

中 华 医 学 会

第六届全国儿科学术會議
論 文 摘 要

(中 医 部 分)

北 京

1964 年

目 录

(中医部分)

消化道疾病

1. 治疗小儿腹泻 200 例經驗介紹..... 王鵬飞(1)
2. 100例乳幼兒消化不良的临床总结..... 祁振華(2)
3. 中西醫結合治療中毒性及單純性消化不良的临床观察与初步体会...安邦煜 許玉貞(3)
4. 小兒單純性消化不良 46 例療效观察.....
..... 張光煜 李亞卿 張紹杰 劉治太 蘇宝剛 賈六金(4)
5. 辨証論治治療小兒慢性腹瀉..... 虞佩蘭 周慧芬 陳英傑 王 頌(5)
6. 針刺四縫治療小兒疳積(營養不良)臨床療效观察及机制的初步探討.....
..... 余斌傑 朱宝齡等(6)
7. 小兒菌痢的中医辨証論治之实践体会..... 叶孝礼 林景堂 鄭 芸 曹以軒 陳雪玉(7)

呼吸道疾病

8. 小兒肺炎的临床經驗簡介..... 王鵬飞(8)
9. 久病高热不退的治療与辨証施治的关系..... 祁振華(9)
10. 小兒肺炎中医辨証施治的观察..... 江育仁 徐惠之(10)
11. 中医治療小兒肺炎病(肺閉肺熱)点滴經驗介紹..... 趙达夫(12)
12. 猪胆汁糖漿治療百日咳 50 例療效观察..... 張克信 劉希賢 劉復坤 張从辛(13)
13. 中医治療小兒百日咳的临床分析和体会..... 劉韻远(13)
14. 中西醫結合治療小兒支氣管哮喘的体会..... 張樹一 王湘云(14)

其他疾病

15. 兩側肝硬變治療介紹..... 金子文 黃芳榮(16)
16. 腎病綜合征中西醫綜合治療療效分析..... 胡庆澄 曾畿生(16)
17. 中医治療小兒紫癜病 31 例的病案分析与療效观察..... 陳桐雨 李夢鑾(18)

消化道疾病

1. 治疗小儿腹泻 200 例經驗介紹

北京市儿童医院中医内科 王 鹏飞

腹泻是儿科临床常見疾病之一，其病变多端，发展迅速，如治不及时，易使病程迁延，纏綿难愈，甚至并发它証导致死亡。

仅就 1963 年 9 月至 11 月在本院門診单独运用中药治疗 200 例之观察，对小儿腹泻的病因、病机、分型及施治規律作初步总结：

小儿泄泻之本，无不关于脾胃，因胃为水谷之海，脾主运化，脾健胃和，则水谷腐熟，生津布液濡养脏腑，化气活血，以行营卫。若饮食失节，护摄失宜，以致脾胃损伤，则水反为湿，谷反为滞，精华之气不能输布，合污下降则泻利乃作。

就其 200 例临床典型病例分析，可以看出其症属虚寒者居其八九，实热者十中一二。

一、虚寒性泄泻：

症状：面色苍白、肌肤松弛、肢冷多汗、腹軟喜温、便下稀水、完谷不化、小溲清长、脉沉緩微弱、指纹淡紅、舌淡无苔、口唇淡紅、上腭乳白（在两侧臼齿处）。重者目凹額陷、露睛口张。

治則：扶脾助胃、温中固腸。

基本方：肉叩 丁香 蓮肉 砂仁 赤石脂

发烧者加藿香、寒水石；呕吐加藿香、砂仁；腹痛加木香、砂仁；鹅口疮加青黛、通草；尿少加腹皮通草；不食加砂仁、生姜；完谷不化加木瓜、木香、姜枣；粘液多加椿皮、石榴皮；中气脱陷者加肉桂、党参；咳嗽加烏梅、青果。

附病例：

刘××，女，五月，病例号 433074。

一診：患儿腹泻已近十天，大便稀水夹有奶瓣，日十余行，其面苍白，肌肤不潤，目眶凹陷，睡时露睛，口张汗多，脉沉緩无力，舌淡无苔，口唇淡紅，上腭乳白。此系泄久脾胃虛弱。拟以扶脾助胃、温中固腸之法治之。

处方：肉蔻一錢 丁香錢半 赤石脂三錢

芡实三錢 蓮肉三錢 伏龙肝三錢 二剂

二診：前药服后，大便軟而成形，色黄，日行一次，目眶不陷，精神較好。拟前法加减以調理之。

肉蔻一錢 丁香五錢 赤石脂三錢

腹皮三錢 生姜一片 紅枣三枚

二、实热性腹泄：

症状：面赤額紅，身热无汗，腹脹巨按，口渴欲飲，大便稀粘，秽浊腥臭，小溲短赤，

脉象弦数，舌紅苔黃垢膩，口唇焦赤，上脘黃白，指紋紫。

治則：理脾和胃、分利化滯。

基本方：茯苓 木瓜 建曲 通草 青黛

發燒者加寒水石、藿香；嘔吐者加竹茹、伏龍肝；腹痛者加木香；口渴者加烏梅、青果；尿少加腹皮、六一散；不食加川朴、焦查；咳嗽加浙貝、萊菔；痰盛加萊菔、蛇胆陳皮；瀉下無度加赤石脂、石榴皮；發驚加鈎藤、生龍齒。

附病例：

吳××：男，3月，464121。

一診：自生后即瀉不消化便，兼有奶瓣及粘液，近日便瀉無度，腸鳴漉漉，納少，睡臥不安夜寐發驚，身熱面蒼發稀，鼻梁青筋外露，指紋紫，舌淡苔薄黃，上脘中紅，兩側黃白。此乃乳食積滯，蘊熱下迫而致。擬以清熱分利、健脾和胃之法治之。

