



中华中医药学会

ZYYXH/T247~286-2012

中医儿科常见病诊疗指南

Guidelines for Diagnosis and Treatment of Common
Diseases of Pediatrics in Traditional Chinese Medicine

2012-07-01 发布

2012-08-01 实施

中国中医药出版社

中华中医药学会
中医儿科常见病诊疗指南
ZYYXH/T247~286—2012

*

中国中医药出版社出版
北京市朝阳区北三环东路28号易亨大厦16层
邮政编码100013

网址 www.cptcm.com

传真 010 64405750

三河西华印务有限公司印刷

各地新华书店经销

*

开本 880 × 1230 1/16 印张 11.75 字数 347 千字

2012年7月第1版 2012年7月第1次印刷

*

书号 ISBN 978-7-5132-0321-0 定价 39.00 元

*

如有质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

读者服务部电话 010 64065415 84042153

书店网址 csln.net/qksd/

ISBN 978-7-5132-0321-0



9 787513 203210 >

前 言

《中医儿科常见病诊疗指南》(以下简称《指南》)包括小儿感冒、乳蛾、小儿支气管炎、肺炎喘嗽、小儿哮喘、反复呼吸道感染、鹅口疮、小儿口疮、小儿胃炎、小儿泄泻、厌食、积滞、疳证、营养性缺铁性贫血、小儿病毒性心肌炎、注意力缺陷多动障碍、多发性抽动症、惊风、癫痫、急性肾小球肾炎、肾病综合征、泌尿道感染、遗尿症、性早熟、脑性瘫痪、麻疹、风疹、水痘、手足口病、流行性腮腺炎、流行性乙型脑炎、小儿艾滋病、蛔虫病、蛲虫病、新生儿硬肿症、胎黄、胎怯、皮肤黏膜淋巴结综合征、过敏性紫癜、维生素D缺乏性佝偻病等40个部分。

本《指南》由中华中医药学会提出并发布。

本《指南》由中华中医药学会儿科分会归口。

本《指南》起草单位:南京中医药大学、上海中医药大学附属上海市中医医院、山东中医药大学、广西中医药大学、天津中医药大学第一附属医院、中国人民解放军空军总医院、中国人民解放军南京军区南京总医院、北京中医药大学东方医院、江苏省盐城市中医院、河南中医学院第一附属医院、复旦大学附属儿科医院、首都医科大学附属北京儿童医院。

本《指南》主要起草人:汪受传、虞舜、赵霞、戴启刚、陈争光、韩新民、丁樱、艾军、王素梅、杨燕、俞建、王文革、翟文生、李燕宁、王力宁、封玉琳、李志山、闫慧敏、林洁、赵鸣芳、李新民、马融、刘光陵、马丙祥、徐玲、吴力群。

本《指南》起草人(按疾病顺序排列):艾军、汪受传、韩新民、赵霞、李燕宁、王力宁、陈升、李坦(小儿感冒),虞舜、汪受传、韩新民、王桂芳、衣兰杰、何锦婷(小儿乳蛾),李燕宁、张葆青、潘月丽(小儿支气管炎),汪受传、赵霞、韩新民、陈争光、戴启刚(肺炎喘嗽),赵霞、汪受传、韩新民、高艳、刘文、卢海燕、周钊鹤(小儿哮喘),王力宁、汪受传、陈炜(反复呼吸道感染),封玉琳、林外丽、李华、徐亚娜(鹅口疮),李志山、汪受传、张玉(小儿口疮),闫慧敏(小儿胃炎),韩新民、汪受传、王静、尹东奇(小儿泄泻),林洁、丁慧玲、刘斐(厌食),赵霞、汪受传、韩新民、李晓倩、刘文、卢海燕(积滞),赵霞、汪受传、韩新民、黄颖、刘文(疳证),虞舜、汪受传、韩新民、张工彧、王桂芳、张伟慧(营养性缺铁性贫血),赵鸣芳、汪受传、董清科(小儿病毒性心肌炎),王素梅、吴力群、汪受传(注意力缺陷多动障碍),王素梅、吴力群、汪受传(多发性抽动症),李新民(惊风),马融(癫痫),刘光陵、汪受传、虞舜、任献国、何文兵(急性肾小球肾炎),翟文生、杨濛(肾病综合征),翟文生、杨濛(泌尿道感染),俞建、汪永红(遗尿症),俞建(性早熟),马丙祥、郑宏、李华伟、张建奎、雷爽(脑性瘫痪),艾军、汪受传、李坦(麻疹),徐玲、汪受传、张玉(风疹),汪受传、陈争光、李萌、徐珊(水痘),汪受传、陈争光、徐珊(手足口病),韩新民、汪受传、尹东奇(流行性腮腺炎),吴力群、王素梅(流行性乙型脑炎),艾军、汪受传、李坦、王明(小儿艾滋病),韩新民、汪受传、虞舜、潘晨(蛔虫病),韩新民、汪受传、虞舜、程申(蛲虫病),杨燕、汪受传(新生儿硬肿症),杨燕、汪受传(胎黄),王文革、陈梅、汪受传(胎怯),王文革、任献国(皮肤黏膜淋巴结综合征),丁樱、孙晓旭、王明(维生素D缺乏性佝偻病)。

专家指导小组成员:王孟清、王雪峰、毕玲莉、张霞(过敏性紫癜),丁樱、任献国、沈同、张骝、陈运生、陈昭定、俞景茂、洪两、徐伟英、曹正逵。

引言

《中医儿科常见病诊疗指南》(以下简称《指南》)的编写目的在于规范中医儿科的临床诊断、治疗,为临床医师提供儿科常见病中医标准化处理的策略与方法,促进中医儿科临床诊疗和科研水平的提高。本《指南》简明实用,可操作性强,符合医疗法规和法律要求,具有指导性、普遍性和可参照性。可作为临床实践、诊疗规范和质量评价的重要参考依据。

本《指南》是国家中医药管理局政策法规与监督司立项的标准化项目之一,于2006年4月正式启动。中华中医药学会儿科分会成立了《中医儿科常见病诊疗指南》项目组,对编写体例、内容、时间安排进行了讨论,研究了《指南》编制的技术方法,组织了40个课题组,每组负责1个病种的指南研制。编制开始前,对各课题组负责人进行了培训。项目组负责总体工作的指导,在指南研制的每一个环节,都提出可操作的工作计划、技术文件。项目实施分3阶段进行:第一阶段(2006~2007年)完成了小儿泄泻、流行性腮腺炎中医诊疗指南;第二阶段(2007~2008年)完成了小儿感冒、小儿支气管炎、肺炎咳嗽、小儿哮喘、反复呼吸道感染中医诊疗指南;第三阶段(2009~2010年)完成了手足口病、多发性抽动症、肾病综合征等33个儿科常见病的中医诊疗指南。其间,每一阶段开始前都召开了课题组工作会,明确任务和要求;初稿完成后,都召开了1~2次专家论证会。项目组于2008年起,将流行性腮腺炎、肺炎咳嗽、小儿哮喘、小儿泄泻、小儿支气管炎、反复呼吸道感染、小儿感冒7个中医诊疗指南在《中医儿科杂志》上发表,公开征求意见。项目组用编发“工作通讯”的方式,协调项目工作,监督工作进度和质量。参加本《指南》咨询、制订、讨论的专家、学者达300余名。课题研究工作完成后,形成送审稿,上交中华中医药学会、国家中医药管理局,召开专家论证会,提出评审意见,项目组进一步加工修改,并最后定稿。

《指南》的研制,遵循“形式上与国际接轨,内容上反映中医古今共识与学科进展,以利中医儿科诊疗指南推广全国、推向世界”的指导思想,提出了基于“证据”的儿科常见病循证诊疗指南研制方法。

本项目的工作,首先组织进行各相关病种的古今中外文献调查、研究;根据文献研究的结果,编制Delphi法专家调查问卷,各课题组先后发出2~3轮问卷,又召开了两次专家讨论会,有效地凝聚了专家共识。项目组要求:必须以切合儿科临床应用为原则,尽量寻找、选取证据强度高的研究报道资料,实事求是地面对文献研究提供的证据,据此提出各项建议的推荐级别。

文献检索方法:文献检索主要利用检索工具,采取人工检索和计算机检索、网络检索相结合的方法查询相关文献。其中古代文献资料主要通过《中医儿科学》、《中华医典》、《古今图书集成·医部全录》以及在大学、医院的图书馆检索查找。现代期刊文献主要在清华大学制作的“中国期刊全文数据库”和美国国立医学图书馆制作的生物医学文献数据库“Medline”中检索查找。为保证查全率,通常以各指南病名相应的各种中医儿科学常见病名,同时以西医学相对应的该病名称以及有关治法,作为检索词,从多种途径查找。现代其他文献主要参考了国家中医药管理局1994年6月28日发布的《中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准》、各版中医儿科学全国教材,以及西医学的相关指南、标准及主要教材。

专家调查方法:本《指南》依据文献检索的结果,从诊断、辨证、治法、方药、预防护理等方面综合古今见解,按Delphi法(专家调查法)制作、统计问卷,向以中医儿科医师为主的专家(高

级职称者) 群体征求建议, 分别制作了 2~3 轮专家问卷, 总回收率在 75.00%~99.20% 之间, 又召开了两次专家讨论会, 从而形成了专家共识。

证据选择: 证据的采集主要为随机临床试验, 还包括: 同期对照研究、历史对照研究、病例报道、非对照研究和专家意见。

证据及推荐建议级别: 本《指南》参照 2001 年国际感染论坛 (ISF) 提出的 Delphi 分级标准, 项目组根据中医学特色对其修订, 形成推荐建议的级别。

本《指南》的文献依据分级及推荐级别

文献依据分级	推荐级别
I 大样本, 随机研究, 结果清晰, 假阳性或假阴性的错误很低	A 至少有 2 项 I 级研究结果支持
II 小样本, 随机研究, 结果不确定, 假阳性和/或假阴性的错误较高	B 仅有 1 项 I 级研究结果支持
III 非随机, 同期对照研究和古今中医专家共识	C 仅有 II 级研究结果支持
IV 非随机, 历史对照和当代中医专家共识	D 至少有 1 项 III 级研究结果支持
V 病例报道, 非对照研究和专家意见	E 仅有 IV 级或 V 级研究结果支持

文献依据分级标准的有关说明:

(1) 推荐级别 (或推荐强度) 分为 A、B、C、D、D 五级。强度以 A 级为最高, 并依次递减。

(2) 所谓推荐级别 (或推荐强度) 只是指文献的支持程度, 并不代表特别建议。

(3) 该标准的“研究课题分级”中, 大样本、小样本定义为:

大样本: ≥100 例的高质量的单篇随机对照试验报道或系统综述报告。

小样本: <100 例的高质量的单篇随机对照试验报道。

(4) 研究课题分级的说明:

古今中医专家共识: 古代医籍记载, 历代沿用至今, 当代专家调查意见达成共识者。

当代中医专家共识: 当代专家调查意见达成共识者。

专家意见: 指个别专家意见。

中成药是中医常用的一类药物, 本《指南》列出了可供儿科临床选用的中成药。其中部分中成药有明确的儿童用法用量, 除此以外的中成药一般以文献报道为依据, 提出建议用法用量, 请在临床谨慎使用。

本《指南》计划定期更新, 通过文献研究与专家讨论会相结合的方式实施更新。

本《指南》研制经费由国家中医药管理局提供, 与其他任何组织或个人无潜在利益冲突。

目 次

前言	(I)
引言	(Ⅲ)
ZYYXH/T247 - 2012 小儿感冒	(1)
ZYYXH/T248 - 2012 小儿乳蛾	(6)
ZYYXH/T249 - 2012 小儿支气管炎	(12)
ZYYXH/T250 - 2012 肺炎喘嗽	(17)
ZYYXH/T251 - 2012 小儿哮喘	(22)
ZYYXH/T252 - 2012 反复呼吸道感染	(27)
ZYYXH/T253 - 2012 鹅口疮	(31)
ZYYXH/T254 - 2012 小儿口疮	(34)
ZYYXH/T255 - 2012 小儿胃炎	(38)
ZYYXH/T256 - 2012 小儿泄泻	(43)
ZYYXH/T257 - 2012 厌食	(48)
ZYYXH/T258 - 2012 积滞	(52)
ZYYXH/T259 - 2012 疳证	(56)
ZYYXH/T260 - 2012 营养性缺铁性贫血	(60)
ZYYXH/T261 - 2012 小儿病毒性心肌炎	(64)
ZYYXH/T262 - 2012 注意力缺陷多动障碍	(69)
ZYYXH/T263 - 2012 多发性抽动症	(73)
ZYYXH/T264 - 2012 惊风	(77)
ZYYXH/T265 - 2012 癫痫	(82)
ZYYXH/T266 - 2012 急性肾小球肾炎	(86)
ZYYXH/T267 - 2012 肾病综合征	(91)
ZYYXH/T268 - 2012 泌尿道感染	(97)
ZYYXH/T269 - 2012 遗尿症	(102)
ZYYXH/T270 - 2012 性早熟	(107)
ZYYXH/T271 - 2012 脑性瘫痪	(112)
ZYYXH/T272 - 2012 麻疹	(120)
ZYYXH/T273 - 2012 风疹	(125)
ZYYXH/T274 - 2012 水痘	(129)
ZYYXH/T275 - 2012 手足口病	(133)
ZYYXH/T276 - 2012 流行性腮腺炎	(138)
ZYYXH/T277 - 2012 流行性乙型脑炎	(142)
ZYYXH/T278 - 2012 小儿艾滋病	(148)
ZYYXH/T279 - 2012 蛔虫病	(154)
ZYYXH/T280 - 2012 蛲虫病	(157)
ZYYXH/T281 - 2012 新生儿硬肿症	(160)
ZYYXH/T282 - 2012 胎黄	(163)
ZYYXH/T283 - 2012 胎怯	(167)
ZYYXH/T284 - 2012 皮肤黏膜淋巴结综合征	(171)
ZYYXH/T285 - 2012 过敏性紫癜	(175)
ZYYXH/T286 - 2012 维生素 D 缺乏性佝偻病	(180)

小儿感冒

1 范围

本指南提出了小儿感冒的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群感冒患者的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

小儿感冒 common cold in children

小儿感冒是儿童感受外邪引起的一种常见的外感疾病。临床以发热，恶风寒，鼻塞，流涕，喷嚏，咳嗽，头痛，全身酸痛为主要特征。相当于西医的“急性上呼吸道感染”。

3 诊断^[1-4]

3.1 临床表现

发热，恶风寒，鼻塞，流涕，喷嚏，咳嗽，头痛，全身酸痛等。感冒伴有兼证者，可见咳嗽加剧，喉间痰鸣；脘腹胀满，不思饮食，嗳腐吞酸，大便不调；烦躁不宁，惊惕抽风等表现。

3.2 特殊类型感冒

疱疹性咽峡炎：可见咽部充血，咽腭弓、悬雍垂、软腭等处有2~4mm大小的疱疹。

咽结合膜热：以发热、咽炎、结膜炎为特征。

3.3 实验室检查

血常规：病毒感染者白细胞总数正常或偏低。细菌感染者白细胞总数及中性粒细胞数量增高。

3.4 需与小儿感冒鉴别的病种

小儿感冒与急性传染病早期的鉴别诊断：多种急性传染病的早期都有类似感冒的症状，如麻疹、百日咳、水痘、幼儿急疹、猩红热、流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎等，应结合流行病史、临床表现、实验室检查，以及病情演变特点等加以鉴别。

4 辨证^[1-4]

4.1 主证

4.1.1 风寒感冒证

恶寒，发热，无汗，鼻塞，流清涕，喷嚏，咳嗽，痰清稀易咯，面色白，头身痛，口不渴，咽无红肿疼痛，舌淡红，苔薄白，脉浮紧，指纹浮红。

4.1.2 风热感冒证

发热，恶风，有汗或少汗，鼻塞，流浊涕，喷嚏，咳嗽，痰稠色白或黄，面色红赤，哭闹不安或烦躁不宁，头痛，口渴，咽红肿痛，小便黄赤，舌质红，苔薄黄，脉浮数，指纹浮紫。

4.1.3 暑邪感冒证

夏季发病，壮热，汗出热不解，头晕头痛，鼻塞、喷嚏，身重困倦，面色红赤，哭闹不安或烦躁不宁，咽红肿痛，口渴欲饮或口干不欲饮，纳呆，恶心呕吐，泄泻，小便短赤，舌质红，苔黄腻，脉数，指纹紫滞。

4.1.4 时疫感冒证

起病急骤，全身症状重。高热寒战，头晕头痛，鼻塞、喷嚏，咳嗽，面目红赤，哭闹不安或烦躁不宁，咽红肿痛，无汗或汗出热不解，肌肉骨节酸痛，腹胀腹痛，或有呕吐、泄泻，舌质红或红绛，苔黄燥或黄腻，脉洪数，指纹紫滞。

4.2 兼证

4.2.1 感冒夹痰证

感冒兼见咳嗽较剧，痰多，喉间痰鸣，舌苔厚腻，脉浮滑或滑数。

4.2.2 感冒夹滞证

感冒兼见脘腹胀满，不思饮食，口气秽臭，恶心呕吐，吐物酸腐，大便酸臭，或腹痛泄泻，或大便秘结，舌苔垢腻，脉滑。

4.2.3 感冒夹惊证

感冒兼见惊惕惊叫，烦躁不宁，甚至骤然两目凝视，肢体抽搐，口唇发绀，舌质红，脉浮弦或弦数。

5 治疗

5.1 治疗原则^[1-4]

本病治疗，以疏风解表为基本原则。临床上应区分主证和兼证辨证论治。治疗主证时根据不同的证候相应治以辛温解表、辛凉解表、清暑化湿及清热解毒。治疗兼证时应在解表的基础上，分别佐以化痰、消导、镇惊之法，其中兼有寒痰者宜宣肺化痰，兼有热痰者宜清肺化痰。同时，因小儿为稚阴稚阳之体，过汗则耗伤津液，甚则损伤心阳，不利病愈，反致病深转重，故在解表之时发汗不宜太过。如为体虚感冒者可用扶正解表法治疗。本病除内服汤药之外，还可用中成药治疗，也可配合使用外治疗法。

5.2 分证论治^[1-5]

5.2.1 主证

5.2.1.1 风寒感冒证（推荐级别：D）

治法：疏风解表散寒。

主方：荆防败毒散（《摄生众妙方》）加减。

常用药：荆芥、防风、羌活、紫苏叶、白芷、前胡、白前、桂枝、葱白、淡豆豉。

药物加减：头痛明显者，加葛根、白芷；恶寒无汗者，加麻黄、桂枝；咳声重浊者，加白前、紫菀；呕吐者，加姜半夏、生姜、竹茹；外寒里热者，加黄芩、石膏、板蓝根。

5.2.1.2 风热感冒证（推荐级别：D）

治法：疏风解表清热。

主方：银翘散（《温病条辨》）加减。

常用药：金银花、连翘、薄荷、牛蒡子、淡豆豉、荆芥、桔梗、淡竹叶、桑叶、大青叶、甘草。

药物加减：高热者，加栀子、黄芩；咽红肿痛者，加蝉蜕、蒲公英、玄参；大便秘结者加枳实、大黄。

5.2.1.3 暑邪感冒证（推荐级别：D）

治法：清暑解表化湿。

主方：新加香薷饮（《温病条辨》）加减。

常用药：香薷、荷叶、金银花、连翘、薄荷、广藿香、佩兰、淡豆豉、白扁豆、六一散。

药物加减：偏热重者，加黄连、栀子；偏湿重者，加鸡苏散、佩兰、广藿香；呕吐者，加姜半夏、竹茹；泄泻者，加葛根、黄芩、黄连、苍术。

5.2.1.4 时疫感冒证（推荐级别：D）

治法：疏风清热解毒。

主方：银翘散（《温病条辨》）合普济消毒饮（《东垣试效方》）加减。

常用药：金银花、连翘、荆芥、羌活、薄荷、栀子、黄芩、板蓝根、桔梗、牛蒡子、贯众、甘草。

药物加减：高热者，加柴胡、大青叶、葛根；恶心、呕吐者，加竹茹、黄连。

5.2.2 兼证

5.2.2.1 感冒夹痰证（推荐级别：D）

治法：风寒夹痰者，辛温解表，宣肺化痰；风热夹痰者，辛凉解表，清肺化痰。

主方：在疏风解表基础上，风寒夹痰者加用二陈汤（《太平惠民和剂局方》）、三拗汤（《太平惠民和剂局方》）加减；风热夹痰者加用桑菊饮（《温病条辨》）、黛蛤散（经验方）加减。

常用药：风寒夹痰者常加麻黄、苦杏仁、法半夏、陈皮、白前；风热夹痰者常加桑叶、菊花、前胡、黛蛤散、浙贝母、瓜蒌皮、天竺黄。

5.2.2.2 感冒夹滞证（推荐级别：D）

治法：解表兼以消食导滞。

主方：在疏风解表基础上加用保和丸（《丹溪心法》）加减。

常用药：焦六神曲、焦山楂、麦芽（炒）、谷芽（炒）、鸡内金、莱菔子、槟榔、大黄。

5.2.2.3 感冒夹惊证（推荐级别：D）

治法：解表兼以清热镇惊。

主方：在疏风解表基础上加用镇惊丸（《证治准绳》）加减。

常用药：羚羊角粉、钩藤、防风、蝉蜕、僵蚕、蒺藜。另加用小儿金丹片或小儿回春丹。

5.3 中成药

小儿豉翘清热颗粒：每袋2g。每服剂量：6个月~1岁1~2g、1~3岁2~3g、4~6岁3~4g、7~9岁4~5g、10岁以上6g，每日3次。用于风热感冒证、感冒夹滞证。（推荐级别：C）^[7]

小儿感冒颗粒：每袋12g。每服剂量：<1岁6g、1~3岁6~12g、4~7岁12~18g、8~12岁24g，每日2次。婴儿应在医师指导下服用。用于风热感冒证。（推荐级别：D）^[1-6]

小儿感冒舒颗粒：每袋6g。每服剂量：1~3岁3g，每日4次；4~7岁6g，每日3次；8~14岁6g，每日4次。用于风热感冒证。（推荐级别：B）^[8]

藿香正气口服液：每支10ml。成人剂量：每服5~10ml，每日2次，用时摇匀。建议用法用量：每服剂量：<3岁5ml、>3岁10ml，每日2次。用于暑邪感冒证。（推荐级别：D）

清开灵颗粒：每袋3g。成人剂量：每服3~6g，每日2~3次。建议用法用量：每服剂量：<1岁1.5g、1~3岁3g、3~6岁4.5g、6~13岁6g，每日2~3次。用于时疫感冒证和感冒夹惊证。（推荐级别：D）^[9]

午时茶颗粒：每袋6g。成人剂量：每服6g，每日1~2次。建议用法用量：每服剂量：<3岁3g，每日1~2次；>3岁3g，每日2次。用于风寒感冒夹滞证。（推荐级别：D）

清热化滞颗粒：每袋2.5g。每服剂量：1~3岁2.5g、4~7岁5g、≥8岁7.5g，每日3次。用于风热感冒夹滞证。（推荐级别：A）^[10-11]

5.4 药浴疗法

方法一：羌活30g，独活30g，细辛15g，防风30g，紫苏叶30g，白芷30g，桂枝20g，葱白30g，淡豆豉30g。煎水3000ml，候温沐浴，每日1~2次。用于风寒感冒证。（推荐级别：D）

方法二：金银花30g，连翘30g，柴胡30g，桑叶30g，大青叶30g，薄荷20g，蝉蜕30g，栀子30g。煎水3000ml，候温沐浴，每日1~2次。用于风热感冒证。（推荐级别：D）

方法三：香薷30g，金银花50g，连翘50g，柴胡30g，防风30g，淡豆豉30g，扁豆花30g，石膏50g，鸡苏散50g，板蓝根50g。煎水3000ml，候温沐浴，每日1~2次。用于暑邪感冒证。（推荐级别：D）

5.5 灌肠疗法

常用药：柴胡、大黄、薄荷、荆芥、防风、石膏、黄柏、黄芩、金银花、连翘等。外寒里热可加

桂枝、细辛；夹湿加广藿香、佩兰、苍术；夹滞加枳实；夹惊加钩藤、蝉蜕。药物按小儿口服量，加水浓煎至所需量（每次30~100ml），做保留灌肠，保留20~30分钟，每日1~2次。用于风热感冒证，尤其适用于小儿服药困难者。（推荐级别：D）

5.6 拔罐疗法

在大椎、肺俞穴拔罐，每日1次。用于风寒感冒证。注意：留罐时间不宜太长，防止皮肤烫伤。（推荐级别：D）

5.7 针灸疗法

针法：取大椎、曲池、外关、合谷，用泻法，每日1次。用于风热感冒证。（推荐级别：D）

灸法：取大椎、风门、肺俞，用艾灸1~2壮，依次灸治，每穴5~10分钟，以皮肤表面温热为宜，每日1~2次。用于风寒感冒证。（推荐级别：D）

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 76.
- [2] 汪受传, 俞景茂. 全国高等中医药院校研究生规划教材·中医儿科临床研究 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 141-153.
- [3] 管鹏声, 管一沁. 新编中医儿科临床手册 [M]. 南昌: 江西科学技术出版社, 2000: 264-274.
- [4] 琚玮, 葛涓菲. 现代中医儿科诊疗全书 [M]. 上海: 第二军医大学出版社, 2005: 137-143.
- [5] 黄玲. 银翘退热汤治疗小儿外感发热 [J]. 四川中医, 2006, 24 (7): 79-80.
- [6] 李春文, 周冰. 小儿感冒颗粒治疗 103 例患儿的疗效观察 [J]. 华西药学杂志, 1999, 14 (Z1): 418.
- [7] 石燕. 小儿豉翘清热颗粒治疗小儿急性上呼吸道感染 120 例的临床观察 [J]. 天津药学, 2009, 21 (3): 56-57.
- [8] 李燕宁, 张葆青, 潘月莉, 等. 小儿感冒舒颗粒治疗小儿外感发热 (表寒里热证) 的双盲观察 [J]. 中国中医药信息杂志, 2001, 8 (9): 55-56.
- [9] 张冬梅, 侯学光. 清开灵颗粒剂治疗小儿上感高热 124 例 [J]. 中医研究, 2000, 13 (4): 30-31.
- [10] 汪受传, 赵霞, 刘书堂. 清热化滞颗粒Ⅲ期临床及实验研究总结 [J]. 中国临床实用医学, 2007, 1 (1): 41-43.
- [11] 赵霞, 汪受传. 清热化滞颗粒治疗小儿积滞化热证 211 例临床观察 [J]. 中医杂志, 2003, 44 (10): 758-759.

小 儿 乳 蛾

1 范围

本指南提出了小儿乳蛾的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于 18 周岁以下人群乳蛾患者的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

小儿乳蛾 tonsillitis in children

小儿乳蛾是儿科常见肺系疾病。临床以咽痛，喉核红肿，甚至化脓溃烂为主要特征。多发于 3 岁以上的小儿，分急乳蛾和慢乳蛾两类。相当于西医的“小儿扁桃体炎”，急乳蛾相当于“急性扁桃体炎”、慢乳蛾相当于“慢性扁桃体炎”。

3 诊断

3.1 急乳蛾的诊断^[1-3]

3.1.1 临床表现

咽痛，咽痒，或吞咽困难，咽部异物感。喉核红肿，表面可有脓点；颌下淋巴结肿大压痛。轻者可无全身症状；重者可见发热，恶寒或微恶寒，头身疼痛，咳嗽，口臭，纳呆。起病较急，病程较短。

3.1.2 实验室检查

血常规：病毒感染者可见血白细胞计数正常或偏低。细菌感染者血白细胞计数增高，中性粒细胞增高。

咽拭子检查：可查出致病病毒或细菌。

3.2 慢乳蛾的诊断^[1-3]

3.2.1 临床表现

可有急乳蛾反复发作史，或鼻腔、鼻窦感染史或上呼吸道病史。咽痛反复发作，或咽痒不适，咽干灼热，有异物感。喉核红肿，表面脓点，或挤压舌腭弓后有少许脓液排出；或喉核表面有瘢痕，颌下淋巴结肿大压痛。低热或不发热，口干，或咳嗽，夜寐打鼾。病程较长。

3.2.2 实验室检查

血常规：病毒感染者可见血白细胞计数正常或偏低。细菌感染者血白细胞计数增高，中性粒细胞增高。

咽部分泌物细胞学检查：用涂片或压片法做细胞学检查可见淋巴细胞及浆细胞较多，分叶中性粒细胞少，即细胞退行性变明显。

3.3 需与乳蛾鉴别的病种^[1-5]

需与急乳蛾鉴别的病种：烂喉痧（猩红热），喉关痛，咽白喉，咽疳（奋森咽峡炎）。

需与慢乳蛾鉴别的病种：慢喉痹（慢性咽炎）。

4 辨证^[1-6]

4.1 急乳蛾

4.1.1 风热犯肺证

咽痛，渐加剧，咳嗽、吞咽加重，咽干灼热或痒，轻度吞咽困难，伴发热微恶寒，头痛鼻塞，咳嗽咯痰，喉核及周围黏膜红肿，尚未化脓，颌下淋巴结肿大压痛，舌红，苔薄黄，脉浮数。

4.1.2 风寒袭肺证

咽微痛，轻度吞咽困难，伴发热恶寒，喷嚏，鼻塞涕清，头身疼痛，无汗，喉核淡红稍肿，咽黏

膜色淡，舌淡红，苔薄白，脉浮。

4.1.3 肺胃热盛证

咽痛明显，吞咽时加剧，牵引耳痛，张口、吞咽困难，伴发热面赤，口渴欲冷饮，口臭，咳吐黄痰，小便短黄，大便秘结，喉核红肿，咽黏膜深红，喉核表面有黄白色脓点，颌下淋巴结肿大压痛，舌红，苔黄或黄腻，脉洪数。

4.2 慢乳蛾

4.2.1 肺肾阴虚证

咽部干燥、灼热，咽痒微痛不适，有异物感，伴干咳少痰，潮热盗汗，午后低热，手足心热，鼻干少津，神疲乏力，虚烦失眠，颧红耳鸣，小便黄少，大便干燥，喉核暗红肿大，或有少许脓液附着，舌红少津，苔少，脉细数。

4.2.2 肺脾气虚证

咽部不适，微痒或干燥，或有异物感、梗阻感，伴咯痰色白，面色少华，神疲乏力，食欲不振，大便溏薄，或易自汗出，反复外感，喉核肥大，色泽淡白，经久不消，挤压时可有少许脓液，舌淡红，舌质淡胖，苔薄白润，脉细弱无力。

4.2.3 痰瘀互结证

久病咽痛不适，异物梗阻感，或咽部堵闷，吞咽不畅，或刺痛感，或咽干欲漱水，伴痰黏难咯，全身症状不明显，喉核肿大暗红，质韧，或硬或软，表面不平，颌下淋巴结肿大压痛，舌质暗，或有瘀斑，苔或腻，脉弦或细涩。

5 治疗

5.1 治疗原则

乳蛾治疗，以利咽散结为法，同时视病因病机不同分别施治。急乳蛾，热证者清热解毒，热在表者疏风清热、在里者清泻肺胃；风寒者则宜疏风散寒，利咽消肿。慢乳蛾，阴虚者滋阴降火，气虚者补肺健脾，痰瘀互结者化痰散瘀。应密切关注患儿病情变化，预防并发症的产生。患儿应饮食清淡，加强锻炼，增强体质，重视卫生，防止外感。对于乳蛾反复发作，必要时可采用手术治疗。

5.2 分证论治

5.2.1 急乳蛾

5.2.1.1 风热犯肺证（推荐级别：D）^[7]

治法：疏风清热，利咽消肿。

主方：银翘马勃散（《温病条辨》）加减。

常用药：金银花、连翘、马勃、射干、牛蒡子、薄荷、蝉蜕、桔梗。

药物加减：喉核赤肿甚者，加板蓝根、玄参；发热甚者，加大青叶、山豆根；声嘶者，加木蝴蝶、蝉蜕；咳甚痰多者，加瓜蒌皮、浙贝母、黛蛤散；舌苔厚腻者，加薏苡仁、鱼腥草。

5.2.1.2 风寒袭肺证（推荐级别：E）

治法：疏风散寒，利咽消肿。

主方：加味香苏散（《医学心悟》）加减。

常用药：荆芥、白芷、紫苏叶、陈皮、香附、桔梗、蔓荆子、川芎、甘草、生姜。

药物加减：恶寒无汗，头身疼痛者，可加羌活、防风；自汗恶风者，加桂枝、白芍；咽痛音哑者，可加桔梗、木蝴蝶；咳嗽者，加前胡、苦杏仁；便秘者，加莱菔子、枳壳。

5.2.1.3 肺胃热盛证（推荐级别：D）

治法：清泻肺胃，利咽消肿。

主方：清咽利膈汤（《外科正宗》）加减。

常用药：连翘、栀子、黄芩、薄荷、牛蒡子、金银花、玄参、甘草、桔梗、黄连。

药物加减：肿痛甚者，加射干、山豆根、牡丹皮；喉核表面有脓者，加马勃、皂角刺、天花粉；烦渴引饮者，加石膏、芦根。

5.2.2 慢乳蛾

5.2.2.1 肺肾阴虚证（推荐级别：D）

治法：滋阴降火，利咽散结。

主方：养阴清肺汤（《重楼玉钥》）合六味地黄丸（《小儿药证直诀》）加减。

常用药：麦冬、玄参、地黄、牡丹皮、白芍、甘草、川贝母、薄荷、山茱萸、山药、茯苓、泽泻。

药物加减：咽部潮红疼痛、哽咽不利等症状明显者，加知母、黄柏；喉核肿大明显者，加夏枯草、蒲公英、海藻；低热不退者，加青蒿、胡黄连。

5.2.2.2 肺脾气虚证（推荐级别：D）

治法：补肺健脾，利咽散结。

主方：玉屏风散（《世医得效方》）合参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）加减。

常用药：黄芪、防风、白术、党参、山药、莲子、陈皮、茯苓、薏苡仁、白扁豆、炙甘草、桔梗。

药物加减：余热未清者，加板蓝根、黄芩、玄参；汗多者，加碧桃干、龙骨（煅）、浮小麦；食欲不振者，加焦山楂、鸡内金、谷芽（炒）；大便溏薄者，加芡实、薏苡仁（炒）；咽肿甚，痰多清稀者，加法半夏、天南星。

5.2.2.3 痰瘀互结证（推荐级别：D）

治法：祛痰化瘀，利咽散结。

主方：会厌逐瘀汤（《医林改错》）合二陈汤（《太平惠民和剂局方》）加减。

常用药：桃仁、红花、当归、赤芍、地黄、柴胡、枳壳、桔梗、甘草、玄参、法半夏、陈皮、茯苓、生姜。

药物加减：喉核质硬不消者，加昆布、莪术；复感热邪、溢脓黄稠者，加黄芩、蒲公英、车前子。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

复方瓜子金颗粒：每袋 10g 相当于饮片 14g、每袋 20g 相当于饮片 28g。成人剂量：每服 20g，每日 3 次。建议用法用量：每服剂量：<6 岁 10g、>6 岁 20g，每日 2~3 次。用于风热犯肺证、肺胃热盛证。（推荐级别：D）^[8]

小儿热速清口服液：每支 10ml。每服剂量：1 岁以内 2.5~5ml、1~3 岁 5~10ml、3~7 岁 10~15ml、7~12 岁 15~20ml，每日 3~4 次。如病情较重或服药 24 小时后疗效不明显者，可酌情增加剂量。用于风热犯肺证、肺胃热盛证。（推荐级别：D）^[9]

六神丸：每 100 粒 0.26g。每服剂量：1 岁 1 粒、2 岁 2 粒、3 岁 3~4 粒、4~8 岁 5~6 粒、9~10 岁 8~9 粒，每日 3 次。用于风热犯肺证、肺胃热盛证。（推荐级别：D）

儿童清咽解热口服液：每支 10ml。每服剂量：1~3 岁 5ml、4~7 岁 10ml、>7 岁 15ml，每日 3 次。用于肺胃热盛证。（推荐级别：B）^[10-11]

双黄连口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 20ml，每日 3 次。建议用法用量：每服剂量：<3 岁 10ml，每日 2 次；3~6 岁 10ml，每日 3 次；>6 岁 20ml，每日 2~3 次。用于肺胃热盛证。（推荐级别：D）^[12]

蒲地蓝消炎口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 10ml，每日 3 次。建议用法用量：每服剂量：<1 岁 3ml、1~3 岁 5ml、3~5 岁 7ml、5 岁以上 10ml，每日 3 次。用于肺胃热盛证。（推荐级别：

D)^[13]

黄栀花口服液：每支10ml。饭后口服，每服剂量：2.5~3岁5ml、4~6岁10ml、7~10岁15ml、11岁以上20ml，每日2次，疗程3天。用于肺胃热盛证。（推荐级别：D）^[14]

金果饮：每瓶165ml。成人剂量：每服15ml，每日3次。建议用法用量：每服剂量：<3岁5ml、3~6岁10ml、>6岁15ml，每日2~3次。用于肺肾阴虚证。（推荐级别：D）

5.3.2 中药注射剂

热毒宁注射液：每支10ml。静脉滴注，3~5岁最高剂量不超过10ml，加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液50~100ml稀释后使用，滴速为每分钟30~40滴，每日1次。6~10岁每次10ml，以5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液100~200ml稀释后使用，滴速为每分钟30~60滴，每日1次。11~13岁每次15ml，以5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液200~250ml稀释后静脉滴注，滴速为每分钟30~60滴，每日1次。14~17岁每次20ml，以5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液250ml稀释后静脉滴注，滴速为每分钟30~60滴，每日1次。或遵医嘱。本品使用后需用5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液冲洗输液管后，方可使用第2种药物。用于风热犯肺证。（推荐级别：D）^[15]

痰热清注射液：每支10ml。静脉滴注，每次20ml，重症患者可用40ml，加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液250~500ml，注意控制滴数在每分钟60滴以内，每日1次。儿童按体重0.3~0.5ml/kg，最高剂量不超过20ml，加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液100~200ml，静脉滴注，控制滴数在每分钟30~60滴，每日1次。或遵医嘱。用于风热犯肺证、肺胃热盛证。（推荐级别：D）^[16]

炎琥宁注射液：每支80mg。临用前，加灭菌注射用水适量使溶解。成人剂量：肌肉注射：每次40~80mg，每日1~2次；静脉滴注，每日0.16~0.4g，每日1~2次，用5%葡萄糖注射液或5%葡萄糖氯化钠注射液稀释后滴注。建议用法用量：10mg/（kg·d）加入5%~10%葡萄糖注射液稀释后静脉滴注，最大剂量不超过160mg。用于风热犯肺证、肺胃热盛证。（推荐级别：D）^[17]

喜炎平注射液：每支2ml：50mg。成人剂量：肌肉注射，每次50~100mg，每日2~3次。静脉滴注，每日250~500mg，加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液中滴注。建议用法用量：5~10mg/（kg·d），加入5%葡萄糖注射液100~250ml中稀释后静脉滴注，最大剂量不超过100mg/d。用于肺胃热盛证。（推荐级别：D）^[18]

5.4 贴敷疗法

在前述治疗基础上，用口疮散（吴茱萸、黄连、黄芩、连翘，以2:1:2:2比例研极细粉混合），每日临睡前取药粉20g左右，用醋适量调和，捏成小饼状，贴于双足心涌泉穴处后固定，次晨取下，每日1次，3日为1疗程，可用2疗程。或釜底抽薪散（吴茱萸、大黄、黄柏、胆南星各3g），同法敷贴涌泉穴24小时。用于风热犯肺证、肺胃热盛证。（推荐级别：E）^[19-20]

5.5 针灸疗法

可用三棱针或粗针点刺少商、商阳，放血数滴，每日1次；或以耳尖、耳背静脉为主穴，点刺放血1~3滴，体温高者加刺曲池，咽喉疼痛明显者加刺合谷，婴幼儿不留针，年长儿留针15分钟。用于急乳蛾各证。（推荐级别：C）^[21-22]

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1 ~ 001.9 - 94 • 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 126 - 127.
- [2] 王永钦. 中医药学高级丛书·中医耳鼻咽喉口腔科学 [M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 1117 - 1120.
- [3] 汪受传. 高等中医药院校教学参考丛书·中医儿科学 [M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 88 - 93.
- [4] 王永钦. 中医药学高级丛书·中医耳鼻咽喉口腔科学 [M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 563 - 582.
- [5] 胡连生, 李凡成. 中国传统临床医学丛书·中医耳鼻咽喉科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004: 222 - 236.
- [6] 李凡成, 徐绍勤. 中西医结合耳鼻咽喉科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 280 - 292.
- [7] 曹霞. 中西医结合治疗小儿急性扁桃体炎 43 例 [J]. 吉林中医药, 2006, 26 (4): 37.
- [8] 邓耀成, 朱向阳, 刘玉涛. 复方瓜子金颗粒治疗儿童急性扁桃体炎 281 例疗效观察 [J]. 实用中西医结合临床, 2004, 4 (3): 55.
- [9] 陈勤, 吴惠芬. 小儿热速清治疗化脓性扁桃体炎 78 例 [J]. 浙江中西医结合杂志, 2002, 12 (7): 437.
- [10] 胡思源, 马融, 刘海沛. 儿童清咽解热口服液治疗小儿急性咽炎肺胃实热证临床研究 [J]. 中国医药学报, 2004, 19 (1): 31 - 33.
- [11] 朱先康, 汪受传. 清咽解热口服液治疗小儿急性咽炎 (肺胃实热证) 临床观察 [J]. 河北中医, 2001, 23 (11): 809 - 810.
- [12] 寇翠萍. 双黄连在治疗小儿化脓性扁桃体炎中的作用 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2000, 7 (1): 45.
- [13] 郭可瑜. 蒲地蓝消炎口服液治疗 162 例小儿急性扁桃体炎与急性咽炎的疗效 [J]. 实用医技杂志, 2006, 13 (9): 1560 - 1561.
- [14] 王志敏, 刘玲, 王晓燕, 等. 黄栀花口服液治疗小儿急性化脓性扁桃体炎 [J]. 北京中医药大学学报, 1999, 22 (4): 75 - 76.
- [15] 陈雄. 热毒宁联合头孢呋辛治疗化脓性扁桃体炎 30 例的临床观察 [J]. 广西医学, 2009, 31 (5): 711 - 712.
- [16] 李慧竹, 丁慧芳, 夏陈伟. 痰热清注射液治疗急性扁桃体炎 180 例 [J]. 浙江中医杂志, 2007, 42 (6): 368.
- [17] 杨勇, 赵宏霞, 曹敏. 炎琥宁佐治小儿急性化脓性扁桃体炎疗效观察 [J]. 中国实用医药, 2008, 3 (16): 122.
- [18] 刘培辉, 宋丹妮, 杨尚武. 喜炎平佐治小儿急性化脓性扁桃体炎疗效观察 [J]. 中国实用医药, 2008, 3 (17): 109 - 110.
- [19] 黄如红, 毕美芬. 口疮散外敷涌泉穴治疗小儿乳蛾 178 例 [J]. 新中医, 2006, 38 (12): 60.
- [20] 严华. 中西医结合治疗小儿急性扁桃体炎疗效观察 [J]. 实用中西医结合临床, 2004, 4 (5): 29.

[21] 张连良, 李胜, 刘辉. 少商、商阳穴点刺放血治疗急性扁桃体炎 100 例 [J]. 针灸临床杂志, 2000, 16 (9): 33-34.

[22] 王会来, 付淑文. 耳针为主配合体针治疗小儿急性扁桃体炎 76 例疗效观察 [J]. 针灸临床杂志, 2003, 19 (3): 10-11.

5.2 分证论治

5.2.1 风热犯肺证 (推荐级别: D)

主症: 发热, 恶寒, 咳嗽, 痰黄, 咽痛, 扁桃体红肿, 口渴, 舌红, 苔黄, 脉数。

主方: 银翘散 (《温病条辨》) 加减。

常用药: 银翘、薄荷、荆芥、防风、连翘、牛蒡子、桔梗、甘草、芦根、淡竹叶、金银花、板蓝根、玄参、麦冬、生地、丹皮、赤芍、桃仁、杏仁、枇杷叶、梨皮、梨汁、梨膏、梨糖、梨蜜、梨油、梨酒、梨醋、梨酱、梨粉、梨膏、梨糖、梨蜜、梨油、梨酒、梨醋、梨酱、梨粉。

药物加减: 咳嗽重者, 加紫菀、款冬花、桑白皮、地骨皮、浙贝母、天竺黄、胆南星、竹沥、生姜汁、梨汁、梨膏、梨糖、梨蜜、梨油、梨酒、梨醋、梨酱、梨粉。

5.2.2 风热犯肺证 (推荐级别: D)

主症: 发热, 恶寒, 咳嗽, 痰黄, 咽痛, 扁桃体红肿, 口渴, 舌红, 苔黄, 脉数。

主方: 银翘散 (《温病条辨》) 加减。

常用药: 银翘、薄荷、荆芥、防风、连翘、牛蒡子、桔梗、甘草、芦根、淡竹叶、金银花、板蓝根、玄参、麦冬、生地、丹皮、赤芍、桃仁、杏仁、枇杷叶、梨皮、梨汁、梨膏、梨糖、梨蜜、梨油、梨酒、梨醋、梨酱、梨粉。

药物加减: 咳嗽重者, 加紫菀、款冬花、桑白皮、地骨皮、浙贝母、天竺黄、胆南星、竹沥、生姜汁、梨汁、梨膏、梨糖、梨蜜、梨油、梨酒、梨醋、梨酱、梨粉。

5.2.3 风热犯肺证 (推荐级别: D)

主症: 发热, 恶寒, 咳嗽, 痰黄, 咽痛, 扁桃体红肿, 口渴, 舌红, 苔黄, 脉数。

主方: 银翘散 (《温病条辨》) 加减。

常用药: 银翘、薄荷、荆芥、防风、连翘、牛蒡子、桔梗、甘草、芦根、淡竹叶、金银花、板蓝根、玄参、麦冬、生地、丹皮、赤芍、桃仁、杏仁、枇杷叶、梨皮、梨汁、梨膏、梨糖、梨蜜、梨油、梨酒、梨醋、梨酱、梨粉。

药物加减: 咳嗽重者, 加紫菀、款冬花、桑白皮、地骨皮、浙贝母、天竺黄、胆南星、竹沥、生姜汁、梨汁、梨膏、梨糖、梨蜜、梨油、梨酒、梨醋、梨酱、梨粉。

5.2.4 痰热壅肺证 (推荐级别: D)

主症: 发热, 恶寒, 咳嗽, 痰黄, 咽痛, 扁桃体红肿, 口渴, 舌红, 苔黄, 脉数。

主方: 清金化痰汤 (《统旨方》) 加减。

常用药: 黄芩、桑白皮、知母、瓜蒌皮、浙贝母、地骨皮、桔梗、桑白皮、天竺黄、胆南星、竹沥、生姜汁、梨汁、梨膏、梨糖、梨蜜、梨油、梨酒、梨醋、梨酱、梨粉。

药物加减: 咳嗽重者, 加紫菀、款冬花、桑白皮、地骨皮、浙贝母、天竺黄、胆南星、竹沥、生姜汁、梨汁、梨膏、梨糖、梨蜜、梨油、梨酒、梨醋、梨酱、梨粉。

5.2.5 痰热壅肺证 (推荐级别: D)

主症: 发热, 恶寒, 咳嗽, 痰黄, 咽痛, 扁桃体红肿, 口渴, 舌红, 苔黄, 脉数。

主方: 二陈汤 (《太平惠民和剂局方》) 合三子养亲汤 (《韩氏医通》) 加减。

常用药: 半夏、陈皮、茯苓、远志、白芥子、莱菔子、紫苏子、枇杷叶、梨皮、梨汁、梨膏、梨糖、梨蜜、梨油、梨酒、梨醋、梨酱、梨粉。

药物加减: 咳嗽重者, 加紫菀、款冬花、桑白皮、地骨皮、浙贝母、天竺黄、胆南星、竹沥、生姜汁、梨汁、梨膏、梨糖、梨蜜、梨油、梨酒、梨醋、梨酱、梨粉。

5.2.6 阴虚肺热证 (推荐级别: D)

主症: 发热, 恶寒, 咳嗽, 痰黄, 咽痛, 扁桃体红肿, 口渴, 舌红, 苔黄, 脉数。

主方: 二陈汤 (《太平惠民和剂局方》) 合三子养亲汤 (《韩氏医通》) 加减。

常用药: 半夏、陈皮、茯苓、远志、白芥子、莱菔子、紫苏子、枇杷叶、梨皮、梨汁、梨膏、梨糖、梨蜜、梨油、梨酒、梨醋、梨酱、梨粉。

药物加减: 咳嗽重者, 加紫菀、款冬花、桑白皮、地骨皮、浙贝母、天竺黄、胆南星、竹沥、生姜汁、梨汁、梨膏、梨糖、梨蜜、梨油、梨酒、梨醋、梨酱、梨粉。

小儿支气管炎

1 范围

本指南提出了小儿支气管炎的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群支气管炎的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

小儿支气管炎 bronchitis in children

小儿支气管炎是儿科常见的肺系疾病之一，临床以咳嗽、咯痰为主要特征。多继发于上呼吸道感染之后，冬春季发病较多，3岁以内小儿多见。属于中医“小儿咳嗽”范畴。

3 诊断^[1-3]

3.1 临床表现

咳嗽，咯痰，肺部闻及干啰音或不固定的粗湿啰音。

3.2 实验室检查

血常规：病毒性支气管炎白细胞总数正常或偏低。细菌性支气管炎白细胞总数可升高，中性粒细胞增多。

X线全胸片：肺纹理增粗，或肺门阴影增浓。

3.3 需与小儿支气管炎鉴别的病种

肺炎喘嗽，肺不张，气管异物，肺结核。

4 辨证^[4-7]

4.1 风寒袭肺证

咳嗽频作，痰稀色白易咯，鼻塞，喷嚏，流清涕，恶寒，发热，无汗，咽痒声重，口不渴，头痛，全身酸痛，舌质淡红，苔薄白，脉浮紧或指纹浮红。

4.2 风热犯肺证

咳嗽不爽，痰稠色黄难咯，鼻流浊涕，发热，恶风，有汗，咽痛，口渴，头痛，舌质红，苔薄黄，脉浮数或指纹浮紫。

4.3 风燥伤肺证

干咳无痰，或痰少难咯，或痰中带血，咽干鼻干，口干欲饮，咽痒咽痛，发热，大便干，舌红少津，苔薄而干，脉浮数或指纹浮紫。

4.4 痰热壅肺证

咳嗽痰多，或痰稠色黄难咯，发热口渴，面赤心烦，或伴气促，小便短赤，大便干结，舌质红，苔黄腻，脉滑数或指纹紫滞。

4.5 痰湿蕴肺证

咳嗽声重，痰多色白而稀，喉间痰鸣，胸闷纳呆，口不渴，神疲肢倦，大便溏薄，舌质淡，苔白腻，脉滑或指纹紫滞。

4.6 阴虚肺热证

干咳无痰，或痰少难咯，或痰中带血，咽痛声嘶，口舌干燥，潮热盗汗，五心烦热，形体消瘦，大便干结，舌红少苔，脉细数或指纹紫。

4.7 肺脾气虚证

咳嗽无力，痰稀色白，久延难愈，神疲自汗，气短懒言，面白少华，少食纳呆，反复感冒，舌质

淡，苔薄白，脉细无力或指纹淡。

5 治疗

5.1 治疗原则^[1-7]

本病治疗，应分清外感、内伤。外感咳嗽以疏散外邪，宣通肺气为基本法则，根据寒、热证候不同，分别治以散寒宣肺或解热宣肺。内伤咳嗽应分清虚实。实证有痰热、痰湿之不同，痰热者治以清肺化痰，痰湿者治以燥湿化痰。虚证有气虚、阴虚不同，气虚者治以益气补肺，健脾化痰；阴虚者治以养阴润肺，兼清余热。本病除内服汤药外，还可应用中成药、推拿等疗法。

5.2 分证论治^[5-7]

5.2.1 风寒袭肺证（推荐级别：D）

治法：疏风散寒，宣肺止咳。

主方：华盖散（《太平惠民和剂局方》）加减。

常用药：麻黄（炙）、苦杏仁、白前、紫苏子、桔梗、荆芥、防风、远志、甘草等。

药物加减：咳嗽重者，加紫菀、款冬花；痰多者，加橘红、清半夏；恶寒头痛者，加白芷、川芎、细辛。

5.2.2 风热犯肺证（推荐级别：D）

治法：疏风清热，宣肺止咳。

主方：桑菊饮（《温病条辨》）加减。

常用药：桑叶、菊花、薄荷、连翘、桔梗、苦杏仁、前胡、牛蒡子、甘草等。

药物加减：咽喉肿痛者，加板蓝根、玄参；咳重者，加枇杷叶、款冬花；痰多者，加浙贝母、瓜蒌皮。

5.2.3 风燥伤肺证（推荐级别：D）

治法：润燥止咳，疏风宣肺。

主方：桑杏汤（《温病条辨》）加减。

常用药：桑叶、苦杏仁、浙贝母、北沙参、麦冬、淡豆豉、栀子、枇杷叶、甘草等。

药物加减：咳甚痰中带血者，加藕节炭、白茅根；口渴者，加天花粉、芦根；大便干结者，加瓜蒌子、郁李仁。

5.2.4 痰热壅肺证（推荐级别：D）

治法：清肺化痰，肃肺止咳。

主方：清金化痰汤（《统旨方》）加减。

常用药：黄芩、栀子、桑白皮、知母、瓜蒌皮、浙贝母、麦冬、桔梗、黛蛤散、甘草等。

药物加减：痰多者，加竹茹、葶苈子；心烦口渴者，加石膏、天花粉、淡竹叶；大便干结者，加枳实、大黄。

5.2.5 痰湿蕴肺证（推荐级别：D）

治法：燥湿化痰，肃肺止咳。

主方：二陈汤（《太平惠民和剂局方》）合三子养亲汤（《韩氏医通》）加减。

常用药：清半夏、陈皮、茯苓、远志、白芥子、莱菔子、紫苏子、枳壳、甘草等。

药物加减：痰多者，加苍术、厚朴；咳重者，加款冬花、胆南星；纳呆食少者，加焦六神曲、麦芽（炒）、焦山楂。

5.2.6 阴虚肺热证（推荐级别：D）

治法：滋阴润燥，养阴清肺。

主方：沙参麦冬汤（《温病条辨》）加减。

常用药：北沙参、麦冬、玉竹、白扁豆、天花粉、桑叶、知母、川贝母、甘草等。

药物加减：潮热盗汗者，加地骨皮、青蒿、五味子；久咳不愈者，加百部（炙）、枇杷叶（炙）、诃子；痰中带血者，加墨旱莲、白茅根、藕节炭。

5.2.7 肺脾气虚证（推荐级别：D）

治法：益气补肺，健脾化痰。

主方：六君子汤（《世医得效方》）加减。

常用药：党参、白术、茯苓、陈皮、法半夏、远志、炙甘草等。

药物加减：气短懒言者，加黄芪、山药；咳重痰多者，加紫菀（炙）、款冬花；食少纳呆者，加焦山楂、焦六神曲、豆蔻。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

三拗片：每片0.5g。成人剂量：每服2片，每日3次。建议用法用量：每服剂量：<3岁0.5g，每日2次；3~6岁0.5g，每日3次；>6岁1.0g，每日2~3次。用于风寒袭肺证。（推荐级别：D）

小儿宣肺止咳颗粒：每袋8g。口服，每服剂量：1岁以内1/3袋、1~3岁2/3袋、4~7岁1袋、8~14岁1.5袋，每日3次，3天为1疗程。用于风寒外束，痰热郁肺证。（推荐级别：D）^[8]

急支糖浆：每瓶100ml。每服剂量：≤1岁5ml、1~3岁7ml、3+~7岁10ml、>7岁15ml，每日3~4次。用于风热犯肺证。（推荐级别：D）^[9]

小儿咳喘灵颗粒（口服液）：颗粒剂：每袋2g；口服液：每支10ml。每服剂量：<2岁1g或5ml、3~4岁1.5g或7.5ml、5~7岁2g或10ml，每日3~4次。用于风热犯肺证。（推荐级别：B）^[10-11]

清燥润肺合剂：每瓶100ml。用前振摇。成人剂量：每服10~15ml，每日3次。建议用法用量：每服剂量：<3岁5ml，每日3次；3~6岁10ml，每日2次；>6岁10ml，每日3次。用于风燥伤肺证。（推荐级别：D）

小儿清肺化痰口服液：每支10ml。用时摇匀。每服剂量：1岁以内3ml、1~5岁10ml、5岁以上15~20ml，每日2~3次，用于痰热壅肺证。（推荐级别：D）^[12]

橘红痰咳液：每支10ml。成人剂量：每服10~20ml，每日3次。建议用法用量：每服剂量：<3岁5ml，每日3次；3~6岁10ml，每日2次；>6岁10ml，每日3次。用于痰湿蕴肺证。（推荐级别：D）^[13]

养阴清肺口服液：每支10ml。成人剂量：每服10ml，每日2~3次。建议用法用量：每服剂量：<3岁5ml，每日2次；3~6岁5ml，每日3次；>6岁10ml，每日2次。用于阴虚肺热证。（推荐级别：D）

玉屏风口服液（颗粒）：口服液：每支10ml；颗粒剂：每袋15g。每服剂量：小于1岁3ml或2g、1~5岁5~10ml或2.5~5g、6~14岁10ml或5g，每日3次。用于肺脾气虚证。（推荐级别：D）^[14]

5.3.2 中药注射剂

炎琥宁注射液：每支80mg。临用前，加灭菌注射用水适量使溶解。成人剂量：肌肉注射，每次40~80mg，每日1~2次；静脉滴注，每日0.16~0.4g，用5%葡萄糖注射液或5%葡萄糖氯化钠注射液稀释后滴注，每日1~2次。建议用法用量：10mg/（kg·d）加入5%~10%葡萄糖注射液稀释后静脉滴注，最大剂量不超过160mg。用于风热犯肺证。（推荐级别：B）^[15]

5.4 推拿疗法

揉小天心，补肾水，揉二马，揉板门，逆运内八卦，清肺经，推四横纹，揉小横纹穴，清天河水。咳喘轻者，每日2次，咳喘严重者，每日4~6次。咳喘以夜间为重者，停推四横纹穴，分推肩胛穴各50次，以平喘止咳。高热者，揉小天心后加揉一窝风。（推荐级别：D）

参考文献

- [1] 郁萍, 沈建华. 中西医结合治疗小儿支气管炎 150 例疗效观察 [J]. 山西中医, 2002, 18 (6): 33.
- [2] 王净净, 龙俊杰. 中医临床病证诊断疗效标准 [M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993: 189-190.
- [3] 金建立, 邵淑静. 中西医结合治疗慢性喘息性支气管炎 40 例观察 [J]. 实用中医药杂志, 2010, 26 (4): 247.
- [4] 杨迪轶. 咳喘汤治疗小儿支气管炎 81 例 [J]. 中医学报, 2009, 24 (5): 98-99.
- [5] 杨卉. 辨证辨病治疗小儿顽固性咳嗽 47 例 [J]. 中医函授通讯, 1999, 18 (6): 33-34.
- [6] 余定辉. 辨证与辨病结合治疗小儿咳嗽 132 例观察 [J]. 实用中医药杂志, 1999, 15 (5): 3-4.
- [7] 周淑娟. 浅谈咳嗽的辨证施护 [J]. 江苏中医, 1998, 19 (6): 44.
- [8] 黄兴华. 小儿宣肺止咳颗粒治疗小儿外感咳嗽 [J]. 河南中医, 2004, 24 (9): 47.
- [9] 周兴龙, 陈鹤年. 急支糖浆主治痰热壅肺证咳嗽 182 例 [J]. 安徽中医学院学报, 1999, 18 (3): 18-19.
- [10] 罗世惠. 小儿咳喘灵颗粒的临床应用 [J]. 中医儿科杂志, 2008, 4 (2): 25-26.
- [11] 胡生缸, 赵延祜, 李德爱. 小儿咳喘灵口服液治疗小儿支气管肺炎的临床与实验研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (12): 719-721.
- [12] 陈晓君. 小儿清肺化痰口服液佐治小儿支气管炎的疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2006, 15 (9): 1204-1205.
- [13] 潘俊辉, 邱志楠, 王峰, 等. 橘红痰咳膏治疗小儿急性支气管炎 96 例疗效及安全性研究 [J]. 世界中医药, 2008, 3 (3): 141-143.
- [14] 方泽雄. 玉屏风口服液治疗小儿反复呼吸道感染疗效观察 [J]. 中外医疗, 2009, 28 (32): 85, 87.
- [15] 石菊红, 许会卿, 方春艳. 注射用炎琥宁治疗小儿急性支气管炎疗效观察 [J]. 中国中医急症, 2010, 19 (2): 206, 364.

