

控制

153953

內 兒 科 学

(試 用 本)



广西医学院革命委员会编印

1971年6月

目 录

第一篇 呼吸系統疾病

第一章 支气管炎.....	1	第四章 支气管哮喘.....	9
第二章 支气管肺炎.....	3	第五章 支气管扩张症.....	11
第三章 大叶性肺炎.....	5		

第二篇 循环系統疾病

第一章 心力衰竭.....	13	第五章 风湿性心脏病.....	32
第二章 心律失常.....	18	第六章 慢性肺源性心脏病.....	35
第三章 先天性心脏病.....	26	第七章 高血压病.....	36
第四章 风湿病.....	29	第八章 冠状动脉粥样硬化性心脏病.....	40

第三篇 消化系統疾病

第一章 婴儿腹泻.....	43	第三章 门静脉性肝硬变.....	54
第二章 溃疡病.....	48	第四章 急性出血性坏死性肠炎.....	60

第四篇 泌尿系統疾病

第一章 弥漫性肾小球性肾炎.....	62	第二章 肾盂肾炎.....	67
--------------------	----	---------------	----

第五篇 造血系統疾病

第一章 贫血概述.....	70	第三章 地中海贫血.....	72
第二章 缺铁性贫血.....	71	第四章 再生障碍性贫血.....	73

第六篇 內分泌系統疾病

第一章 单纯性甲状腺肿.....	76	第二章 甲状腺机能亢进症.....	78
------------------	----	-------------------	----

第七篇 营养代谢疾病

第一章 小儿生长发育与喂养.....	82	第三章 佝偻病.....	88
第二章 小儿疳积综合征 (小儿营养不良).....	86		

第八篇 新生儿疾病与小儿惊厥

第一章 新生儿败血症.....	91	第三章 小儿惊厥.....	93
第二章 新生儿硬肿症.....	92		

第九篇 运动系統疾病

类风湿性关节炎.....	97
--------------	----

第十篇 急性中毒

第一章 急性中毒的一般诊疗原则	99	第四章 木薯中毒	104
第二章 有机磷农药中毒	101	第五章 毒蕈中毒	106
第三章 有机氟农药中毒 (六六六中毒)	103	第六章 亚硝酸盐中毒 (肠源性青紫症)	107

第十一篇 神经精神病

第一章 神经系统检查法	108	第九章 颅内占位性病变	130
第二章 神经系统症状学	114	第十章 癫痫	132
第三章 面神经麻痹	118	第十一章 头痛	135
第四章 三叉神经痛	119	第十二章 偏头痛	136
第五章 多发性神经炎	120	第十三章 精神分裂症	137
第六章 急性脊髓炎	122	第十四章 神经官能症	141
第七章 脊髓压迫症	124	第一节 神经衰弱	141
第八章 急性脑血管病	125	第二节 癔病	143
第一节 脑出血(中风)	126	第十五章 中毒、感染性精神病	145
第二节 脑血栓形成	128	第十六章 大脑发育不全	146
第三节 脑栓塞	129	第十七章 精神病的护理	148
第四节 蛛网膜下腔出血	130		

第十二篇 水、电解质紊乱及酸碱平衡紊乱

第一章 正常的体液平衡	150	第一节 正常酸碱平衡	160
第一节 体液的含量和分布	150	第二节 酸碱平衡紊乱	164
第二节 体液的体内外交换	152	第五章 外科输液	167
第三节 体液平衡的调节	153	第一节 体液失调的诊断	168
第二章 脱水	154	第二节 外科补液的原则	168
第三章 钾的异常代谢	157	第六章 水肿	170
第四章 正常酸碱平衡与酸碱平衡紊乱	160		

第十三篇 结核病

第一章 结核病基础知识	172	第三章 结核病的一般临床症状	180
第一节 结核病的病原和传染途径	172	第四章 结核病的诊断步骤	180
第二节 结核病的免疫力和变态反应	172	第五章 结核病的综合治疗	182
第三节 结核病的一般病理	173	第六章 小儿期结核病(原发感染型结核病)	184
第四节 儿童及成人肺结核的病理特征(附肺外结核)	174	第七章 肺结核	186
第二章 结核病的预防措施	179	第八章 结核性胸膜炎	191

第九章	结核性心包炎	192
第十章	结核性腹膜炎	194
第十一章	骨与关节结核	195
第一节	脊椎结核	196
第二节	腕关节结核	198

第十四篇

第一章	休克概述	203
第二章	创伤性休克	204

第十五篇 肿

第一章	肿瘤学总论	215
第一节	什么是肿瘤	215
第二节	肿瘤的生长和扩散	216
第三节	肿瘤的良恶性	218
第四节	肿瘤的组织分类和命名	219
第五节	瘤与肉瘤	220
第六节	肿瘤发生的原因	222
第七节	肿瘤的诊断	222
第八节	癌肿的预防	223
第九节	肿瘤的治疗	228
第二章	体表常见的肿瘤及肿瘤样病变	229
第一节	上皮组织良性肿瘤及肿瘤样病变	229
第二节	非上皮组织良性肿瘤	229
第三章	消化系统肿瘤	230
第一节	食管癌	230
第二节	胃癌	232
第三节	原发性肝癌	235
第四节	结肠、直肠、肛管癌	237
第四章	呼吸系统肿瘤	241
第一节	鼻咽癌	241
第二节	原发性肺癌	243
第五章	泌尿系统及男性生殖系统肿瘤	245

