，腹胀便秘者，加大肠俞、天枢，针用泻法；阴黄，加至阳、脾俞、胆俞、中脘、三阴交，神疲畏寒者，加命门、气海，大便溏薄者，加天枢、关元，针用平补平泻法，并加灸法。

33三棱针

取穴中封、胆俞、肝俞、太冲。每次取2穴，用三棱针点刺出血，每日1次，10次为1个疗程，疗程间隔7~10日。

ZYYXH/T922008

ZYYXH/T922008

## 酒精性肝病

酒精性肝病（alcoholic liver disease，ALD）是指长期过量饮酒导致的肝脏疾病，初期通常表现为脂肪肝，继而发展为酒精性肝炎、酒精性肝纤维化和酒精性肝硬化。其严重程度与饮酒量、饮酒时间、遗传、性别、营养状态和伴随疾病等因素相关。酒精性脂肪肝、酒精性肝炎预后较好，而酒精性肝硬化预后较差，其5年内死亡率约50%，且易并发肝癌。本病属于中医学的“酒疸”、“酒癖”、“积聚”、“胁痛”、“鼓胀”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：轻型酒精性肝病可无症状，酒精性脂肪肝与酒精性肝炎可有轻度乏力、肝区痛、食欲不振、腹泻等，少数患者可伴有精神症状，严重者可并发急性肝功能衰竭。酒精性肝硬化临床表现与其他原因引起的肝硬化相似。

112体征：75%酒精性脂肪肝患者伴有肝脏肿大，少数患者有轻度黄疸。酒精性肝炎可有发热，一般为低热（<383℃），常有黄疸、肝大并有触痛。酒精性肝硬化具有一般肝硬化症状、体征，其中肝掌、蜘蛛痣及男性乳房发育等症状较常见。

12理化检查

121肝生化实验检查

血清酶学检查：酒精性肝病时转氨酶仅轻度升高，AST和ALT值很少>500U/L，且以AST升高为主，AST/ALT比值多在2~5之间。患者γ-谷氨酰转移酶（γ-GT）、碱性磷酸酶（ALP）及谷氨酸脱氢酶（GDH）均升高，以谷氨酰转肽酶（GGT）升高更为明显。

红细胞平均体积（MCV）测定：由于乙醇的长期直接作用和叶酸缺乏，使红细胞的平均体积升高，特异性为929%，但灵敏度仅为476%。

糖蛋白微小变异（CDT）：对酗酒者有60%~90%的敏感性和90%以上的特异性，CDT的半衰期为16日，无肝病的嗜酒者禁酒后2~3周血清CDT即降至正常水平，可用于戒酒者的随访。

蛋白－乙醛加合物（PAA）：可作为长期饮酒和酒精性肝病的指标，PPA检测的敏感性为71%，PPA抗体水平可能与肝病严重程度相关。

122影像学检查：常用诊断步骤依次为B超、CT和MRI。影像学检查的最常见表现为脂肪肝，其有助于早期酒精性肝病的诊断。

123病理学检查：是诊断酒精性肝病最为可靠的方法，可发现肝脏脂肪变、气球样变、Mallory小体、炎症细胞浸润、纤维化及静脉周围纤维化等。

13诊断要点

131临床诊断要点：有长期饮酒史，一般超过5年，折合乙醇量≥40g/d，女性≥20g/d；禁酒后血清ALT、AST和GGT明显下降，4周内基本恢复正常，肿大的肝脏1周内明显缩小，4周基本恢复正常；诊断时应注意是否合并HBV或HCV感染，并除外代谢异常和药物等引起的肝损伤。

有以下表现者应诊断为酒精性肝病合并肝炎病毒感染:①肝炎病毒感染标志阳性；②禁酒后除血清ALT和AST下降不明显外，其他符合酒精性肝病诊断要点。

未能符合上述条件者，应取得组织学诊断证据。下列项目可供诊断参考：AST∶ALT>2，CDT增高、MCV增高、酒精性肝细胞膜抗体阳性，以及早期CT测定肝体积增加（>720cm3/m2体表面积）。有遗传易感性等因素时，即使饮酒折合乙醇量<40g/d也会发生酒精性肝病。

132临床分型诊断：符合酒精性肝病临床诊断要点者，其临床分型诊断如下：

轻型酒精性肝病：有长期饮酒史，肝功能检查基本正常，肝组织学表现符合轻型酒精性肝病者。

酒精性脂肪肝：影像学诊断（CT或B超）有脂肪肝特异性表现或经病理证实者。

酒精性肝炎：未作活检，应符合下列诊断依据和附加项目中3项或3项以上。①诊断依据：饮酒量增加可作为发病或恶化的诱因；AST为主的血清转氨酶升高；血清胆红素升高（>342μmol/L）。②附加项目：右上腹部胀痛；发热；外周血象白细胞增加；ALT增高>20ULN；γ-GT增高>20ULN。重型酒精性肝炎可合并肝性脑病和凝血酶原活动度降低（<40g/d）等肝功能衰竭表现。

酒精性肝硬化：有肝硬化临床表现者，在诊断时应区分为代偿性和失代偿性。

133病理诊断要点：酒精性脂肪肝可见肝细胞巨泡变性或巨泡与微泡混合变性，缺乏酒精性透明小体与中性粒细胞浸润；酒精性肝炎以肝细胞（主要是3区）明显肿胀，气球样变，不同程度坏死，门管区与小叶内中心粒细胞浸润，酒精透明小体出现。酒精性肝硬化多为小结节性病变。

2辨证论治

本病基本病机是湿浊内阻，脾失健运；湿或从热化，或从寒化，或见肝郁、血瘀、肝阴不足；病久及肾，肝、脾、肾三脏功能失调，气血水互结于腹中，遂成鼓胀。病位在肝，涉及脾、胃、胆、肾。病性初期以实证多见，后期则正虚邪实，虚实夹杂。

21初期

211湿浊中阻证

证候：脘腹闷满，食欲不振，口中黏淡无味，恶心，呕吐，泄泻，肢体困倦乏力，舌苔白腻，脉濡。

治法：升清降浊，除湿和中。

方药：胃苓汤加减。

苍术9g，厚朴9g，陈皮6g，茯苓12g，猪苓12g，泽泻9g，生姜6g，葛根12g，枳实9g。

加减：呕吐甚，加姜半夏9g，竹茹9g；腹痛，加木香6g；黄疸，加茵陈后下15g，虎杖9g。

中成药：五苓散，口服，1次6~9g，1日2次。

212湿热藴结证

证候：胁肋胀痛，身目发黄，黄色鲜明，口干口苦，恶心欲吐，小便黄赤，大便秘结或溏垢不爽，舌质红，舌苔黄腻，脉滑数或弦数。

治法：清热利湿。

方药：茵陈汤加减。

茵陈后下15g，栀子9g，大黄后下10g，黄柏9g，连翘9g，茯苓15g，猪苓12g，车前子包煎15g。

加减：腹胀甚，加木香6g，厚朴9g，枳实9g；呕恶纳呆，加橘皮6g，半夏6g，竹茹6g。

中成药：①茵胆平肝胶囊，口服，1次2粒，1日3次；②茵陈五苓丸，口服，1次6g，1日2次。

213寒湿困脾证

证候：身目俱黄，黄色晦暗，纳少脘痞，腹胀或痛，神疲畏寒，大便不实，舌质淡，舌苔腻，脉濡缓或沉迟。

治法：温中化湿，健脾和胃。

方药：茵陈术附汤加减。

茵陈后下15g，白术9g，附子先煎10g，厚朴9g，茯苓15g，泽泻9g，炙甘草6g。

加减：胁肋隐痛作胀，加柴胡9g，郁金9g；黄疸日久，脾脏肿大，加丹参15g，莪术9g，牡蛎先煎15g。

214肝郁脾虚证

证候：胁肋胀满疼痛，善太息，性情抑郁或急躁易怒，腹胀纳呆，少气懒言，肢体倦怠，便溏或完谷不化，苔白或白腻，脉弦。

治法：疏肝解郁，健脾化湿。

方药：柴苓汤加减。

柴胡9g，白芍15g，当归12g，茯苓15g，白术12g，炙甘草6g，厚朴9g，法半夏9g。

加减：肝郁明显，加郁金9g，佛手9g；肝火盛，加龙胆草6g，黄芩9g；腹胀泄泻，加煨木香后下6g，薏苡仁30g，炒麦芽15g。

中成药：逍遥丸，口服，浓缩丸，1次8丸，1日3次；水丸1次6~9g，1日1~2次。

215肝郁血瘀证

证候：胁下胀满疼痛，有痞块，可见赤丝血缕，身目发黄而晦暗，面色黝黑，舌质紫暗或有瘀点瘀斑，脉细涩。

治法：活血化瘀，通络止痛。

方药：复元活血汤加减。

当归12g，桃仁9g，赤芍12g，甘草9g，红花9g，柴胡9g，瓜蒌15g，丹参15g，泽兰12g，蒲黄包煎9g。

加减：腹部胀满明显，加莪术6g，大腹皮9g；兼湿热，加茵陈后下15g，连翘9g，黄柏9g。

22后期

221肝阴不足证

证候：胁肋隐痛，劳累后加重，形体消瘦，头晕目眩，失眠，口干，腰膝酸软，舌质红少津，苔薄或少苔，脉弦细。

治法：滋阴柔肝，理气止痛。

方药：一贯煎加减。

北沙参9g，麦冬12g，当归12g，生地黄12g，枸杞子12g，丹参15g，白芍15g，郁金9g，甘草6g，女贞子12g，鳖甲先煎12g，牡蛎先煎15g。

加减：口干烦热甚，加黄芩9g，栀子9g；失眠明显，加炒酸枣仁15g，百合12g。

中成药：六味地黄丸，口服，水蜜丸1次6g，小蜜丸1次9g，大蜜丸1次1丸，1日2次；浓缩丸8丸，1日3次。

222脾肾阳虚证

证候：腹大胀满，如囊裹水，朝宽暮急，小便不利，胸闷纳呆，便溏，畏寒肢冷，舌质淡，舌体胖大边有齿痕，舌苔厚腻水滑，脉沉弱。

治法：温补脾肾，行气利水。

方药：附子理中丸或济生肾气丸合五苓散加减。

附子先煎10g，干姜6g，白术12g，茯苓15g，炙桂枝6g，泽泻9g，猪苓12g，熟地黄12g，山茱萸12g，山药15g，牛膝9g，车前子包煎15g。

加减：形寒肢冷甚，加黄芪15g，仙茅9g，淫羊藿9g；腹筋暴露，加桃仁9g，赤芍12g，莪术6g。

中成药：济生肾气丸，口服，水蜜丸1次6g，小蜜丸1次9g，大蜜丸1次1丸，1日2~3次。

223肝肾阴虚证

证候：腹大坚满，皮色苍黄，青筋暴露，面色晦滞，小便短少，五心烦热，或午后发热，口燥咽干，时或齿衄鼻衄，舌质红，或有瘀斑，苔少，脉弦细数。

治法：滋养肝肾，活血利水。

方药：六味地黄丸合膈下逐瘀汤加减。

熟地黄12g，石斛6g，北沙参9g，枸杞子12g，泽泻9g，茯苓15g，当归12g，桃仁9g，牡丹皮9g，赤芍12g，乌药3g，延胡索9g，甘草6g。

加减：津伤口干，重用石斛12g，加天花粉12g，芦根15g，知母6g；午后有热，加银柴胡9g，鳖甲先煎12g，地骨皮15g，白薇9g，青蒿后下12g；鼻衄出血，加栀子9g，芦根15g，藕节炭15g；兼面赤，加龟甲先煎12g，鳖甲先煎12g，牡蛎先煎15g。

中成药：六味地黄丸，口服，水蜜丸1次6g，小蜜丸1次9g，大蜜丸1次1丸，1日2次；浓缩丸1次8丸，1日3次。

3其他治法

31单方验方

311清肝活血方：柴胡9g，黄芩9g，葛根15g，鳖甲先煎9g，丹参15g等。用于湿热兼有瘀血者。

312葛花解酲汤：葛花15g，砂仁后下6g，豆蔻后下6g，青皮6g，陈皮6g，木香6g，神曲10g，茯苓15g，猪苓12g，泽泻9g，白术12g，干姜6g，人参单煎6g。用于酒食痰浊停积不化，心烦呕吐者。

313解酒保肝汤：枳实9g，泽泻9g，猪苓9g，鸡内金6g，柴胡9g，栀子9g，黄芩9g，白芍15g，山楂9g，神曲10g，砂仁后下6g，郁金9g，甘草6g。用于酒精性脂肪肝。

32针刺

321主穴足三里、太冲、阳陵泉、肝俞。呕吐者，加内关；黄疸者，加至阳；腹泻胀痛者，加期门、章门。实证针用泻法，虚证针用平补平泻法。

322耳针：取穴肝、胆、脾和胃等。食欲不振，加胰；腹胀，加皮质下、胰；失眠，加神门和心。毫针中等强度刺激，每日1次，或者王不留行贴压。

ZYYXH/T932008

ZYYXH/T932008

## 非酒精性脂肪肝

非酒精性脂肪肝（nonalcoholic fatty liver disease，NAFLD）是指无过量饮酒史而肝实质细胞变性和肝细胞内脂肪蓄积（主要为三酰甘油）为特征的临床病理综合征。它是肝脏脂肪代谢功能障碍，脂类物质动态平衡失调，致使肝细胞内脂肪蓄积过多的一种病理状态。主要包括单纯性脂肪肝、脂肪性肝炎和脂肪性肝硬化等三种不同病理阶段的类型。本病属于中医学的“胁痛”、“痰证”、“积聚”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

本病临床表现主要与其病因、病理类型及其伴随疾病状态有关，如肥胖、糖尿病、高脂血症等。

111症状：本病起病隐匿，临床症状轻微且缺乏特异性。可有肝区不适或隐痛或胀痛、疲乏无力、食欲不振、恶心、腹胀、腹泻等。极少数患者可发展成肝硬化而出现黄疸、腹水、下肢浮肿。但也可无自觉症状而在体检时被发现。

112体征：常有肝脏肿大，肝区可有触痛或叩痛。极少数重症可出现脾肿大、腹水。

12理化检查

121血液生化检查：单纯轻度脂肪肝可无明显异常。脂肪性肝炎可有丙氨酸氨基转移酶（ALT）和（或）γ-谷氨酰转肽酶（γ-GT）升高。部分患者伴尿酸和转铁蛋白升高。三酰甘油、胆固醇及脂肪酸可正常或升高。随病程进展可出现胰岛素抵抗综合征。

122影像学检查

B超检查：是NAFLD检查的首选方法。

CT检查：弥漫性肝脏密度降低，肝脏与脾脏的CT比值≤1。肝脾CT比值≤10，但>07者为轻度；肝脾CT比值≤07，但>05者为中度；肝脾CT比值≤05者为重度。

123肝脏组织学检查：肝组织病理学检查对明确诊断和判定病变程度，了解病因，估计预后具有重要意义。根据肝活检组织HE染色光镜下肝细胞脂肪变性程度，一般将脂肪肝分为轻、中、重度。

轻度：光镜下，每单位面积见1/3~2/3的肝细胞出现脂肪变。

中度：2/3以上肝细胞脂肪变。

重度：几乎所有肝细胞均发生脂肪变。

13诊断要点

凡具备下列第1~5项和第6或第7项中任一项者即可诊断为本病。

131无饮酒史或饮酒折含乙醇量男性每周<40g。

132除外病毒性肝炎、药物性肝病、全胃肠外营养、肝豆状核变性等可导致脂肪肝的特定疾病。

133除原发疾病临床表现外，可有乏力、消化不良、肝区隐痛、肝脾肿大等非特异性症状及体征。

134可有体重超重和（或）内脏性肥胖、空腹血糖增高、血脂紊乱、高血压等代谢综合征相关变化。

135血清转氨酶和GGT水平可有轻至中度增高（<5倍正常值上限），通常以ALT增加为主。

136肝脏影像学表现符合弥漫性脂肪肝的影像学诊断要点。

137肝活体组织检查组织学改变符合脂肪性肝病的病理学诊断要点。

2辨证论治

本病病机主要为肝失疏泄，脾失健运，湿热内蕴，痰浊内结，瘀血阻滞，最终形成痰瘀互结，痹阻于肝脏脉络。本病多虚实夹杂，而气血亏虚、肝失调养及肾精亏耗、水不涵木是左右脂肪肝预后转归的关键。本病病位在肝，涉及脾、肾两脏。

21痰瘀互结证

证候：胁肋刺痛或胀痛，乏力，脘腹痞闷，胁下痞块，舌胖紫暗，苔白腻，脉细涩。

治法：化痰消瘀。

方药：化痰消瘀经验方。

莱菔子6g，姜半夏6g，泽泻9g，柴胡6g，郁金9g，山楂12g，丹参15g，决明子12g，海藻9g，虎杖12g，枳壳9g，姜黄9g。

加减：肝区刺痛，加延胡索9g，泽兰9g，青皮6g；乏力或便溏，加白术9g，黄芪15g，薏苡仁30g，陈皮9g；失眠，加炒酸枣仁12g，夜交藤12g。

中成药：①山楂内消丸，口服，1次6g，1日3次；②大黄虫丸，口服，1次45g，1日2次。

22肝郁脾虚证

证候：胁肋胀痛或隐痛，心情抑郁不舒，嗳气，四肢乏力，食欲不振，或有便溏，舌淡或胖，苔薄白或腻，脉弦细或沉细。

治法：疏肝健脾。

方药：柴芍六君子汤加减。

柴胡6g，白芍15g，白术12g，茯苓15g，姜半夏6g，陈皮9g，党参12g，郁金9g，山楂12g，枳壳9g，薏苡仁30g。

加减：胸胁痛，加延胡索9g理气活血止痛；乏力甚，加黄芪18g益气健脾；腹泻便溏，加煨葛根12g，砂仁后下3g升阳化湿止泻。

中成药：①逍遥丸，口服，1次9g，1日3次；②香砂六君丸，口服，1次9g，1日3次。

23湿热内蕴证

证候：脘腹痞闷，胁肋胀痛，便秘或秽而不爽，困倦乏力，或有恶心，小便黄，口苦口干，舌红赤，苔黄厚腻，脉弦滑。

治法：清热化湿。

方药：小柴胡汤合茵陈汤加减。

柴胡6g，茵陈后下12g，黄芩6g，白术12g，姜半夏6g，枳壳9g，泽泻9g，制大黄9g，栀子6g，虎杖15g。

加减：尿黄，加车前草15g；纳呆腹胀，加山楂12g，莱菔子6g；肝区痛甚，加白芍15g，延胡索9g；口干，加生地黄12g，石斛12g。

中成药：胆宁片，口服，1次2~3片，1日3~4次。

24气滞血瘀证

证候：胸胁刺痛或胀闷，走窜疼痛，或胁痛拒按，经闭或痛经，经色紫暗，夹有血块等，舌紫暗或瘀斑，脉涩。

治法：行气活血。

方药：复元活血汤加减。

柴胡6g，当归12g，泽兰9g，丹参15g，赤芍12g，郁金9g，香附9g，枳壳9g，川芎6g，姜黄6g，山楂12g，虎杖15g，牛膝9g，甘草6g。

加减：胁痛甚，加蒲黄包煎9g，白芍15g；口干渴，舌红少津，加玉竹12g，生地黄12g；失眠，加炒酸枣仁12g，夜交藤15g。

中成药：丹参片，口服，1次3~4片，1日3次。

25肝肾阴虚证

证候：胁肋隐痛，腰膝酸软，头晕耳鸣，失眠，或午后潮热、盗汗，舌红少津，脉虚细或细数。

治法：补益肝肾。

方药：一贯煎合六味地黄汤加减。

北沙参9g，枸杞子12g，当归9g，生地黄9g，麦冬9g，山茱萸9g，丹参12g，白芍15g，陈皮6g，决明子9g，泽泻9g，山药15g，山楂12g。

加减：胸胁刺痛，加姜黄9g；阴虚兼湿热，加黄芩12g，栀子12g；口干渴，舌红少津，加天花粉15g，石斛12g；失眠，加炒酸枣仁12g，夜交藤12g；腰膝酸软重，加桑寄生9g，杜仲9g，牛膝9g。

中成药：六味地黄丸，口服，1次6g，1日2次。

ZYYXH/T942008

ZYYXH/T942008

## 急性胆道感染

急性胆道感染（acute infection of biliary tract）是指胆道系统内发生的急性细菌性炎症（包括急性胆囊炎和急性胆管炎）。胆囊管梗阻和细菌感染是引起急性胆囊炎的两大主要因素。引起急性胆管炎的最常见原因是胆管结石，其次为胆道蛔虫和胆道狭窄。急性胆囊炎大多预后良好，高龄患者或伴有其他严重并发症者预后欠佳。急性胆管炎起病急，病情重，变化快，是胆道良性疾病的首要致死原因，预后欠佳。本病属于中医学的“胆胀”、“黄疸”、“结胸”、“胁痛”、“厥逆”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111急性胆囊炎

症状：腹痛是本病的主要症状，常在饱餐、进食油腻食物后出现，开始时可为中上腹剧烈绞痛，常放射至右肩部、肩胛部和背部，疼痛呈持续性并阵发性加剧，伴恶心、呕吐、厌食等，常有轻度发热，通常无畏寒，可出现轻度黄疸。结石性胆囊炎以胆绞痛为主，非结石性胆囊炎以右上腹部持续性闷痛为主，多无明显胆绞痛。

体征：右上腹部可有不同程度、不同范围的压痛、反跳痛及肌紧张，墨菲征阳性。常可扪及肿大而有触痛的胆囊。胆囊发生坏死、穿孔者，可出现弥漫性腹膜炎表现。

112急性胆管炎

1121症状：急性胆管炎多有胆道结石、手术史，常突然发病，主要表现为Charcot三联症（腹痛、恶寒发热、黄疸），还可伴恶心呕吐等，严重者可出现血压下降、昏迷等。梗阻部位位于胆管下端者，表现多较典型。梗阻位于一侧胆管或肝内者，多无明显黄疸及腹痛，而以发热、恶寒，甚至寒战为主要表现。

腹痛：多起病较急，突发上腹剑突下闷胀不适，逐渐转为持续性胀痛、阵发性绞痛，疼痛可向右肩背部放射，常伴恶心呕吐、烦躁不安、脉数。

恶寒发热：发生于腹痛之后，约2/3的患者可在病程中出现寒战高热，一般表现为弛张热，体温多在39℃以上。

黄疸：在胆管梗阻后即可出现黄疸，如梗阻为部分或间歇性，黄疸程度较轻且呈波动性；完全性梗阻者黄疸明显，且呈进行性加深。

1122体征：可有右上腹和剑突下深压痛，多无明显腹肌紧张及反跳痛。如胆管内压过高，感染严重可发生胆管内胆汁外渗，出现不同程度和不同范围的腹膜刺激征象。梗阻位于胆囊管汇合平面以下者，右上腹可扪及肿大的胆囊、有压痛。肝脏肿大时，肋下可扪及肿大触痛之肝脏。梗阻位于二级以上胆管者，主要表现为肝脏不对称性肿大，肝区有压痛及叩击痛。

12理化检查

121急性胆囊炎

1211实验室检查：血常规表现为白细胞计数及中性粒细胞计数升高。可有血清转氨酶、碱性磷酸酶升高，血清胆红素及血清淀粉酶也可有不同程度的升高。

1212影像学检查

B型超声波：胆囊增大、壁增厚，轮廓模糊，呈双环状，胆囊内容物透声性降低，出现雾状散在的回声光点，发现结石影。

X线检查：可在胆囊区显示钙质沉着的结石影，或出现肿大的胆囊或炎性组织包块阴影，或胆囊周围、胆囊内有积气。

CT检查：可显示胆囊壁增厚、胆囊显著增大、胆囊浆膜下层周围组织和脂肪呈低密度环，胆囊穿孔者可见胆囊窝处有液平，增强扫描时，炎性胆囊壁密度明显增强。

放射性核素显像：由于胆囊管梗阻，胆囊不显影。但如胆囊显影，可基本除外急性胆囊炎。

122急性胆管炎

1221实验室检查：多有血白细胞计数显著增高（常达20×109/L），其增高程度与感染严重程度成正比，中性粒细胞升高，总胆红素升高，尤以结合胆红素升高更显著，尿胆红素、碱性磷酸酶、血清转氨酶、γ-谷氨酰转移酶、乳酸脱氢酶等升高。肾功能受损、低氧血症、代谢性酸中毒、低血钾、低血糖等在老年患者或合并休克者常见。

1222影像学检查

B型超声波：可显示胆管扩张范围和程度以估计梗阻部位，可发现结石、蛔虫、肝脓肿、膈下脓肿等。

CT检查：有助于了解胆道及肝脏的形态结构，判断梗阻的部位、性质。

其他检查：①经皮肝穿刺胆管造影（PTC）：对显示梗阻上方胆管形态结构有重要意义，而十二指肠逆行胰胆管造影（ERCP）更能清晰显示梗阻下方胆管，两者均可根据梗阻图像鉴别梗阻的性质。②磁共振胆胰管成像（MRCP）是胆道系统的无损伤性检查，可显示整个胆管树，对胆管系统结石的信号、大小、形态、数目、梗阻部位和胆管扩张程度等提供可靠的诊断依据。

13诊断要点

131急性胆囊炎

右上腹持续性疼痛伴阵发性加剧，并可向右肩背部放射，常有恶心、呕吐、发热。

右上腹压痛、肌紧张，墨菲征阳性，部分病例伴有黄疸和反跳痛。

周围血中白细胞及中性粒细胞增高。

B型超声波等影像学检查发现胆囊肿大、壁增厚，伴结石者可见结石影等。

132急性胆管炎

有Charcot三联症（腹痛、恶寒发热、黄疸），可伴恶心呕吐、血压下降、昏迷等。

右上腹压痛、肝区叩击痛。

血白细胞、胆红素升高，肝功能损害，尿胆红素阳性。

B超等影像学检查发现有胆管扩张。

2辨证论治

中医辨证目前主要有肝胆蕴热证、肝胆湿热证、肝胆热毒证和肝火扰神证。

21肝胆蕴热证

证候：胁肋灼痛或刺痛，胁下拒按或有痞块，畏寒发热，口干口苦，恶心呕吐，身目微黄，大便干结，舌质微红，苔薄白或微黄，脉平或弦微数。

治法：疏肝解郁，清热利胆。

方药：大柴胡汤合金铃子散加减。

柴胡12g，枳实9g，延胡索9g，川楝子9g，白芍9g，黄芩9g，大黄后下6g，法半夏9g，生姜6g，大枣10g。

加减：黄疸明显，加茵陈后下15g；发热明显，加栀子12g。

中成药：消炎利胆片，口服，1次5~8片，1日2~3次。

22肝胆湿热证

证候：右胁胀痛，身目发黄，发热，纳呆呕恶，小便黄，胁下痞块拒按，便溏或大便秘结，舌质红，苔黄厚腻，脉滑数。

治法：清热利胆，化湿通下。

方药：大柴胡汤合茵陈汤加减。

柴胡12g，黄芩9g，茵陈后下18g，栀子9g，大黄后下6g，白芍9g，法半夏9g，生姜6g，炙枳实9g，大枣9g。

加减：胁脘痛剧，可加川楝子12g，延胡索12g；右上腹有肿块，加三棱6g，莪术6g；口干，舌光红，脉细数，加生地黄15g，石斛15g。

中成药：双黄连口服液，口服，1次10~20ml，1日3次。

23肝胆热毒证

证候：胁胀灼痛，壮热，身目深黄，烦渴引饮，胁下痞块，烦躁不安，面赤潮红，大便秘结或热结旁流，舌质干红或绛红或有瘀斑，苔黄厚或焦黑或无苔，脉洪数。

治法：泻火解毒，养阴利胆。

方药：黄连解毒汤合茵陈汤加减。

黄连9g，黄芩9g，黄柏9g，栀子12g，茵陈后下12g，大黄后下6g。

加减：便秘，重用大黄18g；吐血、衄血、发斑，加玄参15g，生地黄18g，牡丹皮12g；胁痛甚，加川楝子12g；兼有湿邪，加茯苓9g，泽泻9g。

中成药：清开灵口服液，口服，1次10~20ml，1日3次。

24肝火扰神证

证候：胁胀灼痛，神昏谵语，壮热，烦躁不安，身目深黄，胁下痞块，斑疹隐隐，齿衄鼻衄，大便秘结或热结旁流，舌质红绛，苔黄，脉滑数或细数。

治法：清肝泻火，解毒安神。

方药：黄连解毒汤合犀角地黄汤。

黄连9g，黄芩9g，黄柏9g，栀子12g，水牛角先煎30g，生地黄24g，白芍12g，牡丹皮9g。

加减：黄疸明显，加茵陈后下15g；便秘者，加大黄后下6g；热盛伤阴，口干，舌光红，脉细数，加石斛12g，白茅根12g。

中成药：清开灵口服液（注射液）：口服液1次10~20ml，1日3次；清开灵注射液20~40ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

3其他治法

针刺：主穴外关、阳陵泉、太冲、足三里、肝俞、胆俞、日月。热盛者，加曲池、合谷；胸胁胀痛者，加中脘、期门；肝火旺者，加丘墟、太冲。实证针用泻法，虚证针用平补平泻法。

ZYYXH/T952008

ZYYXH/T952008

## 慢性胆道感染

慢性胆道感染（chronic infection of biliary tract）是指各种致病因素造成的胆道系统的慢性炎症性疾病。结石致胆道不完全性梗阻是慢性胆道感染形成的主要原因。胆道手术、胆道肿瘤、胆汁反流、胰液反流、寄生虫感染、药物、反复急性胆道感染等都可形成慢性胆道炎症。慢性胆道感染一般预后良好，但迁延不愈或反复急性发作，可形成肝硬化、肝脓肿，或演变成胆囊癌、胆管癌，预后不良。本病属于中医学的“胆胀”、“胁痛”、“黄疸”、“结胸”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111慢性胆囊炎

症状：右中上腹或剑突下反复疼痛是主要表现，少数患者疼痛可发生于胸骨后或左上腹。疼痛程度可轻可重，表现为胀痛、窜痛、闷痛、刺痛、灼痛、空痛、牵掣痛等，可放射至肩背部、腰部或肝区，疼痛多在进食油腻食物或饱餐后诱发或加重，夜间出现较多，或与情绪变化有关。同时可伴腹胀、嗳气、恶心或呕吐、食欲减退、大便稀薄或夹有未消化的食物、便秘、口干口苦、咽燥、月经不调、失眠多梦等，但均无特异性。

体征：剑突下、右肋弓处深压痛、肝区叩击痛。有时无明显体征。

112胆囊结石：静止期参见慢性胆囊炎，急性发作期参见急性胆道感染。部分病例可终身无症状。

113胆管结石：静止期参见慢性胆囊炎，急性发作期参见急性胆道感染。部分病例可终身无症状。

12理化检查

121慢性胆囊炎

1211影像学检查

B型超声波：主要表现为胆囊壁毛糙、增厚，胆囊缩小、收缩功能减退、胆囊内有结石影、胆汁透声度改变。

X线检查：部分患者腹平片可发现右上腹胆囊区不透光的结石影、胆囊壁钙化，有助于慢性胆囊炎的诊断。口服胆囊造影可观察胆囊浓缩、排泄及收缩功能。胆囊不显影、显影差、收缩功能减弱或消失者常提示胆囊慢性炎症改变。

CT检查：可较清晰显示胆囊解剖位置、胆囊轮廓、胆囊壁厚度、胆囊与周围器官的位置关系、胆囊内有无不透光结石影等胆囊病理变化，对慢性胆囊炎的诊断有较高价值。

其他检查：如经皮肝穿刺胆道造影、经十二指肠逆行胆管造影、胆道磁共振成像、放射性核素肝胆显像、选择性肝动脉门静脉造影等检查对一些特殊病例诊断有帮助，可酌情应用，但不宜列为常规检查。

1212肝功能检查：肝功能基本正常，对排除肝脏疾病，确诊慢性胆囊炎有意义。

1213其他：血、尿、粪三大常规检查，心电图、胃镜或钡餐等检查对慢性胆囊炎的临床诊断及鉴别诊断有一定意义。

122胆囊结石：影像学检查对明确诊断具有重要意义。静止期参见慢性胆囊炎，急性发作期参见急性胆道感染。

123胆管结石：影像学检查具有决定性意义。静止期参见慢性胆囊炎，急性发作期参见急性胆道感染。

13诊断要点

131慢性胆囊炎

患者有反复发作胆绞痛及急性胆囊炎发作病史。

临床上无明显典型特异症状和体征。患者常有腹痛、腹胀、嗳气及脂肪泻等消化不良症状。需排除肝、胰、胃和十二指肠等其他脏器疾病。

B超等影像学检查发现胆囊壁毛糙、增厚、结石影等。

132胆囊结石

B超等影像学检查发现胆囊内结石影。

伴有或不伴有右上腹不适、隐痛，食后上腹部饱胀、压迫感，嗳气，呃逆，右上腹部或剑突下压痛、墨菲征阳性。

133胆管结石

胆总管结石：反复发作右上腹阵发性绞痛，伴有畏寒、高热及黄疸史；B超等影像学检查发现胆总管内有强光团，强光团以上胆管有不同程度扩张。

肝内胆管结石：反复发作右上腹胀痛，畏寒、高热史；B超显示肝内胆管扩张，胆管内有强光团伴声影；经皮肝穿刺胆管造影、经十二指肠逆行胰胆管造影或磁共振胆胰管成像显示肝内胆管狭窄与扩张病变，扩张胆管下端有大小不一结石影。

2辨证论治

通过临床观察，可见两种临床证候类型，分为肝气郁结证和肝阴不足证。

21肝气郁结证

证候：右胁疼痛时作，疼痛呈胀闷窜痛，疼痛因情绪变化而增减，喜太息或嗳气，腹胀，饮食减少，女性乳房胀痛或月经不调，舌质淡红，苔薄白或薄白腻或薄黄，脉平或弦。

治法：疏肝利胆，行气止痛。

方药：柴胡疏肝散加减。

柴胡6g，陈皮6g，川芎6g，香附6g，枳壳6g，白芍15g，甘草6g。

加减：痛甚，加当归12g，郁金12g，乌药6g；肝郁化火，加栀子12g，川楝子9g；脾胃虚弱，加太子参15g，黄芪15g。

中成药：①消炎利胆片，口服，1次5~8片，1日2~3次；②胆宁片，口服，1次5片，1日3次。

22肝阴不足证

证候：右胁隐痛不止，遇劳加重，头晕目眩，两目干涩，视力减退，颧红，五心烦热，口干咽燥，月经量少或色淡，舌红少苔或光剥苔，脉弦细或细数。

治法：养阴柔肝，疏肝利胆。

方药：一贯煎加减。

北沙参9g，麦冬9g，当归9g，生地黄21g，枸杞子15g，川楝子6g。

加减：腰酸肾虚，加桑寄生12g，杜仲12g以益肾强筋；口苦咽干，加白茅根15g，芦根15g，石斛15g以养阴生津；乏力自汗，加黄芪15g，太子参15g以益气养阴。

中成药：①知柏地黄丸，口服，1次10粒，1日2~3次；②生脉饮，口服，1次10~20ml，1日2~3次。

3其他治法

31单方验方

大黄粉，口服，1次06g，1日3次，30日为1疗程。

32针刺

321体针：主穴胆俞、中脘、足三里、阳陵泉。绞痛者，加合谷；黄疸者，加至阳；高热者，加曲池；呕吐者，加内关。实证针用泻法，虚证针用平补平泻法。

322耳针：取穴胰、胆、肝、十二指肠、神门、交感，王不留行或小磁珠贴压。

33电针

疼痛较剧时可采用电针治疗。采用右胆俞（接阴极）、胆囊穴或日月，或中脘，或梁门，或太冲（接阳极）。进针得气后连接针麻仪，刺激由弱渐强，以能耐受为度，1日2~3次，1次20~30分钟。

ZYYXH/T962008

ZYYXH/T962008

## 急性肾小球肾炎

急性肾小球肾炎(acute glomerulonephritis，AGN)是一种急性起病，以血尿、蛋白尿、高血压、水肿，或伴有暂时性肾小球滤过率降低为临床特征的肾小球疾病。病初伴有血清补体C3下降，病理表现为毛细血管内增生性肾小球肾炎。多见于A组β溶血性链球菌感染后，也可见于其他细菌、病毒和原虫感染。该病多能自发痊愈，但重症患者可出现心力衰竭、脑病、急性肾衰竭等并发症。任何年龄均可发病，但以儿童及青少年多见。根据本病的主要临床表现，属于中医的“水肿”范畴，部分以血尿为主者则属于“尿血”范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：常在咽炎、扁桃体炎、脓皮病、丹毒及猩红热等链球菌感染后1~3周出现，起病较急，有以下表现：

血尿：肉眼血尿占1/3，镜下血尿见于所有患者。

蛋白尿：轻、中度蛋白尿，约1/4患者的24小时尿蛋白定量>35g。

水肿：多为晨起眼睑水肿，严重时波及全身，可见凹陷性。

少尿：见于50%患者，无尿罕见。

高血压：见于60%~80%患者，血压轻、中度升高，重度高血压少见。

高血容量：严重者可有气急、呼吸困难、心脏扩大及奔马律。

全身症状：包括疲乏、厌食、恶心、呕吐等。

112体征

水肿：为最常见体征，先见于眼睑，渐及全身，按之凹陷不平。

眼底改变：为高血压引起，可见视网膜小动脉痉挛，偶有火焰状出血及视神经头水肿。

12理化检查

121尿液检查：血尿几乎见于所有患者，尿红细胞呈多形性，常伴有肾小管上皮细胞、白细胞、透明或颗粒管型，轻、中度蛋白尿，约有1/4患者的24小时尿蛋白定量>35g，尿中纤维蛋白降解产物增加。

122血沉：急性期病变血沉常增快。

123肾功能测定：多数患者急性期有轻度肾小球滤过率下降，血尿素氮和肌酐浓度在正常上限，肾血流量正常。极少数肾小球滤过率严重下降，出现尿毒症、高血钾表现。

124血清补体及免疫球蛋白测定：一过性血清补体降低是本病重要的诊断依据之一。疾病早期血清总补体浓度（CH50）、C3、C4及备解素下降，其后逐渐恢复，6~8周恢复正常。

125细菌培养及血清学试验：咽拭子或皮肤培养常见A组β溶血性链球菌；血清抗链球菌溶血素“O”抗体常在链球菌感染后2~3周出现，3~5周滴度达高峰后逐渐下降；在感染后4周可检测到抗链球菌胞壁M蛋白抗体。

126肾脏B超检查：双肾大小正常或增大。

127活检：以下两种情况下应进行肾活检：

少尿3~7天以上或进行性尿量减少，肾小球滤过功能呈进行性损害，疑为急进性肾小球肾炎者。

病程1~2个月以上，临床表现无好转趋势，考虑其他原发或者继发肾小球疾病者。

13诊断要点

131发病急，起病于前驱感染后1~3周。

132尿量减少，浮肿，中等度血压升高，一般为150~180/90~100mmHg(20~24/12~133kPa)。

133实验室检查：镜下血尿伴红细胞管形及轻中度蛋白尿；短暂氮质血症；尿纤维蛋白降解产物（FDP）升高；血清补体C3降低；抗链球菌溶血菌素“O”滴度增高。

134肾活检示毛细血管内增生性肾小球肾炎。

2辨证论治

急性肾小球肾炎多由于感受外邪引起，首先辨外邪的性质，其次辨属寒属热、属实属虚，再次辨病变部位，在肺、脾、肾三脏，与心、肝两脏及三焦、膀胱有关。治疗原则不外乎扶正与祛邪两大方面，祛邪以疏风解表、宣肺利水、清热解毒、活血化瘀、凉血止血等为法，扶正则以益气养阴、健脾益肾收功。

21风水泛滥证

证候：起病急，颜面及四肢或全身浮肿，尿少，恶风寒，脉浮紧或浮数；或发热，咳嗽，苔薄白或薄黄，脉浮数。

治法：疏风清热，宣肺利水。

方药：偏于风寒者，用越婢加术汤加减；偏于风热者，用麻黄连翘赤小豆汤加减。

风寒：麻黄9g，石膏先煎30g，白术9g，甘草45g，生姜5g，大枣10g。

加减：风寒偏盛，石膏可减量，加紫苏叶10g，桂枝6g，防风6g；尿血，加血余炭12g，蒲黄包煎9g；纳呆，苔白腻，加厚朴10g，法半夏10g，陈皮9g。

风热：麻黄9g，杏仁9g，桑白皮15g，连翘15g，赤小豆30g。

加减：风热偏盛，加金银花15g，板蓝根15g，鲜茅根30g；咳嗽甚，加前胡9g，桔梗9g；咽痛甚，加山豆根9g，射干9g。

中成药：银黄口服液，口服，1次5~10ml，1日3次。

22湿毒浸淫证

证候：身发疮痍，皮肤溃烂，面浮肢肿，尿少色赤，舌红苔黄，脉数或滑数。

治法：宣肺解毒，利湿消肿。

方药：麻黄连翘赤小豆汤合五味消毒饮加减。

麻黄9g，杏仁9g，桑白皮15g，连翘15g，赤小豆30g，金银花15g，野菊花30g，蒲公英30g，紫花地丁15g，紫背天葵15g。

加减：湿盛皮肤糜烂，加苦参9g，土茯苓15g；风盛皮肤瘙痒，加白鲜皮9g，地肤子9g；血热肌肤红肿，加牡丹皮9g，赤芍9g；大便不通，加大黄6g，芒硝冲服9g；尿血甚，加血余炭12g，侧柏叶9g，牡丹皮9g，赤芍9g，或琥珀粉2g冲服。

中成药：清开灵注射液，肌肉注射，1日2~4ml；重症患者，清开灵注射液20~40ml加入10%葡萄糖注射液200ml或生理盐水注射液100ml中，静脉滴注，1日1~2次。

23水湿浸渍证

证候：遍体浮肿，身重困倦，胸闷纳呆，泛恶，舌质淡，体胖大，苔白腻，脉沉缓。

治法：健脾化湿，通阳利水。

方药：五皮饮合胃苓汤加减。

桑白皮15g，陈皮9g，大腹皮15g，茯苓皮30g，生姜皮9g，白术15g，苍术15g，厚朴9g，猪苓15g，泽泻9g，肉桂3g。

加减：肿盛而喘，加麻黄9g，杏仁9g，葶苈子包煎9g。

中成药：①香砂六君子丸，口服，1次6~9g，1日2~3次；②参苓白术丸，口服，1次6g，1日2次。

24湿热内壅证

证候：遍体浮肿，尿黄赤，口苦，口黏，腹胀，便秘，舌红苔黄腻，脉滑数。

治法：分利湿热，导水下行。

方药：疏凿饮子加减。

泽泻12g，赤小豆15g，商陆6g，羌活9g，大腹皮12g，椒目3g，秦艽9g，槟榔9g，茯苓皮15g。

加减：尿血，小便灼热，加大小蓟各15g，白茅根15g；发热咽痛，加牛蒡子15g，蝉蜕9g，山豆根9g；见大便秘结，加己椒苈黄丸。

中成药：①肾炎四味片，口服，1次8片，1日3次；②肾炎康复片，口服，1次5片，1日3次。

25下焦湿热证

证候：尿呈洗肉水样，小便频数，心烦，口干，舌红少苔，脉细数。

治法：清热利湿，凉血止血。

方药：小蓟饮子加减。

生地黄15g，小蓟30g，滑石包煎30g，通草9g，炒蒲黄包煎15g，淡竹叶9g，藕节15g，当归12g，炒栀子9g，甘草9g。

加减：尿血甚，可吞服三七粉3g，琥珀粉2g。

中成药：①三金片，口服，小片1次5片，大片1次3片，1日3~4次；②八正合剂，口服，1次15~20ml，1日3次。

26阴虚湿热证

证候：腰酸乏力，面热颧红，口干咽燥，舌红，苔薄黄或少苔，脉细数。

治法：滋阴益肾，清热利湿。

方药：知柏地黄丸或大补阴丸加减。

生地黄15g，山药18g，茯苓15g，牡丹皮9g，泽泻9g，山茱萸9g，黄柏9g，知母9g。

加减：低热，加银柴胡9g，青蒿后下9g，地骨皮15g；咽干而痛，加玄参9~15g，藏青果9g。

中成药：①二至丸，口服，1次3~9g，1日2~3次；②六味地黄胶囊，口服，1次1~3粒，1日3次。

3其他治法

31单方验方

311鱼腥草汤：鱼腥草15g，倒叩草30g，半枝莲15g，益母草15g，车前草15g，白茅根30g，灯心草10g。具有清热利水，活血解毒作用。用于治疗急性肾炎浮肿、高血压、蛋白尿、血尿诸症。

312鲜茅根250g，水煎服，1日1剂，适用于急性肾炎血尿显著者。

313玉米须60g，水煎服，适用于急性肾炎浮肿者。

32针刺

321体针：主穴为水穴、水道、三焦俞、委中、阴陵泉。风水泛滥者，加肺俞、列缺、合谷；水湿浸渍者，加脾俞、足三里、三阴交；肾虚为主者，加灸肾俞、关元、足三里。

322耳针：取穴肺、脾、肾、膀胱、三焦。毫针中等强度刺激，也可埋针或用王不留行贴压。

ZYYXH/T972008

ZYYXH/T972008

## 慢性肾小球肾炎

慢性肾小球肾炎（chronic glomerulonephritis，CGN）是由多种原因引起的、由多种病理类型组成的、原发于肾小球的一组疾病。病程长，呈缓慢进展；尿常规检查有不同程度的蛋白尿和血尿；大多数患者出现程度不等的高血压和肾功能损害；后期出现贫血、视网膜病变、固缩肾和尿毒症。本病可有多种病理类型，如系膜增殖性肾炎、局灶节段硬化性肾炎、膜增殖性肾炎、膜性肾炎、增生硬化性肾小球肾炎等。病程中可因呼吸道感染等原因诱发急性发作，出现类似急性肾炎的表现，部分病例可有自动缓解期。国内有资料表明，在引起终末期肾衰的各种病因中，慢性肾炎占641%，居于首位。本病属于中医学的“风水”、“肾风”、“水肿”范畴，亦可归属“虚劳”、“腰痛”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状

水肿：在慢性肾炎的整个疾病过程中，多数患者有不同程度的水肿，轻者仅见于面部、眼睑等组织疏松部位，晨起比较明显，进而发展至足踝、下肢；重者全身水肿，并可有腹（胸）水。

高血压：部分患者以高血压为首发症状，高血压的程度差异较大，轻者仅140~160/95~100mmHg，重者达到或超过200/110mmHg。持续高血压容易导致心功能受损、加速肾功能恶化，其程度与预后关系密切。高血压在临床上常表现为头胀，头痛，眩晕，眼花，耳鸣，失眠多梦，记忆力减退等症状。

尿异常改变：是慢性肾炎的基本标志。水肿期间尿量减少，无水肿者，尿量接近正常；常有夜尿及低比重尿，尿比重（禁水1~2小时）不超过1020；至尿毒症期即可出现少尿（<400ml/d）或无尿（<100ml/d）；有不同程度的尿蛋白，一般在1~3g/d，也可呈大量蛋白尿（>35g/d）；蛋白尿多呈非选择性；尿沉渣可见颗粒管型和透明管型；不同程度的血尿，在急性发作期可出现镜下血尿甚至肉眼血尿。

贫血：患者呈现中度以上贫血，表明肾单位损坏及肾功能损害已很严重，发展到终末期出现严重贫血。如果患者无明显营养不良，其贫血多属正细胞、正色素型。患者可有头晕，乏力，心悸，面色苍白，唇甲色淡等症状体征。

肾功能不全：主要表现为肾小球滤过率（GFR）下降，肌酐清除率（Ccr）降低。轻中度肾功能受损患者可无任何临床症状，当Ccr低于10ml/min，临床上可见少尿或者无尿，恶心呕吐，纳呆，乏力，嗜睡，皮肤瘙痒等症。

112体征：患者具有贫血貌，唇甲苍白，眼睑及颜面甚至双下肢浮肿，严重者可有胸水、腹水。

12理化检查

121实验室检查

尿液检查：尿常规检查有尿蛋白，镜下血尿及（或）管型尿；尿比重降低，圆盘电泳为中分子型蛋白尿为主，红细胞形态为变（畸）形红细胞。

血常规检查：轻度贫血常见，肾功能衰竭时出现较严重贫血。

肾功能测定：肾功能不同程度受损，血尿素氮、血肌酐升高，内生酐清除率下降，浓缩稀释功能异常。

122影像学检查

B超：双肾可缩小，双肾实质病变。

肾活检病理检查：诊断不明确时，可行肾活检确诊。

13诊断要点

131起病缓慢，病情迁延，时轻时重，肾功能逐步减退，后期出现贫血、电解质紊乱，血尿素氮、血肌酐升高等。

132有不同程度的水肿、蛋白尿、血尿、管型尿、贫血及高血压等表现。

133病程中可因呼吸道感染等原因诱发急性发作，出现类似急性肾炎的表现。

14分级标准

病情的轻重主要从尿蛋白、肾功能、水肿、高血压、血瘀证等方面判断。凡具备下列任何1项即可确定。

141重度

尿蛋白检查持续（+++）~（++++），或24小时尿蛋白定量在21~35g之间，血清白蛋白低于30g/L。

肾功能不正常（血肌酐≥133~442μmol/L）。

明显浮肿及高血压。

有明显血瘀证表现：①面色黧黑或晦暗；②腰痛固定或呈刺痛，肌肤甲错或肢体麻木；③舌色紫暗或有瘀点、瘀斑；④脉象细涩；⑤尿纤维蛋白降解产物（FDP）含量增高；⑥血液流变学检测全血黏度、血浆黏度升高。凡具备上述3项表现者即可确定血瘀证。

142中度

尿蛋白检查持续(++)~(+++)，或24小时尿蛋白定量持续在1~2g之间，肾功能正常。

浮肿可轻可重，可有高血压。

有血瘀证的临床表现。凡具备上述2项血瘀证表现者即可确定。

143轻度

尿蛋白持续(+)~(++)，或24小时尿蛋白定量持续在1g以下，肾功能正常。

浮肿不明显或无，血压正常。

有或无血瘀证的临床表现。

2辨证论治

慢性肾炎的中医病机特点为本虚标实，虚实相兼。肺、脾、肾虚为本；风寒湿热浊毒侵袭、瘀血交阻为标。脏腑虚损与外邪侵袭为本病的中心环节，故慢性肾小球肾炎的治疗，以治本和治标相兼为原则。脏腑虚损以脾肾两脏气虚为主，故以培补脾肾、温阳化气为基本治疗大法。

21本证

211脾肾气虚证

证候：腰脊酸痛，疲倦乏力，或浮肿，纳少或脘腹胀满，大便溏薄，尿频或夜尿多，舌质淡红、有齿痕，苔薄白，脉细。

治法：补脾益肾。

方药：补脾益肾方加减。

黄芪30g，制何首乌15g，丹参15g，山药18g，党参15g，杜仲15g，益母草30g，当归15g，淫羊藿15g，泽泻9g。

加减：纳差，加谷芽15g，麦芽15g，鸡内金9g；咽痛，加南北沙参各15g，麦冬15g，百合18g。

中成药：①无比山药丸，口服，1次1丸，1日2~3次；②参苓白术丸（散），口服，水丸剂1次6~9g，散剂1次1袋，1日2~3次；③人参归脾丸，口服，1次6~9g，1日2次；④黄芪注射液20~30ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

212肺肾气虚证

证候：颜面浮肿或肢体肿胀，疲倦乏力，少气懒言，易感冒，腰脊酸痛，面色萎黄，舌淡、苔白润，有齿痕，脉细弱。

治法：补益肺肾。

方药：防己黄芪汤加减。

防己15g，黄芪15g，白术12g，枇杷叶9g，桑白皮15g，金樱子30g，菟丝子15g，玉米须15g。

加减：畏冷，舌质淡，加桂枝6g；面、唇、爪甲、舌质等暗红，舌下脉络迂曲，加桃仁9g，红花9g，川芎9g。

中成药：①通宣理肺丸，口服，蜜丸1次2丸，1日2~3次；浓缩丸1次8~10丸，1日2~3次。②五苓丸，口服，水丸剂1次9g，1日2次；散剂，1次1包，1日3次。③金水宝胶囊、百令胶囊、至灵胶囊等虫草制剂，口服，1次3粒，1日3次。

213脾肾阳虚证

证候：全身浮肿，面色苍白，畏寒肢冷，腰脊冷痛或酸痛，纳少或便溏或泄泻或五更泄泻，胫酸腿软，食少纳呆，精神倦怠，足跟作痛，大便溏薄，舌质淡胖，边有齿痕，脉沉偏细或沉迟无力。

治法：温补脾肾，行气利水。

方药：黄芪补中汤或真武汤加减。

黄芪30g，党参15g，山药15g，附子先煎9g，白术15g，茯苓15g，猪苓9g，泽泻9g，陈皮9g，肉桂45g。

加减：夹有瘀血，加益母草18g，丹参15g，当归15g，川芎9g，泽兰15g；浮肿少尿，加车前子包煎18g，大腹皮15g，葫芦30g。

中成药：①济生肾气丸，口服，大蜜丸1次1丸，水蜜丸1次6g，1日2~3次；②肾炎舒片，口服，1次6片，1日3次；③黄芪注射液20~30ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

214肝肾阴虚证

证候：目睛干涩或视物模糊，头晕耳鸣，五心烦热，或手足心热，口干咽燥，腰脊酸痛，遗精，滑精，或月经失调，舌红少苔，脉弦细或细数。

治法：滋补肝肾，滋阴清热。

方药：杞菊地黄丸合大补阴煎加减。

熟地黄18g，龟甲先煎15g，黄柏12g，知母12g，生地黄15g，山药15g，茯苓15g，牡丹皮9g，泽泻9g，山茱萸9g，枸杞子15g，菊花10g。

加减：头痛头晕剧烈，加川芎9g，益母草18g，葛根15g，防己9g；失眠，加炒酸枣仁15g，生铁落18g；耳鸣，加磁石先煎18g。

中成药：①六味地黄丸，口服，1次8丸，1日3次；②肾肝宁胶囊，口服，1次4粒，1日3次。

215气阴两虚证

证候：面色无华，少气乏力，或易感冒，午后低热，手足心热，腰痛或浮肿，口干咽燥或咽部暗红，咽痛，舌质红或偏红，少苔，脉细或弱。

治法：益气养阴，调补肾气。

方药：六味地黄汤合生脉散加减。

生地黄15g，山药15g，茯苓15g，牡丹皮9g，泽泻15g，山茱萸9g，北沙参15g，麦冬9g，五味子9g。

加减：兼湿浊，纳呆，恶心或呕吐，身重困倦，或精神萎靡，加陈皮9g，法半夏9g，竹茹9g，砂仁后下6g。

中成药：生脉注射液20~60ml加入5%或10%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

22标证

221水湿证

证候：颜面或肢体浮肿，口淡乏味，胸痞腹胀，小便不利，舌苔白或白腻，脉细或沉细。

治法：健脾益气，行气化湿。

方药：参苓白术散加减。

莲子15g，薏苡仁30g，砂仁后下6g，桔梗9g，白扁豆12g，白茯苓15g，人参单煎9g，甘草9g，白术15g，山药15g。

加减：兼湿热，脘闷纳呆，口干不思饮，小便黄赤，灼热或涩痛不利，舌苔黄腻，脉濡数或滑数，加黄连6g，半枝莲15g，白花蛇舌草30g，土茯苓15g，蒲公英15g。

中成药：①参苓白术丸，口服，1次6g，1日2次；②胃苓丸，口服，1次6g，1日1~2次。

222湿热证

证候：皮肤疖肿、疮疡，咽喉肿痛，小便黄赤、灼热或涩痛不利，面目或肢体浮肿，口苦或口干口黏，胸闷纳呆，口干喜热饮，舌苔黄腻，脉濡数或滑数。

治法：清利三焦湿热。

方药：三仁汤加减。

杏仁15g，薏苡仁15g，豆蔻后下6g，厚朴6g，法半夏15g，竹茹6g，滑石6g，通草6g。

加减：痞满腹胀，加黄连温胆汤；尿频、尿急、尿灼热，加八正散；热毒较甚，咽喉肿痛，加银蒲玄麦甘桔汤。

中成药：①肾炎四味片，口服，1次8片，1日3次；②肾炎康复片，口服，1次5片，1日3次。

223血瘀证

证候：面色黧黑或晦暗，腰痛固定或呈刺痛，肌肤甲错或肢体麻木，舌色紫暗或有瘀点瘀斑，脉细涩。

治法：活血化瘀。

方药：肾炎化瘀汤加减。

黄芪30g，益母草30g，丹参15g，泽泻9g，当归15g，赤芍10g，川芎9g，红花9g。

加减：兼气虚，合用四君子汤（人参单煎15g，白术9g，茯苓9g，甘草6g）；耳鸣，加磁石先煎18g；水肿明显，加防己9g；腰酸，加杜仲15g，桑寄生15g，川牛膝15g。

中成药：①肾炎四味片，口服，1次8片，1日3次；②保肾康片，口服，1次4片，1日3次；③丹参注射液20~30ml加入5%或10%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

224湿浊证

证候：纳呆，恶心或呕吐，口中黏腻，脘胀或腹胀，身重困倦，精神萎靡，舌苔腻，脉缓。

治疗：温阳泄浊。

方药：温脾汤加减。

制大黄9g，人参单煎15g，干姜6g，附子先煎6g，甘草6g。

加减：呕吐较甚，加姜半夏9g，陈皮9g，姜竹茹9g；血肌酐、尿素氮升高明显，加六月雪15g；或配合大黄12g，蒲公英30g，六月雪30g，煅龙骨先煎30g，煅牡蛎先煎30g，煎汤过滤，保留灌肠。

中成药：尿毒清颗粒，冲服，1次1袋，1日3次。

3其他治法

31单方验方

311绿豆附子汤：绿豆30g，附子15g，水煎煮熟后食豆，次日仍可再加绿豆30g，煮熟后食豆，第3日则另用附子与绿豆同煮如前，忌生冷、盐、酒60日，用于慢性肾炎水肿偏于阳虚者。

312玉米须煎剂：玉米须（干）60g，洗净，水煎服，连服6个月，用于慢性肾炎轻度水肿而尿蛋白不消者。

32食疗

321鲤鱼汤：鲜鲤鱼1条（重约500g，去肠杂），生姜15g，葱15~30g，米醋30~50ml，加水共炖，少放盐，食鱼饮汤。或鲜鲤鱼1条，清茶叶250g；或鲜鲤鱼1条，赤小豆30g，适量生姜、葱、食盐，煮汤。均具有健脾利水之功，用于慢性肾炎水肿不消，或低蛋白血症者。

322山药粥：山药30g，粳米适量，加水煮成粥，加适量白糖。具有健脾补肾之功，用于慢性肾炎水肿不甚而尿蛋白持续不消者。

33针刺

331体针：取穴水分、水道、三焦俞、委阳、阴陵泉、肾俞、京骨。脾虚为主者，加脾俞、足三里、三阴交；肾虚为主者，加灸肾俞、关元、足三里。针用平补平泻或补法。

332耳针：取穴脾、肺、肾、三焦、膀胱、皮质下、腹，每次3~4穴，毫针中度刺激，也可埋针或王不留行贴压。

34穴位注射

用板蓝根注射液或者鱼腥草注射液1ml，选足三里或肾俞等穴，两侧交替进行穴位注射，1日1次，10次为1疗程，对减少尿蛋白有一定疗效。

35气功

气功对慢性肾炎有一定的疗效，但需要在气功师和医生的指导下练习。

ZYYXH/T982008

ZYYXH/T982008

## 急性肾盂肾炎

急性肾盂肾炎（Acute Pyelonephritis），又名急性上尿路感染，是由细菌（极少数可由病毒、原虫、真菌）引起的一侧或两侧肾盂，以及肾实质的局灶性炎症改变，以小便频数、赤涩热痛、少腹胀痛、腰痛为主要临床表现。本病属于中医学的“淋证”、“腰痛”范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：起病急骤，可见寒战、高热（体温常达385℃以上）、头痛、恶心、呕吐等全身感染症状；出现尿频、尿急和尿痛，耻骨上部不适，尿浑浊和肉眼血尿等；腰痛，呈持续性，但疼痛程度、性质不一；某些患者可出现上腹痛或下腹痛，并伴有相应区域的胃肠功能紊乱的表现，且出现腹部沿输尿管走向压痛。

112体征：肾区叩击痛明显；在上输尿管点（腹直肌外缘平脐处）或腰肋点（腰大肌外缘与十二肋骨交叉处）压痛。

12理化检查

121血常规：血白细胞总数升高，中性粒细胞核左移。

122尿常规：主要表现为脓尿，即离心标本白细胞≥10个/高倍视野，未离心的≥5个/高倍视野。如镜检见白细胞管形，对诊断价值极大。镜下血尿常见，而蛋白尿少见。

123清洁尿、中段尿细菌培养：尿菌含量≥105/ml，为有意义菌尿。尿菌含量≥105/ml且已排除假阳性，并有尿路感染的症状；或虽无症状，但2次清洁中段尿培养尿菌含量均≥105/ml，则为真性菌尿。真性菌尿是诊断尿路感染的可靠依据。

