

内 科 学

北 京 医 学 院

1974年6月

目 录

第一章 呼吸系统疾病

上呼吸道感染.....	1
急性支气管炎.....	3
慢性支气管炎.....	4
支气管哮喘.....	9
支气管扩张症.....	14
大叶性肺炎.....	16
肺脓肿.....	20
呼吸衰竭与慢性肺原性心脏病.....	22

第二章 循环系统疾病

心功能不全.....	33
休克.....	45
心律失常.....	51
心脏骤停.....	58
风湿病及风湿性心脏瓣膜病.....	62
冠状动脉硬化性心脏病.....	71
高血压病.....	79
心电图.....	86

第三章 消化系统疾病

胃炎.....	111
溃疡病.....	114
肝硬化.....	119
急性胰腺炎.....	130

第四章 泌尿系统疾病

肾小球肾炎.....	134
------------	-----

肾盂肾炎.....	139
肾功能衰竭.....	143
急性肾功能衰竭.....	143
慢性肾功能衰竭.....	146
第五章 造血系统疾病	
贫血.....	150
白血病.....	162
出血性疾病.....	173
第六章 内分泌腺代谢疾病	
总论.....	185
甲状腺机能亢进.....	189
地方性甲状腺肿.....	193
糖尿病.....	194
水、电解质和酸碱平衡失调.....	198
肾上腺皮质激素的临床应用.....	205
第七章 结核病	
肺结核.....	211
肺外结核（结核性胸膜炎、支气管结核、颈淋巴结结核、结核性腹膜炎、 腹腔淋巴结结核、肠结核、结核性脑膜炎）.....	223
第八章 中毒性疾病	
急性中毒总论.....	229
急性一氧化碳中毒.....	241
急性有机磷中毒.....	244

第一章 呼吸系统疾病

上呼吸道感染

上呼吸道包括鼻腔，咽喉及正气管。

凡细菌或病毒感染局限于上呼吸道者在临床上统称为上呼吸道感染。简称“上感”。

本病发病率高，部分患者可继发支气管炎、鼻窦炎甚至肾炎、风湿病等。某些急性传染病的早期，常有上呼吸道感染症状，若不仔细辨别易致误诊，因此必须积极防治上呼吸道感染，保证抓革命，促生产。

病因分类和临床表现：

绝大部分为病毒感染，约占70—80%；细菌感染仅占一小部分。

寄生于健康人的咽鼻部分病毒和细菌，平常并不引起炎症，但在机体抵抗力降低，如受寒淋雨后或局部血循环发生障碍的情况下，则原已存在的病毒或细菌生长繁殖致致炎症。

一、病毒感染

1. 普通感冒：又称伤风，急性鼻炎或上呼吸道卡他。

病原体为鼻病毒，冠状病毒、流感病毒、付流感病毒、腺病毒等。

受寒、淋雨常为诱发因素，因为受寒，淋雨可使鼻咽部粘膜血管收缩，局部抵抗力降低，易受病毒侵袭。发病率高，传染性强，直接通过飞沫或被污染的用具进行传播。全年均可发生，而以秋冬春三季为多，病愈后可获短暂的免疫力。

〔病理解剖〕

以鼻腔的卡他性炎症为主，水肿、充血，粘膜上皮细胞破坏并有中性粒细胞浸润；鼻腔内在初起时有粘液性分泌物；如有继发细菌感染时则有大量脓性分泌物。

〔临床表现〕

发病急，开始全身不适，稍有畏寒，鼻塞失嗅、流涕、打喷嚏，喉痛。一般不发烧或偶有低烧；有继发感染时一般也不超过39℃。有头痛、食欲减退。3—5天后鼻腔分泌物变稠变黄，全身症状消退。7—10天痊愈。

