

内 科 学

(试 用 教 材)

中山医学院 内 科 学
传染病与流行病学 教研组合编

内科疾病

目 录

第一章 呼吸系统疾病	(1)
第一节 支气管炎.....	(1)
第二节 支气管哮喘.....	(7)
第三节 支气管扩张症.....	(13)
第四节 肺气肿.....	(17)
第五节 大叶性肺炎.....	(21)
第六节 肺脓肿.....	(27)
第七节 肺结核.....	(31)
第八节 结核性胸膜炎.....	(44)
第二章 消化系统疾病	(48)
第一节 溃疡病.....	(48)
第二节 门脉性肝硬化.....	(57)
第三节 急性胰腺炎.....	(65)
第四节 肠结核.....	(70)
第五节 结核性腹膜炎.....	(72)
第三章 循环系统疾病	(75)
第一节 心力衰竭.....	(75)
第二节 心律失常.....	(88)
第三节 风湿热.....	(102)
第四节 慢性风湿性心瓣膜病.....	(110)
第五节 亚急性细菌性心内膜炎.....	(121)
第六节 慢性肺原性心脏病.....	(125)
第七节 高血压病.....	(131)
第八节 冠状动脉粥样硬化性心脏病.....	(140)
第九节 心包炎.....	(150)
第四章 泌尿系统疾病	(153)
第一节 慢性肾小球性肾炎.....	(153)
第二节 肾盂肾炎.....	(162)
第五章 血液系统疾病	(169)
第一节 贫血概述.....	(169)
第二节 缺铁性贫血.....	(173)
第三节 再生障碍性贫血.....	(175)

第四节	血小板减少性紫癜·····	(182)
第五节	白血病·····	(185)
第六章	内分泌系统疾病 ·····	(193)
第一节	地方性甲状腺肿·····	(193)
第二节	甲状腺功能亢进·····	(196)
第三节	肾上腺皮质功能减退症·····	(202)
第四节	糖尿病·····	(211)
第七章	关节疾病 ·····	(221)
	类风湿性关节炎·····	(221)
第八章	中毒性疾病 ·····	(227)
第一节	急性中毒总论·····	(227)
第二节	急性安眠药中毒·····	(234)
第三节	氰化物中毒·····	(236)
第四节	毒蕈中毒·····	(238)
第五节	毒蛇咬伤·····	(240)
第九章	职业病 ·····	(249)
第一节	矽肺·····	(249)
第二节	急性有机磷中毒·····	(254)
第三节	高温和中暑·····	(260)
第四节	铅中毒·····	(263)
第五节	汞中毒·····	(267)
第六节	苯中毒·····	(271)
第七节	汽油中毒·····	(275)

第一章 呼吸系统疾病

第一节 支 气 管 炎

(Bronchitis)

支气管炎是常见的呼吸系统疾病，全年均可发生，以冬季及气候冷热多变的季节较常见。男女老少都可得病，小儿、老年人及体弱者，患病后易并发支气管肺炎。支气管炎按其发病情况、病程长短及支气管的病变性质，分为急性和慢性两种。本节重点讲述慢性支气管炎。

过去，在反革命修正主义卫生路线的干扰下，根本不重视这种常见病的防治；无产阶级文化大革命后，毛主席的革命卫生路线得到落实，在全国范围内开展了对慢性支气管炎的群众性防治工作，取得了可喜的进展。今后，还要不断努力，为彻底防治慢性支气管炎而奋斗。

急性支气管炎

(Acute Bronchitis)

【病因和病理改变】

急性支气管炎系全身抵抗力或呼吸道粘膜局部抵抗力降低时，由细菌或病毒感染所致，也可因吸入空气中刺激性气体或粉尘等而引起，病因比较复杂，可归纳如下：

一、感染：多由上呼吸道感染引起，开始常为病毒感染，继受细菌侵袭。常见的致病菌有肺炎双球菌、卡他双球菌、流感杆菌、链球菌、葡萄球菌等。

二、物理或化学刺激：如吸入刺激性气体、粉尘、烟雾等。

三、气候改变：风、寒、热、燥等气候环境的突然变化。

病理改变为支气管粘膜充血、肿胀、纤毛上皮脱落和白细胞浸润，支气管管腔初时有粘液分泌物，以后转为粘液脓性。在一般情况下，病变很少侵犯支气管壁的深层组织，亦不波及支气管周围组织，病愈后可以完全修复。若急性支气管炎反复发作，迁延不愈，则可变成慢性支气管炎。

【临床表现和诊断】

一、症状：多数先有上呼吸道感染症状，继而出现咳嗽、咳痰、发热和全身不适。起初多为干咳，伴胸骨后紧迫感或钝痛，1~2天后可咳出粘液性痰，剧烈咳嗽时甚

至可带少量血丝，随着炎症的发展，炎性分泌物增加，可咯出粘液脓性痰，发热高低不等，全身症状多于3~5天内减退，但咳嗽和咯痰往往延续2~3周，然后逐渐消失。

二、体征：一般无特殊体征，或有咽充血、肺呼吸音粗糙，偶可闻干性罗音。炎症侵犯细支气管时，可听到少量湿性罗音。痉挛性支气管炎时可有类似哮喘的表现，肺部听诊可闻广泛性的干罗音。

急性支气管炎时，白细胞计数及分类多数无明显改变，病情较重者（如毛细支气管炎），血白细胞数可轻度升高。X线胸部检查无特殊发现。

急性支气管炎根据症状和体征即可作出诊断。起病初期要与上呼吸道感染和流行性感冒鉴别：前者有咽红、扁桃体肿大，无咳嗽、咳痰症状（或有咽喉部作痒干咳）；后者则全身症状明显。急性细支气管炎与支气管肺炎有时不易鉴别，需详细检查和观察才能加以区别。

