

书刊选介

《中医儿科学》(征求意见稿)

小 儿 痢 疾

江西中医学院 袁诚伟 朱锦善 撰写

中医研究院西苑医院 王伯岳 审阅

人民卫生出版社计划出版一套中医临床各科较系统、较全面的专科参考书。《中医儿科学》系其中之一。现将其中“小儿痢疾”试写样稿刊出,以广泛征求读者意见*。

——作 者

【概述】

概念 痢疾,古称“肠澼”,亦名“滞下”。肠澼,言其肠内积滞,便下脓血,澼澼有声;滞下,是指肠内积滞,肛门坠胀,涩滞而下。因此,在临床上痢疾是以大便次数增多,夹杂粘液脓血、腹痛、里急后重为主证的疾病。多因外感邪毒,内伤饮食,蕴滞肠胃,损伤肠络,气血瘀滞,化为脓血下痢。时疫作痢者,具有传染性,常于夏秋季节流行。老幼均可染患,小儿肌肤嫩薄,肠胃嫩弱,最易受病,因此发病率较高。而且一旦暴感时疫,极易化火内陷,出现高热、神昏、惊厥等危重证候,若不及时救治,往往导致严重后果,故应特别注意。

本病的类型较广。凡出现大便脓血粘液、腹痛、里急后重为主证的,诸如细菌性痢疾、阿米巴痢疾以及肠炎等,都属于中医痢疾的范畴。至于以合并症相存在的麻痹、疳痢等,可参阅有关章节,本章不作讨论。

历史源流 痢疾在中医医籍中很早就有记载。《内经》对痢疾就已有十分丰富的论述,在病证方面有“肠澼下脓血”、“肠澼便血”、“肠澼下白沫”、“下沃赤白”等描述,以及“身热”、“少腹痛”、“腹满痛”和有关脉象的记载。认为“饮食不节、起居不时”,感染“风湿”、“火淫”、“暴热”是发病的原因。对于发病的季节和岁月,指出夏季发病多,以及“太阳司天”、“少阳司天”、“岁少阳在泉”的岁月好发本病。在预后转归方面,提出出现身热、脉涩小搏、阴阳虚等情况为预后不良。《伤寒论》和《金匱要略》有“热利下重”、“便脓血”和“下利赤白”的描述,将痢疾和泄泻统称为“下利”。在辨证论治上有很大的发展,提出了治利的规矩

法度,其中运用清泄的葛根芩连汤、黄芩汤、白头翁汤;通下的大小承气汤;温化的理中汤、白通汤、四逆汤;收涩的桃花汤、诃黎勒散、禹余粮丸;和解的乌梅丸等,至今仍在临床上被广泛地采用。《金匱要略》还对休息痢一证,提出了可贵的认识:“下利已差,至其年、月、日、时复发者,以病不尽故也,当下之。”总之,《内经》、《伤寒论》、《金匱要略》等中医古典著作,对痢疾一病的认识,无论在理论上或实践经验上都十分丰富,给后世医家对本病的认识的深入发展奠定了基础,并具有十分重要的指导意义。

在晋代,对本病的传染性即有了明确的认识。葛洪《肘后备急方》有“天行诸痢”一目。至金元时代的朱丹溪,则更指出:“时疫作痢者,一方一家之内,上下传染,长幼相似。”

对于本病的证候分类的认识,隋·《诸病源候论》就提出了“冷痢”、“热痢”、“赤白痢”、“水谷痢”、“休息痢”、“久痢”等几十种。唐·《千金方》则提纲挈领地归纳为冷、热、疳、蛊四种。《外台秘要》又分作三十几种。在宋以前,一般来说多痢利并提,至宋以后,始将痢疾和泄泻正式分别开来。朱丹溪《金匱钩玄》附录“滞下辨论”云:“若泻痢不分两证,混言湿热,……非其治也。夫泄者,水谷湿之象。滞下者,垢瘀之物同于湿热而成。治分两歧,而药亦异。”明·《证治准绳》更指出:“泄泻之证,水谷或化或不化,并无努责,惟觉困倦。若滞下则不然,或脓或血,或脓血相杂,或肠垢,或无糟粕,或糟粕相杂。虽有痛与不痛之异,然

