

21世纪课程教材配套教材

全国高等中医药院校教材配套教材 ● 供中医类专业用

中医儿科临床前能力训练

主 编 王力宁

 人民卫生出版社

21 世纪课程教材配套教材

全国高等中医药院校教材配套教材·供中医类专业用

中医儿科临床前能力训练

主 编 王力宁

副主编 盛丽先

主 审 苏树蓉

编 委 (按姓氏笔画排列)

卫 蓉 (贵阳中医学院)	秦艳虹 (山西中医学院)
王力宁 (广西中医学院)	梁文旺 (广西中医学院)
农志飞 (广西中医学院)	盛丽先 (浙江中医药大学)
宋秀琴 (山西中医学院)	彭 玉 (贵阳中医学院)
侯树平 (黑龙江中医药大学)	曾福善 (贵阳中医学院)
姜之炎 (上海中医药大学)	舒 兰 (湖南中医药大学)

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

中医儿科临床前能力训练/王力宁主编. —北京:
人民卫生出版社, 2006. 5

ISBN 7-117-07518-X

I. 中… II. 王… III. 中医儿科学—医学院校—
教学参考资料 IV. R272

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 027607 号

中医儿科临床前能力训练

主 编: 王 力 宁

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 67616688)

地 址: (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

邮购电话: 010-67605754

印 刷: 北京智力达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 12

字 数: 280 千字

版 次: 2006 年 5 月第 1 版 2006 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-07518-X/R·7519

定 价: 17.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

编写说明

中医后期临床教学是高等中医教育的重要组成部分，是培养学生的实践动手能力、中医临床思维能力、适应社会能力极其重要阶段。

如何对学生进行以临床思维能力为主的临床前实践能力的培养是目前中医临床教学中值得思考与探讨的问题。2003年由成都中医药大学苏树蓉教授主编的，全国高等中医药院校21世纪课程教材《中医儿科学》正式出版。经过教学实践认为该教材真正达到了教师好教、学生好学、临床好用的目的，受到同行教师及广大学生的好评。为了更好地配合该教材的使用，我们组织了八所院校中长期从事儿科教学和临床的专家编写了《中医儿科临床前能力训练》一书。本书以教学大纲要求为核心，对每一病证设计编写了《临床问题思考》与《模拟病例与解决方案》两部分内容。《临床问题思考》围绕儿科临床常见问题与各个相关学科的知识及其最新进展提出问题，《临床模拟病例与解决方案》以模拟临床病例的形式提出儿科临床辨病、辨证思路及临床思维程序。通过对本书的学习，目的在于帮助学生加深理解中医儿科学的临床理论，发展学生的临床思维，强化学生临床前的实践意识与分析问题和解决问题的能力。本书的编写，我们结合了国家教育部全国教育科学“十五”规划“以问题为引导教学法对中医本科学生临床前实践能力培养的研究”课题，以及广西教育科学规划“模拟问题教学提高中医学生临床前实践能力”的研究”课题可供中医本科学生、中医儿科硕士研究生自学及临床教师教学参考。

本书的出版得到成都中医药大学、黑龙江中医药大学、上海中医药大学、浙江中医药大学、山西中医学院、贵阳中医学院、湖南中医药大学及广西中医学院的大力支持和帮助，面向21世纪课程教材《中医儿科学》主编、成都中医药大学苏树蓉教授为本书承担主审工作，并为本书的编写及定稿提出了宝贵的意见，在此一并致以诚挚的谢意！

本书的编写是一种新的尝试，旨在指导学生提高临床实践的能力。由于编写经验不足，问题与疏误之处诚请同道们不吝指正。

王力宁

2006年3月20日

目 录

第一章 肺系病证	1
第一节 感冒	1
第二节 咳嗽	4
第三节 肺炎喘嗽	9
第四节 哮喘	14
第二章 脾胃系病证	21
第一节 鹅口疮	21
第二节 口疮	23
第三节 呕吐	26
第四节 泄泻	30
第五节 腹痛	34
第六节 厌食	37
第七节 积滞	40
第八节 疳证	42
第三章 心肝系病证	47
第一节 惊风	47
第二节 痫证	51
第三节 夜啼	54
第四节 注意力缺陷多动症	56
第五节 病毒性心肌炎	60
第四章 肾系病证	65
第一节 遗尿	65
第二节 小儿热淋	68
第三节 急性肾小球肾炎	72
第四节 肾病综合征	78
第五章 时行疾病	84
第一节 麻疹	84
第二节 奶麻	90
第三节 风痧	92
第四节 丹痧	95
第五节 水痘	99
第六节 炸腮	103

第七节 顿咳	106
第八节 小儿暑温	110
第九节 疫毒痢	115
第十节 传染性单核细胞增多症	120
第六章 寄生虫病	123
第一节 蛔虫病	123
第二节 蛲虫病	126
第七章 其他病证	129
第一节 汗证	129
第二节 五迟、五软	132
第三节 维生素 D 缺乏佝偻病	135
第四节 紫癜病	139
第五节 皮肤黏膜淋巴结综合征	143
第六节 奶癣	146
第八章 新生儿疾病	148
第一节 胎黄	148
第二节 硬肿症	152
第三节 脐部疾患	157
第九章 儿科急症	160
第一节 高热	160
第二节 惊厥	163
第三节 昏迷	166
第四节 厥脱证	169
第五节 中毒	172
第六节 急性心功能不全	175
第七节 呼吸衰竭	178
附：小儿液体疗法	183

