

ZHONGXIYI JIEHE
NEIKE XUE

中西医结合

内科学

主 编 赵 峻 纪文岩 宋彩霞
王 玉 光 沈文龙

中西医结合内科学

主 编 赵 峻 纪文岩 宋彩霞 王玉光 沈文龙

图书在版编目 (CIP) 数据

中西医结合内科学/赵峻等主编. —北京: 科学技术文献出版社, 2014. 12
ISBN 978-7-5023-9534-6

I. ①中… II. ①赵… III. ①中西医结合—内科学 IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 262162 号

中西医结合内科学

策划编辑: 薛士滨 责任编辑: 薛士滨 邹声鹏 责任校对: 赵 媛 责任出版: 张志平

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路 15 号 邮编 100038
编 务 部 (010) 58882938, 58882087 (传真)
发 行 部 (010) 58882868, 58882874 (传真)
邮 购 部 (010) 58882873
官 方 网 址 www. stdp. com. cn
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 北京京华虎彩印刷有限公司
版 次 2014 年 12 月第 1 版 2014 年 12 月第 1 次印刷
开 本 889 × 1194 1/16
字 数 506 千
印 张 19
书 号 ISBN 978-7-5023-9534-6
定 价 68.00 元



版权所有 违法必究

购买本社图书, 凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者, 本社发行部负责调换

编委会

主 编 赵 峻 纪文岩 宋彩霞 王玉龙 沈文龙

副主编 孙晓伟 于晓燕 周景想 孙云松 汲 芳

单 波 张 燕 王彦昌

编 委 (按姓氏笔画排)

于晓燕 王玉光 王丽华 王彦昌 王莹莹

冯培青 汲 芳 纪文岩 孙云松 孙晓伟

孙晓梅 孙 凌 李 滨 沈文龙 宋彩霞

张茂全 张婷婷 张 燕 周 洁 周景想

单 波 赵 峻 姜 婷 骆 梅 聂颖颖

黄克基 黄 霞 樊筱瑜 潘荣芳



编写说明

《中西医结合内科学》是中西医结合临床学科的主干课程，是其他临床诸学科的基础，它的学术水平反映了中西医结合临床学科发展水平，它以前期各门课程为基础，阐述内科病证候、病因病机及其证治规律，指导中西医结合内科临床实践，系统地反映中西医结合临床思维及辨证论治的规律。本书在编写上注意教学内容的思想性、科学性、先进性、启发性和适用性；为了适应高层次人才教育的需要，突出了“更高、更新、更深”的特点，在学科专业教学内容上进行了拓宽，增加了病种，提高了要求。

本书内容除绪论外，共有9篇，分别为呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、血液系统疾病、内分泌及代谢疾病、风湿性疾病、神经系统疾病及传染病。在编写上采用以现代医学疾病分类的系统病名为纲，中医病证与之对应的方法，每个疾病内容包括概述、病因病机、临床表现、实验室和其他检查、诊断和鉴别诊断、治疗等部分。

本书主要是针对具体的西医疾病进行中医病因病机分析和辨证论治，力求用中医理论阐明每个疾病的病因和病机，在辨证论治中分述证候、治法、代表方剂、常用药物及加减法，使学生掌握具体每一疾病的证治方药。而在病因和发病机制、病理、临床表现、实验室和其他检查、诊断和鉴别诊断等方面主要阐述西医内科学内容，治疗则是中、西医并重，并在提供深度与广度适宜的知识素材的基础上，采用辨病与辨证相结合，尽量使中、西医学的两种临床思维模式在临床实践中达到某种程度的协调一致，培养学生的中西医结合临床思维。另外，每一章都增加了辨证预防调护及最新进展，为中初级医师及研究生提供更多的研究参考，是本书的特色之一。教材中参考了高等医学院校中医、西医内科教材以及相关的中西医结合专著，应用了当前最新的诊断标准、治疗指南和中西医结合研究的有关成果。

本版教材的编写虽经精心撰写，反复修改，但由于时间仓促，水平有限，书中难免有不少疏漏，诚恳希望使用本教材的教师、医学生和临床医师们提出宝贵意见，以便进一步修改提高。

