

中医药学高级丛书

# 中医儿科学

主编 汪受传



# 中 医 药 学 高 级 丛 书

普通高等教育“九五”国家级重点教材  
——中医儿科学硕士研究生教材

# 中 医 儿 科 学

主 编 汪受传

副主编 俞景茂 苏树蓉 朱锦善

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目(CIP)数据

中医儿科学/汪受传主编. - 北京:人民卫生出版社,  
1998

(中医药学高级丛书)

普通高等教育“九五”国家级重点教材 中医儿科学  
硕士研究生教材

ISBN 7-117-03045-3

I. 中 … II. 汪 … III. 中医儿科学 - 研究生教育 - 教材  
IV. R272

中国版本图书馆 CIP 数据核字(98)第 19314 号

MA346/01

中医儿科学

汪受传 主编

人民卫生出版社出版发行  
(100078 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼)

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: [pmph@pmph.com](mailto:pmph@pmph.com)

北京人卫印刷厂印刷

新华书店经销

787×1092 16开本 72.25印张 1698千字  
1998年12月第1版 2001年2月第1版第2次印刷  
印数: 2 001—5 000

ISBN 7-117-03045-3/R·3046 定价: 93.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究。

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

# 编 辑 委 员 会

(按姓氏笔画为序)

## 编 委

丁 樱	教 授	河南中医学院
马 融	教 授	天津中医学院
朱锦善	主任医师	深圳市儿童医院
苏树蓉	教 授	成都中医药大学
汪受传	教 授	南京中医药大学
陈运生	副教授	江西中医学院
苗 晋	教 授	陕西中医学院
郁晓维	副教授	南京中医药大学
俞景茂	教 授	浙江中医学院
祝江迁	教 授	第一军医大学

## 审 定

王庆文	研究员	吉林省中医药研究院
胡天成	教 授	成都中医药大学

## 编 者

丁 樱	于 越	马 融	孙升云	李江全
李新民	朱念平	朱超林	朱锦善	安 丽
杜永平	苏树蓉	汪受传	张月萍	张 卉
张志敏	张瑞华	陈永辉	陈运生	苗 晋
苗 琦	郁晓维	俞景茂	饶克瑯	祝江迁
徐宇杰	殷 明	高修安	隆红艳	翟文生

## 出版者的话

在 21 世纪即将到来之际，我社陆续推出《中医学高级丛书》，内含中医、中药、针灸 3 个专业的主要学科，共计 21 种。

这套大型学术丛书的问世，旨在对 20 世纪我国中医学在医疗、教育、科研方面的经验和成果进行一次阶段性总结，对 20 世纪我国中医学学术发展的脉络作一次认真的回顾和梳理，为 21 世纪中医学的发展提供借鉴和思路。面对生命科学迅猛崛起的 21 世纪，中医学理响应时代的呼唤，充分发挥独特的理论优势和临床优势，在古今中外医药学的交融中，不断汲取现代科学技术的研究成果，为中医学跻身于现代世界医学之林，为人类的卫生保健事业做出新的、更大的贡献。

这套丛书的编纂工作，由从全国遴选出的中医学科带头人和数百名著名专家学者担任。他们均有高级专业技术职称，是我国中医学界在医疗、教育、科研方面的中坚。他们在继承与发扬中医学方面，在促进学科内涵建设方面，在培植学科新的生长点方面，在探索为中医学注入前沿科学、边缘科学以及高新技术成果方面等，均有所建树。因此，这套大型学术力作，是全国第一流中医学专家群体智慧的结晶。

这套丛书的出版，无疑将为全国中医学界提供最具权威性、代表性的重要参考书，供中级以上职称的中医和中西医结合医师，中医药大专院校教师，中医药专业研究生，以及从事中医药科学研究的人员，根据继续深造和医、教、研工作的需要选用，以满足培养高级中医药人才的需要。

组织编辑出版这套大型学术丛书，得力于各分册主编、副主编、编委及其所在单位的鼎力相助，在此深表谢意。由于本丛书涉及面广，组织工作难度大，难免存在疏漏之处，敬请广大读者指正，以便再版时修订。

人民卫生出版社

1998 年 6 月

# 前 言

现代中医事业发展 50 年来,在临床、科研、教学诸方面成绩斐然。自 20 世纪 50 年代开始的现代中医教育及 70 年代末开始的中医研究生教育,已为中医儿科学事业培养了大批人才。为了系统总结和全面反映建国 50 年来中医儿科学学术发展在临床、科研、教学等方面的成绩,供中医儿科学专业人员学习提高,人民卫生出版社于 1995 年邀请本人主编《中医药学高级丛书·中医儿科学》。接受这一任务后,由南京中医药大学、成都中医药大学、浙江中医学院、江西中医学院、河南中医学院、天津中医学院、陕西中医学院、第一军医大学、第四军医大学等院校的中医儿科学专家组成了《中医药学高级丛书·中医儿科学》编委会,召开了编写会议。随后,接到国家教育委员会“关于‘九五’期间普通高等教育教材建设与改革的意见(教高[1995]6号)”和“普通高等教育‘九五’国家级重点教材立项、管理办法(教高厅[1996]5号)”两个文件,又将这本《中医儿科学》作为中医儿科学硕士研究生教材向上申报,经国家教育委员会评审立项,“关于印发‘九五’普通高等教育国家级重点教材立项选题的通知(教高[1997]16号)”确定将本书列为普通高等教育“九五”国家级教材之一。这样,进一步明确了本书的编写要求,主要是为中医儿科学中级以上职称技术人员作为专业参考和继续教育之用,同时作为硕士研究生教材用于中医儿科学硕士生专业课教学。按照国家有关部门“抓重点,出精品”的要求,我们多次讨论编写大纲、编写要求,反复修改书稿,力图充分体现先进性、实用性和规范化,形成了本书。

中医儿科学,作为中医学的一门临床分支学科,几千年来,随着中医学的发展而不断发展,从远古时期“神农尝百草”的经验医学开始,到逐步建立起独特的理论和实践体系,近 50 年来,更走上了新的发展阶段。中医儿科学发展新阶段的显著特点是,随着现代自然科学、社会科学的高速发展与现代技术的进步,学科间交叉渗透,中医儿科学在保持其自身体系的基础上,应用现代科技手段研究和提高自己,开始了中医儿科学现代化的历程。在这世纪交会之际,系统总结 20 世纪中医儿科学学术发展成就,可以为 21 世纪的学科发展建立良好的基础。作为中医儿科学研究生和在职中、高级专业人员,不仅需要应用学科的新知识、新技术为人民健康事业服务,还担负着促进学科学术进步的重任。本书编写,就是立足于满足中医儿科学高级专门人才学习和提高的需要,适应学科发展,力图充分反映学科学术进展,照顾到医疗、科研、教学等方面的实际需要,不仅介绍中医儿科学临床研究的进展,总结新方法、新技术、新经验,而且注重介绍了中医儿科学实验研究的新成果和已建立起的研究方法。由于中医学自身的学术特点,它与现代自然科学、社会科学的融合协调发展需要经历一段较长的历史时期,因此,在中医儿科学现代化的过程中也会产生多种多样的学术观点和研究成果。本书力图客观反映 20 世纪末中医儿科学的学术水平,并希望今后能随着学科的发展而不断充实提高。

编写本书,计划于 1995 年。同年 10 月在庐山召开了第 1 次编委会会议,讨论确定了编写大纲、篇章体系要求、目录和样稿。会后,各编写组即开始撰稿。1996 年 6 月在南京召开

了第2次编委会议,初审了部分书稿,进一步统一了编写要求。在全部书稿经副主编、主编审阅后,编者修改成稿。1997年8月在四川省峨眉山市召开了定稿会议,全体编委出席了会议,并特邀著名中医儿科专家王庆文研究员、胡天成教授与会审定了书稿。定稿会议后,再就全部书稿修定、誊清。1998年1月,书稿交人民卫生出版社。本书的编写工作,得到国家教育委员会、国家中医药管理局、江苏省教育委员会等领导部门的指导和支持,南京中医药大学、成都中医药大学、浙江中医学院、江西中医学院等院校对本书编写给予了直接的关心和帮助,中国中医药学会儿科学会名誉会长江育仁教授、会长张奇文教授提出了指导性意见,全体编者砥磨两年余,审定专家精心把关。本书成书凝聚了领导和专家们的共同辛勤劳动,又得到了人民卫生出版社从始至终的配合。本书面世后,希望能更广泛地听取中医儿科界同道的意见,汲取新的研究成果,以备进一步修订提高。

南京中医药大学教授、博士生导师

汪受传

1998年1月

适教材。

具书，也是用于中医继续教育、攻读学位的合床、科研和教学工作的专业人员案头必备的工儿科学之大成的权威性著作，是从事儿科临靠，论证确切，融会新知，是集20世纪中医的思路和方法。本书内容丰富，资料翔实可新进展和新经验，提供了开展该学科科学研究基础理论的成果，全面介绍了该学科现代临床的统总结了采用现代科学方法研究中医儿科学基书——《中医药学高级丛书》的儿科分卷。系

本书是人民卫生出版社新近推出的大型丛

## 内容简介



资源知识



# 目 录

## 上篇 总 论

<b>1 中医儿科学概论</b> .....	(3)
<b>1.1 中医儿科学的范围与任务</b> .....	(3)
1.1.1 中医儿科学的学科范围 .....	(3)
1.1.2 中医儿科学的发展现状 .....	(4)
1.1.3 中医儿科学的发展道路 .....	(5)
<b>1.2 中医儿科学学说述要</b> .....	(8)
1.2.1 《素问》、《灵枢》 .....	(8)
1.2.2 巢元方等《诸病源候论》 .....	(9)
1.2.3 钱乙《小儿药证直诀》 .....	(11)
1.2.4 陈文中《小儿痘疹方论》、《小儿病源方论》 .....	(13)
1.2.5 曾世荣《活幼心书》、《活幼口议》 .....	(15)
1.2.6 薛铠、薛己《保婴撮要》 .....	(15)
1.2.7 万全《幼科发挥》等 .....	(17)
1.2.8 陈复正《幼幼集成》 .....	(18)
1.2.9 吴塘《温病条辨》 .....	(19)
1.2.10 徐小圃《儿科名家徐小圃学术经验集》 .....	(20)
<b>2 生理病理与喂养保健</b> .....	(22)
<b>2.1 小儿年龄分期</b> .....	(22)
2.1.1 胎儿期 .....	(22)
2.1.2 新生儿期 .....	(23)
2.1.3 婴儿期 .....	(23)
2.1.4 幼儿期 .....	(23)
2.1.5 学龄前期 .....	(24)
2.1.6 学龄期 .....	(24)
2.1.7 青春期 .....	(25)
<b>2.2 生长发育与生理特点</b> .....	(25)
2.2.1 生长发育 .....	(25)
2.2.2 生理特点 .....	(34)
2.2.3 体质特点 .....	(36)
<b>2.3 发病原因与病理特点</b> .....	(40)
2.3.1 病因特点 .....	(40)
2.3.2 病理特点 .....	(46)

2.4	乳食喂养与儿童保健	(48)
2.4.1	乳食喂养	(49)
2.4.2	儿童保健	(58)
3	儿科辨证论治概要	(88)
3.1	儿科诊法概要	(88)
3.1.1	望诊	(88)
3.1.2	闻诊	(100)
3.1.3	问诊	(102)
3.1.4	切诊	(105)
3.2	儿科辨证概要	(108)
3.2.1	八纲辨证	(108)
3.2.2	六淫、疫疠辨证	(117)
3.2.3	卫气营血辨证	(121)
3.2.4	脏腑辨证	(128)
3.2.5	气血痰食辨证	(139)
3.3	儿科治法概要	(141)
3.3.1	内治疗法	(141)
3.3.2	外治疗法	(151)
3.3.3	针灸疗法	(157)
3.3.4	推拿疗法	(167)
3.4	儿科护理概要	(176)
3.4.1	一般护理	(176)
3.4.2	饮食护理	(182)
3.4.3	用药护理	(185)
3.4.4	心理护理	(187)
3.4.5	急症、重症等特殊护理	(189)
4	中医儿科学科学研究	(192)
4.1	中医儿科的科研方法学	(192)
4.1.1	中医儿科传统研究方法	(193)
4.1.2	现代医学科研基本方法	(194)
4.1.3	中医儿科现代研究方法	(198)
4.2	中医儿科的科研内容	(207)
4.2.1	中医儿科学基础研究	(207)
4.2.2	中医儿科学临床研究	(214)

## 下篇 各论

5	初生儿病证	(231)
---	-------	-------

5.1	胎怯	(231)
5.2	胎黄	(237)
5.3	脐风	(246)
5.4	新生儿肺炎	(250)
5.5	新生儿败血症	(255)
5.6	新生儿硬肿症	(260)
5.7	赤游丹	(268)
5.8	脐湿、脐疮	(270)
5.9	脐血	(274)
5.10	脐突	(277)
5.11	斜颈	(279)
<b>6</b>	<b>时行疾病</b>	<b>(283)</b>
6.1	麻疹	(283)
6.2	奶麻	(299)
6.3	风痧	(303)
6.4	水痘	(309)
6.5	痒腮	(317)
6.6	流行性乙型脑炎	(324)
6.7	病毒性脑炎	(337)
6.8	脊髓灰质炎	(343)
6.9	急性感染性多发性神经根炎	(353)
6.10	流行性出血热	(362)
6.11	病毒性肝炎	(373)
6.12	传染性单核细胞增多症	(388)
6.13	丹痧	(397)
6.14	顿咳	(403)
6.15	白喉	(415)
6.16	流行性脑脊髓膜炎	(422)
6.17	细菌性痢疾	(434)
6.18	钩端螺旋体病	(446)
<b>7</b>	<b>常见虫病</b>	<b>(456)</b>
7.1	蛔虫病	(456)
7.2	蛲虫病	(465)
7.3	钩虫病	(469)
7.4	绦虫病	(475)
7.5	姜片虫病	(483)
7.6	血吸虫病	(487)

7.7	疟疾 .....	(494)
7.8	阿米巴病 .....	(501)
<b>8</b>	<b>肺系病证</b> .....	<b>(508)</b>
8.1	感冒 .....	(508)
8.2	鼻渊 .....	(519)
8.3	鼻衄 .....	(530)
8.4	乳蛾 .....	(537)
8.5	喉痹 .....	(545)
8.6	咳嗽 .....	(554)
8.7	哮喘 .....	(564)
8.8	肺炎喘嗽 .....	(579)
8.9	肺痈 .....	(595)
<b>9</b>	<b>脾系病证</b> .....	<b>(606)</b>
9.1	鹅口疮 .....	(606)
9.2	口疮 .....	(612)
9.3	滞颐 .....	(621)
9.4	呕吐 .....	(625)
9.5	腹胀 .....	(636)
9.6	腹痛 .....	(646)
9.7	胃痛 .....	(656)
9.8	厌食 .....	(668)
9.9	积滞 .....	(676)
9.10	泄泻 .....	(682)
9.11	便血 .....	(697)
9.12	便秘 .....	(706)
9.13	脱肛 .....	(714)
9.14	疳病 .....	(721)
9.15	肥胖症 .....	(732)
<b>10</b>	<b>心系病证</b> .....	<b>(741)</b>
10.1	心悸 .....	(741)
10.2	夜啼 .....	(749)
10.3	汗证 .....	(755)
10.4	病毒性心肌炎 .....	(762)
10.5	儿童多动综合征 .....	(772)
10.6	维生素 D 缺乏性佝偻病 .....	(780)
10.7	过敏性紫癜 .....	(788)
10.8	原发性血小板减少性紫癜 .....	(795)

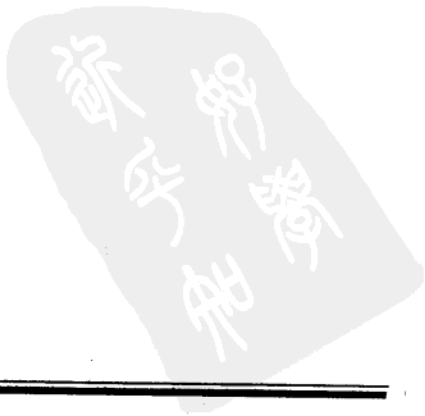
10.9	缺铁性贫血 .....	(804)
10.10	红细胞葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺陷症 .....	(812)
10.11	再生障碍性贫血 .....	(817)
10.12	白血病 .....	(827)
10.13	智力低下 .....	(848)
<b>11</b>	<b>肝系病证 .....</b>	<b>(859)</b>
11.1	惊风 .....	(859)
11.2	癫痫 .....	(870)
11.3	痿病 .....	(882)
11.4	痹病 .....	(891)
11.5	胁痛 .....	(901)
11.6	肝痛 .....	(908)
11.7	急性胆囊炎 .....	(916)
11.8	急性胰腺炎 .....	(921)
11.9	肝豆状核变性 .....	(930)
<b>12</b>	<b>肾系病证 .....</b>	<b>(937)</b>
12.1	急性肾小球肾炎 .....	(937)
12.2	肾病综合征 .....	(951)
12.3	癃闭 .....	(970)
12.4	尿血 .....	(982)
12.5	尿频 .....	(992)
12.6	遗尿 .....	(998)
12.7	消渴 .....	(1006)
12.8	热淋 .....	(1021)
12.9	石淋 .....	(1029)
12.10	解颅 .....	(1040)
12.11	五迟 .....	(1049)
12.12	五软 .....	(1055)
12.13	性早熟 .....	(1061)
<b>13</b>	<b>其它病证 .....</b>	<b>(1066)</b>
13.1	夏季热 .....	(1066)
13.2	疰夏 .....	(1071)
13.3	皮肤粘膜淋巴结综合征 .....	(1074)
13.4	奶癣 .....	(1082)
13.5	荨麻疹 .....	(1086)
13.6	毒蛇、毒虫咬伤 .....	(1092)
13.6.1	毒蛇咬伤 .....	(1093)

13.6.2 毒虫咬伤.....(1096)

附 篇

1 方剂汇编 .....(1105)

2 儿科常用中成药.....(1117)



中医儿科学



上  
总论  
篇



中医学高级丛书

蘇子瞻  
書



# 中医儿科学概论

## 1.1 中医儿科学的范围与任务

### 1.1.1 中医儿科学的学科范围

中医儿科学，是以中医理论体系为指导，中药、针灸、推拿等治疗方法为手段，研究自胎儿至青少年这一时期小儿的生长发育、生理病理、喂养保健，以及各类疾病的预防和治疗的一门医学科学。

中医儿科学，是在中国产生和发展起来的，渊源于中华民族的传统文化，荟萃了中华民族千万年来小儿养育和疾病防治的丰富经验，形成了独特的理论和实践体系。中医儿科学在历史上对于中华民族的繁衍昌盛作出了杰出的贡献。随着时代的发展和中外交流的增加，她又传播海外，造福于人类，同时，也吸收了现代科学技术成果，包括西方文化及其医学，使自己加快了发展步伐，在保持其传统医学特色的基础上，逐步与现代自然科学和社会科学接轨，酝酿着本学科现代化的变革。

《周易·系辞》说：“天地氤氲，万物化醇；男女媾精，万物化生。”天地造化万物，作为万物之灵的人来说，生命从男女阴阳相合，胚胎产生的那一刻便开始了。中医儿科学的研究对象，历代以胎儿期为肇端，此时虽在先天，但莫立着一生之基，需要给予特别的重视。中医儿科学又特别重视人与自然环境的关系，《素问·宝命全形论》说：“人以天地之气生，四时之法成。”人类来源于自然，又必须与环境气候等相适应，才能健康孕育成长。重视先天，强调儿童保健，并要求从胎儿期做起；提出“天人相应”，将儿童的生长发育、生理病理、疾病防治与自然环境紧密联系起来认识，是中医儿科学的两个重要特点。

中医儿科学，作为一门独具特点的临床学科，以其专门将儿童作为对象区别于中医其它学科，又以其体现了中医学理论和实践体系而区别于西医儿科学及其它传统医学儿科学。作为中医临床医学的一个重要组成部分，整体观点、阴阳转化、形神合一、脏腑经络、四诊八纲、辨证论治、理法方药、多种疗法、食养调护等中医学理论观念和实践经验，融汇在中医儿科学的各个部分，有效地指导着临床。特别是辨证论治，是中医临证医学，也是中医儿科临证医学的核心和精华。

中医儿科学的内涵，从其分支学科来说，包括新生儿科、小儿内科、小儿传染科、小儿外科、小儿皮肤科、小儿五官科等；从其学术内容来说，包括中医儿科学基础（生长

发育、喂养保健、生理病理、诊治法则等)和中医儿科学临床(各类儿科病证的诊治)。中医儿科学的研究内容,与内科、妇产科、外科、五官科等有着广泛而密切的联系。中医儿科学和西医儿科学,虽然分别起源于中国和西方,但其研究对象相同,在现代社会信息交换迅速、科技成果共享的优越条件下,不仅加速了它们自身发展的步伐,而且多学科交叉渗透,逐步走向用共同的科学语言表达的过程。中西医结合儿科就是在这一历史过程中产生的一支重要的专业队伍,这支队伍在促进中医儿科学与现代自然科学、社会科学学科接轨中,发挥了重要的作用,取得了显著的成绩。

儿童是世界的未来,中医是中国的国粹。在全社会都越来越关心儿童健康成长的今天,加速中医儿科学的发展步伐,将会使我们对整个社会发展、人类进步作出更大的贡献。

## 1.1.2 中医儿科学的发展现状

近50年来,在国家发展我国传统医学的政策支持下,在现代科学技术飞跃发展的学术氛围中,通过以中医儿科学专业人员为主体、相关多学科专业人员积极参与的共同努力,中医儿科学得到了前所未有的发展。

### 1.1.2.1 在中医儿科学基础医学方面

整理出版了历代儿科学术名著,对著名中医儿科医家的学术思想进行了较深入的探讨,取精概要,发掘了一大批对当今临床具有理论指导和实践应用价值的可贵资料。就小儿生长发育、生理病理等方面的若干理论问题,如“纯阳”、“稚阴稚阳”、“变蒸”、五脏“不足”、五脏“有余”等,进行了学术争鸣,认识上渐趋一致。儿科诊法应用,在传统突出望诊的基础上,丰富了山根诊、耳诊、舌诊、肛门诊等内容;在四诊客观化方面,如色诊定量、舌诊微观化、闻诊声音分析、脉图分析等方面都做了大量工作;尝试了扩大传统四诊手段,利用血液化学、超声影像等技术搜集体内疾病变化信息,将其纳入中医学辨证体系,也就是将传统的宏观辨证资料与应用现代技术手段取得的微观辨证资料相结合,使辨证学的认识层次得到深化。加上中医儿科常见病证动物模型研制工作的开展,为研究证的本质、研制开发新药创造了有利条件。

### 1.1.2.2 在中医儿科学预防医学方面

以中医学“治未病”思想为指导,积极探索应用中医儿科学传统经验和防治方法,增强儿童体质、降低发病率的有效措施。胎养胎教学说的科学内涵在现代被逐一证实,宣传推广我国古代养胎护胎的宝贵经验,对促进优生发挥了积极作用。以“药自母传”为依据,通过孕妇妊娠期服药,作用于胎儿,预防新生儿胎黄、胎怯等的发病,在现代诊断方法的配合下,证明了其可靠的效果,取得了有创新意义和显著社会效益的科研成果。发挥中医药扶正固本、调整机体的优势,通过对体弱儿童辨证给药,增强体质,增进肺脾肾等脏腑的生理功能,提高免疫力,减少了呼吸道反复感染和脾胃虚弱儿反复发病的发病率,延长了支气管哮喘、肾病综合征等疾病的缓解期。在流行性感冒、病毒性肝炎等传染病流行时,用中药内服、药物喷喉、药液雾化等方法,保护易感儿,预防发病,取得了良好效果。中药保健药品、保健食品、保健用品的开发推广,更加拓宽了中医儿科学预防医学的应用领域。

### 1.1.2.3 在中医儿科学临证医学方面

随着现代临床诊断技术的进步和科研方法的日益普及,对传统的临床经验用现代科学方法加以总结验证、比较甄别、提高创新,使临床诊疗水平大为提高。50年代,以中医学“小儿暑温”理论指导流行性乙型脑炎辨证论治取得成功开创了一个良好的范例,即对西医学明确诊断的疾病,应用中医儿科学理论分析其病因病理,采用中医药学方法进行治理,这样,不仅使中医儿科学开始了与西医儿科学在临床上的结合,而且使一些医学急重症、难治病的临床诊疗水平得到提高,中医儿科学也从此走上了引进现代科学知识发展自己的道路。现代中医儿科临床研究取得显著成绩的病种很多,新生儿疾病如胎怯、胎黄、新生儿硬肿症,时行疾病如麻疹及其合并症、流行性出血热、病毒性肝炎、传染性单核细胞增多症,虫症如蛔虫病、绦虫病、疟疾,肺系病证如感冒及外感高热、哮喘、肺炎喘嗽、肺癆,脾系病证如厌食、泄泻、疳病,心系病证如病毒性心肌炎、儿童多动综合征、过敏性紫癜,肝系病证如癫痫、肝癆、急性胰腺炎,肾系病证如急性肾小球肾炎、肾病综合征、热淋等等,都有大量的临床报道和科研总结。摸索总结出了许多西医疾病的辨证论治规律,丰富发展了许多中医疾病的临床证治内容。研制推广了许多中成药制剂,如雷公藤制剂、青蒿素制剂、清开灵注射液、双黄连注射液等。特别是在临床科研中引进了实验手段,通过临床检验、动物实验,进一步证实了中医药的临床疗效,说明了药效学、毒理学原理,为进一步提高疗效、筛选方药、改革剂型等,提供了科学的方法。

如上所述,本世纪的后50年,中医儿科学学术发展成就斐然,超过了历史上任何时期相同时间的进展。但是,由于社会发展向我们提出了更高的要求,中医药学传统理论与现代科学体系的不相协调,以及中医儿科队伍的知识结构有待进一步更新和提高,也产生了中医儿科学学术发展中面临的诸多问题。例如:如何正确处理继承与创新的关系,正确处理辨证与辨病的关系,正确处理应用传统临床经验与现代药理研究成果的关系。怎样正确认识临床整体观(治患病的人)与局部观(治人患的病),正确认识中医儿科学是中医学的有机组成部分与中医儿科学研究中必须突出其儿科特点,正确认识中医儿科学发展中对规范化的必然要求与中医儿科学诊断、辨证、疗效标准及药效学研究中规范化的复杂性。在社会主义市场经济条件下,如何处理好为当前的社会经济发展需要服务,与立足于本学科学术发展,以长远的学术进步推动社会进步出发之间的关系。在这一系列问题上的模糊认识,会制约中医儿科学以及整个中医学的发展速度,需要在学术界进行讨论,逐步统一认识,克服前进道路上的思想障碍。

### 1.1.3 中医儿科学的发展道路

自公元纪年以来,历史已走过了20个世纪,在人类即将跨入21世纪之际,每个学科均面临着一个继往开来的大课题。自扁鹊“为小儿医”以来的2400余年,特别是宋代钱乙建立中医儿科学体系以来的近900年,中医儿科学曾经创立了多项世界领先的记录,如唐代已在太医署正规培养5年制少小科专科医生,隋唐时期已有多部儿科专著问世,宋代建立了内容完备、水平较高的儿科学科体系,16世纪中叶发明了预防天花的种痘术等等,在相当长的历史时期中,中医儿科学在世界儿科学术领域处于领先地位。但是,近百年来,西医儿科学积极引进现代科学技术研究成果,加快了学科发展速度,而中医儿科学则发展速度相对缓慢。因此,面向21世纪,中医儿科界必须首先清醒地认识到自身

的不足，主动变革思想，建立新的思维方式，充分利用现代科技成果，从自我禁锢中解放出来，坚定地走现代化的道路，在“继承不泥古，发扬不离宗”的原则下，使中医儿科学迈上革新、改造、提高之路。

中医儿科学术发展的关键首先在于人才。近 20 年来，中医儿科从博士、硕士到学士，从普通高校、中专，到成人教育、继续教育、师承教育，多层次多形式的人才培养格局已经形成。今后，除了要通过这些教育方式培养为数更多的中医儿科专业人才外，更重要的是，必须更新教学内容，扩大知识面，提高动手能力，造就一大批中医基础扎实、掌握相关现代科学知识、有医疗和科研实践经验的高水平专业人才。其中，首先是要有为数众多的中医儿科临床人才，能用中医中药为广大儿童提供高质量的服务，承担起中医儿科的社会责任。另一方面，为了加速中医儿科学术发展，更需要产生一批智能结构型科研人才，由他们创造出高水平的科研成果。当然，中医儿科事业的发展，也呼唤着更多的中医儿科教学人才、管理人才等。长期以来，中医界“大器晚成”的人才理论定式在一定程度上阻碍了优秀中青年人才的脱颖而出。随着时代的发展，这些束缚思想的桎梏将逐渐打破。21 世纪的中医儿科学学科骨干将在中青年中成批涌现，他们中事业心强、基础扎实、熟谙传统知识和相关现代科学知识、兼备临床和科研能力的高级人才，将成为新一代本学科学术带头人，承担起推动中医儿科学实现从临床到基础理论的创新的重任。

中医儿科学术发展的战略目标是现代化，建立起一整套源于传统中医儿科，适应未来社会需要，与各现代科学学科自然衔接、协调发展的全新理论和实践体系。过去曾经提过的“建立统一的新医学、新药学”的目标，因中、西医学自成体系，各有其系统自运动的规律，会沿着自己的轨迹向前发展，所以在相当时期内是难以实现的。即使是中医学（其中包括中医儿科学）现代化的目标也绝不是可以一蹴而就的。传统的中医儿科学有其精辟的理论和丰富的实践内容，在近 50 年中又已逐步引入现代科学技术来丰富和提高自己。进入 21 世纪后，这种发展势头将越来越强，其特征是：在继承传统中医儿科学的基础上，充分应用现代科学技术（包括社会科学、自然科学、应用技术、科研方法等）对其加以研究，揭示未被认识或未被充分认识的新规律，改进和充实各项诊疗方法，提高中医儿科临床疗效，丰富和发展中医儿科学，酝酿学科现代化的变革。

中医儿科的基础研究范围广泛，任务艰巨，应在明确研究方向、方法和内容方面统一认识，捏紧拳头。中医儿科学的发展目标是现代化，现代化不是西医化，而是指与西医同步，直接引进最新科学技术来充实和提高自己，赋予中医儿科基本理论和临床基础以规范化、科学化的改造，更好地指导临床。中医儿科学基础中突出的理论观点有整体观念和脏象学说。整体观念是将儿童的孕育成长、保健预防、病因病理等，放在天时、地理、环境的大自然整体和脏腑经络、五官百骸、气血津液的内环境整体中加以认识。这方面的研究已经起步，如全息诊断学的研究，婴儿出生时间规律的探讨，气候变化、环境污染与咳、喘、哮发病关系的分析，内病外治、外病内治机理的研究等，需要继续扩大研究领域，从各个方面应用多学科知识、技术及采用现代科研方法，揭示其机理，找出规律。脏象学说自宋代钱乙创立儿科五脏为纲的辨证系统以来，一直是儿科基础理论中最具临床指导意义的内容。中医学脏象学说中的儿科内容应是中医儿科学基础的研究重点，如先天之本肾和后天之本脾与小儿生长发育的关系，心“主神明”和脑为“精明

之府”的临床指导意义，钱乙五脏“所主”实质的现代表达，五脏虚实证的动物模型研制及生化与影像指标、临床辨证标准等。中医儿科学基础研究不应再过多地就古代医家的论点作无休止的从理论到理论的考据和争论，而应采取通过现代认识论和方法论进行科研，从而取舍、提高的研究方法，积累资料，为理论创新准备条件。

中医儿科的临床研究是提高其社会效益和学科竞争力的当务之急。发挥中医儿科学预防为主的优点，将使其产生更广泛的社会效益，提高临床疗效则是其增强学科竞争力的根本。中医学种痘术是人工自动免疫的先驱，而西医学采用现代技术研制的多种疫苗才使许多传染病被控制或消灭，古代儿科医家以治疗温病成名的社会条件今天不复存在，儿科的发展方向是预防保健已成为学术界的共识。中医儿童保健学的应用范围很广，从正确的儿童养育方法的宣传推广，到体弱易病儿童的调治，以及各种保健品的应用等。今后，中医药儿童保健药品、保健食品、保健用品的开发，要以中医理论指导，因时、因人制宜，做好机理研究，逐步走上科学、规范的道路。对儿科各类病证的研究，要根据社会发展后疾病谱的变化调整方向。常见病的有效疗法仍然是研究的重点，特别是那些中医药有专长的病种，如上呼吸道感染、病毒性肺炎、病毒性肝炎等病毒性疾病，哮喘、肾病、痹病等免疫性疾病，泄泻、疳病、肥胖症等脾胃病，高热、惊风、厥脱、血症等急症，胎怯、胎黄、新生儿硬肿症等新生儿疾病等。多数疾病将采取西医诊断、中医辨证论治的方法治疗，但要在现有研究报道的基础上进一步总结筛选，运用严密的科研方法，采用先进的检测指标，改进剂型和给药方法，研制出效果更佳、应用方便的新药物、新疗法。实验研究方法要更多地用于儿科科研，逐步研制成更加符合儿科有关病证特点的动物模型，寻求更能说明有关证的本质的客观指标，包括四诊宏观辨证指标和理化检查微观辨证指标。

如前所述，中医儿科学发展的战略目标是现代化，实现这一战略目标的必由之路是科学研究。在方法问题上，有两点值得重视。一是打好基础工程——规范化，二是现代科研方法和技术应用。规范化包括名词术语概念、诊断辨证疗效标准、药材药剂质量标准、度量衡标准等内容，近年来由国家主管部门制订的《中医病证分类编码》、《中医病证诊断疗效标准》、《中药新药临床研究指导原则》、《中华人民共和国药典》等，已经在这方面做了大量工作，但其中有关中医儿科学的内容还远不敷实际应用，需要通过儿科工作者的反复实践论证和讨论归纳，加以修订、充实和完善。现代科研方法和实验技术的应用，是指在认识方法上要做到系统论与简化论的统一，在技术上要争取一步到位，研究成果要具有先进性、稳定性和应用性，将先进的科学技术移植入中医儿科学，使之转化为中医儿科学的有机组成部分。推动中医儿科学发展的重任需要有相应知识结构和能力的人来承担，中医儿科学研究生教育应当成为培养这类 21 世纪中医儿科学中坚力量的摇篮。

### 现代参考文献

- [1] 汪受传. 中医儿科学现状与展望. 南京中医药大学学报, 1996, 12 (2): 3
- [2] 匡萃璋. 现代科技知识背景下的中医学. 中国医药学报, 1995, 10 (5): 260

(汪受传)

## 1.2 中医儿科学学说述要

中医儿科学是随着中华民族的文明进步、医学发展而形成和发展起来的。在中医儿科学的发展史上，凝聚了我们祖先千万年中与儿童疾病作斗争的辛勤探索的成果，历代著名儿科医家就是他们之中的杰出代表。通过历代医家的实践总结、理论探索，形成了既有中医儿科学系统体系，又有各自学术特色及专长的各家学说。这些学说记载于论著之中，世代相传，是中医儿科学广博精深内容的具体体现，形成学科进步的轨迹，为学科的进一步发展建立了基础。任何学科的发展都不能离开对已有学科成就的继承，研究前辈医家的学术观点和临证经验，将能使我们在前人经验的基础上，向更广的领域和更深的层次，将本学科推向前进。

中医儿科学的学术发展大体可分为4个主要阶段。第1阶段是萌芽期，时在远古至南北朝，从实践中点滴经验的积累，到中医学理论和临证体系通过《素问》、《灵枢》、《伤寒论》、《金匱要略》等著作建立起来，其中已有中医儿科的片断论述。第2阶段是形成期，时在隋、唐至两宋，《诸病源候论》建立儿科保健学、病因学、证候学，《备急千金要方》、《外台秘要》等总结儿科治方，钱乙《小儿药证直诀》集前人大成，建立了中医儿科学体系，陈文中擅用温补扶正，与钱乙、董汲相互辉映，形成了儿科温、凉两大学派。第3阶段是发展期，时在元朝至民国，这一阶段代有名医，使中医儿科学的学术内容从各个方面得到丰富和发展。第4阶段是新时期，起于中华人民共和国成立，其特点是中医儿科学从自我封闭的系统中解放出来，逐步走上了与现代科学技术相结合的新的发展道路。本节仅就中医儿科学术发展史上有代表性的医家、论著的学术思想及其历史性贡献概要介绍。

### 1.2.1 《素问》、《灵枢》

#### 1.2.1.1 中医儿科学的学术渊源

《素问》、《灵枢》，是我国早期的中医经典著作。目前一般认为，这两部著作是在战国至东汉这段时期，由众多医学家的论述汇集而成。远古时期的医疗活动，只是实践经验的积累，《素问》《灵枢》则是《易经》、春秋战国诸子百家形成的中华民族传统文化在医学领域的延伸，创立了中医学理论体系。《素问》《灵枢》确立的中医学理论体系，成为中医学，其中包括中医儿科学的学术渊源，规范了中医儿科学的学术发展，至今有效地指导着临床。

《素问》《灵枢》是在当时的自然科学发展水平和哲学思想的认识水平基础上建立中医学理论体系的，其内容包括生理、病理、诊断、治疗、预防等方面。整体观是该书认识的基本观点，脏象学说则是其理论精髓之一。

《灵枢·邪客》说：“人与天地相应也。”这种人与外在环境统一的整体观，指导着中医学对胎儿孕育、生长发育、疾病发生发展的认识。《素问·阴阳应象大论》所说：“阴阳者，天地之道也，万物之纲纪，变化之父母，生杀之本始，神明之府也。”被用来认识胚胎生成、小儿生理病理、疾病转化及指导治疗。《灵枢·百病始生》提出的“风雨寒热，不得虚邪，不能独伤人。”莫立了中医病因学内外因相合的基本观点。《内经》（《素问》《灵枢》的合称）建立的脏象学说，包括脏腑的生理功能、病理变化及其相互关系，以及

由脏腑活动衍生的精、气、神，后来成为中医儿科学辨证论治的基础。其它如《内经》建立的望、闻、问、切四诊法原则，治未病、因时因地因人制宜、辨证立法制方等治则，均指导了中医儿科学诊治方法的建立。因此，《内经》是中医学的理论基础，也是中医儿科学形成和发展的学术渊源。

### 1.2.1.2 有关儿科学的基本论述

《内经》作为一部古典的医学百科全书，不仅建立了指导各科临床的中医理论体系，而且包含了对临床各科包括儿科的许多论述。

对于人类的起源，《素问·宝命全形论》说：“人生于地，悬命于天，天地合气，命之曰人。”说明宇宙自然环境造就了人类。人体的形成，则来自男女之精相合，即《灵枢·本神》所说：“故生之来，谓之精。”神、魂、魄、意、志、思、虑、智等一系列生命活动均随之而产生。

《灵枢·卫气失常》提出临床上要按人的肥瘦类型、大小年龄、寒温体质区别对待，具体说明：“二十已（以，后同）上为壮，十八已上为少，六岁已上为小。”这是中医学早期对青少年年龄划分的观点。对于小儿生长发育，《素问·上古天真论》说：“女子七岁，肾气盛，齿更发长；二七而天癸至，任脉通，太冲脉盛，月事以时下，故有子……丈夫八岁，肾气实，发长齿更；二八肾气盛，天癸至，精气溢泻，阴阳和，故能有子。”所描述的小儿发育过程及男女发育成熟年龄差异，都是符合实际的。《灵枢·逆顺肥瘦》对小儿体质特点的概括：“婴儿者，其肉脆、血少、气弱。”则为后世小儿“脏腑娇嫩，形气未充”的理论建立了基础。

《内经》有关于先天因素致病的明确记载。《素问·奇病论》说：“人生而有病颠疾者，病名曰何？安所得之？岐伯曰：病名为胎病。此得之在母腹中时，其母有所大惊，气上而不下，精气并居，故令子发为颠疾也。”这段论述认为孕妇若不注意精神调节可使孩子患先天性“颠疾”，与“文王胎教”中孕妇注意精神调节可使孩子聪明健康长寿的记述一脉相承，成为后世建立的养胎护胎学说的基础。

《内经》对于儿科疾病的记载，是作为诊法和预后判断的示例提出的。《灵枢·论疾诊尺》说：“婴儿病，其头毛皆上逆者，必死。耳间青脉起者，掣痛。大便赤瓣，飧泄，脉小者，手足寒，难已；飧泄，脉少，手足温，泄易已。”通过小儿泄泻、筋肉抽痛、毛发竖立一类症候，提出了对疾病发展变化的预测方法。《素问·通评虚实论》说：“乳子而病热，脉悬小者何如？岐伯曰：手足温则生，寒则死。”“乳子中风热，喘鸣肩息者，脉何如？岐伯曰：喘鸣肩息者，脉实大也，缓则生，急则死。”对于小儿热病、肺炎痰喘的症状、脉象作了描述，并提出可着重从手足寒温、脉象缓急判别预后。

《内经》有关儿科的记载和论述，虽然只是片断的，但对于后世儿科学的形成，却发挥了启示的作用。

## 1.2.2 巢元方等《诸病源候论》

隋代巢元方，曾任太医博士，于大业六年（公元610年）奉诏主持编撰《诸病源候论》。《诸病源候论》是当时最为完备的一部病因、证候学专著，书中论小儿杂病诸候凡6卷255候，是我国现存古代医籍中有关儿科学的最早集中记载。

### 1.2.2.1 初探小儿生理病理特点

《诸病源候论》对小儿生理特点有多处描述,禀承《灵枢·逆顺肥瘦》的观点,进一步阐述小儿阴阳、气血、脏腑等均属嫩弱,相对不足,该书并将小儿生理特点与病理特点联系起来加以认识。如《诸病源候论·小儿杂病诸候·百病候》说:“小儿气血脆弱,病易动变,证候百端,若见其微证,即便治之,使不成众病。”说明了小儿气血脆弱的生理特点,并以之作为既病易变的病理特点的原因,进而提出了将疾病及时控制在早期“微证”、防止发展到“重证”阶段的正确观点。又如《诸病源候论·小儿杂病诸候·养小儿候》说:“小儿脏腑之气软弱,易虚易实。”《诸病源候论·小儿杂病诸候·盗汗候》说:“小儿阴阳之气嫩弱,腠理易开,若将养过温,……汗自出也。”等等。明确了小儿生长发育未健全成熟的生理特点和易于发病、病后易变、易虚易实等病理特点。

变蒸之名,始见于晋代王叔和《脉经》,其论简略。《诸病源候论·小儿杂病诸候一·变蒸候》阐明了变蒸学说的基本内容:“小儿变蒸者,以长血气也。……其变日数,从初生至三十二日一变,六十四日再变,变且蒸,……积五百七十六日,大小蒸毕也。”揭示了婴幼儿生长发育呈量变到质变,阶段性显著变化,且随着年龄增长而变化周期延长的规律。虽然巢氏同时提出的变蒸时有体热、微惊等症状的说法贻误后人,并受到张景岳、陈飞霞的批判,但变蒸学说提出的小儿生长发育的一般规律是符合实际的。

#### 1.2.2.2 提倡积极的小儿护养观

小儿生理上的相对不足,要求在小儿护养方面必须给予更多的关心。但是,这种关心不应体现为对小儿的过分娇惯,而应从积极的方面使其经受锻炼,以增强体质、增长智力、提高适应能力。中医学这种积极的小儿护养观是《诸病源候论》首先倡导的。《诸病源候论·小儿杂病诸候·养小儿候》说:“小儿始生,肌肤未成,不可暖衣,暖衣则令筋骨缓弱。宜时见风日,若都不见风日,则令肌肤脆软,便易伤损。……天和暖无风之时,令母抱日中嬉戏,数见风日,则血凝气刚,肌肉硬密,堪耐风寒,不致疾病。”并具体提出“薄衣之法,当从秋习之。……常当节适乳哺”等方法。这类见风日、薄衣衫、节乳哺的养育方法,后来被通俗化地归纳为“若得小儿安,常带三分饥和寒”世代流传。至今日民众生活水平普遍提高之时,更充分显示了它对保障儿童健康成长的指导价值。

《诸病源候论》对于胎儿护养也有许多精辟的论述。巢氏等提出孕妇若患病“令胎不长”时,应“服药去其疾病,益其气血,以扶养胎也”。特别是在论述妊娠伤寒、时气、温病、热病等证候时,明确指出这些证候伤胎、损胎以致堕胎。这种孕妇患外感时行疾病会损伤胎儿的记载,较之西方医学至1941年澳大利亚眼科医生Gregg报告孕妇患风疹会引起新生儿先天性白内障,此后才逐步认识到多种病毒性传染病会造成胎儿先天性异常或流产,中医学的记载要早1300多年。

#### 1.2.2.3 建立了儿科病因证候学

在巢氏之前,对儿科病证的记载是零散的。《诸病源候论》记载的儿科255候,包括了小儿外感热病、内伤杂病、新生儿病、外科疾病的大部分常见证候。书中提出的多种病证名称,如惊、痢、解颅、胎疽、夜啼、遗尿、脱肛、鹅口、口疮、脐疮等等,均被历代沿用至今。

《诸病源候论》已构筑了儿科病因学的框架。在外因方面,书中论及风、寒、暑、湿、热,尤其是明确了时气病候病因,“是四时之间,忽有非节之气”,即时气、天行、毒厉之气等。在内因方面,有惊怖等情志因素,衣着过温、乳哺不当等将养因素,更强调胎



养失宜的先天因素和各种身体素质因素。对于儿科疾病的各类病因率先提出了比较全面的认识。

临床常见病证的论述是《诸病源候论》的重点。例如,《诸病源候论·小儿杂病诸候》论“黄疸病候”证候:“身疼膊背强,大小便涩,皮肤、面目、齿爪皆黄,小便如屋尘色,著物皆黄是也。”又进一步论“胎疸候:小儿在胎,其母脏气有热,熏蒸于胎,至生下,小儿体皆黄,谓之胎疸也。”对小儿黄疸目黄、肤黄、尿黄的特征描述准确,对胎疸的病因病理为母病及子也有正确的认识。对多种儿科病证主要证候机理有切中肯綮的论述,如滞颐“由脾冷液多”,痢候“其发之源,……风痢、惊痢、食痢是也”,羸瘦“皆为脾胃不和”,尿血“心主于血,小儿心脏有热,乘于血,血渗于小肠”,诸淋“肾与膀胱热也”,石淋“肾主水,水结则化为石”等等,都为后世医家沿用。同时,从巢氏对小儿诸病源候的分析方法还可以看出,他将小儿外感病分为伤寒、时气两大类,内伤病以脏腑辨证为主,学术思想继承了仲景学说,具体应用于儿科并有所发扬,为钱乙建立儿科学辨证体系奠定了良好的基础。

### 1.2.3 钱乙《小儿药证直诀》

钱乙(1032—1113年),字仲阳,山东郓州(今山东东平)人。他精研《颅囟经》,专攻儿科,博采历代诸家之说,通过自己长期的临床实践,分析总结,概括提高,对于小儿生理病理特点、生长发育、诊断辨证、立法处方等作了比较全面的论述,奠定了中医儿科学独立的理论和实践体系的基础,钱乙所建立的儿科以五脏为中心的临床辨证方法,至今被作为儿科的基本辨证方法而广泛应用。钱乙的主要学术建树,被收录于其弟子阎季忠所编集的《小儿药证直诀》一书中。

#### 1.2.3.1 明确小儿生理病理特点

明确小儿的生理病理特点,总结出小儿异于成人之处,是儿科学形成独立体系的前提。如前所述,《内经》、《诸病源候论》等著作对小儿生理病理特点已有论述,但从其内容看,尚不全面。钱乙则较全面地对于小儿生理特点和病理特点作了概括。

《小儿药证直诀·变蒸》说:“小儿在母腹中,乃生骨气,五脏六腑,成而未全。自生之后,即长骨脉,五脏六腑之神智也。……计三百二十日生骨气,乃全而未壮也。”说明小儿初生时,虽五脏六腑已经成形,但并未健全,出生之后,形、神同步增长,直至近1周岁时,功能也未能成熟。阎季忠在《小儿药证直诀·原序》中就此描述为“骨气未成,形声未正,悲啼喜笑,变态不常”。《小儿药证直诀·诸疳》进一步总结为“脏腑柔弱”。这是钱氏对小儿生理特点的最基本的认识,也是他的儿科辨证观点的前提。

关于小儿的病理特点,阎季忠在钱乙“脏腑柔弱”生理特点的基础上进一步加以归纳,《小儿药证直诀·原序》说:“脏腑柔弱,易虚易实,易寒易热。”说明小儿患病之后,证候的转化较成人更为常见,随着邪正双方力量对比的演变,虚证与实证、寒证与热证的转变都很迅速。这一病理特点就要求儿科医师必须对病变过程中的邪、正对比时刻严密注意,对各种病证可能的发展变化娴熟于胸,治疗时以邪气去而正无伤为主旨,“不可痛击”,既不宜呆补,亦不可峻攻。这就成为钱乙确立儿科治则的理论基础。

#### 1.2.3.2 论述儿科四诊查要领

如何通过望、闻、问、切四诊查,为儿科疾病提供辨证依据,钱乙有着丰富的临

证经验。他的论述，并非沿袭内科之说，而是突出了儿科四诊运用的要领。

从儿科实际情况出发，闻诊、问诊、切诊的应用都受到一定限制，惟有望诊最为客观而可行。钱乙对儿科四诊尤重望诊，其中又以面部望诊论述最详。他提出的面上分部——“左腮为肝，右腮为肺，额上为心，鼻为脾，颊为肾”是他将五行学说应用于儿科学的一部分，明显地带有将所有事物一分为五的机械认识论，未能反映面部症状的多元化特征，但其认为五脏证候必形于面的出发点还是具有临床指导价值的。事实上，钱乙在具体论述面部望诊的辨证、辨病意义时，已经反映了他对物质世界多样性的认识。如他论述“目内证”，就在五脏配五色的基础上有所深化，提出了“赤者，心热……淡红者，心虚热……青者，肝热……黄色，脾热，……无精光者，肾虚”的符合临床实际的描述和推理。其它如论解颅“目白睛多”，胎怯“生下面色无精光，肌肉薄”，伤食“大便乳食不消”等，都指出了这些病证的诊断要点，“黄相似”中鉴别了黄病和黄疸，也是侧重从望诊提出鉴别诊断方法。

在望诊之外，钱乙对其它三诊的儿科运用亦有心悟。如“小儿脉法：脉乱不治，气不和弦急，伤食沉缓，虚惊促急，风浮，冷沉细。”仅列举了6种儿科常见而重要的脉象，论述各种病证时也很少提到脉象表现，体现了他对小儿脉法运用应举简驭繁以及儿科辨证不必皆以脉为据的观点。

### 1.2.3.3 建立儿科五脏辨证体系

钱乙在中医学脏象学说的基础上，建立了儿科五脏辨证体系，成为中医儿科学辨证学中最为重要的内容。

钱氏提出的“五脏所主”，是对各种儿科临床常见证候进行辨证的总纲。他首先明确：心主惊，肝主风，脾主困，肺主喘，肾主虚。以五脏辨证作为第一层次辨证，然后以虚实辨证作为第二层次辨证，兼证辨证作为第三层次辨证，使五脏辨证方法系统而完整。五脏皆有虚证、实证，如“脾主困。实则困睡，身热，饮水；虚则吐泻，生风。”又说“脾病，困睡，泄泻，不思饮食。”将内伤、外感病证涉及脾病的主要证候作了虚、实归类，并概括其中心为脾气困遏不展。当然，在许多情况下仅用虚实辨证还不够，钱氏又以寒热、表里、痰食等的辨证加以补充，如“夫嗽者，肺感微寒……有嗽而咯脓血者，乃肺热。”“其候面青而光，嗽而喘促哽气，又时长出气，钱曰：痰困十已八九。”“今吐利不食，壮热者，伤食也。”等。这样，就使五脏辨证有了更丰富的内容，能够覆盖更广泛的病证。

各种病证的表现是复杂的，在许多情况下，证候可以并存、兼夹及转化，《小儿药证直诀》中有许多这样的辨证实例。“斑子为心所生，心生热，热则生风，风属于肝，二脏相搏，风火相争，故发搐也。”指出斑子发搐病在心肝二脏。“肝病胜肺”是肝强肺怯，“肺病胜肝”是肺强肝怯。“疳皆脾胃病”，但又可兼有肝、心、肾、肺等诸脏证候等等。钱乙五脏辨证的丰富内涵，使之不仅成为儿科辨证的纲领，也为其它各科临床广泛应用。

### 1.2.3.4 根据儿科特点立法制方

钱乙从小儿生理病理特点出发，制订儿科治则治法。他崇尚《颅凶经》“纯阳”之说，擅用甘寒柔润养阴；又因小儿脾胃柔弱易困，常取运补兼施，忌呆补峻攻。他为五脏虚实证立法，凡热证多用甘寒柔润之品，如泻肺之泻白散、清心之导赤散之类，慎用苦寒之芩、连。肾多虚证，常用补益，钱乙立补肾主方地黄丸，为以金匱肾气丸去桂附之温

燥，存六味之润养而来。地黄丸中，熟地补肾阴，泽泻泄肾浊，山茱萸滋肝阴，丹皮清肝热，山药养脾阴，茯苓渗脾湿，三补三泻，寓补于行，补而不滞，匠心可见。热盛之病必用苦寒者，钱乙常以改变剂型的方法缓其攻势。如治诸热之三黄丸（黄芩、大黄、黄连），乃仲景大黄黄连泻心汤改汤为丸，则苦寒泻下之性缓和。犀角丸（犀角现以水牛角代、人参、枳实、槟榔、黄连、大黄）治三焦邪热，脏腑蕴毒，风热痰实，大小便秘涩之证，也体现了攻中带补，丸以缓之义，因而认为是“极稳方”。

钱乙注重脾胃升降，善用甘温运化。钱乙所立补脾主方为益黄散，并不用参、芪、苓、苓、术之类，而以理气助运为主。即使是应用补脾益气之剂，亦不忘配以助运，戒施呆补，如以钱乙异功散与同时代之《局方》四君子汤相比，钱乙仅增陈皮一味，便体现了补运兼施之旨。又立白术散治脾胃久虚吐泻，用四君子加藿香、葛根、木香，在甘温健脾同时，注意到举阳护阴。钱乙所立治法方剂，无不体现了他对儿科用药特殊性的深刻认识。

钱乙善于化裁古方，根据儿科特点创制新方。《小儿药证直诀》制方 135，其中丸剂 71 方、散剂 45 方、膏剂 6 方、外用 7 方，汤剂仅 6 方，从制剂以中成药占绝大多数也可以看出他立足儿科临床实际的特点。

#### 1.2.4 陈文中《小儿痘疹方论》、《小儿病源方论》

陈文中，字文秀，南宋时安徽宿州符离人，有《小儿痘疹方论》1 卷（1241 年）、《小儿病源方论》4 卷（1254 年）传世。陈氏力倡固养小儿元阳，以擅用温补治疗见长。明代刘凤《幼幼新书·序》说：“宋以来吴之专家者，曰陈曰钱二氏，陈以热，钱以凉，故有火与水喻者。”陈文中与钱乙分别创立了儿科温、凉两大学派，他们的学术观点对于中医儿科学的完善和发展有着深刻的影响。

##### 1.2.4.1 立论元阳为本

自《颅凶经》提出：“凡孩子三岁以下，呼为纯阳，元气未散。”钱乙、董汲宗其说，补益重养阴，祛邪擅寒凉。陈氏不拘于前辈医家所论，鲜明地提出了元阳为本、亟当固养的学术观点。

陈氏强调小儿体质特点为脏腑娇嫩，病理上易见阳气不足的证候。《小儿病源方论·惊风门》说：“夫小儿脏腑娇嫩，皮骨软弱，血气未平，精神未定，言语未正，经络如丝，脉息如毫。”《小儿病源方论·养子真诀》又说：“小儿一周之内，皮毛、肌肉、筋骨、髓脑、五脏、六腑、荣卫、气血皆未坚固，譬如草木茸芽之状。”小儿处于生长发育时期，全赖阳气之温煦。《小儿病源方论》提出：“盖真气者，元阳也。……无病者在于摄养如法，调护正气。”有病时更应重视“固养元阳”。

陈氏分析小儿阳气不足的产生原因，有先天、后天两方面。先天因“胎受软弱”，后天因“不见风日”，因而“如阴地中草木，少有坚实者也”。由此提出，后天调护以固护脾肾，防止阳气受戕为要。《小儿病源方论·养子真诀》提出小儿护养的措施：“吃热、吃软、吃少，则不病；吃冷、吃硬、吃多，则生病。”“养子十法”中提出对小儿要背暖、要肚暖、要足暖、脾胃要温等，都是为防损伤小儿脾肾阳气采取的措施。他反对当时不少儿科医生妄施牛黄、轻粉、朱砂、黄连等寒凉伤阳损气之品，认为“药性既温则固养元阳，冷则败伤真气”。这种强调固养小儿元阳的观点，体现在陈氏所论小儿生理特点、病理表现、无病时护养、患病后治疗的各个环节之中。

#### 1.2.4.2 擅用温补扶正

陈文中在儿科治疗学方面的显著特色是擅用温补扶正。他在多种病证及疾病的不同阶段，只要有阳气不足见证，辄即施之，无论是痘疹类外感热病，或是泄泻、慢惊风等内伤杂病，均以固护阳气为要务。

一身正气以元阳为根，温补扶正首在壮其元阳。陈氏以八味地黄丸主治禀赋命门火衰、病久元气耗损诸证。此方即金匱肾气丸，钱乙用治肾虚曾去附、桂而为地黄丸，陈氏复其原貌以温元阳，一减一增，两家观点泾渭分明。即使对于“禀赋肾阴不足，或吐泻久病津液亏损”者，陈氏亦宗“无阳则阴无以生”之意，应用加减八味丸，于大队滋阴补肾之品中伍肉桂一味鼓舞阳气。

《小儿病源方论·养子真诀》指出“小儿冷证”的特点是“面皤白，粪青色，腹胀胀，呕乳奶，眼珠青，脉微沉，足胫冷。”包括了五脏虚寒之象，而以元阳虚衰为本。在治法上除八味地黄丸温壮元阳之外，又有多种变法，如脾肾阳衰，腹胀足冷之二圣丸；阳气不温，肠滑泄泻之肉豆蔻丸；下元虚冷，风痰气逆之油珠膏；肾元不足，寒痰壅塞之芎藭散等。他特别重视先后天之间的相互依存关系，重视脾肾并治，立补脾益真汤，溶温阳、益气、助运、涤痰、祛风于一炉，又按渴、泻、呕吐、腹痛、腹胀、咳嗽、痰喘、足冷、气逆不下、恶风自汗等不同见证随证加减，广泛用于多种虚寒证候的治疗。

陈氏倡小儿太阴不足之说，《小儿病源方论·养子真诀》根据脾的生理特性和临床证候特点明确提出：“脾土宜温，不可不知也。”用四君子汤、五味异功散、补中益气汤等温脾益气健运之方治疗不思乳食、饮食停滞、泄泻呕吐等病证。对脾虚及肾患儿，则补脾之外助以温肾，如十一、十二味异功散，均取肉桂、诃子、肉豆蔻、附子之类温振阳气。介绍扬州安通判子慢惊风案，府判曰：“小儿纯阳，热即生风，何敢服附子、硫黄！”文中曰：“若与朱砂、脑麝等凉剂，断然不救。……当温养正气，气盛则寒痰消，腹中不响，其搐自止。”用油珠膏8服，后以补脾益真汤而愈。

陈氏治疗小儿痘疹等时行热病，亦以擅取温补救急见长。他列举痘疮应用温托的指征为：不光泽，不红活，不起发，不充满，不结靥，不成痂，而痒塌烦躁喘渴；宣解太过，误食生冷，中寒泄泻，倦怠少食，足指逆冷等证者。他比喻道：“大抵遇春而生发，至夏而长成，乃阳气薰蒸，故得生成者也”，故“表里俱实者，其疮易出易靥，表里俱虚者反是。”他常用参芪内托散、木香散、异功散等方扶正托毒，《小儿痘疹方论》一书中列举了他以温补托毒治愈痘疮逆证的多宗验案。

陈氏论痘疹证治多言温托颇招非议，如朱震亨评曰：“陈氏方诚一偏论，……多用桂附丁香等燥热药，恐未为适中也。”其实，陈氏治痘并非仅此一法，他对热毒炽盛而阳气未衰者，仍辨证分别施以消毒散、解毒汤、犀角地黄汤、大连翘饮、凉膈散等清热解毒方。他论痘侧重温补托里，是补充了钱乙、董汲惟用寒凉之不足，使痘疮治法趋于完备。

陈氏善于权衡不同证候中的邪正消长关系，灵活地应用祛邪和安正并进、温补和凉泻兼施的方法，来处理虚实兼夹的病证。他对于以邪盛为主的证候，于逐邪之中不忘顾护正气，如治斑疹稠密身热之鼠粘子汤，以清热解毒药为主，配以黄芪、当归顾护气血。邪正交争之际，辨别虚实轻重，灵活地采用寒温相伍的治法，如治痘疮壮热，经日不止者用柴胡麦门冬散，取柴胡、龙胆草清热解毒，玄参、麦门冬凉营护阴，人参、甘草益气扶元，清中寓补，祛邪安正。热病后期，余烬未灭，正气耗伤，则以扶元复阴为主，佐

以清解余邪，如治痘疮已靥，身热不退者，辨其证属气耗津劫，则用人参白术散，在扶脾益胃之中稍佐轻宣散热之品。

陈文中的元阳不足论点及温补扶正治则，对于后世全面地认识小儿生理特点及临床辨证论治，发挥了先导的积极作用。

### 1.2.5 曾世荣 《活幼心书》、《活幼口议》

曾世荣（1252—1332年），字德显，湖南衡阳人。编著《活幼口议》20卷、整理师授遗书《活幼心书》3卷传世。曾氏对于儿科学基础论之甚详，如小儿生理病理、护养保育、面部望诊、指纹诊、脉诊等，均提出了精辟的见解。《活幼心书·卷上》说：“四时欲得小儿安，常要一分饥与寒，但愿人皆依此法，自然诸疾不相干。”《活幼口议·卷之一》说：“小儿方脉，指下易明，心用了了。”皆言简意赅，切合实际。曾氏在学术方面的特色，一是对初生儿疾病作了比较全面的论述，二是对多种儿科常见病的证候分类治法作了精炼而具有指导意义的概括。

#### 1.2.5.1 详论初生诸疾

《活幼口议·卷之四》有“议初生牙儿证候二十六篇”，《活幼心书》内各卷均有关于初生儿疾病的多篇论述。他所论及的初生儿病证有胎寒、胎热、鼻塞、喷嚏、身体热、口疮、便血、夜啼、脐风、脐突、血眼、卵肿、聾耳等多种，均议论甚详。《活幼口议·卷之九》议胎中受病诸证论及“鬼胎……即胎气怯弱”时，分析病因“乃父精不足，母气衰羸，滋育涵沫之不及，护爱安存之失调，方及七八个月以降生，又有过及十个月而生者”，《活幼心书·卷中》则提出治法：“用调元散、补肾地黄丸渐次调养”，这些论述对于先天禀赋不足的胎怯证，具有指导临床辨证论治的重要价值。曾氏对于中医儿科新生儿学的建立作出了重要的贡献。

#### 1.2.5.2 议证论候翔实

曾氏从医60年，对于各类儿科病证的辨证论治多有心得，反映了他丰富的临证实践经验。

以疳证为例，《活幼口议·卷之十一》议曰：“疳者甘也。”认为病因主要在于过食粘腻甘肥生冷炙煨之物。又说：“初作为疾，名曰疳气”，是今日将疳证轻证命名为疳气证的原始依据。《活幼心书·卷中》将疳证按五脏分类，并详列五脏疳的证候表现，提出“察虚实疗之”，虚则分五脏补益，实则分消食驱虫以治疗。

曾氏论急惊风，为“四证八候”之首倡者。《活幼心书·明小儿四证八候五》说：“四证者，惊、风、痰、热是也；八候者，搐、搦、掣、颤、反、引、窜、视是也。”对惊风证候的概括精练而又切合实用。《活幼口议·卷之十二》又提出镇惊、截风、退热、化痰的治法。曾氏所立琥珀抱龙丸、镇惊丸等疗惊方，沿用至今。

### 1.2.6 薛铠、薛己《保婴撮要》

薛铠，字良武，江苏吴县人，明弘治间为太医院史，著《保婴撮要》。薛己（1487—1558年），字新甫，号立斋，为薛铠之子，亦为太医院史，精儿、内、外诸科，校注、增补《保婴撮要》，著《保婴粹要》、《正体类要》等书。薛氏父子秉承钱乙、张元素的脏腑辨证学说，加以充实发挥；又挟其兼通各科之长，为中医小儿外科学的形成作出了贡献。

《保婴撮要》所论小儿各科病证 221 种，每种病证均首论病因、病机、治则，次载本证验案及各种治法、方药，共记录医案 1540 则，为后人留下了宝贵的临证资料。

#### 1.2.6.1 五脏证治为纲，温脾补肾求本

《保婴撮要·卷一》对肝、心、脾、肺、肾五脏证治法则分别论述，每篇首引钱乙辨证论治纲目，继陈张元素五脏相关之阐述，对于儿科五脏虚实证候的症状、机理、治法、主方罗列详明。在急慢惊风、吐泻、疳证、疰夏、汗证等病证中，大抵皆宗张元素而参以李杲、朱震亨诸家之说，旁证博引，演绎成篇。

在五脏之中，薛氏又根据儿科特点，尤其重视脾、肾二脏。《保婴撮要·癖块痞结》说：“凡脾土亏损，必变症百出矣。”《保婴撮要·脾脏》为脾病立方，寒水侮土用益黄散，脾土虚寒用干姜理中汤，脾土虚弱用人参理中汤，脾肺气虚用五味异功散加防风、升麻等。可见薛氏治脾病偏于温补，又与陈文中温补学说一脉相承。

薛氏重视温脾同时，亦注重补肾。《保婴撮要·肾脏》推崇地黄丸：“肾肝诸脏不足之症，宜用此以滋化源，其功不可尽述。”对于肾之阴阳两虚者，他又常用八味地黄丸治疗。说明薛氏补肾，既宗钱乙，又效陈文中，若是肾脾两虚证，且与李杲补气升阳效方补中益气汤共进。由此可见，薛氏在学术上不拘一家，能兼收并蓄，博采众长，再以个人心悟随证灵活加减应用。《四库全书总目提要》评说：“己治病，务求本源，用八味丸、六味丸直补真阴真阳，以助化源，实自己发之。其治病多用古方，而出入加减，具有主理，多在一两味间见神明变化之妙。”

#### 1.2.6.2 外症兼辨经络，治以内外相合

前世儿科医家，多以小儿内科见长，薛氏父子通晓小儿内科、外科，在《保婴撮要》中对各类小儿外科病证作了比较全面的论述。据统计，《保婴撮要》中论及的小儿外科、眼科、耳鼻咽喉科、口齿科、肛肠科、皮肤科、骨伤科病证达 70 种以上，使中医小儿外科学专科初步形成。

薛氏论小儿外科病证病因，有先天胎毒、遗传，后天乳母饮食、情志失调，以及外感、食伤等。对外科病的辨证，薛氏首重脏腑，认为“当分脏腑所属之因，病之虚实，调其血气，平其所胜。”又常从外症所在部位，依其所属经络辨证作为补充。以胎毒疮疥为例，《保婴撮要·胎毒疮疥》说：“如发于两耳眉或耳前后发际之间，属手少阳经；若发于四肢，属脾胃经；发于两胁，属肝经；发于额，属心经；发于脑，属膀胱经；发于颊，属肾经。当随各经所主五脏胜负，及乳母食啖厚味郁怒所传致而调治之，不可彻用化毒、犀角等丸。”这种脏腑、经络辨证的方法，为小儿外症辨证建立了范例。

对于儿科外症的治疗，薛氏一般根据辨证结果，以内治为主，活用清、消、补、托诸法。同时，他们也能按照外症特点，配合使用药物外治、针灸、切开缝合手术等疗法。案例之一，《保婴撮要·流注》：“一小儿腿腕间患此，已半载，肿硬色白，形气俱虚。余先用五味异功散加当归三十余剂，却佐以八珍汤二十余剂，更用葱熨法，肿势渐消，中间一块仍肿。此欲作脓也，当补其血气，俱用托里散为主，异功散为佐，仍用葱熨法，月许，针出稠脓。仍用前二药及豆豉饼，三月余而愈。”案例之二，《保婴撮要·腹破肠出》：“一小儿持碗跌仆，腹破肠出，即纳入，以麻线缝完，敷花蕊石散而愈。”从案例中可以看出，当时薛氏的小儿外症治疗已经达到了较高的水平。

### 1.2.7 万全《幼科发挥》等

万全(1488—1578年?),字密斋,湖北罗田人。祖传三世名医,尤擅儿科、妇科。他的著述甚丰,儿科专著便有《幼科发挥》、《育婴秘诀》、《片玉心书》、《幼科指南心法》等多种。他在小儿保育、生理病理特点等方面均发挥了前人的论述,临证方面以调理脾胃见长。万氏在儿科学术上承前启后,有着重要的影响。

#### 1.2.7.1 “育婴四法”的儿童保健学说

万全就不同年龄阶段的儿童,系统地提出了养育要点,即“育婴四法”。《育婴秘诀·十三科》说:“一曰预养以培其元,二曰胎养以保其真,三曰蓐养以防其变,四曰鞠养以慎其疾。预养者,即调元之意也;胎养者,即保胎之道也;蓐养者,即护产之法也;鞠养者,即育婴之教也。”

万氏论小儿养育,首重先天。预养指孕育之前的培元之道,提出不可乱服壮阳、暖宫之药,男子慎养其精,女子静养其血,交合时“两情欣洽”等要领。胎养即养胎护胎之道,提出调喜怒、节嗜欲、作劳不妄、节五味之食、不可妄投药饵等要领。蓐养即围生期保健,介绍了回气、拭口、断脐、解胎毒、浴儿、哺儿等方法。鞠养要点,万氏强调调节饮食和寒温,《育婴秘诀·鞠养以慎其疾四》说:“养子须调护,看成莫纵弛,乳多终损胃,食壅即伤脾,衾厚非为益,衣单正所宜,无风频见日,寒暑顺天时。”万氏对小儿养育的论述,形成了中医儿童保健学的系统观点。

#### 1.2.7.2 “三有余四不足”的生理病理学说

对于小儿生理病理特点,历代医家续有论述。朱震亨曾就此作出了“阴常不足”、“肝只是有余,肾只是不足”等概括。万全则进一步提出了三有余、四不足学说,即:阳常有余、阴常不足,肝常有余、脾常不足,心常有余、肺常不足、肾常不足。

万氏所论的阳常有余、阴常不足,源于《颅囟经》、《小儿药证直诀》及朱震亨《幼科全书》,但万氏对此有自己的理解和阐释。《育婴秘诀·鞠养以慎其疾四》“抱龙丸解”说道:“龙者,纯阳之物。盖震为龙,东方乙木也,为少阳之气,时至乎春,乃万物发生之气也。乙者,肝木也,肝为风木。初生小儿,纯阳无阴,龙之象也。肝为有余,少阳之气壮也。肝主风,小儿病则有热,热则生风。”可见万氏认为“纯阳”在生理上是指如同春天万物发生之气的旺盛生机,在病理上是指患病后易于化热化火,引动肝风的特征。《片玉心书·小儿治法》说:“小儿纯阳之体,阴阳不可偏伤。”也可以看出万氏认为纯阳并非盛阳,而是小儿阴阳皆未充盛,均需慎防耗伤。《幼科指南心法·祖传一十三方》“抱龙丸”又进一步说:“小儿肝常有余、脾常不足,此药抑肝扶脾,乃名抱龙也。”可见万氏所论三有余、四不足学说有其生理、病理两方面的含意。万氏的这一学说影响深远,至今常被引用。

#### 1.2.7.3 强调“调理脾胃”的临证治疗观点

万全的辨证论治观,宗于钱乙而又有发挥。他以五脏辨证为纲,联系小儿三有余、四不足的特点,分虚实证候论治,并创制了牛黄清心丸等名方。

万氏特别强调调理脾胃在儿科治疗学中的重要性。《幼科发挥·调理脾胃》说:“人以脾胃为本,所当调理,小儿脾常不足,尤不可不调理也。”并阐述道:“调理之法,不专在医。唯调乳母、节饮食、慎医药,使脾胃无伤,则根本常固矣。”药物治疗脾胃病的

方法，从小儿脾胃的生理病理特点出发制订。脾喜温而恶寒，胃喜清而恶热，用药不可过偏，宜五味相济，四气俱备，攻、补皆须防“偏之为害”，须取“中和之道”，他所立肥儿丸、养脾消积丸等方，均体现了这一原则。《幼科发挥·原病论》明确提出：“脾胃壮实，四肢安宁，脾胃虚弱，百病蜂起，故调理脾胃者，医中之王道也。”

### 1.2.8 陈复正《幼幼集成》

陈复正，字飞霞，广东罗浮人。他的儿科专著《幼幼集成》刊于1750年。该书广泛采集了前辈医家的经验，结合自己的体会加以阐发。陈氏在儿童保健方面注重养胎护胎和初生护持，在临证治疗方面认为不得恣用寒凉克伐生生之气。陈氏对儿科学的突出贡献则在指纹诊法、儿科八纲辨证及立方集方等方面。

#### 1.2.8.1 提出指纹诊法纲领

儿科诊法，受临床限制，历来以望诊为主。望诊较少受到小儿客观情况的干扰，能较真实地反映小儿的证候，因此，在儿科诊断学方面，望诊的内容不断积累充实。指纹诊就是中医儿科诊法具有特色的内容之一。自唐代《仙人水镜图诀》论述虎口色诊之后，《小儿卫生总微论方》、《幼幼新书》等相继阐述小儿指纹诊法，而张景岳、夏禹铸等则对此持有非议。陈复正就此加以评述，《幼幼集成·指纹晰义》说：“有谓不必用者，有用而至于怪诞不经，诬民惑世者，是皆未明纹中之理，所以有用、不用之殊议。……盖此指纹与寸关尺同一脉也。”因而，《幼幼集成·指纹切要》说：“小儿自弥月而至于三岁，……诊（脉）之何益？不若以指纹之可见者，与面色病候相印证，此亦医中望切两兼之意也。”对于指纹诊的儿科应用提出了切合实际的想法。

关于指纹诊法的内容，陈氏提纲挈领，概括为：浮沉分表里、红紫辨寒热、淡滞定虚实，将指纹的浅深、色泽、运行，与八纲辨证联系。又在《幼幼集成·三关部位歌》中论说纹见于风关、气关、命关，分别显示病邪之初入、正盛和至重，这一论点被后人概括为“三关测轻重”。陈氏指纹诊法的观点相延至今，成为中医儿科诊断学的重要组成部分，其中不少内容得到了现代临床观察及实验研究的证实。

#### 1.2.8.2 论述病证八纲辨证

陈复正是一位具有丰富实践经验的儿科医家，他对儿科许多病证的辨证论治提出了自己的见解。《幼幼集成·腹痛证治》说：“夫腹痛之证，因邪正交攻，与脏气相击而作也。有冷、有热、有虫痛、有食积，辨证无讹，而施治必效。”并提出虫痛宜攻虫取积，又要辨其脾胃是否怯弱，来确定调补脾胃之先后使用。啼哭分肝热、心热，大便不通分实闭、虚闭，发热分表热、里热、虚热、实热，泄泻分寒、热、虚、实、食积等，都表明陈氏对儿科病辨证，除采用脏腑辨证外，更为重视八纲辨证的应用。

陈氏对于小儿抽风病变，赞同喻嘉言之说，提出“易去惊风字样”，新立误搐、类搐、非搐之名。误搐指伤寒病痉，包括柔痉与刚痉；类搐指暑、疳、痢、咳、丹毒等病失治所致抽搐；非搐指吐泻、大惊等病后脾阳衰败所致之慢性抽搐。陈氏理论以《内经》、《伤寒论》等经典为依据，其意义并不仅仅在于病名之争，而在于他强调对于临床常见的抽风病变，应当分辨病因和证候分别论治，即以审证求因、审因论治的方法处理小儿抽风，这一观点无疑是有积极意义的。

#### 1.2.8.3 创制新方广集成方



陈氏对于儿科方剂学也有着重要贡献。他根据儿科特点创制了集成八方：集成三合保胎丸保孕安胎，集成沉瀝丹导三焦郁火，集成三仙丹通下解积，集成金粟丹截风定搐，集成定痢丸健脾化痰定痢，集成至圣丹治冷积久痢，集成肥儿丸健脾消食，集成白玉丹治瘰疬。这些方剂组成均凝集了作者经验，长期临床应用疗效可靠，故推而广之。

陈氏除自立新方、沿用古方之外，还特别注意收集各类简便方，提供临证选用。《幼幼集成》中大量介绍的简便验方中不乏药简效宏之品，例如：桂圆肉包鸦胆子治久痢，马齿苋治寒热赤白诸痢，常山治疟疾，苦楝根皮打虫，川椒治蛔虫病呕吐服药不纳，北沙参治肺燥咳嗽，山楂子治食肉积滞不消，萝卜子治食胀、气胀，蚕茧治消渴，天花粉等下死胎，五倍子粉敷脐治盗汗，等等。《幼幼集成》集前辈医家、自身心得及民间经验之大成，说明陈复正不仅勤求古训，潜心总结，而且广闻博采，重视整理推广单方验方，这种精神是难能可贵的。

### 1.2.9 吴瑭《温病条辨》

吴瑭（1736—1820年），字鞠通，江苏淮阴人。吴氏宗吴又可、叶天士的温病学说并加以发挥，建立了三焦辨证体系，是一代温病大家。同时，他在儿科方面亦卓有成就，他关于儿科的论述集中于《温病条辨·解儿难》一卷中。吴氏在小儿生理病理特点、外感及内伤疾病证治方面均有创见，是清代儿科学术发展史上有重要地位的医家。

#### 1.2.9.1 稚阴稚阳、易感易传，阐明生理病理

关于小儿的生理特点，自《内经》起代有论说。《颅囟经》提出“纯阳”说之后，则学术争鸣不断，诸家各陈己见。吴鞠通在《温病条辨·解儿难·俗传儿科为纯阳辨》中鲜明地提出：“古称小儿纯阳，此丹灶家言，谓其未曾破身耳，非盛阳之谓。小儿稚阳未充、稚阴未长者也。”认为男子16~24岁、女子14~21岁，才能“阴气长而阳亦充”，在此之前，阴、阳都处于稚嫩不足状态，即小儿物质基础均未健全、功能活动均未成熟，这是小儿最基本的生理特点。吴氏的这一观点经200年来学术界的研讨，已经成为共识。

吴氏进一步阐述了小儿的病理特点和临床用药注意点，《温病条辨·解儿难·儿科总论》说：“且其脏腑薄，藩篱疏，易于传变；肌肤嫩，神气怯，易于感触。其用药也，稍呆则滞，稍重则伤，稍不对证，则莫知其乡。”力陈儿科轻易使用苦寒之弊，以存阴退热为第一妙法。又根据儿科特点，对儿科医生提出了较高的要求，《温病条辨·解儿难·小儿痘病瘰疬病共有九大纲论》说：“盖小儿肤薄神怯，经络脏腑嫩小，不奈三气发泄。邪之来也，势如奔马，其传变也，急如掣电，岂粗疏者所能当此任哉！”吴氏的这些论述被现代《中医儿科学》教材归纳为“发病容易，传变迅速”，作为小儿的基本病理特点之一。

#### 1.2.9.2 三焦分证、治病求本，论说疾病证治

吴氏对于温病学说的建树尤为人所瞩目。吴氏论小儿外感病因，重视六气为病，其中又以风为百病之长，六气莫不由风而伤人。温病传变，乃由口鼻而入，通于肺、胃，逆传则至心包，上焦病不治传中焦，中焦病不治传下焦，循三焦传变。对于暑痉一证，《温病条辨·解儿难·小儿痘病瘰疬病共有九大纲论》说：“痉因于暑，只治致痉之因，而痉自止，不必沾沾但于痉中求之。”说明吴氏温病学说的核心观点是六气病因、三焦分证、治病求本，于叶桂的卫气营血辨证之外又辟蹊径。

吴氏对于小儿杂病亦有研究。如认为痘病九大纲，除有外感所致寒痘、风温痘、温

热疮、暑疮、湿疮、燥疮之外，又有内伤所致之内伤饮食疮、客忤疮、本脏自病疮，应从扶正入手治疗。对于疳疾，提出疏补中焦、升降胃气、升陷下之脾阳、甘淡养胃、调和营卫、食后击鼓以鼓动脾阳、调其饮食、杀虫驱虫、缓运脾阳缓宣胃气等九妙法，内容概括了调理脾胃的各种治法，又包括了音乐疗法、饮食疗法等多种疗法。吴瑭的《温病条辨·解儿难》虽篇幅不长，却多个人心悟，对于儿科外感、内伤疾病的辨证论治具有指导意义。

### 1.2.10 徐小圃《儿科名家徐小圃学术经验集》

徐小圃（1887—1959年），名放，上海人。徐小圃先生为近代声誉卓著的儿科临床家，擅长治疗痧痘惊疳、疑难杂症，学术思想宗张仲景、陈文中等，临证以擅用温阳法见长。徐氏一生，诊务繁忙，无暇编撰著述，其学术经验、临证医案，近年经搜集整理成《儿科名家徐小圃学术经验集》出版。

#### 1.2.10.1 温阳扶正挽治沉疴

徐小圃氏认为：所谓“纯阳之体”，是指“生机蓬勃，发育迅速”的生理特点。小儿以阳气为本，一旦护养失宜，寒暖失调，则外易为六淫所侵，内易为饮食所伤，发病之后，容易出现种种阳气受损之症。阴为体，阳为用，阳气在生理状态下是全身动力，在病理状态下又是抗病主力，此在儿科尤为重要。徐氏推崇陈复正“圣人则扶阳抑阴”之论，方案中常有“气阳不足”、“气阳式微”、“阳虚湿盛”等语，治疗时则常采用温阳扶正等治法。

徐氏治疗小儿外感病初期，善用麻黄类辛温解表，应用对象以肺经见证为主，无汗者用生，微汗用水炙，咳喘用蜜炙。凡喘咳之属实者，麻黄在所必用，若用于发汗解表，常配桂枝，风寒表实无喘咳者，则代之以羌活。对于热病伤阳之里虚寒证，徐氏善用附子，应用指征为：神疲、色眇、肢冷、脉软、舌润、小便清长、大便溏泄不化，但见一二症，便放手应用，认为若必待少阴证悉具而后用，往往贻噬脐莫及之悔。另外，川乌散寒止痛，多用于寒证腹痛；肉桂引火归元，常用于下元虚寒。益智仁、补骨脂、仙灵脾等，均系温肾扶阳之品，在遗尿、虚寒泄泻、阳虚水肿等症常常配用。龙骨、龙齿、牡蛎、磁石等，平肝潜阳，重镇安神、屡用治虚阳上僭或肝风内动之暑热症、惊风、不寐、眩晕等。徐氏当时应用温阳药物回阳救逆，救治了许多时行疾病危重变证患儿，由此而名噪上海滩，并在现代被广泛学习应用。

#### 1.2.10.2 四诊合参辨证识病

徐氏对于儿科四诊应用，自有章法，虽同样以望诊为主，而对于闻、问、切诊亦不偏废，他常说：“小儿科医生一定要具备几个基本功，一是看得准，二是听得清，三是问得明，四是摸（切）得细，缺一不可。”

徐氏望诊，注意“望面色，审苗窍”。他在本世纪20年代已经使用消毒压舌板观察患儿口腔、咽部，并对传染病如白喉等患儿用过者随即作焚毁处理。吸取西医学麻疹粘膜斑的望诊经验，临证能作出“痧子将布”等肯定性诊断。他观察口腔，还注重唇舌的润燥，对发热咳嗽者必视其呼吸及啼哭有无泪水，对高热者察其肌肤润燥及四肢温凉，从这些方面观察热病中阳气、阴津的存亡，及早发现变证。

闻诊在儿科历来应用较少，徐氏却常能从大量候诊的患儿中通过闻诊发现一些重症

患儿提前处理。他对当时发病率高的白喉警惕性极高，往往通过辨析其呼吸时特殊的嘶吼声和犬吠样咳嗽便能加以识别。他临证常据小儿啼声之抑扬、咳声之清浊，作为辨证识病的重要方法之一。

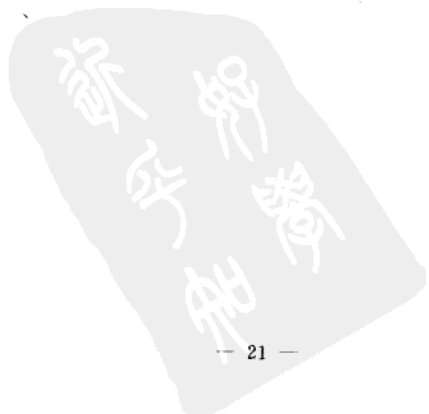
儿科问诊，倚重家长。徐氏每日通常诊治百号患儿，问诊提倡务重肯綮，围绕主诉，就辨证识病要领询问。如对咳嗽日久者，询问咳时是否有连声不断、面红泪出、咳尾有特殊的吼声等顿咳的特征；对下痢者须问有否不食、呕恶，审其是否噤口痢；对夏季高热者，必问有否渴饮多尿等暑热症的征象。

徐氏倡导小儿有脉可凭，赞同《景岳全书·小儿则》“凡小儿形体既具，经脉已全，所以初脱胞胎，便有脉息可辨”的说法。他诊小儿必先切脉，以避免先作其它检查使患儿惊恐、挣扎，扰乱气息，影响脉象。他的方案中一般均列有脉象，根据脉象探讨病机，立法用药，判断预后。如见脉软，辨为气阳不足，处方中每加用温阳之品；脉呈弦象，多属肝旺风动，提防其惊风骤发等。

### 现代参考文献

- 〔1〕朱永芳．《诸病源候论》对儿科学术发展的贡献．中医杂志，1990，31（7）：398
- 〔2〕孙浩．钱乙脾胃学术思想探析．中医杂志，1993，34（8）：457
- 〔3〕汪受传．固护元阳，温补见长——陈文中儿科学术思想探讨．安徽中医学院学报，1984，（3）：19
- 〔4〕陆鸿元，等．儿科名家徐小圃学术经验集．上海：上海中医学院出版社，1993

（汪受传）



# 2

## 生理病理与喂养保健

### 2.1 小儿年龄分期

儿童生命活动的开始，起于阴阳两精相互交结而形成的胚胎，如《灵枢·本神》说：“故生之来谓之精，两精相搏谓之神。”新的生命产生之后，不断生长发育，直至成年。儿童与成人的年龄界限，历代有着不同的认识，现代一般按《小儿卫生总微论方·大小论》所说“当以十四以下为小儿治”，将14岁作为儿童阶段的上限。

在近15年的期间，儿童处于不断生长变化的过程中。在不同时期，小儿的形体精神、生长发育、生理病理、养育保健、疾病防治等都有着不同的特点。为了儿科的实际需要，能更有针对性地做好儿童保健工作，有必要对儿童阶段再按年龄分为若干时期。

小儿生长发育是一个连续不断的过程，其间虽在某些阶段有着比较显著的变化，但各期之间并无严格的界限，而且相互之间是密切联系的，所以，小儿年龄分期只是为了实际工作的方便。小儿年龄分期的方法，古代各家所论不一，现代一般划分为以下几个阶段。

#### 2.1.1 胎儿期

从男女生殖之精相合而受孕直至分娩断脐，属于胎儿期。胎儿孕育在母体子宫内，约280天（从孕妇末次月经第1天算起胎龄为40周，若从受精算起约为38周），以4周为1个妊娠月，即“怀胎十月”。

天地阴阳，化生万物，男女媾精，结成胚胎。胚胎产生，一个新的生命也就开始了。胎儿在孕育期间，还不能独立生存，寄生于母体之内，与其母一脉相连，依靠母体的气血供养，在胞宫内生长发育，因而与母体休戚相关。《幼幼集成·护胎》对于胚胎生成及母体与胎儿的关系就曾作过精辟的论述：“父主阳施，犹天雨露；母主阴受，若地资生。胎成之后，阳精之凝，尤仗阴气护养。故胎婴在腹，与母同呼吸，共安危，而母之饥饱劳逸，喜怒忧惊，食饮寒温，起居慎肆，莫不相为休戚。”

胎儿期又分为3段。妊娠早期12周为胚胎期，如《诸病源候论·妇人妊娠病诸候·妊娠候》说：“妊娠三月名始胎”，从受精卵细胞至基本形成胎儿。妊娠中期15周，胎儿各器官迅速成长，功能也渐成熟，但肺的发育较缓，早产难以存活。妊娠晚期13周，胎儿以肌肉发育和脂肪积累为主，体重增加快。至妊娠第10月，五脏俱备，六腑齐通，形神兼备，则一朝分娩而面世。

所谓先天之本一生之基，胎儿期的保健对于人的一生有着深远的影响。胎儿保健是依靠妇女孕期保健来实现的，养胎护胎学说就是我国传统孕期保健经验的总结。做好胎儿保健，不仅可以避免死胎、流产、早产、先天畸形等不良后果的发生，更可以使小儿在先天形成优良的体格、精神素质，为出生后的健康发育打下良好的基础。

### 2.1.2 新生儿期

自出生后脐带结扎，至生后满 28 天，称为新生儿期。

新生儿开始脱离母体而独立生存，脏腑娇嫩、形气未充的生理特点在这一时期表现得最为突出，正如《小儿药证直诀·变蒸》说：“小儿在母腹中，乃生骨气，五脏六腑，成而未全。”新生儿在短暂的时间内，经历了内外环境的突然变化，机体内部也发生了相应的巨大变化。但是，新生儿的脏腑功能未曾健全，精神发育未曾成熟，处于稚嫩状态，机体调节功能不足，对外界的适应能力和御邪能力都较差，加上胎内、分娩及生后护理不当等原因，故新生儿的发病率和死亡率都是最高的。

为了降低新生儿发病率，认识新生儿的生理病理特点，加强护理，使之能尽快顺应新的环境，做好喂养，使之后天尽快发育成长，是新生儿保健的主要工作。还要掌握新生儿的特殊生理状态，如睡眠时间长、体重先减后增、生理性黄疸、乳房肿大、假月经、板牙、螳螂子等，将其与各种病态加以区别，以避免误治。

现代还专门提出了围生期的概念，指胎龄满 28 周至出生后 7 足天这段时期，又称围产期。对于从胎儿晚期经娩出过程至新生儿早期的这段时间专门进行研究，是因为这是变化巨大，生命遭到最大危险的时期。围生期死亡率（包括这一时期内死胎、死产和活产新生儿死亡数）高，做好围生期保健是优生优育的重要环节。

### 2.1.3 婴儿期

出生 28 天后至 1 周岁为婴儿期，又称乳儿期。

婴儿已经初步适应了外界环境，显示出蓬勃的生机，生长发育特别迅速。1 周岁时，小儿的体重增长到初生时的 3 倍，身高增长至初生时的 1.5 倍。这一阶段机体对水谷营养精微的需求特别旺盛，而婴儿脾胃未充，运化力弱，因而显示出脾常不足的显著特点。需要强调母乳喂养，及时添加辅食，乳食有时有节，注意饮食卫生，才能使婴儿脾胃功能逐渐增强，保证生长发育的营养需要，减少脾胃病的发生。

婴儿肺脏娇嫩，卫表未固，来自母体的免疫能力逐渐消失，自身免疫力又未能健全，御邪能力弱，使婴儿，尤其是 6 个月后的婴儿，发生时行疾病和肺系疾病的机会大大增加。应当给孩子多见风日，衣着适宜，增强体质，提高对气候变化的适应能力，并有计划地接受预防接种，讲究卫生，做好消毒隔离，降低发病率，减少疾病对婴儿迅速生长发育的干扰。

### 2.1.4 幼儿期

1 周岁至 3 周岁为幼儿期。

幼儿期小儿的生长发育速度较前减慢，尤其是在体格发育方面，体重由 1~2 岁时增长 3kg 减至 2 岁后每年增长 2kg 的稳步增加速度。此期小儿学会了走路，活动范围扩大，

接触周围事物的机会增多,智力发育比较突出,语言、思维和应人、应物的能力增强,同时,感邪患病的机会也较前增加。要培养孩子良好的生活、卫生习惯,加强活动和锻炼,注意传染病的预防和隔离,对反复呼吸道感染的小儿要采取发时治标、平时治本的措施,改善体质,减少发病。通过增加环境接触、语言及动作教习,安排适合该年龄儿童特点的游戏,看图画、听故事等,启发童蒙,促进幼儿智能发育。

1周岁后,小儿的饮食已从乳汁转换为饭菜,逐渐过渡到普通饮食,乳牙渐次长齐,脾胃功能逐步增强。此期要注意食物品种的搭配,保证各种营养成分的供给,让小儿自幼养成杂食、广食、不挑食的习惯,不要滥服保健食品、补品补药,防止误食污染食品及药物毒物,减少厌食、积滞、泄泻、疳证等脾胃病的发生。

### 2.1.5 学龄前期

3周岁至入小学前(6~7岁)为学龄前期。

学龄前期小儿体格发育稳步增长,智能发育趋于完善。该年龄组儿童求知欲强,对任何事物都怀有好奇心,好问为什么。应当根据这一时期儿童的智力水平,安排好小儿的生活环境,使之在接触、游玩中增长见识,获得启发式教育,提高理解和思维能力。同时,应根据该时期小儿可塑性强的特点,培养其优良的道德品质,养成良好的卫生、劳动和学习习惯,为接受正规的学校教育打好基础。

随着儿童能力的增强,要因势利导,提高他的独立生活能力,学会照顾自己、穿脱衣服、吃饭洗漱、做简单的生活琐事等,避免由家长包办一切。学龄前期儿童好奇好动,又无生活经验,容易发生意外事故,必须加强安全教育,防止外伤、烫伤、蜇伤、触电、车祸等意外发生。

此期儿童发病率有所下降,肺系疾病、脾胃疾病、时行疾病均较前减少。对于仍然发病的患儿要抓紧治疗,调整机体,增强体质,争取在这阶段得到控制,免得将咳嗽、哮喘、厌食、疳证等疾病延至学龄期。

### 2.1.6 学龄期

自进入小学(6~7岁)起,到青春开始前(女11岁,男13岁),称学龄期。

学龄期相当于小学学习期。此期小儿在体格方面仍稳步增长,乳牙依次换上恒牙,除生殖系统外,其它器官的发育到本期末已接近成人水平。此期儿童脑的形态发育已基本与成人相同,智能发育更为成熟,控制、理解、分析、综合等能力增强,能适应正规的学习生活,文化科学知识增长很快,是打好知识基础的重要时期。

对学龄儿童,要以德、智、体、美、劳全面发展为目标。要使他们建立起履行义务和完成任务的责任感,尊敬师长,团结同学,认真学习,遵守纪律,热爱劳动,锻炼身体,养成良好的素质。同时,要避免因学习过于紧张,影响他们的健康成长。

这一时期儿童的发病率进一步下降。需要注意的是:端正坐、立、行的姿势,注意用眼卫生,防治龋齿。要安排好起居作息,保证充足的营养和休息,注意情绪和行为变化,减少精神行为障碍的发病率。肺脾疾病的发病减少,而肾病综合征、哮喘、过敏性紫癜、风湿热和类风湿病等疾病好发于这个时期。慎防外感有助于减少上述疾病的发生和复发,已病者则应及时进行治疗。

### 2.1.7 青春期

青春期的个体差异较大,一般女孩自11~12岁到17~18岁,男孩自13~14岁到18~20岁。青春期开始阶段仍属于儿童范围。

青春期是从儿童到成人的过渡时期,其显著特点是肾气盛,天癸至,生殖系统发育趋于成熟,女孩行经,男孩溢精,体格生长也出现第2次高峰,体重、身长增长幅度加大。近几十年来,小儿进入青春期的平均年龄有提早的趋势。

青春期生理变化大,社会接触增多,易引起心理、行为、精神方面的不稳定。应根据这一特点,加强教育与引导,使之心理平衡,使之对月经来潮、乳房发育等生理变化有正确的认识,从心理上、生活上适应这些变化。对于这个阶段易出现的月经不调、甲状腺肿、高血压及心理失调等病态,要采取防治措施。青春期体力增长,知识和技能增加,社会适应能力及机体抗病能力都明显增强,保障青春期的身心健康,对于他们成长为对社会有用的人才将产生积极的影响。

(汪受传)

## 2.2 生长发育与生理特点

生长发育是小儿的基本特征之一。“生长”一般是指形体的增长,“发育”一般表示功能的演进。小儿的生长发育是按照一定规律,即小儿生理特点,持续进行的,直至长为成人。小儿时期是人生长发育的重要阶段,对成年后的影响亦颇大。掌握小儿生长发育规律,熟知小儿生理特点,对于判定小儿生长发育是否正常,及时纠正小儿发育不良,指导儿童保健,保证小儿健康成长等,具有重要意义。同时,生长发育指数亦是某些疾病如胎怯、疳病、肥胖症、巨人症等的重要诊断依据。

### 2.2.1 生长发育

小儿从成胎、初生到青春期,一直处于不断生长发育的过程中。小儿生长发育受先天和后天两方面因素制约。先天因素与种族、父母、胎儿期状况等有关;后天因素与社会条件、气候、地理状况、营养、体育锻炼、疾病、药物等因素有关。小儿生长发育一般分为胚胎成长、体格生长和智能发育3个方面。小儿的生长发育,是形与神的同步增长。我国古代关于小儿生长发育的论述,多散见于“变蒸”学说等之中。

#### 2.2.1.1 胚胎成长

从受孕到分娩,是小生命的起始阶段。母体通过胎盘脐带,将气血津液等营养物质,供给胚胎发育成长。胎儿犹如草木嫩芽,尚未出土,待时萌发。胎儿时期成长迅速,在40周内,由仅0.14mm的受精卵,发育成长为长约50cm,重约3kg左右的胎儿。另一方面,胎儿时期,人体脏腑经络形体都处于形成的过程中,极易因各种病理因素而受到损伤。因此,自古以来,医家们就注意研究胎儿成长的客观规律,并在此基础上形成了养胎、护胎和胎教学说。

生命的开始,是受精怀孕,继而胚胎发育。《灵枢·决气》说:“两神相搏,合而成形,常先身生,是谓精。”《寓意草·金道宾后案》中说:“真阳者,父母媾精时一点真气,结为露水小珠,而成胎之本也。”肾中精气充足,男女交合,然后成胎。《淮南子·精神

训》进一步说明了胎儿成长发育的逐月变化。“一月而膏，二月而肤，三月而胎，四月而肌，五月而筋，六月而骨，七月而成，八月而动，九月而躁，十月而生，形体以成，五脏乃形”。其中“三月而胎”“七月而成”准确地反映了胎儿成长的两个关键阶段。此后，北齐·徐之才、隋·巢元方、唐·孙思邈等对胚胎成长发育都有比较具体的描述。明代医家李挺在《医学入门》一书中提出胎儿在母亲体内孕育的天数，从受孕到分娩约为270天，与现代提出的280天（10个妊娠月）±14天相近似。以上说明古人关于胚胎成长发育的观察是确切的。表2-1是北齐医家徐之才与西医学对胚胎成长发育的认识的对照。

表2-1 北齐徐之才与西医对胚胎生长发育的认识对照表

妊娠月	北齐徐之才对胚胎生长发育的认识	西医对胚胎生长发育的认识
第1月	妊娠一月，名“始胚”，“阴阳新合为胎”	第1周卵裂期，第2周二胚层期，第3周三胚层期，第4周体节期
第2月	妊娠二月，名“始膏”，“始阴阳踞经”，“是谓胎始结”	第5~8周，胚胎完成期：①体型变化：已能区别头、颈、躯干，颜面发生，肢芽出现。②内部形态变化：各部有肌组织形成，消化管整个雏型已完成，心脏外形建立，3个脑泡分化形成。2月以前称“胚”
第3月	妊娠三月，“为定形”，“名始胎”，“当此之时，未有定仪”	2月以后称胎儿，3~10月为胎儿期。生长迅速，体重增加明显，脑泡发育较快，出现胎毛，性别已可辨别，开始出现指甲
第4月	妊娠四月，为“离经”，“始受水精，以成血脉”，“儿六腑顺成”	骨骼肌已发育，第4月末母体感到胎动。指甲和指纹出现，颜面已成人形，胎毛出现
第5月	妊娠五月，“始受火精，以成其气”，“儿四肢成，毛发初生”，“胎动无常处”	胎毛布满全身，头部出毛发，表皮开始角化，胎动较明显，可听到胎音
第6月	妊娠六月，“始受金精，以成其筋”，“儿口耳皆成”，“是谓变腠理纽筋”	胎儿成婴儿形，眉毛、睫毛生长，身体瘦弱，皮肤暗红色，有皱纹，肺部已发达
第7月	妊娠七月，“始受木精，以成其骨”，“儿皮毛已成”	皮肤皱纹显著，皮下缺少脂肪，眼睑张开。至7月末，脂肪增加，神经系统已相当发达，呼吸、吞咽、体温调节等中枢已完备
第8月	妊娠八月，“始受土精，以成肤革”，“儿九窍皆成”	皮下脂肪丰满，睾丸可下降进入阴囊，各器官组织进一步发育
第9月	妊娠九月，“始受石精，以成皮毛，六腑百节，莫不半备”，“儿脉续缕皆成”	皮肤由暗红色转变为粉红色，并变光滑，尤其面部及四肢更为明显，已开始有味觉和嗅觉
第10月	妊娠十月，“五脏俱备，六腑齐通，纳天地气于丹田，故使关节人神皆备，俟时而生”	胎儿足月，形体更为丰满，头发较长，胎毛大部分脱落，鼻及耳软骨发育完善，头骨已骨化，下肢仍比上肢短

胚胎成长过程可以划分为两个阶段。前2个月是胚发育期，指从受精卵开始，直至大体成形，形成内胚层、外胚层、中胚层3层组织。妊娠2月后至出生为止为胎儿期，是胎儿组织及器官迅速生长和功能渐趋成熟的时期。

根据胚胎成长发育的客观规律，进行养胎、护胎、胎教，能够提高胎儿的身体素质，可以为他们出生后的健康成长打下良好的基础。

### 2.2.1.2 体格生长

小儿体格生长状况自古有观察记述，但缺乏测量数据。现代通过大规模有组织实际



测量和医学统计，得出小儿体格生长的各项指标，作为生理常数，来衡量儿童生长发育水平，并为某些疾病诊断和临床治疗用药提供依据。

### 体重

体重的测定是检测小儿体格生长发育的重要指标。体重是小儿机体量的总和。测量应在空腹、排空大小便、仅穿单衣的情况下进行。

新生儿体重均值男为 3.21kg，女 3.12kg。出生后头 3 个月增长约 1 倍，平均每月增长约 1kg；前半年平均每月增长约 0.7kg，后半年平均每月增长约 0.5kg；1 周岁以后，平均每年增加约 2kg。体重测定可以反映小儿体格发育和衡量小儿营养状况，并作为临床治疗用药的依据。体重增长过快常见于肥胖症、巨人症；体重低于均值两个标准差以上者为营养不良。

临床常用以下公式来推算小儿体重：

$$1\sim 6\text{ 个月 体重 (kg)} = 3 + 0.7 \times \text{月龄}$$

$$7\sim 12\text{ 个月 体重 (kg)} = 7 + 0.5 \times (\text{月龄} - 6)$$

$$1\text{ 岁以上 体重 (kg)} = 8 + 2 \times \text{年龄}$$

### 身长

身长是指从头顶至足底的垂直长度。一般 3 岁以下小儿量卧位时身长；3 岁以上小儿测量身高。测量身高时，应脱鞋、去袜、摘帽，取立正姿势，两眼正视前方，两臂自然下垂，胸部挺直，枕、背、臀、足跟均紧贴测量尺。

新生儿身长均值为男 50.2cm，女 49.6cm。1 周岁内以逐月减慢的速度共增加约 25cm，一般前半年每月增长约 2.5cm，6 个月时身长约 65cm；后半年每月增长约 1.5cm，1 周岁时身长约为 75cm。第 2 年全年增长约 10cm，2 周岁时身长约为 85cm。2 周岁后，至青春期前，每年增加约 7cm。身长可以反映机体骨骼发育状况。身高低于均值 2 个标准差以上者，应考虑侏儒症、克汀病或营养不良等。

临床常用以下公式来推算小儿身长：

$$1\sim 6\text{ 个月 身长 (cm)} = 50 + 2.5 \times \text{月龄}$$

$$7\sim 12\text{ 个月 身长 (cm)} = 65 + 1.5 \times (\text{月龄} - 6)$$

$$2\text{ 周岁以上 身长 (cm)} = 85 + 7 \times (\text{年龄} - 2)$$

此外，还有上部量和下部量的测定。以耻骨联合为分界线，将人体的身长分为上、下两部分。从头顶至耻骨联合上缘的长度为上部量；自耻骨联合上缘至足底的长度为下部量。上部量与脊柱增长关系密切，下部量与下肢长骨的生长关系密切。上、下部量的比例随着儿童年龄增长而减小。出生时上部量大于下部量，两者比例约为 1.6；12 岁时上部量约等于下部量，两者比例约为 1.0；12 岁以后下部量大于上部量。

### 头围

头围的大小与脑的发育有关。测量头围时让被测者取立位、坐位或仰卧位，测量者立于或坐于被测者前方或后方，用左手拇指将软尺零点固定于头部右侧齐眉弓上缘处，软尺从头部右侧绕过枕骨粗隆最高处而回至零点，读取测量值。测量时患者应脱帽，长发者应将头发在软尺经过处上下分开，软尺应紧贴皮肤，左右对称，松紧适中。

新生儿头围约为 34cm。前半年发育最快，增长约 9cm，后半年增长约 2cm，1 周岁时头围约为 45cm。第 2 年增长约 2cm。5 周岁时增长至约 50cm。15 周岁时发育接近于成

人，为 54~58cm。

#### 囟门

囟门有前囟和后囟之分。前囟是额骨和顶骨之间形成的菱形间隙；后囟是顶骨和枕骨之间形成的三角形间隙。其测量方法为取对边中点连线为准。不用对角之间的距离，因为某些小儿额缝开得较长，不易表示。

大约有 25% 儿童初生时后囟已经闭合，其余也应在生后 2~4 个月内闭合。前囟出生时对边距离约为 2.5cm，12~18 个月内闭合。小儿囟门发育状况可以反映颅骨间隙闭合情况，并对临床某些疾病诊断具有一定意义。囟门早闭并头围明显小于正常者，为头小畸形；囟门迟闭及头围大于正常者，为脑积水、佝偻病等。囟门凹陷多见于失水，囟门凸出为颅内压增高的体征，可见于脑炎、脑膜炎等。

#### 胸围

胸围的大小与肺和胸廓的发育有关。测量胸围时，3 岁以下小儿可取立位或卧位，3 岁以上取立位。被测者处于安静状态，两手自然下垂或平放（卧位时），两眼平视，测量者立于被测者右侧或前方，用软尺由乳头向背后绕肩胛下角下缘 1 周，取呼吸和吸气时的平均值。测量时软尺应松紧适中，前后左右对称。

新生儿胸围约 32cm，小于头围。出生后第 1 年增长约 12cm，此时胸围与头围相当。1 周岁后，胸围逐渐超过头围。一般营养不良小儿，由于胸部肌肉和脂肪的发育较差，胸围超过头围的时间较晚；反之，营养状况良好的小儿，胸围超过头围的时间则提前。

#### 臂围

臂围与骨骼、肌肉及皮下组织的发育有关，可用以反映皮下脂肪厚度，对于早期发现营养不良有较大价值。测量时上肢放松下垂，在肱二头肌最突出处进行测量。测处系肩峰与尺骨鹰嘴连线中点，周径与肱骨垂直。测量时软尺须紧贴皮肤，松紧适度，切勿压迫皮下组织。

小儿臂围在 1 岁以内增加迅速，1~5 岁间则增加不超过 1cm。以臂围衡量小儿营养状况可参考以下标准：1~5 岁臂围超过 13.5cm 为营养良好，12.5~13.5cm 为营养中等，低于 12.5cm 为营养不良。

#### 牙齿

牙齿是小儿健康的记录。要想有好的牙齿，必须有良好的营养供应。牙齿的发育可分为 3 个时期，即生长期、钙化期和萌出期。由牙齿的发育可以推知骨骼发育的概况。

新生儿无牙。小儿出生后 5~10 个月开始出乳牙。出牙顺序是先下颌后上颌，自前向后顺序出齐，唯尖牙例外。大约在 2~2.5 岁时出齐 20 个乳牙。出牙时间推迟或出牙顺序混乱，常见于佝偻病、呆小症、营养不良等。

小儿一般于 6 岁左右开始换出恒齿，并开始长出第一磨牙（6 岁磨牙）。大约于 12 岁左右长出第二磨牙（12 岁磨牙）。第三磨牙，又名智齿，一般到 17~30 岁才长出，也有终生不萌出者。

#### 呼吸、脉搏、血压

小儿由于新陈代谢旺盛，年龄越小，呼吸、脉搏越快。而血压则随着年龄的增加而上升。测量小儿呼吸、脉搏、血压应在安静状态下进行。小儿呼吸、脉搏、血压易受发

热、运动、哭闹等影响。

小儿呼吸频率：新生儿平均 40~45 次/分，1 岁以内 30~40 次/分，1~3 岁 25~30 次/分，4~7 岁 20~25 次/分，8~14 岁接近于成人，18~20 次/分。

小儿脉率：新生儿平均约 120~140 次/分，1 岁以内 110~130 次/分，1~3 岁 100~120 次/分，4~7 岁 80~100 次/分，8~14 岁接近于成人，70~90 次/分。小儿呼吸频率与脉率之比由新生儿的约 1:3 逐步过渡到 7~8 岁时接近于成人的 1:4。

小儿血压：4 岁以内小儿的血压约为 11.5/8.0kPa。4 岁以后收缩压约为  $(10.5+0.27 \times \text{周岁数})$  kPa，舒张压约为收缩压的 2/3。

### 2.2.1.3 智能发育

智能发育是指神经心理发育。神经心理发育在婴幼儿时期大量地反映于日常的行为之中，故有时也称为行为发育。一般分为感知发育、运动发育、语言发育、性格发育 4 个方面。古代医家关于小儿智能发育留下了不少历史记载，如《小儿药证直诀·变蒸》云：“自生之后，即长骨脉，五脏六腑之神智也。”《备急千金要方·少小婴孺方·序例第一》说：“小儿所以变蒸者，是荣其血脉，改其五脏，故一变竟辄觉情态有异。”等等。了解小儿智能发育规律，可以及早发现异常，对小儿保健、治疗均有重要意义。

#### 感知发育

1. 视感知 新生儿暗光视力较成人差，但实验心理学证明，在亮光下能区别红、蓝颜色。新生儿期后视功能发育迅速。4~6 周时眼球能水平方向跟随物体移动；4 个月时分辨颜色、亮度及轮廓的能力已较完善。

小儿视功能发育的进度综合如下：

新生儿：短暂地注视和反射地跟随近距离内缓慢移动的物体，在 15cm 范围内视觉最清楚。

1 个月：眼在水平方向 90° 范围内随移动的物体运动，表现为头眼协调。

3 个月：头眼协调好。能判别物体的大小和形状，能看见 8cm 大小的物体。

6 个月：目光能沿垂直方向及水平方向跟随移动的物体转动 90°，能转动身体协调视觉。

9 个月：较长时间地看 3~3.5m 内的人物活动。

1 岁半：能注视悬挂在 3m 处的小玩具。

2 岁：能区别垂直线与横线。目光能跟踪落地的物体。

4 岁：视力约 20/40 (snellen 表)

2. 听感知 新生儿出生数天后，听觉就相当良好。50~90 分贝的声响能引起小儿呼吸改变，说明能听到此响度的声音。

听觉功能发育过程大致如下：

新生儿：能区别 90dB 与 105dB 的声响和 200 与 250Hz 的音响。

1 个月：能区别 ba 和 pa 两个音素的差别。

3 个月：转头向声源。

4 个月：听到悦耳声音时微笑。

5 个月：对母亲语声有反应。

8 个月：能区别语声的意义。

9个月：能寻找来自不同高度的声源。

1岁：听懂自己的名字。

2岁：听懂简单的吩咐。

4岁：听觉发育已完善。

#### 运动发育

小儿运动发育有赖于视感知的参与，与神经、肌肉的发育有密切的联系。随着大脑皮层的逐渐健全，神经髓鞘的逐步形成，条件反射的建立，小儿运动逐步发育。小儿运动发育的总规律是①由上而下，小儿先会抬头、坐，后会爬、站、走。②由不协调到协调。③由粗到细。

古代关于小儿的运动发育在唐朝《备急千金要方·少小婴孺方上·序例第五》中有较详细叙述。书中说：“凡生后六十日瞳子成，能咳笑，应和人；百日任脉成，能自反覆；百八十日尻骨成，能独坐；二百一十日掌骨成，能匍匐；三百日髌骨成，能独立；三百六十日膝骨成，能行。”在民间还有“一听二视三抬头，四撑五抓六翻身，七坐八爬九扶站，一岁娃娃会走路”的说法。现代将运动发育分为大运动和细运动两种。两种运动同时发育。大运动包括颈肌及腰肌的平衡性运动，故有时也称为平衡运动。细运动指手的精细捏弄运动，常需视感知的协调。对于细运动，在发育儿科学的术语中，常把与适应环境有关的细运动（如绘画、玩积木等）称为适应性行为；把自理生活的细运动（如扣钮扣、系鞋带等）称为个人社会性行为。

新生儿期后粗细运动的发育进程如下：

2个月：扶坐或侧卧时能勉强抬头。

3个月：俯卧位时用肘撑起胸部数分钟，能用手触摸东西。

4个月：扶着两手或髌骨时能坐，能握持玩具。

5个月：坐在妈妈身上能直腰，能两手各握一玩具。

6个月：拉其手能从仰卧位坐起，能用手摇玩具。

7个月：能独坐片刻，能将玩具从一手换至另一手。

8个月：扶栏能站立片刻，会爬，会拍手。

9个月：扶栏能从坐位站起，试独站，知从抽屉中取小玩具，能随意放下或扔掉手中物体。

10~11个月：扶栏独脚站，或匍行；搀扶或扶推车可走几步，能拇、食指对捏取物。

12个月：能独走，弯腰拾东西。

15个月：走得较好，但不能止步或转向，能蹲下来玩，能叠1~2块方木。

18个月：走得较稳，能倒退几步，能有目标地扔皮球。

2岁：能双足跳，能用杯子饮水，用勺子吃饭。

3岁：能跑，并能一脚跳过低障碍，会骑小三轮车，会洗手。

4岁：能奔跑，会爬梯子，基本会穿衣。

5岁：能单脚跳，会系鞋带。

#### 语言发育

语言是表达思想、意识的一种方式。小儿语言发育除了与脑发育关系密切外，还需要有正常的听觉和发育器官，并与后天教养有关。智能迟缓小儿的语言缺陷，主要表现

为词汇贫乏和语言结构不完善，而不一定有发音障碍。

小儿语言发育顺序，民间有“一哭二笑四发声，五咿六呀七爸妈，一岁懂话会叫人，二岁交谈四唱歌，七讲故事学文章”的说法。

小儿语言发育的进程如下：

1个月：能哭。

2个月：会笑，始发喉音。

3个月：能咿呀发音。

4个月：能发出笑声。

5~6个月：能喃喃地发出单调音节。

7个月：能发出“爸爸”、“妈妈”等复音，但无叫喊亲人之意。

8个月：能重复大人所发简单音节。

9个月：能懂几个较复杂的词句，如“再见”等。

10个月：“妈妈”、“爸爸”等复音变为呼唤亲人之意，能开始用单词。

12个月：能叫出简单的物品名字，如灯；并能以“汪汪”“咪咪”等代表狗、猫，能指出鼻子、耳朵。

15个月：能说出几个词及自己的名字。

18个月：能指出身体各部分。

2岁：能用2~3字组成的句子表达意思。

3岁：能说儿歌，并能数几个数字。

4岁：能认识3种以上颜色。

5岁：能唱歌，并能认识简单的汉字。

6~7岁：能讲故事，学习写字，准备上学。

性格发育

性格是意愿、毅力、是非判断、对周围人物与事物适应能力的情绪反应等特征的总称。一个人的潜在在多大程度上表现出来，智能发育的方向与程度，都受其性格的影响。同时智能的水平也影响性格。性格发育在婴幼儿期常称为个人—社会性行为发育。

1. 情绪反应 新生儿很早就表现出不同的气质，在活动度、敏感、适应性、哺乳、睡眠等规律性方面表现出个人特点，有的称为“乖乖婴儿”，有的称为“难弄婴儿”。气质特点能影响父母对婴儿的爱抚程度，对小儿早期性格的形成有重要作用。

婴儿的活动及面部表情很早就受外界刺激的影响。早期的微笑是模仿性的，在家养育的婴儿较集体生活的婴儿微笑出现早。婴儿对于哺乳、搂抱、摇晃等具有愉快反应，表现为啼哭停止、呼吸变慢或从活动中安静下来。新生儿期以后，除满足本能生理需要外，亲人的声音、笑容，以及悦耳的音乐、悦目的玩具、衣着等也能引起微笑。婴儿的不愉快常表现为啼哭。常因饥饿、湿尿布的刺激、亲人的离开而发生。随着月龄的增长，婴儿不愉快逐渐减少。在6个月以后已较能耐饥饿，9个月后能较久地离开母亲。真正的脾气发作见于3~4岁的幼儿。

2. 相依感情 认为婴儿与亲人相依感情的建立是社会性心理发育的最早表现。亲人在日常生活中对婴儿生理需要作出及时、适当的满足可以促使相依感情的牢固建立。没有建立良好相依感情的婴儿，成年后多不善于与人相处。婴儿在5~6个月时有畏陌生表

现及8~9个月拒让生人抱,10~18个月表现最为明显地与母亲分离时的焦虑情绪都与相依感情有关。

3. 游戏 小儿性格在游戏中可以得到表现和发展。5~6个月时开始知道与别人玩“躲猫猫”;9~10个月时可玩拍手游戏。当知道随意扔物体时,喜将物体反复不停地扔下让别人捡起。

1岁婴儿多独玩,有时对其他小儿有兴趣。2~3岁时多各玩各的玩具,有时也喜欢互相模仿和互相促进兴趣。3岁以后多二人对玩。4岁以后开始找伙伴玩,或独处时与想象中的同伴玩。3~4岁时开始参加竞赛性游戏,并可见恃强凌弱,强加于人的表现。5~6岁时能自由地参加3人以上竞赛性游戏,出现合作行为,在小集体中可出现领头人物。随着年龄增长,在学龄儿童中可出现以强凌弱的领头人和以理服人的领头人。能影响同伴并顶住别人压力,以理服人者,一般成长为社群中起领导作用的人。相反者,在成年后多表现为被动、屈从的性格。

4. 违拗性 Erikson 性格发育理论认为人类的内在动力与周围环境会发生一系列矛盾,而一个人的性格,就是每个矛盾如何解决的综合反映。同时认为正确认识矛盾,帮助幼儿顺利解决自立感与依赖感之间的矛盾对小儿的心理健康发展非常重要。

婴儿1岁前的生理需要完全依赖成人予以满足。1.5~2岁小儿由于通过运动的发育能较自由地接触周围环境,听懂一些话,又开始能控制大小便,已有一定程度的自立感产生,故约2岁左右时,小儿常表现出明显的违拗性。此乃发育过程中的正常现象。由于此期许多具体问题仍依赖于成人,故3岁后又可出现喜爱纠缠亲人。4岁以后依赖情绪才逐渐减弱。正确认识小儿发育过程中的违拗性,对于小儿性格发育具有重要意义。

小儿智能发育一般分为感知发育、运动发育、语言发育、性格发育4个方面。为了对小儿智能发育情况进行检查了解,现代已建立了多种检查方法。发育的分项筛查有:视觉-空间定向,时间-序第组合能力、记忆力、语言、随意运动等方面的检查。综合性发育评价有丹佛发育筛查测验(DDST)、蓓莉婴儿发育量表(BSID)、盖泽尔发育进程表以及入学合格测验、大都会合格测验(MRT)、绘人试验、图片词汇试验、韦茨勒学前及初小智能量表(WPPSI)、斯坦福-比奈智能量表L-M式等等。这些检查能用以了解小儿智能发育情况,对于智能发育异常或可疑者可辅助检查、诊断。目前我国尚未建立自己的小儿智能发育检查方法,大多借鉴外国的智能发育检查方法,适合我国当代儿童的智能发育检查方法及检查标准仍在修改和标准化之中。

#### 2.2.1.4 变蒸学说

变蒸学说是我国古代医家用以解释小儿生长发育规律,阐述小儿生长发育期间生理现象的一种学说。变蒸之名,最早见于西晋王叔和的《脉经》。以后在《诸病源候论》、《备急千金要方》中,对于小儿某些动作的发育,就是运用“变蒸”来解释的。自《小儿药证直诀》以下,历代许多儿科专著中对“变蒸”均有专门论述。

古代医家认为,由于小儿生长发育旺盛,其形体、神智都在不断地变异,蒸蒸日上,逐渐向健全方面发展。变者,变其情智,发其聪明;蒸者,蒸其血脉,长其百骸。《古今图书集成·医部全录》注曰:“小儿变者变其情态,蒸者蒸其血脉……”《备急千金要方·少小婴孺方·序例第一》说:“小儿所以变蒸者,是荣其血脉,改其五脏,故一变竟辄觉情态有异。”可见变蒸是解释小儿生长发育规律的学说。

关于变蒸周期、变蒸的大小，历来论述不尽一致。按照《诸病源候论》、《备急千金要方》等多数医籍记载认为从初生起，32日一变，64日变且蒸，10变5蒸，历320日，小蒸完毕；小蒸以后是大蒸，大蒸共3次，第1、2次各64日，第3次为128日。合计576日，变蒸完毕。

中医脏象学说认为，小儿变蒸时，机体脏腑功能逐步健全完善，也就反映为表现于外的形、神同步协调发育。《小儿药证直诀·变蒸》指出：“小儿在母腹中，乃生骨气，五脏六腑成而未全。自生之后，即长骨脉、五脏六腑之神智也。变者易也。又生变蒸者，自内而长，自下而上，又身热，故以生之日后三十二日一变。变每毕，即情性有异于前。何者？长生脏腑智意故也。”《小儿卫生总微论方·变蒸论》中说：由于肾为水，水数一，故为第一变，再变且蒸属膀胱，因为肾与膀胱为表里；其次心为火，火数二，心与小肠为表里；肝为木，木数三，肝与胆为表里；肺为金，金数四，肺与大肠为表里；脾为土，土数五，脾与胃为表里。说明变蒸时五脏的先后次序是以五行数配合脏腑表里学说类推的。

变蒸学说的具体内容及使用价值，历来争议颇多，特别是一些明清医家，如张景岳、陈飞霞等，对变蒸学说提出了批评性意见。认为小儿足月出生后，形气虽未壮实，但脏腑已经形成，其生长之机，一息不停，百骸齐长，绝不是一变某脏、二变某脏等先后次第生长发育，在生长发育时间上也不存在什么三十二日一变蒸等。并且认为小儿发热，不是外感，就是内伤，没有依期发热而生变蒸者。《幼幼集成·变蒸辨》说：“予临证四十余载，从未见一儿依期作热而变者。有自生至长，未尝一热者；有生下十朝半月而常多作热者，岂变蒸之谓乎？凡小儿作热，总无一定，不必拘泥，后贤毋执以为实，而以正病作变蒸，迁延时日，误事不小，但依证治疗，自可生全。”

对变蒸学说的认识，应当取其精华。结合现代研究结果，可以看出运用变蒸学说来总结归纳小儿生长发育规律是具有积极意义的。①通过长期实践观察，小儿生长发育是一个连续不断的变化过程，也就是不断量变的过程，量变积累到一定程度，就会引起质的飞跃，使之在一定年龄段显示出特殊的变化发展。古代医家所提出的每一阶段的变、蒸亦此道理。观察总结的形态、情智变化对临床具有一定指导意义。②坚持形、神统一观点来认识小儿生长发育。认为形、神是相应发育的，因此变、蒸的变化也是同步出现的，将体格生长、情智变化联系起来，形成了婴幼儿心身发育规律的学说。③关于变蒸周期，小蒸32天一次，10蒸共320天，在这期间，每一小蒸约1个月，每蒸均有变化。这十分符合小儿在1岁以内发育迅速的生理特点。1岁以后，接着大蒸，这也符合1岁后小儿生长发育速度逐渐减慢的特点。④美国儿科专家盖泽尔(Gesell)通过对小儿活动大量连续观测，提出了盖泽尔发育进程表(Gesell developmental schedules)，认为不同周龄阶段(每4周为一个阶段)小儿的运动、适应、语言、个人—社会4方面显示出飞跃发展，提出了枢纽龄(key age)的概念。变蒸周期与枢纽龄研究方法相似，所得结论相似，说明变蒸学说关于小儿生长发育有其阶段性显著变化规律的论说是具有科学根据的。

