

卫生部规划教材

全国中等卫生学校教材

供社区医学专业用

内科学

第三版

主编 李振宗



人民卫生出版社

98
R5-43
1-3

全国中等卫生学校教材

供社区医学专业用

内 科 学

第 三 版

主编 李振宗

编者

王锡昌 孙和谦 李振宗

周进祝 张家成 涂家富

颜世建

2019/1/13



人 民 卫 生 出 版 社



3 0009 0574 9

图书在版编目(CIP)数据

内科学/李振宗主编. —3版. —北京:人民卫生出版社, 1998

ISBN 7-117-02582-4

I. 内… II. 李… III. 内科学 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(97)第 24385 号

内 科 学

第 三 版

主编 李振宗

人民卫生出版社出版发行
(100078 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼)

北京人卫印刷厂印刷

新华书店经销

787×1092 16开本 22 $\frac{1}{2}$ 印张 525千字

1986年5月第1版 1998年6月第3版第19次印刷

印数: 2 166 751—2 366 750

ISBN 7-117-02582-4/R·2583 定价: 19.60 元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究。

第三轮中等医学教材出版说明

卫生部曾于1983年组织编写、陆续出版全国中等卫生学校11个专业使用的77种教材。1992年又组织小修订，出版第二轮教材。为我国的中等医学教育作出了积极贡献。

为适应中等医学教育改革形势的需要和医学模式的转变，1993年11月，卫生部审定、颁发了全国中等卫生学校新的教学计划及教学大纲。在卫生部科教司领导下，我们组织编写（修订）出版第三轮全国中等医学12个专业96种规划教材，供各地教学使用。

本轮教材以培养中级实用型卫技人才为目标，以新的教学计划及大纲为依据，体现“思想性、科学性、先进性、启发性、适用性”，强调“基本理论知识、基本实践技能、基本态度方法”。教材所用的医学名词、药物、检验项目、计量单位，注意规范化，符合国家要求。

编写教材仍实行主编负责制；编审委员会在教材编审及组织管理中，起参谋、助手、纽带作用；部分初版教材和新任主编，请主审协助质量把关。第三轮中等医学教材由人民卫生、河北教育、山东科技、江苏科技、浙江科技、安徽科技、广东科技、四川科技和陕西科技九家出版社出版。

希望各校师生在使用规划教材的过程中，提出宝贵意见，以使教材质量能不断提高。

卫生部教材办公室

1995年10月

全国中等医学教材编审委员会

主任委员：姜寿葆

副主任委员：陈咨夔 殷冬生

委员：（以姓氏笔画为序）

马惠玲	王同明	方茵英	王德尚	延民	那功伟
朱国光	吕树森	李绍华	李振宗	李振林	陈心铭
吴忠礼	杨华章	洪启中	洪思勉	郭常安	张冠玉
张审恭	殷善堂	董品洁	谭筱芳		

前 言

根据 1994 年 12 月卫生部召开的全国中等医学教材会议精神,为了适应我国医药卫生事业发展的需要,培养中级实用型卫技人才,我们在卫生部教材办公室直接领导下,编写了供社区医学专业使用的《内科学》第三版。由于本版教材已由第二版教材的多专业使用改为单一的社区医学专业使用,故删去了诊断学基础的内容,并按教学大纲的规定,将原教材中内科学护理及诊疗技术篇列入《诊断学基础》教材编写,而增加了内科急危重症篇。

我们在《内科学》编写中,注重了突出专业目标和课程目标;原则上按卫生部下达的教学计划和教学大纲安排教材内容;并力求体现教材的思想性、科学性、先进性、启发性和适用性,以期通过内科学的教学,使学生在基本理论知识、基本实践技能和基本态度方法等方面有所提高。

本版教材中提及的药名,基本上是依据卫生部药典委员会编写的《药名词汇》(1991 年)的中文正名编写的,由于部分药名与原用名改变较大,特附编了与本教材内容有关的药物名称对照表,并注上世界卫生组织编订的国际非专利药名的外文正名,供读者参考。

《内科学》教材的编写,是在上海市卫生局直接指导和大力支持下进行的,同时亦得到江苏、安徽、江西、湖南等省卫生厅和上海市金山区卫生局以及编者所在学校的帮助,在此一并致谢。

