

· 急难重症诊治 ·

小儿重症肺炎的中西医结合诊治

首都儿科研究所 张梓荆

解放以来,许多传染病都已绝迹或明显减少,小儿肺炎却仍是最主要的发病和死亡原因,占大城市儿科住院的 $1/2 \sim 1/4$,是其死亡的第一位原因^①。无论城市或农村,肺炎都是五岁以下小儿死亡的首位原因,故其诊疗工作非常重要。

小儿肺炎以婴幼儿肺炎(包括新生儿肺炎)最多,婴幼儿肺炎最常见的是支气管肺炎和毛细支气管炎。支气管肺炎主要由病毒或细菌引起;毛细支气管炎一般发生于2岁以内,由病毒引起,国内把它列为婴幼儿肺炎的一种,又名喘憋性肺炎。我国婴幼儿支气管肺炎的病毒病原主要是呼吸道合胞病毒、腺病毒,少数为流感病毒及副流感病毒等,毛细支气管炎也主要由呼吸道合胞病毒及腺病毒引起^②。肺炎的细菌病原主要为肺炎球菌、流感杆菌及金黄色葡萄球菌,少数为大肠杆菌、肺炎杆菌等。多发生在年长儿的大叶肺炎一般由肺炎球菌引起。5岁以上儿童,肺炎不少是由肺炎支原体引起的^③。

肺炎一般听诊肺部有细小湿罗音,X线胸部检查有点片状阴影,并有咳、喘、呼吸困难等症状。小儿肺炎是一种严重的疾病,但又可再分为轻、重两类,以没有合并症者为轻症。小儿肺炎的治疗,包括加强护理、特异治疗、正确给氧、保持呼吸道通畅、保证入量、对症治疗及积极防治合并症等。对细菌性肺炎要选用相应的抗生素;病毒性肺炎尚无有效的化学制剂,中医治疗却有明显效果。对轻症肺炎用抗生素或中药一种方法即可,而对重症肺炎就需要中西医结合治疗。

1973年及1976年包括15省(市)的儿科呼吸组工作者,在北京先后两次举行了小儿肺炎防治问题座谈会^{④,⑤},1976年会上订出了小儿肺炎中西医结合辨证分型方案^⑥如下:

一、风邪闭肺型:分风寒闭肺与风热闭肺两型。

1. 风寒闭肺型:此型患儿大多数较胖,2岁以下多见,以暴喘为主症,系外感风寒,肺气闭郁之证,亦可导致心阳虚衰之危证。

主证:发病急,喘促,发热不高,伴有轻度或中度发绀。发病初肺部呼吸音减弱或有喘鸣音,恢复期可听到湿罗音,X线检查多见透光度增高的肺气肿改变。舌质淡,苔薄白,脉浮紧,指纹红。

治则:温肺开闭,化痰止喘。

方例:射干麻黄加减。

若患儿原内有痰饮者,则以小青龙汤加减治之。

2. 风热闭肺型:此型系邪在肺卫,病势较轻,相当于肺炎初期。

主证:发热,咳嗽,烦躁不安,面赤、唇红,呼吸喘促但无明显发绀,三凹征不显,脉浮数。指纹深红,舌质红,苔薄白或微黄。肺部有湿罗音,X线检查可见有炎性改变。

治则:清热解毒,宣肺平喘。

方例:麻杏石甘汤加减。

二、痰热闭肺型:此型系邪在气分,病势较重,相当于肺炎的中期。

主证:高热不退,汗多,口渴,喘憋严重。痰鸣,气促,烦躁不安,面赤,舌红而干,苔白厚或黄腻。脉滑数,有轻度或中度发绀,三凹征阳性。肺部可闻多数密集细小湿罗音,X线检查有点片状或大块阴影。

治则:清热解毒,化痰止喘。

方例:麻杏石甘汤合凉膈散加减。

三、热毒炽盛型:病邪深入至气血,形成气血两燔证或营血热盛证,相当于重症肺炎。

主证:高热不退,痰鸣气短,喘憋,烦躁,或精神萎靡。颜面青紫,胸高腹满,脉洪数或细数,指纹紫红或青紫。舌质红绛、干或见芒刺,少苔。肺有广泛细小湿罗音或实变,X线检查有大片阴影。