處方：青黛一錢 木香一錢 伏龍肝三錢

蓮肉三錢 生薑三片 通草一錢

二診：前藥進服兩付，精神好轉，食納增強，大便仍雜稀粘奶瓣，日行四次。

茯苓三錢 木瓜三錢 木香一錢 伏龍肝三錢

腹皮三錢 蓮肉三錢 生薑一片

三診：精神食納均好，大便已近正常，日行一、二次，舌淡苔薄，上脘如常。

茯苓三錢 化紅三錢 砂仁一錢 伏龍肝三錢

木瓜三錢 通草一錢 生薑一片

小兒乃稚陽之體，最忌濕滯困脾，挫傷陽氣，用藥喜暢而惡滋膩。故治療當以益氣升陽、祛濕清熱為主。但小兒服用大劑湯液確有困難，故處方用藥皆選功專力倍之品，惟取其效。

根據臨床治療體會，小兒腹瀉雖如上分為兩大類型，各擬基本處方，但其病變複雜，體質各殊，若能審証化裁，權衡加減，即可收到良好效果。

2. 100 例乳幼兒消化不良的臨床總結

北京市中醫研究所兒科研究組 祁振華

乳幼兒消化不良是兒科常見疾病，雖然近年來由於對病因學的探討和補液技術的改進，使中毒性消化不良的死亡率大大減低，但對耐藥性菌株越來越多的發生，造成病程遷延和反復等問題，仍未得解決。中醫對本病的治療，古今皆有記載，方法眾多，惜大批病例總結材料不多，且本病的好發年齡多為乳兒，大劑湯藥服用困難，根據這特點，為求療效高，方法簡便，我們採用祁振華老中醫師的治療經驗，進行了臨床治療與觀察的研究，並總結如下：

一、病例來源：從62年7月到10月在本院門診單獨以中醫治療68例，同時間內在東四兒童醫院與西醫合治32例，共計100例。

二、病例分析：①年齡：無論是門診或住院兒，全部為乳兒，最大者1歲8個月。②臨床分型：按中醫辨証方法分有熱瀉型47例，脾虛型33例，傷食型20例。西醫分型：中毒性消化不良30例，單純性63例，遷延性7例。③療效觀察：門診68例中痊癒者30例，好轉者15例，無變化者23例。住院32例中痊癒22例，好轉8例，無變化2例。

三、中醫治療方法是根據中醫辨証分型，結合祁老夫人的個人經驗，綜合分為熱瀉、脾

虛、傷食三型。并隨証加減，熱瀉者法用清熱分利，方藥用清利粉（由黃連、車前子組成），脾虛者法用健脾，方藥為健脾粉（由黨參、茯苓、白朮、甘草組成）。傷食者法用調中斂滯，方藥用助消粉（由焦榔、焦查、熟軍年組成）。

四、討論：無論古今文獻中的敘述，對本病的病因，分型和治法，種類眾多，意見多殊。我們認為，乳兒消化不良的病因主要在於脾胃受損，有因乳食不調而損傷脾胃，有因脾胃素弱，或因六淫外邪，寒溫失宜，內侵傳及脾胃。原因雖多，既致消化不良，則脾胃未有不傷者，因此在治療本病時應當重視扶脾調中，但消化不良一病的臨床表現錯綜複雜，既有主要規律，亦有夾雜變化，故祁老大夫在臨床分型主要有熱瀉、脾虛瀉、乳滯瀉。治療時以主要方劑分型治療而兼以臨証加減，例如：熱瀉主方用清利粉，兼有積滯者加斂滯藥，若兼脾虛者加健脾藥。關於劑型改良問題，根據我們的實踐體會，固定一方一藥，因屬違反辨証論治原則，但大量湯劑，小兒服用確有困難，所以在掌握本病的規律，認証清楚，用藥力求少而專，採用一定的散劑隨証化裁加用引藥，效果很好。

3. 中西醫結合治療中毒性及單純性消化不良 的臨床觀察與初步體會

山西省中醫研究所 安邦煜

太原市兒童醫院 許玉貞

太原市兒童醫院 1963 年秋有 30 例重症消化不良者採用中西醫結合方式治療，其中 23 例系用西藥控制感染及補液，後因不效，病況加重，始加中藥結合補液進行治療；另 7 例在入院後當即應用中藥并結合補液。這 30 例中屬中毒性消化不良者 19 例，治愈 17 例，好轉 1 例，無效 1 例；屬單純性消化不良者 11 例，治愈 9 例，顯著好轉 2 例。

臨床觀察：患兒多在 1 歲以下，共 26 例，2 歲以上只 4 例。其發病史有 7 例曾受涼，有 3 例受驚，有 4 例傷食，有 2 例脾寒者，曾服寒性中藥。入院時患兒均腹瀉，多呈水樣便，日瀉十次以上者 19 例，日瀉 5~10 次者 11 例。有 12 例發燒。另有 6 例體溫低於 36°C 以下。有嘔吐者 16 例，有驚厥者 2 例，精神萎靡者 20 例，有 3 例昏睡。30 例中營養不良者 19 例，脫水者 27 例，明顯酸中毒者 10 例，有缺鉀症者 12 例，末梢循環不佳者 20 例，心音鈍者 20 例。大便培養見大腸桿菌 O₁₁₁ 3 例，O₁₂₈ 1 例。12 例送驗血清電導率者檢驗結果為等張 6 例，低張 6 例。

30 例患兒按中醫診斷原則分型：屬寒熱夾雜型 4 例，屬於虛寒型者 12 例，熱瀉型 2 例，脾虛濕盛型 12 例。中藥治療均給湯劑，有 10 例服藥 4 劑，7 例服藥 3 劑，4 例服藥 5 劑，只有 1 例服藥 9 劑。而服藥 1 劑、2 劑、6 劑、7 劑者則各為 2 例。

中醫治療的根本原則是辨証論治。辨清寒熱、分明虛實，觀察有無夾雜証象之後方能立法處方。對寒証者以附子理中湯加減，有脫水者加肉桂，病久者加訶子、訶仁，近期受風寒者加蘇葉、藿香。對熱瀉者以葛根芩連湯或芍藥湯加減，對脾虛泄瀉者以參苓白朮散加減，對氣虛泄瀉者以補中益氣湯加減，泄久不禁者宜四神丸。對傷食瀉証偏熱者先以一捻金推下，而証偏寒者則以保赤萬應散通里，繼用消導健脾方劑。對濕盛水泄者宜用胃苓湯加減。本文 30 例亦遵上述常用方法隨証加減，而對脾寒挾熱者則採取在溫健脾陽藥中加適量

