

第一章

概 述

细菌性痢疾(简称菌痢),是由痢疾杆菌引起的常见肠道传染病,以急性发作发热、腹痛、腹泻、里急后重、排脓血样便为特征。本病终年可见散发,夏秋季节为多见。由于环境卫生不良,或饮食、水源等污染,可引起暴发性流行,对人民身体健康危害甚大。目前虽中西医药对本病均有较好的治疗方法,但仍需要进一步提高。

祖国医学对本病的发病因素、临床表现及其具有传染性等早有认识,尤其是治疗方法,除药物外,並应用针灸治疗,千百年来,积累了丰富的经验,值得我们深入的研究。

中医对本病的文献记载,最早见于《内经》,称为“肠澼”或“赤沃”。如《素问·太阴阳明论篇》谓:“饮食不节,起居不时者,阴受之,……阴受之则入五脏,入五脏则膜满闭塞,下为脓

泄、久为肠癖。”肠癖即指痢疾。《素问·至真要大论》谓“少阴之胜，……腹满痛，溏泄，传为赤沃”。张景岳谓：“赤沃者，利血尿赤也”即下血赤痢之类。对痢疾的病因症状，作了简要的叙述。《难经·五十七难》论五泄条文中指出：“小肠泄者，溲而便脓血，少腹痛。”“大瘕泄者，里急后重，数至圊而不能便，茎中痛。”这些症状的描述与痢疾均极类似。汉代张仲景《金匱要略》中，对泄泻和痢疾，统称“下利”。如“呕吐啰下利病脉证治”篇中，“有下利便脓血”“热利下重”等，似均指本病而言。晋代葛洪，对泄泻与本病作了区别，称本病为“痢”，颇具创见。隋·巢元方《诸病源候论·痢疾诸候》中，对本病作了比较全面的论述，提出水谷痢、赤白痢、脓血痢、冷痢、热痢、杂痢、休息痢、白滞痢、蛊痢等多种分类，并对兼见症状作了论述，达四十论之多。唐·孙思邈《千金要方》称本病为“滞下。”滞下之名为后世医家所常用，並立“热痢”“冷痢”“痞湿痢”“小儿痢”等分类，提出了大量的治疗处方，使本病的治疗方法，获得进一步的发展。宋《圣济众录·卷七十五—七十八》除对痢疾的分类在前人基础上作了补充外，并对里急后重、痢疾兼肿、痢疾脱肛等症，介绍了治疗方法。宋元以后，统称本病为“痢疾”或“滞下”，已渐趋统一，但由于

病因症状等的不同，又有多种分类方法，如《脉因证治·痢疾论》提出寒湿痢，湿热痢，燥热痢，七情痢，饮食痢，劳役痢等名。戴元礼提出“劳痢”，赵献可提出“疫毒痢”，李梴提出“虚痢”，李用粹提出“虚滑痢”，陈修园提出“奇恒痢”等。从本病的病名分类的沿革中，可以看出历代医家对本病认识的发展概况。

对本病病因病机的研究，历代医家也在不断深化，如《金匱要略》指出本病病因为热，谓为：“以有热故也”《诸病源候论》把各种痢疾分为新久两类，以痢下颜色之赤白分热与寒，並指出寒暑不调，风寒热毒，饮食起居劳役等为致病因素。宋·陈无择《三因极一病证方论》提出滞下三因，以寒热风湿为外所因，藏气郁结，随其所发，便利脓血为内所因，以饮食服冷热酒醴醢醢，纵情恣欲，房室劳逸为不内外因。刘河间则认为以痢下赤白颜色分寒热为误，他说：“脏腑泻痢，其证多种，大抵以风湿热论”。张子和也认为赤白痢，不可曲分寒热。“止可分新旧而治之”。朱丹溪对于痢疾提出“赤痢属血白属气”和赤痢久不愈者属阴虚等见解，並认为“湿热瘀积之为病，干于血分则赤，干于气分则白”。尤其是对于本因方面，认识到本病有传染性，提出时疫痢的名称，他说“又有时疫作痢，一方一家之内，上下传染相似。”明确为传