第一章 肺系病证

第一节 感 冒

感冒是外邪侵袭人体而发生的疾病。临床以发热，恶寒，鼻塞，喷嚏，流涕，咳嗽为主要表现。因小儿脏腑娇嫩，肺常不足，卫外不固，加之寒暖不能自调更易发病，年龄越小患病率越高，尤以春冬两季为多见。小儿感冒有四时感冒和时行感冒之分。具有以下特点：在辨证方面强调以唇、舌、咽的颜色辨别风寒与风热；证型上风热感冒较风寒感冒多见；在临床表现方面，小儿感冒多夹痰、夹滞和夹惊。

【临床问题思考】

1. 小儿感冒病因病机的特点

小儿感冒的发病分内外二因，外因感受外邪（风寒、风热、暑湿等），内因责之于小儿脏腑娇嫩，肺常不足，卫外不固。感受外邪，邪客肺卫，表卫失和是其主要病机。其病位主要在肺卫，可影响心、肝、脾而发生挟痰、挟惊、挟滞之证。小儿感冒的病因病机见图 1-1：

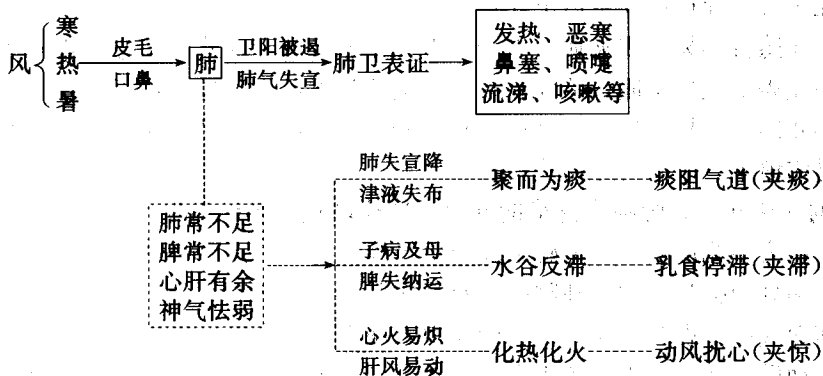


图 1-1 感冒病因病机示意图

2. 小儿感冒易出现夹痰、夹滞、夹惊的机理

小儿感冒容易出现兼夹证与其生理和病理特点有关：小儿肺常不足，肺脏受邪，失于清肃，气机不利，津液凝聚为痰，以致痰阻气道，故可见咳嗽加重，喉间痰鸣等夹痰证候；小儿脾常不足，感受风邪，往往影响运化功能，稍有饮食不节，每致乳食停滞不化，阻滞中焦，出现脘腹胀满，不思乳食，或伴有泄泻、呕吐等夹滞的证候；小儿心肝有余，感邪之后，容易导致心神不宁，热扰肝经而出现惊惕、啼叫睡卧不安，甚至有一时性惊厥等夹惊的证候。

3. 感冒如何分类

中医将感冒分为四时感冒与时疫感冒。所谓四时感冒是指感冒因感受四时不正之气而发，全身症状轻，局部症状明显，无流行趋势，类似于西医学的普通型感冒；时疫感冒是感冒因感受时行疫疠之气而发，全身症状重，局部症状不明显，有流行趋势，类似于西医学的流行性感冒。

4. 对感冒患儿的病史采集与体检时需注意哪些要点

(1) 问诊要点：注意发病的原因，如气候的变化、衣着不慎、调护不当等；注意寒热症状的表现，如有无吮乳口热、有无卷缩而卧，皮起鸡粟；注意全身症状与局部症状的表现；注意有否到过传染病流行疫区及相关人员接触史。

(2) 体格检查要点：尤其注意观察体温的变化，汗的有无，唇舌咽的颜色、润泽度等。

(3) 辅助检查：可根据病情选择检查血常规、咽部细菌培养等。必要时可选择检查心电图、胸部 X 线摄片。

5. 小儿暑邪感冒的特点

小儿暑邪感冒有以下特点：①暑邪感冒有明显的季节性：一般在夏季发病。②暑为阳邪，内归于心，故暑邪感冒容易出现壮热、并易出现高热夹惊现象。③暑多挟湿，湿邪黏腻，缠绵难去，故暑邪感冒常因微汗出而热不为汗解。④暑邪感冒还常伴湿浊中阻症状，如胸闷身困，泛恶，食欲不振，或呕吐腹泻，或流涕，咳嗽，苔白腻，舌红，脉数等。

6. 小儿感冒的治疗要注意什么

小儿感冒的治疗与成人相同，应以解表为主，根据寒热辨证，治法有辛温、辛凉之别。但小儿感冒治疗还应注意以下几点：

(1) 小儿感冒容易出现夹痰、夹滞、夹惊等兼夹证，因此应注意对兼夹证的治疗。

(2) 小儿表虚卫外不固，治疗宜以轻清疏解为主，不宜过汗，以防耗伤气阴。

(3) 小儿感冒容易化热，若表证未解，兼里热内郁，或已有燥屎内结，需用清热解毒或下法时应慎重，以防苦寒伤伐脾胃。

7. 如何对小儿反复呼吸道感染的非急性感染期进行辨证治疗

中医学认为小儿反复呼吸道感染多与正气虚弱有关。按中医辨证原则可将复感儿的非急性感染期分为肺脾气虚、肺脾阴虚及脾虚肝旺等不同的证型。

(1) 肺脾气虚型患儿在非急性感染期常表现为面色㿔白，少气懒言，精神不振，疲倦乏力，活动后容易出汗，食欲不振，大便不调，舌质淡，苔薄白，脉细弱。可用四君子汤合玉屏风散加减。