编者

2014年6月20日

目 录

第一章 绪论	1	第四节 消化性溃疡	92
第二章 呼吸系统疾病	3	第五节 胃癌	96
第一节 总论	3	第六节 溃疡性结肠炎	100
第二节 急性上呼吸道感染	3	第七节 大肠癌	106
第三节 急性气管-支气管炎	7	第八节 中毒性肝病	110
第四节 慢性支气管炎	9	第九节 肝硬化	113
第五节 阻塞性肺气肿	13	第十节 原发性肝癌	120
第六节 慢性肺源性心脏病	17	第十一节 胆石病	125
第七节 支气管哮喘	21	第十二节 急性胰腺炎	130
第八节 支气管扩张	27	第十三节 胰腺癌	134
第九节 肺炎球菌肺炎	30	第十四节 上消化道出血	138
第十节 慢性呼吸衰竭	34	第五章 泌尿系统疾病	144
第十一节 急性呼吸窘迫综合征	38	第一节 总论	144
第十二节 原发性支气管肺癌	40	第二节 急性肾小球肾炎	145
第三章 循环系统疾病	47	第三节 慢性肾小球肾炎	149
第一节 总论	47	第四节 肾病综合征	153
第二节 心力衰竭	48	第五节 尿路感染	159
第三节 心律失常	54	第六节 急性肾衰竭	163
第四节 原发性高血压	59	第七节 慢性肾衰竭	168
第五节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	65	第六章 血液及造血系统疾病	175
第六节 风湿性心瓣膜病	70	第一节 总论	175
第七节 感染性心内膜炎	74	第二节 缺铁性贫血	176
第八节 病毒性心肌炎	78	第三节 溶血性贫血	179
第四章 消化系统疾病	82	第四节 再生障碍性贫血	182
第一节 总论	82	第五节 特发性血小板减少性紫癜	185
第二节 急性胃炎	84	第六节 急性白血病	189
第三节 慢性胃炎	87	第七节 慢性粒细胞白血病	193
		第八节 输血和输血反应	197

第七章 内分泌、代谢及营养性疾病	202	第四节 脑血栓形成	243
第一节 总论	202	第五节 脑出血	248
第二节 甲状腺功能亢进症	203	第六节 帕金森病	255
第三节 糖尿病	209	第七节 重症肌无力	259
第四节 高脂血症	220	第八节 癫痫	264
第八章 结缔组织及风湿性疾病	224	第十章 传染病	270
第一节 总论	224	第一节 总论	270
第二节 类风湿关节炎	225	第二节 病毒性肝炎	273
第三节 系统性红斑狼疮	230	第三节 细菌性痢疾	277
第九章 神经系统疾病	235	第四节 流行性出血热	282
第一节 总论	235	第五节 艾滋病	286
第二节 面神经炎	237	第六节 传染性非典型肺炎	290
第三节 短暂性脑缺血发作	240	参考文献	295

第一章

绪 论

中西医结合医学是一门研究中医和西医在形成和发展过程中思维方式、对象内容及研究方法的异同点,吸取二者之长,融会贯通,从而创立的新的理论体系。中西医结合内科学是其中重要的组成部分。中西医结合内科学,从早期的“中西医汇通”发展至今的中西医结合研究阶段,经历了约300年。尤其近30年,中西医结合内科研究从思路方法上有较大的突破,涉及辨病与辨证相结合的系统研究、临床与基础理论研究相结合、临床观察与实验研究相结合、宏观辨证与微观辨证相结合的研究等诸多方面,取得了瞩目的进展,推动了中西医结合内科临床的不断发展,使中西医结合这一医学体系在防治疾病方面日显优势。

一、中西医结合内科学对疾病的认识

中医和西医产生在不同的历史条件下,运用不同的思维方式和观察研究方法,但认识和防治疾病是两种医学共同的目标,也是中西医结合的基础。因而有必要介绍中医内科学和西医内科学各自对疾病的认识。

中医内科学经历了几千年的发展,历代医家与疾病作斗争的实践过程中,形成了以整体观为主的对疾病的特殊认识,创立了辨证论治的理论体系。在临床中运用中医理论,通过望、闻、问、切四诊,遵循一定的辨证原则,从宏观上辨别和论证疾病在某一阶段的本质属性及病因病机,从整体上把握疾病过程的主要矛盾。这种认识疾病的辨证方法,成为中医内科学认识疾病的主要手

段。但这种认识往往对局部注意不够,缺乏客观依据,理论阐述也较为笼统。

西医内科学,则是以现代解剖学、生理学、病理学为基础,注重病因、病理形态和病理生理的改变,更微观深入疾病的全过程,探求疾病发展中的基本矛盾是西医的辨病认识观。这种认识比较注重局部的分析研究,对整体考察不足,常易产生片面性。

