

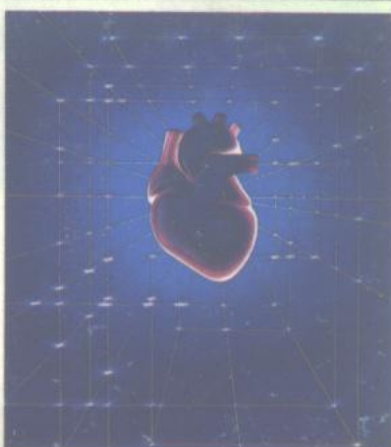
中西医诊疗方法丛书

吴阶平题



· 主编 盛家琦 · 副主编 顾长海 谢辅弼

传染病分册



科学技术文献出版社

中西医诊疗方法丛书

传染病分册

主 编	盛家琦			
副主编	顾长海	谢辅弼		
编 者	王其南	王小根	马映雪	卢仙娥
	邹启园	孙梅格	郑家本	郑邦本
	张传志	顾长海	陈雅堂	胡淑碧
	盛家琦	谢辅弼		

科学技术文献出版社

(京)新登字 130 号

图书在版编目(CIP)数据

中西医诊疗方法丛书:传染病分册/盛家琦编著.-北京:科学技术文献出版社,1995

ISBN 7-5023-2584-0

I. 中... II. 盛... III. ①中西医结合-诊疗-中西医结合疗法-丛书②传染病-诊疗-中西医结合疗法 IV. ①R2-031②R51

中国版本图书馆 CIP 数据核字(95)第 10160 号

中国科学技术信息研究所重庆分所印刷厂印刷 新华书店重庆发行所发行

1995 年 12 月第 1 版 1995 年 12 月第 1 次印刷

850×1168 毫米 32 开本 10.75 印张 276 千字

科技新书目:370-95 印数:1-3000 册

定价:11.50 元

坚持“中西医并重”的方针 不断提高临床诊疗水平

(代 序 言)

在医学领域,诊疗疾病有赖于运用辩证唯物主义的观点进行科学的思维,选择有效的手段。作为临床医生,尤其是广大中青年医务人员,在掌握某些疾病的基本理论和诊疗技能之后,若仅凭症状、体征及辅助检查资料,生搬硬套地采取“对号入座”的办法,并非对疾病都能作出正确的诊断,也不可能进行有效的治疗。因此,具备诊疗疾病的科学思维方法和分析、解决临床问题的实际能力尤为重要。

“中西医并重”是我国卫生工作方针的重要组成部分。坚持中西医结合,中医、西医相互配合,取长补短,努力发挥各自的优势是我们中西医药工作者为之努力的方向。

当今世界,临床医学书籍之多,浩如烟海,且各具特色。但融中西医诊疗方法学为一体的丛书,还为数不多,广大读者要想找到一套爱不释手的这类工具参考书也非易事。基于这些原因,编者们编著了这套《中西医诊疗方法丛书》。

本丛书涉及内、外、妇、儿等 11 个学科,内容丰富,具有科学性、新颖性和实用性等特点,是众多中西医专家、学者群体智慧的结晶。本丛书对每一病证或病种,主要论述其概念、诊断和治疗,更

着重于方法,同时也分别列出了中医、西医两种体系的诊疗原理和方法,既突出了时代特色,又展现了传统风貌。鉴于知识更新的需要,本丛书还传递了不少的新观点、新理论、新成果、新技术和新经验,让读者有耳目一新之感。

科学技术文献出版社先于本书出版了《基层医生手册》一书,深受广大基层医务人员的喜爱。这两本书各有特色,相互辉映,可算得上是“姐妹篇”,都是值得一读的好书。

本丛书承蒙全国人大常委会副委员长、中国医学科学院院长吴阶平教授题写书名,国家卫生部原部长、中国中医药学会会长、中国中西医结合学会名誉会长崔月犁同志题辞,又蒙各位顾问的关心和指导,谨此一并致谢。