由于我们编写水平有限,缺点和错误在所难免,恳请使用本教材的广大师生和广大读者批评指正。

李振宗

1997 年 5 月

目 录

第一篇 绪论	1
第二篇 呼吸系统疾病	4
第一章 总论	4
第二章 急性支气管炎	7
第三章 慢性支气管炎	8
第四章 支气管哮喘	12
第五章 肺气肿	16
第六章 慢性肺源性心脏病	19
第七章 肺炎	23
肺炎链球菌肺炎	23
第八章 支气管扩张症	29
第九章 肺结核	33
第十章 结核性胸膜炎	44
第十一章 自发性气胸	47
第十二章 呼吸衰竭	50
第三篇 循环系统疾病	56
第一章 总论	56
第一节 循环系统疾病的常见症状	56
第二节 循环系统疾病常用的实验室和其他检查	57
第三节 循环系统疾病的诊断	58
第四节 循环系统疾病的防治	59
第二章 心功能不全	60
第一节 慢性心功能不全	60
第二节 急性心功能不全	68
第三章 常见的心律失常	70
第一节 概述	70
第二节 快速性心律失常	72
窦性心动过速	72
过早搏动	72
阵发性心动过速	74
心房颤动	77
心室颤动	78
第三节 缓慢性心律失常	79
窦性心动过缓	79
病态窦房结综合征	80

房室传导阻滞	81
第四章 风湿性心瓣膜病	82
第一节 二尖瓣狭窄	83
第二节 二尖瓣关闭不全	84
第三节 主动脉瓣关闭不全	85
第四节 主动脉瓣狭窄	86
第五节 联合瓣膜病变	86
第六节 并发症	87
第七节 诊断和鉴别诊断	87
第八节 预防和治疗	88
第五章 亚急性感染性心内膜炎	89
第六章 高血压病	92
第七章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	99
第一节 心绞痛	101
第二节 心肌梗塞	104
第八章 心肌疾病	110
第一节 病毒性心肌炎	110
第二节 扩张型心肌病	112
第三节 肥厚型心肌病	113
第四节 克山病	115
第九章 心包炎	118
第一节 急性心包炎	118
第二节 慢性缩窄性心包炎	121
第四篇 消化系统疾病	123
第一章 总论	123
第二章 胃炎	125
第一节 急性胃炎	126
第二节 慢性胃炎	127
第三章 消化性溃疡	130
第四章 肝硬化	138
第五章 原发性肝癌	145
第六章 肝性脑病	150
第七章 急性胰腺炎	154
第八章 肠结核和结核性腹膜炎	159
第一节 肠结核	159
第二节 结核性腹膜炎	161
第九章 溃疡性结肠炎	164
第五篇 泌尿系统疾病	168
第一章 总论	168

第二章 肾小球疾病.....	172
第一节 概述.....	172
第二节 急性肾小球肾炎.....	171
第三节 慢性肾小球肾炎.....	176
第四节 隐匿性肾小球疾病.....	179
第五节 肾病综合征.....	180
第三章 肾盂肾炎.....	181
第四章 慢性肾功能衰竭.....	189
第六篇 造血系统疾病.....	197
第一章 总论.....	197
第二章 贫血.....	199
第一节 概述.....	199
第二节 缺铁性贫血.....	202
第三节 再生障碍性贫血.....	205
第三章 出血性疾病.....	208
第一节 概述.....	208
第二节 特发性血小板减少性紫癜.....	212
第三节 过敏性紫癜.....	214
第四章 白血症.....	216
第一节 概述.....	216
第二节 急性白血症.....	217
第三节 慢性白血症.....	222
第五章 淋巴瘤.....	224
第七篇 内分泌及代谢疾病.....	229
第一章 总论.....	229
第二章 腺垂体功能减退症.....	231
第三章 单纯性甲状腺肿.....	233
第四章 甲状腺功能亢进症.....	235
第五章 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症.....	241
第六章 糖尿病.....	244
糖尿病酮症酸中毒.....	250
第八篇 风湿性疾病.....	253
第一章 系统性红斑狼疮.....	253
第二章 类风湿关节炎.....	256
第九篇 理化因素所致疾病.....	261
第一章 急性中毒总论.....	261
第二章 急性有机磷农药中毒.....	269
第三章 急性巴比妥类药物中毒.....	273
第四章 急性一氧化碳中毒.....	275

