

中醫進修叢書之七

**肺**

**炎**

千頃堂書局出版

## 編者的話

本叢書的讀者對象是：要求科學化的中醫同志們，因為他們從前被壓迫，被排棄。在半封建、半殖民地、官僚資本主義的社會裏，根本得不到學習科學醫學的機會。現在人民政府正確的領導下，全國衛生會議決定「中西醫團結改造」的原則下，已很快的展開學習高潮了，況且我們廣大的農村裏，正迫切需要大量的幹部來擔負起衛生醫療基層的工作，我們應盡力幫助他們，提供以學習科學醫學的資料，配合這實際情況的需要而編輯這一套叢書。

本叢書的編輯：分基礎醫學和臨床醫學兩部分，基礎醫學為解剖生理與病理……等；臨床醫學則以常見的傳染病和農村地方病為重點，使中醫確認病原細菌與寄生蟲的傳染，而施原因的治療與預防，展開廣大農村的治療工作，此外簡便有效的中藥和經驗效方……等，均在選輯之列。

本叢書的內容和體例：依據科學，用通俗語體寫成，同時照顧到中醫習慣上的見聞，而隨時註釋中西醫學名實的異同，以對照新舊學理的優劣，期負起中醫科學化過程中橋梁的作用，免致杆格不入之弊；此外古代經驗有價值的記載，我們要把牠表揚出來，把中華民族數千年積異下來的遺產，刮垢磨光起來，把舊的實際經驗和新的科學理論結合而成「民族的、科學的、大衆的」中國人民的新醫學，這是編者最終的願望。

# 目 錄

一 肺炎的定義.....	一
二 肺臟的認識.....	一
三 肺炎的病原.....	三
四 肺炎的分類.....	四
五 肺炎的症狀.....	六
六 肺炎的病理變化.....	九
七 肺炎的診斷.....	一一
八 肺炎的併發症.....	一四
九 鑑別診斷.....	一四
十 肺炎的經過與結局.....	一六
十一 臨床上所見的特種肺炎.....	一七
十二 肺炎的預後.....	一九
十三 肺炎的預防.....	一九
十四 肺炎的治療.....	二二
十五 中藥治療.....	三〇
十六 一個幸運的治驗.....	三三
習題.....	三六

## 一 肺炎的定義：

「肺炎」是肺臟遭遇到病原微生物的傳染，而引起肺部肺泡間質等的「實質病變」，就是肺葉的一部分或數部分的或大或小的炎腫，而有炎滲滲出物（痰）的現象者。

## 二 肺臟的認識：

我們應該先明瞭肺臟的組織：從喉頭起始，由一根大氣管向下到略當第三個胸椎（背脊）骨之間，分成左右兩根支氣管，通入肺中，又漸次分成許多小支氣管，漸分漸細，而成很多的毛細支氣管。毛細支氣管的末梢達到膜狀的「肺泡」為終止。肺泡與肺泡之間就叫做「肺泡間質」。凡氣管，支氣管，毛細支氣管，肺泡，肺間質等處，都分佈有血管，淋巴管，神經纖維等。左右兩個肺臟，恰恰裝滿了左右兩個胸腔，右肺分三葉，左肺分兩葉；肺的形狀為圓椎形，像一口鐘；上端鈍圓的地方稱「肺尖」，下端平的稱「肺底」。左右兩肺之間名「肺門」。心臟亦位於兩肺之間而略偏於左側。肺的本身，本來是富於彈力性，而像海綿狀的一個器官，外面包有薄薄的一層膜，叫做「肺胸

膜」，和胸腔內面的「胸膜」密切接觸貼合，兩膜中間有少量淡黃色而透明的漿液，名為「胸膜液」，這是用作防止肺膜與胸肋膜的磨擦，而使呼吸運動圓滑。胸肋膜炎的病變就在這裏。肋膜炎（炎證的定義是「紅」「腫」「痛」）滲出性的肋膜炎，往往可以抽出很多的漿液。這是因發炎而滲出了很多的漿液所致的。

有些肺結核要打空氣針，就是把消毒的空氣，注入這兩膜的中間，用以壓住有病的肺葉，防止其因多動而蔓延。

氣管裏面有粘膜，粘膜內有一種名「顫毛」的上皮細胞，我們吃東西不留心，流一些到氣管裏，馬上會咳嗽，就是氣管裏顫毛運動的功能。（偶然吸入了灰塵或刺激性的氣體，也能使它起反射運動而咳嗽。）

