

乡村医生中等医学学历教育教材

内 科 学

N E I K E X U E

**XIANGCUN YISHENG
ZHONGDENG
YIXUE XUELI
JIAOYU JIAOCAI**

江西科学技术出版社
江西省乡村医生培训中心编
主 编 刘仁树



乡村医生中等医学学历教育教材

内 科 学

NEI KE XUE

主 编 刘仁树

副主编 赵 华 王和平 王瑞兰 周从阳

编写秘书 周从阳(兼)

编 者 (以姓氏笔画为序)

王和平(江西省人民医院)

王瑞兰(南昌大学二附院)

朱水山(南昌大学二附院)

刘仁树(南昌大学一附院)

何 旭(南昌大学一附院)

周小春(南昌大学一附院)

周从阳(南昌大学一附院)

赵 华(南昌市三医院 南昌市慈善医院)

徐文达(南昌市三医院 南昌市慈善医院)

盛国太(江西省人民医院)

颜小明(南昌市三医院 南昌市慈善医院)

江西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科学/刘仁树主编. —南昌:江西科学技术出版社,2006.8

乡村医生中等医学学历教育教材

ISBN 7-5390-2876-9

I. 内… II. 刘… III. 内科学—乡村医生—教材 IV. R.5

中国版本图书馆CIP数据核字(2006)第074756号

国际互联网(Internet)地址:

<http://www.jxkjcs.com>

选题序号:KX2006120

赣科版图书代码:06110-101

内科学

刘仁树主编

出版	江西科学技术出版社
发行	
社址	南昌市蓼洲街2号附1号
	邮编:330009 电话:(0791)6623341 6610326(传真)
印刷	南昌市红星印刷厂
经销	各地新华书店
开本	787mm×1092mm 1/16
字数	390千字
印张	17.25
印数	8000册
版次	2006年8月第1版 2006年8月第1次印刷
书号	ISBN 7-5390-2876-9/R·702
定价	27.00元

(赣科版图书凡属印装错误,可向出版社发行部或承印厂调换)

前言

在一个拥有十三亿人口的世界最大的发展中国家,要提高全民族的人均生活水平,并切实解决 70% ~ 80% 并不富裕的民众看病贵、看病难的问题,是目前世界上还没有哪个国家能够做得到的。站起来了的中华民族,立志把此事作为创建和谐社会的大事来做,实为一项壮举。为此,江西省教育厅、江西省卫生厅从培养基层卫生医疗干部着手,注重提高乡村医疗质量,确保广大民众对卫生工作的需求,这是一件为民办实事的大好事。

作为在乡村工作的基层医生,一般缺乏大型的医疗器械与设备,在某种程度上诊断、治疗都还要通过简而易行的手段来实现。但对于一个疑难病症或较为复杂的常见病,一般应该就地得出初步诊断,并采取较为正确的医护方案就地治疗,或得以安全护送。要做到这一点,并不是十分容易的。

随着医学科学的快速发展,临床医学的分支日趋专业化。而在广大基层单位,所急需的却是全科知识都能基本了解的医务人员,因此本书的作者着力用较通俗的语言,把包括神经、精神病都在内的常见病,用简练的文字予以叙述,力求做到重点突出,易懂、易读、易记并易掌握重点和参加应试,帮助工作在基层的医生,经过三年“中等医学学历教育”的培训,顺利地考到相关的执业行医资格,以便按照国家法令的要求合法行医。为了达到此目的,我们在编写本书过程中,密切结合国家《执业助理医师》考试大纲的要求,并考虑到乡村医生的实际情况和农村卫生工作的需求进行了认真的思考。

本书的编者均为具有较丰富临床工作经验和基层工作实践的高级医师,在编著本书时已充分地关注到编写的目的与要求,所编入的写作内容重点突出,文字通俗易懂,并高度关注了乡村工作的实际,实事求是地进行了选题论证,有较强的实用性。每一章节的编写都注意了文稿的实用性,力求简叙发病机制,把重点放在临床表现与诊断要点、治疗方法与安全转送等方面,基本做到了“重则详,次则简”。

另外,书本上的叙述是作为乡村医生在医疗实际中必须掌握的基本知识要求。更重要的应强调医生的高尚品德,以高度的责任感和同情心进行医疗实践,若要进一步地提高自己的医疗水平,还必须不断地拓宽知识面,在医疗实践中学会总结经验,并将较成熟的方法,加深理解与记忆,有根有据的用于临床之中,只有经过实践、认识、再实践、再认识的过程,才能发现问题,提高科学分析问题与解决问题的能力。参加本书编写的作者也是你们工作中可信赖的朋友,若在参考本书基本内容原则的临床试验实践中,还有实际困难或难以理解的病状,都可用各种通讯手段与编者取得联系,通过大家的共同努力,把本教材用好、用活。