(2) 肺脾阴虚型患儿在非急性感染期表现有口干口渴，消瘦，大便干结，盗汗，舌红少津，舌苔花剥，脉细数等。治疗可用生脉散加减。

(3) 脾虚肝旺型患儿在非急性感染期表现有脾胃气虚症状，容易感冒外，并伴急躁易发脾气，或胸胁闷胀、嗳气频多，或失眠多梦，或有惊厥史。治疗宜用四君子汤合柴胡疏肝散。

8. 防治小儿反复呼吸道感染在用药时要注意什么

避免滥用抗生素，避免滥用激素，避免过用苦寒中药，避免过用发散的药物，不滥

用补药,不能滥用免疫球蛋白。

9. 小儿因感冒伴抽风的特点

小儿感冒伴抽风者为感冒夹惊,多属于西医学的高热惊厥,其临床特点为①发病年龄以6个月至3岁的小儿为多见;②惊厥与发热有密切关系;③抽搐时间短,多为一次性惊厥;④发作后,意识恢复快;⑤无神经系统定位或阳性体征;⑥脑电图检查正常;⑦预后一般良好。

【临床模拟病例与解决方案】

1. 辨病思路

(1) 确定本病的主证,是以发热,恶寒,鼻塞,喷嚏,流涕,咳嗽为主要表现。

(2) 注意与麻疹早期及肺炎喘嗽进行鉴别诊断:麻疹早期可因外邪侵犯肺卫,表现为发热、微恶风寒、鼻塞流涕、咳嗽等症状。但有明显的麻疹特殊表现,如目胞赤肿、泪水汪汪、畏光羞明、倦怠嗜睡、麻疹黏膜斑等。可伴有小便短赤,或大便稀溏、舌苔薄白或微黄等热证。

肺炎喘嗽是以肺热炽盛为主要病机的肺系病证,在初期邪犯肺卫可有肺卫表证,但其同时具有发热、咳嗽、气喘、鼻煽等的证候特点。

(3) 如出现感冒夹惊伴抽搐者,应注意与中枢神经系统感染性疾病进行辨别。

2. 辨证思路

(1) 根据发病季节、起病诱因等分析可能的致病因素,如风寒、风热或暑邪感冒,在就诊前是否经过其他治疗。

(2) 根据临床表现辨别风寒风热:如具有肺卫表证伴唇舌咽红者为风热;具有肺卫表证而唇舌咽不红者为风寒。

(3) 注意有否兼夹证:在感冒病程中除有表证外,兼见咳嗽较剧,咳声重浊,喉中痰鸣,舌苔白腻,脉浮滑等表现者为夹痰;兼见脘腹胀满,不思乳食,呕吐酸腐,口气秽浊,大便酸臭等为夹滞;兼见惊惕啼叫,睡卧不宁,甚或惊厥,舌尖红,脉弦数等为夹惊。

(4) 根据既往病史,有否同时合并其他疾病、有否反复呼吸道感染病史。

3. 临床模拟病例及思维程序

(1) 典型病例

方××,女1岁半,因“发热一天,伴抽搐一次”来诊。

患儿于一天前因衣着不慎受凉,是夜开始发热,伴流涕,轻咳,纳少,无呕吐,睡眠欠佳,今晨起鼻塞加重,伴高热,体温39.5℃,哭闹吵人,并突然神志不清,两眼上视,面色发紫,双手握拳,四肢抽搐,持续约1分钟,经按压人中穴后缓解,抽搐停止后会哭,能认识父母,四肢活动自如,颈无抵抗,咽红,舌红,苔薄黄,脉浮数。既往无类似病史。

(2) 辨证思维程序

第一步 诊断疾病:患儿有明显的受凉诱因,以发热,伴流涕鼻塞,轻咳为主要表现,在高热的同时出现惊厥1次,并有持续时间短,意识恢复快,无神经系统定位体征,符合感冒夹惊的诊断。

第二步 辨明证型:小儿体属纯阳,感受外邪,失于表散,邪郁化热,热扰肝经,

证见高热、鼻塞加重、心烦吵人，并发惊厥，咽红、舌红、苔薄黄、脉浮数，为风热之证伴热扰心肝。

第三步 相关理化检查：根据患儿病情可选择做相关理化检查，如血常规、血生化、CR 胸片、脑电图等。

第四步 治疗：本例患儿诊断为“感冒（风热夹惊）”，治以疏风清热，佐以镇惊安神，清心凉肝，予银翘散加减。

参考处方：银花 10g、连翘 8g、桔梗 4g、牛蒡子 8g、荆芥 6g、薄荷 3g（后下）、蝉衣 4g、钩藤 6g（后下）、甘草 3g。

每日一剂，水煎分三次服。

（3）病程观察要点

- **体温的变化：**尤其是对具有高热惊厥病史的患儿，更应注意体温的变化，存在高热时应及时对症处理。

- **皮疹的出现：**病程中如有皮疹出现，要注意鉴别皮疹的性质及与发热的关系，并结合流行病学史区别是否为传染病的早期表现。

- **心肺体征的改变：**小儿感冒可以是肺炎喘嗽等一些严重疾病的早期表现，也可因病情进展发展为肺炎喘嗽或因外邪侵心出现心悸（病毒性心肌炎）等严重疾病，故在病程中应注意患儿心肺体征的变化，以便及时调整治疗方案。