关于变蒸学说，我们应该认识到，在很长一段时期里，这一学说反映了中医学对小儿生长发育规律的认识，留下了可贵的历史资料。变蒸周期说来源于实践，这一理论又指导了临床对小儿生长发育状况的观察分析，其认识论是科学的，具体内容也是基本上符合实际的。某些著作中记载变蒸时有体热、汗出等症状，只能是白璧微瑕。分析变蒸

学说的科学方法及中华民族儿童生长发育状况的历史资料,借鉴现代国外对小儿生长发育规律的研究方法,将有利于对现代中国少年儿童生长发育规律的研究总结,进而用于临床,为提高我国人口素质服务。

## 2.2.2 生理特点

小儿从出生到成年,一直处于生长发育的过程中,无论在形体、生理等方面,都与成人不同,有其自身的特点和规律,年龄越小表现越显著,因此绝不能简单地把小儿看成是成人的缩影。历代医家对于小儿生理特点论述很多,归纳起来,其生理特点主要表现为脏腑娇嫩,形气未充;生机蓬勃,发育迅速。了解小儿生理特点,对于掌握小儿生长发育规律、健康保育和疾病诊治等,都具有指导意义。

### 2.2.2.1 脏腑娇嫩,形气未充

脏腑即五脏六腑。娇:指娇弱,不耐攻伐;嫩:指柔嫩。形是指形体结构,即四肢百骸、筋肉骨骼、精血津液等。气指的是生理功能活动,如肺气、脾气、肾气等。充,指充实。脏腑娇嫩,形气未充,即指小儿时期机体各系统和器官的形态发育和生理功能都是不成熟和不完善的,五脏六腑的形和气都相对不足,尤以肺、脾、肾三脏更为突出。

关于小儿生理特点,历代医家论述颇多。最早见于《灵枢·逆顺肥瘦》:“婴儿者,其肉脆、血少、气弱。”隋·巢元方《诸病源候论·小儿杂病诸候·养小儿候》亦说:“小儿脏腑之气软弱。”北宋·钱乙《小儿药证直诀·变蒸》中说:“五脏六腑,成而未全……全而未壮。”在该书“原序”中也说:“骨气未成,形声未正,悲啼喜笑,变态不常。”南宋·陈文中《小儿病源方论·养子十法》说:“小儿一周之内,皮毛、肌肉、筋骨、髓脑、五脏、六腑、荣卫、气血,皆未坚固。”并将此状况比喻为:“草木茸芽之状,未经寒暑,娇嫩软弱,今婴孩称为芽儿故也。”明·万密斋《育婴家秘·发微赋》云:“血气未充……肠胃脆薄……神气怯弱。”以上这些论述都充分说明小儿,尤其是初生儿和婴儿,脏腑娇嫩、肌肤柔弱、血少气弱、神气怯弱等生理特点是客观存在的。小儿时期,其赖以生存的物质结构虽已形成,但尚未充实和坚固;机体的生理功能活动虽已运转,但尚未成熟。

从脏腑娇嫩的具体内容来看,五脏六腑的形和气皆属不足,其中尤以肺、脾、肾三脏尤为突出。肺主一身之气,脾为后天之本,肾为先天之本,三者密切相关。肾藏精,内寄元阴元阳,主生长发育。小儿甫生,先天禀受肾气未充,既生之后,又赖后天脾胃的滋养,才能不断补充和化生,需至女子二七,男子二八,肾气方盛。初生之时,饮食未开,胃气未动,脾运力弱,需在生长发育过程中,肾气温煦,脾胃用事,气血充实,才能逐步健旺。而且,小儿处于生长发育阶段,对于肾气生发、脾气运化的需求较成人更为迫切,因而显示脾常不足肾常虚。同样,肾为气之根,脾为水谷精气之源,初生时肺脏全而未壮,脾肾又均稚嫩,故肺脏受气不足,主气功能未健,称之肺脏娇嫩。

清代医家吴鞠通通过临床长期观察,从阴阳学说出发,认为小儿时期的机体柔嫩、气血未足、脾胃薄弱、肾气未充、腠理疏松、神气怯弱、筋骨未坚等特点是“稚阴稚阳”的表现。稚,指幼小、幼稚。阴,指体内精、血、津液及脏腑、筋骨、脑髓、血脉、肌肤等有形之质。阳,指体内脏腑的各种生理功能活动。小儿时期的脏腑娇嫩,形气未充,是由于“稚阳未充,稚阴未长者也”。小儿生长发育是阴长而阳充的过程。如《温病条辨·解儿难》说:“男子……十六而精通,可以有子,三八二十四岁真牙生而精足,筋骨坚强,



可以任事，盖阴气长而阳亦充矣。女子……十四而天癸至，三七二十一岁而真牙生，阴始足，阴足而阳充也。”稚阴稚阳学说进一步说明了小儿时期，无论在物质基础和生理功能上，都是幼稚和不完善的。

现代通过对局部及全身免疫球蛋白的测定，说明小儿时期免疫功能处于低下状态，从一个侧面印证了稚阴稚阳学说的科学性。唾液中所含免疫球蛋白以分泌型免疫球蛋白 A (SIgA) 为最多。SIgA 随着年龄而增长。在 3~5 岁小儿中 SIgA 为 1.3~5.3mg/L, 6~10 岁小儿中为 2.8~7.8mg/L, 11~15 岁为 7.8~55.2mg/L, 逐渐增长，直至成人 132.8 ± 70.2mg/L。全身血清免疫球蛋白的测定亦反映了小儿时期免疫状态处于低下水平，随着年龄的增长，IgG、IgA、IgM 逐渐增高，直至成人 (表 2-2)。其中仅新生儿 IgG 水平

表 2-2 不同年龄组 3 种血清免疫球蛋白正常参考值 (g/L)

年龄	IgG	IgA	IgM
脐带	7.6~17	0~0.05	0.04~0.24
新生儿	7~14.8	0~0.022	0.05~0.31
0.5~6 个月	3~10	0.03~0.82	0.15~1.09
6 个月~2 岁	5~12	0.14~1.08	0.43~2.39
2~6 岁	5~13	0.23~1.9	0.5~1.99
6~12 岁	7~16.5	0.29~2.7	0.5~2.6
12~18 岁	7~15.5	0.81~2.32	0.45~2.4
成人	6~16	0.76~3.9	0.4~3.45

较高，系由母体带来的暂时状况。免疫功能与中医学肺、脾、肾功能有密切关系。小儿在生长发育过程中，免疫功能逐步完善，与其体重、身长等生长指标的不断升高和神经心理发育的不断进步是同步的。小儿免疫学、生化学等微观变化，同样反映了儿童脏腑生长发育、阴长而阳充的生理特点。关于“脏腑娇嫩，形气未充”的生理特点，还可以从新生儿生理性黄疸的发生得到印证。新生儿代谢功能不成熟，特别是肝脏酶系统发育不完善，不能形成足量的葡萄糖醛酰转移酶等，以至肝细胞对间接胆红素摄取能力不足，生后 2~3 天出现黄疸，这种生理现象是脏腑娇嫩的典型表现。

### 2.2.2.2 生机蓬勃，发育迅速

生机，指生命力、活力。生机蓬勃，发育迅速：指小儿在生长发育过程中，无论在机体的形态结构方面，还是各种生理活动方面，都是在迅速地、不断地向着成熟、完善方向发展。年龄越小，这种发育的速度越快，并且沿着一定的规律，起着特有的变化，主要表现在体格生长和智能发育两方面 (详见本章“2.2.1 生长发育”)。

我国现存最早的儿科著作《颅囟经》将小儿生机蓬勃、发育迅速的生理特点概括为“纯阳”，形成了“纯阳”学说。《颅囟经·脉法》说：“凡孩子三岁以下，呼为纯阳，元气未散。”所谓“纯”指小儿先天所禀之元阴元阳尚未耗散。“阳”指小儿生机蓬勃、发育迅速，如旭日之初升，草木之方萌，蒸蒸日上，欣欣向荣的生理现象。“纯阳”学说高度概括了小儿在生长发育、阴长阳充过程中，生机蓬勃、发育迅速的特点。

古代医家在其著作中对“纯阳”还有不同的理解。其它学术观点如：①认为小儿有阳无阴，或阳盛阴微。《育婴家秘·鞠养以慎其疾四》说：“小儿纯阳之气，嫌于无阴。”《小儿药证直诀·四库全书目录提要》中说：“小儿纯阳，无烦益火。”基于这种观点，有

些儿科书上把一二岁以内小儿睡眠中头部微汗，解释为纯阳造成的阳气蒸腾。②指小儿患病后多从阳化，易化热化火。《宣明论方·小儿门》说：“大概小儿病者，纯阳多热，冷少。”《临证指南医案·幼科要略》也说：“按襁褓小儿，体属纯阳，所患热病最多。”③指未婚的青少年和小儿元阳未耗。《温病条辨·解儿难》中说：“古称小儿纯阳，此丹灶家言，谓其未曾破身耳。”

以上第1种观点认为小儿在生长时期处于一种阴阳失衡状态，它显然违背了中医关于“阴平阳秘，精神乃治”、“孤阴不生，独阳不长”的阴阳互根互生的动态平衡学说，使人难以认同。第2种观点是从病变特点来认识。但《儿科醒·寒论第五》说：“大都小儿病证，虚寒者多。”目前临床观察小儿疾病寒化者并非少见，如新生儿窒息、新生儿硬肿症以及小儿危重症中表现为虚寒证象者较多。可见，将小儿热病多归咎于“纯阳”是不全面、不恰当的。第3种观点是道家的说法，与医学的关系不大。将“纯阳”理解为小儿生机蓬勃、发育迅速的生理特点，则是符合临床实际的。

“稚阴稚阳”和“纯阳”理论，概括了小儿生理特点的两个方面。“稚阴稚阳”指小儿机体柔弱，阴阳二气均较幼稚和不足；“纯阳”指小儿在生长发育过程中，生机蓬勃、发育迅速的生理现象。两者相互补充，相得益彰，若只认识其中的一个方面，则是片面的和不完善的。

### 2.2.3 体质特点

正常人体是有差异性的。如《灵枢·寿夭刚柔》所说：“人之生也，有刚有柔，有弱有强，有短有长，有阴有阳。”这种个体的差异性就表现为一定的体质。

小儿体质是指小儿在先天因素和后天因素长期影响下而形成体态结构、生理功能上相对稳定的特殊状态，即个体特性。先天因素有种族、父母、胎儿期状况等；后天因素有社会条件、气候、地理状况、营养、年龄、体育锻炼、疾病、药物、精神因素等。后天因素在先天因素基础上进一步促进了体质的形成，或者促使某种体质的稳定和巩固，或者促使体质的改变。《景岳全书·杂证谟·脾胃》说：“人之自生至老，凡先天之有不足者，但得后天培养之力，则补天之功，亦可居其强半。”

小儿体质的表现特点有4个方面：①普遍性，每个小儿都具有一定的体质，无一例外。②复杂性，每个小儿的体质表现形式状态万千，复杂多样。③全面性，小儿体质全面体现了小儿形和神的各方面，既包括了小儿的形态结构、生理功能，还包括了精神情志行为活动。④连续性，小儿体质在个体表现的时间上是不间断的。

小儿体质的反应形式亦有4点：①小儿体质与小儿心理状态存在相关性。体质在心理学上表现为气质，一定的心理气质又表现出相应的行为特征。体质上的差异往往造成相应的气质差异。反之，从人的心理气质也可推知其体质状况。②小儿体质与外界环境刺激的反应和适应程度的存在差异性。不同体质的小儿在生理状态下，对环境、气候的变异、情绪的波动等外界刺激的反应和适应程度存在个体差异性。③一定体质的小儿对某些特殊致病因素存在易感性。就是说，某一体质的人容易感受某种邪气而形成相应的病证，即所谓“同气相感”。④不同体质小儿在病情发展过程中存在着不同倾向性。非正常体质类型者，患病后外邪随人体脏腑阴阳盛衰变化，易于传变为某种证型，所谓虚处易受邪。

了解小儿体质状况对于小儿保健有着重要意义。如体质强壮者，应注意预防疾病，加强锻炼，防病以维护体质。体质虚弱者，除预防疾病外，还应采用适当锻炼方法，防止过劳过逸，促进体质增强，如阴盛体质宜温忌寒，阳盛体质宜凉忌热，还可选择适宜饮食，调理体质，必要时使用药物纠偏扶正。

了解小儿体质状况对于小儿辨证治疗也有重要意义。《医门棒喝·人身阴阳体用论》中说：“治疗之要，首当察人体质之阴阳强弱，而后方能调之使安。”一定体质存在对某种致病因素的易感性和疾病发生过程中的倾向性。了解小儿体质状况，对于辨别证候，指导用药具有提示作用。如能认识体质，指导辨证，加之权衡用药，则能祛邪安正，使患儿恢复健康。

### 2.2.3.1 体质的形成

体质是在遗传性与获得性基础上形成的，与先天因素和后天因素有关。体质是人体过去的生命活动的结果，是已往体质发展的延续。

#### 先天因素

体质的先天因素完全取决于父母。《灵枢·天年》说：“人之始生……以母为基，以父为楛，失神者死，得神者生。”人之始生与父母关系密切，子代的一切均禀赋于父母。小儿的体质除了决定于父母的体质外，还与父母血缘远近、父母育子时年龄及育子疏密、母体妊娠期的生活起居、疾病及用药情况等有关。

1. 父母素质 一般说来，父母体质强壮，则子代也强壮；父母体质虚弱，则子代体质亦弱。《景岳全书·传忠录·先天后天论》中说：“以人之禀赋言，则先天强厚者多寿，先天薄弱者多夭。”小儿生命来源于父母阴阳的结合。父母体质强壮，肾中精气充盛，此时受胎，子代才会有较强的体质；反之，父母肾中精气虚衰，体质衰劣，勉强受孕生子，则子代体质多弱。

2. 父母血缘远近 “男女同姓，其生不蕃”。近亲结婚所生子女患胎儿畸形、痴呆、遗传性疾病的机会超过非近亲结婚的150倍，而死亡率是非近亲结婚的3倍。父母血缘关系的远近，直接影响小儿体质的优劣。国家《婚姻法》禁止直系血亲和三代以内的旁系血亲结婚。这对于提高中华民族的人口素质是至关重要的。

3. 父母年龄 父母年龄是影响小儿体质的因素之一。父母在青壮年时期精力最为旺盛，此时生子，小儿体质多健壮。《褚氏遗书》中说：“合男女必当其年，男虽十六而精通，必三十而娶；女虽十四而天癸至，必二十而嫁。皆欲阴阳气充实而交合，则交而孕，孕而育，育而子坚壮强寿。”反之，父母生育过早或过迟，肾中精气不足，则所生孩子体质多孱弱。妇女生育年龄过大（最好不要超过35岁），不但增加产时的困难，而且胎儿畸形及生后痴呆的危险性亦大于24~26岁的产妇所生的孩子。《妇人良方·求嗣门·受形篇第三》中说：“父少母老，产女必羸；母壮父衰，生男必弱。”

4. 育子疏密 育子的疏密也影响小儿的体质强弱。父母孕育频繁，肾中精气虚弱，产子必弱；反之，则产子体质强壮。

5. 养胎护胎 《备急千金要方·妇人方·求子》中说：“凡受胎三月，逐物变化，禀质未定。”故应非常重视养胎护胎。妊娠期间，应注意饮食起居、心理、劳逸、胎教等方面的调养将息，以保证胎儿正常地发育。养胎护胎对于胎儿发育及生后小儿体质具有重要意义。徐之才在其《逐月养胎法》中提到：“欲子美好，数视美玉；欲子贤良，端坐清

虚，是谓外象而内感者也。”

6. 妊娠期疾病及用药 妊娠期间，当外避六淫，不使邪气入伤胞络；内避七情过度、饮食失宜，使气血充盛，经脉流畅，胞胎得养；反之，则易生疾病，影响小儿体质。现代证实，妊娠期间，不仅母亲患梅毒、肝炎等传染病，可以通过胎盘传染给子代，若妊娠期合并贫血、心脏病、妊娠高血压综合征等，也都会殃及胎儿，影响小儿体质发育。妊娠期用药也影响小儿体质发育。不恰当地用药，可以致早产、流产、胎儿畸形、智力低下等等。最为严重的滥用药物导致胎儿畸形的实例是在欧洲，孕妇服用反应停后，曾导致大量海豹婴儿（四肢不全或缺如）的出现。《备急千金要方·妇人方·求子》说：“惟怀胎妊而夹病者，避其毒药耳。”就是此道理。

先天因素影响体质的形成。其禀赋强者，体质强壮，健康而少病；其禀赋弱者，体质较差，往往影响生长发育，出现胎怯、五迟、五软等病证。

#### 后天因素

先天因素所形成的体质只是小儿体质的基础，它在后天因素的参与影响下逐步发展、变化。影响小儿体质变化的后天因素有饮食、锻炼、疾病、地理因素等等。在后天因素的影响下，摄生有度者，可弥补先天之不足，使体质由弱变强；摄生无度者，先天禀赋虽足，而过度衰耗，体质可由强变弱。《景岳全书·传忠录中·脏象别论》说：“其有以一人之禀，而先后之不同者。如以素禀阳刚，而恃强无畏，纵嗜寒凉，及其久也，而阳气受伤，则阳变为阴矣；或以阴柔，而素耽辛热，久之则阴日以涸，而阴变为阳矣。不惟饮食，情欲皆然。”此又说明后天因素可以改变人的体质类型。

1. 饮食 饮食是人体后天气血生化之源泉，对于人体生命活动十分重要。合理科学的饮食习惯是维护和增强小儿体质的重要措施。小儿常因饥饱不一，饮食偏嗜不同，而逐渐形成相应的体质差异。不良的饮食习惯，常导致小儿体质下降；良好的饮食习惯，可以调补阴阳气血，使阴阳平衡，从而使小儿体质增强。另外，调节饮食宜忌在小儿体质纠偏中也有重要意义。

2. 锻炼 锻炼是人们主动地改造体质的活动。合理的锻炼有利于提高小儿的身体素质。适当的运动可以促使气血流通，促进脾胃消化水谷，因而有益于健康。违背小儿生长规律、拔苗助长，采用不当的锻炼方法，对小儿的身心健康是有害的。故小儿锻炼要适度。

3. 疾病 疾病是影响小儿体质的重要因素。疾病发生以后，特别是大病、重病、久病以及慢性消耗性疾病和营养障碍性疾病，由于邪正斗争，小儿机体的气血阴阳受损，从而影响小儿体质。脊髓前角灰质炎是小儿重症，常引起小儿麻痹后遗症，严重影响小儿体质状况；疳证是小儿的常见病，它导致小儿营养吸收障碍，病程日久，形体失充，致小儿体质孱弱。

4. 地理因素 地域不同能导致人的体质差异，乃因当地气候、水土以及民俗习惯等造成。《医学阶梯》说：“善疗疾病者，必先别方土。方土分别，远迩高卑，而疾之盛衰，人之强弱因之矣。”

#### 体质的划分

中医儿科学关于小儿体质的划分方法，主要应根据中医学的基本理论来确定，这些基本理论就是阴阳五行、脏腑、气血津液等。此外，还有根据小儿的体态来划分小儿体

质类型的。以五脏为中心，结合有余与不足，以及气血、痰湿、阴阳等方面，将小儿体质分为正常质与偏颇质两大类是比较符合实际的。

小儿体质划分时所使用的不足、有余、虚弱、亢盛、痰湿等名词，与辨证论治中所使用的类似证候名称是不同的概念。体质反映的是一种在非疾病状态下就已存在的个体特异性。证是机体在致病原因和条件的作用下，整体体质反应特征和整体与周围环境相互作用的结果的综合表现，是对疾病本质的分析。体质是疾病的基础，许多疾病的本质原因就是其原来的体质，这时候，反映疾病本质的“证”的名称与原来的体质类型名称就一致起来了。证的特征应包含着质的特征。证候与体质是密切相关的，但这是两个不同的概念。为此，我们在小儿体质划分时均使用带有“质”的名称，以示与“证”的区别。

1. 正常质 亦称为平人质。《素问·调经论》中说：“阴阳匀平，以充其形，九候若一，命曰平人。”《素问·生气通天论》说：“阴平阳秘，精神乃治。”属正常质的小儿，脏腑、气血津液、阴阳及形神之间，在生命活动过程中，保持动态的平衡。“平”是相对的，“不平”是绝对的。

正常质小儿一般为体型匀称，营养良好，神情活泼，面色红润，双目有神，毛发黑泽，肌肉结实，筋骨强健，声音洪亮，脉搏有力，舌质淡红润泽，苔薄白，干湿适中。

2. 偏颇质 为非正常体质类型，不属病理表现，只是潜在着某种病理倾向和对某些病邪的易感性。因此称这些体质类型的小儿是“不正常的正常儿”。临床常见的小儿偏颇质类型有脾气不足质、肾气不足质、肺气不足质、肝阴不足质、心血不足质、脾弱湿滞质、痰湿内蕴质、阴亏内热质、脾弱肝旺质等多种。熟知小儿偏颇质类型，对于小儿保健防病有一定意义。

(1) 脾气不足质 这种体质的小儿，营养较差，面色萎黄，头发稀黄，肌肉松软，形体偏瘦，声音尚响亮，双目尚有神，脉搏缓，舌质淡红，苔薄白。小儿由于脾气不足，故易为饮食所伤，出现积滞、厌食、呕吐、泄泻等证。

(2) 肾气不足质 这种体质的小儿，营养发育较差，形体偏瘦矮，面色萎黄，头发稀黄，立行较迟，夜尿清长，冬季手足凉，哭声低微，懒于玩耍，脉搏沉细或迟缓无力，舌质淡嫩，苔薄白。小儿由于肾气不足，如果失于调护，则在生长发育过程中易患五迟、五软、遗尿、水肿等病证。

(3) 肺气不足质 这种体质的小儿，营养发育一般，面色少华，头发稀黄，肌肉一般，哭声低微，动辄汗出、气短，双目尚有神，脉搏细，舌质淡红，苔薄白。小儿由于肺气不足，卫外机能未固，若失于调摄，则外邪易由表而入，侵袭肺系，以时行病、感冒、咳嗽、肺炎喘嗽等病证最为常见。

(4) 肝阴不足质 这种体质的小儿，营养发育一般，面色萎黄，皮肤不润，形体偏瘦，目干多眨，双目尚有神，头发稀黄，两颧色红，脉搏弦细，舌质偏红少津，苔少。若失于调摄，则易引动肝风，出现柔不济刚，筋脉失养的症状，如抽搐、角弓反张、肢体瘫痪等。

(5) 心血不足质 这种体质的小儿，发育一般，面色少华，口唇色淡，形体偏瘦，头发稀黄，易心悸惊恐，脉搏细而无力，舌质淡，苔薄。易发生心悸、怔忡、血虚等病证。

(6) 脾弱湿滞质 这种体质的小儿,营养发育一般或稍差,面目微浮,形体虚胖,肌肉松软,身重懒动,稍动则息,脘腹胀满,便溏尿少,食滞难消,脉搏细濡,舌质淡胖,苔腻。易患厌食、积滞、泄泻等病证。

(7) 痰湿内蕴质 这种体质的小儿,营养发育一般,面目少华,形体肥胖,身体困重,不喜活动,动则易汗气短,脉搏细滑,舌质淡胖,苔白腻或黄腻。此体质小儿由于痰湿内蕴,在外感因素作用下,易患哮喘、癫痫等,也易发展为肥胖症。现代对痰湿内蕴体质的物质代谢特征进行了初步研究,发现痰湿内蕴体质者在脂代谢、糖代谢、能量代谢等方面均存在异常改变,血液流变学研究显示其血液呈高粘滞状态。

(8) 阴亏内热质 这种体质的小儿,营养发育一般,形体消瘦,皮肤干涩,毛发枯黄,口鼻干燥,两颧色红,夜间汗出,手足心热,大便燥结,脉搏细数,舌质红,苔少而无津。此类小儿在发病过程中易出现真阴内亏,火热炽盛证候,常见壮热、抽搐、昏迷、谵语等病状。

(9) 脾弱肝旺质 这种体质的小儿,营养发育一般或稍差,形体单薄,精神欠振,双目尚有神,性情急躁,夜寐易惊,饮食不香,时有腹痛,头发稀黄,脉搏细弦,舌质淡红少津,苔少。此体质小儿由于脾弱肝旺,在疾病发展过程中,易出现土虚木盛,而出现疳证、泄泻、慢惊风等病证。

熟知小儿的体质类型,对于小儿的喂养保健、预防诊断治疗疾病等都有重要意义。针对不同体质类型的小儿制定不同的养护防治措施,将有助于提高我国儿童的成长质量,减少发病机会。例如现代在对寒体与热体的动物实验研究中,通过五香粉和冰淇淋对照发现五香粉组的钠-钾-ATP酶活性,血清 $T_3$ 、 $T_4$ 的含量都是最高的,说明食物对体质形成具有影响作用,也给我们饮食纠偏提供了实验依据。熟知小儿体质,对于判断疾病的发展规律,以及正确地辨证和使用药物,从而更有针对性地防病治病,保障儿童健康发育成长具有重要意义。

## 现代参考文献

- [1] 汪受传. 变蒸与枢钮龄. 江西中医药, 1991, 22 (3): 4
- [2] 朱永芳. 略论小儿体质学说及其临床意义. 中医杂志, 1991, 32 (11): 650
- [3] 王明明, 等. 初生儿体质类型探析. 辽宁中医杂志, 1995, 22 (7): 293
- [4] 匡调元, 等. 寒体和热体的研究. 中医杂志, 1995, 36 (9): 553

(朱超林 汪受传)

## 2.3 发病原因与病理特点

### 2.3.1 病因特点

小儿发病原因与成人基本相同,但相对单纯。外多感于六淫,内多伤于乳食,少情志不调,多感染诸虫,胎产因素和养护不周是小儿独有的病因,意外伤害和医源性损害广泛存在。

小儿病因与年龄有较密切的联系。如:新生儿期疾病多与胎产因素相关;婴儿期多发生与喂养有关的疾病;幼儿期传染病多发;学龄前期易发生意外伤害;学龄期和青春

期较多发生心理和行为疾病等。

小儿疾病有季节特点和地区特点。如：冬季易外感风寒致感冒、咳嗽、哮喘、肺炎、喘嗽等病症；春季易感时行之邪患麻疹、水痘、疥腮、脑膜炎等传染性疾病；夏秋季易感湿邪并内伤饮食而患呕吐、泄泻、痢疾等消化系统疾病。北方地区新生儿硬肿症多见，南方地区夏季热易发等。

另外，病因与体质有一定关系，如前所述，不同体质类型的小儿对各种病因的易感性也不同。

小儿病因种类颇多，而且常多种病因同时作用，相互影响。外感风寒患儿又内伤饮食形成感冒夹滞，胎怯儿养护不周既易外感又易内伤。“相对单纯”是指小儿病因构成中外感风邪和内伤饮食所占较大比例，并非是指病因种类少于成人。

病因辨证是中医学的重要组成部分，掌握小儿疾病的病因特点，才能更好地辨证求因，审因论治。兹综括小儿常见病因 8 条，分述于下。

### 2.3.1.1 外感因素

小儿卫外机能未健，寒暖不知自调，外感致病最为多见。据报道，儿科门诊就诊患儿中 70% 为呼吸道感染，其中 30% 为反复呼吸道感染，表明外感因素是儿科最常见的一类病因。

外感因素包括六淫和疫疠之邪。

#### 六淫

指风、寒、暑、湿、燥、火 6 种致病因素。在正常情况下，风、寒、暑、湿、燥、火是自然界的 6 种气候变化，称为“六气”。六气的正常运行有利于万物的生长变化。如果六气太过或不及，就成为致病因素，称为“六淫”或“六邪”。可以说六淫即致病的气候因素。

现代有人研究六淫的理化性质，认为六淫对机体的危害主要体现在携能粒子、能态和水 3 个方面。空气流动形成风，风具有较高的动能，其分子运动无规则，遇到障碍物即改变方向。侵袭部位多在人体暴露部分如头部及体表，即“伤于风者，上先受之”。具体情况下风多与其它病邪结合在一起形成风寒、风热等，并借助本身特性使所伴之邪极大地增加与人体的接触面，对人的侵害增大，所以说“风为百病之长”。寒处于低能态属阴性。低能态物质容易从高能态物质夺得携能粒子使高能态物质的能态降低，因此易伤阳气。寒性环境腠理、经络、筋脉等物质受冷，能态降低而收缩，此为寒性收引，津液、血等物质受冷收缩，分子运动减慢甚至停滞，出现寒性凝滞的表现。暑为夏季主气，为高能态空气状态，属阳邪，对人体的散热极为不利。人体大量汗出，气随津泄而耗气伤津。炎热的空气所能容纳的水分增加，地面水受热蒸发进入空气，因此暑邪致病每多兼夹湿邪侵犯人体。空气湿度超过一定限度，人体以水分为主的散热功能大为下降，体热得不到散发使机体能态过高，合并耗气伤津则可中暑。夏秋之交湿气最盛，湿为阴邪，易阻遏携能粒子的正常运行甚至吸收消耗携能粒子，因而易阻遏气机，损伤阳气。湿邪容易与其它物质结合或作为物质之间理化反应的媒介，此状态的水容易解离成离子而生成许多带电荷的水分子而不易排泄，即所谓“湿性粘滞”。燥邪是指干燥缺乏水分的空气状态。干燥环境中，空气分子极缺水，人与空气之间的“渗透压差”显著增大，人体水分极易渗出、散发而致伤津。由于呼吸道粘膜直接与外界接触，比皮肤更易受干燥空气影

响(皮肤角质层可阻碍水分散失),因此燥易伤肺。火(热)属高能态属阳邪,水是高能态的冷却剂,一份高能态消耗一份水,必将伤津,气随津脱而致耗气,火邪伤人易使气液两伤。肝脏本身的代谢释放出大量热能需大量的“冷却剂”——津液、血等,若遇火邪侵犯,好比火上浇油,即易生风。火邪使血流速度加快,增加血管壁压力,同时大量携能粒子损伤血管壁及其凝血机制,可产生出血(即迫血妄行),并有利于微生物繁殖,形成肿疡,此所谓“痈疽原是火毒生”。

六淫致病,在儿科以风寒尤为多见。区永欣等采用多元回归方法,逐月分析了1990年湖北省黄梅县多种气象指标(日平均气温、最高气温、最低气温、平均相对湿度、平均风力、平均气压、寒冷指数)与该地区300例外感病患者发病的关系。统计结果表明:各气象要素与外感发病均有程度不同的相关关系,但寒冷指数是首要的相关因素。单纯的气温和风速可以影响外感病发病,但风力和寒冷因素协同后对外感病发病的影响显著增强。

外感风寒之邪可引起咳嗽、腹痛、泄泻等病,在儿科以引起肺系疾病最常见。小儿感邪后易从热化,因此临床表现以热证居多,易引动肝风。肺系疾病不仅是小儿时期发病率最高的疾病,而且也是小儿时期的主要死亡原因。90年代初的统计资料表明:全世界每年有1200万5岁以下儿童死亡,其中430万儿童死于肺炎。我国每年约有30万5岁以下儿童死于肺炎,占西太平洋地区肺炎死亡数的2/3,是我国5岁以下儿童死亡的第1位原因。

由此可见,六淫是引起小儿疾病的一类重要病因。需要注意的是:由于现代科技发展对人们生活方式的影响,使得六淫不再局限于自然气候因素,许多类似性质的人为因素如暖气、空调、加湿器等装置,改变了气候环境,造成气候变异系数加大,它们在小儿疾病病因学中的作用值得进行研究。

#### 疫疔之邪

疫疔之邪指一类时行邪毒,伤人毒烈,互相传染,无问大小,症状相似,所致疾病亦统称疫疔。这类疾病包括多种急性传染病,如麻疹、风疹、水痘、疟疾、丹痧、脑炎、脊髓灰质炎、痢疾等。它的传播与气候的严重反常、自然灾害及环境污秽、卫生条件差有关。建国以来,随着社会环境卫生条件的不断改善,以及多种预防措施的广泛应用,小儿常见传染病的发病率和病死率已大为降低。如麻疹,自60年代中期起,特别是近年实行WHO计划免疫以来,发病率和病死率迅速下降。但目前尚未普遍免疫的传染病发病率仍较高。如流行性腮腺炎(疟疾)在我国仍广泛流行,上海报告1981—1991年的11年中共有3次流行高峰,每隔1—2年流行1次,每次高峰持续2—3年。该11年中流行性腮腺炎占5种常见小儿急性呼吸道传染病的首位,前5年占54.2%,后6年占57.8%,以幼儿园等集体机构多见。与从前相比病情较重,并发症较多,除常见的流行性腮腺炎脑膜脑炎外,睾丸炎、胰腺炎、肾炎、心肌炎、耳聋等较前多见。按上海11年调查资料,水痘居第2位,近10年来在国内发病呈持续缓慢上升,居高不下。

#### 2.3.1.2 内伤饮食

小儿稚阴稚阳之体,生长发育迅速,尤其表现出脾常不足的生理特点,加之小儿饮食不知节制,因此常为饮食所伤,易患呕吐、泄泻、积滞、腹痛、厌食、疳病等病证。内伤饮食主要指过食生冷肥甘、饥饱不调、食物不洁等不良饮食方式,以及家长哺喂不当,



如未按婴幼儿年龄特点调节饮食的品种及数量等损伤脾胃，导致上述诸症。如《素问·痹论》中所说“饮食自倍，肠胃乃伤”；《婴童百问·呕证吐乳证》描述：“凡小儿乳哺，不宜过饱，若满则溢，故令呕吐。胃中纳乳，如器之盛物，杯卮之小，不可容巨碗之物，雨骤则沼溢，酒暴则卮翻，理之必然。”《幼幼集成·呕吐证治》则云：“盖小儿呕吐，有寒有热有伤食，然寒吐热吐，未有不因于伤食者。”

内伤饮食，超过了小儿的运化能力，脾胃受损，必致积滞。积久不消，又作为致病因素引起其它脏器的损害，使与食积相关疾病的就诊患儿增加。故《幼幼集成·食积证治》曰：“夫饮食之积，必用消导。消者，散其积也。导者，行其气也。脾虚不运则气不流行，气不流行则停滞而为积。或作泻痢，或作癥痞，以致饮食减少，五脏无所资禀，血气日愈虚衰，因致危困者多矣……”。

有人对小儿食积变化规律进行了实验和临床研究，提出食积存在着4个病程阶段：即食积胃脘、滞而化热、郁热伤津和损伤脾气，同时探讨了食积诱发非消化道疾病的机理。经动物实验证实食积使血糖和血钙降低，低钙使神经肌肉兴奋性增强，低血糖使对惊厥的耐受力减弱，均可导致惊厥，因此提出“食积郁热是小儿高热惊厥发生和多发的内在因素”这一高热惊厥发病的食积学说。该实验还提示食积使机体的非特异性免疫功能低下，因此易诱发感染而致咳嗽，验证了《素问·咳论》“聚于胃，关于肺”的论点。

脾胃为后天之本，若为饮食所伤，势必影响小儿生长发育，可见养成良好的饮食习惯，保护小儿脾胃功能免受损害，对小儿健康成长有重要意义。

### 2.3.1.3 胎产因素

《格致余论·慈幼论》说：“儿之在胎，与母同体，得热则俱热，得寒则俱寒，病则俱病，安则俱安。”《幼幼集成·护胎》曰：“胎婴在腹，与母同呼吸，共安危，而母之饥饱劳逸、喜怒忧惊、食饮寒温、起居慎肆，莫不相为休戚。”

孕母的饮食起居和情绪波动对胎儿的影响较大。孕母若恣意过食辛辣，四时不避寒暑，七情之欲化火，房事劳倦不节，则化热蕴毒，遗于胎儿，既生之后，初则病胎热、胎毒、胎赤、胎肥、胎怯、胎黄、重舌、木舌等症，重则影响胎儿发育，患五迟、五软、解颅、癫痫，或痴呆、锁肛、骈指、畸形等疾病。同时，父母的遗传因素、健康状况及营养状态对胎儿均有重要的影响。

总之，胎疾是与生俱来的疾病，因先天禀赋异常形成。据统计近年来已被认识的遗传性疾病至少有3500种以上，其中很大一部分属于先天性畸形或伴有不同程度的组织结构异常。过去不少原因不明的疾病现已被证明为先天因素所致。因此，了解和认识先天致病因素对于防治先天性、遗传性疾病，是十分必要的。

此外，怀胎十月一朝分娩，若胎位不正、横生倒产，分娩损伤，也可导致小儿初生诸疾，如头颅血肿、产伤、骨折、斜颈，重者甚至窒息而亡。因此，为保证分娩顺利，孕妇应进行正规的产前检查。

### 2.3.1.4 养护不周

养护不周可导致多种疾病，古代医籍常把小儿养护列为首位，从孕育到分娩、从初生到发育成长，在胎教、保胎、哺喂、睡眠、衣着、起居等方面均有论述，蕴含了预防为主医学思想。

小儿外感六淫、内伤饮食、胎产不利等均与养护不周有关，本条不再赘述。另外还

有许多疾患与小儿起居、摄食及活动等方面的调摄失宜密切相关。

新生儿所处室温太高，包裹太厚，易使之出汗过多而发生脱水热；反之，胎怯儿因环境温度偏低和喂养不及时等，易发生新生儿硬肿症。若不勤换尿布，湿渍皮肤污秽不洁，久不洗浴者，易患脐疮、脐湿、红臀等疾。

哺乳婴儿未及时添加辅食，或幼儿膳食结构不合理者，易患营养性贫血和佝偻病，甚至营养不良。这些疾病直接影响小儿生长和智力发育。龚群等调查了上海市4个区5所托幼园所798名0~6岁儿童的膳食和健康情况，探讨了托幼机构儿童营养摄入量与贫血、营养不良和反复呼吸道感染的关系，结果发现各营养素的摄入量随儿童年龄增长而减少，这与我国儿童断奶后膳食由乳制品为主逐渐过渡到普通膳食过程中不够重视调整膳食结构，以及受经济条件及食物供应等方面的限制有关。调查发现缺铁性贫血患儿膳食中维生素A缺乏显著。维生素A缺乏时通过抑制肝脏铁的释放使铁の利用受阻引起缺铁性贫血。因此认为注意维生素A摄取量，提高膳食中铁的生物利用率，是预防学龄儿童缺铁性贫血的关键。营养不良患者热能摄入相对蛋白质更为不足。热能供给不足时，摄入机体的蛋白质只可充当产热物质，减少了体内储存，导致机体生长缓慢、体重减轻。反复呼吸道感染155名患儿饮食中锌和维生素A摄入严重不足，锌缺乏使机体免疫器官锌依赖酶的活性降低，继发免疫缺陷；维生素A对呼吸道上皮细胞的分化及修复具有重要作用，当缺乏时，呼吸道防御功能降低，因而导致反复呼吸道感染。

小儿应数见风日，提倡空气浴、日光浴及水浴。衣着包裹严密，不见风日，动辄药饵，则体弱多病，缺乏抵抗力。目前认为学前儿童的运动量是否充足，运动方式是否适宜、有趣，不仅对儿童生长发育有总的推动，而且对降低佝偻病及呼吸道感染的发生，促进儿童线性生长，对儿童智力、行为及认知能力的发育有着难以估量的推动作用。

### 2.3.1.5 心理因素

《温病条辨·解儿难》说：“古称难治者，莫如小儿，……惟较之成人，无七情六欲之伤。”此说影响颇深，实际上小儿亦有七情六欲之伤，不过其范围不若成人之广，其程度亦大多不及成人之深。

关于小儿情志失调引起的疾病，医籍中有不少论述。如《诸病源候论·小儿杂病诸候·惊痫候》指出惊恐致痫的机理及避惊防病之策：“惊痫者，起于惊怖大啼，精神伤动，气脉不定，因惊而发作成痫也。初觉儿欲惊，忽持抱之，惊自止。故养儿常慎惊，勿令怖。”《景岳全书·小儿则》则进一步阐明了小儿易受惊恐而致病的内在因素：“小儿血气尤其大人之比，若受大惊，则神气失散，溃乱不堪……盖小儿肝气未充，胆气最怯，凡耳闻骤声，目视骤色，虽非大惊卒恐，亦能怖其神魂。”古代医籍中亦有关于小儿情志致病的医案记载。《医部全录》载一周岁小儿欲得心爱玩具拒乳食，肌肉尽削，令取所喜之物悉陈于前，疾遂已。

目前儿科就诊患儿中因情志不调致病者逐渐增多，学龄儿童多见。其情志变化常与学习成绩和周围环境有关。如一10岁女童，因学习成绩差，在学校受歧视，不愿上学，常称腿疼不能行走，初勉强扶物能走，终致完全无力行走而成痿病，多方求医无效，放弃治疗后辍学在家。忽一日，女孩与床前伙伴玩耍，情急之下竟下床追赶，此后逐渐恢复了行走功能。又如一例8岁患儿，因故受到老师严厉批评，回家后即开始低热、呕吐，数月不愈，及至家长将孩子转入另一所学校，所患之疾不治自愈。

另有一类患儿因家长期望值过高，除学校课程外，被逼参加各类专长兴趣班，诸如音乐、游泳、英语、绘画等，心理负担重，每至兴趣班上课前便出现各种自觉症状，如头痛、腹痛、疲倦、厌食等现象。反复发作，有的家长认为孩子说谎称病，逃避学习。医生对于这种情况，应给予必要的心理疏导，既不可乱投药剂，也不能掉以轻心。

由于学龄期儿童自我观念发展逐渐复杂化、抽象化、丰富化，也便有了心理、情感等方面的负担。近年来儿童的疾病谱发生了明显的变化，儿童的心理行为问题也受到了越来越广泛的重视。据全国各地调查，儿童行为偏离的发生率高达10%~20%，明显的心理障碍性疾病为3%~5%。诸如家庭经济状况、父母文化程度、行为榜样、对孩子的期望、父母离异、再婚、丧亡等家庭环境，幼儿园、学校、邻里等周围环境对儿童心理素质均有较大的影响。

### 2.3.1.6 感染诸虫

小儿若无良好的卫生习惯，饭前便后不洗手，生吃不洁瓜果蔬菜，致虫卵从口而入，便感染诸虫，常患蛔虫、蛲虫、绦虫等寄生虫病，重者可能发生蛔厥（胆道蛔虫病）、虫瘕（蛔虫性肠梗阻）、虫疔及脑囊虫病等。以蛔虫病和蛲虫病最为多见。席庆兰对山东省中小学生对蛔虫感染10年监测情况的分析显示：城市学生感染率为11.24%~34.98%，乡村为15.30%~53.28%，小学生感染率高于中学生，总的患病率有下降趋势。蛔虫感染对儿童健康发育的影响不容忽视。沈丽英对200例儿童的身体发育、智力发育进行了调查，对感染蛔虫儿童，进行驱虫前后的比较，得出如下结果：身高、体重、皮褶厚度、血红蛋白，病例组显著低于对照组；各年龄段的智商，病例组显著低于对照组；定期连续驱虫3年后，病例组血红蛋白恢复正常水平，身高、体重及皮褶厚度的平均增长值与健康儿童的增长基本相似。

辛小明对866名在园幼儿蛲虫感染情况的调查显示：阳性率为26.33%，城区17.72%，乡镇38.50%，差异非常显著。

黄永红以2028名中小学生对，进行了常见肠道蠕虫感染的调查，发现蛔虫、鞭虫、钩虫和华支睾吸虫的感染率分别为31.1%、36.5%、1.7%和1.0%，感染情况农村重于城镇。

### 2.3.1.7 意外损伤

小儿缺乏生活经验和自理能力，对外界一切危险事物及潜在的危险因素缺乏识别和防范，小儿又多好奇心强，喜轻举妄动，因此容易发生意外损伤。我国儿童意外事故的发生率和死亡率近年来呈上升趋势。常见的意外损伤有中毒、溺水、触电、外伤及异物损害等，范围甚广。

小儿急性意外中毒比较多见，皆因年幼无知误食毒物引起。毒物种类也很多，包括强酸、强碱、农药、灭鼠药、汞、碘及某些药物。小儿中毒的方式多种多样，有的用装过农药的瓶子饮水，或被大人携至喷药的田间玩耍；小儿误食拌有灭鼠药的小食品，或直接吞食包装精巧的灭鼠药；某些地区私自炼金的人家，将加入汞的炼金器皿移至室内，使小儿吸入过多汞蒸汽而发生汞中毒；有些顽皮贪吃零食的小儿将学校所发智力碘片一次吞吃过多导致碘中毒；有些小儿将糖精当作砂糖过量食用导致糖精中毒；有些家长把自己长期服用的药物存放不妥，被小儿误服，或被老人误为感冒药让小儿服下，如抗焦虑药、避孕药、抗心律失常药等，造成药物中毒；甚至还有的学龄儿童模仿电影中的人

物或自己身边的人大量饮酒而致酒精中毒。

婴幼儿各脏器功能未臻完善，排毒解毒能力差，一旦发生中毒，症状严重，预后较差。若中毒时无人发现，未能及时就诊，或就诊时病史不清，则贻误治疗，甚至死亡。临床上遇到突然出现不明原因的呕吐、泄泻、昏睡或烦躁、抽搐、昏迷、呼吸脉搏瞳孔血压等改变，应考虑到急性中毒的可能。

溺水和触电也是意外伤害的常见因素。溺水事故常因游泳地点选择不当、跳水姿势不妥，或失足落水引起窒息死亡。触电事故总因缺乏安全教育所致，诸如家中电器插座安装过低、开关胶木碎裂、包线破损、电线断头以及在高压线下及树下避雨等，均是小儿触电的危险因素。

异物是日常生活中危害小儿健康和生命的危险因素之一。若将异物（如花生米、瓜子壳、玩具枪子弹、圆珠笔头等）吸入气道，大者即刻窒息而亡，小者下滑至支气管，引发肺炎，数周甚至数年不愈。若将异物（如钱币、玻璃片、大头针等）吞进胃肠，轻者腹痛，重者穿孔出血，给患儿带来极大的痛苦。

外伤经常给小儿造成伤残，重者当场丧命。常见的外伤事故有创伤、咬伤、跌打伤、脱臼、烧烫伤等，许多外伤是由中小學生骑自行车引发的交通事故造成。

### 2.3.1.8 医源损害

医源损害主要包括失治误治和药物毒副作用造成的疾患。

小儿气血未充，脏腑娇嫩，凡大苦、大寒、大辛、大热之品，以及攻伐、峻烈、有毒药物皆应慎重应用，中病即止。治热病应顾护津液，治杂病要顾护脾胃。若失治误治或药过病所，则使旧疾未愈又添新病。

某些西药的毒副作用比较明显。如长期大量服用糖皮质激素，小儿出现满月脸、水牛背、多毛症，并伴有咽红口渴、自汗盗汗、五心烦热等阴虚证候。又如长期使用广谱抗生素而发生霉菌感染；白血病患者用化疗药后出现脱发、口腔溃疡、呕吐、纳差、发热及心、肝、肾等脏器损害。长期住院的患儿易发生院内感染，这与医护人员及医疗器械引起患者之间的交叉感染有很大关系。中药中的毒性药，如朱砂、轻粉、乌头、巴豆、斑蝥、雷公藤、马钱子等应用不当，也会损伤小儿。

## 2.3.2 病理特点

小儿病理特点主要表现在两个方面：一是发病容易，传变迅速；二是脏气清灵，易趋康复。年龄越小，其病理特点亦越显著。

### 2.3.2.1 发病容易，传变迅速

小儿发病容易、传变迅速的病理特点是由其稚阴稚阳这一生理特点所决定的。由于小儿脏腑娇嫩，形气未充，物质和功能均未发育完善，对病邪抵抗力较成人差，应激状态下各脏器代偿潜力较成人小，因此不仅容易感邪发病，而且发病后病情变化较成人迅速。

小儿发病容易尤其表现在易患时行疾病和肺脾肾三系疾病多见。

小儿免疫功能相对不足，易于感触时邪发生各种传染病，如麻疹、疟疾、水痘、乙脑等，尤其是疟疾，常在托幼机构、小学及卫生条件不良的集体单位中流行。

肺本为娇脏，难调而易伤。小儿“肺常不足”表现在解剖方面的特点是：呼吸道短

而狭窄，粘膜柔嫩，血管丰富，纤毛运动较差，肺脏血多气少，呼吸道分泌型 IgA 较少。所以一俟寒暖失调，外邪即易由表而入侵袭肺系，患感冒、咳嗽、哮喘、肺炎喘嗽等肺系疾病。

脾为后天之本，气血生化之源。为满足小儿迅速生长发育的物质需要，脾胃运化水谷的负荷较成人重，而其脾胃功能尚未健全，表现为消化腺发育差，腺体分泌少，消化道肌层不发达，消化酶活力弱等。所以，小儿较成人容易内伤饮食，损伤脾胃，出现呕吐、泄泻、厌食、积滞、疳证等常见的脾胃功能失调的病证。

肾为先天之本，小儿生长发育、抗病能力及骨髓、脑髓、发、耳、齿等发育都与肾有着密切的联系。小儿“肾常虚”，解颅、五迟、五软、尿频、遗尿、脑发育不全等均为小儿时期常见病证。

小儿发病后传变迅速，主要表现为寒热虚实之间的迅速转化。即易虚易实、易寒易热。

虚实是指人体正气的强弱与疾病邪气的盛衰而言。《素问·通评虚实论》曰：“邪气盛则实，精气夺则虚。”小儿患病，邪气易实而正气易虚。实证往往可以迅速转化为虚证，或出现虚实并见证候。虚实并存表现形式多端，本虚标实、上实下虚等。如小儿泄泻，初起多为外感时邪或内伤乳食所致之实证，若失治误治，则可迅速出现阴伤液脱甚或阴竭阳脱的虚证；又如感冒患儿易夹痰、夹滞、夹惊而呈实证；若汗下不当，每易导致肺脾气虚。

寒热是指两种不同性质的疾病证候的属性。小儿患热病较多，病后易从热化。如本属风寒外束之寒证，可迅速郁而化热、热极生风，出现高热惊厥、抽搐等小儿常见的实热证候。素体阳虚患者易寒从内生，出现阳虚衰脱的阴寒证，如急惊风出现实热内闭的同时，可因正不敌邪，瞬间出现面色苍白、汗出肢冷、脉微细等阴盛阳衰之危候。素体阴虚者易于阴伤阳亢，病从热化，表现为邪热羁留或内热蒸盛的证候。

总之，小儿稚阴未长，稚阳未充，以其稚阴稚阳之体，患病后难以协调机体之阴阳平衡，因而寒热虚实的变化远较成人迅速而复杂。

小儿疾病传变迅速除了具体表现为易虚易实、易寒易热之外，还表现在以下几个方面：

由表入里：小儿外感时邪后，卫气营血传变迅速。以流行性脑脊髓膜炎为例，邪在卫分为时短暂，迅即入气，或起病即见卫气同病，转瞬又侵入营血，少数患儿发病急骤，由卫分直迫营血，逆传心包，内陷肝经。

由经络及脏腑：小儿经络受邪，多侵及相关之脏腑。如：疝腮患儿，本为风温时毒壅滞少阳、厥阴经络，发病后可能并发脑膜脑炎、睾丸炎及胰腺炎。麻疹患儿，麻毒犯于肺脾二经，重者并发肺炎、肠炎、脑炎、心衰等症。

由一脏及它脏：小儿患病常同时发生数个脏器功能损害。如：小儿肺炎，正虚邪陷时致心阳虚衰（合并心力衰竭）或引动肝风（合并中毒性脑病）；又如：急性肾炎，重者可发生水凌心肺（严重循环充血）和邪犯厥阴（高血压脑病）等变证。

### 2.3.2.2 脏气清灵，易趋康复

与成人相比，小儿易为病邪所伤，其恢复也较成人快。如小儿肝炎、肾炎均较成人恢复快，痊愈者也多。即使出现心阳虚衰、阴伤液竭、惊风神昏、内闭外脱等危重病证，

经正确及时处理能较快康复者也相对较多。如《景岳全书·小儿则》说：“第人谓其难，谓其难辨也；余谓其易，谓其易治也……设或辨之不真，则诚难矣。”

小儿患病后易趋康复的原因大致有三：一是小儿生机蓬勃，活力充沛，组织再生修复能力强；二是小儿脏腑少痼疾顽症、七情五志及药石之伤，对治疗反应敏捷；三是小儿疾病以外感六淫和内伤饮食为主，治疗方法多，较易医治。

小儿脏腑清灵，病因单纯，只要熟谙疾病发病特点、转化规律，掌握其表里寒热虚实和整体观念的辨证法则，就能随拔随应。反之，若诊断不明，辨证不精，用药错谬，非但不能随拔随应，反而失之毫厘，误之千里，正气易衰，邪气易盛，危殆立至，或者留下终身残疾。

### 现代参考文献

- [1] 杨锡强. 免疫球蛋白 IgG 亚类缺陷与呼吸道疾病. 实用儿科杂志, 1991, (1): 3
- [2] 杨滨. 六淫理化性质分析. 实用中西医结合杂志, 1993, 6 (6): 329
- [3] 区永欣, 等. 卫气生理病理的研究. 中医杂志, 1994, 35 (8): 490
- [4] 江载芳. 我国小儿急性呼吸道感染的防治现状. 中国实用儿科杂志, 1997, (1): 1
- [5] 段恕诚. 我国几种常见小儿传染病的近况. 中华儿科杂志, 1993, (1): 3
- [6] 朱富华, 等. 小儿食积变化规律的实验与临床研究. 陕西中医, 1994, 15 (8): 381
- [7] 龚群, 等. 托幼机构儿童营养摄入量与疾病关系的探讨. 实用儿科临床杂志, 1995, 10 (2): 109
- [8] 丁宗一. 儿童体质研究是基础儿科学的重要前沿. 中华儿科杂志, 1997, 35 (3): 160
- [9] 许积德. 儿童的心理行为问题应受到重视. 中华儿科杂志, 1997, 35 (3): 115
- [10] 席庆兰. 山东省中小学生蛔虫感染 10 年监测情况分析. 中国寄生虫病防治杂志, 1996, 9 (2): 113
- [11] 沈丽英. 蛔虫感染对儿童健康发育的影响. 中国寄生虫病防治杂志, 1996, 9 (2): 125
- [12] 辛小明. 866 名在园幼儿蛲虫感染情况调查. 福建医药杂志, 1996, 18 (1): 110
- [13] 黄永红. 田东县中小学生肠蠕虫感染的调查. 中国学校卫生, 1996, 17(2): 132

(张月萍 杜永平)

## 2.4 乳食喂养与儿童保健

中华民族自古提出：“生民之道，莫不以养小为大。”一向关心和重视儿童的健康、生存、保护和成长，如今把“提高全民族素质，从娃娃抓起”作为全社会发展和现代化建设的根本大计，在全社会树立“爱护儿童、教育儿童、为儿童做表率、为儿童办实事”的公民意识，并努力为儿童事业的发展创造良好的社会条件。

社会的发展，源于人类的繁衍；而人类的繁衍，则靠自身的优化。儿童的健康是提高人口素质的基础，是人类发展的先决条件。为了保证其正常的生长发育、健康地成长，小儿的乳食喂养和保健工作是非常重要的。我们的祖先经过数千年的实践，在这方面积累了丰富的经验，为中华民族的繁衍昌盛做出了贡献。为适应现代社会的需要，中医的育儿及保健工作一定要在保持特色的基础上，结合现今儿保工作的新特点、新动向、新方法加以发扬，使之形成系统，服务社会，能够面向现代化、面向世界、面向未来。

## 2.4.1 乳食喂养

哺乳和饮食是提供小儿从外界食物中摄取营养的方法。小儿脱离母体后，正处于生长发育的旺盛时期，年龄愈小，生长发育愈快，故对水谷精微的需求就愈高。但因小儿“脾常不足”，饮食又不知自节，极易为饮食所伤。因此，为保证其正常生长发育，必须讲究科学喂养，即不仅要合理安排膳食，给予足够而全面的营养，而且要根据不同年龄及不同个体的脾胃功能及体质特点区别对待。乳食喂养包括初生乳哺、增加辅食、小儿膳食、饮食禁忌等四个方面。

### 2.4.1.1 初生乳哺

初生儿甫离母腹，胃纳开始，脾胃未健，乳哺必须得当，应注意以下几点。

#### 初生母自乳

《女学篇·自乳之得宜》认为，“盖天之生人，食料亦随之而生，故婴儿哺育，总以母自乳为佳，每见儿女自乳者，身体较为强壮。”《万氏家藏育婴家秘·鞠养以慎其疾四》提出：“儿在母腹之时，赖血以养。既生之后，饮食之乳，亦血之所化也。虽有谷肉，不可与之，以乱其肠胃中和之气。”说明母乳是婴儿最理想的食物。母乳所含之营养物质，最适合婴儿生理需要，最易为婴儿消化吸收。出生4个月之内的婴儿，单纯母乳足够维持其对蛋白质的需要。母乳中含有多种免疫球蛋白，特别是分娩7天内的初乳，含有多种酶和抗体，具有抑菌和杀菌的作用。据统计，从出生至6个月，单纯用母乳喂养的婴儿，患病率比用母乳代用品喂养者低75%。母亲哺乳，与婴儿频繁接触，能加深母子感情，强化神经反射，有利于婴儿心理的健康发展。现今母乳喂养已被世界卫生组织和联合国儿童基金会列为挽救儿童生存的四大战略技术之一，成为全世界都在大力推广的科学喂养方法。

若生母有故不能哺乳时，有条件者最好雇用乳母。《保婴秘言·婴儿之哺育》提出，乳母必须选择“体壮性柔，无遗传病，而年在20~35岁者，其年龄及分娩期能与生母相等尤佳。其乳汁宜丰满充足，其衣服饮食宜适于卫生，又须使其变其积习，与吾家俗相化……。”人工喂养则以牛奶及奶粉为佳。该书又说：“……牛须择其壮而无疾，常食豆蔬与小量之食盐者。且牛乳朝榨者淡，夕榨者浓。婴儿初生，淡者为宜。……生后3月以前，则用乳一水三；六月以前，用乳一水二；九月以前，用水乳参半。而后渐次减水，终用纯乳……，煮沸后，俟温度适宜再行哺之。哺之之器，务期清洁，或以水煮之，饮余之乳，切勿再用。”若嫌牛奶滞脾，母乳又不足者，可按《小儿病·保婴要诀》中所提，“用米粉稀糊，每日与乳相间，饲一至三次不等，平淡鲜洁，似较有益。若恐有滞，每一星期可用炒楂肉、炒谷芽各少许煎服。盖楂肉能消乳积，谷芽能消糊积也。”

#### 哺乳的时间

古人指出，婴孩生后即可吮奶。如《活幼口议·病证疑难》中指出：“已诞之后，继时吻之以乳。乳者，化其气血，敷养肌肤，百脉流和，三焦颐顺，身肢渐舒，骨力渐壮。……凡人生子，吮乳为上。”目前认为，生后半小时内即应吮奶，若超过半小时，不仅会丢失初乳，而且会因泌乳反射未建立而造成回乳。乳头属足厥阴肝经，乳房属足阳明胃经。胃为水谷之海，气血生化之源。孕妇分娩往往情绪紧张、气血受损，亦或抑郁不乐、怒气伤肝等，皆可导致气血不足或气滞肝旺、脾胃受伐，而引起乳汁不行。可见母乳哺

养之成败与肝、胃之经气是否畅达密切相关。婴儿生后立即吮乳，能激发肝、胃之经气，经脉调畅则母乳分泌旺盛。

每次喂奶，既要注意按时，更要按需哺给。一般生后头几天母乳量不多，每次喂奶时间不宜过长，第1天每次吸吮2~3分钟，第2天可吸5分钟，以后以每次15~20分钟为宜。每隔3~4小时哺乳一次。每次哺乳应使一侧乳房吸空后，再哺另一侧，可防止乳汁积滞而影响分泌。对早产儿、体弱儿等胃纳量较小，以及胃纳量较大的婴儿，应区别对待，按需哺给。正如《备急千金要方·少小婴孺方上·初生出腹第二》云：“凡乳母乳儿……如是十返五返，视儿饥饱节度，知一日中几乳而足，以为常。”说明哺乳应根据乳儿个体的差异及需要来决定每日哺乳的次数及时间，不可千篇一律，固守定规。

#### 哺乳的方法

乳母在给婴儿哺乳前，应先以手掌按摩两侧乳房，使乳汁流畅。《小儿卫生总微论方·乳母论》指出了正确的哺乳姿势：“凡每乳儿，乳母当以臂枕儿头，令儿口与乳齐，乃乳之。”哺乳时，小儿取半卧位，乳母用上臂托小儿头颈，以免头颈后仰妨碍乳汁下咽。若乳房较大者，哺乳时应以食、中指轻压乳房上部，以免乳晕遮住小儿鼻孔而影响呼吸。每次哺毕，应将小儿抱起轻轻拍背，使吞入之空气及时排出，以防溢乳。

古人还强调，乳儿不宜太饱，饱则令儿呕吐；不可当风乳儿，易致风冷入肺，令儿咳嗽；不可夜露下乳儿，若冷气下咽，易致呕逆；初生儿若多睡勿强与乳。《万氏家藏育婴秘诀·鞠养以慎其疾四》还指出：“凡乳母大醉后勿乳，大劳后勿乳，大怒后勿乳，房事后勿乳，有热病勿乳，其子啼哭未止勿乳，睡未醒勿乳，饱后勿乳。”以及过饥勿乳，盛夏乳母浴后勿乳等哺乳禁忌，皆值得引起注意。

#### 乳母的宜忌

初生小儿，虽藉乳为命，但母体患病亦可自乳汁传于婴儿，故乳母之宜忌不可不知。乳母在哺乳期必须注意精神、饮食营养的调摄，同时须注意慎避寒暑、预防疾病等。

乳母的精神，宜愉悦。《普济方·婴孩初生门·论初生诸疾并治法》指出：“……其或母用性不顺，则气血乱，气血乱则乳汁不和，乳汁不和令儿哕逆。”又云：“择乳母，须精神爽健，情性和悦，肌肉充肥，无诸疾病，知寒温之宜，能调节乳食，奶汁浓白，则可以饲儿。”是因乳母的情绪对婴儿的健康有着直接的影响。

乳母的饮食，要求营养丰富、荤素搭配、美味可口，不可过食厚味、炙博、辛辣，以及过热过凉之物。《幼科发挥·调理脾胃》曰：“饮食入胃，气通于乳。母食热则乳亦热，母食冷则乳亦冷。故儿伤热乳则泻黄色，……伤冷乳则泻青色”。临床上每见乳母嗜食冷饮或肥腻，致乳儿泄泻久治不愈者。说明乳母之饮食不当亦会影响婴儿的身体健康。

乳母尚宜慎避风寒，以预防疾病。若风邪闭塞经络，易致乳汁回缩，甚则引起诸疾。古代医家认为，病乳不可乳儿，即乳母在患病期间，特别是患乳痈及时令瘟疫时，应暂停哺乳。《幼科发挥·调理脾胃》曰：“乳母者，儿之所依为命者也。……母安则子安，母病则子病。”此乃必然之理。乳母在用药期间亦应中止哺乳，特别是可能对婴儿造成伤害的药物，因为几乎所有的药物都能通过母体的血浆进入乳汁。中止哺乳可避免间接遭受药物毒副作用的侵害。

#### 断奶的时间

我国自古认为，婴幼儿1至1岁半断奶为宜，若乳汁充足可延至2岁。多数小儿在



1~3岁时,自行停止吃奶,这种自然断奶最佳,既能减少产妇产后乳房癌和卵巢癌的发病率,还可抑制排卵、推迟再受孕的时间,促进生殖器官的恢复。若乳母决定停止哺乳,宜逐步减少喂奶次数,增加辅食次数,直至婴儿习惯辅食后,方可断奶。否则,突然断奶会使婴儿因脾胃不适应所进食物,而导致消化不良,甚至导致疳病的发生。

#### 断奶的季节

断奶的季节,以春秋两季为宜。因为这两季气候温和,小儿的食欲变化不大。夏季气候炎热,胃肠消化液分泌减少,食欲下降,且食品又易变质。若在此季断奶、更换乳食,极易导致消化不良。冬季断奶,气候严寒,夜间哺食极为不便,且易受凉,易染疾病。

#### 断奶的方法

小儿断奶宜缓而不宜急,应安排一段逐步脱离母乳的过程。婴儿自4~5个月起,应随着生长的需要、乳牙的萌出、脾胃功能的增强,逐渐增加辅助食品,使之逐步适应半固体、固体的食物。同时逐渐减少哺乳次数,至1岁左右,待能进与成人相类似之食品后,就可以顺利断奶。

#### 2.4.1.2 增加辅食

随着婴儿的不断生长发育,若单纯哺喂乳类,已不能满足机体的需要。因此,不论是母乳或是人工喂养儿,到一定时候均需适时地添加辅助食品。

#### 辅食添加的时间

婴儿何时添加辅食,早在明代龚廷贤《寿世保元·卷八》中就指出:“儿生四五月,只能与乳吃,六个月以后方与稀粥哺之。”《万有医库·小儿科》指出:“概小儿门齿既出,咀嚼之机已备,消化之力日强,正可给以食物而诱其食欲。”均认为6个月以后可增加辅食。是因6个月以内之婴儿胃肠娇嫩,尚无消化辅食之能力,且母乳或其它乳类亦完全能满足婴儿生长发育之需要。实际上,自4~5个月开始,可给少量米糊、菜泥等辅食,使之慢慢适应。待6个月以后,由于乳类食品中维生素及铁的含量已相对不足,母乳已不能完全满足其生长发育之需,而这时婴儿形体增大,消化力亦增强,能够顺利增加辅食量,以及时补充需要。

具体在给每个婴儿增加辅食时,应根据不同个体的实际需要和消化功能来决定。由于每个婴儿的哺乳量和乳母泌乳多少的不同,所以添加辅食的时间和量亦应有所区别。有的母乳充足,足够哺喂6个月或6个月以上,甚至可满足10个月婴儿的需要,那么添加辅食的时间可适当推迟。相反,对一些母乳不足,或人工喂养之婴儿,添加辅食便应提前。

#### 辅食添加的原则

添加辅食,应遵循由少到多、由稀到干、由细到粗、由一种到多种的原则。

辅食的品种多样,一般每次只增加一种,若3~5天内无不良反应,方可再增加一种。如此逐步增加至多种。辅食的量要求由少到多,最初只加1~2匙,待适应后再逐步加量。辅食的质,应由素到荤,由稀到稠,先细粮后粗粮。食品的颗粒,应先细后粗。

添加辅食需注意,不要强迫婴儿接受辅食,以免引起反感。婴儿在炎热之夏季,或在患病期间,均不宜添加辅食,以免导致消化不良。

每次增加新的辅食后,应注意观察婴儿的消化情况,如果发现腹胀、啼哭、不食、大

便次数增多等，均应暂停或减少所加之辅食，待婴儿恢复后，再试着从小量开始。

#### 添加辅食的顺序

添加辅食的顺序，可参考以下内容进行。

1~3个月，必要时可添加鱼肝油，以补充维生素D。人工喂养者，可适当添加菜汤和果汁。

4~6个月，婴儿开始长牙，体内的贮存铁已耗尽，应补充含铁丰富的食品。可以添加米汤、米糊、稀粥、菜泥、蛋黄、鱼泥等。

7~9个月，可加烤馒头片或饼干，锻炼咀嚼，促进牙的生长。还可添加粥、烂面条、碎菜、豆腐、熟土豆、鱼汤、肝泥、肉泥等。

10~12个月，可食烂饭、面包、挂面和带馅的食品，以及碎菜、碎肉等。食品可逐渐多样化。每日加喂1~2次，以逐渐替代母乳。

《万有医库·小儿科》曰：“饲食之品，宜更迭掉换，勿致小儿嫌恶。各种肉汤之油不可多食，因油难以消化。”还指出辅食添加的次数与间隔时间，“大率与哺乳时间同。夜间自九点后，不可再饲。”

#### 2.4.1.3 小儿膳食

孩子1周岁以后，乳牙逐渐出齐，咀嚼及消化能力逐渐增强，饮食已从过去的乳类为主，逐步过渡为以谷类、肉、蛋、蔬菜为主。断奶后的幼儿，仍处在生长发育、物质代谢旺盛的时期，但相对成人来说，其乳牙尚未出齐，脾胃之受纳、运化功能还未健全，如果膳食安排及营养调配不当，均会影响小儿的身体健康。如有些家长给婴儿简单地喂糖稀粥、泡饼干、蛋糕之类，致使蛋白质、维生素摄入不足，而发生营养不良。又有些父母过于溺爱，每以甘肥、生冷之物任儿恣意食之，以致积滞内停，损伤脾胃，诸疾丛生，迁延成疴。因此，为从饮食方面保证小儿健康成长，必须合理安排好小儿膳食。

#### 合理膳食的调配

食物的种类多种多样，有谷有果、有粗有细、有荤有素。《素问·脏气法时论》提出，人体必须以“五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充，气味合而服之，以补精益气。”五谷，是指谷、豆类食物；五果，是指各种果品；五畜，是指家畜、家禽肉和内脏等肉食；五菜，是指蔬菜类食物。这些食物只有相互搭配，才能较好地补益充养机体。

在小儿膳食中，应以谷类为主食品，肉类为副食品，以蔬菜来充实，以水果为辅助。古人虽未明确指出蛋白、脂肪、糖、维生素及矿物质等营养素所占之比例，但其合理的搭配与现代所倡导的饮食结构是一致的。

现代认为，小儿合理膳食，是指合理调配主要营养物质——蛋白质、脂肪和碳水化合物之比例。即小儿每日所需总能量的12%~15%来自蛋白质；20%~30%来自脂肪；50%~60%来自碳水化合物（糖类）最为适宜。

合理的膳食，需要由足够的营养来保证。营养是维持小儿生长发育、机体健康、生命活动所必需的。各种食物中的营养成分归纳起来有：蛋白质、脂肪、碳水化合物（糖类）、维生素、矿物质和水6大类。蛋白质在蛋、奶、鱼、肉、豆类、麦类、高粱中含量较高；脂肪在食油、肥肉、蛋黄中含量较高；糖在米、面等淀粉类食物中含量较高；维生素在蔬菜、水果类食物中含量较高；矿物质存在于食盐、蔬菜、动物的骨骼及内脏中等。各种维生素和矿物质的作用及来源，见表2-3。

表 2-3 各种维生素和矿物质的作用及来源

维生素和矿物质	作用	来源
维生素 A	促进生长发育和维持上皮组织的完整, 增加皮肤及粘膜的抵抗力, 间接防止细菌侵袭, 为形成视紫质所必需的成分, 并有促进免疫力的功能	肝、牛乳、奶油、鱼肝油。其先导视胡萝卜素存在于某些有色蔬菜等植物中, 如胡萝卜、黄瓜
维生素 B <sub>1</sub>	是构成脱羧辅酶的主要成分, 为糖类代谢所必需, 维持神经、心肌的活动机能, 调节胃肠蠕动, 促进生长发育	米糠、麦麸、豆、花生。肠内细菌和酵母可合成一部分
维生素 B <sub>2</sub>	为辅黄酶主要成分, 参与体内氧化过程, 维持皮肤、口腔和眼的健康, 防止其病变	肝、蛋、乳类、蔬菜、酵母
维生素 PP	是辅酶 I 及 II 的组成成分, 为体内氧化过程所必需。维持皮肤、粘膜和神经的健康, 防止癞皮病, 促进消化系统的功能	肝、肉、谷类、花生、酵母
维生素 B <sub>6</sub>	为转氨酶和氨基酸脱羧酶的辅酶的组成成分, 参与神经递质、氨基酸及脂肪代谢	各种食物中, 亦可在肠内由细菌合成
维生素 B <sub>12</sub>	参与核酸的合成, 促进四氢叶酸的生成等, 促进细胞及细胞核的成熟, 对生血和神经组织的代谢有重要作用	主要来源是动物食品、肝、肾、肉等
叶酸	叶酸的活性形式四氢叶酸是体内转移“三碳基团”的辅酶, 参与核苷酸的合成, 特别是胸腺嘧啶核苷酸的合成, 有生血作用	在绿叶蔬菜、肝、肾、酵母中较丰富, 肉、鱼、乳类次之, 羊乳中含量甚少
维生素 C	参与人体的羟化和还原过程, 对胶原蛋白、细胞间粘合物、神经递质(如去甲肾上腺素等)的合成, 与类固醇的羟化、氨基酸代谢、抗体及红细胞的生成等均有重要作用。防止坏血病	各种水果及新鲜蔬菜中
维生素 D	调节钙磷代谢, 促进肠道对钙、磷吸收, 维持血液钙、磷浓度, 维持骨骼、牙齿的正常发育和健康	鱼肝油、肝、蛋黄。人体皮肤所含 7-脱氢胆固醇经日光紫外线照射可形成
维生素 K	由肝脏利用合成凝血酶原	肝、蛋、豆类、青菜。一部分维生素 K 由肠内细菌合成
钙	为凝血因子, 能降低神经、肌肉的兴奋性, 是构成骨骼、牙齿的主要成分	绿色蔬菜、乳类、蛋类含量多, 豆浆中含量较牛奶为少
磷	是骨骼、牙齿、细胞核蛋白、各种酶的主要成分, 协助糖、脂肪和蛋白质的代谢, 参加缓冲系统, 维持酸碱平衡	乳类、肉类、豆类和五谷中
铁	是血红蛋白、肌红蛋白、细胞色素和其它酶系统的主要成分, 帮助氧的运输	肝、蛋黄、血、豆类、肉类、绿色蔬菜、杏、桃中。乳类含量较少, 羊乳尤少
铜	对制造红细胞、合成血红蛋白和铁的吸收起很大作用, 与许多酶如细胞色素酶、氧化酶的关系密切, 存在于人体红细胞、脑、肝等组织内, 缺乏时引起贫血	肝、肉、鱼、海蛎、全谷、硬果、豆类
锌	为不少酶的组成成分, 如与能量代谢有关的碳酸酐酶, 促进 CO <sub>2</sub> 交换; 与核酸代谢有关的酶, 调节 DNA 复制转录, 促蛋白质合成, 还参与和免疫有关酶的作用。缺乏时胸腺萎缩, 免疫力低下, 发育受阻, 身材矮, 食欲差, 有贫血、皮炎、肠炎等。男性需要量高于女性	鱼、蛋、肉、禽、全谷、麦胚、豆、酵母等, 动物性食物利用率高
镁	构成骨骼和牙齿成分, 激活糖代谢酶, 与肌肉神经兴奋性有关, 为细胞内阳离子, 对所有细胞代谢过程都重要。常与钙同时缺乏, 导致手足搐搦	谷类、豆类、干果、肉、乳类
碘	为甲状腺素 T <sub>3</sub> 、T <sub>4</sub> 主要成分, 缺乏时引起单纯性甲状腺肿及地方性克汀病	海产品, 如海带、紫菜、海鱼等

表 2-4 各种营养素及能量每日需要量

年(月)龄	能量 KJ/kg	水 ml/kg	蛋白 质 g/kg	脂肪 g/kg	碳水化 合物 g/kg	钙 g	磷 g	铁 mg	铜 mg	锌 mg	镁 mg	碘 μg	维 生 素							
													A IU	B <sub>1</sub> mg	B <sub>2</sub> mg	菸草酸 mg	B <sub>6</sub> mg	B <sub>12</sub> μg	叶 酸 μg	C mg
新生儿	502~544	80~150	4	7	10			10			60		1 000	0.3	0.4	5	0.3	35	400	3
1月~	460~502	130~160	3.5	6	12	0.5	0.24	15			60		1 000	0.5	0.6	8	0.3	35	400	3
6月~	418~460	120~150	3.5	4	12		0.4	15	70	5	70	45	1 000	0.7	0.8	9	0.4	35	400	4
1岁~	377~418	110~130	3	3.5	12	0.8	0.8	15	150	10	150	60	1 000	0.7	0.8	9	0.6	40	400	6
4岁~	334~377	90~100	2.5	3	15.5	0.8	0.8	10	200	10	200	80	1 500	0.9	1.1	13	0.9	40	400	7
7岁~	293~335	70~90	2.2	2.5	15	0.8	0.8	10		10	250	110	2 500	1.0	1.2	16	1.2	400	7	7
10岁~	251~293	60~85	1.8	2.5	13	1.1	1.1	14		15	350	130	3 500	1.0	1.4	18	1.6	50	400	10
13岁~	209~251	50~65	1.7	2.5	10	1.2	1.2	18		15	400	130	3 500	1.5	1.8	20	1.6	50	400	10
15岁~	167~209	45~55	1.4	2.5	10	1.1	1.1	18		15	350	150	3 500	1.5	1.5	20	2.0	50	400	10
成人	167~188	40~50	1.0	2.5		0.8	0.8	10~18		15	350	140	3 500	1.5	1.4	18	2.0	50	400	10

注:

①人乳喂养者蛋白质量每日仅需 1.7~2.5g/kg,牛奶喂养需 3.5g/kg,植物蛋白喂养需 4g/kg。

②其它矿物质:钾 1~2g/日,钠 1~2g/日,氯 2~3g/日。

③主要营养素之间的比例:

年 龄	按供给量计算			按供热能计算		
	蛋白质	脂肪	碳水化合物	蛋白质	脂肪	碳水化合物
婴儿 { 人乳	1 : 3	3 : 6				
{ 人工、混合	1 : 2	2 : 4		15%	35%	50%
1~4岁	1 : 1.2	4 : 4				
4岁以上	1 : 1.1	6 : 6				

在小儿膳食中，若供糖不足，脂肪较多，则脂肪氧化不全，会产生大量酮体，易发生酮症酸中毒；若摄糖过多，蛋白质过少，则小儿虚胖，甚则免疫功能低下，极易感染疾病；若蛋白质过量，肝肾负担加重，则增加耗能。因此，不论在家中，还是托幼机构，小儿膳食均应根据小儿生长发育的需要和生理特点，结合食品供应情况，周到安排。

#### 安排膳食的原则

1. 满足小儿每日所需的能量及各种营养素（见表 2-4）。
2. 食品的烹调加工，应适合小儿的消化功能。特别是婴幼儿食品的加工，应做到细、碎、软、烂。忌选甘肥油腻及辛辣刺激之食品。
3. 膳食调配，要多样化、合理化，做到粮菜搭配、荤素搭配、粗细搭配。
4. 饮食的次数及数量，要求做到规律化，即根据实际需要定时、定量配给。一般可执行三餐二点（1~2 岁）和三餐一点（3 岁以上）制，不可过饥或过饱。
5. 饮食卫生方面要严格把关，避免食品污染，杜绝食物中毒。
6. 食谱的更迭宜随季节的变化每日更新调换，勿使小儿嫌恶，避免产生厌食。
7. 进食环境要安静、清洁、美观、整齐。
8. 定期监测小儿生长发育情况，以不断改进和提高小儿营养水平。

#### 小儿食谱举例

将现代小儿食谱列出，以供育儿参考。

1. 1~3 岁小儿食谱举例（见表 2-5）。

表 2-5 1~3 岁小儿食谱举例

时间	食品	量	蛋白质 (g)	脂肪 (g)	糖 (g)	能量 (KJ)
上午 7 时	牛乳	250ml	8.7	8.6	11.5	662
	糖	10g	—	—	10.0	167
	馒头	20g	1.2	—	10.0	187
	鸡蛋	1 只 (45g)	6.5	5.0	—	297
	浓鱼肝油	5~6 滴	—	—	—	—
上午 9 时	苹果	1 只 (100g)	0.4	0.6	13.0	246
中午 12 时	软饭	1 碗 (米 80g)	6.0	—	64.0	1172
	碎肉	30g	5.0	8.6	—	408
	碎菜	30g	—	—	—	—
	油	8g	—	8.0	—	301
下午 3 时	豆浆	200ml	5.0	2.2	2.6	210
	糖	10g	—	—	10.0	167
	甜饼干	20g	2.0	4.0	16.0	452
下午 6 时	挂面	1 碗 (30g)	3.0	—	22.0	418
	碎鱼	30g	5.0	0.6	—	106
	蕃茄	30g	—	—	—	—
	油	8g	—	8.0	—	301
			42.8	45.6	159.1	5096

2. 4~7 岁小儿食谱举例（见表 2-6）。

表 2-6 4~7 岁小儿食谱举例

时间	食品	量	蛋白质(g)	脂肪(g)	糖(g)	能量(kJ)
上午 7 时	粥	2 碗(米 60g)	4.4	0.3	48	888
	肉松	10g	5.4	1.2	0.7	147
上午 11 时半	饭	1 碗半(米 90g)	6.6	0.5	71.3	1323
	红烧狮子头土豆					
	瘦猪肉	45g	7.5	13.0	0.5	623
	土豆	60g	1.0	—	9.5	175
	豆腐菜汤					
	豆腐	30g	2.0	1.0	0.4	78
	青菜	15g	0.3	0.06	0.3	121
	油	18g	—	18.0		678
下午 3 时	豆浆	200ml	5.0	2.2	2.6	210
	甜饼干	20g	2.0	4.0	16.0	452
	糖	10g	—	—	10.0	167
下午 6 时半	饭一碗半	1 碗半(米 90g)	6.6	0.5	71.3	1323
	红烧鱼块白菜					
	鱼	60g	10.0	1.3	0.06	217
	白菜	120g	1.7	0.2	2.8	83
	干虾冬瓜汤					
	干虾米	3g	1.7	0.06	0.1	31
	冬瓜	30g	0.12	0.03	0.5	12
	油	18g	—	18.0	—	678
合 计			54.32	60.35	234.06	7098
			50	54	270	7389

体重 18kg 小儿应得之量

注：7 岁以上小儿食谱安排可如上述，仅进食之饭菜量随年龄增多。

#### 2.4.1.4 饮食禁忌

小儿饮食禁忌，历代医籍多有记载。总括不外忌饮食太饱、忌生冷甘肥、忌营养过剩、忌五味太过等。

##### 忌饮食太饱

小儿脾常不足，饮食切忌太饱。小儿智识未开，饮食不知自节，往往见物爱物，食之无度。《素问·痹论》曰：“饮食自倍，肠胃乃伤。”是指在短时间内进食过多，胃肠负担过重，必然损伤脾胃之功能，从而导致疾病的发生。此即由伤食致病。为此，中医学早就提出，小儿食不可过饱。

伤食的最大危害，是损伤脾胃，导致受纳运化功能失调，引起腹胀、腹痛、呕吐、腹泻等。若乳食不化，积滞中焦，可引起厌食、腹胀、消瘦，甚致因气血生化不足，而发展成疳病。同时还可因脾胃受损，痰湿内生，土不生金，而出现反复咳嗽、痰喘等呼吸道感染病症。

##### 忌生冷甘肥

生冷是指各种生冷水果、饮料、冰糕，以及各种性寒之食物。《幼科诗赋·保婴歌》

说：“要得小儿安，不妨饥共寒；肉多必滞气，生冷定成疳。”认为，阴寒生冷之物最易损伤脾胃，阻滞运化，导致疳积的发生。又如，不论冬夏小儿多喜嗜食甘甜之饮料及冰冻奶酪，常因此而发生吐泻。特别是先天不足，脾胃虚弱者，更需谨慎。

甘是指各种甘甜之食品，如奶糖、巧克力、蜂王浆、各种糕点等。此常为小儿所好。中医学认为，甘能满中，是因甘甜食品，皆为厚味，不易消化，多食则脾胃呆滞，令儿不饥，而生厌食。

肥是指奶油、肥肉等含脂肪量多的食物。《素问·奇病论》谓：“肥者令人内热，甘者令人中满。”甘肥之物皆为小儿所喜爱，加之父母溺爱，每以甘肥任儿食之，殊不知肥甘之物最易积滞化热，伤及脾胃。若多食之，始见主食量减少，厌食蔬菜、谷类，喜食生冷瓜果，继则形瘦面黄，大便干结，亦或发生肥胖。此乃爱子之偏，所嗜之物，任其饱足所致。因此，在小儿膳食中，忌选过量之奶油、甘肥食品。

此外，一些不易消化之物，如蛤蚌、牡蛎、蟹类、年糕等，也不宜多吃，脾胃虚弱之小儿尤不可食。

#### 忌营养过剩

营养过剩，是指摄入营养过多，大大超过每日自身所需的能量及营养素量。小儿营养需合理调配，既不可不足，也不可太过。营养不良会影响小儿的生长发育，营养过剩同样会给小儿机体健康带来危害。古代医家早就指出：富贵之家，衣食有余，生子常夭；贫贱之家，衣食不足，生子常坚。在现代，人民生活水平普遍提高，对此更值得重视。

现代研究认为，营养过剩会使肝、肾负担加重，还会影响智力发育。经调查发现，营养过剩不仅会导致“肥胖儿”，还会导致“肥胖脑”，致使脂肪在小儿脑组织堆积过多，大脑皮层的沟回变浅，脑的皱褶减少，影响神经网络的发育，从而使智力水平降低。同时，饱餐后胃肠供血过多，而脑部供血相对不足，也会影响智力的发育。

营养过剩，使小儿免疫细胞过早发育，长大后免疫力迅速下降，在体质与智力等方面，均不如膳食合理、营养均衡的小儿。营养过剩，小儿肥胖，则心脏负担加重，导致心血管疾病提前出现等等。可见营养过剩的危害，当引起普遍重视。

#### 忌五味太过

在小儿膳食中，五味宜调和而不宜过偏、太过。五味太过的危害，正如《素问·生气通天论》说：“阴之所生，本在五味；阴之五官，伤在五味。是故味过于酸，肝气以津，脾气乃绝；味过于咸，大骨气劳，短肌，心气抑；味过于甘，心气喘满，色黑，肾气不衡；味过于苦，脾气不濡，胃气乃厚；味过于辛，筋脉沮弛，精神乃央。”是说人体之阴精来源于五味，但藏精之五脏却因五味太过而受伤。因而还指出：“是故谨和五味，骨正筋柔，气血以流，腠理以密，如是则骨气以精。谨道如法，长有天命。”说明只有注意饮食五味的调和，才能使骨骼正直，筋脉柔和，气血流通，腠理固密，骨气坚强，机体壮实，享有天年。

因此，五味太过之食品，不宜给小儿食，如味甘酸之李子、杏仁，小儿多食则令腹胀。过咸之食品亦不可多食。现代医学认为，长期食入盐过多可致盐中毒、高血压，令儿烦躁不安，甚至出现神经症症状等。故在小儿膳食中，加盐、糖、醋等调味品均应适量，不宜太过。

此外，小儿尚需忌食含有色素、香料的食物，以及过期的各种饮料；忌食酒类等辛

热饮品；忌食圆球状的硬性食物，以免误入气管，造成呼吸道梗阻，甚至危及生命。

## 2.4.2 儿童保健

儿童保健是保护儿童健康的一门科学。它是医学科学的重要组成部分。中华民族历史悠久，在儿童保健方面积累了丰富的经验，具有特色。反映在学术思想上，强调“防重于治”。早在《素问·四气调神大论》中就明确指出：“圣人不治已病治未病，不治已乱治未乱。”主张与其病后求良药，不若病前能自防。同时强调“天人相应”、“春夏养阳，秋冬养阴”的顺应四时的养生观。在保健范围上，强调从先天入手，从受孕、养胎、护胎就开始，后天之调护系根据小儿生长发育的不同阶段和发病规律，提出不同的防治措施。在保健内容上，不仅强调小儿的体格保健，而且更注重从小培养其具有勤劳、勇敢、吃苦耐劳、爱祖国、爱人民等德育修养。

我国的儿童保健工作已组成系统的三级儿童保健网。保健机构是以保健为中心，防治结合的卫生机构。具体工作不仅以保健为基础，而且将保健与医疗、教学、科研相结合。上一级对下一级儿保机构还承担着技术指导、业务培训、指导科研等任务。

目前，我国儿保工作的总目标是：“争取在2000年实现每个儿童都享有卫生保健，把婴儿死亡率下降到25%以下”。主要任务是：①做好7岁以下儿童保健工作（7~14岁的儿童将由学校机构统一管理）。对婴幼儿实行系统保健管理，增强儿童体质，降低新生儿、婴幼儿死亡率；②继续挖掘中医药宝库，积极防治儿童常见、多发病，调查分析发病因素、制定中西医结合的防治措施；③做好托儿所、幼儿园卫生保健的业务指导；④推广科学育儿，提倡母乳喂养，开展婴幼儿的早期教育；⑤配合卫生防疫部门，做好预防接种及传染病管理工作。

现就胎儿、新生、乳食、起居、体格、精神等方面的保健内容分述于下。

### 2.4.2.1 胎儿保健

儿童保健，应从受孕怀胎开始。我国历代医家自古以来就重视胎儿的保健，《大戴礼记·保傅》中关于“文王胎教”的记载，说明早在商周时期已有做好胎儿教养能使小儿健康聪慧的实例。《素问·奇病论》对“胎病”的记载，表明当时已认识到不注意胎儿养护，可造成小儿先天性疾患。胎儿的强弱，禀受于父母，特别是胎儿在腹，与其母同呼吸，共安危，孕母的健康、营养、疾病、环境、生活、情绪等，均会影响胎儿的生长发育。因此，胎儿期的保健，必须从受孕、养胎、胎教3个方面着手。

#### 受孕

男女媾精，阴阳相合故有子。胎儿保健当从婚配受孕开始。小儿禀父母元气而生，元气盛则肌肤充实；元气虚则体质怯弱。父精为阳，母血为阴，只有在父母均健康，阴阳和畅的情况下婚配受孕，才能为胎儿健康打下坚实的基础。为了优生，男女之婚配受孕应做到：

1. 适时婚育 指男女双方应在适当的年龄（男子24~32岁，女子21~26岁）结婚生育。正如《素问·上古天真论》指出：男子三八、女子三七，才是“肾气平均，真牙生而长极”之时，即男女发育完全成熟之时。《褚氏遗书·问子篇》曰：“合男女必当其年……皆欲阴阳气完实而交合，则交合而孕，孕而育，育而为子坚壮强寿。”否则，早婚早育不但损伤肾气，造成不孕、流产，还能导致后代体弱多病，甚至夭折。



2. 近亲避婚 早在春秋战国时代《礼记》中就指出：“男女同姓，其生不蕃”，是指有血缘关系的同姓男女，不可通婚。近亲之间，血缘相近，若有某种缺陷，往往使后代遗传缺陷的机会大大增加。为此，我国婚姻法明文规定：“直系血亲和三代以内旁系血亲之间禁止结婚”。

3. 婚前检查 《妇人大全良方·求嗣门》指出：“凡欲求子，当先察夫妇有无劳伤、痼害之属，依方调治，使内外和平，则妇人乐有子矣。”为了优生，男女在婚前必须查明有无影响生育及后代健康的疾病，而不可盲目结婚。

4. 择时交合 首先是指交合要有节制。正如《广嗣纪要·寡欲篇》说：“……求子之道，男子贵清心寡欲，所以养其精；女子贵平心定意，所以养其血……交之以时，不可纵也。”其次要求在天气晴朗、思绪安宁之时。《景岳全书·妇人规·子嗣类》中指出：“惟天日晴朗，光风霁月，时和气爽及情思安宁、精神闲裕之况……于斯得子，非惟少疾，而必且聪慧贤明。”第三，要求在心意融合、情洽意美之良宵佳境中，于夜半生气乘旺之时。《广嗣纪要·协期篇》指出：“……男女情动，彼此神交，然后行之，则阴阳和畅，精血合凝，有子之道也。”明代王肯堂则说，男女交媾，其所以凝结而成胎者……，而一点真一之灵火，萌于情欲之感者，妙合于其间。

5. 交合禁忌 男女在患病及大病初愈，或在精神紧张、恐惧，心情烦闷、悲伤、愤怒时，或在饮酒过度时，或身体疲倦时，均应禁止交合。正如《广嗣纪要·协期篇》曰：“神力劳倦，愁闷恐惧，悲忧思怒，疾病走移……，酒醉食饱，体病方痊……，若此时受孕，母子难保。”《备急千金要方·妇人方上·养胎第三》指出：“妊娠……饮酒，令子心淫情乱，不畏羞耻。”现代研究已证实，酒精对精子、卵子均有损害，酒后受孕会造成胎儿宫内发育迟缓、畸形、死亡，或形成智能低下，甚至痴呆。

#### 养胎

养胎是孕妇为使胎儿获得良好的先天素质，而采取的一系列养育措施。“养胎”一词，首见于汉代张仲景《金匮要略·妇人妊娠病脉证并治》“妊娠养胎，白术散主之。”北齐·徐之才按胎儿发育的进程，提出“逐月养胎法”，是通过不同经络的调养，促进胎儿之健康成长。古人认为，胎婴在腹，与母同呼吸，共安危，“母之饥饱劳逸，喜怒忧惊，食饮寒温，起居慎肆，莫不相为休戚。”（《幼幼集成·护胎》）并告诫孕妇“能节饮食，适寒暑，戒嗔恚，寡嗜欲……幸毋视为泛常而忽之”。

中医学养胎的内容，正如《万氏妇人科·胎前》所曰：“妇人受孕之后，所当戒者，曰房事，曰饮食，曰七情，曰禁忌，曰医药，须预先调养……”。具体来说有：

1. 调摄精神 妇人怀孕，母子一体，气血相通。精神内守有益健康，七情过极往往伤及母子。《素问·奇病论》说：“人生而有病颠疾者，……病名为胎病。此得之在母腹中时，其母有所大惊，气上而不下，精气并居，故令子发为颠疾也。”《诸病源候论·小儿杂病诸候·四五岁不能语候》载：“小儿四、五岁不能言者，由在胎之时，其母卒有惊怖，内动于儿脏，邪气乘其心，令心气不和，至四五岁不能言语也”。历代医家均重视孕妇的精神调摄，要求做到无悲哀、无思虑、无惊恐、无大言、无号哭，喜怒哀乐适可而止。

孕妇的精神情绪对胎儿的影响，已得到现代研究的证实。美国生物学家乌·凯伦曾发现，恐惧和不安会使血液中产生一种叫“卡泰霍洛明”的化合物，如果孕妇的血液中出现这种化合物，便会通过胎盘带给胎儿，使胎儿不安，并影响其生长发育。英国心理

学家通过大量的调查发现，妇女在孕期如有严重的紧张、焦虑，孩子长大后情绪常不稳定，易激惹。还发现，多动症的小儿，与其母在孕期情绪波动和心理困扰密切相关。奥地利医生对孕妇的不同情绪对胎儿的影响作过调查分析，他们把141名孕妇分成4类：①理想的母亲——孕期情绪安稳，分娩顺利，婴儿健壮；②灾难的母亲——对生育持消极态度，早产率高，婴儿体重轻，心理上不安定；③矛盾的母亲——既爱孩子又不想要孩子，所生孩子大多在行为和胃肠方面有毛病；④冷酷的母亲——因各种原因不愿有孩子，其子大多反应冷淡、精神不振。

一般来说，孕母的不良情绪，在整个孕期对胎儿均会产生不良影响。如妊娠早期是胎儿的敏感期，易引起腭裂和唇裂等；妊娠中期可导致流产；妊娠晚期会导致早产或难产。因此，孕妇必须注意调摄精神，经常保持心情舒畅、情绪安定，避免过度的精神刺激，以使气血安和，给胎儿以好的影响。这对以后孩子身体、智力的发育，性格、品德的养成等，都会产生深远的影响。

2. 饮食调配 胎儿的生长发育，全赖孕妇的气血濡养，孕妇气血的盈亏与饮食营养及脾胃功能密切相关。因此，孕妇从怀孕起就应合理安排饮食，以满足胎儿生长发育的需要。

北齐·徐之才逐月养胎方中，对孕妇每个月的饮食要求均有详细论述。这与现代认为的孕妇的饮食营养应根据早、中、晚3个不同孕期分别给予是相一致的。早期是胚胎发育和各器官形成的重要时期，需要全面的营养素，膳食要视妊娠反应情况，按孕妇的口味，合理调配；中期胎儿迅速增长，孕妇各系统发生相应变化，除了热量的满足外，各种营养素的摄入必须增加；晚期是胎儿生长的高峰期、脑发育的关键期，需供给足够的各种营养，但需防营养过剩，以免增加生后肥胖的发生率。

孕妇的饮食，总以清淡可口、营养丰富为宜。禁忌过食大冷、大热、甘肥油腻、辛辣、炙烤等食物。因甘肥、辛辣、炙烤的食物，多能助湿生热，不但会导致胎热、胎肥、难产，还会导致小儿生后目赤肿烂，多发疮疡疹毒、赤游丹毒、口疮便秘等。生冷过度则胎寒，小儿生后阳气不振，四肢欠温，易于腹痛、腹泻。

对体质不同之孕妇，更宜以饮食寒热之不同属性，以纠其偏。如阴虚火旺者，饮食多宜清淡；阳虚气弱者，饮食宜以温补。脾胃虚弱者，较易发生恶阻、胎漏、胎萎不长等。《景岳全书·妇人规·胎不长》中指出：“妊娠胎气，本乎血气，胎不长者，亦惟血气之不足耳……，妇人多脾胃病者有之，仓廩薄则化源亏而冲任穷也。”可见调理脾胃之法对脾虚之孕妇来说，亦是重要的养胎措施之一。

3. 调节寒温 妇女怀孕后，血聚以养胎，较易感受外邪，引起各种时令疾病。《诸病源候论》中列举妊娠杂病14种，其中外感疾病就占一半，并有“重者伤胎”的记载。《格致余论·慈幼论》曰：“儿之在胎，与母同体，得热则俱热，得寒则俱寒，病则俱病，安则俱安。”宋《小儿卫生总微论方·胎中病论》列举梗舌、双髻、骈拇、六指、缺唇等先天畸形，皆由“在母胎妊之时，失于固养”所致。说明孕妇患病，特别是患时令疾病，不仅会损害自身的健康，而且会伤及胎儿。

现代研究表明，各种感染性疾病，特别是病毒感染，对胎儿的发育极为不利。其机理：一是感染会引起胎盘炎，从而影响母体与胎儿之间的物质交换，干扰了胎儿的生长发育；二是病毒通过胎盘使胎儿受到感染，严重者使胎盘和胎儿产生广泛性血管炎，引

起循环障碍、供氧不足，使组织细胞坏死、染色体变异，从而直接损害胎儿，导致畸形和流产。如孕妇感染风疹病毒会导致小儿先天性心脏缺损、失明、耳聋、小头畸形及智力发育障碍等。因此，孕妇当顺应四时，随其时而调节寒温，适时增减衣被，注意防寒避暑，适当户外活动，少去公共场所，避免各种感染性疾病给母子健康带来的不良影响。

4. 节制房事 胎儿的生长发育，有赖孕母肾气的维系。肾气足则冲任固，肾气亏则冲任损。孕母若房事不节，恣情交合，必然损伤肾气，使败精游气聚于胎中，致子损母伤，引起胎动、胎漏，甚则流产。《景岳全书·妇人规·妊娠寡欲》说：“妊娠之妇，大宜寡欲，其在妇人多所不知，其在男子，而亦多有不知者，近乎愚矣。凡胎元之强弱，产育之难易及产后崩淋经脉之病，无不悉由乎此。”已认识到慎房事是预防妇产科病、胎病的重要措施之一。

现代观察证明，妇女怀孕后，在头3个月和最后1个半月内频繁的性生活，极易引起流产、早产和感染。因为性交时子宫颈不断震动，下肢及骨盆肌肉强烈收缩，引起盆腔内各器官充血，还可通过中枢神经反射性地引起子宫收缩，故而导致流产或早产。国外有学者从研究中证实：临产前1个月有性生活的孕妇，其羊水感染及胎儿死亡率高。在性生活频繁的孕妇中，新生儿黄疸比通常高出1倍。因此，孕妇应当聆听古训，节制房事。

5. 劳逸结合 人的生命离不开运动，也离不开静养，必须动静相兼，劳逸结合。孕妇既不可过劳，也不可过逸。过劳则动伤气血，对胎元不利，特别是肾气亏损，中气不足，冲任不固，既往有习惯性流产的孕妇，在妊娠早期更不可过劳，切勿担重、高举、蹦跳、闪挫、登高、临险等，以防引起流产或外伤。过逸则气血瘀滞，不仅对胎儿发育不利，而且易造成肥胎难产。陈文中在《小儿病源方论·小儿胎禀》中指出：“豪贵之家，居于奥室，怀孕妇人，……饱则恣意坐卧，不劳力，不运动，所以腹中之日胎受软弱。”说明自古也主张孕妇不可过逸。特别在妊娠中后期，胎儿已发育成形，孕妇更可从从事一定的体力劳动。正如《万氏妇人科·胎前》曰：“妇人受胎之后，常宜行动往来，使气血通流，百脉和畅，自无难产。若好逸恶劳，好静恶动，贪卧养骄，则气血凝滞，临产多难。”等等。这些可贵的养胎经验，千百年来一直在我国民间流传应用。

日本东北大学木村修一教授，为研究妊娠期母体运动对婴幼儿体力与健康的影响，观察了100例好活动和不活动的母鼠及其所生的幼鼠。结果发现，好活动的母鼠乳腺发育良好，所生幼鼠全部存活；几乎不活动的母鼠乳腺发育不良，所生幼鼠存活率仅50%~60%，其体重也比“活动组”少10%~15%。说明妊娠时适当运动，对胎儿是有益的。

6. 审慎用药 历代医家对孕妇用药均十分审慎，主张无病不可妄投药饵，有病谨慎服药，中病即止，并列举妊娠禁用药多种以鉴后学。早在2000年前，《神农本草经》已记载水银、瞿麦等6种药物有堕胎、破胎作用；宋代陈自明《妇人大全方》载孕妇禁忌药70余味；明代李时珍《本草纲目》载禁忌药80余味等。古人提出的妊娠禁忌药，大致有以下3类：

毒性药类：乌头、附子、南星、野葛、水银、轻粉、铅粉、础砂、砒石、硫磺、雄黄、斑蝥、蜈蚣等。

破血药类：水蛭、虻虫、干漆、麝香、蟹爪、瞿麦等。

攻逐药类：巴豆、牵牛子、大戟、芫花、皂荚、藜芦、冬葵子等。

以上有毒之品，峻下滑利、破血攻逐之剂均列为禁用药。行血活血、耗气散气之品，

则被列入慎用范畴。古人的这些经验，有些已得到实验和临床的证实。如牵牛子能使肠蠕动增强，反射性地引起子宫收缩而致流产；孕妇若患水银、铅中毒，会使胎儿神经系统受损，娩出后可出现惊厥、失眠等。

现代研究认为，几乎所有的药物都可通过母体进入胎儿。因胎儿肝脏酶的活性低，解毒功能不全，以致药物在胎儿体内的浓度明显高于母体，且易经血液进入脑组织，造成胚胎早期死亡或致残、致畸、致癌等严重后果。因此，孕妇切莫随便服药，诸如抗菌药物、激素类，以及抗肿瘤药物、抗惊厥药等。有些药虽对成人无害，但对胎儿却会造成不可挽回的影响，特别在妊娠初期和后期，服药更须谨慎。

若已患病，用药当十分审慎，应掌握“中病即止，不可过剂”和“病去母安，胎亦无损”的原则。正如《素问·六元正纪大论》曰：“妇人重身，毒之何如？……有故无殒，亦无殒也……大积大聚，其可犯也，衰其大半而止，过者死。”明代万全亦强调，妇人用药之药性，宜取中庸，不必多品，病衰药止，母病去而子亦无损也。

### 胎教

胎教，是对生活在母体内的胎儿进行教育。胎教学说是中国文化遗产的一部分，最早的文字记载见于《大戴礼记·保傅》，载有周文王之母善于胎教的经验。她在怀妊文王时“目不视恶色，耳不闻淫声，口不出教言”。这位品行“端一诚庄，惟德之行”的妇人，生下文王自幼聪明正直，成为一代明君，“教一而知百”，活到92岁。之后《列女传·胎教论》说：“古者妇人妊子，寝不侧，坐不边，立不跛，不食邪味，割不正不食，席不正不坐，目不视邪色，耳不听淫声……如此，则生子形容端正，才过人矣。”《诸病源候论·妇人妊娠病诸侯·妊娠候》说：“欲令子贤良盛德，则端正正坐，清虚和一，坐无邪席，立无偏倚，行无邪径，目无邪视，耳无邪听，口无邪言，心无邪念，无妄喜怒，无得思虑”。北齐·徐之才逐月养胎法之后，宋·陈自明在《妇人良方大全》中专立“胎教论”一门，等等。其内容广博，言简意深，方法众多，简便易行。其实质是通过孕母对胎儿感官的良性刺激，以促进胎儿大脑的正常发育。后世学者多遵从以上论述，并注入儿科学和妇科学的有关内容，使胎教学说日趋详备。

据现代研究证明，胎儿在母腹中，对内、外环境的变化和刺激极为敏感，一些成人听不到的极低或极高频的声音，胎儿却能觉察，并能作出相应反应。低频能抑制胎动，高频及外界噪声可促进胎动增加，听柔和悦耳的声音，胎儿心率就较平稳。说明胎教是有其生理学基础的。

如今，胎教的独特作用已逐渐为人们重视，各种胎教的教材、音乐磁带、录像陆续出版，各级妇幼保健机构通过办学习班，对胎儿的父母进行广泛的胎教宣传等，使胎教成了一门新兴的专科，已认识到对胎教的方法、作用、机理的深入研究，对提高人口素质将有重大而深远的意义。

胎教的方法和内容主要有：

1. 多听音乐，调畅情志 古人认为，子在母腹，随母听闻，因而特别注意孕妇的精神和心理变化对胎儿的影响。现代研究表明，音乐可以陶冶人的性情。孕妇应多听音乐，以悦耳、优美、舒缓、轻柔，或欢快、活泼的曲调为佳。如《流水》、《春江花月夜》、《二泉映月》、《渔舟唱晚》、《步步高》等名曲，给人以丰富的联想，将人带到美丽、开阔的大自然中，均可作为胎教音乐。

目前,我国第一盘专供孕妇聆听的胎教音乐《秋夜》,自1985年以来一直畅销不衰。之后由参加研制《秋夜》的医务人员和中国科学院声学研究所科研人员,以及中国音乐学院作曲家们,又根据胎儿发育的要求,共同研制出版了《小神童》等胎教音乐,受到人们的普遍欢迎。

孕妇除了聆听音乐外,最好每天能反复地给腹中的胎儿唱歌。这样更易被胎儿接受,且能抒发孕妇内心的喜悦和美好的向往,诱发积极、平和的情绪,以调畅情志,使孕妇保持愉快、舒畅、祥和的心态。据检测,孕母情绪激动时,胎动增加;情绪紧张或焦虑时,胎动剧烈;长期情绪不宁,胎动可较平时增强10倍;心平气和时,胎动规律。说明胎儿的活动与孕母的情绪变化休戚相关。因此,孕母必须注意调畅情志。

2. 诵读诗文,培养情操 中国的胎教学说是建立在“形象始化,未有定仪,因感而变,外象而内感”的基础上的。古人认为,孕母的思想情操、性格行为直接影响着胎儿。为母者品德端庄、道德高尚,处事无妒嫉之心,待人无狡诈之意,宽厚诚实,正大光明,生子则操行高尚,智力发达。这是胎儿得到高尚情操的熏陶、美好环境感应的结果。

因此,孕母必须以人类高尚的精神文化充实自己的生活。除了聆听音乐之外,还可诵读诗文。正如《列女传·胎教论》说:“……夜则令警,诵诗道正事……。”给孕妇及胎儿选择格调高雅、内容浅显、贴近生活的中外名著、优美的儿歌和歌颂自然、歌颂母亲的诗歌。孕母在朗读时,要求语言流畅,感情充沛,精神投入,反复诵读,以强化胎儿的记忆。同时还提倡阅读一些伟大人物的传记;看一些著名山水和名胜古迹的游记,随作者去遨游一番;欣赏一些精美的画册和漂亮婴儿的照片等。把所见之美景、美好的寄托都凝思于胎儿,以期外感内应,使孩子将来成为一个心灵美、智力高、身体好的早慧儿。

3. 避免刺激,居处得宜 古人认为,孕母的饮食起居,皆有禁忌,尤当慎密。孕妇的整个妊娠期,在生活环境等方面都应保持良好的状态。正如徐之才在逐月养胎法中所提,孕母要“寝心安静,无令畏恐”、“居必静处”等。而且要避免淫邪、行凶、邪念、丑陋、秽臭、噪音等恶性刺激,禁忌一切低级趣味的感官刺激,以使孕母之所见、所闻皆为美好之事,能生活在一个轻松、愉快、宁静温馨的环境里。

适宜的居住环境,有助于孕母情绪的稳定,有利于孕母的身体健康,因而更有利于胎教。孕母居室的要求,首先是安静舒适、阳光充足,通风透气。其次是保持一定的温度和湿度。三是居室的色彩搭配,应以孕母所喜为宜。四是居室的设施要安全、方便。五是室中宜用艺术作品来点缀。

如今,人们生活水平不断提高,各种电器进入家庭,还必须注意避免居室内的电子污染、强电磁场的干扰,以及强节奏音乐和迪斯科音乐对胎儿大脑发育的不良影响。

总之,胎教作为人之初的超早教育,必将越来越受到人们的重视。应用现代生物学、心理学、生物化学等科学方法,对中医学中的养胎、胎教学说进行系统深入的研究,不仅可揭示其科学内涵,而且将会使这一传统的胎儿保健学说在现在及未来,得到更广泛的推广应用,为降低围产期胎儿死亡率,提高儿童体格、智力水平,作出更大的贡献。

#### 2.4.2.2 新生保健

小儿初生,乍离母腹,如嫩草之芽,脏腑娇嫩,气血未充,全赖栽培调护,若稍有疏忽,极易患病,且起病急骤,变化迅速,易致夭折,甚或遗患终身。小儿后天保健,须从初生开始。对新生小儿,尤须精心调护。

小儿新生保健，历代医著多有论述，如唐代孙思邈《备急千金要方》中有“初生出腹论”；宋代《小儿卫生总微论方》中有“慎护论”；元代朱丹溪《格致余论》中有“慈幼论”；明代方贤《奇效良方》中有“初生说”等。其它儿科专著如明代万全《万氏家藏育婴秘訣》指出，新生小儿“贵于调养”、“慎于保全”；清代陈复正《幼幼集成·卷一》亦专立“初生护持”、“勿轻服药”等论，对小儿新生的护养保健论述详尽。总括起来，不外断脐护脐、拭口去毒、初生沐浴、初生乳哺、襁褓衣着、审慎用药等几个方面。其中初生乳哺已在2.4.1“乳食喂养”中述及，此处不再重述。

#### 断脐护脐

脐带为胎儿之命蒂。小儿先天在腹，脐带是孕母供给胎儿营养的通道，也是母体与胎儿气血经络相通的纽带。明代李梴《医学入门·初生裹脐》曰：“夫人之脐也，受生之初，父精母血，相受凝结，……在母腹中，母呼儿呼，母吸儿吸，是一身脐带，如花果在枝而通蒂。”描述了脐带的生成与作用。

婴儿降生，口鼻气通，哭声一出，百脉贯通，即为后天，随即需要断脐。我国古代医家早在1000多年前就认识到，断脐、护脐不慎是引起新生儿脐风（即破伤风）的缘由，对脐风之症状作了详细描述，并明确指出了预后。如《小儿卫生总微论方·脐风撮口论》说：“脐风撮口，亦如大人因破伤而感风，则牙关噤而口撮，不能入食，身硬，四肢厥逆，与此候颇同，……，乃最恶之病也。”

为了预防脐风的发生，初生断脐护脐不可不慎。历代医家列举断脐法多种，主要有：《备急千金要方》中的“隔衣断脐法”、《医学入门》中的“刀剪裹脐法”、《幼幼集成》中的“火燎断脐法”等3种。虽然这些断脐法已被现代新法接生所代替，但这些方法在当时的历史阶段，对预防新生儿脐风是起过积极作用的。

《普济方·婴孩初生门·藏衣法》指出，断脐“忌用冷铁刀器”，以免“引寒气入腹，令脏腑滑泻，……宜用火炙剪刀，乘热断之。”并宜用“艾如麦粒，灸二十壮，助暖气入腹，则脏腑坚固，元气充实，令子少病、长寿，大有益焉。”断脐时，所留之脐带既不可太长，也不可太短，正如《医学入门·初生裹脐》载：“儿初生时，用绵裹脐带，离肚二三寸处，以绵扎住，却于线外，将脐带剪断。”

断脐后的护理，即护脐，也是预防新生儿脐风及脐部疾患的重要措施。《诸病源候论·小儿杂病诸候·脐疮候》曰：“脐疮，由初生断脐、洗浴不即拭燥，湿气在脐中，因解脱遇风，风湿相搏，故脐疮久不瘥也。”《医学入门·初生裹脐》指出：“断脐包扎后……勿使犯水。”《幼科发挥·脐风》亦指出：“三朝浴儿，当护其脐，勿使水渍入也。脐落之后，当换包袱，勿使尿湿浸及脐中也，如此调护，则无脐风之病。”为防风冷伤脐，古人多用艾灸，或艾叶、绵布，或封脐散包裹脐部。总之，护脐之法不外注意脐部的清洁、干燥和防风冷外袭3个方面的内容。这对预防脐风、脐湿、脐疮具有重要作用。

#### 拭口去毒

拭口去毒，包括新生擦拭口腔及去除胎毒两个方面的内容。这是预防新生儿疾病的保健措施之一。

小儿初生，先要拭口，即将口中污血秽物及时拭去，否则随吸咽下，会导致疾病。正如《备急千金要方·少小婴孺方上·初生出腹第二》曰：“……若不急拭，啼声一发，即入腹成百病矣。”初生小儿口中常含胎粪、羊水和污血，不急拭去，易引起吸入性肺炎，

甚至阻塞呼吸道引起窒息，若从消化道吞入，由肠道排出，也于儿不利。

初生拭口的方法较多，一般是用干净软帛或纱布裹指，将儿口中污物拭净。也可根据小儿体质之寒热，选用不同的药物煎汤拭口。如《幼幼集成·调羹》指出：“小儿初生……若身面俱红，唇舌紫，亦知其必有胎毒，每日用盐茶，但不可太咸，以帛蘸洗其口，去粘涎，日须五六次。每日洗拭，则毒随涎去。倘儿面唇淡红，此为胎寒，不可用茶，惟以淡姜汤洗拭，每日一二次足矣。”

关于胎毒学说，自隋代《诸病源候论》始，历代皆有论述。胎毒主要指胎中禀受之热毒。历代医家多认为，孕妇恣食辛辣甘肥，可以酿成五脏热毒；孕母忧思郁怒太过，可致五志化火；父母淫欲之火，隐于父精母血；父母患淋病、梅毒等，皆可遗热毒于胎儿。也可因孕妇用药燥热而遗于胎儿，或出生时口中秽物下咽腹中，而成胎毒之患。

古人认为，小儿体内带有胎毒，就容易发生疾病。如《小儿卫生总微论方·胎中病论》中提到，新生小儿鹅口、垂痈、重腭、梗舌等胎病，系由“胎毒上攻”、“胎毒攻发”所致。还有麻疹、水痘、疮疹、湿疹、丹毒、痈疔、口疮、胎黄、胎热，以及初生不乳、吐泻等，均与胎毒有关。因此，古代医家对胎毒十分重视。

元·朱丹溪在《格致余论》一书中，详述了胎毒致病的危害，以及亲自治愈的实例，并指出，产前胎孕期服药可预防胎毒之患。根据古人的经验，自70年代起，我国不少学者运用中医中药预防新生儿溶血病取得成功，从一个侧面说明中医的胎毒学说及去毒的指导思想，在临床是有实际指导价值的。

自古以来，民间对初生小儿一直采用去胎毒的传统方法，即普遍用初生拭口和服用去胎毒的药物，以清除从母胎中带来的热毒，用以预防某些疾病。现将常用之法简介于下，可以根据小儿体质选用之。

1. 甘草法（《备急千金要方·少小婴童方上·初生出腹第二》） 甘草 3g，浓煎取汁，以消毒纱布蘸药汁，令儿频频吮吸。

2. 黄连法（《小儿卫生总微论方·初生服药论》） 黄连 1.5~3g，用水浸泡令汁出，滴儿口中。黄连性寒，胎禀气弱者不用。

3. 豆豉法（李东垣方） 淡豆豉 9g，浓煎取汁，频频饮服。

4. 生姜法（《景岳全书·小儿则》） 生姜如小枣大一块，取其汁，加温开水冲成淡姜汤，拭儿口中。适用于母气素寒，小儿清弱，面唇色淡者。既能去寒，又能免去吐泻之患。

5. 大黄法（经验方） 生大黄 3g，沸水适量浸泡或略煮，取汁滴儿口中。胎粪通下后停药。脾虚气弱者禁用。

此外，民间还常用银花、甘草水拭口，并以少量令儿吮吸。

#### 初生沐浴

古代医家一贯重视对新生儿皮肤的防护，提倡初生即可沐浴。这不仅可去除污垢，开泄腠理，而且能滑利肌肤，流通血脉。为此提出，对新生儿可按3种不同的方法，精心沐浴。

1. 新生浴儿 是指初生出腹后的第1次洗浴。要求在小儿降生之前，先将浴汤煮好，灌瓶备用，不犯生水。用时临时加温（一般以36℃~37℃为宜），并用猪胆1枚，取汁入温水中，以干净纱布蘸洗。初生婴儿皮肤表面附有一层厚薄不匀的胎脂，对皮肤既有保护作用，也有刺激作用，所以新生沐浴不宜一次将胎脂洗净。第一次沐浴毕，可在全身

涂以少量的消毒花生油或鱼肝油。

2. 三朝浴儿 古人将小儿降生后第3天的沐浴，称为“三朝浴儿”。民间俗称“洗三”。所用浴汤与初生沐浴不同，常用桃枝、槐枝、桑枝、梅枝、柳枝熬成，再加猪胆汁。《备急千金要方·少小婴孺方上·初生出腹第二》认为该汤具有“解胎毒、辟疫疠、除邪气、利关节、祛风湿”的作用。也有用苦参、黄连、白及、杉叶、枫叶煎汤，又有用火麻仁、丁香、桑椹子、藁本煎汤，亦有用单味益母草煎汤浴儿者。浴汤诸方，总以防病、护肤为目的，均可按新生儿体质、季节气候、地理环境等特点选用。三朝浴儿时，因断脐结痂尚未脱落，需注意护脐，勿使浴水渍湿。

3. 平时浴儿 指平时为清洁皮肤之洗浴。浴汤一般不加任何药物，或只加少许食盐煮开，候温备用。正如《备急千金要方·少小婴孺方上·初生出腹第二》曰：“凡浴小儿，汤极须令冷热调和。”还指出：“冷热失所令儿惊，亦致五脏疾也。凡儿冬不可久浴，浴久则伤寒；夏不可久浴，浴久则伤热。数浴背冷则发病。”

总之，新生沐浴虽分3种，但均需将浴汤煮开，勿犯生水，令温备用。洗浴时，不可当风解脱冒受风寒。洗浴之动作宜轻柔；以浴巾蘸水自下而上，使其适应，以防猝受惊恐，招致它病。浴毕宜将全身及时拭干，扑以滑石、甘草，或松花等粉。

#### 襁褓衣着

襁褓，是指用棉布做成衣、被包裹婴儿。新生保健，还应重视襁褓衣着的适宜。《证治准绳·幼科·小儿论》中指出：“初生儿出腹，必须入襁褓，襁褓之道，必须得宜。”是因初生小儿乍离母腹，肌肤柔嫩，接触外界，有个逐步适应的过程。要注意以下几点。

1. 避免过暖 《幼幼新书·乳母杂忌慎法第五》曰：“论襁褓，旧帛故絮，盗父母之余气以致养，重衣帟帐皆致病也……不得以火炙襁褓。”《太平圣惠方·卷第八十二·小儿初生将护法》中也指出：“凡绵衣不得太厚及用新绵，令儿壮热，或即发病，特宜慎之也。”是因小儿襁褓过暖，不仅容易蕴热，且易汗出耗液。正如《诸病源候论·小儿杂病诸侯·养小儿候》所说：“小儿始生，肌肤未成，不可暖衣，暖衣则令筋骨软弱。”今人多以新棉给新生儿作襁褓，以为御寒力强，殊不知适得其反。俗云：要得小儿安，常带三分饥与寒。饥，谓节其饮食；寒，谓适其寒温。这样能锻炼耐寒之肌肤，增强抵御外邪入侵之能力。

襁褓衣着虽不可过暖，但也不可过寒，特别是背项、肚脐、两足要注意保暖。背项为膀胱经走行、背俞穴所布，主一身之表，若背项受寒，伤于风池、肺俞，常使腠理闭而为病，或咳，或喘，甚则胸满憎寒壮热。脾主大腹，肚腹作凉则饮食不化，呕哕、泄泻、腹痛、肠鸣等疾生焉。足为足阳明胃经所主，俗云，寒从脚底起，即是此意。对早产儿及足月小样儿尤须注意保暖。总之，襁褓衣着应根据实际情况，做到寒温适宜。

2. 宽松柔软 初生衣着襁褓应选用柔软、吸水性好的旧棉布制作，特别是尿布，更需要吸水性好的旧布改制。切勿用化纤及羊毛织物，以免影响腠理开阖，或刺激娇嫩肌肤。

婴儿刚出母腹，常保持胎儿时的姿势，四肢屈肌较紧张，为使其舒展，故需襁褓捆绑，但捆绑之松紧需得宜。过松易蹬开，过紧易影响气血流通，且有碍体格之发育。

初生衣着宜宽松柔软，不用钮扣，便于穿脱，以利于小儿胸腹、四肢的运动。

3. 顺应四时 初生襁褓衣着还应顺应四时阴阳之变化。《素问·四气调神大论》曰：“夫四时阴阳者，万物之根本也，……逆之则灾害生，从之则苛疾不起……。”因此，初



生小儿当“与万物沉浮于生长之门”，衣着襁褓亦不例外。明代王銮在《幼科类萃·护养论》中明确指出：“小儿生长，必欲入襁褓之。襁褓之道，必须得宜。如春夏之月，乃万物生长之时，宜教令地卧，使之不逆生长之气；如秋冬之月，乃万物收藏之时，宜就温暖之处，使之不逆收藏之气。然后血凝气和，则百病无自而入矣。”强调了顺应四时的重要。

4. 清洁卫生 关于襁褓衣着的清洁卫生，《普济方·婴孩初生门·藏衣法》指出：“小儿初生……所用襁褓衣絮，宜时见于风日，洗曝干净。”《吴氏儿科·养育方法》进一步指出：“婴孩尿布布长宜勤换，勿令尿布久留身上，换时切忌当风，如用水揩拭，须用温水，其布片日晒须要摊凉，火烘须要退热。如此庶可免除风寒暑湿燥火等症。”《圣济总录·小儿门·乳母忌慎法》则强调：“凡乳母不得以亵衣盖儿头面，及不得以口鼻吹着儿面，衣服忌着新绵。百日内不得以油腻手褓抱，及不得令火炙襁褓，令儿染热病。若冬中大寒，以火炙干衣被，宜置地上少时，熟揉（搓揉）令冷暖得所，然后用之。”是说小儿衣着襁褓不仅要勤换洗净，而且要符合卫生要求。如不以衣被盖儿头，否则易引起“蒙被综合征”；口鼻之气不可吹儿面，易使小儿鼻塞声重；不以火炙襁褓，否则易染热病。等等。

#### 审慎用药

初生小儿如嫩草，克伐不可，补亦不能，尤不可妄用方药。正如《万氏家藏育婴秘决·辨小儿脉证治》曰：“芽儿嫩小不耐伤，针灸汤丸莫妄尝。”《景岳全书·小儿则·药饵之误》认为，“小儿气血未充，而一生之盛衰之基，全在幼时，此饮食之宜调，而药饵尤当慎也。……夫有是病而用是药，则病受之矣；无是病而用是药，则元气受之矣。小儿元气几何？”《医学真传·婴儿》认为新生儿“甫离胞胎，腑脏之形未充，阴阳之气已立。此形此气，赖乳为先，间有小疾，多属本气不和，不宜妄投以药。即药亦当调其本气，若概以发散、清痰、清热之药投之，非惟无益，反害之矣。”详述了小儿用药之原则。

