

医疗專修科讲义

內 科 学

山东医学院内科教研组 編 著

人民卫生出版社

目

錄

第一章 緒論.....	1	性心內膜炎.....	99
第二章 呼吸系統疾病.....	6	第六節 心包炎.....	103
第一節 大叶性肺炎.....	6	第七節 梅毒性心脏	
第二節 原发性非典		血管病.....	106
型性肺炎.....	14	第八節 高血压病.....	110
第三節 肺脓肿.....	16	第九節 动脉粥样硬	
第四節 支气管炎.....	20	化.....	120
第五節 支气管气喘.....	23	第十節 冠状动脉性	
第六節 矽肺.....	26	心脏病.....	123
第三章 消化系統疾病.....	30	第十一節 心血管神	
第一節 潰瘍病.....	30	經官能症.....	130
第二節 胃炎.....	42	第十二節 肺原性心	
第三節 慢性腸炎和		脏病.....	131
慢性結腸炎.....	47	第十三節 心律失常.....	135
第四節 胃腸神經官		第五章 泌尿系統疾病.....	147
能症.....	51	第一節 急性腎炎.....	147
第五節 肝硬变.....	53	第二節 慢性腎炎.....	153
第六節 原发性肝癌.....	60	第六章 新陳代謝內分	
第七節 胆石病和胆		泌疾病.....	159
囊炎.....	62	第一節 糖尿病.....	159
第八節 急性胰腺炎.....	69	第二節 水电平衡失	
第四章 循环系統疾病.....	73	常概述.....	170
第一節 总論.....	73	第三節 甲状腺机能	
第二節 风湿病.....	75	亢进.....	176
第三節 风湿性心脏		第四節 单纯性甲状	
瓣膜病.....	82	腺肿.....	182
第四節 心脏肌能不全.....	90	第七章 营养要素缺乏病.....	185
第五節 亚急性細菌		第一節 蛋白質缺乏	

病.....	185
第二节 維生素A缺乏病.....	188
第三节 脚气病.....	190
第四节 菸酸缺乏病——蜀黍紅斑.....	193
第五节 核黃素缺乏病.....	196
第六节 維生素C缺乏病——坏血病.....	197
第七节 維生素D缺乏病.....	198
第八章 血液系統疾病.....	200
第一节 总論.....	200
第二节 缺铁性貧血.....	203
第三节 缺乏抗貧血素性貧血.....	207
第四节 再生障碍性貧血.....	209
第五节 白血病.....	211
第六节 原发性血小板减少性紫癜.....	215
第九章 結核病.....	217
第一节 肺結核.....	217
第二节 結核性脑膜炎.....	271
第三节 腸結核.....	273
第四节 結核性腹膜炎.....	275
第十章 地方病.....	277
第一节 大骨节病.....	277
第二节 克山病.....	281

第十一章 物理及化学因素所致的疾病.....	285
第一节 总論.....	285
第二节 中暑及高温作业病.....	286
第三节 放射性損害.....	289
第四节 其他物理因素所致疾病.....	293
第五节 急性中毒的处理.....	294
第六节 鉛中毒.....	296
第七节 砷中毒.....	300
第八节 一氧化碳中毒.....	301
第九节 苯中毒.....	303
第十节 巴比妥酸盐中毒.....	305
第十一节 杀虫剂中毒.....	307
第十二节 其他常見的中毒.....	310
第十二章 物理療法.....	313
第一节 理疗的作用机制.....	213
第二节 电疗.....	314
第三节 高頻率电疗.....	318
第四节 光疗.....	321
第五节 水疗法.....	325
第六节 泥疗及蜡疗法.....	329
第七节 中医理疗.....	329

第一章 緒 論

一、內科学的範圍

內科疾病在医学理論及实际应用上都占有重要地位。涉及人体的各个系統和器官，故临床医学的任何一科都与內科有密切的联系。有了內科的理論知識作基础，对于理解和掌握其他临床課程有很大帮助。