- **治疗用药的反应：**小儿感冒经过解表发汗治疗，可能邪随汗解，但也可能过汗伤及气阴。

第二节 咳 嗽

咳嗽是指有咳声或伴咳痰的临床症状。为儿科临床最常见的肺系症状之一，外感或内伤所致的多种急慢性疾病都可引起咳嗽，因此，对小儿咳嗽的疾病诊断非常重要，临床上凡是能用确切病名诊断者，应按具体疾病进行辨病辨证治疗。而咳嗽为主症的病证均可参照本节咳嗽进行辨证论治，如急性慢性支气管炎等。小儿咳嗽以外感为多见，有痰常不会自咯，祛邪不尽易致反复发作，日久不愈，或生喘疾。

【临床问题思考】

1. 儿科临床诊断“咳嗽”应注意什么

作为证候名诊断“咳嗽”，应首先注意对咳嗽的诊断与鉴别诊断，因为咳嗽可以是许多肺系疾病、传染性疾病等多种疾病中的症状，因此在作出咳嗽诊断之时，应尽量完善有关检查，确定病名诊断。如详细了解咳嗽的发生与发展情况，伴随症状、肺部体征、胸部 X 线检查情况等。

2. 小儿咳嗽与肺炎喘嗽的鉴别

小儿咳嗽是感受外邪，导致肺气失宣，气道不利而发生，其病位在气道，故临床表现以单纯咳嗽为主症，而小儿肺炎喘嗽是外邪化热入里，炼液为痰，痰热闭阻于肺而产生，其病位在肺，其直接影响到了肺气的出入，故临床上除有咳嗽的症状外，还有发热、气喘、鼻煽。

3. 小儿咳嗽常见的病因病机

小儿咳嗽的病因病机见图 1-2:

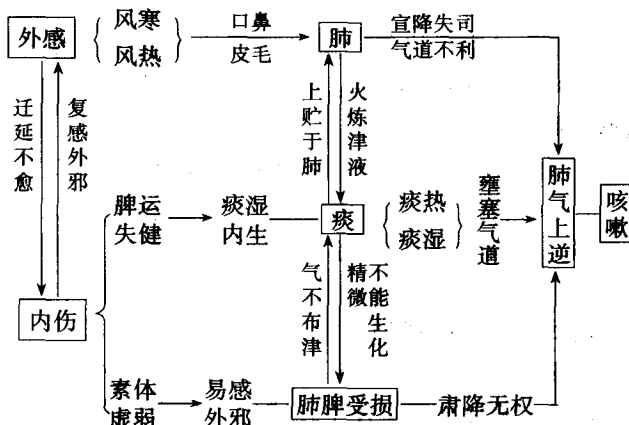


图 1-2 咳嗽病因病机示意图

4. 为什么治疗小儿咳嗽要慎用酸涩敛肺止咳药

小儿咳嗽以外感咳嗽为多见，具有起病急、病程较短，并见表证，多为实证的特点，治疗上以疏风散邪、宣肺止咳为主，切忌过早使用酸涩止咳药，以免影响解表祛邪；内伤咳嗽起病相对缓慢，病程较长，伴不同程度的里证，虽以虚证居多，但也常常虚实互见，故如内伤咳嗽痰多时也不宜使用收涩止咳药，以免影响化痰效果，而致停痰留饮，病程迁延。

5. 对长期咳嗽的患儿应注意询问哪些病史

对于咳嗽持续 1 个月以上的长期咳嗽，应注意询问的病史包括：咳嗽的起病方式、加剧或减缓的影响因素、咳嗽的性质、咯痰的情况及咳嗽的其他伴随症状：如伴发热，常见于呼吸道感染、结缔组织病、血液病肺部浸润、肺部肿瘤等。气喘可见于支气管哮喘、呼吸道异物、弥漫性肺间质纤维化、肺水肿等。咯血见于支气管扩张、百日咳、肺水肿、肺脓肿、肺吸虫、肺含铁血黄素沉着症、肺结核等。此外还应注意询问有无胸痛、呼吸困难和面色苍白。小儿因咽（喉）病证引起的咳嗽也有病程较长或反复的特点，应注意相关症状或体征的收集。

6. 询问咳嗽患儿起病的方式及加剧的时间对诊断有何意义

不同原因咳嗽患儿的起病方式及咳嗽加剧的时间可有不同特点，如婴儿突然呛咳、经久不愈，应考虑异物吸入；起病缓慢，病程迁延者，可能为咽（喉）源性咳嗽或慢性呼吸道感染如支气管扩张、间质性肺炎等；反复慢性咳嗽伴营养不良者要考虑维生素 A 缺乏症；如常在夜间、晨起及活动后出现咳嗽或咳嗽加重，需注意排除有无咳嗽变异性哮喘。

7. 了解小儿咳嗽的性质对诊断有何意义

小儿咳嗽呈干咳或刺激性咳嗽，多见于呼吸道感染早期、呼吸道异物吸入，也可见于肿大的淋巴结压迫气管或支气管，还可见于支气管哮喘、支原体肺炎、支气管内膜结核、胸膜及心包疾病等。如为湿性咳嗽，常见于支气管炎、支气管扩张、肺脓肿、肺寄生虫病或空洞型肺结核。

