

内 科 学

上 册

(試用教材)

福 建 医 科 大 学

一九七二年八月

目 录

• 上 •

第一章 传染病	1
第一节 概念	1
第二节 流行性感胃	3
第三节 流行性脑脊髓膜炎	6
第四节 伤寒	11
第五节 细菌性痢疾	16
第六节 阿米巴痢疾	20
第七节 钩端螺旋体病	24
第八节 传染性肝炎	28
第九节 血吸虫病	35
第十节 疟疾	49
第十一节 钩虫病	56
第十二节 丝虫病	59
第十三节 蛔虫病	63
第二章 呼吸系统疾病	66
第一节 上呼吸道感染	66
第二节 急性支气管炎	68
第三节 慢性支气管炎	70
第四节 支气管哮喘	73
第五节 支气管扩张症	77
第六节 大叶性肺炎	81
第七节 肺脓肿	87
第八节 肺气肿	91
第九节 肺结核	94
第十节 结核性胸膜炎	107
第十一节 矽肺	110
第十二节 原发性肺癌(支气管癌)	115
第三章 循环系统疾病	121
第一节 风湿病	121
第二节 风湿性心瓣膜病	129
一、二尖瓣关闭不全	129
二、二尖瓣狭窄	130

三、主动脉瓣关闭不全	132
四、主动脉瓣狭窄	134
五、联合瓣膜疾病	134
第三节 肺原性心脏病	137
一、急性肺原性心脏病	138
二、慢性肺原性心脏病	140
第四节 高血压病	144
第五节 动脉硬化和冠状动脉硬化性心脏病	150
一、动脉硬化	150
二、冠状动脉粥样硬化性心脏病	152
心绞痛	152
心肌梗死	155
第六节 心律失常	161
一、窦性心动过速	162
二、窦性心动过缓	163
三、窦性心律不齐	163
四、过早搏动	163
五、阵发性心动过速	166
六、心房颤动	168
七、心室颤动	170
八、房室传导阻滞	171
第七节 充血性心力衰竭	174

第一章 传 染 病

第一节 概 念

传染病是由不同的病原体如病毒、细菌、寄生虫……等所引起的疾病，具有传染性，可以在一定的条件下造成流行。因而传染病对广大劳动人民的健康危害很大，直接影响“抓革命、促生产、促工作、促战备。”但它也是可以预防、控制和消灭的疾病。

解放前，我国广大劳动人民不仅在政治上受着“三座大山”的压迫，而且在健康上受着多种传染病的危害，瘟疫猖獗。天花、霍乱、鼠疫、血吸虫病等传染病严重流行，造成“千村薜荔人遗矢，万户萧疏鬼唱歌”的悲惨景象。

解放后，在伟大领袖毛主席的亲切关怀和指引下，全国展开了以除害灭病为中心的群众性爱国卫生运动，天花、霍乱、鼠疫、黑热病等严重危害人民健康的传染病已基本消灭。血吸虫病、疟疾等传染病也大大减少。这是毛主席革命路线在传染病防治工作中的伟大胜利。

但是，在卫生战线上两个阶级、两条道路、两条路线的斗争，始终是十分激烈的。叛徒、内奸、工贼刘少奇及其在卫生部门的代理人，公开对抗毛主席的无产阶级革命卫生路线。大力推行“防治分家”“重治轻防”等反革命修正主义黑货，严重干扰了传染病防治工作的开展。无产阶级文化大革命的伟大革命风暴，摧毁了城市老爷卫生部。广大医务人员狠批了反革命修正主义卫生路线的流毒，怀着对毛主席革命路线的无限忠心，创造出许多人间奇迹。但是有些传染病还未彻底消灭，有些传染病还可能自国外传入，帝国主义还会阴谋发动细菌战。因此我们必须提高警惕，坚决响应毛主席的伟大号召：“动员起来，讲究卫生，减少疾病，提高健康水平，粉碎敌人的细菌战争。”坚决贯彻“面向工农兵，预防为主，团结中西医，卫生工作与群众运动相结合”的卫生工作方针，为彻底消灭一切传染病而继续奋斗。

【传染病流行的基本概念】

（一）传染病及其临床特点：

传染病具有下列特点：

1. 有病原体：如病毒，细菌，立克次体，真菌，原虫等。
2. 有传染性：这是传染病的特有的重要特征。
3. 有流行性，地方性，季节性：在一定条件影响下，传染病可以引起不同程度的流行，从散发以至大流行。某些传染病由于中间宿主、地理条件、气温条件等原因，可以局限在一定地区内发生，故有地方性传染病之称，如长江以南地区的血吸虫病。在某些地方性传染病中，因存在着能保持动物传染源及传播媒介生存的自然条件，以及病原体在传播媒介体内发

育、繁殖的条件，这就称为自然疫源病，如钩端螺旋体病、鼠疫等。某些传染病的发生和流行，因气候条件而适宜于媒介昆虫的繁殖，以及使病原体在媒介昆虫体内有适宜的繁殖条件，而表现有明显的季节性，如疟疾、乙型脑炎等。

4. 有免疫性：传染病痊愈后，病员对此种传染病可以获得免疫力，但免疫时间各个传染病有长有短，其免疫强度亦不一致。

传染病除了上述特点外，其临床表现还有下列特征：

1. 病程的发展具有一定的规律性：即在病的发展过程中具有一定的阶段性，从一个病期进展到另一个病期，有它明显的规律，这是一般疾病没有的。

(1) 潜伏期：自病原体侵入人体后，到出现症状止，这一时期称为潜伏期。潜伏期长短不一。了解潜伏期的长短，不仅有助于诊断，而且在预防上，对确定疑似病员或密切接触者的隔离观察时间有现实指导意义。

(2) 前驱期：症状开始出现，如头痛、乏力、发热等。但这些症状往往系一般传染病早期所共有，故无特异性。如发病急起，则无前驱期。

(3) 发病期：症状由轻入重，典型症状也逐渐出现。这主要是由于机体与病原体矛盾双方斗争的激化，引起机体平衡失调，因而在临床上表现了传染病的某些特有症状和体征。例如有一定热型的发热，毒血症的出现，某些特有的皮疹等，这些临床特征，对诊断有一定帮助。