【预防和治疗】

预防着重加强锻炼，增强对气候突变的适应能力，积极预防和治疗上呼吸道感染，改善劳动卫生，防止刺激性气体、粉尘对呼吸道的刺激。

一、中医辨证施治：本病是由于外邪侵入，致肺热痰盛，故治疗宜宣肺化痰、利气镇咳，根据辨证进行治疗。

（一）风寒型：为急性支气管炎的早期症状，有恶寒、发热、流涕、咳嗽、痰稀色白、喉痒声重、口淡不渴、舌苔薄白、脉浮紧等表现，治宜疏风散寒、宣肺化痰，可选用：

1.杏苏饮（杏仁、苏叶、前胡、炙甘草、桔梗、半夏、陈皮、枳壳、大枣、茯苓、生姜），每日一剂，水煎服。

2.旋覆花、荆芥、甘草、姜半夏、苏叶、桔梗、前胡，水煎，上、下午分服。

（二）风热型：为急性支气管炎的后期症状，有发热、头痛、咳嗽、痰稠黄、口渴、咽痛、舌苔黄、脉浮数等表现，治宜疏风清热、宣肺化痰，可选用：

1.桑菊饮（桑叶、菊花、杏仁、连翘、薄荷、桔梗、甘草、芦根）加减：痰稠难咳出者加冬瓜仁、瓜蒌，咽痛加牛蒡子、玄参，发热高者加金银花、黄芩，水煎服，每日1~2剂。

2.生麻黄、杏仁、生石膏、黄芩、蒲公英、甘草，水煎，每日上、下午分服。

（三）燥热型：干咳少痰，或痰带血丝，咽干，喉痛，舌尖边红，苔薄黄，脉细数。治宜清热、润肺止咳，可用桑杏汤加减（桑叶、杏仁、沙参、浙贝母、淡豆豉、栀子皮、梨皮、桔梗、瓜蒌仁、甘草），痰中带血的加白茅根、旱莲草，水煎，每日一剂。

二、民间草药单方治疗：我国人民对急性支气管炎的防治有丰富的经验，各地均有不少治疗急性支气管炎的有效草药和单方，可因时因地就近取材，加以选用。

三、抗菌药的适应症：急性支气管炎一般无须使用抗菌药治疗。如发热较高，持续1~2天不退，肺部听诊罗音较多时，可适当应用青霉素、链霉素、四环素以及磺胺类药物。

四、其他治疗：发热、头痛，可适当用解热镇痛药如阿司匹林等。祛痰可用氯化铵合剂、复方甘草合剂以及市售的咳嗽成药。

慢性支气管炎

(Chronic Bronchitis)

慢性支气管炎是支气管粘膜及其周围组织的慢性炎症，以粘液分泌过多为特点。

本病是一种常见病，在我国发病率一般在6~7%之间，在寒冷地区较多见，多发生于40岁以上的人。

【病因和发病机理】

引起慢性支气管炎的致病因素很多，包括感染、物理或化学性刺激、过敏因素及身体抗病能力低下等。概括起来不外是外界刺激和机体反应性两方面，而机体及呼吸道局部的防御机能慢性支气管炎的发生和发展上是起重要作用的。

一、外因

(一)微生物感染：一般认为在慢性支气管炎的发生和发展过程中，微生物感染占有一定的重要地位，特别是在炎症明显时，细菌感染常是一个主要因素。常见的致病菌有流感杆菌、肺炎双球菌等。除细菌感染外，病毒感染与慢性支气管炎的急性发作也有重要关系，在慢性支气管炎患者的发病过程中，常先有上呼吸道感染，随后即继发细菌感染。当身体及呼吸道局部防御机能低下时，就容易反复感染，以致发展为慢性支气管炎。

(二)物理化学刺激性因素：主要是烟雾、粉尘、吸烟，以及刺激性气体如硫化氢、二氧化硫、氯气等，长期刺激支气管粘膜引起炎症，致呼吸道粘膜的纤毛装置损伤，削弱呼吸道的净化作用，导致粘液潴留，同时粘膜炎症和由它引起的支气管痉挛，又使呼吸道狭窄、阻力增加，分泌物引流不畅，因而支气管炎不易消退，这些都是造成慢性支气管炎的原因。

(三)致敏原刺激：有过敏体质的人，对致敏原可以产生变态反应。引起变态反应的致敏原很多，如花粉、棉絮、食物、细菌等。致敏原进入机体后，机体产生相应的特异性抗体，当再次与致敏原接触时，即引起抗原抗体反应，这种反应主要表现在呼吸道局部的病理改变，如粘膜炎症性浸润，腺体的增生，粘液腺的杯状细胞活动旺盛，分泌亢进，因而容易继发感染，这也是慢性支气管炎发病的一个原因。

(四)气候改变：如风、寒、热、燥等自然气候环境的变化，可反射性地引起支气管局部循环障碍，造成抵抗力降低，使病原微生物容易入侵，亦可诱发本病。

二、内因—机体因素

为了保护机体的内在环境，正常呼吸道有完整的防御系统，它包括：上呼吸道对空气过滤、暖化、湿润的调节作用；喉头的防御反射；纤毛上皮的过滤、净化作用；支气管分泌抗感染物质如溶菌酶、免疫球蛋白及肺泡巨噬细胞的吞噬作用等。当这些防御机能发生障碍时，外界各种刺激因素（生物性、物理性、化学性）侵入支气管后得不到清除，便可引起两个基本的病理改变：（一）粘液腺体及杯状细胞的增生和肥大；（二）粘膜上皮细胞纤毛的麻痹或破坏。这些病理改变，导致支气管分泌过多，对侵入的微生物及

