

普通高等教育“十二五”规划教材

· 医学教材系列 ·

内科学

NEI KE XUE

陈金安 赵旭林◎主编

辽宁大学出版社

第 1 版 (1981 年) 第 2 次印刷 (1984 年)

内部发行

内科学

NEI KE XUE

第 1 版 (1981 年) 第 2 次印刷 (1984 年)

医学出版社

普通高等教育“十二五”规划教材

· 医学教材系列 ·

内科学

主 编 陈金安 赵旭林
副主编 张俊鹏 李 忠 杨 雷 袁小波
编 委 陈豫贤 李 晖
编 者 (以姓氏笔画为序)

李 忠(南阳理工学院医学院)

陈金安(南阳市中心医院)

张俊鹏(南阳医学高等专科学校第一附属医院)

李 晖(南阳市中心医院)

杨 雷(南阳理工学院医学院)

陈豫贤(南阳医学高等专科学校第一附属医院)

赵旭林(南阳市第一人民医院)

辽宁大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科学 / 陈金安, 赵旭林主编. — 沈阳: 辽宁大学出版社, 2013. 6

普通高等教育“十二五”规划教材. 医学教材系列
ISBN 978-7-5610-7341-4

I. ①内… II. ①陈… ②赵… III. ①内科学—高等学校—教材 IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 139387 号

出版者: 辽宁大学出版社有限责任公司

(地址: 沈阳市皇姑区崇山中路 66 号 邮政编码: 110036)

印刷者: 北京明兴印务有限公司

发行者: 辽宁大学出版社有限责任公司

幅面尺寸: 185mm×260mm

印 张: 33

字 数: 850 千字

出版时间: 2013 年 6 月第 1 版

印刷时间: 2013 年 8 月第 1 次印刷

责任编辑: 张琢石 黄 铮

封面设计: 可可工作室

责任校对: 齐 悦

书 号: ISBN978-7-5610-7341-4

定 价: 65.00 元

联系电话: 86864613

邮购热线: 86830665

网 址: <http://www.lnupshop.com>

电子邮件: lnupress@vip.163.com

前 言

内科学是医学生的必修课之一,是临床医学十分重要的一门课程。目前,不同层次的内科学版本很多,这些教材各有特点,并为医学教育作出了重要贡献。为适应我国高等医学教育改革与发展,很有必要重新修订编写一本适合于应用型本科及高职高专层次的教材,其原则是围绕着培养从事临床医疗工作的各科医师这一目标。

本教材除按照国家对普通本科、高职高专教育要求和课程改革的发展趋势特点,还向相关的专家、任课教师和学生咨询了存在的问题和意见,对应用型本科及高职高专层次进行了正确定位,按照教学大纲和执业医师考试大纲的要求,重新进行编排构思,尽量使本教材的科学性和实用性得到进一步提高。

本教材的编写正处于当前国家大力发展应用型本科及高职高专教育大背景下出台的,能够紧密结合临床需要,紧密结合实际工作需要,紧密结合相关基础学科需要,体现“三用”(实用、够用、好用),以教育改革的精神用新的教学理念淡化学科界线,其内容少而精,重点突出,通俗易懂,便于自学。按照面向实用性人才培养目标,定位在应用型本科及高职高专层次上,避免成为其他教材的压缩版。本教材除适合于临床医学专业(含影像及麻醉)、口腔医学专业、护理学专业、检验及药学专业的本科生及高职高专学生和非医学专业的本科生作为教材外,对广大临床医生也是更新知识,提高临床工作能力以及备考执业医师资格考试、研究生入学考试等的重要参考书籍。

本书由分属不同医学高等院校及三级综合性医院的实践经验丰富的临床医师编写。各章编写分工如下:杨雷(第一章,第五章第一、二、三节)、李忠(第二章)、张俊鹏(第三章)、李晖(第四章)、陈豫贤(第五章第四、五、六、七节)、赵旭林(第六章)、陈金安(第七章、第八章),全书统稿审修由陈金安完成。

限于编者水平,本教材定位难免有不当的地方,缺点和错误在所难免,殷切期望读者及老师多提出宝贵意见,以便修正完善。

《内科学》编委会

2013年1月



目 录

第一章 呼吸系统疾病	(1)
第一节 总论	(1)
第二节 急性上呼吸道感染和急性气管-支气管炎	(5)
第三节 慢性支气管炎	(9)
第四节 慢性阻塞性肺疾病	(12)
第五节 慢性肺源性心脏病	(18)
第六节 支气管哮喘	(23)
第七节 支气管扩张症	(31)
第八节 肺炎	(34)
第九节 原发性支气管肺癌	(46)
第十节 肺结核	(57)
第十一节 自发性气胸	(71)
第十二节 睡眠呼吸暂停低通气综合征	(76)
第十三节 呼吸衰竭	(81)
第二章 循环系统疾病	(91)
第一节 总论	(91)
第二节 心力衰竭	(94)
第三节 心律失常	(105)
第四节 原发性高血压	(128)
第五节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(140)
第六节 心脏瓣膜病	(161)
第七节 感染性心内膜炎	(180)
第八节 心肌疾病	(187)