黃連。原文第三部分“舉例摘要”中介紹了不同類型6例患兒的治療經過及方劑，均為病況嚴重用中藥後短期內顯著取效治愈，其中4例系先用新霉素、合霉素等抗菌素無效者。此6例中有兩例大便培養出致病性大腸桿菌。

體會：1.中藥對消化不良脫水者的作用首先是輔助補液，使輸入液體充分運化。事實上有的腹瀉脫水兒輸液後腹瀉更甚（原文例6）。2.中藥能夠調整劇烈吐瀉後的機體失衡狀態。中藥對寒証者溫之，對虛証者補之，對熱証清之，對濕盛者利濕健脾等法均是辨証地處理措施。這就比西醫單純控制感染及糾正脫水要靈活全面多了。尤其對機體內因的作用，有些用西藥不效者換用中藥取效即此原因。不過西藥補液比中藥的養陰要有效、迅速，是搶救脫水的絕對有效途徑。3.由於抗菌素面臨致病菌對其敏感度逐漸下降抗藥菌株日多的形勢，而且其對發病其他因素照顧不到，致使對一部分患兒療效欠佳。因此鑽研中藥如何激發機體免疫力，促進早日恢復身體各方面生理功能，是十分必要的。4.應用中藥，必須嚴格遵循辨証施治原則，否則無效。

4. 小兒單純性消化不良46例療效觀察

山西省中醫研究所小兒科

張光煌 李亞卿 張紹杰 劉治太 蘇寶剛 賈六金

我科在1963年門診治療和觀察單純性消化不良症46例，今僅將其臨床觀察及點滴體會簡介如下：

一、病例分析：

1.發病年齡：最高者5歲最低者2個月。2歲以內者38例，2歲以上者8例。

2.証狀：嘔吐腹瀉是其主要証狀，單純出現嘔吐者3例，單純出現腹瀉者24例，吐瀉併見者19例。

(1)腹瀉症狀46例全部出現，日瀉10次以上者16例，日瀉5~10次者11例，日瀉5次以下者19例。便型亦不一致，32例是水樣便，9例是粘液樣便，5例為澇便。

(2)嘔吐次數不一，日吐3次以內者12例，日吐3~10次者9例。

(3)脫水：有3例出現了輕度脫水。

(4)精神狀態：27例有倦怠，2例有煩躁，17例精神良好。

(5)營養狀態：營養中等者33例，較差者11例，良好者2例。

3.服藥效果：46例中37例痊愈，9例好轉。痊愈病例中，服藥1~2付者28例，服藥3~9付者9例。好轉病例中，服藥2付者6例，服藥3~5付者3例。

4.各型療效比較：脾虛型治愈12例，好轉4例。傷食型治愈12例好轉2例。受寒型治愈5例，好轉2例。受熱型治愈6例。其他型治愈2例，好轉1例。

二、辨証与治療：

1.受寒型：外感風寒者証見：乳食不化、朝食暮吐，面青白肢厥，腹瀉稀水，苔薄白，脈浮緊，治宜藿香正氣湯加減。脾寒者：面晄白腹痛吐清水，不欲食，瀉物完谷。苔白潤，脈沉遲，指紋淡紅。治宜理中湯、平胃散加減。

2.受熱型：食入即吐，味酸腐，面赤煩躁。大便暴迫下注，呈黃稀水樣。此型多為吐

泻兼见。苔黄腻质红，脉濡数，指纹紫色，治宜四物香薷饮，菖根芩连汤。

3. 伤食型：身微热不思食，呕吐吐物酸腐，腹痛思泻，泻则痛减。小便短涩，脉弦滑，苔黄垢，指纹紫，治宜：保和丸、加减平胃散。

4. 脾虚型：消瘦懒食，神疲呕吐清水，泻利清稀完谷不化。脉沉缓，苔薄白，指纹黄。治宜香砂六君子汤，泻甚者参苓白朮散，中气下陷者补中益气汤。

5. 其他：受惊者全蝎观音散，虫积者使君子汤、写梅丸。

三、典型病例摘要：

例1：8月男孩，门诊号60559，腹泻呕吐已一月，吐物为胃内容物，倦怠面黄不欲食。苔白质淡，脉虚数。处方：党参一钱半 炒扁豆二钱 茯苓一钱 陈皮一钱 炒苡仁二钱 车前子一钱半 炒白朮一钱 广木香八分 干姜八分 炙草五分。水煎二付，服后痊愈。

例2：4岁女孩，门诊号71697，腹痛腹泻十余次，泻物粘滞酸腐，厌食呃逆，身微热，中脘拒按，溲赤。脉沉数有力，苔白腻。方用：苍朮一钱半 川朴一钱半 陈皮二钱 甘草一钱 白叩一钱半 炒四仙各二钱 连翘二钱 枳实一钱 酒军一钱半 广木香一钱。水煎一付，第二付照原方。继进二付，共三付而愈。

例3：1岁9个月男孩，门诊号69991。腹泻日十余次水样便，呕吐不食，烦哭。苔白腻脉数。葛根一钱 黄连六分 连翘一钱半 苍朮一钱 川朴一钱 云苓一钱 泽泻一钱 银花三钱 陈皮一钱 芦根五钱 甘草一钱。水煎。二付愈。

4. 4月男孩，门诊号69124。腹泻十余日日泻2次，泻物为乳片及清水，吐乳。苔白，指纹细红。方用：苍朮八分 川朴五分 陈皮五分 半夏五分 云苓五分 肉桂五分 白叩仁五分 干姜五分 广砂仁五分 泽泻五分 炙草五分。水煎1付，后又继服二付而愈。