为了帮助大家在缺少上级医生指导和参考资料的情况下,能以自学为主、课堂教学为辅的方式掌握本书的内容。我们在各章后都有思考题,主要参考资料(以国内为主)附于书后。其中思考题是应熟知的内容和基本要求,也是执业医师考试的重点,务请背记,并在临床应用中加深理解与记忆。

诊治病人切忌主观推想或犹而不决。遇有困难时应当机立断地请同仁会诊,以集思广益,快速提出处理方案,力求减少误诊的概率。在有条件的情况下,博览群书当然是拓展知

识的主要方面,但重视实践更是关键的一步。作为一名医生,在临床实践中要做到能面对现实,勇于推翻或否定自己的错误诊断,坚信真理,兼听则明,切莫武断,粗心大意,要全心全意地服务于病人。

随着科技水平的不断提高,辅助检查的手段日新月异,但我们必须认识到这些检测方法只是帮助诊治疾病的手段之一,切不可以其为依据而妄下诊断,否则容易出现漏诊或误诊。

目前,内科学随着现代科学水平的发展,诊断疾病的方法、器械设备和治疗手段也都在迅速地更新,特别近半个世纪随着CT、核磁共振、分子生物学、细胞学、分子遗传学、免疫学的快速发展及基因研究的应用,使传统的医学内涵发生了巨大的变化,如机械辅助呼吸日趋完善,连续性肾替代疗法(Continuous Renal Replasmant Therapy, CRRT),介入治疗等的广泛使用和基因重组,人类基因图谱的解密,使我们目不暇接。一些以前认为无法救治的疾病,遗传性疾病和意外伤害,都渐渐变成了可以防治的。随着急救医学服务体系的完善(院前急救、院内抢救ICU室的治疗),毫无疑问地增进了人类战胜疾病的能力。

在工业化、科技化的程度飞速发展时期,由于生态环境的变迁,疾病谱也在发生相应的变化,一些新病种的出现正在对人类的生存构成威胁,如禽流感、口蹄疫、SARS等的出现就是一种预示,我们在基层工作的医务人员都必须对此保持高度的警惕,凡遇到一些较为奇异病症的情况,在采取积极防治手段的同时,应同时进行常规的消毒隔离措施,尚要及时向上级部门进行报告以力求减少新病种的危害性。对于以呼吸道症状为主的有流行趋向的疾病,要更加警惕,以便采取手段,尽快阻止疾病的蔓延。

在当前形势下,乡村内科学工作者至少面临着以下挑战。

随着生活节奏的不断增强,社会因素和心理因素的作用,必定会影响人群的健康水平。因此,我们必须强化这方面的认识,充分认识到“病人—心理—社会”是防治内科学疾病的重要方面之一;

另外还要增强法制观念,尽力建立良好的正常的和谐医患关系,依法行医。按照规范的要求,写好各项医疗文件,及时上报疫情,不断地提高医疗水平和诊治能力,尊重患者、尊重生命、极力的减少由于沟通不畅而诱发的医疗纷争。

我们都知道同一种内科疾病,不同的患者临床特征不尽完全一致。此时可以参照专家们的经验因人而异的采取最好的治疗方案,以求得到最好的治疗效果,这就是目前时行的循证医学(Evidence-based medicine)的基本含意。在内科学诊治实践上逐步建立起循证医学的基本理念,是我们医务工作者紧跟时代进步的一个重要体现。

根据我们的国情,提倡中西医结合治疗疾病。是乡村医生的努力方向,因为“中西医并重,促进中西结合”是我国一贯的国策。在乡村里显得尤为重要,往往一些经历了考验的有效中草药方剂,不但易被群众所接受,同时也是就地取材,实现少花钱治好病的有力措施。医务工作者应以严谨的科学态度,走具有中国特色的中西医结合道路,为人类的卫生事业作出贡献。

我们的工作艰辛的,道路是曲折,只要我们发奋努力,就能做好一名称职的、农民群众满意的乡村好医生。本书的顺利出版,得到了江西科学技术出版社领导的大力支持与关注,对此,全体编者表示衷心的感谢。