第九节 心包炎	(194)
第三章 消化系统疾病	(199)
第一节 总论	(199)
第二节 胃食管反流病	(203)
第三节 胃炎	(207)
第四节 消化性溃疡	(213)
第五节 肝硬化	(220)
第六节 原发性肝癌	(231)
第七节 肝性脑病	(237)
第八节 急性胰腺炎	(243)
第九节 肠结核和结核性腹膜炎	(249)
第十节 溃疡性结肠炎	(256)
第十一节 功能性胃肠病	(261)
第十二节 上消化道出血	(266)
第四章 泌尿系统疾病	(272)
第一节 总论	(272)
第二节 肾小球疾病	(275)
第三节 尿路感染	(297)
第四节 急性肾衰竭	(304)
第五节 慢性肾衰竭	(310)
第五章 血液系统疾病	(319)
第一节 总论	(319)
第二节 贫血	(321)
第三节 出血性疾病	(335)
第四节 白血病	(353)
第五节 淋巴瘤	(369)
第六节 骨髓增生性疾病	(376)
第七节 多发性骨髓瘤	(380)
第六章 内分泌及代谢性疾病	(385)
第一节 总论	(385)
第二节 腺垂体功能减退症	(390)



第三节	尿崩症	(393)
第四节	甲状腺肿	(397)
第五节	甲状腺功能亢进症	(398)
第六节	甲状腺炎	(408)
第七节	生长激素缺乏性侏儒症	(410)
第八节	库欣综合征	(413)
第九节	甲状旁腺功能减退症	(417)
第十节	伴瘤内分泌综合征	(421)
第十一节	糖尿病	(423)
第十二节	脂蛋白异常血症	(447)
第十三节	肥胖症	(452)
第十四节	高尿酸血症与痛风	(457)
第七章	风湿性疾病	(462)
第一节	总论	(462)
第二节	类风湿关节炎	(466)
第三节	系统性红斑狼疮	(474)
第四节	系统性硬化病	(481)
第八章	理化因素所致疾病	(486)
第一节	总论	(486)
第二节	中毒概述	(488)
第三节	农药中毒	(496)
第四节	镇静催眠药中毒	(503)
第五节	急性乙醇中毒	(508)
第六节	中暑	(512)
第七节	高原病	(515)



第一章 呼吸系统疾病

第一节 总论

一、呼吸系统疾病的病因

(一) 大气污染和吸烟

流行病学调查证实,呼吸系统疾病的增加与吸烟、空气污染等密切相关,当空气中降尘或二氧化硫超过 $1000\mu\text{g}/\text{m}^3$ 时,慢性支气管炎急性发作明显增多。其他粉尘如二氧化硅、棉尘、煤尘等也会刺激呼吸系统引发各种肺尘埃沉着,工业废气中致癌物质污染大气,是肺癌发病率增加的重要原因之一。吸烟是小环境下的主要污染源,吸烟者慢性支气管炎的发病率较非吸烟者高 2~4 倍以上,肺癌发病率高 4~10 倍(重度吸烟者可高达 20 倍)。据世界卫生组织统计,按目前吸烟现状发展下去,到 2025 年,世界上每年因吸烟致死者将达到 1000 万人,为目前的 3 倍,而我国将占 200 万人之多。目前,我国青年人吸烟人数明显增多,是导致慢性阻塞性肺疾病和肺癌发病率增加的重要因素之一。

(二) 吸入性变应原增加

随着我国工业化和经济的发展,特别在城镇地区,可引起过敏性疾病(哮喘、鼻炎等)的变应原种类及数量增多,如地毯、窗帘的广泛应用致使室内尘螨数量增多,宠物饲养(鸟、狗、猫)导致动物毛变应原增多,还有空调机的真菌、都市绿化的某些花粉孢子、有机或无机化工原料、药物及食物添加剂等;某些诱发因子的存在,如吸烟(被动吸烟)、燃煤产生的二氧化硫、汽车排出的氮氧化物、细菌及病毒感染等,均是哮喘患病率增加的因素。

