

中醫古

中西医治疗传染病文献精萃

主 编 彭 锦 尹爱宁

编 委	张汝恩	王 丽	吴夏秋	丁京生
	奚怀平	温先荣	刘 岩	赵惠娴
	雷 蕾	黄丹卉	林秋兰	艾青华
	金 勋	孟凡颖	白克江	王 攀

中医古籍出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医治疗传染病文献精萃/彭锦, 尹爱宁主编. - 北京: 中医古籍出版社, 2013. 3
ISBN 978-7-5152-0270-9

I. ①中… II. ①彭…②尹… III. ①传染病-中西医结合疗法 IV. ①R510.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 216609 号

中西医治疗传染病文献精萃

彭 锦 尹爱宁 主编

责任编辑 杜杰慧

封面设计 曹 成

出版发行 中医古籍出版社

社 址 北京东直门内南小街 16 号 (100700)

印 刷 北京金信诺印刷有限公司

开 本 787mm × 1092mm 1/16

印 张 29

字 数 662 千字

版 次 2013 年 3 月第 1 版 2013 年 3 月第 1 次印刷

印 数 0001 ~ 1000 册

书 号 ISBN 978-7-5152-0270-9

定 价 68.00 元

前 言

传染病是危害人类健康、威胁人类生命的最严重疾病之一，早在三千年前的商周时代，我国已有关于传染病流行的记载。如《礼记·月令篇》谓：孟春“行秋令，则民大疫”，季春“行夏令，则民多疾疫”。《黄帝内经》中对传染病的症状及传染性已有记述：“五疫之至，皆相染易，无问大小，病状相似”（《素问·刺法论》）。《内经》以降，后世医家通过长期临床实践的经验积累，使中医学学术得以不断发展，对传染病的认识与研究也日渐深化。至东汉末年，疫病流行，张仲景“宗族素多，向余两百。建安纪年以来，犹未十稔，其死亡者，三分有二，伤寒十居其七”。因而“感往昔之沦丧，伤横夭之莫救”，故勤求古训，博采众方，结合临床实践，撰写《伤寒杂病论》，成为中医诊治传染病的重要奠基著作。继此以后，随着医学实践的不断深入，中医著作中有关传染病防治的文献相继问世，如晋·葛洪《肘后方》，隋·巢元方《诸病源候论》，唐·孙思邈《千金要方》，宋·董汲《斑疹备急方论》、陈文中《痘疹方论》，明·吴又可《瘟疫论》，清·叶天士《温热论》、吴鞠通《温病条辨》、王孟英《温热经纬》、罗芝园《鼠疫约编》、杨栗山《伤寒温病条辨》等，为中医防治传染病积累了深厚的理论和丰富的经验。

由于传染病对民众健康的危害、对社会稳定的影响及其所造成的巨大经济损失等因素，一直以来均引起各国政府的高度重视，也是我国卫生工作的重点之一。建国以来，我国卫生部门坚持实施“预防为主”和中西医结合的指导思想，在传染病的防治上取得了有目共睹的成效。由于传染病在某些地区的时有发生和流行，国内医学界广泛开展了运用中医药防治传染病的研究，并取得了一些重大科技成果。近年来，随着社会的发展，生态环境和自然环境发生巨大改变，重大传染病疫情也随之不断发生。传染病的防治工作直接关系到人民的健康和安危，关系到社会生产力的保护和社会的稳定和谐，传染病的有效治疗与防控成为医疗卫生部门所面临的重要任务。

本书编写过程中，参考收集了近年来国内主要著作与期刊文献，对我国法定传染病，依据汉语拼音顺序进行排列，根据每一种传染病的中西医诊疗特点，分别从以下12个大类目进行介绍：（1）病原学：致病病原的生物特性、形态以及致病能力与生存环境；（2）流行病学：按照传染病的流行特征从传染源、传播途径、易感人群、潜伏期和传染期等

4 个方面进行论述；(3) 发病机制：由西医发病机制与中医病因与病机两部分组成；(4) 病理改变：疾病发生时出现的病理学改变；(5) 临床表现：分别从临床症状与体征、实验室检查、影像学检查、并发症等方面进行论述；(6) 诊断和鉴别诊断：依据传染病的诊断标准提示疾病的诊断要点，另根据主要症状与体征提示需要鉴别的疾病，同时，针对各种不同的类型提出了中医类证鉴别；(7) 临床处理及治疗：从一般治疗、对症治疗、其他治疗、中医治疗以及中西医结合治疗等治疗途径提出治疗方法；(8) 预后：疾病的预后与结局；(9) 康复及出院标准：出院与临床治疗疗效分级；(10) 预防：预防方法；(11) 中医临床报道：对国内中医学术期刊上发表的中医药治疗传染病的临床研究文献进行汇集，此部分内容为每一个病的重点，在编写过程中力求突出中医药特色，反映中医药治疗传染病的最新临床研究进展；(12) 已发布的中医诊疗指南：结稿前已经发布的中医药治疗各类传染病的指南。