中西医结合内科学运用中医内科学和西医内科学两种医学理论,采用宏观与微观相结合,局部与整体结合,功能与结构结合,动态与静态结合,临床与实验室检查相结合等综合分析,判断和认识疾病的病因、病理等,对疾病做出西医诊断和中医诊断,即“辨病与辨证相结合”,形成了运用两种医学理论相互配合的认识观。其优势体现在辨证论治,综合病因、病性、病位、体质、时间、环境等多种因素,以调整机体自身抗病能力为原则,充分体现了整体性与灵活性;辨病论治以消除病因和逆转病理变化为宗旨,选择多种具有特效的治疗方法,因而具有针对性。病证合参发挥各自优势。疾病在发生发展过程中,有轻重缓急之别。根据“急则治其标、缓则治其本”的原则,在不同时间、不同阶段分别采取辨证或辨病为主的治疗方法,以弥补各自不足,兼顾标本缓急。中西医药联用,不仅可以提高疗效,缩短病程,还可以减轻某些药物的不良反应。

二、中西医结合内科学临床治疗研究进展

辨证论治在突破传统定式中不断发展,如对

血瘀证的不断研究和认识,发现多种疾病在其发生发展过程中,均伴有不同程度、不同形式、不同部位的血瘀证。因而许多疑难疾病使用活血化瘀治疗取得了较好的临床疗效。随着中西医结合内科辨证论治研究的发展,现代医学检测手段如X线、CT、核磁共振及实验室检测指标逐渐运用与辨证论治,在临床上形成了辨病论治和辨证论治相结合的诊治思维模式,使治疗更具有针对性。在辨病论治与辨证论治相结合的思维方法指导下,古方新用范围不断扩大。如“补阳还五汤”已经不仅仅限于脑血管病防治,临床还用于治疗糖尿病、癫痫、震颤麻痹、进行性肌营养不良、末梢神经炎等内科多种病症。对中药有效成分尽心研究,从而不断从中医传统古方中发掘研制出新药。如抗疟药青蒿素,防治心脑血管疾病新药川芎嗪,降压药汉防己甲素和乙素,抗肿瘤药莪术素等,均已应用于临床。中药剂型业已研发出多种新剂

型和新制剂,如片剂、注射剂、气雾剂、冲剂、糖浆、滴丸等,保证和提高了中药的疗效。

中西医结合内科学抢救急危重症疗效明显优于单纯西医。如对感染新发热患者,中药合用抗生素治疗疗效优于单纯西药。在治疗心脑血管疾病方面,如冠心病心绞痛、急性心肌梗死、心力衰竭、高血压病、心肌炎等均有报道证明中西医结合治疗效果显著。消化系统疾病在溃疡病、慢性胃炎、慢性结肠炎、慢性肝炎等均有较高临床疗效的文献报道。

中医复方的研究,证明中医复方用药配伍的科学性和规律性。如冠心Ⅱ号方(丹参、赤芍、红花、川芎、降香)五药合煎制剂与五药单煎后混合的制剂,动物实验证明效果有显著的差异。

随着中医药的深入研究和现代医学的飞速发展,必将推动和促进中西医结合内科学的发展。

第二章

呼吸系统疾病

第一节 总论

据 2006 年全国部分城市及农村前十位主要疾病死亡原因的统计数，呼吸系统疾病（不包括肺癌）在城市的死亡病因中占第四位（13.1%），在农村占第三位（16.4%）。由于大气污染、吸烟、工业经济发展导致的理化因子、生物因子吸入以及人口年龄老化等因素，使近年来呼吸系统疾病如肺癌、支气管哮喘的发病率明显增加，慢性阻塞性肺疾病居高不下（40 岁以上人群中超过 8%）。肺结核发病率虽有所控制，但近年又有增高趋势。呼吸系统疾病对我国人民健康危害仍是很大的，其防治任务艰巨。慢性阻塞性肺疾病、肺癌及职业性肺病是与大气（室内）空气污染密切相关的疾病，控烟、减少大气污染是预防这些疾病发生发展的关键。

中医药在防治呼吸系统疾病方面具有较大的优势。在中医理论上，肺主气，司呼吸，开窍于鼻，外合皮毛，故风、寒、燥、热等六淫外邪易从口鼻、皮毛而入，首先犯肺。又因肺居胸中，其位最高，覆盖诸脏之上，其气贯百脉而通他脏，故内伤诸因，除肺脏自病外，他脏有病亦可影响到肺。因此其发病原因有外感、内伤两方面。主要病理变化为肺气宣降失常，实者由于邪阻于肺，肺失宣肃，升降不利；虚者由于肺脏气阴不足，肺不主气而升降无权。如六淫外侵，肺卫受邪则

为感冒；内、外之邪干肺，肺气上逆则病咳嗽；痰虫蚀肺则病肺癆；痰邪阻肺，肺失宣降则为哮、为喘；肺热生疮则成肺痈；久病伤肺，肺气不能敛降则为肺胀；肺叶痿而不用则为肺痿。