中西医结合这一跨越世纪的使命,任重道远,尤其是两者在理论体系上的结合难度极大,还需要勇于探索、不断创新。此外,本书所列举的一些中医和西医的观点和方法并非完美无缺,有的还显得有些简单粗糙,不一定令人折服,有的甚至还会有遗漏;加之,编写此类丛书涉及面广,工作量大和经验不足,不足之处在所难免,望读者给予批评指正。

张泽普 冯涤尘

1995年6月

前 言

传染病和寄生虫病曾经多次给人类带来巨大的灾难。很多传染病可通过各种方式传播和扩散,小则波及周围人群,大则造成一个地区甚至全球性大流行,故了解和掌握传染病的发生、发展及其防治规律就不只是传染病科临床医生的任务,而应成为一切从事医学防治工作者的责任。只有动员全社会的力量,才能从宏观上控制传染病的发生,从根本上达到彻底消灭传染病的宏伟目标。

17世纪发明显微镜以后,揭开了细菌真面目;19世纪法国微生物学家巴斯德首次揭示并证实病原微生物乃是传染病的根源,从而对传染病的认识日趋丰富,诊疗技术亦有长足的发展。我国在解放后贯彻了“预防为主”的卫生工作方针,传染病的控制取得了显著成就。天花已彻底消灭,鼠疫和霍乱也已基本得到控制,但后两种国外仍有流行,随时都可传入我国,霍乱近年也在我国多处发生;疟疾、血吸虫病、新生儿破伤风、脊髓灰质炎、百日咳、白喉、阿米巴痢疾、钩端螺旋体病等较为常见的疾病的发病率已明显减少,但病毒性肝炎、流行性出血热、伤寒与副伤寒以及各种感染性腹泻的发病率则有所上升;结核病以及各种性传播疾病亦有增多趋势;狂犬病亦远未得到控制;国外某些新发现的疾病,如艾滋病、军团病、川崎病、莱姆病等国内已陆续有病例报道。

近年来,国内外对传染病的研究和诊疗技术的发展均取得可观的成就,我国中医学对传染病和寄生虫病的认识源远流长,有独特的见解和丰富的防治经验。本书从实际需要和发展的观点出发,重点选编了国内较为常见的传染病和寄生虫病数十种,以及今后对我国有影响的某些病种,吸取各家之长,用中西医两法于临床,达到更好地为人民健康服务的目的。

盛家琦

1995年10月

目 录

第一章 传染病的监测	(1)
------------------	-----

第二章 病毒性疾病	(2)
-----------------	-----

第一节 病毒性肝炎	(2)
-----------------	-----

第二节 病毒性胃肠炎	(9)
------------------	-----

第三节 脊髓灰质炎(灰髓炎)	(12)
----------------------	------

第四节 流行性感冒	(16)
-----------------	------

第五节 其他呼吸道病毒性疾病	(19)
----------------------	------

第六节 麻疹	(22)
--------------	------

第七节 风疹	(26)
--------------	------

第八节 水痘	(29)
--------------	------

第九节 带状疱疹	(31)
----------------	------

第十节 单纯疱疹	(34)
----------------	------

第十一节 流行性腮腺炎	(37)
-------------------	------

第十二节 传染性单核细胞增多症	(40)
-----------------------	------

第十三节 流行性乙型脑炎	(43)
--------------------	------

第十四节 流行性出血热	(48)
-------------------	------

第十五节 狂犬病	(54)
----------------	------

第十六节 川崎病	(57)
----------------	------

第十七节 艾滋病	(60)
----------------	------

第三章 细菌性疾病	(64)
-----------------	------

第一节 伤寒与副伤寒	(64)
------------------	------

第二节 细菌性食物中毒	(68)
-------------------	------

第三节 痢疾杆菌病	(72)
-----------------	------

第四节	其他细菌性腹泻	(76)
第五节	霍乱	(84)
第六节	布鲁菌病	(90)
第七节	鼠疫	(92)
第八节	炭疽	(96)
第九节	白喉	(99)
第十节	百日咳	(104)
第十一节	猩红热	(107)
第十二节	流行性脑脊髓膜炎	(111)
第十三节	军团病	(117)
第十四节	破伤风	(119)
第十五节	厌氧菌感染	(123)
第十六节	败血症	(127)