异物不易排出，使感染难于消退，因而形成慢性支气管炎。

此外，口腔慢性感染、慢性鼻窦炎、慢性扁桃体炎、慢性牙周炎，以及其他慢性呼吸系统疾病如哮喘、肺结核等，由于全身或呼吸道局部抗病能力的减弱，亦容易发生慢性支气管炎。

本病属中医“内伤久咳”的范围。咳嗽是通过肺肃降功能紊乱，肺气上逆的途径而产生。中医认为：除由于肺本身的疾病可引起咳嗽外，其他的脏腑功能失常，均可影响及肺而致咳嗽，所以有“五脏六腑皆可令人咳，非独肺也”的理论。肺、脾、肾三脏与“内伤久咳”的发生关系最大，原理是：一、外邪犯肺、迁延郁积不愈，或内热熏蒸肺脏，都可形成痰热；二、脾运化水液功能失常，产生痰湿上贮于肺；三、肾气不足，水液调节障碍，水饮上泛于肺，而成寒饮。痰热、痰湿、寒饮的临床表现，可因个体反应强弱而变为其他类型：久咳津液受损，可引起“阴虚肺燥”；肺病日久，可使肺气虚损，进一步导致脾和肾的功能不足而产生“痰饮”“气喘”“水气”等变化。

【病理改变】

支气管的炎症病变常波及管壁全层。支气管粘膜红肿、肥厚，粘液腺及杯状细胞增生；深层有炎症细胞浸润和不同程度的纤维性变；管腔内粘液性或粘液脓性分泌物增多。病变进一步发展，粘膜可以变灰白、萎缩，支气管内分泌物反而减少。如果炎症累及支气管周围组织使发生纤维性变，会引起支气管的变形、扭曲或狭窄，形成不完全性阻塞，可发展为肺气肿甚至引起支气管扩张，造成肺功能障碍。

【临床表现】

一、症状：长期反复咳嗽、咯痰，或伴有喘息是本病的主要症状。轻者仅有微咳及咯少量痰，每于冬春气候变化较大，或在急性上呼吸道感染，或受粉尘、烟雾等刺激后，病情可加重或急性发作。较重的则咳嗽和咯痰都很明显，而且症状全年不断，由于夜间睡眠后，迷走神经相对兴奋，支气管分泌增多，管腔痰液蓄积，所以起床后，因为变换体位而引起咳嗽、大量咯痰，故多数病人在清晨或夜间咳嗽咯痰较多。痰液一般为粘液性，若继发感染时，可变为粘液脓性或脓性痰，有时痰中带血。若支气管排痰不畅，痰液蓄积在支气管特别是较小的支气管时，就会出现胸闷、气促等症状。

部分患者因长期反复发病及感染，引起小支气管壁纤维组织增生、狭窄，粘膜肿胀，故临床上除咳嗽、咯痰外，可伴有气喘及带哮鸣音的呼吸困难，称为喘息型支气管炎。

本病一般无发热。若继发感染时，可轻度发热，痰变黄稠。若严重感染，可并发支气管肺炎，体温明显增高，咳嗽气促加剧，或出现呼吸困难等。

二、体征：初期胸部可无异常体征，或有时可听到散在和程度不一的干、湿性罗音，以背部下方为多。本病的罗音有以下特点：（一）多种多样音调不同的干、湿性罗音可同时存在；（二）罗音出现的部位及时间却不恒定，痰咳出后可减少或消失。久病的可伴有肺气肿的体征（见肺气肿节）。

三、胸部X线检查：一般无特殊改变，病程长者可有肺纹理紊乱、增粗，或合并有肺气肿征。

四、分型、分期：

(一)分型

- 1.单纯型慢性支气管炎：具有慢性或反复咳嗽及咯痰的主要症状。
- 2.喘息型慢性支气管炎：具有喘息、咳嗽、咯痰三项症状，并伴有持续而广泛的肺部哮鸣音。

(二)分期

1.急性发作期：在2~3天内咳嗽加重，痰量明显增多，呈脓性或粘液脓性痰，可伴有发热。喘息型支气管炎患者则同时喘息明显加重，呼吸困难。急性发作常由上呼吸道感染或受凉引起。

2.慢性迁延期：持续存在不同程度的咳嗽、咯痰、喘息症状，经常发作，迁延不愈。

3.临床缓解期：患者经治疗或自然缓解后，症状基本消退，偶有咳嗽或少量咯痰。

五、中医辨证

(一)痰热型：咳嗽，痰黄稠，喜冷饮，小便短赤，可伴有发热，舌红苔黄，脉弦滑或数。

(二)痰湿型：咳嗽，痰量多、色白而粘，易咳出，身体困倦，食欲不佳，腹胀，大便烂，口淡，舌苔白腻，脉濡或滑。

(三)寒饮型：受寒或冬季发作较剧，咳嗽，痰多而清稀，或多泡沫，气短，怕冷，舌淡，苔白滑，脉虚细。

(四)肺燥型：干咳，无痰或少痰，口鼻干燥，舌红少津，苔少或无，脉弦细或数。

【并发症】

一、感染：慢性支气管炎患者发生急性支气管感染或肺炎者较正常为多，此时咳嗽及咯痰加重，伴有畏寒、高热等全身症状。

二、肺气肿：慢性支气管炎，长期迁延不愈，反复感染，可发展为肺气肿。

【诊断和鉴别诊断】

根据病史和临床表现，一般诊断不难。凡有慢性咳嗽咯痰史，连续两年，每年咳嗽均在两个月以上；或一年内有三个月以上连续咳嗽者，排除心肺其他疾病引起的咳嗽、咯痰、喘息症状（如肺结核、支气管哮喘、支气管扩张等），可以诊断。

鉴别诊断：

一、肺结核：年纪较轻的慢性支气管炎患者，应首先排除肺结核，但肺结核患者咳嗽、咯痰无明显季节性，痰量一般不多，可有长期低热、盗汗等症状，体征多局限于肺上部，X线检查可助诊断。