(三) 致肺部感染病原菌的变异及耐药性的增加

呼吸道及肺部感染是呼吸系统疾病的重要组成部分。我国结核病(主要是肺结核)患者人数居全球第二,有肺结核患者 500 万,其中具传染性 150 万人,而多药耐药的结核分枝杆菌的患者可达 17% 以上。因至今尚未发现防治病毒的特效方法,病毒性感染性疾病的发病率未有明显降低;自广泛应用抗生素以来,细菌性肺炎的病死率虽显著下降,但老年患者病死率仍高,且肺炎的发病率未见降低。在医院获得性肺部感染中, G^- 菌(G^-)占优势,产 β -内酰胺酶(可分解 β 内酰胺类抗生素)细菌明显增多。在 G^+ 球菌(G^+)中,耐甲氧西林的细菌亦明显增加;社区获得性肺炎仍以肺炎链球菌和流感嗜血杆菌为主,还有军团菌、衣原体、支原体、病毒等。在 2003 年暴发的 SARs,则为 SARs 冠状病毒感染。此外,免疫低下或免疫缺陷者的呼吸系统感染,则应重视特殊病原体如真菌、肺孢子菌及非典型分枝杆菌感染。

二、呼吸系统疾病的诊断

周密详细的病史和体格检查是呼吸系统疾病诊断的基础,普通 X 线和电子计算机 X 线体



层显像(CT)胸部检查对诊断肺部病变具有特殊重要的作用。由于呼吸系统疾病常为全身疾病的一种局部表现,还应结合常规化验及其他特殊检查结果,进行综合全面分析,力求作出病因、解剖、病理及功能的诊断。

(一)病史

了解与肺部传染性疾病患者(如SARs、活动性肺结核)的密切接触史;了解对肺部有毒物质的职业和个人史,如接触各种无机粉尘、有机粉尘、发霉的干草,吸入花粉、粉尘或进食某些食物时出现喷嚏、胸闷,剧烈运动后出现胸闷、气紧等,均可提示肺部变应性疾病;询问吸烟史时,应有年包数的定量记录;有无生食溪蟹、蝾蛄、旱乌龟等可能引起肺部寄生虫的饮食史;是否使用可导致肺部病变的某些药物,如博来霉素、胺碘酮可引起肺纤维化, β 受体阻断药可引起支气管痉挛,血管紧张素转换酶抑制剂可引起顽固性咳嗽等。某些疾病如支气管哮喘、特发性肺纤维化、囊性纤维化和肺泡微结石症可能有家族史。

(二)症状

呼吸系统的咳嗽、咳痰、咯血、气急(促)、喘鸣和胸痛等症状在不同的肺部疾病中常有不同的特点。

1. 急性发作的刺激性干咳 伴有发热、声嘶常为急性喉、气管和支气管炎。常年咳嗽,秋冬季加重提示慢性阻塞性肺疾病。急性发作的咳嗽伴胸痛,可能是肺炎。发作性干咳(尤其在夜间规律发作),可能是咳嗽型哮喘,高亢的干咳伴有呼吸困难可能是支气管肺癌累及气管或主支气管,持续而逐渐加重的刺激性咳嗽伴有气促(急)则考虑特发性肺纤维化或支气管肺泡癌。

2. 咳痰 痰的性状、量及气味对诊断有一定帮助。痰由白色泡沫或黏液状转为脓性多为细菌性感染,大量黄脓痰常见于肺脓肿或支气管扩张,铁锈样痰可能是肺炎链球菌感染,红棕色胶冻样痰可能是肺炎克雷伯杆菌感染,伴大肠杆菌感染时,脓痰有恶臭,肺阿米巴病呈咖啡样痰,肺吸虫病为果酱样痰。痰量的增减,反映感染的加剧或炎症的缓解,若痰量突然减少,且出现体温升高,可能与支气管引流不畅有关。肺水肿时,则可能咳粉红色稀薄泡沫痰。

3. 咯血 痰中经常带血是肺结核、肺癌的常见症状。咯鲜血(特别是24h达300ml以上),多见于支气管扩张,也可见于肺结核、急性支气管炎、肺炎和肺血栓栓塞症;二尖瓣狭窄可引起各种不同程度的咯血。

4. 呼吸困难 可表现在呼吸频率、深度和节律改变等方面。按其发作快慢分为急性、慢性和反复发作性。按呼吸周期可分为吸气性及呼气性呼吸困难。急性气促伴胸痛常提示肺炎、气胸或胸腔积液。肺血栓栓塞症常表现为不明原因的呼吸困难。左心衰竭患者可出现夜间阵发性呼吸困难。慢性进行性气促见于慢性阻塞性肺疾病、弥散性肺纤维化疾病。支气管哮喘发作时,出现呼气性呼吸困难,且伴有哮鸣音,缓解时可消失,下次发作时又复出现。呼吸困难可分吸气性、呼气性和混合性三种。如喉头水肿、喉气管炎症、肿瘤或异物引起上气道狭窄,出现吸气性呼吸困难;支气管哮喘或哮喘合并慢性阻塞性肺疾病引起广泛支气管痉挛,则引起呼气性呼吸困难。此外,气管、支气管结核亦可产生不同程度的吸气相或双相呼吸困难,并呈进行性加重。