第五章 中暑	278
第六章 高原病	281
第十篇 神经系统疾病	286
第一章 总论	286
第二章 面神经炎	291
第三章 急性感染性多发性神经炎	292
第四章 急性脊髓炎	294
第五章 急性脑血管病	297
第一节 概述	297
第二节 短暂性脑缺血发作	298
第三节 脑梗塞	299
脑血栓形成	300
脑栓塞	303
腔隙性梗塞	304
第四节 脑出血	304
第五节 蛛网膜下腔出血	307
第六章 癫痫	309
第十一篇 精神疾病	314
第一章 总论	314
第二章 精神分裂症	320
第三章 神经症	323
第一节 神经衰弱	323
第二节 癔症	325
第十二篇 内科急危重症	327
第一章 总论	327
第二章 高热	329
第三章 昏迷	332
第四章 急性呼吸衰竭	337
成人呼吸窘迫综合征	337
第五章 急性肝功能衰竭	340
第六章 电击伤	344
第七章 淹溺	346
附录 药物名称对照	348

第一篇 绪 论

中等卫生学校社区医学专业的基本任务是贯彻执行党和国家的教育方针和卫生工作方针,为农村、基层培养德、智、体全面发展的实用型中等社区医学防治结合人才。其具体的业务要求是:①具有对常见病、多发病、地方病诊治和康复指导能力;②具有对急、重病症的初步处理能力;③能够开展健康教育工作,具有一定的社区预防和卫生保健能力;④具有一定的卫生管理和人际交往能力。

内科学是社区医学专业中一门涉及面广和整体性强的学科,它与临床各科有着十分密切的联系,在医疗、预防、保健、康复工作中占有重要地位。

长期以来,医学模式一直是在生物学发展基础上形成的“生物医学模式”,是以生物因素为出发点进行防病治病的。但是,随着人类文明的进步和现代化科技的发展,一些与心理、社会因素密切相关的疾病如心血管疾病、恶性肿瘤等的发病率明显增高。因此,就提出了新的“生物-心理-社会医学模式”。新的医学模式强调了卫生服务目标的整体观,即从局部到整体,从医病到医人,从个体到群体,从原有的医学范畴扩展到社会医学、心理医学的广阔领域。这就要求内科学的教学内容也要随着医学模式的转变而变化。

【内科学的范围和内容】

内科学的范围很广,但根据中等卫生学校社区医学专业的教学目标,本教材包括呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、造血系统疾病、内分泌及代谢疾病、风湿性疾病、理化因素所致疾病、神经系统疾病、精神疾病和内科急危重症等。每一疾病的编写内容大体包括概述、病因和发病机制、病理、临床表现、并发症、实验室和其他检查、诊断和鉴别诊断、治疗、预防。必须指出的是,还有相当数量的内科疾病未编写入本书,学生应在学习期间及今后的工作期间,不断深入学习,以丰富和扩大自己的知识。

【内科学的课程目标和学习方法】

通过本课程学习,要求学生能够:

1. 说出内科学中常见病、多发病、地方病及危重症的临床表现、诊断要点和治疗原则,以及预防的具体措施;列出特殊检查的使用范围并解释其临床意义。
2. 应用临床常用的诊疗操作技能,进行一般的诊疗活动。具有对内科常见病、多发病的防治能力和内科常见急危重症的初步处理能力。
3. 逐步树立辩证唯物主义观点,提高逻辑思维能力;具有严谨的科学态度,求实的工作作风,良好的医德医风,立志为农村和基层卫生事业而献身的精神。

医生的服务对象是病人,因此,我们在学习内科学时不单要重视疾病,更重要的是要重视病人,要以全心全意为病人服务的思想;以高度的责任感、同情心和实事求是的作风,满腔热情地对待病人。通过系统细致的病史采集和各项检查,不仅要了解疾病的生物致病因素,也要仔细探索心理、社会因素对疾病的影响。只有这样,才能正确而及时地作出诊断,并合理地进行防病治病。

学习内科学要扎实地掌握本门课程的基本理论知识、基本实践技能、基本态度方法,

为实现社区医学专业的专业培养目标打下坚实的基础。因此,在学习内科学的过程中,一方面应经常复习相关的基础医学知识,如生理学、生物化学、病理学、药理学等;另一方面,还应与临床实践紧密结合起来,在学习上由浅入深,循序渐进,持之以恒,只有这样,才能达到上述目标。

