

中西医结合 治疗小儿肺炎

北京友谊医院小儿科 编

人民卫生出版社

中西医结合治疗小儿肺炎

北京友谊医院小儿科 编

人 民 卫 生 出 版 社

中西医结合治疗小儿肺炎

开本: 787×1092/32 印张: 2 字数: 38千字

北京友谊医院小儿科 编

人 民 卫 生 出 版 社 出 版

(北京书刊出版业营业许可证出字第〇四六号)

·北京市宣武区晓新街 100 号·

北 京 印 刷 一 厂 印 刷

新华书店北京发行所发行·各地新华书店经售

统一书号: 14048·3319 1973 年 3 月第 1 版—第 1 次印刷

定 价: 0.14 元 印数: 1—220,500

毛主席语录

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

好生保育儿童

前 言

肺炎对婴幼儿健康的威胁是众所周知的。尽管医学在不断地发展，但由于对小儿肺炎的治疗长期来因循着抗菌素这条老路，随之而来的是不断出现新问题，造成治疗上的困难。伟大领袖毛主席关于“中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高”的教导，给我们指出了方向，使我们从单纯依赖抗菌素，过分强调局部炎症，忽视改善全身状况的束缚中解脱出来，发扬中医在治疗肺炎上更重视调节机体全身功能的优点，重视临床观察，也就是辨证施治的原则，经过近十余年来的实践证实了中西医结合疗法较以前的疗法更为优越。但由于我们受水平的限制，特别是对中医知识了解得还很肤浅，仅仅是在中西医结合的道路上迈出了一步。还必须进一步解决肺炎这一疾病的共性和个性的辩证关系，进行更深入的临床科学分析，改进中药处方。我们迫切要求广大读者给我们提出意见，改正缺点和错误，使我们能与大家一起在毛主席的无产阶级卫生路线的指引下奋勇前进。

编 者

1972年11月

目 录

总论.....	1
一、小儿肺炎在儿科疾病中的地位	1
二、小儿肺炎与季节的关系	2
三、小儿肺炎与年龄的关系	2
四、小儿肺炎的病因和诱发条件	2
五、肺炎对小儿各系统的影响	4
六、小儿肺炎的分类	5
七、重症小儿肺炎的诊断标准	7
(一) 喘型 (气虚正衰型)	7
(二) 心力衰竭型 (阳虚邪盛型)	8
(三) 腺病毒性肺炎 (热盛邪实型)	8
(四) 金黄色葡萄球菌肺炎 (热盛邪实型)	9
(五) 营养不良并发肺炎 (脾胃虚寒型)	9
八、小儿肺炎的治疗	9
(一) 一般治疗原则	9
(二) 中医疗法	11
(三) 常用中药处方	12
1. 感冒 1 号	12
2. 感冒 2 号	12
3. 感冒 3 号	13
4. 气管炎 1 号	13
5. 肺炎合剂	13
6. 平喘合剂	13
7. 病毒肺炎合剂	13
8. 止咳合剂	14

9. 化痰合剂	14
10. 祛痰合剂	14
11. 补脾合剂	14
12. 鱼腥草煎剂	14
13. 鱼腥草注射液	15
14. 紫珠草煎剂	15
15. 紫珠草注射液	15
16. 侧柏注射液	15
(四) 浓缩中药制剂制做方法	16
九、小儿肺炎的预防	16
十、小儿肺炎的护理	17
各论	22
一、小叶肺炎	22
二、喘型肺炎	27
三、婴幼儿腺病毒肺炎	31
四、肺炎原浆菌肺炎	39
五、大叶肺炎	41
六、新生儿肺炎	47
附录	54
一、各年龄小儿呼吸、脉搏、血压的平均正常值	54
二、甲皱微循环观察方法	54