* 读者来信请寄:北京市海淀区西苑中医研究院西苑医院《中医儿科学》编写工作办公室。

皆里急后重,逼迫恼人。”痢的认识一致了,在证候的分类上,也开始趋向统一。归纳起来,有以病因分的,如暑痢、湿热痢、热痢等;有以痢下性状分的,如赤痢、白痢、五色痢、血痢等;有以病程分的,如久痢、休息痢等;有以合并症分的,如麻痹痢、疳痢等;还有噤口痢、奇恒痢等等。

在辨证上,宋以前一般以赤白分寒热、定虚实,即下痢赤者为热为实,下痢白者为寒为虚。宋以后认识不断深入,已由重视下痢证象的赤白,转而着重从病因病机上去探索,河间、丹溪以“痢皆湿热为本”立论,后世多从之,如王肯堂、戴元礼、聂尚恒、王孟英等。但也有提出异议,认为虚寒痢疾不在少数,如张介宾、李士材等。他们的学术争鸣,促进了对痢疾认识的深化。至清代,论述痢疾的专著也颇多出现,并提出三阴三阳分证,使痢疾的辨证更为完善。

孙思邈说:“小儿病与大人不殊”,其少小婴孺方未列痢疾。他说:“下痢等余方,并散在诸篇。”故上述诸原则,同样适用于小儿。对于专门记载小儿痢疾的文献也很早。《颅经》即已有“白脓痢”、“疳痢”等的记载。隋·《诸病源候论》小儿门,也已提出十几种痢候,同时还指出,小儿体多夹积热,易为寒热所伤而患痢。关于小儿痢疾的分类,古人有小儿“八痢论”,但各人所论又小有出入。宋·《幼幼新书》引茅先生云:“儿生周岁至十岁,痢分八种”,为赤痢、白痢、伤积痢、惊积痢、脊沥痢(又名五花闭口痢)、药毒痢、锁口痢(又名调泄痢)、热毒风毒痢。又引汉东王先生云:“八痢因八邪而生,或冷热不调,或风邪入藏成痢,热痢赤冷痢白,冷热相加赤白杂,食痢酸臭惊痢青,脾痢食不化,时行痢有血,疳痢囊污不时。”宋·《小儿卫生总微论方》提出的小儿八痢又有所不同,为水谷痢、冷痢、热痢、滞痢、积痢、疳痢、蛊痢、休息痢,并认为“小儿气血怯嫩,脏腑软弱,因触冒风寒,饮食冷热,以邪干正,致脾胃不和,凝滞停积,蕴毒结作,或水谷不聚,或脓血纯杂,变而为痢。”丹溪《幼科全书》提出“痢不论赤白,皆属湿热。”治疗宗洁古、河间,主张清利通降和调和气血。明·万全则重视食积,《幼科发挥》云:“无积不成痢,湿热者,食积之所生也。”又说:“幼科治痢之方,去积所以行其气,清热所以养其血。”对于饮食生冷而致痢者,历代医家也十分重视,清·叶天士《幼科要略》也谈到痢:“若偶食瓜果水寒即病,未必即变为热,先宜辛温疏利。”

尤其是对于毒痢内陷,引起昏厥之证,儿科医家也早有认识,隋·《诸病源候论》即指出小儿痢可有惊痢变证,清·陈复正《幼幼集成》中还专立痢疾致搐一

节,明确指出:“积毒内郁,……遂尔神昏扰动”,应急用疏通之法治疗。

从祖国医学文献来看,对小儿痢疾的论述是丰富的,在临床上有着重要的指导意义。

【病因病机】

《诸病源候论》指出:“痢皆由荣卫不足,肠胃虚弱,冷热之气乘虚而入,客于肠间,故为痢。”小儿脾常不足,卫外力弱,易为外邪所乘,这是小儿痢疾的内在原因。而外来因素,《医宗金鉴·幼科心法》说:“痢之为证,多因外受暑湿,内伤生冷而成。寒痢者,寒冷伤胃,久痢不已,或感气本虚,复为风冷所乘。热痢者,皆因湿热凝结于肠胃。时痢,乃痢疾时复感时气也。”《幼幼集成》也说:“小儿之病伤食最多,内有宿食停积,更受外感,则成痢矣。”