刘仁树

目 录

第一章 绪论	(1)
第二章 呼吸系统疾病	(4)
第一节 慢性支气管炎	(4)
第二节 支气管哮喘	(6)
第三节 阻塞性肺气肿	(9)
第四节 慢性肺源性心脏病	(11)
第五节 肺炎	(14)
第六节 支气管扩张	(18)
第七节 肺结核	(20)
第八节 结核性胸膜炎	(25)
第九节 呼吸衰竭	(27)
第三章 循环系统疾病	(32)
第一节 慢性心功能不全	(32)
第二节 急性心功能不全	(36)
第三节 心律失常	(38)
第四节 风湿性心瓣膜病	(46)
第五节 感染性心内膜炎	(49)
第六节 高血压病	(52)
第七节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(55)
第八节 心绞痛	(56)
第九节 急性心肌梗死	(64)
第十节 病毒性心肌炎	(78)
第十一节 心肌病	(83)
第十二节 急性心包炎	(87)
第四章 消化系统疾病	(91)
第一节 急性胃炎	(91)
第二节 慢性胃炎	(94)
第三节 消化性溃疡	(97)
第四节 肝硬化	(105)
第五节 肝性脑病	(112)
第六节 急性胰腺炎	(116)
第七节 结核性腹膜炎	(121)
第八节 溃疡性结肠炎	(123)
第五章 泌尿系统疾病	(129)

第一节	肾小球疾病概述	(129)
第二节	急进性肾小球肾炎	(130)
第三节	慢性肾小球肾炎	(134)
第四节	隐匿性肾小球肾炎	(138)
第五节	肾病综合征	(140)
第六节	尿路感染	(145)
第七节	急性肾功能衰竭	(149)
第八节	慢性肾功能衰竭	(152)
第六章	造血系统疾病	(158)
第一节	贫血概述	(158)
第二节	缺铁性贫血	(159)
第三节	再生障碍性贫血	(161)
第四节	出血性疾病	(163)
第五节	特发性血小板减少性紫癜	(165)
第六节	过敏性紫癜	(166)
第七节	白血病概述	(168)
第八节	急性白血病	(169)
第九节	慢性白血病	(171)
第七章	内分泌及代谢疾病	(174)
第一节	总论	(174)
第二节	脑垂体功能减退	(175)
第三节	甲状腺功能亢进症	(177)
第四节	单纯性甲状腺肿	(180)
第五节	糖尿病	(181)
第八章	风湿性疾病	(188)
第一节	风湿性疾病概论	(188)
第二节	系统性红斑狼疮	(188)
第三节	类风湿性关节炎	(193)
第九章	理化因素所致疾病	(196)
第一节	急性中毒总论	(196)
第二节	急性有机磷中毒	(204)
第三节	急性一氧化碳中毒	(211)
第十章	神经系统疾病	(214)
第一节	概论	(214)
第二节	急性感染性多发性神经炎	(218)
第三节	面神经炎	(220)
第四节	急性脊髓炎	(222)
第五节	急性缺血性脑血管疾病	(225)
第六节	脑出血	(228)

第七节 蛛网膜下腔出血	(230)
第八节 暂时性脑缺血发作	(234)
第九节 脑血栓	(237)
第十节 脑栓塞	(240)
第十一节 癫痫	(242)
第十一章 精神疾病	(250)
第一节 常见症状	(250)
第二节 精神分裂症	(257)
第三节 抑郁症	(258)
第四节 癔症	(259)
第五节 酒依赖	(261)
附:主要参考书目	(263)
主要参考文献	(266)

第一章 绪 论

内科学是临床医学各学科的基础,当今随着科学技术的不断发展,诊疗水平日益提高,但依旧离不开内科学的前提。尤其在乡村,医疗条件受到限制,学好内科学的诊断、治疗方法,才能更好地为进一步治疗各科疾病奠定基础。其实,依据内科学基础所做的一切基本诊治方法:如认真细致、实事求是的问诊,全面而真实的体格检查,再经过去伪存真,去粗存精的分析,大多数的疾病是可以得出较正确的诊断,并可取得较好的治疗效果的。这本专门为乡村医生编写的《中等医学学历教育教材——内科学》,内容提纲挈领,对农村的常见病、多发病从基层的实际情况出发,写得较为简练,罕见病基本不涉及。

一个优秀的农村医生,不但要有全心全意为人民服务的崇高品德,还应具备为人民服务的基本技能。要获得治病的本领,非但要认真读书,更要勤于实践,并在医务实践中不断地完善自己,在为广大乡村群众服务的过程中提高医疗水平。

一、学好乡村医生中等医学学历教育教材《内科学》的方法

这本简明的《内科学》,既不同于大专院校的统一教材,也有别于一般的通俗读物。因此,在阅读本书时,首先要认真体会前言及本书绪论中所提到的一些原则及编者的意图。然后系统地按照目录的内容,了解教材所涉及的范畴。