随着传染病全球化的流行趋势，传染病的有效治疗与防控都面临新的难题，本书选择了我国法定的传染病，从中、西医两方面的诊疗方法进行论述，便于广大医务工作者在临床工作中参考。本书参编人员虽尽了很大努力，但由于时间仓促，加之水平有限，肯定存在许多缺点和疏漏之处，恳请各位专家和读者批评指正，以期再版时改进和完善。

作者
2010. 12

目 录

阿米巴痢疾 (1)

艾滋病 (15)

白喉 (33)

百日咳 (41)

包虫病 (50)

病毒性肝炎 (57)

布鲁氏菌病 (80)

传染性非典型肺炎 (91)

登革热 (116)

肺结核 (123)

风疹 (138)

副伤寒 (145)

感染性腹泻 (151)

钩端螺旋体病 (161)

黑热病 (172)

霍乱 (179)

急性出血性结膜炎 (187)

脊髓灰质炎 (194)

甲型 H1N1 流感 (202)

狂犬病 (219)

淋病 (226)

流行性和地方性斑疹伤寒 (234)

流行性出血热 (243)

流行性感冒 (256)

流行性脑脊髓膜炎 (280)

流行性腮腺炎 (292)

流行性乙型脑炎 (305)

麻风病	(315)
麻疹	(324)
梅毒	(333)
疟疾	(343)
人感染高致病性禽流感	(356)
伤寒	(363)
手足口病	(373)
鼠疫	(386)
丝虫病	(393)
炭疽	(403)
细菌性痢疾	(411)
新生儿破伤风	(422)
猩红热	(429)
血吸虫病	(437)
主要参考文献	(455)

阿米巴痢疾

阿米巴病又称阿米巴痢疾（溶组织内阿米巴），溶组织内阿米巴是阿米巴痢疾的主要病原，寄生在大肠腔和肠黏膜，主要是横结肠和盲肠引起阿米巴痢疾，并可侵入肝、肺、脑、泌尿生殖系统和皮肤等器官组织引起病变，尤其在肝、肺引起继发性肝脓肿和肺脓肿等。临床表现以腹痛、腹泻、里急后重、排出腥臭脓血样大便为特征。

一、病原学

溶组织内阿米巴是一种寄生在人体组织和结肠内的单细胞原虫，有滋养体和包囊两种不同的形态。在粪便中常见的是滋养体和包囊，在组织中仅有滋养体阶段。

（一）滋养体

活滋养体大小不一，直径 $12\sim 60\mu\text{m}$ ，平均直径 $20\sim 30\mu\text{m}$ ，活动性较强。滋养体借助于伪足活动，通常做进行性和定向运动。伪足功能有：①内摄作用或胞饮作用；②胞吐作用；③附着作用；④穿刺作用；⑤释放细胞毒物质；⑥接触溶解宿主组织的作用。

吞噬红细胞是溶组织内阿米巴的特征。在染色标本中，细胞核球形，约占滋养体的 $1/6\sim 1/5$ ，核周染粒小而一致，规则排列，一个明显的核仁位于核中心，典型呈车轮状。核仁与核膜有网状核丝连结。

（二）包囊

包囊由透明囊壁包绕，包囊一般呈球形，直径约 $10\sim 20\mu\text{m}$ 。包囊含 $1\sim 4$ 个细胞核及典型的染色小体，各有一颗位于中央的核仁。包囊具有保护性外壁，对外界环境抵抗力较强，在一般温度中能生存 $2\sim 4$ 周，潮湿环境中可长期存活，在水中能生存1个月，在冰冻情况下能生存数天。一般饮水消毒所含余氯浓度对它无杀灭作用，在酸性环境中可存活，但在 60°C 时只能活10分钟，50%酒精能迅速将其杀死。

（三）致病因素

1. 虫株与致病力的关系：阿米巴痢疾发病率高的热带地区虫株，由于长期适应组织内寄生，具有较强的毒力；而寒带、温带地区虫株毒力较弱，带虫者较多。但虫株的毒力也可受不同因素的影响而改变，如长期离体培养，可使原先毒力强的虫株毒力减弱，有时再通过实验宿主又可使毒力提高。

2. 宿主的抵抗力与致病作用的因素：溶组织内阿米巴能否侵入组织，与宿主的功能状态密切相关；蛋白缺乏、营养不良、肠道功能紊乱、长期服用激素等诱因以及患肿瘤、结核、伤寒、血吸虫病、感染等均可引起宿主全身或肠道防御功能低下，有利于溶

组织内阿米巴的侵入而致病。

3. 细菌与致病作用的关系：阿米巴能引起肠壁损害，取决于肠内细菌的作用，它使肠壁破损，为阿米巴侵袭创造条件，说明细菌对阿米巴的致病起着重要作用。细菌的作用机理：①细菌可直接损害宿主肠黏膜，有利于阿米巴侵袭，两者起协同作用。②细菌本身可作为阿米巴的营养来源，提供适宜的理化条件，促进阿米巴增殖。③细菌可能提供某种因素，促进它的代谢或分泌某些物质，增强致病力。