现代医学认为，新生儿肝肾功能、酶系统及其转化功能皆不成熟，其解毒及排毒功能均差，若用药不慎或时间过长，极易导致毒副作用的出现。如中药中水银、朱砂、轻粉含汞，砒石、雄黄含砷，铅丹含铅等，初生婴儿当禁用。又如大量应用维生素K，可引起溶血性黄疸；磺胺类药物在体内可与胆红素竞争与血浆蛋白的结合，影响间接胆红素的代谢，而出现高胆红素血症，增加新生儿核黄疸的发生；APC等退热药，易引起新生儿出血，故遇发热者应首先采用物理降温；出生1周内使用氯霉素，易引起中毒，导致心血管功能衰竭，出现“灰色综合征”。等等，说明对新生儿必须做到合理用药。当然，新生儿患病仍需及时诊治，但用药总宜细心审慎为要。

#### 2.4.2.3 乳食保健

乳食是小儿生长发育的物质基础。《汉书·酈食其传》云：“民以食为天。”说明人体的整个活动离不开饮食，特别是小儿生机蓬勃，生长发育迅速，对乳食的需求相对成人来讲要求更高，但因小儿胃肠薄弱，故饮食保健尤为重要。历代医家反复告诫，小儿如嫩草，失水则死，伤水亦死，必须重鞠养、慎调护。饮食保健的内容，除了在“2.4.1”中所述之初生乳哺、增加辅食、饮食禁忌、合理调配等外，尚需强调“乳贵有时，食贵有节”；要求小儿吃好正餐，少吃零食，避免偏食，纠正厌食，有条件者可予饮食调补，但须得宜得法。

乳贵有时，食贵有节

周岁以内的婴儿，饮食以哺乳为主。乳贵有时，是指哺乳贵在定时、定量。反对一儿哭则急喂乳的做法。具体来说，应喂多少，该间隔多久，自古主张应根据每个婴儿的体质及消化吸收功能，即据儿饥饱决定喂养次数及数量。这种因人而异的观点，比刻板地用每日每次多少毫升的规定，要合理实际、符合科学。

《备急千金要方·少小婴孺方上·初生出腹第二》指出：“凡乳儿不欲太饱，饱则呕吐，每候儿吐者，乳太饱也，以空乳乳之即消。……夏不去热乳，令儿呕逆。冬不去寒乳，令儿咳痢。母新房以乳儿，令儿羸瘦，交胫不能行。母有热以乳儿，令变黄不能食。母怒以乳儿，令喜惊，发气疝，又令上气癫狂。母新吐下以乳儿，令虚羸。母醉以乳儿，令身热腹满。”等等。这些宝贵的经验，都是乳哺保健的重要内容。

食贵有节，是断乳后幼儿饮食保健的基本原则。《管子·形势篇》说，饮食有节“则身利而寿命益”，饮食不节，“则形累而寿命损。”说出了饮食保健的重要。小儿智识未开，见物爱物，岂能知节。故小儿乳食调节，应由父母掌握安排。

所谓有节，首先是指数量上的节制，不可过饥或过饱。正如《万氏家藏育婴秘诀·鞠养以慎其疾四》谓：“小儿宜吃七分饱，谓节之也。”要节制小儿饮食，就要有所约束，而不能纵其所好，不知禁忌，见儿啼哭，无所不与。《素问·痹论》早就指出：“饮食自倍，肠胃乃伤。”是说饮食过量，胃肠负担加重，其功能必然受损。再则是指饮食质量上的调配，要求荤素搭配，既要富于营养，又要易于消化。要求父母根据孩子的具体情况，制定出合理的食谱，做到饮食规律化、多样化、合理化。这就叫饮食有节。

若饮食不节，吃得太饱，高蛋白饮食摄入过多，可产生两种不同的恶果。一是过早出现肥胖；二是伤及脾胃，引起疳病。若饮食过少，营养不足，气血生化乏源，也会导致疳病的发生。这就是目前在经济条件普遍改善的情况下，儿童患肥胖症、疳病（多数为轻证之疝气证）者反而增多的原因，也由此而形成了新时代儿童乳食保健、防病治病的重要内容。

#### 吃好正餐，少吃零食

按照我国的传统习惯，早、中、晚三餐为正餐。小儿可根据年龄的大小，适当增加进餐的次数。一般1~2岁小儿每日可进餐5次，即除正餐外，在上午、下午或睡前1小时加餐1次。3~5岁每日进餐4次为宜，一般在下午加餐1次。6岁以后可按3餐进食，但小学阶段，课间可加食点心1次。

吃好正餐，是每个家长必须正视的问题。只有将正餐调配合理，做到多样化，才能使小儿得到全面的营养。一日三餐的营养分配，要求做到早餐吃好、中餐吃饱、晚餐吃少。

早餐对小儿很重要，一日之中，上午的体力、脑力消耗最多，且前一天晚餐的热量已基本耗完。如果早晨不吃或少吃，其饮食能量就供不应求，久而久之，会影响小儿的生长发育。所以应把含蛋白质和脂肪的食物，安排在早餐和午餐，使之吃好、吃饱。

晚餐宜少，吃些蔬菜和五谷为主的饭菜即可。晚餐吃多了，食物容易积滞胃肠，发生疾病。动物实验发现，大白鼠在晚间吃高脂肪食物后立即睡觉者，夜间其血液中脂肪含量急骤上升；而早、中餐吃高脂肪食物，对血液中脂肪含量的影响较小。

小儿要少吃零食。多吃零食的危害有：

1. 影响正餐 多吃零食，在饮食时间上打乱了规律，使脾胃疲弱，至正餐时必然胃口不开。

2. 损伤脾胃 零食一般多由蛋、奶、糖制成,如蛋糕、奶糖、巧克力等甜腻之品,或是生冷瓜果、汽水冰糕等寒凉之物,最易损伤脾胃。零食吃得越多,对脾胃的损伤就越重。

3. 营养失衡 零食所含营养成分不全,不能满足小儿生长发育之全面需要。目前市场大量销售含锌、含钙,或加各种维生素、氨基酸等营养小食品,不一定适合所有儿童,若盲目食用,会造成营养失衡,甚则导致体质下降。

#### 避免偏食,纠正厌食

偏食是指小儿嗜食某类食品,而拒食其它食品。现今的独生子女,偏食荤菜拒食蔬菜的不少。也有不喜欢喝牛奶,不吃鱼、肉,光吃米、面的。偏食最易导致小儿营养失衡,不是太过,就是不及。《景岳全书·小儿则·护养法》指出:“小儿饮食有任意偏好者,无不致病”。

偏食多由不良的饮食习惯引起,若不予以纠正,可损伤脾胃,致气血生化不足,出现面黄形瘦;或是积热内蕴,出现肥胖。纠正偏食需要父母长辈耐心诱导,同时加强饮食调配,而不能简单地强迫孩子吃不喜欢吃的食品。

厌食,又名恶食。是指长期见食不贪,食欲不振,甚至拒食的一种病症。引起厌食的原因很多,主要有:

1. 喂养不当,乳食不节,过食甘肥、生冷,或各种滋补品,而致脾胃受损。《医宗金鉴·幼科心法要诀·食滞》曰:“小儿恣食甘肥生冷,不能运化,则胃肠积滞矣。其证头温腹热,大便酸臭,暖气恶食……。”小儿嗜食生冷,脾阳受损,也可致痰湿内蕴,壅阻中州而产生厌食。

2. 脾胃虚弱,受纳运化乏力,是因禀赋不足,或疾病迁延,损伤脾胃所致。正如《赤水玄珠全集·伤饮伤食门》说:“不能食者,由脾胃痿弱,或病后而脾胃之气未复……以故不思食。”

此外,气候过热、活动过度、情绪因素、维生素A中毒,或服用对胃肠有刺激的化学药品(如红霉素、磺胺类药),或是维生素B族和微量元素锌缺乏等,都可引起小儿厌食。

纠正厌食,应审证求因,辨证论治。目前国内的一些研究表明,采用调理脾胃,辨证与辨病相结合的方法,不仅增进了脾胃本身的消化吸收功能,也补充了锌等必需微量元素,显示了中医药防治营养缺乏病的特色和优势。

厌食除药物治疗外,还应合理调配饮食,并逐步养成良好的饮食习惯。如:

食宜专心。《论语·乡党》曰:“食不语,寝不言。”是说吃饭和睡下时不可以讲话。特别是吃饭时要专心不二。这样不但能增进食欲,而且能促进胃肠的消化吸收。否则边玩边吃,边看电视边吃饭,边听故事边进食等,心不在食,久而久之,这种不卫生的饮食习惯必然会影响脾胃的消化吸收,导致厌食。

进食宜乐。小儿进食的环境要求宁静、整洁。有条件者,可在进食时播放轻快的乐曲。明代龚廷贤认为,脾好音声,闻声即动而磨食。清代吴鞠通有“以乐侑食”之说。轻快的乐曲能使小儿在进食时保持愉快安定的情绪,因而有助于消化吸收。避免强迫进食,切忌在进食前后打骂小儿。

#### 饮食调补,得宜得法

饮食调补,是指饮食物对机体的调节与补养。小儿发育尚未完全成熟,脏腑气血功能未臻完善,正需要饮食营养的不断调节与补养。食物与药物一样,都具有四气五味的

性味特点。小儿的饮食调补必需得宜，即要求能根据小儿体质的特点，利用食物的性味功能，来纠其所偏，补其不足，用以调节机体，补充营养，促进生长，增强体质。

做到饮食调补得宜，首先要弄清饮食物的性味与功能。一般来说：

谷类食物，大多味甘而性平，具有补脾养胃的功用。其中以大米和小麦为优，应作为小儿之主食。其它杂粮如高粱、玉米、粟米等，含有丰富的维生素，可作为辅助食品。

豆类食品中，除绿豆性味甘寒外，黄豆、黑豆、扁豆、蚕豆、豌豆、红豆等皆甘平，能健脾益气，利水消肿。绿豆、扁豆还有清暑利湿之作用。豆类食品含有丰富的蛋白质、脂肪和赖氨酸，是维持人体新陈代谢和供能的重要营养素，可与谷类食物搭配食用。

肉、鱼、蛋类食物，以甘味为主，但有甘温、甘平、甘寒之别。其主要作用是补养气血。因其富含蛋白质、脂肪及各种氨基酸、矿物质等，营养价值高，滋补力强，是构成人体组织细胞和浆液的重要成分，是人体能量的重要来源。因此，也是维持小儿生命和生长发育不可缺少的营养食品。其中，性甘温的有：羊肉、狗肉、牛肉、鸡肉、鹅肉、虾、鳝、草鱼、带鱼等，具有温补作用；性甘平的有：猪肉、鸡蛋、鸽肉、鹌鹑、鹌鹑蛋、鲫鱼、鲤鱼、桂花鱼等，具有平补作用；性甘寒的有：鸭肉、鸭蛋、泥鳅等，具有清补作用。此外，还可以脏补脏，如以心补心、以肝补肝、以肾补肾、以骨补骨等。

蔬菜、果品类食物，大多味甘性寒，具有疏理气机、调畅脾胃、促进消化的作用。其中含有大量的维生素、微量元素、纤维素，均为人体生理活动及生长发育不可缺少。蔬菜中维生素的含量比谷类食品高出几倍到几十倍。因此，提倡小儿多吃蔬菜，适量进食水果。

总之，饮食调补得宜，是指小儿饮食的调配，必须根据年龄之大小、体质之寒热、季节之变化等进行。如：

婴儿只宜始用米汤，继用米糊，以助胃气，而不宜进食油腻荤腥厚味，以免损伤脾胃。

冬令宜温补，选食牛、羊、狗肉，体质虚寒之小儿更为适宜。夏令宜清补，选吃莲子汤、绿豆汤、银耳汤等。

肌肉松软、骨骼无力的小儿，在吃好主食的同时，宜适当增加鱼、肉、蛋类及骨头汤等。视力不好，有弱视或近视的小儿，可多吃动物肝脏。贫血者，可选食猪肝、蛋黄、肉类、红豆等。

得法，是指饮食调补要恰到好处，要有节度，既不能太过，也不可不及，应合理调配，使营养全面，才能真正收到饮食调补的作用。

#### 2.4.2.4 起居保健

起居，是指人们日常的生活作息、衣着服饰、睡眠洗漱和居住环境等。我们的祖先在这方面积累了丰富的经验，数千年来已形成了独特的起居保健理论。如今，社会在进步，经济在发展，人们生活的节奏较快，生活的内容日渐丰富，许多不利于起居的新问题也不断出现，如人口膨胀、居住拥挤、环境污染、生态破坏、作息规律被打乱等。这必然会影响到儿童。为了下一代的健康，应尽力避免或减少不利因素对小儿的影响，要求做到作息有序、睡眠充足、衣被适宜、洗漱得当、居处相宜等。

作息有序

作息有序，是指生活作息要按时、要有规律。《素问·至真要大论》将此概括为“起居有常”。《管子·形势篇》曰：“起居时，饮食节，寒暑适，则身利而寿命益；起居不时，饮食不节，寒暑不适，则形累而寿命损。”提出了按时作息、节制饮食、顺应寒暑对人体

健康的重要。同时，作息有序，还应顺乎天理。因为“人与天地相参也，与日月相应也”，人是宇宙的一个组成部分，自然界的运动变化无不对人体产生影响，所以作息的规律应根据四时的阴阳变化来安排。只有这样才能保健防病，若违背了自然规律，就易产生疾病。

四时遵循春生、夏长、秋收、冬藏之规律，人的作息亦当顺应之。春生，春季天地俱生，阳气升发，万物舒展，人亦随之阳气发动，气血流畅，精神振奋，肝气舒展，毛孔开疏，毛发生长，故当早起晚睡，多外出活动，探春踏青，充分利用春天的生机，来舒展机体之阳气。夏长，夏季阳气旺于外，天地交气，万物华实，人体阳气亦旺盛，腠理开泄，汗出较多，宜早起晚睡，及时补充营养及体液。中午气候炎热，暑气逼人，小儿不宜在烈日下嬉戏，以防中暑。秋收，秋季是万物成熟收获的黄金季节，天气消铄，气候干燥，最易伤肺损阴，人体阴气渐收，当早睡早起，多吃蔬菜、水果，以养肺护阴。冬藏，冬季阴气潜藏，朔风凛冽，天寒地冻，草木凋零，昆虫蛰伏，万物生机隐伏，人体最宜固守阴阳，以养真气，当早睡晚起，适时调补，养精蓄锐，为来年春季的升发蕴育生机。

#### 睡眠充足

阳气尽阴气盛则瞑，阴气尽阳气盛则寤。人体的作息本是随着阴阳的消长转化而有规律地交替。湖南马王堆汉代古墓中出土的《十问》说：“故一昔（夕）不卧，百日不复。”是说一夜不眠，其精力多日也难以恢复。巴甫洛夫认为，睡眠是一种特殊的保护性机能，是消除疲劳、保持精力的重要措施。成人若睡眠不足，晨起后周身无力，精力不集中。小儿睡眠不足更是如此，晨起磨磨蹭蹭，精神不振，不愿上学，无心玩耍，思想不集中，甚则食欲不振。因此小儿必须有充足的睡眠。

小儿睡眠的时间，随着年龄的增长而逐步减少。新生儿除吃奶、排便外，几乎整天都在睡眠中，2~3个月需睡18~20个小时，3~4个月需睡16~17个小时，6~9个月需睡15~16个小时，1岁左右需睡14~15个小时，2~3岁需睡12~14个小时，4~6岁需睡11~12个小时，7岁以后需睡9~10小时。保证睡眠才能保障小儿神经、骨骼、肌肉的正常生长发育。若睡眠不足，会影响生长激素的分泌。

充足的睡眠，不仅指睡眠时间有所保证，而且须养成良好的睡眠习惯，以提高睡眠质量。为此，要注意以下几点：

按时入寝，按时起床，形成规律则易于入睡，利于学习。3岁以后应令其早睡早起，避免睡眠过多，养成懒惰之习惯。

睡卧姿势，令儿仰卧，或向左、右侧卧，但不宜久偏一侧，亦不宜睡软床。因小儿，特别是婴儿，骨骼软弱，易于弯曲，偶有不慎，易造成斜颈、偏面、脊柱弯曲等畸形。

睡勿复首。《普济方·婴童初生门·论乳儿法》中指出，小儿夜卧“盖覆衾，须露儿面”。即睡时不应用衣被盖儿头面，以免吸不到新鲜空气。3个月以内的婴儿，若蒙被睡卧，还会引起缺氧窒息，甚至有死亡的危险。

枕不宜高。古人指出，乳母与儿睡时，勿以手膀作儿枕，恐热气迫蒸儿头；可以甘菊枕，以清头目。今有用晚蚕砂、茶叶、党参、菊花等制作保健药枕，以预防感冒，增进食欲。但儿枕不宜太高，以免引起脊柱变形。

睡勿进食。小儿在临睡前及睡眠之中，不得哺喂。《保婴易知录·自乳之得宜》指出：“小儿初生，若多睡，勿强与乳。”以免乳食积滞，不易消化，影响睡眠。若睡前进食，食

物残渣滞留口腔，极易导致龋齿。小儿睡前更不宜食用咖啡、茶叶等兴奋饮料，以防不易入眠。

睡前宜安静。小儿晚间不要过度兴奋，睡前不宜观看武打、格斗、离奇、恐怖等电视录像。《万有医库·小儿科》指出：“寝室宜幽静爽畅，并勿于寝前谈怪说鬼，使受精神刺激。”否则，小儿夜寐多梦、哭叫，甚则惊惕不安、夜游、抽搐等。

单独睡觉。小儿断奶后，应逐步养成单独睡觉的好习惯。若一直与母亲同睡，易影响小儿夜间的体温调节，并易吸入母亲呼出之二氧化碳，小儿反不易入睡，即寐亦不易熟睡。

睡勿重压，衣带宽松。小儿睡时盖被不宜过厚、太重，衣带亦不宜过紧。有条件者，睡前应换上睡衣，以免影响肢体的活动及周身气血之流畅。

睡宜避光。《万有医库·小儿科》指出，小儿睡觉“勿置光线直射之处，以保目力”。

不宜晚睡。晚睡会减少睡眠时间，且易养成睡懒觉的坏习惯，以致上学迟到，甚至不愿上学。这样既不利于健康，也不利于学习。

卧不当风。孙思邈曾曰：坐卧防风吹脑后，脑后受风人不寿。是说不可当风坐卧。婴儿入睡忌乳母口鼻之气直吹儿面，否则易于伤风感冒。

此外，还应避免养成抱着睡、边拍边睡、摇床睡、口含奶头睡或吮指入睡等不良习惯。

#### 衣被适宜

衣被对小儿生长发育及健康的影响亦不容忽视。衣被适宜，是指小儿衣被要适度、适时。适度，即大小适中，疏松柔软，吸湿透气，容易穿脱，而不宜紧缩四肢。适时，即随四季气候变化，遵“春夏养阳，秋冬养阴”之保健原则，及时增减衣被。

《小儿卫生总微论方·慎护论》主张小儿“常令薄衣，虽冬月但令著两夹衣及衲衣之类，若寒极，即渐加旧絮衣。”反对重衣厚被。《诸病源候论·小儿杂病诸候·养小儿候》告诫“爱而暖之，适所以害之也。又当消息，无令汗出，汗出则致虚损，便受风寒。昼夜寤寐，皆当慎之。”但人们爱子，特别是独生子女，父母及祖辈，只恐其受寒。刚一入秋，即给毛衣；冬令未至，就穿棉衣；三九寒天，羽绒、裘衣。竟不知小儿为纯阳之体，衣被尤不可过暖，重衣厚被，汗出过多，阴津耗损，致儿娇怯，略遇风寒，即感冒发热。这种过爱之举反而害之。犹如草木方生，以物覆盖紧密，不令见日雨风露，必萎黄柔弱。所以贫儿坚劲无疾，富儿柔脆多夭，道理即在此。

民间认为，春要捂，秋要露。是说春来稍暖，毛孔舒展，不可卒减其衣，相对来说还应多穿一点，一则有利于人体阳气之升发，二则可防感冒风寒；秋天气候由热转凉，汗孔由疏转闭，相对来说衣被可偏少一点，一则有利于人体阴气之闭藏，二则可锻炼小儿抗寒之能力。

头宜凉，足宜暖。因头为诸阳之会，内藏脑髓。自古主张，冬宜冻脑，即不戴过厚的帽子。若头部过热、头汗过多，易引起头疮目疾。头稍凉，既能保持头脑清醒，又能增强机体抗寒的能力。足部宜暖，以防寒从脚底起。等等。小儿衣被之原则及要求可参见2.4.2.2新生儿襁褓衣着一节。

#### 洗漱得当

洗漱，是指洗澡、漱口和刷牙等个人卫生习惯。讲究卫生，能减少疾病。

洗澡，古称沐浴。沐指洗发；浴指澡身。公元前，我国已有专门的浴室，并将三天一次洗头、五天一次洗澡立为规矩，汉代将这一规定载入法律。定期沐浴在古代已形成

习惯，这种良好的习惯应自幼养成。

沐浴不仅能清洁皮肤，加速血液循环，促进新陈代谢，而且有利于小儿的生长发育。一般夏季炎热，每天洗1~2次；冬季寒冷，每5天洗1次，有条件者，也可每日洗1次。洗澡时间不宜过长，水温不宜太高，不可用过各种化学洗洁剂，以防损伤皮肤，引起皮肤干燥或过敏。浴后要及及时擦干全身，避免着凉感冒。

小儿沐浴之禁忌，正如孙思邈指出的，饥忌浴，饱忌浴，新浴勿当风。《小儿卫生总微论方·洗浴论》提出，浴汤“冬不可太热，夏不可太冷，须调停得宜……不可极淋其背，亦不可久坐水中，则引惊作病，切须慎之”。后人也提出，时病新愈不可冷水洗澡，盛暑大热亦不可冷水洗浴，水温宜在30℃~36℃之间。有关过热易损伤皮脂腺，过冷易引寒入络，空腹浴易引起低血糖，饭后浴易引起消化不良，浴后当风易感冒风寒等常识，当引为注意。

洗浴之顺序，应先洗头 and 面，继洗颈部和全身。婴儿皮肤皱折处及会阴部较易溃烂，应注意清洁，必要时涂以防护油。

漱口和刷牙，是保持口腔卫生、保护牙齿、预防龋齿最基本的方法。早在公元5世纪《礼记》中就载有“鸡初鸣，咸與漱”的晨起洗漱的卫生习惯，并已知“热不灼齿，寒不冰齿”的护牙方法。

口腔卫生，直接关系到小儿的健康。口腔疾病如龋齿、牙龈炎等，与口腔卫生密切相关。有人做过试验，在1ml普通漱口水中，检出1~5个微生物；而在1g牙垢中，竟检出100亿个微生物。是因口腔内有充足的水分、适宜的温度、足够的营养（食物残渣）和空气，是微生物生长繁殖的适宜环境。据统计，我国平均每100人中，约有50人患龋齿，儿童患病率更高。这与不重视口腔卫生、刷牙不得法、过食酸甜食品，以及滥用四环素类抗生素有关。为了保护小儿的牙齿和预防疾病的发生，必须养成食后漱口和刷牙的良好卫生习惯。

漱口，是用温开水或是温生理盐水漱口。《诸病源候论·牙齿病诸疾·齿龋注候》说：“食毕，当漱口数过，不尔，使人病龋齿。”指出每次进餐后都要漱口。婴幼儿乳食后应喂些温开水冲洗口腔，对稍大的小儿应逐步教会漱口的方法，以养成食后漱口的良好习惯。

刷牙，是更为彻底的口腔清洁法。我国考古者发现，公元959年辽代古墓中有一柄两行八孔的牙刷，比欧洲发现的牙刷早700年。牙刷经过多次改革，目前儿童通用的保健牙刷为两行六排。刷头不宜过大，刷毛不宜过硬、过密，要富有弹性。

刷牙的方法，应逐步地教给儿童，顺着牙缝上下刷，按上牙、下牙及牙齿的外面、里面、咬合面的顺序，全部刷洗干净，最后用温水洗漱。每日早、晚各刷1次，有条件者食后即刷。其中晚间刷牙尤不可少，每晚刷牙，可避免食物残渣留于齿隙过宿腐败，对预防龋齿十分重要。对婴幼儿应于每晚睡前以软布与水擦洗口腔及牙齿。晚上刷牙后，不可再进食物。正确地刷牙，不仅能清洁口腔与牙齿，而且能促进牙龈的血液循环，增进牙齿及牙周组织的健康。

为了保护牙齿，还需注意小儿咀嚼功能的锻炼。凡乳牙出齐的小儿应食干饭，适当给硬饼干、甘蔗等食品。对恒牙长齐了的儿童，可教会简单的叩齿方法，以锻炼咀嚼，给牙周以刺激，促进颌骨及面部肌肉的发育，提高对龋齿及牙周病的抵抗力。

## 居处相宜

居处是指住宅与寝室。人生约有一大半的时间在住宅中度过，选择居处要求与健康相适宜，即于健康有益。这也是小儿后天成长的必备条件之一，必须精心选择和安排。

古代养生著作中，皆论及居处。《吕氏春秋》与《备急千金要方》对此均有较详细的论述。孙思邈认为，居处应选择背山临水、气候高爽、土地良沃、泉水清美之地。这样的居处，目前在现代化的都市里已难寻觅，但根据现代人的生活条件，为儿童选择居处，要求做到以下几点。

1. 住址 应远离工业区，避开浓烟毒雾、阴暗潮湿、肮脏臭秽、喧嚣嘈杂的环境。在农村应做到人畜分居。选择干燥、平坦、安静、阳光充足的住宅为宜。

2. 方位 根据我国绝大部分地区在北纬 $20^{\circ}\sim 40^{\circ}$ 的太阳光照特点，为使室内夏季不要过热，冬季又有充足的阳光照射，住房的方位以坐北朝南为好。卧室的窗户最好向阳，窗前不应有物挡风遮阳，白天可接受较多的阳光，既能带来光明和温暖，又能杀灭细菌。

3. 通风 居室要求通风性能好，保证室内的空气流通、新鲜。明代高濂在《遵生八笺·起居安乐笺》中说：“吾所居室，四边皆窗户，遇风即合，风息即开。”现代住宅虽很少四面开窗，但至少应做到前后有窗，并经常开窗通风换气，严冬亦不例外。否则，通风不良，室内空气污浊，病菌含量大增，易引起疾病的蔓延。

4. 采光 居室要求有合理的采光和照明。白天能利用窗户采集自然光，室内墙壁宜淡白。晚上要有明亮的灯光照明，读书学习需要40W白炽灯作台灯。夜卧不可点灯对烛，白天睡时光线宜暗淡，需拉上窗帘。

5. 温度 住宅的建置应有保暖和防热功能。冬夏两季，室内外温差大，应注意调节，不宜过冷或过热。夏季室内最适宜的温度为 $24\sim 26^{\circ}\text{C}$ 。若安置空调，其冷风不宜直吹人体。冬季以 $16\sim 18^{\circ}\text{C}$ 为宜，不宜将取暖器置于床头，若热气蒸头，易令人头重目赤，亦或致生脑疮疮疖。

6. 湿度 冬季住宅内的湿度要求在 $30\%\sim 40\%$ ；夏季应控制在 $30\%\sim 70\%$ 之间。若湿度过低，易使人咽干舌燥，上呼吸道防御功能下降，易患呼吸道感染性疾病。若湿度超过 $70\%$ ，易使人头重胸闷，胃纳减少，影响消化。

7. 噪声 居处要求安静，避免噪声之污染。噪声来源于工矿企业的生产、交通工具、家用电器，以及人们的生活（脚步、打骂、哭、笑）等。噪声对人体的影响，与声压、频率、性质、持续时间等相关。我国城市环境噪声标准，以等效声级[dB(A)]表示。夜间的噪声比白昼的对人体的影响大。夜间比较安静的环境为 $30\sim 40\text{dB(A)}$ ，超过 $50\text{dB(A)}$ 将影响休息和睡眠。白天若超过 $70\text{dB(A)}$ 即干扰语言交流，造成心烦意乱、思想不集中，影响学习和工作。若长期在 $90\text{dB(A)}$ 以上的环境中生活，将会严重影响听力，甚至损害听力，引起噪声性耳聋。因此，小儿不宜长时间使用随身听，不宜长期生活在噪声环境中，以免损伤听力。

8. 布置 居室的布置，应以安全、舒适、清洁、雅致为原则。有条件者，可栽种花草，美化环境，净化空气，给孩子创造一个良好的生活与学习的环境。

### 2.4.2.5 体格保健

体格，是指小儿身躯之发育、体质之强弱。婴儿自离开母体后，逐步地适应自然，并不断从自然界吸取阳光、空气，摄取饮食营养等，以不断充养自己，使之生长、发育。小



儿体质之强弱，虽与先天因素有关，但后天的营养、锻炼和防护也必不可少。因此，小儿体格之保健。除“2.4.1”节中乳食喂养及“2.4.2”节中乳食保健之内容外，尚有体格锻炼、避免意外、避瘟防疫等方面的要求。

#### 体格锻炼

三国时期名医华佗认为，动摇则谷气得消，血脉流通，病不得生。《保婴要言·琐语》指出：“小儿不宜过逸，过逸则饱食暖衣，安闲坐卧，气血凝滞而生病矣。”均说明小儿体格锻炼之重要。因此，为增强小儿体质，必须提倡小儿要因地制宜，进行不同方式和不同强度的体格锻炼。

小儿体格锻炼，包括体育锻炼、劳动锻炼、爬行锻炼、玩耍锻炼、利用自然简易锻炼、保健按摩被动锻炼等等。锻炼能促进循环，促进小儿体格及神经系统的发育，增强生理功能，改善体温调节功能，提高免疫功能，预防各种多发病及传染病的发生。通过锻炼还能培养小儿相互学习、相互帮助、相互爱护的好思想，培养听从命令、服从指挥的组织纪律性，使之行动敏捷、机智勇敢。

1. 体育锻炼 系统的体育锻炼有体操、跑步、球类、游泳等，均能促进小儿体力和耐力的发育。

体操锻炼：出生两个月的婴儿，可在成人的帮助下进行被动操锻炼。随着月龄的增长，逐步增加主动操、学步操、杠杆操、模仿动作操、儿歌模仿操、徒手操，直到进入集体儿童机构，每天做广播体操。这种随着体操节拍进行的简单锻炼，既能增强小儿骨骼肌肉的发育，促进基本动作的发展，又能培养婴幼儿的语言、意志、情绪和注意力。

小儿体育锻炼，均应从小开始，并与日常生活相结合，根据个体特点，按一定顺序逐步增加运动量，才能收到良好的效果。

2. 劳动锻炼 我国的教育方针一贯主张，教育与生产劳动相结合。这是培养新一代接班人的重要内容。组织学生参加劳动锻炼，不但能锻炼身体、增强体质、预防疾病、促进发育，而且能培养其劳动观念，使具有吃苦耐劳的精神。劳动锻炼应根据年龄，适当安排，在锻炼中还应加强卫生知识教育，而不能操之过急，不可过于疲劳，以防损伤小儿机体。

3. 爬行锻炼 爬行是婴儿锻炼的一种极好的方法。爬行时，头、颈、四肢各部的肌肉和关节，以及胸、腹、背肌均参与活动，从而使全身得到锻炼。现代认为，爬行能促进婴儿眼、脚的协调运动，从而促使小脑平衡机能和大脑智力的发育。婴儿期没有得到充分锻炼的孩子，到学龄期相对显得迟钝、动作笨拙，游戏能力亦逊于同龄伙伴。因此，医务人员要教育年轻父母，努力创造条件，让孩子爬个痛快。

4. 玩耍锻炼 好玩是人的天性，在人生的最初几年间尤其如此。日本儿童玩耍研究自愿者委员会主席何少加正曾经指出：“玩耍同正规教育一样重要，没有机会进行各种玩耍活动的儿童，在智力、体力以及将来成年后的社会交往能力的发展速度，远不及拥有这种机会的同龄者。”因为孩子在玩耍时，注意力十分集中，大脑的敏锐度显著增加，对渗透其间的知识和经验特别容易接受。所以说，玩耍对小儿智力和体力的激活作用最强，对小儿各种能力的培养最为迅速。

小儿玩耍的内容和种类很多，如跳绳、跳皮筋、踢毽子、各种电动玩具和现代大型游乐场等。每次玩耍家长或老师应主动参与，使孩子玩有所得。如江苏省南京市少年宫

曾推出“牢记昨天，走向明天”的大型充气软体玩具系列活动。软体玩具由虎门、炮台、中山舰、南湖小船、铁索桥、井冈山、横渡长江、天安门等组成，反映了从鸦片战争到新中国成立的重大历史事件。小儿一路参观，一路爬铁索桥、过长江。通过玩耍不仅锻炼了身体，而且了解了历史，接受了爱国主义教育。

5. 简易锻炼 即利用宇宙间的自然因素，如阳光、空气和水，进行锻炼。古人早就认识到，阳光和空气对小儿健康的重要。《诸病源候论·小儿杂病诸候·养小儿候》说：小儿“宜时见风日，若都不见风日，则令肌肤脆软，便易损伤，……天和暖无风之时，令母将儿抱日中嬉戏，数见风日，则血凝气刚，肌肉牢密，能耐风寒，不致疾病。若常藏在纬帐之中，重衣温暖，譬如阴地之草木，不见风日，软脆不任风寒。”现今之易感儿和佝偻病，皆与“不见风日”有关。简易锻炼的方法有：

(1) 利用阳光 阳光对小儿生长发育及代谢机能均有良好的作用，不仅能预防和治疗佝偻病，而且能加快血液循环、刺激骨髓造血，以提高肌肤的防御能力。1岁以内的小儿即可进行日光浴的锻炼，要求全身大面积的皮肤暴露在日光中，均匀地接受日光照射，高温季节可在室外非阳光直接照射下进行。每日1~2次，每次20~30分钟。春夏秋冬在上午8~10时，冬季在10~12时为宜。选择气温在22℃左右，无大风之天气进行。

(2) 利用空气 指利用空气的温度、湿度和气流与体表温度之差异，来刺激人体，以提高机体对自然环境的适应能力。健康小儿从出生到长大的全过程，均可利用空气进行锻炼。最简单的方法是户外活动。夏季出生1个月的婴儿即可户外活动，每日1~2次，每次15~60分钟；冬季会走路的小儿，应到室外作游戏，呼吸新鲜空气。还可专门进行空气浴。空气浴的温度有3种，即冷温0~14℃、低温14~20℃、温温20~30℃。一般从夏季过渡到冬季，从室内过渡到室外，从温温过渡到低温，最后到冷温环境锻炼。每次由2~3分钟渐延长至1~2小时。以上均应随年龄、体质而定。婴幼儿可结合主、被动操进行，较大儿童可与游戏、运动相结合。若遇大风、大雨、过冷、过热等骤变天气时，需暂停。

(3) 利用水 是利用水的温度和水的机械作用，给体表以刺激。不同温度的水可增强机体的体温调节功能，长期锻炼能增强小儿对外界冷热变化的适应能力。利用水锻炼的方法有：

冷水洗手、洗脸，长年坚持。

冷水擦浴，水温从33~35℃开始，逐步降至18~25℃。室温宜在18~20℃时进行。每次擦浴，用软毛巾蘸水，从上至下将全身皮肤擦红为度。动作宜迅速，用力要适度，避免擦伤皮肤。

温水浴，自脐带脱落后开始，每日1次，夏季每日1~2次，水温为37~37.5℃，浴后立即擦干全身。有条件者，应长年坚持。

利用湖（海）水浴和游泳，可从幼儿开始，但需有成人照顾。

6. 保健按摩 是运用手指或手掌，通过推、揉、按、摩等揉和手法，作用于小儿体表部位及一些特定穴位，用以平衡阴阳、调和脏腑、培补元气、预防疾病的一种传统保健方法。专用于小儿保健的按摩方法，大致有两种：一种是全身保健按摩，另一种是穴位保健按摩。两种按摩法既可任选一种，也可掺合操作。一般每日按摩1~2次，每次按摩15分钟左右。

(1) 全身保健按摩，是用摩、擦、捏等手法，在小儿全身从上至下地按摩一遍。具体有摩顶、摩面、擦颈、擦胸、摩腹、擦四肢、擦背、捏脊。

(2) 穴位保健按摩选取小儿按摩的特定穴，再加常用的经络穴位，组合配方，并施以推、揉、摩等手法。其穴位处方是：补脾经（见图 2-1）300 次；补肺经（见图 2-2）300 次；补肾经（见图 2-3）300 次；分推膻中（见图 2-4）50 次；摩腹 150 次；按揉足三里 150 次；捏脊 3~5 遍。

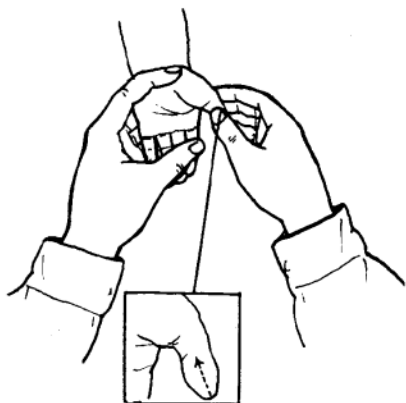


图 2-1 补脾经

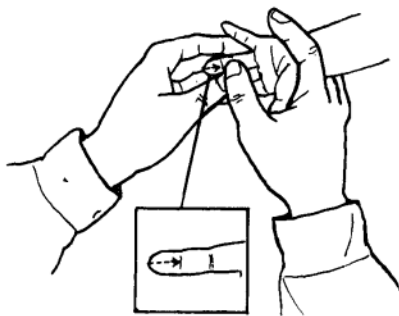


图 2-2 补肺经

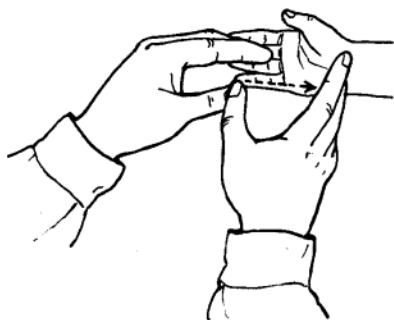


图 2-3 补肾经



图 2-4 分推膻中

按摩安排在餐后 2 小时或睡前进行。手法宜轻柔，给孩子以舒适和抚爱。

此外，还可根据小儿不同的体质，选加以下穴位。

素体肺脾气虚者，加推三关（见图 2-5）100 次，揉肾顶（见图 2-6）300 次；肺肾阴虚者，加揉二马（见图 2-7）300 次、清天河水（见图 2-8）30~50 次；心肝火旺者，加清心经（见图 2-9）、清肝经（见图 2-10）各 200 次，清天河水 50 次，揉涌泉（见图 2-

11) 50次；厌食者，加揉板门（见图 2-12）100次；便溏者，加推补大肠（见图 2-13）200次；大便干结者，加推下七节骨（见图 2-14）50~100次；夜寐不安者，加揉小天心（见图 2-15）100次等等。



图 2-5 推三关



图 2-6 揉肾顶

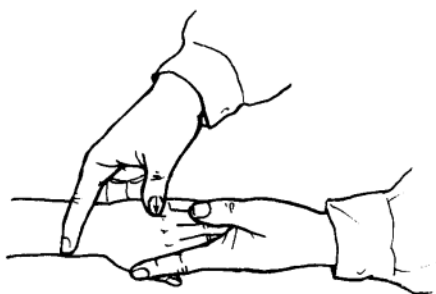


图 2-7 揉二马

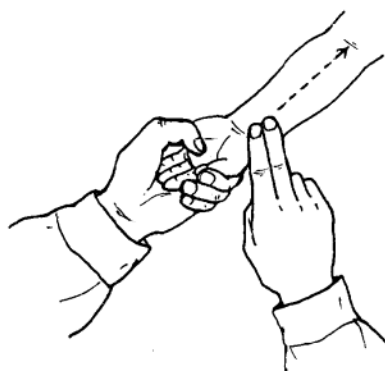


图 2-8 清天河水

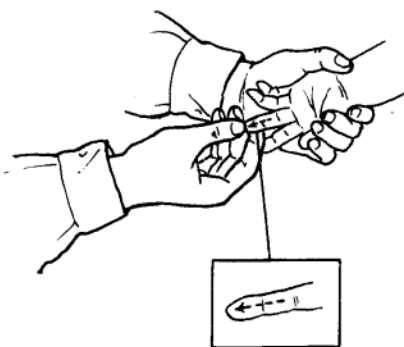


图 2-9 清心经

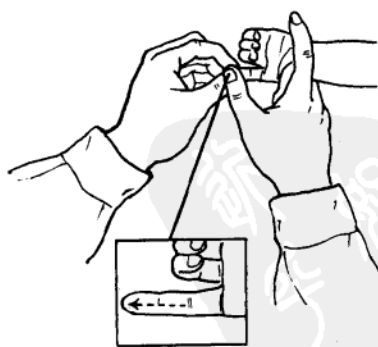


图 2-10 清肝经



图 2-11 揉涌泉

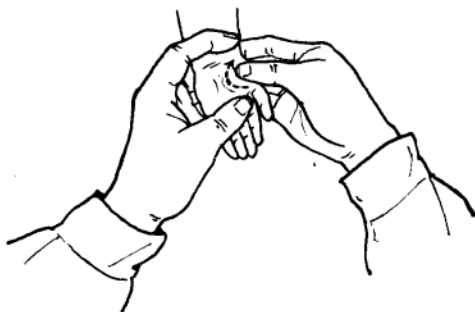


图 2-12 揉板门

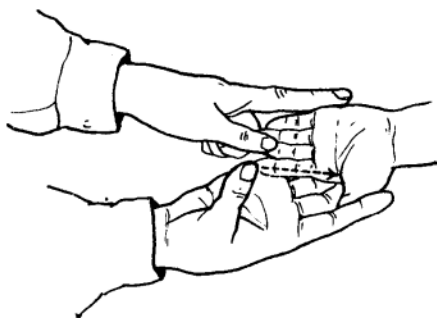


图 2-13 推补大肠



图 2-14 推下七节骨

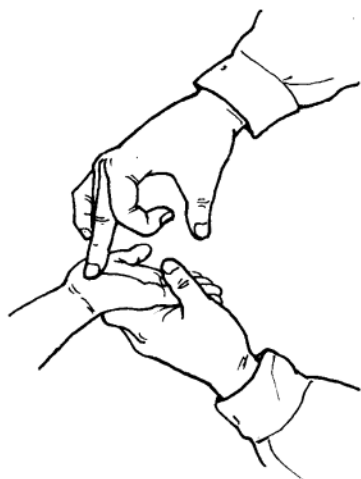


图 2-15 揉小天心

#### 避免意外

小儿之疾，意外伤害是一个常见因素。因其智识未开，不知避开危险，特别是3岁以下的婴幼儿，常由于戏走失足、登高坠地、误吞毒物、落马坠车、虫兽所伤，以及溺水、触电等，致伤致残，甚至危及生命。为保护小儿之身躯，必须谨慎护持。《万氏家藏育婴秘诀·鞠养以慎其疾四》告诫：“小儿玩弄嬉戏……勿使之弄刀剑，衔铜钱，近水火……。”

小儿意外事故的发生，来自饮食、衣着、居室、运动、玩耍等各个方面。对此，必须向家长宣传，以防悲剧的发生。

饮食方面的危险有：

1. 餐具带来的危险 玻璃及瓷器类餐具，易打破造成伤害，不锈钢餐具传热快，易烫伤手和嘴，均不宜给孩子使用。孩子用筷，筷头不宜太尖，以防扎伤。
2. 进食过程中的危险 小儿的食物，不宜过烫，以防烫伤。进食不宜催促，不宜讲

话、玩耍或打逗，以防食物呛入气管。睡前应吐净口中食物，以防入睡后滑入气管。

3. 防止食物中毒 婴幼儿不宜吃凉拌和隔夜菜。熟食及冰箱取出之食物需蒸熟煮透。动物和家禽之内脏，鱼、虾、蛋、奶等极易变质，不宜久置。应给小儿吃新鲜食品。

衣着方面的危险有：

1. 衣领不宜太高太硬，以防转头时压迫颈部血管，造成一时性脑缺血。领口不宜有带子，领巾、围巾不可过紧或过松，以免发生绕颈危险。

2. 衣服上的扣子、别针、小饰品，均隐藏着危险。因此小儿不宜用别针、小饰品，扣子不宜有尖角，纽扣松动应及时钉牢，以防脱落后误吞。

3. 鞋子不宜用硬底硬面制作，以免影响足踝部的运动。女孩不要穿高跟鞋。不宜系鞋带，以防松散绊跌致伤。

居室中的危险有：

1. 小儿居室的装饰，既要美观、大方，又要注意装饰材料的安全无毒。家具应减少尖角，避免碰伤。

2. 居室的电源，如电线、开关、插座及各种电器可能带电的部位，必须装在小儿触摸不到的位置，以防误触电击。

3. 居室内的热源，如热水瓶、烤火炉、热粥、热汤碗等，都应远离小儿，预防烫伤。

4. 居室之煤气，要求随时开关，及时检修，以防泄漏。冬季亦应经常开窗透气，以防中毒。

5. 居室内之药品、易燃品、杀虫剂等，均应妥善保管。

运动过程中的危险有：

1. 外伤和骨折。小儿生性好动，刚学走路时，步履不稳，极易摔倒、碰伤。较大儿童攀高爬低，需有成人保护。学龄儿童参加体育运动，均应注意安全。

2. 交通安全。应教会孩子遵守交通规则，不乱闯马路，以防车祸。

3. 当心牵拉肘。成人经常牵着孩子胳膊走，有时用力不当极易引起桡骨小头半脱位。

玩耍中的危险有：

1. 玩水。小儿不宜玩水，不可单独在河边塘边玩耍。儿童游泳，应有成人监护，以防溺水。

2. 宠物。家中不宜饲养狗、猫等宠物，小儿应禁止与宠物逗玩，以防狗咬、猫抓而感染疾病。

3. 高抛。逗玩孩子勿高抛，以防脑部震荡受损，以及肠套叠发生。万一失手，后果更为严重。

4. 利器。小儿不宜挥舞刀、剑、竹竿等利器玩耍，以防戳伤。

5. 蛇虫咬伤。小儿不宜去阴暗潮湿、草丛或肮脏之地玩耍，以免蚊虫、蛇蝎咬伤。

小儿之意外还不止这些。医务人员要告之家长及保育员，提高警惕，采取各种有效措施，以减少意外事故的发生。

避瘟防疫

古人早在 2000 多年前就认识到瘟疫具有传染、流行性。正如《素问·刺法论》指出：“五疫之至，皆相染易，无问大小，症状相似。”至明代吴有性《温疫论·原病》进一步指出：“疫者感天地之厉气，……无论老少强弱，触之者即病。邪从口鼻而入，……邪之

所着，有天受，有传染，所感虽殊，其病则一。”已知时疫由疫原引起，由空气和接触传染。这给预防时疫的流行，提供了理论依据。

瘟疫相当于现代之急性传染病，这在儿科疾病中占有相当的比例，也是小儿死亡的重要原因。一些传染病会给小儿健康及发育造成不良影响。如乙型脑炎和脊髓灰质炎等，可致不同程度的终身残疾。因此，预防传染病的发生和流行，是儿童体格保健的重要内容。

历代医家认为，传染病是可以预防的，并采取了不少预防措施，如隔离病人、饮水消毒、药物烟熏、涂鼻、涂凶、服药预防和接种预防等。这与现代所采取的综合措施——消除和切断传染病流行过程中的3个环节（传染源、传播途径和易感人群）的协同作用是一致的。根据现代要求，预防传染病必须做好下列工作。

1. 建立和健全疫情报告制度 发现传染病，首先应控制传染源（病人和病原体携带者），迅速隔离病人，立即填写“传染病报告卡”，向防疫机构报告。我国规定要报告的传染病有甲、乙、丙3类。疫情报告方式分法定报告和义务报告。各级医务人员为法定报告人，托幼机构保健员、保育员和学校教师都是义务报告员。要求建立疫情报告网，以提高疫情报告、疫源地管理和监督的质量。

2. 管理疫源地，切断传染源 防疫机构卫生人员接到疫情报告卡后，应及时家访，积极治疗病人，指导隔离和消毒法，迅速消灭病人排出之病原体，直至患者痊愈。对密切接触者，及时作被动免疫和药物预防。切断传染源，减少继发病例，控制其流行。

对此，早在晋代就有文字记载，如《晋书》曾述及在东汉永和末年时疫流行，旧制朝臣家若有时疫染易3人以上，身虽无病，但百日内不得入宫。隋朝岷州刺史辛公义，在当地暑疫流行时，将公衙腾出集中收治患者等。说明我国在很久以前对传染病就已采取隔离防疫的措施。并提出利用辟秽去毒草药，进行烟熏消毒。如《理渝骈文》介绍，用绒香、降香、白蒺藜、贯仲、雄黄等，研末闭户焚之，可“起沉痾，绝传染”。同时认为，蛇虫毒气、瘴气、六畜瘟疫皆可熏之。我国民间于端午节或时疫流行期间，在门前户后燃熏艾叶、菖蒲等。近年有用白醋（每立方米空间用2~10ml）稀释1~2倍后，加热熏蒸居室，每日1次，每次半至1小时，进行空气消毒以预防流感、流脑，取得了一定效果。

3. 管理易感人群，实施计划免疫 小儿特别是学龄前期的婴幼儿，对急性传染病具有易感性。若在小儿集体生活的托幼机构发生传染病，很快会蔓延至一个班，甚至全所（园）。因此，小儿必须建立预防接种卡，实施计划免疫，按期接受预防接种（实施程序见表2-7）。

我国是世界上最早应用接种预防的国家。如人痘接种的发明，始见于宋元时代，至明清时已广泛应用。其间历经各代医家实践，从痘衣法、痘浆法、旱痘法改为水苗法，并从“时苗”改为“熟苗”，以减低痘苗的毒性。此法后传至国外，先传至俄国、日本和朝鲜，后传至土耳其、英国、北欧等地，18世纪中叶已传遍欧亚各国，直至1796年英国人琴纳氏试种牛痘成功后逐步被取代为止，为预防天花，作出了重大贡献。又如晋代葛洪在《肘后备急方·疗獠犬咬人方》中说：“仍杀所咬犬，取脑傅之，后不复发。”这与现代用狂犬疫苗防治狂犬病的原理是一致的。

此外，尚有服药预防时疫的方法。如用紫草、甘草预防麻疹，牛蒡子、白萝卜预防猩红热，板蓝根预防疟腮，贯众、桑叶预防“流感”，大蒜预防“流脑”，大青叶、黄豆

表 2-7 小儿各种预防接种实施程序表

	结核病	脊髓灰质炎	麻疹	百日咳、白喉、破伤风	流行性乙型脑炎
免疫原	卡介苗(减毒活结核菌混悬液)	脊髓灰质炎减毒糖丸活疫苗	麻疹减毒活疫苗	百日咳菌液、白喉类毒素、破伤风类毒素	乙脑疫苗
接种方法	皮内注射	口服	皮下注射	皮下注射	皮下注射
接种部位	左上臂三角肌上端		上臂外侧	上臂外侧	上臂外侧
接种次数	1	3 (间隔1个月)	1	3 (间隔4~6周)	2 (间隔7~10天)
剂量	0.1ml	每次1丸三价糖丸疫苗	0.2ml	第1次0.5ml 第2次0.5ml 第3次0.5ml	1~6岁0.5ml 7~12岁1.0ml 12~14岁1.5ml 15岁以上2ml
初种年龄	生后2~3天到2个月内	2个月以上	9个月以上易感儿	3个月以上小儿	1岁以上
复种	接种后于7岁、12岁进行复查, 结核菌素阴性时加种	4岁时加强口服三价糖丸疫苗	7岁时加强一次	1岁半~2岁时加强一次, 7岁加强一次, 用吸附白破二联类毒素	每年加强一次
反应情况及处理	接种后4~6周局部有小溃疡, 保护创口不受感染, 个别腋下或锁骨上淋巴结肿大或化脓 处理: 肿大用热敷, 化脓用干针筒抽出脓液, 溃破涂5%异菸肼软膏或20%PAS软膏	一般无特殊反应, 有时可有低热或轻泻	部分小儿接种后9~12天, 有发热及卡他症状, 一般持续2~3天, 也有个别小儿出现散在皮疹或麻疹精膜斑	一般无反应, 个别轻度发热, 局部红肿、疼痛、发痒。处理: 多饮开水, 有硬块者可逐渐吸收	一般无反应, 个别低热, 轻度红肿、疼痛, 很快消退
注意点	两个月以上小儿接种前应作结核菌素试验(1:2000), 阴性才能接种	冷开水送服或含服, 服后1小时内禁用热开水	接种前1个月及接种后2周避免用胎盘球蛋白、丙种球蛋白等被动免疫制剂	掌握间隔期, 避免无效注射	每年加强一次, 如一年漏注, 第二年须全程注射



预防“乙脑”，马齿苋预防“菌痢”等。还有涂敷预防和佩带预防法。如以雄黄粉涂儿囟，以香油调雄黄、苍术末涂鼻内，用芳香辟秽药缝制香囊，给小儿佩带，也具有避瘟防疫的作用。

目前，对各种疾病，特别是对传染病预防方法的应用和研究，正在大力发展，各种生物制品的研制，拓宽了接种预防的范围。运用现代科技开发中医药的预防方法，是值得研究推广的。

#### 2.4.2.6 精神保健

儿童保育，不仅要保证其生理发育，而且要注意其心理发育；不仅要关心他们现阶段的生活，而且要使其将来能有足够的能力和体力，去成功地接受社会的变迁和生活的种种挑战。

人一生的所有能力，有相当大的部分在3岁以前就打下了基础。3岁的幼儿，在身心两方面都具备了作为人的基础能力。这一时期的感情生活将成为一个人性格形成的基础。说明婴幼儿期，是人生发育最重要的时期。婴幼儿生来就有广阔发展的可能性，她渴求一切可以得到的精神食品，将来是否成才，关键在于科学养育，除了提供丰富的物质营养外，更需要丰富的精神营养，即做好小儿的精神保健工作。

精神，包括认知能力（感觉、知觉、注意、记忆、想象、思维、判断）、意识活动（思想品德、道德观念等）、感情活动（情绪变化、个性特点等）。小儿思想单纯，虽少七情六欲，但已具有完好的感觉器官，已能建立条件反射，产生心理活动。他们感情丰富，天真活泼，精力旺盛，好奇好动，模仿性强。

现代研究证明，外界因素对人的刺激，从胚胎期就已开始。出生后外界的各种刺激，特别是惊吓，极易引起小儿的情绪波动，甚至引起疾病。中医学提倡胎教，即是早期精神保健的开始。由于小儿情绪的发展和分化迅速，生后数月的婴儿，已能表现喜、怒、哀、乐的情绪变化，到2岁就有高兴、好奇、同情、失望、恐惧、厌恶等20多种情绪反应。因此，小儿出生后的精神保健应从初生开始。其内容主要有以下几个方面。

##### 早期教育 超前感知

早期教育，是对3岁以下婴幼儿有目的、有计划、有系统地略为超前地对其进行感知（主要是视、听）能力的教育和行为的培养。早期教育的意义，不在于提高知识量，而在于引导、挖掘潜能，提高接受外界事物的能力，为日后的智力发育，打下良好基础。

我国自古认为，幼时所习，至老不忘，幼时失教，贻害终身。《万氏家藏育婴秘诀·鞠养以慎其疾四》指出：“小儿能言，必教之以正言，如鄙俚之言勿语也。能食则教以恭敬，如褻慢之习勿作也。能坐能行则扶持之，勿使倾跌也。宗族乡党之人，则教以亲疏尊卑长幼之分，勿使谗媠。言语问答，教以诚实，勿使欺妄也。宾客往来，教以拜揖迎送，勿使退避也。衣服器用、五谷六畜之类，遇物则教之，使其知之也。如此则不但无疾，而知识亦早矣。”医者不仅要精通医术，而且要懂得教育，注意小儿智力的早期开发，重视思想品德的培养，以保证小儿身心的健康发育。

近10余年来，儿童心理学研究证明，婴幼儿的智能潜力很大，很早就具有学习能力，3岁以下是小儿智力变化最大的时期，必须抓紧进行早期教育。否则，缺乏早期教育，对未来智力的发展具有消极的永久影响。因为小儿后一阶段的智力来源于前一阶段，而年龄越大智力越固定。国内外的实例也证明了早期教育对人一生的决定性作用。如印度狼

孩卡玛拉，出生5个月被狼叼走，早期完全接受了狼的生活环境，当她8岁被找回后，经过9年的精心训练，始终改变不了狼性，而不能适应人的生活。日本士兵横田庄一，虽独居深山28年，由于他早期接受的是人的教育，被发现后仅花了82天的时间，就适应了现代社会的生活。以上均说明小儿早期教育的重要。

早期教育的最佳方法是超前训练。婴幼儿的智力发育，一般可概括为：“一月好睡二微笑，三四能识妈妈貌，五六见人欲抚抱，七八常将妈妈叫，九十学语心开窍，一岁能表憎与好，岁半模仿兴趣高，两岁能报屎和尿。”若超前训练，不仅可使动作提前出现，而且可以锻炼感知能力，发展探索能力。这种训练，必须切合小儿生理和心理特点。2岁以内以个别教育为主，2~3岁应参与一定时间的有组织的集体训练。教学内容除了“教之以正言”、“教以诚实”、“教以恭敬”外，还应结合日常的各种卫生习惯，以及游戏、散步、模仿、写字、画画、看画册、听故事、观夜空等，“遇物则教”，寓教于乐，使小儿对大自然产生浓厚兴趣，增强求知欲望。同时需注意语言和数字的训练，增进小儿与成人及同伴之间的感情交流，使小儿在语言、认知和想象、动手等方面得到均衡发展，为下一阶段更多地认识世界打下基础。

母亲对小儿的一生具有重大影响。《女学篇·襁褓教育》曰：“小儿稍长，甫能学语，全赖母之提携，养其中和之气，保其固有之天真。一举一动，勿呈其欲，勿纵其骄。所以子女禀性之贤否，恒视母教为转移。”母亲是小儿的第一任教师，小儿在母亲的抚育下成长，他们的品德、性格在母亲的熏陶下发展。古今中外许多伟大人物的形成，都与其自幼的教养分不开。如我国古代的思想家、政治家孟子，自幼被慈母三迁家居，以求得一个良好的学习环境。有人对二次大战中失去父母的数千名儿童进行分析，结论是：失去母亲对小儿终生有不可估量的影响。因此，母亲要以满腔的热情和耐心，与托幼机构配合，共同教养小儿。

小儿生就的天资和才能是多种多样的，父母当尽早发现。无论是哪种天资，均应根据其年龄及智力特点进行教育和训练，使之得到最大限度的发展。否则，若未被发现或发现太晚，贻误了教育和训练的时机，这种难得的天资就会被埋没，将给父母及孩子带来遗憾。

目前，婴幼儿的早期教育已引起世界各国越来越广泛的重视。因为国家的兴旺，关键在科技的发展；科技的发展，关键在人才的培养；人才的培养，关键在婴幼儿的教育。所以早期教育是关系到国计民生的大事，必须引起全社会包括每个家长的高度重视。

#### 循循善诱 言教身教

中国之教育，历来主张循循善诱。《女学篇·襁褓教育》曰：“孔子教法，所以夔绝千古者，亦曰循循善诱而已。”又曰：“教幼儿女者，不可躁进，须相其体格强弱，年岁大小，以施其教法。……为师者，需不恶而严，循循善诱。”并要求编定课程，每节更换，不致厌倦，“课程完毕，随即放学，万勿增例外之课，致阻其活泼之生机。”

儿童天真无邪，活泼好动，对客观世界有着浓厚的兴趣，但由于其幼稚，分不清是非，或不适应集体教育，有的则表现注意力不集中，有的表现胆怯、急躁、口吃、撒谎等异常行为，甚或发生打架、骂人等攻击行为。对此，亦应循循善诱，而不可采用打骂、训斥、讽刺、挖苦、歧视和体罚等精神虐待的教育方法，以免摧残小儿身心健康。《千金翼方·卷十一·小儿》中指出：“尤不得诽谤小儿”、“十岁以下依扎小学，而不得苦精功

程，必令儿失心惊怯。及不得苦行杖罚，亦令儿得癡病。”已认识到精神虐待教育方法的危害。这种错误的教育方法，不仅使小儿精神受到刺激，自尊心受到伤害，而且会使其失去自尊、自信，形成错误的人生观，使其天性向反向发展。这种教育，目前在学校及家庭还有一定市场，不少父母都想“望子成龙”，学校之间攀比升学率，老师“填鸭式”的满堂灌，学生单调地认字、机械地算题，接踵而至的考试，致其天天伏案到深夜。若学习成绩上不去，轻则训斥体罚，重则板杖加身等，正犯古今之训戒。为此，要求教育者更新观念，改变知识结构，加强自身修养，改变教育方法，把五颜六色、千姿百态的客观世界当课堂，把周围的事物当教材，让小儿在看、摸、嗅、听中向自然学习、向社会学习。并要求按青少年心理发育规律，培养其独立思考的能力，让他们自己提出问题、思考问题、回答问题。只有这样逐步诱导，才能有助于智力的开发，使之真正获得知识，增长见识，成为一个理解能力、思维能力和动手能力均强的好学生。

小儿正处在人生观、世界观形成的关键时期，心理素质极不稳定，接受能力强而判断力差，很容易受到来自社会各方面的负面影响。社会上的拜金主义，金钱物质对不谙事理的小儿是一种诱惑，不少小儿之间攀比吃、穿、打扮，渐渐养成吃喝享乐的散懒习气。对此，有的家长千方百计设法将孩子与社会隔开，这是不可能，也是不现实的，而应做一个合格的引导者和监督者。《保赤汇编·锡麟宝训摘要》说：“人家子弟知识稍开，课诵之余，一切家计出入，人情世故须为讲究。即如饮食，使其知稼穡辛勤；衣服，使其知机杼之苦。并田庄望岁时，丰稔经营慨物力艰难，渐渐说到创业守成，防患虑患，多方比喻。此等言语较之诗书易于入耳，使其平日了然胸中，及长庶几稍知把捉矣。”此乃可作为避免社会负面影响的方法之一。当今社会传媒对小儿影响最大的要数电视、录相和书籍，家长一定要在内容上加以选择，宜正确引导，循循善诱。

对小儿的教育，古人还重视成人言行的表率作用，即身教重于言教。《保赤汇编·锡麟宝训摘要》说：“吾之一身，……所可尽者，惟留好样与儿孙耳。”现代心理学证明，幼儿的思维处于他律状态，即以外在的标准为楷模。父母、老师等周围成人的言行，正是构成这个楷模的对象。幼儿和父母长辈生活在一起，许多品行会在下意识的耳濡目染中铸成。因此，父母处处要以身作则，为子女作出良好榜样。如果榜样出了偏差，子女就会染上不良习气，子女的行为举止之所以象父母，这不完全是由于遗传，而更多是由于早期模仿的结果。小儿同时还受所处环境的影响，在身教的同时，还应根据幼儿的特点，进行耐心的言教，以引导小儿健康而全面地发展。

#### 性格导向 道德培养

小儿的性格和道德品质的培养，在人才形成的过程中，虽属非智力因素，但比知识等智力因素更为重要。因此，在小儿保健中，应注意培养良好的性格和品德。

人的性格从小养成，一旦形成就有相对的稳定性。3岁的小儿在性格上已有明显的个体差异，培养良好的性格品德要从零岁抓起。现代认为，婴儿期的生活习惯，是影响小儿性格形成的重要因素，而某种习惯的形成，取决于养育的方式。因此，早期的科学养育，应从建立良好的生活习惯着手，婴儿一出世就需合理安排睡眠和饮食，逐步训练排泄和各种自理能力，使之养成习惯，这将是其日后的习性。

其次，父母感情交往的方式，也影响着小儿性格的形成。现代父母疼爱子女，感情过度流露，家庭气氛过于柔和，在娇宠中易形成自傲、懒惰、脆弱的性格。我国自古主

张慈母严父，使小儿一面有爱的关照，一面有严格的教育。两者都从慈爱出发（而不是溺爱），一个用爱去袒护，一个用爱去塑造。

第三，培养良好的性格，还应从体格锻炼抓起。缺乏锻炼的小儿往往体弱多病，体弱多病与性格懦弱之间有着一定的内在联系。重饮食、轻锻炼的育儿方式，会使小儿具有明显的惰性。身体上的惰性，表现为好吃懒做、好静怕动；精神上的惰性，表现为缺乏自信。

第四，良好的性格，是在实际生活的锻炼中形成的。如胆量、意志力、独立性、自信心等，都是在经历危险、挫折和困难的过程中逐步培养起来的。父母过度关心和照顾，将会影响小儿自我性格的形成。过度保护的教育方式剥夺了小儿经历困难的机会，父母应合理地、巧妙地为小儿提供遭遇各种困难的机会，以帮助他们建立起个人人格的力量，用以解决各年龄阶段所面临的自身问题。

小儿道德品质的培养，亦应从婴幼儿抓起。中华民族素称“礼义之邦”，有着传统的道德观念，如立德为公、谦逊待人、文明礼貌、尊老爱幼、勤俭节约、遵纪守法等。这些美德是国家统一、民族团结、民心奋进的精神支柱，是每个公民必须遵守的行为标准。小儿对周围的一切充满好奇，他们随心所欲地去探索，但不会明辨是非，不知自身的行为对社会是否有益，父母及老师应在鼓励小儿探索的同时，按照社会的道德观规范他们的行为，及早进行道德品质的培养，正如《保赤汇编·锡麟宝训摘要》所载：“未教他作家，先教他做人；教他做好人，先教他存好心、明伦理、顾廉耻、习勤俭、守法度。”

目前，独生子女占儿童的绝大多数，对独生子女的教育问题，成了全社会都关心的大问题。对此，父母有义务，教师有责任。自古要求能“教以恭敬”，即进行文明礼貌的教育，对亲朋长幼，均应以礼相待，尊敬师长；对同学要以礼相让。言语游戏，“必教之以正言”，不得狂言秽语。“教以诚实”，待人诚实，关心别人，助人为乐，不计私利，言必有信，行必有果，实事求是，“勿使欺妄”。并教以勤劳俭朴、吃苦耐劳，讲英雄人物的事迹和故事，等等。

总之，要用小儿能理解的语言，生动活泼地进行教育，教之越早越能深刻地存留在小儿的潜意识里。这对日后品德的形成将起决定性的作用。早期的道德教育，能将下一代培养成道德高尚、身心健康的合格人才。

#### 避免惊恐 勿使恼怒

小儿虽少七情六欲，但神气怯弱，性多执拗，惊恐、恼怒乃是小儿常见病因之一。

惊恐，由突然受到惊吓或威吓引起。古人认为，惊则伤神，恐则伤志，大怖生狂。正如《素问·举痛论》曰：“惊则心无所倚，神无所归，虑无所定。”又曰：“惊则气乱，恐则气下。”说明惊恐能够致病，尤其是小儿，更不耐惊恐刺激。因此，避免惊恐是小儿精神保健的内容之一。

小儿因惊恐引起的病症，古称“客忤”。《诸病源候论·小儿杂病诸候·中客忤候》曰：“小儿客忤者，是小儿神气软弱，忽有非常之物，或未经识见之人触之，……谓之客忤也，亦名中客，又名中人。”《万氏家藏育婴秘诀·鞠养以慎其疾四》进一步指出客忤的病因，是“忽见非常之物，或见未识之人，或闻鸟鸣犬吠、雷霆铙爆之声，未有不惊动者，皆成客忤惊痫之病。”客忤的症状，轻则神志不宁，夜卧不安，面青呕吐，腹痛便泄；重则气血逆乱，手足搐搦，状似癫痫。对此应及时治疗，若失时不治，久则难愈。

现代研究认为，惊恐可导致肾上腺分泌大量的肾上腺素和去甲肾上腺素，使血压升高，心率加快，血中自由脂肪酸增加。还发现，惊恐时胃粘膜变白，胃酸停止分泌，导致溃疡发生。突然受惊，外周血管收缩，会出现面色发白、冷汗，甚至出现暂时性呼吸中断。

如何避免惊恐，古有很多记载。如《备急千金要方·少小婴孺方·惊痫第三》指出：“故养小儿常慎惊，勿令闻大声；抱持之间，当安徐，勿令怖也；又天雷时，当塞儿耳，并作余细声以乱之也。”又如《补订幼科折衷·补遗》指出的“古庙不可入，入之则神惊；狂禽异兽不可戏，戏之则神恐；斗争之处不可近，近之则心偏等”。小儿耳目初次闻见，皆易感入脑，致生恐怖。还指出不可恐吓小儿，如《女学篇·戒恐吓》说：“常见为母者，欲止小儿啼哭，故作猫声虎声，使之畏怖，或演鬼神及荒诞不经之说，使之迷信，遂至暮夜不敢独行，索居不能成寝，畏首畏尾，养成一种蕙懦之性质，其害良非浅也。”

小儿除避开易致暴受惊恐的因素外，还应逐步接受惊恐的锻炼，正如《备急千金要方·少小婴孺方·惊痫第三》指出：“凡养小儿，皆微惊以长血脉，但不欲大惊。”即对易引起惊恐的事和物，采取逐步接触，锻炼胆量的积极方法，使小儿消除恐怖心理，胆气日壮，见惊不惊，才能真正减少惊恐的发生。

小儿性多执拗，极易恼怒，易生肝病，既病之后，易出现肝经的症状，是谓“肝常有余”。《万氏家藏育婴秘诀·鞠养以慎其疾四》说：“盖儿初生，性多执拗……易使怒伤肝气生病也。”《儒门事亲·过爱小儿反害小儿说》中指出：“富家之子，得纵其欲，稍不如意则怒多，怒多则肝病多矣，夫肝者，木也，甚则乘脾矣。”如今小儿多娇生惯养，所欲不遂则哭闹要挟，久之易养成易暴易怒的坏习惯。

七情伤人，惟怒为甚，成人如此，小儿亦然。究其病机，怒则气郁，气郁则化火，故易见性急烦躁、夜寐不实等肝火、肝阳内扰之症状。肝火上扰，则心神不宁，故见多动不安、夜啼不寐等。肝郁伐土，则脾运不健，易见腹胀、腹痛、腹泻等。肝气犯胃，胃气上逆，则易呕吐、厌食。木火刑金，肺气上逆，可见咳逆、气喘等。肝病及母，肾气受损，易见尿频、遗尿等。若肝阴受损，引动肝风，则会引起惊痫抽搐等重症。说明恼怒对小儿健康之危害极大。

为减少小儿恼怒，应及早培养良好的性格，并进行道德品质的教育，以养成小儿活泼开朗的性格，并具有良好的道德品质。在教养过程中，家庭成员、托幼机构工作人员、托儿所与家长之间，对小儿的要求和教养方法必须协调一致，态度要亲切和蔼，既要关心小儿，又要尊重小儿。不要一连串地对小儿说“这个不可以”，“那个不可以”。这种“不可以”在大脑皮层都形成抑制过程，而小儿很难形成这种抑制，且又无兴奋来替代，这样极易导致神经功能失调，陷于过度兴奋或低下，出现恼怒，甚或反常现象。教养时还应注意，不要使大脑皮层中兴奋和抑制两个过程发生冲突。例如小儿玩得正高兴，大脑皮层处于兴奋状态，若此时被无故阻止，抑制过程加强，兴奋和抑制发生冲突，小儿就会发脾气。小儿自控能力差，感情常外露，且不稳定，高兴时有说有笑，伤心时又哭又闹。因此，教养小儿一定要注意方式方法，以减少恼怒的发生。

（殷明）

# 3

## 儿科辨证论治概要

### 3.1 儿科诊法概要

诊法即诊断方法，是临床诊察疾病的各种方法的总称。传统的诊法包括望、闻、问、切四诊。根据儿科临床的特点，历代儿科医家又特别重视望诊，如《幼科铁镜·望形色审苗窍从外知内》说：“望、闻、问、切，固医家之不可少一者也，在大方脉则然，而小儿科，则惟以望为主”。历代对儿科四诊，特别是望诊，积累了丰富的经验。近代以来，应用物理学、化学、数学等学科原理，研制了多种诊断仪器设备，不断扩大了诊察的范围，使我们所能搜集到的疾病信息资料更为丰富，为疾病的诊断和辨证提供了更可靠的基础。现代诊断学发展的特点是：范围广泛，观察细致，寻求客观化标准，注重临床应用价值，结合现代科技手段，努力探索形成机理。中医儿科诊断学目前及今后研究的重点在于：用现代科学语言阐明传统诊法的机理；用中医学认识论处理现代检测方法所获得的疾病资料。诊法研究的目的是：不断丰富儿科诊法内容，在机理研究的基础上明确应用范围及价值，提高临床诊断、辨证水平。

#### 3.1.1 望诊

望诊，即医者运用视觉观察病情。望诊的内容包括就全身状况诊察的整体望诊、就局部状况诊察的分部望诊，以及现代借助各种仪器设备所进行的微观望诊。

望诊诊查的结果一般比较客观可靠，尤其是儿科闻诊、问诊、切诊均易受干扰，且应用受到一定限制，故历来对望诊最为重视。但是，儿科望诊，也应注意在光线充足的地方进行，尽量使小儿安静，诊查既全面又有重点，细心而又敏捷，才能提高诊查的效果。

##### 3.1.1.1 整体望诊

整体望诊即应用望诊诊查全身的大体情况，包括望神、望色、望形、望态，以对疾病的基本状况获得初步了解。

##### 望神

神，指精神、意识、神志。神生于精，精是后天水谷化生而藏于五脏的精气，与先天肾精相结合的统称。神与形又有着密切的联系，形健则神旺，形羸则神衰，所以《素问·上古天真论》说：“形与神俱”。神是脏腑气血精津阴阳是否充足、和调的外在表现之一，在小儿尤为重要，故《医原·儿科论》提出：“凡神充色泽者，天真必厚，易养而

少病；神怯神瞪，面色惨淡枯痒，唇红不泽者，禀赋必薄，难养而多病。”

望神的方法，包括望精神、意识、体态、面目等，尤以察目为要。《古今医统·相眼神法》说：“小儿……五脏六腑之精凶上注于目，望而知之，当先以目中神气之全为验。若目中神气有者，必不死，目无神者必死。”

望神需辨得神与失神。若形体壮实，动作灵活自如，活动睡眠有常，表情活泼，反应灵敏，语声啼哭清亮，面色红润光泽，目睛清亮灵动，呼吸平顺调匀，是为得神，表明正气尚充，脏腑功能未衰，无病或病轻。若形体羸弱，精神萎靡不振，反应迟钝，动作迟缓或不由自主，表情淡漠，哭笑反常，寡言声轻含糊或惊啼谵语，面色晦暗，目睛呆滞不活，呼吸低弱或气促不匀，是为失神，表明正气不足，脏腑功能衰败，病重或病危。值得注意的是，一些疳病后期患儿，多睡少动，不哭不叫，声低气弱，反应迟缓，易被误认为听话、不闹，实则已临阴竭阳绝，或者重病久病形羸神衰之后，突然精神转佳，面颊如妆，思食素食，喋喋絮语，被误认为病情好转，实则为回光反照，阴阳即将离决，均应结合病史病程、全身证候，综合分析及早判断。神是病情轻重的综合反应，似无形而有形，需在长期临床实践中注意总结，比较揣摩，积累经验，才能望而知之，心中有数。

### 望色

望色以望面部气色为主，兼望肌肤、目睛、毛发、爪甲等。望色的内容包括部位、颜色、光泽，其形成则是脏腑气血外荣的结果。《小儿药证直诀·面上证》对面上分部望诊的划分是：“左腮为肝，右腮为肺，额上为心，鼻为脾，颧为肾”。《小儿卫生总微论方·诸般色泽纹证论》又将分部与察色联系起来，“色青为风，色赤为热，色黄为食，色白为气，色黑为寒”，并须察色之荣枯，“滋荣者，其色生，……枯夭者，其色死，……”。部位、颜色、光泽要综合分析，其中又以五色变化最具临床意义。

色有常色、病色之分。中国小儿的常色为色微黄，透红润，显光泽，新生儿则全身皮肤嫩红，这是气血调和的表现。小儿患病之后，色泽变化较成人更为敏感。面部五色诊病辨证，一般符合以下规律。

面色青，因气血不畅，经脉阻滞所致，多见于惊风、寒证、痛证、瘀血证。惊风欲作或已作，常见眉间、鼻梁淡青，唇周、爪甲青紫，是为肝风。寒证分虚实，青灰晦暗为阳气虚，乍青乍白为里寒甚。痛证色青多见于腹部中寒，常伴啼哭不宁。瘀血证色青见口唇青紫、面色青灰，乃心阳不振，心血瘀阻。

面色赤，因血液充盈面部皮肤脉络所致，多为热证，又有实、虚之分。外感热证，表热常见面红目赤，恶寒发热；里热常见面赤气粗，高热烦渴；虚热常见潮红颧红，低热起伏。若病重者见面红如妆或两颧艳红，多为虚阳上越的戴阳证。小儿也有因衣被过暖、活动过度、日晒烤火、啼哭不宁而面红者，不能认为病态。

面色黄而非常色者，常因脾虚失运，水谷、水湿不化所致，多为虚证、湿证。黄疸属湿，黄而鲜明如橘色是湿热，黄而晦暗如烟熏是寒湿。面色萎黄，是脾胃气虚；面黄浮肿，是脾虚湿滞；面色枯黄，是气血枯竭。有因过食胡萝卜、南瓜、西红柿等食物或阿的平等药物而面部发黄者，则只能认作该种食物或药物所伤。

面色白，是气血不荣，络脉空虚所致，多为虚证、寒证。外感初起，面白无汗，是风寒外束；阵阵发白，啼哭不宁，常为中寒腹痛；突然苍白，肢冷汗出，多是气阳暴脱；

面白无华，爪甲苍白，多为营血亏虚；面色晄白，肢面浮肿，多属阳虚水泛。若小儿久居室内，少见阳光，面肤白皙，又当别论。

面色黑，常因阳气虚衰，水湿不化，气血凝滞所致，主虚寒证、水饮证、瘀血证。小儿面色青黑，四肢厥冷，是阴寒内盛；面色灰黑暗滞，多是肾气虚衰；面唇黧黑，多是心阳久衰；唇指紫黑，多是心阳虚衰，血脉瘀滞；面黑浅淡虚浮，常是肾阳亏虚，水饮内停。若因常在户外，日晒风吹，肤色红黑，不属病态。

随着色度学理论和测色技术的发展，色诊客观化研究有了可靠的方法和工具，现在已有多种彩色测度计、色差计等仪器可用于测色。初步的研究表明：面色确有五色（偏白、偏青、偏黄、偏黑、偏赤）分布的趋势，可通过测色加以分辨。当然，仪器测色虽可以避免人为的误差，但若作为一种常规的检测方法，还需做许多研究工作，主要是通过大量生理性和病理性五色的测试，确定其正常范围及各种病态面色的数据及临床意义，还需研究测试点、时间、年龄等因素与面色变化的关系，以及温度、毛细血管管径、血流量等相关证候表现等。

### 望形

形，指形体、外形。形体望诊包括头凶、躯体、四肢、肌肤、筋骨、指趾等。人是机器的整体，内有五脏六腑，外合皮肉筋骨，所谓肺合皮毛、脾合肌肉、心合血脉、肝合筋、肾合骨，就是对这种内外相合关系的概括。小儿形体，与生理、病理，先天、后天都有密切的关系。肾主生长，脾主肌肉，因此说小儿的高矮、胖瘦，与肾、脾二脏关系最为密切。

凡小儿身高正常，胖瘦适中，皮肤柔嫩，肌肉壮实，筋骨强健，毛发黑泽，身材匀称，是为先天禀赋充足，发育营养良好的外形表现。若形体矮小，肌肉瘠薄，筋骨不坚，毛发稀细萎黄，是先天禀赋不足、后天调养失宜的发育营养不良表现。头大凶开，颈不能举，常为肾虚湿积之解颅；鸡胸龟背，筋弱肢软，多为肝肾亏虚之弱证；皮肤干燥，弹性减弱，是为伤阴失液；面浮肢肿，按之凹陷，是为水湿潴留；形体肥胖，躯脂满盈，是为痰湿郁滞；皮肤松弛，肌肉不实，是为脾胃气虚；肌肤干瘦，肤色苍黄，是为气血两虚；四肢枯细，肚腹膨大，是为脾虚夹积。

小儿形体，现代除由医生望诊得出印象之外，还可对若干指标进行测试，如测定身长、体重、皮下脂肪厚度、毛发直径颜色等，使望形诊断逐步增加了量化指标。

### 望态

态，指动静姿态。动静姿态反映人体脏腑阴阳总体的平衡协调状态。阳主动，阴主静，阴阳燮理，则动静相宜，动则灵活自如，静则安坐舒卧。多动少静为阴亏阳盛，多静少动为阴盛阳虚。

凡坐卧不宁，烦闹不安，是肝阳心火内盛；嗜卧少坐，懒动无力，是阴寒阳气亏虚。身体蹇缩，喜偎母怀，常为风寒外感；仰卧伸足，揭衣弃被，常为热势炽盛；鼻煽气喘，端坐难卧，是肺气上逆；喘促气短，动则喘甚，是肺脾气虚或肾不纳气；伏卧抚腹，睡卧不安，多是积滞腹痛；身振目直，四肢抽搐，是为惊风；动作不遂，瘫痪不用，是为痿证；关节肿胀，屈伸不利，是为痹病；撮空循摸，谵语妄动，是为心神蒙蔽；背曲肩随，转摇不能，行则振掉，肾气将惫。

各年龄组小儿具有不同的生理动态能力，如竖颈、爬行、站立、行走、跳跃、爬梯、



取物等动作能力均需到相应月龄才能具备。因此，不少动作的正常与否还需与年龄结合起来分析。

### 3.1.1.2 分部望诊

分部望诊指对身体的某些局部加以观察，以便分析局部病变及其与整体的关系。

#### 望头面

1. 望头颅 小儿头颅大小应适中，与其年龄相称。头颅过大，凶门开解，目珠下垂，是为解颅；头大顶方，凶门迟闭，颅骨不坚，常为佝偻病；头小顶尖，颅缝闭合过早，是为小头畸形。肾主骨生髓，以上病变均与肾精不充有关。

2. 望头发 头发茂密，分布均匀，色黑润泽，是肾气充盛之常态。头发稀细，色枯无泽，多是肾气亏虚或阴血内亏；发细结穗，色黄不荣，多是气血亏虚，积滞内停。头发脱落，见于枕部，是为气虚多汗之枕秃；脱落如片，界限分明，是为血虚血瘀之斑秃。总之，肾之华在发，血之余荣发，望小儿头发，可察肾气盛衰，气血盈亏。

3. 望颜面 颜面丰满，皮肤润泽，五官端正，表情自然，是先天禀赋正常，脏气和调，气血充盈之面容表现。面容瘦削，气色不华，是为气血不足；面部浮肿，脸肿如蚕，是为水湿泛滥。耳下腮部肿胀，是为邪毒窜络之疔腮或发颐；颌下肿胀热痛，多为热毒壅结之臀核或痈肿。五官不正，眼距缩小，鼻梁扁平，口张舌伸，见于先天禀赋异常之痴呆；口角歪斜，眼睑不合，偏侧流涎，表情不称，见于后天风邪留络之面瘫。面呈苦笑貌，是风毒从创口内侵之破伤风；面肌抽搐，则是风邪走窜经络之惊风或癫痫。近年来常见有小儿面部表情动作异常，或眨眼，或歪嘴，或咬牙，或多咽，别无多样证候，属于儿童精神行为障碍范畴，病机多属心脾气阴不足。

#### 审苗窍

1. 察目 肝开窍于目，又五脏六腑之精气皆上注于目，所以，眼部望诊是审其脏腑变化的一个方面。黑睛等圆，目睛灵活，目光有神，眼睑张合自如，是为肝肾精血充沛的表现。眼睑浮肿，是风水相搏；眼睑开合无力，是元气虚惫；寐时睑开不闭，是脾虚之露睛；寐时睑不能闭，是肾虚之睑废。两目呆滞，转动迟钝，是肾精不足；两目直视，瞪目不活，是肝风内动。白睛发黄，是湿热熏蒸；目赤肿痛，是风热上攻。目眶凹陷，啼哭无泪，是阴津大伤；瞳孔散大，对光反射消失，是正气衰亡。

2. 察鼻 鼻为肺之窍，肺气通于鼻。鼻塞流清涕，为外感风邪；鼻流黄浊涕，为风热客肺；长期鼻流浊涕，气味腥臭，为肺经郁热；鼻衄鲜血，为肺热迫血妄行；鼻孔干燥，为肺热伤阴。

鼻根二目之间，名曰山根，常有青筋隐现。山根脉纹形色对疾病诊断有一定参考价值。一般认为，色青多见于惊风、腹痛、痢证等属肝病的证候；色红多见于感冒、肺炎、哮喘等属肺病的证候；色黄多见于积滞、呕吐、疳病等属脾胃病的证候。另从形态看，认为横形多见于脾胃病证；竖形多见于肺系病证；斜形无临床意义。其实用价值及判断标准尚待研究。

3. 察口 察口包括观察口唇、口腔、齿龈、咽喉，舌象则另作专论。

口唇为脾之外荣。正常儿童口唇色泽红润，开合自如协调。口唇色红为热，唇红质干为热盛伤津；唇色鲜红为阴虚火旺；唇色红紫为瘀热互结。唇色淡红为虚为寒，淡白不润为阴血亏虚；唇色淡青为风寒束表。环口发青为惊风先兆；面颊潮红，唯口唇周围

苍白，是丹痧疫邪的特征表现之一。口唇振颤，为恶寒重症；口唇抽掣，是肝风内动；口唇紧撮，为风毒中络。口唇糜烂，为脾胃积热；唇肿不红，为外风侵袭；口唇红肿，为心脾火盛。口开不闭为张，主虚；口闭难开为噤，主实。

口腔指口内粘膜，察口时亦值得注意。粘膜色淡为虚为寒；色红为实为热。口腔破溃糜烂，为心脾积热；口腔疱疹红赤，为外感邪毒；口内白屑如片，是鹅口疮毒。两颊粘膜见灰白色小点，周围红晕，为麻疹粘膜斑。上下白齿间腮腺管口红肿如粟粒，按摩擦腮部无脓水流出者为炸腮，有脓水流出者为发颐。口腔内粘膜干、涎液少，为阴虚津伤；涎液多，溢口角，为脾虚湿盛。

齿为骨之余，龈为胃之络。牙齿萌出延迟，为肾气不足。齿干不泽，为阴液耗伤；齿黄垢臭，为胃浊薰蒸。齿衄齿痛，是胃火上冲；咬牙齧齿，是肝火内亢。牙龈红肿，为胃热熏蒸；牙龈淡白，为气血亏虚。牙龈萎缩，为胃阴不足或阴虚内热；牙龈溃烂，牙齿脱出，多为热病后余毒未消，复感外邪，积毒上攻之牙疳。小婴儿牙龈上出现碎米大小黄白色硬结，为马牙，非属病态。

咽喉为肺胃之门户。正常小儿的咽喉淡红而光滑，不肿不痛。外感时咽红为风热，色淡为风寒。咽部疱疹红赤，为外感邪毒；咽部滤泡增生，为痰热壅结。乳蛾红肿，是肺胃热结；乳蛾溢脓，是热壅肉腐；乳蛾大而不红，称为肥大，多为阴伤痰热未尽或肺脾气虚不敛。咽喉部有灰白色假膜，拭之不去，重擦出血，常为白喉。咽红而干，是肺热阴伤。

4. 察舌 察舌是望诊的重要内容。舌与内脏有着广泛的联系，多种脏腑的病变可以从舌象上反映出来、舌诊要求观察舌质与舌苔。正常小儿的舌象表现为舌体灵活，活动自如，舌质淡红，舌苔薄白质润。

察舌质，要观察舌色、舌形和舌态。舌色淡红明润，表明脏腑气血功能正常，即使有病亦轻浅。舌色淡白不荣，多因气血不足，主虚主寒。舌色鲜红主热证，实热证舌老红，多见于急性热病，舌红干为热伤阴津，舌尖红为上焦温病或心火上炎，舌边红为肝胆有热；虚热证，舌嫩红，伴质干不润者为阴虚内热。舌色红绛主热入营血、瘀热互结，红绛质干为热灼阴津，舌色深绛为血瘀夹热。舌质紫暗为气滞血瘀。舌形胖嫩为脾气不足；舌胀色赤为心脾热盛；舌起芒刺多为热入营血；舌生裂纹多属阴伤液耗。舌体强硬多痰浊阻滞；舌战伸缩多热盛风动；舌体歪斜为风邪中络；舌体萎软为脾气衰弱。舌常伸出口外，久不回缩，称为吐舌；舌反复伸出舐唇，旋即回缩，称为弄舌。吐舌常因心脾有热，弄舌可为惊风先兆，二者又均可见于先天禀赋异常、智能低下者。

正常舌苔由胃气所生。新生儿亦多见薄白苔，少数舌红无苔者常于48小时内转为淡红舌，长出白苔。新生儿舌苔情况可作为观察其胃气生发的指标之一。舌苔薄主正常或病轻浅，如外感初起；舌苔厚主病在里或病深重，如食积痰湿。苔质滋润为有津；苔质滑润为湿滞；苔质干燥为津伤；苔质腐垢为胃浊；苔质粘腻为痰湿。舌苔白主正常或寒、湿，薄白为外感风寒或风热初起，白腻主痰湿内蕴。舌苔黄主热证、里证，薄黄为风热在表、风寒化热或热邪传里，黄腻主脾胃湿热或肺家痰热，老黄干燥主热甚耗伤气阴。舌苔灰黄而干为热灼津伤；舌苔色灰而润为痰湿内停。舌苔花剥如地图主脾胃病，脾胃气虚者兼舌质淡、胖嫩、有津，脾胃阴虚者兼舌质红、苔少、少津，也有因体质因素而产生者。舌面光而无苔，主阴伤液竭或胃气将竭。儿童又易出现染苔，如吃橘子、蛋黄、核

黄素等可使舌苔染黄，吃橄榄、乌梅、铁剂等可使舌苔染黑，服未包之黛蛤散（青黛）可使舌苔染青，吃牛奶、豆浆等可使舌苔染白等，均不能误认为病态。

观察舌象还应注意其动态变化。舌质由淡红转红转绛，是热证由浅入深，舌苔由白转黄转灰，是热证由轻转重。舌苔由无到有，说明胃气逐渐来复；舌苔由薄转厚，说明食积湿滞加重；舌苔由厚转薄，说明食积湿滞渐化。

5. 察耳 肾开窍于耳。耳壳丰厚，耳舟清晰，色泽红润，是肾气充足的表现。耳壳薄软，耳舟不清，常见于先天禀赋不足的胎怯患儿。耳壳肿胀灼热，见于热毒壅结耳部；耳壳湿疮浸淫，由于胆脾湿热上蒸。耳内流出脓液，因风热犯咽传耳或肝胆火盛上炎。耳色红主心肺积热，色青紫主邪热夹瘀，色淡白主气血亏虚，色黄滞主湿阻中焦。

6. 察二阴 前阴指外生殖器，为肾所主，络属肝经。男孩阴囊应不紧不松，可弛可缩，稍有色素沉着；女孩外阴应不红不肿，亦稍有色素沉着。阴囊紧缩不弛，为外感风寒或肾气不足；阴囊弛而不张，为气虚体弱或外感热病。阴囊睾丸肿大不红，照之透光，为鞘膜积液之水疝；阴囊肿物时大时小；上推可消，为小肠下坠之狐疝。阴囊通体肿大光亮，常见于阳虚阴水；阴囊肿痛黄水流溢，常见于湿热下注。女孩前阴红肿潮湿，亦属湿热下注；前阴发育过早，是为阴虚火旺之早熟。

后阴为肛门。肛门周围皮肤粘膜色红为热、色淡白为虚。肛周淡白而干为气虚津液不足；灼热燥褐为阳明里热伤津；糜烂潮红为大肠湿热下注；红肿疼痛为热毒壅结酿脓。肛口弛而不张为元气不足；直肠脱出肛外为中气下陷。肛口裂隙，触之渗血，为便秘热结所致之肛裂；肛旁瘻口，按之溢脓，为肛周脓肿形成之肛瘻。

#### 辨排出物

排出物指苗窍分泌、排泄之物质，包括前阴排出的小便和后阴排出的大便、口腔吐出的痰涎、呕吐物等。

1. 辨涎液 涎液是口腔内的分泌物，除婴儿外一般不会自动从口角流出。涎为脾之液。常有涎液流出、渍于颊下，称为滞颐，多因先后天心脾不足，涎液失摄所致。若是原无流涎，近日多涎，伴拒食哭闹，要进一步检查口腔，可能是心脾积热上炎之口疮。

2. 辨痰液 痰液与涎液不同，需咯吐方出，来自气道与肺。痰液变化与肺脾二脏关系最为密切，所谓“脾为生痰之源，肺为贮痰之器”。痰液清稀属寒，清稀夹泡沫是风痰；清稀易咯吐是风寒；痰多色白粘是湿痰；质稀久不止是脾虚。痰液色黄属热，痰液由白转黄是寒从热化；痰液黄稠是肺热灼津炼液；痰黄量少难咯是肺热伤阴。痰中带血是热伤肺络，痰液黄稠带血丝，频咳胸胁作痛，为肝火灼肺；痰液黄红相兼，量少难咯，为燥火伤肺；痰液脓浊带血，气味腥臭，为肺热肉腐之肺痈；久咳痰中带血，须防阴伤肺热之肺癆。

3. 辨呕吐物 呕吐物亦自口而出，但往往先恶心作呕而后吐出，来自于胃。吐物稠浊有酸臭味为胃热；吐物清稀无臭味为胃寒；吐物腐臭多宿食为食滞。呕吐黄绿苦水为胆热犯胃；呕吐暗红血水为胃络损伤。呕吐吐出蛔虫，是虫踞肠腑或蛔厥虫瘕的可靠依据。呕吐频频不止，伴腹痛便秘，要防肠腑滞塞不通之肠结（肠梗阻），新生儿患者须考虑先天性消化道畸形。

4. 辨大便 新生儿生后3~4天内，大便呈粘稠糊状墨绿色，无臭气，日行2~3次，称胎粪。母乳喂养之小儿大便呈卵黄色，偶带绿色，稍带酸臭味，稠度均匀，日行3次

左右。牛乳、羊乳喂养为主者，大便色淡黄，质较干硬，有臭气，日行1~2次。混合喂养婴儿的大便呈黄褐色，质稍软，量较多，臭气重，日行1~2次。小儿饮食过渡到与成人相同时，则大便亦与正常成人相似。

大便性状变稀，次数、数量、容积增加，是为泄泻。大便稀薄如水，色黄夹粘液，气味臭秽，为湿热蕴结肠腑；大便质稀色清，夹泡沫，臭气轻，腹痛重，为风寒湿滞大肠；大便稀薄色淡，夹乳片，气味酸臭，为伤乳积滞泄泻；大便稀薄色黄，夹未消化食物残渣，气味腐臭，为伤食积滞泄泻；大便质稀溏，夹未消化物，色淡不臭，食后易泻，为脾虚湿滞不化；大便清稀，完谷不化，滑泄不止，为脾肾阳虚失煦；大便质稀色青，惊啼肠鸣，为肝脾不和作泻。便泄赤白粘冻，伴里急后重，多为湿热下痢；大便色泽灰白不黄，多系胆道阻滞。便血者，血色鲜红为血热，是近血，多来自肛门、直肠；便色褐黑胶粘为血瘀，是远血，多来自胃或小肠。大便干结难解者为便秘，多为热证，见于热病常为阳明腑实，见于久病常为津伤内热，也有因饮食、排便习惯不良所致者。

5. 辨小便 正常小儿小便色清或淡黄，溲时无不适。小便清澈量多为寒，包括外感寒邪或阳虚内寒；小便色黄量少为热，包括邪热伤津或阴虚内热。尿色深黄，为湿热内蕴；黄褐如浓茶，见于湿热黄疸。色白如米泔，须防湿热下注或脾肾不固之乳糜尿。尿色红赤或镜检红细胞增多为尿血，可由多种病证引起，大体鲜红为血热妄行，淡红为气不摄血，红褐为瘀热内结，暗红为阴虚血热。

#### 察斑疹

斑疹均见于肌肤。斑，点大成片，一般不高于皮肤，抚之不碍手，压之不退色。疹，点小量多，高出皮肤，抚之碍手，压之退色。斑疹多系外感热病，热迫血络而发，儿科亦有少数内伤杂病发斑出疹者。前人认为斑为阳明热毒，疹为太阴风热，可供辨证参考。

斑有阳斑、阴斑。阳斑即热毒阳证发斑，多见于温病热入营血，其斑大小不一，色泽鲜红或紫红，伴发热等症。阴斑多因内伤或者伴有外感而发，色淡红者多气不摄血、色淡紫者多阴虚内热、色紫红者多血热夹瘀。

疹有丘疹、疱疹，以疹内是否有液体而区分。丘疹常见于儿科外感疾病。若热盛出疹，疹点自耳后、面颈、躯干而后四肢，其疹细小暗红，先稀后密，面部尤多，常为麻疹。若低热出疹，分布稀疏，色泽淡红，出没较快，常为风疹。若发热三四天后热退疹出，疹点稠密，如玫瑰红色，常为奶麻。若恶寒壮热皮肤红晕如锦纹，其上布有稠密红色疹点，舌绛起刺，舌面上见有杨梅状红刺（杨梅舌），常为丹痧。若斑丘疹大小不一，或如云片，瘙痒难忍，时出时没，多为隐疹（荨麻疹）。疱疹类疾病常见两种。若丘疹、疱疹、结痂同时存在，疹如粟粒，疱液色清，疱壁相对较厚，头身较多，常为水痘。若疱疹相对较大，疱液混浊，疱壁薄而易破，流出脓水，头部手部较多，常为脓疱疮。

#### 看指纹

指纹指食指桡侧的浅表络脉。小儿皮肤薄嫩，络脉易于显露，在儿科临床上，对于3岁以内的小儿常以看指纹作为望诊内容之一。

指纹的部位分为风关、气关、命关三关，自虎口向指端，第1节为风关，第2节为气关，第3节为命关（见图3-1）。看指纹时，要将小儿抱于向光处，检查者用左手食指、拇指握住小儿食指末端，用右手拇指在小儿食指桡侧，从命关向风关轻轻按推几次，使指纹显露，便于观察。

指纹诊法起于唐代王超《仙人水镜图诀》，历代儿科医著对其有着丰富的记载。现代研究观察到，指纹是食指桡侧浅静脉显示的。影响指纹表现的因素很多，有先天性的血管分布、走向差异，也与年龄、体型、皮下脂肪、皮肤颜色、外界温度等因素有关。所以，指纹诊应当结合患儿无病时的指纹状况，以及患病后的其它各种临床表现，全面加以分析辨证。

正常婴幼儿的指纹隐约可见，色泽淡紫，纹形伸直，不超过风关。病理状态下的指纹，《幼幼集成》提出：浮沉分表里，红紫辨寒热，淡滞定虚实，再加上三关测轻重，可以作为辨证纲要。

浮沉是就指纹部位而言。浮指指纹浮现，显露于外，主病邪在表；沉指指纹沉伏，深而不显，主病邪在里。红紫是就指纹颜色而言。纹色鲜红浮露，多为外感风寒；纹色紫红，多为邪热郁滞；纹色淡红，多为内有虚寒；纹色青紫，多为瘀热内结；纹色深紫，多为瘀滞络闭，病情危重。淡滞是就指纹色泽及复盈情况而言。指纹色淡，推之流畅，主气血亏虚；指纹色紫，推之滞涩，主实邪内滞，如食积、痰湿、瘀热等。三关是就指纹长短而言。纹在风关，示病邪初入，病情较轻；纹达气关，示病邪入里，病情较重；纹进命关，示病邪深入，病情加重；纹达指尖，称透关射甲，若非一向如此，则可能提示病情危重。



图 3-1 指纹三关图

### 3.1.1.3 望诊的现代研究

传统望诊有丰富的内容，现代则应用各种仪器设备和实验手段，对于传统望诊的微观表现及其形成机理，以及从望体表症状发展至同时观察体表与体内的各种症状，在科研工作中积累了不少资料。现仅就舌诊研究、指纹诊研究和影像学研究 3 方面作概要介绍。

#### 舌诊研究

舌诊的现代研究内容广泛，主要可分为客观化研究、机理研究和临床研究 3 个方面。

1. 客观化研究 舌诊的客观化，目的在于避免肉眼观察的误差并增加微观观察的内容。

舌诊辨色的仪器，各地续有研制。有人利用红、绿、蓝 3 种光谱反射的能量测定舌色，用亮度表示光的能量，色调即不同的波长，饱和度表示彩色的深浅。也有自制舌色仪，用单色（固定波长）的紫外线作激发光源，照射于舌，激发产生不同波长的荧光，通过光电倍增管，放大，记录，可据其波长反映舌色。另外，也有些单位介绍用标准色列作为舌诊辨色的客观标准，但颜色与活体舌色比较总有失真的感觉，故尚未得到公认。

中国医科院用舌血流测量仪测量淡红、淡暗、红暗 3 种舌质的舌表浅血流量。结果，正常淡红舌浅表血流量最大，红暗舌次之，淡暗舌最小。同时以显微镜与彩色录相机连续观察舌蕈状乳头微血管丛数及构形。舌蕈状乳头血管丛在健康儿童以树枝花瓣形为主。哮喘患儿发作时呈点弧形，急性肾炎时仍呈树枝花瓣形，但常有许多瘀血、血管丛出现。随着病程延长，病情缓解，血流量恢复，血管丛的形态也逐渐恢复正常。

中医研究院广安门医院儿科用消毒薄片压舌板作舌刮片，以 95% 酒精固定 30~60 分钟，荧光 (AO) 染色后作荧光显微镜检查 135 例。结果，黄色苔涂片上的白细胞数远

比白色苔涂片者多。随着病情发展,舌苔由薄变厚,苔色由白转黄,舌苔上的白细胞数亦随之增高。消化系统疾病舌涂片上的上皮及白细胞数远比呼吸系统疾病及麻疹舌涂片上的少。并发现表证、寒证及虚证白苔涂片上的白细胞少。说明白苔反映炎症现象不显著。少数发热患儿,表寒化热,在黄苔未显之前,舌苔白细胞已先此开始增多。舌活检以电镜研究舌的超微结构,在成人有不少研究,儿童则因不能做到无痛取材,研究较少。

生理、生化研究方面。北京中医医院儿科测试儿童舌面pH值,健康儿童41例中pH值为7(中性)者30例,占73.2%,病儿中舌淡(阳虚)、苔黄(实热)者pH值减低,偏酸;剥苔(阴虚)者pH值升高,偏碱。另有测定唾液分泌量的报告,正常舌或淡白舌者显著多于阴虚光红舌或红绛舌者。研究舌象与消化功能的关系,观察营养性贫血小儿的木糖吸收率:虚证舌象组 $11.3\% \pm 3.5\%$ ,实证舌象组 $21.5\% \pm 4\%$ ,正常儿童组 $25.0\% \pm 4\%$ ,虚证舌象组明显降低,实证舌象组接近正常。观察肺炎患儿的血清胃泌素含量:虚证舌象组 $122 \pm 15.7\text{pg/ml}$ ,实证舌象组 $384 \pm 12.3\text{pg/ml}$ ,正常儿童组 $130 \pm 4\text{pg/ml}$ ,虚证组明显降低,实证组明显增高,说明虚证舌象小儿的消化功能低下。

观察舌象与免疫功能的关系。北京中医医院儿科就虚证、实证舌象分组测定,对比几项免疫指标。末梢血T淋巴细胞测定:虚证舌象组为 $28\% \pm 12.7\%$ ,实证舌象组为 $40\% \pm 10.3\%$ ,正常儿童组为 $53\% \pm 12.3\%$ ,虚证组显著降低,实证组接近正常。补体C<sub>3</sub>:虚、实两组相比,并与正常组相比,均无显著差异。血清免疫球蛋白测定:虚证舌象组各项免疫球蛋白均降低,以IgG更明显;实证舌象组IgA正常或升高者多,余均降低,以IgM更明显。另观察地图舌患者,木糖吸收率降低者占74%,血清IgA降低者占69%,说明地图舌与脾虚有一定关系。

2. 机理研究 对于各种舌象的形成机理,通过解剖、组织、病理、生理等方面的研究,已能初步加以解释。

正常舌的组织结构,可分为粘膜上皮层(角化层、颗粒层、棘细胞层、基底层)、固有层、肌层。在舌背粘膜上,与舌苔形成密切相关的主要有丝状乳头和蕈状乳头。

正常舌质——淡红舌的形成,与舌微循环的正常状态(舌蕈状乳头的血供丰富),蕈、丝状乳头比例(健康青少年舌尖部蕈状乳头占70%左右),舌上皮各层细胞的厚度(蕈状乳头上皮细胞层次少),血循环中红细胞、血红蛋白量及正常的血氧饱和度等有关。正常舌苔——薄白苔是由丝状乳头分化的角化树与填充在其间的脱落上皮、唾液、细菌、食物碎屑、渗出的细胞等共同组成的,其形成与舌粘膜上皮细胞的正常生长与分化、桥粘结构对舌上皮细胞脱落的影响,膜被颗粒内容物对上皮细胞的粘合作用及口腔局部环境等有关。

淡白舌质主要与血循环中红细胞数减少有关。胖嫩舌主要因血浆蛋白低下,全血粘度和血浆粘度降低,引起血浆渗透压下降,而致舌组织水肿。舌边齿痕大多由营养不良,舌组织水肿,导致舌体肥大,压迫于齿缘而产生。红绛舌有实热与虚热两类。实热证红绛舌常有黄苔,多见于感染性发热者,形成与舌的炎症、血液中血红蛋白含量增加或血氧饱和度增高、血浆比粘度和纤维蛋白原含量增高等因素有关。虚热证红绛舌质干苔少,舌体瘦瘪,形成与粘膜及小唾液腺的萎缩变性、舌微血管炎症等因素有关。裂纹舌的电镜观察显示:裂纹舌上皮脚向下延长、增宽、角化障碍而致次级乳头缺乏以及真皮乳头泡沫细胞减少或消失。光滑萎缩舌又称镜面舌,系舌粘膜乳头全部萎缩消失所致,其形

成与重度维生素缺乏、各种贫血、胃肠道功能紊乱所致营养障碍有关。青紫舌常因静脉郁血、血粘度升高、还原血红蛋白升高、血小板聚集性增高等因素产生。

舌苔厚因舌之自洁作用减弱，使丝状乳头长得很长，其形成与舌上皮增殖速率加快及细胞退化过程延迟、角化细胞之间连接牢固不易脱落、唾液 pH 值降低、感染等因素有关。腻苔是丝状乳头的密度增加，增生致密，乳头计数明显增多。黄苔的形成与舌的炎症、舌上皮更新迟缓、消化道上噬物质（二氧化硫等）的沉着或吸附等有关。黑苔的形成原因较复杂，可看作是机体内在因子与外来因子共同作用的结果，诸如炎症感染、高热、脱水、毒素刺激等使丝状乳头易于过长不脱，或大量广谱抗生素的长期应用使口腔内菌群失调霉菌滋长等等。剥苔因舌面上部分丝状乳头萎缩变平。唾液 pH 值增高形成的碱性环境可能会减弱细胞间的粘合作用而有利于剥苔形成。红刺舌即杨梅舌，主要系蕈状乳头大量增生，丝状乳头则相对萎缩或向蕈状乳头转化，与热毒壅盛有关。

3. 临床研究 舌诊的临床研究，主要就健康儿童与患病儿童进行比较，总结不同病证的舌象规律。

北京中医医院儿科检查 1000 例健康儿童，具有龋齿、沙眼、扁桃体肥大等轻微缺陷的 592 例中有 471 例为正常舌象，占 79.5%；完全健康儿童 408 例中有 344 例为正常舌象，占 84.3%，两组比较无显著差异。有人观察了 1000 例健康儿童和 1086 例各类疾病患儿，健康儿童中舌色正常占 98.7%，舌体正常占 99.2%，苔色正常占 95%，苔形正常占 81.5%；病儿与健康儿童比较，异常舌色、舌体、苔形、苔色的比例显著升高。

湖南医学院第一附属医院观察足月健康新生儿和非正常状态新生儿各 100 例生后 48 小时的舌象变化。健康新生儿以淡红舌、薄白苔为主，舌红无苔者仅占 2%，且均于 48 小时内变为淡红舌长出薄白苔。非正常状态新生儿舌红无苔的比例明显增高，达 11%，且淡白舌、黄苔也较正常儿多见。提示舌象与新生儿先天精气充盈程度及生长发育状况有一定关系。

第七军医大学儿科报道对 1000 例患病小儿舌象的观察，发现舌诊所见与成人基本相同。在诊断意义方面，认为除猩红热、舌肿瘤、舌炎、溃疡、重舌、阿狄森病等舌诊有决定性诊断价值外，对其它系统疾患也有诊断方面的帮助。如舌质改变以呼吸系统及循环系统疾患为多见，呼吸系统疾病如肺炎、肺脓疡、支气管炎等舌质多红绛，循环系统有障碍时舌呈紫蓝色。舌苔改变以消化系统疾病为常见，单纯性消化不良时多属润苔，重症或中毒性消化不良时多见黄厚松苔，脱水则见干苔。

儿科传染病的早期相当于卫分证时，由于病情较轻，时间较短，影响血液、循环、消化吸收和代谢功能较少，无论何种疾病，均可出现不同比例的正常舌象。随着疾病的发展，舌质的颜色可由淡红转红绛转紫暗或嫩红，舌苔由白转黄转褐转黑，厚度由薄转厚转无，或同时出现瘀点、齿痕、裂纹等特殊舌质形体的变化。这些变化反映病证由轻转重、由表入里，对辨证有重要意义。流行性乙型脑炎，凡舌苔厚腻且持续时间较长者多为重型病例，常有恢复期神经精神症状，舌象变化少者则多为轻型病例，若恢复期出现舌光红、花剥红、中剥红等舌质或腻苔未化者，多有恢复期神经精神症状。流行性脑脊髓膜炎以红舌、黄苔为多，舌红的深浅与脑脊液细胞数升高有关。急性黄疸型传染性肝炎患者以白腻苔、黄腻苔多见，厚腻苔者转氨酶增高明显，舌苔不退者转氨酶下降也慢，免疫功能低下者舌体多胖大或有齿痕。急性无黄疸型肝炎以苔腻、舌红为主。慢性肝炎

以舌质赤紫居多。同时观察到，凡舌质、舌苔变化不大者，肝活组织病理检查示病变较轻，反之则较重。

哮喘患儿在缓解期舌质大多正常，舌苔多为薄白苔，在发作期舌苔多为白腻苔或厚滑腻苔，约半数患儿舌质转红或紫暗，经治疗后绝大多数转为正常舌象，其中舌淡者较舌红者恢复快。肺炎患儿舌质以红舌或红绛舌为主，约占 92.2%，舌苔以薄白苔为多，占 56.6%，其次白腻苔占 22.5%。结合临床，辨证多为肺热型，部分为肺热伤阴型。大叶性肺炎初起，若见苔薄白而干，为表邪未解而肺津已伤，治疗时需加入养肺生津之品。肺炎失治，温邪由气入营，舌苔由白转黄干到焦黑苔，舌质由红到绛，需用大剂清热解毒、凉营生津之药以救治。也有报道认为，小儿肺炎发热对舌苔的影响大，对舌质无明显影响，肺部体征与舌象变化有一定关系，白厚苔者体征明显居多，说明白厚苔中医辨证为痰湿盛，与西医认为肺内中小水泡音等湿罗音系肺泡及气道中痰液渗出、分泌增多的表现的看法是一致的。舌红少苔或剥脱为阴虚肺燥，肺中湿罗音少。

还有不少疾病的舌象表现有一定规律。贫血者舌质淡得程度与血红蛋白含量成正比，但轻度贫血、病程短，或经过治疗血红蛋白刚恢复正常则均不致立刻影响到舌色变化。原发性血小板减少性紫癜、白血病的舌质呈暗蓝色、瘀斑的出现率较其它病种高，说明有瘀滞现象。秋季腹泻患儿如舌色红绛有芒刺是伤阴脱水酸中毒的结果，不应辨为热入营血，应辨为阴伤液耗。各类肠梗阻的中期及肠扭转、肠套叠等所致的狭窄性肠梗阻，或已开始发生肠管血运障碍的其它原因引起的肠梗阻，舌象表现为舌质红，苔黄燥。中晚期绞窄性肠梗阻和其它原因引起的肠梗阻已发生肠坏死，严重脱水、酸中毒、合并腹膜炎者，舌质绛紫，有芒刺，苔干燥。

#### 指纹诊研究

现代对指纹诊的研究，主要集中在正常与异常的辨别、病理性指纹的形成机理等方面。

有人曾对 3 岁以下的 838 名病儿和 166 名健康儿童的指纹进行了调查研究，发现绝大多数小儿指纹左右对称，男女没有差别。指纹形状与先天性的个体差异有肯定关系，与疾病关系不明显，故辨证意义不大。健康小儿中有很少数指纹达命关的，营养发育较差和病情严重的小儿达命关的比例较高。不论病儿还是健康小儿，其纹色均以紫色为多，其次为青色。浮沉相比，以浮者多见。

指纹颜色，与血内含氧量、血红蛋白量和末梢循环状态等有关。贫血、营养不良者因微循环充盈不足或低灌注状态，血红蛋白减少，指纹呈淡白或淡红色。先天性心脏病等急性或慢性心功能不全、蚕豆病、伯氨奎宁过敏等，体内缺氧，血中还原血红蛋白过多，纹色常青紫。寒证色淡，热证色深。指纹滞指指纹复盈时间长，正常指纹静脉流速约为每 0.5 秒 2 厘米，若指纹复盈时间超过每 0.2 秒 2 厘米为速，少于每秒 2 厘米为迟。指纹滞主实，常见于痰湿、食滞、邪热、气滞血瘀等，发生机理在于血液循环障碍，静脉回流受阻，血流减慢，甚至有瘀血。指纹长短与静脉压、末梢血管舒缩状态有关。心功能不全、缺氧、肺循环压力增高等能使静脉压升高、血液瘀滞的因素都可使指纹延长；呕吐、泄泻、温病后期阴血损伤、津液内竭（失水及血液浓缩），或急性暴发性感染、晕厥等，均可引起末梢血管扩张，使指纹粗长。

#### 影像学研究



影像学方法应用放射学、超声显像学、同位素核医学、CT、核磁共振、内窥镜等手段，观察体内的各种病理变化。影像学方法是中医学望诊的延伸，扩大了视野，使传统的司外揣内向着内外合参发展，不仅丰富了望诊的内容，而且对诊断、辨证具有定位、定性、定量的价值，也为疗效评定增加了客观指标。近 10 多年来，中医影像学研究取得了不少成果，但儿科方面的研究还不多，值得深入探讨。

在呼吸系统疾病方面，江苏省大叶性肺炎协作组对 315 例大叶性肺炎的对照观察结果，认为中医分卫、气、营、余邪未尽 4 个临床证型，其 X 线表现：卫分阶段相当于发病的初期，肺部出现范围小、密度较淡之炎性渗出性病灶，进入气分阶段即相当于中期，肺部出现大叶性或支段性炎性实变征象，营分阶段相当于危重期，肺部改变同前，但有危重的临床症状，至余邪未尽阶段相当于恢复期，肺部病灶呈吸收好转征象，二者的符合率可达 90%。常州市中医院专门就 600 例小儿支气管肺炎作了观察研究，同样证实了上述规律。肺痈（肺脓肿）的 X 线诊断可以明确脓肿的数量、大小、脓液未成、已成以及吸收、消散的情况。北京儿童医院通过 X 线胸片诊断后分组对照治疗观察，中药脓疡散治疗小儿肺脓肿 45 例，该组脓肿占肺表面积比西药组大 7%，巨大肺脓肿占全部病例的 12.5%，而西药组仅占 4.76%，治疗结果中药组与西药组疗效完全相同。南京中医学院附属医院对 376 例肺结核的观察，认为 X 线征象可作为辨证分型的一项重要客观依据，肺阴亏损型病灶范围小，年龄偏小；阴虚火旺型病灶范围仍可较小或属Ⅰ型肺结核的急性发作期；气阴耗伤型肺部病灶范围较大，肺组织损坏较多，并可出现明显的纤维化改变，主要包括Ⅲ型及部分Ⅳ型肺结核；阴阳两虚型肺部病灶广泛，纤维化严重，并可并发代偿性肺气肿甚至肺心病征象，大部分Ⅳ型肺结核属此型，并就无临床症状而患有活动性肺结核者提出可名为阴平阳和型。

北京儿童医院研究分析小儿胃镜检查与胃病临床辨证的关系，用小儿纤维胃镜检查了 200 例患儿。胃镜下胃粘膜辨证分为 4 型：①胃肠虚寒型（70 例）：胃粘膜呈淡红色或苍白色，粘膜粗糙，可见散在斑片状充血，亦可见糜烂结节，有溃疡改变者溃疡相对较深，附有白苔或坏死物，其周围粘膜充血肿胀改变相对较轻，溃疡愈合较慢；②胃肠滞热型（75 例）：胃粘膜弥漫性充血明显，以胃窦部及球部改变为著，粘膜粗乱，多伴肿胀、糜烂，有溃疡改变者可表现为单发、多发溃疡或溃疡呈霜斑样，其周围粘膜组织急性炎症改变重，触之易出血；③胃络阴伤型（22 例）：胃粘膜轻度充血，欠光泽，粘膜偏粗糙，分泌物偏少，血管网紫暗，可见糜烂或溃疡，触之易出血，可有胆汁返流；④胃肠瘀滞型（33 例）：胃粘膜充血，色泽偏暗红，可见散在出血点及瘀血斑，血管网多清晰，色紫暗，部分病儿可伴有粘膜充血、肿胀，或糜烂、溃疡，少部分病儿亦可见胆汁返流。分析胃粘膜微观辨证与西医临床诊断的关系：胃肠虚寒型半数以上为浅表性胃炎；胃络阴伤型多见于病史较长的浅表性胃炎；十二指肠球部溃疡病儿胃粘膜微观辨证多为胃肠瘀滞型；过敏性紫癜病儿多为胃肠瘀滞型，部分伴有不同程度的胃肠滞热或胃络阴伤表现。胃粘膜辨证与临床宏观辨证有符合者，亦有不符合者。

B 超对多数急腹症，如胆结石、肠梗阻、胆道蛔虫病、胰腺炎等能迅速诊断，其对体内病变的显像诊断对于辨证、治疗（包括中医药疗法与手术疗法的选择、中医选方用药等）及疗效判断等，具有重要价值。

X 线胃肠道造影检查胃肠道动力的改变，对于脾虚证的诊断有一定意义。已有的观察

有胃功能减低与胃肠道功能亢进两类报告，需进一步研究分析。

此外，影像学检查用于各类肿瘤、脓肿、结石、畸形等疾病以及胎儿诊断等，都具有重要的诊断价值，检查结果与证候诊断相联系，则对中药辨证论治有直接的指导意义。进一步就不同影像学检查结果与宏观辨证之间的关系加以研究，则可逐步建立起宏观辨证与微观辨证相结合的全方位辨证体系，产生中医学诊断、辨证学的飞跃。

影像学研究中还包括中医药在改进诊查方法中的应用。如在硫酸钡中加石榴皮和白及煎剂，混匀后作结肠灌肠，摄取X线下的充盈像及粘膜像，结果比常规组所获粘膜像更佳。胃肠道快速造影，各地分别用大承气汤、玄明粉等服用，缩短了造影时间，且取得了良好的充盈效果。

### 3.1.2 闻诊

闻诊，是医者运用听觉、嗅觉诊察病情。小儿患病时发出的各种声音和气味，表现是客观的，通过医者辨识，在部分病证的诊断中也具有重要价值。当然，诊查时应当注意到周围环境，听声音时要排除噪音干扰，嗅气味时要排除外界异味，才能保证闻诊结果的可靠。

#### 3.1.2.1 听声音

患者的声音由口鼻发出。不同年龄、性别的人发出的声音也不同，辨识各种病理性声音，需与生理性声音相对照，因此，听声音的效果与医者的经验有密切联系。

##### 啼哭声

小儿的啼哭，有属生理现象的，也有的是某种不适的表示，还可是各种病态的表现。

新生儿刚离母腹，便会发生响亮的啼哭。若初生不啼，便属病态，需紧急抢救。婴儿也常有啼哭，正常小儿哭声清亮而长，并有泪液，无其它症状表现，是属常态。

婴幼儿有各种不适时，也常以啼哭表示。例如：衣着过暖、温度过高或过低，口渴，饥饿或过饱，要睡觉，要抚抱，包扎过紧妨碍活动，尿布潮湿，虫咬，受惊等，都可引起啼哭。不适引起的啼哭常哭闹不止，解除了原因后，啼哭自然停止。哭声绵长，伸头转动，口若吮乳，得乳食则止者，是饥饿啼哭；哭声急迫，臂若拥抱，可能是要求抚抱；哭声骤起而连续不止，可能是大小便或虫咬针刺等引起，要细心检查。

病理性啼哭，若声音洪亮有力者多为实证；细弱无力者多为虚证；哭声尖锐惊怖者多为剧烈头痛、腹痛等急重症；哭声低弱目干无泪者多为气阴衰竭危证。哭声尖锐，阵作阵缓，弯腰曲背，多为腹痛；哭声响亮，面色潮红，注意是否发热；哭而骤止，时作惊惕，须防惊风发作；吮乳进食时啼哭拒进，注意口疮；啼哭声嘶，呼吸不利，谨防咽喉急症；夜卧啼哭，睡卧不宁，为夜啼或积滞；哭声绵长，抽泣呻吟，为疳病体弱；哭声极低，或暗然无声，须防阴竭阳亡。

##### 呼吸声

肺主气司呼吸。正常小儿呼吸平稳、均匀，声音轻柔。呼吸气粗急促，是肺气贲郁；气粗有力，多为外邪袭肺；气急鼻煽，多为肺气闭郁；气喘痰鸣，为痰壅气道；鼻息稍促，张口呼吸，可能鼻塞；呼吸急迫，面青不咳，须防喉痹；呼吸声弱，是为肺气虚弱；呼吸微弱，声低不续，间歇如泣，防肺气将绝。

##### 咳嗽声

有声无痰为咳，有痰无声为嗽，有痰有声为咳嗽。咳嗽声因肺气清宣、肃降失职而产生。一般初咳、声咳、咳声不扬为肺气失宣；剧咳、连咳、咳兼喘憋为肺失肃降。咳嗽声重，鼻塞流涕，多为外感风邪，涕清多风寒，涕浊为风热；干咳无痰，咳声稍嘶，为燥热伤津；咳声重浊，痰多喉鸣，为痰浊阻肺；咳声嘶哑如犬吠，须防喉痹、白喉类疫毒攻喉之症；久咳声哑，为肺阴耗伤；久咳声轻无力，为肺气虚弱；久咳而发作时连咳难止，面红目赤，气急呛咳，涕泪皆出，咳毕回声、作吐，日轻夜重，是为顿咳。

#### 言语声

对于会讲话的小儿，应将言语声列为闻诊内容之一。正常小儿的言语声应当清晰，语调抑扬顿挫有度，语声有力。妄言乱语，语无伦次，声音粗壮，称为谵语，多属热扰心神或邪陷心包；声音细微，语多重重复，时断时续，神志不清，称为郑声，多属心气大伤。语声过响，多言躁动，常属阳热有余；语声低弱，断续无力，常属气虚心怯。语声重浊，伴有鼻塞，多为风寒束肺；语声嘶哑，呼吸不利，多为毒结咽喉。小儿惊呼尖叫，多为剧痛、惊风；喃喃独语，多为心虚、痰阻。

#### 呕逆声

呕吐、呃逆、嗝气均属胃气上逆。呕吐声响亮有力，来势急骤，属实证、热证；呕吐声低弱无力，来势徐缓，属虚证、寒证。呃逆频作而短，声响有力，多为实热证；呃逆低沉而长，气弱无力，多为虚寒证。嗝气为气自胃中上冲喉间而发声，有宿食不化、寒气犯胃、肝胃不和多种证候，须结合它诊辨证。喷嚏为肺气上冲于鼻而发声，喷嚏连作、常作者多为风痰郁肺，与过敏体质有关。

