

儿科学术活动 资料选编

中华医学会北京分会儿科学会

一九七八年十二月

目 录

急性细菌性痢疾诊断、治疗中的几个问题	北京第二传染病医院 欧阳宗仁 (1)
山萸蓂硷 (654—2) 对治疗中毒性痢疾的作用	北京友谊医院 祝寿河 (5)
消化不良的中医辨证施治	中医研究院西苑医院儿科 (14)
健脾粉治疗易患呼吸道病的体弱儿小肠吸收功能障碍的研究 (附210例木糖试验的观察)	北京中医医院儿科等 (14)
有关婴儿腹泄低血钾症的治疗	北京儿童医院 陆叔良 (21)
杨枸花治疗肠炎痢疾效果观察	宣武陶然亭医院科研组 (24)
中西医结合治疗小儿肺炎552例观察报告	中医研究院西苑医院儿科 (26)
小叶肺炎及其心衰中西医结合治疗体会	北京洒仙桥职工医院儿科 虞人杰 (33)
钙磷代谢紊乱与小儿肺炎的关系	北京友谊医院 阎田玉 (40)
中西医结合对腺病毒肺炎诊断与治疗	北京友谊医院儿科 (47)
88例儿童乙型脑炎血清学诊断与临床关系	解放军三〇二医院 陈菊梅 (59)
治疗乙型脑炎的几点体会	北京儿童医院 肖国琼 (64)
重症急性感染性多发性神经根——神经炎133例临床总结	北京儿童医院内科 叶其芬 (67)
中西医结合治疗小儿肾性急性肾功能衰竭15例小结	北京儿童医院内科 张毓文 (77)
肾炎和免疫——有关发病机理分类和治疗	北京医学院第一附属医院儿科 王宝琳 (90)
关于小儿传染性肝炎的几点体会	东单三条儿童医院肝炎小组等 (100)
北京市三岁以内婴幼儿一九七七年八、九月佝偻病普查初步总结	

.....	崇文区儿童医院 段陵兰整理秦振庭教授指导 (112)
城市集体组654人佝偻病普查工作小结	
.....	北京朝阳医院儿科 王淑兰 (119)
首钢地区组514人普查总结	
.....	首钢医院儿科殷荣勘 (130)
农村组1739人佝偻病普查工作汇报	
.....	北京儿童医院 随采芹 (136)
小儿佝偻病的X线检查方法	
.....	崇文区儿童医院放射科 (141)
三十二例佝偻病患儿血液生化检验小结	
.....	中国医学科学院儿科研究所儿保研究室等 (145)
血清钙、磷和硷性磷酶微量和超微量法实验比较	
.....	北京友谊医院生化室 (148)
160例临床诊断佝偻病患儿腕部X线照片的分析小结	
.....	首钢医院放射科 (151)

急性细菌性痢疾诊断、治疗中的几个问题

北京第二传染病医院 欧阳宗仁

急性细菌性痢疾（以下简称急痢）是痢疾杆菌引起的急性肠道传染病，约占传染病报告卡片的20%~30%，是夏秋季的常见传染病。此外，诊断为急性肠炎的病例中，实际上大部分是急痢，只不过其临床表现与实验室检查所见不足以诊断为急痢。急痢的主要病理变化是溃疡性结肠炎。现就急痢在诊断、治疗中的几个问题讨论如下：

一、诊 断

1. 急痢的诊断要点（即典型表现）有三方面：

（1）起病急，发热，伴有全身性中毒症状（主要是精神萎靡、食欲不振，婴幼儿可发生高热惊厥），上述表现可发生于消化道症状出现之前。

（2）腹痛、里急后重（以降结肠为主要病变的结肠刺激症状），常伴有左下腹明显的压痛。

（3）腹泻，大便呈腥臭味；有脓血、如以粘液为主亦伴有血丝。镜检大便常见到多量的脓细胞（以核破碎不整与一般白细胞区别），可见到红细胞。注意用盐水洗肠后，可因局部刺激而使所取得的大便镜检有少量白细胞，应结合临床进行综合分析。

由于急痢的潜伏期较短（多为1~2日），故常可问到病前有不洁的食物史，作为诊断参考。

2. 不典型的急痢：

（1）婴、幼儿患急痢时，其临床表现往往不典型，发热不高、甚至可不发热。由于患儿不会自诉，要注意便前常哭闹。大便的外观可呈含有粘液的稀便、甚至类似中毒性消化不良的水样便，但呈腥臭，镜检时见到脓细胞。

（2）成人不典型急痢可表现为：腹泻次数不多，大便中无脓血，里急后重不明显。此时要注意询问不洁食物史及/或痢疾接触史，检查左下腹压痛，观察大便的腥臭及镜检所见。

有条件时，对不典型急痢的患者，要及时送大便作细菌培养。一般说来，志贺氏痢疾杆菌常引起较严重的感染，但目前已不多见。感染福氏痢疾杆菌常可使病情转成慢性。宋内氏痢疾杆菌可引起不典型的痢疾感染。近几年来，在我国痢疾患者的菌群分布中，宋内氏痢疾杆菌有增加的趋势。