此外，肺有通调水道的功能，与大肠为表里，可助心主治节，肝肺升降相因，脾为金母，金水相生，故其为病可涉及心、脾、肝、肾、膀胱、大肠等脏腑，与其他多个相关病证有密切的关系，临证应予联系处理。

第二节 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。

祖国医学并无“急性支气管炎”的名称，根据其临床表现多归属于中医学“咳嗽”的范畴，并常涉及“痰饮”、“喘证”等病证，急性支气管炎多属“新咳”。

一、病因病机

急性上感有 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为多见，其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌和葡萄球菌等，偶见革兰阴性杆菌。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。

中医认为本病病因主要为外感六淫，六淫之邪，从口鼻或皮毛而入，侵袭肺系，或因吸入烟尘、异味气体，肺气被郁，肺失宣降。多因起居不慎，寒温失宜，或过度疲劳，肺的卫外功能减弱或失调，以致在天气冷热失常，气候突变的情况下，外邪入客于肺导致发病。病变主要在肺，与肝、脾有关，久则累及肾。主要病机为邪犯于肺，肺气上逆。因肺主气，司呼吸，上连气道、喉咙，开窍于鼻，外合皮毛；又肺内为华盖，其气贯百脉而通他脏，不耐寒热，为“娇脏”，易受内外之邪侵袭而导致宣肃失司。

二、临床表现

临床表现有以下类型：

（一）普通感冒

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。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。严重者有发热、轻度畏寒和头痛等。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1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，多见于儿童，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，多发于夏季，由游泳传播，儿童多见。

（五）急性咽扁扁桃体炎

病原体多为溶血性链球菌。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。

三、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和核左移现象。

（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，一般无须明确病原学检查。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确定病毒的类型。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。

四、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。一般无须病因诊断，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。如脱离过敏源,数分钟至1~2小时内症状即消失。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源。

(二) 流行性感

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线胸片常可见肺纹理增强。

(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,应予重视。如果在上呼吸道症状1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。

五、治疗

【西医治疗】

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

目前已明确普通感冒无须使用抗菌药物。除非有白细胞升高、咽部脓苔、咳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现象,所以如无发热,免疫功能正常,发病超过2天一般无须应用。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。

【中医治疗】

(一) 辨证要点

本病邪在肺卫,辨证属表、属实,但应根据证情,区别风寒、风热和暑湿兼夹之证,还需注意虚体感冒的特殊性。

(二) 治疗原则

外感表证的病位在卫表肺系,治疗应因势利导,从表而解,遵《素问·阴阳应象大论》“其在皮者,汗而发之”之义,采用解表达邪的治疗原则。风寒证治以辛温发汗;风热证治以辛凉清解;暑湿杂感者,又当清暑祛湿解表。

(三) 分型论治

1. 风寒束表证 恶寒重,发热轻,无汗,头痛,肢节酸疼,鼻塞声重,或鼻痒喷嚏,时流清涕,咽痒,咳嗽,咳痰稀薄色白,口不渴或渴喜热饮,舌苔薄白而润,脉浮或浮紧。

证机概要:风寒外束,卫阳被郁,腠理闭塞,肺气不宣。

治法:辛温解表。

代表方:荆防达表汤或荆防败毒散加减。两方均为辛温解表剂,前方疏风散寒,用于风寒感冒轻证;后方辛温发汗,疏风祛湿,用于时行感冒,风寒夹湿证。

常用药:荆芥、防风、苏叶、豆豉、葱白、生姜等解表散寒;杏仁、前胡、桔梗、甘草、橘红宣通肺气。若表寒重,头痛身痛,憎寒发热,无汗者,配麻黄、桂枝以增强发表散寒之功用;表湿较重,肢体酸痛,头重头胀,身热不扬者,加羌活、独活祛风除湿,或用羌活胜湿汤加减;湿邪蕴中,脘痞食少,或有便溏,苔白腻者,加藿香、苍术、厚朴、半夏化湿和中;头痛甚,配

白芷、川芎散寒止痛；身热较著者，加柴胡、薄荷疏表解肌。

2. 风热犯表证 身热较著，微恶风，汗泄不畅，头胀痛，面赤，咳嗽，痰黏或黄，咽燥，或咽喉乳蛾红肿疼痛，鼻塞，流黄浊涕，口干欲饮，舌苔薄白微黄，舌边尖红，脉浮数。

治法：辛凉解表。

代表方：银翘散或葱豉桔梗汤加减。两方均有辛凉解表，轻宣肺气功能，但前者长于清热解毒，适用于风热表证热毒重者，后者重在清宣解表，适用于风热袭表，肺气不宣者。

常用药：银花、连翘、黑山栀、豆豉、薄荷、荆芥辛凉解表，疏风清热；竹叶、芦根清热生津；牛蒡子、桔梗、甘草宣利肺气，化痰利咽。若风热上壅，头胀痛较甚，加桑叶、菊花以清利头目；痰阻于肺，咳嗽痰多，加贝母、前胡、杏仁化痰止咳；痰热较盛，咳痰黄稠，加黄芩、知母、瓜蒌皮；气分热盛，身热较著，恶风不显，口渴多饮，尿黄，加石膏、鸭跖草清肺泄热。