肺炎喘嗽

1 范围

本指南提出了肺炎喘嗽的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群肺炎喘嗽的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

肺炎喘嗽 pneumonia in children

肺炎喘嗽是儿科常见的肺系疾病之一，临床以气喘，咳嗽，咯痰痰鸣，发热为主要特征。相当于西医的“小儿肺炎”。

3 诊断

3.1 临床表现^[1-3]

气喘，咳嗽，咯痰痰鸣，发热，肺部可闻及中、细湿啰音。

3.2 实验室及特殊检查^[1-2]

X线全胸片：小片状、斑片状阴影，也可出现不均匀的大片状阴影，或为肺纹理增多、紊乱，肺部透亮度增强或降低。

病原学检查：细菌培养、病毒学检查、肺炎支原体检测等，可获得相应的病原学诊断。

血常规：细菌性肺炎，白细胞总数可升高，中性粒细胞增多。病毒性肺炎，白细胞总数正常或偏低。

3.3 需与肺炎喘嗽鉴别的病种

支气管炎，肺结核病，呼吸道异物。

4 辨证

4.1 常证^[1-7]

4.1.1 风寒郁肺证

恶寒发热，头身痛，无汗，鼻塞流清涕，喷嚏，咳嗽，气喘鼻煽，痰稀白易咯，可见泡沫样痰，或闻喉间痰鸣，咽不红，口不渴，面色淡白，纳呆，小便清，舌淡红，苔薄白，脉浮紧，指纹浮红。

4.1.2 风热郁肺证

发热恶风，头痛有汗，鼻塞流清涕或黄涕，咳嗽，气喘，咯黄痰，或闻喉间痰嘶，鼻翼煽动，声高息涌，胸膈满闷，咽红肿，口渴欲饮，纳呆，便秘，小便黄少，面色红赤，烦躁不安，舌质红，苔薄黄，脉浮数，指纹浮紫。

4.1.3 痰热闭肺证

发热，有汗，咳嗽，咯痰黄稠或喉间痰鸣，气急喘促，鼻翼煽动，声高息涌，呼吸困难，胸高胁满，张口抬肩，口唇紫绀，咽红肿，面色红，口渴欲饮，纳呆，便秘，小便黄少，烦躁不安，舌质红，苔黄腻，脉滑数，指纹紫滞。

4.1.4 毒热闭肺证

壮热不退，咳嗽剧烈，痰黄稠难咯或痰中带血，气急喘促，喘憋，呼吸困难，鼻翼煽动，胸高胁满，胸膈满闷，张口抬肩，鼻孔干燥，面色红赤，口唇紫绀，涕泪俱无，烦躁不宁或嗜睡，甚至神昏谵语，呛奶，恶心呕吐，口渴引饮，便秘，小便黄少，舌红少津，苔黄腻或黄燥，脉洪数，指纹紫滞。

4.1.5 阴虚肺热证

咳喘持久，时有低热，手足心热，干咳，痰量少或无痰，咯痰带血，面色潮红，口干、口渴欲

饮，神疲倦怠，夜卧不安，形体消瘦，盗汗，便秘，小便黄少，病程迁延，舌红少津，苔少或花剥，脉细数，指纹淡红。

4.1.6 肺脾气虚证

久咳、咳痰无力，痰稀白易咯，气短，喘促乏力、动则喘甚，低热起伏，面白少华，神疲乏力，形体消瘦，自汗，纳差，口不渴，便溏，病程迁延，反复感冒，舌质淡红，舌体胖嫩，苔薄白，脉无力或细弱，指纹淡。

4.2 变证^[1-7]

4.2.1 心阳虚衰证

面色苍白，唇指紫绀，呼吸浅促、困难，四肢不温，多汗，肋下痞块，心悸动数，虚烦不安，神委淡漠，小便减少，舌质淡紫，脉疾数、细弱欲绝，指纹紫滞。

4.2.2 邪陷厥阴证

壮热不退，口唇紫绀，气促，喉间痰鸣，烦躁不安，谵语狂躁，神识昏迷，口噤项强，角弓反张，四肢抽搐，舌质红绛，脉细数，指纹紫。

5 治疗

5.1 治疗原则

本病治疗，以开肺化痰，止咳平喘为基本原则。开肺以恢复肺气宣发肃降功能为要务，宣肃如常则咳喘自平。若痰多壅盛者，须降气涤痰；喘憋严重者，治以平喘利气；气滞血瘀者，佐以活血化瘀；肺与大肠相表里，壮热炽盛时可用通下药以通腑泄热。出现变证者，或温补心阳，或开窍息风，随证施治。病久肺脾气虚者，宜健脾补肺以扶正为主；若是阴虚肺燥，余邪留恋，用药宜甘寒养阴，润肺化痰，兼清余邪。同时，本病还常结合其他治法，如中成药、雾化吸入等，对于变证，必要时须中西医结合治疗。患儿应忌食油腻及刺激性食物、少进甘甜，防止助热生痰。

5.2 分证论治

5.2.1 常证

5.2.1.1 风寒郁肺证（推荐级别：D）^[6]

治法：辛温宣肺，止咳平喘。

主方：华盖散（《太平惠民和剂局方》）加减。

常用药：麻黄、苦杏仁、防风、桔梗、紫苏子、桑白皮、陈皮、法半夏、甘草。

药物加减：恶寒身痛者，加桂枝、白芷；咳嗽痰多者，加白前、远志；高热加石膏、黄芩。

5.2.1.2 风热郁肺证（推荐级别：B）^[4-7]

治法：辛凉宣肺，清热化痰。

主方：偏表证，身热较甚而咳喘不剧，银翘散（《温病条辨》）主之；偏里证，热邪偏重，频咳，气促，痰多，麻黄杏仁甘草石膏汤（《伤寒论》）主之。

常用药：偏表证用金银花、连翘、淡竹叶、荆芥、淡豆豉、薄荷、桔梗、桑叶、牛蒡子、大青叶、甘草；偏里证用麻黄（炙）、苦杏仁、前胡、款冬花、浙贝母、石膏、薄荷、黄芩、甘草。

药物加减：若壮热烦渴者，重用石膏，加知母；喘息痰鸣者，加葶苈子、瓜蒌皮、枳壳；咽喉红肿疼痛者，加射干、蝉蜕、板蓝根、芦根。

5.2.1.3 痰热闭肺证（推荐级别：B）^[4-7]

治法：清热涤痰，开肺定喘。

主方：五虎汤（《证治汇补》）合葶苈大枣泻肺汤（《金匱要略》）加减。

常用药：麻黄（炙）、石膏、苦杏仁、葶苈子、紫苏子、桑白皮、黄芩、金荞麦、天竺黄、甘草。

药物加减：热重者，加栀子、虎杖，伴大便干加用大黄；伴痰壅喘急者，加用礞石滚痰丸；咳嗽

者，重加前胡、款冬花；痰多者，加竹沥、浙贝母、胆南星、猴枣散；紫绀者，加丹参、赤芍；高热惊惕者，加服紫雪；喘甚便秘痰涌而病情较急者，加服牛黄夺命散。

5.2.1.4 毒热闭肺证（推荐级别：D）^[4]

治法：清热解毒，泻肺开闭。

主方：黄连解毒汤（《外台秘要》）合麻黄杏仁甘草石膏汤（《伤寒论》）加减。

常用药：麻黄（炙）、苦杏仁、前胡、黄芩、黄连、栀子、石膏、地黄、玄参、连翘、甘草。

药物加减：热毒重者，加虎杖、蒲公英、败酱草；伴便秘腹胀者，加大黄、玄明粉；烦躁不宁者，加白芍、钩藤；口干鼻燥，涕泪全无者，加北沙参、麦冬、玉竹。

5.2.1.5 阴虚肺热证（推荐级别：D）^[6]

治法：养阴清肺，润肺止咳。

主方：沙参麦冬汤（《温病条辨》）加减。

常用药：北沙参、麦冬、玉竹、桑白皮、百合、地骨皮、天花粉、地黄、玄参、川贝母、甘草。

药物加减：低热者，加青蒿、知母、黄芩；咳甚者，加紫菀、百部、枇杷叶；干咳不止者，加五味子、乌梅；盗汗者，加龙骨（煅）、牡蛎（煅）、酸枣仁、五味子。

5.2.1.6 肺脾气虚证（推荐级别：D）

治法：补肺益气，健脾化痰。

主方：人参五味子汤（《幼幼集成》）加减。

常用药：党参（或人参）、白术、茯苓、炙黄芪、防风、半夏、陈皮、五味子、焦六神曲、甘草。

药物加减：多汗或动则汗出者，加龙骨（煅）、牡蛎（煅），或加服桂枝龙骨牡蛎汤；咳嗽较甚者，加百部、紫菀、款冬花；纳谷不香者，加谷芽（炒）、麦芽（炒）。

5.2.2 变证

5.2.2.1 心阳虚衰证（推荐级别：D）

治法：温补心阳，救逆固脱。

主方：参附龙牡救逆汤（经验方）加减。

常用药：人参、附子、龙骨（煅）、牡蛎（煅）、白芍、炙甘草。

药物加减：面色唇舌青紫，右肋下痞块明显者，加红花、丹参；呼吸不整或叹息样呼吸者，加山茱萸、麻黄（炙）、熟地黄。

5.2.2.2 邪陷厥阴证（推荐级别：D）

治法：清心开窍，平肝息风。

主方：羚角钩藤汤（《通俗伤寒论》）加减合牛黄清心丸（《景岳全书》）。

常用药：羚羊角粉、钩藤、菊花、地黄、白芍、虎杖、黄芩、郁金、浙贝母、石膏、石决明、甘草。另服牛黄清心丸。

药物加减：高热神昏者，加服安宫牛黄丸或至宝丹；抽搐者，加僵蚕、蒺藜；痰多者，加天竺黄、胆南星、石菖蒲。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

通宣理肺口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 20ml，每日 2~3 次。7 岁以上儿童服量减半；3~7 岁儿童服量为 1/3。用于风寒郁肺证。（推荐级别：D）

羚羊清肺散：每袋 1g。每服 1g，每日 2 次，周岁以下小儿酌减。用于风热郁肺证、痰热闭肺证。（推荐级别：D）^[8]

儿童清肺口服液：每支 10ml。每服 20ml，6 岁以下每服 10ml，每日 3 次。用于痰热闭肺证。（推

荐级别：B)^[9-10]

天黄猴枣散：每瓶0.15g。每服剂量：1~4岁0.15g、4岁以上0.3g，每日1~2次。用于痰热闭肺证。（推荐级别：D)^[11]

安宫牛黄丸（散）：丸剂：每丸3g；散剂：每瓶1.6g。丸剂：每服1丸，每日1次。小儿3岁以内每服1/4丸、4~6岁每服1/2丸，每日1次。散剂：每服1瓶，每日1次。小儿3岁以内每服1/4瓶、4~6岁每服1/2瓶。或遵医嘱。用于毒热闭肺证、邪陷厥阴证。（推荐级别：D）

玉屏风口服液（颗粒）：口服液：每支10ml；颗粒剂：每袋15g。每服剂量：小于1岁3ml或2g、1~5岁5~10ml或2.5~5g、6~14岁10ml或5g，每日3次。用于肺脾气虚证。（推荐级别：D）

5.3.2 中药注射剂

清开灵注射液：每支2ml。成人剂量：肌肉注射，每日2~4ml；静脉滴注，每日20~40ml，以10%葡萄糖注射液200ml或0.9%氯化钠注射液100ml稀释后使用。建议用法用量：1ml/（kg·d），最大剂量不超过20ml，以10%葡萄糖注射液10ml稀释1ml清开灵的比例，静脉滴注，每日1次。输液速度：注意滴速勿快，儿童以每分钟20~40滴为宜。用于痰热闭肺证、毒热闭肺证、邪陷厥阴证。（推荐级别：B)^[9-10,12]

炎琥宁注射液：每支80mg。临用前，加灭菌注射用水适量使溶解。成人剂量：肌肉注射，每次40~80mg，每日1~2次；静脉滴注，每日0.16~0.4g，每日1~2次给药，用5%葡萄糖注射液或5%葡萄糖氯化钠注射液稀释后滴注。建议用法用量：10mg/（kg·d）加入5%~10%葡萄糖注射液稀释后静脉滴注，最大剂量不超过160mg。用于痰热闭肺证、毒热闭肺证。（推荐级别：C)^[13]

参附注射液：每支10ml。成人剂量：肌肉注射，每次2~4ml，每日1~2次。静脉滴注，每次20~100ml，用5%~10%葡萄糖注射液250~500ml稀释后使用。静脉推注，每次5~20ml用5%~10%葡萄糖注射液20ml稀释后使用。建议用法用量：2ml/（kg·d）加入10%葡萄糖注射液100~250ml中静脉滴注，最大剂量不超过20ml。用于心阳虚衰证。（推荐级别：D）

5.4 敷贴疗法

肉桂、公丁香、川乌、草乌、乳香、没药各15g，红花、当归、川芎、赤芍、透骨草各30g。高热、气喘者，可加用黄芩、黄连、大黄各10g。研末，凡士林调，敷贴于肺俞穴或啰音处，胶布固定，约2小时取下，每日1次，7日为1疗程。用于肺部湿性啰音明显者。（推荐级别：D）

5.5 拔罐疗法

选取肺俞、肺热、阿是穴，每日1次。佐治啰音吸收不良。（推荐级别：D)^[14]

参考文献

- [1] 汪受传, 韩新民, 任现志, 等. 小儿病毒性肺炎 480 例中医证候学特点研究 [J]. 南京中医药大学学报, 2007, 23 (1): 14-19.
- [2] 艾军, 汪受传, 杨宏宝, 等. 583 例小儿肺炎证候病机学关联规则分析 [J]. 世界科学技术—中医药现代化, 2009, 11 (6): 810-814.
- [3] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 78.
- [4] 艾军, 汪受传. 从热郁痰瘀论治小儿病毒性肺炎的理论研究 [J]. 中医儿科杂志, 2009, 5 (2): 1-4.
- [5] 汪受传. 小儿病毒性肺炎的辨证治疗 [J]. 江苏中医, 2000, 21 (5): 1-3.
- [6] 赵坤, 贺亚非. 辨证分型治疗小儿肺炎 100 例 [J]. 中医研究, 2000, 13 (6): 31-32.
- [7] 王雪峰, 董丹, 虞坚尔, 等. 儿童肺炎常见病原学分析及中医证候演变规律的多中心随机双盲安慰剂对照试验研究 [J]. 中国循证儿科杂志, 2006, 1 (3): 170-176.
- [8] 毛彩香, 张立常. 羚羊清肺散治疗小儿呼吸道感染 [J]. 河北中医, 1994, 16 (3): 23.
- [9] 赵霞, 汪受传, 杨燕, 等. 清开灵注射液与儿童清肺口服液联用治疗小儿呼吸道合胞病毒性肺炎痰热闭肺证的临床评价 [J]. 中医杂志, 2008, 49 (7): 602-604.
- [10] Yang Yan, Wang Shouchuan, Bai Wenjing, et al. Evaluation by Survival Analysis on Effect of Traditional Chinese Medicine in Treating Children with Respiratory Syncytial Viral Pneumonia of Phlegm-Heat Blocking Fei Syndrome [J]. Chinese Journal of Integrative Medicine, 2009, 15 (2): 95-100.
- [11] 陈彩芬. 猴枣散治疗小儿肺炎恢复期顽固性痰鸣 83 例 [J]. 浙江中西医结合杂志, 1999, 9 (1): 20-21.
- [12] 徐文芳, 卢萍. 清开灵治疗小儿肺炎 95 例疗效观察 [J]. 上海医药, 2002, 23 (4): 167-168.
- [13] 杨志, 井桂芝, 魏秀春. 炎琥宁治疗小儿肺炎 98 例疗效分析 [J]. 医药产业资讯, 2006, 3 (18): 77.
- [14] 杨献英. 拔罐加 TDP 治疗小儿肺炎恢复期咳嗽痰鸣 104 例 [J]. 中国针灸, 2005, 25 (4): 248.

小儿哮喘

1 范围

本指南提出了小儿哮喘的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群哮喘的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

小儿哮喘 asthma in children

小儿哮喘是儿科一种反复发作的哮鸣气喘性肺系疾病。临床以发作时喘促气急，喉间痰吼哮鸣，呼气延长，严重者不能平卧、呼吸困难、张口抬肩、摇身撷肚、口唇青紫为特征。

本病包括西医学支气管哮喘、喘息性支气管炎等病。

3 诊断

3.1 病史

多有婴儿期湿疹等过敏性疾病史，家族哮喘史。^[1-2,4]

3.2 临床表现

哮喘反复发作， ≥ 3 次。发作多与某些诱发因素有关，如气候骤变、感受外邪、接触或进食某些过敏物质等。^[1-2]

常突然发作，发作之前多有喷嚏、咳嗽等先兆症状。发作时喘促，气急，哮鸣，咳嗽，甚者不能平卧、烦躁不安、口唇青紫。^[1-3]

肺部听诊：发作时两肺闻及哮鸣音，以呼气时明显，呼气延长。支气管哮喘如继发感染，可闻及湿啰音。^[1-3]

3.3 实验室检查

血常规：白细胞总数正常，嗜酸性粒细胞可增高；伴肺部细菌感染时，白细胞总数及中性粒细胞均可增高。^[1]

4 辨证

4.1 发作期^[5-11]

4.1.2 风寒束肺证

气喘，喉间哮鸣，咳嗽，胸闷，痰液清稀色白、泡沫多、易咯，喷嚏，鼻塞，流清涕，唇青，形寒肢凉，无汗，口不渴，小便清长，大便溏薄，咽不红，舌质淡红，苔薄白或白滑，脉浮紧，指纹红。

4.1.3 痰热阻肺证

气喘，声高息涌，喉间哮鸣，咳嗽痰壅，痰黏、色黄、难咯，胸闷，呼吸困难，鼻塞，流涕黄稠，身热，面红唇干，夜卧不安，烦躁不宁，口渴，小便黄赤，大便干，咽红，舌质红，苔薄黄或黄腻，脉浮数或滑数，指纹紫。

4.1.4 外寒内热证

气喘，喉间哮鸣，咳嗽痰黏、色黄、难咯，胸闷，喷嚏，鼻塞，流清涕，恶寒，发热，面色红赤，夜卧不安，无汗，口渴，小便黄赤，大便干，咽红，舌质红，苔薄白或黄，脉浮紧或滑数，指纹浮红或沉紫。

4.1.5 肺实肾虚证

气喘，喉间哮鸣，持续较久，喘促胸满，动则喘甚，咳嗽，痰稀、色白、易咯，形寒肢冷，面色苍白或晦滞少华，神疲倦怠，小便清长，舌质淡，苔薄白或白腻，脉细弱或沉迟，指纹淡滞。

4.2 缓解期^[5-11]

4.2.1 肺脾气虚证

反复感冒，气短自汗，咳嗽无力，形体消瘦，神疲懒言，面白少华或萎黄，纳差，便溏，舌质淡胖，苔薄白，脉细软，指纹淡。

4.2.2 脾肾阳虚证

喘促乏力，动则气喘，气短心悸，咳嗽无力，形体消瘦，形寒肢冷，腰膝酸软，面白少华，腹胀，纳差，夜尿多，便溏，发育迟缓，舌质淡，苔薄白，脉细弱，指纹淡。

4.2.3 肺肾阴虚证

喘促乏力，动则气喘，干咳少痰，痰黏难咯，咳嗽无力，盗汗，形体消瘦，腰膝酸软，面色潮红，午后潮热，口咽干燥，手足心热，便秘，舌红少津，苔花剥，脉细数，指纹淡红。

5 治疗

5.1 治疗原则^[1]

哮喘应坚持长期、规范、个体化的治疗原则，按发作期和缓解期分别施治。本病应重视缓解期的治疗，以图长期缓解。发作期当攻邪以治其标，治肺为主，分辨寒热虚实而随证施治。如寒邪应温、热邪应清、痰浊宜涤、表邪宜散、气逆宜降等。属于虚实兼见、寒热并存者，治疗时又应兼顾。缓解期当扶正以治其本，调其肺脾肾等脏腑功能，消除伏痰夙根。在缓解期以补肺固表、补脾益肾为主，调整脏腑功能，去除生痰之因。哮喘属于顽疾，宜采用多种疗法综合治疗，如三伏天用敷贴疗法冬病夏治，哮喘重度、危重度发作可配合西药治疗。

5.2 分证论治

5.2.1 发作期

5.2.1.1 风寒束肺证（推荐级别：D）^[1,6-11]

治法：温肺散寒，涤痰定喘。

主方：小青龙汤（《伤寒论》）合三子养亲汤（《韩氏医通》）加减。

常用药：麻黄（炙）、桂枝、细辛、干姜、法半夏、紫苏子、莱菔子、白芥子、五味子、白芍、炙甘草等。

药物加减：咳嗽甚者，加紫菀、款冬花、旋覆花；哮喘甚者，加射干、僵蚕、地龙；喘促甚者，加赭石。若表寒不甚，寒饮阻肺者，可用射干麻黄汤加减。

5.2.1.2 痰热阻肺证（推荐级别：D）^[1,6-11]

治法：清肺涤痰，止咳平喘。

主方：麻黄杏仁甘草石膏汤（《伤寒论》）合苏葶丸（《医宗金鉴》）加减。

常用药：麻黄（炙）、苦杏仁、前胡、石膏、黄芩、葶苈子、紫苏子、虎杖、桑白皮、射干、瓜蒌皮、枳壳等。

药物加减：喘急者，加地龙、僵蚕；痰多者加胆南星、竹沥；咳甚者，加百部（炙）、款冬花（炙）；热重者，加栀子、鱼腥草；咽喉红肿者，加山豆根、板蓝根；便秘者，加瓜蒌子、枳实、大黄。若表证不著，喘息咳嗽，痰鸣，痰色微黄，可选用定喘汤加减。

5.2.1.3 外寒内热证（推荐级别：D）^[1,6-11]

治法：解表清里，止咳定喘。

主方：大青龙汤（《伤寒论》）加减。

常用药：麻黄（炙）、桂枝、白芍、细辛、五味子、法半夏、石膏、黄芩、葶苈子、紫苏子、野菊花、炙甘草等。

药物加减：热重者，加栀子、鱼腥草、虎杖；咳嗽重者，加桑白皮、前胡、紫菀；喘促甚者，加射干、桑白皮；痰热重者，加地龙、黛蛤散、竹沥。

5.2.1.4 肺实肾虚证 (推荐级别: D)^[1,6-11]

治法: 泻肺平喘, 补肾纳气。

主方: 偏于肺实者, 用苏子降气汤 (《丹溪心法》) 加减。偏于肾虚者, 用都气丸 (《症因脉治》) 合射干麻黄汤 (《金匱要略》) 加减。

常用药: 偏于肺实者: 紫苏子、苦杏仁、前胡、法半夏、陈皮、肉桂、丹参、紫菀、款冬花、麻黄 (炙)、熟地黄、五味子等。偏于肾虚者: 山茱萸、熟地黄、补骨脂、山药、茯苓、款冬花、紫菀、法半夏、细辛、核桃仁、五味子、麻黄 (炙)、射干等。肺实肾虚并重时二方合用。

药物加减: 动则气短难续者, 加紫石英、诃子; 畏寒肢冷者, 加附子、淫羊藿; 畏寒腹满者, 加椒目、厚朴; 痰多色白, 屡吐不绝者, 加白果、芡实; 发热咯痰黄稠者, 加黄芩、冬瓜子、金荞麦。

5.2.2 缓解期

5.2.2.1 肺脾气虚证 (推荐级别: D)^[1,6-11]

治法: 补肺固表, 健脾益气。

主方: 玉屏风散 (《世医得效方》) 合人参五味子汤 (《幼幼集成》) 加减。

常用药: 炙黄芪、白术、防风、党参、五味子、茯苓、法半夏、橘红、炙甘草等。

药物加减: 汗出甚者, 加龙骨 (煅)、牡蛎 (煅); 喷嚏频作者, 加辛夷、蝉蜕; 痰多者, 加僵蚕、远志; 腹胀者, 加枳壳、槟榔、莱菔子; 纳谷不香者, 加焦六神曲、谷芽 (炒)、焦山楂; 便溏者, 加山药、白扁豆 (炒)。

5.2.2.2 脾肾阳虚证 (推荐级别: D)^[1,6-11]

治法: 温补脾肾, 固摄纳气。

主方: 金匱肾气丸 (《金匱要略》) 加减。

常用药: 附子、肉桂、山茱萸、熟地黄、淫羊藿、山药、茯苓、白术、核桃仁、五味子等。

药物加减: 虚喘明显者, 加蛤蚧、冬虫夏草; 咳甚者, 加款冬花、紫菀; 夜尿多者, 加益智仁、菟丝子、补骨脂。

5.2.2.3 肺肾阴虚证 (推荐级别: D)^[1,6-11]

治法: 养阴清热, 敛肺补肾。

主方: 麦味地黄丸 (《寿世保元》) 加减。

常用药: 麦冬、北沙参、百合、五味子、山茱萸、熟地黄、枸杞子、山药、紫河车、牡丹皮等。

药物加减: 盗汗甚者, 加知母、黄柏; 呛咳不爽者, 加百部、款冬花; 潮热者, 加鳖甲、地骨皮。

5.3 中成药

小青龙冲剂: 每袋 9g。成人剂量: 每次 1 袋, 每日 3 次。建议用法用量: 每服剂量: <3 岁 3g, 每日 3 次; 3~6 岁 6g、>6 岁 9g, 每日 2~3 次。用于风寒束肺证。(推荐级别: C)^[12]

哮喘宁颗粒: 每袋 10g。每服剂量: 5 周岁以下 5g、5~10 岁 10g、10~14 岁 20g, 每日 2 次。用于痰热阻肺证。(推荐级别: C)^[13]

玉屏风口服液 (颗粒): 口服液: 每支 10ml; 颗粒剂: 每袋 15g。每服剂量: 小于 1 岁 3ml 或 2g、1~5 岁 5~10ml 或 2.5~5g、6~14 岁 10ml 或 5g, 每日 3 次。用于肺脾气虚证。(推荐级别: D)

5.4 敷贴疗法

白芥子 21g, 延胡索 21g, 甘遂 12g, 细辛 12g。共研细末, 分成 3 份, 每隔 10 日使用 1 份。用时取药末 1 份, 加生姜汁调和, 取直径约 1.5cm 大小, 分别贴在肺俞、心俞、膈俞、膻中穴, 贴 2~4 小时揭去。若贴后皮肤发红, 局部出现疱疹, 可提前揭去。贴药时间为每年夏季的初伏、中伏、末伏 3 次, 连用 3 年。用于缓解期肺、脾、肾气虚、阳虚, 痰饮内伏证培本治疗。(推荐级别: C)^[14-15]

5.5 针灸疗法

取定喘、天突、内关。咳嗽痰多者，加膻中、丰隆。针刺，每日1次。用于发作期。（推荐级别：D）^[1,16-17]

取大椎、肺俞、足三里、肾俞、关元、脾俞，每次取3~4穴，针刺加灸，隔日1次。在好发季节前作预防性治疗。(推荐级别：D)^[1,17]

参考文献

- [1] 汪受传. 普通高等教育“十一五”国家级规划教材·新世纪(第二版)全国高等中医院校规划教材·中医儿科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 75-81.
- [2] 中华医学会儿科学分会呼吸组,《中华儿科杂志》编辑委员会(2008年修订). 儿童支气管哮喘诊断与防治指南[J]. 中华儿科杂志, 2008, 46(10): 745-753.
- [3] 中华医学会儿科学分会呼吸学组,《中华儿科杂志》编辑委员会(2003年修订). 儿童支气管哮喘防治常规(试行)[J]. 中华儿科杂志, 2004, 42(2): 100-106.
- [4] 洪建国. 2006年版全球哮喘防治倡议[J]. 实用儿科临床杂志, 2007, 22(16): 1278-1280.
- [5] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 126-127.
- [6] 李岩, 韩新民. 小儿哮喘寒哮证的中医药治疗进展[J]. 中医儿科杂志, 2009, 5(3): 52-54.
- [7] 许允佳, 杨京华, 罗笑容. 提高小儿哮喘疗效的几个关键性问题[J]. 新中医, 2004, 36(8): 73-74.
- [8] 康立媛. 小儿哮喘从痰瘀辨治体会[J]. 浙江中医杂志, 2006, 41(1): 30-31.
- [9] 韩新民, 杨江, 李晓冬, 等. 泻肺平喘灵颗粒抗过敏及解痉平喘作用的实验研究[J]. 河南中医, 2009, 29(1): 39-42.
- [10] 上官慎康, 吴允耀. 小儿哮喘病证治经验[J]. 中医儿科杂志, 2006, 2(1): 36-37.
- [11] 袁雪晶. 汪受传教授从肺脾气虚论治儿童哮喘缓解期经验[J]. 中医药导报, 2009, 15(11): 8-9.
- [12] 李春花, 宋国英, 李金科, 等. 小青龙(汤)冲剂的制备与临床疗效观察[J]. 中国医院药学杂志, 1999, 19(4): 247.
- [13] 方晓明, 晁慧, 陈宇. 哮喘宁颗粒质量标准研究[J]. 中华中医药学刊, 2009, 27(4): 878-880.
- [14] 王明明, 陆力生, 汪受传. 中药穴位贴敷法治疗小儿哮喘缓解期60例[J]. 中华实用中西医杂志, 2005, 18(3): 419-421.
- [15] 李德, 赵霞. 从体质学说论小儿哮喘的冬病夏治[J]. 长春中医药大学学报, 2007, 23(5): 110-112.
- [16] 牛东升. 针刺拔火罐治疗支气管哮喘46例[J]. 陕西中医, 1997, 18(5): 223.
- [17] 刘炎, 樊玉琦. 针罐结合治疗哮喘114例的疗效分析[J]. 针灸临床杂志, 1995, 11(10): 12-13.

反复呼吸道感染

1 范围

本指南提出了反复呼吸道感染的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于 18 周岁以下人群反复呼吸道感染的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

反复呼吸道感染 recurrent respiratory tract infections in children

反复呼吸道感染是儿科临床常见的疾病。凡小儿上呼吸道感染及下呼吸道感染次数增多，超过了一定范围，称为反复呼吸道感染，简称复感。

3 诊断^[1-3]

3.1 按不同年龄每年呼吸道感染的次数诊断

年龄（岁）	上呼吸道感染（次/年）	下呼吸道感染（次/年）	
		气管支气管炎	肺炎
0~2	7	3	2
~5	6	2	2
~14	5	2	2

注：①两次感染间隔时间至少 7 日以上；②若上呼吸道感染次数不够，可以将上、下呼吸道感染次数相加，反之则不能，但若反复感染是以下呼吸道为主，则应定义为反复下呼吸道感染；③确定次数需连续观察 1 年；④肺炎需由肺部体征和影像学证实，两次肺炎诊断期间肺炎体征和影像学改变应完全消失。

3.2 按半年内呼吸道感染的次数诊断

半年内呼吸道感染≥6 次，其中下呼吸道感染≥3 次（其中肺炎≥1 次）。

4 辨证^[4-6]

4.1 肺脾气虚证

反复外感，面黄少华，形体消瘦，肌肉松软，少气懒言，气短，食少纳呆，口不渴，多汗，动则易汗，或大便溏薄，舌质淡，苔薄白，脉无力，指纹淡。

4.2 营卫失调证

反复外感，恶风、恶寒，面色少华，四肢不温，多汗易汗、汗出不温，舌淡红，苔薄白，脉无力，指纹淡红。

4.3 脾肾两虚证

反复外感，面色萎黄或面白少华，形体消瘦，肌肉松软，鸡胸龟背，腰膝酸软，形寒肢冷，四肢不温，发育落后，喘促乏力，气短，动则喘甚，少气懒言，多汗易汗，食少纳呆，大便溏烂，或五更泄泻，夜尿多，舌质淡，苔薄白，脉沉细无力。

4.4 肺脾阴虚证

反复外感，面白颧红少华，食少纳呆，口渴，盗汗自汗，手足心热，大便干结，舌质红，苔少或花剥，脉细数，指纹淡红。

5 治疗

5.1 治疗原则

小儿反复呼吸道感染按急性感染期与非急性感染期分别施治。急性感染期偏重祛邪治标，但应顾护正气，宜轻清发散，微汗为度，或佐以扶正之品。用药不宜发散太过，过汗则伤津耗气，造成日后

正气难复,抗病力弱,病情反复。本指南主要提出非急性感染期的辨证治疗建议。非急性感染期应偏重扶正固本,以提高抗病能力。肺脾气虚者补肺健脾;营卫失调者调和营卫;脾肾两虚者补肾健脾;肺脾阴虚者养阴益气。此外,小儿反复呼吸道感染因虚致病,因病致虚,屡感外邪。故复感时,需祛邪务尽,并及时扶助正气;非急性感染期除内服药物治疗外,还可予推拿、艾灸、敷贴等疗法。

5.2 分证论治^[7-12]

5.2.1 肺脾气虚证(推荐级别:C)^[8]

治法:补肺固表,健脾益气。

主方:玉屏风散(《世医得效方》)合六君子汤(《世医得效方》)加减。

常用药:党参、茯苓、白术、炙黄芪、防风、法半夏、橘红、五味子、甘草。

药物加减:汗多者,加浮小麦、碧桃干;纳呆者,加莱菔子、谷芽(炒)、焦山楂;余邪未清者,加黄芩、连翘;便溏者,加薏苡仁(炒)。

5.2.2 营卫失调证(推荐级别:D)

治法:温卫和营,益气固表。

主方:黄芪桂枝五物汤(《金匮要略》)加减。

常用药:炙黄芪、桂枝、白芍、炙甘草、龙骨(煅)、牡蛎(煅)、大枣、生姜。

药物加减:兼有咳嗽者,加苦杏仁、款冬花(炙);身热未清者,加青蒿、银柴胡;咽红、扁桃体肿大未消者,加玄参、射干、土牛膝根;畏风喷嚏流涕者,加辛夷、五味子。

5.2.3 脾肾两虚证(推荐级别:D)

治法:温补肾阳,健脾益气。

主方:金匮肾气丸(《金匮要略》)合理中丸(《伤寒论》)加减。

常用药:熟地黄、山茱萸、山药、茯苓、牡丹皮、泽泻、附子、肉桂、白术、干姜、太子参。

药物加减:五迟者,加鹿角胶、补骨脂、桑寄生、牡蛎;汗多者,加炙黄芪、龙骨(煅);低热者,加鳖甲、地骨皮;阳虚者,加鹿角、紫河车、肉苁蓉。

5.2.4 肺脾阴虚证(推荐级别:D)^[9]

治法:养阴润肺,益气健脾。

主方:生脉散(《医学启源》)合沙参麦冬汤(《温病条辨》)加减。

常用药:太子参、五味子、麦冬、北沙参、玉竹、桑叶、天花粉、白扁豆、甘草。

药物加减:便秘者,加瓜蒌子、柏子仁、枳壳;虚热者,加地骨皮、银柴胡;盗汗者,加糯稻根、乌梅(炙)。

5.3 中成药

黄芪生脉饮:每支10ml。成人剂量:每服10ml,每日3次。建议用法用量:每服剂量:<6岁10ml,每日2次;>6岁10ml,每日3次。用于肺脾气虚证。(推荐级别:D)

玉屏风口服液(颗粒):口服液:每支10ml;颗粒剂:每袋15g。每服剂量:小于1岁3ml或2g、1~5岁5~10ml或2.5~5g、6~14岁10ml或5g,每日3次。用于肺脾气虚证。(推荐级别:C)^[13]

参苓白术口服液:每支10ml。每服10ml,每日2~3次。建议用法用量:每服剂量:<6岁5ml,每日3次;>6岁10ml,每日2次。用于肺脾气虚证。(推荐级别:D)

百合固金口服液:每支10ml。成人剂量:每服20ml,每日3次。建议用法用量:每服剂量:<6岁10ml,每日3次;>6岁20ml,每日2次。用于肺脾阴虚证。(推荐级别:D)

槐杞黄颗粒:每袋10g。每服1~3岁5g、3~12岁10g,每日2次。用于肺脾阴虚证。(推荐级别:C)^[14]

龙牡壮骨颗粒:每袋3g。每服剂量:2岁以下5g、2~7岁7g、7岁以上10g,每日3次。用于脾

肾两虚证。(推荐级别: D)^[15]

5.4 贴敷疗法

白芥子3份,细辛2份,甘遂1份,皂荚1份,五倍子3份,冰片0.05份,共研细末。每次1~2g,姜汁调成糊状,敷于双肺俞,外用胶布固定,于三伏天每伏1次,每次4~6小时。用于反复呼吸道感染证候属虚并伴宿痰内蕴者。(推荐级别: C)^[16-17]

五倍子粉10g,加食醋适量调成糊状。睡前敷脐,次晨取下,每日1次,每次10小时,连用3~5日。用于反复呼吸道感染夜寐多汗者。(推荐级别: D)

5.5 推拿疗法

补脾经、补肾经、揉肾经。用于反复呼吸道感染多汗者。(推荐级别: C)^[18-19]

5.6 针灸疗法

取大椎、肺俞、足三里、肾俞、关元、脾俞,每次取3~4穴,轻刺后灸10分钟,隔日1次。在好发季节前作预防性治疗。(推荐级别: E)

5.7 穴位注射

黄芪注射液,每次1ml,双足三里穴位注射,每周1次,连用4周。用于反复呼吸道感染肺气虚证。(推荐级别: D)^[20]

参考文献

- [1] 胡仪吉. 反复呼吸道感染诊断标准 [S]. 中华儿科杂志, 1988, 26 (1): 41-43.
- [2] 中华医学会儿科学分会呼吸学组, 《中华儿科杂志》编辑委员会 (2007 年 12 月修订). 反复呼吸道感染的临床概念和处理原则 [J]. 中华儿科杂志, 2008, 46 (2): 108-110.
- [3] 王力宁, 汪受传, 韩新民, 等. 《小儿反复呼吸道感染中医诊疗指南》指标的 Delphi 法评价与结果分析 [J]. 中国中西医结合儿科学, 2009, 1 (1): 42-47.
- [4] 王力宁, 黄志碧, 刘含, 等. 小儿反复呼吸道感染中医证候量表的建立与评价 [J]. 中华中医药学刊, 2009, 27 (7): 1392-1396.
- [5] 汪受传, 俞景茂. 全国高等中医药院校研究生规划教材·中医儿科临床研究 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 180-189.
- [6] 游金勇, 王力宁. 小儿反复呼吸道感染中医证候研究的文献计量分析 [J]. 广西中医药, 2005, 28 (1): 51-54.
- [7] 翟国军. 加味玉屏风散防治小儿反复呼吸道感染临床观察 [J]. 中原医刊, 1998, 25 (6): 40-41.
- [8] 王力宁, 玉振熹, 张晓春, 等. 系列抗复感合剂防治小儿反复呼吸道感染的临床研究 [J]. 广西中医药, 1998, 21 (6): 4-8.
- [9] 翟文生, 琚玮, 马丙祥. 益气养阴治疗小儿反复呼吸道感染 126 例临床观察 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2003, 9 (1): 47-48.
- [10] 徐有水. 黄芪桂枝五物汤加味治疗小儿反复呼吸道感染 65 例 [J]. 中医药学刊, 2006, 24 (9): 1737.
- [11] 温福城. 玉屏风散对反复呼吸道感染儿童感冒的防治作用 [J]. 中国中医急症, 2010, 19 (2): 293.
- [12] 李睿, 杨爱芳. 六君子汤合玉屏风散治疗婴幼儿哮喘并反复呼吸道感染疗效观察 [J]. 中医儿科杂志, 2010, 6 (1): 20-23.
- [13] 庄洪涛. 玉屏风口服液治疗反复性呼吸道感染 86 例 [J]. 陕西中医, 2005, 26 (4): 351.
- [14] 常青. 槐杞黄颗粒治疗小儿反复呼吸道感染疗效观察 [J]. 药学服务与研究, 2009, 9 (1): 31, 35.
- [15] 李桂玲. 龙牡壮骨颗粒治疗复感儿 60 例 [J]. 中华临床医学研究杂志, 2003, (70): 95.
- [16] 黄俊勇. 三伏贴治疗小儿反复上呼吸道感染 40 例临床观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2004, 13 (14): 1875-1876.
- [17] 李杰, 王雪峰. 伏九贴膏的临床研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2003, 30 (9): 727-728.
- [18] 陈秀珍. 推拿疗法治疗小儿反复呼吸道感染 68 例临床观察 [J]. 河北中医, 2009, 31 (9): 1355-1356.
- [19] 成锦舟, 唐中华, 罗伟, 等. 推拿治疗反复呼吸道感染 90 例临床观察 [J]. 中国中医药科技, 2008, 15 (5): 336.
- [20] 陈慧. 黄芪注射液穴位注射防治小儿反复呼吸道感染临床观察 [J]. 中国中医急症, 2005, 14 (5): 444.

鹅口疮

1 范围

本指南提出了小儿鹅口疮的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群鹅口疮的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

鹅口疮 thrush

鹅口疮以口腔、舌上满布白屑，状如鹅口为临床特征。多见于新生儿、久病体弱者，或长期使用抗生素者。相当于西医的“真菌性口炎”。

3 诊断

3.1 临床表现^[1-2]

舌上、颊内、牙龈或上腭散布白屑，可融合成片。重者可向咽喉部蔓延，影响吸奶及呼吸。

3.2 实验室及特殊检查^[1-2]

涂片检查：取白屑少许涂片，显微镜检查可见真菌菌丝及孢子。

3.3 需与鹅口疮鉴别的病种

白喉。

4 辨证

4.1 心脾积热证^[1-3]

口舌白屑堆积，黏膜红赤，或伴发热，面赤，手足心热，烦躁不安或啼哭，口干口臭或口渴，呛奶或呕吐，纳呆，小便黄赤，大便干结，舌红，苔薄黄或腻，脉滑数或指纹紫红。

4.2 湿热熏蒸证^[4]

口舌白屑堆积，色白带黄，黏膜红赤，咽肿，或伴发热，面赤，烦躁啼哭，吮乳多啼，口臭口干不渴，呛奶或呕吐，纳呆，小便黄赤，泄泻或大便秘结，舌红或淡红，苔黄腻，脉滑数或指纹紫红。

4.3 虚火上炎证^[1-3]

口舌白屑稀疏，黏膜不红，咽不肿，虚烦神疲，颧红低热，手足心热，烦躁啼哭，吮乳多啼，口干不渴，呛奶或呕吐，大便稀溏，舌淡红，苔薄白或黄，脉细数或指纹紫红。

5 治疗

5.1 治疗原则

本病总属邪火上炎，治当清火。根据虚实辨证，实证应分别治以清泄心脾积热、清热利湿导滞；虚证应治以滋肾养阴降火。病在口腔局部，除内服药外，当配合外治法治疗。

5.2 分证论治

5.2.1 心脾积热证（推荐级别：C）^[2-3,5-6]

治法：清心泻脾。

主方：清热泻脾散（《医宗金鉴》）加减。

常用药：黄连、栀子、黄芩、石膏、地黄、灯心草、甘草。

药物加减：大便秘结者，加大黄；口干喜饮者，加石斛、玉竹。

5.2.2 湿热熏蒸证（推荐级别：D）^[4]

治法：清热利湿。

主方：甘露消毒丹（《温热经纬》）加减。

常用药：射干、浙贝母、黄芩、甘草、淡竹叶、连翘、薄荷、茵陈、青黛、滑石。

药物加减：泄泻加苍术、车前子；便秘加大黄。

5.2.3 虚火上炎证（推荐级别：D）^[2-3,6]

治法：滋阴降火。

主方：知柏地黄丸（《医宗金鉴》）加减。

常用药：知母、黄柏、熟地黄、山茱萸、山药、茯苓、牡丹皮、泽泻。

药物加减：食欲不振者，加乌梅、木瓜、麦芽；便秘者，加火麻仁。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

清热解毒口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 10~20ml，每日 3 次。建议用法用量：每服剂量：<3 岁 5ml，每日 3 次；3~6 岁 10ml，每日 2 次；>6 岁 10ml，每日 3 次。用于心脾积热证。（推荐级别：D）^[2]

王氏保赤丸：每 60 粒 0.15g。6 个月以内，每次 5 粒；6 个月~2 岁，每增加 1 个月增加 1 粒；2~7 岁，每增加半岁增加 5 粒。病轻者每日 1 次，重者每日 2~3 次。用于心脾积热证及湿热熏蒸证。（推荐级别：D）

健儿清解液：每支 10ml。每服婴儿 4ml、5 岁以内 8ml、6 岁以上 10ml，每日 3 次。用于心脾积热证。（推荐级别：E）

六味地黄口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 10ml，每日 2 次。建议用法用量：每服剂量：<6 岁 5ml、>6 岁 10ml，每日 2 次。用于虚火上炎证。（推荐级别：D）

知柏地黄丸：每 30 粒 6g。成人剂量：每服 3g，每日 3 次。建议用法用量：每服剂量：3~6 岁 1.5g，每日 3 次；>6 岁 3g，每日 2 次。用于虚火上炎证。（推荐级别：D）^[2]

5.3.2 外用中成药

冰硼散：涂敷患处，每次适量，每日 3 次。用于心脾积热证。（推荐级别：D）^[2,7]

青黛散：涂敷患处，每次适量，每日 2~3 次。用于心脾积热证。（推荐级别：D）^[2]

珠黄散：涂敷患处，每次适量，每日 2~3 次。用于心脾积热证。（推荐级别：D）^[2]

锡类散：涂敷患处，每次适量，每日 1~2 次。用于心脾积热证、虚火上炎证。（推荐级别：C）^[8]

西瓜霜：喷、吹或敷于患处，每次适量，每日数次；重症者兼内服，每次 1~2g，每日 3 次。用于心脾积热证。（推荐级别：D）

5.4 推拿疗法

清心经、清脾经、顺时针摩腹各 100 次；清天河水、揉二马各 200 次；揉涌泉、水底捞明月各 30 次；捏脊 8 次。（推荐级别：E）^[9]

小儿口疮

1 范围

本指南提出了小儿口疮的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群口疮的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

小儿口疮 aphtha in children

小儿口疮是一种儿科常见的口腔疾患。临床以口腔黏膜局部出现溃疡为主要特征，可伴见发热、疼痛流涎甚至全身不适。本病可单独发生，也可伴发于其他疾病。各年龄小儿均可发病，以2~4岁多见，无明显季节性。相当于西医的“疱疹性口炎”、“溃疡性口炎”、“卡他性口炎”、“复发性口腔溃疡”、“口角炎”、“舌炎”等口腔黏膜疾病。

3 诊断^[1-4]

3.1 病史

常有外感发热、喂养不当、过食炙烤厚味、口腔损伤等病史，急性传染病及久病、久泻后易于发生。

3.2 临床表现

口腔黏膜（两颊、上颚、口唇、口角、牙龈、舌体等处）出现淡黄色或灰白色溃疡。溃疡一般呈圆形或椭圆形，大小深浅不一，数目不等，甚则满口糜烂，局部红肿灼热，疼痛流涎，恶进饮食，可伴发热。

3.3 实验室检查

血常规：白细胞总数及中性粒细胞偏高或正常。

3.4 需与口疮鉴别的病种

鹅口疮，手足口病，白塞氏综合征。

4 辨证^[1-9]

4.1 风热乘脾证

口腔溃疡较多，以口颊、上颚、齿龈、口角等处溃烂为主，亦可先见疱疹继而破溃后形成溃疡，周围焮红，疼痛拒食，烦躁多啼，口臭涎多，面赤口渴，小便短赤，大便秘结，或伴发热恶风，咽红肿痛，舌质红，苔薄黄，脉浮数或指纹浮紫。

4.2 心火上炎证

口腔溃疡或糜烂，以舌边尖为多，红肿灼热，疼痛较重，心烦不宁，叫扰啼哭，面赤唇红，口干欲饮，进食困难，小便短赤，大便干结，舌边尖红，苔薄黄，脉细数或指纹紫滞。

4.3 脾胃积热证

颊内、上颚、唇角、齿龈等处黏膜出现破损溃烂，色白或黄，呈圆形或椭圆形，溃疡较深，大小不一，有的融合成片，甚则满口糜烂，边缘鲜红，灼热疼痛，恶进饮食，口臭，涎多黏稠，兼可发热，面赤唇红，烦躁不安，小便短赤，大便秘结，舌质红，苔黄，脉数或指纹紫滞。

4.4 虚火上炎证

口腔溃疡较少，稀疏色淡，周围淡红，疼痛不显，口流清涎，不甚臭秽，口干不渴，颧红盗汗，手足心热，虚烦不寐，神气困乏，经久不愈，大便偏干，舌红少苔，脉细数或指纹淡紫。

5 治疗

5.1 治疗原则^[1-4]

本病以热证为主，治疗以清热降火为基本法则。宜在辨脏腑虚实基础上，内治与外治相结合治疗。辨证重点应辨实热与虚热之不同。实热当以清热泻火解毒为主，根据病因、病位不同，分别治以疏风、泻脾、清胃、通腑、清心、泻热等法；虚证当以滋阴降火，引火归原为主。皆不可妄投寒凉之品，恐伤正气。此外，重视外治法的运用，以消肿止痛，祛腐生肌，促进溃疡愈合。可配合敷贴等疗法，轻症可单用敷贴疗法取效。患儿应饮食清淡，勿进辛辣、过烫等刺激性食物。

5.2 分证论治^[1-4]

5.2.1 风热乘脾证（推荐级别：D）

治法：疏风清热，泻火解毒。

主方：银翘散（《温病条辨》）加减。

常用药：金银花、连翘、薄荷、淡竹叶、芦根、牛蒡子、桔梗、荆芥、淡豆豉、甘草。

药物加减：高热者，加石膏、黄芩、柴胡、葛根；风热夹湿夹滞，苔厚腻，疮面腐烂，有黄色黏腻渗出物者，加滑石、广藿香、佩兰、槟榔；小便短赤者，加栀子、淡竹叶；咽喉红肿疼痛者，加玄参、射干、马勃。

5.2.2 心火上炎证（推荐级别：D）

治法：清心泻火，引热下行。

主方：泻心导赤汤（《医宗金鉴》）加减。

常用药：黄连、地黄、淡竹叶、通草、甘草。

药物加减：热毒重者，加石膏、黄芩、栀子；大便秘结者，加大黄；口渴甚者，加芦根、天花粉；心烦尿赤者，加茯苓、滑石。

5.2.3 脾胃积热证（推荐级别：D）

治法：清泻脾胃，通腑泻火。

主方：凉膈散（《太平惠民和剂局方》）加减。

常用药：连翘、黄芩、栀子、大黄、玄明粉、薄荷、甘草、白蜜。

药物加减：口干渴者，加天花粉；小便短赤者，加淡竹叶、车前子；烦躁者，加石膏、郁金；口臭涎多，舌苔厚腻，湿热重者，加石菖蒲、滑石、广藿香；溃疡满布黄色渗出物者，加金银花、蒲公英；黏膜红赤、疼痛重者，加地黄、牡丹皮；食积内停，脘腹胀满者，加焦山楂、麦芽（炒）、枳实。

5.2.4 虚火上炎证（推荐级别：D）

治法：滋阴降火，引火归原。

主方：六味地黄丸（《小儿药证直诀》）加肉桂。

常用药：熟地黄、山茱萸、山药、茯苓、牡丹皮、泽泻、肉桂。

药物加减：热病伤阴，口干者，加麦冬、玄参、乌梅；低热或五心烦热者，加地骨皮、白薇；阴虚火旺，颧红盗汗，骨蒸潮热者，加知母、黄柏；大便秘结者，加蜂蜜、火麻仁；经久不愈，溃烂久不收口者，酌加儿茶、五倍子；口疮出现于吐泻之后，气阴两虚，神气困乏者，加党参、白术、白扁豆（炒）、薏苡仁。

若脾肾阳虚，虚阳上浮，口舌生疮，手足欠温，大便溏薄，小便清长，反复发作，迁延不愈者，可用理中汤加肉桂。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

黄栀花口服液：每支10ml。饭后口服，每服剂量：2.5~3岁5ml、4~6岁10ml、7~10岁15ml、

11 岁以上 20ml，每日 2 次，疗程 3 天。用于脾胃积热证。（推荐级别：D）

双黄连口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 20ml，每日 3 次。建议用法用量：口服，每服剂量：<3 岁 10ml，每日 2 次；3~6 岁 10ml，每日 3 次；>6 岁 20ml，每日 2~3 次。用于风热乘脾证。（推荐级别：D）

小儿化毒散：每袋 0.6g。每服 0.6g，每日 1~2 次，3 岁以内小儿酌减。用于心火上炎证。（推荐级别：D）

知柏地黄丸：每 30 粒 6g。成人剂量：每服 3g，每日 3 次。建议用法用量：口服，每服剂量：3~6 岁 1.5g，每日 3 次；>6 岁 3g，每日 2 次。用于虚火上炎证。（推荐级别：D）

5.3.2 外用中成药

口腔炎喷雾剂：口腔喷雾用。每次向口腔挤药液适量，每日 3~4 次。用于实热证。（推荐级别：C）^[10]

锡类散：吹撒患处，每次适量，每日 2~3 次。用于风热乘脾证、脾胃积热证、心火上炎证。（推荐级别：D）

青黛散：涂敷患处，每次适量，每日 2~3 次。用于风热乘脾证。（推荐级别：D）

双料喉风散：吹敷患处，每次少量，每日 3 次。用于心火上炎证。（推荐级别：D）

5.4 推拿疗法

推补肾水，推清天河水，揉总筋，揉小天心，揉小横纹，推四横纹，推清板门，推清肺经，揉二人上马。若伴有发热，揉小天心后加一窝风穴，二穴提前操作；若伴有腹泻，停推清肺经。口疮较轻，患儿不甚烦躁者，每日可推拿 2 次；口疮疼痛较剧者，每日可推拿 4 次。用于各证。（推荐级别：D）^[12]

5.5 含漱法

野菊花、金银花、薄荷、连翘、板蓝根各 10g，玄参 15g。加水 1000ml 煎沸，待温后含漱，每次至少含漱 3 分钟，每日 3~5 次。用于口疮实证。（推荐级别：D）

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 129.
- [2] 汪受传, 俞景茂. 全国高等中医药院校研究生规划教材·中医儿科临床研究[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 190-198.
- [3] 苏树蓉. 21世纪课程教材·全国高等中医药院校教材·中医儿科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 64-66.
- [4] 汪受传. 全国普通高等教育中医药类精编教材·中医儿科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2006: 83-87.
- [5] 姚敏华. 小儿口疮证治刍议[J]. 浙江中医学院学报, 1995, 19(1): 3-4.
- [6] 宋艳红. 复发性口腔溃疡的中医证治及方药辨析[J]. 中国民族民间医药, 2008, (6): 55-56.
- [7] 王芳. 口疮治疗纵横谈[J]. 辽宁中医药大学学报, 2007, 9(6): 26.
- [8] 彭平云. 复发性口腔溃疡治疗中中成药的合理选用[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(21): 2585-2586.
- [9] 樊彩娥. 小儿口疮从热论治[J]. 光明中医, 2003, 18(6): 19-20.
- [10] 酆江英. 口腔炎喷剂治疗小儿口腔溃疡疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2003, 13(6): 385-386.
- [11] 邱训洁, 叶鉴芬. 釜底抽薪散敷穴治疗小儿口疮 325 例[J]. 南京中医学院学报, 1994, 10(1): 35.
- [12] 杜幼蕊, 樊景美. 小儿推拿治疗口疮 50 例[J]. 实用医技杂志, 2005, 12(20): 2942.

小儿胃炎

1 范围

本指南提出了小儿胃炎的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群胃炎的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

小儿胃炎 gastritis in children

小儿胃炎是指由于物理、化学、生物性有害因子作用于儿童，引起胃黏膜发生炎症性改变的一种疾病。西医学将小儿胃炎分为急性胃炎、慢性胃炎和特殊类型胃炎。急性胃炎和特殊类型胃炎均因其发病原因及特点的局限性而临床相对少见，小儿以慢性浅表性胃炎多见。属于中医“胃脘痛”范畴。

3 诊断^[1-6]

3.1 临床表现

本病主要表现为胃脘部疼痛，病程持续4周以上，也可以表现为上腹部不适、不规律的腹痛，以上腹部或脐周为主，可有腹胀、恶心、呕吐、泛酸、嗝气等表现。

本病常伴有食欲差、饮食较少、吐物酸臭、晨起口气臭秽、口苦、痛苦面容、神疲倦怠、消瘦、大便秘结或腹泻等症状。舌质、舌苔、脉象有助于辨证。

3.3 实验室检查

胃镜检查：镜下改变以①黏膜斑；②充血；③水肿；④微小结节形成；⑤糜烂；⑥花斑；⑦出血斑点为主。以上7项①~⑤中符合1项即可诊断；⑥、⑦2项应结合病理诊断。此外，如发现幽门口收缩不良、反流增多、胆汁反流，常提示胃炎存在，应注意观察。

胃黏膜组织病理检查：可见上皮细胞变性，小凹上皮细胞增生，固有膜炎症细胞浸润，腺体萎缩等改变。炎症细胞主要是淋巴细胞、浆细胞。根据有无腺体萎缩诊断为慢性浅表性胃炎或慢性萎缩性胃炎。根据炎症程度，慢性浅表性胃炎分为轻、中、重三级。如固有膜见中性粒细胞浸润，应注明“活动性”。

幽门螺杆菌相关性胃炎的诊断标准：

以下2项中任1项阳性可诊断为Hp感染：①胃窦黏膜组织切片染色见到大量典型细菌；②胃黏膜Hp培养阳性。

以下4项中需2项或2项以上方可确诊：①¹³C尿素呼气试验阳性；②胃窦组织切片染色见到少量典型细菌；③快速尿素酶试验阳性；④血清Hp-IgG阳性，或粪便Hp抗原测定阳性。

3.4 需与小儿胃炎鉴别的病种

消化性溃疡，急性胰腺炎，急性胆囊炎，胆道蛔虫症，反流性食管炎，心理因素所致非特异性腹痛，肠系膜淋巴结综合征，再发性腹痛等。

4 辨证论治^[1-9]

4.1 寒邪犯胃证

胃脘冷痛，疼痛暴作，以绞痛为主，痛甚则额冷汗出，疼痛遇寒加重，得温则缓，可伴有纳呆，呕吐清水痰涎或呕吐不消化残余乳食，面色苍白，小便清长，大便溏薄，舌淡红，苔白，脉弦紧或弦迟或脉细。

4.2 食滞胃肠证

脘腹胀满，疼痛拒按，进食后痛甚，嗝腐吞酸，口气臭秽，不思乳食，恶心呕吐，吐物呈酸臭乳块或不消化食物，吐后痛缓，泻下酸臭，大便不爽，夜卧不安，舌红，苔厚腻或苔厚微黄，脉实有力

或脉滑，多有饮食不节史。

4.3 湿热中阻证

腹部胀满疼痛，痛势急迫，疼痛拒按，胃脘痞满，嘈杂吐酸，口苦或黏，口臭，口疮，口干，心烦，恶心呕吐，渴喜冷饮，大便干或大便不畅，小便黄，舌红，苔黄或黄腻，脉滑数。

4.4 肝胃气滞证

脘腹胀满疼痛，攻窜作痛，痛引两胁，或两胁作胀，晨起或情绪紧张时加重，暖气频作，得暖气或矢气舒，嘈杂泛酸，胃脘饱胀，餐后尤甚，不思乳食，恶心呕吐，厌恶油腻，好动易烦，烦躁易怒，胸闷，喜太息，夜间磨牙，口苦，矢气多，大便时干时稀，舌红，苔薄白，脉弦。

4.5 脾胃虚寒证

腹部隐痛，时作时止，空腹痛甚，得食痛减，受凉加重，痛处喜按喜暖，泛吐清水，纳呆纳少，食后腹胀，四肢清冷，少气乏力，神疲倦怠头晕，面色晄白，大便溏薄或大便不调，舌淡边有齿痕，苔薄白，脉沉缓或脉细。

4.6 胃阴不足证

脘腹隐隐灼痛，嘈杂似饥，餐后饱胀，纳少，饥不欲食，烦渴喜冷饮，手足心热，口干舌燥咽干，消瘦，大便干结，舌红少津，苔少或花剥，脉细数。

4.7 瘀阻胃络证

胃脘刺痛为主，疼痛较剧，痛处固定拒按，胃痛日久不愈，纳少不思饮食，柏油便或血便，吐血，舌暗红或紫暗或瘀斑，苔薄白，脉弦涩或脉细。

5 治疗

5.1 治疗原则^[1-10]

本病治疗，以理气和胃为基本治疗原则，审证求因，辨证施治。邪盛者以祛邪为急，正虚者以扶正为先，虚实夹杂者，则当祛邪扶正并举。首先当辨寒热虚实，属于寒者，实证治以散寒祛邪为主，虚证治以温中补虚为主；属于热者，因小儿胃炎以实热为主，又常湿热夹杂，治疗当清热利湿兼顾；病程日久伤阴者，要注意顾护胃阴。其次当辨在气在血，属于气滞者，治以疏肝理气；兼食积者，治以消食导滞。反复迁延不愈者，病久必兼瘀，治疗应注重活血化瘀。患儿应加强生活调护，注意休息，饮食清淡，避免服用对胃肠黏膜有刺激的药物，保持心情舒畅，坚持长期系统规范治疗。

5.2 分证论治^[1-11]

5.2.1 寒邪犯胃证（推荐级别：D）

治法：温中散寒，理气止痛。

主方：良附丸（《良方集腋》）合藿香正气散（《太平惠民和剂局方》）加减。

常用药：高良姜、香附、广藿香、木香、紫苏叶、白芷、厚朴、大腹皮、白术、茯苓、陈皮、炙甘草。

药物加减：若伴有纳呆，暖气或呕吐者，加枳实、焦六神曲、鸡内金、丁香、姜半夏、生姜等。

5.2.2 食滞胃肠证（推荐级别：D）

治法：消食导滞，行气止痛。

主方：保和丸（《丹溪心法》）或消乳丸（《证治准绳》）加减。

常用药：焦山楂、焦六神曲、麦芽（炒）、陈皮、莱菔子、连翘、姜半夏、砂仁、茯苓、木香、厚朴、炙甘草。

药物加减：胃脘胀痛而便秘者，加枳实、熟大黄、槟榔；呕吐者，加广藿香、紫苏梗、生姜。

5.2.3 湿热中阻证（推荐级别：D）

治法：清热利湿，调中行气。

主方：大黄黄连泻心汤（《伤寒论》）加减。

常用药：大黄、黄连、黄芩、广藿香、厚朴、姜半夏、茯苓、陈皮、竹茹、蒲公英、芦根。

药物加减：呕血黑便者，加茜草根、栀子炭、蒲黄炭、紫珠叶；伴食滞者，加焦山楂、焦六神曲；胃痛甚者加川楝子、延胡索；大便溏稀者，去大黄。

5.2.4 肝胃气滞证（推荐级别：D）

治法：疏肝理气，和胃止痛。

主方：柴胡疏肝散（《景岳全书》）加减。

常用药：柴胡、香附、枳壳、陈皮、白芍、甘草、佛手、香橼、郁金、紫苏梗、木香。

药物加减：嘈杂泛酸明显者，加黄连、吴茱萸、瓦楞子（煅）、海螵蛸；胁痛明显者，加川楝子、延胡索；食滞纳呆者，加莱菔子（炒）、焦山楂、焦六神曲、麦芽（炒）；大便不畅者，加厚朴、槟榔。

5.2.5 脾胃虚寒证（推荐级别：D）

治法：温中补虚，缓急止痛。

主方：黄芪建中汤（《伤寒论》）合理中汤（《伤寒论》）加减。

常用药：炙黄芪、桂枝、白芍、党参、白术、干姜、生姜、大枣、炙甘草、肉豆蔻、八角茴香、丁香、广藿香。

药物加减：脾胃气虚为主，寒象不重者，可以香砂六君子丸加减；泛吐清水较多者，加吴茱萸、益智仁、姜半夏、陈皮、茯苓。

5.2.6 胃阴不足证（推荐级别：D）

治法：养阴益胃，缓急止痛。

主方：益胃汤（《温病条辨》）加减。

常用药：北沙参、麦冬、地黄、玉竹、太子参、山药、地骨皮、焦山楂、石斛、白芍、炙甘草。

药物加减：口干渴甚者，加天花粉、知母、芦根；大便干结者，加火麻仁、肉苁蓉、芦荟；胃脘灼痛，嘈杂泛酸者，加牡蛎（煅）、海螵蛸、黄连、吴茱萸。

5.2.7 瘀阻胃络证（推荐级别：D）

治法：活血化瘀，理气止痛。

主方：失笑散（《太平惠民和剂局方》）合养胃化瘀汤（经验方）加减。

常用药：蒲黄炭、五灵脂、三七粉、地黄、牡丹皮、郁金、枳壳、延胡索、乳香、没药、党参、炙黄芪、北沙参、麦冬。

药物加减：胃痛甚者，加木香、枳壳；大便黑色者，加侧柏叶、血余炭、阿胶。

5.3 中成药

小儿肠胃康颗粒：每袋5g。每服5~10g，每日3次。婴幼儿应在医师指导下服用。用于脾胃虚弱兼食积内热者。（推荐级别：D）

小儿康颗粒：每袋10g。每服剂量：1周岁以下5g、1~4岁10g、4岁以上20g，每日3次。用于慢性胃炎脾胃虚弱者。（推荐级别：D）

醒脾养儿颗粒：每袋2g。每服剂量：1岁以内2g，每日2次；1~2岁4g，每日2次；3~6岁4g，每日3次；7~14岁6~8g，每日2次。用于脾气虚所致的食少，腹泻便溏。（推荐级别：D）

健儿消食口服液：每支10ml。每服剂量：3岁以下5~10ml、3岁以上10~20ml，每日2次。用于食滞胃肠证。（推荐级别：D）

加味保和丸：每100丸6g。每服6g，每日2次。建议用法用量：每服剂量：<6岁3g，每日3次；>6岁6g，每日2次。用于食滞胃肠证。（推荐级别：D）

胃苏冲剂：每袋15g。成人剂量：每服15g，每日3次。15天为1个疗程，可服1~3个疗程。建议用法用量：每服剂量：<3岁5g、3~6岁10g，每日3次；>6岁15g，每日2~3次。用于肝胃气

滞证。(推荐级别: C)^[12]

香砂养胃丸: 每袋 9g。每服剂量: 7~14 岁 6g、14 岁以上儿童 9g, 每日 3 次, 学龄期以前儿童用量遵医嘱。用于脾胃虚寒证。(推荐级别: D)

枳实导滞丸: 每服剂量: 14 岁以上儿童 6~9g、7~14 岁 4~6g, 每日 2 次。学龄期以前儿童用量遵医嘱。用于湿热中阻证。(推荐级别: D)

气滞胃痛冲剂: 每袋 2.5g。每服剂量: >14 岁 5g, 每日 3 次; 7~14 岁儿童 1 次 5g, 每日 2 次。学龄期以前儿童用量遵医嘱。用于肝胃气滞证。(推荐级别: D)

5.4 推拿疗法

补脾经, 补胃经 (虚证时用), 清胃经 (实证时用), 揉板门, 运水入土, 顺运内八卦, 运外八卦, 推四横纹, 开璇玑, 推膻中, 揉中脘, 分腹阴阳。用于各证。(推荐级别: D)^[13]

5.5 针灸疗法

取穴: ①膈俞、脾俞、上脘、建里、足三里; ②肝俞、胃俞、中脘、下脘、足三里。配穴: 脾胃虚弱加章门; 肝胃不和加期门; 胃阴不足加三阴交; 胸闷、恶心加内关; 食滞者加解溪。采用常规针刺, 施平补平泻法, 留针 30 分钟, 中间行针 2 次, 10 次为 1 个疗程, 中间间隔 2 日再行下个疗程。(推荐级别: D)^[13]

5.6 敷贴疗法

方法一: 用吴茱萸 15g, 小茴香 30g, 肉桂 15g, 延胡索 15g, 豆蔻 30g, 砂仁 10g, 共研细末, 装入纱布袋中开水浸泡, 取出稍凉后, 敷于中脘 10~15 分钟, 每日 2~3 次。用于脾胃虚寒证。(推荐级别: D)^[14]

方法二: 乳香、没药、防风、威灵仙、白芷、当归、海桐皮、香附、陈皮、透骨草各 18g, 川芎、红花、厚朴各 12g, 艾叶 120g。上药研末, 装入用棉布做成的 15cm×25cm 大小的药袋中。将药放入蒸笼内蒸 20 分钟, 待稍凉后, 敷于中脘部。用于寒邪犯胃证。(推荐级别: D)^[6]

5.7 拔罐疗法

取大椎、上脘、天柱、中脘、胃俞穴。用于寒邪犯胃证。(推荐级别: D)^[6]

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 6.
- [2] 琚玮, 葛湄菲. 现代中医儿科诊疗全书 [M]. 上海: 第二军医大学出版社, 2005: 514.
- [3] 中华医学会儿科学分会感染消化学组, 《中华儿科杂志》编辑委员会. 小儿慢性胃炎、消化性溃疡诊断治疗推荐方案 [J]. 现代实用医学, 2004, 16 (4): 249-250.
- [4] 《中华儿科杂志》编辑委员会, 中华医学会儿科学分会感染消化学组. 小儿慢性胃炎、消化性溃疡胃镜诊断标准 [J]. 中华儿科杂志, 2003, 41 (3): 189.
- [5] 江育仁, 张奇文. 实用中医儿科学 [M]. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 2005: 527-534.
- [6] 汪受传, 俞景茂. 全国高等中医药院校研究生规划教材·中医儿科临床研究 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 198-205.
- [7] 闫慧敏. 小儿胃炎的诊断治疗进展 [J]. 实用儿科临床杂志, 2005, 20 (3): 195-197.
- [8] 杨次年, 彭兆麟. 小儿慢性胃炎中医分型的研究 [J]. 实用中西医结合临床, 2005, 5 (2): 54-55.
- [9] 闫慧敏, 杨燕. 小儿胃脘痛中医辨证与胃镜表现之关系的探讨 [J]. 中国中西医结合杂志, 2006, 26 (7): 617-619.
- [10] 闫慧敏, 陈昭定. 中药治疗小儿慢性胃炎湿热证的临床研究 [J]. 北京中医, 2005, 24 (6): 330-331.
- [11] 陈昭定, 闫慧敏, 王志钧, 等. 温胃腹痛宁冲剂治疗小儿浅表性胃炎 60 例临床观察 [J]. 中医杂志, 1998, 39 (2): 97-98.
- [12] 张曼琳, 王平. 胃苏冲剂治疗儿童慢性胃炎疗效观察 [J]. 儿科药学杂志, 2004, 10 (3): 56.
- [13] 罗伟, 黄玲华. 针灸推拿治疗小儿慢性浅表性胃炎疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16 (31): 4611.
- [14] 刁本恕, 周家骧, 李小嘉, 等. 王静安小儿外治学术经验学术思想探析 [J]. 中医外治杂志, 2008, 17 (1): 3-5.