3. 对急性中毒性痢疾的诊断要注意几个方面：

（1）对比较典型的急性中毒性痢疾（以下简称毒痢）的诊断已为临床工作者所熟习，要注意急痢与毒痢是同一疾病的发展的不同阶段，为了临床工作中治疗的重点所在，而分别诊断为急痢与毒痢。故此我们不能以形而上学的观点来看问题，对起病急骤、发展迅速的毒痢

患儿固然必须密切观察，对急痢患儿病情未稳定前，也要细致观察其病情变化。

(2) 不同年龄的毒痢患者其临床表现可有差异：儿童患者起病急，发展快，多于病后24~18小时内出现循环或呼吸衰竭，而腹泻往往不明显。有些成人患者在患急痢后，病情较重，就诊不及时或治疗不当，几天后发展为毒痢，故在病后急痢的表现是比较典型的。对老年急痢患者，由于其心血管系统与肾脏功能不全，机体对调节水、电平衡的能力较差。患急痢后，腹泻次数较多，常由于体液的丢失引起末梢循环不良甚至衰竭，可试行静脉输液后，观察治疗的效果，而不要不分别具体情况就诊断为毒痢，不必要地应用阿托品一类的药物，增加了心血管系统的负担，甚至引起不良的后果。

(3) 毒痢所致的脑水肿、颅内压增高的临床表现，就神经系统疾病的范畴来说是属于中毒性脑病；它具备着中毒性脑病的共性，但又有其个性，我们体会到此种中毒性脑病往往不出现脑膜刺激征，脑脊液中白细胞及中性多核白细胞计数常不增高。

二、治 疗

关于急痢的治疗主要是用中西医结合的方法，国内文献在这方面的报告很多，故不赘述。以下主要讨论毒痢治疗中需要注意的一些问题。

毒痢的临床特点是发病急、变化快、死亡速，尤其是儿童患者往往在肠道炎变尚轻、甚至未出现腹泻以前就可因循环或呼吸衰竭而死亡。我们必须以高度的无产阶级感情，认真负责地细致观察病情的变化，及早抢救治疗，尤其要强调就地抢救，切忌搬动患儿，以免由于路途颠簸促进脑病的发展、或加重循环衰竭。故只能组织医务人员力量就地抢救，而绝对不可转送患儿。我国在党的领导下，在优越的社会主义制度下，医护人员积极努力，中毒性痢疾的病死率已降到1%左右，但我们不能满足，应该继续努力。儿科工作者对毒痢引起的循环衰竭、呼吸衰竭的治疗方法一般都能够掌握，随着科学研究的深入发展，临床的细致观察，在治疗中还有一些问题值得注意。

1. 心源性休克：

(1) 生理基础：心脏的冠状血管循环是全身最短的循环，由于心肌需要的营养较大，故冠状血管的血液循环量较大（约占左心排出量的1/20）。当发生休克时，血管痉挛，冠状血管痉挛引起心肌的灌注量减少，心肌缺血、缺氧的程度比较明显。

(2) 病理基础：毒痢所致的感染性休克时，微循环发生障碍，血压下降，当舒张压明显下降时，心肌灌注量不足，加上在痢疾杆菌内毒素、酸代谢中间产物（酸性物质）堆积的影响下，心肌收缩力减弱，心排出量减少。

在感染性休克时，内源性儿茶酚胺增加，引起血管痉挛，肺血管痉挛可导致间质性肺水肿及肺瘀血，加重了心脏的负担。

(3) 治疗不当：在治疗中如只注意到周围循环衰竭，注重补充有效循环量，在短时间内过多过快地静脉输液，而心肌功能已不全，肺部有一定程度的瘀血，这样很可能诱发心源性休克及充血性心力衰竭。所以在观察病情时，不但要注意周围循环的功能状态，还要经常检查心音、心率及心律的情况，及时地调整治疗。

在休克的治疗中，尤其对晚期休克的患儿，不适当地应用血管收缩剂，周围血管阻力增加，势必将血液挤到低阻力、低压力的肺循环中去，加重了肺瘀血。

在晚期（或重症）休克患儿中，由于存在着一定程度的心、肺功能不全，在补充有效循环量的过程中，不能只依赖常规应用的强心药物，必须密切观察病情及心、肺功能，积极防治急性肺水肿及心力衰竭的发生。

2. 休克肺（急性呼吸困难综合征）：

近年来，发现少数感染性休克的患儿，经过一阶段恢复微循环障碍的治疗后，死于突然发生的急性呼吸衰竭，尸检时发现肺部的主要病变是水肿、瘀血、萎陷、透明膜形成，属于急性呼吸困难综合征之一。对其发病机理还不很清楚，有以下看法：