检查可见，鼻腔粘膜充血、水肿，有分泌物，咽部轻度充血，白血球正常或稍偏低。

并发症有急性鼻窦炎，中耳炎或颈淋巴结炎，喉炎等。

2. 以咽炎为主要表现的病毒感染：

如：疱疹性咽炎，咽结膜热，非细菌性咽炎。一般多见于儿童，在夏季较易流行。

二、细菌感染

病情较重，以溶血性链球菌为最多（占细菌感染的80%）。

其次为肺炎球菌，葡萄球菌、流感杆菌。

主要是咽炎和扁桃体炎。

临床上起病急，发冷、发烧伴有寒战，体温可达40℃，咽痛，吞咽时加剧，全身酸痛，

乏力、头痛、食欲减、精神差。

检查可见扁桃腺肿大、充血，表面有黄白色点状渗出物，颈部淋巴结肿大，有压痛，血白细胞 10,000—15,000，有粒细胞左移，个别患者“抗O”可增高。

病程5—7日。可并发扁桃腺周围脓肿，付鼻窦炎，中耳炎或败血症，偶可继发风湿病或肾炎。

〔诊 断〕

具备典型症状，如：发热、鼻塞、流涕、咽痛以及局部炎症改变，因而诊断并不困难。但病因诊断较为复杂，首先要区别病毒感染与细菌感染。

病毒感染时，血白细胞计数一般正常或稍低，粒细胞无核左移现象。

细菌感染时，血白细胞计数增多，一般全身症状较重，发热高，咽部渗出物较多，咽拭子可培养出致病细菌。

病毒感染时，一般体温不高或仅有低热，咽部轻度红肿而渗出物稀少。

咽部症状之伴有腹部症状者多由肠病毒引起，伴有眼部症状者应考虑为腺病毒感染。

〔鉴别诊断〕

1. 过敏性鼻炎；

临床表现极象伤风，起病急，持续时间短，发作性，喷嚏频作，鼻涕多，常伴有其他过敏性疾病如荨麻疹等。

2. 流行性感冒：

有流行情况，发病急，高烧，全身症状重，而上呼吸道症状并不很重。

3. 白喉：

起病较缓，咽部有灰白色伪膜，不易拭去，剥去后易出血，局部疼痛轻。咽拭子培养可协助诊断。

4. 咽峡炎：

咽部有污灰色坏死组织形成的伪膜，剥离后可见出血与溃疡，全身症状轻但局部疼痛重。伪膜涂片可见梭形杆菌与奋森氏螺旋体。

5. 许多急性传染病，如麻疹、脊髓灰白质炎、脑炎、流行性脑膜炎、斑疹伤寒等均可在患病初期有上呼吸道发炎症状。

要从流行状况与必要的化验检查，加以鉴别。

〔预后和并发症〕

一般预后良好。常短期自愈。个别可继发鼻窦炎、中耳炎、喉炎，支气管炎，肺炎或风湿病、肾炎等。

〔治 疗〕

症状重或体弱、年老者应卧床休息。多饮水，保暖，室内保持一定湿度。

发烧可服用解热镇痛剂，如阿斯匹林，复方阿斯匹林等。必要时可肌注安痛定，复方奎宁，百尔定等。也可口服羚翘解毒丸，桑菊感冒片等。

鼻塞可用1%麻黄素滴液。

咳嗽有痰可用止咳祛痰剂。

细菌感染时可考虑使用青霉素或磺胺类制剂。

急性支气管炎

〔定义〕

由于病毒、细菌感染或物理化学刺激所引起的气管和支气管的急性炎症。病程短，病理变化局限于粘膜层。病愈后支气管结构及功能可以完全恢复正常。如治疗不及时、不彻底，反复发病则可导致慢性支气管炎。

〔病因〕

发病与机体情况有密切关系。受凉和过度疲劳可削弱上呼吸道的一系列生理保护功能。因此，发病多见于寒季或寒区。

往往先有病毒感染如：鼻病毒、副流感、呼吸道融合病毒、腺病毒等。病后不久，可续发细菌感染，如流感嗜血杆菌或肺炎球菌。病毒是原发的致病因素，细菌是继发的致病因素。鼻窦炎、扁桃腺炎等感染分泌物吸入呼吸道内亦可引起本病。

物理化学性刺激，如过冷空气、粉尘及某些刺激性气体等也可引起此病。

〔病理生理与病理解剖〕：

正常人的支气管粘膜的纤毛和粘液的分泌对于吸入的尘埃及细菌等外界有害物质具有清除的功能。大于5微米的粒子都粘着在呼吸道壁的粘液分泌物上，凭借纤毛活动而排出。

进入细支气管或肺泡的细菌，可以被固定的或游离的吞噬细胞所吞噬，并通过溶菌酶的作用加以消灭。上呼吸道的分泌物中含有某种免疫球蛋白，可以抵抗某些病毒感染。全身性免疫功能对防御呼吸道感染起着更大的作用。

在外界刺激因子过强、机体抗病能力低下时，则自动清洁功能就发生了障碍，有利于细菌和其他有害因子的吸入。

在急性阶段，支气管粘膜充血，水肿，纤毛上皮细胞损害脱落，粘膜下层水肿，白细胞浸润和粘液腺肿大，分泌物增加。待炎症消退后粘膜结构和功能恢复正常。

〔临床表现〕

起病急，往往有上呼吸道感染的症状：如鼻塞、喷嚏、咽痛、声哑。全身症状轻微：可有畏寒、发热、头痛、全身酸痛、疲乏。

主要症状是咳嗽伴胸骨后酸闷感。初时，痰少，咯出不爽，1—2日后痰多，易咯出，由粘液转粘液脓性。

多在晨起或晚间变动体位或吸入冷气时咳嗽较重，有时，引起恶心、呕吐以及胸腹肌肉疼痛。伴有支气管痉挛时可有哮鸣和气急。

发烧，全身不适可在3—5日内消失；咳嗽咯痰可于2—3周内逐渐见轻，最后痊愈。

有阳性体征者较少。在后期，由于粘液分泌物在大中型支气管内停留时，可出现粗的干性囉音，有时咳痰后可减少或消失。

水样分泌物积留在小支气管时，则可听到小的湿性囉音。个别可闻到哮鸣音。

血白细胞正常或略有增加。

〔诊断和鉴别诊断〕

主要依靠临床表现。多种疾病，如肺结核、肺癌、肺炎、肺脓肿、麻疹、百日咳，急性扁桃腺炎等病均常伴有咳嗽、吐痰，有时与急性支气管炎相似，在临诊时应注意鉴别。

[中医辨证施治]

分风寒咳嗽和风热咳嗽二种。

风寒咳嗽：

咳嗽，白稀泡沫痰，畏寒无汗，舌苔白滑，脉浮。宜疏风散寒宣肺止咳。

[方例]：杏苏散加减：苏叶、荆芥、防风，杏仁、前胡，桔梗。

风热咳嗽：

咳嗽，痰黄而稠，发热畏风，口干咽燥，舌红苔黄，脉浮数。宜疏风清热宣肺化痰。

[方例]：麻杏石甘汤加减：

麻黄、杏仁、生石膏、前胡、桔梗，黄芩。咳重痰多加贝母、枇杷叶。

咳痰不爽，咽痛口渴发烧有汗，可服桑菊饮加减：桑叶、菊花、连翘、杏仁、桔梗、黄芩，桑白皮。

[新医疗法]

新针疗法：主穴为天突。痰多加丰隆；发烧加曲池；气喘加列缺透太渊。

[水针疗法]

当归液。

肺俞、足三里、喘息等穴。

耳针：平喘、肺、气管、肾上腺、皮质下等穴。

[防治]

