

· 中西医诊疗套餐系列 ·

总主编 何清湖

感染科 中西医诊疗套餐

GANRANKE ZHONG-XIYI ZHENLIAO TAO CAN

主 编 赵国荣



“病证结合”

中西医结合特色诊断与治疗



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

中西医诊疗套餐系列

总主编 何清湖

感染科中西医诊疗套餐

GANRANKE ZHONG-XIYI ZHENLIAO TAO CAN

主 审 林培政

主 编 赵国荣

副主编 李勇华 熊 焰 刘 鑫

编 者 (以姓氏笔画为序)

艾碧琛 刘 娟 刘 鑫 李 丹

李勇华 李鑫辉 肖碧跃 何宜荣

张 衍 陈兰玲 陈锡军 赵国荣

谢 静 熊 焰

统 筹 徐鲜鲜



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

感染科中西医诊疗套餐/赵国荣主编. —北京:人民军医出版社, 2013.9

(中西医诊疗套餐系列)

ISBN 978-7-5091-6635-2

I. ①感… II. ①赵… III. ①感染—疾病—中西医结合—
诊疗 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 192692 号

策划编辑:黄建松 文字编辑:曹 李 焦 然 袁朝阳 责任审读:吴铁双

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8057

网址:www.jppamp.com.cn

印刷:三河市潮河印业有限公司 装订:京兰装订有限公司

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:10.625 字数:267 千字

版、印次:2013 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001—3000

定价:39.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

《中西医诊疗套餐系列》编审委员会

(以姓氏笔画为序)

总主编 何清湖

主 审 (以姓氏笔画为序)

李文歌	李凌江	杨期东	汪受传	林培政
胡随瑜	高洁生	唐由之	黄惠勇	谭新华
潘敏求	禩国维			

编 委 (以姓氏笔画为序)

王 方	王云启	王贤文	王孟清	王莘智
韦兆辉	仇湘中	田道法	朱 伟	刘 鑫
刘鸿宾	刘越美	刘朝圣	刘慧萍	江志超
江劲波	祁 林	李 点	李小鹏	李天禹
李勇华	李振光	李慧芳	杨 晶	杨维华
杨静宜	吴权龙	旷惠桃	何泽云	辛卫平
张 迅	张 健	张志芳	张宏耕	张信成
陈新宇	范伏元	罗银河	金朝晖	周 亮
周 慎	周德生	孟 琼	赵国荣	赵瑞成
胡 华	贺菊乔	席建元	黄立中	黄建松
彭清华	董晓斐	蒋 屏	蒋文明	蒋益兰
蒋盛昶	喻 斌	曾志成	游柏稳	谢 静
谢明峰	谢海波	雷 磊	解发良	蔡虎志
谭涵宇	熊 焰	颜 旭	戴飞跃	

内容提要

本书从临床诊疗实用需求出发,简要概述了感染科相关疾病的发病机制、主要临床表现和中医学认识,系统阐述了感染科相关疾病的西医诊断要点、治疗原则和治疗方案,中医病因病机、辨证论治、中成药处方,以及中西医结合诊疗思路和处方,重点突出了西医、中医、中西医结合的诊断要点、治疗的一般原则和用药的基本规律,并推荐1~3种治疗方案以供选择。全书内容科学,文笔简练,重点突出,具有很强的实用性和便捷的操作性,所选择的中、西医药物以国家基本药物用药为主,适合广大中、低年资临床医师,尤其是基层临床医师阅读使用。

前 言

中医有其特色,西医有其优势,“求同存异,优势互补”已成为当今医学发展的一大特征。不管是西医结合中医,还是中医结合西医,也无论结合多少,怎样结合,都属于中西医结合。这种自觉或不自觉的中西医结合诊疗思维模式的产生,可以说完全是为了临床的需要,也取得了许多创新性的成就。例如,发现青蒿素及其衍生物治疗疟疾、靛玉红治疗慢性粒细胞白血病、三氧化二砷治疗急性早幼粒细胞白血病、活血化瘀系列方药用于预防冠心病介入治疗后再狭窄等,成就举世瞩目。然而,若要从学术高度概括中西医结合在临床中的优势,最具代表性的应属“病证结合”的中西医结合诊断与治疗模式。