第三节	膝关节结核	199
第十二章	泌尿生殖系统结核病	200
第一节	泌尿系统结核	201
第二节	男性生殖系统结核	202

休 克

第三章	中毒性(感染性)休克	208
第四章	过敏性休克	213

瘤

第一节	肾肿瘤	245
第二节	阴茎癌	247
第六章	女性生殖器肿瘤	248
第一节	卵巢肿瘤	248
第二节	子宫肌瘤	250
第三节	宫颈癌	251
第四节	绒毛膜上皮癌	253
第七章	骨骼系统肿瘤	254
第一节	骨肿瘤概述	254
第二节	骨瘤	255
第三节	软骨瘤	256
第四节	骨软骨瘤	256
第五节	骨巨细胞瘤	257
第六节	骨肉瘤	257
第七节	软骨肉瘤	258
第八节	骨内转移性肿瘤	258
第八章	造血系统肿瘤	259
第一节	淋巴肉芽肿	259
第二节	白血病	260
第九章	乳癌	263
第十章	视网膜母细胞瘤	266

第十六篇 蛇伤的防治

第一章	毒蛇的一般知识	268
第二章	积极预防毒蛇咬伤	272
第三章	蛇毒的毒理	273

第四章	毒蛇咬伤的诊断	273
第五章	毒蛇咬伤的急救和治疗	274

第一篇 呼吸系統疾病

第一章 支 气 管 炎

支气管炎是一种常见的呼吸道疾病。按其临床病程经过，可分为急性和慢性两种。急性支气管炎以小儿为最多，常为某些急性传染病如麻疹、百日咳、感冒等的并发症。慢性支气管炎以成人多见，尤以老年人最多。

【认识病因，注意预防】

急性支气管炎的病因多数是在身体抵抗力降低情况下，受细菌或病毒感染，常见的病原体是肺炎双球菌、溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌和流感杆菌等。受寒冷刺激可诱发本病。慢性支气管炎则以吸烟，粉尘（尤其工矿区高浓度粉尘）为常见的诱因。本病极为常见，必须遵照毛主席关于“应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。”的教导，认真地做好预防工作：

一、加强锻炼，增强体质，以提高适应寒冷的能力。小儿平常应有适当的劳动锻炼和户外活动，多晒太阳，室内注意清洁、空气流通。

二、注意气候变化，添减衣着，避免受冷，每当受冷后，可用生姜数片，葱白数条加黄糖适量，水煎、冲柠檬，趁热内服，使之发汗，以散风寒。

三、积极防治上感及各种急慢性传染病，尤其是麻疹、百日咳、流感、佝偻病、肺结核等。

四、放手发动群众，在自力更生的基础上，改善环境卫生，设立防尘、通风设备，减少粉尘对呼吸道的刺激。

【透过症状特点，认清疾病本质】

急性支气管炎多数继发于上感，其主要病变是两肺支气管粘膜的炎症：粘膜充血、水肿、上皮细胞及纤毛脱落，分泌物渗出增多。“由于它的存在和发展，规定或影响着其他矛盾的存在和发展。”因此，病初症状较轻，以干咳为主，可略带少量粘痰。随着炎症进展，分泌物增加，则痰多粘稠，呈黄白色脓样。病人可有畏寒、发热，热型不定、乏力、头痛、全身不适或肌肉酸痛、胸部胀闷等感觉。检查：两肺叩诊多无异常，听诊早期可闻干性罗音，随后因分泌物增多而出现湿性罗音，以中等大罗音为主，罗音特点是：①不稳定，可随咳嗽、咯痰而改变；②多散布于两肺中下部。“取得支配地位的矛盾的主要方面起了变化，事物的性质也就随着起变化。”当炎症沿支气管向下蔓延时，可波及毛细支气管，使其粘膜与其周围间质发生充血、水肿、並因炎症刺激，使毛细支气管壁的平滑肌痉挛，导致其管腔狭窄。表现明显的呼气性呼吸困难（气喘、喉响、出气延长），两肺可闻多数哮鸣音、咳嗽剧烈、可出现口唇青紫、甚至循环衰竭。称为“毛细支气管炎”或“哮喘性支气管炎”。多见于婴幼儿，与其毛细支气管管腔比较狭窄有关。“一切过程的常住性是相对的，但是一种过

