

中西医结合内科治疗学

ZHONGXIYI JIEHE NEIKE ZHILIAOXUE

主 编 陈利国 尤 可
副主编 陈国华 张春玲 雷 磊 薛一涛
冯晓光 高 毅
编 者 (按姓氏笔画排列)
丁向东 尤 可 冯晓光 司呈泉
孙伟臣 何 永 张 永 张春玲
李慧芳 陈利国 陈丽萍 陈国华
陈贵海 宋爱军 屈 波 姜国庆
胡晓梅 高 毅 高建东 韩文霞
雷 磊 薛一涛 魏江磊

人民军医出版社
北 京

(京)新登字 128 号

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合内科治疗学/陈利国,尤可主编.-北京:人民军医出版社,1999.7
ISBN 7-80020-944-X

I. 中… II. ①陈… ②尤… III. 内科学-中西医结合 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(1999)第 00837 号

人民军医出版社出版

(北京市复兴路 22 号甲 3 号)

(邮政编码:100842 电话:68222916)

人民军医出版社激光照排中心排版

北京天宇星印刷厂印刷

新华书店总店北京发行所发行

*

开本:787×1092mm 1/16·印张:49.75·字数:1169 千字

1999 年 7 月第 1 版 1999 年 7 月(北京)第 1 次印刷

印数:0001~5000 定价:78.00 元

ISBN 7-80020-944-X/R·870

〔科技新书目:493-110⑦〕

(购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换)

内 容 提 要

本书分11章系统介绍了呼吸系统、心血管系统、消化系统、泌尿系统、神经系统疾病,内分泌、代谢、血液、精神、周围血管疾病,风湿病和老年病等内科常见疾病的病因、发病机制、病理、中医理论、临床表现、实验室及其他检查、诊断、鉴别诊断,特别详细介绍了中医中药辨证施治的症状分析、治疗原则、方剂及具体药方,以及西医治疗方法,融汇了作者长期从事中西医结合内科的科研成果和实践经验,是内科临床工作者和研究人员的重要参考书。

责任编辑 张建平 黄翎兵

前 言

我们今天不能否认这样一个基本事实：在支配着我们基本生活态度的文化观念中，包含着一些并非纯然得自中国古代传统精神的内容。西学对于我们早已不是纯粹外在的新奇的东西了。在经过了近代中国的一系列演变之后，西学已浸染了中国文化，其某些基本的思想方式已渐渐深入到中国人的心灵。但是，在一般意义上的精神文化等方面，依旧是中国式的。尽管在古代中国与现代中国之间经历了一个特殊的近代时期之后，仍具有深厚的文化精神传统，而且善于同化外来文化，但是，近现代的西方医学的大量涌入，改变了中国医学的传统格局，传统的中医学受到了严重的冲击，面临着严峻的挑战，迫使我们不得不思考这样一些问题。

中医学的理论是在那样一个特定的社会、政治、经济、文化环境中形成的，如果放在中国的传统文化背景中进行考察分析，一切都显得那么顺理成章，但与西方科学技术（包括西方医学）放在一起，许多方面竟显得那样不融洽。怎样才能借鉴现代科学技术，特别是现代医学技术发掘中医药学宝库，更好地为人类健康服务，这正是我们编撰本书的根本目的。

在对待中西医结合问题上，我们的态度是，把中医药学和西医药学如实地放在其本来发生和生长着的政治、经济、文化背景中，客观地进行比较、分析，以便找出两种理论的结合点，取长补短，充分发挥它们的优势，建立起一种集中西医学之长的新的医学体系。

中西医结合是一个大的研究课题。40多年来，老一辈中西医结合工作者为此付出了艰辛的努力，取得了很多重大研究成果，为医学（包括中医的和西医的）科学的发展做出了重大贡献。

然而，回顾中西医结合40年的历史，在发展的道路上也存在诸多问题，究其症结，主要在于诸多理论问题的困惑。长期以来，人们一直把医学看作是经验的东西，尤其对中医学的认识。其实，与西医学比较，中医学在其形成过程中，不仅仅是经验的，而且更是理论的，在它的形成阶段就已经引进了诸多当时先进的哲学理论，构筑起了中医学理论的基本框架，形成了一个较为完整的理论体系。因此，在对待中西医结合问题上，不应再把它仅仅看作是经验的或实践的东西，更重要的是理论上的结合。只有这样，才能真正回答什么是中西医结合和如何建立中西医结合医学的问题。

从中西医结合的历史与现状来看，其最大的困难仍是理论上的。因为中医、西医分别根置于东、西方不同的文化背景之中，两种文化，两种价值，具有不可通约性。因此，我们认为，中医学为什么没有随着近现代科学技术的发展而迅速发展的

原因,即阻碍中医学发展的最大的困难,首先是概念上的,而影响中医学理论发展的最大障碍是技术上的。通过对中西医结合现状的总结分析,我们认为,在目前诸多理论问题尚未解决的情况下,我们应该使中西医两种医学在临床实践中有机地结合起来,并博采两种医学之长,使其理论互相结合,优势互补。

本书在编写过程中,突出实用性,以内科常见疾病的中西医结合治疗为重点。本书作者以中青年为主,在编写过程中得到了老一辈中医、西医、中西医结合专家的大力支持,在此表示感谢。

编写本书的目的,主要是面向中医、西医、中西医结合临床工作者,以及从事中西医结合基础研究的人员。希望通过《中西医结合内科治疗学》的出版,与医学界的朋友们进行广泛的交流,共同促进中西医结合医学的发展。书中如有不当之处,恳请大家指正。