四、小结：

1. 通过46例观察，认为小儿单纯消化不良一病，因脾胃素弱及伤食引起者较多。

2. 此病通过中医治疗，有效率达100%，痊愈率亦在80%以上，服用中药2剂左右即可收到满意效果。

3. 此病在治疗中，护理配合极为重要，哺乳或喂食应做到：量少多次，尽量进易消化之食物。

5. 辨证论治治疗小儿慢性腹泻

湖南医学院第二附属医院儿科教研组

虞佩兰 周慧芬 陈英傑 王 頌

50例小儿慢性腹泻，其中包括慢性肠炎4例，痢疾8例。病程1~8个月。曾用多种抗菌素治疗无效，而住院以辨证施治的方法治疗，有明显效果。

发病率：男30例，女20例。年龄3岁以下者占90%。发病季节以秋季最多。

发病原因：1岁以下以喂养不当为主，两岁以上以慢性感染为主，1~2岁则以断奶后饮食不当与合并感染为主。

50例中营养不良者33例，I度5例，II度11例，III度23例；兼浮肿者21例，兼贫血者26例。多数患儿有各种维生素缺乏。

化验检查：12例肠炎与痢疾的大便镜检有白细胞、脓细胞与红细胞外，余38例均为阴

性。大便培养，4例有付大肠杆菌，10例有白色念珠菌，其中3例菌落超过50%。

37例测定了血清蛋白，其中23例总蛋白低于正常，17例白蛋白低于正常。24例测定了血糖，9例低于正常。26例测定了血浆非蛋白氮，7例超过40毫克%。19例测定了胃酸与胃蛋白酶二者数值均低于正常。入院时33例中29例有不同程度酸中毒。上述化验结果治疗后均有不同程度好转或恢复。

25例作了心电图描记，其中15例有波形改变，示有营养不良，维生素乙缺乏，缺钙，缺钾等。

50例患儿按中医辨证，均有不同程度的脾虚症候，如久泻不愈，消瘦，浮肿，食欲不振，面色苍黄或苍白，唇舌色淡，苔薄白，精神萎靡，四肢无力，指纹淡隐，腹部虚膨，大便量多色淡，完谷不化等。入院时兼症较多，如脾虚泄泻(18例)，脾虚下陷(4例)，脾肾阳虚(3例)，脾虚挟感(9例)，脾虚挟滞(8例)，脾虚伤阴(8例)等数型，按各型的基本立法与处方加减施治。一般兼症多于一周后消失，故治疗后一阶段均以健脾为主，连续治疗1~2个月至痊愈及巩固后为止。出院及追踪后结果痊愈26例占52%，近愈13例占26%，好转6例占12%，无效1例及死亡3例各占2%与6%，再发1例占2%。

最后结合病案讨论脾虚泄泻与疳积及肾泻的鉴别，及祖国医学理论中泄泻的发病机制与治疗机制，并分析本组治疗的效果。

6. 针刺四缝治疗小儿疳积(营养不良)

临床疗效观察及机制的初步探讨

广州中医学院五九年西医脱产中医学习班 余斌傑等

广州市第二人民医院小儿科 朱宝龄等

根据“针灸大成”针刺四缝治疗小儿疳积的记载，运用针刺四缝治疗小儿营养不良，取得一定疗效，本文就23例的临床治疗效果及疗效机制作初步探讨。

一、病例选择：凡身体重量低于正常标准10%以上，生长发育不按正常规律的婴幼儿，并除外因其他慢性消耗性疾病引起的营养不良，仅以饮食紊乱、消化吸收障碍而引起的营养不良为研究对象。年龄在2月至1岁者9例，1~3岁14例，男性15例，女性8例，其中属于一度营养不良者10例，二度营养不良者12例，三度营养不良者1例。

二、研究方法：在23例中任意抽选，19例为治疗组，另4例为对照组。对照组不针刺四缝，治疗组则针刺四缝。两组除合并炎症性疾患，予以药物治疗外，均未给任何药物治疗。针刺四缝在操作过程中均严密消毒，以21~22号注射针头，在左右手的食、中、环、小、四指掌面的第一与第二指节横纹中央(避开静脉)，按患儿的肥瘦不同，直接迅速刺入2~3毫米，继用手轻轻挤出黄色液体或血液，随用消毒棉拭去直至不再挤出液体为止，隔日进行针刺一次，四次为一疗程，全疗程为8天，本治疗组19例均只作一疗程。

对照组和治疗组均于治疗前后及同一时间内严密观察体重，食欲，精神状态，粪便性状的改变等，此外以任意抽选方式抽取治疗组部分病例于治疗前后进行临床、生物化学指标的检查，并在对照组同样作两次检查(与治疗组时间相同)，作为临床疗效标准，和疗效机制探讨的依据。

三、临床效果分析:

1. 体重: 每隔天测量体重1次, 治疗前后, 体重的对比皆有不同程度的增加。治疗组19例中体重增加者占14例, 体重增长幅度在0.1—0.8公斤之间。对照组4例中体重在0.05—0.3公斤, 远较治疗组为低。

2. 精神状态: 针刺四缝后, 精神状态的改善是较早出现和较为明显的临床表现。治疗组19例中在治疗后精神状态改善和明显改善者共17例。对照组除一例改善外, 其余较为安静活泼而无大改变。

3. 食欲: 治疗19例中, 食欲改善和显著改善者13例, 而对照组则无明显改变。

4. 大便性状: 治疗组19例中, 在治疗前大便普遍呈稀烂、味大、量多的不消化便, 治疗后, 大便一般均好转为奶便或成形便, 计改善和显著改善者12例; 对照组4例中, 原来大便均属良好, 观察前后无明显改变。

四、生物化学检查: 通过糖耐量, 血象和血清蛋白及血清钙、磷等化验检查, 证明治疗后均有不同程度的改善。

7. 小儿菌痢的中医辨证论治之实践体会

福建省立医院儿科

叶孝礼 林景堂 郑芸 曹以轩 陈雪玉

我院儿科于1957年开始, 在名老中医指导下, 应用中医辨证治疗住院确诊的菌痢154例, 其中粪便培养细菌阳性者54例。第一组73例主要使用中药, 第二组81例在中医辨证的基础上配合痢疾多价噬菌体灌肠治疗。

依据中医辨证法则, 将痢疾分为时痢、热痢、热毒痢、寒痢、噤口痢、休息痢等六型。本文各例以时痢最多(59%), 其次为热痢(30.5%), 分别采用加味黄芩汤及加味白头翁汤治疗, 收效显著。中医一组的治愈率为78.1%, 中医二组为87.6%, 与同期抗菌素组比较, 疗效基本相同, 但平均控制腹泻日数缩短约1/3, 除危重之热毒痢, 噤口痢应适当配合西医抢救及支持疗法外, 中医疗效比之西医更胜一筹。