“病证结合”的中西医结合诊断特色,即将西医辨病诊断与中医辨证诊断相结合、临床诊断与实验室和特殊检查(如影像学)诊断相结合、宏观辨证与微观辨证相结合,实现了临床医师对疾病和患者机体状态的综合诊断,使之成为临床各科的中西医结合规范,不仅促进了中医辨证客观化、标准化、规范化和现代化发展,而且丰富和发展了临床诊断学。“病证结合”的中西医结合治疗特色,即通过辨病论治与辨证论治相结合、疾病的分期分型辨证论治与微观辨证论治相结合,以及同病异证而异治、异病同证而同治、围手术期中西医结合治疗、急腹症中西医结合治疗、“菌毒并治”防治多器官功能衰竭等多种“病证结合”治疗模式,进一步丰富和发展了临床治疗学,明显提高了临床疗效。

本套丛书参照医院临床专科设置分册,每一分册以病类为章,以中西医结合诊疗为优势的病种分节,内容主要分为概述、西医、中医、中西医结合、注意事项五个部分。概述部分重点描述了疾病的基本概念,涉及发病机制、主要临床表现和中医学认识;西医部分分为诊断要点、治疗原则和治疗方案三个层次,重点介绍了诊断所必需的病史、症状、体征及实验室检查,简要介绍了治疗的一般原则和用药的基本规律,重点推荐了1~3种治疗方案以供选择;中医部分分病因病机、辨证论治、中成药处方三个层次,重点从中医角度介绍疾病的病因病机、辨证论治的具体方药、中成药的具体应用;中西医结合部分分中西医结合思路和处方两个层次,为本丛书的精华所在,首先介绍了中医、西医各自的诊疗优势与缺点,然后从具体方案入手,介绍了中西医结合诊疗方案组成的具体思路、具体内容和适用范围。该丛书无论是中医、西医,还是中西医结合,其诊断要点突出、治疗方案具体,具有很强的实用性和便捷的操作性,故冠以“套餐”之名。

本丛书的编撰,是我们近年来对临床各科中西医结合诊疗思路与方法的一次系统总结、归纳。但是,由于中西医结合尚有许多争议和探讨之处,加之本丛书涉及面广、编撰时间仓促及我们学术水平有限,书中如有不当甚至谬误之处,恳请各位同行与读者批评、指正,以便再版时使其日臻完善。

湖南中医药大学 何清湖

(何清湖:湖南中医药大学副校长,教授、博士生导师)

目 录

第 1 章 病毒感染	(1)
一、病毒性肝炎	(1)
附一：肝炎肝硬化	(19)
附二：原发性肝癌	(31)
二、水痘和带状疱疹	(40)
三、麻疹	(48)
四、流行性腮腺炎	(55)
五、登革热	(60)
六、流行性乙型脑炎	(70)
七、肾综合征出血热	(79)
八、传染性单核细胞增多症	(92)
九、流行性感冒	(99)
附一：人禽流行性感冒	(108)
附二：甲型 H1N1 流感	(111)
十、狂犬病	(114)
十一、艾滋病	(120)
十二、严重急性呼吸综合征	(133)
第 2 章 立克次体感染	(144)
一、流行性斑疹伤寒	(144)
二、地方性斑疹伤寒	(150)
三、恙虫病	(152)
第 3 章 细菌感染	(159)
一、败血症	(159)

二、感染性休克	(165)
三、猩红热	(180)
四、伤寒	(185)
五、副伤寒	(192)
六、细菌性食物中毒	(193)
七、细菌性痢疾	(204)
八、霍乱	(212)
九、白喉	(220)
十、百日咳	(227)
十一、流行性脑脊髓膜炎	(235)
十二、布氏杆菌病	(244)
十三、鼠疫	(251)
第4章 螺旋体感染	(258)
一、钩端螺旋体病	(258)
二、回归热	(265)
第5章 原虫感染	(271)
一、阿米巴肠病	(271)
二、疟疾	(278)
第6章 蠕虫感染	(289)
一、日本血吸虫病	(289)
二、蛔虫病	(298)
三、蛲虫病	(305)
四、囊虫病	(310)
五、钩虫病	(315)
六、丝虫病	(322)