二、支气管哮喘：喘息型慢性支气管炎在临床上易与支气管哮喘混淆，前者常有明显感染的表现而且在消除感染后即不复发。但支气管哮喘常开始于幼年或青年，其喘息为反复发作性，突然出现，突然缓解，发作常有季节性，发作停止后无症状，常有诱发原因及家族史，血象中嗜酸粒细胞增加，病史上有过敏史等，可资鉴别。

三、支气管扩张：长期反复咳嗽、咯痰，临床表现与慢性支气管炎相似。但支气管扩张咯痰量常较多，静置后分三层，可有反复咯血史，肺部听诊常有恒定的湿性罗音（多为单侧性，常在中、下肺部）或有呼吸音减弱，后期可出现杵状指（趾）。X线检查：可见肺纹理增粗，以肺下叶显著，或可见环形透明阴影。支气管造影检查可助确诊。

四、矽肺：有职业性吸入石英粉尘史，X线检查肺部有特殊征象，如网状纹理增多、肺门阴影扩大及矽肺结节等。

【预防】

一、消除外因

(一)改善环境及工矿卫生，做好通气防尘设备，处理好废气，减少空气污染，消除粉尘、烟雾及刺激性气体等对呼吸道的刺激。

(二)根据具体情况，找出引起过敏的因素，并加以去除。

二、改善机体因素

(一)加强体育锻炼（包括呼吸功能锻炼、气功等），提高身体抵抗力，进行耐寒锻炼，如适当的冷水浴、冷水擦身或冷水洗脸等，增强对寒冷的适应能力。

(二)积极预防及治疗各种急、慢性呼吸道感染，如扁桃体炎、鼻窦炎、牙周病及上呼吸道感染等。

(三)经常注意口腔卫生。

【治疗】

慢性支气管炎病因复杂，病程较长，常因急性发作而加重，因此治疗应该是综合性的，包括控制感染、促进排痰、解除支气管痉挛及防止并发症等。首先应做好患者的思想工作，增强对疾病斗争的信心和勇气。有吸烟嗜好者劝导戒烟。

一、一般治疗：有高热、咳嗽较重、脓性痰较多者，应适当卧床休息，注意保暖，半流质饮食，适当补充维生素。

二、中医治疗：

(一)痰热型：治疗用清热化痰法，方如泻白散加减：桑白皮、地骨皮、黄芩、枇杷叶、北杏仁、浙贝母、瓜蒌仁、前胡、甘草等，气喘可加葶苈、射干等。

(二)痰湿型：治疗用健脾燥湿化痰法，方如二陈汤合平胃散加减：法半夏、陈皮、茯苓、苍术、厚朴、北杏仁、紫菀、款冬花等。痰多气喘，去茯苓、苍术，加苏子、莱菔子、白芥子。

(三)寒饮型：治疗用温肺化痰法，方如小青龙汤加减：麻黄、桂枝、干姜、细辛、五味子、北杏仁、紫菀、款冬花、法半夏。气喘加药如痰湿型。平时气短，活动后更甚的，是肾不纳气，可用金匱肾气丸。

(四)肺燥型：治疗用养阴润燥清肺法，方如沙参麦冬汤加减：沙参、麦冬、玉竹、桑叶、天花粉、蛤壳粉、扁豆、甘草、地骨皮等。气喘加桑白皮。

中草药：近年来经过广泛临床实践及实验研究，有不少中草药具祛痰止咳作用，可因地制宜就近选用。下面介绍几种：杜鹃类如岭南杜鹃（紫花杜鹃），药量用花、叶、嫩枝2两（鲜），煎服。矮地茶，药量用全草1两5钱（干），煎服。

三、控制感染：有下列情况者可使用抗菌药：（一）有急性呼吸道感染的症状及体征；（二）咯粘液脓性痰。抗菌药可以全身或局部应用。

全身应用：一般可用磺胺嘧啶，每日4克，分四次口服（与等量重碳酸钠同服），或用四环素每日1~2克，分四次服。如经3~4天治疗不见效，可改用青霉素40万单位合并链霉素0.5克，肌肉注射，每日两次。或用磺胺甲基异噁唑和磺胺增效剂甲

氧苄氨嘧啶 (Trimethoprim) 合并口服, 剂量前者每次 0.8~1 克, 后者每次 0.2 克, 一天两次, 疗程七天。

局部应用: 可用青霉素 10 万~20 万单位、链霉素 0.25~0.5 克、氨茶硷 0.25 克, 加水 10 毫升, 雾化吸入。

四、对症治疗: 主要为祛痰、平喘及镇咳。

祛痰剂: 可用氯化铵 0.3~0.5 克, 每日三次; 或碘化钾 0.25~0.5 克, 每日三次。亦可用粘液溶解剂, 如必嗽平 (Bisolvon, Bromhexine), 4~8 毫克, 每日 3~4 次口服或吸入。在祛痰剂应用的同时, 须注意体液的摄入, 以保持呼吸道的湿润, 并配合支气管扩张药物及体位引流, 以帮助痰液排出。

支气管扩张剂: 可用氨茶硷 0.1 克, 每日三次; 或用 0.5% 异丙肾上腺素 0.5 毫升加水喷雾吸入, 每日 2~3 次; 或用异丙肾上腺素 5~10 毫克舌下含服。或用羟甲叔丁肾上腺素 (Salbutamol), 5 毫克口服或 200 微克吸入, 每日四次。对于喘息型支气管炎患者经上述治疗, 不能缓解喘息时, 可适当使用小量强的松, 每日 10~30 毫克, 分二至三次服, 疗程 2~3 天。