1. 这本《内科学》总体上概括了该学科的总貌,文字简明,重点突出。由于发病机制在某种程度上仍代表着当前医学科学的研究内容,有的已被证实,更多的还在探索中,因此书中不作重点叙及。每个系统的疾病表现,虽亦因人而有差异,但总的规律是清楚的。只要牢记了这些特征,疾病诊断的大方向是不会出大差错的,如一个长期慢性咳嗽、气喘、咳痰的患者,自然会想到可能是呼吸系统的慢性疾病(如慢性支气管炎或慢性支气管扩张),有了这个主导方向,再作进一步的问诊、体检和一些力所能及的化验或X线、心电图、B超等检查,就可以得出初步诊断了。此时,读者可参考书中描写的内容进行分析。很显然,一个乡村内科医生只依照本书的内容去进行临床工作是不够的,最好能备有内科疾病鉴别诊断学、内科药物治疗学及内科急诊的诊断与治疗的相关内容作参考,以便不断完善自己医疗思维。为此,乡村医生在学习本书时,应把它作为自学的纲要来读,切莫完全以此为据,草率从事。

2. 学好乡村医生《内科学》的另一个重要的方法是:紧密结合诊断学基础的内容来强化记忆,如果连如何问诊和怎样进行系统的视、触、叩、听都不太清楚,也不知道门诊病历、住院病历、病情记录的书写方法和对各项辅助检查的理解与正确应用,那就谈不上学习《内科学》了。因此,我们务请读者一定要在熟记《诊断学基础》的前提下,强化对《内科学》的学习、理解与记忆。

3. 很显然,《内科学》所涉及的内容,都是要付诸于临床的,诊治的正确与否,可谓人命关天,来不得半点敷衍了事。因此,任何一个主权国家对医务人员的从业要求,大多数都是用法律的形式表达出来的。也就是说,医生从业必须经过严格的考试和一定时间的临床学习,方能获得国家认可的行医资格,若无国家统一颁发的行医证明的一切医疗活动,统称为

非法行医,这种情况是不允许存在的。一旦出现非法行医所造成的病人痛苦、伤、残、或死亡,是必须要受到法律的严惩的。我国幅员辽阔,人口众多,大多数民众还生活在穷乡僻壤,按人口分布的比例,我国缺医少药的情况,仍然较严重地存在,为了提高广大乡村医生的专业水平,我们遵照上级的指示,特地编写了适合于乡村医生的中等医学学历教育教材《内科学》,诚望那些原有一定文化基础或有简易医疗实践的从医人员,能通过阅读本书,熟记其内容,然后得以通过中等医学学历教育的考试,为获取相应的资格而奠定基础。因此,在学习本书时,应在充分理解课文各章节内容的同时,一定要熟记每章思考题的解答要求。编者写下这段文字的主要用意,是在告诫本书的读者考试不能少,行医要合法。

4. 由于上级部门对本系列教材的严格要求,编者不可能将所涉及的内容及专用名词都解释清楚,但在学习时,又不可能不提及。读者遇到有这种情况时,可向有一定理论知识或较丰富临床经验的医生请教,学而问之,才能加深了解,千万不可不懂装懂,不求甚解,须知这样是不能使自己的《内科学》专业水平提高的。

二、《内科学》疾病的诊断方法

内科疾病的范畴甚广,临床内科疾病,大多都以内科病症及特点表现出来的,除了创伤(烧伤)、中毒和职业病外,不熟悉内科疾病的症状鉴别,是难以得出诊断的。我们乡村医生在诊断疾病时首先要从症状学入手,必须遵循以下思维方法,才能明确诊断。

(1)对常见的病症要结合临床表现的特征,进行鉴别。这些症状有发热、休克、腹痛、头痛等。这些症状是很多疾病所共有的,也是经常见到的,要一时弄清楚是什么病引起的,决非易事,应该深入的了解病史,全面的体格检查和进行必要的辅助检查以后方能得出印象,然后逐步的明确诊断。

(2)掌握各系统的主要病症,进行鉴别诊断,选择治疗方法。

神经系统:昏迷、抽搐、瘫痪、定位损害症状及感觉与运动的异常,失语,肌肉萎缩等。发病突然,遗留的后遗症难以康复;

呼吸系统:咳嗽、咯血、咳痰、呼吸困难、胸痛等,一旦具有这些病症,则应抓紧查治;

循环系统:心悸、心律失常、发绀、猝死及高血压、低血压等;

消化系统:恶心、呕吐、腹泻、腹胀痛、腹部肿块、腹水、呕血或便血、肝脾肿大或黄疸等;

泌尿生殖系统:少尿、尿频、尿急、尿痛、血(脓)尿、排尿困难及浮肿(以面部为先)等;

血液系统:要特别注意发热、贫血、出血等主要症状,还要关注肝脾及淋巴结肿大的情况;

内分泌系统:其临床表现往往比较复杂,但有些疾病的诊断还是较为容易的,如甲状腺功能亢进,肾上腺皮质功能低下,诊断就不大困难,但对于垂体、胰腺及甲状旁腺的疾病,早期诊断很不容易,极易漏诊和误诊。