染病,远较国外认识痢疾有传染性为早(国外于1864年 Hildanus 认识痢疾有传染性),在公元十一世纪时代,能有此认识是难能可贵的。

由于对本病病因机理认识的提高,治疗方法也不断地完善,如《金匱要略》提出清肠解毒(白头翁汤)和温涩固下(桃花汤)为后世所沿用,並在此基础上不断地发展。《千金要方》对痢疾当下、当温、救里、攻表等治法进行讨论。《河间六书·滞下》对本病的治法主张“后重则宜下,腹痛则宜和,身重则除湿,脉弦则去风。”以及“行血则便脓自愈,调气则后重自除”等治则,为后世所遵循。严用和《济生方》提出治疗痢疾“必先导涤肠胃,次正其根本,然后辨其风冷暑湿而为治法”。《丹溪心法》按病之虚实,提出了“壮实初病宜下,虚弱衰老久病宜升”的治疗原则,均极有见地。《景岳全书·杂病谟痢疾》指出“凡里急后重,病在广肠最下之处,而其病本则不在广肠而在脾肾。”李中梓《医宗必读·痢疾》亦认为“痢之为病多在脾肾。”谓“在脾者病浅,在肾者病深”,並谓:“未有久痢而肾不损者,故治痢不知补肾,非其治也”的论点。此外如喻嘉言创“逆流挽舟”治痢之法;李中梓提出“新感而实者,可以通因通用;久病而虚者,可以塞因塞用;“叶天士总结治痢之法为“治痢大法,不过通塞二义”。总之历

代医家根据各自经验，提出了各种不同的治法，大大丰富了临床经验。

针灸治疗痢疾，首见于《针灸甲乙经·足太阴厥脉病发溏泄下痢第五》。篇中除指出肠辟便血的症状、脉象和预后外，提出六条有关肠辟病的治法，其所取穴位，均为目前常用有实效者。《千金要方》和《千金翼方》治疗痢疾主用灸法，对赤白下痢，下痢不嗜食，冷痢腹痛，久痢等均有灸穴。《针灸资生经·痢·肠辟》篇中，对痢疾提出数十条治法，选用穴位达30个以上。此后如《针灸大成》、《针灸集成》等针灸专著，均有治疗本病的记载，说明前人已积累了大量经验，足为我们取法。

解放以来，早在五十年代即有应用针灸治疗痢疾的临床报道。六十年代开始，开展比较系统而深入的研究，在临床治疗中观察了大量病例，取得了满意的效果，并开展了人体和动物实验研究，探求疗效机制，获得国内外学者的较高评价，为继承和发扬针灸医学作出了贡献。

必须指出，中医所称痢疾，除细菌性痢疾外，还包括现代医学中的多种疾病，如急慢性阿米巴痢、慢性非特异性溃疡性结肠炎、慢性结肠炎、过敏性结肠炎、细菌性食物中毒等。本书以介绍急慢性细菌性痢疾为主，其他类似病症，如证候相同，亦可参照处理。

第二章

发病原因

现代医学认为痢疾的病原菌是痢疾杆菌，常见的有志贺氏、福氏、许密氏，宋乃氏，鲍氏等多种杆菌，都能产生内毒素，有的还能产生外毒素，细菌侵入人体消化道，当人体由于过度疲劳或饮食失节，以及原有胃肠道慢性疾病等因素，全身和胃肠道局部防御功能降低时，痢疾杆菌得以侵入肠粘膜上皮细胞不断繁殖，引起粘膜充血水肿与炎性渗出等病变而成。其传染源是人，人是痢疾杆菌的唯一贮存宿主，可由急慢性菌痢病人和带菌者传播。其传播途径为病菌从粪便排出，通过食物、水、苍蝇和脏手经口传播。病变部位主要在结肠、乙状结肠和直肠部，人类对菌痢普遍易感，尤以儿童与青壮年为多发。

