

熱極，發生而赤，煩渴等現象，是外表之發熱雖同，病理上不同如是

治風寒之症，以散寒爲先；治暑寒之症，以清熱爲要。新感之發熱，從外而起，以宣達爲主；伏邪之發熱，從內而起，以清透爲主。倘以

發熱爲抵抗力之作用，此專指風寒發熱一部份而言也。他若神經性發熱，爲神經機能之擾亂體溫中樞，鬱結熱，爲溫度放散之減少；皆有關於伏邪之發熱者。

小兒夏季腹瀉綜述

李蔚普

小兒腹瀉爲兒童時期最常見的病症。據華北衛生機關一九五一年統計，在1307名死亡兒童中，有259名死於腹瀉，約佔全部死亡兒童的百分之二十，可見死亡率之大。

夏季因氣溫及其他種種關係，小兒患腹瀉者更多，症狀亦較爲嚴重，往往因強度脫水引起中毒而死亡，故臨床上對腹瀉症殊不宜以常症忽之。茲綜合有關材料作爲複習及參考。

臨床症狀

夏季小兒腹瀉，大便多爲液狀或混有小塊綠色或白色凝塊；腹膨滿，鼓腸或有腹痛，腹痛時呈不安狀態；一般多呈急性病容，食慾不振，舌苔初白後黃糙或乾燥；惡心嘔吐，其吐物有時混有胆汁，便次頻數，口渴，脈滑數；體溫多昇騰至三十八度以上。

重症者以強度脫水而危及其一般狀態爲特徵，大便暴注完穀不化，次數每日可達二十次以上，持續數日後次數始見減少，此時呈現嚴重的脫水及酸中毒症，如大渴，小便減少，皮膚彈性消失，粘膜乾燥，前額低陷，大呼吸，紫紺，倦睡，昏迷，露睛或煩躁驚厥等，患兒體重銳減，每日可減少三——五百公分。起病時不一定發高熱，有時在晚期始見著明發熱；即有傳染病灶者，其體溫升高，亦往往見於腹瀉之後，故臨床上決不能專恃發熱高低來判斷病的輕重或傳染病灶的存在與否。

中醫典籍中記載腹瀉的歷史甚早，素問有「歲火不及，寒乃大行，病驚瀉寒中，腸鳴泄注」，「陽明司天，燥淫所勝，寒清於中，腹中鳴，注泄瀉瀉」，「諸嘔吐酸，暴注下迫，皆屬於熱」等說法，說明腹瀉與季節的關係。歷代對兒科腹瀉多有專章討論，宋錢乙「小兒藥證直訣」對小兒吐瀉，根據季節的不同，提出了不同的原則，如所謂「六月十五日以後，吐瀉身溫，爲臟腑六分冷也；七月七日以後，吐瀉身涼，爲

三分熱七分冷也。」；朱震亨「幼科全書」分泄瀉爲五類（即寒瀉，熱瀉，風瀉，濕瀉，元氣下陷，食積。）而以「濕」統括之；魯嗣學「嬰室百問」亦分爲五類，有霍亂吐瀉及驚瀉，而無風瀉及下陷症；王肯堂「證治準繩」分爲九類，有水瀉，臟寒瀉及疳積瀉等名稱；朱、魯、王等所舉的腹瀉有些是屬於傳染病之一分症，有些是屬於慢性病之一分症，也有一些是屬於消化不良或營養紊亂症，朱氏所指的熱瀉、風瀉，和王氏所指的熱瀉水瀉，則主要是指小兒夏季腹瀉，其具體症狀引證如下：

「熱瀉」：泄瀉黃稠，腹痛作熱，面紅口渴，其證多瀉於夏。

「風瀉」：泄瀉不注或黃水者，或渴或不渴，其證多瀉於夏。

「熱瀉」：大便黃色如筒吊水，瀉過即止，半日復然，心煩口渴，小便黃少，食乳必粗。

「水瀉」：亦謂之洞泄，乃陰陽不順，水穀不分，瀉黃水而小便少，番次密而無度，是夏秋之際晝則解衣取涼，夜則失蓋感冷，或因乳母自熱中來，乳有熱氣，遽以哺之，令兒脾胃不和，水穀交雜而下。