镇咳剂: 可用咳必清 25 毫克, 每日三次; 或可待因 15~30 毫克, 每日三次。只适用于无痰之频繁阵咳者。

蒸汽吸入及物理治疗: 复方安息香酸酊蒸汽吸入, 有稀释粘痰及解除支气管痉挛作用。胸部热疗, 亦可减少痰量及咳嗽。

第二节 支气管哮喘

(Bronchial Asthma)

支气管哮喘在祖国医学中系属于“哮症”的范畴, 它是一种变态反应疾病, 主要表现为阵发性带哮鸣声的呼吸困难, 呈反复发作的慢性经过。本病是一种常见病, 可发生于任何年龄, 但 10 岁以下开始发作的病例约占 1/3, 绝大多数发作开始于 50 岁以下。男性稍多于女性。

【病因和发病机理】

支气管哮喘现在认为是机体对某些物质的变态反应 (过敏状态) 所引起。变态反应的发生决定于下述两个因素:

一、变态反应体质: 人体对某些物质产生变态反应, 是与本身的体质有关, 容易产生变态反应的体质称为变态反应体质。它可能与遗传有关, 约 20% 哮喘患者的家族中有同样疾病。另一方面, 变态反应体质亦可于后天受环境的影响而逐渐形成。

二、致敏原: 能引起变态反应的物质称为致敏原, 其中以蛋白质为最主要。引起支气管哮喘的致敏原种类繁多, 而且可因人而异, 但大多数是属于植物的花粉和动物的毛、皮、血肉, 以及真菌的芽胞、尘土等类, 少数是蛋白质食物。有些非蛋白质, 当其与蛋白质结合时亦可成为致敏原。不少药物, 包括结构简单的如阿斯匹林、奎宁、氨基比林等也可以引起变态反应。引起变态反应的致敏原来自机体外者, 属外源性, 它所引起的

哮喘，称为“外源性”支气管哮喘病。若致敏原来自呼吸系统的感染病灶（细菌或它的产物等）或体内的其他地方，则为内源性致敏原，所引起的哮喘，称为“内源性”支气管哮喘病。

致敏原与有变态反应体质的人接触后，经过一段期间在体内产生与其对抗的抗体，当患者再与致敏原（抗原）接触时，则发生抗原抗体反应而引起支气管平滑肌的痉挛，哮喘因而发作。根据以上所述，哮喘病的形成主要有两个因素，致敏原是引起变态反应的条件，是外因，而变态反应体质则是内因，它对机体产生变态反应是起决定作用的。因此，支气管哮喘的发病与否是以身体的内在因素为根据的。绝大多数支气管哮喘病是由于呼吸系统吸入了致敏原或者是呼吸系统本身感染灶中的致敏原所引起，由食物引起者少见。

诱因：气候的变化、受凉、过劳、精神紧张、激动，以及吸入冷空气、刺激性气体或含尘空气，均可引起支气管哮喘的发作，但这些因素并非特异性的，只能使原来已有支气管哮喘病的患者发作哮喘，故不是基本病因。

在支气管哮喘的发病机理中除上述的变态反应因素外，神经体液因素也占有重要的位置。一方面是由于致敏原在使身体产生变态反应的过程中，神经（包括大脑皮层）可能起着重要的作用。另一方面，本病的发作与迷走神经的兴奋性增高有密切关系，例如哮喘多在夜间迷走神经兴奋性增高时发作，而且支气管的痉挛和分泌增多都与迷走神经兴奋性增高有关。因此，本病的病因和发病机理不能单纯看作是变态反应的抗原抗体反应，而且和神经体液因素也有密切关系。

祖国医学认为哮喘的发病是由于肺主气的功能失常和内有伏痰，在某些因素诱发下，引起气逆痰升，气与痰交阻，使肺气的出入升降功能遭受障碍。肺主气的功能失常，与肾有关。因肺虽司呼吸而主一身之气，但需赖肾的摄纳，才能维持肺气的正常升降，故肾气虚弱，可使肺主气的功能遭受影响以致紊乱。脾运化水湿的功能不足，水湿停聚成痰，亦上贮于肺。所以，本病的发生与肺、脾、肾有关。而肺、脾、肾三者的关系，则以肺为标，脾、肾为本。临床上根据这一理论，发作时以治肺为主；缓解时则根据肺、脾、肾三脏虚损的情况，进行补肺、健脾、补肾，其中又以补肾较为重要。目前，应用补肾的方法来治疗支气管哮喘，对巩固疗效与延长缓解期，取得了较好的效果。

【临床表现】

一、症状

哮喘的发作有两种常见的形式：（一）外源性哮喘发作以来去突然为特点，多数在接触致敏原（或诱发因素）几分钟后迅速发病，在发作前可有鼻粘膜发痒、流涕、喷嚏和全身不适等先兆，随即出现胸部紧迫感，哮喘发作。患者表现呼吸难以呼气性困难较为明显，常须坐起（端坐呼吸），辅助呼吸肌亦参与呼吸运动，双手常紧握，额部冒汗，这时可有干咳（或咳出少量浓厚粘液痰），严重时会出现紫绀。发作常持续半小时至几小时（亦可仅数分钟或持续数日）。当发作将停时，患者咳出较多的稀薄痰液后，气促减轻，哮喘迅速停止，过后患者回复到发病前状态，不留下症状。（二）内源性哮喘一般是继发于受凉、呼吸道感染之后，故常先有咳嗽咯痰史，随着咳嗽的增加，逐渐出现哮喘症状。在哮喘发生后，其表现和外源性者相似，但来势较缓，持续时间比较长，而