作 者

1998年夏于济南

目 录

<p>第一章 呼吸系统疾病 (1)</p> <p> 第一节 概论 (1)</p> <p> 第二节 急性气管—支气管炎 (5)</p> <p> 第三节 慢性支气管炎 (7)</p> <p> 第四节 支气管哮喘 (10)</p> <p> 第五节 支气管扩张症 (15)</p> <p> 第六节 肺气肿 (17)</p> <p> 第七节 肺炎 (20)</p> <p> 第八节 肺脓肿 (30)</p> <p> 第九节 胸膜炎 (32)</p> <p> 第十节 成人呼吸窘迫综合征 (36)</p> <p> 第十一节 肺结核 (42)</p> <p> 第十二节 肺癌 (51)</p> <p> 第十三节 矽肺 (62)</p> <p> 第十四节 咯血 (66)</p> <p>第二章 心血管疾病 (71)</p> <p> 第一节 概论 (71)</p> <p> 第二节 充血性心力衰竭 (73)</p> <p> 第三节 慢性风湿性心脏病 (85)</p> <p> 第四节 高血压病 (95)</p> <p> 第五节 冠状动脉粥样硬化性心脏病 (105)</p> <p> 第六节 慢性肺源性心脏病 (117)</p> <p> 第七节 病毒性心肌炎 (124)</p> <p> 第八节 心律失常 (127)</p> <p> 第九节 亚急性感染性心内膜炎 (147)</p> <p> 第十节 心脏神经官能症 (154)</p> <p>第三章 消化系统疾病 (157)</p> <p> 第一节 概论 (157)</p> <p> 第二节 急性胃炎 (161)</p> <p> 第三节 慢性胃炎 (163)</p> <p> 第四节 消化性溃疡 (168)</p> <p> 第五节 胃下垂 (175)</p>	<p> 第六节 上消化道出血 (176)</p> <p> 第七节 溃疡性结肠炎 (182)</p> <p> 第八节 细菌性痢疾 (186)</p> <p> 第九节 病毒性肝炎 (191)</p> <p> 第十节 慢性肝炎 (198)</p> <p> 第十一节 肝硬化 (205)</p> <p> 第十二节 原发性肝癌 (212)</p> <p> 第十三节 胆囊炎 (218)</p> <p> 第十四节 胆石病 (222)</p> <p> 第十五节 胰腺炎 (225)</p> <p>第四章 内分泌、代谢疾病 (232)</p> <p> 第一节 概论 (232)</p> <p> 第二节 糖尿病 (236)</p> <p> 第三节 糖尿病的急性并发症 (254)</p> <p> 第四节 糖尿病的慢性并发症 (264)</p> <p> 第五节 甲状腺功能亢进症 (284)</p> <p> 第六节 甲亢的若干特殊问题 (299)</p> <p>第五章 泌尿系统疾病 (310)</p> <p> 第一节 概论 (310)</p> <p> 第二节 肾小球肾炎 (314)</p> <p> 第三节 肾病综合征 (330)</p> <p> 第四节 肾间质疾病 (338)</p> <p> 第五节 泌尿道感染 (344)</p> <p> 第六节 肾癌 (351)</p> <p> 第七节 肾石病 (354)</p> <p> 第八节 肾动脉硬化 (358)</p> <p> 第九节 肾结核 (361)</p> <p> 第十节 肾功能衰竭 (365)</p> <p>第六章 血液疾病 (383)</p> <p> 第一节 概论 (383)</p> <p> 第二节 贫血 (386)</p> <p> 第三节 出血性疾病 (407)</p> <p> 第四节 白细胞减少症 (417)</p> <p> 第五节 白血病 (423)</p>
--	--

第六节	多发性骨髓瘤·····	(435)	第七节	下肢深静脉血栓形成·····	(617)
第七节	脾功能亢进症·····	(439)	第八节	下肢静脉曲张·····	(622)
第七章 精神疾病 ·····	(443)		第九节	肠系膜上动脉供血不 足·····	(626)
第一节	概论·····	(443)	第十节	红斑性肢痛症·····	(628)
第二节	精神分裂症·····	(460)	第十一节	手足发绀症和网状 青斑症·····	(629)
第三节	偏执性精神障碍·····	(467)	第十章 风湿病 ·····	(632)	
第四节	神经症·····	(469)	第一节	概论·····	(632)
第五节	情感性精神障碍·····	(483)	第二节	类风湿性关节炎·····	(633)
第六节	精神活性物质所致精 神障碍·····	(488)	第三节	幼年型类风湿性关节 炎·····	(642)
第七节	心因性精神障碍·····	(494)	第四节	强直性脊柱炎·····	(645)
第八节	心理生理障碍与心身 疾病·····	(496)	第五节	系统性红斑狼疮·····	(652)
第九节	儿童少年期精神障碍·····	(499)	第六节	风湿热·····	(657)
第十节	精神疾病的中医治疗·····	(505)	第七节	混合性结缔组织病·····	(664)
第八章 神经系统疾病 ·····	(516)		第八节	白塞病·····	(667)
第一节	短暂脑缺血发作·····	(517)	第九节	多发性肌炎和皮肌炎·····	(671)
第二节	动脉硬化性脑梗死·····	(521)	第十节	干燥综合征·····	(674)
第三节	脑栓塞·····	(533)	第十一节	硬皮病·····	(678)
第四节	脑出血·····	(537)	第十二节	结节性多动脉炎·····	(681)
第五节	蛛网膜下腔出血·····	(546)	第十三节	痛风·····	(685)
第六节	三叉神经痛·····	(553)	第十四节	各类骨关节疾病·····	(693)
第七节	面神经炎·····	(557)	第十五节	风湿病的治疗问题·····	(707)
第八节	面肌痉挛·····	(560)	第十一章 老年病 ·····	(715)	
第九节	急性感染性多发性神 经根炎·····	(563)	第一节	概论·····	(715)
第十节	坐骨神经痛·····	(569)	第二节	高血压病·····	(722)
第十一节	癫痫·····	(571)	第三节	高脂血症及高脂蛋白 血症·····	(729)
第十二节	震颤麻痹·····	(582)	第四节	糖尿病·····	(735)
第十三节	重症肌无力·····	(586)	第五节	骨质疏松症·····	(742)
第九章 周围血管疾病 ·····	(590)		第六节	痴呆·····	(750)
第一节	概论·····	(590)	第七节	震颤麻痹·····	(762)
第二节	血栓闭塞性脉管炎·····	(595)	第八节	肺炎·····	(768)
第三节	动脉硬化性闭塞症·····	(600)	第九节	脑动脉硬化症·····	(776)
第四节	多发性大动脉炎·····	(606)	第十节	前列腺增生症·····	(780)
第五节	雷诺综合征·····	(610)			
第六节	血栓性浅静脉炎·····	(614)			

第一章 呼吸系统疾病

第一节 概 论

呼吸系统与外界沟通,外界有害物质,包括微生物、过敏原、粉尘、有害气体等可直接侵入,可能造成损害;全身其他器官的病原体也可通过淋巴、血循环播散到肺部。呼吸系统具备完整的物理、生物和免疫的防御机制,保障身体的健康。肺脏又与心脏血流动力学的关系至为密切,两者相互影响。现在已逐渐了解到它与全身代谢、内分泌的关系,因此,肺脏的功能不仅仅限于呼吸。

【病因】

1. 感染 呼吸系统疾病中以感染最为常见。原发性感染由于吸入病毒、细菌等微生物引起。病毒感染尤为常见,累及上呼吸道者较肺部为多,常伴有继发性细菌感染。肺炎支原体为绝大多数所谓非典型肺炎的致病体,其次是特异性细菌感染,最重要的是结核杆菌。近年来肺炎球菌肺炎多数已不呈典型的肺叶实变,并发症也不多见。结核菌感染有逐年上升的趋势。