內科学的範圍頗为广泛，其叙述重点可有不同。本书主要包括呼吸系統、消化系統、循环系統、泌尿系統、新陳代謝和內分泌、营养、血液系統等方面的常見疾病；同时对重要的地方病、物理化学因素所致的疾病、結核病及理疗学亦加以論述。在各种疾病項下，分叙病因、发病机制、病理解剖、临床表現、診斷、治疗、預后及預防等。俄罗斯的杰出临床家包特金在“內科临床教程”一书的序言中曾說：“临床医学最根本而重要的任务在于預防未发生的疾病，治疗已发生的疾病和減輕病人的痛苦”。因此，只有对疾病发生的原因和机制有了科学的認識，才能真正作到預防疾病；而要治疗已发生的疾病，只有在正确确定診斷之后才能获得成功。巴甫洛夫曾說：“只有根据对疾病原因的科學認識，才能把現在的医学变为未来的医学，換句話說，就是广义的卫生学”。从这些观点出发，我們对于病因、发病机制、診斷、治疗及預防等都作了較詳細的闡述。

二、学习的方法和要求

（一）学习方法：理論与实践相結合是正确的学习方法，因为学习理論就是为了实践。若只談理論而不去实践，那么再好的理

論也是空洞而沒有意义的。我們知道，理論指導實踐，可以發揮巨大的力量；但理論又來自實踐，沒有實踐，也就沒有理論。實踐是檢驗理論的標準，通過實踐，可以鞏固並進一步發展和提高我們的理論認識。所以毛主席在實踐論里說：“實踐、認識、再實踐、再認識，這種形式，循環往復以至無窮，而實踐和認識之每一循環的內容，都比較地進到了高一級的程度。”斯大林在“論列寧主義基礎”一書中說：“離開實踐的理論是空洞的理論，離開理論的實踐是盲目的實踐”。由此可知，理論與實踐是不能脫離的，它們彼此是相關的；因此我們在学习過程中，必須理論與實踐並重。而在學習內科學過程中，不論是在課堂講授或是在病房見習，我們都應當尽可能地通過典型病例進行學習。

（二）學習內科學的主要要求：

（1）要對常見疾病作出正確診斷：正確診斷是正確治療與預防的基礎。診斷應該是全面的，應該包括病因、形態學及機能障礙等的診斷。在診斷的實踐過程中，為了準確地掌握診斷的根據，我們必須有敏銳的觀察、精細的檢查、完整的病史記錄、正確的邏輯性思考和客觀而全面的分析。

（2）要掌握常見疾病的治療原則與方法：必須指出，治療應當掌握和結合個體原則與整體觀念，不能單純地利用藥物進行機械的治療。每個病人的抵抗力、神經系統狀況（神經類型）、過去患過的疾病及社會因素（生活條件、教育、出身等）等都有不同，而这一切對於疾病的經過和治療效果都有很大影響。因此我們必須根據每個病人的特點，進行全面的治療：除了應用一定的藥物外，還應當配合合理的生活制度、保護性醫療制度、體育療法及理療等綜合療法。例如在急性痢疾，細菌的活動在發病上占有重要地位，因而針對細菌的藥物治療是合理的。但當痢疾發展成為慢性時，細菌的作用退居次要地位（如糞便中找不到細菌）；此時採用保護性醫療制度及理療、體育療法等綜合治療，就顯得更為重要。

(3) 要掌握預防疾病的科學知識：我們知道預防比治療更為重要。我國衛生方針中就提出了“預防為主”。因此，我們必須掌握預防疾病的科學知識。預防為主的方針只有在社會主義國家才能實現。在消滅了剝削制度的社會主義國家里，物質和文化生活條件不斷改善，人民健康受到極大的重視，政府盡力採取防治疾病的措施，因而各種危害人民健康的疾病得以防止和消滅。解放以後，國內過去長期存在的烈性傳染病如霍亂已經絕迹，天花已接近絕迹；其他多種流行廣泛的傳染病如黑熱病、血吸蟲病及絲蟲病等，有的已經基本消滅，有的已經得到控制，正在消滅中，都是明証。

三、祖國醫學的成就

自有醫籍記載以來，祖國醫學已有兩千多年的歷史。兩千多年來，我們的祖先在保障人民健康、與疾病作鬥爭中，有着輝煌的成就。我國各民族人口今天發展到六億多，就最有力地說明了祖國醫學的科學性。現簡單地介紹祖國歷代著名醫學家及其貢獻于下。