且哮喘症状时轻时重，缓解后又可有短时轻度发作，是其不同点。

根据我国的经验，内源性哮喘较为多见，但两者在临床上有时不易区别，因为有些外源性患者，在长期多次发作的过程中，容易合并呼吸系统感染，以致逐渐转变为内源性，所以，两者的划分并不是绝对的，有时是没有明确区别的。若哮喘发作严重，持续时间长达数日或更久者，称为哮喘持续状态，这时，患者非常痛苦，而且容易发生呼吸功能障碍，在年老体弱者可导致呼吸衰竭或心力衰竭而死亡。

二、体征

在发作期进行体格检查：患者胸廓胀满呈吸气状，呼吸活动度减少，颈静脉怒张（以呼气时明显），严重时唇和甲床可出现紫绀。肺部叩诊呈普遍性过清音，肺下界和肝上界均下降，心浊音界不易叩出，听诊两肺有普遍性高调干罗音（哨笛音及鼾音），肺泡呼吸音减弱，呼气音延长粗糙。在外源性哮喘患者，发作停止后，肺部体征即完全消失，但在内源性患者，则哮喘缓解后仍可听到散在的干罗音。若发现肺部有湿性罗音则表明有支气管炎存在，应积极作抗感染处理。长期反复发作的哮喘会导致肺气肿（体征详见肺气肿节）。约44%严重支气管哮喘患者可发生奇脉，奇脉的出现是反映肺部过度膨胀和肺内高压，对估计支气管阻塞的严重性有一定的价值。奇脉常在治疗开始后数小时消失，很少持续超过24小时。

三、中医辨证

哮喘辨证，主要概括为虚实两类。在发作期中，由于痰气相交壅阻于呼吸道，证候大多属实，一般可分为肺寒与肺热两型。在缓解期中，由于病变的反复损害，常引起肺、脾、肾等脏的功能减弱，故当发作控制后，上述脏腑常表现不同程度的虚证。病程较久的患者，发作期中又可出现虚实相兼的证候。

（一）实证

- 1.肺寒型：受寒诱发，鼻流清涕，咳嗽气喘，畏寒怕风，痰白色较稀、呈泡沫状，口不渴，舌淡，苔薄白，脉弦紧。
- 2.肺热型：肺有郁热，或寒郁化热，呼吸急促，面红，多汗，胸闷口渴，咳嗽痰不多或咯痰稠黄，舌红，苔黄腻，脉滑数。见于支气管哮喘合并感染。

（二）虚证

- 1.肺虚：常觉呼吸短促，有紧迫感，疲倦乏力，声音低沉，畏寒，易出汗，脉弱。
- 2.脾虚：疲倦乏力，食欲不好或食后腹胀，咳嗽，多痰，大便稀烂，舌苔白润，脉沉缓弱。
- 3.肾虚：畏寒，四肢冰冷，腰膝酸软，常感呼吸喘促，活动后加剧或有水肿。

【辅助检查】

在发作期，血常规检查白细胞数可稍增高，嗜酸粒细胞增多。痰一般为粘液性，作涂片检查可见到较多的嗜酸粒细胞和尖棱形结晶。

对哮喘持续状态的患者有时不能单凭临床观察来判断病情，必要时应该利用实验室的设备如心电图和血液气体分析去估计病人的情况。心电图检查：常见窦性心动过速，当哮喘发作好转时，窦性心动过速即消失。其他心电图的异常改变包括电轴右倾，顺时针转向，右心室肥厚，肺性P波，以及S—T段和T波的改变。在年老患者，这些心电图

的改变可能反映他们过去早已存在肺气肿等病变,但若为年青患者则表示哮喘比较严重。心电图改变的原因可能与急性暂时性肺内高压,使心排血量减少和肺过度膨胀压迫心脏有关。血液气体分析:在严重支气管哮喘时,动脉血氧分压普遍是低的,但很少低于50毫米汞柱(正常值 P_{O_2} 为 90~100 毫米汞柱);大多数动脉血二氧化碳分压是正常的(正常值 P_{CO_2} 为 34~45 毫米汞柱),少数病人动脉血二氧化碳分压可超过 45 毫米汞柱,表示有呼吸性酸中毒。动脉血二氧化碳分压的增高经过积极治疗,1~17 小时内可以转为正常,但动脉血氧分压的减低需要比较长一些的时间才能恢复。一般来说氧分压降低与通气道阻塞的程度有一定的正比例关系。

【并发症和伴发症】

最常见的并发症为阻塞性肺气肿和肺原性心脏病,偶尔可引起自发性气胸,甚至肋骨骨折,使症状明显加剧。过敏性鼻炎、鼻窦炎、支气管炎亦常见于本病患者,但它们多于哮喘发作之前已经出现,因此,不一定是本病的并发症,而可能和哮喘病一样同为变态反应所引起的疾病(伴发症),甚至是原发病(如支气管炎)。

【诊断和鉴别诊断】

在支气管哮喘发作时是比较容易诊断的,典型的发作是带哮鸣声并以呼气困难为主的呼吸困难,如患者无心脏病、肾脏病及支气管内、外肿物或异物阻塞,则支气管哮喘的诊断可以成立,如过去曾有典型的哮喘发作史,则本病的诊断更可成立。至于支气管哮喘的病因诊断则比较困难,一般可采用下列方法进行:一、病史:详询病史,着重查清发作与季节、地点、条件的关系,发作是否来去突然或发生于呼吸系统感染之后等;二、临床试验:在未有哮喘发作时慎重地让患者与微量的可疑致敏原接触,如出现典型的发作,则可以肯定诊断及确定致敏原。

支气管哮喘应与下列疾病鉴别:

一、心性哮喘:心脏病的左心衰竭常于夜间发生阵发性呼吸困难,亦可伴有哮鸣音,其症状与支气管哮喘相似,但左心衰竭时无呼气性困难的表现,且有频繁的咳嗽,痰多为泡沫样,或带血性,双侧肺底部可听到大量湿性罗音,同时患者有心脏病的体征和相应的症状,可作为鉴别的依据。