（1）生理基础：肺循环具有低压力（约为体循环压力的1/6左右）、低阻力（约为体循环阻力的1/8左右）、无瓣膜装置的特点，故当有循环障碍时容易发生肺瘀血。

（2）病理基础：在感染性休克时，容易发生以下情况：

①肺水肿、肺瘀血导致通气障碍。

②肺表面活性物质的丧失。

③肺透明膜形成引起换气障碍。

④如并发弥漫性血管内凝血，微血栓阻塞部分肺血管，加重了休克肺的病变。

其他因素：粘痰阻塞呼吸道，过多过快的静脉输液都会加重肺病变。比较长时间吸入高浓度氧气可引起间质性肺水肿及透明膜的形成。

（3）休克肺的临床表现：进行性呼吸困难，自发性过度换气，引起呼吸衰竭甚至骤停。肺部检查患侧呼吸音低或管音，叩诊呈浊音，湿性罗音则可有可无，偶闻捻发音。X线检查在患侧可见浸润性模糊阴影、雪片状阴影、或肺萎陷。

3. 心源性休克、休克肺的治疗：

①用通过70%酒精的氧气雾化吸入，以降低肺水肿时泡沫性痰液的表面张力，改善换气功能，每次吸入20分钟，必要时半小时后可重复。

②用镇静剂以减轻烦躁及耗氧量。

③用快速强心剂：如西地兰、毒毛旋花子素以控制心力衰竭。

④用利尿剂：如速尿、利尿酸，以减少循环量的负担。

⑤内放血以减少回心血量，用止血带轮流扎住三个肢体，每15~20分钟交换一次，其压力保持在收缩压与舒张压之间。

用酚妥拉明扩张血管以减少肺瘀血及水肿，或用多巴胺以降低总血管阻力，增加心排血量。

（2）休克肺的治疗：

包括积极、合理的治疗休克，控制感染，高浓度的氧气吸入最好时间缩短，一般以含60%空气及40%的氧气吸入，在治疗休克时，要预防弥漫性血管内凝血。

具体的治疗方法：

①、②同心源性休克的治疗。

③对严重或顽固的休克患者，可用肾上腺皮质激素，以防止血管活性物质及水解酶从细

胞内释出，并稳定溶酶体膜。

①用酚妥拉明或654—2。也可用东莨菪碱0.05~0.1毫克/公斤体重/次，每10~15分钟注射一次。

1. 颅内压增高的治疗：

毒痢患者由于颅内压增高引起脑疝，其发展过程很快，一旦因此引起呼吸停止，时间愈长愈难以恢复。在治疗中，我们必须抓紧对颅内压增高的治疗，密切观察其临床表现，及时用脱水剂，才能预防脑疝的发生。如前所述，要强调就地抢救。此外，我们体会到毒痢患儿伴有颅内压增高时，如其面色仍然红润，就不需要用阿托品或654—2等血管扩张剂。

山莨菪硷(654—2)对治疗中毒性痢疾的作用

北京友谊医院 祝寿河

中毒性痢疾(毒痢)是危害儿童健康极为严重的疾病,1958年前这病的病死率在全国高达20—30%。1958年全国儿科工作者,大搞协作,千方百计抢救病人,累积了丰富的经验。经过近20年的努力,终于使该病的病死率下降到1—2%,并且提出了我国首创的急性微循环功能障碍的发病学说,找出了国外尚未发现的改善微循环功能的有效药物——山莨菪硷(654—2),一种从中草药中提炼出来,后经化学合成的生物硷,为建立我国的新医药学做出了良好的开端,今将我们的体会总结如下”

一、正确认识疾病才能治好疾病

一个活泼健壮的孩子患毒痢后,24小时内就死亡,在夏季发病率,病死率较高,这是一个多么严峻的事实。为什么有的孩子患了痢疾是一般型的,很易治好,而有的孩子得毒痢?为什么毒痢病儿有的死于呼吸衰竭,有的死于循环衰竭?为什么发病后的变化如此急剧?为什么有各种各样控制菌痢的药物对毒痢就无效?这些在医学上对毒痢这一疾病尚作不出解答,充分说明对此病的认识上还处于相当无知的状态。对于疾病来讲,与对一切事物一样,只有认识了它,才能改造它,认识了疾病才能改造疾病,使之有利于向恢复健康方面发展,怎样来认识毒痢?只有按伟大领袖毛主席的教导:“不破不立,破字当头立在其中”。也就是要破除迷信,解放思想。我们认识到在医学上迷信洋书,洋药,迷信传统概念的思想是很深的。敬爱的周总理经常教导我们要对西医中大量存在的形而上学观点进行深入的批判,要建立辩证唯物主义的观点。怎么办?那也只有按毛主席的教导:“正确的认识,来之于实践”。我们下决心通过反复的临床实践来重新认识毒痢。

二、通过群众的临床实践来提高认识

在为提高我国儿童的健康水平的思想指引下,我国儿科工作者1958年以来,投入了抢救毒痢病儿的群众运动,努力寻找病情发展的规律,以分秒必争的精神组织抢救,全国大协作交流经验,互通情报,对大量的资料进行了系统的分析与讨论,终于取得了下列的收获:

(一)四点:破除过去书本上对毒痢临床表现上的罗列症状,不分主次,我们提出了毒痢的四个主要特点为

1.发病急:毒痢不是由于一般菌痢治疗不当而转为毒痢,而是从发病开始就以完全不同一般菌痢的特点出现。

2.炎症轻:一般菌痢开始即有脓血便,表现为结肠炎症,毒痢在发病早期,不出现脓血便,反复灌肠才能找到少量白血球。

3.变化剧:病情发展极急剧,几小时内可出现反复抽搐,转入昏迷。出现严重的呼吸、循环功能衰竭。

1. 死亡速：毒痢病儿的死亡都出现在发病后24小时内。

以上四个特点，突出反映了临床上的主要特点。

(二) 三关：在抢救毒痢病儿时，最关键的措施在控制下列三个方面：(1) 高热抽搐关：发病开始而出现高热抽搐，过去无高热抽搐病史，反复的抽搐发作使病情很快恶化而死亡。(2) 呼吸衰竭关：抽搐不能控制，病儿转为昏迷，面色由苍白转为死灰，呼吸节律出现不整，双吸气，叹息样呼吸，呼吸间歇性停顿，瞳孔两侧不等大，呼吸运动突然停顿而死亡。

(3) 循环衰竭关：表现为休克的一系列症状，面色苍白，皮肤发花，肢端发凉，脉搏细速，血压下降，尿量明显减少或无尿，神志逐渐转为昏迷。这些情况若不能扭转，病儿可出现急性肾功能，心功能或肺功能衰竭（国外称为休克肺），最后出现弥散性血管内凝血，上述任何一项都可导致死亡。

近年来证实前二个关是不同阶段同一病理变化所引起的可合在一起。

对大量实践中所得的资料进行分析，使我们从毒痢这一疾病的复杂的病变过程中，找出较本质的变化，认识到必须破除过去西医对这一疾病在认识上片面而强调致病菌的作用，忽视了致病菌是外因，必须通过内因这一基础才能出现疾病的一系列严重变化。在治疗上片面强调抗菌及局部的消炎就必然忽视了整体，抓不住疾病发展中本质的变化与主要矛盾。当我们批判了传统医学中的形而上学观点后，思想才得到解放，终于在进一步实践中取得了新的进展。

(三) 两个发现：基于以上的认识，1941年钱潮医师在用大剂量阿托品治疗毒痢取得良好效果的同时观察了毒痢病儿眼底血管变化的规律，小动脉的痉挛，小静脉的紧张，甚至眼底出血的出现都与临床上症状的轻重有密切关系。我们认为这是破除形而上学观点后第一个重要发现，在这一发现的启发下我们从眼底小动脉血管痉挛的表现进入了对全身微循环变化规律的第二个重要发现。提出了毒痢这类疾病发病机理上的微循环急性功能障碍的学说。

(四) 一个学说：破除局部观点，细菌性痢疾果然以结肠炎症为主，但毒痢的变化恰恰是“炎症轻”——这病4个特点之一，不看局部才考虑着眼底血管，从眼底血管的变化才进而考虑到全身血管，全身微循环的功能状态。痢疾细菌有引起结肠炎的特征，但在毒痢必须考虑到这一外因仅仅是促使内因引起剧烈变化的条件，内因是什么？我们与医学科学院实验医学研究所协作下观察了毒痢这类疾病（包括暴发型流行性脑脊髓膜炎），病儿在得病后微循环功能的变化，沿用国外在显微镜下观察甲皱下的微血管状态，包括微血管袢的数目，形状，颜色，血流速度；血管床的颜色；及周围水肿出血等变化的规律，终于找到了这些变化与毒痢病程不同阶段，病情的严重程度有极密切的关系，与此同时科研所与我们协作对病儿不同阶段血液及尿内生物胺类物质的定量测定，发现了规律性的变化，十多年来通过广大群众的实践，才使我们提出了对毒痢发病机理的新的学说如下：

痢疾杆菌（外因）侵入人体，首先影响的不是像一般菌痢那样引起结肠局部的炎症性反应，而是全身微循环功能的急性紊乱是毒痢发病机理的根本原因。这一变化主要表现为微动脉系统的严重痉挛。病儿面色的极度苍白甚至死灰，甲皱毛细血管袢的数目减少与形态变化，血液速度的减慢，血管内细胞的团聚，以及血液及尿中儿茶酚胺，组织胺，五羟色胺等