8. 应该根据咳嗽患儿咯痰的性质进行鉴别诊断

对咳嗽患儿应注意其痰的性质变化：如小儿持久咳嗽，有脓性痰则为化脓性肺部感染可能性大，脓胸、肺脓肿以及纵隔脓肿溃穿入肺部造成支气管痿时都可咳出大量脓性痰。一般痰无臭味，如有恶臭则为厌氧菌感染。痰的颜色系由痰内所含物质的色泽而定，肺癌、肺结核的痰可呈红色或棕红色，肺含铁血黄素沉着症的痰为棕褐色。

9. 小儿慢性咳嗽的原因

小儿咳嗽持续3周以上为慢性咳嗽，引起小儿慢性咳嗽的疾病比较多，但以呼吸道疾病所占比例较大，常见的病证有：复发性病毒性上呼吸道感染（如鼻炎、咽炎、扁桃体炎），支气管炎、肺炎、咳嗽变异性哮喘、化脓性肺部疾患、小儿结核病、慢性鼻炎、鼻窦炎、先天畸形、反射性咳嗽、胃-食管反流综合征、特发性肺含铁血黄素沉着症等。

10. 对咳嗽患儿的体检时需注意哪些要点

(1) 注意上呼吸道感染的并存症，如耳鼻咽喉的检查，咽部有无鼻后分泌物，过敏性鼻炎或其他特应性表现，慢性鼻窦炎及中耳感染常合并有慢性化脓性肺疾患。

(2) 注意呼吸情况，有无气促，口周有无紫绀，有无喉间痰鸣；颈部、腋窝、腹股沟淋巴结有无肿大；气管是否有移位，有无杵状指（趾），有无颈静脉充盈。

(3) 胸部的检查：注意有无实变体征或叩诊为鼓音或过清音，胸部听诊呼吸音是否增强或减弱，呼吸音是否粗糙，有无干湿性啰音、管状呼吸音，有无胸膜摩擦音，以了解肺及胸膜有否病变存在。

(4) 其他系统的检查：注意了解有无心脏疾病、纵隔肿瘤、消化道重复畸形、膈疝等。

11. 小儿咳嗽为什么要注意咽部的检查

咳嗽是儿科多种疾病的症状，而以肺系病证为多见，如喉核（扁桃体）红肿，甚至化脓是儿科常的病证，如不注意对患儿咽喉局部情况的检查，容易忽略对以局部病变为主的病情诊断，导致治疗上单纯以宣肺止咳而忽略局部的清热解毒、散结消肿的针对性治疗，从而影响治疗效果。目前临床因咽（喉）病变引起的小儿咳嗽较常见，值得注意。

12. 对咳嗽患儿可选用哪些辅助检查项目

(1) 血常规：白细胞及中性粒细胞增多提示有细菌感染可能；淋巴细胞数增高提示病毒感染、结核、百日咳；嗜酸性粒细胞计数增高提示过敏性疾病、寄生虫感染。

(2) X线检查：胸部X线摄片可了解肺部情况，必要时可做CT、MRI检查。

(3) 痰液检查：包括痰液的细菌培养、痰液革兰染色、抗酸染色、咽拭子病毒分离等检查，有助于明确病原菌。

(4) 病原学检查：除痰培养外，必要时可做咽细菌培养、血培养、胃液培养、纤维支气管镜吸取分泌物涂片镜检及细菌培养、结核菌素试验、结核抗体测定、支原体或衣原体抗体测定。病毒学检查如病毒分离、免疫荧光检查、病毒抗体测定等。

(5) 肺功能检查：对长期慢性咳嗽的患儿，可通过检查肺功能了解通气功能及气道的反应性。

(6) 支气管纤维镜检查：可直接观察呼吸道黏膜病变。并可吸取支气管分泌物进一步检查。

(7) 肺穿刺活检：对少数疑难疾病如间质性肺纤维化、肺泡蛋白沉积症等可协助诊断。

【临床模拟病例与解决方案】

1. 辨病思路

(1) 辨明咳嗽的主次证：咳嗽是小儿多种疾病中的一个症状，临床上首先应了解咳嗽本身是主症还是兼症。如咳嗽为其他疾病中的兼症以治疗其主病为先；而以咳嗽为主症的病证可参照本节咳嗽辨治范畴。

(2) 分清咳嗽病程的长短：咳嗽病程少于3周者多为急性咳嗽，常见于上呼吸道感染、急性支气管炎、急性哮喘、肺炎、肺栓塞、气管异物等；小儿咳嗽持续3周以上为慢性咳嗽，应注意排除慢性支气管炎、鼻后滴流综合征、咳嗽变异性哮喘、食管反流性疾病、支气管扩张、支气管肺癌、肺结核、肺间质性疾病、吸入性肺炎、慢性咽喉部疾病等。

(3) 注意结合现代诊断技术对咳嗽进行疾病诊断与鉴别诊断：如肺部听诊、X线胸片、血常规、结核菌素试验、痰培养、肺功能等。

2. 辨证思路

(1) 辨外感内伤：小儿咳嗽起病急、病程短，或兼有表证者多属外感咳嗽，如病势缓慢，病程较长，并伴不同程度脏腑虚证者多属内伤咳嗽。

(2) 辨寒热虚实：通过小儿咳嗽的痰涎、色、量及伴随症状辨别，咳声频频，喉痒声重，伴鼻流清涕等肺卫表证，唇舌淡红、苔薄白、咽不红者，多属风寒咳；咳声高亢气粗，或咳声嘶哑，伴鼻流浊涕等表证，唇舌咽红者，多属风热咳；干咳阵阵，气涌作呛，舌红苔黄燥者，多为燥火伤肺；干咳或咳声短促而哑，舌红少苔或花剥者多属肺阴耗伤。咳声高亢，有力，为实；咳声低微，气短无力，为虚。痰稀色白易咯者多属寒，痰黄质黏咯之不爽者多属于热。