3. 暑湿伤表证 身热，微恶风，汗少，肢体酸重或疼痛，头昏重胀痛，咳嗽痰黏，鼻流浊涕，心烦口渴，或口中黏腻，渴不多饮，胸闷脘痞，泛恶，腹胀，大便或溏，小便短赤，舌苔薄黄而腻，脉濡数。

治法：清暑祛湿解表。

代表方：新加香薷饮加减。本方功能清暑化湿，用于夏月暑湿感冒，身热心烦，有汗不畅，胸闷等症。

常用药：银花、连翘、鲜荷叶、鲜芦根清暑解热；香薷发汗解表；厚朴、扁豆化湿和中。

若暑热偏盛，可加黄连、山栀、黄芩、青蒿清暑泄热；湿困卫表，肢体酸重疼痛较甚，加豆卷、藿香、佩兰等芳化宣表；里湿偏盛，口中黏腻，胸闷脘痞，泛恶，腹胀，便溏，加苍术、白蔻仁、半夏、陈皮和中化湿；小便短赤加滑石、甘草、赤茯苓清热利湿。体虚感冒之人，卫外不固，感受外邪，常缠绵难愈，或反复不已。其病邪属性仍不外四时六淫。但阳气虚者，感邪多从寒化，且易感受风寒之邪；阴血虚者，感邪多从热化、燥化，且易感受燥热之邪。临床表现肺卫不和与正虚症状并见。治疗不可过于辛散，单纯

祛邪，强发其汗，重伤正气，当扶正达邪，在疏散药中酌加补正之品。

4. 气虚外感 恶寒较甚，发热，无汗，头痛身楚，咳嗽，痰白，咳痰无力，平素神疲体弱，气短懒言，反复易感，舌淡苔白，脉浮而无力。

代表方：参苏饮加减。本方益气解表，化痰止咳。主治气虚外感风寒，内有痰湿，恶寒发热，无汗，头痛，咳嗽，气短，脉弱等症。

常用药：党参、甘草、茯苓补气扶正以祛邪；苏叶、葛根、前胡疏风解表；半夏、陈皮、枳壳、桔梗宣肺化痰止咳。若表虚自汗，易伤风邪者，可常服玉屏风散益气固表，以防感冒；若见恶寒重，发热轻，四肢欠温，语音低微，舌质淡胖，脉沉细无力，为阳虚外感，当助阳解表，用再造散加减，药用党参、黄芪、桂枝、附子、炙甘草温阳益气，细辛、防风、羌活解表散寒。

5. 阴虚外感 身热，微恶风寒，少汗，头昏，心烦，口干，干咳少痰，舌红少苔，脉细数。

治法：滋阴解表。

代表方：加减葳蕤汤化裁。本方滋阴解表，适用于体虚感冒，头痛身热，微恶风寒，汗少，咳嗽咽干，舌红，脉数等症。

常用药：玉竹滋阴，以资汗源；甘草、大枣甘润和中；豆豉、薄荷、葱白、桔梗疏表散邪；白薇清热和阴。阴伤较重，口渴、咽干明显，加沙参、麦冬以养阴生津；血虚，面色无华，唇甲色淡，脉细，加地黄、当归滋阴养血。

(四) 其他疗法

治疗外感的成药较多，如风寒证用午时茶、通宣理肺丸，风热证用银翘解毒片（丸）、羚翘解毒片、桑菊感冒冲剂等，暑湿证或感冒而兼见中焦诸症者用藿香正气丸（片、水、软胶囊等），时行感冒用板蓝根冲剂等。另外，还可以采用针灸疗法。

六、预防与调护

增强机体自身抗病能力是预防急性上呼吸道感染最好的办法。如坚持有规律的身体锻炼，提高机体预防疾病能力及对寒冷的适应能力。做好防寒工作，避免发病诱因。生活有规律，避免过劳，特别是晚上工作过度。注意呼吸道患者