总 论

一、小儿肺炎在儿科疾病中的地位

肺炎是小儿的一种常见病，多发病，对小儿的健康威胁很大，但是迄今为止有关肺炎的治疗问题并未得到满意的解决，特别是新生儿肺炎，腺病毒肺炎，金黄色葡萄球菌肺炎死亡率尤高。国外报告，近年来新生儿死亡病例尸检时发现肺炎改变者占20~30%，过去报告可高达41.5~51%，葡萄球菌肺炎的死亡率根据美国“小儿科”杂志的记载为5~40%。根据我院儿科资料，1961年1月至1971年12月共收治小儿肺炎6140人，占同期儿科住院总人数的25~30%，而死亡数则占同期儿科住院病人总死亡数的20%左右，这就不难看出肺炎在小儿疾病中占据何等重要的地位。

近二十多年来随着各种抗菌素的被发现及广泛应用，肺炎的治疗有了很大进展，但是由于过多的应用抗菌素，也产生了一些耐药菌株，甚至嗜药菌株，使肺炎的治疗发生了新的困难，迫使临床工作者不断寻找新的治疗方法。“中国医学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高”。毛主席这一英明指示，是我们医疗卫生事业向前发展的伟大动力。经过开展群众性的中西医结合运动，使我们更进一步认识到，要在肺炎治疗工作中有所前进，必须大破过去在医疗工作中的形而上学思想，大立辩证唯物主义的思想。对肺炎病儿在治疗中要具体病人具体分析，着眼于加强整个机体的抗病能力，这恰恰是中医所长。我们从1961年开始，在中医

辨证施治的基础上，用中药治疗肺炎，通过反复的临床实践和不断总结，使我们在中西医结合治疗肺炎这一工作中取得了一些进展。

尽管如此，肺炎的治疗工作还存在不少问题，特别是慢性肺炎、伴有Ⅲ度营养不良及先天性心脏病的肺炎等，治疗方面还很不满意，有待今后在中西医结合治疗方面，各取所长，互相补充，进一步克服我们思想上形形色色的形而上学思想影响，为创造我国的新医学派，进一步降低肺炎的死亡率而努力。

二、小儿肺炎与季节的关系

小儿肺炎一年四季均有发生，但以冬春两季最多，12月，1~3月发病率最高。

三、小儿肺炎与年龄的关系

小儿自出生后肺炎的发病率逐渐增高，一岁达高峰，以后渐减，三岁以后则显著减少。国内报告，年龄在一月以内者占6.9%，一月至一岁占47.6%，一至三岁占27.3%，三岁至七岁占3.4%。

四、小儿肺炎的病因和诱发条件

小儿肺炎的病因是多种多样的，有物理的、化学的、生物的，但是病因中绝大多数是病原微生物，其中尤以细菌、病毒所占比例最大。细菌以肺炎双球菌、溶血性链球菌、葡萄球菌最常见，其他如肺炎杆菌、流感杆菌、大肠杆菌也可致病；病毒中以腺病毒、麻疹病毒、流感病毒、副流感病毒、呼吸道融合病毒为小儿肺炎最常见之病原体。

另外，小儿患肺炎，还与机体本身的状态有密切关系。小儿肺炎的发病以及发病后疾病的轻重和转归，不单纯取决于病原体的种类、病原体的多少和毒力的强弱，更重要的是机体的健康状况、免疫能力。如果小儿健康状况良好，机体抵抗力强，病原体侵入机体并不一定发生肺炎，即使发生了肺炎，预后也较良好。反之，机体健康状况不佳，抵抗力低下，即使小量毒力不太强的病原体侵入机体，也可能引起肺炎，甚至危及生命。在祖国医学中有这样的记载：“邪之所凑，其气必虚”。整个肺炎过程，是机体对病原体的斗争过程。人体的抗病能力决定着整个疾病的进程。我们认为下列诸点是造成小儿易罹患肺炎的重要条件：

1. 小儿特别是婴幼儿各器官系统发育不够完善，中枢神经系统发育不够成熟，全身的机能调节远不如成人效率高。幼儿肺组织分化不全，弹力纤维不发达，肺泡量少，代偿能力差，间质富于血管、淋巴管和淋巴间隙，肺含气量少而含血量多，这些因素有利于肺炎的发生。