二、呼吸道异物或白喉引起的呼吸困难:呼吸道阻塞一般引起吸气性困难而不是呼气性困难,若有吸入异物史,或有白喉病的症状和局部体征,则鉴别不会困难。支气管哮喘与呼吸道异物或白喉引起的呼吸困难的鉴别,在儿童患者更应注意。

三、热带性嗜酸粒细胞增多症:热带性嗜酸粒细胞增多症与支气管哮喘的临床表现基本相同,但前者发作时间较持续,血嗜酸粒细胞明显增高,肺部X线检查可显示模糊片状阴影,用肿剂治疗有效。

四、过敏性支气管炎或痉挛性支气管炎:由寄生虫或细菌感染引起的支气管炎,有时亦可由于小支气管痉挛而出现哮喘症状,但这些病都有明显感染的表现,而且在消除感染后即不复发,可资鉴别。但有少数痉挛性支气管炎的患者以后可能转变为支气管哮喘。

【预防】

首先要去除认为本病不能根治的错误思想,调动患者和医务人员与疾病作斗争的积

极性,认真研究本病的病因和中西医结合的有效防治方法,减少乃至制止哮喘病的发作,是预防的基本任务。加强身体锻炼,增强抵抗力,对防止内源性哮喘的发生能起重要作用。此外,注意保暖,避免受寒,改善工作和生活环境,预防上呼吸道感染以及清除呼吸道感染病灶都是预防本病的重要措施。

【治疗】

一、发作期治疗:治疗的重点是停止哮喘的发作,首先要做好思想工作,调动患者的积极因素使其树立战胜疾病的坚强信心。

(一)解痉药物的应用

1、肾上腺类药物:本类药物价廉,效果好,但对有高血压或冠状动脉粥样硬化性心脏病的患者不宜使用。

(1)肾上腺素 1:1,000 水溶液, 0.3~0.5 毫升皮下注射,必要时可隔 10~15 分钟再注射一次,如注射后症状减轻,但不久又发作,则可每间隔 15~30 分钟连续注射数次,但连续注射每次用量不应超过 0.3 毫升,否则会引起不良反应。若经 1~2 次注射后症状不见减轻,则表明疗效差,不必继续应用。肾上腺素 1:100 水溶液 0.5~1 毫升喷雾吸入亦有效。肾上腺素油剂,作用较缓,但较持久,1:500 油剂 1 毫升肌肉注射,可 6~12 小时一次。对哮喘症状较重的患者用 1% 肾上腺素 1 毫升加入 5% 葡萄糖液 1,000 毫升缓缓静脉滴注,有时能获得良好疗效。

(2)异丙肾肾上腺素 1:200 水溶液, 0.2~0.5 毫升喷雾吸入,或 5~10 毫克片剂含于舌下溶解,效果较快,此药对心脏也有较强的刺激作用,会发生心动过速,心律不整等,故对有冠状动脉粥样硬化性心脏病患者禁用。市售哮喘雾化吸入器是以异丙肾肾上腺素为主的复方药剂,携带方便,当患者预感哮喘将发作时,立即吸入,常可终止哮喘的发作。

2、麻黄素 0.015~0.03 克皮下注射,可每 4~6 小时重复应用。症状轻的可内服,每次 25 毫克。适应症和禁忌症与肾上腺素同,但其作用较肾上腺素慢而持久。

3、氨茶碱 0.25 克加入 5~10% 葡萄糖溶液 10~20 毫升,由静脉缓慢注射,常可立刻终止哮喘发作。此药亦有 0.5 克做成的栓剂(塞肛栓),或用 0.5 克溶于 20~30 毫升水中灌肠,灌肠时可与 10% 水合氯醛 10~15 毫升或副醛 10~15 毫升同时应用。从直肠给药比较不方便,作用亦较静脉注射时慢但比较持久。氨茶碱亦可内服,每次 0.1~0.2 克,每天三次,但疗效不如上述给药法。

4、息喘灵片:为麻黄素、氨茶碱及异戊巴比妥三药合制而成的药片,对支气管哮喘发作有效,每次 1 片,每天三次。

(二)氢化可的松 100 毫克,或促肾上腺皮质激素 25 单位,加入 5% 葡萄糖液 500~1,000 毫升中,静脉滴注,对用解痉药治疗无效或处于严重哮喘持续状态的患者,常有较好的疗效,也可应用去氢可的松 5~10 毫克口服,每 6 小时一次,但效果较差。

(三)在哮喘持续状态(特别是较严重的患者)时容易出现呼吸性酸中毒,这时需要补碱以纠正酸中毒,往往于补碱后患者对治疗药物的反应明显变好,症状亦减轻,甚至可终止持续状态。成人补碱可用 5% 碳酸氢钠 100~200 毫升静脉滴注,有条件时亦可用 3.64% 三羟甲基氨基甲烷(THAM)溶液 200~300 毫升静脉滴注。

(四)新针疗法：有时能终止哮喘的发作，和减少发作的频度，效果好。主穴：定喘或外定喘、膻中、肺俞、中喘。配穴：体虚畏寒，加灸足三里、肾俞；痰多加丰隆；咳嗽频繁加天突。方法：每次取1~2个主穴，辨证配穴，每日1~2次，10~15次为一疗程。发作严重的取定喘、外定喘、天突、内关、鱼际，强刺激，留针10~30分钟，留针时要间断捻转。耳针：可选平喘、肾上腺、交感穴。