祖国医学对痢疾的发病原因，论述较多，《素问·太阴阳明论篇》首先指出“饮食不节，起

居不时”为主要原因。后世医家各有发挥，如《诸病源候论》谓：由于“体虚腠理开，血气虚，春伤于风，邪气留恋在肌肉之内，后遇脾胃大肠虚弱而邪气乘之……”指出体虚与胃肠道机能减退而罹致本病。《千金要方》谓：“皆由暑月多食肥浓油腻，取冷睡眠之所得。”《济生方》则称“夫人饮食起居失其宜，运动劳役过其度，则脾胃不足，肠虚弱，而风冷暑湿之邪得以乘虚而入，故为痢疾。”除饮食因素外，指出劳倦受凉等致使人体抵抗力低下时易得本病。朱丹溪更指出“痢有气虚兼寒热，有食积，有风邪，有湿热，有阳虚下陷而感受不一”举出多种因素，可成痢疾。综合诸家之说，痢疾之成因，主要可归纳为外感时邪。内伤饮食两个方面。

一、外感时邪

感受外界风暑、湿热，寒湿、疫毒等邪气而发病。湿热疫毒之邪，侵入肠胃，湿热郁蒸，导致运化失常，气血阻滞，热毒壅盛，相互搏结，化为脓血，发而为痢；或风冷寒湿，侵及胃肠，以致气滞血涩，肠液凝滞，秽浊相结，而为下痢。前者多为赤白痢，所下多脓血；后者多为白痢，所下多粘液。

二、内伤饮食

夏秋季节，暑湿当令，正常人的脾胃运化功能每多减弱，若再饮食失节，多进甘肥油腻或误食腐败不洁之饮食，积滞内阻，蕴结肠胃，伤及肠胃气血而成痢疾。结滞留着，化而为热，即成热痢。如因纵食生冷，阴寒内袭，中焦阳气受戕，无力运化，寒湿停留，即古人所谓冷气入肠，搏于肠间而成冷痢。

上述外感时邪与内伤饮食两者，往往相互影响。由于饮食伤中，中运无权，复外感时邪，无力抗御而发病。两者相互作用所致。

此外古人还认为“七情内伤”亦能至痢，如《证因脉治·痢疾论》中说：“七情内伤痢之因，忧愁思虑则伤脾，脾阳既伤，则转输失职，日饮水谷，不能运化停积肠胃之中，气至其处则凝，血流其处则注，气凝血注与积留之水谷互相胶固，则脾家壅滞，而贼传肾之症作矣。”更有脾肾虚弱，亦认为是致痢之因，如张景岳说：“脾肾虚弱之辈，但犯生冷，极易作痢。”从临床上看来，这些因素对慢性痢疾的反复发作有一定的关系。

第三章

临床表现

潜伏期从数小时～7天，多数为1～2天。潜伏期的长短，症状的轻重，病程的长短，与病人的体质、年龄和菌株型别等有关。临床可分为急性与慢性两期，其症状表现如下。

一、急性期

发病急骤，主要表现为消化道症状和全身中毒两个方面。消化道症状为腹痛、腹泻、脓血便、里急后重等；全身中毒症状为发热头晕，疲劳乏力等，其病情危重而为中毒型者，则见高热、精神萎靡、烦躁，甚至面色苍白、四肢厥冷、血压下降乃至昏迷、惊厥、紫绀、呼吸衰竭等危象。临床应根据具体症状运用中医理论进行分析。

1. 发热 菌痢初起，由于外感时邪而出现寒战或恶寒、头痛、体痛等表证。继则邪热熏

蒸，则见发热。如热邪偏重者，则发热较高；湿邪偏重者，则发热较低。如感受疫毒之邪，病情重者，高热达40℃以上；若感受寒湿之邪和痢疾轻症，可无发热症状，或伴有恶寒怕冷感。如见高热持续不退，痢下频繁，腹痛难忍，呕吐不食等症是邪热深重的表现。热盛伤津，则烦渴欲饮；热入营血，则烦躁不安；热入心包，则神昏谵语；热盛动风，则惊厥抽搐。

2. 腹痛 外邪与食滞等互阻肠中，肠道气滞，郁结不通，不通则痛，疼痛部位以左下腹为甚，拒按，切诊可触及肠索。阵痛发作，即欲腹泻，泻后腹部不适，其热毒炽盛者，则腹痛如绞，肛门灼热；其属于寒湿者，腹痛常较轻，且多喜得温按。