124亚硝酸盐试验：对大肠杆菌、副大肠杆菌的阳性率达85%，变形杆菌的阳性率为50%，球菌和结核杆菌均为阴性。

125膀胱穿刺尿培养阳性。

13诊断要点

131起病急、发热、畏寒、全身酸痛，多有尿频、尿急等尿路刺激症状，肾区叩击痛及腰肋点压痛明显。

132尿常规白细胞增多，红细胞稍增多，少数患者血尿较明显。

133清洁中段尿培养，菌尿阳性，菌落计数≥105/ml（尿），球菌数103/ml（尿）。

2辨证论治

急性肾盂肾炎以排尿异常、腰痛和发热为主要临床表现。病机主要是下焦湿热邪毒，膀胱气化失司，故治以清热解毒、利湿通淋，如热在脏腑者宜加清泄之品。

21膀胱湿热证

证候：尿频尿急，灼热涩痛，色黄或赤，腰痛拒按，发热便秘，胸闷脘痞，身重纳呆，或恶风发热，头痛咽痛，舌苔黄腻，脉象濡数或滑数。

治法：清热利湿通淋。

方药：八正散加减。

大黄后下6g，栀子12g，滑石30g，黄柏9g，马齿苋30g，萹蓄15g，瞿麦15g，车前子包煎30g，甘草3g，乌药6g。

加减：腹胀便秘改用大黄后下9g，加枳实12g；胸闷舌苔腻，加杏仁9g，豆蔻后下3g，广藿香、佩兰各9g；恶风发热，加金银花12g，荆芥9g。

中成药：①清开灵口服液，口服，1次1支，1日3次；②甘露消毒丹，口服，1次6g，1日2次。

22肝胆郁热证

证候：尿频尿急，滞涩灼痛，色黄或赤，腰痛拒按，发热面赤，烦躁易怒，口苦咽干，恶心纳呆，少腹胀满疼痛或胁痛，舌红，苔黄或黄腻，脉象弦数或者滑数。

治法：清利肝胆，渗利湿热。

方药：龙胆泻肝汤加减。

龙胆草9g，栀子9g，黄芩12g，生地黄12g，川楝子9g，车前子包30g，柴胡6g，青皮6g，泽泻12g，红藤15g。

加减：腹胀便秘，加大黄后下9g，枳实12g，厚朴6g；纳少泛恶，加姜竹茹6g，姜半夏9g，陈皮6g；恶心发热咽痛，加桑叶9g，薄荷后下3g，金银花15g。

中成药：龙胆泻肝丸，口服，1次6g，1日2次。

23中焦湿热证

证候：尿数黄赤涩痛，午后身热，身重疼痛，面色淡黄，舌红苔黄，脉弦滑数。

治法：宣气化湿清热。

方药：三仁汤加减。

杏仁9g，厚朴3g，豆蔻后下3g，通草3g，法半夏9g，薏苡仁15g，滑石30g，竹叶9g。

加减：胸闷纳少，加郁金9g，焦山楂、焦神曲各15g；小便赤涩疼痛较甚，加黄柏9g，虎杖12g；尿血，加小蓟30g，白茅根30g。

中成药：藿香正气片，口服，1次5g，1日2次。

24热毒伤络证

证候：尿血红赤或夹血块，尿频尿急，灼热刺痛，痛引腰腹，心烦不寐，舌尖红，苔薄黄，脉数。

治法：凉血止血，清热通淋。

方药：小蓟饮子加减。

小蓟30g，生地黄15g，藕节30g，蒲黄包煎12g，牡丹皮6g，赤芍6g，栀子9g，滑石30g，甘草3g，白茅根30g。

加减：小便赤涩痛甚，加蒲公英15g，败酱草15g，瞿麦15g；大便秘结，加大黄后下6g；尿中夹血块，茎中刺痛，加川牛膝9g，琥珀粉冲服3g。

中成药：荷叶丸，口服，1次6g，1日2次。

25肾阴不足证

证候：尿频，尿道灼热，尿血反复发作，四肢无力，手足心热，口苦咽干，舌红，脉细数。

治法：滋阴补肾，清热利湿。

方药：知柏地黄丸加减。

生地黄12g，山茱萸9g，山药15g，牡丹皮6g，石斛15g，茯苓15g，黄柏9g，知母9g，泽泻12g，虎杖15g。

加减：低热口干，加地骨皮15g，玄参12g，小便赤涩痛，加红藤15g，蒲公英15g；心烦不寐，加竹叶12g，通草3g，灯心草3g。

中成药：知柏地黄丸，口服，1次6g，1日2次。

26邪恋正虚证

证候：尿频、尿急、尿痛诸症减轻，身热渐退，或见低热，倦怠乏力，食欲不振，口干咽燥，腰膝酸软，舌淡红，苔少，脉细数。

治法：益气养阴，解毒通淋。

方药：参芪地黄汤加减。

太子参15g，炙黄芪12g，生地黄12g，山茱萸9g，山药15g，茯苓12g，蒲公英12g，泽泻12g，虎杖9g。

加减：低热不退，加地骨皮12g，青蒿后下9g；腰膝酸软，加杜仲9g，续断12g；纳食减少，去生地黄、山茱萸，加生、炒薏苡仁各12g，陈皮6g，山楂9g，焦谷麦芽各15g。

中成药：①参苓白术散，口服，1次6g，1日2次；②六味地黄丸，口服，1次6g，1日2次。

3其他治法

31单方验方

三草汤：败酱草30g，车前草30g，金钱草50g，萹蓄15g，白茅根30g，煎汤频饮。

32食疗

车前草粥：先用新鲜车前草50g洗净切碎，用葱白10g加水煮汁后去渣，然后放入粳米煎煮成粥，分次随量服用。

33针刺

331体针：取穴肾俞、小肠俞、膀胱俞、三焦俞、曲泉、三阴交，针用泻法。

332耳针：取穴肾、膀胱、枕、肾上腺、下脚端、神门、输尿管等，每次选用2~4穴，毫针刺，强刺激，留针20~30分钟，每日1次。

34药浴

大黄30g，防风、大青叶、蜀椒、艾叶各12g，煎服洗浴阴部，1日2~3次，12日为1疗程。

ZYYXH/T992008

ZYYXH/T992008

## 慢性肾盂肾炎

慢性肾盂肾炎（Chronic Pyelonephritis），又名慢性上尿路感染，临床可见排尿异常、腰痛、低热、脓尿等症状，主要是急性肾盂肾炎反复发作半年以上，多次清洁中段尿培养或镜检均为阳性，或虽经治疗症状消失，但仍有肾小管功能减退，或经影像学检查发现肾盂、肾盏变形，肾影不规则甚则缩小等。存在持续感染者为活动性慢性肾盂肾炎，既往感染遗留的局部无菌性斑痕为非活动性慢性肾盂肾炎。本病属于中医学的“淋证”、“腰痛”、“虚劳”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：反复发作的尿路刺激症状，极少数患者表现不明显。有的患者有低热、乏力、腰痛、尿频或反复检查有脓尿等；有时见面黄、倦怠、食欲不振，小儿为厌食，精神萎顿、贫血、发育不良、尿失禁等；可表现为真性细菌尿，尿中少量红细胞或白细胞，但细菌尿可持续性或间歇性。有部分患者体内存在易感因素如尿路结石、尿路畸形等，常反复发作，出现不同程度的肾损害。

112体征：在腰肋点（腰大肌外缘与12肋骨交叉处）和上输尿管（腹直肌外缘平脐处）有压痛及肾区叩击痛，当炎症侵犯肾实质时可见高血压、水肿、贫血、肾功能障碍。

本病常见并发症有肾乳头坏死、肾周围脓肿、革兰阴性杆菌败血症等。

12理化检查

121尿液检查

菌尿检测：是确定有无活动性尿路感染的重要手段。除清洁中段尿培养外，膀胱冲洗后尿培养和输尿管导管培养及中段尿抗体包裹，细菌检测均可出现阳性结果。

尿常规：如见白细胞增多，甚至出现成堆白细胞或白细胞管型，提示活动性尿路感染的存在；如见到含细菌的管型，则可确定为活动性的尿路感染；有些可以出现红细胞尿，尿比重低，尿pH可增高。一日尿蛋白排泄为05~15g，多在05g左右，绝大多数为小分子量蛋白，如尿β2-微球蛋白、α2-微球蛋白和视黄醇结石蛋白等均增高。尿酸增多，其中碱性磷酸酶、门冬氨酸氨基转移酶、乳酸脱氢酶、N-乙酰-β-D氨基葡萄糖苷酶、溶菌酶等在尿中排出量也增高。

122影像学检查

静脉肾盂造影：可出现特异的征象，即常见于肾脏上、下两极的局灶性粗糙的皮质瘢痕，并伴有附属肾乳头的收缩和肾盏的扩张、变钝。

B超：可反映肾实质情况和肾瘢痕的范围，更适合随访。

CT和核磁共振等检查：可排除膀胱输尿管反流、尿路梗阻等病因。

123肾功能检查

早期出现肾浓缩功能降低、莫氏试验阳性，晨尿渗透压示低渗尿或等渗尿。

尿钠增高、血钠降低，重吸收障碍。

肾小管酸中毒或氯化铵试验阳性。

晚期可见血肌酐及尿素氮明显升高。

13诊断要点

131有急性肾盂肾炎病史，尿细菌培养阳性。

132长期低热，疲乏，腰酸痛，肋腰点及输尿管上段压痛阳性。

133夜尿增多，尿比重低，尿渗透压低。

134反复尿路刺激征及沉渣持续多少不等的白细胞、脓细胞及白细胞管型半年以上。

135静脉肾盂造影显示肾盂肾盏瘢痕狭窄、变形、积水，肾脏外形不光滑，两肾大小不等。

2辨证论治

本病病程不长者多为气阴两虚或肾阴不足证，病程较长者为脾肾两虚证；在病变过程中，因证候间可相互转化，常可兼见。由于本病的基本病机是正虚邪恋，水道不利，根据“实则清利，虚则补益”原则，故治疗以扶正祛邪、通利水道为基本大法。

21气阴两虚，湿热留恋证

证候：尿频、尿急、尿痛或小便淋沥不畅，反复发作，腰部酸痛，食欲减退，倦怠乏力，低热或者手足心热，口干舌燥，舌边有齿痕，苔少或根苔黄腻，脉细弱或者细数无力。

治法：益气养阴，清利湿热。

方药：参麦地黄汤加减。

生地黄15g，山药15g，茯苓12g，牡丹皮6g，山茱萸9g，太子参15g，麦冬9g，五味子3g，蒲公英15g，地锦草15g，滑石15g，甘草3g。

加减：腰部酸痛，加续断12g，桑寄生24g；低热起伏，加知母9g，地骨皮15g，炙鳖甲先煎15g；食欲减退，加鸡内金6g，陈皮6g，焦谷芽15g，焦麦芽15g等。

中成药：麦味地黄丸，口服，1次6g，1日2次。

22肾阴不足，湿热稽留证

证候：尿频、尿急、尿痛或小便淋沥不畅，反复发作；眩晕耳鸣，腰膝酸软，时有低热或五心烦热，夜寐不安甚则盗汗，或有血尿，舌红苔少或根黄腻，脉细数或虚数。

治法：滋补肾阴，清热化湿。

方药：知柏地黄丸加减。

生地黄15g，山茱萸12g，山药15g，茯苓12g，牡丹皮6g，黄柏9g，知母9g，石斛15g，地骨皮15g，绿豆衣24g，连翘壳9g，泽泻12g。

加减：眩晕，加枸杞子12g，菊花6g；夜寐不安，加炒酸枣仁12g，煅龙齿先煎15g；盗汗，加牡蛎先煎30g，浮小麦12g；尿血鲜红，加小蓟15g，旱莲草15g。

中成药：知柏地黄丸，口服，1次6g，1日2次。

23肝胆郁热，湿热内蕴证

证候：尿频、尿急、尿痛或尿黄或小便淋沥不畅，反复发作，胁肋胀痛拒按，伴恶心纳呆，厌食油腻，口干且苦，舌红苔腻，脉沉滑数。

治法：疏利肝胆，清热利湿证。

方药：小柴胡汤合猪苓汤加减。

柴胡12g，黄芩12g，法半夏9g，党参9g，猪苓12g，枳壳12g，茯苓15g，滑石30g，泽泻12g，甘草3g。

加减：胁痛甚，加川楝子9g，延胡索9g；呕恶，加姜竹茹6g，生姜6g；口干且苦，加栀子9g，黄连3g；纳少，加陈皮6g，焦谷芽15g，焦麦芽15g。

中成药：逍遥丸，口服，1次6g，1日2次。

24脾肾气虚，湿浊缠绵证

证候：每逢劳累则见尿频、尿急、尿痛或者小便淋沥不畅，腰膝酸软，食少神疲，少腹坠胀，甚则畏寒肢冷，面浮肢肿，舌淡苔薄白润，脉沉细无力。

治法：健脾益肾，清利湿浊。

方药：无比山药丸加减。

山药30g，茯苓15g，生地黄15g，菟丝子24g，沙苑子12g，薏苡仁15g，蒲公英15g，牛膝9g，杜仲12g，泽泻12g。

加减：尿少浮肿，重用茯苓、泽泻；畏寒肢冷，加附子先煎9g，肉桂3g；恶心呕吐，加姜半夏9g，吴茱萸6g；少腹坠胀，加党参9g，黄芪12g，升麻6g。

中成药：①补中益气丸，口服，1次6g，1日2次；②济生肾气丸，口服，1次6g，1日2次。

25气血瘀滞，湿热郁结证

证候：尿频、尿急、尿痛或小便淋沥不畅，反复发作，肋腰刺痛酸胀，少腹胀痛，舌质紫暗或有瘀斑，脉细涩。

治法：理气化瘀，清利湿热。

方药：沉香散合桃核承气汤。

沉香后下3g，桃仁9g，大黄后下6g，桂枝6g，当归12g，赤芍9g，王不留行9g，石韦12g，红藤12g，甘草3g。

加减：瘀血重，加红花6g，牛膝9g；腹胀便秘，改用大黄后下9g，加枳实12g；腰痛，加杜仲12g，续断12g等。

中成药：①保肾康，口服，1次3片，1日3次；②肾康宁，口服，1次5片，1日3次。

3其他治法

31单方验方

滋阴通淋方：生地黄30g，白茅根30g，山药12g，山茱萸12g，黄柏10g，牡丹皮60g，泽泻10g，茯苓10g，瞿麦15g，琥珀粉冲服3g，肉桂3g，每日1剂，早晚分服。

32食疗

通利粥：滑石50g用纱布包好，然后与瞿麦30g一起加水煎煮取汁，以汁煮粳米100g为粥，食用。

33针灸

取穴肾俞、脾俞、足三里，针用补法，可加灸。

34皮肤针

取三阴交、曲泉、关元、曲骨、归来、水道、腹股沟、夹脊（14~21椎），用皮肤针自上而下，或自下而上循经叩打，以皮肤红润为度。

35推拿

先掌按小腹部，重点为关元、中极、气海、水道；继用拇指按揉足三里、三阴交，最后掌擦腰脊部，重点为气海俞、膀胱俞。

ZYYXH/T1002008

ZYYXH/T1002008

## IgA肾病

IgA肾病（IgA nephropathy，IgAN），又称Berger病，是一组以IgA或IgA为主的免疫复合物在肾小球系膜区沉积为特征，临床和肾病理表现多样且不伴系统性损害的原发性肾小球疾病。本病是免疫复合物介导的肾小球疾病，但确切的免疫学发病机理尚不明确。研究发现骨髓来源的IgA1结构异常可能在发病中起重要作用。本病多数以血尿为主要临床表现，或伴有蛋白尿，甚至大量蛋白尿，呈肾病综合征表现，少数病人出现急进性肾炎综合征。本病是最常见的肾小球疾病和导致终末期肾病最主要的原因。本病属于中医学的“虚劳”、“尿血”、“腰痛”、“肾风”、“水肿”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：反复发作性肉眼血尿，亦称同步血尿，40%~50%患者可见，多为小儿及青年患者。常紧跟于非特异性感染，如上呼吸道感染、扁桃体炎、胆囊炎、肠炎、尿路感染之后，一般无或仅有1~2日间歇，其中30%为肉眼血尿，持续3~5日后变成镜下血尿，呈反复发作或持续存在，反复发作血尿者约占半数左右。少数患者可有腰痛或尿路刺激症状，多不伴大量蛋白尿和高血压。

无症状性尿检异常：多数患者起病隐匿，除尿检异常外，缺乏明显症状和阳性体征。根据尿检是否有蛋白尿分为两个亚型。A型：仅表现持续性镜下血尿，无蛋白尿，亦无高血压及肾功能不全等临床表现；肾病理改变以系膜增生性病变为主，间质及血管病变不明显。B型：表现持续性镜下血尿伴轻－中度蛋白尿（<20g/24h），不伴高血压及肾功能减退。

大量蛋白尿：尿蛋白≥20g/24h，部分达到肾病综合征蛋白尿水平，大多伴有镜下血尿及不同程度的水肿。IgAN出现大量蛋白尿，往往提示预后不良，有高血压及肾功能不全者预后较差。

高血压：以血压增高为突出临床表现，可伴不同程度的肾功能不全。

急性肾功能衰竭：不常见（<10%）。表现为持续性肉眼血尿和大量蛋白尿，肾功能于短期内急剧恶化，往往伴有高血压和水肿。

慢性肾功能衰竭：上述临床症状迁延不愈后进入慢性肾衰；也有部分患者首诊时即已存在慢性肾功能衰竭。

112体征：一般无明显体征，部分患者腰痛、腹痛明显，部分患者有水肿、高血压，一旦出现高血压，常伴有肾功能减退。

12理化检查

121尿常规及尿红细胞形态检查：尿常规有红细胞，伴或不伴蛋白；尿红细胞形态为多形性。

122肾功能：早期肾功能正常，随病程进展而使肾功能有不同程度减退，表现为内生肌酐清除率的降低和血肌酐升高。

123免疫学检查：仅部分患者血清IgA轻度增高，IgG、IgM水平也偶可升高。

124肾穿刺活检：IgA肾病光镜下最常见变化为系膜区由于基质增生和细胞增多而扩大，在电镜下则呈均一的颗粒状电子致密沉积物。

13诊断要点

本病的诊断仍依据肾组织的免疫病理检查，即IgA在肾小球系膜区呈弥漫性或节段性沉积，多数伴有其他免疫球蛋白和补体成分的沉积，但C1q和C4较少出现。部分患者肾小球毛细血管壁可有IgA沉积。

2辨证论治

肾气阴两虚是IgAN的基础证候或中心证候。风热上扰及下焦湿热是IgAN的初始证候，或短期出现的急性伴发证候；脉络瘀阻及风湿内扰则是IgAN气阴两虚证候最常见、最重要并与之在某一阶段长期并存的合并证候。因此，IgAN总的病机及演变特点是虚中夹实。

21风热上扰（风热上扰、肺肾风热）证

证候：咽痛，咽红肿（或扁桃体肿大），血尿，或伴蛋白尿，发热，微恶风，口干，咳嗽，脉浮数或滑数，舌红，苔薄黄。

治法：疏风散热。

方药：银翘散加减。

连翘18g，金银花15g，黄芩15g，虎杖15g，白茅根30g，芦根30g，天麦冬各9g，茜草30g，炒牛蒡子9g，蝉蜕6g。

加减：发热甚，加蒲公英30g，紫花地丁30g；咽痛甚，加板蓝根30g，川牛膝30g，山豆根9g。

中成药：①板蓝根冲剂，冲服，1次1包，1日2~3次；②芙朴感冒冲剂，冲服，1次1包，1日2~3次。

22下焦湿热（膀胱湿热、肠道湿热）证

证候：腹痛，泻痢或腰痛，尿频涩痛，血尿，伴或不伴蛋白尿，发热，脉濡滑数，舌红，苔薄黄腻。

治法：清热化湿，和血宁络。

方药：白头翁汤加减。

黄柏10g，白头翁10g，赤白芍各15g，丹参15g，牡丹皮15g，蒲黄包煎15g，大小蓟各9g，白茅根30g，茜草30g，白花蛇舌草30g。

加减：泻痢甚，加黄连3g，秦皮9g；腹痛甚，加木香9g，焦山楂15g；小便涩痛甚，加萆薢9g，甘草梢6g。

中成药：①金钱草冲剂，口服，1次1包，1日3次；②黄连素片，口服，1次3粒，1日3次。

23气阴两虚证

证候：泡沫尿（尿蛋白伴或不伴镜下红细胞、尿蛋白定量<10g/d），腰酸乏力，口干，目涩，手足心热，眼睑或足跗浮肿，夜尿多，脉细或兼微数，舌红体胖，舌边有齿痕，苔薄。

治法：益气养阴，固肾涩精。

方药：黄芪四物汤加减。

黄芪30g，当归9g，生地黄18g，白芍9g，川芎15g，女贞子9g，旱莲草30g，金樱子9g，芡实9g等。

加减：阳虚甚，加仙灵脾9g，杜仲9g，必要时可在短期内，加淡附片先煎6~9g；兼脾虚，加炒党参9g，焦白术9g，山药15g。

中成药：①六味地黄丸，口服，1次6粒，1日2次；②金匮肾气丸，口服，1次6粒，1日2次。适用于阳虚较甚者。

24脉络瘀阻证

证候：血尿（包括镜下红细胞尿），腰部刺痛，或久病（反复迁延不愈病程1年以上）；肾病理见毛细血管襻闭塞、塌陷、僵硬，毛细血管有微血栓样物质形成，系膜基质增生、局灶节段或球性硬化，肾小球球囊粘连，肾小球基底膜增厚。面色黧黑，肌肤甲错，皮肤赤丝红缕，蟹爪纹络；脉涩，舌有瘀点、瘀斑，或舌下脉络瘀滞。

治法：养血活血，祛瘀消癥。

方药：桃红四物汤加减。

黄芪30g，当归9g，生地黄15g，川芎30g，白芍9g，桃仁9g，红花9g。

加减：瘀血凝滞，加水蛭2~3g（碾粉吞），地龙9g，土鳖虫6g，制大黄9g；癥积内聚，加积雪草30g，炒三棱15g，炒莪术15g，海藻15g，昆布15g，炮山甲5g。

中成药：①三七总苷片，口服，1次100mg，1日2次；②保肾康片，口服，1次100mg，1日3次。

25风湿内扰证

证候：泡沫尿（尿蛋白伴或不伴镜下红细胞尿），尿蛋白定量≥10g/d；乏力、眩晕加重，水肿逐渐加重。实验室、辅助检查及肾病理：血压、血肌酐、尿蛋白等从原先稳定的水平出现波动、升高；病理出现系膜细胞增生、间质炎细胞浸润或节段性毛细血管襻纤维素样坏死、细胞性新月体形成及（或）足突广泛融合。脉弦，或弦细，或沉，舌淡红，苔薄腻。

治法：养血活血，祛风胜湿。

方药：大秦艽汤加减。

黄芪30g，当归10g，生地黄18g，川芎30g，白芍9g，秦艽9g，防己15g，徐长卿9g。

加减：水湿甚，加猪苓、茯苓各30g，薏苡仁30g，车前子包煎9~15g；筋骨沉重无力，腰膝酸软，加川牛膝30g，老鹳草30g，豨莶草15g。

中成药：雷公藤多苷片，口服，1次10~20mg，1日3次。

3其他治法

31单方验方

311茅根糖茶：鲜白茅根500g，洗净，加水煎煮，去渣，加少许黄糖，代茶饮。

312止血剂：苎麻根15g，生地黄、茯苓各10g，海螵蛸9g，水煎服。

32食疗

321茅根粥：鲜白茅根60g，洗净，加水煎煮半小时，取茅根水煮粥，1日1次。

322鲫鱼冬瓜汤：250g鲫鱼1条，去鳞及内脏，冬瓜500g同煮，加盐及少许调味料，弃鱼喝汤。

ZYYXH/T1012008

ZYYXH/T1012008

## 狼疮性肾炎

系统性红斑狼疮（systemic lupus erythematosus，SLE）是因免疫失调产生一系列自身抗体导致的自身免疫性疾病，是一种累及多系统、多器官的结缔组织疾病。狼疮性肾炎（lupus nephritis，LN）是SLE最主要的内脏损害，也是继发性肾脏疾病中最常见的疾病之一。起病可隐匿也可急骤，病程一般较长，临床表现纷繁复杂，有或无自觉症状，肾损害为唯一的临床表现，也可兼见肾外器官受累的表现，如发热、皮疹等。肾脏受累的表现千变万化，不仅肾小球受累，肾小管-间质也可有不同程度的损伤，临床可见无症状蛋白尿或（和）血尿、急性肾炎综合征、急进性肾炎综合征、肾病综合征、慢性肾炎综合征和慢性肾衰综合征等表现。肾脏的病理组织学改变多种多样，即所谓“万花筒样改变”。本病属于中医学的“阴阳毒”、“温毒发斑”、“水肿”、“腰痛”范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状

1111肾脏受损的表现:以程度不等的蛋白尿及（或）镜下血尿为多见，伴有管型尿、高血压、肾功能损害。由于本病的病理过程是多样的，所以临床表现亦呈多种类型，预后亦各不相同。从临床表现上大致区别为五型：

轻型（无症状性蛋白尿或血尿）：占30%~50%。此类患者预后良好，大多数患者肾脏病变不发展。

肾炎综合征型：占35%~50%，患者有高血压，不同程度的尿蛋白，尿沉渣中有大量红细胞及管型，肾功能损害以至肾功能衰竭。病理改变多属弥漫增殖型病变。预后差。

肾病综合征型：约占40%，患者起病呈肾病综合征表现，预后较差。少数患者血压急剧升高伴随脑病、视乳头水肿、心衰及肾衰，可能有血管病变，疗效较差。

急进性肾炎综合征：短时间内出现少尿性急性肾衰。常伴全身性系统性病变表现。病理呈新月体肾炎，严重弥漫增生，伴血管病变及肾小管间质炎症。

慢性肾衰综合征：包括疗效较差的肾病综合征逐渐走向慢性肾功能不全，狼疮发病后短时间内走向终末期肾功能不全。

1112全身表现:SLE病变可累及全身多个脏器，包括胸膜、心包膜、关节、皮肤、心肌、心瓣膜、肺、胃肠道、血液、肝、肾和中枢神经系统等。临床表现多种多样，既可仅仅表现为实验室检查的阳性而无明显的症状，又可表现为凶险的暴发型。

112体征：常见面部有红斑、弥漫性斑丘疹、盘状红斑样皮肤损害；可出现皮肤血管炎性病变（皮下结节、溃疡、皮肤或手指坏死等）、光敏感、荨麻疹、多形红斑、眼睑水肿、扁平苔藓样变和皮脂炎等；可出现水肿、胸水、腹水、高血压、肝脾肿大、关节红肿等。

12理化检查

121血常规：约80%的患者有中等度贫血，为正细胞正色素性贫血，约50%的患者白细胞下降，约20%的患者血小板减少，约25%患者全血细胞减少。还有25%患者可出现溶血性贫血（Combs试验阳性）。

122尿常规：可表现为单纯蛋白尿，亦可见血尿、白细胞、红细胞、管型等。

123血沉与肝肾功能：90%患者血沉增快。血浆白蛋白降低，球蛋白显著增高，血清蛋白电泳可见γ-球蛋白明显增高。肾功能正常或下降。

124普通免疫检查：血清总补体浓度CH50下降，C3、C1q及C4下降，尤其是C3在狼疮活动时，大多下降。当一个患者血清dsDNA抗体阳性及补体C3水平下降时本病的诊断即可成立。可有冷球蛋白血症，是免疫球蛋白增高的表现。

125自身抗体检测

血浆抗核抗体：抗核抗体检查敏感滴度≥1/10即为阳性。

抗Sm抗体阳性：敏感性为20%~30%，对诊断系统性红斑狼疮特异性极高。

抗天然（双链ds）DNA抗体：原血清阳性即为阳性。本试验特异性高达96%。

抗RNP抗体：抗RNP抗体见于26%~45%的患者。

抗组蛋白抗体：见于25%~60%的本病患者，特异性较好。

Ro/SS A及抗La/SS B抗体：两者的敏感性和特异性均较差。

其他抗体：SLE还有多种其他自体抗体，如溶血性贫血时抗红细胞抗体，及坏死性血管炎时中性粒细胞胞浆抗体（ANCA）等。

126狼疮细胞：阳性。

127皮肤狼疮带试验：用直接免疫荧光法可查得1条IgG和（或）C3呈颗粒状沉着的黄绿色荧光带。见于本病70%以上患者。

128其他：类风湿因子（RF）及冷球蛋白试验呈阳性，IL-2受体水平下降。

129狼疮性肾炎病理分6型：LN-Ⅰ~Ⅵ型。

13诊断要点

131系统性红斑狼疮诊断可参考美国风湿病学会1982年修订标准和（或）中华医学会风湿病学会上海分会1987年标准进行诊断。

132临床呈现无症状性蛋白尿或（和）血尿、急性肾炎综合征、慢性肾炎综合征、急进性肾炎综合征、肾病综合征、慢性肾功能不全等表现。

133肾活检：病理表现符合狼疮性肾炎，并可进一步分型为轻微病变性（Ⅰ型）、系膜增殖性（Ⅱ型）、局灶性（Ⅲ型）、弥漫性（Ⅳ型）、膜性（Ⅴ型）和终末硬化性（Ⅵ型）。

狼疮性肾炎患者病理类型常随系统性红斑狼疮活动及缓解而发生转换，故不但疾病治疗前应行肾穿刺明确诊断，而且治疗缓解后或疾病复发时还需再次肾穿刺以观察变化。

2辨证论治

本病的形成，内因多属禀赋不足，素体虚弱，肝肾亏损，气阴两虚，络脉瘀阻。外因多与感受邪毒有关，还可能与过度劳累、七情内伤、房室不节等因素有关。阴虚、热毒、瘀血是本病的关键病机。早期邪毒炽盛，治疗总以清热解毒、祛邪安正为则；后期阳气衰微或阴阳两虚，则当益气固本、扶正补虚为要。

21热毒炽盛证

证候：壮热口渴，烦躁，关节疼痛，肌肤发斑、颜色紫红，或衄血，全身乏力，小便短赤，大便干结，神昏谵语，舌质红润而绛或紫暗，苔黄腻或黄干，脉弦数。

治法：清热凉血，解毒消斑。

方药：犀角地黄汤合五味消毒饮加减。

水牛角先煎30g，生地黄15g，赤芍15g，牡丹皮15g，金银花15g，野菊花15g，紫花地丁15g，紫背天葵15g，蒲公英15g，甘草8g。

加减：神昏谵语可选用安宫牛黄丸、紫雪丹、新雪丹、清开灵、醒脑静；抽搐，加羚羊角粉冲服06g，钩藤后下15g；关节红肿，可用宣痹汤去半夏、赤小豆、金银花，加忍冬藤24g，桑枝24g。

中成药：①黄葵胶囊，口服，1次4~5粒，1日3次；②昆明山海棠片，口服，1次2~4片，1日3次。

22湿热壅盛证

证候：浮肿，倦怠乏力，口干口苦，口中黏腻，胃纳欠佳，小便短赤或量少，大便干结或不爽，神昏谵语，舌质红绛，苔黄腻或黄干，脉弦数。

治法：清热利湿，凉血解毒。

方药：疏凿饮子加减。

羌活15g，秦艽15g，生地黄15g，茯苓皮30g，泽泻30g，白茅根18g，石韦15g，白花蛇舌草30g，蒲公英15g，甘草6g。

加减：神昏谵语可选用安宫牛黄丸、新雪丹、清开灵、醒脑静；关节红肿，可用宣痹汤去半夏、赤小豆、金银花，加忍冬藤24g，桑枝24g。

中成药：①黄葵胶囊，口服，1次4~5粒，1日3次；②昆明山海棠片，口服，1次2~4片，1日3次。

23肝肾阴虚证

证候：浮肿，两目干涩，五心烦热，咽干口燥，发脱齿摇，腰膝酸软或疼痛，或长期低热，颧红盗汗，头晕耳鸣，溲赤便结，舌嫩红苔少或光剥，脉细数。

治法：滋阴清热，补益肝肾。

方药：左归丸加减。

生地黄15g，女贞子15g，旱莲草15g，山药15g，山茱萸15g，牛膝18g，玄参15g，茯苓18g，泽泻15g，牡丹皮15g，甘草45g。

加减：阴虚火旺而见尿热、血尿，可改用知柏地黄汤加茜草15g，白茅根15g，仙鹤草15g，侧柏叶15g，大小蓟各12g；阴虚阳亢而头晕耳鸣，加天麻15g，钩藤后下15g；伴水肿，加猪苓15g。

中成药：①六味地黄丸，口服，1次6g，1日2次；或六味地黄丸浓缩丸，1次8粒，1日3次。②知柏地黄丸，口服，1次3g，1日3次；或知柏地黄丸浓缩丸，1次8粒，1日3次。

24脾肾气（阳）虚证

证候：眼睑或全身浮肿，腰以下肿甚，甚则畏寒肢冷，腰膝酸软，倦怠懒言，纳少，腹胀便溏，小便短少不利，舌质淡或淡胖有齿痕，苔白腻，脉沉迟细。

治法：益气健脾，温肾助阳。

方药：济生肾气丸合四君子汤加减。

熟地黄15g，泽泻30g，山药15g，淫羊藿15g，肉桂2g，牡丹皮15g，党参15g，黄芪18g，白术18g，炙甘草45g，茯苓30g，陈皮6g。

加减：水肿明显偏脾阳虚，以实脾饮为主加减；偏肾阳虚者以真武汤加牛膝15g，车前子包煎15g；阳虚不明显则去附子、肉桂等大辛大热之品，而以补中益气汤为主，加金樱子15g，菟丝子15g，补骨脂15g。

中成药：①百令胶囊或金水宝，口服，1次4~5粒，1日3次；②黄芪注射液30~40ml加入5%或10%葡萄糖注射液250ml（或09%氯化钠注射液）中，静脉滴注，1日1~2次。

25气阴两虚证

证候：倦怠乏力，少气懒言，恶风易感冒，低热盗汗，五心烦热，口燥咽干而饮水不多，手足心热，大便先干后稀，舌红少津，脉细或结代。

治法：益气养阴。

方药：参芪地黄汤加减。

西洋参单煎9g，黄芪15g，山茱萸9g，茯苓18g，牡丹皮15g，泽泻15g，熟地黄15g，麦冬15g，五味子10g，甘草5g。

加减：兼瘀血，加丹参15g，泽兰15g；兼湿热，加白花蛇舌草30g，半枝莲15g；尿少水肿，加车前子包煎15g，茯苓15g。

中成药：①百令胶囊或金水宝，口服，1次4~5粒，1日3次；②生脉注射液20~60ml加入5%或10%葡萄糖注射液250ml（或09%氯化钠注射液）中，静脉滴注，1日1~2次。

3其他治法

31单方验方

叶任高狼疮方：白花蛇舌草30g，紫草根30g，半枝莲18g，乌梢蛇9g，蜈蚣5g，益母草30g，丹参30g，牡丹皮9g，猪苓15g，知母15g，黄柏10g等。本品凉血化瘀，用于热毒蕴结、血热血瘀之狼疮性肾炎。

32针灸

取穴三焦俞、气海俞、气海、足三里、阴陵泉、肾俞、关元俞、天枢、关元、三阴交。每次选穴5~6个，轮换刺之，手法先予轻刺激，然后用灸。适用于系统性红斑狼疮性肾炎属脾肾气（阳）虚证。

33灌肠

大黄30g，蒲公英15g，牡蛎30g，加水适当，煎取汁200ml，上、下午各1次，保留灌肠30~60分钟后排除，有降低血液中非蛋白氮的作用。适用于狼疮性肾炎肾功能不全。

ZYYXH/T1022008

ZYYXH/T1022008

## 尿酸性肾病

尿酸性肾病（urate nephropathy;uric acid nephropathy，UN），又称痛风肾，是指血尿酸产生过多、排泄减少而形成高尿酸血症所致的肾损害。临床分为慢性尿酸性肾病、急性尿酸性肾病、尿酸性肾结石三种类型。根据本病临床表现，初期以关节疼痛为主症者可归属于中医学的“痛痹”、“历节”等范畴；以泌尿系结石为主要表现者可归属于中医学的“血淋”、“石淋”、“腰痛”等范畴；后期导致明显肾脏病变者归属于中医学的“水肿”、“虚劳”、“浊毒”、“关格”等范畴。

1诊断依据

11急性尿酸性肾病

111临床表现

症状：起病急骤，突发少尿、无尿，常伴血尿、腰部酸痛及迅速发生的恶心、呕吐、嗜睡等尿毒症表现。

体征：双侧肾区叩击痛，镜下或肉眼血尿，高血压。

112理化检查：①尿常规：大量尿酸结晶及红、白细胞；②尿尿酸/尿肌酐：其比值>10（以mg/dl为单位）；③影像学诊断：提示受损关节有圆形或不整齐的穿凿样透亮缺损影；④病理：肉眼可见肾髓质或锥体处有金黄色放射状条纹（尿酸梗塞），光镜下远端肾小管及集合管内有圆形双折光尿酸盐结晶，相应肾小管上皮细胞完好或部分破坏，局部发生化学性炎症反应，单核细胞、淋巴细胞和浆细胞浸润。最严重的损害区域是肾乳头。

113诊断要点：①多见于淋巴瘤、白血病、肿瘤患者应用化疗及放疗后，起病突然；②可见少尿型急性肾衰的临床表现，血肌酐水平急剧增高；③尿沉渣检查可有尿酸结晶、血尿（肉眼或镜下）和脓尿；④尿尿酸/尿肌酐>10mg/dl；⑤影像学诊断提示受损关节有圆形或不整齐的穿凿样透亮缺损影；⑥肾脏组织学表现符合急性尿酸性肾脏病。

12慢性尿酸性肾病

121临床表现

症状：可表现为夜尿增多，腰部不适，不同程度水肿、蛋白尿、血尿，血压轻度升高等。晚期因肾小球受累，肾功能呈进行性恶化，出现高血压、氮质血症等表现。

体征：①关节肿痛，多发于足大趾蹠关节处，多在夜间起病，局部疼痛剧烈，发热，皮肤暗红；②局部可发生痛风石，甚至关节畸形；③有尿酸结石者肾区可有压痛或叩击痛，可出现肾绞痛所致的体征；④镜下或肉眼血尿；⑤高血压；⑥晚期患者有程度不同的贫血。

122理化检查：①尿液检查：镜检可见尿酸结晶、蛋白尿、血尿。②男性血尿酸>4165μmol/L（70mg/dl），女性血尿酸>357μmol/L（60mg/dl）。③肾功能进行性恶化。④血尿酸/血肌酐>25mg/dl。⑤有不对称单关节痛患者X线显示骨皮质下囊性变而不伴骨浸润；尿路结石患者X线检查阴性者。⑥病理：肾表面呈不规则颗粒性，肾皮质变薄，髓质可见白色斑点和（或）放射状条纹。光镜下尿酸结晶沉积于肾髓质、乳头和锥体中，沉积物周围有炎症反应，肾小管萎缩、硬化，管腔内亦可见短或不规则形的双折光尿酸结晶，晚期可见肾球囊纤维化及肾小球毛细血管基底膜增厚、肾小动脉硬化。

123诊断要点：①多见于中年以上男性患者或绝经期妇女，起病隐匿；②常有痛风性关节炎或痛风结节、尿酸性尿路结石等病史；③临床可见慢性间质性肾炎表现，早期可仅有轻至中度蛋白尿及尿浓缩功能减退（晨尿渗透压低），肾小球滤过率正常，晚期可有高血压和氮质血症；④男性血尿酸>4165μmol/L（70mg/dl），女性血尿酸>357μmol/L（60mg/dl）；⑤血尿酸/尿尿酸<035mg/dl，血尿酸/血肌酐>25mg/dl；⑥尿沉渣检查可有尿酸结晶、血尿（肉眼或镜下）和脓尿；⑦影像学诊断提示受损关节有圆形或不整齐的穿凿样透亮缺损影，尿路结石患者X线检查阴性者；⑧肾脏组织学表现符合慢性尿酸性肾脏病。

2辨证论治

本病的病机特点多因先天禀赋不足，脾肾气虚，或平素嗜食肥甘厚味，损伤脾胃，日久脾肾两虚，脾失运化，肾失主水，清浊失司，湿浊内生，久病入络，浊瘀互结而酿生本病。本病病位在肾，与脾密切相关，病性总属本虚标实，以脾肾亏虚为本，湿、浊、瘀为标。治疗以扶正祛邪为大法，本病起病急，病之初期以清热化痰、利湿泄浊、活血化瘀为主，兼顾扶正；病之后期以健脾益肾固本为主，兼顾泄浊。

21急性尿酸性肾病

211痰热阻络证

证候：关节灼热肿痛，病位喜凉，但受凉后疼痛加重，口干口苦，烦躁易怒，大便秘结，小便黄赤，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热化痰，通络止痛。

方药：三妙丸合当归拈痛汤加减。

薏苡仁、黄芪各30g，党参15g，川牛膝15g，黄柏9g，炒苍术9g，当归9g，羌活9g，防风9g，陈皮10g，法半夏9g，黄芩10g。

加减：发热，加石膏先煎60g，知母9g；关节及下肢肿，加土茯苓18g，萆薢15g，木瓜9g，薏苡仁30g；痰多，合温胆汤加减；疼痛甚，赤芍、鸡血藤各15g，桃仁、红花各9g；蛋白尿，加芡实30g，蝉蜕5g；血尿，加白茅根30g，小蓟炭、侧柏叶各15g。

中成药：肾炎四味片，口服，1次5片，1日3次。

212湿热夹瘀证

证候：腰痛如折，全身关节肌肉痛如锥刺，关节痛风石形成，局部红肿疼痛，小便滴沥，小腹拘急，尿黄赤，大便秘结，舌质暗红，或有瘀斑，苔黄或腻，脉涩或细数。

治法：清热利湿，活血化瘀。

方药：三妙丸合桃红四物汤加减。

桃仁9g，红花6g，当归12g，熟地黄12g，白芍12g，苍术9g，黄柏12g，川牛膝12g，益母草15g。

加减：关节肿痛甚者，加羌活9g，威灵仙15g，秦艽9g，海风藤12g，络石藤12g；寒痛剧烈，入夜尤甚，加桂枝9g，乳香9g，没药9g；腰痛，加炒杜仲15g，续断9g，桑寄生30g；血尿，加白茅根30g，小蓟30g。

中成药：①黄葵胶囊，口服，1次5粒，1日3次，8周为1疗程；②复方丹参注射液40ml加于5%葡萄糖注射液500ml中，静脉滴注，1日1次，7~14日为1疗程。

213脾肾两虚，湿浊内蕴证

证候：面色无华，腰膝酸软，食欲不振，体倦乏力，夜尿频多，恶心呕吐，下肢浮肿，舌淡红，苔腻，脉沉细。

治法：健脾益肾，利湿通痹。

方药：温脾汤合真武汤加减。

附子先煎9g，党参15g，白术12g，茯苓9g，大黄3g，法半夏9g，厚朴9g，紫苏9g，陈皮6g。

加减：表情淡漠，加石菖蒲9g，郁金9g；纳差腹胀，加砂仁后下9g，豆蔻后下9g；呕吐频繁，不能进药，可用中药大黄灌肠方：大黄30g，附子先煎15g，龙骨先煎30g，牡蛎先煎30g，蒲公英30g。

中成药：①肾衰康胶囊，口服，1次5粒，1日3次，30日为1疗程；②金匮肾气丸，口服，1次6g，1日3次；③金水宝胶囊，口服，1次3粒，1日3次。

22慢性尿酸性肾病

221痰热阻络证

证候：关节屈伸不利，肿痛不红，口中黏腻，咳白黏痰，纳呆恶心，胸脘痞闷，口干不欲饮，尿少，浮肿，舌质淡，苔白腻，脉滑或细弦。

治法：温化痰饮，泄浊通络。

方药：苓桂术甘汤合二陈汤加减。

茯苓18g，桂枝6g，白术15g，陈皮9g，法半夏9g，土茯苓18g，虎杖18g，萆薢15g，苍术9g，益母草15g，甘草6g。

加减：眩晕较甚，呕吐频作，加代赭石先煎30g，竹茹9g，生姜6g。脘闷不食，加豆蔻后下9g，砂仁后下、佩兰各9g。如痰阻气机，气郁化火，用温胆汤。

中成药：陈夏六君丸，口服，1次6g，1日3次。

222湿热内蕴证

证候：四肢沉重，关节灼热肿痛，颜面或下肢浮肿，皮肤疖肿疮疡，咽喉肿痛，关节痛风石形成，局部红肿疼痛，小便黄赤灼热或涩痛不利，大便黏滞不爽或秘结，舌苔黄腻，脉濡数或滑数。

治法、方药、中成药参见急性尿酸性肾病湿热夹瘀证。

223瘀血阻络证

证候：腰及全身关节刺痛，病久关节变形，面色黧黑或晦暗，肌肤甲错或身有瘀斑，肢麻屈伸不利，舌质紫暗或有瘀点、瘀斑，脉涩或细。

治法：益气健脾，活血化瘀。

方药：保元汤合桃红四物汤加减。

黄芪30g，党参10g，白术10g，茯苓10g，桃仁9g，红花9g，赤芍15g，当归15g，川芎9g，鸡血藤30g，牛膝15g，土茯苓18g。

加减：夹湿热，加苍术、黄柏、茵陈后下各9g；关节肿痛，加威灵仙、独活各9g，忍冬藤30g；有结石，加金钱草30g，海金沙包煎15g，鸡内金、石韦各9g；夜尿频多，加芡实30g，益智仁、桑螵蛸各9g；腰痛甚则，加桑寄生30g，杜仲、续断各15g；血尿，加白茅根30g，侧柏叶15g。

中成药：①复方丹参注射液40ml加于5%葡萄糖注射液500ml中，静脉滴注，1日1次，7~14日为1疗程；②复方丹参滴丸，口服，1次250mg，1日3次。

224肝肾阴虚证

证候：腰膝或其他关节酸痛，头晕耳鸣，神疲乏力，双目干涩（昏花），口干欲饮，手足心热，大便干结，舌红少苔，脉细弦或细数。

治法：滋养肝肾，升清泻浊。

方药：六味地黄汤加减。

熟地黄30g，山茱萸9g，山药9g，茯苓15g，牡丹皮9g，泽泻15g。

加减：发热，加青蒿后下10g，白薇9g；口咽干燥，五心烦热，加知母、黄柏各9g；心中悸动，加炒酸枣仁9g，龙齿先煎30g；大便干结甚，加何首乌18g，玄参15g；兼有血瘀，加益母草30g，丹参、赤芍、川牛膝、鸡血藤各15g；兼湿热，加白花蛇舌草、车前草各18g；兼肾阳虚，加附子先煎9g，肉桂3g；兼气虚，加党参15g，黄芪30g；尿少不利，水肿明显者合真武汤；胸闷咳喘，加葶苈子包煎9g，大枣10g；恶心欲吐，加姜半夏9g，姜竹茹9g；气血亏虚明显，加黄芪30g，当归6g，鹿角胶烊化9g。

中成药：杞菊地黄丸，口服，1次6g，1日3次。

3其他治法

31单方验方

311车前子30g，布包，加水500ml浸泡30分钟后煎沸，频服代茶，1日1剂，可增加尿量，促进尿酸排泄。

312威草汤：威灵仙、决明子、山楂、制何首乌、金钱草、益母草各15g，炙黄芪30g，白术、茯苓、枸杞子、杜仲各20g，萆薢12g，大黄9g。1日1剂，水煎服，连服4周。有益气健脾、补肾养肝、活血利尿排毒功效，主要用于尿酸性肾病伴慢性肾功能不全（氮质血症期）。

313降解泄浊汤：黄芪、太子参、萆薢、广藿香、佩兰、丹参、丝瓜络、伸筋草各15g，白术、茯苓各10g，薏苡仁、山慈菇各20g，川芎12g。有尿酸结石者，加金钱草20g，海金沙包煎15g；伴关节疼痛者，加海风藤、络石藤各15g；发热者，加石膏先煎60g，知母10g。1日1剂，水煎2次，分早、晚服。有健脾益肾、泄浊和络之效，主要用于尿酸性肾病伴慢性肾功能不全（氮质血症期）。

32中成药

①丹参注射液20ml加于5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次，1~2周为1疗程；②板蓝根注射液，1次肌注4ml，1日1次，30日为1疗程。

33针刺

主穴：曲池、血海、三阴交、太溪。肩痛者，加肩髃、肩井；肘痛者，加手三里；腕痛者，加阳池、外关；膝痛者，加膝眼、阳陵泉；踝痛者，加丘墟、悬钟；拇趾痛者，加大都、太冲。针用平补平泻法，并可加用电针。

34外敷

芙黄膏（芙蓉叶、大黄、赤小豆各等份，共研极细末，按4∶6加入凡士林调膏），外敷，1日1次；四黄散（黄芩、黄柏、栀子、大黄各等份，研末，野菊花露伴均匀）外敷，1日1次。

35灌肠

附子先煎15g，大黄30g，六月雪60g，蒲公英30g，牡蛎先煎30g，浓煎200ml，保留灌肠，1日1次，10日为1疗程。

ZYYXH/T1032008

ZYYXH/T1032008

## 过敏性紫癜性肾炎

过敏性紫癜性肾炎（purpura nephritis），简称紫癜性肾炎，是过敏性紫癜（henochSchnlein purpura，HSP）所导致的肾损害，主要是由于血循环中有可溶性免疫复合物在肾脏内沉积所引起，属免疫复合物性肾炎。临床主要表现为血尿、蛋白尿、皮疹紫斑、关节肿痛，或见水肿等。本病病理共分Ⅵ型，光镜下肾穿刺发现本病与IgA肾病相似。典型的肾小球病变为系膜增生型肾小球肾炎伴不同程度的新月体形成。本病属于中医学的“血证”、“水肿”、“虚劳”、“腰痛”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状

皮肤紫癜：在紫癜发作前1~2周，患者常有疲倦、乏力、头痛、低热、急性上呼吸道感染或其他前驱症状，然后皮肤出现紫癜（有时呈圆形丘疹或类似渗出性红斑），以四肢、臀部为多，尤其下肢伸侧多见，两侧对称分布，常分批出现。除紫癜外，可并发荨麻疹、水肿、多形性红斑或溃疡坏死。

关节酸痛或关节肿胀：多见于膝、踝、肘、手指等关节，可为游走性（关节型紫癜）。如伴有低热，在皮肤紫癜未出现前易误诊为风湿病。

腹痛：多为儿童病例，常常为发作性绞痛，伴有恶心、呕吐、便血（腹型紫癜）。腹痛虽剧烈，但多无腹肌强直。如果腹痛不伴有紫癜，甚易误诊为急腹症。肠道不规则蠕动可诱发肠套叠，此现象小儿多见。

肾脏损害：表现为肉眼或镜下血尿，有时有蛋白尿、管型尿，有水肿、血压升高等症状。15%的患者表现为肾病综合征，若出现肾病综合征伴有高血压时，约25%患者可发展至肾功能衰竭。少数患者可表现为急进性肾炎。

其他症状：少数病例可有神经系统症状（发生率3%~7%）。少数病例可有呼吸系统受累，出现咯血等症状。

112体征：皮疹发生在四肢远端、臀部及下腹部，多呈对称性分布，为出血性斑点，稍高于皮肤表面，皮疹可分批出现，严重者可融合成片；腹痛患者可有黑便或鲜血便，偶见鼻衄或咯血。

12理化检查

121血小板计数、出血时间、凝血时间、血块收缩时间等均正常，毛细血管脆性试验半数以上阳性。少数病例血小板可稍减少，出血时间稍延长。

122白细胞计数可轻度或中度增多，嗜酸性粒细胞可能增多。

123部分患者血清IgA增高，C3正常。

124尿常规检查可有血尿、蛋白尿、管型尿。

125严重病例可有程度不等的肾功能受损。

126大便潜血在胃肠道受累时为阳性。

127骨髓检查无异常。

128肾活检对过敏性紫癜性肾炎与其他疾病在鉴别、选择治疗方案及估计预后时均有帮助。

129光镜以局灶性、节段性肾小球增生为特点。可轻至无变化，至肾小球坏死伴新月体形成。晚期出现节段或球性肾小球硬化。

1210电镜在系膜区、系膜旁区及内皮细胞下，可见电子致密物沉积。

13诊断要点

131典型的皮肤病变，可伴有关节、消化道症状。

132病中或紫癜后，出现肾脏受累表现。

133血小板计数、功能及凝血相关检查正常。

134排除其他原因所致的血管炎及紫癜。

135确诊需在此基础上，经肾组织活检证实系膜增生性病理改变和肾小球内以IgA为主的沉积物等。

2辨证论治

过敏性紫癜性肾炎的主要病机在于热、瘀和虚三方面。病位在肾，与肝、脾密切相关。邪实正虚是过敏性紫癜性肾炎的病机特点。邪实多为血热、瘀血；正虚多为气阴两虚、脾肾两虚、肝肾阴虚。病程早期应以血热辨证，以清热解毒、凉血止血为主；紫癜反复不退，或尿血持续迁延属血瘀之证，以活血化瘀为主；病程日久，脏腑受损，虚实错杂互见，则以扶正与祛邪兼顾为宜。

21血热妄行证

证候：起病突然或发病前有嗜食动风辛燥之品，皮肤紫癜颜色鲜红，散见四肢、背臀部，可有痒痛，小便呈肉眼血尿或镜下血尿，发热，咽痛，关节痛，腰痛，黑便，舌边红，苔薄黄，脉数。

治法：清热解毒，凉血止血。

方药：犀角地黄汤加减。

水牛角先煎18g，生地黄18g，赤芍15g，牡丹皮15g，黄芩15g，金银花18g，连翘18g，白茅根24g，小蓟24g，甘草9g。

加减：血尿重，加藕节15g，侧柏叶15g，地榆9g，三七粉冲服3g；大便干燥，加大黄后下6g，芒硝冲服6g；高热不退，加石膏先煎30g，知母15g。

中成药：安宫牛黄丸，1次1丸，1日1次。适用于热扰神明者。

22湿瘀互结证

证候：病情反复，紫癜时隐时现，以镜下血尿为主，蛋白尿，常伴关节肿痛，颜面或下肢浮肿，舌质暗红或有瘀点、瘀斑，苔腻，脉滑。

治法：清热除湿，化瘀止血。

方药：三仁汤合桃红四物汤加减。

薏苡仁30g，豆蔻后下9g，杏仁9g，通草9g，法半夏15g，蒲黄包煎9g，滑石15g，桃仁15g，红花15g，川芎15g，当归15g，赤芍15g，小蓟15g。

加减：苔黄厚腻，加苍术9g，黄柏15g；血尿甚，加白茅根18g，藕节15g；兼尿蛋白，加僵蚕9g，芡实10g，莲子9g；食欲不振，加麦芽18g，神曲15g；大便秘结，加大黄9g。

中成药：①黄葵胶囊，口服，1次5粒，1日3次；②肾炎四味片，口服，1次8片，1日3次。

23气阴两虚证

证候：腰酸乏力，常易感冒，口干咽干，手足心热，紫癜消退或反复发作，舌红苔薄黄，脉细数或沉细。

治法：益气养阴。

方药：清心莲子饮加减。

黄芪45g，党参18g，地骨皮18g，麦冬18g，茯苓15g，柴胡15g，黄芩15g，车前子包煎18g，石莲子15g，白花蛇舌草30g，益母草30g，甘草15g。

加减：阴虚较重，加生地黄15g，玄参15g；血尿重，加大蓟24g，小蓟18g，白茅根24g，蒲黄包煎15g，侧柏叶15g；口干舌燥甚，加天花粉15g，北沙参15g。

中成药：①云南白药，口服，2~5岁为1次003g，5岁以上为1次006g，最大不超过05g，1日3次，2周为1疗程；②肾炎康复片，1次5~8片，1日3次。

24脾肾两虚证

证候：神疲乏力，腰膝酸软，或有浮肿，皮肤紫癜消退，纳差便溏，舌体胖，周边有齿痕，脉沉细。

治法：健脾补肾。

方药：参芪地黄汤加味。

太子参18g，黄芪24g，熟地黄15g，山茱萸15g，山药15g，茯苓15g，牡丹皮15g，泽泻15g，白术15g，菟丝子15g。

加减：血尿重，加白茅根25g，大、小蓟各25g，生地黄18g；伴关节痛，加牛膝15g，桑寄生15g；腹痛重用白芍18g，甘草18g；紫癜反复，加蒺藜15g，蝉蜕6g。

中成药：百令胶囊，口服，1次4片，1日3次。

25肝肾阴虚证

证候：腰膝酸软，咽干口燥，手足心热，头晕耳鸣，体倦乏力，心悸气短，舌红少苔或无苔，脉细数或沉数。

治法：滋补肝肾。

方药：知柏地黄丸加减。

知母15g，黄柏15g，生地黄18g，熟地黄15g，山茱萸15g，山药15g，牡丹皮15g，茯苓15g，龟甲先煎15g，女贞子15g，旱莲草15g。

加减：夹有湿浊，加法半夏15g，陈皮15g，薏苡仁18g；潮热甚，加青蒿后下18g，地骨皮15g；口干重，加麦冬18g，天冬18g，北沙参18g；血尿重，加白茅根30g，大、小蓟各18g。

中成药：①左归丸，口服，1次9g，1日2次；②知柏地黄丸或六味地黄丸，口服，1次1丸，1日2次。

3其他治法

31单方验方

311凉血祛瘀汤：连翘30g，生地黄20g，牡丹皮20g，丹参15g，槐花10g，紫草10g，防风10g，乌梅10g，甘草5g。1日1剂，分2次口服。功用：凉血活血，疏风清热。

312萝卜60g，旱莲草6g，车前草9g，治疗小便出血，水煎服可愈。

32食疗

321生绿豆浸湿，捣，绞取汁，隔水微温，日服1碗。

322人参、黄芪等份碾末，以白萝卜切片蜜炙，蘸末食之，名“玉屑散”。

ZYYXH/T1042008

ZYYXH/T1042008

## 原发性肾病综合征

原发性肾病综合征（nephrotic syndrome，NS）是以肾小球滤过膜通透性增高，导致大量蛋白质从尿中漏出为主要病变的临床症候群。临床上以大量蛋白尿（>35g/24h）、低蛋白血症（<30g/L）、高脂血症和水肿（简称“三高一低”）为主要特征。本病发病以青少年和儿童为多见，在儿童肾小球疾病中占70%~90%。本病在发病过程中，以水肿最具特征性，故属于中医学的“水肿”范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状

水肿：以全身性为多。严重者可以出现胸腔、腹腔、阴囊等积液，甚至心包腔大量积液。

蛋白尿：尿液中含有大量泡沫，消散缓慢。1日流失蛋白35~20g，亦有多达40~60g。

低蛋白血症：血清白蛋白水平在30g/L以下。

高脂血症：血浆胆固醇、甘油三酯均明显增加，血清中低密度及极低密度脂蛋白浓度增加，高密度脂蛋白正常或稍下降。

消化道功能障碍：因胃肠道水肿，可见厌食、恶心、呕吐、腹泻、腹痛等。

112体征：眼睑、颜面及双下肢不同程度的水肿，严重者可有胸水、腹水，肾区叩击痛。

12理化检查

121尿液生化检查：尿常规中尿蛋白定性多(+++)~(++++)，24小时尿蛋白量>35g/24h。

122血液生化检查：①血清白蛋白<30g/L；②血清胆固醇、甘油三酯及低密度脂蛋白升高；③血清免疫球蛋白以IgG下降为主；④血清补体C3含量测定对膜增殖性病变的鉴别有意义，约68％病例在病初即见持续下降；⑤肾功能多数正常，但肾炎性的肾病综合征可见不同程度的肾损害。

123血或尿的FDP（纤维蛋白降解产物）检测：其含量增加。

124选择性蛋白尿：如尿中出现的是大分子、中分子蛋白质则提示病变在肾小球；如是小分子蛋白质则提示病变在肾小管及间质；如为混合性蛋白质则提示病变累及肾小球、肾小管及间质；如尿中主要是中分子蛋白质，则为选择性蛋白尿，说明损害较轻；如有大分子蛋白漏出，则选择性差，肾损害较严重。

125肾活检：这是确定临床病理类型的唯一手段，且对明确诊断、制定治疗方案及判断预后有帮助。

13诊断要点

131临床诊断：①大量蛋白尿；②低蛋白血症；③明显水肿；④高脂血症。

其中①、②两项必备。如发生可疑，可以取任意尿测定其蛋白浓度及肌酐浓度及其两者比率。若尿蛋白与尿肌酐比率>35即为肾病综合征范围的蛋白尿。

132病理诊断：主要病理类型有微小病变肾病、系膜增生性肾炎、局灶性节段性肾小球硬化、膜性肾病、膜增生性肾炎。微小病变以儿童多见，预后好；膜性肾病在成人多见。各病理类型之间可以转化。

2辨证论治

原发性肾病综合征患者初期多见尿液泡沫不易消散，继而出现水肿及精微亏损证候，多见本虚标实。病程中虚实证候常有转化。其病位在肾，累及肝、脾时则见病情严重而致多脏器损害。本病治疗上要以澄源、塞流和复本为原则。澄源是以祛邪解毒，化湿利水为主；塞流是以扶正祛邪，益肾祛瘀为主；复本是以固本培元为主。

21风水泛滥证

证候：颜面、眼睑浮肿，很快累及全身，肢节酸重，小便不利，有的兼见恶风寒、鼻塞、咳嗽、舌苔薄白、脉浮而紧，有的兼见咽红而痛、舌质红、脉浮数。

治法：祛风利水。

方药：风寒为主者，以麻杏五皮饮加减；风热为主者，以越婢汤合麻黄连翘赤小豆汤加减。

风寒：麻黄6g，杏仁9g，茯苓皮15g，陈皮6g，大腹皮9g，桑白皮12g，生姜皮3g，车前草30g。

加减：表邪已解，去麻黄、杏仁，加薏苡仁根30g，白茅根30g。

风热：麻黄6g，石膏先煎30g，连翘9g，黄芩12g，赤小豆30g，鱼腥草15g，桔梗3g，鲜茅根15g，鲜芦根30g等。

加减：表邪解，去麻黄、石膏，加滑石30g，甘草3g。

中成药：①肾炎康复片，口服，1次5片，1日3次；②感冒退热冲剂，口服，1次2袋，1日2次，适用于风寒为主者；③银翘解毒片，口服，1次4片，1日3次，适用于风热为主者。