5. 胸痛 脏层胸膜对痛觉不敏感,肺炎、肺结核、肺血栓栓塞症、肺脓肿等病变累及壁层胸膜时,方发生胸痛。胸痛伴高热,考虑肺炎。肺癌侵及壁层胸膜或骨,出现隐痛,持续加剧,乃至刀割样痛。突发性胸痛伴咯血和(或)呼吸困难,应考虑肺血栓栓塞症。胸膜炎常在胸廓活动较大的双(单)侧下胸痛,与咳嗽、深吸气有关。自发性气胸可在剧咳或屏气时突然发生剧痛。亦



应注意与非呼吸系统疾病引起的胸痛相鉴别,如心绞痛、纵隔、食管、膈和腹腔疾患所致的胸痛。

(三) 体征

由于病变的性质、范围不同,胸部疾病的体征可完全正常或出现明显异常。气管、支气管病变以干湿啰音为主;肺部炎变有呼吸音性质、音调和强度的改变,如肺炎出现吸气相小水泡音,大片炎变呈实变体征;特发性肺纤维化可双肺出现吸气相高调爆裂音(Velcro 啰音);胸腔积液、气胸或肺不张可出现相应的体征,伴有气管的移位。

(四) 实验室和其他检查

1. 血液检查 呼吸系统感染时,中性粒细胞增加,有时还伴有中毒性颗粒;嗜酸性粒细胞增加提示过敏性因素、曲霉或寄生虫感染;其他血清学抗体试验,如荧光抗体、对流免疫电泳、酶联免疫吸附测定等,对于病毒、支原体和细菌感染的诊断均有一定价值。

2. 抗原皮肤试验 哮喘的变应原皮肤试验阳性有助于变应体质的确定和相应抗原的脱敏治疗。对结核或真菌呈阳性的皮肤反应仅说明已受感染,并不能肯定患病。

3. 痰液检查 痰涂片在低倍镜视野里上皮细胞 <10 个,白细胞 >25 个为相对污染少的痰标本,定量培养菌量 $\geq 10^7$ cfu/ml 可判定为致病菌。若经环甲膜穿刺气管吸引、或经纤维支气管镜(简称纤支镜)防污染双套管毛刷采样,可防止咽喉部寄殖菌的污染,此时培养菌量 $\geq 10^3$ cfu/ml 即有诊断意义。反复做痰脱落细胞检查,有助于肺癌的诊断。

4. 胸腔积液(胸液)检查和胸膜活检 常规胸液检查可明确渗出性或是漏出性胸液。检查胸液的溶菌酶、腺苷脱氨酶、癌胚抗原及进行染色体分析,有助于结核性与恶性胸液的鉴别。脱落细胞和胸膜病理活检对明确肿瘤或结核有诊断价值。

5. 影像学检查 胸部 X 线透视配合正侧位胸片,可发现被心、纵隔等掩盖的病变,并能观察膈、心血管活动情况。高电压体层摄片和 CT 能进一步明确病变部位、性质以及有关气管、支气管通畅程度。磁共振显像(MRI)对纵隔疾病和肺血栓栓塞症有较大帮助。肺血管造影用于肺血栓栓塞症和各种先天性或获得性血管病变的诊断;支气管动脉造影和栓塞术对咯血有较好的诊治价值。

6. 支气管镜和胸腔镜检查 硬质支气管镜检查已被纤维支气管镜(纤支镜)所替代,前者仅必要时才用于作气管内肿瘤或异物的摘除手术。纤支镜能深入亚段支气管,直接窥视黏膜水肿、充血、溃疡、肉芽肿、新生物、异物等,作黏膜的刷检或钳检,进行组织学检查;并可经纤支镜作支气管肺泡灌洗。灌洗液的微生物、细胞学、免疫学、生物化学等检查,均有助于明确病原和病理诊断;还可通过它取出异物、诊断咯血,经高频电刀、激光、微波及药物注射治疗良、恶性肿瘤。借助纤支镜的引导还可作气管插管。胸腔镜已被广泛应用于胸膜活检、肺活检。

7. 放射性核素扫描 应用 ^{133}Xe 或 $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -二乙三胺五乙酸($^{99\text{m}}\text{Tc}$ -DTPA)雾化吸入。 $^{99\text{m}}\text{Tc}$ 大颗粒人血清聚合清蛋白($^{99\text{m}}\text{Tc}$ -MAA)静脉注射对肺区域性通气/灌注情况、肺血栓栓塞症和血流缺损,以及占位病变的诊断有帮助。 ^{67}Ga 对间质性肺纤维化的肺炎、结节病和肺癌等诊断有一定参考价值。近年发展了正电子发射计算机体层扫描技术(PET),采用 ^{18}F 二脱氧葡萄糖、 ^{11}C 乙酸、 ^{11}C 胆碱、 ^{11}C 蛋氨酸或 ^{13}N 氨水可以较准确地对 $<1\text{cm}$ 的肺部阴影及肺癌纵隔淋巴结有无转移进行鉴别诊断。此外,尚有放射性核素免疫显像,肿瘤受体显像,基因显像及肿瘤报告基因显像等技术均可作为肺部肿瘤早期诊断的重要参考。