血管活性物质的增加都反映了这一病变的实质。作为主要矛盾来看，全身微动脉系统的严重痉挛是首要的病变，但在不同病儿以及不同部位微循环功能受损的程度不同，形成了不同的临床类型。在临床上毒痢最常见的类型是(1)脑微循环障碍型，脑微动脉的严重痉挛首先影响脑组织的血液供应而出现脑缺氧，另一方面痉挛的结果必将损害血管壁而造成血管内液外溢，出现脑水肿，颅压增高，甚至可出现脑疝，病儿神志的昏迷以及反复抽搐是这些病变发展的结果，若不能控制就能迅速引起死亡，表现为呼吸突然停止。这是中枢性脑缺氧所造成的急性呼吸衰竭。(2)第二个主要类型为内脏微循环障碍型，即休克型。主要病变首先不是在脑，而是末稍微循环及其他脏器如肾，心，肺的微循环障碍，脑在早期影响小，病儿神志在早期是清醒的，逐渐转入昏迷。主要病变还仍然是微动脉系统的严重痉挛而造成各脏器在不同时期，不同程度的血液供给不足，使各脏器的功能紊乱，影响代谢系统的障碍，在晚期出现弥散性血管内凝血。任何一个脏器都能因严重的微循环障碍而出现功能衰竭且导致死亡，突出的为肾，心及肺。特别是肺脏的病变长期来没有受到重视，至今西方医学仍以“休克肺”为命名，来阐明其特点，我认为这又是形而上学观点的又一表现，因为肺部微循环障碍并不是休克所引起的，果然在休克的晚期很易出现，实际上没有休克而是毒痢中的脑微循环障碍型(第一型，也同样可以出现肺部的同样病变，也同样导致急性呼吸衰竭而死亡，只是较少见，过分强调某一局部而忽视了整体就是片面的，就不能反映客观的实际。

微循环系统的功能及其调节机理在医学上的重要性近年来已受到国外的重视，对微循环的研究已作了大量工作，值得我们重视。但在联系到临床为毒痢一类疾病的发病机理至今未能阐明，我们提出的上列学说作出明确的回答。

三、实践是检验理论正确与否的客观标准

我们所提出的学说是否正确，以什么为标准？那就只有按毛主席的教导：“一个正确的认识，往往需要经过物质到精神，由精神到物质，即由实践到认识，由认识到实践这样多次的反复，才能够完成。这就是马克思主义的认识论，就是辩证唯物论的认识论”。我们从1965年12月—1977年12月，应用上述理论，治疗毒痢病儿共618例，死亡8例，病死率从过去的30%下降到1.2%，有力地证实了微循环急性功能障碍在毒痢一类疾病发病机理上的重要意义。

认识疾病是为了改造疾病，也就是使疾病转化到恢复健康，我们在近十多年来总结出下列的治疗方案：

(一)抢救毒痢病儿首先要求每一医务人员必须按毛主席全心全意为人民服务的教导，对每一病儿进行严密细致的观察，护理与治疗，丝毫不能因病情的一时好转而忽视了密切观察，时刻要注意到“变化剧”，“死亡速”的特点，直到病情根本好转为止。

(二)按不同类型的特点进行不同的治疗措施：微循环功能障碍的主要原因是微动脉系统的严重痉挛，阿托品类药物有良好的解除微动脉系统痉挛的作用，而且所用的剂量远远超过了西医药典上所规定的中毒量及致死量，这反映了在一定条件下一般的中毒量或致死量可以转化为有效量。经过多年的努力我们发现中草药樟柳梗中所提炼出的生物硷——山莨菪硷具有良好的解除微动脉痉挛的作用，又没有阿托品对神经中枢的副作用，十余年来的临床实践证明这药是当前任何一种西药都不能代替的。如今已由化学合成制成，称为654—2。成为当前治疗毒痢一类疾病的主要药，但决不要单纯靠这一种药而有主有次的综合疗法。不同类

型，不同时期要采用不同的治疗，今分述如下：

1. 脑微循环障碍型（简称脑型）。表现为高热，面色严重苍白，抽搐发作反复出现，神志里烦躁转入昏迷。主要问题在于解除微血管痉挛及消除脑水肿。以大剂量突击疗法为主，654—2 2—3 毫克/公斤体重/次，静脉直接推入，每 15—20 分钟重复这一剂量直到面色好转，或甲皱微循环好转，在此同时给以甘露醇或尿素，直接静脉推入，以消除脑水肿。经以上措施后，继续严密观察病情，若患儿面色又转苍白，或又出现抽搐发作，就须重复以上治疗，直到病情稳定，面色好转，抽搐完全控制后以 654—2 0.5 毫克/公斤/次，每隔 1—3 小时一次作为维持量，绝大多数患儿在第二天即脱离危险，神志转清醒。

2. 内脏微循环障碍型（休克型）。这较前一型更为严重，与感染性休克在发病机理上是一致的。休克的治疗至今还存在不少尚未解决的问题，我们从认识毒痢到认识感染性休克，在治疗上体会到决不能单纯依赖某一药物来解决全部问题，而是要认清休克的发展变化的不同阶段性，抓住每一阶段的主要方面进行治疗才能取得成效。具体措施如下：