公元二世紀，漢朝張仲景著“傷寒論”及“金匱要略”。作者根據“黃帝內經素問篇”的方法及理論，結合自己的臨床經驗，將人體與疾病鬥爭中所表現的症狀分為六個証候群，即太陽、少陽、陽明、太陰、少陰及厥陰。按証候群的不同變化，運用不同的方劑加以治療，此即中醫的所謂辨証施治方法。

唐朝孫思邈（公元581—683年）著“千金方”及“千金翼方”，總結了古代的方劑，並增集了很多的有效藥方；同時對於古代的預防醫學，如居處法、服食法及養性法等，記載得很多。他更主張“人體平和，須好將養，勿妄服藥”，因而作“食治篇”，其中包括果類、蔬菜、谷米及鳥獸等，並論其性味與營養。因此，他是世界上最早的营养學家。“千金方”是古代最早的藥方專著，故後代稱孫思邈為

藥王。

公元1300年，元朝朱震亨著“格致余論”，主張以格物致知的理論方法（根據具體事物加以認識）推求臨床証候，並主張治病必求其本。他認為疾病發生的原因在於過勞和過食，所以又著有“脾胃論”。他的治療原則是節勞和節食。

公元1598年，明朝王肯堂著有“証治准繩”，包括類方、婦科、外科、幼科、傷科及証治六門。他強調以實事求是的精神觀察臨床証狀及描述臨床証狀，並說這是醫家的首要任務。

明末吳又可著“瘟疫論”，清朝吳鞠通著“溫熱條辨”，王士雄著“溫熱經緯”，其所論的疫症中，現在已證明包括有乙型腦炎。用王世雄的方法治療乙型腦炎，療效甚高。

由上可知，祖國醫學是一個偉大的寶庫，它在悠久的歷史過程中對人民保健事業起着巨大的作用。過去國民黨反動派採取了歧視和排斥祖國醫學的態度，阻礙了其應有的發展。解放以後，在黨的英明領導下，由於中醫政策的認真貫徹，祖國醫學獲得了發揚光大，發揮了偉大的力量。許多疑難病症，西醫對之往往束手無策，而用中醫中藥治療，或中西醫結合治療，可得到顯著療效。我們應該認真地學習祖國醫學，借以豐富現代的醫藥科學知識，從而建立我國的新醫藥學派。

四、蘇聯醫學的成就

由於謝切諾夫、巴特金和巴甫洛夫等劃時代的貢獻，臨床醫學奠定了辯證唯物主義的醫學基礎。按照巴甫洛夫學說的基本原則，機體是一個完整的統一體，並與外界環境取得經常的平衡。機體所以能夠統一，並與外界取得平衡，主要是通過神經系統、尤其是大腦皮質來實現的。換言之，主要有賴於反射，特別是條件反射。根據以上原則，巴甫洛夫給疾病下了如下的定義：“健康人體就是完全能適應周圍環境及其一切生活刺激而感覺舒適（自覺

的),且无异常现象发生(他觉的);而疾病应该被理解为机体与环境正常相互关系平衡的破坏”。换句话说,疾病就是机体适应性失调的具体表现。机体所以得病,不仅取决于外界刺激物的质和量,也取决于机体的反应性;而机体的反应性又决定于神经系统的反应性。所以总起来说,巴甫洛夫关于疾病发生的学說是一个神经論学說。

巴甫洛夫生理学說的建立,是与当时俄国唯物主义的哲学思想分不开的。巴甫洛夫早年曾在包特金的实验室里工作过,接受了神经論的学說。1863年,謝切諾夫发表了他的天才著作“腦的反射”,該书对于巴甫洛夫的研究路綫給予了很大的影响。謝切諾夫指出,机体的一切活动都是反射。巴甫洛夫通过自己的辛勤劳动,发展了包特金和謝切諾夫的神經論思想,創立了高級神經活动学說,使高級神經活动成为严格的科学研究对象。