(4) 恢复期：机体的抗损害反应在机体和病原体斗争中占优势，病原体及其产物已被基本消灭，症状大都消失，体力、食欲等逐渐恢复正常。此期应注意在少数病员，如治疗不彻底，可能有带菌或复发，甚至个别造成病情迁延发展成慢性。

2. 热型：很多传染病的发热均有一定的表现，对诊断很有价值。

(1) 稽留热：热度高，常在 40°C 上下，一日间体温之差在 1°C 以内，如伤寒的极期。

(2) 弛张热：体温忽上忽下，一日之差在 1°C 以上，但体温不降至正常，如败血症、肝脓肿、胆道感染、泌尿系感染等。

(3) 间歇热：发热与不发热呈一定规律性的交替出现，如疟疾。

(4) 消耗热：一日之间热度波动在 $4\sim 5^{\circ}\text{C}$ 之间，如败血症、重症结核病等。

(5) 不规则热：每天热度高低不等，波动不规则，如流感、风湿热等。

3. 皮疹：某些传染病在发病时，常有皮疹或粘膜疹，对诊断很有帮助。皮疹应注意其形态、大小、分布部位、出疹顺序、出疹日期等，常见的皮疹有：斑疹，见于麻疹和斑疹伤寒。蔷薇疹，见于伤寒。红斑疹见于猩红热。瘀点、瘀斑，见于流脑和败血症。疱疹，见于水痘和天花。荨麻疹，见于急性血吸虫病。粘膜疹，见于麻疹病员的口腔粘膜上。

4. 毒血症，菌血症，败血症，脓毒血症：

(1) 毒血症：病原体在人体内生长、繁殖、死亡，其产生的毒素与分解产物等，不断进入血液循环，引起全身性中毒症状。

(2) 菌血症：病原体侵入人体后，进入血液循环，散布至全身，但病原体在血内不繁殖，不少传染病早期均常有短暂性菌血症经过。

(3) 败血症：在局部组织和全身防御机能减弱的情况下，病原体侵入血循环，并在血中繁殖，产生临床上的严重中毒症状。

(4) 脓毒血症：在化脓性病原菌引起败血症时，由于机体抵抗力的明显减弱，在人体各组织器官中形成了转移性化脓病灶。

(二) 传染病流行的三个环节：

传染病在社会上发生流行时，组成流行过程必须具备着三个基本环节，即传染源、传播途径、及人群易感性。

1. 传染源：传染源是病原体自然停留和繁殖的所在，它的存在是传染病引起流行的起点，若传染源已不存在，传染病亦即绝迹。病员、带菌者和感染的动物均可作为传染病的传染源，三者间的重要性视传染病的性质而不同。这三个传染源在不同条件与不同状态下均保有病原体，并通过不同途径与不同方法将病原体传播开来。病原体有的存在于呼吸道，有的存在于消化道，亦有的存在于血液、皮下组织、淋巴结、泌尿器官等。病原体经常从分泌物或排泄物离开人体，通过直接接触、间接接触、或节肢动物媒介而传至健康者。

2. 传播途径：是指病原体从传染源排出后侵入另一易感机体的途径，叫做传播途径。主要的传播途径有四种：

(1) 经呼吸道传播：呼吸道传染病主要是通过空气的途径而传播，其中飞沫，灰尘是成为传播的因素。如流感、麻疹、白喉、流脑等。

(2) 经消化道传播：肠道传染病，其病原体随粪便排出，在外界环境中停留，通过被粪便污染的水、食物、苍蝇、手等经口传染。如伤寒、痢疾、传染性肝炎等。

(3) 经昆虫媒介传播：病原体存在于血液及淋巴系统的传染病，必须经吸血昆虫（如蚊、蚤、虱、恙虫等）作媒介，才能传给他人。如疟疾、丝虫病、乙脑等。

(4) 经皮肤、粘膜接触传播：即直接接触传染，如梅毒。

3. 易感人群：若是没有易感人群，虽然有传染源和传播途径的存在，流行过程也不会发生。人群的免疫状态对流行发生的意义，可以从普及种痘后在消灭天花的事例中获得充分的证明。人群中的自然免疫过程，对某些流行的发展，也起着很大的作用。例如麻疹、流感，由于人群免疫力增加，流行因而停止；随着免疫力的消失和易感者的增加（出生、迁移），一旦传染源输入，人群中又有流行的可能。这就是呼吸道传染病周期出现的原因。但这种流行周期并非固定不可移的规律，通过积极采取预防措施及提高群众预防知识，可以改变和消灭这种周期性的现象。

在社会主义制度的优越条件下，组成传染病流行的三个基本环节必然迅速崩溃，这在新旧中国传染病发病率的对比中得到了明确的证明。

第二节 流行性感冒

流行性感冒（简称“流感”），是由流行性感冒病毒引起的急性呼吸道传染病。临床上以突发高热、头痛、全身酸痛和轻度的呼吸道症状为特征，能造成广泛的流行。

【病因与流行病学】

病原体为流感病毒，具有显著的变异性。病毒存在于急性病员的呼吸道分泌物如鼻涕、

口涎和痰中，通过空气飞沫传播，四季均可发生，但多于冬春季节或春末夏初间发生流行。此病毒不耐热，易为紫外线杀死，但却耐寒、耐干燥，如在 4°C 时可存活一周。流感常呈周期性的大流行，其原因可能与新来病毒或病毒抗原变异及人群免疫力下降等因素有关。