（1）解痉：解除微循环中微血管的痉挛，应放在首位，它是休克过程中自始至终存在的，而且是其他病变发生发展的根原。654—2 的剂量的应坚持早期大剂量突出疗法最有效，2—3 mg/公斤/次，（发病时间愈长剂量愈大），静脉一次推入，15—20 分钟后面色不转红润可重复数次，同样以面皮及显微镜下甲皱观察为依据，好转后一方面密切观察，另一方面给维持量，每 1—2 小时静脉滴入 0.5—1 毫克/公斤体重，直到病情稳定为止。观察中一旦见面色转灰，脉搏变细，血压下降，就得立即重复大剂量静脉直接推入。

（2）扩微：即扩充微循环的血容量。低分子右旋酐或代血浆或含钠离子的等张液 20—30 毫升/公斤在 30 分钟内静脉注入。以后用 1:1（生理盐水及 10% 葡萄糖）或其他含钠溶液维持。发病时间长者可用量大些，以尿量多少来判定给液量是一简单可行的办法。

（3）纠酸：休克时由于微血管痉挛，造成组织缺血，引起乏氧性代谢，使乳酸在体内累积而出现代谢性酸中毒。休克时间愈长，酸中毒愈严重，以 4% 碳酸氢钠足量纠正酸中毒，用试纸法测尿 PH 值，转为硷性后不再用碳酸氢钠。

（4）强心：休克时心脏微循环供血受到限制而影响其功能，脉细速必然出现。毒毛旋花素 K 0.01 毫克/公斤体重 1 次，静脉注入，必要时在 24 小时内可重复 2 次。

（5）护肺：一般都在休克晚期（发病后 16 小时以上），休克的控制不顺利，纠正酸中毒后还出现呼吸困难，加深加快，面色暗红，在胸前后某一局部出现少量捻发音往往是肺微循环障碍的象征，若不及时处理，终将发展为呼吸突然停止而死亡。脑型病例亦有出现肺循环障碍的情况，同样有极大的危险性，我们发现这一现象后立即静脉推入 654—2 5 毫克/公斤/次抢救成功。

（6）抗凝：休克晚期由于微血管的严重痉挛，破坏血管壁，血浆外溢，血液浓缩，激活凝血因子（Ⅲ）。又因细菌毒素的作用使血小板由团聚，破坏而释出血小板凝血因子，因此使血液呈高凝状态，引起血管内一系列凝血反应，即弥散性血管内凝血（DLC）。凝血的结果造成凝血因子的大量消耗，引起纤维蛋白溶解而出现出血倾向，这些严重的病变直接损害内脏的功能而引起死亡，对这一严重的病理变化，国外还缺乏有效的治疗方法，我国采用中药活血化淤法如血府逐瘀汤已取得了可喜的效果，还待进一步作深入的研究。

(7)消炎：即抗菌治疗，可用中药或西药一般抗菌痢药物，不须用大剂量，这在脑型也相同。

五、认识有待于进一步深化

通过群众的临床实践，对毒痢的认识提高到微循环功能障碍这一理论，再回到临床实践中去，使这病的病死率由30%以下降到1.2%，但是认识是没有止境的还有待于进一步深化。在毒痢发病机理上还存在着不少有待解决的问题，如各脏器先后发生微循环功能障碍的规律，特别是肺微环功能障碍，弥散性血管内凝血的的发生与发展的规律，中药活血化瘀法对凝血机理上的具体作用等都待进一步研究清楚，微循环功能对感染性疾病，免疫性疾病有着密切的联系，这一内在联系的实际情况至今还不清楚。我们深深的体会到只有不断地以毛泽东思想武装起来，在华主席提出的“团结起来，为建设社会主义的现代化强国而奋斗”的伟大号召下，才能为创造我国的新医药学作出贡献。

消化不良的中医辨证施治

中医研究院西苑医院儿科

消化不良是小儿常见病。祖国医学中，没有消化不良的病名，从症状、病因的描述来看属于中医泻泄的范畴。中医认为小儿形气未充，脾胃薄弱，对于饥饱又缺乏必要的节制，常因纳乳过多，饮食无度，生冷不洁，粗粳硬饭以及受寒、受热种种原因均可造成脾胃失调。停食停乳，积食化热，湿热阻遏，致成泻泄。日久脾胃虚弱，百病由生，影响小儿生长发育。对于小儿消化不良，应予以及时治疗。

西医治疗消化不良，应用抗菌素控制肠道感染，有一定的疗效。但近年来肠道病毒引起的腹泄有所增加，一般致病性大肠杆菌耐药菌株不断产生。广谱抗菌素的运用，抑制人体肠道正常菌群的生长、代谢，甚至可以造成菌群失调。而中药辨证施治，一般没有什么副作用，经过中医几千年的运用，确有疗效。目前除采用中医辨证施治外，并结合病情以输液等支持疗法，疗效较单纯中药治疗又有提高。

