

本文引用:何炜星,张 涤. 张涤教授治疗川崎病经验拾萃[J]. 湖南中医药大学学报, 2019, 39(2): 218-221.

张涤教授治疗川崎病经验拾萃

何炜星,张 涤*

(湖南中医药大学第一附属医院儿科,湖南 长沙 410007)

〔摘要〕川崎病是一种以全身性血管炎为主要病变的急性发热出疹性疾病。张涤教授在临床中运用中医药治疗川崎病,以卫气营血辨证为纲,依据病症,治疗以解毒化瘀、清热凉营、养阴益气为主,临床获满意疗效。

〔关键词〕川崎病;温病;张涤;解毒化瘀;清热凉营;养阴益气

〔中图分类号〕R272

〔文献标志码〕B

〔文章编号〕doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2019.02.016

Experience of Professor Zhang Di in the Treatment of Kawasaki Disease

HE Weixing, ZHANG Di*

(1. Department of Pediatrics, The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China; 2. Department of Pediatrics, The First Affiliated Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China)

〔Abstract〕Kawasaki disease is an acute febrile exanthematous disease characterized by systemic vasculitis. Professor Zhang Di uses traditional Chinese medicine in the treatment of Kawasaki disease. Based on categorical identification in terms of Wei, Qi, Ying, and blood systems, as well as the clinical syndromes, the treatment is mainly focused on detoxicating, removing blood stasis, clearing heat, cooling the nutrient, nourishing Yin, and tonifying Qi, thus achieving a satisfactory clinical effect.

〔Keywords〕Kawasaki disease; febrile disease; Zhang Di; detoxication and removing blood stasis; clearing heat and cooling nutrient; nourishing Yin and tonifying Qi

川崎病(Kawasaki disease, KD)最早于1967年由日本学者Tomisaku Kawasaki描述,好发于6个月~5岁之间的儿童,是一种以全身性血管炎为主要病变的急性发热出疹性疾病,其发病机制极有可能是一种遗传易感宿主针对感染病原体的免疫反应。川崎病最严重的并发症为冠状动脉血管炎,是儿童获得性心脏病的首要原因^[1]。发热5 d以上,伴下列5项临床表现中4项者,排除其他疾病后,即可诊断为川崎病。(1)四肢变化:急性期掌趾红斑,手足硬性水肿;恢复期指(趾)端膜状蜕皮;(2)多形性皮疹;(3)眼结合膜充血,非化脓性;(4)唇充血皲裂,口腔

黏膜弥漫充血,舌乳头突起、充血,呈草莓舌;(5)颈部淋巴结肿大。如5项临床表现中不足4项,但超声心动图有冠状动脉损害,亦可确诊为川崎病^[2]。存在4条主要表现,即使发热不足5 d,有经验的临床医生也可做出诊断^[3]。目前,临床中治疗川崎病的常规疗法为阿司匹林口服联合丙种球蛋白静脉注射,该方法具有一定疗效,且可降低冠状动脉病变的发生率,但是仍有相当数量的川崎病患儿应用该方法治疗无效,该病成为近年来研究的重点^[4]。

张涤教授系湖南中医药大学第一附属医院儿科主任医师,硕士生导师,国务院政府特殊津贴专家。

〔收稿日期〕2018-09-27

〔基金项目〕湖南省政府特批专项“张涤中医儿科临床研究所”资助项目。

〔作者简介〕何炜星,男,医师,研究方向:中医儿科肺脾系统疾病的防治。

〔通讯作者〕*张 涤,男,主任医师,教授,硕士研究生导师, E-mail:2655357548@qq.com。

2009年被评为“全国医药卫生系统先进个人”;2013年荣获“湖南省白求恩奖”;2015年获湖南省首届“三湘好医生-医者仁心奖”,2016年获“中国好人”奖,2017年获全国“最美中医”。从事中医儿科临床工作20余年,善用中医独特而严谨的理论和思辨体系,在诊疗思路及用药经验上有独特的造诣,擅长用中医药治疗小儿呼吸系统、消化系统疾病,尤其对小儿外感发热、咳嗽、肺炎、哮喘、腹泻、疳积、夏季热、抽动障碍等疾病疗效显著。张涤教授临床治疗川崎病的患儿擅长使用价廉效高的中医方药,疗效显著。笔者有幸随师临证,现将其治疗川崎病的经验总结介绍如下,以飨同道。