第四章 其他微生物性疾病

第一节	钩端螺旋体病	(132)
第二节	流行性斑疹伤寒	(138)
第三节	地方性斑疹伤寒	(141)
第四节	恙虫病	(144)
第五节	Q 热	(146)
第六节	莱姆病	(149)
第七节	衣原体感染	(150)
第八节	支原体感染	(153)
第九节	隐球菌病	(155)

第五章 寄生虫病

第一节	阿米巴病	(158)
第二节	疟疾	(165)
第三节	黑热病	(170)
第四节	弓形虫病	(173)

第五节	肺孢子虫病	(176)
第六节	隐孢子虫病	(179)
第七节	梨形鞭毛虫病	(182)
第八节	滴虫病	(186)
第九节	血吸虫病	(189)
第十节	并殖吸虫病	(195)
第十一节	华支睾吸虫病	(198)
第十二节	姜片虫病	(202)
第十三节	丝虫病	(204)
第十四节	钩虫病	(210)
第十五节	蛔虫病	(216)
第十六节	烧虫病	(220)
第十七节	旋毛虫病	(223)
第十八节	鞭虫病	(227)
第十九节	肠绦虫病	(229)
第二十节	囊虫病	(234)
第二十一节	包虫病	(240)
第二十二节	孟氏裂头蚴病	(244)
附录一	抗微生物药物的临床应用	(247)
附录二	免疫功能调整疗法	(294)
附录三	常用人体检验值新旧制单位换算表	(321)
附录四	血压 mmHg 与 kPa 换算表	(327)
附录五	计划免疫	(330)

第一章 传染病的监测

我国已于1989年2月21日第七届全国人民代表大会常务委员会议第六次会议上通过了《中华人民共和国传染病防治法》。该法规的公布,对各级政府领导传染病防治、组织各级卫生防疫和医疗保健机构切实抓好责任范围内的传染病防治管理都具有重要的意义。该法规中将我国现阶段的法定传染病分为3类:

甲类:1. 鼠疫,2. 霍乱。

乙类:3. 病毒性肝炎,4. 细菌性和阿米巴痢疾,5. 伤寒和副伤寒,6. 艾滋病,7. 淋病,8. 梅毒,9. 脊髓灰质炎,10. 麻疹,11. 百日咳,12. 白喉,13. 流行性脑脊髓膜炎,14. 猩红热,15. 流行性出血热,16. 狂犬病,17. 钩端螺旋体病,18. 布鲁氏菌病,19. 炭疽,20. 流行性和地方性斑疹伤寒,21. 流行性乙型脑炎,22. 黑热病,23. 疟疾,24. 登革热。

丙类:25. 肺结核,26. 血吸虫病,27. 丝虫病,28. 包虫病,29. 麻风病,30. 流行性感冒,31. 流行性腮腺炎,32. 风疹,33. 新生儿破伤风,34. 除霍乱、痢疾、伤寒和副伤寒以外的感染性腹泻病,35. 急性出血性结膜炎。

甲类传染病应于发现后6小时内向当地防疫机构报告疫情,农村不超过12小时;乙、丙类应于发现后12小时内报告。

病名中排黑体字者是必须隔离治疗的传染病,原则上均应住院隔离治疗。

执行传染病的监测报告制度,对于早期发现并防止传染病的扩散、及时采取措施控制传染源、切断传播途径和保护易感人群都有着极其重要的意义。所有医务工作者均有责任及时报告所发现的传染病患者。

第二章 病毒性疾病

第一节 病毒性肝炎

在 1989 年召开的国际病毒性肝炎会议上正式将病毒性肝炎分为甲、乙、丙、丁、戊 5 型。

1. 甲型肝炎病毒(HAV):其基因组是线状正股 RNA,其衣壳蛋白是 HA_{Ag} 的物质基础,无囊膜。HA_{Ag} 的相应抗体是抗-HAV,又分抗-HAV-IgM 和抗-HAV-IgG。