【临床表现】

潜伏期：一般为数小时至4天，平均1~2天。

起病急骤。本病症状变化甚大，主要以全身中毒性表现为主，一般病员的呼吸道症状则相对的轻微或不明显。本病临床表现，轻重差异颇大，主要有下列各型：

(一)单纯型流感：本型最常见。有畏寒、高热，体温达 $39^{\circ}\text{C}\sim 40^{\circ}\text{C}$ ，头痛显著，伴有全身酸痛无力，面部潮红或有结合膜充血。病员常有咳嗽、流涕、咽部充血。消化道症状可有食欲不振，恶心和呕吐等。与普通感冒相似，但全身症状重，而呼吸道症状较轻。一般经过3~4天，体温下降，症状逐渐消退，但全身软弱无力常可持续1~2周。

(二)轻型流感：全身症状轻微，发热低，病程只1~2天，易误为普通感冒。

(三)原发肺炎型流感：起病如单纯型流感，但1~2天后咳嗽渐剧，有发绀及呼吸困难，脉搏快，痰为粘液状或带血，胸痛一般不显著，肺部有时可有浊音及罗音。X线检查可显示间质性肺炎的阴影。此型见于小儿，成人较少见。

(四)暴发中毒型流感：中毒症状严重，迅速出现中枢神经系统症状，患者有高热、谵妄、昏迷、休克和心力衰竭等症状，必须及时抢救治疗，才能挽救患者生命。

(五)胃肠型流感：主要有恶心、呕吐、腹泻等胃肠道症状，易误为胃肠道病，病程约2~3天，迅速恢复。

(六)神经系统型流感：少数患者显示不同程度脑神经系统症状，发生浆液性脑膜炎、脑膜脑炎或脑炎的临床表现。

【实验室检查】

(一)白细胞计数：于病初期，症状显著时白细胞可降低，单核细胞相对增加，有时并有核象左移。

(二)病毒分离：病初取患者鼻咽部冲洗液，加入适量抗菌素后，作鸡胚羊膜囊内接种分离病毒。在流行期间，阳性率较高。

【诊断与鉴别诊断】

主要根据起病急，明显的全身中毒表现和轻微的呼吸道症状。短期内在同一地区有大量病员发病。血液中白细胞偏低，即可作出诊断。本病应与下列疾病作鉴别诊断：

(一)普通感冒：发病常有明显的诱因（如受凉），常于天气突变时发生，起病较慢，全身症状轻，但流涕、鼻塞、喉痒、咽痛等症状出现较早且较明显，不形成大流行。

(二)麻疹的前驱期：小儿麻疹早期，常有高热及上呼吸道炎症状，易与流感混淆，但麻疹几乎仅在小儿中发生，口腔发现麻疹粘膜斑（旧称费-科氏斑）可作鉴别。

此外还须与各种急性传染病的早期鉴别，如伤寒、疟疾、钩端螺旋体病、流脑、败血症等。

胃肠型流感须与急性胃肠炎及小儿消化不良鉴别；神经型流感应与乙脑和其他病毒所致的脑膜炎相鉴别。（详有关章节）。

【预防】

(一)平时预防:遵照伟大领袖毛主席关于“发展体育运动,增强人民体质”的教导,平时要注意身体锻炼,增强机体抵抗力,当气候发生变化时,或劳动出汗后应避免着凉。

(二)发现流感病员后,立即报告防疫部门,并就地隔离治疗。流行期间尽可能减少不必要的人群聚集。外出或进入公共场所时应尽可能戴口罩。

(三)中药预防:

- 1.贯众三钱至五钱,水煎服,每日一剂,小儿酌减。
- 2.大青叶五钱至一两或板兰根五钱至一两,水煎服。
- 3.夏枯草、金银花各一两,每日一剂,煎服。
- 4.贯众、紫苏、荆芥各三钱,甘草五分或连翘二钱、桔梗一钱、薄荷一钱(后人),水煎服。

【治疗】

(一)一般治疗:发热期间要注意休息,多饮水,吃易于消化的食物。

(二)新针疗法:

主穴:合谷、风池。

备穴:大椎、曲池。

方法:一般可取合谷,用提插法,针至病员前额微汗为止。鼻塞加迎香,咳嗽加列缺。

(三)单方、草药:

- 1.银花一两、连翘八钱、荆芥二钱、煎服。每日三次。
- 2.一枝黄花一两、白英一两、每日一剂,煎服。
- 3.板兰根五钱、大青叶五钱、贯众三钱、荆芥三钱、煎服。每日三次。
- 4.银翘解毒片每次4~6片,每日2~3次,与姜糖汤同服。

(四)中医辨证施治:

流感治疗,应根据邪在肺卫的特点,以宣肺解表为主,而解表法又分为辛凉解表和辛温解表两大法则。其次再辨其挟湿、挟暑等,随证施治。

1.风热型:

〔主证〕身热、微恶寒、头痛、微汗或无汗、口干欲饮、喉微痛,或轻咳。舌苔薄白或微黄,脉浮数。

〔治法〕辛凉解表,肃肺清热。

〔方药〕银翘散(银花三钱、连翘三钱、桔梗二钱、薄荷一钱、荆芥二钱、牛蒡子三钱、淡豆豉三钱、淡竹叶三钱、甘草一钱、芦根四钱)。或桑菊饮(桑叶三钱、菊花二钱、杏仁三钱、连翘三钱、薄荷一钱、甘草一钱、桔梗二钱、芦根四钱)。上二方均有疏风清热,宣肺作用,但桑菊饮侧重在宣肺,银翘散侧重在解表清热、兼有解毒作用(成药有羚羊感冒片,银翘解毒片可选用)。

2.风寒型:

〔主证〕恶寒发热、无汗、头痛、四肢痠痛,或有鼻塞喉痒、咳嗽。舌苔薄白,脉浮。

〔治法〕解表散寒,辛温宣肺。

〔方药〕葱豉汤(葱白五条、淡豆豉三钱),杏苏饮(苏叶二钱、半夏钱半、茯苓三钱、甘草一钱、前胡二钱、桔梗二钱、枳壳钱半、生姜一钱、陈皮一钱、杏仁三钱、大枣三个),

香苏饮（香附三钱、苏叶二钱、陈皮钱半、炙甘草一钱），荆防败毒散（荆芥、防风、柴胡、前胡各二钱，川芎、羌活、独活各钱半，茯苓三钱、桔梗二钱、枳壳、甘草各一钱）。

以上四方均有辛散作用，但葱豉汤通用于寒邪伤表，温而不燥；杏苏饮宜于咳嗽痰多，香苏饮宜于胸闷气滞；荆防败毒散宜风寒较重及四肢酸痛等症。

3. 兼证辨证：

（1）挟湿：

〔主证〕 恶寒，身热不扬、头胀如裹，骨节疼重等证。

〔治法〕 发汗，祛风湿。

〔方药〕 羌活胜湿汤（羌活、独活、藁本、防风、蔓荆子各三钱，川芎钱半、甘草一钱）。如兼有胸闷、恶心、口淡、苔腻等证，可酌加苍术、厚朴、茯苓、半夏等药物。

（2）挟暑：

〔主证〕 身热微汗，心烦口渴，小便短赤。舌苔黄腻，脉濡数。

〔治法〕 发汗解表，清热祛暑。

〔方药〕 新加香薷饮（香薷、银花、厚朴、连翘各二钱，扁豆花三钱）。可酌加藿香、佩兰、滑石、甘草等。

（五）西医治疗（一般对症处理）：

1. 发热、头痛者可服用解热镇静药，如复方醋柳酸片，成人每次一片，每日3次。亦可用50%安乃近，曲池穴位注射，成人0.2毫升，小儿0.05~0.1毫升。小儿可用25%安乃近液滴鼻退热。

2. 鼻塞可用鼻眼净或1%麻黄素溶液滴鼻。

3. 咳嗽可用止咳糖浆或复方甘草合剂等，成人每次10毫升，每日3次；小儿1毫升/岁/次，每日3次。

4. 失眠或高热烦躁者可用苯巴比妥0.03克或氯丙嗪25毫克，每日2~3次。

5. 有明显胃肠道症状如恶心、呕吐、腹泻等可酌情静脉补液及使用颠茄类或阿托品。

6. 婴幼儿，年老体弱或病情较重而有合并症的病员，可加用磺胺或抗菌素类药。

第三节 流行性脑脊髓膜炎

流行性脑脊髓膜炎（简称“流脑”）是脑膜炎双球菌所致的急性化脓性脑脊髓膜炎。致病菌自呼吸道进入人体，经鼻咽部侵入血循环，最后引起脑脊髓膜病变。以发热、头痛、呕吐以及脑膜刺激征为主要临床表现。多发生于冬春季节，呈流行或散在发病。

【病因与流行病学】

病原为脑膜炎双球菌，呈肾形成对排列，固紫染色阴性。病原存在于病员及带菌者的鼻咽部和病员血液、脑脊液、皮肤瘀点中。在人体外生活力很弱，干燥或曝晒后24小时死亡，加热至50℃或用普通消毒剂很快被杀灭。

病员及健康带菌者是本病传染源。通过空气、飞沫进行传播，易造成流行。流行季节一

般以一月份开始上升，2～4月份最高，以后随气候转暖而减少。发病年龄以儿童多见，80%在15岁以下儿童。流行时成人发病也不少。

【临床表现】

流脑病情发展轻重不同，根据临床表现分为两大型：普通型和暴发型（包括休克型、脑膜脑炎型和混合型），各型之间还存在着密切的内在联系。由于病情的急骤发展，病员可由普通型很快转为暴发型，我们必须密切观察，根据病情给予及时的治疗。

潜伏期：1～10日，一般为2～3日。

（一）普通型：

大多数病员在病菌侵入鼻咽部后无明显症状。部分病员仅有咽痛、鼻咽部粘膜充血等表现。多数人受感染后不再发展，少数病员由于机体抵抗力弱或缺乏免疫力，致病菌乘机侵入血循环，在血液中不断繁殖释放出内毒素，而出现败血症症状。临床上起病急，表现为突然畏寒、高热（ $39^{\circ}\sim 40^{\circ}\text{C}$ ）、头痛、恶心、呕吐及精神不振，部分病员逐渐出现神志障碍、嗜睡或躁动、谵妄等。幼儿常伴有惊厥。可在几小时内出现皮肤粘膜瘀点或瘀斑，分布于身体各处以躯干及四肢为多。以后，致病菌随着血流侵袭脑脊髓膜，引起脑膜充血、炎性渗出及颅内压增高，病员可表现为剧烈头痛、频繁呕吐或喷射性呕吐及脑膜刺激征，如颈项强直、角弓反张，小儿常有囟门膨隆突出，严重病员还可有程度不等的意识障碍，甚至昏迷。

（二）暴发型：

发病急骤，进展快，病情凶险，临床上称为暴发型流脑。可分为三型：

1. 败血症（休克）型：在严重败血症及细菌内毒素的作用下，血管运动机能失调，全身皮肤与内脏小动脉痉挛、小静脉扩张、郁血、从而导致血流停滞，组织高度缺氧，凝血机能障碍，出血及血栓广泛形成。临床上表现以感染性休克为主要特征的一系列严重情况。当败血症引起二侧肾上腺出血或急性肾上腺皮质机能衰竭，此时病情更为恶化（旧称华—佛氏综合征）。本型临床特点：

（1）起病急骤，常在24小时迅速出现严重中毒症状。

（2）短时间内全身皮肤、粘膜广泛性大小不等的瘀点或瘀斑出现，大的瘀斑中心可呈紫黑色坏死或形成血疱。

（3）患者面色苍白或青灰，血压下降，心率增速，四肢冰冷，呈现休克状态。

（4）神志可始终清醒，或极为萎靡，或有不同程度意识障碍，而脑膜刺激征可不明显。

2. 脑膜脑炎型：除严重感染外，并由于脑血管病变（痉挛、充血、出血），及不同部位脑实质改变、广泛脑水肿、颅内压增高甚至脑疝形成，从而导致以急骤的中枢性呼吸机能衰竭为特征的极严重的临床现象。本型特点：