4. 多种溶组织酶的蛋白水解活性：溶组织酶包括酪蛋白酶、明胶酶、透明质酸酶、纤维蛋白溶解酶、磷酸酯酶等。不同虫株所含同工酶不同。溶组织内阿米巴与靶细胞直接接触时可释放出不耐热的内毒素，病原虫能经旁路途径激活补体。

二、流行病学

（一）传染源

病人和带虫者是重要传染源。

（二）传播途径

大多由吞入污染包囊的食物和水而感染，污染的手、苍蝇、蟑螂等可携带包囊而传播疾病。生食由人粪污染的蔬菜亦易得病。少数情况下，滋养体可直接侵入皮肤黏膜而发病。

（三）易感人群

各年龄组人群普遍易感。

（四）潜伏期和传染期

本病潜伏期短者仅4~7天，长者数月或数年。

三、发病机制

（一）西医发病机制

溶组织内阿米巴滋养体侵袭肠壁引起阿米巴病，常见的部位在盲肠（87%）和升结肠（57%），其次为直肠、乙状结肠、结肠、脾曲、横结肠。肝区和降结肠少见，有时可累及大肠全部或一部分回肠。

1. 急性期：阿米巴侵入黏膜后借其伪足的活动及所分泌的溶组酶破坏黏膜，产生糜烂和浅表溃疡。由于滋养体大量繁殖，增加黏膜破坏的速度。阿米巴造成的早期损害，通常没有细菌介入，坏死中心区炎症反应低。如果继发细菌感染则可有大量的中性粒细胞浸润。病变部位易有毛细血管血栓形成、出血及坏死。由于血管的破坏，故排出物中含红细胞多。

严重者可深及肌层，甚至穿破浆膜层。浆膜易与邻近组织发生粘连，故发生急性肠

穿孔的机会较少，但易腐蚀血管，可引起大量肠出血。在病变愈合过程中组织反应消退，淋巴细胞消失，代之以结缔组织。

2. 慢性期：本期特点为肠黏膜上皮增生，溃疡底部出现肉芽组织，溃疡周围有纤维组织增生。溃疡反复发生，有时愈合，愈合溃疡边缘又可有黏膜增生。黏膜下层纤维结缔组织增生，肠壁增厚，形成局部包块，称为阿米巴肿，有的形成新的溃疡。阿米巴原虫可经门静脉侵入肝脏，使肝组织液化坏死而导致脓肿形成。偶可引起肺、脑、脾等处脓肿形成。

（二）中医病因病机

中医认为本病常因饮食不节或食不洁之物，脾胃受伤，则湿热或寒湿之邪乘虚侵袭胃肠，损伤脾胃，湿热毒邪下注，滞留肠间，气机不畅，以致气血阻滞，湿热熏蒸，腐败化为脓血，而为痢疾。急性称“脓血痢”，慢性称“休息痢”。若湿热疫毒炽盛，或久治不愈，邪气留恋，内伤于肝，肝失疏泄，气滞血瘀，日久结成癥块；气血腐败成脓，发为肝痈。日久耗气伤阴，正虚邪恋，故后期病人常出现消瘦、乏力、盗汗等气阴两虚之证。

四、病理改变

肠黏膜上皮增生，溃疡底部出现肉芽组织，溃疡周围有纤维组织增生。溃疡反复发生，有时愈合，愈合溃疡边缘又可有黏膜增生。

阿米巴侵入黏膜后借其伪足的活动及所分泌的溶组酶破坏黏膜，产生糜烂和浅表溃疡。阿米巴病灶通过细管状溃疡与肠腔相通，损害可在基膜或在黏膜肌层停止，然后向两侧扩大，形成底宽的凹陷坏死区，典型的呈烧瓶样溃疡，溃疡之间黏膜可正常。

五、临床表现

（一）临床症状

腹痛、腹泻、里急后重、排出腥臭脓血样大便。

（二）体征

右下腹压痛，体征不典型。

（三）并发症

1. 肝脓肿。
2. 脑脓肿。
3. 肠穿孔和腹膜炎。

六、诊断

(一) 临床特点

1. 急性阿米巴痢疾

- (1) 大多缓起，大便次数渐多、恶臭，呈暗红色果酱状黏液血便，全身症状轻。
- (2) 暴发型有寒颤高热毒血症状，里急后重，大便呈血水样。
- (3) 大便镜检找到溶组织内阿米巴大滋养体。

2. 慢性阿米巴痢疾

- (1) 急性期后，时有腹痛、腹泻、腹胀症状。
- (2) 肠镜检查可见散在溃疡，边缘充血隆起，中央下陷。
- (3) 大便找到溶组织内阿米巴大滋养体。间隙期或带包裹者仅找到小滋养体或包裹。