2. 乙型肝炎病毒(HBV):其基因组是环状双股 DNA,其衣壳蛋白是 HB_cAg,囊膜蛋白是 HB_sAg(包括 S 蛋白或主蛋白、前 S₁ 蛋白、前 S₂ 蛋白、中蛋白和大蛋白),另有 HB_eAg 和 HB_xAg。HB_sAg、HB_cAg、HB_eAg、HB_xAg 的相应抗体是抗-HB_s、抗-HB_c、抗-HB_e、抗-HB_x。抗-HB_c 又分抗-HB_c-IgM 和抗-HB_c-IgG。

3. 丙型肝炎病毒(HCV):其基因组是线状正股 RNA,其衣壳蛋白、囊膜蛋白及非结构蛋白都具有抗原性,目前用的抗原(HC_{Ag})来源于衣壳蛋白和非结构蛋白。HC_{Ag} 的相应抗体是抗-HCV,分抗-HCV-IgM 和抗-HCV-IgG。

4. 丁型肝炎病毒(HDV):其基因组是环状负股 RNA,其衣壳蛋白是 HD_{Ag} 的物质基础,其囊膜蛋白由 HBV 提供,是 HB_sAg。HD_{Ag} 的相应抗体是抗-HDV。

5. 戊型肝炎病毒(HEV):其基因组是线状正股 RNA,其衣壳蛋白是 HE_{Ag} 的物质基础,无囊膜。HE_{Ag} 的相应抗体是抗-HEV,又分抗-HEV-IgM 和抗-HEV-IgG。

无囊膜肝炎病毒(HAV、HEV)经肠道传播,有囊膜肝炎病毒

(HBV、HCV、HDV)经肠道外传播(包括密切接触、输血、昆虫吸血叮咬、性关系及母婴垂直传播)。

一般认为 HBV、HEV 无直接细胞致病性,肝脏病变主要由免疫反应特别是细胞免疫反应所致。HAV、HCV 和 HDV 有肝细胞致病性,同时也诱发细胞免疫反应导致肝脏免疫病理损害。

无囊膜肝炎病毒(HAV、HEV)感染呈自限性,无慢性化倾向;有囊膜肝炎病毒(HBV、HCV、HDV)感染临床表现形式多样,有明显慢性化倾向。

中医认为本病是由时邪疫毒外袭,湿郁热蒸或饮食不节,脾胃损伤;或劳倦过度,寒湿壅盛致邪毒阻遏中焦,浸淫肝胆,瘀滞血脉,使胆液不循常道发为黄疸;或因疫疠温毒内陷营血发为瘟黄;或邪毒留恋,气机阻滞,脏腑失和,肝脉瘀阻,发为胁痛,胁下痞块等证。根据其临床特点,本病属“黄疸”、“瘟黄”、“胁痛”、“积聚”等范畴。

【诊断】

1. 流行病学资料

甲型肝炎:四季皆可发病,秋冬季发病率高。可散发或小范围流行,在水源或水产品污染严重时可致爆发流行。发病以儿童为多,青壮年次之,大城市居民发病年龄有后移倾向。

乙型肝炎:本病广泛分布于世界各地,一般呈散发,无明显季节性。发展中国家发病率较高。发病年龄多在 15~30 岁,幼儿感染 HBV 易形成慢性无症状病毒携带者。

丙型肝炎:本病呈世界性分布,主要为散发,我国占散发性病毒性肝炎的 12~24%。发病无明显季节性,以成人病例多见,常与输血、血液透析、药瘾注射、肾移植等有关。

丁型肝炎:本病呈世界性分布,呈地方性流行,发病无明显季节性。原有 HBV 感染者对本病易感。HDV/HBV 同时感染主要表现为急性自限性肝炎;HDV/HBV 重叠感染(先后感染)者容易慢性化和重型化。

戊型肝炎:本病主要流行于印度次大陆、东南亚、中亚及非洲。我国新疆有数次流行,辽宁、吉林、内蒙、山东等地也有流行。水源不断污染常引起长时间流行,一次性污染则引起短暂流行。与甲型肝炎相比,发病年龄偏大,16~35岁发病率最高。孕妇易感性强,且症状较重。