22湿热蕴结证

证候：全身浮肿，皮色光亮，胸痞腹胀，烦热口渴，大便秘结，小便短赤，或皮肤有疮疡疖肿，舌红，苔滑或腻，脉滑数。

治法：清化湿热，利水消肿。

方药：疏凿饮子加减。

茯苓皮15g，大腹皮12g，赤小豆30g，石韦15g，秦艽9g，生姜3g，苦参12g，大黄后下9g，枳实15g，泽泻12g。

加减：伴血尿，加大小蓟各15g，茜草12g，白茅根30g；皮肤疮疡热肿，加紫花地丁15g，蒲公英15g，金银花12g。

中成药：黄葵胶囊，口服，1次5粒，1日3次，8周为1疗程。

23肾络瘀阻证

证候：面目、四肢浮肿，迁延日久，皮肤甲错，或见红丝赤缕，瘀点瘀斑，或者腰痛尿赤，舌质淡或暗红，边有瘀点，舌下脉络瘀紫，苔薄黄或腻，脉细涩。

治法：益肾通络，活血化瘀。

方药；桃红四物汤加减。

当归12g，生地黄15g，赤芍12g，桃仁9g，红花6g，川芎3g，益母草12g，仙灵脾12g，丹参12g，续断10g等。

加减：瘀阻严重，加水蛭研末冲服3g，云南白药冲服5g；肝肾阴虚，加生地黄12g，女贞子15g，知母9g；肾气不足，加黄芪12g，菟丝子24g，沙苑子12g；热毒炽甚，加金银花12g，紫花地丁15g。

中成药：①川芎嗪注射液80mg加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次；②血栓通片，口服，1次2~4片，1日3次。

24脾肾阳虚证

证候：面色白，形寒肢冷，遍体浮肿，按之没指，甚则伴有胸水、腹水，乃至胸闷气急，小溲短少，大便溏薄，舌淡体胖，苔薄腻或白腻，脉沉细滑。

治法：健脾温肾，通阳利水。

方药：实脾饮合真武汤加减。

附子先煎15g，草果9g，干姜6g，炒白术12g，槟榔9g，白芍9g，木香3g，猪茯苓各12g，泽泻12g，甘草3g，大枣9g。

加减：兼恶寒无汗，加麻黄9g，细辛3g；兼喘逆不能平卧者，合己椒苈黄丸。

中成药：①济生肾气丸，口服，1次6g，1日2次；②百令胶囊，口服，1次4粒，1日3次；③雷公藤多苷片，口服，1次1片，1日3次。

25肝肾阴虚证

证候：面目四肢浮肿不甚，眩晕口干，咽喉干痛反复不已，心烦急躁，腰酸，时见盗汗，小便短赤，舌质红，脉细弦数。

治法：滋补肝肾，化湿利水。

方药：二至丸合知柏地黄丸。

生地黄15g，山茱萸9g，山药15g，知母9g，黄柏9g，女贞子15g，旱莲草15g，猪茯苓各15g，益母草15g，泽泻12g。

加减：水肿甚，加半边莲15g，半枝莲15g，车前草30g；血尿，加炒地榆12g，茜草12g，藕节15g。

中成药：左归丸，口服，1次9g，1日2次。

3其他治法

31食疗

311鲤鱼赤小豆汤：鲤鱼1条（约500g，去肠杂），赤小豆300g，花生仁150g，大蒜5g，红辣椒（干品）1g，上药混合，煲烂，1日分数次服用。可以利水消肿，提高血浆蛋白。

312黄芪炖鸡：母鸡1只（约1000g），黄芪150g。不放盐，共炖煮烂，喝汤吃肉，可分3~4次服用，对提高血浆白蛋白有一定作用。

32耳针

取穴肾、肾俞、输尿管、膀胱及交感、神门、肾上腺、三焦、内分泌，王不留行贴压，隔日换1次，左右耳交替。有一定消水作用。

33穴位注射

取双侧肾俞、足三里穴，每日每穴注射鱼腥草注射液或板蓝根注射液2ml（交替应用）。有一定的调节免疫、消炎作用，使蛋白尿减少。

34沐浴

令患者坐于温水中浸至颈，1次3小时，注意保持水温，有一定的利尿作用。

ZYYXH/T1052008

ZYYXH/T1052008

## 急性肾衰竭

急性肾衰竭（acute renal failure，ARF）广义上是以迅速的肾小球滤过率（GFR）下降和血肌酐（Scr）及尿素氮（BUN）上升为特点的临床综合征。狭义上是指因肾脏严重缺血或肾毒素引起的肾脏功能急剧减退，从而出现进行性氮质血症和水、电解质及酸碱平衡紊乱等一系列临床表现。因少尿、无尿为急性肾衰竭的突出症状，故将其归属于中医学的“癃闭”、“关格”、“水肿”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：急性肾衰竭的症状可概括为三种类型：非少尿型、少尿型、高分解型。

非少尿型急性肾衰竭：是指急性肾衰竭患者在氮质血症期内一日尿量超过400ml，甚至达到1000~2000ml以上。其临床表现相对较轻，特别多见于老年患者，此型肾衰竭经及时发现，正确处理，一般预后较好。

少尿型急性肾衰竭：是以少尿（尿量<400ml/d）或无尿（尿量<100ml/d）为显著特征的。通常都经过少尿期（或无尿期）、多尿期和恢复期三个临床阶段。一般少尿期的持续时间平均约10日左右，短则2~3日，长则4周左右。

高分解型急性肾衰竭是指一部分急性肾衰竭发生于组织分解代谢极度活跃的情况下，其一日尿素氮上升速度>143mmol/L、肌酐上升速度>177μmol/L的病例。通常见于大手术后、严重感染、大面积创伤等情况。

112体征：急性肾衰竭的体征主要是在少尿期可有明显的水肿、酸中毒症状和可能存在的神经系统改变等。一般随着疾病的转归，这些体征可以得到明显改善直至完全消失，同时存在的尿毒症症状亦可得到最大限度的缓解。而相对于少尿型及高分解型急性肾衰竭来说，非少尿型急性肾衰竭的临床体征并不典型。

12理化检查

121尿液检查：包括尿常规、尿蛋白定量、尿细胞形态学，以及尿酶、尿渗透压的检查。它们对急性肾衰的病因鉴别有一定意义。

122肾小球滤过功能检查：包括肌酐（Scr）、尿素氮（BUN）浓度及其每日上升幅度，可反映肾功能损害程度，以及有无高分解代谢存在。

123指甲、头发肌酐测定：能帮助鉴别急、慢性肾衰竭。若指甲或头发肌酐正常而血肌酐升高，提示急性肾衰竭；若指甲或头发肌酐及血肌酐均升高，则提示慢性肾衰竭。

124声像学检查：包括B超、多普勒超声、腹部X线平片、肾盂造影、CT及磁共振成像等。

125肾活检：肾活检对肾性ARF患者的诊断及鉴别诊断具有重大的意义，而肾前性和肾后性ARF患者一般不需要进行肾活检术。

13诊断要点

参照1992年6月安徽太平肾脏病专业组制定。

131ARF是指数日至数周内肾小球滤过功能呈进行性急剧下降，Scr可一日上升44~88μmol/L以上。临床根据尿量变化，可将急性肾衰竭分为少尿型（<400ml/24h）和非少尿型（>400ml/24h）。

132根据临床表现，肾实质性ARF可有高分解代谢型和非高分解代谢型的区别。高分解代谢型急性肾衰竭的主要特征是：BUN上升143mmol/（L·d），Scr上升>177μmol/（L·d），血清钾上升>1~2mmol/（L·d），血浆［HCO3-］下降>2~5mmol/（L·d）。

2辨证论治

本病病位在肾，涉及肺、脾（胃）、三焦、膀胱。病机主要为肾失气化，水湿浊瘀潴留。初期主要为火热、湿毒、浊瘀之邪壅滞三焦，水道不利，以实热居多；后期以脏腑虚损为主。早期、少尿期多表现为实证，以热证居多，故治疗以通为原则，通腑泻热、通络祛瘀、通淋泄浊等是基本方法。而在中期、恢复期则以正伤不复为主，中期多见脾肾两虚之证，恢复期则为肝肾阴虚或气阴两虚之候，治疗上多以补益脾肾、益气养阴为主，兼以祛邪。但运用攻伐之药不宜过度，以防伤正，调补脏腑气血应把握时机，以防留邪，攻补适宜，方可收效。

21少尿期

211热毒炽盛证

证候：尿量急剧减少，甚至闭塞不通，发热不退，口干欲饮，头痛身痛，烦躁不安，舌质绛红，苔黄干，脉数。

治法：泻火解毒。

方药：黄连解毒汤加减。

黄连9g，黄柏9g，黄芩12g，栀子12g，金银花15g，蒲公英30g，车前草15g，泽泻15g，甘草3g。

加减：大便秘结，加大黄6g；恶心呕吐，加姜竹茹10g，姜半夏9g；尿赤尿少，加大小蓟各10g，白茅根10g；衄血发斑，加紫草10g。

中成药：三黄片，口服，1次5片，1日3次。

212火毒瘀滞证

证候：尿点滴难出，或尿血、尿闭，高热谵语，吐血、衄血，斑疹紫黑或鲜红，舌质紫绛，苔黄焦或芒刺遍起，脉细数。

治法：清热解毒，活血化瘀。

方药：清瘟败毒饮加减。

石膏先煎30g，栀子9g，生地黄15g，知母9g，牡丹皮15g，赤芍15g，连翘15g，玄参12g，甘草3g。

加减：口渴多饮，加天花粉10g，石斛10g，玄参10g，生地黄10g；二便秘结不通，加大黄6g，炒槐花10g，白茅根10g；发热重，加紫雪丹以增强其清热之力；瘀热发黄，加茵陈后下10g，大黄6g，郁金10g。

中成药：①神犀丹，1日1粒，1日1次；②清开灵注射液，肌注，1次2支，1日3次。

213湿热蕴结证

证候：尿少尿闭，恶心呕吐，口中尿臭，发热口干而不欲饮，头痛烦躁，严重者可神昏抽搐，舌苔黄腻，脉滑数。

治法：清热利湿，降逆泄浊。

方药：黄连温胆汤加减。

黄连6g，姜半夏9g，陈皮6g，枳实12g，姜竹茹15g，茯苓15g，车前子包煎18g，大黄6g，甘草3g。

加减：毒甚，加六月雪10g，蒲公英10g，白花蛇舌草15g；兼瘀血者，加益母草10g，丹参15g；热势较重，加石膏先煎30g，金银花10g；湿浊较重或兼有水肿，加茯苓皮10g，车前子包煎10g，薏苡仁15g；痰蒙清窍而致神昏谵语，加菖蒲、郁金各9g；腹胀较甚，加大腹皮12g，厚朴9g。

中成药：尿毒清，口服，1次10g，1日3次。

214气脱津伤证

证候：尿少或无尿，汗出黏冷，气微欲绝，或喘咳息促，唇黑甲青，脉沉伏或细数。多见于吐泻失水或失血之后。

治法：益气养阴，回阳固脱。

方药：生脉散合参附汤加减。

人参单煎9g，黄芪30g，麦冬15g，玄参15g，五味子15g，附子先煎9g。

加减：大汗不止，加山茱萸10g，龙骨先煎15g，牡蛎先煎15g；脉微欲绝、心中动悸者可重用人参单煎10g；热毒极盛，闭阻心窍，加服安宫牛黄丸；咳喘明显者可予参蛤散；尿闭，加茯苓皮10g，车前子包煎10g，玉米须10g。

中成药：①参麦注射液10~60ml加入10%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次；②参附注射液20~100ml加入10%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

22多尿期（气阴两虚证）

证候：全身疲乏，腰酸，咽干思饮，尿多清长，舌红少津，脉细。

治法：益气养阴，扶正固本。

方药：参芪地黄汤加减。

太子参15g，黄芪30g，大黄15g，麦冬15g，石斛15g，山茱萸9g，玄参15g，茯苓15g，白芍15g，牡丹皮15g。

加减：患者正虚较甚，可予十全大补汤与生脉饮加减合用；肾阴虚甚而余热未尽，小便频数且色黄赤，可予知柏地黄丸合二至丸加减，以补肾阴而清虚热；腰酸乏力较明显，可加杜仲10g，桑寄生10g；湿邪久恋不解，伴纳呆、恶心呕吐、便溏、心烦尿黄，可予温胆汤加减。

中成药：麦味地黄丸，口服，1次5g，1日2次。

3其他治法

31单方验方

311鲜车前草60g，鲜藕60g，共捣汁，1次服。用于急性肾衰竭少尿或无尿者。

312番泻叶15~18g，泡开水饮用，每1~2小时１次，连服3次，泻出后根据排便量再酌情使用，通过导泻从肠道排出毒素，以改善全身中毒症状。

32灸法

熏灸与火针代灸大椎、百会五针（百会、四神冲穴）、风池、巨阙、三阴交和涌泉穴，可缩短无尿期，减少尿蛋白，减轻氮质血症，使肾肿大缩小。

33取嚏

用通关散（牙皂10g，细辛10g，研细），适量吹鼻取嚏，可用于肾后性急性肾衰竭之尿潴留者。

34穴位贴敷

341田螺5~7个，去壳捣烂敷关元穴。用于急性肾衰竭之少尿或无尿者。

342肾区热敷方：丹参30g，桃仁15g，佩兰15g，赤芍15g，木香12g，细辛5g，忍冬藤15g，车前子15g，桂枝15g。加水适量，煎煮30分钟，装入布袋中置双肾区热敷，1日2次。

35灌肠

复方灌肠液：大黄30g，槐花30g，桂枝30g。加水400ml，煎成200ml，1次100ml，加温后保留灌肠，1日2次，6日为1个疗程。

ZYYXH/T1062008

ZYYXH/T1062008

## 慢性肾衰竭

慢性肾衰竭（chronic renal failure，CRF）是指发生在各种慢性肾脏疾病的基础上，肾实质遭到严重破坏，缓慢地出现肾功能减退直至衰竭。临床上以肾功能减退、代谢废物潴留、机体内环境失衡为主要表现，恶心呕吐是最突出的症状。本病属于中医学的“溺毒”、“虚劳”、“关格”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：临床表现十分复杂，基本可以分为代谢紊乱和各系统症状两大组。但两者亦互为因果，许多代谢紊乱可以是系统症状的基本原因，反过来，各系统脏器因代谢异常而导致毒性代谢产物潴留，影响脏器功能，从而加剧代谢紊乱。

112体征：慢性肾衰竭患者无明显特异性的体征，主要根据患者的原发病及控制情况、肾功能损害、并发症、生活方式的调节等不同而表现各异，如水肿、高血压、皮肤改变等。

12理化检查

121尿常规检查：可有程度不等的蛋白尿、血尿、管型尿，也可无明显尿检异常，以24小时尿肌酐计算肌酐清除率，有明显下降。

122血常规检查：有红细胞、血红蛋白、红细胞压积的明显下降，部分患者可有白细胞和血小板的减少；肾功能有尿素氮及血肌酐的明显升高，达到失代偿指标；早期患者可呈低钙高磷，在合并甲状旁腺功能亢进时可呈高钙高磷，慢性肾功能不全患者应注意血钾水平的变化及酸中毒状态的纠正；血脂水平为甘油三酯的中度升高及胆固醇在不同脂蛋白的分布异常；血β2-微球水平可反映肾小球的滤过功能通常可升高，血碱性磷酸酶升高，钙磷乘积升高。病因诊断时还可以检查血糖、血尿酸、免疫指标等项目。

123影像学检查：包括B超、ECT、心脏超声、X线摄片等。

124肾活检：一般来说，慢性肾衰竭不是肾活检的适应证。

13诊断要点

参照中华内科杂志编委会肾脏病专业组1993年拟定标准制定。①内生肌酐清除率Ccr<80ml/min；②血肌酐Scr>133μmol/L；③有慢性肾脏疾病或累及肾脏的系统性疾病病史。

14临床分期标准

肾功能不全代偿期：Ccr80~50ml/min，Scr<133μmol/L。

肾功能不全失代偿期：Ccr50~25ml/min，Scr133~221μmol/L。

肾功能衰竭期：Ccr25~10ml/min，Scr221~442μmol/L。

尿毒症期：Ccr<10ml/min，Scr>442μmol/L。

2辨证论治

本病为本虚标实，正虚为本，邪实为标；以正虚为纲，邪实为目。临床辨证分类以正虚为主，治疗多采用扶正与祛邪兼顾，标本同治。但应分清标本主次，轻重缓急。治本是根本措施，应贯穿在全过程中，治标可在某一阶段突出，时间宜短。因此，保护肾气和其他内脏功能，调节阴阳平衡，始终是治疗慢性肾衰竭的基本原则。

21脾肾气虚证

证候：倦怠乏力，气短懒言，食少纳呆，腰酸膝软，脘腹胀满，大便不实，口淡不渴，舌淡有齿痕，脉沉细。

治法：益气健脾强肾。

方药：六君子汤加减。

党参15g，白术15g，黄芪10g，茯苓15g，陈皮6g，法半夏9g，薏苡仁15g，续断15g，巴戟天10g，菟丝子15g，六月雪15g。

加减：气虚较甚，加人参单煎9g；纳呆食少，加焦山楂15g，炒谷麦芽15g；伴肾阳虚，加肉桂3g，附子先煎6g；易感冒，合用玉屏风散加减以益气固表。

中成药：肾炎康复片，口服，1次8片，1日3次。

22脾肾阳虚证

证候：畏寒肢冷，倦怠乏力，气短懒言，食少纳呆，腰酸膝软，腰部冷痛，脘腹胀满，大便不实，夜尿清长，舌淡有齿痕，脉沉弱。

治法：温补脾肾，振奋阳气。

方药：济生肾气丸加减。

附子先煎6g，肉桂6g，生地黄12g，山茱萸6g，山药15g，泽泻15g，牡丹皮15g，茯苓15g，车前子包煎30g，牛膝15g。

加减：脾阳虚弱，脾胃虚寒甚，可选用理中汤；痰湿阻滞而伴见泛恶，可选用理中化痰丸；脾胃阳虚，胃脘冷痛，可选用小建中汤；脾阳虚弱，脾虚生湿，水湿溢于肌肤而见水肿，可选用黄芪建中汤和五苓散加减；以肾阳虚为主，可选用右归饮加减。

中成药：肾康宁片，口服，1次5片，1日3次。

23脾肾气阴两虚证

证候：倦怠乏力，腰酸膝软，口干咽燥，五心烦热，夜尿清长，舌淡有齿痕，脉沉细。

治法：益气养阴。

方药：参芪地黄汤加减。

人参单煎10g，黄芪15g，熟地黄12g，茯苓15g，山药15g，牡丹皮15g，山茱萸6g，泽泻15g，枸杞子15g，当归12g，陈皮6g，紫河车粉冲服3g。

加减：脾气虚为主，见面色少华、纳呆腹满、大便溏薄，可用健脾丸或香砂六君子丸；偏于肾气虚，见腰膝酸软、小便清长甚，可配服金匮肾气丸；脾阴不足明显，口干唇燥，消谷善饥，可玉女煎加减；肾阴不足为主，表现为五心烦热、盗汗或小便黄赤，可服知柏地黄丸；气阴不足明显，心慌气短，可加生脉散。

中成药：贞芪扶正颗粒，冲服，1次1袋，1日2次。

24肝肾阴虚证

证候：头晕，头痛，腰酸膝软，口干咽燥，五心烦热，大便干结，尿少色黄，舌淡红少苔，脉沉细或弦细。

治法：滋补肝肾。

方药：六味地黄丸加减。

熟地黄12g，山茱萸6g，山药15g，泽泻15g，茯苓15g，牡丹皮15g。

加减：遗精，盗汗，加煅牡蛎先煎15g，煅龙骨先煎15g；头晕头痛，心烦易怒为主，可改用杞菊地黄汤合天麻钩藤饮。

中成药：益肾养元合剂，口服，1次10ml，1日3次。

25阴阳两虚证

证候：畏寒肢冷，五心烦热，口干咽燥，腰酸膝软，夜尿清长，大便干结，舌淡有齿痕，脉沉细。

治法：阴阳双补。

方药：金匮肾气丸加减。

生地黄12g，山药15g，山茱萸6g，泽泻15g，茯苓15g，牡丹皮15g，肉桂6g，附子先煎10g，仙灵脾15g，菟丝子15g。

加减：阴阳两虚，伴浊闭清窍，心神不明，或中风失语，可用地黄饮子加减；脾气虚弱，可用防己黄芪汤；肾阳偏虚，可用济生肾气汤；兼湿热，合八正散加减；兼湿浊者，合藿香正气丸加减；兼血瘀者，合桃红四物汤加减；兼水气者，合实脾饮加减；兼风动者，合天麻钩藤饮加减。

中成药：①肾宝合剂，口服，1次20ml，1日3次。②香砂六君子丸，口服，1次5g，1日2次。

3其他治法

31单方验方

311加味肾气丸：附子60g，茯苓、泽泻、肉桂、牛膝、车前子、山药、山茱萸、牡丹皮各30g，熟地黄15g。上为末，蜜丸如梧子大。空心米饮下，每服70丸或100丸。治疗肾阳虚不能行水者。

312大腹水肿气息不通方：牛黄06g，椒目09g，昆布、海藻、牵牛子、桂心各24g，葶苈子18g。上七味为末，另捣葶苈如膏，蜜和丸如梧子。口服，1日2次，每服10丸，小便利为度。

32针灸

取穴中脘、气海、足三里、三阴交、肾俞、三焦俞、心俞以补益；取穴关元、中极、阴廉、肾俞、三焦俞以促进排尿。隔药饼（附子、肉桂、黄芪、当归、补骨脂、仙茅、大黄、干地龙等研粉制成）灸，取穴大椎、命门、肾俞、脾俞、中脘、中极、足三里、三阴交，以补益脾肾。

33穴位贴敷

将药物（益母草、川芎、红花、透骨草、白芷、丹参等各30g）用水浸湿，置于布袋中，用蒸锅蒸20~30分钟，然后将药袋取出直接热敷于双肾俞及关元穴，外加热水袋保温，1日1~2次，3个月为1疗程，可达和营活血、温阳利水之功。

34药浴

中药洗浴是治疗CRF的辅助方法。其方主要由麻黄、桂枝、细辛、羌活、独活、苍术、白术、红花各30g，布袋包好后置于汽疗仪内，1次蒸洗30~45分钟，达到出汗目的，以不疲劳为最佳时间，每周3次，可进一步排泄毒素，纠正高血压及氮质血症。

35灌肠

可分为机器弥散灌肠和人工插管灌肠，治疗原则为活血清利、泄浊排毒。常用方：大黄15~30g，蒲公英30g，煅牡蛎30g，六月雪30g等。人工灌肠药液尽量保留体内45分钟左右，1日1次；机器灌肠原理与人工灌肠相同，但其通过机器将药液自肛门输入，荡涤肠道，药液与肠道接触面积较大，有利于从肠道排出更多的毒素，每周3次。

ZYYXH/T1072008

ZYYXH/T1072008

## 泌尿系统结石

泌尿系统结石（uropoietic system calculi），又称尿石症，系指一些晶体物质（如钙、草酸、尿酸、胱氨酸等）和有机物质（如基质A、TammHorsfall蛋白、酸性黏多糖等）在泌尿系统中的异常聚集。其发病与环境因素、全身性疾病和泌尿系病变有密切关系。主要病理改变是由结石引起梗阻、感染和直接对尿路黏膜损伤，部分病人肾功能可受影响。肾结石形成时多位于肾盂或肾盏，可排入输尿管和膀胱，原发于膀胱的结石很少见。临床主要表现为腰腹部疼痛、尿血、排尿困难等。本病属于中医学的“石淋”、“血淋”、“腰痛”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：泌尿系统结石的临床症状与结石所在部位、大小、性质、有无感染等诸多因素有重要关系。

无症状结石：见于表面光滑的小结石，能自动排出而不引起明显症状。此外，固定在肾盂或下肾盏内不移动而又无感染的结石，可长期存在而不引起症状，或仅有轻度腰部不适或酸胀感，在拍摄腹部X线平片或B型超声检查时偶然发现。

疼痛：肾和输尿管结石的疼痛部位常位于腰腹部，为钝痛、隐痛或绞痛，以间歇发作性疼痛为特点。典型的肾绞痛常在夜间或清晨突然发作，患者表现为腰腹部急剧疼痛，并向同侧腹股沟、睾丸、大阴唇等处放射，常伴有恶心、呕吐、腹胀、尿少。输尿管下段的结石疼痛发作时，可伴有尿频、尿急、尿痛等症状。

血尿：肾绞痛时，多伴有肉眼血尿或镜下血尿，以后者为多见。偶有无痛性血尿，活动后血尿加重。

排沙石：患者可从尿中排出沙石，特别在疼痛及血尿发作后，尿中可检出沙粒或小结石。结石在排出过程中可出现尿道刺痛或发生尿中断阻塞现象。

尿路梗阻和尿路感染：肾结石较常见的并发症是梗阻和感染，梗阻可引起肾积水，易发生尿路感染，可为无症状性细菌尿或有明显的尿路感染症状。梗阻再加上感染，会较快地导致肾实质损害，发生肾功能衰竭。双肾结石或孤立肾结石梗阻可出现无尿而致急性肾衰竭。

112体征：无并发症的肾结石患者在发作间歇期体检可无任何阳性体征。在肾绞痛发作时可有肾区压痛和肋脊角叩击痛、沿输尿管走行压痛。合并有肾积水时可触及肿大的肾脏；合并慢性肾功能衰竭的患者可有不同程度的贫血。

12理化检查

121尿液检查

尿常规：镜下或肉眼血尿。并发感染时，尿中血细胞或脓细胞增多。新鲜层液有时可见结石。

24小时尿定量分析：测定钙、磷、草酸、胱氨酸、钠、镁、氯化物、枸橼酸等。

122血液生化检查

并发肾功能衰竭时，血肌酐、尿素氮升高，二氧化碳结合力降低，高钾或低钾血症。

血清钙、磷、尿酸的测定，对于明确结石成因及性质有重要意义。

X线腹平片：约90%的泌尿系统结石可在X线腹平片上显影。结石在X线腹平片上显影密度的高低和结石成分有关，依次为草酸钙、磷酸盐、含钙的尿酸盐和胱氨酸，而纯尿酸和胱氨酸石可不显影。

静脉肾盂造影：能明确显示结石的位置和整个泌尿道的情况。腹部平片未显示的肾结石，通过静脉肾盂造影，可见肾结石区充盈缺损。

B型超声波检查：可发现肾积水，结石强回声和声影，能诊断出X线阴性结石，当结石直径>05cm时即可显示。

逆行肾盂造影：对于静脉肾盂造影显像不理想的患者可采取该方法。肾盂注气造影适用于阴性结石患者。

核素肾图和肾扫描：放射性核素扫描不仅可以显示结石，而且也能表明梗阻和肾功能损害程度，肾图可提示有无梗阻。

CT和MRI：可鉴别结石、血块或肿瘤。

结石定性分析：对排出或取出的结石，在可能条件下应进行化学分析，并结合尿液、血液等检查，探讨结石形成的原因，以便提出针对性防治措施。

偏光显微镜检查：将取出结石磨成薄片，进行镜下观察，可直接鉴定结石的成分和结构，对结石的治疗和防治有指导意义。

13诊断要点

131腰部或上腹部持续钝痛或阵发性剧烈绞痛，常放射至同侧下腹部或外阴。

132肉眼或镜下血尿，绞痛发作时血尿加重。

133X线腹部尿路平片大多可见阳性结石影。

134肾盂造影可进一步确定腹部平片中钙化影是否与泌尿系有关，可明确结石部位、有无梗阻，并可显示X线阴性的结石。

135核素肾图及B超、CT对诊断有一定帮助。

2辨证论治

泌尿系统结石早期及有急性发作症状，多属实证；因下焦湿热，或肝经气滞，或瘀血内阻所致。病程较长，邪气不甚，正气转虚，或无自觉症状，体检发现结石，多属虚证或虚实夹杂证；因脾肾亏虚，或气阴不足所致。实则通利，虚则补益，标本兼顾是治疗泌尿系统结石的基本法则。

21下焦湿热证

证候：腰部疼痛，少腹胀满，小便涩滞不畅，或尿中时夹沙石，灼热刺痛，尿色黄赤，或尿血鲜红，有的兼有寒热，口苦，呕恶，大便秘结，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热利湿，通淋排石。

方药：石韦散合三金汤加减.

金钱草30g，车前子包煎18g，冬葵子15g，瞿麦9g，石韦9g，滑石15g，甘草6g，川牛膝12g，枳壳12g，木香后下12g，鸡内金15g。

加减：尿血明显，加小蓟15g，藕节15g，白茅根18g；疼痛剧烈，加白芍15g；尿道灼热涩痛，加蒲公英18g，荠菜15g，虎杖12g。

中成药：①排石冲剂，口服，1次1袋，1日3次；②泌石通胶囊，口服，1次2粒，1日3次，1月为1疗程。

22肝经气滞证

证候：腰胁胀痛，小便涩滞，淋漓不尽，或腰痛引及少腹阴股，或尿流突然中断，点滴而出，小腹膨隆，窘迫难忍，嗳气，胸腹胀满，舌苔薄黄或薄白，脉弦滑。

治法：利气疏导，通淋排石。

方药：沉香散加减。

沉香后下4g，当归9g，石韦9g，冬葵子15g，滑石15g，甘草6g，陈皮12g，王不留行15g，白芍15g，鸡内金15g。

加减：少腹胀痛难忍，气滞较剧，加木香12g，乌药6g，青皮12g；有血瘀征象，加川牛膝12g，红花10g，赤芍15g。

中成药：①肾石通，口服，1次6g，1日3次；②尿石通丸，口服，1次7g，1日2次。

23瘀血内阻证

证候：腰腹疼痛，固定不移，或可触及肿块，按之痛甚，尿血紫暗，反复不已，或夹有血块，尿出茎中涩痛，少腹硬满，舌质紫暗或有瘀斑，脉弦涩。

治法：活血化瘀，化石通淋。

方药：少腹逐瘀汤合王不留行散加减。

当归12g，川芎9g，赤芍12g，王不留行15g，桂枝9g，石韦9g，冬葵子15g，蒲黄包煎9g，小茴香9g，延胡索12g。

加减：疼痛严重，加没药9g，穿山甲6g，川楝子10g，虎杖根12g；血尿多，痛甚，加三七粉冲服2g，琥珀粉冲服2g；体虚，可根据病情，加补气养阴或健脾益肾药物。

中成药：①复方丹参注射液40ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次；②双金冲剂，口服，1次1包，1日3次，孕妇忌服。

24脾肾两虚证

证候：腰酸乏力，不耐劳累，肾区喜揉喜按，小便涩滞不甚，少腹坠胀，伴见腰酸乏力，面色萎黄，舌质淡胖，苔薄，脉细弱无力。

治法：健脾补肾，通淋排石。

方药：济生肾气丸加减。

熟地黄15g，山药12g，山茱萸9g，茯苓12g，泽泻12g，白术9g，党参15g，黄芪12g，肉桂6g，金钱草30g。

加减：偏阳虚，加附子先煎6g，淫羊藿15g；偏阴虚，加枸杞子12g，女贞子12g，旱莲草15g。

中成药：①黄芪注射液40ml加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次；②济生肾气丸，口服，1次6g，1日2次；③补中益气丸，口服，1次6g，1日2次。

25气阴不足证

证候：结石日久不消，头晕耳鸣，腰痛绵绵，时轻时重，小便微涩，或带血丝，可伴口干咽燥，心烦失眠，手足心热，舌质红少苔，脉弦细带数。

治法：益气养阴，通淋排石。

方药：生脉散合知柏地黄丸加减。

太子参30g，麦冬15g，五味子10g，熟地黄15g，山药12g，山茱萸9g，牡丹皮12g，泽泻10g，知母9g，黄柏10g，金钱草30g，鸡内金15g，通草6g 。

加减：阴虚津伤明显，加龟甲先煎18g，石斛12g，天花粉15g；尿血，加女贞子12g，旱莲草15g，白茅根30g，琥珀粉冲服2g。

中成药：①知柏地黄丸，口服，1次6g，1日2次；②六味地黄丸，口服，1次6g，1日2次。

3其他治法

31食疗

311金钱草鸡肫汤：金钱草50g，鸡肫2只（约30g）。将金钱草洗净，冷水浸70分钟，鸡肫除去食渣，留肫内皮，两者共用小火炖1小时，分两次喝汤，鸡肫切片蘸酱油佐膳食。化石通淋，清热利水，健胃消食。

312茯苓胡桃饼：茯苓60g，鸡内金15g，胡桃仁120g，蜂蜜适量。将茯苓、鸡内金（焙）研成细粉，调糊作薄层煎饼，胡桃仁用香油炸酥，加蜂蜜调味，共研成膏作茯苓饼馅，1日服完。健脾利湿，化石通淋，对石淋兼有脾肾虚的患者适宜。

32针刺

321体针：取穴肾俞、委中、夹脊、阿是穴、三阴交。采用电针，连续波，较强刺激，留针20分钟。肾虚者，加命门、太溪；血瘀者，加膈俞；疼痛较剧者，委中可用三棱针刺血。

322耳针：取穴肾、膀胱，王不留行贴压，每2日换药1次，左右耳交替。在按压耳穴前20分钟，嘱患者饮水250~500ml。

33灸法

肾结石，取穴关元、肾俞。输尿管结石，取穴三阴交、气海，可选配膀胱俞、中极。每穴以艾条灸5分钟，1日1次，10次为1疗程。

34总攻疗法

总攻疗法是中西药、针灸及活动等综合运用的治疗方法，目的在于创造条件，促使结石排出。本法主要用于结石初发，体质壮实者，每周1次，2~3次为1个疗程。具体方法介绍如下：

8点30分：饮水500ml，口服双氢克尿噻75mg。

8点45分：口服中药排石汤300ml。排石汤：金钱草30g，石韦15g，车前子包煎15g，瞿麦15g，萹蓄15g，滑石10g，大黄后下9g，木香9g，白芍15g，甘草3g。

9点：饮水500ml。

9点30分：电针肾俞（双）、膀胱俞（双），用于输尿管上、中段结石；肾俞（双）、水道穴或临近阿是穴，用于输尿管下段结石。留针25分钟，中至强度刺激。

ZYYXH/T1082008

ZYYXH/T1082008

## 巨幼细胞贫血

巨幼细胞贫血（megaloblastic anemia，MA）是指叶酸或维生素B12缺乏或因使用某些影响核苷酸代谢的药物导致细胞核脱氧核糖核酸（DNA）合成障碍所引起的大细胞性贫血。本病好发于婴幼儿、孕妇及青少年。偏食或过长时间烹煮食品、患自身免疫病、胃肠道疾病及肿瘤等，是本病的高危因素。一般营养不良性巨幼细胞贫血经过适当治疗可迅速痊愈，但是神经系统症状严重者不易完全恢复。本病属于中医学的“血虚”、“虚劳”、“黄胖”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111血液系统表现：一般起病缓慢，特别是维生素B12缺乏者，初期可无症状，随着贫血的加重，其症状逐渐明显且加重，常有面色苍白、疲乏无力、耐力下降、头晕头昏、心悸气短等贫血症状。重者全血细胞减少，反复感染和出血。少数患者可出现轻度黄疸。

112消化系统表现：胃肠道黏膜萎缩可引起恶心、食欲不振、腹胀、腹泻或便秘；口腔黏膜萎缩、舌乳头萎缩，舌质呈鲜红色即所谓牛肉样舌，或溃疡，可伴有舌灼痛、味觉异常。

113神经系统表现和精神症状：味觉、嗅觉降低；视力下降、黑矇征；远端肢体对称性麻木，深感觉障碍；共济失调或步态不稳；锥体束征阳性，肌张力增加，腱反射亢进；重者可有大、小便失禁。叶酸缺乏者有易怒、妄想等精神症状。维生素B12缺乏者有记忆力下降、失眠、抑郁、妄想、谵妄、幻觉，甚至精神错乱、人格变态等。

12理化检查

121血象：呈大细胞性贫血，平均红细胞体积（MCV）>100fl、平均红细胞血红蛋白量（MCH）亦增高，平均红细胞血红蛋白浓度（MCHC）正常。网织红细胞计数可正常或增加。重者全血细胞减少。血片中可见红细胞大小不等、中央淡染区消失，有大椭圆形红细胞、点彩红细胞等；中性粒细胞核分叶过多（5叶核>5％或出现6叶以上核），亦可见巨型杆状核粒细胞。

122骨髓象：增生活跃或明显活跃。红系增生显著、巨幼变（胞体大，胞浆较胞核成熟）；粒系也有巨幼变，成熟粒细胞多分叶，巨核细胞体积增大，分叶过多。

123生化检查

血清维生素B12、叶酸及红细胞叶酸含量测定：血清维生素B12<74~103pmol/L（100~140pg/ml，维生素B12缺乏）；血清叶酸低于691nmol/L（3ng/ml），红细胞叶酸低于227nmol/L（100ng/ml，叶酸缺乏）。

血清高半胱氨酸和甲基丙二酸水平测定：用于诊断及鉴别叶酸缺乏或维生素B12缺乏。血清高半胱氨酸（正常值为5~16μmol/L）水平在叶酸缺乏及维生素B12缺乏时均升高，可达50~70μmol/L。而血清甲基丙二酸（正常值为70~270nmol/L）水平升高仅见于维生素B12缺乏时，可达3500nmol/L。

124其他：维生素B12缺乏者，24小时尿甲基丙二酸排泄量增加，可高达100mg以上；血清间接胆红素可稍增高。

13诊断要点

131叶酸缺乏性巨幼细胞贫血

临床表现：①贫血症状；②常伴消化道症状，如食欲不振、恶心、腹泻及腹胀等，舌质红、乳头萎缩、表面光滑。

实验室检查：①大细胞性贫血MCV>100fl，多数红细胞呈大卵圆形；②白细胞和血小板亦常减少，中性粒细胞核分叶过多（5叶者>5％或6叶者>1％）；③骨髓明显增生，红系呈典型巨幼红细胞生成（巨幼红细胞>10％），粒细胞系统及巨核细胞系统亦有巨型变，特别是晚幼粒细胞改变明显，核质疏松、肿胀，巨核细胞有核分叶过多，血小板生成障碍。

特殊检查（放射免疫法）：①血清叶酸测定<691nmol/L（<3ng/ml）；②红细胞叶酸测定<227nmol/L（<100ng/ml）。

具备上述实验室检查中的特殊检查两项者，可诊断为叶酸缺乏。这类患者可能同时具有临床表现的第2项。如加上贫血的临床表现及实验室检查第1项及第3项或第2项者，可诊断为叶酸缺乏的巨幼细胞贫血。

132维生素B12缺乏性巨幼细胞贫血

临床表现：①贫血症状；②消化道症状及舌痛、色红、乳头消失、表面光滑；③可有神经系统症状，如脊髓后侧束变性，表现为下肢对称性深部感觉及振动感消失。严重的可有平衡失调及步行障碍，亦可同时出现周围神经病变及精神忧郁，儿童患者可表现为精神障碍和智力低下。

实验室检查：①大细胞性贫血，MCV>100fl，红细胞呈大卵圆形；②白细胞和血小板亦常减少，中性粒细胞核分叶过多（5叶者>5％或6叶者>1％）；③骨髓呈典型的巨幼红细胞生成，巨幼红细胞>10％，粒细胞系统及巨核细胞系统亦有巨型变。

特殊检查（放射免疫法）：①血清维生素B12测定<74~103pmol/L（<100~140pg/ml）。②红细胞叶酸测定<227nmol/l（<100ng/ml）。

具备上述特殊检查两项者，诊断为维生素B12缺乏，这类患者可能同时伴有临床表现的第2、3项（或仅有第3项）。如加上贫血症状及实验室检查第1项及第3项或第2项者，可诊断为维生素B12缺乏的巨幼细胞贫血。

2辨证论治

本病的发生与饮食欠缺、饮食偏嗜及脾胃虚弱等因素相关。主要病机为脾胃受损，健运失司，气血乏源，脏腑失养。病在脾胃，多属虚证。可分为心脾两虚证、气血两虚证、脾肾阳虚证、胃阴不足证等。治疗应以补虚为主要大法，调治脾胃应贯穿于整个治疗的始终。根据病位的深浅分别予以益气、养血、健脾、补肾等治疗。

21心脾两虚证

证候：面色苍白，疲乏无力，食少纳呆，腹胀便溏，心悸怔忡，少眠多梦，口干舌痛，舌质干红，少苔或无苔，脉细数。

治法：健脾益气，养血安神。

方药：归脾汤加减。

黄芪30g，党参15g，白术12g，当归15g，白芍10g，酸枣仁15g，熟地黄12g，茯苓15g，龙眼肉10g，五味子10g，远志10g，木香6g，甘草6g。

加减：脾虚不运，腹胀明显，食少便溏，加陈皮、砂仁后下、木香各6g以健脾理气，麦芽、神曲、山楂各10g以健脾理气；阴虚火旺明显，加生地黄15g，白薇、牡丹皮各10g以滋阴凉血。

中成药：人参归脾丸，口服，1次2丸，口服，1日2次。

22气血两虚证

证候：疲乏无力，面色苍白，头晕耳鸣，眼花心悸，肌肤甲错，发稀枯槁，月经失调，经量过少，舌质淡或质红无苔，或镜面舌，脉细数无力。

治法：健脾补气，补血养血。

方药：八珍汤加减。

党参15g，白术15g，白芍12g，茯苓15g，当归12g，熟地黄12g，陈皮10g，大枣10g，甘草6g。

加减：气虚明显，加黄芪20g以大补气血；阴血亏虚明显，加生地黄、枸杞子各12g以滋阴生血；肌肤甲错瘙痒，加防风、赤芍、浮萍各10g以祛风凉血活血。

23脾肾阳虚证

证候：头晕耳鸣，心悸气短，腰酸腿软，畏寒肢冷，尿频，夜尿多，或下肢麻木不仁，舌质淡，苔薄或无苔，脉沉细。

治法：健脾益气，补肾生髓。

方药：十四味建中汤加减。

黄芪20g，茯苓20g，白芍15g，党参15g，熟地黄15g，白术10g，麦冬10g，附子先煎6g，肉桂6g，肉苁蓉10g，法半夏10g，甘草6g。

加减：腰痛下肢麻木，加鸡血藤30g，川牛膝12g以活血通络；腹胀便溏，加吴茱萸3g，补骨脂30g以温中补阳。

24胃阴不足证

证候：口燥咽干，或口渴、胃痛不适，饮食减少，大便干结，舌质红，苔薄黄或少，脉细或数。

治法：养阴益胃，补血生津。

方药：养胃汤合芍药甘草汤加减。

山药15g，麦冬15g，北沙参15g，玉竹15g，熟地黄12g，制何首乌15g，白扁豆15g，白芍12g，炙甘草6g，大黄6g，当归12g，天花粉12g。

3其他治法

31单方验方

补血糖浆：当归、黄芪、山楂、神曲、麦芽、陈皮、鸡血藤、生地黄、枸杞子、制何首乌、人参、白术、山药各10g，红花、鸡内金各5g，蜂蜜50g，大枣10g，水煎3次，去渣浓缩，加水、蜂蜜制成。每日服3次，1次10~20ml。适用于小儿巨幼细胞贫血患者。

32食疗

黄鳝2~3条，猪瘦肉100g，黄芪15g，大枣10g，洗净，入水煨30分钟，食肉饮汤，有补气养血之功，适用于贫血所致体倦乏力、少气、头晕、眼花等症。

33针刺

主穴足三里、膈俞、脾俞、通里、神堂。头晕者，加百会；心悸者，加内关；失眠者，加神门；腹泻者，加天枢；胃脘痛者，加中脘。针用补法或平补平泻法。

34灸法

以百会、关元、足三里为基本用穴，隔姜灸7壮，1日1次，10次为1疗程。

ZYYXH/T1092008

ZYYXH/T1092008

## 缺铁性贫血

缺铁性贫血（iron deficiency anemia，IDA）是指体内贮存铁缺乏，影响血红蛋白合成所引起的一种小细胞低色素性贫血。其特点是骨髓、肝、脾及其他组织中缺乏贮存铁，血清铁浓度、血清铁蛋白浓度和血清转铁蛋白饱和度降低。主要临床表现为面色萎黄或苍白，头昏眼花，心悸气短，倦怠乏力。世界卫生组织将本病定为四大营养缺乏症之一。本病虽发病率较高，但经有效的补铁治疗后可达到痊愈，预后良好。本病属于中医学的“黄胖”、“虚劳”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：包括：①贫血的症状，如头晕乏力、活动后心悸、气短及耳鸣、纳差等。②缺铁的症状，如儿童生长发育迟缓、注意力不集中、学习成绩下降、神经痛（以头痛为主），感觉异常及异食癖；口角炎与舌炎；食道蹼，吞咽时出现硬塞感；萎缩性胃炎与胃酸缺乏。③造成缺铁的基础疾病的症状。

112体征：皮肤干燥、角化和萎缩，毛发易折与脱落；指甲不光整、扁平甲，反甲和灰甲；部分患者有脾肿大。

12理化检查

121血象：小细胞低色素型贫血，平均红细胞体积（MCV）<80fl、平均红细胞血红蛋白量（MCH）<27pg、平均红细胞血红蛋白浓度（MCHC）<30%；血片可见红细胞染色浅淡、中心淡染区扩大，大小不一。网织红细胞计数大多正常或轻度增多；白细胞计数正常或轻度减低。

122骨髓象：骨髓检查在与其他疾病鉴别时需要。骨髓涂片表现增生活跃，早幼红及中幼红细胞比例增高；铁粒幼细胞极少或消失；细胞外铁消失。

123生化检查：血清铁常<895μmol/l（50μg/dl），总铁结合力>6444μmol/L（360μg/dl），转铁蛋白饱和度<15％。

血清铁蛋白<14μg/L，但感染、肿瘤时可增高，结合临床或骨髓铁染色判断。

红细胞游离原卟啉（FEP）增高表示血红素合成障碍，提示为缺铁性贫血。此外，如铅中毒和铁粒幼细胞性贫血时，FEP亦增加，故FEP可作为初筛试验。

124其他：为了明确缺铁的病因，尚需进行尿常规、大便潜血、肝肾功能、胃肠X线等检查。

13诊断要点

缺铁性贫血在临床上可分为贮存铁缺乏（ID）、缺铁性红细胞生成（IDE）及缺铁性贫血（IDA）三个阶段。

131贮存铁缺乏（缺铁）：符合以下任何一条即可诊断。

血清铁蛋白小于14μg/L。

骨髓铁染色显示铁粒幼细胞<10%或消失，细胞外铁消失。

132缺铁性红细胞生成：符合贮存铁缺乏的诊断要点，同时有以下任何一条即可诊断。

转铁蛋白饱和度低于15％。

红细胞游离原卟啉>09μmol/L或45μg/gHb。

133缺铁性贫血：红细胞内血红蛋白减少明显，呈现小细胞低色素性贫血。其诊断依据如下：

小细胞低色素性贫血。

有明确的缺铁病因和临床表现。

符合缺铁及缺铁性红细胞生成中的任何两条者。

铁剂治疗有效。

2辨证论治

本病的形成多由饮食失调、先天禀赋不足或劳累过度及长期失血，虫积等所致脾胃虚弱，肾虚精亏，不能化血，而致气血亏虚、或因长期失血，虫积胃肠，生化不足，精血流失，导致气血亏虚。本病多为虚证，虫积后伤脾耗血则为虚实夹杂之证。辨证首当明辨虚实标本，针对脾胃虚弱、脾肾阳虚、肝肾阴虚等病机，分别治以健脾和胃、温补脾肾、滋肾养肝。

21脾胃虚弱证

证候：面色萎黄，口唇色淡，爪甲无泽，纳少，腹胀，便溏，舌淡，苔薄白腻，脉沉细。

治法：健脾和胃，益气养血。

方药：香砂六君子汤合当归补血汤加减。

党参15g，黄芪15g，白术10g，茯苓15g，当归15g，陈皮6g，法半夏10g，木香10g，砂仁后下6g，鸡内金15g。

中成药：①四君子颗粒，冲服，1次15ｇ，1日3次；②人参健脾丸，口服，水蜜丸1次2丸，1日2次；③启脾丸，口服，1次1丸，1日2~3次。

22脾肾阳虚证

证候：面色萎黄或苍白无华，形寒肢冷，唇甲色淡，周身浮肿，眩晕耳鸣，腰膝冷痛，大便溏或五更泻，小便清长，舌胖淡有齿痕，脉沉细。

治法：益气健脾，温补肾阳。

方药：实脾饮合四神丸加减。

黄芪15g，白术10g，茯苓15g，甘草10g，附子先煎10g，大腹皮10g，厚朴10g，补骨脂10g，菟丝子15g，肉桂6g，鹿角胶烊化15g，当归10g，甘草6g。

中成药：①四君子丸，口服，蜜丸1次1丸，1日2次；水丸1次15g，1日2次。②右归丸，口服，蜜丸1次1丸，1日2次；水丸1次15g，1日2次。

23肝肾阴虚证

证候：口唇色淡，爪甲无泽，头晕耳鸣，两目干涩，面部烘热，胁肋隐痛，五心烦热，潮热盗汗，咽干口燥，舌红少津，少苔或无苔，脉细数。

治法：滋肾养肝，养阴清热。

方药：四物汤合二至丸加减。

熟地黄15g，当归15g，白芍15g，山茱萸10g，女贞子15g，旱莲草15g，枸杞子10g，炙甘草6g。

中成药：①六味地黄丸，口服，蜜丸1次1丸，1日2次。②大补阴丸，口服，水丸1次6g，1日2次。③左归丸，口服，蜜丸1次1丸，1日2次；水丸1次6g，1日2次。

3其他治法

31中成药

311小温中丸：苍术、川芎、香附、六神曲、醋煅针砂。1次15~3g，1日3次。

312伐木丸：绿矾、苍术、六神曲。1次15g，1日3次。

313枣矾丸：绿矾205g，去核大枣120g，面粉1000g，米醋2500g，捣匀，制成等大4000丸，1次2丸，每日2~3次。

32食疗

321多吃含铁量丰富的食物，如动物肝脏、肾、舌，鸭肫、乌贼、海蜇、虾米、蛋黄等动物性食品，以及芝麻、海带、黑木耳、紫菜、发菜、香菇、黄豆、黑豆、腐竹、红腐乳、芹菜、荠菜、大枣、葵花子、核桃仁等植物性食品。

322多吃富含维生素C的食物，如新鲜绿叶蔬菜和水果，以促进肠道内铁的吸收。必要时可口服维生素C片剂。

323忌饮茶，尤其是忌饮浓茶，因茶中鞣酸可阻止铁的吸收。

33针灸

取穴脾俞、胃俞、膈俞、肾俞、至阳、阳陵泉、足三里，针用补法，也可用艾灸。

ZYYXH/T1102008

ZYYXH/T1102008

## 再生障碍性贫血

再生障碍性贫血（aplastic anemia），简称再障，是一组由于化学、物理、生物因素及不明原因引起的骨髓造血功能衰竭，以造血干细胞损伤，骨髓脂肪化，外周血全血细胞减少为特征的疾病。临床上常表现为贫血、白细胞和血小板减少所致的反复感染和出血。再障可分为急性再障和慢性再障。目前，约半数以上的患者找不到明确的病因，比较公认的与后天获得性再障有关的危险因素，包括药物、化学物质、电离辐射、生物因素（以病毒感染为主）。本病的发病机制目前尚无较全面阐述，可能的发病机制包括造血干（祖）细胞内在的增殖缺陷，异常免疫反应损伤造血干（祖）细胞，造血微环境支持功能缺陷，以及遗传倾向等学说。本病属于中医学的“血证”、“亡血”、“虚劳”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111贫血：急性再障（也称为重型再障Ⅰ型）贫血呈进行性加剧，多有明显乏力、头晕、心悸及气短等症状。贫血为慢性再障的首起及主要表现，经输血后症状改善，但维持时间不长。

112出血：急性再障均有程度不同的皮肤黏膜及内脏出血，出血部位广泛，所有脏器都有可能出血，临床可见呕血、便血、尿血、阴道出血、眼底出血及颅内出血，后者常危及患者生命。慢性再障出血倾向较轻，以皮肤、黏膜等体表出血为主，内脏出血少见，出血较易控制。

113感染：急性再障中半数体温在38℃以上，以呼吸道感染、皮肤感染最为常见，其他有消化道、泌尿生殖道感染等，感染的菌种以革兰阴性杆菌、金黄色葡萄球菌和真菌为主，严重者可合并败血症。慢性再障以呼吸道感染多见，体温多在38℃以内，感染较易控制，合并严重感染者少。

12理化检查

121血象：全血细胞减少。贫血较重，多为正细胞正色素性贫血；红细胞形态无明显异常，网织红细胞绝对值减少；白细胞减少，其中尤以中性粒细胞减少明显；血小板形态异常，数量减少。

122骨髓象：肉眼观察可见骨髓油滴增多，镜检可见脂肪细胞、淋巴细胞和其他非造血细胞增多。至少一个部位骨髓增生减低，3系或2系造血细胞明显减少，巨核细胞明显减少甚至消失。

13诊断要点

第四届全国再生障碍性贫血学术会议（1987年）确定了我国现行再障诊断要点：①全血细胞减少，网织红细胞绝对值减少；②一般无脾肿大；③骨髓检查至少一个部位增生减低或重度减低；④能除外其他引起全血细胞减少的疾病，如阵发性睡眠性血红蛋白尿症、骨髓增生异常综合征、急性造血功能停滞、骨髓纤维化、急性白血病、恶性组织细胞病等；⑤一般抗贫血药物治疗无效。

诊断为再障后再进一步分析为急性再障还是慢性再障。

2辨证论治

再障的中医病机多为脾、肾损伤，气血阴阳亏虚。初起时以虚证为主，发病日久，邪入血络，也可见虚实夹杂之证。一般当患者以出血、发热为突出症状时，中医辨证多属阴虚，治以滋阴补肾，同时可适当使用清热凉血止血药物；而当患者出血、发热得以控制，表现以贫血为主时，辨证属阳虚，治以温阳补肾；当出现阴阳两虚症状时，治以阴阳双补。此外，根据“孤阴不生，独阳不长”的观点，治疗时宜阴中求阳，阳中求阴，阴阳互补。

21肾阴虚证

证候：低热，眩晕耳鸣，手足心热，口渴咽干思饮，失眠多梦，出血明显，常有感染，舌红，少苔，脉细数。

治法：滋阴补肾。

方药：左归饮合六味地黄丸加减。

熟地黄24g，山药12g，山茱萸12g，茯苓9g，川牛膝9g，菟丝子12g，枸杞子12g，牡丹皮9g，鹿角胶烊化12g，炙甘草3g等。

加减：反复出血，加茜根散以滋阴养血；咽干咽痛，加射干6g，木蝴蝶3g以清热利咽。

22肾阳虚证

证候：面色苍白，头晕无力，形寒肢冷，腰膝软弱，夜尿多，便溏，出血轻，舌质淡，舌体胖，边有齿痕，脉迟细或滑。

治法：温阳补肾。

方药：右归饮合金匮肾气丸加减。

熟地黄24g，山药9g，山茱萸6g，肉桂6g，附子先煎6g，杜仲9g，枸杞子9g，泽泻9g，五味子9g，当归9g，炙甘草3g等。

加减：五更泄泻，加四神丸以温肾暖脾，固肠止泻；小便频数，加五味子3g，益智仁9g以补肾固摄。

23阴阳两虚证

证候：面白无华，畏冷，心悸气短，盗汗自汗，手足心热，渴不思饮，失眠遗精，便溏，少量出血，舌淡苔少，脉细数或虚大而数。

治法：阴阳双补。

方药：地黄饮子合斑龙丸加减。

熟地黄12g，巴戟天9g，肉苁蓉9g，补骨脂9g，菟丝子12g，柏子仁10g，麦冬6g，石菖蒲6g，阿胶烊化9g，女贞子9g，炙甘草3g。

加减：潮热、盗汗，加地骨皮9g，秦艽9g以养阴清热；心悸气短，加黄芪12g，龙眼肉9g以补气养血。

24脾肾阳虚证

证候：面色无华，唇甲苍白，气短懒言，腰酸肢冷，食欲不振，大便溏薄，夜尿多，阳痿，下肢浮肿，出血、发热皆较轻，舌质淡胖嫩，苔白，脉沉细或缓。

治法：健脾补肾。

方药：金匮肾气丸合四君子汤加减。

生地黄24g，山茱萸12g，山药12g，人参单煎9g，茯苓9g，白术9g，桂枝3g，附子先煎3g，泽泻9g，牡丹皮9g，炙甘草3g。

加减：腹中冷痛，加高良姜9g，吴茱萸3g以温中散寒；浮肿、尿少，加茯苓12g，车前子包煎9g以利水消肿。

25肝肾阴虚证

证候：头晕目眩，性情急躁，腰膝无力，口燥咽干，手足心热，耳鸣盗汗，面色无华，皮肤紫斑，齿鼻衄血或便血，尿血，舌质淡红，无津少苔，脉细数或弦数。

治法：滋补肝肾。

方药：大补元煎合黄连阿胶汤等加减。

人参单煎9g，山药12g，熟地黄12g，当归15g，黄芪9g，杜仲9g，枸杞子9g，阿胶烊化9g，黄芩6g，白芍12g，炙甘草3g。

加减：头晕目眩，加菊花9g，钩藤后下12g以息风潜阳；双目干涩，视物模糊，加女贞子12g，决明子9g以养肝明目。

26热毒内炽证

证候：发病急骤，高热不退，心烦少寐，甚则神昏谵语，面赤汗出，口渴欲饮，大便秘结，小便短赤，舌质绛红，苔黄燥，脉数。

治法：清热解毒。

方药：清营汤等加减。

生地黄15g，玄参9g，麦冬9g，丹参6g，金银花9g，连翘6g，女贞子9g，旱莲草9g，白茅根9g，天花粉12g。

加减：热势甚，加栀子9g，牡丹皮6g，黄芩6g以清热解毒；邪热伤津，阴虚潮热，加地骨皮9g，白薇9g以清退虚热。

27血热妄行证

证候：起病急进，身热谵语，烦躁汗出，斑疹隐隐，甚则斑色紫黑，口渴但漱口不欲咽，大便干结，小便黄赤，舌质红绛，苔黄而干，脉数。

治法：凉血止血。

方药：犀角地黄汤合十灰散加减。

水牛角先煎30g，生地黄24g，赤芍12g，牡丹皮9g，侧柏叶9g，茜根12g，栀子9g，大黄9g，荷叶6g。

加减：热毒炽盛，发热，出血广泛，加石膏先煎15g，龙胆草9g，紫草12g以清热解毒；邪热阻滞经络，兼见关节肿痛，加秦艽9g，木瓜12g，桑枝12g以疏通经络。

3其他治法

针灸：取穴大椎、膈俞、肝俞、脾俞、足三里、关元、三阴交、曲池、血海，针用补法，可配合灸法。

ZYYXH/T1112008

ZYYXH/T1112008

## 原发性血小板减少性紫癜

原发性血小板减少性紫癜（idiopathic thrombocytopenic purpura，ITP），亦称特发性血小板减少性紫癜，是以出血及外周血小板减少，骨髓巨核细胞数正常或增多，伴有成熟障碍为主要表现的常见出血性疾病。以皮肤、黏膜出现瘀点或瘀斑为主要临床表现。目前认为本病是由于各种因素导致体内产生抗自身血小板抗体，使血小板寿命缩短、破坏过多、数量减少的自身免疫性疾病。根据发病机制、诱因及病程，临床上将本病分为急性型与慢性型两种。急性型常见于儿童，多为自限性；慢性型主要见于成年人，常有反复发作倾向，偶因颅内出血死亡。约有30％的患者应用糖皮质激素及脾切除后血小板长期不能稳定在安全范围内，属难治性血小板减少性紫癜（refractory idiopathic thrombocytopenic purpura，RITP）。本病属于中医学的“紫癜”、“肌衄”、“发斑”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111急性型：起病急骤，起病前1~3周，84％患者有上呼吸道感染或其他病毒感染史，多数患者病情可自行缓解。可有发热、畏寒，突然发生广泛皮肤黏膜紫癜，甚至大片瘀斑或血肿。皮肤瘀斑以下肢为多，均匀分布。口腔黏膜可发生血疱和出血。鼻出血、牙龈出血、口腔黏膜出血及舌出血常见，损伤或注射部位可见大片瘀斑或渗血不止。可见胃肠道及泌尿系统出血，颅内出血少见，但常为死亡原因。

112慢性型：起病缓慢或隐袭，出血相对较轻，常表现为皮肤与黏膜出血，呈持续性或反复发作，持续发作时血小板减少；反复发作者，可持续数星期或数月。出血程度与血小板计数有关，缓解期长短不一，可为1个月、数月或数年。皮肤可有紫癜及瘀斑，可发生于任何部位，但四肢远端多见，黏膜出血程度不一，以鼻和齿龈为多见，口腔及黏膜次之，也可见到血尿和胃肠道出血，关节和视网膜出血少见。女性多表现为月经过多。出血症状与血小板计数有关。当外周血小板计数<20×109/L时，可伴发有内脏及颅内出血。老年患者（>60岁）在外周血小板计数相同条件下，其出血程度较年轻患者严重。反复发作者可有轻度脾肿大及贫血。

12理化检查

121血小板计数：通过血常规检查发现血小板减少是该病的首要提示。急性型血小板严重减少，多<20×109/L，慢性型一般在(30~80)×109/L。贫血与失血量有关。白细胞计数多正常，急性型常有嗜酸性粒细胞及淋巴细胞增多。但要注意，如为乙二胺四乙酸（EDTA）抗凝，则应经血涂片检查进一步证实，以排除由于EDTA依赖的血小板聚集引起假性血小板计数降低。

122骨髓检查：骨髓巨核细胞数正常或增多，慢性型显著增多，急性型以原巨核及幼巨核细胞增多为主，但产生血小板的巨核细胞明显减少。骨髓检查对ITP的诊断与鉴别诊断十分必要。

123血小板形态和功能：外周血小板形态可有改变，慢性型周围血涂片可见巨形或畸形血小板，并有血小板的聚集和（或）黏附功能减低。

124血小板抗体：多数患者病情可自行缓解。慢性ITP患者血小板相关的免疫球蛋白增高，血小板相关抗体（包括PAIgG、PAIgM）、PAC3的测定已成为诊断ITP的一项重要检查方法。急性ITP患者血小板相关的免疫球蛋白增高，尤其是PAIgM。