程转化为他种过程的这种变动性则是绝对的”。急性支气管炎如得到适当的治疗，大多数痊愈；如得不到合理的彻底治疗或发病诱因未除去，则易反复发作，使支气管纤毛上皮防卫机能减退，支气管分泌物引流不畅，血液供应不充分，上皮细胞破坏，粘液腺增殖，粘膜增厚或萎缩，粘膜下层也有纤维增生，而造成支气管粘膜的慢性炎症。

慢性支气管炎除慢性咳嗽，咳痰和偶闻干、湿性罗音外，多无其他症状和体征。由于病情迁延日久，支气管粘膜上皮丧失纤毛；支气管及肺泡壁弹力纤维破坏，易形成肺气肿，或支气管扩张症。此时，咳痰及通气机能均发生障碍，活动时感气迫。

根据上述症状特点，一般认为病程短、咳嗽、咳痰、除外其他肺部疾病则可诊为急性支气管炎；若连续咳嗽、咳痰三个月以上、或连续两年，每年咳嗽、咳痰在两个月以上，而除外其他心肺疾病者，即可诊断为慢性支气管炎。慢性支气管炎应与肺结核进行鉴别，后者病情更缓慢，每有结核中毒症状如盗汗、低热、消瘦等，肺部罗音常在两上肺听到，而且罗音部位比较固定，必要时可作X射线检查以助诊断。若患者年令较老，并有顽固的刺激性咳嗽、胸痛、消瘦、血痰等则应警惕肺癌，可借助X光照片协助诊断。如长期咳嗽、痰量甚多，咳痰与体位改变有关，痰液反复检查无结核杆菌者则应考虑支气管扩张症。经X线碘油造影，则可确诊。

【采用综合治疗，推广新医草药】

中草药治疗支气管炎，方法多、疗效好、取材方便，符合于“备战、备荒、为人民”的伟大战略方针，我们应当努力学习，推广使用。

一、中草药及新医治疗：

（一）针灸：取穴大杼、合谷、复溜、曲池，有发汗解表之功。肺俞、列缺、丰隆，有镇咳、除痰之效。均可按病情选用。

（二）割治疗法：适用于慢性支气管炎患者。主穴：膻中。备穴：气短时配治喘、咳嗽多痰时配肺俞，效果很好。

（三）草药：

方一：榄核莲五钱、六月雪五钱、板兰根五钱、甘草一钱。水煎，每日一剂，二次分服。

方二：鱼腥草五钱、一点红五钱、桑白皮二钱、枇杷叶三钱、十大功劳二钱。水煎，每日一剂，二次分服。

上述为小儿量，成人应酌量增加。

（四）中药辨证施治：

病初起，发热、头痛、有汗或无汗、口渴、脉浮数、舌尖红、苔薄黄者，可用银翘散，而身不甚热，有微咳者，可用桑菊饮。热甚加石膏。发热、咳喘者用麻杏石甘汤加减，痰多加枇杷叶、桔梗、半夏、陈皮、贝母。或用成药桔红丸。病久迁延，多属肺寒，咳嗽气喘，痰多稀白，苔白润，脉濡滑，治宜健脾、温肺、止咳、化痰。茯苓四钱、紫菀三钱、白术三钱、陈皮二钱、杏仁三钱、羌半夏三钱、川贝母二钱、款冬花三钱、百部三钱、甘草二钱。并按病情酌量加减。成药可用：川贝精片，气管炎丸，桔红丸等。

二、一般治疗：

小儿应注意护理，吃易消化饮食，多进水份。室内要通气良好，避免烟尘刺激，高热时可给退热剂，咳嗽可给止咳化痰药，如甘草合剂、氯化铵合剂、小儿止咳糖浆等。咳嗽剧烈者可给镇静安眠剂如冬眠灵、苯巴比妥，或镇咳剂如可待因等。如为哮喘性支气管炎，可加

用氨茶碱、麻黄素或强的松等药。

三、抗菌药物：

小儿急性支气管炎或成人慢性支气管炎合并感染者，可按病情轻重，选用抗菌素或磺胺类药。重症支气管炎病例，往往与支气管肺炎不易分别，应按肺炎处理。

慢性支气管炎是成年人的常见病，如得不到及时正确的治疗，病变可进一步发展而产生一系列并发症，严重影响“抓革命，促生产”。我们一定要掌握好本病的发生、发展规律，进一步搞好本病的防治工作，为落实中央关于“攻克老年慢性气管炎”的指示而奋斗。

第二章 支 气 管 肺 炎

支气管肺炎是小儿时期常见多发的疾病，尤以婴幼儿多见，成人发病较少见。本病多发于冬春两季，临床特点是发热，咳嗽，呼吸困难，两肺弥漫性中小水泡音，易合并心力衰竭，严重地威胁病人的生命。因此，我们必须遵照伟大领袖毛主席关于“应当积极地预防和医治人民的疾病”的教导，熟练掌握本病的防治，更好地为人民服务，为保护儿童的健康成长贡献力量。