在内科学的教学过程中,要求做到:①加强基本技能的训练。包括搜集完整可靠的病史,进行全面、正确的体格检查,利用必要的实验室检查和其他有关检查,掌握常用的内科诊疗技术操作和护理技术操作。②加强临床思维和临床实际工作能力的训练。要求学生通过内科学的学习,能够利用各种临床资料,进行逻辑分析和综合判断,对疾病作出正确诊断,制订切实可行的治疗方案,并在具体临床工作中予以实施。③加强三级预防观念的培养。预防为主是我们国家卫生工作方针的基本点,我们必须针对每个疾病的病因和发病机制采取相应有效的措施,达到预防为主的目的。同时,必须从当今“生物-心理-社会医学模式”的高度,重视心理、社会致病因素的预防,重视整体、群体的预防。④加强自学能力的培养。现代医学科学的发展日新月异,内科领域的基础理论、诊断技术和防治方法也在不断更新和发展,这就要求我们的学生通过内科学基本内容的学习,掌握学习方法,培养自学能力,为其他临床课程的学习和毕业后的提高深造打下良好的基础。

【内科学的进展】

一、病因和发病机制方面 近年来,由于遗传学、免疫学、内分泌学和物质代谢研究等方面的迅速发展,使不少疾病的病因和发病机制有了新的认识。如近年来已从染色体基因内 DNA 的分析来认识白血病的发病机制;免疫功能障碍在很多疾病过程中所起的作用已受到重视,如恶性肿瘤、肾小球疾病、类风湿关节炎和部分慢性活动性肝炎等;消化道激素、前列腺素、心房肽的发现和研宄,为某些消化系统、循环系统疾病的发病机制和治疗的探索开辟了新途径;通过应用多种新的检验技术,已发现遗传病和免疫病中不少新的综合征和其他新的病种,并对某些旧有疾病也作了新的分类。

二、检查和诊断技术方面 放射免疫和酶学检查技术的建立和完善,为诊断学和实验医学提供了新的有效手段。临床生化分析向超微量、高效能、高速度和自动化方向发展,目前已有每小时能完成数百份标本、数十项指标的多道生化分析仪。心、肺、脑的电子监护系统能连续监测病情,提高了抢救危重病人的成功率。纤维内镜的广泛使用和不断改进,已可通过直接观察、电视、照相以及采取脱落细胞和活组织检查等手段,提高了对消化道、呼吸道、泌尿道等一些疾病的早期诊断和确诊率,且可用于止血、切除息肉、取出结石等治疗。电子计算机 X 线体层显像和磁共振体层显像广泛应用于消化系统疾病、心血管疾病、内分泌疾病、肾脏病、肺疾病和血液病的诊断。超声诊断近年来发展很快,实时三维成像,可得到脏器的立体图;多普勒超声可对在脏器内流动的血液进行探测;多普勒彩色血流显像更可对血流及其变化取得直观效果,是诊断心血管疾病很有用的无创性检查技术。

三、疾病的防治方面 由于免疫工程在治疗上的应用,对不同类型的先天性或获得性免疫缺陷,可给予相应的免疫治疗措施,如进行骨髓移植,给予免疫抑制剂或免疫增强剂等。药理学的不断进展,已从发病机制的角度研制新药,现已生产了如肾上腺素 β 受体阻滞剂、 H_2 受体阻滞剂,多巴胺能受体阻滞剂等。钙通道阻滞剂、血管紧张素转化

酶抑制剂、新型溶血栓剂等的出现，为治疗一些心血管疾病提供了更有效的手段。“血液净化”技术的不断改进和普及应用，使急、慢性肾功能衰竭的治疗大为改观。肾移植的成功使慢性肾功能衰竭病人的寿命明显延长。埋藏式人工心脏起搏器向微型、长效能源、程序控制和多功能方面发展，使其既可治疗缓慢心律失常，又可抗快速心律失常，甚至可用于除颤。用带球囊的心导管扩张狭窄的动脉和心脏瓣膜，可代替部分外科手术治疗。幽门螺杆菌的发现与抗菌治疗，明显提高了消化性溃疡的治疗效果，并降低了该病的复发率。

【我国内科学近年的主要成就】

随着世界内科学领域诊疗技术的不断发展，我国在内科学方面亦取得了巨大成就。在防治地方性疾病方面已有较大进展，如克山病、地方性甲状腺肿和呆小病的发病率已显著下降。对严重危害人民健康和生命的肿瘤、心血管疾病、慢性支气管炎、糖尿病等，都进行了大面积的普查与防治，并探索了一些与发病有关的因素。新的诊断技术如各种超声检查、电子计算机 X 线体层显像和磁共振体层显像、纤维内镜检查、高度选择性心血管造影、放射性核素显像、心电生理检查等和新的治疗手段如人工心脏起搏、带球囊心导管的血管和心脏瓣膜扩张、纤维内镜用于止血、切除组织和取石、血液净化技术等的应用，使许多疾病的诊治能力已达到国际水平。急性心肌梗塞住院病人在开展综合疗法抢救后，病死率已从 40% 下降到 15% 左右。