13诊断要点

1987年中华血液学会全国血栓与止血学术会议制订的诊断要点如下：

131多次实验室检查血小板计数减少，<100×109/L。

132脾脏不肿大或仅轻度肿大。

133骨髓检查巨核细胞数目增多或正常，有成熟障碍。

134以下五项中应具备其中任何一项：泼尼松治疗有效；切脾治疗有效；PAIgG（血小板相关性IgG）增多；PAC3（血小板相关性C3）增多；血小板寿命缩短。

135排除继发性血小板减少症。

136ITP重型标准：①有3个以上出血部位；②血小板计数<10×109/L。

2辨证论治

本病病因主要为气与火，基本病机为脾胃、肝、肾等脏腑功能失调，血热妄行，离经成瘀。先以邪实毒热为主，最终以正虚为主，气血两亏，肝、脾、肾俱虚，本病虚实并存，瘀血贯穿疾病始终。治疗以泻火、化瘀、滋阴、凉血、益气为基本大法，辅以止血，最终达到止血功效。

21血热妄行证

证候：皮肤黏膜紫癜，斑色鲜红或暗红甚则紫红，多伴有鼻衄、齿衄，发热烦渴，尿赤便秘；或有发热恶风，头身疼痛；或发热身倦，纳呆腹痛，关节肿痛，舌质红，苔黄，脉滑数或弦数有力。多见于病程初期。

治法：清热泻火，凉血化瘀。

方药：犀角地黄汤合化斑汤加减。

水牛角先煎30g，生地黄25g，赤芍20g，牡丹皮15g，石膏先煎15g，知母10g，玄参10g。

加减：发热烦躁、紫斑密集而多，加黄连12g，金银花12g，连翘12g，紫草10g，黄芩12g，龙胆草10g以凉血止血；齿衄、鼻衄，加白茅根10g，侧柏叶10g以凉血止衄；尿血，加小蓟10g，旱莲草10g，白茅根10g；便血，加地榆10g，槐花10g；腹痛，加白芍12g，甘草9g以缓急止痛。

22阴虚内热证

证候：皮肤黏膜紫斑色暗红，下肢多见，时发时愈，女子经期提前，量多色暗，鼻衄齿衄，便血、尿血量大，色暗红；伴头晕目眩，咽干口燥，五心烦热，潮热盗汗，腰膝酸软，舌质红，少苔或光苔，脉细数或弦细数，多见于病程较长者。

治法：滋阴降火，凉血止血。

方药：茜根散合大补阴丸加减。

生地黄20g，牡丹皮15g，知母10g，黄柏10g，茜草15g，黄芩15g，侧柏叶10g，阿胶烊化10g，旱莲草10g。

加减：潮热、手足心热，加地骨皮10g，银柴胡10g，白薇10g以清虚热；齿衄、口臭，加玄参10g，石膏先煎15g，川牛膝10g以清热凉血；盗汗，加龙骨先煎10g，牡蛎先煎10g以固涩止汗；尿血，加小蓟10g，白茅根10g以清热凉血。

中成药：知柏地黄丸（蜜丸），口服，1次1丸，1日3次。

23气不摄血证

证候：皮肤黏膜紫癜，紫斑色暗淡，反复发作，时起时消，月经后期，多见齿衄，出血量少，色浅而渗出不止，面色苍白或萎黄；伴神疲，倦怠乏力，心悸气短，动则加重，舌质淡，苔薄白，脉沉细弱，多见于病程较长者。

治法：益气健脾，养血生血，止血。

方药：归脾汤加减。

炙黄芪20g，龙眼肉15g，白术10g，茯苓15g，酸枣仁15g，木香10g，党参20g，当归10g，远志10g，白芍12g，阿胶烊化12g，鸡血藤12g，生姜6g，大枣6g，炙甘草9g。

加减：紫斑出血较多，加紫珠草10g，茜草9g以祛瘀止血；腰膝酸软，加菟丝子12g，淫羊藿12g，续断10g以滋补肝肾；月经淋漓不止，加山茱萸12g，五味子10g，炮姜炭12g，艾叶炭10g，血余炭10g，蒲黄炭包煎12g以温经止血；齿衄，加五倍子10g，藕节10g；肌衄，加仙鹤草15g，紫草12g以凉血止衄。

中成药：①人参健脾丸，口服，1次1丸，1日3次；②乌鸡白凤丸，口服，1次1丸，1日3次。

24瘀血内阻证

证候：久病不愈，斑色紫暗，面色晦暗或唇甲青紫，胸或腰腹疼痛，痛有定处，舌质紫暗有瘀斑，脉涩。

治法：活血化瘀，消斑止血。

方药：血府逐瘀汤加减。

生熟地黄各20g，当归20g，川芎15g，赤芍15g，红花10g，桃仁10g，丹参15g，柴胡10g，枳壳10g，桔梗6g等。

加减：气短乏力，加黄芪15g，党参10g，大枣6g以益气活血；五心烦热，加玄参10g，知母10g，地骨皮10g以清热除烦；鼻衄，加白茅根10g，栀子10g以清热止衄；咯血，加白及10g，侧柏叶10g以收敛止血；便血，加地榆15g，槐花10g以凉血止血；腹痛，加五灵脂包煎10g，蒲黄包煎10g以活血止痛。

中成药：血府逐瘀口服液，口服，1次10ml，1日3次。

25风扰血动证

证候：发病急剧，皮肤瘀斑，并见衄血，或见微恶风寒，发热头痛，四肢酸痛，口渴欲饮，便干溲赤，舌质红，苔薄黄，脉浮数。

治法：疏风清热，凉血止血。

方药：银翘散加减。

金银花15g，连翘12g，牛蒡子12g，荆芥12g，淡竹叶10g，淡豆豉12g，板蓝根12g，芦根12g。

加减：咽喉肿痛，加射干10g以利咽止痛；发热重，加石膏先煎15g，黄芩12g以清内热。

3其他治法

31单方验方

311养血清癜汤：炙黄芪、当归、白芍、女贞子、墨旱莲、制何首乌、补骨脂、巴戟天、炙甘草、山茱萸、熟地黄各10g。功效：益气血，补肝肾。1日1剂，水煎服，用于治疗慢性原发性血小板减少性紫癜。

312紫癜方：生地黄、熟地黄、白芍、枸杞子、女贞子、墨旱莲、仙鹤草、芦根、石斛、板蓝根、紫草等。功效：补肾养阴，清热解毒。1日1剂，水煎服，3个月为1个疗程。

313三草补血汤：紫草、旱莲草、茜草、鸡血藤、制何首乌、熟地黄。功效：凉血止血。1日1剂，水煎服。

32食疗

仙茜水鱼汤：茜草9g，仙鹤草9g，1000g左右鲤鱼1条，调料适当。将茜草、仙鹤草煎汤去渣留汁，加入洗净去内脏鲤鱼，炖熟，加调料，稍煮即可，早、晚分2次服。

33推拿

按膈俞、脾俞、血海、三阴交顺序进行推拿，每日1次。

ZYYXH/T1122008

ZYYXH/T1122008

## 风湿热

风湿热（rheumatic fever）是上呼吸道感染A组乙型溶血性链球菌后引起的自身免疫性疾病，是常见的、反复发作性的急性或慢性全身结缔组织炎症。主要累及心脏、关节、中枢神经系统、皮肤和皮下组织。临床上以心脏炎和关节炎为主要表现，可伴有发热、毒血症、皮疹、皮下结节、舞蹈病等。急性发作期以关节炎为主要表现，但急性期过后常遗留有心脏损害，尤其以瓣膜病为多，形成风湿性心瓣膜病。本病以关节炎症状为主者，属于中医学的“痹证”范畴；以心脏炎症状为主者，属于“怔忡”、“心悸”、“心痹”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111前驱症状：在典型症状出现前2~6周，常见有发热、乏力、咽痛、颌下淋巴结肿大、咳嗽等由咽喉炎或扁桃体炎等上呼吸道链球菌感染的表现，但常因被患者忽视而延误治疗。

112关节炎：是风湿热最常见的主要表现。为游走性、多发性的不对称性大关节炎。以膝、踝、肘、腕、肩等关节受累为主，典型者可有关节的红肿热痛，有时可因有渗出而活动受限。但多在2周内消退，不遗留关节的功能障碍。关节痛可随气候变化而加重。关节症状可为单关节受累，也可累及不常见关节，如髋关节、指关节、下颌关节等。关节炎与心脏炎症严重程度不相关。

113心脏炎：为风湿热较严重的病变，多见于青少年患者。窦性心动过速为心脏炎的早期表现。轻者可仅有进行性加重的心悸气短或仅有头晕、疲乏、无力，活动后加重等不适。二尖瓣炎时可有心尖区收缩期杂音。主动脉瓣炎可见心底部舒张中期柔和的吹风样杂音。可有轻度心包炎，超声心动图可有心包积液，重者出现充血性心力衰竭。心脏炎可单独出现，也可与其他症状同时出现。心脏炎发病率和严重程度随发病年龄的增长而减低。

114皮肤表现：为特征性的环形红斑及皮下结节。环形红斑多发生于躯干或四肢近端，为轮廓清楚、易消退的淡红色环形红斑，周边可有葡行疹，中央苍白，常呈一过性，多在链球菌感染后较晚出现；皮下结节为圆形或椭圆形皮下硬结，无压痛，可移动，不与皮肤粘连。常出现于大关节伸侧的皮下组织，尤其是在肘、膝关节及腕关节，枕骨区或胸腰椎棘突等部位。皮下结节多与心脏炎同时存在。

115舞蹈症：多发生于4~7岁儿童，尤其是女童，多在链球菌感染后数月出现。表现为不自主的无意识运动，可见无目的、不自主的躯干或肢体动作，挤眉动眼、摇头转颈、努嘴伸舌等。肢体可见伸直、屈曲、内收、外展、旋前、旋后等无规律交替动作，上肢较下肢为重，远端较近端明显，兴奋激动时加重，睡眠时消失，情绪不稳定。

116其他表现：可见到以腹痛为主的腹膜炎、出现蛋白尿及血尿的风湿性肾炎、发生在大小动脉的风湿性脉管炎，累及冠状动脉可出现心绞痛。

12理化检查

121链球菌感染指标

咽拭子培养：溶血性链球菌培养阳性。但阳性者只说明有此菌感染，阴性者不能排除风湿热。已用抗生素治疗者，咽拭子培养假阴性。

血清中链球菌抗体测定：常用的抗体检测有以下几种：①抗链球菌溶血素“O”：>500U为增高；②抗脱氧核糖核酸酶B（ADNA－B）：测定抗链球菌菌酶和抗M蛋白抗体。其阳性持续高峰时间较长，对判断链球菌感染有较大意义；③抗透明质酸酶（AH）：>128U为增高；④抗链球菌激酶（ASK）：>80U为增高。

122反映非特异性炎症指标

血常规：白细胞计数及中性粒细胞比例轻度至中度增高，核左移；常有轻度红细胞计数和血红蛋白的降低，为正细胞正色素性贫血。

血沉（ESR）和C反应蛋白（CRP）：以初发者增高为显著。

血清黏蛋白浓度增高。

蛋白电泳：白蛋白降低，α2和γ球蛋白增高。

123免疫指标测定：特异性免疫指标对诊断风湿性心脏炎有重要意义，如抗心肌抗体（AHRA）、抗A组链球菌菌壁多糖抗体（ASP）。另外，外周血淋巴细胞促凝血活性试验（PCA）有较高的敏感性和特异性。

13其他检查

心电图及影像学检查对风湿性心脏炎有较大诊断意义。心电图可有窦性心动过速、P-R间期延长和各种心律失常；超声心动图可发现早期、轻症心脏炎及亚临床型心脏炎，对轻度心包积液敏感；心肌核素检查可检测出轻症及亚临床型心肌炎。

14诊断要点

141典型的急性风湿热：采用1992年修订的Jones标准，其内容包括：①主要表现：心脏炎、多发性关节炎、舞蹈病、环形红斑、皮下结节；②次要表现：关节痛、发热、急性期反应物（ESR、CRP）增高、P-R间期延长；③有前驱的链球菌感染证据：即咽拭子培养或快速链球菌抗原试验阳性，或链球菌抗体效价升高。

如有前驱的链球菌感染证据，并有两项主要表现或一项主要表现加两项次要表现者，高度提示可能为急性风湿热。但对以下3种情况，又找不到其他病因者，可不必严格遵循上述诊断要点，即：以舞蹈病为唯一临床表现者；隐匿发病或缓慢发生的心脏炎；有风湿热史或现患风湿性心脏病，当再感染A组链球菌时，有风湿热复发高度危险者。

142不典型或轻症风湿热：常不能达到Jones（1992）修订标准，可按以下步骤作出诊断：①细心问诊及检查以确定有无主要或次要表现，如轻症的心脏炎常表现为无任何原因而出现心悸、气短逐渐加重，低热需作定期体温测量才能发现，临床上可仅有头晕、疲乏主诉；②有条件医院可作特异性免疫指标检查；如抗心肌抗体只需荧光显微镜即可实施，ASP和PCA阳性则高度提示风湿性心肌炎存在；③彩色多普勒超声心电图、心动图和心肌核素检查可发现轻症及亚临床型心脏炎（有时对临床表现单纯关节炎的病例也可测出阳性结果）。

2辨证论治

本病以先天禀赋虚弱、气血阴阳不足为内因，风寒湿热邪气侵袭为外因。初起感受风寒湿邪，邪阻脉络，气血运行失畅，留滞筋骨关节而发病；久可郁而化热，为湿热痹阻证；久病不愈，导致痰瘀内结之证；或耗伤正气，成肝肾亏虚或气血不足。初病病位在表、皮肉及经络肢体；久病入络，正虚邪恋，痰瘀郁结于里，病位在筋骨、在脏腑。治疗原则以清法为主，并按病情发展不同分别论治。

21风热证

证候：发病多急骤易变。初期多见发热、咽喉肿痛、口干口渴，继而出现肌肉关节游走性疼痛，局部红、肿、热、痛，伴见全身发热。其热偏盛，关节红肿疼痛，灼热感明显，发热甚，皮肤可见红斑，舌质红，苔黄少津，脉滑数。其风偏盛，肌肉关节呈游走性疼痛，或汗出恶风，舌尖红，苔薄黄，脉浮数或滑数。

治法：清热解毒，疏风通络。

方药：银翘散加减。

金银花15g，连翘15g，薄荷后下15g，炒牛蒡子9g，板蓝根30g，芦根30g。

加减：咽喉肿痛重，加浙贝母10g，射干10g，杏仁10g，僵蚕9g以利咽消肿；发热重，加葛根10g，柴胡10g，黄芩10g，石膏先煎30g以解表清热；关节红肿疼痛明显，用白虎桂枝汤加减：石膏先煎20g，知母15g，桂枝10g，白芍10g，忍冬藤15g，牡丹皮10g，蚕砂包煎10g等以清热通络止痛。热毒炽盛，酌选清瘟败毒饮或化斑汤加减以清化热毒。兼湿邪，可加藿朴夏苓汤以化湿通络。风邪偏盛，加防风10g，秦艽10g，豨莶草10g，威灵仙10g等以祛风化湿。

22湿热证

证候：身热不扬，周身困重，肢节烦痛或红肿热痛，或风湿结节，皮下硬肿，或红疹融合成不规则斑块，或有身肿，小便黄赤，大便黏滞，舌质红，苔黄厚腻，脉滑数。

治法：化湿清热，宣通经络。

方药：宣痹汤、二妙散、三仁汤加减。

苍术20g，黄柏10g，防己10g，杏仁10g，薏苡仁20g，滑石20g，茵陈后下15g，蚕砂包煎15g，川牛膝12g，茯苓10g，萆薢10g，泽泻10g。

加减：关节肿胀明显且疼痛，加鸡血藤15g，当归15g，乳香10g，没药10g，延胡索15g，连翘10g，牡丹皮10g以养血活血，清热止痛。

中成药：四妙丸，口服，1次6g，1日3次。

23寒湿化热证

证候：关节局部红肿热痛，兼见恶风畏冷，得温则舒，关节晨僵，活动后减轻，舌质红，苔白或黄白相间，脉弦紧或滑数。

治法：化湿清热，祛风散寒。

方药：桂枝芍药知母汤合麻黄杏仁薏苡甘草汤加减。

桂枝10g，附子先煎6g，防风10g，杏仁10g，白术10g，薏苡仁30g，白芍12g，知母10g，鸡血藤15g，忍冬藤15g。

加减：寒痛甚，加川乌先煎3g，草乌先煎3g以散寒止痛；热重，加石膏先煎15g，牡丹皮10g以清热止痛。虚者，加黄芪防己汤以益气通络，祛湿止痛。

中成药：独活寄生合剂，口服，1次10ml，1日3次。

24痰瘀化热证

证候：关节肿胀疼痛，肌肤发热，经久不愈，或关节变形，活动不利；或皮下结节，红斑色紫暗，舌质色暗，有齿痕，苔白厚或黄白相间而黏腻，脉多弦滑数。

治法：化痰清热，祛瘀通络。

方药：痰瘀痹痛汤。

桂枝9g，茯苓15g，制天南星6g，浙贝母12g，当归10g，炮山甲6g，地鳖虫10g，片姜黄10g，马鞭草30g，忍冬藤30g。

加减：湿重，加防己10g，薏苡仁15g以利湿通络；热重，加牡丹皮10g，知母10g以清热通络；痛甚，加乳香9g，没药9g以活血止痛；气虚，加黄芪10g以益气通络。

25阴虚证

证候：低热，午后潮热，倦怠乏力，口干口渴，鼻衄，心悸，烦躁，关节肌肉肿胀，灼热疼痛，脉细数，舌质鲜红，少苔。血虚，面色萎白无华，头晕心慌，乏力气短，低热，关节肿痛但不明显，舌质淡，苔薄黄，脉细数。

治法：育阴清热，通经活络。

方药：一贯煎加减。

生地黄12g，北沙参30g，枸杞子12g，麦冬10g，当归10g，白芍12g，知母10g，龟甲先煎15g，甘草6g。

加减：心气不足，气阴两伤，加五味子10g，黄精10g以益气滋阴；心烦不寐，加酸枣仁10g，龙骨先煎、牡蛎先煎各10g以养血安神；便干，加桃仁10g以润肠通便；血虚，可改用四物汤加味，当归15g，川芎9g，白芍12g，熟地黄12g，黄芪15g，鸡血藤15g，忍冬藤30g，炙甘草6g以补血活血，养阴清热；气虚重，加黄芪10g以益气通络；伴见肾气虚，加桑寄生15g，杜仲10g，川牛膝各10g以补肾壮骨；关节痛重，加地龙10g，全蝎6g以搜风通络止痛。

26营热扰心证

证候：持续低热或中度发热，昼轻夜重，身热早凉，汗多；心悸，心前区不适，闷痛或灼痛；皮肤红斑，皮下结节，或有眼巩膜充血及鼻腔出血；甚或面色苍白，呼吸困难，浮肿等症；舌质红或暗红，苔白厚或黄白相间，脉滑数或细数或疾或结代。

治法：清营解毒，救心除痹。

方药：清营解毒汤加减。

西洋参单煎9g，丹参20g，苦参15g，珍珠粉冲服1g，麦冬12g，五味子9g，生地黄12g，玄参12g，牡丹皮10g，石菖蒲9g，郁金10g，天竺黄10g。

加减：风湿性心脏炎或心内膜炎出现急性心衰时，应改用参附龙牡汤回阳救逆，并中西医结合救治。

3其他治法

31单方验方

311海桐豨莶饮：豨莶草30g，海桐皮30g，忍冬藤30g，桑枝30g，薏苡仁30g，知母10g，葛根10g，防己10g，秦艽10g，鸡血藤9g。关节痛甚日久者加牡丹皮9g，土鳖虫6g，蜈蚣5g，片姜黄9g以活血通络止痛。局部肿甚，加黄柏6g等以清热消肿。

312四藤除痹汤：雷公藤15g，鸡血藤15g，青风藤15g，忍冬藤15g，地龙12g，乌梢蛇10g，全蝎6g，蜈蚣5g，桂枝9g，附子先煎6g，甘草6g。水煎服，1日1剂。

32针刺

风湿热关节损害急性发作期多有红肿热痛，只针不灸，手法以泻为主。取穴以循经为主，或取阿是穴，忌关节腔深刺。

主穴：大椎、曲池、合谷。上肢，加肩髃、肺俞、支沟、后溪、尺泽、曲泽、天井、肩髎；下肢，加肾俞、大肠俞、八髎、腰俞、环跳、阳陵泉、足三里、风市、伏兔、阴市、行间、解溪、委中、承山、绝骨、昆仑、照海、然谷、内庭、中冲、中封。

ZYYXH/T1132008

ZYYXH/T1132008

## 系统性红斑狼疮

系统性红斑狼疮（systemic lupus erythematosus，SLE）是一种可累及全身多脏器的自身免疫性结缔组织疾病，病因尚未十分明了。目前认为是在遗传素质的基础上，由于环境因素（如紫外线、病毒、药物、化学品）及神经内分泌等的作用而引发本病。其临床表现多样，而发热、蝶形红斑、关节痛及水肿，血中或骨髓中查到红斑狼疮细胞是主要特征。有的可发展为狼疮肾炎，或因中枢神经损害、感染、心脏病变等而致病情危重甚或死亡。本病好发于生育年龄女性，女∶男为7~9∶1。近代中医学家根据本病的临床表现称之为“红蝴蝶疮”、“热毒发斑”、“阴毒发斑”等。

1诊断依据

11临床表现

111症状

1111一般症状：全身不适、疲乏、食欲不振、发热等。常见的热型有两种：一种是长期的低热，大多数是作为亚急性发病的表现；另一种是弛张型高热，很少有寒战。发热很可能是SLE活动的表现，但应除外感染因素。疲乏是SLE常见但容易被忽视的症状，常是狼疮活动的先兆。

1112皮肤症状：SLE的皮肤症状是全身症状的一部分，常在早期出现，包括面部皮疹、皮肤血管炎、黏膜损害及盘状红斑等。

蝶形红斑：这是本病所特有的症状，皮损以鼻梁为中心在两颧部出现红斑，两侧分布如蝶状，境界一般比较清楚，扁平或因局部浸润轻度隆起。严重者可见有局部水肿，甚至出现水疱，炎症消退时可出现鳞屑、色素沉着，大部分病例皮疹消退后不留痕迹。

盘状红斑：黏膜损害常见在上唇皮肤部分及下唇唇红部位出现红斑、脱屑，境界清楚，有的伴有轻度萎缩。

皮肤血管炎：阳性率约50%，表现虽无特异性，但却提示有结缔组织病的存在。可表现为瘀点、丘疹、结节、网状青斑和浅表溃疡，这些损害都可能是SLE的最早表现；常见指趾尖处肿胀、红斑和毛细血管扩张，甲周毛细血管扩张，甲半月板区发红，掌、跖、肘、膝或臀部持续性红斑或紫色斑，附少许鳞屑，微小的毛细血管扩张常见于颜面或其他部位皮肤。

狼疮脱发：弥漫性非瘢痕性脱发形成在额部顶前区的头发参差不齐、短而易折断，称为狼疮发。

黏膜损害：见于25%患者。可发生结膜炎、巩膜外层炎以及鼻腔与女阴溃疡，当全身症状加剧时，口唇的炎症反应亦常加重，黏膜出现红斑糜烂或小的溃疡，被有黄色的分泌物，疼痛。另外，多形红斑是常见的皮肤症状：一种是光感性多形红斑，另一种是寒冷性多形红斑，发病率高，有辅助诊断价值。

1113内脏系统表现

关节痛与关节炎：70%~80%患者都有这种症状，常侵犯踝、腕、膝、肘及近端指间关节，多呈游走性关节痛，大关节可以肿痛、压痛，但红肿的不多，而小关节则常伴有轻度红肿。关节痛尤其是关节炎可以作为本病病情活动的一种表现。

肾脏受累：肾脏常受累。肾损害可出现在本病的任何阶段，有时在发病多年后才发生，但以1~2年较多，并随着病程的迁延而增多，发生率约75%。分为肾炎型或肾病型，表现为蛋白尿、氮质血症、高胆固醇血症和低血清蛋白血症。在临床上肾外表现与肾损害并无明显平行关系，有明显红斑的患者，不一定有肾损害；相反病期长的肾损害患者，往往无红斑，也无发烧及关节痛。

心血管系统：发生率可达30%。心包炎是SLE最常见的心脏损害，可无症状，仅心电图或超声心动图可查出。心肌炎常伴发心包炎，出现率达25%，休息时无原因的心悸，与体温不成比例的心率加快，心电图检查时ST-T段的改变，胸部X光检查心脏扩大而无心包液渗出，则要疑及本症。

中枢神经系统：是本病的严重损害，可表现为轻偏瘫、抽搐、癫痫、复视、视网膜炎、脉络膜炎、精神病及其他人格障碍。

血液系统：贫血最常见，多为正细胞性正色素性贫血，白细胞减少（低于40×109/L）较常见，不过严重粒细胞减少者少见，若出现时要注意药物所致白细胞减少。白细胞减少与病情活动相关。特发性血小板减少性紫癜有时是SLE的先兆，其他异常表现包括中性粒细胞减少症和淋巴细胞减少症。全血减少对SLE有一定诊断价值。

胃肠系统：肝损害约占1/3，主要为转氨酶升高，或伴有轻度肝大、胃纳差。

呼吸系统：SLE有肺及胸膜被累及者占40%~50%，胸膜炎或胸膜渗出常呈双侧性，是最常见的临床表现。肺受累显示渗出性胸膜炎、间质性肺炎和急性肺炎。

112体征

淋巴结肿大占患者的20%~35%，脾肿大的发生率一般是15%~36%，以轻度肿大为多。

12理化检查

121血常规多见正细胞性正色素性贫血，淋巴细胞、白细胞、血小板等减少较常见。

122血沉增快；梅毒血清假阳性率约20%；类风湿因子可阳性；IgG水平升高，丙种球蛋白升高。

123尿常规可见蛋白、红细胞、管型等。

124免疫学检查：抗核抗体（ANA）阳性率达95%以上；抗双链DNA（dsDNA）抗体的特异度96%~99%；抗Sm抗体的特异度99%，但敏感度仅25%；血清补体常处于低水平，常提示病情活动和肾脏受累。其他抗心磷脂抗体、RNP抗体、抗单链DNA（ssDNA）抗体可阳性。

125皮肤病理：75%SLE患者皮损处或正常皮肤狼疮带试验阳性（沿真－表皮交界处有颗粒型免疫球蛋白和补体沉着）

13诊断要点

131颊部红斑：固定红斑，扁平或高起，在两颧突出部位。

132盘状红斑：隆起的红斑上覆着角质性鳞屑和毛囊栓，陈旧病灶处可发生萎缩性疤痕。

133光过敏：可观察到或病史中提及光照后面部出现不寻常的红斑。

134口腔溃疡：可观察到口腔或鼻咽部溃疡，一般为无痛性。

135关节炎：累及2个或2个以上周围关节的非侵蚀性关节炎，可有关节肿胀、压痛或积液。

136浆膜炎：胸膜炎有肯定的胸痛病史，或听诊有胸膜摩擦音，或有胸腔积液的证据；心包炎有心电图异常，或有心包摩擦音，或有心包积液。

137肾脏病变：蛋白尿>05g/24h，若不能定量，持续>(＋＋＋)；或见细胞管型，可分为红细胞、血红蛋白、颗粒管型或混合性细胞管型。

138精神神经病变：①癫痫发作：无诱发药物或已知的代谢紊乱，如尿毒症、酮症酸中毒或电解质紊乱；②精神病：无药物影响或已知的代谢紊乱，如尿毒症、酮症酸中毒或电解质紊乱。

139血液学异常：溶血性贫血，或白细胞减少（<4×109/L)，或淋巴细胞减少(<15×109/L)或血小板减少（<100×109/L，除外药物影响）。

1310免疫学异常：抗dsDNA抗体阳性；或抗Sm抗体阳性；或抗心磷脂抗体阳性。

1311抗核抗体：免疫荧光抗核抗体滴度异常，或相当于该法的其他试验滴度异常，排除药物诱导的“狼疮综合征”。

11条中连续出现或同时出现4条或4条以上，即可诊断为系统性红斑狼疮。

2辨证论治

SLE主要由先天禀赋不足，肝肾亏损而成。因肝肾精血不足，易致阴虚火旺，虚火上炎，兼因腠理不密，外邪入侵，两热相搏，热毒入里，瘀阻脉络，内伤及脏腑，外阻于肌肤而发病。劳倦内伤，七情郁结，妊娠分娩，冲任受损，日光曝晒，内服药物等都可成为发病的诱因。阴阳失调，阴虚内热是基本病机，热毒炽盛之证可以相继反复出现，甚或热毒内陷，热盛动风。病情虚实互见，变化多端。

21热毒炽盛证

证候：面部蝶形红斑鲜艳，皮肤紫斑，伴有高热，烦躁口渴，神昏谵语，抽搐，关节肌肉疼痛，大便干结，小便短赤，舌红绛，苔黄腻，脉洪数或细数。多见于系统性红斑狼疮急性活动期。

治法：清热凉血，化斑解毒。

方药：犀角地黄汤合黄连解毒汤加减。

水牛角先煎30g，生地黄30g，牡丹皮15g，黄连10g，黄芩15g，黄柏15g，栀子15g，青蒿后下20g，赤芍15g，泽泻15g，知母15g，白茅根20g，玄参15g等。

加减：高热神昏，加安宫牛黄丸或紫雪散等；咽喉肿痛，加山豆根6g，蒲公英12g，甘草6g清热解毒利咽。

中成药：①紫雪散，口服，1次15~3g，1日2次，孕妇禁用；②新雪颗粒，口服，1次1瓶，1日2次；③清开灵注射液20~40ml加入10%葡萄糖注射液200ml或09%生理盐水100ml中，静脉滴注，1日1~2次。

22阴虚内热证

证候：斑疹暗红，伴有不规则发热或持续低热，五心烦热，自汗盗汗，面浮红，关节痛，足跟痛，月经量少或闭经，舌红，苔薄，脉细数。多见于轻中度活动期或稳定期。

治法：滋阴降火。

方药：六味地黄丸合大补阴丸、清骨散、二至丸加减。

生地黄30g，鱼腥草、益母草、青蒿后下、紫草、知母、黄柏各15g，女贞子、旱莲草各20g，茯苓、泽泻、牡丹皮、山茱萸各9g。

加减：自汗明显，加黄芪15g，党参10g，麻黄根10g以益气敛汗；盗汗明显，加龟甲先煎15g，地骨皮10g，糯稻根10g以滋阴清热止汗。咽干，反复发生咽喉肿痛，加玄参15g，麦冬9g，北沙参9g，桔梗6g以滋阴润肺，利咽消肿。

中成药：①六味地黄丸，口服，1次9g，1日2次；②知柏地黄丸，口服，1次9g，1日2次。

23脾肾阳虚证

证候：面色无华，眼睑、下肢浮肿，胸胁胀满，腰膝酸软，面热肢冷，口干不渴，小便清长，尿少或尿闭，舌淡胖，苔少，脉沉细。多见于素体阳虚或SLE晚期合并心肾损害时。

治法：温肾壮阳，健脾利水。

方药：肾气丸、右归丸或附子理中汤，重者用参附汤加减。

熟地黄24g，山茱萸12g，山药12g，牡丹皮9g，白茯苓9g，泽泻9g，赤芍9g，生姜5g，附子先煎3g，肉桂3g。

加减：水肿明显，加茯苓12g，车前子包煎15g，冬瓜皮30g以补益脾肾，利水消肿；腰酸明显，加杜仲15g，续断12g以补肾健腰。

中成药：①金匮肾气丸，口服，1次6g，1日2次；②龟鹿补肾丸，口服，1次6g，1日2次。

24脾虚肝旺证

证候：皮肤紫斑，胸胁胀满，腹胀纳呆，头昏头痛，耳鸣失眠，月经不调或闭经，舌紫暗或有瘀斑，脉细弦。

治法：健脾清肝。

方药：四君子汤合丹栀逍遥散加减。

党参15g，白术15g，茯苓15g，牡丹皮9g，栀子9g，木香10g，陈皮10g等。

加减：腹胀明显，加香附9g，枳壳6g以理气消胀。

中成药：①八珍丸，口服，1次6g，1日2次；②丹栀逍遥丸，口服，1次6g，1日2次。

25气滞血瘀证

证候：红斑暗滞，角栓形成及皮肤萎缩，伴倦怠乏力，舌暗红，苔白或光面舌，脉沉细。多见于血管炎、紫癜、心脏损害或肝脾肿大患者。

治法：疏肝理气，活血化瘀。

方药：逍遥散合血府逐瘀汤加减。

柴胡、白芍、当归、白术、茯苓各15g，炙甘草6g，桃仁12g，红花9g，枳壳10g，赤芍6g，川芎10g，牛膝10g，益母草30g，丹参20g，香附15g。

加减：伴心悸失眠，加炒酸枣仁30g，柏子仁12g以养心安神；倦怠乏力，气短懒言，加黄芪15g，党参15g以健脾益气；肝脾肿大，加炙鳖甲先煎15g，穿山甲5g，三棱9g，莪术9g以活血散结。

中成药：逍遥丸，口服，1次6g，1日2~3次。

3其他治法

中成药：昆明山海棠片、雷公藤片、雷公藤总苷片具有清热解毒，利湿止痛的功效，常用于湿热毒盛实证，而对于虚寒证等宜慎用。①昆明山海棠片：饭后口服，1次2片，1日3次；②雷公藤片：饭后口服，1次1~2片，1日2~3次；③雷公藤总苷片：每片10mg，按每日每公斤体重1~15mg，分2~3次饭后服。

ZYYXH/T1142008

ZYYXH/T1142008

## 类风湿性关节炎

类风湿性关节炎（rheumatoid arthritis，RA）是一种以对称性多关节炎为主要临床表现的自身免疫性疾病，以关节滑膜慢性炎症、关节的进行性破坏为特征。主要表现为对称性关节肿痛，晚期可关节强直或畸形，功能严重受损。目前发病原因不明，可能与感染、遗传、雌激素水平等有关，环境因素（如寒冷、潮湿等），以及劳累、营养不良、外伤、精神刺激等可以诱发本病。该病属于中医“痹证”、“历节”、“尪痹”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：常缓慢起病，有乏力、纳差、体重减轻及低热等。最常见以近端指间关节、掌指关节及腕关节为主的对称性、多关节、小关节肿痛，活动受限，指关节呈梭形肿胀，晚期可畸形。晨僵的持续时间常与病情活动程度一致。关节外表现常见有类风湿结节、血管炎、胸膜炎、间质性肺炎、心包炎、浅表淋巴结肿大、肝脾肿大等全身各个系统的损伤。

112体征：对称性的关节肿胀、变形，活动受限，以四肢小关节多见，或可见皮下类风湿结节等。

12理化检查

121一般检查：轻、重度贫血，活动期血沉（ESR）增快，C反应蛋白（CRP）增高。

122免疫学检查

血清免疫球蛋白升高，早期IgG增高有参考意义。

抗核抗体（ANA）有10%~20%患者呈阳性。

类风湿因子（RF）有60%~80%患者呈阳性。

类风湿性关节炎特异性自身抗体：抗RA33抗体、抗核周因子抗体（APF）、抗角蛋白抗体（AKA）、抗聚角蛋白微丝抗体（AFA）、抗环瓜氨酸肽抗体（CCP）等检查有助于本病的早期诊断，敏感性在30%~40%，免疫复合物（CIC）阳性者表示疾病呈进行性。

123滑液检查：半透明或不透明，黄色，黏度差，细胞数（3~5）×109/L，中性粒细胞050~090。

124特殊检查

X线：早期关节周围软组织肿胀，骨质疏松，后期关节软骨破坏、侵蚀，关节间隙狭窄、强直和畸形。

磁共振成像（MRI）：可发现早期类风湿滑膜炎及骨质破坏，对本病的早期诊断有重要价值。

13诊断要点

1987年修订的美国风湿病协会（ARA）类风湿关节炎的诊断要点：

131晨僵至少1小时，≥6周。

1323个或3个以上的关节肿，≥6周。

133腕、掌指或近端指间关节肿，≥6周。

134对称性关节肿，≥6周。

135类风湿结节。

136类风湿因子阳性。

137手X线变化（至少有骨质疏松或关节间隙狭窄）。

凡具备以上4条或4条以上者，即可诊断。

2辨证论治

本病属中医痹证范畴，临床上大致分为活动期和缓解期。活动期以寒湿，或湿热，或寒热夹杂痹阻经脉为常见；缓解期以痰瘀互结，或正气不足为主要表现。辨证总属邪实正虚。活动期多以邪实为主，治疗应以祛邪为主。缓解期或中晚期，多属正虚邪恋或虚实夹杂，正虚多为肝肾亏虚、气血不足，邪实则多见痰浊、瘀血等，治疗宜扶正祛邪。

21活动期

211寒湿痹阻证

证候：肢体关节冷痛、肿胀或重着，局部皮色不红，触之不热，晨僵，关节屈伸不利，遇寒痛剧，得热痛减，局部畏寒怕风；或恶风发热，肌肤麻木不仁；或口淡不渴，恶风寒，阴雨天加重，肢体沉重；舌质淡或淡红，苔薄白或白腻，脉弦紧或沉紧或浮缓。

治法：疏风散寒，祛湿宣痹。

方药：蠲痹汤加减。

羌活15g，独活15g，海风藤15g，桂枝15g，秦艽15g，当归9g，川芎6g，桑枝15g，乳香9g，木香9g等。

加减：风盛，加防风、白芷各9g以疏风；寒盛，加附子先煎9g，细辛3g以温阳散寒；湿盛，加萆薢15g，薏苡仁30g以祛湿。

中成药：①寒湿痹颗粒，开水冲服，1次3g（无糖型）或5g（减糖型），1日3次，孕妇忌服，身热高烧者禁用；②风湿骨痛胶囊，口服，1次4粒，1日2次。

212湿热痹阻证

证候：四肢关节或肌肉局部红肿，重着，疼痛如燎，局部肤温升高，下肢关节尤甚，晨僵，活动受限，或关节积液，屈伸不利，或伴发热，口苦口黏，口渴不欲饮；或恶风发热，有汗不解，心烦口渴，便干溲黄，舌红，苔黄腻或燥，脉滑数或弦滑。

治法：清热通络，疏风胜湿。

方药：大秦艽汤加减。

秦艽15g，当归9g，羌活15g，石膏先煎30g，防风15g，白芷15g，川芎6g，白芍15g，生地黄15g，白术15g，黄芩9g，细辛3g。

加减：热邪不重，头痛胸闷，舌苔腻，脉滑数，加广藿香、佩兰各9g以芳香化湿；热毒盛，加蒲公英15g，忍冬藤30g以清热解毒；湿浊甚，加土茯苓15g以清热化湿；热灼伤阴，加玄参15g，牡丹皮15g以清热养阴。

中成药：①湿热痹颗粒，开水冲服，1次１袋，1日3次，服药期间忌食辛辣油腻之物，孕妇慎用，寒湿痹禁用；②四妙丸，口服，1次6g，1日2次。

213寒热错杂证

证候：肢体关节疼痛、肿胀，局部触之发热但自觉畏寒，关节屈伸不利；自觉发热，但局部触之不热，全身热象不显，舌淡苔白或黄，或黄白兼见，脉弦数。

治法：祛风散寒，清热除湿。

方药：桂枝芍药知母汤加减。

麻黄9g，桂枝15g，防风15g，知母9g，赤芍15g，防己9g，土茯苓15g，威灵仙15g，独活15g，川芎6g，细辛3g，甘草6g等。

加减：寒象明显，加附子先煎12g，姜黄15g以加强温经散寒通络；热象多于寒象，伴口干苦，可减少麻黄、桂枝、细辛用量；上肢痛甚，独活改羌活，加姜黄12g，桑枝30g以通上肢经络；下肢痛甚，加忍冬藤30g，络石藤30g，川牛膝9g以引药下行，加强清热通络止痛作用。

22缓解期

221痰瘀痹阻证

证候：关节漫肿日久，肌肉关节刺痛，痛处不移，关节肿大，肢体顽麻或重着，甚至强直畸形，屈伸不利，周围可见硬结，肌肤甲错或干燥无光泽，或关节肌肤紫暗，肿胀，按之稍硬，或关节僵硬变形，有硬结、瘀斑，面色黧黑，眼睑浮肿，或胸闷痰多，舌质紫暗，或有瘀斑，苔白腻或黄腻，脉细涩或细滑。

治法：活血化瘀，祛痰通络。

方药：身痛逐瘀汤合指迷茯苓丸加减。

当归9g，秦艽15g，桃仁9g，红花9g，香附15g，地龙9g，五灵脂包煎9g，没药9g，羌活15g，川芎6g，牛膝9g，甘草6g，法半夏9g，枳壳15g等。

加减：痰瘀不散，疼痛不已，加白花蛇3g，全蝎3g，蜈蚣5g以搜剔络脉；神疲乏力，面色无华，加黄芪15g，党参15g以益气扶正；痰瘀化热，加忍冬藤30g，牡丹皮15g以清热化痰；肢凉畏风，加麻黄9g，桂枝15g，细辛3g以温经散寒。

中成药：盘龙七片，口服，1次3~4片，1日3次。

222肾虚寒凝证

证候：关节冷痛而肿，肢冷不温，关节屈伸不利，晨僵，关节畸形，腰背酸痛，俯仰不利，面色白，畏寒怕冷，神倦懒动，天气寒冷，加重，舌淡胖，苔白滑，脉沉细。

治法：祛风散寒，除湿补肾。

方药：独活寄生汤加减。

独活15g，桑寄生15g，秦艽15g，防风15g，细辛3g，肉桂15g，杜仲15g，熟地黄15g，牛膝15g，当归9g，川芎6g，白芍15g，党参15g，黄芪15g，茯苓15g，甘草6g等。

加减：肾虚严重，加补骨脂15g，骨碎补9g，淫羊藿15g以补肾阳，祛风湿；寒甚，加附子先煎12g，干姜9g以散寒止痛；肢体僵硬，加白僵蚕9g，木瓜30g，薏苡仁30g以祛风渗湿解痉。

中成药：①尪痹颗粒，开水冲服，1次6g，1日3次，孕妇慎服；②益肾蠲痹丸，饭后开水送服，1次1袋，1日3次，月经期、经行量多暂停服，孕妇停服。

223肝肾阴虚证

证候：病久关节肿胀疼痛或酸痛，局部关节灼热疼痛，屈伸不利，形瘦骨立，腰膝酸软，头晕耳鸣，盗汗，失眠，舌红少苔，脉细数。

治法：滋阴清热。

方药：左归丸加减。

熟地黄15g，山药15g，枸杞子15g，山茱萸15g，牛膝9g，菟丝子15g，鹿角胶烊化9g，龟甲胶烊化9g，当归9g，鸡血藤30g，夜交藤30g，清风藤30g等。

加减：阴虚火旺，加知母、黄柏各9g以清热；关节肿胀，加苍术15g，薏苡仁30g以除湿消肿；关节强直、畸形，加全蝎3g，蜈蚣5g以活血搜邪。

中成药：①木瓜丸，口服，1次30丸，1日2次，服用期间忌食生冷食物，孕妇忌服；②滋阴壮骨丸，口服，1次9g，1日2次。

224气血亏虚证

证候：关节疼痛，肿胀僵硬，麻木不仁，行动不利，面色淡白，心悸，自汗，神疲乏力，舌淡苔薄白，脉细弱。

治法：补益气血，祛邪通络。

方药：黄芪桂枝五物汤。

黄芪15g，桂枝15g，白芍15g，熟地黄15g，苍术15g，薏苡仁30g，威灵仙15g，鸡血藤30g，夜交藤30g，清风藤15g等。

加减：关节冷痛较剧，加附子先煎12g以散寒止痛；上肢痛，加片姜黄15g以通上肢经络；下肢痛，加川牛膝9g以引药下行；关节强直、畸形，加全蝎3g，蜈蚣5g，蜂房9g，乌梢蛇9g以活血搜邪，并加补骨脂15g，续断15g等以补肾壮骨。

中成药：痹祺胶囊，口服，1次4粒，1日2~3次。

225正虚邪恋证

证候：关节疼痛，经久不愈，痛势绵绵，甚至彻夜不眠，日轻夜重，形体消瘦，面色萎黄，神疲乏力，腰膝酸软，舌淡苔薄白，脉细小弦。

治法：益肾培本，蠲痹通络。

方药：益肾蠲痹丸。

熟地黄15g，仙灵脾10g，肉苁蓉10g，鹿衔草10g，补骨脂10g，山茱萸10g，当归15g，鸡血藤15g，露蜂房5g，乌梢蛇9g，僵蚕9g，全蝎3g，蜈蚣3g，地龙10g，甘草6g。

加减：阴虚证患者服药后有咽干口燥表现，加生地黄10g，麦冬10g，石斛10g，泡茶饮服；身痒或皮疹，可用徐长卿15g，地肤子30g，煎汤送服。

3其他治法

31针灸

体针：上肢取穴肩髃、肩髎、曲池、尺泽、手三里、外关、合谷；下肢取穴环跳、阳陵泉、昆仑、太溪、解溪等，或根据疼痛肿胀部位采取局部取穴，或循经取穴。实证针用泻法，虚证针用补法，属寒者可加灸法，属热者可加用火针刺法。

32熏洗

321肢体关节畏风、怕凉，偏寒湿痹阻者，酌情选用祛风散寒除湿、温经通络药物，可用药物全身熏洗疗法，每次30分钟，1日1次。

322肢体关节肿胀热甚，偏湿热痹阻者，酌情选用清热除湿、宣痹通络之品，可用药物全身熏洗疗法，每次30分钟，1日1次。

33外敷

局部关节肿大变形，偏痰瘀痹阻者，酌情选用活血行瘀、化痰通络之品，可用中药外敷法，每次30分钟，1日1~2次。

34穴位注射

木瓜注射液、红花注射液或复方当归注射液，每次每穴注入05~08ml，每次选取3~4穴。

35直流电离子导入

多应用中药的浸出液，常用蒸馏水制成50%乙醇溶液或用50°的白酒浸泡中草药，进行局部导入。

ZYYXH/T1152008

ZYYXH/T1152008

## 多发性肌炎

多发性肌炎（Polymyositis，PM）是指各种原因引起的骨骼肌群的间质性炎性改变和肌纤维变性为特征的综合征。主要临床表现为受累骨骼肌无力，继之产生肌肉萎缩。如病变局限于肌肉则称为多发性肌炎，病变同时累及皮肤称为皮肌炎（Dermatomyositis，DM）。本病可发生在任何年龄，女性比男性多一倍。早期诊断、合理治疗，本病可获得满意的长时间缓解。成人患者可死于严重的进行性肌无力、吞咽困难、营养不良及吸入性肺炎或反复肺部感染所致的呼吸衰竭，儿童患者通常死于肠道血管炎和感染。本病属于中医学的“肌痹”、“痹病”、“痿病”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状

1111多发性肌炎：发病年龄多在30~60岁之间，病前多有感染或低热，主要表现为亚急性至慢性进展的对称性近端肌无力，在数周至数月内逐渐出现肩胛带和骨盆带及四肢近端无力，表现为蹲位站立和双臂上举困难，常可伴有肌肉关节部疼痛、酸痛和压痛，症状可对称或不对称；颈肌无力者表现抬头困难；部分患者可因咽喉部肌无力而表现为吞咽困难和构音障碍；如呼吸肌受累，可有胸闷及呼吸困难；少数患者可出现心肌受累；本病感觉障碍不明显，腱反射通常不减低，病后数周至数月可出现肌萎缩。

1112皮肌炎：发病率在儿童与成人相仿，儿童男女相当，成人女性多见。皮炎可在肌炎前或与肌炎同时出现，肌无力表现与PM相似，皮肤改变与肌炎的表现同在。典型的皮肤改变是面部呈蝶形分布于双侧颊部和鼻梁的紫色斑疹，在眶周、口角、颧部、颈部、前胸、肢体外侧、指节伸侧和指甲周围的红斑和水肿，尤以上睑部淡紫色的红斑和水肿最为常见，早期的充血性皮疹为红色，以后逐渐转为棕褐色，后期呈现脱屑、色素沉着和硬结。

1113合并其他结缔组织病：约有20％的PM、DM患者合并红斑狼疮、类风湿性关节炎、干燥综合征、风湿热和硬皮病等，约1/4的患者可并发恶性肿瘤如肺癌等。40岁以上发生肌炎，尤其是皮肌炎者须高度警惕潜在恶性肿瘤的可能性，应积极寻找原发病灶，一时不能发现病灶者应定期随访，有时需数月至数年才可能被发现。

112体征

1121多发性肌炎：肢带肌（肩胛带肌、骨盆带肌及四肢近端肌肉）和颈前肌呈现对称性软弱无力，伴肢体近端肌肉酸痛和压痛。

1122皮肌炎：除有多发性肌炎的表现外，皮肤特殊性皮疹（包括上眼睑紫红色斑和以眶周为中心的紫红色斑；掌指关节伸面的Gottron丘疹等）。

12理化检查

121实验室检查：急性期可有血白细胞增多。约半数患者血沉加快。肌酸肌酶（CK）、乳酸脱氢酶（LDH）、谷草转氨酶（AST）、谷丙转氨酶（ALT）等血清酶活性明显增高，其增高程度与病变的严重程度相关。24小时尿肌酸增加，部分患者可见肌红蛋白尿。合并抗核抗体（ANA）阳性提示合并有系统性红斑狼疮或结缔组织病。

122肌电图：可见自发性纤颤电位和正相尖波，即以肌原性损害为主，少数患者可为肌原性与神经源性损害同时存在。

123MRI：能清楚地显示肌肉病变的部位、病损程度与分布情况，T1为低或等信号，T2为高信号，受累肌肉以炎症水肿样病变为主。

124肌肉活检：对诊断本病起着决定性作用。光镜下可见巨噬细胞和淋巴细胞浸润、细胞核内移、空泡形成、肌纤维大小不等，肌纤维纤维化及血管内皮细胞增生等。由于PM的病损呈斑块样分布，肌肉活检有时一次不能发现异常。

13诊断要点

131对称性近端肌无力，伴或不伴吞咽困难和呼吸肌无力。

132血清肌酶升高，特别是CK升高。

133肌电图异常：肌原性损害，有插入电位延长、纤颤及正相电位、短时限的多相电位和重收缩时的病理干扰相。

134肌活检异常：可见肌纤维变性、坏死、被吞噬和再生，间质有炎症细胞浸润和纤维化。

135特征性的皮肤损害。

具备前4项者，可确诊PM；具备上述1~4项中的3项可能为PM，只具备2项为疑诊PM。具备第5条，再加3项或4项可确诊为DM；第5条，加上2项可能为DM；第5条，加上1项为可疑DM。

2辨证论治

本病病位在肢体肌肉，多因风湿之邪侵于肌肤，困阻卫阳，致卫阳不能温煦；或因七情内伤，郁久化热生毒，致使阴阳气血失衡，气机不畅，瘀阻经络，正不胜邪，毒邪犯脏所致。本病初期多表现为风湿毒邪壅盛，治疗宜祛邪解毒；在中、后期则常表现为虚证，治当扶正为主，兼以祛邪。同时在各期都应加通络和营之品，以达到营血调和，经络畅达，通痹防痿之功。

21急性期

211毒热炽盛证

证候：发热，肌肉关节疼痛无力，皮肤痈疡疔毒，便干尿赤，舌红绛，苔黄厚，脉数。

治法：凉血解毒，活血止痛。

方药：黄连解毒汤加减。

黄芩10g，黄连12g，黄柏12g，栀子12g，赤芍15g，牡丹皮15g等。

加减：便秘，加大黄10g以导滞通便；血热发斑，加玄参15g，生地黄15g以凉血止血；壮热，口渴，汗多，则重用石膏先煎30g，加金银花15g，连翘15g以清热解毒祛邪；恶心、呕吐黄水，加竹茹10g，紫苏叶9g以清心和胃。

中成药：①清开灵口服液，口服，1次20~30ml，1日2次；②抗病毒口服液，口服，1次10ml，1日2~3次；③新癀片，口服，1次2~4片，1日3次。

212湿热蕴结证

证候：发热，肌肉疼痛，重着无力，腹胀纳差，大便黏软不爽，小便赤，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热除湿，和营通络。

方药：宣痹汤加减。

防己10g，杏仁10g，滑石15g，连翘15，栀子12g，薏苡仁30g，半夏9g，蚕砂包煎10g，赤小豆20g。

加减：痛甚，加姜黄15g，海桐皮15g以通络止痛；湿盛伴胸脘痞闷，肢重且肿，加厚朴10g，茯苓15g，泽泻15g以健脾益气，理气化湿；长夏雨季，加广藿香15g，佩兰15g以芳香化浊，健脾除湿。

中成药：①二妙丸（水丸），口服，1次6~9粒，1日2次；②清开灵口服液，口服，1次20~30ml，1日2次。

22缓解期

221阴虚内热证

证候：消瘦，肌肉关节疼痛痿软无力，局部皮肤暗红或不明显，心烦梦多，低热盗汗，小便黄少，大便干，舌质红苔黄，脉细数。

治法：清热养阴通络。

方药：知柏地黄汤加减。

知母12g，黄柏12g，熟地黄18g，山茱萸18g，山药30g，泽泻15g，牡丹皮10g，茯苓15g。

加减：腰背酸软，肌肉瘦削较明显，加狗脊15g，续断15g，肉苁蓉10g以补肝肾，壮腰膝；病久阴损及阳，畏寒，阳痿，小便清长，舌淡，脉沉细无力，加紫河车粉冲服5g以温补肾阳。

中成药：①知柏地黄丸（水蜜丸），口服，1次6g，1日2次；②六味地黄丸（浓缩丸），口服，1次8丸，1日3次。

222气血亏虚证

证候：病程较久，进展缓慢，神疲，肌肉酸痛无力，不能久立，甚则肌肉渐脱，皮肤干燥，心悸气短，食少懒言，头晕自汗，失眠健忘，舌淡胖，苔白，脉细弱。

治法：气血双补。

方药：十全大补汤或补中益气汤加减。

十全大补汤：白芍12g，当归12g，熟地黄18g，川芎15g，党参30g，白术30g，茯苓15g，炙甘草10g。

补中益气汤：黄芪60g，党参30g，白术30g，当归12g，炙甘草10g，升麻9g，柴胡9g，陈皮9g。

加减：面色少华，心悸气短，重用黄芪，加枸杞子15g，龙眼肉15g以补气血，宁心神；少气懒言，动则气喘，重用黄芪30g，加五味子10g，麦冬15g，或加西洋参单煎15g以益气养阴；肌肉萎缩日久，加制马钱子冲服03g以温阳通经。

中成药：①人参养荣丸（大蜜丸），口服，1次1丸，1日2次；②人参归脾丸（大蜜丸），口服，1次1丸，1日2次。

223阴阳两虚证

证候：病程较久，肌肉酸痛无力，肢体麻木不仁，皮肤干燥，视物昏花，食少懒言，畏寒或气短，腰酸腿软，舌质淡苔白，脉沉细。

治法：滋阴壮阳。

方药：以阳虚为主可用阳和汤或附子汤加减；以阴虚为主可用六味地黄汤或大补阴丸加减。

阳虚为主：麻黄5g，白芥子12g，炮姜炭3g，甘草6g，熟地黄30g，鹿角胶烊化9g，肉桂3g，党参30g，白术15g。

阴虚为主：山茱萸18g，山药30g，熟地黄18g，泽泻15g，牡丹皮10g，茯苓15g，龟甲胶烊化30g，黄柏12g，知母12g。

加减：阴阳两虚明显，加仙灵脾15g，补骨脂15g，巴戟天12g以温肾壮阳；肌枯肢痿，加川芎10g，鳖甲先煎15g以滋阴活血通络；兼气虚血少，加黄芪20g，桂枝9g，大枣5g以补虚通脉；兼有血瘀之象，加桃仁10g，红花10g，川芎10g以通络行瘀。

中成药：①十全大补丸（水蜜丸），口服，1次6g，1日2~3次；②人参养荣丸（大蜜丸），口服，1次1丸，1日2次。

3其他治法

31熏洗

海风藤30g，豨莶草30g，虎杖30g，络石藤30g，煎水外洗，1日1次，适于湿热证。

透骨草30g，桂枝20g，红花15g，细辛3g，防风15g。煎水浸洗，1日1次，适用于病情较久者。

32针刺

321体针：取穴足三里、上巨虚、下巨虚、三阴交、曲池、肾俞、阳陵泉、肩髃、委中、承山穴。针用平补平泻法，主要用于病情较久者及气血不足肌肉萎缩者。

322耳针：取穴肺、脾、肾、交感、肾上腺、内分泌、皮质下、肩关节、膝、臀。每次选取5~6穴，王不留行贴压，左、右耳交替。

ZYYXH/T1162008

ZYYXH/T1162008

## 白塞病

白塞病（Behcets disease），又称白塞综合征（Behcets syndrome），是以口腔溃疡、生殖器溃疡和眼色素膜炎为主要临床表现的一种综合征。该病的发生多与感染、遗传、免疫异常等有关。口腔、皮肤、生殖器、眼和关节为本病的好发部位，可累及多个系统。病情呈反复发作和缓解交替，部分患者遗留视力障碍，少数因内脏受损可危及生命，大多数患者预后良好。本病属于中医学的“狐惑病”范畴。

1诊断依据

11临床表现

111一般症状：患者以青、壮年为主，20~30岁患者占74％，在东亚以女性多见，而中东则男性多见，各系统均可累及。本病多呈慢性病程，间以急性发作，往往先累及一处，反复发作，经相当长的时间后会相继累及其他部位。急性发作或慢性病程中的急性表现主要是发热、头痛、乏力、食欲不振和关节疼痛等。热型不定，576％的病例于夏天发生低热，少数持续高热。

112口腔溃疡：表现为复发性口腔溃疡，1年至少发作3次，见于98％的患者，且多数为首发症状。口腔溃疡好发于舌、颊黏膜、牙龈及唇等处，呈圆形或椭圆形疼痛性溃疡，直径2~10mm，境界清楚，中心为淡黄色坏死性基底，周围为鲜红色晕，可单独或成批出现。持续1~2周后消失，不留瘢痕，但亦有持续数周最后遗留瘢痕者。

113生殖器溃疡：约75％的患者有此症状。单发者为多，好发于龟头、阴道、阴唇和尿道口，也见于阴囊、肛周和会阴等处。男性疼痛重于女性。溃疡外观和病程与口腔溃疡类似，但发生次数较少，数目亦少。

114眼部病变：发生率平均50％，常见的眼部病变为虹膜睫状体炎、前房积脓、结膜炎和角膜炎，重者可发生脉络膜炎、视神经乳头炎、视网膜炎、视神经萎缩及玻璃体病变，可导致青光眼、白内障和失明。

115皮肤损害：①结节性红斑样损害：好发于下肢，尤以小腿的皮下结节多见，蚕豆至胡桃大，疼痛和压痛，皮肤颜色淡红、暗红、紫色不等，几个至10余个不等，病程1月左右消失，但新损害不断出现，极少破溃；②毛囊炎样损害：见于头、面、胸、背、下肢、阴部等处，损害多少不一，反复发作，特点是顶端为小的脓头，周围红晕较宽，细菌培养阴性，抗生素治疗无效；③同形反应（针刺反应）：用生理盐水皮内注射，无菌针头皮内刺入，以及静脉穿刺等，均可于24小时左右在受刺部位出现毛囊炎和脓疱，48小时左右最明显，以后逐渐消退。此种反应阳性者达40％~70％，对本病诊断有价值。

口腔溃疡、眼部损害、生殖器溃疡及皮肤损害可先后发生，亦可同时或交替出现。若全程仅见1~2种症状者，临床上称为不全型。

116其他系统表现：还可出现关节、胃肠道、肺、心、肾、附睾及中枢神经系统等病变。

12理化检查

121血清非特异性检查：可有贫血、白细胞增多、血沉快、α2及γ球蛋白增加，部分病例C反应蛋白阳性，类风湿因子阳性，血清黏蛋白及血浆铜蓝蛋白增加。部分患者可检出抗口腔黏膜自身抗体、细胞免疫功能降低等。

122组织病理：各部位损害的共同病理改变是细小血管内病变特别是细静脉炎，有渗出和增生两种病变。急性渗出性病变为管腔充血，管壁水肿，内皮细胞肿胀，管腔内血栓形成，管壁及其周围组织内纤维蛋白沉积或纤维蛋白样变性，中性粒细胞浸润和红细胞外溢，有时可见以中性粒细胞为主的脓样表现；增生性病变中主要是内皮细胞和外膜细胞增生，管壁增厚，可有肉芽肿形成，并可见淋巴细胞和少许多核巨细胞。

13诊断要点

1990年Behcet综合征国际研究组织制定了Behcet综合征的诊断要点（表116-1）。根据此诊断要点，要诊断本病必须有复发性口腔溃疡，同时伴有复发性生殖器溃疡、眼损害、皮肤损害及针刺反应这4项中的2项及2项以上。

表116-1Behcet综合征的诊断要点

临床表现定义

复发性口腔溃疡由医师或患者观察到的小aphtha溃疡、大aphtha溃疡或疱疹样溃疡，在12个月中至少发生3次

复发性外阴溃疡由医师或患者观察到的aphtha溃疡或瘢痕

眼损害由眼科医师经裂隙灯检查明确的前葡萄膜炎、后葡萄膜炎或玻璃体浑浊及视网膜血管炎

皮肤损害

由医师或患者观察到的结节性红斑、毛囊炎样损害或丘疹脓疱样损害及未接受激素治疗的青春期后的痤疮样结节

阳性的病理反应性试验（针刺反应）在24~48小时内由医师判断的皮肤试验阳性

2辨证论治

本病以肝、脾、肾三脏受损为本，湿热蕴毒为标。病期短，脏腑虚象不明显，多为肝脾湿热蕴毒实证，治疗原则应以清肝利湿，和脾解毒为主；病期长，脏腑虚象较为突出，多为肝肾阴亏或脾肾阳虚之证，治疗原则应以滋补肝肾，健脾益气为主。

21肝脾湿热证

证候：起病急，病期短，头痛，羞明，口腔黏膜及外阴溃疡，小如芥，大如豆，自觉灼热疼痛，或有下肢红斑结节，潮红灼热而痛。急性期可见发热畏寒，少数有高热，心烦，汗出，关节酸痛，胸胁闷胀，纳呆，口苦咽干，妇女带下黄稠，舌质淡红，苔黄腻，脉濡数或弦数。