8. 肺活体组织检查 经纤支镜作病灶活检,可反复取材,有利于诊断和随访疗效;近胸壁的肿块等病灶,可在胸透、B 型超声或 CT 引导下定位作经胸穿刺肺活检,进行微生物和病理检

查。对于肺部纵隔部位的肿物及肿大的淋巴结,亦可通过纤支镜,在CT引导下从气管或支气管腔内对肿物进行穿刺取材。以上几种方法的不足之处为所取肺组织过小。故为明确诊治需要,必要时可作开胸肺活检。

9. 超声检查 做胸腔积液及肺外周肿物的定位,指导穿刺抽液和穿刺活检。

10. 呼吸功能测定 通过其测定可了解呼吸系统疾病对肺功能损害的性质及程度,对某些肺部疾病的早期诊断具有重要价值。如慢性阻塞性肺疾病表现为阻塞性通气功能障碍,而肺纤维化、胸腔积液、胸廓畸形、胸膜增厚或肺切除术后均显示限制性通气功能障碍,这些变化常在临床症状出现前已存在。测定通气与血流在肺内的分布、右心系统静脉血向左侧的分流以及弥散功能,有助于明确换气功能损害的情况,如特发性肺纤维化及弥散性肺泡癌弥散功能的损害尤为突出。呼吸肌功能和呼吸中枢敏感性反应测定,再结合动脉血气分析,可对呼吸衰竭(简称呼衰)病理生理有进一步了解,并能对呼衰的性质、程度以及防治和疗效判断等做出全面的评价。

三、呼吸系统疾病防治

慢性阻塞性肺疾病、肺癌及职业性肺病是与大气污染密切相关的疾病,禁烟、减少大气污染是预防这些疾病发生发展的关键。我国烟草生产量占世界首位,吸烟人数占人口比例为世界最高的国家之一。宣传吸烟有害,在全国取缔烟草广告,并采取切实有效的措施戒烟,是当前的重要任务;同时由于我国大部分城市空气污染严重(包括二氧化硫、降尘、氮氧化物含量远远超标),必须严格执行国家环保部门制订的空气污染容许标准。改造工业及家用燃料,将工业废气及室内空气污染降至联合国世界卫生组织规定的标准(或以下)。对于SARs、禽流感之类的急性呼吸道传染性疾病,要按照《中华人民共和国传染病防治法》法定传染病进行管理,针对传染源、传播途径、易感人群三个环节,采取管理传染源,预防控制医院内传播为主的综合性预防措施。

系统疾病当出现明显症状时,往往已发展到中晚期,而疾病早期的防治更加有效,因而早期诊断十分重要,特别在未出现症状时。

从影像学上,进行定期胸部X线照片,对某些早期外周型肺癌的发现是有价值的。随着高分辨率螺旋CT的广泛使用,对肺部小病灶的发现及诊断更准确。CT肺动脉造影(CTPA)已经成为肺血栓栓塞症的一线诊断方法。PET对肺部阴影小病灶及纵隔淋巴结的定性,提供了更精确的方法。

从功能上看,定期进行肺通气功能的检查将有助于诊断早期慢性阻塞性肺疾病,特别是对吸烟的人群,人体体积描记仪能更全面发现肺功能的变化,强迫震荡技术(forced oscillate technique, FOT)更适宜对幼儿和老年人进行肺部功能测定。

从分子生物学角度,采用聚合酶链反应(PCR)技术的应用对肺结核、军团菌肺炎、支原体、肺孢子菌和病毒感染等的诊断有一定的价值。分子遗传学分析可确定遗传性 α_1 抗胰蛋白酶缺乏症,肺囊性纤维化等。

目前,我国已制订了慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、肺血栓栓塞症、间质性肺疾病、医院及社区获得性肺炎等的防治指南及传染性非典型肺炎(SARs)的诊疗方案,规范上述疾病的防治。

分子生物学技术的发展,为呼吸疾病的治疗提供了广阔的前景,如缺失基因的填补,基因转染,人重组抗体,反义寡核苷酸(或核酸)技术抑制原癌基因、致炎因子的合成及其活性,增强抑癌基因、抑炎因子的活性和加速细胞凋亡等。