随着基础医学和生物医学工程等学科的发展；医学模式由“生物医学模式”逐渐向“生物-心理-社会医学模式”的转变，以及对祖国医学的整理和提高，内科学必将出现深刻的变化，我们一定要以努力学习和积极进取的精神，勇于钻研和创新，为加速我国医学科学技术的现代化而努力奋斗。

（上海市金山区卫生学校 李振宗）

第二篇 呼吸系统疾病

第一章 总 论

呼吸系统疾病是危害人类健康和生命的常见病与多发病。我国1992年人群死亡率的前十名病种中,呼吸系统疾病(不包括肺癌)在城市中占第3位,农村中占第1位。因此如何防治呼吸系统疾病的研究正在越来越受到重视。近年来随着现代科学技术的飞速发展,呼吸系统疾病的基础研究,如肺的超微结构、呼吸生理学、病理生理学、分子生物学、生物化学、免疫学和肺的非呼吸功能等,均取得了举世瞩目的进展。诊断新技术如微生物学、血清学、肺功能测定、动脉血气分析、纤维支气管镜、放射性核素、电子计算机X线体层扫描(CT)、磁共振成像(MRI)的广泛应用以及各种有效抗生素的不断问世及新治疗方法的出现,使呼吸内科学增添了许多新的概念和内容,需要我們不断学习、探索并给予总结。由于篇幅限制,本篇仅就呼吸系统的常见症状、体征、实验室和其他检查作一初步介绍,并对慢性支气管炎、支气管哮喘、肺炎、肺结核等常见病作重点介绍,力求阐明各种疾病的病因、发病机制以及诊断、鉴别诊断和治疗的基本概念及新进展。

【常见症状】

一、咳嗽 是呼吸系统疾病最常见的症状。咳嗽是一种保护性反射动作,侵入呼吸道的异物和呼吸道的分泌物,都可借咳嗽而排出体外。急性发作的刺激性的咳嗽多见于上呼吸道感染或急性支气管炎。阵发性或痉挛性咳嗽多见于异物吸入、支气管哮喘、百日咳、支气管内膜结核及支气管肿瘤。急起的咳嗽伴寒战、高热、气急、胸痛,多见于肺部急性炎症。长期的慢性咳嗽多见于慢性支气管炎、空洞型肺结核。若慢性咳嗽伴有大量脓痰则多见于支气管扩张、肺脓肿。咳嗽呈金属音调可见于纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管癌等直接压迫气管。

二、咯痰 凭借支气管粘膜上皮细胞的纤毛运动,支气管肌肉的收缩及咳嗽时的气流冲击,将呼吸近内病理性分泌物从口腔排出的动作称为咯痰。认真观察痰的量、色、性状及气味具有一定的临床诊断价值。粉红色稀薄泡沫痰多见于急性肺水肿,铁锈色痰多见于肺炎链球菌肺炎,棕红色胶冻样痰可见于克雷白杆菌肺炎,巧克力样痰可见于阿米巴肺脓肿,粘稠无色透明痰可见于支气管哮喘,大量粘液脓性痰可见于支气管扩张、肺脓肿,恶臭脓痰提示厌氧菌感染,可见于肺脓肿、支气管肺癌的晚期。

三、咯血 是指喉部以下的呼吸器官出血,经咳嗽动作从口腔排出。咯血常由呼吸系统疾病所致,痰中持续带血多见于肺结核、支气管肺癌的早期。大量反复咯血,常见于支气管扩张、肺结核、心脏疾病和其他全身性疾病如:二尖瓣狭窄时可由于慢性肺淤血引起小量咯血,也可由于支气管粘膜下层静脉曲张破裂而产生大量咯血。出血性疾病所致咯血,多伴有皮肤、粘膜或全身性出血。咯血尚需与呕血相鉴别,详见《诊断学基础》。