### 3.1.2.2 嗅气味

气味由患儿身体或分泌物、排泄物散发出来，对诊断亦有一定参考价值。

#### 口气

正常小儿口中无臭气。口气臭秽，多属脾胃积热；口气酸腐，多属乳食积滞；口气腥臭，有血腥味，多系血证出血；口气腥臭，咯痰脓血，常为肺热肉腐。

#### 二便

大便臭秽为肠腑湿热；大便酸臭为伤食积滞；便稀无臭为虚寒泄泻。小便臊臭短赤多为湿热下注膀胱；小便少臭清长多为脾肾二脏虚寒。矢气频作臭浊者，多为肠胃积滞。

### 3.1.2.3 闻诊的现代研究

#### 听诊研究

1. 声音分析 应用计算机声音识别系统，可以对各种声音作数据化处理，这种声音识别技术将能对各种病理性声音进行分析，帮助诊断和辨证。日本森田等提出：音是物理性的，包括周波数（调子高低）、音压（响度、大小）、波形；声是心理性的，如调子高低、频率、大小等。可以就声音的构形进行分析。作者调查了婴儿356种痛苦哭泣声，指出声音高低与临床诊断有很高的相关性，并应用声波摄谱（声纹图），分析了心、肝、脾、肺、肾五声。即用电磁示波器将声波的成分通过1/3音组周波分析器，把声调子作音调计数，继而把声纹作声波摄谱、把声的周波特性及成分用音谱分析器及资料相关计进行分析，将所得结果进行个体差异分类，用电子计算机记忆，通过图像解析系统处理，综合。象这样用机械认识声音的心理属性作定量分析，可以搜集大量资料，构成评价指标，进行多元回归分析。这类研究的成果，将为闻诊听声诊断的客观化提供可靠的方法。

2. 听诊器械 听诊器械的作用在于扩大听诊的范围。超声仪器如B超、多普勒,能将人类耳朵不能识别的超声波通过仪器接受,形成波形图显示,供诊断及辨证用。

目前临床广泛应用的听诊器,可以使患者体内的声音如肺脏呼吸、心脏跳动、肠道蠕动等传入人耳,充实了耳闻的客观资料。听诊器所获得的闻诊资料如何用中医学诊断、辨证学方法加以处理,是闻诊研究的内容之一。一般认为:肺、心听诊,因小儿胸壁较薄,胸廓易于震动,故声音较成人响亮;又因正常儿童年龄越小,呼吸、心跳越快,故判断呼吸、心跳是否加快需掌握其生理常数。呼吸急促,为肺气郁;呼吸缓弱,为肺气不足。呼吸音粗糙见于风邪犯肺;干性罗音多为肺气失宣,音调高者也有属肺气失肃;哮鸣音为痰阻肺络,宣肃失职;粗湿罗音常见于痰阻肺络,中细湿罗音常见于痰热闭肺或痰饮瘀滞。心跳加快多为实证、热证,但过速则常见心气不足,阳虚血瘀;心跳过慢多为虚证、寒证,但也有属痰瘀阻滞者。心脏杂音有属先天畸形、气血亏虚,也有属风湿犯心、瘀血阻络者。心音强而有力为实证,心音弱而无力为虚证,心音遥远为水饮上泛凌心。

#### 嗅诊研究

如同听诊可应用物理学中的声学方法及计算机技术进行声音分析一样,嗅诊同样应当可以应用化学方法及计算机技术进行气味分析。但目前这方面的研究尚未起步,有待今后开展。

### 3.1.3 问诊

问诊,是医者通过询问患者及其亲属以获取病情资料的方法。儿科问诊通常以询问患儿亲属为主,最好能直接询问与患儿密切接触的家长或保育者,年龄较大的患儿也可以作为问诊的对象,但对其所诉是否可靠要加以分析。

#### 3.1.3.1 问一般情况

患儿的一般情况首先要问清,记录于病历首页上。一般情况包括以下主要项目。

姓名、性别:准确填写,避免差错,便于复诊。性别有时可作为拟诊参考,如热淋多见于女婴,进行性肌营养不良绝大多数发生于男孩等。

年龄:对新生儿问明天数,婴儿问明月数,较大儿童问明几岁几个月。了解患儿的实际年龄对于判断其生长发育是否正常,以及计算体重、饮食量、用药量等,均有重要意义。

出生地、民族、国籍:可作为某些地方病、流行性疾病诊断之参考,有助于了解患儿的生活习惯和环境。

家长姓名、家庭住址、邮政编码、电话号码:作为随访追踪观察病情时使用。

就诊时间、病史陈述者、可靠程度:供诊断参考。

发病节气:便于分析气候因素与发病的关系。

#### 3.1.3.2 问现病史

首先要问清主诉,然后围绕主诉询问。询问的内容包括与主诉直接相关的临床症状及其它全身症状,疾病的发生、发展、就诊、治疗情况等。围绕常见主诉询问的内容及其临床意义有以下几个主要方面。

##### 问寒热

恶寒、发热，主要靠家长的观察、触摸及体温计测量来了解，大孩子也可以自我表达。问寒热需要问其起始时间、持续时间、高低规律、用药反应等。寒热并见是表证特点，恶寒发热无汗者多为外感风寒，发热恶风有汗者多为外感风热。寒热分别单独出现多属里证，但热不寒为里热证，但寒不热为里寒证。寒热往来者为邪在半表半里。壮热不寒，心烦口渴，为里热炽盛；热势起伏不扬，午后热盛，舌苔黄腻，为湿热内蕴。长期发热不退者有实有虚，但多有从以实为主转虚实夹杂继转以虚为主的趋势。午后潮热，五心烦热，缠绵不已，多为阴虚内热；低热绵延，朝甚于暮，面眺多汗，常为气阳不足。畏寒肢凉，汗出不温，为阳气亏虚；寒甚不渴，腹部掣痛，为寒伤中阳。

#### 问出汗

问汗，要问汗出有无、出汗部位、出汗时间及数量、汗出温凉等。汗液由阳气蒸发阴液而出，小儿发育旺盛，出汗相对较多，另有因气候炎热、衣被过暖、哭闹不止、剧烈活动等而出汗，均不属病态。若白日无热自汗，稍动尤甚，为气虚卫外不固；入睡汗出湿衣，醒后自止，为阴虚或气阴两虚。热病中汗出热不解，为表邪入里征象；高热汗出口渴心烦，为阳明里热炽盛。热汗为热势蒸盛迫津外泄；冷汗为卫表失固阳虚阴泄。长期汗出过多，面白肢凉，为阴伤气阳随之亏损；骤然大汗淋漓，汗出如珠，为阳脱阴津随之欲亡。

#### 问头身

婴幼儿头痛常表现为反常哭闹，以手击首或摇头，年长儿可询及头痛、头晕及部位、性质。头痛绵绵，时痛时止，多为气血亏虚；头痛隐隐，耳鸣头晕，多为肝肾阴虚。急起头痛，需注意是否伴有发热，发热者多属外感六淫，头痛剧烈者须防邪毒犯脑。头痛如刺，痛有定处，多系瘀阻脑络；头痛头晕，神识蒙昧，多系痰浊蒙窍；头晕目眩，面黄唇淡，多系肝血亏虚。

身痛伴见于头痛，常为风邪束表。关节疼痛，屈伸不利，常见于痹病，肿胀而热者多为热痹，肿胀不热者多寒痹。肢体瘫痪不用，强直屈伸不利为硬瘫，多因风邪留络、瘀血阻络；痿软屈伸不能为软瘫，多因阴血亏虚、络脉失养。小儿有下肢关节疼痛阵作，发作为时短暂，关节肌肉无变化，亦无其它症状者，可能为生长阶段出现的暂时络脉不和，不必认作病态。

#### 问胸腹

胸部不适，主要靠年长儿自诉。婴幼儿难以确认。胸部窒闷，喘鸣肩息，多为痰阻气道，肺失宣肃；胸闷胸痛，气短喘促，多为胸阳不振，痰阻气逆；胸闷心悸，面青气短，多为心阳虚衰，血脉瘀滞；胸痛咳嗽，咯吐脓血，多为肺热壅盛，腐肉伤络。

婴儿腹痛，临床常表现为阵发性反常哭闹，曲腰啼叫，或双手捧腹，辗转不安。较大儿童主诉的腹痛，要通过腹部按诊并结合其它症状以确定部位、性质。若痛在脐周，发作短暂，别无它症，按诊亦无显著改变，反复发作而症状相似，能自行缓解，多为脾阳不足，中焦气滞。脘腹胀痛，嗳气酸馊，为伤食积滞；两胁胀痛，呕恶发热，为热结少阳；右上腹痛，剧如钻顶，时急时缓，呕恶吐蛔，为蛔扰入膈；脘痛隐隐，绵绵发作，嗳气吐酸，食欲不振，为中虚气滞；大腹疼痛，痛则欲便，里急后重，便下脓血，为湿热下痢；右下腹痛，肢曲不伸，按之痛甚，呕吐发热，为肠痈瘀热；腹痛如绞，位在两侧，按之无块，小溲出血，为石淋发作；急起腹痛，面白肢凉，喜暖喜按，小溲清长，为寒

伤中阳；痛有定处，反复发作，按及包块，推之不移，为气滞血瘀。

#### 问饮食

《万氏家藏育婴秘诀·十三科》说：“小儿之疾，属胎毒者十之四，属伤食者十之五，外感者十之一二。”强调了食伤在儿科病因学中的重要性。向家长询问小儿的饮食情况，是儿科问诊不可缺少的内容。

小儿厌恶进食，食量减少，为脾运失健；食欲亢进，不充形骸，为胃强脾弱。不思进食，脘腹胀满，为乳食积滞；嗜食异物，绕脐腹痛，为虫踞肠腑；食少形瘦，大便不化，为脾胃气虚；进食则吐，矢便不通，防肠结阻滞。口渴引饮，见于热痛，为热伤阴津；口渴多饮，口干干燥，为阴伤内耗。多饮多食，形瘦尿多，为阴虚燥热之消渴；多饮少食，舌干便秘，为胃阴不足之厌食。

#### 问二便

二便的诊察，应当望诊、闻诊、问诊三诊结合。望诊、闻诊需在患儿就诊时排便的情况下进行，否则，便只能通过询问家长了解。

大便的次数只能靠家长统计。对泄泻患儿必须统计准确，才能作为判断病情进退的重要依据。便次多兼量多，易成伤阴重证，继而阴阳两伤；便次多而量少，若伴发热腹痛，里急后重，可能为痢疾初期。腹痛欲泻，泻后痛减，为伤食泄泻表现；食后作泻，时轻时重，为脾虚泄泻表现。泄泻病程短者为暴泻，多属实证，为风寒湿热、食滞所伤；泄泻病程长者为久泻，多属虚证，因脾肾气虚、阳虚所致。便后肛门脱出，为中气下陷之脱肛；便中夹有成虫，为虫踞肠腑之虫症。

小便频数，不急不痛，为脾肾气虚失摄；小便频数，尿急尿痛，为湿热下注膀胱。睡中小便自遗，尿清而长，为阳虚失固；睡中遗尿量少，尿味腥臊，为肝经湿热。排尿不畅，点滴而出为癃，点滴不出为闭，均属膀胱气化不利之重症。排尿不畅或突然中断，为湿热蒸熬之石淋；排尿过多兼多饮多食，为阴虚燥热之消渴。

#### 问睡眠

小儿睡眠情况，要询问每日睡眠时间，睡中是否安宁，有无惊惕、惊叫、啼哭、齟齿等。儿童的正常睡眠时间，年龄越小则越长，随着年龄增大而逐渐缩短。睡眠时间过短，若经日如此者，常为心火内盛；若偶然出现者，常为食滞胃脘。寐不安宁，多汗惊惕，常见于心脾气虚之佝偻病；入夜啼哭，日间安睡，常见于脾寒心热之夜啼证；睡中齟齿，多因肠胃积滞，或肝火上炎；睡中肛痒，多因蛲虫骚扰或湿热下注。入寐露睛，多属久病脾虚；多寐难醒，多属气虚痰盛。

### 3.1.3.3 问个人史

小儿个人史，包括以下4个方面。

#### 生产史

对于新生儿、婴幼儿的疾病诊断关系密切。要详细询问胎次、产次，是否足月产，是顺产还是难产，生产方式，出生体重，出生时情况（如有无窒息、青紫等）等，必要时询问母亲妊娠、分娩时的情况。如五迟、五软有的与初生不啼（新生儿窒息）有关，脐因断脐不洁产生，双胎、多胎易见胎怯等。

#### 喂养史

喂养史对于小儿，特别是婴幼儿的生长发育与发病有密切关系，对脾胃病患儿尤当

重视。询问喂养史包括喂奶的种类与方法，何时添加何种辅食，何时断奶及断奶后食物种类，有无偏食、贪吃零食等不良习惯，目前食欲、食量情况，起病前有无进不洁饮食或其它特殊饮食（辛辣、生冷、油腻、滑肠及过敏食品等）情况等。

#### 生长发育史

生长发育史包括小儿的体格发育、神经精神发育方面的一些重要指标，如何时开始会笑、抬头、认人、独坐、爬行、站立、行走、说话、控制大小便等，出牙的月龄、凶门闭合时间，体重、身高增长情况等。以上情况如在幼托机构有记录资料者可直接参考。学龄儿童要询问其学习情况，开始进入青春期的大龄儿童要了解有关青春期生理及心理的有关情况等。

#### 预防接种史

询问何时接受过何种预防接种，接种次数，接种效果，如卡介苗（减毒活结核菌混悬液）、脊髓灰质炎减毒糖丸活疫苗、麻疹减毒活疫苗、百日咳菌液、白喉类毒素、破伤风类毒素、乙脑疫苗等，有儿童保健卡记录可查者可直接参阅。预防接种史对于有关传染病的诊断有重要价值。

#### 3.1.3.4 问其它史

问小儿其它史，包括既往史、家族史及社会史。

##### 既往史

既往史指过去病史，特别是对与现病有关的既往疾病需详细询问。

注意过去有无与现病相同或类似的疾病，如高热抽风者须问过去有无高热惊厥史，过敏性疾病应问过去有无类似发作史，脓血便患儿应询问有无痢疾未彻底治疗史等。

询问与本次疾病有关的同一系统疾病，如肺系疾病患儿是否有反复呼吸道感染等，脾系疾病患儿是否有慢性或反复发生脾胃病的病史，心阳虚衰、血脉瘀阻患儿有无先天性心脏病或其它器质性心脏病病史等。

考虑本次疾病可能为传染病时，要特别注意询问过去患过何种传染病，如患过麻疹、水痘、疟疾者一般不会再次发病。若考虑目前症状可能为某些传染病（如流行性乙型脑炎、脊髓灰质炎等）的后遗症时，更要问清起病时的情况。

每个患儿都要询问药物过敏史并在病历上用红笔标出，以免误用。

##### 家族史

询问父母年龄及健康状况，如已死亡，应记录死亡年龄及原因。询问父母是否近亲结婚，母亲孕产史，直系亲属中是否有家族性或遗传性疾病，有无结核病、病毒性肝炎等传染病等。

##### 社会史

社会史指父母的职业、经济情况，小儿生活习惯、居住环境和条件，密切接触者（如保姆、亲友、邻居、同班同学等）的健康状况，有无传染病或不良生活习惯等。

#### 3.1.4 切诊

切诊是医者运用手指切按患者体表以诊察疾病的方法。切诊包括按诊和切脉两部分，均应在尽可能使患儿安静的状态下进行。

##### 3.1.4.1 按诊

按诊是医者应用手指的触觉对患者的各个部位作触摸按压,以测知病变部位变化,从而推断疾病的部位、性质的诊断方法。按诊一般按自上而下的顺序进行。按诊时医者的手要温暖如常,用力要适当,注意力集中,并注意分散患儿的注意力,避免其因紧张而不配合检查。

#### 按额部

按摸患儿额部,主要触其冷暖。额冷为寒证,有外感风寒或阳虚内寒,也有属热深厥深阳气不达者。额热为热证,常见于外感表热及里热炽盛,也有属阴虚内热者,可将额部与掌心对照,一般额热甚于手心者多为外感表热,手心热甚于额部者多为阴虚内热。

#### 按头颈

对婴幼儿先按头顶囟门,看其是否按期闭合,未闭者再按其大小、凸凹。囟门闭合延迟,加之颅骨软化按之稍陷,见于脾肾亏虚之佝偻病;囟门不闭反而逐渐开大,头颅增大目如落日,见于肾虚水泛之解颅;前囟闭合过早者,可能发生头小畸形。囟门凸起,称为囟填,常为邪热炽盛,肝风内动;囟门凹陷,称为囟陷,常为津液亏损,阴伤欲竭。

触摸患儿颈下颈项等处,检查有无肿块。颈部一侧斜肌(胸锁乳突肌)肿硬,使头偏向患侧,为先天性斜颈。耳下、颌下触及肿块,质软不热,多为疔腮;头颈肌肤局部肿胀,质地稍硬,抚之灼热,多为热毒痈疖。触及质地较硬之椭圆肿块,推之可移,常为髂核,头面口咽有炎症感染者,属痰热壅结之髂核肿痛(淋巴结炎);连珠成串,质地较硬,推之不易移动者,可能为痰核内结之瘰疬(淋巴结核)。若颈项及全身其它部位见多处髂核肿大,伴发热血虚出血,肋下痞块者,须防内伤恶症(白血病等)。

#### 按肌肤

按肌肤须察其寒热、润燥、肿胀,可协助辨别邪正盛衰、津液存亡、病位浅深。肌肤灼热为阳热亢盛,肌肤寒凉为阳气虚衰。皮肤滑而柔润,是津液未伤;皮肤干燥起皱,是阴津大伤。肌肤多汗而热,为热迫津泄;肌肤多汗粘冷,为卫弱营泄。肌肤肿胀,按之随手而起,属阳水水肿;肌肤肿胀,按之凹陷难起,属阴水水肿。按小儿肌肤的部位,最常用尺肤,即腕关节内侧横纹处至肘关节内侧横纹处的肌肤,诊察其寒热、润燥,若是按其肿胀,则以按压小腿内侧前缘为佳。

#### 按胸腹

按摸小儿胸部,胸骨前突为鸡胸,胸椎后突为龟背,胸骨两侧肋骨前端突出称串珠,胸廓在膈部内凹肋缘处外翻称胸肋沟,均因先天不足、后天调养失宜产生。以手掌按于患儿虚里(心尖)处,搏动过甚为宗气大泄,搏动微弱为宗气不足。

肋下两侧可触摸肝、脾二脏。正常婴幼儿肝脏可在右肋缘下1~2cm触及,柔软而无压痛,6~7岁后即不应摸到。脾脏在左肋缘下除婴儿期偶可摸到外,一般均不应触及。肝脾肿大,质地变硬者为癥积,质地较软者为痞块,多属气滞血瘀。

患儿腹痛时须细心按摸腹部,观察按摸时患儿的反应,以了解腹痛的部位和性质。腹痛喜按,按之痛减者,多属虚属寒;腹痛拒按,按之痛剧者,多属实属热。腹部触及包块,在左下腹如腊肠状者常为粪块;在右下腹如圆团状者常为肠痈;大腹触及包块推之不散者常为肠结;大腹触及包块按摩可散者常为虫瘕。腹部胀满,叩之如鼓者为气胀;叩之音浊,随体位移动者为水臌。

### 3.1.4.2 脉诊



小儿脉诊,在婴幼儿因易于哭闹而影响脉象,故应用较少。3岁以上小儿诊脉时也要使之安静。小儿寸口脉位短,切脉时可以用“一指定三关”法,即以医者右手的食指或拇指按于寸口部切脉。

正常小儿脉象平和,较成人细软而快。年龄越小,脉搏越快。若按成人正常呼吸定息计算:初生婴儿一息7~8至,1~3岁6~7至,4~7岁约6至,8~13岁约5至。若因啼哭、活动等而使脉搏加快,不可认作病态。

小儿病理脉象分类,历来主张较成人简化。《小儿药证直诀·小儿脉法》说:“脉乱不治,气不和弦急,伤食沉缓,虚惊促急,风浮,冷沉细。”提出了乱、弦急、沉缓、促急、浮、沉细6种脉象的病理意义。现代则将浮、沉、迟、数、有力、无力作为小儿的6种基本脉象。浮脉主表证,沉脉主里证,迟脉主寒证,数脉主热证,有力主实证,无力主虚证。6种脉象可以兼见,如浮数主外感风热,沉迟主阳气虚弱,脉数有力主实热证,脉数无力主虚热证等。当然,除以上6种脉象之外,其它有些脉象在儿科有时也能见到,如滑脉见于热盛、痰湿、食滞,洪脉见于气分热盛,结脉主气血亏虚或寒凝瘀滞,代脉多主气血虚衰,弦脉主惊风、腹痛、痰饮积滞。

### 3.1.4.3 切诊的现代研究

切诊的现代研究,主要集中于脉诊的客观化研究。公元1241年施发的《察病指南》将手指感觉的脉搏跳动绘成33幅图形,成为客观脉象描记的开端,现代则研制出了多种性能各异的脉象仪。现代脉象仪的总体构成包括脉象信号检测、信号预处理和信号分析3个环节,其中最关键和差异较大的部分就是脉象传感器的研制,其测量原理分成了机械式、压电式、光电容积式等多种,以压电式较为成熟和实用。对于脉象信号检测以后的分析处理,则建立了时域分析法、多因素识图法、频域分析法、数学模型法等方法,并在向着利用计算机技术的智能化处理方向发展。

上海中医学院生理教研室应用MX-3型脉象仪和HMX-3C型脉象换能器,选择最佳取法压力描记脉搏图形。于被试者平静呼气末屏息后,在SJ-42型四导生理记录仪上同步描记心动阻抗微分图、左关脉图、Ⅱ导联心电图和心音图。观察了113例学龄儿童的心脏与血管功能,并与79例健康青年比较。发现学龄儿童主波( $h_1$ )显著低于对照组,潮波相对高度 $h_3/h_1$ 和降中峡相对高度 $h_4/h_1$ 较高,最佳取法压力( $P_1$ )较低,相似于文献所载的成人细脉、浮脉兼弦脉。血流动力学指标的每搏输出量(SV)、心输出量(CO)、心指数(CI)、平均顺应性( $\bar{C}$ )显著低于对照组,提示学龄儿童心血管功能明显弱于青年人。

北京针灸骨伤学院等用S88型指脉仪检查了30例胎心率异常的37孕周以上的孕妇,均出现下波或弱波两种异常波形,而30例相同孕周的胎心率正常者均为正常波形。胎心率异常孕妇口服股蓝袋泡茶1~2周后,随着胎心率转为正常,指脉波形亦转为正常。说明指脉异常波形可作为检测孕妇缺氧所致胎儿胎心率异常的指标。

近几十年来,脉诊现代化研究做了许多工作,与儿科有关的脉象图研究也已经开展。但是,迄今为止,尚未能搞出公认的标准脉象图。脉诊现代化研究的突破,有待于中医脉学基本理论的整理优化、中医脉诊的规范化,以及建立切合实际的科学的研究方法体系。在中医脉诊现代化研究这一系统工程中,需要有中医脉学、辨病辨证、脉搏图学、血流动力学等病理生理学基础的知识,应将这四大知识板块及其相互关系网络的整体综合

作为研究的主要基础。将这项巨大的系统工程中各个环节的分别研究积累，放入这个系统中进行整体的考虑，综合起来，才可能形成脉诊现代化研究的突破。

### 现代参考文献

- (1) 阎慧敏. 小儿胃镜检查与胃病临床辨证的关系. 中医杂志, 1993, 34 (3): 170
- (2) 恽敏, 等. 常见病中医临床证型的影像诊断研讨会纪要. 中国中西医结合杂志, 1992, 12 (4): 254
- (3) 钱静庄, 等. 113例学龄儿童脉图与心血管功能的观察. 上海中医药杂志, 1992, (10): 46  
(汪受传)

## 3.2 儿科辨证概要

“证”是中医学中一个特定的概念，它是对一组具有内在有机联系的病因、病机、病性、病状、病位、病理演变等病理要素的概括，能够反映出人体病理变化的本质属性和机能变化特点的概念。对于不同的疾病，证可以反映它们在某些阶段的共性，而对于同一疾病的不同阶段或不同患者，证又可以反映出其个性差异。辨证论治是中医学临证医学的核心，也是与西医学以识症为前提的临床思维方式的基本区别所在。辨证，就是在综合分析四诊资料的基础上，分析疾病的病因，明确病变的部位，确定病证的病机，判断邪正消长、疾病动态变化情况，加以归纳概括。自《内经》、《伤寒论》以来，中医辨证学不断发展，逐步摸索出了外感、内伤等各类疾病的辨证规律。现代则以丰富的微观辨证内容、研究证的实质、研制证的动物模型、统一证的诊断标准等为特点，向着辨证学现代化的方向发展。

儿科辨证方法基本上与成人相同，但由于小儿和儿科病的特点，某些辨证方法在儿科更为常用，其证的临床表现也与成人有所差异。儿科疾病辨证，除以八纲辨证作为总纲外，外感病多用卫气营血辨证，内伤病多用脏腑辨证，还经常用到气血、痰食等辨证。

### 3.2.1 八纲辨证

儿科病的辨证总纲与成人相同，采用表、里、寒、热、虚、实、阴、阳八纲辨证。《景岳全书·小儿则·总论》说：“小儿之病，……辨之之法，亦不过辨其表、里、寒、热、虚、实。”说明历来儿科医家对于八纲辨证的重视。

#### 3.2.1.1 表里证

表里是辨别疾病病位的纲领。一般说来，病在皮毛肌表的属表证，病在脏腑的属里证。病在表的病邪浅，病势轻；病在里的病邪已深入，病势较重。

##### 表证

六淫、疫疠之邪从皮毛、口鼻初犯人体肌表、经络而发生的病证为表证。表证多见于外感疾病的初期。

表证证候为：发热，恶风畏寒，鼻塞流涕、头痛身痛，咳嗽咽红，舌苔薄白或薄黄，脉浮，指纹浮露。

表证伤于风者，恶风鼻塞有汗；伤于寒者，畏寒身痛无汗；伤于暑者，呕恶心烦纳减；伤于湿者，身重困倦便泄；伤于燥者，干咳痰粘口干；温疫初起，热多寒少头痛呕恶。

外邪犯人，伤寒多从皮毛而入，温疫多从口鼻而入，正气与邪气抗争则发热。肌肤被束，卫阳不宣，则恶风畏寒，头痛身疼。外邪犯肺，宣发失职，窍道不利，故鼻塞流涕，咳嗽咽痛。舌苔薄、脉浮、指纹浮，为病程短、病位浅、病势轻之象。

### 里证

里证是病位深在体内脏腑、气血、骨髓等的证。里证是与表证相对而言的，可以说，非表证的证候皆属里证。

里证证候为：壮热不寒，汗出口渴，烦闹躁扰，甚则谵语神昏，小便黄赤，大便干结，舌苔黄，脉数有力，指纹紫滞。以上是常见的外感热病入里的证候。若属内伤杂病，又有病在脏腑、气血等的不同表现，另在后面叙述。

里证范围很广，若从病因分析，不外外感、内伤两大原因。上面所列证候常见于温热病由卫入气之后，正邪剧争于里故壮热不寒，热炽阳明则汗出口渴，溲黄便秘，热扰胸膈则烦闹躁扰，蒙蔽心包则神昏谵语。若是邪入营血，又有烦闹不寐、出血动血、舌质红绛等证候出现。另有一种外邪直入于里者，言其外感病不经表证阶段而直接出现里证，如春温直入营血，见斑疹、谵妄等症；寒邪直中脾胃，见腹痛、吐泻等症。小儿内伤杂病的里证，有饮食、情志、疲劳，以及先天禀赋等多种病因，直接影响脏腑气血，使其功能紊乱，阴阳失调，而产生多种多样的证候。

### 表里夹杂证

表证与里证并不是截然区分的，在许多情况下，邪在半表半里，或者表里同病，显示为夹杂证，并且不断相互转化。

半表半里证候为：寒热往来，胸胁苦满，口苦咽干，目眩，心烦喜呕，不欲饮食，脉弦。本证在儿科表现以寒热往来、呕恶恶食为主，常见于外感表证不解，渐欲入里，犯及少阳胆经。

表里同病有多种证候。有表证未解里证已见者，如温病中的卫气同病；有外感之后又有内伤者，如风寒或风热夹滞；有原有里证又感外邪者，如表里俱寒证等。表里同病证在临床颇为常见，证候特点又有很大差异，临证须辨别表、里证候的标本缓急、轻重主次。

### 表里证的现代研究

表证的机理研究 表证见于外感疾病的初期，主要由微生物致病因子如病毒、细菌等，在调摄失宜、空气污浊、体质下降等环境因素和营养状况使机体抵抗力降低的情况下产生。表证的主要证候的出现，恶寒是由于致病因子进入血液，引起体表小动脉反射性收缩或痉挛，是机体对热源刺激物作用的一种防御性反射活动。发热是具有致热原作用的物质如细菌膜内的酯多糖，与粒细胞及网状内皮系统的其它细胞互相作用，产生并释放一种内源性致热物质（可能为前列腺素），作用于下丘脑的前部而发生。头痛身痛由于致病因素刺激机体引起机体内痛和抗痛的平衡失调。鼻塞流涕是鼻粘膜充血炎症反应的结果。

#### 3.2.1.2 寒热证

寒热是辨别疾病性质的纲领。寒证与热证反映了机体阴阳偏盛偏衰的实质。《素问·阴阳应象大论》说：“阳盛则热，阴盛则寒”，《素问·调经论》说：“阳虚则外寒，阴虚则内热”，所以说，阴盛或阳虚的表现为寒证，阳盛或阴虚的表现为热证。

## 寒证

寒证，是感受寒邪，或阳虚阴盛，机体的机能活动衰减所表现的证候。多见于疾病初起或久病不愈。

寒证证候为：面白唇青，畏寒喜暖，肢冷蜷曲，喜偎母怀，痰涎清稀，口淡不渴，小便清长，大便稀溏，舌质淡，苔白滑，脉迟，指纹红。

寒证的产生，总因阳气不足或为外寒所伤，周身失于温煦，故见面白唇青，畏寒喜暖，肢冷蜷缩；阴寒内盛，津液未伤，故口淡不渴。阳虚不能温化水液，故尿、痰、涕、涎等皆澄澈清冷；阳虚寒湿内生，故大便稀溏，舌苔白滑。

## 热证

热证，是感受热邪，或阳盛或阴虚，表现为机体的机能活动亢进的证候。

热证证候为：面红目赤，发热喜凉，口渴饮冷，烦闹不宁，口舌生疮，甚者神昏谵妄，或暴吐暴泻，或大便秘结，小便短赤，唇舌色红，舌苔黄燥，脉数，指纹紫。

热证的产生原因不一，多由外感热邪引起，也有因风寒化热、积滞生热、情志化火，或阴虚而生内热者。阳热偏盛，则发热喜凉；热伤阴津，则口渴尿少；火性炎上，则面红目赤，口舌生疮；热扰心神，则烦闹不宁；热陷心包，则神昏谵妄；肠热液亏，则大便秘结；热犯胃肠，则上吐下泻。舌红苔黄为热象，苔少乏津为阴伤，脉数为热迫血行，指纹紫为络脉瘀滞。

## 寒热夹杂证

儿科临床上由于阴阳转化、盛衰的复杂性，所谓“易寒易热”，故寒热夹杂证颇为常见。

1. 表里寒热夹杂证 有表寒里热证、表热里寒证两种。

表寒里热证候为：外见发热，恶寒，身痛；内见烦闹，口渴，苔黄。如小儿素有内热或食积化热，又感风寒，便常见到此证。

表热里寒证候为：外见发热，恶风，有汗，口渴；内见纳呆，腹痛，便溏，尿清。小儿平素脾肾虚，又感风热，易于见到此证。

2. 上下寒热夹杂证 有上寒下热证、上热下寒证两种。

上寒下热证候为：上见面白唇淡，咳喘痰稀而白，恶寒口淡吐清涎；下见腹满胀痛便秘，或小便频数赤涩。小儿肠腑或膀胱积热，又感风寒，可以见到此证。

上热下寒证候为：上见发热烦闹，口渴饮冷；下见小便清长，大便溏泄，腹痛喜暖。多见于素体肾阳不足，胃受暑热者，如夏季热之上盛下虚证。

3. 寒热真假夹杂证 寒热真假证多见于病情危重时，须透过表象辨别真假，抓住证候真象。

真寒假热证候为：身热反欲近衣被，口渴而喜热饮，手足躁扰而神志安静，语言谵妄而声音低微，尿清便溏，舌淡苔白质润，脉大而按之无力。此为阴盛于内、格阳于外的内真寒外假热证。

真热假寒证候为：身虽恶寒却不欲衣被，手足逆冷而胸腹灼热，口渴而喜冷饮，烦闹不宁，小便短赤，大便干燥，舌质红而干燥无津，脉沉数有力。此为内热壅盛，阳气闭郁，不能达表，产生的阳盛于内、格阴于外的证候。

## 寒热证的现代研究

1. 寒热证的实质研究 谢竹藩等根据寒证、热证的临床表现特点,设想病证的寒热可能与植物神经系统的机能活动状态有关。利用临床生理指标和尿儿茶酚胺(cA)排量反映植物神经功能,结果提示具有寒证的病人交感—肾上腺系统机能活动减弱,具有热证的病人则增强。进一步测定实热、虚热、虚寒病人尿中肾上腺素、去甲肾上腺素、多巴胺、cAMP和cGMP含量。结果,实热组和虚热组尿中肾上腺素、去甲肾上腺素、cAMP排量均高于正常人,并以实热组增高更为显著,由此认为交感神经—肾上腺髓质机能活动的增强可能是热证(包括实热证与虚热证)的共同特点。在虚寒组,上述指标均低于正常人,反映了交感—肾上腺髓质机能活动减弱。

2. 寒证、热证动物模型 北京医学院梁月华用寒凉药、温热药建立寒证、热证动物模型。

#### (1) 造型方法

①大鼠 雌性,体重180~220g。寒证:用寒凉药,知母:石膏:黄柏:龙胆草以1.5:2:1:1.2的比例做成水煎剂,灌喂。其中知母作用较重要。用药量约每天20g/kg bw(千克体重。后同),用药21天。热证:用温热药,附子:肉桂:干姜以1:1:1的比例做成水煎剂,灌喂。用药量约每天20g/kg bw,用药14天。

②小鼠 寒证:用寒凉药,山栀:黄芩:龙胆草:莲子芯:知母以1:1:1:1:1的比例做成水煎剂,灌喂。用药量每只1.5g,1次给药。半小时后出现寒证见症,观察7小时。热证:用温热药,附子:麻黄:苍术:猪苓:干姜以1:1:1:1:1的比例做成水煎剂,灌喂。用药量每只1.5g,1次给药。半小时后出现热证见症,观察7小时。

#### (2) 病理研究

①寒证 动物安静少动,蜷缩,畏寒,腹泻,行动迟缓,目光无神欲闭。氧耗量降低。心率减慢。尿量增多。基础体温降低。

基础痛阈、电针后痛阈、惊厥痛阈升高。

尿17-羟皮质类固醇、儿茶酚胺如肾上腺素排出量下降。注射ACTH后尿17-羟皮质类固醇第1次排出量高于对照组,第4日达高峰。肾上腺多巴胺 $\beta$ -羟化酶(D $\beta$ H)活性下降,血清D $\beta$ H及促甲状腺素(TSH)下降,垂体TSH增高。脑内提取物孵育有两部分使垂体细胞TSH释放减少,脑内提取物腹腔注射使血清D $\beta$ H持续下降的有2-2(G-25)部分,脑内提取物有两个部分使血清TSH下降。脑内D $\beta$ H活性下降。

受应激后胃粘膜反应强烈,出血程度大幅增加。注射松节油后体温上升较慢。巴比妥钠对之加深抑制作用。

②热证 心率加快,体重降低,竖毛,活动增加或少动,精神萎靡,饮水量增加,尿量略少。

尿内肾上腺素、去甲肾上腺素、17-羟皮质类固醇排出量增加。血、肾上腺、脑干D $\beta$ H活性增加。注射ACTH后尿-17羟皮质类固醇排出量第1日超过对照组,第2日达高峰。

氧耗量增加。受应激后胃粘膜反应强烈,出血程度大幅增加。注射松节油后体温上升较快,基础体温偏高。巴比妥钠对之抑制作用缓慢而短暂。血清孕酮含量偏高。注射LRH后反应与对照组相似。

小肠粘膜上皮细胞合成DNA的机能明显下降。基础痛阈降低。电针后痛阈、惊厥痛阈降低。

### (3) 治疗研究

热性中药(附子、干姜、肉桂、党参、黄芪、白术)使寒证动物基础痛阈、电针后痛阈、惊厥痛阈大幅度下降。

寒性中药(龙胆草、黄连、黄柏、银花、连翘、石膏)使热证动物基础痛阈、电针后痛阈、惊厥痛阈明显升高。

养阴清热中药(生地、沙参、麦冬、石斛)使热证动物外观改善,小肠粘膜上皮细胞合成DNA的能力提高。

### 3.2.1.3 虚实证

虚实是辨别人体正气强弱和病邪盛衰的纲领。《素问·通评虚实论》说:“邪气盛则实,精气夺则虚”,就是说,邪气亢盛有余产生的证候为实证,正气虚弱不足产生的证候为虚证,邪盛正虚兼有的证候则为虚实夹杂证。

#### 虚证

虚证,是人体正气虚弱,导致机体抗邪能力减退,生理机能不足所表现的证候。虚证在儿科有因先天禀赋未充者,也有因后天调养失宜者,还有因久病而正气日渐亏损者。虚证有气虚、血虚、阴虚、阳虚以及各脏腑虚弱等多种证候,以下再分别叙述,此处仅述其一般表现。

虚证证候为:精神萎靡,面色淡白或萎黄,形体瘦弱,生长发育迟缓,神倦乏力,形寒肢冷,心悸气短,自汗盗汗,小便频数或失禁,大便溏泄或滑脱,舌质淡嫩或舌红少苔,脉象无力,指纹淡。

虚证总属机体正气不足,机能因而减退。儿科虚证,多从五脏立论,兼及气血、阴阳,上述虚证常见证候中便包括了五脏虚证,其中又以脾虚证之形体瘦弱、身倦乏力,肾虚证之生长发育迟缓、形寒肢冷等,更为突出。因小儿先天不足以肾虚为主,后天不足以脾虚多见,故小儿虚证须特别重视脾、肾两脏。

#### 实证

实证,是由于邪气亢盛有余,或机体内部有病理产物停留所表现的证候。一般说来,实证不仅表示邪气过盛,而且正气尚未亏损,实际上处于邪正激烈交争的阶段。实证由于感邪性质的不同,邪客发病的差异,发病部位的区别,因而证候表现也很复杂多样,此处也仅述其一般表现。

实证证候为:发热,烦躁哭闹不安或神昏惊厥,气粗喘促,痰涎壅盛,脘腹胀满疼痛拒按,小便不利或淋沥涩痛,大便秘结或下利,里急后重,舌苔厚腻,脉象有力,指纹滞。

实证形成,或因外感邪气侵袭,或因内脏功能失调,痰饮、水湿、乳食、瘀血等病理产物停留在体内。其中外感疾病实证以在卫、气阶段为主,入于营、血及进入后期则渐转虚实夹杂之证。杂病之中,钱乙曾论及五脏皆有虚、实证候,但证之临床,则以肺、脾二脏实证更为常见。肺脏实证每以热邪郁肺、痰涎壅盛、宣肃失司为主,症见咳嗽气喘,痰吼哮喘;脾胃实证每以湿热蕴结、乳食积滞、升降失职为主,症见呕吐腹痛,泄泻便秘等。

#### 虚实夹杂证

由于临床上邪正演变、转化的复杂性,虚实夹杂证颇为常见。小儿生理特点脏腑娇

嫩，形气未充，患病后有“易虚易实”的病理特点。临证当注意证候的虚实转化，分清主次，抓住病机关键。

1. 虚实错杂证 邪盛、正虚兼有，谓之虚实错杂。又有表里虚实错杂、上下虚实错杂，以及虚实并存等多种证候。临证须细心分析，分辨各自的轻重缓急。

表里虚实错杂有两种情况。表虚里实证如：面色晄白，唇舌色淡，多汗易感；腹膨腹胀，肋下痞块，小便不利。表实里虚证如：素体脾虚，食欲不振，食而不化，大便溏薄；外感风寒，恶寒发热，头身疼痛，鼻塞清涕。

上下虚实错杂有两种情况。上实下虚证如：畏寒咳嗽，哮喘气喘，咯吐清涎；腰酸膝冷，尿清而频，大便溏泻。上虚下实证如：头晕气短，心悸多汗，喘促无力；腹胀腹痛，大便秘结或下痢脓血。

虚实并存指虚实夹杂在一起的证候。如疝积一证，既有形体消瘦，面色萎黄，神倦乏力，舌质淡嫩的脾虚见证；又有肚腹膨胀，腹壁青筋暴露，大便不化，舌苔腻的积滞见证。又如肺炎喘嗽变证，既有心悸气促，面色苍白，额汗肢冷的心阳虚衰见证；又有唇指紫绀，右肋下肝脏增大，舌质紫暗的心血瘀滞见证。

2. 虚实真假证 虚、实证候，有时真假疑似难辨，所谓“大实如羸状”，“至虚有盛候”，就是指的这类情况。

真实假虚证，指病本实证，如热结肠胃，痰食壅滞，大积大聚，致使气血不能畅达，而出现神情默默、身寒肢冷、脉象沉迟等虚证证候。但患儿虽神情默默却语声有力，身寒肢冷却胸腹灼热，脉象沉迟而按之有力，说明证之本质为实证。

真虚假实证，指病本虚证，如脾气亏虚，运化无力，而出现腹满、腹胀、腹痛等实证证候。但患儿腹虽胀满而按之不实，有时缓解而非持续不减，腹痛而喜按喜暖，说明证候本质为虚证。

#### 虚实证的现代研究

##### 1. 虚实证的实质研究

(1) 虚证的实质研究 现代对虚证实质的研究很多。研究结果表明，虚证的共同特点，一是机体的免疫功能，特别是细胞免疫功能低下；二是具有神经及内分泌调节系统的功能紊乱。

①虚证与免疫系统功能的相关性研究是多方面的。细胞免疫功能研究采用了玫瑰花环试验、淋巴细胞转化试验、植物凝集素刺激试验、外周血淋巴细胞酸性酯酶检查等指标，测定过涉及到肺、脾、肾、心等多脏腑几十种疾病的虚证。结果显示，细胞免疫功能低下是所有虚证的共同特点，在辨证为阴虚、阳虚、阴阳两虚、气虚、气阴两虚等多种证型中情况都如此。进一步研究了T细胞亚群（辅助性T细胞与抑制性T细胞）。上海医科大学沈自尹等的临床研究结果，支气管哮喘患者血清IgE呈现明显的季节性升高，并且具有抑制性T细胞功能降低，采用温阳片补肾治疗，能够抑制血清IgE的季节性升高，提高抑制性T细胞功能，取得预防哮喘季节性发作的明显效果。

虚证时体液免疫和非特异性免疫功能的研究结果，目前还缺乏规律性。多数研究观察到虚证患者体液免疫功能紊乱，补体C<sub>3</sub>、IgG、IgM等的血清浓度与正常人相比发生明显改变，在不同的病人这种改变可能是不同的。测定脾虚病人唾液中分泌型IgA，发现显著高于正常人，可能反映了患者消化道粘膜屏障功能的减弱，导致较多未彻底消化的食

物蛋白质或致病因子等抗原入侵而引起局部免疫反应。

②虚证与神经、内分泌系统功能紊乱相关性的研究亦是多方面的。肾虚时具有下丘脑—垂体—肾上腺皮质系统不同环节、不同程度的功能紊乱,表现为24小时尿中17-羟皮质类固醇排量减少,肾上腺皮质对ACTH的反应迟缓,Su-4885试验显示垂体的反应迟缓,以及许多病人血11-羟皮质类固醇昼夜节律异常改变等,肾上腺皮质系统功能低下对于阳虚特别是肾阳虚具有一定的普遍意义。阴虚证的肾上腺皮质功能改变则较为复杂。

关于虚证与下丘脑—垂体—甲状腺系统的研究分两类。一类是对甲状腺疾病患者的研究,邝安堃等以助阳、温肾、益气中药单独或合并小剂量甲状腺片治疗原发性甲状腺功能减退症,均取得了较好疗效,血TSH降低, $T_3$ 、 $T_4$ 水平明显升高,临床虚寒症状得到明显改善。另一类是对非甲状腺疾病患者的研究,发现辨证为阳虚,特别是肾阳虚者甲状腺功能状态偏于低下,主要反映在血 $T_3$ 含量降低, $T_4$ 变化不明显,其下丘脑—垂体—甲状腺系统的功能低下主要表现为功能性损害,应用温肾助阳药治疗后可较迅速地恢复到正常水平,临床虚寒症状改善也快。对阴虚患者的研究则有报道提出血清 $T_4$ 升高, $T_3$ 变化不明显。汪受传等研究出生体重低于2.5kg的胎怯患儿,临床表现为肾(肾阳、肾阴)、脾两虚,其血清 $T_3$ 降低、 $T_4$ 升高,经补肾(并补阴阳)健脾治疗后,随着症状改善,血清 $T_3$ 上升、 $T_4$ 下降,趋向正常水平。

关于虚证与下丘脑—垂体—性腺系统的研究显示,有肾虚见证者血浆 $E_2$ 含量或 $E_2/T$ 比值明显升高,部分患者LH-RH试验可呈现延迟反应。

关于虚证与植物神经功能的研究也开展得不少,总的研究结果显示,阴虚证表现为交感神经系统的兴奋性高于副交感神经系统的兴奋性,阳虚证时的情况则与此相反。

③虚证与物质代谢及能量代谢异常的研究。因虚证具有神经、内分泌系统的功能紊乱,这些功能的异常,必然要影响到机体内的物质代谢和能量代谢活动。据此,各地从多方面进行了研究。

毛良等在对慢性肾炎、高血压、甲状腺功能亢进、消化道溃疡等疾病的研究中观察到,阴虚火旺者尿肌酐、尿素氮排量增加,而证属阳虚者(慢性肾炎)尿肌酐、尿素氮排量均明显降低,提示阴虚特别是阴虚火旺时体内蛋白质分解代谢可能增强,阳虚时蛋白质分解代谢可能减弱。

陈锐群等根据细胞膜上 $Na^+-K^+-ATP$ 酶(钠泵)的功能活动是体内产热耗能的重要机制,测得具有阴虚内热见证的小儿血液红细胞钠泵活性明显高于正常小儿,而肾阳虚(病种包括慢性支气管炎、支气管哮喘、贫血等)患者红细胞钠泵活性明显低于正常对照组,表明肾阴虚时体内能量代谢活动亢进,而肾阳虚时则减弱。

(2) 实证的实质研究 现代对实证实质的研究相对较少。

①实证时免疫系统功能状态的研究 章育正等曾对比了虚证和实证病人的免疫状态,虚证(包括肿瘤、白血病、肾炎等疾病)都呈现E—花环形成率降低,血清补体 $C_3$ 、IgG、IgM含量也明显低于正常,而实证(包括急性菌痢、急性阑尾炎、急性胆囊炎、大叶性肺炎、尿路感染、上呼吸道感染、肿瘤等)病人的E—花环形成率、血清补体 $C_3$ 与正常人无明显差异,IgG、IgM含量则明显高于正常人。表明实证患者免疫功能无明显损害,对病理刺激有较好的应答反应。

②实证时的机体代谢活动及其调节 在急性热病时机体的体温往往升高,此时体内



的代谢活动增强。谢竹藩等观察到实热证病人尿CA排量明显增加,反映了机体交感神经系统兴奋性增强。表明机体这时的代谢调节倾向于动员能量,以利于动员机体各种生理防御机能对抗致病因素,机体的代谢特点是处于亢奋状态。

## 2. 虚实证的动物模型

(1) 虚证的动物模型研制是证候动物模型学的热点,迄今为止,已经建立了脾虚、肾虚、肺虚、心虚、气虚、血虚、阴虚、阳虚等多种证候的动物模型。由于虚证在临床上的多样性,不能简单地以一种动物模型来复制各种虚证。以上各种脏腑、气血阴阳虚证的动物造模方法,将于下面有关辨证方法的部分再分别加以介绍。

(2) 实证的动物模型研制也有不同的方法,如前面“表里证的现代研究”中介绍的实热型便秘、燥结型便秘、寒结型便秘等动物模型,便都属于里实证的动物模型。此处再介绍一种狗的里实热证(急性化脓性阑尾炎)的动物造模方法。

①造型方法 选择毒性极强的细菌,经多次复壮,增强致病力后,注入狗的阑尾肌层,并结扎阑尾根部。潜伏期24小时,成模率100%,存活时间30天以上。

②病理研究 术后2天内拒食,神萎,蜷伏不动。大体标本见阑尾粗大,浆膜面血管扩张、充血,有脓性、纤维索性渗出物;肠管增厚水肿,粘膜见散在坏死及溃疡形成;腔内积有脓性渗出物。镜下见阑尾腔内积有成片脓性渗出物,粘膜坏死、脱落,有肉芽组织增生,各层有不同程度充血、水肿等。白细胞、MPT急剧升高。

### 3.2.1.4 阴阳证

阴阳是辨别疾病性质的总纲领。如《素问·阴阳应象大论》说:“善诊者,察色按脉,先别阴阳。”八纲辨证中的前列六纲,便可以分别归入阴阳,表、热、实证属于阳证范畴,里、寒、虚证属于阴证范畴,这是分别从中医学外为阳、内为阴、热为阳、寒为阴、实者为阳、虚者为阴的概念衍生出的阴证、阳证划分方法。此外,就机体阴阳本身的病变,即阴阳的相对平衡遭到破坏所引起的病变,常见为机体阴、阳亏虚而导致的阴不制阳、阳不制阴,又产生阴虚阳虚证、亡阴亡阳证。

#### 阴证

阴证,是机体阳气虚衰,阴寒内盛所出现的证,以虚寒证为代表。

阴证证候为:面色苍白或晦暗,身寒肢冷,精神萎靡,气短懒言,口和不渴,小便清长,大便溏泄,舌质淡,苔白润,脉沉迟无力,指纹沉而淡红。

阴证产生,有因外感寒邪或过食生冷者,更多的则是因先天不足、后天虚损而出现的证候。其特点为阳虚,相对地引起阴寒偏盛,脏腑机能衰减,由此呈现出一派虚寒的证候。

#### 阳证

阳证,是机体阳气亢盛,脏腑功能亢进,导致阳亢热盛的证候,以实热证为代表。

阳证证候为:发热,恶热不恶寒,面红目赤,烦闹多动,哭声响亮,气粗声高,口渴喜冷饮,大便秘结,小便短赤,舌质红,苔黄干,脉数有力,指纹紫滞。

阳证产生,有外感热邪或风寒化热,有伤于热食、热药,或各类疾病脏腑阳气偏亢者。感受外邪者,正邪交争而机体处于亢奋状态,脏腑阳气偏亢者,则阳亢内热蒸盛。阳盛则热,由此产生阳证的一派实热证候。

#### 阴虚证、阳虚证

阴虚证、阳虚证指机体自身阴液或阳气不足所表现的证。

阴虚是由于机体阴液（包括津、血、精、液）不足所表现的证。常见证候为：形体消瘦，皮肤失润，面色少华，口咽干燥，头昏目眩，舌红少苔，脉细。若阴虚生内热，则见虚烦不安，手足心灼热，颧红盗汗，午后潮热，舌质红绛，脉细数。阴虚证常因热病耗伤阴津，或大汗、失血、吐泻而损伤阴液，或过用温燥药物、食品劫阴，或内伤虚损阴虚精亏，产生上列证候。

阳虚是由于机体阳气不足所表现的证。常见证候为：面色晄白，神乏无力，少气懒言，畏寒肢冷，蜷卧自汗，口淡乏味，小便清长，大便稀溏，舌质淡胖，舌苔白润，脉迟无力。阳虚证常因先天禀赋不足，或外感寒邪、内伤生冷寒凉损伤阳气，或久病迁延不愈脏腑阳气虚衰，产生上列证候。

亡阴证、亡阳证

亡阴亡阳证指机体阴液或阳气衰竭所出现的证。由于阴阳互根，阴竭则阳无所依而随之散越，阳衰则阴液随之而亡，故亡阴、亡阳证候不是孤立的，只是主次不同而已。

亡阴是阴液衰竭所表现的证。常见证候为：大汗淋漓，汗出粘腻，或泻下无度，稀薄如水，口干欲饮，虚烦不安，皮肤干燥而失去弹性，囟门或眼眶凹陷，小便短少甚至无尿，舌质红干，脉细数无力。亡阴证常见于高热、大汗、大泻、大吐、大出血等导致阴液迅速丧失，或阴亏日久渐至枯竭。

亡阳是阳气衰竭所表现的证。常见证候为：冷汗淋漓，面色苍白，神萎蜷卧，不哭不语，口淡不渴或喜热饮，手足厥冷，呼吸气微，舌质淡润，脉微欲绝。亡阳证常见于邪盛暴伤阳气，或亡阴导致亡阳，或阳虚日久发展至亡脱。

阴阳证的现代研究

1. 阴阳证的实质研究 阴阳证的实质研究较多地集中于阴虚证、阳虚证的实质研究。

(1) 血浆环核苷酸方面的研究 环核苷酸主要指标为环腺苷酸(cAMP)和环鸟苷酸(cGMP)，它们在细胞内起着极为重要的调节作用，而且在许多方面表现为一对矛盾。上海第二医学院建立了血浆环核苷酸的测定方法，邝安堃等对阳虚证者测定后认为，cAMP有降低倾向，cGMP有升高倾向。夏宗勤等进一步发现其共同规律是：阴虚证的特点是cAMP含量明显升高（不一定伴有cAMP/cGMP比值升高），阳虚证可分为cAMP含量升高及降低两类，但其共同特点是cAMP/cGMP比值降低。美国生物化学家Goldberg研究cAMP和cGMP对生物细胞的双向调节作用，并在1973年率先将这种自成系统的双向调控现象和中医学阴阳学说联系起来，认为cAMP和cGMP的这种双向控制系统是统一许多不同生物调节现象的阴阳学说的基本原理所在，是作为二元论的阴阳学说的基础。

(2) 冷压试验与尿17-羟皮质类固醇(17-OHCS)测定 冷压试验能反映植物神经中枢及大脑皮质的血管调节功能。上海第一医学院沈自尹等研究发现，肾阳虚证与肾阴虚证在冷压试验上有两极分化现象，而肾阳虚兼肝阳亢证对冷压试验的反应类似于肾阴虚证，肾阴虚兼脾阳虚证的反应类似于肾阳虚证，说明冷压试验反应的可能是整体阴阳的动态倾向。尿17-OHCS测定反映肾上腺皮质激素在尿中的代谢产物。肾阴虚和肾阳虚的尿17-OHCS也有不同的变化，如因用药过偏以致阴虚证转阳虚证或阳虚证转阴虚证时，会伴有冷压试验曲线与尿17-OHCS值相应的变化，这提示阴虚证与阳虚证确有生理生

化变化的物质基础，而当阴阳失调时按阴阳互根观点用药有利于提高疗效。

(3) 红细胞能量代谢试验 红细胞的能量几乎全部由糖酵解所供给。何开玲等从正常人与肾阴虚、肾阳虚证患者的红细胞糖酵解测定的比较中，发现肾阳虚患者红细胞糖酵解较正常为低，反映机体生热效应减弱，肾阴虚患者红细胞糖酵解较正常为高，反映机体生热效应增强，而经补肾调节阴阳的治疗后，两组患者的红细胞糖代谢均恢复正常，表明调节阴阳的药物起了调整能量代谢的作用。

此外，还有从皮肤电位活动、肾功能、下丘脑—垂体—甲状腺轴等不同方面研究阴虚、阳虚证的报道资料。

2. 阴阳证的动物模型 介绍陕西中医学院生理教研室建立的阴证（虚寒证）、阳证（实热证）动物模型。

(1) 造型方法 小鼠，雄性，体重 20~30g。

阴证：利血平注射液肌注，用药量每天 10 $\mu$ g/只。造型天数 7~8 天。

阳证：阿托品注射液肌注，用药量每天 15~20 $\mu$ g/只。造型天数 7~8 天。

(2) 病理研究 阴证动物从第 5 天起出现较稳定的变化：精神萎靡，闭眼，低头，缩颈，拱背，毛梢竖起，身体蜷曲为球形，少动，相互靠拢静卧，反应迟钝，体重明显减轻，每日饲料中蔬菜残留量较多。

阳证动物从第 2 天起精神亢奋，活动较多，反应灵敏，食量增大，粪便较干，每日饲料中蔬菜无残留量。体重略有增加，但第 6、7 天又有所减轻。

### 3.2.2 六淫、疫疠辨证

六淫，是风、寒、暑、湿、燥、火 6 种病邪的合称。六淫源于六气。六气是 6 种正常气候变化的表现，六气成为致病因素，是由于正气不足，卫外不固，或非其时而有其气，气候变化超过了小儿的适应能力，这类导致发病的六气，便称为六淫。疫疠，指疫毒邪气，其致病具有发病急、病情重、传染性强、流行一方的特点。六淫、疫疠辨证，是外感病病因辨证的基本方法。

#### 3.2.2.1 风邪病证

风为春季主气，但四季皆有。风为阳邪，其性开泄，善动不居，变化多样，有向上、向外、主动的特点。风为百病之长，寒、暑、湿、燥、火诸邪，多附于风而犯人。小儿肺脏娇嫩，卫外未固，尤易冒风受邪。

风邪证候为：恶风发热，汗出头痛，鼻塞流涕，喷嚏喉痒，咳嗽，舌苔薄白，脉浮，指纹浮见于风关。或见有关节游走疼痛，皮肤瘙痒，丘疹时隐时现等。

风邪侵袭肌表，卫气抗邪，则恶风发热；风性开泄，腠理疏松，营阴不能内守，故汗出；风邪上扰则头痛；鼻为肺窍，喉为呼吸出入之门户，风邪侵袭皮毛，内应于肺，肺气失宣，故鼻塞流涕，喷嚏喉痒，咳嗽；风邪犯于表，故见舌苔薄白、脉浮、指纹浮等；风性善动，故见关节游走疼痛，皮肤瘙痒，丘疹时隐时现。

#### 3.2.2.2 寒邪病证

寒为冬季主气，故冬季多寒病。寒为阴邪，易伤阳气；寒性凝滞，性主收引。寒邪致病，有全身或局部寒冷感、涎液及大便澄澈清冷、常有疼痛等特点。小儿卫阳不足者易感外寒，脾阳不足者易中内寒。

寒邪证候为：寒邪客表见恶寒发热，无汗，头身疼痛，流涕咳嗽，舌苔薄白，脉浮紧，指纹浮红。寒邪直中见脘腹冷痛，肠鸣吐泻，手足欠温，舌淡苔白，脉沉紧或迟沉，指纹沉滞。

寒邪束表，卫阳被遏，则恶寒，发热，无汗；络脉收引，气血凝滞，故头身疼痛；风寒郁肺则流涕咳嗽；舌脉指纹同时见表寒证象；寒邪直中脏腑，或饮食生冷损伤中阳，则脘腹冷痛吐泻，手足欠温，舌脉指纹同时见里寒证象。

### 3.2.2.3 暑邪病证

暑为夏季主气，性属火热。《素问·热论》说：“先夏至日为病温，后夏至日为病暑”，说明暑邪致病有明显的季节性，只见于夏季，故暑病一般泛指夏季的热性病。暑邪致病在临床上还有易于伤津耗气，多夹湿邪的特点。因其临床表现的不同，又有暑温、暑湿、暑风、暑痉、暑厥、中暑等多种病名。《温病条辨·解儿难·暑痉》中说：“小儿肤薄神怯，经络脏腑嫩小，不耐三气发泄。邪之来也，势如奔马，其传变也，急如掣电。”就指出了小儿对暑湿热三气耐受性差，受邪后发病急骤、传变迅速的特点。

暑邪证候为：高热多汗，口渴引饮，面赤气粗，身重脘闷，纳谷呆钝，小便短赤，或有呕吐腹泻，或有神昏惊厥。舌质红，苔黄多腻，脉数。若冒暑夹寒，也可见恶寒，无汗，低热，头身疼痛，神疲乏力，或有吐泻腹痛，舌苔薄白腻等。

暑为火热之气，又常发自阳明。暑热蒸腾于外则高热多汗，面赤气粗；燔灼阳明则口渴引饮，呕吐腹泻；兼夹湿邪则身重脘闷苔腻；犯于心肝则神昏惊厥动风，舌红、苔黄、脉数皆为暑热之症。另外，夏季气候炎热，吹风着凉或者饮冷无度而中寒者亦非少见，此证属于前人所谓“阴暑”，表现为寒邪束表和暑湿伤脾的证候。

### 3.2.2.4 湿邪病证

湿为长夏（农历六月）主气，故长夏多湿病。湿为阴邪，重浊粘滞，易于阻遏气机，损伤阳气。湿邪致病，有重滞沉着，难以速愈的特点，又因脾喜燥而恶湿，故湿病多见脾气困遏的证候。小儿脾常不足，运化力弱，尤易为湿邪所伤。

湿邪证候为：头重而痛，肢体困倦，关节疼痛重着，脘闷纳少，口淡无味，脘腹胀满，大便溏泄，小便短少，或见肌肤肿胀，或有恶风发热，汗出热不解。舌苔白腻，脉濡，指纹滞。

湿邪侵袭肌表，阻滞经络，故见头重而痛，肢体困倦，关节重着疼痛，亦可见恶风发热；汗出热不解是因湿热胶结，湿滞难化，故身热不能一汗而解；湿困脾阳，运化失健，故见脘闷纳少，口淡无味，脘腹胀满，大便溏泄；湿浊内困，膀胱气化不利，则小便短少；湿邪泛滥肌肤则可见肌肤水肿；舌苔白腻，脉濡，指纹滞，皆为湿证征象。

### 3.2.2.5 燥邪病证

燥为秋季主气，故秋季多燥病。燥邪致病易伤津液，又因肺为娇脏，胃喜柔润，故燥邪易伤肺胃之阴。燥病证候有温、凉之分：初秋流火未尽，多见温燥；深秋气候转凉，多见凉燥。小儿肺脏娇嫩，津液易伤，故燥病亦为常见。

燥病证候为：温燥证见发热，微恶风寒，少汗，鼻干咽燥，咽痛声嘶，口渴烦闹，干咳少痰，甚至痰中带有血丝，咳引胸痛，大便干结，舌质红干，舌苔微黄。凉燥证见恶寒，发热或不发热，无汗，头痛鼻塞，口鼻干燥，咳嗽少痰，舌质干，舌苔薄白。

温燥证为燥、热相合为病，故兼具二者的特征。燥伤肺津致鼻干咽燥，干咳少痰，损

伤肺络则咯血、胸痛；燥伤胃阴则口渴喜饮便干，舌质红干；燥热犯表则发热恶风少汗，舌苔微黄；热扰心神致烦闹多啼。凉燥证为燥、寒相合为病，故除见燥伤肺胃阴津症状外，兼见风寒束表之象。

### 3.2.2.6 火邪病证

火为热之极，因火与热性质相同，又常并称为火热。火性具有炎上、灼津及易于伤心、动风、出血等特点。其病因或由感受温热病邪，或由风、寒、暑、湿、燥五气转化，或由脏腑阴阳失调或情志过激气郁化火。

火邪证候为：高热，汗出，烦闹啼哭，口渴引饮，面红目赤，小便短黄，大便干结，或见神昏谵语，四肢抽搐，或见吐血衄血，发斑出疹。舌质红或绛，舌苔黄，脉洪数，指纹紫。

火证见一派热炽之象。火邪燔灼故高热，面红目赤；热迫津泄故汗出；热扰心神故烦闹啼哭；热伤阴津故渴饮尿少便干；热蒙心包则神昏谵语；火盛动风则四肢抽搐；热迫血行则吐衄斑疹；舌红苔黄、脉数纹紫皆为火热证象。此处所述火证，主要指外感火邪证候，若是内生火热证，则多无发热，而见到脏腑火热内盛产生的相应证候。

### 3.2.2.7 疫疠病证

疫疠之气，乃天地间别有之一类戾气，因其邪盛毒重，故感入之后多数病情急重，且易于传染流行。小儿因肺、脾常不足，疫疠之气更易于从鼻、口而入，且发病后证候易于加重，甚至危及生命。目前，因预防保健工作的加强，疫疠致病已经大为减少。

疫疠证候为：从鼻而入者多数先见憎寒发热，继而高热、头身疼痛，脉数，或头痛项强呕吐，或有神昏谵语抽风，或有吐衄发斑出疹等。从口而入者多数见高热腹痛，呕恶吐泻，舌苔黄腻，或有里急后重大便脓血，或有肢厥神昏呼吸不利，或有目黄肤黄尿如柏汁等。

因疫疠之邪的性质不一，其证候表现亦多种多样。疫疠病证的共同特点是性质多属火热，从鼻而入者多见于冬春季节，从口而入者多见于夏秋季节，在小儿发病更多见重症，易于发生后遗症。疫邪肆虐，部位各有侧重，故可见三焦、五脏的多种不同见证。其病情传变，多数仍以卫、气、营、血为纲，但往往不是卫之后方言气、营之后方言血的循序渐进，而是传变迅速，显示卫气同病、气营同病、营血同病，或者气、营、血分证同见，或者直入营血等证候。

### 3.2.2.8 六淫、疫疠证的现代研究

#### 六淫、疫疠证的现代认识

六淫、疫疠辨证是作为病因辨证方法提出来的，虽然也有“内六淫”之说，但其主要内容是中医学分析外感疾病病因证候的基本方法。中医外感病病因学，在《内经》已有较全面的论述，形成了其天人相应学说的一个重要方面。宋代陈无择明确归纳出外感病因六淫，明代吴有性提出温疫病因非风、非寒、非暑、非湿，而是天地间别有一种“戾气”为患。古代医家的这些观点，已经融汇为中医病因病机学的重要组成部分，有效地指导着临床辨证论治。

所谓外感病因，是相对于内因和不内外因提出来的。外感疾病的病因，现代已经明确，大部分是微生物致病因素，如各种病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体等。但是，这些微生物致病，往往需要一定的环境气候条件。此外，单纯的气候因素，超出了

人体的耐受能力或在人体虚弱的情况下,也会引起发病。因此,可以这样认为,古人提出的疫病病证,主要指传染性、流行性强的传染病,特别是烈性传染病,如流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎、流行性出血热、急性重症肝炎、中毒性细菌性痢疾等。六淫病证,应指微生物致病因素和气候变化的物理因素二者兼有,或其中某一种因素为主的情况下引发的病证,而且必须具有相应的时令季节气候变化特征。

六淫、疫病证候作为中医辨证学中的一类证候,每种都有其特定的症状表现。这些证候表现与西医学病的相应临床表现虽可联系,但诊断互有交叉,即中医学一种“证”中可包括了西医学数种“病”,而西医学一种“病”中也可以出现中医学数种“证”。临床应用中医药治疗外感疾病时,应坚持以辨证为主、结合辨病的论治原则。

### 六淫、疫病证的动物模型

#### 1. 暑风(暑痉)证动物模型

(1) 造型方法 大鼠,SD封闭群,8~15日龄。母鼠喂养。把一只2000ml烧杯置于另一只5000ml烧杯中,四周及底部充塞棉花以隔热,其内底垫高2.5cm后,用纸铺平。再置一量程为-5~100℃温度计,上方置一只250W红外线灯,即构成人工气候室。调节红外线灯高度,使人工气候室内温度控制在45℃±1℃。动物放入人工气候室后即开动秒表计时,后肢抽搐发生后取出。

(2) 病理研究 动物进入气候室后6分30秒左右发生痉厥。起初喘促,烦躁多动,遗尿,继而后肢抽动,平衡失调,角弓反张,甚者反复发生后肢痉挛以至全身痉挛、鸣叫、口噤不开。然后进入昏睡状态,口角湿润垢腻。出气候室以后6分17秒左右苏醒,恢复活动。口腔温度升高,口掌温差加大。

#### 2. 湿阻证动物模型

(1) 造型方法 本法模拟长夏气候(高温高湿),制造外湿,又用饮食失节、饥饱失常、过食肥甘等方法损伤脾胃,阻碍运化,引发内湿。

大鼠,Wistar种,雄性,体重190~250g。先禁食1天,自由饮水,然后置于造型箱中,保持温度31℃±2℃,相对湿度95%±3%,每天每只动物给予20%蜂蜜饮料50ml。在造型开始时及造型后第48小时、96小时,每只动物给予猪脂20g。造型时间为120小时。

(2) 病理研究 动物体温升高,一般呈低热,置于正常环境后1天多能自然恢复。体重下降。食欲不振,不思饮水。便溏,消瘦,精神萎靡,嗜卧懒动。阴囊松弛下垂。舌苔白腻。

(3) 治疗研究 不换金正气散(厚朴、藿香、半夏、苍术、陈皮、甘草)煎剂能改善症状体征,降低体温,增加体重,增加进食量及饮水量,显著降低死亡率。

#### 3. 兔瘟病毒温疫动物模型

(1) 造型方法 兔瘟病毒传染性、流行性极强,未经免疫的易感兔发病率几乎达100%,且能在群体中迅速流行,符合戾气特征。本模型属温疫(高热)模型。

兔:未经兔瘟疫苗免疫的非疫区西德纯种成年长毛白兔,雌性或雄性,体重2.18~2.62kg,基础体温38.5℃±0.3℃,单笼饲养。兔瘟病毒为我国于1984年首次发现,病毒形态为20面对称,直径28nm~33nm,芯髓直径为20nm,没有囊膜,基因组为单股DNA,能凝人类O型红细胞,耐酸、耐热、耐乙醚,病毒复制部位在细胞核。实验时取

兔瘟病毒兔体传代毒在组织研磨器中研碎，以生理盐水作 1 : 10 稀释，离心 10min，1500r/min 取上清液。腹腔注射，每只 1ml。注射后 6~12 小时后开始发热，直肠温度最低升高 1.5℃，最高达 2.5℃。高温期持续 5~7 小时，平均发热高度为 40.46℃±0.48℃。然后直肠温度开始下降，约 2~4 小时左右降至 35℃，维持 2~4 小时后死亡。从注射兔瘟病毒后至家兔死亡，整个过程不超过 24 小时。体温反应指数 (TRI，指发热曲线与基线之间的面积)，参照 Milton 等的方法计算。10 小时平均 TRI 达 24.7cm<sup>2</sup>±6.5cm<sup>2</sup>。

(2) 病理研究 注射兔瘟病毒后 6~12 小时，出现寒战，耸毛，蜷缩，食欲减退甚至不食，精神沉郁。然后体温升高，躁动不安，口渴饮水增加，耳廓潮红，呼吸急促。部分动物见腹胀、便秘，粪便干硬且常带淡黄色粘液团块甚至血丝，少数动物血尿。死亡前均有短时兴奋，在笼内狂奔，四肢乱蹬，抽搐，角弓反张，尖叫等。少数动物鼻孔流出带血液的泡沫。脑脊液中 PGE<sub>2</sub>、cAMP 含量均显著升高。

#### 4. 呼吸道合胞病毒感染动物模型

(1) 造型方法 参照 Barneg S 及 Paylor G 方法改进。动物 BALA/c 小鼠，用小鼠饲料喂养 5 日，饲料喂养前先用紫外线照射 1 小时以消毒灭菌。呼吸道合胞病毒 (RSV) 为武汉地方株 RSV-R<sub>6</sub>，传代 3 次后，接种于传代 2 日的 Hep-2 细胞单层上，在 37℃ 下感染 3 日至细胞层中出现病变为止，收集病毒，测定毒力，滴度为 10<sup>6</sup>TCLD<sub>50</sub>。病毒接种：用以上 RSV 腹腔注射小鼠每只每次 0.5ml，3 日后进行小鼠双侧鼻腔内病毒滴液每只每次 0.1ml，早晚各 1 次，共两次为接种完毕，对照组小鼠用未感染 RSV Hep-2 细胞培养上清液进行相同方式处理。

(2) 病理研究 实验动物于接种完毕后第 3、4 日开始饮食下降，活动减少，反应差，蜷缩少动，第 4、5 日开始皮毛松弛，发皱，毛发干枯，体重急骤下降，与对照组比较有明显差异。

(3) 病理及实验检查：①实验组动物血清 RSV 抗体滴度全部升高达 1 : 64 以上，对照组仅 1 例滴度 < 1 : 16，其它均为阴性。②模型动物脾淋巴细胞分泌 IL-2 水平较正常小鼠明显下降。③造模组小鼠肺体积及重量明显增加，肺指数明显高于对照组。肉眼观察肺表面欠光滑，轻度肿胀，切面呈暗紫色或灰白色，有的可见出血及渗出，光镜检查可见肺组织毛细血管及血管周围组织有单核细胞浸润，红细胞渗出较明显，间质增厚，肺泡中淋巴细胞和巨噬细胞的浸润增加，而对照组动物未见肺组织病理改变。

以上动物模型简便可行，病理改变典型，实验重复性较好。应用此模型研究止咳、平喘、化痰法药方的治疗机制，发现有促进模型鼠淋巴细胞 IL-2 分泌的作用。

### 3.2.3 卫气营血辨证

卫气营血辨证，是清代温病学家叶天士在《内经》、《伤寒论》有关论述的基础上创造性地提出的温病辨证方法，属于病机辨证的范畴。小儿为稚阴稚阳之体，易受温热病邪侵袭，故各种温病在儿科发病率高。卫气营血辨证广泛地适用于多种温病，是小儿温病病机辨证的基本方法。

#### 3.2.3.1 卫分证

卫分证是温热病邪侵袭肌表，卫气功能失常所表现的证候。本证常见于外感热病初期的表证阶段，具有病位浅、病情轻的特点。卫分证以发热、微恶风寒、舌苔薄白、脉

浮数为特点。由于受邪性质不同，临床常见以下3种证候。

风温表证证候为：发热，微恶风寒，鼻塞流涕，咳嗽，头痛，口干微渴，无汗或少汗，咽红，或咽喉肿痛，舌边红，苔薄白，脉浮数，指纹淡紫，见于风关。

暑湿表证证候为：恶寒，发热，无汗，头痛，身重倦怠，脘闷纳差，或有呕恶，舌苔薄腻。

温燥表证证候为：发热，微恶风寒，头痛，少汗，鼻燥咽干，口渴，咳嗽痰少，舌质红，苔薄白而干，脉数。

### 3.2.3.2 气分证

气分证是温热病邪内传脏腑，邪实正盛，正邪剧争，阳热亢盛的里热证。多因卫分证不解，邪热内传，入于气分，或温热病邪直入气分所致。气分病范围较广，可以认为各种温病在既无表证、又无营血症状时，均属于气分。气分病邪留三焦，充斥于里，可出现多脏证候，其中以阳明热盛、肺热壅盛、胃阴被劫的病理改变最为常见。气分证的常见证候如下。

气分热盛证候为：高热多汗，口渴喜冷饮，烦闹不安，面红目赤，小便短黄，舌质红，苔黄干，脉洪大而数，指纹紫，见于气关。

邪热壅肺证候为：身热汗出，烦闹口渴，咳嗽气喘，痰液黄粘，咯吐不爽，或有胸闷胸痛，舌质红，舌苔黄，脉数。

热灼胸膈证候为：身热不已，烦闹不安，胸膈灼热，口燥唇焦，口干渴饮，大便秘结，舌质红干，舌苔黄，脉数。

湿热郁蒸证候为：身热不扬，发热持续难退，汗出粘滞，身重肢困，胸闷纳呆，口渴而不欲多饮，或有呕恶泄泻，或有目肤发黄，舌质红，苔黄腻，脉濡数，指纹紫滞。

燥结伤阴证候为：潮热不解，腹部胀满，大便秘结，口干唇裂，渴欲饮水，舌质红干，舌苔少，脉沉数，指纹沉滞。

邪在气分，虽有主证可凭，但因温邪性质不同，所犯脏腑有别，病情轻重不等，故表现为多种证候。

### 3.2.3.3 营分证

营分证是温热病邪内陷的严重阶段。病位多涉及心和心包络，其证多见发热、神昏、神明失于主使，营阴受损。营分证多因气分病不解内传而致，也有温热病邪由卫分不经气分逆传于营分，甚至不经卫分、气分而直入营分者。营分证在临床上以身热夜甚、心烦谵语、斑疹隐现、舌红绛无苔、脉细数等为辨证要点。

卫营同病证候为：发热，微恶寒，头痛，少汗，口干不渴，心烦不安，斑疹隐现，舌绛无苔，脉细数。

气营两燔证候为：壮热不已，口渴烦躁，谵语妄动，或见斑疹，舌质红绛，舌苔少津，脉洪数。

热伤营阴证候为：发热夜甚，心烦不寐，时有谵语，口反不渴，斑疹隐现，舌绛而干，脉细数。

热闭心包证候为：肌肤灼热，神昏谵语，或昏愦不语，舌蹇肢厥，舌质鲜绛，或干绛而淡晦无神。

营分介于气分和血分之间。若温热病邪入营后透热转气（分），表示病情好转，若进



一步由营分入血分，则更为加重。

#### 3.2.3.4 血分证

血分证是温热病由营分进一步发展的深重阶段。心主血，肝藏血，故邪热入于血分必及于心、肝两脏。因邪热久羁，以致耗伤真阴，故又多及于肾。临床除表现为营分证候更为重笃外，更以动血、耗血、伤阴、动风为特征。血分证病情深重而复杂，有实有虚，常见证候如下。

血热妄行证候为：身热躁扰，谵妄昏狂，斑疹显露，吐衄便血，面赤唇红，舌质深绛，脉象细数，指纹紫暗。

热动肝风证候为：壮热不已，口干心烦，目赤唇红，项背强直，手足搐搦，舌质红绛，脉象弦数，指纹紫暗。

血热伤阴证候为：面赤身热，暮热早凉，手足心热，心烦不寐，口干舌燥，舌绛苔少，脉象虚数，指纹青紫。

阴虚风动证候为：身热不甚，稽留起伏，口燥咽干，心中悸动，手足蠕动，或痉厥神昏，或神倦痲痲，或时时欲脱，舌绛苔少，脉象虚软，或有结代。

卫气营血辨证反映了温病不同阶段的辨证纲领，但是，四者不是截然划分的，在临床实践中，卫气同病、气营同病、营血同病、直入气分、直陷营血，甚至卫气营血同病，都是常见的。

#### 3.2.3.5 卫气营血证的现代研究

##### 卫气营血证的现代认识

卫气营血，浅深分布不同，并具备相应的生理功能。如卫，是分布于体表的一种阳气，能“温分肉，肥腠理，司开合”，具有保卫作用。气，为水谷化生，温养五脏六腑，分布部位较卫为深。营，为水谷之气化生而成，所谓“谷入于胃，以传于肺，五脏六腑皆受其气”，其“清者为营”，继而“注之于脉，化以为血”。“营行脉中”，较气所在部位更深。血，则是脉中的营养物质，其部位最深。

卫气营血证，是温邪侵入人体后，邪气所在部位的层次分布，其浅深与卫气营血的分布一致。因此，卫气营血证中邪气的浅深，对人体的脏腑、器官的功能及实质的损害，与卫气营血分布的浅深，所涉及的脏腑、器官等相一致。卫、气、营、血分证，反映了温病不同阶段邪气（主要为热邪）浅深程度和正气（尤其是阴津）亏耗轻重的病机变化特征。

近年来，一些地方对卫气营血证的实验研究观察到，随着卫气营血证的变化，机体有相应的病理改变特点。

(1) 邪正交争 徐氏等对186例患者卫气营血各阶段血中内毒素含量进行动态观察，发现各阶段均有内毒素血症存在，而以气分、营分含量较高。马健等在研制巴氏杆菌及金黄色葡萄球菌性家兔温病气营两燔证动物模型过程中发现，气营两燔证阶段的血培养阳性率最高。气分证时免疫功能较强，随后渐降，如上海市传染病院对乙脑患者作了反映细胞免疫水平的LBT测定，结果发现卫、气分证时偏高，气、营分证时略低于正常，营、血分证时偏低。马健等的动物实验检测表明，气分阶段红细胞B<sub>3</sub>b受体、红细胞免疫复合物明显升高，与造模前及对照组比较有极显著意义，至气营两燔阶段则均较气分阶段显著降低；血清总补体随病情的发展而呈进行性降低趋势。

(2) 热伤阴津 徐氏等测定温病患者的血液流变学指标,证明卫气营血全过程之血液流变学改变属“高粘综合征”,且随卫气营血的变化而加重。上海地区对流行性乙型脑炎的观察认为,温病进入营血阶段,其血沉、血沉方程K值、红细胞电泳、纤维蛋白原均明显高于正常值,而病在卫气阶段时只有红细胞电泳一项增高,说明这些血液流变学指标的改变是营血分证热伤营阴的结果。也有人对温病营血阶段血中钠、钾、氯进行测试比较,发现热重伤阴病人中,血内钠、氯降低为多见。

(3) 热窜血络 营热及血,热窜血络则斑疹隐隐。热窜血络的病机实质与微循环障碍、凝血功能异常等有关。徐氏等对103例温病患者的微循环形态与功能进行观察,并运用积分计算的方法,得出微循环诸指标改变的积分在卫气、卫营、气营、气血、营血之间差异皆非常显著,表明卫气营血各阶段都有微循环形态改变与功能障碍,并随卫气营血病程的发展而逐渐加重。孟氏等对比卫气营血各阶段微循环特点,发现营血分证的微循环瘀滞、毛细血管脆性破损更为严重。马健等通过家兔模型实验观察到,气分阶段血液学诸指标均未见变化,气营两燔阶段已出现急性DIC高凝期的病变,导致血液凝固功能障碍。另有报道温病血分证血液低凝、低粘,则进一步说明了至血分证时迫血妄行的机理。

(4) 热扰心神 热扰心神是火毒入于营分的重要特征。查氏等采用遥控监测法,对卫气营血证动物模型的脑电图变化进行了系统观察分析,代表兔中枢神经活动处于兴奋状态的 $\theta$ 波,在卫气营血证候演变的不同时相中呈现“W”形变化,而代表中枢神经受抑制的 $\delta$ 波,则呈“M”形变化,说明卫气营血证传变过程中,神志变化的时相性具有脑电生理学变化的基础。脑脊液LDH是反映脑细胞损害程度比较敏感的指标之一,马健等的研究表明,模型兔气分阶段脑脊液LDH活性未见明显变化,气营两燔阶段则明显升高,说明此阶段家兔中枢神经系统已经受损。

#### 卫气营血证的动物模型

温病模型是较早研究建立的中医动物模型之一,现已建立有多种致病细菌及其内毒素、病毒复制的温病卫气营血动物模型。目前较为常用的是大肠杆菌注射法温病动物模型,介绍于下。

1. 造型方法 本方法系大肠杆菌及其毒素进入体循环,导致急性或暴发性大肠杆菌败血症。病理诊断上以恶寒与寒颤、发热渴饮、神志改变、斑疹出血四大主证辨卫气营血证。本法如调整注入细菌数量,或改变机体的抗病机能状态,即可造成病邪直中营血或中卫入营、逆传心包,或不传营、血等多种传变形式。

本模型属温病卫气营血证,有痉、厥、闭、脱等特征。另一方面,有湿热下注、热结旁流、粘液性肠炎等夹湿改变,所以,也可作为湿温病卫、气、营、血模型。

兔,白色,雌性或雄性,体重1.8~3.7kg,平均约2.4kg。从患者体内分离出一株普通型大肠杆菌,用动物接种传代,以保持、增强毒力。感染动物前,将细菌接种于普通琼脂固体培养基上,培养16~18小时,或先在普通肉汤培养基上培养16~18小时。用生理盐水洗下,浓度为每毫升24亿个细菌或27亿个细菌(小鼠LD<sub>50</sub>约为13.6亿个细菌/kg)。在动物自然清醒状态下从耳缘静脉缓缓推注(约0.5ml/min),注菌量12~27亿个细菌/kg,平均约19.8亿个细菌/kg。各证出现参考时间:注菌后15~25分钟为卫分证;35~90分钟为气分证,气分阶段可持续2~4小时,个别5小时;4~6小时为营分

证, 营分阶段长者可持续 24 小时, 6~20 小时为血分证。也有在感染后 90 分钟即出现血分证候而死亡者。出现血分证后 96 小时内进行观察。

## 2. 病理研究

(1) 证候表现 卫分证见蜷缩, 耸毛, 懒动, 或喷嚏, 不饮, 少食, 恶寒或寒颤, 或已发热, 或未发热, 神清。耳血管收缩, 球结膜充血不明显。二便及舌象无明显变化。

气分证见但热不寒, 体温升高, 口渴饮水, 吃食, 神清敏捷, 但有时烦躁, 大便由干变软, 排尿仍多, 色白或淡黄, 心率增快, 心音增强, 呼吸粗大, 加深变慢。耳血管较卫分时舒张, 眼球结膜轻度充血, 舌质红, 苔淡薄。

营分证见发热不饮水, 倦乏嗜睡, 懒动不食, 反应减慢, 嗜睡时哨音轻激尚可唤醒, 心率增快, 呼吸加深、变慢或转浅快, 耳血管收缩并多有斑疹隐隐, 眼球结膜充血明显, 或有点状出血。尿少色黄, 大便稀溏。舌质红绛或绛紫, 苔多淡黄。

血分证见耳血管充血, 周围渗血、出血明显, 眼球结膜充血出血, 神昏嗜睡, 衰弱无力, 反应迟钝。不饮不食, 大便稀溏或水样便, 小便短赤, 或无排尿。舌质紫绛或青紫, 苔淡黄, 晦黯。体温升高。心率由快变慢或伴心律不齐。

多数动物可在 72 小时内体温骤降, 昏迷不醒, 对哨音刺激无反应。四肢厥冷, 呼吸浅慢, 气息衰弱, 心跳微弱, 无尿, 抽风掣竖, 死亡。

(2) 大体病理 卫分证见除双肺轻度充血外, 多数动物左或(和)右肺有少数 0.1~0.5cm 直径的出血点, 其余脏器和苔型、舌质无明显改变。

气分证见除肺、肝、肾、脾、脑、胃肠等均明显充血外, 4 只动物双肺均出现大小不等、多少不一的点、片状出血, 有的互相融合(约 1cm×1cm)。胆囊均充盈。舌苔淡薄, 舌质红。

营分证见肺、肝、肾、脾、脑、胃肠、心、腹膜、耳静脉、皮下、眼结膜等处重度充血水肿, 双肺可见较多的点片状出血, 其间, 有的杂有多少不等的针尖至米粒大脓点。半数以上动物肝脏也有少数灰白小脓点形成。脓点多有出血环围绕。少数动物还伴胃肠、心、脾等点状出血。舌苔多呈淡黄, 舌质红绛。

血分证见除具营分所述脏器组织的充血水肿、出血及脓点形成且更严重外, 多伴皮下、心、脑片状出血。或有肾上腺被膜内严重出血。多数动物腹腔内有少量淡红色血性液体形成。肝脾肿大。舌质紫绛, 苔淡黄晦黯。

(3) 组织病理 卫分证见肺、心、肝、脾、肾、脑、肾上腺、胰、胃肠、淋巴结等器官组织内有轻度充血, 且肺、脾组织内有少量中性白细胞浸润, 多分布在血管周围或肺泡壁内。

气分证见在上述组织器官内, 除有轻度至显著的瘀血水肿外, 肺组织内有少数点、片状的中性白细胞浸润, 且多数病灶内或(和)病灶周围渗血或出血, 其中少数动物可见早期肺脓肿形成。肝组织内有多少不等的中性白细胞浸润灶, 以肝细胞点状坏死处为重。其中少数动物肝脏伴早期微脓肿形成。脾组织内均见有较多的中性白细胞呈点片状浸润。

营分证见上述器官瘀血水肿更为加重, 肺、脾、淋巴结等处急性发炎亦更显著, 多数动物双肺有少数微脓肿和小脓肿形成。肝组织内有较多的散在的点片状中性白细胞浸润, 多伴有肝细胞点片状发炎坏死, 半数以上动物形成微脓肿。

血分证除上述病变更为严重外, 多数动物双肺及半数动物肝脏有较多小脓肿形成, 有

的相互融合而成较大脓肿。经染纤维素和PTAH证实,在多数动物的肺、肝等处有DIC形成,以双肺改变为重。脾和淋巴结严重发炎。少数动物脾脏内有多灶性早期小脓肿形成。

(4) 组织化学 卫分证见肝糖元含量偏低。舌及胃肠等处腺内及支气管粘膜杯状细胞内粘蛋白和粘多糖分布和含量无明显改变。胃幽门腺和支气管粘膜杯状细胞内粘多糖酸性反应增强,小肠杯状细胞硫酸粘多糖稍增多。脾小结生发中心的B淋巴细胞区RNA含量无明显变化,B淋巴细胞转变为浆细胞逐渐增多。淋巴结内RNA变化与脾脏改变相似。舌上皮、舌浆液腺、肝、支气管上皮、胃、小肠、肾远及近曲小管上皮、肾盂上皮、胰腺腺泡等处之细胞或(和)腺细胞内RNA的含量无明显变化或稍高。在上述RNA变化的组织器官的相应部位,DNA含量无明显改变。舌上皮、舌腺、肝细胞、毛细胆管或(和)小胆管上皮、脾脏B区和脾索内细胞、支气管上皮、肺泡隔细胞、心肌、大肠上皮顶端以及毛细血管和结缔组织等处,ATPase和ALPase活性无明显改变或少数轻度偏高。十二指肠、肾上腺、肾曲小管、舌肌等处ATPase和ALPase活性偏高。上述组织器官5'Nase(5'核苷酸酶)活性轻度或明显升高。在上述组织器官的相应部位,SDHase活性无明显改变或稍偏高,心、肾、胰等处上述相应部位MAOase活性无明显改变,肺MAOase活性偏低,舌上皮、舌浆液腺、舌肌细胞、大肠上皮和腺细胞内MAO活性偏高。舌肌、心肌、肾近曲小管等处DABPO活性无明显改变或稍高。上述器官的相应部位ACP、ANAE、LAP活性无明显改变或少数偏高。肝细胞内G-6-P活性偏低,LDH活性偏高。十二指肠绒毛上皮细胞和腺细胞内LDH活性明显增高。胰腺腺泡、舌腺、舌肌、心肌等处的细胞内LDH活性偏高。

气分证见肝糖元含量增多,舌及胃肠等处腺内粘蛋白及粘多糖明显增多。胃幽门腺及支气管粘膜杯状细胞内粘多糖酸性反应增强。小肠腺杯状细胞内硫酸粘多糖明显增多。脾小结生发中心B区明显扩大,B淋巴细胞明显增多,RNA含量增多。B淋巴细胞转变为浆细胞增多。淋巴结内RNA变化与脾脏改变相似。舌上皮、舌浆液腺、肝、支气管上皮、胃、小肠、肾的近和远曲小管上皮、肾盂上皮、胰腺腺泡等处细胞或(和)腺细胞内RNA普遍轻度增高。大脑皮层神经细胞RNA减少。上述RNA变化的组织器官相应部位,DNA含量无明显变化或有的偏高。舌上皮、舌腺、肝细胞、毛细胆管或(和)小胆管上皮、脾脏B区和脾索内细胞、支气管上皮、肺泡隔细胞、心肌、大肠上皮顶端以及毛细血管和结缔组织等处,ATP和ALP活性轻度至明显增高。除结缔组织和血管外,十二指肠上皮和肾曲小管ATP、ALP活性仍增高。肾上腺皮质、髓质细胞内ATP、ALP活性降低。上述组织器官相应部位5'N活性除结缔组织和血管外下降。除大肠和肾外,上述组织器官相应部位SDH活性轻度增高。肺、心、肾、胰等处上述相应部位MAO活性下降。舌上皮、舌浆液腺、舌肌细胞等处MAO活性偏高。舌肌、心肌、肾近曲小管等处DABPO活性轻度至明显增高。上述组织器官相应部位ACP、ANAE、LAP活性轻度增高。肝细胞G-6-P活性明显增高。LDH活性降低,十二指肠绒毛上皮细胞和腺细胞内LDH活性无明显改变。胰腺腺泡、舌腺、舌肌、心肌等细胞内LDH活性偏高。

营分证见肝糖元含量锐减,分布不匀,多在小叶外周带之汇管区周围。舌及胃肠等处腺内及支气管粘膜杯状细胞内粘蛋白及粘多糖含量减少。胃幽门腺和支气管粘膜杯状细胞内粘多糖酸性反应增强,小肠杯状细胞非硫酸粘多糖稍增多。脾B淋巴细胞区向四

周呈弥漫扩大, B 淋巴细胞大量增多, 但中央动脉周围的小淋巴细胞大量减少, 甚至消失。B 淋巴细胞转变为浆细胞明显增多。淋巴结内 RNA 变化与脾脏改变相似。舌上皮、舌浆液腺、肝、支气管上皮、胃、小肠、肾的近和远曲小管上皮、肾盂上皮、胰腺腺泡等处之细胞或(和)腺细胞内 RNA 无明显变化或稍减少。大脑皮层神经细胞内 RNA 减少。除大脑神经细胞外, 上述 RNA 变化的组织器官的相应部位, DNA 含量有的偏高, 大脑皮层 DNA 含量减少。舌上皮、舌腺、肝细胞、毛细胆管或(和)小胆管上皮、脾脏 B 区和脾索内细胞、支气管上皮、肺泡隔细胞及心肌、大肠上皮顶端以及毛细血管和结缔组织等处, ATPase、ALPase 活性显著增高。十二指肠、肾上腺、肾曲小管、舌肌肾上腺皮质、髓质细胞内等处 ATPase、ALPase 活性降低。上述组织器官相应部位 5'N 酶活性除结缔组织和血管外显著降低。除大肠和肾外, 上述组织器官相应部位 SDH 酶活性呈轻至重度增高。肺、心、肾、胰等处上述相应部位 MAO 酶活性显著降低。舌上皮、舌浆液腺、舌肌细胞、大肠上皮和腺细胞内等处 MAO 酶活性偏高。舌肌、心肌、肾近曲小管等处 DABPO 酶活性轻度至明显增高。上述组织器官相应部位, ACP、ANAE、LAP 等酶活性呈轻至重度增高。肝细胞内 G-6-P 活性降低。LDH 酶活性明显增高。十二指肠绒毛上皮细胞和腺细胞内、胰腺腺泡、舌腺、舌肌、心肌等细胞内 LDH 酶活性增高。

血分证见肝糖元锐减, 分布不匀。舌及胃肠等处腺内及支气管粘膜杯状细胞内粘蛋白和粘多糖含量减少。胃幽门腺和支气管粘膜杯状细胞内粘多糖酸性反应加强。小肠杯状细胞内非硫酸粘多糖显著增多。脾脏 B 淋巴细胞区更扩大弥漫, 以至界限不清, 其 B 淋巴细胞仍增多, 但 RNA 含量减少。B 淋巴细胞转变为浆细胞开始减少。淋巴结内 RNA 的变化与脾脏改变相似。舌上皮、舌浆液腺、肝、支气管上皮、胃、小肠、胃近和远曲小管上皮、肾盂上皮、胰腺腺泡等处之细胞或(和)腺细胞、大脑皮层的神经细胞内 RNA 含量显著减少。上述 RNA 变化的组织器官的相应部位, DNA 含量减少。舌上皮、舌腺、肝细胞、毛细胆管或(和)小胆管上皮、脾脏 B 区和脾索内细胞、支气管上皮、肺泡隔细胞、心肌、大肠上皮顶端以及毛细血管和结缔组织等处, 十二指肠、肾上腺、肾曲小管、舌肌等处 ATP 及 ALP 酶活性显著降低。上述组织器官相应部位 5'N 酶活性降低。上述组织器官除大肠和肾外, SDH 酶活性降低。大肠和肾近曲小管上皮 SDH 酶活性增高。肺、心、肾、胰、舌上皮、舌浆液腺、舌肌细胞等处上述相应部位 MAO 酶活性降低, 大肠上皮和腺细胞内 MAO 酶活性偏高。舌肌、心肌、肾近曲小管等处 DABPO 酶活性降低。上述组织器官的相应部位 ACP、ANAE、LAP 酶活性下降。肝细胞 G-6-P 酶、LDH 酶活性降低, 十二指肠绒毛上皮细胞和腺细胞内 LDH 酶活性增高。胰腺腺泡、舌腺、舌肌、心肌等细胞内 LDH 酶活性偏高。

(5) 超微病理 卫分证见肺泡壁上皮细胞内线粒体稍肿胀。肺泡上皮细胞内质网无明显改变, 胞质内空泡稍增多。Ⅰ型细胞数目轻度增多。肺泡壁毛细血管轻度扩张充血。毛细血管内皮细胞轻度肿胀变大, 胞质内空泡增多。肺泡隔逐渐增宽。中性白细胞噬菌现象和溶酶体增多。肝细胞线粒体轻度肿胀, 嵴减少。粗面内质网轻度扩张, 滑面内质网数目增多伴轻度扩张。肝细胞内次级溶酶体增多。肝血窦和毛细胆管扩张。狄氏间隙内微绒毛轻度增多。枯氏细胞内有吞噬现象。中性白细胞变化与肺内相似。

气分证见肺泡壁上皮细胞内线粒体明显肿胀, 肺泡上皮细胞内质网扩张, 胞质内空泡增多。Ⅰ型细胞数目轻度增多, 毛细血管腔扩大, 内皮细胞明显肿胀, 粗面内质网扩

张。肺泡隔变宽。中性白细胞噬菌现象和溶酶体增多。肝细胞内线粒体轻度肿胀，嵴减少。粗面内质网轻度扩张。滑面内质网数目增多伴轻度扩张。肝细胞内次级溶酶体增多。肝血窦、毛细胆管扩张。狄氏间隙内微绒毛轻度增多。枯氏细胞有吞噬现象。中性白细胞变化与肺内相似。

营分证见肺泡壁上皮细胞线粒体肿胀显著。肺泡上皮细胞内质网扩张，胞质内空泡增多。Ⅱ型细胞明显增多。毛细血管扩大充血，内皮细胞显著肿胀，胞质内空泡增多。肺泡隔增宽。中性白细胞噬菌力增强。肝细胞线粒体显著肿胀，嵴减少。粗面内质网显著扩张。滑面内质网明显扩张，数目或增多或减少。肝细胞内次级溶酶体增多。肝血窦、毛细胆管扩张。狄氏间隙内微绒毛显著增多。枯氏细胞有吞噬现象。中性白细胞变化与肺内相似。

血分证见肺泡壁上皮细胞内线粒体肿胀显著，内质网显著扩张，胞质内空泡增多。Ⅰ型细胞明显增多。毛细血管扩大充血，内皮细胞显著肿胀，胞质内空泡增多。肺泡隔增宽。中性白细胞噬菌力减弱。肝细胞线粒体肿胀明显，嵴减少。粗面内质网显著扩张，脱颗粒。滑面内质网明显扩张，数目或增多或减少。肝细胞内次级溶酶体减少。肝血窦显著扩张，并见较多的纤维素。毛细胆管明显扩张。狄氏间隙微绒毛明显减少。枯氏细胞有吞噬现象，中性白细胞变化与肺内相似。

3. 治疗研究 犀角地黄汤、黄连解毒汤及二者合用方治疗血分证，对发热、出血、斑疹、神志异常、舌绛等主要证候均有改善或消除作用，合用方疗效最好，犀角地黄汤次之。对血液流变学均有改善，其中犀角地黄汤组的血浆比粘度和K值，合方组全血比粘度、血浆比粘度、K值和纤维蛋白原指标均恢复到实验前水平。血细菌培养转阴率合方组优于犀角地黄汤组和黄连解毒汤组。降低死亡率也以合方组为优。对各脏器大体及组织病理改善以合方组最好。

### 3.2.4 脏腑辨证

脏腑辨证是应用脏象学说的理论，对患者的病证表现加以分析归纳，以辨别病变所在脏腑及所患何证的辨证方法。《素问·至真要大论》已建立了五脏辨证的基础，《金匱要略》创立了根据脏腑病机进行辨证的方法，《小儿药证直诀》则就儿科病五脏证治提出了系统的学说。在儿科临床上，脏腑辨证是杂病辨证的基本方法，即使在外感病辨证中也时常应用，被认为是儿科病辨证最为重要的辨证方法之一。

#### 3.2.4.1 肺与大肠病辨证

肺位于胸中，上通喉咙，开窍于鼻，肺主气，司呼吸，主宣发肃降，通调水道，外合皮毛，与大肠相表里。肺与大肠病变，常表现为呼吸功能失常，肺气宣肃不利，通调水道失职，外邪易从口鼻皮毛侵入，大肠传导失司等，出现咳嗽、气喘、咯痰、小便不利、大便秘结或泄泻等症。

《小儿药证直诀·五脏所主》说：“肺主喘。实则闷乱喘促，有饮水者，有不饮水者；虚则哽气，长出气。”肺与大肠病辨证，常结合虚实、寒热辨证进行。

肺与大肠病常见证候

风寒束肺证候为：鼻塞流清涕，喷嚏，咳嗽或气喘，痰稀色白多泡沫，口不渴，或有恶寒发热、头痛身痛，舌苔薄白而润，脉浮紧。

风热犯肺证候为：鼻塞流黄涕，咳嗽，咯痰黄稠，不易咳出，甚则气喘鼻煽，常伴发热微恶风寒、口渴欲饮、咽红肿痛、烦闹不安等，舌边尖红，苔薄黄，脉浮数。

痰热壅肺证候为：咳嗽气喘，痰液黄稠难咯，甚则咳吐脓血，鼻翼煽动，咽喉肿痛，烦闹不安，大便秘结，小便黄少，舌质红，苔黄或黄腻，脉滑数。

痰湿阻肺证候为：咳嗽气喘，痰多色清质稀，或有喉中哮鸣，或兼形寒流涕，舌质淡，苔白滑，脉滑。

肺气虚弱证候为：面白神疲，形寒声怯，咳嗽气短，咳声无力，咳甚气喘，动则加剧，或有自汗，舌质淡，舌苔薄白，脉弱。

肺阴亏虚证候为：形体消瘦，潮热盗汗，手足心热，午后颧红，口咽干燥，或声音嘶哑，干咳无力，痰少而粘，或痰中带血，舌红少津，舌苔少，脉细数。

大肠湿热证候为：腹痛，暴注下迫，大便黄浊秽臭，肛门灼热，或有里急后重、便下粘液脓血，常有发热烦渴，小便黄少，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

大肠虚寒证候为：大便泄泻，质稀清冷，或便中夹有粘液，经久不愈，腹部隐痛，喜暖喜按，甚至大便失禁，或肛门下脱，四肢欠温，舌质淡，苔薄润，脉沉细无力。

#### 肺与大肠病证的现代研究

1. 肺与大肠病证的实质研究 肺病发病率高。X线检查用于肺病辨证，是宏观辨证与微观辨证相结合的实际应用之一。黄华等分析300例小儿肺炎不同证型的X线表现，风寒闭肺证4例，X线表现肺纹理增粗、模糊；风热闭肺证214例，X线表现呈斑片模糊阴影153例，大片（节、段）阴影34例，点状阴影27例，以及肺纹理增粗、模糊，以上表现多以肺泡炎症为主；痰热闭肺证26例，X线表现除斑片模糊阴影14例外，还呈现大片、点状、网状阴影以及伴有胸膜反应、胸腔积液、肺气肿、肺不张等，肺部病理改变可为肺泡炎症或为间质炎症；正虚邪恋证56例，X线表现呈肺纹理增粗、模糊，网状、点状阴影以及双轨征、袖口征等征象，以间质性炎症改变为主。庞氏等报道总结认为，小儿肺炎的X线征象，风热闭肺证以局限性肺气肿和两下肺纹理增多为主，如肺部出现斑点状或斑片状融合阴影，则已进入痰热闭肺证阶段，肺部阴影渐消或肺纹理稍多为痰热恋肺阶段，病情将愈。

陈氏等研究复感儿免疫状态与中医证型的关系，发现复感儿证属脾气虚、脾肺气虚、肺气虚三证时唾液中SIgA都明显低于正常儿，三证之间无显著性差异；血清中IgA在三证时亦均低于正常儿，又以脾气虚与脾肺气虚证下降更著；E-玫瑰花环形成率则以脾气虚与脾肺气虚证明显低于肺气虚证及正常儿组。谭氏等研究复感儿肺气虚证与微量元素的关系，发现肺气虚证除有发锌含量降低外，还有铁、镍元素水平低下，元素之间协同、拮抗关系失衡如铜镍比值升高，锌镍之间呈中度负相关关系等改变。其形成机理可能是微量元素在机体的“营养免疫”自稳机制的紊乱。

#### 2. 肺与大肠病证的动物模型

##### (1) 痰热壅肺证动物模型

①造型方法 兔，白色，体重2~2.5kg。肺炎双球菌（I型菌株，菌号2319，菌液，每ml $2 \times 10^9$ 个细菌，按气管内接种法，给菌量0.25ml/kg bw，速度0.5ml/min。攻菌后8小时为痰热壅肺证，观察56小时。

②病理研究 攻菌后4小时体温呈上升趋势，20小时达高峰，56小时体温仍高。攻

菌后 4 小时, 外观见不同程度发热、耸毛、懒动、畏寒、蜷曲、呼吸加快、舌边尖红、脉搏增速等, 8 小时后体温继续上升, 喘促气急, 鼻翼煽动, 躁动不安, 拒食, 痰鸣音, 湿罗音, 舌红, 苔黄, 脉洪数等。32 小时个别动物体温突然下降, 两耳发凉, 皮肤四肢不温, 气息微弱, 神志萎靡, 蜷卧或瘫卧, 口唇青紫, 口吐涎沫, 肢体抽搐而死亡。56 小时 2/3 动物仍有中度喘促, 鼻煽, 舌红, 湿罗音。

攻菌后 8 小时, 白细胞、中性粒细胞、全血粘度、血浆粘度明显升高, 血清钾升高。

肺泡腔内充满渗出物, 内含大量纤维素及中性粒细胞。处死动物肺泡壁毛细血管扩张充血, 肺泡腔内可见浆液渗出及少量红细胞、中性粒细胞。自死动物肺泡壁毛细血管扩张充血; 肺泡腔内充满渗出物, 内含大量红细胞和中等量中性粒细胞, 心肌浊肿。血细菌培养阳性。

③治疗研究 麻杏石甘汤使动物体温回降提前, 缓解各种外观症状与体征。至攻菌后 56 小时, 仅 1/4 动物有轻度舌红、湿罗音无消失, 其喘促、鼻煽完全解除。白细胞、中性粒细胞、全血粘度、血浆粘度、血清钾显著降低。肺泡腔内见渗出物溶解、减少以至消失, 组织正常结构基本恢复。血细菌培养阴性率增高。

### (2) 肺气虚弱证动物模型

①造型方法 Wistar 大鼠, 体重 220~280g。采用风寒和二氧化硫(SO<sub>2</sub>)综合刺激。SO<sub>2</sub>刺激量为 200~250ppm, 每日刺激 1 小时, 持续 13 天。风寒刺激用低于大鼠生活环境温度 5℃的冷风, 每日刺激 15 分钟, 持续 13 天。每次在 SO<sub>2</sub>刺激结束后即进行风寒刺激。刺激在动物实验室进行, 温度为 19℃~21℃, 相对湿度为 70%~76%。

②病理研究 造模后大鼠普遍出现少动, 反应迟钝, 精神萎靡, 毛发零乱、脱落、缺少光泽等表现。咳嗽次数增多, 气急(每分钟呼吸次数增多)。易感, 绿脓杆菌气溶胶攻击后气管感染率和细菌培养的菌落数明显多于对照组。身疲乏力, 负重游泳试验结果时间减短。饮水量减少。体重下降, 背部体表温度下降, 低于全身体表温度。血清 IgG 含量和 T 淋巴细胞转化率均降低。

肺气虚大鼠气管和支气管上皮细胞脱落, 纤毛减少, 腺体肥大, 导管扩张, 杯状细胞增生, 气管、支气管壁及肺间质性炎症细胞浸润, 管壁血管扩张充血等。电镜观察气管、支气管粘膜纤毛变细、扭曲、折断, 甚至大片缺损; 杯状细胞增生并有明显的分泌颗粒; 刷状缘细胞增生, 多者成片出现, 鳞状上皮细胞化生等。

③治疗研究 补肺汤使动物气急减轻, 气管感染率和感染的菌落数减少, 负重游泳时间延长, 饮水量增加。体重不下降。血清 IgG 含量和 T 淋巴细胞转化率上升。

### (3) 肺与大肠相表里动物模型

①造型方法 本法使大肠燥屎蕴结, 形成实热邪滞, 使肺失肃降, 肺气上逆。大鼠, SD 种, 雌性或雄性, 体重 150~250g。手术行直肠下端可逆性体外半结扎, 结扎的粗丝线在腹部切口外侧打结, 使直肠被挤压在腹膜下造成肠腔狭窄, 以不影响肠壁血运为度。术后 48 小时于体外拆除直肠结扎线并立即实施各项观察。继续常规饲养至手术后 96 小时观察。

②病理研究 肺泡巨噬细胞死亡率增加, 巨噬细胞存活数及总数均增加。肺组织充血、水肿、出血, I 型上皮细胞呈明显扩张, 胞膜较平滑, 胞浆中仅含少量小囊泡。肺泡腔中变性坏死的巨噬细胞增多, 其胞质染色质呈凝聚状, 胞浆中大部分细胞器已崩解,



仅残存少量次级溶酶体和小囊泡。Ⅱ型上皮细胞的胞核轻度扩张，异染色质凝聚于核膜内面，胞浆中线粒体小而少，粗面内质网轻度扩张并有脱颗粒现象，核糖体和小囊泡量中等，板层小体量少，个小，结构不清晰等。术后48小时拆除直肠结扎线后饲养至96小时，见组织细胞（Ⅰ、Ⅱ型上皮等）形态近于正常，气血屏障的物质交换和吞噬细胞活性等生理功能较正常旺盛。

大、小肠改变见不同程度直肠和结肠扩张、胀气。肠壁呈灰褐或灰黑色，透过肠壁可见腔内有大量粪石积滞。近半数动物伴小肠近结肠端的中度以下扩张、充气。镜下见部分动物结肠粘膜有少量炎细胞浸润。

心、肝、肾无大体异常及镜下异常。

③治疗研究 大承气汤可降低肺泡巨噬细胞死亡率，增加巨噬细胞存活数及总数。显著改善肺大体病变及光镜下病变，电镜下气血屏障中Ⅰ型上皮细胞及血管内皮细胞胞膜有多处凹陷，胞浆含大量吞饮小泡，巨噬细胞胞突丰富发达，胞质中含大量溶酶体、线粒体和吞饮小泡等。Ⅱ型上皮细胞板层小体丰富发达。大肠扩张胀气不明显。

### 3.2.4.2 脾与胃病辨证

脾胃位于中焦，相为表里。脾主运化，主统血，主肌肉及四肢，开窍于口，其华在唇。脾主运化，胃主受纳；脾主升清，胃主降浊，脾喜燥恶湿，胃喜润恶燥。脾胃病变，常表现为水谷受纳运化失常，生化无源，气血亏虚，水湿留滞，痰浊内生，乳食积滞，血失统摄等，出现食欲不振、恶心呕吐、腹痛腹泻、腹胀水肿、痰涎壅盛、衄血紫癜等。

《小儿药证直诀·五脏所主》说：“脾主困，实则困睡，身热，饮水；虚则吐泻，生风。”脾胃病辨证，亦分虚实，虚在气、血、阴、阳，实在湿、食、寒、热，而其证候机理，则离不开脾气困遏，运化失健。

脾与胃病常见证候

脾气虚证候为：面色无华，倦怠乏力，食欲不振，食后脘腹胀满，大便溏薄，或有久泻脱肛，或见紫癜便血，常自汗出，舌质淡，苔薄白，脉缓弱。

脾血虚证候为：面色萎黄或色白无华，唇指淡白，眩晕心悸，神疲肢倦，发黄不泽，舌质淡白，舌苔薄，脉细弱，指纹淡。

脾阴虚证候为：消瘦乏力，唇干口燥，纳呆少食，食之腹胀，五心烦热，小便色黄，大便燥结，舌质红，舌苔少，脉细数，指纹淡红。

脾阳虚证候为：面色晄白，形寒肢凉，口和不渴，纳呆食少，脘腹胀痛，喜暖喜按，尿清便溏，或见浮肿尿少，舌质淡，苔薄白，脉沉细或细弱。

寒湿困脾证候为：头重身困，泛恶欲吐，脘腹胀闷，不思饮食，口淡不渴，腹痛腹泻，或见黄疸晦暗，舌体胖，苔白腻，脉濡缓。

湿热蕴脾证候为：脘腹痞闷，呕恶厌食，口苦腹胀，肢体困倦，或见肌肤黄疸鲜明，或见身热尿黄便溏，舌质红，苔黄腻，脉濡数。

胃虚寒证候为：胃脘隐痛，饮冷加剧，喜暖喜按，食欲不振，口淡乏味，泛吐清涎，面色少华，疲乏体弱，舌质淡，苔薄白，脉沉弱。

胃阴虚证候为：饮多食少，脘痞不舒，隐隐灼痛，口干舌燥，或胃脘嘈杂，或呃逆干呕，大便干结，舌质红干，舌苔少或无苔，脉细数。

胃热炽盛证候为：胃脘灼痛，嘈杂吞酸，渴喜凉饮，或纳则胃痛，或食入即吐，或

消谷善饥，口臭齿衄，牙龈肿痛，尿黄便结，舌质红，舌苔黄，脉数有力。

食积胃肠证候为：脘腹胀满，疼痛拒按，纳呆厌食，嗳气酸馊，恶心呕吐，矢气泻下酸腐臭秽，呕吐、泻下后胀痛稍减，舌苔垢腻，脉象滑。

#### 脾与胃病证的现代研究

1. 脾与胃病证的实质研究 中医学中的小儿脾胃病大体上包括西医学消化系统疾病及营养性疾病，中医学中脾脏胃腑的功能，与肝、胰、胃、肠等脏器，以及植物神经、代谢、免疫等的综合功能有关。

(1) 脾胃病证与消化系统功能 现代对“脾主运化”理论的研究表明，这一功能主要表现为消化系统的分泌、吸收和运动功能等。脾虚证患儿唾液淀粉酶活性差，血清胃泌素含量明显低于正常儿童，胃液分泌功能低下，胰分泌淀粉酶功能减弱，尿木糖排泄率降低，胃肠道排空加快。经健脾助运治疗，随着脾虚症状改善或消失，上述各项指标好转。

(2) 脾胃病证与植物神经系统功能 胃肠道分泌功能及运动功能均由植物神经系统调节。从临床观察及动物实验资料看，脾虚证患者存在植物神经系统功能紊乱，一般以副交感神经占优势，血胆碱酯酶活力降低。青海省中医院对脾虚泄泻患者作立卧试验、红色划痕试验、白色划痕试验，多数为阳性。有人用同位素<sup>131</sup>I胶囊示踪法观察消化道排空功能，发现脾虚者排空速度加快，用健脾补气中药或阿托品口服均可纠正，提示脾虚者副交感神经兴奋性增强，健脾药物可能有抗乙酰胆碱作用。

(3) 脾胃病证与蛋白质代谢 脾虚患者机体存在不同程度蛋白质营养不良、低白蛋白血症、贫血、能量代谢不足等。脾虚泄泻患者有从粪便中丢失血浆蛋白的现象，并有糖代谢紊乱或水钠潴留等表现。健脾方药治疗后上述现象好转。实验研究表明，白术能促进小肠蛋白质合成，苍术和补中益气丸能促进肝蛋白质合成。

(4) 脾胃病证与免疫功能 脾虚患者外周血淋巴细胞计数、植物血凝素皮肤试验均值均显著低于正常组，脾阳虚者T淋巴细胞及淋巴细胞转化率均低于对照组。脾虚泄泻患者玫瑰花瓣形成率较对照组明显降低，经健脾治疗后绝大多数有所上升。不少单位的研究表明，脾虚患者不仅细胞免疫功能降低，体液免疫功能也有不同程度降低。许多健脾方药能明显增强非特异性屏障，增强巨噬细胞活力，提高被抑制的免疫功能，调节和抑制免疫功能亢进。

2. 脾与胃病证的动物模型 脾虚证动物模型研制是中医证候动物模型研制中开展较早、已建立造模方法较多的研究工作领域。现已建立的脾虚证造模方法有大黄或番泻叶法、饮食失节法、破气苦降+饮食失节法、过劳+饮食失节法、偏食法、利血平法等多种。实验动物有小鼠、大鼠、家兔、驴等。以下介绍两种脾虚证动物模型。

#### (1) 脾气虚证动物模型

①造型方法 采用苦寒破气法使动物脾气虚。小鼠，昆明种，雌性或雄性，体重20~24g。四花青皮（青皮之个大者）煎剂，灌喂，用药15天。或大鼠，四花青皮煎剂灌喂，用药15天。

②病理研究 食欲减退，食量减少，体重下降。游泳耐力下降，与造型时间呈负相关。胸腺及脾指数下降。血红蛋白下降，白细胞影响不大。蜷缩，眯眼，四肢无力呈葡萄状，动作迟缓，毛枯槁。体温降低，肌肉协调性差，D-木糖吸收率下降。

③治疗研究 黄芪使动物食欲提高,食量增加,体重增加,游泳耐力增加,胸腺及脾指数增加。

#### (2) 脾阳虚证动物模型

①造型方法 采用苦寒泻下加饥饱失常法。大鼠, Wistar 种, 雄性, 体重 206~246g。大黄酒煎剂, 灌喂, 用药量约每天 13.3g/kg bw。同时隔日喂饲, 喂饲日饲料量不限。造型天数 20 天。

②病理研究 体重停止增长, 口腔温度降低, 夜间活动频率减少, 大便黄软或便溏, 每日喂饲造模剂后约 6~8 小时便溏次数增多, 造型过程未见稀水样便。造模第 9 天起被毛开始明显疏散, 枯槁无华。从造模第 6 天起喂饲当日进食量减至与对照组相当。

心脏功能测定, 心率基本无改变, 电-机械延迟时间 (EML)、电-机械收缩时间 (EMT)、机械收缩时间 (MST)、排血前期 (PEP) 均值均增高, 说明造模动物的心脏活动周期中, 由于收缩期延长, 使舒张期缩短, 在收缩期中, 由于 PEP 延长, 使左室排血时间 (CVET) 相对缩短。双侧颈动脉流量减少。

③治疗研究 调脾益心汤 (太子参、白术、茯苓、陈皮、半夏、木香、砂仁、丹参等) 使小鼠 PEP/LVET 比值显著减少, 说明能使心脏功能改善, 并使双侧颈动脉血流量、LVET、PEP 指数、心率有增加趋势, 而 EML、EMT、MST 无明显变化, PEP 有降低趋势。

#### (3) 食积证动物模型

①造型方法 采用饮食厚味加量法。小鼠, Swiss 种, 雄性, 体重 16~22g。喂饲高蛋白高热量饲料 (鱼松、豆粉、面粉、牛奶粉, 按 1:1:1:2 配成), 喂 2 天, 第 2 天加喂 25% 牛奶粉液每只 0.5ml, 每日 3 次。第 3 天观察。

②病理研究 活动明显活跃, 食量、便量减少。体重增长缓慢。趾心温升高, 腹部胀满, 腹前、后径增大。肛温升高。粪便中淀粉颗粒和脂肪球增多。胃、肠腔扩大、胀气。胃电呈高频、高幅波形, 说明胃功能呈亢进状态。血糖、血钙下降, 血钠也有下降趋势。

③治疗研究 保和丸煎剂增加动物食量、便量, 减轻腹胀, 减小腹围, 增加体重, 降低趾心温, 减小腹前后径, 降低肛温, 减少粪便中淀粉颗粒, 使胃电恢复正常状态。

### 3.2.4.3 肝与胆病辨证

肝居于胁里, 藏血, 主疏泄, 主筋, 其华在爪, 开窍于目, 与胆相表里。肝胆病变, 常表现为疏泄功能失常, 肝不藏血, 阴血亏虚, 筋脉失养, 目失涵养等, 出现动风抽搐、黄疸、口苦、头晕目眩、急躁易怒、失眠多梦、胁痛、呕吐、肢体痿痹等症。

《小儿药证直诀·五脏所主》说:“肝主风。实则目直, 大叫, 呵欠, 项急, 顿闷; 虚则咬牙, 多欠气。热则外生气, 湿则内生气。”肝与胆病辨证, 以风证为纲, 结合虚实、气郁、湿热等进行。

#### 肝与胆病常见证候

热盛动风证候为: 高热神昏, 两目直视, 项背强直, 牙关紧闭, 手足躁扰或抽搐, 舌质红, 舌苔黄, 脉弦数, 指纹青紫。

肝胆湿热证候为: 身目黄疸, 口苦胁痛, 纳呆呕恶, 渴不多饮, 发热或寒热往来, 尿色黄浊, 或见阴痒湿疹, 或见睾丸肿痛, 舌质红, 苔黄腻, 脉弦数, 指纹紫滞。

肝气郁结证候为：抑郁或急躁易怒，胸闷喜叹息，胸胁胀痛，食欲不振，恶心呕吐，或项有瘰疬，或胁下痞块，舌苔薄白，脉弦，指纹滞。

肝火上炎证候为：面红脸红，目赤肿痛，头痛易怒，烦躁难寐，口苦咽干，胁痛吐酸，或有呛咳咯血，小便短赤，大便秘结，舌质红，舌苔黄，脉弦数，指纹紫。

肝阴虚证候为：头晕耳鸣，面颊烘热，两目干涩，视物模糊，咽干口燥，五心烦热，潮热盗汗，或有手足蠕动，舌红少津，舌苔少或薄黄，脉弦细数，指纹淡红。

肝血虚证候为：面白无华，唇指淡白，眩晕耳鸣，两目干涩，视物不清或为夜盲，或肢体麻木、肌肉跳动，或心悸怔忡，舌质淡，舌苔薄，脉细弱，指纹淡白。

#### 肝与胆病证的现代研究

1. 肝与胆病证的实质研究 中医学中的肝胆，除指肝胆脏器本身外，还包括神经、消化、循环、内分泌、运动等系统的部分功能。

小儿热盛易于动风，这一证候的发生机理与小儿神经系统发育未成熟有关。小儿大脑皮层功能未成熟，抑制过程差，兴奋过程占优势并易泛化，特别是神经髓鞘化差，神经传导分化不全，冲动易泛化。在高热或中枢神经系感染及其毒素的作用下，造成脑细胞功能紊乱，导致部分神经元突然异常放电，便发生惊厥，当异常放电扩散到丘脑和脑干上部，影响了网状结构的上行激动系统时，则出现意识丧失。

云南省中医研究所报告 53 例中医肝病者，其中 42 例有不同程度的植物神经功能失调，占 79.2%，由此认为“肝主疏泄”包括了植物神经某些功能的作用。肝主疏泄与脾胃功能有关，因此，部分学者认为，可以从植物神经与胃、肠、胰内分泌系统（简称 G—E—P 系统）去寻找肝气郁结证的有关指标。

对肝阴虚火旺证的研究，上海中医学院曾测定其尿 17-OHCS 多数高于正常，尿儿茶酚胺与正常值无显著差异，提示患者多有垂体—肾上腺皮质或肝脏灭活功能亢进。

#### 2. 肝与胆病证的动物模型

##### (1) 肝气郁结证动物模型

①造型方法 采用夹尾加肾上腺素应用法。大鼠，Wistar 种，雄性，体重 148~206g。用尖端包扎胶布的止血钳夹动物尾部，使之保持激怒、争斗状态，每天 45 分钟。同时每周皮下注射 0.1% 肾上腺素 0.2ml 1 次。造型时间 30 天。动物群养于大笼中。

②病理研究 动物易怒撕咬，从第 1~30 天均能保持这一状态。体重无明显改变。

胃浆膜面血管粗大瘀血，粘膜面色红、瘀血。肾上腺重量显著增加。镜下见胃粘膜被覆上皮细胞及腺上皮细胞增大，胞浆饱满，腺体挺直有僵硬感。肾上腺皮质束状带明显脱脂，束状带和网状带明显增生。

(2) 惊厥动物模型 惊厥动物模型可用于抗惊风、癫痫药物筛选及药物作用机制分析。惊厥动物模型的造模方法很多，急性实验性模型有最大电休克发作实验、最小电休克发作阈值实验、精神运动性发作试验、低钠电休克发作阈值试验、戊四唑发作阈值实验、戊四唑最大发作实验、印防己毒素发作实验、土的宁发作实验、硫代氨基脲发作实验、马桑内酯实验动物模型等，慢性实验性模型有点燃效应引起的癫痫发作、听源性发作、光源性发作、青霉素引起的癫痫模型、冷冻所致的癫痫发作，以及氢氧化铝、钴、硫酸亚铁、硫酸锌及海人草酸等引起的模型。以下介绍一种精神运动性电惊厥动物模型。

①造型方法 昆明种系健康小鼠，体重 18~20g。在小鼠固定板上，用手捉住小鼠颈

背部，展开两侧眼睑，将预先用生理盐水润湿的角膜电极与眼球充分接触，通过生理实验多用仪，输出方波电流（参数为波宽1ms、频率6Hz、刺激时间3s、直流输出48V）刺激小鼠双眼角膜。通电期间，要保持角膜电极与眼球的充分接触，并防止损伤角膜。刺激完毕后，立即移开角膜电极，及时松开手指，弃除固定装置。要注意保持实验环境安静，以免影响实验结果。安放电极时过度挣扎的小鼠弃去不用。