3. 临床模拟病例及思维程序

典型病例一：

(1) 病例介绍

郭某，女，3 $\frac{3}{12}$ 岁。因咳嗽3天，加重1天而来诊。三天前恰逢天气突然转冷，患儿于夜间失于盖被，次晨起遂感鼻塞、流涕，继而咳嗽，家人予服感冒冲剂一天上症不减，咳嗽加重，来诊时患儿咳嗽频繁，咳声重浊，有痰不能自咯，低热，体温37.5℃，少许汗出，纳少，无呕吐，大便干，日行1次，小便稍黄，寐尚安。既往病史无特殊，否认有药物过敏史，体检：体温37.5℃，呼吸30次/分，脉搏110次/分，神清，呼吸平稳，口周无发绀，无鼻翼煽动，咽红，喉核不大，唇舌红，苔薄黄，颈无抵抗，浅表淋巴结不大，肺部听诊，两肺呼吸音粗，偶闻干湿啰音，心脏未闻异常，腹软，脉浮数。

(2) 临床思维程序

第一步 诊断疾病：本例患儿病程短，以咳嗽为主症，无气促、鼻煽表现，两肺呼吸音粗，偶闻干湿啰音，符合急性支气管炎诊断，可按中医“咳嗽”进行辨证论治。

第二步 辨明证型：患儿发病前有明显的调护不当的受凉病史，起病急，病程短，伴有发热、鼻塞、流涕等表证，属于外感咳嗽，而其咽红、唇舌红、苔薄黄为热证之征，故辨证为风热咳嗽。

第三步 相关辅助检查：该例患儿，起病比较急，且伴有发热，应做血常规除外细

菌感染，可考虑给予做胸部 X 线拍片除外肺部疾病。

第四步 当前治疗：治以疏风清热，宣肺止咳。选用桑菊饮加减。

参考处方：桑叶 8g、菊花 8g、连翘 8g、杏仁 8g、桔梗 4g、芦根 10g、鱼腥草 10g、莱菔子 8g、甘草 6g、薄荷 3g（后下）。

每日一剂，水煎分 3 次服。

（3）病程观察要点

- 注意观察患儿咳嗽、咯痰与发热等症状的变化情况，如伴气急者，有发展为肺炎喘嗽的可能，以便随时调整治疗方案。

- 注意患儿肺部体征的变化，如肺部啰音由多变性转为固定的湿性啰音，要考虑合并肺炎的可能。

- 观察患儿对治疗的反应，所用的桑菊饮有一定解表发汗作用，故要了解药后的发汗情况，做到中病即止，防发汗太过。

- 根据血常规及胸部 X 线拍片结果，如有细菌感染依据可考虑选择抗生素的使用。

典型病例二：

（1）病例介绍

张某某，女，4 岁，因咳嗽 1 月余来诊。患儿于一个多月前开始咳嗽，以夜间及晨起咳嗽多，白天活动后咳嗽增加或加重，曾在当地医院诊断为“支气管炎”，用过多种抗生素治疗无效。现在症见：咳嗽夜重，晨起痰多致咳，咳嗽甚时伴呕吐痰涎，无发热，无盗汗，无明显消瘦，纳食减少，二便尚调，寐欠佳。既往患婴儿湿疹病史，家中父亲患过敏性鼻炎，否认有药物过敏史。查体：神清、精神好，呼吸平稳，口周无发绀，咽稍红，舌质淡红，苔白厚腻，浅表淋巴结无异常肿大，心肺听诊未发现异常。辅助检查：X 线胸片示两肺纹理稍粗，未见实变阴影。

（2）临床思维程序

第一步 诊断疾病：本例患儿以咳嗽为主要表现，且病程较长，以夜间及晨起咳嗽多，白天活动后咳嗽增加或加重，抗生素治疗无效，无发热、盗汗及消瘦，不支持呼吸道感染性疾病的诊断，但根据患儿既往有婴儿湿疹病史，家中父亲患过敏性鼻炎，咳嗽变异性哮喘的诊断不能除外。

第二步 辨证证型：患儿素体患有湿疹，其父患过敏性鼻炎，考虑患儿有素体痰湿内蕴之质，且咳嗽以夜间及晨起重，咳甚呕吐痰涎，此乃痰湿内盛之征，活动后引动内伏之痰，致痰随气升，气因痰阻，气道不利，是以咳嗽加重。舌苔厚腻也为痰湿内蕴的表现。故辨证为痰湿咳嗽。