(二) 辅助检查

1. 实验室检查

(1) 镜检：从脓血便中挑选黏液部分，用生理盐水做直接涂片，加盖玻片镜检滋养体。溶组织内阿米巴滋养体活动快，伸出透明的指状或舌状伪足，内含有被吞噬的红细胞，此为重要诊断依据。在阿米巴痢疾粪便涂片中常有夏科雷登结晶体，此结晶可提供感染溶组织内阿米巴的间接证据。从成形粪便中挑取少量材料在碘液中涂片，加盖玻片镜检包裹。包裹大小为 $10 \sim 20 \mu\text{m}$ ，细胞质呈黄绿色，糖原泡边缘不清，呈棕红色，细胞核 $1 \sim 4$ 个，核仁中心位，核周染粒串珠状，折光。包裹浓集可采用甲醛醚沉淀或硫酸锌浮聚法；浓集法的阳性率可提高到 70%，而非浓集法者仅 30%。

(2) 阿米巴培养：反复检查粪便阴性者可作阿米巴原虫培养。常用的培养法是营养琼脂双相培养基和 Locke 氏液鸡蛋血清培养基，血清和米粉是后者的必需成分，细菌的存在也非常必要。但阿米巴人工培养在多数亚急性或慢性病例阳性率不高。

(3) 血常规中的白细胞计数通常不增加，早期或有轻度增加，有细菌混合感染和肠穿孔并发症者常有中度以上增加。

2. X 线钡剂灌肠检查

阿米巴病的病变部有充盈缺损、痉挛及壅塞现象，此种变化无特异性，有助于阿米巴瘤与肠癌的鉴别。X 线平片可显示腹膜炎的证据。

3. 间接血凝试验，间接荧光抗体试验，酶联免疫吸附试验阳性，均有诊断价值。

(三) 中医辨证

阿米巴痢疾辨证上，要在分清寒热虚实的基础上，注意两大主症即痢下脓血和里急后重。一般湿热痢，热重于湿而邪偏于血分，则泻下赤多白少；湿重于热而邪偏于气分，则泻下白多赤少。感受疫毒较重的则发病急骤，壮热烦渴，甚至神昏惊厥，发为疫毒痢。湿热痢和疫毒痢，表现为湿热疫毒上冲于胃，下痢而又不能进食为噤口痢。由寒

湿停滞于肠中，而不兼虚证者为寒湿痢。久治不愈兼见脾肾阳虚证者为虚寒痢。久痢不愈，正气耗伤，余邪未尽，滞留肠中，表现时发时止的为休息痢。

1. 湿热痢

主症：腹痛，下痢赤白，里急后重，肛门灼热，甚则脱肛，排便频数，或伴有发热恶寒，口渴，小便短赤，舌苔黄腻，脉象滑数。

2. 疫毒痢

主症：发病急骤，壮热口渴，头痛烦躁，胸满不适，恶心呕吐，腹痛剧烈，里急后重，脓血便，便数频繁。舌质红绛，舌苔黄燥、脉象滑数或疾，严重者昏迷痉厥。

3. 寒湿痢

主症：腹痛里急，痢下赤白，状似胶冻，白多赤少，里急后重，口淡乏味，不渴，脘腹痞闷，小便清白，舌苔白腻，脉象濡缓。

4. 虚寒痢（迁延痢）：

主症：久痢不愈，脾肾虚弱，中气不足，会转成慢性痢疾。大便常带粘白，腹有隐痛，排便无力，甚至脱肛。食欲欠佳、体弱无力。

5. 休息痢

主症：下痢经年不愈，时作时止，大便带有赤白粘冻，里急后重，舌质淡红，苔腻，脉象细涩或虚大或濡软。

6. 噤口痢

主症：下痢不食，或呕哕不能食。胸闷，舌苔黄腻，脉象滑数，恶心，或食后呕吐，肌肉消瘦，口淡不渴，舌质淡红。

急性阶段分为湿热痢、疫毒痢、寒湿痢；慢性阶段分为休息痢、虚寒痢、阴虚痢。临床以休息痢和湿热痢为多见，以疫毒痢为危重症。

（四）鉴别诊断

阿米巴病应与细菌性痢疾、血吸虫病、慢性非特异性溃疡性结肠炎、结肠癌、肠结核等疾病相鉴别。

1. 急性菌痢：当地急性菌痢流行情况，发病季节，病前1周内的与病人接触史或生冷不洁饮食史等。多数病人起病急，伴有发热、腹痛、腹泻、里急后重、黏液便或脓血便，左下腹压痛等。慢性患者的过去发作史有一定的诊断参考价值。若病情发展快、高热、精神萎靡、嗜睡、惊厥（昏迷，甚至发生循环或呼吸衰竭，则为中毒型菌痢。大便涂片镜检和细菌培养有助于诊断的确立。乙状结肠镜检查及X线钡剂检查对鉴别慢性菌痢和其他肠道疾病有一定价值。