在中医所治病例中, 除个别有呕吐外, 无其他副作用, 若在原处方除去黄连, 采用白头翁、秦皮等中药, 可克服这个缺点, 且中药价格低廉, 值得推广。

痢疾多价噬菌体对痢疾疗效作者已有报道, 但尚存在一定缺点, 取中医辨证之长, 补噬菌体之作用不足, 在中医辨证施治基础上结合噬菌体治疗, 正好收到取长补短, 异曲同工之效。

呼吸道疾病

8. 小儿肺炎的临床經驗簡介

北京市儿童医院 王 鵬 飞

小儿肺炎乃现代医学之名称，与中医古籍記載之肺脹、喘滿、咳逆等頗相类似。在临床治疗过程中，以现代医学进行诊断，采用中药治疗小儿肺炎，收到了良好效果。

从中医文献研究和临床实践体会，认为小儿肺炎的发病原因，多先由于体内脏腑功能失调，而后复感外邪所誘起。小儿即便在同一外界条件影响下，并非人人俱病，正如内经云：“邪之所凑，其气必虚。”若其禀赋虚弱或后天失养，以及形寒饮冷、誤受惊恐等，皆可造成脏腑内虚，易于邪干而发病。

然患儿在病变过程中，由于个体体质、年龄、性别以及生活环境的不同而表现千差万殊，但症状总是通过人体反映出来的，它們之間必有其内在联系和共同规律，我們就可抓住各个中心环节，进行分析归纳，划分出类型，采取恰如其分的治疗方法，以达到辨证論治，提高疗效的目的。

一、实热型：

(1) 肺胃蕴热、飲食积郁、胃热薰蒸、浊气上逆于肺，喘滿次作。

症状：发热无汗，咳嗽痰多，喘憋鼻煽，重则天突肋間呈吸气性凹陷。煩燥惡食，口干思飲，便滯澀短赤，面赤唇焦，口周青紫，舌紅苔白或黃，脉洪数，或弦数有力。

治則：清熱肅肺，和胃降逆。

基本方：銀杏 蘇子 青黛 茯苓 川朴。(2) 痰涎壅盛，濕痰久郁，肺火素盛，煉液成痰，肺之脹郁脹滿壅實而作喘。

症状：發燒咳嗽喘促，重則鼻腹煽動，甚或胸高腹滿，喉中痰鳴，聲如拽鋸，納差惡心吐涎，大便稠粘不化，舌潤苔白膩，脉滑数有力。

治則：清化痰熱，肅肺降逆。

基本方：銀杏 萊菔 蘇子 青黛 竺黃。臨症化裁：高燒加寒水石、天竺黃、骨皮；痰涎壅盛加天竺黃，明礬，瓜蘖；喘重加五倍子、草叩、木瓜；咳重加子苑、烏梅；納差加建曲、焦查；抽風加勾藤，竺黃；便秘加勾藤，龍肝。

二、虛熱型：

(1) 肺熱脾虛：患兒稟賦素弱，復感外邪，肺氣失宣，內已化熱而致。

症状：身瘦無力，皮膚不潤，面色晄白，咳嗽喘促有痰，發熱或不熱，納差神呆，煩燥易怒，舌淡紅苔薄白，口唇淡、脉弦緩。

治則：清熱肅肺，健脾和胃。

基本方：茯苓 銀杏 青黛 百合 木瓜。

(2) 脾虛：稟賦極弱，脾虛胃敗，氣血兩虧，兼有虛熱。

症状：身形羸瘦，肌肉松弛，皮膚枯干，目睛無華，精神疲憊，倦臥嗜睡，啼哭無淚，面色萎黃蒼白，大便腹泄或便秘，發熱喘促有痰咳嗽，舌淡無津，苔白或無，脉沉緩無力。

治則：扶脾助胃。

基本方：茯苓 建曲 蓮肉 草叩 木瓜 青黛

化裁法：高烧加骨皮，寒水石；喘憋加銀杏，五倍子；咳嗽重加子苑，烏梅；痰盛加萊菔，浙貝；納差加砂仁，焦查；惡心嘔吐加竹茹，藿香，川朴，丁香；大便秘加鈎藤，甘草，伏龍肝；腹瀉加木香，萊菔；口瘡加青果，子草。

肺为娇脏，客邪干之，最易受病。故在治疗方面，应早期治疗，病邪尚未深入，正气尚强，能迅速的痊愈，恢复健康。否则待邪盛正衰，治疗即感困难，恢复健康也较缓慢。在用藥方面，若用宣透汗解，小儿純阳之体易过汗耗营，反拖延病程。因此治疗肺炎本人多以“清化痰热，护肺降逆”之法为主。在护理方面，应以小儿自然需要给与适当飲食，嘱当避风避寒凉，勿伤胃气，使病不致反复为要。

9. 久病高热不退的治疗与辨证施治的关系

北京市中医医院儿科 祁振华

久热不退这种症状，在多种疾病中是經常見到的，发热的情况，是随着疾病发展的趋势而变化的，这是人体正邪交爭的一种表现，有时因为发热过高，往往能引起严重的病变，尤其是儿科最为多見，医者为了急于救治，尚未辨明表里虚实之前，便单纯用退热药品治疗，不独无益，或可造成险象，要知发热是各种疾病中的部分症状，它的性质是各有不同的、欲达到治疗目的，只有依据中医辨证施治的观点，无论对那一种病，首先要追本求源，以确定表、里、虛、实之治，并在施治当中，必須要精确的掌握药物的性能及使用特点，因症而施的灵活加减，才能达到战胜疾病的目的。

现将我們治疗久病高烧不退的 20 例病历分析如下，并列举一例典型病历，談談我們的体会。

20 例病历的分析及疗效請參閱本文原稿。

病历介紹：

徐××，女，2 岁半，病历号：243704。

初次会診日期：1962 年 3 月 12 日。

患儿因疹后肺炎，发热咳嗽一周入某院，入院后診为病毒性肺炎，用各种抗菌素一周，未見好轉，体温仍持續在 39 度以上，前一日，病情恶化，出現心力衰竭，經搶救后略緩解，但仍在危重中，隨請会診。