巴甫洛夫的学生貝柯夫又进一步发展了巴甫洛夫的学說,提出了大腦皮質与內脏相关学說,扩大了条件反射学說,并闡明了潰瘍病等的发病机制。在正常条件下,不断分析和綜合內外刺激的腦皮質的活动状态,抑制着皮質下中樞的活动。如果由于腦細胞緊張及衰竭而招致腦皮質活动的减弱和抑制,則皮質下中樞就摆脱腦皮質的控制。此时发生皮質下中樞的阳性誘导,因而产生皮質下各中樞(視丘及視丘下部)的反应性增强,引起內脏及其血管、平滑肌与分泌机能等的协调活动的障碍。

苏联先进的辯証唯物主义的医学理論基础,是在和各种伪科学理論作斗争中建立起来的;其中对于机械唯物論者魏尔啸的病理生理学的斗争尤为突出。魏尔啸把复杂的病理状态看作是單純的細胞机能障碍的总和,并認為刺激因素直接作用于細胞。謝切諾夫批判魏尔啸的学說是虛伪的,因为动物的細胞虽然在解剖上是一个基本单位,但在生理上并没有这种意义,而是和环境密切相关的。在发现內分泌腺及其对机体的强大作用之后,一般人又特

別注意于化学及体液調节作用；另有人認為植物性神經系統障礙是发生体質性疾病的主要原因（如 Bergmann 的植物性神經素質學說）；或者認為內分泌及植物神經的异常足以决定体質“个性”，并得以預先决定个体的不同发病性。但这些學說都忽視了中樞神經系統調节的作用，因而缺乏高級神經活动在决定个人体質上具有主导作用的認識。

特別阻碍医学发展的是魏斯曼、摩尔根等的疾病內生体質學說。他們認為胚漿及其“基因”染色体是在許多世代中不受化学代謝及机体和环境等任何影响的控制而产生的独立物質；他們还認為許多所謂遺傳性疾病是由此等“基因”所决定的。帝国主义者利用这种反动的學說，对所謂拥有“不健全基因”的人們进行惨无人道的强制絕育，并进一步利用“遺傳低劣說”进行种族歧視。这与以高度科学及人道主义为原則的苏联医学，形成了鮮明的对比。

由上可以看出，先进的苏联医学建筑在辯証唯物主义基础上，是与資產階級唯心的反动医学思想是絕然不同的。只有学习和依靠先进的苏联医学思想，我們今后的医学科学研究工作才有廣闊的前途。

第二章 呼吸系統疾病

第一節 大叶性肺炎

大叶性肺炎是一种急性的、傳染性較小的疾病；其特征是肺整叶受侵害。病原菌約有95%为各型肺炎双球菌。临床上以突然寒战、发燒、胸痛、咳嗽、吐鉄锈色痰及肺的大叶有实性变为其特点。

病因 本病大約95%系由各型的肺炎双球菌所引起。該菌为革兰氏阳性球菌，多成双成对，目前已发现有75型，而以I型、

Ⅱ型毒力最强。本病約有5%由其他細菌所引起，如弗利兰德氏杆菌(又称肺炎杆菌)、溶血性鏈球菌或葡萄球菌等。

流行 以冬末春初或气候突然改变时最易发病。本病是散发性的。許多能使机体抵抗力降低的因素，如受冷、伤风感冒、饥饿、飲酒、过度疲劳等，都可以成为誘因。青壮年发病多；男多于女，男与女之比为3:1。在老年与幼年病情比較严重。

发病机制 大叶性肺炎的发生經過如下。致病菌首先侵入呼吸道，經气管入肺泡而引起炎症——肺組織充血、水肿，并有纖維素性渗出物从受損而扩大的肺泡壁毛細血管渗出。炎症变化迅速向邻近肺泡蔓延，最后波及整个肺叶或其大部，遂形成大叶性肺炎。但本病的发病机制絕非如此簡單，而是与机体的反应性(免疫力、神經血管的机能以及細胞吞噬作用等)有极密切的关系。健康人口腔中經常有肺炎双球菌存在，但并不因此而发病。只有当机体由于受涼、饥饿、外伤、疲劳、精神激动等因素的影响而致抵抗力低下时，才使致病菌有机可乘，以致发病。由此可見，本病的发生乃是机体和致病菌相互作用的結果。