2. 全身状况：《诸病源候论·中风候》谓：“小儿气血未定，肌肤脆弱，若将养失宜，寒温失度，腠理虚开，即为风所中也。”即指体格发育未成熟，抵抗力薄弱易于患病之意。临床大量事实证明，重症佝偻病、急慢性消化功能紊乱、营养障碍，可导致机体全身的改变，如心血管功能的改变，代谢方面的改变，酶系统活动的改变等，都可降低机体抵抗力而使小儿易患肺炎。以1963年为例，我院儿科共收治小儿肺炎560人，其中併存佝偻病Ⅱ～Ⅲ°者325人，占肺炎患儿的58%；併存营养不良Ⅱ～Ⅲ°者56人，占肺炎患儿的10%；併存中、重度贫血者24人，占4.3%。哈尔滨医科大学儿科分析555例肺炎病例，其中224例有佝偻病。

小儿患肺炎后，促使抵抗力进一步下降，佝偻病、营养不良等一系列併存症更加恶化，造成恶性循环。因此小儿肺炎往往迁延不愈或反复发作，影响小儿机体的发育和成长，甚至造成死亡。1961年~1970年我院儿科肺炎患者死亡347例，其中70%以上有佝偻病、营养不良、贫血、先天性心脏病、脑发育不全等各种严重併存症。

3. 生活环境的影响：常居室内，缺乏锻炼，缺乏新鲜空气及阳光，骤然变冷等是小儿易患肺炎的因素。

4. 传染病如麻疹、百日咳、流行性感胃等疾患，都能严重降低小儿的抵抗力，因此较易併发肺炎。

五、肺炎对小儿各系统的影响

一般小儿肺炎，全身其他系统变化并不突出，而重症肺炎则全身各系统均可产生显著变化。

神经系统：由于病原体毒素的作用，机体本身代谢失常、水电平衡失调、脑缺氧可产生烦躁、嗜睡、昏迷、惊厥、中枢性呼吸衰竭等一系列临床症状。

呼吸系统与循环系统：由于肺部炎症，致使呼吸面积减少，机体缺氧（动脉血氧降低，组织缺氧），二氧化碳排出受阻，导致血内、组织内二氧化碳滞留，产生呼吸性酸中毒，刺激呼吸及循环中枢，导致呼吸心跳加快。同时产生支气管粘膜水肿、渗出、痉挛，造成剧烈喘息。由于严重缺氧，水电平衡失调亦可导致心肌损害。当病变持续，超过了心肺代偿能力即可产生心力衰竭，因而进一步加重组织缺氧，加重神经系统症状，最后导致呼吸衰竭。

消化系统：重症病例由于组织缺氧，酶活动失常，肠粘膜水肿、充血，致消化、吸收不良，并有腹泻，个别病例有中毒性肠麻痹，引起腹胀。由于缺氧、代谢性酸中毒，导致食欲下降、恶心、呕吐，亦可造成机体水电失衡。

水电平衡失调：重症病例可以产生代谢性酸中毒，呼吸性酸中毒，血液 pH 值下降。部份病例有低血钠症、低血氯症。

六、小儿肺炎的分类

小儿肺炎的诊断一般来讲并不困难，但是要进一步区分是什么性质的肺炎，在实践中并不十分容易。迄今为止各种分类方法都有一定的优点，然而也都存在不够全面的地方。到目前为止，还没有一种既考虑到内因又考虑到外因，既全面又简便的精确分类方法。如何在具体实践中，通过中西医结合，运用现代医学观点，总结出一套更好地指导临床的分类方法，还有待进一步研究。