小儿泄泻

1 范围

本指南提出了小儿泄泻的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群泄泻的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

小儿泄泻 infantile diarrhea

小儿泄泻是儿科常见的脾系疾病之一。临床以大便次数增多，粪便呈稀薄或如水样为主要特征。相当于西医的“小儿腹泻病”。

3 诊断^[1-5]

3.1 临床表现

大便次数和量较平时明显增多。粪便呈淡黄色、黄绿色或褐色；或清水样，或夹奶块、不消化物，或呈蛋花汤、稀溏或糊状，或夹少量黏液；大便臭。可伴有恶心呕吐、腹痛、发热、纳差、口渴、小便少等症。严重者可出现气阴两伤或阴竭阳脱的表现。

3.2 实验室及特殊检查

大便镜检：稀薄，可有脂肪球，或少量白细胞、红细胞。

大便病原学检查：可有轮状病毒等病毒检测阳性，或致病性大肠杆菌等细菌培养阳性。

3.3 需与泄泻鉴别的病种

细菌性痢疾。

4 辨证^[1-8]

4.1 常证

4.1.1 湿热泻

大便水样，或如蛋花汤样，泻势急迫，量多次频，气味秽臭，或夹少许黏液，腹痛阵作，发热，烦躁哭闹，口渴喜饮，食欲不振，或伴呕恶，小便短黄，舌质红，苔黄腻，脉滑数或指纹紫。

4.1.2 风寒泻

大便清稀，夹有泡沫，臭气不甚，肠鸣腹痛，或伴恶寒发热、鼻流清涕、咳嗽，舌质淡，苔薄白，脉浮紧或指纹淡红。

4.1.3 伤食泻

大便稀溏，夹有乳凝块或食物残渣，气味酸臭，或如败卵，脘腹胀满，便前腹痛，泻后痛减，腹部胀痛拒按，嗳气酸馊，或有呕吐，不思乳食，夜卧不安，舌苔厚腻，或微黄，脉滑实或指纹滞。

4.1.4 脾虚泻

大便稀溏，色淡不臭，常食后即泻，时轻时重，面色萎黄，形体消瘦，神疲倦怠，舌淡苔白，脉缓弱或指纹淡。

4.1.5 脾肾阳虚泻

久泻不止，大便清稀，澄澈清冷，完谷不化，或见脱肛，形寒肢冷，面白无华，精神萎靡，寐时露睛，小便色清，舌淡苔白，脉细弱或指纹色淡。

4.2 变证

4.2.1 气阴两伤证

泻下过度，质稀如水，精神萎靡或心烦不安，目眶及囟门凹陷，皮肤干燥或枯瘪，啼哭无力无

泪，口渴引饮，小便短少，甚至无尿，唇红而干，舌红少津，苔少或无苔，脉细数。

4.2.2 阴竭阳脱证

泻下不止，次频量多，精神萎靡，表情淡漠，面色青灰或苍白，哭声微弱，啼哭无泪，尿少或无，四肢厥冷，舌淡无津，脉沉细欲绝。

5 治疗

5.1 治疗原则

泄泻治疗，以运脾化湿为基本原则。实证以祛邪为主，根据不同的证候分别治以清肠化湿、祛风散寒、消食导滞。虚证以扶正为主，分别治以健脾益气、温补脾肾。泄泻变证，总属正气大伤，分别治以益气养阴、酸甘敛阴，护阴回阳、救逆固脱。本病除内服药外，还常使用推拿、外治、针灸等法治疗。另外，应注意调整饮食，加强护理，预防和纠正脱水，防止并发症。

5.2 分证论治

5.2.1 常证

5.2.1.1 湿热泻（推荐级别：C）^[1,4]

治法：清肠解热，化湿止泻。

主方：葛根黄芩黄连汤（《伤寒论》）加味。

常用药：葛根、黄芩、黄连、地锦草、马鞭草、车前子、木香（煨）、焦山楂、甘草等。

药物加减：泛恶苔腻者，加广藿香、佩兰；呕吐者，加竹茹、姜半夏。

5.2.1.2 风寒泻（推荐级别：D）^[2]

治法：疏风散寒，化湿和中。

主方：藿香正气散（《太平惠民和剂局方》）加减。

常用药：广藿香、紫苏叶、防风炭、姜半夏、陈皮、苍术、茯苓、甘草、生姜、大枣等。

药物加减：腹痛甚，里寒重者，加干姜、木香；腹胀苔腻者，加大腹皮、厚朴；夹有食滞者，去甘草、大枣，加焦山楂、鸡内金。

5.2.1.3 伤食泻（推荐级别：D）^[2-3]

治法：运脾和胃，消食化滞。

主方：保和丸（《丹溪心法》）加减。

常用药：焦山楂、焦六神曲、鸡内金、陈皮、姜半夏、茯苓、连翘等。

药物加减：腹痛者，加木香、槟榔；腹胀者，加厚朴、莱菔子；呕吐者，加广藿香、生姜。

5.2.1.4 脾虚泻（推荐级别：D）^[2-3]

治法：健脾益气，助运止泻。

主方：参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）加减。

常用药：党参、白术、苍术、茯苓、山药、白扁豆（炒）、薏苡仁、木香、砂仁、焦山楂等。

药物加减：腹冷舌淡，大便夹不消化物者，加炮姜；久泻不止，内无积滞者，加肉豆蔻、石榴皮。

5.2.1.5 脾肾阳虚泻（推荐级别：D）

治法：温补脾肾，固涩止泻。

主方：附子理中汤（《三因极一病证方论》）合四神丸（《内科摘要》）加减。

常用药：党参、白术、炮姜、吴茱萸、附子、补骨脂、肉豆蔻（煨）、焦山楂、甘草等。

药物加减：脱肛者，加炙黄芪、升麻；久泻滑脱不禁者，加诃子、石榴皮、赤石脂。

5.2.2 变证

5.2.2.1 气阴两伤证（推荐级别：D）

治法：健脾益气，酸甘敛阴。

主方：人参乌梅汤（《温病条辨》）加减。

常用药：人参、炙甘草、乌梅、木瓜、白芍、莲子、山药、石榴皮、芦根等。

药物加减：大便热臭者，加黄连、辣蓼草。

5.2.2.2 阴竭阳脱证（推荐级别：D）

治法：挽阴回阳，救逆固脱。

主方：生脉散（《医学启源》）合参附龙牡救逆汤（经验方）加减。

常用药：人参、麦冬、五味子、白芍、炙甘草、附子、龙骨（煅）、牡蛎（煅）等。

5.3 中成药

葛根芩连微丸：每袋1g。每服3g；小儿每服1g，每日3次，或遵医嘱。用于湿热泻。（推荐级别：D）

小儿肠胃康颗粒：每袋5g。每服5~10g，每日3次。婴幼儿应在医师指导下服用。用于湿热泻。（推荐级别：D）

藿香正气口服液：每支10ml。成人剂量：每服5~10ml，每日2~3次，用时摇匀。建议用法用量：每服剂量：<3岁5ml、>3岁10ml，每日2次。用于风寒泻。（推荐级别：D）

纯阳正气丸：每200丸3g。成人剂量：每服1.5~3g，每日1~2次。建议用法用量：每服剂量：<3岁1g、3~6岁1.5g、>6岁每服2g，每日1~2次。用于中寒泄泻，腹冷呕吐。（推荐强度：D）

健脾八珍糕：每块8.3g。每日早晚饭前热水化开炖服，亦可干服，每服3~4块，婴儿每服1~2块。用于脾虚泻。（推荐级别：D）

小儿腹泻宁泡腾颗粒：每袋4g。每服剂量：>10岁儿童每服4g，每日2次，<10岁儿童酌减。用于脾虚泻。（推荐级别：C）

附子理中丸：每8丸相当于原生药3g。成人剂量：每服8~12丸，每日3次。建议用法用量：每服剂量：3~6岁1.5g，每日3次；>6岁3g，每日2次。用于脾肾阳虚泻。（推荐级别：D）

5.4 药物外治

小儿腹泻贴：每贴1.2g。贴于脐部，每次1贴，48小时换药一次。用于风寒泻、脾虚泻、脾肾阳虚泻。（推荐级别：B）^[9-10]

丁香1份，肉桂2份，共研细末，每次1~2g，姜汁调成糊状，敷于脐部，外用胶布固定，每日1次。用于风寒泻、脾虚泻、脾肾阳虚泻。（推荐级别：D）^[6]

鬼针草30g，加水适量，煎煮后倒入盆内，先熏蒸、后浸泡双足，每日2~4次，连用3~5日。用于各证。（推荐级别：D）

5.5 推拿疗法

方法一：清补脾土，清大肠，清小肠，退六腑，揉小天心。用于湿热泻。（推荐级别：D）

方法二：揉外劳宫，推三关，摩腹，揉脐，揉龟尾。用于风寒泻。（推荐级别：D）

方法三：推板门，清大肠，补脾土，摩腹，逆运内八卦，点揉天突。用于伤食泻。（推荐级别：B）^[12]

方法四：推三关，补脾土，补大肠，摩腹，推上七节骨，捏脊，重按肺俞、脾俞、胃俞、大肠俞。用于脾虚泻。（推荐级别：B）

5.6 针灸疗法

针法：取足三里、中脘、天枢、脾俞。发热加曲池；呕吐加内关、上脘；腹胀加下脘；伤食加刺四缝；便如水样加水分。实证用泻法，虚证用补法，每日1~2次。（推荐级别：D）

灸法：取足三里、中脘、神阙，隔姜灸或艾条温和灸，每日1~2次。用于脾虚泻、脾肾阳虚泻。（推荐级别：D）

参考文献

- [1] 李秀育, 王炳坤. 七味白术散治疗小儿泄泻 156 例 [J]. 中国药学杂志, 2003, 38 (8): 586.
- [2] 金淑媛. 辨证治疗小儿泄泻 108 例 [J]. 实用中医内科杂志, 2007, 21 (1): 46.
- [3] 马雁军, 王珍. 儿宝颗粒治疗小儿脾虚泄泻纳呆 202 例临床观察 [J]. 山西医药杂志, 2008, 37 (8): 691-692.
- [4] 韩新民, 汪受传, 袁斌, 等. 苍葛止泻灵治疗婴幼儿轮状病毒肠炎的临床研究 [J]. 中华临床新医学, 2004, 4 (6): 481-483.
- [5] 缪湘伊. 藿苓双术汤治疗小儿泄泻 63 例临床观察 [J]. 中药材, 2003, 26 (7): 537-538.
- [6] 黄玲. 健脾饮治疗小儿慢性泄泻 86 例临床观察 [J]. 河北中医, 2004, 26 (10): 750.
- [7] 林外丽, 王霞芳. 五苓散加味治疗婴儿泄泻疗效观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2004, 31 (7): 582-583.
- [8] 张凤丽, 郁晓维. 运脾法治疗小儿泄泻的临床研究概述 [J]. 中医儿科杂志, 2008, 4 (6): 50-53.
- [9] 马丽丽, 徐秋香. 小儿腹泻贴治疗小儿泄泻的护理体会 [J]. 护理研究, 2003, 17 (1) 增刊下: 148-149.
- [10] 申静. 腹泻贴片经皮给药辅治小儿秋季腹泻 120 例临床观察 [J]. 实用诊断与治疗杂志, 2008, 22 (4): 308.
- [11] 苏海荣, 王金爱, 范自香. 外贴内服法治疗小儿脾虚泄泻 84 例 [J]. 吉林中医药, 2005, 25 (4): 32-33.
- [12] 汪颖. 试论按摩推拿疗法治疗小儿泄泻的临床应用和机理 [J]. 按摩与导引, 2007, 23 (7): 39-40.
- [13] 焦平, 王艳君, 郭登洲, 等. 推拿治疗伤食型婴幼儿泄泻 370 例的临床疗效观察 [J]. 河北中医药学报, 2005, 20 (3): 26-28.

厌 食

1 范围

本指南提出了小儿厌食的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于 18 周岁以下人群厌食的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

厌食 anorexia

厌食以长期厌恶进食，食量减少为临床主症。相当于西医的“厌食症”。

3 诊断

3.1 临床表现^[1-3]

厌恶进食两个月以上，有饮食不节、喂养不当等相关病史，食量较正常同龄儿童减少 1/3 以上。

3.2 实验室及特殊检查

血微量元素检查：血锌正常或降低。^[4-5]

唾液淀粉酶检查：正常或降低。^[2]

胃电图检查：餐前胃电参数 f、F 低于健康儿童；餐后胃电参数 f、F、Vpp、Ra 低于健康儿童；同一导联餐后胃电参数 f、F、Vpp、Ra 比餐前降低；胃电节律紊乱率高于健康儿童。^[6-7]

D-木糖醇检查：D-木糖排泄率降低。^[2]

血清瘦素检查：显著低于正常儿。^[8-9]

3.3 需与厌食鉴别的病种

积滞，疳证。

4 辨证

4.1 脾胃湿热证

不思进食，厌恶进食甚至拒食，口渴不欲饮，肢体倦怠，口臭，时有恶心，甚则呕吐，大便干结或臭秽，小便黄少，舌红，苔薄黄腻，脉滑数，指纹紫滞。

4.2 脾失健运证^[10]

食欲不振，厌恶进食甚至拒食，面色少华，精神尚可，口淡乏味，时有流涎，嗳气呃逆，恶心，大便软溏，舌淡红，苔薄白或腻，脉濡，指纹淡红。

4.3 脾胃气虚证^[10]

不思饮食，厌恶进食甚至拒食，面色少华，神疲倦怠，少气懒言，形体偏瘦，唇色淡，口淡乏味，脘腹胀，大便稀溏，舌淡胖边有齿印，色淡红，苔薄白，脉细软，指纹淡红。

4.4 脾胃阴虚证^[10]

不思进食，厌恶进食，面色少华，口渴喜冷饮，唇红，手足心热，汗多浸衣，形体偏瘦，大便燥结，小便黄少，舌红，苔花剥，脉细数，指纹紫或红。

4.5 肝旺脾虚证^[10]

食欲不振，厌恶进食，形体偏瘦，两胁胀满，平素烦躁易怒，夜寐欠安，兴奋躁动，口苦泛酸，嗳气呃逆，大便失调，舌红，苔薄黄，脉细小弦，指纹紫滞。

5 治疗

5.1 治疗原则

本病治疗，以运脾开胃为基本法则。宜以轻清之剂解脾胃之困，拨清灵脏气以恢复转运之机，俟脾胃调和，脾运复健，则胃纳自开。脾胃气虚者，治以健脾益气为主；脾胃阴虚者，施以养胃育阴之

法；若属肝旺脾虚，则宜培土平木法；脾失健运则当健运为先；脾胃湿热，治以清化助运。需要注意的是，消导不宜过峻，燥湿不宜过寒，补益不宜滋腻，以防损脾碍胃，影响纳化，以“脾健不在补贵在运”为原则。在药物治疗的同时应注意饮食调养，合理膳食结构，纠正不良的饮食习惯，方能取效。

5.2 分证论治

5.2.1 脾胃湿热证（推荐级别：D）

治法：清热燥湿，健脾助运。

主方：藿朴三仁汤（经验方）加味。

常用药：广藿香、厚朴（姜制）、姜半夏、茯苓、苦杏仁、薏苡仁、豆蔻、苍术（麸炒）、黄连。

药物加减：大便不畅者，加槟榔、枳实、莱菔子；小便黄少者，加滑石、甘草。

5.2.2 脾失健运证（推荐级别：D）

治法：健脾助运，消食开胃。

主方：不换金正气散（《太平惠民和剂局方》）加减。

常用药：苍术（麸炒）、陈皮、枳壳（麸炒）、广藿香、六神曲、麦芽（炒）、焦山楂。

药物加减：嗳气泛恶者，加姜半夏、竹茹；大便软溏者，加山药、薏苡仁。

5.2.3 脾胃气虚证（推荐级别：D）^[11]

治法：健脾益气，佐以助运。

主方：异功散（《小儿药证直诀》）加减。

常用药：党参、白术、茯苓、甘草、陈皮、佩兰、砂仁、六神曲、鸡内金（炒）。

药物加减：大便溏薄者，加炮姜、肉豆蔻；脘腹胀者，加木香、厚朴、莱菔子。

5.2.4 脾胃阴虚证（推荐级别：D）^[12]

治法：滋脾养胃，佐以助运。

主方：养胃增液汤（经验方）加减。

常用药：北沙参、麦冬、玉竹、石斛、乌梅、白芍、甘草、焦山楂、麦芽（炒）。

药物加减：口渴烦躁者，加天花粉、芦根、胡黄连；大便干结者，加火麻仁、郁李仁、瓜蒌子；夜寐不宁，手足心热者，加牡丹皮、莲子心、酸枣仁；兼脾气虚弱者，加太子参、山药。

5.2.5 肝旺脾虚证（推荐级别：D）

治法：疏肝健脾，理气和胃。

主方：柴胡疏肝散（《景岳全书》）加减。

常用药：柴胡、川芎、枳实（麸炒）、香附（醋制）、陈皮、厚朴（姜制）、炒白芍、法半夏、甘草。

药物加减：烦躁不宁，夜寐不安者，加茯神、钩藤；口苦泛酸者，加黄连、吴茱萸；嗳气呃逆者，加旋覆花、赭石。

5.3 中成药

王氏保赤丸：每60粒0.15g。6个月以内，每次5粒；6个月~2岁，每增加1个月增加1粒；2~7岁，每增加半岁增加5粒，病轻者每日1次，重者每日2~3次。用于脾胃湿热证。（推荐级别：D）^[13]

保和片（丸）：片剂：每片0.26g；丸剂：每8丸相当于生药3g。成人剂量：片剂：每服4片，每日3次，丸剂：每服6~9g，每日2次。建议用法用量：片剂：每服剂量：<3岁1片、3~6岁2片、>6岁3片，每日3次。丸剂：每服剂量：<3岁1g、3~6岁1.5g，每日3次；>6岁3g，每日2次。用于脾胃湿热证、脾失健运证。（推荐级别：D）

山麦健脾口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 10ml，每日 2~3 次。建议用法用量：每服剂量：<3 岁 5ml，每日 2 次；3~6 岁 5ml，每日 3 次；>6 岁 10ml，每日 2 次。用于脾失健运证。（推荐级别：D）^[14]

健胃消食口服液：每支 10ml。每服 10ml，每日 3 次；3 岁以下儿童每服 5ml，每日 2~3 次。或遵医嘱。用于脾胃气虚证。（推荐强度：D）

醒脾养儿颗粒：每袋 2g。每服剂量：1 岁以内 2g，每日 2 次；1~2 岁 4g，每日 2 次；3~6 岁 4g，每日 3 次；7~14 岁 6~8g，每日 2 次。用于脾胃气虚证。（推荐强度：D）^[15]

5.4 推拿疗法

主穴：补脾经，大肠经，运八卦，掐揉四横纹，摩腹，揉中脘，揉足三里，捏脊。加减穴：脾胃气虚证：加补大肠，补肾经，推三关，推上七节骨。脾胃阴虚证：加分手阴阳，揉二马，揉三阴交，揉涌泉。伴有积食者：加清胃经，揉板门。每日 1 次，7 日为 1 疗程。（推荐级别：D）^[16]

捏脊法：患儿俯卧，医者两手半握拳，两食指抵于背脊之上，两手拇指伸向食指前方，合力夹住肌肉提起，而后食指向前，拇指向后退，作翻卷动作，两手同时向前移动，自长强穴起，一直捏到大椎穴，如此反复 5 次，但捏第 3 次时，每捏 3 把，将皮肤提起 1 次，重提脾俞、胃俞，每日治疗 1 次。1 月为 1 个疗程。连续治疗 3 个疗程。用于脾胃气虚证、脾失健运证。（推荐级别：D）^[17]

5.5 刺四缝疗法

在患儿第 2、3、4、5 指掌面，近端指关节横纹中点，即四缝穴处，皮肤局部消毒后，用三棱针或 8 号普通注射针头，速针刺 0.5~1mm 深，刺后挤出黄白色黏液，隔 3 日刺 1 次。用于脾胃气虚证、脾失健运证、脾胃湿热证。（推荐级别：D）^[18]

5.6 贴敷疗法

方法一：党参 30g，白术 15g，砂仁 20g，木香 10g，三棱 15g，莪术 15g。研细末，过 100 目筛，取上药 1.5g，加入适量麻油、冰片溶液调成膏状，涂在 1cm² 大小的塑料纸上，用橡皮膏固定在神阙穴上，每次贴敷 2~12 小时，每日 1 次，敷贴后热敷 2 次，7 日为 1 疗程。用于脾胃气虚证、脾胃阴虚证、脾失健运证。（推荐级别：D）^[19]

方法二：胡黄连 3g，青皮 1.5g，陈皮 1.5g，三棱 1.5g，莪术 1.5g，五谷虫（醋炒）3g，莱菔子（炒）3g。研末，过 60 目筛，装袋，每晚敷于患儿脐部（神阙穴）和腰背部（命门穴），夜敷昼去，连续用药 4 周，为 1 疗程。用于厌食各证伴有食积者。（推荐级别：B）^[20]

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 290-291.
- [2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 267-269.
- [3] 汪受传. 普通高等教育“十一五”国家级规划教材·新世纪(第二版)全国高等中医院校规划教材·中医儿科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 106-110.
- [4] Zhai Honglin, Chen Xiaofeng, Chen Xingguo, et al. Assisted diagnosis for infancy anorexia based on a radial basis function probabilistic neural network model [J]. Journal of Lanzhou University (Natural Sciences), 2004, 40 (6): 55-58.
- [5] 陈捷, 金立华. 小儿厌食症相关因素分析 [J]. 浙江中西医结合杂志, 2004, 14 (4): 258-259.
- [6] 肖满田, 叶轶坤, 钱兴国. 儿童厌食症胃电图临床研究 [J]. 中国儿童保健杂志, 2008, 16 (6): 644-646.
- [7] 葛小平, 陈华, 盛丽先. 厌食症患儿胃肠激素及胃电图变化的临床意义 [J]. 中医杂志, 2001, 42 (1): 40, 52.
- [8] 吴华, 向开富, 万胜明, 等. 血清瘦素水平与儿童厌食症的关系 [J]. 医师进修杂志 (内科版), 2004, 27 (9): 28-29.
- [9] 李贵霞, 韩小梅, 张丽霞. 厌食症患儿血清瘦素水平测定及临床意义 [J]. 检验医学, 2005, 20 (1): 1-3.
- [10] 叶翠. 小儿厌食症的中医病因病机及证候学研究 [D]. 南京: 南京中医药大学, 2009: 1-37.
- [11] 蔡宏波. 加味异功散治疗小儿厌食脾胃气虚证的疗效观察 [J]. 中医药学报, 2009, 37 (4): 79-80.
- [12] 李晓云. 养胃增液汤治疗小儿厌食症临床和观察 [J]. 国际医药卫生导报, 2006, 12 (8): 100-101.
- [13] 刘兰. 王氏保赤丸治疗小儿厌食症 35 例 [J]. 天津药学, 2008, 20 (2): 49-50.
- [14] 徐士云, 刘志胜, 莫测. 山麦健脾口服液治疗小儿厌食症 64 例 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2005, 13 (6): 408-409.
- [15] 倪玉莲. 醒脾养儿冲剂治疗小儿厌食症 74 例临床观察 [J]. 江苏中医药, 2005, 26 (6): 29.
- [16] 何雁玲. 推拿治疗小儿厌食症的临床分析 [J]. 按摩与导引, 2008, 24 (10): 18-19.
- [17] 简应敏, 吴高鑫. 捏脊治疗脾胃气虚型小儿厌食症 45 例疗效观察 [J]. 中医儿科杂志, 2007, 3 (3): 50-51.
- [18] 黄玲, 骆雄武. 针刺四缝穴治疗小儿厌食症 134 例临床观察 [J]. 黑龙江中医药, 2003, (5): 50.
- [19] 李建军, 吕献波, 刘利波, 等. 中药穴位贴敷治疗小儿厌食症 [J]. 中国实用医药, 2010, 5 (3): 195-196.
- [20] 林洁, 王霞芳, 夏以琳, 等. 董氏开胃散治疗小儿厌食症的临床试验 [J]. 中成药, 2005, 27 (11): 1284-1287.

积 滞

1 范围

本指南提出了小儿积滞的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群积滞的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

积滞 food accumulation and stagnation

积滞是儿科常见的脾系疾病之一，临床以不思乳食，食而不化，腹部胀满，噎腐、吞酸，大便泄泄或便秘为主要特征。相当于西医的“小儿消化功能紊乱”或“功能性消化不良”。

3 诊断^[1-3]

3.1 临床表现

以不思乳食，食而不化，腹部胀满，噎腐吞酸，大便不调为主症。

3.2 实验室检查

大便检查：可见不消化食物残渣、脂肪滴。

3.3 需与积滞鉴别的病种

厌食，疳证。

4 辨证^[4-6]

4.1 乳食内积证

乳食不思或少思，脘腹胀满、疼痛拒按，呕吐食物、乳片，夜寐不安，哭闹不宁，大便酸臭或结，舌淡红，苔白垢腻，脉弦滑，指纹紫滞。

4.2 食积化热证

不思乳食，口干，脘腹胀满、腹部灼热，午后发热，心烦易怒，夜寐不安，小便黄，大便臭秽或秘结，舌红，苔黄腻，脉滑数，指纹紫。

4.3 脾虚夹积证

不思乳食，食则饱胀，呕吐酸馊，腹满喜按、喜俯卧，夜寐不安，面色萎黄，形体消瘦，神疲肢倦，大便稀糊或溏，夹食物残渣，唇舌色淡，苔白腻，脉细滑，指纹淡滞。

5 治疗

5.1 治疗原则^[7]

本病的治疗遵循“以消导为主，佐以健脾”的法则。消导即消积导滞，消积指内消其积，导滞指通导积滞，内消不能去其积者则导滞而下其积。实证以去积为要，偏热者辅以清解积热，偏寒者佐以温阳助运。积滞较重，或积热结聚者，当通腑导滞，泻热攻下，以期积去而脾胃和。导滞之品多易攻伐伤正，应中病即止，以平为期。属虚实夹杂者，宜佐以健脾，积滞重脾虚轻者，宜消中寓补；积滞轻脾虚重者，宜补中寓消，以达“养正而积自除”之目的。积滞消除后，又当调理脾胃以善其后。本病除内服药物外，中药敷贴、捏脊、摩腹、针灸、刺四缝等疗法也常运用。预防护理方面，积滞患儿应注意饮食调节，合理喂养。

5.2 分证论治

5.2.1 乳食内积证（推荐级别：D）^[8-10]

治法：消乳化食，导滞和中。

主方：乳积者，消乳丸（《证治准绳》）加减。食积者，保和丸（《丹溪心法》）加减。

常用药：焦山楂、焦六神曲、鸡内金、麦芽（炒）、炒谷芽、莱菔子、砂仁、陈皮、姜半夏、茯

苓、连翘。

药物加减：腹胀甚者，加厚朴、枳实；腹痛甚者，加木香、槟榔；呕吐食物、乳片者，加竹茹、生姜、紫苏叶、广藿香；烦躁不安、哭闹不宁者，加栀子、莲子心；大便秘结者，加大黄、芒硝、瓜蒌子；大便稀溏者，加白术、薏苡仁；脘腹冷痛者，加乌药、高良姜；兼有发热者，可加石膏、黄芩。

5.2.2 食积化热证（推荐级别：D）

治法：清热导滞，消积和中。

主方：枳实导滞丸（《内外伤辨惑论》）加减。

常用药：大黄、枳实、焦六神曲、茯苓、黄芩、黄连、白术、泽泻。

药物加减：口渴气虚者，加石斛、糯稻根；盗汗者，加龙骨（煅）、牡蛎（煅）；潮热不退者，加白薇、地骨皮；烦躁、夜啼难眠者，加蝉蜕；腹部胀痛甚者，加木香、槟榔；腹部胀满甚者，加厚朴、青皮；泻下臭秽明显者，加鸡内金、苍术；大便秘结者加冬瓜子、玄明粉。

5.2.3 脾虚夹积证（推荐级别：D）^[8-10]

治法：健脾助运，消积化滞。

主方：健脾丸（《医方集解》）加减。

常用药：白术、木香、黄连、甘草、茯苓、人参、焦六神曲、陈皮、砂仁、麦芽（炒）、焦山楂、山药、肉豆蔻。

药物加减：呕吐者，加生姜、丁香、姜半夏；腹满喜按者，加炮姜、厚朴；腹痛腹冷者，加香附、白芍；纳呆者加枳实、槟榔；大便稀糊或溏者，加薏苡仁、苍术；苔白腻者，加广藿香、佩兰。

5.3 中成药

四磨汤口服液：每支10ml。新生儿每次3~5ml，每日3次，疗程2日；幼儿每次10ml，每日3次，疗程3~5日。用于乳食内积证。（推荐级别：C）

化积口服液：每支10ml。周岁以内每次5ml，每日2次；2~5岁每次10ml，每日2次；5岁以上每次10ml，每日3次。用于乳食内积证。（推荐级别：B）

清热化滞颗粒：每袋2.5g。每服剂量：1~3岁2.5g、4~7岁5g、≥8岁7.5g，每日3次。用于积滞化热证。（推荐级别：A）^[11-12]

小儿香橐丸：每丸3g。每服3g，每日3次。周岁以内小儿酌减。用于脾虚夹积证。（推荐级别：D）

香砂六君子丸：每50粒3g。成人剂量：每次6~9g，每日2次。建议用法用量：每服剂量：<3岁2g、3~6岁4g、>6岁6g，每日2次。用于脾虚夹积证。（推荐级别：D）

5.4 敷贴疗法

方法一：白术、桃仁、苦杏仁、栀子各50g，枳实、砂仁各10g，樟脑、冰片适量。共为细末，置于玻璃器具中封存。使用时取药2~3g，加入蛋清调成糊状，分两份分别敷在双侧内关穴上。用于乳食内积证。（推荐级别：D）^[13]

方法二：肉桂60g，丁香30g，苍术30g，焦三仙各30g，枳壳10g，玄明粉10g等，共研细末过筛，装瓶中密封备用。主穴：神阙，配脾俞、肾俞、涌泉等。用于乳食内积证。（推荐级别：D）^[14]

5.5 捏脊和摩腹疗法

捏脊疗法重点揉捏脾俞、胃俞，起到健脾益胃之功效。摩腹疗法以掌部或四指指腹着力，沿中脘→天枢→关元→天枢→中脘作环形摩动，视具体病情采用顺时针或逆时针方向摩腹。用于乳食内积证和脾虚夹积证。（推荐级别：D）^[15]

5.6 刺四缝疗法

皮肤局部消毒，用三棱针针刺食、中、无名指及小指近端指关节的中央，直刺0.3~0.5寸，刺

后用手挤出黄白色黏液。用于乳食内积证。(推荐级别: D)^[16]

5.7 针灸配合推拿疗法

用毫针点刺承浆穴、双侧四横纹穴等,再施以小儿推拿手法,乳食积滞型清天河水,清补脾,平肝;脾虚夹积型补脾、平肝,揉一窝风。用于乳食内积证、脾虚夹积证。(推荐级别: D)^[17]

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 87-88.
- [2] 汪受传, 俞景茂. 全国高等中医药院校研究生规划教材·中医儿科临床研究 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 217-225.
- [3] 赵霞, 罗兴洪. 小儿积滞的理论探讨 [J]. 中医研究, 2003, 16 (2): 6-7.
- [4] 徐强, 胡思源. 朱丹溪保和丸饮片颗粒治疗小儿积滞乳食停滞证的临床研究 [J]. 天津中医药, 2008, 25 (1): 20-21.
- [5] 孙丽梅. 消痞散治疗小儿积滞临床观察 [J]. 中国厂矿医学, 2008, 21 (2): 226.
- [6] 肖诏玮, 吴维木, 沈聪. 微乐 II 号糖浆治疗小儿积滞 325 例疗效观察 [J]. 福建中医药, 1992, 23 (5): 4-5.
- [7] 汪受传. 全国普通高等教育中医药类精编教材·中医儿科学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2006: 109-110.
- [8] 周一平. 柴胡胡黄连汤加味治疗小儿积滞 30 例 [J]. 黑龙江中医药, 1999, (2): 39-40.
- [9] 左宜恭. 健儿药片治疗小儿积滞 48 例 [J]. 河南中医学院学报, 2005, 20 (1): 66.
- [10] 饶建华. 自拟健脾消积汤治疗小儿积滞 94 例 [J]. 福建中医药, 2006, 37 (5): 50.
- [11] 赵霞, 汪受传. 清热化滞颗粒治疗小儿积滞化热证 211 例临床观察 [J]. 中医杂志, 2003, 44 (10): 758-759.
- [12] 汪受传, 赵霞, 刘书堂. 清热化滞颗粒 III 期临床及实验研究总结 [J]. 现代中医药, 2003, (4): 1-4.
- [13] 李锡久, 梁虹, 马翔, 等. 消积灵治疗小儿积滞 [J]. 中国中西医结合脾胃杂志, 1997, 5 (4): 246.
- [14] 李治湖, 李永红. 中药敷脐治疗小儿积滞 30 例. [J]. 现代中西医结合杂志, 2004, 13 (5): 658-659.
- [15] 温乃元, 王锦, 张飞香. 捏脊和摩腹手法治疗小儿积滞症 160 例 [J]. 中国民间疗法, 2006, 14 (12): 24-25.
- [16] 余惠华. 捏脊、刺四缝加中药治疗小儿积滞 100 例 [J]. 新中医, 1998, 30 (11): 21-22.
- [17] 隋康民, 王志军, 薛兴英. 针刺配合小儿推拿手法治疗积滞 75 例疗效观察 [J]. 青岛医药卫生, 2000, 32 (4): 301.

疳 证

1 范围

本指南提出了小儿疳证的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群疳证的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

疳证 infantile malnutrition

疳证是儿科常见的脾系疾病之一。临床以形体消瘦，饮食异常，大便不调为主要特征。5岁以下小儿多见。相当于西医的“蛋白质—能量营养不良”、“维生素营养障碍”、“微量元素缺乏”，以及肠道寄生虫病等引起的并发症。

3 诊断要点

3.1 病史及年龄特点^[1-2]

多见于5岁以下，多有喂养不当史、病后饮食失调史、寄生虫病史、消化系统疾病史、慢性消耗性疾病史、厌食及偏食史。

3.2 临床表现^[1-2]

形体消瘦，重者干枯羸瘦，饮食异常，大便干稀不调，腹胀，面色不华，毛发稀疏枯黄，精神烦躁不宁或萎靡不振，揉眉擦眼，吮指，磨牙。

3.3 需与疳证鉴别的病种

厌食，积滞。

4 辨证

4.1 主证

4.1.1 疳气证

形体略瘦，或体重不增，面色萎黄少华，毛发稀疏，纳呆少食，腹胀，性急易怒，精神欠佳，大便干稀不调，舌质淡，苔薄白，脉细，指纹淡。

4.1.2 疳积证

明显消瘦，面色萎黄少华或面白无华，腹胀膨隆，腹有青筋，纳呆，烦躁易怒，嗜食异物，啃指甲，揉眉，挖鼻，疲倦乏力，大便干稀不调，舌质淡，苔白厚腻，脉细滑，指纹紫滞。

4.1.3 干疳证

显著消瘦，枯瘦如柴，面色萎黄或苍白，头发稀疏枯黄，腹凹如舟，精神萎靡，懒言少动，表情冷漠呆滞，夜寐不安，头大，项细，厌食，哭声无力，便溏，大便干稀不调，舌质淡，苔花剥或无，脉沉细弱，指纹隐伏不显。

4.2 兼证

4.2.1 眼疳证

夜盲，两目干涩，畏光羞明，黑睛混浊，白翳遮睛，眼角赤烂，眼痒，舌红，苔薄白，脉细。

4.2.2 口疳证

口舌生疮，糜烂，口臭，面红，烦躁，夜卧不宁，五心烦热，进食时哭闹，小便短黄，吐弄舌，舌尖红，苔薄黄，脉细数。

4.2.3 疳肿胀证

全身肿胀，眼睑浮肿，颜面肿，神倦，肢冷，小便短少，面白无华，舌质淡嫩，苔薄白，脉沉迟无力。

5 治疗

5.1 治疗原则^[3-4]

本病治疗，以健运脾胃为基本原则。根据疳证的不同阶段，采取不同的治疗方法。疳气证以和为主，疳积证以消为主或消补兼施，干疳证以补为要。注意补脾须佐助运，使补不碍滞；消积勿过用攻伐，以免伤正。对于兼证，应将脾胃本病与他脏兼证合参而治之，以平为期。同时，应强调对患儿的饮食调理，合理补充营养，纠正不良饮食习惯，并配合其他疗法，方可奏效。

5.2 分证论治

5.2.1 常证

5.2.1.1 疳气证（推荐级别：D）^[5-7]

治法：调脾助运。

主方：资生健脾丸（《先醒斋医学广笔记》）加减。

常用药：党参、豆蔻、黄连、白术、莲子、神曲、茯苓、橘红、焦山楂、甘草、广藿香、麦芽（炒）、山药、砂仁、桔梗、薏苡仁。

药物加减：食欲不振，腹胀，苔厚腻者，去党参、白术，加苍术、鸡内金、厚朴；性情急躁，加钩藤；大便稀溏者，加炮姜、肉豆蔻；大便秘结者，加火麻仁、决明子。

5.2.1.2 疳积证（推荐级别：D）^[8]

治法：消积理脾。

主方：肥儿丸（《医宗金鉴》）加减。

常用药：人参、白术、茯苓、焦六神曲、焦山楂、麦芽（炒）、大腹皮、槟榔、黄连、胡黄连、甘草。

药物加减：食积腹胀者，加鸡内金、莱菔子；腹胀如鼓者，加枳实、厚朴；虫积者，加使君子、雷丸；烦躁不安，揉眉挖鼻者，加梔子、莲子心；嗜食异物者，加连翘、黄芩；大便秘结者，加火麻仁、郁李仁；肌肤干燥，口渴者，加石斛、天花粉。

5.2.1.3 干疳证（推荐级别：D）

治法：补气益血。

主方：八珍汤（《正体类要》）加减。

常用药：党参、黄芪、白术、茯苓、甘草、熟地黄、当归、白芍、川芎、陈皮、砂仁、焦六神曲。

药物加减：肢冷，大便稀溏者，去熟地黄、当归，加肉桂、炮姜；夜寐差者，加酸枣仁、首乌藤；舌红口干者，加石斛、乌梅；出现面色苍白，呼吸微弱，四肢厥冷，脉微欲绝者，急予独参汤或参附龙牡救逆汤。

5.2.2 兼证

5.2.2.1 眼疳证（推荐级别：D）

治法：养血柔肝，滋阴明目。

主方：石斛夜光丸（《原机启微》）加减。

常用药：石斛、天门冬、地黄、枸杞子、菊花、蒺藜、蝉蜕、木贼、青葙子、夏枯草、川芎、枳壳。

5.2.2.2 口疳证（推荐级别：D）

治法：清心泻火，滋阴生津。

主方：益胃汤（《温病条辨》）合泻心导赤散（《医宗金鉴》）加减。

常用药：黄连、梔子、连翘、灯心草、淡竹叶、地黄、麦冬、玉竹、北沙参。

5.2.2.3 痞肿胀证（推荐级别：D）

治法：健脾温阳，利水消肿。

主方：参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）合真武汤（《伤寒论》）加减。

常用药：党参、茯苓、白术、附子、生姜、白芍、薏苡仁、白扁豆、猪苓、泽泻、桂枝。

5.3 口服中成药

健脾八珍糕：每块8.3g。每日早晚饭前热水化开炖服，亦可干服，每服3~4块，婴儿每服1~2块。或遵医嘱。用于痞气证。（推荐级别：D）^[9]

肥儿丸：每丸3g。每服3~6g，每日1~2次，3岁以内小儿酌减。用于痞积证。（推荐级别：D）^[10]

十全大补颗粒：每袋装15g、30g。成人剂量：每服15g，每日2次。建议用法用量：每服剂量：<3岁5g、3~6岁10g、>6岁15g，每日2次。用于干痞证。（推荐级别：D）^[11]

人参养荣丸（水蜜丸）：每100丸6g。成人剂量：每服6g，每日1~2次。建议用法用量：每服剂量：<3岁2g，每日2次；3~6岁4g、>6岁6g，每日1~2次。用于干痞证。（推荐级别：D）

明目地黄丸：水蜜丸：每100丸重6g；小蜜丸：每袋9g。成人剂量：每服，水蜜丸6g、小蜜丸9g，每日2次。建议用法用量：水蜜丸：每服剂量：<3岁2g、3~6岁4g、>6岁6g，每日2次。小蜜丸：每服剂量：<3岁3g、3~6岁6g、>6岁9g，每日2次。用于眼痞证。（推荐级别：D）

石斛夜光丸：水蜜丸：每袋6g；小蜜丸：100丸重60g。成人剂量：每服水蜜丸6g、小蜜丸9g，每日2次。建议用法用量：水蜜丸：每服剂量：<3岁2g、3~6岁4g、>6岁6g，每日2次。小蜜丸：每服剂量：<3岁3g、3~6岁6g、>6岁9g，每日2次。用于眼痞证。（推荐级别：D）

5.4 推拿疗法（推荐级别：D）^[12-15]

方法一：清补脾经，揉板门，推四横纹，揉中脘，摩腹，揉天枢，按揉足三里，捏脊。用于痞气证。

方法二：推脾土，揉板门，摩腹揉脐，捏脊，揉双足三里。用于痞积证。

方法三：补脾经，推三关，揉外劳宫，运内八卦，掐四横纹，分推腹部，揉腹，点中脘，点足三里，捏脊。用于干痞证。

方法四：捏脊，部位为脊背的正中线，从尾骨部起至第7颈椎。即沿着督脉的循行路线，从长强穴直至大椎穴。两手沿脊柱两旁，由下而上连续地夹提肌肤，边捏边向前推进，自尾骶部开始，一直捏到项枕部为止（一般捏到大椎穴，也可延至风府穴）。重复3~5遍后，再按揉肾俞穴2~3次。一般每日或隔日捏脊1次，6次为1个疗程。1个疗程后可休息1周，再进行第2个疗程。

5.5 刺四缝疗法（推荐级别：B）^[16-21]

取穴四缝，常规消毒，用毫针点刺后，擦除溢出的黄白色液体或少许血液，然后用消毒干棉球按压针孔，每周1次，共治疗4次。

参考文献

- [1] 倪菊秀, 沈小英, 徐秋琼. 小儿疳症 788 例临床资料回顾与分析 [J]. 上海中医药杂志, 1997, (11): 20-21.
- [2] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 663.
- [3] 赵霞, 汪受传. 运脾、补脾话健脾 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2006, 4 (5): 52-54.
- [4] 鲁新华, 倪珠英, 陈陶后, 等. 健运、消导等法对模拟“疳证”幼小鼠部分代谢和免疫功能的影响 [J]. 中国中西医结合杂志, 1995, (S1): 116-119.
- [5] 夏莺. 资生健脾冲剂治疗小儿疳积 109 例 [J]. 实用中医内科杂志, 2001, 15 (2): 45.
- [6] 王晓珍. 资生健脾丸加减治疗疳积 55 例 [J]. 辽宁中医杂志, 1997, 24 (4): 170.
- [7] 魏双禄, 李光. 资生丸加味治疗小儿疳积 36 例疗效观察 [J]. 云南中医中药杂志, 2003, 24 (4): 20-21.
- [8] 廉洁. 肥儿疳积颗粒治疗小儿厌食症疗效观察 [J]. 中国医药指南, 2009, 7 (16): 92-93.
- [9] 吴声宏, 徐迪华, 任光荣, 等. 健脾八珍糕治疗小儿脾虚厌食症的临床观察 [J]. 江苏中医药, 1991, (8): 13-15.
- [10] 樊永平, 聂惠民, 郭琳, 等. 健脾金丹、肥儿丸对脾虚大鼠胃分泌、胃肠黏膜超微结构的影响 [J]. 北京中医学院学报, 1992, 15 (5): 41-43.
- [11] 郭素华, 李灏来, 孟宪栋. 十全大补胶囊治疗气血俱虚证 30 例疗效观察 [J]. 河北中医, 2001, 23 (5): 360-361.
- [12] 庞军. 推拿治疗小儿疳气型疳症 80 例 [J]. 广西中医药, 2000, 23 (6): 10.
- [13] 程艳玲. 推拿治疗小儿疳积 40 例 [J]. 中国民族民间医药, 2009, (18): 97.
- [14] 王志红. 推拿治疗小儿疳积 60 例 [J]. 河南中医, 2006, 26 (9): 65.
- [15] 郝俊卿. 捏脊疗法治疗小儿疳积的临床观察 [J]. 中医药研究, 1997, 13 (1): 34-35.
- [16] 张春玲. 针刺治疗小儿疳积 240 例 [J]. 中国基层医学, 1994, (4): 145.
- [17] 梁繁荣, 夏晓红, 彭晓虹, 等. 针刺四缝穴治疗小儿疳证多中心随机对照研究 [J]. 中国针灸, 2006, 26 (1): 3-7.
- [18] 崔卫东, 朱宏燕. 针刺四缝穴治疗小儿疳积 36 例 [J]. 河南中医, 2002, 22 (4): 49.
- [19] 李素香. 针刺四缝穴治疗小儿疳积 30 例 [J]. 中国民间疗法, 2004, 12 (10): 16.
- [20] 肖云. 针刺“四缝穴”治疗小儿疳积症 320 例疗效观察 [J]. 医学理论与实践, 1994, 7 (1): 20.
- [21] 蒋贵东, 王海莉. 挑刺四缝穴为主治疗小儿疳积疗效观察 [J]. 针灸临床杂志, 2005, 21 (1): 54-55.

营养性缺铁性贫血

1 范围

本指南提出了营养性缺铁性贫血的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群营养性缺铁性贫血的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

营养性缺铁性贫血 nutritional iron deficiency anemia

营养性缺铁性贫血是体内铁缺乏造成血红蛋白合成减少而引起的小细胞低色素性贫血，临床以血清铁浓度、转铁蛋白饱和度和血清铁蛋白降低，采用铁剂治疗有效为特征，主要表现为面色苍白或萎黄、唇甲色淡、倦怠乏力、食欲不振等。以6个月至3岁的婴幼儿多见。属于中医“血虚”范畴。

3 诊断^[1-3]

3.1 病史

有铁供给不足、吸收障碍、需求增多或慢性失血等缺铁病史。

3.2 临床表现

发病缓慢，轻度贫血者可无自觉症状，随贫血的加重出现面色萎黄或苍白、唇甲色淡、毛发干枯、头晕乏力、食欲不振，重度贫血可有发育迟缓、肝脾肿大。

3.3 实验室检查

血常规：血红蛋白降低，6个月~6岁 $<110\text{g/L}$ ，6~14岁 $<120\text{g/L}$ （海拔高度对血红蛋白值有影响，海拔每升高1000米，血红蛋白上升约4%）。呈小细胞低色素性贫血，平均红细胞容积（MCV） $<80\text{fl}$ ，平均红细胞血红蛋白浓度（MCHC） $<310\text{g/L}$ ，平均红细胞血红蛋白含量（MCH） $<27\text{pg}$ 。

铁代谢检查：①血清铁（SI） $<10.7\mu\text{mol/L}$ ；②总铁结合力（TIBC） $>62.7\mu\text{mol/L}$ ；③转铁蛋白饱和度（TS） $<15\%$ ；④血清铁蛋白（SF） $<16\mu\text{g/L}$ 。这4项铁代谢检查指标中至少满足2项。

骨髓象检查：红细胞系增生活跃，以中、晚幼红细胞为主。骨髓可染色铁显著减少甚至消失，骨髓细胞外铁明显减少（0~+），铁粒幼细胞比例 $<15\%$ 。

3.4 诊断性治疗

铁剂治疗有效：铁剂治疗4周后血红蛋白应上升 20g/L 以上。

3.5 鉴别诊断

需与营养性缺铁性贫血鉴别的病种：地中海贫血，营养性巨幼红细胞性贫血，慢性感染性贫血，再生障碍性贫血，铁粒幼细胞性贫血。

需与营养性缺铁性贫血鉴别的病证：疳证，黄肿病。

4 辨证^[1-4]

4.1 脾胃虚弱证

神疲，倦怠乏力，形体消瘦，少气懒言，面色苍白或萎黄，唇甲色淡，肌肉松弛，食欲不振，大便稀溏，舌质淡，苔薄白，脉细无力。

4.2 心脾两虚证

神疲，倦怠乏力，少气懒言，语声不振，头晕目眩，心悸，怔忡，健忘，面色萎黄或苍白，唇甲色淡，毛发干枯，肌肤不泽，肌肉松弛，食欲不振，夜寐不安，注意力涣散，舌质淡，苔薄白，脉细弱。

4.3 肝肾阴虚证

头晕耳鸣，两目干涩，两颧潮红，五心烦热，口干咽燥，腰膝酸软，发育迟缓，唇甲色淡，毛发枯黄，肌肤不泽，爪甲枯脆，夜寐不安，舌红少津，苔少、光剥或无苔，脉细数。

4.4 脾肾阳虚证

神疲，肢冷畏寒，面色苍白，唇甲淡白，发黄稀少，肌肉松弛，食欲不振，小便清长，大便稀溏或完谷不化，浮肿，发育迟缓，囟门迟闭，智力下降，舌淡胖有齿痕，苔薄白，脉沉细（迟）。

5 治疗

5.1 治疗原则^[1-4]

本病治疗，以补气生血为基本法则。病属虚证，主要涉及心、肝、脾、肾四脏，其中以脾胃虚弱最为关键，治疗尤当注意健运脾胃，益气养血。盖脾胃为后天之本，气血生化之源，脾健胃和，化源充足，则贫血自能改善和痊愈。又脾为气血生化之源，肾为藏精之脏，精能化血，精血同源，补虚当注意培补脾肾，俟脾运复健，肾有所藏，则精血充足，贫血可除。又当注意气、血、阴、阳之间相互化生的关系，补血兼以益气，补阴勿忘助阳。组方用药不可拘泥贫血而过用滋腻补血之味，总以补而不滞，补不碍胃为要。同时，要提倡母乳喂养，纠正患儿不良饮食习惯，合理搭配饮食，积极消除病因，方能因果兼顾，标本兼治，收到良效。

5.2 分证论治

5.2.1 脾胃虚弱证（推荐级别：D）

治法：健运脾胃，益气养血。

主方：六君子汤（《世医得效方》）加味。

常用药：党参、黄芪、白术、茯苓、山药、炙甘草、当归、白芍、法半夏、陈皮、薏苡仁、砂仁。

药物加减：气虚乏力明显者，改党参为人参；纳呆者，加焦山楂、炒谷芽、鸡内金；便溏，食物不化者，加山药（炒）、干姜、吴茱萸；便秘者，加决明子、火麻仁、何首乌。

5.2.2 心脾两虚证（推荐级别：D）

治法：补脾养心，益气生血。

主方：归脾汤（《济生方》）加减。

常用药：黄芪、人参、白术、茯苓、当归、远志、酸枣仁、龙眼肉、首乌藤、木香、陈皮、大枣、焦六神曲。

药物加减：血虚明显者，加鸡血藤、白芍；心悸便秘者，加柏子仁、郁李仁、桑椹；纳呆便溏者，减当归量，加苍术、焦山楂；气不摄血，衄血便血者，加阿胶、地榆、仙鹤草。

5.2.3 肝肾阴虚证（推荐级别：D）

治法：滋养肝肾，益精生血。

主方：左归丸（《景岳全书》）加减。

常用药：熟地黄、山药、山茱萸、枸杞子、龟甲、鹿角胶、菟丝子、牛膝、当归、女贞子、黄精。

药物加减：潮热盗汗者，加地骨皮、鳖甲；发育迟缓者，加紫河车、益智仁、阿胶；两目干涩者，加石斛、夜明砂、羊肝；头晕目眩者，加菊花、石决明；四肢震颤者，加沙苑子、白芍、钩藤、地龙；食欲不振者，加炒谷芽、鸡内金、石斛。

5.2.4 脾肾阳虚证（推荐级别：D）

治法：温补脾肾，益阴养血。

主方：右归丸（《景岳全书》）加减。

常用药：附子、肉桂、熟地黄、山药、山茱萸、枸杞子、菟丝子、杜仲、鹿角、当归、仙茅、补骨脂。

药物加减：畏寒肢冷者，加淫羊藿、巴戟天；凶门晚闭者，加龟甲、牡蛎、龙骨；发黄稀少者，加党参、当归、何首乌；下肢浮肿者，加薏苡仁、茯苓、猪苓、生姜；大便溏泄者，加白术、炮姜、肉豆蔻。

5.3 中成药

小儿生血糖浆：每支 10ml。每服剂量：1~3 岁 10ml、3~5 岁 15ml，每日 2 次。用于脾胃虚弱证、心脾两虚证、肝肾阴虚证。（推荐级别：B）^[5]

健脾生血颗粒：每袋 5g。每服剂量：小于 1 岁 2.5g、1~3 岁 5g、3~5 岁 7.5g、5~12 岁 10g，每日 3 次。或遵医嘱。4 周为 1 疗程。用于脾胃虚弱证、心脾两虚证。（推荐级别：B）^[6]

归脾丸（浓缩丸）：每 8 丸相当于原生药 3g。每服剂量：1 岁以下 3~4 丸、1~3 岁 4~5 丸、4~7 岁 6~7 丸、7 岁以上 8~10 丸，每日 3 次。用于心脾两虚证。（推荐级别：D）

养血饮口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 10ml，每日 2 次。建议用法用量：每服剂量：<3 岁 5ml，每日 2 次；3~6 岁 5ml，每日 3 次；>6 岁 10ml，每日 2 次。用于脾胃虚弱证、心脾两虚证。（推荐级别：D）^[7]

归芪口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 10ml，每日 2 次。建议用法用量：每服剂量：<3 岁 5ml，每日 2 次；3~6 岁 5ml，每日 3 次；>6 岁 10ml，每日 2 次。用于气血两虚证。（推荐级别：D）^[8]

儿康宁糖浆：每支 10ml。每服 10ml，每日 3 次。婴幼儿应在医师指导下服用。用于脾胃虚弱证。（推荐级别：D）^[9]

5.4 推拿疗法

施术者两手握拳，两食指抵于脊背，分别与双手拇指将皮肤捏起，从患儿尾闾骨端的长强穴起，沿督脉向上推拿至大椎或风府穴，随推、随捏、随捻、随放、随提，连续进行 6 次，当捏拿第 4 次时，每捏拿 2、3 下，用手向上提拿 1 下，以加强刺激。最后以拇指揉按两侧肾俞穴。治疗 4 周，前 2 周每日捏 1 次，后 2 周隔日捏 1 次。用于脾胃虚弱证。（推荐级别：C）^[10-11]

5.5 饮食疗法

可食动物血、动物肝脏、瘦肉、蛋黄、枸杞子、黑豆、芝麻、黑木耳、龙眼肉、红枣等含铁丰富的食品，以及新鲜绿叶蔬菜、水果等富含维生素 C 的食品。（推荐级别：D）

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 88-89.
- [2] 《中华儿科杂志》编辑委员会, 中华医学会儿科学分会血液学组, 中华医学会儿科学分会儿童保健学组. 儿童缺铁和缺铁性贫血防治建议 [J]. 中华儿科杂志, 2008, 46 (7): 502-504.
- [3] 汪受传. 高等中医药院校教学参考丛书·中医儿科学 [M]. 第2版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 207-219.
- [4] 许华, 宋述财. 黎炳南治疗小儿缺铁性贫血经验 [J]. 中医杂志, 2003, 44 (9): 657-658.
- [5] 崔雁. 小儿生血糖浆治疗缺铁性贫血 50 例疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2005, 14 (2): 171-172.
- [6] 马海侠. 健脾生血颗粒治疗婴幼儿缺铁性贫血的疗效观察 [J]. 儿科药学杂志, 2006, 12 (3): 54-55.
- [7] 张桂玲, 卢青军, 李永申, 等. 养血饮口服液与硫酸亚铁对照治疗小儿缺铁性贫血 100 例 [J]. 中国新药杂志, 2002, 11 (3): 232-234.
- [8] 陈文治, 吴咏莲. 归芪口服液治疗儿童缺铁性贫血临床观察 [J]. 中国医院药学杂志, 2006, 26 (2): 183-184.
- [9] 茅双根, 周名雄, 蔡珍琴. 儿康宁治疗营养性缺铁性贫血的临床研究 [J]. 中国临床药理学与治疗学, 1999, 4 (4): 341-342.
- [10] 钱进, 郑军, 余继林. 冯氏捏脊手法治疗小儿缺铁性贫血 (脾胃虚弱型) 32 例临床观察 [J]. 中医杂志, 2004, 45 (9): 678-679.
- [11] 郑军, 余继林, 钱进, 等. 冯氏捏积手法治疗小儿缺铁性贫血 (脾胃虚弱证) 的临床研究 [J]. 北京中医, 2007, 26 (2): 78-80.

小儿病毒性心肌炎

1 范围

本指南提出了小儿病毒性心肌炎中医的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于 18 周岁以下人群病毒性心肌炎的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

小儿病毒性心肌炎 viral myocarditis in children

病毒性心肌炎是指病毒侵犯心脏所致的局灶性或弥漫性心肌间质性炎性浸润和心肌纤维的变性或坏死性病变，有的可伴有心包或心内膜炎症改变。临床表现主要有心悸怔忡，胸闷胸痛或心前区不适，气短，叹气，乏力，多汗，精神不振，面色苍白等症状。

本病由病毒感染引起，任何年龄段均可发生，但以 3~10 岁小儿多见，如能及早诊断和治疗，预后大多良好，部分患儿因治疗不及时或病后调养失宜，可迁延不愈而致顽固性心律失常。属于中医“温病”、“心悸”、“怔忡”、“胸痹”等范畴。

3 诊断^[1]

3.1 临床诊断依据

心功能不全、心源性休克或脑心综合征。

心脏扩大（X 线、超声心动图检查有一项示心脏扩大）。

心电图改变：以 R 波为主的 2 个或 2 个以上主要导联（I、II、aVF、V5）的 ST-T 改变持续 4 天以上伴动态变化，窦房传导阻滞、房室传导阻滞，完全性右或左束支阻滞，成联律、多形、多源、成对或并行性早搏，非房室结及房室折返引起的异位性心动过速，低电压（新生儿除外）及异常 Q 波。

CK-MB 升高，心肌肌钙蛋白（cTnI 或 cTnT）阳性。

3.2 病原学诊断依据

确诊指标：自患儿心内膜、心肌、心包（活检、病理）或心包穿刺液检查，发现以下之一者可确诊心肌炎由病毒引起。①分离到病毒；②用病毒核酸探针查到病毒核酸；③特异性病毒抗体阳性。

参考依据：有以下之一者结合临床表现可考虑心肌炎系病毒引起。①自患儿粪便、咽拭子或血液中分离到病毒，且恢复期血清同型抗体滴度较第一份血清升高或降低 4 倍以上；②病程早期患儿血中特异性 IgM 抗体阳性；③用病毒核酸探针自患儿血中查到病毒核酸。

3.3 确诊依据

具备临床诊断依据 2 项，可临床诊断为心肌炎。发病同时或发病前 1~3 周有病毒感染的证据支持诊断。

同时具备病原学确诊依据之一，可确诊为病毒性心肌炎，具备病原学参考依据之一，可临床诊断为病毒性心肌炎。

凡不具备确诊依据者，应给予必要的治疗或随诊，根据病情变化，确诊或除外心肌炎。

应除外风湿性心肌炎、中毒性心肌炎、先天性心脏病、结缔组织病以及代谢性疾病的心肌损害、甲状腺功能亢进症、原发性心肌病、原发性心内膜弹力纤维增生症、先天性房室传导阻滞、心脏自主神经功能异常、 β 受体功能亢进及药物引起的心电图改变。

3.4 分期

急性期：新发病，症状及检查阳性发现明显且多变，一般病程在半年以内。

迁延期：临床症状反复出现，客观检查指标迁延不愈，病程多在半年以上。

慢性期：进行性心脏增大，反复心力衰竭或心律失常，病情时轻时重，病程在1年以上。

4 辨证^[2-4]

4.1 风热犯心证

发热，恶风，鼻塞流涕，咽红肿痛，咳嗽，肌痛，头晕，心悸，胸闷气短，舌红，苔薄黄，脉促或结或代，指纹浮紫。

4.2 湿热侵心证

寒热起伏，全身酸痛，恶心呕吐，腹痛泄泻，心悸，胸闷憋气，肢体乏力，舌质红，苔黄腻，脉濡数或结或代。

4.3 气阴两虚证

心悸怔忡，胸闷不适，活动后加重，头晕目眩，少气懒言，神疲倦怠，自汗，盗汗，五心烦热，夜寐不安，舌红苔少或花剥，脉细数无力或结或代。

4.4 心脾两虚证

心悸怔忡，胸闷气短，面色少华，头晕健忘，失眠多梦，厌食纳差，倦怠乏力，便溏，舌淡有齿痕，苔白而润，脉缓细弱或结或代，指纹淡。

4.5 痰瘀阻络证

心悸，胸闷憋气，胸痛如刺，气短气促，头晕，脘闷纳差，痰多，时欲呕呃，面色晦暗，唇甲青紫，舌紫黯，舌边尖有瘀点，苔腻，脉滑或结或代。

4.6 心阳虚弱证

心悸怔忡，胸闷气短气促，头晕多汗，畏寒肢冷，神疲乏力，虚烦不安，面色苍白，口唇青紫，下肢浮肿，舌淡或胖嫩，脉缓无力或结或代。

5 治疗

5.1 治疗原则

本病为虚实夹杂之证，治宜祛邪扶正兼顾，早期以祛邪为主，中后期以扶正为主。病变后期可累及其他脏腑，故治心而不限于心，应整体调节。在各阶段的治疗中适当应用活血化瘀药，以通脉和血，利于心脏功能恢复。本病病程较长，急性期一般卧床休息3~6周，病重者宜卧床半年到1年。

5.2 分证论治

5.2.1 风热犯心证（推荐级别：D）

治法：疏风清热，宁心复脉。

主方：银翘散（《温病条辨》）加减。

常用药：金银花、连翘、荆芥、牛蒡子、桔梗、甘草、板蓝根、人参、麦冬、五味子。

药物加减：鼻塞不通者，加苍耳子、辛夷；邪毒炽盛者，加黄芩、石膏；胸闷胸痛者，加瓜蒌皮、丹参、郁金；咳甚者，加前胡；汗多者，加牡蛎（煅）；早搏频作者，加丹参、苦参。

5.2.2 湿热侵心证（推荐级别：D）

治法：清热化湿，宁心安神。

主方：葛根黄芩黄连汤（《伤寒论》）加减。

常用药：葛根、黄芩、黄连、炙甘草、苦参、陈皮、石菖蒲、茯苓、木香。

药物加减：胸闷憋气者，加瓜蒌皮、薤白；肢体酸痛者，加独活、羌活；心悸、脉结代者，加丹参、珍珠母、龙骨；心烦者，加栀子。

5.2.3 气阴两虚证（推荐级别：D）

治法：益气养阴，宁心复脉。

主方：炙甘草汤（《伤寒论》）加减。

常用药：炙甘草、党参、地黄、阿胶、大枣、麻子仁、麦冬、桂枝、五味子、丹参。

药物加减：心脉不整者，加磁石、鹿衔草；便秘者，重用麻子仁，加瓜蒌子、桑椹等；汗多者，加黄芪、牡蛎（煅）；夜寐不宁者，加酸枣仁、柏子仁；五心烦热者，去桂枝、大枣，加玉竹、鹿衔草、白薇。

5.2.4 心脾两虚证（推荐级别：D）

治法：补益心脾，宁心安神。

主方：归脾汤（《济生方》）加减。

常用药：人参、白术、茯苓、炙甘草、桂枝、龙骨、牡蛎、远志、酸枣仁。

药物加减：汗多者，加黄芪、浮小麦；心悸、脉结代者，加甘松、万年青；舌质瘀紫者，加丹参、甘松、降香；夜寐不宁者，加琥珀粉、磁石。

5.2.5 痰瘀阻络证（推荐级别：D）

治法：豁痰活血，化瘀通络。

主方：瓜蒌薤白半夏汤（《金匱要略》）合丹参饮（《时方歌括》）加减。

常用药：瓜蒌、薤白、法半夏、丹参、檀香、砂仁、竹茹（姜制）、红花、郁金。

药物加减：咳嗽痰多者，加白前、款冬花、浙贝母；夜寐不宁者，加远志、酸枣仁。

5.2.6 心阳虚弱证（推荐级别：D）

治法：温振心阳，宁心安神。

主方：桂枝甘草龙骨牡蛎汤（《伤寒论》）加减。

常用药：桂枝、炙甘草、龙骨、牡蛎、丹参、黄芪、五味子。

药物加减：形寒肢冷者，加附子、干姜；肢体浮肿者，加茯苓、防己、车前子；头晕失眠者，加酸枣仁；兼有食积者，加鸡内金、焦六神曲；乏力汗多甚者，重用黄芪；刺痛舌紫明显者，加三七、乳香；手足厥冷，冷汗淋漓，脉微欲绝者，加人参、附子、干姜，同时宜中西医结合救治。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

银翘解毒丸：每丸3g。成人剂量：用芦根汤或温开水送服。每服1丸，每日2~3次。建议用法用量：用芦根汤或温开水送服，每服剂量：<3岁1g、3~6岁1.5g，每日3次；>6岁每服3g，每日2次。用于风热犯心证。（推荐级别：D）

甘露消毒丸：每服剂量：3~7岁2~3g、7岁以上3~5g，每日2次。用于湿热侵心证。（推荐级别：D）

生脉饮口服液：每支10ml。成人剂量：每服10ml，每日3次。建议用法用量：每服剂量：<3岁5ml，每日2次；3~6岁5ml，每日3次；>6岁10ml，每日2~3次。用于气阴两虚证。（推荐级别：D）

黄芪生脉饮：每支10ml。成人剂量：每服10ml，每日3次。建议用法用量：每服剂量：<6岁10ml，每日2次；>6岁10ml，每日3次。用于气阴两虚证。（推荐级别：D）^[5]

归脾丸（浓缩丸）：每8丸相当于原生药3g。每服剂量：1岁以下3~4丸、1~3岁4~5丸、4~7岁6~7丸、7岁以上8~10丸，每日3次。用于心脾两虚证。（推荐级别：D）

丹参片：每瓶60片。成人剂量：每服3~4片，每日3次。建议用法用量：每服剂量：<3岁1片、3~6岁2片、>6岁3片，每日3次。可用于本病各证。（推荐级别：D）

5.3.2 中药注射剂

双黄连粉针剂：每支600mg。静脉滴注，临用前，先以适量注射用水充分溶解，再用0.9%氯化钠注射液或5%葡萄糖注射液100~250ml稀释，60mg/（kg·d），或遵医嘱。用于风热犯心证。（推荐级别：D）^[6]

生脉注射液：每支20ml。成人剂量：肌肉注射，每次2~4ml，每日1~2次；静脉滴注，每次

20~60ml, 用5%葡萄糖注射液250~500ml稀释后使用。建议用法用量: 1ml/(kg·d), 加入5%葡萄糖注射液100~250ml稀释后静脉滴注。用于气阴两虚证。(推荐级别: C)^[7]

参附注射液: 每支10ml。成人剂量: 肌肉注射, 每次2~4ml, 每日1~2次。静脉滴注, 每次20~100ml, 用5%~10%葡萄糖注射液250~500ml稀释后使用。静脉推注, 每次5~20ml (用5%~10%葡萄糖注射液20ml稀释后使用)。建议用法用量: 2ml/(kg·d), 加入10%葡萄糖注射液100~250ml中静脉滴注, 最大剂量不超过20ml。用于心阳虚弱, 阳气欲脱者。(推荐级别: D)^[8]

2 术语和定义

注意力缺陷多动障碍 attention deficit hyperactivity disorder

注意力缺陷多动障碍又称儿童多动综合征, 属于中医“健忘”、“怔忡”、“肝风”、“肝火”等范畴。

3.1 临床表现

临床表现为活动过多, 注意力不集中, 坐立不安, 做事粗心大意, 学习困难, 冲动任性, 自控能力差, 动作不协调和四肢笨拙动作能力弱, 常因小事而发脾气, 甚至攻击他人。

3.2 诊断标准

3.2.1 病史

起病于学龄前期, 病程至少持续6个月。

3.2.2 症状标准

至少具备以下4条, 其症状严重性可不同程度地影响学习和适应能力。

- (1) 需要安静的场合难于静坐, 常常动个不停。
- (2) 容易兴奋和冲动。
- (3) 常常干扰其他儿童的活动。
- (4) 做事粗心大意, 常常有始无终。
- (5) 在课堂中思想开小差, 做作业或其他需要持久注意的事情。
- (6) 要求必须立即得到满足, 否则就产生情绪反应。
- (7) 经常话多, 好撒谎或说谎。
- (8) 难以遵守集体活动的秩序和纪律。
- (9) 学习困难, 成绩差, 但不是由于智能障碍所引起。
- (10) 动作笨拙, 精巧和协调动作较差。

3.3 排除标准

精神发育迟滞, 儿童期精神病, 焦虑状态, 品行障碍或神经系统疾病等引起的行为障碍性疾病。

3.4 需与注意力缺陷多动障碍鉴别的精神

4 辨证

4.1 肝肾阴虚证

多动躁动, 急躁易怒, 难以自控, 注意力不集中, 坐立不安, 做事粗心大意, 学习困难, 或有盗汗, 腰膝乏力, 或有形体消瘦, 大便燥结, 舌红, 苔黄, 脉弦。

参考文献

- [1] 中华医学会儿科学分会心血管学组,《中华儿科杂志》编辑委员会(1999年9月,昆明).病毒性心肌炎诊断标准(修订草案)[J].中华儿科杂志,2000,38(2):75.
- [2] 汪受传.普通高等教育“十一五”国家级规划教材·新世纪(第二版)全国高等中医院校规划教材·中医儿科学[M].北京:中国中医药出版社,2007:129-134.
- [3] 江育仁,张奇文.实用中医儿科学[M].第2版.上海:上海科学技术出版社,2005:624-631.
- [4] 罗笑容,许允佳.专科专病中医临床诊治丛书·儿科专病中医临床诊治[M].第2版.北京:人民卫生出版社,2005:477-517.
- [5] 杨桂洪.黄芪生脉饮辅助治疗病毒性心肌炎的临床疗效观察[J].当代医学,2010,16(20):152-153.
- [6] 林国珍,刘冬梅,朱霖,等.注射用双黄连治疗小儿病毒性心肌炎疗效观察[J].中国中西医结合杂志,1998,18(10):601-602.
- [7] 刘晓平,李宜,宋纪英.生脉注射液治疗小儿病毒性心肌炎40例疗效观察[J].山东医药,2002,42(2):33-34.
- [8] 郑孝清,胡晓华,陈菲燕,等.999参附注射液治疗小儿病毒性心肌炎临床评估[J].辽宁中医杂志,2001,28(12):734-735.