病理 通常为局限于一个肺叶的炎症，偶有累及兩叶或兩叶以上的；右側比左側多。炎症一般經過四个阶段：(1)充血期：受損肺叶呈充血及肿胀状态，多經過12—24小时，即轉入下一阶段。(2)紅色肝变期：由于受損肺叶高度充血及大量紅細胞及纖維素性浆液渗出，以致肺泡內无气体而变实，犹如肝脏，所以叫紅色肝变期；此期多經2—4日轉入下一阶段。(3)灰色肝变期：大量的渗出物压迫肺泡壁，使肺由充血轉为貧血，故肺組織由紅而轉为灰白兼帶微黃色；此期紅細胞破坏，有大量白細胞渗出，吞噬現象明显，經2—4日而轉入下一阶段。(4)消散期：由于浆液的自溶及巨細胞的吞噬作用，使肺泡內纖維素性浆液逐漸吸收，破坏的血細胞逐漸消失，肺泡上皮細胞新生，肺組織逐漸恢复其原来的松軟状态。此期短者为3—5日，但也有长达数周者。以上四期不是截然分开

的，也有四期或多或少同时并存的例子。在病理过程进行中，細菌可經淋巴、血液入全身循环而致敗血症，引起其他部分如关节、脑膜、心內膜等的损伤。炎症也可直接蔓延到胸膜、心包等处，引起該部的化脓性炎症（脓胸、化脓性心包炎）。

临床表现 潜伏期 1—2 日。偶尔有前驅症状，如上呼吸道炎、全身不爽或胃腸道障碍。发病多突然，常以恶寒战慄开始，繼而持續高热，体温稽留于 40°C 左右。病人顏面潮紅；脉搏快而充实有力；病側胸痛或腹痛，随呼吸、咳嗽而增剧。初期为刺激性咳嗽，无痰或稍有血絲痰。达紅色肝变期則咯出典型的粘稠的鉄銹色痰（因混有血液），再后則咯出泡沫性脓性痰。

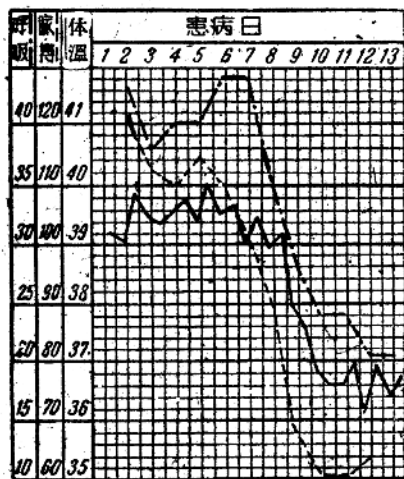


图 1 大叶性肺炎未用磺胺药或抗菌素治疗时的体温曲线

查体时病人多呈呼吸促迫，若有呼吸困难时，每出現鼻翼煽动。口周围有疱疹（多在第 3 天出現），口唇、指甲发紺。有时并

有輕度黃疸。個別衰弱病人有水肿及心力衰竭現象。如有四肢厥冷，則為周圍循環衰竭的徵兆。胸部的局部改變，是在最初24—36小時內，患部僅有呼吸音減退和輕濁音；至全肺葉受損時，乃有病側呼吸運動受限制。早期可有捻发音，繼而病變部聲音震顫增強，出現小水泡音及支氣管呼吸音，有時並有胸膜摩擦音。叩診時患部呈實音。當病變進入恢復期時，以上體征逐漸好轉，患部由實音變為輕濁音，最後恢復正常；小水泡音及支氣管呼吸音再變為捻发音，終至消失而恢復正常呼吸音。