2. 过敏性因素 很多呼吸系统疾病与过敏反应有关。过敏性肺炎为一类病因复杂的疾病,其中以肺嗜酸粒细胞增多性综合征最为常见。有机粉尘如霉草尘的嗜热性放线菌、鸟粪、曲菌孢子等抗原,皆可对致敏者引起过敏性肺炎,产生发热、咳嗽、气急等症状,病理上有间质性肺炎和肉芽肿形成,血清中有对相应抗原的沉淀素抗体。系统性红斑狼疮为Ⅲ型变态反应造成的广泛血管病变,累

及关节、皮肤、肾和肺;肺部有间质性肺炎、胸膜炎、肺泡出血和小气道改变。

3. 粉尘和有害气体 生产性粉尘引起的尘肺以矽肺、煤矽肺、石棉肺为常见。有害气体,如二氧化硫、氮氧化物、氯及其他化学或生物因素均可引起支气管—肺疾病。

4. 肿瘤 在肿瘤中,原发性支气管肺癌为最常见。肺部转移肿瘤的原发性病灶多见于泌尿生殖器官、胃肠道、乳腺、皮肤、软组织、骨等。消化系统的肿瘤,如胃癌常经腹膜后淋巴结转移至肺,引起弥漫性网状、结节状的淋巴管型肺癌。

5. 全身性疾病的呼吸系统表现 有许多全身性疾病有呼吸系统表现,如类风湿性关节炎、硬皮病、系统性红斑狼疮、干燥综合征等,易累及肺脏。

【症状】

1. 咳嗽 咳嗽是呼吸系统疾病最常见的症状之一,是清除自外界侵入呼吸道的异物与呼吸道内分泌物,消除呼吸道刺激因子,抵御感染的一种保护性功能。

(1)咳嗽的性质:干咳或刺激性咳嗽见于慢性喉炎、喉癌、气管炎、气管受压、支气管异物、支气管肿瘤及外耳道刺激;湿性或多痰咳嗽则见于支气管炎、支气管扩张、肺脓肿、肺寄生虫病或肺结核有空洞者。

(2)咳嗽的节律:单声微咳多见于喉炎、气管炎、吸烟者及早期肺结核病人。习惯性咳

嗽也属于此型。阵发性或痉挛性咳嗽多见于异物吸入、百日咳、支气管哮喘、支气管内膜结核及支气管肿瘤。支气管肺炎则表现为连续性咳嗽。

(3)咳嗽的时间:晨间咳嗽多见于上呼吸道慢性炎症、慢性支气管炎及支气管扩张病人,夜间咳嗽则多见于肺结核及心力衰竭病人。

(4)咳嗽的音调:短促轻咳、咳而不爽者多见于干性胸膜炎、肺炎、胸腹创伤或手术后,病人在咳嗽时常用手按住患处以减轻疼痛。犬吠样咳嗽多见于喉头疾患、声带肿胀、气管异物或气管受压。嘶哑性咳嗽见于声带炎症如喉炎、喉结核、声带肿瘤、喉癌或由于喉返神经受压所致的声带麻痹。金属音调的咳嗽可由于纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管癌等直接压迫气管所致。

(5)体位的改变:严重支气管扩张病人因支气管内壁破坏、咳嗽反射减弱、大量痰液滞留,当体位改变时,由于分泌物流动刺激正常支气管粘膜而咳嗽,咳出大量积痰。脓胸伴支气管胸膜瘘病人在一定体位时脓液进入瘘管而引起剧咳。纵隔肿瘤、大量胸腔积液患者改变体位时也可引起咳嗽。

(6)伴发症状:咳嗽伴高热者多是肺炎、肺脓肿、急性渗出性胸膜炎;咳嗽伴明显胸痛者多为胸膜疾病或肺部病变波及胸膜如肺炎、肺癌等;咳嗽伴大量咯血者多为支气管扩张及空洞性肺结核;咳嗽伴大量粉红色泡沫样痰时应立即想到肺水肿。

2. 咳痰

(1)痰的性状:浆液性痰或泡沫样痰是肺淤血或肺毛细血管通透性增高,毛细血管内液体渗入肺泡所致,如肺水肿。粘液性痰无色透明而粘稠,多见于急性炎症如支气管炎、支气管哮喘或大叶性肺炎的早期。粘液脓性痰是由于肺组织受化脓性细菌的感染,在炎症过程中形成脓液,同时有大量粘液分泌物相混而成,见于支气管炎、肺结核等。脓性痰呈

黄色或绿色,见于各种化脓性细菌所致的支气管肺炎。血性痰是由于呼吸道粘膜受侵蚀,毛细血管受损害,血液渗入肺泡而产生,可以由异物损伤、毒化剂侵蚀或炎症波及所致,在40岁以上男性吸烟者要警惕支气管肺癌。

(2)痰量:痰量多的疾病有肺水肿、支气管扩张、肺脓肿、肺泡细胞癌、脓胸或肝脓肿穿破膈肌并发支气管瘘者。典型的支气管扩张及慢性肺脓肿病人常有大量脓痰,多达每日数百毫升。检查痰量一般以24h为准,痰量增多反映支气管和肺化脓性炎症进展;痰量减少提示病情好转,中毒症状减轻。

(3)气味:一般的痰无臭味,厌氧菌感染时痰有恶臭,见于肺脓肿、肺坏疽、支气管扩张及支气管肺癌的晚期。

(4)颜色:无色透明或灰白色粘液痰见于正常人或支气管粘膜轻度炎症时。化脓性炎症时痰带黄色。空洞性肺结核或慢性支气管炎时,脓性痰在肺内滞留过久也可带黄绿色。肺癌、肺结核、肺梗死等痰内含有血液或血红蛋白时痰呈红色或红棕色。急性肺水肿则咳粉红色或血色泡沫样痰。肺阿米巴病的痰是阿米巴肝脓肿溃破穿入肺内所致,痰内血和脓均匀混合呈红褐色或巧克力色。烂桃样或果酱样痰是由肺组织坏死分解而成,见于肺吸虫病。

3. 咯血 咯血是一种常见的症状,常由呼吸道疾病所致,也可由于循环系统或全身其他疾病引起。咯血可由于各种有害因子对肺毛细血管的直接损伤或通过血管活性物质的作用使毛细血管壁的通透性增高所致;也可由于炎症、肿瘤或结核等病变侵蚀肺小血管而引起。对于青壮年咯血伴有低热等症状者应考虑肺结核。40岁以上男性吸烟者咯血应考虑肺癌。年轻女性反复咯血则要想到支气管内膜结核、支气管腺瘤。有生食螃蟹史者应考虑肺吸虫病。有流行季节到过疫区者应考虑流行性出血热或钩端螺旋体病。若咯血