【病因及预防】

外因：是支气管肺炎发病的条件。

一、病原体：一般支气管肺炎常由肺炎双球菌引起，其他少数为金黄色葡萄球菌，或溶血性链球菌，或病毒（腺病毒、流感病毒、麻疹病毒等）所致。

二、环境因素：气候寒冷、气候骤变，居室阴暗潮湿，护理不当等可能诱发病。

内因：是支气管肺炎发病的根据。

由于小儿机体幼稚，抵抗力差。肺组织发育未健全，弹力纤维不发达，间质较多，血管丰富，充血量大，含气量少，且支气管管腔狭小，纤毛运动差，肺内分泌物不易清除。或患疳积、佝偻病等病后使机体抵抗力减弱，均易致呼吸道感染，而发生支气管肺炎。在成人久病体弱，长期卧床，引起肺内淤血，易于感染而致支气管肺炎。

由此可见，贯彻“预防为主”方针，应当着重于提高机体抵抗力和防止感染，为此必须做好下列几点：

一、加强体格锻炼，提高机体抵抗力，增强对于寒冷及气候变化的适应力。注意营养、卫生、劳动锻炼，经常保持身体健康。

二、加强护理，尤其在气候变化时要避免受凉。年老体弱，或久病卧床者必须勤换体位。

三、积极防治呼吸道感染性疾病、营养缺乏和急慢性传染病。

【支气管肺炎的发生发展规律】

支气管肺炎常继发于急性上呼吸道感染或支气管炎以后，由于机体抵抗力下降，“外因通过内因而起作用”，病原生物沿呼吸道向下散播，直至肺部而引起以支气管为中心的许多小叶发炎，受累部位的肺泡及支气管有各种细胞、液体渗出。

毛主席教导我们说：“事物发展过程的根本矛盾的性质和过程的本质虽然没有变化，但

是根本矛盾在长过程中的各个发展阶段上采取了逐渐激化的形式。”本病起病较急，有发热（热型不定，大都表现为弛张热型）、咳嗽、烦躁不安、呼吸急促、鼻翼微扇、食欲不振、呕吐或腹泻。检查肺部：听诊呼吸音粗糙、干性罗音；继则两肺可听到弥漫性中小水泡音；肺灶融合成大片时叩诊可有浊音区，听诊可有管性呼吸音。

若病情进展，肺部炎症广泛，肺呼吸功能不全，氧气吸入减少，血氧降低，尤其是婴幼儿呼吸调节机能较差，临床上即出现严重的呼吸困难征象：表现为烦躁或嗜睡、呼吸迫促、鼻翼扇动、呼吸不井、暂行或点头样呼吸，三凹征（吸气时胸骨上窝、剑突下窝、锁骨上窝明显凹陷）、粘膜、口周、指甲青紫等。

“然而在另一种情形之下，则矛盾的地位起了变化。”随疾病的矛盾斗争不断激化，肺部炎症加重，以致心肌缺氧和小循环阻力增大，往往导致急性心力衰竭，此时表现紫绀、呼吸困难加重，心率快、心音钝、肝脏进行性肿大、四肢冰凉、脉搏细弱等，如不及时抢救，易致死亡。有部份病人，患病以后如不及时治疗或治疗不彻底可并发脓胸，尤其以金黄色葡萄球菌感染者为多见。

以上所述是支气管肺炎一般临床变化规律，但我们认识事物过程不仅要看到它的普遍性，还要注意它的特殊性。临床上有新生儿肺炎病者，因其反应低下，患病以后，呼吸道症状常不明显，但全身症状极为严重，表现为嗜睡、拒乳、哭声低弱、口吐泡沫粘液、面色灰白、四肢冰凉或阵发性窒息和青紫等。由于呼吸浅快和呼吸肌无力，肺部可能听不到罗音，若不提高警惕，充分认识它的特殊性，每易漏诊。

【诊断与鉴别】

一般支气管肺炎根据主要的临床表现：如突然发热、咳嗽、呼吸困难、肺部有弥漫性中小水泡音者即可诊断。必要时尚可作如下辅助检查协助诊断：①血象细菌性肺炎白细胞总数常增高，中性粒细胞增多；病毒性肺炎白细胞数大多正常；②X线检查细菌性肺炎肺部有大小不等点片状阴影；若为病毒性肺炎可见均匀、密度较低、边缘模糊大片阴影。

临床上有些呼吸系疾病与支气管肺炎的某些症状相似，“如果不研究矛盾的特殊性，就无从确定一事物不同于他事物的特殊的本质，”故在诊断支气管肺炎，应与下列疾病鉴别。

一、支气管炎：一般中毒症状较轻，无明显呼吸困难，肺部水泡音较粗大且呈散在分布。

二、哮喘性支气管炎：多见于婴幼儿。主要特点是细支气管炎症水肿伴管壁平滑肌痉挛，常突然发病，出现烦躁不安、气迫、咳嗽、青紫、呼气性呼吸困难。中毒症状较轻，发热不高，肺部有广泛性哮鸣音。但重症者难与支气管肺炎鉴别，可按支气管肺炎处理。