②病理研究 电刺激后，小鼠表现发愣、竖尾，或伴有抽搐，但仍直立，没有强直性惊厥发作，持续10秒钟以上者，作为实验动物模型。

③治疗研究 复方青礞石水煎液（含青礞石、石菖蒲、青果、半夏、胆南星、陈皮、枳壳、川芎、沉香、神曲）能明显对抗小鼠精神运动性电惊厥发作。表现为灌胃1小时后开始实验的小鼠，以上述方波电流刺激小鼠双眼角膜后，能立即走开，或在10秒钟内转变为通常运动状态，开始探索行动。实验前灌药1次者的抗惊厥率显著低于实验前连续灌药6天者。

#### 3.2.4.4 心与小肠病辨证

心位于胸中，心包围护其外，心为五脏六腑之大主，主神志，主血脉，其华在面，开窍于舌，与小肠相表面。心与小肠病变，常表现为心主血脉的功能失常和心主神志的功能失调，出现心悸怔忡、心烦易惊、夜啼多汗、少血出血、行为失常、神识失聪等症。

《小儿药证直诀·五脏所主》说：“心主惊。实则叫哭发热，饮水而摇；虚则卧而悸动不安。”心与小肠病辨证，以虚实为纲，虚在血、气、阴、阳，实在痰、火、瘀、热，亦多虚实夹杂，须注意辨其兼夹证候。

##### 心与小肠病常见证候

心气虚证候为：心悸气短，或怔忡不安，易惊少寐，多动虚烦，面色淡白，神疲乏力，自汗且动则加重，舌质淡，舌苔白，脉细弱或结代。

心血虚证候为：心悸或怔忡，心烦多梦，健忘眩晕，发黄不泽，面白无华，唇指色淡，舌质淡白，舌苔薄，脉细弱。

心阴虚证候为：心悸或怔忡，心烦少寐，潮热或低热，手足心亢热，多动不宁，盗汗，口咽干燥，舌红少津，舌苔光或薄黄，脉细数。

心阳虚证候为：心悸气短，动则加重，易惊健忘，反应迟钝，神疲自汗，面色淡滞，畏冷肢凉，或见足跗浮肿，舌质淡润，舌苔白，脉迟弱或结代。心阳虚衰证候见：心悸气短，大汗淋漓，四肢厥冷，呼吸微弱，口唇青紫，神识不清，脉微欲绝等。

心火炽盛证候为：烦闹不安，夜啼少寐，面红口渴，甚则狂躁谵语，或衄血鲜红，口疮口糜，舌尖红，舌苔薄黄，脉数。

心血瘀阻证候为：胸闷不舒，心悸不宁，或有胸骨后刺痛，重者疼痛不安，引及肩背臂内，唇指青紫，或见肌肤紫癜，出血紫暗，舌质暗红或见瘀斑，苔少而润，脉涩或结代，指纹紫滞。

痰迷心窍证候为：精神抑郁，神识呆滞，举止失常，喃喃自语，甚者痴呆木然，或昏迷痰鸣，舌质淡，苔白腻，脉滑。

痰火扰心证候为：面赤气粗，烦闹口渴，多啼少寐，小便短赤，大便秘结，甚者神昏谵语、狂躁妄动、哭笑无常、精神错乱，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

小肠虚寒证候为：小腹隐痛喜按，得温则减，肠鸣溏泻，食欲不振，小便频数色清，

舌质淡嫩，苔薄白，脉细缓。

小肠实热证候为：心烦多啼，小便赤涩，或茎中作痛，尿急尿频，或有尿血，面赤唇红，舌质红，舌苔黄，脉滑数。

#### 心与小肠病证的现代研究

1. 心与小肠病证的实质研究 心虚证的客观改变常体现于血液方面。心气虚证的血液动力学改变主要为左心室功能减退，表现为等容收缩阶段左心室内压上升速率减慢，左心室射血时心肌纤维缩短的速率及缩短程度减少、相应的每搏量减少，左心室顺应性降低，左心室舒张末期压力增加；血液流变学改变表现为全血粘度比、血浆粘度比、全血还原粘度等均高于正常人，红细胞电泳率明显低于正常人。

心阳虚证也有左心室功能减退，表现为等容收缩阶段左心室内压上升速率减慢，故左心射血前期（PEPI）时间延长，左心射血时心肌纤维缩短的程度减少，射血时间（LVETI）缩短，PEP/LVET 比值明显增大，左心室顺应性降低，左心室舒张末期压力增加。血液流变学改变为全血粘度比、血浆粘度比、全血还原粘度比均高于正常值。红细胞电泳率明显降低。血浆 cGMP 含量高于正常，cAMP/cGMP 明显低于正常。

心血虚证常有贫血，红细胞和血红蛋白均减低，这些患者甲皱微循环管襻色泽多呈淡红色，充盈度差，流速多为中等，流态多虚线。

心血瘀阻证常有心脏及心电图改变，如多种心律失常、ST 段呈缺血性降低，以及原发性心肌收缩力受损、心室的压力负荷（后负荷）和容积负荷（前负荷）过重等。并常表现为微循环障碍、血液粘度与血浆粘度增高、血液凝固性增高或纤溶活性降低、血小板聚集性增高或释放功能亢进及血液动力学异常等。

#### 2. 心与小肠病证的动物模型

（1）心虚证动物模型 小站台法剥夺动物快速眼动相（REM）睡眠，为惊、劳因素致心虚证，属于心气阴两虚偏气虚证模型。

①造型方法 大鼠，雄性，体重 200~250g。用小站台水环境技术剥夺动物 REM 睡眠。动物体重（W）与站台面积（A）的比值  $W/A$  需  $\geq 6.4$ （对照组需  $W/A \leq 1.73$ ），水池上方装料斗槽及水瓶，实验期间动物可自由取食和饮水。于实验开始后 24~96 小时观察。睡眠剥夺最初阶段，心率逐渐加快而血压逐渐下降，构成“细数”脉象，可考虑其为心阴虚证。睡眠剥夺 96 小时，心率转而下降到剥夺前的波动范围，不再有“数”脉体征，但此时血压则进一步下降到剥夺前水平的 60%，出现了“细弱”的脉象，心率变异功率谱的低频段也增加到最大值，可考虑其为心气虚或气阴两虚偏气虚证。

②病理研究 血压（收缩压）在睡眠剥夺后 24 小时即明显降低，呈进行性。48 小时和 72 小时心率明显加快，96 小时又回降到实验前波动范围。心率变异功率谱低频段平均功率显著增加，呈进行性。

（2）心肌缺血性血瘀证动物模型 本模型属血瘀证。如致心源性休克可属心气虚、心阳虚弱证。

①造型方法 狗，结扎冠状动脉左旋支的侧支和钝缘支、前降支，造成左心室侧壁局灶性梗阻。

②病理研究 心肌病变为主，心肌变性，间质水肿，伴少量炎性细胞浸润，心肌坏死。电镜下梗塞区中心大多数心肌细胞明显坏死，结构亦发生明显变化。坏死心肌常呈

不同大小的碎片被巨噬细胞和成纤维细胞包围，或见有多形核白细胞。部分心肌细胞有不同程度变性，表现为细胞水肿，基质变淡，变性严重时糖元消失。心电图显示一系列反映心肌损伤的典型变化，以 ST 段移位和心率变化最为突出。

③治疗研究 复方丹参注射液（丹参、降香）使狗结扎冠脉后 1~4 小时心电图 ST 段抬高程度减轻，ST 段恢复至等电位线时间提前。在结扎后第 7 天，ST 段恢复的百分率提高，心率减慢，使血清 GOT 活性增高幅度降低，高峰时间推迟，红细胞电泳率短时变快。光镜下有加速梗塞修复趋势。电镜下吞噬细胞比较活跃，坏死心肌残片较少，成纤维细胞分化程度和间质增生程度明显。

### 3.2.4.5 肾与膀胱病辨证

肾位于腰部，腰为肾之府。肾为水火之脏，主藏精，主水，纳气，生髓，主骨，其华在发，开窍于耳及前后二阴，与膀胱相表里。肾与膀胱病变，常表现为藏精、主水、纳气等功能失常，生长发育障碍等，出现水肿、小便异常、久喘、生长障碍、发育迟缓等症。

《小儿药证直诀·五脏所主》说：“肾主虚，无实也，惟疮疹，肾实则变黑陷。”小儿肾常不足，加之有先天禀赋不足者，故临床小儿肾脏证候，以虚证为主，虚实夹杂证占少数，膀胱病变则以湿热证多见。

#### 肾与膀胱病常见证候

肾阴虚证候为：头晕目眩，颧红口干，腰膝酸软，五心烦热，低热盗汗，生长迟缓，尿黄便结，舌质红，舌苔少，脉细数。

肾阳虚证候为：形寒肢冷，喜卧嗜睡，神倦乏力，浮肿尿少，或尿频尿多色清，夜间遗尿，久泻溏薄清冷，久喘气短不续，舌质淡，苔薄白，脉沉迟。

肾精不足证候为：发育迟缓，身材矮小，骨弱肢柔，鸡胸龟背，囟门迟闭，反应迟钝，智识不聪，舌质淡，舌苔少，脉细弱。

肾虚水泛证候为：面白无华，精神萎靡，畏寒肢凉，周身浮肿，下肢肿甚，按之凹陷难起，心悸气促，小便短少，舌质淡胖，苔白滑，脉沉迟。

膀胱湿热证候为：尿频尿急淋涩，排尿灼热疼痛，或见尿中砂石，或见尿血癃闭，腰酸腰痛，舌质红，苔黄腻，脉滑数。

膀胱虚寒证候为：小便频数量多或尿少不利，尿色清澈，或见遗尿，少腹隐痛，喜暖喜按，舌质淡，舌苔白，脉沉迟。

#### 肾与膀胱病证的现代研究

1. 肾与膀胱病证的实质研究 肾的研究，特别是肾虚证的研究，是藏象学说研究中的重要课题，取得了显著的成绩。已有的研究表明，肾的实质可能是以下丘脑—垂体—肾上腺皮质系统和下丘脑—垂体—性腺为主，又包括了部分植物神经系统、甲状腺及解剖学中的肾脏。肾虚与神经、内分泌、免疫、能量代谢、血浆环核苷酸、微循环、微量元素等均有联系。

肾阳虚证 24 小时尿 17-羟皮质类固醇（17-OHCS）含量低下，尿 17-酮皮质类固醇（17-KS）亦低下。T<sub>3</sub> 低下，TRH 兴奋试验半数呈延迟反应。cAMP/cGMP 明显降低。玫瑰花瓣形成试验与淋巴母细胞转化试验均低。嗜酸性粒细胞数增高。甲皱微循环血流速度减慢，管袢开放数目较少。

肾阴虚证亦有肾上腺皮质功能紊乱,尿 17-OHCS 多数正常或偏高,尿 17-KS 减低。外周血嗜酸性粒细胞数减少。红细胞糖酵解率与氧化强度较正常值高。冷压反应较正常人呈强烈的升高反应,但受其它脏器阴阳偏胜影响强烈,如肾阴虚兼脾阳虚则呈低反应或正常反应。植物神经功能状态表现为交感神经功能亢进。

肾精不足证血清甲状腺激素  $T_3$  水平降低。皮质醇水平降低,促肾上腺皮质激素 (ACTH) 增高。生长激素水平降低,1,25-二羟胆骨化醇下降。

肾虚水泛证常见于肾小球疾病、充血性心力衰竭等,儿科多见于肾病综合征。患者血浆蛋白低下,肾小球上皮细胞及基底膜的通透性增加。

膀胱湿热证常有感染、结石等实邪,泌尿系感染由多种病原菌引起,其中以大肠杆菌最常见。

## 1. 肾与膀胱病证的动物模型

### (1) 肾阳虚证动物模型

①造型方法 大鼠, Wistar 种, SD 纯系, 雄性, 体重 100~200g, 平均约 145g。腺嘌呤 (adenine) 化饲料喂饲, 含量 0.5%~0.75%, 平均约 0.6%, 摄取量每天 270~350mg/kg bw, 平均约每天 310mg/kg bw。给药天数 21~70 天, 平均约 40.2 天。总摄药量为 6300~20650mg/kg bw, 平均约 12210mg/kg bw。

②病理研究 消瘦, 生长发育受阻, 多尿, 体毛干枯不齐、稀疏、脱落, 畏寒, 肢冷, 蜷缩拱背, 精神萎靡, 反应迟钝, 少动闭眼, 尾色苍白, 或见肌肉震颤、抽搐、死亡。体重减轻, 体温下降。

肾脏体积增大, 肿胀, 颜色苍白, 即所谓“大白色肾”, 或认为肾色苍黄, 浊肿, 表面呈颗粒状, 不甚光滑。切面见肾皮质色淡, 呈缺血状, 皮、髓质分界模糊, 部分动物可见肾盂积水伴结石形成。镜检肾实质呈退化性变化, 以肾皮质尤为明显, 肾小体萎缩、数量减少, 肾球囊腔扩大。肾小管尤其是近曲小管管腔内和间质中有多量棕黑色 2, 8-二羟基腺嘌呤针状结晶沉积, 并有多量异物肉芽肿。有结晶沉积的近曲小管上皮变薄, 管腔扩大, 上皮细胞变性、脱落, 腔内有中性白细胞, 有颗粒管型和蛋白管型形成。间质结缔组织增生及纤维化。近曲小管刷状缘 PAS 反应显著减弱, 有腺嘌呤结晶沉积的肾小管上皮细胞刷状缘 AKP 反应显著降低, 肾小管 G-6-P 反应显著减弱, G-6-PDH 反应也减弱, 肾小管异柠檬酸脱氢酶 (ICDH) 反应几乎消失, 肾小管 L-苹果酸脱氢酶 (LMDH) 反应接近阴性, 有结晶沉积的肾小管细胞内非特异性酯酶 (NSE) 反应近于阴性。尿量增多, 低渗尿, 尿素、肌酐排泄率降低。血浆和肾组织 cAMP 含量增加。血中 BUN、Cr、P 含量进行性增高, Hgb 含量进行性下降。

胸腺萎缩, 皮质变薄, 淋巴细胞数量显著减少, DNA 含量减少。

③治疗研究 右归丸改善症状, 增加体重, 升高体温, 降低死亡率。减少尿量, 提高尿渗透压, 增加尿素、肌酐排泄率, 降低血浆 cAMP 含量, 但对肾组织 cAMP 含量无影响, 对肾脏组织形态学无明显改善, 增强肾小管 ICDH、LMDH、NSE 反应强度, 增加胸腺皮质淋巴细胞数, 增加 DNA 含量。

益气活血补肾方剂 (红参、黄芪、当归、仙灵脾、大黄等) 使血 BUN、Cr、P 含量下降, Hgb 有增高趋势。肾脏色苍黄, 浊肿减轻, 未见肾盂积水和结石形成, 肾皮质缺血现象有所改善, 皮、髓质分界较清, 镜下肾小球数量增多, 萎缩程度减轻。



## (2) 肾阴虚证动物模型

①造型方法 小鼠, JCR 纯系等, 雄性, 体重 20~30g。T<sub>1</sub> 加利血平, 灌喂。用药量: T<sub>1</sub> 每天 120mg/kg bw, 加利血平每天 0.8mg/kg bw。用药天数 5~10 天。

②病理研究 眼睛, 消瘦, 反应迟钝, 体重下降。肝重下降, 脾重下降或无变化, 胸腺重量增加。肝脾 DNA、RNA 合成率第 6 天起上升, 第 8 天~10 天下降, 肝糖原减少, 血清 IgG 含量第 7 天下降, 第 10 天上升, 脾脏 H<sup>3</sup>-Thy 标记体内淋巴细胞转换率下降。痛阈降低。

③治疗研究 生地、玄参、麦冬、龟版使体重增加, 反应灵敏度增加。可降低第 6 天开始上升的肝脾 DNA、RNA 合成率; 也可升高从第 8~10 天下降的肝脾 DNA、RNA 的合成率, 增加肝糖原, 提高痛阈。

### 3.2.5 气血痰食辨证

气血是组成人体和维持人体生命活动的重要物质。痰食是儿科常见的病理因素。气血痰食辨证, 常常作为八纲辨证、脏腑辨证的补充, 并与之相配合, 用于儿科常见疾病的辨证。

#### 3.2.5.1 气病辨证

气病辨证分虚实, 又与五脏皆有联系, 但脾胃为气血生化之源, 又居中而为气机运转之枢纽, 所以, 气病与脾胃关系最为密切。现代对气病的研究, 多从脾气、肺气、肾气等失常探讨。

气虚证候为: 神疲乏力, 声低懒言, 气短气怯, 纳呆少食, 头晕自汗, 反复感冒, 下利脱肛, 舌淡胖嫩, 脉弱无力。

气滞证候为: 局部胀痛, 胀重于痛, 胀痛窜动, 嗳气或矢气后减轻, 指纹滞。

气逆证候为: 呛咳气急, 喘息哮鸣, 嗳气呃逆, 恶心呕吐, 甚则吐血衄血, 头痛眩晕, 脉弦滑。

#### 3.2.5.2 血病辨证

血病辨证, 一般按虚、瘀、热、寒划分, 又常结合气病和脏腑病病机分析。血证病因多样, 范围广泛, 在儿科又有病情发展快、变化多的特点, 同时还须审证求因, 结合病因辨证, 才能及时辨明证候, 掌握其发展变化规律。

血虚证候为: 面色不华, 唇舌爪甲色淡, 指纹淡。常兼头目眩晕、心悸怔忡、口四肢麻、疲倦乏力、虚烦少寐、毛发萎黄、目花干涩等症。

血瘀证候为: 瘀点瘀斑, 发斑血肿, 面色晦暗, 唇及肢端紫绀, 青筋显露, 肌肤甲错, 体内癥积包块, 痛如针刺, 痛有定处, 痛而拒按, 鼻衄, 尿血、便血等, 肢体麻木或瘫痪, 舌质紫, 舌下紫络曲张, 脉涩或结代, 指纹紫滞。

血热证候为: 各种出血, 如吐血、咯血、鼻衄、齿衄、脐血、尿血、便血、斑疹、紫癜等。常伴面赤唇红, 或有发热, 舌质红, 脉数。

血寒证候为: 手足清冷, 肢体麻木, 重者肢端紫黑坏死, 或皮内硬肿, 兼有畏寒肢痛, 舌质淡黯, 脉沉迟, 指纹淡红而滞。

#### 3.2.5.3 气血同病辨证

气血均来自于精, 气能生血、行血、摄血, 血能化气、藏气、载气, 故气血相关。临

证气血同病常见，故常需从气血相关论证。

气血两虚证候为：面色淡白或萎黄，神疲乏力，少气懒言，头晕目眩，唇指色淡，舌质淡嫩，脉细弱，指纹淡。

气滞血瘀证候为：局部胀痛，肿块癥瘕，肋胀腕闷，唇指青紫，食欲不振，舌质紫，脉涩，指纹滞。

气不摄血证候为：面淡无华，气短乏力，吐血便血，紫癜瘀斑，舌质淡，脉弱，指纹淡。

气随血脱证候为：各种出血量多之后，突然面色苍白，冷汗淋漓，气息微弱，甚则晕厥，四肢逆冷，舌质淡，脉细数无力或微细欲绝。

#### 3.2.5.4 痰病辨证

痰为水湿不化之病理产物。小儿脾常不足，易于蕴湿生痰；外感六淫化热，易于炼津为痰。故儿科病证，尤其是肺系疾病常见有形之痰，温疫及心肝疾病常见无形之痰。痰病辨证，先分有形、无形，再结合脏腑、卫气营血进行。

有形之痰证候为：咳嗽咯出痰液，喉中痰嘶痰鸣，气粗喘息。寒痰证见形寒肢冷，畏寒喜温，咯痰清稀色白，口和不渴，舌质淡，苔白腻。热痰证见发热痰黄，稠粘难咯，烦闹口渴，咽红咽痛，舌质红，苔黄腻。痰滞经络则见痰核瘰疬，质硬滑动。

无形之痰证候为：神识不清，或言语无常，迟钝痴呆，或卒然昏迷，谵语妄动。痰火证见狂躁不宁，嚎叫哭闹，或伴发热，舌质红，舌苔黄。痰浊证见木讷迟滞，寡言失语，倦怠嗜卧，或有吞咽困难，舌苔白腻。

#### 3.2.5.5 食滞辨证

小儿脾胃薄弱，又常有饮食、喂养不当，易为乳食所伤，积滞中焦，食而不化，是为食滞证。乳食积滞，总属实邪，伤食之初，多为乳食壅积，积而不消则化热，又有素体脾虚者则虚实夹杂，易积难消。

乳食壅积证候为：伤乳积滞者脘腹胀满质软，呕吐乳片，口泛乳酸味，不欲吮乳，大便酸臭。伤食积滞者脘腹胀满疼痛，嗳气酸馊，呕吐未消化食物，不思进食，烦闹不宁，大便臭秽，便后痛减。舌苔腻，脉滑有力，指纹紫滞。

积滞化热证候为：脘腹胀满，面黄恶食，腹部灼热或午后低热，烦闹少寐，夜寐易醒，好动不安，大便秽臭，舌质红，苔黄腻，脉滑数，指纹紫滞。

脾虚夹积证候为：面色萎黄，困倦无力，不思乳食，食则饱胀，腹满喜按，大便溏薄，或夹乳食残渣，形体瘦弱，舌质淡，苔白腻，脉沉细，指纹淡红。

### 现代参考文献

- [1] 杨维益，等．关于中医“证”研究的思考．中国医药学报，1996，(1)：4
- [2] 郭振球，抓住中心，带动两翼——中医辨证学微观化之研究．山西中医，1993，(1)：51
- [3] 仇珠英，等．儿科领域中的中医动物模型研究．中国中医基础医学杂志，1996，(2)：52
- [4] 鄢顺琴．动物（小鼠）便秘模型的复制及其中药的治疗效果．中药通报，1988，(8)：43
- [5] 梁月华，等．寒热本质动态研究：虚寒、虚热状态大鼠对有关刺激反应特征的观察．中西医结合杂志，1988，8(6)：349
- [6] 邝安莹，等．阳虚病人内分泌、免疫和环核苷酸变化的初步观察．中华内科杂志，1979，18(2)：105

- [7] 马健, 等. 温病气营两燔证的病机实质及治则原理探讨. 中国医药学报, 1991, (6): 5
- [8] 谢路. 试论卫气营血与三焦证候的本质与区别. 中国医药学报, 1995, (1): 14
- [9] 徐锡鸿, 等. 大鼠肺气虚“证”模型的建立. 中医杂志, 1994, 35 (4): 230
- [10] 黄华, 等. 300例小儿肺炎中医临床证型的X线表现. 上海中医药杂志, 1994, (10): 34
- [11] 朱升朝, 等. 小儿反复呼吸道感染的实验研究近况. 中西医结合杂志, 1994, 14 (3): 184
- [12] 张剑勇, 等. 温病邪热壅肺证的动物实验研究. 甘肃中医学院学报, 1990, (1): 47
- [13] 汪受传. 胎怯从补肾健脾证治研究. 新中医, 1997, (7): 10

(汪受传)

### 3.3 儿科治法概要

中医学有其独具特色的多种治疗方法, 以其治疗手段划分, 有药物疗法和多种非药物疗法, 以其治疗途径划分, 有内治疗法和外治疗法等。在儿科, 针对儿童这一特殊的治疗对象, 方药、疗法的选取都具有特别的要求。作为中医临证医学的指导原则——辨证论治, 要求任何治法的应用都必须以辨证为前提和依据, 同时要遵从因人、因时、因病制宜的方针。研究和创造适合儿科治疗的方法, 改进治法, 改革剂型, 优化处方用药, 探讨治法机理, 是促进中医儿科治法得到更广泛应用的必要条件。

#### 3.3.1 内治疗法

内治疗法, 指使药物直接进入体内的疗法。内治疗法以口服作为主要给药途径, 灌肠、鼻饲、注射也多有应用。

##### 3.3.1.1 常用内治法则

###### 发汗解表法

系具有发汗解肌、疏风透疹、透邪外出作用的治法, 用于外邪犯表的证候。肺系疾病和时行疾病初期常用此法治疗。

1. 辛温解表法 适用于风寒表证。症见恶寒发热, 头身疼痛, 项背强痛, 鼻塞流清涕, 咳声重浊, 咽痒不适, 舌苔薄白, 脉浮紧。常用方荆防败毒散, 轻证用葱豉汤。常用药有荆芥、防风、白芷、川芎、羌活等, 轻证用葱白、豆豉, 重症用麻黄、桂枝。

2. 辛凉解表法 适用于风热表证。症见发热重, 微恶风寒, 头痛鼻塞, 流涕黄浊, 咳声高亢, 咯痰黄稠, 口干作渴, 咽红肿痛, 舌质红, 苔薄黄, 脉浮数。热重选银翘散, 咳重选桑菊饮。常用药有银花、连翘、薄荷、牛蒡子、大青叶、桑叶、菊花、柴胡、生甘草等。

3. 解暑透表法 适用于暑湿表证。症见发热汗出, 头身重痛, 恶食口渴, 脘腹胀闷, 呕恶腹泻, 舌质红, 苔黄腻, 脉濡数。方选新加香薷饮。常用药有藿香、香薷、大豆卷、银花、连翘、荷叶、生薏仁、六一散等。

4. 透疹解表法 适用于麻疹初期。症见发热畏寒, 目赤畏光, 流泪多眵, 鼻塞多涕, 喷嚏咳嗽, 口腔颊黏膜见麻疹黏膜斑, 舌苔薄白或微黄, 脉浮数。方选宣毒发表汤。常用药有葛根、荆芥、升麻、西河柳、牛蒡子、蝉蜕、浮萍、芫荽等。

解表方药的药理作用有发汗、解热、镇痛、抗病毒、抗菌、抗过敏等。麻黄中的挥发油L-麻黄碱对实验猫有发汗作用。桂枝扩张末梢血管, 加强皮肤表面的血液循环。柴

胡、桂枝、葛根、荆芥、防风、桑叶等对动物实验性发热均有解热作用。柴胡、桂枝、细辛、防风、紫苏等对小鼠尾部机械压迫法或醋酸扭体法等引起的疼痛反应均有明显抑制作用。麻黄、桂枝、柴胡、紫苏、菊花、大青叶、虎杖对流感病毒，麻黄汤对呼吸道合胞病毒等，均有一定抗病毒作用。柴胡、紫苏、防风、薄荷、桑叶等对多种细菌，如金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌等，体外试验有一定抑菌作用。

#### 宣肃肺气法

系具有宣发、肃降肺气，恢复肺气正常呼吸功能的治法，用于肺失宣肃的证候。肺系疾病以及某些肾系、心系疾病常用此法。

1. 宣肺止咳法 适用于肺气失宣咳嗽证。症见咳嗽声作，咳声不扬，鼻塞流涕，喷嚏喉痒。偏寒见形寒畏冷，咽部不红，咳痰清稀，舌苔薄白。偏热者或有发热，咽红，咳痰色黄，舌苔薄黄。偏寒方选杏苏散，常用药有苏叶、杏仁、白前、桔梗、荆芥等。偏热方选桑菊饮，常用药桑叶、菊花、前胡、杏仁、枇杷叶等。

2. 肃肺止咳法 适用于肺气失肃咳嗽证。症见咳嗽频作，呛咳连声，咳剧作吐。偏热者面赤唇红，烦闹少寐，痰液黄稠难咯，舌质红，苔黄。偏寒者呛咳稍轻，痰液清稀，面色少华，大便溏薄，舌质淡，苔白。偏热方选桑白皮汤，常用药有桑白皮、前胡、黄芩、浙贝母、马兜铃等。偏寒方选三拗汤，常用药炙麻黄、杏仁、紫菀、款冬花、旋覆花等。

3. 泻肺平喘法 适用于肺气上逆喘咳证。症见喘息气促，鼻翼煽张，张口抬肩，痰多粘腻，咳嗽胸闷。偏寒者形寒肢凉，面白唇淡，恶心厌食，咳痰清稀，舌润苔滑。偏热者烦闹口渴，痰黄稠难咯，咽红肿痛，或有发热，舌红苔黄。偏寒方选苏子降气汤，常用药有苏子、枳实、白芥子、半夏、细辛、炙麻黄等。偏热方选麻杏石甘汤，常用药有炙麻黄、杏仁、生石膏、青礞石、葶苈子、黄芩等。

4. 宣肺利水法 适用于肺失通调水肿证。症见肌肤水肿，眼睑颜面为重，水肿按之随手而起，伴见咳嗽发热，咽红尿少，舌苔薄白，脉浮。方选麻黄连翘赤小豆汤。常用药有麻黄、连翘、浮萍、车前子、白术、桑白皮、防己等。

宣肃肺气方药的药理作用有止咳、平喘、化痰、抗病毒、抗菌、抗过敏、利尿等。桔梗、紫菀、半夏、浙贝母等药物对实验动物都有镇咳作用。麻黄、马兜铃、银杏、小青龙汤等对实验动物都有平喘作用。麻黄对于呼吸系统有镇咳、祛痰、舒张支气管平滑肌等多方面作用，还对多种细菌、病毒有抑制作用。多数清热解毒中药，如银花、鱼腥草、黄芩、连翘、大青叶、虎杖等，对常见呼吸道细菌、病毒有抑制作用。桑白皮、白术、连翘等药物均有明显的利尿作用。

#### 燥湿化痰法

系具有调脾化湿、祛除痰饮、分清别浊作用的治法，用于湿浊痰饮的证候。肺系疾病、脾系疾病常用此法。

1. 温燥化痰法 适用于湿浊中阻证。症见脘痞纳呆，泛恶呕吐，肠鸣泄泻，头昏肢困，舌苔白腻，脉濡。方选平胃散。常用药有苍术、半夏、陈皮、厚朴、茯苓、藿香等。

2. 清热祛湿法 适用于湿热困脾证。症见发热汗出而热不解，口渴不欲多饮，心烦脘痞，恶心呕逆，小便短赤，大便泻而不爽，舌质红，苔黄腻，脉滑数。方选连朴饮。常用药有厚朴、黄连、豆豉、佩兰、六一散、竹茹等。

3. 温化痰饮法 适用于痰饮犯肺证。症见痰液清稀量多，咳逆喘息，不能平卧，形寒畏冷，舌质淡嫩，舌苔白，脉滑。方选小青龙汤。常用药麻黄、半夏、干姜、细辛、莱菔子、枳实等。

4. 清化痰热法 适用于痰热壅肺证。症见痰液黄稠，咯吐不爽，口干口苦，咽痛喉干，舌质红，苔黄腻，脉滑数。方选清金化痰汤。常用药有黄芩、瓜蒌皮、浙贝母、桑白皮、黛蛤散、竹沥等。

燥湿化痰方药的药理作用有调节肠蠕动、利尿、祛痰、舒张支气管平滑肌、抗过敏、抗病原微生物等。苍术、厚朴对实验动物离体肠管平滑肌收缩均具有双向调节作用，藿香正气散方对胃肠痉挛有显著的解痉作用。实验研究表明五苓散、胃苓汤、八正散均有显著的利尿效果。半夏、贝母、瓜蒌皮、陈皮等药物均有显著的祛痰效果。小青龙汤有显著的舒张支气管平滑肌、祛痰止咳平喘、抗过敏（降低血中IgE及组织胺）作用。燥湿化痰常用药中不仅黄芩、黄连、大青叶、鱼腥草等清化药物具有广谱杀菌抑菌与抗病毒作用，瓜蒌对大肠杆菌、葡萄球菌、肺炎双球菌、甲型溶血性链球菌、流感杆菌等均有一定抑制作用，陈皮在试管内可抑制葡萄球菌、卡他奈氏菌、溶血性嗜血菌生长，并有预防流感病毒感染的作用等。

#### 清热解毒法

系具有清热泻火、凉血解毒、清解里热作用的治法，用于里热实证的证候。时行疾病及各脏腑热证均常用此法。

1. 清气分热法 适用于热炽气分证。症见壮热面赤，汗出多，口舌干燥，烦渴引饮，舌质红，舌苔黄，脉洪大。方选白虎汤。常用药有生石膏、知母、甘草、粳米、竹叶等。

2. 清营凉血法 适用于热入营血证。症见身热夜甚，神烦谵语，发斑出疹，吐衄便血，舌绛而干，脉细数。方选清营汤、犀角地黄汤。常用药有水牛角、生地、丹皮、赤芍、玄参、黄连等。

3. 泻火解毒法 适用于温疫热炽证。症见高热烦躁，口燥咽干，或见谵语妄动，吐血衄血，干呕便秘，疮疡疔毒，舌质红，舌苔黄，脉数。方选黄连解毒汤。常用药有黄芩、黄连、黄柏、栀子、板蓝根、甘草等。

4. 清脏腑热法 适用于脏腑热证。心火内炽证见面赤口渴、心胸烦热、啼哭饮冷、口舌生疮、溲赤涩痛等，方选导赤散，常用药有竹叶、生地、黄连、木通、甘草等。肝胆实火证见头痛目赤、口苦胁痛、热甚动风、两腮肿痛、睾丸肿痛等，方选龙胆泻肝汤，常用药有龙胆草、黄芩、夏枯草、青黛、柴胡等。肺热壅盛证见咳嗽气喘、咯痰黄稠、或咯吐腥臭脓血、皮肤蒸热、咽燥胸痛等，方选泻白散，常用药有桑白皮、地骨皮、鱼腥草、金荞麦、芦根等。脾胃积热证见烦热干渴、口气热臭、牙龈肿痛、或龈烂出血、消渴善饥等，方选泻黄散，常用药有石膏、栀子、升麻、丹皮、甘草等。肠腑湿热证见腹痛泄泻、便如稀水热臭或下痢脓血相兼、里急后重、肛门灼热、小便短赤、口渴引饮、舌苔黄腻等，方选葛根黄芩黄连汤、白头翁汤，常用药有葛根、黄芩、黄连、苦参、马齿苋、白头翁等。

清热解药方药的药理作用有抗菌、抗内毒素、抗病毒、抗炎、解热、提高免疫力及对出凝血机制的影响等。清热解药药物多具有抗感染作用，如黄芩、黄连、黄柏、大青叶、银花、栀子等对多种细菌、病毒、某些原虫及螺旋体等具有抑制作用。黄连、黄芩

及热毒清注射液的实验研究显示了抗内毒素效果。黄连、黄芩、银花、连翘、蒲公英等对炎症早期毛细血管通透性的升高以及渗出与水肿程度均有明显的抑制作用，而对炎症后期肉芽屏障的形成则多无抑制作用，这些药物对发热动物模型有解热作用。清热解毒药对体液免疫、细胞免疫都有增强功效，能促进小鼠脾脏抗体生成细胞增生的药如黄柏、银花、白花蛇舌草，能促进抗体生成的药如银花、三草汤（白花蛇舌草、甘草、夏枯草），能增强嗜中性白细胞、巨噬细胞吞噬功能的药如银花、黄芩、黄连、黄柏、连翘、蒲公英，能使T细胞增殖的药如白花蛇舌草、黄柏，能促进淋巴细胞转化的药如银花、蒲公英、黄芩、黄连。紫草、阿胶、水牛角、生地等均能缩短出血、凝血时间；水牛角、生地能升高血小板；丹参能使红细胞电泳速度增加，全血粘度下降，有助于血液流动；丹参、赤芍还明显促进纤溶，可能是作用于纤溶酶活化环节。此外，部分清热解毒药还显示了保肝利胆、提高心血管生理功能、镇静抗惊厥等药理作用。

#### 通腑泻下法

系具有通便下积、攻逐水饮、荡涤实热作用的治法，用于里实积聚的证候。脾胃疾病常用此法，肺、肾疾病与时行疾病等也用到此法。

1. 通腑泻热法 适用于阳明腑实证。症见大便不通，腹部坚满，腹痛拒按，或高热不退，谵语汗出，舌苔黄燥起刺或焦黑燥裂，脉沉实。方选大承气汤。常用药有大黄、芒硝、枳实、甘草、厚朴等。

2. 润肠通便法 适用于肠腑燥结证。症见大便秘结，干燥难解，口干欲饮，舌质红少津，舌苔黄。方选麻子仁丸。常用药有麻子仁、杏仁、枳实、郁李仁、大黄等。

3. 泻下逐水法 适用于水饮停聚证。症见一身悉肿，二便不利，腹胀喘满，或咳唾胸胁引痛、胸背掣痛不得息，动则气促，脉沉实。方选舟车丸。常用药有黑丑、甘遂、大黄、槟榔、大枣等。

4. 驱虫泻下法 适用于虫积内蕴证。症见脐周腹痛，时作时止，腹部或可扪及条索状包块，包块可聚可散，或有便虫吐虫史，大便秘结，脉沉实。方选万应丸。常用药有槟榔、大黄、苦楝根皮、雷丸、芒硝、使君子等。

通腑泻下方药的药理作用有增强胃肠道推进功能、调节胆道运动及利胆功能、增加肠血流量、抑菌、抗炎、驱虫、利尿等。大黄、芒硝、甘遂等药物及大承气汤、十枣汤、三物备急丸方剂均有增强胃肠道推进功能的作用。大黄、芫花、番泻叶等具有泌胆排胆功能。大承气汤显著增加实验动物肠血流量。麻子仁、郁李仁、蜂蜜等含油质或蜡质，润滑肠道，阻止肠内水分吸收而通便。大黄、厚朴对金黄色葡萄球菌、大肠杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌都有抗菌作用，枳实对金黄色葡萄球菌、变形杆菌有抗菌活性。大承气汤具有降低毛细血管通透性、抑制炎性渗出的作用。甘遂促进腹膜吸收。芫花、大戟等有显著的利尿作用。槟榔对绦虫、蛲虫、肝吸虫，大黄对溶组织变形原虫、人毛滴虫、血吸虫，苦楝根皮对蛔虫、蛲虫，雷丸对绦虫、蛔虫等，都有驱虫作用。

#### 消食导滞法

系具有消乳化食、消痞化积、通导积滞作用的治法，用于乳食积滞的证候。脾系疾病中常用此法。

1. 消乳化积法 适用于乳积证。症见喂乳过度，呕吐乳片，气味酸臭，不思吮乳，脘腹胀满，按之不坚，时时啼哭，大便酸臭，夹有乳块，舌苔白腻，指纹紫滞。方选消乳

丸。常用药有麦芽、神曲、香附、砂仁、谷芽等。

2. 消食化积法 适用于食积证。症见进食过度，呕吐未消化之食物，噯酸馊气，不思进食，脘腹胀满，腹痛欲便，便后痛减，大便夹食物残渣，气味臭秽，烦闹不宁，舌苔白腻，脉象弦滑。方选保和丸。常用药有焦山楂、神曲、半夏、陈皮、鸡内金等。

3. 通导积滞法 适用于积滞化热证。症见积滞不消，脘腹胀痛，噯气呕吐，大便秘结，腹满肤热，小便短赤，舌质红，苔黄腻，脉沉实。方选枳实导滞丸。常用药有枳实、大黄、神曲、茯苓、莱菔子等。

4. 健脾消食法 适用于脾虚夹积证。症见面色萎黄，困倦乏力，不思乳食，食则饱胀，腹满喜按，呕吐酸馊乳食，大便溏薄夹食物残渣，夜卧不安，唇舌色淡，舌苔白腻，脉象沉细，指纹淡滞。方选健脾丸。常用药有党参、白术、枳实、焦山楂、陈皮、神曲等。

消食导滞方药的药理作用有补充消化酶、促进消化、调节胃肠运动等。多数消食导滞药含有脂肪酶、淀粉酶、维生素B等。山楂含脂肪酶，并能增加胃中消化酶的分泌，促进消化。麦芽、谷芽、神曲含淀粉酶，主消米面食积。鸡内金含胃泌素及维生素B<sub>1</sub>、B<sub>2</sub>、C等，使胃运动功能增强，胃液分泌量、酸度增加。陈皮所含挥发油服后对胃有温和的刺激作用，对动物离体肠管运动有双相调节作用。

#### 活血化瘀法

系具有疏通血脉、畅达血流、消除瘀积作用的治法，用于血液瘀滞的证候。心系疾病常用此法，其它各类疾病中亦常用到此法。

1. 温经活血法 适用于寒凝血脉证。症见四肢不温，肤色紫暗疼痛，或见肌肤硬肿，或见肢麻瘫痪，或见冻疮脱疽，唇舌色紫，脉象细涩，指纹淡红而滞。方选当归四逆汤。常用药有当归、桂枝、红花、细辛、川芎等。

2. 凉血活血法 适用于热毒血瘀证。症见发热烦渴，出血发斑，紫癜漫布，局部灼热肿胀疼痛，甚或化脓成痈，舌质紫绛，舌苔黄，脉数而涩，指纹紫滞。方选犀角地黄汤。常用药有水牛角、赤芍、丹皮、生地、紫草等。

3. 行气活血法 适用于气滞血瘀证。症见胸胁刺痛，胃脘刺痛，损伤瘀滞作痛，噯气恶食，腹部胀痛，舌质紫，脉缓涩，指纹滞。方选桃红四物汤。常用药有桃仁、红花、川芎、丹参、郁金等。

4. 破瘀消癥法 适用于癥瘕瘀积证。症见肋下癥积，腹中痞块，或全身其它部位血肿硬结瘀块，舌质紫暗，脉涩或结代，指纹紫滞。方选大黄廑虫丸。常用药有水蛭、廑虫、穿山甲、大黄、莪术等。

活血化瘀方药的药理作用有扩张血管，降低血管阻力，增加血流量，改善微循环，抑制血小板粘附、聚集及释放反应，对抗异常的凝血，改善血液流变学的异常改变，抑菌，抗炎，改善免疫功能（免疫抑制或免疫增强作用），等等。丹参、川芎、赤芍、当归等均能扩张周围血管及冠状动脉。多种活血化瘀药均不同程度增加血流峰值，降低血管阻力，其中破血药（三棱、莪术、水蛭、血竭、穿山甲）作用最强。丹参、蒲黄、川芎、当归、益母草等均抑制血小板凝集。降低血粘度的药物有三棱、莪术、川芎、红花、赤芍、五灵脂、没药等。川芎嗪抑制纤维蛋白形成而起抗血栓形成作用。赤芍、川芎、益母草、丹皮、当归、红花、五灵脂等增加冠状动脉血流量。丹参、赤芍、蒲黄、山楂等降血脂。大

黄廩虫丸中的主药水蛭、廩虫、虻虫等均有显著的活化纤溶系统效果，能显著缩短优球蛋白溶解时间，有助于对已成的血栓的溶解。

#### 安神开窍法

系具有安神定志、镇惊宁心、通窍开闭作用的治法，用于神志不宁、窍闭神昏的证候。心系疾病、时行疾病常用此法。

1. 养心安神法 适用于心脾两虚证。症见惊悸气短，烦哭不宁，面色无华，神疲乏力，纳呆少眠，舌质淡，舌苔少，脉细弱，指纹淡。方选归脾汤。常用药有黄芪、白术、白芍、当归、茯神、枣仁等。

2. 镇惊安神法 适用于心神不宁证。症见哭叫不安，夜寐不宁，时而惊惕，善惊易恐，恶闻声响，脉象弦数。方选磁朱丸。常用药有磁石、龙骨、朱茯神、珍珠母、柏子仁等。

3. 清热开窍法 适用于热闭神昏证。症见身热烦躁，神昏谵语，或昏迷不醒，痰盛气粗，面红目赤，舌质红，舌苔黄或腻，脉数。方选清宫汤、安宫牛黄丸。常用药有竹叶、连翘、玄参、黄连、竹沥等，送服安宫牛黄丸。

4. 温通开窍法 适用于痰浊蒙窍证。症见神识昏昧，或神志失常，语无伦次，痰涎壅盛，吞咽无力，舌苔垢腻，脉沉滑。方选菖蒲丸、苏合香丸。常用药有菖蒲、郁金、半夏、远志、枳实等，送服苏合香丸。

安神开窍方药的药理作用有镇静催眠、醒脑复苏等。酸枣仁有显著的镇静催眠作用，茯神则对实验动物有镇静作用而不致睡眠。安宫牛黄丸可明显拮抗中枢兴奋剂苯丙胺所致小鼠兴奋，显著延长戊巴比妥钠所致睡眠时间。另一方面，大鼠实验显示，清开灵的醒脑开窍作用可能是由于使乙酰胆碱的活性增强，激发了蓝斑神经元，调整了去甲肾上腺素活性，恢复了脑干网状结构上行激活系统。

#### 祛风熄风法

系具有祛风通络、平肝熄风作用的治法，用于风邪留络、肝风内动的证候。肝系疾病常用此法。

1. 祛风逐湿法 适用于风寒湿痹证。症见关节肌肉疼痛，遇寒加重，或见痛处游走不定，关节屈伸不利，手足痹着不仁，舌苔薄白，脉象迟缓。方选蠲痹汤。常用药有羌活、独活、姜黄、秦艽、当归、乌头等。

2. 祛风清热法 适用于风湿热痹证。症见关节肿胀灼热疼痛，发热口渴，或见斑疹，汗出恶风，小便黄赤，舌质红，苔黄或腻，脉象滑数。方选白虎桂枝汤。常用药有石膏、桂枝、白芍、知母、忍冬藤、桑枝等。

3. 凉肝熄风法 适用于热动肝风证。症见壮热神昏，烦闷躁扰，手足搐搦，口噤颈强，舌质干绛，脉象弦数。方选羚角钩藤汤。常用药有羚羊角、钩藤、僵蚕、白芍、天麻、全蝎等。

4. 养阴熄风法 适用于阴虚风动证。症见邪热久羁，重伤阴液，神倦瘵瘵或拘挛，或肢体强直，形瘦颧红，舌质红绛，脉象细数。方选大定风珠。常用药有白芍、阿胶、龟板、地黄、麦冬、络石藤等。

祛风除湿方药的药理作用有抗炎、镇痛、清热等。乌头、麻黄、芍药、甘草等均有显著的抗炎作用，独活、秦艽、芍药、乌头等均有显著的镇痛作用，白虎汤有显著的解



热作用。平肝熄风方药如羚羊角、天麻、全蝎、僵蚕、蝉蜕等均有显著的抗惊厥作用，阿胶有补血、增加钙的吸收和载运、增进肌营养等作用。

#### 收敛固涩法

系具有止汗敛肺，涩肠缩尿，固摄精津作用的治法，用于气血精津外泄的证候。各系统多种慢性疾病及某些急症均用到此法。

1. 固表敛汗法 适用于卫表不固多汗证。症见体常自汗，夜卧尤甚，面白少华，心悸气短，或见惊惕，舌质淡，苔薄白，脉无力。方选牡蛎散。常用药有牡蛎、龙骨、黄芪、浮小麦、瘪桃干等。

2. 敛肺止咳法 适用于肺气不固久咳证。症见干咳无痰，咳嗽无力，咳甚气喘自汗，舌质红，苔少或薄黄，脉细数。方选九仙散。常用药有乌梅、五味子、阿胶、党参、罂粟壳、款冬花、白芍等。

3. 涩肠固脱法 适用于肠道不固滑脱证。症见久泻不止，滑脱不禁，腹部隐痛，喜温喜按，或无腹痛，神萎纳少，舌质淡白，舌苔薄，脉迟细。方选真人养脏汤。常用药有白芍、肉豆蔻、党参、白术、诃子、石榴皮等。

4. 固脬止遗法 适用于膀胱失约遗尿证。症见尿频失束，夜间遗尿，尿色清长，面白神萎，下肢不温，舌质淡，舌苔薄，脉沉迟。方选桑螵蛸散。常用药桑螵蛸、党参、益智仁、山药、芡实、补骨脂等。

收敛固涩方药的药理作用尚值得深入探讨，已有的研究表明部分方药具有镇咳、镇痛、止泻、抗菌等作用。五倍子、诃子等含有较多的鞣酸。鞣酸作用于粘膜、创面溃疡，可使蛋白质沉淀凝固，成为不溶解的化合物，形成薄膜，将患部覆盖。对于分泌细胞也有同样的作用，可使其干燥，因组织表面紧密，小血管受到压迫或收敛而止血，对轻微的肠道炎症，其收敛作用又可以止泻。罂粟壳含吗啡、可待因等，具有镇痛、镇咳作用，并能使胃肠道及其括约肌张力提高，消化液分泌减少，便意迟钝而起止泻作用。诃子、乌梅、石榴皮等对于痢疾杆菌、大肠杆菌、葡萄球菌、溶血性链球菌等多种细菌有明显的抑制作用。

#### 补益健脾法

系具有补益脾气、养脾阴血、温补脾阳作用的治法，用于脾虚证候。脾胃疾病常用此法，其它系统疾病亦常用到此法。

1. 健脾益气法 适用于脾气虚弱证。症见面色萎黄，形体消瘦，食欲不振，食后腹胀，倦怠乏力，大便溏薄，舌质淡，舌苔薄，脉无力。方选异功散。常用药有党参、茯苓、白术、黄芪、甘草、陈皮等。

2. 滋脾养血法 适用于脾血亏虚证。症见头晕眼花，面黄无华，唇指色淡，心悸少寐，舌质淡，舌苔少，脉细数，指纹淡。方选四物汤。常用药有当归、白芍、熟地、川芎、阿胶、黄精等。

3. 补脾养阴法 适用于脾阴不足证。症见口干舌燥，不思饮食，或有干呕呃逆，大便燥结，面色潮红，舌质红干，苔少或花剥，脉细数，指纹淡红。方选益胃汤。常用药有沙参、麦冬、玉竹、生地、山药、白术等。

4. 温补脾阳法 适用于脾阳虚弱证。症见面白少华，神疲乏力，少气懒言，形寒食少，腹中冷痛，肠鸣泄泻，饮食不化，舌质淡，苔薄白，脉无力，指纹淡。方选附子理

中汤。常用药有煨姜、益智仁、党参、砂仁、肉豆蔻、附子等。

补益健脾方药的药理作用有调节消化系统、神经系统、内分泌系统功能，促进造血，促进新陈代谢等作用，能调节免疫功能。四君子汤对患者肠管呈抑制性影响，参苓白术散、补中益气汤、附子理中丸、四神丸对肠蠕动呈双相调节作用，故能改善胃肠功能紊乱。人参对中枢神经系统的兴奋和抑制有调节作用，党参也能对抗巴比妥钠引起的睡眠，并能增强反射和呼吸节律。人参、黄芪、甘草、附子等药能增强肾上腺皮质功能，当机体进入衰竭期时，能加快垂体—肾上腺皮质功能的恢复，其中人参能增加肾上腺皮质类固醇合成与分泌，党参能明显升高血浆皮质酮水平，甘草具有去氧皮质酮样作用和糖皮质激素作用。阿胶、当归、鸡血藤、地黄、黄芪、党参等能增加红细胞和血红蛋白。人参、白术、麦冬等能增强机体对各种有害刺激的抵抗能力，并使过度亢进或低下的病理反应恢复正常。人参、黄芪增加蛋白质和核酸的合成，人参、白术、阿胶等调节糖代谢。补脾中药还多能增强机体非特异性及特异性免疫功能，提高机体的抗病能力。

#### 扶元补肾法

系具有滋阴填精、温壮元阳、补肾固本作用的治法。用于肾虚证候。各系统虚证均常用到此法。

1. 补肾益阴法 适用于肾阴亏虚证。症见眩晕眼花，腰酸足痿，手足心亢热，潮热颧红，舌红少津，苔少或薄黄，脉沉细。方选六味地黄丸。常用药有熟地、山药、山萸肉、枸杞子、丹皮、旱莲草、女贞子等。

2. 滋肾填精法 适用于肾精亏虚证。症见初生胎怯，形体瘦小，筋骨痿软，发育迟缓，骨蒸劳热，舌质淡，苔薄白，脉细弱。方选河车大造丸。常用药有紫河车、人参、龟版、杜仲、熟地、鹿角片等。

3. 温肾壮阳法 适用于肾阳不足证。症见面色苍白，恶寒肢冷，下利清谷，久泻不止，遗尿清长，舌质淡嫩，舌苔薄白，脉沉迟。方选右归丸。常用药有附子、肉桂、巴戟天、补骨脂、熟地、菟丝子等。

4. 阴阳并补法 适用于肾阴阳两虚证。症见形体瘦弱矮小，腰膝酸软，足痿无力，立迟行迟，四肢不温，便溏清冷，尿频清长，舌质淡，苔薄白，脉细弱。方选龟鹿二仙胶。常用药有龟版胶、鹿角胶、人参、枸杞子、附子、熟地等。

扶元补肾方药的药理作用有调节内分泌系统功能、促进生长发育、益智、免疫调节等。右归丸、龟龄集对“甲减”大鼠甲状腺功能有保护作用，表现为滤泡增生，甲状腺激素合成及分泌增多。附子、鹿茸等能增强肾上腺皮质功能。附子、肉桂、人参等对神经—垂体—肾上腺皮质有兴奋作用。以人参、紫河车、鹿角片等组成的助长口服液对胎怯豚鼠有促进生长，提高血清胃泌素、生长激素含量，降低其过高的促肾上腺皮质激素水平，升高其低下的皮质醇水平等作用。枸杞子、补骨脂、何首乌、人参等药物对化学药品所致小鼠学习记忆障碍有明显的改善作用，能提高学习和记忆的功能。肉桂、仙茅、菟丝子、锁阳、黄精等温补肾阳药能使抗体形成时间提前，鳖甲、玄参、麦冬、北沙参等滋阴药能使抗体存在的时间延长。六味地黄丸、参附汤对细胞免疫和抗体形成均有促进作用。右归丸改善和调节免疫细胞的功能，促进体液免疫。刺五加多糖可明显提高细胞诱生干扰素的能力等。

#### 挽阴救阳法

系具有增液挽阴、益气回阳、救逆固脱作用的治法，用于气阳阴津衰竭的证候。各系统疾病危重证候均常用此法。

1. 增液生津法 适用于津液耗竭证。症见邪热不退，或吐泻不止，暴注下迫，口渴引饮，尿少或无，目眶凶门凹陷，啼哭无泪，皮肤干燥，精神萎靡或烦躁不安，唇干齿燥，舌红无津，脉微细数。方选增液汤。常用药有麦冬、玄参、生地、石斛、玉竹、沙参等，鲜品为佳。

2. 益气救阴法 适用于气阴虚衰证。症见热伤元气，汗多口渴，气短体倦，心悸怔忡，虚烦不安，肢端湿冷，舌质干，舌苔少，脉虚弱。方选生脉散。常用药有人参、麦冬、五味子、西洋参等，急救时常用生脉注射液。

3. 益气回阳法 适用于气阳虚衰证。症见手足逆冷，恶寒蜷卧，身寒战栗，腹痛吐泻，唇指青紫，舌质淡，苔薄润，脉沉迟无力。方选回阳救急汤。常用药有附子、干姜、肉桂、人参、白术、茯苓等。

4. 回阳救逆法 适用于阳虚欲脱证。症见四肢厥冷，头晕气短，汗出粘冷，精神萎靡，呼吸短促，脉微欲绝等。方选参附龙牡救逆汤。常用药有人参、附子、龙骨、牡蛎、白芍、桂枝等。

挽阴救阳方药的药理作用有强心、抗休克、增强机体耐缺氧能力，以及调整内分泌系统功能、抗炎、调节免疫功能等。生脉散（注射液）增强心脏泵血功能，在改善心脏功能、增加心输出量的同时，对心脏前负荷及收缩敏捷度的影响不大，而可使外周阻力轻度下降；扩张冠状动脉；增强机体耐缺氧能力；减轻减慢大鼠缺血性心肌损害；抗心律失常；抗休克；有免疫兴奋和调节效果；兴奋神经—垂体—肾上腺皮质系统功能；抗炎，减轻免疫性损害；促进心肌细胞的合成代谢以及镇静作用等。参附汤具有抗休克；强心；保护缺血心肌；抗心律失常；扩张冠状动脉；增强心肌细胞耐缺氧能力；增加外周血管流量；抑制血小板聚集，降低血液粘滞性，增加血液流变性，加快血液流速；促进肝细胞呼吸，延长肝细胞耗氧过程，增强其代谢解毒能力等等作用。

### 3.3.1.2 内治给药方法

#### 口服汤剂法

汤剂，又称煎剂，是在中医学理论指导下，将中药有机地进行配伍，加水煎煮或浸泡，滤渣取汁饮服的给药方法。

汤剂可以根据每个患儿的不同病情灵活地组方用药，因而最能符合辨证论治的要求。药代动力学研究表明，汤剂的生物利用度高，达到吸收高峰的时间快，血药浓度高，持续高血药浓度的时间长。因此，汤剂服药后有吸收快、作用强、见效速、用途广的优点。但是，汤剂在儿科也有着煎煮费时，口感欠佳而服用不便等不足。在今后相当一段时期内，汤剂因其优点而将是儿科主要用药剂型之一，因其不足也就对儿科剂型改革提出了更为迫切的要求。

儿科应用汤剂需对用药总量加以控制，以成人量为对照，新生儿可用 $1/6$ 量，婴儿用 $1/3\sim 1/2$ 量，幼儿及幼童用 $2/3$ 量，学龄儿童接近成人量。儿童用药量的控制可以根据病情需要和临床经验，分别通过精简药味或减少单味药用量来实现。每剂煎煮 $1\sim 2$ 次，煎出的药量，掌握在新生儿 $10\sim 30\text{ml}$ ，婴儿 $50\sim 100\text{ml}$ ，幼儿及幼童 $150\sim 200\text{ml}$ ，学龄儿童 $200\sim 300\text{ml}$ 。煎出的药液，根据病情，分为 $3\sim 5$ 次服用。

喂服汤剂的方法，大孩子尽量给他讲清道理，使孩子能主动配合服药。药液味苦的可适量加糖，或另备糖开水在服药后随即饮用。年幼及不肯配合者，须固定头手，待其啼哭张口，或以两只手指紧按两腮上下牙间使其开口，用小匙将药液送至舌后部，倾倒后听到药液咽下再取出小匙。患儿平卧、甩头时不要喂药，也不能捏鼻灌药，以免药液呛入气道。

#### 口服液体成药

中成药液体口服制剂包括口服液、糖浆剂、流浸膏、合剂、酊剂、乳剂、露剂、煎膏剂等，颗粒剂（又称冲剂、冲服剂）服用时加开水冲化，亦可视为液体制剂。

口服液是将中药经提取精制后，加入适宜的附加剂、防腐剂，不经灭菌，或加入适宜的附加剂后灭菌，制成的供口服单剂量装瓶的液体制剂。糖浆剂指含有药物、药材提取物或芳香物质的口服浓蔗糖水溶液。流浸膏指用适宜的溶媒浸出药材的有效成分后，蒸去部分溶媒，调整浓度为每 ml 相当于原药材 1g 的液体浸出制剂。合剂是中药材经提取、浓缩而制成的内服液体剂型。酊剂是药物用规定浓度的乙醇浸出或溶解而制成的澄清液体剂型。乳剂是将含挥发油或油脂的药材经提油后，加适当乳化剂制成的乳浊液型液体药剂。露剂是芳香性植物药材经水蒸气蒸馏法制得的内服澄明液体制剂。煎膏剂又名膏滋，是将药材用水煎煮，滤液浓缩后，加炼蜜或糖制成的半固体剂型，服用时加开水稀释。颗粒剂是以药材提取物与适宜辅料（或药物细粉）制成的可溶性或混悬性制剂。

液体成药一般服药量小，味道可口，药物溶解吸收较快，易为患儿所接受，又因其选药去粗取精和制剂工艺的研究改进，尽可能地保留了有效成分而充分发挥药效，使药物显效快而疗效高，这就使得液体成药在儿科的研制和应用日益广泛，成为在儿科剂型改革中常被选用的剂型。

#### 口服固体成药

中成药固体口服制剂包括传统剂型中的散剂、丸剂、曲剂、糕剂、胶剂，以及现代剂型中的胶囊剂、片剂、浓缩丸、滴丸等。

散剂指一种或多种药物混合制成的粉末状剂型。丸剂指药物细粉或药材提取物加适宜的粘合剂或辅料制成的球形剂型。曲剂指将药料与面粉混合后，在一定的温度与湿度下经发酵制成的内服固体制剂。糕剂指药物细粉与米面、蔗糖蒸制而成的块状内服制品。胶剂指以动物皮、骨、角、甲为原料，用水煎取胶质，浓缩成稠胶状，经干燥制成的固体内服剂型。胶囊剂是将药物盛装于空胶囊壳中制成的剂型。片剂是药物经加工压制成片状的剂型。浓缩丸是药物或部分药材提取物（清膏或浸膏）与适宜的辅料或药物细粉制成的丸剂。滴丸是应用固体分散技术制成的新型丸剂，指用熔点较低的脂肪性或水溶性基质将主药溶解、混悬或乳化后，滴入一种与之不相混溶、比重适宜的冷却液中，由于表面张力的作用，使熔融的液滴聚凝成球形丸粒而成。

固体成药一般性质较稳定，有效期较长，便于运输和保管。其中的散剂、糕剂、曲剂在儿科脾胃病中常用。固体成药中药量较小者在儿科应用也很方便。应用时用水和匀或直接送服。浓缩丸、滴丸、微囊剂等儿科剂型改革中有着良好的应用前景。

#### 鼻饲灌肠法

内服药物若因患儿昏迷、不能吞咽时可采用鼻饲给药，若无法口服或有必要使药物直接进入结肠局部时可采用灌肠给药。

鼻饲法首先要插入胃管。依年龄选择合适的导管，先将下端润以石蜡油，然后自鼻孔插入，插入长度约相等于自鼻根至剑突的距离。外端浸入盛清水的小杯水下面，观察有无气泡，若患儿呼气时见到气泡，则是误入气管，应将导管拔出。煎成的汤药可以用针筒抽吸后自鼻饲管注入胃中。散剂、煎膏等须稀释后方可鼻饲，避免堵塞。流质饮食也可通过鼻饲给予。但通过鼻饲法给药给食均不可过久，以免导管留置食道内时间过长造成损伤。

灌肠法常用于便秘、溃疡性结肠炎、肾功能衰竭等疾病，以及无法口服药物的患儿。肛管插入前先用凡士林滑润头部，徐徐插入肛门，依年龄大小，插入约5~15cm。治疗便秘，可将药液装入底部连接肛管的量杯内直接灌入。治疗其它疾病，采用直肠点滴灌注法，治疗前最好先排便，药液装入输液瓶中，连接一次性输液器滴入，滴速每分钟40~50滴，滴后嘱患儿控制大便，以使药液吸收而不自肛门排出。

#### 注射给药法

肌肉注射或静脉注射给药，使用便捷，给药准确，作用迅速，是儿科比较理想的一种给药方法。目前，儿科常用的中药注射液已有双黄连注射液、清开灵注射液、穿琥宁注射液、醒脑静注射液、生脉散注射液、复方柴胡注射液等。

中药注射剂指从中药材中提取的有效成分，经采用现代科学技术和方法制成的可供注入体内包括肌肉、穴位、静脉注射和静脉滴注使用的灭菌溶液，以及供临用前配制溶液的灭菌粉末或浓缩液。中药注射剂制备工艺、质量控制、生产条件要求均较严格，因而研制难度较大。卫生部1993年专门发文颁布了《中药注射剂研制指导原则（试行）》。

### 3.3.2 外治疗法

外治疗法，指作用于体表的各种疗法。以是否使用药物为区别，又分为药物外治疗法和非药物外治法。

#### 3.3.2.1 药物外治疗法

##### 雾化吸入疗法

气雾剂是指药物和抛射剂同装于耐压容器中，使用时借抛射剂（液化气体）的压力，将内容物抛出的一种剂型。雾化吸入疗法是通过雾化装置，将气雾剂雾化，使患儿吸入呼吸道治疗疾病的方法。雾化装置目前常用超声雾化器，雾化出的气雾微粒均匀而细小，90%雾粒直径在 $5\mu\text{m}$ 以下，能直接吸入到终末细支气管及肺泡，使用时患儿口含雾化吸管吸入，3岁以下小儿可用幕帐或面罩吸入。也可用蒸气吸入法，以蒸气吸入器或高速气流雾化器将药液喷成雾状微粒，吸入呼吸道。

雾化吸入疗法常用于哮喘、咳嗽、肺炎、感冒、鼻渊等肺系疾病，以有关药物组方，使具有清肺化痰、止咳平喘等功效。本法单用或与内治法同用，有应用方便、无创伤、无痛苦的优点，易为患儿接受，在儿科的应用日益广泛。

雾化吸入剂新药研制，除了要设计相关的药理试验外，要作局部吸收试验、急性毒性试验和局部粘膜刺激性试验，吸入剂用于非局部治疗目的者，还需作长期毒性试验。

##### 滴药疗法

滴药疗法是将药液或新鲜药汁点滴于耳、鼻、眼等患处治疗疾病的方法。

滴药疗法多用于五官科疾病，如脓耳、耳疔、鼻渊、鼻塞、天行赤眼、凝脂翳、乳

蛾等。本疗法具有清热解毒、消肿散结、活血定痛、明目退翳等功效。如黄连西瓜霜眼水滴眼治天行赤眼，鲜虎耳草捣汁滴耳治脓耳等。

滴药疗法作为局部用药，须作局部吸收试验、毒性试验和刺激性试验，根据药物从局部吸收的程度，考虑进行全身性用药的各项试验。根据用药方法，对用药局部进行局部刺激性试验，用肉眼观察及组织切片的镜检，观测刺激性（即炎症）的发展和恢复情况。如滴鼻剂进行呼吸道（包括肺部）的局部刺激性和毒性试验，滴眼剂观察对眼结合膜和眼球的刺激作用等。

#### 吹药疗法

吹药疗法是将药物研成粉末，用喷粉器或自制工具（细竹管、纸筒等），将药末吹入孔窍等处的治疗方法。

吹药疗法将药物吹于口腔、咽喉、耳、鼻、眼、皮肤创面等处，治疗相应局部疾病及某些全身性疾病，如鹅口疮、乳蛾喉风、耳疮脓耳、鼻塞鼻渊、目痒粟疮，以及白喉、丹痧、黄疸、惊风、癫痫、昏迷痰壅等症。具有清热解毒、凉血消肿、燥湿豁痰、利气通窍、熄风解痉等功效。如红棉散吹耳治慢性脓耳，雄芦散（雄黄、生矾、藜芦各3g，牙皂1个，蝎梢7个，共为末）吹鼻治癫痫、破伤风等病症。

吹药粉末应细，以通过七号筛为要求。使用前要先用生理盐水或3%过氧化氢液将局部脓液等洗净。鼻、耳、眼部吹药剂量均不宜多，再次使用时要先将前次残留药末拭去。研制吹药，同样要作局部吸收试验、毒性试验和刺激性试验。

#### 药袋疗法

药袋疗法是将药物研末装袋，给小儿佩戴或做成枕头、肚兜的外治法。用于佩戴常制成香囊，枕头制成药枕。

药袋疗法在儿科用于预防和治疗。香囊常用于预防呼吸道感染，辟秽免疫、祛风燥湿，如山萘、苍术、冰片、白芷、藁本、甘松等制成的防感香囊，有降低复感儿发病率的作用。药枕用于鼻渊、感冒、疰夏、暑疖、头痛等病症，有宣肺通窍、疏风散寒、清热祛暑等功效，如干绿豆皮、干菊花制成的豆菊药枕治疗疰夏。肚兜用于腹痛、腹泻、腹胀、呕吐、厌食等病症，有温脾散寒、理气止痛、消食除胀、止吐止泻等功效，如茴香、艾叶、甘松、山萘、官桂、丁香等制成的暖脐肚兜治疗脾胃虚寒性腹痛吐泻。

药袋疗法使用方便，便于保存，无刺激性，药枕、肚兜将药袋取出后还可以洗涤。现代研究，香囊、药枕的气味自呼吸道吸入，有一定的提高呼吸道SIgA含量而增强免疫、抑菌抗病毒和促进血液循环等作用。药物肚兜通过皮肤吸收，有调节胃肠蠕动、促进肠道吸收等作用。药袋疗法的新药研制，作为外用药，治疗局部疾患且方中不含毒性药材和有毒成分的，可不作长期毒性试验，但需做局部刺激试验、过敏试验，必要时需做吸收试验，如治疗全身疾患的还应做长期毒性试验。

#### 熏洗疗法

熏洗疗法是将药物煎成药液，熏蒸、浸泡、洗涤、沐浴患者局部或全身的一种治疗方法。利用煮沸的药液蒸气熏蒸皮肤是熏蒸法，药液温度降为温热后浸泡、洗涤局部是浸洗法，以多量药液沐浴全身则是药浴法。

熏洗疗法用于局部及全身多种疾病。熏蒸法用于麻疹、感冒的治疗及呼吸道感染的预防等，有疏风散寒、解肌清热、发表透疹、消毒空气等功效，如麻黄、浮萍、芫荽

煎煮熏蒸麻疹患儿可助透疹。浸洗法用于痹病、痿证、外伤、泄泻、脱肛、冻疮及多种皮肤病，有疏风通络、舒筋活血、驱寒温阳、祛风止痒等功效，又常与熏法同用先熏后洗，如石榴皮、五倍子、明矾煎汤先熏后洗治疗脱肛。药浴法用于感冒、麻疹、痹病及荨麻疹、湿疹、银屑病等多种皮肤病，有发汗祛风、解表清热、透疹解毒、活络蠲痹、祛风止痒等功效，如苦参汤（苦参、菊花、蛇床子、银花、白芷、黄柏、地肤子、菖蒲煎汤）温浴治全身瘙痒症。

熏洗疗法促进血液及淋巴液的循环，提高白细胞吞噬功能而抗炎灭菌，改善局部组织营养和全身机能，抗过敏，并可通过皮肤吸收而发挥全身的药理效应。熏洗药剂作为皮肤用药，也应作皮肤急性毒性试验、皮肤刺激试验、皮肤过敏试验等，若是含毒性药材和有毒成分或用于治疗全身疾患的，要求作皮肤长期毒性试验。

#### 热熨疗法

热熨疗法是采用药物、器械或适用的材料经加热处理后，对机体局部进行熨敷的治疗方法。

热熨疗法常用于腹痛、泄泻、积滞、癃闭、痹病、痿病、哮喘等病证，具有温中驱寒、理气止痛、通阳利尿、温经通络、祛寒降气等功效。如葱麝藕茎膏，以鲜藕茎、葱白等量，杵烂，放锅内慢火炒热，加入麝香少许，炒极热后，分裹两包，轮流乘热敷于少腹，治疗癃闭，至小便通利为止。

热熨疗法应用时应两包药物轮流加热熨敷，保持连续治疗。热熨温度以 $45^{\circ}\text{C}\sim 55^{\circ}\text{C}$ 为宜，过高防灼伤皮肤，过低则影响疗效。热熨时湿润的热气不仅增加皮肤对药物的吸收，同时可使局部皮肤产生温热效应，毛细血管扩张，血液和淋巴液循环加强，新陈代谢及抗炎能力增强，促进肠道、膀胱等相应器官的蠕动和收缩。热熨药剂研究，同样应做毒性试验及刺激性试验。

#### 涂敷疗法

涂敷疗法是将药物制成药液，或调制药糊、药泥等剂型，涂抹、湿敷于体表局部或穴位处的治疗方法。使用药液者称药液涂敷法，使用药糊者称药糊涂敷法，使用药泥者称药泥涂敷法。药液常用50%乙醇浸泡药物粗末24~48小时之浸泡液，或水溶性药物之水溶液，或鲜药捣绞之药汁液，或药物煎煮后之煎液，或菜油、麻油煮沸加入药末煎炸过滤后之药油。药糊是用药物散剂加液体赋形剂调制而成。药泥是将鲜药或生药捣烂如泥制成。

药液用于发热、泄泻、暑疖、湿疹、药疹、烧伤等病证，具有清热解毒、温中止泻、活血消肿、燥湿收敛等功效，如复方湿疹液（马齿苋、连翘、百部、苦参、五倍子、生甘草、白芷，煎液）涂敷患处治奶癣。药糊用于夜啼、疔腮、口疮、哮喘、咳嗽、肺炎、泄泻、腹痛、湿疹等病证，具有安神定惊、解毒消肿、收敛生肌、止咳平喘、温中止痛等功效，如白芥子、胡椒、细辛研末，生姜汁调糊，涂敷肺俞穴，治寒喘。药泥用于疔腮、痈疖、呕吐、泄泻、腹痛、衄血、癃闭、遗尿、外伤、湿疹等病证，具有消肿解毒、健胃理气、凉血止血、温阳祛寒、利尿摄尿、活血止痛等功效，如鲜蒲公英捣烂如泥外敷治疔腮、疖肿。

涂敷疗法通过皮肤吸收。根据药物成分，分别采用水、乙醇、脂肪油等为溶媒，可以增加有效成分含量。敷药中加入二甲基亚砜，有助于提高经皮吸收的效果。涂敷制剂

研究，要作皮肤用药的毒性试验和刺激性试验。

#### 贴敷疗法

贴敷疗法是将药物熬制成膏药、油膏，或将药物加赋型剂做成药饼，或用自然薄型药源、人工加工制作得到的药膜，贴敷在施治部位的治疗方法。膏药、油膏属外用膏，是由药材、植物油与红（黄）丹炼制而成，或以油、蜡为基质，加入药物，经加热后提取药物有效成分，或不经加热将药物研成细粉或极细粉混匀而成的外用剂型，包括黑膏药、白膏药和油膏（药膏）。药饼是将药物研粉，再根据需要选用水、油、醋、姜汁等液体，将散剂调成稠膏状，或将药物捣烂加面粉等赋型剂拌和，做成适当大小的药饼备用。药膜采用蟾皮、蛇蜕类自然薄形药物，或将药物溶解或分散于成膜材料溶液中通过成膜机制成薄膜状药剂。

膏药用于痈疽疮疖、跌打损伤、筋骨酸痛、癩痕瘰疬、腹痛泄泻等病证，具有消痈散结、活血生肌、舒筋通络、化痰消癥、散寒温脾等功效，如暖脐膏贴脐治疗寒凝腹痛泄泻。药饼用于感冒、鼻塞、咳嗽、哮喘、厌食、泄泻、滞颐、盗汗等病证，具有解表宣肺、化痰平喘、温中健脾、摄涎敛汗等功效，如炒白芥子、面粉等份研末水调，纱布包裹，敷贴于背部第3~4胸椎处，每次15分钟，皮肤发红则去药，治疗肺炎后期湿性罗音经久不消。药膜用于疔腮、疖肿、溃疡、烧伤、湿疹等病症，具有解毒消肿、收敛生肌、杀虫止痒等功效，如蟾皮药膜用于疔腮、疖肿初起，养阴生肌药膜用于口疮等。

贴敷疗法亦通过皮肤吸收生效，产生促进血液和淋巴液循环，抗炎抑菌，促进炎症消散和吸收，促进损伤组织修复，以及调整脾肺等内脏功能等作用。贴敷制剂，也要做皮肤给药的毒性试验和刺激性试验。

#### 3.3.2.2 非药物外治疗法

##### 埋藏疗法

埋藏疗法是在穴位或其它特定部位埋入羊肠线、猪鬃等异物，以形成持久刺激的一种治疗方法。

操作方法：常规消毒局部皮肤，局部麻醉，将一段1cm长的消毒羊肠线放置于腰椎穿刺针针筒的前端，后接针芯，左手拇指与食指绷紧或捏起进针部位皮肤，右手持腰椎穿刺针刺入穴位，当出现酸、麻、胀等针感后，边推针芯，边退针管，将羊肠线埋入皮下组织或肌层内，完成后用消毒纱布敷盖。另一种埋线法是用不锈钢三棱针穿羊肠线，将针穿过埋线部位，平皮肤进针口和出针口剪断羊肠线，提起皮肤使线埋入，局部碘酒消毒包扎。

埋鬃法是用消毒猪鬃插入7号注射针头内1~1.5cm后剪断，注射器内装10%葡萄糖液5ml，接上针头。局部消毒后将针头刺入皮下肌层，边进针边推葡萄糖液，约前进0.5cm后，再返回边退边推，如此反复2~3次，至猪鬃全部植入。

埋藏疗法常用于哮喘、痹病、痿病、遗尿等病证，选取适当经穴埋藏，有肃肺平喘、舒筋通络、固腠止遗等功效。如痹病取患侧梁丘、阳陵泉、小肠俞、阿是穴（压痛点）埋线，哮喘取八华穴埋线等。

埋藏疗法埋藏时要注意无菌操作，进针时避开血管和神经，针头从皮下肌层横穿而非直刺，胸背部埋藏要慎防刺入胸腔。

埋藏疗法通过在经穴内埋入异物，形成长时间持续刺激，调节脏腑经络的功能，调



整神经、体液、免疫系统的功能，发挥治疗作用。

#### 割治疗法

割治疗法是用手术刀切开人体俞穴或某一特定部位皮肤，刺激切口内组织，或割除切口内少许脂肪，以治疗疾病的一种疗法。

操作方法：根据割治部位，让患儿取坐位、仰卧或俯卧位，充分暴露被割治局部。先用2%碘酊及75%酒精对局部皮肤常规消毒。若切割部位较深者，用0.5%普鲁卡因溶液作局部麻醉，而后用手术刀纵行切开皮肤约0.5~1cm，深度依部位而定，手部、背部等可达0.4cm左右。切开后，用拇指挤压切口两侧，用手术剪剪去被挤出的皮下脂肪，或用血管钳伸入切口按摩刺激。切口小于1cm时可不缝合，仅压迫切口片刻控制出血。术毕局部敷以中药粉或消炎粉，消毒纱布覆盖，胶布固定。

割治疗法常用于疔病、哮喘、面瘫、癫痫、遗尿等病证，有消疔化积、化痰平喘、疏通经络、熄风定痛、固腠止遗等功效。如疔病割大鱼际或小鱼际，哮喘割鱼际或膻中等。

割治疗法要严格执行无菌操作，手术口创口保持清洁，防止感染。有出血倾向者不宜使用此法。

割治疗法通过割治形成的良性病灶，调整神经、体液、内分泌的功能，进一步改善内脏机能，调节新陈代谢等，而产生较长时间的治疗效应。

#### 拔罐疗法

拔罐疗法是以杯罐为工具，借助燃火排气造成罐内负压，使其吸着于皮肤，产生局部充血的一种治疗方法。目前使用的罐具有玻璃罐、竹罐、陶罐，除火罐外还有用水罐、抽气罐、药罐者。

操作方法：火罐法操作时，先给患儿安置好合适体位。用镊子夹住乙醇棉球点燃，伸入罐内旋转后立即抽出（也可投入罐中），迅速将罐口扣在应拔部位。一般留置火罐5~10分钟，也有用闪罐（火罐吸住皮肤后随即取下，再吸，再取，反复至皮肤潮红）、走罐（拔罐部位涂少许润滑剂如肥皂水、乳剂，罐具燃火排气吸住皮肤后，右手夹罐底，左手压于罐具后方，用力使罐具推拉移动，反复至局部红润）等方法者。起罐时，先用手指按压罐口一侧皮肤，使空气进入罐内，罐则自然脱落。

拔罐疗法常用于感冒、咳嗽、肺炎、哮喘、腹痛、泄泻、肩背痛、落枕、毒蛇咬伤等病证，有疏风散寒、宣肺止咳、化痰平喘、活血舒筋、温中止泻、拔毒吸毒等功效。如肺炎取大椎、身柱、肺俞等穴，或直接拔于湿罗音明显处，促进罗音吸收。毒蛇咬伤拔罐于伤口拔出毒液。

拔罐疗法在应用前要先检查罐具，口部须光滑平整无破损。拔罐部位以肌肉丰满、皮肤平整、毛发少处为宜。拔罐时防止烫伤、起疱，拔罐时间不要过长。高热惊厥患儿，以及皮肤出血、水肿、溃破等部位，不宜应用此法。

拔罐疗法对局部皮肤及皮下组织产生温热刺激作用，促进局部血液循环，加强新陈代谢，改善局部组织营养状态，同时，通过神经、体液机制，可以调节内脏的功能。

#### 刮痧疗法

刮痧疗法是用刮具的钝缘面蘸植物油或清水，在一定部位（见图3-2）的皮肤上反复划刮，使皮肤出现紫红色的痧点，以治疗疾病的一种方法。刮痧的刮具有铜钱、瓷匙、纽扣、八棱麻、苎麻等。

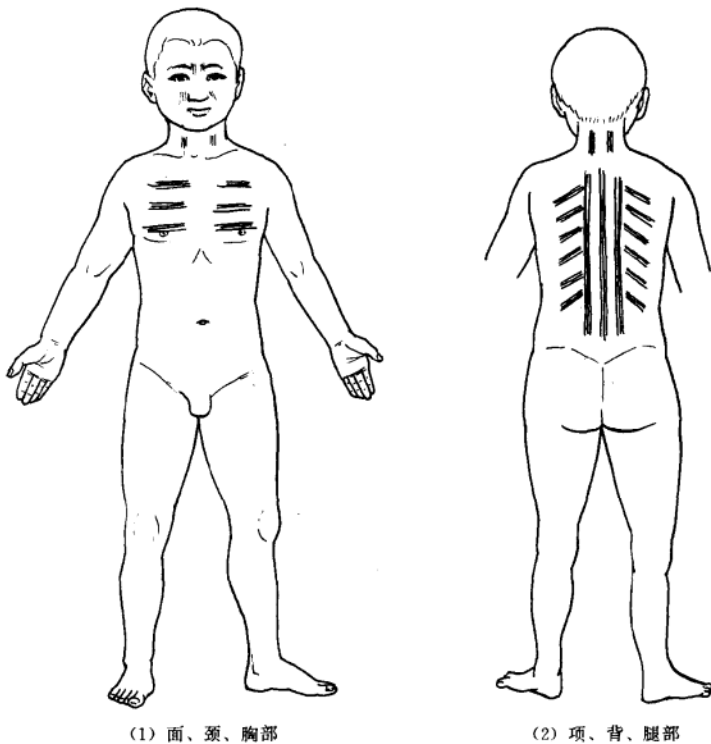


图 3-2 刮痧部位

操作方法：患儿取俯卧位、仰卧位、仰坐位或俯伏位（俯坐于椅背上，暴露后项及背部），暴露刮痧部位。用热毛巾擦洗皮肤，术者持刮具在温开水或植物油中蘸湿，先在患儿颈后正中凹陷处刮抹，刮出一道长形紫黑色痧点，然后让患儿俯卧，在脊柱正中（瘦弱者取两旁）刮一道，再于肩胛下左右及后背肋间隙处各刮一道，均以刮出紫黑色痧点为止。如患儿头痛或咽痛，则取仰坐位，在咽喉两旁各刮1~2道；如头晕眼花，胸闷腹胀，心中烦热，则取仰卧位，在胸前两侧第3~5肋间隙处各刮1~2道；如手足厥冷，小腿转筋，可加刮两肘窝、两腘窝、足跟肌腱处等部位。若用间接刮法，则在刮痧部位放一块大小适宜的薄布或手绢，刮具隔布刮治，每刮10次，掀布检查1次，如皮肤出现带状痧点，则移动位置。

刮痧疗法用于痧证，包括中暑、急性胃肠炎、冒暑感冒、湿温、外感高热、惊风等病证，有祛暑清热、解毒泄浊、醒脑开窍、舒畅气血、运脾和胃、行气止痛等功效。如中暑刮脊柱两旁、颈部、胸肋间隙、肩背、肘窝、腘窝等处。

小儿皮肤薄嫩，刮具常用八棱麻、棉纱线等软质工具。使用硬质刮具时，施力要适当，以见到痧点为度。如刮时患儿呼痛难忍，或年幼而不能配合者，有出血倾向者，均不用此法。

现代研究认为，刮痧疗法刺激了神经末梢，具有疏导、兴奋、调节神经的作用，促进体表血液循环和新陈代谢，因而具有一定的治疗效果。

### 日光疗法

日光疗法是让体表直接暴露于阳光下，利用日光的辐射作用治疗疾病的方法。

应用方法：选择阳光充足、空气新鲜的室外绿化、近水地区，让小儿多暴露皮肤，接受阳光照射。照射的时间依患儿年龄、阳光强度、疾病种类等确定。年幼者时间短，年龄大者时间延长，婴儿可仅在室外荫凉处获得折射的阳光，年长儿可达每日1小时以上。夏季照射时间宜短，或在早晨、傍晚阳光较弱时进行，冬季则在中午前后进行。照射时间应逐步加长，可从每次2~10分钟开始，至年长儿增加到每次30分钟。光线强时头部可戴遮阳帽，戴有色眼镜护眼。

日光疗法定常用于维生素D缺乏性佝偻病、疝病、贫血、痹病、肥胖症等病证，有温经活血、强筋壮骨、调和阴阳等功效。如维生素D缺乏性佝偻病可每次照射30分钟，1日2次，配合药物治疗。

日光疗法不宜在空腹或刚进餐时进行，照射时易出汗的小儿在照射前先适当饮水，出汗多时暂停照射。冬季照射防受寒，夏季照射防受暑。照射时若出现头昏、恶心呕吐、心悸、烦闹等反应，应暂停照射。照射时皮肤赤红、疼痛，表明照射过量，要停止治疗。

日光中含可见光和不可见光。可见光能兴奋大脑皮层，使心率加快，血液循环加速，新陈代谢旺盛，促进激素分泌，增强免疫力，提高应激能力。不可见光中的红外线对人体产生温热刺激，使体表及深层组织的血管扩张，循环加速，新陈代谢旺盛，细胞氧化过程加快，还能增加网状内皮细胞的吞噬能力。不可见光中的紫外线能使皮肤表层的7-脱氢胆固醇转化为维生素D<sub>3</sub>，有效地预防和治疗维生素D缺乏性佝偻病，同时，紫外线还有较强的杀菌能力。

### 心理疗法

心理疗法是应用心理调节方法，治疗情绪、精神障碍以及其它疾病的一种疗法。

应用方法：中医学心理疗法有多种方法。情志相胜法，即以情胜情法，如《素问·生气通天论》所说：喜伤心，恐胜喜；思伤脾，怒胜思；忧伤肺，喜胜忧；恐伤肾，思胜恐；怒伤肝，悲胜怒。语言疏导法，是用言语开导以解郁的方法。移精变气法，是通过术者的语言、行为等，转移患者对病痛的注意力，借以调整气机，使精神内守的方法。顺情从欲法，是顺从患者的意愿，满足其需要的一种心理疗法。

心理疗法定常用于儿科郁证、厌食、拗哭、疝病、口吃，以及精神行为异常类疾病，有畅情调志、解郁宁神，及使之精神内守、全形却病的功效。如明代万全曾治疗一个6个月婴儿惨然不乐、昏睡不乳，诊为思伤脾，让日常与其相伴的小厮回到患儿身边，则其病霍然而愈，是为顺情从欲法的验案。

心理疗法在儿科应用，须由已与患儿密切相处，使之感到亲切可信的医务人员或亲属施行。要注意方式方法，符合儿童心理特点，做到因人制宜。

心理疗法能通过对高级神经心理活动的调节，有效地治疗心理障碍类疾病。同时，神经心理活动的调节，还能对机体的生理生化过程产生良好的影响，从而对于各类心、身疾病的治疗发挥积极的作用。

### 3.3.3 针灸疗法

针灸疗法，是用针法和灸法防治疾病的方法。两法在临床常配合使用，故合称为针

灸疗法。

针法，是用金属制成的针具，刺入人体穴位，并运用操作手法，以调整脏腑、经络、气血的治疗方法。

灸法，是借灸火及药力刺激，通过经络腧穴的作用，以防治疾病的方法。施灸的原料很多，但多以艾为主。艾叶气味芳香，干燥后极易燃烧，用作灸料，具有温通经络，行气活血、消肿散结、回阳救逆、防病保健等作用。

儿科临床常用的针灸疗法如下。

### 3.3.3.1 毫针疗法

毫针是临床应用最多的一种针具。毫针疗法，是指运用毫针刺入人体穴位，以防治疾病的方法。毫针极细，可刺入全身可刺灸的任何腧穴，因此这种疗法又称为体针疗法。

操作方法

进针 常规皮肤消毒后，将针刺入穴位。进针虽有双手与单手进针之分，但儿科多用单手进针。要求一手固定患儿肢体，一手迅速将针刺入穴位。

行针 常用的行针手法有提插和捻转。毫针刺入后，应根据疾病的虚实和体质的强弱，用刺手使毫针在穴位内，按一定的方向和节律，进行深浅、强弱不等的提插和捻转，即应用不同的补泻手法。给小儿针刺，常用点刺法，而较少行针。

留针 经过针刺行针后，将针停留在体内一段时间再起针，叫留针。给婴幼儿针刺治疗，一般不予留针。但对慢性和顽固性疾病、针刺头部的一些穴位（如百会、四神聪、头皮针等），以及能配合治疗的较大儿童，也可适当留针。一般留针 20 分钟左右。

注意事项

要求医者针刺手法熟练，进针迅速，行针轻柔，不宜强刺，不宜大幅提插。针刺时，应避开血管。每次取穴宜少而精。

3 个月以内的婴儿不宜针刺，婴幼儿宜少刺，以尽量减少患儿痛苦。对较大儿童针刺，亦应取得患儿的合作。

小儿凶门未闭合者，凶门及前头部腧穴不宜针刺。胸背部内有重要脏器的体表穴位不宜深刺。眼区腧穴要掌握好进针角度和深度，忌大幅度提插捻转。脊椎上及督脉经腧穴亦忌深刺，以免伤及延髓、脊髓及内脏，而引起生命危险或致残。

现代研究

近几十年来，国内外学者对针刺能防治多种疾病的机理，进行了大量的观察研究，结果都肯定了针刺具有镇痛、调整机体各系统功能和增强人体免疫力等 3 个主要方面的作用。

针刺的镇痛作用，有学者认为针刺能提高皮肤痛阈，故能降低机体对痛觉的敏感性，增强对疼痛的耐受力。有的认为，中枢神经递质在针刺镇痛中有重要作用，针刺能兴奋大脑内的镇痛系统，抑制脊髓对疼痛的传递和感受系统。还有发现，针刺能使外周血液中致痛物质（如钾离子、组织胺、缓激肽等）的浓度降低，等等。总之，针刺的镇痛作用是一个复杂的动态过程，在针具的刺激作用下，机体从外周至中枢，涉及神经、体液等诸多因素。其中还有不少问题有待进一步探索。

针刺对人体各系统的许多组织器官，具有明显的良性调整作用，可使其机能趋向生理平衡，由不正常恢复到正常。诸如：针刺能改善心脑血管血液循环，对大脑皮质的兴奋与

抑制过程有明显的调整作用。针刺对血压具有双向调节作用。针刺能使迷走神经紧张度降低,交感神经兴奋性增高,使支气管痉挛解除,血管收缩,渗出减少,气道阻力降低,肺通气功能改善。针刺还能促进胃肠功能正常化,对胆囊的蠕动、胆汁的分泌及排泄均具有明显的调整和增强作用,并对实验性溃疡和胃穿孔具有促进修复和愈合的作用。针刺对肾与膀胱,以及对血液的各种有形和化学成分、电解质、酶系统均有明显的良性调整作用,等等。说明了针刺治疗人体各系统的多种常见病症的机理。

针刺对人体防御免疫的影响是多方面的,主要是通过增强网状内皮系统的功能,提高白细胞的吞噬能力,促进体内各种特异和非特异抗体的产生等,来增强人体的抗病能力,以预防疾病。这些功能的产生与神经、体液的作用因素亦是分不开的。

总之,通过现代研究发现,针刺的三大作用是互相关连的,其治病的疗效是通过针刺对机体多方面的作用而实现的。例如:针刺的抗炎作用,是针刺对植物神经、局部血液循环、细胞免疫和内分泌腺等综合作用的结果。

#### 主治病症

针刺疗法在儿科适应证广,常用于发热、惊风、哮喘、咳嗽、腹痛、泄泻、痢疾、遗尿、痿病、痹病等多种病症。

#### 3.3.3.2 三棱针疗法

三棱针疗法,是利用三棱针点刺(亦可用毫针点刺,以减轻痛苦)使少量出血的疗法。古称“刺血络”疗法。本法具有开窍、醒脑、散热、消瘀、活血之功。其操作简便,见效迅速。

#### 操作方法

速刺 即点刺。医者以左手夹持或扶持固定治疗部位,右手持针正对所刺穴位,迅速刺入皮肤半分或1分深,并迅即退出。此时血液或组织液自动从针孔溢出,若未溢出者,可在刺点周围轻轻挤压,以使血液流出。

还有挑刺、丛刺、围刺的操作方法,因其痛感较重,在儿科一般不用。

#### 注意事项

三棱针刺刺激较强,给小儿施针,针具不宜太粗,多用毫针代之。点刺必须浅而快,勿刺伤动脉,出血不宜过多,一般不超过2~3滴。体虚气弱以及凝血机制不良的患儿不宜使用。针前应严格无菌操作,以防感染。若发生晕针,按晕针处理。

#### 现代研究

有学者用粗针点刺督脉穴神道、大椎等穴,治疗疔疮、疖肿2099例,治愈率达96%。针刺后白细胞总数及中性粒细胞比例明显恢复至正常。说明针刺放血有极好的抗炎作用。江苏省中医院邱茂良等认为,点刺放血刺激了神经、血管,是通过两者的调节而发挥作用的,但其中根本的机理还有待深入探索。

#### 主治病症

三棱针疗法在儿科常用于高热、急性扁桃体炎、咳嗽、疖肿、麦粒肿、荨麻疹等病症。

#### 3.3.3.3 头针疗法

头针疗法,是将针刺疗法与大脑皮层功能定位的理论相结合,在头皮相应的投射区进行针刺,以治疗疾病的一种方法。“头为诸阳之会”、“诸经皆归于脑”、手足三阳经脉

都会于巅顶。针刺头部能够调节经气，活血通络，以治疗疾病。临床常用于治疗脑源性疾病。

### 针刺部位及主治病症

在头皮上，有和大脑皮层功能相应的投射区，刺激不同的投射区，具有不同的治疗作用。头针的部位，系按投射区的不同功能来划分的若干刺激区。

划分刺激区，有两条基本的标准定位线（见图 3-3）。

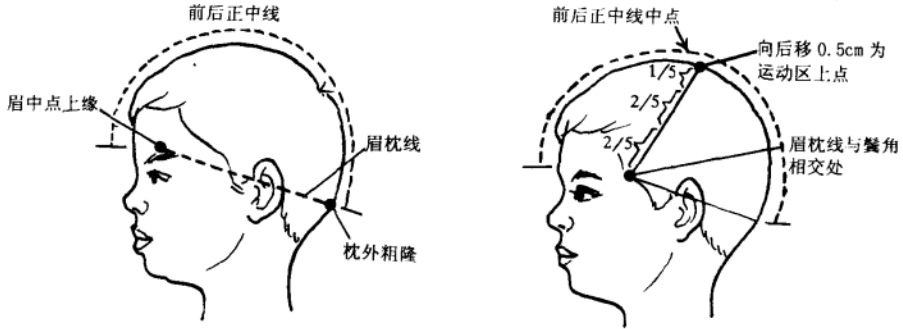


图 3-3 头针运动区定位

前后正中线：从两眉间中点（即正中线前点）沿督脉，至枕外粗隆尖端下缘（正中线后点）的连线。

眉枕线：眉中点上缘和枕外粗隆尖端的头侧面的连线。

刺激区有 14 个，其部位及主治如下：

1. 运动区（相当于中央前回部位） 上点在前后正中线中点后 0.5cm 处，下点在眉枕线和鬓角前缘相交处，上、下两点的连线即是。该区划分 5 等份，上 1/5 为下肢、躯干运动区，主治对侧下肢瘫痪；中 2/5 为上部运动区，主治对侧上部瘫痪；下 2/5 为面部运动区（包括言语一区），主治对侧中枢性面神经瘫痪、运动性失语和发音障碍、流口水等（见图 3-4）。

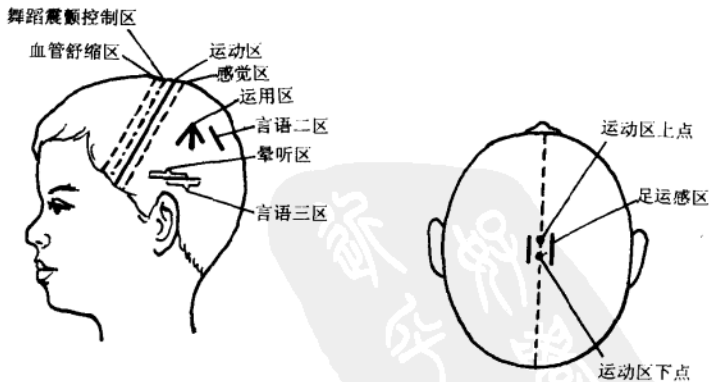


图 3-4 头针侧面、顶部刺激区定位

2. 感觉区（相当于中央后回部位） 运动区平行后移 1.5cm。上 1/5 为下肢、头、躯干感觉区，主治对侧腰腿痛、麻木、感觉异常及后头痛；中 2/5 为上部感觉区，主治

对侧上肢疼痛、麻木、感觉异常，下2/5为面部感觉区，治疗对侧面部麻木、疼痛等（见图3-4）。

3. 舞蹈震颤控制区（相当于锥体外系区） 运动区平行前移1.5cm。治疗对侧肢体不自主运动及震颤（见图3-4）。

4. 血管舒缩区 舞蹈震颤控制区平行前移1.5cm。治疗皮层性浮肿、高血压（见图3-4）。

5. 晕听区（相当于颞上回中部） 从耳尖直上1.5cm，向前后各引2cm的水平线。治疗同侧耳鸣、内耳性眩晕、听力障碍、幻听等（见图3-4）。

6. 言语二区（相当于顶叶的角回部） 从顶骨结节后下方2cm处，引一与前后正中线平行的直线，向下取3cm长的直线。治疗命名性失语（又称健忘性失语）（见图3-4、3-5）。

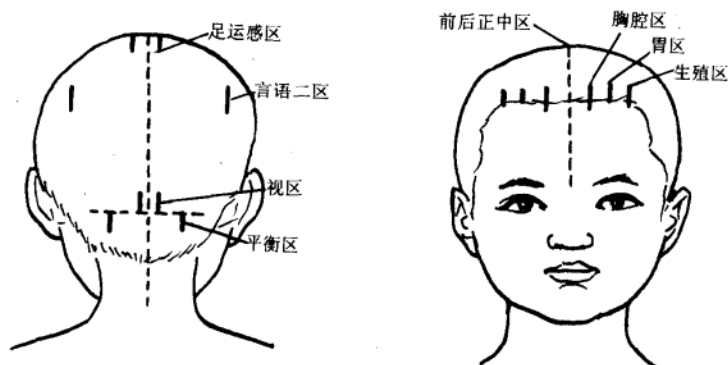


图3-5 头针后部、额部刺激区定位

7. 言语三区 晕听区中点向头后方引4cm长的水平线。治疗感觉性失语，理解语言能力障碍（见图3-4）。

8. 运用区（相当于顶叶的缘上回） 从顶骨结节向乳突中部引一垂直线，以及与该线夹角为40°的前后两条线。其长各3cm，此3条线即是。治疗失用症（运用不能症），如轻度脑瘫患儿，手指不能作精细动作，存在技巧能力障碍（见图3-4）。

9. 足运感区 在感觉区上点后1cm，头正中线上旁开1cm处，向后引3cm长的平行线。治疗瘫痪、腰腿痛、小儿遗尿、尿频、尿失禁、脱肛、腹泻等（见图3-5）。

10. 视区（相当于枕叶内侧纹状区的皮层） 在枕外粗隆水平线上，旁开前后正中线1cm，向上引4cm的直线。治疗皮层性视力障碍及其它眼疾（见图3-5）。

11. 平衡区（相当于小脑半球部） 在枕外粗隆水平线上，旁开中线3.5cm，向下引垂直线4cm即是。治疗小儿脑瘫、共济失调等（见图3-5）。

12. 胃区 在瞳孔直上方，前发际上2cm处。治疗腹痛不适、消化不良等（见图3-5）。

13. 胸腔区 在胃区与前后正中线之间，前发际上下各2cm之直线。治疗咳嗽、气喘、胸闷、心慌等（见图3-5）。

14. 生殖区 从额角向上2cm与胃区线平行的直线。治疗生殖系统疾病及小儿疝气

等（见图 3-5）。

以上刺激区的选用，多根据疾病选择相应的刺激区，也可选用相关的刺激区配合治疗，如下肢瘫痪可选下肢运动区配足运感区。单侧肢体疾病，选用对侧刺激区；双侧肢体疾病以及全身不易区分左右的疾病，可取双侧刺激区。

#### 操作方法

选好刺激区，行皮肤消毒，取 30 号 3cm 毫针，针尖与头皮呈 30°左右夹角，快速进针刺入皮下或肌层，并沿刺激区快速推进到相应的深长度。由于小儿不易配合，故只采用捻转进针法，而不作快速捻转。留针时间可适当延长，每次留针 20 分钟左右。

一般每日或隔日针治 1 次，10~15 次为 1 个疗程。每隔 5~7 天后，再继续下一疗程。

#### 注意事项

头部长有头发，尤须严密消毒，以防感染。头皮血管丰富，针刺应注意避开血管，起针时要用干棉球压针孔片刻，若有出血，可予压迫止血。给小儿针头针刺刺激量不宜过大。

#### 现代研究

临床有很多关于头针治疗脑源性瘫痪的报道，如江苏省中医院针灸科用头针治疗脑性瘫痪 700 例，总有效率达 93%。对头针作用的机理，盛灿若等认为头针可使脑电  $\alpha$  波指数和电压上升，并改善其对称性，提示头针对大脑皮层的功能具有调节作用。李忠仁等在对瘫痪病人脑血流图的观察中发现，头针 10~20 分钟后，脑血流图中出现主峰角减少、峰角加深、波幅升高、波频率变小等现象，提示头针有舒缓血管、改善血管弹性、增强脑血流量等作用。

#### 3.3.3.4 腕踝针疗法

腕踝针疗法，是通过针刺腕、踝部，以治疗人体相应部位疾病的一种方法。这种疗法是在经络和神经学说的指导下摸索出来的一种新针疗法，具有取穴少、适应症广、操作简便等优点。

#### 针刺部位及主治病症

腕踝针的针刺部位，是以人体前后正中中线为标线，由前向后将体表划为 1、2、3、4、5、6 共 6 个纵行区（见图 3-6）。

1 区：身体的前面，前正中中线两侧的区域，包括额部、眼、鼻、舌、咽喉、气管、食管、心腹、会阴部。主治前额痛、目赤痛、鼻塞、流涎、咽喉肿痛、咳喘、心悸、遗尿等。

2 区：身体的正面，1 区的两旁，包括颞部、颊部、后牙、颌下、乳、肺、侧腹部。主治后牙痛、太阳穴痛、哮喘、胸胁痛等。

3 区：身体正面的外缘，即 2 区的外缘，范围狭窄，包括沿耳廓前缘的头面部、胸腹部、沿腋窝前缘向下的直线。主治两侧头痛，以及该区范围内的胸、腹痛等。

4 区：体侧前后面交界处，包括头项、耳及腋窝垂直向下的区域。主治头顶痛、头项痛、耳鸣、耳聋、腋中线范围内的胸腹痛。

5 区：身体后面的两旁，与 2 区相对，包括头、颈后外侧及肩胛、躯干两旁、下肢外侧。主治后颈痛、落枕、肩背痛、侧腰痛等。

6 区：身体的背面，后正中中线两侧，与 1 区相对，包括后头部、枕项部、脊柱、骶尾部、肛门部。主治后头痛、项强痛、腰脊痛等。



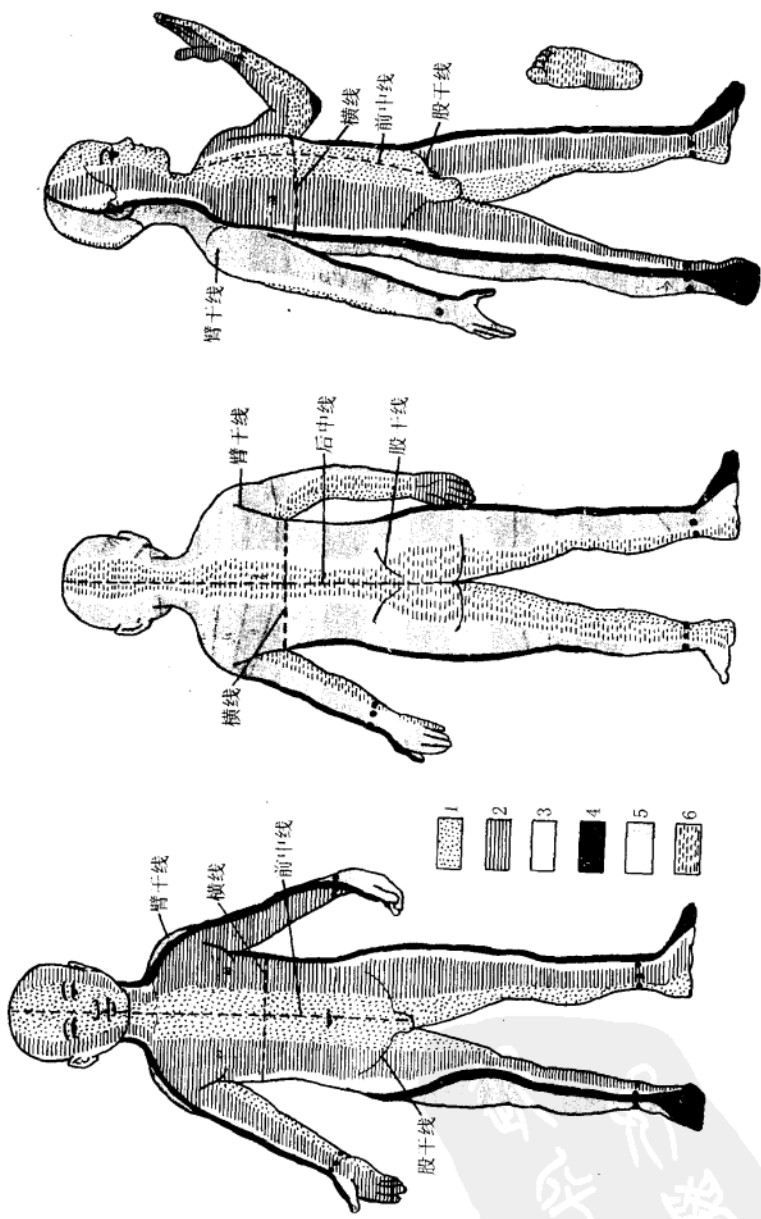


图 3-6 魔蹠针分区图

四肢部位的分区：四肢内侧，相当于躯干的前面，内侧的内侧（即桡侧）划归1区；四肢外侧，相当于躯干的后面，外侧的外侧（亦是桡侧）划归6区。这样四肢内、外侧各3个区，可按躯干的分区类推（见图3-6）。

腕和踝的相应区，是以胸骨末端和肋弓交界处为中心，划一环绕身体的水平线，将人体6个区分成上下两半，水平线以上的各区加“上”字，为腕相应区，如上1区、上2区……，余区类推；水平线以下各区加“下”字，为踝相应区，如下1区、下2区……，余区类推。

#### 操作方法

首先要选准进针点，即按肢体内、外、前后6个纵行区查明病症所在区。纵膈水平以上病症选腕部进针点，纵膈水平以下选踝部进针点。

腕部进针的6个点，分布在腕横纹上二横指（相当于内关穴），从掌面尺侧至桡侧，再从背面桡侧至尺侧的一圈上，依次为上1、上2、上3、上4、上5、上6（见图3-7）。

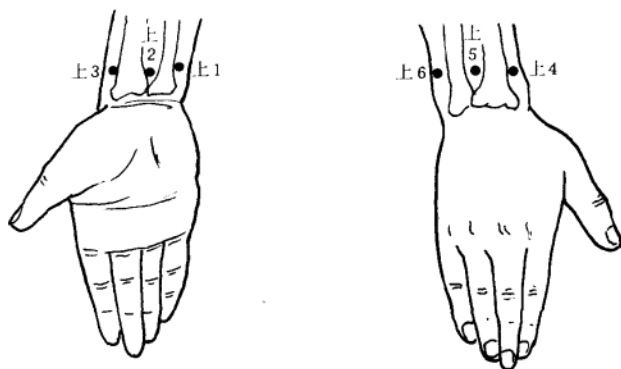


图3-7 腕部进针点

踝部进针的6个点，分布在内踝最高点上三横指（相当于三阴交穴下端）一圈上（见图3-8）。从跟腱内侧起向前转到外侧跟腱，依次为下1、下2、下3、下4、下5、下6。

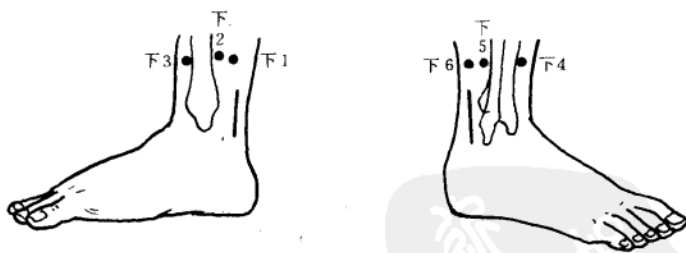


图3-8 踝部进针点

对明确定位的病症，选所在区域同侧相应的进针点。难以定位的病症，可选两侧或两个以上进针点。

操作时，先行皮肤消毒，用3cm毫针快速刺进皮肤，再将针尖退至皮下，使针贴近皮肤表面，针尖朝向病处，沿皮下平刺入大半针体，针柄用胶布固定，以不影响活动为度。每次留针半小时以上，必要时可留针12~24小时。

### 注意事项

腕踝针进针要求高，且需留针，故对小儿来说，只适合于能配合治疗的较大儿童，但其留针时间亦不宜过长，以防折针、针孔感染的发生。

腕踝针进针后，要求无酸、麻、胀、痛、重之感觉，如有上述感觉，说明进针太深，宜将针尖退至表浅部位后再平刺。平刺时，应避免血管，以免刺破血管引起皮下出血。

### 现代研究

腕踝针疗法是一种新疗法，临床报道多用于治疗各种痛症、皮肤瘙痒、眩晕、哮喘等，但实验研究较少，其原理目前尚无成熟的认识。据第二军医大学张心曙提出，腕踝针对机体病理状态的调整作用，只有在神经系统保持完整的情况下才有可能产生。从针刺越表浅，症状消除越完全的现象分析，皮下有丰富的神经纤维网，分布有感觉神经纤维末梢和植物神经纤维，其作用很可能是通过神经来调整肌肉和血管的机能活动而产生的。这还有待进一步探讨。

### 3.3.3.5 激光穴位照射疗法

本疗法是在针灸疗法理论的基础上，利用激光束照射针灸穴位，用以治疗疾病的一种方法。又称激光针疗法。它具有无痛、无菌、快速等优点，小儿易于接受。其主治病症与毫针疗法基本相同，多选用氩-氦激光治疗仪。

### 操作方法

按氩-氦激光治疗仪的操作程序进行，将激光束对准穴位照射，每日1次，每次取2~4个穴，每穴照射3~5分钟。治疗慢性疾病，以10次为1个疗程，间隔7天后再照射第2个疗程。

### 注意事项

在治疗过程中，医者和病儿均不可对视激光束，以免损伤眼睛。光束要对准病灶或穴位，特别是眼周的穴位，要求取穴准确，照射时应闭上双眼。儿童照射时间不超过5分钟，剂量宜小，多在25mW以下，大剂量则起抑制和破坏作用。人体对激光的吸收有累积作用，一般刺激照射从第3天起逐渐增强，10天左右达高峰，再增加照射次数效果反趋减弱，停一段时间再照射病情可改善。因此疗程之间需间隔1周。

### 现代研究

低功率的氩氦激光亮度高，光束准直，方向性好，能量集中。使用25mW以下小剂量进行穴位照射，能刺激各生物系统酶的活性，提高红细胞和血红蛋白含量，加速血管的生长发育，促进创伤和溃疡的愈合，具有止痛、消炎、舒张血管、活跃代谢等多种作用。有学者报道，用激光针治疗遗尿、神经性尿频、婴幼儿腹泻、面瘫、扭伤等，其结果与针灸治疗组对照无明显差异。还有用本法治疗支气管哮喘的，在获得疗效的基础上，对治疗前后的免疫水平进行了测定，发现激光穴照后机体免疫球蛋白含量增高，被称之为“激光免疫效应”。

### 3.3.3.6 刺四缝疗法

刺四缝疗法，是用针点刺四缝穴。四缝穴是经外奇穴，在两手食、中、无名、小指4指掌面第一指间关节横纹的中央。具有健脾开胃、解热除烦、止咳化痰、通调百脉的作用，是儿科常用的治疗方法之一。

### 操作方法

根据不同年龄选用粗细不同的针具，年龄愈小针具应愈细（婴幼儿常以细毫针刺之）。操作时，先令患儿家长将患儿手腕固定，医者用左手持住患儿四指，将四缝穴消毒后，右手持针具对准穴位，自食指向小指逐穴浅刺疾出，即迅速退出。针尖退出后，一般可见黄白色透明粘液从针孔溢出，未见溢出者可在四缝穴上下轻轻挤压，然后用消毒干棉签擦去粘液即可。每周刺1~2次，病重者可隔日刺1次，待病情好转后减为每周1次，10天1次或15天1次，最多不超过10余次。

#### 注意事项

针刺四缝穴须注意避开小静脉，以防出血。刺后24小时内，两手避免接触污物，避免感染。治疗期间，患儿饮食不宜太甜或太咸，以免影响疗效。

#### 现代研究

有学者在对10例营养不良患儿刺四缝后，发现胃液的分泌有明显的改善，如针前胃蛋白酶都是降低状态，针后全部病例均升高；在胃酸方面，针前水平较高者针后下降，较低者针后均升高。说明针刺对胃液的分泌具有明显的调整作用，这也是针刺能促进消化吸收的机理所在。还有学者对营养不良合并佝偻病的患儿刺四缝后，发现血清钙、磷均有上升，碱性磷酸酶活性降低，说明刺四缝能促进小儿钙磷的吸收，从而促进了患儿骨骼的生长和发育。

#### 主治病症

本疗法主要用于治疗小儿疳积、厌食、咳嗽、百日咳、咳喘等。5岁以下小儿，特别是对婴幼儿效果更佳。

#### 3.3.3.7 艾灸疗法

艾灸疗法，是利用艾绒的燃烧，以其火力熏灼身体一定部位（穴位），以防治疾病的一种方法。本疗法具有温经散寒、回阳固脱、活血逐痹、消结散瘀的作用，可用于治疗疾病、防病保健，还可用于急救。艾灸法有艾炷灸、艾条灸、温针灸3种，在儿科常用艾条灸法。

#### 操作方法

1. 艾条灸，其操作手法又分为温和灸、回旋灸、雀啄灸3种。
2. 温和灸 将艾条一端点燃，对准施灸部位，距离3cm左右进行熏灸，使所灸部位有温热感而无灼痛感。每穴每次灸3~5分钟，至皮肤红晕为度。必要时施灸时间可延长至20~30分钟。
3. 回旋灸 艾条灸至局部有温热感后，在穴位上前后左右均匀地旋转施灸。
4. 雀啄灸 施灸时，艾条点燃的一端与施灸部位的皮肤并不固定在一定距离，而是象麻雀啄食一样，一上一下地施灸。

以上4种艾条灸法对一般应灸的病证均可采用，但前两种灸法多用于灸治慢性病，雀啄灸多用于灸治急性病。

#### 注意事项

施灸治病，除掌握辨证施治的原则外，还应注意避免烫伤。小儿皮肤娇嫩，又不易配合，故不宜使用艾炷灸和温针灸，用艾条灸时，施灸者须将食、中两指分开置于施灸部位的两侧，通过医者手指的感觉来测知患儿局部受热的程度，以便及时调节施灸的距离。施灸后，局部皮肤出现微红灼热，属正常现象，无需处理。如因施灸过量，局部出

现小水泡，只要不擦破，可任其吸收。若水泡较大，可用消毒毫针刺破水泡，放出水液，再涂以消炎药膏，并以消毒纱布保护。

施灸的顺序，一般按先上部，后下部；先背部，后胸腹；先头身，后四肢；先阳经，后阴经的原则，但特殊情况也可灵活掌握。颜面部、阴部和有大血管的部位，不宜直接灸。四肢末端皮薄而多筋骨处不可多灸。

#### 现代研究

诸多实验证明，艾灸不仅对局部肌肤产生温热效应，而且能提高细胞免疫功能，对体液免疫有双向调节作用。有学者观察到，艾灸能促进家兔的凝集素和溶血素的产生，艾灸后动物血清中的 IgG 含量明显上升，其溶血空斑数量显著高于对照动物，认为艾灸对体液免疫的促进作用与增强细胞的活力有关，进一步揭示了艾灸能防病保健的机理。

有学者认为，艾灸关元是抗休克的综合急救措施之一。通过观察发现，艾灸关元穴不仅能改善血流动力学状况，提高氧运输功能，而且能增强机体的代偿能力。据福建降血沉协作组报道，用艾灸治疗单纯性风湿病血沉偏快者 40 例，降至正常者 21 例，呈不同程度下降者 15 例，有效率达 90%。认为艾灸是治疗痹病的方法之一。

#### 主治病症

艾灸疗法在儿科主要用于治疗寒性腹痛、腹泻，风寒、痰湿咳嗽，预防哮喘复发，协助脱症的抢救等。

#### 3.3.3.8 灯火灸疗法

灯火灸疗法，古称“神火”。是一种以灯心草蘸油燃烧，点灼穴位以治病的方法。本法具有疏风解表、行气化痰、醒脑定搐之作用。

#### 操作方法

取灯心草 5~6cm，将一端蘸上植物油，点燃灯草后，对准所取穴位，迅速点灼一下，即一接触皮肤，迅即离开。点灼时可听到“啪”的响声，此为一燂。每穴只灸一燂。若无法找到灯心草，可以火柴点燃代之。灸毕将火熄灭。

#### 注意事项

施灸前应做好患儿的思想工作，以取得配合。施术时，点灼的速度必须迅速，灯火只灼伤表皮，不要伤及肌层。灯草蘸油不宜太多，防止点燃之油滴掉下灼伤患儿。灸后局部应注意清洁，防止感染。天气寒冷时，施灸需注意保暖。

本疗法只适用于实证、急症，对久病体虚者不用。

#### 现代研究

近年来，灯火灸在临床的应用不断扩大，有用于治疗流行性腮腺炎，有用于治疗腹胀、腹泻、急性扁桃体炎等，均取得较好疗效。其病理机理的研究，尚未见报道，有待进一步探索。

#### 主治病症

本疗法主要用于治疗流行性腮腺炎、新生儿腹胀、腹泻，以及脐风、惊痫等疑难病症。

#### 3.3.4 推拿疗法

推拿疗法，是用推拿手法防治疾病的方法。专用于防治小儿疾病的推拿方法，称为

小儿推拿疗法。小儿推拿疗法是推拿疗法中的一大派系，自明代以后自成体系。这种疗法简单、方便、有效，不受设备、医疗条件的限制，又能免除患儿服药打针之苦。因此深受患儿及其家长的欢迎。小儿推拿不仅是儿科常用的一种颇具特色的治疗方法，也是一种提高小儿抗病能力，使之健康成长的保健措施。

### 3.3.4.1 疗法特色

小儿推拿疗法的特色，主要在于手法操作，穴位的形状、分布、名称和作用，以及在应用时的处方取穴上。

小儿推拿的手法，不同于成人推拿的手法繁多。因此，操作简便，易于掌握。操作时，要求轻快柔和，平稳着实而不飘浮。

小儿推拿穴位的特点，主要表现在特定的穴位上。其形状呈点、线、面状。点状，即一个点即是一个穴位，如手背腕横纹中央点即是乙窝风穴（相当于针灸阳池穴）；线状，即从一点到另一点连成的一条线，如食指桡侧缘从指尖到指根，这条连线为大肠穴；面状，即人体的某个部位就是一个穴，如整个腹部为腹穴、肚脐为脐穴等。其分布特点，特

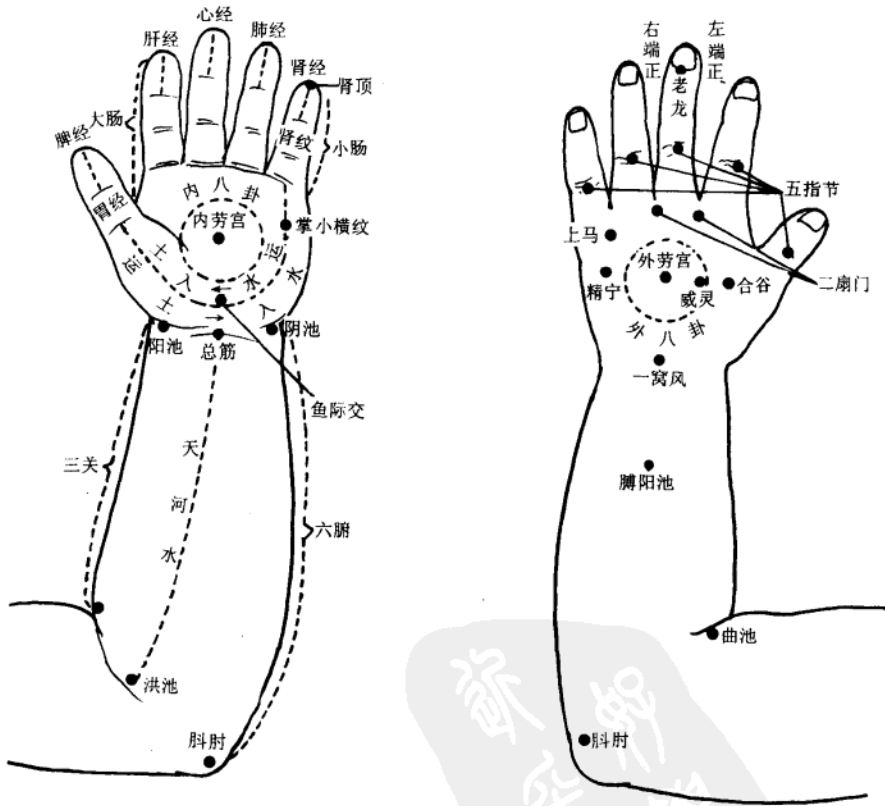


图 3-9 上肢及手掌特定穴分布图

定穴多数分布在肘关节以下手掌上（见图 3-9）。其名称特点，有的以脏腑命名，如心、肝、脾、肺、肾、大肠、小肠经等；有的以部位命名，如脊、脐、腹、五指节等；有的以五

行命名，如运土入水、运水入土等；有的以动物命名，如龟尾；有的以哲学名词命名，如手阴阳、胸阴阳、内八卦、外八卦等；有的以象形动作命名，如黄蜂入洞、猿猴摘果等。其作用特点是补泻分明。一些穴位的补泻取决于推拿的方向，一般向心推为补，离心推为泻。

小儿推拿处方方取穴的特色，主要是重在辨证。临证穴位的选择，是以脏腑经络、阴阳气血、寒热虚实为指导，根据病情灵活取用。自古认为，药有寒热温凉平之性，推拿揉捏性与药同，用推拿就是用药，不明不可乱推。推拿处方的构成，要求将推拿手法与穴位名称均列出，如摩腹、揉脐等，或是列出推拿作用及穴位，如补脾经、清肝经等；也可写明操作形式和穴位，如推上三关、退下六腑等。凡推上肢的特定穴只取一只手，过去强调男左女右，现在也有不论男女，皆推左手者。

### 3.3.4.2 适应病症

小儿推拿疗法是适应于小儿生理病理特点的，即适用于5岁以下，特别是3岁以下小儿，其效果更佳。具体来说，主要适用于小儿脾系常见病证，如泄泻、呕吐、腹痛、疳病、厌食等；肺系常见病证，如上感、发热、咳嗽、肺炎、哮喘等；常见的杂病，如遗尿、口疮、近视、肌性斜颈、脑性瘫痪、小儿麻痹症后遗症等。

小儿推拿虽可用于治疗儿科的常见、多发病症，但亦有一些禁忌证，如急性出血性疾病、急性外伤、急腹症，皆不宜推拿，还有一些严重的传染病，应采取综合救治措施，而不能单独运用推拿治疗，以免贻误病情。

### 3.3.4.3 常用手法

小儿推拿常用手法仅10余种，如推、揉、按、摩、运、掐、搓、摇、捏、拿、拍等。其手法名称虽与成人推拿相同，但具体操作却不完全一样。

1. 推法 多用指推法，即用拇指或食中指推（见图3-10、3-11）。操作要领为直线推动，不得歪斜，用力轻快均匀。主要适用于线状穴位，如推大肠、推天河水等。每穴推1~2分钟。



图 3-10 拇指推法

图 3-11 食中指推法

2. 揉法 以指揉为主，即单以拇指或中指揉，或以食、中指同时揉（见图3-12）。操作要求吸定皮肤，通过表皮带动肌层，深透入里。主要适用于点状穴位，如揉外劳宫、揉一窝风等。每穴揉1~2分钟。