(五)其他治疗

- 1、有缺氧表现者应立即吸氧。
- 2、并发呼吸道感染时要加用抗菌药物。一般可用磺胺类药物口服，炎症较明显者可用青霉素肌肉注射或青霉素、链霉素联合肌肉注射，或用四环素(口服或静脉滴注)。
- 3、祛痰剂如氯化铵0.3~0.6克、碘化钾0.1~0.3克等口服，有利于祛痰和减轻喘咳症状。
- 4、镇静药如溴剂、苯巴比妥、异丙嗪等对减轻哮喘症状有帮助，但禁用吗啡，因为它能抑制咳嗽反射，阻碍咳痰，引起窒息。水合氯醛、副醛是较好的镇静药物，必要时可以选用。

(六)中医中药

根据临床分型辨证施治：

- 1、肺寒型：治疗以温肺散寒、化痰平喘为原则，可用三拗汤合二陈汤(麻黄、北杏仁、炙甘草、陈皮、法半夏、茯苓)加减，或小青龙汤(麻黄、白芍、细辛、干姜、炙甘草、桂枝、法半夏、五味子)加减。
- 2、肺热型：治疗以清肺化痰平喘为原则，可用定喘汤(白果、麻黄、苏子、甘草、款冬花、杏仁、桑白皮、黄芩、法半夏)加减。

二、缓解期治疗：目的为防止复发和根治哮喘，主要措施如下：

- (一)如为外源性哮喘病，尽可能找出致敏原，使患者避免与之接触。
- (二)对内源性哮喘患者，尽可能去除呼吸系统(包括鼻窦)的感染病灶。预防新的感染，注射长效青霉素或其他抗菌素，或进行各种药物喷雾法，以消除感染。
- (三)体育锻炼、气功锻炼(包括呼气训练)，防止受凉感冒，适当的日光浴和冷水浴，以及钙游子透入、紫外线照射等物理疗法，对提高抗病力，预防哮喘的复发都有帮助。

(四)中医中药：以调整肺、脾、肾脏腑功能为主。

- 1、肺虚：宜补肺益气，用四君子汤合桂枝加黄芪(党参、白术、茯苓、炙甘草、桂枝、黄芪)，舌红口干可加麦冬、五味子等。
- 2、脾虚：宜温中补脾，可用理中汤(党参、干姜、炙甘草、白术)，如病情需要可加熟附子、肉桂；或用苓桂术甘汤(茯苓、桂枝、白术、炙甘草)加陈皮、法半夏。
- 3、肾虚：宜补肾纳气，可用肾气丸(熟附子、肉桂、熟地黄、丹皮、山萸肉、泽泻、淮山、茯苓)加磁石、五味子、胡桃肉、破故纸等。若见咽干口燥、舌红、脉细数、气喘时则面红足冷的为肾阴虚，可用六味地黄丸(熟地黄、丹皮、山萸肉、泽泻、淮山、茯苓)加天冬、五味子，按病情需要还可酌加党参、蛤蚧。

(五)埋植疗法

主穴：定喘透定喘，中府透云门，肺俞透厥阴俞。

配穴：痰多加丰隆，咳血加孔最，发热加曲池，体虚畏寒配肾俞、足三里。

方法：依法植入羊肠线。如以前曾于定喘穴埋线而治疗效果不佳时，可用中府透云门、肺俞透厥阴俞。以后根据情况可于20天或更长一些的间隔后再埋线。

(六) 胎盘血清穴位注射

穴位：肺俞、定喘。

方法：将无菌胎盘血清，注入上述任何一穴位之双侧各一毫升，每天一次，共注六次，休息一周后，可复注一疗程。

第三节 支气管扩张症

(Bronchiectasis)

支气管扩张症是一种常见的慢性支气管疾病。其病理特点为支气管管壁破坏和管腔扩张。本病初期症状可不明显，但容易合并感染，而出现慢性咳嗽、大量脓痰、间歇发热、反复咯血等一系列临床表现。本病多发生于儿童及青年，男性较女性多见。

【病因和发病机理】

本病多继发于某些急、慢性呼吸道感染后，如百日咳、麻疹、支气管肺炎、肺结核等；呼吸道肿瘤或异物，如导致支气管不完全性阻塞亦可引起支气管扩张；由支气管先天性异常引起的较为罕见。

在正常情况下，支气管管壁组织（如肌纤维、弹力纤维）的向心力和支气管周围离心的牵引力常保持着平衡，使支气管管径能维持正常的大小。在病理情况下，支气管管壁受到损害，管腔内压力增加，或由于支气管管壁的离心牵引力增强，则平衡受到破坏，便可引起支气管管壁损害比较严重的节段发生扩张。支气管扩张的发病因素，主要有如下三方面：

一、支气管管壁的破坏：严重的支气管炎，特别是侵及管壁深部的化脓性感染和肺实质的化脓性炎症（如麻疹、百日咳、支气管肺炎），往往造成支气管管壁的肌层和弹性纤维破坏、断裂，使管壁弹性降低而易于扩张。感染的细菌多为肺炎双球菌、葡萄球菌及流感杆菌等。有时亦可合并螺旋体及梭状杆菌感染。

二、支气管腔内压力增高：支气管管壁痉挛、水肿，管腔内分泌物积聚，支气管器质性狭窄，异物或管腔外压迫（如肿瘤或肿大之淋巴结）等，均可产生支气管不完全阻塞，使气体吸入容易，呼出困难，因而支气管内压增高，同时，远端支气管内的分泌物不能顺利排出，又引起感染和管壁的破坏，这样便可逐渐形成支气管扩张。

三、支气管外部的牵引作用：胸膜粘连，肺部广泛病变纤维组织形成和收缩（如纤维硬化性肺结核），肺不张等，支气管可被牵拉而扩张。

在一般情况下，支气管感染和管壁破坏是发病的基础，对支气管扩张的发生和发展起主要作用，而三个因素的互相影响，互相促进，则往往会使病情进一步发展。

此外，极少数病例可由于支气管先天性发育或分泌异常而产生支气管扩张。