治法：清热除湿，柔肝和脾。

方药：龙胆泻肝汤合五苓散加减。

柴胡9g，黄芩10g，栀子10g，龙胆草6g，泽泻10g，茯苓15g，猪苓10g，生地黄15g，川木通6g，甘草6g。

加减：溃疡难愈，加天花粉15g，大黄8g以清热消肿排脓；目赤多泪，加蔓荆子15g，蒺藜15g以疏风清热；眼痛较剧，加细辛3g，延胡索12g以通窍止痛；前房积脓，加紫花地丁12g，茵陈后下15g以清热解毒消肿。

中成药：龙胆泻肝丸，口服，1次6g，1日2次。

22肝气郁结证

证候：反复发生口腔及外阴溃疡，皮肤出现红斑结节，胸胁胀满，双目干涩，视物不清，月经前或行经期加重，经色暗红，或夹血块，舌质紫暗，或瘀斑，苔少，脉细涩。

治法：疏肝理气，活血化瘀。

方药：柴胡清肝饮加减。

柴胡6g，栀子10g，当归8g，生地黄12g，茯苓12g，白芍10g，延胡索12g，桃仁10g，红花6g，赤小豆20g，白花蛇舌草20g，牡丹皮12g。

加减：外阴溃疡并见黄白带下，加赤石脂15g，海螵蛸15g，金樱子15g，煅龙骨先煎30g以固涩止带；结膜炎，加菊花15g，谷精草10g，蝉蜕5g以疏风清热；月经不调或经前加重，加益母草20g，乌药5g以理气活血；结节顽固难愈，加络石藤15g，皂角刺10g，三棱10g，莪术10g以活血通络。

中成药：逍遥丸，口服，1次9g，1日2次。

23肝肾阴虚证

证候：病程日久，口腔及外阴溃疡时轻时重，头目眩晕，月经不调，遗精，口干口苦，手足心热，舌质红或红绛，少苔或无苔，脉细数。

治法：滋补肝肾，养阴清热。

方药：六味地黄丸加减。

生地黄20g，山药15g，山茱萸15g，茯苓15g，泽泻15g，玄参15g，地骨皮15g，女贞子15g，麦冬15g，牡丹皮10g，五味子10g，甘草6g等。

加减：溃疡反复，加西洋参单煎10g以益气敛疮；目赤翳肿，加菊花15g，旱莲草15g以疏风清热。

中成药：六味地黄丸，口服，1次9g，1日2次。

24脾肾阳虚证

证候：病程较长，乏力，少气懒言，手足不温，纳差，五更泻，下肢浮肿，月经不调，遗精阳痿，长期反复出现口腔溃疡及外阴溃疡，伴有结节性红斑，病情有遇寒加重、冬季尤甚的倾向，多种合并症相继发生，舌质淡红，苔薄白或少苔，脉细弱。

治法：健脾补肾，益气温阳。

方药：四君子汤合金匮肾气丸加减。

党参10g，茯苓10g，白术10g，陈皮10g，甘草10g，白芍12g，补骨脂12g，益智仁12g，砂仁后下6g，山药15g，薏苡仁15g，附子先煎6g等。

加减：外阴溃疡日久不愈，加黄芪20g，白及10g，地榆10g以益气敛疮；足踝湿肿，加猪苓10g，车前子包煎15g，五加皮10g以利湿消肿；腰膝酸软无力，加菟丝子15g，续断15g，盐杜仲15g以补肾健腰。

中成药：金匮肾气丸，口服，1次9g，1日2次。

3其他治法

31单方验方

311白塞方：附子先煎、半夏、党参、白术、茯苓、三棱、归尾、赤芍各10g，肉桂、干姜、红花、甘草各6g。水煎服。

312治惑丸：槐花、苦参各60g，芦荟30g，干漆2g，木香、桃仁各60g，青葙子、雄黄、水牛角各30g，研细末，水泛为丸如绿豆大，滑石为衣，口服，1次6~10g，1日2~3次。

313温清饮：当归、生地黄各4g，赤芍、黄芩各3g，黄连、黄柏各15g。水煎服。

314熊胆蒙花散：熊胆粉、黄连、密蒙花、蒺藜、木贼、黄柏、淡竹叶。研细末，饭前口服，1次5g，1日3次。

32中成药

①雷公藤片：口服，1次2片，1日3次。②昆明山海棠片：口服，1次2~3片，1日2次。

33针刺与拔罐

331体针：取穴合谷、肺俞、内关、少冲、风池、足三里、列缺、三阴交，实证针用泻法，虚证针用补法或平补平泻法。

332在局部麻醉下，用三棱针在大椎穴进行挑刺，再以火罐拔出皮下瘀血。

34外用

341辨证选用青黛膏、黄连膏、金黄膏、生肌膏，外涂溃疡处，1日1次。

342鸡蛋黄油外搽溃疡处，1日1次。

343西瓜霜、锡类散或冰硼散外掺溃疡处。

344苦参30g，千里光、鱼腥草各60g，煎水外洗患处，1日2次。

345金银花、板蓝根各20g，煎水500ml，漱口用。

ZYYXH/T1172008

ZYYXH/T1172008

## 干燥综合征

干燥综合征（Sjgrens syndrome，SS）是一种以外分泌腺大量淋巴细胞浸润为特征的自身免疫性结缔组织病的近缘病，主要侵犯泪腺和唾液腺，以眼和口腔干燥为主症。本病有原发性和继发性两类：前者有干燥性角膜结膜炎和口腔干燥，不伴其他结缔组织病；后者则伴发结缔组织病或其他疾病。其发病机制尚不清楚，免疫紊乱是本病的基础。本病在我国人群的患病率为03%~07%，在老年人群中患病率3％~4％。任何年龄都可发病，以中年女性多见，男女比例为1∶9~20。本病预后取决于病变的累及范围及严重程度；若是继发性者，则取决于伴发的结缔组织病，发生恶性淋巴瘤者预后差。本病属于中医学的“燥病”范畴。

1诊断依据

11临床表现

90％以上患者是女性，多发于40~50岁，多数呈隐袭起病和缓慢进展，少数呈急性起病和快速进展。

111眼：主要呈干燥性角膜炎，眼干燥发痒或疼痛，有异物感或烧灼感、视力模糊似有幕状物，畏光，角膜浑浊，可见散在浸润点和小血管增生，有糜烂或溃疡，严重时角膜可穿孔，合并虹膜脉络膜炎、结膜炎时可见球结膜血管扩张、分泌物多、泪液少、少数泪腺肿大，易并发细菌、病毒和真菌感染。

112口腔：初起或轻度病变时，常不易为患者察觉或重视，较重时唾液少，常影响食物咀嚼和吞咽，舌红、干燥或有裂隙，活动不便，可发生溃疡，龋齿和齿龈炎常见，牙齿可呈粉末状或小块破碎掉落，口腔、唇和口角黏膜干燥破裂，有口臭。约半数病例腮腺可反复发生肿大，严重肿大时状如松鼠样脸，质地中等硬度。若腮腺质地坚硬或呈结节状，提示有肿瘤可能，颌下腺亦可肿大。

113皮肤：约有半数病例表现皮肤干燥，有的表面有鳞屑，如鱼鳞病样，有的患者诉全身性瘙痒，外生殖器、肛门、阴道等皮肤黏膜可干燥或萎缩，毛发干枯、稀疏、易脆断，有报道可发生结节性红斑、非血小板减少性紫癜、雷诺现象和血管炎等。

114呼吸道：鼻黏膜腺体受侵犯引起分泌物减少，发生鼻腔干燥，鼻痂形成，常有鼻出血和鼻中隔炎。欧氏管被痂皮堵塞可发生浆液性中耳炎，导致传导性耳聋。咽喉干燥，有声音嘶哑，痰液稠黏。可并发气管炎、支气管炎、间质性肺炎、肺纤维化、肺不张和胸膜炎，有的无临床明显肺部病变的患者经肺功能检测，可有限制性换气障碍和气体弥散能力下降。

115消化道：食管干燥可使吞咽困难，偶见环状软骨后食管狭窄，胃黏膜可因腺体淋巴细胞浸润增大，胃酸分泌物减少形成鹅卵石样假癌。急性或慢性复发性胰腺炎少见，对胃泌素和促胰酶素的反应有障碍，提示亚临床型胰腺炎较常见。约20％病例肝脾肿大。

116泌尿道：约30%病例发生肾病变，常见的为间质性肾炎。有肾小管功能缺陷，呈肾小管酸中毒，低钾软瘫有时为SS病的早期表现。尚可有肾性糖尿、氨基酸尿、磷酸盐尿和尿酸排出增多，亦有并发肾小球肾炎。

117淋巴结：局部或全身淋巴结可肿大。

118神经系统：有单发或多发性脑神经累及，以三叉神经受累多见，亦有周围神经炎报道。

119其他：可有局灶性肌炎和轻型复发性侵蚀性关节炎，亦可有动脉炎，累及小动脉至中等大小动脉，并引起皮肤溃疡和周围神经病变等。

继发性干燥综合征常合并结缔组织病和相关疾病，最多见的为类风湿性关节炎（35％~55％），其他有系统性红斑狼疮、硬皮病、结节性多动脉炎、混合结缔组织病、桥本甲状腺炎、原发性胆汁性肝硬化、慢性活动性肝炎、糖尿病等。

12理化检查

12125％的患者有轻度正细胞正血色素贫血，30%的患者有白细胞减少，25％有轻度嗜酸性粒细胞增多症，90％以上的患者有血沉增快，抗人球蛋白试验（Coombs试验）可阳性，70％以上病例类风湿因子（RF）阳性，免疫复合物（CIC）增高，血清补体正常或增高，如合并血管炎时可降低。

122组织病理以皮肤作直接免疫荧光检测，示表皮基底层下有IgG沉着。从唇、腭或鼻黏膜做活组织检查，其特征性病理改变为泪腺、腮腺和颌下腺内呈大量淋巴细胞浸润，以B淋巴细胞为主，重度病例B细胞可形成淋巴结生发中心，腺体萎缩，导管的上皮细胞增殖形成上皮－肌上皮细胞岛，腺管狭窄或扩张，后期被纤维组织替代。其他部位的小唾液腺和呼吸道、消化道等黏膜腺体中具有同样变化，腺外的淋巴细胞浸润可累及肺、肾或骨骼肌等，引起相应组织的功能障碍。

13诊断要点

131症状特征

Ⅰ.口腔症状：3项中有1项或以上：①感到口干，持续1个月以上；②成人腮腺反复或持续肿大；③吞咽干性食物时，需用水帮助。

Ⅱ.眼部症状：3项中有1项或以上：①感到不能忍受的眼干，持续1个月以上；②有反复的沙子进眼或砂磨感；③需用人工泪液，3次或3次以上。

Ⅲ.眼部体征：下述检查任一次或以上阳性：①Schirmer 1试验（＋）（≤5mm/5min）；②角膜染色（＋）（≤4 Van Bijsterveid计分法）。

Ⅳ.组织学检查：小唇腺淋巴细胞灶≥1

Ⅴ.唾液腺受损：下述检查任一次或以上阳性：①唾液流率（＋）（≤15ml/15min）；②腮腺造影（＋）；③唾液腺同位素检查（＋）。

Ⅵ.自身抗体：抗SSA或抗SSB（＋）（双扩散法）

132诊断的具体要求

原发性干燥综合征：无任何潜在疾病情况下，满足下述任何一个条件：上述标准项目中4条或4条以上，但Ⅳ和Ⅵ项目中至少有1条阳性；在Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ项目中，任3条阳性。

继发性干燥综合征：患者有潜在疾病（如任一结缔组织病），尚符合项目中Ⅰ和Ⅱ中任意1条，同时符合Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ中任意2条。

诊断原发性或继发性SS，均必须除外：颈及头面部放疗史，丙肝感染，AIDS，淋巴瘤，结节病，抗乙酰胆碱药的使用（如阿托品、莨菪碱、溴丙胺太林、颠茄等）。

2辨证论治

本病以肝肾阴虚，精血不足为本，不能濡润脏腑、四肢百骸，故有以燥象为主相伴而生的全身性阴虚内热诸症的出现。治疗原则应以滋补肝肾，养阴润燥为主。

21毒热阴虚证

证候：目赤，口干喜饮，唇焦燥渴，关节、肌肉酸痛，毛发干燥、稀少而脆、易落，兼身热恶风，偶有壮热，舌质红，苔少，脉细数。

治法：清营解毒，养阴润燥。

方药：犀角地黄汤加减。

水牛角先煎30g，赤芍15g，生地黄20g，玄参20g，丹参15g，石膏先煎30g，北沙参15g，山药20g，黑豆20g，赤小豆20g，桔梗10g等。

加减：关节、肌肉酸痛，加秦艽15g，鸡血藤20g以活血通络止痛。

中成药：琼玉膏，口服，1次15g，1日2次。

22阴虚燥热证

证候：口眼干燥，渴不欲饮或饮不解渴，低热，涎腺肿大，面色潮红，五心烦热，头晕失眠，或有干咳，或痰黏干不易咯出，舌质红，苔薄而干，或少苔，脉细数。

治法：养阴清热，生津润燥。

方药：一贯煎加减。

生地黄30g，石斛15g，天花粉12g，太子参20g，浮小麦20g，枸杞子15g，旱莲草15g，女贞子20g，黄柏10g，知母10g，山茱萸12g，五味子10g等。

加减：干咳，加北沙参20g，杏仁10g，麦冬15g以宣肺养阴止咳。

中成药：玄麦甘桔胶囊，口服，1次3~4粒，1日3次。

23湿热蕴阻证

证候：涎腺肿大，口眼干燥，口苦，口臭，口中黏腻不适，口角有白色分泌物，可伴有胸闷腹胀，尿涩痛难解，或有低热，舌质红，苔白腻或黄腻，脉滑数。

治法：化湿清热，解毒通络。

方药：龙胆泻肝汤加减。

龙胆草6g，栀子12g，黄芩10g，柴胡10g，夏枯草15g，生地黄15g，天花粉10g，泽泻15g，川木通6g，板蓝根20g，僵蚕10g，甘草10g。

加减：湿偏重，胸闷腹胀明显，加苍术10g，厚朴10g，广藿香15g，陈皮10g以理气芳香化湿。

中成药：①龙胆泻肝丸，口服，1次9g，1日2次；②玄麦甘桔胶囊，口服，1次3~4粒，1日3次。

24气阴两虚证

证候：病程较长，多系晚期症状，少气懒言，倦怠乏力，双目干涩，视物不明，口干唇燥，咽干少津，五心烦热，形体干瘦，牙齿色枯欠润，皮肤干燥发痒，关节酸痛，大便秘结，阴门干涩，舌质红边有齿痕，苔少或无苔，脉虚细且数。

治法：益气养阴，凉血润燥。

方药：七味白术散加减。

党参15g，白术10g，茯苓15g，木香6g，山药15g，生地黄20g，白芍15g，天冬15g，麦冬15g，山茱萸12g，白花蛇舌草15g，甘草6g，牡丹皮9g，赤芍9g。

加减：关节疼痛，加鸡血藤15g，首乌藤15g，秦艽10g以活血通络止痛；皮肤干痒，加乌梢蛇15g，全蝎5g，蜈蚣5g以搜风止痒。

中成药：养阴清肺膏，口服，1次10~20ml，1日3次。

25痰瘀壅滞证

证候：口鼻干燥，颈项处可触及大小不等的痰核，腮部肿硬，关节、肌肉酸痛，肢端冰冷，色泽紫暗而失红活，苔少，脉细涩。

治法：活血化瘀，化痰散结。

方药：血府逐瘀汤加减。

当归尾10g，桃仁10g，红花5g，赤芍15g，牡丹皮15g，玄参15g，土贝母15g，山慈菇10g，茯苓15g，夏枯草15g，连翘10g，甘草6g。

加减：胁肋胀痛，加郁金15g，白芍15g，延胡索15g以理气舒肝止痛；颈部淋巴结硬肿，加猫爪草15g，土鳖虫5g，浙贝母10g以化痰软坚散结。

中成药：复方丹参片，口服，1次3片，1日3次。

3其他治法

31单方验方

311鲜芦根30g，甘草10g，加水适量煎汤，代茶时时饮之，有生津润燥的功效。

312山药粉30g，每日早晨空腹用温开水送服，晚上临睡前取蜂蜜60ml，温开水送服。

32针刺

主穴：气海、关元、曲骨、肾俞、命门。针用补法，2日1次。此法对治疗和预防阴道干涩效果良好。

33外涂

331唇燥、鼻干、阴门干涩可任意选用皲裂膏、生肌玉红膏、胡桃仁油、蛋黄油外涂，1日2~3次。

332凡见皮肤干燥发痒，选用复方蛇脂软膏等外涂患处，1日2次。

333维肤膏、玫芦皮疾灵各1支，两药混合拌匀，外涂患处，1日2次。适用于唇燥、鼻干、阴门干涩，皮肤干燥发痒。

ZYYXH/T1182008

ZYYXH/T1182008

## 强直性脊柱炎

强直性脊柱炎（ankylosing spondylitis，AS）是一种主要侵犯中轴关节的全身性、慢性、进行性炎症疾病。病变累及骶髂关节、脊柱和外周关节，以及眼、心、肺等多器官。本病病因尚不明确，有家族发病趋势，85%~95%患者与遗传、感染、创伤、环境、内分泌及自身免疫等因素有关。骨的附着端炎症是本病的特征性病理改变，即附着于骨的肌腱、韧带、关节囊等的炎症，发生在骶髂关节、椎间盘的纤维环、锥体周围韧带、跟腱等处。早期淋巴细胞、浆细胞浸润，随后肉芽组织形成，破坏相应部位的软骨和骨，最后纤维化或骨化。该病对患者的工作和生活会产生不同程度的影响，少数出现残疾。本病属于中医学的“痹证”范畴，并可参照“腰痛”、“龟背风”、“竹节风”等进行治疗。

1诊断依据

11临床表现

111症状

多数起病缓慢，有乏力、纳差、消瘦、低热等。

约90%的患者最先出现骶髂关节炎，腰骶部或臀部疼痛是最常见的症状，可放射至大腿及腹股沟，伴僵硬感，休息不能缓解，活动后可以减轻。

脊柱自上而下受累，出现颈痛、胸痛、腰背痛和僵硬，伴活动受限，驼背畸形，最后整个脊柱强直。

胸肋关节、诸椎关节受累，出现束带状胸痛，吸气、咳嗽、打喷嚏时加重，胸廓扩张受限。还可出现髂嵴、大转子、足跟等部位的疼痛或压痛，晚期髋关节僵直。

外周关节病变多为非对称性关节肿痛、僵硬，以下肢髋、膝、踝关节多见，鹤膝风样肿痛，足跟似腊肠样肿痛。

关节外病变以眼部最多见，如急性前葡萄膜炎或虹膜炎、结膜炎等，晚期病情较重者，可有主动脉瓣关闭不全、心脏传导阻滞、心包炎、肺纤维化、肾病综合征和肾损害等。

112体征：常见体征有骶髂关节压痛，脊柱前屈、后伸、侧弯和转动受限，胸廓活动度减低，枕墙距、指地距>0，“4”字实验阳性，Schober实验<4cm。

12理化检查

121实验室检查：缺乏特异性指标，主要用于病情活动性估计和疗效判断。血常规：可有轻度贫血和白细胞升高。血沉和C反应蛋白升高。约50%的患者血清碱性磷酸酶、肌酸激酶升高。类风湿因子阴性，血清IgA、IgG、IgM可增加。约90％的患者HLA-B27阳性。

122影像学检查：为诊断关键，具有特异性。

X线检查：①骨盆正位片：双侧骶髂关节炎。根据纽约标准，分为5级：0级为正常；Ⅰ级为可疑改变，可见骨质疏松、关节间隙增宽，可疑的骨质侵蚀和关节面模糊；Ⅱ级为轻度异常，关节面微小破坏，关节边缘模糊，略有硬化，可见囊性变；Ⅲ级为中度异常，关节破坏与重建，关节间隙明显变窄，边缘模糊，明确的囊性变，关节两侧硬化，密度增高；Ⅳ级为严重异常，以硬化为主，关节间隙消失，关节融合、僵直。②脊柱正、侧位片：椎体骨质疏松，椎小关节模糊，椎体方形变，椎旁韧带钙化及骨桥形成，晚期脊柱竹节样变。③周围关节：髋关节受累可表现为侵蚀性病变、关节间隙变窄、骨赘形成等，可引起骨性强直。

CT或MRI检查：适宜早期诊断，发现骶髂关节轻微病变可以明确诊断。

13诊断要点

参照1984年修订的纽约标准：

临床标准：①下腰痛至少3个月,活动后改善,但休息不缓解；②腰椎前屈、后伸和侧弯活动受限；③胸廓活动度小于同年龄和同性别的正常值。

肯定强直性脊柱炎：单侧Ⅲ~Ⅳ级或双侧Ⅱ~Ⅳ级骶髂关节炎，加1项以上临床标准。

2辨证论治

本病主要病机多为肾及督脉亏虚，气血不足，风寒湿热等外邪侵袭，经络痹阻，不通则痛。其标在经络，本在肾脏，且与督脉、足太阳经脉密切相关。治随证出，外感寒湿宜温散；湿热宜清化；闪挫气滞要顺气疏导；血瘀者化瘀，佐以理气。久病肾及督脉亏虚，脏气失调，虚证为主，须视其所伤之不同，予以补养。劳伤气血者补气养血；房劳伤精者补元益精；气滞、痰阻、水停、火结，视其所因而和之，待病情缓解，更要补肾壮督，扶助正气。

21寒湿痹阻证

证候：腰骶、脊背酸楚疼痛，痛连颈项，伴僵硬和沉重感，转侧不利，阴雨潮湿天加重，得温痛减，或恶寒怕冷，或伴双侧腰部冷痛，舌质淡，苔薄白腻，脉沉迟。

治法：散寒除湿，温经通络。

方药：蠲痹汤合肾着汤加减。

羌活15g，独活15g，酒当归10g，姜黄15g，炙黄芪15g，白芍15g，防风9g，干姜9g，茯苓15g，炒白术15g，桂枝15g，牛膝9g，杜仲15g，续断15g，桑寄生15g。

加减：寒邪偏重，加细辛3g，制川乌先煎3g，附子先煎12g以散寒止痛；湿邪偏胜，僵痛重着，舌苔厚腻，加薏苡仁30g，苍术15g以祛风除湿；痛连脊背，颈项强痛，加葛根30g以舒筋止痛。

中成药：①尪痹颗粒，冲服，1次6g，1日3次，孕妇慎服；②益肾蠲痹丸，口服，饭后服，1次1袋，1日3次，月经期经行量多者暂停服，孕妇停服；③正清风痛宁片，口服，饭前服，1次1~4片，1日3次，用药期间定期（2周）复查血常规、血小板；④雷公藤多苷片，口服，按体重1~15mg/（kg·d），分3次，饭后服用或遵医嘱，注意生殖毒性，孕妇忌用；⑤昆明山海棠片，口服，1次2片，1日3次，肾功能不全者慎用。

22湿热阻络证

证候：腰骶、脊柱、髋部酸痛，僵硬，重着，活动不利，或伴膝、踝等关节红肿疼痛，或见烦热，口苦，胸脘痞闷，小便黄赤，舌红，苔黄腻，脉濡滑而数。

治法：清热解毒，利湿通络。

方药：四妙散合宣痹汤加减。

黄柏12g，苍术15g，白术15g，牛膝9g，薏苡仁30g，防己9g，连翘9g，栀子9g，滑石15g，法半夏9g，蚕砂包煎15g，老鹳草30g。

加减：小便短赤不利，舌红脉滑数，加萆薢12g，泽泻9g，通草6g以清热利尿除湿；久痛腰膝酸楚，加杜仲15g，牛膝12g，宣木瓜30g以壮腰膝除湿；热象明显伴发热，加忍冬藤30g，土茯苓15g，清风藤30g，白花蛇舌草30g以清热祛风湿；湿热蕴久，耗伤阴津，加石斛15g，女贞子15g，旱莲草15g以养阴。

中成药：①四妙丸，口服，1次6g，1日2次；②湿热痹颗粒，开水冲服，1次1袋，1日3次。

23瘀血阻络证

证候：腰背疼痛剧烈，固定不移，转摇不能，夜间尤甚，有时需下床活动后才能重新入睡，晨起肢体僵硬明显，或有关节屈曲变形，舌质暗或有瘀点或瘀斑，苔薄白或薄黄，脉弦涩。

治法：活血祛瘀，通络止痛。

方药：身痛逐瘀汤加减。

土鳖虫6g，丹参15g，川芎6g，桃仁9g，红花9g，牛膝9g，乳香9g，香附9g，秦艽15g，羌活15g，独活15g，地龙9g，泽兰9g，甘草6g。

加减：寒邪偏重，加制川乌先煎3g，细辛3g，干姜9g以散寒止痛；虚损明显，当补肾与祛瘀之剂并用，去秦艽，加熟地黄15g，龟甲先煎6g。

中成药：①益肾蠲痹丸，饭后开水送服，1次1袋，1日3次，月经期经行量多者暂停服，孕妇停服；②尪痹颗粒，开水冲服，1次6g，1日3次，孕妇慎服；③风湿马钱片，口服，常用量1次2~3片，极量4片，1日1次，孕妇、高血压病、心肝肾病患者忌服，儿童及老弱患者慎服，不宜久服多服，服本品后出现头晕、恶心、身软，可减量或暂停服，并多饮温开水，或用甘草绿豆煮汤饮用即可缓解。

24肾虚督亏证

证候：腰骶、脊背、髋部、颈部酸痛，冷痛，痛势隐隐，喜暖喜按，劳累或遇寒加重；或见关节强直，屈伸不利；或伴腿膝酸软乏力，或肌肉萎缩，或畏寒肢冷，或大便稀溏，小便清长，舌淡，苔薄白，脉沉细弱。

治法：温肾补督，祛痹通络。

方药：青娥丸合独活寄生汤加减。

杜仲15g，桑寄生15g，肉桂15g，牛膝9g，熟地黄15g，补骨脂15g，核桃仁9g，独活15g，秦艽15g，细辛3g，防风15g，川芎6g，白芍15g，茯苓15g。

加减：阳虚畏寒肢冷，腿脚酸软明显，加桂枝15g，巴戟天15g以温阳通脉；督脉空虚，腰背酸软乏力，加鹿角胶烊化12g，狗脊30g，续断15g，菟丝子15g以壮督强腰膝；瘀血较重，疼痛明显，加桃仁9g，红花9g，鸡血藤30g，水蛭2g以活血祛瘀。

中成药：①益肾蠲痹丸，饭后开水送服，1次1袋，1日3次，月经期经行量多者暂停服，孕妇停服；②尪痹颗粒，开水冲服，1次6g，1日3次，孕妇慎服；③独活寄生合剂，口服，1次15ml，1日3次；④健步壮骨丸，口服，1次1丸，1日2次。

25肝肾阴虚证

证候：腰骶部、脊背酸痛伴下肢隐痛，转侧受限甚则关节强直变形，屈伸不利，或有四肢酸软乏力，肌肉萎缩，或有双目干涩疼痛；可伴消瘦，咽干口渴，头晕目眩，盗汗耳鸣，心烦失眠，面色潮红，手足心热，舌质红，苔少或薄黄，脉弦细数。

治法：补益肝肾，通络止痛。

方药：当归地黄丸合虎潜丸加减。

熟地黄15g，山茱萸12g，山药12g，龟甲先煎9g，知母9g，白芍15g，杜仲15g，牛膝9g，当归9g。

加减：关节疼痛明显，日轻夜重，舌质紫暗或有瘀斑，加鸡血藤30g，王不留行9g，桃仁9g以养血活血；阴虚火旺，加青蒿后下9g，牡丹皮9g，天花粉15g以清虚热；伴有阳虚，加狗脊30g，桑寄生15g，肉桂15g以温肾阳。

中成药：①益肾蠲痹丸，饭后开水送服，1次1袋，1日3次，月经期经行量多者暂停服，孕妇停服；②知柏地黄丸，口服，水蜜丸1次6g或小蜜丸1次9g或大蜜丸1次1丸，1日2次；③左归丸，口服，1次9g，1日2次。

3其他治法

31单方验方

311补肾强督治偻汤：骨碎补、续断各18g，补骨脂、淫羊藿、羌活、川牛膝、赤芍、白芍、附子先煎、防风、僵蚕各12g，熟地黄、桂枝、知母、威灵仙各15g，狗脊30g，杜仲20g，鹿角胶烊化6~9g，独活10g，地鳖虫、干姜各6g，炙麻黄5g，白术6~9g。适用于肾虚督寒者，1日1次。

312肾痹汤：生地黄30~60g，葛根20~30g，金银花、土茯苓各30g，蒲公英20g，狗脊、赤芍、白芍、王不留行各15g，红花10g，适用于肝肾亏虚，瘀血阻络者，1日1次。

32针刺

寒湿痹阻证，取穴肝俞、肾俞、膈俞、风池、大椎、腰阳关；湿热阻络证，取穴大椎、风池、腰阳关、肝俞、肾俞、环跳、合谷；瘀血阻络证，取穴大椎、风池、肝俞、肾俞、环跳、阳陵泉、三阴交；肾虚督空证，取穴肝俞、肾俞、膈俞、阳陵泉、三阴交、委中、关元；肝肾阴虚证，取穴肝俞、肾俞、三阴交、关元、大椎、太冲。实证针用泻法，虚证针用补法。

33灸法

331将荆芥、防风、乳香、没药、白胡椒各60g，共为细末，艾绒500g与药拌匀，分20份，每用一份药料制成艾炷，在患处施灸。每晚睡前灸40~50分钟，20次为1疗程。

332用艾条灸命门、阿是穴。用悬灸法，每日1~2次，10次为1疗程。

34敷贴

治五种腰痛不止方：吴茱萸30g，捣细，每用9g，与生姜30g同研令匀，摊在极薄纸上，贴于痛处。

ZYYXH/T1192008

ZYYXH/T1192008

## 骨质疏松症

骨质疏松症（osteoporosis）是由于骨量减少、骨的微观结构退化，导致骨的脆性增加而易于发生骨折的一种全身性骨骼疾病。本病分为原发性、继发性和特发性三大类。其病因和发病机制较复杂，与年龄、性别、内分泌改变、营养不良、遗传、免疫、某些药物因素等有密切关系，这些因素的作用使骨代谢处于负平衡，骨吸收大于骨形成，单位体积内骨组织量减少，骨组织微细结构受损，导致骨脆性增加。其病理学特征为骨基质和骨矿含量减少。本病为中老年人的常见病，随着人口老龄化问题越来越严重，其发病率必然会逐年增加。本病属于中医学的“骨痹”、“骨痿”范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：本病初期常无症状或症状轻微，但随着病情的缓慢进展，其临床症状和体征将逐渐加重，主要表现为疼痛、骨折，以及呼吸功能受损等。

疼痛：腰背疼痛是骨质疏松症最常见的早期症状。初期常由安静状态到开始活动时出现腰背疼痛，以后发展为持续性疼痛；疼痛在保持久坐、久站等固定姿势时加重。

骨折：骨折是骨质疏松症严重的并发症。轻微创伤甚至无创伤的碰撞也能引起骨折，脊柱椎体压缩性骨折、髋部骨折和桡骨远端骨折是骨质疏松症患者中最常发生的。

呼吸功能受损：骨质疏松症患者，出现胸腰椎压缩性骨折，导致胸廓畸形，引起多个脏器的功能变化，其中最突出的是呼吸功能受损，患者可出现胸闷、气短、呼吸困难及紫绀等现象。

112体征：无并发症的骨质疏松症患者可无明显阳性体征。可伴有身体外观的改变，如骨质疏松时，椎体变形，可出现脊椎后突、胸廓畸形、身高缩短等身体外观的改变；压迫神经根时，可引起神经系统体征。

12理化检查

121实验室检查

1211骨形成指标

血清碱性磷酸酶（ALP）是评价骨形成和骨转换的指标。原发性骨质疏松症血清碱性磷酸酶变化不明显，可作为排除继发性骨质疏松症的指标。

血清骨钙素（BGP）能反映骨形成及骨转换情况，它比较适合绝经后骨质疏松症的诊断。在绝经期的妇女中，血清BGP浓度测定是骨质疏松症的良好指标。

Ⅰ型原胶原肽（PICP）是反映骨基质形成的良好指标。

1212骨吸收指标

尿羟脯氨酸（HOP）是胶原破坏的指标，不只是反映骨退变，也反映肝代谢及饮食中胶原的含量，特异性不高。

尿吡啶交联（PYD）包括吡啶诺林（Pyr）和脱氧吡啶诺林（D-Pyr），优于传统的HOP测定，已成为最敏感的骨吸收指标之一。D-Pyr仅在骨中出现，特异性更高。

血清抗酒石酸酸性磷酸酶（TRAP）主要由破骨细胞释放，能反映破骨细胞状况。

1213骨代谢调节激素

血甲状旁腺素（PTH）：可正常或增高。

维生素D：血25-（OH）D-和1，25-（OH）2D-水平正常或降低。

降钙素：可正常或增高。

1214性激素：血雌二醇降低，血睾酮下降。

122X线平片检查：X线检查对诊断骨质疏松症有一定的意义，但不能早期诊断。检查的部位包括脊椎骨、股骨、腕骨、掌骨、骨盆及跟骨等。骨质疏松在X线片上主要表现骨皮质变薄、骨小梁粗松、骨形态改变等变化，可以观察是否发生骨质疏松和判断骨质疏松的程度。但是，只有当骨量减少超过30％时，才能在X线平片上显示出来。

123骨密度（BMD）测量：常用的测量方法有单光子吸收法（SPA）、双能X线吸收法（DEXA）和定量CT（QCT）等。骨密度测量有利于了解早期骨量减少，预测骨折发生的可能性和监测治疗后的骨量改变。近年逐渐应用的定量骨超声测量更能准确地反映骨密度、骨弹性、骨的微结构及骨折的危险性等信息。

13诊断要点

参照2000年中国老年学会骨质疏松委员会骨质疏松诊断要点学科组制定的中国人骨质疏松症建议诊断要点（第二稿）：

131诊断原则：诊断骨质疏松症应以骨密度减少为基本依据,须鉴别是原发性骨质疏松症还是继发性骨质疏松症。可参考年龄、病史、骨折和实验室检查等进行综合考虑。

132诊断基本手段：骨密度减少以骨矿含量测定和脊柱腰椎X线片相结合判断，本标准制定目前主要以双能X线吸收法（DEXA）为手段,但不排除多种方法的应用。尚无骨密度仪的单位，可以用腰椎X线片初步诊断骨质疏松，也可以用股骨近端、跟骨、管状骨等X线片进行诊断。

骨矿含量诊断要点和峰值骨密度丢失百分率及分级标准（主要用于女性成人、男性参照执行）是参考世界卫生组织（WHO）的标准，并结合我国国情进行制定。本标准以汉族妇女DEXA测量峰值骨量（M±SD）为正常参考值，在目前尚无细分标准的情况下，不同民族、地区和性别可参照执行该标准。

>M-1SD正常

M-1SD~2SD骨量减少

<M-2SD以上骨质疏松症

<M-2SD以上伴有一处或多处骨折，为严重骨质疏松症

<M-3SD以上无骨折，也可诊断为严重骨质疏松症

对于尚未作峰值骨密度调查的地区或民族，或SD不便应用者，可用腰椎骨量丢失百分率（%）诊断法。参考日本1996年修订版的标准进行诊断。

>M-12%　正常

M-13%~-24%骨量减少

<M-25%骨质疏松症

<M-25%伴有一处或多处骨折，为严重骨质疏松症

<M-37%无骨折，也可诊断为严重骨质疏松症

2辨证论治

由于年老肾虚精亏，气血不足，或复因寒湿之邪侵袭，使气血凝滞，络脉不通，筋骨失养，导致“骨痹”、“骨痿”的发生。基本病机是由于本虚，病位在骨，证属本虚标实，以肝、脾、肾三脏虚弱，尤以肾虚为本，寒湿、血瘀为标。初起时以实证或虚证多见，发病日久则多虚实夹杂之证。治疗应抓住“本虚标实”的特点，以扶正祛邪为原则，注重补肾、健脾、养血、益精、生髓等固本之法，兼施散寒除湿、行气活血、祛瘀止痛等祛邪之法，标本兼顾。

21阳虚湿阻证

证候：腰部冷痛重着，转侧不利，渐渐加重，虽静卧亦不减或反加重，遇寒冷及阴雨天疼痛加剧，舌淡，苔白腻，脉沉而迟缓。

治法：散寒祛湿，温通经络。

方药：肾着汤加减。

干姜6g，甘草6g，茯苓12g，桂枝6g，牛膝15g，苍术12g，仙灵脾15g。

加减：偏寒，加附子先煎6g以温经散寒；偏湿，加薏苡仁12g，防己9g以利湿通络。

中成药：健步壮骨丸，口服，1次9g，1日2次。

22气滞血瘀证

证候：骨节疼痛，痛有定处，痛处拒按，筋肉挛缩，骨折，多有外伤或久病史，舌质紫暗，有瘀点或瘀斑，脉涩。

治法：理气活血，化瘀止痛。

方药：身痛逐瘀汤加减。

秦艽9g，羌活12g，香附9g，川芎15g，桃仁12g，红花9g，当归9g，没药9g，牛膝12g，地龙6g，甘草6g。

加减：骨节痛以上肢为主，加桑枝12g，姜黄12g；下肢为甚，加独活12g，防己12g以通络止痛；病久关节变形、痛剧，加全蝎6g，蜈蚣5g以通络活血。

中成药：仙灵骨葆胶囊，口服，1次3粒，1日2次。

23脾气虚弱证

证候：腰背酸痛，肢体倦怠无力，消瘦，少气懒言，纳少，大便溏薄，舌淡苔白，脉缓弱无力。

治法：健脾益气壮骨。

方药：参苓白术散加减。

人参单煎10g，茯苓15g，白术10g，山药12g，陈皮10g，薏苡仁10g，莲子8g，砂仁后下3g，桔梗6g，甘草8g。

加减：气阴两虚，加麦冬15g，五味子9g以益气滋阴；肢体沉重，加防己9g以化湿通络。

中成药：龙牡壮骨颗粒，冲服，1次5g，1日3次。

24肝肾阴虚证

证候：腰膝酸痛，膝软无力，驼背弯腰，患部痿软微热，形体消瘦，眩晕耳鸣，或五心烦热，失眠多梦，男子遗精，女子经少经闭，舌红少津，少苔，脉沉细数。

治法：滋补肝肾，养阴填精。

方药：左归丸加减。

熟地黄20g，山药15g，山茱萸12g，枸杞子12g，牛膝15g，茯苓12g，鹿角胶烊化12g，龟甲胶烊化12g，菟丝子12g。

加减：阴虚火旺明显者，加知母12g，黄柏12g以清热坚阴；疼痛明显，加桑寄生12g以补肾壮骨。

中成药：①知柏地黄丸，口服，1次1丸，1日2次；②健步丸，口服，1次9g，1日2次；③虎潜丸，口服，1次6g，1日2次。

25肾阳虚衰证

证候：腰背冷痛，酸软乏力，甚则驼背弯腰，活动受限，畏寒喜暖，遇冷加重，尤以下肢为甚，小便频多，或大便久泄不止，或浮肿，腰以下为甚，按之凹陷不起，舌淡苔白，脉沉细或弦。

治法：补肾壮阳，强筋健骨。

方药：右归丸加减。

熟地黄20g，附子先煎9g，肉桂6g，山药15g，山茱萸12g，枸杞子12g，杜仲12g，菟丝子12g，鹿角胶烊化12g，补骨脂20g。

加减：寒象明显，加仙茅12g，肉苁蓉12g，淫羊藿15g，干姜6g等以温阳散寒。

中成药：金匮肾气丸，口服，1次6g，1日3次。

26肾精不足证

证候：患部酸楚隐痛，筋骨痿弱无力，动作迟缓，早衰，发脱齿摇，耳鸣健忘，男子精少，女子经闭，舌淡红，脉细弱。

治法：滋肾填精，养髓壮骨。

方药：河车大造丸加减。

紫河车粉冲服3g，熟地黄15g，杜仲12g，天冬12g，麦冬12g，龟甲先煎9g，黄柏9g，牛膝6g。

加减：肾精亏甚，骨枯足痿，加鹿茸研末冲服2g，冬虫夏草单煎3g以益肾填精。

中成药：健肾壮腰丸，口服，1次9g，1日2次。

27气血两虚证

证候：腰脊酸痛，肢体麻木软弱，患部肿胀，神倦乏力，面白无华，食少便溏，舌淡苔白，脉细弱无力。

治法：气血双补，养髓壮骨。

方药：八珍汤加减。

人参单煎9g，白术12g，茯苓12g，川芎15g，当归15g，白芍15g，熟地黄15g，炙甘草6g。

加减：虚烦少寐、头晕，加枸杞子15g，制何首乌15g，炒酸枣仁20g以滋阴养血安神。

中成药：十全大补丸，口服，1次6g，1日3次。

3其他治法

31单方验方

311鹿茸汤：鹿茸2g，水煎服，治疗肾虚精亏之骨质疏松症。

312枣骨脂汤：党参20g，大枣12g，补骨脂20g，水煎服，治疗脾肾虚弱之骨质疏松。

32食疗

常用食疗方有海带虾皮汤、龟鳖膏、何首乌粥等。

33针刺

取穴肾俞、脾俞、足三里、太白、太溪、痛处所属经脉络穴。实证针用泻法，虚证针用补法。

34灸法

取穴大椎、大杼、足三里、脾俞、肾俞、命门、神阙、中脘、关元，痛处所属经脉络穴。用直接灸或隔药饼灸。每次选取3~4穴，每穴5壮，每日1次。

35推拿

老年骨质疏松症患者受轻微外力可造成骨折，对骨质疏松症引起的腰腿痛，要以轻手法放松为主，主要以缓解症状为目的，切忌重手法扳动肢体及脊柱关节。按摩可以疏通经络、滑利关节、强筋壮骨、缓解疼痛，对骨质疏松症有着独特的疗效。

36外敷

以温经散寒，补肾活血，通络止痛的中药外敷，通过药物渗透和物理加温的作用可改善循环，促进组织修复并止痛。

ZYYXH/T1202008

ZYYXH/T1202008

## 痛风和高尿酸血症

痛风（gout）是由于嘌呤代谢紊乱导致血尿酸持续升高，并造成组织或器官损伤的一组代谢性疾病。临床以高尿酸血症、急性关节炎反复发作、晚期关节僵硬畸形等为主要特征，可伴有痛风石沉积、痛风性肾病和尿酸性尿路结石。发病以中老年多见，往往有家族遗传史，男女之比约为20∶1，女性更年期后发病率增高。

高尿酸血症和痛风分为原发性和继发性两大类。原发性中，除少数为先天性、酶活性异常者外，大多数患者病因不明；继发者中，可因肾脏病变、骨髓增生性病变、血液病、肿瘤等治疗引起。

有痛风性关节炎者，可归入中医学的“痛风”、“痹证”、“历节病”、“白虎历节”范畴；以蛋白尿为主者，当属“精气下泄”、“虚劳”等范畴；以肾功能不全、肾功能衰竭为主要表现时，属于“虚损”、“关格”等范畴；以尿酸结石或血尿、白细胞尿为主者，可归入“血尿”、“热淋”、“石淋”等范畴；若合并高血压、冠心病、高脂血症等，当属“眩晕”、“心悸”、“心痹”、“胸痹”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

根据临床表现分为四期：

111无症状期：仅有高尿酸血症；随病程年限的增高症状出现率增高，但也有终身仅为此期而无症状者。

112急性痛风性关节炎期：患者往往在夜间突然发病，以拇趾及第一跖趾关节为主，多见关节红、肿、热、痛，关节腔可有渗液。常伴有发热、畏寒、头痛、乏力等全身症状。急性关节病变亦可见于踝、膝、足跟等下肢关节，而腕、肘、肩、指、胸、锁、脊椎、髋、骶髂关节则较少累及。在发作时血白细胞增高，红细胞沉降率增高。经过1~2日或1~2周后可自行缓解，病变部位皮肤留有色素沉着。在缓解期无任何症状，间歇期长短不一，多数患者于半年后再复发，亦可有发作1次后终生不再发作者。

受凉、劳累、饮酒、进食高嘌呤类食物，创伤、手术及服用影响尿酸排泄的药物等均可诱发急性痛风性关节炎的发作。

113慢性关节炎期：急性痛风性关节炎的反复发作可发展为多关节受累，并从急性期的关节局部肿胀发展为慢性期的关节畸形、局部骨质缺损。尿酸盐结晶沉积于关节附近的肌腱、腱鞘及皮肤结缔组织中，形成大小不一的痛风石，多见于跖趾、手指、肘部、耳轮、对耳轮等处。痛风石沉着处皮肤可破溃，形成瘘管流出白色粉样尿酸盐结晶。受累关节在X片上可见到骨软骨缘的骨质缺损，骨关节间隙变宽，痛风石还可沉着于主动脉、主动脉瓣、二尖瓣、心肌、声带、舌、鼻软骨等处，但较少见。

114痛风性肾病：早期可仅有间歇性蛋白尿，尿比重降低。病情进展可持续出现蛋白尿，高血压疾病缓慢发展进而血尿素氮、血肌酐增高，肾功能不全而危及生命。

尿酸盐通过尿路排出量增多，可发生尿路尿酸结石而致肾绞痛、血尿排出结石等。尿酸结石如无钙化形成复合结石时，在X线检查时不能被发现。

12理化检查

121血尿酸测定：用尿酸氧化酶法所测得的血清尿酸正常范围为150~380μmol/L（24~64mg/dl）（男性）和100~300μmol/L（16~32mg/dl）（女性）。男性高尿酸血症者一般血尿酸值>420μmol/L，女性>300μmol/L。急性痛风性关节炎发作前的高尿酸血症对发作有一定的预测及诊断价值，但急性发作期血尿酸增高的程度与临床症状的轻重程度不一定平行，少数患者在急性发作期时的血尿酸水平正常；急性期过后，往往发现血尿酸增高。

122尿尿酸测定：痛风患者在限制嘌呤饮食后尿尿酸仍>357mmol/L（600mg/dl），提示尿酸生成增多。

123滑囊液检查：急性痛风性关节炎时，关节滑囊空刺液内可发现白细胞内有双折光性针形尿酸盐结晶，常伴多形核白细胞增多。

124痛风结节内容物检查：痛风结节破溃物或穿刺液内可发现尿酸结晶。尿道排出的结石，经分析其成分，可证实为尿酸盐。

125特殊检查

X线检查可发现受累关节的骨软骨缘邻近关节的骨质可有圆形或不整齐、穿凿样透亮缺损，系尿酸盐侵蚀骨质所致，为痛风的X线特征。受累的关节，早期仅有软组织肿胀。部分患者可见到2~5mm的骨质缺损。随病程进展，病情加重，可见到痛风结节附近骨质不规则或分叶状凹陷。在慢性关节炎期骨软骨缘邻近的骨质有圆形或不规则的凿样透亮缺损，骨关节间隙狭窄。

13诊断要点

依据2005年中华医学会《临床诊疗指南·内分泌及代谢性疾病分册》：典型的痛风性关节炎发作表现、特殊的诱发因素、家族史、好发年龄，以及尿酸结石病史等，可疑及痛风。以下为诊断依据，尤以前三点最为重要：

131血尿酸增高。

132关节腔穿刺取滑囊液，证实存在尿酸盐结晶。

133痛风石活检或穿刺内容物，证实为尿酸盐结晶。

134受累关节X线检查，呈痛风的X线特征。

急性关节炎期确诊有困难时，可试用秋水仙碱作诊断性治疗，如为痛风，服秋水仙碱后症状迅速缓解，具有诊断意义。

2辨证论治

本病与肺、脾、肾三脏关系最为密切，外感、内伤相互为患。常在体内脏腑功能紊乱，湿热蕴积，浊毒瘀滞之时，适逢外邪相合或嗜酒、恣食肥甘，或劳倦内伤、七情为害而诱发。治疗以扶正为主，兼以祛邪。

21肝肾阴虚证

证候：腰膝酸痛，双目干涩，五心烦热，口干喜饮，大便干结，尿赤或沙石尿，舌淡红或舌红少苔，脉弦细。

治法：滋养肝肾。

方药：归芍地黄汤加减。

当归10g，赤白芍各15g，生地黄15g，山药10g，茯苓30g，泽泻10g，焦山楂30g。

加减：关节红肿热痛，加萆薢9g，姜黄9g，蚕砂包煎12g，薏苡仁15g，赤小豆15g以清热利湿；肢体酸痛以膝踝关节为主，加独活9g，牛膝12g以引药下行；以上肢关节为主，加羌活9g，白芷9g，威灵仙12g以祛湿通络止痛。

中成药：杞菊地黄丸，口服，1次6g，1日3次。

22脾肾阳虚证

证候：气短乏力，纳少腹胀，四肢不温，腰膝酸软，夜尿多且清长，大便溏，舌体胖大，舌质淡，舌边有齿痕，脉沉细。

治法：健脾固肾，补益气血。

方药：保元汤加减。

太子参30g，黄芪30g，肉桂6g，茯苓30g，蚕砂包煎10g，桑椹10g，狗脊10g，金樱子30g。

加减：疼痛甚，加制川乌先煎3g，乌梢蛇6g，地龙6g，红花6g以活血通络止痛；腰膝酸软，加龟甲胶烊化9g，鹿角胶烊化9g，仙茅9g，仙灵脾9g以温阳补肾。

23气阴两虚证

证候：神疲乏力，自汗气短，手足心热，咽干口燥，口渴喜饮或饮水不多，大便或干或稀，舌质淡红边有齿痕，脉沉细。此为临床最常见证候。

治法：益气养阴，祛瘀利湿。

方药：偏气虚，可用五子衍宗丸加减；偏阴虚，宜用大补元煎加减。

太子参30g，黄芪30g，女贞子15g，旱莲草15g，焦山楂30g，丹参30g，苍术10g，黄柏15g，牛膝10g，茯苓30g，蚕砂包煎10g。

加减：疼痛甚，加制川乌先煎3g，乌梢蛇6g，地龙9g以通络止痛。

中成药：人参归脾丸，口服，1次9g，1日3次。

24阴阳两虚证

证候：面色少华，畏寒肢冷，腰酸腰痛，口干欲饮，或有水肿，大便或干或稀，舌胖而质淡，脉沉细或沉弱。多见于痛风末期。

治法：滋肾健脾，阴阳双补。

方药：桂附地黄汤加减。

附子先煎10g，肉桂10g，红参单煎15g，肉苁蓉15g，熟地黄15g，山茱萸20g，山药20g，茯苓20g，炒枳壳10g，延胡索10g，龟甲胶烊化10g，鹿角胶烊化10g，仙茅10g，仙灵脾10g。

加减：疼痛甚，加制川乌先煎3g，乌梢蛇6g，地龙9g，红花6g以活血通络止痛。

中成药：金匮肾气丸，口服，1次6g，1日3次。

25兼夹证

夹湿热：兼关节肿痛发热，口渴烦躁，尿黄赤，舌红苔黄腻，在扶正方中加入苍术6g，黄柏6g，牛膝9g，土茯苓12g，忍冬藤12g，蚕砂先煎12g，薏苡仁15g，海桐皮9g等以清热利湿。

夹寒湿：兼关节疼痛，遇寒加重，得温痛减，可在扶正方中加桂枝6g，附子先煎6g，麻黄3g，细辛3g，炮姜6g，苍术6g，白术9g，白芍9g，甘草6g以温散寒湿而止痛。

夹水湿：主要表现为水肿。轻者下肢稍肿，可在扶正方中加牛膝12g，车前草12g，防己9g，赤小豆12g，冬瓜皮12g；重则宜温阳利水，可用实脾饮、济生肾气汤、防己黄芪汤合防己茯苓汤等治之，在利水方中，加入木香6g，槟榔9g，陈皮9g，沉香后下3g等理气之品，以助气行水亦行。

夹湿浊：湿浊阻滞中焦者，可见恶心，呕吐，舌苦黄腻。湿浊上逆，口中尿臭明显，可在扶正方中，加黄连6g，竹茹6g，甚则先用苏叶黄连汤、黄连温胆汤清化湿热，俟呕吐止后再予扶正；舌苔白腻，可在扶正方剂中加陈皮9g，生姜6g，竹茹6g，甚则先化浊降逆，用小半夏加茯苓汤控制呕吐。湿浊上逆，可合大黄9g灌肠，使湿浊外泄，症状缓解。

夹瘀血：常有肢痛肢麻，关节不利，唇暗，舌质暗或有瘀斑瘀点，可在扶正方中加丹参12g，鸡血藤15g，泽兰9g，桃仁9g，红花6g，川芎9g等以活血化瘀。

3其他治法

31单方验方

络石藤、秦艽、伸筋草、路路通各12g，水煎服，1日1剂。适用于关节遇寒即痛者。

32针刺

上肢取穴曲池、手三里、外关、阳池；下肢取穴环跳、阳陵泉、足三里、昆仑、照海、解溪；红肿热痛者，加大椎、合谷、血海。实证针用泻法，虚证针用补法。

33浸泡

柳树花120g，煎水浸泡患处。适用于关节经络痹阻所致的疼痛。

ZYYXH/T1212008

ZYYXH/T1212008

## 多发性硬化

多发性硬化（Multiple Sclerosis，MS）是以中枢神经系统白质脱髓鞘病变为特点的自身免疫性疾病，症状和体征的空间多发性和病程的时间多发性是本病的主要临床特征。病变可累及大脑白质、脊髓、脑干、小脑和视神经等，病理特征为中枢神经系统白质内有多个散在的脱髓鞘斑块，伴反应性胶质细胞增生，也可有轴突损伤。本病病因及发病机制迄今不明，目前大多数学者认为与遗传、环境、感染及免疫反应异常有关。本病临床进程区别很大，有些患者在数月内病情发展迅速而致死亡，有些患者可以在几十年内多次复发，而症状始终保持相对稳定。根据不同的临床表现，本病可归属于不同的中医学范畴，如“痿病”、“眩晕”、“喑痱”等。

1诊断依据

11临床表现

111症状

首发症状：包括肢体力弱、肢体刺痛或麻木，单眼突发视力丧失或视物模糊、复视，平衡障碍和膀胱功能障碍等。

肢体瘫痪：最多见，根据侵犯部位不同而表现各异，可以表现为偏瘫、截瘫或单瘫、四肢瘫。

急性视神经炎：在我国MS患者中多见。多从一侧开始，逐渐侵犯至另一侧，或同时双侧受累。发病急，数周后开始恢复，但常常复发，主要表现为视力下降、眼肌麻痹、复视等。部分患者可出现眼球震颤，以水平性眼球震颤最为多见。若同时出现眼球震颤和核间性眼肌麻痹提示为脑干病灶，高度提示MS。

感觉障碍：可表现为不同的类型，包括感觉过敏、疼痛、感觉异常以及感觉减退或缺失，肢体多见。通常深感觉障碍较为常见。

共济失调：可由于小脑病灶而导致手部动作笨拙及步态不稳，晚期可出现躯干或肢体的共济失调。

其他症状：包括直肠和膀胱功能障碍、认知障碍、疲乏和情感障碍如抑郁等，部分患者有阳痿与性欲减退。虽然这些症状在临床诊断MS时缺乏特异性，但多数患者都具有，并严重影响患者的生活质量。极少引起失语、锥体外系运动障碍、严重肌萎缩或其他大脑功能障碍。

112体征：体征多于症状是重要的临床特征。其中Lhermitte征是非特异体征，在过度前屈颈部时出现异常的针刺样疼痛，自颈部沿脊髓向下放射。核间性眼肌麻痹也是常见的体征之一。

12理化检查

脑脊液检查、诱发电位和磁共振成像检查对于MS的诊断具有重要的意义。

121磁共振成像（MRI）：这是目前MS诊断中最敏感和特异的辅助检查，临床确诊MS患者中，只有5％MRI正常。

122脑脊液（CSF）：能为MS的临床诊断提供证据，尤其当患者MRI检查结果阴性而临床表现不典型时，CSF检查具有重要的价值。以往诊断要点中十分强调CSF阳性结果，近年来研究结果表明，CSF正常不能完全排除MS的诊断。

123诱发电位：包括视觉诱发电位（VEP）、脑干诱发电位（BAEP）和体感诱发电位（SEP）等，其中视觉诱发电位在MS诊断中应用较广。当临床病灶不影响视觉通路时，视觉诱发电位可以描述孤立的脑干或脊髓的第二个病灶，从而为诊断提供客观证据，但是正常的VEP并不能完全排除早期的视神经炎发作。

13诊断要点

131疾病诊断

MS的诊断必须以患者的病史、症状和体征为基础；当临床证据尚不足以做出诊断时,应寻找其他亚临床的证据,如MRI、诱发电位［主要是视觉诱发电位（VEP）］、脑脊液的IgG指数和IgG寡克隆区带等。CT检查不能支持诊断。

由于MS临床表现复杂，临床诊断较难，诊断要点一直在不断发展。目前国内外应用2005年改版的McDonald诊断要点（表121-1），将MS诊断定义划分为2个等级：肯定MS：完全符合标准，其他疾病不能更好解释的临床表现。可能MS：不完全符合标准，临床表现怀疑MS。非MS:在随访和评估过程中发现其他能更好解释临床表现的疾病诊断。

表121-12005年改版的用于MS诊断的McDonald标准

发作次数病灶个数

其他MS诊断证据

空间多发时间多发是否诊断MS

≥2≥2不需要不需要是※

≥21MRI显示空间的多发，或两个及两个以上与MS临床表现一致的MRI病变加阳性的脑脊液表现，或再一次不同部位的发作不需要是

1≥2不需要MRI显示时间的多发，或第2次临床发作是

11MRI显示空间的多发，或两个及两个以上与MS临床表现一致的MRI病变加阳性的脑脊液表现MRI显示时间的多发，或第2次临床发作是

注：※通常MRI、脑脊液、VEP至少应该有一项异常，如果上述检查均无异常，诊断应谨慎，必须排除其他疾病；原发进展型MS的诊断要点如下：1年疾病进展（回顾性或前瞻性决定）并且具备2项以上以下证据：脑MRI阳性（9个T2病灶或4个以上T2WI病灶加VEP阳性）；脊髓MRI阳性（2个T2WI病灶）；阳性脑脊液（等电点聚焦证明由寡克隆IgG区带或IgG指数增高，或两者兼而有之）

McDonald标准中还对如下的概念进行了定义，如：临床发作：指炎症和脱髓鞘性的责任病灶所致的神经系统功能紊乱至少持续24小时。MRI显示的空间多发：指以下4项中具备3项：1个普通钆（Gd）增强的病灶或9个T2WI高信号病灶；至少1个天幕下病灶；至少1个近皮质病灶；至少3个脑室周围病灶。要求病灶在横断面上的直径应该在3mm以上，脊髓病灶与天幕下病灶有同等价值：1个脊髓增强病灶等同于1个脑增强病灶，1个脊髓T2WI病灶可代替1个脑内病灶。MRI显示的时间多发：指临床发作后至少3个月MRI出现新的Gd增强病灶，或者临床发作后至少30日，与参考扫描相比出现T2WI新病灶强病灶。阳性的脑脊液表现：指标准方法发现脑脊液中出现与血清中不一致的寡克隆区带或IgG指数增加。阳性的VEP表现：指VEP的潜伏期延长。

132临床分型

复发－缓解型MS（RR-MS）：反复发作，而2次复发间病情稳定，可以完全康复也可能留有后遗症或残留部分功能障碍。

继发进展型MS（SP-MS）：最初为复发－进展的疾病病程，但之后进行性加重而不再缓解，伴或不伴急性复发。

原发进展型MS（PP-MS）：疾病从发病就持续进展，偶尔加重或暂时的轻微改善。

进展复发型MS（PR-MS）：发病后病情逐渐进展，有明确的急性复发，伴或不伴完全的康复，2次发作的间期病情持续进展。

恶化型MS：病情持续迅速进展，短时间内导致神经系统的多处严重的功能障碍，或发病后很短的时间内就死亡。

2辨证论治

本虚标实是本病的基本病机，病位主要在肝、肾、脾三脏。本虚主要为气血阴阳不足、脏腑功能失调，标实主要表现为湿热、湿浊、瘀血等。本病初期多为邪盛，反复发作后邪去正伤，逐渐演变为肝肾亏虚、脾肾阳虚之象。发作期多表现为邪实为主，可以兼有本虚之证；缓解期则以本虚为主。发作期的治疗主要减轻症状，或有助于激素的顺利减撤，重在祛邪，以清热利湿、健脾化湿、活血通络等治法为主；缓解期的治疗以温肾助阳、育阴通络等治法为主。

21急性期

211湿热浸淫证

证候：肢体痿软，身体困重，或有发热，口苦咽干，大便秘结，小便短赤不利，虚烦不眠，咳痰黄稠，舌苔黄腻，脉濡数或弦数有力。多见于急性发作期。

治法：清热利湿，活血通络。

方药：四妙散加减。

苍术15g，黄柏9g，川牛膝12g，薏苡仁30g，海风藤12g，络石藤12g，鸡血藤30g，伸筋草9g，豨莶草15g，萆薢9g，六一散包煎9g，川芎9g，全蝎6g。

加减：肢体麻木，关节运动不利，舌质紫暗，脉细涩，加赤芍15g，牡丹皮9g，红花9g以活血通脉；发热便干，喉中有痰，色黄不易咯出，口苦咽干，舌苔黄厚腻，加黄芩9g，栀子6g，胆南星6g，瓜蒌30g以清热化痰。

中成药：①二妙丸，口服，1次6~9g，1日2次；②清开灵注射液20~40ml加入09%生理盐水或5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