3. 按法 是以手指按压，常以拇指按（见图 3-13），或以食、中指同时按压点状穴位或痛点。操作要求用力由轻到重，按之不动，或是按后加揉，或是边按边揉，形成按揉复合手法，如按揉肺俞。按压痛点时，切忌用力过猛。

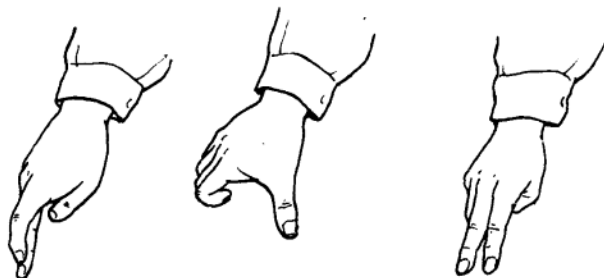


图 3-12 指揉法

4. 摩法 多用指摩法（见图 3-14），即用食、中、无名指在腹部作顺时针或逆时针的环形运动。动作宜轻柔而有节奏。一般以按摩的速度和方向来区别补泻。如急摩为泻，缓摩为补；顺时针摩为泻，逆时针摩为补。每次摩腹需 3~5 分钟。



图 3-13 拇指按法



图 3-14 指摩法

5. 运法 又称指运法（见图 3-15）。是以手指在穴位上作由此及彼的环形或弧形运动。如运八卦、运太阳。操作要求宜轻不宜重，宜缓不宜急。一般每穴运 50 次左右。



图 3-15 指运法

6. 掐法 掐由甲入。操作时，用指甲重刺穴位，切压不动，以指代针（见图 3-16）。



适用于点状穴位，主要用于急救，如掐人中。本法也可用于疾病的防治，一般轻掐后加揉，形成掐揉复合手法，如掐揉五指节。注意在重掐时不得掐破皮肤。

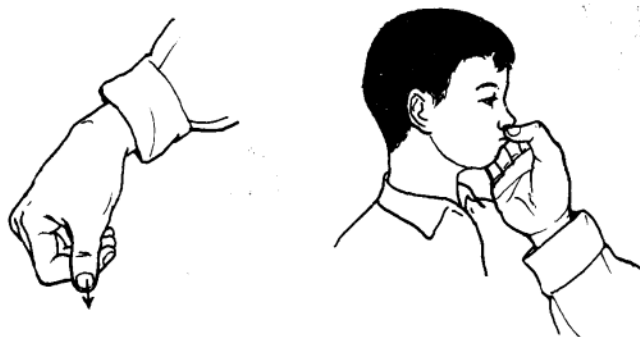


图 3-16 掐法

7. 搓法 搓以转之。操作时，两手掌夹住所取的肢体或部位，相对用力搓摩（见图 3-17），或同时作上下往返的运动。要求两手用力相等、速度均匀，搓动快、移动慢。主要适用于四肢和胁肋部，如搓肋肋。一般搓 30~50 次。

8. 摇法 摇以动之。操作时，一手持住肢体或关节的近端，一手持住关节的远端，作一定幅度的摇动，如摇颈（见图 3-18）。注意动作宜缓不宜急，幅度应由小到大，不得超出关节生理活动的范围，摇颈时须低头位。主要适用于关节部位，一般根据病情决定摇动的次数。

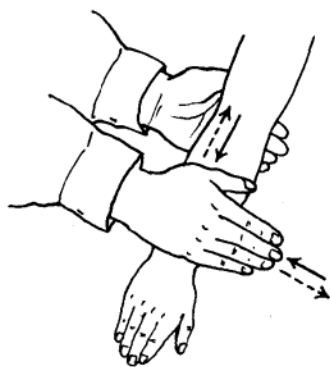


图 3-17 搓法

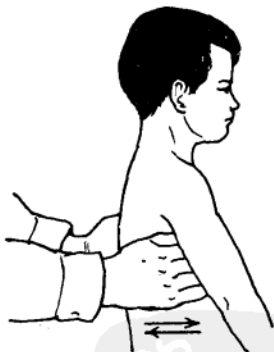


图 3-18 摇颈

9. 捏法 以手指轻拿提起皮肤。捏法包括挤捏法和捏脊法。挤捏法操作时，以两手指、食指同时捏住所取部位的皮肤，相对用力挤至皮下瘀斑。主要用于治疗发热、咳嗽、气喘。本法适用于点状穴位，如挤捏天突（见图 3-19）。捏脊法的操作（见图 3-20），是以两手的两指或三指，轻拿提捏住脊柱两旁的皮肤，由下向上，即从尾骶逐步提捏至大椎。此为 1 遍，每次操作需捏 3~5 遍。具有调阴阳、理脏腑、和气血、培元气、强壮身体的作用。常用于治疗小儿疳病、腹泻，以及小儿保健。提捏时可不翻捻皮肤，以减

轻患儿痛苦。



图 3-19 挤捏天突



图 3-20 捏脊法

10. 拿法 捏拿提起肌肉大筋,进行一松一紧的提捏。要求动作连贯、用力由轻到重,如拿肩井(见图 3-21)。主要用于宣通肺气、发汗解表、定惊止搐。每穴拿 3~5 下。

11. 拍法 即以虚掌(见图 3-22)拍打体表。注意用力应由轻到重,轻重适度。常用拍背法治疗咳嗽、气喘,以宣通肺气,帮助排痰。亦常将拍背作为按摩治疗后的结束手法。

此外,还有一些复合手法,如飞经走气、摇抖肘法、水底捞明月、打马过天河、开璇玑法等,亦可根据病情选用之。



图 3-21 拿肩井

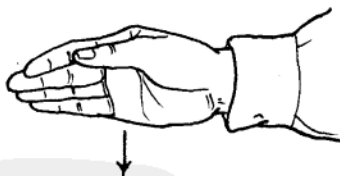


图 3-22 虚掌

#### 3.3.4.4 治疗法则

小儿推拿疗法的治疗法则,与内服药基本相同,亦有汗、吐、下、和、温、清、补、消之别,尚有开窍、熄风、定痛法等。

1. 汗法(解表法) 主要适用于外感表证。常用穴有:开天门、分推坎宫、揉太阳、揉耳后高骨、拿肩井、掐揉二扇门,或用葱姜汁推肺俞、揉一窝风、揉内劳宫,或是推天柱骨、推脊、挤捏背俞穴等。具有发汗解表、清热散寒的作用。

2. 吐法(涌吐法) 主要适用于痰涎阻塞咽喉,影响呼吸,或是食物停滞胃脘、胀

满疼痛，或是误食毒物尚在胃中者。常用穴有：点按天突，以食中指插入口中压舌根，以催吐。一般能促使停痰宿食随呕吐物排出体外。

3. 下法（泻下法） 主要适用于湿热积滞壅遏胃肠的里实证。常用穴有：分推腹阴阳、顺时针摩腹、清大肠、退下六腑、推下七节骨等。具有清热通便、荡涤胃肠实热之作用。

4. 和法（和解法） 主要适用于邪在少阳，胃肠不和之寒热夹杂证。常用穴位有：分推手阴阳、推上三关配退下六腑。具有调节阴阳、解除寒热、调和胃肠之作用。

5. 温法（温阳祛寒法） 主要适用于脾肾气阳不足，寒邪客中之证。常用穴有：揉外劳宫、推上三关配揉二马、摩丹田、擦肾俞等。具有温阳散寒固脱的作用。

6. 清法（清热法） 适用于一切热证。常用穴有：清天河水、打马过天河、退下六腑、推天柱骨、推脊等。具有清热降火之作用。

7. 补法（补虚法） 适用于脏腑亏损之证。常用穴有：补肺经、补脾经、补肾经、揉二马、摩腹、捏脊、揉脾俞、揉肾俞、按揉足三里等。具有益气健脾、滋肾养血之作用。

8. 消法（消导法） 适用于饮食不节，乳食停滞之证。常用穴有：揉板门、运内八卦、分推腹阴阳、推下膻中、按弦搓摩（搓肋肋）、顺时针摩腹、推下七节骨。

9. 开窍法 适用于神昏窍闭之证。常用穴有：掐人中、掐十王、按揉牙关等。具有醒神开窍之作用。

10. 熄风法 适用于肝风内动之证。常用穴有：掐揉五指节、拿肩井、拿委中、拿承山、掐人中。具有熄风止痉的作用。

11. 定痛法 主要适用于腹痛（急腹症除外）。常用穴有：揉一窝风、摩腹、挤捏天枢、挤捏大肠俞、揉足三里等。具有理气散寒定痛之作用。

### 3.3.4.5 常用处方

小儿常见病症推拿穴位处方有：

感冒

处方：揉一窝风、揉迎香、运太阳、揉风池、揉肺俞、拿肩井。

加减：风寒证加推上三关；风热证加清天河水；夹积加清板门；夹痰咳嗽加清肺经、掐揉五指节；夹惊加掐人中、掐老龙、揉小天心；发热加推脊、挤捏大椎等。

发热

1. 外感发热 参照感冒推拿处方。

2. 阴虚发热

处方：分推手阴阳、揉二马、补肾经、清天河水、揉三阴交、揉涌泉。

加减：盗汗加揉肾顶。

3. 肺胃实热

处方：清肺经、清胃经、清大肠、退六腑、清天河水、顺时针摩腹。

4. 小儿夏季热

处方：揉一窝风、揉二马、揉小天心、补肾水、揉关元、推天河水、推脊、揉三阴交。

咳嗽

1. 外感咳嗽

处方：清肺经、揉一窝风、顺运八卦、推揉膻中、揉肺俞、拍背。

加减：风寒加推上三关；风热加清天河水；痰多加清脾经、按弦搓摩；肺部有干湿罗音加揉掌小横纹。

## 2. 内伤咳嗽

处方：补脾经、揉二马、揉掌小横纹、推揉膻中、揉肺俞、揉脾俞、捏脊。

### 哮喘

处方：逆运八卦、揉膻中、分推胸阴阳、按弦搓摩、拿肩井、拍背。

加减：寒证加揉一窝风、推上三关；热证加清天河水、推脊；虚证加补脾经、揉二马、捏脊。

### 泄泻

处方：推大肠、揉龟尾、摩腹、推七节骨。

加减：寒加揉外劳宫、揉一窝风、推大肠用补法；热加清天河水、推大肠用清法、推脊；伤食加清板门、分推腹阴阳、推下七节骨；脾虚加补脾经、捏脊；腹痛加挤捏天枢。

### 腹胀

处方：清脾经、清板门、顺运内八卦、分推腹阴阳、顺时针摩腹、按揉脾胃俞、推脊。

### 呕吐

处方：推胃经、揉内关、逆运八卦、推天柱骨、推下膻中。

加减：寒吐加推上三关；热吐加清天河水；伤食加顺时针摩腹；惊吐加揉小天心。

### 厌食

处方：补脾经、揉板门、摩腹、捏脊。

### 疳积

处方：补脾经、掐揉四横纹、清心经、清肝经、摩腹、捏脊。

### 便秘

处方：清脾经、清大肠、退六腑、顺时针摩腹、揉龟尾、推下七节骨、捏脊。

### 腹痛

处方：揉一窝风、摩腹、挤捏天枢、拿肚角。

加减：虚寒加推上三关、捏脊。

### 遗尿

处方：补脾经、补肾经、揉二马、揉百会、揉丹田、揉肾俞。

加减：体虚加捏脊；体实加清肝经、清天河水。

### 脱肛

处方：补脾经、补大肠、揉外劳宫、推上七节、揉龟尾、掐揉百会。

### 夜啼

处方：分推手阴阳、揉小天心、掐揉五指节。

加减：脾虚加补脾经、揉外劳宫、揉一窝风；心肝火旺加清心经、清肝经、清天河水。

### 汗证

处方：补脾经、补肾经、揉肾顶。

口疮

处方：揉总筋、揉掌小横纹、清天河水。

小儿肌性斜颈

处方：揉捏推患侧胸锁乳突肌纤维化块，摇头部引伸患侧。

### 3.3.4.6 注意事项

推拿前应先准备好介质，即推拿时手上蘸的东西。一般冬春季节及表寒证，宜蘸葱姜汁推；夏秋季节及表热证，宜蘸清水或薄荷水。现常用滑石粉，以润滑皮肤。

推拿时，要求医者精神专注，态度和蔼，以取得患儿的配合，并能增进疗效。所取之体位，应以舒适和操作方便为原则，根据患儿病症及医者所取穴位和手法需要，采取坐、仰卧、侧卧、俯卧均可。

给小儿推拿，不仅要求手法熟练、用力均匀、动作轻柔、深透平稳；而且要求掌握好推拿的时间、次数、强度的规律。一般根据年龄、体质、病情之虚实来决定推拿的时间、次数和强度。若以1岁为标准，每穴推2分钟左右（强刺激手法除外）；每个主穴推300次左右。小于1岁或体质较弱者，推拿的时间可适当缩短，次数可适当减少；大于1岁或体质强壮者，时间适当延长，推次适当增加。年龄小、体质弱、病证属虚者，手法宜轻；年龄较大、体质强、属实者，手法宜加重。这对疗效有一定影响。

推拿的顺序，应以操作方便、患儿能接受为原则。一般按先推四肢、头面，后推胸腹、脊背，或从上而下，以次推毕。也可先推主穴，后推配穴。均要求先用柔和手法，后用刺激较重的手法。

此外，还应注意室温要适宜，冬季须防感冒，并注意卫生，防止交叉感染。术者指甲须及时修剪，以防伤及患儿皮肤。

### 3.3.4.7 现代研究

全国各地运用小儿推拿疗法治疗感冒、咳嗽、哮喘、肺炎、百日咳、腹泻、疳病、便秘、小儿肌性斜颈、夜啼、口疮、遗尿、脱肛、脑性瘫痪等，积累了丰富的经验，并屡见报道。随着医学科学的发展，学者们已注意到以科学的方法开展对小儿推拿穴位特异性作用的研究，以进一步阐明小儿推拿防治疾病的机理。如：

江苏省中医院儿科、山东省中医院推拿科等，运用小儿推拿治疗婴儿腹泻数百例。实证用清大肠、清胃经、顺时针摩腹、推下七节骨；虚证用补大肠、补脾经、揉龟尾、推上七节骨；泻久者配合捏脊。推治6次以下痊愈者，占89.5%；好转占8.5%，总有效率为98%。

青岛医学院生理教研组通过实验发现，推补脾经对胃蠕动有促进作用，表现为胃蠕动的频率增加，收缩力加大和紧张性增强。推脾经还具有促进胃酸和胃蛋白酶分泌的作用，故能促进蛋白质的消化吸收，但对淀粉消化的影响不大。还发现，逆运八卦对胃蠕动具有双相调节作用。

北京市中医院小儿科，运用捏脊疗法治疗51例小儿疳积，通过对其临床症状及小肠吸收功能的观察，发现捏脊后患儿的临床症状，如食欲不振、睡眠不安、腹泻、便秘等均有明显改善；患儿的体重、血红蛋白、血浆蛋白及血清蛋白酶均有所增加；小肠D-木糖排泄率升高。认为捏脊疗法对小儿的消化、吸收、造血等功能均有促进作用。

广东中医学院等，通过实验观察了“捏脊对小白鼠肝糖元及核糖核酸的影响”，发现

捏脊后多数动物肝糖元减少,一部分小白鼠的核糖核酸增加。认为这种变化可为机体各种抗病的生理措施提供更多的能量,对非特异性抗体的生成和增长,均有良好的影响。

陕西省西安市碑林区慢性支气管炎防治办公室采用揉外劳宫、黄蜂入洞各 200 次的方法以预防感冒。观察 91 例,总有效率达 95% 以上。按摩前后,对其白细胞总数进行了动态观察,结果发现,按揉以上两穴,对人体白细胞总数具有双向调节的作用。在按揉后 6 小时,白细胞总数的变化最明显,24 小时后恢复到按摩前的水平。认为按揉以上两穴,能增强人体的卫外功能,但必须坚持每日 1~2 次,才能更好地起预防作用。

美国迈阿密大学的里佛宁·费尔特教授领导的一个研究小组科研人员曾在 80 年代对 40 名早产儿每天进行 3 次柔和而有力的全身按摩,每次 10 分钟,并活动他们的头、背和四肢。持续 10 天后发现,这 40 名早产儿在同样饮食条件下,其体重的增加较其他婴儿快 47%。8 个月后随访发现,按摩组的婴儿体格发育迅速,智力发育亦超过其他婴儿,表现得更机灵活泼。她认为,按摩可提高人的大脑神经功能,影响机体的许多部位而释放特殊的化学物质,有助于对食物的吸收和利用。

以上说明,小儿推拿不仅可治疗疾病,更多地还可用于预防疾病。如今随着卫生事业的发展,提倡优生、优育,小儿推拿也是一种能提高抗病能力,促进小儿健康成长的良好措施。其中,具有保健作用的穴位和手法还有待进一步开发,其作用机理亦需进一步深入研究。

### 现代参考文献

- [1] 王如侠,等.试论影响中药汤剂疗效的原因及对策.中国中西医结合杂志,1994,14(8):500
- [2] 张奇文,等.全国第四次中医儿科学术会议内病外治法研究述评.中医杂志,1991,(1):47
- [3] 严绥平,等.关于小儿中药用量的探讨.内蒙古中医药,1994,(3):30

(汪受传 殷明)

## 3.4 儿科护理概要

治疗与护理是促进病体康复的两个重要方面,护理得当不仅能使治疗达到满意的效果,同时也可防止各种并发症、后遗症的发生,促进病儿早日康复。护理是临床工作的重要组成部分,对此祖国医学早就有精辟的论述,如“三分治,七分养”,就是对护理重要性的高度概括。由于小儿的生理病理、发病经过以及恢复情况都有其年龄特点,因而儿科护理亦有其自身的特殊性。小儿年幼,大多不能正确诉说自己的不适和需求,且难以做好自我护理,因此,精心照顾护理,细致观察病情及其变化,对儿科临床工作来说其重要性显得尤为突出。

### 3.4.1 一般护理

#### 3.4.1.1 病室设置与管理

由于不同年龄小儿的生活习惯和护理要求不同,所以儿科病室要按年龄分为新生儿室、婴儿室、幼儿室和儿童室。另外,还可按病种不同分为感染病室、非感染病室。并

做好传染病隔离工作，防止交叉感染。病室设置力求做到整洁、明亮、通风好、环境舒适宽松，并经常进行消毒，防止院内感染和交叉感染。幼儿和儿童病室室温最好能在18~20℃，相对湿度为50%~60%，病室最好设置在朝南的房间，可照进阳光，一则可以利用太阳的紫外线对病室进行消毒，二则可促进机体对钙的吸收。但也有一些疾病对病室光线有特殊要求，如脐风即新生儿破伤风患儿病室光线宜暗淡，红蝴蝶疮（系统性红斑狼疮）、皮炎患儿的病室要避免日光照射等。病室要经常开窗以保持空气清新流通。病室要保持安静，探视及陪护人员不宜过多，更不能大声喧哗，以保证患儿能得到较好的休息。

#### 3.4.1.2 日常护理

##### 休息与睡眠

恰当的睡眠与休息不仅是预防疾病的重要方面，而且也是促进病体康复的重要保证。其重要性在于培护正气，以祛邪和防止外邪的入侵。对此，中医学早有论述。如《小儿病·保婴要诀》云：“小儿睡眠，每日至少要十四小时。日间不可当风，亦不可遮紧……若抱紧睡，诚恐过暖生热，又恐母气呼吸，吹儿凶门，变生诸症，此亦慎疾之道也”。又如《万有医库·小儿科》说：“病儿睡眠之时，尤须幽静肃穆，宜避去光线，盖室暗则易入睡。服药之时适在睡中，可俟其醒后一刻钟服之。”

因为大多数疾病都增加机体的消耗，因此，在患病期间应适当增加休息，减少活动，尤其在高热时更应当静卧。休息时间的长短取决于疾病的性质及患儿的具体情况。如痹病（风湿热）患儿，热退后过早增加活动，常致复发。肺癆、水肿等慢性病证，医生应根据患儿具体情况决定休息和卧床时间。如果病情没有进展或渐趋好转则可逐渐增加活动，同时亦应观察患儿的精神、食欲、体温、脉搏等，如重新出现不正常现象，就应增加休息时间。总之，可根据具体情况为患儿制定合适的作息时间，保证患儿有充分的休息和睡眠。

对于危重患儿要切实安排好休养环境，保证严格卧床休息。让患儿居抢救室，由医护人员进行密切观察。尽可能保持病室，特别是重病室的安静。若病室内探视人多，喧闹不已，不仅影响患儿休息，还会增加患儿紧张情绪，不利于治疗康复。如我国清代医家华岫云在《临证指南医案·痢症厥门》后批评那些“富豪之家”在孩子患病时“延医多人，问候者多人，房中聚集者多人。或互谈病情病状，夜则多燃灯烛以照之；或对之哭泣不已；或信巫不信医，祈祷叠兴，举家纷扰”，就明确指出：“此非爱之，实以杀之也。”对年龄幼小，或需家长随时观察、护理的患儿，可允许母亲陪护，使患儿及家长的焦虑恐惧心理得以缓解，并使患儿得到更细致的照料；保持患儿精力；定时变换体位等，停止不必要的诊断、治疗措施，如不必要的验血、注射或外用药物等，以保证患儿的休息和睡眠。

##### 入出院护理

患儿入院时当值护士应先检查各种入院手续是否完备，然后根据患儿的年龄、性别、诊断及特殊需要决定具体病室和床位。并主动热情地将患儿送到指定的病床。对其家属介绍病区的有关规章制度及病房情况，并做好卫生保健方面的宣传教育工作。

对新入院患儿当测体重、体温、脉搏、血压、呼吸并作体格检查。对发热的患儿应每日测体温、脉搏4次，直至体温正常后改为每日测1~2次，若体温突然升高应复测，

并密切观察病情变化，做好护理记录。一般病儿应每周称1次体重，特殊患儿如疳病、水肿的患儿应增加称重点数，以观察病情进退。患儿入院后24小时内采集血、尿、粪标本送检。

住院患儿应了解其生活情况，如向母亲了解家庭情况，患儿睡眠、饮食、二便、嗜好等生活习惯，在母亲离开时，护士应陪伴患儿，以免哭闹或发生意外。当医生决定患儿可以出院时，应通知家长做好准备，护士应指导家长在家中如何护理患儿的一般方法。如休息与睡眠、饮食调理、观察病情、服药方法等，并向其宣传防病与育儿知识，对于患儿回家后仍需的特殊护理，如褥疮护理、更换敷料等，护士应向家长示教，并待其熟悉掌握后患儿方可出院。

#### 清洁护理

如病情允许要做好个人卫生工作，可给患儿沐浴或擦浴。洗浴是做好清洁护理的重要方面，《小儿卫生总微论方·洗浴论》说：“……儿自生之后，须依时洗浴，以去垢污，又不可数数。若都不洗浴，则皮皴毛落，多生疮疥。凡洗浴时，于背上则微微少用水，余处任意。即不可极淋其背，亦不可久坐水中，则引惊作病，切须慎之。如常能依法用之，令儿体滑舒畅，血脉通流，及长少病，无不验也。”另外还有药物煎汤洗浴等方法，如痲病用桑枝等，痲疹用芫荽、西河柳等，疮疖用蒲公英等煎汤洗浴，则有辅助治疗作用。可见洗浴等清洁护理不仅能健体，而且能防病治病。

在给小儿洗浴时要注意观察全身情况，特别注意有无皮疹或可疑传染病。帮助患儿洗头、洗臀、剪指甲等，按时更换衣服被褥，及时更换尿布，做好皮肤及口腔护理，预防红臀及鹅口疮、口疮等口腔感染。

#### 防止意外

由于小儿自理能力有限，好奇心强，不知危险而容易发生意外，因此护理人员要以高度责任心做好安全护理。如《万氏家藏育婴秘诀·鞠养以慎其疾四》说：“小儿玩弄嬉戏……但勿使之弄刀剑，銜铜铁，近水火……”。因此安全护理方面要防止患儿碰伤、跌伤、烫伤、锐器刺伤、异物吸入等意外事故。婴幼儿的床要设置床栏，并随时拉好，以免摔下跌伤。治疗与检查用的针具、玻璃器具、压舌板、叩诊锤等工具用毕须随手拿走，以免小儿玩弄时自伤。避免给予不适于年龄的食物，如婴幼儿不应给予花生米、豆类或带有骨刺的食物，对于呼吸困难易呛咳的婴儿应耐心喂食，以免食物吸入气管发生窒息。电器开关要安装在小儿不易触及的地方。不要让小儿登高，并随时检查安全状况，及时消除一切不安全隐患。

#### 调节冷暖

由于小儿寒暖不知自调，易致衣被增减无度而为外邪所害。因此对于小儿衣被的增减、冷暖的调节是护理防病的重要方面。如《幼幼集成·初生护持》说：“凡寒则加衣，热则减衣，过寒则气滞而血凝涩，过热则汗泄而腠理疏，以致风寒易入，疾病乃生。更忌解脱当风，易于感冒。”初生之小儿衣着宜宽松、柔软、吸水性强。总之小儿衣着宜轻暖，最好是棉衣，且勿令其太暖，袖口身腰不可太紧，宜宽松便于转动。小儿玩耍运动后汗出湿衣，宜及时更换，以免汗出当风，招致感冒。并根据四时气候的变化及时增减。

#### 预防交叉感染

小儿肺腑娇嫩，脏气柔弱，抗病能力较低，患病后正气受损，则祛邪之力更弱。不



但急性传染病易于发生交叉感染，就是一些常见疾病如感冒、泄泻、脓疮疮等也易于染易。因此对于小儿来说预防交叉感染而注意隔离亦是护理的重要环节。如《小儿病·保婴要诀》说：“……小儿之口，切不可使乳母及他人吻之，恐有细菌侵入，为害无穷。此种恶习，急宜改除。”就明确提出了疾病会交叉感染，因此要注意杜绝恶习并且要进行必要的隔离。

在病房必须采取必要的消毒隔离措施，以免患儿之间或患儿与医护人员之间发生交叉感染，为此必须做到以下几点：

1. 保持病室的清洁卫生。地面、墙壁、病房、桌椅、便盆、玩具、衣被等定期清洗消毒，结合季节气候等具体情况，每日定时打开门窗通风，冬季每日开门、开窗通风2~3次，每次15~30分钟，但要避免穿堂急风，天气暖和尤其是炎热的时候，更应多通风换气。每日用紫外线灯照射消毒1次。

2. 划分污染区和清洁区。凡病儿占用和接触的区域以及一切用品均属于污染区范围，凡工作人员占用的区域和其中的家具器皿、文具用品、病历以及治疗室、配膳室、消毒过的衣被、敷料、医疗用具、注射室、换药室、药柜、药品均属清洁区范围。属于清洁区的东西不可放在污染区。

3. 不同病种的病儿应尽量分房收治，同一病种急性期和恢复期也应尽量分开，要严格执行消毒隔离制度，并告知家长及患儿不要随意进入其它病室。特别是新生儿、早产儿、正在化疗的白血病患儿、肾病以及一切抵抗力低下的患儿均应实施保护性隔离，以免引起交叉感染。

4. 工作人员到病房应穿工作服，戴帽子，洗手后才能开始工作，每次接触传染病儿后，分发药品、食物、治疗操作前，均要洗手。患感冒者不宜护理患儿，特别是不宜护理新生儿及未成熟儿。

5. 消毒隔离工作要经常化、制度化。对于患儿换下的衣被、尿布等应放入专用袋或桶内，不可随意扔在地上，以免污染环境造成交叉感染，凡掉在地上的物品必须经过清洗、消毒后才可交给患儿使用。另外，应当建立切实可行的消毒隔离制度，定期进行检查，相互监督执行。

#### 传染病的隔离管理

传染病在小儿极易传播，因此必须做好传染病的隔离管理工作。如《景岳全书·痘疹论》指出：“痘疮起发之初，全要避风寒，远人物。”说明古代医家已明确认识到对于天花之类急性传染病应当采取隔离措施。由于此类疾病具有强烈的传染性，所以一般儿科病房不能收治麻疹、猩红热、腮腺炎、百日咳、白喉等传染病儿，一旦发现这类病儿，应由传染病院或病区、病室处理。对曾与传染病儿接触的易感儿可酌情作被动免疫。并对病室作消毒处理。

对传染病应严格执行消毒隔离制度以免引起交叉感染与相互传染。为此，必须做到以下几个方面：

1. 所有医护人员进入病房时都应穿工作服，进新生儿病室时应加戴口罩；到病房后必须用肥皂洗手，患儿餐具应进行清洗，然后煮沸消毒，剩余食物不得让他人食用；对患儿玩具应经常进行消毒；陪护或探视病儿的家属只能在病床旁守护自己的小儿，不得接触其他患儿；探视新生儿时限制在玻璃窗外；患儿住院期间不得离开隔离区；要根据

病种分别安排好病房，防止交叉感染；患儿出院后，用具及床单须经消毒后方可供其他患儿使用。

2. 对于呼吸道传染病，如流行性脑脊髓膜炎、肺结核等，患儿当严格隔离至渡过传染期。工作人员接近患儿时应戴口罩，处理患儿后，应先洗手才能接触不同病种的其他患儿。盛患儿口鼻分泌物、痰液等的容器，应煮沸消毒。

3. 对于如伤寒、副伤寒、痢疾、肠结核、脊髓灰质炎、病毒性肝炎等消化道传染病，应做到在密切接触患儿的时候穿隔离衣，给患儿换尿布、衣服及处理粪便等后应洗手、消毒。病儿的粪便应进行消毒，可用石灰水、20%漂白粉与大便一起搅匀，置2小时后倒掉。病儿使用过的尿布应放置在固定的尿布桶内，统一进行清洗、消毒处理，不得随意甩在地上，凡患儿使用过的餐具、药杯、奶瓶、衣被等，要经高压蒸气消毒或煮沸后再使用。

4. 要注意消灭作为传播媒介的昆虫，特别是蚊蝇易于传播疾病，如蚊子传播流行性乙型脑炎、疟疾，苍蝇易于传播肠道传染病等，所以病房内要做好灭蚊、灭蝇等工作。

### 3.4.1.3 病情观察记录

小儿发病容易，传变迅速，一旦患病往往病情变化较快。正如吴鞠通《温病条辨·解儿难》所说：“盖小儿肤薄神怯，经络脏腑嫩小，不奈三气发泄，邪之来也，势如奔马，其传变也，急如掣电。”作为儿科医护工作者当特别谨慎细心，要熟谙各种疾病的演变转化规律，密切观察患儿病情的变化以及与病情有关的各个方面情况，如精神状态、体温、呼吸、脉搏、面色、苗窍、舌质舌苔、脉象、指纹、患儿的哭声、大小便的色泽性状及量、出汗的部位及多少、口渴情况、皮肤的弹性色泽、饮食变化，以及其它各种病态，并随时做好详细的记录，以判断病情的变化及病理转归，作为临床辨证施治施护，调整治疗护理方案的依据。

#### 精神、神志的观察

患儿的精神状态反映了病情的轻重，正所谓“小儿病于内，必形于外”。一般来说，表情活泼、精神尚振、神志清楚，病情较轻，预后也相对较好。相反，若精神萎靡或烦躁不安，神志欠清，甚至昏迷，病情较重，预后也相对较差。若患儿重病初愈，正气渐复，则往往表现为精神萎软、神志转清、倦息嗜卧。若患儿初则神清精神尚可，继则神萎、神昏，则表明病情由轻转重。

#### 体温、心率、呼吸、血压的观察

发热是儿科常见症状，体温的观察是儿科临床上最常用的观察指标之一。它不但能推测病情的轻重，还能帮助对小儿所患疾病作出明确诊断，指导治疗。因为不同的热性疾病可表现为不同的热型。体温的异常是正邪交争的反映，某种程度上反映了病证的性质及病情的轻重。如新生儿肺炎，患儿表现为发热、精神尚可，则表明正气尚能抗邪，病情相对较轻。若表现为不发热，甚至体温不升、神萎、拒奶，表明正气已衰，病情往往较重。另外，体温的变化亦可作为辨证的依据之一。如表热证常表现为恶寒发热，并有流涕、咳嗽、苔薄白、脉浮；里热证表现为发热、不恶寒反恶热，兼见口渴、苔黄、脉数等；半表半里证常表现为寒热往来，兼口苦、脉弦；邪入营血往往表现为夜热较甚、舌绛、神昏、肌肤斑疹隐隐等；阴虚发热多表现为潮热；阳虚发热多见于上午阳气升发之时。因此，及时准确详细地观察记录体温变化，结合其它症状，往往有助于诊断及辨证

论治和施护。

对于小儿心率的观察不仅要观察其快慢，亦应观察其节律是否整齐，心音的强弱以及有无杂音等。小儿心率相对较快。年龄越小心率越快，且易受各种内外因素的影响，如进食、运动、哭闹、发热等常使心率增快。因此应在小儿安静时听诊。

呼吸的观察尤须注意其节律、频率、深浅等。小儿呼吸频率较成人为快，年龄越小，频率越快，一般来说小儿自身呼吸与脉搏的比例约为1:4。如呼吸频率过快，常为呼吸道感染或中枢神经系统严重受损的表示。正常小儿呼吸均匀。其节律异常，往往是中枢性呼吸衰竭的先兆，代谢性酸中毒时所见为深长呼吸。定期检查血压可以及时发现某些疾病及病情的变化，如急性肾炎、肾炎性肾病等常有血压升高。病情危重病儿，尤须密切观察血压，及时掌握病情，以便积极采取各种治疗抢救措施。

#### 舌象观察

舌通过经络直接或间接地与许多脏腑相关联，所以脏腑的病变，每能从舌上反映出来。临床上望舌，主要是观察舌体、舌质和舌苔这3个方面的变化。在观察舌象时要掌握方法。年幼患儿可在自然光线充足处用压舌板将嘴撬开进行观察，而年长儿可令其将舌自然伸出口外，注意不可用力外伸或舌尖上翘，否则会影响观察。正常小儿舌体柔软，淡红润泽，伸缩活动自如，舌面有干湿适中的薄苔，而新生儿舌红无苔和乳婴儿的乳白苔均属正常舌象。小儿因吃某些药物、食物等往往造成染苔。一旦患病舌质和舌苔就会发生相应变化，如舌体肿大、舌质红或紫、舌质淡、舌苔厚腻、舌苔黄等都是病态的表现。舌质舌苔等的变化亦反映了病势的进退。如若舌质由淡红变红、苔由薄白而转薄黄，则表明病邪由表入里、由卫转气，病势进展由轻转重。如若原本舌绛无苔津干，转而见舌红苔薄，舌面有津，则表明热邪渐清，阴津来复，胃气渐生，是病趋向愈的表现。

#### 脉象观察

脉搏的浮沉、有力无力以及不整、结代、弦滑等反映了脏腑的虚实寒热及疾病的不同性质。小儿脉象受年龄及啼哭叫扰的影响较大，尤应仔细观察，诊脉时以安静或入睡时较为准确，临证可结合心脏听诊加以辨别。

#### 体重的观察

体重反映了小儿生长的状态。体重过轻表明小儿营养不良，患有疳病等。疳证患儿体重增加，说明消瘦正在改善。若水肿患儿体重下降，则说明小便已利，浮肿正在消退。

#### 疗效的观察

对服药后是否取得预期的疗效，应注意观察，以判断是否继续用药或调整治疗方案。如外感病服解表药之后汗未出，尚须继续服药。服药后大汗淋漓则需防亡阳之变，需暂停使用发汗解表之品，服攻下药后大便已通，就要及时停药，不必尽剂，以免伤津耗液。若小儿腹泻、呕吐而严重脱水经补液等治疗后尿量明显增多，皮肤弹性恢复，症状改善，就应调整补液方案。

#### 护理记录

及时详细地做好护理记录，每日记录患儿的病情变化，辨证施护的措施与结果，正确客观地反映患儿的起居饮食及医疗经过，是做好护理工作的基本要求，也是积累临床护理资料，提高护理质量，促使疾病早日康复的重要环节。

## 3.4.2 饮食护理

### 3.4.2.1 饮食护理的理论依据

《素问·脏气法时论》曾指出：“五谷为养，五果为助，五畜为益，五菜为充，气味合而服之，以补益精气。”可见中医学早就认识到饮食营养对于防病治病，促进病体康复具有极其重要的作用。饮食营养是小儿生长发育的物质基础，也是培护正气，战胜疾病的必要保证。正如《周礼·天官》中所说：“以五味、五谷、五药养其病。”清代费伯雄的《食养疗法》一书又明确提出“食养疗法”一词。可见历代医家对饮食调养于防治疾病的重要性是非常注重的。合理的饮食营养可促进小儿食欲，利于正气的恢复，许多食品还兼有食疗作用，有利于疾病的康复。尤其是对于小儿脾胃病证，饮食护理得当更能起到促进康复的功效。

### 3.4.2.2 饮食护理的基本原则

饮食护理要求做到定时、定量、选质等，正所谓“乳贵有时，食贵有节。”饮食的质量应取决于每个小儿的需要，不同年龄小儿饮食有其各自的特点。如婴儿应以母乳喂养为主，因母乳含有婴儿所需的各种营养和抵抗疾病的免疫物质，且温度适宜、清洁、经济方便，最适合婴儿生长发育的需要。而断奶以后的幼儿牙齿尚未长全、咀嚼能力差、胃肠消化力弱，但又处在生长发育较快时期，所需营养较多，因此，根据其特点，饮食要求碎、细、软、清洁、新鲜并富含蛋白质、维生素和多种微量元素等物质，忌辛辣刺激之品，勿过食肥甘煎炸炙烤之物。对于3岁以上小儿，其生长发育速度相对减缓，脾胃功能日臻完善，饮食要求可逐渐同于成人，但此时小儿易于出现挑食、偏食等不良习惯，要注意纠正。

对于小儿来说，要注意防止脾胃功能失调，尤其是婴幼儿，特别是在患病期间更易于出现。所以，当小儿有发热或其它病态时，应适当减少进食量，对体质虚弱的婴幼儿更应注意做到不要勉强进食。在患病的最初几天内，可以迅速减少食量，一般先减辅食，必要时再减少奶量，相应地增加喂水，待病情好转再逐渐增加食物。在选择食物时既要照顾到生长发育所需，又要兼顾易消化吸收的原则，以保证患儿的营养，使后天得充，脾胃得健，从而达到预防和战胜疾病的目的。另外，小儿饮食除注意年龄上的差别外，还应考虑到许多病证虽无消化系统病变，却常引起消化系统功能紊乱，出现食欲不振、消化不良等。而某些特殊疾病如肾炎、糖尿病等还要求特殊饮食。因此，小儿饮食护理既要注意食物的营养价值及某些疾病的特殊需要，又要照顾色、香、味和热量，以求固护后天之本，培护正气，而达到辅助药物治疗，促进病儿早日康复的目的。

### 3.4.2.3 饮食护理的辨证选方

中医学在认识疾病、解除病痛中，讲究理、法、方、药，每治一个病都应做到组药有方，方必依法，立法有理，理必有据，在食物的选择上也应在理法的基础上合理配膳，方可收到良好效果。如主食中的小米、面粉、红小豆；蔬菜中的白果、菠菜、扁豆、白木耳、豆腐；肉类中的瘦猪肉、兔肉；水果中的梨子、鲜枣、西瓜等皆属甘凉滋润之品。甘能补虚，凉能清热，作为治疗中的辅助食疗，有利疾病早日康复。但如不加辨证，不分阳虚阴虚、脾虚肾虚、有热无热，不明患儿体质而用之，有时却适得其反。因此，不同系统病证以及不同证候在饮食护理方面有其各自的特点，加之食物的寒热温凉等四气

五味、归经有别，正如先贤所言：“食物入口，等于药之治病同为一理，合则于人脏腑有宜，而可却病卫生；不合则于人脏腑有损，而即增病促死。”而要有利于治疗疾病，就必须在辨证的基础上选择食物，才能达到扶正胜邪的目的。

根据患儿体质和疾病证候性质不同而注意其饮食宜忌。如寒证应忌生冷瓜果等凉性食物，宜食温热性食物；热证应忌辛辣炙烤等热性食物，宜食凉性食物；阳虚者忌寒凉，宜温补类食物；阴虚者忌温热，宜淡薄滋润类食物。证候属实热者一般不可食用补益之品。另外，还应注意患儿脾胃之强弱，由于小儿具有“脾常不足”的生理特点，因此，即使是相宜食物亦不能强迫多食；再则患儿病后胃气初复，如贪食过多，则可导致积滞内停不化，重则致食复的发生。总之，病儿在服药期间，凡属生冷、油腻，荤腥类及不易消化，特别是刺激性食物，均应避免为宜。

一般来说，临床可按以下原则辨证选择合理的膳食。

1. 辨清属外感还是内伤。病属外感热证的患儿，如风热感冒、咳嗽等，宜食清淡食物，如面条、米粥、新鲜蔬菜、水果等；高热伤津者，可以梨汁、荸荠汁、藕汁、鲜芦根汁或西瓜汁做饮料。忌食油腻、煎炸、辛辣之品。

属内伤者，可通过五脏虚实辨证来选方。如肺系病证，急性期属实者为多，当忌补益。属肺气虚者可食胡桃肉、豆浆等；属肺阴虚者可食梨、甘蔗、蜂蜜、牛奶等；属痰浊内蕴、肺气失于宣肃者可多食萝卜、冬瓜子等而忌食海腥发物及肥甘油腻之品，以免助湿生痰。正所谓“肉生火，油生痰，青菜豆腐保平安”。属风热闭肺而致咳嗽、肺炎喘嗽等病证者宜食梨汁、茅根汁、杏仁炖雪梨等，忌食辛辣厚味炙烤之品；属正虚邪恋者宜食百合粥、莲子粥等。

心系病证中属心气虚而见心悸、健忘等病证者宜多食羊心、驴肉、莲子、黄芪龙眼粥等；属心气虚而心神不宁者宜食枣仁粥、龙眼枣仁芡实汤等；属心阴虚者可食甘草小麦大枣汤、麦冬粥、玉竹膏等；属心阳虚者可食肉桂粥，或用肉桂与鸡肝同煮食用；属心血不足而致心悸、头昏、健忘等症的患儿可食桂圆膏，或用党参当归炖猪心等。心火亢盛而致口疮等病证的患儿宜多食苦瓜、冬瓜、荷叶水、莲子心、野菊花露等。属心血瘀阻而且心悸，肺炎喘嗽中出现心阳虚衰、瘀血阻络等变证的患儿可食桃仁粥、山楂粥、黑木耳炖冰糖等，忌寒凉之品和不易消化之物。

对于脾胃系统疾病，古人提出了“三分治，七分养”的观点。可见饮食调护对脾胃疾患的防治尤为重要。对于厌食、疳病类患儿，应注意正确的喂养方法，同时亦应遵循“胃以喜为补”的原则，顺其所喜，诱其食欲，待胃纳增加后再考虑增加食物的品种和数量。属胃阴不足者可用西红柿绞汁内服或用鸭梨煎汤煮粥食用，有养胃生津之功；属脾胃虚寒而致腹痛、呕吐、泄泻者，可服糯米红枣粥；脾胃虚弱者宜食白术羊肚汤、鹌鹑党参山药汤、芡实山药糊、怀山药粉、白糖栗子糊等；属胃气虚弱者可食羊肚、乌鸡、鲳鱼、大枣、茯苓等；属脾阳不足者宜食羊肉汤、砂仁粥、茱萸粥等。总之，粥有养胃之功，可根据病证寒热虚实不同而配用适当中药煮成药粥食用，以达到养胃醒脾、固护后天之本的功效。小儿脾胃病证属实证和虚实夹杂者亦多见。如属食滞不化而致积滞、厌食、呕吐、泄泻等病证者可用莱菔子与白术、山楂等同煮熬粥食用，或食鸡内金粉、青菜萝卜汤等；如属滞热内生者宜食山楂、鸡内金、陈皮、锅巴、雪梨等，忌食辛辣油腻炙烤之品；如属脾胃失调者可食蜜饯山楂、麦芽糕，忌食不易消化之物如未经发酵的面

食等；如属湿热壅遏中焦者宜食茯苓大枣粥、白扁豆、马齿苋等，如属脾胃气滞者可用陈皮、苏叶、砂仁等煎汤煮粥服之；属胃热而致的呕吐等病证宜食西瓜汁、芦根粥等。总之病证属实者不宜补益，以免碍脾伤胃。

小儿肾系病证属虚和虚中夹实者居多。其中属肾阳虚而致水肿等病证者可多食麻雀肉、虾类、狗肉炖黑豆、鱼蛋粉、山药、吴茱萸、粳米汤等；属肾气不足而致小便频数、遗尿、尿多而清者可食鸽卵、泥鳅、五味子、益智仁、猪肾等，如杜仲炒腰花、冰糖蒸鸽蛋、芡实粉粥等；如属肾精亏虚，先天禀赋不足而致五迟、五软等证者宜多食鹿肉、雀卵、海参、紫河车、蜂乳等，如枸杞菟丝煮雀卵、河车杞枣汤、冰糖炖海参等；如属肾阴不足者宜食猪脑、乌鸡、淡菜等，如淮山杞子炖猪脑、乌鸡冬虫淮山汤、灵芝炖乳鸽、淡菜拌芹菜等，但因淡菜性温，故素体阳强者不宜食用。如属虚实夹杂之证不可纯食补益之品，可根据其寒热兼夹，标本兼顾。如阳虚而水肿较甚者可在服食补阳之品的同时，选加赤小豆、冬瓜、薏米等利水消肿食品。亦可结合西医辨病和临床检验来选择食品。如肾病综合征之水肿，临床检验血浆白蛋白低者可食用鲤鱼汤、乌鱼汤等以提高胶体渗透压，达到利尿消肿之目的。

肝为将军之官，主藏血和疏泄，而小儿较成人少情志因素的影响，因此小儿肝系病证中尤以肝血不足、肝阴亏虚和热扰肝经生惊为多。如属肝血不足所致的头晕、面色乏华、爪甲不荣、夜盲等病证者可食鱼鳔、黑芝麻、阿胶、胡萝卜、鸡肝等，如鸡肝汤、芝麻粥、胡萝卜粥、菠菜粥、枸杞子、地黄煎汤熬粥等；如属肝阴不足所致的盗汗等可食枸杞子、女贞子等，如二至膏、枸杞粥等；如属肝经湿热而致遗尿等病证，不宜食用以上食品，可用清肝泻火、清利湿热之物煎汤代茶饮；如属热扰肝经而生惊发搐者，可用银花、钩藤煎汤送服羚羊角粉等。

2. 根据小儿机体气血阴阳的盛衰来选择合适的食疗方。如属气虚者可选人参粥、人参莲肉汤、黄芪归枣汤等；属气滞者可选陈皮粥、陈皮乌梅汤等；属血虚者可选龙眼肉粥、葡萄煎、猪肝汤等；属阴虚者可选银耳冰糖汤、豆腐汤、玉竹膏、燕窝粥、蚬黄汤等；如属阳虚者可食羊肉姜桂汤、羊肉虾米汤、肉桂粥、菟丝子粥、鹿茸膏等。

3. 可根据疾病及食物的性质特点来选择食疗方。如芫荽可助疹子的透发，常用于麻疹初起；西瓜可祛暑利水，适用于暑热证；青菜、豆腐清火，可用于实热病证等。

#### 3.4.2.4 饮食护理的现代研究

自古以来就有药食同源之说，历代医家亦较为重视，但目前尚属具有广泛开发前景的领域。自本世纪中叶以来，这一领域的研究和开发应用已有了很大的发展，取得了丰硕的成果，同时通过临床工作者的努力，也积累了丰富的经验。

对各种既可作为药物，又可作为食物的物品，对其化学成分、药理作用和临床疗效等进行了大量的研究和观察，认为这些物品（如人参、黄芪、莲子、党参等）能够提高细胞免疫和体液免疫系统的功能，调整机体免疫功能状态，改善机体代谢状况和内环境，补充多种微量元素，从而使机体恢复正常功能状态，促进疾病早日康复。如现代研究表明：瘦肉、家禽或海鲜可提供胆碱、卵磷脂、酪氨酸、色氨酸、铁、锌和B族维生素；贝类中钙、碘、铁、蛋白质等含量丰富，不饱和脂肪酸比动物肉类含量更丰富；豆豉中含丰富的维生素B<sub>1</sub>、B<sub>2</sub>、B<sub>12</sub>、蛋白质等，可用于各种微量元素缺乏症、营养不良等。猪血中含有丰富的血浆蛋白，这种血浆蛋白经过胃酸和消化酶分解以后能产生一种解毒和润

肠的物质，可与滞留在肠道中的粉尘及有害金属粒发生化学反应，使其成为不易为机体吸收的废物从粪便中排掉。各种菌类，如黑木耳中含有丰富的清洁血液和解毒功能的物质，可清除血液中的有害物质。鲜果可将积聚在血液中的毒素溶解，再经过排泄系统排出体外。绿豆可清除体内多种毒物，促进机体内的新陈代谢。刀豆含有尿素酶、血球凝集素、刀豆赤霉素Ⅰ和Ⅱ、糖甙酶等活性物质，另含蛋白质、糖类、脂肪、维生素等多种营养成分，可以用于预防出血、某些消化性障碍等。百合含淀粉、蛋白质、脂肪、还原糖、多种维生素和多种生物碱（秋水仙碱等），对肺、胃肠有保健作用。山药含淀粉、糖蛋白、游离氨基酸、多酚氧化酶、维生素C、皂甙、胆碱、止杈素、3,4-二羟苯乙胺、粘液质等成分，可用于脾虚泄泻、咳嗽、尿频等证。姜中含淀粉、维生素、树脂状物质、天门冬素、天门冬氨酸、谷氨酸、甘氨酸、丝氨酸、挥发调和辣味，现代实验研究表明：姜可增加消化腺分泌，有消除肠胀气、兴奋心肌、止痛等作用，可用于胃寒呕吐、风寒感冒等病证。而苍术含锌量较高，且富含挥发油，不仅可直接补充体内锌的缺乏，而且可调整胃肠道功能等。

由此可见，饮食调护具有药物无法替代的作用和优点，随着人民生活水平和健康水平的提高，对疾病的预防保健也有了更加深刻的认识，公众对饮食调理方面知识的需求亦日趋迫切，其知识日益丰富。因此，饮食调养对于他们来说，已成为防病保健和治疗疾病，保障儿童健康成长的重要手段。所以，对于儿科工作者来说，这一领域有着广阔的研究和开发前景。

### 3.4.3 用药护理

#### 3.4.3.1 用药护理的基本原则

临床用药主要根据辨证选方并结合辨病选药而施，使方随法出，法随证立，随证加减，按证处方用药。这就要求除分析病证本身之外，还应考虑到病儿的体质以及病证的兼夹、气候、季节、地理条件等，努力做到因人、因时、因地制宜。这是治疗疾病的关键之一。其次，由于中药有汤、丸、散、膏、丹，以及口服液、冲剂等不同的剂型，其给药途径有别，临床上应根据药物剂型的不同，以及病种所需而选择既能有效，又快速、方便的给药方法。如口服、灌肠、外用、肌注、静滴等。西药同样由于剂型的不同，给药方法有口服、肌注、皮下注射、静脉注射、雾化吸入以及灌肠等。正确的给药护理是保证治疗的关键之一，因此必须严格掌握其处方原则并严格遵守给药护理的基本原则，才能尽可能发挥最佳疗效。

#### 3.4.3.2 用药护理的一般方法

由于药物剂型和病种的不同，以及小儿年龄上的差异，其给药途径和方法有别。一般小儿给药必须掌握以下方法：

喂服汤剂或液体类成药、西药液体口服制剂时，应将患儿抱起或半卧位于操作者怀中，围上饭巾，用小匙盛药，将药匙伸入患儿口中慢慢倒入。如患儿不合作，喂药后应将小匙放至舌根部并滞留片刻，以防患儿吐出药物，待咽下后再将小匙取出。如患儿不咽时，可轻捏双颊，使之吞咽。切勿捏住双侧鼻孔喂药，以免药液呛入呼吸道，造成气管内异物，甚至发生窒息。

如用固体类成药（如片剂、散剂、膏剂、丹剂）以及西药药片等，为婴幼儿或不能

吞咽固体类制剂的患儿备药时,应将其磨成粉状,或将胶囊内药物倒出,按剂量分配,服用前用温开水或糖水溶化送服,或将其溶于水和汤粥内送服。

味道特别苦涩的药物,如清热解毒类中药、黄连素等,可加适量糖或用少量糖浆拌后同服。如同服多种药物时应将苦味药留于最后喂服,服药后再给1~2匙糖浆冲淡留在口中的苦味。在给油类药物时可用滴管将药物直接滴入口中,然后再喂1~2匙糖水或果汁。

患儿有恶心呕吐时应暂停喂药,轻拍背部,以减轻咽喉堵塞感,同时转移患儿注意力;或掐合谷、内关等穴以止吐;或服止吐药。

对于年长患儿应训练其自愿服药,耐心说服,给以鼓励,不可粗暴强迫,并尽量改善药物的苦涩味。

不论何种中西药,一般不要混于乳汁中同时喂服。

给药后应观察患儿的反应,如将药物吐出应立即处理,清除呕吐物,并使之安静,必要时隔一时间再予以补服。

注意药物的作用与服药时间的关系。对于奏效快而无胃肠刺激性的药物均可在空腹时服用;健运脾胃之药,可于饭前服用,以促进脾胃的受纳运化功能,增进食欲;对于胃粘膜刺激性强易产生恶心、呕吐等胃肠道反应的药物,宜饭后服用或与食物混合后服用,以减轻其刺激性;对于催眠类、安神类和缓泻类药物宜于睡前服用。

对于各种外治疗法所使用药物,要正确掌握其方法。如使用熏洗及热熨等法,其药液和炒制的药物不能太烫,因小儿肌肤娇嫩,以免烫伤皮肤,引起感染。采用敷贴法所使用的软膏、药饼等要注意防止皮肤过敏和局部发泡后防止感染。雾化吸入所使用的药物,尤其是某些中药制剂,颗粒应相当微细,否则易引起尘肺。

对于各种注射类制剂,如中药柴胡注射液,以及西药的各种针剂,由于其直接进入血液,所以显效较快,作用迅速且血药浓度较高。但在注射前要做好皮肤的消毒工作,而且对于年幼小儿最好不要在哭闹时进行,静脉注射时选择容易固定的部位,并注意保护。年长儿要做好其思想工作,消除恐惧心理,使其乐于接受。

另外各种剂型有其自身的特点,须灵活选择,正确给药。如汤剂,其特点是吸收快,能迅速发挥疗效,且便于加减,一般小儿病证皆可选用。散剂、丸剂、膏剂、丹剂等服用方便,可根据病情合理选择运用,或配合其它药物如汤药、西药协同使用。总之,小儿用药护理的方法要因人、因时、因地制宜,方能为患儿接受,并达到较好的治疗效果。

### 3.4.3.3 汤剂用药护理

对于采用中药汤剂治疗的患儿,尤其是急性病症和重症患儿,汤剂宜急煎喂服。煎药的器皿以砂锅、搪瓷器皿为宜,不可用铁器煎药。中药入煎剂前,一般应先用冷水浸泡15~30分钟。浸泡煎药所加水量以超过药面2~3cm为宜,对于质地疏松的药物可适当减少用水量。煎药的时间应根据药性而定。如解表药、芳香类药,不宜久煎,以免其中有效成分挥发而降低药性,宜武火急煎,煮沸后再煮15分钟左右即可。滋补类药物先用武火煮沸后改为文火慢煎30~40分钟。而一般药物掌握在煮沸后再煮20分钟左右即可。每剂中药一般煎2次,可早晚各1次,也可同时煎煮2次,将头煎、二煎混合后再分次服用。

若处方有先煎、后下、烊化冲服药物时,应谨遵医嘱,采用特殊的煎药方法,先煎



者应将该药煮沸, 15 分钟后再加其它药物同煎。如属毒性较强药物如生附子、乌头、雷公藤等应先煎 1 小时左右; 后下者在一般药物煎煮至快好前再投入同煎 5 分钟即可; 烊化者可用煎好的药汁将需烊化药物加入搅匀即可, 如阿胶等; 冲入者可将煎好的药汁冲于需冲入的药粉中, 并搅匀即可。

小儿服用中药还要注意根据疾病的性质, 确定服药的次数。如感冒高热、肺炎咳嗽等新病急病, 一日之内可分 3~5 次服, 而慢性病证可以只分 2~3 次。哮喘可根据其发作规律, 在发作前半小时服 1 次, 另再服 2 次。昼夜持续发作而呈哮喘持续状态者, 一日内服药次数不得少于 3 次。对服药次数较多的患儿, 药量可适当煎多。重证患儿甚至可加大药量, 而不拘时间, 频频服之。对于昏迷患儿可用鼻饲法给药, 用针筒抽取药液缓慢注入。对于无法灌服的患儿也可将汤剂改为肛滴给药。药代动力学研究表明: 直肠给药吸收速度仅次于静脉注射和吸入法给药。

小儿中药的用药剂量需随年龄大小、个体差异、病情轻重、医者经验不同而有所不同, 一般新生儿用成人量的 1/6, 乳婴儿用成人量的 1/3~2/3, 幼儿及儿童用成人量的 2/3, 学龄儿童可用成人量。注意其成人量是指成人用药的一般剂量。此外还应根据病证性质、部位和方药的作用, 采取不同的给药时间。如病在上焦者, 其药宜饭后服, 以轻清在上, 利于宣达; 补益药或病在下焦者宜饭后服或夜间服以填补下元, 滋养肝肾。正如前人所认为的, 病在胸膈以上者先食而后服药, 病在心腹以下者, 先服药而后食。驱虫药宜空腹服, 止吐药宜冷服, 且喂服时尤应注意首次少量, 待吐止后量渐加。发汗解表药宜热服, 泻火泄热通腑药宜凉服, 滋补药宜温服。热证用寒药宜温服; 寒证用热药宜凉服; 真寒假寒者宜寒药热服; 真寒假热者宜热药冷服, 以顺应病情变化, 避免发生药液下咽即吐的格拒。此即《素问·五常政大论》所谓“治热以寒, 温而行之, 治寒以热, 凉而行之。”

另外, 由于汤药量较多, 味苦涩, 对小儿来说服之有一定困难。因此, 必要时可根据具体情况改汤剂为散剂、膏剂、合剂等, 以满足不同情况的需求。

#### 3.4.3.4 成药用药护理

由于小儿年龄特点, 服用汤剂有一定难度, 成药则具有随取随用, 服用方便, 某些成药口感较好, 小儿易于接受等优点。但是象片剂等, 此类成药在体内需崩解, 溶解成溶液状态后才能被吸收, 故较缓慢。使用时还应注意各种成药在服法上亦有区别。如散剂, 服用时可用米汤或温开水调服, 而昏迷病儿可采取鼻饲法给药, 但散剂必须调得很稀薄, 药饲完毕要注入少量温开水, 以免鼻饲管堵塞。丸剂、丹剂、片剂等, 对于年长儿可鼓励其自己服药, 年幼儿可研碎后磨粉调服或冲服。糖浆剂、口服液等由于口感较好, 小儿易于接受, 但由于此类制剂粘度大, 渗透压较高, 在消化道中移动缓慢, 不易达到小肠的吸收部位, 所以吸收和扩散速度较慢。冲剂服用时最好使用温开水冲服。针剂的使用应严格按照其说明, 掌握好技术操作, 尽量减轻患儿的痛苦。总之, 以上成药的使用, 其药量、种类、服法等当根据患儿年龄和疾病性质正确使用。

### 3.4.4 心理护理

#### 3.4.4.1 心理护理的重要性

婴幼儿时期是小儿神经心理活动发展的时期, 此时婴儿的脑细胞胞体在不断增大, 神

经纤维延长,神经纤维髓鞘也在完善,但生理、心理尚未成熟,自身心理调节能力低下,以致所欲不遂,易于变生病证。小儿较大人虽少七情致病,但是,近年来研究发现由七情所致病证亦非鲜见,如精神性厌食、心理行为障碍等病证亦为临床所常见。特别是现今儿童,独生子女比例较高,其情志因素所致病证亦有逐渐增加之趋势,因此,对于小儿的心理护理,其重要性越发显得突出。

对于小儿的心理护理,《女学篇·勿拘束》中说:“小儿居恒好动而恶静,乃天然之体育,于卫生最为有益,切不可阻其生机,亦不可拘束过严,使小儿萎靡不振,致成窳闭不灵之器矣……”。再如《女学篇·戒恐吓》云:“常见为母者,欲止小儿啼哭,故作猫声虎声使之畏怖……逐至暮夜不敢独行,索居不能成寝,养成一种惊惶之性质,其害良非浅也。”可见,如若小儿心理护理不当,不但易于发生情志变化,变生它证,而且也影响疾病的治疗,导致病情加重。

#### 3.4.4.2 调情养性,促进康复

小儿患病有因七情而致者,有因它病而致情志改变,影响治疗者,因此对患儿的心理护理要注意调情养性,以促进患儿康复。特别是对于住院患儿,医院环境对患儿来说,常会感到生疏和不安。住院后由于生活环境的改变,特别是在某些医院的无陪病房,患儿住院后,离开朝夕相处的亲人,容易产生急躁、紧张、易发脾气等反抗心理,这就要求医护人员态度和蔼、举止温柔耐心细致,用患儿易于理解之语言讲明道理,提出要求或转移他们的注意力,想尽一切办法与患儿建立良好的关系,使患儿感到受重视和爱护,与其成为好朋友,使其能尽快适应医院的环境。首先,必须了解患儿的心理需求,采取相应的护理措施,使患儿得到满足,心情愉快,以良好心理状态接受各种检查和治疗。为此必须做到以下几点:

1. 向患儿父母及保育人员询问患儿的心理状态及有关情况。如患儿是否了解为什么住院,患儿的生活习惯和性格,喜欢什么玩具,必要时可嘱家长把小儿喜爱的玩具物品带到医院以解除其寂寞,满足其爱好。用什么言词或方式了解患儿的需求,喜欢别人怎样称呼等。经过询问也能使患儿父母体会到医护人员对患儿的关心负责,增强其信心感,有利于解除患儿父母的疑虑,能密切配合医疗护理工作。

2. 根据患儿的年龄,用简单易懂的语言或其它方式向患儿介绍医院的情况和生活制度,使其熟悉环境,并说明日夜均会得到关心与照顾。并介绍同室的其他患儿并使逐渐熟悉,以减少焦虑心理。

3. 做好各项护理工作,如注射技术、饮食安排、护理操作技巧等。以上诸方面均能直接影响患儿的情绪,尤其是打针、服药及各种痛苦的检查,易使患儿产生恐惧和逆反心理。所以儿科护理更需要有熟练的技术以减轻患儿之痛苦。如服药时要讲明道理,争取能顺利合作。对能合作的患儿要给予鼓励。不要强行灌药,以免引起恐惧和反抗,给以后的治疗造成困难。护理人员应有相应的知识、技术和技巧,除可使患儿心理上得到安慰外,还可增强对医护人员的信任感。

4. 由于婴儿语言表达能力有限,部分较大年龄小儿亦不能完全正确详细诉说病情及要求,因此对病室要经常巡视和观察,不仅要观察其病情变化,而且要观察患儿的姿态、面部表情、动作等方面的变化,以便做到及时发现、及时开导和处理。

5. 小儿神气怯弱、心理处于幼稚阶段,易受刺激,亦易激动,如若大声训斥和粗暴

举动，很容易使患儿激动起来，甚至对抗大人的吩咐。因此，必须以温和安静之态度对待患儿，使其安静，切勿采取恐吓、威胁、欺骗、打骂或变相体罚等不正确的教育方式。

6. 较大儿童对住院治疗可能不够理解，因而要作简单的解释，要表现出关心和同情，告知住院的目的和治疗的方法，使患儿有参与意识，能心情较为轻松愉快地配合医护人员进行治疗。要多关心和询问患儿的需要。并给予帮助和及时解决。

#### 3.4.4.3 以情制情，因病施护

针对各类不同疾病所引起的心理变化，尤其是由七情所致者，根据其年龄和心理特点，以情制情，因病施护，促进患儿康复。对于神经、精神疾病患儿，如弱智、脑瘫、孤独症、忧郁症、焦虑症、口吃、夜惊、遗尿等，在护理上要做到以情制情，采用心理治疗方法，正确疏导排解、行为矫正等，使患儿树立信心、消除自卑、坚持训练和治疗。除此之外还应帮助患儿及家长查找和解除导致疾病发生的根本原因。

随着社会的发展，小儿心身疾病的发病率逐渐上升，在护理时首先要弄清其发病的原因，包括生活习惯、家庭环境、学校情况等。如厌食患儿有一部分是由于家长不正确的教育引导等造成的，对于此类患儿，护理人员不但要对其进行饮食习惯上的调整，而且要教育家长让其意识到他们的行为对患儿心身的潜在威胁，作出有意识的矫正。

### 3.4.5 急症、重症等特殊护理

#### 3.4.5.1 高热护理

发热是指体温高于正常（通常是指 $37.5^{\circ}\text{C}$ 以上）者，而通常又把体温在 $39^{\circ}\text{C}$ 以上者称为高热，是儿科临床常见的症状，亦是儿科最为常见的急症。高热护理不当，在儿科易致惊风，甚至留下后遗症。高热患儿的护理措施要注意以下几个方面：

1. 根据不同病因辨证施护。外感发热而属风寒表证者，宜服热开水，并覆以衣被，啜以热粥以助药发汗；属外感风热而微汗者，其药当缓服，汗出不宜过多，体温越高，发汗尤当慎重，以防大汗亡阳之变。汗止热降后宜更换衣服，中暑壮热者宜解开衣领，移置阴凉处，灌以冷开水或冷饮，用湿冷毛巾湿敷额部和大血管处以降温。

2. 卧床休息。发热使代谢加快，消耗增加，多活动易增加机体负担，故当卧床休息。

3. 对高热持续者及时予以物理降温，用冰袋冰帽等置头部、腋下与腹股沟等大血管处；或用温水或用50%酒精擦浴；或用生理盐水、冰水灌肠，从而达到降温的目的。亦可针刺十宣、曲池、大椎、外关等穴以降温。但须注意使用物理降温时，患儿一出现颤抖当停用。降温效果不佳者当采用药物治疗。如10%~20%安乃近液滴鼻或肌注安乃近。新生儿发热时应放松包被。6个月以下婴儿一般慎用针剂退热。

4. 注意补充水分及营养等，防止水电解质的失衡。急性发热时糖元分解加强、贮存减少，易于影响大脑的功能及神经系统功能，脂肪和蛋白质分解加快，消化吸收功能减弱，同时维生素的代谢增强。因此要注意补充，特别是发热时水液消耗极为显著，临床上必须予以补充，可根据发热情况，患儿按每天 $80\sim 100\text{ml}/\text{kg bw}$ 计算，同时应适当补充电解质。

5. 要注意做好病儿的清洁卫生工作，如口腔护理等。由于发热时唾液分泌减少，机体抵抗力下降，舌和口腔粘膜干燥，易于被感染，因此要做好口腔及皮肤的清洁护理。如晨起、睡前、饭后刷牙，或用朵贝氏液、野菊花露漱口，用温水擦浴。注意床单清洁，及

时更换衣裤等。

6. 要认真观察病情并测量体温等, 做好记录。首先要观测体温、脉搏、呼吸。一般4小时1次, 必要时2小时1次, 体温正常时可每隔6小时测1次, 并注意发热规律、热型及伴随症状。其次要注意观察记录发热与用药及输液及输血的关系, 注意观察有无惊厥及厥脱的出现。

#### 3.4.5.2 昏迷护理

昏迷是指患儿出现神志不清、意识丧失、对外界刺激无反应等。此类患儿病情危重, 病变累及中枢神经系统, 此类病证的病机常属于邪陷心包、心窍被蒙、神明失主。此类患儿护理要注意以下几点:

1. 患儿病室应安置在危重病室或抢救室, 由专人护理, 同时备齐各种抢救物品和药品, 保持病室空气流通清新, 同时要保持一定的湿度(50%~70%)和温度(18℃~20℃), 减少家属探视。

2. 注意患儿体位。如对于颅内压增高患儿若无禁忌证应取头高足低位, 有利于减轻脑水肿; 伴有休克的患儿应取仰卧中凹位(头和下肢均抬高15°~30°), 并与平卧位交替进行; 昏迷患儿病情好转后可根据病情采取适当的体位, 要求使肌肉处于松弛状态, 瘫痪肢体处于功能位, 做被动活动, 以防止肌肉萎缩和关节僵硬。

3. 昏迷患儿禁止从口腔喂食药物和食物, 可插鼻饲管鼻饲, 鼻饲流汁温度要适中, 每次灌注量不宜太多, 并要注意返流及呕吐。同时注意清除口腔内分泌物, 如定期吸痰等, 采取侧卧位或把头侧向一边, 防止呕吐时窒息。

4. 加强口腔及皮肤护理, 防止发生并发症。

5. 密切观察病情及动态。如患儿出现面色青紫时应立即吸氧, 随时观察患儿的面色、血压、脉搏、体温、呼吸等生命指征, 必要时采取中西医结合等综合抢救措施。而且要准确详细记录其出入量和观察药物疗效。

#### 3.4.5.3 休克护理

休克的基本病理在于阴阳失调, 气机逆乱, 甚则阴阳离绝。由于病情危笃, 不但治疗要当机立断, 而且护理方面的重要性也是不可忽视的。在护理上须注意以下几个方面:

1. 注意患儿体位。发现患儿厥脱, 立即平卧, 取头低足高位, 不用枕头, 血压未稳定前不宜搬动。并使患儿保持安静及温暖。

2. 保持呼吸道通畅。痰多者可将头侧向一边, 以利分泌物排出, 解开衣领, 必要时予以吸氧, 如面罩加压给氧甚至气管插管给氧。呼吸道分泌物多时, 可用吸痰器将其吸出, 必要时可切开气管吸痰。并注意观察呼吸频率及深度、节律等。

3. 可采用针刺急救, 如取人中、十宣、涌泉、合谷、内关、足三里、中冲等穴, 采取中强刺激。

4. 注意补充血容量, 纠正酸中毒, 使用升压药物, 监测中心静脉压等。

5. 注意根据病情辨证选用中成药, 并正确掌握给药的方法, 如可采用独参汤、参附龙牡救逆汤鼻饲, 人参注射液、清开灵注射液、丹参注射液静滴等。

6. 密切观察病情变化, 及时按医嘱监测体温、脉搏、呼吸、血压等生命指征, 并作详细准确的记录。如开始时15~30分钟测脉搏、血压1次, 病情稳定后改为4~6小时1次, 由专人守护, 并作尿量、神志、瞳孔大小、皮肤色泽及肢端温度、呼吸、体温等的

观察。

7. 做好出入液量的记录, 通过记录可以全面了解补液的内容、输入速度等, 作为治疗的重要依据。

#### 3.4.5.4 呼吸心跳骤停的护理

呼吸心跳骤停是临床上最为紧急的现象, 如果得不到及时正确的抢救, 患儿将因全身缺氧而死亡。对于此类患儿应立即进行心肺复苏, 现场抢救。

在心脏复跳后护理工作要注意以下几个方面:

1. 心脏复跳后应迅速作好静脉穿刺, 并保持静脉通畅, 护理人员应经常观察局部注射情况, 及时处理。

2. 严密观察和记录病情变化。如观察心率和心律, 注意有无心律失常现象, 若出现心律失常时, 应及早与医生联系及时处理, 以防止心脏再次停搏; 观察血压, 应使血压维持在  $10.7/5.35\text{kPa}$  以上, 根据血压情况调整异丙肾上腺素或多巴胺等药物的滴速; 观察呼吸, 注意呼吸频率、节律是否规则, 指端口唇有无紫绀等缺氧现象, 如自主呼吸不能维持生命功能时, 应及时采取加压呼吸以辅助之; 观察瞳孔大小和对光反射; 观察每小时尿量, 以了解患儿在心跳停止期间肾功能受到损害的情况。

3. 当血压平稳抢救告一段落时可收入住院, 在搬送过程中应保持充分供氧, 动作宜轻。

4. 在抢救过程中, 利用可能机会做好家属解释工作, 使抢救工作能顺利进行。

#### 3.4.5.5 褥疮护理

褥疮是由于局部组织长期受压导致神经营养紊乱及血液循环障碍, 持续缺血缺氧而造成的组织营养不良和坏死, 多见于长期昏迷和瘫痪的患儿, 开始时局部组织有红肿、水泡、脱皮, 继而糜烂、溃疡、坏死、发黑, 由浅入深, 由小变大。护理工作在防止其发生和促进愈合上有重要作用。因此, 在护理上必须注意以下几个方面:

1. 避免局部长期受压。护理人员必须做到帮助患儿勤翻身、勤按摩。经常变换患儿体位, 一般每隔 2 小时翻身 1 次, 夜间睡眠时可适当减少。给患儿翻身时, 应将患儿身体抬高再搬动位置, 以避免拖、拉、推等动作, 防止损伤皮肤。

2. 维持正确的体位, 患儿睡的褥垫要柔软, 必要时可在患儿身下垫上海绵垫, 局部还可垫气圈、气床垫等。

3. 加强皮肤护理。每次翻身时皆可进行, 夏天必须每天擦身多次, 天气转冷后臀部和会阴部必须用温水擦洗干净, 同时应给予局部皮肤按摩, 在骨突处, 每日用 50% 红花油酒精按摩数次。

4. 对于发生褥疮的患儿, 早期可用艾条灸之, 每日 3~4 次, 每次 15~20 分钟。亦可用 50% 酒精按摩, 每日多次。并更换体位, 不使受压。中期可在无菌操作下抽出水泡内液体, 并以油纱布覆盖创面, 保护局部皮肤, 或使之暴露, 以红外线照射局部, 有利于干燥结痂愈合。浅度溃疡期应在无菌条件下清洁疮面, 剪去坏死组织, 以中药东方一号拔脓, 如伤口已清洁可用生理盐水湿敷, 或用中药生肌散外敷。坏死溃疡期可用东方一号涂敷, 使坏死组织分离、脱痂或加以剪除。剪除时应防止创面出血, 腐肉全尽后可用生肌膏, 必要时可同时应用抗生素。

(李江全 汪受传)

# 4

## 中医儿科学科学研究

中医学，包括中医儿科学，经过数千年的发展，在达到了新的历史高度的同时，面临着机遇与挑战并存的局面。中医儿科学作为一门实践性很强的临床分支学科，它的社会价值是其存在和发展的基础。现代科学技术，其中包括西医儿科学，在本世纪的高速发展，对古老而自成体系的中医儿科学已形成了强有力的冲击。中医儿科学要在保障儿童健康的事业中发挥更大的作用，并寻求自身的进一步发展，向学科现代化的方向迈进，必须以科学研究为动力，加速引进现代科学技术来研究和提高自己的进程。

运用现代科研方法，能够促进中医药学从传统科学层次向现代科学层次转移，在过去的50年中，中医儿科学在这方面已取得进展。中医儿科学中蕴藏着丰富的宝藏，其中有些已经通过科研能够使用现代科学语言表达，而更多的则是能够应用于医疗实践却需要用现代科学技术理解的内容。我们重视中医儿科学科学研究，不仅是为了科学验证现有的理论观点和实践经验，更是为了揭示未被认识或未被充分认识的新规律，为实现学科现代化准备条件。

开展中医儿科学科研要解决两方面的思想认识问题。一是“继承不泥古”，在承认学科要发展必须首先继承已有的学术成就的同时，又不能受固有体系的束缚，要通过科研实践，探索未知，产生出具有创新意义的成果。二是“发扬不离宗”，即充分认识现有体系的稳定性，承认现有中医儿科学体系对于儿科临床实践的指导意义和实用价值，在相当长的历史时期内，还不可能产生一种全新的体系取代它，因而，所谓发扬，是在现有理论与实践基础上的发扬，中医儿科学科研必须遵循其自身的规律去进行。

开展中医儿科学科学研究，要掌握中医儿科学科研方法学和重点研究内容这两大要领。前者主要解决方法和手段的问题，后者主要解决研究选题的问题。本章侧重从这两个方面加以介绍。

### 4.1 中医儿科的科研方法

方法，是在任何一个领域中的行为方式，是用来达到某种目的的手段的统称。科研方法学是指在某门学科中所采用的研究方式、方法的总和。中医学，其中包括中医儿科学，有其传统的科研方法，而科学技术的发展则产生了一系列现代科学的、先进的研究方法和手段。中医儿科学科研的战略应该是开放和突破，尽可能做到传统的研究方法和现代先进科研方法的结合，使之形成完全适合中医药特点的系统的科研方法，并由此产生中医儿科学科学研究的突破。

### 4.1.1 中医儿科传统研究方法

中医学认识和研究事物的方法，是以古代朴素的唯物主义和自然辩证法思想为指导的。在传统研究方法中，中医学经常采用的是古代哲学方法和传统的逻辑思维方法。多用以下的几种具体方法。

#### 4.1.1.1 对立统一方法

对立统一法则是自然、社会和人类思维发展的根本法则，是指导各门学科具体方法的总则。中医学辩证法广泛地运用对立统一法则来认识自然界和人体的普遍规律，特别是关于人体生理、病理和疾病的辨证论治规律。

阴阳学说是中医学辩证法的最基本表达。《内经》提出阴阳为变化之父母、生杀之本始、万物之纲纪，归结之曰神明之府。阴阳指任何事物内部都有对立统一的两个方面，相互依存（互根）、消长、转化、循环不已（互化）。阴阳学说被用于解剖、生理、病因、病理、诊断、辨证、论治等各个方面。吴塘提出的小儿稚阴、稚阳的生理特点，既包含了小儿体内阴阳同样处于相互对立统一观点，又指出了与成人相比阴、阳均显稚嫩不足的特点。阎季忠归纳小儿病理特点为“易虚易实，易寒易热”，万全总结小儿脾脏证治“阴阳相济和为贵，偏热偏寒不可凭”，是阴阳学说在儿科具体应用的范例。阴阳对立统一的认识论对现代中医儿科科研思路仍然具有指导价值。

#### 4.1.1.2 整体方法

整体观是中医学认识自然和人体的基本方法之一。人来源于自然，《素问·宝命全形论》说：“夫人生于地，悬命于天，天地合气，命之曰人。”自然界提供了人类赖以生存的物质基础，自然条件的变化又会对人体健康带来影响。我国古代提出小儿不仅要适应气候变化及时增减衣服并“避其邪气”，而且要“常令少小之缊袍不至于甚厚”，以增强适应气候变化的能力。《素问·生气通天论》还说：“苍天之气清净则志意治，顺之则阳气固，虽有贼邪弗能害也，此因时之序。”说明了保护环境、顺应环境与保健防病的密切关系。研究儿童保健与疾病防治，应该将其与天气变化、地理环境等自然条件结合起来认识。

人体内部也是一个整体。全身以五脏为中心，六腑与之相配，通过经络，将五脏六腑、五官九窍、四肢百骸等所有组织器官联成整体，并通过气、血、精、津液的作用，协调机体统一的机能活动。中医与西医诊治疾病思路的区别主要在于，中医学重视从机体的整体联系和动态联系，分析疾病的机理并提出相应的调治措施，即使对以局部病变为主的疾病也要充分考虑到它与整体的联系；而现代西医学则是对疾病产生的局部改变，尤其是微观变化更为重视。中医整体观指导着诊断、辨证、立法、处方，是中医研究方法的一大特色。

#### 4.1.1.3 类比方法

比类取象法是中医学常用的逻辑思维方法。比较与分类便于将自然界复杂的事物加以区别。比类取象法则是将人们在自然界和日常生活中遇到的一些事物和现象，与人体的某些生理病理相联系，以此认识人的生理现象与疾病变化。徐小圃论阳气在小儿的重要性，常引用《素问·生气通天论》阳气“若天与日，失其所则折寿而不彰”的论述；《小儿药证直诀》论“虚实腹胀”治法时说：“治腹胀者，譬如引兵战寇于林。寇未出林，

以兵攻之，必可获；寇若出林，不可急攻，攻必有失，当以意渐收之，即顺也。”将阳气比作阳光，将食积结粪比作寇贼，都使之得到了形象化的说明。当然，任何两个相似的事物现象间都存在差异性，类比时的相同并不说明系统整体本质上都相同。因此，比类取象法的应用是有其局限性的。

#### 4.1.1.4 科学抽象方法

科学抽象是指在科研中运用理论思维方法，从事物的各种复杂因素中，排出那些非本质的次要因素，抽取其本质的因素，从而达到对事物本质和规律的认识。科学抽象是运用正确的思维方式和方法，将大量的感性材料上升为理性认识的过程。中医学中大量运用了科学抽象方法，辨证就是其中的典型范例。应用四诊，获取了有关疾病的大量资料，通过对这些资料的分析取舍，发现其致病原因和体内病变的本质，即病因病机，再辨别属于何证，这一科学抽象的过程就是辨证。证是对疾病本质的概括，辨证对治疗起着直接的指导作用。如曾世荣概括出惊风四证——惊、风、痰、热，夏禹铸提出“疗惊必先豁痰，豁痰必先祛风，祛风必先解热”，就是科学抽象、辨证论治以指导儿科临床的实例。所谓舍证从脉与舍脉从证、同病异治与异病同治等论述，都是要求我们从疾病纷繁复杂的表现中，运用科学抽象的方法，抓住其本质和规律，“治病必求于本”。

#### 4.1.1.5 科学假说方法

假说是人们对某种新的事实的本质和规律进行推测的一种理论思维形式，是认识在科学实践中的能动作用的表现。纵观医学发展的历史，历来的医学家总是运用科学假说的方法去探索未知的客观规律，在反复的科学实践中发展科学假说，使之逐步上升为医学理论。中医学发展史上充满了假说的运用。以麻黄的应用为例，在前人逐步发现其治疗价值的基础上，张仲景将其归纳出三大功效：发汗解表（如以麻黄汤治风寒表实证），宣肺平喘（如以麻杏石甘汤治肺闭喘逆证），利水消肿（如以越婢汤治水郁热证）。张仲景的这一假说来自临床实践，上升为理论后，又指导了实践应用。现代则通过药理学实验，发现麻黄中所含的麻黄碱、挥发油具有缓解支气管平滑肌痉挛、兴奋心脏、利尿、刺激汗腺分泌等作用，进一步证实了中医学麻黄三大功效的科学性。

假说受到当时的技术水平和实验条件的限制，会由新的事实来修改、补充和完善，发展原有假说，使之更接近科学理论。钱乙创造性地将脏腑辨证方法用于儿科，叶桂发明卫气营血理论指导外感热病证治，都是对张仲景建立的脏腑论杂病、六经论伤寒假说的补充和发展。历史进入现代，科学实验方法的建立，更为验证和发展中医学假说创造了极为有利的条件。

### 4.1.2 现代医学科研基本方法

科学研究作为一种探索未知的认识活动，必然要求科学的研究方法。医学研究的方法学，就是以医学研究的科学认识活动为研究对象的一门科学，它研究医学研究科学认识活动的规律，研究那些赖以发现新的科学事实、创立新的医学理论和发明新的医学技术的科学手段、方式和方法。医学研究方法学随着医学科研的发展而进步。现代医学科研的基本方法对于中医儿科学科研同样是完全适用和必须遵循的。

#### 4.1.2.1 科研设计

科研设计的前提是立题。立题的过程是科学思维过程，需要搜集大量实践资料 and 文



献资料,对这些资料进行分析研究,找出所要探索的科学问题和关键所在,并对所提课题作出假设答案,建立科学假说。选题是科研的起点,与成败关系极大。立题要坚持实用性、先进性、可行性、效能性与可展开性5项基本原则。

科研设计是研究者对所提假设的依据、意义、目的的说明,和证实假说所准备采取的步骤、方法、条件。科研设计书的主要内容如下:

——课题的名称、性质(基础研究、应用研究、开发研究),所属学科,课题组组成。

——国内外研究现状分析,课题研究意义及立题依据。

——课题查新检索报告(由指定的信息检索部门出具)。

——研究目标:包括阶段目标、最终目标、预期成果形式及成果水平、科学价值、社会与经济效益及其推广应用等。

——研究内容及主要技术关键:拟解决的主要问题,研究实验方法,主要技术关键等。

——年度计划及考核指标。

——现有技术基础:预试验情况、技术力量等。

——研究工作条件:主要仪器设备、试剂、选用实验室等,实验动物情况。

——经费概算。

科研设计要求严密性、合理性、高效性。科研设计中必须体现以下基本原则:对照的原则、随机化原则、盲法原则、标准化原则、重复性原则。

#### 4.1.2.2 查阅文献

医学文献是已有的医学研究的记录。科学研究的真谛在于揭示未知,这就要求我们必须首先知道哪些是已经知道的,什么问题尚未解决,这只有通过查阅文献记录才能知道。重复研究早已解决的课题是毫无价值的,因此,选题务必要作相关文献检索,这不仅明确本研究的意义和价值,也可以从前人所做的有关工作得到借鉴。研究结束,撰写论文时,还要查阅文献,以开拓视野,更深刻地发展我们的思考,从正、反两方面检验、论证科研成果,客观认识研究的价值,开拓新的研究领域。

医学文献的种类很多。传统的有图书,如《幼幼新书》、《证治准绳·幼科》、《医宗金鉴·幼科心法要诀》等,都是系统而全面地介绍那个时代中医儿科进展的专科全书。近代大量发展起来的是刊物。刊物及时反映了学科发展的动态,信息量大,传播迅速,是现代医学文献检索的主要对象。当前正在迅速普及的是电脑信息系统。可以相信,不久之后,我们就可以通过单位、家庭的电脑终端,随时根据需要,通过Inter网检索到各学科领域的最新科研成果。

查阅文献最常用的方法是通过检索工具书刊及有关光盘查找。在中医儿科学科研中经常需要查阅的检索工具如下:

——Index Medicus(美国《医学索引》)

——《中文科技资料目录·医学分册》

——《中国医学文摘·中医》、《中国医学文摘·儿科学》

——《国外医学·中医中药分册》、《国外医学·儿科学分册》

——《国外医学参考资料·中医中药研究》、《国外医学参考资料·儿科学》

#### 4.1.2.3 临床试验

临床试验是以人类（病人或正常人）为受试对象，对比分析处理与对照之间在效应上的不同之前瞻性研究。临床试验有以下特点：①它是前瞻性研究，即必须直接跟踪研究受试对象；②在临床试验中必须施加一种或多种处理；③临床试验必须有对照，使处理的效应可与之比较；④临床试验是以人为对象，因此必须考虑到对象的安全及某些伦理的问题。

临床试验的实施，必须在严格控制条件下进行。

首先是选题，应该十分明确、具体，不要企图在一项临床试验中解决许多问题。大多数临床试验都是要判定（或比较）各种治疗方法的疗效。选题时要注意到创新性、科学性、有明确的意义、从实际出发、与单位内外的协作条件等问题。

其次是选择受试对象——病例。要有明确的诊断标准及其它各种条件的限制要求，才能使从少数病例（样本）得到的结论可推广应用到人群中所有同样的病人（总体）。

第三是设置对照组。对照组必须是除没有受到处理因素（药物、推拿等等治疗）的作用以外，在其它一切方面与试验组完全一样，这样，对照和试验之间才具可比性。应用最广的对照方法是标准治疗对照，即试验组接受某种新药或疗法的治疗，对照组则接受当时流行的“标准”的治疗方法或药物治疗，比较新药或疗法是否更好。

第四是贯彻随机原则。所谓随机化是指每一个受试者被分入哪一组完全由机遇所决定，而不是由研究者主观地或根据受试者任何可以事先掌握的特征来决定。随机的方法主要是使用随机数字表。

临床试验还必须注意到效应指标的选择、测量效应指标的盲法、受试者的遵从性、资料分析的准确性、临床试验中的协作问题，以及临床试验中的伦理道德问题。

#### 4.1.2.4 动物实验

动物实验是以除人以外的其它动物作为受试对象的医学实验。与临床试验相比，动物实验具有一些独特的优点：①可以更严格地控制实验条件；②可以进行对机体有害或可能有处理因素的研究；③可以最大限度地获取反映实验效应的样本；④动物实验还具有有一些特殊的优点，如多数实验动物传代比人类快，可以培育基因型明确的纯系或有各种遗传缺陷的特殊品系（如裸鼠、高癌率鼠等），为相应研究提供方便；⑤实验动物的繁育房舍、设备、饲料、管理等各方面都比较经济。

常用的实验动物有3类：灵长类动物猴、狒狒、猩猩等，在进化阶梯上与人类最接近，用这些动物进行实验所得结果，适用于人类的可能性较其它动物大，但此类动物不易获得，价格昂贵；猪、羊、牛、马等大动物有时也被应用，但操作不便，价格也贵；在医学实验中应用最多的是狗、猫、兔、豚鼠、大鼠、小鼠等哺乳动物。各种实验动物有其解剖、生理、病理等方面的不同特点，应根据不同实验的要求选择动物种类。例如：家兔发热反应典型而稳定，常用为发热病理模型作解热实验；豚鼠易为抗原诱发即时呼吸性过敏反应，常用作哮喘和抗过敏实验等。具体地说，实验动物的选择应考虑到种属、品系、年龄、性别等动物自身的条件，以及经济、易于获得等客观条件。

动物实验的实施，首先要求动物来源可靠，必须是由获得主管部门颁发“实验动物饲养环境合格证书”的实验动物中心供给的动物，在种系、检疫、适应、饲养等方面都符合规定的要求。实验开始时，同样先要作随机分组，对每一个个体作出辨认标志。实验者必须掌握常用的基本技术，如动物的固定、麻醉、投药、采血等，这样才能保证动

物实验的实行。

#### 4.1.2.5 数据处理

科研工作的结果往往表现为获得一系列数据，通过对数据的处理，才能得出研究项目的结论性意见。医学科研的数据处理按照医学统计学的方法进行。统计工作一般分为3个步骤。

第1步是搜集资料。医学统计资料的来源主要有3个方面：统计报表，医疗卫生工作原始记录和报告卡，专题调查或实验资料。医学科研数据的主要来源是其中第3个方面。根据调查或实验的目的，把对每个观察单位应记录的内容分别列出来，称为记录项目，一般包括：①被调查者的姓名、性别、年龄或实验动物的编号等；②调查或实验的记录，这是主要内容；③调查者或实验者的姓名、日期等。将记录项目列为原始记录表。

第2步是整理资料。分以下4个程序进行。①检查资料，详细检查原始资料的完整性和正确性；②设计分组，根据各项目的特征，将性质相同的资料归纳到一起，使资料系统化。资料分组常用质量分组（如粪检虫卵按阳性、阴性分组，疗效按痊愈、显效、有效、无效分组等）和数量分组（如年龄分组、白细胞数分组等）的不同方法，以显示资料内部的规律性，利于得出正确结论；③将原始资料整理归组后，根据研究目的和要求拟订整理表，把关系密切的项目放在一个表内，使其相互关系清楚地表达出来；④将拟好的整理表再作归组。对资料不多、内容简单的可用划记法，如“正”字记录，一览表式的原始记录表常用此法归组整理。对资料较多而复杂者可用分卡法，把原始记录卡按项目分为若干组，清点每组张数，填入整理表内，项目多者可先用过录卡片过录后再填入整理表。

第3步是将整理汇总的资料，计算相应的统计指标和绘制必要的统计图表，以对研究对象的特征、规律等作综合的说明，即资料分析。统计资料的计算和分析，要按统计学方法进行，此处不作赘述。

#### 4.1.2.6 论文撰写

在取得研究结果和数据之后，就要进入研究工作的最后一道程序——论文撰写。论文首先要有自己的论点，即提出的假说及其包含的分属观点，而论点的成立则必须有确凿论据的支持。论文撰写要求数据可靠，观点明确，逻辑性强，文字通顺，语言精炼，简明清晰。

论文的题目应当具体、确切。题目应反映成果的深度和广度，应当体现提出的假说，应当包含实验的基本要素，应当用限定词指示出研究性质。例如：“空气中二氧化硫含量与小儿支气管炎发病关系的调查分析”、“健脾糖浆对家兔离体十二指肠吸收氨基酸影响的实验研究”等题目便符合这些基本原则。

论文的内容多数由3部分构成。首先是前言，表明研究的目的、意义及本文要解决的问题，要高度概括，画龙点睛，文字简洁。第2部分是论文的主体，介绍材料、方法、结果，必要时插入图表。注意：统计表目前通用三线表，简洁明确。第3部分是小结，一般写结果分析与讨论，分析应在结果数据的基础上进行，实事求是，得出可靠的结论，讨论则是对文章的延伸，注意讨论不要离题太远，份量也不要过多。

### 4.1.3 中医儿科现代研究方法

中医儿科传统研究方法主要是人们通过自然器官直接去总结经验，在原理和方法上则依据于自然哲学。现代医学科研方法的观察法以感官观察与工具观察相结合，并主要使用实验研究方法，然后通过科学思维，使感性认识上升为理性认识。中医儿科学自成体系，独具特点，中医儿科现代研究也必须从这一认识出发，即遵从中医儿科传统研究方法，也要遵照现代医学科研基本方法，还要将现代科学方法直接引入研究之中，解决好遵循自身规律和引进先进方法的关系问题。

#### 4.1.3.1 现代科学方法

现代科学方法指本世纪以来出现的一些崭新的、跨学科的科学技术和科学方法，如研究事物所具有的性质、特点、系统及其对整体进行描述，从不同的侧面揭示事物的本质联系和运动规律，为现代科学技术发展提供了新思路、新方法的信息论、控制论、系统论，以及电子计算机等。

##### 信息论

信息是我们适应外部世界，并且使这种适应为外部世界所感到的过程中，与外部世界进行交换的内容的标记，它反映了物质和能量在空间和时间中分布的不均匀程度和伴随着宇宙中一切过程发生变化的程度。信息论是一门应用概率论和数理统计方法研究信息处理和信息传递规律的科学。

中医学思维的方式和方法与信息方法有着深刻的相似，用现代信息方法整理、研究中儿科学必将促使其加快发展。以经络学说为例，西方医学传入中国后，曾因在解剖上看不见经络否定之，通过大量实践的观察和积累，人们看到了它的多种效应（循经感传、疾病经穴现象、导电异常、知热感度和知痛感度异常、生物电活动变化等），才认识到它如同物理学中的电、磁、场一样，虽看不到实体，却是客观存在的，相当于一种信息传输系统。人体的信息，特别是五脏的信息，包括生理信息和病理信息，都可以在面、目、舌、脉等局部反映出来，经络即是其信息通道。通过采用传统的和现代的诊查（信息采集）方法，取得内脏病变的信息，按中医理论加以处理，便可以得出脏腑辨证的结果。钱乙的《小儿药证直诀·面上证》：“左腮为肝，右腮为肺，额上为心，鼻为脾，颊为肾”，可说是一种从生物全息律考察五脏缩影的信息方法。同样，耳针、面针、头针等疗法实际上就是生物全息律在中医治疗上的应用，对于惧针而使针刺不便的儿童来说，无疑是有实用价值的。信息疗法中的生物回授、气功、针灸等疗法，不注射，不服药，只输入某种信息，或是来自内心深处的反馈信息，利用外源性或内源性信息来弥补正常的缺失，排除异常信息的干扰，校正信息代码的错误，便可以治疗疾病，为发扬中医多种疗法的特色治疗儿科疾病展示了更广阔的前景。

##### 控制论

控制论不研究具体的物质结构、运动形式和能量转换过程，它所研究的是系统的信息和控制过程。正如维纳所说：“控制论是关于在动物和机器中控制和通讯的科学”。控制论方法撇开了对象的具体物质形态结构和能量，运用信息论的方法来研究系统的功能；它不着重研究动物此时此地的行为，而是研究所有可能的行为方式和状态及其变动趋势，为研究人类现象提供了手段。

从控制论看阴阳学说,在正常情况下,人体内的阴阳总是处于相对动态平衡之中。设阳代表功能活动,阴代表物质基础,阳要发挥正常作用,必须向阴发出控制信息,促使阴物质分解产生能量供给阳。阴消耗至低限时,又向阳发出反馈信号,使“阳长”不至太过,同时通过阳气的作用,使阴物质的化生增加。由此可见,阴阳平衡是通过反馈机制实现的。五脏阴阳之间的平衡也是通过反馈控制和调节实现的。阴阳反馈联系遭到破坏则出现阴阳偏盛偏衰的病态,需要采用负反馈调节使之趋于正常状态。举例说,用于阴阳俱衰的金匱肾气丸,以熟地、山萸肉、山药滋肾阴,附子、肉桂温肾阳,再加茯苓、泽泻、丹皮以泻利,立意阴生阳化,阳化阴生,通过双极双路的负反馈调节,使肾阴肾阳达到新的平衡,机体重新趋向稳定状态,使疾病向愈。

黑箱方法是经典控制论的重要方法。黑箱是指其内部构造和机理还不清楚,但可通过外部观测和试验,去认识其功能和特征的事物。中医对人体疾病的认识与黑箱方法有许多偶合之处,根据外部表象(输出)判断人体内部变化,通过输入逐步恢复体内平衡,使机体达到稳定状态,整个认识过程就是一种黑箱方法。以“象变”测“藏变”,如《灵枢·本神》说:“视其外应,以知其内脏,则知所病矣。”与黑箱理论是相符的。中医儿科学诊断学中大量采用了这一方法。在中医学体系中,用模拟方法认识六淫病因,从邪正相争体现干扰和抗干扰病机,以四诊收集人体黑箱输出的信息,用综合的观点全面考察症状变量系统的变化而总结出来的人体可辨状态的辨证,发出扶正祛邪、燮理阴阳等控制指令对病体进行输入“论治”等等,都是与控制论观点吻合的。

### 系统论

一定数量的各种要素,通过相互联系以形成一个统一体或整体,并且有综合的属性,那么,这个统一体或整体则称为“系统”。系统论是一种方法论,是唯物辩证法与具体科学相互连接的中介或杠杆。系统论研究的目的,就在于揭示组成系统的各种要素,揭示系统所有的关系和联系,确定系统的结构、功能和发展的规律性。

系统论的基本原则有整体性原则、联系性原则、有序性原则、动态性原则等。中医学从整体出发分析综合各个组成部分的方法与系统方法不谋而合。中医学在认识人体时,已经遵循系统论的整体性原则,把人体放到系统背景中,按照实际的等级秩序关系,从人体内部的统一、人与自然界的统一、人与社会的统一、形体与精神的统一等方面,构成了比较完整的整体观。系统论的整体原则,强调研究整体,即把所研究的对象看成是一个由要素和联系所组成的相对稳定的有秩序的发展着的系统整体,要求从整体出发认识局部。所以,我们在研究人体时,首先要把人体看作是一个高度复杂的具有自我调节能力的系统,即所谓人体系统。构成人体系统的基本要素是:脏腑、经络、精气神。若以人体系统作为母系统,那么,其子系统则是五脏系统——肝系统、心系统、脾系统、肺系统、肾系统。以上两个层次,加上第3层次——五脏、六腑、五体、五官、五华,第4层次——精、气、血、津、液,各层次间再通过经络联系,就形成了一个完整的统一体。系统方法认为,要真正认识事物,就必须把握、研究它的各个方面及一切联系和中介。中医儿科学的科研不能离开整体,去孤立地、片面地研究各个局部的变化,人为地割裂整体与局部、结构与功能、生理与病理、医和药等方面的联系,这不符合中医学的特点,也是违背系统论原则的。

除以上所述的信息论、控制论、系统论之外,耗散结构理论、协同论、泛系分析等

现代科学方法，与中医学认识论亦有相通之处。学习和运用这些科学方法，对于在中医儿科学科研中拓宽视野、掌握正确的研究思路和方法是十分有益的。

### 电子计算机

电子计算机发明 50 年来，已经从单一的科学计算发展至人类生活的各个领域，以致形成了一次新技术革命。在中医领域，电子计算机的最初应用起于中医学与控制论内在联系的阐述，继而用于进行中医的辅助诊断和诊疗专科疾病，曾研制出多种中医专家诊疗系统，并用于中医古籍整理、中医文献检索、中药分类识别及处方筛选、中医证候规范化的研究、脉象仪与舌象仪等的实时控制、辅助教学及多选题库的建立、中医院管理等。在中医儿科学科研中，可以利用电子计算机处理各种数据，还可以根据大量数据归纳出某些科学定律。目前利用电脑进行原理的证明和一般问题的求解，以后有转向自然语言的理解、机器诊查以及知识获取的趋势，并且存在着程序语言与智能系统融合的可能。从中医现代化的发展趋势看，人们将更多地注重自动程序设计和学习机的研究，在这一实践中，可能产生或启示出中医儿科辨证论治规范化、量化的模式。

#### 4.1.3.2 现代技术手段

中医儿科科研，除了必须以现代科学方法为指导外，还要充分运用现代技术手段，才能提高研究的水平。现代自然科学发展所建立的各种科学技术，包括解剖学、生物学、生理学、病理学、药理学、药剂学、微生物学、生物化学、免疫学、生物物理学、电子学、数学、天文学、气象学、地理学等等，都是现代中医儿科科研中经常涉及的学科技术。中医儿科科研必须拓宽思路，拓深层次，形成开放的多学科研究格局。途径之一，是培养和造就一批知识面广、知识结构合理、动手能力强的中医儿科科研型人才；途径之二，是在中医儿科科研队伍中吸收一批各相关学科的专业人员参加。

#### 临床诊查手段

作为一门临床学科，临床研究是中医儿科科研的重要内容。使传统的模糊定性与现代的精确定量相结合，使体表的宏观变化与体内外的微观变化相参照，是中医诊断学认识层次的发展。现代临床诊查手段大体上是物理学、化学、数学、工程技术等在医学方面的应用，中医儿科工作者学会应用这些诊查手段，是做好临床和科研工作的基本功。

儿科最基本的诊查工具有：测量体重的体重秤，测量身长的量尺、量床，测量头围、胸围、腹围、上腹围的软尺，测量皮下脂肪厚度的皮褶量具，测量体温的口表、肛表、电子体温计，测量血压的血压计等。这些工具的使用虽然简单，但由于使用不当而造成科研资料难以总结的情况却屡见不鲜。例如：测体重应在晨起、空腹、排尿、仅穿短裤脱鞋袜进行，小婴儿用盘式杠杆秤，准确读数至 10g，儿童用杠杆秤，准确读数至 50g（7 岁以下）、100g（7 岁以上）。若不脱衣服、不固定时间就测量，随着治疗前后条件的变化，将使测量结果不具可比性。因为，2 岁以上儿童每月平均生理性体重增长仅为 166g 而已。若是研究痼疾或肥胖症，体重测量不准确便会使研究结果失去意义。

听诊器的应用，对于许多疾病，尤其是心肺疾病的诊断及疗效判断具有重要意义。生理记录仪的应用，在危重症中独具价值。作为一个儿科医生，对于常用的心电图、脑电图、超声波、X 线（包括 CT）、核磁共振、放射性同位素等物理学检查方法，血液、尿液、脑脊液、大便等的化学、微生物学检查方法，其基本原理、适应病症、检查结果分析等，都应具备相当的了解。近年来，新的检查方法不断产生，其中取材方便无痛苦、灵

敏度高、具国内外先进性的检测项目，是儿科临床研究中优先选择的客观指标。例如：微生物病原学检查中的PCR法（聚合酶链反应法）、化学检查中的放射免疫法等，近年来都已在中医儿科科研中逐步推广。

随着中医工程研究的开展，产生了一批中医学原理与现代工程技术相结合的诊疗仪器，除了电子计算机中医诊疗系统外，诸如各种舌象仪、脉象仪、声波分析仪、微循环分析仪等诊断仪器，电针仪、激光治疗仪、经络导平仪、远红外治疗仪、电离子导入治疗仪等治疗仪器。这些诊疗仪器有的已用多年，性能比较稳定，有的尚在研究改进中。但是，由于儿科检查易受到各种因素的干扰以及小儿检查治疗的难以合作，这些诊疗仪器在儿科就更具有应用前景。新的性能可靠、使用方便的诊疗仪器的研制是中医儿科科研的内容之一，掌握这些诊断、治疗仪器的原理及使用方法，不仅有利于临床诊治，还可能服务于临床科研，提供客观检查数据和增加临床研究工具。

### 实验研究方法

实验研究方法是现代科研中最重要的方法之一。现代实验研究在人的主观能动作用下，排除各种人为因素，通过科学仪器有计划、有目的、成批地进行。动物实验与临床试验相比的独特优点已如前述。在中医儿科科研中，最常进行的动物实验是建立“证”的动物模型与中药的药理、毒理实验。

1. 建立“证”的病理模型 用实验动物建立“证”的病理模型，既可提供作为该“证”的病理生理研究对象，又有助于筛选和研究有效方药。理想的病理模型应具备以下基本条件：①应该具有同模型对象相同的病理生理变化；②代表性方药治疗有效。迄今为止，已经建立了一些中医“证”的病理模型，其中有的是在中医儿科科研中常需应用的，举例如下：

#### (1) 脾虚证模型

大黄型脾虚造型法 原理：大黄苦寒泻下，连续服用能损伤脾胃以致脾虚，用于动物造型，可使动物出现纳呆、消瘦、泄泻、体重下降、四肢无力、体温偏低，甚至脱肛。本模型偏脾阳虚型。操作方法：取体重18~20g小鼠，以100%大黄水煎液1ml/只灌胃，连续8天；或用大鼠每次灌胃200%大黄水浸煎剂2.0~2.5ml，每日2次，连续10天；或用大鼠每次灌胃15%大黄粉悬液3~5ml，每日2次，连续14天。

利血平型脾虚造型法 原理：缓慢给予小剂量利血平，使小鼠体内单胺类介质耗竭，出现交感神经功能偏低、副交感神经功能偏高、体温下降、体重下降、肠运动增加甚至泄泻等类似脾虚症状。利血平也可造成豚鼠脾虚症状。操作方法：取体重20~25g小鼠，以利血平0.1mg/kg皮下注射，连续14天，即形成利血平化脾虚型小鼠。

饮食失节型脾虚造型法 原理：饮食不节，饥饱无度。过食肥甘，损伤脾胃，导致脾虚。操作方法：取体重20~37g小鼠，喂饲以甘兰，每2天加喂猪脂1次，数量不限，连续9天。

#### (2) 发热病理模型

家兔人工发热模型造型法 原理：给动物注射某种致热原，如细菌毒素、过期菌苗液、酵母悬液或牛奶等，使机体产生和释放内热原，引起动物体温升高，然后给予待试药物，观察能否降温。操作方法：选用体重约2kg的健康家兔（雌者应无孕），待安静后用肛表（末端涂少许凡士林或石蜡油）插入肛门3~4cm，3~5分钟后取出读数，体温在

38.5℃~39.6℃的家兔供实验用。给体温合格的家兔耳静脉注射伤寒、副伤寒甲乙三联疫苗 1ml/kg, 0.5~1 小时后体温明显升高。将升温 0.8℃ 以上的发热家兔随机分组给药, 以后每 0.5~1 小时测温 1 次, 连续数次。计算各组动物在给药后不同时间内的体温变化, 并作统计学处理, 以观察药物效应。

**大鼠人工发热模型造型法** 原理同上。操作方法: 选用体重 150~200g 之大鼠, 先测量正常体温 (一般为 36.6℃~38.3℃) 2 次 (肛表插入肛门内 2cm 左右)。选用体温合格者, 在背部皮下注射酵母混悬液 3~10ml/kg, 或 2% 2, 4-二硝基苯酚 25mg/kg~30mg/kg, 待体温上升后选择升温显著的大鼠, 随机分组, 分别给予待试药、对照药等。以后每 1/2~1 小时测温 1 次, 连续数次, 记录体温变化, 以观察待试药物的解热作用。另外, 也可以在人工致热前事先给予待试药, 以观察药物对人工致热的预防作用。

2. 中药药理实验 中药药理学是以中医基本理论为指导, 用现代科学方法, 研究中药对机体的作用和作用机理以及体内过程, 以阐明其防治疾病原理的科学。中药药理研究包括中药药性、中药配伍、中药炮制、中药药效、中药体内过程以及中药毒理学等方面的研究, 实验的方法是中药药理研究的基本方法。中医儿科科研中最常用到的是中药药效、中药毒理学研究。

(1) 中药药效学研究, 在凡是涉及到药物 (单味药、复方, 内服药、外用药等) 的中医儿科科研中, 中药药效学的研究都是必须进行的。中药药效学的研究基础是研究方法的建立。一些儿科常见病、证已经建立了比较规范的主要药效学研究方法, 可供在进行这些病、证的新药研究中应用。举例如下。

### 脾虚证的主要药效学的研究

用大黄法或利血平法建立小鼠脾虚模型

#### A. 健脾益气

a. 应激能力试验 ①耐寒、热试验: 观察正常或脾虚模型小鼠的各给药组与正常对照组、阴性药对照组动物对冷、热不良环境的应激能力, 以其生存持续时间及死亡率为指标, 比较其差异性。②耐缺氧试验: 观察正常或脾虚模型小鼠的各给药组与正常对照组、阳性药对照组动物对缺氧 (常压或减压) 的应激能力。以其耐缺氧时间为指标, 比较其差异性。③耐疲劳试验: 观察正常或脾虚模型小鼠的各给药组与正常对照组、阳性药对照组动物对疲劳 (如游泳、攀登及转棒等) 的应激能力。以其前述各种运动耐受时间为指标, 比较其差异性。

b. 免疫功能测定 ①对正常或脾虚模型小鼠的细胞免疫及体液免疫方面的影响。应选择相应的指标, 至少两项进行各组间的比较。②其它: 观察动物一般形态、体重、进食及饮水量、粪便情况等。

#### B. 运化水谷

a. 胃功能试验 ①胃运动试验: 应用大鼠、家兔、猫或狗, 进行胃运动试验。观察受试药物对动物胃运动的影响, 借以了解胃的运动机能。目前常用的方法有内压法及应变片法等。②胃排空试验: 应用小鼠进行胃排空试验, 观察受试药物对动物胃排空作用的影响。③胃液分析: 应用大鼠进行实验, 观察受试药物对动物胃液分泌量、胃酸及胃蛋白酶活性等的影响。

b. 肠功能试验 ①离体肠管平滑肌试验: 应用大鼠、豚鼠或家兔离体肠管进行试验,



观察受试药物对肠平滑肌的作用。②在体肠运动试验，应用家兔肠管悬吊法或内压测定法，观察受试药物对在体肠管运动的影响。③小肠推进运动试验：应用小鼠或大鼠进行试验，观察受试药物对小肠推进作用。

### 小儿外感发热（急性上呼吸道感染）的主要药效学研究

#### A. 祛邪作用

a. 抗病毒作用 上感一般由呼吸道病毒引起，应选择与上呼吸道感染有关的病毒（如鼻病毒、流感病毒或副流感病毒等），在动物体内或鸡胚或组织培养中，观察药物的抗病毒作用。①动物体内实验性治疗：选择与呼吸道致病有关的病毒株，以可引起动物死亡80%~90%的病毒量，感染易感动物，在感染前或（和）感染后给药，观察动物的行为表现、死亡数和死亡时间；或以适当病毒量感染动物，记录给药后对病毒引起器官病变程度或病毒的增殖量，观察所试药物对病毒致死的保护作用，或对病毒增殖的抑制作用，或对病毒致病变的抑制作用。②体外抗病毒试验：选择与呼吸道致病有关的病毒株，用组织培养法、鸡胚法等。通过感染前、或感染同时、或感染后给与所试药物，观察药物对病毒增殖的抑制作用。

b. 抗细菌作用 上呼吸道感染后，时继发性细菌感染，显现风热型中吐痰黄稠、咽部红肿等症状，应选择与上呼吸道继发感染有关的细菌（如金黄色葡萄球菌、肺炎球菌、链球菌或流感杆菌等）在动物体内或体外，观察药物的抗菌作用。①动物体内实验性治疗：选择肺炎球菌、葡萄球菌等与呼吸道致病有关细菌，根据细菌的致病力及其易感动物，如小鼠、豚鼠及家兔腹腔、皮下或肌肉注射一定量菌液，造成80%~90%的死亡率，在感染前或（和）感染后给予所试药物，观察动物的一般行为、死亡数、死亡时间，必要时作病理剖检和细菌学检查，与对照组作比较，并进行统计学处理。②体外抗菌试验：将与呼吸道致病有关的细菌，在培养基中稀释成适当菌量，并将所试药物或用平皿内纸片法、纸条法、纸碟法、挖沟法，或用试管或平皿内药液稀释法，种入不同的受试菌种，从细菌生长情况观察所试药物的抗菌作用和抗菌强度。

#### B. 清热作用

a. 对菌苗或酵母等所致发热家兔或大鼠的退热作用。

b. 对内源性致热原所致发热动物的退热作用。

C. 发汗作用 以足跖汗点法或汗液收集法，在感染动物或正常动物（大鼠、小鼠）上，观察所试药物对汗腺分泌的促进作用。

D. 抗炎作用 在动物中，选择炎症过程的渗出或毛细血管通透性为指标，观察药物的抗炎作用。

a. 对致炎剂所致毛细血管通透性增加的抑制作用。

b. 对致炎剂所致肿胀的抑制作用。

#### E. 固表作用

a. 增强免疫作用 在感染动物或正常动物中，选择适当指标（如单核巨噬细胞系统吞噬功能，细胞免疫，T、B淋巴细胞计数，体液免疫或IgA等抗体效价测定等）。观察药物增强免疫的作用。

b. 抗过敏作用 选择适当指标（如动物被动皮肤过敏试验，抗过敏介质试验或肥大细胞试验等），观察药物的抗过敏作用。

(2) 中药毒理学研究 中药毒性试验的目的, 在于暴露药物固有的毒性, 了解毒性的性质及程度, 其损伤是否可逆, 能否防治等, 为临床安全用药提供科学依据, 也是研制新药的基本要求。中药毒性试验依据给药时间的长短和观察目的不同, 可分为急性毒性试验、长期毒性试验和特殊毒性试验 3 种, 有些中药和制剂尚须进行安全限度试验等。

急性毒性试验是指受试动物在 1 次大剂量给药后所产生的毒性反应和死亡情况。药物毒性的大小, 常用动物的致死量 (Lethal Dose) 表示。致死量的测定, 常以半数致死量 ( $LD_{50}$ ) 为标准。半数致死量是指能够引起试验动物一半死亡的剂量, 即药物致死量对数值。 $LD_{50}$  的测定简便、可靠、稳定, 现已成为标志动物急性中毒程度的重要常数。 $LD_{50}$  常用的测定方法有 Biss 法、改进寇氏法、简化机率单位法等。很多中药制剂毒性甚小, 无法测出  $LD_{50}$  时, 也可用最大耐受量的测定来观察动物对这些中药制剂的耐受量, 测定其能达到人用量的多少倍, 从而对其安全性作出估价。

长期毒性试验的主要目的是观察动物因长期连续给药所产生的毒性反应, 中毒时首先出现的症状及停药后组织和功能损害的发展和恢复情况, 以确定该药的毒性和安全剂量。长期毒性试验要求使用动物至少两种 (包括啮齿类和非啮齿类), 一般设 2~3 个剂量组和 1 个对照组, 给药方式与临床给药途径相一致, 试验周期根据推荐临床试验的疗程持续用药时间而定 (临床用药期 1~3 天者免做, 1 周内者做 2 周, 2 周内者做 4 周, 4 周以上者应做临床用药期 2 倍以上)。观察指标包括: 一般状况、体重 (每周测 1 次)、外观、行为、尿常规、血常规、肝肾功能及重要器官的肉眼观察和病理检查 (包括心、肝、脾、肺、肾等脏器), 必要时增作其它内脏、组织或骨髓检查, 大动物检查心电图。

特殊毒理试验, 按《新药审批办法》规定对中药一类新药毒理学研究有此要求, 指的是致突变试验、生殖毒理试验 (包括致畸试验)、致癌试验。特殊毒理试验回答的是潜在性危害问题, 即中药能否引起突变、对生殖功能和子代有无影响、是否具有远期致癌效应, 涉及的问题不仅是对用药者本身的危害, 还有对下一代的健康影响, 评价药物对人致癌和遗传影响的危害性。

#### 4. 1. 3. 3 中医儿科科研思路

中医儿科开展现代意义上的科学研究, 始于本世纪 50 年代, 发展至今, 成绩斐然。但是与一些发展快的中医学科的科研成绩相比, 与学科发展的需要相比, 中医儿科科研还显得滞后, 需要引起本学科全体同道的充分注意。近年来, 投身中医儿科科研的人数在不断增加, 中标和获奖项目逐渐增多, 显示了良好的势头。开展中医儿科科学研究, 首先要有正确的研究思路, 本段就此谈一些看法。

##### 从中医儿科特点出发进行研究

开展中医儿科科研, 信息论、控制论、系统论等现代科学方法可以武装我们的思想, 现代技术手段提供了现代化的武器, 我们的研究对象却必须十分明确, 这就是中医儿科学。我们的祖先为我们留下了儿童保健防病治病的丰富经验, 并建立了系统的理论体系来指导其应用。中医儿科学自成体系, 有其自身的特点, 脱离了本学科的特点去进行研究, 必然走入歧途。

中医学是一门有鲜明特色的学科, 包括了阴阳五行、藏象学说、整体观点、辨证论治等独特的理论体系, 和中药、药剂、针灸、推拿等独特的治疗手段。中医方法论和现代科学发展的思维方法接近, 并与未来医学的方法论相通, 中医疗法基本上属于自然疗

法范畴，也有其自身的优势和发展潜力。中医学在世界传统医学中独放异彩，正是由其丰富的科学内涵所决定的。

中医儿科学体系是中医学体系的重要组成部分之一。中医儿科学以中医学方法论认识儿科医学的一系列问题，诸如小儿生长发育、生理病理、预防保健、诊断辨证、治法方药、多种疗法等等，具有鲜明的中医学特色和儿科学特色。据统计，流传至今的中医儿科学专著超过千种，近50年来专业杂志发表的中医儿科学论文达数万篇，经各级主管部门立项的中医儿科学科研项目数以百计，这些专业著作、学术论文、科研总结记载了大量的学科知识信息，是中医儿科学理论和实践体系的具体体现。按照中医儿科学特点进行科研，可以最大限度地利用中医儿科千百年来所积累的成果；以中医儿科学方法论指导科研，可以充分发挥中医儿科优势，取得有较高价值的科研成果。

举例来说，西医儿科学对于小儿营养缺乏性疾病，多采取“缺什么补什么”的治疗方法，诸如缺铁性贫血补亚铁、厌食症补锌等。有人用现代微量元素测定方法研究中药中微量元素含量较高的药物，发现皂矾、牡蛎等分别是含铁、含锌量高的中药。但是，分别用皂矾、牡蛎治疗缺铁性贫血、厌食症，疗效既比不上西药，也比不上中药辨证论治复方。经进一步研究分析，疗效低于西药的原因是它们的微量元素含量、生物利用度均比不上西药，低于中药复方的原因是舍弃了中医辨证论治的特色。微量元素缺乏的原因有摄入不足、吸收不良、代谢障碍、需要量增加等，缺什么补什么只能解决摄入不足的问题，辨证论治中药复方着眼于调理脾胃、调整整体，其作用机理不仅在于中药中含有一定量的微量元素，更重要的是复方配伍后的整体效应，促进了机体对营养物质的吸收和利用，以及消化系统与全身病理改变的修复，并可减轻亚铁、锌的副作用。这种辨证论治中药复方的整体效应当然要优于单一化学药物的作用。从这一实例便可以看出应用中医学方法论，发挥中医儿科特色，对于创造科研成果的重要性。

#### 研究设计要注意科学性、先进性、实用性

现代医学科研的基本方法前已述及，在中医儿科学科研设计时，除了遵循这些基本方法外，还必须特别注意选题和设计的科学性、先进性、实用性。

规范化是科学性的基本要求。所谓规范，库恩《科学革命结构》说：“它包括了一门学科的研究方法、总体框架，以及最基本的概念、理论和定律。”中医儿科学科研规范的内容很多，近年来，已由卫生部、国家中医药管理局等主管部门制定了一系列具有政策法规性质的办法、标准、原则等，是我们在从事中医儿科学科研时必须遵守的。首先，由中国文字改革委员会公布的《简化字总表》、《异体字整理表》等，应作为我们使用汉字的文字规范化依据；公制计量单位是国际通用的度量衡标准。卫生部颁布的《中华人民共和国药典》、《新药审批办法》、《中药新药临床研究指导原则》等，是我们应用和研究中药的规范。国家中医药管理局发布的《中医病证分类编码》、《中医病证诊断疗效标准》，则是对病证分类、诊断、辨证、疗效评定的依据。中医儿科学科研的科学性，要求在科研工作中的名词术语、计量单位、诊断辨证、疗效评定，以及所使用的各种语言文字、研究方法等，都必须符合现行的规范。

选题和研究方法的先进性来源于研究者对于最新学科知识信息的掌握。科研设计前充分查阅有关文献是使选题具有先进性的保障。科研选题无新意、研究方法陈旧的低水平重复，是中医儿科学科研中值得警觉的现象。例如：近10余年来，关于小儿外感发热、

小儿厌食症、泄泻等病证的选题很多，其中有部分课题便属于此类。科研的目的在于探索未知，寻找尚未有人涉足的研究领域加以开拓固然易于取得成果，即使是在别人已经取得成果的研究范围内，若能采用先进方法进行更深入的研究，同样能够取得新的成果。以小儿厌食症为例，举下列不同选题：

①××合剂治疗小儿厌食症的研究；

②××冲剂治疗小儿厌食症脾运失健证的临床及药理研究；

③××颗粒剂治疗小儿厌食症脾运失健证的临床及脑肠肽——食欲中枢作用机制研究。

仅从题目看，选题①研究目的笼统，药物剂型也不便推广。选题②剂型有改进，研究病证明确，内容也有了说明。选题③除保持了②的优点外，进一步选择了药物对脑肠肽——食欲中枢的作用作为机理研究的内容，较一般从消化酶分泌、肠道吸收功能、微量元素含量等方面进行的研究更加深入，实验指标及手段也更具有先进性。

在设计科研项目的指标时，必须从两点出发，一是要有与本项目有关的必须做的指标，如涉及新药的科研必须做《中药新药临床研究指导原则》中规定必须做的有关指标。二是要尽量增做与本项目有关的先进指标，包括应用新型高级诊疗仪器，采用微生物学、免疫学、酶学、内分泌学、生物化学等新的检测方法和项目等。新的制剂工艺、诊查手段、动物造模、实验检测等方法的建立与使用，也都是科研课题先进性的体现。

实用性也是研究设计时值得重视的问题。科学研究的最终目的是提高生产力，中医儿科学临床科研是为了提高中医儿科诊疗水平，更好地为儿童保健事业服务。正如卫生部1983年“关于加强中医、中西医结合科研工作的意见”中所指出的：“要遵循中医理论系统，以中医中药为研究对象，保持和发扬中医特色，采用传统的和现代的科学知识、方法和手段，以临床研究为主要任务，着重解决常见病、多发病和疑难病，发挥预防和护理等方面的特长，在提高中医疗效上狠下功夫，同时，开展中医理论和文献研究，不断探索疗效机理，逐步阐明中医理论的本质。在每年国家有关部门的招标中，基础研究、应用基础研究、应用研究三大类招标项目的投资比例，总是以后2项，特别是第3项所占份额最大。确定科研选题时，首先要考虑到它的实用价值、实际应用的可行性、推广使用后可能产生的社会效益、经济效益等各项条件。

#### 开展多学科研究，引用新方法新技术

现代自然科学研究的一个明显趋势是：利用一门或几门其它学科的研究方法来研究本学科的对象，使得不同学科的科学方法和对象有机地结合起来。中医儿科学本身就是一门高度综合的应用科学，与多门学科有着广泛而密切的联系，在其科研方法中引进多学科方法也就显得更为迫切和重要。例如，用天文学、气象学研究中医儿科的时间医学、气象医学；用地理学、土壤学研究中医儿科发病学、治疗学（包括中药学）；用心理学研究中医儿童心理学；用训诂学、版本学研究中医儿科古代文献；用现代思维科学指导科研设计，将现代自然科学的生物学、数学、生物物理学、生物化学、分子生物学、遗传工程学等之成果用于中医儿科，选择现代药剂学、药理学、病理学、组织胚胎学、免疫学等方法用于科学实验等等。中医学及未来医学的模式都是“人体——自然——社会——心理医学模式”，人是生命之人、自然之人、社会之人、心理之人，研究人（包括儿童），也就要从有关的生命科学、自然科学、社会科学、心理科学去进行多层次多角度的系统

研究。

为了保证科学研究的先进性，引用新方法、新技术是十分重要的，现代科学技术的交叉渗透、新方法新技术的不断产生，也为此提供了有利的条件。在中医儿科学科研中经常用到的免疫学方法、酶学方法、超微结构方法、微循环研究方法、血液流变学方法、膜学研究方法、核技术方法（放射免疫分析法，核技术对中药药物动力学和药效学的研究方法等）、电学研究方法、声学研究方法、光学研究方法、电子计算机研究方法等，都不断有新方法、新技术产生，及时地将它们引入中医儿科学科研，是提高科研档次和水平的有效途径。在某种意义上说，科研水平的竞争，就是新方法新技术引用的竞争，一流的方法、技术产生一流的成果，这是当今社会各门学科发展中的普遍规律，也完全适用于中医儿科学科研。