神經精神症狀：在一些病人中有熱性譫妄，嗜酒者尤易出現，有的狂奔、跳窗，故宜特別注意護理。

消化系統的症狀：可有嘔吐、腹脹、鼓腸；有毒性肝炎時可出現黃疸。

化驗檢查：(1)在病初1—2日內，白細胞總數增加，每立方毫米血液中達15,000—25,000，中性粒細胞占80—90%，並有左移現象。如果病勢險惡或由於年老衰弱等而致機體防禦力降低時，白細胞可以不增加而反減低。若白細胞增加達30,000以上並有持續高熱時，應懷疑有併發症。(2)部分病例（約 $\frac{1}{3}$ ）早期在血液或骨髓中能培養出病原菌。(3)鐵銹色痰是大葉性肺炎的典型痰；痰的檢查應包括涂片、培養、動物接種及利用各型免疫血清鑑定細菌類型。(4)尿內可有輕度蛋白，氯化物減少。(5)X綫檢查發現炎症部位出現濃密而均勻的陰影，病變限于全葉或其一部，患側膈肌升高。

病程及病型 在典型的並且未加治療的病例，經7天左右，體溫驟降至37°C以下，病人全身大汗，呼吸改善，發紺消失，一切症狀迅速減輕。有少數病例，體溫逐漸下降而進入恢復期。衰竭病人可因周圍循環衰竭而體溫下降，但呼吸、脈搏、發紺等症狀則無改善，這是危險徵兆。有少數肺炎病例因混合感染，可演變為肺膿腫或肺壞疽。臨床上有所謂流產型肺炎、游走型肺炎、多葉型肺

炎、中心型肺炎、肺尖型肺炎、无力型肺炎等。其中无力型肺炎最为危险，多见于原来有心、肾、肝等脏器疾病或衰老者；此型肺炎发病多不明显，只有极度衰竭、食欲低下、呕吐、腹泄、谵妄、痉攣、呼吸困难、恶寒、微热、胸痛、咳嗽、咯痰少等症状，预后多不良。其他预后不良的病例，见于体温长期稽留不退、脉速而弱、呼吸加快、发紺严重、血压下降、神志不清者，多因严重中毒、缺氧、循环衰竭或呼吸麻痹而死亡。

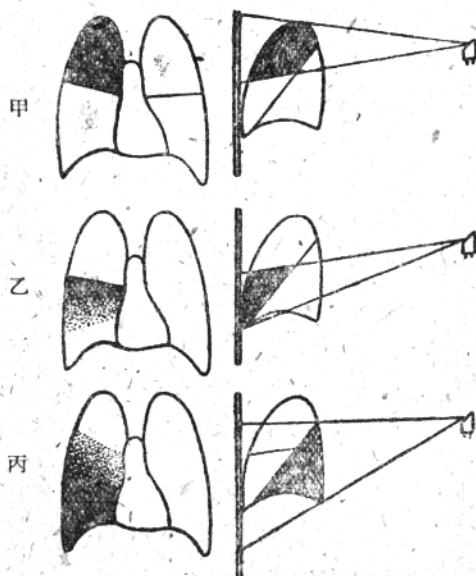


图2 右侧大叶性肺炎X线所见的模式图

甲、上叶——下界清楚 乙、中叶——下界边缘模糊不清
丙、下叶——上界边缘模糊不清

并发症 早期诊断及合理的治疗，可以大大地减少了并发症。常见的并发症如下：(1)浆液纤维索性胸膜炎：几乎每个大叶性肺炎均或多或少地并发胸膜炎，但多随肺炎的治愈而消失；约有10%

則續發滲出甚至化膿。(2)脓胸：发生于肺炎同时或肺炎消散以后，表现为再度发烧、胸痛、气短、白细胞及中性粒细胞增加；病侧胸部有实变，呼吸音消失，应及早作试验穿刺并排脓。(3)肺脓肿：多因其他细菌混合感染，最后在炎症部分形成脓肿。(4)败血症：约有1/3的病人有败血症；细菌经过血行散布，可在身体其他部位形成炎症灶，如心内膜炎、心包炎、脑膜炎、腹膜炎、关节炎、鼻旁窦炎、中耳炎等。(5)如果消散不全，病变部可遗留肺膨胀不全、肺硬化等。

诊断及鉴别诊断 根据症状、体征、实验检查材料很容易诊断。但在早期，小儿或老年患者，或不典型病例，则诊断困难。尤其近年来，由于在早期疾病尚未充分发展时即使用磺胺类药物或青霉素，以致大叶性肺炎经过很不典型；即用X线检查，有时亦难以肯定。