在临床治疗上,由于呼吸生理和重症监护医学包括仪器设备的创新,以及重症监护病房(ICU)的组织及管理系统的建立,特别是呼吸支持技术的发展与完善,极大地丰富了重症患者呼吸衰竭抢救的理论与实践,降低了病死率。对睡眠状态的全套临床生理学监测和无创正压通气为睡眠呼吸障碍的诊断和治疗提供了全面的技术手段。新一代的各种抗生素(如四代头孢菌素,新一代喹诺酮类,碳青霉烯类等)对产生超广谱 β -内酰胺酶(ESBLs)的阴性杆菌具有更强的治疗作用。新型恶唑烷酮类(如利奈唑胺)及糖肽类(如替考拉宁)抗生素对耐甲氧西林葡萄球菌的疗效与万古霉素相似,副作用小。新一代的抗真菌药物(如两性霉素B脂质体、伏立康唑、卡泊芬净等),对各类真菌感染疗效更佳,副作用更小。

微创技术(如胸腔镜)的使用可对一些肺功能差的患者施行肺部手术,各种通气模式的改进可对不同的病因引起的呼吸衰竭进行针对性的治疗。由于非创伤性面(鼻)罩通气的推广,能预防一些患者(如慢性阻塞性肺疾病,神经肌肉疾病)发展为呼吸衰竭,并使部分患者避免气管插管或切开。而肺移植的开展,将成为失代偿呼吸功能不全的重要治疗手段。

第二节 急性上呼吸道感染和急性气管-支气管炎

一、急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染(acute upper respiratory tract infection)简称上感,为外鼻孔至环状软骨下缘包括鼻腔、咽或喉部急性炎症的概称。主要病原体是病毒,少数是细菌。发病不分年龄、性别、职业和地区,免疫功能低下者易感。通常病情较轻、病程短、可自愈,预后良好。但由于发病率高,不仅影响工作和生活,有时还可伴有严重并发症,并具有一定的传染性,应积极防治。

【流行病学】

上感是人类最常见的传染病之一,多发于冬春季节,多为散发,且可在气候突变时小规模流行。主要通过患者喷嚏和含有病毒的飞沫经空气传播,或经污染的手和用具接触传播。可引起上感的病原体大多为自然界中广泛存在的多种类型病毒。同时,健康人群亦可携带,且人体对其感染后产生的免疫力较弱、短暂,病毒间也无交叉免疫,故可反复发作。

【病因和发病机制】

急性上感约70%~80%由病毒引起,包括鼻病毒、冠状病毒、腺病毒、流感和副流感病毒以及呼吸道合胞病毒、埃可病毒和柯萨奇病毒等。另有20%~30%的上感为细菌引起,可单纯发生或继发于病毒感染之后发生,以口腔定植菌溶血性链球菌多见,其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌和葡萄球菌等,偶见G⁻杆菌。但接触病原体后是否发病,还取决于传播途径和人群易感性。淋雨、受凉、气候突变、过度劳累等可降低呼吸道局部防御功能,致使原存的病毒或细菌迅速繁殖,或者直接接触含有病原体的患者喷嚏、空气以及污染的手和用具诱发本病。老幼体弱,免疫功能低下或有慢性呼吸道疾病如鼻窦炎、扁桃体炎者更易发病。

【病理】

组织学上可无明显病理改变,亦可出现上皮细胞的破坏。可有炎症因子参与发病,使上呼吸道黏膜血管充血和分泌物增多,伴单核细胞浸润,浆液性及黏液性炎性渗出。继发细菌感染者可有中性粒细胞浸润和脓性分泌物。

【临床表现】

临床表现有以下类型：

(一)普通感冒(common cold)

为病毒感染引起,俗称“伤风”,又称急性鼻炎或上呼吸道卡他。起病较急,主要表现为鼻部症状,如喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕,也可表现为咳嗽、咽干、咽痒或烧灼感甚至鼻后滴漏感。咽干、咳嗽和鼻后滴漏与病毒诱发的炎症介质导致的上呼吸道传入神经高敏状态有关。2~3天后鼻涕变稠,可伴咽痛、头痛、流泪、味觉迟钝、呼吸不畅、声嘶等,有时由于咽鼓管炎致听力减退。严重者有发热、轻度畏寒和头痛等。体检可见鼻腔黏膜充血、水肿、有分泌物,咽部可为轻度充血。一般经5~7天痊愈,伴并发症者可致病程迁延。

(二)急性病毒性咽炎和喉炎

由鼻病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒以及肠病毒、呼吸道合胞病毒等引起。临床表现为咽痒和灼热感,咽痛不明显,咳嗽少见。急性喉炎多为流感病毒、副流感病毒及腺病毒等引起,临床表现为明显声嘶、讲话困难、可有发热、咽痛或咳嗽,咳嗽时咽喉疼痛加重。体检可见喉部充血、水肿,局部淋巴结轻度肿大和触痛,有时可闻及喉部的喘息声。

(三)急性疱疹性咽峡炎

多由柯萨奇病毒A引起,表现为明显咽痛、发热,病程约为一周。查体可见咽部充血,软腭、腭垂、咽及扁桃体表面有灰白色疱疹及浅表溃疡,周围伴红晕。多发于夏季,常见于儿童,偶见于成人。