1 辨治思路

中医学对川崎病无专门论述,但根据其临床表现及传变过程,多数学者认为川崎病应归属“温病”范畴,也有学者认为应属于“疫疹”或“斑疹”范畴^[5-6]。小儿脏腑娇嫩,行气未充,若感受温热邪毒易于化热化火,病邪深入则可伤营耗血,毒邪充斥内外表里,故而气血两燔,可见壮热不退,躁扰神烦,肌肤斑疹,唇红目赤,舌质红绛少苔,脉数有力之象;毒热炼液成痰,经络凝阻,则可于颈部结成痰核;温热毒邪久羁不去,最易伤阴耗气,可见低热留伏,唇干口渴,食纳欠馨,舌红少津,脉细数之象。张涤教授认同先贤观点,认为川崎病病情变化复杂,在诊治过程中,依据卫气营血辨证,当以明析毒、热、痰、瘀、伤阴的各阶段所见不同病症,在疾病发展的各个阶段谨慎用药。治疗川崎病以解毒化瘀、清热凉营、养阴益气为主。以清热解毒为总则,依据毒、热、痰、瘀的临床病症,侧重用药。在整个病程中,需将固护阴津这一原则贯彻始终。

2 验案举隅

病案1 患者刘某某,男,5岁。初诊:2015年3月16日。主诉:发热3d,周身出现红色斑丘疹1d。患儿自3月13日无明显诱因出现发热,最高体温达到40.2℃(肛),口服退热药后体温可降至正常,数小时后体温再次升高,于昨日起周身出现红色斑丘疹,伴瘙痒,手掌皮肤充血。在家中未予其他药物治疗,今为求中医治疗来我院就诊。现症见发热,周身

皮肤出现不规则红色斑丘疹,伴瘙痒,手掌皮肤充血,轻微咳嗽,流涕,纳减,二便正常。体格检查:体温38.7℃(肛),呼吸30次/分,心率156次/分,急性热病容,烦躁不安,全身皮肤散在充血性皮疹,形态大小不一,以背部较多,部分融合成片,手掌面皮肤潮红及轻度硬肿,眼结膜充血,口唇鲜红,口腔黏膜及咽部充血,双侧扁桃体I°肿大,无渗出。颈部可触及数个黄豆大小肿大淋巴结,无明显触痛。心律齐,心音有力,双肺(-),舌红苔黄腻,指纹浮紫达风关。血常规:白细胞 $21.23 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $14.98 \times 10^9/L$,淋巴细胞 $5.01 \times 10^9/L$,血小板 $427 \times 10^9/L$ 。心电图:窦性心动过速。心脏彩超:未见明显异常。根据病史、检查结果及舌象指纹,西医诊断:川崎病。中医诊断为疫疹,辨证为肺胃郁热,气营两燔。治法:辛凉宣透,清热生津。处方:荆芥3g,芦根10g,防风3g,桔梗3g,桑白皮5g,地骨皮5g,淡竹叶5g,生石膏20g,玄参5g,牛蒡子3g,甘草2g。共4剂,嘱水煎服,每日2剂,分4次温服(1剂分2次服用,3h1次)。二诊:2015年3月20日。患儿在服上药期间每天均有低热,最高体温达到38.7℃(肛),未予退热药体温可自行恢复至正常。现症见发热,周身皮肤不规则红色斑丘疹,伴瘙痒,手掌皮肤充血、硬肿,稍咳,鼻塞,右耳偶有轻微疼痛,纳欠佳,二便调。体格检查:体温38.1℃(肛),呼吸28次/min,心率150次/min,全身皮肤散在充血性皮疹,形态大小不一,手掌面皮肤潮红及轻度硬肿,眼结膜充血,口唇鲜红,口腔黏膜及咽部充血,双侧扁桃体I°肿大,无渗出。颈部可触及数个黄豆大小肿大淋巴结,无明显触痛。心律齐,心音有力,双肺(-),舌红苔黄腻,指纹浮紫于风关内。患儿经治疗后病情得以缓解,然余热未清,治疗上予以疏风散邪、清泻肺热。处方:桑白皮10g,地骨皮10g,桑叶10g,杭白菊10g,白芷5g,蔓荆子5g,牛蒡子5g,鸡内金3g,山楂炭5g,紫花地丁5g,葛根10g,甘草2g。共4剂,嘱水煎服,每日1剂,上下午分2次温服。三诊:2015年3月24日。患儿在服上药第二天手指端出现膜状脱皮,最高体温达到38.2℃(肛)。现症见低热,周身皮肤不规则红色斑丘疹,伴脱屑,瘙痒,手指端出现膜状脱皮,稍咳,鼻塞,流涕,右耳轻微疼痛,寐时磨牙,食纳欠佳,较前稍增,二便调。体格检查:体温