四、呼吸困难 病人感到空气不足,呼吸急促、费力,并使呼吸肌及辅助呼吸肌均

参与呼吸运动, 出现呼吸频率、节律、深度的改变时称为呼吸困难。其最常见的原因是呼吸道阻塞、肺实变、肺不张、胸廓活动障碍以及心力衰竭、重度贫血等。吸気性呼吸困难常见于上呼吸道不完全阻塞如气管异物、喉头水肿、喉癌等。呼気性呼吸困难多见于肺组织弹性减弱及小支气管痉挛狭窄如慢性阻塞性肺气肿、支气管哮喘等。混合性呼吸困难可见于广泛性肺部病变、大量胸腔积液、自发性气胸等。突然发生的呼吸困难常见于急性肺水肿、大块肺梗塞、自发性气胸等。阵发性反复发作性呼吸困难伴有哮鸣音, 可见于支气管哮喘。阵发性夜间端坐呼吸, 可见于早期左心衰竭。呼吸困难患者喜卧向患侧可见于一侧大量胸腔积液。重度肺气肿病人, 常静坐缩口徐徐吐气。

五、哮鸣 反复发作性的哮鸣伴有呼气延长, 可见于支气管哮喘。哮鸣伴有慢性咳嗽、咯痰, 可见于慢性喘息型支气管炎。局限性持续性哮鸣音, 可见于支气管肿瘤、异物阻塞。吸気性喘鸣可见于喉头水肿、气管肿瘤或异物阻塞。

六、胸痛 外伤、炎症、肿瘤及某些理化因素刺激肋间神经、膈神经、脊神经的感觉纤维及迷走神经分布在气管、支气管、食管、心脏及主动脉胸段的感觉纤维, 均可引起胸痛。突然发生的一侧胸痛伴有呼吸困难, 可见于自发性气胸。胸痛伴有高热、寒战、咳嗽、铁锈色痰, 常提示肺炎链球菌肺炎。干性胸膜炎所致的胸痛常随呼吸、咳嗽而加重。胸膜转移癌所致的胸痛常剧烈、持久, 夜间更甚。食道疾患所致的胸痛常在吞咽动作时发生。心绞痛与心肌梗塞的疼痛常位于胸骨后或心前区, 伴压榨、窒息感, 并有疼痛发作时被迫中止活动的特点。此外, 胸痛亦可由腹腔脏器病变引起, 如胆绞痛可放射到右下胸, 急性胰腺炎的疼痛可放射到左下胸, 其他如带状疱疹、肋间神经痛、非化脓性肋软骨炎等均可引起胸痛, 应注意鉴别。

表 2-1-1 呼吸系统病变的常见体征

病 变	望 诊		触 诊		叩 诊		听 诊
	胸 廓	呼吸运动	语 颤	气管位置	音 响	呼吸音	哮 音
肺实变	对称	病侧减弱	病侧增强	居中	浊音或实音	异常支气管呼吸音	湿啰音
肺不张	病侧塌陷	病侧减弱	消失	移向病侧	浊音	消失	无
肺气肿	桶状	减弱	减弱	居中	过清音	减弱	无
气胸	病侧饱满	病侧减弱或消失	病侧消失	移向健侧	鼓音	消失	无
胸腔积液	病侧饱满	病侧减弱或消失	病侧减弱或消失	移向健侧	实音	病侧减弱或消失	无

【常见体征】 见表 2-1-1。

【实验室和其他检查】

一、实验室检查

(一) 血常规及血沉 应列为常规检查。化脓性细菌感染常有白细胞总数升高, 中性粒细胞所占比例增高, 核左移。病毒感染, 白细胞总数一般不高。血沉对疾病的发展趋势有一定的参考价值, 例如血沉增快的患者, 经过治疗后恢复正常, 提示病情好转。

(二) 痰检查 肉眼观察; 检查其颜色、性质、气味、24 小时总量。不染色的痰液涂片, 检查夏科-莱登结晶、弹力纤维、寄生虫和虫卵。革兰氏染色涂片, 检查细菌的类别。

瑞氏染色涂片,检查中性、嗜酸性粒细胞。抗酸染色涂片,检查结核杆菌等抗酸菌。痰培养和药敏试验对肺部感染性疾病的病因学诊断和选择有效药物具有重要作用。脱落细胞检查对肺癌的诊断简便易行,检查的阳性率与取材和送检次数等因素密切相关。

(二)胸腔积液检查 对确定积液的性质、病原以及诊断和治疗有重要意义。外观清透透明多为漏出液。血性可见于结核、恶性肿瘤、外伤等。铜绿假单胞菌感染时可呈绿色。丝虫病时可呈乳白色。化学分析及镜检有助于区分漏出液或渗出液。脱落细胞检查及近年来采用的胸液溶菌酶、乳酸脱氢酶、腺苷脱氢酶、癌胚抗原测定及染色体分析等检测方法有助于癌性或结核性胸液的诊断与鉴别诊断。