(四)急性咽结膜炎

主要由腺病毒、柯萨奇病毒等引起。表现为发热、咽痛、畏光、流泪、咽及结膜明显充血。病程4~6天,好发于夏季,由游泳传播,儿童多见。

(五)急性咽扁桃体炎

病原体多为溶血性链球菌,其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、葡萄球菌等。起病急,咽痛明显、伴发热、畏寒,体温可达39℃以上。查体可发现咽部明显充血,扁桃体肿大、充血,表面有黄色脓性分泌物。有时伴有颌下淋巴结肿大、压痛,而肺部查体无异常体征。

【实验室检查】

(一)血液检查

因多为病毒性感染,白细胞计数常正常或偏低,伴淋巴细胞比例升高。细菌感染者可有白细胞计数与中性粒细胞增多及核左移现象。

(二)病原学检查

因病毒类型繁多,且明确类型对治疗无明显帮助,一般无需明确病原学检查。需要时可用免疫荧光法、酶联免疫吸附法、血清学诊断或病毒分离鉴定等方法鉴定病毒的类型。细菌培养可判断细菌类型并做药物敏感试验以指导临床用药。

【并发症】

少数患者可并发急性鼻窦炎、中耳炎、气管-支气管炎。以咽炎为表现的上呼吸道感染,部



分患者可继发溶血性链球菌引起的风湿热、肾小球肾炎等,少数患者可并发病毒性心肌炎,应予警惕。

【诊断与鉴别诊断】

根据鼻咽部的症状和体征,结合周围血象和阴性胸部 X 线检查可作出临床诊断。一般无需病因诊断,特殊情况下可进行细菌培养和病毒分离,或病毒血清学检查等确定病原体。但须与初期表现为感冒样症状的其他疾病鉴别。

(一)过敏性鼻炎

起病急骤,常表现为鼻黏膜充血和分泌物增多,伴有突发的连续喷嚏、鼻痒、鼻塞、大量清涕,无发热,咳嗽较少。多由过敏因素如螨虫、灰尘、动物毛皮、低温等刺激引起。如脱离过敏原,数分钟至 1~2h 内症状即消失。检查可见鼻黏膜苍白、水肿,鼻分泌物涂片可见嗜酸性粒细胞增多,皮肤针刺过敏试验可明确过敏原。

(二)流行性感冒

为流感病毒引起,可为散发,时有小规模流行,病毒发生变异时可大规模暴发。起病急,鼻咽部症状较轻,但全身症状较重,伴高热、全身酸痛和眼结膜炎等症状。取患者鼻洗液中黏膜上皮细胞涂片,免疫荧光标记的流感病毒免疫血清染色,置荧光显微镜下检查,有助于诊断。近来已有快速血清 PCR 方法检查病毒,可供鉴别。

(三)急性气管、支气管炎

表现为咳嗽咳痰,鼻部症状较轻,血白细胞可升高,X 线胸片下可见肺纹理增强。

(四)急性传染病前驱症状

很多病毒感染性疾病前期表现类似,如麻疹、脊髓灰质炎、脑炎、肝炎、心肌炎等病。患病初期可有鼻塞,头痛等类似症状,应予以重视。如果在上呼吸道症状一周内,呼吸道症状减轻但出现新的症状,需进行必要的实验室检查,以免误诊。

【治疗】

由于目前尚无特效抗病毒药物,以对症处理为主,同时戒烟、注意休息、多饮水、保持室内空气流通和防治继发性细菌感染。

(一)对症治疗

对有急性咳嗽、鼻后滴漏和咽干的患者应给予伪麻黄碱治疗以减轻鼻部充血,亦可局部滴鼻应用。必要时适当加用解热镇痛类药物。

(二)抗菌药物治疗

普通感冒无需使用抗菌药物,除非有白细胞升高、咽部脓苔、咯黄痰和流鼻涕等细菌感染证据,可根据当地流行病学史和经验用药,可选用口服青霉素、第一代头孢菌素、大环内酯类或喹诺酮类。极少需要根据病原菌选用敏感的抗菌药物。

(三)抗病毒药物治疗

由于目前有滥用造成流感病毒耐药的现象,所以如无发热,免疫功能正常,发病超过 2 天者一般无需应用。对于免疫缺陷患者,可早期常规使用。利巴韦林和奥司他韦(oseltamivir)有较广的抗病毒谱,对流感病毒、副流感病毒和呼吸道合胞病毒等有较强的抑制作用,可缩短病程。



(四) 中药治疗

具有清热解毒和抗病毒作用的中药亦可选用,有助于改善症状,缩短病程。

【预防】

重在预防,隔离传染源有助于避免传染。加强锻炼、增强体质、生活饮食规律、改善营养。避免受凉和过度劳累,有助于降低易感性,是预防上呼吸道感染最好的方法。年老体弱易感者更应注意防护,上呼吸道感染流行时应戴口罩,避免在人多的公共场合出入。