(一) 第六届全国儿科会议制定的分类法 原第六届全国儿科学术会议上修订的“关于小儿肺炎诊断方法的建议”我们认为仍有一定参考价值：

1. 病理分类：

- (1) 大叶肺炎
- (2) 支气管肺炎（小叶肺炎，小病灶性肺炎）
- (3) 间质性肺炎（包括毛细支气管炎）
- (4) 新生儿肺炎

2. 病因分类：

- (1) 病毒性肺炎 {
 - 腺病毒肺炎
 - 流感病毒肺炎
 - 副流感病毒肺炎
 - 呼吸道融合病毒肺炎
 - 胸膜肺炎样微生物 (PPLO) 所致肺炎
 - 等
- (2) 细菌性肺炎 {
 - 肺炎球菌肺炎
 - 金黄色葡萄球菌肺炎
 - 肺炎杆菌肺炎等
- (3) 霉菌性肺炎 {
 - 白色念珠菌肺炎
 - 放线菌肺炎等
- (4) 原虫性肺炎 (卡氏囊虫肺炎)
- (5) 传染病并发肺炎 {
 - 麻疹并发肺炎
 - 百日咳并发肺炎
- (6) 其他 {
 - 吸入性肺炎 (类脂性, 异物性, 食物性等)
 - 嗜酸粒细胞肺炎等

3. 病情分类:

(1) 轻症: 病情轻, 呼吸系统外仅有轻度受累或无受累现象。

(2) 重症: 病情严重, 呼吸系统以外的系统明显受累。

4. 病程分类:

(1) 急性: 病程在一月以内。

(2) 迁延性: 病程在一至三月以内。

(3) 慢性: 病程在三个月以上。

(二) 我院中西医结合分类法 我们在实际工作中, 以第六届儿科会议制订的分类标准为基础, 结合祖国医学辨证论治的原则以及小儿机体的反应能力, 把重症婴幼儿肺炎分为

以下类型，应用中西两法进行治疗，我们认为有一定参考价值。

1. 热盛邪实型：包括腺病毒性肺炎，金黄色葡萄球菌肺炎等。
2. 气虚正衰型：包括喘型肺炎。
3. 阳虚邪盛型：包括肺炎合并心力衰竭。
4. 脾胃虚寒型：包括肺炎伴随营养不良、贫血等。

七、重症小儿肺炎的诊断标准

我们根据一些医务工作者的意见，结合我院儿科十余年来的临床实践，重症肺炎具有如下特点：

1. 有明显心血管功能紊乱症状者；
2. 呼吸困难及缺氧很明显，吸氧短期不能缓解；
3. 嗜睡、昏睡或明显萎靡者；
4. 体温很高或机体反应较差体温不升者；
5. 有严重并发症，併存症者；如有重症佝偻病、营养不良Ⅲ度、先天性心脏病、先天性神经系统疾患者；
6. 肺部体征广泛。

肺炎患儿具备上述任意一项，皆属重症肺炎。

重症肺炎临床分为以下几种类型：

（一）喘型（气虚正衰型）

1. 体质虚胖，舌尖淡红，舌质胖，常有贫血，佝偻病症状；
2. 发病急骤，很快出现剧喘（实喘者邪之实，虚喘者气之虚），呼吸每分钟60~80次，甚至100次以上；
3. 明显烦躁，有口周发绀，鼻根发青等严重缺氧症状；

4. 体温不一定很高；
5. 两肺以大量哮鸣音为主，同时有中小水泡音；
6. 大多数患儿并发心力衰竭。

(二) 心力衰竭型（阳虚邪盛型）

1. 皮肤苍白、面色发灰、末梢血管充盈差；
2. 肢体发凉，指趾为著；
3. 呼吸困难（次数增至 60~80 次/分）；
4. 突然烦躁不安；
5. 心率增快（140~160 次/分以上）；
6. 心音低钝或有奔马律；
7. 肝脏进行性增大；
8. 心电图改变；