应与以下疾病鉴别：(1)其他细菌所致的肺炎。如干酪性肺炎，为肺结核的一型，除参考病程经过外，痰内有结核菌及弹力纤维，X线检查亦能鉴别。其他葡萄球菌、链球菌、弗利兰德氏杆菌等所致的肺炎，则根据血液、痰的细菌检查以资鉴别。(2)急性渗出性胸膜炎。患部叩诊呈浊音，呼吸音消失，胸腔试验穿刺可以确定诊断。(3)肺梗塞。咯血及胸痛出现较早，多见于心脏病患者、血栓性静脉炎患者，以及手术、分娩、创伤之后。(4)膈下脓肿、阑尾炎。体格检查及X线检查时胸部无发现，腹部压痛及肌肉防御性紧张明显。(5)支气管肺炎。为继发性疾病，多见于幼儿或衰弱的老人，起病缓慢，体温不规则，多在两侧肺底部有小水泡音；X线检查发现肺纹理增强及散在的点状病灶，以肺底部较为密集。(6)早期肺脓肿。多有不规则弛张热，患部水泡音较多，X线检查病灶边缘模糊不清。

治疗

(一)一般疗法：卧床休息，保温，空气通畅，多进液体及吃易

消化的半流汁飲食。

(二) 对症治疗: 胸痛、咳嗽服用可待因 0.02—0.03 克, 每 4 小时一次。高热可用酒精擦浴, 头部安置冰囊。不安、失眠可用苯巴比妥(Luminal) 0.03 克, 一日 3—4 次, 或阿密妥(Amytal) 0.1 克, 临睡时頓服。腹脹用肛管排气或腹部松节油热敷, 或用新斯的明(Prostigmine) 0.5 毫克皮下注射, 或皮下注射垂体素 5 单位; 针刺兩側足三里、中腕、关元等穴亦有效。缺氧、发紺时用氧气吸入。原来有心脏病而出現心力衰竭时, 可用洋地黄治疗。出現周圍循环衰竭时, 应注射肾上腺素(1:1,000) 0.5—1.0 毫升, 或苯甲酸钠咖啡因 0.25 克。严重休克应輸血, 在使用抗菌素的同时配合用激素(如考的松)。

(三) 磺胺类藥品: 常用磺胺嘧啶口服, 初次 2.0 克, 以后每 4 小时 1.0 克, 应与等量碳酸氢鈉并用, 要多喝水; 每日檢查尿, 俟体温下降后 3—4 天方可停葯。不能口服的病人, 可以用 20% 磺胺嘧啶鈉行肌肉注射, 其用量与口服相等。

(四) 青霉素: 肌肉注射初次 10—20 万单位, 以后每 4—6 小时注射 5—10 万单位, 俟体温恢复正常后 72 小时方可停葯。絕大多数病人在注射后 24—48 小时体温即降至正常。若此时体温不降, 应考虑有并发症, 或致病菌不是肺炎双球菌, 或有其

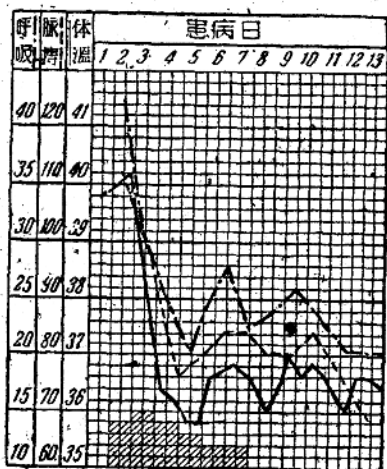


图3 大叶性肺炎采用磺胺或抗菌素治疗后的体温曲线

他細菌混合感染，当即考虑改換或增添其他抗菌素。弗利兰德氏杆菌所致的肺炎，应肌肉注射鏈霉素0.5克，一日2—3次。近来为了簡便，有将青霉素全日总量平分为二次，隔12小时肌肉注射一次者，效果也佳。