其他各家論小兒夏季腹瀉，大抵不出以上範圍，總起來說：中醫對於小兒夏季腹瀉的分類，主要還是根據「機能療法」的原則出發的。如腹瀉見脈微肢厥的心臟衰弱症狀時，則稱爲冷瀉或濕傷元氣下陷，臟寒瀉等；如見昏迷露睛或驚厥等脫水、酸中毒症狀時，則稱爲驚瀉等；而能作完整的系統的說明的就比較少了。

病因

在沒有討論小兒夏季腹瀉病因時，我們先要了解一般腹瀉的病因。

據山口壽原分析640例下痢（按：廣義的腹瀉）的原因如下：

急性腸炎 44.6%

慢性腸炎	24.6%
腸 痛	8.1%
惡性貧血	5.3%
黏膜性結腸炎	5.0%
Basedow氏病	3.9%
神經性下痢	2.8%
腸結核	2.8%
阿米巴赤痢	2.1%
脂肪耐受性低下	1.0%

朱顏同志在其所著「腹瀉的認識和處理」一文內，按照腹瀉原因歸納為十類：(1)傳染性腹瀉（包括全身性傳染病如膿毒症血症、肺炎、傷寒、麻疹、流行性感冒、結核、腸寄生蟲等）(2)飲食性腹瀉（包括食物過敏性及某種維生素缺乏引起者）(3)消化不良的腹瀉(4)中毒的腹瀉(5)內分泌系統疾病的腹瀉（如愛迪生氏病、甲狀腺中毒等）(6)慢性腎炎的腹瀉(7)心臟不全的腹瀉(8)肝門靜脈阻塞性腹瀉(9)惡性腫瘤引起的腹瀉(10)神經性的腹瀉。

以上原因，可作分析小兒夏季腹瀉的參考；應該指出的是在以往細胞病理學的觀點上，對小兒急性腹瀉，多認為急性腸炎，而忽視了各種代謝激烈改變引起的營養紊亂的真實原因，只有在巴甫洛夫學說指導下，才糾正了這種缺點。蘇聯許多學者研究證實：消化過程機能失常之特徵及細胞營養過程之紊亂，是由於中間代謝及調節機制之紊亂。對於此點，以後病理進展之過程多不與最初疾病之病因有關，而是在調節機能失常影響下所發展的。故以新的「消化營養紊亂」代替了舊的「胃炎」「胃腸炎」等名稱。同時更說明了：消化、代謝紊亂過程沉重與否，是與中間代謝之安定與調節機制有關，其對於乳幼兒尤其是一歲以內者具有特殊的意義。

除了消化道急性慢性傳染病為主引起的腹瀉外，普通在兒童時期所見的腹瀉，大都由於下列三個原因：

(1)消化道外的傳染病灶：許多屍體解剖證明：腹瀉病例的腸胃，多無特殊變態，而消化道外其他各部如中耳、乳突、鼻竇或泌尿系發現傳染病時，即出現腹瀉，此種腹瀉每無須特別治療，僅治療其各部傳染病灶時，腹瀉亦隨之而愈，由此可知：當細菌毒素進入血中首先惹起小兒組織之中間代謝失常，同時作用及植物神經系統，破壞調節機轉，酶和胃腸運動機能，然後產生消化及營養紊亂而腹瀉。

(2)飲食不合宜：除腐敗性食物易為胃腸疾病條件外，食物性質及營養方法亦為原因之一，如牛乳對胃腸機能上需要極大之負擔，其所凝之乳塊較人乳凝塊大，故對腸壁能產生機械性的刺激，小兒將降低其反應性而出現腹瀉；營養方法

對腹瀉亦有重大影響：以人工營養之兒童因極度之過食或食物組成不合理時，易陷於急性消化不良，尤以半歲以內的乳兒為然。

(3)氣候或其他環境之不適宜：夏季氣候最易發生腹瀉，其故有三：①身體排泄的水分較多，廢物易於滯留而引起種種之中毒症狀，腹瀉即中毒現象之一②嬰兒因口渴過量吸食乳汁，一方面乳食因未被吸收刺激腸壁，一方面腹瀉為細菌利用作為培養基，而腹瀉之症遂成。③體外高熱是使胃酸分泌減少，因之小腸上部之酸性亦減，因酸性不足時可滋生大腸桿菌而發生中毒症狀及腹瀉。