的隔离,防止交叉感染等。

七、研究进展

中药具有成分复杂、作用靶点多的特点。已有研究表明,不同的中药抗病毒免疫机制不完全相同,有的是改善非特异性免疫,有的是改善免疫球蛋白水平,有的则作用于T淋巴细胞亚群、调节细胞因子(如干扰素、白细胞介素、肿瘤坏死因子)合成和释放。单味中药大多为清热解毒,抑制病毒增殖或灭活、阻止病毒吸附细胞的作用。有报道甘草甜素、甘草、牛蒡子提取物、板蓝根、牛蒡子、鱼腥草、柴胡、黄芩和复方玉屏风散、银翘散、葛根汤、肺毒清颗粒、清热宁冲剂等长期以来一直用于预防和治疗流感、流脑、肝炎、腮腺炎等,尤其在预防和治疗上呼吸道感染方面效果显著,目前已被制成多种制剂应用于临床。有报道鱼腥草注射液、清开灵注射液、双黄连注射液在急性上呼吸道感染治疗中有较好疗效,但存在有不同的不良反应,如腹痛、血尿、过敏性休克、药疹、胃肠道痉挛、口唇麻木、发热、寒战、胸闷、恶心、呕吐、头晕、气促、寒战、大汗、血压下降、胸闷、胸痛、面部潮红。在用药过程中应注意严格按照说明书执行,输液过程不要过快,不要随意增加剂量和浓度,预防不良反应发生。

第三节 急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎(acute tracheobronchitis)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。急性支气管炎属祖国医学之咳嗽范畴,多因风、寒、暑、湿、燥、火之邪侵袭肺系或脏腑功能失调,内邪干肺,致肺气宣降失常,肺气上逆而作咳。

一、病因病机

中医学认为,四时六气的不同,感受的致病

外邪也就各不相同。风邪为六淫之首,其他外邪多借风邪而侵袭人体。故外感咳嗽感受风邪同时,多有夹寒、夹热或夹燥等不同。另若脏腑功能失调、内邪干肺也可引发咳嗽,如饮食不调者,过食肥甘厚味,酿湿生痰;故外感咳嗽,常以风为先导,而夹有寒、热、燥、湿等邪或因脾运不健,饮食不化,变生痰浊,肺脉连胃,痰邪上传,乃生咳嗽;或情志不遂,郁怒伤肝,致肝失条达,气机不畅,日久气郁而化火,气火循肝脉而犯肺,发为咳嗽。若肺脏本身主气功能失常,以致肃降失权,肺气上逆作咳。

急性上感有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为多见,其次为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌和葡萄球菌等,偶见革兰阴性杆菌。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。

二、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。

三、实验室检查

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。

四、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）流行性感冒

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。流行病学史、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。

五、治疗

【西医治疗】

（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，症状较重者可经肌内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。

【中医治疗】

可参照第二节、第四节进行辨证治疗。

六、预防与调护

由于感染呼吸道病毒是急性气管-支气管炎、慢性支气管炎急性发作与肺炎的始发因素，以及由各种呼吸道疾病最后导致的慢性阻塞性肺疾病，呼吸道的病毒和细菌感染也是最常见的原因之一。慢性阻塞性肺疾病一旦形成将是不可逆的，所以有效地预防急性气管-支气管炎十分重要。大力开展全民体育活动，进行耐寒、耐力锻炼以增强体质，是积极预防呼吸道感染的有效措施。要仔细做好劳动保护，积极改善劳动卫生环境，有效防止空气污染，净化环境，提倡戒烟。防止鼻、咽、喉、气管等部位的慢性感染。针对高危人群，如常年体弱多病者，老年人、婴幼儿、长期应用激素或免疫抑制剂者，以及慢性阻塞性肺疾病的患者，在冬季的时候要注意保暖，避免着凉。感冒流行季节，要避免接触流感患者，预防交叉感染。一旦发现病毒性上呼吸道感染，要及时治疗，及早应用抗病毒药物，防止继发细菌性气管-支气管炎的可能。临床上目前常采用一些预防性的药物，如转移因子、卡介多糖、免疫球蛋白以及左旋咪唑等不同程度的预防作用的药物，根据实际情况体弱者酌情选用。现代药理研究证明黄芪有防治感冒的效果，故临床上可应用黄芪制剂来防治呼吸道感染，如黄芪注射液等，也可以选用玉屏风散加味治疗。

七、研究进展

现在大多数急性气管-支气管炎的患者接受抗生素治疗，但国外研究表明，抗生素并无明显的治疗效果，对缓解症状并无显著差异。因此临床医师在治疗急性气管-支气管炎患者时应避免滥用抗生素。但如果患者出现发热、脓性痰和重症咳嗽，则是应用抗生素的指征。急性上呼吸道感染特别是急性咽喉炎、气管-支气管炎，在适当应用抗生素同时加用小剂量激素及扑尔敏是有重要价值的，值得临床使用。