注意力缺陷多动障碍

1 范围

本指南提出了注意力缺陷多动障碍的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于 18 周岁以下人群注意力缺陷多动障碍的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

注意力缺陷多动障碍 attention deficit hyperactivity disorder

注意力缺陷多动障碍是一种较常见的儿童时期行为障碍性疾病。临床以活动过多，注意力不集中，冲动任性，自控能力差，动作不协调和四肢精细动作能力弱，甚而出现社会适应障碍和学习困难，但智力正常或基本正常为特征。

注意力缺陷多动障碍又名儿童多动综合征。属于中医“健忘”、“失聪”、“肝风”等范畴。

3 诊断^[1-3,6]

3.1 临床表现

无明显病因，多在学龄前发病，学龄儿童为多，病程大多持续半年以上，有家族史。

临床表现为活动过多，注意力不集中，坐立不安，小动作多，冲动任性，自控能力差，动作不协调，四肢精细动作能力弱，甚而出现社会适应障碍和学习困难，但智力正常，部分可伴有认知障碍。

3.2 诊断标准

3.2.1 病史

起病于学龄前期，病程至少持续 6 个月。

3.2.2 症状标准

至少具备以下 4 条，其症状严重性可不同程度地影响学习和适应环境的能力。

- (1) 需要静坐的场合难于静坐，常常动个不停。
- (2) 容易兴奋和冲动。
- (3) 常常干扰其他儿童的活动。
- (4) 做事粗心大意，常常有始无终。
- (5) 很难集中思想听课、做作业或其他需要持久注意的事情。
- (6) 要求必须立即得到满足，否则就产生情绪反应。
- (7) 经常话多，好插话或喧闹。
- (8) 难以遵守集体活动的秩序和纪律。
- (9) 学习困难、成绩差，但不是由于智能障碍所引起。
- (10) 动作笨拙，精巧和协调动作较差。

3.3 排除标准

精神发育迟滞、儿童期精神病、焦虑状态、品行障碍或神经系统疾病等引起的行为障碍性疾病。

3.4 需与注意力缺陷多动障碍鉴别的病种

多发性抽动症，儿童精神分裂症。

4 辨证^[7-11]

4.1 肝肾阴虚证

多动难静，急躁易怒，冲动任性，难以自控，注意力不集中，坐立不安，做事粗心大意，学习困难，或有遗尿，腰酸乏力，或有形体消瘦，五心烦热，大便秘结，舌质红，苔薄，脉弦细。

4.2 心脾两虚证

神思涣散，注意力不集中，神疲乏力，形体消瘦或虚胖，多动而不暴躁，言语冒失，做事有头无尾，睡眠不实，记忆力差，伴自汗盗汗，纳差，面色不华，舌质偏淡，舌苔白，脉细。

4.3 痰火扰心证

多动多语，性情暴戾，易激惹，思想不集中，胸中烦热，懊恼不眠，口苦纳呆，呕吐痰涎，大便秘结，小便黄赤，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

4.4 脾虚肝旺证

注意力涣散，多动多语，坐立不安，兴趣多变，烦躁不宁，急躁易怒，言语冒失，记忆力差，胸闷纳呆，睡眠不实，面色无华，便溏，舌淡红，苔薄白，脉弦细。

4.5 肾虚肝亢证

神思涣散，注意力不集中，多动多语，冲动任性，急躁易怒，五心烦热，口干咽燥，盗汗，腰酸乏力，遗尿，舌质红，少苔，脉细数或弦细。

5 治疗

5.1 治疗原则^[1,7]

本病治疗，以调和阴阳为基本原则。病属本虚标实，主要涉及心、肝、脾、肾四脏。心肾不足者，治以补益心肾；肾虚肝亢者治以滋肾平肝；心脾气虚者，治以补益心脾。病程中见有痰浊、痰火、瘀血等兼证，佐以化痰、清热、祛瘀等治法。肝肾阴虚者以滋养肝肾，平肝潜阳为主；心脾两虚者，以养心安神，健脾益气为主；痰火扰心者以清热泻火，化痰宁心为主；脾虚肝旺者以健脾平肝，疏肝解郁为主；肾虚肝亢者以滋肾平肝为主。同时本病还可结合中成药、针灸、耳针疗法等治疗。特别要注意对患儿进行教育引导，心理治疗，行为矫治及感觉统合训练治疗。

5.2 分证论治

5.2.1 肝肾阴虚证（推荐级别：D）

治法：滋养肝肾，平肝潜阳。

主方：杞菊地黄丸（《麻疹全书》）加减。

常用药：枸杞子、菊花、决明子、熟地黄、山茱萸、山药、茯苓、牡丹皮、泽泻。

药物加减：夜寐不安者，加酸枣仁、五味子；盗汗者，加浮小麦、龙骨（煅）、牡蛎（煅）；急躁易怒者，加钩藤；大便秘结者，加火麻仁、桑椹。

5.2.2 心脾两虚证（推荐级别：D）

治法：养心安神，健脾益气。

主方：归脾汤（《济生方》）合甘麦大枣汤（《金匱要略》）加减。

常用药：党参、黄芪、白术、茯苓、当归、龙眼肉、远志、酸枣仁、木香、小麦、大枣、炙甘草。

药物加减：思想不集中者，加益智仁、龙骨；睡眠不实者，加五味子、首乌藤；记忆力差，动作笨拙者，加何首乌、石菖蒲、郁金；苔厚腻者，加薏苡仁、豆蔻、广藿香。

5.2.3 痰火扰心证（推荐级别：D）

治法：清热泻火，化痰宁心。

主方：黄连温胆汤（《六因条辨》）加减。

常用药：姜半夏、陈皮、竹茹、枳实、黄连、茯苓、甘草、大枣。

药物加减：烦躁易怒者，加钩藤、龙胆草；痰多者，加胆南星；大便秘结者，加大黄。

5.2.4 脾虚肝旺证（推荐级别：D）

治法：健脾平肝，疏肝解郁。

主方：逍遥散（《太平惠民和剂局方》）加减。

常用药：当归、白芍、柴胡、茯苓、白术、薄荷、夏枯草、甘草、生姜。

药物加减：睡眠不安者，加琥珀、酸枣仁、五味子；烦躁易怒者，加生石决明、钩藤。

5.2.5 肾虚肝亢证（推荐级别：D）

治法：滋肾平肝。

主方：知柏地黄丸（《医宗金鉴》）加减。

常用药：知母、黄柏、熟地黄、山药、山茱萸、泽泻、牡丹皮、茯苓。

药物加减：烦躁，盗汗者，加龙骨（煅）、牡蛎（煅）；睡眠不实者，加琥珀、首乌藤、酸枣仁（炒）。

5.3 中成药

静灵口服液：每支 10ml。每服剂量：3~5 岁 5 ml，每日 2 次；6~14 岁 10ml，每日 2 次；14 岁以上 10 ml，每日 3 次。用于肝肾阴虚证。（推荐级别：B）^[10]

知柏地黄丸：每 30 粒 6g。成人剂量：每服 3g，每日 3 次。建议用法用量：每服剂量：3~6 岁 1.5g，每日 3 次；>6 岁 3g，每日 2 次。用于肾虚肝亢证。（推荐级别：D）

杞菊地黄丸：水蜜丸：每袋 6g；小蜜丸：每袋 9g。成人剂量：每服剂量：水蜜丸 6g、小蜜丸 9g，每日 2 次。建议用法用量：水蜜丸：每服剂量：<3 岁 2g、3~6 岁 4g、>6 岁 6g，每日 2 次。小蜜丸：每服剂量：<3 岁 3g、3~6 岁 6g、>6 岁 9g，每日 2 次。用于肾虚肝亢证。（推荐级别：D）^[11]

5.4 针灸疗法（推荐级别：D）

体针：取百会、风府、内关、神门、合谷、阳陵泉、三阴交、足三里、涌泉、太冲，用平补平泻法。^[12-13]

耳针：取肾、心、肝、胆、皮质下、额、肾上腺、三焦等。用于各证。^[14]

5.5 饮食疗法

黑豆、酸枣仁、茯苓、海带、金针菜、胡萝卜，制成散剂。口服，每服剂量：4~6 岁 10g、7~12 岁 15~20g，每日 2 次，3 个月为 1 个疗程。（推荐级别：D）^[15]

5.6 心理及行为疗法

本疗法包括教育引导、心理治疗、行为矫正和感觉统合训练：主要采用滑板、滑梯、平衡台、吊绳、圆桶、球、绳等器材，每周 3~6 次，每次 90~100 分钟，30 次为 1 个疗程。（推荐级别：D）^[16-17]

参考文献

- [1] 汪受传. 普通高等教育“十一五”国家级规划教材·新世纪(第二版)全国高等中医院校规划教材·中医儿科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 134-137.
- [2] 张骝. 儿童多动症中西医诊治概述[J]. 江苏中医, 2001, 22(12): 55-57.
- [3] 王改青, 杨期东, 刘尊敬. 铅镁及智商与注意缺陷多动障碍的关系[J]. 中国行为医学科学, 2005, 14(9): 782-783.
- [4] 中华医学会精神科学会, 南京医科大学脑科医院. 中国精神疾病分类方案与诊断标准/儿童少年期精神障碍[S]. 第2版修订本. 南京: 东南大学出版社, 1995: 129-130.
- [5] 万菊清, 陈东汉, 林甦, 等. 儿童多动症治疗探讨[J]. 中医杂志, 1997, 38(12): 737-739.
- [6] 林月斌. 辨证治疗儿童注意缺陷多动障碍43例[J]. 福建中医药, 2008, 39(1): 36-37.
- [7] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 89.
- [8] 何平, 朱瑛. 刘以敏老师辨证治疗儿童多动症经验初探[J]. 云南中医中药杂志, 2006, 27(1): 5.
- [9] 李晓东. 小儿多动症的中医辨证分型[J]. 中医儿科杂志, 2007, 3(6): 35-37.
- [10] 胡铭, 李常松, 初金芝, 等. 静灵口服液治疗儿童多动症463例临床疗效观察[J]. 中成药, 1991, 13(6): 24.
- [11] 孔德荣, 霍军, 付惠鹏, 等. 杞菊地黄丸治疗注意缺陷多动障碍60例[J]. 山东中医杂志, 2007, 26(7): 445-447.
- [12] 周黎明, 曹银喜. 耳-体穴导电加耳穴压丸治疗儿童多动症498例[J]. 针灸临床杂志, 1996, 12(Z1): 58.
- [13] 嵇玉秀, 周黎明, 嵇强. 针灸治疗儿童多动症143例临床观察[J]. 针灸临床杂志, 1996, 12(2): 14-15.
- [14] 柴铁劬, 刘乡, 靳瑞, 等. 针刺治疗儿童多动症86例疗效观察[J]. 国医论坛, 1998, 13(2): 22-23.
- [15] 赵永汉. 孟仲法食治小儿多动症的经验[J]. 上海中医药杂志, 1996, (7): 32.
- [16] 赵新喜, 于涛, 古玮娜. 儿童多动症的心理疗法和行为矫正效果探讨[J]. 实用儿科临床杂志, 2001, 16(5): 359.
- [17] 李耀东, 罗澍韩, 黄再萍, 等. 感觉统合训练与利他林治疗注意缺陷多动障碍儿童的效果对照研究[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2007, 28(5): 524-525.

多发性抽动症

1 范围

本指南提出了多发性抽动症的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群多发性抽动症的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

多发性抽动症 tourette syndrome

多发性抽动症，又称为小儿抽动秽语综合征，是起病于儿童时期的一种复杂的慢性神经精神障碍性疾病。临床常见以表情肌、颈肌或四肢、腹部肌肉迅速、反复、不规则的运动性抽动、发声性抽动起病。好发年龄在4~12岁。属于中医“肝风证”、“慢惊风”、“抽搐”、“瘈瘲”等范畴。

3 诊断

3.1 临床表现^[1-3]

表现为不自主的肌肉抽动，包括挤眉、眨眼、咧嘴、耸鼻、面肌抽动、仰颈、扭肩、甩手、鼓腹等重复动作，以后症状加重，出现四肢及躯体的爆发性动作如踢腿、跺脚等。

可出现异常的发音，如喉中怪声、吭吭、呻吟声或粗言秽语。

抽动反复发作，可受意志的暂时控制。

有的还有性格障碍，如急躁、胆小、任性、自伤或伤人、强迫症，在学习方面自控力差，注意力不集中，学习成绩不稳定等。

3.2 诊断标准^[4]

起病于21岁之前，大多数在2~15岁。

主要表现为多种抽动动作和一种或多种不自主发声，两者出现于病程某些时候，但不一定同时存在。

抽动症状1日反复出现多次，几乎天天如此，但在数周或数月内症状的强度有变化，并能受意志克制数分钟至数小时，病程至少持续1年，且在1年之中症状缓解不超过两个月以上。

不自主抽动或发声，不能用其他疾病来解释。

3.3 需与多发性抽动症鉴别的病种^[5-6]

风湿性舞蹈病，肌阵挛，习惯性抽动，注意力缺陷多动障碍。

4 辨证^[5-12]

4.1 肝亢风动证

抽动频繁有力，多动难静，面部抽动明显，不时喊叫，声音高亢，任性，自控力差，甚至自伤自残，伴烦躁易怒，头晕头痛，或胁下胀满，舌红，苔白或薄黄，脉弦有力。

4.2 痰火扰神证

抽动有力，发作频繁，喉中痰鸣，口出异声秽语，偶有眩晕，睡眠多梦，喜食肥甘，烦躁易怒，大便秘结，小便短赤，舌红苔黄腻，脉数。

4.3 气郁化火证

抽动频繁有力，脾气急躁，注意力不集中，秽语连连，面红耳赤，头晕头痛，胸胁胀闷，口苦喜饮，目赤咽红，大便干结，小便短赤，舌红苔黄，脉弦数。

4.4 脾虚痰聚证

抽动日久，发作无常，抽动无力，喉中痰声，形体虚胖，食欲不振，健忘，困倦多寐，面色萎黄，大便溏，舌淡红，苔白腻，脉沉滑。

4.5 脾虚肝亢证

腹部抽动明显，性情急躁，烦躁易怒，注意力不集中，手脚多动，难于静坐，睡眠不安，多梦，目赤口苦，叹息胁胀，健忘，食欲不振，便溏，舌淡红，苔薄白，脉细弦。

4.6 阴虚风动证

肢体震颤，筋脉拘急，咽干清嗓，形体消瘦，脾气急躁，头晕耳鸣，两颧潮红，手足心热，睡眠不安，大便干结，尿频或遗尿，舌红绛，少津，苔少光剥，脉细数。

5 治疗

5.1 治疗原则^[5]

本病治疗，以平肝息风为基本原则。应该根据疾病的不同证候和阶段，分清正虚与邪实的关系，对症论治，痰甚者化痰息风，火盛者清热泻火，脾虚者健脾益气，阴虚者滋阴潜阳。同时，患儿应养成良好的生活习惯，忌食辛辣刺激性食物，不看紧张、惊险的影视节目。

5.2 分证论治

5.2.1 肝亢风动证（推荐级别：D）^[5-12]

治法：平肝潜阳，息风止痉。

主方：天麻钩藤饮（《杂病证治新义》）加减。

常用药：天麻、钩藤、石决明、栀子、黄芩、益母草、茯神等。

药物加减：肝气郁滞者，加柴胡、枳壳等；头痛头晕者，加川芎、菊花；头部抽动者，加葛根、天麻、蔓荆子；肢体抽动明显者，加鸡血藤、木瓜、伸筋草等；口角抽动者，加黄连、白附子；眨眼明显者，加菊花、谷精草、木贼、僵蚕、白附子。

5.2.2 痰火扰神证（推荐级别：D）^[5-12]

治法：清热化痰，宁心安神。

主方：黄连温胆汤（《六因条辨》）加减。

常用药：黄连、法半夏、陈皮、枳实、竹茹、茯苓、瓜蒌、胆南星、石菖蒲等。

药物加减：烦躁易怒者，加柴胡；大便秘结者，加大黄、芒硝等；吸鼻明显者，加辛夷、苍耳子、白芷；喉部异常发声者，加射干、青果、锦灯笼、山豆根。

5.2.3 气郁化火证（推荐级别：D）^[5-12]

治法：清肝泻火，息风止痉。

主方：清肝达郁汤（《重订通俗伤寒论》）加减。

常用药：栀子、菊花、牡丹皮、柴胡、薄荷、钩藤、白芍、蝉蜕、琥珀粉、茯苓等。

药物加减：肝火旺急躁易怒者，加龙胆；大便秘结者，加槟榔、瓜蒌子；喉中有痰者，加浙贝母、竹茹。

5.2.4 脾虚痰聚证（推荐级别：D）^[5-12]

治法：健脾柔肝，行气化痰。

主方：十味温胆汤（《世医得效方》）或六君子汤（《世医得效方》）加减。

常用药：陈皮、法半夏、枳实、茯苓、酸枣仁、五味子、熟地黄、白术、太子参、党参等。

药物加减：痰热者，加黄连、胆南星、瓜蒌；肝郁气滞者，加柴胡、郁金、白芍；纳少者，加焦六神曲、麦芽（炒）等。

5.2.5 脾虚肝亢证（推荐级别：D）^[5-12]

治法：缓肝理脾，息风止痉。

主方：钩藤异功散（经验方）加减。

常用药：太子参、茯苓、白术、天麻、钩藤、陈皮、甘草、龙骨、牡蛎等。

药物加减：食欲不振者，加焦麦芽、焦山楂、焦六神曲、鸡内金；睡眠不安者，加珍珠母、生石

决明等。

5.2.6 阴虚风动证（推荐级别：D）^[5-12]

治法：滋阴养血，柔肝息风。

主方：大定风珠（《温病条辨》）加减。

常用药：龟甲、鳖甲、牡蛎、生地黄、阿胶、鸡子黄、麦冬、白芍、甘草等。

药物加减：血虚失养者，加何首乌、玉竹、沙苑子、天麻等；心神不宁者，加茯神、钩藤、酸枣仁（炒）等；多动者，加生石决明、煅磁石、生龙骨、牡蛎；失眠明显者，加酸枣仁；注意力不集中、学习困难明显者，加石菖蒲、远志、益智仁；病久者可加丹参、红花等。

5.3 中成药

当归龙荟丸：每100丸6g。成人剂量：每服6g，每日2次。建议用法用量：每服剂量：3~6岁2g、>6岁3g，每日3次。用于气郁化火证。（推荐级别：D）^[5-6]

泻青丸：每100丸10g。成人剂量：每服10g，每日2次。建议用法用量：每服剂量：3~6岁5g、>6岁7.5g，每日2次。用于气郁化火证。（推荐级别：D）

琥珀抱龙丸：每丸1.8g。开水化服。每服1.8g，每日2次；婴儿每次0.6g丸化服。用于脾虚痰聚证。（推荐级别：D）

六味地黄口服液：每支10ml。成人剂量：每服10ml，每日2次。建议用法用量：口服，每服剂量：<6岁5ml、>6岁10ml，每日2次。用于阴虚风动证。（推荐级别：D）

礞石滚痰丸（片）：水泛丸：每100粒6g；片剂：每片0.32g。成人剂量：水泛丸：每服6~12g，每日1次；片剂：每服8片，每日1次。建议用法用量：水泛丸：每服剂量：<3岁2g、3~6岁4g、>6岁6g，每日1次。片剂：每服剂量：<3岁2片、3~6岁4片、>6岁6片，每日1次。用于痰火内扰证。（推荐级别：D）

牛黄镇惊丸：水蜜丸：每100粒1g；小蜜丸：每粒0.2g。每服剂量：水蜜丸1g、小蜜丸1.5g，每日1~3次，3岁以内小儿酌减。用于痰火扰神证。（推荐级别：D）。

5.4 针灸疗法

方法一：针刺百会、四神聪、神庭、上星、头维、印堂、曲池、合谷、阳陵泉、三阴交、太冲穴。眨眼和耸鼻者加攒竹、迎香；口角抽动者加地仓、颊车；喉出怪声者加上廉泉、列缺。以提插捻转法施以平补平泻，得气后留针30分钟。隔日1次，1个月为1疗程。（推荐级别：D）^[13]

方法二：耳穴贴压皮质下、神门、心、肝、肾、脾、脑干。（推荐级别：D）^[14]

5.5 推拿疗法

推揉脾土，捣小天心，揉五指节，运内八卦，分阴阳，推上三关，揉涌泉、足三里。（推荐级别：D）^[5]

5.6 心理干预

行为矫正疗法：当患儿出现面部及肢体抽动时，立即利用对抗反应来加以控制。同时，让患儿认识到抽动的不良性，并对自身的病情有一个比较正确的认识，积极争取改善。

行为转移法：当患儿一旦出现症状时，立即转移患儿的注意力。

心理支持法：向家长讲解多发性抽动症的性质，让家长了解心理治疗的重要性，消除家长对患儿病情的过分焦虑、担心、紧张的心态。注意对患儿的教育方法，以建立起良好的信任关系。提高自信心，消除其自卑心理，应及时帮助，纠正患儿的不良动作和行为。（推荐级别：C）^[15-16]

参考文献

- [1] 刘智胜. 小儿多发性抽动症 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 152.
- [2] 霍苏琴, 李瑞. 388 例抽动秽语综合征的临床及脑电图分析 [J]. 现代医药卫生, 2002, 18 (1): 36-37.
- [3] 杨欣伟, 张国成, 沈青, 等. 多发性抽动症的临床及视频脑电图分析 [J]. 中国儿童保健杂志, 2005, 13 (4): 357-358.
- [4] 中华医学会精神科学会, 南京医科大学脑科医院. 中国精神疾病分类方案与诊断标准/儿童少年期精神障碍 [S]. 第 2 版修订本. 南京: 东南大学出版社, 1995: 129-130.
- [5] 汪受传. 普通高等教育“十一五”国家级规划教材·新世纪 (第二版) 全国高等中医院校规划教材·中医儿科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 137-140.
- [6] 刘弼臣, 李素卿, 陈丹. 中医儿科治疗大成 [M]. 石家庄: 河北科学技术出版社, 1998: 489-493.
- [7] 江育仁, 张奇文. 实用中医儿科学 [M]. 上海: 上海科技出版社, 1995: 623-624.
- [8] 崔霞, 王素梅, 吴力群, 等. 中西医结合治疗儿童多发性抽动症 30 例疗效观察 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2007, 5 (12): 40-43.
- [9] 庞隐. 中西医结合对儿童抽动秽语综合征的康复治疗观察 [J]. 中国儿童保健杂志, 2003, 11 (5): 318-320.
- [10] 张克伦, 蒋花, 侯权峰. 中医治疗抽动-秽语综合征 20 例疗效观察 [J]. 中国中医药信息杂志, 2008, 15 (1): 66-67.
- [11] 冯兆才, 马融. 理脾平肝息风法拟方治疗小儿多发性抽动症 60 例临床观察 [J]. 中医药临床杂志, 2007, 19 (3): 257-258.
- [12] 刘竹云, 吉聪利. 辨证治疗抽动秽语综合征临床观察 [J]. 河南中医学院学报, 2006, 21 (6): 61-62.
- [13] 朱博畅, 单永华. 不同针刺方法治疗多发性抽动症临床观察 [J]. 上海针灸杂志, 2008, 27 (12): 17-18.
- [14] 陈怡. 平肝息风法配合耳压治疗儿童多发性抽动症疗效观察 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2008, 10 (3): 93-94.
- [15] 徐佩莉. 中药结合心理辅导治疗小儿抽动秽语综合征 54 例疗效观察 [J]. 中国中西医结合儿科学, 2009, 1 (2): 166-167.
- [16] 杨丽霞, 吴俊, 周贤刚. 以针刺为主的综合康复治疗抽动秽语综合征的临床观察 [J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22 (5): 457-459.

惊 风

1 范围

本指南提出了惊风的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于 18 周岁以下人群惊风的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

惊风 infantile convulsion

惊风是小儿常见的一种急重病证，临床以抽搐、昏迷为主要症状。惊风又是一种证候，可发生于多种疾病之中。任何季节均可发生，以 1~5 岁的小儿为多见。惊风的症状，可归纳为八候，即搐、搦、颤、掣、反、引、窜、视。八候的出现表示惊风已在发作，但惊风发作时，不一定八候全都出现。惊风可分为急惊风和慢惊风两大类。慢惊风中若出现纯阴无阳的危重证候，称为慢脾风。相当于西医的“小儿惊厥”。

3 诊断

3.1 临床表现^[1-2]

急惊风：多见于 3 岁以下婴幼儿，5 岁以上则逐渐减少。多起病急，病程短。症见：突然意识障碍或丧失，双目上视或斜视或直视，牙关紧闭，颈背强直，四肢拘急、抽搐，甚至角弓反张，可伴有高热、喉中痰鸣、口周青紫、口吐涎沫、二便失禁等症状。

慢惊风：多起病缓，病程长。症见：抽搐无力，时作时止，肢体拘挛、颤动、蠕动、强直，手足头身摇动，筋惕肉瞤，面色苍白，精神倦怠，嗜睡无神，意识障碍，脉细无力等。

3.2 原发疾病^[1-3]

急惊风多有明显的原发疾病，如外感发热、疫毒痢、流行性乙型脑炎、中枢神经系统感染、重症肺炎、颅脑外伤、急性发疹性传染病、流行性腮腺炎等。还可伴有生产史异常，暴受惊恐等病史。

慢惊风多有水电解质紊乱（如低钙或低镁血症）、急惊风的反复发作、佝偻病、各种脑炎、脑膜炎、脑病后遗症、先天代谢性疾病、脑发育不全、颅内肿瘤等病史。

3.3 实验室检查^[3-5]

血常规：白细胞及中性粒细胞计数增高，提示细菌感染。病毒感染者白细胞计数正常或偏低，淋巴细胞计数可增高。

大便常规：考虑中毒型痢疾者，需要进行粪便（自然排便或灌肠）检查，发现有多数白细胞或见红细胞，则支持诊断。

尿常规：不明原因的高热惊厥应作尿常规检查，排除泌尿道感染。

血生化：如血糖、血钙、血镁、血钠、血尿素氮、血肌酐等。

脑 CT 及 MRI：对缺氧缺血性脑病、颅内肿瘤、颅脑畸形等有较高的诊断价值。

脑电图：各种感染、中毒、缺氧、代谢紊乱等可以引起脑电图非特异性改变，如频率减慢、波幅增高。如脑电图出现棘波、尖波、棘慢综合波等波型，需要与癫痫鉴别。

脑脊液：如怀疑有中枢神经系统感染、脱髓鞘性疾病等，尤其是存在神经系统异常体征、脑 CT 有低密度改变时，需进行脑脊液检查。

3.4 鉴别诊断^[1,3-5]

癫痫、多发性抽搐症、癔病、屏气发作、晕厥。

4 辨证^[1-2]

4.1 急惊风

4.1.1 风热动风证

起病急骤，多为高热，神昏，双目上视，颜面青紫，牙关紧闭，四肢抽搐，角弓反张，可伴有咽痛，流涕，咳嗽，鼻塞，烦躁，头痛，舌质红，苔薄黄，脉浮数或弦浮，指纹紫滞。

本证多发于5岁以下小儿，尤以3岁以下小儿更为多见。多发于体温的上升段。

4.1.2 气营两燔证

起病较急，多为壮热或高热不退，头痛项强，神志昏迷，反复抽搐，烦躁，恶心呕吐，嗜睡，多汗，口渴，便秘，舌质红绛，苔黄或黄腻或黄糙，脉弦数或滑数，指纹紫滞。

本证多发于夏秋季节，以盛夏之季尤甚。

4.1.3 湿热疫毒证

起病急，多为持续高热或突然高热，频繁抽搐，神志昏迷，谵语，四肢厥冷，腹痛或呕吐，大便黏腻或夹脓血，舌质红，苔黄腻，脉滑数，指纹紫滞。

本证多发于夏秋之季，好发年龄为2~7岁，多有饮食不洁史。

4.1.4 惊恐惊风证

多有惊吓史。平素情绪紧张，胆小易惊，暴受惊恐后出现夜间惊啼，惊惕不安，身体颤栗，喜投母怀，面色乍青乍白，甚至四肢抽搐，牙关紧闭，角弓反张，神志不清，大便色青；脉律不整，指纹紫滞。

4.1.5 邪陷心肝证

起病急骤，传变迅速，多为高热不退，烦躁，神志昏迷，反复抽搐，两目上视，谵语，口渴，便秘，舌质红，苔黄腻，脉数，指纹紫滞。

4.2 慢惊风

4.2.1 脾虚肝亢证

抽搐反复发作，时作时止，抽搐无力，不欲饮食，面色萎黄，嗜睡露睛，精神萎靡，四肢不温，时肠鸣，便溏，舌质淡，苔白，脉细弱或弦细，指纹淡红。

本证常发于婴幼儿，多有久吐久泻或攻伐太过病史，多为低热或无热。

4.2.2 脾肾阳衰证

昏睡露睛，手足蠕动或震颤，四肢厥冷，精神委顿，面色灰滞或面白无华，额汗不温，口鼻气冷，心悸气促，溲清便溏，舌质淡，苔薄白，脉沉微或脉微细欲绝。

本证多发生在暴泻久泻或剧吐久吐之后。

4.2.3 阴虚风动证

肢体拘挛或强直或麻木，抽搐时轻时重，精神疲惫，面色潮红或萎黄，形容憔悴，虚烦，易出汗，手足心热，大便干结，舌质红绛少津，苔少，脉细数。

本证多发于急惊风之后。

5 治疗

5.1 治疗原则^[1-2]

急惊风治疗以清热、豁痰、镇惊、息风为基本法则。慢惊风治疗以补虚治本为主，常用治则有温中健脾、温阳逐寒、育阴潜阳、柔肝息风。同时应积极治疗原发疾病，防止惊风反复发作。

5.2 分证论治

5.2.1 急惊风

5.2.1.1 风热动风证（推荐级别：D）^[1-2]

治法：疏风清热，息风定惊。

主方：银翘散（《温病条辨》）加减。

常用药：金银花、连翘、薄荷、荆芥穗、防风、牛蒡子、蝉蜕、钩藤、僵蚕。

药物加减：高热不退者，加石膏、羚羊角粉；喉间痰鸣者，加天竺黄、瓜蒌皮；咽喉肿痛、大便秘结者，加大黄、黄芩；神昏抽搐较重者，加服小儿回春丹。

5.2.1.2 气营两燔证（推荐级别：D）^[1-2]

治法：清气凉营，息风开窍。

主方：清瘟败毒饮（《疫疹一得》）加减。

常用药：石膏、知母、连翘、黄连、栀子、黄芩、赤芍、玄参、地黄、水牛角、牡丹皮、羚羊角粉、钩藤、僵蚕。

药物加减：昏迷较深者，可选用牛黄清心丸或紫雪；大便秘结者，加大黄、玄明粉；呕吐者，加姜半夏、玉枢丹。

5.2.1.3 湿热疫毒证（推荐级别：D）^[1-2]

治法：清热化湿，解毒息风。

主方：黄连解毒汤（《外台秘要》）合白头翁汤（《伤寒论》）加减。

常用药：黄连、黄柏、栀子、黄芩、白头翁、秦皮、马齿苋、羚羊角粉、钩藤。

药物加减：呕吐腹痛明显者，加玉枢丹口服；大便脓血较重者，可用大黄水煎灌肠。

5.2.1.4 惊恐惊风证（推荐级别：D）^[1-2]

治法：镇惊安神，平肝息风。

主方：琥珀抱龙丸（《活幼心书》）加减。

常用药：琥珀粉、远志、石菖蒲、胆南星、天竺黄、人参、茯苓、全蝎、钩藤、石决明。

药物加减：呕吐者，加竹茹、姜半夏；寐中肢体颤动，惊啼不安者，加服磁朱丸；神被乏力，唇甲色淡者，加黄芪、当归、酸枣仁（炒）。

5.2.1.5 邪陷心肝证（推荐级别：D）^[1-2,6]

治法：清心开窍，平肝息风。

主方：羚角钩藤汤（《通俗伤寒论》）加减。

常用药：羚羊角粉、钩藤、僵蚕、菊花、石菖蒲、川贝母、郁金、龙骨、胆南星、栀子、黄芩。

药物加减：神昏抽搐较甚者，加服安宫牛黄丸；便秘者，加大黄、芦荟；头痛剧烈者，加石决明、龙胆。

5.2.2 慢惊风

5.2.2.1 脾虚肝亢证（推荐级别：D）^[1-2]

治法：缓肝理脾，温中健脾。

主方：缓肝理脾汤（《医宗金鉴》）加减。

常用药：人参、白术、茯苓、炙甘草、白芍、钩藤、干姜、肉桂。

药物加减：抽搐频发者，加天麻、蜈蚣；泄泻日久者，将干姜改为煨姜，加山楂炭、葛根；纳呆食少者，加焦六神曲、焦山楂、砂仁；四肢不温、大便稀溏者，改用附子理中汤。

5.2.2.2 脾肾阳衰证（推荐级别：D）^[1-2]

治法：温补脾肾，回阳救逆。

主方：固真汤（《证治准绳》）合逐寒荡惊汤（《福幼编》）加减。

常用药：人参、白术、山药、茯苓、黄芪、炙甘草、附子（炮）、肉桂、炮姜、丁香。

药物加减：汗多者，加龙骨、牡蛎、五味子；恶心呕吐者，加吴茱萸、胡椒、姜半夏。

5.2.2.3 阴虚风动证（推荐级别：D）^[1-2]

治法：育阴潜阳，滋肾养肝。

主方：大定风珠（《温病条辨》）加减。

常用药：白芍、地黄、火麻仁、五味子、当归、龟甲、鳖甲、龙骨、牡蛎。

药物加减：日晡潮热者，加地骨皮、银柴胡、青蒿；抽搐不止者，加天麻、乌梢蛇；汗出较多者，加黄芪、浮小麦；肢体麻木、活动障碍者，加赤芍、川芎、地龙；筋脉拘急、屈伸不利者，加黄芪、党参、鸡血藤、桑枝。

5.3 中成药^[1-2]

羚羊角粉：每支0.3g，0.6g。每服剂量：<3岁0.3g，每日2次；3~6岁0.3g，每日3次；>6岁0.6g，每日2次。频繁发作，病情重者，由医师酌情使用。用于急惊风各证。

安宫牛黄丸（散）：丸剂：每丸3g；散剂：每瓶1.6g。丸剂：每服1丸，每日1次。小儿3岁以内每服1/4丸、4~6岁每服1/2丸，每日1次。散剂：每服1瓶，每日1次。小儿3岁以内每服1/4瓶、4~6岁每服1/2瓶。或遵医嘱。温开水送服。用于邪陷心肝证。（推荐级别：D）

回春丹：每10丸1g。每服剂量：周岁以内小儿1丸、2岁2丸、3~4岁3丸、5岁以上4~6丸，每日2次。用于风热动风证。（推荐级别：D）

抱龙丸：每丸1.56g。每服剂量：1岁以内1丸、1~2岁2丸，每日2~3次。用于急惊风兼有脾虚积滞者。（推荐级别：D）

紫雪：每瓶1.5g。每服剂量：周岁小儿0.3g，5岁以内每增1岁递增0.3g，每日1次；5岁以上小儿1.5~3g，每日2次。用于急惊风抽搐较甚者。（推荐级别：D）

牛黄镇惊丸：水蜜丸：每100粒1g；小蜜丸：每粒0.2g。每服水蜜丸1g、小蜜丸1.5g，每日1~3次。3岁以内小儿酌减。用于惊恐惊风证。（推荐级别：D）

牛黄清心丸（水丸）：每丸1.5g。成人剂量：每服水丸1.5g，每日1次。建议用法用量：每服剂量：<6岁0.75g、>6岁1.5g，每日1次。用于高热，嗜睡或烦躁不安。（推荐级别：D）

小儿至宝丸：每丸1.5g。每服1.5g，每日2~3次。用于外感风寒夹滞惊风者。（推荐级别：D）

5.4 针灸疗法

急惊风中的外感惊风，取穴人中、合谷、太冲、手十二井（少商、商阳、中冲、关冲、少冲、少泽），或十宣、大椎。以上各穴均施行捻转泻法，强刺激。人中穴向上斜刺，用雀啄法。手十二井或十宣点刺放血。湿热惊风，取穴人中、中脘、丰隆、合谷、内关、神门、太冲、曲池。上穴施以提插捻转泻法，留针20~30分钟，留针期间3~5分钟施术1次。

慢惊风取穴脾俞、胃俞、中脘、天枢、气海、足三里、太冲，其中太冲穴施捻转泻法，余穴皆用补法，用于脾虚肝亢证。取穴脾俞、肾俞、章门、关元、印堂、三阴交，诸穴均用补法，用于脾肾阳虚证。取穴关元、百会、肝俞、肾俞、曲泉、三阴交、太溪、太冲，诸穴均用补法，用于阴虚风动证。（推荐级别：D）^[1-2]

参考文献

- [1] 汪受传. 普通高等教育“十一五”国家级规划教材·新世纪(第二版)全国高等中医院校规划教材·中医儿科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 141-148.
- [2] 江育仁, 张奇文. 实用中医儿科学[M]. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 2005: 161-168.
- [3] 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学(上册)[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 257-263.
- [4] 刘慧瑾. 全国中等中医药教育规划教材·儿科学[M]. 江苏: 江苏科学技术出版社, 2002: 59-64.
- [5] 毛萌. 普通高等教育“十一五”国家级规划教材·儿科学[M]. 北京: 高等教育出版社, 2007: 489.
- [6] 周永霞, 陈可静. 羚角钩藤汤控制小儿高热惊厥发作临床研究[J]. 中国中医急症, 2004, 13(7): 434-435.

癲 癇

1 范围

本指南提出了癲癇的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于 18 周岁以下人群癲癇的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

癲癇 epilepsy

癲癇是以突然仆倒，昏不识人，口吐涎沫，两目上视，肢体抽搐，惊掣啼叫，喉中发出异声，片刻即醒，醒后如常人为特征，具有反复发作特点的一种疾病。

3 诊断

3.1 临床表现^[1]

发作前可有头晕、胸闷、惊恐尖叫、恶心、腹部不适、心神不宁、幻听或幻视等不同发作前兆，以起病急骤、时间短暂、可自行缓解、醒后如常人、反复发作为特点，发作后可有朦胧、嗜睡、Todd's 麻痹、头痛，或恢复正常等不同表现，部分患儿表现为局部抽搐、无意识障碍，或仅有腹部不适等症。反复发作可造成患儿不同程度的认知、心理、社会功能障碍。

3.2 既往史和家族史

可有围产期脑损伤病史，少数可有热性惊厥史、外伤史、中枢神经系统感染、肿瘤和手术病史、中毒史等。家族中可有热性惊厥、癲癇、遗传代谢性疾病史等。

3.3 诱因

部分癲癇发作可有明显的诱因，如：发热、过度换气、睡眠不足、情感波动、饥饿或过饱，以及视觉刺激、听觉刺激、前庭刺激、触觉或本体觉刺激等。

3.4 实验室及特殊检查^[2]

脑电图：普通脑电图、动态脑电图、视频脑电图。出现棘波、尖波、棘-慢复合波者，有助于本病诊断。

颅脑影像学检查：电子计算机 X 线体层扫描（CT）、磁共振成像技术（MRI）、单光子发射性 CT（SPDCT）及正电子发射性 CT（PDT）。当临床表现提示为局灶性发作或局灶-继发全面性发作的患儿，经检查可能发现肿瘤、畸形等颅内病灶。

3.5 需与癲癇鉴别的病种^[2]

睡眠障碍，抽动秽语综合征，屏气发作，晕厥，瘧病，遗传代谢性疾病等。

4 辨证

4.1 惊风证

起病前常有惊吓史，发作时惊叫、吐舌、急啼、惊惕不安、神志恍惚、面色时红时白、四肢抽搐、神昏，平素胆小易惊、精神恐惧或烦躁易怒、寐中不安，舌淡红，舌苔白，脉弦或脉乍大乍小，指纹青。

4.2 痰厥证

发作时瞪目直视，喉中痰鸣，痰涎壅盛，四肢抽搐或局部抽动，或抽搐不甚明显，意识丧失、神志恍惚、失神，或可头痛、腹痛、肢体疼痛，平素面色少华，口黏多痰，胸闷呕恶，可伴有智力低下，舌淡红，苔白腻，脉滑。

4.3 风病证

常由外感发热起病，以反复发作为特点，发作时突然仆倒，两目上视或斜视，牙关紧闭，口吐白

沫，口唇及面部色青，颈项强直，全身强直或阵挛或四肢抽搐，神志不清，舌淡红，苔白腻，脉弦滑。

4.4 瘀血病证

既往产伤病史和（或）脑外伤病史和（或）颅脑感染史，发作时头部晕眩，单侧或四肢抽搐，抽搐部位固定，或肢体麻木，或头部刺痛，痛有定处。年长女孩的发作往往与月经周期有关，行经前易发作，平素易见胸胁少腹胀满。舌紫暗或有瘀点，苔少，脉涩，指纹沉滞。

4.5 脾虚痰盛证

表现为发作次数频繁，反复发作，抽搐无力，平素面色无华，时作头晕，神疲乏力，胸脘痞闷，泛恶易呕，咯吐痰涎，食欲欠佳，大便稀薄，舌淡，苔腻，脉细软，指纹淡红。

4.6 脾肾两虚证

以发病年久，屡发不止为特点，发作时多以瘈疔抖动为主要表现，平素时有头晕，腰膝酸软，四肢不温，睡眠不宁，神疲乏力，少气懒言，体质较差，可伴有智力发育迟滞，大便稀薄，舌淡或淡红，苔白，脉沉细无力，指纹淡红。

5 治疗

5.1 治疗原则

癫痫的治疗，宜分标本虚实，实证以治标为主，着重豁痰顺气，息风定痫；虚证以治本为重，宜健脾化痰，柔肝缓急；癫痫持续状态可用中西药配合抢救。对于反复发作，单纯中药治疗效果欠佳者，可配合针灸等方法综合治疗。

本病治疗时间较长，一般认为在临床症状消失后，仍应服药2~3年，如遇青春期则再延长1~2年，方可逐渐停药，切忌骤停抗癫痫药物。癫痫发作基本控制后，可将抗癫痫中药汤剂改为丸剂、散剂或糖浆剂，服用较为方便，易于长期用药。

5.2 分证论治

5.2.1 惊痫证（推荐级别：D）

治法：镇惊安神定惊。

主方：镇惊丸（《证治准绳》）加减。

常用药：茯神、麦冬、朱砂、远志、石菖蒲、酸枣仁、人工牛黄、胡黄连、珍珠、胆南星、钩藤、天竺黄、水牛角、甘草。

药物加减：发作频繁者，加蜈蚣、全蝎、僵蚕、白芍；夜间哭闹者，加磁石（煅）、琥珀；头痛者，加菊花、石决明。

注意：朱砂用量需慎重，一般每日0.5g研末冲服为宜，服药时间应控制在1个月以内。

5.2.2 痰痫证（推荐级别：D）

治法：豁痰开窍顺气。

主方：涤痰汤（《严氏易简归一方》）加减。

常用药：胆南星、法半夏、枳实、茯苓、橘红、石菖蒲、人参、竹茹、甘草。

药物加减：点头、发作频繁者，加天竺黄、琥珀、莲子心；头痛者，加菊花、苦丁茶；腹痛者，加白芍、甘草、延胡索、川楝子；呕吐者，加赭石、竹茹。

5.2.3 风痫证（推荐级别：D）

治法：平肝息风止痉。

主方：定痫丸（《医学心悟》）加减。

常用药：天麻、浙贝母、胆南星、法半夏、陈皮、茯苓、茯神、丹参、麦冬、石菖蒲、远志、全蝎、僵蚕、琥珀、朱砂。

药物加减：高热者，加石膏、连翘、黄芩；大便秘结者，加大黄、芒硝、芦荟；烦躁不安者，加胡黄连、淡竹叶。

5.2.4 瘀血病证（推荐级别：D）

治法：活血化瘀通窍。

主方：通窍活血汤（《医林改错》）加减。

常用药：赤芍、川芎、桃仁、郁金、大枣、红花、老葱、生姜、麝香。

药物加减：头痛剧烈、皮肤枯燥色紫者，加三七、阿胶、丹参、五灵脂；大便秘结者，加火麻仁、芦荟。

5.2.5 脾虚痰盛证（推荐级别：D）

治法：健脾化痰。

主方：六君子汤（《世医得效方》）加减。

常用药：人参、炙甘草、茯苓、白术、陈皮、法半夏。

药物加减：大便稀薄者，加山药、白扁豆、广藿香；纳食少者，加焦六神曲、焦山楂、焦麦芽、砂仁、鸡内金。

5.2.6 脾肾两虚证（推荐级别：D）

治法：补益脾肾。

主方：河车八味丸（《幼幼集成》）加减。

常用药：紫河车、地黄、牡丹皮、泽泻、鹿茸、茯苓、山药、附子、桂枝、五味子、麦冬。

药物加减：抽搐频繁者，加鳖甲、白芍；智力迟钝者，加益智仁、石菖蒲；大便稀薄者，加白扁豆、炮姜。

5.3 中成药

医痫丸：每50粒3g。成人剂量：每服3g，每日2~3次，建议用法用量：每服用量：<3岁1.0g，每日2次；3~6岁1.5g、>6岁2g，每日3次。用于诸痫时发，二目上窜，口吐涎沫，抽搐昏迷。（推荐级别：D）^[1]

镇痫片：每盒24片。成人剂量：每服4片，每日3次，饭前服用。建议用法用量：每服剂量：<3岁1片、3~6岁2片、>6岁3片，每日3次。用于癫狂心乱，痰迷心窍，神志昏迷，四肢抽搐，口角流涎。（推荐级别：D）^[3]

琥珀抱龙丸：每丸1.8g。开水化服，每服1.8g，每日2次；婴儿每次0.6g丸化服。用于发热抽搐，烦躁不安，痰喘气急，惊痫不安。（推荐级别：D）^[4]

5.4 针灸疗法

体针：人中、太冲，针刺，泻法；百会、风池、内关，针刺，平补平泻；足三里，针刺，补法。留针30分钟，每10分钟行针1次。每天针刺1次，8日为1个疗程，休息2日后可进行第2个疗程。瘀血痫加刺三阴交；痰痫配丰隆；惊痫加刺神门；癫痫昼发者加刺申脉，夜发者加刺照海。（推荐级别：D）^[5]

耳针：胃、皮质下、神门、枕、心，每次选用3~5穴，留针20~30分钟，间歇捻针，或埋针3~7日。（推荐级别：D）^[1]

5.5 埋线疗法

常用穴：大椎、腰奇、鸠尾，备用穴：翳风，每次选用2~3穴，埋入医用羊肠线，隔20日1次，常用穴和备用穴轮换使用。（推荐级别：D）^[1]

3.3 鉴别诊断

需与急性肾小球肾炎鉴别。急性肾小球肾炎多发生于链球菌感染后，常伴有血尿、蛋白尿、水肿、高血压等。急性肾小球肾炎与急性肾衰竭的鉴别，主要依据病史、临床表现及实验室检查。急性肾衰竭可由多种原因引起，如严重感染、休克、药物中毒等。急性肾衰竭的诊断主要依据血肌酐、尿素氮的升高及尿量的减少。

参考文献

- [1] 汪受传. 普通高等教育“十一五”国家级规划教材·新世纪（第二版）全国高等中医院校规划教材·中医儿科学 [M]. 北京：中国中医药出版社，2007：148-153.
- [2] 胡亚美，江载芳. 诸福棠实用儿科学（下册） [M]. 第7版. 北京：人民卫生出版社，2002：1850-1864.
- [3] 罗笑容. 专科专病中医临床诊治丛书·儿科专病中医临床诊治 [M]. 北京：人民卫生出版社，2000：556.
- [4] 吴柱中. 古今中医儿科病辨治精要 [M]. 北京：人民军医出版社，2007：95.
- [5] 马融，张喜莲，刘玉珍，等. 针刺加息风胶囊治疗小儿癫痫强直一阵挛性发作的临床观察 [J]. 中医杂志，2001，42（5）：276-278.

急性肾小球肾炎

1 范围

本指南提出了小儿急性肾小球肾炎的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群急性肾小球肾炎的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

急性肾小球肾炎 acute glomerulonephritis

急性肾小球肾炎是儿科常见的免疫反应性肾小球疾病，是一组病因不一，临床表现为急性起病，多有前驱感染，以血尿为主，伴不同程度蛋白尿，可有水肿、高血压，或肾功能不全等特点的肾小球疾患。多有以呼吸道及皮肤感染为主的前驱感染，3~12岁小儿多见。

本病有多种病因，但绝大多数由A组乙型溶血性链球菌感染引起，其他细菌如绿色链球菌、肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌、伤寒杆菌、流感杆菌等，病毒如柯萨基病毒B4型、ECHO病毒9型、麻疹病毒、腮腺炎病毒、乙型肝炎病毒、巨细胞病毒、EB病毒、流感病毒等，还有疟原虫、肺炎支原体、白色念珠菌、丝虫、钩虫、血吸虫、弓形虫、梅毒螺旋体、钩端螺旋体等也可导致急性肾小球肾炎。属于中医“水肿”、“尿血”等范畴。

3 诊断

3.1 临床表现^[1-3]

绝大多数患儿有前驱感染，以呼吸道或皮肤感染为主，急性起病，可见血尿（肉眼血尿或镜下血尿）、尿多泡沫、尿量减少，水肿（仅眼睑及颜面部或全身），高血压，蛋白尿，发热（低热或高热），可伴全身不适、乏力、腰痛、头晕、头痛、鼻衄、咳嗽、气急、纳差、恶心、呕吐、腹泻、排尿困难等，重症可发生严重循环充血、高血压脑病、急性肾功能不全等并发症。

3.2 实验室及特殊检查^[4-8]

血常规：红细胞计数和血红蛋白可稍低，系因血容量扩大、血液被稀释所致。白细胞计数正常或增高，此与原发感染灶是否存在有关。

尿常规：尿蛋白定性多在（+~++），少数可达（+++），红细胞（+~++++）不等，尿浓缩功能受损则可见尿比重降低。

血沉：血沉增快，常提示肾炎病变活动，可在2~3个月内恢复正常。

血清学检查：咽炎后可见抗双磷酸吡啶核苷酸酶（ADPNase）抗体、抗链球菌溶血素“O”（ASO）升高，后者通常于链球菌感染后10~14日出现，3~5周达高峰，3~6个月恢复正常。脓皮病后可见抗脱氧核糖核酸酶（ADNase-B）抗体、抗透明质酸酶（AHase）抗体升高。血清补体C₃早期可下降，6~8周时多恢复正常。

尿沉渣检查：尿红细胞计数 $>1 \times 10^4/\text{ml}$ 或 >5 个/高倍镜视野（HPF），相差显微镜下尿红细胞 $\geq 60\%$ 扭曲变形，还可见白细胞、肾小管上皮细胞、红细胞管型。

尿蛋白定量：尿蛋白定量一般 $<3\text{g/d}$ ，一般持续3~4周，恢复先于血尿的消失。

B超：肾脏B超急性期可见肾皮质回声增强。

肾活检：必要时可行肾活检。

血生化及肾功能的检查：白蛋白、总蛋白、胆固醇、甘油三酯多在正常范围，可见血尿素氮（BUN）、肌酐（SCr）一过性升高，血磷升高提示肾小球滤过率（GFR）减退。还可见血钾升高、总二氧化碳结合率降低。

3.3 鉴别诊断

需与急性肾小球肾炎鉴别的病种：急进性肾小球肾炎，肾炎型肾病综合征，IgA 肾病，慢性肾炎急性发作，过敏性紫癜性肾炎，乙型肝炎病毒相关性肾炎，狼疮性肾炎。

需与急性肾小球肾炎并发症鉴别的病种：急性呼吸衰竭，充血性心力衰竭，肺源性心脏病，小儿颅内高压。

4 辨证^[9-10]

4.1 急性期

4.1.1 常证

4.1.1.1 风水相搏证

水肿自眼睑和面部开始迅速波及全身，以头面部肿势为著，皮色光亮，按之凹陷随手而起，尿少色赤，微恶风寒或发热汗出，乳蛾红肿疼痛，口渴或不渴，骨节酸痛，鼻塞，咳嗽，气短，舌质淡，苔薄白或薄黄，脉浮紧或浮数。

4.1.1.2 湿热内侵证

小便短赤，甚则尿血，发热或不发热，浮肿或轻或重，烦热口渴，口苦口黏，头身困重，倦怠乏力，脘闷纳差，大便黏滞不爽，常有近期疮毒史，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

4.1.2 变证

4.1.2.1 邪陷心肝证

头痛眩晕，视物模糊，烦躁不安，口苦，恶心呕吐，甚至惊厥，抽搐，昏迷，肢体面部浮肿，尿短赤，高血压，舌质红，苔黄糙，脉弦数。

4.1.2.2 水凌心肺证

全身明显浮肿，频咳气急，胸闷心悸，烦躁不宁，不能平卧，面色苍白，甚则唇甲青紫，舌质暗红，舌苔白腻，脉沉细无力。

4.1.2.3 水毒内闭证

全身浮肿，尿少或尿闭，色如浓茶，头晕头痛，恶心呕吐，畏寒肢冷，神疲乏力，嗜睡，甚则昏迷，血尿素氮、肌酐显著升高，舌质淡胖，苔垢腻，脉象滑数或沉细数。

4.2 恢复期

4.2.1 阴虚邪恋证

神倦乏力，头晕，手足心热，腰酸盗汗，或有反复乳蛾红肿，镜下血尿持续不消，舌红苔少，脉细数。

4.2.2 气虚邪恋证

身倦乏力，面色萎黄，纳少便溏，自汗，易于感冒，舌淡红，苔白，脉缓弱。

5 治疗

5.1 治疗原则

本病治疗，以利尿止血为主法，应区分急性期与恢复期，紧扣急性期以祛邪为主，宜宣肺利水、清热凉血、解毒利湿；恢复期以扶正祛邪为要，并根据正虚与余邪孰多孰少，确定补虚与祛邪的轻重。如恢复期之早期，以湿热未尽为主，治宜清除湿热余邪，佐以扶正如益气养阴等；后期湿热已渐尽，当以扶正为主，佐以清热、化湿或凉血活血。若纯属正气未复，则宜以补益为法。但应注意，治疗本病，不宜过早补益，以免留邪而致迁延不愈；同时应该活血而不伤血、凉血而不滞血，以免破血妄行而加重血尿或失血。总体应以补益不助邪、祛邪不伤正为原则。对于变证，应根据证候分别采用平肝息风、清心利水，或泻肺逐水、温阳扶正，或通腑泻浊、解毒利尿为主，并积极配合西医疗法进行综合治疗。

5.2 分证论治^[11-12]

5.2.1 急性期

5.2.1.1 常证

5.2.1.1.1 风水相搏证（推荐级别：D）

治法：疏风宣肺，利水消肿。

主方：风寒偏甚证用麻黄汤（《伤寒论》）合五苓散（《伤寒论》）加减；风热偏甚证用麻黄连翘赤小豆汤（《伤寒论》）合越婢汤（《金匮要略》）加减。

常用药：麻黄、桂枝、连翘、苦杏仁、赤小豆、茯苓、猪苓、泽泻、车前子、桑白皮、大腹皮、陈皮、生姜皮、甘草。

药物加减：咳嗽气喘者，加葶苈子、紫苏子、射干；骨节酸痛者，加羌活、防己；发热、汗出、口干渴、苔薄黄者，加金银花、黄芩；血压升高者，去麻黄，加浮萍、钩藤、牛膝、夏枯草；血尿者，加小蓟、大蓟、茜草、仙鹤草。

5.2.1.1.2 湿热内侵证（推荐级别：D）

治法：清热利湿，凉血止血。

主方：五味消毒饮（《医宗金鉴》）合小蓟饮子（《济生方》）加减。

常用药：金银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、天葵子、地黄、小蓟、滑石、淡竹叶、通草、蒲黄、当归、甘草。

药物加减：小便赤涩者，加白花蛇舌草、石韦、金钱草；口苦口黏者，加苍术、黄柏、黄连、吴茱萸；皮肤湿疹者，加苦参、白鲜皮、地肤子；便秘者，加大黄。

5.2.1.2 变证

5.2.1.2.1 邪陷心肝证（推荐级别：D）

治法：平肝泻火，清心利水。

主方：龙胆泻肝汤（《兰室秘藏》）合羚角钩藤汤（《通俗伤寒论》）加减。

常用药：夏枯草、栀子、黄芩、通草、泽泻、车前子、柴胡、当归、地黄、羚羊角、钩藤、菊花、桑叶、白芍、甘草。

药物加减：便秘者，加大黄、玄明粉；头痛眩晕者，加牡蛎、石决明；恶心呕吐者，加姜半夏、胆南星；昏迷抽搐者，加服牛黄清心丸或安宫牛黄丸。

5.2.1.2.2 水凌心肺证（推荐级别：D）

治法：泻肺逐水，温阳扶正。

主方：己椒苈黄丸（《金匮要略》）合参附汤（《世医得效方》）加减。

常用药：防己、椒目、葶苈子、大黄、人参、附子。

药物加减：轻证者，加用白芥子、紫苏子、莱菔子；面色苍白、四肢厥冷、汗出脉微者，重用人参、附子，加用龙骨、牡蛎。

5.2.1.2.3 水毒内闭证（推荐级别：D）

治法：通腑泄浊，解毒利尿。

主方：温胆汤（《三因极一病证方论》）合附子泻心汤（《伤寒论》）加减。

常用药：姜半夏、竹茹、枳实、陈皮、茯苓、附子、大黄、黄芩、黄连、生姜、甘草。

药物加减：呕吐频繁者，加玉枢丹吞服。

5.2.2 恢复期

5.2.2.1 阴虚邪恋证（推荐级别：D）

治法：滋阴补肾，兼清余热。

主方：知柏地黄丸（《医宗金鉴》）合二至丸（《证治准绳》）加减。

常用药：知母、黄柏、熟地、山药、山茱萸、泽泻、牡丹皮、茯苓、墨旱莲、女贞子。

药物加减：血尿者，加仙鹤草、茜草；舌质暗红者，加三七、琥珀；反复咽红或乳蛾肿大者，加玄参、山豆根、板蓝根。

5.2.2.2 气虚邪恋证（推荐级别：D）

治法：健脾益气，兼化湿浊。

主方：参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）合防己黄芪汤（《金匱要略》）加减。

常用药：人参、茯苓、白术、白扁豆、陈皮、黄连、山药、砂仁、桔梗、黄芪、防己。

药物加减：血尿持续不消者，加三七、当归；舌质淡暗或有瘀点者，加丹参、桃仁、红花、泽兰。

5.3 中成药

银黄口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 10~20ml，每日 3 次。建议用法用量：每服剂量：<3 岁 5ml，每日 3 次；3~6 岁 10ml，每日 2 次；>6 岁 10ml，每日 3 次。用于急性期风水相搏证、湿热内侵证。（推荐级别：D）

蓝芩口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 20ml，每日 3 次。建议用法用量：每服剂量：<3 岁 5ml，每日 2 次；3~5 岁 5ml，每日 3 次；5~7 岁 10ml、>7 岁 15ml，每日 2~3 次。用于急性期风水相搏证、湿热内侵证。（推荐级别：D）

六味地黄口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 10ml，每日 2 次。建议用法用量：每服剂量：<6 岁 5ml、>6 岁 10ml，每日 2 次。用于恢复期阴虚邪恋证。（推荐级别：D）

5.4 针灸疗法

体针：取肺俞、列缺、合谷、阴陵泉、水分、气海、肾俞、三焦俞、复溜、合谷、偏历。初起主要选用三焦俞、肾俞、水分、气海、复溜、肺俞、列缺、偏历、合谷，针刺用平补平泻法。咽痛配少商，面部肿胀配水沟，血压高配曲池、太冲。恢复期加用脾俞、足三里、阴陵泉，针刺用补法。1 次选用 3~7 穴，隔日 1 次，10 次为 1 个疗程，休息 7 日，再重复。（推荐级别：D）

耳针：耳穴取肺、肾、脾、膀胱、交感、肾上腺、内分泌、屏间、脑、腹穴。每次选 2~3 穴，轻刺激，刺后可埋针 24 小时，每日 1 次或隔日 1 次，两耳轮换使用，10 次为 1 个疗程。（推荐级别：D）

5.5 灌肠疗法

处方：大黄 10g，黄柏 10g，芒硝 10g，柴胡 10g，车前草 10g，益母草 10g，黄芪 10g，龙骨 10g，牡蛎 10g。每日 2 剂。每剂浓煎成 100~150ml，作为 1 次使用，每日 2 次，保留灌肠。7 日为 1 个疗程。用于水毒内闭证。（推荐级别：D）^[13]

5.6 饮食疗法

白茅根粥：白茅根 60g（或鲜品 120g），水煎 1 小时后取白茅根水煮大米粥，分次口服。用于急性期水肿、血尿者。（推荐级别：D）

全身浮肿，按之凹陷不起，腰膝下坠尤甚，或伴胸水、腹水、畏寒肢冷，身体重着，神疲嗜卧，脘腹痞满，脚膝酸软，恶寒，呃逆，纳少，便溏，小便短少不利，面色白，舌淡胖，舌边有齿痕，苔白滑，脉沉细无力，指按淡红。

4.1.3 脾肾阳虚证

全身明显浮肿，按之深陷不起，腰膝下坠尤甚，或伴胸水、腹水、畏寒肢冷，身体重着，神疲嗜卧，脘腹痞满，脚膝酸软，恶寒，呃逆，纳少，便溏，小便短少不利，面色白，舌淡胖，舌边有齿痕，苔白滑，脉沉细无力，指按淡红。

4.1.4 肝有阴虚证

身肿较轻或无浮肿，头目眩，耳鸣，面色潮红，五心烦热，盗汗，失眠多梦，口干咽燥，咽部暗红，腰膝酸软，或骨疼痛，舌红，苔少，脉弦细，指按淡红。

参考文献

- [1] 龙凤艳, 庞家善. 中西医结合治疗小儿急性肾小球肾炎 48 例 [J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16 (27): 4003.
- [2] 李艳, 周莉. 中西医结合治疗小儿急性肾小球肾炎临床观察 [J]. 中华中医药杂志, 2007, 22 (8): 576.
- [3] 朱青芝, 关生柏. 中西医结合治疗小儿急性肾小球肾炎的体会 [J]. 河北中医, 2008, 30 (10): 1056-1057.
- [4] 中华医学会儿科学分会肾脏病学组. 小儿肾小球疾病的临床分类、诊断及治疗 [J]. 中华儿科杂志, 2001, 39 (12): 746-749.
- [5] 侯振江. 肾脏病实验室检查项目与评价 [J]. 检验医学与临床, 2007, 4 (6): 520-522.
- [6] 薛辛东. 全国高等医药教材建设研究会·卫生部规划教材·全国高等学校教材·儿科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 339-343.
- [7] 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学 (下册) [M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 1633-1638.
- [8] 易著文. 实用小儿肾脏病手册 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 302-313.
- [9] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 80-81.
- [10] 汪受传. 普通高等教育“十一五”国家级规划教材·新世纪 (第二版) 全国高等中医院校规划教材·中医儿科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 154-159.
- [11] 沈庆法. 急性肾小球肾炎的中西医诊治 [J]. 中国临床医生, 2008, 36 (8): 68-71.
- [12] 罗笑容, 许尤佳. 专科专病中医临床诊治丛书·儿科专病中医临床诊治 [M]. 第 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 295-344.
- [13] 胡清顺, 田向明. 中药口服配合灌肠治疗急性肾小球肾炎临床观察 [J]. 山西中医, 2007, 23 (5): 27-28.