与月经期有一定关系者应考虑替代性月经。对来自西北或内蒙牧区居民应考虑肺包虫。有长期从事有害粉尘作业史者应考虑相应的尘肺。

4. 胸痛 外伤、炎症、肿瘤及某些理化因素所致组织损伤刺激肋间神经、膈神经、脊神经后根和迷走神经分布在支气管、心脏及主动脉的神经末梢,均可引起胸痛。肺和脏层胸膜对痛觉不敏感,肺炎、肺结核、肺脓肿、肺梗死等由于病变累及壁层胸膜而发生胸痛。肺癌侵及支气管壁或壁层胸膜都可产生胸痛。干性胸膜炎由于炎症波及脏层与壁层胸膜,胸膜发生摩擦而发生胸痛。另外,非呼吸系统疾病引起胸痛常见者如心绞痛与心肌梗死;胆石症的疼痛可放射到右下胸;急性胰腺炎的疼痛可放射至左下胸。

(1)疼痛的部位:胸壁疾患的疼痛常固定于局部且有明显的压痛;胸膜炎所致胸痛常在胸廓运动度较大的侧下部;心绞痛常位于胸骨后或心前区且放射至左肩;膈下疾患的疼痛部位常在肋缘且放射到斜方肌。

(2)疼痛的性质:肋间神经痛呈触电样灼痛;肌源性疼痛呈酸胀痛;骨源性疼痛呈锥刺痛;心绞痛呈窒息样压迫感;肺癌则可有隐闷痛。

(3)疼痛的时间:肌源性疼痛常在肌肉收缩时加剧;食管疾患的疼痛常在吞咽动作发生时;胸膜炎的疼痛常在深吸气或咳嗽时加剧,控制呼吸运动可减轻;骨源性疼痛或肿瘤所致疼痛则为持续性。

(4)伴随症状:胸痛而同时有高热者多为肺炎;伴咳嗽脓痰者为肺脓肿;胸痛突然发生伴呼吸困难者为自发性气胸;有心脏病或近期手术史者应想到肺梗死;肺癌病人出现明显胸痛者应警惕胸壁转移。

5. 呼吸困难 呼吸困难是症状也是体征。当病人感到空气不足、呼吸急促需要用力呼吸,并使呼吸肌及辅助肌均参与呼吸运动,出现呼吸频率、深度与节律的改变时,称为呼

吸困难。

(1)呼吸频率:每分钟呼吸超过24次称为呼吸频率加快,见于呼吸系统疾病、心血管疾病、贫血、发热等。每分钟呼吸少于10次称为呼吸频率减慢,是呼吸中枢受抑制的表现,见于麻醉、安眠药物中毒、颅内压增高、尿毒症、肝昏迷等。

(2)呼吸深度:呼吸加深见于糖尿病及尿毒症酸中毒;呼吸深而慢称为库斯毛(Kussmaul)呼吸;呼吸变浅见于肺气肿、呼吸肌麻痹及镇静剂过量等。

(3)呼吸节律:陈-施(Cheyne-Stokes)呼吸表现为一段呼吸暂停之后,随之以一连串潮气量逐次增大的通气,同时速率加快,出现气促,随后呼吸的深度与速率迅速降低,又进入一段呼吸暂停,如此有规律地反复循环。这是呼吸中枢兴奋性降低的表现,表示病情严重,见于中枢神经系统疾病和脑部血液循环障碍,如动脉硬化、心力衰竭、颅内压增高、尿毒症、糖尿病昏迷和高山病等。比奥呼吸(Biot)表现为呼吸快速,常由通气不足突然变为呼吸暂停,间期多变,是一种节律不规则的呼吸困难,见于脑炎、脑膜炎、中暑、颅脑损伤等。

(4)呼吸时限:吸气性呼吸困难多见于上呼吸道不完全阻塞如异物、白喉、喉水肿、喉癌等,也见于肺顺应性降低的疾病如肺间质纤维化、广泛性炎症、肺水肿等。呼气性呼吸困难多见于下呼吸道不完全阻塞如慢性支气管炎、支气管哮喘、肺气肿等。大量胸腔积液、大量气胸、呼吸肌麻痹、胸廓限制性疾病等则呼气、吸气均困难。

(5)病人姿态:充血性心力衰竭病人呈端坐呼吸。一侧大量胸腔积液病人常喜卧向患侧,而一侧大量气胸病人则往往采取患侧向上的卧位。重度肺气肿病人常静卧而缓缓吹气。肺水肿病人常惊恐、躁动不安。大块肺梗死病人常突然惊呼。广泛心肌梗死病人常打胸作痛苦貌。

(6)基础疾病:心脏病病人出现呼吸困难见于心力衰竭、肺水肿;肺癌病人放射治疗后发生呼吸困难时应考虑放射性肺炎;有近期手术史者见于肺不张;长期卧床的老年人发生呼吸困难多为肺炎;广泛腹部或盆腔手术后突然发生呼吸困难者见于肺梗死;原有糖尿病患者出现库斯毛呼吸则为酸中毒。

【体征】

1. 颈部 肺不张、慢性纤维空洞型肺结核、肺纤维化、胸膜增厚等可将气管拉向患侧;气胸、大量胸腔积液、纵隔肿瘤以及单侧甲状腺肿大可将气管推向健侧。颈部静脉扩张见于慢性支气管炎、肺气肿、右心功能不全。上腔静脉综合征则提示纵隔肿块。锁骨上窝扪及淋巴结时,须做活检,常见病变为淋巴结结核和新生物转移,尤其要考虑支气管肺癌的转移。

2. 胸廓

(1)桶状胸:常由肺气肿引起,矮胖型健康人也可略呈桶状胸。

(2)扁平胸:慢性消耗性疾病病人如肺结核可表现为扁平胸,但大部分扁平胸见于瘦高型健康人。

(3)胸廓不对称:单侧胸廓饱满可由于一侧大量气胸、大量胸腔积液或巨大肿瘤所致;单侧胸廓塌陷可由于一侧广泛胸膜增厚、粘连收缩、肺不张、肺纤维化、慢性纤维空洞型肺结核、慢性肺脓肿等所致。胸廓的局部隆起见于胸壁病变如胸壁结核、胸骨结核、肋软骨瘤、肋软骨炎,偶见于主动脉瘤、肺或胸膜的巨大肿瘤。