第四节 慢性支气管炎

慢性支气管炎 (chronic bronchitis) 系气管 - 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。祖国医学中没有慢性支气管炎的病名记载, 但根据其发病的症状可归于祖国医学的“咳嗽”、“痰饮”等范畴。

一、病因病机

中医学认为本病的病因有外感、内伤两大类。外感咳嗽为六淫外邪侵袭肺系; 内伤咳嗽为脏腑功能失调, 内邪干肺。不论邪从外入, 或自内而发, 均可引起肺失宣肃, 肺气上逆作咳。外感六淫之邪, 从口鼻或皮毛而入, 侵袭肺系, 或因吸入烟尘、异味气体, 肺气被郁, 肺失宣降。起居不慎, 寒温失宜, 或过度疲劳, 肺的卫外功能减退或失调, 以致在天气冷热失常, 气候突变的情况下, 外邪客于肺导致咳嗽。内邪干肺, 可分其他脏腑病变涉及于肺和肺脏自病两端。他脏及肺由于饮食不调者, 可因嗜烟好酒, 烟酒辛温燥烈, 熏灼肺胃; 或因过食肥甘辛辣炙烤, 酿湿生痰; 或因平素脾运不健, 饮食精微不归正化, 变生痰浊, 肺脉连胃, 痰邪上干, 乃生咳嗽; 或由情志不遂, 郁怒伤肝, 肝失条达, 气机不畅, 日久气郁化火, 因肝脉布胁而上注于肺, 故气火循经犯肺, 发为咳嗽。肺脏自病者, 常因肺系疾病迁延不愈, 阴伤气耗, 肺的主气功能失常, 以致肃降无权, 肺气上逆作咳。

咳嗽的病变主脏在肺, 与肝、脾有关, 久则及肾。主要病机为邪犯于肺, 肺气上逆。因肺主气, 司呼吸, 上连气道、喉咙, 开窍于鼻, 外合皮毛, 内为五脏华盖, 其气贯百脉而通他脏, 不耐寒热, 称为“娇脏”, 易受内外之邪侵袭而致宣肃失司。肺脏为了祛除病邪外达, 以致肺气上逆, 冲激声门而发为咳嗽。外感咳嗽属于邪实, 为六淫外邪犯肺, 肺气壅遏不畅所致。内伤咳嗽, 病理因素主要为“痰”与“火”。而痰有寒热之别, 火有虚实之分。痰火可互为因果, 痰可郁而化火

(热), 火能炼液灼津为痰。因其常反复发作, 迁延日久, 脏气多虚, 故病理性质属邪实与正虚并见。外感咳嗽与内伤咳嗽可相互为病。外感咳嗽如迁延失治, 邪伤肺气, 更易反复感邪, 而致咳嗽屡作, 肺脏益伤, 逐渐转为内伤咳嗽。内伤咳嗽, 肺脏有病, 卫外不强, 易受外邪引发或加重, 在气候转冷时尤为明显。久则肺脏虚弱, 阴伤气耗, 由实转虚。

影响本病转归及预后的因素较多。一般而言, 外感咳嗽其病尚浅而易治, 但燥与湿二者较为缠绵。因湿邪困脾, 久则脾虚而致积湿生痰, 转为内伤之痰湿咳嗽。燥伤肺津, 久则肺阴亏耗, 成为内伤阴虚肺燥之咳嗽, 故有“燥咳每成癆”之说。内伤咳嗽多呈慢性反复发作过程, 其病较深, 治疗难取速效。如痰湿咳嗽之部分老年患者, 由于反复病久, 肺脾两伤, 可出现痰从寒化为饮, 病延及肾的转归, 表现为“寒饮伏肺”或“肺气虚寒”证候, 成为痰饮咳喘。至于肺阴亏虚咳嗽, 虽然初起轻微, 但如延误失治, 则往往逐渐加重, 成为劳损。部分患者病情逐渐加重, 甚至累及于心, 最终导致肺、脾、肾诸脏皆虚, 痰浊、水饮、气滞、血瘀互结而演变成为肺胀。

现代医学对本病病因尚不完全清楚, 可能是多种因素长期相互作用的结果。有害气体和有害颗粒如香烟、烟雾、粉尘、刺激性气体, 病毒、支原体、细菌等, 其他因素如免疫、年龄和气候等因素均与慢性支气管炎有关。其主要病理变化为气管上皮细胞变性、坏死、脱落, 出现鳞状上皮化生, 纤毛变短、粘连、倒伏、脱失。黏膜和黏膜下充血水肿, 杯状细胞和黏液腺肥大和增生、分泌旺盛, 大量黏液潴留。浆细胞、淋巴细胞浸润。病情继续发展, 炎症由支气管壁向其周围组织扩散, 黏膜下和支气管周围纤维组织增生, 肺泡弹性纤维断裂, 进一步发展成阻塞性肺疾病。