(三) 腺病毒性肺炎（热盛邪实型）

1. 体质较好、舌质红、口腔粘膜干燥、口渴、尿色深；
2. 体温多于 3~5 日内逐渐升高，多呈稽留热或弛张热；
3. 多睡、萎靡、惊厥等神经系统症状比较明显，且出现较早；
4. 肝脾肿大明显，中等硬度，应用强心药物肝脏不易回缩；
5. 易有心力衰竭；
6. 肺部体征出现较迟，多在发热 4~7 天后肺部出现实化体征，如叩浊、呼吸音减低、管状呼吸音、中小湿罗音等；
7. 易并发浆液性渗出性胸膜炎；
8. X 线检查往往发现较大片阴影；
9. 双份血清第二次滴定价增高四倍以上或咽拭子腺病毒分离阳性。

(四) 金黄色葡萄球菌肺炎 (热盛邪实型)

1. 多数病例有不规则高热，多呈弛张热型；
2. 中毒症状较重，有时出现猩红热样或麻疹样皮疹；
3. 肺部体征出现较早；
4. X线检查可能发现泡性肺气肿或肺脓肿；
5. 肺炎可伴有脓胸，胸腔穿刺液培养或涂片证明有葡萄球菌；
6. 肺部以外有金黄色葡萄球菌病灶；
7. 一般白细胞总数增高，中性粒细胞百分数也增高，但有部份病例白细胞减低，粒细胞百分数减低，或有中毒颗粒。

(五) 营养不良并发肺炎 (脾胃虚寒型)

1. 体质虚弱，消瘦，面色苍白，头发枯干，皮肤干燥，弹性差，皮下脂肪明显减少或消失，部份病例有营养不良性水肿；
2. 胃肠功能紊乱明显，大便次数增多；
3. 佝偻病症状、体征较明显；
4. 肺炎逐渐加重，较迁延；
5. 咳喘表现无力；
6. 心功能不全或有心肌营养不良，临床检查心音低钝，脉细弱。

八、小儿肺炎的治疗

(一) 一般治疗原则

综上所述，可见肺炎在小儿时期发病率高，并发其他疾患者也多。肺炎不是单纯肺部的疾患，可以引起全身各系统产生不同程度病理生理变化，重症肺炎尤其明显，因此，治

疗小儿肺炎时，不能单纯看到病原体的一面。决不能认为只要有了抑制和杀灭病原体的药物，就一定能治好肺炎。而必须根据不同年龄、不同机体的反应能力、不同类型的肺炎，采用中西医结合的治疗方法，才能收到较好的效果。

例如喘型肺炎，突然发病以喘为主，继而导致心功能不全、细支气管粘膜水肿、渗出、痉挛，因此，强心药物和改善微循环药物在一定阶段是治疗该型肺炎的主要药物。心血管功能改善后，肺部罗音迅速减少或消失。因此，此型肺炎应主要在早期改善心血管功能状态，不能只着眼于肺部消炎。

又如，心力衰竭型与喘型有相似之处。临床表现除呼吸道症状外，还有心跳加快，烦躁，发绀。如果仅仅看到呼吸功能不全，则会片面强调抗菌消炎而忽略改善心脏功能的措施。以往所规定的心衰指标，是在临床症状和体征已很明显的时候，此时进行治疗，较难获效，如果在心衰早期（出现烦躁、心跳加快等不仅与呼吸系统而且与循环系统机能紊乱有关的低血氧症时），及早应用强心剂，对肺炎恢复有较好的效果。因而，对于低血氧症必须分析，是吸入性低血氧症，还是循环性低血氧症、贫血性低血氧症，抑或兼而有之，有针对性地进行治疗，就会收到应有的效果。晚期则心血管功能已经处于严重衰竭状态，长期缺氧，神经系统调节功能也大大降低，用了强心剂，效果远不如早期。

各型肺炎均可有佝偻病并存症，在治疗肺炎的同时，积极治疗佝偻病是极为重要的。应用突击疗法：维生素 D_2 在短期内 80 万~120 万单位，同时静脉注射 10% 葡萄糖酸钙 10 毫升，2~4 次，每日或隔日一次。对于有活动期重症佝偻病的病儿应特别注意纠正酸中毒。我们观察到一部分喘型