由上可知,本病的病因,一为外感时邪疫毒(主要有暑湿、风寒、疫毒等),一为内伤饮食(饮食积滞,生冷不洁等)。而小儿脾胃薄弱,荣卫不固,易为病邪侵袭,则是发病的内在因素。本病的病位,主要在肠。邪毒积滞肠胃,气机壅阻,凝滞津液,蒸腐气血,是本病病机的关键所在。邪毒熏蒸,故见发热;气机壅阻,故见腹痛;气血津液受损,肠络受伤,故见大便脓血;邪毒内郁,气机壅滞,下痢里急而后重。由于小儿疾病易从热化,另一方面脏腑娇嫩,又易虚易实。所以在发病以后,其传变快,或伤阴,或伤阳。特别是暴感暑疫,则变化尤其迅速。

(一)感受暑湿之邪,暑热偏盛则化火伤血,痢下多赤;“暑伤气,湿亦伤气”,气伤则与秽浊下迫,痢下多白。湿为阴邪,湿重伤阳,或患儿素体阳虚,多转寒化之证。热为阳邪,热重伤阴,小儿纯阳,则多转热化之证。

(二)若暴感暑疫时毒,小儿脏腑娇嫩,不耐发泄,最易化火内陷,往往一起病即见高热谵语,神昏惊厥。

(三)若感受风寒,“风冷之邪搏结肠间”,下痢多粪中夹杂粘液白冻,或兼见风寒犯表之证。

(四)饮食所伤,有两种情况:饮食不节,素蕴内热,或啖不洁之物,湿热交滞,阻于肠间,损伤肠络,气血凝滞,化为脓血下痢,多从热化;若恣食生冷瓜果,损伤脾阳,可致寒湿内阻,肠胃气滞血凝,而致寒湿下痢。

凡此种种,不外感染外邪与内伤饮食二端,但二者实互相影响,往往内外交感而发病。正如《寿世保元》小儿痢疾门所说:“大抵多由脾胃不和,饮食过度,停积于脾胃,不能消化,又为风寒暑湿干之,故为此疾。”

肠与胃密切相连,如果疫毒、湿热之气上攻于胃,则胃不纳食而噤口。如痢疾迁延,邪恋正虚,脾虚不健,则久痢不愈,或时止时作,而成休息痢。脾气下陷,则滑脱脓血。日久可由脾及肾,导致肾气虚惫。暴痢久痢,一则伤气耗血,二则损伤阴阳,而致伤阴伤阳之证。

【辨证论治】

辨证要点 痢疾本为肠胃积滞有余之证,古人多从湿热论治。小儿痢疾,湿热之证尤多,而且易于化火,内陷厥阴。但是,由于夹杂感邪的不同,体质强弱的差异,病程久暂的不同,在临床上见证不尽一致。比如体质壮实者,病多属实;素体怯弱,或脾胃不和,病多属虚。初病多实,且多夹表;久病多虚,又常虚中夹实。虚寒多见面白肢冷,懒于言语;湿重多见腹胀闷不舒,体困肢重;实热则面赤气粗,壮热烦渴。若病起急暴,神昏惊厥,多为热毒内陷厥阴,其痢象反而不见,热闭于内也。若突变肢厥、冷汗、气弱、脉微,则为阳脱。

以下就小儿痢疾常见证的辨证加以分析:

1. 发热 发热本为痢毒内结外蒸之候,但由于病情、体质等不同,故又有表里虚实寒热之分。初痢身热,脉浮为兼表;脉沉实为里。

兼表证者,若发热而兼恶寒无汗,头痛身疼,苔白,脉紧,为风寒束表;若发热而恶寒轻,或不恶寒,有汗口渴,苔薄黄,脉数,为风热犯表;若发热兼见患儿“无衣则凛凛,着衣则烦”,心烦汗出不透,口渴而不欲饮,脉浮而濡者,为暑湿困表。