第 1 章 病 毒 感 染

一、病毒性肝炎

病毒性肝炎是由肝炎病毒(甲型、乙型、丙型、丁型、戊型等)引起的以肝脏损害为主的一组全身性传染病。主要临床特征为疲乏、食欲减退、肝大、肝功能异常,部分患者出现黄疸,或无症状。按病原学分类,目前已确定的有甲型肝炎、乙型肝炎、丙型肝炎、丁型肝炎、戊型肝炎。其中甲型和戊型主要表现为急性肝炎,乙型、丙型、丁型主要表现为慢性肝炎,严重者可发展为肝硬化甚至肝癌。本病传染源主要是肝炎病人或带病毒者。甲肝和戊肝主要经粪-口途径传播,乙肝、丙肝、丁肝主要以血液、体液等胃肠道外途径传播。人群对肝炎病毒普遍易感,呈全年散发。

急性肝炎相当于中医病名国家标准的“肝热病”,慢性肝炎相当于“肝著”,重型肝炎相当于“肝瘟”;大多数黄疸、某些胁痛属本病范畴。

(一)西医

【诊断要点】

1. 临床诊断

(1)急性肝炎:分两型。一是急性无黄疸型肝炎:①病史:半年内有否与确诊的病毒性肝炎患者密切接触史,尤其是家族中有无肝炎患者有重要参考价值;半年内有无接受输血或血制品史,或消毒不严格的注射史或针刺史;有无水源、食物污染史等。②症状:近期内出现的持续数日以上的而无其他原因可解释的乏

力、食欲减退、厌油、腹胀、溏便和肝区痛等。③体征：近期内肝大且有触痛、叩击痛，可伴脾脏轻度增大。④检查：主要为谷丙转氨酶(alanine aminotransterase, ALT)活力增高，病原学检查阳性(详见病原学诊断)。二是急性黄疸型肝炎：根据急性发病具有急性肝炎的症状、体征及化验异常，且血清胆红素在 $17\mu\text{mol/L}$ 以上，尿胆红素阳性，并排除其他原因引起的黄疸，可作出诊断。

(2)慢性肝炎：既往有乙、丙、丁型肝炎或乙型肝炎(HBsAg)阳性者或急性肝炎病程超过半年，而目前仍有肝炎症状、体征及肝功能异常者可以诊断为慢性肝炎。发病日期不明或虽无肝炎病史，但影像学、腹腔镜或肝活体组织病理检查符合慢性肝炎改变，或根据症状、体征、化验综合分析也可作出相应诊断。为反映肝功能损害程度临床可分为：①轻度[相当于原慢性迁延性肝炎(CPH)或轻型慢性活动性肝炎(CAH)]：病情较轻，症状不明显或虽有症状、体征，但生化指标仅1~2项轻度异常者。②中度(相当于原中型CAH)：症状、体征、实验室检查居于轻度和重度之间者。③重度：有明显或持续的肝炎症状，如乏力、纳差、腹胀、便溏等。可伴有肝病面容、肝掌、蜘蛛痣或肝脾大而排除其他原因且无门静脉高压征者。实验室检查血清ALT反复或持续升高，白蛋白减低或清蛋白/球蛋白(A/G)比例异常、丙种球蛋白明显升高，凡白蛋白 $\leq 32\text{g/L}$ 、胆红素 $> 85.5\mu\text{mol/L}$ 、凝血酶原活动度40%~60%三项检测有一项达上述程度者即可诊断为慢性肝炎重度。

(3)重型肝炎

①急性重型肝炎：急性黄疸型肝炎起病10天内出现精神神经症状(肝性脑病Ⅱ期以上)，凝血酶原活动度 $< 40\%$ 而排除其他原因者，同时患者常有肝浊音进行性缩小，黄疸急剧加深，肝功明显异常(特别是血清胆红素 $> 171\mu\text{mol/L}$ 者)，应重视昏迷前驱症状(行为反常、性格改变、意识障碍、精神异常)以便作出早期诊断。因此急性黄疸型肝炎患者如有严重的消化道症状(如食欲缺

乏、频繁呕吐、腹胀或呃逆)、极度乏力,同时出现昏迷前驱症状,即应考虑本病,即便黄疸很轻或尚未出现黄疸,只要具有上述症状亦应考虑本病。

②亚急性重型肝炎:急性黄疸型肝炎起病 10 天以上同时凝血酶原时间明显延长(凝血酶原活动度 $<40\%$),具备以下指征之一者:a.出现Ⅱ期以上肝性脑病症状;b.黄疸迅速上升(数日内血清胆红素 $>171\mu\text{mol/L}$),肝功严重损害(血 ALT 升高或酶胆分离、白/球蛋白倒置);c.高度乏力及明显食欲减退或恶心呕吐,重度腹胀或腹水。可有明显出血倾向。