第三步 相关辅助检查：为进一步明确诊断，应考虑做肺功能、IgE、过敏原检测、痰培养等检查。

第四步 治疗：健脾燥湿，化痰止咳，方选麻杏二陈汤加减。

参考处方：炙麻黄 5g、杏仁 8g、细辛 2g、陈皮 4g、茯苓 8g、法半夏 8g、僵蚕 6g、射干 8g、莱菔子 8g、甘草 6g

每日 1 剂，水煎分 3 次服。

（3）病程观察要点

- 注意观察患儿咳嗽发生的规律，咳痰的情况。特别要注意咳嗽与周围环境及饮

食品种的相关影响因素。

- 注意观察病程中有无体温的变化。
- 注意用药后的病机转归变化，如痰量减少，干咳为主，及时随证更方，酌减燥湿之品，而增加麦冬、沙参等养阴润肺之品。

第三节 肺炎喘嗽

肺炎喘嗽是由多种原因引起的以肺热炽盛为主要病机，以发热、咳嗽、气喘、鼻煽为主要证候特征的肺系疾病。肺炎喘嗽一词较早见于清代 1748 年谢玉琼的《麻科活人全书》。根据《说文解字》曰：“炎者，炽也，火光上也”。中医认为肺炎喘嗽之“炎”是指“肺热炽盛”之病机，与西医学的“炎症”之“炎”不同。西医学所指的“炎症”是指组织的变质、渗出、增生等病理改变，肺炎也即“肺部的炎症”，但由于感受病原体的不同，或体质因素的差异，以及 X 线观察下的表现不同，其可分为各种类型的肺炎。因此西医学的肺炎不能完全等于中医的肺炎喘嗽。而中医学的肺炎喘嗽，包括了西医学呼吸系统的多种感染性疾病。本病一年四季均可发生，但多见于冬春季节。任何年龄均可患病，年龄越小，发病率越高，且容易合并心阳虚衰及邪陷心肝等严重变证；本病的预后一般与年龄的大小、体质的强弱、受邪的轻重及护理适当与否有密切的关系。

【临床问题思考】

1. 肺炎喘嗽的病因病机如何

肺炎喘嗽的发病内因为小儿脏腑娇嫩，形气未充，尤其肺脏之娇嫩；外因为小儿寒温失调，风邪夹热夹寒犯肺所致；此外也可由其他疾病传变而来，如麻疹病程中的麻毒闭肺。肺炎喘嗽的病机演变可分为三个阶段，一是初期感受外邪，邪气闭肺；二是极期邪热炽盛，痰热闭肺；三是正虚邪恋。在肺炎喘嗽的病程中可因病情进一步发展，出现心阳虚衰和邪陷厥阴两种变证。痰热闭肺则是肺炎喘嗽病机传变的中心环节，肺气闭都是肺炎喘嗽的病机关键。其病位主要在肺，常累及心、肝、脾。其病因病机见图 1-3：

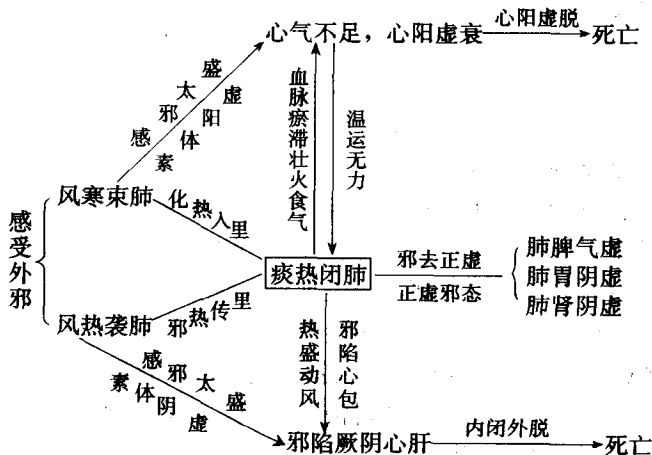


图 1-3 肺炎喘嗽病因病机示意图

2. 肺炎喘嗽的病因病机与西医学肺炎的病理生理有何关联

(1) 病因：中医学认为肺炎喘嗽的病因包括内因和外因两个方面。外因是外感风邪（风寒或风热），内因是肺脏娇嫩，形气未充。西医学认为是细菌和病毒等病原体感染所致，与小儿肺的解剖生理特点与机体抵抗力弱也有关。中医所说的外邪与西医学的病原体相类，其包括细菌（如肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌）、病毒（如呼吸道合胞病毒、腺病毒）、支原体（如肺炎支原体）、原虫（如卡氏肺囊虫）等。西医学的生理解剖学证实：小儿肺脏弹力组织发育差，间质发育旺盛，肺泡数量较少，造成血多气少的特点，易发生感染；小儿胸腔较小，肺相对较大，呼吸肌发育差，使肺的扩张受到限制，不能充分地通气。这些解剖特点使小儿肺活量、潮气量、每分钟通气量、气体弥散量等各项呼吸功能的储备能力均较低；小儿呼吸道分泌型 IgA 少，全身免疫功能差等特点与中医学脏腑娇嫩、形气未充的理论一致。

(2) 病机：中医学对肺炎喘嗽病理机制的论述是：痰阻气道，肺气闭郁，肺失宣肃。关键是肺闭，结果是宣肃失常。与西医学的小儿肺炎表现为支气管黏膜和肺泡壁充血水肿，支气管和肺泡内分泌物增多，导致通气和换气功能障碍（痰阻气道、肺气闭郁），引起缺氧和二氧化碳的潴留（宣肃失常）是一致的。

3. 小儿肺炎喘嗽合并心阳虚衰的机理

肺炎喘嗽的形成，主要是由于外邪侵犯于肺，使肺气郁阻，日久生热，肺热熏蒸，炼液为痰，痰阻肺络，壅塞气道，不得宣通，因而上逆所致。由于肺朝百脉，心主血而运行营阴，气为血帅，气行则血行，气滞则血滞。肺气闭郁，则血流不畅，脉道壅滞，可出现颜面苍白，口唇、指甲、舌质发紫等气滞血瘀征象。心血瘀阻，心失所养造成心气不足，甚可导致心阳不振之变。而心血瘀阻，心气不足，心阳不振则血脉不得温运，又会加重血瘀和肺气闭郁，造成病理上的恶性循环，导致心阳虚衰，甚至阳气暴脱。