里证者,若发热蒸蒸汗出,口渴舌红,苔黄脉大者,为里热邪盛;若兼见胸腹胀满,拒按,甚则谵语神昏,为邪热里结。

久痢身热者,脉虚为正气虚;脉大实为邪气盛;脉虚弱无根,或细数而疾,为危重之候。若午后潮热,五心烦热,舌红少津,脉细数为阴虚之证。

2. 痢下形色 对于痢下形色的赤白,有两种认识,一为以白痢属寒,赤痢属热,唐宋以前,多从此说。一为以白痢伤气分,赤痢伤血分,其本皆属湿热,宋以后河间、丹溪皆倡此说,影响很大。

结合临床,我们认为,痢色赤,属热属血;痢色白,属寒属气。痢下白冻粘液,亦多因湿热伤气,湿胜于热;湿热俱盛,痢下赤白;亦有痢赤属寒,痢白属热者,当审其舌脉,脉迟苔白者为寒,脉数苔黄者为热。

痢下白冻如鱼脑,或夹杂完谷不化,多为冷积。痢下脓血腐臭,多为热滞。痢下清稀为寒,痢下脓稠

多热,痢下血多为热重。

久痢滑脱不禁,多属脾肾两虚。久痢脓血,多致阴虚血损。休息痢时止时作,日久不愈,常虚实夹杂。

3. 腹痛、里急后重 这是痢疾的主证之一。里急者,窘迫急痛;后重者,肛坠欲便不爽,便后有未尽之意。是因为内有积滞,气机不畅所致。其证多主实积,但也有虚证,还须注意审其寒热。

腹膨胀满,甚则拒按,为实。若腹痛窘急欲便,不及登圜者,为实热,热而化火,火性急迫之故。若腹痛肠鸣,喜暖喜温,后重不爽者,为寒。若腹膨胀满,里急后重,得泄少宽,未几复作,兼见口中气臭,呕吐酸腐者,多为内有食滞。

腹痛滑痢,不甚急迫,虽泄而后重反增,甚则滑痢脱肛,是脾肾气虚,气虚下陷。腹痛绵绵,喜按喜暖,是为虚寒。若久痢血痢,虚坐努责,是阴血虚亏之证。

4. 呕吐不食 痢证而见不思饮食,甚或呕吐,谓之噤口痢。也有虚实之别。暴病初起,呕吐不食,兼见舌苔厚黄而腻,脉实有力,为热毒邪浊上攻胃口,属实证。久痢面白,不思饮食,干呕频作,神怯气弱,乃胃气衰败,属危重之候。

对于痢疾的轻重,预后的吉凶,中医也有许多阐述。大抵身不发热者轻,高热者重。但也有例外,表证发热者,虽热重亦轻;虚寒里证者,即不发热亦重。能食者轻;不能食者重。痢下有粪者轻;痢下无粪,或如鱼脑,或如猪肝色,或下痢五色,皆重;若纯血下痢,或如屋漏水者,危。下痢肢温者轻;下痢肢厥者重。下痢神清者轻;下痢神昏惊厥者危。下痢气弱,呃逆口糜者,为难治。下痢唇红口渴,心烦气短气促,坐卧不宁,面容似朱者,为危证。上述种种,指一般情况而言。然亦当全面观察,不可执一而论。对于小儿痢疾,临床上较常见的危重证,即疫毒痢(中毒性痢疾),起病急暴,常于未见痢下症状之前,就出现神昏惊厥、冷汗肢厥、脉微欲绝之证,应当加倍警惕。

总之,临证时,不但要抓住主证主脉,而且要重视兼证,尤应注意变证。不但要审辨其表里寒热虚实,而且还要分析其涉及的脏腑气血阴阳,积极地进行治疗。

治疗总则 一般来说,痢疾初起,重在祛邪。祛邪又有解表、导滞、清解、温通、凉血、解毒、开闭、通下之法。后期多用调理脾胃气血治疗。久痢则应注意扶正,或以养阴止痢,或以温阳固涩,虚中夹实,