③慢性重型肝炎:临床表现同亚急性重型肝炎,但有慢性肝炎、肝硬化或 HBsAg 阳性者,有严重肝功能损害;或无上述病史但影像学、腹腔镜或肝穿刺检查支持慢性肝炎者。为便于判定疗效和预后,根据临床表现把亚急性和慢性重型肝炎分为早、中、晚三期。早期:符合急性肝衰的基本条件,如严重的周身及消化道症状,黄疸迅速加深,但未发生明显肝性脑病,无腹水。血清胆红素 $\geq 171\mu\text{mol/L}$,凝血酶原活动度 $\leq 40\%$ 。或经病理证实。中期:有Ⅱ期肝性脑病或明显腹水,有出血倾向(出血点或瘀斑)。凝血酶原活动度 $\leq 30\%$ 。晚期:有难治性并发症如肝肾综合征、消化道出血、严重出血倾向(注射部位瘀斑)、严重感染、难以纠正的电解质紊乱或Ⅱ期以上肝性脑病、脑水肿,凝血酶原活动度 $\leq 20\%$ 。

(4)瘀胆型肝炎:起病类似急性黄疸型肝炎,但自觉症状常较轻,常有明显肝大,皮肤瘙痒,大便发白。血清胆红素明显升高,以直接胆红素升高为主,表现为梗阻性黄疸,如碱性磷酸酶、 γ -谷氨酰转肽酶、胆固醇均明显增高。梗阻性黄疸持续 3 周以上,并排除其他肝内外梗阻者可诊断为急性瘀胆型肝炎。在慢性肝炎基础上发生上述临床表现者可诊断为慢性瘀胆型肝炎。

2.病原学诊断

(1)甲型肝炎:①急性期血清抗甲型肝炎病毒免疫球蛋白(抗-HAV IgM)阳性。②急性期及恢复期双份血清抗-HAV 总抗体

滴度呈 4 倍以上升高。③急性早期的粪便免疫电镜查到甲型肝炎病毒(HAV)颗粒。④急性早期粪便中查到 HAV-Ag。具有以上任何一项阳性即可确诊为 HAV 近期感染。⑤血清或粪便中检出 HAV-RNA。

(2)乙型肝炎

乙型肝炎病毒(HBV)感染:具有以下任何一项即可作出诊断:①血清 HBsAg 阳性。②血清 HBV-DNA 阳性。③血清抗 HBc-IgM 阳性。④肝内 HBcAg 阳性及(或)HBsAg 阳性,或 HBV-DNA 阳性。

急性乙型肝炎:具有以下动态指标中之一项者即可诊断:①HBsAg 滴度由高到低,消失后抗-HBs 阳转。②急性期血清抗 HBc-IgM 呈高滴度,而抗-HBc IgG(-)或低滴度。

慢性乙型肝炎:临床符合慢性肝炎,且有现症 HBV 感染的一种或一种以上阳性指标。

HBsAg 阳性者:无任何临床症状或体征,肝功能正常,血清 HBsAg 检查持续阳性达 6 个月以上者。

(3)丙型肝炎:血清抗-HCV 或 HCV-RNA 阳性者。

(4)丁型肝炎:与 HBV 同时或重叠感染。①血清中 HDV-IgM 阳性,或抗-HDV-RNA 阳性,或 HDV Ag 阳性。②血清中 HDV-RNA 阳性。③肝组织内 HDAg 阳性。

(5)戊型肝炎:急性期血清抗 HEV-IgM 阳性,或急性期抗 HEV 阴性而恢复期抗 HEV-IgG 阳转者。

【治疗原则】

1.急性病毒性肝炎

(1)一般治疗:急性甲型、戊型病毒性肝炎一般为自限性,多可完全康复。以一般治疗及对症治疗为主。急性期应进行隔离,症状明显及有黄疸者应卧床休息。恢复期可增加活动量,但要避免过劳。肝功能恢复正常 1~3 个月后可恢复工作。