体温 39 度，神志不清，昏睡露睛，呼吸困难，口鼻周围发青，面色皸白、对外界无反应，用鼻飼进食及氧气吸入，腹泄日十余次，水样夹不消化食物，腹部气脹如鼓，舌苔薄白，质略紅，唇干，无涕泪，脉浮大数而无力，診系溫邪入肺，久病气血俱耗，热灼伤津，阴阳俱虛，治以益气扶阳育阴之法。

处方：

党参三錢 茯苓四錢 青蒿一錢半 別甲二錢 骨皮二錢 丹皮一錢半（一付）

1962 年 3 月 13 日二診：

药后体温下降，今日 28 度，腹泄止，气息轉平稳，病勢已有好轉，按上方去茯苓加花药、石斛、白芍、龟板、射干、再服二剂。

1962 年 3 月 15 日三診：

患儿病情已基本好转，体温已降至正常，精神尚好，已撤鼻饲及氧气吸入，脉略数，舌苔薄白润，再以调补育阴清热之剂，并嘱其注意善后调理。

处方：

党参二钱 白朮二钱 首乌四钱 龟板四钱 石斛二钱 黄连六分 儿茶四分（三付）

于此结束会诊，经追访，知上方服三剂后，即告痊愈出院。

按以上介绍，我们在治疗上，始终依据辨证施治的原则，抓住主证，选定主药，一气贯通，再根据客证，稍为加减以臻全功，如本病初诊时，根据患儿神志不清，昏睡露睛，面色晄白、呼吸气短，脉浮大无力等症，确定其为麻疹后，邪热入肺、肺气受阻，至此，气血俱耗，以致肺气不固，升降失常，故发热不休。施治之法，则宜以益气扶阳育阴退热为主。在二诊时，因其腹泄已止而喘轻咳重，知其里邪有透达还表之势，故在主方中加射干，以清肺治咳逆。三诊，患儿哭时有泪，口中和，说明用扶正育阴之剂，使津液得还。但见时时咳嗽发烦，说明余热未尽，故在主方中，加黄连、儿茶少许，以清利膈间余热，以善其后，从整个疗程看，我们是以扶正驱邪法为主，并未采用一般肺炎常用药物而肺炎告愈，由此体会到景岳全书，温病条辨等书，提出治病必求其本的重要意义，因病本一除，诸症随之全愈，发热一症亦不例外。

10. 小儿肺炎中医辨证施治的观察

南京中医学院附属医院儿科 江育仁 徐惠之

1963年重点的进行了131例的中医疗效观察（其中麻疹肺炎76例，支气管肺炎55例），在131例中经过X线透视或摄片检查者有111例，其余20例胸透虽未有明显病灶存在，但临床肺炎症状极为明显均可听到大小不等的湿性啰音。全部病例以中医治疗为主，对部分严重病例配合了输氧、输血、输液及强心剂等，其中有17例曾使用中药2~8天效果不明显，加用抗菌素治疗，但亦有13例先经使用抗菌素治疗，临床症状虽有些改善，而病灶未得吸收，且经常伴有不规则发烧，夜间出汗，而转由中医治疗后效果满意。

本文主要介绍中医辨证施治治疗小儿肺炎的方法及其对本病机转的初步探讨。

131例小儿肺炎在治疗方法上，采取了常和变的两大处理法则，此外配合了针灸、推拿、薄贴等综合疗法，兹分述如下：

一、常规处理：适用于肺炎患儿病位在于肺经者。

1. 风寒证：初期以壮热无汗苔白（或白腻）为主症，伴有重浊的咳嗽声，呼吸较急，治以辛温开肺，方用加减华盖散为主。

2. 风温证：按病情轻重施治（1）轻症：仅具有一般咳嗽和发热，临床症状不明显，苔薄白，X线或听诊炎症性病灶少，治以辛凉肃肺，方用桑杏前青汤为主。如汗少高热者，用银翘散加减。（2）重者：热势较重，气急鼻煽较明显，伴有烦躁喉有痰声或面色苍白，唇口肢端青紫，苔黄腻舌质红或绛，脉浮滑数，其病机为温邪痰热闭肺，阻塞肺络，治以宣肺清热化痰，主用，加味麻黄石膏汤为主，或配合葶力大枣泻肺汤治之，青紫明显者加桃仁、红花、郁金、青葱管等活血理气。

3. 痰喘证：本病来势急暴，以喉间痰鸣及气急为主证，甚者可出现张口抬肩，摇身搥肚和呼吸困难，苔多厚黄腻舌质多红，脉多滑数，病机为痰热壅肺，治以泻肺涤痰。

方用：礞石滾痰丸為主。如二便秘結、腹部膨脹者，可用保赤散，蕩滌痰熱，通利大腸。

二、變証處理：所謂變証是指本病病情涉及其他臟腑，殃及整體嚴重情況者，有以下几种處理方法：

1. 火毒証：主症為高熱稽留不退，極度煩燥，咳聲嘶啞，呼吸急促，面色潮紅（或蒼白）常伴有嘔吐或腹泄，舌苔多黃糙或灰垢，舌質紅絳起刺，脈滑數有力，本症多出現於麻疹透疹期的肺炎病例中，起病急劇，病機為火毒迫肺，治以清熱解毒，方用清瘟敗毒飲，重用鮮大青葉，板藍根。伴見陰傷劫液時加入三鮮湯。

2. 厥陰証：神志昏迷，或伴有抽搐，兩目上睜，干嘔或噤叫，屬於痰火實熱者，苔多黃膩灰黑。屬於陰虛風動者舌苔多見光剝，舌尖紅刺而干，前者出現於火毒証的同時，後者出現於病之中後期，治以開竅熄風，症見痰火實熱者以牛黃清心丸紫雪丹，症見陰虛風動者以三甲復脈或定風珠。

3. 上盛下虛証：既有明顯的高熱氣急，又伴有顏面蒼白，四肢厥冷及大便秘、腹脹等症，脈細快疾少力，舌苔淡黃而潤，舌質不紅，病機為肺實腎虛。治以開閉救逆，方用五虎湯以開肺閉，參附龍牡湯以救逆回陽。

4. 氣陰兩虛証：精神萎靡，無神，或虛煩少寧，形體消瘦，一般不發熱，甚至體溫不升，咳嗽無力，動則氣促，面色青灰或妝紅，四肢不溫，汗出帶粘，苔干白不華舌質淡紅少津，或口糜舌疳，脈細無力，多發生於瘧症體虛患兒，病機為陰損及陽，治以護陰回陽，方用生脈散加附子，龍骨牡蠣磁石湯和黑錫丹。