212湿浊内蕴证

证候：下肢困重，僵硬无力，步履失调，言语不利，头重如裹，胸闷腹胀，舌苔腻，脉滑或濡。

治法：化湿行气。

方药：五苓散合三仁汤加减。

杏仁9g，薏苡仁30g，豆蔻后下9g，茯苓12g，猪苓9g，通草6g，法半夏9g，白术9g，陈皮15g，泽泻15g，砂仁后下6g。

加减：肢体痹痛僵硬，筋脉拘挛，加威灵仙9g，木瓜12g以祛湿通络，缓急解痉；脘腹胀满，头重如裹，便溏乏力，合用平胃散以燥湿健脾；长夏季节，外感暑湿，发热头痛，胸脘满闷，加广藿香9g，佩兰9g，白芷9g，萆薢9g，蚕砂包煎15g以醒脾化湿，芳香化浊。

中成药：①五苓散，口服，1次6~9g，1日2次；②平胃丸，口服，餐前服用，1次6~9g，1日2次。

22缓解期

221脾肾阳虚证

证候：小便频数或失禁，肢麻筋紧，步态不稳，下肢无力，甚至瘫痪，视物昏花或复视，畏寒肢冷，头晕耳鸣，大便稀溏，记忆力下降，言语不利，神倦乏力，舌质淡，舌体胖大，苔薄白或白腻，脉沉细。

治法：温补脾肾。

方药：金匮肾气丸或地黄饮子加减。

肉桂3g，附子先煎6g，仙灵脾15g，生地黄15g，熟地黄15g，山茱萸9g，山药9g，泽泻9g，茯苓9g，丹参15g。

加减：纳呆食少，气短乏力，大便溏薄，可合用四君子汤加减以补脾益肾；小便失禁，加桑螵蛸9g，益智仁9g，覆盆子9g以益肾缩尿；形体消瘦，腰膝酸软，双目昏花，遗精阳痿，加当归补血汤及阿胶烊化9g，鹿角胶烊化9g，鹿角霜先煎5g以填精补血。

中成药：①八味肾气丸，口服，1次1丸，1日2次；②无比山药丸，口服，1次9g，1日2次。

222肝肾亏虚证

证候：四肢麻木或挛急，腰膝酸软，步态不稳，头晕耳鸣，视物不清，两目干涩，五心烦热，少寐健忘，咽干舌燥，舌红，苔少或薄黄，脉细数或细弦。

治法：滋补肝肾。

方药：左归丸或六味地黄丸加减。

熟地黄15g，山茱萸15g，山药9g，泽泻9g，茯苓9g，女贞子9g，旱莲草9g，菟丝子9g，枸杞子15g，鹿角胶烊化9g。

加减：胸胁苦满，善太息，舌质淡红，舌尖红，苔薄白，脉弦，合用柴胡疏肝散以疏肝理气；面红目赤，胁痛口苦，加龙胆草6g，菊花9g，黄芩9g以清泻肝火；腰膝酸软，加杜仲15g，牛膝15g，桑寄生15g以补肾强膝；失眠多梦，加炒酸枣仁15g，夜交藤30g以养心安神；头晕头痛，心悸失眠，目眩耳鸣，偶有肢体颤动，舌质红，苔薄白，脉弦数，属于阴虚阳亢、虚风内动证，可选用镇肝息风汤合芍药甘草汤以平肝息风，养血柔肝。

中成药：①知柏地黄丸，口服，1次1丸，1日2次；②大补阴丸，口服，1次6g，1日2~3次。

223气虚血瘀证

证候：肢体麻木、束带感或痉挛疼痛，步态不稳，气短乏力，心悸，便溏，头晕眼花，面色萎黄，舌质紫暗或有瘀点、瘀斑，苔白，脉细涩。

治法：益气活血。

方药：补阳还五汤或黄芪桂枝五物汤加减。

黄芪30g，当归9g，川芎9g，桃仁9g，红花9g，赤芍15g，海风藤30g，络石藤30g。

加减：肢体痉挛疼痛，加僵蚕9g，全蝎6g，蜈蚣5g以息风止痉；纳呆食少，倦怠嗜卧，加炒莱菔子15g，砂仁后下6g，白术9g以健脾消食；卫外不固，平素易患感冒，感冒后病情加重，合用玉屏风散以益气固表。

中成药：①人参养荣丸，口服，1次1丸，1日1~2次；②玉屏风颗粒，口服，1次6g，1日2~3次。

3其他治法

31针刺

多用于缓解期患者。以阳明经穴和督脉穴为主，取穴肩髃、曲池、合谷、足三里、解溪、肝俞、肾俞、阳陵泉。肌张力不高者，可结合火针治疗。

32脐疗

紫金丹或玉枢丹捣烂，1次06~15g，敷脐，用伤湿止痛膏贴之。

ZYYXH/T1222008

ZYYXH/T1222008

## 短暂性脑缺血发作

短暂性脑缺血发作(Transient Ischemic Attack，TIA、TIAs)，又称一过性脑缺血发作，是由颅内血管病变引起的一过性或短暂性可反复发作的脑或视网膜局灶功能障碍，导致短暂性神经功能缺失的一种临床综合征。多由动脉粥样硬化、动脉狭窄、心脏疾患、血液成分异常和血流动力学变化等多因素所致。临床症状通常持续10~15分钟，多在1小时内，最长不超过24小时。不遗留神经功能缺损症状和体征，影像学检查（CT、MRI）无责任病灶。TIA是缺血性卒中重要的危险因素，患者发生卒中的几率明显高于正常人群。TIA属于中医学的“中风先兆”、“小中风”范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：具有突发性、短暂性、反复性和恢复较完全，常不遗留神经功能缺损体征的临床特点。常见一过性一侧肢体无力、偏身或麻或木、失语、黑矇、雾视或眼前阴影晃动，光线减少；或表现为眩晕、复视、偏盲或双侧视觉丧失，共济失调、构音障碍，面部口周麻木；TIA较少出现晕厥、头痛、单纯尿便失禁、嗜睡、记忆缺失或癫痫症状。

112体征：缺血症状与体征主要取决于受累血管的分布。发作时通常存在如下体征：

颈内动脉系统TIA：轻偏瘫，偏身感觉减退，可伴有偏瘫同侧的中枢性面瘫，言语困难或失语；单眼一过性黑矇、视野模糊及自发性闪光，同时可伴有对侧偏瘫及（或）感觉障碍。

椎－基底动脉系统TIA：眩晕，复视，平衡障碍，异常的眼球运动，构音障碍，单侧或双侧面部、口周麻木，交叉性运动或感觉障碍，偏盲或双侧视力丧失，跌倒发作。

12理化检查

检查主要目的在于确定TIA发生的病因，特别针对可能需要特殊治疗的TIA的病因，并寻找可改善的危险因素及判断预后。临床上没有常规标准化的评估顺序和固定的辅助诊断检查项目，常需要根据个体病情而定。

121CT和MRI：CT有助于排除与TIA类似的颅内病变。MRI的阳性率更高，但一般不常规应用于筛查。

122超声检查

颈动脉超声检查：是TIA患者的一个基本检查手段，可显示颈动脉、椎动脉颅外段、锁骨下动脉等血管狭窄情况，血管管腔内径、动脉粥样硬化斑的形态、大小、部位及斑块的稳定性。

经颅彩色多普勒超声（TCD）检查：是发现颅内大血管狭窄的有力手段，有助于发现严重的颅内血管痉挛或狭窄，了解侧支循环情况。

超声心动及经食道超声心动检查：可确定血栓栓塞源或左心室收缩功能障碍，二者都是常见的缺血性卒中的预测因素。

123脑血管造影检查

选择性动脉导管脑血管造影（数字减影血管造影DSA）：DSA是颅内外血管检查的金标准，但造影价格昂贵又是有创性技术，具有一定风险。严重并发症的发生率为05%~10%。不作为TIA常规检查手段使用。

计算机成像血管造影（CTA）和磁共振显像血管造影（MRA）：是评价颅内外血管的无创方法。可以识别颅内一、二级血管（主干血管）或颈部血管的动脉狭窄闭塞情况，但易导致动脉狭窄程度的判断过度，是TIA非常规检查手段。

124实验室检查：主要是针对血栓前状态的进一步检查，新近发生的TIA除进行全面细致的体格检查外，应尽快了解血小板计数、血红蛋白、红细胞压积、凝血酶原时间、纤维蛋白原含量及其他的血凝指标。对于有明确卒中危险因素的患者，应进行高凝状态评价。此外，血常规及生化检查有一定的鉴别意义。

13诊断要点

采用1995年中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》：

131为短暂的、可逆的、局部的脑血液循环障碍，可反复发作，少者1~2次，多至数十次。多与动脉硬化有关，也可以是脑梗死的前驱症状。

132表现为颈内动脉系统和（或）椎－基底动脉系统的症状和体征。

133一次发作时间通常在数分钟至1小时左右，症状和体征在24小时内完全消失。

2辨证论治

本病卒然为病，旋即而复，符合风邪致病的特点；同时具有痰瘀互结，络脉痹阻的病理特征。在此基础上来势凶猛，急骤而至为肝阳亢盛，阳亢化风，内风扰动致络脉绌急；表现为风动频频，风动不已，小动不休，症状时发时止，或在近期中风的基础上反复发作TIA，为正气不足，阴虚风动。平素或病情缓解后多表现肝肾不足，气血亏损的本虚证候。

21肝阳上亢证

证候：阵发性眩晕，发作性偏身麻木，短暂性言语謇涩，一过性偏身瘫软，瞬时性视歧昏瞀，面色发红，头脑胀痛，目赤口苦，急躁易怒，手足颤抖，尿黄赤，舌红，苔薄黄或黄干，脉弦数。

治法:平肝潜阳。

方药：天麻钩藤饮或平肝潜阳汤加减。

牡蛎先煎30g，赤芍9g，川牛膝9g，槐米15g，夏枯草12g。

加减：眩晕头痛较重，加代赭石先煎30g，龙骨先煎30g，石决明先煎30g，白芍15g，羚羊角粉冲服06g以镇肝潜阳，息风清热；舌苔黄腻，加黄芩6g，郁金6g，竹茹6g，天竺黄6g，川贝粉冲服2g或加鲜竹沥水10ml口服以清化痰热；心中烦热，加牡丹皮6g，栀子6g，黄连3g以清热除烦；平素头痛顽固，加豨莶草15g，全蝎3~6g，蜈蚣5g，土鳖虫6g以解痉通络；失眠多梦，加珍珠母先煎30g，夜交藤15g，茯神15g以重镇安神。

中成药：①天麻钩藤颗粒，温开水冲服，1次10g，1日3次；②清开灵注射液20~40ml加入09%氯化钠注射液250~500ml或5%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次。

22痰浊壅滞证

证候：阵发性眩晕，发作性偏身麻木，短暂性言语謇涩，一过性偏身瘫软，瞬时性视歧昏瞀，头沉重感，或伴有胸闷痰多，纳呆多寐，肢体困重，舌质淡红或暗红，舌体胖大或有齿痕，苔白腻或黄腻，脉弦滑或濡数。

治法：化痰通络。

方药：半夏白术天麻汤加减。

天麻9g，法半夏9g，白术9g，石菖蒲12g，山楂10g，丹参15g，香附6g。

加减：痰色黄，苔黄腻，脉弦滑数，可用化痰通滞汤加减，药用：石菖蒲12g，胆南星6g，法半夏9g，栀子9g，天麻9g，橘红9g以息风化痰清热；头沉重而痛，加广藿香10g，佩兰10g，蒺藜10g，蔓荆子10g，厚朴10g，薄荷后下6g以芳化湿浊，散风通络；便秘，苔黄厚腻，加瓜蒌30g，大黄后下10g以通腑化痰；肢体麻木，加木瓜10g，伸筋草15g，防己10g，鸡血藤15g以舒筋活络。

中成药：半夏天麻丸，温开水送服，1次6g，1日2~3次。

23气虚血瘀证

证候：阵发性眩晕，发作性偏身麻木，短暂性言语謇涩，一过性偏身瘫软，瞬时性视歧昏瞀，面色无华，心悸气短，自汗乏力，大便溏薄，舌质暗淡或有瘀斑或边有齿痕，苔白腻，脉沉细。

治法：益气活血。

方药：补阳还五汤加减。

黄芪30g，当归10g，桃仁10g，红花10g，赤芍10g，川芎10g，地龙6g。

加减：气虚明显，加党参15g，或太子参15g以补益中气；舌有瘀斑、瘀点，舌下脉络青紫，脉沉涩，加莪术10g，水蛭3g，鸡血藤15g，苏木6g以破血通络；动则汗出，肢体绵软无力，黄芪用量可以加大。

中成药：①消栓通络片，温开水送服，1次6片，1日3次；②脑安胶囊，温开水送服，1次2片，1日2次。

24肾虚血阻证

证候：阵发性眩晕，发作性偏身麻木，短暂性言语謇涩，一过性偏身瘫软，瞬时性视歧昏瞀，步履不正，胫软乏力，筋惕肉，舌质嫩红，少苔，脉细尺弱或弦。

治法:补肾通络。

方药:益肾化瘀汤或补肾通络汤加减。

生地黄15g，麦冬15g，玄参12g，巴戟天15g，女贞子9g，肉苁蓉9g，益母草12g；或制何首乌15g，枸杞子10g，益母草12g，黑豆10g，麦冬10g，蒺藜10g。

加减：心烦失眠，加黄芩9g，栀子9g，莲子心6g，夜交藤15g，珍珠母先煎30g以清心除烦，镇心安神；耳鸣，健忘，盗汗，加鳖甲先煎15g，阿胶烊化10g以滋阴养血；肝肾阴虚明显者可选用镇肝息风汤化裁：牛膝15g，代赭石先煎30g，龙骨先煎30g，牡蛎先煎30g，鳖甲先煎15g，白芍15g，玄参15g，天冬15g，川楝子6g，麦芽6g，茵陈后下6g，甘草6g，女贞子9g，肉苁蓉9g，益母草12g。

中成药：①杞菊地黄丸，温开水送服，1次1丸，1日2~3次；②刺五加注射液300~500mg加入09%氯化钠注射液250ml或5%~10%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次。

3其他治法

31单方验方

311防栓汤：黄芪30g，菊花30g，玄参30g，豨莶草30g，当归30g，川芎15g，昆布15g，海藻15g为基本方。适用于中风先兆气虚血瘀证。

312葛根红花汤：葛根20g，丹参30g，红花10g，天麻10g，法半夏9g，川芎9g。适用于中风先兆肝风夹瘀证。

32中成药

小中风片：治疗中风先兆肝阳上亢，气滞血瘀证。治以活血清肝，化痰通络。决明子30g，丹参15g，川芎9g，山楂15g等，1次4~6片，1日3次。

33针刺

第一组：百会、风池、中脘、气海、风市、足三里、脾俞、侠溪、丰隆、解溪。

第二组：百会、风池、大椎、合谷、阳陵泉、三阴交、太冲。

上述两组穴位可交替使用，针用平补平泻法。

ZYYXH/T1232008

ZYYXH/T1232008

## 脑出血

脑出血（intracerebral hemorrhage，ICH）是指非外伤性原发性脑实质内出血。脑出血病因多种多样，常见的有高血压、脑血管畸形、脑淀粉样血管病、溶栓或抗凝后、瘤卒中和脑梗死后出血等，其中高血压性脑出血最为常见。高血压性脑出血是在血管病变基础上，血压升高使动脉破裂所致。脑出血的发病率为每年60~80/10万人口，在我国占急性脑血管病的30%左右。急性期病死率为30%~40%，是急性脑血管病中最高的。在脑出血中，大脑半球出血约占80%，脑干和小脑出血约占20%。脑出血预后与出血部位、出血量、病因和全身状态有关，脑干、丘脑、脑室大量出血预后差。重症脑出血多在发病数小时至数天内因脑疝死亡，部分患者可生活自理或恢复工作。本病属于中医学的“中风病”范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状：突发性偏瘫、偏身感觉障碍、失语等局灶性神经功能缺损症状，常伴有头痛、呕吐、意识水平下降，重症者起病即表现为意识障碍。

112体征：可有偏瘫、偏身感觉障碍、偏盲、失语、空间构象障碍、精神症状、凝视麻痹、共济失调、眼震、复视、眼睑下垂、痫性发作、四肢瘫、去脑强直、意识障碍和脑膜刺激征等。

12理化检查

121血液检查：可有白细胞增高，血糖升高等。

122影像学检查

头颅CT：是诊断脑出血安全有效的首选方法，可准确、清楚地显示脑出血的部位、出血量、占位效应、是否破入脑室或蛛网膜下腔及周围脑组织受压的情况。头颅CT扫描示血肿灶为高密度影，边界清楚，CT值为75~80Hu，在血肿被吸收后显示为低密度影。

头颅MRI：脑出血后的不同时期血肿的MRI表现各异。急性期脑出血的诊断CT优于MRI，但MRI检查能更准确地显示血肿演变过程，对某些脑出血患者的病因探讨会有所帮助，如能较好地鉴别瘤卒中，发现脑动静脉畸形及动脉瘤等。

脑血管造影：中青年非高血压性脑出血或者CT和MRI检查怀疑有血管异常时，应进行脑血管造影检查。脑血管造影可清楚地显示异常血管及显示出造影剂外漏的破裂血管和部位。可检出脑动脉瘤、脑动静脉畸形、烟雾病（moyamoya disease）和血管炎等。

腰穿检查：在没有条件或不能进行CT扫描者，可进行腰穿检查以协助诊断脑出血。对大量的脑出血、小脑出血或脑疝早期，腰穿应慎重，以免诱发脑疝。

13诊断要点

参照1995年中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》：好发部位为壳核、丘脑、尾状核头部、中脑、桥脑、小脑、皮质下白质，即脑叶、脑室及其他。主要是高血压性脑出血，也包括其他病因的非外伤性脑内出血。高血压性脑出血的诊断要点如下：

131常于体力活动或情绪激动时发病。

132发作时常有反复呕吐、头痛和血压升高。

133病情进展迅速，常出现意识障碍、偏瘫和其他神经系统局灶症状。

134多有高血压病史。

135腰穿脑脊液多含血和压力增高（其中20%左右可不含血）。

136脑超声波检查多有中线波移位。

137鉴别诊断有困难时可做CT检查。

2辨证论治

脑出血基本病机是脏腑功能失调，阴阳失衡，气血逆乱，上犯于脑，络破血溢于脑脉之外，重症者可闭塞清窍，蒙蔽神明。病位在脑，与心、肾、肝、脾密切相关。病性是本虚标实，上盛下虚。在本为肝肾阴虚，气血亏虚；在标为风火相煽，痰湿壅盛，气血逆乱，络破血溢。“风证”、“火证”、“痰证”、“阴虚证”为出血性中风急性期的基本证候，“风证”为发病的启动因素，急性期以“火证”最为明显，而“瘀证”贯穿于疾病的始终。

21肝阳暴亢，风火上扰证

证候：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木，头晕头痛，面红目赤，口苦咽干，心烦易怒，尿赤便干，舌质红或红绛，舌苔薄黄，脉弦有力。

治法：平肝潜阳，清热息风。

方药：天麻钩藤饮加减。

天麻9g，钩藤后下12g，石决明先煎30g，川牛膝12g，杜仲9g，桑寄生9g，黄芩9g，栀子9g，益母草9g，夜交藤9g，茯神9g。

加减：头晕头痛，加菊花12g，桑叶9g以平肝息风；肝火甚，加龙胆草6g以清泻肝火；心烦易怒，加牡丹皮9g，白芍9g以清热除烦；便干便秘，加大黄后下6g以清热通便。重症患者出现风火上扰清窍而神志昏蒙，以羚角钩藤汤加减配合服用安宫牛黄丸，药用：羚羊角片单煎3g，桑叶6g，川贝粉冲服2g，生地黄15g，钩藤后下9g，菊花9g，茯神9g，白芍9g，甘草3g，竹茹9g等。

中成药：①天麻钩藤颗粒，开水冲服，1次10g，1日3次；②清开灵注射液20~40ml加入5%葡萄糖注射液或09%生理盐水250~500ml中，静脉滴注，1日1次，可连续使用7~14日。

22痰热腑实，风痰上扰证

证候：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木，腹胀，便干便秘，头晕目眩，咯痰或痰多，舌质暗红或暗淡，苔黄或黄腻，脉弦滑或偏瘫侧脉弦滑而大。

治法：化痰通腑。

方药：星蒌承气汤加减。

瓜蒌30g，胆南星6g，大黄后下9g，芒硝冲服9g，丹参15g。

加减：舌苔黄腻、脉弦滑、便秘是本证的特征，也是化痰通腑法的临床应用指征。应用本法应以通为度，不可通下太过，以免伤及正气。头痛、头晕重，加钩藤后下12g，菊花12g，珍珠母先煎15g以平肝息风；风动不已，躁动不安，加羚羊角粉冲服06g，石决明先煎30g，磁石先煎30g以镇肝息风；痰热甚，加天竺黄6g，竹沥水冲服10ml，川贝粉冲服2g以清化痰热；心烦不宁，加栀子9g，黄芩9g以清热除烦；大便通而黄腻苔不退，少阳枢机不利，气郁痰阻，配大柴胡汤化裁；年老体弱津亏，口干口渴，加生地黄15g，麦冬15g，玄参9g以养阴生津；黄腻苔呈斑块样剥脱，见阴伤之势，去芒硝，减胆南星、瓜蒌、大黄之用量，加麦冬9g，玄参9g，生地黄15g以育阴生津。

中成药：①牛黄清心丸，口服，1次1丸，1日1次；②清开灵注射液20~40ml加入5%葡萄糖注射液或09%生理盐水250~500ml中，静脉滴注，1日1次，可连续使用7~14日。

23阴虚风动证

证候：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木，烦躁失眠，头晕耳鸣，手足心热，咽干口燥，舌质红绛或暗红，或舌红瘦，少苔或无苔，脉弦细或弦细数。

治法：滋养肝肾，潜阳息风。

方药：镇肝息风汤加减。

牛膝15g，代赭石先煎30g，龙骨先煎15g，牡蛎先煎15g，龟甲先煎15g，白芍9g，玄参15g，天冬15g，川楝子6g，麦芽6g，茵陈后下6g，甘草6g。

加减：心烦失眠，加黄芩9g，栀子9g，莲子心3g，夜交藤15g，珍珠母先煎15g以清心除烦，镇心安神；头痛重，加石决明先煎30g，夏枯草6g以清肝息风；阴虚明显，加鳖甲先煎15g，阿胶烊化9g以滋阴养血；阴虚血瘀明显，以育阴通络汤加减，药用：生地黄15g，山茱萸9g，钩藤后下15g，天麻9g，丹参15g，白芍9g以育阴息风，活血通络。

中成药：①大补阴丸，口服，1次6g，1日2~3次；②知柏地黄丸，口服，水蜜丸1次6g，小蜜丸1次9g，大蜜丸1次1丸，1日2次；③生脉注射液20~60ml加入5%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次，可连续使用7~10日。

24痰热内闭清窍证

证候：神昏，半身不遂，鼻鼾痰鸣，项强身热，气粗口臭，躁扰不宁，甚则手足厥冷，频繁抽搐，偶见呕血，舌质红绛，舌苔黄腻或干腻，脉弦滑数。

治法：清热化痰，醒神开窍。

方药：羚羊角汤加减，配合灌服或鼻饲安宫牛黄丸。

羚羊角粉冲服06g，龟甲先煎15g，生地黄12g，牡丹皮9g，白芍12g，夏枯草6g，石决明先煎30g。

加减：痰多，加胆南星6g，竹沥水兑服10ml或配合服用珠珀猴枣散以清热化痰；便秘，加大黄后下9g，芒硝冲服9g以通腑泻热；躁扰不宁，加黄芩9g，栀子9g，麦冬9g，莲子心3g以清肝泻火除烦；伴抽搐，加僵蚕6g，天竺黄6g以息风化痰止痉；神昏重，加郁金12g，石菖蒲9g以开窍醒神；见呕血、便血，加三七粉3g，大黄粉3g冲服或鼻饲以凉血止血。

中成药：①安宫牛黄丸，灌服或鼻饲，1次1丸，每6~8小时1次；②珠珀猴枣散，口服，1次03g，1日2次；②清开灵注射液20~40ml加入5%葡萄糖注射液或09%生理盐水250~500ml中，静脉滴注，1日1次，连续使用7~14日。

25痰湿蒙塞清窍证

证候：神志昏蒙，半身不遂，口舌歪斜，痰鸣漉漉，面白唇暗，肢体松懈，瘫软不温，静卧不烦，二便自遗，或周身湿冷，舌质紫暗，苔白腻，脉沉滑缓。

治法：温阳化痰，醒神开窍。

方药：涤痰汤加减，配合灌服或鼻饲苏合香丸。

法半夏9g，陈皮9g，枳实9g，胆南星6g，茯苓15g，石菖蒲9g，竹茹6g，远志9g，丹参15g，甘草9g。

加减：肢体抽搐，加天麻9g，钩藤后下15g以平肝息风；痰声漉漉，舌苔厚腻，加紫苏子9g，瓜蒌15g以化痰降浊。

中成药：①苏合香丸，鼻饲，1次1丸，1日2~3次；②醒脑静注射液20~40ml加入5%葡萄糖注射液或09%生理盐水250~500ml中，静脉滴注，1日1次，连续使用7~10日。

26元气败脱，神明散乱证

证候：神昏，肢体瘫软，目合口张，呼吸微弱，手撒肢冷，汗多，重则周身湿冷，二便失禁，舌痿不伸，舌质紫暗，苔白腻，脉沉缓或沉微。

治法：益气回阳固脱。

方药：参附汤加减，或合生脉散加减。

人参单煎12g，附子先煎9g。

加减：汗出不止，加山茱萸9g，黄芪30g，煅龙骨先煎30g，煅牡蛎先煎30g以敛汗固脱；气阴两伤，选用西洋参单煎6g，阿胶烊化9g，龟甲先煎15g以益气养阴；阳气欲脱，四肢不温，用附子先煎9g，红参单煎15g水煎频频灌服，以回阳固脱。

中成药：①参附注射液20~100ml加入5%或10％葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次；②参麦注射液10~60ml加入用5%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次。

27气虚血瘀证

证候：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木，面色白，气短乏力，口角流涎，自汗出，心悸便溏，手足肿胀，舌质暗淡，或舌边有齿痕，舌苔薄白或白腻，脉沉细、细缓或细弦。本证多见于恢复期。

治法：益气活血。

方药：补阳还五汤加减。

黄芪30g，当归尾6g，赤芍9g，地龙6g，川芎6g，红花9g，桃仁9g。

加减：恢复期气虚明显，加党参12g或太子参15g以益气通络；言语不利，加远志9g，石菖蒲6g，郁金12g以祛痰利窍；心悸、喘息，加桂枝6g，炙甘草6g以温经通阳；肢体麻木，加木瓜15g，伸筋草15g，防己9g以舒筋活络；上肢偏废，加桂枝6g以通络；下肢瘫软无力，加续断12g，桑寄生15g，杜仲12g，牛膝12g以强壮筋骨；小便失禁，加桑螵蛸9g以温肾固涩；肢体拘急疼痛而血瘀重，加莪术6g，水蛭3g，鬼箭羽9g，鸡血藤15g以活血通络。

中成药：①脑安胶囊，口服，1次2粒，1日2次；②生脉注射液20~60ml加入5%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次，可连续使用7~10日。

3其他治法

31针灸

病情平稳后可以进行针灸。中经络者，取穴以手足阳明经穴为主，辅以太阳、少阳经穴。中脏腑脱证者，选用任脉穴为主，用大艾炷灸治疗；闭证者，取水沟、十二井穴为主。

中经络者，上肢取穴肩髃、臂臑、曲池、外关、合谷、内关；下肢取穴环跳、承扶、风市、足三里、血海、委中、阳陵泉、太冲。吞咽障碍者，加风池、完骨、天柱、天容；语言不利者，加廉泉、金津、玉液、哑门；手指握固者，加八邪、后溪；足内翻者，加丘墟、照海。

中脏腑者，脱证取穴关元、足三里，施大艾炷隔姜灸，神阙隔盐灸；闭证取穴水沟、十二井、太冲、丰隆、劳宫等。

32熏洗

复方通络液:红花10g，川乌10g，草乌10g，当归10g，川芎10g，桑枝30g。

用法：以上药物煎汤取1000~2000ml，煎煮后乘热以其蒸汽熏病侧手部，待药水略温后，洗、敷肿胀的手部及病侧肢体。

加减：可在基础方上加用海风藤、络石藤等藤类药物以搜风通络，加威灵仙以通经活络；手部色紫暗、指甲无华而暗者，属瘀血较重，加用川牛膝、桃仁、鸡血藤等加重活血之力，以活血通经；若手部胀大紧绷，皮色光亮，痰湿之象较重者，可加用狼毒、芒硝等燥湿化痰，以消除在局部之湿痰。

33康复训练

脑出血患者的康复训练在病情相对平稳后即可进行，可在病后7~14日开始。包括运动功能、感觉障碍、痉挛、失语症、构音障碍、吞咽障碍等的康复。

方案的选择包括良肢位的设定、被动关节活动度维持训练、体位变化的适应性训练、平衡反应诱发训练和抑制痉挛等。在康复中贯彻“松”和“静”的原则和方法。“松”是精神的放松和肢体的放松。“静”是心静气宁，克服焦躁、压抑的情绪，而且要避免误动、盲动。在“动”中强调动作的质量，而不强求动作的次数。

ZYYXH/T1242008

ZYYXH/T1242008

## 脑梗死

脑梗死（cerebral infarction，CI）是缺血性卒中的总称，包括脑血栓形成、腔隙性梗死和脑栓塞等，指脑部血液供应障碍，缺血、缺氧引起局限性脑组织坏死或软化而出现相应的神经系统症状。该病在脑血管疾病中最为常见，占全部脑卒中的60%~80%。血管壁病变、血液成分和血流动力学改变是引起本病的主要原因。脑梗死发病率为95~110/10万人口。急性期病死率较高，达到5%~15%，死亡原因多数缘于脑部病变本身和较为严重的并发症。存活的患者中，70%左右残留较严重的后遗症，半年之内复发率最高，尤其是脑栓塞患者。本病属于中医学的“中风病”范畴。

1诊断依据

11临床表现

111发病形式：大部分患者静态下急性起病，动态起病者以心源性脑梗死多见，部分病例在发病前可有TIA发作，如短暂的肢体麻木、无力等。病情一般在数小时或数日内达到高峰，也可能症状进行性加重或病情波动。

112症状体征：取决于梗死病灶的部位和大小，主要表现为局灶性神经功能缺损的症状和体征，如偏瘫、偏身感觉障碍、认知功能障碍、颅神经麻痹、共济失调等，部分可出现全脑症状和体征，如头痛、恶心呕吐、昏迷和生命体征异常等。

12理化检查

121血液检查：血小板、凝血功能、血糖等。有条件的医院可以进行血浆同型半胱氨酸等检查。

122影像学检查

头颅CT：头颅CT检查应常规进行，对于脑梗死和脑出血的鉴别有重要价值。但是对于超早期（发病6小时以内）缺血性病变和皮质或皮质下小的梗死灶不敏感，不能显示脑干和小脑较小梗死灶。多数病例在发病24小时后逐渐显影，大面积脑梗死可以较早显示病灶。主要表现为低密度灶，大面积梗死可以伴有脑水肿和占位效应，出血性梗死呈现混杂密度。超早期阶段可以有微小改变，如大脑中动脉高密度征、皮质边缘（尤其岛叶）及豆状核区灰白质分界不清、脑沟消失等。

头颅MRI：可以清晰地显示早期缺血性梗死灶，对脑干和小脑梗死显示清楚，主要表现为T1低信号、T2高信号病灶，出血性梗死显示其中混杂T1高信号。对于超早期脑梗死和脑出血则难以鉴别。弥散加权成像（DWI）在发病2小时即可显示病变，对早期梗死敏感，为早期治疗提供重要信息。灌注加权成像（PWI）显示的病灶区域较弥散加权范围大，目前认为弥散－灌注不匹配区域为半暗带，为溶栓治疗提供信息。

经颅彩色多普勒超声（TCD）：有利于判断颅内外血管狭窄、闭塞和侧支循环建立程度。

血管造影：磁共振血管成像（MRA）、CT血管成像（CTA）等属于无创检查，可以了解血管情况及疗效等。数字减影血管造影（DSA）在进行血管内介入治疗、动脉溶栓时有意义，但有一定的风险。

其他：正电子发射断层扫描（PET）、单光子发射计算机断层扫描（SPECT）等在有条件的单位用于临床研究。

13诊断要点

131诊断依据：参考1995年中华医学会第四次全国脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》。

1311动脉粥样硬化性血栓性脑梗死

常于安静状态下发病。

大多数发病时无明显头痛和呕吐。

发病较缓慢，多逐渐进展，或呈阶段性进行，多与脑动脉粥样硬化有关，也可见于动脉炎、血液病等。

一般发病后1~2日内意识清楚或轻度障碍。

有颈内动脉系统和（或）椎－基底动脉系统症状和体征。

应做CT或MRI检查。

腰穿脑脊液一般不应含血。

1312脑栓塞

多为急骤发病。

多数无前驱症狀。

一般意识清楚或有短暂性意识障碍。

有颈内动脉系统和(或)椎－基底动脉系统症状和体征。

腰穿脑脊液一般不含血，若有红细胞可考虑出血性脑梗死。

栓子的来源可为心源性或非心源性，也可同时伴有其他脏器、皮肤、黏膜等栓塞症状。

1313腔隙性梗死

发病多由于高血压动脉硬化引起，呈急性或亚急性起病。

多无意识障碍。

应进行CT或MRI检查，以明确诊断。

临床表现多不严重，较常见的为纯感觉性卒中、纯运动性轻偏瘫、共济失调性轻偏瘫，构音不全－手笨拙综合征或感觉运动性卒中等。

腰穿脑脊液无红细胞。

1314无症状性脑梗死：为无任何脑及视网膜症状的血管疾病，仅为影像学所证实，可视具体情况决定是否作为临床诊断。

132病程诊断

急性期：发病1~2周。

恢复期：发病2周~6个月。

后遗症期：发病6个月以后。

133临床分型

牛津郡社区卒中研究分型（OCSP）不依赖于影像学结果，主要根据临床表现对急性期脑梗死迅速分型，提示闭塞血管和梗死灶的大小和部位，有利于指导治疗和评估预后。OCSP临床分型标准：

全前循环梗死（TACI）:表现为三联征，即完全大脑中动脉（MCA）综合征的表现：大脑较高级神经活动障碍；同向偏盲；偏身运动和（或）感觉障碍。多为MCA近段主干，少数为颈内动脉虹吸段闭塞引起的大片脑梗死。

部分前循环梗死（PACI）:有以上三联征中的两个，或只有高级神经活动障碍，或感觉运动缺损较TACI局限。提示MCA远段主干、各级分支或大脑前动脉（ACA）及分支闭塞引起的中、小梗死。

后循环梗死（POCI）:表现为各种程度的椎－基底动脉综合征，为椎－基底动脉及分支闭塞引起的大小不等的脑干、小脑梗死。

腔隙性梗死（LACI）:表现为腔隙综合征。大多是基底节或桥脑小穿通支病变引起的小腔隙灶。

2辨证论治

中医认为本病是在气血内虚的基础上，因劳倦内伤、忧思恼怒、饮食不节等诱因，引起脏腑阴阳失调，气血逆乱，直冲犯脑，导致脑脉痹阻而发病。病位在脑髓血脉，与肝、心、脾、肾有关。病性属本虚标实，肝肾不足、气血亏虚为本，风、火、痰、瘀等为标。急性期常以风、火、痰、瘀等标实为主，可兼见正气不足；恢复期和后遗症期则多为虚实夹杂。大多数脑梗死患者以半身不遂、口舌歪斜、言语謇涩或语不达意或不语为主症而无神志障碍，病位较浅，属于中医“中经络”范畴，经治疗可逐渐恢复。少数起病即见神志障碍，病位深，属于中医“中脏腑”范畴，病情重，预后差。

21风痰阻络证

证候：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木，头晕目眩，痰多而黏，舌质暗淡，舌苔薄白或白腻，脉弦滑。多见于急性期。

治法：息风化痰，活血通络。

方药：化痰通络汤加减。

法半夏9g，白术9g，天麻12g，丹参15g，香附9g，胆南星6g，酒大黄6g，三七粉冲服3g。

加减：此方大黄用量宜轻，以涤除痰热积滞为目的，不可过量。痰多色黄，加瓜蒌30g，浙贝母9g，天竺黄6g以清化痰热；舌质紫暗或有瘀斑，加桃仁9g，红花9g，赤芍15g以活血通络；舌苔黄腻，加黄芩9g，栀子9g以清热解毒；头晕、头痛，加菊花9g，夏枯草9g以清利头目。

中成药：①全天麻胶囊，口服，1次2~6粒，1日3次；②中风回春丸，口服，1次12~18g，1日3次。

22痰热腑实证

证候：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木，腹胀，便干便秘，头痛目眩，咯痰或痰多，舌质暗红，苔黄腻，脉弦滑或偏瘫侧脉弦滑而大。急性期多见。

治法：化痰通腑。

方药：星蒌承气汤加减。

瓜蒌30g，胆南星6g，大黄后下9g，芒硝冲服9g，丹参15g。

加减：大黄、芒硝的用量需根据病人的体质而定，以大便通泄为度，不宜过量，腑气通后改用清热化痰等法治疗；用药后大便已通，但舌苔剥脱，舌质红或红绛，改用清热养阴法；采用星蒌承气汤治疗而仍腑气不通时，可改用大柴胡汤，或加入行气之品；口苦咽干，心烦易怒，加黄连6g，栀子9g以清心除烦。

中成药：①新清宁片，口服，1次3粒，1日3次；②牛黄清心丸，口服，1次1丸，1日1次；③清开灵注射液20~40ml加入生理盐水或5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次，连续使用7~10日。

23气虚血瘀证

证候：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木，面色白，气短乏力，口角流涎，自汗出，心悸便溏，手足肿胀，舌质暗淡，有齿痕，舌苔白腻，脉沉细。多见于恢复期和后遗症期，急性期亦可出现。

治法：益气活血。

方药：补阳还五汤加减。

黄芪30g，当归9g，桃仁9g，红花9g，赤芍15g，川芎9g，地龙9g。

加减：心悸胸闷，脉沉缓或结，可合用生脉散，加党参15g，麦冬9g，五味子9g以补益心气；动则气短，乏力便溏，肢体松懈瘫软，加党参15g，白术9g以益气健脾；肢体痉挛，加木瓜15g，伸筋草9g以柔肝缓急；舌有瘀斑、瘀点，舌下脉络青紫，加莪术9g，水蛭3g，鸡血藤30g以破血通络；腰膝无力，加枸杞子9g，牛膝15g以补肾强腰。

中成药：①脑心通胶囊，口服，1次2粒，1日3次；②脑安胶囊，口服，1次2粒，1日2次；③消栓通络片，口服，1次25g，1日3次；④生脉注射液20~60ml加入5%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次，连续使用7~10日。

24阴虚风动证

证候：半身不遂，口舌歪斜，言语謇涩或不语，偏身麻木，眩晕耳鸣，手足心热，咽干口燥，舌质红而体瘦，少苔或无苔，脉弦细数。多见于恢复期和后遗症期，急性期亦可出现。

治法：育阴息风，活血通络。

方药：育阴通络汤加减。

生地黄15g，山茱萸9g，钩藤后下15g，天麻9g，丹参15g，白芍15g。

加减：口干，加石斛9g，麦冬9g以滋阴润燥；大便干燥，加肉苁蓉30g，火麻仁15g以润肠通便；心烦失眠，加黄连6g，栀子9g，夜交藤30g，珍珠母先煎30g以清心除烦；头痛重，加石决明先煎15g，夏枯草15g以镇肝息风。

中成药：①大补阴丸，口服，1次6g，1日2~3次；②天麻钩藤颗粒，开水冲服，1次10g，1日3次。

25痰蒙清窍证

证候：神志昏蒙，半身不遂，口舌歪斜，痰鸣漉漉，面白唇暗，肢体松懈，瘫软不温，静卧不烦，二便自遗，周身湿冷，舌质紫暗，苔白腻，脉沉滑缓。多见于急性期或由中经络演化而来。

治法：温阳化痰，醒神开窍。

方药：涤痰汤加减，配合灌服或鼻饲苏合香丸。

法半夏9g，陈皮9g，枳实9g，胆南星6g，茯苓15g，石菖蒲9g，竹茹6g，远志9g，丹参15g，甘草9g。

加减：肢体抽搐，加天麻9g，钩藤后下15g以平肝息风；痰声漉漉，舌苔厚腻，加紫苏子9g，瓜蒌15g以化痰降浊。

中成药：①苏合香丸，口服，1次1丸，1日2~3次；②醒脑静注射液20~40ml加入5%葡萄糖注射液或生理盐水250~500ml中，静脉滴注，1日1次，连续使用7~10日。

26痰热内闭证

证候：神志昏蒙，半身不遂，口舌歪斜，鼻鼾痰鸣，肢体强痉拘急，项强身热，气粗口臭，躁扰不宁，甚则手足厥冷，频繁抽搐，偶见呕血，舌质红绛，舌苔褐黄干腻，脉弦滑数。多见于急性期，重症患者发病即可出现，亦可由痰热腑实证演化而来。

治法：清热化痰，醒神开窍。

方药：清心宣窍汤加减，配合灌服或鼻饲安宫牛黄丸。

黄连9g，栀子9g，丹参15g，天麻9g，钩藤后下15g，石菖蒲9g，牡丹皮9g，羚羊角粉冲服06g。

加减：痰多，加天竺黄9g，胆南星6g，竹茹3g以清热化痰；如大便数日未行，可合用星蒌承气汤或大承气汤以通腑泻热，也可选用羚羊角汤加减。

中成药：①安宫牛黄丸，口服，1次1丸，1日2~3次；②牛黄清心丸，口服，1次1丸，1日1~2次；③紫雪散，口服，1次15~3g，1日2次；④清开灵注射液20~40ml加入09%生理盐水或5％葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次，连续使用7~10日。

27元气败脱证

证候：多见于病情危笃临终之时，属中风危候，多难救治。昏愦不知，目合口开，四肢松懈瘫软，肢冷汗多，二便自遗，舌痿，舌质紫暗，苔白腻，脉微欲绝。

治法：益气回阳固脱。

方药：参附汤加减。

人参单煎15g，附子先煎9g。

加减：汗出不止，加山茱萸15g，黄芪15g，煅龙骨先煎15g，煅牡蛎先煎15g以敛汗固脱；出现戴阳证，两颧潮红，明堂白或晦暗，鼻鼾气粗，下肢清冷，脉来虚大而尺脉尤弱，可在参附汤中，加入熟地黄15g，山茱萸15g以滋阴敛阳；汗冷肢厥，合用四逆汤以回阳救逆；紫绀息微，心率加快，脉细欲绝，合用生脉散加减以益气养阴复脉。

中成药：①参附注射液20~100ml加入5%~10%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次；②参麦注射液10~60ml加入5%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次。

3其他治法

病人神志转清或病情稳定后，应尽早进行针灸、推拿及肢体、语言康复训练等，以循序渐进为原则。

31针灸

中经络者取穴以手足阳明经穴为主，辅以太阳、少阳经穴；中脏腑脱证者，选用任脉穴为主，用大艾炷灸治疗；闭证者取水沟、十二井穴为主。

中经络者，上肢取穴肩髃、臂臑、曲池、外关、合谷、内关等；下肢取穴环跳、承扶、风市、足三里、血海、委中、阳陵泉、太冲等。吞咽障碍者，加风池、完骨、天柱、天容；语言不利者，加廉泉、金津、玉液、哑门；手指握固者，加八邪、后溪；足内翻者，加丘墟、照海。

中脏腑者，脱证取穴关元、足三里，施大艾炷隔姜灸，神阙隔盐灸；闭证取穴水沟、十二井、太冲、丰隆、劳宫等。

32推拿

321半身不遂者，常用穴为天宗、肝俞、胆俞、膈俞、肾俞、环跳、阳陵泉、委中、承山、膝眼、解溪、尺泽、曲池、手三里、合谷等。手法采用按、揉、搓、擦等。

322肩手综合征者，取穴为合谷、曲池、缺盆、肩髃、肩贞、肩井、天宗。手法采用一指禅推、点、按、拿、扳、拔伸、摇、抖、搓。

33熏洗

在恢复期或后遗症期，瘫侧手部或同时见到瘫侧手、足部肿胀，按之无凹陷，故实胀而非肿。可予“复元通络液”局部熏洗患肢，1日1次或隔日1次。药用川乌9g，草乌9g，当归15g，川芎15g，红花9g，桑枝30g，用水煎汤熏洗或泡洗肿胀的肢体。

ZYYXH/T1252008

ZYYXH/T1252008

## 特发性面神经麻痹

特发性面神经麻痹（idiopathic facial paralysis），又称贝尔(Bell)麻痹，即由面神经管内急性非化脓性面神经炎所引起的周围性面神经麻痹。目前本病病因尚未明确，越来越多的资料表明，面神经麻痹的主要病因是潜伏在颅神经节的疱疹病毒（单纯疱疹Ⅰ型病毒和带状疱疹病毒），极少是Lyme病、Ramsay-Hunt综合征(面神经受带状疱疹病毒感染所引起)。本病的预后取决于病情的严重程度及处理是否及时适当，约75％的病例在1~3个月内恢复，年轻患者预后好。轻度面瘫无论治疗与否，痊愈率可达92％以上。老年患者发病时伴有乳突疼痛，合并糖尿病、高血压、动脉硬化、心绞痛或心肌梗死者，预后较差。本病属于中医学的“口僻”范畴。

1诊断依据

11临床表现

111任何年龄均可发病，但以20~40岁最为多见，男性略多于女性。通常呈急性起病，症状可于数小时或1~3日内达到高峰。

112多数为一侧性，双侧者多见于Guillain-Barre综合征，据报道约为05%。

113部分患者在起病前几天有同侧耳后、耳内、乳突区的轻度疼痛，数日即消失，或压迫面神经可产生不适感觉。多数患者往往于清晨洗面、漱口时突然发现一侧面颊动作不灵、口角歪斜。部分患者常主诉患侧面部僵硬感或麻木感，可出现病侧面部表情肌完全瘫痪者,病侧的眼轮匝肌反射减弱或消失，眼睑震颤明显减弱，面部感觉检查完全正常。

114如面神经受损在茎乳突孔以上而影响鼓索神经时，尚有患侧舌前2/3味觉丧失。如在发出镫骨肌分支以上处受损，则尚有患侧舌前2/3味觉丧失和听觉过敏。膝状神经节病变，除有周围性面瘫、听觉过敏和舌前2/3的味觉障碍外，还有患侧乳突部疼痛、耳廓和外耳道感觉减退，以及外耳道或鼓膜出现疱疹，构成所谓Ramsay-Hunt综合征。

115面神经麻痹如不恢复或不完全恢复时，常可产生瘫痪肌的挛缩、面肌痉挛或连带运动，成为面神经麻痹的后遗症。面神经麻痹恢复后，个别病例（约27%）可复发。据报道，复发间隔时间最长者可达20年。

12诊断要点

121急性起病。

122周围性面瘫为主要临床表现，可伴有同侧耳后、耳内、乳突区的轻度疼痛。

123除外其他原因引起的周围性面瘫即可诊断。

2辨证论治

本病多因起居不慎、烦劳体倦，或因素体亏虚，气血不足，导致脉络空虚，卫外不固，外邪乘虚入侵面部经络，或夹伏痰走窜经络，致经络痹阻，气血不通，筋脉失养，经筋功能失调，筋肉失于约束而出现。病性属本虚标实，病位在面部经筋。

21风寒阻络证

证候：突然口眼歪斜，眼睑闭合不全，伴恶风寒、发热、肌肉酸痛，苔薄白，脉浮紧。

治法：祛风散寒，解表通络。

方药：小续命汤加减。

炙麻黄6g，杏仁9g，白芍9g，防风9g，川芎10g，白附子6g，全蝎6g，僵蚕9g，甘草3g。

加减：汗出较多，去炙麻黄，加黄芪15g，白术12g以益气敛汗；舌质紫暗，加红花6g以活血化瘀；舌苔白腻夹湿，加茯苓12g，泽泻10g。

中成药：①玉屏风颗粒，口服，1次1袋，1日3次；②通天口服液，口服，1次10ml，1日3次。

22风热阻络证

证候：突然口眼歪斜，眼睑闭合不全，额纹消失，伴口苦咽干、肌肉酸痛，舌边尖红，苔薄黄，脉浮数。

治法：祛风清热，解表通络。

方药：大秦艽汤加减。

秦艽12g，川芎9g，白芷9g，黄芩9g，桑枝15g，蝉蜕5g，忍冬藤15g，羌活6g，全蝎6g，僵蚕9g，甘草6g。

加减：口角流涎，加胆南星6g，白附子6g以化痰通络;舌质紫暗，加红花9g以活血化瘀；耳周疱疹明显，属胆经热盛，去白芷、羌活，加龙胆草9g，栀子12g，蚤休15g。

23风痰阻络证

证候：突然口眼歪斜，口角流涎，眼睑闭合不全，伴脘闷恶心，苔白腻，脉浮滑。

治法：祛风化痰通络。

方药：牵正散加减。

白附子6g，全蝎6g，僵蚕9g，胆南星6g，石菖蒲9g，羌活6g，防风9g，川芎9g，甘草6g。

加减：面部麻木，加忍冬藤15g，丝瓜络9g以活血通络;舌质紫暗，加红花9g以活血化瘀。

中成药：全天麻胶囊，口服，1次2粒，1日3次。

24瘀血阻络证

证候：口眼歪斜，面肌不仁，日久不愈，舌质紫暗，脉细涩。

治法：活血通络。

方药：通窍活血汤加减。

麝香冲服01g，红花9g，赤芍9g，川芎12g，全蝎6g，僵蚕9g，丝瓜络6g，忍冬藤15g。

加减：口角流涎而苔白腻，加胆南星6g，竹茹9g，白附子6g以化痰祛风。病程日久，伴有神疲乏力，舌质淡暗，脉沉细，可选用补阳还五汤加减以补气活血通络；伴面肌痉挛，加蜈蚣3g，地龙12g以搜风解痉。

中成药：血府逐瘀胶囊，口服，1次6粒，1日2次。

3其他治法

31针刺

以手足阳明和手足太阳经穴为主。主穴攒竹、鱼腰、阳白、四白、颧髎、颊车、地仓、合谷、昆仑等穴位。风寒证，加风池；风热证，加曲池；恢复期，加足三里。在急性期，面部穴位手法不宜过重，针刺不宜过深，取穴不宜过多，肢体远端的腧穴行泻法且手法宜重；在恢复期，足三里施行补法，合谷、昆仑行平补平泻法。

32刺络拔罐

用三棱针点刺阳白、颧髎、地仓、颊车，拔罐，每周2次，适用于恢复期。

33电针

取穴太阳、阳白、地仓、颊车，接通电针仪，通电10~20分钟，强度以患者面部肌肉微见跳动而能耐受为度。如通电后，见咬牙者，为针刺过深，刺中咬肌所致，应调整针刺的深度。适应于面瘫的中后期。

34穴位贴敷

选太阳、阳白、颧髎、地仓、颊车，将马钱子锉成粉末，撒于胶布上，然后贴于穴位处，5~7日换药1次。

ZYYXH/T1262008

ZYYXH/T1262008

## 蛛网膜下腔出血

蛛网膜下腔出血(Subarachnoid hemorrhage，SAH)是各种原因的颅内出血，导致血液流入蛛网膜下腔的统称。临床上可分自发性与外伤性两类，自发性又分为原发性与继发性两种。由各种原因引起软脑膜血管破裂，血液流入蛛网膜下腔者，称为原发性蛛网膜下腔出血；因脑实质内出血，血液流入蛛网膜下腔者，称继发性蛛网膜下腔出血。临床上一般指的是原发性蛛网膜下腔出血，约占急性脑血管病的15%。蛛网膜下腔出血的预后与病因、年龄、动脉瘤部位及瘤体大小、出血量、血压增高及波动、合并症和手术治疗时机等有关。发病时意识模糊或昏迷、高龄、收缩压高、出血量大、大脑前动脉或椎-基底动脉较大动脉瘤预后差，半数存活者遗留有永久性脑损害，常见认知障碍。本病属于中医学的“真头痛”、“中风”等病证范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状

剧烈头痛是蛛网膜下腔出血最突出的症状，通常表现为突然发生的劈裂样剧烈头痛，伴有颈项强直，头痛的部位比较广泛，分布于前额、后枕或整个头部，并可延及颈、肩、背、腰及两腿等部位。头痛可持续数日或者数周不变，2周后缓慢减轻，头痛再发常提示再出血可能。

发病多有激动、用力或排便等诱因。出血常引起血压急剧上升。短暂意识丧失很常见，后交通动脉瘤压迫动眼神经可产生该神经麻痹，颈内动脉海绵窦段动脉瘤易损伤Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ及Ⅵ颅神经；大脑前动脉瘤常出现精神症状；大脑中动脉瘤可出现偏瘫、偏身感觉障碍和痫性发作；椎-基底动脉瘤出现颅神经瘫痪；动静脉畸形患者常见癫痫发作。急性期偶见欣快、谵妄和幻觉等精神症状，2~3周可自行消失。

60岁以上老年患者临床症状常不典型，起病缓慢，头痛等症状不明显，意识障碍及脑实质损害症状较严重，或以精神症状起病，应引起注意。

112体征：脑膜刺激征，即颈强直、Kernig征、Brudzinski征是蛛网膜下腔出血最典型的体征，但并非所有患者均出现，有时后背部较低位置的疼痛比头痛更为突出；大约25%的患者可出现视网膜前或玻璃体下出血，出血多呈片状而且边界光滑，发病1小时内即出现，是急性颅内压增高和眼静脉回流受阻所致，对诊断有一定提示意义。

12理化检查

121头颅CT检查：CT是诊断蛛网膜下腔出血最首要的检查方法。

122脑脊液（CSF）检查：若CT检查不能确定蛛网膜下腔出血诊断，对疑似患者可进行腰椎穿刺和脑脊液检查。

123数字减影血管造影（DSA）检查：明确蛛网膜下腔出血诊断后有条件者需进行全脑血管造影。

124头颅MRI检查：MRI对蛛网膜下腔出血的敏感性不及CT检查，急性期MRI检查可能诱发再出血。

125经颅彩色多普勒（TCD）检查：TCD检查作为非侵入性技术对监测蛛网膜下腔出血后脑血管痉挛状况具有一定价值。

126其他检查：心电图可显示T波高尖或明显倒置、P-R间期缩短、出现高U波等异常；血常规、凝血功能和肝功能检查可提示其他方面的出血原因。

13诊断要点

参照《中国脑血管病防治指南（2005年试行版）》：多有情绪激动或用力等诱因，突然剧烈头痛持续不缓解或进行性加重，伴有呕吐、颈强直等脑膜刺激征，伴或不伴有意识障碍，少数可有局灶性神经系统体征如轻偏瘫、失语、动眼神经麻痹等，可高度提示蛛网膜下腔出血。如CT证实脑池和蛛网膜下腔高密度出血征象，腰穿压力明显增高和血性脑脊液，眼底检查玻璃体下片块状出血等临床可确诊本病。

临床分级：一般采用Hunt和Hess分级法（表126-1）或世界神经外科联盟（WFNS）分级（根据格拉斯哥昏迷评分和有无运动障碍进行分级，表126-2）。

表126-1Hunt和Hess分级法

分类标准

0级未破裂动脉瘤

Ⅰ级无症状或轻微头痛

Ⅱ级中-重度头痛，脑膜刺激征，颅神经麻痹

Ⅲ级嗜睡，意识混浊，轻度局灶神经体征

Ⅳ级昏迷，中或重度偏瘫，有早期去脑强直或自主神经功能紊乱

Ⅴ级深昏迷，去大脑强直，濒死状态

表126-2WFNS分级（1988）

分类GCS运动障碍

Ⅰ级15无

Ⅱ级14-13无

Ⅲ级14-13有局灶体征

Ⅳ级12-7有或无

Ⅴ级6-3有或无

注：GCS（glasgow coma scale）格拉斯哥昏迷评分。

2辨证论治

本病发病急骤，多因情绪激动、用力排便、咳嗽等诱发。青壮年平素多性情急躁，五志过极皆可化火，心肝火旺，灼伤肝阴，肝阳偏亢；中老年人肝肾渐亏，水不涵木，肝阳偏亢，复因暴怒，肝阳暴张，风煽火炽，或因用力，气机升降失常，气血逆乱，上冲于脑，脑脉破裂发为本病。本病初起多以实邪阻滞为主要表现，风火痰瘀诸邪胶结互现。其轻者邪阻脉络，不通则痛，表现为剧烈头痛；其重者则邪闭脑窍，神志不清。本病顺证，经调治将息，邪去正衰，后期出现肝肾阴虚、气血不足的表现；逆证，邪气独留，正气衰败，元气败脱，多为不治。总之，本病主要为肝经病变，以实证居多，风、火、痰、瘀为其标，肝肾阴虚、气血亏虚为其本，情志内伤为其最常见的诱发因素，风(肝风)、火(心火、肝火)、痰、瘀乃其重要的病理因素，相兼互化，互为因果；病变部位在脑，病变脏腑涉及肝、心、肾，病性以实证为主。

21肝阳暴亢，瘀血阻窍证

证候：多有情绪激动、用力等诱因，突发头痛，疼痛剧烈，痛如刀劈，伴有恶心呕吐、烦躁激动、口干口苦、渴喜冷饮，舌暗红，或有瘀斑，舌下脉络迂曲，苔黄，脉弦。

治法：平肝潜阳，活血止痛。

方药：镇肝息风汤加减。

龙骨先煎30g，牡蛎先煎30g，代赭石先煎30g，龟甲先煎30g，白芍12g，玄参15g，天冬9g，川牛膝15g，川楝子9g，茵陈后下9g，麦芽9g，川芎9g。

加减：夹有痰热，加天竺黄15g，竹沥10ml以清化痰热；心烦失眠，加黄连9g，栀子9g，夜交藤15g，珍珠母先煎30g以清心除烦，安神定志；头痛重，加石决明先煎15g，夏枯草15g以平肝清热；烦躁，加石菖蒲15g，远志15g以宁神定志；血瘀明显，加红花12g，桃仁12g，牡丹皮15g以活血化瘀。

中成药：①天麻钩藤颗粒，口服，1次10g，1日3次；②安宫牛黄丸，口服，1次1丸(3g)，1日1~2次；③羚羊角胶囊，口服，1次03~06g，1日1次；④清开灵注射液20~40ml加入5%葡萄糖注射液或09%氯化钠注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次。

22肝风上扰，痰蒙清窍证

证候：突然发病，头痛剧烈，伴有恶心呕吐、嗜睡或神志昏蒙，项背强直，或肢体抽搐，可伴有头晕谵妄，口苦咽干，痰鸣，舌红，苔腻，脉弦滑。

治法：平肝息风，化痰开窍。

方药：羚角钩藤汤合温胆汤加减。

羚羊角粉冲服06g，生地黄30g，钩藤后下15g，菊花9g，茯苓15g，白芍15g，赤芍15g，竹茹9g，川牛膝15g，川芎9g，牡丹皮15g，法半夏9g，陈皮9g，栀子9g。

加减：头痛剧烈，加石决明先煎15g，夏枯草15g以平肝清热；恶心呕吐，加生姜6g以和中止呕；谵妄，加石菖蒲15g，郁金15g以豁痰宁神；口苦咽干，加黄芩9g以清热利咽；痰多，加天竺黄15g，川贝粉冲服2g以清热化痰。

中成药：①至宝丹，口服或鼻饲，1次1丸（3g），1日1~2次；②安宫牛黄丸，口服或鼻饲，1次1丸（3g），1日1~2次；③清开灵注射液20~40ml加入09%氯化钠注射液或5%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次；④痰热清注射液20~40ml加入09%氯化钠注射液或5%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次。

23瘀血阻络，痰火扰心证

证候：头痛剧烈，恶心呕吐，躁扰不宁或谵妄，呼吸急促，痰鸣口臭，发热，可有偏瘫，偏身麻木，口眼歪斜，大便干，小便短赤，舌红，苔黄腻，脉洪大数。

　治法：活血化瘀，清化痰热。

方药：通窍活血汤合涤痰汤加减。

川芎9g，桃仁12g，红花9g，赤芍15g，牡丹皮15g，胆南星6g，法半夏9g，橘红9g，竹茹9g，石菖蒲12g，枳实9g，茯苓15g。

加减：热重，加栀子15g，黄芩15g以清热解毒；大便干，加大黄9g，瓜蒌30g以泻下通便；痰多，加天竺黄15g，竹沥10ml以清热化痰；急性期去川芎，加三七粉冲服3g以活血止血。

中成药：①牛黄宁宫片，口服，1次3~6片，1日3次；②安脑丸，口服，1次1~2丸，1日2次；③清开灵注射液20~40ml加入5%葡萄糖注射液或09%氯化钠注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次。

24心神散乱，元气败脱证

证候：神昏或昏愦，肢体瘫软，呼吸微弱或不规则呼吸，目合口开，汗出肢冷，二便自遗，脉沉弱或沉微。

治法：益气固脱，回阳救逆。

方药：独参汤或参附汤加减。

红参单煎30g，附子先煎9g。

加减：汗出淋漓，加煅龙骨先煎30g，煅牡蛎先煎30g，五味子12g以敛汗固脱。

中成药：①生脉注射液或参附注射液20~60ml加入5%葡萄糖注射液或09%氯化钠注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1~2次；②生脉饮口服液，1次10~20ml，1日3次。

3其他治法

针刺：取双侧内关穴，采用捻转提插相结合，用泻法施术1分钟；接着刺人中，用雀啄方法，至患者流泪；最后配以昆仑、太冲、列缺、阿是穴、率谷、风池等穴，针用泻法，留针3~5分钟。

ZYYXH/T1272008

ZYYXH/T1272008

## 癫痫

癫痫（Epilepsy）是慢性反复发作性短暂脑功能失调综合征，以脑神经元异常放电引起反复痫性发作为特征。由于异常放电神经元的位置不同，放电扩布的范围不等，病人的发作可表现为感觉、运动、意识、精神、行为、自主神经功能障碍或兼而有之。癫痫是可治性疾病，大多数患者预后较好。但不同类型的癫痫预后差异较大。近年来长期追踪结果显示有67％~75%的患者可完全控制发作，其中约半数患者治疗一段时间后可停药。本病属于中医学的“痫证”范畴。