我科根据消化不良患儿病情的缓急，分为急性腹泄与慢性腹泄。

一、急性腹泄

急性腹泄发病急，脱水患儿多配合输液治疗。近年来我院收治的消化不良病例，其辨证施治基本上分为以下三种类型：湿热泻，伤食泻及寒湿泻。

(一)、湿热泻：

主症：发热腹泄，泻时暴迫下注，大便较稠，量多，多为黄绿色，面红腹痛，口渴喜饮，大便气味腐臭，肛门发红灼热，尿黄而少。舌苔黄腻或燥黄，脉数。

辨证：湿热内侵肠胃，升降失调，清浊不分。

治则：清热利湿。

方选：葛根黄芩黄连汤合平胃散加减。

葛根一钱 黄芩二钱 黄连一钱 甘草一钱 茯苓二钱 苍术二钱

厚朴一钱 陈皮一钱 半夏一钱 车前草三钱。

发热不退加银花、连翘各二钱。

腹胀、腹痛加木香八分，槟榔钱半。

大便次频不爽，加枳壳钱半，焦军一钱。

暑季泻下，有发热，口渴烦急或伴有恶心，呕吐，尿黄而少，舌苔黄腻或白腻，为湿浊内潜。以化湿分利。加用藿香三钱，佩兰二钱，滑石三钱，甘草一钱。

(二)、伤食泻：

主症：身有微热，或无热，不思饮食，腹胀而硬，腹痛拒按，泻下酸腐，夹有不消化食物或奶块，面黄，口臭，口渴，腹部灼热，烦急易啼，呃逆倒饱，手足心热。舌苔垢腻，脉滑数。

辨证：食积停滞，中焦蕴热。

治则：导滞清热，消食和胃。

方选：保和丸加减。

神曲二钱 茯苓二钱 山楂钱半 莱菔子二钱 陈皮一钱 连翘二钱
半夏一钱 黄芩二钱 甘草一钱。

伤于面食，重用神曲，莱菔子各三钱。

伤于稻谷，加用焦麦，稻芽各二钱。

伤于肉食，乳食，重用山楂，加鸡内金钱半。

伴有恶心者，加竹茹二钱，生姜二片。

大便最多，气味酸腐，腹部胀硬，加焦军一钱，焦楂榔各二钱。

(三)、寒湿泻：

主证：腹泻频繁，泻下稀水，澄湖清冷，或旦花汤样，完谷不化。面色㿠白，四肢不温，饮水后即吐，不思饮食，精神萎靡，尿少或无尿。平素体弱，泪少伤津。舌苔薄白，质淡，脉细而数。