5. 營衛兩虛証：容易出汗，汗出不溫，夜間尤甚，長期出現不規則往來寒熱，喉有痰聲，肺部病灶長期不吸收為主証，面色皸白精神食欲不振，苔多薄白不膩，舌質淡紅，脈濡細少力，病機為營虛衛弱治以護衛和營，方用桂枝龍骨牡蠣湯。

三、輔助療法：

1. 伴有嚴重腹脹者：針刺天樞穴，內服肉桂粉一分，黃連粉一分。
2. 高熱呼吸急促時，刺天澤、列缺、少商、合谷、大椎等穴。
3. 昏迷抽風時，刺申沖、內關、人中、引間、神門、照海。
4. 肢冷汗出虛脫征象時，灸氣海、關元。
5. 發紺青紫時，推拿運五經、分陰陽、搖抖肘。
6. 痰多渴者加蘿卜汁、荸薺汁、梨汁，代茶飲。
7. 肺部病灶長期不吸收者，在背部加貼肺炎膏（本院協定方）3天換1次。
8. 口糜一般以綠袍散泡水洗擦或吹口，重者用去腐散後再用生肌散。
9. 喉炎：氣急明顯者重用麻杏石甘湯加桔梗，胖大海，山豆根。

11. 中医治疗小儿肺炎病(肺閉、肺热)点滴經驗介紹

张家口铁路医院小儿科 赵达夫

在贯彻党的中医政策和中西医结合两条腿走路的方针指导下，西医方面采取了X光透视检查，对严重患儿及时输氧或输液，以及各种西药的配合，共同治疗。自去冬和今春共治疗26例，除2例病情严重死亡外，其他患儿大部痊愈和好转，这都是中西医结合的效果。在中医治疗此病以临床症状及患儿体质运用祖国医学的辨证论治，随症用药的原则，并掌握住肺闭这一病理机转，运用开肺清热化痰定喘作为指导肺炎的主要治则。如见有兼症则随症加减施治。例如患儿韦××(12016)，男孩，一岁4个月，发热咳嗽痰稀不爽，颜面黄白，舌腻不思食，指纹紫，脉浮数，先以银花散与沙参川贝汤服二剂。二诊时出现五心潮热，阴虚盗汗症状，经X光透视为大叶性肺炎改用秦艽别甲汤与犀角地黄汤连服3剂痊愈出院。又如患儿吴××，女孩，1岁，连续发烧8天不退，喉有痰鸣声，无汗，脉数，呼吸加促，面色苍白，不思食，鼻煽，眼斜视，出现惊厥，二便不通，中医诊为风温犯肺，逆传心包，在治疗上以平肝熄风化痰泄热之法。二诊转轻，已不高烧神志清楚，能吃乳，改用百合固金汤与二陈汤治之，有的喘症患儿也用麻杏石甘汤。今将主要治疗药物介绍如下：

解肌	清熱	宣肺	清腸	和脾	生津	化痰	平肝	利痰	肺虛	清熱解毒
牛連杏雙薄 子壳仁花荷	桔川黃山生連 梗連茶枝蓋壳 石	梗仁叶仁 桔杏杷冬瓜	葛六一散	仙金朮豆柳 三焦內白扁檳	參地冬斛參 元生寸石沙	川貝紅子朮星黃 桔牛白胆竺括 桑陳云川朴蒲宛 皮皮苓朴蒲宛 皮	錢龍羊角 鈞地羚羊犀	石仁水 浮蘆瀝 海括竹	合參參戩朮 百沙党黃白	部花茶花 百双黃菊

在26例病历的分析中，疗程最长者38天最短者5天治疗次数最多16次，最少2次，年龄最大者12岁，最小者3个月。男孩19名，女孩7名，死亡者2名痊愈22名，好转见轻者2名。

体 会

1. 小儿肺炎究属中医的何种病名，尚难肯定，古人有称肺胀、马脾风、风热、喘急、风寒喘急等，但急性肺炎的症状出现的高烧、鼻煽、气喘不论何因引起的，从中医观点均按肺气闭塞为主要征象，因此小儿肺炎亦可以应用肺闭这个命名，认为比较妥当。

2. 通过临床体验，在中西医合作双重诊断的优越条件下，绝大部分适宜用清热、肃肺、化痰方法。如有很重的肺炎或中毒症状时，双方采取办法，西医输液供氧或芥子泥敷背法；中医用开闭救逆育阴回阳等法，获得异常满意效果。

3. 中医在临床辨证施治的过程中，对观察患儿在啼哭时有无涕泪对诊断患儿病情的深浅(肺闭程度)及预后良好与否有莫大帮助，严重患儿在啼哭时常不见涕泪流溢，倘病情好转则涕泪又复出现，因此观察涕泪对其预后良否有其实意义。

4. 通过中西医合作治疗，亦提高了中医对该病的认识，例如最常见的致病菌(肺炎球菌、葡萄球菌、链球菌等)及佝偻病、营养不良因感冒导致肺炎或新生儿吸入羊水因异物而产生肺炎，通过物理或血液象及X光检查等进一步明确诊断，很多值得学习的地方。

12. 猪胆汁糖浆治疗百日咳50例疗效观察

儿科教研组 張克信 刘希賢 刘葆坤
兰州医学院
生化化学教研组 張从辛

我院于1959年3~9月，应用猪胆汁糖浆治疗典型百日咳50例，临床上均具有典型的阵发性痉挛性咳嗽。白细胞总数在1万以上及淋巴细胞在50%以上者37例(74%)，年龄在5岁以下者45例(90%)。

本组病例全部系单独使用猪胆汁糖浆治疗，剂量按每次每公斤体重1毫升，必要时加大剂量，每日三次，疗程5~7天。全部病例经治疗1~2疗程后，痉挛性咳嗽不同程度减轻达一半以上及呕吐停止者31例(62%)，其减轻程度达三分之一以上者16例(32%)，无明显进步者3例(6%)，其总有效率为94%。