对于理化因素所致的病变,都有其特殊的环境条件和病变的特征,容易明确病因,并及时地进行治疗。

精神及风湿类疾病,在了解其一般规律以后亦可做出初步诊断,但进一步的确诊,应转请上级医院查治。否则,易耽误病情。

(3)根据病人的主要临床表现得出初步诊断印象后,要仔细进行体格检查,进行必须的化验和辅助检查,如血、尿、大便常规、X线拍片、B超检查、心电图描记等。要求在乡村医院

进行CT、MR及介入检查等是不现实的,但对能进行的检查,应该结合实际情况进行综合分析,力求找到较为正确的诊治方法。在实践医疗工作,若确实感到困难的,应请上级医生会诊或及时地转上级医院诊治,不要过长时间的滞留病人,酿成难以挽救生命的残局。

(4)治疗手段的采用,必须慎重,一般在乡村医院,千万不可滥用抗生素,对药物的副作用不明确,一定要查证有关资料后,方可慎用,并须仔细观察不良反应的出现。

(5)对患者的每个病情变化,都必须有高度的责任感和同情心,把病人当作亲人,实行人性化的医疗服务。努力做到急病人之急,想病人之想,力争少花钱,治好病。有可能的情况下,应做好送医送药上门的服务,把方便与关怀关送到千家万户,全心全意地为病人服务。

(6)乡村医生在为患者诊治疾病的过程中,一定要注意药物是否出于正规厂家、其批号及失效期如何、是不是国家[准]字号药品、输入的液体是否过期,要仔细查看其中是否有悬浮物。所有的医用器械是否经过临床证实为可靠的。这三方面的情况都涉及患者的生命安全及治疗效果,一定要切实注意。

三、时刻牢记预防为主医学理念

乡村患者的病情十分复杂,一些传染病、寄生虫病(如血吸虫病、流行性出血热、流行性脑脊髓膜炎等)都是以内科疾病的方式出现的。还有一些突发性新的传染性病种,或群体中毒,也首先要求内科医生作出初步判断。因此,乡村医生在执行医疗任务时,经常要和上级部门或疾病控制中心保持紧密的联系,凡遇有以下情况都必须及时地向上级部门报告,以力求及时的援助,尽早得知病因和抢救方法。

(1)有明显的传染源(人、畜、污水等)、传播途径(呼吸道、消化道、皮肤密切接触)及易感人群(突发性,无年龄和性别差异,或集中某些特定场所的人群)三大特点的多为传染病或群体中毒;

(2)有地区性、季节性、经常发病特点的,可为传染病,也可能是食物、饮水被有毒物质污染所致;

(3)我们国家对此十分重视,非但早就及时颁布了《传染病防治法》,还在近年内制定了《高危疾病的应急方案与控制措施》,对于这方面的知识和有关法令,乡村医生必须人人了解,切不可大意。

四、积极在乡村开展中西医结合的防治工作

祖国的传统中医药(包括少数民族的医药知识)是人类卫生事业宝库中的重要组成部分,受到我国广大人民群众欢迎和尊重,并越来越受到世界的认同,只要是行之有效,或经过实践验证的中(草)药,都应积极的推广使用。我们能应用中、西医两个体系的丰富知识来为乡村的广大民众服务,就一定能解决看病难和看病贵的问题,并为人类的卫生事业作出新贡献。

刘仁树

复习思考题

1. 内科学的疾病诊断方法与步骤?

第二章 呼吸系统疾病

这是乡村最常见的一类疾病,起病之始,往往不被患者所重视,或来势凶猛(如急性大叶性肺炎、急性呼吸窘迫综合征等)而危及生命。多数因未得到及时、合理的治疗,逐步衍变成慢性、难治性疾病,给患者带来极大的痛苦。