2. 血吸虫病：本病特征有疫水接触史，起病较缓，肝脾肿大，嗜酸粒细胞增多，粪便中找到血吸虫卵、或孵化发现毛蚴；肠黏膜活检可发现血吸虫卵。本病在急性期及慢性期均可有痢疾样腹泻，需要进行多项实验室等检查方可确定诊断。

3. 慢性非特异性溃疡性结肠炎：患者体弱消瘦，长期腹泻、脓血便以血便为主，临床上与慢性阿米巴病难以鉴别。乙状结肠镜检查肠黏膜广泛充血、水肿、出血、糜烂及多数散在性溃疡，多次病原体检查阴性，血清免疫学试验阿米巴抗体阴性，钡剂灌肠

X线检查肠黏膜皱纹消失,后期结肠变短,管腔变小,可见狭窄区。

4. 结肠癌:慢性阿米巴病与结肠癌均有腹痛、腹泻、脓血便等表现。左侧直肠癌患者往往有排便习惯的改变,粪便变细含血液,有腹胀等不适感。右侧直肠癌的主要临床表现为进行性贫血、消瘦、不规则发热等,并有排便不畅之感,粪便大多黏糊样,含有少量黏液,很少有鲜血,隐血试验阳性,晚期大多可扪及腹块。活组织检查及治疗性诊断等进行鉴别,高位者进行钡剂灌肠或纤维结肠镜检查有助于鉴别。

5. 肠结核:大多有结核病史和原发结核病灶存在,患者长期有不规则的低热、盗汗、营养障碍、体软无力、消瘦等。粪便多呈黄色稀粥状,带黏液而脓血少,腹泻与便秘交替出现。胃肠X线检查有助于诊断。粪便浓缩找结核杆菌。必要时给予试验性抗结核药物治疗2~3周。

七、临床处理及治疗

(一) 一般治疗

注意休息,给予易消化饮食。高热、腹泻频繁、腹痛剧烈时纠正水、电解质紊乱。脱水时采用口服补液:葡萄糖20g,氯化钠3.5g,碳酸氢钠2.5g或枸橼酸三钠2.9g,氯化钾1.5g,加温开水至1000ml。脱水明显者给予静脉补液,酸中毒时,应给予碱性溶液。合理选用有效药物,根治肠道内的阿米巴,防止其进入肝脏;密切注意多种并发症的发生,特别是腹膜炎。

(二) 病原治疗

抗阿米巴的药物分为两大类:①对组织内阿米巴原虫有杀灭作用,并兼有杀灭肠腔内阿米巴原虫的作用,如:甲硝哒唑、甲硝磺酸咪唑、吐根碱和去吐根碱;②对肠道阿米巴原虫有突出的杀灭作用,对组织内阿米巴原虫极少有杀灭作用,如:喹碘方、氯碘喹琳、双碘喹琳、二甲苯氯醋胺、氯胺苯醋等。

1. 甲硝哒唑

本品对阿米巴原虫有杀灭作用。本品易弥散入需氧和厌氧微生物,但仅在后者其硝基团能还原成氨基衍生物,生成极为活跃的、对氧不稳定的中间产物,如羟胺及(或)亚硝基衍生物,此等中间产物在细胞内可干扰RNA、DNA和蛋白质的生成。口服后易吸收,服用单剂250mg、500mg和2000mg后在1~3小时内达到高峰血浓度,分别可达6 μ g、12 μ g和35 μ g/ml,半衰期为6~13小时,反复给药无蓄积现象。饮食可延缓吸收,但不影响高峰血浓度。本药抑制原虫氧化还原反应,使病原体氮链发生断裂,体外有明显的杀阿米巴原虫作用,并有明显的抗厌氧菌作用。对各种部位的阿米巴均有效,广泛分布于体内各器官和大多数体液中。口服0.4~0.8g,每日3次,5~10天为1个疗程,静脉内用药以15mg/kg即刻应用;之后以7.5mg/kg,每6~8小时重复。常见副作用为金属味、口干、恶心、呕吐、结肠炎;此外,尚有嗜睡、头痛、眩晕等,大剂量可致抽搐。

2. 甲硝磺酰哒唑:本品药理特性与甲硝哒唑相似,吸收比甲硝哒唑快,疗效与甲

硝哒唑相似。每日1次，每次2g，口服，连服3~5天。

3. 哌硝噻唑：其疗效与甲硝哒唑相仿，无明显副作用。

4. 卤化羟基喹啉类：①喹碘仿。本品含碘28%，动物实验有直接杀灭阿米巴滋养体的作用，可能通过抑制原虫体内酶的活性或卤化其蛋白质而起作用。一般与杀组织内阿米巴药物同用。成人0.5~1.0g，每日3次，连续8~10天为1个疗程，必要时间隔一周后重复1个疗程。副作用轻微。②双碘喹啉：本品含碘64%，半衰期为12小时；作用及用途同喹碘仿。③氯碘喹啉：本品含碘40%、氯12%。口服后较双碘喹啉易吸收。口服剂量为250mg，每日3次，连续10天为1个疗程。半衰期为11~14小时。毒性低，偶有胃部不适感。卤化羟基喹啉类一般仅适用于轻、中型阿米巴患者；对重症往往无效，但随后应用以清除感染；治愈率可达80%。