“预防为主”。积极开展体育活动，增强体质。作健肺操或太极拳。进行耐寒锻炼，坚持冷水洗脸或冷水洗鼻。

用灭活卡介苗皮肤划痕法，可以增加机体抗病能力。用两手摩擦迎香、攒竹，每日二次可以减少感冒机会。做好劳动保护。大战三废综合利用变废为宝。

药物治疗针对咳、痰、喘、炎。

咳—镇咳：咳必清，甘草片，咳美芬。剧烈咳嗽影响休息，可间断服可待因15—30mg。

痰—使用祛痰药。氯化铵，碘化钾，止咳药水。

喘—氨茶碱、麻黄素等可松弛支气管平滑肌。

炎—有细菌感染则适当用磺胺类+增效剂，青霉素、链霉素或四环素族。

积极治疗上呼吸道慢性感染病灶。(TMP)

如全身症状重：发热、全身酸痛，可加服解热止疼药如：复方阿斯比林等。

要适当休息，保暖、多饮水。

慢性支气管炎

一、概 说：

慢性支气管炎是一种常见病、多发病，它严重地危害劳动人民的健康，影响抓革命，促生产，病程长期拖延可以续发阻塞性肺气肿或肺源性心脏病。

在毛主席的无产阶级卫生路线的指导下，我国广大医务人员近三年来，在防治慢性支气

管炎工作中，无论在病因、病理、诊断和防治诸方面都取得了新的成就。

二、病 因

本病为多因性疾病。有外因与内因。外因方面包括烟雾刺激，大气污染，气候变化，病毒与细菌感染，过敏等因素。内因即机体的抗病能力，特别是呼吸系统防御机构占有重要的地位。总之，这两方面彼此都不是孤立的。毛主席教导我们说：“外因是变化的条件，内因是变化的根据，外因通过内因而起作用”。因此，我们必须以机体的整体观念出发来看本病病因学问题。

现分别叙述于下：

(一) 理化刺激：

大量流行病学调查表明，在吸烟者中本病病例较不吸烟者多2—8倍，而且是吸烟越久，烟量越大则发病率越高，症状也越重。在停止吸烟后症状可以好转。但部分支气管炎患者从无吸烟历史的这一事实说明吸烟和本病虽有一定关系，但不是唯一的病因。

大气污染也是本病致病的重要原因。大气中的化学毒物、粉尘和刺激性烟雾等都能促使发病。在资本主义国家，情况极为严重。在我国，党和国家充分注意劳动保护，展开了战“三废”综合利用，从而大大地减轻了大气污染的危害。

(二) 感染因素：

正常人在鼻咽喉部，有多种细菌，其中已分离出来的就有21属以上。据我国近年来研究，慢性支气管炎痰中最常见的细菌为：流感杆菌、肺炎双球菌，溶血性链球菌与奈瑟氏球菌。据部分报告，前两种细菌似与本病的消长有一定关系，在急性发作时培养率显著增高，而经有效抗菌治疗后症状缓解，则痰菌亦行减少。

我国多处调查说明：本病的发生和发展与病毒感染似有重要关系。鼻病毒，流感病毒，付流感病毒，呼吸道融合病毒，腺病毒等均可引起发作。病毒感染能使正常呼吸道粘膜上皮发生变性坏死，有利于细菌的继发感染。

(三) 气候因素：严寒、多风等气候骤变也是支气管炎发病与发作原因之一。

三、病 理

本病病程悠久，在发生与发展过程中，急性发作与病情缓解交错出现，发生了一系列病理改变。

急性发作时常有支气管粘膜纤毛上皮细胞的损伤和脱落，粘膜上皮和下层有炎细胞浸润。腺体分泌功能亢进，粘液增多。

病初由于粘膜上皮细胞的再生修复能力较强，故损伤不严重，结构功能尚易复原。但反复发作则可引起粘膜上皮的局灶性增生和鳞状上皮化，少数并有萎缩性改变，病变的支气管壁多有充血、水肿和粘液腺及其周围的炎症细胞明显增多，腺管扩张。支气管粘膜纤毛上皮细胞的脱落，萎缩和鳞状上皮化，使纤毛功能减弱和消失。粘液或炎症渗出物易在支气管内潴留，极易继发感染。支气管的平滑肌及弹性纤维也遭到破坏。晚期年久并发阻塞性肺气肿或肺原发性心脏病。

临床病因普查证明，年龄越大，鼻及气管开口处粘膜苍白越明显。这种变化与年龄成平行关系，有明显的规律性，实验观察证明老年动物呼吸道粘膜上皮有变性萎缩现象，尤其是小支气管及细支气管更明显，提示老年人鼻及气管开口处粘膜苍白也是一种退行性变化。

青壮年动物摘除性腺后能使呼吸道粘膜向老年转化，摘除肾上腺能使气管壁发生明显的

炎性细胞浸润及易发肺内感染。

老年动物予以单一的肾上腺素治疗不能使呼吸道粘膜向青壮年转化，但能使粘膜上皮有增生修复现象；予糖皮质激素能使原有的气管壁炎细胞浸润及肺内感染减轻。

四、临床表现：

中年以上成人发病率高，但儿童也不少见。病程长久，几年、十几年，甚至几十年。开始得病时往往有感冒或急性呼吸道感染史。

症状主要为咳嗽与吐痰，在疾病后期，往往伴有气喘。

咳嗽吐痰，晨起最重。痰为粘液泡沫，有细菌间发感染时可吐黄脓痰。排痰不爽，可有胸闷气短。併发支气管扩张可咯出血痰。开始每届冬季发作，夏季缓解，随着病情发展，终年均可有嗽咳吐痰而以秋冬为剧。后期可併发哮喘，称为喘息型慢性支气管炎。