37.9℃(肛),呼吸 26 次/分,心率 142 次/分,全身皮肤散在充血性皮疹,形态大小不一,手掌面皮肤潮红,硬肿消退,手指端出现膜状脱皮,眼结膜轻度充血,口唇潮红,口腔黏膜及咽部充血,双侧扁桃体 I°肿大,无渗出。颈部可触及数个黄豆大小肿大淋巴结,无明显触痛。心律齐,心音有力,双肺(-),舌红苔薄生芒刺,指纹紫滞于风关内。治法:清泻肺热、养阴生津。处方:桑白皮 10 g,地骨皮 10 g,知母 5 g,桔梗 5 g,白芷 5 g,蔓荆子 5 g,牛蒡子 5 g,紫花地丁 5 g,生石膏 10 g,鸡内金 2 g,山楂炭 5 g,甘草 2 g。共 3 剂,嘱水煎服,每日 1 剂,上下午分两次温服。四诊:2015 年 3 月 25 日。患儿身热已退,稍有咳嗽,有痰,鼻塞,有脓涕,无耳痛,夜寐鼾音较重,食纳较前增加,二便调。体格检查:体温 36.8℃(肛),呼吸 22 次/min,心率 130 次/min,眼结膜充血消退,咽部及口腔黏膜轻度充血,双侧扁桃体 I°肿大,颈部可触及数个黄豆大小肿大淋巴结,舌红苔薄黄,指纹紫滞于风关内。治法:清泻肺热、化痰散结。处方:桑白皮 10 g,地骨皮 5 g,桔梗 5 g,杏仁 3 g,白前 5 g,百部 5 g,白芷 3 g,款冬花 5 g,紫菀 5 g,瓜蒌皮 5 g,牛蒡子 5 g,甘草 2 g,浙贝母 10 g,辛夷 3 g,苍耳子 3 g,玄参 10 g。共 7 剂,嘱水煎服,每日 1 剂,上下午分 2 次温服。随诊,患儿服上方 7 剂咳嗽止,痰音消,夜寐稍有鼾声,食欲可,二便调。

按语:本案患儿因感受温热邪毒,外邪从口鼻而入,初犯卫表,继而入气,上循口咽,熏蒸营血,病邪充斥内外,则见持续发热伴皮疹,眼结膜充血,口腔及咽部黏膜充血等症状。患儿在初诊中症见反复高热、周身皮肤出现不规则红色斑丘疹,眼结膜充血,口唇鲜红,口腔黏膜及咽部充血,颈部淋巴结肿大,辨证为肺胃郁热,气营两燔证。治疗以辛凉宣透,清热生津为法,方药以银翘散合白虎汤加减。方中荆芥、防风辛散表邪、透热外出;芦根清热生津止渴,竹叶清热除烦;桑白皮、地骨皮清泻肺热;生石膏大清气分之热;玄参清解营分之热毒,且同牛蒡子、桔梗清利咽喉。诸药合用共奏清热生津,解毒透疹之功,以期由营转气,邪从外达。二诊中,患儿身热渐退,但余热未清。温热邪毒,充斥内外,故周身皮疹未退,眼结膜充血,故在方中予以桑叶、杭菊、蔓荆子、白芷以疏风散热、清利头目。三诊中见舌红苔薄生芒刺,