饮食应予以清淡易消化食物,适当补充维生素,蛋白质摄入

每日 1~1.5g/kg,热量不足者补充葡萄糖。

(2)药物治疗:辅以药物对症治疗及恢复肝功能,药物不宜太多,以免加重肝脏负担。一般不采用抗病毒治疗,但急性乙型、丙型、丁型肝炎例外,因易转为慢性,早期抗病毒治疗可减少转慢率。丙型肝炎可选用干扰素或长效干扰素,疗程 24 周,可同时加用利巴韦林治疗。乙型肝炎可选用干扰素、核苷类及中药辨证施治。

2.慢性病毒性肝炎

(1)一般治疗:①适当休息:症状明显或病情较重者应卧床休息,卧床可增加肝脏血流量,有助于恢复。病情轻者以活动后不觉疲劳为度。②合理饮食:适当的高蛋白、高热量、高维生素的易消化食物有利肝脏修复,但不必过分强调高营养,以防发生脂肪肝。禁酒,慎食辛温油炸食物。③心理平衡:让病人有正确的疾病观,对肝炎治疗有耐心和信心。切忌乱投医,以免延误治疗。

(2)药物治疗:主要是改善和恢复肝功能,抗病毒,免疫调节(如胸腺肽 α_1)及抗肝纤维化药物等治疗。

3.重型肝炎

(1)治疗原则:①强调早期诊断,早期治疗。在早期阶段虽然患者已出现重型肝炎的某些症状如严重的消化道症状、明显黄疸、显著乏力等,但未出现肝衰竭的表现,此时抓紧治疗疗效较好。②常规的应用预防性措施,包括防止肝细胞进一步坏死、促进肝细胞再生的治疗。针对重型肝炎并发症发病机制中的几个主要环节,抓住重点,积极采取针对性治疗。

(2)一般和支持治疗:绝对卧床休息;保证足够热量,补充维生素(维生素 B、维生素 C、维生素 K 等);注意口腔及皮肤清洁,密切观察病情变化和预防并发症发生;监测电解质,保证水及电解质的平衡;每日和隔日补充新鲜血浆、全血、白蛋白、凝血因子等;可口服乳果糖、支链氨基酸,防止肝性脑病的发生。我国以慢性重型肝炎多见,急性和亚急性重型肝炎较少见,慢性重型肝炎

以腹水多见而肝性脑病较少见,血浆、白蛋白减少明显,须补充大量的白蛋白或新鲜血浆。要注意利尿药的应用,一般多为保钾的利尿药与排钾的利尿药合用,同时要注意防止低血钾的发生。

(3)药物治疗:抑制肝细胞坏死和促进肝细胞再生,抗病毒及防治并发症。

4. 瘀胆型肝炎 急性瘀胆型肝炎预后良好,绝大多数病人黄疸持续的时间虽较长,可达 3~6 个月,但最终常能自愈,仅个别病例有可能发展为胆汁性肝硬化。因此治疗不必太积极,按一般急性黄疸型肝炎的治疗即可。对于黄疸较重,持续时间较长或慢性瘀胆型肝炎可加用肾上腺皮质激素和熊去氧胆酸。

【治疗方案】

1. 推荐方案

(1)急性病毒性肝炎:苦参素注射液 20~30ml,加入 5%~10%葡萄糖,静脉滴注,1 次/d,连用 7 天;还原型谷胱甘肽(阿拓莫兰、古拉定)1.2g,加入 5%~10%葡萄糖 100ml,静脉滴注,1 次/d,连用 7 天。

(2)慢性病毒性肝炎:还原型谷胱甘肽(阿拓莫兰、古拉定)1.2g 加入 5%~10%葡萄糖 100ml,静脉滴注,1 次/d,连用 15 天。门冬氨酸钾镁 20~40ml 加入 10%葡萄糖 250~500ml,静脉滴注,1 次/d,连用 15 天。丹参注射液 250ml,静脉滴注,1 次/d,连用 15 天。

干扰素 500 万 U,肌肉注射,隔日 1 次,疗程至少 1 年,丙型肝炎可以联合利巴韦林 800~1 200mg/d,口服。或聚乙二醇干扰素 α -2a(Peg IFN- α 2a),180 μ g 皮下注射,每周 1 次,连用 48 周。或拉米夫定 100mg 口服每日 1 次,连用 1 年。

(3)重型肝炎:每日和隔日补充新鲜血浆、全血、白蛋白、凝血因子等;可口服乳果糖 20ml,每日 2~3 次;促进肝细胞生长素 100~140mg 加入 5%~10%葡萄糖,静脉滴注,1 次/d,连用 20 天;还原型谷胱甘肽(阿拓莫兰、古拉定)1.2g 加入 5%~10%葡