【抓住主要矛盾、进行合理治疗】

在支气管肺炎治疗中，必须“着重于捉住主要的矛盾，”重症支气管肺炎的病儿急性心力衰竭是疾病的主要矛盾，必须积极抢救。而对于无并发症的病人治疗，则应是合理使用抗菌药物，同时进行症状治疗，促使病情向好的方面转化。

一、心力衰竭的急救处理：

（一）镇静：一般用冬眠灵0.5—1毫克/公斤/次。

（二）给氧。

（三）强心治疗：往往使用快速作用强心药，如毒毛旋花子苷K，小儿剂量0.007—

0.01毫克/公斤/次，溶于10—15毫升葡萄糖溶液中作静脉缓慢注入，或放入静脉输滴管内滴注，必要时6—8小时后再给一次。也可用西地兰。

二、一般处理：

肺炎病人必须充分休息，细心护理，居室要求通风换气良好，冷暖适宜，避免受冷。患儿缺氧紫绀应该给氧，无给氧设备可将小儿妥善保暖，抱到户外吸入新鲜空气，有助于改善缺氧状态，每日1—2次，每次约半小时。如发现面色苍白青紫加重，应即行止。饮食必须给易于消化而富于营养的食物。必要时可给适量的维生素B₁、C等。凡有高热者可给一般退热药，咳嗽厉害可给止咳祛痰药。

三、抗菌药的应用：

一般可用磺胺或青霉素，重症的可以加用链霉素肌肉注射，或四环素、金霉素口服，极重病例可用四环素或金霉素由静脉途径给药。

四、激素的应用：

重症病例可选用强的松口服或氢化可的松静脉点滴，以减轻中毒症状，且具有降温作用。使用时必须同时应用抗菌药，时间不宜过长。

五、新针治疗：

针灸有助于改善症状。一般可针肺俞、孔撮、风门等穴。气促、呼吸困难加合谷、天突、定喘；痰多加丰隆；胸痛加内关、阳陵泉；高热加大椎、合谷、尺泽、曲池，每日1—2次。

六、草药治疗：

方一：一点红三——六钱，鱼腥草（或石油菜）三——六钱，十大功劳二——五钱，山芝麻二——五钱。

方二：金樱根二——三钱，牛柑果木皮二——三钱，三叉苦二——三钱，白点称三——五钱。适用于并有消化功能不良或对方一无效者。如发热较高（39°C以上），或退热不快可加马鞭草三——五钱。

七、中医辨证治疗：

发热不恶寒，气急，咳痰不易，舌苔黄，脉浮数，可用麻杏石甘汤加减。

高热，气喘，面红，唇周青紫，舌红绛或有芒刺，脉滑数或弦数，宜用前方加鱼腥草，板兰根，黄芩，山枝，黄连，金银花，连翘等清热药。神志不清，说胡话加安宫牛黄丸、至宝丹、紫雪丹等。

面色苍白，四肢冷，脉细弱，大便稀薄可加用党参，附块，二味黑锡丹，苏合香丸等。

热不退，舌红绛、干，脉细数，可加生地，元参，芦根，石斛，沙参及其他清热解毒药。

第三章 大叶性肺炎

大叶性肺炎是在机体抵抗力降低情况下，由肺炎双球菌等引起的一种急性肺部炎症。是常见病之一。冬春季多发。发病年龄以青壮年为多。严重影响劳动力。因此，做好大叶性肺炎的防治工作对加强战备，保护工农业生产劳动力具有重要意义。

【发病与防病】

大叶性肺炎的病原菌约95%是肺炎双球菌，小部分为肺炎杆菌、链球菌和金黄色葡萄球菌

菌等。肺炎双球菌对高温和化学药物的抵抗力不大。它不产生外毒素。致病性主要靠荚膜的侵袭力。

“事物内部的这种矛盾性是事物发展的根本原因，一事物和他事物的互相联系和互相影响则是事物发展的第二位的原因。”细菌的毒力和数量是大叶性肺炎发病的重要因素之一，但能否发病主要决定于人的机体抵抗力。40—70%正常人的鼻咽部带有这种细菌。正常人呼吸道粘膜有清除细菌的能力，防止发病。当机体抵抗力降低，如受凉、上呼吸道感染、过度疲劳等情况下，细菌即乘机侵入，迅速繁殖并向下蔓延到支气管肺泡而发病。由于机体对细菌发生变态反应，因而炎症反应很快，呈大叶性。严重者可表现为休克型，多见于年老体弱者。