普通感冒的咳嗽，叫做「氣管炎」，就是氣管粘膜發炎的緣故，不過氣管是有大小和深淺的分別，如果支氣管及毛細支氣管的炎症，進一步就容易併發肺炎，這就叫做「支氣管肺炎」。

肺結核：——肺癆病的病變部分也大都「在肺實質」，所以叫「肺病」，但往往牽及到氣管，有些肺癆，肺部壞點雖很多，而並不多咳嗽，是氣管未受到侵害的緣故。

哮喘病和氣管炎，往往氣急咳嗽，在咳嗽劇烈時，也要咯痰或咯血，這種病，如果X光照出來，肺部看不出病變的狀態。

### 三 肺炎的病原：

肺炎是急性傳染病，造成肺炎的病原細菌種類很多，主要的一種叫「肺炎雙球菌」，在顯微鏡下看起來，爲橢圓形，兩端微尖的球狀菌，常常兩個並列，一對對的，故名「雙球菌」。革蘭氏染色爲陽性，（肺炎病人咯出來的痰，塗在玻璃片上，用格蘭氏——化驗上的專門名詞，這裏不能詳述了——法染色，染得出顏色的病菌，爲「陽性病菌」，染不上顏色的病菌，就叫「陰性病菌」。）此項肺炎雙球菌，據那般細菌學專家的研究，到目下爲止，已經分離出七十種型類。據目前所知，此數十種肺炎球菌型類中，以第一、二、三諸型最爲常見。其所產生的病證，常爲典型的大葉性肺炎。由第一型至第八型菌所致病的，占大葉肺炎患者全數的百分之八十。其他型類的肺炎球菌，常致不典型的肺炎病狀，肺葉僅有一部分的實質病變，且有係發枝氣管肺炎的。

此外，尚有鏈球菌，葡萄狀球菌，肺炎桿菌，流行性感冒桿菌，以及其他濾過毒（

現在的顯微鏡看不見，白陶器裏濾得出的一種病原物，不知是菌還是蟲？不大明白，只能叫它濾過毒。）等，雖然比較少見，但亦各有其特徵。

#### 四 肺炎的分類：

肺炎病有許多種類；從前的分類法，是根據肺部病變來分類：大葉性肺炎：是肺葉有大塊的實質病變，包括整個的肺，或大部分的肺葉，常見數葉均被波及，大多數的（百分之九十五）大葉肺炎，係由各型肺炎雙球菌所致。支氣管肺炎：此是毛細支氣管末端及肺泡等處的炎症病變。侵及小葉的一部或全部，往往兩側肺葉均被累，被害最甚的地方，常在肺底部。此病由於肺炎球菌所致的約占百分之六十到七十。其他尚有鏈狀球菌等，亦致此病。有時化膿性支氣管炎，乃為本病主要現象之一。尤其以溶血性鏈球菌，或流行性感冒桿菌所致的為然。小葉性肺炎：這一名詞，實際上就是支氣管肺炎的別號。因病變也是侵及多處肺組織的小葉羣，倘若此等小葉病變融合成塊，我們叫做「融合性小葉肺炎」。如果病變的範圍再擴大時，實無法和大葉肺炎區別的。中心性肺炎：這是不典型的大葉肺炎，實質病變部分，常近於肺部的深處，而不達到肺表面，因

主要的病原：

此缺少常見的一般「體徵」。間質性肺炎：此病變的滲出物，主在肺組織網狀間質中而肺胞中的滲出物較少，其原因不限於一種細菌所致的特殊病變，蓋肺炎球菌，鏈球菌，流行性感胃桿菌，甚至濾過毒等，均可誘致。吸入性肺炎：又稱「嚥下性肺炎」，其意義與手術後肺炎同。（施行外科手術時，用全身麻醉，在迷蒙中喉頭氣管的反射作用鈍麻，而口腔中的污物易被吸入，而發支氣管炎症，叫做「手術後肺炎」。現在外科的手術檯，對於全身麻醉的患者，須令頭部低，足部高的倒睡裝置，就是防止吸入口腔的污物的緣故。）如劇烈嘔吐的病症，或見嘔吐食物時，突然啼哭致吸入口腔食物，又中風病人因喉頭氣管反射遲鈍時，均易使嘔吐物或口腔不潔物吸入肺中而生肺炎。此等物質在死後解剖時，常可於支氣管中發現的。慢性肺炎：常見於心臟病患者，或其他慢性病患者，而肺部有慢性阻滯性充血者的終末遭遇。多係毒力不強的細菌所致的傳染。死後解剖，見肺後部呈實質變現象，剖切之，有大量暗紅色血水流出，這些是病竈的分類。