3. 腹泻 初起多为水样或糊状便，量较多，夹有粘液或血丝，以后便次逐渐增多，每天从十数次至数十次不等，排出粘液或脓血便，量少，欲行不畅，肛门重坠难忍。其属于湿热内盛者，多为脓血便；属于寒热者，多为粘液便；其感受热毒深重者，由于热毒内陷，不能外泄，有时腹泻症状不明显，而出现烦躁、昏迷等危象，成为中毒型痢疾。

4. 里急后重 腹痛阵作，急于排便，但肛门重坠，欲行不畅，滞而难下，即所谓“虚坐

努责”为菌痢特有症状，与一般泄泻有别。

二、慢性期

凡菌痢病程在2个月以上者为慢性。一般急性菌痢多在病程第2周缓解，其转为慢性者，主要原因为急性期患者诊疗不及时，或治疗不彻底，或平素营养不良有慢性肠道病变、胃肠功能紊乱等，均能使之变为慢性过程。此外如饮食失节，过度疲劳等，亦常为导致慢性的原因。一般可分下列三型。

1. 慢性迁延型 菌痢迁延不愈，有腹痛，腹泻，大便有粘液或脓血，或腹泻与便秘交替出现，左下腹有压痛。由于病程久延，患者多见体质虚弱，全身乏力，食欲不振，消瘦等症状。

2. 急性发作型 在慢性菌痢的过程中，由于饮食不节，或劳累太过等因素，导致抵抗力低下，而引起急性发作，其症状与急性期同，但程度均较轻。

3. 隐伏型 患菌痢后症状消失，患者无不适感，但乙状结肠镜检查见有异常，或大便痢疾杆菌培养仍为阳性，常辗转传播，酿成菌痢的传染源。

第四章

诊断与鉴别诊断

一、急性菌痢多见于夏秋季，有不洁饮食史或与痢疾患者接触史。

二、菌痢起病急，有发热、腹痛、便泻、脓血便、里急后重或左下腹部压痛等临床特点。

三、粪便检查最具诊断价值，镜检可见大量脓细胞、白细胞、红细胞及巨噬细胞，大便细菌培养阳性者，可以确诊。

四、在痢疾流行季节，对突然高热、惊厥、昏迷、休克等的患儿，不论有无胃肠道症状，均应首先考虑为本病，立即作肛门指诊，或以冷盐水灌肠后，挑取可疑排泄物作镜检。发现较多的白细胞时，可以诊断。

五、乙状结肠镜检查对急性期全身症状和局部病变严重的患者来说，不仅检查时带来痛苦，且有一定的危险性；而对慢性患者，肠粘膜可

呈轻度弥漫性充血水肿，表面粗糙，或见有溃疡息肉等。检查时取肠腔分泌物作细菌培养可提高阳性率。

六、本病应与类似痢疾的疾患如急性胃肠炎、急性血吸虫病感染、肠癌、肠结核等相鉴别。应结合病史、体征，并进行有关检查，如大便常规、孵化、培养、钡剂灌肠、肠镜等检查以资区别。

七、实验检查可作为诊断依据，但中医治疗应以证候特点为主要依据。首先要区别其为急性和慢性，并根据临床表现，区分不同证型，如湿热痢、寒湿痢、疫毒痢、噤口痢以及阴虚、虚寒等作出诊断，进行治疗。

第五章

预防和治疗

第一节 预防

一、早期发现和隔离病人，隔离期限为症状消失后连续 2 次大便细菌培养阴性，或症状消失后一周。病人的粪便和用具，应予消毒。对集体食堂和饮食业等服务人员，应定期进行体格检查，发现带菌者应调离工作岗位，给予治疗，以控制传染源。

二、搞好环境卫生、饮食卫生及水源保护，消灭苍蝇及其孳生地，以切断传染途径。

三、要注意个人卫生，饭前便后洗手，饮食有节制，不过食生冷不洁之物，不过食甘肥油腻，不饥饱无度，以保护脾胃正气，不使受邪。在夏秋季节，常食一些生大蒜与马齿苋等，对本病有一定预防作用。