1诊断依据

11临床表现

癫痫是一组疾病或综合征的总称，临床诊断主要根据患者发作史。其有两个特征，即癫痫的临床发作和脑电图上的痫样放电。癫痫发作为其主要的临床表现，癫痫发作具有发作性、短暂性、重复性和刻板性。

111部分性发作

单纯部分性发作（无意识障碍）：包括部分运动性发作、部分感觉性发作、自主神经发作和精神性发作。

复杂部分性发作（伴有意识障碍，但无意识丧失）：仅有意识障碍，或表现为意识障碍与自动症，或表现为意识障碍与运动症状。

部分发作发展至继发全面性发作:单纯部分性发作发展至全面性发作；复杂部分性发作发展至全面性发作；单纯部分性发作发展至复杂部分性发作和全面性发作。

112全面性发作

强直－阵挛性发作：简称大发作，是最常见的发作类型之一，以意识丧失和全身对称性抽搐为特征。发作可分强直期、阵挛期和痉挛后期三期。

失神发作：①典型失神（小发作）：表现意识短暂中断，患者停止当时的活动，呼之不应，两眼瞪视不动，状如“愣神”，3~15秒，无先兆和局部症状；可伴有简单的自动性动作，一般不会跌倒，手中持物可能坠落，事后对发作全无记忆，一日可发作数次至数百次。主要见于儿童失神性癫痫。②非典型失神：意识障碍发生及休止较典型者缓慢，肌张力改变则较明显。

强直性发作：多见于儿童及少年期，睡眠中发作较多，表现为全身肌肉强烈的强直性肌痉挛，使头、眼和肢体固定在特殊位置，伴有颜面青紫、呼吸暂停和瞳孔散大；躯干强直性发作可造成角弓反张，伴短暂意识丧失，一般不跌倒，持续30秒至1分钟以上，发作后立即清醒；常伴自主神经症状。

阵挛性发作：仅见于婴幼儿，表现全身重复性阵挛性抽搐伴意识丧失，而无强直表现。

肌阵挛发作：多为遗传性疾病，呈突然短暂的快速的某一肌肉或肌群收缩，表现颜面或肢体肌肉突然的短暂跳动，可单个出现，亦可有规律地反复发生；发作时间短，间隔时间长，一般不伴有意识障碍，清晨欲觉醒或刚入睡时发作较频繁。

失张力性发作：部分或全身肌肉张力突然降低，造成颈垂、张口、肢体下垂或躯干失张力而跌倒，持续1~3秒，可有短暂意识丧失或不明显的意识障碍，发作后立即清醒和站起。

113癫痫持续状态：或称癫痫状态，是癫痫连续发作之间，意识尚未完全恢复又频繁再发，或癫痫发作持续30分钟以上不能自行停止。任何类型的癫痫均可出现癫痫状态，通常是指全面性强直－阵挛发作持续状态，表现为强直－阵挛发作反复发生，意识障碍（昏迷）伴高热、代谢性酸中毒、低血糖、休克、电解质紊乱（低血钾、低血钙等）和肌红蛋白尿等，可发生脑、心、肝、肺等多脏器功能衰竭，自主神经和生命体征改变。

12理化检查

121脑电图（EEG）：是诊断癫痫最重要的辅助检查方法。对癫痫诊断有特异性，也是癫痫分类的依据。

122脑电图监测：可提高异常脑电图阳性率，还可记录到发作期发放的癫痫性放电脑电图改变，从而促进了对癫痫的诊断及鉴别诊断。

123结构影像学：如头颅CT、MRI对癫痫和癫痫综合征的诊断和分类颇有帮助。

124功能影像学：如磁共振机能成像（fMRI）、磁共振波谱（MRS）分析技术，单光子发射计算机断层扫描（SPECT）、正电子发射断层扫描（PET）技术和脑磁图（MEG）等能为癫痫灶定位提供更精确的资料。

125实验室检查：有助于对引起癫痫发作的基础疾病作出诊断。在开始用抗癫痫药之前，均应查血常规、尿常规、肝肾功能等以便于药物的选择和毒副作用的监测。

13诊断要点

根据典型的发作类型及至少2次以上的发作可初步确定为癫痫，再结合脑电图即可确诊。除做出发作类型的分类诊断外，还应进一步明确癫痫或癫痫综合征的诊断，并尽可能做出病因诊断。

2辨证论治

本病之形成，大多由于七情失调，禀赋不足，脑部外伤，或病后脏腑失调，痰浊阻滞，气机逆乱，风阳内动所致，尤其与痰邪关系密切。其中痰浊内阻，脏气失和，阴阳偏胜，神机受累，元神失控是病机关键所在。其病位在脑，与心、肝、脾、肾关系密切，但主要责之于心、肝。痫病的病性比较复杂，但多为虚实兼杂之证。虚多为气虚、阴虚，实多为风、痰、热、瘀。

21风痰上扰证

证候：发则卒然昏仆，目睛上视，口吐白沫，手足抽搐，喉中痰鸣，移时苏醒如常人，病发前多有眩晕，头昏，胸闷乏力，痰多，心情不悦，舌质淡红，苔白腻，脉滑。

治法：涤痰息风，开窍定痫。

方药：定痫丸加减。

天麻9g，川贝粉冲服2g，姜半夏9g，胆南星6g，石菖蒲9g，全蝎6g，僵蚕9g，远志9g，石决明先煎30g，竹沥10ml。

加减：痰黏不利，加白芥子9g，莱菔子9g以祛痰下气；痰涎清稀，加细辛3g，干姜9g以温化痰涎；眩晕明显，加钩藤后下15g，珍珠母先煎30g以平肝息风；腹胀，加青皮9g，陈皮9g，枳壳9g以理气除胀。

中成药：①医痫丸，口服，1次3g，1日3次，不宜久服；②癫痫宁片，口服，1次2片，1日3次，不宜久服；③羚羊角胶囊，口服，1次03~06g，1日1次。

22痰火扰神证

证候：卒然仆倒，不省人事，四肢强直拘挛，口中有声，口吐白沫，烦躁不安，气高息粗，痰鸣漉漉，口臭便干，舌质红或暗红，苔黄腻，脉弦滑。

治法：清热化痰，开窍定痫。

方药：龙胆泻肝汤合涤痰汤加减。

龙胆草6g，黄芩9g，栀子9g，泽泻9g，姜半夏9g，胆南星6g，天麻9g，陈皮9g，茯苓15g，石菖蒲9g，当归15g，柴胡6g，甘草6g。

加减：火热伤津而口干口渴，加麦冬12g，生地黄15g，北沙参12g以益胃生津；抽搐明显，加钩藤后下15g，羚羊角粉冲服06g以息风止痉；便秘，腹胀痛，可合大承气汤或凉膈散加减以泻下腑积。

中成药：①礞石滚痰丸，口服，1次6~12g，1日1次；②珍黄安宫片，口服，1次4~6片，1日3次；③牛黄清心丸，口服，1次1丸，1日1次。

23瘀阻脑络证

证候：发则卒然昏仆，瘛疭抽搐，或单以口角、眼角、肢体抽搐，颜面口唇青紫，舌质紫暗或瘀点，脉弦或涩。

治法：活血化瘀，息风通络。

方药：血府逐瘀汤或通窍活血汤加减。

桃仁9g，红花9g，赤芍12g，当归15g，川芎9g，川牛膝15g，桔梗6g，牡蛎先煎30g，全蝎6g，僵蚕9g，地龙9g。

加减：痰多，加法半夏9g，竹茹9g以化痰散结；舌苔白腻，加胆南星6g，石菖蒲9g以化痰通络；神疲乏力，加黄芪15g，太子参12g以益气养神。

中成药：血府逐瘀胶囊，口服，1次6粒，1日2次。

24心脾两虚证

证候：久发不愈，卒然昏仆，或仅头部下垂，四肢抽搐无力，伴面色苍白，口吐白沫，口噤目闭，二便自遗，舌质淡，苔白，脉弱。

治法：补益气血，健脾宁心。

方药：六君子汤合归脾汤加减。

人参单煎9g，黄芪15g，白术12g，茯苓9g，陈皮9g，姜半夏9g，当归12g，炒酸枣仁12g，远志9g，五味子6g，龙骨先煎15g，牡蛎先煎15g，炙甘草6g。

加减：呕吐痰涎，加胆南星6g，姜竹茹9g，瓜蒌12g，石菖蒲9g以和胃化痰；便溏，加炒白扁豆9g，炮姜3g以温中固涩；头晕健忘，加制何首乌12g，熟地黄12g，益智仁6g以滋阴养血；血瘀，加丹参15g，桃仁9g，红花9g以活血化瘀。

中成药：①人参归脾丸，口服，1次1丸，1日2次；②归脾丸，口服，1次1丸，1日3次。

25肝肾阴虚证

证候：发则卒然昏仆，或失神发作，或语謇，四肢逆冷，肢搐瘛疭，手足蠕动，健忘失眠，腰膝酸软，舌质红绛，少苔或无苔，脉弦细数。

治法：滋阴补肾，养阴柔肝。

方药：大补元煎加减。

熟地黄30g，山茱萸9g，枸杞子9g，当归15g，杜仲12g，山药15g，党参12g，鹿角胶烊化9g，牡蛎先煎30g，全蝎研末吞服3g。

加减：心烦躁扰，加竹叶9g，灯心草3g以清心除烦；手足心热明显，加地骨皮12g，白薇9g以清虚热；痰热，加天竺黄6g，竹茹9g以清热化痰；腰膝酸软，加杜仲12g，续断15g，桑寄生15g以补肝肾，强筋骨；大便干燥，加肉苁蓉15g，火麻仁12g以润肠通便。

中成药：①补脑丸，口服，1次2~3g，1日2~3次；②大补阴丸，口服，1次6g，1日2次。

3其他治法

31针刺

311体针：风痰上扰证，取穴以任、督两脉及足少阳胆经、足厥阴肝经穴为主。主穴长强、鸠尾、阳陵泉、筋缩、本神、风池、太冲、丰隆、足三里、内关。眩晕者，加合谷、百会。针用泻法。

痰火扰神证，取穴以任、督两脉和足阳明胃经、足厥阴肝经穴为主。主穴长强、鸠尾、阳陵泉、筋缩、丰隆、行间、足三里、通里。发作时，加水沟、颊车、素髎、涌泉、内关，不留针，强刺激；夜间发作，加照海；白昼发作，加申脉。针用泻法。

瘀阻脑络证，取穴以督脉穴为主。主穴水沟、上星、太阳、风池、阳陵泉、筋缩、血海、膈俞、内关。头痛者，在局部以梅花针叩刺微出血。

心脾两虚证，取穴以足太阴脾经、足阳明胃经穴为主。主穴三阴交、中脘、足三里、心俞、脾俞、内关、阳陵泉、通里。持续昏迷不醒者，加涌泉，针用补法，灸气海、关元。

肝肾阴虚证，取穴以足少阴肾经、足厥阴肝经穴为主。主穴肝俞、肾俞、三阴交、太溪、通里、鸠尾、阳陵泉、筋缩。神疲面白、久而不复者，为阴经气血俱虚之象，加气海、足三里、百会。针用补法。

312耳针：取穴胃、脑、神门、心、枕、脑点。每次选2~3穴，毫针强刺激，留针30分钟，间歇捻针，隔日1次，左、右耳交替。

32脐疗

以白胡椒3g，硼砂1g，麝香001g，共研细末，贴敷神阙穴。发作期，3日换1次；发作控制后，7日换1次，巩固治疗3个月。

ZYYXH/T1282008

ZYYXH/T1282008

## 偏头痛

偏头痛（migraine）是一种周期性发作的神经-血管功能障碍引起的头痛，以反复发作的一侧或两侧搏动性头痛为主要表现，具有病程长、间歇性反复发作、缠绵难愈的特点。偏头痛的病因尚未完全明了，其发生与遗传、内分泌、代谢、饮食、精神等因素有关。偏头痛的发病机制大体上可概括为血管源学说和神经源学说两大类。本病属于中医学的“头风”、“头痛”、“偏头风”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状

一般情况与病史：具有明显的发作－缓解特点，详细地询问病史对于诊断偏头痛具有重要的意义。偏头痛女性多于男性，以青年和成年人较为常见，首次发病多在50岁以前，病程一般比较长。部分偏头痛患者有明显的家族遗传史。

头痛特点：头痛的程度、发作时间、持续时间、性质、部位、频率、严重程度、缓解和加重因素，是诊断偏头痛的重要依据。偏头痛发作前数小时到1~2日，可出现前驱症状，包括疲倦、注意力难以集中、颈部僵硬、对光或声音敏感、恶心、视觉模糊、打呵欠及脸色苍白等。偏头痛一次发作时间可持续4~72小时，多为搏动性头痛或胀痛，可以一侧也可以双侧，多于活动或劳累时诱发或加重，休息后减轻或缓解。

先兆症状：是区别有先兆偏头痛与无先兆偏头痛的重要依据，典型先兆包括完全可逆的视觉症状，包括正向特征（如：闪烁的光、点或线）及（或）负向特征（即视力丧失）；完全可逆的感觉症状，包括正向特征（即针刺感）及（或）负向特征（即麻木感），以及完全可逆的失语性语言障碍等。先兆症状一般持续5~60分钟。

伴随症状：伴随症状是诊断偏头痛的依据之一，主要有视觉症状（眼前闪光，亮点、线或失明）；感觉症状（针刺感、麻木）；言语障碍；恶心、呕吐、畏声、畏光等。

精神心境和睡眠状况：对于病程较长的患者，多伴有精神心境的改变和睡眠障碍，要详细询问患者的心境和睡眠状况，以提高诊断准确性，并指导治疗。

112体征

在偏头痛发作间期，体格检查无阳性体征，在发作过程中不同类型的偏头痛具有各自的体征。

对于有先兆的偏头痛，经常伴有眼肌麻痹、偏身麻木、偏瘫或失语等神经系统局灶体征，但这些症状通常在5~20分钟内逐渐产生，持续不超过60分钟，且反复发作。如果体征持续超过60分钟，则应考虑是否为短暂性脑缺血发作、脑梗死或脑出血等脑血管疾病。如果症状持续且逐渐加重，要注意除外颅内肿瘤。

偏头痛的诊断需要除外其他疾患引起的头痛，因此建议对就诊的患者进行详细而全面的体格检查和神经系统查体。

12理化检查

121影像学检查：除外颅内器质性疾患，对诊断提供依据。建议参照美国国家头痛基金会编写颁布的《影像学检查指南》：

若头痛患者有下述任何1项者，应做神经影像学检查：意识水平下降或认知功能受损；用力、性交、咳嗽、喷嚏等情况下疼痛加重；疼痛、病情进行性加重；颈项强直；局灶性神经体征；50岁以上首次发生头痛的患者；最严重的头痛；头痛不具原发性头痛的特定形式。

若头痛患者同时满足下述中的5项者，可不做神经影像学检查：过去有类似头痛史；生命体征正常；意识和认知功能正常；无脑膜刺激征；无阳性神经体征；头痛自发缓解。

122经颅彩色多普勒（TCD）：可表现为血流速度的改变，多见于两侧或单侧大脑中动脉和（或）大脑前动脉流速轻度增高，间歇期平均流速多小于150cm/s，两侧血流速度不对称，两侧相对应动脉的流差大于20cm/s。还可能有血管杂音。建议对拟诊的偏头痛患者进行TCD的检查。

123脑电图：文献报道偏头痛患者有11%~14%脑电图不正常。

13诊断要点

推荐使用2004年1月国际头痛协会推出的《国际头痛疾病分类（第二版）》。

该标准将偏头痛归属于原发性头痛的一种，又将偏头痛分为无先兆偏头痛、有先兆偏头痛、通常为偏头痛前驱症状的儿童周期性症候群、视网膜偏头痛、偏头痛并发症和可能是偏头痛等六种。

由于偏头痛的诊断是依据头痛的发作特点、伴随症状等，缺乏客观的体征和理化检查结果，故一个人可以有不同类型头痛的发作。

2辨证论治

偏头痛属于中医内伤头痛的范畴，是在脏腑功能失调、气血阴阳逆乱的基础上，内有痰浊、瘀血内阻，外受风、寒、湿、热等六淫邪气引发，而产生的一种发作性疾病。要确定是发作期还是缓解期。然后进行脏腑辨证和分经辨证。发作期，多以实证或本虚标实为主，多见寒凝、湿热、肝阳、肝风、瘀血、痰浊等；缓解期多以本虚为主，多见气血不足及肝肾亏虚。痰浊和瘀血既是病理产物又是病因，与偏头痛的发作密切相关。大抵太阳头痛多在头后痛，下连于项；阳明头痛，多在前额及眉棱骨等处；少阳头痛多在头之两侧，并连及耳部；厥阴头痛，则在巅顶部位，或连于目系。发作期多以祛邪为主，重在温经散寒、平肝潜阳、息风化痰、活血清热等；缓解期多以补虚为主，重在益气养血、滋补肝肾。根据头痛的部位，加引经药：太阳川芎，阳明白芷，少阳柴胡，太阴苍术，少阴细辛，厥阴吴茱萸。

21寒凝肝脉证

证候：多见于发作期，常因感受寒邪诱发，头痛较剧，呈掣痛，多位于巅顶，面色发青，呕吐清水痰涎，甚至四肢厥冷，或兼口唇青紫或紫暗，舌质淡暗或青紫，苔薄白，脉沉细弦。

治法：温经散寒，活血通络。

方药：吴茱萸汤加减。

吴茱萸3g，生姜6g，川芎9g，白芷9g，藁本9g。

加减：呕吐清水痰涎，加半夏9g，茯苓10g以温化痰饮；畏寒肢冷，加细辛3g，淫羊藿15g以温经散寒止痛；口唇舌质紫暗明显，为寒凝血瘀明显，加红花6g，鸡血藤15g以活血化瘀，通络止痛。

中成药：①复方羊角颗粒，口服，1次5粒，1日3次；②通天口服液，口服，1次10ml，1日3次。

22肝阳上亢证

证候：多见于发作期，常因情志过激、劳累过度等诱发。头痛常于大怒或劳累后突然出现，一侧尤甚或两侧跳痛或胀痛；伴头晕或目眩，常波及巅顶，颜面潮红，眼目抽痛，心烦易怒，夜眠不宁；或兼胁痛，口干口苦，尿赤，便秘；舌红或绛，苔薄黄，脉弦或弦数。

治法：平肝潜阳，息风止痛。

方药：天麻钩藤饮加减。

天麻10g，钩藤后下15g，石决明先煎30g，牛膝15g，桑寄生15g，黄芩10g，栀子10g，夜交藤15g，川芎9g，茺蔚子15g。

加减：头晕目眩，失眠多梦，加蒺藜15g，代赭石先煎15g，龙骨先煎15g，牡蛎先煎15g以镇肝潜阳；口干口苦，便秘溲赤，舌质红为肝火内盛，加夏枯草15g，龙胆草9g以清肝泻火。

中成药：①天麻钩藤颗粒，口服，1次10g，1日3次；②全天麻胶囊，口服，1次2~6粒（1粒05g），1日3次。

23风痰上扰证

证候：多见于发作期，常因情志不遂、劳逸过度或饮食不节等诱发。头痛突然出现，起止无常，头部昏痛或胀痛，头重如裹，胸脘满闷，恶心、呕吐痰涎，口淡食少；或口中黏腻，口苦，大便不爽；舌胖大，苔白腻或黄腻，脉弦滑或弦滑数。

治法：息风化痰，通络止痛。

方药：半夏白术天麻汤加减。

法半夏9g，天麻10g，白术15g，橘红6g，茯苓10g，蒺藜15g，川芎9g，蔓荆子9g，甘草6g。

加减：头痛剧烈，加全蝎6g，僵蚕6g以加强息风化痰之功；胸脘痞闷，加厚朴9g，枳实9g以宽胸理气；痰湿郁久化热，出现口干、便秘，加黄芩10g，栀子10g，滑石10g以清热利湿；伴有舌质紫暗，口唇发紫等气血瘀滞之象，加丹参20g，地龙15g以活血化瘀。

中成药：半夏天麻丸，口服，1次6g，1日2~3次。

24瘀血阻络证

证候：发作期和缓解期均可见到。多为病程日久患者，头痛反复，痛如锥刺，或左或右，固定不移，经久不愈，面色晦滞，妇女行经色暗或夹血块，唇舌紫暗或见瘀斑，舌紫暗，有瘀点或瘀斑，脉细涩。

治法：活血化瘀，通络止痛。

方药：通窍活血汤加减。

川芎9g，赤芍12g，桃仁9g，红花9g，丹参20g，白芷10g，醋柴胡9g，醋延胡索15g，郁金15g，石菖蒲15g。

加减：因情志不遂诱发，伴有胸胁胀痛，加香附15g，枳壳9g以疏肝理气；久病气血不足，加黄芪15g，党参15g，当归12g，阿胶烊化10g以益气养血；疼痛甚者，加虫类搜风通络之品，如全蝎3g，蜈蚣3g，土鳖虫6g以加强活血通络止痛之功；因受寒而诱发或加重，畏寒、舌苔薄白、舌质淡，加细辛3g，桂枝9g以温经散寒通络。

中成药：①大川芎口服液，口服，1次10ml，1日3次；②天舒胶囊，口服，1次4粒，1日3次；③血府逐瘀胶囊，口服，1次6粒，1日2次。

25气血不足证

证候：多见于缓解期，患者多为脑力劳动，饮食作息无常。头痛隐隐，反复发作，遇劳加重，心悸，食少纳呆，夜眠易醒或多梦，神疲乏力，或自汗气短，面色苍白，舌质淡，苔薄白，脉沉细而弱。

治法：益气养血，息风止痛。

方药：加味四物汤加减。

生地黄12g，当归6g，白芍15g，川芎9g，蔓荆子6g，党参15g，黄芪30g，阿胶烊化10g，炒酸枣仁15g，炙甘草10g。

加减：如血不养心，心悸不寐，加柏子仁12g，合欢皮15g以养血安神；如因肝血不足，肝肾不足，血虚阴虚并见，出现耳鸣、虚烦、少寐、头晕明显，加制何首乌30g，枸杞子15g，黄精12g以滋阴养血；手足不温,便溏畏寒者，加肉桂3g，淫羊藿15g以温阳止痛。

中成药：①脑络通胶囊，口服，1次1~2粒（1粒05g），1日3次；②养血清脑颗粒，口服，1次1袋（3g），1日3次；③天麻头痛片，口服，1次4~6片，1日3次。

26肝肾亏虚证

证候：多见于缓解期，头痛隐隐且空，每兼眩晕，时轻时重，腰膝酸软，遗精带下，视物模糊，耳鸣少寐，五心烦热，口干，舌红少苔，脉弦细或细数。

治法：滋肝养肾，益髓止痛。

方药：大补元煎加味。

熟地黄15g，山茱萸12g，枸杞子12g，杜仲12g，党参15g，山药15g，当归9g，川芎9g，制何首乌30g。

加减：头痛畏寒面白，四肢不温，舌淡，脉沉细而缓者，加淫羊藿15g，巴戟天12g以温阳；遗精，带下，尿频，加芡实12g，桑螵蛸15g，益智仁9g以温肾涩精止遗；五心烦热，口干，加知母10g，天花粉15g以滋阴清热；头晕目眩，加天麻10g以育阴息风。

中成药：①健脑安神片，口服，1次5片，1日2次；②天麻首乌片，口服，1次6片，1日3次；③天麻头风灵胶囊，口服，1次4粒（1粒02g），1日2次。

3其他治法

31针刺

311体针：风池、太阳、百会、列缺、合谷、内关、外关、太冲、太溪、足三里、关元、中脘。头部腧穴要平刺，少数腧穴如风池、太阳可直刺，但风池穴要严格掌握针刺的方向和深度，以免伤及延髓。急性发作期1日针刺1~2次，缓解期可以1日或隔日针刺1次。

312耳针：取穴额、颞、枕、皮质下、肝阳、神门，每次取穴2~3个，毫针强刺激，留针时间视头痛缓解情况而定，也可用王不留行贴压。

313皮肤针：重叩印堂、太阳、阿是穴，1次5~10分钟，直至出血。可用于偏头痛属肝阳上亢者。

314电针：取合谷、风池、太阳、阿是穴等，用连续波中度刺激。适用于偏头痛属气滞血瘀证者。

32推拿

主要用于偏头痛发作期。

取穴部位：可以进行循经取穴，包括邻近取穴和远端取穴两种。邻近取穴即取头面部经穴，可取印堂、太阳、百会、风池、睛明、头维穴等。远端取穴是指取四肢经穴，可取合谷、曲池、足三里、行间等。建议临近取穴与远端取穴结合应用。

推拿手法：常用手法有一指禅推法、拿法、按法、揉法、扫散法、分法、擦法等。临床治疗多用两种或两种以上的复合手法进行治疗。

辨证加减：寒凝肝脉者，按揉百会、足三里和涌泉穴，肝阳上亢者，推桥弓，自上而下，每侧各20次，两侧交替进行；按揉两侧太冲、行间，以酸胀为度，再擦两侧涌泉，以透热为度。风痰上扰者，用一指禅推法和摩法在腹部治疗，重点在中脘和天枢，时间3分钟；按、揉脾俞、胃俞、足三里、丰隆，时间为3分钟。瘀血阻络者，在痛部反复施以揉按和一指禅推法约5分钟，然后在额部及两侧太阳穴部抹适量冬青膏施以擦法，以热透为度；按揉膈俞、血海、三阴交，时间为5分钟。

ZYYXH/T1292008

ZYYXH/T1292008

## 帕金森病

帕金森病（Parkinson disease，PD）是一种常发生于中老年的缓慢进展的黑质和黑质纹状体通路变性的疾病。流行病学研究认为许多因素可以增加本病的易感性，例如杀虫剂、除草剂、一些工业或农业废物，以及人们的居住环境都可能与之有关。本病与遗传因素有一定关系，患者中5%~10%有家族史，表现为常染色体显性遗传。本病属于中医学的“震颤”、“颤病”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状

震颤：为首发症状，多由一侧上肢开始，然后扩展到同侧下肢，渐及对侧上下肢，上肢一般较下肢明显，静止时较随意运动时明显，精神紧张时加剧，睡眠时震颤一般消失。

强直：表现为伸肌和屈肌的肌张力都增高，在肢体做被动运动时，增高的肌张力始终保持一致，称为铅管样强直。如患者合并有震颤，则出现齿轮样强直；因肌肉强直，可出现头部前倾、躯干俯屈及面具脸等表现。

运动障碍：上肢肌强直，使患者上肢不能做精细动作，表现为书写困难，写字过小症；走路以小碎步前进，越走越快，呈慌张步态；上肢的协同摆动较正常人慢，甚至消失；因口、舌、腭及咽部肌肉运动障碍，使唾液不能自然下咽，可出现大量流涎及食物无法下咽、语言不清。

其他：包括自主神经功能紊乱，如多汗、顽固性便秘等；精神症状，如痴呆等。

112体征：临床以静止性震颤、运动迟缓、肌强直和姿势步态异常为主要特征。

12理化检查

121生化检查：采用高效液相色谱法（HPLC），可检测出患者脑脊液及血液中高香草酸（HVA）含量降低。

122功能显像检查：采用正电子发射断层扫描（PET）或在脑单光子发射计算机断层扫描（SPECT）与特定的放射性核素检测，可发现患者脑内多巴胺转运载体（DAT）功能下降。

123左旋多巴试验：患者在24小时内停用所有与帕金森病治疗有关的药物；在试验前30分钟及试验开始前各进行一次评分；早上患者先排大小便后，口服375~500mg美多巴；服药后45~150分钟内反复测患者功能分级；病情改善25%者为阳性。

124madopar DM试验：madopar DM（弥散型）吸收快，很快可达有效的血药浓度，短时间内能确定患者对左旋多巴的反应。

13诊断要点

131患者必须存在下列2个以上的主要特征：静止性震颤（节律性，每秒4~7次）；齿轮样或铅管样肌强直；运动迟缓或减少；姿势性反射障碍；至少包括静止性震颤或运动迟缓中一项。

132患者的帕金森病症状和体征不是由于脑外伤、脑肿瘤、病毒感染、脑血管病或其他已知的神经系统疾病，以及已知的药物和（或）化学毒物所引起。

133患者排除下列体征：明显的眼外肌麻痹（如核上性共视障碍）、小脑体征、锥体系损害、肌萎缩及体位性低血压的现象。

134患者的症状和体征在初发时或病程中有不对称性的表现。

135起病为逐渐缓慢发生并呈进行性加重。

136左旋多巴制剂治疗有效。

2辨证论治

帕金森病多见于中老年人，因肝脾肾阴精气血虚损，上不能充养髓海，下不能濡润肢体，虚风内动致颤；或因先天禀赋不足、后天失养而加重耗血伤津、痰瘀内阻，致虚风内动；或外邪侵扰而发颤动等诸多因素导致虚、瘀，由虚生风，因风致颤。故肝肾亏虚为帕金森病的本源，其标在风痰，病位主要在肝、脾、肾，以肝脾肾亏虚、气血不足为其本，风火痰瘀引动内风为其标，总属本虚标实证。以虚实并治为原则，以化痰通络、息风潜阳、益气养血、滋补肝肾为基本治疗大法。

21风阳内动证

证候：头摇肢颤，不能自止，头晕头胀，面红，口干舌燥，急躁易怒，或项强不舒，舌质红苔黄，脉弦或弦数。

治法：育阴潜阳。

方药：六味地黄丸合天麻钩藤饮加减。

熟地黄24g，山药12g，山茱萸12g，茯苓9g，牡丹皮9g，泽泻9g，天麻12g，钩藤后下12g，石决明先煎30g，牛膝15g，黄芩12g。

加减：肝火偏盛，焦虑心烦，加龙胆草15g，夏枯草15g以清泻肝胆之火；痰多，加竹沥10ml，天竺黄10g以清热化痰；肾阴不足，虚火上扰，加知母15g，黄柏15g以滋阴降火；心烦失眠，加炒酸枣仁20g，柏子仁15g以养心安神。

中成药：①六味地黄丸（浓缩丸），口服，1次8丸，1日3次；②全天麻胶囊，口服，1次2~6粒，1日3次。

22痰热动风证

证候：神呆懒动，形体稍胖，头或肢体震颤，胸脘痞满，头晕或头沉，咯痰色黄，小便短赤，大便秘结，舌质红或暗红，苔黄或黄腻，脉弦滑。

治法：清热化痰，息风止颤。

方药：导痰汤、涤痰汤、黄连温胆汤合天麻钩藤饮加减。

胆南星6g，黄连10g，竹茹10g，郁金20g，枳实10g，厚朴20g，钩藤后下20g，僵蚕15g，蝉蜕5g。

加减：瘀血明显，加牛膝15g，地龙15g以活血通络；胸闷气短，加陈皮12g，法半夏9g以理气化痰；痰湿阻络，加石菖蒲15g，远志6g以祛湿化痰。

中成药：①清开灵注射液20~40ml加入10%葡萄糖注射液200ml或09%氯化钠注射液100ml中，静脉滴注，1日1次；②全天麻胶囊，口服，1次2~6粒，1日3次；③葛根素注射液04g加入5%葡萄糖注射液250ml中，静脉滴注，1日1次。

23气血不足证

证候：病久气血不足，不能荣于四末，筋脉拘急震颤，面色无华，神疲乏力，动作困难，自汗头晕，纳差便溏，舌淡苔白，脉细。

治法：益气养血，息风通络。

方药：人参养荣汤、或八珍汤、或归脾汤等合天麻钩藤饮加减。

党参15g，茯苓15g，白术15g，黄芪15g，当归12g，白芍15g，鸡血藤15g，熟地黄30g，天麻15g，钩藤后下15g，石决明先煎30g，桑寄生12g。

加减：夹食积，加焦三仙15g，陈皮12g，枳壳12g以理气健脾，消食导滞；多汗，加浮小麦30g，麻黄根10g以止汗；食少纳呆，加砂仁后下6g，炒谷麦芽各15g，焦三仙15g以消食和胃。

中成药：①补中益气丸（浓缩丸），口服，1次8~10丸，1日3次；②参苓白术散，口服，1次6~9g，1日2~3次；③人参养荣丸（大蜜丸），口服，1次1丸，1日2次。

24肝肾阴虚证

证候：四肢震颤，日久不愈，拘急强直，头晕目眩，耳鸣，腰膝酸软，肢体麻木，五心烦热，大便秘结，舌红苔少，脉弦细。

治法：补益肝肾，滋阴息风。

方药：一贯煎、或大补阴丸、或杞菊地黄丸合大定风珠加减。

菊花9g，枸杞子12g，熟地黄20g，山茱萸12g，山药30g，茯苓12g，麦冬12g，白芍30g，龟甲先煎12g，鳖甲先煎12g，五味子12g，炙甘草3g。

加减：心烦失眠，加炒酸枣仁20g，夜交藤30g，知母12g，栀子12g以滋阴降火，宁心安神；头晕耳鸣，四肢酸软明显，加女贞子15g，旱莲草15g以滋补肝肾；虚热甚，五心烦热，舌红脉细数，加黄柏12g，牡丹皮10g以退虚热；便秘，加大黄10g以导滞通便。

中成药：①杞菊地黄丸（大蜜丸），口服，1次1丸，1日2次；②健步壮骨丸（大蜜丸），口服，1次1丸，1日2次；③清开灵注射液20~40ml加入10%葡萄糖注射液200ml或09%氯化钠注射液100ml中，静脉滴注，1日1次。

25脾肾阳虚证

证候：头摇肢颤，筋脉拘挛，畏寒肢冷，四肢麻木，心悸懒言，动则气短，自汗，小便清长或自遗，大便溏，舌淡苔薄白，脉沉细无力。

治法：补肾助阳，温煦筋脉。

方药：地黄饮子加减。

附子先煎12g，肉桂6g，巴戟天15g，肉苁蓉15g，熟地黄20g，麦冬12g，白芍30g，龟甲先煎12g，鳖甲先煎12g，五味子12g，炙甘草3g等。

加减：大便溏，加干姜10g，肉豆蔻10g以温阳止泻；心悸，加远志6g，柏子仁10g以养心安神。

中成药：金匮肾气丸（大蜜丸），口服，1次1丸，1日2次。

26气虚血瘀证

证候：动作减少，迟缓，表情呆板，肢体僵硬，屈伸不利，乏力气短，自汗，时有头部刺痛或头部摇动，舌暗红，或有瘀点瘀斑，苔薄，脉弦涩。

治法：健脾益气，活血化瘀。

方药：补阳还五汤加减。

黄芪15g，党参12g，当归12g，川芎9g，红花6g，桃仁9g，牛膝15g，地龙12g，赤芍9g，炙甘草6g等。

加减：胸闷气短，加陈皮15g，法半夏9g以理气化痰；痰湿阻络，加胆南星6g，石菖蒲15g，远志6g以祛湿化痰；眩晕头痛，加生地黄20g，制何首乌20g，女贞子15g以滋补肝肾，息风止眩；纳呆，加半夏9g，陈皮15g，胆南星6g，砂仁后下6g以消食化痰，健脾和胃。

中成药：丹参注射液10~20ml加入5%葡萄糖注射液100~250ml中，静脉滴注，1日1次。

3其他治法

31单方验方

全蝎、蜈蚣等量，炒黄，研细末。每服3g，1日2~3次，温黄酒送服。用于血瘀、肝风内动者。

32针刺

321体针：主穴、百会、四神聪、风池、合谷、太冲、阳陵泉。痰热动风证，加丰隆、中脘、阴陵泉；气血不足证，加气海、血海、足三里；肝肾亏虚证，加肝俞、肾俞、三阴交。实证针用泻法，虚证针用补法。

322头针：取舞蹈震颤控制区，运动区上、中部。针刺到皮下或肌层，得气后以200转/分速度固定捻转1分钟后，留针30分钟，每10分钟捻转1次，每次捻转时间为1分钟，隔日1次。

323电针：取穴曲池、外关、阳陵泉、足三里。采取连续波，频率4~8Hz，强度以病人能耐受为度，时间30分钟，1日1次。

ZYYXH/T1302008

ZYYXH/T1302008

## 重症肌无力

重症肌无力（myasthenia gravis，MG）是一种抗体介导的、细胞免疫依赖性、补体参与的神经－肌肉接头间传递障碍的获得性自身免疫性疾病。病变主要累及神经－肌肉接头处突触后膜上的烟碱型乙酰胆碱受体（acylcholine receptor，AchR），临床主要表现为受累横纹肌病态疲劳，如眼睑下垂、复视、吞咽困难、构音不清、四肢无力及呼吸困难等。本病具有波动性和易疲劳性，一日内常表现为晨轻暮重，活动后加重。本病可发生在任何年龄，常见于20~40岁，40岁前女性患病率为男性的2~3倍，中年以上发病者以男性居多，10岁以前发病者仅占10%。家族性病例少见。本病属于中医学的“痿病”等病证范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状

发生于任何年龄，以10~35岁多见，慢性或亚急性起病。

多起病隐袭，首发症状多为一侧或双侧眼外肌麻痹，如眼睑下垂、斜视和复视，重者眼球运动受限，甚至眼球固定，但瞳孔括约肌一般不受累，双眼症状多不对称，10岁以下小儿眼肌受累较为常见。

骨骼肌受累：全身骨骼肌均可受累，以颅神经支配的肌肉更易受累，眼外肌无力多见（70%~90%），依次为延髓肌、颈肌、肩带肌、上肢肌、躯干肌和下肢肌。可呈全身性或局限性肌无力。

主要临床特征是受累肌肉呈病态疲劳，连续收缩后发生严重无力甚至瘫痪，经短期休息后又可好转；症状多于下午或傍晚劳累后加重，早晨或休息后减轻。受累肌肉常明显地局限于某一组，肢体无力很少单独出现。呼吸肌、膈肌受累可出现咳嗽无力、呼吸困难，重症可因呼吸麻痹或继发吸入性肺炎而死亡。心肌偶可受累，常引起突然死亡。

患者如急骤发生延髓支配肌肉和呼吸肌严重无力，以致不能维持通气功能即为危象。发生危象后如不及时抢救可危及患者生命，危象是重症肌无力死亡的常见原因。肺部感染或手术可诱发危象，情绪波动和系统性疾病可加重症状。

112体征：疲劳试验阳性，即患肌进行持续或快速重复收缩（如睁闭眼、举臂动作）后，不久就出现短暂无力，休息后恢复。

12理化检查

121血、尿和脑脊液检查均正常。部分患者胸部CT可发现胸腺瘤，常见于40岁以上的患者。

122电生理检查：可见特征性异常，3Hz或5Hz重复电刺激时，约90％全身型重症肌无力患者出现衰减反应；微小终板电位降低，单纤维肌电图显示颤抖增宽或阻滞，阻滞数目在重症肌无力肌肉中增加。

123多数患者血清中抗AchR抗体阳性，全身型重症肌无力患者可达85％~90％。一般无假阳性。C3补体增高，周围血淋巴细胞对植物血凝素（PHA）刺激反应正常，AchR蛋白反应增高；2/3病例IgG增高，少数可有抗核抗体阳性。

13诊断要点

131本病主要侵犯骨骼肌，症状易波动、晨轻暮重。神经系统检查无锥体束征及感觉障碍。

132临床症状不典型者，可进行下列试验：

疲劳试验：受累肌肉重复活动后肌无力明显加重。

抗胆碱酯酶药物试验：①新斯的明试验：新斯的明1~2mg肌注，20分钟后肌力改善为阳性，可持续2小时。可同时给予04mg阿托品肌注以对抗新斯的明引起的毒蕈碱样反应。②腾喜龙试验：腾喜龙10mg用注射用水稀释到1ml，始量2mg静注，15秒后加3mg，30秒加5mg，总量为10mg。在30秒内观察肌力的改善情况，可持续数分钟。症状迅速缓解为阳性，本药主要用于眼肌和其他部位肌肉的评估。

神经低频重复电刺激试验：阳性有助诊断。用低频（2~3Hz和5Hz）和高频（10Hz以上）重复刺激尺神经、腋神经或面神经，如出现动作电位波幅递减10%以上为阳性。约80%MG患者于低频刺激时出现阳性。本试验须在停用新斯的明24小时后检查，以避免假阳性。

高滴度AChR-Ab支持MG，但正常滴度不能排除诊断。其特异性可达99%以上，敏感性为88%。

133常并发以下合并症或症状：胸腺瘤或胸腺增生；甲状腺机能亢进；自身免疫疾病，如类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮等。

2辨证论治

重症肌无力是一种慢性虚损性病证，以虚为主，除病程中出现暂时痰浊阻滞或湿热浸淫为实邪较盛外，一般均为正气虚衰，据其临床表现，可辨其属脾、属肝、属肾。脾胃虚损、五脏相关是其主要病理基础，临床证候复杂。应分清病势缓急、标本虚实及脏腑主次。治疗应遵循以下原则：辨病论治和辨证论治相结合，中西医结合；分期论治；补益肝脾贯穿始终；避免燥热伤阴。

21脾胃虚损证

证候：眼睑下垂，朝轻暮重，少气懒言，肢体无力，或吞咽困难，纳差便溏，面色萎黄，舌质淡胖，边有齿痕，苔薄白，脉细弱。

治法：益气升阳，调补脾胃。

方药：补中益气汤加减。

黄芪30g，党参15g，白术15g，升麻9g，当归10g，陈皮10g，葛根15g，柴胡9g等。

加减：胸闷苔厚，加苍术15g，薏苡仁30g，厚朴9g以理气除湿；口苦，舌红，苔黄腻，加黄柏12g，茯苓15g，茵陈后下15g以清热除湿；食少纳呆，加砂仁后下6g，炒麦芽15g，炒谷芽15g，焦三仙15g以和胃消食；多汗，加浮小麦30g，麻黄根9g以止汗；复视，加谷精草10g，沙苑子10g以明目；腰膝酸软，加补骨脂15g，仙灵脾15g以补肝肾，强腰膝。

中成药：①补中益气丸（浓缩丸），口服，1次8~10丸，1日3次；②参苓白术散，口服，1次6~9g，1日2~3次；③人参养荣丸（大蜜丸），口服，1次1丸，1日1~2次。

22脾肾阳虚证

证候：四肢倦怠无力，畏寒肢冷，吞咽困难，口齿不清，腰膝酸软，小便清长，或有便溏，舌体淡胖，苔薄白，脉沉细。

治法：温补脾肾。

方药：右归丸加减。

附子先煎9g，肉桂3g，杜仲12g，山茱萸12g，山药15g，党参15g，黄芪30g，鹿角胶烊化12g。

加减：便溏，完谷不化，加炒白术30g，补骨脂15g，肉豆蔻15g以温阳补肾，健脾止泻；食少纳呆，加焦三仙15g以消食和胃；腰膝酸软，加枸杞子15g，牛膝15g以补肝肾，强腰膝。

中成药：金匮肾气丸（大蜜丸），口服，1次1丸，1日2次。

23肝肾阴虚证

证候：目睑下垂，视物不清，或复视，目干而涩，少寐多梦，五心烦热，口干咽燥，头晕耳鸣，四肢乏力，腰膝酸软，舌红少苔，脉细数。

治法：滋补肝肾。

方药：左归丸加减。

生地黄30g，龟甲胶烊化12g，枸杞子15g，山茱萸15g，山药15g，牛膝15g，鹿角胶烊化15g，菟丝子15g。

加减：气虚乏力甚，加西洋参煮水代茶饮以益气；心烦失眠，加知母12g，栀子12g，炒酸枣仁20g，夜交藤30g以清热除烦，宁心安神；视物不清，加蒺藜15g，决明子15g以明目；头晕耳鸣，四肢酸软，加女贞子15g，旱莲草15g以补益肝肾。

中成药：①六味地黄丸（浓缩丸），口服，1次8丸，1日3次；②杞菊地黄丸（大蜜丸），口服，1次1丸，1日2次；③健步壮骨丸（大蜜丸），口服，1次1丸，1日2次。

24气血两虚证

证候：神疲乏力，四肢软弱无力，行动困难，心悸气短，少气懒言，面色无华，自汗，舌淡而嫩，苔薄白，脉弱。

治法：补气养血。

方药：八珍汤加减。

党参15g，白术15g，茯苓15g，甘草6g，当归12g，生地黄18g，白芍15g，川芎9g。

加减：舌暗，加丹参15g，红花10g以活血通络；心悸，加桂枝9g，炙甘草6g以温通经脉；失眠，加酸枣仁20g以养心安神。

中成药：①归脾丸（浓缩丸），口服，1次8~10丸，1日3次；②参麦注射液10~60ml加入5%葡萄糖注射液250~500ml中，静脉滴注，1日1次。

25湿邪困脾证

证候：眼睑下垂，眼胞肿胀，肢体困重，倦怠无力，胸膈痞闷，脘腹胀满，或纳呆便溏，或面晦污垢，舌胖大，边有齿痕，苔白腻，脉濡缓或滑。

治法：醒脾化湿。

方药：藿朴夏苓汤加减。

防风12g，白芷10g，广藿香12g，厚朴9g，半夏9g，茯苓12g，豆蔻后下3g，薏苡仁30g，陈皮6g，泽泻6g。

加减：兼头晕头昏，脉弦滑，加钩藤后下15g，蒺藜10g，白僵蚕10g以散风平肝；肢体沉重，足胫微肿，加防风10g，泽兰10g，益母草10g以利水胜湿。

中成药：藿香正气软胶囊，口服，1次2粒，1日3次。

3其他治法

31单方验方

311鸡血藤30g，水煎代茶饮。

312黄芪60~120g，单煎或入汤剂。

32中成药

雷公藤片：饭后口服，成人1日1~15mg/(kg·d)，分3次服用。

33针刺

331体针：主穴中脘、血海、气海、脾俞、肾俞、足三里、三阴交、太溪。眼肌型，加攒竹、鱼腰、太阳、四白；单纯上睑下垂者，加阳辅、申脉；延髓型，加风池、哑门、天突、廉泉；咀嚼乏力者，加合谷、下关；全身型，加肩髃、曲池、外关、合谷、环跳、风市、阳陵泉、太冲；抬头无力者，加风池、天柱、列缺。

332耳针：取穴脾、肾、胃、内分泌、皮质下。上睑下垂者，加眼睑、上纵隔；声音嘶哑者，加声带、咽喉、肺等；全身型，加膝、肘、腕、指。毫针轻度刺激或王不留行贴压。

34穴位注射

取穴脾俞、肾俞、足三里、三阴交。药用黄芪注射液，每次每穴注入05~1ml，分注两个穴位，可四穴交替取用。每2周为1疗程。第1疗程采用每日法；休息3日后开始第2个疗程，用隔日疗法；再休息3日后开始第3个疗程，用隔3日疗法。

ZYYXH/T1312008

ZYYXH/T1312008

## 坐骨神经痛

坐骨神经痛（sciatica）是指沿坐骨神经通路及其分布区的疼痛，即在臀部、大腿后侧、小腿后外侧和足外侧的疼痛。根据病因不同可分为原发性和继发性两种。原发性坐骨神经痛即坐骨神经炎，临床上少见；继发性坐骨神经痛是因坐骨神经邻近的组织病变压迫、刺激所致，如常见的骨关节病中的腰椎间盘突出、骶髂关节炎、腰椎结核、腰椎肿瘤、椎管狭窄、黄韧带增厚、梨状肌损伤等。按其病变部位又可分为根性坐骨神经痛和干性坐骨神经痛。本病属于中医学的“腰腿痛”、“腰痛”、“痹证”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状

疼痛：此为主要症状。多单侧，少数可两侧交替发生，起病常急骤，但也有缓起者。根性坐骨神经痛一般先有下背部或腰部疼痛或僵硬不适感，以腰椎间盘突出最多见。典型的腰椎间盘突出症常在一次举重物、弯腰等活动中突然感到腰部如损折样扭伤，即出现腰部不能动弹，一侧臀部及大腿后部剧痛，放射至小腿后外侧及足跟，呈典型坐骨神经痛。亦有在起病前数周步行或运动而牵伸神经时引起短暂的疼痛，逐步加重而发展为剧烈的疼痛。行走、活动及牵拉坐骨神经可使疼痛加剧，呈牵扯痛或灼痛，常在夜间加重。

肌无力：病程长者拇背屈肌肌力减退，少数患者可见臀部肌、大腿后侧肌、小腿肌群有轻度萎缩。

其他：往往伴有血管舒缩与营养障碍，有时出现皮肤干燥和出汗障碍。

112体征

根性坐骨神经痛：可发现腰椎的正常前凸曲度消失，呈笔直状或略向后弯曲，并可稍向侧弯，弯向病侧，椎旁肌肉紧张，弯腰动作明显受限。病变水平的腰椎棘突常有叩痛及压痛，而沿坐骨神经通路的压痛较轻。Laseque征阳性，颏胸试验、压颈试验阳性。受损神经根支配区的感觉、肌力、反射减退。

干性坐骨神经痛：沿坐骨神经走行有几个压痛点，如坐骨孔点（坐骨孔的上缘）、转子点（坐骨结节和转子之间）、腘点（腘窝中央）、腓点（腓骨小头之下）、踝点（外踝之后）可有肌肉压痛，以腓肠肌中点的压痛最明显，Laseque征亦为阳性。坐骨神经支配区的肌肉松弛，轻微肌萎缩，踝反射也常减低或消失。

特殊的减痛姿势：睡眠时喜向健侧侧卧，病侧髋关节和膝关节微屈。如果要求仰卧患者起坐时，病侧的膝关节弯曲，这是保护性的反射性弯曲，称为起坐症状。当坐下时，首先是健侧臀部着力。站立时身体略向健侧倾斜，病侧下肢在髋、膝关节处微曲，造成脊柱侧凸，多数凸向病侧，即躯干向健侧倾斜以减轻椎间孔处神经根的压力。少数亦可凸向健侧，以减轻神经干的张力。俯拾物件时，患者先屈曲患侧膝关节，以免牵拉坐骨神经。

皮肤感觉障碍：一般不明显，不少患侧小腿后外侧、足背外侧有麻木，或痛觉减退。

检查时应重点注意感染病灶及脊柱、骶髂关节、髋关节等的情况。为排除盆腔内器官疾病所引起的坐骨神经痛常需作肛门指检，有时需请妇科医师协助检查。仔细的神经系统检查可区分是神经根还是神经干受损。根性神经痛应考虑腰椎间盘突出、椎管内肿瘤、腰骶神经根炎、脊椎关节炎和肥大性脊椎骨关节病。

113理化检查

X线片：腰骶椎、骶髂及髋关节等X线片，对发现骨折、脱位、肿瘤或先天性畸形有很大帮助。

CT、MRI、椎管造影：必要时的CT、MRI可明确有无椎间盘突出、肿瘤压迫或蛛网膜的粘连性病变。

脑脊液检查：脑脊液的细胞及生化改变，在根性坐骨神经痛时有异常，对椎管内肿瘤、蛛网膜炎等的诊断有参考意义。

肌电图和神经传导速度：一般无明显改变，在损伤严重，尤其是炎症患者，可发现失神经现象及传导速度减慢，可协助诊断坐骨神经损害的部位及范围。

114诊断要点：腰痛的同时伴有放射性下肢痛；持续性疼痛阵发性加剧，疼痛呈触电样或呈钝、胀、刺、灼痛反应；疼痛沿坐骨神经通路放射；坐骨神经牵拉征阳性；小腿后外侧、足部感觉障碍及肌力差。

2辨证论治

坐骨神经痛为下肢腰腿经络阻滞，气血运行不畅所致。病因病机错综复杂，与体质强弱、生活环境及气候条件等密切相关。临床应分清标本虚实。实证以祛邪为主，察脉视症，知犯何邪，疏风、散寒、祛湿、清热、化瘀等法，可酌情选用；虚证治以扶正为主，益气血、补肝肾、强筋骨为常用之法。

21寒客经脉证

证候：腰腿局部冷痛，痛势较剧，夜间更剧，恶风畏寒，遇寒尤剧，患肢屈曲，不敢活动，咳嗽或用力时往往加剧，环跳、委中、承山、昆仑穴压痛明显，舌淡苔白，脉弦紧。

治法：温经散寒，通络止痛。

方药：当归四逆汤加减。

当归15g，桂枝9g，白芍30g，细辛3g，通草9g，甘草6g，大枣9g。

加减：寒象突出，疼痛较剧，加制川乌先煎3g以温经止痛；兼湿，腰腿疼痛重着，或肿痛、肌肤麻木不仁者，加苍术10g，防己10g以祛风除湿；兼风，加防风10g，威灵仙20g；腰痛日久，腰膝痿软，步行无力，加杜仲15g，巴戟天15g，牛膝12g以补肝肾、强腰膝。

中成药：①小活络丸（大蜜丸），口服，1次1丸，1日1~2次；②大活络丸（大蜜丸），口服，1次1丸，1日2次；③野木瓜片，口服，1次4粒，1日3次。

22湿热流注证

证候：腰腿呈烧灼样痛，伴口渴，心烦，大便秘，小便黄赤，舌红，苔黄腻，脉濡数或弦数。

治法：清利湿热，舒筋活络。

方药：四妙丸加减。

苍术12g，黄柏12g，薏苡仁30g，川牛膝12g，羚羊粉冲服06g，地龙12g，木瓜20g，络石藤30g。

加减：热甚，重用黄柏，并加石膏先煎30g以清实热；小便浑浊为湿热下注，加萆薢30g以清热通络利湿。

中成药：①大活络丸（大蜜丸），口服，1次1丸，1日2次；②健步壮骨丸（大蜜丸），口服，1次1丸，1日2次。

23痰瘀阻络证

证候：腰腿痛持续，咳嗽、如厕、行走均使疼痛加剧，坐卧屈膝则痛稍减；疼痛如刺，痛处拒按，下肢麻木或如有物覆盖，日久不愈；兼见头眩且胀，咳多白痰，胸闷泛恶，纳减，舌质淡暗或瘀点，苔白腻，脉沉滑或涩。

治法：化痰散结，活血止痛。

方药：身痛逐瘀汤加减。

当归15g，川芎15g，桃仁9g，红花9g，乳香9g，没药9g，青皮10g，香附10g，牛膝10g。

加减：疼痛重，加三七5g或云南白药以化瘀止痛；兼血虚，加鸡血藤30g以养血活血通络；腰间冷痛麻木，时痛时止，加巴戟天15g以补肾阳、强筋骨、祛风湿；风痰流注腰络，加白附子9g以祛痰散结止痛；日久痛剧，皮色暗黑，局部有肿硬感，加地龙6g，路路通10g以活血通络止痛。

中成药：大活络丸（大蜜丸），口服，1次1丸，1日2次。

24气血两虚证

证候：下肢持续疼痛、麻木，劳累或夜间疼痛加剧，筋脉拘急，屈伸受限，面黄少华，短气自汗，食少便溏，舌淡苔白，脉细弱无力。

治法：益气养血，温经通络。

方药：黄芪桂枝五物汤或八珍汤加减。

黄芪30g，桂枝12g，白芍30g，当归10g，鸡血藤30g，杜仲15g，熟地黄20g，川芎15g，生姜6g，大枣9g。

加减：腰膝冷痛、麻木，加淫羊藿15g，附子先煎10g以温阳祛寒；低热，加柴胡9g，升麻9g解肌清热；腰脊酸弱，加巴戟天15g，狗脊15g以补肝肾，壮腰膝。

中成药：①壮骨关节丸（水丸），早晚饭后口服，1次6g，1日2次；②大活络丸（大蜜丸），口服，1次1丸，1日2次；③人参养荣丸（水蜜丸），口服，1次1丸，1日2次。

25肝肾不足证

证候：腰腿绵绵隐痛，遇劳尤甚，卧则痛减，腿膝酸软无力，声低气微或短促，舌淡红苔少，脉弦细。

治法：滋补肝肾，通络止痛。

方药：独活寄生汤加减。

独活12g，桑寄生15g，细辛3g，防风10g，杜仲15g，桂枝12g，牛膝18g，当归30g，白芍10g，黄芪15g，甘草6g。

加减：下肢拘急疼痛，关节屈伸不利，加葛根30g，木瓜15g以舒筋活络；肌肉萎缩，重用黄芪60g以健脾生肌；腰腿冷痛麻木，加附子先煎10g，淫羊藿15g温阳通络。

中成药：①壮骨关节丸（水丸），早晚饭后口服，1次6g，1日2次；②大活络丸（大蜜丸），口服，1次1丸，1日2次。

3其他治法

31单方验方

311鹅掌楸根、钩藤根各20g，水煎服，主治坐骨神经痛属风湿袭络者。

312伸筋草20g，鸡血藤30g，水煎服，主治因久卧湿地而引起的坐骨神经痛。

313蛇蝎散：蕲蛇、全蝎、蜈蚣等量，研细末，1日3g，分1~3次服下，10日为1疗程，用于瘀血阻络者。

32针刺和拔罐

寒客经脉证，取穴肾俞、阿是穴、委中、风府、腰阳关。阿是穴针用泻法，出针后拔火罐，肾俞温针灸，风府、腰阳关平补平泻，委中用泻法。

湿热流注证，取穴委中、膀胱俞、阴陵泉、阿是穴，针用泻法。

痰瘀阻络证，取穴委中、间使、三阴交、膈俞、次髎。委中点刺放血1~2ml，其余穴位平补平泻。

33穴位注射

取穴最痛点，以痛为腧。临床腰痛大多取大肠俞，腿痛取环跳、阳陵泉。用氟美松5mg、普鲁卡因2ml混合液，在严格消毒后刺入，先抽一下针管，见无回血，再推针芯，可一针多向刺法，封穴后针眼部位用无菌纱布覆盖，每次每穴注入05~1ml。用于疼痛急性发作，有立即止痛之效。

34穴位贴敷法

取穴肾俞、环跳、阿是穴。用斑蝥3份，雄黄5份，共研末。使用时将上药03~06g置于普通膏药中央敷在所选穴上，24小时后局部起泡，揭去膏药，再用消毒针穿刺，排出分泌物，清洁局部，换敷青冰散（冰片、青黛、浙贝母、天花粉等），24小时后换贴阳春膏（肉桂、丁香、乳香、牛膝、血竭等），72小时后取下。

ZYYXH/T1322008

ZYYXH/T1322008

## 焦虑症

焦虑症(Anxiety)是以广泛和持续性焦虑或反复发作的惊恐不安为主要特征，常伴有自主神经紊乱及运动性不安的病症。临床分为广泛性焦虑与惊恐障碍两种主要形式。焦虑症的发病，与精神、社会、生物多种因素相关。遗传是其重要的易感因素，具有焦虑倾向的人在不良社会环境影响下或应激状态下，较易产生病理性焦虑。本病的预后在很大程度上与个体素质有关，病程短、症状较轻、病前社会适应能力好、个性缺陷不明显为预后好的指征，反之则预后差。如伴有晕厥、激越、现实解体、癔症表现及自杀观念者，常提示预后不佳。广泛性焦虑症属于中医学的“郁病”、“怔忡”、“失眠”、“善忘”、“百合病”、“卑惵”、“脏躁”等范畴，惊恐发作则属于“惊悸”等范畴。

1诊断依据

11临床表现

111广泛性焦虑

精神性焦虑：精神性焦虑是本症的核心症状。以缺乏明确对象和具体内容的提心吊胆和紧张不安，或对现实生活中的某些问题过分担心或烦恼为特征。患者明知这是一种主观过虑，但不能控制。

躯体性焦虑：主要为自主神经亢进的表现，症状涉及多个系统，常为患者就诊的最初主诉。如口干、上腹不适、恶心、吞咽梗阻感、肠鸣、腹痛、腹胀、腹泻、呼吸困难或呼吸急促、眩晕、心悸、胸部不适、心动过速、尿频、尿急、阳痿、早泄、性欲缺乏、月经不调、多汗、面部潮红或苍白。

心理性警觉：可表现为易激惹、注意力下降和对噪音敏感。因注意力无法集中，患者常伴有记忆力减退。

运动性不安：与肌紧张有关。可表现为坐立不安、颤抖、不能放松、头（通常为双侧和前额或枕部）和肩、背部的疼痛。

睡眠障碍：表现为入睡困难，入睡后易醒，常诉有噩梦、夜惊，表现为突然醒来，并常感到极度恐惧。

112惊恐障碍

1121惊恐发作

典型表现：常是患者在日常活动中突然出现强烈恐惧，好像即将死去（濒死感）或即将失去理智（失控感），使患者难以忍受。同时患者感到心悸、胸闷、胸痛、气急、喉头堵塞窒息感，因此惊叫、呼救或跑出室外。有的伴有显著植物神经症状，如过度换气、头晕、多汗、面部潮红或苍白、震颤、手脚麻木、胃肠道不适等，也可有人格解体、现实解体等痛苦体验。

发作特点：发作并不局限于任何特定的情况或某一类环境，为突然发作，10分钟内达到高峰，一般不超过1小时。发作时意识清晰，事后能回忆发作的经过。此种发作虽历时较短暂，一般5~10分钟，很少超过1小时即可自行缓解，但不久又可突然再发。

1122预期性焦虑：大多数患者在间歇期因担心再次发病而紧张不安，并可出现一些植物神经活动亢进症状。

1123求助和回避行为：惊恐发作时的强烈恐惧感使患者难以忍受，常急切要求救助。在发作间歇期，多数患者因担心发作时得不到帮助，因此主动回避一些活动，如不愿单独出门、不愿到人多的场所、不愿乘车旅行等，或出门时要他人陪同。

12诊断要点

按照《中国精神疾病分类与诊断要点》第三版（CCMD-3）焦虑症诊断要点包括症状标准、严重标准、病程标准和排除标准，在符合神经症诊断要点的前提下，需符合这4项标准诊断才能成立。

121广泛性焦虑

症状标准：以持续的原发性焦虑症状为主，并符合下列2项：①经常或持续的无明确对象和固定内容的自觉难以控制的恐惧或提心吊胆；②植物神经功能紊乱或运动不安。

严重标准：患者社会功能受损，因难以忍受又无法解脱而感到痛苦。

病程标准：符合上述症状标准至少已6个月。

排除标准：排除躯体疾病继发性焦虑；排除药物戒断反应，其他精神疾病继发性焦虑。

122惊恐障碍

症状标准：①发作无明显的诱因、无相关的特定环境，发作不可预测；②在发作间期，除害怕再发作以外，无明显症状；③发作时表现强烈的恐惧、焦虑及明显的自主神经症状，并常有人格解体、现实解体、濒死恐惧，或失控感等痛苦体验；④发作突然开始，迅速达高峰，发作时意识清晰，事后能回忆。