早期多无特殊体征，大多数在肺底部可听到湿性和干性囉音，症状好转后体征可消失。喘息性支气管炎发作时可闻及哮鸣音，缓解后消失，久病可有肺气肿体征。

五、诊断与鉴别诊断：

根据病史、症状、与体征所见，诊断不困难，要与下列疾病鉴别：

1. 肺结核：

活动性肺结核多有结核中毒症状：乏力，低烧，盗汗，食欲不振等。

X线和痰中查结核菌可作出诊断。

对于年轻慢性咳嗽患者一定不要轻易作出诊断，必须作X线检查除外肺结核。

2. 支气管扩张：

多数自幼即患慢性咳嗽。有反复咯血史。碘油支气管造影可资确诊。

3. 支气管哮喘：

发病年龄较青，主要为阵发性哮喘，咳嗽不剧，吐痰不多。常有过敏性疾病的个人或家族病史。在后期常并发慢性支气管炎。

六、防治

伟大领袖毛主席和党中央无限关怀人民的身体健康，在一九七一年号召广大医药卫生和科学研究人员对危害健康的感冒和慢性支气管炎进行积极研究，加强防治。一年多来据不完全统计，全国慢性支气管炎患者接受治疗者已达数百万。绝大多数获得了不同程度的疗效。

在防治原则上，既要看到局部，也要看到整体，一方面祛痰、平喘、止咳，解除症状，另一方面也要扶正培本，不断增强身体的抗病能力和防御功能。

防治办法，概括起来，主要是“炼”“御”“补”“消”

一、炼

(一) 全身锻炼；

散步，体操，太极拳。因人而异，量力而行。

(二) 呼吸锻炼；

要求肌肉放松，取舒适坐位（或卧位）闭口经鼻进行缓慢深长的腹式呼吸，每次十分钟左右，每日1—3次。

(三) 耐寒锻炼

从夏季开始每日用冷水洗脸；可能时洗冷水浴。年老体弱久病者，可仅用冷水洗鼻。按摩迎香穴及攒竹穴。

二、御；

（一）御寒：

在冬季外出戴口罩，加颈巾，胸前后背不要受凉。

（二）御燥：

平时多饮水，地面洒水，炉上煮水。

最好每日在晨起睡前吸入水蒸汽十分钟。说服病人戒烟。

（三）防菌：

慢性支气管炎容易复发，大多数原因是由于受寒感冒或细菌感染。可定期用食醋熏蒸（一般房间半斤醋即可）。注意口腔卫生。

三、补

久病则虚。在医生指导下服用健脾益肾中药或其他增强体质的有效药物或方法，减少复发。也可长期注射（或喷雾）哮喘菌苗或使用灭活卡介苗进行皮肤划痕。

四、消

冬季症状复发时要及时治疗。

根据情况应用祛痰、平喘、镇咳，消炎药物。发作期治疗重点在于控制感染。

（一）中草药治疗：

近年来发掘了多种治疗慢性支气管炎有效的中草药，一九七三年全国防治慢性气管炎工作会议，肯定了七种药物的疗效，交流了十二种有效药物。各地又带来了一批有希望的药物共一百七十种，经过反复研究比较推选出矮地茶、黄花杜鹃、紫花杜鹃、杜鹃油、复方阴阳莲、复方小叶枇杷、洋金花、卜白合剑、蔊菜素、芸香草等。这些药物的疗效都比较高。近期有效率约80%，有的达90%以上，显效率约30—40%左右。主要是止咳、祛痰作用较好，部分药平喘效果好，个别还有消炎作用，大多副作用小，而且药源广，经济方便，容易推广。

（二）中医辨证论治：

基本同急性支气管炎分型及治疗。

此处从略，

（三）抗菌治疗

可选用青霉素、链霉素、四环素、土霉素或磺胺类药物；个别可用庆大霉素、金霉素。氯霉素及合霉素虽对本病抗菌效能很好，但由于其骨髓抑制作用，不宜轻易使用。

实践证明下面药物对本病急性发作效果颇佳：

1. 复方新诺明片：（即SMZ + TMP合制）

成人每日两次，每次二片，首次加倍服。个别有过敏反应，消化道刺激，老年及肾功能较差者可酌情减量。

2. 强力霉素：

成人首次0.2g，以后每日0.1g；必要时每日0.2克。

付作用小，偶有胃肠道反应，饭后服可减轻。

3. 甲磺霉素：氯霉素的新衍生物，对骨髓造血细胞毒性较小，并有一定的抑制免疫反应用，口服每日3次，每次0.5g。

4. 金莲花片，是采用毛茛科金莲花属植物金莲花的花茎提取加工制成。试验证明抑菌谱比较广，每日三次每次3—4片。

(四) 镇咳祛痰药物：

合理应用镇咳祛痰药物极为重要，不宜单用镇咳药物，否则可致痰液不能咯出反而加重感染。一般止咳药水均为镇咳祛痰药物复方合制：棕色合剂，咳必清糖浆，吐根糖浆、远志糖浆、枇杷露等种类较多。

如痰粘稠咳出不爽可考虑用胰脱氧核糖核酸，每次4万—8万单位 稀释成3—5毫升后气雾吸入。

痰易净，可配成10—20%浓度，喷雾吸入。

如有支气管痉挛，可与适量0.5%异丙基肾上腺素合用。

(五) 平喘药物：

适用于喘息型或并发肺气肿者

氨茶碱，麻黄素，复方茶碱，喘息定，喘乐宁，新气喘宁喷雾剂等药物种类较多，但应注意药物作用及禁忌症。

肾上腺皮质激素可改善喘息型病员的肺通气功能，但由于副作用较多，故在顽固哮喘而其他药物疗效不佳时才考虑短程应用。

附：慢性支气管炎临床诊断、分型与分期标准

一、诊断标准：

1. 慢性气管炎临床以咳嗽、咯痰为主要症状或伴有喘息。
2. 咳嗽，咯痰或伴喘息反复发作，每年患病至少三个月，并持续两年以上。
3. 排除心肺其他疾病引起的咳嗽、咯痰，喘息症状。（如肺结核，尘肺，肺脓疡，支气管哮喘，支气管扩张，心脏病等）。