現在的分類法是從病原學上的分類，臨床上所見各種肺炎，可按病原菌的不同而區分之，雖然，病變部常能分離出兩種或更多種的病原菌，但普通多係以某一種細菌為



- a 肺炎雙球菌所致的肺炎：此為平時最常見的肺炎，約占百分之七十五至八十。
- b 溶血性鏈球菌所致的肺炎：約占百分之二十至三十。
- c 葡萄狀球菌所致的肺炎：此多屬支氣管性肺炎，很少見，不足百分之一。
- d 肺炎桿菌所致的肺炎：約占百分之一到三。大葉性實質病變，是本病的特徵。
- e 嗜血流行性感胃桿菌所致的肺炎：此病為一種特殊性支氣管炎，以支氣管週圍炎及出血性滲出物為其特徵。

f 結核性肺炎：其發病或為支氣管性肺炎，或為大葉性肺炎。

g 各種特殊傳染病之肺部傳染：如流行性感胃，土拉倫斯桿菌病，球蟲黴菌病，念珠狀菌病，及其他不常見之肺炎，常呈支氣管肺炎型。

h 各種濾過毒所致的肺炎：常稱原發性不典型肺炎。

## 五 肺炎的症狀：

因肺炎球菌所致的典型的肺炎，多數是突然而起，寒戰，發高熱，咳嗽，胸脅痛，咯痰不鬆，痰中有鐵鏽色血痰，呼吸困難，患者一起病即很快（十二——十八小時後）

的顯出重症狀態，顏面潮紅，體溫高達三十九、五——四十度（C），呼吸急促，胸部疼痛，呼吸及咳嗽時更甚，且頻頻咳嗽，咯出少量粉紅色或鐵鏽色痰，口唇發出疱疹，舌苔很厚，若體溫過高時，（四十度以上）病人可能神糊譫語，這樣的掙扎五日到十日，忽然出了一身大汗，體溫驟然退去，（這在醫學上叫做「分利解熱」）或則逐漸退熱，（名喚散解熱）病勢好轉。但是有些病人則因敗血症，血毒症，或他種併發症而致命。

寒戰發抖：爲大葉肺炎初發的主要症狀，有三分之二的病人在起病時有之，不過現象輕重不一。寒戰的時間約爲十五——二十分鐘之久，其餘三分之一的病人，初起不過僅有冷的感覺而已。

胸脅痛：也是肺炎的主要症狀，常緊隨寒戰而起，然亦有先無寒戰，而以胸痛開始的。痛處多在乳頭（奶）部附近，或在患肺之基底部分，這時往往要反射至腹部疼痛，很容易誤認爲盲腸炎。若病變在上肺葉，可以反射至肩胛部疼痛。

體溫：上昇很快，稽留不降，最重的肺炎，熱度很少起伏，（高低）。輕症則不規則，老年人，熱度輕低，可能無熱。我們要注意！熱度的高低，不能作爲病勢輕重之標

的，實際上，高熱或更有利於患者的抵抗。而老人肺炎體溫低，預後往往不良。

咳嗽：起初為乾咳，若病人原先已有支氣管炎咳嗽者，或有膿性（黃濃的）痰液。因咳嗽發作而胸痛更劇，患者往往以手捧護胸部而咳的。隨後痰量增多，疼痛亦較減輕。

痰：鐵鏽色膠粘之痰，是大葉肺炎的特殊病徵！我們可以根據此痰為診斷的目標。

痰之性質隨病之進行而變，從起初的淡紅色或帶血絲，到第三、四日即變為鐵鏽色而粘稠，有時此時的痰含有頗多胆汁而呈橘黃色。當病勢進展至肺臟「肝樣變」期，（肺炎進行期中，肺臟實變腫硬，如肝狀，醫學上稱「肝樣變期」。）及消散期時，痰即變為黃色及粘液膿性，（黃濃如膿的痰，俗稱黃膿痰。）在顯微鏡下，可看見痰中有粘液、紅血球、膿細胞、上皮細胞、和肺炎雙球菌等。支氣管肺炎的痰很少呈鐵鏽色者，多係膿性粘液。但亦有一部分支氣管肺炎，或大葉肺炎病例，在整個病程中，完全無痰者。