4. 小儿肺炎喘嗽与哮喘的鉴别诊断

肺炎喘嗽与哮喘鉴别：肺炎喘嗽是由感受外邪而发生，初起风邪闭肺，以肺失清宣为主，临床表现有类似感冒的表证，随着病情的进展，外邪化热入里，出现痰热闭肺，因而有典型的发热、咳嗽、气喘、鼻煽，甚至发绀的临床表现，因此大多肺炎喘嗽的患儿出现明显气喘症状常继发于感冒之后，其气喘无反复发作的特点，重症患儿呼吸困难伴喉间痰声漉漉。而哮喘病是一反复发作性的疾病，其气喘的典型表现有突发突止、呼多吸少、哮鸣音如哨笛声的特点，主要是因外邪动引伏痰，引起痰升气逆，气因痰阻所致。

5. 小儿肺炎喘嗽与咳嗽如何鉴别诊断

肺炎喘嗽与咳嗽鉴别：咳嗽是多种疾病中的症状，如以咳嗽为主要症状，不支持其他病证诊断者常诊断为咳嗽。西医学中的急、慢性支气管炎可根据咳嗽进行辨证论治。咳嗽的病机主要是肺气失宣，除咳嗽为主要临床表现外，较少出现气促、鼻煽、紫绀等表现，与肺炎喘嗽因痰热导致肺气闭塞，有病情轻重、病位深浅之别。

6. 如何理解肺炎喘嗽病程中出现持续壮热、惊厥、神昏的机理

在肺炎喘嗽的病程中由于热邪炽盛，灼津炼液而成痰，热痰蒙蔽心窍，可出现神志昏迷；若热邪炽盛，引动肝风，可见四肢抽搐等严重证候，其机理是邪热炽盛，内陷厥阴所致，严重者可致内闭外脱而死亡，是小儿肺炎喘嗽病程变证之一，该证与西医学的

肺炎合并中毒性脑病一致。因此临证时应注意与其他引起惊厥的病证进行鉴别。

7. 小儿肺炎喘嗽合并心阳虚衰的临床表现

小儿肺炎喘嗽合并心阳衰竭时临床患儿可出现突然呼吸急促，心悸心慌，烦躁不安，面色苍白，口唇发绀，四肢厥冷，肝脏增大，舌紫暗，苔白，脉微急促等证候。在肺炎喘嗽病程中因肺气严重闭郁，肺失朝百脉之功能，累及于心，血脉瘀阻；且壮火食气，致宗气生成不足，故可出现突然呼吸急促，心悸心慌，烦躁不安，脉微急促；心血瘀滞，则口唇发绀，舌质紫暗；心阳虚衰，不能温养颜面四肢，则面色苍白，四肢厥冷。血郁于肝，则见肝脏增大。

8. 西医学的肺炎合并心力衰竭的临床诊断依据是什么

肺炎合并心力衰竭的诊断依据：①心率突然增快 >180 次/分；②呼吸突然加快， >60 次/分；③突然极度烦躁不安，明显发绀，面色苍白发灰，指趾甲微血管充盈时间延长；④心音低钝，奔马律，颈静脉怒张；⑤肝迅速增大；⑥尿少或无尿，颜面、眼睑或下肢浮肿。

9. 了解肺炎喘嗽患儿的病史应注意什么

对肺炎喘嗽患儿的病史询问应注意了解①起病的诱因，如调护不周、感受风寒、着凉史，感冒及咳嗽疾病接触史。②疾病发生及发展经过，如体温的变化、发热的规律、流涕、鼻塞、喷嚏、咽痛、咳嗽的性质、气促、呼吸困难的类型、有无精神萎靡、抽搐、呕吐、腹胀等感染中毒症状。③既往健康情况，如佝偻病、营养不良、先天性心脏病、结核病等病史，是否经常有患呼吸道感染病史。④预防接种史，如卡介苗接种情况等。

10. 对肺炎喘嗽患儿的体格检查应注意什么

对肺炎喘嗽的患儿的体格检查应注意：①测定体温、脉搏、呼吸频率，注意发育营养状况、精神和神志；②检查有无鼻翼煽动、三凹征、紫绀等缺氧表现，观察流涕、鼻塞、咳嗽情况、血压变化及四肢末梢毛细血管再充盈等；③注意鼻、咽喉以及气管、支气管、毛细支气管、肺泡的病变体征，如粗湿啰音、细湿啰音、哮鸣音等，并注意有无胸腔积液及液气胸体征；④注意心脏功能的情况，心率、节律、心音强度、心脏大小等情况；⑤注意腹部情况，如有无腹胀、肠鸣音的强度，注意肝脾大小、质地及压痛，有无腹水征。

11. 肺炎喘嗽常用的辅助检查

(1) 血常规：注意白细胞总数及中性粒细胞是否增加或降低，或核左移，嗜酸粒细胞有否增加，有否异型淋巴细胞或幼稚细胞。

(2) 胸部X线摄片：胸部X线片早期可见肺纹理增粗，以后出现小斑片状阴影，有并发症时，可有脓胸、脓气胸、肺大泡的X线特点。支原体肺炎患者有时可见肺门阴影增浓较突出。

(3) 进一步可作病原学检查：①在没有用抗生素前，尽可能做血液、痰液、气管吸出物、胸腔穿刺液等进行细菌培养。②有条件者可作病毒分离及其他病原体的分离培养。③病原体特异抗体检测、冷凝集试验等。

(4) 重症病儿应做血气分析、测定电解质。