四、平时能常灸气海、足三里两穴，用艾条

薰灸，以皮肤潮红为度，每日一次，可加强胃肠道功能，预防各种肠道传染病。

第二节 治疗

治疗痢疾，应根据病程的长短，邪正的盛衰，区别虚实，进行治疗。一般急性期多属实证，热证，治法以清肠导滞为主；慢性期多虚中夹实，宜一面扶正，一面祛邪。其中因疫毒深重，内陷心包而致神昏，或热盛动风而致抽搐，甚或正虚邪陷，内闭外脱者，病情危重，应采取综合措施，进行抢救。

一、针灸治疗

（一）急性期 根据临床表现和发展规律，大致可分以下几种证型。

1. 湿热痢

症状 腹痛左下腹为甚，拒按，下痢赤白粘冻或脓血，里急后重，肛门灼热，胸脘痞闷，小便短少，舌苔黄腻，脉象滑数。其初起兼有表证者，则有恶寒、发热、头痛、体痛、脉浮等；其热重于湿者，身热较高，常在39℃以上，痢下赤多白少，或下赤冻，口渴欲饮；其湿重于热者，身热较低，胸脘痞闷明显，痢下白多赤少。

病机 湿热痢的主要病机，为感受湿热之

邪，蕴结肠中，气血阻滞，传导失职而成。湿热伤及阳明气血，故痢下赤白兼作；气滞湿阻痢下不畅，而见后重；热邪下注，故肛门灼热，小便短少；其热邪偏重者，津液受伤，故口渴；其湿邪偏重者，因湿邪内困，气机失宣，故胸脘痞闷。感受时邪，初起时多有表证，但迅速传里，而表证自罢。

治法 清热化湿，调气导滞

处方 曲池 天枢 气海 上巨虚

加减 热偏重者加大椎；湿偏重者加阴陵泉；初起兼表证者加风池、合谷；后重甚者加中膞俞。

操作法 急性菌痢，属于实证，故宜针以泻之以去邪实。根据病深宜深刺的原则，腹部各穴，应进针1.5寸以上；四肢各穴刺入2寸以上（成人），行提插结合捻转泻法，要求提插幅度大些，捻转频率快些，反复行针，加强针感，腹部穴位向四周扩散，四肢穴位向上下传导，然后留针，从30～60分钟，留针期间隔5分钟行针1次，出针宜快，可不按针孔。一般患者经针刺后留针，腹痛明显缓解，亦不想排便，如有便意时，给予行针，即可消失。对第1～2次治疗，操作要严格，要求达到一定的刺激量，才能迅速控制症状。针治次数应根据病情掌握，对身热重，腹痛甚，便次多，病情重的患

者，每日针刺2～3次，甚至6小时一次，症状缓解后，逐渐减少为每日一次，直至痊愈。针刺的刺激量也根据症状的改善而逐渐减轻，处方用穴，也随着症状的好转而逐渐减少，其他各证型均同样如此。

方义 湿热痢为湿热之邪互阻肠中，伤及气血所致，故取穴着重在阳明经，取曲池手阳明之合，以清泄邪热；取大肠募穴天枢以清泄热邪而宣导积滞；取阳明下合穴上巨虚，以清肠热，亦治腑者治合之法；取气海以调气，不仅可以缓解腹痛，且调气则后重自除，一举两得。其热邪偏胜，身热甚者，泻诸阳之会的督脉大椎，以清泄阳热；其湿邪偏胜者，取脾经之阴陵泉通利小便，理脾去湿；其兼有表证者，取合谷以发汗解表，风池以祛风解散表邪，亦有助于清泄里热，奏表里双解之功。

2. 寒湿痢

症状 腹部拘急作痛，或胀而绵绵作痛，痛则欲便，所下赤白粘冻，白多赤少，或纯为白粘冻，里急后重，口淡乏味，中脘痞闷不舒，口不渴，身困乏力，小便清，舌质淡，舌苔白，脉濡缓，兼表证者，则有头痛、体疼、微热、无汗、脉浮等症，一般而言，急性菌痢属寒湿证者，症状均较轻。

病机 寒湿之邪客于肠胃，致使肠中气血