（1）起病急，常在1～2天内出现严重中毒症状，如高热、呆滞、脸色苍白、频繁惊厥或躁动。

（2）颅内压增高的表现：剧烈头痛、呕吐（可为喷射样），意识障碍逐渐加深、血压升高、脉缓、呼吸减慢、眼底静脉郁血、视乳头水肿等。

（3）病情进一步加重可出现颅内压增高，脑疝形成，脑干受压，表现脑干机能障碍症状，此时昏迷程度突然加深，眼球震颤，瞳孔改变，两侧大小不等，边缘不整，最后瞳孔扩大而固定，对光反应消失。呼吸改变，初期为呼吸增快，以后呼吸次数逐渐减慢（成人每分

钟12次以下，小儿每分钟（6～20次以下），并可出现呼吸节律不整，深浅不均、双吸气、叹息样呼吸、抽泣样呼吸、呼吸骤停等呼吸中枢机能衰竭现象。本型病员皮肤、粘膜的瘀点常不多或缺如。

3. 混合型：兼有暴发性败血症型及脑膜脑炎型的表现。

【实验室检查】

（一）白细胞总数增加可达1～3万/立方毫米；中性粒细胞增加可占70～90%；瘀点涂片可找到脑膜炎双球菌。

（二）脑脊液压力增高，外观混浊，细胞计数可高达数千或一万以上；以中性粒细胞为主。糖、氯化物含量均减少，蛋白含量增加。涂片可找到固紫染色阴性、成对的肾形双球菌。

（三）血培养阳性。

【合并症】

（一）硬脑膜下积液：多见于一岁以下的重症病儿，患者经治疗数日后，症状不见好转，或有局限性神经系统症状者，应考虑合并本症。

（二）其他神经系统合并症：如慢性头痛、智力迟纯、癫痫、肌肉痉挛、脑积水、耳聋等。

（三）其他如视神经炎、全眼炎、中耳炎、关节炎、心肌炎、心内膜炎等。

【诊断与鉴别诊断】

冬春季节流脑流行时期，凡有突然高热、头痛、呕吐、皮肤粘膜有出血点及颈项强直、脑膜刺激征阳性者，临床上可诊断为本病。结合脑脊液检查及瘀点涂片或血培养阳性等即可确诊。但临床表现典型者，可不必作腰穿，以免增加病员痛苦，尤其在脑水肿表现明显时，作腰穿会导致脑疝形成，造成严重后果。

本病应与下列疾病作鉴别诊断：

（一）流行性乙型脑炎：本病多发生于儿童，症状可与流行性脑膜炎相同。但以七、八月为多，起病更突然，高热昏迷更多见，无瘀斑，脑脊液大多澄清，细胞数很少超过1000，以淋巴细胞为主，糖含量正常或增高。补体结合试验，病毒分离及中和试验有诊断价值。

（二）结核性脑膜炎：大都以微热不安开始，1～2周后乃出现脑膜侵袭现象，肺部X线检查可能有结核病变。脑脊液澄清至微浊，细胞计数不超过数百个，以淋巴细胞为主，蛋白质增加，糖及氯化物均显著减低。脑脊液结核菌培养阳性。

（三）其他化脓性脑膜炎：如肺炎球菌、流感杆菌、葡萄球菌及链球菌均能引起化脓性脑膜炎，其中肺炎球菌性的发病率为最高，鉴别最为重要。肺炎球菌性脑膜炎多发生于大叶性肺炎和败血症过程中或伴有化脓性耳鼻喉病变之发生，临床表现及脑脊液改变与流行性脑膜炎相同而更为急剧，皮肤瘀点极少见。区别有赖于脑脊液的细菌学检查。

【预防】

（一）及时发现病员，并隔离治疗。

（二）保持室内清洁，空气流通。流行期间到公共场所要戴口罩，儿童尽量避免到公共场所，以切断传播途径。

（三）接触病员者可口服小剂量磺胺嘧啶作预防治疗，每日2克，连服3天。

（四）用2%盐水、1/5000高锰酸钾、1/5000新洁而灭，含漱咽部。或用2～3%黄连

素、0.3%呋喃西林、1:3000杜美芬和0.1~0.3%氯亚明溶液，滴鼻、喷喉均可。每日2~3次，连续3天。

(五) 草药：

1. 龙眼树叶五斤、黄皮叶五斤、野菊花两斤半、松针两斤半、甘草适量。
2. 金银花三斤、路边菊三斤、三丫苦四斤。
3. 贯众五斤、板兰根三斤。

以上三方可选一方加水100斤，煎成50斤，供100人饮用代茶，连服3~5天。

【治疗】

(一) 一般治疗：

病房应安静通风，急性期给高热量的流质饮食。昏迷应给予足够的液量输入，采用鼻饲或静脉滴注5%葡萄糖生理盐水，保证一定的尿量。高热病员可给酒精擦浴或安乃近等退热药降温。烦躁不安或惊厥时要加强护理，防止口舌咬伤，处理好便秘、尿潴留或大小便失禁及保持皮肤清洁，以防止褥疮。

(二) 新针疗法：

以清热、消炎、解毒、醒脑为主，因本病多属阳症、实证、热症。一般用泻法。

主穴：脑静、印堂、百会、天柱、风府、大椎、身柱、合谷等。（脑静穴位于内眼角直上约2~3分，眼眶内缘外侧，在睛明穴的外斜上方，攒竹穴的外斜下方，脑静、睛明、攒竹三穴略成三角形）。

新针疗法亦可用于对症治疗：如

1. 高热：针大椎、曲池、合谷。
2. 呕吐：针内关、足三里。
3. 腹胀：针关元、气海、足三里。
4. 尿潴留：可按摩膀胱区或指压关元穴。也可针中极、曲骨、委中、三阴交。
5. 强心升血压：可用新针治疗，取素髁、内关、涌泉等穴，留针以强刺激，每隔10分钟捻转一次，或持续捻转至血压上升为止。