治则:清营、凉血、解毒。

方例:麻杏石甘汤合黄连解毒汤加减,或合清营汤加减。

四、正虚邪恋型:此期系正邪交争而导致病情迁延不愈的虚证,相当于肺炎的恢复期或迁延性肺炎,临床表现为:

1. 肺阴虚

主证:干咳少痰,舌质光红,无苔,手足心热,盗汗,低热,大便干,尿少而黄,脉细数。肺部听诊可闻少许水泡音。X线胸透可见有片影或肺纹理增强。

治则:润肺养阴,清化余热。

方例:养阴清肺汤合沙参麦冬汤加减。

2. 脾阳虚

主证：面色黄白，食少乏力，精神萎靡，大便溏泻，脉沉缓。肺部听诊可闻湿罗音，X线可有轻度炎性改变。

治则：益气、健脾、化痰。

方例：六君子汤加减。

五、兼证：在病程中，常可由邪盛正衰，出现以下兼证。

1. 心阳虚衰(相当于心力衰竭)

主证：面色晄白，四肢厥冷，脉微欲绝或细数无力，大汗淋漓，精神萎靡或烦躁，心音低钝。心率速，肝脏短期内迅速增大。

治则：回阳救逆。

方例：生脉散加味，若阳虚欲脱可用参附汤加减。

2. 毒陷心肝(相当于中毒性脑病)

主证：高烧神昏，面色青灰，四肢抽搐，两目上吊，牙关紧闭等，舌质红或绛，苔黄腻或无苔，脉细数或弦数。

治则：镇惊熄风。

方例：羚羊钩藤饮或三甲复脉汤加减。

1958年以来，各地用多种方药治疗小儿肺炎，除辨证施治外，还有不少用单味中草药及其有效成分注射者，这一方案虽然有些粗略，但基本上代表了重症肺炎中西医结合辨证分型的主要趋向。

婴幼儿腺病毒肺炎于1958年冬季大流行，住院病死率高达20%，中医研究院蒲辅周老夫子，于1958~1961年在北京儿童医院及中国医学科学院儿科研究所病房会诊，亲自治疗120例婴幼儿腺病毒肺炎^{〔6〕}，包括一部分麻疹合并腺病毒肺炎，病死率7.5%。蒲老分正治法和救逆法两种，总的原则邪实当宜宣肺祛邪，正虚救逆须用育阴、回阳、气液两补等。具体归纳为八法：解表法，表里双解法，通阳利湿法，清热养阴法，降气豁痰法，益阴生津法，滋阴复脉法，回阳固脱法。此外尚有病后调理一项。

我们学习蒲老的临床经验，蒲老认为辨证施治要深入细致，应了解本病的规律，且应掌握灵活性。本病是外感性疾病，肺炎病的重点始终在肺，重者可以影响其他脏腑，正治以宣肺透表为主，救逆以随证论治为要。肺炎不限于温病范围，包括风、寒、暑、湿诸类。小儿为稚阳之体，易虚，易实，易寒，易热，而病随体异，如阳盛之体，感寒易热化，阳不足之体，感温亦易寒化，加之小儿肠胃脆弱，多易夹食夹饮。因此分析病因病机，既要掌握季节性，又要掌握

体质强弱，饮食生活习惯。

对腺病毒肺炎的喘息，在病的早期，多表现为单纯的呼吸加快，或有痰阻气道，同时具有表证，宜用宣肺疏表之剂。至于七、八病日喘憋特重者，呼吸每分至60~80次或更多，宜以降气豁痰为主，佐以宣透。至于极期，呈堵塞性呼吸，胸高腹胀，缺氧明显，此为肺闭，神识渐趋昏迷，偏实者，扶正开闭，偏虚者，扶正养阴降逆。