第一节 慢性支气管炎

慢性支气管炎(简称慢支)是指气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性炎症。

一、病因

(一) 外因

1. **吸烟** 与慢支发生有密切关系,吸入烟雾可使支气管收缩,黏液分泌增多,黏液-纤毛清除功能降低,易发生感染。

2. **感染因素** 是慢支发生与发展的重要因素,主要是病毒和细菌感染。

3. **理化因素** 刺激性烟雾、粉尘、大气污染等,可为慢支的诱发因素。

4. **气候** 寒冷空气刺激可降低上呼吸道的防御功能而易于继发感染。

5. **过敏因素** 喘息型支气管炎的发病与过敏因素有关。

(二) 内因

1. **呼吸道局部防御和免疫功能降低** 因全身或呼吸道免疫功能减退,呼吸道分泌型抗体 IgA(SIgA)减少,呼吸道防御功能退化等因素而易患慢支。

2. **自主神经功能失调** 呼吸道副交感神经反应性增高时,微弱刺激即可引起支气管收缩、分泌物增加。

二、临床表现

(一) 症状

多缓慢起病,病程较长,反复急性发作且有逐渐加重的倾向。

1. **咳嗽** 一般晨起咳嗽较重,白天较轻,晚间睡前有阵咳或排痰。

2. **咳痰** 常以清晨排痰较多,痰液一般为白色黏痰或浆液泡沫性,急性发作伴有细菌感染时,易变为黏液脓性痰。

3. **喘息或气促** 部分病人出现喘息,多在咳嗽、咳痰时出现。早期无气促,慢支反复发作,并发阻塞性肺气肿时,可伴有轻重程度不等的气促,呈劳力性呼吸困难。

(二) 体征

早期可无任何异常体征。急性发作期可有散在干、湿啰音。

三、并发症

(一) 肺部急性感染

可发展为下呼吸道感染或肺部细支气管、肺泡及间质的炎症。临床表现为畏寒发热、咳嗽、咳痰、气急加重,痰量增多,肺部啰音增加;血白细胞总数与中性粒细胞增多。

(二) 阻塞性肺气肿

参阅本章第三节“阻塞性肺气肿”。

四、诊断标准及分型、分期

(一) 诊断标准

根据咳嗽、咳痰或伴喘息,每年发病持续三个月、连续两年或以上,并除外其他心肺疾病所致的慢性咳嗽,即可作出诊断。如每年发病不足三个月,而有明确的客观检查依据(主要是肺功能及胸片检查)亦可拟诊。

(二) 分型

1. 单纯型 主要表现为咳嗽、咳痰。
2. 喘息型 除有咳嗽、咳痰外尚有喘息,伴有哮鸣音。

(三) 分期

1. 急性发作期 指在1周内出现咳嗽加重,或脓性或黏液脓性痰,痰量明显增加,或出现呼吸困难中任何一项明显加剧。
2. 慢性迁延期 指有不同程度的“咳”、“痰”、“喘”症状迁延一个月以上者。
3. 临床缓解期 经治疗后病情缓解,症状基本消失或偶有轻微咳嗽、少量痰液,保持两月以上者。

五、鉴别诊断

1. 支气管哮喘 喘息型慢支应与支气管哮喘相鉴别。哮喘常于幼年或青年突然起病,一般无咳嗽、咳痰史,以发作性喘息为特征。发作时两肺布满哮鸣音,缓解后可无症状。常有个人或家庭过敏性疾病史。喘息型慢支多见于中、老年人,一般以咳嗽、咳痰伴发喘息及哮鸣音为主要症状,感染控制后症状多可缓解,但肺部可听到哮鸣音。

2. 支气管扩张 具有咳嗽、咳痰反复发作的特点,合并感染时有大量脓痰,或有反复咯血史。肺部以湿啰音为主,下肺多见,且较固定。X线检查常见下肺纹理粗乱呈卷发状。CT可以帮助鉴别诊断。

3. 肺结核 肺结核病人多有结核中毒症状或局部症状(如发热、乏力、盗汗、消瘦、咯血等)。经X线检查和痰结核菌检查可以明确诊断。

4. 肺癌 病人年龄常在40岁以上,特别是多年吸烟史,发生刺激性咳嗽,常有反复发生或持续的血痰,或者慢性咳嗽性质发生改变。X线检查可发现块状阴影或结节状影或阻塞性肺炎、肺不张等。痰脱落细胞及经纤支镜活检有助明确诊断。

5. 矽肺及其他尘肺 有粉尘等职业接触史。X线检查可见散在的矽肺结节,肺门影扩

大及网状纹理增多,即可诊断。

六、治疗

1. 急性发作期和慢性迁延期 以控制感染和祛痰、镇咳为主,抗菌药物的半合成广谱青霉素、头孢菌素或氟喹诺酮类为主。伴发喘息时,应予解痉平喘治疗,常用药物有 β_2 受体激动剂(如麻黄素、喘息定、舒喘灵等)、氨茶碱及抗胆碱能药物等。慢支急性发作,伴喘息或严重呼吸困难者,可短期使用糖皮质激素。

2. 临床缓解期宜加强锻炼,增强体质,提高抵抗力,预防复发。慢支的预防首先是戒烟,并注意保暖、预防感冒等。注射肺炎球菌多价疫苗和流感疫苗具有一定的预防作用。

第二节 支气管哮喘

支气管哮喘是由嗜酸性粒细胞、肥大细胞、T 淋巴细胞等多种炎症细胞及细胞炎性介质参与的气道慢性炎症。这种炎症使气道具有高反应性,各种激发因子可使气道痉挛、缩窄。

一、病因和发病机制

(一) 病因

多数认为是与基因遗传有关的疾病,并受环境因素的影响。环境因素主要是激发因素,包括吸入变应原、病毒感染、异体蛋白、药物、气候变化、剧烈运动、妊娠等。

(二) 发病机制

1. 变态反应 变应原进入有特异性体质的机体后,刺激 T 淋巴细胞,并传递给 B 淋巴细胞合成特异性 IgE 抗体,IgE 抗体结合于肥大细胞、嗜碱粒细胞表面的受体。若变应原再次进入体内并与 IgE 抗体结合后,肥大细胞脱颗粒,释放多种活性介质,导致平滑肌收缩,黏液分泌增加,血管通透性增加,炎症细胞浸润。变态反应又分为速发相哮喘反应和迟发相哮喘反应。