肾病综合征

1 范围

本指南提出了肾病综合征的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群肾病综合征的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

肾病综合征 nephrotic syndrome

肾病综合征是小儿常见的肾脏疾病之一，以大量蛋白尿、低蛋白血症、高胆固醇血症及不同程度的水肿为主要特征。本病多发于儿童及青少年。男女之比约为2:1。属于中医“水肿”、“虚劳”、“腰痛”、“尿浊”、“关格”、“癃闭”、“臌胀”等范畴。

3 诊断^[1-4]

3.1 临床表现

主症表现：浮肿，身体困重，小便短少，尿浊或血尿。

次症表现：面色白，恶心，呕吐，食欲不振，腹胀，腹痛，泄泻。

重症表现：面色紫暗或黧黑，无尿，口有秽味，或伴胸水、腹水；频繁呕吐，四肢厥冷，面色白或口唇青紫；头痛，抽搐，谵语，嗜睡，昏迷。

3.2 实验室检查

尿蛋白检查：尿常规检查蛋白定性在（+++）以上，24小时尿蛋白定量在50mg/（kg·d）以上，并持续2周以上。

血生化检查：低蛋白血症，血浆白蛋白<30g/L；高脂血症，血浆胆固醇>5.7mmol/L。

高凝状态检查：大多数患儿存在不同程度的高凝状态，血小板增高，血小板凝聚率增加，血浆纤维蛋白原增加，尿纤维蛋白降解产物增高。

肾穿刺活检：有条件者可以做，以确定病理诊断。

3.3 需与肾病综合征鉴别的病种

急性肾小球肾炎，泌尿道感染，营养性水肿，肝性水肿，急性肾盂肾炎等。

4 辨证^[1-6]

4.1 本证

4.1.1 肺脾气虚证

全身浮肿，颜面为著，面色苍白或萎黄，身重困倦，气短乏力，声低懒言，自汗，纳呆，便溏，小便短少，平素易感冒，舌淡或淡胖，苔白或白滑，脉浮细，指纹淡红。

4.1.2 脾虚湿困证

全身浮肿，肢体为著，按之凹陷，面色萎黄，身体困重，倦怠乏力，或兼胸闷，腹胀，纳少，便溏，小便短少，舌淡胖，舌边有齿痕，苔厚腻，脉沉缓，指纹淡红。

4.1.3 脾肾阳虚证

全身明显浮肿，按之深陷难起，腰腹下肢尤甚，或伴胸水、腹水，畏寒肢冷，身体重着，神疲倦卧，脘腹胀满，腰膝酸软，恶心，呕吐，纳少，便溏，小便短少不利，面色白，舌淡胖，舌边有齿痕，苔白滑，脉沉细无力，指纹淡红。

4.1.4 肝肾阴虚证

浮肿较轻或无浮肿，头痛，头晕耳鸣，面色潮红，五心烦热，盗汗，失眠多梦，口干咽燥，咽部暗红，腰膝酸软，或伴痤疮，舌红，苔少，脉细数，指纹淡。

4.1.5 气阴两虚证

浮肿较轻或无浮肿，面色无华，神疲乏力，自汗、盗汗或午后低热，手足心热，头晕，耳鸣，口干咽燥或长期咽痛，咽部暗红，易感冒，舌红少津，苔少，脉细弱，指纹淡。

4.2 标证

4.2.1 外感风邪证

恶寒，发热，头身疼痛，咳嗽，喷嚏，流涕，无汗或有汗，或喘咳气急，或咽红、喉核肿痛，舌红，苔薄白，脉浮，指纹浮红。

4.2.2 水湿内停证

全身明显浮肿，皮肤光亮，按之深陷难起，腹水明显，或伴胸水，或见胸闷、气短喘咳，身体困重，腹满泛恶，便溏或泄泻，尿少，舌淡，苔白，脉滑，指纹紫滞。

4.2.3 湿热内蕴证

身体困重，身热不扬，皮肤疮疡疔肿；恶心欲呕，口黏口苦，口干不欲饮，脘腹胀满，纳呆，大便不调，腰痛，小腹坠胀，小便频数短黄，或灼热刺痛，舌红，苔黄腻，脉滑数，指纹紫滞。

4.2.4 瘀血阻滞证

颜面浮肿，面色紫暗或晦暗，眼睑下发青，唇舌紫暗，皮肤粗糙或肌肤甲错，有紫纹或血缕，或胁下痞块，腰痛，舌质紫暗有瘀点瘀斑，苔少，脉涩，指纹紫滞。

4.2.5 湿浊停聚证

身重困倦，精神萎靡，头痛，眩晕，胸闷，腹胀，纳呆，恶心，呕吐，大便黏腻，小便短黄，口黏腻，舌淡，苔厚腻，脉滑，指纹紫。

4.3 变证

4.3.1 邪陷心肝证

浮肿尿少，头痛头晕，视物模糊，恶心呕吐，烦躁不安，谵语，肢体震颤，重则抽搐，昏迷，舌红绛，苔黄燥，脉弦数，指纹紫滞。

4.3.2 水毒内闭证

全身浮肿或伴胸水、腹水，少尿或无尿，面色晦暗，头晕头痛，恶心呕吐，口有秽味，重则神昏谵语，抽搐昏迷，舌质暗，苔白厚腻，脉沉细或滑数，指纹紫滞。

5 治疗

5.1 治疗原则^[2-4]

本病临证中应紧扣“本虚标实”的病机，以扶正培本、祛邪治标为基本法则，重在益气健脾补肾、调理气血阴阳，同时配合祛邪之法以治其标，根据虚实成分，确定扶正与祛邪孰轻孰重。在具体辨证时应结合疾病各个阶段的特点，抓住主要矛盾。辨证治疗时要注意气、血、水之间的相互关系，同时注意活血化瘀药物的应用。本病还可结合其他治法，如中成药、推拿、针灸及敷贴疗法等。此外还要注意增强患儿体质，注意休息，积极预防感染，防止病情反复。本病常配合西药治疗，应注意应用中药减少西药如激素、免疫抑制剂的副作用。

5.2 分证论治^[1-6]

5.2.1 本证

5.2.1.1 肺脾气虚证（推荐级别：D）

治法：健脾益气，宣肺利水。

主方：防己黄芪汤（《金匮要略》）合五苓散（《伤寒论》）加减。

常用药：汉防己、黄芪、白术、茯苓、猪苓、泽泻、桂枝、甘草。

药物加减：浮肿明显者，加茯苓皮、大腹皮；伴上气喘息，咳嗽者，加麻黄、苦杏仁、桔梗；颜面浮肿明显者，加麻黄、桔梗；常自汗出易感冒者，重用黄芪，加防风、龙骨（煅）、牡蛎（煅）；

伴有腰膝酸软者，加续断、菟丝子、肉苁蓉。

5.2.1.2 脾虚湿困证（推荐级别：D）

治法：健脾益气，渗湿利水。

主方：防己茯苓汤（《金匮要略》）合参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）加减。

常用药：汉防己、黄芪、桂枝、茯苓、人参、白术、白扁豆、山药、薏苡仁、莲子肉、砂仁、桔梗、甘草。

药物加减：水肿明显，尿量少者，加生姜皮、大腹皮、车前子；腹胀者，加肉豆蔻、槟榔；纳呆者，加焦山楂、焦六神曲。

5.2.1.3 脾肾阳虚证（推荐级别：D）

治法：温肾健脾，通阳利水。

主方：偏肾阳虚者用真武汤（《伤寒论》）；偏脾阳虚者用实脾饮（《证治准绳》）加减。

常用药：偏肾阳虚者用茯苓、芍药、白术、生姜、附子；偏脾阳虚者用附子、白术、大腹皮、厚朴、木瓜、草果、槟榔、干姜、甘草。

药物加减：形寒肢冷者，加淫羊藿、巴戟天；水肿明显者，加猪苓、泽泻、车前子。

5.2.1.4 肝肾阴虚证（推荐级别：D）

治法：滋补肝肾，养阴清热。

主方：知柏地黄丸（《医宗金鉴》）加减。

常用药：知母、黄柏、熟地黄、山药、山茱萸、茯苓、泽泻、牡丹皮、麦冬。

药物加减：头痛头晕，目睛干涩者，加沙苑子、菊花、夏枯草；手足心热，面色潮红者，加枸杞子、五味子、天门冬；水肿明显者，加车前子、大腹皮。

5.2.1.5 气阴两虚证（推荐级别：D）

治法：益气养阴。

主方：参芪地黄丸（《沈氏尊生书》）加减。

常用药：党参、黄芪、地黄、麦冬、山药、山茱萸、牡丹皮、茯苓、泽泻。

药物加减：反复感冒，神疲乏力者，可重用黄芪，加白术；头晕耳鸣，口干咽燥者，加熟地黄、玄参；面色苍白，少气懒言者，加淫羊藿、肉苁蓉、菟丝子、巴戟天。

5.2.2 标证

5.2.2.1 外感风邪证（推荐级别：D）

治法：外感风寒者宣肺利水，疏风散寒；外感风热者宣肺利水，疏风清热。

主方：外感风寒者用麻黄汤（《伤寒论》）；外感风热者用银翘散（《温病条辨》）加减。

常用药：外感风寒者用麻黄、桂枝、防风、防己、苦杏仁、炙甘草；外感风热者用连翘、金银花、桔梗、薄荷、淡竹叶、淡豆豉、荆芥、牛蒡子。

药物加减：乳蛾肿痛者，加板蓝根、冬凌草；尿血者，加小蓟、白茅根；发热者，加柴胡、黄芩；咳嗽者，加紫菀、款冬花。

5.2.2.2 水湿内停证（推荐级别：D）

治法：益气健脾，利水消肿。

主方：五皮饮（《中藏经》）加减。

常用药：生姜皮、桑白皮、陈皮、大腹皮、茯苓皮、车前子。

药物加减：脘腹胀满者，加厚朴、莱菔子、槟榔；胸闷气短，喘咳者，加麻黄、苦杏仁、紫苏子。

5.2.2.3 湿热内蕴证（推荐级别：D）

治法：清热利湿。

主方：上焦湿热者用五味消毒饮（《医宗金鉴》）加减；中焦湿热者用甘露消毒丹（《温热经纬》）加减；下焦湿热者用八正散（《太平惠民和剂局方》）加减。

常用药：上焦湿热者用金银花、野菊花、蒲公英、紫花地丁、天葵子；中焦湿热者用滑石、黄芩、茵陈、豆蔻、广藿香、石菖蒲、薄荷；下焦湿热者用车前子、瞿麦、篇蓄、石韦、大黄、栀子、淡竹叶。

药物加减：湿热重者，加黄芩、黄连、半枝莲；水肿明显者，加猪苓、茯苓皮、大腹皮；肉眼血尿似洗肉水者，加小蓟、牡丹皮，或加三七粉、琥珀粉。

5.2.2.4 瘀血阻滞证（推荐级别：D）

治法：活血化瘀。

主方：桃红四物汤（《医宗金鉴》）加减。

常用药：桃仁、红花、熟地黄、川芎、当归、赤芍、丹参。

药物加减：尿血者，加仙鹤草、蒲黄炭、墨旱莲、茜草；舌质紫暗者，加水蛭粉、三棱、莪术；面色萎黄，气短乏力者，加用党参、黄芪；兼有郁郁不乐、胸胁胀满、嗳气呃逆者，加郁金、陈皮、厚朴。

5.2.2.5 湿浊停聚证（推荐级别：D）

治法：和胃降浊，化湿行水。

主方：温胆汤（《三因极一病证方论》）加减。

常用药：姜半夏、竹茹、枳实、陈皮、茯苓、龙骨、牡蛎、蒲公英、甘草。

药物加减：呕吐频繁者，加赭石、旋覆花；舌苔黄腻、口苦口臭者，加黄连、黄芩、大黄；肢冷倦怠、舌质淡胖者，加党参、附子、砂仁；舌苔白腻者加苍术、薏苡仁；腹胀脘痞者加肉豆蔻；头痛眩晕者加天麻、钩藤。

5.2.3 变证

5.2.3.1 邪陷心肝证（推荐级别：D）

治法：清心利水，平肝潜阳。

主方：羚角钩藤汤（《通俗伤寒论》）合龙胆泻肝汤（《兰室秘藏》）加减。

常用药：羚羊角粉、钩藤、菊花、地黄、白芍、茯苓、竹茹、龙胆、黄芩、栀子、泽泻、柴胡、当归、车前子、甘草。

药物加减：湿浊上扰头晕头痛者，加蔓荆子、夏枯草；神志不清者，加安宫牛黄丸或牛黄清心丸。

5.2.3.2 水毒内闭证（推荐级别：D）

治法：温肾健脾，辟秽解毒。

主方：附子泻心汤（《伤寒论》）合温胆汤（《三因极一病证方论》）加减。

常用药：附子、巴戟天、菟丝子、大黄、黄连、黄芩、姜半夏、竹茹、枳实、茯苓、甘草。

药物加减：恶心、呕吐明显者，加赭石、旋覆花；惊厥者，加紫雪。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

雷公藤多甙片：每片10mg。1~1.5mg/（kg·d），分2~3次口服。用于肾病各证。（推荐级别：C）^[7]

肾炎消肿片：每片0.34g。成人剂量：每服4~5片，每日3次。建议用法用量：每服剂量：<3岁1片、3~6岁2片、>6岁3片，每日3次。用于脾虚湿困证。（推荐级别：D）

肾康宁片：每片0.33g。成人剂量：每服5片，每日3次。建议用法用量：每服剂量：<3岁2片、3~6岁3片、>6岁4片，每日3次。用于脾肾阳虚证。（推荐级别：D）

济生肾气丸：水蜜丸：每袋6g；小蜜丸：每袋9g。成人剂量：水蜜丸6g、小蜜丸9g，每日2~3次。建议用法用量：水蜜丸：每服剂量：<3岁2g，每日2次；3~6岁4g、>6岁6g，每日2~3次。小蜜丸：每服剂量：<3岁3g、3~6岁6g，每日2~3次；>6岁9g，每日2次。用于脾肾阳虚证。（推荐级别：D）

金匱肾气丸：水蜜丸：每20粒4g；浓缩丸：每丸0.2g。成人剂量：水蜜丸：每服4~5g，每日2次；浓缩丸：每服8丸，每日2次。建议用法用量：水蜜丸：每服剂量：<3岁2g，每日2次；3~6岁4g、>6岁6g，每日2~3次。浓缩丸：每服剂量：<3岁2丸、3~6岁4丸、>6岁6丸，每日2次。用于脾肾阳虚证。（推荐级别：D）^[8]

六味地黄口服液：每支10ml。成人剂量：每服10ml，每日2次。建议用法用量：每服剂量：<6岁5ml、>6岁10ml，每日2次。用于肝肾阴虚证。（推荐级别：D）^[9]

强肾片：每片0.63g。成人剂量：成人每服4~6片，每日3次，用淡盐水或温开水送下。建议用法用量：每服剂量：<3岁2片、3~6岁3片、>6岁4片，每日3次。用于气阴两虚证。（推荐级别：D）^[10]

肾炎康复片：每片0.3g。成人剂量：每服8片，每日3次。建议用法用量：每服剂量：<3岁2片、3~6岁4片、>6岁6片，每日3次。用于气阴两虚证。（推荐级别：D）^[11]

黄葵胶囊：每粒0.5g。成人剂量：每服5粒，每日3次。建议用法用量：每服剂量：<3岁1粒、3~6岁3粒、>6岁4粒，每日3次。用于湿热内蕴证。（推荐级别：C）^[12]

5.3.2 中药注射剂

香丹注射液：每支2ml。成人剂量：肌肉注射，每次2ml，每日1~2次；静脉滴注，每次10~20ml，用5%~10%葡萄糖注射液250~500ml稀释后使用，每日1次。建议用法用量：1ml/（kg·d）加入5%~10%葡萄糖注射液100~250ml稀释后静脉滴注，最大剂量不超过10ml。用于瘀血阻滞证。（推荐级别：D）^[13]

5.4 针灸疗法

脾肾阳虚证：针刺肾俞、腰阳关、委中、命门。肝肾阴虚证：有血尿者针刺肾俞、太溪、复溜；腰膝酸软者针刺肾俞、腰阳关、委中、志室、太溪。急性肾功能衰竭时，在中药补益阴阳的同时，于脊柱两旁膀胱穴处或涌泉穴以艾条灸疗，每日1次。（推荐级别：D）^[16]

5.5 贴敷疗法

消水膏（大活田螺1个，生大蒜1片，鲜车前草1根）：将田螺去壳，用大蒜瓣和鲜车前草共捣烂成膏状，取适量敷入脐孔中，外加纱布覆盖，胶布固定，待小便增多，水肿消失时，即去掉药膏。此法用于各型轻度水肿者。（推荐级别：D）^[2]

逐水散（甘遂、大戟、芫花各等量）：共碾成极细末，每次1~3g，置脐内，外加纱布覆盖，胶布固定。每日换药1次，10次为1疗程。用于治疗各型水肿。（推荐级别：D）^[2]

5.6 饮食疗法

黄芪杏仁鲤鱼汤：黄芪60g，桑白皮、苦杏仁各15g，生姜3片，鲤鱼1尾（约250g）。将鲤鱼去鳞及内脏同上药一起煎煮至熟，去药渣食鱼喝汤。用于脾虚湿困证。（推荐级别：D）^[2]

鲫鱼冬瓜汤：鲫鱼120g，冬瓜皮60~120g。先将鲫鱼去鳞，剖去肠脏，与冬瓜皮同煎，炖汤不放盐，喝汤吃鲫鱼。用于肾病及各种水肿及蛋白尿。（推荐级别：D）^[2]

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 40.
- [2] 汪受传, 俞景茂. 全国高等中医药院校研究生规划教材·中医儿科临床研究 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 322-338.
- [3] 汪受传. 普通高等教育“十一五”国家级规划教材·新世纪(第二版)全国高等中医院校规划教材·中医儿科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 160-167.
- [4] 王永炎, 王庆文. 中医临床丛书·今日中医儿科 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 453-461.
- [5] 孙中诚, 董尚朴. 肾病综合征的中医治疗 [J]. 河北中医, 2003, 25 (4): 318-320.
- [6] 王志国. 肾水(原发性肾病综合征)的中医证治规律及其计算机辅助诊疗系统的研究——遵循证据, 探索规律, 信息化诊疗 [D]. 北京: 北京中医药大学, 2003: 1-136.
- [7] 肖迎春. 雷公藤多甙治疗原发性肾病综合征 56 例疗效观察 [J]. 实用全科医学, 2007, 5 (4): 312-313.
- [8] 吕勇, 王亿平. 金匱肾气丸对肾病综合征脾肾阳虚证患者激素撤减的疗效 [J]. 安徽中医学院学报, 2004, 23 (3): 15-17.
- [9] 彭亚军, 何泽云. 六味地黄丸方治疗肾脏病研究进展 [J]. 中国中医急症, 2009, 18 (7): 1151-1152.
- [10] 马红珍, 郑慧文, 张小云. 强肾片配合激素治疗原发性肾病综合征临床观察 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2007, 9 (5): 112-113.
- [11] 曹阳, 余秉治. 肾炎康复片对慢性肾脏病早期干预的临床研究 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2008, 9 (7): 629-631.
- [12] 王锐艳, 李吉河, 崔岩. 黄葵胶囊治疗原发性肾病综合征的临床观察 [J]. 黑龙江医药科学, 2007, 30 (2): 29-30.
- [13] 叶伟斌, 张伯科. 香丹注射液联合激素治疗肾病综合征 36 例 [J]. 陕西中医, 2006, 27 (12): 1475-1477.
- [14] 邱爱丽. 50 例肾病综合征病人的辨证施护 [J]. 现代临床护理, 2004, 6 (3): 42-43.

泌尿道感染

1 范围

本指南提出了泌尿道感染的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于 18 周岁以下人群泌尿道感染的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

泌尿道感染 urinary infection

泌尿道感染是常见的小儿泌尿道疾病，是由于肾盂、输尿管、膀胱、尿道受细菌感染而引起的炎症病变，临床以尿频、尿急、尿痛、排尿困难或伴发热恶寒为主要临床表现，好发于婴幼儿，女孩多见，四季皆可发病。

引发泌尿道感染的细菌很多，主要为革兰阴性杆菌，如大肠杆菌、副大肠杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌，少数为肠球菌和葡萄球菌，其中以大肠杆菌最多见。属于中医“热淋”范畴。

3 诊断

3.1 临床表现^[1-3]

泌尿道感染的临床表现不尽相同。儿童期泌尿道感染除有发热、寒战外，常有局部症状，如尿频、尿急、下腹部疼痛、肾区叩击痛等。新生儿泌尿道感染以全身中毒症状为主要表现，表现为表情淡漠、拒乳、易激惹、体重不增或增长缓慢。婴幼儿泌尿道感染多以发热症状最为突出，并伴有拒食、呕吐、腹泻等全身症状，有时也可出现黄疸和神经系统症状，如精神萎靡、昏睡、易激惹，甚至惊厥。

3.2 实验室及特殊检查^[4-5]

尿常规：如清洁中段尿离心沉渣中白细胞 >5 个/HP，即怀疑泌尿道感染。

清洁中段尿行细菌培养、菌落计数及药物敏感度测定：革兰阴性杆菌菌落计数 $\geq 1.0 \times 10^5$ /ml 者有诊断意义， $1.0 \times 10^4 \sim 1.0 \times 10^5$ /ml 为可疑， $<1.0 \times 10^4$ /ml 大多为污染；经导尿或膀胱穿刺行尿培养，如菌落计数 $>1.0 \times 10^4$ /ml 者即有诊断意义。革兰阳性球菌菌落计数 100 ~ 1000/ml 即应考虑感染。

血常规：白细胞计数可正常或升高。

反复泌尿道感染：应选做静脉肾盂造影、泌尿道系 B 超、CT 扫描、X 线造影以明确泌尿系有无先天性或获得性畸形。

3.3 需与泌尿道感染鉴别的病种^[6]

急性肾炎，肾病综合征，IgA 肾病，泌尿系结石等。

4 辨证^[6-9]

4.1 膀胱湿热证

小便黄赤频数，点滴而出，灼热刺痛，甚至痛引脐中或哭闹不安，咽红，口渴，小腹坠胀，外阴潮红，大便秘结，舌红，苔黄厚，脉滑数或濡数，指纹紫。

4.2 心火炽盛证

尿频尿急，小便赤涩，少腹拘急，心烦失眠，口舌生疮，口渴欲冷饮，大便秘结，舌尖红，苔黄，脉滑数，指纹紫。

4.3 肝胆湿热证

小便频急短赤，尿时涩痛，发热恶寒，烦躁易怒，胸胁胀痛，口苦口干，纳呆，恶心呕吐，外阴红肿，大便秘结，舌红，苔黄腻，脉弦滑，指纹紫。

4.4 肝肾阴虚证

病程较长，小便淋漓，色黄混浊，低热盗汗，五心烦热，颧红咽干，失眠多梦，腰膝酸软，头晕耳鸣，舌红而嫩，苔少，脉细数，指纹淡。

4.5 脾肾阳虚证

夜尿增多，尿频清长，久病不愈，面色无华，畏寒怕冷，四肢欠温，少气懒言，腰痛绵绵，眼睑或下肢浮肿，纳呆，便溏，舌淡，苔薄白，脉沉细无力，指纹淡。

4.6 气阴两虚证

尿频淋漓，病情缠绵，时发时止，面色白，神疲乏力，气短懒言，五心烦热，失眠，潮热，盗汗，咽部暗红，舌淡，苔少，脉细数无力，指纹淡。

5 治疗

5.1 治疗原则

本病治疗，以清热化湿为基本原则。因疾病初期，正邪相搏，表现为发热恶寒，尿频尿痛，以清热利湿解毒为主。若疾病迁延不愈，宜健脾补肾化湿。小儿脾胃薄弱，故遣方用药祛湿不可峻利温燥，清热解毒不可过于寒凉，应中病即止，以免耗气伤阴，损伤脾胃。同时，本病还常结合其他治法，如中药成药、洗浴法等。患儿应清淡饮食，多饮水，保持外阴清洁，以防重复感染。

5.2 分证论治^[6-9]

5.2.1 膀胱湿热证（推荐级别：D）^[7]

治法：清热解毒，利湿通淋。

主方：八正散（《太平惠民和剂局方》）加减。

常用药：车前子、萹蓄、瞿麦、滑石、大黄、甘草、栀子、淡竹叶。

药物加减：尿痛重者，加牛膝、海金沙、琥珀粉；血尿者，加大蓟、小蓟、白茅根、茜草。

5.2.2 心火炽盛证（推荐级别：D）

治法：清心泻火，导赤通淋。

主方：导赤散（《小儿药证直诀》）加减。

常用药：地黄、甘草梢、黄连、黄芩、滑石、淡竹叶。

药物加减：尿道刺痛者，加琥珀粉、海金沙；口渴喜饮者，加芦根、麦冬；烦躁不安者，加栀子、莲子心；血尿者，加白茅根；腰痛者，加续断、牛膝。

5.2.3 肝胆湿热证（推荐级别：D）

治法：清肝泻火，利湿通淋。

主方：龙胆泻肝汤（《兰室秘藏》）加减。

常用药：龙胆、黄芩、栀子、泽泻、当归、车前子、地黄、柴胡、甘草。

药物加减：腰痛甚者，加杜仲、续断；小腹坠胀，小便不利者，加石韦、沉香；大便干结者，加大黄。

5.2.4 肝肾阴虚证（推荐级别：D）

治法：滋阴降火，利湿通淋。

主方：知柏地黄丸（《医宗金鉴》）合二至丸（《证治准绳》）加减。

常用药：知母、黄柏、熟地黄、山药、石韦、茯苓、泽泻、牡丹皮、墨旱莲、女贞子。

药物加减：持续性菌尿者，加败酱草、土茯苓；持续血尿者，加小蓟、白茅根。

5.2.5 脾肾阳虚证（推荐级别：D）

治法：温补脾肾，化湿通淋。

主方：无比山药丸（《太平惠民和剂局方》）加减。

常用药：山茱萸、泽泻、茯苓、巴戟天、牛膝、山药、杜仲、菟丝子、肉苁蓉、石韦、淡竹叶。

药物加减：四肢欠温者，加肉桂、淫羊藿、仙茅；腰痛甚者，加狗脊、续断；恶心呕吐者，加广藿香、佩兰；夜尿增多者，加益智仁、桑螵蛸。

5.2.6 气阴两虚证（推荐级别：D）

治法：益气养阴，化湿通淋。

主方：六味地黄丸（《小儿药证直诀》）合四君子汤（《太平惠民和剂局方》）加减。

常用药：熟地黄、山药、山茱萸、茯苓、泽泻、牡丹皮、人参、白术、甘草。

药物加减：腰膝酸软者，加牛膝、续断、桑寄生；乏力气短者，加黄芪。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

三金片：大片相当于原药材 3.5g；小片相当于原药材 2.1g。成人剂量：每服剂量：大片 3 片、小片 5 片，每日 3~4 次。建议用法用量：大片：每服剂量：<3 岁 1 片、3~6 岁 2 片、>6 岁 3 片，每日 3 次。小片：每服剂量：<3 岁 2 片、3~6 岁 3 片，每日 3 次；>6 岁 4 片，每日 3~4 次。用于膀胱湿热证。（推荐级别：D）^[10]

癃清片：每片 0.6g。成人剂量：每服 8 片，每日 2 次，重症，每服 8 片，每日 3 次。建议用法用量：每服剂量：<3 岁 2 片，每日 2 次；3~6 岁 3 片、>6 岁 4 片，每日 3 次。用于膀胱湿热证。（推荐级别：D）^[11]

尿感宁冲剂：每袋 15g。成人剂量：每服 15g，每日 3~4 次。建议用法用量：每服剂量：<3 岁 5g、3~6 岁 10g、>6 岁 15g，每日 3 次。用于膀胱湿热证。（推荐级别：C）^[12]

济生肾气丸：水蜜丸：每袋 6g；小蜜丸：每袋 9g。成人剂量：水蜜丸 6g、小蜜丸 9g，每日 2~3 次。建议用法用量：水蜜丸：每服剂量：<3 岁 2g，每日 2 次；3~6 岁 4g、>6 岁 6g，每日 2~3 次。小蜜丸：每服剂量：<3 岁 3g、3~6 岁 6g，每日 2~3 次；>6 岁 9g，每日 2 次。用于脾肾阳虚证。（推荐级别：D）^[13]

5.3.2 中药注射剂

双黄连粉针剂：每支 600mg。静脉滴注，临用前，先以适量注射用水充分溶解，再用 0.9% 氯化钠注射液或 5% 葡萄糖注射液 100~250ml 稀释，60mg/（kg·d），或遵医嘱。用于膀胱湿热证。（推荐级别：D）^[14]

清开灵注射液：每支 2ml。成人剂量：肌肉注射，每日 2~4ml；静脉滴注：每日 20~40ml，以 10% 葡萄糖注射液 200ml 或 0.9% 氯化钠注射液 100ml 稀释后使用。建议用法用量：1ml/（kg·d），最大剂量不超过 20ml，以 10% 葡萄糖注射液 10ml 稀释 1ml 清开灵的比例，静脉滴注，每日 1 次。输液速度：注意滴速勿快，儿童以每分钟 20~40 滴为宜。用于膀胱湿热证。（推荐级别：D）^[15]

喜炎平注射液：每支 2ml：50mg。肌肉注射，成人剂量：每次 50~100mg，每日 2~3 次；静脉滴注，每日 250~500mg，加入 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液中滴注。建议用法用量：5~10mg/（kg·d），加入 5% 葡萄糖 100~250 ml 中静脉滴注，最大剂量不超过 100mg/d。用于心火炽盛证。（推荐级别：D）

热毒宁注射液：每支 10ml。静脉滴注，3~5 岁最高剂量不超过 10ml，加入 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 50~100ml 稀释后，滴速为每分钟 30~40 滴，每日 1 次。6~10 岁每次 10ml，以 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 100~200ml 稀释后使用，滴速为每分钟 30~60 滴，每日 1 次。11~13 岁每次 15ml，以 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 200~250ml 稀释后静脉滴注，滴速为每分钟 30~60 滴，每日 1 次。14~17 岁每次 20ml，以 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml 稀释后静脉滴注，滴速为每分钟 30~60 滴，每日 1 次。或遵医嘱。本品使用后需用 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液冲洗输液管后，方可使用第 2 种药物。用于心火炽盛证。（推荐级别：D）

5.5 推拿疗法

取关元、中极、曲骨、肾俞、血海、三阴交、膀胱俞、足三里、昆仑、阴陵泉。患者俯卧位，先施法于肾俞穴区域，后重点按揉肾俞、膀胱俞。然后再让患者仰卧，按摩关元、中极。随后再按关元、中极、曲骨穴，再平推小腹部。最后，拿昆仑穴，按三阴交、足三里、阴陵泉、血海诸穴。按摩后要大量喝水。适用于泌尿系感染虚证。(推荐级别：D)^[6]

5.6 针灸疗法

针刺肾俞、三阴交、耳穴肾上腺区，每日1次。或针刺中枢、关元、三阴交、膀胱俞等穴强刺激。或加列缺，用毫针，针尖稍向上斜刺，进针时不捻针。均适用于泌尿系感染虚证。(推荐级别：D)^[6]

参考文献

- [1] 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学(下册) [M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 1667-1672.
- [2] 王淑兰, 姜红. 小儿泌尿道感染的特点及其诊治 [J]. 实用乡村医生杂志, 2003, 10 (1): 21-23.
- [3] 叶任高, 沈清瑞. 肾脏病诊断与治疗学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1994: 324.
- [4] 王京晶, 陈大坤, 曹力, 等. 小儿泌尿系感染 277 例临床分析 [J]. 中国实用儿科杂志, 2008, 23 (10): 771-773.
- [5] 易著文, 张星星. 儿童泌尿系感染的诊治进展 [J]. 中国实用儿科杂志, 2004, 19 (2): 76-78.
- [6] 江育仁, 张奇文. 实用中医儿科学 [M]. 上海: 上海科技出版社, 1995: 565-568.
- [7] 韦俊, 赵秀云, 韦星, 等. 中西医结合治疗小儿泌尿系感染 120 例 [J]. 陕西中医, 2000, 21 (8): 337-338.
- [8] 管志伟, 任献青. 丁樱教授治疗小儿泌尿系感染经验撷菁 [J]. 中国中医急症, 2009, 18 (3): 397-398.
- [9] 吴秀娟, 于晓春. 清热通淋法治疗尿路感染 86 例 [J]. 中国民间疗法, 2006, 14 (5): 32.
- [10] 秦岭. 三金片配合丹参酮胶囊治疗慢性尿路感染一得 [J]. 中国中医药信息杂志, 2004, 11 (12): 1104.
- [11] 米杰, 焦安钦. 癃清片治疗尿路感染 126 例临床观察 [J]. 山东中医药大学学报, 2008, 32 (2): 132-133.
- [12] 史晓霞, 陈方帆. 尿感宁冲剂治疗小儿尿路感染 32 例 [J]. 浙江中医杂志, 1998, 33 (5): 232.
- [13] 钱桐荪. 尿路感染的治疗 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2001, 2 (4): 187-189.
- [14] 严凤山, 孔祥敏. 双黄连注射液治疗泌尿系感染 42 例 [J]. 四川中医, 1995, 13 (8): 32.
- [15] 刘旭生, 张北平, 覃小兰. 清开灵注射液治疗急性尿路感染 69 例临床观察 [J]. 北京中医药大学学报, 2001, 24 (5): 71-72.

遗 尿 症

1 范围

本指南提出了小儿遗尿症的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于3周岁以上、18周岁以下人群遗尿症的诊断和治疗。

2 定义

下列术语和定义适用于本指南^[1-5]。

遗尿症 enuresis

遗尿症是指3岁或5岁以上小儿不能从睡眠中醒来而反复发生无意识排尿行为，每周超过一定次数，持续至少3个月。

3 诊断及鉴别诊断^[1-7]

3.1 诊断

5岁以上小儿每周至少有2次不能从睡眠中醒来而反复发生无意识排尿行为，症状至少持续3个月。

3岁到5岁的小儿若出现夜间无意识排尿行为，每周至少有5次症状，持续至少3个月，也可诊断为小儿遗尿症。

3.2 鉴别诊断

可通过以下实验室及特殊检查鉴别引起小儿夜间遗尿的继发性因素^[1,4]：

尿常规：除外泌尿道感染、糖尿病。

记录24小时液体摄入量，结合尿渗透压除外尿崩症。

泌尿系统B超检查了解膀胱容积、膀胱壁厚度和残余尿量，并除外泌尿道发育畸形。

若存在肛门括约肌松弛或腰骶椎表面皮肤异常，可行尿流动力学检查除外神经源性膀胱。

摄腰骶椎平片明确是否存在腰骶椎隐裂。

必要时行进一步检查明确除外继发性夜间遗尿的病因。

4 辨证^[1-3]

4.1 下元虚寒证

以夜间遗尿为主，伴有尿量多、小便清长，腰酸、膝软，面色少华，神疲倦怠，畏寒肢冷，舌淡，苔白滑，脉沉无力。

4.2 肺脾气虚证

以夜间遗尿为主，可伴有白天尿频，尿量多、小便清，大便溏薄，面色少华，面色萎黄，纳呆，神疲倦怠，少气懒言，自汗、动则多汗，舌淡，舌淡红，苔薄白，脉弱，脉缓。

4.3 肝经湿热证

遗尿，伴有尿量少、小便黄，大便干结，面色、目睛红赤，口渴多饮，夜卧不安，夜间磨牙，性情急躁，舌红，苔黄腻，脉滑数。

4.4 心肾不交证

以夜间遗尿为主，伴有五心烦热，形体消瘦，活动过度，多动少静，夜寐难醒，记忆力差，夜卧不安，多梦、呓语，易哭易惊，夜间多汗，舌红，苔少，脉沉细数。

5 治疗

5.1 治疗原则

本病治疗，下元虚寒证治则为固本培元；肺脾气虚证治则为益脾健肺；肝经湿热证治则为清热利湿；心肾不交证治则为清心滋肾。同时应密切关注患儿病情变化，因病施治。嘱患儿晚间控制饮水及饮料。

5.2 分证论治

5.2.1 下元虚寒证（推荐级别：D）

治法：固本培元。

主方：桑螵蛸散（《本草衍义》）合缩泉丸（《校注妇人良方》）加减。

常用药：桑螵蛸、覆盆子、益智仁、乌药、菟丝子、山药、远志、石菖蒲、人参、茯神、当归、龙骨、龟甲（醋炙）。

5.2.2 肺脾气虚证（推荐级别：D）

治法：补气升清。

主方：补中益气汤（《脾胃论》）合缩泉丸（《校注妇人良方》）。

常用药：黄芪、白术、陈皮、升麻、柴胡、党参、当归、菟丝子、覆盆子、山药、益智仁、炙甘草。

5.2.3 肝经湿热证（推荐级别：D）^[2-3]

治法：清肝利湿。

主方：龙胆泻肝汤（《兰室秘藏》）加减。

常用药：龙胆、柴胡、黄芩、栀子、泽泻、甘草、知母、黄柏、车前子、牡丹皮、石菖蒲、鸡内金。

5.2.4 心肾不交证（推荐级别：D）^[11-12]

治法：清心滋肾。

主方：金匱肾气丸（《金匱要略》）合交泰丸（《韩氏医通》）加减。

常用药：黄连、肉桂、熟地、附片、牡丹皮、泽泻、山药、茯苓、乌药、益智仁、桑螵蛸、石菖蒲、远志。

现代研究认为：生麻黄具有显著醒脑开窍功用，各型均可加用，一般3~12岁每日3~4g、>12岁每日9g，长期随访未见明显毒副作用。运动员慎用。（推荐级别：D）^[13]

5.3 中成药

缩泉丸：每20粒1g。成人剂量：每服3~6g，每日3次。建议用法用量：每服剂量：3~6岁2g、>6岁3g，每日3次。用于脾虚失摄证。（推荐级别：D）

桂附地黄丸：水蜜丸：每瓶120g；小蜜丸：每瓶60g。成人剂量：每服剂量：水蜜丸6g、小蜜丸9g，每日2次。建议用法用量：水蜜丸：每服剂量：3~6岁4g、>6岁6g，每日2次。小蜜丸：每服剂量：3~6岁6g、>6岁9g，每日2次。用于下元虚寒证。（推荐级别：D）

5.4 针灸疗法

取穴：神门、委中为主穴。温补下元配中极、肾俞、膀胱俞、太溪，针用补法。补中益气配气海、太渊、足三里、三阴交，针用补法。清利湿热配太冲、行间、阳陵泉，针用泻法。灸法：取穴：关元、中极、三阴交、命门、肾俞、膀胱俞，艾条悬灸，每穴5分钟。（推荐级别：C）^[15-17]

5.5 穴位注射

取654-2稀释液针刺双侧三阴交、关元，直刺进针，提插至穴位有酸麻胀感时，将药液快速注入，每穴1ml，每日3次，疗程2~3周。（推荐级别：D）^[18-19]

5.6 捏脊疗法

从长强穴开始沿督脉两侧由下向上捏到大椎穴处为1遍，捏12遍，第7遍开始用“捏三提一”法，重点提捏膀胱俞、肾俞处。捏完后用拇指沿督脉的命门至大椎和两侧膀胱经从膀胱俞至肝俞各直推100次，然后在命门、膀胱俞、肾俞处各揉按约1分钟。每日治疗1次。（推荐级别：D）^[20-22]

5.7 敷贴疗法

取丁香1份、肉桂2份、益智仁4份、覆盆子4份，共研细末，过200目筛后装瓶备用。每次取

参考文献

- [1] 上海市卫生局. 上海市中医病症诊疗常规 [M]. 第2版. 上海: 上海中医药大学出版社, 2003: 254.
- [2] 汪受传, 俞景茂. 全国高等中医药院校研究生规划教材·中医儿科临床研究 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 354-361.
- [3] 汪受传. 中医学高级丛书·中医儿科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 998-1005.
- [4] Neveus T, Eggert P, Evans J, et al. Evaluation of and treatment for monosymptomatic enuresis: a standardization document from the International Children's Continence Society [J]. J Urol, 2010, 183 (2): 441-447.
- [5] Neveus T, von Gontard A, Hoebeke P, et al. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents; report from the Standardization Committee of the International Children's Continence Society [J]. J Urol, 2006, 176 (1): 314-324.
- [6] Cohen JA, Bukstein O, Walter H, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder [J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2010, 49 (4): 414-430.
- [7] Robson WL. Evaluation and Management of Enuresis [J]. N Engl J Med, 2009, 360 (14): 1429-1436.
- [8] 李勇, 郑继昌. 缩泉丸合桑螵蛸散加减治疗小儿遗尿 36 例 [J]. 中国医药导报, 2008, 5 (24): 115.
- [9] 赵秀艳, 孙智华. 桑螵蛸散合缩泉丸加减治疗小儿遗尿 28 例 [J]. 中华当代医学, 2005, 3 (1): 72.
- [10] 张金友. 补中益气汤合缩泉散治疗小儿遗尿症 42 例 [J]. 内蒙古中医药, 2000, 19 (S1): 12-13.
- [11] 陈宪忠. 四君子汤合金匱肾气丸治疗小儿遗尿 36 例 [J]. 河南中医, 2007, 27 (9): 74.
- [12] 杜少华, 赛尔格玲. 金匱肾气丸治疗小儿遗尿 39 例疗效分析 [J]. 中国实用医学研究杂志, 2004, 3 (2): 200.
- [13] 陈芳瑜. 麻黄治疗遗尿症 331 例临床分析 [J]. 海峡药学, 2004, 16 (1): 88-89.
- [14] 张雪荣, 肖飞, 向希雄, 等. 小儿遗尿宁颗粒治疗肾气不足型小儿遗尿症 96 例临床试验 [J]. 中国中西医结合儿科学, 2009, 1 (5): 478-480.
- [15] Radmayr C, Schlager A, Studen M, et al. Prospective randomized trial using laser acupuncture versus desmopressin in the treatment of nocturnal enuresis [J]. Eur Urol, 2001, 40 (2): 201-205.
- [16] Yuksek MS, Erdem AF, Atalay C, et al. Acupressure versus oxybutynin in the treatment of enuresis [J]. J Int Med Res, 2003, 31 (6): 552-556.
- [17] 王玉平, 李润芳, 华葵. 针刺治疗小儿遗尿 56 例 [J]. 陕西中医, 2005, 26 (5): 447-448.
- [18] 朱学礼, 陆俊学, 柳长青. 穴位注射 654-2 治疗小儿遗尿的疗效观察 [J]. 宁夏医学杂志, 2003, 25 (6): 372.
- [19] 范美丽, 邹炜. 穴位注射为主治疗遗尿 1800 例疗效观察 [J]. 针灸临床杂志, 2005, 21 (7): 32.
- [20] Reed WR, Beavers S, Reddy SK, et al. Chiropractic management of primary nocturnal enuresis [J]. J Manipulative Physiol Ther, 1994, 17 (9): 596-600.

- [21] Leboeuf C, Brown P, Herman A, et al. Chiropractic care of children with nocturnal enuresis: a prospective outcome study [J]. *J Manipulative Physiol Ther*, 1991, 14 (2): 110-115.
- [22] 封建国, 赵锋. 捏脊法治疗小儿遗尿症临床观察 [J]. *湖南中医药大学学报*, 2008, 28 (3): 68-69.
- [23] 吴力群, 王素梅, 崔霞. 丁桂遗尿散敷脐结合推拿治疗小儿遗尿症临床观察 [J]. *辽宁中医杂志*, 2008, 35 (1): 88-89.
- [4] Novus T, Fagot P, Evans J, et al. Evaluation of and treatment of nocturnal enuresis in children and adolescents: report from the International Children's Continence Society [J]. *J Urol*, 2006, 176 (1): 314-324.
- [5] Cohen JA, Bokstein O, Walter H, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of child and adolescent with posttraumatic stress disorder [J]. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2010, 49 (4): 414-430.
- [7] Robson WJ. Evaluation and Management of Enuresis [J]. *N Engl J Med*, 2009, 360 (14): 1429-1436.
- [8] 李博, 陈继昌. 糖浆剂联合推拿加贴脐疗小儿遗尿 36 例 [J]. *中国临床药理学*, 2008, 28 (24): 115.
- [9] 周志敏, 孙智华. 推拿联合贴脐加贴脐疗小儿遗尿 36 例 [J]. *中华中医药杂志*, 2008, 28 (1): 73.
- [10] 张金友. 补中益气汤联合推拿加贴脐疗小儿遗尿 42 例 [J]. *内蒙古中医药*, 2000, 19 (21): 12-13.
- [11] 陈思思. 四君子汤合金匱肾气丸加贴脐疗小儿遗尿 26 例 [J]. *河南中医*, 2007, 27 (9): 34.
- [12] 杜少华, 张松林. 金匱肾气丸加贴脐疗小儿遗尿 39 例疗效分析 [J]. *中国实用医药杂志*, 2004, 3 (2): 200.
- [13] 熊芳瑜. 麻黄汤治疗尿床 331 例临床分析 [J]. *湖北中医杂志*, 2004, 16 (1): 88-89.
- [14] 米雪荣, 肖 J, 向春雄. 参, 小兒遺尿寧無糖粉加貼脐疗小儿遗尿 90 例临床观察 [J]. *中国中西医结合儿科学*, 2009, 1 (2): 478-480.
- [15] Redmayne G, Schlager A, Staden M, et al. Transdermal misoprostol trial using heat-responsive transdermal misoprostol in the treatment of nocturnal enuresis [J]. *Dev Urol*, 2001, 40 (2): 201-203.
- [16] Ylasek MS, Erdem AF, Aday C, et al. Acupuncture versus oxybutynin in the treatment of enuresis [J]. *J Int Med Res*, 2003, 31 (6): 325-328.
- [17] 王王平, 李刚. 半透膜贴脐治疗小儿遗尿 30 例 [J]. *陕西中医*, 2002, 23 (3): 447-448.
- [18] 朱学林, 熊俊学. 穴位注射 654-2 治疗小儿遗尿的疗效观察 [J]. *宁夏医学杂志*, 2003, 27 (6): 372.
- [19] 熊俊学. 穴位注射 654-2 治疗小儿遗尿 1800 例疗效观察 [J]. *宁夏医学杂志*, 2003, 27 (7): 37.
- [20] Reed WH, Bennett S, Reddy SK, et al. Chiropractic management of primary nocturnal enuresis [J]. *J Manipulative Physiol Ther*, 1994, 17 (2): 206-208.

性 早 熟

1 范围

本指南提出了特发性真性性早熟和不完全性性早熟的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于特发性真性性早熟和不完全性性早熟的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

性早熟 precocious puberty

性早熟是小儿常见的内分泌疾病之一。女孩在8岁之前、男孩在9岁之前出现性发育征象即为性早熟。临床上分为真性、假性及不完全性3种类型，以真性性早熟最常见。

真性性早熟即中枢性或促性腺激素释放激素依赖性性早熟 [ture (central or gonadotropin dependent) precocious puberty]，是缘于下丘脑提前增加了促性腺激素释放激素 (gonadotropin releasing hormone, GnRH) 的分泌和释放量，提前激活性腺轴功能，导致性腺发育和分泌性激素，使内、外生殖器发育和第2性征呈现^[1-2]。大部分真性性早熟是由下丘脑的神经内分泌功能失调所致，称为特发性性早熟 (idiopathic precocious puberty)；另外少数是由下丘脑垂体器质性病变或先天畸形所致，如下丘脑错构瘤、下丘脑生殖细胞瘤、垂体微腺瘤、感染、外伤、脑积水、蛛网膜囊肿等所引起的性早熟。

不完全性 (部分性) 性早熟^[2-5] [incomplete (partial) precocious puberty] 为孤立的性发育的表现，不伴有其他性征的发育，女孩多见乳房早发育，亦可发生孤立性月经早潮，两性均可发生阴毛早现，骨龄常无增速或呈轻度增速，系因患儿下丘脑稳定的负反馈机制尚未建立，而有一时性FSH及E₂增高所致。不完全性性早熟是一良性过程，但也可能是真性或假性性早熟的早期征象，亦可能是由外源性雌激素引起。

假性 (非促性腺激素释放激素依赖性) 性早熟和中枢神经系统器质性病变所导致的真性性早熟不适用本指南。

本病中医和西医病名一致。

3 诊断^[1-7]

3.1 临床表现^[1-7]

女孩在8岁之前、男孩在9岁之前出现性发育征象。一般女孩先有乳房发育，阴唇发育，色素沉着，接着阴道分泌物增多，出现阴毛、腋毛，最后月经来潮。男孩先睾丸增大，继之阴茎增粗，可有阴茎勃起，阴囊皮肤皱褶增加、着色，出现阴毛、腋毛、痤疮以及胡须、喉结，变声，甚至有夜间遗精。患儿同时伴有线性生长加速。

3.2 实验室及特殊检查^[1-7]

血清激素水平测定：血清黄体生成素 (LH)、卵泡刺激素 (FSH)、雌二醇 (E₂)、泌乳素 (PRL)、睾酮 (T) 等性激素水平，随着性早熟的进程而明显增高。促性腺激素释放激素 (GnRH) 激发试验可以帮助鉴别是否为真性性早熟。怀疑先天性甲状腺功能减低症伴性早熟应检查血甲状腺功能。

骨龄 (左手包括腕关节X线摄片)：真性性早熟患儿骨龄往往较实际年龄提前，但是单纯性乳房早发育患儿的骨龄常无增速或呈轻度增速。

骨密度：真性性早熟患儿骨密度常高于同龄儿童。

超声检查：女孩应行子宫、卵巢、乳腺B超，男孩应行睾丸、阴囊B超，可判断乳腺、子宫、卵巢、睾丸的发育程度以及排除器质性病变。怀疑肾上腺增生或器质性病变时可行腹部B超检查。

核磁共振成像 (MRI): 怀疑中枢神经系统器质性病变时行头颅 MRI 平扫, 重点观察下丘脑及垂体部位, 必要时行增强扫描。

CT 扫描: 协助排除腹部及盆腔占位性病变。

颅骨及四肢 X 线摄片: 需除外 McCune - Albright 综合征时行颅骨及四肢长骨 X 线摄片。

3.3 需与特发性真性性早熟及不完全性性早熟鉴别的病种^[1-3,6-7]

下丘脑、垂体器质性病变所致的真性性早熟, 先天性甲状腺功能减低症伴性早熟, 先天性肾上腺皮质增生症, 肾上腺皮质肿瘤, 卵巢或睾丸肿瘤, McCune - Albright 综合征 (性早熟合并多发性骨纤维发育不良和皮肤异常色素沉着), 外源性性激素所致的假性性早熟。

4 辨证

4.1 主证

4.1.1 阴虚火旺证^[1,6-14]

女孩提前出现乳房发育, 阴道分泌物增多, 阴唇发育, 色素沉着, 月经来潮; 男孩提前出现睾丸增大, 阴茎增粗, 可有阴茎勃起, 有胡须, 喉结, 阴囊皮肤皱褶增加着色, 变声, 甚至有夜间遗精。伴五心烦热, 潮热, 怕热, 颧红, 盗汗, 烦躁易怒, 咽干口燥, 小便短黄, 大便干结, 舌红绛, 少苔或无苔, 脉细数。

4.1.2 肝郁化火证^[1,6-12]

女孩提前出现乳房发育, 可有乳房胀痛, 阴道分泌物秽浊, 阴唇发育, 色素沉着, 月经来潮; 男孩提前出现睾丸增大, 阴茎增粗, 可有阴茎勃起, 有胡须, 喉结, 痤疮, 阴囊皮肤皱褶增加着色, 变声, 甚至有夜间遗精。伴烦躁易怒, 情绪抑郁, 胸胁胀闷, 头晕胀痛, 目赤肿痛, 失眠或多梦, 口苦, 口干, 面红, 尿黄, 便秘, 舌红苔黄, 脉弦数。

4.2 兼证

湿热内蕴证^[1,8-12]

女孩提前出现乳房发育, 阴道分泌物黄臭量多, 阴唇发育, 色素沉着, 月经来潮; 男孩提前出现睾丸增大, 阴茎增粗, 可有阴茎勃起, 有胡须, 喉结, 阴囊皮肤皱褶增加着色, 变声, 甚至有夜间遗精。伴身热不扬, 肢体困重, 口中黏腻, 多食肥甘, 形体肥胖, 小便短赤不利, 舌质红, 苔黄腻, 脉濡数或脉滑数。

5 治疗

5.1 治疗原则

本病治疗需辨虚实。虚者由于肾阴虚为本, 以致肝阴虚, 阴虚则相火偏旺, 治以滋阴补肾, 清泻相火为主^[15-16], 实者肝郁化火, 治以疏肝解郁, 清肝泻火为主^[1,6-7,11], 尚有少部分兼夹湿热内蕴实证, 需兼以清热燥湿、化痰散结^[1,17-18]。总的来说, 性早熟系因肾阴不足、累及肝阴, 或因肝失疏泄、郁而化热, 导致肾的阴阳不平衡, 相火偏旺, 有时临床上两证兼见并存, 或兼见嗜食肥甘、湿热内蕴; 故平衡“肾”之阴阳为治疗根本, 在此基础上或泻火、或疏肝、或祛湿、或散结, 随症加减治疗。

同时, 本病还常结合其他治法, 如耳穴贴压法、中药外敷法等。对患儿家属需详细解释该病的发病原因和及时治疗对患儿预后的重要性; 对患儿需做好心理安慰, 解除心理压力。患儿宜控制饮食, 加强体育锻炼, 避免接触含激素物质, 避免接触涉性影视、书籍、网络。儿童尽量勿服用人参、鹿茸、紫河车等补品补药, 患儿母亲孕期慎用含激素食品及药物, 哺乳期不服避孕药物。需控制摄入的食物如快餐食品、膨化油炸食品等。需避免摄入或接触的物质如保健品、牛初乳、蜂王浆、避孕药、女性护肤品、女性化妆品、花粉、鸡胚、蚕蛹等, 减少接触各种“内分泌干扰物”也有一定重要性。

5.2 分证论治

5.2.1 主证

5.2.1.1 阴虚火旺证（推荐级别：C）^[15-16]

治法：滋阴补肾，清泻相火。

主方：知柏地黄丸（《医宗金鉴》）加减。

常用药：知母、地黄、黄柏、龟甲（炙）、牡丹皮、泽泻、玄参、茯苓。

药物加减：阴虚明显者，加天花粉、石斛；盗汗者，加五味子、浮小麦；五心烦热、潮热者，加地骨皮、莲子心；君相火旺，心烦不宁者，加黄连、酸枣仁、百合、栀子；阴道出血者，加墨旱莲、仙鹤草、白茅根；伴口苦、心烦等肝火旺者，可加龙胆、夏枯草。

5.2.1.2 肝郁化火证（推荐级别：D）^[1,6-7,11]

治法：疏肝解郁，清肝泻火。

主方：丹栀逍遥散（《内科摘要》）加减。

常用药：柴胡、龙胆、夏枯草、白芍、栀子、地黄、当归、黄芩、牡丹皮、泽泻、茯苓、甘草。

药物加减：乳房胀痛者，加郁金、青皮；带下黄臭者，加黄柏；热甚者，加黄连；便秘者，加决明子、火麻仁；肺中积热，面部痤疮者，加金银花、连翘、淡竹叶、黄芩。

5.2.2 兼证湿热内蕴证（推荐级别：D）^[1,17-18]

治法：清热燥湿，化痰散结。

主方：知柏地黄丸（《医宗金鉴》）合二陈汤（《太平惠民和剂局方》）加减。

常用药：法半夏、陈皮、茯苓、枳壳、苍术（炒）、泽泻、黄芩、黄柏、知母、牡丹皮、薏苡仁。

药物加减：乳房硬结明显者，可加橘核、浙贝母、麦芽、山慈菇、皂角刺；阴道分泌物多者，加椿根皮、芡实；外阴瘙痒者，加地肤子、白鲜皮、椿根皮。

5.3 中成药

知柏地黄丸：每30粒6g。成人剂量：每服3g，每日3次。建议用法用量：口服，每服剂量：3~6岁1.5g，每日3次；>6岁3g，每日2次。用于阴虚火旺证。（推荐级别：D）^[22]

大补阴丸：水蜜丸每200粒60g。成人剂量：每服6g，每日2~3次。建议用法用量：每服剂量：<3岁2g、3~6岁4g、>6岁6g，每日2次。用于阴虚火旺证。（推荐级别：D）^[19,20]

丹栀逍遥丸：每袋6g。成人剂量：每服6~9g，每日2次。建议用法用量：每服剂量：<3岁2g、3~6岁4g、>6岁6g，每日2次。用于肝郁化火证。（推荐级别：D）

龙胆泻肝丸：浓缩丸：每8丸，相当于原生药3g；水丸：每袋6g。成人剂量：每服浓缩丸8丸，每日2次；水丸3~6g，每日2次。建议用法用量：浓缩丸：每服剂量：<3岁2丸、3~6岁4丸、>6岁6丸，每日2次。水丸：<3岁1g、3~6岁2g、>6岁3g，每日2次。用于肝郁化火证。（推荐级别：D）

5.4 耳穴贴压法

耳压治疗：取交感、内分泌、肾、肝、神门、脾。先将耳郭用75%酒精消毒，以探棒找阳性反应点，然后将带有王不留行的胶布贴于阳性反应点处，手指按压，使耳廓有发热胀感。每日按压5次，每次5分钟，1周换贴1次，两耳交替。用于阴虚火旺证、肝郁化火证。（推荐级别：D）^[23]

参考文献

- [1] 汪受传, 俞景茂. 全国高等中医药院校研究生规划教材·中医儿科临床研究 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 362-375.
- [2] 中华医学会儿科学分会内分泌遗传代谢学组. 中枢性(真性)性早熟诊治指南 [J]. 中华儿科杂志, 2007, 45 (6): 426-427.
- [3] 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学(下册) [M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 1989-1992.
- [4] 蔡德培. 性早熟及青春期延迟 [M]. 上海: 上海科学技术文献出版社, 2005: 26-29.
- [5] Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, et al. Nelson Textbook of Pediatrics [M]. 18th ed. Philadelphia: SAUNDERS, 2007: 2309.
- [6] 江育仁, 张奇文. 实用中医儿科学 [M]. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 2005: 803-805.
- [7] 汪受传. 中医学高级丛书·中医儿科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 1061-1065.
- [8] 邓铁涛. 中医证候规范 [M]. 广州: 广东科技出版社, 1990: 51, 139, 170, 176, 218.
- [9] 朱文锋. 中医学高级丛书·中医诊断学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 516, 571, 690-691, 711-713, 732.
- [10] 邓铁涛. 实用中医诊断学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2004: 227, 279-280, 282, 287.
- [11] 邢燕如, 毛三宝. 辨证治疗女童特发性性早熟 [J]. 浙江临床医学, 2008, 10 (7): 913-914.
- [12] 袁琳. 女童性早熟临床观察及辨证施治 [J]. 江西中医药, 2006, 37 (3): 36-37.
- [13] 时毓民, 俞建. 滋阴泻火法为主治疗儿童真性性早熟 90 例 [J]. 上海中医药杂志, 1997, (7): 2-3.
- [14] 俞建, 时毓民, 汪永红, 等. 滋阴泻火方对性发育提前女童生长发育的影响 [J]. 辽宁中医杂志, 2001, 28 (1): 19-20.
- [15] 俞建, 时毓民, 蔡德培, 等. 中医药治疗女童性早熟 68 例随机双盲对照试验 [J]. 中医杂志, 2005, 46 (7): 516-519.
- [16] 俞建, 时毓民, 汪永红, 等. 中药早熟 3 号与早熟 2 号治疗女童性早熟的对照研究 [J]. 上海中医药杂志, 2005, 39 (2): 33-35.
- [17] 叶进, 吴艳明, 郝海燕. 化痰泻火法治疗女童特发性性早熟 30 例临床研究 [J]. 江苏中医药, 2009, 41 (4): 26-28.
- [18] 赵鋈, 虞坚尔, 朱敏华, 等. 抗早 2 号方治疗女童真性性早熟 150 例临床观察 [J]. 上海中医药大学学报, 2005, 19 (1): 15-17.
- [19] 王泽润, 顾红娟. 滋阴降火中药治疗女童特发性中枢性性早熟 30 例 [J]. 天津医药, 2004, 32 (7): 452-453.
- [20] 章建富, 沈珑慧, 骆彩霞. 大补阴丸治疗女童单纯性乳房早发育 43 例 [J]. 中国药业, 2008, 17 (16): 66.
- [21] 孙春美. 知柏地黄丸联合大补阴丸治疗女童特发性性早熟 80 例 [J]. 实用儿科临床杂志, 2009, 24 (8): 627, 637.

- [22] 洪敏. 知柏地黄丸联合乳癖消治疗女童性早熟临床观察 [J]. 中国中医药信息杂志, 2009, 16 (7): 76-77.
- [23] 李伟元, 邓丽莎, 莫珊, 等. 耳穴贴压法配合滋阴降火中药对真性性早熟女童生长的影响 [J]. 中华中医药学刊, 2007, 25 (10): 2118-2119.