## 4.2 中医儿科的科研内容

中医儿科学科研的范围广泛，归纳起来，可分为以下一些主要内容：中医儿科学科研方法学研究，中医儿科学史研究，中医儿科文献研究，中医儿科基本理论研究，儿童保健学研究，预防学研究，诊断学研究，辨证学研究，治法治则研究，方药及剂型改革研究，中医儿科各家学说研究，现代名中医学学术观点及临床经验的整理研究，中医儿科诊疗仪器研究，边缘科学（如中医儿童心理学、中医儿科气象学、中医儿科系统工程学等）研究，中西医结合比较研究，中医儿科未来学研究，中医儿科教育学研究等等。在这些内容中，最重要的是中医儿科学基础研究和中医儿科学临床研究这两个方面。

### 4.2.1 中医儿科学基础研究

中医儿科学基础研究主要指对中医儿科学基础理论的研究。研究的方法可归纳为两类，一为采用文献整理研究的方式，主要解决继承前人学术成就的问题；一为采用现代科研方法，主要解决对中医儿科学基本理论的验证、深化、创新的问题。中医儿科学基础与临床有着十分密切的联系，基础研究的成果将直接促进临床水平的提高。另一方面，临床研究的成果也将酝酿基础理论的突破。

#### 4.2.1.1 中医儿科文献研究

中医儿科学文献记录着历代中医儿科实践的全部史实和经验，不仅是中医儿科工作者学习和提高的资料，而且是中医儿科科研的重要情报来源。中医儿科文献按年代分类，可分为古代文献和近现代文献，按类型分，包括电脑光盘、图书、期刊、学术报告、会议文献、科学报告、公开出版物、学位论文、科技档案、专利文献、产品样品、出土文物等。近代文献学习和应用比较方便，只要学会文献检索方法，就可以将所需要的文献资料搜集集中起来，为临床、教学和科研服务。古代文献由于年代久远，文字古奥，社会文化背景不同，加之传抄错讹、历经兵燹，造成不少古代文献散佚不全，特别是基层医务人员难以见到，因此，中医儿科文献研究的重点就在于儿科古籍的查找、整理和应用研究。

#### 中医儿科古籍查找方法

中医儿科古籍流传至今的超千种，除少数个人藏书较丰者外，集中收藏较多的为国内一些医学专业图书馆，一些中医研究机构和中医院校图书馆收藏了较多的中医儿科古

籍。多数图书馆都编纂了馆藏书目和各种卡片，可提供给读者查阅。此外，通常可以利用中医目录学专著查找中医儿科有关古籍。比较重要的中医目录学专著如下。

《中国医籍考》 丹波元胤编。成书于1826年，现有人民卫生出版社精装本。全书80卷，收中医古籍2600余种。每种医书分别列出了书名、撰者、卷数、序跋及存、佚等资料。书后有书名索引和著作索引。

《四部总录医药编》 丁福保、周云音编。商务印书馆1955年出版。收录书目1500种，每种书下按卷数、版本、著名、序跋、提要 and 评注等项著录，书末附有索引。

《全国中医图书联合目录》 中国中医研究院图书馆编。1991年出版。收录了全国113家图书馆收藏的中医图书12124种，其中包括中医儿科学专著1117种。每一种书均注明书号、卷数、撰人、年代、版本及收藏图书馆的代号等，并附书名索引、著者索引及附录等。

《中国分省医籍考》 郭霭春主编。天津科学技术出版社1984、1987年分册出版。全书分上、下两册，著录了3000种地方志中的医籍8000余种。按我国目前省级行政区划分编写，并按历史朝代及作者生存年代的先后次序排列。

此外，还可以利用其它各种目录学著作，如史书的艺文志、地方志书目、官修书目等查找。

### 中医儿科古籍整理方法

历代中医儿科古籍流传至今，有的散佚不全，有的虫蛀鼠蚀，以致错、漏、脱、衍，篇章混乱，语句支离，更因文字演变、传抄讹误，造成许多错误。古籍整理的目的，就在于纠正错误，恢复原貌，以达到保存、流传、利用、开发的目的。中医儿科古籍整理包括以下方面。

**版本鉴定** 内容相同的一本著作，由于刊刻的时代不同，加上刊刻者的水平和技术条件的差异，就出现了字形、印刷装帧不同的版本。版本按内容、形态区分，有原刊本、影刊本、通行本、全本、残本、修补本、珍本、善本、孤本、精校本、复刊本、抄本等多种类型。古籍整理首先要搜集和选择版本，如《颅囟经》、《小儿药证直诀》、《活幼口议》、《活幼心书》、《幼科类萃》等儿科古籍，解放后都选择版本出版过影刊本。其次，要考证年代，方法为根据牌记、序跋、题跋、识语、名家藏书印章、目录学专著、避讳字、装帧版式、刊工姓名、字体纸征墨色等考证版本年代，还要鉴别真伪，弄清一些伪托挖补、以假乱真之类的情况，如《中国医籍考》、《四部总录医药编》中都载有一些古籍的辨伪资料，可供参考。

**古籍校勘** 校勘，指对同一书籍用不同版本和有关资料或翻译书的原文相互核对，比勘其文字篇章的异同，以订正错误。古医籍中常见的错落现象如衍文、脱漏、讹误、倒文、错简、混淆、避讳等。如现传之《颅囟经》，系从明代《永乐大典》中辑出，书中未曾论及凶门，而明代《古今医统》中有“《颅囟经》曰：凶门未合，筋骨柔弱；……”一段，有人认为即系现传《颅囟经》所脱漏。校勘应以一种版本为底本，另几种版本为校本，加以对校。如：罗田县卫生局校注之《万氏秘传片玉心书》，以《万密斋医学全书》本为底本，山东泰安州李雨霁方悦父发铤版、汉阳鹤涓张伯琼校定版等为校本，进行校勘。古籍大都没有标点，校勘同时加上现代标点，又称之为点校。如《小儿药证直诀》、《小儿卫生总微论方》、《小儿病源方论》等儿科古籍，解放后都有点校本出版。若是对全

部校文，运用训诂、避讳、医理、文义等各种知识进行分析比较，判断其是否属于衍文、脱文、讹文、倒文、错简、讳文、异文、句读有误、注文混为正文、残文、后人增补删削等情况，作注加以说明，这就称为校注。南京中医药大学承担的部级科研题《诸病源候论校注》，校改 768 条，校补 628 条，校删 100 条，并存 2682 条，移正 92 条，存疑 45 条，注释 2581 条，1992 年获得国家中医药管理局科技进步一等奖。

**古籍辑佚** 文献学上将失传书中被保留下来的文字内容，称作佚文。所谓“辑佚”，是指根据现存的各种古书佚文，通过搜集、考校、整理、核实等步骤，将早已亡佚的古书进行整复，以达到恢复原书内容及为某种科研课题服务的目的。佚文的出处，主要来自于现存医学著作及类书，如《肘后备急方》、《外台秘要》、《医心方》、《证类本草》、《幼幼新书》等著作中就保存了不少唐、宋以前医学著作的佚文，有些非医学类书中也保存了不少医籍佚文。散佚医籍的辑佚，历来有学者苦心为之，与儿科有关者如《褚氏遗书》、《小品方》等，都有过多种辑佚本。古籍辑佚是发掘古代医学遗产的文献研究工作之一。

### 儿科文献应用开发研究

文献应用研究的目的，是在不断总结经验的基础上，加以发扬推广。应用性文献研究，多为二次或多次文献的加工研究，研究中需要采用分类、归纳、概括、综合等科研方法。

**类编** 类编的特点是在其它许多著作和论述的基础上进行汇编分类。类编分类较明确，归纳有条理，方便应用。按照类编的内容和方法，大致可以分为以下几种：①综合性类编医书：一般按病证辨别收集历代医家有关论述，按论述先后次序排列，再将有关方剂附列于后。《古今图书集成·医部全录·儿科》就是一本典型的中医儿科类书，明代王肯堂《证治准绳·幼科》也属于此类。②综合性类编方书：编写方法主要是广收各家医方，按其主治，分类编次。宋代官修《太平圣惠方》和《圣济总录》，现代张奇文主编的《古今儿科临床应用效方》及汪受传主编的《儿科病实用方》等都属于此类。③专题类编医书：编纂的方法为就某一专题，如专科或病证，将各家论述汇编而成。史宇广、单书健主编的《小儿咳喘专辑》、《小儿腹泻专辑》就属于此类。④专题类编方书：将收集的治疗某一病证的方剂汇编而成的方书。如《难产神验良方》、《泄泻验方集锦》等。

**训诂** 训诂学是我国传统用来研究古籍词义为主的一门语言学科。训诂学的内容包括解释词义、解释语法、分析句读、说明修辞手段、分析句段关系与篇章结构等，但其核心在于解释词义。传统解释词义的方法，可以概括为因形求义、因音求义两种。由于时代变迁，区域不同，文字的形、音、义都有一定变化，形成了训诂学的丰富内容，掌握它也就需要相当的专门知识。所以，解释和疏通语言，使古医籍能为今日读者明白易晓，准确理解原意，是训诂研究的主要任务。

文献研究的根本目的是应用开发。人们的思想和经验主要是依靠文献形式来传播的，任何开创性的活动都必须借助于文献研究来寻找课题、探索思路。由此可见，中医儿科文献的开发研究有着广阔的前景。80 年代后期，由中华全国中医学会儿科专业委员会组织，全国中医儿科专业人员通力协作，对历代儿科医籍条文摘录辑要，采撷精华，按类编次，句读校注，加以按语，编成《儿科医籍辑要丛书》一套 6 册——《儿科基础理论》、《初生儿病证》、《儿科常见病证（上）》、《儿科常见病证（下）》、《小儿时行病证》、

《小儿病证外治法》，是对截至解放前为止的历代中医儿科古籍资料的一次较为全面的整理研究，为儿科科研、医疗、教学活动提供了详实的文献资料。

#### 4.2.1.2 中医儿科基础理论研究

中医儿科基础理论，是我国古代儿科医家在大量临床实践的基础上，应用中医学思维方法，总结提炼出来的。千百年来，儿科基础理论有效地指导着临床实践。但是，随着时代的发展，中医儿科基础理论也需要不断发展，需要在新的临床实践的基础上总结提高，需要直接采用现代科学方法深入研究。基础理论研究较之临床应用研究有着更大的难度，但基础理论研究的突破对于整个学科的发展有更重要的意义。儿科基础理论包括小儿生理病理、生长发育、喂养保健等方面的理论。中医儿科基础理论又是整个中医学基础理论的组成部分，具有鲜明的中医学特色。

##### 阴阳学说研究

阴阳学说研究是中医基础理论研究的活跃领域。阴阳是对立的统一，古人不仅将其用于天文、地理，而且用于人的解剖、生理、病因、病理、诊断、治则等各个方面。现代对阴阳学说的研究，侧重于从微观角度探讨阴阳的物质基础。

神经—内分泌系统对于全身生理活动起着最重要的调节作用。大脑皮层有兴奋与抑制的生理过程，植物神经有交感与副交感的对立协调，激素之间有相互拮抗作用等，这些都可视作人体阴阳本质的表现。临床上的阴证阳证是属性，阴虚阳虚则是由本质而区分为属性。

从内分泌激素方面对阴阳学说已经进行了不少研究，而从对于在细胞内起着极为重要调节作用的环核苷酸方面来探讨阴虚、阳虚本质的研究则最为引起学术界瞩目。环核苷酸的主要指标为环腺苷酸(cAMP)和环鸟苷酸(cGMP)，正常情况下组织和体液中二者含量相对稳定并保持一定比例，当它们中的一方发生含量变化，或二者比例改变时，细胞功能也随之发生明显变化。上海第二医科大学建立了血浆环核苷酸的测定方法，并以此作为探讨阴虚、阳虚本质及中医中药作用原理的指标。研究表明：阴虚时cAMP明显升高，阳虚时主要是cAMP/cGMP比值降低，对部分病例的观察还表明虚证临床证候改善时，血浆cAMP或cGMP含量也有相应的变化。

与儿科有关的阴阳学说研究，如张氏从新生儿的生理病理状态论证稚阴稚阳的生理特点。新生儿硬肿症、新生儿肺炎、新生儿窒息等新生儿常见病都易于出现虚寒证候，与新生儿元阳未充的生理特点有关，而新生儿脱水热则是新生儿稚阴未长，易于阴伤而阳亢的临床典型表现。有关阴阳互根的动物实验，以Wister系雄性大鼠分为4组：对照组、激素组、激素加滋肾阴中药组、激素加温肾阳中药组。用电子显微镜观察肾上腺皮质束状带细胞，并对细胞内线粒体和脂滴作了定量分析，测定各组动物的血浆皮质酮和束状带细胞面积。研究表明，补肾药对于大鼠下丘脑—垂体—肾上腺皮质轴(HPA轴)的功能有保护作用。在治疗剂量激素的应用过程中，其内在实质，早期属于阴虚内热，后期属于阴阳两虚，阳虚为主，在皮质激素应用过程中存在阴阳转化现象，早期用滋阴泻火药有保护HPA轴免受抑制的作用，后期则以温补肾阳药保护HPA轴功能的作用较突出。这一实验证明HPA轴的功能变化是阴阳转化的环节之一，具有阴阳属性的药物对其有调整作用。不仅为临床肾病时中药与激素的联合应用提供了实验依据，而且是疾病阴阳转化与药物调整阴阳的实验研究佐证。



今后儿科阴阳学说的研究，应在吸收中医阴阳学说现代研究成熟经验的基础上，针对儿科范围内阴阳学说具体应用的特点进行。关于小儿稚阴稚阳的生理特点已得到公认，该学说认为：小儿与成人相比，稚阳未充，稚阴未长，在小儿的不同阶段，年龄越是幼小，这一生理特点显得更为突出。此处阴、阳的物质基础是什么？可以设立若干指标，通过不同年龄阶段的检测对照加以说明。这样的研究成果不仅在于验证稚阴稚阳学说的正确性，说明其本质，而且可以为认识儿童体质特点，采取调整阴阳的措施，做好儿童保健工作等提供依据。关于“纯阳之体”、“阳常有余，阴常不足”等理论的研究同样如此，要用现代实验研究的方法深入研究，认识其本质，为临床服务。阴阳学说的实验研究方法，从环核苷酸和内分泌激素方面建立客观指标已得到广泛承认，前者用来研究阴虚阳虚的物质基础，后者通过下丘脑—垂体—靶腺轴各种相互影响的激素水平变化更适用于研究阴阳平衡。其它如物质能量代谢、免疫学等方面的客观指标也可以引入有关研究，如反复呼吸道感染儿童的营卫不和证，其病机为卫阳不足，营阴外泄，便可以采用免疫学指标进行研究。儿科临床各类常见阴虚、阳虚证的本质，都可以通过对临床典型证候患儿及实验动物模型有关指标的检测加以说明，并为临证确立治法用药和评定疗效提供参考依据。

### 藏象学说研究

“藏象”一词，始见于《素问·六节藏象论》。明代张景岳在《类经》中注释说：“象，形象也；藏居于内，形见于外，故曰藏象。”也就是说，通过人体“外”部形“象”的观察，可以推测并认识“内”部“脏”器的功能或病变，以及相互联系的规律，因而后代也常以“脏象”代称“藏象”。由于钱乙创立的儿科辨证论治体系以五脏为核心，万全提出小儿五脏有余、不足学说等，故脏象学说也就成了中医儿科基础理论的重要组成部分。

脏象学说的现代研究业已取得了不少成果。已经明确，中医学中的脏腑与西医学中的脏器既有联系，也有着明显的区别，中医学脏象学说中的“脏”实际上分别代表一组综合性的功能单位。例如：中医学中的肺，其生理功能有与解剖学中肺相一致的司呼吸、为娇脏、开窍于鼻等，但“肺主气”又不局限于呼吸之气，肺主出气、肾主纳气，与肺的某些神经内分泌功能有关；肺通调水道并为水之上源，与水液代谢有关；肺主皮毛，与抵御外邪的免疫力有关等。

现代脏象学说研究最多的是肾和脾。比较一致的看法是：肾与神经、内分泌、免疫、能量代谢、泌尿系统、生殖系统等有密切关系；脾与植物神经系统、消化系统、免疫、蛋白质代谢、内分泌等多系统、多器官的功能有关。

在内分泌方面，从下丘脑—垂体—肾上腺皮质系统对肾进行的研究较多。有人作了能反映下丘脑功能状态的血 11-羟昼夜节律测定，结果在肾阳虚见证的 24 例中，有 14 例为 M 型异常表现（正常为 V、U 或 W 型）。另对正常人和肾阳虚患者同时作 3 项测定（血 11-羟昼夜节律测定、Su—4885 试验、ACTH 试验），以全面地检查下丘脑—垂体—肾上腺皮质系统的功能，结果正常人 30 例次仅 1 例次为异常，而有肾阳虚症状的 48 例次中却 20 例次为异常，说明肾阳虚证有下丘脑—垂体—肾上腺皮质系统的功能紊乱。甲状腺、性腺激素也与肾的功能有密切关系。在用补肾法防止哮喘季节性发作的治疗同时，测定体液免疫—血清免疫球蛋白 E (IgE) 与细胞免疫—抑制性 T 细胞 (Ts) 功能，证明补肾法可抑制患者过高的 IgE，提高较正常人为低的 Ts，两者的变化在统计学上呈显著

的负相关,说明补肾法对哮喘肾虚证是具有免疫调控作用的。中医学肾藏精生髓主骨的理论也可从现代病理生理学得到多方面的证实。重症贫血,尤其是再生障碍性贫血,中医常从补肾生髓治疗。有人以马利兰对小鼠连续灌胃造成造血损伤模型,然后观察大菟丝子饮对损伤情况下多向性造血干细胞的影响,测定小鼠的多向性造血干细胞,受到马利兰作用者为 $2591 \pm 376 \sim 3223 \pm 277$ ,加用大菟丝子饮者为 $3864 \pm 307 \sim 4710 \pm 447$ ,两者差异显著,对粒系祖细胞和红系祖细胞的分别测定显示了同样的结果,说明了补肾生髓法对于肾亏血虚证的作用机理。红细胞依靠骨髓保持其一定的体积,骨髓的活力是通过红细胞生成素按照机体对氧的需求来调节的,该激素主要产生于肾脏。维生素D缺乏症的研究表明,肾是活化维生素D的器官,25-羟胆骨化醇在肾脏近曲小管上皮细胞线粒体内,经1-羟化酶作用进一步羟化为1,25-二羟胆骨化醇(1,25-(OH)<sub>2</sub>D<sub>3</sub>),其生物活性增强100~200倍,从一个方面说明了肾主骨的生理、病理机理。

脾胃学说的现代研究很多。不少单位从消化系统的分泌、吸收和运动功能方面研究了脾主运化的理论,常用指标有血清胃泌素值、木糖排泄试验、淀粉酶(唾液、尿)测定、小肠氨基酸吸收功能试验、利用<sup>131</sup>I胶囊的胃肠运动试验等,在脾虚证均表现为降低,健脾助运方药可使之升高。胃肠道分泌及运动调节失常系由植物神经功能紊乱所致,对脾虚证患者所作的植物神经系统功能检查(冷压试验、立卧试验、划痕试验等)说明了这一点。脾的生化作用还从其所能化生而供应全身的营养物质体现出来,血浆蛋白、血象、锌铁等矿物元素,以及基础代谢率、各项免疫功能(主要是细胞免疫功能)指标等,均与脾的功能状态相关。

脏象学说在儿科基础理论中有着重要地位,需要进一步深入开展这方面的研究。小儿生理特点的脏腑娇嫩、形气未充,五脏均显不足,又以肺、脾、肾三脏更为突出,过去只是从临床上观察与成人相对比较而言,缺乏系统的临床实验和动物实验研究资料加以论证,在五脏虚实客观指标逐步建立的基础上,将其引入儿童五脏生理特点的研究,已经具备了可行性。关于小儿病理特点,如肝常有余、心常有余,也可以从生化学、影像学(如脑电图、心电图、X线等)等方面进行与成人比较及各个不同年龄组儿童之间的比较研究。由于中医学五脏功能的多样性及其相互联系的密切性,从对全身多脏器产生作用的神经一体液调节功能方面进行研究,符合中医学整体观点,是脏象学说深入研究的趋势。例如:已知消化道中广泛分布着内分泌组织,胃肠道激素如胃泌素、缩胆囊素、胰泌素、肠高血糖素、舒血管肠肽、肠抑胃素、抑生长素等逐步被报道,加上早已知道的胰岛素、胰高血糖素,在迷走神经参与下共同调节消化系统的活动,有人提出把胃、肠、胰内分泌系统(简称G—E—P系统)加上迷走神经,代表中医脾的功能,故对脾的研究可从G—E—P系统作深入探索,并进一步与下丘脑—垂体、内分泌功能联系起来。五脏相关、脏腑相关的客观化研究都亟待深入开展。已有研究指标的引用和新指标的建立,将对揭示中医学小儿脏腑生理病理特点,并进而指导临床诊断、辨证、筛选方剂药物、客观评价疗效等,发挥重要作用。

### 生长发育、喂养保健研究

相对于阴阳学说、藏象学说研究而言,生长发育、喂养保健方面的基础理论研究更具有儿科特色。在这方面,古代医家通过长期临床观察总结得出的理论论点,随着现代科学自身的发展,逐渐被认识,证实了其科学性。

《诸病源候论》、《济阴纲目》等医籍曾对胚胎发育作了较详细的描述，与现代人体胚胎学基本吻合。中医学十分重视先天禀赋对后天生长发育的影响，胎养胎教学说的观点和方法在现代已得到广泛承认，其中不少内容已被现代研究所证实，如：《诸病源候论》提出的多种时行之气伤胎的问题，已为孕妇感染风疹等病毒可致胎儿畸形所证实；《备急千金要方》等书关于孕妇饮酒伤胎的记载，也为现代乙醇对精子、卵子、胚胎损伤的研究所证实。但是，也有不少问题尚未弄清，如古人提出的妊娠禁忌药，虽然有的已为实验、临床证实（如牵牛子可促进宫缩引起流产，水银、铅粉的致畸作用等），而多数药物的毒性大小、毒理作用则尚未阐明，需要进行研究。

中医药治疗胎萎不长，即胎儿宫内发育迟缓，具有一定优势。对孕期雌鼠采用饥饿方法制作胎萎不长模型已经成功，其母鼠、胎鼠、胎盘重量减轻，子代小鼠体重、体力下降，胎鼠肝组织中胱氨酸和蛋氨酸含量减少，孕鼠血清LDH活性增高，补肾方药治疗有显著疗效。临床上对于胎萎不长，也已建立了宫底高度、胎头双顶径、尿E<sub>3</sub>值等客观指标。这些实验方法和临床指标的建立，为应用中医药促进宫内发育迟缓胎儿生长发育的研究提供了可靠的途径。

对于婴幼儿生长发育，《脉经》、《诸病源候论》等书提出了变蒸学说，在张景岳、陈复正对部分医家的某些观点提出否定意见之后，不少人对变蒸学说产生了怀疑。现代通过研究证实了变蒸学说的基本观点：小儿处于不断生长发育的过程中，并具有阶段性显著变化的特点（32日一变，64日变且蒸……）；小儿形、神是相应发育的，婴幼儿时期智能发育明显变化的周期短于形体生长明显变化的周期（二变为一蒸）；婴幼儿生长发育速度呈逐渐减慢的规律性变化（320日后每64日一蒸，448日后128日一大蒸，576日变蒸完毕）。美国儿科专家盖泽尔（Gesell）通过对大量连续摄取的儿童活动录像观察分析，提出了枢纽龄（Key age）学说，以之与变蒸学说对照后可以看出，两者的基本观点、研究方法和观察结果都十分相似。变蒸学说是古代医家对中国儿童生长发育规律的研究总结，借鉴“变蒸”与“枢纽龄”的研究思路和方法，对现代中国儿童的生长发育规律进行研究，由此编制出适合当代中国国情的婴幼儿智能发育评估系统，是儿童保健工作中一项有价值的研究项目。

在小儿喂养方面，我国的传统喂养方法在近几十年曾受到强烈冲击，母婴分室、母乳喂养率大幅度下降，过分强调按时定量喂哺，各种代乳品大量出现等，都是其具体表现。这些现象直至近年来世界卫生组织（WHO）不断强调母乳喂养、按需喂给、母婴同室、早期开乳等的重要性后才有所改变。其实，这些观点在中医古籍中是早被反复阐明的。以按需喂给为例，《备急千金要方·少小婴孺方》说：“凡乳母乳儿……如是十返五返，视儿饥饱节度，知一日中几乳而足，以为常。”这种根据每个儿童的个体需要确定哺乳时间和数量的观点，显然优于千人一律的喂养方法，问题就是出在相当时期内我们忽视了对我们传统喂养方法的研究和宣传推广，结果，由国外引进的喂养方法还必须由世界卫生组织的宣传才能被重新评价。

在儿童保健方面，同样有许多观点需要用现代科学方法加以研究，提出更有力的证据，以便于宣传推广。我国历来重视儿童精神行为培养、品格智能教育，并建立了中医药改善儿童智能的方法。对于儿童体格发育不良，也有从胎儿、新生儿、婴幼儿到儿童的较全面的纠正方法。历代医家并提出了时见天日、多作活动、衣勿过暖、避免外感等

一系列保健措施。儿童保健是儿科发展的方向之一,对传统的保健方法的研究还很少。例如,衣着过暖使儿童适应气候变化和抗御外邪的能力下降,似乎已达成共识,但系统的临床和实验研究资料尚待提供。中医药儿童保健方法的研究,要根据研究内容,按照现代科研方法,加强多学科协作(如与心理学、气象学、生化学等学科的协作),进行设计和研究。研究开发中药保健药品、保健食品适应了现代社会儿童保健事业发展的需要,研究方法和生产要求要逐步走向规范。中医药儿童保健品的研制,要纳入国家药品与食品管理法规的轨道,按照国家颁布的有关“办法”要求进行研究。儿童保健方面的研究,将会成为未来中医儿科学研究中的活跃领域。

## 4.2.2 中医儿科学临床研究

· 中医儿科学临床研究,包括从预防、诊法、辨证、治疗、护理等各方面对儿科各系统疾病的研究。

### 4.2.2.1 临床研究分类

#### 预防学研究

中医儿科预防学研究包括未病防病、既病防变两个方面,预防疾病的方法又可分为一般预防方法和药物预防方法两类,其防病依据不外乎扶正和御邪两个着眼点。

儿科预防方法与儿童保健方法有密切的联系,要研究各种致病因素对儿童发病的影响,从而确立有效的防病措施。儿科病因有先天因素、外感因素、内伤因素(饮食、情志等)、意外因素等。

预防先天因素致病,除了做好胎养胎教工作之外,目前已经深入到应用中医药方法矫治胎儿某些异常的研究。随着胎儿诊断水平的提高,母血、羊水、B型超声波、胎儿内窥镜等检查的进步,为胎儿医学发展提供了客观条件。中药治疗胎萎不长的研究也就是预防胎怯的研究。中药预防新生儿母子血型不合溶血病的研究,通过血凝抑制试验及凝集素吸收抑制试验,表明大黄、黄芩、益母草、茵陈、木香、白芍等所含A、B血型物质(一种半抗原,可中和免疫抗体)成分较高,大黄及黄疸茵陈冲剂还对Rh型新生儿溶血病的抗D抗体有明显抑制作用,临床系统观察也证实了清利湿热、活血化瘀类中药预防新生儿溶血病的效果。还有报道报告,胎儿期其母服用寿胎丸加减方治疗过胎漏、胎动不安、滑胎的儿童,智商高于未用药组,提示补肾中药可能有促进胎儿脑发育的作用。在现代客观观测指标的监测下,研究中医药用于孕妇作用于胎儿以预防新生儿疾病,有着广阔的前景。

预防外感因素致病,一方面要研究外感因素与小儿发病的关系。细菌、病毒等致病微生物产生感染性疾病的机理已经比较清楚,而与外感性疾病发病有关的气候变化、环境污染等方面的研究相对还较少,需要确立客观指标,通过较大规模的观察加以研究,丰富中医儿科病因学的现代内容,为提出防病措施提供依据。另一方面要研究中医药预防外感疾病的有效方法,药物喷喉、香囊佩带等方法预防呼吸道感染,药物内服、肚兜佩带等方法预防消化道感染,均已有研究报道,但若要提高预防的针对性和效果,还需要深入研究。如中药喷喉预防流行性感胃等的发病,可以从扶正,主要是增强免疫力,可设立SIgA、溶菌酶、干扰素等客观指标,并从御邪方面进行实验研究,如抗病毒试验等,筛选药物,改进制剂,使之便于推广应用。这些实验研究方法同时可以用于反复呼吸道

感染、反复消化道感染的研究，用来研制有效的药物制剂，使儿童减少发病，改善体质，提高健康水平。

预防内伤因素致病，需要加强机理研究。如《小儿病·哺乳通论》指出：“五味饥饱，勿令太过，过甜成疳，过饱伤气，过酸伤志，过冷成积，过苦耗神，过咸闭气，过辛伤肺，过肥益痰。”较全面地叙述了饮食不节致病的类型，其中大部分都是早有记载并历代沿用的，但是，现代对其机理的研究却不多，有待加强。七情过度而致病，一度在儿科不被重视，近年来有重新引为注意的趋向，其中某些方面的研究是很有现实意义的。例如：《素问》记载的孕妇大惊可致小儿生而病颠疾，情志过极与儿童精神行为障碍发病的关系，“思伤脾”在小儿脾胃病发病学中的地位等，都值得加以研究。以高营养饲料制作食积小鼠模型，以猫吓鼠制作恐伤肾肾虚小鼠模型的方法已初步建立，这方面的研究进展也有利于对内伤致病造成体内生化改变的客观指标的确立，进而用于防治内伤因素致病的方法筛选的研究。

意外因素致病的预防以加强对孩子的教育和加强家长的防范意识为主。其中部分意外因素致病的预防也值得作为专题研究，如有毒中药的毒理、中毒剂量及其与有效剂量间的关系、炮制加工制剂煎煮等的减毒作用、防治中毒的方法等，就是一类很大的研究课题，需要就每种药物或制剂分别去做多方面的研究。

某些小儿虽然未曾发病，但其体内阴阳气血等方面有失偏颇，因而潜伏着发病的倾向，这类不正常的“正常儿童”也是儿科防病对象。例如：一段时期内体重不增或持续超重增长，则有演变为疳病或肥胖症的趋向，免疫功能低下的儿童易于发生感染性疾病，IgE水平增高的儿童好发变态反应性疾病等。在其未曾发病时，应用中医药预防性治疗，使其机体的非常状态得到调整，可能有效地减低发病率。在这方面，中医药调整机体及长期服用副作用相对较小的优势是可以加以发挥的，应当列为中医儿科预防学研究的内容之一。

### 诊法学研究

诊法学研究首先是对传统儿科诊法的现代研究，主要是四诊客观化及病理性症状的产生机理研究，以及与此有关的诊查仪器研制，另一方面，是对用现代诊查手段取得的信息资料如何按中医学认识论加以处理，使之成为中医诊断、辨证服务的研究。

传统的四诊诊法仍然是目前中医儿科诊查疾病最主要的方法。儿科四诊首重望诊，望神色、望形态、审苗窍、辨斑疹、察二便、看指纹等，组成了儿科望诊的主要内容。四诊客观化虽已取得进展，如以色度仪测定面色、舌色，脉象仪检查脉象，声波分析仪分析声音等，但尚未能得到推广。究其原因，可能与仪器性能的稳定性、检测结果的标准化等因素有关。例如：面色在不同年龄、不同时间、不同部位都会发生变化，若要用仪器检测，首先必须提出统一的标准值，这就需要通过科研观察总结来确定。现有的诊查仪器性能需要改进，新的诊查仪器需要发明，研制工作必须由中医工作者与有关的工程技术人员合作进行，使研制出的仪器符合中医诊查思路、指标形象客观、采用先进技术（尤其是电子计算机技术），才能适应中医儿科诊查现代化的需要。

儿科常见病理性症状的机理研究已有显著成绩。舌象研究的成果突出，如通过微观观测已经发现：剥苔为舌面上部分丝状乳头萎缩变平所致；杨梅舌系舌面上蕈状乳头大量增生，丝状乳头相对萎缩或向蕈状乳头转化；舌边齿印多由于营养不良，舌组织水肿，

舌体肥大遭齿缘压迫而成；青紫舌因于舌微循环严重障碍等。舌象研究还在进一步深入，如国外已采用氨基酸分析仪测定舌上皮细胞蛋白中各种氨基酸的含量，用X射线微血管造影术以显示舌乳头的微血管，用放射自显影技术显示舌粘膜的代谢情况等，国内均尚未开展。再如指纹诊研究，已经明确：指纹颜色与血内含氧量、血红蛋白量和末梢循环状态等因素有关；指纹滞为指纹静脉流速减低；指纹长短与静脉压、末梢血管舒缩状态有关等。近年来又屡见报道的山根诊、耳诊、肛门诊等，多局限于中医学机理推导，缺乏微观观测资料总结与分析。四诊诊查的微观研究是中医学理论现代化的基础性工作。

现代的各种临床诊查方法大大增加了检查手段，如何将之纳入中医诊法学体系却是我们面临的大课题。体温计较之诊尺肤更为准确地显示了身热高低是毫无疑问的。X线、显微镜扩大了望诊视野，听诊器、超声波延伸了闻诊范围。但是，对这些检查所获得的信息，需要应用中医学认识论加以处理，才能为辨证论治所用。例如：显微镜下血尿与肉眼血尿均属中医学尿血，脉速与心动过速多数是一致的。有些情况却给我们提出了新问题，例如：X线、超声波发现的无症状性尿路结石是有“石”无“淋”，外感疾病中血象升高是否就属于热证，临床疑为虫症反复查虫卵却均为阴性怎么办等，都是值得探讨的问题。看来，现代化的诊查手段必须为我所用，诊查结果如何认识尚需加强研究，总结规律。有石即是石淋，血象升高就是热证，血象降低就是虚证，这种简单化的处理方式肯定是不符合中医学整体观念、四诊合参、辨证论治的认识论的。

中医儿科诊法学的现代研究，是为了达到中医儿科病证诊断的客观化、规范化和定量化，这是我们进行这类研究的出发点和目标。

### 辨证学研究

辨证论治是中医临证医学的核心。“证”反映了疾病机体整体的、综合性的、动态变化的病理生理过程。正确治疗的前提是准确辨证，同病异治、异病同治体现了辨证论治的临床重要性。中医儿科辨证学研究，在中医儿科临床理论研究中有着显著的地位。

传统辨证的特点是宏观、整体的辨证，对疾病机体的变化勾画出了一个全面的轮廓，抓住了病理变化的关键。但是，由于当时条件的限制和认识论的局限性，也就对于证的客观指标、微观改变失之粗疏。现代中医儿科辨证学研究，重点就在于寻求证的客观指标，揭示证的微观改变，制订证的诊断标准，研制证的动物模型，为中医儿科临床及科研服务。

辨证的客观化研究是辨证学研究进入新阶段的主要标志。明确证的客观指标，才能谈得上证的规范化和辨证标准化。寻求证的客观指标近年来受到普遍重视。在宏观辨证方面，定性结合定量的研究便属于此类。脾虚证诊断指标中，原来只提形体消瘦，现在具体定量为“体重低于正常平均值的15%~40%”，便是以量化指标补充了原来模糊定性的某些不足，减少了人为的误差。

微观辨证研究，主要是引进现代技术手段，测定疾病机体内生化学、免疫学、解剖学、生物电等的变化，以充实辨证学资料。目前，对于脾虚证、肾虚证、血瘀证等常见证已经建立了不少微观辨证指标。以脾虚证为例，介绍几项常用指标如下：

**血清胃泌素含量测定** 血清胃泌素由胃窦及十二指肠近端粘膜中的G细胞分泌，它能刺激食道、胃、胰和小肠等分泌盐酸、胃蛋白酶并调节胃肠的收缩，是反映消化吸收功能的一个主要指标。有报道正常人血清胃泌素为 $130.0\mu\text{g/ml} \pm 44.0\mu\text{g/ml}$ ，脾虚者为

77.2 $\mu\text{g}/\text{ml}$ ±33.7 $\mu\text{g}/\text{ml}$ ，表明脾虚证时胃泌素分泌功能明显降低。

**木糖排泄试验** 木糖是一种五碳糖，通常在血液中不存在。口服后木糖由小肠吸收入血但不能被体内利用，也不能被肝脏分解，而由肾脏排出，故在尿中的木糖排泄量基本上可以代表小肠的吸收量，是一项反映小肠吸收功能的指标。有报道正常儿童木糖排泄率为26.00%±3.61%；脾虚儿为18.09%±4.81%，脾虚证患儿木糖排泄率显著低于正常儿。

**尿淀粉酶含量测定** 胰脏主要功能之一是分泌胰消化酶。胰淀粉酶主要从尿中排泄，因此，水负荷后收集2小时尿量，测定尿中淀粉酶含量，可部分地反映胰脏的分泌功能。有报道正常儿童尿淀粉酶（温氏法）均值为28U，脾虚儿为18.5U，脾虚证患儿尿淀粉酶显著低于正常儿。

脾虚证的微观辨证指标还有关于消化吸收功能的唾液淀粉酶、胃蛋白酶、血清淀粉酶、胰功肽试验（BT-PABA试验）、胃酸分泌、胃肠运动、直肠活检等，关于植物神经功能的唾液淀粉酶、胃电测定、乙酰胆碱与血真性胆碱酯酶含量测定、皮肤电位测定、尿VMA含量测定、多巴胺 $\beta$ 羟化酶测定、大脑皮层诱发电位测定、血cAMP与cGMP含量测定等，关于免疫功能的E-玫瑰花结试验、植物血凝素皮试（PHA）、PHA培养转形法淋巴细胞转化试验、<sup>3</sup>H-胸腺嘧啶核苷掺入测定淋巴细胞转化试验、免疫球蛋白测定、干扰素测定等，关于内分泌功能的甲状腺功能、肾上腺皮质功能测定等，都可以根据研究选题及条件选用。

肾虚证也已建立了不少微观辨证指标。关于内分泌方面，有肾阳虚证与下丘脑—垂体—肾上腺皮质功能变化的24小时尿17-羟皮质类固醇测定、促肾上腺皮质激素（ACTH）二日静脉滴注试验、Su-4885（甲吡酮）试验、血11-羟昼夜节律测定等。关于能量代谢，有红细胞糖代谢测定。关于免疫方面，有血T细胞比值、E-玫瑰花结形成试验、淋巴细胞转化试验等。关于微量元素，有锌、锰元素测定等。

应当看到，微观指标用于辨证，有些有较强的特异性，有些则属于非特异性指标。因此，辨证标准的制订要求宏观指标与微观指标相结合。例如：1987年9月中国中西医结合研究会儿科专业委员会制订的小儿血瘀证诊断标准（试行草案）就采取了这一原则。

小儿血瘀证诊断标准（试行草案）：

主要依据：①舌质紫暗或舌体瘀斑、瘀点，舌下静脉曲张瘀血。②指纹紫滞。③固定性疼痛或疼痛拒按。④病理肿块，包括内脏肿大、炎性或非炎性包块、组织增生、外伤性血肿等。⑤血管异常，人体各部位的静脉曲张，血管扩张，血管痉挛，血管阻塞，血栓形成。⑥面部、口唇、齿龈及眼周晦暗或发青，唇及肢端紫绀。⑦脉涩、结代或无脉，心律不整，心电图有心律失常等。⑧血不循经而停滞及出血后引起的血瘀或异常出血，如血尿、鼻衄、皮下瘀斑、黑粪或血性腹水等。⑨少女月经紊乱，经期腹痛，色黑有块，小腹急结等。

次要依据：①肌肤异常（皮肤粗糙，肥厚，鳞屑增多，硬肿）。②肢体麻木或偏瘫。③血瘀型痞积、血瘀型单纯性肥胖等。④面色不泽，晦暗无华。⑤颞粘膜有血管扩张，色调紫暗。⑥咳喘血瘀者。

实验室依据：①微循环障碍（包括甲皱、球粘膜等部位微血管形态与流态的改变）。②血液粘度与血浆粘度增高。③血液凝固性增高或纤溶活性降低。④血小板聚集性增高

或释放功能亢进。⑤血液动力学异常。⑥病理形态,包括大体、光镜、电镜显示有瘀血现象等。⑦红细胞变性,红细胞电泳及红细胞聚集性异常。⑧新技术显示血管痉挛及血管阻塞。⑨其它能证实血瘀证的化验指标(包括免疫复合物、血脂等)。

判断标准:①具有主要依据2项以上。②具有主要依据1项,加实验室依据2项或次要依据2项。③具有次要依据2项以上加实验室依据1项。④具有1项主要或次要依据,或无血瘀证症状,但有1项以上实验室依据,经活血化瘀治疗,疗效明显者。

临床血瘀证常有兼证,如气虚血瘀、气滞血瘀、痰阻血瘀、寒凝血瘀、热盛血瘀等,临床可根据中医理论及其它有关标准作出兼证诊断。

建立“证”的病理模型的研究作为一项重要的实验研究工作前已述及。符合儿科“证”的特点的动物模型研制是辨证学研究中一个极须开拓的领域。优良的动物模型应当具有以下特征:①普适性,能解决特定范围内普遍的基本问题。②易用性,易于建立和使用。③定性和定量相结合,具有表述原型的定性特征和一组相关性强的定量指标。④可变换性,动物模型也是个开放系统,应具有可解析性和可重构性,随着技术和检测指标的发展,模型的模拟性能也不断向理想化逼近。

### 治疗学研究

治疗学研究包括治则治法研究、药物方剂研究、剂型改革研究、多种疗法研究等。针对儿科的特殊治疗对象——儿童进行治疗学研究,对于充分发挥中医药的优势,提高临床疗效,有着重要的意义。

各种中药治疗法则都适用于儿科,而现代对儿科治疗法则的研究则以补脾运脾法、培元补肾法、回阳救逆法、活血化瘀法、止咳平喘法、清热解毒法、通腑泻下法等的研究更为集中。以异病同治、辨证论治为原则,研究各种治法的适应证候、常用方药、作用机理等。如补脾运脾法的研究提出:补脾主要用于脾胃虚弱证,又进一步区分为补脾气用于脾气虚弱证,养脾血用于脾血亏虚证,滋脾阴用于脾阴亏虚证,温脾阳用于脾阳虚弱证;运脾主要用于脾运失健证,又进一步区分为运脾化湿用于湿困脾土证,运脾开胃用于乳食积滞证,理气助运用于中焦气滞证,温运脾阳用于脾阳不振证。并通过实验研究,分别对比了补脾与运脾在增进小肠吸收、促进消化酶分泌、调节肠蠕动、增强机体免疫功能和提高体内必需微量元素含量等方面的效应。这种既有理论指导和具体用法的归纳分析,又有临床及实验研究的验证和机理探讨的研究方法,是现代治则治法研究的模式,可供有关研究项目借鉴。

中药是中医治病最常用的手段。关于中药方剂的研究,包括药材药学研究(名称、来源、产地、药用部位、栽培、产地加工、炮制方法、质量标准等)、临床药学研究(性味、功用、成分、主治、用法、用量、适应证、副作用等)和方剂学研究(组成配伍、成分分析、用法用量、功用主治等)。一项课题只能就某一专题进行研究,如关于新生儿用药剂量的研究、马钱子炮制机理的研究、枳术丸的化学研究等项目都曾获得国家中医药管理局中医药科技进步奖、中医药基础研究奖。中药(包括单方和复方)的药理研究是中药方剂现代研究中发展最快、最为重视的内容。国家对中药新药的药理学研究,已陆续按病证提出了研究要求,集结成《中药新药研究指南》等颁布。例如:对治疗水肿证(急性肾炎)中药的主要药效学研究就提出了以下项目:

A. 对实验性急性肾炎的治疗作用 选择近似人的肾小球肾炎的动物模型,观察新



药在急性期对尿蛋白、血尿素氮、血清总蛋白等的作用（如兔 C-BSA 异种血清免疫复合型肾炎等）以及病理形态之变化。

B. 抗病原体作用 在体内外观察新药对链球菌、葡萄球菌、肺炎双球菌和其它与急性肾炎有关的细菌、病毒等的作用。

C. 利尿作用 在水负荷动物（如大鼠或兔等）中，观察新药对排出尿量的影响。

D. 其它作用 针对急性肾炎其它症状的治疗，如：

a. 高血压：在急性肾炎或肾性高血压造型动物中，观察新药的降压作用。

b. 发热：在已致热动物中，观察新药的解热作用。

c. 腰痛：在化学因子诱发的疼痛反应动物中，观察新药的镇痛作用。

d. 对免疫功能的影响：观察新药对 C<sub>3</sub>、总补体、免疫球蛋白的作用。

儿科剂型改革为中医儿科适应现代社会需要所必须大力开展研究的课题。所谓中药新药研制，绝大部分涉及到剂型改革问题。汤剂加减灵活，吸收快，生物利用度高，作用强，不会为儿科临床所淘汰。但是，现代社会生活节奏趋于紧张，儿童服汤药难的现状也要求我们必须研制更多儿童服用方便、容易接受、剂型先进的中成药。中药新药研制的制剂要求，在卫生部颁发的《新药审批办法》及《有关中药部分的修订和补充规定》中有明确规定，在涉及剂型改革的研究中必须按照有关规定，进行制剂工艺、质量控制标准及稳定性试验等各项研究。中成药剂型传统有丸、散、膏、丹，现代又产生了冲剂、滴丸、胶丸、胶囊、片剂、酏水剂、糖浆剂、口服液、注射剂、气雾剂、栓剂等，剂型选择应从方药特点、适应病证等方面综合考虑。小儿百部止咳糖浆、罗汉果止咳冲剂、龙牡壮骨冲剂、牛黄解毒片、蛇胆川贝液、生脉饮（口服液）、清开灵注射液、小儿消炎栓等疗效较好、生产量大的当代剂型中成药，就是剂型改革成功的范例。儿科剂型改革工作涉及到多种专业，需要中医儿科、药剂学、药理学等学科的专业人员协作才能搞好。

儿科多种疗法指非药物疗法，如针法、灸法、推拿、埋藏、割治，拔罐、气功、心理、食疗等。非药物疗法在儿科应用有一定的优势，研究内容有其特点。如：氦-氖激光代替针刺，艾灸保健，灯火灸角孙治疳腮，推拿治泄泻、斜颈，捏脊治疳病、厌食，割治治哮喘，拔罐辅治肺炎罗音促吸收等等，都有不少总结报道。有的研究课题并能按临床科研要求做了较全面的工作，如“手法按摩防治小儿反复呼吸道感染的临床与实验研究”，进行了临床对照观察，检测了 IgG、SIgA、ANAE、C<sub>3b</sub>-R、C<sub>3b</sub>-Ic、PHA 等体液及细胞免疫指标，复制了体弱易感兔动物模型，作了动物模型按摩复健的增重、免疫指标、气管感染率和感染菌落数等动物实验。今后对于儿科多种疗法的研究，应当从一般的临床总结，发展至前瞻性，按现代医学科研要求严谨设计、严密观察、客观总结的科学研究，这方面的研究发展前景是广阔的。

### 护理学研究

中医儿科护理学研究已经开展的工作不多，是中医儿科临床研究中的薄弱环节。中医儿科护理的特点是辨证施护，中药给药护理、饮食护理等又是其护理特色。已有的中医儿科护理措施多停留在经验的水平上，逐步开展对其机理的研究是很有必要的。

在给药护理方面，不同类型（解表药、通下药、清热药、消导药、补益药等）汤剂的煎煮时间，与其有效成分含量和临床疗效的关系；汤剂的煎出汤剂量、服药次数和间

隔时间,与小儿年龄分组的配合关系;不同给药途径(如口服与灌肠)的体内吸收利用,与临床疗效的关系;配合服药的方法(如表药宜热服,服后啜稀热粥或热水以助药力,散剂分别以水调、醋调、蜜调的不同调制等)对药剂的影响等等,都是值得研究的课题,其成果与提高中医药疗效有着直接的关联。

在饮食护理方面,古代留下了大量各种疾病饮食宜忌的记载。其中有些已经现代研究弄清了原理,如水肿忌盐、哮喘忌“发物”等,还有不少尚未能通过研究说明其作用机理,以致在实际工作中掌握不一,如辛辣食物与某些疾病发病、康复的关系,甘甜、肥腻食品与痰湿的关系等。更有古代与民间流传的大量饮食调养方,虽然近年来有不少著作问世,但多属搜集整理性质,对其有效成分、作用机理、用法用量等的研究很少。

中医儿科护理研究还可以按病证进行,麻疹、哮喘、泄泻、疳病等的护理都可以作为专题研究;风寒证与风热证,痰热证与痰浊证,虚寒证与实热证的护理可以作对照研究。某些中医特殊的护理措施,如艾灸用于注射后硬结、褥疮初期,拔罐用于促进肺炎罗音吸收、拔吸脓毒等,都已经实践验证,需要在科学研究的基础上肯定效果、阐明机理,更好地指导临床应用。

#### 4.2.2.2 临床研究选题

以上所述临床研究的类型指研究内容所涉及的中医儿科临床纵向课题分类。若是根据研究目的分类,临床研究又可分为应用研究和开发研究两大类。按研究内容作横向课题分类,则有各系统病证的研究。

##### 临床研究选题的原则

选题实质上是一个发现问题的过程,发现问题是认识问题、解决问题的根据,而认识问题、解决问题则是发现问题的目的。爱因斯坦说过:“提出一个问题往往比解决一个问题更重要,因为解决一个问题也许仅是一个数学上的或实验上的技能而已。”中医儿科临床需要认识和解决的问题很多,从中提出有创见性的课题,对于丰富中医儿科知识,提高临床疗效和儿童健康水平,有着重大的价值。中医儿科临床研究的选题,应符合以下基本原则。

1. 符合儿科临床需要 儿科临床研究应以认识和解决儿科临床上迫切需要解决的问题为目的。对于已经解决的问题,如已有可靠的预防方法控制了疾病,没有研究的意义;对于不需要解决的问题,如中医药疗效不佳而西医疗效很好的疾病,除非有特殊前景的选题,则没有研究的价值。中医儿科临床研究选题的基本出发点,应是那些严重影响儿童健康成长,目前临床尚缺乏理想的治疗方法,很可能发挥中医药特长取得研究成果的项目。临床研究的主要目标应是提高疗效,其次,也需要考虑的是应用方便,副作用小,药源、研制、推广等具备可行性,以及经费来源、成品价格等。也就是说,实用性是中医儿科临床研究选题的基本原则。

2. 符合学科发展要求 科学研究是学科发展的动力。中医儿科学作为一门临床学科,有很强的实践性。中医儿科学术进步依赖于临床诊疗水平的不断提高。前人给我们留下了丰富的临床文献,这些文献是在中医学理论体系指导下历代医家临床经验的结晶,其中珍藏着已被认识或未被充分认识的大量瑰宝,也包含着一些片面见解、偶然巧合、主观臆测,甚至荒诞不稽的内容。临床科研就是要应用现代的科研方法、诊查手段、实验技术,对中医儿科传统经验加以去粗取精、去伪存真的研究,发掘其中的精华,并加以

改进提高（如正交试验、剂型改革、增效减毒、有效成分提取等），更进一步，则建立起一些更为理想的治疗方法，解决中医儿科临床水平提高中的实际问题，促进本学科的学术发展，为中医儿科现代化准备条件。

3. 符合科研招标范围 各级科研主管部门，如国家科委、卫生部、国家中医药管理局、省市有关部门、院校单位等，每年或隔年都要提出科研项目，公开招标。这些科研项目的提出，都是从经济社会发展的宏观目标、科学技术进步的面临课题出发，召集专家论证产生的，然后由该部门拨出经费来资助研究。在这些招标项目中，每年都有涉及中医儿科或直接属于中医儿科范畴的课题。在这些招标项目范围内投标，自然有较多被立题的机会，中标后也能获得行政支持、经费资助，使研究工作顺利开展得到保障。

4. 具备研究工作条件 开展临床研究必须具备一定的研究条件。首要的条件是研究者及课题组应对所研究的领域有特长，已形成了自己的优势，在同行中处于先进地位，并对拟研究的项目已经具有预试验资料，前期工作有一定的基础和苗头。课题组应由各有关专业、具备完成该课题的专业技术能力的人员组成。例如，涉及新药研制的课题组就必须由临床、药剂、药理等方面的专业人员组成，这些研究人员都应具有所需要的研究能力。临床试验、临床验证的负责医院应是卫生部临床药理基地，参加单位应以二甲以上医院为主。临床研究的负责人应具备副主任医师以上职称，并对本病的研究有一定的造诣。药剂研究应具有制订相应质量控制标准及药品稳定性试验的研究条件，供研究用制剂的生产条件等。药理研究应具有相应的实验仪器设备条件，供试验用的药品、试剂来源应能得到落实。

### 临床研究选题的内容

临床研究的选题，一般从病、证、法、方、药等方面入手，进行其临床观察、机理研究等。本处谨从儿科临床各系统疾病的角度，举例说明可供选择的研究项目及其研究内容。

1. 新生儿疾病 由于中医院儿科绝大多数无新生儿病房，使中医对新生儿疾病的研究受到临床条件的限制。各地儿童医院、妇幼保健院则具备较好的临床条件，临床观察一般需在这些新生儿患者相对集中的医疗单位进行。近几十年来，中医对新生儿疾病的研究相对较少，这方面的研究潜力则是很大的。

新生儿疾病的研究可以从下列病种中选题：

- 胎怯（早产儿及小于胎龄儿）
- 胎黄（各种溶血性黄疸、肝细胞性黄疸、阻塞性黄疸等）
- 新生儿硬肿症
- 新生儿肺炎
- 新生儿败血症
- 新生儿破伤风
- 新生儿出血症
- 新生儿坏死性小肠结肠炎
- 先天性肌性斜颈

胎怯在儿科古籍中有不少记载，现代研究刚刚起步。西医只有加强护理喂养的措施，中医补肾生精培其先天之本，补脾助运健其后天之本，对于促进患儿加速生长发育有着

良好的效果。胎怯已建立有低出生体重豚鼠（初生3天体重 $60g \pm 5g$ ）的动物模型。实验研究指标以下丘脑—垂体—肾上腺轴、下丘脑—垂体—甲状腺轴等与生长发育关系密切的内分泌腺激素指标为主。

胎黄包括可出现新生儿黄疸的多种疾病，研究选题应进一步明确病种，如新生儿ABO血型不合溶血病、新生儿Rh因子不合溶血病、新生儿红细胞葡萄糖-6-磷酸脱氢酶（G-6-PD）缺陷、新生儿乙型肝炎、新生儿巨细胞病毒肝炎、先天性胆道闭锁等。这些病种目前均已具有确定诊断的方法，如对新生儿病毒感染中的巨细胞病毒、乙肝病毒、风疹病毒、EB病毒、甲肝病毒等，均可用PCR法检测。中药治疗胎黄有优势，值得区别病种，结合理化检查客观指标，深入加以研究。

补益元气、温阳祛寒、活血化瘀等治法治疗新生儿硬肿症，有一定的疗效，对本病的内治、外治多种不同疗法、制剂已有不少研究总结。对本病治疗的有关处方制剂有必要筛选、优化，研制适于推广应用的中药制剂。研究的客观指标可从药物对于患儿体温调控、脂肪熔点、红细胞及血流的影响等方面设立，如对下视丘—植物神经—血管收缩、舒张及血流速度改变，红细胞变形能力及红细胞脆性、红细胞凝聚力、红细胞压积及内粘度等的作用方面进行实验研究。

小儿甫生，五脏六腑成而未全，全而未壮，各种治疗方法的选用，都要顾及新生儿的生理病理特点，不能等同于成人。如新生儿肺炎，新生儿败血症等疾病，均比其它年龄阶段的同样患儿更易于出现正不胜邪的病理变化，因而更需注重扶正（益气、回阳、护阴）治法的应用。新生儿用药量小，选药宜药味少而力专。制剂应精炼，口服药每次剂量应小，如能研制出一些适用于新生儿疾病的注射液制剂，则更具有临床推广应用价值。

2. 传染性疾病 传染病在现代儿科临床上的发病情况变化最大，天花、脊髓灰质炎等疾病已被消灭，麻疹、白喉等疾病发病率大幅度下降，淋病，梅毒等疾病在被控制后又有重新蔓延之势。临床研究选题应针对那些仍在严重危害儿童健康的疾病。一般说来，细菌性疾病中西医治疗均有较好的效果，中医治疗研究应侧重于筛选方药、改进剂型，以求高效、速效；病毒性疾病的治疗中医具有一定的优势，应是临床研究的重点。近期选题的重点可在以下疾病中考虑：

- 上呼吸道病毒感染
- 病毒性脑炎
- 病毒性肝炎
- 流行性出血热
- 传染性单核细胞增多症
- 流行性腮腺炎
- 水痘
- 猩红热
- 细菌性痢疾
- 伤寒
- 钩端螺旋体病
- 先天性梅毒
- 淋病



中医药治疗感染性疾病的特点在于,它不仅具有清热解毒的抗病原微生物作用,而且通过发汗解表、止咳平喘、化痰燥湿、活血化瘀、消痈散结、通腑攻下等辨证用药的综合效应,发挥解热、抗炎、抗凝、止血、增强免疫功能、抑制变态反应、改善血液循环、修复组织损害等作用。因此,科研处方及实验指标的设计,绝不能仅局限于其祛邪——抗病原微生物作用,而应当针对该病的病理辨证立方,设立实验指标。已有的研究表明:许多清热解毒中药对多种病毒、细菌、真菌、螺旋体以及原虫等有不同程度的抗生作用,配伍或组成复方抗生范围可以互补,扩大并显示协同增效。但一般而言,其抗生作用均较弱,常用剂量下口服难以达到体内抗生水平,对一些局部感染如肠道感染、皮肤感染等则可达到抗生浓度。所以,中药治疗感染性疾病的机理,还要从多方面设计指标加以研究,如抗内毒素作用(拮抗内毒素的生物学毒性作用和对内毒素的直接解毒,对网状内皮系统(RES)的激活以加强内毒素于体内的清除及消除肠道内毒素等)、解热作用(抑制花生四烯酸代谢,抑制内生致热源生成,抑制下丘脑热敏神经元等)、抗炎作用(抑制炎症早期的毛细血管通透性亢进造成的渗出、水肿,增强对炎症中期白细胞的集聚及炎症晚期纤维组织的增生等)、对免疫功能的影响(增强白细胞及单核巨噬细胞对病原体的吞噬和消化能力,诱生干扰素,诱生白细胞介素,增强溶菌酶活力,促进特异性体液及细胞免疫,抑制Ⅳ、Ⅲ、Ⅰ型变态反应等)、对血液系统的影响(抑制血小板功能,抑制血凝,抗DIC,改善血液流变性等等)。

卫生部制定发布的《中药新药临床研究指导原则·第一辑》中,有“中药新药治疗小儿外感发热的临床研究指导原则”,对基本原则、临床试验、临床验证、承担中药新药临床研究医院的条件提出了明确的要求。近年来,研究小儿外感发热的中药新药的科研项目不少,发挥中药的标本兼治特长,使退热作用起效快而持久且剂型更适于临床使用,应是研究的目标。对于小儿上呼吸道感染中的某些特殊类型,如近年来流行的柯萨奇病毒感染,腺病毒所致咽结合膜热等,均可以作专题研究。

关于病毒性肝炎、流行性出血热的研究已取得不少成果,但儿科的专门研究不多。已建立的研究方法可用于对儿科该病的科研,并结合儿科的发病特点选择专题研究,如儿科各型(甲、乙、丙、丁、戊、己、庚的病原学分型,急性、慢性、重症和瘀胆型的临床分型)病毒性肝炎的临床研究,中医药阻断病毒性肝炎母婴垂直传播的研究等。

流行性腮腺炎的治疗有多种方法,如药物内服、药物外敷、针灸疗法、灯火燻法等,这些疗法缩短病程,治疗脑膜脑炎、腮腺炎、睾丸炎等合并症的临床疗效、作用机理如何,都需要进行系统的临床及实验研究。

淋病、先天性梅毒在儿科有死灰复燃之势,为了制止这类疾病危害儿童健康,除了尽早治疗患病的亲属外,对已发病的儿童也必须积极治疗。中药内服、外治的方药筛选、适应病证、临床疗效、药理毒理等,都需要在吸收传统经验的基础上,结合现代临床发病情况,应用先进的技术手段,与西医药疗法对照比较进行研究。

3. 寄生虫病 寄生虫病是儿科常见病。近10多年来,西药抗寄生虫新药不断问世,但其中一些药物在研制期间虫卵阴转率很高,投入临床应用数年后疗效很快下降。中药驱虫药应用历史长,且能保持其较佳的驱虫效果,治疗方法有复方和单方,青蒿素及其衍生物的多种制剂研制成功,对疟疾特别是恶性疟有显著疗效,更为抗虫中药的有效成分提取制剂研究建立了成功的范例。多种寄生虫病的中医药治疗都值得深入研究:

- 蛔虫病（包括胆道蛔虫症、蛔虫性肠梗阻）
- 蛲虫病
- 钩虫病
- 绦虫病（包括囊虫病）
- 血吸虫病
- 姜片虫病
- 疟疾
- 阿米巴病

驱蛔中药及复方较多，但临床疗效与已有的药理研究结果尚不尽一致，需要加强实验研究，探讨疗效机理、有效剂量、有效成分，研究成果有可能发现一些有效单体，进而研制出新型驱蛔中成药。胆道蛔虫症和蛔虫性肠梗阻用酸以安蛔法治疗已得到肯定，同时使用驱蛔、攻下是增强疗效还是会加剧症状，则有不同的看法，需要通过研究阐明机理，筛选配方及剂量。

绦虫病的槟榔、南瓜子疗法等已从临床及机理研究方面取得了明确的成果。中药治疗囊虫病的研究也不少，有人将其机理归纳为：消积杀虫、软坚散结、镇痉熄风类药物杀死囊虫头节和破坏囊壁；益气养血类药物提高免疫功能，扶正以祛邪；豁痰宣窍、行气活血、渗湿泻下类药物提高囊壁的通透性，更好地发挥杀囊虫治疗和免疫治疗的效用。今后的研究，应致力于优化处方、改革剂型、提取有效成分、确定有效剂量、缩短疗程。

4. 肺系病证 肺系病证主要指呼吸系统疾病，在目前儿科临床上发病率占首位。对于多数常见的肺系病证，中医药治疗均有较好的临床疗效。中医治疗肺系病证，有“不离乎肺，不只在肺”的特点，除从肺论治外，还常从脾、肾、心、肝论治。肺系病证的研究重点如下：

- 反复呼吸道感染
- 支气管炎
- 肺炎
- 哮喘
- 肺脓肿

反复呼吸道感染是目前儿科临床的突出问题之一，应用益气固表、健脾补肺、调和营卫等治法，改善患儿体质、增强免疫力、减少发病，已经取得明显的效果。深入的研究应分别观察有关治法和方药的免疫机理，如各种体液免疫、细胞免疫及呼吸道局部免疫指标，以及有关的微量元素、消化吸收功能、抗病原微生物试验等。有效而应用方便的中成药制剂必将产生良好的社会效益和经济效益。

肺炎的现代研究已不断向探讨按其病因、病理分类的各种肺炎的辨证论治规律发展。呼吸道合胞病毒肺炎、腺病毒肺炎、支原体肺炎、迁延性及慢性肺炎等都有不少研究。中医药治疗肺炎的优势体现于辨证论治、整体观点，产生了扶正、祛邪两方面的效应。主要药效学研究可采用抗菌试验、抗病毒试验、清热作用、止咳作用、化痰作用、抗炎作用及免疫调控作用（如诱生干扰素、诱生白细胞介素）等。

哮喘的发作时治标、平时治本法则为行之有效的。发作期平喘、化痰、止咳，使之尽快缓解，缓解期改善体质、降低致敏性以减少发作，是临床及药理研究的内容。平喘试

验已建立了气管容积法、气管螺旋条法、喷雾致喘法、肺溢流法、抗慢反应物质（SRS-A）法、致敏豚鼠肺支气管灌流法、肥大细胞脱颗粒法等方法，可用于药剂学试验。扶正固本药物的效应则曾从对下丘脑—垂体—肾上腺皮质功能、对血清 IgE 季节性改变与 Ts 功能的影响等方面进行了研究。进一步提高疗效是本病今后研究的重点。

5. 脾系病证 脾系病证是儿科发病率仅次于肺系病证的一类疾病，主要包括西医学消化道疾病和营养性疾病。脾主困，在病理方面常表现为受纳运化功能及营养输布的失常。调理脾胃，恢复脾主运化的生理功能，是中医治疗的优势之一。现代已从临床及实验研究多方面证实了疗效，揭示了作用机理。脾系病证的研究重点在以下疾病：

- 厌食
- 积滞
- 泄泻
- 消化性溃疡
- 急性坏死性肠炎
- 疳病
- 肥胖症

小儿厌食症的现代研究较多，并已提出了调理脾胃药物治疗须与调节饮食相结合的原则。运脾开胃、健脾养胃治法针对不同的证型各有其增进食欲，增强体质的临床疗效，实验研究表明，不少调理脾胃方药具有提高患儿尿 D-木糖排泄率、尿及唾液淀粉酶含量，增加头发、血液中锌、铜等微量元素含量，以及增强免疫功能等作用。对血清胃泌素含量的影响则有不同的研究结果，需要进一步探讨。动物实验已证明了有关方药调节肠蠕动，促进十二指肠对氨基酸、葡萄糖等的吸收作用。关于本病治疗方药对食欲中枢的影响尚待研究。在确立统一的药效学研究指标的基础上，则可进行方药筛选和剂型改革的进一步研究工作。

小儿泄泻的主要药效学研究要求已经提出，包括胃肠运动功能试验、抗腹泻试验、抑菌及抗病毒试验、镇痛试验和脾虚试验等。对不同类型腹泻，如轮状病毒肠炎、致病性大肠杆菌肠炎、空肠弯曲菌肠炎、鼠伤寒沙门氏菌小肠结肠炎、金黄色葡萄球菌肠炎、真菌性肠炎、乳糖酶缺乏等，需要分别研究其辨证治疗规律、有效方药及作用机理。泄泻的给药途径应以口服为主，效佳而服用方便是剂型改革研究的基本原则，葛根苓连微丸就是成功的剂型改革的尝试，已被国家中医药管理局列为急症必备中成药。

疳病的研究可采用脾虚证的研究方法结合小儿疳病的特点进行。疳病动物模型研制应符合目前临床上小儿疳病的病因、证候特点，不应套用苦寒泻下法、利血平法等脾虚造模方法。药效学研究包括：①运化功能试验，如胃功能试验（胃运动试验、胃排空试验、胃液分析）、肠功能试验（离体肠管平滑肌试验、在体肠运动试验、小肠推进运动试验、小肠吸收功能试验）、胃肠道激素测定（胃泌素、促胰液素、抑胃肽、胆囊收缩素—促胰酶素）等。②健脾益气试验，如应激能力试验（耐寒热试验、耐缺氧试验、耐疲劳试验）、免疫功能测定（细胞免疫、体液免疫）、一般情况观察（形态、体重、进食及饮水量、粪便等）。

6. 心系病证 心系病证包括心脏、精神、血液等方面的疾病。这类病证病种多，多数西医有明确的诊断方法，中医药治疗或中西医结合治疗有一定的优势或互补作用。中

医药治疗的现代研究已做了一些工作，尚须深入、持续进行下去。研究的主要病证如下：

- 病毒性心肌炎
- 心律失常
- 心功能不全
- 智力低下
- 儿童多动综合征
- 缺铁性贫血
- 急性白血病
- 过敏性紫癜
- 原发性血小板减少性紫癜
- 维生素 D 缺乏性佝偻病

“中药新药治疗病毒性心肌炎的临床研究指导原则”已经制定，对已经临床初步观察有效的方药应按这一指导原则进行临床研究，争取形成中药新药。对于病毒性心肌炎或其它原因造成的心律失常，可利用多种心律失常动物模型进行方药研究，如用可导致过速型心律失常的药物（乌头碱、强心甙、氯化钡、氯仿—肾上腺素等）造模和电刺激造模，用可导致缓慢型心律失常的麻醉剂诱发、异搏定诱发、烟碱诱发造模等。

对智力低下儿童需加强教育和训练已达成共识，中药促进其智力潜能开发的作用还待进一步探讨，需要通过严格的临床及实验研究观察后加以证实。药理实验的益智实验方法主要有两类，一是常用筛选方法，包括跳台法、避暗法、水迷路法、电迷路法、复杂迷宫趋食法；二是中枢递质和受体测定方法，如乙酰胆碱含量测定方法、单胺类神经递质测定方法。益智方药临床观察的疗程应不少于半年，可用智商（IQ）测定作为客观指标，测定智商的医生要先经培训，也可根据不同病情增加相应的理化检查，如头颅 CT 检查，视力、听力测定等。

中医药治疗缺铁性贫血，着眼于调脾健运，养心补血，促进造血营养物质的吸收及利用，还可以减轻单用铁剂的胃肠道反应等副作用。临床研究指标可观察血红细胞数和形态、血红蛋白、血清铁蛋白、红细胞游离原卟啉、血清铁、骨髓可染铁等。缺铁性贫血动物造模可用营养法，以刚断奶大鼠喂饲缺铁饲料，为加速造型速度，可加用放血方法，每隔 1 天由鼠尾放血 10 滴左右，两周即可使大鼠外周血红细胞数及血红蛋白含量下降。药理实验可观察药物对模型大鼠的补血作用、血液含铁量及铁的相对生物利用率的影响等。

7. 肝系病证 肝系病证包括肝胆、胰腺、神经、运动系统等疾病。这类病证范围较广，中医治疗有内治的多种治法，还有外治、针灸、推拿等多种疗法，对其中一些难治性疾病提供了较多可供选择的治疗手段，现代研究也已积累了不少资料。研究的主要病证包括：

- 惊厥
- 癫痫
- 急性感染性多发性神经根炎
- 儿童类风湿病
- 重症肌无力



- 细菌性肝脓肿
- 急性胆囊炎
- 急性胰腺炎

小儿惊厥的病因很多，其中以高热惊厥最为常见。中医常用的止痉方法有针刺和药物。药物止痉的中成药如小儿回春丹、小儿金丹片、紫雪丹等，对于惊厥正在发作的患儿则及时止痉尚嫌不足，有必要研制应用方便、起效迅速、止痉作用强的成药制剂，如灌肠剂、注射液等。研制的方法可以先作抗惊厥试验筛选方药。惊厥动物造模可用致惊药（戊四唑、印防己毒素、苯甲酸钠咖啡因、硝酸土的宁）诱发惊厥法、电惊厥法、精神运动性发作法等。在药理研究有效、安全的基础上，再进行临床验证研究。

癫痫在现代有不少研究，研究的深入应逐步探索各种不同类型癫痫的治疗用药规律，如简单部分性发作、复杂部分性发作、部分性发作发展为继发性全身发作、失神发作、肌阵挛发作、阵挛性发作、强直性发作、失张力发作、婴儿痉挛等。癫痫药效学试验用动物模型与惊厥相似，有些模型可用于不同类型癫痫的药物筛选，如以最大电休克发作试验、听源性发作法作为癫痫大发作实验模型，以戊四唑致惊法、最小电休克阈值试验作为癫痫小发作实验模型。

应用清热解毒、消痈散结、活血化瘀、扶正托脓等治法，治疗小儿细菌性肝脓肿，较之抗生素治疗，在消散脓肿、回缩肝脏方面有一定优势，尤其是在多发性脓肿而不能采用穿刺排脓及手术治疗者更显示了中医药辨证论治的特长。目前采用超声波等检查能对本病作出明确诊断。进行中医药治疗本病的临床研究是有价值的。

8. 肾系病证 肾系病证包括泌尿系统疾病及生长发育异常一类的疾病。本类病证中多数应用中医药治疗有较好疗效，也有一些病种目前尚较难治，需要研究更为有效的中医或中西医结合疗法。有待研究的主要病证包括：

- 急性肾小球肾炎
- 肾病综合征
- IgA 肾病
- 尿路感染
- 尿路结石
- 遗尿症
- 儿童糖尿病
- 特发性真性性早熟

肾病综合征的中医药治疗，由于雷公藤的应用，已使控制蛋白尿的效果显著提高。对雷公藤的研究有许多方面值得深入进行，如炮制加工、剂型规格、剂量疗程、作用机理、毒副作用等。目前临床应用的有生药（根、茎、叶）、雷公藤浸膏片、雷公藤多甙片、雷公藤乙碱片等，有必要从疗效及副作用等方面对不同用法及每种用法的合适剂量、疗程等，作大样本、长时期的对照研究。雷公藤抑制性腺的副作用，虽有动物实验研究报告为可逆性损害，临床远期随访观察还缺乏大样本资料，该药临床应用 20 年，治愈病例已逐步进入生育期，为远期临床观察总结提供了条件。临床治疗肾病综合征的主要药物，即辨证施治方药、雷公藤、激素、免疫抑制剂等，它们各自的适应症及在不同病情、不同阶段如何单用或联用，联用的剂量、疗程如何掌握，怎样能最大限度减轻毒副作用等等，

特别是提高难治性肾病的缓解率，有许多课题需要研究，研究成果对于提高肾病综合征的疗效，确定高效、低毒治疗方案有着重要价值。

尿路感染也是儿科常见病。用小柴胡汤治疗本病是现代研究进展之一，其思路来自尿路感染与胆道感染皆多由致病性大肠杆菌引起的启发。现代已研究出对常见尿路感染致病菌分别具有抑菌作用的多种中药，但辨证论治仍应是指导原则。中药治疗尿路感染的疗效机理是多方面的，提高了机体的防御机能就是重要机理之一。例如：八正散的100%煎剂对致病性大肠杆菌仍无抑制作用，但该方能显著抑制尿道致病性大肠杆菌(UEC) P菌毛的表达，或使P菌毛表达异常，从而大大降低了其在人尿道上皮细胞上粘附的能力，使之难以定居、繁殖，易被尿流冲洗和尿道蠕动而排除。由此可见，尿路感染的方药运用和机理探讨应打开思路，从多方面深入研究。

遗尿症的疗法较多，如内服辨证论治汤剂、单方验方、药物外治、针灸疗法、推拿疗法等。本病临床研究重在提高疗效，研究思路应立足于区别病因进行研究。原发性遗尿症包括膀胱控制排尿功能成熟延缓或功能性膀胱容量小，以及家族因素；继发性遗尿症可因精神创伤和行为问题，继发于膀胱或全身疾病等。膀胱控制排尿功能成熟延缓与脊柱隐裂引起的遗尿症，疗法及疗效机理有异同，这是显而易见的。区别病因进行研究对指导临床治疗、判断预后，有着重要价值。

(汪受传)



中医儿科学



中医药学高级丛书



# 5

## 新生儿病证

### 5.1 胎怯

#### 【概述】

胎怯是指初生儿体重低下，身材矮小，脏腑功能均未成熟的一种病证。临床以早产儿、小于胎龄儿，即低出生体重儿多见。

本病发病率较高，1979年全世界统计为新生儿总数的9.2%，1987年国内统计为6.4%。低出生体重儿发病率高、死亡率高，是目前围产期婴儿死亡的主要原因。有关研究出生体重和婴儿死亡率之间关系的资料表明，2500g以下的婴儿，死亡率随着出生体重的减少而急剧上升，与正常体重婴儿相比，低出生体重儿在新生儿期死亡的危险性高出40倍，而极低体重儿则几乎是200倍，即使存活，并发其它疾病及生长发育障碍的比例也远远大于正常体重新生儿。此外出生时的低体重不仅对体格发育有很大影响，还将影响小儿的智能发育。

我国早在宋代已对胎怯有所认识，《小儿药证直诀·胎怯》对其临床症状有较详细的描述，指出：“生下面白无精光，大便白水，身无血色，时时哽气多哕，目无精彩。”《小儿卫生总微论方》将胎禀怯弱从五脏分证，《活幼口议》、《幼科发挥》则对胎怯的病因有详细的论述，《景岳全书·小儿则》提出本病治疗“宜专培脾肾为主”。《幼幼集成·胎病理论》对胎怯的预后判断提出：“若后天调理得宜者，十可保全一二，调元散助之。”

目前国内外对低出生体重儿的研究着重在预防及对已娩出者的护理，与治疗有关的研究报道较少，近年来中医儿科界对已娩出的低出生体重儿，运用中医辨证论治的法则，采用现代科研方法，从宏观和微观上探讨胎怯的证候特点和证候本质，发挥中药扶正的优势，增强其体质，提高其存活力及存活质量，降低发病率和死亡率，这是中医学在新生儿领域里新的拓展，是中医药对优生优育的新贡献。

#### 【病因病理】

##### 一、病因

胎怯的发生原因与胚胎的形成及胎儿在宫内生长发育情况密切相关。

1. 肾精亏损易致胚胎形成不良 胎儿是由受精卵发育而成。生命的原始物质是精，此精禀受于父母的先天之精，父母身体强壮，肾精充足，精神愉悦，精力充沛，才能阴阳相和，形成正常胚胎，此即《女科正宗·广嗣总论》所说“男精壮而女经调，有子之道。”凡是影响父母健康的因素，都可以影响胚胎的形成与胚胎的质量，导致胎怯、胎弱

的产生，如早育、高龄、多产等。年少肾气不足，年老肾气已衰，精气少，所孕之子必然羸弱。妇女多产、频产，耗损气血肾精，气血肾精尚未复原复又受孕，必累冲任，重伤肾气，因而生子怯弱，此即如陈飞霞在《幼幼集成·胎病论》中所言：“胎怯者……非育于父母之暮年，即生于产多之孕妇。成胎之际，元精既已浇漓，受胎之后，气血复难长养，以致生来怯弱。”又如饮酒、房劳亦能影响胚胎发育，“醉以入房”则易耗伤肾中精气，生子怯弱。而房事不节频伤肾气，暗耗肾精，胚胎无精以成，无精以养，致令生子天弱。此外，情志因素对胚胎的质量亦有影响，人之情志与脏腑气血功能相互影响，喜怒无常可引起脏腑功能失调，气血紊乱，影响受精卵的发育。

2. 气血不足致胎儿宫内发育不良 胎儿在母体内的生长发育，除以肾精为物质基础外，还需不断摄取来自母体的营养物质，使胎儿不断增长。如营养供给不足，孕母素体脾虚，气血亏乏，或怀孕期间脾失健运，不能充分吸收水谷精微以充养先天肾精，气血无以化生，冲任二脉亏虚，则致胎萎不长，正如《胎产心法·胎不长养过期不产并枯胎》所云“胎之能长而旺者，全赖母之脾土，输气于子。凡长养万物，莫不由土，故胎之生发，虽主乎肾肝，而长养实关乎脾土。”孕母脾虚是胎怯形成的重要原因，再如孕母素体多病，气虚血少，或怀孕时患病，各脏腑功能失调，脾失健运，不能正常输送气血精微充养胞胎，可致胎儿宫内生长发育迟缓，出生时体重不足。双胎、多胎亦是造成胎怯的因素之一，多胎更需水谷精微供养，孕母脾运供不应求形成相对脾虚。此外，胎盘因素亦对胎怯的形成有影响，父母先天之精构成胎盘的物质基础，若父母先天肾亏，精血不足，或孕母脾虚不运，气血精微衰少，均可致胎盘重量减少，胎盘功能不全，从而影响对胎儿营养的供应，使胎儿体重不增。

## 二、病理

1. 五脏皆虚，失于荣养 胎怯的病理机制为五脏皆虚，禀受于气之不足也，如禀肺气为皮毛，肺气不足则皮薄肤寒，毛发不生；禀心气为血脉，心气不足则血不华色，面无光彩；受脾气为肉，脾气不足，则肌肉不生，手足如削；受肝气为筋，肝气不足则筋不束骨，机关不利；受肾气为骨，肾气不足，则骨节软弱，久不能行。胎怯是多种原因所致的先天不足，五脏均呈虚弱，然病变关键主要在脾与肾。

2. 先后天不足，长养维艰 胎怯发病与脾肾两虚有密切关系。肾藏精，是人体生命活动的物质基础，其中先天之精受之于父母，既形成胚胎，又促进生长发育，维持全身代谢，先天之精需赖后天之精不断滋养才能充实，后天之精又须有先天之精蒸化才能被吸收和转输。胎怯儿成胎之际即肾精不充，出生之后，无精以资脾之运化，必然得不到后天之精的充养，根本虚则各脏腑无以滋生化育，因而不论是形态还是功能均表现为怯弱和不足，然胎怯儿虽五脏皆虚，总由肾脾两虚所致。

### 【诊断与鉴别诊断】

#### 一、诊断要点

1. 初生儿出生时形体瘦小，肌肉瘠薄，面色无华，精神萎软，气弱声低，吮乳无力，筋弛肢软。一般体重低于2500g，身长少于45cm。

2. 有造成先天不足的各种病因，如早产，多胎，孕妇体弱、疾病，胎养、胎教失宜，胎盘、脐带异常等等。

#### 二、鉴别诊断

胎怯患儿包括西医学所称的早产儿及小于胎龄儿，二者主要区别在于胎龄，还可从皮肤、头发、耳壳等外形去区别。早产儿胎龄不足37周，其出生体重多数不足2500g，身长不足45cm，皮肤薄、发亮，或有水肿，有毳毛及胎脂，头发乱如绒线，耳壳软，乳腺平坦无结节，指趾甲多未达指趾端，阴囊少皱襞，大阴唇不能覆盖小阴唇。小于胎龄儿，是指出生时体重在同胎龄正常体重的2个标准差以下，或在第10个百分点以下，或比该胎龄应有体重低25%者，若足月但体重在2500g或以下者，称足月小样儿。

### 【辨证论治】

#### 一、证候辨别

1. 辨别五脏病位 胎怯有五脏禀受不足轻重之分。肺虚者气弱声低，皮肤薄嫩，胎毛细软；心虚则见神萎面眺，唇爪淡白，虚里动疾；肝虚者筋弛肢软，目无神彩，易作痲疯；脾虚者肌肉瘠薄，萎软无力，吮乳量少，呛乳溢乳，便下稀薄，目肤黄疸；肾虚者形体偏小，肌肤欠温，耳廓软，指甲软短，骨弱肢柔，睾丸不降。

2. 辨别病情轻重 小于胎龄儿据其临床表现，病变程度有轻重之分。轻型者胎脂消失，表皮轻度浸软再干后发皱可裂干，外型瘦长，眼睛张开能凝视四周。中型者除轻型症状外，羊水、脐带、羊膜、胎儿皮肤均有胎粪污染，伴羊水吸入或缺氧性颅内出血。重型者除上述症状外，胎粪色素沉着尤为明显，指甲、脐带、皮肤成黄绿色，但不均匀，表皮裂缝角化层下面的皮肤不黄，可与真性黄疸鉴别。

#### 二、治疗原则

治疗胎怯可采用脏腑辨证分别论治。肾为先天之本、元气之根，禀赋不足，当以补肾培本为主，促进患儿加速发育成长。脾为后天之本，先天不足者赖后天滋补，充其不足，使气血化生有源，胎怯儿得以长养。临床辨证主要为肾精薄弱和脾胃亏虚两个主要证型，分别给予益精充髓，补肾温阳，补气养血，温补脾阳治之。必要时根据证情需要，给予脾肾并补，并配合应用补肺、补心、补肝治法。补益同时佐以助运，避免呆滞。若患儿合并肺炎、败血症、硬肿症、溶血症等，又当先治其标或标本兼治，合并症好转后再缓图其本。

#### 三、分证论治

##### 1. 肾精薄弱

证候表现 形体瘦小，头大凶张，头发稀黄，耳壳软薄，耳舟不清，肌肤欠温，哭声低微，神萎少动，指甲软短，骨弱肢柔，或有先天性缺损畸形，脉息微弱。

辨证要点 本证为胎怯最常见证型，多见于早产儿，表现为肾虚，元精薄弱。与脾胃亏虚从头发、耳壳、神态、指甲诸方面可以鉴别。

治法主方 益精充髓，补肾温阳。补肾地黄丸加减。

方药运用 常用药：熟地、茯苓、山药、枸杞子、紫河车、鹿角胶（烊化）、肉苁蓉、杜仲等。不思乳食加麦芽、谷芽、砂仁；兼见气虚加黄芪、党参；肢体不温加附子、鹿茸；唇甲青紫加丹参、红花。

##### 2. 脾胃亏虚

证候表现 肌肉瘠薄，手足如削，萎软弛缓，口软无力，吮乳量少，呛乳溢乳，哽气多哕，便下稀溏，目肤微黄，啼哭无力，指纹色淡。

辨证要点 本证主要表现为脾虚胃弱，多见于小于胎龄儿。有双胞胎、多胎史及孕母

高龄或多病史。脾主肌肉四肢，开窍于口，脾气虚弱，故吮乳无力或不乳，吐泻为脾胃气机升降失常。

治法主方 补气养血，温运脾阳。保元汤加减。

方药运用 常用药：黄芪、人参、甘草、肉桂、干姜、茯苓、白术、陈皮。呕吐者加半夏、生姜；腹泻者去陈皮，加山药、苍术；腹胀者加木香、枳壳；喉中痰多加半夏、川贝。患儿气微欲绝，用生脉饮注射液静脉滴注；四肢厥冷用参附汤救治。

### 【其它疗法】

#### 西医疗法

1. 一般处理 发生青紫及呼吸困难时给予吸氧，不宜长期持续使用。
2. 补充营养素 生后头3天给维生素K<sub>1</sub>，可防止出血，生后第3天可给维生素B、维生素C。生后第10天可给浓鱼肝油滴剂。生后1个月给予铁剂。体重小于1500g的早产儿需补充维生素E 2个月，防止生理性贫血加重，预防氧中毒。
3. 预防低血糖 早期喂养及静脉补充10%葡萄糖，对血糖在2.22mmol/L (40mg/dl)以下者，即应静脉滴注25%葡萄糖2~4ml/kg，然后滴注10%葡萄糖，维持血糖在2.22~5.5mmol/L为妥。复发性低血糖可加用氢化考的松5~10mg/kg，每日1次静脉滴注，或泼尼松2mg/kg，每日口服。或高血糖素50μg/kg肌肉注射，每4小时1次。血糖稳定后停葡萄糖，再停激素。
4. 并发症的治疗 并发低血钙抽搐者，立即静脉滴注葡萄糖酸钙，用等量葡萄糖液稀释，慢滴。有红细胞增多症者则进行部分交换输血。对纳呆伴营养不良、发育不良者给予锌剂，或间歇输小量血浆。
5. 防止感染 合并吸入性肺炎或其它感染时，应用抗生素控制感染。

### 【预防护理】

#### 一、预防

做好产前检查，注意胎儿生长情况，积极治疗严重妊娠反应，预防和控制妊娠中毒症。纠正贫血，劳逸结合，避免感染。

#### 二、护理

1. 胎怯儿阳气不足，注意保暖，根据不同条件采用不用保温措施。
2. 按体重、日龄计算所需热量，初生3~4天，不宜过多喂奶，可采用渐加法。吞咽功能差者可采用胃管喂养，或静脉补充营养液。
3. 保持室内空气新鲜，在不直接吹风情况下开窗换气。一切用品均应消毒后使用，接触患儿应戴口罩、帽子，初生儿应侧位睡眠，防止呕吐物吸入，勤翻身以防发生肺炎咳嗽。

### 【文献选录】

《小儿药证直诀·脉证治法》：“胎怯面黄，目黑睛少，白睛多者，多哭。”

《小儿卫生总微论方·胎中病论》：“儿自生下以来，面无精光，肌肉脆薄，大便白水，身无血色，时时哽气多哕，目黑睛少，羸羸多哭，此胎怯也。宜天麻浴汤治之。”

《小儿病源方论·胎怯》：“小儿因胎禀怯弱，外肥里虚，面眇白色，腹中虚响，呕吐乳奶，或便青粪，或头大凶开。若失治者，后必为慢惊风而难愈也。宜预服长生丸。”

《幼幼集成·胎病论》：“胎怯者……非育于父母之暮年，即生于产多之孕妇。成胎之



际，元精既已浇漓，受胎之后，气血复难长养，以致生来怯弱。若后天调理得宜者，十可保全一二。调元散助之。”

### 【现代研究】

#### 一、药效学研究

以往对低出生体重儿的研究主要在发生原因和提高护理质量等方面，药物治疗方法鲜见。南京中医药大学姚惠陵等认为低出生体重儿的临床表现属中医胎怯肾脾两虚证，据此证型，研制出补肾健脾的助长口服液，用于临床，疗效良好。经动物实验表明，助长口服液可使胎怯豚鼠血生长激素、胃泌素、皮质醇明显升高，ACTH下降，均趋向于正常水平，表明其补肾健脾作用可能就是通过恢复某些内分泌激素的正常水平，使之发挥促进生长发育和消化吸收，调节全身代谢的功能实现的。<sup>[1]</sup>

胎儿宫内生长迟缓是导致胎怯的一个重要因素，目前对胎儿宫内生长迟缓的研究已成为围产医学领域的重要课题之一。张秀泉等报道，在用被动吸烟法建立孕兔胎仔宫内生长迟缓动物模型基础上，观察了丹参注射液加山莨菪碱的治疗效果，药物为复方丹参注射液2ml（含丹参、降香各2g）、山莨菪碱1mg，每日腹腔注射1次，对照组以生理盐水2ml，每日腹腔注射1次，两组动物均从孕15天开始腹腔注射，5天为1个疗程，休息2天，共治疗两个疗程。结果显示：治疗组胎仔体重、肝脏重量及脑组织重量较对照组显著增加（ $P < 0.01$ ）。治疗组胎仔宫内生长迟缓发生率较对照组有降低趋势。治疗组子宫胎盘血流量较对照组显著增加（ $P < 0.01$ ）。研究表明，血管解痉剂能增加子宫胎盘血流量，使胎体血浆氨基酸浓度上升，对胎儿在宫内的生长发育有明显的促进作用。<sup>[2]</sup>

#### 二、临床研究

关于本病的预防、临床分证、治疗及机理探讨，近年来均有研究。

胎怯的发生因素，众多研究均表明与孕妇的身体状况有关。仇凤琴报道小于胎龄儿占同期活产新生儿总数的13.4%，小于胎龄儿父母的身高、体重明显低于正常组，说明小于胎龄儿的发生与父母矮小有密切关系，2.23%的小于胎龄儿母亲患有慢性病，可能是小于胎龄儿发生的一个因素。<sup>[3]</sup>另据八省市科研协作组调查报道，1989~1990年共调查产妇26941例，分析低出生体重儿发生因素为：①孕母年龄 $\leq 20$ 或 $\geq 35$ 岁。②孕母身高偏低。③孕母仅具小学文化程度或文盲及重体力劳动者。④母亲怀孕期拒食蛋白及脂肪食物。⑤孕母工作在放射线辐射范围内。⑥怀孕后期受外伤或性交。⑦父亲吸烟每日 $> 10$ 支或母亲孕期每日暴露在烟雾环境中达3小时以上。<sup>[4]</sup>

胎怯儿除出生时发病率、死亡率均高于正常足月儿外，其生长、智能发育亦受一定影响。如郭俊良报道，273例极低出生体重儿占同时期活产儿的4.1%，住院期间发病以产时窒息、肺炎、肺出血、硬肿症多见，院内死亡164例，病死率60.1%，存活60例。至1~12岁，其中2例严重脑瘫，5例1~2个肢体脑性瘫痪，20例上小学，11例学习困难。<sup>[5]</sup>吴颀明在对150名低出生体重儿进行体格与智能发育调查后指出，体重150例中86例低于同龄儿均值，占57.32%，差异明显，身高发育150例中低于同龄儿均值69例，占46%，头围发育不受影响，智能落后与出生体重正相关，体重越低，影响越大。<sup>[6]</sup>

胎怯患儿的临床辨证分型以往鲜有报道。汪受传等在对100例患儿临床观察后指出：胎怯患儿脏腑虚弱，有五脏不足的种种表现，由此分为5种证型，脾虚证：肌肉瘠薄，手足如削，口软无力，吮乳量少，呛乳溢乳，嗳气多，腹泻腹胀，目肤黄染。肾虚证：身

材矮小，头大凶张，甚则颅缝开解，颅骨软，发黄细少，耳壳软薄，耳舟不清，指甲菲薄未达指尖，足纹浅少，肌肤欠温，时或青紫，骨弱肢柔，男婴阴囊淡白松弛或有辜丸不降，女婴大阴唇分开小阴唇突出。肺虚证：呼吸微弱，浅快或不规则，咳嗽无力，皮肤薄嫩，透明滑粘，胎毛多而细软，胎脂满布。心虚证：精神萎靡，啼哭无力，唇爪淡白或青紫，面无光彩，身无血色。肝虚证：目无神采或目闭不睁，筋脉弛长，肢软不收，或四肢拘急，时作痲疯。<sup>〔7〕</sup>

姚石安指出胎萎不长临床辨证虽有气血不足、脾肾虚损不同，总的治则以益气血、滋化源而固养胎元为主，在扶正前提下酌加活血药具有积极意义，临床观察表明，以益气补肾、活血化瘀方（黄芪30g，人参6g，菟丝子20g，狗脊、杜仲、仙灵脾、当归各15g，川芎、红花各12g）给孕妇口服，有改善不匀称型胎儿宫内生长迟缓的作用。<sup>〔8〕</sup>姚氏的论点为预防胎怯儿的出生有一定积极作用。

姚惠陵等曾检测胎怯患儿血清 $T_3$ 、 $T_4$ 值以探索胎怯脾肾两虚证与一些内分泌激素之间的关系及健脾补肾中药对其影响。结果表明胎怯患儿 $T_3$ 值低于正常标准， $T_4$ 值高于正常标准。由于 $T_3$ 进入细胞较 $T_4$ 容易，其生理活性较 $T_4$ 强3~4倍，因此胎怯患儿 $T_3$ 值低下说明其生长发育和消化功能均处于低下水平，符合脾肾两虚证，经调补脾肾，治疗组血清 $T_3$ 值升高，较对照组有显著差异，提示健脾补肾中药可升高低出生体重儿某些低下的内分泌激素水平，使之发挥正常功能，其促进生长发育的作用可能与其调整内分泌激素水平有一定关系。<sup>〔9〕</sup>

汪受传等应用人参、紫河车、鹿角片、麦芽等药物制成的助长口服液，连续服药1个月，治疗出生体重低于2500g的本病患儿100例，同时以不服药之同期患儿50例作对照，观察两组1个月、2个月、3个月时的体重、身长、头围、胸围、上臂围等各项主要生长发育指标，治疗组均显著高于对照组。疗效评定，各项临床症状改善情况，治疗组均优于对照组。患病率、死亡率，治疗组低于对照组。<sup>〔10〕</sup>

## 现代参考文献

- 〔1〕姚惠陵，等．补肾健脾法促进低出生体重儿生长发育的机理探讨．南京中医药大学学报，1995，（5）：34
- 〔2〕张秀泉，等．应用血管解痉剂治疗胎儿宫内生长迟缓的实验研究．实用中西医结合杂志，1995，8（2）：93
- 〔3〕仇风琴．小于胎龄儿发生率及其发生的有关因素．广州医药，1988，（4）：13
- 〔4〕八省市科研协作组．我国北方八地区低出生体重儿发生因素的研究．中华儿科杂志，1992，30（4）：210
- 〔5〕郭俊良．273例极低出生体重儿临床和随访．新生儿科杂志，1991，6（6）：255
- 〔6〕吴颖明．低出生体重儿的体重及智能发育的调查．实用儿科临床杂志，1991，6（5）：269
- 〔7〕汪受传，等．补肾健脾法治疗胎怯的临床研究．中国医药学报，1996，（2）：13
- 〔8〕姚石安．中医治疗胎儿宫内生长迟缓需注意什么．中医杂志，1995，36（1）：694
- 〔9〕姚惠陵，等．健脾补肾法治疗胎怯脾肾两虚证的临床观察．江苏中医，1994，（7）：42
- 〔10〕汪受传．胎怯从补肾健脾证治研究．新中医，1997，（7）：10

（郁晓维）

## 5.2 胎黄

### 【概述】

胎黄，以婴儿出生后全身皮肤、粘膜、巩膜发黄为特征，因与胎禀因素有关，故称“胎黄”或“胎疸”。

西医学称胎黄为新生儿黄疸，包括了新生儿血清胆红素增高的一系列疾病，分为生理性黄疸和病理性黄疸。生理性黄疸大多在生后2~3天出现，4~6天达高峰，7~10天消退，早产儿持续时间较长，除有轻微食欲不振外，一般无其它临床症状。若生后24小时前后即出现黄疸，2~3周仍不消退，甚或持续加深；或消退后复现，则为病理性黄疸。延迟喂养、呕吐、寒冷、缺氧、胎粪排出较晚等可加重生理性黄疸；新生儿溶血症、先天性胆道闭锁、婴儿肝炎综合征、败血症等可造成病理性黄疸。

本症多因母体胎孕之时，湿热熏蒸于胞胎，或产后感受湿热邪毒而致。轻者可不治而愈，重者因邪毒内陷心包，扰乱神明，可致昏迷、抽搐，甚至阳气暴脱而致死亡。

我国早在隋代《诸病源候论·小儿杂病诸候·胎疸候》中对胎疸的病因、症状已有论述，提出其病因为“其母脏气有热，熏蒸于胎”，症状为“至生下小儿体皆黄”。历代医家对此证的辨证认识不断提高。如《小儿药证直诀·黄相似》指出胎黄“若淡黄兼白者，胃怯、胃不和也。”而《婴童百问》则在治疗方面提出茵陈汤等处方，较以往有了进一步充实。

建国以来各地儿科工作者在应用中医治疗黄疸的理法方药基础上，对各种不同原因引起的新生儿病理性黄疸进行了系统的临床观察和研究，其中对新生儿溶血症采取中西医结合治疗，取得了较好的疗效和丰富的经验，并在应用中药预防新生儿溶血症方面有所突破，对新生儿肝炎综合征的治疗也积累了不少临床经验，丰富和发展了中医药对胎黄的证治内容与给药途径，使中医中药在防治新生儿疾病的领域中扩大了应用。

### 【病因病理】

#### 一、病因

多种病因可引起胎黄，常见的有湿热熏蒸、寒湿阻滞、瘀积发黄3个方面。

1. 湿热熏蒸 由于孕母素蕴湿热之毒，遗于胎儿。正如《幼科铁镜·辨胎黄》云：“胎黄由娠母感受湿热传于胎儿，故儿生下，面目通身皆如金黄色。”或因胎产之时，出生之后，婴儿感受湿热邪毒所致。

2. 寒湿阻滞 孕母体弱多病，气血素亏，以致胎儿先天禀赋不足，脾阳虚弱，湿浊内生，或生后为湿邪所侵。湿从寒化，寒湿阻滞。

3. 瘀积发黄 小儿禀赋不足，脉络阻滞，或湿热蕴结肝经日久，气血郁阻，如《张氏医通·黄疸》说：“诸黄虽多湿热，然经脉久病，不无瘀血阻滞也。”

#### 二、病理

1. 湿从热化，热重于湿 新生儿五脏六腑成而未全，形气未充，脾运不健，感受湿热之邪未能输化，郁结于里，气机不畅，郁蒸肝胆，以致蕴生黄疸，出生以后，发于肌肤面目，而致皮肤发黄。因湿从热化，热重于湿，故黄色鲜明，常伴热象，属阳黄之候。如热毒炽盛，卒然发黄，邪陷厥阴，则黄疸迅速加深，伴神昏、抽搐等急黄之危象。

2. 湿从寒化，脾阳被困 先天禀赋为胎寒素质者，脾阳虚弱，复因孕母之湿内传，蕴

郁脾胃，寒湿阻滞，以致气机不畅，肝失疏泄，胆汁外溢而致发黄。正如《临证指南医案·疸》所言：“阴黄之作，湿从寒水，脾阳不能化热，胆汁为湿所阻，渍于脾，浸淫肌肉，溢于皮肤，色如熏黄。”因湿从寒化，故黄色晦暗，精神疲乏而为阴黄之候。

3. 湿热蕴郁，气滞血瘀 小儿禀赋虚弱，湿热内阻，气机不畅，肝胆疏泄失常，以致气滞血瘀，脉络瘀积而发黄，由于瘀积在里，故面目皮肤发黄，色深而暗，且伴有肚腹膨胀，腹壁青筋怒张，肋肋下有积聚痞块等症。此外亦有因先天缺陷，胆道不通或阻塞，胆汁不能循经疏泄，瘀积在里，横溢肌肤，因而发黄的。

### 【诊断与鉴别诊断】

#### 一、诊断要点

按国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》内胎黄的诊断依据：

1. 黄疸出现早（出生 24 小时内），发展快，黄色明显，可消退后再次出现，或黄疸出现迟，持续不退。肝脾常见肿大，精神倦怠，不欲吮乳，大便或呈灰白色。
2. 血清胆红素、黄疸指数显著增高。
3. 尿胆红素阳性及尿胆原试验阳性或阴性。
4. 母子血型测定，以排除 ABO 或 Rh 血型不合引起的溶血性黄疸。
5. 肝功能可正常。
6. 肝炎综合征应作肝炎相关抗原抗体系统检查。

#### 二、鉴别诊断

胎黄应首先鉴别其为生理性黄疸或病理性黄疸。病理性黄疸中再区别其为溶血性黄疸、阻塞性黄疸、肝细胞性黄疸或感染性黄疸，还应及早发现胆红素脑病。

1. 生理性黄疸 大部分新生儿生后第 2~3 天出现黄疸，于第 4~6 天最重。足月儿生后 10~14 天消退，早产儿延迟至第 21~28 天消退。血清胆红素足月儿不超过  $204\mu\text{mol/L}$ ，早产儿不超过  $255\mu\text{mol/L}$ 。一般情况良好，不伴其它临床症状。

2. 溶血性黄疸 生后 24 小时内即出现黄疸，第 1 周内黄疸很快加剧。并有贫血，肝脾肿大，重者出现水肿，并发心力衰竭，严重者引起胆红素脑病。常见于新生儿 ABO 血型不合溶血病、先天性葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症。早产儿注射大剂量维生素 K，孕妇临产前服用磺胺类药物，或患先天性疟疾等，也可致初生儿早期出现溶血性黄疸。维生素 E 缺乏可致早产儿后期溶血性黄疸。

3. 阻塞性黄疸 黄疸持续不退，陶土灰白色大便，食欲不振，出生时体重偏低，肝脾肿大等。多见于胆管闭锁、胆汁瘀积综合征。

4. 肝细胞性黄疸 起病缓慢，常在生后 1~3 周出现症状，大便色泽变浅，初期可有厌食、体重不增等表现，肝脏轻度或中度肿大，实验室检查可见结合胆红素与非结合胆红素均增高，多由乙型肝炎病毒、巨细胞病毒、单纯疱疹病毒、柯萨奇病毒等感染引起。

5. 新生儿败血症及其它感染 新生儿感染可伴有黄疸，尤其在较严重的细菌感染时黄疸更多见。感染时除黄疸外，常伴精神萎靡、反应差、厌食及体温改变等表现。

6. 胆红素脑病 早期表现嗜睡、吸吮反射减弱和肌张力减低，此期又称为警告期，历时  $1/2\sim 1$  天进入痉挛期，小儿见发热，轻者两目凝视、眨眼及阵发性肌张力增高，重者有角弓反张，两手握拳，前臂内旋，时有尖叫，多数患儿因呼吸衰竭或肺出血而死亡。若渡过痉挛期，2 天内进入恢复期，先是吸吮力和对外界反应渐恢复，继而呼吸好转，痉挛

渐消失。后遗症常在生后第2个月或更晚出现，表现为手足徐动，眼球运动障碍，听力障碍，智能障碍，牙釉质发育不全。

### 【辨证论治】

#### 一、证候辨别

1. 辨阴阳属性 胎黄一般分阴黄、阳黄两大类，辨别阴阳属性可以从黄疸色泽、全身症状来区别。凡黄疸色泽鲜明如橘，尿黄如橘汁，烦躁多啼，口渴喜饮，舌红苔黄腻，则为阳黄；黄疸色泽晦暗，久久不退，神疲肢凉，腹胀食少，大便稀薄，舌淡苔薄，则为阴黄。

2. 辨病位 胎黄的病变脏腑主要在脾胃与肝胆，无论是湿热熏蒸，寒湿阻滞，均蕴于脾胃，新生儿脏腑柔弱，脾运不健，未能输化，郁结于里，熏蒸肝胆，以致胆汁外泄，透发于外而致面目、周身皮肤发黄。

3. 辨虚实 由于病因不同，禀赋有异，所以病证发生发展过程中各有病程长短、病性寒热之区别，其病机属性亦有虚实两大类。寒湿阻滞者往往病程较长，中阳不振，多属虚证。湿热熏蒸所致发黄，一般病程较短，多属实证。瘀积发黄者，黄疸逐渐加深，伴肚腹胀满、腹壁青筋显露，多属虚中夹实之证。

4. 辨胎黄动风与胎黄虚脱 凡起病急暴，见抽搐昏迷，黄疸急剧加重，此为胎黄动风。若正不胜邪，阳气暴脱，证见气促昏睡，四肢厥冷，不吃不哭，则为胎黄虚脱。

#### 二、治疗原则

生理性黄疸能自行消退，不需治疗。病理性黄疸以利湿退黄为基本治疗法则。根据阴黄与阳黄的不同，分别治以清热利湿退黄和温中化湿退黄。瘀积发黄佐以化瘀消积。胎黄动风加以清热熄风，胎黄虚脱急于回阳固脱。动风与虚脱均为危急证候，应中西医结合治疗，以降低死亡率及后遗症。由于初生儿脾胃薄弱，故治疗过程中尚须顾护后天脾胃之气，不可过用久用苦寒之剂，以防苦寒败胃，克伐正气。

#### 三、分证论治

##### (一) 常证

##### 1. 湿热熏蒸

证候表现 面目皮肤发黄，色泽鲜明如橘，哭声响亮，不欲吮乳，或有发热，大便秘结，小便深黄，舌质红，苔黄腻。

辨证要点 本证由孕母湿热内蕴，传于胎儿所致，为病理性胎黄最常见证候。起病急，表现为阳黄，全身及舌苔症状均显示湿热壅盛之象。与寒湿阻滞可从皮肤色泽、全身寒热证象区别。新生儿溶血性黄疸及肝细胞性黄疸多表现为此证。

治法主方 清热利湿，利胆退黄。茵陈蒿汤加味。

方药运用 常用药：茵陈、栀子、大黄、黄芩、金钱草、郁金、泽泻、车前草等。热重加虎杖、龙胆草；湿重加猪苓、茯苓、滑石；呕吐加半夏、竹茹；腹胀加厚朴、枳实。

本证常见气血不和，可加柴胡、青皮、枳壳、当归、赤芍调气和血。苦寒之品易伤脾胃，不可过量，中病即止。若病去七八分可配用白术、陈皮、生麦芽、焦山楂等健脾和胃，治疗过程中应时时顾护脾胃之气。对于黄疸较重或日久不愈者，多为湿热夹杂，内蕴血分。血瘀不行，则黄疸日渐深重，可加丹皮、丹参、赤芍、血竭等活血化瘀之剂。本证还可用茵陈黄注射液加10%葡萄糖注射液20ml稀释后静滴，根据病情轻重，每日2~

8ml 分 1~2 次滴注，至黄疸完全消退。本证的治疗关键在于早期、足量、足程，务必防止留邪。

## 2. 寒湿阻滞

**证候表现** 面目皮肤发黄，色泽晦暗，精神萎靡，四肢欠温，便溏色灰白，小便短少，舌质淡，苔白腻。

**辨证要点** 本证多因孕母体弱多病，气血素亏，致胎儿禀赋不足，脾阳虚弱，湿自内生或湿从寒化所致，或由湿热熏蒸日久不愈转变而来。起病缓，病程长，预后相对较差。临床表现为阴黄，伴有四肢欠温、便溏虚寒之象。梗阻性黄疸多表现此种证型，溶血性黄疸及肝细胞性黄疸亦有属于此证者。

**治法主方** 温中化湿，益气健脾。茵陈理中汤加减。

**方药运用** 常用药：茵陈、党参、茯苓、薏苡仁、干姜、白术、生麦芽、车前草。寒盛加附子；肝脾肿大，络脉瘀阻加三棱、莪术、石打穿、紫丹参；四肢不温加桂枝；大便溏薄加白术、山药；食少纳呆加砂仁、神曲。本证属阴黄，治疗中不可用过辛热之品，以免化燥伤阴。酌情小剂量配用清利湿热之品可有助于退黄。由于本证型起病缓，病程长，治疗过程中应注意守法守方，并辨证与辨病相结合，以免延误病情。

## 3. 瘀积发黄

**证候表现** 面目皮肤发黄，颜色逐渐加深而晦暗无华，右胁痞块质硬，肚腹膨胀，青筋显露，或见瘀斑、衄血，唇色暗红，舌见瘀点，苔黄，指纹青紫。

**辨证要点** 本证多由湿热阻遏气机，或先天胆道阻滞，气滞血瘀而致。湿瘀交阻，肝胆疏泄不畅，故黄色深而暗。瘀血内阻，血不循经而妄行故可见衄血、瘀斑。辨证关键除湿之外，还包含有形瘀积这一重要病理变化。

**治法主方** 化瘀消积，疏肝退黄。血府逐瘀汤加减。

**方药运用** 常用药：柴胡、郁金、枳壳、甘草、桃仁、当归、川芎、赤芍、生地、红花、牛膝等。小便短赤、大便干结加茵陈、栀子、大黄；黄疸日久加金钱草、莪术；皮肤瘀斑、便血、衄血加丹皮、仙鹤草；纳差加焦山楂、炒谷芽；腹胀加木香、香橡皮。

瘀积证多因湿热未解，伤及血分而致肝脾络脉瘀阻，用药可配凉血行瘀之品，使瘀积潜化缓消，以利于黄疸的消退，此即所谓“治黄先治血，血行黄自却”。治疗中应注意疏泄不可太过，破瘀防伤正气。必要时可加扶正之品。

## (二) 变证

### 1. 黄疸动风

**证候表现** 面目全身发黄，逐渐加重，黄如橘色，神萎嗜睡，阵阵尖声哭叫，口角抽动或全身抽搐，或不吃不哭，前囟隆起，角弓反张，舌红苔黄，指纹青紫。

**辨证要点** 本证为肝胆热甚，内陷厥阴所致，病情危重，来势骤急，极低出生体重儿易发生此证，即西医学所称胆红素脑病。临床以抽痉、面目深黄为主证，属实证热证，与黄疸虚脱之阳气暴脱不难区别。

**治法主方** 平肝熄风，利湿退黄。羚角钩藤汤加减。

**方药运用** 常用药：羚羊角粉（另服）、钩藤、天麻、茵陈、生大黄（后下）、车前子（包）、石决明（先煎）、川牛膝、僵蚕、栀子、黄芩。

伴血虚者加用养血之品如当归、赤芍、丹参等。极低出生体重儿易发生此证，应在

早期出现轻微黄疸时及时退黄，尽快控制血清胆红素水平。

胆红素脑病会留有后遗症，目前对此尚缺乏良好治法。从其症状看，常遗有臂向后伸、筋脉拘紧、智力低下、食欲欠佳等，属肝肾两虚，脾虚化源不足，可从补益肝肾、养血荣筋治之。药用熟地、女贞子、白芍、沙参、丹参、制龟版、茯苓、牡蛎、补骨脂、川断、鸡血藤、太子参等。

## 2. 黄疸虚脱

证候表现 产后 24 小时内出现黄疸，迅速加重，色深，常伴面色苍黄，浮肿，气促，神萎，昏睡，不吃不哭，四肢厥冷，胸腹欠温，舌淡苔白。

辨证要点 本证为黄疸危证，邪盛正虚，正不胜邪，发生阳气暴脱，关键在正衰不在邪多。此为气阳虚脱的濒危证候，不及时抢救则导致死亡。

治法主方 大补元气，温阳固脱。参附汤合生脉散加减。

方药运用 常用药：人参、附子、干姜、五味子、麦冬、茵陈、金钱草。

以上两证均起病急，病势危，除中医辨证治疗外，当结合辨病方可提高疗效。另应中西医结合治疗，配合光疗、换血、支持疗法等，降低死亡率。

## 【急症处理】

新生儿溶血病重型，血清胆红素血症致胆红素脑病等，属于胎黄急症，应采取综合措施，降低血清胆红素，防止未结合胆红素的游离，从而防止黄疸动风、虚脱的发生。中医治法参照前“变证”处理。西医治法如下。

### 1. 换血疗法

(1) 换血指征 产前诊断基本明确，新生儿出生时脐血血红蛋白低于 120g/L，伴水肿、肝脾肿大、心力衰竭者。脐血胆红素  $>68\mu\text{mol/L}$ ，或血清胆红素  $>342\mu\text{mol/L}$ 。

(2) 血源选择 Rh 血型不合时，用 Rh 血型同母亲、ABO 血型同小儿的血。ABO 血型不合用 O 型血细胞、AB 型血浆配合的血。

(3) 换血量以两倍患儿血量为宜，一般为 400~600ml/次。

### 2. 光照疗法

(1) 光照指征 凡总胆红素在  $204\sim255\mu\text{mol/L}$  以上者。若早期出现黄疸并进展迅速者，低体重儿有黄疸者指征可放宽。确诊为溶血病，一旦出现黄疸即可治疗。

(2) 方法 新生儿裸体卧于光疗箱中，用单光（20W 蓝色荧光灯管 8 支平行排成弧形，管间距离 2.5cm，距患儿 35~50cm），或用双光（上下各 6 个管，下方距患儿 25~35cm）照射，持续 24~48 小时，胆红素下降到  $120\mu\text{mol/L}$  以下停止光疗。

### 3. 一般治疗

目前主张一般新生儿均可于生后半小时内即开始吮乳，供给足够热卡。及时纠正窒息、酸中毒、低血糖，给白蛋白 1g/kg 或血浆 25ml/次。控制感染。

### 4. 药物疗法

(1) 酶诱导剂 常用苯巴比妥。生后第 1 周给药，每日 4~8mg/kg，连服 4 日，也可首次给大剂量，然后小剂量维持（每日 4mg/kg）。加用尼可刹米，每日 100mg/kg，可提高疗效。

(2) 肾上腺皮质激素 每日口服强的松 1~2mg/kg，或静脉滴注氢化可的松 6~8mg/kg。

(3) 减少肠肝循环 10%活性炭 5ml/次, 每 2 小时 1 次, 口服。或琼脂 125~250mg/次, 每日 4 次。

### 【其它疗法】

#### 一、中药成药

茵栀黄注射液 用于湿热熏蒸证。

#### 二、单方验方

1. 茵陈 10g, 车前草 15g。水煎服。每日 1 剂, 用于湿热熏蒸证。
2. 茵陈 10~20g, 郁金、枳实、茯苓、威灵仙各 6~10g。水煎服, 每日 1 剂, 1 日 3~5 次。用于湿热熏蒸证。
3. 茵陈 15g, 黄芩 9g, 制大黄 3g, 甘草 1.5g, 为 1 日量, 制成冲剂或用生药煎剂内服。连服 3~5 天。用于 ABO 血型不合溶血病。
4. 茵陈、丹参、车前子各 15g, 甘草 3g。水煎服, 每日 1 剂, 1 日 3~5 次。用于瘀积发黄。

#### 三、药物外治

黄柏 30g, 煎水去渣, 水温适宜时, 让患儿浸浴, 反复擦洗 10 分钟, 每日 1~2 次。用于湿热熏蒸证。

#### 四、针灸疗法

胆红素脑病后遗症患儿可配合针刺疗法, 1 日 1 次, 补法为主, 捻转提插后不留针。3 个月为 1 个疗程, 取穴如下:

- 智能低下: 百会、风池、四神聪、通里。  
上肢瘫痪: 肩髃、曲池、外关、合谷。  
下肢瘫痪: 环跳、足三里、解溪、昆仑。  
语言障碍: 哑门、廉泉、涌泉、神门。  
肘关节拘急: 手三里、支正。  
指关节曲伸不利: 合谷透后溪。  
手足抽动: 大椎、间使、手三里、阳陵泉。

#### 五、推拿疗法

胆红素脑病后遗症见肢体瘫痪, 肌肉萎缩者, 可用推拿疗法, 每日或隔日 1 次。手法: 在瘫痪肢体上以滚法来回滚 5~10 分钟, 按揉松弛关节 3~5 分钟, 局部可用搓法搓热, 并在相应的脊柱部位滚搓 5~10 分钟。

#### 六、西医疗法

首先应明确产生病理性黄疸的原因, 去除其病因。如感染引起的黄疸, 应选用有效抗生素控制感染。药物所致的黄疸 (如磺胺、氯霉素、新生霉素等) 应立即停药。胆管闭锁者可手术治疗。

### 【预防护理】

#### 一、预防

1. 孕期注意饮食卫生, 忌酒及辛热之品, 避免感染, 有肝炎者应积极治疗。
2. 新生儿注意预防皮肤、臀部及脐部感染。
3. 孕期服药预防, 用于新生儿溶血性黄疸。对既往曾生有高胆红素血症患儿的孕妇,



夫妇血型不同，本次怀孕期间孕妇的血清中抗 A 或抗 B IgG 测定结果阳性者，可在妊娠 17 周或确诊后，结合辨证选用下方预防，直至分娩。

(1) 黄疸茵陈冲剂：茵陈 15g，黄芩 9g，制大黄 3g，甘草 1.5g。每次 1 包，1 日 2 次。

(2) 当归芍药散加减：当归、白芍、茯苓、白术、菟丝子、枸杞子各 10g，川芎、木香、益母草各 6g。隔日 1 次。

(3) 预防新生儿红细胞葡萄糖-6'-磷酸脱氢酶缺陷症：茵陈、玉米须各 15g，车前草、钩藤各 10g，蝉蜕 3g。每日 1 剂。

(4) 对可能发生溶血性黄疸的新生儿可在其出生后即给预防用药：茵陈 9g，茯苓 6g，栀子、黄柏、郁金、泽泻、猪苓、白术、甘草各 3g，大枣 3 枚，煎成 60ml。每次 5ml，1 日 3 次。

## 二、护理

1. 婴儿出生后密切观察皮肤颜色的变化，及时了解黄疸出现及消退时间。
2. 新生儿注意保暖，提早开奶。
3. 注意观察胎黄婴儿的全身证候，有无精神萎靡、嗜睡、吸吮困难、惊惕不安、两目直视、四肢强直或抽搐，以便对重症患儿及早发现和治理。

### 【文献选录】

《诸病源候论·小儿杂病诸候·胎疸候》：“小儿在胎，其母脏气有热，熏蒸于胎，至生下小儿体皆黄，谓之胎疸也。”

《幼科全书·胎疾》：“凡小儿生下遍身面目皆黄，状如金色，身上壮热，大便不通，小便如梔子汁，乳食不思，此胎黄也。因母母受热而传于胎，以地黄汤治之。”

《婴童百问·黄疸》：“又有初生而面身黄者，胎疸也。诸疸皆热，色深黄者是也。若淡黄兼白者，胃怯不和也。茵陈汤、梔子柏皮汤、犀角散、连翘赤小豆汤主之。通治黄疸，茵陈五苓散尤为稳也。”

《幼幼集成·胎病论》：“胎黄者，儿生下面目浑身皆如金色，或目闭，身上壮热，大便不通，小便如梔子汁。皮肤生疮，不思乳食，啼哭不止，此胎中受湿热也。宜茵陈地黄汤，母子同服，以黄退为度。”

《幼科释迷·胎疸》：“胆疸之疾，得于初产，生下即黄，遍身梔染。原虽不同，阴阳必辨。阳黄体热，二便硬短，脾与心搏，胸膈必滞，先利小便，下法莫远。阴黄肢冷，清便滋滋，大便清黄，腹痛而喘，面目爪齿，黄色暗惨，脾虚失利，肾水胀衍，约此二端。”

### 【现代研究】

#### 一、药效学研究

1. 据药理学研究，茵陈、山梔、大黄、龙胆草、金钱草、黄芩、黄连、姜黄、玉米须、熊胆等药均有较明显的促进胆汁分泌和排泄作用。当归、白芍、白术、黄芪、龙胆草、山梔、蒲公英、茵陈、柴胡、赤芍、垂盆草、五味子等药有一定的保肝作用。肝细胞性黄疸时可辨证与辨病结合选用上述药物。

2. 实验表明茵陈蒿汤具有明显利胆和催胆作用，既能增加胆汁流量，又可降低奥狄氏括约肌张力。茵陈蒿汤还能对抗四氯化碳中毒性肝损伤，有明显的保肝作用。

3. 据一些单位对茵陈、梔子、大黄等常用药物的分析，初步认为茵陈为茵陈蒿汤中

的主药，有清热化湿、利胆退黄作用，现代药理实验研究证实茵陈有促进胆汁分泌和促进胆汁排泄的作用，能降低血中胆红素，对金黄色葡萄球菌、痢疾杆菌等有抑制作用，并有较强的解热作用。栀子清化湿热，现代研究认为有降低血中胆红素，广谱抑菌及解热作用。大黄泻下积热，行瘀和血，能松弛奥狄氏括约肌，收缩胆囊，而增加胆汁的流量。有人证明大黄有抑制血中抗 A、抗 B 抗体的作用，同时对葡萄球菌、痢疾杆菌、绿脓杆菌及某些真菌均有抑制作用。黄芩清热解毒，也有促进胆汁分泌、广谱抑菌及解热作用。这些药物的作用均有利于黄疸的消退和肝功能的恢复。

李有信等运用静脉滴注复方丹参注射液治疗新生儿高未结合胆红素血症，能明显地降低 LOD 和升高 SOD，即能对抗氧自由基，减少自由基对细胞核酸蛋白的破坏，也就是减少对血液中红细胞的破坏，因而胆红素生长也减少，这可能就是复方丹参注射液治疗新生儿高未结合胆红素血症的机理之一。<sup>[1]</sup>

## 二、临床研究

胎黄的现代临床研究，在辨证论治的原则指导下，对于不同病原引起的胎黄，采取辨证辨病相结合，在防治两方面均取得了显著成就。

1. 新生儿肝炎综合征 本综合征可由乙型肝炎、巨细胞包涵体病毒、单纯疱疹病毒、风疹病毒及柯萨奇病毒等多种病毒引起，起病缓慢，生后 1~3 周出现症状，有厌食、体重不增、黄疸持续不退、大便呈灰白色、肝脾肿大等症。对于本病治疗大多采用清热利湿、活血化瘀、疏肝利胆、温中健脾和中西医结合等方法治疗。如陈瑞林认为其病机为湿热滞留肝胆，肝气郁结，湿热蕴郁所致，自拟婴肝汤（茵陈、金钱草各 10g，郁金、丹参、板蓝根各 6g，焦三仙各 12g，鸡骨草、白花蛇舌草各 6g，甘草 3g）治疗新生儿肝炎综合征 28 例，取得良效。<sup>[2]</sup>韦俊等将肝炎综合征分为黄疸期与恢复期，其中湿热黄疸治用茵陈蒿汤，邪毒黄疸治用犀角散，瘀血黄疸治用茵陈蒿汤与桃红四物汤，脾湿黄疸治用茵陈理中汤。恢复期气血双虚则治用八珍汤。在辨证基础上加用西药抗生素、保肝药，总有效率达 95%。<sup>[3]</sup>除此以外，肖氏则提出：肝炎综合征不仅限于“胎黄”、“胎疸”的范畴，还应包含“积聚”这一极重要的致病因素和病理变化在内，故而治疗中应加用活血化瘀药物。<sup>[4]</sup>

2. 梗阻性黄疸 宁世清用茵陈蒿汤治疗 TRB 肝胆扫描肝外胆道完全梗阻的婴儿肝炎综合征，中药治疗 97 例，痊愈率 65.4%。对于其机理探讨认为中药清热解毒、疏导利湿、活血化瘀，有利于感染的控制、清除。部分药物并能使胆汁粘稠得以稀释，不完全阻塞的胆道得以通畅，从而达到治疗目的。<sup>[5]</sup>

3. 新生儿溶血性黄疸 主要表现为贫血和血清间接胆红素明显升高，中医辨证以湿热证多见，方选茵陈蒿汤为主，加金钱草、黄芩等，配用丹皮、赤芍凉血化瘀，茯苓、泽泻利湿。刘润侠指出溶血性黄疸主要病机为母体湿热太重，熏蒸胎儿，阻碍气机，应从湿热论治，他自拟益黄散（生地、当归、黄芩、甘草、益母草、制大黄）给确诊 ABO 母子血型不合的孕妇口服至分娩，新生儿出生后根据情况口服茵陈蒿汤作预防性治疗。结果 30 例 ABO 母子血型不合者仅发生轻度黄疸。药理证明：生地、黄芩、大黄、茵陈、益母草均有较强的抑制抗体产生的作用，并含类血型物质，可中和抗体、减低其效价。<sup>[6]</sup>对于新生儿溶血性黄疸的治疗，目前认为采用中西医结合和光疗为主，及早治疗可以避免发生胆红素脑病。