反复发作,当斟酌病机,视其虚实缓急,以施攻补。

然而,痢疾毕竟多由湿热疫毒兼夹积滞为患,故清热毒、消积滞最为常用。同时,痢疾又为伤气伤血,气滞血瘀之证,故不论何痢,均宜注意调气和血,所谓“调气则后重自除,和血则便脓自愈”。

小儿痢疾常用的治法有:

1. 解表达邪 痢疾初起,邪气初犯,正气尚旺,正气仍欲驱邪出表,未入里。若为风寒,宜辛温解表,汗出表解则痢证亦随之缓解;若暑湿困表,宜用芳香透达。

痢证夹表,若不发散,径治其痢,必乱其经脉,逆其气机,病则转剧。用解表法,解其外遂畅其内,喻嘉言喻之为“逆流挽舟”,是疏邪出表之意,为治病之一重要治法。

若痢疾内毒熏蒸,自内达外,身热汗出,非表邪所作,断不可发汗,误用发汗,则反热炽伤阴,阴液伤则邪毒愈粘滞于内,胶结不解,故古有“痢忌发汗”之戒,不可不慎。其要在于有无表证,若无表证者,不宜。

2. 解表清里 痢疾往往表里同病,用解表清里法,其病机较前又深入一层,即邪毒入里而表证未解,病机重心不在表,而在里。若偏于湿热者,以清热化湿解表为治;若偏于寒湿者,以散寒化湿为治;若食滞夹表,以消导疏表为治。

3. 清热解秽 表证已罢,湿热内盛成毒,痢疾多见此候。治宜清热解毒。

4. 消积导滞 小儿痢疾,多有积滞,宜消积导滞,若积滞甚者,可用导滞通下之法。《幼科发挥》云:痢不问赤白,皆从积治。痢初得之,其法宜下。积不去痢不止也。……可下者,木香导滞丸主之。不可下,宜去积,保和丸主之。

5. 攻下秽毒 热毒秽浊,壅积肠胃,非推荡不能散其积,非攻下不能排其毒。若为热闭,宜泄热通腑,急下存阴;若为寒结,宜温通攻下。

使用逐秽攻下,要掌握适时而施,适可而止的原则。运用适当,一下可以扭转病机,化险为夷;若使用不当,不但不能解除病邪,反而徒伤胃气,变生它疾。“百病以胃气为本、而痢证尤要。”古云:“痢忌下下”,即是此义。小儿脾常不足,更应注意。

6. 熄风开窍 小儿阳常有余,阴常不足,疫痢之毒,最易化火,内陷厥阴。侵扰心神,则谵妄神昏;引动肝风,则惊厥抽搐。可用清心开窍、平肝熄风为治。

7. 回阳救逆 小儿稚阴稚阳,疫毒内陷,正不

胜邪,易致阳气暴脱,而见肢厥冷汗、呼吸气弱、脉微欲绝之证,当急用回阳救逆法,以挽危急。

以上熄风开窍,回阳救逆二法,一般用于小儿痢疾的险变证,如中毒性痢疾的极期。

8. 降逆化浊 肠内热毒秽浊上逆,而见下痢噤口,呕吐之证,当清化降逆,或降逆通下治疗;若伤及胃气,或胃气虚弱,不能降纳,则应用安胃养胃之品治疗。

9. 升举清阳 脾胃受损,清阳下陷,肛门坠胀,滑痢脱肛,可用升举清阳法,《脾胃论·肠癖下血论》指出:“举其阳,则阴气自降。”以达到振奋脾胃,清除痢毒的目的。若实多虚少者,可用李东垣升阳除湿法,若虚多实少者,可用补中益气法。

10. 温补固涩 脾胃虚弱,寒湿内盛,久痢气陷,滑脱不禁,可用温补固涩法治疗。若中焦脾胃虚寒,用温中散寒,佐以收涩之品为治;若脾虚及肾,用温补脾肾,固涩止痢之法治疗。

中医认为,过早补涩,反使邪毒瘀留,贻害无穷,所以又有“痢无止法”,“痢忌温补”之说。痢为湿热胶滞肠胃所作,清邪热、导滞气、行滞血,则其病速除。因此,若非久痢虚寒、气陷滑脱者,切不可滥用温补固涩。