脑性瘫痪

1 范围

本指南提出了脑性瘫痪的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群脑性瘫痪的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

脑性瘫痪 cerebral palsy

脑性瘫痪是指一组持续存在的导致活动受限的运动和姿势发育障碍综合征，这种综合征是由于发育中的胎儿或婴儿脑部非进行性损伤或发育缺陷引起的。脑性瘫痪的运动障碍常伴随感觉、认知、交流、感知和/或行为障碍，以及癫痫和继发性骨骼肌问题。^[1]临床以立迟、行迟、语迟、发迟、齿迟，手硬、足硬、肌肉硬、头项硬、关节硬，或项软、手软、脚软、口软、肌肉软为主要特征。属于中医“五迟”、“五硬”、“五软”等范畴。

3 诊断^[2-4]

3.1 临床表现

运动发育落后，抬头、翻身、抓物、坐、爬、立、行等动作发育迟于同龄正常小儿；肌肉张力异常，肢体紧张或肌肉萎软，可见手硬、足硬、肌肉硬、头项硬、关节硬，或项软、手软、脚软、口软、肌肉软等；姿势异常，可见头颈后仰，甚或呈角弓反张、上肢硬直、手紧握拳、下肢硬直交叉、尖足等，或肢体不对称、头颈躯干扭转，或表现为软弱无力的姿势；常有体格发育迟缓、发迟、齿迟、语言落后、智力落后、听力及视力异常、癫痫发作等。

3.2 诊断条件

本病病变部位在脑部，症状在婴儿期出现，引起脑性瘫痪的脑损伤为非进行性，或由脑部发育缺陷而引起，主要表现为肌张力和姿势异常、运动发育落后及障碍、神经反射检查异常等，可合并智力障碍、癫痫、感知觉障碍、交流障碍、行为异常及其他异常，需要除外进行性疾病所致中枢性运动障碍及正常小儿暂时性运动发育迟缓。

3.3 实验室及特殊检查

头颅CT/MRI：能帮助了解是否有脑损伤或脑结构异常，对探讨脑瘫的病因及判断预后有帮助。

脑电图：可以了解是否合并癫痫，并可辅助脑瘫的临床诊断及指导治疗。

脑干听觉、视觉诱发电位：了解听力、视力是否有损伤。

病原学检查：了解患儿是否有宫内感染，明确脑瘫病因，指导治疗。

染色体、血、尿代谢检查：排除一些染色体疾病及遗传代谢性疾病。

甲状腺功能检查：排除甲状腺功能低下引起的运动发育落后。

3.4 需要与脑性瘫痪鉴别的病种

甲状腺功能低下，染色体疾病，遗传代谢性疾病，神经变性病等。

4 辨证^[5-6]

4.1 肝肾亏损证

发育迟缓，翻身、坐起、爬行、站立、行走、生齿均落后于正常同龄小儿，伴反应迟钝，肢体僵硬，筋脉拘挛，屈伸不利，或伴筋骨萎弱，头项萎软，头颅方大，囟门迟闭，目无神采，或伴易惊，夜卧不安，盗汗，舌质淡，舌苔少，脉沉细无力，指纹淡红。

4.2 心脾两虚证

发育迟缓，四肢萎软，肌肉松弛，咀嚼无力，语言迟滞，智力低下，发稀萎黄，或伴精神呆滞，

吐舌，口角流涎，或伴神疲体倦，面色不华，食少纳差，大便秘结，舌淡胖，苔少，脉细缓或细弱，指纹淡红。

4.3 痰瘀阻滞证

发育迟缓，肢体不遂，筋脉拘挛，屈伸不利，言语不利，耳窍不聪，反应迟钝，或伴吞咽困难，喉间痰鸣，口角流涎，或伴癫痫发作，舌胖有瘀斑瘀点，苔厚腻，脉沉涩或脉沉滑，指纹暗滞。

4.4 脾虚肝亢证

发育迟缓，伴手足震颤，肢体扭转，表情怪异，或四肢抽动，时作时止，或伴吞咽困难，言语不利，口角流涎，或伴面色萎黄，神疲乏力，不思饮食，大便稀溏，舌淡，苔白，脉沉弱或弦细，指纹淡红。

4.5 脾肾虚弱证

发育迟缓，运动落后，出牙延迟，囟门迟闭，肢体萎软，肌肉松弛，头项低垂，头颅方大，甚者鸡胸龟背，肋骨串珠，多卧少动，言语低微，神疲倦怠，面色不华，纳呆食少，便溏，小便清长，舌淡红，苔薄白，脉沉细无力，指纹色淡。

5 治疗

脑性瘫痪的治疗要以促进患儿运动发育，纠正并预防异常姿势，减轻其残损程度，最大可能地改善运动功能，提高其适应环境、参与社会的能力为目的。尽可能的早期发现，进行早期康复治疗。采取中医康复治疗方法与现代康复治疗技术相结合的综合康复治疗，综合地运用药物、推拿按摩、针灸、运动疗法、作业疗法、理疗、教育及语言训练等康复治疗方法。指导家长进行家庭康复，进行必要的社会康复和职业康复。坚持长期康复。

5.1 药物治疗^[5-6]

5.1.1 治疗原则

脑性瘫痪以虚证为主，故以补为治疗大法。若先天不足，肝肾亏损，宜补养肝肾，强筋壮骨；若后天失调，心脾两虚，则健脾养心，益智开窍；若先天、后天均不足，致脾肾虚弱者，宜健脾益气，补肾填精。若血瘀痰阻，脑窍闭塞，亦可见实证。若因难产、外伤、窒息、感染等因素致痰瘀阻滞者，宜化痰开窍，化瘀通络。亦有部分患儿虚实夹杂者，须辨证选方配伍用药。

5.1.2 分证治法

5.1.2.1 肝肾亏损证（推荐级别：D）

治法：补肾填髓，养肝强筋。

主方：六味地黄丸（《小儿药证直诀》）加味。

常用药：熟地黄、山茱萸、茯苓、泽泻、牡丹皮、山药。

药物加减：齿迟者，加紫河车、何首乌、龙骨、牡蛎；翻身迟、立迟、行迟者，加牛膝、杜仲、桑寄生；肢体拘挛难伸者，加伸筋草、木瓜、鸡血藤；头项萎软者，加锁阳、枸杞子、菟丝子、巴戟天；易惊、夜卧不安者，加丹参、远志；头颅方大、筋骨萎软者，加珍珠母、龙骨。

5.1.2.2 心脾两虚证（推荐级别：D）

治法：健脾养心，补益气血。

主方：归脾汤（《济生方》）加减。

常用药：黄芪、人参、白术、当归、远志、茯苓、木香、酸枣仁、龙眼肉、炙甘草。

药物加减：语迟，听力障碍者，加石菖蒲、郁金；发迟者，加何首乌、肉苁蓉；四肢萎软者，加桂枝；口角流涎者，加益智仁；气虚阳衰者，加肉桂、附子；脉弱无力者，加五味子、麦冬。

5.1.2.3 痰瘀阻滞证（推荐级别：D）

治法：豁痰开窍，活血通络。

主方：通窍活血汤（《医林改错》）合二陈汤（《太平惠民和剂局方》）加减。

常用药：法半夏、陈皮、茯苓、远志、石菖蒲、川芎、桃仁、红花、赤芍、郁金、丹参、麝香等。

药物加减：痰火内扰，四肢抽搐者，加黄连、龙胆、羚羊角粉；大便干结者，加大黄；肢体拘挛难伸者，加伸筋草、木瓜、鸡血藤；若并发癫痫者，参考瘀血痫治疗。

5.1.2.4 脾虚肝亢证（推荐级别：D）

治法：健脾益气，柔肝息风。

主方：异功散（《小儿药证直诀》）加味。

常用药：人参、白术、茯苓、甘草、陈皮、白芍、钩藤、天麻、鸡血藤。

药物加减：手足震颤、四肢抽动者，加全蝎、地龙、僵蚕；肢体扭转者，加伸筋草、木瓜、当归；面色不华、纳呆食少者，加焦六神曲、焦山楂、砂仁；言语不清者，加石菖蒲、远志。

5.1.2.5 脾肾虚弱证（推荐级别：D）

治法：健脾益气，补肾填精。

主方：补天大造丸（《医学心悟》）加减。

常用药：黄芪、人参、白术、茯苓、紫河车、鹿角、枸杞子、当归、熟地黄、龟甲等。

药物加减：肢体萎软者，加杜仲、牛膝、桑寄生；便溏者，加肉豆蔻、补骨脂。

5.1.3 中成药

六味地黄口服液：每支10ml。成人剂量：每服10ml，每日2次。建议用法用量：每服剂量：<6岁5ml、>6岁10ml，每日2次。用于肝肾亏损证。（推荐级别：D）

稚儿灵颗粒：每袋9g。每服剂量：1岁以下3g、1~3岁6g、4~7岁9g、8~12岁15g，每日2次。用于脾肾虚弱证。（推荐级别：D）

归脾丸：浓缩丸每8丸相当于原生药3g。每服剂量：1岁以下3~4丸、1~3岁4~5丸、4~7岁6~7丸、7岁以上8~10丸，每日3次。用于心脾两虚证。（推荐级别：D）

参苓白术口服液：每支10ml。每服10ml，每日2~3次。建议用法用量：每服剂量：<6岁5ml，每日3次；>6岁10ml，每日2次。用于心脾两虚证。（推荐级别：D）

龙牡壮骨颗粒：每袋3g。每服剂量：<2岁5g、2~7岁7g、>7岁10g，每日3次。用于脾肾虚弱证。（推荐级别：D）

5.2 推拿疗法（推荐级别：D）^[7-9]

5.2.1 治疗原则

因人制宜：根据患儿的不同病情、体质、年龄等选择不同的按摩手法。

平衡阴阳：通过手法调整患儿的阴阳平衡，促进患儿整体的正常发育。

调整脏腑：经络内通于脏腑，以整体观念为指导，通过手法循经推按、穴位点压等，改善脏腑功能，促进发育，改善运动。

以柔克刚：对于肢体僵硬、痉挛严重的部位，推拿按摩手法宜柔缓。

以刚制柔：对于张力低下、软弱无力的部位，推拿按摩手法宜重着。

抑强扶弱：对于张力高的肌群采用柔缓手法缓解痉挛的同时，在其拮抗肌群运用重着手法以提高肌力。

5.2.2 推拿疗法的手法要求

持久、有力、均匀、柔和、深透、平稳。

5.2.3 推拿疗法的基本手法

循经推按：在经络循行部位或肌肉走行方向，使用推法和按法的复合手法，以推为主，根据部位不同可选指推法、掌推法。可以疏通全身的经络，加速全身的血液循环，从而改善皮肤、肌肉的营养，防止肌肉萎缩，并能强筋壮骨，缓解肌肉痉挛，促进肢体活动。

穴位点压：对全身各处重要穴位，使用点揉、按压复合手法，对腧穴有较强的刺激，具有开通闭塞、活血止痛、调整脏腑功能的作用。

异常部位肌肉按摩：对患儿异常部位肌肉采用揉、按、滚、拍等手法，对肌张力高的肌群，用柔缓手法，可缓解痉挛，降低肌张力；对其相对应的拮抗肌，用重着手法，可提高肌力，缓解并对抗痉挛；对肌力低下的肌群，用重着手法，可以提高肌力。

姿势矫正：采用扳法、摇法、拔伸法等手法，促进脑瘫患儿肢体、关节活动，矫正异常的姿势，恢复正常姿势，促进正常运动。

5.2.4 推拿疗法的时间及疗程

手法治疗每日1~2次，每次15~45分钟。时间长短根据年龄、体质情况而定。每周治疗6日，3个月为1个疗程。

5.2.5 推拿疗法的辨证论治

5.2.5.1 肝肾亏损证（推荐级别：D）

穴位点按取穴：肝俞、肾俞、阳陵泉、悬钟、太溪、太冲。

配穴：下肢运动障碍者，加环跳、委中、承山；上肢运动障碍者，加曲池、手三里、外关、合谷、后溪；膝关节伸展无力者，加内外膝眼、阴市、梁丘；足内翻者，加昆仑、丘墟；足外翻者，加三阴交、商丘；尖足者，加足三里、解溪；智力落后者，加百会、四神聪；斜视者，加睛明、四白、鱼腰。

循经推按：足太阳膀胱经（承扶至昆仑），足少阳胆经（环跳至悬钟）。

5.2.5.2 心脾两虚证（推荐级别：D）

穴位点按取穴：心俞、脾俞、神门、三阴交、足三里、百会、四神聪。

配穴：语言落后者，加哑门、通里、廉泉；流涎者，加地仓、颊车。

循经推按：督脉（大椎至长强），足阳明胃经（髀关至解溪）。

5.2.5.3 痰瘀阻滞证（推荐级别：D）

穴位点按取穴：足三里、阴陵泉、丰隆、血海、膈俞、肺俞。

配穴：听力障碍者，加听宫、听会；语言謇涩者，加廉泉；口角流涎者，加地仓、颊车；关节僵硬者，加委中、尺泽；智力落后者，加百会、四神聪。

循经推按：足阳明胃经（髀关至解溪），手太阴肺经（云门至鱼际）。

5.2.5.4 脾虚肝亢证（推荐级别：D）

穴位点按取穴：脾俞、肝俞、足三里、曲池、太冲。

配穴：项软者，加大椎、风池；腰软者加华佗夹脊穴；膝关节伸展无力者，加内外膝眼、血海、梁丘。

循经推按：足阳明胃经（髀关至解溪），足厥阴肝经（阴廉至太冲）。

5.2.5.5 脾肾虚弱证（推荐级别：D）

穴位点按取穴：华佗夹脊穴、肾俞、脾俞、关元、气海、足三里、曲池。

配穴：腰肌无力者，加腰阳关；智力落后者，加百会、四神聪。

循经推按：足阳明胃经（髀关至解溪），手阳明大肠经（肩髃至合谷）。

5.3 头皮针（推荐级别：D）^[10-11]

5.3.1 作用

具有疏通经络、运行气血、调节阴阳的作用，能增加脑部的血流量，改善脑部的血液循环，促进脑细胞的代谢，使患儿肢体肌力和关节功能得以改善或恢复。同时还可提高脑瘫患儿的智力，促进患儿语言、听力发育。

5.3.2 穴位配伍

采用焦氏头针、靳氏头针及国际标准化方案分区定位及治疗方法。

主穴：运动区、感觉区、双侧足运感区、运动前区、附加运动区。

配穴：智力低下者，加智三针、四神针；语言障碍者，加语言Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ区、颞前线；听力障碍者，加晕听区、耳前三穴、颞后线；视觉障碍者，加视区、眼周穴位；精神行为障碍者，加情感控制区；平衡协调功能差者，加平衡区或脑三针；精细动作差者，加手指加强区；伴癫痫者，加额中线、制痫区；肌张力不全、舞蹈样动作、震颤明显者，加舞蹈震颤控制区；表情淡漠、注意力不集中者，加额五针、定神针。

5.3.3 针刺方法与疗程

选用直径0.35mm，长25mm毫针，针体与头皮成 $15^{\circ} \sim 30^{\circ}$ 角快速进针，刺入帽状腱膜下，快速捻转3~5次，留针30~60分钟，15~20分钟行针1次，每日1次，30次为1个疗程。

5.4 体针^[11-12]

5.4.1 作用

用毫针刺刺激躯干以及四肢的穴位，通过针感的传导以达到疏通经络、运行气血、改善肢体功能的目的。

5.4.2 取穴原则

基本原则是循经取穴，包括近部取穴：是指在病变的局部和邻近的部位选取腧穴；远部取穴：是指在距离病变较远的部位选取腧穴；随证取穴：又称辨证取穴，是指针对某些全身症状或疾病的病因病机而选取腧穴。

5.4.3 针刺方法与疗程

选用直径0.35mm，长25mm毫针，快速进针，留针30~60分钟，15~20分钟行针1次，每日1次，30次为1疗程。

5.4.4 针刺疗法的辨证论治

5.4.4.1 肝肾亏损证（推荐级别：D）

体针：肝俞、肾俞、足三里、三阴交、悬钟。

配穴：上肢瘫者，加曲池、手三里、外关、合谷、后溪；下肢瘫者，加环跳、阳陵泉、委中、太冲；易惊、夜卧不安者，加神庭、印堂、内关、神门。

针刺手法：平补平泻法。

5.4.4.2 心脾两虚证（推荐级别：D）

体针：心俞、脾俞、神门、血海、通里、梁丘。

配穴：四肢无力者，加曲池、足三里；咀嚼无力、口角流涎者，加颊车、地仓；食欲不振者，加中脘、足三里；语言迟滞者，加哑门、廉泉。

针刺手法：以补法为主。

5.4.4.3 痰瘀阻滞证（推荐级别：D）

体针：膈俞、脾俞、血海、丰隆、足三里。

配穴：口角流涎者，加地仓、颊车；吞咽困难者，加廉泉、天突；言语不利者，加劳宫、通里、廉泉。

针刺手法：补泻兼施。

5.4.4.4 脾虚肝亢证（推荐级别：D）

体针：足三里、脾俞、胃俞、肝俞、太冲。

配穴：握拳不展，腕指屈曲者加阳谷、阳溪、阳池、八邪；尖足者加解溪、申脉、照海；关节僵硬拘急者加尺泽、委中。

针刺手法：补泻兼施。

5.4.4.5 脾肾虚弱证（推荐级别：D）

体针：足三里、三阴交、脾俞、肾俞、气海。

配穴：腰软无力者，加腰部夹脊穴；肢体萎软、肌肉松弛者，加曲池、外关、合谷、伏兔、足三里；纳呆食少、腹胀便溏者，加中脘、天枢；囟门迟闭者，加肾俞、悬钟。

针刺手法：针用补法。

5.5 穴位注射疗法（推荐级别：D）^[13]

5.5.1 疗程

每日1次或隔日1次，10~15次为1个疗程，每个疗程结束后休息1~2周。

5.5.2 适应范围

穴位注射法的适应范围较为广泛，凡是针灸的适应证大部分都可以采用本法治疗。针对本病的特殊情况，其主要用于改善脑瘫患儿的运动落后，智力、语言发育迟滞，四肢萎软，吞咽障碍等。

5.5.3 临床常用药物及用量

穴位注射常用营养神经肌肉类药物，如神经节苷脂、鼠神经生长因子、二丁酰环磷酸腺苷、维生素B₁、维生素B₆、维生素B₁₂注射液；活血化瘀、醒脑开窍类药物，如复方丹参注射液（香丹注射液）、复方麝香注射液。

根据治疗目的选用1~3种药物，分别注射于选取的穴位。每种药物的用量，按该药物儿童常用肌肉注射剂量。

5.5.4 注射方法

使患儿采用舒适体位，尽量固定好患儿，根据所选穴位及用药剂量的不同，选择合适的注射器（一般采用5ml注射器）和针头（常用4号半针头）。抽取适量的药液，局部皮肤常规消毒后，右手持注射器对准穴位或局部反应点，快速刺入皮下组织（直刺或斜刺），然后缓慢推进针头或上下提插，探求“得气”针感，回抽如无回血即可将药液推入，一般进针0.8~1.2寸。头部穴位每穴注射0.3~0.5ml，四肢、腰臀部穴位每穴注射0.5~1ml。年纪稍长患儿可用较强刺激，推液可快；婴幼儿宜用较轻刺激，推液可慢；一般情况则用中等刺激。如所用药液较多时，可由深至浅，边推液边退针，或在穴位处向几个方向注射药液。

5.5.5 取穴

头部取穴：可改善患儿运动、智力、语言发育落后。主要选穴可参考头针取穴。

颈部取穴：可治疗颈部肌肉萎软无力，竖头不稳。主要选穴：大椎、天柱、大杼、风池、颈部两侧夹脊穴。

腰部取穴：可增强腰部肌肉力量，促进患儿独坐。主要选穴：腰俞、腰阳关、命门、委中、肾俞、大肠俞、关元俞、志室。

上肢取穴：可改善上肢的运动功能，矫正上肢的异常姿势，促进上肢精细动作的发育。主要选穴：肩髃、肩髃、臂臑、曲池、外关、手三里、阳池、阳溪、合谷（前7个穴位可以改善上肢萎软无力，后4个穴位可以改善五指屈伸不利）。

下肢取穴：可改善下肢的运动功能，矫正下肢的异常姿势。下肢萎软无力，抬腿困难者，主要选穴：伏兔、血海、梁丘、足三里、阴陵泉、阳陵泉、悬钟、丰隆、太冲、解溪等；下肢外展、外旋者，主要选穴：血海、三阴交、阴陵泉、太溪；足外翻者，主要选穴：三阴交、照海、太溪；足内翻者，主要选穴：申脉、昆仑、悬钟。

5.6 中药洗浴及熏蒸（推荐级别：D）^[14]

5.6.1 中药洗浴

药物：伸筋草、鸡血藤、当归、杜仲、白芍、透骨草、川牛膝、木瓜、桃仁、红花。

功效：疏通经络，活血化瘀。

方法：将药物用纱布包好，置于水中，加热煎熬至一定浓度，滤过药渣，先用所得药液之热气熏蒸，待水温降至 37℃~40℃ 时，施行洗浴，每次 20~30 分钟，每天 1~2 次，每月为 1 疗程。

适应证：利用洗浴时的温热和药物双重效应，起到疏通经络、缓解痉挛的作用。适用于肢体僵硬、筋脉拘急、屈伸不利的脑瘫患儿。

5.6.2 中药熏蒸

药物：伸筋草、鸡血藤、当归、杜仲、白芍、透骨草、川牛膝、木瓜、桃仁、红花、葛根、桂枝。

功效：疏通经络，活血化瘀。

方法：将药物和水放入熏蒸仪药仓中煎煮，加热至 40℃，将患儿躺在熏蒸仓，每次 20~30 分钟，每日 1~2 次，每月为 1 疗程。

药物加减：肌力偏低，肌肉松软者，加黄芪、白术、党参；不随意运动型脑瘫表现为肢体不自主运动增多，属中医肝风内动者，加钩藤、僵蚕、地龙。

适应证：利用熏蒸时的温热和药物双重效应，来有效缓解痉挛，降低肌张力，改善患儿的运动功能，适用于肢体僵硬、筋脉拘急、屈伸不利的脑瘫患儿。

参考文献

- [1] Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006 [J]. Dev Med Child Neurol, 2007, 49 (S109): 8-14.
- [2] 中国康复医学会儿童康复专业委员会, 中国残疾人康复协会小儿脑瘫康复专业委员会. 小儿脑性瘫痪的定义、分型和诊断条件 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2007, 29 (5): 309.
- [3] 卢庆春. 脑性瘫痪的现代诊断与治疗 [M]. 北京: 华夏出版社, 2000: 185-194.
- [4] 颜华, 张惠佳. 小儿脑性瘫痪早期诊断中的相关辅助检查 [J]. 中国临床康复, 2006, 10 (12): 148-150.
- [5] 朱梅, 马丙祥, 琚玮, 等. 小儿脑性瘫痪中医证候初步探讨 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2009, 12 (14): 35-36.
- [6] 汪受传. 普通高等教育“十一五”国家级规划教材·新世纪(第二版)全国高等中医院校规划教材·中医儿科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 174-179.
- [7] 周信文. 实用中医推拿学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2002: 78-80.
- [8] 马丙祥, 冯刚. 推拿按摩疗法在小儿脑瘫康复中的临床应用与实验研究 [J]. 中国康复医学杂志, 2004, 19 (12): 947-949.
- [9] 马丙祥, 冯刚. 疏通矫正手法治疗小儿痉挛型脑瘫的临床研究 [J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22 (4): 354-356.
- [10] 孙克兴, 张海蒙. 头针治疗小儿脑性瘫痪文献述评 [J]. 上海针灸杂志, 2004, 23 (8): 38-41.
- [11] 刘振寰. 针灸治疗脑性瘫痪的效果评估: 150 例随机分组对照 [J]. 中国临床康复, 2004, 8 (6): 1091-1093.
- [12] 王自斌. 针刺配合穴位注射治疗小儿脑瘫疗效观察 [J]. 中国医药导报, 2008, 5 (8): 73-74.
- [13] 刘建荣, 孟娥, 岳伟. 穴位注射结合手法训练治疗小儿脑瘫临床观察 [J]. 中国针灸, 2007, 27 (4): 267-268.
- [14] 都修波, 马丙祥, 李华伟, 等. 中药熏蒸治疗小儿痉挛型脑瘫的疗效观察 [J]. 光明中医, 2008, 23 (10): 1522.

麻 疹

1 范围

本指南提出了麻疹的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群麻疹的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

麻疹 measles

麻疹是常见的小儿急性出疹性传染病。临床以发热，咳嗽，鼻塞流涕，泪水汪汪，口腔两颊近臼齿处可见麻疹黏膜斑，周身皮肤按序泛发麻粒样大小的红色斑丘疹，疹退时皮肤有糠麸样脱屑和色素沉着斑为特征。本病传染性强。发病前1~2周有与麻疹患者接触史。发病从过去6个月至5岁小儿多见，向现在大多是8个月以内婴儿和7岁以上学龄儿童转变。本病四季均可发病，但好发于冬春季节。

引发麻疹的是麻疹病毒，属副黏病毒，只有1个血清型。

本病中医和西医病名相同。

3 诊断^[1-4]

3.1 临床表现

3.1.1 常证

邪犯肺卫证（疹前期）：发热，2~3日后在口腔两颊近臼齿处可见麻疹黏膜斑，为约1.0mm的白色小点，周围红晕，可累及整个颊黏膜。伴恶风，鼻塞流涕，咳嗽，双目畏光、红赤，泪水汪汪，精神不振，纳食减少。邪入肺胃证（出疹期）：发热，3~4日后于耳后、发际、颈项、头面、胸腹、四肢顺序出现红色斑丘疹、稠密、紫红，伴壮热、烦躁、咳嗽加重，目赤眵多，纳差，甚至谵妄、抽搐。阴津耗伤证（疹没期）：出疹后3~4日，皮疹按出疹顺序开始消退，皮肤有糠麸样脱屑和色素沉着，发热减退，神宁疲倦，纳食增加。

3.1.2 变证

多发生在体弱多病或护理不当继发严重感染的患儿，皮疹稠密融合、紫黯、乍出乍没或紫癜瘀斑；伴壮热，烦躁，嗜睡，谵妄，神昏，惊厥，抽搐；咳嗽频作，喘促，呼吸困难；鼻衄、咯血、吐血、尿血；或体温骤降，四肢逆冷，呼吸气微，脉微欲绝。

3.1.3 轻证

多见于潜伏期内接受过丙种球蛋白注射者，或曾接种过麻疹疫苗，或<8个月婴儿体内尚留存母亲抗体者。表现为低热，有轻度上呼吸道卡他症状，麻疹黏膜斑不明显，皮肤红色斑丘疹稀疏、色淡，疹退后无色素沉着或脱屑，病程1周左右，无并发症。

3.2 实验室检查

血常规：外周血白细胞总数正常或减少，淋巴细胞相对增高。

病原学检查：早期在鼻、咽、气道分泌物中可分离到麻疹病毒。

血清学检查：在发病3~4日血清中可检出特异性麻疹IgM抗体。病后2~4周IgM抗体滴度如大于4倍增长，可作回顾性诊断。

3.3 需与麻疹鉴别的病种

风疹，幼儿急疹，猩红热，手足口病，丘疹样荨麻疹。

4 辨证^[1-4]

4.1 常证

4.1.1 邪犯肺卫证（疹前期）

发热，2~3日后在口腔两颊近白齿处可见麻疹黏膜斑，为约1.0mm的白色小点，周围红晕，1~2日可累及整个颊黏膜。伴恶风，头身痛，鼻塞流涕，咳嗽，双目畏光、红赤，泪水汪汪，咽红肿痛，精神不振，纳食减少，舌边尖红，苔薄黄，脉浮数，指纹淡紫。

4.1.2 邪入肺胃证（出疹期）

发热，3~4日后于耳后、发际、颈项、头面、胸腹、四肢顺序出现红色斑丘疹、稠密、紫红，伴壮热、烦躁、咽红肿痛，咳嗽加重，目赤眵多，纳差，口渴欲饮，大便秘结，小便短赤，舌质红绛，苔黄腻，脉洪数，指纹紫。

4.1.3 阴津耗伤证（疹没期）

出疹后3~4日，皮疹按出疹顺序开始消退，皮肤有糠麸样脱屑和色素沉着，发热减退，神宁疲倦，纳食增加，口干少饮，咳嗽减轻，或声音嘶哑，大便干少，舌红少津，苔薄，脉细数，指纹淡紫。

4.2 变证

4.2.1 邪毒闭肺证

壮热持续，烦躁，精神萎靡，咳嗽气喘，憋闷，鼻翼煽动，呼吸困难，喉间痰鸣，口唇紫绀，面色青灰，不思进食，皮疹融合、稠密、紫暗或见瘀斑，乍出乍没，大便秘结，小便短赤，舌质红绛，苔黄腻，脉滑数，指纹紫滞。

4.2.2 邪毒攻喉证

高热不退，咽喉肿痛或溃烂，吞咽不利，饮水呛咳，声音嘶哑，咳声重浊，声如犬吠，喉间痰鸣，咳嗽气促，喘憋，呼吸困难，胸高胁陷，面唇紫绀，烦躁不安，皮疹融合、稠密、紫暗或见瘀斑，舌质红，苔黄腻，脉滑数，指纹紫。

4.2.3 毒陷心肝证

高热不退，烦躁不安，神昏谵妄，四肢抽搐，喉间痰鸣，皮疹融合、稠密、紫暗或见瘀斑，大便秘结，小便短赤，舌紫绛，苔黄燥起刺，脉弦数，指纹紫、达命关。

5 治疗

5.1 治疗原则^[1-4]

本病治疗，以清凉、透疹为基本原则。疹前期宜清透时邪，疏卫凉营；出疹期则清热解毒，清气凉营；疹没期宜清解余邪，养阴益气。本病还可结合其他治法，如中成药、熏洗法、气雾吸入法等。同时应密切关注患儿病情变化，尽早发现变证，并及时处理。本病轻证者，一般可按常证邪犯肺卫证治疗。

5.2 分证论治^[1-7]

5.2.1 常证

5.2.1.1 邪犯肺卫证（疹前期）（推荐级别：D）^[5]

治法：辛凉透表，清宣肺卫。

主方：宣毒发表汤（《麻疹仁端录》）加减。

常用药：升麻、葛根、连翘、薄荷、荆芥、防风、牛蒡子、大青叶、前胡、桔梗、甘草。

药物加减：高热者，加金银花、柴胡、贯众；咳嗽明显者，加桑叶、桑白皮；咽红肿痛者，加射干、马勃；便溏者，加苍术、马鞭草、薏苡仁。

5.2.1.2 邪入肺胃证（出疹期）（推荐级别：D）

治法：清泄肺胃，解毒透疹。

主方：清解透表汤（经验方）加减。

常用药：金银花、连翘、桑叶、菊花、蝉蜕、葛根、西河柳、牛蒡子、升麻、紫草。

药物加减：壮热烦渴者，加石膏、知母、栀子；咳嗽气促、痰多者，加葶苈子、桑白皮、黄芩、鱼腥草、浙贝母；目赤眵多者，加野菊花、蒺藜、青葙子；烦躁不安者，加淡豆豉、莲子心；口渴喜饮者，加芦根、麦冬、天花粉；大便秘结者，加大黄、玄明粉；皮疹稠密、紫黯成片者，加地黄、牡丹皮、赤芍。

5.2.1.3 阴津耗伤证（疹没期）（推荐级别：D）

治法：养阴益气，清透余邪。

主方：沙参麦冬汤（《温病条辨》）加减。

常用药：北沙参、麦冬、玉竹、天花粉、桑叶、白扁豆、桔梗、甘草。

药物加减：潮热盗汗，五心烦热者，加银柴胡、地骨皮、白薇；干咳少痰者，加百合、桑白皮、天门冬；纳谷不香者，加山药、谷芽（炒）、麦芽（炒）；大便干少者，加瓜蒌子、火麻仁；神倦自汗者，加太子参、五味子。

5.2.2 变证

5.2.2.1 邪毒闭肺证（推荐级别：D）^[6-7]

治法：清热解毒，宣肺开闭。

主方：麻黄杏仁甘草石膏汤（《伤寒论》）加味。

常用药：麻黄、石膏、苦杏仁、前胡、黄芩、虎杖、芦根、甘草。

药物加减：高热不退者，加栀子、板蓝根；频咳气促，喘憋者，加葶苈子、桑白皮；喉间痰鸣者，加浙贝母、天竺黄、胆南星、鱼腥草；口唇紫绀，皮疹融合、稠密、紫黯或见瘀斑者，加赤芍、丹参、紫草、桃仁；抽搐者，加羚羊角粉、钩藤。

5.2.2.2 邪毒攻喉证（推荐级别：D）

治法：清热解毒，利咽消肿。

主方：清咽下痰汤（经验方）加减。

常用药：玄参、射干、桔梗、甘草、牛蒡子、金银花、板蓝根、葶苈子、全瓜蒌、浙贝母。

药物加减：声如犬吠，痰鸣，气促，喘憋者，加葶苈子、桑白皮、胆南星、天竺黄；面唇紫绀，烦躁不安，呼吸困难者，加丹参、川芎、远志、茯神。喉头梗阻明显者，应采取中西医结合治疗，必要时需做气管切开。

5.2.2.3 毒陷心肝证（推荐级别：D）

治法：清心开窍，平肝息风。

主方：羚角钩藤汤（《通俗伤寒论》）加减。

常用药：羚羊角粉、钩藤、桑叶、菊花、茯神、竹茹、浙贝母、地黄、白芍、甘草。

药物加减：痰涎壅盛者，加石菖蒲、竹沥、胆南星；壮热神昏者，加用安宫牛黄丸；四肢抽搐者，加僵蚕、白附子、全蝎，或加服紫雪。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

小儿肺热咳喘口服液：每支 10ml。每服剂量：小于 1 岁 5ml，每日 2 次；1~3 岁 10ml，每日 3 次；4~7 岁 10ml，每日 4 次；8~12 岁 20ml，每日 3 次。用于出疹期。（推荐级别：D）

双黄连口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 20ml，每日 3 次。建议用法用量：每服剂量：<3 岁 10ml，每日 2 次；3~6 岁 10ml，每日 3 次；>6 岁 20ml，每日 2 次。用于疹前期和出疹期。（推荐级别：D）

小儿羚羊散：每包 1.5g。每服剂量：1 岁 1/5 包、2 岁 1/4 包、3 岁 1/3 包，每日 3 次。用于邪

毒闭肺证、毒陷心肝证。(推荐级别: D)

六神丸: 每100粒0.26g。每服剂量: 1岁1粒、2岁2粒、3岁3~4粒、4~8岁5~6粒、9~10岁8~9粒, 每日3次。用于邪毒攻喉证。(推荐级别: D)

安宫牛黄丸(散): 丸剂: 每丸3g; 散剂: 每瓶1.6g。丸剂: 每服1丸, 每日1次。小儿3岁以内每服1/4丸、4~6岁每服1/2丸, 每日1次。散剂: 每服1瓶, 每日1次。小儿3岁以内每服1/4瓶、4~6岁每服1/2瓶。或遵医嘱。用于毒陷心肝证。(推荐级别: D)

5.3.2 中药注射剂

痰热清注射液: 每支10ml。成人剂量: 静脉滴注, 每次20ml, 重症患者可用40ml, 加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液250~500ml, 注意控制滴数在每分钟60滴以内, 每日1次。儿童按体重0.3~0.5ml/kg, 最高剂量不超过20ml, 加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液100~200ml, 静脉滴注, 控制滴数每分钟30~60滴, 每日1次。或遵医嘱。用于出疹期和邪毒闭肺证、邪毒攻喉证。(推荐级别: C)^[8]

炎琥宁注射液: 每支80mg。临用前, 加灭菌注射用水适量使溶解。成人剂量, 肌肉注射: 每次40~80mg, 每日1~2次; 静脉滴注, 每日0.16~0.4g, 每日1~2次给药, 用5%葡萄糖注射液或5%葡萄糖氯化钠注射液稀释后滴注。建议用法用量: 10mg/(kg·d) 加入5%~10%葡萄糖注射液稀释后静脉滴注, 最大剂量不超过160mg/d。用于出疹期和邪毒闭肺证、邪毒攻喉证。(推荐级别: D)

热毒宁注射液: 每支10ml。静脉滴注, 3~5岁最高剂量不超过10ml, 加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液50~100ml稀释后使用, 滴速为每分钟30~40滴, 每日1次。6~10岁每次10ml, 以5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液100~200ml稀释后使用, 滴速为每分钟30~60滴, 每日1次。11~13岁每次15ml, 以5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液200~250ml稀释后静脉滴注, 滴速为每分钟30~60滴, 每日1次。14~17岁每次20ml, 以5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液250ml稀释后静脉滴注, 滴速为每分钟30~60滴, 每日1次。或遵医嘱。本品使用后需用5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液冲洗输液管后, 方可使用第2种药物。用于疹前期和出疹期。(推荐级别: D)

醒脑静注射液: 每支10ml。成人剂量: 肌肉注射, 每次2~4ml, 每日1~2次; 静脉滴注, 每次10~20ml, 用5%~10%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液250~500ml稀释后滴注, 每日1次。建议用法用量: 0.5ml/(kg·d) 加入5%~10%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液100~250ml稀释后静脉滴注, 最大剂量不超过20ml。用于邪毒攻喉证、毒陷心肝证。(推荐级别: D)

5.4 熏敷疗法

麻黄15g, 胡荽15g, 浮萍15g, 黄酒60ml, 每日1剂, 加水适量, 煮沸, 让蒸气漫布室内, 待水温适宜时用毛巾蘸取药液, 敷擦头面胸背、四肢。用于疹前期或出疹期, 皮疹透发不畅者。(推荐级别: D)

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 663.
- [2] 汪受传, 俞景茂. 全国高等中医药院校研究生规划教材·中医儿科临床研究 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 408-420.
- [3] 管鹏声, 管一沁. 新编中医儿科临床手册 [M]. 南昌: 江西科学技术出版社, 2000: 731.
- [4] 琚玮, 葛湄菲. 现代中医儿科诊疗全书 [M]. 上海: 第二军医大学出版社, 2005: 514.
- [5] 唐建萍, 郑海. 宣毒发表汤治疗小儿麻疹 60 例 [J]. 实用中医内科杂志, 2004, 18 (6): 532.
- [6] 王贤. 麻杏石甘汤治疗麻疹合并肺炎临床观察 [J]. 临床和实验医学杂志, 2008, 7 (9): 153.
- [7] 朱修身, 王占云. 中西医结合治疗麻疹合并肺炎 50 例 [J]. 中医研究, 1994, 7 (2): 30-31.
- [8] 韩志启, 朱增红, 刘小壮. 痰热清治疗 58 例小儿麻疹临床疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2006, 15 (13): 1786.
- [9] 方萍, 练凤莉. 炎琥宁注射液治疗小儿麻疹 126 例报告 [J]. 临床和实验医学杂志, 2010, 9 (24): 1886-1887.

风 疹

1 范围

本指南提出了风疹的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群风疹的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

风疹 rubella

风疹，又名“风痧”，是小儿常见的一种急性出疹性传染病。临床以发热，全身皮肤出现斑丘疹为主要特征，可伴有咳嗽、耳后及枕部淋巴结肿大。本病传染性较强，好发于1~5岁儿童，四季皆有，多流行于冬春季节。

本病中医和西医病名一致。

3 诊断^[1-6]

3.1 临床表现

皮疹逐渐遍布全身，躯干、头面、四肢均可出现，大小不一，常伴瘙痒感，疹退后可有脱屑，无色素沉着，可有发热，多为低热，多伴咳嗽、耳后及枕部淋巴结肿大。重症可表现为皮疹稠密，疹色赤紫，壮热不退，烦躁，嗜睡，谵语，神昏，惊厥。

3.2 实验室检查

血常规：白细胞总数正常或偏低，分类淋巴细胞相对增多。

直接免疫荧光试验法：在咽部分泌物中可查见病毒抗原。

血清学检测风疹病毒抗体：患儿在恢复期血清抗体增加4倍以上时可确诊。

3.3 需与风疹鉴别的病种

麻疹，幼儿急疹，猩红热，丘疹样荨麻疹，多形性红斑。

4 辨证^[1-6]

4.1 邪犯肺卫证

发热，头身痛，鼻塞喷嚏流涕，咳嗽，咽红目赤，纳差，精神欠佳，先发热后出现斑丘疹，疹色红润，先起于头面发际，继及于身躯四肢各部分，疹点稀疏而细，大小不一，有瘙痒感，耳后、枕部淋巴结肿大。舌红苔薄白或薄黄，脉浮数或指纹紫。

4.2 邪热炽盛证

壮热口渴，烦躁，面赤唇红，咽痛目赤，或口舌生疮、牙龈肿痛，纳呆食少，全身出疹，疹色鲜红，皮疹密布，甚则紫色成片，瘙痒较甚，耳后、枕部淋巴结肿大，小便短赤，大便秘结，舌红绛，苔黄腻或黄燥而干，脉洪数或指纹紫。

4.3 毒陷厥阴证

皮疹稠密，疹色赤紫，壮热持续，头痛呕吐，烦躁不安，嗜睡或神志昏迷，四肢抽搐，项背强直，淋巴结肿大，舌质绛，苔黄腻或黄燥，脉弦数或指纹紫滞。

5 治疗

5.1 治疗原则^[1-6]

本病治疗，以疏风清热为基本治疗原则。清热宜分清表热、里热，根据在卫、气、营、血分之不同，分别施以解表清热、清气凉营、清热解毒等法。并佐以透疹之法，使疹出邪祛病安。辨病情之轻重，及时予解毒、开窍、息风等法。患儿须适当隔离，保持皮肤清洁，防止搔抓。

5.2 分证论治^[1-7]

5.2.1 邪犯肺卫证（推荐级别：D）

治法：疏风解表清热。

主方：银翘散（《温病条辨》）加减。

常用药：金银花、连翘、淡竹叶、牛蒡子、薄荷、桔梗、荆芥、淡豆豉、甘草。

药物加减：热重者，加石膏、黄芩、栀子；疹多色深者，加牡丹皮、赤芍；咳嗽者，加枇杷叶、川贝母；咽红目赤者，加菊花、桑叶；痒甚者，加蝉蜕、蒺藜、地肤子；纳差者，加麦芽（炒）、六神曲；耳后、枕部淋巴结肿胀疼痛者，加蒲公英、夏枯草。

5.2.2 邪热炽盛证（推荐级别：D）

治法：清气凉营解毒。

主方：透疹凉解汤（经验方）加减。

常用药：桑叶、薄荷、牛蒡子、蝉蜕、连翘、黄芩、紫花地丁、赤芍、紫草。

药物加减：口渴甚者，加天花粉、芦根；淋巴结肿大较甚者，加夏枯草、浙贝母；皮疹稠密，疹色紫暗者，加牡丹皮、丹参；大便干结者，加玄明粉、大黄；伴有呕吐者，可加姜半夏、竹茹。

5.2.3 毒陷厥阴证（推荐级别：D）

治法：解毒镇惊开窍。

主方：清瘟败毒饮（《疫疹一得》）加减。

常用药：石膏、地黄、水牛角、黄连、栀子、桔梗、黄芩、知母、赤芍、玄参、连翘、甘草、牡丹皮、淡竹叶。

药物加减：壮热不退者，加石膏、柴胡、黄芩；呕吐神昏者，加竹茹（姜制）、石菖蒲；高热神昏谵语者，加安宫牛黄丸；惊厥抽搐者，加羚羊角粉；痰涎壅盛，神志昏蒙者，加至宝丹。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

板蓝根颗粒：每袋装10g，相当于饮片14g。成人剂量：每服5~10g，每日3~4次。建议用法用量：口服，每服剂量：<3岁3g、3~6岁6g、>6岁10g，每日3次。用于邪郁肺卫证。（推荐级别：D）

双黄连口服液：每支10ml。成人剂量：每服20ml，每日3次。建议用法用量：每服剂量：<3岁10ml，每日2次；3~6岁10ml，每日3次；>6岁20ml，每日2次。用于邪郁肺卫证。（推荐级别：D）

九味双解口服液：每支10ml。每服剂量：1~2岁3ml，每日2次；3~4岁5ml，每日2次；5~6岁5ml，每日3次；7~9岁10ml，每日2次；10~12岁15ml，每日2次；13~14岁20ml，每日2次。用于邪郁肺卫证。（推荐级别：D）

黄栀花口服液：每支10ml。饭后口服，每服剂量：2.5~3岁5ml、4~6岁10ml、7~10岁15ml、>11岁20ml，每日2次，疗程3天。用于邪郁肺卫证。（推荐级别：D）

蒲地蓝消炎口服液：每支10ml。成人剂量：每服10ml，每日3次。建议用法用量：每服剂量：<1岁1/3支、1岁~3岁1/2支、3岁~5岁2/3支、>5岁1支，每日3次。用于邪热炽盛证。（推荐级别：D）

5.3.2 中药注射剂

痰热清注射液：每支10ml。成人剂量：静脉滴注，每次20ml，重症患者可用40ml，加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液250~500ml，注意控制滴数在每分钟60滴以内，每日1次。儿童按体重0.3~0.5ml/kg，最高剂量不超过20ml，加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液100~200ml，静脉滴注，控制滴数在每分钟30~60滴，每日1次。或遵医嘱。用于邪犯肺卫证、邪热炽盛

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 294-295.
- [2] 汪受传. 普通高等教育“十一五”国家级规划教材·新世纪(第二版)全国高等中医院校规划教材·中医儿科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 191-193.
- [3] 方婷娜. 小儿风疹辨治 138 例 [J]. 广州医药, 2005, 36 (5): 64-66.
- [4] 周明君. 辨证治疗小儿风疹的临床观察 [J]. 湖南中医学院学报, 1995, 15 (1): 21-23.
- [5] 赵世芬, 张庆荣. 风疹的辨证施治 [J]. 中医药学刊, 2004, 22 (3): 525-526.
- [6] 汪受传. 中医药学高级丛书·中医儿科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 303.
- [7] 蔡恒, 谢智慧. 银翘散为主治疗风疹 196 例 [J]. 内蒙古中医药, 1995, 14 (1): 5.
- [8] 孙亚西, 张帆. 喜炎平治疗小儿风疹临床疗效观察 [J]. 淮海医药, 2003, 21 (5): 366-367.
- [9] 邢跃文. 喜炎平注射液治疗小儿风疹 22 例 [J]. 中国民间疗法, 2007, 15 (2): 30.
- [10] 杨守峰, 苏菲菲. 痰热清注射液治疗风疹临床观察 [J]. 中国中医急症, 2009, 18 (3): 341, 344.
- [11] 孙利群, 冯咏梅, 陈莉. 炎琥宁治疗风疹 40 例临床观察 [J]. 中外医疗, 2009, (32): 103.

水 痘

1 范围

本指南提出了水痘的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于 18 周岁以下人群水痘的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

水痘 varicella

水痘是常见的小儿急性出疹性传染病。临床以发热，皮肤分批出现皮疹，丘疹、疱疹、结痂同时存在为主要特征。以其形态如痘，色泽明净如水泡而得名。本病传染性强，各年龄小儿均可发病，高发年龄为 6~9 岁，多流行于冬春季节。

本病中医和西医病名一致。

3 诊断^[1-4]

3.1 病史

起病 2~3 周前有水痘接触史。

3.2 临床表现

常证：皮疹可见于全身，呈向心性分布，躯干部较密集，常伴瘙痒感，分批出现，丘疹、疱疹、干痂并见，形态椭圆，大小不一，周围红晕，痂后不留疤痕，可有发热，多为低热，常伴全身不适、纳差等症状。

变证：多发生在体质虚弱患儿，皮疹稠密，疱疹较大，疹色赤紫，根盘红晕明显，疱浆混浊，紫癜，呕吐，发热，烦躁；或见嗜睡，谵语，神昏，惊厥；或见咳嗽频作，喘促。

先天性水痘：孕母水痘史，先天性畸形，出生低体重，皮肤瘢痕，播散性水痘，智力低下。

3.3 实验室检查

血常规：白细胞总数正常或稍低。

病原学检查：将疱疹液直接接种入人胎羊膜组织培养分离病毒，单纯-免疫荧光法检测病毒抗原。

血清学检查：补体结合抗体高滴度或双份血清抗体滴度 4 倍以上升高可明确病原。

3.4 需与水痘鉴别的病种

脓疱疮，手足口病，丘疹样荨麻疹。

4 辨证

4.1 常证^[1-4]

4.1.1 邪伤肺卫证

全身性皮疹，向心性分布，躯干为多，点粒稀疏，疱疹形小，疹色红润，根盘红晕不显，疱浆清亮，瘙痒感；伴发热，多为低热，头痛，鼻塞，流涕，喷嚏，咳嗽，纳差，偶有轻度腹痛；舌质红，苔薄白或薄黄，脉浮数。

4.1.2 邪炽气营证

全身性皮疹，可呈离心性分布，疹点密布，痘疹形大，疹色红赤或紫暗，疱浆混浊，口腔、睑结膜、阴部可见疱疹；壮热，烦躁，口渴欲饮，面赤唇红，目赤，口舌生疮，牙龈肿痛，纳差，大便干结，小便短赤；舌质红绛，苔黄腻，脉洪数或滑数。

4.2 变证^[1-4]

4.2.1 邪陷心肝证

常发生于水痘后期，发热，头痛，呕吐，甚或喷射性呕吐，烦躁不安，神识不清，嗜睡，谵语，

狂躁，昏迷，口噤，项强，角弓反张，四肢抽搐，舌质红绛，苔黄燥或黄厚，脉洪数或弦数，指纹紫。

4.2.2 邪毒闭肺证

发热，咳嗽频作，喉间痰鸣，气急，喘促，鼻煽，胸高肋满，张口抬肩，口唇紫绀，舌质红，苔黄腻，脉滑数，指纹紫滞。

4.2.3 毒染痘疹证

发热，疱浆混浊，疱疹破溃，脓液外流，皮肤焮红肿痛，疱疹出血，舌质红绛，舌苔黄，脉象数，指纹紫滞。

5 治疗

5.1 治疗原则

本病治疗，以清热解毒利湿为基本原则。清热宜分清表热、里热，表热宜辛凉宣散，里热宜根据在气、营、血分之不同，分别施以清气泻热、清营透热、凉血解毒等法。祛湿亦根据湿邪在表、在里不同，而分别采用芳香化湿、淡渗利湿之法。同时应视湿与热之轻重而治疗有所侧重，目的是使邪热得清，水湿得化，则水痘自除。患儿应饮食清淡，禁止使用水杨酸制剂和激素，对已长期应用激素而感染的患儿应及时减少至维持量；对患儿衣物及生活用品需进行消毒处理。

5.2 分证论治

5.2.1 常证

5.2.1.1 邪伤肺卫证（推荐级别：D）^[3,5]

治法：疏风清热，利湿解毒。

主方：银翘散（《温病条辨》）合六一散（《古今医鉴》）加减。

常用药：金银花、连翘、牛蒡子、薄荷、蝉蜕、桔梗、车前子、六一散。

药物加减：咽喉肿痛者，加板蓝根、马勃、山豆根；皮肤瘙痒甚者，加白鲜皮、地肤子；咳嗽有痰者，加浙贝母、前胡；素体气虚，疹稀色淡，液少皮皱者，加黄芪、薏苡仁。

5.2.1.2 邪炽气营证（推荐级别：D）^[3]

治法：清气凉营，解毒化湿。

主方：清胃解毒汤（《痘疹传心录》）加减。

常用药：黄连、黄芩、地黄、连翘、升麻、牡丹皮、赤芍、紫草、石膏、栀子、车前草。

药物加减：口舌生疮，大便干结者，加大黄、玄明粉、瓜蒌；口干唇燥，津液耗伤者，加天花粉、麦冬、芦根。

5.2.2 变证

5.2.2.1 邪陷心肝证（推荐级别：D）

治法：清热解毒，镇惊开窍。

主方：清瘟败毒饮（《疫疹一得》）合羚角钩藤汤（《通俗伤寒论》）加减。

常用药：石膏、地黄、水牛角、黄连、栀子、黄芩、知母、赤芍、玄参、连翘、牡丹皮、紫草、羚羊角粉、钩藤、甘草。

药物加减：壮热不退者，加柴胡、寒水石。高热烦躁神昏者，加服安宫牛黄丸；神昏惊厥者，加服紫雪；神昏谵语痰盛者，加服至宝丹。

5.2.2.2 邪毒闭肺证（推荐级别：D）

治法：清热解毒，开肺定喘。

主方：麻黄杏仁甘草石膏汤（《伤寒论》）合黄连解毒汤（《外台秘要》）加减。

常用药：麻黄、苦杏仁、石膏、桑白皮、葶苈子、紫苏子、黄芩、黄连、栀子、紫草、牡丹皮、甘草。

药物加减：热重者，加虎杖、连翘、知母；咳重痰多者，加前胡、天竺黄、浙贝母、瓜蒌；腹胀便秘者，加大黄、玄明粉、枳实、厚朴；喘促而面唇青紫者，加丹参、赤芍。

5.2.2.3 毒染痘疹证（推荐级别：D）

治法：清热解毒，透脓排毒。

主方：仙方活命饮（《校注妇人良方》）加减。

常用药：金银花、当归、赤芍、野菊花、紫花地丁、白芷、天花粉、皂角刺、甘草。

药物加减：壮热不退者，加柴胡、葛根；大便干结者，加大黄、玄明粉。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

板蓝根颗粒：每袋 10g，相当于饮片 14g。成人剂量：每服 5~10g，每日 3~4 次。建议用法用量：每服剂量：<3 岁 3g、3~6 岁 6g、>6 岁 10g，每日 3 次。用于邪伤肺卫证。（推荐级别：D）

银翘解毒丸：每丸 3g。成人剂量：用芦根汤或温开水送服。每服 3g，每日 2~3 次。建议用法用量：用芦根汤或温开水送服，每服剂量：<3 岁 1g、3~6 岁 1.5g，每日 3 次；>6 岁每服 3g，每日 2 次。用于邪伤肺卫证。（推荐级别：D）

双黄连口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 20ml，每日 3 次。建议用法用量：每服剂量：<3 岁 10ml，每日 2 次；3~6 岁 10ml，每日 3 次；>6 岁 20ml，每日 2 次。用于邪伤肺卫证。（推荐级别：D）^[6-7]

清瘟解毒丸：每丸 9g。每服剂量：小于 3 岁 1/2 丸、3~6 岁 1 丸、6 岁以上 2 丸，每日 2 次。用于邪伤肺卫证、邪炽气营证。（推荐级别：D）

黄栀花口服液：每支 10ml。饭后口服，每服剂量：2.5~3 岁 5ml、4~6 岁 10ml、7~10 岁 15ml、>11 岁 20ml，每日 2 次。用于邪伤肺卫证、邪炽气营证。（推荐级别：B）^[8-9]

5.3.2 中药注射剂

热毒宁注射液：每支 10ml。静脉滴注，3~5 岁最高剂量不超过 10ml，加入 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 50~100ml 稀释后，滴速为每分钟 30~40 滴，每日 1 次。6~10 岁每次 10ml，以 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 100~200ml 稀释后使用，滴速为每分钟 30~60 滴，每日 1 次。11~13 岁每次 15ml，以 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 200~250ml 稀释后静脉滴注，滴速为每分钟 30~60 滴，每日 1 次。14~17 岁每次 20ml，以 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml 稀释后静脉滴注，滴速为每分钟 30~60 滴，每日 1 次。或遵医嘱。本品使用后需用 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液冲洗输液管后，方可使用第 2 种药物。用于邪伤肺卫证、邪炽气营证、毒染痘疹证。（推荐级别：D）^[11]

痰热清注射液：每支 10ml。成人剂量：静脉滴注，每次 20ml，重症患者可用 40ml，加入 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250~500ml，注意控制滴数在每分钟 60 滴以内，每日 1 次。儿童按体重 0.3~0.5ml/kg，最高剂量不超过 20ml，加入 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 100~200ml，静脉滴注，控制滴数在每分钟 30~60 滴，每日 1 次。或遵医嘱。用于邪伤肺卫证、邪炽气营证、邪毒闭肺证。（推荐级别：B）^[12-13]

双黄连粉针剂：每支 600mg。静脉滴注，临用前，先以适量注射用水充分溶解，再用 0.9% 氯化钠注射液或 5% 葡萄糖注射液 100~250ml 稀释，60mg/（kg·d）。或遵医嘱。用于邪伤肺卫证、邪炽气营证。（推荐级别：D）^[6-7]

5.4 洗浴疗法

蒲公英、黄芩、益母草、苦参各 20g，黄连、黄柏各 10g，每日 1 剂，煎水，每日 2 次，外洗。用于毒染痘疹证。（推荐级别：D）

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 83.
- [2] 汪受传, 俞景茂. 全国高等中医药院校研究生规划教材·中医儿科临床研究[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 420-430.
- [3] 孙浩. 孙谨臣老中医诊治小儿水痘的经验[J]. 中国临床医生, 2001, 29(4): 19.
- [4] 江育仁, 张奇文. 实用中医儿科学[M]. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 2005: 326-329.
- [5] 杨龙生. 银翘散加减治疗水痘 120 例临床观察[J]. 江西中医药, 2004, 35(6): 35.
- [6] 舒亚玲. 双黄连治疗儿童水痘疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 1999, 9(3): 188-189.
- [7] 李怀年. 双黄连粉针剂治疗小儿水痘 84 例疗效观察[J]. 临床医学, 1996, 16(7): 42-43.
- [8] 由军. 黄栀花口服液治疗水痘疗效观察[J]. 北京中医药大学学报, 2000, 23(3): 77.
- [9] 李培杰, 商梅, 张雯, 等. 黄栀花口服液治疗水痘 62 例[J]. 北京中医药大学学报, 2000, 23(5): 41.
- [10] 陆楠. 穿琥宁治疗出疹 48h 后就诊小儿水痘 25 例[J]. 中国中医急症, 2009, 18(6): 991.
- [11] 陈朝霞, 冯梅. 热毒宁注射液治疗小儿水痘疗效观察[J]. 广西中医学院学报, 2007, 10(3): 49-50.
- [12] 谢泽鸿. 痰热清注射液治疗小儿水痘临床观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16(26): 3819.
- [13] 史凤锦, 王守珍, 徐丽霞. 痰热清注射液治疗水痘疗效观察[J]. 中国中医急症, 2006, 15(2): 147.