(三) 单方、草药：（适用于普通型）

1. 七叶一支花一两、麦冬三钱、金银花藤五钱、青木香三钱、水煎服，每日一剂。
2. 金线吊葫芦根三钱研末吞服。
3. 大青叶、板兰根、穿心莲、蒲公英、金银花及藤、野菊花及枝叶、白毛藤、钩藤等任选3~4种，每种用五钱至一两，水煎服。

(四) 中医辨证施治：

1. 卫气型（普通型）：

〔主证〕 起病急，发热不高，伴恶寒、头痛、呕吐、鼻咽干燥、项强。舌质红、苔薄白或微黄、脉滑数。

〔治法〕 辛凉透邪、清热解毒。

〔方药〕 银翘散加减。或用“流脑I号”（大青叶五钱、连翘四钱、野菊花三钱、银花三钱、薄荷钱半、茅根五钱、葛根五钱、藿香二钱、甘草一钱。）

2. 气血两燔型（败血症型）：

〔主证〕 高热、烦渴、头剧痛、呕吐频作、烦躁不安、神昏、抽搐，并出现皮疹。唇干舌质红，苔黄干或微黑，脉滑数或沉伏。

〔治法〕 苦寒泄热、凉血解毒、佐以熄风。

〔方药〕 用“流脑Ⅱ号”（大青叶五钱、连翘四钱、元参三钱、石膏一两、生地五钱、赤芍四钱、知母二钱、龙胆草二钱、紫花地丁三钱、红花二钱、黄芩三钱、木通二钱）。配服紫雪丹。

3. 毒闭气脱型（暴发型中的休克型）：

〔主证〕 发病后一日内，突见面色苍白灰暗，皮肤瘀点、瘀斑、口唇肢端青紫，四肢厥逆。脉微欲绝。

〔治法〕 回阳救脱。

〔方药〕 用参附龙牡救逆汤。（人参三钱、熟附子三钱、龙骨一两、牡蛎一两、白芍三钱、炙甘草二钱）。配服苏合香丸。

4. 热盛动风型（暴发型中的脑膜炎、脑炎型）：

〔主证〕 高热、头痛剧、项硬、呕吐、躁动不安、谵妄昏迷、惊厥。舌质红绛、苔厚腻，脉弦滑数。

〔治法〕 清热、凉营、熄风为主。

〔方药〕 用清瘟败毒饮加减。〔犀角二分（水牛角可代）、生地八钱、赤芍三钱、丹皮二钱、黄连二钱、黄芩二钱、生石膏一两、葛根三钱、勾藤二钱、僵蚕二钱、银花三钱、大黄二钱〕，配服安宫牛黄丸。

（五）西医治疗：

普通型的治疗：

1. 磺胺嘧啶：成人6克/日，2~3日后改每日4克；儿童0.1~0.2克/公斤/日，分4~6次口服（初次量加倍），与等量碳酸氢钠同服。呕吐严重或昏迷病员，可取20%磺胺嘧啶钠，肌肉注射或作适当稀释后静脉注射，其剂量与口服法相同，一般疗程5天。用药过程必须密切观察有无磺胺药物的毒性及过敏反应，若出现药疹、黄疸、血尿、少尿、尿闭等均应立即停药，改用抗菌素治疗。

2. 青霉素：成人40~60万单位，每6小时一次，肌注，每日总量160~240万单位；儿童5~20万单位/公斤/日，每6小时一次，肌注，疗程约5~6天。青霉素和磺胺嘧啶，可以联合应用，剂量同上。

3. 氯霉素：用磺胺药物治疗12~24小时后症状不减轻，且对青霉素有过敏者，可采用氯霉素治疗。成人每日2克，初2~3天用静脉滴注法，后可改为口服；小儿50~75毫克/公斤/日。疗程约7天左右。治疗中需注意氯霉素对骨髓的抑制作用，定期复查血常规。

暴发型的治疗：

1. 败血症型：本型病情发展非常迅速，多在24小时内死亡，应以“**对工作的极端的责任，对同志对人民的极端的热忱**”的精神，密切观察病情，早期诊断、早期处理、力争主动。在治疗上“**用不同的方法去解决不同的矛盾**”。尽一切力量抢救阶级兄弟。

（1）控制感染：休克病员可采用青霉素和氯霉素联合疗法。青霉素的剂量为5~20万单位/公斤/日（小儿为10~20万单位/公斤/日），分4~6次肌注或静滴（静滴时青霉

素钠盐，浓度每毫升不超过4万单位）。氯霉素剂量为50~75毫克/公斤/日，最大勿超过每日3克，分4次肌注或静滴。若病情稳定好转后，先停用氯霉素，以后青霉素用量及疗程与普通型相同。在休克消失前，不应使用磺胺药物，以免加重肾脏损伤。

(2) 补充血容量：根据发病后呕吐及进食情况，注意补充适当液体，严重病例可输入右旋糖酐、血浆或全血。

(3) 应用肾上腺皮质激素：静脉滴注氢化考的松，每次100~200毫克，每日约300~500毫克。可改善机体反应性，增强升压药物的作用和减少血管的渗透性。

(4) 纠正酸中毒：如有酸中毒病例，可用5%碳酸氢钠或1/6克分子乳酸钠给以纠正。

(5) 抗休克：若经上述各项处理后血压仍不见回升，或入院时病员血压已明显下降，即可根据不同情况选用下列药物：

①阿托品：用于休克早期或休克期。在休克早期，由于全身血管痉挛，故应用阿托品效果较好，剂量为0.03~0.05毫克/公斤/次。每15~30分钟静脉注射一次。危重病员可10~15分钟注射一次，至面色转红后，注射时间间隔可延长。一般注射1~4次后即可见效。其副作用有心率增快、汗闭、尿潴留、谵妄等。