11. 滋阴凉血 热毒壅盛,常动血伤阴,痢下多赤,或纯血下痢,舌红绛少津,宜凉血清热;若血痢久痢,阴血受损,则见午后潮热,心烦体虚,或久痢不愈,或虚坐努责,舌绛少苔,或苔剥如镜,宜滋阴养液之剂。

12. 调气和血 “调气则后重除,和血则便脓愈。”调气和血是治痢之一大重要法则。不论何种痢疾,均应注意调气和血,尤其对于表邪已尽者,更是如此。著名的治痢方剂香连丸、芍药汤,就是根据这一原则而制定的,在临床上运用甚广。

13. 健运脾胃 痢疾以排毒为治,除邪务尽。但在痢疾后期,邪毒将尽,或脾胃素弱,运化失健者,宜健脾胃助运化为治,脾胃健运,则邪毒可排。

以上所举,是痢疾的常用治则。痢疾,在临床上是一个较为复杂的病证,在治疗上不可偏执一法一方,应根据临床辨证,灵活地加以运用。

另外,在具体用药时,又宜注意以下几点:(1)注意护养胃气,苦寒攻伐之品不可过用;(2)注意寒温合用,痢非纯寒纯热,寒温相伍,既可寒热两解,又可防止苦寒败胃,比如用芩连,常佐炮姜;(3)注意慎用分利,“利”与“痢”虽然都是脾胃病,古人又多利痢并提,其实利痢大异,前文已述。《杂病源流犀

烛云：“利小便者，治水泻之良法也。以之治痢则乖，痢因邪热胶滞，津液枯涩而成，若分利其水，则津液愈枯而滞涩更甚。”但是，若湿热壅盛，津液未伤，则可适当加清利之品，如六一散之类。

疫毒痢

古代中医医籍上对“疫毒痢”的概念，含义比较广泛，一般指传染性痢疾，即时疫毒邪所作者。也有谓疫痢中之毒烈者。在此，我们主要讨论中毒性痢疾，以和普通的传染性痢疾相区别。

中毒性痢疾，是小儿多见的重症痢疾，其发病暴急，以痢毒内陷厥阴，蒙闭心包，引动肝风，出现高热、昏迷、惊厥为主证，病情危急，应积极抢救。

证候与病机分析

证见突起高热，口渴呕吐，烦躁谵妄，反复惊厥，神志昏迷，继而可见面色苍白，肢厥冷汗，呼吸不匀，血压下降，大便下痢脓血或已见、或未见，舌红苔黄腻，脉象由滑数而转微弱。

小儿阴常不足，阳常有余，暴感暑疫毒气，蕴阻肠胃，化热化火，火郁湿蒸，侵迫脏腑，内窜厥阴，热入心包，引动肝风，表现为实热内闭之证，如上述之高热、口渴、呕吐、烦躁、谵妄、神昏、惊厥等。另一方面，由于小儿稚阴稚阳之体，不耐疫焰毒烈，元气最易受伤，故又易由热毒内闭之实而转为元气外脱之虚，如肢厥冷汗、血压下降、面色苍白、脉搏微弱等证。如见痢下脓血，为热毒下泄，毒邪尚有出路；若未见痢下，是热毒内闭，尤为可虑。

治法与方药选介

在治疗上，闭者宜开、宜泄、宜清。热入心包、引动肝风，是营分受扰，除清心开窍、凉肝熄风外，尚须清营凉血。出现脱证，急当固脱以救逆。待闭开脱回之后，再继续调治痢证。

本证虽多属危重，但在病情上仍有轻重之分：

1. 病情较轻者，仅见高热烦躁，口渴呕吐，胸腹胀满，惊厥轻微暂短，或仅见四肢拘急、颈项强痉，神志尚清，尿黄，或见痢下，或未见痢下，舌红苔黄而腻，脉滑数有力。可用葛根黄芩黄连汤、大黄黄连泻心汤，加石膏、连翘、僵蚕之类，以泻热毒清心营为主。