状如杨梅,口唇潮红,指端脱皮,周身皮肤见有脱屑,依据当前症状可见,毒热未清,则灼津成痰,凝阻经络,则见颈部痰核;且温热毒邪易于火化,伤及阴分,故舌红苔薄生芒刺,状如杨梅,口唇潮红,指端脱皮,周身皮肤见有脱屑。此为温毒之邪火化伤阴之象,故予以生石膏、知母,取其白虎汤清热生津之意。四诊中所见咳嗽、有痰、颈部淋巴结肿大、打鼾等症,实为温热毒邪炼液为痰之属,故予以玄参、浙贝、瓜蒌皮清其郁火,化其痰滞,桑白皮、地骨皮、白前、百部、款冬花、紫菀清泻肺热、止咳化痰。

病案 2 患者郭某某,男,3 岁 6 月。初诊:2014 年 11 月 1 日。主诉:反复咳嗽 2 月余,发热伴周身皮疹 1 d。患儿于 2 月余前,因受凉后咳嗽,期间在家间断予以药物口服,未见明显好转,于昨日起无明显诱因出现发热,最高体温达到 39.0℃(肛),予“美林”后体温可降至正常。今为求中医治疗来我院就诊。现症见发热,周身皮肤出现不规则红色皮疹,伴瘙痒,头痛,咳嗽,有痰,咳甚伴有呕吐,纳减,大便稀,2 次/日。体格检查:体温 38.2℃(肛),呼吸 28 次/min,心率 152 次/min,急性热病容,全身皮肤散在充血性皮疹,形态大小不一,手掌皮肤潮红无明显硬肿,眼结膜无充血,口唇鲜红,口腔黏膜及咽部充血,双侧扁桃体 II°肿大,无渗出。颈部可触及数个绿豆大小肿大淋巴结,无明显触痛。心律齐,心音有力,双肺(-),舌红苔薄黄,指纹浮紫达风关。辅助检查:血常规:白细胞 $11.52 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $13.28 \times 10^9/L$,淋巴细胞 $3.31 \times 10^9/L$,血小板 $327 \times 10^9/L$ 。心电图:正常心电图。心脏彩超:未见明显异常。根据病史、检查结果及舌象指纹,西医诊断:发热查因:1.猩红热? 2.川崎病?;中医诊断为疫疹,辨证为卫气同病。治法:辛凉透表,清热解毒。处方:荆芥 5 g,芦根 10 g,连翘 5 g,桔梗 5 g,桑白皮 5 g,地骨皮 5 g,生石膏 20 g,紫花地丁 5 g,蒲公英 5 g,葛根 5 g,知母 3 g,白果 2 g,紫苏子 3 g,防风 3 g,大腹皮 5 g,车前子 3 g,甘草 2 g。共 5 剂,嘱水煎服,每日 2 剂,分 4 次温服(1 剂分 2 次服用,3 h 1 次)。二诊:2014 年 11 月 4 日。服药 5 剂后复诊。患儿在服上药 4 剂后体温恢复正常,现症见双手掌硬肿,面部轻微浮肿,周身仍有不规则红色皮疹,伴瘙痒,咳嗽,有痰,纳欠佳,夜寐安,二便调。体格检查:体温 37.1℃(肛),全