手足口病

1 范围

本指南提出了手足口病的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于 18 周岁以下人群手足口病的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

手足口病 hand-foot-mouth disease

手足口病是常见的小儿急性出疹性传染病。临床以手、足、口腔等部位的皮疹、疱疹或口腔部溃疡，或伴发热为特征。发病前 1~2 周有与手足口病患者接触史，4 岁以下小儿多见。

引发手足口病的肠道病毒有 20 多种（型），主要为小 RNA 病毒科、肠道病毒属的柯萨奇病毒组 16、4、5、9、10 型，B 组 2、5、13 型，以及埃可病毒和肠道病毒 71 型，其中以柯萨奇病毒 A16 型（CoxA16）、肠道病毒 71 型（EV 71）较为常见，肠道病毒 71 型较易发生严重并发症。属于中医“疮疹”、“时疫”范畴。

3 诊断

3.1 病史^[1-2]

发病前 1~2 周有手足口病接触史。

3.2 临床表现^[1-3]

口腔部（硬腭、颊部、齿龈、唇内、舌部）疱疹、溃疡，手掌足跖疱疹，可波及肛周、臀部和臂腿，多突然起病，可有发热，多为低热或不发热，可伴口痛、纳差等症状。重症可发生无菌性脑炎、脑膜炎、肌阵挛、急性弛缓性麻痹、心肌炎、心肺衰竭、肺水肿等并发症。

3.3 实验室检查^[4-5]

血常规：外周血白细胞总数正常或偏低，淋巴细胞和单核细胞相对增高。

病原学检查：肠道病毒（CoxA16、EV71 等）特异性核酸阳性或分离到肠道病毒。咽、气道分泌物，疱疹液，粪便阳性率较高。

血清学检查：急性期与恢复期血清 CoxA 16、EV71 或其他肠道病毒中和抗体有 4 倍以上的升高。

3.4 需与手足口病鉴别的病种^[6]

需与手足口病轻症鉴别的病种：水痘，疱疹性咽峡炎，疱疹性荨麻疹。

需与手足口病重症鉴别的病种：其他病毒所致中枢神经系统感染，脊髓灰质炎，感染性休克，暴发性心肌炎，重症肺炎。

4 辨证

4.1 常证^[6-9]

4.1.1 邪犯肺脾证

口腔内硬腭、颊部、齿龈、唇内、舌部等处出现疱疹，破溃后形成溃疡，疼痛流涎，拒进饮食；1~2 日后手掌足跖出现斑丘疹，斑丘疹呈米粒大小，皮疹迅速转化为疱疹，分布稀疏，疹色红润，根盘红晕不著，疱疹疱浆清亮；前驱症状多为发热轻微或不发热、流涕、咳嗽、咽红疼痛、纳差、恶心、呕吐、泄泻；舌质红，苔薄黄腻，脉浮数。

4.1.2 湿热毒盛证

口腔部出现疱疹，并迅速破溃形成溃疡，溃疡灼热疼痛，流涎，拒食；手掌足跖出现疱疹，可波及臂腿部、臀部，疱疹分布稠密或成簇出现，疹色紫黯，根盘红晕显著，疱液混浊；可伴持续高热、烦躁、口臭、口渴，小便黄赤，大便秘结；也有的皮疹稀少，体温不高，精神不振；舌质红绛，苔黄

臌，脉滑数。

4.1.3 心脾积热证

以口腔疱疹为主，口腔疱疹溃后形成溃疡，疼痛流涎，拒食，手掌足跖也见疱疹，可伴轻微发热或无发热，心烦口渴，口燥唇干，小便黄赤，大便干结，舌尖红，苔薄黄，脉数。

4.2 变证^[6-9]

4.2.1 邪陷心肝证

壮热持久不退，烦躁，谵语，精神萎靡，嗜睡，神昏，项强，易惊，抽搐，肌肉惊跳，呕吐；疱疹稠密，疱浆混浊紫黯，疱疹形小；或可见疱疹数少，甚则无疹；舌质红绛，舌苔黄燥起刺，脉弦数有力。

4.2.2 邪伤心肺证

身热不退，频咳，气急，胸闷，心悸，不能平卧，烦躁不安，甚则面色苍白，唇指青紫，肢厥冷汗，吐粉红色泡沫样痰；疱疹稠密，疱浆混浊，疱疹可波及四肢、臀部、肛周；或可见疱疹数少，甚则无疹；舌质暗红，舌苔白腻，脉沉细无力。

4.2.3 邪毒侵心证

心胸痹痛，心悸怔忡，烦躁不宁，唇甲青紫，面白多汗，肢厥；疱疹渐消；舌质紫暗，脉微，或见结代。

4.2.4 湿热伤络证

一个肢体或多个肢体肌肉松弛无力或不能运动，肢体功能障碍为非对称性，肢体扪之微热，肌肉可有触痛和感觉过敏，出现吞咽困难；疱疹稠密，疱浆混浊，疱疹可波及四肢、臀部、肛周；可伴发热，胸脘闷痛，舌质红，苔黄腻，脉濡数。

5 治疗

5.1 治疗原则

本病治疗，以清热祛湿解毒为基本原则。轻证治以宣肺解表，清热化湿；重证宜分清湿重、热重，分别以利湿化湿、清热解毒为主治疗。若出现邪毒内陷，犯及心、肝、肺诸脏以及经络者，更应及时加重清热解毒，并配伍息风开窍、泻肺逐水、宽胸宁心、活血通络等法。同时，本病还常结合其他治法，如中药成药、灌肠法、洗浴法等，变证患儿病情重且传变迅速，常需结合西医治法抢救。患儿应清淡饮食，保持皮肤清洁，以防感染，同时应密切关注患儿病情变化，及早发现变证，并及时处理。

5.2 分证论治

5.2.1 常证

5.2.1.1 邪犯肺脾证（推荐级别：D）^[7-8]

治法：宣肺解表，清热化湿。

主方：甘露消毒丹（《温热经纬》）加减。

常用药：滑石、黄芩、茵陈、石菖蒲、浙贝母、广藿香、连翘、豆蔻、薄荷、射干。

药物加减：高热者，加葛根、柴胡；恶心呕吐者，加紫苏梗、竹茹；泄泻者，加车前子、薏苡仁；肌肤痒甚者，加蝉蜕、白鲜皮；恶寒者，加防风、荆芥。

5.2.1.2 湿热毒盛证（推荐级别：D）^[8]

治法：清气凉营，解毒化湿。

主方：清瘟败毒饮（《疫疹一得》）加减。

常用药：石膏、地黄、水牛角、黄连、栀子、黄芩、知母、赤芍、玄参、连翘、六一散、牡丹皮、淡竹叶、薏苡仁。

药物加减：偏于湿重者，去地黄、知母，加广藿香、佩兰；大便秘结者，加大黄、玄明粉；腹胀满者，加枳实、厚朴；口渴喜饮者，加芦根、麦冬；烦躁不安者，加淡豆豉、莲子心；瘙痒重者，加

白鲜皮、地肤子。

5.2.1.3 心脾积热证（推荐级别：D）^[10]

治法：清热泻脾，泻火解毒。

主方：清热泻脾散（《医宗金鉴》）合导赤散（《小儿药证直诀》）加减。

常用药：栀子、石膏、黄连、地黄、黄芩、茯苓、灯心草、淡竹叶。

药物加减：口腔溃疡经久不愈者，加五倍子；湿重者，加滑石、广藿香；高热者，加柴胡、薄荷。

5.2.2 变证

5.2.2.1 邪陷心肝证（推荐级别：D）^[7-9]

治法：清热解毒，息风开窍。

主方：清瘟败毒饮（《疫疹一得》）合羚角钩藤汤（《通俗伤寒论》）加减。

常用药：石膏、地黄、水牛角、黄连、栀子、黄芩、知母、赤芍、玄参、连翘、牡丹皮、淡竹叶、羚羊角粉、钩藤、菊花、甘草。

药物加减：高热神昏者，加服安宫牛黄丸；抽搐频作者，加服紫雪。

5.2.2.2 邪伤心肺证（推荐级别：D）^[6]

治法：泻肺逐水，解毒利湿。

主方：己椒苈黄丸（《金匱要略》）合参附汤（《世医得效方》）加减。

常用药：葶苈子、桑白皮、前胡、大黄、椒目、防己、人参、附子。

药物加减：咯血者，去附子，加水牛角片、地黄、青黛、赤芍、牡丹皮、阿胶；若见面色灰白、四肢厥冷、汗出脉微者，重用附子，加山茱萸、龙骨（煅）、牡蛎（煅）。

5.2.2.3 邪毒侵心证（推荐级别：D）^[6]

治法：清热化湿，宁心通络。

主方：葛根黄芩黄连汤（《伤寒论》）合血府逐瘀汤（《医林改错》）加减。

常用药：葛根、黄芩、黄连、当归、桃仁、红花、地黄、川芎、赤芍、牛膝、桔梗、甘草。

药物加减：胸闷甚者，加薤白、瓜蒌；心悸、脉结代者，加苦参、丹参、珍珠母、龙骨。

5.2.2.4 湿热伤络证（推荐级别：D）^[6-9]

治法：清热利湿，通络活血。

主方：四妙丸（《成方便读》）加减。

常用药：苍术、黄柏、草薢、防己、薏苡仁、蚕沙、木瓜、牛膝、丹参、川芎。

药物加减：胸闷脘痞，舌苔厚腻者，加厚朴、茯苓、广藿香；热邪偏胜，身热肢重，小便涩痛者，加赤小豆、蒲公英、忍冬藤；病久兼有瘀血阻滞者，加鸡血藤、赤芍、当归、桃仁。

病后湿热清而肢体萎软无力，肌肉消削，跛行，宜以补气活血、强筋健骨为主，以补阳还五汤为主方。常用药：炙黄芪、党参、当归、桂枝、红花、地龙、川芎、熟地黄、枸杞子、牛膝、鸡血藤、锁阳、五加皮、鹿角霜等，同时积极配合推拿、针灸等法治疗。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

清热解毒口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 10~20ml，每日 3 次。建议用法用量：每服剂量：<3 岁 5ml，每日 3 次；3~6 岁 10ml，每日 2 次；>6 岁 10ml，每日 3 次。用于邪犯肺脾证。（推荐级别：D）

小儿热速清口服液：每支 10ml。每服剂量：≤1 岁 2.5~5ml、1~3 岁 5~10ml、3~7 岁 10~15ml、7~12 岁 15~20ml，每日 3~4 次。如病情较重或服药 24 小时后疗效不明显者，可酌情增加剂量。用于邪犯肺脾证。（推荐级别：D）

双黄连口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 20ml，每日 3 次。建议用法用量：口服，每服剂量：<3 岁 10ml，每日 2 次；3~6 岁 10ml，每日 3 次；>6 岁 20ml，每日 2 次。用于邪犯肺脾证。（推荐级别：D）

黄栀花口服液：每支 10ml。饭后口服，每服剂量：2.5~3 岁 5ml、4~6 岁 10ml、7~10 岁 15ml、>11 岁 20ml，每日 2 次，疗程 3 天。用于湿热毒盛证。（推荐级别：D）

清胃黄连丸：水丸每袋 9g。成人剂量：每服 9g，每日 2 次。建议用法用量：每服剂量：<3 岁 3g、3~6 岁 6g、>6 岁 9g，每日 2 次。用于湿热毒盛证。（推荐级别：D）

蒲地蓝消炎口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 10ml，每日 3 次。建议用法用量：每服剂量：<1 岁 1/3 支、1 岁~3 岁 1/2 支、3 岁~5 岁 2/3 支、>5 岁 1 支，每日 3 次。用于湿热毒盛证。（推荐级别：D）

5.3.2 中药注射剂

痰热清注射液：每支 10ml。成人剂量：静脉滴注，每次 20ml，重症患者可用 40ml，加入 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250~500ml，注意控制滴数在每分钟 60 滴以内，每日 1 次。儿童按体重 0.3~0.5ml/kg，最高剂量不超过 20ml，加入 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 100~200ml，静脉滴注，控制滴数在每分钟 30~60 滴，每日 1 次。或遵医嘱。用于邪犯肺脾证、邪伤心肺证。（推荐级别：B）^[11]

炎琥宁注射液：每支 80mg。临用前，加灭菌注射用水适量使溶解。成人剂量：肌肉注射，每次 40~80mg，每日 1~2 次；静脉滴注，每日 0.16~0.4g，每日 1~2 次，用 5% 葡萄糖注射液或 5% 葡萄糖氯化钠注射液稀释后滴注。建议用法用量：10mg/（kg·d）加入 5%~10% 葡萄糖注射液稀释后静脉滴注，最大剂量不超过 160mg。用于邪犯肺脾证、湿热毒盛证。（推荐级别：D）^[12]

喜炎平注射液：每支 2ml：50mg。成人剂量：肌肉注射，每次 50~100mg，每日 2~3 次。静脉滴注，每日 250~500mg，加入 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液中滴注。建议用法用量：5~10mg/（kg·d），加入 5% 葡萄糖 100~250ml 中静脉滴注，最大剂量不超过 100mg/d。用于邪犯肺脾证、湿热毒盛证。（推荐级别：B）^[13]

热毒宁注射液：每支 10ml。静脉滴注，3~5 岁最高剂量不超过 10ml，加入 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 50~100ml 稀释，滴速为每分钟 30~40 滴，每日 1 次。6~10 岁每次 10ml，以 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 100~200ml 稀释后使用，滴速为每分钟 30~60 滴，每日 1 次。11~13 岁每次 15ml，以 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 200~250ml 稀释后静脉滴注，滴速为每分钟 30~60 滴，每日 1 次。14~17 岁每次 20ml，以 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250ml 稀释后静脉滴注，滴速为每分钟 30~60 滴，每日 1 次。或遵医嘱。本品使用后需用 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液冲洗输液管后，方可使用第 2 种药物。用于邪犯肺脾证、湿热毒盛证。（推荐级别：D）

5.4 灌肠疗法

清开灵注射液 10~20ml，双黄连注射液 10~20ml，中药煎剂（金银花 10g，连翘 6g，大青叶 10g，蒲公英 10g，蝉蜕 6g，芦根 10g，赤芍 10g，黄芪 10g，煎水 100ml）：任选 1 种，保留灌肠，每日 1 次。用于邪犯肺脾证、湿热毒盛证、邪陷心肝证。（推荐级别：D）^[14-15]

5.5 漱口疗法

黄芩 10g，黄连 10g，黄柏 10g，五倍子 10g，薄荷 15g，淡竹叶 10g。煎水 100ml，漱口，每日 3 次。用于口腔部疱疹、溃疡。（推荐级别：D）

5.6 针灸疗法

上肢取肩髃、曲池、合谷、颈胸部夹脊穴，下肢取髀关、伏兔、足三里、阳陵泉、三阴交、腰部夹脊穴、阴陵泉、大椎、内庭。毫针针刺或电针治疗，每日 1 次。用于湿热伤络证。（推荐级别：D）

参考文献

- [1] 余蓉, 余平海, 方兴. 小儿手足口病 467 例分析 [J]. 中国实用医药, 2009, 4 (12): 19-20.
- [2] 毛秀英, 李宝冬, 王海荣. 手足口病 525 例发病情况及临床分析 [J]. 医学综述, 2009, 15 (8): 1268-1270.
- [3] 韦全剑, 马前坡, 武常峰, 等. 临泉县 542 例手足口病临床特征分析 [J]. 安徽医药, 2009, 13 (5): 538-539.
- [4] 杨江华, 喻艳林, 李志鸿, 等. 168 例手足口病临床与实验室检查特征 [J]. 皖南医学院学报, 2008, 27 (6): 427-428.
- [5] 张代民, 张莹, 许会彬. 105 例小儿患者手足口病实验室检查结果分析 [J]. 实用医药杂志, 2004, 21 (11): 982-983.
- [6] 汪受传, 俞景茂. 全国高等中医药院校研究生规划教材·中医儿科临床研究 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 430-439.
- [7] 高修安. 小儿手足口病的辨证思路与临证治疗 [J]. 中国中西医结合儿科学, 2009, 1 (1): 19-21.
- [8] 王雪峰. 手足口病的中医药预防与治疗 [J]. 中国实用儿科杂志, 2009, 24 (6): 421-423.
- [9] 王玉光, 刘清泉, 倪量, 等. 128 例手足口病合并中枢神经系统感染的中医证治研究 [J]. 北京中医药, 2009, 28 (4): 243-246.
- [10] 刘宇, 卢薇, 刘丽娅. 导赤散加减方治疗小儿手足口病 80 例观察 [J]. 实用中医药杂志, 2007, 23 (1): 10.
- [11] 黄雪华. 痰热清注射液治疗手足口病 96 例疗效观察 [J]. 右江医学, 2009, 37 (4): 437-438.
- [12] 陈永宏, 徐辉, 桂金贵. 注射用双黄连治疗小儿手足口病临床观察 [J]. 中国中西医结合急救杂志, 2006, 13 (1): 47.
- [13] 高卿, 周树玲, 曹丽芳. 喜炎平注射液治疗小儿手足口病 68 例疗效观察 [J]. 临床合理用药, 2009, 2 (12): 49.
- [14] 庸焕秋, 王桂美. 清开灵保留灌肠治疗手足口病 36 例分析 [J]. 社区医学杂志, 2005, 3 (5): 74.
- [15] 牛立新, 郭小平, 刁士琦. 中药灌肠治疗手足口病例 811 例报道 [J]. 中国医药指南, 2008, 6 (24): 221-222.

流行性腮腺炎

1 范围

本指南提出了小儿流行性腮腺炎的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于 18 周岁以下人群流行性腮腺炎的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

流行性腮腺炎 epidemic parotitis

流行性腮腺炎是儿科常见的传染性疾病之一。临床以发热、耳下腮部漫肿疼痛为主要特征。属于中医“痄腮”范畴。

3 诊断

3.1 临床表现

初病时可有发热、头痛、咽痛。腮腺肿大以耳垂为中心，向前、后、下扩大，边缘不清，触之疼痛，有弹性感。常一侧先肿大，2~3 日后对侧亦出现肿大。腮腺管口可见红肿，或同时有颌下腺肿大。可并发脑膜脑炎、睾丸炎、卵巢炎、胰腺炎等。

3.2 实验室及特殊检查

血常规：血白细胞总数正常或偏低，淋巴细胞相对增高；继发细菌感染者血白细胞总数及中性粒细胞均增高。

血清和尿淀粉酶测定：血清及尿淀粉酶活性增高，与腮腺肿胀相平行，2 周左右恢复至正常。

病原学检查：从患儿唾液、脑脊液、尿或血中可分离出腮腺炎病毒。用补体结合试验或 ELISA 法检测抗 V (Virus) 和抗 S (Soluble) 两种抗体，S 抗体在疾病早期的阳性率为 75%，可作为近期感染的证据，患病 6~12 月后逐渐下降消失，病后 2 年达最低水平并持续存在。

3.3 需与流行性腮腺炎鉴别的病种

化脓性腮腺炎，急性淋巴结炎。

4 辨证

4.1 常证

4.1.1 邪犯少阳证

轻微发热恶寒，一侧或两侧耳下腮部漫肿疼痛，触之痛甚，咀嚼不便，或有头痛、咽红咽痛、纳少，舌质红，苔薄白或薄黄，脉浮数。

4.1.2 热毒蕴结证

高热，一侧或两侧耳下腮部漫肿胀痛，范围大，坚硬拒按，张口咀嚼困难，或有烦躁不安，面赤唇红，口渴欲饮，头痛呕吐，咽红肿痛，颌下肿块胀痛，纳差，尿少而黄，大便秘结，舌质红，舌苔黄，脉滑数。

4.2 变证

4.2.1 邪陷心肝证

高热不退，耳下腮部漫肿疼痛，坚硬拒按，头痛项强，烦躁，呕吐剧烈，或神昏嗜睡，反复抽搐，舌质红，舌苔黄，脉弦数。

4.2.2 毒窜睾腹证

腮部肿胀同时或腮肿渐消时，一侧或双侧睾丸肿胀疼痛，或少腹疼痛，痛时拒按，或伴发热，溲赤便结，舌质红，舌苔黄，脉弦。

4.2.3 毒结少阳证

腮部肿胀数日后，左胁下、上腹部疼痛较剧，胀满拒按，恶心呕吐，发热，大便秘结或溏泄，舌质红，舌苔黄，脉弦数。

5 治疗

5.1 治疗原则

本病治疗，以清热解毒，软坚散结为基本法则。邪犯少阳证治以和解少阳，散结消肿；热毒蕴结证治以清热解毒，软坚散结。软坚散结只可用宣、通之剂，以去其壅滞，不要过于攻伐。壅滞祛除，则少阳毒解，可达到消肿止痛的目的。变证邪陷心肝证治以清热解毒，息风开窍；毒窜睾腹证治以清肝泻火，活血止痛；毒结少阳证治以清泄热毒，疏利少阳。本病宜采用内治法与外治法结合治疗，有助于加速腮部肿胀的消退。

5.2 分证论治

5.2.1 常证

5.2.1.1 邪犯少阳证（推荐级别：D）^[1]

治法：和解少阳，散结消肿。

主方：柴胡葛根汤（《外科正宗》）加减。

常用药：柴胡、黄芩、牛蒡子、葛根、金银花、连翘、板蓝根、夏枯草、赤芍、桔梗、甘草等。

药物加减：咽喉肿痛者，加马勃、玄参；纳少呕吐者，加竹茹、陈皮。

5.2.1.2 热毒蕴结证（推荐级别：D）^[2]

治法：清热解毒，软坚散结。

主方：普济消毒饮（《东垣试效方》）加减。

常用药：柴胡、黄芩、黄连、连翘、升麻、板蓝根、蒲公英、挂金灯、玄参、夏枯草、陈皮、桔梗等。

药物加减：热甚便秘者，加石膏、大黄；腮部肿胀甚，坚硬拒按者，加海藻、牡蛎、赤芍、牡丹皮。

5.2.2 变证

5.2.2.1 邪陷心肝证（推荐级别：D）

治法：清热解毒，息风开窍。

主方：清瘟败毒饮（《疫疹一得》）加减。

常用药：栀子、黄连、连翘、板蓝根、地黄、石膏、牡丹皮、赤芍、玄参、钩藤、僵蚕、甘草等。

药物加减：头痛剧烈者，加用龙胆、石决明；恶心呕吐甚者，加竹茹、赭石；神志昏迷者，加服至宝丹；抽搐频作者，加服紫雪。

5.2.2.2 毒窜睾腹证（推荐级别：D）

治法：清肝泻火，活血止痛。

主方：龙胆泻肝汤（《兰室秘藏》）加减。

常用药：龙胆、栀子、黄芩、黄连、蒲公英、柴胡（醋制）、川楝子、荔枝核、延胡索、桃仁、赤芍、青皮等。

药物加减：睾丸肿大明显者，加莪术、皂荚；伴腹痛呕吐者，加郁金、竹茹、姜半夏；少腹痛甚者，加香附、木香、红花；伴腹胀便秘者，加大黄、枳实。

5.2.2.3 毒结少阳证（推荐级别：D）

治法：清泄热毒，疏利少阳。

主方：大柴胡汤（《伤寒论》）加减。

常用药：柴胡、黄芩、姜半夏、蒲公英、郁金、枳壳、竹茹、川楝子、虎杖、大黄、白芍、甘草等。

药物加减：大便溏泄者，去大黄，加苍术、木香（煨）；腹痛剧烈者，加川芎、红花、牡丹皮。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

腮腺炎片：每片0.3g。每服4~6片，每日3次。用于温毒在表证。（推荐级别：C）

安宫牛黄丸（散）：丸剂：每丸3g；散剂：每瓶1.6g。丸剂：每服1丸，每日1次。小儿3岁以内每服1/4丸、4~6岁每服1/2丸，每日1次。散剂：每服1瓶，每日1次。小儿3岁以内每服1/4瓶、4~6岁每服1/2瓶。或遵医嘱。温开水送服。用于邪陷心肝证。（推荐级别：D）

龙胆泻肝丸：浓缩丸：每8丸相当于原生药3g；水丸：每袋6g。成人剂量：浓缩丸每服8丸，每日2次；水丸3~6g，每日2次。建议用法用量：每服剂量：浓缩丸：<3岁2丸、3~6岁4丸、>6岁6丸，每日2次。水丸：<3岁1g、3~6岁2g、>6岁3g，每日2次。用于毒窜睾腹证。（推荐级别：D）

5.3.2 中药注射液

醒脑静注射液：每支10ml。成人剂量：肌肉注射，每次2~4ml，每日1~2次；静脉滴注，每次10~20ml，用5%~10%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液250~500ml稀释后滴注，每日1次。建议用法用量：0.5ml/（kg·d）加入5%~10%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液100~250ml稀释后静脉滴注，最大剂量不超过20ml。用于邪陷心肝证。（推荐级别：D）

5.4 药物外治

如意金黄散（推荐级别：D）^[3]、青黛散^[4]、季德胜蛇药^[5]：任选1种，适量，以醋或茶水调，外敷患处，每日1~2次。用于腮部肿痛。（推荐级别：C）

鲜仙人掌：每次取1块，去刺，洗净后捣泥或剖成薄片，贴敷患处，每日2次。用于腮部肿痛。（推荐级别：C）^[6]

鲜蒲公英、鲜芙蓉花叶、鲜败酱草、鲜马齿苋：任选1种，也可2种合用，适量，捣烂外敷患处。每日1~2次。用于腮部肿痛。（推荐级别：D）

鲜芙蓉叶、鲜败酱草各适量，捣烂；青黛10g，大黄10g，皂荚10g，荔枝核10g，研细末。将以上药物混合、调匀，敷睾丸肿痛部位，并用布带托起睾丸，药干则用清水润湿继用。每日1次。用于睾丸肿痛。（推荐级别：D）

5.5 针灸疗法

体针：取穴翳风、颊车、合谷、外关、关冲。随证加减：温毒郁表加风池、少商；热毒蕴结加商阳、曲池、大椎；睾丸肿痛加太冲、曲泉；惊厥神昏加水沟、十宣；脘腹疼痛加中脘、足三里、阳陵泉。用泻法，强刺激，每日1次，每次留针30分钟，或点刺放血。用于该病证。（推荐级别：D）^[7]

耳针：取穴耳尖、对屏尖、面颊、肾上腺。耳尖用三棱针点刺放血，余穴用毫针强刺激，每次留针20~30分钟，每日或隔日1次。用于腮部肿痛。（推荐级别：D）

耳穴贴压：取穴双侧腮腺、皮质下、肾上腺、面颊。用王不留行按压在穴位上，胶布固定，按压每个穴位，以耳郭发热为度，每日按4~5次，一般3~4日为1个疗程。用于腮部肿痛。（推荐级别：D）

5.6 激光疗法

用氩-氟激光照射少商、合谷、阿是穴。每穴照射5~10分钟，每日1次，连用3~5日。用于腮部肿痛。（推荐级别：D）

5.7 灯火燄法

取角孙、阳溪或阿是穴。剪去头发，取一根火柴棒点燃，对准穴位迅速灼灸，每日1次，连用3~4日。用于腮部肿痛。（推荐级别：D）

参考文献

[1] 吕树平. 柴胡葛根汤加减治疗流行性腮腺炎 96 例 [J]. 浙江中西医结合杂志, 2009, (3): 167-168.

[2] 彭波, 马丽君, 姬丽伟. 普济消毒饮加减治疗腮腺炎 120 例 [J]. 辽宁中医杂志, 2001, 28 (7): 427.

[3] 张月娥. 如意金黄散外敷治疗流行性腮腺炎 [J]. 河南中医, 2002, (5): 64.

[4] 高昌琨, 高玉菊. 紫金锭加药外治流行性腮腺炎 64 例 [J]. 安徽中医临床杂志, 1997, (2): 99.

[5] 初燕生, 龚晓勇. 季德胜蛇药治疗腮腺炎 176 例 [J]. 中医药信息, 1996, (6): 33.

[6] 吕雪霞, 田伟作. 仙人掌治疗腮腺炎 128 例临床观察 [J]. 浙江中西医结合杂志, 2001, 11 (8): 511-512.

[7] 郭素娜, 刘焕亮, 李国良. 针灸治疗流行性腮腺炎 120 例疗效观察 [J]. 中国社区医师, 2006, 22 (20): 42.

流行性乙型脑炎

1 范围

本指南提出了小儿流行性乙型脑炎的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群流行性乙型脑炎的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

流行性乙型脑炎 epidemic encephalitis “B”

流行性乙型脑炎是一种小儿急性传染性疾病。临床以高热、神昏、抽搐为主要特征。本病传染性强，各年龄人群均可发病，尤以10岁以下儿童发病率最高。多见于7、8、9月，具有明显的季节性。属于中医“小儿暑温”范畴。

3 诊断

3.1 临床表现

多急性起病，初期以高热，头痛，呕吐，嗜睡，易激惹为主要表现。重症患儿疾病传变迅速，表现为高热，神昏，嗜睡，抽搐，烦躁不安，头痛，呕吐，意识障碍，颈项强直，吞咽困难，四肢僵硬，谵语，失语，癫痫发作，痴呆，智力障碍，肌张力增强，脑膜刺激征。

3.2 实验室及特殊检查^[1-2]

血常规：血白细胞数及中性粒细胞均增高。

脑脊液：脑脊液检查符合病毒性脑炎改变。

乙脑IgM抗体：血或脑脊液中抗乙脑IgM抗体阳性。

乙脑IgG抗体：恢复期血清中乙脑IgG抗体或中和抗体滴度比急性期有4倍或以上升高，或急性期乙脑IgG抗体阴性、恢复期阳性。

头颅CT：后遗症期可显示脑组织低密度区。

病毒分离与鉴定：脑脊液或血清或脑组织分离乙脑病毒阳性。

核磁检查：后遗症期可显示丘脑和脑干部异常信号。

3.3 需与流行性乙型脑炎鉴别的病种

中毒性菌痢，化脓性脑膜炎，结核性脑膜炎，脑型疟疾，高热惊厥，其他病毒性脑炎。

4 辨证

4.1 初期、极期^[3-7]

4.1.1 卫气同病证

发热，或持续高热，微恶风寒，或但热不寒，烦躁不安，恶心，呕吐，嗜睡，颈项强硬，四肢抽搐，易惊惕，少汗，头痛，口渴，小便短赤，大便干结，舌质红，苔薄黄腻，脉浮数有力，或脉洪数，指纹浮紫。

4.1.2 气营两燔证

持续高热，神昏谵语，烦躁不安，嗜睡，恶心，呕吐，角弓反张，肢体震颤，颈项强硬，四肢抽搐，双目上视，牙关紧闭，呼吸不利，头痛，喉间痰鸣，口渴多饮，小便短赤，大便干结，舌质红绛，苔黄腻，脉洪数有力，指纹紫滞。

4.1.3 热入营血证

身热夜甚，热势起伏，朝轻暮重，反复抽搐，嗜睡，颈项强硬，神昏谵语，牙关紧闭，角弓反张，双目上翻，喉间痰鸣，烦躁不安，头痛，四肢厥冷，呼吸不利，胸腹灼热，皮肤斑疹，或见吐衄，二便失禁，小便短赤，舌绛少津，脉沉细数，指纹紫滞。

4.1.4 内闭外脱证

高热不退，昏迷不醒，喉有痰声，气息浅促，肢体抽搐，口唇青紫，四肢厥冷，面色晦暗，大汗淋漓，口噤，冷汗如油，项强，谵语，二便失禁，舌红绛，脉细微欲绝，指纹紫滞。

4.2 恢复期、后遗症期^[3-7]

4.2.1 阴虚内热证

低热不退，或不规则发热，两颧潮红，手足心热，虚烦不宁，惊惕，手足躁动，口渴喜饮，小便短少，大便干结，舌质红绛少津，舌苔光剥，脉细数，指纹淡紫。

4.2.2 营卫不和证

不规则发热，面色苍白，神疲乏力，汗出不温，自汗，四肢发凉，小便清长，大便稀溏，舌胖质嫩，舌淡，苔白，脉细数，指纹淡红。

4.2.3 痰蒙清窍证

意识不清，痴呆，失语，失聪，吞咽困难，口角流涎，喉间痰鸣，嗜睡，舌胖质嫩，苔厚腻，脉滑数，指纹滞。

4.2.4 痰火内扰证

烦躁不宁，手足躁动，烦躁不眠，神志不清，口渴喜饮，嚎叫哭闹，喉间痰鸣，口苦，小便短赤，便秘，舌质红绛，苔黄腻，脉弦滑数，指纹紫滞。

4.2.5 气虚血瘀证

肢体瘫痪，僵硬强直，肢体震颤，肌肉萎软无力，神疲倦怠，面色萎黄，易汗出，易感冒，舌淡，苔薄白，脉细弱，指纹青紫。

4.2.6 风邪留络证

肢体强直，关节僵硬，角弓反张，肢体震颤，癫痫发作，神疲倦怠，面色萎黄，舌淡红，苔薄白，脉细弦，指纹浮紫。

5 治疗

5.1 治疗原则

本病治疗，以清热、豁痰、息风为基本原则。初期、极期以解热为先，暑邪在表，佐以清暑化湿，使邪从外泄，暑邪入营入血，则宜清营凉血，结合风证、痰证，施以镇惊息风、化痰开窍等法。恢复期及后遗症期，以扶正祛邪为主。同时，本病还常结合其他治法，如中成药、针灸、推拿、灌肠等疗法。极期危重症应当结合西医对症处理治疗。要做好预防工作，如注射乙脑疫苗，防止蚊虫叮咬，并加强乙脑预防知识健康教育工作，管理好家畜，做好防蚊灭蚊工作，同时要严格控制传染源，做到早发现、早隔离、早治疗。

5.2 分证论治

5.2.1 初期、极期

5.2.1.1 卫气同病证（推荐级别：D）

治法：解暑化湿，清热解毒。

主方：偏卫分证用新加香薷饮（《温病条辨》）；偏气分证用白虎汤（《伤寒论》）。

常用药：偏卫分证：香薷、鲜扁豆花、厚朴、金银花、连翘、薄荷、淡豆豉；偏气分证：石膏、知母、香薷、金银花、板蓝根、蚤休、粳米、甘草。

药物加减：胸闷作呕，舌苔白腻者，选用甘露消毒丹；腹胀便秘者，加大黄、芒硝；恶心呕吐者，加广藿香、佩兰、竹茹，呕吐甚者，加赭石、姜半夏；颈项强直者，加葛根、钩藤、蝉蜕。

5.2.1.2 气营两燔证（推荐级别：D）

治法：清气凉营，泻火解毒。

主方：清瘟败毒饮（《疫疹一得》）加减。

常用药：石膏、水牛角、地黄、知母、牡丹皮、黄连、黄芩、石菖蒲、板蓝根、甘草。

药物加减：口渴唇燥加麦冬、玄参；抽搐频繁加羚羊角粉、天麻、钩藤；高热便秘加大黄、玄明粉。

5.2.1.3 热入营血证（推荐级别：D）

治法：清营凉血，增液潜阳。

主方：犀角地黄汤（《备急千金要方》）加味。

常用药：水牛角、地黄、牡丹皮、赤芍、玄参、紫草、麦冬、僵蚕、钩藤、石菖蒲、黄连、郁金、甘草。

药物加减：高热者，加水牛角、青蒿、黄芩、羚羊角粉；抽搐者，加羚羊角粉、钩藤、全蝎；痰多者，加天竺黄、胆南星、竹沥。

5.2.1.4 内闭外脱证（推荐级别：D）

治法：开闭固脱。

主方：参附龙牡救逆汤（经验方）加味。

常用药：人参、附子、龙骨、牡蛎、白芍、甘草。

药物加减：昏迷不醒者，加安宫牛黄丸；抽搐频繁者，加羚羊角粉、钩藤。

5.2.2 恢复期、后遗症期

5.2.2.1 阴虚内热证（推荐级别：D）

治法：养阴清热。

主方：青蒿鳖甲汤（《温病条辨》）合清络饮（《温病条辨》）加减。

常用药：青蒿、地骨皮、鳖甲、地黄、玄参、鲜芦根、丝瓜络、知母、石斛等。

药物加减：虚烦不宁者，加酸枣仁、莲子心；惊惕，手足躁动者，加钩藤、珍珠母、龙齿；口渴喜饮，大便干结者，加天花粉、麦冬、火麻仁、郁李仁。

5.2.2.2 营卫不和证（推荐级别：D）

治法：调和营卫。

主方：黄芪桂枝五物汤（《金匮要略》）加减。

常用药：桂枝、白芍、生姜、大枣、甘草、黄芪、白术、龙骨（煅）、牡蛎（煅）、浮小麦等。

药物加减：头晕、心悸者，加太子参、当归；口渴、咽干者，加玄参、麦冬、地黄；纳呆者，加山药、焦六神曲、焦山楂。

5.2.2.3 痰蒙清窍证（推荐级别：D）

治法：豁痰开窍。

主方：涤痰汤（《严氏易简归一方》）加减。

常用药：陈皮、法半夏、茯苓、胆南星、天竺黄、枳实、竹茹、石菖蒲、郁金、栀子（炒）。

药物加减：抽搐者，加钩藤、僵蚕、全蝎；喉间痰鸣者，加青礞石、郁金。

5.2.2.4 痰火内扰证（推荐级别：D）

治法：涤痰泻火。

主方：龙胆泻肝汤（《兰室秘藏》）加减。

常用药：龙胆、栀子、黄芩、天竺黄、胆南星、青礞石、当归、地黄、白芍、甘草。

药物加减：狂躁不宁者，加黄连、石决明、钩藤；大便秘结者，加大黄、芒硝。

5.2.2.5 气虚血瘀证（推荐级别：D）

治法：益气养阴，活血通络。

主方：补阳还五汤（《医林改错》）加减。

常用药：黄芪、当归、鸡血藤、川芎、红花、赤芍、桂枝、桑枝、地龙。

药物加减：肢体强直者，加白芍、地黄、乌梢蛇；肌肉萎软无力者，加人参、茯苓、白术。

5.2.2.6 风邪留络证（推荐级别：D）

治法：搜风通络，养血舒筋。

主方：止痉散（经验方）加味。

常用药：乌梢蛇、全蝎、蜈蚣、僵蚕、地龙、当归、地黄、白芍、红花、鸡血藤。

药物加减：角弓反张者，加葛根、钩藤；癫痫发作者，加羚羊角粉、胆南星、天麻、钩藤。

5.2 中成药

5.3.1 口服中成药

小儿羚羊散：每包 1.5g。每服剂量：1 岁 1/5 包、2 岁 1/4 包、3 岁 1/3 包，每日 3 次。用于气营两燔证。（推荐级别：D）

紫雪：每瓶 1.5g。每服剂量：周岁小儿 0.3g，5 岁以内每增 1 岁递增 0.3g，每日 1 次；5 岁以上小儿 1.5~3g，每日 2 次。用于气营两燔证、热入营血证。（推荐级别：D）

琥珀化痰镇惊丸：每丸 4.5g。每服 1 丸，每日 2 次，3 岁以下小儿酌减。用于痰蒙清窍证。（推荐级别：D）

牛黄抱龙丸：每丸 1.5g。每服 1 丸，每日 1~2 次，周岁以内小儿酌减。用于痰蒙清窍证。（推荐级别：D）

安宫牛黄丸（散）：丸剂：每丸 3g；散剂：每瓶 1.6g。丸剂：每服 1 丸，每日 1 次。<3 岁每服 1/4 丸、4~6 岁每服 1/2 丸，每日 1 次。散剂：每服 1 瓶，每日 1 次。<3 岁每服 1/4 瓶、4~6 岁每服 1/2 瓶。或遵医嘱。温开水送服。用于痰蒙清窍证。（推荐级别：D）^[12]

5.3.2 中药注射液

炎琥宁注射液：每支 80mg。成人剂量：临用前，加灭菌注射用水适量使溶解。肌肉注射，每次 40~80mg，每日 1~2 次；静脉滴注，每日 0.16~0.4g，每日 1~2 次给药，用 5% 葡萄糖注射液或 5% 葡萄糖氯化钠注射液稀释后滴注。建议用法用量：10mg/（kg·d）加入 5%~10% 葡萄糖注射液稀释后静脉滴注，最大剂量不超过 160mg。用于卫气同病证、气营两燔证、热入营血证。（推荐级别：D）

清开灵注射液：每支 2ml。成人剂量：肌肉注射，每日 2~4ml；静脉滴注，每日 20~40ml，以 10% 葡萄糖注射液 200ml 或 0.9% 氯化钠注射液 100ml 稀释后使用。建议用法用量：1ml/（kg·d），最大剂量不超过 20ml，以 10% 葡萄糖注射液 10ml 稀释 1ml 清开灵的比例，静脉滴注，每日 1 次。输液速度：注意滴速勿快，儿童以每分钟 20~40 滴为宜。用于卫气同病证、气营两燔证、热入营血证。（推荐级别：D）^[8]

痰热清注射液：每支 10ml。成人剂量：静脉滴注，每次 20ml，重症患者可用 40ml，加入 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250~500ml，注意控制滴数在每分钟 60 滴以内，每日 1 次。儿童按体重 0.3~0.5ml/kg，最高剂量不超过 20ml，加入 5% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 100~200ml，静脉滴注，控制滴速在每分钟 30~60 滴，每日 1 次；或遵医嘱。用于卫气同病证、气营两燔证、热入营血证。（推荐级别：D）^[9]

醒脑静注射液：每支 10ml。成人剂量：肌肉注射，每次 2~4ml，每日 1~2 次；静脉滴注，每次 10~20ml，用 5%~10% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 250~500ml 稀释后滴注，每日 1 次。建议用法用量：0.5ml/（kg·d）加入 5%~10% 葡萄糖注射液或 0.9% 氯化钠注射液 100~250ml 稀释后静脉滴注，最大剂量不超过 20ml。用于热入营血证、内闭外脱证。（推荐级别：C）^[10]

5.4 推拿疗法

取部位：脊柱、腰、骶部、下肢患侧（单侧或双侧）、腹部（脾胃区）。

取经穴：主要以足阳明胃经、足太阳膀胱经等有关经穴为重点治疗，配合足少阳胆经、足少阴肾

经及其他经穴为辅。足阳明胃经：气冲、髀关、伏兔、犊鼻、足三里、丰隆、解溪、内庭、厉兑。足太阳膀胱经：肾俞、次髎、承扶、委中、承筋、承山、膀胱俞、白环俞、跗阳、昆仑。足少阳胆经：居髎、环跳、风市、阳陵泉。足少阴肾经：太溪、照海、涌泉。经外奇穴：腰眼、膝眼、鹤顶。足太阴脾经：公孙、三阴交、阴陵泉。督脉经：长强、腰俞、命门。

时间：单侧瘫为20~30分钟，双侧瘫40~50分钟。10日为1疗程。每天行推拿法1次，休息2~3天再行1疗程。一般治疗5疗程。

用于流行性乙型脑炎后遗症期气虚血瘀证、风邪留络证。（推荐级别：D）^[13]

5.5 针灸疗法

头针：取头部双侧运动刺激区，用26号针进针1.5~2寸，针柄接治疗机，通电治疗半小时（密波中强刺激）。

体针：取穴分3组：①人中、合谷、关元、足三里；②风池、命门、曲池、内关、阳陵泉；③大椎、肾俞、三阴交、太冲。用于流行性乙型脑炎后遗症期气虚血瘀证、风邪留络证。（推荐级别：D）^[14]

5.6 灌肠疗法

大黄25g，加水250ml，煎沸10分钟，取液100~200ml，冷却后保留灌肠，每日2次，3日为1疗程。用于气营两燔证、热入营血证。（推荐级别：D）^[15]

参考文献

- [1] 彭文伟. 传染病学 [M]. 第5版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 64-65.
- [2] 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学 (上册) [M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 763-769.
- [3] 肖诗康. 中西医结合治疗流行性乙型脑炎的临床体会 [J]. 赣南医学院学报, 1991, 11 (2): 104-106.
- [4] 陈爱萍, 阮国平. 中西医结合治疗流行性乙型脑炎临床观察 [J]. 四川中医, 1991, 9 (2): 20-21.
- [5] 游向前, 张水金. 中西医结合治疗乙脑 102 例疗效观察 [J]. 福建医药杂志, 1995, 17 (6): 195-196.
- [6] 杨爽, 李忠诚. 中西医结合治疗乙型脑炎 86 例 [J]. 现代中医药, 2007, 27 (2): 10-11.
- [7] 洪岩, 田宏, 洪霞, 等. 中西医结合治疗流行性乙型脑炎 50 例疗效观察 [J]. 山西中医学院学报, 2008, 9 (2): 34-35.
- [8] 胥庆华, 孙晓静. 清开灵注射液治疗小儿暑温 [J]. 中西医结合实用临床急救, 1996, 3 (12): 535-536.
- [9] 张北京. 痰热清注射液辅助治疗流行性乙型脑炎疗效观察 [J]. 中国药房, 2006, 17 (3): 205-206.
- [10] 顾伟玲. 醒脑静注射液治疗流行性乙型脑炎 31 例 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2007, 5 (6): 547-548.
- [11] 许青田, 刘春礼, 郭四红, 等. 川芎嗪治疗流行性乙型脑炎临床观察 [J]. 中国误诊学杂志, 2003, 3 (3): 406-407.
- [12] 蔡红娇, 张晓琴, 麦根荣, 等. 含体外培育牛黄的安宫牛黄丸治疗流行性乙型脑炎的临床研究 [J]. 中药新药与临床药理, 2005, 16 (3): 217-219.
- [13] 朱孟钦. 推拿法治疗流行性乙型脑炎后遗症疗效观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2003, 14 (1): 5-6.
- [14] 谭淑芳. 针刺治疗流行性乙型脑炎后遗症 36 例 [J]. 江西中医药, 2005, (8): 60.
- [15] 万容, 刘雨睿, 冯慕仁. 大黄煎剂保留灌肠治疗流行性乙型脑炎的疗效观察 [J]. 贵阳医学院学报, 2005, 30 (3): 260-261.

小儿艾滋病

1 范围

本指南提出了小儿艾滋病的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于 18 周岁以下人群艾滋病的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

小儿艾滋病 acquired immunodeficiency syndrome in children

小儿艾滋病是由人类免疫缺陷病毒（human immunodeficiency virus, HIV）感染所致的一种传播迅速、病死率高的恶性病，是以人体 CD4⁺T 淋巴细胞减少为特征的进行性免疫功能缺陷，继发各种机会性感染、恶性肿瘤和中枢神经系统病变的综合性疾患。

引发小儿艾滋病的 HIV，属 RNA 逆转录病毒，主要有 HIV-I 型和 HIV-II 型，它们又有各自的亚型。HIV 把人体免疫系统中最重要 CD4⁺T 淋巴细胞作为攻击目标，大量吞噬、破坏 CD4⁺T 淋巴细胞，从而破坏人体的免疫系统，最终使免疫系统崩溃，使人体因丧失对各种疾病的抵抗能力而发病并死亡。中医无完全对应的疾病名称。

3 诊断^[1-3]

3.1 病史

HIV 感染母亲所生及母乳喂养子女，有输血、血制品史者。

3.2 临床表现

3.2.1 急性 HIV 感染综合征

在初次感染 HIV 时可出现的发热、咽痛、皮疹、肌肉关节痛、淋巴结肿大、头痛、腹泻、恶心、呕吐等一组临床表现。

3.2.2 持续性全身性淋巴结病

不明原因的腹股沟以外两处或两处以上的淋巴结肿大，直径大于 1cm，持续 3 个月以上。

3.2.3 HIV 感染中后期临床表现

1 组：不明原因的肝脾肿大；结节性痒疹；反复发作或持续性上呼吸道感染；带状疱疹；广泛的疣病毒感染；广泛的传染性软疣感染；线形齿龈红斑；口角炎、唇炎；反复发作的口腔溃疡；不明原因的持续腮腺肿大；甲癣。

2 组：不明原因的中度营养不良；不明原因的持续性腹泻；不明原因的发热（ $>37.5^{\circ}\text{C}$ ），反复或持续 1 个月以上；口咽部念珠菌感染（出生 6~8 周内除外）；口腔黏膜毛状白斑；急性坏死性溃疡性牙龈炎、牙周炎或口腔炎；淋巴结结核；肺结核病；反复发作的严重细菌性肺炎；有症状的淋巴性间质性肺炎；慢性 HIV 相关性肺病，包括支气管扩张；不明原因的贫血（血红蛋白 $<80\text{g/L}$ ）和中性粒细胞减少（中性粒细胞数 $<0.5 \times 10^9/\text{L}$ ）和（或）慢性血小板减少（血小板数 $<50 \times 10^9/\text{L}$ ）。

3 组（该组为艾滋病指征性疾病）：不明原因的严重消瘦，发育或营养不良；肺孢子菌肺炎；食管、气管、支气管或肺念珠菌感染；播散性真菌病（组织胞浆菌病或球孢子菌病）；反复发作的严重细菌性感染，如脑膜炎、骨或关节感染、体腔或内脏器官脓肿、脓性肌炎（肺炎除外）；肺外结核病；播散性非结核分枝杆菌感染；慢性单纯疱疹病毒感染（口唇或皮肤），持续 1 个月以上；任何的内脏器官单纯疱疹病毒感染；巨细胞病毒感染，包括视网膜炎及其他器官的感染（新生儿期除外）；慢性隐孢子虫病（伴腹泻）；慢性等孢子虫病；有症状的 HIV 相关性心肌病或肾病；卡波西肉瘤；脑或 B 细胞非霍奇金淋巴瘤；弓形虫脑病（新生儿期除外）；肺外隐球菌病，包括隐球菌脑膜炎；进行性多灶性脑白质病；HIV 脑病。

3.2 实验室检查^[1-3]

病原学检测：包括分离病毒、检测病毒核酸，主要用于 HIV 感染窗口期时的早期诊断和 18 个月以内婴幼儿的诊断。

血清学检查：分为筛查试验和确证试验两大类。筛查试验结果阳性，提示 HIV 抗体阳性，需进一步做复核或确证试验证实。筛查试验结果阴性，报告 HIV 抗体阴性。确证试验结果阳性，报告 HIV 抗体阳性；确证试验结果阴性，报告 HIV 抗体阴性；确证试验结果不确定，报告 HIV 感染不确定，并应建议 3 个月后再次进行检测。由于母体抗体的干扰，该方法不适用于 18 个月以下的婴幼儿。

CD4⁺T 淋巴细胞检测：分绝对计数和相对计数两类。5 岁以上儿童和青少年 CD4⁺T 淋巴细胞 $\geq 500/\text{mm}^3$ ，提示无免疫抑制； $350 \sim 499/\text{mm}^3$ ，提示轻度免疫抑制； $200 \sim 349/\text{mm}^3$ ，提示中度免疫抑制； $<200/\text{mm}^3$ ，提示重度免疫抑制。5 岁以下儿童使用相对计数，CD4⁺T 淋巴细胞百分比 $>35\%$ (<11 月龄)，或 $>30\%$ (12~35 月龄)，或 $>25\%$ (36~59 月龄)，提示无免疫抑制； $30\% \sim 35\%$ (<11 月龄)，或 $25\% \sim 30\%$ (12~35 月龄)，或 $20\% \sim 25\%$ (36~59 月龄)，提示轻度免疫抑制； $25\% \sim 29\%$ (<11 月龄)，或 $20\% \sim 24\%$ (12~35 月龄)，或 $15\% \sim 19\%$ (36~59 月龄)，提示中度免疫抑制； $<25\%$ (<11 月龄)，或 $<20\%$ (12~35 月龄) 或 $<15\%$ (36~59 月龄)，提示重度免疫抑制。

3.3 需与小儿艾滋病鉴别的病种

原发性免疫缺陷病，继发性免疫缺陷病，皮肤黏膜淋巴结综合征，白血病，腹泻病，传染性单核细胞增多症等。

4 辨证^[2]

4.1 风热湿毒，浸淫肺脾证

发热，恶风寒，头身痛，面色红赤。皮肤斑丘疹，荨麻疹样皮疹，脓疱疮，瘙痒，或溃烂。咽红肿，口咽白糜、疼痛，纳呆，恶心呕吐，口渴少饮，便溏，小便黄少。舌红，苔薄黄，苔腻，脉浮数。

4.2 脾肾亏虚，湿邪阻滞证

身热不扬，畏寒肢冷，面白无华或萎黄，纳差食少，神疲乏力，表情呆滞，少气懒言，夜卧不安，皮弱肉薄，毛发稀疏，身体消瘦，口渴少饮，脘痞，腹泻时发时止或日久不愈，小便清长，舌淡或胖，苔滑或厚腻，脉濡缓，指纹淡。

4.3 正虚邪恋，痰瘀互结证

持续低热，少气懒言，神疲乏力，面色萎黄，夜卧不安，胸闷，咯痰，颈项或全身瘰癧，肋下痞块，局部刺痛、痛处不移，或癥瘕，积聚，脘痞，纳差食少，消瘦，大便不调，舌暗红，或有瘀斑、瘀点，苔腻，脉细涩，指纹紫滞。

4.4 疔毒壅肺，气郁血瘀证

壮热不退，咳嗽气促，咯痰，喘憋，口唇发绀，鼻翼煽动，呼吸困难，张口抬肩，痰多，痰稠黄难咯，胸痛，胸膈满闷，神疲乏力，烦躁不安，口渴少饮，纳差，脘痞，消瘦，大便不调，小便短赤，舌红绛，苔厚，脉弦数，指纹紫滞。

4.5 疔犯心肝，闭窍动风证

高热，头痛头晕，目眩目翳，视物不清，目赤，耳际红肿，恶心呕吐，面色红赤，胸膈满闷，神昏谵语，烦躁或嗜睡，肢厥，抽搐，消瘦，舌红绛，苔黄燥或厚腻，脉弦数，指纹紫滞。

4.6 疫毒潜伏，精血亏虚证

持续低热，五心烦热，两颧潮红，疲乏少力，自汗，盗汗，身体消瘦，心悸，面色少华或萎黄，毛发稀疏，神疲懒言，脚软无力，皮弱肉薄，纳差食少，腹胀。反复感冒，病程迁延，或便溏，或疳证。舌淡或舌红少津，苔花剥，脉细弱。生长发育迟缓或停滞。

5 治疗

5.1 治疗原则^[2]

本病治疗，以扶正补虚，解毒除邪为主。邪毒潜伏之时，治以补肾健脾，养血填精，行气活血，或行气散结，佐以解毒除邪。邪毒侵袭时，治以疏风清热解毒。正邪剧争时，病证多端，如见肺热壅盛，治以宣肺利气，解毒活血；如为风热湿毒，浸淫肺脾，治以疏风清热，解毒化湿；如为疔犯心肝，闭窍动风，治以清疔解毒，开窍息风；甚者疔毒深伏，气阴虚衰，治宜益气养阴生髓，佐以清解疫毒；或至疔毒肆虐，阴阳虚竭者，则宜清解疔毒，阴阳双补，或见亡阴亡阳者，则宜益气敛津固脱，回阳救逆。

5.2 分证论治^[2-4]

5.2.1 风热湿毒，浸淫肺脾证（推荐级别：D）

治法：疏风清热，解毒化湿。

主方：甘露消毒丹（《温热经纬》）加减。

常用药：金银花、连翘、薄荷、黄芩、广藿香、茵陈、滑石、板蓝根、射干、浙贝母。

药物加减：皮肤瘙痒，或溃烂者，加蝉蜕、苦参、徐长卿、白鲜皮；日久全身皮肤粗糙，干燥肥厚，散在抓痕、血痂，痛痒明显，舌质淡，苔薄白或白腻，脉沉细者，用当归饮子合全虫汤加减，常用药：丹参、当归、鸡血藤、赤芍、全蝎、威灵仙、地肤子、蛇床子、防风、苦参、薏苡仁、桑枝、甘草；口疮糜烂为主者，合用清热泻脾散加减，加栀子、黄连、石膏、地黄、淡竹叶、灯心草等。

5.2.2 脾肾亏虚，湿邪阻滞证（推荐级别：D）

治法：益肾运脾，燥湿止泻。

主方：参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）加减。

常用药：党参、苍术、白术、茯苓、白扁豆、山药、益智仁、莲子肉、薏苡仁、砂仁、厚朴。

药物加减：若纳呆食少，舌苔厚腻者，加广藿香、陈皮、焦山楂；泻下如水注者，加猪苓、泽泻、车前子。

大便溏烂色黄、臭秽，舌质红，苔黄腻者，改用葛根黄芩黄连汤加味，常用药：葛根、黄芩、黄连、地锦草、辣蓼、车前子、马鞭草、甘草。如为五更泄泻，畏寒肢冷，脉象迟缓者，改用附子理中汤合四神丸加减，常用药：党参、白术、炙甘草、干姜、吴茱萸、附子、补骨脂、肉豆蔻。形成疳气者，改用资生健脾丸加减，常用药：党参、白术、茯苓、山药、薏苡仁、白扁豆、广藿香、砂仁、泽泻、六神曲、山楂、麦芽（炒）。形成疳证者，改用肥儿丸加减，常用药：人参、白术、茯苓、大腹皮、槟榔、黄连、胡黄连、焦六神曲、焦山楂、麦芽（炒）、鸡内金、甘草。

5.2.3 正虚邪恋，痰瘀互结证（推荐级别：D）

治法：益气解毒，化痰活血。

主方：消瘰丸（《医学心悟》）合血府逐瘀汤（《医林改错》）加减。

常用药：桃仁、红花、赤芍、川芎、玄参、当归、牡蛎（煅）、浙贝母、昆布、夏枯草、僵蚕、半夏、白花蛇舌草。

药物加减：如肿块较大者，加三棱、莪术；如疼痛甚者，加乳香、没药、延胡索；如发热不退者，加薄荷、淡豆豉、栀子、胡黄连。

5.2.4 疔毒壅肺，气郁血瘀证（推荐级别：D）

治法：宣肺开闭，解毒活血。

主方：麻黄杏仁甘草石膏汤（《伤寒论》）合黄连解毒汤（《外台秘要》）加减。

常用药：麻黄（炙）、石膏、知母、苦杏仁、桑白皮、葶苈子、黄芩、黄连、栀子、牡丹皮、虎杖。

药物加减：热甚者，加大青叶、蒲公英、败酱草、贯众；吐痰量多黄稠者，加黛蛤散、天竺黄、

浙贝母、胆南星；大便秘结者，加瓜蒌、大黄、玄明粉；喘憋、紫绀，舌紫黯者，加丹参、赤芍、马鞭草。

5.2.5 疔犯心肝，闭窍动风证（推荐级别：D）

治法：清疔解毒，开窍息风。

主方：清瘟败毒饮（《疫疹一得》）加减。

常用药：水牛角、石膏、黄连、栀子、连翘、牡丹皮、地黄、赤芍、玄参、淡竹叶、钩藤、僵蚕、芦根。

药物加减：视物不清或目翳者，加大青叶、板蓝根、蒺藜、青箱子、密蒙花、木贼。

耳际红肿疼痛，甚或溃烂流脓者，改用普济消毒饮加减，常用药：柴胡、黄芩、黄连、连翘、升麻、板蓝根、蒲公英、牛蒡子、马勃、桔梗、玄参、薄荷、夏枯草、陈皮、僵蚕。烦躁面赤，四肢抽搐者，改用羚角钩藤汤加减，常用药：羚羊角粉、钩藤、僵蚕、菊花、桑叶、石菖蒲、川贝母、郁金、龙骨、胆南星、栀子、黄芩；神识痴呆、幻觉，舌苔厚腻者，加黄精、山茱萸、狗脊、郁金、石菖蒲、远志、珍珠母。如病久精神委顿，面色无华，目眶深陷，形瘦肉薄，呼吸急促，喘促欲脱，舌红少苔，脉虚散大者，加用生脉散，常用药：人参、麦冬、五味子。或面色苍白，畏寒，四肢厥冷，冷汗淋漓，脉微欲绝者，加用参附龙牡救逆汤，常用药：人参、附子、龙骨、牡蛎、白芍、甘草。

5.2.6 疫毒潜伏，精血亏虚证（推荐级别：D）

治法：补肾益精，清热解毒。

主方：补肾地黄丸（《医宗金鉴》）加减。

常用药：紫河车、杜仲、狗脊、续断、肉苁蓉、熟地黄、黄精、茯苓、山药、菟丝子、桑寄生、刺五加、防风、牛蒡子。

药物加减：若五迟五软者，加龙骨、牡蛎、鹿茸、巴戟天。

如反复发热寒战，头身疼痛，无汗、少汗者，用银翘散或柴葛解肌汤加减，常用药：金银花、连翘、柴胡、羌活、白芷、牛蒡子、淡竹叶、葛根、薄荷、贯众、黄芩、白芍。若疳气、疳积者，用资生健脾丸或肥儿丸加减，如前“脾肾亏虚，湿邪阻滞证”加减法。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

板蓝根颗粒：每袋装10g，相当于饮片14g。成人剂量：每服5~10g，每日3~4次。建议用法用量：每服剂量：<3岁3g、3~6岁6g、>6岁10g，每日3次。用于风热湿毒，浸淫肺脾证。（推荐级别：D）

湿毒清胶囊：每粒0.5g。成人剂量：每服1.5~2.0g，每日3次。建议用法用量：每服剂量：<3岁0.5g、3~6岁1.0g、>6岁1.5g，每日3次。用于风热湿毒，浸淫肺脾证。（推荐级别：D）

清瘟解毒丸：每丸9g。每服剂量：<3岁1/2丸、3~6岁1丸、>6岁2丸，每日2次。用于风热湿毒，浸淫肺脾证；疔毒壅肺，气郁血瘀证。（推荐级别：D）

抗病毒口服液：每支10ml。成人剂量：每服5~10ml，每日2~3次。建议用法用量：每服剂量：<3岁5ml，每日2次；3~6岁5ml，每日3次；>6岁10ml，每日2次。用于风热湿毒，浸淫肺脾证；疔毒壅肺，气郁血瘀证。（推荐级别：D）

参苓白术口服液：每支10ml。成人剂量：每服10ml，每日2~3次。建议用法用量：每服剂量：<6岁5ml，每日3次；>6岁10ml，每日2次。用于脾肾亏虚，湿邪阻滞证。（推荐级别：D）

六味地黄口服液：每支10ml。成人剂量：每服10ml，每日2次。建议用法用量：每服剂量：<6岁5ml、>6岁10ml，每日2次。用于疫毒潜伏，精血亏虚证。（推荐级别：D）^[5]

5.3.2 中药注射剂^[2-4]

痰热清注射液：每支10ml。成人剂量：静脉滴注，每次20ml，重症患者可用40ml，加入5%葡

萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液250~500ml,注意控制滴数在每分钟60滴以内,每日1次。儿童按体重0.3~0.5ml/kg,最高剂量不超过20ml,加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液100~200ml,静脉滴注,控制滴数每分钟30~60滴,每日1次。或遵医嘱。用于疔毒壅肺,气郁血瘀证。(推荐级别:D)

炎琥宁注射液:每支80mg。临用前,加灭菌注射用水适量使溶解。成人剂量:肌肉注射,每次40~80mg,每日1~2次;静脉滴注,每日0.16~0.4g,每日1~2次给药,用5%葡萄糖注射液或5%葡萄糖氯化钠注射液稀释后滴注。建议用法用量:10mg/(kg·d)加入5%~10%葡萄糖注射液稀释后静脉滴注,最大剂量不超过160mg。用于风热湿毒,浸淫肺脾证;疔毒壅肺,气郁血瘀证。(推荐级别:D)

热毒宁注射液:每支10ml。静脉滴注,3~5岁最高剂量不超过10ml,加入5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液50~100ml稀释后,滴速为每分钟30~40滴,每日1次。6~10岁每次10ml,以5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液100~200ml稀释后使用,滴速为每分钟30~60滴,每日1次。11~13岁每次15ml,以5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液200~250ml稀释后静脉滴注,滴速为每分钟30~60滴,每日1次。14~17岁每次20ml,以5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液250ml稀释后静脉滴注,滴速为每分钟30~60滴,每日1次。或遵医嘱。本品使用后需用5%葡萄糖注射液或0.9%氯化钠注射液冲洗输液管后,方可使用第2种药物。用于疔毒壅肺,气郁血瘀证。(推荐级别:D)

清开灵注射液:每支2ml。成人剂量:肌肉注射,每日2~4ml;静脉滴注,每日20~40ml,以10%葡萄糖注射液200ml或0.9%氯化钠注射液100ml稀释后使用。建议用法用量:1ml/(kg·d),最大剂量不超过20ml,以10%葡萄糖注射液10ml稀释1ml清开灵的比例,静脉滴注,每日1次。输液速度:注意滴速勿快,儿童以每分钟20~40滴为宜。用于疔毒壅肺,气郁血瘀证;疔犯心肝,闭窍动风证。(推荐级别:D)

5.4 药物外治

西瓜霜、冰硼散、珠黄散、青黛散、如意金黄散,任选1种,涂搽口腔、头面或躯干、外阴皮肤等患处,每日2次。用于风热湿毒,浸淫肺脾证。(推荐级别:D)

5.5 推拿疗法

推三关,补脾土,补大肠,摩腹,推上七节骨,捏脊,重按肺俞、脾俞、胃俞、大肠俞,每日1次。用于脾肾亏虚,湿邪阻滞证。(推荐级别:D)

参考文献

- [1] 邵一鸣, 康来仪, 汪宁, 等. 中华人民共和国卫生行业标准 WS 293-2008·艾滋病和艾滋病病毒感染诊断标准 [S]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 1-14.
- [2] 本书编写组. 艾滋病诊疗指南与中医药治疗艾滋病临床技术方案指导手册 [M]. 北京: 中国知识出版社, 2005.
- [3] 中华医学会儿科学分会感染学组, 中华医学会儿科学分会免疫学组. 小儿 HIV 感染和艾滋病诊断及处理建议 [J]. 中华儿科杂志, 2003, 41 (8): 611-612.
- [4] 黄世敬, 危剑安, 曹惠云, 等. 中医辨证治疗艾滋病 729 例临床观察 [J]. 中医杂志, 2004, 45 (9): 680-682.
- [5] 李延斌. 六味地黄丸的新功效 [J]. 江苏卫生保健, 2004, (4): 21.

蛔 虫 病

1 范围

本指南提出了小儿蛔虫病的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群蛔虫病的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

蛔虫病 ascariasis

蛔虫病是儿科常见的寄生虫疾病之一。临床以脐周疼痛，时作时止，饮食异常，大便下虫，粪便镜检有蛔虫卵为主要特征。

3 诊断

3.1 临床表现^[1-3]

脐周疼痛、反复发作，时作时止，吐蛔，便蛔，腹部可扪及条索状团块。

3.2 实验室及特殊检查^[3-6]

粪便病原学检查：大便生理盐水直接涂片或饱和盐水漂浮法可查到虫卵。

血常规：蛔虫幼虫在体内移行期，白细胞总数增高，嗜酸性粒细胞增高，一般为15%~30%，个别可高达60%。

B超检查：可见虫体影像。

3.3 需与蛔虫病鉴别的病种^[1-3]

急性阑尾炎，肠套叠，急性胆囊炎，复发性腹痛，急性腹膜炎。

4 辨证^[1-6]

4.1 肠蛔虫证

脐腹疼痛、时作时止，胃脘嘈杂，不思饮食，或嗜异食，便下蛔虫，面色黄滞，严重者腹部可扪及条索状物，形体消瘦，肚腹胀大，舌淡红，苔薄白或腻，脉弦。

4.2 蛔厥证

有肠蛔虫证表现。突然腹部绞痛，弯腰屈背，辗转不宁，面色苍白，肢冷汗出，恶心，呕吐胆汁或蛔虫，腹痛在右上腹，腹痛阵发，可暂缓，腹痛持续，阵发加剧，可伴发热，甚或出现黄疸，舌红，苔黄腻，脉弦数。

4.3 虫瘕证

有肠蛔虫证表现。阵发性脐腹剧烈疼痛，痛位不定，呕吐频繁，或吐蛔虫，便秘，腹部扪及质软、无痛、可移动的包块，病情持续不缓解者，见腹硬，腹部压痛明显，肠鸣，无矢气，苔黄腻，脉弦数或滑数。

5 治疗^[4,7]

5.1 治疗原则

本病治疗，以驱蛔杀虫为主，辅以调理脾胃之法，具体应用，当视患儿体质强弱区别对待。体壮者，当先驱虫，后调脾胃；体弱者，驱虫扶正并举；体虚甚者，应先调理脾胃，继而驱虫。如病情较重，腹痛剧烈，或出现蛔厥、虫瘕等并发症者，根据蛔虫“得酸则安，得辛则伏，得苦则下”的特性，先予酸、辛、苦等药味，以安蛔止痛，待急症缓解，再择机驱虫。本病腹痛，可配合外治、针灸、推拿等法。如并发症严重，经内科治疗不能缓解者，应考虑手术治疗。

5.2 分证论治^[7]

5.2.1 肠蛔虫证（推荐级别：D）

治法：驱蛔杀虫，调理脾胃。

主方：使君子散（《医宗金鉴》）加减。

常用药：使君子、茺莢、苦楝皮、槟榔、甘草。

药物加减：腹痛明显者，加川楝子、延胡索、木香；腹胀满，大便干者，加大黄、玄明粉；呕吐者，加竹茹、生姜。

5.2.2 蛔厥证（推荐级别：D）

治法：安蛔定痛，继之驱蛔。

主方：乌梅丸（《伤寒论》）加减。

常用药：乌梅、细辛、椒目、黄连、干姜、附子、桂枝、当归、人参、延胡索、白芍。

药物加减：疼痛剧烈者，加木香、枳壳；便秘腹胀者，加大黄、玄明粉、枳实；湿热壅盛，胆汁外溢出现黄疸者，去干姜、附子、桂枝等温燥之品，酌加茵陈、栀子、郁金、黄芩、大黄。若为胆道死蛔，不必先安蛔，可直接予大承气汤加茵陈治疗。

5.2.3 虫瘕证（推荐级别：D）

治法：通腑散结，驱蛔下虫。

主方：驱蛔承气汤（《急腹症方药新解》）加减。

常用药：大黄、玄明粉、枳实、厚朴、乌梅、椒目、使君子、苦楝皮、槟榔。

5.3 中成药

化虫丸：每袋6g。饭前或临睡前用温开水或糖水送服。每服6~9g，每日1~2次。3岁以下小儿酌减。用于肠蛔虫证。（推荐级别：D）^[7]

使君子丸：小蜜丸：每30粒3g；水丸：每袋18g。小蜜丸：每服剂量：1岁1g，2岁1.5g，3岁2g，温开水送服。水丸：每服6~9g，每日1次，空腹砂糖水送服，服药4小时后方可进食，勿食过饱。用于肠蛔虫证。（推荐级别：D）^[7]

乌梅丸：每丸3g。成人剂量：每服6g，每日2~3次。建议用法用量：每服剂量：<3岁1.5g、3~6岁3g、>6岁4.5g，每日2~3次。用于蛔厥证。（推荐级别：D）^[4]

5.4 推拿疗法

方法一：按压上腹部剑突下3~4cm处，手法先轻后重，一压一推一松，连续操作7~8次，待腹肌放松时突然重力推压1次，若患儿腹痛消失或减轻，表明蛔虫已退出胆道，可停止推拿。如使用1~2遍无效，不宜再用此法。用于蛔厥证。（推荐级别：D）^[7]

方法二：用掌心以旋摩法顺时针方向按摩患儿脐部，手法由轻到重。如虫团松动，但解开较慢，可配合捏法帮助松解。一般经过30~40分钟按摩后，虫团即可开解，腹痛明显减轻，梗阻缓解。若推拿前1小时口服植物油50~100ml，则效果更好。用于虫瘕证。（推荐级别：D）^[7]

5.5 针灸疗法

方法一：迎香透四白、胆囊穴、内关、足三里、中脘、人中。强刺激，泻法。用于蛔厥证（推荐级别：D）^[7]

方法二：天枢、中脘、足三里、内关、合谷。强刺激，泻法。用于虫瘕证。（推荐级别：D）^[7]

5.6 灌肠疗法

苦楝皮10g，槟榔10g，莱菔子10g，瓜蒌10g，茵陈10g，番泻叶5g，陈皮3g。水煎取液150~300ml，分两次保留灌肠，2日为1疗程。用于虫瘕证。（推荐级别：D）^[8]

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 91.
- [2] 张洪义, 陆小左, 吴复苍. 中医临床诊断全书 [M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2002: 794-795.
- [3] 朱文锋, 何清湖. 现代中医临床诊断学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1134.
- [4] 江育仁, 张奇文. 实用中医儿科学 [M]. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 2005: 470-474.
- [5] 张元芬, 郎诗民. 小儿胆道蛔虫症的诊断与治疗 [J]. 中国临床医生, 1999, 27 (4): 25-26.
- [6] 郑德兰, 王峰, 王志军. 超声在肠道蛔虫病的诊断价值 [J]. 中外医疗, 2009, (25): 146.
- [7] 韩新民. 全国高等中医药院校规划教材·中医儿科学 [M]. 北京: 高等教育出版社, 2008: 309-315.
- [8] 曹立菊. 中药直肠给药在儿科疾病治疗中的应用 [J]. 天津中医学院学报, 2000, 19 (2): 51-53.