萄糖,静脉滴注,1次/d,连用20天。

(4)瘀胆型肝炎:熊去氧胆酸250mg,3次/d,连用30天为一个疗程。

2. 可选方案

(1)急性病毒性肝炎:茵栀黄注射液20~30ml,溶于10%葡萄糖250~500ml,静脉滴注,1次/d,连用7天;门冬氨酸钾镁20~40ml,加入10%葡萄糖250~500ml,静脉滴注,1次/d,连用7天。

(2)慢性病毒性肝炎:甘草酸制剂,主要有甘利欣。甘利欣20~30ml,加入10%葡萄糖150~250ml,静脉滴注,1次/d,连用10天。或肝得健(易善复)1~2粒,3次/d,连用15天;10ml加入5%~10%葡萄糖250ml,静脉滴注,1次/d,连用15天。复方丹参液10~20ml,加入5%~10%葡萄糖,静脉滴注,1次/d,连用15天;或丹参片2~3片。

干扰素治疗500万U,肌肉注射,隔日1次,疗程至少1年,但丙型肝炎联合利巴韦林800~1200mg/d口服。或聚乙二醇干扰素 α -2b(PegIFN- α 2b),90 μ g,皮下注射,每周1次,连用48周。或核苷(酸)类似物治疗(阿德福韦酯、它比夫定、恩替卡韦)1片,1次/d,疗程至少2年。

(3)重型肝炎:每日和隔日补充新鲜血浆、全血、白蛋白、凝血因子等;可口服乳果糖20ml,每日2~3次;还原型谷胱甘肽(阿拓莫兰、古拉定)1.2g,加入5%~10%葡萄糖,静脉滴注,1次/d,连用20天。促进肝细胞生长素100~140mg,加入5%~10%葡萄糖,静脉滴注,1次/d,连用20天;或门冬氨酸钾镁20~40ml,加入10%葡萄糖250~500ml,静脉滴注,1次/d,连用20天。前列腺素E₁10 μ g,加入10%葡萄糖250ml,静脉滴注,1次/d,连用7天。核苷(酸)类药物(拉米夫定、阿德福韦酯、替比夫定、恩替卡韦)1片,1次/d,疗程至少2年以上。必要时行人工肝治疗,经末期肝衰竭宜考虑肝移植。

(4)淤胆型肝炎:熊去氧胆酸 250mg,3 次/d,连用 30 天为一个疗程。

(二)中医

【病因病机】 中医认为其发病多由外感湿热、疫毒之邪,因人体正气不足,侵及中焦,郁蒸肝胆,肝失疏泄,脾失健运而成。其病位在肝胆,与脾胃有关。

1.湿热疫毒之邪 既有湿和热的共性,又具有疫毒的特殊性,极易内扰血分,损伤人体正气,使病情缠绵难愈。

2.正气不足 饮食不节,劳倦内伤,损及脾胃;或情志不畅,肝气郁滞;或禀赋薄弱,素体亏虚等均可导致正气不足。

初起湿热疫毒蕴结中焦,脾失健运,胃失和降而见纳呆、食少、恶心、呕吐、脘腹胀满;湿邪困脾,脾失健运,则肢体困倦、乏力;湿热交蒸肝胆,肝失疏泄,胆汁外溢,浸渍肌肤,下流膀胱,而致面目肌肤小便发黄;肝失条达,气机郁滞,脉络失和,则两胁疼痛。此可见于急性黄疸型肝炎、无黄疸型、淤胆型肝炎。急性期失治、误治或反复感邪等原因,加之湿热疫毒的致病特点及人体的正气亏虚,使部分患者的病情迁延成慢性。疫疔之邪其性暴戾,若感邪较重,极易蕴毒化火伤阴,且传变迅速,易致毒热内攻,郁蒸肝胆,弥漫三焦,伤及营血,内陷心包,蒙蔽清窍,则发为肝瘟。

【辨证论治】

1.肝热病

(1)湿热内蕴

①热重于湿

主症:身目俱黄,其色鲜明如橘色,口干口苦,恶心厌油,纳差,上腹胀满,大便秘结,小便黄赤。舌质红,苔黄腻,脉弦滑而数。

治法:清热利湿。

处方:茵陈蒿汤。10 剂,每日 1 剂,分 2 次煎服。组成:茵陈