若疾病初起，兼见风寒表证的，伴头痛无汗，舌苔不黄，加防风、羌活之类。若暑湿表证较重者，加藿香、香薷、荷叶、滑石之类。

2. 病情较重者，出现神昏谵语，反复惊厥，频频呕吐等证。治疗上可在上方基础上加重应用。并根据不同见证，予以加减：

频频呕吐，可先用玉枢丹辟秽解毒，降逆止呕，或先灌服鲜竹沥，也效。

高热、神昏、惊厥为主者，方中加犀角、羚羊角，（二者都可用水牛角代），赤芍、丹皮之类，同时还可加安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹等，以清营开窍熄风。神昏痰鸣者，加郁金、竹沥、胆南星等。抽搐不止者，加地龙、钩藤、石决明等。

若腹胀痛、拒按，窘急躁扰，大便不通者，可加枳实、槟榔，并加重大黄用量，以泄热通下。此时病情虽较危重，但急下可以存阴，否则当下不下，可使内闭导致外脱。

3. 病情进一步发展，除见上述实热内闭之证外，出现元气外脱之证，如面色苍白、四肢厥冷、冷汗出、血压下降、脉微细欲绝。当急以四逆汤或独参汤回阳固脱救逆，并用安宫牛黄丸或至宝丹开闭醒神。若以阳气外脱为主，则先专以回阳救逆，凉开之安宫牛黄之类可暂时不用。待阳回厥返，可再根据病情，或用凉开醒神，泄热开闭。

此时的救治，以保元气、护津液为要务。

湿热痢

湿热痢在小儿痢疾中最为多见，急性痢疾大多属于湿热痢，慢性痢疾中也有属于湿热痢者。在临床上也较为复杂，有偏于热者，有偏于湿者，有兼夹为患者。其致病原因有因于暑湿感触，有因于饮食不节、内蕴湿热，也有因其它情况转化而成，比如由寒化热等。小儿阳常有余，化热最多。

1. 热偏重证

证候与病机分析

证见壮热口渴，烦躁不安，下痢赤多白少，里急下迫，肛门灼热，小便短赤，舌红苔黄而腻，脉象洪数。

湿热蕴滞肠胃，损伤肠膜血络，气血化为脓血下痢，赤白夹杂。热重者，伤血，下痢多赤，热性急迫，里急下迫、痢下频频之证尤著；热扰伤津，故烦渴躁扰，肛灼溲赤而短。小儿阳常有余，易为化热，热偏重之证在湿热痢中又较为多见。

治法与方药选介

治疗重在清热解毒，兼以化湿。常可用葛根芩连汤、白头翁汤、黄连解毒汤等加减运用，一般可加苦参、马齿苋、滑石之类。

葛根芩连汤，清热解毒，且能透达。葛根解肌而清泄阳明，对于热痢夹表者，最为合适，故在痢疾初起常用之，可配伍银花、连翘等，以加强疏达之功。若表邪较重，风寒外束，兼见恶寒无汗、头痛身痛、

则加荆芥、羌活、防风、紫苏之类。兼呕者，可加藿香、苏梗。

白头翁汤，重在清肠止痢，热痢而无表证者，常用之。

黄连解毒汤，重在清热解毒，毒不去则热不清，对于热毒壅盛者，应通因通用，可加大黄推荡排毒。小儿胃肠嫩弱，易实易虚，使用攻下之品注意中病即止，以免损伤元气，若里热壅盛，扰动营血，壮热呕吐、躁扰谵妄、腹痛拒按、血痢者，可加入赤芍、地榆、犀角、大黄、枳实等，内清外泄。呕吐甚加竹茹，或玉枢丹。

若化热化火，出现高热昏厥，按疫毒痢治疗。

热盛最易伤阴，加之痢下脓血，皆由血气所化，小儿阴常不足，护阴十分重要。阴伤之证，常于痢疾后期出现，证见痢下脓血稠粘，心烦口干，唇舌干红，尿少，脉细数，可加用养阴之品，如生地、石斛、乌梅、丹皮，或用连梅汤。同时，对于苦寒化燥、或辛温香燥之品，要注意适当减量或避免使用。