呼吸困難：也是本病主要症狀之一種，呼吸急促而很費力，呼吸時加重其胸膈之痛。這種呼吸在判別肺炎與其他熱性疾患上確是一個要點，呼吸的快度：每分鐘為二十五——四十次之多。如胸側疼痛，或有顯明的血中缺氧時，（患者口唇及爪甲下發藍色

是血缺氧的特徵。(可能更快，呼吸的特徵，是在呼氣時有特殊之喉鳴，吸氣時鼻翼都擴張。(古稱氣急鼻扇)。

疱疹：肺炎患者半數以上有的，最常見者發於唇上，但也可能發於鼻旁，頰部，或耳上。這也是一個有意義的症狀，因其出現早，可以作為鑑別急性與慢性的肺部疾病。

神經症狀：肺炎病人約有百分之二十五發神昏譫語，特別是嗜酒的患者，因此預後頗形嚴重，病輕的常無此等症狀。在小兒肺炎開始時，往往有發驚厥者，頗似腦膜炎，但短期即自退。

胃腸症狀：惡心與嘔吐乃肺炎病中頗常見的症狀，有些病例是以嘔吐開始的，下痢比較少見。有百分之五——十病人發黃疸，輕的無關緊要，重的幸而少見，這是中毒性肝臟炎所伴發，預後很險惡！重症肺炎患者常有鼓腸、氣脹等現象。

支氣管肺炎之症狀：不一定與大葉肺炎不同，不過起病時可能較和緩，而體溫不規則。支氣管肺炎很少以發熱驟退而即愈。

## 六 肺炎的病理變化：

主要的病變在肺部。在致命的病例，多見於兩葉以上均呈「實變」現象。根據統計所得，右肺多於左肺。若僅單葉被侵時，則左右兩下葉發生的機會相等。若二葉被侵時，以左右下葉各一爲最多。

大葉肺炎：解剖時看見被傳染的肺葉，較正常肺葉爲大。葉中充血，外被纖維素沉着物，故又稱「纖維素性肺炎」。觸摸時比正常之肺葉組織硬，若全部實變，則該葉的堅硬度有如肝者，氣管及支氣管內含有染血的粘性痰。

病變的經過：1. 爲充血期。2. 紅色肝樣變期。3. 爲灰白色肝樣變期。4. 爲消散期。惟解剖所見，在同一病案中，常可見到上述兩三期的病變。因爲傳染在一葉開始，一邊發展，一邊蔓延到他葉。先感染的部分，其病變自較後發者爲進步。

支氣管肺炎：患部較正常部分腫脹而硬，在大多數的病例，肺組織中可摸出堅硬的實變部分多起，切開面常爲血水所濕潤，患部暗赤色，乃充血之故。支氣管肺炎之實際病變程度，可由此種暗赤色硬塊部位之大小和多寡而定，這些部位或孤立，或成羣出現，或融合而成大塊，常有許多實變小塊融合而成「融合性支氣管肺炎」。如果這過程是普遍性支氣管發炎的結果，則較大之氣管粘膜炎腫脹及充血，管內有粘液膿性滲出物。

血中的變化：肺臟之主要功能在於氧氣的吸收及二氧化碳之排洩。因此任何廣泛牽連肺部的疾病，勢必引起這機能的障礙。肺炎的病變這樣的劇烈，妨害了吸氧排炭的功能，其對於血成分的影響，我們就可想而知！關於不能排除二氧化碳之證據，現尚未能確定，但缺氧的現象，確乎很為嚴重，常有僅缺氧過甚，在免疫力尚未發揮之前即告死亡！發紺：又名紫藍症，（唇青紫，爪下血呈青黑色等。）早為肺炎病人缺氧的主要特徵。自從動脈穿刺術應用後，方得在動脈血研究缺氧的定量，才知本病缺氧現象的嚴重和生理學上的意義。正常人有百分之九十五的動脈血為氧所飽和。而肺炎患者的飽和量僅達百分之七十五，如普通人血中缺到這樣程度時，就要脈搏加快，呼吸急促，嘔吐頭暈等不良現象發生劇烈時，或竟陷於昏迷，心臟衰竭之境地，以致於死亡，而況肺炎病人——更有血中菌毒為害，安得不危險呢？