二、临床表现

(一) 症状

缓慢起病, 病程长, 反复急性发作而病情加重。主要症状为咳嗽、咳痰, 或伴有喘息。急性加重系指咳嗽、咳痰、喘息等症状突然加重。急性加重的主要原因是呼吸道感染, 病原体可以是

病毒、细菌、支原体和衣原体等。

(1) 咳嗽：一般晨间咳嗽为主，睡眠时有阵咳或排痰。

(2) 咳痰：一般为白色黏液和浆液泡沫性，偶可带血。清晨排痰较多，起床后或体位变动可刺激排痰。

(3) 喘息或气急：喘息明显者常称为喘息性支气管炎，部分可能合并支气管哮喘。若伴肺气肿时可表现为劳动或活动后气急。

(二) 体征

早期多无异常体征。急性发作期可在背部或双肺底听到干、湿啰音，咳嗽后可减少或消失。如合并哮喘可闻及广泛哮鸣音并伴呼气期延长。

三、实验室检查

1. X线检查早期可无异常 反复发作引起支气管壁增厚，细支气管或肺泡间质炎症细胞浸润或纤维化，表现为肺纹理增粗、紊乱，呈网状或条索状、斑点状阴影，以双下肺野明显。

2. 呼吸功能检查早期无异常 如有小气道阻塞时，最大呼气流速-容量曲线在75%和50%肺容量时，流量明显降低。

3. 血液检查 细菌感染时偶可出现白细胞总数和(或)中性粒细胞增高。

4. 痰液检查 可培养出致病菌。涂片可发现革兰阳性菌或革兰阴性菌，或大量破坏的白细胞和已破坏的杯状细胞。

四、诊断与鉴别诊断

(一) 诊断

依据咳嗽、咳痰，或伴有喘息，每年发病持续3个月，并连续2年或2年以上，并排除其他慢性气道疾病。

(二) 鉴别诊断

1. 咳嗽变异型哮喘 以刺激性咳嗽为特征，灰尘、油烟、冷空气等容易诱发咳嗽，常有家庭或个人过敏疾病史。对抗生素治疗无效，支气管激发试验阳性可鉴别。

2. 嗜酸性粒细胞性支气管炎 临床症状类似，X线检查无明显改变或肺纹理增加，支气管激发试验阴性，临床上容易误诊。诱导痰检查嗜酸性细胞

比例增加($\geq 3\%$)可以诊断。

3. 肺结核 常有发热、乏力、盗汗及消瘦等症状。痰液找抗酸杆菌及胸部X线检查可以鉴别。

4. 支气管肺癌 多数有数年吸烟史，顽固性刺激性咳嗽或过去有咳嗽史，近期咳嗽性质发生改变，常有痰中带血。有时表现为反复同一部位的阻塞性肺炎，经抗菌药物治疗未能完全消退。痰脱落细胞学、胸部CT及纤维支气管镜等检查，可明确诊断。

5. 肺间质纤维化 临床经过缓慢，开始仅有咳嗽、咳痰，偶有气短感。仔细听诊在胸部下后侧可闻爆裂音(Velcro啰音)。血气分析示动脉血氧分压降低，而二氧化碳分压可不升高。

6. 支气管扩张 典型者表现为反复大量咳脓痰，或反复咯血。X线胸部拍片常见肺野纹理粗乱或呈卷发状。高分辨螺旋CT检查有助诊断。

五、治疗

【西医治疗】

根据慢性支气管炎的病期和反复发作的特点，采取防治结合的综合措施。

(一) 急性发作期及慢性迁延期的治疗

主要采取控制感染、祛痰、镇咳等措施，伴发喘息时，应用解痉平喘药物。

1. 抗感染 针对感染的主要致病菌和严重程度或根据病原菌药物敏感试验选用抗菌药物。常用的有青霉素、红霉素、氟喹诺酮类、头孢菌素类等。轻症者采取口服，较重者则肌内注射或静脉滴注。

2. 祛痰、镇咳 常用药物有氯化铵合剂、溴己新等。应避免应用强镇咳剂，如可待因等，以免抑制中枢及加重气道阻塞和病情。

3. 解痉、平喘 常用氨茶碱、特布他林等口服，或沙丁胺醇等吸入剂。若气道持续阻塞可使用肾上腺糖皮质激素(泼尼松每日20~40mg)。

4. 气雾疗法 可稀释气管内分泌物，有利于排痰。

(二) 缓解期治疗

加强锻炼，增强体质，提高免疫功能。