预防本病须加强身体锻炼，增强体质，提高身体的御寒能力。在寒冷季节做好防寒工作，尤其劳动间歇时注意保暖。及时防治上呼吸道感染及支气管炎。

【临床表现及经过】

大叶性肺炎的特点是肺脏1—2个大叶范围内的急性炎症。潜伏期1—2天。起病急骤。除了肺部的临床表现以外，由于感染反应，早期即可出现全身症状，有时甚至肺部症状不明显而全身症状极为严重。全身表现有：突然畏寒、寒战，随即发热，体温高达39—40℃呈稽留热，约持续一周。发热期间伴有头痛，全身肌肉酸痛，食欲不振，便秘，腹胀，失眠，烦躁，谵妄甚至昏迷。年老体弱的反应性差发热可不太高，约38—39℃或更低，而脉搏却很快。

“如果人们不去注意事物发展过程中的阶段性，人们就不能适当地处理事物的矛盾。”根据炎症发展过程，肺部表现一般可分为三期：

一、充血期：起病1—2天，细菌沿着支气管到肺部后，很快引起整个肺叶的肺泡壁毛细血管充血，肺泡腔水肿，内有稀薄的渗出液，含肺炎双球菌和少量红细胞、白细胞。临床症状有胸痛，咳嗽，呼吸困难。胸痛在患侧，与呼吸运动有关，因炎症常波及胸膜所致，如炎症波及膈面胸膜，疼痛可放射至腹部。咳嗽呈阵发性，初为干咳可很剧烈，随后有粘液性痰。由于高热、胸痛及肺部炎症，呼吸面积减少，缺氧而引起呼吸困难，一般为浅而快，达30—50次/分，常伴鼻翼煽动及紫绀。此期体征不明显，可能有胸膜摩擦音，呼吸音减弱或小湿性罗音。

二、实变期：起病后2—7天，炎症进一步发展进入实变期。有大量纤维蛋白、红细胞、白细胞渗出并有活跃的吞噬现象。由于纤维蛋白凝固为纤维素，充满肺泡腔把肺泡内空气排挤，肺变实变硬并由于压迫肺泡壁的毛细血管而引起肺血液循环障碍，严重时甚至可导致心力衰竭。此期除原有症状外，由于肺泡内大量红细胞破坏，血红蛋白的分解变成含铁血黄素，可出现铁锈色痰。随后由于白细胞渗出增多，痰转为脓性。体检有典型肺实变体征：病侧呼吸活动减弱，语颤及语音增强，叩诊浊音，可听到支气管呼吸音。

三、消散期：起病后7—10天，由于大量白细胞渗出吞噬细菌，抗体产生等，最后细菌被消灭，炎症进入消散期。纤维素被液化吸收，肺组织修复正常。此时体温降至正常，可有痰量及罗音增多。其余症状体征在一周左右逐步消失。

除以上表现外，约1/3病人在高热期出现口唇疱疹。严重者可发生黄疸，这是因肺部红细胞破坏，缺氧性肝机能不良或中毒性肝炎所致。

以上是典型大叶性肺炎的临床表现。经1—4周疾病即好转痊愈。机体抵抗力不但对发

病有决定性的影响，在发病后也明显影响病变的轻重。如抵抗力较强或病后早期治疗，可表现为轻型：症状轻，体征不明显，病程短，健康恢复快。如抵抗力差，大量细菌侵入血循环，作用于神经中枢或直接作用于末梢血管，使血管调节机能紊乱，血液淤集于毛细血管床，导致循环血量锐减，引起中毒性休克即休克型（或中毒型）肺炎。表现为：烦躁不安，面色苍白，四肢冰冷，出汗，脉搏细弱而快或不能触及，血压下降，发绀，严重者昏迷。胸部检查可无体征。若不能及时发现抢救治疗，可能很快死亡。

【并发症】

早期诊断及彻底治疗肺炎是预防并发症的关键。少数病人由于机体抵抗力差或病后得不到及时治疗，可能并发渗出性胸膜炎或脓胸。如病程中发热一周仍不退热或退热后又复升，或退热后3—5天白细胞计数仍未降至正常，则应考虑有并发脓胸的可能。体检可发现病侧胸腔积液体征：语颤减弱，叩诊呈浊或实音，呼吸音弱甚至消失。X线检查有积液表现。胸腔穿刺可抽出脓液。

【诊断】

典型的大叶性肺炎不难诊断，根据病史及临床表现起病急、发热、胸痛、咳嗽、锈色痰及肺部实变体征即可确诊。

不典型病例，早期无肺实变体征，部份病人有急性腹痛症状，休克型肺炎早期即发生休克，诊断时必须注意详细询问病史，认真体检，“加以去粗取精、去伪存真，”必要时配合适当的辅助检查以确诊。

实验室检查：

血液白细胞计数增高达2—3万/立方毫米，粒细胞可占90—95%，常有显著核左移，胞浆内有中毒颗粒。重症衰弱患者，机体反应性差，白细胞数不高甚或减少，但核左移现象仍很明显。白细胞数一般在体温下降1—3天后恢复正常。