5. 五价肿剂：药物中的含肿与原虫体内的主要巯基酶结合，抑制原虫生长与繁殖和包囊形成。本药能直接杀灭肠内阿米巴滋养体。对慢性阿米巴肠病和带虫者效果好。副作用有上腹部不适、恶心、呕吐、腹泻、皮疹等，个别患者出现严重的副作用，如剥脱性皮炎、粒细胞缺乏症、肝炎等，因毒性大，现已停用或少用。口服剂量250mg，每日2次，10天为1个疗程，必要时须间隔10天后再给第二个疗程。

6. 二氯乙酰胺糠酯：本药口服后在肠道内分裂为二氯乙酰胺和糠酸，二氯乙酰胺90%被迅速吸收；然后与葡萄糖醛结合，1小时内血浓度达到高峰，6小时内降低，然后从尿中排出，未吸收者为抗阿米巴活性物质，对肠腔内阿米巴有较好的疗效。单独使用仅适应于无症状的原虫携带者。毒性低，主要副作用是胃胀、恶心、呕吐、厌食等。口服500mg，每日3次，10天为1个疗程。孕妇与<2岁的儿童不宜服用。本药常与甲硝哒唑合用治疗肝脓肿，以根除再感染的可能。

7. 吐根碱：对溶组织内阿米巴滋养体有直接杀灭作用，作用强、效果快，通过阻断核酸核蛋白的合成而阻止滋养体的分裂。因原虫摄取药物比宿主细胞快而具选择性毒性。在大多数组织内可达有效浓度，经肾排泄。口服吸收不规则并可催吐，故只能注射，主要贮存于肝、肺、脾、肾，其他组织如心、横纹肌、肠壁肌肉仅见少量。体内有贮积，停药后1~2个月尿中仍可检出微量。有器质性心脏病、肾功能不全、孕妇忌用。一般治疗剂量，按每日1mg/kg计算，成人一般为0.06g/日或0.03g每日2次，深部肌注，连续6天；重症者继以每日0.03g连续6天，共12天；病情严重不易治愈者每日0.06g连续9天，停药3天后，再以同量继续用药3天。

由于吐根碱毒副作用大，一般患者不宜使用。用吐根碱期间应卧床休息，每天检查心血管系统、神经肌肉系统症状与体征。若出现脉率超过110次/分或血压降低，有心电图异常并胸痛、全身无力者应停用吐根碱。多数患者用药后出现毒副反应：①注射部位疼痛，甚至局部有无菌性脓肿或肌炎。②腹泻、恶心、呕吐等。③血压下降，约半数出现轻度心电图变化，T波和P波平坦或倒置，P-R和Q-T期限延长，早搏，短暂心房颤动；严重心肌中毒者出现传导失常，较常见的有心动过速和其他心律紊乱。④全身肌无力、疲乏、头痛，偶因神经肌肉阻断和中毒性肌炎，引起神经闪痛、感觉障碍、肌肉萎缩等。

8. 去氢吐根碱：本品为吐根碱的衍生物，作用与吐根碱相同，毒性低、副作用小，

但有时可引起低血压、多发性神经炎等。剂量每日 $1 \sim 15\text{mg/kg}$ 计算，一般 60mg/天 ，皮下注射 $3 \sim 10$ 天。有器质性心脏病和肾功能不全者慎用。

9. 氯化喹啉（氯喹）：仅适用于阿米巴肝病。本药插入 DNA 碱基配对而抑制核酸与蛋白质的合成，从而干扰阿米巴虫的繁殖。低浓度时药物抑制受染红细胞的核酸合成，高浓度时氯喹也可抑制哺乳类动物细胞的核酸合成和复制。氯喹体外作用较卤化羟基喹啉类及卡巴肿强，但不及吐根碱，口服后在高位小肠全部吸收，与组织蛋白及核酸有高度结合能力，肝、脾、肾、肺等器官内药物浓度较血浆高 $200 \sim 700$ 倍，对肠外阿米巴疗效显著，排泄缓慢，在体内有蓄积。本药半衰期为 48 小时，停药后数周才从组织中消失。剂量成人每日 0.6g 连服 2 天后改为每日 0.3g ， $2 \sim 3$ 周为 1 个疗程，适用于肠外阿米巴病，阿米巴肠病除采用甲硝哒唑外，应用氯喹可预防肝脓疡。疗效一般较好，症状常在用氯喹治疗后 $48 \sim 72$ 小时开始缓解。氯喹毒性轻微，但大剂量应用时可出现头痛、视力模糊、胃肠道反应、皮疹等，也有出现窦房结受抑制而致心律失常，甚至心肌损害。极个别患者用氯喹后发生药物性精神病。