2. 临床特点

5种肝炎病毒都可引起急性肝炎。

急性黄疸型肝炎:临床分三期:①黄疸前期。急性起病,多有畏寒发热,体温38℃左右,全身乏力,食欲不振,厌油,恶心,呕吐,上腹饱胀或有轻泻,继之尿色加深。本期5~10日。②黄疸期。热退黄疸现,可见皮肤巩膜不同程度黄染,肝区隐疼,肝脏肿大,触之有充实感,有叩痛及压痛,尿色进一步加深。本期约2~6周。③恢复期。黄疸逐渐消退,症状逐渐消失,肝功能逐渐恢复。本期约2~4周。整个病程不超过半年。

急性无黄疸型肝炎:起病较缓,除无黄疸外,其它临床表现与黄疸型相似,症状一般较轻。多在3个月内恢复。

急性瘀胆型肝炎:旧称“毛细胆管性肝炎”。本型实为急性黄疸型肝炎的一种特殊表现形式,特点是肝内胆汁瘀积性黄疸(拟似阻塞性黄疸)持续较久,消化道症状轻,黄疸深,有皮肤瘙痒,粪色变浅或显暂时性灰白便。预后良好。

慢性肝炎主要由HBV、HCV、HDV感染所致。

慢性活动性肝炎:病程超过半年。症状较重,可出现慢性肝病面容、蜘蛛痣及肝掌。可有不同程度的黄疸。肝肿大而质地中等偏硬,多数脾肿大。肝功能全面损害。预后较差。

慢性迁延性肝炎:病程超过半年。症状较轻,一般无黄疸。肝脏轻度肿大,质地中等偏软,脾脏一般不能触及到。肝功能损害较轻。

重型肝炎主要由HBV、HCV、HDV感染所致,HCV/HBV或HDV/HBV重叠感染更易重型化。孕妇感染HEV也易引起重型肝炎。

急性重型肝炎:又称暴发性肝炎。以急性黄疸型肝炎起病,乏力及消化道症状显著,于发病 10 日内发生明显肝性脑病,伴以黄疸急速加深、肝界缩小及明显出血倾向(凝血酶原活动度 $<40\%$)。一般无腹水。常在 3 周内死于脑水肿/脑疝等并发症。

亚急性重型肝炎:以急性黄疸型肝炎起病。乏力及消化道症状显著,于发病 10 日~8 周陷入肝衰竭,表现为重度黄疸(血清胆红素 $\geq 171\mu\text{mol/L}$)、腹水和/或肝性脑病,出血倾向明显(凝血酶原活动度 $<40\%$)。后期易合并肝肾综合征、消化道大出血、脑水肿、严重继发感染等。

慢性重型肝炎:临床表现与亚急性重型肝炎相似,但系在慢性活动性肝炎的基础上恶化而成,故兼有慢性肝病的临床特点。

此外,HBV、HCV、HDV 感染后慢性化日久者有可能转变成原发性肝癌。

3. 常规实验室检查

血象:外周血白细胞总数及分类大致正常。

尿二胆:急性肝炎黄疸前期尿胆原强阳性;黄疸极期尿胆原减弱,尿胆红素强阳性;黄疸后期尿胆原又增强,尿胆红素减弱至消失;恢复期尿胆原恢复正常。慢性肝炎出现黄疸时尿胆原及尿胆红素均阳性。

肝功能:急性黄疸型肝炎血清丙氨酸转氨酶(ALT)于黄疸前期初开始升高;血清胆红素于黄疸前期末开始升高。血清 ALT 高峰在血清胆红素高峰之前,一般在黄疸消退后一至数周恢复正常。黄疸期血清球蛋白也见轻度升高,但随病情恢复而逐渐恢复。急性无黄疸型肝炎肝功能改变以单项 ALT 轻中度升高为特点。急性瘀胆型肝炎血清胆红素显著升高而 ALT 轻中度升高,两者形成明显反差,同时伴有血清碱性磷酸酶(AKP)及丙谷氨酰转肽酶(γ -GT)明显升高。慢性迁延性肝炎肝功能改变以单项 ALT 波动为特点。慢性活动性肝炎肝功能损害较显著,血清 ALT 持续或反复升高,球蛋白明显升高,白/球蛋白比例降低或倒置,活动明显者血清胆红素不同程度升高。重型肝炎血清胆红素迅速上升而 ALT