痰液检查有大量脓细胞及肺炎双球菌。

X线检查：

在病变肺野出现大片阴影，随着病期不同阴影由淡→浓→不均匀→消散。其余肺野完全清晰。

【鉴别诊断】

“任何运动形式，其内部都包含着本身特殊的矛盾。这种特殊的矛盾，就构成一事物区别于他事物的特殊的本质。”下列胸部疾病有发热、咳嗽、咳痰、胸痛及呼吸困难等症状易与大叶性肺炎混淆，必须根据它们各自的特殊性进行鉴别：

一、干酪性肺炎：发病较缓，病前有结核史或有乏力、盗汗、消瘦、食欲下降等结核中毒症。白细胞数增高不多。X线检查阴影密度不均匀，可有透明区。痰可找到结核菌。按一般炎症治疗无效，而抗结核治疗有效。

二、肺脓肿：可能有异物吸入史。热型多为弛张热，常伴有毒血症症状，第二周以后出现大量脓痰且体温可渐下降。可有咯血。X线检查发现肺部空洞并有液平面，病程较长。

三、结核性渗出性胸膜炎：发病较缓，症状较轻，多为干咳，积液多时气管纵膈移位，有积液体征。白细胞增高不多，X线检查肋膈角消失，胸穿可抽出液体。病情较长。

【治 疗】

大叶性肺炎经及时治疗效果很好。但治疗不及时或不合理，可使病程延长或产生并发症。治疗原则为增强机体抵抗力和控制细菌感染。

一、一般治疗及对症治疗：卧床休息，注意居室空气流通及防寒保温，给予营养丰富及易消化食物。补充足够水份，能口服尽量口服，不能口服即静脉补充。烦躁、失眠时可针灸或服镇静药，如利眠宁10毫克每日三次，或苯巴比妥0.1克睡前服。咳嗽可给用祛痰药：鱼腥草合剂（方见肺结核）、复方甘草合剂或复方氯化铵合剂。胸痛剧烈可用止痛药如复方醋柳酸0.5或必要时用可待因0.03。高热可用冰敷、酒精或井水擦浴、或安乃近滴鼻或穴位注射合谷、曲池均有降温作用。呼吸困难时加强室内通风，呼吸新鲜空气，有条件可给氧气吸入。

二、草药及新医疗法：草药治疗肺炎疗效好，应大力推广。

方一 一点红1两 十大功劳5钱 山芝麻5钱 三叉苦5钱 天星根5钱 每日一剂，水煎分二次服。

方二 牛柑果根1两 山芝麻5钱 蕹菜（塘荳菜）二两每日一剂，水煎分二次服。

新针可用以下两组穴位交替用，每日一次。

一组 大椎、肺俞、内关。有退热止咳、消肺部炎症及止胸痛作用。

二组 合谷、曲池、尺泽。有退热、消炎、解喘作用。

消散期体温已降，罗音明显可采用芥子泥敷背部或拔罐，有促进炎症及罗音消退作用。

三、中药治疗：根据不同阶段辨证论治。

早期：属风温症，用辛凉疏解、宣肺化痰药。如银翘散加减：银花、连翘、牛蒡子、桔梗、北杏、薄荷、竹叶、前胡、贝母、甘草，每日一剂。

实变期：属风热症，宜用辛寒清肺，化痰定喘药。加味麻杏石甘汤：麻黄、杏仁、石膏、甘草、芦根、茅根。热毒盛可加板兰根、黄芩、蒲公英。

后期：证虚，扶正，可用各种健脾胃药。党参、茯苓、白术、甘草、淮山、黄芪等。

四、消炎抗菌药：这类药主要是控制感染，必须注意选用有效而又经济的药物。

（一）小剂量短疗程青霉素穴位注射。遵照毛主席“备战、备荒、为人民”的教导，采用小剂量短疗程青霉素穴位注射治疗效果良好，值得推广使用。方法：选穴为肺俞（斜刺5分至1寸）及肺热（直刺5分至1寸）。用青霉素10万单位稀释成2毫升，分作4穴位每穴0.5毫升。用前先皮试。亦可单取肺俞或肺热，每穴5万单位。注意进针不宜过深。每日一次。疗程1—3天，有些用至7天。原则是能短则短，一次已出现明显疗效则不用第二次。如用第一次后24小时内体温及中毒症状无明显好转或加重，体检病变范围扩大，则可再行第二次注射。