（三）首选药物及联合用药的治疗方案

1. 急性期阿米巴病：原则上首先选用抗组织中阿米巴的药物，同时联合应用肠腔内杀虫药物。首选甲硝哒唑加二氯乙酰胺糠酯或双碘喹啉；次选二氯乙酰胺糠酯或双碘喹啉加吐根碱（去氢吐根碱）。甲硝哒唑： $400 \sim 800\text{mg}$ ，每日 3 次，连用 $5 \sim 10$ 天，大多于 $1 \sim 2$ 天内即可改善症状，治愈率达 90% ；若包囊排出，可加用二氯乙酰胺糠酯 0.5g ，每日 3 次，服 10 天。或双碘喹啉 0.6g ，每日 3 次，服 20 天。甲硝磺酰哒唑：每日 2g 顿服，连续 $3 \sim 5$ 天，疗效好，毒副作用比较轻。氯喹加双碘喹啉：氯喹每日 0.6g ，连服 2 天后改为每日 0.3g ， $2 \sim 3$ 周为 1 个疗程。双碘喹啉每日 0.6g ，1 日 2 次，连服 $15 \sim 20$ 天为 1 个疗程，必要时间隔 $2 \sim 3$ 周再进行第二个疗程。

2. 急性暴发型阿米巴病：可以用甲硝哒唑静脉内注射，也可选用吐根碱或去氢吐根碱 1mg/kg/日 （可分 2 次，上下午各肌注或深部皮下注射 1 次），疗程 6 日，继以氯喹。吐根碱类药物对组织内滋养体有效，对肠腔内无效，而且毒性较大，除用在严重阿米巴病外，一般不应用。

3. 慢性期阿米巴病：无症状型阿米巴病：首选二氯乙酰胺糠酯 0.5g ，每日 3 次，共服 10 天；次选双碘喹啉 0.6g ，每日 3 次，一个疗程 $15 \sim 21$ 天，或喹仿 $0.5 \sim 1.0\text{g}$ ，每日 3 次， $8 \sim 10$ 天为 1 个疗程。轻型阿米巴病：首选二氯乙酰胺糠酯或双碘喹啉加抗生素；继以磷酸氯喹（第 $1 \sim 2$ 日 $1 \sim 1.5\text{g/日}$ ， $2 \sim 3$ 次分服，以后 0.5g/日 ，2 次分服，14 日为 1 个疗程）。或甲硝哒唑 $0.4 \sim 0.8\text{g}$ ，日 3 次，10 天为 1 个疗程。次选为巴龙霉素每日 $25 \sim 30\text{mg/kg}$ ，疗程 $5 \sim 10$ 天，继以甲硝哒唑或氯化喹啉。

（四）中医治疗

在治疗上以导滞、行气、和血为原则。初期属湿热证，所谓“利无止法，以通为止”。后期属虚证或虚中夹实证，以攻补兼施，或温补收涩为主，不可过于苦寒，损伤脾胃。若病情危重属内闭外脱者，急宜回阳救脱，积极抢救。

1. 辨证治疗

(1) 湿热痢

治法：清热、化湿、解毒，佐以调气、行血、导滞

方药：葛根黄芩黄连汤加减：葛根、甘草、黄芩、黄连，水煎服。白头翁汤加减：白头翁、黄柏、黄连、秦皮，水煎服；腹痛严重者加木香、青皮、白芍等；便中鲜血多者加地榆炭、槐花炭、当归炭；有表证的加香薷、淡豆豉；夹积滞的加枳壳、槟榔、厚朴。

(2) 疫毒痢

治法：清热、凉血、解毒

方药：白头翁汤：（白头翁、秦皮、黄连、黄柏）加金银花、地榆、赤芍、牡丹皮、枳壳、木香等。若症见高热，神昏谵语，甚至痉厥，舌质红绛，苔黄燥，脉细数，为热毒深入心营，用神犀丹：犀角、石菖蒲、黄芩、鲜生地、金银花、金汁、连翘、板蓝根、豆豉、玄参、花粉、紫草。或紫雪丹：黄金、寒水石、石膏、滑石、磁石、升麻、人参、甘草、犀角、羚羊角、沉香、木瓜、丁香、朴硝、朱砂、麝香。以清热解毒，宣窍镇痉。若症见汗出肢冷，脉细喘促，昏迷，为内闭外脱之象，应用参附汤或独参汤回阳救逆。

(3) 寒湿痢

治法：温中、化湿、调气

方药：①附桂理中汤：党参、干姜、白术、炙甘草，水煎服。若腹痛严重者加当归、木香、白芍。②艾叶、干姜、莱菔子，水煎服，每日3剂。

(4) 虚寒痢（迁延痢）

治法：补中益气，清肠固涩

方药：补中益气汤合桃花汤：黄芪、甘草、党参、当归、桔皮、升麻、柴胡、白术、赤石脂、干姜、粳米，水煎服。若见有急性痢疾症状，为湿热未清，去赤石脂、干姜等收涩药，加清热化湿解毒药。若久痢不愈，耗伤阴血，下痢赤白黏冻，体虚乏力，伴有腹痛，微热，舌红少津，脉细数，为阴虚痢，用黄连阿胶汤合驻车丸（黄连、阿胶、黄芩、鸡子黄、芍药、当归、干姜）进行加减。