在120例中，35%发生惊厥，辨证为：(1)高热惊厥。(2)搐挛素质(低钙)。(3)缺氧引起抽风，治以豁痰开肺为主，佐以宣透。(4)若病邪久羁，神倦抽动，脉象虚弱，舌绛少苔，时时欲脱，多是合并脑症阶段，治以育阴潜阳熄风为主。(5)辨证为热闭包络者很少，只有2例热邪入营，神昏谵语，才用了芳香开窍剂安宫牛黄丸之类。

1962~1963年，我们学习蒲老的治疗方法，由中医研究院郭士魁大夫具体临诊，中西医结合治疗腺病毒肺炎200例^{〔7〕}，早期以宣肺清热解毒为主，中期加用涤痰豁痰，重症极期扶正救逆，应用独参汤、生脉散等。并分析了中西医结合治疗70例，西医治疗对照61例，结果在退热时间、症状缓解、罗音消散等方面中西医结合组疗效均较优，病死率为10%，而西医对照组为14.8%。

扶正时我们延用了蒲老常用的独参汤(多用西洋参，我们以后改用人参)、生脉散或参附汤。人参益气生津、麦冬润肺养阴，五味子敛肺滋阴，附子回阳益气。我们体会这些扶正药在热证、阳证亦无所禁忌，对改善精力，佐治心力衰竭、呼吸衰竭均有良好作用。现在这些药物已有注射剂，如生脉针^{〔7〕}每毫升相当人参0.1g、麦冬0.3g、五味子0.15g，抢救时静脉注射尤为适用。

1974~1976年我们对71例临床诊断为毛细支气管炎的病例，进行了病原学、症状学及中西医结合治疗的研究^{〔8〕}，病毒分离及血清学检查证明其57.9%系由呼吸道合胞病毒引起，我们采用中西医结合治疗，包括中药、镇静、给氧、保证入量等，基本不用抗生素。中药主用射干麻黄汤加味(射干6g 麻黄1.2g 干姜、细辛各0.9g 五味子3g 紫苑、天竺黄各6g 草河车、银花、板蓝根各9g 大枣3个，以上为3~6月婴儿一日剂量)。71例中有10例合并呼吸衰竭，经中西医结合治疗全部治愈。1976~1978年我们用中西医结合治疗的400例病毒性肺炎^{〔9〕}中，包括71例毛细支气管炎，在既往经验的基础上，我们进一步进行辨证，对有明显表寒证的用射干麻黄汤，舌红苔黄有热

像的用麻杏石甘汤,也收到较好的疗效,71例全部治愈。

1976~1978年的病毒性肺炎⁽⁹⁾中有腺病毒肺炎60例,其治则为早期宣肺清热解毒,中期以后加活血化瘀,极期扶正救逆。加用活血化瘀药物后,可见两肺罗音比较松动,痰液较易咯出,X线检查融合病变吸收也较过去快。在扶正救逆方面,我们采用生脉针或人参麦冬液静脉点滴或注射,对改善循环、呼吸,增强精力有作用,而新脉针(人参、附子)连续静脉滴注对四肢厥逆效果更好些。治疗结果5例死亡,病死率8.3%。对其它病毒性肺炎(不包括毛细支气管炎)235例用麻杏石甘汤加试管内有抗病毒作用的药物(鱼腥草、银花、野菊花、贯众、草河车、黄精等)治疗,并于后期加活血化瘀药(川芎、赤芍、桃仁)或化痰药(紫苑、百部、马兜铃等),235例中除14例有细菌继发感染改用抗生素外,全部治愈。但观察到后期加化痰药者罗音消失明显早于加活血化瘀药者。