身皮肤散在充血性皮疹,形态大小不一,手掌面皮肤潮红及硬肿,眼结膜充血,口唇潮红皸裂,口腔黏膜及咽部充血,双侧扁桃体Ⅱ°肿大,无渗出。颈部可触及数个黄豆大小肿大淋巴结,无明显触痛。心律齐,心音有力,双肺(-),舌红苔黄腻,指纹紫于风关内。辅助检查:血常规:白细胞 $17.52 \times 10^9/L$,中性粒细胞 $15.61 \times 10^9/L$,淋巴细胞 $2.75 \times 10^9/L$,血小板 $396 \times 10^9/L$ 。根据患儿目前症状及检查结果,西医诊断:川崎病;中医辨证为血热风燥,治法:清热生津、祛风止痒。处方:桑白皮 5 g,地骨皮 5 g,芦根 10 g,连翘 3 g,牛蒡子 3 g,白鲜皮 3 g,地肤子 3 g,生石膏 10 g,牡丹皮 3 g,刺蒺藜 3 g,甘草 2 g。共 5 剂,嘱水煎服,每日 1 剂,上下午分 2 次温服。随诊,患儿服上方 5 剂后诸症消,1 月后复查心电图、心脏彩超未见异常。

按语:本案患儿因感受温热邪毒,邪从口鼻而入,蕴于肺胃,肺胃热炽,则见高热,周身出现红色皮疹。初起病邪犯表,发病急剧,西医诊断中虽未明确病因,但依据症状舌象指纹所得,中医辨证为卫气同病,故治疗上予以辛凉透表,清热解毒。方用银翘散合白虎汤加减。方中荆芥、防风辛温解表,紫花地丁、蒲公英、连翘清热解毒,芦根、生石膏、知母清热生津除烦,桑白皮、地骨皮清泻肺热,白果、苏子降气平喘,葛根解肌透疹,且升阳止泻,同大腹皮、车前子利小便而实大便。经初诊治疗后患儿身热渐退,但温热之邪尚未清除,且热邪化火,血热风燥,故皮疹未祛,瘙痒未止,治疗以清热生津、祛风止痒为法。方中桑白皮、地骨皮清泻肺热,芦根、连翘、生石膏清热生津除烦,牛蒡子宣肺透疹、解毒利咽,白鲜皮、地肤

子、牡丹皮、刺蒺藜清热凉血,祛风止痒。

3 结语

张老师认为,关于川崎病的中医治疗,当以卫气营血辨证为纲,以清热解毒为法。临证过程中,需依据体质的强弱、病邪的深浅、病程的久暂、病情的急缓,灵活用药。一般来说,病之初期,邪毒犯表,治以疏风散邪、清热解毒,且宜宣中寓清,以引邪外出,热去毒解,方用银翘散加减;热毒炽盛,当以清气凉营解毒,冀其透营转气,邪从外达,方用银翘散合白虎汤临证加减;后期因温热邪毒伤及阴分,治疗上予以养阴清热解毒,热邪灼津成痰,凝阻经络,当以清气化痰。因其温热毒邪易于化火伤阴,故在疾病的全程中,当顾护阴液,用药切忌辛温升散,以免化燥伤阴,内陷逆传。诚如吴鞠通所云:“留得一分津液,便有一分生机。”亦不可猛进大剂寒凉,否则瘟疫毒邪郁伏于内,无能外达,正气亦遭侵伐,且苦寒之品易于化燥伤津,则内热更炽,必使变证风起。

参考文献

- [1] 刘 宁.川崎病的治疗进展[J].医药导报,2016,35(2):152-156.
- [2] 王卫平.儿科学[M].8 版.北京:人民卫生出版社,2013:193.
- [3] 张 丽.川崎病的诊断要点[J].中国实用儿科杂志,2017,32(8):569-572.
- [4] 朝鲁门,陈柏谕.川崎病并发冠状动脉病变诊断及发病机制的研究进展[J].内蒙古医科大学学报,2014,36(5):468-472.
- [5] 刘弼臣,宋祚民,安效先,等.川崎病的中医证治[J].北京中医,1990(4):10-11.
- [6] 周柳娟.中西医结合治疗川崎病 5 例[J].中西医结合杂志,1990,10(5):305.

(本文编辑 贺慧娥)