2. 湿偏重证

证候与病机分析

证见发热而汗出不透，口渴而不多饮，心烦欲呕，胸膈痞闷，腹胀纳呆，身体困倦，痢下白多赤少，肛门坠胀，滞下不爽。舌苔黄腻，脉象濡数。

湿性粘滞，湿热下痢而湿偏重者，则气机郁滞较著，故见痞胀烦满，纳呆倦怠、滞下不爽之证明显。湿伤气，故下痢白多而赤少，口渴不多饮是湿热内滞，津液不上承使然。舌苔以腻为主，不似热重之黄而化燥。

治法与方药选介

治疗以清利湿热为主，佐以行气导滞，气行则湿亦行。可用白头翁汤加厚朴、苍术、苡仁、滑石之类。

若暑湿在表，加藿香、佩兰，以芳香化湿，祛暑透表。若暑湿在表而无汗、或少汗者，可用黄连香薷饮加味。

若患儿素体虚弱，或脾胃不足，可加健脾温中之品，如陈皮、茯苓、炮姜、白术等，苦寒香燥滑利之品皆可酌减。此类患儿，往往湿从寒化而转为寒湿痢，可参照寒湿痢治疗。

若患儿素体壮实，阳盛之体则湿多从热化，而转为热偏重证，可参照上节所论，进行治疗。

若湿化火，伤及营血，内窜厥阴，则可转神昏惊厥之证，可参照疫毒痢治法。

无论热偏重证，或湿偏重证，均易夹积滞。明·万

全《幼科发挥》云：“痢不问赤白，皆从积治，湿热者，食之所生也。”消积导滞，对小儿痢疾的治疗来说，是十分重要的。但积滞有轻重，治疗也就有缓急。积滞较轻者，在上述各治法中稍加消导之品，如神曲、山楂、枳壳、莱菔子之类。积滞较重者，证见腹部胀满疼痛，后重里急，便后痛减，口中气臭，舌苔垢腻，可用槟榔、莱菔子、枳实、大黄等导滞荡积。

另外，《医学心悟》治痢散（葛根、苦参、陈松萝茶、麦芽、山楂、陈皮、赤芍，加黄连尤效）、《时病论》清痢荡积法方（木香、黄连、大黄、枳壳、黄芩、白芍、甘草、葛根、荷叶）、以及枳实导滞丸、木香槟榔丸等方剂，均可选用。其中，治痢散用于痢疾初起，积滞较轻者，全方重在清解湿热，只用麦芽、山楂、陈皮消食行滞；清痢荡积法方导滞力较强；而枳实导滞丸和木香槟榔丸推荡导下之力更强，尤其是木香槟榔丸，大队行气破瘀通下之品，适用于体质较壮实，积滞又甚的患者。应当指出，行滞导下是治痢的重要法则，但使用之轻重缓急，应当视病情不同而异，小儿肠胃嫩弱，易实易虚，尤应注意应用。

治湿热痢的芍药汤，是张洁古方，沿用至今，疗效卓著。其组方原则即是清热导滞，行气和血，内清而外达。对于不夹表证者，尤为适宜，临床上常以此方作为治痢的基本方加减应用。

(待 续)

乳痈初起验方

广西柳州卫生学校 兰宝明

柳江县怀洪卫生所覃守仁医师自拟“乳痈汤”用于临床已十二载，疗效颇佳。笔者重复验证治疗4例，均在2~4天内获效。现简介如下：

处方及用法：蒲公英、紫地丁各15克，忍冬藤30克，鹿角霜20~30克，香附10~15克，王不留行24克，生甘草5~9克。每日一剂，水煎二至三次分服。服药期间忌食炙炒腥辣之食物。

适应证：乳痈（乳腺炎）初起尚未化脓者。如已化脓，应加排脓消肿药，必要时需切开引流。

典型病例：覃××，女，37岁。于产后第23天，右侧乳房肿胀疼痛，皮色变红，触及肿块，压之痛甚，但无波动感，伴恶寒发热，口渴，恶心，舌质红苔发黄，脉象弦数。给予上方二剂，每日一剂煎服，患者服药后乳房肿痛及全身症状均告消失。