1970年以来,我国儿科医生在临床实践中观察到重症腺病毒肺炎有弥漫性血管内凝血表现。北京友谊医院阎田玉大夫采用活血化瘀治疗⁽¹⁰⁾,一般单用化瘀汤(当归9g 赤芍9g 川芎9g 鸡血藤12g 水蛭9g 蛇虫6g 黄芪15g),只有试管法凝血时间小于30分钟者才加用肝素。共观察93例(占重症腺病毒肺炎之58.5%)腺病毒肺炎并有弥漫性血管内凝血者,有效率达81.7%。他们在实验室中,根据动物实验,经扫描电镜和透射电镜观察服化瘀汤后肺的病理改变。肺泡水肿、出血等明显减轻,红细胞栓塞、白细胞阻塞、血小板集聚明显改善,对纤维素或血浆蛋白凝集物,肺泡毛细血管内皮细胞裂隙损伤亦基本恢复。并进行了患儿的毛细管镜观察,探讨了中医“血瘀症”和西医微循环障碍的关系,认为它们具有共同的病理基础。

大叶肺炎一般由肺炎球菌引起,青霉素效果明显,但亦可进行中医治疗。1979年李贵报告20例小儿大叶肺炎中医治疗⁽¹¹⁾,采用通里攻下、清热解毒、活血化瘀、理气化痰法,方剂为大叶肺炎合剂(当归、川芎、三棱、莪术、桃仁、红花、黄芩、败酱草、鱼腥草、荆芥各9g)及复方莪术注射液静脉滴注,全部治愈。20例中半数48小时内退热,14例肺部罗音于6日内消失。虽然退烧较青霉素可能慢些,但在没有青霉素的条件下或青霉素过敏者,可采用中医治疗。

参考文献

1. 小儿呼吸道感染调查协作组. 小儿呼吸道感染的调查研究. 中华儿科杂志 1978; 16(2):66.
2. 王之樑,等. 1976~1981年北京地区小儿下呼吸道感染的病毒学研究. 中华儿科杂志 1985; 23(2):99.
3. 曹玉璞,等. 人肺炎支原体感染的研究. 中华儿科杂志 1983; 21(3):150.
4. 张梓荆. 小儿肺炎防治问题座谈纪要. 中华医学杂志 1973; 53(12):741.
5. 张梓荆. 小儿肺炎防治问题座谈纪要. 中华医学杂志 1976; 56(12):781.
6. 史秀珠,等. 腺病毒肺炎的辨证论治. 中西医结合防治小儿常见病资料汇编. 北京:人民卫生出版社, 1978: 121—130.
7. 陈新谦. 新编药理学. 第12版, 北京:人民卫生出版社, 1985:585.
8. 张梓荆,等. 毛细支气管炎的病原学与临床研究. 中华医学杂志 1976; 56(12):731.
9. 张梓荆,等. 小儿病毒性肺炎中西医结合治疗——400例报告. 中西医结合杂志 1982; 2(2):82.
10. 阎田玉,等. 活血化瘀治小儿腺病毒肺炎的机理探讨. 友谊医刊(1) 1983:25—28.
11. 李 贵. 中西医结合治疗小儿大叶肺炎. 中医杂志 1979; (12):33.

全国中西医结合研究会呼吸病专业委员会成立

中国中西医结合研究会呼吸病专业委员会经总会审核,中国科协学会部批准,于1986年10月2日在山东省烟台市召开的全国中西医结合呼吸病专业学组理事会扩大会议时宣告正式成立。会上选出天津医学院郭仓教授为主任委员,天津胸科医院熊正明副主任医师、中国中医研究院西苑医院许建中主任医师、浙江省中医院葛仪院长为副主任委员,天津市中医研究所张智奎副主任医师为秘书长,并选出各省市委员共29人(全国除新疆、西藏及港台等地区外)。

专业委员会邀请国内著名专家教授(按姓氏笔划

为序):王一章主任医师、陈过教授、杨继荪教授、翁心植教授、穆魁津教授、蔡如升教授为技术顾问。专业委员会第一次理事会决定:(1)1987年10月在四川成都召开第二次中西医结合防治呼吸病专业会议,并定于1987年5月下旬在天津市召开筹备会事宜。(2)建议增补北京、上海、四川等地的专业委员会委员各一名。(3)创办中西医结合防治呼吸病专刊(半年刊或季刊)。(4)建议各省市发展会员,建立呼吸病专业委员会分会。

(许建中)