二、西医分型分期

1. 分 型

- ① 单纯型慢性气管炎：诊断符合慢性气管炎的标准具有咳嗽、咯痰二项症状。
- ② 喘息型慢性气管炎：符合慢性气管炎诊断标准，具有喘息、咳嗽、咯痰三项症状并经常出现哮鸣音者。（单纯型在急性发作期也可出现少数哮鸣音，不列为此型）

2. 分 期

- ① 急性发作期：指在2—3天内出现脓性或粘液性痰，痰量明显增加，可伴有体温升高等其他炎症表现；或2—3天内咳、痰、喘症状任何一项加剧至重度者。
- ② 慢性迁延期：指病人有不同程度的咳、痰、喘经常波动，迁延不愈，或急性发作期咳、痰、喘、炎一月后仍未恢复到发作前水平。
- ③ 临床缓解期：指病人经治疗或自然缓解，症状不达轻度达三个月者。

三、中医分型：

1. 虚寒型：痰多色白清稀，四肢背部冷感，尿频或尿失禁，或动则气喘更甚，腰酸腿

软，口淡不渴，喜热饮。舌质胖嫩，苔白滑润，脉沉细无力。

2. 痰湿型：痰多色白，或稀或稠，脘闷，气短，肢体困重，口淡发粘，食少腹胀，大便溏。舌苔白腻，脉濡滑。

3. 痰热型：痰黄粘稠，胸满气粗，口渴喜冷饮，小便黄，大便秘，发热或不发热。舌苔黄或白黄，脉弦滑或数。

4. 肺燥型：干咳，无痰或少痰，痰粘连成丝，不易咯出，口鼻干燥，大便干。少苔或无苔，舌质红少津，脉细弦或数。

支 气 管 哮 喘

支气管哮喘是城乡各地常见的过敏反应性疾病，主要症状为呼吸困难并在延长的呼气过程中，伴有明显的象吹笛样的哮鸣音。症状发作较急，缓解亦速。

[病因与发病原理]：本病为过敏反应性疾病。“外因通过内因而起作用”。本病患者多具有过敏“素质”。不少患者在幼时曾患婴儿湿疹；在约50%患者中近亲有过敏反应历史。具有过敏“素质”者，在经与外界某些致敏物质接触后，可以逐渐产生过敏反应性；在再次接触那些致敏物质后即可引起过敏反应疾患。

致敏物质中，风媒花粉较为常见；其次为屋尘、霉菌孢子、动物羽毛等。据近代研究，螨及其代谢产物可能是屋尘致敏因素之一。个别患者可能对某些药物过敏。少数婴儿或儿童患者还可由于食入蛋类或奶品而发生哮喘，但仅由食物引起者极为少见。不少患者并无明确的致敏物质；也有不少患者可能对许多物质过敏。这种由于对致敏物质过敏而引起的哮喘称为过敏性哮喘。

反复的呼吸道病毒或细菌感染，也可诱发哮喘，称为感染性哮喘。细菌或病毒蛋白可能是致敏抗原，但发病原理尚待阐明。

因此，支气管哮喘一般在临床上可分为两型：一型为过敏性哮喘；另一型为感染性哮喘。前型属于免疫性疾病；后型的发生原理尚待阐明。

有人提出支气管哮喘是支气管系统一种“超反应”病态形式，支气管对外界的或机体内在的刺激高度敏感，易致“激惹”。多种刺激中，诸如气候变化、感染、内分泌代谢障碍、甚或精神因素均可引致发作；抗原—抗体反应（过敏反应）不过是诸种因素中一个方面。

过敏性哮喘是抗原（过敏原）与抗体相互作用引起的一系列病理生理反应。抗原大部分是蛋白质；少数也可作为高分子量（一般在10,000以上）多糖类、类脂多糖复合物或类脂多糖蛋白质复合物。抗原进入人体后产生相应的抗体。后者附着于肥大细胞的表面，在再与特异抗原接触时，抗原—抗体反应激发肥大细胞脱颗粒，释放诸种引致哮喘的物质，如组织胺、慢性反应物质（SRS-A）等。

哮喘的发作，还与高级神经活动有关。激动、紧张、焦虑，均可诱发或加重哮喘。

在反复发作的过程中，一些非特异因素，如刺激性气体、油味、寒冷、过劳等均可诱发发作。不同患者或同一患者在不同时期可有不同的诱发因素。

在哮喘发作时，主要的病理生理改变是支气管狭窄。后者发生的病理基础为：

1. 支气管平滑肌痉挛：为导致支气管狭窄之主要因素。肺功能检查证明在哮喘发作时支气管阻力增加；在使用支气管舒张剂后，阻力明显下降。哮喘患者之离体肺叶，在与特异

抗原接触时支气管平滑肌仍可出现收缩现象。尸解发现，哮喘患者支气管平滑肌增生肥厚。这些都直接、间接地证明支气管平滑肌痉挛是哮喘发生的重要原因。

2. 支气管粘膜肿胀：常与过敏反应同时存在。可能由组织胺所引起。

3. 支气管内粘液阻塞：哮喘患者支气管粘液腺与杯状细胞增多，粘液分泌亢进。同时在哮喘发作时，支气管粘膜水分不足或支气管平滑肌痉挛更可使排痰困难而致粘液壅塞，甚至形成痰栓。

以上三种变化的综合作用，导致了支气管，特别是小支气管普遍狭窄。

支气管管径一般随呼吸而改变，吸气时增大，呼气时缩小。正常人在呼气时支气管管径虽然有所缩小，气体尚能畅通无阻。但在小支气管发生普遍狭窄时，支气管管径，在呼气时将更为缩小，因此呼气明显延长与极度困难。当气体通过非常狭窄的小支气管时，在呼气时就会产生似吹笛音的哮鸣音。由于呼气困难，肺内可出现一时性肺气肿。又由于通气障碍，余气增多，肺内氧量不足，血红蛋白氧合障碍而出现青紫。反复发作，持续多年，最后可导致永久性肺气肿。