迅速下跌(胆-酶分离),胆碱脂酶显著降低,凝血酶原活动度降至40%以下,血清白蛋白也下降。

4. 特异性检查

甲型肝炎:血清抗-HAV-IgM 于发病数日即可检出,黄疸期达高峰,一般持续2~4月,用ELISA法检测,是早期诊断指标。血清抗-HAV-IgG 阳性出现于恢复期,用于流行病学调查。

乙型肝炎:HBV 感染血清学标志参见下表。

HBV 感染标志组合模式及意义

HBsAg	抗-HBs	HBeAg	抗-HBe	抗-HBc	抗-HBc-IgM	临床意义	传染性
+	-	+	-	-	-	潜伏期	强
+	-	+	-	+	+	急性早期	强
+	-	-	+	+	+	慢性状态	强
+	-	-	+	+	+	急性恢复早期	弱
+	-	-	+	+	+	慢性状态	弱
+	-	-	+	+	-	急性恢复期	较强
+	-	-	-	-	-	慢性状态	较强
+	-	-	-	-	-	部分慢性状态	弱或无
-	+	-	+	+	-	恢复期	无
-	+	-	-	+	-	既往感染过	无

注:凡血清 HBeAg、抗-HBc-IgM、HBV-DNA、DNA 多聚酶、前 S₁ 蛋白、前 S₂ 蛋白、中蛋白、大蛋白或 HBxAg 任何一项阳性者,均提示病人有传染性。

丙型肝炎:用ELISA法检测血清抗-HCV(C₁₀₀抗体)是诊断本病常用方法,但该抗体出现较晚,不利于早期诊断。重组免疫印迹法(RIBA)检测血清抗-HCV、ELISA法检测血清CP₁抗体、CP₁₀抗体以及用逆转录-聚合酶链反应(RT-PCR)法检测血清HCV-RNA,可提高诊断敏感性和特异性。

丁型肝炎:主要检测血清抗-HDV。HDV/HBV 同时感染时抗-HDV-IgM 呈暂时升高;HDV/HBV 重叠感染时抗-HDV-IgM 持续升高;慢性丁型肝炎抗-HDV-IgM 和抗-HDV-IgG 均长期持续

升高。

戊型肝炎：用 ELISA 法检测急性期粪便 HEAg；或用 ELISA 法检测血清抗-HEV。

【治疗】

本病尚缺乏特效疗法。治疗原则以适当休息，合理营养为主，药物治疗为辅，避免饮酒及使用对肝脏有害的药物。急性肝炎急性期应强调卧床休息，给予清淡而营养丰富的饮食，外加充足的 B 族维生素及维生素 C。进食过少及呕吐者应每日静滴 10% 葡萄糖 1000~1500ml，酌加能量合剂及钾盐。慢性肝炎活动期基本治疗与急性肝炎相同。护肝药物常用强力新、益肝灵、肝炎灵、联苯双酯、垂盆草冲剂等；免疫调整药物可选用胸腺肽、白细胞介素 2 等；抗病毒药物可选用 α -干扰素、阿糖腺苷、无环鸟苷、聚肌胞等，其中 α -2b 干扰素抗病毒效果相对较好，每日需用 300 万 U 以上，疗程 3 个月以上。血清白蛋白低者可用马洛替酯。