辨证：寒湿伤及脾胃之阳，阳虚则运化失职。水谷不得腐熟。

治则：温脾化湿。

方选：理中汤加味。

党参二钱 炒白术二钱 炮干姜二钱 茯苓二钱 陈皮一钱 半夏一钱
车前子二钱 赤石脂三钱 伏龙肝三钱 甘草一钱。

四肢不温，脉细而微，加附子一钱。

不思饮食，加生稻芽二钱。

腹痛隐隐，加吴茱萸二钱，煨木香一钱。

时值秋季，泻下稀水，或如旦花汤样，或伴有发热，精神萎靡尿少，可用七味白术散加减。

党参二钱 炒白术二钱 茯苓二钱 甘草一钱 藿香二钱 黄连钱半
木香一钱 银花二钱 防风钱半。

二、慢性泻泄

由于喂养不当或过于娇惯，嗜食肥甘，饥饱无常，迁延日久伤及脾胃，脾胃失调，致成脾虚，甚则脾肾俱虚等证。

(一)、脾胃失调：

主症：大便频次，时而发作，体胖发宜，面色发黄，大便内夹不消化食物，腹胀纳少。苔薄白或薄腻，脉缓或滑。

辨证：食滞不化，脾胃失调。

治则：理脾和胃，消导积滞。

方选：平胃散、二陈汤加减。

苍术二钱 厚朴一钱 陈皮一钱 半夏一钱 茯苓二钱 黄芩二钱 炒鸡
金二钱 甘草一钱。

纳少不思食，加焦三仙各二钱。

大便频次，加赤石脂三钱，伏龙肝三钱。

夜寐不安，加莲子心一钱，茯神二钱。或加服小儿百寿丹。

亦有经常便秘，黄瘦，不思食者，用我院赵心波老医生验方：健脾片服之。（方见后）

（二）、脾虚泻：

主症：食后即泻，夹有完谷，迁延日久，面黄肌瘦，山根、眼圈发青，神倦肢懒，不思
纳食。舌质淡，苔薄白，脉缓。

辨证：久泻脾虚，运化失职，脾为湿困。

治则：健脾化湿，益气和中。

方选：参苓白术散加减。

党参二钱 茯苓二钱 炒白术二钱 扁豆二钱 陈皮一钱 半夏一钱
莲子肉二钱 山药二钱 砂仁五分 苡仁三钱 桔梗二钱 甘草一钱。

或常服成药小儿健脾丸或启脾丸或参苓白术散，缓缓调之。

（三）、脾肾阳虚：

主症：面黄肌瘦，四肢不温，面色青黄，无力嗜睡，便泻日久，五更泻泄，便下清稀，
完谷不化，不思饮食。舌质淡，苔白滑，脉细而微。

辨证：脾肾俱虚。

治则：温补脾肾。

方选：附子理中汤合四神丸加减。

党参二钱 附子一钱 茯苓二钱 炒白术二钱 炮干姜钱半 破故纸二钱
吴茱萸二钱 肉豆蔻一钱 五味子一钱 炙甘草一钱。

注：文中药量，适用于1至2岁患儿。

健脾片方：

茯苓一两 神曲一两 胡连六钱 炒鸡内金二钱 桔皮六钱 莪术五钱
桃仁三钱 三棱五钱 使君子二两 芦荟八钱 大黄六钱 木香三钱。

共研极细面，轧片、每片重二分。

一岁内每服一片，三岁内每服二片，日二次。

例1：张××，男1岁8月。病历号：12645。

病史：发热七天，二日来腹泻，一日加重。大便旦花汤样。

体检及化验：发育营养中等，神情烦躁；啼哭无泪，心肺腹（一），皮肤弹性差。口舌糜
烂，苔白腻，脉滑数。大便常规正常，培养阴性。诊断：秋季腹泻（湿热型）轻度脱水
口腔炎。

入院经过：入院当天体温 39°C ，予半张液500毫升，静点，口服葛根、黄芩、黄连汤加藿香、佩兰，并加服绿雪散。大便次日达20次，体温正常，又予5%维持液口服。住院第三日停绿雪散，中药及维持液继服。大便日二次。住院第四日痊愈出院，口腔炎已愈。

例Ⅱ：陈×，男，6月。病历号：14596。

病史：发热四天，腹泻二天，日行十多次，且花汤样。尿少。

体检及化验：发育营养中等，前囟 0.5×0.5 平方厘米，心肺腹（一），皮肤弹性尚好。面色苍白，脉细，苔白，大便常规：白血球 $0 \sim 1$ ，培养无致病菌生长。血色素10克。

诊断：秋季腹泻（寒湿型）轻度脱水、

轻度营养性贫血、

佝偻病轻度。

住院经过：入院当天体温 39°C ，用2/3张液300毫升静脉点滴，口服中药七味白术散加减，大便于住院当日10次。次日热退，大便18次，於方中加板兰根，焦三仙继服。住院三天后，大便次数减为6次以下。住院第六日，大便日一次，住院第七天痊愈出院。

例Ⅲ：王×，男，9月。病历号：13084。病史：腹泻二天，为且花汤样，日达20多次。入院体检及化验：体温 37°C ，发育营养好，皮肤弹性好，心肺腹（一），面色苍白，脉细，舌无垢苔。大便化验：脂肪珠“+++”，白血球未见。大便培养未检出致病菌。血色素8克。

诊断：消化不良（寒湿型）轻度脱水、

营养不良性贫血

住院经过：入院时体温 37°C ，用5%维持液频服，口服中药理中汤合二陈化痰，大便于当天30次。次日继用维持液，中药继服，大便9次。住院第五日大便日一次。住院七日痊愈出院。

健脾粉治疗易患呼吸道病的体弱儿 小肠吸收功能障碍的研究

(附210例木糖试验的观察)

北京中医医院儿科 北京市中医研究所生化研究室

为了贯彻伟大领袖和导师毛主席提出的“预防为主”和中西医结合的方针，减少小儿呼吸道的疾病发病率，提高健康水平，我们在院党委和党支部的领导下，走出医院大门，送医送药到基层。自1976年4月至1977年3月，我们先后在十二个厂、区、街道、机关托儿所和幼儿园对1岁至5岁的小儿708人进行了健康普查。发现易患呼吸道病的体弱儿（包括呼吸道病易感儿，佝偻病儿，脾虚儿），呼吸道疾病的发病率较高。我们对其中210例作了木糖试验，测定肠道吸收功能（内有正常儿58例，呼吸道病易感儿32例，佝偻病儿32例，脾虚儿38例），选择吸收功能较低下的89例患儿，包括呼吸道病易感儿12例，佝偻病儿54例，脾虚儿23例，给予益气健脾作用的中药健脾粉口服治疗一个月后复查木糖试验，发现多数患儿小肠吸收功能都得到不同程度的改善，呼吸道疾病发病率减少，临床症状明显好转。现将初步观察结果总结如下：

一、材料和方法

1. 观察对象：根据普查结果，我们选择了呼吸道病易感儿，佝偻病儿，脾虚儿共132例，同时选择了58例正常儿作为对照（见表一）。

表一 各组年龄分布情况

	总例	1岁~		2岁~		3岁~5岁	
		例	%	例	%	例	%
健康儿	58	8	13.8	40	68.9	10	17.3
脾虚儿	38	12	31.6	14	36.8	12	31.6
佝偻病儿	32	32	39.0	38	46.4	12	14.6
呼吸道病易感儿	32	7	21.9	21	65.6	4	12.5
共 计	210	59	28.1	113	53.8	38	18.1