3. 杵状指 杵状指(趾)可发生在身体各系统的疾病中,其中75%~80%见于肺部疾患,10%~15%见于心血管疾病,5%~10%见于消化道或其他疾病。

4. 紫绀 中枢性紫绀是指动脉血液中有足量还原血红蛋白,常由于呼吸功能不全引起,见于重度支气管哮喘、大叶性肺炎、急

性肺动脉栓塞、大块肺梗死、急性肺水肿、毒气中毒、喉或气管急性阻塞、重度肺水肿、慢性纤维空洞型肺结核、Ⅲ期矽肺、广泛性结节病、硬皮病、弥漫性肺间质纤维化,以及大量胸腔积液、高压性气胸等;也见于各类紫绀性先天性心脏病。周围性紫绀是指血液经过体循环毛细血管时过量的血红蛋白被还原所致,见于慢性充血性心力衰竭、休克、各种原因的红细胞增多症及各种局部慢性动脉阻塞性疾病。

【诊断】

1. X线检查 除了常规的正侧位胸片外,支气管碘油造影可明确有无支气管扩张,支气管动脉造影术主要用于隐源性咯血的定位诊断和支气管动脉栓塞治疗咯血,以及对肺癌病灶较局限而因其他原因不适宜手术者。CT 现已被广泛用于临床,对发现细微或位于心脏后或脊柱旁区的隐蔽肿瘤、痰脱落细胞阳性而胸片阴性的癌肿以及纵隔病变有很大帮助,磁共振对胸肺疾病亦有进一步的诊断价值。

2. 痰微生物学及脱落细胞检查 痰微生物学检查包括细菌、真菌等培养。脱落细胞检查对于发现肺癌有很大价值,怀疑肺癌者应列为常规检查。

3. 免疫学检查 肺脏的过敏反应分为4型,通过免疫学检查可以明确其发病机制,有利于预防和治疗。

4. 纤维支气管镜检查 目前已成为肺部疾病诊断和治疗的重要工具。

5. 肺活组织检查 肺活组织检查,有经纤维支气管镜活检、剖胸肺活检和经胸壁穿刺肺活检3种。第1种操作方便,但摘取的肺组织过小,易漏诊。第2种范围较广,观察清晰,但不能多次进行。第3种适用于病因不明的肺部弥漫性病变和周围型肿块病灶,可在B超或CT下定位作肺组织活检,以提高确诊率。

6. 其他 除以上数种检查方法外,另有胸腔镜检查、纵隔镜检查、超声诊断以及放射性核素扫描的应用等。

【治疗】

近年来许多高效药物的出现,如抗结核药物、抗生素、肾上腺皮质激素和平喘药物等,对各种感染性疾病和过敏性疾病的防治提供了方便。氧疗法、人工气道、机械呼吸器等的的应用,进一步提高了治疗各种呼吸系统疾病的疗效。

近年来中西医结合治疗呼吸系统疾病也取得了大的进展,提高了临床疗效。如上海第一医学院用温肾法防治老年慢性支气管炎,认为温肾法可通过神经体液因素提高非特异性免疫功能。他们在进行哮喘机制的研究中,发现经辨证为肾虚者均有明显的垂体-肾上腺系统兴奋性低下的表现,而无肾虚临床表现的患者,亦有一定程度的肾上腺皮质功能不足存在,认为肾虚是哮喘发病上的一个基本矛盾。

对于急性呼吸窘迫综合征(ARDS)的治疗,天津市第一中心医院采用中西医结合的方法治疗 43 例,常用主方为宣肺渗湿汤(杏仁、桂枝、葶苈子、赤芍、桑皮、丹参、当归、郁金各 10g,黄芪 30g,血竭 1g),其基本立法即根据中西医结合的理论,以 ARDS 的重要病机为“湿肺”,此方的目的即在于改善肺间质水肿。

山西省中医研究所报道,中西医结合治疗乙脑并发呼吸衰竭 26 例,结果治愈 8 例。他们认为乙脑呼吸衰竭的表现有水、痰、喘、

脱四大证候,根据“实喘治肺,虚喘治肾”的原则,将其分为四个类型:痰火壅肺者,治以泻壅救肺为主,用银花、滑石、连翘、石膏、大青叶、杏仁、葶苈子、苏子、芦根、瓜蒌、郁金、贝母、地龙、鱼腥草、桑皮等。腑结肺痹者,治以通下救肺,用瓜蒌、大黄、芒硝、厚朴、葶苈子、枳实、杏仁、知母、石膏、连翘、银花、甘草。气阴两虚者,治以益气救阴固脱,用人参、麦冬、五味子、龙骨、牡蛎、山萸肉、磁石。喘脱型,治以回阳救喘,纳气固脱,用全真一气汤去白术、熟地加龙牡方(附子、人参、麦冬、五味子、龙骨、牡蛎、淮牛膝)。

对于慢性呼吸衰竭,治疗上主要采用祛痰、平喘、抗炎。

在治疗肺心病方面,有报道通过辨证分型为肺肾气虚型(用小青龙汤加减)、痰热型(用清气化痰汤加减)、脾虚痰湿型(用二陈汤加味)、水气凌心型(用真武汤加味)、痰迷心窍型(用安宫牛黄丸、礞石滚痰丸、凉膈散、苏合香丸等)四型,结果:临控 9 例,显效 21 例,有效 30 例,无效及死亡各 5 例。

另有用清热宣肺利水法治疗肺心病伴心力衰竭 50 例报道,显效 18 例次,好转 24 例次,无效 8 例次,浮肿完全消失 40 例次。有关中西医结合治疗呼吸系统疾病的报道很多,有关的实验研究也取得了一些有重大影响的成果,但是,在很多报道中,中医辨证治疗的同时,亦常规使用西药进行治疗,因此,有很多报道的疗效很难正确评价。

(冯晓光)

第二节 急性气管—支气管炎

急性气管-支气管炎是病毒、细菌感染,物理、化学刺激或过敏反应所引起的气管-支气管粘膜广泛急性炎症。

【病因和发病机制】

在过度疲乏、受凉,削弱了上呼吸道生理防御功能和在寒冷季节气候突变时容易发病。病毒感染最常见,如鼻病毒、副流感病毒、

呼吸道合胞病毒、腺病毒等,先引起上呼吸道感染,如感冒、咽炎、流感,向下蔓延引起喉、气管、支气管炎。细菌感染常在病毒感染的基础上发生,最常见的有流感嗜血杆菌和肺炎球菌。副鼻窦炎或扁桃体感染的分泌物吸入后也可引起本病。理化因素的刺激,如过冷空气、粉尘、二氧化硫、氯等刺激性气体都易引起发病。对细菌蛋白质或寒冷的过敏,寄生虫如钩虫、蛔虫的幼虫在肺脏移行时,也可引起急性气管—支气管炎发生。