徐春甫「古今醫統」論瀉泄云：「瀉泄乃脾胃虛弱。凡飲食、寒、熱三者不調，此為內因，必致瀉泄；又經所論春傷風、夏飢泄、夏傷暑、秋傷濕、皆為外因，亦致瀉泄，醫者當於各類求之，毋徒止瀉；若不治本，則瀉雖暫止而復瀉，耽誤既久，脾胃益虛，變生他症，良醫莫救。」此為中醫對瀉泄原因認識的一般。

診 斷

根據中醫學術體系，中醫的診斷主要在掌握生理機能趨向的不同特點即「寒熱虛實」等，茲撮要如下：

錢乙：「若吐乳瀉黃，傷熱乳也；吐乳瀉青，傷冷乳也；吐瀉昏倦，睡不露睛者，胃實熱也；吐痰涎及綠水者，胃虛冷也。」按：睡不露睛斷為「胃實熱」，當兼參脈舌，瀉物色臭及是否厥冷等，並與下文王肯堂說相參證。

劉完素：「水穀不化而色不變，吐利腥穢，澄澈清冷，身涼不渴，脈遲細而微者寒證也；穀雖不化而色變非白，煩渴小便黃赤而澀者為熱證。世傳小兒吐利霍亂食乳未及消化而痢尚白，便論為寒證誤矣。」

朱震亨：「出物多而次數少為寒，出物少而次數頻為火盛。」「凡治久泄不止，精神美好面赤唇紅者不治；變成白痢者不治；脈沉細遍身皮冷、不乳食，作渴不止者不治；又成驚搐者不治；大孔如竹筒不收閉者不治；滑泄不止者，不治；大肉消瘦者不治。」

王肯堂：「有先瀉而後吐者，乃脾胃虛冷，其候先瀉白水，吐亦不多，口氣緩而神色慢，額前有汗，六脈沉濡；有先吐而後瀉者，乃脾胃有熱；氣促唇紅，吐來面赤，脈洪而數，渴飲水漿；吐瀉昏睡露睛者胃虛熱，不露睛者胃實熱。」「凡暑令吐瀉，手足指熱作渴飲冷者屬陽證宜清涼之劑；手足指冷作渴飲熱者屬陰證。」

陳治：「傷乳食者，昏睡愛氣，不思乳食，肚熱脚冷，吐出酸穢，瀉如敗卵，腹不可按；傷

風者身溫乍熱乍寒咳嗽氣急；虛者睡則露睛、吐乳不消、瀉糞不變、懶食乳食、手指常冷、腹痛喜按；驚者面色青黃、乳食不化、泄瀉青色。〕

以上診斷指徵，雖亦屬於現象歸納法則的範疇，但在實際上確實指導着中醫的臨床實踐，誠如任應秋同志所說：「中醫在臨床方面之所以能够靈活運用方藥；解決治療問題，全憑着對病人有機整體的綜合分析是否正確來決定。這個綜合分析不是別樣，就是所謂陰陽、寒熱、虛實、表裏八大法則。」診斷如此，治療亦如此；中醫的有效方藥如果離開這些法則的指導，那就不但不靈，而且往往損事。目前中醫學術與現代科學醫學銜接不上，我看這是一個主要關鍵。

治 療

一般調護：主要為節制乳食、補充水分及衣被等王肯堂引鄭氏云：「小兒吐瀉宜暫斷其乳，輕者週時，重者三日，宜頻與稀粥服藥速效，十全八九；或以小兒乳乳為命不肯暫斷，殊不知因乳所傷得之者，若再以乳乳之，如抱薪救火，藥何功之有？」活幼心書：「小兒吐瀉不止大要節乳，節者樽節之義，一日但三次或五次，每次不可過飽，及間以稀粥投之，亦能和胃，若動輒斷乳三四日，致餓甚而胃虛，啼哭不已反激他證。」鄭氏和活幼心書的意見各有理由，飢餓療法確對腹瀉有益，但一般以節乳為是，民間習慣夏季多不給小兒斷乳，以小兒斷乳後，食物的選擇是一大問題，保溫、消毒也是問題，如勉強斷之，則因小兒大腦皮質已經建立的優勢灶驟受破壞，將會引起一系列的變態，對小兒反為不利。

補充水分對腹瀉病兒最為切要，不可以其下利水瀉而減少，除口授溫開水或食糖茶水或菜湯外，並可用注射方法從皮下、肌肉、靜脈等處輸入，於有嚴重脫水的病兒，口授方法多不能應急，故須尋求消化道外的給水方法。