重型肝炎必须强调早期治疗。综合支持疗法中强调输新鲜血浆、纠正低血糖、低钾、碱中毒，应用门冬氨酸钾镁、胸腺肽、胰岛素/胰高血糖素及复方丹参注射液等。前列腺素 E_1 有保护肝细胞及改善肝肾循环之效，肝细胞生长因子能促进肝细胞再生，均可选用。肾上腺皮质激素不可滥用，仅对肝衰竭早期病例有一定疗效。防治肝性脑病可用乳果糖糖浆、精氨酸、乙酰谷酰胺、支链氨基酸注射液等；防治脑水肿的主要措施是限制水份摄入量及使用 20% 甘露醇等脱水剂；防治上消化道大出血主用雷尼替丁等 H_2 受体拮抗剂、维生素 K_1 、止血敏、凝血酶原复合物等止血剂；治疗肝肾综合症应严格限制液体摄入量及使用大剂量速尿；治疗腹水宜将排钾利尿剂及保钾利尿剂合用，并配合输注血浆及白蛋白；如发生自发性细菌性腹膜炎或其他继发细菌感染，应争取做细菌培养，选用敏感的抗生素。对重型肝炎的治疗，人们付出了巨大努力，但目前病死率仍很高。

另外，可采用中医治疗方法：

(1)治疗原则:本病多因湿热疫毒蕴结所致。急性期的治疗以清热利湿,活血解毒为主。缓解后以疏肝理脾,养肝健脾为原则。再随不同证候进行辨证施治。(1)湿热蕴结,热重于湿型用清热利湿,活血泻下法。(2)湿热蕴结,湿重于热型用利湿化浊,活血清热法。(3)热毒炽盛,内陷营血型用清热解毒,凉血救阴法。(4)肝郁气滞型用疏肝理气法。(5)肝郁脾虚型用疏肝健脾法。(6)脾虚湿困型用健脾燥湿法。(7)肝阴不足型用养阴柔肝法。(8)气滞血瘀型用疏肝理气,活血化瘀法。(9)脾肾阳虚型用温补脾肾,散寒除湿法。

(2)治疗方:(1)湿热蕴结,热重于湿型用茵陈蒿汤加味:茵陈 30g,栀子 10g,大黄 6g,黄芩 12g,龙胆草 9g,板蓝根 30g,金钱草 30g,郁金 12g,水煎服。食欲不振加谷芽、麦芽各 20g。恶心呕吐加藿香 9g,佩兰 12g。发热加银花 12g,连翘 12g。胁痛加川楝 12g,玄胡 9g。黄疸明显者可用茵栀黄注射液 20ml 加入 10%葡萄糖中静脉滴注,每日一次;或用茵虎冲剂,每次 25g,每日 2 次。(2)湿热蕴结,湿重于热型用茵陈五苓散加减:茵陈 30g,栀子 9g,茯苓 12g,白术 10g,泽泻 12g,猪苓 12g,藿香 10g,薏仁 6g。胁痛加柴胡 9g,郁金 12g。纳差加鸡内金 9g,鱼腥草 30g。(3)热毒炽盛,内陷营血型用清营汤加减:水牛角 30g,黄连 6g,栀子 10g,板蓝根 30g,丹皮 10g,生地 15g,赤芍 15g,石斛 12g,茵陈 30g。必要时,配服安宫牛黄丸 1 粒,或至宝丹 1 丸。也可用醒脑静 2~4ml 肌肉注射,一日 2~3 次。或用醒脑静 10ml 加 50%葡萄糖 40~60ml 静脉注射。(4)肝郁气滞型用柴胡疏肝散加减:柴胡 10g,枳壳 12g,白芍 20g,川芎 9g,香附 12g,甘草 3g,郁金 10g,佛手 15g,水煎服。胁痛甚者加川楝 12g,玄胡 10g。热重加栀子 10g,茵陈 30g。(5)肝郁脾虚型用柴芍六君汤加减:柴胡 12g,白芍 20g,党参 20g,白术 10g,茯苓 12g,陈皮 10g,半夏 10g,广木香 9g,砂仁 6g,甘草 3g,水煎服。可配服逍遥丸,每次 6g,每日 2 次。(6)脾虚湿困型用平胃散加减:苍术 9g,厚朴 12g,陈皮 12g,甘草 3g,白术 9g,茯苓 12g,薏仁 20g,泽泻 12g,水煎服。脾虚偏甚者加淮山药 20g。湿滞甚者加砂仁 6g,白薏 9g。(7)肝阴不足型用一贯煎加减:北沙参 20g,生地 15g,麦冬