【临床表现】

起病开始常表现为上呼吸道感染症状,如鼻塞、流涕、咽痛、声音嘶哑。全身症状轻微,可有轻度畏寒、低热、乏力,并有咽喉发痒、刺激性咳嗽及胸骨后疼痛。早期痰不易咳出,2~3天后咳嗽松动,痰由粘液性转为粘液脓性。咳嗽在受凉、吸入冷空气、早晚起床和睡下时加重。咳嗽可为阵发性,也可终日咳嗽,剧咳时可伴有恶心、呕吐及胸、腹肌疼痛。如伴有支气管痉挛,可有哮鸣和气急。病变一般自限,全身症状可在4~5天内消退。

体检可发现粗的干性啰音,咳嗽后消失;肺底部可听到湿性啰音,伴有支气管痉挛时,可听到哮鸣音。

【附】 弥漫性细支气管炎

弥漫性细支气管炎是直径小于2mm的细支气管的急性或慢性感染,常见于3岁以下婴幼儿,大多由呼吸道合胞病毒所引起,多发生在冬季。临床上典型症状有发热、咳嗽、呼吸窘迫、胸部吸气性凹陷和反复出现哮鸣,症状严重时可出现呼吸衰竭或窒息。以往与本病有关的名称有支气管肺炎、间质性支气管炎、急性阻塞性细支气管炎、喘息性细支气管炎和间质性肺炎等。直至50年代初,儿科才正式命名为弥漫性细支气管炎。

1. 病原和流行情况 在住院婴儿中,采用免疫荧光技术快速法发现弥漫性细支气管炎的病原约75%为呼吸道合胞病毒,其他为腺病毒3、7和21型,鼻病毒、副流感病毒3型,较少见者为腮腺病毒和流感病毒,肺炎霉菌菌也可能引起婴儿细支气管

炎。由副流感病毒引起的婴儿细支气管炎,病情极严重,常引致死亡。

本病可为流行性或散发性,呼吸道合胞病毒流行期约5个月,以11~3月份最高,流行间隔期可长达1年以上,也可缩短。常通过医院传播。

本病大多自限,1岁以下婴幼儿的呼吸道合胞病毒细支气管炎的死亡率约为1%,腺病毒感染者较高,约为5%~10%。

2. 临床表现 起病急骤,常以上呼吸道卡他症状、流涕、咳嗽、中度发热为前驱。少数患儿发病时症状即很严重,患儿可迅速出现胸闷、呼吸浅而速、鼻翼煽动、呼吸困难。随着病情发展,可出现紫绀、无力和虚脱等,并可伴有高热。严重者症状持续2~3天后,热度下降,全身症状逐渐消失。

本病病情大多自限,多数患儿能完全恢复正常,部分发展为支气管扩张、纤维闭塞性细支气管炎和单侧或局部肺气肿。检查病人有胸部吸气性凹陷,叩诊正常或浊音,呼吸音减低,肺部满布啰音和鼾音,半数患者12~24h出现哮鸣音。

腺病毒感染,尤其是3、7、21型虽不到5%,但可引起婴幼儿肺部的严重感染和损害。典型症状为严重呼吸困难和明显过度充气,小部分发展为呼吸衰竭, $\text{PaCO}_2 > 6\text{kPa}$ 。常并发小叶性肺炎、肺不张和喘鸣。60%患儿有后遗症,表现为持续性气道阻塞伴过度充气,反复肺部感染和喘鸣。

本病在成人临床上极少见,也不易诊断,症状轻重不一。

【治疗】

(一) 中医中药治疗

1. 风热犯肺

症状:恶寒发热,头痛,全身酸痛无力,鼻塞流涕,打喷嚏,口渴,咽肿痛,苔薄白或薄黄,脉浮数。挟暑者可见身热汗出不解,心烦溺赤,苔黄;暑湿重者,可见头重如蒙,胸脘满闷,呕恶纳呆。

治则:辛凉解表,清热解毒。

方药:银翘散加减。银花15g,连翘、牛蒡子、桔梗、芦根、豆豉各9g,荆芥、竹叶、甘草、薄荷各5g。挟湿者加藿香、郁金;咽喉肿痛者加蒲公英;痰黄粘稠者加白茅根、黄芩、瓜蒌

皮、鱼腥草等。

2. 风寒犯表,肺气失宣

症状:恶寒发热,无汗头痛,肢体酸痛,鼻塞声重,流清涕,打喷嚏,喉痒咳嗽,口不渴,苔薄白,脉浮紧。

治则:辛凉解表,宣肺散寒。

方药:荆防败毒散加减。羌活、独活、柴胡、枳壳、茯苓、荆芥、防风、桔梗各 9g,川芎、甘草各 6g。

3. 风寒束表,肌腠郁热

症状:恶寒发热,身热渐增,无汗头痛,全身酸痛,口干鼻干,心烦不眠,眼眶酸痛,脉浮或浮数。

治则:辛凉解肌,清泄郁热。

方药:柴葛解肌汤加减。柴胡、黄芩、羌活、白芷、芍药、桔梗各 9g,葛根 25g,生姜 6g,大枣 5 枚。

4. 邪入少阳

症状:恶寒发热阵作,午后热重,头身重痛,胸脘痞满,心烦懊恼,头眩口腻,咳痰不爽,舌苔白或白如积粉,脉弦滑。

治则:和解表里。

方药:柴胡原饮加减。柴胡、枳壳、厚朴、青皮、黄芩、草果各 9g,桔梗、炙甘草、槟榔各 6g。

5. 邪热壅肺

症状:恶寒渐解,身热增高,有汗或无汗,口渴咽痛,咳逆气急,甚则唇青,咯血,痰少而粘,咯吐不利,舌红,苔薄白或黄,脉滑数。

治则:宣肺平喘,清热解毒。

方药:麻杏石甘汤加味。麻黄、杏仁、生甘草各 6g,生石膏 18g,桑白皮、知母、银花、连翘、地龙各 9g,芦根 15g。

(二) 西医疗疗

主要是对症治疗。发热、头痛者,可用退热镇痛剂,流涕及鼻塞明显,或有呼吸道过敏史者,可用马来酸氯苯那敏(扑尔敏)等。由细菌感染,或有风湿病、肾炎、心肌炎等病史,或年老、体弱病人,可适当使用抗菌药物。病毒感染一般不用抗菌药物。

(冯晓光)