〔症状与特征〕

一、先驱症状：大多数哮喘患者，在发作前可有先驱症状，预感哮喘即将发作。不同患者可有不同的先驱症状。较常见的有：打喷嚏、流鼻涕、鼻内发痒、喉痒、胸闷、气憋等。先驱症状持续时间一般仅几分钟。感染性哮喘的先驱症状常为上部呼吸道感染症状。

二、哮喘发作时临床表现：过敏性哮喘的典型发作常常突然开始，骤然消退。开始，胸部胀闷，呼吸困难，尤以呼气时为甚。发作时，不能平卧，两手撑腰或两手扶腿，采取有助于呼吸的姿态。胸部膨隆，所有辅助呼吸肌，如鼻翼、颈、两肩、腹肌等，都参与活动。呼吸时发出哮鸣音，甚至距患者较远，亦可听到；咳嗽短少而无力，痰粘稠而咳不出。发作时间，轻者几分钟，重者可达数小时。哮喘持续达数日之久者称为“哮喘状态”。在发作将停时，开始咳嗽，排出粘稠痰液，胸部舒爽而喘亦停止。

感染性哮喘患者，发作缓渐，开始往往有上部呼吸道感染：发热、咳嗽、咳痰、咽痛。不久，大约1—2日或3—4日后，哮喘发作。哮喘发作情况与过敏性哮喘大致相同。哮喘持续时间较长，可达数日或数周。在发作期间，症状时轻时重。哮喘缓解后，呼吸道炎症仍可持续数日。

在我国，感染性哮喘比较多见。两型有时不易区别。少数患者，早期为典型的过敏性哮喘，而在长期反复发作的过程中，由于合并有慢性呼吸道感染，可在后期逐渐转变为感染性哮喘。

三、体征：发作时，患者一般取坐位，全身出汗，神情紧张。唇、指甲呈现青紫。颈静脉于呼气时怒张。胸呈桶状，二侧对称。叩诊：全胸呈过清音，肺底低位，为在12胸椎以下，肝浊音界可下降至第7肋间，心浊音界不易叩出。听诊：呼吸音减弱，呼气延长，伴有哮鸣音。在感染性哮喘患者，除了哮鸣音外，还可在两侧胸部，特别是两下胸部听到湿性啰音（由支气管感染引起）。

四、实验室检查：痰呈粘液性，涂片可见大量嗜酸性粒细胞。血白细胞总数可以稍增，有时嗜酸性粒细胞的百分值增高。

〔合併症与续发症〕

一、支气管炎：为支气管哮喘常见的合併症或续发症。

二、自发性气胸：患者可突然出现呼吸困难与明显青紫。病侧呼吸音明显减弱。

三、慢性阻塞性肺气肿：早期仅在哮喘发作时出现暂时性肺气肿。历时长久，在病程后期，常可合并永久性肺气肿。

四、肺炎与肺不张：少数哮喘患者，有时可以屡次出现游走性肺炎或肺不张，常伴有嗜酸性白细胞增多或咳出支气管管型。

五、慢性肺原性心脏病：见“呼吸衰竭”章。

[诊断与鉴别诊断]

支气管哮喘的诊断，并不困难。来去突然的呼吸困难与在胸部出现的普遍性哮鸣音，是支气管哮喘临床诊断的重要根据。在缓解期间，可根据既往的典型发作作出诊断。

病因诊断较为困难。过敏原，在大部分患者中难以确定。目前习用的皮肤敏感试验，毁誉参半。少数患者确实经皮肤试验找到致病的过敏原，并经脱敏疗法而获愈。但大部患者，虽然经用多种抗原的多次试验仍然难以确定。室尘、羽毛、花粉、孢子等均可制成试液，注入皮内。阳性时，于注入后 10—20 分钟出现荨麻疹样红斑，于 1—1½ 小时后消退。皮肤试验阳性，固然有助于病因诊断，但也可见于正常人。皮肤试验，有时可以诱发严重哮喘，必要时可预先备好肾上腺素，以应急需。

支气管哮喘应与下列疾患鉴别：

一、心源性哮喘：常见于左心衰竭。常有夜间阵发性呼吸困难，发病急，伴有哮鸣音，有时与支气管哮喘相似。心源性哮喘，多见于老年，伴有心脏病的其它表现。发作时，咳嗽频繁，咳出泡沫或血泡沫，肺底有大量的湿性囉音。*(左心衰竭造成肺部郁血)*

二、慢性支气管炎：慢性支气管炎患者，在病程后期常合并哮喘，临床上称为喘息型慢性支气管炎。在与支气管哮喘鉴别时，要注意了解疾病发展的全过程。支气管哮喘伴有呼吸道感染症状者，如感染性哮喘，其感染症状与哮喘发作的发生年月相同，而喘息型慢性支气管炎则每每先有多年的咳嗽、咳痰，到了后期才合并哮喘。感染性哮喘多见于青年，而喘息型慢性支气管炎则较常发生于老年。

三、支气管肺癌：癌肿可以压迫气管或支气管形成狭窄，特别在续发呼吸道感染时，临床上可出现咳嗽、哮喘等症状，易与支气管哮喘混淆。支气管肺癌多见于老年，病程较短，肺内哮鸣音多呈局限性。应进行 X 线检查或其他试验室检查加以确诊。

[防治方法]