二、X线检查 胸部X线检查为诊断肺部疾病的重要方法之一、最常用的技术为透视和摄片。前者设备简单、操作方便、诊断迅速、费用较省、且可作动态观察,但缺少永久的影像记录。后者费用较高、操作手续较复杂,但记录清晰,便于长期保存。另外可根据病情需要选用支气管造影、支气管动脉造影、CT、磁共振成像技术。

三、超声探测 超声不能穿透含气的肺泡。应用超声显像法诊断肺部疾病,其价值不如X线检查和CT,但对于胸膜腔疾病,尤其是少量胸腔积液和局限性包裹性积液的诊断以及指导穿刺位置、方向、深度有其明显独到之处,具有极其实用的临床价值。

四、纤维支气管镜检查 因其管径细、照明好、视角大,可深入到亚段支气管在直视下行活检、刷检,作活组织病理检查,还可行支气管肺泡灌洗作细胞学、免疫学、生物化学等多项检查。并能作彩色摄影、录像,以及与示教镜连接供教学用。近年来广泛用于临床,对提高支气管、肺部疾病的诊断和治疗有极其重要的应用价值。

五、活体组织检查 主要适用于胸膜疾病作胸腔积液,胸膜下肺实质肿块,经其他检查方法未能明确病因者。方法有浅表淋巴结活检;经皮胸膜活检;经皮肺穿刺活检;用纤维支气管镜经支气管肺活检;剖胸肺活检等。

六、肺功能检查 最常用的有通气功能,换气功能检查。

(一)通气功能测定 可利用肺量计测定。临床常用的通气功能测定有肺活量、用力肺活量、残气量或功能残气量等。

1. 肺活量 为一次深吸气后所能呼出的最大气量,它不受时间的限制。肺活量实际值与预计值之比减少20%以上者,属于异常。肺活量降低见于胸廓或肺组织扩张受限、阻塞性肺气肿、慢性支气管炎和支气管哮喘等。

2. 用力肺活量 深吸气后用最快的速度呼出气体,计算最初3秒钟用力呼气量,一般以一秒钟用力呼气容积占用力肺活量的百分数表示。正常一秒钟用力呼气容积为83%,若低于70%表示气道阻塞,常见于慢性支气管炎、支气管哮喘和阻塞性肺气肿等。

3. 残气量和功能残气量 深呼气后肺内剩余的气量称残气量,平静呼气后肺内剩余的气量称功能残气量,阻塞性肺气肿有残气量和功能残气量增多。一般以残气量/肺总量<100比值作为衡量肺气肿程度的标准。比值在35%以下为正常,25%~35%者为轻度肺气肿,35%~45%者为中度肺气肿,45%~55%者为重度肺气肿,65%以上者为极重度肺气肿。但应注意残气量、功能残气量及残气占肺总量百分比均随年龄增长而递增。

(二)换气功能测定 临床上常用气体弥散功能测定来了解肺泡气和肺毛细血管血液通过肺泡血气屏障进行气体交换的过程。正常人氧弥散量约为250ml/kPa·min。肺气肿、肺结核因弥散面积减少;肺间质纤维化、肺毛细血管内膜炎因肺泡膜-毛细血管壁增

厚,二者均有换气功能降低。

七、血 pH 和血液气体分析 对于呼吸系统疾病的辅助诊断和指导治疗具有非常重要的价值。详见“呼吸衰竭”章。

八、其他 放射性核素扫描如应用¹³³氙雾化吸入和巨聚颗粒人白蛋白^{99m}锝静脉注射有助于肺栓塞及肺血管疾病的诊断,⁶⁷镓对间质性肺纤维化的肺炎、结节病及肺癌等疾病的诊断有一定参考价值。血清荧光抗体、对流免疫电泳及酶联免疫吸附测定等检查对不同肺部疾病的诊断亦均有一定参考价值。

(上海市卫生学校 周进祝)

第二章 急性支气管炎

急性支气管炎是由于感染性或非感染性因素所引起的气管、支气管粘膜的广泛急性炎症。临床上主要表现为咳嗽、咯痰,常见于寒冷季节或气候突变之时,病愈后粘膜结构和功能可完全恢复正常。

【病因和发病机制】

一、感染 在受凉,过度疲乏,上呼吸道防御功能低下和在寒冷季节气候突变时容易发病。病毒感染最常见,儿童以呼吸道合胞病毒或副流感病毒为多见,成人则以腺病毒或流感病毒多见。在病毒感染的基础上可继发细菌感染,常见的致病菌有流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、葡萄球菌等。近年来,奴卡菌感染有所增加。