严重标准：因难以忍受又无法摆脱而感到痛苦。

病程标准：1个月内至少有过3次惊恐发作，或者首次发作后因害怕再次发作而产生的焦虑持续1个月。

排除标准：排除其他精神障碍和躯体疾病继发的惊恐发作。特别要与心绞痛、心肌梗死相鉴别。

2辨证论治

本病因素体正虚，复为七情所伤，五脏气血阴阳不和，心神失养，脑神不利所致。病位在脑，涉及五脏，而以心、肝、脾、肾为主。初起时以实证或虚证多见，发病日久则多虚实夹杂之证。本病属本虚标实，虚实夹杂之证。本虚以肾精亏虚、心脾两虚、心胆气虚为主；标实以肝郁气滞、痰浊、血瘀为主。治疗当注意辨别阴阳虚实，注重虚实兼顾之大法。实证予以理气开郁，或兼伴活血、清热、化痰、祛湿；虚证则予养心、健脾、滋肝、补肾。

21肝郁化火证

证候：情绪不宁，郁闷烦躁，胸胁胀痛，脘闷嗳气，不思饮食，大便不调；或急躁易怒，口苦口干；或头痛，目赤，耳鸣；或嘈杂吞酸，大便秘结；舌质红，苔黄，脉弦或弦数。

治法：舒肝解郁，清肝泻火，理气和中。

方药：丹栀逍遥散加减。

牡丹皮15g，焦栀子15g，生地黄20g，黄芩10g，柴胡12g，香附12g，枳壳10g，陈皮12g，川芎15g，白芍12g，茯苓20g，白术15g，当归12g，炙甘草6g。

加减：热势较重，口苦，大便秘结，加龙胆草9g，大黄后下6g以泻热通腑；肝火犯胃，胁肋疼痛，口苦，嘈杂吞酸，嗳气，呕吐，加黄连6g，吴茱萸9g以清肝和胃；肝火上炎，头痛，目赤，耳鸣，加菊花10g，钩藤后下10g，蒺藜12g以平肝清热。

中成药：柴胡舒肝丸，口服，1次6~9g，1日3次。

22瘀血内阻证

证候：心悸怔忡，夜寐不安，或夜不能睡，多疑烦躁，胸闷不舒，时有头痛、胸痛如刺，舌暗红边有瘀斑，或舌面有瘀点，唇紫暗或两目暗黑，脉涩或弦紧。

治法：活血化瘀，理气通络。

方药：血府逐瘀汤加减。

桃仁12g，红花9g，当归10g，生地黄15g，川芎5g，赤芍15g，牛膝10g，桔梗5g，柴胡3g，枳壳6g，甘草3g，丹参30g，龙齿30g，琥珀粉冲服3g。

加减：胀痛明显，加香附12g，青皮9g，郁金12g以行气止痛；纳差脘胀，加焦三仙30g，陈皮10g以健脾和胃；如有寒象，加乌药9g，木香12g以散寒理气；兼有热象，加牡丹皮10g，栀子12g以活血清热。

中成药：血府逐瘀丸，口服，1次1丸，1日2次。

23痰火扰心证

证候：惊恐不安，心烦意乱，性急多言，夜寐易惊，头昏头痛，口苦口干，舌红，苔黄腻，脉滑数。

治法：清热涤痰，宁心安神。

方药：黄连温胆汤加减。

黄连10g，法半夏9g，陈皮6g，茯苓15g，炙甘草6g，胆南星6g，枳实10g，竹茹10g，大枣9g，炒酸枣仁15g，炙远志10g，天竺黄10g，焦栀子10g，龙胆草3g。

加减：实火较盛，烦躁不安，加黄连至15g以助泄火宁心之力；痰盛，去大枣、炒酸枣仁；热久气阴两伤，加五味子10g，黄精10g以益气滋阴。

24阴虚内热证

证候：欲食不能食，欲卧不能卧，欲行不能行，口苦尿赤，多疑惊悸，少寐多梦，舌红苔微黄少津，脉细数。

治法：养血滋阴，凉血清热。

方药：百合地黄汤合知柏地黄汤加减。

百合50g，生地黄30g，知母10g，山药20g，茯苓15g，炒酸枣仁15g，炙甘草6g，牡丹皮10g，黄柏10g，赤芍15g。

加减：燥热较重，手足心热重，加银柴胡10g，白薇10g以清虚热；心烦不寐，加龙骨先煎、牡蛎先煎各10g以清心安神；便干，加当归20g以养血润肠通便。

中成药：知柏地黄丸，口服，1次1丸，1日2次。

25心脾两虚证

证候：心悸头晕，善恐多惧，失眠多梦，面色无华，身倦乏力，食欲不振，舌淡苔薄，脉细弱。

治法：益血健脾，宁心解虑。

方药：归脾汤加减。

党参15g，茯神10g，白术10g，甘草6g，黄芪10g，当归12g，龙眼肉15g，炒酸枣仁15g，远志10g，木香9g，大枣9g，生姜6g。

加减：心悸失眠，舌红少苔，加百合15g，柏子仁12g，制何首乌12g以养心安神；脾气亏虚，失于健运，纳呆食少，食后腹胀，少气懒言，上方重用党参20g，加砂仁后下6g以益气健脾。

中成药：人参归脾丸，口服，1次1丸，1日2次。

26心胆气虚证

证候：心悸胆怯，善恐易惊，精神恍惚，情绪不宁，坐卧不安，少寐多梦，多疑善虑，苔薄白或正常，脉沉或虚弦。

治法：镇惊定志，宁心安神。

方药：安神定志丸加减。

人参单煎9g，茯苓12g，茯神12g，远志10g，石菖蒲9g，龙齿先煎30g，当归12g，白芍12g，白术12g。

加减：躁扰失眠，加炒酸枣仁20g，磁石先煎15g以养心安神；心惊胆怯，加珍珠母先煎15g,龙骨先煎、牡蛎先煎各20g以镇惊安神。

中成药：安神温胆丸，口服，1次1丸，1日2次。

27肾精亏虚证

证候：心悸善恐，少寐健忘，精神萎靡，腰膝酸软，头晕耳鸣，遗精阳痿，闭经，舌质淡，苔薄白或无苔，脉沉弱。

治法：补肾益髓，填精安神。

方药：左归饮加减。

熟地黄20g，山药15g，山茱萸15g，茯苓15g，枸杞子15g，炒酸枣仁15g，炙甘草10g，桑寄生12g，龙骨先煎15g，牡蛎先煎15g。

加减：偏于阳虚，阳痿，畏寒肢冷，小便清长，加右归丸；如有早泄、滑精、尿失禁，加益智仁15g，桑螵蛸10g，覆盆子15g以温肾固摄；气短乏力，加党参、太子参各15g以益气。

中成药：金匮肾气丸，口服，1次1丸，1日2次。

28心肾不交证

证候：情绪低落，多愁善感，虚烦不寐，心悸不安，健忘，头晕耳鸣，腰膝酸软，手足心热，口干津少，或见盗汗，舌红，苔薄，脉细或细数。

治法：滋阴清心，养脑安神。

方药：黄连阿胶汤合交泰丸加减。

黄连9g，阿胶烊化12g，黄芩10g，白芍18g，鸡子黄冲服2枚，肉桂3g，黄柏10g，陈皮6g，白术6g。

加减：虚热较甚，低热，手足心热，加知母12g，白薇9g，麦冬10g以清虚热；月经不调，加香附9g，泽兰10g，益母草10g以活血调经。

中成药：养心安神丸，口服，1次6g，1日2次。

3其他治法

31单方验方

311合欢饮：合欢花、蒺藜、香附各10~15g，香橼5~10g，佛手、甘松、甘草各3~5g，水煎服。治疗肝气郁结证。

312酸枣仁珍珠汤：淮小麦、炒酸枣仁、郁金、丹参、乌梅、甘草各10g，珍珠母、百合、茯苓各20g，夜交藤15g，苦参8g，水煎代茶饮。具有滋补肝肾、健脾养血、解郁安神之功。

313百合安神汤：南百合30~40g，女贞子、炒酸枣仁、夜交藤、龙齿、珍珠母各20~30g，旱莲草10g，五味子3~6g，水煎代茶饮。治疗心胆亏虚证。

314龙齿磁石汤：龙齿先煎30g，炒酸枣仁30g，刺五加30g，灵芝30g，郁金30g，磁石先煎60g，炙远志15g，石菖蒲15g，甘松15g，合欢皮15g，柴胡15g，甘草10g，琥珀粉冲服3g，水煎代茶饮。有镇静解郁，安神定志之功。

32针刺

主穴：风府、百会、神门、通里、内关。肝气郁结证，加太冲、合谷；痰湿阻滞证，加丰隆、阴陵泉；瘀血内阻证，加血海、膈俞；心脾两虚证，加心俞、脾俞；心胆气虚证，加心俞、胆俞；心肾不交证，加心俞、肾俞、太溪。实证针用泻法，虚证针用补法。

ZYYXH/T1332008

ZYYXH/T1332008

## 抑郁症

抑郁症（depression）是指以显著而持久的情绪低落、活动能力减退、思维与认知功能迟缓为临床特征的一类情感性精神障碍。女性发病高于男性，患病率男女之比为10∶13~20。发病机理至今未能明确，但一般认为与神经递质、遗传、社会心理等多种因素有关。神经递质研究方面，多认为脑内去甲肾上腺素（NE）、多巴胺（DA）及5-羟色胺（5-HT）浓度降低，以及5-HT能受体超敏或低敏与抑郁症发病有密切关系。在遗传方面，经家系研究表明，30%~418%的抑郁症患者具有家族史，并且有早期遗传现象。而社会心理学家一般认为，人的高级神经活动类型（气质）和认知模式是抑郁症发病的基础，负性社会生活事件是抑郁症发病的诱因，而社会支持系统是影响抑郁症发生发展及预后的一个重要因素。本病发病率、伤残率、死亡率较高，严重危害人们的身心健康。根据临床表现和特征，抑郁症属于中医学的“郁病”、“失眠”、“善忘”、“癫证”、“百合病”、“梅核气”等范畴，而不直接等同于“郁病”。

1诊断依据

11临床表现

111抑郁心境：抑郁心境的体验可以从患者的言谈举止、表情、姿势中反映出来。抑郁患者多以情绪低落、压抑、心烦意乱、对任何事提不起兴趣等词语来描述其在较长一段时间内的心境体验。

112兴趣丧失：抑郁症的特征性症状之一。患者不能对外界事物产生不同的情感体验，尤其是丧失了对快乐、高兴、乐趣的体验。

113精力减退或丧失：抑郁症的特征性症状之一。患者常感到无缘无故疲乏、无力，常主诉精力减退、头及躯体疼痛和四肢无力。对工作、学习、生活保留了责任和义务感，常因完不成任务而自责。

114自我评价低：患者常贬低自己，并有内疚感。

115精神运动迟滞：患者的思维过程很缓慢，联想困难，常伴有记忆减退和集中注意力困难。有些思维可以停滞不前甚至发展到强迫状态，自觉对一些日常小事也难以决断。

116自杀观念和行为：抑郁症患者最危险的症状。1/2~1/3的自杀者有抑郁。

117昼夜节律改变：是指心境有晨重夜轻的变化，早晨情绪低落，下午及晚上心境逐渐好转，明显优于早晨，这是抑郁症的典型症状，其发生率在50%左右。

118睡眠障碍：有80%的患者具有睡眠障碍，主要为两个类型：一为早醒，一为入睡困难，患者常伴有焦虑症状。

119食欲下降和性欲减退：70%~80%的患者具有食欲下降和体重减轻的症状。性欲减退是比较典型的症状，但发生率较低。

12诊断要点

按照《中国精神疾病分类与诊断要点》第三版（CCMD-3）抑郁症诊断要点包括症状标准、严重标准、病程标准和排除标准，需符合以下4项标准诊断才能成立。

121症状标准：以心境低落为主，并至少有下列4项：①兴趣丧失、无愉快感；②精力减退或疲乏感；③精神运动性迟滞或激越；④自我评价过低、自责，或有内疚感；⑤联想困难或自觉思考能力下降；⑥反复出现想死的念头或有自杀行为；⑦睡眠障碍，如失眠、早醒，或睡眠过多；⑧食欲降低或体重明显减轻；⑨性欲减退。

122严重标准：社会功能受损，给本人造成痛苦或不良后果。

123病程标准：①符合症状标准和严重标准，至少已持续2周。②可存在某些分裂性症状，但不符合分裂症的诊断，若同时符合分裂症的症状标准，在分裂症状缓解后，满足抑郁发作标准至少2周。

124排除标准：排除器质性精神障碍、或精神活性物质和非成瘾物质所致抑郁。

2辨证论治

抑郁症的发生是由于情志所伤，五脏气血阴阳不和，脑神不利所致。情志因素是抑郁症的致病原因，而“脏气弱”是抑郁症发病的重要内在因素。其病位在脑，涉及五脏，而以心、肝、脾、肾为主。初起时以实证或虚证多见，发病日久则多虚实夹杂之证。本虚以肝肾阴亏、肾精亏虚、心脾两虚为主；标实以肝郁气滞、痰浊、血瘀为主。治疗当注意辨别阴阳虚实，注重虚实兼顾之大法，实证予以理气开郁，或兼活血、清热、化痰、祛湿；虚证则予养心、健脾、滋肝、补肾。

21肾虚肝郁证

证候：情绪低落，烦躁兼兴趣索然，神思不聚，善忘，忧愁善感，胁肋胀痛，时有太息，腰酸背痛，性欲低下，脉沉细弱或沉弦。

治法：益肾调气，解郁安神。

方药：滋水清肝饮加减。

生地黄20g，牡丹皮10g，茯苓20g，泽泻10g，刺五加20g，五味子20g，郁金20g，合欢皮15g，柴胡12g，栀子15g，白芍12g，甘草6g。

加减：偏阳虚，温养命门之火，加附子先煎12g，山药12g，枸杞子12g，以培补肾精；当归15g，杜仲9g，菟丝子12g以补益肾精。偏阴虚，滋补肾阴，加熟地黄12g，山茱萸9g以补肾中之阴；失眠烦躁，加磁石先煎15g以重镇安神。

中成药：刺五加注射液200ml加入5%葡萄糖注射液中，静脉滴注，1日1次。

22肝郁脾虚证

证候：精神抑郁，胸胁胀满，多疑善虑，喜太息，纳呆，消瘦，稍事活动便觉倦怠，脘痞嗳气，大便时溏时干，或咽中不适如有异物梗阻，舌苔薄白，脉弦细或弦滑。

治法：疏肝健脾，化痰散结。

方药：逍遥散合半夏厚朴汤加减。

柴胡15g，当归12g，白芍12g，白术12g，炙甘草6g，法半夏12g，厚朴12g，茯苓15g，生姜6g，紫苏叶6g。

加减：湿郁气滞，胸脘痞闷，嗳气，苔腻，加香附9g，佛手12g，苍术6g以理气除湿；胀痛明显，加木香12g，青皮9g，枳壳10g以理气消胀；食滞较重，加焦三仙30g，砂仁后下6g以消食化滞。

中成药：加味逍遥丸，口服，1次6g，1日2次。

23肝胆湿热证

证候：烦躁易怒，胸胁胀满，多梦，耳中轰鸣，头晕头胀，腹胀，口苦，咽有异物感，恶心，小便短赤，舌质红，舌苔黄腻，脉弦数或滑数。

治法：清肝利胆，宁心安神。

方药：龙胆泻肝汤加减。

龙胆草15g，黄芩10g，栀子10g，川木通10g，泽泻9g，当归20g，生地黄15g，柴胡10g，甘草6g，车前子包煎10g，珍珠母先煎15g，龙齿先煎15g。

加减：肝胆实火较盛，烦躁不安，去车前子，加黄连10g；湿盛热轻，去黄芩、生地黄，加滑石10g，薏苡仁15g以增利湿之功。湿热日久伤阴，低热，手足心热，加银柴胡10g，白薇10g以清虚热。

24心肾不交证

证候：情绪低落，心绪不宁，形体消瘦，足膝酸软，手足心热，口干津少，或见盗汗，入睡难，早醒多梦，心悸健忘，舌红或暗红，脉细数。

治法：滋阴清心，养脑安神。

方药：黄连阿胶汤合交泰丸加减。

黄连9g，阿胶烊化12g，黄芩10g，白芍15g，磁石先煎15g，鸡子黄2枚，肉桂3g，黄柏10g，陈皮6g，白术6g，柏子仁15g，酸枣仁15g。

加减：面热微红，眩晕耳鸣，加牡蛎先煎30g，龟甲先煎20g以重镇潜阳；不寐较甚，柏子仁和酸枣仁用量加至30g以养心安神。

25心脾两虚证

证候：多思善虑，头晕神疲，心悸胆怯，失眠健忘，纳差，倦怠乏力，面色不华，舌质淡，苔薄白，脉细缓。

治法：养心健脾，补益气血。

方药：归脾汤加减。

党参20g，白术15g，茯苓30g，炙黄芪30g，龙眼肉20g，酸枣仁15g，木香9g，当归10g，远志10g，大枣9g，甘草9g。

加减：心胸郁闷，精神不舒，加郁金12g，佛手12g以理气开郁；少气懒言，自汗盗汗，面色萎黄，加五味子20g，浮小麦10g，熟地黄15g，白芍12g。

中成药：人参归脾丸，口服，1次1丸，1日2次。

26心胆气虚证

证候：抑郁善忧，情绪不宁，胆怯恐惧，心中惕惕不安，自卑绝望，难以决断，或伴失眠多梦，易于惊醒，心悸气短，面色白，舌质淡，苔薄白，脉沉细或细而无力。

治法：益气镇惊，安神定志。

方药：安神定志丸加减。

人参单煎15g，茯苓12g，茯神12g，远志15g，石菖蒲9g，龙齿先煎30g，当归12g，白芍12g，白术12g。

加减：血虚阳浮，虚烦不寐，加酸枣仁30g，知母12g以养肝清热安神；心悸较甚，加牡蛎先煎30g，龙骨先煎30g以加强镇静安神之力；气虚日久及阳，形寒肢冷，胸背彻寒，语音低怯，加附子先煎9g，干姜10g，炙甘草10g以温运心胆之阳。

3其他治法

31单方验方

311合欢饮：合欢花、蒺藜、香附各10~15g，香橼5~10g，佛手、甘松、甘草各3~5g，水煎服。治疗肝气郁结证。

312佛手金柑饮：佛手3~5片，金柑3~5枚，开水泡饮代茶。适应证：用于肝气郁结之轻证，心情不舒畅，咽喉哽噎不适，食欲不佳，口干欲饮者。

32针刺

主穴：百会、印堂、神门、三阴交、足三里。肝气郁结证，加太冲、合谷；痰湿阻滞证，加丰隆、阴陵泉；心脾两虚证，加心俞、脾俞；肾阳亏虚证，加肾俞、命门。实证针用泻法，虚证针用补法。

ZYYXH/T1342008

ZYYXH/T1342008

## 阿尔茨海默病

阿尔茨海默病（Alzheimers disease，AD），又称老年性痴呆，是一种病因不明的中枢神经系统进行性变性疾病。本病起病缓慢隐袭，呈进行性加重，主要表现为获得性认知功能障碍综合征，智能障碍包括记忆、语言、视空间功能不同程度受损，人格异常和认知（概括、计算、判断、综合和解决问题）能力降低，常伴行为和情感异常，病人日常生活、社交和工作能力明显减退，根据临床表现可分为早、中、晚期。本病发病率随年龄增长而增高，65岁以上人群患病率约5%，85岁以上约20%，男性与女性经年龄校正的患病率相等。通常为散发，约5%的患者有明确家族史。一般总病程为2~12年，多死于感染、衰竭，发病年龄越大存活时间越短，目前对本病尚无确切有效的治疗措施。根据临床表现和特征，属于中医学的“痴呆”、“呆病”、“善忘”范畴。

1诊断依据

11临床表现

111症状

1111早期症状（病期1~3年）

记忆障碍：以近事记忆力障碍为主，健忘出现于本病早期，是家属或同事发现的第一个症状，出现反复问同样的问题和重复回答，忘记东西放在哪里，难以学习新事物，即使一时记住的事，日后也回忆不起来。

其他的认知功能障碍：随着健忘的加重，其他的认知功能障碍也日渐明显。出现时空定向、图形定向障碍，判断力和解决问题的能力下降。语言也出现找词困难，口语词汇减少，命名困难，不能写文章。

人格改变：情感淡漠，变得被动，对事物丧失兴趣，闷居家里，有时易激惹，这也可作为最早出现的症状。日常生活能够自理，可以处理自己周围的事情。可有妄想等精神症状。

　　1112中期症状（病期2~10年）

远近记忆严重受损：很容易忘记新事物，出现远期记忆障碍，如弄错与亲属的关系，以及与其他人的关系。

其他的认知功能障碍逐渐进展：视空间定向障碍，在熟悉的地方也容易迷路。判断力和解决问题的能力明显下降。言语啰唆，有流畅性失语，抽象词汇概念模糊。计算能力下降或不能计算，理解能力和阅读能力恶化。

人格明显改变：给别人添麻烦的行为明显，不稳重和易激惹，昼夜颠倒和睡眠障碍，有攻击性言语或行为，疑心重。

生活自理困难：若无人帮助，洗碗和穿衣等简单活动也变得困难。

精神状态：烦躁不安，某些患者有妄想等精神症状。

1113晚期症状（病期8~12年）

记忆力严重衰退：只残留片断记忆，连亲近的家属也不认识。

其他的认知功能障碍：模仿及重复语言，只能反复重复简短的话和词语，仅能理解极其简单的口语，视觉、定向及运动功能障碍。可有失语、失认、失用，肢体强直，瘫痪或癫痫样发作，易跌倒。对外界刺激无反应，大小便失禁，基本的生活均依赖于护理人员。

112体征：可有肌张力增高、震颤等椎体外系受损表现，可有额叶征如强力握持、摸索反射阳性等，也可见伸趾、吸吮等原始反射。晚期可见癫痫样发作。

12神经心理学量表检测

量表检测是辅助诊断有无痴呆，判断痴呆严重程度，鉴别其他病因所致痴呆的重要方法。临床常用：①认知功能检测量表，如简易精神状态检查量表（MMSE）；②因智能减退而影响社会活动或生活能力量表，常用blessed行为量表（BBS）、社会功能活动调查表（FAQ）、日常生活活动量表（ADL）等；③除外其他病因的痴呆，如在与血管性痴呆鉴别时采用hachinski缺血评分表。

13理化检查

131CT或MRI：可用于排除脑肿瘤、硬膜下血肿、脑积水、脑脓肿等引起痴呆的其他疾病。AD的CT改变为弥漫性脑皮质萎缩，脑沟、脑池扩大。

132单光子发射计算机体层摄影（SPECT）和正电子发射体层摄影（PET）：SPECT在AD发病早期可显示颞叶和顶叶的脑代谢和脑血流（代谢下降引起的继发性改变）减低，这种异常变化与痴呆程度有关。

133脑电图（EEG）：脑瘤、脑血管病、癫痫等非变性病所致痴呆的EEG常有相应改变。

134诱发电位：事件相关电位P300潜伏期延长，波幅减低或消失。听觉和视觉诱发电位潜伏期不正常延长，反应波幅不正常。

135其他生物学指标检测：AD患者脑脊液中乙酰胆碱水平降低，淋巴细胞乙酰胆碱受体减少，脑脊液神经蛋白和β-淀粉样肽（Aβ）可升高，但这些检测指标缺乏特异性，效度和信度均有待验证，还不能成为临床的常规检查。

14诊断要点

本病的诊断主要根据患者详细的病史和临床症状，辅以精神心理、智能检测和神经系统检查，但确诊的金标准为病理诊断（包括活检与尸检）。根据病理诊断金标准对临床诊断进行评价，临床诊断要点的敏感度平均为81%，特异性平均为70%。

临床诊断应包括以下内容：发病年龄40~90岁，多在65岁以后；起病隐袭，进行性加重的记忆力减退（以近记忆为主）及其他智能障碍，病程缓慢进展至少持续6个月；必须有2种或2种以上的认知功能障碍；根据临床症状确定有痴呆，神经心理检测符合有痴呆存在；无意识障碍，可伴有精神、行为异常；排除可导致进行性记忆和认知功能障碍脑病。

美国神经病学、语言障碍和卒中－老年性痴呆和相关疾病协会（NINCDS－ADRDA）AD诊断要点：

临床诊断要点分为：①可能性大的AD；②可能的AD；③确定的AD。

Ⅰ.可能性大的AD必须符合：

通过临床检查、痴呆量表检测和神经心理测验证实为痴呆；

至少有2种以上的认知功能障碍；

记忆和其他认知功能进行性恶化；

无意识障碍；

发病于40~90岁之间，多在65岁以后；

不能用引起记忆和认知功能进行性障碍的全身性疾病或其他中枢神经系统疾病来解释。

Ⅱ.下列项目支持可能性大的AD诊断：

特定认知功能进行性衰退，如语言（失语）、运用技能（失用）和知觉（失认）；

日常生活活动受损和行为模式发生改变；

有类似障碍的家族史，尤其是经神经病理学证明的；

实验室检查结果；

腰穿结果用标准技术测定为正常；

脑电图正常，或有非特异性改变，如慢活动增加；

CT追踪证明有进行性脑萎缩。

Ⅲ.在排除了可能性大的阿尔茨海默病以外的痴呆病因之后，与可能性大的AD诊断一致的其他临床特征包括：

疾病病程呈进行性平缓发展；

合并有抑郁症的症状、失眠、失禁、妄想、错觉、幻觉、奇特言语、情绪和体力暴发性功能障碍及体重减轻；

某些患者有神经系统异常，特别是在疾病进一步发展时，包括运动体征，如：肌张力增高、肌阵挛或步态障碍；

在疾病晚期有癫痫发作；

CT对其年龄来说是正常的。

Ⅳ.诊断可能性大的AD时不肯定或不大可能的特征包括：

突然以卒中起病；

在疾病早期出现局灶性神经系统体征，如轻瘫、感觉缺失、视野缺损、共济失调；

在发病时或疾病的很早期出现癫痫发作或步态障碍。

Ⅴ.可能的AD临床诊断：

可根据痴呆综合征标准作诊断，不存在足以引起痴呆的其他神经、精神或躯体障碍，其起病形式、临床表现或临床病程可以较大变异；

在诊断时有足以导致痴呆的继发性躯体疾病或脑部疾病，但认为这些病不是痴呆的原因；

当出现单纯的、进行性加重的认知缺陷，而且没有可证实的其他原因时，才能用于研究。

Ⅵ.明确的AD诊断要点：

符合可能性大的AD临床诊断要点，并有活检或尸检的组织病理学证据。

2辨证论治

本病病位在脑，与心肾肝脾均有关，与肾的关系尤为密切。病性以虚及虚实夹杂为主。虚者多为肝肾精亏，脾肾俱虚，气血衰少，髓海不足；实者常见痰浊、痰热、气滞及血瘀。脑络为痰瘀浊毒所塞滞，脑髓消减，神明失养，神机失用。初期常由肝肾阴亏，脾肾不足，气血失养，髓海失充，或兼痰瘀火郁所致。病情进展，可出现因虚致实，而邪盛壅积又更耗气血阴精，进而导致心肝脾肾功能俱损，阴阳气血失调，痰瘀壅塞脑络，脑髓消减之势更甚，终可致五脏形神俱损，而为难治之候。

21髓海不足证

证候：年老渐呆，智能减退，或仅有遇事多忘，近记忆力减退，头晕耳鸣，齿枯发焦，腰酸腿软，懈惰思卧，步行艰难，舌瘦色淡，苔白，脉沉细弱。

治法：补肾养神，益精填髓。

方药：补肾益髓汤加减。

熟地黄15g，山茱萸12g，紫河车研末冲服3g，龟甲胶烊化15g，续断12g，骨碎补9g，补骨脂12g，远志9g，石菖蒲9g。

加减：腰膝酸软，头晕耳鸣重者，加牛膝9g，枸杞子12g，女贞子12g以补肾强腰膝；兼言行不经，心烦溲赤，上方减熟地黄、紫河车，加丹参12g，莲子心5g，知母9g，黄柏9g以清心降火；舌红，苔黄腻，减熟地黄、紫河车、龟甲胶等，加黄芩9g，瓜蒌12g，胆南星6g以清热化痰；对于年高智减痴呆，加海龙9g，海马9g，阿胶烊化9g，鹿角胶烊化9g以补益亏损之精血。

中成药：安神补脑液，口服，1次１支，1日２次。

22肝肾阴虚证

证候：记忆力、理解力和计算力减退，神情呆滞，反应迟钝，沉默寡言，举动不灵，头晕目眩或耳鸣，或肢麻，腰膝酸软，舌质暗红，或舌体瘦小，苔薄白或少苔，脉沉细弱或沉细弦。

治法：补益肝肾，滋阴潜阳。

方药：左归饮加减。

熟地黄15g，枸杞子12g，山茱萸12g，山药12g，牛膝9g，天麻9g，钩藤后下12g，赤芍12g，白芍12g，郁金9g。

加减：阴虚阳亢，水不涵木常有阴虚风动之势，故在滋养同时，常须加石决明先煎15g，龙骨先煎20g，牡蛎先煎20g以潜镇息风；夜眠梦多，入睡难，易醒，加珍珠母先煎20g，龙齿先煎20g以重镇安神；肢麻或举动不灵，加丹参12g，鸡血藤15g以活血通络；急躁易怒，胸脘满闷，痰多色黄，口苦纳呆，苔黄腻，去山茱萸、山药、赤芍、白芍，加黄芩9g，瓜蒌12g，胆南星6g，柴胡9g，石菖蒲9g以清热化痰；注意力不集中伴心悸易惊，加人参单煎9g，百合12g，远志9g以养心安神。必须注意心肝火旺亦为本虚病人之标实表现，清热泻火药宜中病即止，勿过用伤正。

中成药：①六味地黄丸，口服，1次1丸，1日２次；②杞菊地黄丸，口服，1次1丸，1日２次。

23脾肾阳虚证

证候：记忆力减退，失认失算，表情呆滞，沉默寡言，口齿含糊，腰膝酸软，倦怠流涎，四肢欠温，纳呆乏力，腹胀便溏，舌淡体胖，苔白或白滑，脉沉细弱。

治法：补益脾肾，生精益智。

方药：还少丹加减。

熟地黄15g，枸杞子12g，肉苁蓉9g，巴戟天9g，杜仲9g，牛膝9g，益智仁9g，山药15g，远志9g，石菖蒲9g，茯苓12g，甘草6g。

加减：四肢不温，腹痛喜按，五更泄泻，加干姜6g，肉豆蔻9g以温中止泻；头沉如裹，时吐痰涎，头晕时作，舌苔腻，减熟地黄、山药，加天麻9g，法半夏9g，白术12g，泽泻9g，党参20g，陈皮9g以健脾化痰；纳呆食少，脘痞少苔，可减肉苁蓉、巴戟天、益智仁，加天花粉12g，玉竹12g，石斛12g，谷芽15g，麦芽15g以滋养胃阴，和胃消食；肌肉萎缩，气短乏力较甚，加紫河车研末冲服3g，阿胶烊化9g，续断12g，制何首乌12g，黄芪20g以大补元气。

24痰浊阻窍证

证候：智力减低，表情呆钝若木鸡，喃喃自语或终日无语，或哭笑无常，头重如裹，口多涎沫，不思饮食，倦怠嗜卧，脘腹胀痛或痞满，舌质淡，苔白腻，脉细滑。

治法：健脾化湿，涤痰开窍。

方药：指迷汤加减。

党参15g，白术15g，法半夏9g，胆南星6g，石菖蒲9g，陈皮9g，炒枳壳9g，豆蔻后下6g。

加减：体丰腹胀，口多痰涎，加厚朴9g，川贝粉冲服2g以化痰除湿；脾虚明显，重用党参、白术，加黄芪20g，山药15g，麦芽15g以健脾和胃；伴肝郁化火，灼伤肝血心液，心烦躁动，言语颠倒，歌笑不休，甚至反喜污秽，或喜食炭，宜用转呆丹加味；苔腻并舌质暗有瘀血，加益母草12g，丹参12g以活血化瘀。虚中夹湿热时，当先用广藿香9g，佩兰9g，杏仁9g，薏苡仁12g以芳化祛湿；继选黄芩9g，黄连5g，厚朴9g苦辛通降以清热；浊邪不去，加白芷9g，防风9g，僵蚕9g散风调肝，祛风胜湿。

25瘀血阻窍证

证候：智力低减，神情呆滞，肢体酸胀麻木，或兼胸闷太息，唇甲色暗，心烦失眠，舌暗淡有瘀斑或瘀点，脉弦细或涩。

治法：活血化瘀，通络开窍。

方药：血府逐瘀汤加减。

川芎9g，当归12g，赤芍12g，红花6g，桔梗9g，枳壳9g，茯苓12g，柴胡9g，郁金9g，石菖蒲9g，远志9g。

加减：气虚血瘀者，兼面色无华，气短乏力，肢体活动无力，舌淡白，苔薄白，脉沉细。选补阳还五汤加减：黄芪20g，当归12g，党参15g，赤芍12g，地龙9g，川芎9g，桃仁9g，红花6g，水蛭3g，郁金9g，石菖蒲9g，远志9g；四肢不温，口中流涎，舌淡紫胖，苔腻或滑，可于补阳还五汤中加益智仁9g，补骨脂9g，山药15g以温经通脉，益智健脾；兼头痛头沉，口流涎沫，舌苔腻，加半夏9g，橘红9g，杏仁9g，胆南星6g以化痰祛浊；口苦口臭，便干烦躁，加大黄后下9g，瓜蒌15g以通腑泻热；临床用药可选择虫类药以搜剔络邪，但务使通不伤正。

3其他治法

针刺：主穴百会、四神聪、太溪、大钟、悬钟、足三里。肝肾阴虚者，加肝俞、三阴交；痰浊阻窍者，加丰隆、中脘；瘀血阻络者，加膈俞、委中。实证针用平补平泻法，虚证针用补法。

ZYYXH/T1352008

ZYYXH/T1352008

## 血管性痴呆

血管性痴呆(vascular dementia，VaD)是主要发生在脑血管疾病基础上的以记忆、认知功能缺损，或伴有视空间技能和情感人格障碍的疾病。动脉粥样硬化是主要病因，脑血管狭窄、梗塞、灌注不足或脑出血等原因造成智能相关部位脑组织缺血变性为主要发病机制。VaD患者常有高血压、糖尿病、心脏疾患、房颤、血脂异常，以及有吸烟、饮酒等不良生活方式，即所谓卒中痴呆相关危险因素导致脑动脉硬化或狭窄。VaD患者比正常老年人死亡率高，并随痴呆的严重程度呈递增趋势。本病属于中医学的“痴呆”、“呆病”、“善忘”等病证范畴。

1诊断依据

11临床表现

血管性痴呆是一组因血管病变导致的痴呆综合征。一般卒中相关的血管性痴呆具有如下特点：起病相对较急；病情呈波动性或呈阶梯性加重；智能损害呈斑片状，损害范围及程度与缺血损伤的部位和范围密切相关；多有自知、内省能力；一般早期人格相对保持完整，晚期出现人格改变；多具有神经系统局灶损害的症状和定位体征；有高血压或卒中发作史和脑动脉硬化等证据。

因病理类型不同，临床表现各异。其中，皮层下动脉硬化性脑病起病相对隐匿，多有长期高血压病史，以精神运动性动作缓慢为特征，临床常见步态障碍（以蹒跚步态、小碎步或伴前冲状为特征）、尿急迫或失禁、记忆减退三联征。常伴有共济失调、假性球麻痹及帕金森综合征（多无震颤）。肢体运动障碍比较轻微，病情相对稳定，但也可在一次卒中或短暂性脑缺血发作（Transient ischemic attack,TIA）后病情迅速加重，智能明显降低，并且进行性恶化。

核心症状以记忆、注意力减退、反应迟钝及语言功能、执行功能减退为主；或伴有视空间技能和情感人格障碍，以及社交、工作和日常活动能力下降等表现。

12神经心理学检查

简易精神状态检查量表（MMSE）用于评价认知、记忆、语言、视空间技能等四方面功能；Blessed行为量表（Blessed behavior scale，BBS）用于评价社会生活能力、个人生活能力、人格个性改变三方面；社会功能活动调查表（functional activites questionnaire，FAQ）和工具性日常生活能力量表（Instrumental activities of daily living，IADL）用于评价社会活动能力和工具性活动能力。

13理化检查

131实验室检查

1311血脂、血糖检测：血脂、血糖异常提示存在血管损害因素，多见于血管性痴呆。

1312载脂蛋白E（ApoE）基因检测：含ε4等位基因的人群脂质代谢紊乱发生率高，由此引起的高血清胆固醇水平及动脉粥样硬化与VaD的发病有关。

132影像学检查

头颅CT、MRI：检查脑的形态学改变，确定脑部梗死或出血、梗死体积、白质病变、脑萎缩的存在和范围等。

单光子发射计算机体层摄影（SPECT）、正电子发射体层摄影（PET）：用于检查脑功能方面的改变。SPECT反映脑血流和氧代谢率。PET显示脑代谢改变，在鉴别VaD和AD中有一定作用。VaD脑代谢改变的方式更多变且常累及基底核或丘脑和额叶皮层。而AD患者脑代谢的改变则以累及颞顶叶及额叶皮层为特征，这有助于鉴别两种类型的痴呆。

脑电图：出现α波慢化，慢活动增强。常有与脑血管病相关的局灶性异常波。

事件相关电位：事件相关电位P300潜伏期延长，波幅减低或消失。听和视觉诱发电位潜伏期不正常延长，反应波幅不正常。

14诊断要点

141痴呆的诊断：参照美国国立神经系统疾病与卒中研究所和瑞士神经科学研究国际协会（NINDS/AIREN）制定的痴呆诊断要点和1994年美国精神病学会修订的《精神障碍诊断与统计手册》第4版（DSM-Ⅳ）痴呆诊断要点做出痴呆的诊断。

142痴呆程度的确定：采用1975年修订的Folstein等的简易精神状态检查（MMSE-R）和1993年Morris修订的临床痴呆分级表（CDR），做出痴呆程度（轻、中、重）的判定。CDR值为0时无痴呆，05为可疑痴呆，10为轻度痴呆，20为中度痴呆，30为重度痴呆。

143血管性痴呆的诊断要点：采用目前国际上推荐的1993年美国国立神经系统疾病与卒中研究所和瑞士神经科学研究国际协会（NINDS/AIREN）制定的诊断要点。

临床很可能（probable）血管性痴呆的诊断要点：①有痴呆：通过临床和神经心理学检查表明符合痴呆的诊断要点；同时排除了由意识障碍、谵妄、神经症、严重失语及全身性疾病或脑变性疾病所引起的痴呆。②有脑血管病的证据：临床上有脑血管病所引起的局灶性体征，如偏瘫、中枢性舌瘫、病理征、偏身失认、构音障碍等；头颅CT或MRI检查有脑血管病的病理改变，如大血管梗死、重要部位的单个梗死、多发性脑梗死和腔隙性脑梗死、广泛的脑室周围白质病变及上述病变共存等。③上述两种损害有明显的因果关系：在明确脑卒中后3个月内出现痴呆；突然出现认知功能衰退，或波动样、阶梯样进行性认知功能损害。

临床支持很可能血管性痴呆标准：①早期出现步态异常：小碎步、慌张步态、失用及共济失调步态等；②不能用其他原因解释的多次摔倒病史；③早期出现尿急、尿频及其他泌尿系统症状，且不能用泌尿系统疾病来解释；④假性延髓性麻痹；⑤人格及精神状态改变：意志缺乏、抑郁、情感改变及其他皮质下功能损害，如精神运动性迟缓和运动障碍。

血管性痴呆的排除标准：①早期发现记忆力损害，且进行性加重，同时伴有其他认知功能障碍，且神经影像学上缺乏相应的病灶；②缺乏局灶性神经系统体征；③头颅CT或MRI检查未显示脑血管病损害。

临床可疑血管性痴呆标准：①有痴呆及神经系统局灶性体征，但颅脑影像学检查无肯定的脑血管病变；②痴呆与脑卒中之间缺乏确切的关系；③隐匿起病，认知功能损害呈平台样过程，且有相应的脑血管病证据。

血管性痴呆的确诊标准：①符合临床很可能血管性痴呆诊断要点；②脑活检或尸检的病理检查有脑血管病改变；③无病理性神经纤维缠结及老年斑；④无其他可导致痴呆病理改变的病因。

2辨证论治

VaD的发生是在虚、痰、瘀、络脉阻滞的基础上，痰瘀互结、蕴积化毒，毒损脑络、损害脑髓，致神明失用、灵机记忆减退或丧失的疾病。VaD病位在脑，与心、肾、肝、脾密切相关。病性为本虚标实，本虚以肾精亏虚，肝肾阴亏，脾肾不足为主；标实则为痰、瘀、风、火、毒。肾虚、痰瘀阻络贯穿疾病始终。在疾病相对平稳的平台期，以虚夹痰瘀阻络为主；至病情波动期则痰浊、痰热、风痰诸邪壅滞，络脉结滞之势加重；下滑期，则以痰瘀浊毒损伤络脉为主。VaD早期病情较平稳，平台期相对较长，虚中夹实，络脉结滞之势尚轻；至中期，虚损日重而络脉瘀阻更甚，浊实之邪易壅滞，酿生浊毒，病情易波动下滑；至晚期，虚痰瘀毒胶结深伏，病情深重。

21肝肾精亏，痰瘀内阻证

证候：善忘失算，反应迟钝，动作笨拙，头目眩晕，耳鸣耳聋，腰膝酸软，肢体麻木，或见夜尿频或尿有余沥、失禁，大便秘结，舌体偏瘦，舌质暗红或有瘀点瘀斑，苔腻或薄，脉细弦或细数。

治法：益精补肾，化痰通络。

方药：六味地黄丸或左归丸加减。

枸杞子24g，熟地黄12g，生地黄12g，山茱萸9g，远志10g，石菖蒲9g，郁金15g，川芎9g，丹参12g，菊花9g，蒺藜9g。

加减：头晕头胀或痛，加钩藤后下10g，赤芍9g，川牛膝15g，龙骨先煎15g，牡蛎先煎15g以平肝潜阳；性情急躁，心烦易怒，加莲子心10g，栀子10g，牡丹皮10g以清心除烦；失眠梦多，可用知母9g，珍珠母先煎30g滋阴降火，潜阳安神。

中成药：①活力苏口服液，睡前服，1次10ml，1日1次，连服3个月为1疗程；②补脑丸，口服，1次2~3g，1日2~3次。

22脾肾两虚，痰浊瘀阻证

证候：神情呆滞，善忘迟钝，嗜卧懒动，头昏沉或头重如裹，神疲倦怠，面色白，气短乏力，肢体瘫软，手足不温，夜尿频或尿失禁，尿后余沥不尽，大便黏滞不爽或便溏，舌体胖大有齿痕，舌质暗红或有瘀点，苔腻或水滑，脉沉。

治法：益肾健脾，化痰通络。

方药：还少丹加减。

熟地黄15g，枸杞子12g，补骨脂10g，巴戟天10g，黄芪12g，白术10g，茯苓10g，远志10g，石菖蒲10g，法半夏9g，佩兰10g，当归10g，川芎10g。

加减：纳呆及口中黏涎，用广藿香10g，砂仁后下6g，豆蔻后下10g，陈皮10g以化湿醒脾；夜尿清长及尿频，加桑螵蛸10g，益智仁15g，锁阳10g，鹿角胶烊化10g以固精缩尿，补肾助阳。

中成药：①益脑颗粒，口服，1次1袋，1日3次；②固精补肾丸，口服，1次6~10丸，1日2~3次。

23肝肾阴虚，风痰瘀阻证

证候：神情呆滞较重，嗜睡，烦躁，头晕头痛，目眩，口舌歪斜，吞咽困难，言语不利反复发作，舌强舌麻或颜面发麻，肢麻阵作或肢体抽搐，半身不遂，便秘，舌红，苔白或腻，脉弦或弦滑。

治法：平肝息风，化痰通络。

方药：天麻钩藤饮合化痰通络汤加减。

天麻10g，钩藤后下10g，菊花10g，法半夏9g，白术10g，胆南星6g，川牛膝15g，赤芍15g，地龙10g，桃仁10g，红花6g，酒大黄10g。

加减：面红目赤，加生地黄12g，牡丹皮10g，珍珠母先煎15g以凉血平肝，清热解毒；头晕耳鸣，腰膝酸软，加桑寄生30g，龟甲先煎10g，龙骨先煎15~30g，牡蛎先煎15~30g以补益肝肾，平肝潜阳。瘀血阻络明显，可选择复方丹参注射液或川芎嗪注射液静脉滴注。

中成药：①滋补肝肾丸，口服，1次1~2丸，1日2次；②天麻钩藤颗粒，开水冲服，1次10g，1日3次，或遵医嘱；③天麻首乌片，口服，1次6片，1日3次。

24痰热内扰证

证候：神情呆滞较重，躁扰不安，头昏头胀，胸脘痞闷，口气臭秽或口苦口黏，呕恶，痰多黄黏，不寐，大便秘结，舌红，苔黄腻，脉滑数。

治法：化痰通腑，清热解毒。

方药：星蒌承气汤合黄连解毒汤加减。

胆南星6g，瓜蒌30g，天竺黄10g，大黄后下10g，黄连10g，黄芩10g，栀子10g，丹参12g。

加减：胸脘痞闷，呕恶，加姜半夏9g，生姜6g，陈皮10g，砂仁后下6g以理气化痰降逆；性急易怒、面红目赤，加赤芍10g，生地黄10g，龙胆草6g，车前子包煎10g以清热泻火；头晕头胀，面色潮红，加夏枯草12g，蒺藜10g，菊花10g，石决明先煎30g以清肝平肝潜阳。

中成药：①牛黄清心丸，口服，1次1丸，1日3次；②安脑丸，口服，1次1~2丸，1日3次。

25痰浊蒙窍证

证候：双目无神，呆滞深重，面垢如蒙油腻污浊，头昏沉，嗜卧懒动，口多黏液，口角流涎，喉间痰鸣，痰多而黏，呃逆，恶心呕吐或干呕，呕吐痰涎，苔腻或水滑、厚腻，脉滑或濡。

治法：涤痰醒神，泄浊开窍。

方药：涤痰汤加减。

法半夏9g，制天南星10g，苍术10g，佩兰10g，枳实10g，厚朴10g，当归10g，酒大黄10g。

加减：头昏沉嗜睡，加白芷9g，川芎9g，石菖蒲9g，郁金9g以芳香醒神，化痰开窍；痰多腹胀便秘，加皂角6g，炒莱菔子10g，木香10g以消痰降气通腑；口气臭秽，加栀子9g，黄芩9g以清热泻火。

中成药：①心脑健胶囊，口服，1次2粒，1日3次；②苏和香丸，口服，1次1丸，1日1~2次，不宜久服。

3其他治法

31单方验方

311复聪汤：黄精30g，黄芪30g，党参15g，山茱萸12g，熟地黄15g，五味子10g，制何首乌20g，益智仁10g，女贞子10g，枸杞子10g，当归12g，川芎10g，赤芍15g，鸡血藤30g，牛膝20g，郁金10g，远志10g。有补肾填精益髓，活血通络，健脑增智之功。

312女贞子煎：女贞子15g，黑芝麻、决明子、枸杞子各10g。水煎服，1日1剂。用于肝肾阴亏者。

32针灸

主穴：百会、四神聪、太溪、大钟、悬钟、足三里。肝肾阴虚证，加肝俞、三阴交；气血虚弱证，加气海、膈俞；痰浊蒙窍证，加丰隆、中脘；瘀血阻络证，加血海、膈俞。实证针用泻法，虚证针用补法。

33电针

331益肾醒脑针法：主穴用百会、肾俞、膈俞；配穴用丰隆等。得气后接WQ-10C型多用电子穴位测定治疗仪，连续波，频率2~4次/秒。

332头电针：即电针刺激国际标准头针穴位。采用头针穴的顶中线(MS5)，额中线及额旁1~3线（MS1~MS4），颞前线（MS10），颞后线（MS11）。MS10及MS11均取患侧，沿头皮15°~30°角斜刺进帽状腱膜下，进针深度3cm，得气后留针，在针柄上连接WQ-10C型多用电子穴位测定仪，密波变动频率200次/分，强度一般以患者能耐受为度，留针30分钟，每日治疗1次，1周治疗5次休息2天，总计8周。

主要参考文献

\* 规范标准类

1.中华人民共和国国家标准.中医临床诊疗术语·疾病部分.北京：中国标准出版社，1997.

2.中华人民共和国国家标准.中医临床诊疗术语·证候部分.北京：中国标准出版社，1997.

3.中华人民共和国国家标准.中医临床诊疗术语·治法部分.北京：中国标准出版社，1997.

4.国家中医药管理局.中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准.南京：南京大学出版社,1994.

5.北京市卫生局.内科诊疗常规.北京：中国协和医科大学出版社,2004.

6.上海市卫生局.上海市中医病证诊疗常规.上海：上海中医药大学出版社，2003.

7.北京市卫生局.临床医疗护理常规内科诊疗常规.北京：中国协和医科大学出版社，2003.

8.国家药典委员会.中华人民共和国药典.北京：化学工业出版社，2005.

9.郑筱萸.中药新药临床研究指导原则.北京：中国医药科技出版社,2002.

10.中华医学会.临床诊疗指南·风湿病分册.北京：人民卫生出版社，2005.

11.国家技术监督局.中华人民共和国国家标准·流行性感冒诊断要点及处理原则.GB15994-1995.北京：中国标准出版社，1995.

12.国家技术监督局.中华人民共和国国家标准·流行性脑脊髓膜炎诊断要点及处理原则.GB16884-1997.北京：中国标准出版社，1997.

13.国家技术监督局.中华人民共和国国家标准·流行性乙型脑炎诊断要点及处理原则WS214－2001.北京：中国标准出版社，2001.

14.国家技术监督局.中华人民共和国国家标准·疟疾诊断要点及处理原则.GB15989-1995.北京：中国标准出版社，1995.

15.国家技术监督局.中华人民共和国国家标准·伤寒、副伤寒诊断要点及处理原则GB16001-1995.北京：中国标准出版社，1995.

16.国家技术监督局.中华人民共和国国家标准·细菌性痢疾、阿米巴痢疾诊断要点及处理原则.GB16002-1995.北京：中国标准出版社，1995.

17.国家技术监督局.中华人民共和国国家标准.流行性出血热诊断要点及处理原则.GB15996-1995.北京：中国标准出版社，1995.

18.国家药品监督管理局安全监管司，国家药品监督管理局药品评价中心.国家基本药物.北京：人民卫生出版社，2002.

19.于德春，郑启云.临床疾病诊断要点与国家体检标准.沈阳：辽宁科学技术出版社，1991.

20.张之南.血液病诊断及疗效标准.北京：科学出版社，1998.

\* 其他文献类

1.王永炎.中医内科学.上海：上海科学技术出版社,1997.

2.张伯臾.中医内科学.上海：上海科学技术出版社,1985.

3.田德禄.中医内科学.北京：人民卫生出版社,2002.

4.宋民宪，郭维加.新编国家中成药.北京：人民卫生出版社，2002.

5.许沛虎.中医脑病学.北京：中国医药科技出版社，1998.

6.周仲瑛.中医内科学.北京：中国中医药出版社，2003.

7.刘平.现代中医肝脏病学.北京：人民卫生出版社，2002.

8.王宝恩，张定凤.现代肝脏病学.北京：科学出版社，2003.

9.李经纬，余瀛鳌，蔡景峰.中医大辞典.第2版.北京：人民卫生出版社，2005.

10.潘雪飞，张长法.黄疸及相关疾病中西医结合诊治.北京：人民卫生出版社，2004.

11.王永炎.临床中医内科学.北京：北京出版社，1994.

12.方药中，邓铁涛.实用中医内科学.上海：上海科学技术出版社，1985.

13.沈庆法.中医临床肾脏病学.上海：上海科技文献出版社，1997.

14.杨霓芝.泌尿科专病中医临床证治.北京：人民卫生出版社，2000.

15.时振声.时氏中医肾脏病学.北京：中国医药科技出版社，1997.

16.叶任高.肾脏病临床备要.北京：人民卫生出版社，1999.

17.王钢，陈以平.现代中医肾脏病学.北京：人民卫生出版社.2002.

18.申志强.中医肾脏病学.郑州：河南科学技术出版社，1990.

19.赵金铎.中医证候鉴别诊断学.北京：人民卫生出版社，1987.

20.李士梅.临床肾脏病学.上海：上海科学技术出版社，1986.

21.张天.实用中医肾脏病学.上海：上海中医学院出版社，1990.

22.李顺民.现代肾脏病学.北京：中国医药科技出版社，2004.

23.戴京璋.实用中医肾病学.北京：人民卫生出版社，2002.

24.朴志贤.肾脏病临床诊治.北京：科学技术文献出版社，2006.

25.沈庆法.肾脏病的中医药研究新进展.上海：上海中医药大学出版社，2004.

26.陈家英.古今中医治法精要.上海：上海中医药大学出版社，1997.

27.张文康.中国百年百名中医临床家丛书.北京：中国中医药出版社，2001.

28.王海燕.肾脏病学.北京：人民卫生出版社，1996.

29.关广聚.新编肾脏病学.济南：山东科学技术出版社，2001.

30.张琳琪.肾脏病诊疗全书.北京：中国医药科技出版社，2000.

31.叶任高.中西医结合肾脏病学.北京：人民卫生出版社，2003.

32.蒋季杰.肾脏病鉴别诊断学.北京：人民军医出版社，2004.

33.赵金铎.中医症状鉴别诊断学.北京：人民卫生出版社.1985.

34.邹万忠.肾脏病理与临床.长沙：湖南科学技术出版社.1993.

35.朱忠勇.实用医学检验学.北京：人民军医出版社，1992.

36.李宗明.临床症状鉴别诊断学.第3版.上海：上海科学技术出版社，1995.

37.中山医学院编.内科疾病鉴别诊断学.北京：人民卫生出版社，1997.

38.钱蕴秋.临床超声诊断学.北京：人民军医出版社，1991.

39.董德长.内科各系统疾病与肾脏.第2版.北京：人民卫生出版社，1996.

40.陶嘉咏.内科临床辅助诊断手册.上海：上海科学技术出版社，2000.

41.季绍良.中医诊断学（21世纪课程教材）.北京：人民卫生出版社，2002.

42.戚仁铎.诊断学（卫生部规划教材）.北京：人民卫生出版社，2000.

43.朱文锋.中医诊断与鉴别诊断学.北京：人民卫生出版社，1999.

44.朱文锋.国家标准应用——中医内科疾病诊疗常规.长沙：湖南科学技术出版社，1999.

45.中华医学会糖尿病分会.中国糖尿病防治指南.北京：北京大学医学出版社，2004.

46.王永炎，鲁兆麟.中医内科学.北京：人民卫生出版社,1999.

47.丁学屏.中西医结合糖尿病学.北京：人民卫生出版社,2004.

48.林兰.中西医结合糖尿病学.北京：中国医药科技出版社,2002.

49.黄文东.实用中医内科学.上海：上海科学技术出版社，1986.

50.中国中医研究院广安门医院.实用中医脑病学.北京：学苑出版社，1993.

51.王彦恒.实用中医精神病学.北京：人民卫生出版社，2000.

52.魏镜龙，宋佩辉.传染病诊疗指南.第2版.北京：科学出版社，2005.

53.World Health Organization.Obesity，Preventing and Managing the Global Epidemic.Geneva：WHO，1998.

54.张永欢，李枝杰.高脂血症的中西医治疗.上海：上海中医药大学出版社，2001.

55.杨永年.内分泌系统疾病的诊断与鉴别诊断.天津：天津科学技术出版社，2004.

56.滕卫平.甲状腺功能减退症.北京:人民卫生出版社.2005.

57.中华医学会.临床诊疗指南·内分泌代谢性疾病分册.北京:人民卫生出版社.2005.

58.罗金燕，龚均.胃肠运动与疾病.西安:陕西科学技术出版社，1996.

59.中华医学会.临床诊疗指南·消化系统疾病分册.北京：人民卫生出版社，2005.

60.姚光弼.临床肝脏病学.上海:上海科学技术出版社，2004.

61.叶任高，陆再英.内科学（卫生部规划教材）.第6版.北京：人民卫生出版社，2004.

62.北京中医医院.关幼波临床经验选.北京：人民卫生出版社，1979.

63.刘树农.刘树农医论选.上海：上海科学技术出版社，1987.

64.裘沛然.疑难病、慢性病治疗经验撷要.上海：上海中医药大学出版社，2002.

65.许国铭，李石.现代消化病学.北京：人民军医出版社，1999.

66.叶维法，钟振义.肝炎学大典.天津：天津科学技术出版社，1996.

67.巫协宁.临床肝胆系病学.上海：上海科学技术出版社，2002.

68.王永炎，栗德林.今日中医内科(下册).北京：人民卫生出版社，2000.

69.王吉耀.内科学.北京:人民卫生出版社，2005.

70.Goldman，Bennett.西氏内科学.西安:世界图书出版社，2003.

71.王灵台.实用中医肝脏病临床手册.上海：上海中医药大学出版社，2004.

72.范建高.脂肪性肝病.北京：人民卫生出版社，2005.

73.石景森，王炳煌.胆道外科基础与临床.北京：人民卫生出版社，2003.

74.吴阶平，裘法祖.黄家驷外科学.第6版.北京：人民卫生出版社，2005.

75.朱培庭，朱世敏.实用中医胆病学.北京：人民卫生出版社，1999.

76.周际昌.实用肿瘤内科学.第2版.北京：人民卫生出版社，2003.

77.达万明，裴雪涛.现代血液病学.北京：人民军医出版社，2003.

78.欧阳仁荣，王鸿利，沈志祥.血液病手册.上海：上海科学技术出版社，2000.

79.张之南.血液病诊断及疗效标准.北京：科学出版社，1999.

80.陈信义，周蔼祥.血液病手册.北京：中医古籍出版社，2001.

81.杨进.血液病中西医结合治疗学.北京：科学技术文献出版社，2005.

82.张之南，李蓉生.红细胞疾病基础与临床.北京：科学出版社，2000.

83.徐功立，杨道理，王永康.当代血液病的诊治和实验室检查技术.济南：山东科学技术出版社，2001

84.武永吉.血液系疾病诊断与诊断评价.上海：上海科学技术出版社，2004.

85.钱林生.贫血.北京：科学出版社，2004.

86.张之南，李家增.血液病治疗学.北京：科学技术文献出版社，2005.

87.杨崇礼.再生障碍性贫血.第2版.天津：天津科技翻译出版公司，2000.

88.陈信义.常见血液病中医诊疗规范.北京：科学技术文献出版社，2005.

89.张之南，单渊东，李蓉生，等.协和血液病学.北京：中国协和医科大学出版社，2004.

90.方淑贤，杜光，方建国主编.临床药物指南.北京：科学出版社，2005.

91.陈灏珠.实用内科学.第12版.北京:人民卫生出版社,2005.

92.石学敏.针灸治疗学.上海:上海科学技术出版社,2002.

93.李恩,薛延.骨质疏松鉴别诊断与治疗.北京：人民卫生出版社，2005.

94.董进.骨质疏松的现代诊断与治疗.北京：中国医药科技出版社,2001.

95.周文泉，李祥国.实用中医老年病学.北京：人民卫生出版社，2000.

96.孙勤国,刘学耀.内分泌代谢病中医治疗学.北京：中国医药科技出版社,2002.

97.赵定麟.现代骨科学.北京：科学出版社,2004.

98.Khurram Bashir，John NWhitaker主编.江新梅，宋晓南等主译.多发性硬化手册.沈阳：辽宁科学技术出版社，2003.

99.王维治.神经病学.第5版.北京：人民卫生出版社，2005.

100.王维治.神经病学.第4版.北京：人民卫生出版社，2001.

101.卫生部疾病预防控制局，中华医学会神经病学分会.中国脑血管病防治指南.北京：人民卫生出版社，2007.

102.史玉泉，周孝达.实用神经病学.第3版.上海：上海科学技术出版社，2005.

103.贾建平.2003神经病学新进展.北京：人民卫生出版社，2003.

104.王玉来.中西医临床神经病学.北京：中国中医药出版社，1998.

105.黄培新，刘茂才.神经科专病中医临床诊治.第2版.北京：人民卫生出版社，2005.

106.吴逊.神经病学（第13卷）.北京：人民军医出版社，2001.

107.石学敏.针灸治疗学.上海：上海科学技术出版社，1998.

108.石学敏.针灸学.北京：中国中医药出版社，2002.

109.孙国杰.针灸学.上海：上海科学技术出版社，1997.

110.姜佐宁.精神病学简明教程.北京：科学出版社，2003.

111.郝伟.精神病学.北京：人民卫生出版社，2001.

112.陈彦方.CCMD－3相关精神障碍的治疗与护理.济南：山东科学技术出版社，2001.

113.王晓慧，孙家华.现代精神医学，北京：人民军医出版社，2002.

114.沈渔邨，崔玉华.精神科特色治疗技术.北京：科学技术文献出版社，2003.

115.唐启盛.抑郁症中西医基础与临床.中国中医药出版社，2006.

116.蔡焯基.抑郁症——基础与临床.北京：科学出版社，2001.

117.徐俊冕，季建林.认知心理治疗.贵阳：贵州教育出版社，1999.

118.盛树力.老年性痴呆：从分子生物学到临床诊治.北京：科学技术文献出版社，1998.

119.(美)维克托，（美）罗普尔著，郭斌等译.亚当斯-维克托神经病学.北京：人民卫生出版社，2002.

120.高素荣，袁锦楣.痴呆诊疗学.北京：北京科学技术出版社，1998.

121.王永炎，张伯礼.血管性痴呆现代中医临床与研究.北京:人民卫生出版社,2003.