首先分别将常用方法，叙述如下：

一、脱敏疗法：对少数过敏性哮喘患者有一定的疗效。脱敏浸出液主要为风媒花粉、螨或屋尘。浸出液有三种浓度： $\frac{1}{5000}$ ， $\frac{1}{1000}$ ， $\frac{1}{100}$ 。用法：每周皮下注射一次，每次剂量依次为：0.1，0.2，0.3，0.4，0.5 毫升。自 0.5 毫升以后即改用高一级的浓度液，并再自 0.1 毫升开始注射。剂量由小到大，浓度自稀到浓。15 针为一疗程。

脱敏疗法宜于好发季节前 2 个月开始。于注射 24 小时后，若有发热反应或症状增重现象时，下次不应再用原液，应将原液用生理盐水稀释 10 倍后再用，剂量同前。

脱敏机理可能由于多次微量的过敏原注射引起的封闭抗体（在支气管哮喘，可能为 IgG）所致。封闭抗体阻止过敏原与 IgE 相结合而达到防止发作的目的。

二、促肾上腺皮质激素与肾上腺皮质激素疗法：促肾上腺皮质激素（简称促皮素）或肾上腺皮质激素（简称激素），较常用于哮喘患者，特别是严重患者。促皮素或激素可以缓解痉挛、消除炎症与减轻水肿。

常用制剂为：强的松（prednisone）或强的松龙（prednisolone）。

激素疗法在治疗哮喘问题上有较迅速地取得疗效的一面，也有在长期使用过程中可能出现的较为严重的副作用的另一面。因此，在决定使用的当时，应权衡利弊。对确实需要的重症患者，可在短期内应用大量；取得疗效后逐步减量。大量可致速效；短期可免副作用。一般重症患者可即刻服用强的松 10 毫克；以后在两日内，每 6 小时服用 5 毫克。症状减轻后，可于第三日起每三日减 5 毫克。极重患者，剂量要大。开始即刻服用强的松 15 毫克；以后在两日内，每 6 小时 10 毫克。减量方法同前。个别患者还可在 12 小时内静脉点滴氢化考的松（Hydrocortison）400—600毫克。

顽固患者确有长期服用激素的需要时，在决定使用之前，应进行了解服用激素后患者究竟能否取得缓解痉挛的作用。较为简易的方法是在每日服用强的松（5 毫克，日 4 次）的过程中，逐日测定时间肺活量，持续一周。若激素仍然有效，时间肺活量必然逐日增加。在这种情况下，可以嘱患者服用。但剂量不宜过大，每日 5—15 毫克；同时还应告诉患者在服用过程中可能出现的副作用。为了减免副作用，可以使用“间歇”服法，每隔日一次（10 毫克，分两次服用）或每 3 日一次。在发作时可以短期增量。有继发感染时，应加用抗菌药物。

在长期服用激素的过程中，除了水肿、痤疮、高血压外，应特别注意的副作用尚有：

1. 脱钙：轻伤可致骨折。
2. 溃疡病：可加用制酸剂。
3. 糖尿病
4. 结核病：有时中毒症状不明显，易漏诊。
5. 肾上腺皮质功能衰竭：常见于严重感染，外伤或手术过程中。应迅速增加激素用量。

三、哮喘菌苗疗法：哮喘菌苗是从患者痰中分离出来的常见细菌，经过灭活处理，制成含有一定菌量的液体。常用细菌为：甲型链球菌、奈瑟氏球菌与白色葡萄状球菌。每毫升含菌 6 亿个。除上述细菌外，还有肺炎球菌、流感杆菌等。

使用方法：于好发季节前 1—2 个月，每周皮下注射一次，每次剂量自 0.1 毫升起，每周递增 0.1—0.2 毫升，直至 0.5—1.0 毫升后作为维持量。

长效菌苗，每毫升含菌 9 亿，每 3—4 周深部皮下或肌肉注射一次。使用方法，从 0.1 毫升起，依次递增为 0.3，0.5，0.7 毫升。0.7—1.0 毫升为维持量（成人）。

菌苗疗法，据报告，有效率可达 80%，其中基本控制率为 16.7%，显著好转率为 36.9%。

菌苗作用机理在于增强机体的一般抵抗力，从而减少呼吸道感染的机会。对感染性哮喘疗效较为满意。

使用菌苗疗法，必须坚持不懈，一般在 8—10 针以后方能出现疗效。有效时宜持续应用 1—2 年或仅于好发季节前使用 2—4 个月。一般并无严重的副作用。少数患者在注射当晚出现低热，甚至激发哮喘，经一般处理即可痊愈。有反应者，在下次注射时应减量或稀释 10 倍后同量注射。有中度或重度发作或发热在 38℃ 以上时，宜暂停。有活动性结核或肝炎者不宜用。

四、中医药疗法：根据中医理论，在发作期宜祛邪宣肺、豁痰利气以平喘，根据寒、热辨证选用下列处方：

1. 寒型：小青龙湯加減：麻黃、桂枝、細辛、五味子、干姜、白芍、射干、半夏。
2. 熱型：麻杏石甘湯加減：麻黃、杏仁、生石膏、銀花、連翹、射干、貝母。

痰粘難咳，加海蛤壳、海浮石。

病久，不僅肺氣大傷，而且影響脾、腎。宜補肺、健脾、益腎。可採用下列處方：

1. 肺虛型：玉屏風散加味：黃芪、防風、白朮、桂枝、白芍。
2. 脾虛型：六味湯加味：黨參、白朮、茯苓、陳皮、半夏、炙甘草、炒谷麥芽。
3. 腎虛型：偏陽虛者宜溫腎納氣，偏陰虛者宜滋陰補腎。溫腎納氣用金匱腎氣丸或河車大造丸。滋陰補腎用六味地黃丸或大補陰丸。

五、介質釋放抑制劑：目前較有希望的藥物為色甘酸二鈉(Disodium cromoglycate)。其藥理作用並非直接地緩解痙攣而是通過在抗原抗体相互作用後抑制或阻止介質(組胺等)的釋放，因而間接地防止支氣管痙攣的發生。一般採用噴霧法，每次20毫克。作用持續6小時左右。一日可噴4次。