二、物理或化学因素 过冷空气、粉尘、二氧化硫、氯气等刺激性气体的吸入均可损伤气管及支气管粘膜引起发病。

三、过敏反应 对花粉、真菌孢子、细菌蛋白质的过敏,钩虫、蛔虫等寄生虫的幼虫在肺部移行时,可引起急性支气管炎发作。

【病理】

气管、支气管粘膜充血、水肿、粘液腺肥大、分泌物增加,粘膜下层水肿,伴有淋巴细胞和中性粒细胞浸润,偶见纤毛上皮细胞损伤脱落。炎症消退后粘膜结构和功能可恢复正常。

【临床表现】

一、呼吸道表现 可有咳嗽、咯痰,开始为刺激性咳嗽,痰少。2~3天后咳嗽可加剧,痰由粘液性转为粘液脓性。严重者常在晨起、夜间,吸入冷空气或活动后有阵发性咳嗽或终日咳嗽。如伴有支气管痉挛,可出现不同程度的气急和胸骨后紧迫感。肺部听诊可发现散在易变的干性啰音,咳嗽咯痰后可消失或减少,肺底部可听到湿啰音,伴有支气管痉挛时,可听到哮鸣音。呼吸道表现约在2~3周消失。如迁延不愈,日久可演变为慢性支气管炎。

二、全身表现 一般较轻,可有轻度畏寒、发热、头痛、乏力、全身不适等,3~5天可消退。

【实验室和其他检查】

一、血常规检查 白细胞计数多正常或轻度升高。

二、痰检查 涂片或培养可发现致病菌。

三、X线检查 可正常或仅有肺纹理增多、增粗。

【诊断和鉴别诊断】

一、诊断 主要依靠病史和临床表现。X线检查有肺纹理增多、增粗等现象，可供诊断参考。

二、鉴别诊断

(一)普通感冒 以鼻、咽、喉部的症状为主。无明显的咳嗽、咯痰，肺部听诊无干、湿啰音。

(二)流行性感冒 呈流行性发病。起病急，全身中毒症状明显，如高热、头痛、全身肌肉酸痛等，白细胞计数多减少。

(三)肺炎链球菌肺炎 突发高热、寒战或畏寒、咳嗽、胸痛、呼吸急促，并有铁锈色痰。肺部听诊可闻及干湿啰音，白细胞总数及中性粒细胞比例均增高，肺部X线检查常见大片密实阴影。

(四)支原体肺炎、肺结核、肺癌、肺脓肿、百日咳等多种肺部疾病，病初可有急性支气管炎症状，应密切观察及仔细检查，以资鉴别。

【治疗】

一、一般治疗 适当休息，注意保暖，多饮水。

二、控制感染 如有明显发热或痰转为脓性者，应及时使用抗生素治疗。常用青霉素G肌注，80万单位，每日2次，或复方磺胺甲噁唑片每次2片，每日2次，或酌情选用螺旋霉素、头孢类抗生素等。热退1~3天后即可停药。

三、对症治疗 发热、头痛等全身症状明显者，应予退热、止痛药物。可给复方阿司匹林片，每次1片，每日3~4次；咳嗽、咯痰可给鲜竹沥油10ml，每日3次；干咳剧烈，可用维静宁25mg或可待因30mg，每日3次；痰液粘稠不易咳出者，可用溴己新8~16mg，每日3次。有支气管痉挛时，可用氨茶碱100mg或沙丁胺醇2~4mg，每日3次。

【预防】

1. 增强体质，加强耐寒能力锻炼，增加抗病能力，积极防治上呼吸道感染。
2. 注意环境卫生，防止空气污染，改善劳动卫生及公共卫生，防止粉尘、刺激性气体、烟雾等吸入呼吸道。
3. 避免接触引起发作的病因及过敏原。

(上海市卫生学校 周进祝)

第三章 慢性支气管炎

慢性支气管炎是因长期的物理化学性刺激，反复感染等综合因素引起的气管、支气管粘膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。临床上以咳嗽、咯痰或伴有喘息及反复发作的慢性过程为特征，若病情进展，可并发阻塞性肺气肿和慢性肺原性心脏病，是一种严重影响劳动力与健康的常见病，尤以老年人多见。据国内1973年全国部分普查资料统计，患病率约为3.82%，50岁以上患病率可高达15%左右。1992年国内普查的部分资料统