猪胆汁糖浆的配方及其药理作用简录如下：其中猪胆汁7.7克，白糖65克，苯甲酸鈉0.1克，陈皮酊2毫升，薄荷油适量，蒸馏水100毫升。制法从略。从临床观察本剂对百日咳确有良效，看来与氯(合)霉素相仿，经国内外学者研究证明胆汁(包括猪、牛、羊、鸡等)的主要成分为胆盐，胆酸、胆色素、粘液蛋白及胆脂醇和微量的尿素及尿胆素原等，在平皿培养基上对百日咳杆菌有抑制作用，及镇静神经作用。同时苯甲酸鈉有消炎作用，陈皮有祛痰作用，薄荷有清凉作用以及白糖的矫味作用等，对呼吸道炎症起到了综合疗效和阻断了神经的不良反应。

本剂副作用很少，个别患儿在服用后，发现有吐药者，但不影响治疗，水剂不易保存，包装及运输困难，应改为片剂则较为方便。

13. 中医治疗小儿百日咳的临床分析和体会

北京市儿童医院中医科 刘 韻 远

1962年我院门诊应用中药治疗小儿百日咳825例，仅就其中来院就诊三次以上，经中西医确诊为典型百日咳而无其他合併症，记录比较完整，或系统观察至停药时为止的病案，进行分析，并提出初步治疗经验和临床体会，俾作同道参考指正。

一 般 分 析

一、520例年龄与性别的分析：1岁以下者133例，1至3岁者278例，3至7岁者96例，7至12岁者13例。男多于女为3:2。但年龄与性别的差别不大。

二、520例流行月分的分析：3至4月分共40例，5至6月分共234例，7至8月分共186例，9至10月分共60例，说明夏秋季节流行较高，与本院历年材料基本相符。

辨 証 論 治

(一) 实证：“新咳多实”，故在咳嗽初期第一至二周内，有热或无热，面赤流涕，咽红，舌苔薄白(或黄腻)，脉浮数(或滑数)，此属邪热在卫在气之征，其咳多实，治宜清宣透解，

化痰止咳，方用疫咳第一方加减治之。一般經治疗后，每易速愈，若咳嗽繼續加重，出現陣发性痙咳者，多系咳久肺气虛損，当考虑內伤虛咳之可能性。

(二) 虛咳：“久咳多虛”，故多見于咳嗽第二至三周之后，呈陣发性痙咳之际，咳时短气，涕泪俱下，呕吐痰涎，或額出涼汗，或时有顫紅，潮热，或面青肢冷，甚則波及其他脏腑而出現全身症状，如面目浮腫，精神睏倦，五心煩热，二便失常或腹脹，舌淡无苔少津，脉細(或緩滑)，指纹暗淡等陰虛內热之象，治宜肅肺抑肝，斂阴化痰，方用疫咳第二方加减治之。恢复期多在痙咳第四至六周后，因咳久气血两伤，結合病情，随症加减，宜在治咳方中酌加养肺金扶脾土調理之品，以助体力之恢复。此仅是临床一般証治大法，但二者亦有相互兼見者，当細心辨認，随症施治。

(三) 治疗方法：(以基本方随症加减)

(1) 疫咳第一方：适用于咳嗽初期，发热无汗，咽紅苔白，脉浮数，具有其中一至二症者用之。

(方)：麻黃(春夏易霍香)、射干、杏仁、紫苑、苏子、青黛。

(2) 疫咳第二方：适用于咳嗽第二至三周后，陣发性痙咳，无热自汗，舌淡咽不紅，脉細者用之。

(方)：百部、紫苑、冬花、竹茹、法下、烏梅。

(注)：根据病情，二方亦可同时併用。

(3) 加减法：

1. 陣咳兼痰喘酌加：萊菔子、白芥子銀杏。
2. 痙咳伴有呕吐酌加：伏龙肝、珍珠母、川朴、焦查。
3. 伴有便秘酌加：瀉瓜羹、元明粉、天冬、麦冬、元參。
4. 伴有巩膜出血或衄血酌加：山查炭、軍炭、荷葉、茅根。
5. 体质素弱，气虛多汗、气液两伤者酌加：沙參、寸冬、百合、貝母、牡力、大棗、生谷稻芽、麻黃根，五味子。
6. 潮热自汗酌加：地骨皮、知母、二冬。

(四) 治疗情况：(附表請參閱底稿)

注：1. 从表中可以看出在第6至10天內治愈者占总数的88.2%。

2. 凡早期接受治疗者，治愈較快。

3. 应用中药治疗后，大大縮短了疗程。

4. 为了观察分析疗效和疗程，本表仅就第一至四周內病案进行分析。

14. 中西医結合治疗小儿枝气管哮喘的体会

上海第二医学院附属新华儿童医院 張树一 王湘云

本文着重对应用中西医結合的方法治疗小儿枝气管哮喘的体会加以初步的报导，认为現代医学在控制哮喘的症状方面比中药快，但祖国医学則从整体出发，在調整机体，巩固疗效方面則比較优越，因此中西医結合，取长补短，标本兼治能起到提高疗效的作用。

哮喘的发病机制方面，祖国医学认为主要与肺、脾、腎三脏的关系最为密切。发作时可分风寒袭肺、肺有蘊热及湿痰蘊肺三型，治疗以祛邪为主。可分別用小青龙湯、桑白皮湯

或白果定喘湯以及三子養親湯加二陳湯為主加減治療；不發作時分肺虛、脾虛、肺、脾、腎三臟俱虛三型，治療以扶正為主兼去痰濕，偏陰虛者用沙參麥冬飲加冬蟲夏草，偏陽虛者用六君子湯或金匱腎氣丸，並強調指出應根據具體情況審症求因，辯證論治，這一規律非但在用中藥時適用，在用西藥時也應如此，文中還對單純應用西藥治療哮喘存在的一些問題加以探討。

我們應用中西醫結合治療哮喘時常在發作之時立刻用西藥抗痙攣類藥物控制之，繼則服用中藥巩固療效，預防發作，或在臨睡前根據某些病人晚間易發病的特點服用西藥，這樣既可節省藥物以免久服西藥而失靈，又可提高療效，頗受家長們的歡迎。最後本文還強調醫生及家長對此病均應有充分的信心，並應鼓勵兒童與疾病作鬥爭，還應注意適當的休息、充分的營養以及加強鍛鍊與教養。