第三节 慢性支气管炎

慢性支气管炎是指由于感染和非感染因素引起气管、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、咳痰或伴有喘息及反复发作的慢性过程为特征;病情进展,可并发肺气肿及肺心病。该病是一种严重影响劳动力与健康的常见病。

本病患病率为 2.5%~9.0%,平均为 4%。北方比南方高,农村比城市高,山区比平原高。患病随年龄增长而增高,50 岁以上者为 13%。在我国慢性肺心病约有 90% 左右继发于慢性支气管炎。属中医学“咳嗽”、“喘”等范畴。

【病因和发病机制】

1. 感染 大量调查资料表明,慢性支气

管炎的起病、加重与复发同感冒有密切关系。在引起感冒的病毒中,流感病毒与鼻病毒是我国引起感冒和慢支急性发作的主要病毒。慢性支气管炎首次发作时,有感冒史者占 56.4%,因感冒引起慢性支气管炎急性发作者占 65.4%。凡能引起感冒的病毒都可引起慢性支气管炎复发或急性加重。目前认为,病毒和细菌的重复感染是造成慢性支气管炎的病理演变和疾病加重的基本原因。

2. 气象因素 据调查,平均气温、气温日变化、气压日变化等气象指标与感冒的发生和慢性支气管炎病情的加重有密切关系。一般认为,本病的发病高峰出现在秋末冬初,到隆冬季节反而减少;但到了 3 月份又出现发病高峰。寒冷,特别是气温骤降时,可使呼

呼吸道局部小血管痉挛、缺血、血循环障碍,使呼吸道防御功能降低,同时使粘膜上皮的纤毛变短、粘连、倒伏、脱落,纤毛运送功能障碍,净化清扫作用减低,有利于病毒、细菌的停留、入侵与繁殖。

3. 理化因素 刺激性烟雾、粉尘、大气污染,尤其是空气中的二氧化硫、二氧化氮、氯、臭氧等的慢性刺激常为慢性支气管炎发病原因之一。接触工业粉尘和有毒气体的工人,其慢性支气管炎的发病率较无接触史者为高。

4. 吸烟 国内外一致认为吸烟对慢性支气管炎的发生有肯定的关系。吸烟的时间愈长,量愈大,慢性支气管炎的发病率也愈高,而戒烟可使病情减轻。吸烟者慢性支气管炎的患病率比不吸烟者高 28 倍。实验证明,吸烟使支气管痉挛,呼吸道粘膜上皮细胞纤毛运动减低,支气管杯状细胞增生,粘液分泌增多,呼吸道净化功能减弱,为感染创造了有利条件。

5. 过敏 慢性支气管炎与过敏因素有一定关系,尤其是喘息型慢性支气管炎病人,有过敏史者较多。国内研究表明,慢性支气管炎病人对多种抗原的皮试阳性率显著高于健康人,致敏抗原包括尘埃、尘螨、花粉、某些食物、化学气体、细菌、真菌、寄生虫等。有人报告,认为细菌过敏原引起慢性支气管炎速发型或迟发型变态反应尤为重要。此外,发现慢性支气管炎病人血清中类风湿因子阳性率高于正常组,提示慢性支气管炎可能与自身免疫有关。

【临床表现】

1. 咳嗽 早期咳嗽声清朗有力,多为单声咳或间歇咳,白天多于晚上。病情发展时痰量增多,咳声变重浊,多为连声阵咳。继发肺气肿时咳声低沉有力,夜间多于白天,尤以临睡前或清晨起床时咳嗽更多。轻症在气候转冷或突变时发病,气候转暖时减轻或消失;重

症四季均咳。

2. 咳痰 痰多呈白色粘液泡沫状,以病毒感染为主;以后痰转为黄色粘液脓性或黄绿色,多系继发细菌感染所致。若咳嗽剧烈,使支气管粘膜微血管破裂,则痰中带血丝。痰量以夜间或清晨较多,因夜间睡眠后迷走神经相对兴奋,支气管腺体分泌增多,管腔内痰液潴留,起床后由于体位改变,痰液流动,引起反射,咳出大量痰液。

3. 喘息 由于支气管痉挛引起,也可由于支气管粘膜水肿、管壁肥厚、痰液阻塞所致。

4. 反复感染 表现为咳喘加重,痰量增多而呈脓性,可伴畏寒发热,全身乏力,肺部除哮鸣音外湿啰音也增多。血白细胞总数及中性粒细胞均可增多。但年老体弱者也可无明显的毒血症状。

【实验室及其他检查】

单纯型慢性支气管炎,X线检查阴性,或仅见两肺下部纹理增粗,或呈索条状,这是支气管壁纤维组织增生变厚的征象。若合并支气管周围炎,可有斑点阴影重叠其上。临床上为明确诊断,透视或摄片即可满足要求,如支气管碘油造影等,不作常规检查。

【诊断】

慢性支气管炎是一种临床诊断,主要根据病史和症状。凡咳嗽、咳痰或伴有喘息,每年发病持续 3 个月,连续两年或两年以上即可诊断。但应注意排除其他心肺疾病,特别是肺结核、支气管哮喘、支气管扩张、尘肺、肺癌等所引起的慢性咳嗽、咳痰。如每年发病持续不足 3 个月而有明确客观检查依据时,也可诊断。

1. 诊断分型 根据临床表现可分为:

(1) 单纯型:主要表现为咳嗽、咳痰。

(2) 喘息型:除咳痰、咳嗽外尚有喘息症状,并伴有哮鸣音。

2. 诊断分期 根据病情病程可分为3期:

(1)急性发作期:指在1周内出现脓性或粘液脓性痰,痰量明显增加,或伴有发热等炎症表现;或在1周内咳、痰、喘等症状中任何一项明显加剧。

(2)慢性迁延期:指有不同程度的咳、喘、痰症状,迁延到1个月以上者。

(3)临床缓解期:指病情自然缓解或经治疗后症状基本消失,或偶有轻微咳嗽和少量痰液,保持两个月以上者。

【鉴别诊断】

1. 支气管哮喘 起病年龄较轻,常有个人或家族过敏史,临床上有阵发性呼吸困难和咳嗽,发作短暂或持续。胸部叩诊有过清音,听诊有呼气延长伴高调的哮鸣音。晚期常并发慢性支气管炎。嗜酸粒细胞在支气管哮喘患者的痰中较多,而喘息型支气管炎患者的痰中较少。

2. 支气管扩张 多发生于儿童或青年期,常继发于麻疹、肺炎或百日咳后,有反复大量脓痰和咯血症状。两肺下部可听到湿啰音。胸部X线检查两肺下部支气管阴影增深,病变严重者可见卷发状阴影。支气管碘油造影示柱状或囊状支气管扩张。