蛲虫病

1 范围

本指南提出了小儿蛲虫病的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于18周岁以下人群蛲虫病的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

蛲虫病 enterobiasis

蛲虫病是儿科常见的寄生虫疾病之一。临床以肛周瘙痒，夜间尤甚，肛周或大便见到蛲虫为主要特征。

3 诊断

3.1 临床表现^[1-5]

肛周瘙痒、夜间尤甚，肛周或大便见到蛲虫，伴有磨牙，食欲不振，面色萎黄，形体消瘦，腹痛，烦躁不安，睡眠不宁，尿频，遗尿等症状。女孩可有前阴瘙痒或见前阴发红，可出现外阴炎、阴道炎、尿道炎、肛门糜烂等并发症。

3.2 实验室及特殊检查^[1-5]

大便常规：粪检发现蛲虫卵。

肛门拭纸检查：镜检发现蛲虫卵或成虫。

3.3 需与蛲虫病鉴别的病种^[1-5]

肛门湿疹，尿路感染。

4 辨证^[1-6]

4.1 虫扰魄门证

肛门瘙痒，搔抓难忍，睡眠不安，哭闹。

4.2 脾虚虫扰证

肛门瘙痒，夜寐不安，食欲减退，形体消瘦，舌淡，苔薄。

5 治疗

5.1 治疗原则

本病治疗，以驱虫、杀虫为主法。实证者以内服外用结合治疗，病久脾虚者在驱虫的同时佐以益气健脾之品，以扶正祛邪。本病宜采用内治法与外治法结合治疗，防治结合，才能达到根治的目的。

5.2 分证论治^[1-6]

5.2.1 虫扰魄门证（推荐级别：D）

治法：杀虫止痒，内外兼治。

主方：驱虫粉（经验方），外用蛲虫栓（经验方）等。

常用药：使君子粉、大黄粉。

5.2.2 脾虚虫扰证（推荐级别：D）

治法：杀虫止痒，健脾开胃，内外兼治。

主方：驱虫粉（经验方）合参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）加减；外用百部、苦楝皮、苦参等煎汤保留灌肠。

常用药：使君子、大黄、党参、茯苓、白术、白扁豆、山药、砂仁、大枣、生姜。

药物加减：若泄泻者，加黄连、车前子；腹痛甚者，加陈皮、莪术、川芎；瘙痒甚者，加白鲜皮、苦参、地肤子、蛇床子。

5.3 中成药

化虫丸：每袋6g。饭前或临睡前用温开水或糖水送服。每服6~9g，每日1~2次。3岁以下小儿酌减。用于虫扰魄门证。（推荐级别：D）

驱虫消食片：每片0.4g。成人剂量：每服4~5片，每日2次。建议用法用量：每服剂量：<3岁1片、3~6岁2片、>6岁3片，每日2次。用于脾虚虫扰证。（推荐级别：D）

5.4 药物外治

蛲虫栓：百部294g，鹤虱294g，苦参294g，大黄147g，白矾9g，樟脑2g。制法：取百部、鹤虱、苦参、大黄，加10倍量水，煎煮3次，每次1.5小时，合并3次煎煮液滤过，低温干燥成干浸膏，与白矾混合粉碎成细粉，另取可可豆脂910g、蜂蜡160g，加热融化，温度保持在 $(40 \pm 2)^{\circ}\text{C}$ ，先加入樟脑溶解混匀，再加入上述细粉，混匀浇模，制成1000粒，每粒1.34g，含提取物0.776g。用法：每日1粒，于夜晚睡前纳入肛门内2cm。用于虫扰魄门证。（推荐级别：C）^[6]

蛲虫软膏（百部、龙胆紫）：每日1次，每次挤出膏体3cm，夜晚睡前纳入肛门2cm。用于虫扰魄门证。（推荐级别：D）

槟榔煎剂：槟榔（切片或打碎）50g，加水200~300ml，文火煎煮1小时，睡前熏洗肛门部，每日1次，连用3日为1个疗程，连用3~5个疗程。用于虫扰魄门证。（推荐级别：D）

百部复方：百部30g，苦楝皮30g，白鲜皮30g，蛇床子30g，苦参30g。用法：上药共入500ml凉水浸泡30分钟，文火煎煮取汁150ml。每次3岁以下10ml、3~7岁15~25ml、7岁以上30ml，每晚睡前保留灌肠。疗程10~15日。用于虫扰魄门证和脾虚虫扰证。（推荐级别：D）^[7-11]

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 91.
- [2] 管鹏声, 管一沁. 新编中医儿科临床手册[M]. 南昌: 江西科学技术出版社, 2000: 928-930.
- [3] 张洪义, 陆小左, 吴复苍. 中医临床诊断全书[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 2002: 800.
- [4] 朱文锋, 何清湖. 现代中医临床诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 1135.
- [5] 江育仁, 张奇文. 实用中医儿科学[M]. 第2版. 上海: 上海科学技术出版社, 2005: 475-476.
- [6] 赵坤, 成淑凤. 蛲虫栓治疗蛲虫病 200 例[J]. 中国中西医结合杂志, 2000, 20(12): 948.
- [7] 龚建华. 儿童药食两用植物驱虫剂的研究[J]. 湖北预防医学杂志, 2001, 12(5): 8-10.
- [8] 韩宏, 王婉娇. 健脾化虫饮治疗小儿肠虫病 126 例[J]. 内蒙古中医药, 2000, 19(3): 16.
- [9] 杨炳洪. 驱蛲汤治疗蛲虫病 130 例小结[J]. 云南中医中药杂志, 2001, 22(1): 13.
- [10] 孙守信, 石淑慧. 自拟百楝汤保留灌肠治疗蛲虫病 90 例[J]. 中医药研究, 2002, 18(4): 13.
- [11] 于彪, 于千. 老中医于长义内外合治蛲虫病 400 例[J]. 上海中医药杂志, 2003, 37(4): 39-40.

新生儿硬肿症

1 范围

本指南提出了新生儿硬肿症的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于新生儿硬肿症的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

新生儿硬肿症 sclerema neonatorum

新生儿硬肿症是新生儿时期特有的一种严重疾病，是由多种原因引起的局部甚至全身皮肤和皮下脂肪硬化及水肿，常伴有低体温及多器官功能低下的综合征。本病多发生于生后1周内的新生儿，特别是早产儿。主要发生在寒冷季节，尤以我国北方各省发生率及病死率较高，但也可发生于夏季和南方地区。

新生儿硬肿症为西医病名，中医学中与“胎寒”、“五硬”相似。

3 诊断^[1-2]

3.1 临床表现

早期可表现为吮乳差，哭声低，反应低下；继而出现低体温，体温 $\leq 35^{\circ}\text{C}$ ，重症常 $< 30^{\circ}\text{C}$ ，夏季感染者不一定出现低温；硬肿多发生在全身皮下脂肪积聚部位，皮肤紧贴皮下组织不能移动，表现为硬、亮、冷、肿，色泽暗红，常呈对称性，依次为双下肢、臀、面颊、双上肢、背、腹、胸部等，严重时肢体僵硬，不能活动；重者可伴有多脏器功能损害。

3.2 实验室检查

血常规：主要表现为白细胞总数升高或减少，中性粒细胞增高，血小板减少。

动脉血气分析：主要表现为血pH值降低、 PaO_2 降低、 PaCO_2 增高。

心电图：主要表现为窦性心动过缓、低电压、Q-T间期延长、ST-T波改变和I度房室传导阻滞。

酸碱及电解质平衡：主要表现为代谢性酸中毒、高钾血症、低钙血症、低钠血症和低血糖。

血DIC指标：严重者DIC指标阳性。

3.3 需与新生儿硬肿症鉴别的病种

新生儿水肿，新生儿皮下坏疽，低蛋白血症，新生儿皮下脂肪坏死。

4 辨证^[1-2]

4.1 寒凝血涩证

全身欠温，四肢发凉，肌肤硬肿，难以捏起，硬肿多局限于臀、小腿、臂、面颊等部位，色暗红、青紫，或红肿如冻伤，哭声较低，精神萎靡，反应尚可，或伴呼吸不匀，气息微弱，指纹紫滞。

4.2 阳气虚衰证

全身冰冷，肌肤板硬而肿，范围波及全身，气息微弱，僵卧少动，哭声低怯，吸吮困难，反应极差，皮肤暗红，尿少或无，面色苍白，唇舌色淡，指纹淡红不显。

5 治疗

5.1 治疗原则^[1-2]

本病治疗，以温阳散寒，活血化瘀为基本原则。根据临床证候不同，阳虚者应温补脾肾；寒甚者宜散寒通阳；血瘀者宜行气活血。

5.2 分证论治

5.2.1 寒凝血涩证（推荐级别：D）

治法：温经散寒，活血通络。

主方：当归四逆汤（《伤寒论》）加减。

常用药：桂枝、细辛、当归、白芍、通草、红花、川芎、桃仁、丹参。

药物加减：四肢发凉者，加附子、艾叶、干姜；硬肿甚者，加郁金、鸡血藤；气息微弱者，加用
人参、黄芪；面色苍白，舌质紫暗或有瘀斑者，加炙黄芪、地龙、赤芍、郁金；精神萎靡，口吐白
沫，呼吸不匀者，加白僵蚕、法半夏、石菖蒲、郁金。

5.2.2 阳气虚衰证（推荐级别：D）

治法：益气温阳，通经活血。

主方：参附汤（《世医得效方》）加味。

常用药：人参、附子、熟地黄、桂枝、细辛、红花。

药物加减：四肢厥冷者，加巴戟天、肉苁蓉、鹿茸、当归；水肿明显，小便不利者，加茯苓、猪
苓、白术、生姜皮；口吐白沫，呼吸不匀者，加僵蚕、石菖蒲、胆南星；指纹紫滞者，加桃仁、
赤芍。

5.3 中成药

香丹注射液：每支 2ml。成人剂量：肌肉注射，每次 2ml，每日 1~2 次；静脉滴注，每次 10~
20ml，用 5%~10% 葡萄糖注射液 250~500ml 稀释后使用，每日 1 次。建议用法用量：1ml/（kg·d），
加入 5%~10% 葡萄糖注射液 50ml 稀释后静脉滴注。用于各证。（推荐级别：D）^[3-4]

生脉注射液：每支 20ml。成人剂量：肌肉注射，每次 2~4ml，每日 1~2 次；静脉滴注，每次
20~60ml，用 5% 葡萄糖注射液 250~500ml 稀释后使用。建议用法用量：3~5ml/d，加入 5% 葡萄糖
注射液 50ml 稀释后静脉滴注。用于气阴虚衰证。（推荐级别：D）

5.4 复温疗法

轻度者先置于远红外线辐射台，调节温度至 34℃，解开包被，脱掉棉衣，只穿一身单衣或用单
层被单包裹，利用远红外线辐射复温。30 分钟后置于预热到 32℃ 的暖箱中，恒温复温。中重度者，
先置于远红外线辐射台上，以同样的温度和方法配合按摩复温，60~90 分钟后移入到预热好的 32℃
暖箱中，每小时升高箱温 1℃（不超过 34℃），恒温复温。用于各证。（推荐级别：D）^[6]

5.5 泡浴疗法

将洗净的新鲜胡荽、韭菜各 500g 放置于高 13cm、直径 30cm 的塑料盆中，加少量温开水，用手
充分揉搓至烂后，再加入 40℃~42℃ 的温开水 3000~4000ml。室温保持在 26℃~28℃，把患儿放入
盆中，用胡荽、韭菜渣，轻擦硬肿部位皮肤约 10~15 分钟，擦洗完毕，用柔软干净毛巾擦干后，置
于婴儿培养箱内，每日治疗 2 次，4 日为 1 疗程。用于各证。（推荐级别：D）^[7]

参考文献

- [1] 汪受传, 俞景茂. 全国高等中医药院校研究生规划教材·中医儿科临床研究 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 397-400.
- [2] 金汉珍, 黄德珉, 官希吉. 实用新生儿学 [M]. 第3版. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 269-293.
- [3] 李秩伦, 严敦煌, 杨根林, 等. 复方丹参注射液治疗新生儿硬肿症 120 例疗效观察 [J]. 江西中医药, 1993, 24 (6): 31-32.
- [4] 蔡丽梅, 韦红, 陈貽骥. 复方丹参注射液和维生素 D 治疗新生儿硬肿症疗效分析 [J]. 儿科药理学杂志, 2007, 13 (4): 57-58.
- [5] 刘芳琴. 川芎嗪治疗新生儿硬肿症 36 例疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2006, 15 (23): 3208-3209.
- [6] 史巧云, 张惠, 彭君. 新生儿硬肿症不同复温方法临床效果观察 [J]. 中国妇幼保健, 2006, 21 (10): 1373-1374.
- [7] 肖霞. 芫荽、韭菜水外洗佐治新生儿硬肿症的效果观察 [J]. 护理实践与研究, 2006, 3 (2): 34-35.

胎 黄

1 范围

本指南提出了胎黄的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于胎黄的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

胎黄 neonatal hyperbilirubinemia

胎黄以婴儿出生后皮肤、面目出现黄疸为特征，因与胎禀因素有关，故称“胎黄”或“胎疸”。我国50%足月儿及80%早产儿可见胎黄。相当于西医的“新生儿高胆红素血症”。

3 诊断^[1]

3.1 临床表现

常证：目黄、身黄、尿黄，伴有纳差、呕恶、腹胀、倦怠、面色晦暗、精神萎靡或哭闹不安等症状。

变证：黄疸于生后24小时内出现，并迅速加重；或黄疸消退延迟，黄疸退而复现；出现口角抽动或全身抽搐；或不吃不哭，嗜睡；或两目凝视，角弓反张，尖叫神昏；或四肢厥冷，气促；舌质红，苔黄腻，脉微欲绝。

生理性黄疸：生后第2~3日出现黄疸，第4~6日达高峰。足月儿在生后2周消退，早产儿可延迟至3~4周消退。在此期间，小儿一般情况良好，不伴有其他临床症状。

本指南以下部分的论述均不适用于新生儿生理性黄疸。

3.2 实验室检查

血清学检查：血清总胆红素（TBIL）升高、直接胆红素（DBIL）和/或间接胆红素（IBIL）升高、血清总胆汁酸（TBA）升高。

尿常规：尿胆红素、尿胆原阳性。

肝功能：丙氨酸氨基转移酶（ALT）、 γ -谷氨酰转肽酶（ γ -GT）、碱性磷酸酶（ALP）均可升高。

3.3 需与胎黄鉴别的病种

胎黄可见于多种疾病，需加鉴别的病种有：新生儿溶血病，败血症，新生儿肝炎综合征，胆汁淤积综合征，胆道闭锁，母乳性黄疸。

4 辨证^[1]

4.1 常证

4.1.1 湿热郁蒸证

面目皮肤发黄，色泽鲜明如橘，小便黄赤，不欲吮乳，哭闹不安，哭声响亮，口渴唇干，或有发热，腹胀，大便秘结，舌质红，苔黄腻，指纹紫。

4.1.2 寒湿阻滞证

面目皮肤发黄，色泽晦暗，日久难退，四肢欠温，大便溏薄，色灰白，精神萎靡，不思进食，小便短少，舌质淡，苔白腻。

4.1.3 气滞血瘀证

面目皮肤发黄，颜色逐渐加深，晦暗无华，右胁下痞块质硬，肚腹膨胀，青筋显露，舌质紫，或见瘀斑，苔黄。

4.2 变证

4.2.1 胎黄动风证

黄疸迅速加重，面目深黄，嗜睡，神昏，抽搐，两目凝视，尖叫，舌质红，苔黄腻。

4.2.2 胎黄虚脱证

黄疸迅速加重，面色苍黄，伴四肢厥冷、浮肿、气促、胸腹欠温、神昏，舌淡苔白，脉微欲绝。

5 治疗

5.1 治疗原则^[1]

本病治疗方法多样，其中内科治疗以利湿退黄为基本原则，并根据病因的不同有所侧重：湿热郁蒸证宜清热利湿退黄；寒湿阻滞证宜温中化湿退黄；气滞血瘀证宜行气化瘀消积；胎黄动风证宜平肝息风退黄；胎黄虚脱证宜大补元气，温阳固脱。应密切观察新生儿出生后皮肤颜色的变化，及时了解黄疸出现及消退时间，早期开奶，促使胎粪早排。必要时还需采用光疗、手术等疗法。

5.2 分证论治^[1]

5.2.1 常证

5.2.1.1 湿热郁蒸证（推荐级别：D）

治法：清热利湿退黄。

主方：茵陈蒿汤（《伤寒论》）加味。

常用药：茵陈、栀子、大黄、泽泻、车前子、黄芩、金钱草。

药物加减：黄疸明显者，加虎杖、龙胆；水肿者，加猪苓、茯苓、滑石；呕吐者，加姜半夏、竹茹；腹胀者，加厚朴、枳实；面目晦暗，舌质紫暗者，加丹参、桃仁、红花、赤芍。

5.2.1.2 寒湿阻滞证（推荐级别：D）

治法：温中化湿退黄。

主方：茵陈理中汤（《张氏医通》）加味。

常用药：茵陈、干姜、白术、甘草、党参、薏苡仁、茯苓。

药物加减：四肢厥冷者，加附子；水肿尿少者，加茯苓、猪苓；肝脾肿大者，加三棱、莪术；腹胀、呕吐者，加陈皮、枳实、姜半夏、生姜；食少纳呆者，加焦六神曲、砂仁；面目晦暗，舌质紫暗者，加川芎、丹参。

5.2.1.3 气滞血瘀证（推荐级别：D）

治法：行气化瘀消积。

主方：血府逐瘀汤（《医林改错》）加减。

常用药：柴胡、郁金、枳壳、桃仁、当归、赤芍、丹参。

药物加减：大便干结者，加大黄；皮肤瘀斑、便血者，加牡丹皮、地榆；腹胀者，加木香、香橼皮；胁下痞块质硬者，加鳖甲、水蛭。

5.2.2 变证

5.2.2.1 胎黄动风证（推荐级别：D）

治法：平肝息风退黄。

主方：羚角钩藤汤（《通俗伤寒论》）加减。

常用药：羚羊角粉、钩藤、天麻、茵陈、大黄、车前子、石决明、牛膝、僵蚕、栀子、黄芩。

药物加减：便血者，加地榆、槐花；肌衄者，加茜草、藕节。

5.2.2.2 胎黄虚脱证（推荐级别：D）

治法：温阳补虚固脱。

主方：参附汤（《世医得效方》）合生脉散（《医学启源》）加味。

常用药：人参、附子、干姜、五味子、麦冬、茵陈、金钱草。

药物加减：四肢厥冷者，加桂枝、细辛；面色苍白者，加炙黄芪、当归。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

茵栀黄口服液（颗粒）：口服液：每支 10ml；颗粒：每袋 3g。成人剂量：每服口服液 10ml 或颗粒 6g，每日 3 次。建议用法用量：口服液：每服剂量：新生儿 2ml，每日 3 次。颗粒：每服剂量：新生儿 2g，每日 3 次。用于湿热郁蒸证。（推荐级别：C）^[2-3]

清肝利胆口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 20~30ml，每日 2 次。建议用法用量：每服剂量：新生儿 5ml，每日 2 次，每日 2 次。用于湿热郁蒸证。（推荐级别：D）^[4]

5.3.2 中药注射剂

茵栀黄注射液：每支 10ml。成人剂量：静脉滴注，每次 10~20ml，加入 10% 葡萄糖注射液 250~500ml 稀释后滴注，每日 1~2 次，7~10 日为 1 个疗程。建议用法用量：3~5ml/d，加入 5% 或 10% 葡萄糖注射液 50ml 稀释后静脉滴注。用于湿热郁蒸证。（推荐级别：C）^[5]

清开灵注射液：每支 2ml。成人剂量：肌肉注射，每日 2~4ml；静脉滴注：每日 20~40ml，以 10% 葡萄糖注射液 200ml 或 0.9% 氯化钠注射液 100ml 稀释后使用。建议用法用量：1ml/(kg·d)，以 10% 葡萄糖注射液 10ml 稀释 1ml 清开灵的比例，静脉滴注，每日 1 次。注意滴速勿快。用于胎黄动风证。（推荐级别：D）^[6]

生脉注射液：每支 20ml。成人剂量：肌肉注射，每次 2~4ml，每日 1~2 次；静脉滴注，每次 20~60ml，用 5% 葡萄糖注射液 250~500ml 稀释后使用。建议用法用量：3~5ml/d，加入 5% 葡萄糖注射液 50ml 稀释后静脉滴注。用于胎黄虚脱证。（推荐级别：D）

5.5 光疗

用蓝光、绿光或白光照射，可使未结合胆红素经过光氧化及异构化作用产生胆绿色、无毒的水溶性双吡咯，而经胆汁和尿液排出。但光疗可引起发热、腹泻、血钙水平降低、血小板计数下降和铜绿症等不良反应，强光照射对眼睛和 DNA 有潜在的损伤危害，应予以重视。目前已改进为蓝光毯治疗仪，在临床广泛推广。（推荐级别：D）

5.6 灌肠疗法

茵陈 10g，栀子 4g，大黄 3g，黄芩 4g，薏苡仁 10g，郁金 4g。水煎 2 次，浓缩过滤成 25ml，每日 1 剂，直肠滴注，连用 7 日。用于湿热郁蒸证。（推荐级别：D）^[7]

5.7 泡浴疗法

茵陈 30g，白头翁 30g，大黄 15g，黄柏 20g，黄芩 20g。煎汤后泡浴患儿，泡洗水温保持在 38℃~40℃，室温调节至 25℃~28℃，关闭门窗，每次泡洗时间为 15 分钟，每日 1 次。用于湿热郁蒸证（推荐级别：D）^[8]

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 86.
- [2] 贾中芬. 黄栀花口服液治疗新生儿黄疸疗效观察 [J]. 北京中医药大学学报, 2000, 23 (S1): 89.
- [3] 衣楠林, 石小湘, 李茜. 茵栀黄颗粒辅助治疗新生儿黄疸疗效观察 [J]. 中国优生与遗传杂志, 2006, 14 (9): 51.
- [4] 李建业, 张彦伦, 王春鸽, 等. 光疗联合清肝利胆口服液治疗母乳性黄疸疗效观察 [J]. 新乡医学院学报, 2008, 25 (1): 81-82.
- [5] 谷鑫, 彭静, 阿米娜·克然木, 等. 茵栀黄注射液辅助治疗新生儿高胆红素血症 45 例疗效观察 [J]. 中医儿科杂志, 2011, 7 (2): 28-29.
- [6] 李柏谦, 张平, 孙志滔. 清开灵注射液对新生儿高胆红素血症的治疗观察 [J]. 实用医学杂志, 2001, 17 (10): 1005.
- [7] 段秀芳, 鲍红, 宫兆柱, 等. 退黄煎剂直肠滴注治疗新生儿高胆红素血症的临床研究 [J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25 (6): 508-510.
- [8] 黄素金, 罗燕君, 朱春玲. 加味三黄汤泡洗佐治新生儿黄疸疗效观察 [J]. 中国医药导报, 2008, 5 (17): 91.

胎 怯

1 范围

本指南提出了胎怯的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于胎怯的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

胎怯 low birth-weight infant

胎怯是新生儿常见病之一，为新生儿出生时体重低下，身材短小，脏腑形气均未充实的一种病证。相当于西医的“低出生体重儿”、“早产儿”、“小于胎龄儿”。

3 诊断

3.1 病史

多有早产、多胎、孕妇体弱、孕妇疾病等造成先天不足的各种病因，及/或羊水污染，胎盘、脐带异常等病史。

3.2 临床表现

以新生儿出生时体重低下，身材短小，可伴反应低下，气弱声低，吮乳无力，筋弛肢软等全身各脏腑虚弱的多种临床表现。

一般出生体重 <2500g，身长 <46cm。

4 辨证^[1-6]

4.1 常证

4.1.1 肾精薄弱证

身材短小，形体瘦弱，哭声低微，气息微弱，头大，囟门大，头发稀黄，耳壳薄软，耳舟不清，肌肤欠温，骨弱肢柔，指甲菲薄，指（趾）甲未达指（趾）端，足纹浅少，睾丸不降，阴囊淡白或松弛，或大阴唇未覆盖小阴唇，可有先天性畸形，指纹淡。

4.1.2 脾肾两虚证

形体瘦弱，身材偏短，精神萎靡，啼哭无力，面色无华，口唇色淡，指甲淡白，皮肤薄嫩，肌肉瘠薄，手足如削，多卧少动，吮乳乏力，吮乳量少，呛乳、溢乳、吐奶，哽气多哕，四肢不温，大便稀溏，便次增多，腹胀，面目黄染，甚至水肿，指纹淡。

4.1.3 五脏亏虚证

身材短小，形体瘦弱，精神萎靡，气弱声低，目无神采，皮肤薄嫩，肌肤不温，胎毛细软，面色无华，唇甲淡白，肌肉瘠薄，萎软无力，筋弛肢软，虚里动疾，时有惊惕，吮乳量少，指甲软或短，指纹淡。

4.2 变证

4.2.1 肺气虚衰证

形体瘦弱，身材短小，多早产，哭声低弱，反应低下，口唇紫绀或全身青紫；面色苍白或青灰，胎毛多或细软，皮肤薄嫩，呼吸浅促或不匀，甚至呼吸困难或暂停，咳嗽无力，四肢厥冷，哺喂困难，指纹紫滞。

4.2.2 元阳衰微证

身材短小，形体瘦弱，反应极差，面色苍白或青灰，唇淡，气息微弱，哭声低怯，全身冰冷，肌肤板硬而肿，范围波及全身，皮肤暗红，僵卧少动，吸吮困难，尿少或无尿，指纹淡红或不显。

5 治疗

5.1 治疗原则^[1,7-9]

本病治疗,以培补脾肾为基本法则。临证还应根据其不同证候给予不同治法,肾精薄弱证以益精充髓、补肾温阳为主,脾肾两虚证以健脾益肾、温运脾阳为主,五脏亏虚证以健脾益肾、培元补虚为主。若出现变证,配合使用补肺益气、温阳散寒等治法。初生小儿脾胃薄弱,补益时当佐以助运,以防呆滞。同时,本病还常结合其他治法,如推拿。对极低出生体重儿(体重<1500g)还应在新生儿重症监护室进行监护与管理。胎怯儿的护理与治疗同样重要,如保暖、合理喂养、皮肤护理、预防感染等护理方法,可以提高患儿的成活率,并减少合并证的发生。早产儿喂养以早产儿配方奶为宜,若母乳喂养,应加用母乳添加剂,对喂养困难的患儿,应早期静脉营养支持或胃管鼻饲。

5.2 分证论治

5.2.1 常证

5.2.1.1 肾精薄弱证(推荐级别:D)^[10-11]

治法:益精充髓,补肾温阳。

主方:补肾地黄丸(《医宗金鉴》)加减。

常用药:紫河车、熟地黄、枸杞子、杜仲、鹿茸、肉苁蓉、茯苓、山药。

药物加减:不思乳食者,加麦芽(炒)、谷芽(炒)、砂仁;兼见气虚者,加黄芪、党参;肢体不温者,加附子、巴戟天;唇甲青紫者,加红花、桂枝。

5.2.1.2 脾肾两虚证(推荐级别:D)^[2,10-12]

治法:健脾益肾,温运脾阳。

主方:保元汤(《博爱心鉴》)加减。

常用药:炙黄芪、人参、白术、茯苓、陈皮、肉桂、干姜、甘草。

药物加减:呕吐者,加姜半夏,干姜易生姜;泄泻者,加苍术、山药;腹胀者,加木香、枳壳;喉中痰多者,加法半夏、川贝母;气息微弱者,加紫河车、蛤蚧。

5.2.1.3 五脏亏虚证(推荐级别:D)^[11]

治法:健脾益肾,培元补虚。

主方:十全大补汤(《太平惠民和剂局方》)加减。

常用药:人参、白术、茯苓、黄芪、当归、川芎、白芍、熟地黄、肉桂、甘草。

药物加减:偏肺虚气弱声低,皮肤薄嫩者,重用炙黄芪、白术,加黄精,少佐防风;偏心虚神委唇淡,虚里动疾者,加当归、麦冬、龙骨;偏肝虚筋弛肢软,易作癰疽者,加枸杞子、牡蛎。

5.2.2 变证

5.2.2.1 肺气虚衰证(推荐级别:D)

治法:益气固脱,补益肺气。

主方:独参汤(《十药神书》)加味。

常用药:人参、附子、黄芪。

药物加减:口吐白沫,呼吸不匀者,加僵蚕、石菖蒲、制南星;气弱声低,皮肤薄嫩者,重用炙黄芪,加白术、黄精、坎脐、防风。

5.2.2.2 元阳衰微证(推荐级别:D)

治法:温补脾肾,温阳散寒。

主方:参附汤(《世医得效方》)加味。

常用药:人参、黄芪、附子、巴戟天、桂枝、丹参、当归。

药物加减:肾阳虚衰者,加鹿茸;血瘀明显者,加桃仁、红花、赤芍;硬肿甚者,加郁金、鸡血藤;肌肤肿甚者,加薏苡仁、车前子;小便不利者,加茯苓、猪苓、生姜皮。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

六味地黄口服液：每支10ml。成人剂量：每服10ml，每日2次。建议用法用量：每服5ml，每日2次。用于肾精薄弱证。（推荐级别：D）

补中益气口服液：每支10ml。成人剂量：每服10ml，每日2~3次。建议用法用量：每服3ml，每日2次。用于脾肾两虚证。（推荐级别：D）

5.3.2 中药注射剂

生脉注射液：每支20ml。成人剂量：肌肉注射，每次2~4ml，每日1~2次。静脉滴注，每次20~60ml，用5%葡萄糖注射液250~500ml稀释后使用。建议用法用量：3~5ml/d，加入5%葡萄糖注射液50ml稀释后静脉滴注。用于肺气虚衰证。（推荐级别：D）

参附注射液：每支10ml。成人剂量：肌肉注射，每次2~4ml，每日1~2次。静脉滴注，每次20~100ml，用5%~10%葡萄糖注射液250~500ml稀释后使用。静脉推注，每次5~20ml用5%~10%葡萄糖注射液20ml稀释后使用。建议用法用量：2ml/(kg·d)加入10%葡萄糖注射液50ml中静脉滴注。用于元阳衰微证。（推荐级别：D）

5.4 推拿疗法

补脾经30次，掐揉四横纹3~5遍后再用指腹按揉之，运水入土法15~30次，按揉足三里穴15次，肝俞、脾俞、胃俞处按揉3~5次，捏脊3~5遍，手法轻柔。功效消食导滞、健脾和胃、镇静安神。用于早产儿呕吐、腹胀、体重不增、胎粪延迟者。（推荐级别：D）^[13-16]

参考文献

- [1] 汪受传, 姚惠陵, 王明明. 胎怯病因病机探讨——附 200 例新生儿调查分析 [J]. 辽宁中医杂志, 1995, 22 (1): 1-2.
- [2] 汪受传, 姚惠陵, 孙树恒, 等. 补肾健脾法治疗胎怯的临床研究 [J]. 中国医药学报, 1996, 11 (2): 13-16.
- [3] 王明明, 汪受传. 胎怯豚鼠模型血清超氧化物歧化酶及骨钙素含量的实验研究 [J]. 中医药研究, 1996, (1): 54.
- [4] 姚惠陵, 汪受传, 张志辰, 等. 论低出生体重儿肾脾两虚的体质特点 [J]. 中医药研究, 1995, (1): 14-15.
- [5] 汪受传, 王明明, 姚惠陵. 胎怯肾脾两虚证与内分泌激素等关系的研究 [J]. 辽宁中医杂志, 1996, 23 (3): 100-101.
- [6] 汪受传, 姚惠陵. 胎怯辨证论治探析 [J]. 南京中医学院学报, 1994, 10 (4): 5-6.
- [7] 杨翠华, 宋爱民. 低体重早产儿 126 例的护理 [J]. 菏泽医学专科学校学报, 2002, 14 (1): 79-80.
- [8] 李莉, 邢红梅, 宋淑梅, 等. 低体重出生儿 46 例护理体会 [J]. 黑龙江医药科学, 1998, 21 (5): 95.
- [9] 张娜, 郝惠秋. 早产儿辨证施护体会 [J]. 河北中医, 2004, 26 (3): 237.
- [10] 姚惠陵, 汪受传, 王明明, 等. 补肾健脾法促进低出生体重儿生长发育的机理探讨 [J]. 南京中医药大学学报, 1995, 11 (5): 34-35.
- [11] 汪受传, 姚惠陵, 孙树恒, 等. 助长口服液治疗低出生体重儿的临床及实验研究 [J]. 医学研究通讯, 1998, 27 (3): 19-20.
- [12] 汪受传, 姚惠陵, 王明明. 助长口服液治疗胎怯的临床及实验研究 [J]. 中医杂志, 2000, 41 (12): 737-738.
- [13] 陆舞英, 张金凤, 张元明, 等. 抚触配合穴位按摩对早产儿喂养不耐受的影响 [J]. 现代中西医结合杂志, 2008, 17 (35): 5476-5477.
- [14] 杨弘伟, 徐颖卿, 曹洁, 等. 穴位经络按摩对促进早产儿早期发育的影响 [J]. 上海预防医学杂志, 1999, 11 (12): 539-541.
- [15] 黄美凌, 陈丽萍, 林冰清, 等. 中医按摩对早产儿生长发育及高胆红素血症影响的研究 [J]. 中国实用护理杂志, 2005, 21 (8): 1-3.
- [16] 黄美凌, 陈丽萍, 林冰清, 等. 中医按摩对早产儿生长发育及硬肿症影响的研究 [J]. 国外医学·护理学分册, 2005, 24 (10): 621-623.

皮肤黏膜淋巴结综合征

1 范围

本指南提出了皮肤黏膜淋巴结综合征的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于 18 周岁以下人群皮肤黏膜淋巴结综合征的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

皮肤黏膜淋巴结综合征 mucocutaneous lymph node syndrome, MCLS

皮肤黏膜淋巴结综合征, 又称川崎病, 是一种以全身血管炎性病变为主要病理的急性发热性出疹性疾病。临床以发热、皮疹、球结膜充血、草莓舌、颈淋巴结肿大、手足硬肿为特征。属于中医“温病”范畴。

3 诊断

3.1 临床表现^[1-3]

发热持续 5 天以上, 皮疹, 双目红赤, 草莓舌, 口唇绛红、皲裂, 口腔及咽部黏膜弥漫性充血, 手足硬性水肿, 指、趾端膜样脱皮, 颈部淋巴结肿大。

3.2 实验室及特殊检查^[1-7]

血常规: 白细胞增高, 以中性粒细胞为主, 多伴核左移, 可轻度贫血, 病程第 2 周血小板增多。

血沉: 增快。

C 反应蛋白: 增高。

心电图: ST 段改变, T 波异常, 心律失常及异常 Q 波等。

超声心动图: 可见冠状动脉扩张或冠状动脉瘤, 可有心包积液。

3.3 需与皮肤黏膜淋巴结综合征鉴别的病种

猩红热, 渗出性多形性红斑, 传染性单核细胞增多症, 麻疹, 幼年特发性关节炎。

4 辨证^[8-10]

4.1 邪在卫气证

持续高热, 微恶风, 双目红赤, 口唇泛红, 口腔黏膜潮红, 咽红或痛, 手足微肿稍硬, 手掌、足底潮红, 皮疹显现, 颈部淋巴结肿大, 肛周皮肤发红, 口渴喜饮, 或伴咳嗽, 纳差, 舌质红, 苔薄黄, 脉浮数, 指纹淡紫。

4.2 气营两燔证

壮热不退, 昼轻夜重, 斑疹遍布, 斑疹多形色红, 唇干赤裂, 口腔黏膜弥漫充血, 双目红赤, 手足硬肿潮红, 指、趾端膜样脱皮, 肛周皮肤发红或脱皮, 颈部淋巴结肿大, 口干渴, 或伴烦躁不宁, 舌质红绛, 状如草莓, 苔黄, 脉数, 指纹紫滞。

4.3 气阴两伤证

低热留恋或身热已退, 指、趾端脱皮或脱屑, 斑疹消退, 倦怠乏力, 动辄汗出, 手足心发热, 咽干口渴, 口渴欲饮, 或伴心悸、纳差、盗汗, 舌红少津, 苔少, 脉细弱不整, 指纹淡。

5 治疗

5.1 治疗原则^[11-12]

本病治疗, 以清热解毒, 活血化瘀为基本原则。初起疏风清热解毒, 宜辛凉透达; 热毒炽盛治以清气凉营解毒, 苦寒清透; 后期气耗阴伤, 则以益气养阴为主, 甘寒柔润。本病易于形成瘀血, 自初

期至后期始终应注意活血化瘀法的应用。温毒之邪多从火化，最易伤阴，在治疗中又要分阶段滋养胃津，顾护心阴。同时，本病还应结合其他治疗，如静滴丙种球蛋白，口服阿司匹林等。患儿须长期随访冠状动脉情况。

5.2 分证论治

5.2.1 邪在卫气证（推荐级别：D）^[9]

治法：清热解毒，辛凉透表。

主方：银翘散（《温病条辨》）加减。

常用药：金银花、连翘、薄荷、板蓝根、牛蒡子、玄参、鲜芦根。

药物加减：高热烦躁者，加石膏、知母；颈部淋巴结肿大者，加浙贝母、僵蚕；手掌、足底潮红者，加地黄、牡丹皮；口渴唇干者，加天花粉、麦冬；关节肿痛者，加桑枝、虎杖。

5.2.2 气营两燔证（推荐级别：D）^[9-10,13]

治法：清气凉营，解毒化瘀。

主方：清瘟败毒饮（《疫疹一得》）加减。

常用药：水牛角、牡丹皮、赤芍、石膏、知母、黄芩、栀子、玄参、地黄。

药物加减：大便秘结者，加大黄；热重伤阴者，加麦冬、石斛、淡竹叶、地黄；腹痛泄泻者，加黄连、木香、苍术、焦山楂；颈部淋巴结增多者，加夏枯草、蒲公英。

5.2.3 气阴两伤证（推荐级别：D）^[9-10,13]

治法：益气养阴，清解余邪。

主方：沙参麦冬汤（《温病条辨》）加减。

常用药：北沙参、麦冬、地黄、玄参、玉竹、天花粉、太子参、白术、白扁豆。

药物加减：纳呆者，加茯苓、焦山楂、焦六神曲；低热不退者，加地骨皮、银柴胡；大便干结者，加瓜蒌子、火麻仁；心悸、脉律不整者，加丹参、黄芪、炙甘草。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

双黄连口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 20ml，每日 3 次。建议用法用量：每服剂量：<3 岁 10ml，每日 2 次；3~6 岁 10ml，每日 3 次；>6 岁 20ml，每日 2~3 次。用于邪在卫气证。（推荐级别：D）

蒲地蓝消炎口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 10ml，每日 3 次。建议用法用量：每服剂量：<1 岁 1/3 支、1 岁~3 岁 1/2 支、3 岁~5 岁 2/3 支、>5 岁 1 支，每日 3 次。用于邪在卫气证。（推荐级别：D）

生脉饮口服液：每支 10ml。成人剂量：每服 10ml，每日 3 次。建议用法用量：每服剂量：<3 岁 5ml，每日 2 次；3~6 岁 5ml，每日 3 次；>6 岁 10ml，每日 2~3 次。用于气阴两伤证。（推荐级别：D）

5.3.2 中药注射剂

清开灵注射液：每支 2ml。成人剂量：肌肉注射，每日 2~4ml；静脉滴注，每日 20~40ml，以 10% 葡萄糖注射液 200ml 或 0.9% 氯化钠注射液 100ml 稀释后使用。建议用法用量：1ml/（kg·d），最大剂量不超过 20ml，以 10% 葡萄糖注射液 10ml 稀释 1ml 清开灵的比例，静脉滴注，每日 1 次。输液速度：注意滴速勿快，儿童以每分钟 20~40 滴为宜。用于气营两燔证。（推荐级别：D）^[14]

香丹注射液：每支 2ml。成人剂量：肌肉注射，每次 2ml，每日 1~2 次；静脉滴注，每次 10~20ml，用 5%~10% 葡萄糖注射液 250~500ml 稀释后使用，每日 1 次。建议用法用量：1ml/（kg·d）

加入5%~10%葡萄糖注射液100~250ml稀释后静脉滴注,最大剂量不超过10ml。用于气营两燔证或气阴两伤证有血瘀表现者。(推荐级别:D)^[15-16]

生脉注射液:每支20ml。成人剂量:肌肉注射,每次2~4ml,每日1~2次;静脉滴注,每次20~60ml,用5%葡萄糖注射液250~500ml稀释后使用。建议用法用量:1ml/(kg·d),加入5%葡萄糖注射液100~250ml稀释后静脉滴注。用于气阴两伤证。(推荐级别:D)^[17]

参考文献

- [1] 鲁炜慧, 杜忠东, 赵地, 等. 基于北京市儿童川崎病 6 年流行病学资料的实验室指标分析[J]. 中国循证儿科杂志, 2008, 3 (5): 356-361.
- [2] 申志强, 崔崇瑜. 川崎病 145 例回顾及随访分析 [J]. 实用儿科临床杂志, 2005, 20 (3): 279-280.
- [3] 刘瀚旻, 陈思, 王泽蓉, 等. 川崎病 265 例回顾性分析 [J]. 华西医科大学学报, 2001, 32 (1): 152-154.
- [4] 邓素娟, 朱美华. 血小板、血沉和 C 反应蛋白与川崎病患儿童冠状动脉损伤的关系 [J]. 现代中西医结合杂志, 2008, 17 (23): 3574-3575.
- [5] 白玲. 血小板指数和 C 反应蛋白在川崎病诊疗中的意义 [J]. 检验医学与临床, 2008, 5 (2): 126-127.
- [6] 忻悦, 吕进泉. 心电图对川崎病冠状动脉损害的诊断价值 [J]. 实用心电学杂志, 2007, 16 (6): 413-414.
- [7] 王鸿, 耿丹明, 洪峻峰. 彩色多普勒对川崎病冠状动脉分支受累的研究 (附 154 例分析) [J]. 福建医药杂志, 2004, 26 (3): 123-125.
- [8] 刘弼臣, 宋祚民, 安效先, 等. 川崎病的中医证治 [J]. 北京中医, 1990, 45 (4): 10-11.
- [9] 王俊宏, 李萍. 中西医结合治疗川崎病 30 例 [J]. 北京中医药大学学报 (中医临床版), 2009, 16 (2): 27-29.
- [10] 李蕾华, 李淑华. 中西医结合治疗小儿川崎病 30 例 [J]. 新中医, 2008, 40 (6): 90-91.
- [11] 汪受传. 新世纪全国高等中医药院校七年制规划教材·中医儿科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004: 353-357.
- [12] 沈晓明, 王卫平. 儿科学 [M]. 第 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 184-187.
- [13] 周优丽, 周浙生. 中西医结合治疗小儿川崎病临床观察 [J]. 浙江中医药大学学报, 2007, 31 (2): 201-202.
- [14] 郭龙恩. 中西医结合治疗川崎病 26 例 [J]. 山东中医杂志, 1998, 17 (4): 170.
- [15] 蒋红雨. 复方丹参注射液辅助治疗儿童川崎病 33 例 [J]. 中国中西医结合杂志, 2002, 22 (8): 640.
- [16] 梁剑, 傅万海, 李文英, 等. 复方丹参注射液治疗川崎病血小板增高疗效评价 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2008, 29 (12): 1436.
- [17] 江英能, 肖旭腾, 许双虹, 等. 中西医结合治疗小儿川崎病 18 例疗效观察 [J]. 新中医, 2002, 34 (1): 37-38.

过敏性紫癜

1 范围

本指南提出了过敏性紫癜的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于 18 周岁以下人群过敏性紫癜的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

过敏性紫癜 anaphylactoid purpura^[1-2]

过敏性紫癜是一种以小血管炎为主要病变的全身性血管炎综合征。以皮肤紫癜、消化道黏膜出血、关节肿痛和肾脏损伤（血尿、蛋白尿等）为主要临床表现。本病一年四季均可发生，但以冬春季发病较多。各年龄段均可发病，以学龄儿童最多见，3~14 岁为好发年龄。男孩多于女孩，男女发病比例大约为（1.4~2）:1。属于中医“紫癜”、“紫癜风”、“葡萄疫”、“肌衄”等范畴。

3 诊断^[1-3]

3.1 诊断要点

发病前可有上呼吸道感染或服食某些食物、药物等病史。

发病较急，紫癜多见于下肢远端及臀部，对称分布，形状不一，高出皮面，压之不退色。可伴有荨麻疹、血管神经性水肿、游走性大关节肿痛、腹痛、便血及血尿、蛋白尿等。

血小板计数多数正常或升高，出血、凝血时间、血块收缩时间均正常。

应注意定期检查尿常规，可有镜下血尿、蛋白尿等肾脏损伤表现。肾组织活检可确定肾脏病变性质。

3.2 实验室检查

血常规、尿常规、粪常规及隐血试验、肝肾彩超、24 小时尿蛋白定量、尿放免、尿 NAG 酶、尿红细胞形态、毛细血管脆性试验、血块收缩试验、凝血五项、肝肾功能、免疫学检查、过敏原筛查等。

3.3 需与过敏性紫癜鉴别的病种

特发性血小板减少性紫癜，链球菌感染后肾小球肾炎，风湿性关节炎，急腹症，急性肾炎，IgA 肾病等。

4 辨证^[1-7]

4.1 过敏性紫癜

4.1.1 风热伤络证

紫癜以下肢和臀部为多，可伴荨麻疹，也可见于上肢，对称分布，颜色较鲜红，大小形态不一，可融合成片，或有痒感，并可见关节肿痛、腹痛、便血、尿血等症，前驱症状多为发热、微恶风寒、咳嗽、咽红、鼻衄、全身不适、食欲不振等，舌质红，苔薄黄，脉浮数。

4.1.2 血热妄行证

起病急，皮肤瘀斑密集，甚则融合成片，色鲜红或紫红；可伴发热面赤、口干、渴喜冷饮、心烦失眠、衄血、便血或大便干结，小便黄赤，舌质红，苔黄略干，脉数有力。

4.1.3 湿热痹阻证

皮肤紫斑色黯，多见于关节周围，伴有关节肿痛灼热，尤以膝、踝关节多见，四肢沉重，肢体活动受限，可伴有腹痛、纳呆、渴不欲饮、大便不调、便血、尿血，舌质红，苔黄腻，脉滑数或弦数。

4.1.4 阴虚火旺证

起病缓，病程长，皮肤紫癜时发时止，瘀斑色暗红，可伴低热盗汗，手足心热，心烦不宁，口燥

咽干,头晕耳鸣,尿血,舌红少津,脉细数。

4.1.5 气不摄血证

病程较长,紫癜反复发作,隐约散在,色淡,形体消瘦,面色不华,体倦乏力,头晕心悸,食少纳呆,便溏,舌淡,苔薄白,脉细弱或沉弱。

4.2 紫癜性肾炎

4.2.1 风热夹瘀证

起病急,皮肤紫斑,以下肢和臀部为多,对称分布,颜色鲜红,呈斑丘疹样,大小形态不一,可融合成片;可伴有发热,微恶风寒,咳嗽,流浊涕,咯黄痰,咽鲜红,鼻衄,尿血,便血;舌体瘀斑,苔薄黄,脉浮数。

4.2.2 血热夹瘀证

发病急骤,皮肤瘀点瘀斑密布,此起彼伏,色深紫红,甚则融合成片,可伴有心烦,口干欲饮,鼻衄,齿衄,便血,便秘,小便短赤;舌红绛或有芒刺,舌下脉络迂曲,苔薄黄或黄厚,脉数有力。

4.2.3 阴虚夹瘀证

起病较缓,病程较长,紫癜时发时隐,色暗红,或紫癜已消退,低热,潮热盗汗,手足心热,口干喜饮,夜寐不安,咽暗红,大便干燥;舌红少津,舌体瘀斑,少苔或无苔,脉细数。

4.2.4 气阴两虚夹瘀证

起病较缓,病程较长,紫癜时发时隐,色暗红,或紫癜已消退,自汗盗汗,咽干唇裂,口渴喜饮,五心烦热,面色潮红,午后潮热,平日易感冒,倦怠乏力,少气懒言,纳差食少;舌体瘀斑,舌红少津,少苔,脉细无力。

5 治疗

5.1 治疗原则^[1-3]

本病的治疗不外祛因和消斑两方面,可标本同治,症因兼顾。早期当以祛邪为主,迁延期则当顾护气阴为本,消除紫癜为标。实证以清热凉血为主,随证配用祛风通络、缓急和中;虚证以滋阴降火、益气摄血为主。紫癜为离经之血,皆属瘀血,故活血化瘀贯穿始终。

由于本病常见复发,是标证虽去而内脏功能尚未恢复之故,因此,紫癜消退后若有肾脏损害者,仍应继续调治,方能获得远期疗效。患儿应避免接触各种过敏原;出血量多时,应限制活动;忌辛辣饮食,有消化道出血时,应禁食;同时应防治感染,驱除体内寄生虫。

5.2 分证论治^[4-7]

5.2.1 过敏性紫癜

5.2.1.1 风热伤络证(推荐级别: D)^[8]

治法:祛风清热,凉血安络。

主方:银翘散(《温病条辨》)加减。

常用药:金银花、连翘、牛蒡子、薄荷、荆芥、紫草、茜草、地黄、牡丹皮等。

药物加减:若皮肤瘙痒者,加白鲜皮、牛蒡子、地肤子、浮萍、蝉蜕;咳嗽者,加桑叶、菊花、前胡;便血者,可加苦参、槐花炭;腹痛者,可加木香、赤芍;尿血者,可加藕节炭、白茅根、大蓟、小蓟、墨旱莲;关节肿痛者,可加秦艽、防己、牛膝。

5.2.1.2 血热妄行证(推荐级别: D)^[9]

治法:清热解毒,凉血化斑。

主方:犀角地黄汤(《备急千金要方》)加味。

常用药:水牛角、地黄、牡丹皮、赤芍、紫草、甘草等。

药物加减:若皮肤紫斑多者,加丹参、荆芥、忍冬藤;便血者,加地榆、血余炭、槐花炭;腹痛者可加木香、白芍;尿血者,加大蓟、小蓟、白茅根、墨旱莲;关节肿痛者,可加忍冬藤、海风藤、

牛膝；便秘者，加大黄；目赤者，加青黛、菊花。

5.2.1.3 湿热痹阻证（推荐级别：D）^[10]

治法：清热利湿，化瘀通络。

主方：四妙丸（《成方便读》）加味。

常用药：黄柏、苍术、牛膝、薏苡仁、白术、木瓜、紫草、桑枝、独活等。

药物加减：若关节肿痛、活动受限者，加赤芍、鸡血藤、忍冬藤、海风藤、牛膝；泄泻者，加葛根、黄连、马鞭草；尿血者，加小蓟、石韦、白茅根；腹痛较甚者，可配用芍药、甘草。

5.2.1.4 阴虚火旺证（推荐级别：D）^[11]

治法：滋阴清热，凉血化瘀。

主方：大补阴丸（《丹溪心法》）加减。

常用药：熟地黄、龟甲、黄柏、知母、牡丹皮、牛膝、蜂蜜等。

药物加减：若腰膝酸软甚者，加山茱萸、枸杞子、女贞子；尿血色红者，可另冲服琥珀粉、三七粉。低热者，加银柴胡、地骨皮；盗汗者，加牡蛎（煅）、龙骨（煅）、五味子。

5.2.1.5 气不摄血证（推荐级别：D）^[12]

治法：健脾益气，和营摄血。

主方：归脾汤（《济生方》）加减。

常用药：党参、黄芪、白术、当归、龙眼肉、茯神、酸枣仁、远志等。

药物加减：若腹痛便血者，加乌梅、白芍、防风炭、地榆；出血不止者，加鸡血藤、血余炭、阿胶；兼有风邪表证者，可酌加荆芥、防风、牛蒡子等疏风解表之品，但用量不宜大，以防化燥伤阴。

5.2.2 紫癜性肾炎

5.2.2.1 风热夹瘀证（推荐级别：D）

治法：祛风清热，活血化瘀。

主方：连翘败毒散（《疮疡经验全书》）加减。

常用药：当归、连翘、黄芩、麦冬、柴胡、前胡、地黄、黄连、甘草等。

药物加减：若皮肤瘙痒者，加白鲜皮、地肤子等；腹痛者，可加广木香、白芍；便血者，加地榆、苦参、槐花炭；尿血者，可加藕节炭、白茅根、小蓟、墨旱莲。

5.2.2.2 血热夹瘀证（推荐级别：D）^[13]

治法：清热解毒，活血化瘀。

主方：犀角地黄汤（《备急千金要方》）加味。

常用药：水牛角、地黄、赤芍、牡丹皮、玄参、栀子、黄芩、紫草、连翘、甘草等。

药物加减：若皮肤紫斑多者，加知母、栀子、藕节炭、茜草炭、仙鹤草；鼻衄量多者，可酌加白茅根、蒲黄（炒）、仙鹤草、三七粉；齿衄者，加藕节炭；尿血者，加大蓟、小蓟；便血者，加地榆、益母草。

5.2.2.3 阴虚夹瘀证（推荐级别：D）^[14]

治法：滋阴清热，活血化瘀。

主方：知柏地黄汤（《医宗金鉴》）加减。

常用药：地黄、牡丹皮、山茱萸、茯苓、黄柏、知母、墨旱莲、牛膝、泽兰等。

药物加减：若低热者，加银柴胡、青蒿、地骨皮；盗汗者，加牡蛎（煅）、龙骨（煅）、五味子；尿血者，加白茅根、小蓟、大蓟、仙鹤草；便血者，加地榆、槐花炭。

5.2.2.4 气阴两虚夹瘀证（推荐级别：D）

治法：益气养阴，活血化瘀。

主方：参芪地黄汤（《沈氏尊生书》）加减。

常用药：人参、黄芪、茯苓、地黄、山药、山茱萸、牡丹皮、泽泻等。

药物加减：若口干咽燥者，加玄参、石斛、玉竹等；尿血者，加蒲黄（炒）、藕节炭、小蓟、大蓟；便血者，加地榆、槐花炭等。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

雷公藤多甙片：每片10mg。1~1.5mg/（kg·d），分2~3次口服。适用于过敏性紫癜反复不愈及紫癜性肾炎各证。单纯皮肤紫癜疗程2~3个月；紫癜性肾炎疗程3~6个月。（推荐级别：D）^[15]

归脾丸：浓缩丸每8丸相当于原生药3g。每服剂量：<1岁3~4丸、1~3岁4~5丸、4~7岁6~7丸、>7岁8~10丸，每日3次。用于气不摄血证。（推荐级别：D）

荷叶丸：每丸9g。每服剂量：>7岁4.5g，每日2~3次，空腹温开水送服。用于血热妄行证。（推荐级别：D）

肾炎康复片：每片0.3g。成人剂量：每服8片，每日3次。建议用法用量：每服剂量：<3岁2片、3~6岁4片、>6岁6片，每日3次。适用于紫癜性肾炎气阴两虚夹瘀证。（推荐级别：D）^[16]

5.3.2 中药注射液

清开灵注射液：每支2ml。成人剂量：肌肉注射，每日2~4ml；静脉滴注，每日20~40ml，以10%葡萄糖注射液200ml或0.9%氯化钠注射液100ml稀释后使用。建议用法用量：1ml/（kg·d），最大剂量不超过20ml，以10%葡萄糖注射液10ml稀释1ml清开灵的比例，静脉滴注，每日1次。输液速度：注意滴速勿快，儿童以每分钟20~40滴为宜。用于血热妄行证。（推荐级别：D）^[17]

香丹注射液：每支2ml。成人剂量：肌肉注射，每次2ml，每日1~2次；静脉滴注，每次10~20ml，用5%~10%葡萄糖注射液250~500ml稀释后使用，每日1次。建议用法用量：1ml/（kg·d）加入5%~10%葡萄糖注射液100~250ml稀释后静脉滴注，最大剂量不超过10ml。用于过敏性紫癜血热妄行证及紫癜性肾炎各证。（推荐级别：D）^[18]

参考文献

- [1] 汪受传, 俞景茂. 全国高等中医药院校研究生规划教材·中医儿科临床研究 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 460-472.
- [2] 汪受传. 全国普通高等教育中医药类精编教材·中医儿科学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2006: 136-140.
- [3] 洪宏. 儿童过敏性紫癜的鉴别诊断与护理 [J]. 中国实用医药, 2007, 2 (34): 206-207.
- [4] 赵俊萍. 辨证分型治疗小儿过敏性紫癜 128 例 [J]. 光明中医, 2008, 23 (4): 463-464.
- [5] 肖达民. 中医药治疗过敏性紫癜的思路与方法 [J]. 新中医, 2001, 33 (12): 6-8.
- [6] 周健铖. 中医辨证治疗小儿过敏性紫癜 54 例疗效观察 [J]. 国际医药卫生导报, 2005, 11 (20): 75-76.
- [7] 王芳, 孙凤. 过敏性紫癜性肾炎的中医药治疗近况 [J]. 中医药信息, 2007, 24 (1): 14-17.
- [8] 冷雪琴, 刘素平. 银翘散加减莪术油治疗过敏性紫癜 46 例 [J]. 中国现代药物应用, 2009, 3 (11): 150-151.
- [9] 翁晓文, 孙俏丽, 李青. 犀角地黄汤治疗小儿过敏性紫癜 48 例 [J]. 中国实用医药, 2009, 4 (30): 121-122.
- [10] 韩文. 四妙丸加味治疗过敏性紫癜 6 例 [J]. 山东中医杂志, 2005, 24 (1): 28-29.
- [11] 邱金山. 加味大补阴丸治疗过敏性紫癜 42 例 [J]. 时珍国医国药, 2001, 12 (2): 192.
- [12] 杨泽明. 归脾汤加减联合糖皮质激素治疗过敏性紫癜 38 例临床观察 [J]. 云南中医中药杂志, 2010, 31 (1): 34-35.
- [13] 方德利. 犀角地黄汤加味治疗过敏性紫癜性肾炎 65 例 [J]. 实用中医药杂志, 2003, 19 (2): 74.
- [14] 周亦农, 孙玉冰. 中医药治疗过敏性紫癜临床观察 [J]. 中国中医急症, 2005, 14 (5): 431-432.
- [15] 任献青, 丁樱, 翟文生. 雷公藤多甙联合肝素钠治疗儿童过敏性紫癜性肾炎 76 例 [J]. 中医研究, 2008, 21 (5): 24-25.
- [16] 汪建国, 储玉玲, 周柱亮, 等. 肾炎康复片治疗紫癜性肾炎 40 例疗效观察及病例分析 [J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2004, 5 (6): 351-352.
- [17] 李公星. 中西医结合治疗过敏性紫癜 40 例疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2005, 14 (3): 329-330.
- [18] 李瑞珍, 马新瑜, 刘智胜. 复方丹参注射液治疗小儿过敏性紫癜的疗效观察 [J]. 中国综合临床, 2002, 18 (9): 856.

维生素 D 缺乏性佝偻病

1 范围

本指南提出了维生素 D 缺乏性佝偻病的诊断、辨证、治疗建议。

本指南适用于 18 周岁以下人群维生素 D 缺乏性佝偻病的诊断和治疗。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

维生素 D 缺乏性佝偻病 rickets of vitamin D deficiency

维生素 D 缺乏性佝偻病是由于儿童体内维生素 D 不足，致使钙磷代谢失常的一种慢性营养性疾病。临床以正在生长的骨骺端软骨板不能正常钙化，造成骨骼改变为主要特征。本病常发于冬春季，主要见于婴幼儿，尤以 6~12 月婴儿发病率较高。北方发病率高于南方地区，工业城市高于农村，人工喂养的婴儿发病率高于母乳喂养者。本病轻证如治疗得当，预后良好；重者如失治、误治，易导致骨骼畸形，留有后遗症，影响儿童正常生长发育。属于中医“夜惊”、“鸡胸”、“龟背”、“龟胸”、“汗证”、“五软”、“五迟”范畴。

3 诊断^[1-9]

3.1 临床表现

本病的临床表现根据症状、体征可以分为 4 期：

初期：有多汗、烦躁、睡眠不安、夜间惊啼。多汗与室温及季节无关，常因多汗及烦躁而摇头擦枕，出现枕秃及脱发圈。还可见囟门迟闭、牙齿迟出等。

激期：除早期症状加重外，还可见乒乓头、方颅、肋串珠、肋外翻、鸡胸、漏斗胸、龟背、手脚镯、下肢弯曲等骨骼改变。

恢复期：经治疗后，症状逐渐好转而至消失，体征逐渐减轻、恢复。

后遗症期：多见于 3 岁以后的小儿，经治疗或自然恢复，症状逐渐消失，骨骼改变不再进展，但遗留不同程度的骨骼畸形，无其他临床症状。

3.2 实验室检查

初期：血钙正常或稍低，血磷明显降低，钙磷乘积小于 30，血清碱性磷酸酶增高。X 线可正常或钙化带稍模糊，血清 $25-(\text{OH})_2\text{D}_3$ 下降。

激期：血清钙、磷均降低，碱性磷酸酶明显增高，腕部 X 线见临时钙化带模糊，干骺端增宽，边缘呈毛刷状或杯口状改变。

恢复期：X 线片临时钙化带重现，血生化恢复正常。

后遗症期：理化检查均正常。

3.3 需与维生素 D 缺乏性佝偻病鉴别的病种

肾性佝偻病，肾小管性酸中毒，软骨营养不良，维生素 D 依赖性佝偻病，先天性甲状腺功能低下，低血磷抗维生素 D 佝偻病。

4 辨证^[1-9]

4.1 肺脾气虚证

形体虚胖，肌肉松软，面色少华，纳呆，大便不调，多汗，睡眠不宁，囟门开大，头发稀疏易落，可见枕秃，易反复感冒，舌淡，苔薄白，指纹淡，脉细软无力。

4.2 脾虚肝旺证

烦躁夜啼，惊惕不安，面色少华或面色萎黄，头部多汗，发稀枕秃，囟门迟闭，出牙延迟，纳呆食少，坐立行走无力，夜啼不宁，易惊多惕，甚则抽搐，舌淡苔薄，指纹淡青，脉细弦。

4.3 肾精亏损证

面白虚烦，形瘦神疲，纳呆乏力，多汗肢软，筋骨萎软，立迟、行迟、齿迟，头颅方大，肋骨串珠，手镯脚镯，鸡胸龟背，下肢畸变，舌淡苔少，指纹淡紫，脉细无力。该期已有明显骨骼畸形后遗症。

5 治疗

5.1 治疗原则^[1-9]

本病治疗，重在调补脾肾，多用补益之法，先天不足者补肾为先，后天失调者补脾为先，脾肾俱虚，病程迁延者，脾肾兼顾，同时注意益肾填精壮骨。根据脾肾亏损轻重，采用不同的治法。初期以脾虚为主，用健脾益气为主法；激期多属肾脾两亏，当予肾脾并补；恢复期、后遗症期以肾虚为主，当补肾填精，佐以健脾。本病在调补脾肾的同时，还要注意到补肺益气固表、平肝清心安神等治法的配合使用。此外，在预防护理上鼓励母乳喂养，科学合理添加辅食。注意维生素D及钙、磷的补充，增加小儿户外活动、多晒太阳。勿使患儿过早或过多坐立和行走，提倡穿背带裤。已有骨骼严重畸形后遗症患儿可手术矫正。

5.2 分证论治

5.2.1 肺脾气虚证（推荐级别：D）^[1-9]

治法：健脾益气，补肺固表。

主方：人参五味子汤（《幼幼集成》）加味。

常用药：党参、黄芪、白术、茯苓、五味子、麦冬、炙甘草等。

药物加减：汗多者，加龙骨（煅）、牡蛎（煅）固涩止汗；夜惊、睡眠不宁烦躁者，加酸枣仁（炒）、首乌藤；大便不实者，加苍术、山药、扁豆。

5.2.2 脾虚肝旺证（推荐级别：D）^[1-9]

治法：健脾柔肝，平肝息风。

主方：益脾镇惊散（《医宗金鉴》）加减。

常用药：党参、白术、茯苓、琥珀、钩藤、龙骨（煅）、牡蛎（煅）、炙甘草、灯心草。

药物加减：多汗者，加五味子、碧桃干；睡中惊惕者，加远志、珍珠母、僵蚕；抽搐者，加全蝎、蜈蚣；夜啼不宁者，加蝉蜕、淡竹叶。

5.2.3 肾精亏损证（推荐级别：D）^[1-9]

治法：补肾填精，佐以健脾。

主方：补肾地黄丸（《医宗金鉴》）加减。

常用药：紫河车、熟地黄、肉苁蓉、巴戟天、菟丝子、山茱萸、枸杞子、山药、酸枣仁、远志。

药物加减：多汗者，加黄芪、龙骨（煅）、牡蛎（煅）；乏力肢软者，加黄芪、党参；纳呆者，加砂仁、陈皮、佛手；面白者，加当归、白芍。

5.3 中成药

5.3.1 口服中成药

龙牡壮骨颗粒：每袋3g。每服剂量：<2岁5g、2岁~7岁7g、>7岁10g，每日3次。用于各证。（推荐级别：C）^[9]

玉屏风口服液（颗粒）：口服液：每支10ml；颗粒剂：每袋15g。每服剂量：<1岁3ml或2g、1~5岁5~10ml或2.5~5g、6~14岁10ml或5g，每日3次。用于肺脾气虚证。（推荐级别：D）

六味地黄口服液：每支10ml。成人剂量：每服10ml，每日2次。建议用法用量：每服剂量：<6岁5ml、>6岁10ml，每日2次。用于肾精亏损证。（推荐级别：D）

参考文献

- [1] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准 ZY/T001.1~001.9-94·中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 304.
- [2] 汪受传, 俞景茂. 全国高等中医药院校研究生规划教材·中医儿科临床研究[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 485-493.
- [3] 汪受传. 中医学高级丛书·中医儿科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1998: 780-784.
- [4] 胡亚美, 江载芳. 诸福棠实用儿科学(上册)[M]. 第7版. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 536-544.
- [5] 王秀洁. 中医中药治疗佝偻病的临床观察[J]. 中医药信息, 1987, (5): 31-32, 18.
- [6] 苏树蓉. 21世纪课程教材·全国高等中医药院校教材·中医儿科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 186-189.
- [7] 王元. 佝偻病治疗经验浅析[J]. 云南中医中药杂志, 2009, 30(8): 75-76.
- [8] 陈燕萍. 益气补肾法治疗佝偻病[J]. 上海中医药杂志, 2000, (1): 39-40.
- [9] 林雅芬. 龙牡壮骨颗粒治疗早期佝偻病疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2003, 13(3): 159.