## 七 肺炎的診斷：

我們臨床時遇到患者以突然寒戰（發冷發抖）急劇發病，鼻唇部有疱疹。咳嗽，胸部痛，呼吸急促，這時候「胸部體徵」（詳後）即使尚未顯著，我們亦容易認出。不過

有時一部分病人，先從上呼吸道傳染，（即自鼻、喉頭、氣管等處起的傳染，或如感冒樣起病者。）而續發大葉性肺炎的，起病較緩漸，可能無寒戰胸痛，甚至有時亦無咳嗽和痰者，診斷比較困難。惟此種病例中之呼吸加快，和紫藍症，（發紺現象），我們就可疑及肺炎的可能性。而鐵鏽色痰是大葉性肺炎的一個主要特徵，我們應特別留意。如果再加上有赭石（鐵鏽）色的粘痰，那就可以證實無疑了。因此種痰，絕不見於他病也。

認識肺炎的早期症狀和體徵，以便於早期施行特效療法，收得最佳的效果。如果典型的充分進行的大葉性肺炎，其體徵很特殊而易知。不過在最初二十四或三十六小時內，其體徵不甚顯著，我們臨床醫務工作者在這時候，尤應特別注意！要留心觀察患者是否面紅唇紫？呼吸是否急促？鼻翼有些翕動否？仔細檢視患側的胸廓，運動微弱，觸診（用手掌按撫胸肋）可能覺到其發炎部分的胸膜有摩擦感，其時言語震顫，聲音增強，若因主支氣管內集有痰液以致無法測出時，可囑患者先行咳嗽，再行扣診。（醫者用左手中指和食指平放胸肋間，以右手食中兩指輕敲左指上，察其扣打發出的聲音。）患處扣打發出濁音，有時其音全濁實而似有胸水的實音狀。但其病變的邊緣，正常部分則發鼓音，（扣診時應兩側胸肋部及上下前後各處比較行之，方易辨別。鼓音則其聲空

空然；濁音則撲撲然，實音則似乎扣在實質部分若腎肌等處的聲音。望同志們於平時在健體上各部比較扣診練習之。）

聽診：大葉肺炎在實變顯著時，絲絲的捻髮音漸減少，其正常之水泡音，已被支氣管音所代替，音調高而聲澀。若主支氣管被分泌物堵塞，則此音微弱或消失。至消散期則扣診濁音消失，震顫較弱。聽診時有無數濕性囉音。（聽診辨別聲音，和中醫的辨脈有些相同，也要常常練習，比較辨別的。）

支氣管肺炎的胸部檢驗：僅有散在的小塊濁音，存在於一葉或二葉之間，若小葉病變融合時，徵狀與大葉肺炎無異。聽診時僅在濁音部位偶然聽到濕性囉音。

痰的肉眼觀察：大葉肺炎的咳痰，鐵鏽色（赭石色）粘性痰，是典型的痰。而支氣管肺炎之咳痰，係含膿狀或唾液狀。

顯微鏡檢查痰液塗片：目的係在辨別結核桿菌等傳染的可能性，和觀察存在於痰中的肺炎病原菌型類，此處姑從略。

顯微鏡的血液檢查：大葉肺炎的患者之白血球總數為一萬五千至二萬五千。（正常人為七千至八千）其中多核白血球占百分之八十至九十。白血球多到三萬時，表示有化



膿性併發病（如膿胸等）的存在，嚴重的患者，有初起即呈白血球缺少的現象，亦有由多而轉少到不及正常者，是表示病情的惡化，總而言之，白血球缺少，是抵抗力不好的凶兆。

## 八 肺炎的併發症：

1. 急性纖維素性胸膜炎，為較普通之一合併症。（發生最多，常隨肺炎而發，患部胸肋膜乾性炎症，疼痛不安，結果胸膜增厚。）
2. 滲出性胸膜炎。（胸腔積水）
3. 膿胸。（胸腔化膿，約占百分之五。）
4. 心囊炎。（約占百分一——二）
5. 心內膜炎。
6. 腦膜炎。（痛風樣）
8. 血栓及栓塞。（通常發生於股間血管，肺梗塞偶而是猝死的原因。）
9. 腹膜炎。（急性腹膜炎，腹部劇痛，手不可觸近。）
- 10 皮膚肺炎
- 球菌性膿腫。（皮膚無端生膿瘍）
- 11 肺膿瘍。（舊稱肺癰）
- 12 腮腺炎。（疝腮）
- 13 中耳炎（膿耳）等。以上之併發症，雖均屬少見，然我們也不可不知的。

## 九 鑑別診斷：