②去甲肾上腺素：将2~10毫克去甲肾上腺素加入5%葡萄糖液200毫升中静脉滴注，并视血压变化增减滴速及调节浓度。注意避免药物漏出血管外，产生皮肤及皮下组织坏死。

③升压素：一般用量为1~2毫克，适当稀释后静滴。

④新福林：成人10毫克；小儿2.5~5毫克一次，肌注或静注。

⑤美速克新命：有较强的升压作用，维持时间较长，一般用5~10毫克加于5%葡萄糖液100毫升中静脉滴注，并视血压情况以调整速度和浓度。

2. 脑膜脑炎型：主要为迅速纠正脑水肿及预防脑疝形成。

(1) 降低急性颅内高压：静脉注射50%葡萄糖液，成人每次40~60毫升，每日4~6次；也可静脉推注或滴注20%甘露醇或25%山梨醇，成人每次250~500毫升，每日1~2次，以降低颅内压。可同时加用肾上腺皮质激素如氢化考的松，每次100~200毫克，每日1~2次也可改善脑水肿。

(2) 呼吸衰竭：首先应寻找导致呼吸衰竭的原因，如痰阻、电解质紊乱、高热、脑水肿等。针对原因进行治疗的同时，可采取以下措施：吸氧及应用呼吸中枢兴奋药，如洛贝林肌注，每次3~6毫克，或用3~12毫克加入葡萄糖液100毫升内静脉滴注。其他亦可选用可拉明、野靛碱、戊四氮等。

第四节 伤 寒

伤寒是由伤寒杆菌引起的以侵犯肠道为主的全身性急性传染病。其临床特点是：持续高热、相对缓脉、严重中毒症状、皮肤蔷薇疹、脾肿大及白细胞减少，并以肠出血、肠穿孔为其主要合并症。

【病因与流行病学】

伤寒杆菌属肠炎杆菌属细菌，固紫染色阴性，呈短杆状，有鞭毛能运动，不产生芽胞和荚膜，可在一般培养基上生长。伤寒杆菌在自然环境中能耐低温，冰中能生活2~3周，在污泥中生活时间更长，粪便中可维持1~2个月不死，对日光、加热、干燥及一般消毒剂很敏感，如直接日光照晒数小时，加热至65℃10分钟，或置于5%石炭酸液中半小时均易引起死亡。

伤寒杆菌本身不分泌外毒素，但在菌体分解时产生强烈的内毒素，此种内毒素为致病的主要因素。

本病终年均可发生，但多见于夏秋季节。青壮年得病多，病后可获得持久免疫力，复发者极少。

伤寒病员与带菌者为本病主要传染源，病原菌随病员大小便排出，在病的极期为最多，恢复期继续排菌者为期约2~6周。少数病员可能长期排菌，成为慢性带菌者。此种带菌者，可无临床症状，但能不断排出病菌，在流行病学上有重要意义。病菌排出体外主要通过被污染的水及食物传播。水源污染尤易造成流行。苍蝇可为本病传播的因素。

此外，带菌的炊事员、保育工作人员，更有机会造成疾病的传播。

【病理】

伤寒杆菌经口腔进入消化道，在胃里部分病原体被胃酸杀死，部分侵入小肠淋巴组织并生长繁殖，使淋巴结炎变、肿胀（病理改变为髓样肿胀期），此时相当于临床上的潜伏期。

伤寒杆菌在小肠淋巴组织内大量繁殖与死亡，释放出内毒素，使淋巴组织继续肿胀达高峰，局部引起营养障碍而发生坏死（病理改变为坏死期）。此时细菌及毒素由淋巴组织进入血流，产生临床症状。侵入血流的病原菌散布在全身各脏器生长繁殖，如肝、脾、骨髓和淋巴结等均可发生病变。胆囊为病菌良好的繁殖场所，大量伤寒杆菌随胆汁再度进入小肠，除一部分随粪便排泄外，另一部分又通过肠粘膜再度侵入肠内淋巴组织，产生强烈过敏反应，以致肠壁病变进一步坏死而形成溃疡（病理为溃疡期）。

最后机体防御反应增强，血中抗体形成，吞噬细胞作用增强，不久细菌在血液中及脏器等内逐渐消失，肠壁溃疡逐渐愈合（病理改变为痊愈期）。

【临床表现】

潜伏期：平均10~14天，起病多数缓慢。

（一）发热及一般感染症状：体温呈阶梯状上升，常在5~6日后达高峰39°~41℃。同时常伴全身不适、乏力、食欲不振、头痛等。第二周体温稽留，持续在40℃左右。第三周呈弛张热型，早晚波动较大，第四周开始逐渐下降，第五周降至正常。其他症状也日趋减轻至消失。发热共持续一个月左右。

（二）神经系统症状：与疾病的轻重成正比，轻者可无神经系统症状，重者症状明显，表现为无欲状即表情淡薄、神志迟钝，头痛较明显并有重听、耳鸣、嗜睡、谵妄，重者可有昏睡、昏迷，小儿可发生惊厥。少数病员可有脑膜刺激征。随着体温下降，神经系统症状也逐渐消退。

（三）消化系统症状：常有便秘或腹泻，尤以后期大部分病员可出现腹泻，为水样便，日2~3次，或便秘、腹泻交替出现。腹胀也很常见，因中毒性肠麻痹所致。回盲部时有压痛。舌苔常厚，呈白色或褐色，舌质红。

(四) 循环系统症状: 相对缓脉, 一般体温增高 1°C , 脉搏增快 $10\sim 20$ 次/分左右。而伤寒病员发热虽达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$, 脉搏仅 $80\sim 100$ 次/分左右, 脉搏、体温不一致。在小儿若合并中毒性心肌炎时, 则相对缓脉不显著。

(五) 蔷薇疹: 发病后一周左右出现, 数目不多, 约 10 个上下, 常分布于下胸及上腹部, 色淡红, 直径约 $2\sim 4$ 毫米, 稍隆起, 压之退色, 称为蔷薇疹。在病程中, 常分批出现, 表示有菌血症。

(六) 肝、脾肿大: 大多数病员有脾肿大。第一周末以后常可触到, 质软。肝肿大者占 $1/3$, 质软、有轻压痛。极少出现黄疸。

病程: 一般为 $4\sim 5$ 周。接受抗菌治疗或预防接种者病程可缩短。如有合并症或原有慢性疾病者病程可延长。

小儿伤寒特点: 发病急, 热型不规则, 常有呕吐、腹泻, 缓脉和蔷薇疹不多。病程较成人短, 症状较轻。脾大较少, 婴儿白细胞不一定下降, 合并肠出血、肠穿孔较少, 但合并支气管炎和肺炎者较多。