(5) 休息痢

治法：温中和血，苦辛通降

方药：香砂六君子汤：人参、白术、茯苓、甘草、半夏、陈皮、木香、砂仁。或连理汤：人参、白术、干姜、炙甘草、黄连、茯苓加减。若症见遇寒即发，下痢白冻，无力少食，舌淡苔白，脉沉，为脾阳虚极，肠中寒积不化，用温脾汤：人参、桂心、干姜、附子、大黄加减。

(6) 噤口痢

治法：清化湿热，和胃降浊

方药：开噤散合泻心汤：人参、黄连、石菖蒲、丹参、石莲子、茯苓、陈皮、冬瓜子、陈米、荷叶蒂、大黄、黄芩、黄连加减。如汤剂不受者，先用玉枢丹：山慈菇、续随子、大戟、麝香、雄黄、朱砂、五倍子，少量冲服。若症见舌质红绛而干，脉细，为

胃阴已大伤加石斛、麦冬、沙参、生地黄等养胃滋阴。

2. 简易方治疗

(1) 鸭胆子：去壳取仁，成人每次 15~20 粒，每日 3 次。胶囊分装，饭后服。连服 7~10 天为 1 个疗程。鸭胆子对阿米巴滋养体有杀灭作用，对阿米巴痢疾的根治率为 50%，症状消失为 2~7 天，镜检阴转为 3~5 天，复发率为 6% 左右。

(2) 白头翁：取根茎每日 15~30g，水煎，分 3 次服。7~10 天为 1 个疗程，或入煎剂用。重症另用 30~50g 煎成 100ml 保留灌肠，每日 1 次。大剂量白头翁能抑制阿米巴原虫生长，并对肠黏膜有收敛作用，所以能止痢并能止血。

(3) 大蒜：紫皮大蒜，每日 1 枚（约 6g），10 日为 1 个疗程。10% 大蒜浸出液，可作保留灌肠，适用于慢性阿米巴痢疾。

(4) 石榴皮：干品 60g，加水 200ml，煎成 100ml，过滤去渣即成 60% 石榴皮煎剂。成人每次 20ml，每日服 3 次。慢性阿米巴痢疾 6 日为 1 个疗程，无效时再继续服 1 个疗程。1 个疗程治愈率 90%。

(5) 天香炉（金锦香）：用 30~60g，水煎服，每日 1 剂，早晚空腹各服 1 次，连服 3~5 天，服药期间忌吃豆腐、蛋类。

(6) 铁线草 60g、凤尾草 60g、大蒜 30g，水煎服。治疗阿米巴痢疾有一定的疗效。

3. 验方治疗

(1) 白头翁汤合葛根芩连汤加减：白头翁 30g、黄芩 15g、黄连 9g、鸦胆子、厚朴、藿香各 9g。恶寒高热者加葛根 12g、金银花 15g；下痢赤多者加生地榆 15g；恶心呕吐者加半夏 9g；腹痛者加白芍 10g；伤津者应适当的补液。

(2) 当归 50g、防风炭 50g、白头翁 15g、北秦皮 15g、炒黄柏 15g、生地黄 25g、炮姜炭 5g、赤芍 15g，水煎服。

(3) 太子参 10g、炒白术 10g、升麻 3g、炮姜 3g、白芍 10g、煨木香 5g、焦山楂炭 10g、乌梅炭 5g、炙甘草 3g、广陈皮 5g、石榴皮 10g。水煎服。

4. 针灸治疗

(1) 体针

急性阿米巴痢疾：主穴足三里、天枢。备穴曲池、阴陵泉、关元。有脓血便时针主穴，高热时加曲池，减天枢；有里急后重者加阴陵泉或关元。每日针刺 1~3 次，症状减轻后，改为每日 1 次，症状消失后，仍需要继续治疗 1 周。

慢性阿米巴痢疾：针刺脾俞、胃俞、肾俞、大肠俞、三阴交、足三里等。也可针刺急性阿米巴痢疾的穴位。每日或隔日 1 次针刺。

(2) 耳针

小肠、大肠、直肠下段，留针 30 分钟，间歇运针 3~4 次。症状严重者每日治疗 2~3 次，一般可针治 1~2 次，持续 3~7 天。慢性阿米巴痢疾则加脾、肾、神门、交感，选 3~5 穴，针轻刺激，留针 10 分钟，隔日 1 次。

(3) 穴位注射

天枢：用氯霉素注射液 2ml 加 1% 普鲁卡因 0.5ml，每侧穴位注入 1ml。针刺要深。每日 1 次，7 天为 1 个疗程。