六、症狀療法：

1. 腎上腺素，1%在急性發作時，即刻皮下注射0.3毫升。根據病情，以後每15—30分鐘重複注射一次(每次0.2毫升)，直至發作緩解為止。腎上腺素收效迅速而持續短暫。

2. 麻黃素：口服或皮下注射，每次0.03克，每4—6小時一次。作用時間較長，可與腎上腺素合用。

3. 氨茶碱：一般口服，每次0.1—0.2克。重症患者可採用靜脈點滴，將0.5—1.0氨茶碱溶于5%葡萄糖液500毫升中，緩慢滴入。也可採用肌肉注射法，氨茶碱0.5克，加2%普魯卡因2毫升。有時可在臨睡前將氨茶碱0.5克溶于20—30毫升淨水中進行保留灌腸。

4. 麻氨合劑：含麻黃素(0.03克)、氨茶碱(0.1克)、魯米那(0.015克)。對一般患者可收到緩解痙攣作用。

5. 異丙基腎上腺素：常用於噴霧，1—2%，有緩解痙攣作用，但長期使用可興奮心肌，導致心動過速，或其他形式的心律不齊。

異丙基腎上腺素噴霧液內，加入少量阿托品，療效較好。

6. 羟甲叔丁腎上腺素(嗽必妥)，間羟叔丁腎上腺素，夜羅寧，二羟丙基茶碱等。

7. 地龍，具有緩解平滑肌作用。商品名喘舒寧。

8. 洋金花，含有東莨菪碱與阿托品。可用於薰煙療法，也可口服洋金花葉，2分，水煎液。

9. 針灸：大椎，合谷，尺澤，喘息、定喘。也可選取耳穴：平喘、交感。

10. 輸氧：有嚴重缺氧時，可考慮輸氧。注意事項見“呼吸衰竭”章。

11. 祛痰：參考“呼吸衰竭”章。

12. 控制感染：使用適宜的消炎藥物。

臨床應用與實施方法：

一、首先要全心全意為人民服務，對患者之緊張、不安、焦慮與恐懼應進行耐心的思想工作，解除患者之精神枷鎖，建立信心，增強鬥志。

二、先驅症狀的“預防”性治療

1. 過敏性鼻炎：

- ① 鼻翼按摩：用拇指背側，在鼻翼兩旁上下按摩，每次3—4分鐘。

- ② 針刺迎香穴

③ 1%麻黄素滴鼻。

④ 扑尔敏，4毫克，口服，日三次。

⑤ 苍耳子五钱、薄荷二钱、路路通五钱，每日一剂，水煎服。

2. 胸闷、胸憋：为哮喘发作前时常出现的症状。要解除紧张、恐惧，放松全身肌肉，静坐，进行缓慢而均匀的深呼吸运动。舌下含化异丙基肾上腺素片或进行异丙基肾上腺素喷雾。

3. 呼吸道感染：病毒感染时，可用板蓝根、大青叶、贯仲等药。细菌感染时，可用紫花地丁、蒲公英、银花、连翘等，也可青霉素等抗菌素。

三、支气管哮喘综合性疗法：对哮喘患者要进行综合疗法：既照顾发作期，也要照顾缓解期；既有缓解症状的速效措施，也要有扶正固本的增强方法；既注意局部，也要注意正体。

对哮喘患者，特别是感染性哮喘患者，可使用菌苗（方法见前）。在缓解期，应根据具体情况服用扶正固本中药，每年于好发季节前两个月开始服用，持续2—3个月。哮喘发作季节性不强，可每季服用1个月。平常应进行体育锻炼，增强体质，包括深呼吸运动，改善肺功能。方法：每日定时进行缓慢深长的腹式呼吸，每次3—4分钟。在发作期，应根据情况选用适宜的对症药物（见前）。

以上综合疗法适用于一般性哮喘患者。

四、哮喘状态的处理原则：哮喘状态，常常见于：1. 由于体内水分不足（多汗，少饮、呼吸频数），痰液粘稠，甚至在部分支气管内形成痰栓，加重哮喘症状，2. 呼吸道感染，3. 自发性气胸或肺不张，4. 呼吸性酸中毒。

首先使用大剂量皮质激素。为了夺取速效，与激素使用的同时，使用肾上腺素或氨茶碱静脉点滴。应进行输液、输氧。有酸中毒时，可使用碳酸氢钠，静脉点滴。

要注意有无自发性气胸。有气胸时，应进行抽气减压。有继发感染，应进行有效的消炎疗法。应注意祛痰，个别严重患者，可采用气管切开或通过气管插管吸痰。

支气管扩张症

支气管扩张症是支气管及其周围肺组织由于慢性感染，损伤管壁，使管腔局限性扩张和变形，分泌物潴留与排出障碍。多开始于儿童和青年。主要症状有慢性咳嗽、大量吐痰和反复咯血。

〔发病机理与病理变化〕

支气管扩张症的发生与下列因素有关：

一、支气管及其周围肺组织感染，续发管壁损伤：常由于在幼儿时期患麻疹、百日咳、流感后续发支气管肺炎引起。在长期的炎症侵蚀下，支气管粘膜以及粘膜下组织包括平滑肌、弹力纤维等，均遭到不同程度的破坏，最后被纤维组织所代替，以致损伤局部的管腔逐渐扩张。管腔内的粘膜，由于慢性炎症，有肉芽组织增生及静脉曲张，支气管动脉和肺动脉的终末枝常有扩张与吻合，有的毛细血管扩张形成血管瘤。

二、支气管狭窄：可由于支气管内阻、外压、痉挛或瘢痕收缩引起。在狭窄局部，进气尚易，出气较难，特别是在咳嗽的当时，在远端支气管内，气量急剧增加，内压增高，在持