3. 肺结核 活动性肺结核常伴有低热、乏力、盗汗、咯血等症状;咳嗽和咳痰的程度与肺结核的活动有关。X线检查可发现肺部病灶,痰结核菌检查阳性。应当特别注意,老年肺结核常因慢性支气管炎症状的掩盖,长期不被发现。

【治疗】

(一)中医中药治疗

1. 急性发作期 指原有的咳嗽、咯痰、喘息等症状明显加重,在短期内突然出现脓性或粘液性痰,痰量明显增加,或伴有发热及其他炎症表现。

慢性支气管炎急性发作期,属虚实夹杂、本虚标实,以标证为主。治疗时按“急则治标”的原则,以祛邪为主。

(1)寒证

症状:咳嗽喘急痰多,痰稀白或为白色泡沫样痰,易咯出,兼有恶寒背冷,头痛鼻塞,舌淡红,苔薄白,脉浮紧。

治则:宣肺散寒,化痰止咳。

方药:小青龙汤加味。炙麻黄、桂枝各6g,细辛3g,半夏、五味子、干姜、当归、甘草各9g,白芍、紫菀各10g。胸闷苔腻者,加白芥子、陈皮;痰郁化热者,减少桂枝、干姜用量,加生石膏、桑白皮、黄芩;身热不解亦可加鱼腥草、蒲公英、连翘等。

(2)热证

症状:咳嗽,痰白或黄稠,不易咯出,发热,胸闷,咽痛口干,大便偏干,小便黄赤,舌质红,苔黄,脉滑数。

治则:清热宣肺,化痰止咳。

方药:清肺化痰汤加减。鱼腥草、败酱草、苡仁各30g,黄芩、杏仁各9g,桑皮、丹参各15g,茯苓、炒白术各12g,桔梗、甘草各6g。

2. 慢性迁延期 咳嗽、咯痰、喘息等症状连续发作,或急性期症状1个月后仍未恢复到发作前水平。慢性迁延期的病机、治疗更为复杂。

(1)肺气虚

症状:症见咳嗽,劳累后气短,自汗畏风,易感冒,舌淡红,苔薄白,脉缓无力。

治则:益气固表,宣肺止咳。

方药:玉屏风散加味。黄芪25g,白术、防风、紫菀、冬花、杏仁、半夏、陈皮各9g,甘草6g。

(2)肺脾两虚

症状:咳嗽痰多,色白质稀,乏力,少气,易感冒,汗多,脘痞纳差,大便溏薄。舌淡苔薄,脉弱。

治则:健脾益气。

方药:六君子汤加减。黄芪25g,党参、白

术、茯苓、炙甘草、陈皮、半夏、当归、冬花、五味子各 9g, 生姜 6g, 大枣 6 枚。

(3) 脾虚湿盛

症状: 咳声重浊, 咳吐粘痰, 痰量较多, 胸闷脘痞, 口淡纳差, 大便溏薄, 舌胖淡, 边有齿痕, 苔白腻或白滑, 脉沉弦。

治则: 温阳健脾, 化痰止咳。

方药: 苓桂术甘汤合二陈汤加味。茯苓、桂枝、苍白术、炙甘草、杏仁各 9g, 厚朴、陈皮、半夏、干姜各 6g。

(4) 脾肾阳虚

症状: 气短语怯, 身倦乏力, 呼多吸少, 动则愈甚, 咳声阵阵, 夜重日轻, 腰膝酸软, 咳则遗尿, 夜尿增多, 大便溏薄, 形寒肢冷, 舌淡胖或紫黯, 苔白滑, 脉沉弦细。

治则: 温肾健脾, 纳气平喘。

方药: 金水六君煎合真武汤加味。熟地 18g, 附子、干姜、白芥子各 6g, 当归、半夏、白芍、白术、茯苓、炙甘草、陈皮、补骨脂各 9g,

丹参 15g。

(二) 西医治疗

1. 急性发作期 以控制感染、祛痰、镇咳为主, 同时解痉平喘。

(1) 抗菌药物: 使用原则为及时、有效、足量, 感染控制后即停用, 以免引起细菌耐药性或招致二重感染。最好做痰涂片检查, 初步分辨为革兰阳性或阴性菌, 然后选用抗生素。常用的抗生素有: 青霉素 G、链霉素、麦迪霉素、氨苄西林等。

(2) 祛痰镇咳: 碘化钾 0.3~0.6g 或氯化铵 0.3~0.6g 口服, 或用糜蛋白酶 5mg 雾化吸入。

(3) 解痉平喘: 常用的有氨茶碱 0.1~0.2g, 每日 3 次。或用舒喘灵 2~4mg, 每日 3 次, 口服。

2. 缓解期 以提高机体抗病能力, 预防慢性支气管炎的急性发作为主。

(冯晓光 高毅)

第四节 支气管哮喘

支气管哮喘为常见的慢性疾病, 大多在支气管反应增高的基础上由变应原或其他因素引起不同程度的弥漫性支气管痉挛、粘膜水肿、粘液分泌增多及粘膜纤毛功能障碍等变化。临床特点为发作性胸闷、咳嗽, 或典型的以呼气为主的伴有哮鸣音的呼吸困难, 经用平喘药物可自行缓解。

本病在儿童期起病者占 50% 以上, 农村发病率低于城市。

【病因】

1. 遗传因素 哮喘病人的家庭及个人过敏史, 如哮喘、婴儿湿疹、过敏性鼻炎等较群体的患病率为高。但哮喘并不都具有过敏素质的遗传。

2. 激发因素

(1) 吸入物: 吸入物分为特异性与非特异

性两种。前者以花粉、尘螨、霉菌、面粉、动物毛屑、吸入性药物及工业粉尘或气体等为主。季节性发作以花粉、尘螨、霉菌等为主; 非季节性发作与居住环境、工作接触物等有关。工业上的非特异性及特异性吸入物有硫酸、氯、氨、电石气、煤气、沼气、辛辣气以及棉尘、蓖麻子、木尘、咖啡豆、铂盐等。职业性哮喘在离开工作环境后明显缓解。花粉性哮喘有季节性与地区性。尘螨有较强的抗原性。目前对吸入或接触特异性抗原而引起的属于 I 型变态反应的哮喘发病机制, 有较公认的看法, 并能按其发病机制采取一系列步骤的防治措施。

(2) 呼吸道或其他感染: 由病毒或细菌, 尤其是病毒性呼吸道感染, 逐渐形成或激发哮喘极为常见。由感染而激发或形成哮喘的机制尚不清楚。