4. 巨细胞包涵体病 巨细胞病毒可引起肝脏损害,是乳婴肝炎的病原体,主要发生在围产期,临床以黄疸、癍疹、发热、咳喘为特征,属“胎黄”、“胎毒”范畴。莫锦明提出其治疗原则为清热解毒,利黄退疸,化癍散癖,消积导滞,理肺调饮。其黄疸色偏暗,便溏,以四逆散、茵陈五苓散、蟾砂散加减。黄疸色晦暗,尿如茶,舌质紫暗,方选下瘀血汤、茵陈蒿汤、枳实导滞汤加减。若高热不退、咳喘则以麻黄连翘赤小豆汤合小陷胸汤化裁。久病体虚则治以健脾益气,和营调元。<sup>[7]</sup>

5. 其它 对主要表现为高胆红素血症的患儿应及早采取措施以降低血清胆红素,防止胆红素脑病的发生。中西医结合治疗新生儿高胆红素血症亦取得了较好的临床疗效。史兰英报道在西医常规治疗基础上加用中药茵陈、连翘、栀子、赤芍、茯苓、金银花、黄柏、白茅根、熟大黄治疗新生儿高胆红素血症,疗效显著。<sup>[8]</sup>殷杰等以甘寒利湿之品自拟茵陈茅根汤(茵陈、白茅根、茯苓、车前子、猪苓)治疗新生儿溶血性黄疸及新生儿败血症所致血总胆红素增高患儿28例,与对照组相比,黄疸明显消退时间早,持续时间短,且方中白茅根具利湿不伤阴的特点,对于体属稚阴稚阳的新生儿更为适宜。<sup>[9]</sup>汤文蔚以茵陈、黄芩、黄柏、栀子、生甘草、大黄、黄连浓煎,加西药常规治疗67例新生儿高胆红素血症,与单用西药组对照,胆红素下降至正常时间为8.25天,与西药组胆红素降至正常的10.14天相比,具有显著差异。<sup>[10]</sup>何芳等报道以消胆退黄口服液(茵陈、栀子、黄柏、厚朴、紫草、青黛、泽兰、茜草、人工牛黄)治疗新生儿黄疸60例,总有效率达80%,血清胆红素降至正常的时间较三黄合剂(黄连、黄芩、黄柏、栀子)组短。在有关药效学研究中,从利胆、保护红细胞膜、免疫学观察、肝损伤保护和抗炎作用等5个方面都证明其有显著效应。<sup>[11]</sup>叶光华等报道用大黄每日2g煎服,加用酶诱导剂治疗新生儿黄疸,4天黄疸明显消退,治疗效果明显高于单用酶诱导剂。大黄可下肠胃积滞,泻血分实热,除湿热黄疸,活血行瘀,增加胆汁流量,大黄酸可刺激肠蠕动,促进排便,服后大便次数增多,胎粪中胆红素也随之排出,阻断了肠肝循环,减少胆红素再吸收,这是大黄治疗新生儿黄疸的特殊功效。<sup>[12]</sup>

临床检验对推测预后具有重要意义,也可在中医药科研中引用。如周晓光等采用放免法测定62例正常新生儿及51例高胆红素血症新生儿尿 $\alpha_1$ -微球蛋白( $\alpha_1$ -M)含量。结果高疸新生儿尿 $\alpha_1$ -M含量较正常新生儿明显升高,病程2~7天内增高尤为明显,且与高胆红素血症的严重程度密切相关。提示高胆红素血症可造成新生儿肾小管损害。动态观察和随访结果表明,高胆红素血症所致的肾小管功能损害是可逆性的,86.67%病例恢复得较好。说明尿 $\alpha_1$ -M是反映肾小管功能损害和恢复的特异而敏感的指标。<sup>[13]</sup>廖国仪指出,诊断ABO溶血病,直接抗人球蛋白试验、抗体释放试验、游离抗体试验第3项是较为完善的诊断方法,其中抗体释放试验最敏感,最有诊断价值,采血时间最好在生后的3~7天内。<sup>[14]</sup>

#### 现代参考文献

- [1] 李有信,等. 静脉滴注复方丹参注射液治疗新生儿高未结合胆红素血症. 中国中西医结合杂志, 1995, 15(4): 235
- [2] 陈瑞林. 婴肝汤治疗婴儿肝炎综合征52例. 湖南中医杂志, 1995, (6): 32
- [3] 韦俊,等. 中西医结合治疗婴儿肝炎综合征40例. 陕西中医, 1993, 14(12): 537

- [4] 肖抱. 婴儿肝炎综合征中医辨证近况. 四川中医, 1992, (2): 21
- [5] 宁世清, 等. 婴儿梗阻性黄疸 112 例临床分析. 辽宁中医杂志, 1986, (6): 24
- [6] 刘润侠. 从湿热论治 ABO 血型不合 40 例. 陕西中医, 1992, 13 (12): 531
- [7] 莫锦明. 婴幼儿巨细胞包涵体病的辨证施治. 北京中医杂志, 1991, (1): 30
- [8] 史兰英. 中西医结合治疗新生儿高胆红素血症 54 例. 中国中西医结合杂志, 1996, 16 (9): 566
- [9] 殷杰. 茵陈茅根汤治疗新生儿病理性黄疸临床观察. 中西医结合杂志, 1989, 9 (7): 423
- [10] 汤文蔚. 中西医结合治疗新生儿高胆红素血症 67 例报告. 苏州医学院学报, 1991, 11 (3): 230
- [11] 何芳, 等. 消胆退黄口服液治疗新生儿黄疸 60 例. 中国中西医结合杂志, 1995, 15 (2): 105
- [12] 叶光华, 等. 大黄与酶诱导剂治疗新生儿黄疸 8 例. 实用中西医结合杂志, 1995, (1): 58
- [13] 周晓光, 等. 新生儿高胆红素血症患儿尿液  $\alpha_1$ -微球蛋白的检测及其临床意义. 中国实用儿科杂志, 1995, 10 (5): 285
- [14] 廖国仪. 新生儿高胆红素血症实验室检查意义. 暨南大学学报, 1991, (2): 48

(郁晓维)

### 5.3 脐风

#### 【概述】

脐风, 是由于初生儿断脐处理不善, 接触不洁之物, 风冷水湿秽毒之邪内侵而发生的疾病。临床以唇青口撮, 牙关紧闭, 苦笑面容, 甚则四肢抽搐, 角弓反张为特征。多于生后 4~7 天内发病, 故又称“四六风”、“七日风”。

50 年代以来, 由于大力推广新法接生, 脐风的发病率已大为下降, 边远地区以及农村仍有发生。本病死亡率很高, 故应做好防治工作, 使之在全国范围内趋于消灭。

我国晋代已有针灸治疗脐风的记载, 如《针灸甲乙经·小儿杂病第十一》云:“小儿脐风, 目上插, 丝竹空主之。”“小儿脐风, 口不开, 善惊, 然谷主之。”其后, 《备急千金要方》、《太平圣惠方》等书对本病的病因、预后及预防等方面都有所论述。《小儿卫生总微论方》则已认识到脐风与成人破伤风是同一病源, 并提出了较为合理的预防方法。

目前对脐风的研究, 除了提出防治为主外, 也有采取中西医结合方法治疗本病, 并对脐风存活儿作系统远期随访的。这些研究成果不仅增加了脐风的治疗手段, 提高了疗效, 并对脐风预后有了更深刻的认识。

#### 【病因病理】

##### 一、病因

脐风的病因主要有断脐时处理不当及脐部护理不周两方面, 使风冷秽毒之邪(破伤风杆菌)侵入脐中而致病。

1. 断脐处理不当 如断脐时使用器具不洁, 或脐带处理不妥, 为风冷秽毒之邪所侵。如《活幼心书·脐风撮口》所言:“脐风证乃因剪脐带短, 或结缚不紧, 致外风侵入脐中, 或用铁器断脐, 为冷所侵。”

2. 脐部护理不周 断脐后脐部包裹不完善, 或脐端为秽毒所污染, 或包扎不周, 或为水湿所侵, 或解脱时为风冷所乘, 均可令风冷秽毒之邪侵入脐中而发病。

##### 二、病理

新生儿脏腑娇嫩, 御邪力弱, 风冷秽毒之邪侵入脐中, 可致邪阻经络, 或邪毒中脏,

内传于脏腑而发生各种病变。

1. 邪阻经络 风冷侵入脐中，经络、脉隧受阻，营血壅滞，气血不运，经脉为邪毒所闭，肝风内动，筋脉引动，则发为痉证。《诸病源候论·风病诸候·风角弓反张候》中说：“风邪伤人，令腰背反折，不能俯仰，似角弓者，由邪入诸阳经故也。”说明风冷秽毒之邪，壅滞经络，是新生儿脐风痉证的主要病机。如邪毒阻于阳明经则口撮唇青，牙关紧闭；阻于厥阴经则目斜凝视；阻于太阳经和督脉则身体强直，角弓反张。

2. 邪毒入脏 若邪毒入脏，肝木乘脾，则见脐突腹紧，二便不通，或脐边青黑。如不及时救治，则病情迅速恶化而死亡。《活幼心书·脐风撮口》云：“若脐突肚紧，微有青色，口撮不开，肝风盛而脾土受制，不可施治。”《幼科铁镜·辨脐风》亦云：“风入于腹，始附于肝……风入于肝，必逆犯乎脾。”

### 【诊断与鉴别诊断】

#### 一、诊断要点

国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》内小儿脐风的诊断依据如下：

1. 多有脐带处理不洁史，或外伤史。
2. 发作性抽搐，牙关紧闭，头项及四肢强直，苦笑面容。遇有光、声、触动等刺激，可诱发抽搐发作。
3. 脐部或伤口等处分泌物培养，有时可查到破伤风杆菌。

#### 二、鉴别诊断

1. 低钙抽搐 无不洁断脐和护理不当史，无苦笑貌、牙关紧闭，两次抽搐之间肌张力正常，血钙降低至 $2\text{mmol/L}$ 以下。
2. 脑损伤 其母有急产或难产史，虽有抽搐，但无牙关紧闭和苦笑面容，常呈抑制或兴奋状态，前囟隆起。
3. 胎惊 又称胎惊风，为新生儿时期发生的惊风证候，必发于高热之时为其特点。
4. 婴儿痉挛症 多在生后3~8个月间起病，发病时间与脐风不同。

### 【辨证论治】

#### 一、证候辨别

脐风临床可分为潜伏期、发作期、恢复期。潜伏期一般为4~8天，多在7天左右发病。发作期又称痉挛期，以频繁抽搐为主，同时伴有苦笑面容、牙关紧闭和出汗等症。经过1~4周的反复发作，进入恢复期。抽风停止发作，患儿虚弱，神萎面皖，约3个月左右方可完全恢复。

1. 辨顺逆 凡潜伏期长，抽搐缓解而神志清爽，气息平和，脐部无红肿、渗出者为顺；潜伏期短，频繁抽搐，神昏嗜睡，气息微弱，脐部红肿或青黑，溢液恶臭者为逆。

2. 辨轻重 虽见牙关紧闭，尚能吞咽水、奶，抽搐时间短暂，呼吸平顺，未见窒息为轻证，牙关紧闭，不能吞咽，频频抽搐，且时间较长，并时见窒息者为重证；若脐边青黑，呼吸喘促，或出现脐突腹胀、二便不通之锁肚症状者尤为严重。

#### 二、治疗原则

脐风病势凶险，死亡率高，必须及早治疗，尤应积极控制抽搐。治疗以解肌祛风、解毒熄风为主要原则，恢复期应治以益气养阴。局部药物外治亦有一定疗效。

#### 三、分证论治

### 1. 风邪阻络

证候表现 有断脐不洁史，生后数天，精神不振或躁动不安，多啼善叫，吮乳口松，大便不调，小便黄短，舌淡红，苔薄白，指纹淡红。

辨证要点 本证为脐风轻症，一般以哭吵不安起病，疾病初起，可兼有表证。多啼善叫、吮乳口松是脐风发作的先兆。见神乏、躁动等变化，需注意脐风的发作。

治法主方 宣通经络，祛风达邪。玉真散合柴葛解肌汤加减。

方药运用 常用药：柴胡、黄芩、白附子、制南星、天麻、羌活、防风、白芷、葛根。口松吮乳无力加蝉蜕、白僵蚕、川芎；发热烦渴加石膏、知母；神萎嗜睡加石菖蒲、郁金；啼叫不安加白芍、黄连、龙胆草。

### 2. 邪毒入脏

证候表现 全身抽搐，苦笑面容，牙关紧闭，口撮不乳，啼声不出，吞咽困难，痰壅屏息，面唇青紫，汗出淋漓，或有脐部红肿、溃烂，或伴发热，大便秘结，小便黄短，舌红黯，苔黄厚，指纹青紫。

辨证要点 本证为脐风重证，以肝风内动为主要表现，临床抽搐频繁。

治法主方 解毒清热，熄风定搐。撮风散加减。

方药运用 常用药：僵蚕、全蝎、蜈蚣、钩藤、朱砂、竹沥、蝉蜕。发热加黄芩、黄连、生石膏；大便秘结加枳实、厚朴；痰多加胆南星、半夏、枳实；抽搐频作，持久不止，倍蝉蜕、僵蚕，加服羚羊角粉。不能口服者用鼻饲。

### 3. 气阴两虚

证候表现 抽搐渐缓，口撮渐松，可张口吮乳，四肢强直转为柔和，形体消瘦，动则汗出，肢体少动，舌红绛，苔薄，指纹淡。

辨证要点 本症为疾病恢复期，邪去正衰，气阴两虚为重点。持续时间较长，一般可达1~3个月。须防止病情反复。

治法主方 养阴益气，健脾和胃。人参养荣汤加减。

方药运用 常用药：人参、茯苓、白术、黄芪、五味子、麦冬、陈皮、甘草、当归、白芍。余邪未尽，四肢仍强直加用撮风散；舌红绛口干加石斛、沙参；烦躁不安加蝉蜕、钩藤；吮乳不佳加山楂、麦芽。

### 【急症处理】

控制惊厥是治疗关键。可选用安定，每次0.3~0.5mg/kg，氯丙嗪每次1~2mg/kg，苯巴比妥每次15~20mg/kg，10%水合氯醛每次0.5ml/kg。以上药物中最常用的是安定，可单独用或与氯丙嗪、苯巴比妥等交替使用，一般每6小时1次，重症可适当缩短用药间歇时间。并立即给破伤风抗毒素1~2万U静脉注射，或给破伤风免疫球蛋白500U肌注。青霉素每日10~20万U/kg，共用7~10天。脐部用过氧化氢或1:4000高锰酸钾液清洗，再涂碘酒，脐周注射破伤风抗毒素3000U，缺氧者给氧，有脑水肿时给予脱水剂。

### 【其它疗法】

#### 一、单方验方

1. 朱砂150g，大黄100g，猪牙皂、全蝎各50g，当归15g，巴豆霜5g，牛黄2.5g。共研细末混匀，每包重0.1g。口服，每次1/4包，1日1~2次，乳汁或温开水送下。用

于脐风入脏证。

2. 蝉蜕 30g, 水煎浓缩至 6ml, 分 3 份, 每日 3 次, 口服。用于风邪阻络证。

3. 红蓖麻根 30~60g, 水煎为浓汁, 频服。用于脐风发作。

4. 炙蜈蚣 1.2g, 僵蚕 1.8g, 蝎尾 4 个, 天麻、草乌、朱砂各 0.6g, 麝香 0.3g, 共研细末。每次 1.5g, 1 日 3 次, 口服。用于脐风抽搐频繁发作者。

## 二、药物外治

1. 豆豉膏 豆豉、天南星、白敛、赤小豆, 共为细末, 水调为糊状, 敷于脐部四边, 每次 5g, 每日 1 次。用于脐风脐部红肿者。

2. 立圣散 蜈蚣、蝎梢、白僵蚕、瞿麦, 共为细末。取少许药末用水调成糊, 敷于脐周, 每日 1 次。用于脐风脐部红肿者。

3. 蜈蚣 2 条, 全蝎、僵蚕各 10g, 钩藤 15g, 麝香 0.5g, 竹沥 10ml。将前 4 味浓煎成 80ml, 再冲入麝香末、竹沥。分 2~3 次灌肠。用于脐风入脏证。

## 【预防护理】

### 一、预防

1. 积极推广、普及新法接生, 严格执行无菌操作, 重视脐部的清洁和护理, 防止脐部感染。

2. 对接近预产期的孕妇, 勤访视, 以防娩出后自行断脐。对不能保证无菌接生的孕妇, 于妊娠晚期注射破伤风类毒素 0.5ml 2 次, 相隔 1~2 个月。

3. 如有急产娩出自行脐断者, 应重新按消毒规则处理, 然后再行断脐, 局部用 3% 过氧化氢液清洗后涂碘酒, 并给注射破伤风抗毒素 3000U。

### 二、护理

1. 保持病房安静, 光线宜偏暗, 空气要流通, 尽量避免声音、强光、触动或注射等刺激患儿。

2. 内服煎剂, 宜用纱布过滤, 除去渣后, 再给患儿服用, 以免药渣梗阻咽喉。抽搐时不宜服药及喂奶。

3. 维护正常的呼吸功能, 随时吸痰, 保持气道通畅, 缺氧发绀者间断给氧, 病情严重者在暂时控制痉挛发作后作气管切开术。有呼吸功能障碍时应用人工呼吸机。

## 【文献选录】

《太平圣惠方·卷八十二·治小儿脐风诸方》：“夫小儿脐风者，由断脐后，为水湿所伤，或尿在褊裸之内，乳母不觉，湿气伤于脐中，亦因其解脱，风冷所乘，遂令儿四肢不利，脐肿多啼，不能乳哺，若不急疗，遂致危殆者也。”

《小儿卫生总微论方·脐风撮口论》：“儿自初生，至七日内外，忽然面青，啼声不出，口撮唇紧，不能哺乳，口青色，吐白沫，四肢逆冷，乃脐风撮口之症也。此由儿初生剪脐，不定伤动，或风湿所乘，其轻则病在皮肤，而为脐疮不差；其重则病入脏腑，而为脐风撮口。亦如大人因破伤而感风。”

《幼幼集成·脐风论证》：“故小儿初生，惟脐之干系最重，断脐之时，不可不慎。或剪脐带太短，或结束不紧，致外风侵入脐中，或浴儿时牵动脐带，水入生疮，客风乘虚而入，内伤于肾，肾传肝，肝传心，心传脾，脾传肺，蕴蓄其毒，发为脐风。”

## 【现代研究】

脐风的现代研究主要体现在有效方药的摸索和针刺机理的阐述方面。

李光科报道应用止痉散加味(白附片、全蝎各2g,僵蚕5g,蜈蚣、防风、钩藤各3g)配合西医疗法治疗破伤风48例,治愈20例,治愈率41.7%,较之单纯西医治疗更有疗效。且药理研究表明:全蝎、蜈蚣、僵蚕均有抗惊厥及镇静作用,钩藤也有明显的镇痉止痉作用。<sup>[1]</sup>陈展中等报道以新破汤方(全蝎1.5g,僵蚕、蝉蜕、胆南星、葛根、田基黄、银花、防风、钩藤各6g,鲜红骨蕘麻根15~20g),配合西医疗法治疗31例新生儿破伤风,痊愈19例,死亡10例,恶化2例。单用西医治疗的对照组33例,痊愈12例,死亡16例,恶化5例,两组比较有显著差异。<sup>[2]</sup>王灼胜氏用蜈蚣和蝉蜕制成散剂治疗脐风取得良效。<sup>[3]</sup>

本病的针灸治疗,近年来亦有临床研究,并探讨了机理。王美等提出以针刺八鱼穴(趾鱼、跟鱼、眉三鱼、眉间鱼、人中鱼、口周鱼、百会鱼、指鱼)治疗新生儿破伤风。认为作用机理是因为八鱼穴位于气血迂迴之处,是应激性最敏感处,针刺之能动其肌腠,动则生热,热则流通,从而引起全身排阻与复原反应。另外针为异物,入体后必然引起体内的排异活动,而增加内生热力的强烈运动,因而阻滞的经脉得以疏通。

八鱼穴位置如下:

趾鱼:位于足趾腹部近指甲处,左右各5穴。

跟鱼:位于足底,足跟前人字纹内,左右各1穴。

眉三鱼:位于眉的头、中、尾部,左右各3穴。

眉间鱼:两眉间正中处。

人中鱼:位于鼻柱下沟中部。

口周鱼:位于鼻翼旁,人裂纹尽处。

百会鱼:两耳尖连线与头顶正中中线交点处。

指鱼:手指指腹近甲处,左右各5穴。<sup>[4]</sup>

#### 现代参考文献

- [1] 李光科. 中西医结合治疗新生儿破伤风48例. 中西医结合杂志, 1990, 10(4): 245
- [2] 陈展中, 等. 中西医结合治疗重症新生儿破伤风31例对照观察. 中西医结合杂志, 1993, 13(2): 108
- [3] 王灼胜. 蜈蚣散治疗脐风. 陕西中医杂志, 1988, 9(10): 46
- [4] 王美, 等. 针刺治疗新生儿破伤风1008例临床观察. 中国针灸, 1996, (6): 15

(郁晓维)

## 5.4 新生儿肺炎

### 【概述】

新生儿肺炎是新生儿期常见的急性下呼吸道感染,临床以不哭、不乳、精神萎靡、口吐白沫、呼吸不规则,甚至皮肤苍白、末梢发绀、抽搐等全身性症状为指征,肺部体征多不典型。根据临床情况,可分为吸入性肺炎和感染性肺炎两大类。

新生儿肺炎发病率高,病情多危重,其病死率居国内新生儿死因的第一位。若能及时诊断,合理治疗,大部分患儿能够痊愈。



古代文献对本病没有专门记载，其病因、症状、治方的记载散在于初生不乳、初生不啼、百啐嗽等病证中。早在南宋·《小儿卫生总微论方·难乳论》中已提出：“儿初生时，拭掠口中秽血不及，咽而入腹，则令儿心腹痞满，短气促急，故口不能吮乳饮之也。”《万氏家藏育婴秘诀·咳嗽喘各色证治》则指出小儿百啐嗽的病因感染因素为“暴受风寒”，吸入性因素为“乳多涌出，吞咽不及而错喉者”。对其治疗，《幼科发挥·肺所生病》则云：“痰多者，宜玉液丸；肺虚者，阿胶散主之。”《幼幼集成·百啐嗽论》主张：“先用荆防败毒二小剂，母子同服，服完止药。”至于新生儿肺炎的预后，《婴童百问》、《幼科发挥》等书中认为是“恶候”、“最为难治”。

现代对新生儿肺炎的研究有所进展，但仍处于临床研究阶段，在单方治疗的基础上，发展到针灸、穴位注射，提高了治疗效果，采取中西医结合治疗，降低了死亡率。

### 【病因病理】

#### 一、病因

1. 内因 新生儿肺脏娇嫩，其先天不足、胎元未壮者，御邪无力，尤易被邪伤。
2. 外因 导致新生儿肺炎的外因较多，诸如母体染邪，传于胎儿，或小儿初生，秽毒乳汁不及清除，入口犯肺所致，正如《幼幼集成·百啐嗽论》所言：“或乳汁过多，吞咽不及而呛者，或啼哭未定，以乳哺之，气逆而嗽者。”其外因尚有因生后感受风寒所致，如《万氏家藏育婴秘诀·咳嗽喘各色证治》所提出：“或因出胎之时，暴受风寒；或因浴儿之时，为风所袭，或因解换襦裳，或出怀喂乳，皆风邪自外入者也。”

#### 二、病理

1. 病理为痰热壅肺 外邪侵犯于肺，肺气郁阻，失于宣肃，继而外邪化热，肺热熏蒸，灼津炼痰，痰热交结，阻滞肺络，气道壅塞，不得宣通，故而肺闭喘咳。
2. 重者累及它脏 本病病位主要在肺，然初生婴儿肺脏稚弱，它脏亦常显不足，邪伤肺脏，轻者肺气失调，见气息不匀，口吐白沫，重者肺气欲绝，见呼吸微弱。气滞血瘀则见面色青灰、发绀。脾胃气衰则不乳、腹胀。心气虚衰则精神萎靡，声弱不啼。肝风内动则见抽搐。病至后期脾肾阳衰，则见肢厥脉微，反应淡漠。

### 【诊断与鉴别诊断】

#### 一、诊断要点

国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》内新生儿肺炎的诊断依据如下：

1. 有羊膜早破、产程延长、早产或孕母有急性感染性疾病史。
2. 病初仅表现反应低下，哭声微弱，或不哭、不乳。多在3天后出现咳嗽气急、喉中痰鸣、面色灰白等症。严重者可见生理性黄疸加重，皮肤瘀点，四肢厥冷，屡发喘憋等。
3. 可见呼吸浅促，鼻翼煽动，点头呼吸，口吐泡沫。心率加快，肺部可闻及捻发音和细湿罗音。体弱者体温不升，少数体质好者可发热。
4. X线透视检查：两侧肺部可有小病灶变化。

#### 二、鉴别诊断

1. 新生儿肺透明膜病 以进行性呼吸困难、青紫和呼吸衰竭为主要表现。X线检查示两侧肺野普遍性透明度减低，内有均匀的细小颗粒和网状阴影。支气管则有充气征，充气的支气管伸展至节段或末梢支气管，类似秃叶分叉的树枝。

2. 湿肺 多见于足月儿，症状轻，病程短，肺部X线显示肺纹理增粗呈放射状，肺野内广泛斑点阴影，叶间和胸腔可有少量积液，连续摄片恢复迅速。

3. 肺不张 表现阵发性青紫，呼吸不规则和呼吸暂停。但青紫在啼哭和吸氧后明显改善，X线表现肺不张处呈片状或扇形阴影，重者可见心肺和气管移向患侧。

### 【辨证论治】

#### 一、证候辨别

1. 辨别虚实 本病主要以虚实分证，可以从病史、患儿体质、临床症状各方面综合区别。由于新生儿为稚阴稚阳之体，单纯表现为实热壅肺者少见，往往表现兼有虚象或虚证为主。不乳、呼吸浅促为气虚，不啼为肺气衰败，唇干舌红少尿为阴伤，反应淡漠、面色苍白、四肢不温为阳衰。

2. 识别轻重 新生儿肺炎病情有轻重之分，轻者仅有口吐白沫，食乳减少，重者颜面青紫，不啼不乳，四肢欠温，腹胀，甚而抽搐。由于体质特点，新生儿肺炎多表现为重症，即使疾病初期病情尚轻，稍有不慎，亦可迅速转变为重症。

#### 二、治疗原则

新生儿肺炎的治疗宜分虚实。实证者宜宣肺、开肺；虚实夹杂者，在宣肺解毒的同时应予扶正；病至后期，肺脾两虚者应健脾益气。新生儿肺炎病情多危重，治疗还应根据病情给予中西医结合抢救，或辨病论治与辨证论治相结合。

#### 三、分证论治

##### 1. 风邪闭肺

###### (1) 风寒闭肺

证候表现 咳嗽无力或不咳嗽，喉间痰鸣，口吐白沫，鼻翼煽动，点头呼吸，哭声低微，面色无华，口周微绀，体温正常，舌淡苔白，指纹红，达风关。

辨证要点 本证多因感受风寒所致，故证候以风寒之象为主，伴有正气不足之象，如面色无华、哭声低微等。

治法主方 疏风散寒，扶正宣肺。三拗汤合生脉散加味。

方药运用 常用药：麻黄、杏仁、甘草、桔梗、陈皮、人参、麦冬、五味子、茯苓。表寒重加荆芥、防风；痰多加莱菔子、半夏；喘憋加葶苈子、苏子；咳甚加紫菀、百部；正气不虚去人参、麦冬。

###### (2) 风热闭肺

证候表现 发热，咳嗽气急，喉中痰鸣，咽部红肿，口吐白沫，鼻翼煽动，不思吮乳，舌红苔黄，指纹紫。

辨证要点 本证多为体质尚强壮患儿感受风热之邪所致，咽部红赤是与风寒闭肺证鉴别的关键症状，发热，舌红苔黄，指纹紫亦提示了热象。

治法主方 疏风清热，化痰宣肺。麻杏石甘汤加味。

方药运用 常用药：麻黄、杏仁、石膏（先煎）、甘草、半夏、黄芩、鱼腥草。热甚加山栀、黄芩；痰多加苏子、海浮石；咳甚加枇杷叶、桑白皮；口干舌糙加玄参、生地。

##### 2. 邪毒闭肺

证候表现 高热或体温不升，咳嗽，呼吸浅快，鼻翼煽动，口吐白沫，啼哭无力，面色灰暗，烦躁不安，唇干不润，舌红苔薄黄，指纹淡紫。

**辨证要点** 本证表证已去，邪毒内传闭肺，以呼吸浅快，烦躁不安，口吐白沫为主症，为正盛邪实之实证，表证、虚象皆不明显。

**治法主方** 宣肺化痰，清热解毒。宣肺散合射干汤加减。

**方药运用** 常用药：黄芩、射干、紫菀、麻黄、款冬花、茯苓、甘草等。唇干烦躁加麦冬、白芍；咳嗽加杏仁、桔梗；热重加银花、金荞麦；气息短浅加白参；唇绀加丹参、红花；黄疸加茵陈、栀子、车前草；腹胀加枳实；神昏加郁金、菖蒲；抽搐加僵蚕、钩藤。

### 3. 气虚血瘀

**证候表现** 不哭，不乳，精神萎靡，反应淡漠，面色苍白或青灰，口唇指甲紫绀，呼吸浅快或不规则，双吸气或呼吸暂停，四肢厥冷，腹胀，舌淡紫少苔，指纹紫暗。

**辨证要点** 本证多见于先天不足之早产儿及小于胎龄儿，以面色苍白或青灰、呼吸浅促、四肢厥冷、唇周青紫等症为主，为新生儿肺炎之重症，元气虚衰、气虚血瘀是其关键。

**治法主方** 益气生脉，通阳活血。生脉散加味。

**方药运用** 常用药：人参、麦冬、五味子、黄精、茯苓、桔梗、桂枝、桃仁、黄芩等。肢端青紫加红花、丹参；腹胀加枳壳；抽搐加白僵蚕、钩藤；昏迷加菖蒲、郁金。

### 4. 肺脾两虚

**证候表现** 轻微咳嗽，喉中痰鸣，吮乳乏力，神情倦怠，面色晄白，唇舌淡，苔薄白，指纹淡滞。

**辨证要点** 本证多见于疾病后期，邪去而正气不足，临床以肺脾气虚症状为主，肺部听诊可闻湿罗音久不消失，摄胸片示炎症尚未吸收。

**治法主方** 健脾益气，培土生金。人参五味子汤加减。

**方药运用** 常用药：人参、茯苓、炒白术、炙甘草、五味子。咳嗽甚加紫菀、款冬；汗多加黄芪、防风；痰多加陈皮、半夏、川贝母。

### 【急症处理】

新生儿肺炎病情危重，出现缺氧、酸中毒、呼吸衰竭、心力衰竭时，应用西药抢救治疗。

1. 供氧 供氧使  $\text{PaO}_2$  在  $8.00 \sim 10.67\text{kPa}$  ( $60 \sim 80\text{mmHg}$ )，但不要高于  $16\text{kPa}$  ( $120\text{mmHg}$ )。如一般供氧不能改善，可用面罩持续正压呼吸，使压力维持在  $0.39 \sim 0.98\text{kPa}$  ( $4 \sim 10\text{cmH}_2\text{O}$ )，不超过  $0.98\text{kPa}$  ( $10\text{cmH}_2\text{O}$ )，在严重和紧急情况下作气管插管和机械呼吸。

2. 细菌性肺炎尽早选用有效抗生素，杆菌感染者可选用氨苄青霉素，亦可选用青霉素或红霉素。金黄色葡萄球菌耐药菌株引起的肺炎可用苯甲异噁唑青霉素钠、邻氯青霉素或双氯青霉素。

3. 纠正酸中毒 呼吸性酸中毒靠改善通气来纠正，代谢性酸中毒用碱性药物治疗。

4. 对症治疗 少量多次输血或血浆。烦躁不安或惊厥时用镇静药。及时纠正低血糖或低血钙。脓胸或脓气胸时立即抽气或插管引流。心力衰竭时使用洋地黄制剂，限制液量并用利尿剂。

### 【其它疗法】

## 一、中药成药

1. 贝羚散（羚羊角、川贝母、青礞石、人工牛黄、猪胆酸、硼砂、麝香、沉香），1次0.3g，1日2次。用于邪毒闭肺证。

2. 穿琥宁注射液（穿琥宁提取液、琥珀酸酐），注射剂，1支2ml。肌注，1次2ml，1日3次。静滴，1次4~8ml，用5%葡萄糖液稀释，1日2次。用于邪毒闭肺证。

## 二、药物外治

白毛夏枯草汤 白毛夏枯草、板蓝根各30g，生麻黄3g。加水煮沸，在药罐上留一小洞，对口鼻作蒸气吸入，每次5~10分钟，每日2次。用于邪毒闭肺证。

## 【预防护理】

### 一、预防

1. 孕妇要作好产前检查，避免胎膜早破，妊娠后期要预防各种感染。
2. 分娩时避免产程延长，避免胎膜早破。
3. 新生儿要注意保暖，避免各种感染。
4. 保持居室环境清洁，空气新鲜。

### 二、护理

1. 保持患儿适当体位，头部稍高，利于呼吸。
2. 喂养时耐心细致，少量多次，避免呛入气道。
3. 随时注意观察患儿的面色、呼吸等变化，如有苍白、气急，及时采取吸氧等治疗措施。

## 【文献选录】

《幼科发挥·肺所生病》：“小儿初生至百日内嗽者，谓之百啐嗽。痰多者，宜玉液丸；肺虚者，阿胶散主之。此名胎嗽，最为难治。”

《万氏家藏育婴秘诀·咳嗽喘各色证治》：“小儿百日内有痰嗽者，谓之百啐嗽。或因出胎之时，暴受风寒；或因浴儿之时，为风所袭；或因解换裸裳，或出怀喂乳，皆风邪之自外入者也。因乳多涌出，吞咽不及而错喉者，或因啼哭未定，以乳哺之，气逆呛出者，此病之从内出者也，皆能为咳。”

## 【现代研究】

新生儿肺炎的研究主要有病原学研究及临床研究。

### 一、病原学研究

新生儿肺炎有吸入性、感染性肺炎之分。王灵海指出：新生儿感染性肺炎按病原学可分为细菌性肺炎、原虫性肺炎、病毒性肺炎。而细菌性肺炎的病原菌有金黄色葡萄球菌、绿脓杆菌、B组溶血性链球菌、大肠杆菌等。原虫性肺炎在欧洲、伊朗、东南亚等地的未成熟儿和体弱儿中流行，也会发生在免疫功能低下的患儿中。呼吸道合胞病毒、流感病毒、副流感病毒、腺病毒都会引起新生儿肺炎。<sup>[1]</sup>

### 二、临床研究

新生儿肺炎的中医临床研究报道虽然不多，但均有一定见解。王赤梅用红参每日1.5~3g，蒸汁喂服或鼻饲治疗新生儿重症肺炎取得一定疗效，红参具有增强机体免疫功能，并有耐缺氧、抗呼衰、调节体温和兴奋体温以及兴奋血管系统等作用。<sup>[2]</sup>张宝林等提出新生儿肺炎病机为胎毒闭肺，给予黄连、黄芩、玉竹、茯苓各1.5g，地锦草9g，煎服

后效果良好。黄连为解胎毒之要药，黄芩入肺经泻肺火，地锦草清热解暑，现代药理研究有广谱抗菌作用，茯苓健脾胃、化痰湿，正邪两顾，玉竹滋阴润肺，毒解气道通，呼吸乃平定。<sup>[3]</sup>

胡淑霞报道辨证治疗新生儿肺炎 54 例，以银翘生脉散（银花、连翘、人参各 6g，陈皮 3g，麦冬、五味子各 4g）为基本方，风邪犯肺偏风寒者用基本方去陈皮、五味子，加麻黄、杏仁；偏风热者用银花、连翘、牛蒡子、荆芥、麦冬、薄荷、太子参、五味子。痰热闭肺者先用麻杏石甘汤加葶苈子、大枣；紫绀明显加丹参、赤芍；皮肤黄染加茵陈蒿汤；痰甚加贝母、桔梗、莱菔子；缓解后继用基本方。秽浊犯肺立即吸痰、拍背、吸氧，针灸人中、百会、气海、神阙、肺俞。药用葶苈子、黄芪、人参各 6g，肉桂、甘草各 2g，大枣 2 枚。肺脾肾虚者以炮附子 3g，人参 6g，茯苓、赤芍、当归各 4g，生姜、桂枝各 2g。肢软少气，不食懒动用生脉散加四君子汤；阳气欲脱用参附救逆汤，隔姜灸人中、百会、神阙。偏阴虚用六味地黄丸、补肺散加生脉散；合并五硬症以附子、桂枝、红花、丹参煎汤洗浴，回阳后改服基本方。方药口服、滴管滴入、母子同服、鼻饲、灌肠、雾化吸入均可。以上方法治疗 54 例新生儿肺炎，全部治愈，平均疗程 6 日。<sup>[4]</sup>

### 现代参考文献

- [1] 王灵海. 新生儿感染性肺炎. 中华儿科杂志, 1980, 18 (4): 237
- [2] 王赤梅. 红参蒸汁治疗新生儿疾病 30 例临床观察. 中成药研究, 1987, (7): 24
- [3] 张宝林, 等. 新生儿疾病治疗经验举隅. 浙江中医杂志, 1985, 20 (5): 203
- [4] 胡淑霞. 辨证治疗新生儿肺炎 54 例临床总结. 湖南中医杂志, 1992, (6): 14

(郁晓维)

## 5.5 新生儿败血症

### 【概述】

新生儿败血症是致病菌进入血循环，并在其中生长繁殖及产生毒素而造成的新生儿全身感染性疾病。

古代医家对于本病无系统论述，其症状的描述散在于“胎热”、“胎毒”或“疔疮走黄”等病中。

本病在新生儿，尤其是胎怯儿中发病率较高，其发病率在足月儿和早产儿中分别占活产婴儿的 0.1% 和 0.4%，仅次于新生儿肺炎。

本病临床症状不典型，早期不易识别，约半数患儿出现腹胀、腹泻和吐乳等消化系统症状，部分患儿出现黄疸，黄疸有时甚至为败血症的唯一症状。本病并发症较多，常见的有肺炎。患儿经过适当治疗后，过半数可望存活，存活者中可发生不同程度的后遗症，其病死率占婴儿死亡率的 10%~20%。革兰氏阴性杆菌比革兰氏阳性菌感染导致的病死率高。早期诊断和及时治疗是影响预后的关键。

我国早在宋代《小儿药证直诀·胎热》中已有关于本病的描述，其云：“生下有血气，时叫哭，身壮热如淡茶色，目赤，小便赤黄，粪稠。”《活幼心书·胎热》对胎热病因进行了归纳，指出“此因在胎，母受时气邪毒，或外感风热，误服汤剂”，病机为热蕴于内，熏蒸胎气。《活幼口议》、《幼科铁镜》等对胎热的病因病机及治法亦各有论述。

现代对新生儿败血症的研究日趋增多，临床研究方面，中西医结合防治新生儿败血症已取得肯定疗效，以中药静脉滴注治疗本病丰富了治疗手段，提高了治疗效果。

### 【病因病理】

#### 一、病因

多种病因可引起新生儿败血症，感受邪毒、正气虚弱是其主要原因。

新生儿脏腑柔弱，形气未充，藩篱疏薄，卫表不固，易受邪毒。胎儿期、出生时、出生后感受邪毒，侵入营血均可发生败血症。

胎儿期若孕母感受邪毒，可经胎盘传于胎儿，或羊水早破，秽毒经口传于胎儿均可致病。

若是胎儿娩出时，产道邪毒内侵，或助产消毒不洁，邪毒乘虚而入，或羊水秽毒经口吸入，亦可导致败血症的发生。

出生后感受邪毒，较之前两者更为多见，如脐湿、脐疮邪毒炽盛而内传，或因挑马牙而致皮肤粘膜受损感受邪毒，皆可成为本病发病原因。

#### 二、病理

1. 病变部位涉心肝肺脾多脏 新生儿败血症病情复杂，涉及脏腑广泛，病变过程中邪毒流走充斥，正邪交争起伏，可致心肝肺脾多脏产生病变。

2. 病理因素为邪毒化热化火 本病感受邪毒，侵入营血，化热化火，若正气充盛，则邪正交争，热毒炽盛，甚则邪热入营，迫血妄行，出现紫斑；若邪毒内窜心肝可致昏迷抽搐；湿热蕴结，胆汁泛溢，可致皮肤黄染。邪毒犯肺，阻遏气道，肺失清肃，则见气促、呼吸困难。

3. 病机属性分虚实 新生儿败血症的不同证候有虚实之分，一般说病程短、患儿体禀强壮、疾病早期等多表现为实证；病程长或早产体弱患儿，疾病中晚期多表现为虚证。

4. 病机演变重阳 新生儿尤为稚阴稚阳之体，邪热炽盛，极易耗伤阴液，阴阳本为互根，阴竭者，阳随之脱，故而新生儿败血症的病机演变常见邪热伤阴或阳气暴脱。

### 【诊断与鉴别诊断】

#### 一、诊断要点

按 1987 年全国新生儿学术会议制定的诊断标准。

##### 1. 确诊败血症

(1) 具有一定临床表现；两份血培养为同一细菌或一次血培养阳性，但从尿液、脑脊液、浆膜腔液或非暴露病灶处分离出或涂片找到同一细菌。

(2) 具有一定临床表现；白细胞层涂片找到细菌。

(3) 具有一定临床表现；血培养一次阳性，病原菌为非条件致病菌，如为表皮葡萄球菌等条件致病菌，有脐血管或外周静脉插管史者，也可确诊。

##### 2. 临床诊断败血症

(1) 具有败血症的临床表现，白细胞总数  $< 5 \times 10^9/L$  或出生 3 天后  $> 20 \times 10^9/L$ ，或杆状粒细胞  $\geq 20\%$  中性粒细胞总数。

(2) 具有易发生败血症的病史及其临床表现，C-反应蛋白明显增高而无肺炎等其它可使 C-反应蛋白增高的疾患。

#### 二、鉴别诊断

1. 颅内出血、窒息 与败血症一样，有面色欠佳、烦躁不安、嗜睡、抽搐、前囟凸出等，但颅内出血、窒息发病早，多在生后 1~2 天起病，有产伤和缺氧病史。

2. 新生儿肺炎、肺透明膜病、肺不张 与新生儿败血症早期一样，有呼吸困难、气急、青紫，但胸部 X 片可协助鉴别诊断。

### 【辨证论治】

#### 一、证候辨别

1. 辨常证 新生儿败血症的常证有邪毒炽盛、阴虚火旺、气阴两虚证，辨证可从全身症状、舌质着手，邪毒炽盛为病之初期，全身热毒症状严重，舌质多红；阴虚火旺证多为病之中期，邪热炽盛，伤阴耗液，临床除热证外，往往伴有口干咽燥、皮肤干燥、舌红少苔诸症；气阴两虚证则为病之后期，邪退正虚，乏力多汗，舌淡苔薄。

2. 识轻重 新生儿败血症轻症见吮乳减少或无力，哭声低微或少哭，少动呈软弱无力状，呕吐或腹泻，部分患儿可伴发热、体重不增、面色较苍白或皮肤发花、黄疸等；重症可见体温不规则，不升或高热，不吃不哭不动，面色青灰或发绀，黄疸迅速加重，皮下可见出血点，肝脾肿大，心音低钝，心率快，呼吸困难或不规则，腹胀伴呕吐或腹泻，甚至惊厥、昏迷。

#### 二、治疗原则

新生儿败血症的治疗以清热解毒凉血为主要法则，若邪热伤阴，应予清热养阴，病至后期气阴两伤，应予益气养阴，若正虚邪陷，治宜回阳救逆。

治疗新生儿败血症还应注意体质因素，初生小儿脏腑娇嫩，形气未充，正气易伤，在祛邪过程中应时时顾护正气，防其邪恋正伤。

#### 三、分证论治

##### 1. 邪毒炽盛

证候表现 起病急骤，壮热烦躁，或斑疹隐隐，皮肤、巩膜黄染，甚则昏迷、抽搐，舌红绛，苔黄，指纹紫滞。

辨证要点 本证疾病初期最为多见，病情多急重，全身症状显示热重毒壅，重症患儿甚至邪热引动肝风，出现昏迷、抽搐。

治法主方 清热凉血解毒。黄连解毒汤合犀角地黄汤加减。

方药运用 常用药：黄连、水牛角片（先煎）、生地黄、丹皮、赤芍、黄芩、山栀、黄柏。黄疸重者加茵陈、制大黄；腹胀加枳壳、木香；气喘痰鸣加葶苈子、桑白皮；大便秘结者加玄明粉；腹泻者加滑石、木通、藿香；高热惊风者加羚羊角、僵蚕、蝉蜕，吞服紫雪丹；高热神昏者加服安宫牛黄丸。

##### 2. 邪热伤阴

证候表现 发热稽留，午后尤甚，烦躁，口干舌燥，神倦，舌光红，有裂纹。

辨证要点 小儿为稚阴稚阳之体，邪热极易伤阴，本证候一派阴伤之象，口干舌燥为虚火上炎，舌光红有裂纹为阴虚火旺所致。

治法主方 养阴清热解毒。清营汤加减。

方药运用 常用药：生地黄、玄参、麦冬、竹叶、丹参、银花、连翘、黄连、水牛角片（先煎）、地骨皮。高热烦躁者重用黄连、银花、连翘；皮肤有脓性病灶重用蒲公英、生地黄、赤芍；气阴两虚者加人参、石斛。

### 3. 气阴两虚

证候表现 午后潮热，神萎，汗多，四肢厥冷，口干引饮，舌红少苔，指纹红。

辨证要点 本证多在疾病后期出现，阴阳互根，邪热伤阴，阴损及阳故而气阴两虚，气虚则神萎汗多，阴虚则午后潮热，口干欲饮。

治法选方 益气养阴，清解余邪。沙参麦冬汤合生脉饮加减。

方药运用 常用药：沙参、麦冬、玉竹、天花粉、白扁豆、党参、黄芪、五味子、丹皮、丹参、蒲公英。余邪未尽加银花、连翘；食欲不振加香橼皮、麦芽；大便干结加火麻仁、瓜蒌仁。

### 4. 正虚邪陷

证候表现 发病或急或缓，面色青灰，多汗，精神萎靡不振，不吃不哭，四肢厥冷，伴体温不升，皮肤或口腔粘膜有出血瘀点，舌质淡，苔薄白，指纹隐伏不显。

辨证要点 本证病情危重，正不胜邪，邪毒内陷，正气不支，心阳欲脱，故而多汗，四肢厥冷。气不摄血，血从外溢则皮肤口腔粘膜见出血点。

治法主方 温阳扶正祛邪。四逆汤加味。

方药运用 常用药：人参、附子、干姜、甘草、银花、黄连。气息微弱、舌淡加黄芪、川芎、当归；有瘀斑及肝脾肿大加赤芍、红花、川芎；四肢厥冷加桂枝；神昏加苏合香丸；汗多加黄芪、生龙骨、生牡蛎。

#### 【急症处理】

新生儿败血症病情轻重不一，病情严重者往往伴有心力衰竭、中毒性休克等并发症。

1. 心功能不全 选用洋地黄类药。
2. 中毒性休克 在补充血容量基础上加用血管活性药多巴胺、酚妥拉明、异丙肾上腺素、654-2等，也可短期应用氢化考的松。
3. 高胆红素血症 及时光疗。
4. DIC 应用肝素治疗。
5. 惊厥 应用镇静剂苯巴比妥或安定等，伴脑水肿给予脱水剂甘露醇、速尿等，或加用地塞米松。

#### 【其它疗法】

##### 一、中药成药

1. 清开灵注射液 用于昏迷抽搐者。
2. 茵栀黄注射液 用于黄疸伴肝脾肿大者。
3. 紫雪丹 用于抽搐甚者。
4. 至宝丹、用于神昏、痰盛气粗者。

##### 二、药物外治

黄连、栀子、金银花、连翘、地龙、蝉蜕、马齿苋、秦皮各6g，黄芩、白僵蚕、炒枳壳各3g，琥珀末（冲）0.5g，浓煎至60ml。保留灌肠，每日2次，连灌3日。

##### 三、西医疗法

1. 抗菌治疗 考虑临床诊断后在尚未明确病原菌前，暂时选用氨基苄青霉素或第二、三代头孢菌素，待细菌培养及药物敏感报告出来后，使用对病原菌敏感的药物进行治疗。对有化脓性脑膜炎征象者选用头孢噻肟或头孢曲松静脉滴注。



2. 一般治疗 注意保暖, 维持水电解质平衡, 补充热卡, 每日热卡不少于 209.2~251.04kJ/kg (50~60kcal/kg), 如不能进食时应予静脉补液。局部化脓病灶清创处理。
3. 支持及免疫治疗 少量多次输血或血浆, 交换输血、输粒细胞及免疫球蛋白。

### 【预防护理】

#### 一、预防

1. 防治孕妇感染以防宫内感染。
2. 分娩过程中要做到无菌操作。胎膜早破 12 小时以上仍未分娩时可给产妇注射抗生素预防。
3. 提倡母乳喂养, 减少因肠道感染而导致的败血症。

#### 二、护理

1. 做好脐部、皮肤粘膜护理, 勿挑“马牙”或割“螳螂子”。有感染病灶及时处理。
2. 密切观察新生儿精神、食欲及体温情况。
3. 严格做好消毒隔离工作, 避免继发感染及交叉感染。

### 【文献选录】

《活幼心书·胎热》：“婴儿生下三朝旬月之间，目闭而赤，眼胞浮肿，常作呻吟，或啼叫不已，时复惊烦，遍体壮热，小便黄色，此因在胎母受时气邪毒，或外感风热，误服汤剂，或食五辛姜面过多，致令热蕴于内，熏蒸胎气，生下固有此症，名曰胎热。”

《活幼口议·胎病作热》：“议曰：儿在胎中，母多惊悸，或因食热毒之物，降生之后，儿多虚痰，气急短满，眼目眵泪，神困呵欠，不发神舒，呃呃作声，大小便不利，或通利即有血水，盛则手常拳紧，脚常搐缩，眼常斜视，身常掣跳，皆由胎中受热。宜速与服大连翘饮子解散诸热，次与服消风散，数服无恙。”

《幼科推拿秘书·推拿病证分类》：“胎毒者，胎中受母热毒致生病症，三朝、一七、十日、半月内最难救治，五六日尤难。”

### 【现代研究】

陈宝林报道以僵蚕、紫草各 10g, 大黄 6g (另煎), 青蒿 15g, 败酱草 20g, 甘草 3g, 为基本方治疗新生儿败血症疗效良好。高热无汗者加木贼 10g, 连翘 20g; 正虚邪陷加生黄芪 15g, 制附片 6g; 伤阴较重加天花粉 10g, 乌梅 10g。陈氏认为新生儿败血症发病机理除感受时邪外, 主要与先天毒热内蕴、熏蒸于外有关, 以上基本方具有通腑泻热、祛风解毒之功, 大黄则具釜底抽薪之功。<sup>[1]</sup>

新生儿金葡菌败血症极期辨证多属热毒炽盛, 内攻脏腑, 虞佩兰等对应用适当的抗生素后发热仍不退, 症状改善不明显者, 加用中药治疗, 常选五味消毒饮、黄连解毒汤、清瘟败毒饮等加减。加用中药后症状减轻, 体温下降。对于伴有黄疸、肝脾肿大者, 在加用抗生素基础上加用茵栀黄注射液静滴, 1 日 2 次, 每次 10~20ml, 24 例败血症患儿治疗后, 绝大多数获得好的效果, 恢复期可改为茵陈蒿汤加减口服 (茵陈 5~10g, 栀子 4g, 黄芩 3g, 黄连 2g, 车前草、茯苓各 6g) 以巩固疗效。若金葡菌败血症发热迁延不退, 辨证属湿热蕴结、脾胃失和者, 以甘露消毒丹加减 (蔻仁 0.5g, 连翘 3g, 射干、川贝各 2g, 藿香、菖蒲、薄荷各 1g), 常可获较好疗效。

新生儿金葡菌败血症病情危重者, 常出现邪盛正虚, 有的出现邪毒内陷, 邪热伤阴或邪毒内陷、气阴两虚, 宜扶正祛邪。方用黄连解毒汤合养阴、益气之剂, 药用黄连、黄

芩、白糖参、黄柏、当归各 1.5g，生地、山栀各 2g。有腹泻加地锦 9g；有瘀斑或肝脾肿大加赤芍 3g，川芎、红花各 1.5g；神志昏迷者常用安宫牛黄丸，每次 1 丸，1 日 4 次，或用安宫牛黄注射液 0.5ml，稀释后静脉滴注，1 日 2~3 次。<sup>[2]</sup>

### 现代参考文献

[1] 陈宝林，等．通腑泻热法治疗新生儿败血症．四川中医，1989，(5)：13

[2] 虞佩兰，等．中西医结合防治新生儿金黄色葡萄球菌感染．中西医结合杂志，1987，7(10)：

621

(郁晓维)

## 5.6 新生儿硬肿症

### 【概述】

新生儿硬肿症是指新生儿生后不久(多发生于 7~10 天以内)局部甚至全身皮肤、皮下脂肪硬化和水肿的疾病。只硬不肿者称新生儿皮脂硬化症；单纯由于受寒而致者，则称新生儿寒冷损伤综合征。根据其临床特征，与古代医籍中的胎寒、五硬证相似。

本病在寒冷的冬春季节多见，若由于早产或感染所引起，夏季亦可发病。有资料表明，窒息是本病发生的重要因素之一，而感染、早产、低体重是夏季发生新生儿硬肿症的重要因素。本病是我国北方地区新生儿期常见疾病之一，据北京报道约占住院新生儿第 6 位。病变过程中可并发肺炎和败血症，严重者常合并肺出血而引起死亡。本病预后较差，病死率高达 25%~75%，国内既往平均 44.9%~37.7%。病死率高低取决于病因及复温措施。死亡与胎龄、月龄、季节、环境、硬肿程度及合并症密切相关，体温低于 30℃、心率 < 100 次/分，体重 < 2500g，硬肿面积 50% 以上，严重感染、肺出血者病死率高。因此预防和积极治疗本病对于降低新生儿病死率具有重要意义。

我国早在隋代《诸病源候论》中对本病的病因、症状就有所记载，指出其病因为“儿在胎之时，母取冷过度，冷气入胞，令儿著冷。”《活幼心书》对此有详细的症状描述；《万氏家藏育婴秘诀》则提出对本症的治疗“宜服温补之剂”。《保婴撮要》、《幼科金针》提出治疗方药为理中丸、匀气散等，古代医家对本病的病因病机、治法方药及预后已有一定的认识。

现代对新生儿硬肿症的研究更为深入，在病机为阳气虚衰、寒凝血涩的认识基础上，认为本病证与中医学的“血瘀证”密切相关，运用温阳活血的药物治疗新生儿硬肿症取得良效。中西医结合治疗大大降低了新生儿硬肿症的死亡率。

### 【病因病理】

#### 一、病因

多种病因可引起新生儿硬肿症的发生，常见的有体质因素及感受寒邪两大原因，少数则因感受温热之邪所致。

1. 体质因素 初生小儿，稚阴稚阳之体，早产儿、体弱儿更是先天禀赋不足，阳气虚衰，为发病之内因。

2. 感受外邪 小儿出生之后护理保暖不当，寒邪乘袭，直中脏腑为发病的主要原因，亦有部分患儿由于感受温热之邪而发病。感受风寒者，多见于严寒季节，感受温热之邪

则无明显季节性。

## 二、病理

1. 病变脏腑在脾肾 新生儿硬肿症的病变脏腑主要在脾肾，先天元阳未充，加之后天寒凉损伤，脾肾之阳不振，以致阳气不能温煦肌肤。

2. 病理因素主要在血脉瘀阻 新生儿硬肿症的发生与血脉瘀阻有密切关系，无论是先天禀赋不足，体质虚弱，气血未充，元阳不振，还是感受寒邪、热毒，均可致血液凝滞，血脉瘀阻，肌肤硬肿。

新生儿阳气未充，阴气未长，寒为阴邪，最易伤人阳气，先天禀赋不足之小儿感受寒邪，直中脏腑，伤脾肾之阳，或因生后感受它病，阳气虚衰，致寒邪凝滞，气滞血瘀而发病。

脾主运化，脾阳不振，运化失调，水湿内停故见水肿。肺朝百脉，通调水道，寒侵腠理，肺气失宣，肌肤失调，皮肤硬肿加重。肾阳虚衰，阳气不能温煦肌肤，营于四末，故身冷肢厥。阳虚则寒，寒凝则气滞血瘀，致肌肤僵硬，色呈紫暗，唇及肢端发青。严重者血不循经而外溢。故晚期常见阴络伤而出血。阳气虚极，正气不支，引起阳气衰亡，可见气息微弱，全身冰冷，脉微欲绝之象。

《医林改错·隔下逐瘀汤所治之症目》云：“血受寒则凝结成块，血受热则煎熬成块。”于此可见寒与热均可引起血瘀，临床少数患儿因感受邪毒，毒热蕴结，耗气伤津，阴液不足，血脉不充，血行涩滞，气血运行不畅，亦可致肌肤硬肿。

### 【诊断与鉴别诊断】

#### 一、诊断要点

1990年10月第2届全国新生儿学术会议（沈阳）制定的新生儿硬肿症诊断标准如下：

1. 病史 发病处于寒冷季节，环境温度过低或保暖不当史；严重感染史；早产儿或足月小样儿；窒息、产伤等所致的摄入不足或能量供给低下。

2. 临床表现 早期哺乳差，哭声低，反应低下。病情加重后体温 $<35^{\circ}\text{C}$ ，严重者 $<30^{\circ}\text{C}$ ，腋温——肛温差由正值变为负值，感染或夏季发病者不出现低体温。硬肿为对称性，依次为双下肢、臀、面颊、两上肢、背、腹、胸部等，严重时肢体僵硬，不能活动。多器官功能损害：早期心率低下，微循环障碍，严重时休克、心力衰竭、弥漫性血管内凝血（DIC）、肺出血、肾功能衰竭等。

3. 实验室检查 根据需要检测动脉血气、血糖、钠、钾、钙、磷、尿素氮或肌酐、心电图、胸部X线摄片。

#### 二、鉴别诊断

1. 新生儿水肿 全身或局部水肿，但不硬，皮肤不红，无体温下降。全身性水肿原因很多，如先天性心脏病、先天性营养不良、先天性脚气病及新生儿溶血病等。凡属营养缺乏者，经输血或补充多种维生素即可痊愈。局部性水肿暂时性水肿，大都见于女婴，阴唇水肿发红，病情轻，病程短。外表正常的新生儿，尤其早产儿，也有发生手背、足背、眼睑和头皮水肿者，大多不需治疗而消退。

2. 新生儿皮下坏疽 也多见于冬春寒冷季节。常有难产或产钳产史。在身体受压部位（背和臀部）易于发生。患儿有发热、哭闹，局部皮肤发硬，变红略肿，迅速蔓延，病

变中央先硬结后转为软化，暗红色，逐渐坏死，形成溃疡，可融合成大片坏疽。

### 【辨证论治】

#### 一、证候辨别

1. 辨别轻重 本病可分为轻症、中症和重症，根据硬肿范围、体温及肛、腋温差等来区别，见表 5-1。

表 5-1 新生儿硬肿症病情分度表

程度	硬肿范围	体温	肛—腋温差	器官功能改变
轻	<20%	>35℃	正值	无或轻度功能低下
中	20%~50%	<35℃	0 或正值	功能损害明显
重	>50%	<30℃	负值	功能衰竭、DIC、肺出血

2. 辨别虚、寒、瘀 本病的病理因素以虚、寒、瘀为主，少数可由热毒壅盛、耗气伤津所致。临床尚须辨别虚、寒、瘀孰轻孰重。虚为脾肾阳气虚衰，寒为阴寒之邪乘袭，瘀为气血运行不畅。虚、寒、瘀并非一成不变，常互相转化，阳虚易感阴寒之邪，寒邪更伤脾肾阳气，阳虚寒凝血涩，则气血运行受阻。患儿全身冰冷、僵卧少动、反应极差之重症多属脾肾阳气虚衰；患儿反应尚可、全身欠温、四肢发凉、肌肤硬肿之轻症多属寒凝血涩。

3. 辨别危症 若患儿面青发搐、心腹硬急或口鼻流出鲜血，常可危及生命。

#### 二、治疗原则

治疗新生儿硬肿症以温阳益气，活血化瘀为基本法则。根据临床证候不同，阳虚者宜温补脾肾，脾肾阳气恢复则寒邪不易入侵；寒甚者宜散寒通阳；血瘀者宜行气活血；若为热毒壅结者则宜清热解毒散瘀。

治疗新生儿硬肿症还应注意内服药与外治法配合使用，如配合复温、外敷、推拿等方法以增进疗效，重症患儿应中西医结合治疗以降低死亡率。

#### 三、分证论治

##### 1. 阳气虚衰

证候表现 患儿全身冰冷，僵卧少动，昏昏嗜睡，气息微弱，哭声低怯，仰头取气，关节不利，吮吮困难，面色苍白，肌肤板硬而肿，范围波及全身，皮肤暗红，尿少或无，唇舌色淡，指纹浅红不显。

辨证要点 本证患儿多为早产儿，体质虚弱，元阳不振。患儿全身冰冷，僵卧少动，气息微弱均显示阳气虚衰之征兆。阳气虚衰，风寒凝滞，经脉不通则面色苍白，肌肤板硬而肿。本证多属重症，常易因阳气无力御邪导致肺炎，或因虚寒而血脉失摄导致肺出血之危症。

治法主方 益气温阳，调和气血。参附汤加味。

方药运用 常用药：人参、黄芪、制附子、巴戟天、桂枝、丹参、当归。制附子应先煎半小时。方药应浓煎，吮吮困难者，可用滴管频频滴入患儿口中。肾阳衰加鹿茸 0.3g，研为细末调服以补肾壮阳；口吐白沫、呼吸不匀加僵蚕、石菖蒲、胆南星、郁金、牛黄等活血化瘀；小便不利加四苓散以通利小便；气虚明显加人参注射液静脉滴注；心率慢，心音低钝，脉微弱者用生脉饮注射液静滴以益气强心复脉。

本证还可用真武汤、阳和汤治疗。验方熟附子、黄芪、桂枝、当归、丹参、熟地、巴戟天、鹿茸、川芎，或附子、干姜、炙甘草、丹参、当归、红花、黄芪、红参，对阳气虚衰、血脉瘀阻者均可选用。

## 2. 寒凝血涩

**证候表现** 面色紫暗，全身欠温，四肢发凉，硬肿多局限于臀、小腿、臂、面颊等部，皮肤不易捏起，色暗红，青紫，或红肿如冻伤。严重者口鼻出血。唇色黯红，指纹紫暗。

**辨证要点** 本证一般系体弱小儿中寒而致，多发生于严冬季节，病情较上证轻。先天不足，阳气虚弱，复受外寒，故全身欠温，四肢发凉。阳虚则阴盛，阴盛则寒凝，寒凝则气滞血瘀而致面色紫暗，皮肤暗红青紫。严重者因血凝瘀阻，血不归经，可见口鼻出血的危险。

**治法主方** 温经散寒，活血通络。当归四逆汤加减。

**方药运用** 常用药：当归、桃仁、红花、白芍、桂枝、细辛、川芎、丹参。寒甚加制附子、干姜以温阳散寒；精神萎靡，口吐白沫，呼吸不匀，加白僵蚕、法半夏、石菖蒲、郁金以化痰；硬肿甚加郁金、鸡血藤以活血行瘀；气行则血行，活血必先益气行气，可加人参、黄芪、木香。

## 3. 热毒蕴结

**证候表现** 患儿发热烦躁，面红气粗，肌肤硬肿紫红，尿短赤。严重者不哭、不食、不动，鼻窍出血。唇色紫红，指纹淡滞。

**辨证要点** 本证主要见于感染所致的硬肿，发病率低，无明显季节性。热毒蕴郁故发热烦躁，面红气粗，尿短赤。气血郁滞故肌肤硬肿，色紫红，指纹紫滞。热壅血瘀，血液妄行故鼻窍出血。

**治法主方** 清热解毒，活血化瘀。黄连解毒汤加减。

**方药运用** 常用药：黄连、黄芩、栀子、人参、川芎、丹参、红花、茯苓、黄芪。发热伤阴，加生地、玄参、麦冬；大便秘结加生大黄、槟榔；鼻衄加仙鹤草、白茅根。苦寒之品易化燥伤阴，损伤脾胃，应中病即止。伴有感染性疾病者，应同时辨证治疗。

本证应注意治疗原发病，一般不以党参代人参。

### 【急症处理】

重症硬肿症病死率高，主要死因是肺出血、循环衰竭和呼吸衰竭，应及时抢救。

1. 复温 体温在 $30^{\circ}\text{C}$ 以下者，缓慢复温效果差，多主张快速复温，将患儿送入预热至 $27^{\circ}\text{C}$ 以上的温箱中，每小时升高 $1^{\circ}\text{C}$ 箱温，直至体温恢复，亦可配合加热输液、加温供氧等措施。

2. 肺出血 一经确立，早期给予气管内插管，进行正压呼吸治疗，（CPAP 或 IPPV），平均气道压 $1.05\sim 1.25\text{kPa}$ （ $10.75\sim 12.75\text{cmH}_2\text{O}$ ）。2~3 天后病情好转，减低呼吸器参数或撤离。同时积极治疗引起肺出血的原因，如 DIC、肺水肿、急性心肾功能衰竭等。

### 3. 纠正器官功能紊乱

(1) 循环衰竭 有微循环障碍或休克体征时应及时扩容、纠酸。

(2) DIC 重度硬肿症常伴 DIC，是硬肿症死亡的重要原因。抓紧高凝期治疗是关键，

经化验确定为 DIC 及高凝状态时，立即用肝素。

(3) 急性肾功能衰竭 尿少或无尿时可给速尿，并严格限制液量。无效加用多巴胺或氨茶碱静脉滴注。并发高钾血症应限制钾的摄入，严重时给予胰岛素加葡萄糖静脉输注或静脉注射适量葡萄糖酸钙以抵消钾对心脏的毒性作用。

4. 控制感染 可根据感染性质，加用青霉素、氨苄青霉素、头孢菌素等。对新生儿肾脏有毒副作用的药物应慎用。

### 【其它疗法】

#### 一、中药成药

1. 复方丹参注射液 每次 2ml (含丹参、降香各 2g)，加入 10% 葡萄糖注射液 20ml 中静滴，每日 1 次，7~15 日为 1 个疗程。用于各种证型。

2. 盐酸川芎嗪注射液 每日 6~10mg/kg，最大不超过每日 20mg，加入 10% 葡萄糖注射液 80~100ml，静脉滴注。每日 1 次，10 天为 1 个疗程。用于各种证型。

#### 二、药物外治

1. 鲜橘皮 120g，藏红花 30g，煎成水剂，盛在盆中，水温保持在 38.5℃~40℃，将患儿浸泡盆中，15~20 分钟后抱起患儿擦干身体，置于预热至 32℃~34℃ 保温箱中，用国产 600W 的红外线灯照射硬肿处，灯管距皮肤 30~50cm，边照边按摩，每次 15~30 分钟，每日 1 次。

2. 新鲜韭菜 200~250g，清水 2500~3000ml，煮沸至韭菜熟而发黄，待其降温至 42℃~40℃ 备用，在 26℃~28℃ 室温中将患儿放入韭菜水中沐浴，除患儿头部外，身体其它部分均浸泡在韭菜水中，并用煮熟变软的韭菜揉摩皮肤，硬肿部位着重按摩，洗浴 5~10 分钟，水温下降至 38℃~37℃ 时即抱起患儿，擦干身体，包好取暖。每日 1~2 次。

3. 活血化瘀油膏 (当归、红花、川芎、赤芍、透骨草各 15g，丁香 9g，制川乌、草乌、乳香、没药各 7.5g，肉桂 6g，研末与凡士林 1000g 配成)，用温水洗净硬肿部位，涂抹活血化瘀油膏，以手轻揉按摩 10~15 分钟，4 小时 1 次，冬天油膏须加热后再用。

#### 三、针灸疗法

1. 针刺 关元、气海、足三里，针后加灸。

2. 温灸 局部用艾条温灸。

#### 四、推拿疗法

万花油推拿法 万花油含红花、独活、三棱等 20 味药，功效为消肿散瘀、舒筋活络。抚法、摩法、搓法可理气和中，舒筋活血，散寒化瘀，兴奋皮肤末梢神经，扩张毛细血管，使血液向周身回流，改善皮肤温度。具体方法：

1. 双下肢肿胀明显用抚、摩两法。患儿置于成人怀中，盖好被。抚法：施术者以温手指腹和鱼际肌涂上万花油，手掌略弯曲，让 5 个指腹、掌根部及鱼际肌接触患儿皮肤，轻飘地抚双下肢，由下而上 5~7 遍。再行摩法：用拇指鱼际肌涂上万花油，对肿块逐个地轻揉，节奏缓慢地盘旋摩动，着力均匀，患部有微热感。再施抚法 2~3 遍，结束推拿。注意勿将皮肤擦伤，每 4 小时推拿 1 次。

2. 整个双下肢似硬橡皮状伴有水肿用抚、搓两法。患儿置成人怀中，抚法同上述，抚完后施搓法：用手掌涂万花油，在患儿下肢来回搓动，并上下揉动，力要均匀，速度宜缓，皮肤稍有热感，再施抚法。每 4 小时 1 次。

## 五、复温疗法

寒冷是引起本病的主要原因，复温是治疗的重要措施。方法有多种。轻者可放在26℃~28℃室温中，置热水袋，使其逐渐复温。重者可先置26℃~28℃室温中，1小时后置28℃暖箱中，每1小时提高箱温1℃，至30℃~32℃，使皮肤温度达36℃左右。也可因地制宜，采用其它各种保暖和复温方法，在12~24小时内使体温恢复正常。

## 六、西医疗法

硬肿症患者除急症处理、复温治疗外，还必须供给足够热卡，开始时热卡至少达到基础代谢的需要，以后渐加至正常需要量。补充液体需控制滴速，补液量控制在每日60~80ml/kg，防止心衰、肺出血、高血糖。

除出血、严重贫血（红细胞压积<0.45），因血粘度高、心功能差，早期不宜大量输血，应以胶体液或血浆调整渗透压平衡，改善血粘度。

有出血倾向或已有出血者，可静脉滴注维生素K、止血敏等。

### 【预防护理】

#### 一、预防

1. 作好孕妇保健，尽量避免早产，减少低体重儿的产生。
2. 严冬季节出生的小儿应注意保暖，事先提高室温，准备好干热绒毯，待小儿一出生即包裹御寒。
3. 出生后1周内的新生儿，应经常检查皮肤及皮下脂肪的软硬情况，加强消毒隔离，防止或减少新生儿感染的发生。

#### 二、护理

1. 对早产儿、体弱儿要做好保暖工作。耐心喂养，供给充分热量，使身体产热而复温。能吸吮者，尽量母乳喂养和口服补液。
2. 对吸吮力差者，可用滴管或鼻饲，必要时静脉点滴10%葡萄糖注射液。

### 【文献选录】

《诸病源候论·小儿杂病诸候·胎寒候》：“儿在胎之时，母取冷过度，冷气入胞，令儿著冷。至儿生出，则喜腹痛，不肯饮乳，此则胎寒。”

《婴童百问·五硬》：“五硬则仰头取气，难以动摇，气壅疼痛连胸膈间，脚手心如冰冷而硬，此为风症难治。肚大青筋，急而不宽，用去积之剂，积气消即安。恐面青心腹硬者，此症性命难保。”

《保婴撮要·五硬》：“五硬者，仰头取气，难以动摇，气壅作痛，连于胸膈，脚手心冷而硬。此阳气不营于四末也。经曰：脾主四肢。又曰：脾主诸阴。今手、足冷而硬者，独阴无阳也，故难治。”

### 【现代研究】

#### 一、药效学研究

据药理实验证明：丹参、当归、川芎、红花具有加快血流，改善血液循环，改善血管壁的通透性及纠正微循环障碍，抗血栓形成和溶解血栓的作用。丹参并能提高机体的耐氧能力，减少心肌耗氧量，改善心肌功能。当归、川芎有抗维生素E缺乏的作用。附子具有强心、改善微循环、兴奋垂体-肾上腺皮质系统的作用。人参具有抗休克、强心、提高耐低温能力、加强机体对有害因素的抵抗力，促进糖、蛋白质及脂肪代谢的功能。

实验表明丹参注射液可使血流加快,改善微循环,改善红细胞瘀滞聚集,具有抗凝作用。鹿茸精注射液有兴奋强壮滋补作用。川芎嗪注射液具有抗凝、减少血小板凝聚、增加血流量、降低血液粘滞程度、改善毛细血管通透性及微循环等作用。

## 二、临床研究

新生儿硬肿症的现代临床研究在发病情况、病因病机、临床证候特点、辨证论治诸方面均取得了显著的进展。

籍孝诚报道,检查14809名新生儿中,硬肿症患者有100例,占6.7%,病死率34%,硬肿发生年龄平均5.9天,早产儿、小于胎龄儿及体重<2500g者发病较早,平均4~5天,足月儿体重≥2500g者平均7天( $P<0.05$ )。硬肿部位以大腿、臀部、面颊、上肢、躯干明显,39例面积>50%,常见症状为皮肤发硬,水肿,皮色紫红,反应低下,拒乳,体温不升,硬肿面积>50%者病死率高达53.8%,<50%者为21.3%。<sup>[1]</sup>

古代多数医家认为本病病因病机为禀赋不足,感受寒邪或风邪,阳气不达,气滞血瘀而成,近代多宗于此说,并在此基础上深入研究,另有创见。罗凤珍指出其发病因素依次为围产缺氧、寒冷、感染。<sup>[2]</sup>王鹏飞提出湿热也是本病病因之一,因小儿禀赋不足,胎母湿热侵及小儿致气滞血瘀形成硬肿,使本病病因学更趋完善。另有学者提出本病由于禀赋不足,调护不周,感受寒邪直入脏腑,伤及脾肾之阳,阳气不足,不能达于四肢所致。如果分娩时过早破水,或感受寒邪,导致肺气失宣,气机阻滞,脾运失健,水湿渍于肌肤亦可形成硬肿症。这些理论进一步充实了硬肿症的病因病机学内容。

根据临床观察,张宝林将本病的临床表现归纳为五低二多、五大特征、五个严重征象、五个垂危征兆,便于临床掌握。

1. 五低二多是指发病情况,本病多发生在:①低气温的季节及地区;②低出生体重儿;③低年龄组新生儿;④低生活能力的新生儿;⑤低热量供给的新生儿;⑥多病的新生儿;⑦患儿母亲多病。

2. 五大特征是指冷、硬、肿、休克、DIC。

3. 五个严重征象指表现为不吃、不哭、不动、不升(指体温)、不增(体重)。

4. 5个垂危征兆中以肺出血最常见,其次是呼吸衰竭、心动过缓和(或)心律不齐(一般是从快到慢、从慢到乱)、肾功能衰竭及中毒性肠麻痹。<sup>[3]</sup>

历代医家治疗本病多主张采用益气温阳散寒、活血化瘀通络的方法,近年来主要采取中西医结合的方法,在常规疗法的基础上加上中药内服或外敷及静脉给药等,并对中药治疗机理进行了探讨。如曹振祥认为新生儿硬肿症是因阳气不足、阴寒内盛所致,以人参、熟附子各6g,枳实2g,每日1剂,治疗56例患儿,疗效良好。<sup>[4]</sup>陆传宝将新生儿硬肿症分为3种证型,患儿皮肤硬肿、全身冰冷、气息微弱、哭声低怯者,给予益气温阳,药用人参、黄芪、茯苓各6g,桂枝1.5g,附片3g。全身皮肤苍白肿亮,关节不利、按之凹陷者,治以补气利尿,药用人参、白术、甘草、茯苓、泽泻各6g,黄芪、猪苓各9g,五味子1g。皮肤硬肿色暗,不能捏起者,治以益气活血,药用人参2g,黄芪9g,肉桂、炙甘草、木通、赤芍各3g,川芎、当归各6g。<sup>[5]</sup>张西艺以温阳益气、活血化瘀药物治疗新生儿硬肿症95例,有效率达95.79%,其内服药为附子、川芎各0.3g,人参、白术各1g,黄芪、茯苓各2g,红花0.6g;外敷药为肉桂6g,丁香9g,乳香8g,红花、赤芍各15g,没药7g。其作用为活血止痛消肿、改善血液循环。<sup>[6]</sup>李建民以654-2,每次



1.5~2mg,每2~4小时1次,白药每次0.25g,每日4次,调匀口服。白药具止血愈伤、活血散瘀功能,并防治DIC、肺出血,在促使硬肿消退、缩短病程、提高治愈率方面优于单用654-2组。<sup>[7]</sup>

新生儿硬肿症与中医瘀证有关,外治法可以起到温经散寒、疏通营血、改善局部血瘀凝块、柔软肌肤的作用。尤其选用活血化瘀中药外敷,能改善微循环,增加血流量,改善毛细血管通透性。同时新生儿皮肤渗透吸收作用较强,故能收到很好疗效。如康文昭用川乌、草乌、肉桂、桂枝、生姜、丁香、当归、红花、川芎、赤芍加凡士林调成软膏,加温涂敷于硬肿部位,治疗新生儿硬肿症轻症38例,重症17例,疗效均优于对照组。<sup>[8]</sup>刘宗媛报道用艾叶500g,加水3000ml,煎熬浓缩成1000ml,每次取250ml加入水浴盆中,保持水温37℃~38℃,每次将患儿浸泡洗浴15~20分钟,浴后擦干放入温暖襁褓中,每日2~3次,体温恢复正常时间和硬肿消肿时间均较西医组短,两组具有显著差异。<sup>[9]</sup>于秀卿以He-Ne激光照射治疗新生儿硬肿症,主穴取足三里、丰隆、飞扬。配穴按病区邻近取环跳、巨髃、肩髃,随症加减,每穴3分钟,每日1次,与用654-2加肝素对照组相比,具显著差异。<sup>[10]</sup>

### 三、实验研究

新生儿硬肿症实验研究较多,运用活血化瘀药治疗新生儿硬肿症取得了良好疗效,明显降低了病死率。为进一步探讨新生儿硬肿症与“血瘀证”的关系,上海第一医学院儿科医院观察新生儿硬肿症患儿治疗前后下肢血流图及红细胞电泳时间变化,结果表明,新生儿硬肿症患儿下肢血流图的波幅明显低于正常新生儿,硬肿缓解后波幅增高,与治疗前相比,有显著差异( $P<0.05$ ),波幅值越低,说明肢体血流量越少,其原因可能为皮肤及皮下脂肪硬化和水肿引起外周阻力增加,血液流动发生困难,使局部血管内流量减少。治疗前患儿红细胞电泳时间较正常新生儿长,治疗后电泳时间缩短( $P<0.01$ )。此实验表明:新生儿硬肿症患儿下肢血流量减少,血流速度变慢,红细胞表面电荷减少,红细胞互相排斥作用减少,红细胞彼此粘附,“血瘀证”变得更为明显,应用活血化瘀药治疗后,随病情好转,上述异常均得到纠正。

### 现代参考文献

- [1] 籍孝诚. 100例新生儿硬肿症分析. 新生儿科杂志, 1991, 6(4): 145
- [2] 罗凤珍. 新生儿硬肿症发病原因与预防探讨. 新生儿科杂志, 1991, 6(4): 145
- [3] 张宝林. 新生儿硬肿症. 湖南医学院学报, 1980, 5(2): 187
- [4] 曹振祥. 中药治疗新生儿硬肿症56例. 中医杂志, 1994, 35(4): 214
- [5] 陆传宝. 中西医结合治疗新生儿硬肿症100例. 浙江中医杂志, 1996, (3): 117
- [6] 张西艺. 中西医结合治疗新生儿硬肿症95例小结. 新中医, 1996, (5): 27
- [7] 李建民. 654-2、云南白药佐治新生儿重度硬肿症疗效观察. 中国中西医结合杂志, 1992, 12(11): 696
- [8] 康文昭. 温经活血膏外敷治疗新生儿硬肿症57例观察. 中国中西医结合杂志, 1994, 14(4): 246
- [9] 刘宗媛. 艾叶浴复温治疗新生儿硬肿症. 四川中医, 1992, (2): 26
- [10] 于秀卿. He-Ne激光照射治疗围产新生儿硬肿症疗效观察与分析. 中国针灸, 1992, (5): 9

(郁晓维)

## 5.7 赤游丹

### 【概述】

赤游丹是以皮肤红赤如丹，形如云片，游走不定为临床特征的一种新生儿常见皮肤病。赤游丹又名丹毒，或称赤游风、赤游火丹。

本病西医学称为丹毒，发生于新生儿者称为新生儿丹毒。由皮肤感染、脐部疾患或臀部湿疹等引发。本病一年四季均可发病，但夏秋季节发病率较高。一般预后良好，少数可以出现毒邪内攻的凶险病变。

早在隋代《诸病源候论》中已对赤游丹的病因病理及临床症状作了详细论述，此后，《小儿药证直诀》、《丹溪治法心要》、《医宗金鉴》等书均对赤游丹的临床症状及治法、方药有所记载，《外科正宗》则对赤游丹作了全面而精辟的论述。

### 【病因病理】

#### 一、病因

导致赤游丹发生的原因主要是外感风热邪毒，护理不善，皮肤受损，外邪乘虚袭入而致。此即《幼科铁镜·辨胎毒发丹》所言：“此候由内有积热熏蒸，外被风热所感。”

#### 二、病理

外感风热邪毒，乘虚而入，客于血脉，搏于血气是其基本病理。新生儿肌肤娇嫩，邪客于血脉，迫血妄行，血流于脉外，则见斑片红肿，邪正相争则发热。发于头面者，多因风热火毒为患。发于腰胯者，多兼肝脾湿热。发于下肢者，为湿热火毒作祟。毒邪若化火动风，内陷厥阴则见神昏、抽搐。

### 【诊断与鉴别诊断】

#### 一、诊断要点

1. 临床可见壮热，局部皮肤红肿、灼热、发硬、边缘隆起，迅速向周围扩大，边缘清楚，稍压退色。
2. 化验白细胞增多，一般在  $20 \times 10^9/L$  以上，分类以中性粒细胞占多数。
3. 血培养或化脓灶培养见链球菌生长。

#### 二、鉴别诊断

1. 急性蜂窝织炎 初起患处焮肿胀痛，皮肤灼热，红肿以中心部位明显，四周较淡，边缘不清。2~3天后，中心皮肤出现湿烂，或见褐色腐溃，约1周左右液化成脓。以手背、足背、臀部多见。
2. 急性淋巴管炎 自手足部疔疮或皮肤破损处开始，见一条或数条红丝向近心端蔓延。发于上肢者，循臂的屈面，止于肘或腋下。发于下肢者，经腿的内侧，止于腘窝或股缝。

### 【辨证论治】

#### 一、辨证要点

1. 辨别常证 赤游丹常证为风火热毒证，主要表现为局部皮肤症状，无昏迷、抽搐等症。
2. 辨别轻重 赤游丹轻症患者精神尚好，吮乳减少。重症患儿精神烦躁或萎靡不振，拒乳，壮热持续，甚而昏迷、抽搐。

## 二、治疗原则

治疗赤游丹应以疏风清热解毒为主要法则，邪毒炽盛，窜入营分则应凉营泻火，邪毒内陷厥阴应急予熄风开窍。

## 三、分证论治

### 1. 风火热毒

证候表现 多见于臀部，局部红肿灼热，状如云片，可呈游走性，壮热烦躁，或有呕吐、腹泻、便秘，舌质红，苔黄或腻，指纹紫。

辨证要点 本证为赤游丹轻证，起病急，风火热毒入于经络，搏于气血，外发肌肤，故皮肤红肿灼热，风火热毒随气血流行，游走不定。邪正交争则壮热烦躁。

治法主方 清热解毒散风。普济消毒饮加减。

方药运用 常用药：牛蒡子、薄荷、黄芩、黄连、板蓝根、玄参、升麻、赤芍、生甘草等。大便秘结加生大黄、玄明粉；呕吐加姜竹茹；尿赤加滑石；血热甚加紫草。症状较重者，取大青叶煎汤调如意金黄散，敷于局部。

### 2. 毒传心肝

证候表现 局部皮肤焮赤肿痛，壮热，烦躁不安，甚则神昏、抽搐，唇燥口干，舌红绛少苔，指纹紫。

辨证要点 本证为赤游丹重证，邪陷心肝，蒙蔽心窍，引动肝风，故而昏迷、抽搐。多见于体质强壮，热毒炽盛之患儿。

治法主方 清热解毒，开窍熄风。清瘟败毒饮加减。

方药运用 常用药：生石膏（先煎）、水牛角（先煎）、知母、生地、赤芍、丹皮、黄芩、山栀、紫草、玄参、黄连、钩藤等。舌绛唇干，加石斛、芦根；神昏抽搐，另加服安宫牛黄丸、紫雪丹。

## 【急症处理】

应用足量、有效的抗生素，如青霉素、头孢菌素等，并予补液及补充维生素。见有抽搐给予苯巴比妥、安定等止痉药。抽搐频繁，严重缺氧、合并脑水肿给予地塞米松，必要时应用甘露醇脱水。

## 【其它疗法】

### 一、中药成药

1. 七味新消丸 用于风火热毒证。
2. 紫雪丹 用于毒传心肝证抽风频作者。
3. 安宫牛黄丸 用于毒传心肝证高热神昏者。

### 二、单方验方

1. 板蓝根 30~50g，水煎，分次饮服。
2. 金银花、玄参、紫草各 15g，蝉蜕 3g，每日 1 剂，水煎后分数次服完。
3. 蒲公英、大青叶各 15g，水煎，分次饮服。

### 三、药物外治

1. 丝瓜叶适量捣烂，取纱布蘸丝瓜叶涂红肿处，1 日 3 次。用于风火热毒证。
2. 金黄散适量，用大青叶煎水调敷患处，1 日 1 次。用于风火热毒证及毒传心肝证。

## 【预防护理】

## 一、预防

1. 保持皮肤清洁、干燥，注意臀部清洁。
2. 湿疹患儿或皮肤损伤者，应保持局部干燥，有破溃者，用4%黄连水湿敷局部。

## 二、护理

1. 注意观察赤游丹面积及游走情况，防止出现并发症。
2. 高热患儿，应注意补充水分及维生素。
3. 如使用敷药后患处皮肤出现糜烂，应改用冷湿敷疗法。

### 【文献选录】

《圣济总录·小儿诸丹》：“论曰：风热发丹，古方谓小儿得之最忌，以其气血未定，肌肤柔脆，无以胜悍毒故也。是以诸丹不同，其发无定处，俗又谓之溜，流走经络，散发肌表，如涂丹之赤，有法可删，泄去毒气，不尔，则丹毒入腹近心即死。”

《外科正宗·小儿赤游丹》：“欲发之时，必先身热，啼叫惊搐，次生红肿，光亮发热，瞬息游走，发无定处……换如意金黄散，用水芭蕉根捣汁调敷，甚者日换二次；内以大连翘饮、消毒犀角饮、五福化毒丹。毒气入里腹胀坚硬不乳者，紫雪散下之。”

《幼科铁镜·辨胎毒发丹》：“此症由娠妇常浴热汤，或久卧火坑，或过食煎炒辛辣。其候丹发头面四肢，赤色游走不定。先用天保采薇汤表散，次用大连翘饮。”

### 【现代研究】

有关赤游丹的现代研究内容较少。针对新生儿服药不便，郑景岐采用家传秘方外用治疗，药用绿豆30g，黄柏3g，轻粉4.5g，飞辰砂3g，各研细末，以生甘草3g熬水调，用新毛笔蘸药涂患处，每日3~4次，重症辅以中药连翘、玄参、银花、丹皮、焦山楂、石斛、生地、薄荷水煎口服。临床使用有效。<sup>〔1〕</sup>王均模自拟牛黄败毒散治疗513例新生儿丹毒，治愈503例，具一定疗效，处方为西牛黄0.3g，绿豆衣0.5g，生甘草1.5g，金银花3g，上药共研细末，匀分7包，每日1包，分2次服，7天服完。<sup>〔2〕</sup>

### 现代参考文献

〔1〕 郑日新. 郑景岐治疗新生儿丹毒的经验. 辽宁中医杂志, 1993; 20 (10): 5

〔2〕 王均模. 牛黄败毒散治疗新生儿丹毒. 江苏医药, 1981; 7 (1): 55

(郁晓维)

## 5.8 脐湿、脐疮

### 【概述】

脐湿、脐疮均是由于婴儿出生后，断脐结扎处理不善，护理不当，为不洁之物所污染而发生的脐部疾患，其中脐部为水湿所侵，脐中湿润不干者，称为脐湿；脐部为邪毒感染，红肿热痛或脓水溢出者，称为脐疮。

西医学称脐湿、脐疮为新生儿脐炎，主要是出生后，断脐残端受到感染而引起的炎症改变。

本病虽然是脐部局部病变，但处置不当可酿成大病如败血症等。建国后由于普遍推行新法接生，初生儿脐部疾患的发病率已明显下降。

我国很早已有关于脐湿、脐疮病的记载。《诸病源候论·小儿杂病诸候·脐疮候》中

已提出脐疮的证候，并指出：“脐疮不瘥，风气入伤经脉，则变为痛也。”认识到脐疮重证，可致惊痫、抽搐。《太平圣惠方》、《圣济总录》、《活幼心书》等古籍，均对脐湿、脐疮作了较为详细的阐述。

现代对脐湿、脐疮的研究，除了临床治疗方法外，还充实了预防脐湿、脐疮的内容。

### 【病因病理】

#### 一、病因

产生脐湿、脐疮的原因主要是由于断脐后护理不当，感受外邪所致。

**脐湿** 由于断脐后护理不当所引起，如新生儿洗浴不慎，被水湿所侵，或为尿液浸渍脐部，或因脐带过早脱落水湿久留所致。

**脐疮** 是由脐湿经日不愈，或脐带脱落过早，摩擦损伤，感染邪毒，壅于脐周所致。

#### 二、病理

初生婴儿形体娇嫩，脐带未固，脏气未充，对外邪的抵御力薄弱。断脐后感受水湿污秽，湿邪渍肌浸肤则形成脐湿；若湿郁化热，或污秽化毒则湿热之邪蕴郁，致营卫失和，气滞血瘀而致脐部红、肿、热、痛，进而湿热酿毒化火，则毒聚成疮，致脐部溃烂化腐。若邪热伤经损络，可引起血液外溢。当正气不足时，邪毒内逼脏腑，则并发其它变证，犯心则惊惕、啼叫不安；犯肝可引动肝风而发生抽搐；犯脾则运化失调，造成泄泻、腹胀。脐湿、脐疮的病变虽限于脐之局部，但脐部内系脏腑，调治失宜则邪毒内侵、疮毒走黄可引起全身性病变。

### 【诊断与鉴别诊断】

#### 一、诊断要点

1. 有脐带处理不洁，尿液及水湿浸渍脐部，或脐带根痂撕伤等病史。
2. 脐带根部或脱落后的根部见发红、肿胀、渗液为脐湿；在此基础上有脓性分泌物，气臭秽，甚则渗出脓液为脐疮。重时伴全身症状，如发热、烦躁等。
3. 脐部分泌物涂片和培养可见致病菌，血培养阳性。

#### 二、鉴别诊断

1. 脐肠瘘（卵黄管瘘） 系卵黄管未闭合。瘘管连接于回肠与脐孔之间，脐部间歇排出气体或粪水。经腹部碘液造影，摄腹部正侧位片，可见造影剂进入小肠。
2. 脐尿管瘘 系脐尿管未闭合，从脐部间歇性排出尿液。可作瘘管造影，注入造影剂后作X线检查，可见其进入膀胱。也可静脉注入美蓝，见蓝色尿液从脐部排出。
3. 脐窦 系卵黄管在脐部残留的一段较短的未闭管道。局部可见窦口，用探针可探得窦道。注入造影剂后作X线检查，可见其盲端。

### 【辨证论治】

#### 一、证候辨别

1. 辨常证与变证 脐湿、脐疮的常证有湿秽渍脐、毒热内侵。辨证可从脐部症状和全身症状两方面着手。湿秽渍脐仅见脐部发红、创面肿胀，有湿性渗出，一般情况尚好；毒热内侵则见脐部红肿，有脓性或血性渗出，伴神烦不宁，啼哭叫闹。若脐部色紫而溃，伴昏迷、抽痉则属变证。

2. 辨轻重 脐部色红不肿，无全身症状，多属邪浅轻证；脐部色暗红伴肿胀，并见脓液或血外溢、发热、哭闹不安者多属重证。

## 二、治疗原则

治疗脐湿、脐疮以祛湿生肌、清热解毒为总原则。热毒炽盛，邪陷心肝者则应凉血清营，熄风镇惊；气血亏虚而邪毒留连则应益气养血、清除余邪。配合外治疗法可增强疗效。

## 三、分证论治

### (一) 常证

#### 1. 湿秽渍脐

证候表现 脐带脱落后，脐窝仍湿润浸渍不干，创面微红、肿胀，全身状况良好。

辨证要点 为脐湿症状，脐部微红、肿胀，湿润浸渍为湿秽感染，属轻证。

治法主方 清热祛湿，收敛固涩。渗脐散干撒脐部。

方药运用 常用药：煅龙骨、麝香共研粉，撒脐部。脐部红肿明显加服黄柏、赤芍药煎液。

#### 2. 毒热内侵

证候表现 脐部红肿热痛，甚则糜烂，脓水流溢，恶寒壮热，啼哭烦躁，口干欲饮，唇红舌燥，舌质红，苔黄腻，指纹紫。

辨证要点 此为脐疮重症，除见脐部红肿热痛外，伴有全身热毒症状。

治法主方 清热解毒，疏风散邪。五味消毒饮加减。

方药运用 常用药：银花、野菊花、天葵子、蒲公英、紫花地丁、黄连、黄芩、山栀。肿甚加防风、蝉蜕；便秘加生大黄、玄明粉；脐部渗出混有血液加紫草，另用景天三七研末口服。

#### 3. 邪伤气血

证候表现 脐部溃烂，色暗红，甚则色紫，脓血流出，久不收口。低热汗出，精神萎靡，面色苍白，不欲吮乳，腹部胀满，夜卧不安，大便干结，舌质淡，苔厚白，指纹紫。

辨证要点 此证病程迁延，全身状况差，为气血两亏之象，故疮面久久不能愈合。

治法主方 益气养血，解毒生肌。解毒内托汤。

方药运用 常用药：黄芪、当归、赤芍、银花等。低热加青蒿、胡黄连；多汗加太子参、白芍；腹胀加枳壳、佛手。

### (二) 变证

#### 邪陷厥阴

证候表现 脐部红肿破溃，流溢脓血，波及脐周，不乳，嗜睡或昏迷，抽搐。

辨证要点 本证系邪毒炽盛，内陷心肝之变证。热蒙心包，神明失主故嗜睡或昏迷，引动肝风故抽搐。

治法主方 清热开窍，熄风镇惊。羚角钩藤汤加减。

方药运用 常用药：羚羊角粉（另服）、钩藤、菊花、银花、黄连、白僵蚕。神昏加服安宫牛黄丸；皮肤瘀点加赤芍、丹皮、玄参、生地。

### 【其它疗法】

#### 一、中药成药

小儿化毒散 用于脐疮。

## 二、单方验方

1. 马齿苋 每日 5g，水煎，分次口服。用于脐疮。
2. 鱼腥草、野菊花各 5g，水煎，1 日 3 次分服。用于脐部红肿。

## 三、药物外治

1. 冰硼散 冰片 1.5g，朱砂 1.8g，玄明粉、硼砂各 15g，共研细末。吹、搽脐部，1 日 2~3 次，重者 1 日 5~6 次。用于脐湿、脐疮。
2. 小儿脐炎方 五倍子 50g，生龙骨 25g，冰片 0.2g。共研细末。取适量以陈醋调成膏状，敷贴于脐部，每日换药 1 次。用于脐疮毒热内侵证。
3. 如意金黄散 天花粉 5000g，黄柏、大黄、姜黄、白芷各 2500g，厚朴、陈皮、甘草、苍术、天南星各 1000g。晒干磨极细。外用适量调敷脐部，1 日 1~3 次。用于脐湿、脐疮。
4. 马齿苋 晒干为末，敷脐，1 日 2 次。用于脐疮。
5. 渗脐散 枯矾、煅龙骨各 6g，麝香少许。研细末，干撒脐中，1 日 1~2 次。用于脐湿。
6. 云南白药 适量涂于脐部，用于脐疮渗出物为血性者。

## 四、西医疗法

1. 局部治疗 用雷佛奴尔液或 3% 过氧化氢溶液及 75% 酒精清洗，再涂 1%~2% 龙胆紫，或用碘酒、酒精烧灼。
2. 全身治疗 严重或有全身感染中毒症状时，选用抗生素。
3. 对局部脓肿应切开引流。
4. 支持疗法 对有脓毒血症、腹膜炎者，给予静脉补液、输血或输血浆。

### 【预防护理】

#### 一、预防

1. 新生儿断脐后，应注意脐部残渣的保护，防止尿便及洗浴等湿渍，保持清洁干燥。脐部残端让其自然脱落。
2. 保持内衣和尿布的清洁、干燥、柔软。如有污染，及时更换。

#### 二、护理

1. 换药时要注意局部的消毒，若有干痂形成，切不可强剥，以免发生出血和伤及肉芽。
2. 防止脐疮脓液外溢污染健康皮肤，造成其它感染。

### 【文献选录】

《太平圣惠方·八十二卷·治小儿脐湿诸方》：“夫小儿脐湿者，亦由断脐后，洗浴伤于湿气，水入脐口，致令肿湿，经久不干也。凡断脐后，便久著热艾厚裹，不得令儿尿湿著脐，切须慎之。”

《诸病源候论·小儿杂病诸候·脐疮候》：“脐疮由初生断脐，洗浴不即拭燥，湿气在脐中，因解脱遇风，风湿相搏，故脐疮久不瘥也。脐疮不瘥，风气入，伤经脉，则变为痼也。”

《万氏家藏育婴秘诀·脐风证治》：“脐疮者，脐带因有所犯而落，故根未敛，溃肿而成疮也。宜白龙骨、枯白矾、黄柏三味为末敷之，甚妙。要宜常看，勿使抱裙之内有尿

湿也。”

### 【现代研究】

临床研究 脐湿、脐疮的现代临床研究主要有预防及在辨证论治基础上探讨简便易行的方药，取得显著疗效。

1. 预防 王宪庆以淋浴法清洗新生儿，将新生儿置于浴架上，直接用热水冲洗，洗后以75%酒精棉签擦拭脐部及周围皮肤，结果护理洗浴4000名新生儿无1例脐部感染，与100名传统分段洗浴、擦浴新生儿的方法对照，细菌培养分别为46%、70%，具显著差异。<sup>[1]</sup>梁英华报道，新生儿断脐后外敷脐带粉（枯矾、地榆、卷柏），可缩短脐带脱落时间，且无渗出、感染不良反应。<sup>[2]</sup>

2. 发病情况 梁越威分析了51例新生儿脐炎临床资料，指出本病以早产儿、低体重儿、男婴发病多见，冬夏季易发病，败血症、高胆红素血症、皮肤感染、口腔炎为常见并发症。<sup>[3]</sup>王力克亦指出本病以夏冬季节发病率高，脐炎易合并败血症及高胆红素血症。<sup>[4]</sup>

3. 治疗 李健民用云南白药外敷治疗新生儿脐炎，其疗效明显优于西药组。<sup>[5]</sup>王雷等报道用氩氮激光治疗新生儿脐炎，与对照组酒精擦拭比较，疗效显著，治愈时间短，有显著差异。据探讨，氩氮激光治疗具有抗炎和促进上皮生长和血管再生作用，使白细胞吞噬功能增加，免疫球蛋白增加，有利于炎症消散。<sup>[6]</sup>杨国文报道在脐部撒上云南白药1g治疗新生儿脐炎，一般2次即痊愈。<sup>[7]</sup>秦亮报道以煨白矾3g，煨龙骨1g，研成细末，加入麝香少许，放入脐中，纱布裹，避风，每日1换，治疗脐湿11例，疗效良好。<sup>[8]</sup>曾冲自制脐带粉治疗脐炎，用后2~3天即可显效，药用黄连20g，枯矾30g，朱砂10g，冰片2g，研极细，加入氧化锌、炉甘石粉各10g，局部以过氧化氢液洗，以2%甲紫溶液适量调脐带粉少许，每日2~3次。共治12例，有效率达83.3%。<sup>[9]</sup>

### 现代参考文献

- [1] 王宪庆. 新生儿淋浴与脐部感染的探讨. 中华护理杂志, 1989, 24 (12): 737
- [2] 梁英华. 5000例新生儿应用脐带粉临床观察. 北京中医, 1991, (3): 24
- [3] 梁越威, 等. 新生儿脐炎51例临床分析. 山西医学院学报, 1993, 24 (2): 184
- [4] 王力克. 新生儿脐炎52例. 新生儿杂志, 1991, 6 (5): 224
- [5] 李健民. 云南白药治疗新生儿脐炎75例. 中国中西医结合杂志, 1993, 13 (2): 118
- [6] 王雷, 等. 氩氮激光治疗新生儿脐炎. 护理学杂志, 1987; 2 (3): 142
- [7] 杨国文. 云南白药治疗婴儿脐炎10例. 中医杂志, 1983, 23 (4): 77
- [8] 秦亮. 白龙粉治疗婴儿脐湿. 浙江中医杂志, 1989, 24 (4): 176
- [9] 曾冲. 脐带粉治疗脐炎. 四川中医, 1985, (5): 5

(郁晓维)

## 5.9 脐血

### 【概述】

脐血是以脐部出血为临床特征的新生儿脐部疾患。

西医学中没有脐血独立病名，若新生儿出血症以脐部出血明显者，可参照本病辨证论治。



本病可由于脐带结扎不当或胎热内盛，逼血妄行，或中气不足，无力统摄所致，一般预后较好，若伴颅内出血、呕血、便血则预后较差。随着新法接生的大力推广及采用维生素K预防，本病的发病率已大为下降。

早在明代，万全即已指出出血的致病原因是“断脐将息大失宜”，朱丹溪对脐血的治疗提出用“白油脂细末贴之”。为本病治疗提供了文献资料。

### 【病因病理】

导致脐血的病因可为断脐结扎失宜所致，亦有因胎热内盛，或中气不足所致者，因而造成血液外溢的病理改变。

1. 断脐结扎失宜 断脐时，脐带结扎过松，可致血渗于内；或结扎过紧，伤及血脉，亦可致血渗于内；若断脐后肉芽增生，亦致局部血性渗液。

2. 胎热内盛 孕妇恣食甘肥厚腻，致胎热内盛，迫血妄行，以致断脐不久，加之感受外邪，血从内溢出。

3. 中气虚弱 部分婴儿先天禀赋不足，中气虚弱，脾不统血，而致脐血不止。

无论以上何种原因所致，若脐血过多，伤及阴液，阴虚火旺，迫血妄行，可致病程缠绵，迁延不愈。

### 【诊断与鉴别诊断】

#### 一、诊断要点

断脐后，血从脐孔渗出，一般不伴有呕吐、便血等症。

实验室检查，出血时间、血小板计数均正常。

#### 二、鉴别诊断

先天性血小板减少性紫癜 生后1周内除脐部出血，还伴皮肤、粘膜出血，血小板计数减少，出血时间延长，凝血时间和凝血酶原时间正常。

### 【辨证论治】

#### 一、证候辨别

1. 辨别轻重 脐血的轻重可以从出血量的多少及患儿全身状况区分。轻证一般出血量少，患儿精神好，吮乳有力，无明显全身不适情况；重证则出血量较多，烦躁不安或萎靡不振，拒乳，甚则吐血、便血。

2. 辨别虚实 脐血虚证病程迁延，精神萎靡，不思乳食，出血色淡或黯暗，实证起病急暴，烦躁不安，啼哭不止，出血色鲜红而量多。

#### 二、治疗原则

治疗脐血应分清原因，不能见血止血。因脐带结扎失宜所致，应重新结扎；因胎热内蕴，迫血妄行，应凉血止血；中气不足，气不摄血而致，应益气摄血；虚火内炽致血不循经，应滋阴凉血。以上各证若出血过多，气随血脱，还应急急回阳固脱。

#### 三、分证论治

##### 1. 胎热内盛

证候表现 起病急骤，血循脐带创口而外溢，或见发热，面赤唇焦，口干，甚或吐衄、便血，肌肤紫斑，或伴脐疮，舌红苔黄，指纹紫。

辨证要点 本证病情较为严重，起病急，来势猛，全身症状显示内热壅盛之象，部分患儿除脐血外，还伴有其它部位出血情况。

治法主方 清热凉血止血。犀角地黄汤加减。

方药运用 常用药：水牛角片（先煎）、生地、丹皮、赤芍、紫草、仙鹤草。尿血加大小蓟；便血加槐花、地榆；鼻衄加白茅根、茜草炭；若因出血过多，气随血脱者，急宜内服独参汤或生脉饮以益气固脱。

### 2. 气不摄血

证候表现 病程迁延，出血量少，血色暗淡质稀，面色苍白，四肢不温，精神萎靡，舌淡苔白，指纹淡。

辨证要点 此证患儿多为胎禀不足，中气虚弱，致气不摄血，病程多迁延难愈，面色苍白，四肢不温，精神萎靡，均为中气不足之证。

治法主方 益气摄血止血。归脾汤加减。

方药运用 常用药：党参、黄芪、白术、甘草、山药、大枣、当归、血余炭、藕节炭。形寒肢冷加炮姜炭；气虚欲脱，另用人参或红参浓煎喂服。

### 3. 阴虚内热

证候表现 病势较缓，出血量少，口干舌燥，午后潮热，舌红绛少苔。

辨证要点 本证可由胎热内盛转变而来，病势缓慢，呈现口干舌燥、午后潮热、舌红绛、少苔等阴虚内热之象。

治法主方 滋阴降火止血。茜根散加减。

方药运用 常用药：茜根、阿胶（烔化）、侧柏叶、生地、麦冬、白及、紫草。潮热加龟版、鳖甲；口干加芦根、天花粉；皮肤瘀斑加玄参、丹皮；尿血加女贞子、旱莲草。

## 【其它疗法】

### 一、中药成药

1. 云南白药 用于各种证型出血证。

2. 三七片 用于各种证型出血证。

### 二、单方验方

白及粉 3g，参三七粉 1g，蜂蜜调成糊状，分 3 次口服。用于脐血伴吐血、便血。

### 三、药物外治

1. 龙骨散 外搽脐部，用于各种证型。

2. 海螵蛸粉、白及粉、煅石膏粉、参三七粉各适量，任选一种药末，撒敷于脐带创口上。用于各种证型。

### 四、西医疗法

1. 止血剂 维生素 K<sub>1</sub> 5mg 肌肉注射，每日 1 次，连续 3 天。维生素 C 每日 100~300mg 口服或静脉注射。亦可选用安络血或止血敏。

2. 输血疗法 严重出血时，可输新鲜全血或血浆，输血量 10~20ml/kg。

## 【预防护理】

### 一、预防

1. 妊娠期间注意饮食卫生，忌酒及辛热之品。

2. 提高产科技术，减少难产，避免产伤。

3. 正确结扎脐带，防止脐带结扎过紧或过松。

### 二、护理

1. 脐带结扎过松或松脱者，重新结扎。
2. 保护新生儿脐部的清洁，严密观察脐部出血量。
3. 有大量出血倾向者，应积极采取急救措施。

#### 【文献选录】

《丹溪治法心要·小儿科》：“小儿初生多啼哭，脐中忽出血，白石灰细末贴之。未愈，炒过再贴，不得揭剥冷贴。”

《万氏家传幼科指南心法·卷上·胎疾》：“生下忽然肿胀，脐间血水淋漓。断脐将息大失宜，客水邪风侵入。外用枯矾粘贴，速令干燥为奇。”

(郁晓维)

## 5.10 脐突

### 【概述】

脐突是因先天发育缺陷，小肠脂膜突入脐中所致，临床以啼哭、屏气则脐部突起为特征。脐突包括了西医学所称的脐疝和脐膨出。

脐突患儿大多数预后良好，随着年龄的增长，逐渐自愈。如系脐膨出患儿，膨出内脏或伴其它先天畸形，如膀胱外翻、肠旋转不全等，病情一般较重，尚可产生腹膜炎、败血症等危重病证。死亡者多系并发其它严重畸形、新生儿硬肿症及手术后感染等。

早在元代，中医对脐突一症已有所认识，《活幼心书·脐风撮口》云：“有脐突一症，又非脐风比……外脐忽光浮如吹，捻动微响，间或惊悸作啼。”《医宗金鉴》、《幼幼集成》等书中则提出了治疗脐突的方药及外治膏药。

### 【病因病理】

#### 一、病因

引起脐突的原因主要有内因与外因两大类。

内因是由于初生儿腹壁肌肉嫩薄松弛，或先天发育不全，脐孔未全闭合，留有脐环，或腹壁部分缺损。外因则为啼哭叫扰、屏气所致。

#### 二、病理

啼哭叫扰过多，或努挣伸引，致小肠脂膜突入脐中，成为脐突。若肿物突起久不回纳，致外邪侵入，可因邪毒化热化火，致高热、腹胀、腹痛等症。

### 【诊断与鉴别诊断】

#### 一、诊断要点

1. 脐部呈半球状或囊状突出，虚大光亮，大小不一，以手按之，肿块可以回纳。
2. 脐膨出为先天性脐疝，除脐部突起外，往往伴有其它先天性畸形，如膀胱外翻、肠旋转不全等。

#### 二、鉴别诊断

脐疮 见于新生儿，脐部红肿热痛，甚则糜烂、脓水流溢。

### 【辨证论治】

脐突临床以局部表现为主，精神、食欲无明显改变。治疗主要选用外治法，如年龄已逾2岁，仍未痊愈，宜考虑手术治疗。若伴见高热烦躁、腹痛，甚则抽搐，可参见本章“新生儿败血症”处理。

证候表现 脐部呈半球状或囊状突起，虚大光浮，小如红枣，大如胡桃，以指按之，肿物可推回腹内，啼哭叫闹则重复突出。脐部皮色如常，精神好，食纳正常。

辨证要点 因初生儿腹壁肌肉嫩薄松弛，或先天发育不全，脐孔未完全闭合，留有脐环，啼哭叫闹，压力过高，致小肠脂膜突入脐中，故脐部光浮胀突。

治法主方 压脐法外治，二豆散外敷。先将突出脐部的小肠脂膜推回腹内，再以纱布棉花包裹光滑质硬的薄片，压垫脐部，外用纱布紧扎。时见哭闹或腹痛者，加用木香、白芍磨汁内服。

### 【其它疗法】

#### 一、药物外治

1. 鲜竹沥适量 将滴有竹沥的湿纱布敷在脐部，盖上塑料薄膜，再垫压适量的纱布块，绷带固定，每日换药1次，5天为1个疗程。

2. 人发、枯矾各等分，先将乱发烧灰，与枯矾共研细末，敷脐突上，以硬纸板压之，再用绷带绕腰包扎。

#### 二、西医疗法

腹壁缺损超过2cm，或年龄已逾2岁未愈者，考虑手术治疗。

### 【预防护理】

减少婴儿啼哭叫扰，啼哭频频。肿物久不回复，应详细检查其原因，及时作出相应的处理。

### 【文献选录】

《活幼心书·脐风撮口》：“有脐突一症，又非脐风比，……产后旬日，外脐忽光浮如吹，捻动微响，间或惊悸作啼。”

《幼幼集成·胎病论》：“脐突者，小儿多啼所致也。脐之下为气海，啼哭不止，则触动气海，气动于中，则脐突于外，其状突出光浮，如吹起者，捏之则微有声。用乱发烧灰，枯矾等分为细末，敷突脐上，以膏药贴之自消。”

### 【现代研究】

#### 临床研究

脐突一症现代研究内容不多，主要在临床中探讨以中药外敷治疗脐突，具有一定疗效。如龚高奎报道，用赤小豆、豆豉、天南星（去皮脐）、白敛各3g，共研细末，用芭蕉树叶调药末，敷脐四周，以纱布包扎，1日2次，用药2~3剂可愈。<sup>[1]</sup>李秋云报道用艾绒、食醋各适量，将艾绒置食醋内浸泡。用时患儿仰卧硬板床上充分暴露脐部，将突出的脐疝手法复位后，把经食醋浸泡的艾绒置于脐孔内，以填满为度，将硬纸垫压盖在脐孔上，再用胶布加以固定，先横贴一条绕至腰后，再纵贴一条上至剑突下方，下至阴阜上方，固定20天为1个疗程。<sup>[2]</sup>陈衍英则报道以猪牙皂2g，雄黄、细辛、地龙、吴茱萸、乳香、没药、冰片各1.5g，共研细末。用时将脐部清洁，以药末3g用开水少许调成糊状，外敷于脐疝处，再以铜钱一枚压盖于药上，最后用绷带固定，每日换药1次，5日为1个疗程。脐疝未消，可再治第2个疗程。<sup>[3]</sup>

### 现代参考文献

[1] 龚高奎. 二豆散治疗婴儿脐疝. 陕西中医, 1981, (6): 17

[2] 李秋云·用艾醋法治疗脐疝·辽宁中医杂志, 1982, (6): 封三

[3] 陈衍英·小儿脐疝·广西中医药, 1985, (6): 18

(郁晓维)

## 5.11 斜颈

### 【概述】

斜颈是由于一侧胸锁乳突肌较短或收缩所致颈脖斜歪的疾病, 临床以头倾向肌肉挛缩的一侧, 下颈转向对侧为特征, 久之可使面部变形。西医学称本病为先天性肌性斜颈。

斜颈发病原因不明, 多数学者认为是旧产伤或在子宫内位置不良引起肌肉血管内血流停滞和血管栓塞, 局部缺血, 使胸锁乳突肌纤维化引起挛缩与变短。

本病是新生儿常见病, 预后良好, 用按摩法外治可取得满意疗效。部分患儿生后 3~7 个月可自行痊愈。若 1~2 年内仍未矫正, 可考虑矫形手术。

现代对斜颈的研究不断深入, 不仅有病因学研究报道, 亦有传统按摩手法治疗斜颈, 并且结合中药活血化瘀等药综合治疗, 对推拿治疗斜颈的机理亦作了探讨。

### 【病因病理】

#### 一、病因

引起斜颈的病因比较单纯, 有内外二因。禀赋不足, 颈肌气血瘀滞是产生斜颈的内因; 孕妇少动及胎儿出生时局部受损是发生斜颈的外在因素。

1. 孕妇少动 坐卧少动, 性情怠惰是导致斜颈的常见原因之一, 由于坐卧少动致胎头偏斜, 不能及时调整, 局部气血瘀阻。

2. 娩出受损 小儿初生时因过于肥大、臀位、横位等原因, 娩出困难, 或用产钳、电吸助产, 致颈部局部受损, 经脉阻滞, 经气失畅, 凝集而成肿块。

#### 二、病理

导致斜颈的主要病理因素是气血瘀滞, 筋脉挛缩。无论是由于坐卧少动, 还是产时受损, 都致颈肌局部气血瘀滞, 经脉瘀阻, 络脉不宣, 筋肉失于濡养, 拘挛收缩, 或离经之血瘀积于皮下、肌腠之间, 瘀血久聚, 凝滞不化, 以致胸锁乳突肌肿胀变性。

### 【诊断与鉴别诊断】

#### 一、诊断要点

1. 患儿可有难产史, 特别是臀位牵引史。
2. 出生 1 周后见胸锁乳突肌有 2~4cm 的梭形或椭圆形肿块, 无压痛, 可随肌肉移动, 局部颜色正常。
3. 头部向患侧倾斜, 面部则转向健侧。
4. X 线检查无特殊。
5. 患儿一般活动正常, 手足活动也正常。

#### 二、鉴别诊断

1. 颈椎畸形 虽同样有斜颈症状, 但颈椎摄片显示畸形, 且无肿块可及。
2. 颈部淋巴结炎 口腔、颈部可见原发感染灶, 局部红肿热痛。
3. 肌痉挛 为一过性肌肉挛缩, 可致斜颈, 很快自行恢复正常。

### 【辨证论治】

证候表现 头向患侧偏斜，下颏转向对侧，触诊可扪及梭形肿物，无疼痛，与胸锁乳突肌方向一致，2~4周内逐渐增大，达成人拇指末节大小，头部因挛缩肌肉牵拉而致斜颈，试行纠正头的位置有较大阻力。

辨证要点 患儿可有难产病史，特别是臀位牵引史。一般生后一周即有症状。产伤致气血瘀阻，结而成肿块，筋肉失养，拘挛收缩。

治法主方 舒筋活血，软坚消肿。推拿治疗。

推拿手法：患儿取仰卧位，医者在患侧的胸锁乳突肌上施用三指揉法，约100次；拿患侧胸锁乳突肌（桥弓处），约3~5次；配合小儿颈部被动运动，被动运动以向健侧侧弯、向患侧旋转为主。

### 【其它疗法】

#### 一、手法牵引

1. 家长在喂奶时引儿头倾向健侧。
2. 患儿睡眠时在患侧垫枕，助其矫正畸形。
3. 手法牵引和按摩 6个月以内轻症患儿于生后2周内即可用手法牵拉纠正，将患儿的头倾向健侧，向相反方向轻柔地牵拉。每次牵拉15~20次，共5~10分钟，每日4~6次。每次手法牵引后要局部按摩或热敷，或行红外线理疗。

#### 二、局部理疗

一般采用热透疗法，如红外线照射，每日1次，连续15次，以促进瘢痕软化。此法可与手法牵引和按摩联合进行。

#### 三、药物外治

1. 当归、赤芍、红花、泽兰、威灵仙各10g，透骨草、伸筋草、香樟木、五加皮各15g。煎水作湿热敷，1日1次，每次20~30分钟。
2. 木鳖子6个，蓖麻子60个，去壳，将药研如泥，以手摩其颈令热，再调药涂颈项。

#### 四、西医疗法

对保守治疗无反应或被误诊的1岁以上病儿，行手术治疗，切断或部分切断挛缩的胸锁乳突肌的胸骨头与锁骨头。

### 【预防护理】

#### 一、预防

1. 注意孕期检查，若有胎位不正，及时给予纠正，平时注意坐势，不可曲腰压腹，防止对胎儿造成不良影响。

2. 婴儿出生后注意有无斜颈，一经诊断，早期治疗。

#### 二、护理

患儿不宜过早直抱，防止发生姿势性斜颈加重。

### 【现代研究】

斜颈的现代研究报道较多，除了传统推拿手法治疗外，尚可配合内服、外敷中药治疗，对推拿，外治方法治疗该病的作用机理进行了探讨。

#### 一、作用机理探讨

吴跃平指出以推拿疗法治疗肌性斜颈的机理是：推拿的压力刺激可达到活血散结，消肿散瘀，促使毛细血管扩张，改善肌肉的液体循环，消除粘连的目的。<sup>〔1〕</sup>江学森认为，按

摩可使肌肉放松,改善局部血液循环,增强肌肉弹力,促进肿块吸收,使胸锁乳突肌痉挛恢复正常。<sup>[2]</sup>苏萍则认为,揉按可促进局部血液循环,缓解肌肉挛缩,弹拨提拿能加快肿块与周围组织剥离,散结消肿。拨拉拔伸能伸展胸锁乳突肌,改善和恢复颈部活动功能。<sup>[3]</sup>

## 二、临床研究

陈志华对 770 例肌性斜颈进行临床观察,指出肌性斜颈中 42.8% 患儿是臀位产,病期越短,疗效越好。<sup>[4]</sup>除了以传统的推拿方法治疗本病外,各地医者尚在医疗实践中总结出多种手法,其新手法简便易行,疗效显著。如阮初信用按摩揉捏、分筋揉拿、弹筋拨络、扳正方法治疗 53 例患儿,有效率达 94.3%。<sup>[5]</sup>陈红蕾指出斜颈患儿血运受影响不单是胸锁乳突肌,部分患儿合并颈椎错位和颈椎发育不全,在传统推拿手法中加入对手足三阳经穴(天牖、翳风、扶突、气舍、缺盆、天柱、风池、天窗、天鼎、肩井)的按摩,能温通诸阳经脉,宣通气血,功效远胜单纯按摩。<sup>[6]</sup>范作云报道以一手固定患儿头部,一手在病侧胸锁乳突肌肿块和挛缩部位作推、揉、提、拿、分、扳、拉等手法,手法由轻到重,再到轻,手法能改善恢复颈部活动功能。最后由医者固定患侧肩部,抓住患儿头顶下颏转向患侧,然后将头推向健侧,以伸展病变的胸锁乳突肌。以此手法治 131 例斜颈患儿,每日 1~2 次,每次 10 分钟左右,疗程半年左右,疗效良好。<sup>[7]</sup>石俊明报道,用按摩治疗 39 例肌性斜颈患儿,有效率达 91.7%,方法以胸锁乳突肌两端和包块为主,以头颊肌、斜方肌及颜面部肌肉为辅,取穴风池、风门、肩井、天宗、缺盆、颊车,手法取揉捻、拿捏、弹拨、点按、旋转、伸屈、提颈等。每次 20 分钟,每日 1 次,15 天为 1 个疗程。<sup>[8]</sup>钱丽芳报道推拿治疗 98 例先天性肌性斜颈,疗效满意,采取胸锁乳突肌指揉法,手法由轻到重,揉拿完毕,头向健侧扳伸数次,然后托其下颌,将头向患侧旋转。探讨其作用机理为采用被动运动,行气活血,消瘀消结,以利肿块吸收,6 个月以上疗效差,临床中发现中、重度营养不良患儿及早期即表现肿块坚硬、头部活动明显受限者疗效较差,肿块大小则与疗效无关。<sup>[9]</sup>此外,以局部按摩加头部左右旋转、左右摇摆、颈部上下拔伸<sup>[10]</sup>,或加拧挤手法<sup>[11]</sup>,或加三指推法加揉、拿、头肩伸引、行气<sup>[12]</sup>等,对于治疗肌性斜颈均有良好效果。

除了以上推拿、按摩治疗外,朱圣华以口服牵正散加味(白附子、僵蚕、全蝎、胆南星、蝉蜕、防风、白芷、钩藤、石决明、天麻、羌活、蜈蚣、代赭石)治疗斜颈,报道亦有良好效果。<sup>[13]</sup>

## 现代参考文献

- [1] 吴跃平. 推拿治疗小儿肌性斜颈 70 例体会. 中医函授通讯, 1984, (2): 93
- [2] 江学森, 等. 按摩治疗婴儿先天性斜颈. 江苏中医, 1980, 1 (1): 52
- [3] 苏萍. 推拿治疗小儿肌性斜颈 68 例临床体会. 按摩与导引, 1996, (1): 35
- [4] 陈志华. 推拿治疗 770 例初生儿肌性斜颈的临床观察. 天津中医, 1985, (5): 21
- [5] 阮初信. 推拿治疗小儿肌性斜颈. 按摩与导引, 1992, (5): 32
- [6] 陈红蕾. 颈部三阳经穴位按摩治疗小儿肌性斜颈 37 例临床观察. 按摩与导引, 1996, (3): 8
- [7] 范作云. 小儿先天性肌性斜颈的推拿治疗(附 131 例临床观察). 按摩与导引, 1994, (2): 23
- [8] 石俊明. 按摩治疗小儿肌性斜颈. 山西中医, 1992, (6): 50
- [9] 钱丽芳, 等. 推拿治疗先天性斜颈 98 例. 江苏中医, 1993, (7): 33

- 〔10〕 王家治. 手法按摩治疗 100 例小儿先天性斜颈的体会. 北京中医, 1994, (5): 52
- 〔11〕 范兴发. 拧挤手法治疗重症小儿肌性斜颈. 上海中医药杂志, 1991, (1): 16
- 〔12〕 耿龙山. 推拿治疗小儿肌性斜颈 62 例. 江苏中医, 1991, (12): 33
- 〔13〕 朱圣华. 牵正散加味治疗痉挛性斜颈. 浙江中医杂志, 1989, 24 (6): 255

(郁晓维)