注射青霉素有引起过敏休克者，故应在注射前行過敏試驗。一般采用每毫升蒸溜水含2,000单位的青霉素液，取其0.1毫升行前臂皮內注射，經20分钟观察局部反应。若有发紅、发痒、直徑超过1厘米的肿块，即为阳性过敏反应，不应行青霉素注射治疗。

(五) 中藥：有人主張用生麻黃三錢、杏仁二錢、甘草二錢、石膏六錢(麻杏甘石湯)，或以薄荷一錢代替麻黃(荷杏甘石湯)进行治疗，但应审慎观察治疗經過，辨証施治。

(六) 化脓性并发症的治疗：如脓胸、心包炎、脑膜炎等，应及早診斷，尽早排脓(在脑膜炎应作脊椎穿刺)以防脓汁堵塞腔隙。除肌肉注射青霉素外，更应用青霉素液注射在局部(在脑膜炎将青霉素注入椎管内)脓腔內；青霉素液的濃度一般是1毫升內1,000—2,000单位。

预后 自使用抗菌素以后，大叶性肺炎的死亡率低于5%，但有以下情况者预后不良：(1)老、幼衰弱者。(2)有敗血症者。(3)多叶性肺炎。(4)嗜酒而有譫妄者。(5)妊娠晚期。(6)高度缺氧并有昏迷、黄疸、腹脹、心力衰竭、休克者。(7)原有宿疾如心、腎、肝等疾病，或有严重并发症如脑膜炎者。(8)治疗过晚或治疗不当者。

預防 增强机体的防御能力，避免受寒或上呼吸道感染，对防止大叶性肺炎有一定意义。另外有：(1)隔离带菌者，只能限于已病者。与病人接近时应戴口罩。病人应与心力衰竭、肺水肿及其他慢性消耗性患者隔离开来，隔离期限为体温下降后3—5日。(2)空气消毒。采用紫外綫照射，或利用充分的太阳光綫。(3)預防性肺炎双球菌疫苗注射，免疫力只能維持半年左右。

第二節 原發性非典型性肺炎

本病是一种非細菌感染的支气管肺炎，病原体是某种病毒，在支气管及其附近的肺組織內造成肺炎性病变，故又名病毒性肺炎。

病因及发病机制 本病目前已确定为病毒所致，临床表现与其他病毒（如流行性感、鸚鵡热等）所引起的肺炎相似，但病毒的性质尚未确定。曾有人用本病患者的咽部含漱液及痰液的滤过液（以滤除細菌）喷射于健康人上呼吸道，結果約有 25% 經 12 日左右发生同样的疾病，从而証明本病是病毒所致，且能傳染。本病的流行大都在秋冬之际，傳染性并不严重，多发生在寒温带人烟稠密的地方，通过呼吸道而感染。患者以青壮年为多，男女性别上无多大差别。病后免疫时间不长。

病理 病变主要在支气管及支气管附近的肺組織。开始为支气管粘膜发炎，粘液分泌增加。以后細支气管及肺泡亦有充血及水肿，有淋巴細胞及单核細胞的浸潤，上皮細胞脫落坏死。若合并細菌的繼发感染，則每易引起組織坏死。

临床表现 潜伏期 10—14 天，症状輕重不一。开始即有咳嗽，发冷发烧，体温常在 $38-39^{\circ}\text{C}$ 左右。发烧較典型者，体温逐漸上升，一周末达最高峰，在兩周內消退，但也有无热或发輕热者。咳嗽是本病的主要症状，最难治且最后消失。初为陣发性干咳，后来咯出粘液性或粘液脓性痰，偶尔可帶血絲，或有明显的咯血。胸痛为隱痛，常位于胸骨后方。此外尚有头痛、乏力、咽痛、食欲不振、恶心、嘔吐、出汗等。

查体所見：与体温相比，有較慢的脉搏。严重病例可有呼吸困难或发紺。鼻、咽的粘膜常充血。胸部体征往往不明显，病变部很少有水泡音，有时因支气管內有分泌物，可听到干性罗音。

X线检查：在各个病例中，阴影的性质及分布情况很不一致。一般在近肺門处沿支气管主段部位有浸潤性阴影，边缘模糊，