二、急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎(acute tracheo-bronchitis)是由生物、物理、化学刺激或过敏等因素引起的急性气管-支气管黏膜炎症。多为散发,无流行倾向,年老体弱者易感。临床症状主要为咳嗽和咳痰。常发生于寒冷季节或气候突变时,也可由急性上呼吸道感染迁延不愈所致。

【病因和发病机制】

(一) 微生物

病原体与上呼吸道感染类似。常见病毒为腺病毒、流感病毒(甲、乙)、冠状病毒、鼻病毒、单纯疱疹病毒、呼吸道合胞病毒和副流感病毒。常见细菌为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、卡他莫拉菌等,近年来衣原体和支原体感染明显增加,在病毒感染的基础上继发细菌感染也较多见。

(二) 物理、化学因素

冷空气、粉尘、刺激性气体或烟雾(如二氧化硫、二氧化氮、氨气、氯气等)的吸入,均可刺激气管-支气管黏膜引起急性损伤及炎症反应。

(三) 过敏反应

常见的吸入致敏原包括花粉、有机粉尘、真菌孢子、动物毛皮排泄物;或对细菌蛋白质的过敏,钩虫、蛔虫的幼虫在肺内的移行均可引起气管-支气管急性炎症反应。

【病理】

气管、支气管黏膜充血水肿,淋巴细胞和中性粒细胞浸润;同时可伴纤毛上皮细胞损伤,脱落;黏液腺体肥大增生。合并细菌感染时,分泌物呈脓性。

【临床表现】

(一) 症状

起病较急,通常全身症状较轻,可有发热。初为干咳或少量黏液痰,随后痰量增多,咳嗽加剧,偶伴血痰。咳嗽、咳痰可延续2~3周,如迁延不愈,可演变成慢性支气管炎。伴支气管痉挛时,可出现程度不等的胸闷、气促。

(二) 体征

查体可无明显阳性表现,也可以在两肺听到散在干、湿啰音,部位不固定,咳嗽后可减少或消失。

【实验室和其他辅助检查】

周围血白细胞计数可正常。由细菌感染引起者,可伴白细胞总数和中性粒细胞百分比升



高,血沉加快。痰培养可发现致病菌。X线胸片检查大多为肺纹理增强。少数无异常发现。

【诊断与鉴别诊断】

根据病史、咳嗽和咳痰等呼吸道症状,两肺散在干、湿性啰音等体征,结合血象和X线胸片,可作出临床诊断。病毒和细菌检查有助于病因诊断,需与下列疾病相鉴别:

(一)流行性感

起病急骤,发热较高,全身中毒症状(如全身酸痛、头痛、乏力等)明显,呼吸道局部症状较轻。流行病史、分泌物病毒分离和血清学检查,有助于鉴别。

(二)急性上呼吸道感染

鼻咽部症状明显,咳嗽轻微,一般无痰。肺部无异常体征。胸部X线正常。

(三)其他

其他肺部疾病如支气管肺炎、肺结核、肺癌、肺脓肿、麻疹、百日咳等多种疾病可表现为类似的咳嗽咳痰表现,应详细检查,以资鉴别。

【治疗】

(一)对症治疗

咳嗽无痰或少痰,可用右美沙芬、喷托维林(咳必清)镇咳。咳嗽有痰而不易咳出,可选用盐酸氨溴索、溴己新(必嗽平),桃金娘油提取物化痰,也可雾化帮助祛痰。较为常用的为兼顾止咳和化痰的棕色合剂,也可选用中成药止咳祛痰。发生支气管痉挛时,可用平喘药如茶碱类、 β_2 受体激动剂等。发热可用解热镇痛药对症处理。

(二)抗菌药物治疗

有细菌感染证据时应及时使用。可以首选新大环内酯类、青霉素类,亦可选用头孢菌素类或喹诺酮类药物。多数患者口服抗菌药物即可,症状较重者可经肌肉注射或静脉滴注给药,少数患者需要根据病原体培养结果指导用药。

(三)一般治疗

多休息,多饮水,避免劳累。

【预后】

多数患者预后良好,少数体质弱者可迁延不愈,应引起足够重视。

【预防】

增强体质,避免劳累,防止感冒。改善生活卫生环境,防止空气污染。清除鼻、咽、喉等部位的病灶。

第三节 慢性支气管炎

慢性支气管炎(chronic bronchitis)是气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。临床上以咳嗽、咳痰为主要症状,每年发病持续3个月,连续2年或2年以上,排除具有咳嗽、咳痰、喘息症状的其他疾病(如肺结核、肺尘埃沉着症、肺脓肿、心脏病、心功能不全、支气管