2. 气道炎症 气道炎症被认为是哮喘本质。表现为多种炎症细胞特别是肥大细胞、嗜酸性粒细胞和 T 淋巴细胞等在气道的浸润和聚集,并分泌出多种炎性介质和细胞因子。嗜酸性粒细胞为效应细胞,而 T 淋巴细胞为启动细胞。

3. 气道高反应性 表现为气道对各种刺激因子出现过强或过早的收缩反应,是哮喘发展的另一个重要因素。气道炎症是导致气道高反应性的重要机制之一。气道高反应性常有家族倾向,受遗传因素影响,为哮喘病人的共同病理生理特征。

4. 神经机制 支气管受复杂的自主神经支配。哮喘与 β_2 肾上腺素受体低下(此类患者存在 β_2 受体的自身抗体而使其含量低下)和迷走神经张力亢进有关,并可能有 α 肾上腺素神经的反应性增加。非肾上腺素能非胆碱能神经能释放舒张与收缩支气管平滑肌的神经介质功能失调,引起气管平滑肌收缩。

二、临床表现

1. 症状 发作时伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难、胸闷或咳嗽。有些青少年表现为运动时出现胸闷和呼吸困难(运动性哮喘)。

2. 体征 胸部过度充气,广泛的哮鸣音,呼气相延长。严重哮喘可出现心率增快、发绀、胸腹反常运动、奇脉,甚至因呼吸运动的重度障碍而不出现哮鸣音。

3. 病情评价

(1) 急性发作期:哮喘急性发作期的临床表现见表2-1。

表2-1 哮喘急性发作期的临床表现

	轻度	中度	重度	危重
气短	步行、上楼时	稍事活动	休息时	持续存在
体位	可平卧	喜坐位	端坐呼吸	极度烦躁不安
讲话方式	连续成句	常有中断	单字	不能讲话
精神状态	尚安静	时有烦躁	常烦躁	嗜睡意识模糊
出汗	无	有	大汗淋漓	细数不清
呼吸频率	轻度增加	增加	>30次/分	浅表,频率无法或很难识别
辅助呼吸肌活动及三凹征	常有	可有	常有	胸腹高度的矛盾运动
哮鸣音	散在	响亮弥散	响亮弥散	减弱至无或极度响亮
脉率(次/分)	<100次/分	100~200次/分	>120次/分	>120次/分、减慢或不规则
奇脉	无	可有	常有	触不清
用药后 PEF 值%	>70%	50%~70%	<50%	常测不到
PaO ₂ (吸空气)	正常	60~80mmHg	<60mmHg	很低
PaCO ₂	<40mmHg	≤40mmHg	<45mmHg	明显增高
SaO ₂ (吸空气)	>95%	90%~95%	≤90%	≤70%
pH	正常	基本正常	降低	极低

注: PEF(peak expiratory flow)呼气峰值流速

(2) 非急性发作期:哮喘非急性发作期的临床表现见表2-2:

表2-2 哮喘非急性发作期临床表现

	症状	夜间哮喘	FEV ₁	PEF 变异率
第1级间歇发作	每周<1次	每月≤2次	≥80%	<20%
第2级轻度持续	每周2~6次	每月>2次	≥80%	20%~30%
第3级中度持续	每日发作	每周>1次	>60%	>30%
第4级重度持续	频繁发作	频繁发作	<60%	>30%

注:FEV₁(forced expiratory volume in first second)第一秒用力呼气容量

三、并发症

并发症主要有气胸、纵隔气肿、肺不张。长期发作和感染可并发慢支、支气管扩张、肺源性心脏病。

四、实验室和其他检查

1. **血液检查** 发作时可能有嗜酸性粒细胞增高。缓解期测定特异性 IgE 可判断变应原。并发感染时可有中性粒细胞增高。

2. **痰液检查** 可见较多嗜酸性粒细胞及尖棱结晶、黏液栓、透明哮喘珠。

3. **动脉血气分析** 发作时可有 PaO_2 降低、 PaCO_2 下降或上升、pH 上升,表现多为呼吸性碱中毒。重度哮喘可有 CO_2 潴留、 PaCO_2 上升,表现为呼吸性酸中毒。如缺氧明显,可合并代谢性酸中毒。