伤寒复发: 复发是伤寒病的特点, 复发率平均为 10% 。复发多在症状消失, 退热后 $1\sim 2$ 周由于病理过程之重复产生, 使症状再行出现。采用氯霉素治疗者, 复发可推迟至退热后 3 周, 或停药后 $5\sim 6$ 天。症状和初发一样, 一般较轻, 病程较短, 但偶有比第一次重者, 再用氯霉素仍然有效。

其复发原因是由于伤寒病愈后, 细菌仍藏于病灶中, 当机体抵抗力减弱时, 再度繁殖而使病重新发展。

【实验室检查】

(一) 血液检查:

1. 血常规: 白细胞减少, 嗜酸性粒细胞减少或消失。

2. 嗜酸性粒细胞直接计数: 疾病初期低, 随病情好转而增高, 病程中定期复查, 有助于病情和预后的观察。

3. 血培养: 病程第一周内阳性率最高, 若为阳性则可确诊。

4. 伤寒血清凝集反应(旧称肥达氏反应): 病程第二周开始凝集效价升高, “O”(菌体抗原)及“H”(鞭毛抗原)抗原的凝集价在 $1/80$ 以上有诊断价值, 在疾病过程中, 凝集价逐渐上升更有助于诊断。

(二) 骨髓培养: 适用于临床诊断有困难者, 阳性的机会较血培养为高, 且阳性持续时间亦较长。

(三) 粪便及尿液培养: 粪便培养于病后第二周末开始, 可为阳性, 且逐渐增高, 第 $3\sim 4$ 周最高。尿培养早期多阴性, 第 $3\sim 4$ 周约 25% 呈阳性。

【合并症】

(一) 肠出血: 常发生在病程的第三周左右, 出血可为隐血或大量出血。大量出血时出现休克现象, 应及时抢救。

(二) 肠穿孔: 是严重的合并症, 多在病程的第三周, 常先有腹胀、腹泻或肠出血等。穿孔处多在回肠末端, 症状是右下腹突然剧痛, 恶心呕吐、脉细速、全身出冷汗、血压下降、体温先下降, 不久即迅速上升, 出现腹膜炎症状。腹胀明显, 腹壁紧张, 满腹有压痛和反跳

痛，肝浊音界缩小或消失，X线见膈下游离气体，白细胞增高，应紧急手术处理。

（三）中毒性心肌炎：心率和脉率都快，第一心音减弱、血压偏低或心律失常等。

此外还有合并急性胆囊炎、支气管炎、支气管肺炎、尿路感染等。

【诊断与鉴别诊断】

本病的诊断主要依据临床表现和化验检查，流行病学的资料等。临床上于夏秋季节遇有持续发热一周以上，血象中白细胞总数又不高者均应想到本病的可能性。如伴有缓慢发病，稽留高热、相对缓脉、中毒症状及脾肿大、蔷薇疹等临床表现，即可诊断。而血清凝集试验阳性及血、粪、尿培养出伤寒杆菌时更可确立诊断。应与下列疾病相鉴别：

（一）粟粒性结核：有结核病史，热型不规则、脉细速、呼吸急促、神志一般清楚，胸部X线检查可见粟粒状阴影，血象白细胞总数及中性有增加。

（二）斑疹伤寒：是由立克次体所致的传染病。多发生于冬春季，起病急，突然高热伴有寒战，剧烈头痛，颜面显著充血，皮疹出现较早（病后4~6天），分布广且密集为其特点，常为出血性，按之不退。病程约二星期。血象示白细胞正常或稍高。

（三）恶性疟疾：有时可与伤寒相似，但每日体温波动较大，常有寒战，脾较大且硬，周围血液及骨髓中可找到恶性疟原虫。用抗疟治疗可使热度消退。

此外还应与败血症、高热型传染性肝炎、急性血吸虫病等鉴别。

【预防】

（一）加强饮食卫生管理，保护水源，管理粪便及消灭苍蝇。做到不吃不洁食物，养成不喝生水、饭前便后洗手的习惯。

（二）根据流行病学指征及重点人群，进行伤寒菌苗预防接种。

（三）控制传染源，病员要及时隔离治疗，一般隔离至症状消失后十二天。病员大小便、呕吐物及用具等可用漂白粉、生石灰或石炭酸等消毒。早期发现及治疗带菌者。对食堂、饮食业工作人员进行定期检查，如系带菌者应暂时更换工作，并进行治疗。

【治疗】

（一）一般治疗：伤寒病员应卧床休息，饮食宜吃流质或细软无渣食物，如米汤、豆浆、蛋汤、稀饭、烂面条。宜少量多餐，尤其在接近恢复期的时候，病员食欲增加，此时仍要忌吃坚硬食物，以免诱发肠出血及肠穿孔等合并症。高热病重时要加强护理，注意多给翻身及皮肤清洁，防止褥疮。

高热时可针刺大椎、曲池，也可用酒精擦浴，或额部冷敷。便秘病员禁用泻剂，可用生理盐水低位灌肠。腹泻时则饮食中应减少糖及脂肪食物，可用次碳酸铋或针灸治疗。腹胀时可针刺气海、足三里、也可用松节油腹部热敷。严重病例不能进食，应静脉滴注5%葡萄糖盐水，每日1500~2000毫升，另加维生素C 500~1000毫克。

“我们的责任，是向人民负责。”病程中应随时注意病情变化，特别于病程第3~4周，如出现体温、脉搏的突然改变，黑便、血便、或腹痛突然发生等，均表示有肠道合并症发生，应及时处理。

（二）单方、草药：

1. 葛根三钱、甘草一钱半、黄芩二钱、黄连二钱、水煎服。每日一剂。

2. 穿心莲（榄核莲）五钱至一两，水煎服，每日一剂。