藥法：於初起時腹痛苔膩或腹瀉呈腐敗性惡臭者，應用瀉劑或合消導劑用之，如枳殼、枳實、青皮、雞肫皮麥芽、谷芽、大黃、黃連、黃芩、番瀉葉、芒硝、玄明粉等；若兼表症惡寒發熱者，合解表劑用之，擇用薄荷、荊芥、連翹、香薷、紫蘇、藿香、防風等；發熱不惡寒者擇用桑葉、佩蘭、葛根、銀花、山梔等；不發熱，便艱澀不暢，腹脹滿、腹痛較緩、苔黃或不黃、脈濡滑軟弱者，用健胃清腸合劑，如陳皮、蒼朮、神曲、檳榔、厚朴、山楂、黃連、黃芩、大黃等；若瀉泄無度，體液脫失、口渴甚、昏睡露睛、甚至脈微肢厥者，應用強心強壯劑，如黨參、白朮、炙甘草、乾姜、附子等；如雖脈微肢厥而邪氣甚熾者，用強心清腸合劑；若現腦症狀見

驚厥煩躁不安者，法當強心、鎮靜健胃合劑，王肯堂云：「小兒驚瀉，法當平肝補脾，慎勿用峻攻之藥，只宜用四君、六君、異功散等方加白朮、柴胡，必不致瀉瀉而自安矣，若以保命、抱龍鎮驚等藥治之，去生遠矣。」若腹瀉兼嘔吐者，兼用半夏、吳茱萸、藿香或竹茹、橘絡等。

常用處方：

1. 葛根黃芩黃連湯：適應於腹瀉、發熱、口渴、苔黃、便下臭穢等症。

2. 半夏瀉心湯：半夏 黃芩 各三、〇（單位：市錢，下同）黃連一、〇太子參一、〇生甘草〇、六乾姜一、〇（按原方有大棗，今刪去）適應於腹瀉、嘔吐、胸痞腹痛、苔黃、糞臭、潮短赤等症。

3. 胃苓丸（出片玉心書）蒼朮、陳皮、厚朴、白朮各五、〇炙草、草菓各二、〇（幼科全書無草菓）豬苓、澤瀉、白茯苓各三、〇官桂一、〇共為末、水糊丸、炒米湯下，適應於腹瀉、嘔吐、小便不利、口渴等症，朱震亨云：「瀉泄初宜淡滲、次宜溫中、若不效須升提中氣，再不效則用塞劑。」其「西江月」十一首頗為扼要，淡滲一首云：「瀉泄緣何發作，只因水穀無分，所以淡滲法先行，小便長而泄定。滯石、車前、赤茯苓、人參、白朮、豬苓、甘草澤瀉與砂仁，姜棗煎時作引。」淡滲之法現在還很普遍，我意水瀉主要由於腸粘膜充血，蓄積水份過多，分利不過使其水分由泌尿系統排出一部份，並不能減少腸粘膜充血，故對無小便不利或浮腫等症時，似以不用淡滲為是。

4. 藿香正氣散：適應於身熱形寒、肢軟、胸悶腹痛、嘔吐腹瀉、苔白膩脈濡滑等症。

5. 七味白朮散（小兒藥證直訣）乾葛二、〇人參、白朮、木香、白茯苓、炙甘草、藿香葉各一、〇右為末每服二、三錢水並服，幼科全書加烏梅，發熱渴者去木香腹軟痛者加白芍適應於吐瀉口渴、苔白脈濡煩躁不寧或神疲露睛等症。

6. 瑞連丸人參二〇、〇於朮三〇、〇白茯苓二〇、〇山藥二〇、〇蓮肉二〇、〇芡實二〇、〇白芍一〇、〇陳皮一〇、〇炙草五、〇右為末用豬肚一個煮爛杵碎入藥搗和為末，每服一至一、五，米飲下，適應於慢性消化不良腹瀉者，此方鷄內金、神曲等亦可加入。

附言：一、本文綜合有關小兒腹瀉文獻，作為複習及臨床參考。

二、本文對病因方面引用現代醫藥文獻，雖未能與中醫診斷治療相銜接，但以啟發補充中醫原有學術的不足。

三、本文對藥法及常用處方的說明，多參已見，容有錯誤。