4. **胸部 X 线检查** 发作时两肺透亮度增加,呈过度充气征象,缓解期多无明显异常。

5. **呼吸功能检查** 发作时有关呼气流速的全部指标显著下降:1 秒钟呼气容积、1 秒钟用力容积占用力肺活量比值、最大呼气中期流速、25% 与 50% 肺活量时的最大呼气流量、呼气流量峰值。并可有用力肺活量减少、残气量增加、肺总量增加。

五、治疗

治疗的目的是控制症状、减少发作,提高生活质量,根治较为困难。

(一) 消除病因

应避免或消除引起哮喘发作的变应原和各种诱发因素。

(二) 药物治疗

1. **支气管舒张剂** 是控制急性发作时的首选药物。 β_2 肾上腺素受体激动剂、茶碱类、抗胆碱能药。

2. **抗炎药** 常用的有糖皮质激素(最有效的药物)、色甘酸钠(非激素类抗炎药)。

3. **其他药物**

(1) 酮替酚。

(2) 新一代组胺受体拮抗剂:阿司米唑、曲尼斯特、氯雷他定。

(3) 白三烯调节剂:①拮抗剂:5-氧化酶抑制剂;②半胱氨酰白三烯受体拮抗剂:扎鲁斯特、孟鲁斯特。副作用主要是胃肠道症状、皮疹、血管性水肿、转氨酶升高。

(三) 急性发作期的治疗

1. **轻度** 吸入短效 β_2 受体激动剂,每日吸入糖皮质激素 200 ~ 600 μg ,疗效不佳时加用口服 β_2 受体激动剂控释片或茶碱控释片。

2. **中度** 规则吸入或口服 β_2 受体激动剂、静脉点滴氨茶碱,每日吸入糖皮质激素(> 600 μg)或口服糖皮质激素疗效不佳时加用抗胆碱药或白三烯受体拮抗剂。

3. **重度至危重度** 持续吸入 β_2 受体激动剂、抗胆碱药或静点氨茶碱,口服白三烯受体拮抗剂,静脉注射糖皮质激素。

临床应注意保持水、电解质平衡,氧疗,并预防感染。若病情恶化应进行机械通气。

(四) 非急性发作期的治疗

1. **目的** 非急性发作期的治疗目的是防止哮喘急性发作。

2. **方法** 可用控制感染和氨茶碱类口服药物治疗,并对哮喘病人进行健康教育与管

理。

3. 分级治疗方案 哮喘非急性发作期分级治疗方案见表2-3。

表2-3

哮喘非急性发作期的分级治疗方案

	长期治疗用药	急性发作时用药
4级 重度持续	每日吸入糖皮质激素 800 ~ 2000 μ g, 吸入或口服长效支气管扩张剂(β_2 受体激动剂或茶碱), 必要时长期口服糖皮质激素	按需吸入短效 β_2 受体激动剂和(或)抗胆碱能药
3级 中度持续	每日吸入糖皮质激素 500 ~ 800 μ g, 吸入或口服长效支气管扩张剂(β_2 受体激动剂或茶碱)	同上
2级 轻度持续	每日吸入糖皮质激素 200 ~ 500 μ g, 或色甘酸二钠或奈多罗米钠, 或控释茶碱	同上
1级 间歇发作	不需要用药	按需吸入短效 β_2 受体激动剂 根据发作的严重程度选用 β_2 -受体激动剂和(或)抗胆碱能药溶液雾化吸入, 氨茶碱和(或)糖皮质激素静脉滴注或缓慢注射

注: 当患者按照某一级方案治疗3个月未有哮喘发作, 可考虑“降级”治疗; 反之, 如未能控制或反而加重, 应及时“升级”治疗。

第三节 阻塞性肺气肿

阻塞性肺气肿是由于吸烟、感染、大气污染等有害因素的刺激, 引起终末细支气管远端(呼吸性细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡)的气道弹性减退, 过度膨胀、充气和肺容量增大, 并伴有气道壁的破坏而无明显纤维化。这种慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是一种具有气流受限特征的肺部疾病, 气流受限不完全可逆, 呈进行性发展。被认为可能与肺部对有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关。

一、肺气肿分类

1. 老年性肺气肿 由于老年性肺组织生理性退行性改变引起。
2. 代偿性肺气肿 部分肺组织失去呼吸功能, 健康的肺组织代偿性膨胀。
3. 灶性肺气肿 吸入粉尘沉着于细支气管壁引起纤维组织增生收缩, 致使管腔扩大。
4. 肺大泡间隔性肺气肿 肺小叶间隔纤维组织附近的肺泡过度扩张或破裂融合。
5. 阻塞性肺气肿 细支气管狭窄, 终末细支气管远端气腔扩大。

二、病因和发病机制

(一) 病因

引起慢支的各种因素如感染、吸烟、大气污染、职业性粉尘和有害气体的长期吸入、过敏