（二）磺胺类：磺胺噻唑或磺胺嘧啶。首次2克，以后每4—6小时1克与等量小苏打同服。必须多吃开水，用至退热3—4天后停药。

（三）青霉素：病情较重可选用。每天80—160万单位分四次肌注。必要时可加用链霉素肌注，每天1克。

（四）四环素类：若对磺胺或青霉素过敏或用后效果不佳者，可改用或加用四环素，每天1—2克，分四次服。必要时可静脉滴注，每天1克。

五、休克型肺炎治疗：必须强调及时抢救。除用抗菌药外，抗休克更为重要，详细处理

见中毒性休克章。

六、并发症的治疗：并发渗出性胸膜炎或脓胸时，要反复胸穿抽出液体，并可于抽液后，胸腔注入青霉素 20 万单位及链霉素 0.5 克。脓胸处理详见外科脓胸章。

第四章 支气管哮喘

支气管哮喘是一种容易反复发作的疾病。其临床特点是阵发性伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难，在发作将行止时有轻度咳嗽和粘液性稠痰。本病的发病率较高，任何年龄均可发病，影响身体健康及劳动力。解放后，尤其无产阶级文化大革命以来，广大医务工作者在毛主席“六、二六”光辉指示的指引下，深入厂矿和农村，调查研究，积极开展中草药、新医疗法，取得一定的成就。

【发生、发展过程和表现】

支气管哮喘是一种变态反应性疾病，其发作与气候变化和上呼吸道感染有关。有些则与接触过敏物质有关，如粉尘、煤气等。

发作前可有咽喉发痒、流涕、打喷嚏、咳嗽、全身不适等表现。

发作时因细小支气管平滑肌痉挛、粘膜充血、水肿、粘液分泌增多，病人感胸胀闷、呼气性呼吸困难、被迫坐起、喉头喘响、表情痛苦。发作持续过久肺内残余气过多，肺通气功能及血液循环受影响，可出现紫绀。检查发现肺泡呼吸音减弱，呼气延长，有响亮的干性罗音遍布全肺，即所谓哮鸣音，这是本病的特点。发作经过数十分钟或数小时，经咳出粘稠痰后，发作终止，所有表现全部消失。但易于复发。

有些病人因合并感染等种种原因可致严重发作，持续数天或更长，称为哮喘持续状态。此时病人高度疲劳，出现呼吸机能严重障碍甚至可导致心肺功能衰竭而危及生命，尤其年老体弱者危险性较大。

多数病人经过早期及合理的治疗，发作逐渐减少以至痊愈。尤其年青病人可能性更大。

【并发症】

“取得支配地位的矛盾的主要方面起了变化，事物的性质也就随着起变化。”少数病人长期反复发作，细小支气管平滑肌由痉挛变为肥厚，呼气障碍，肺内残余气增多，肺泡内压力增高，使肺泡壁内血流受阻，营养障碍致肺泡弹力纤维受损害肺泡弹性消失，肺泡扩张即成为阻塞性肺气肿。此时虽无哮喘发作，但因为肺通气功能不好，行走急或劳动后可出现呼吸困难，发作时更严重。肺气肿主要体征为桶状胸，呼吸运动减弱，叩诊高清音，肺下界下降，呼吸音减弱，呼气延长，心浊音界不易叩出，心音远而弱，肺动脉瓣第二音亢进，肝脏肋缘下可触及，严重者可有紫绀。肺气肿进一步发展可引起慢性肺源性心脏病。

【诊断】

支气管哮喘在发作时根据呼气性呼吸困难伴有哮鸣音，结合反复发作病史及体格检查即可诊断。间歇期则以病史为主要根据。

“离开具体的分析，就不能认识任何矛盾的特性。”临床上伴有呼吸困难表现的疾病不

少，尤其心、肾、肺部疾病，必须根据病人具体情况加以区别。

一、急性左心衰竭（心源性哮喘）：有心血管病史，常有夜间阵发性呼吸困难，但多有频繁咳嗽，咳出血性泡沫痰，肺底部出现大量湿性罗音，且伴有心血管方面的表现如心瓣膜杂音等。因为在学习上不同，支气管哮喘可用肾上腺素而禁用吗啡，而心源性哮喘须用吗啡而禁用肾上腺素，故两者应严格区别。

二、哮喘性支气管炎：多见于小儿，常在上呼吸道感染后发作，控制感染后发作即行，虽有呼吸困难及哮鸣音，但咳嗽及咳痰显著，两肺除有干性罗音外尚有较多湿性罗音。

【防治】

既应重视消除或避免外在因素，更应重视调整机体内在因素。加强体育锻炼，提高机体适应能力。发作期要尽快控制症状。间歇期应积极采取各种措施预防复达到痊愈。在治疗过程中必须用毛泽东思想武装头脑，充分发挥人的因素，采用中西医综合疗法，不断总结经验，“有所发现，有所发明，有所创造，有所前进”。

根据过去治疗的情况及发作轻重可以选用以下措施：

一、中草药及新医疗法：

（一）中草药：根据中医辨证论治支气管哮喘可分为实、热、虚、寒，一般可采用下方加减：当归钱半、川芎钱半、青皮钱半、陈皮钱半、桑白皮三钱、五味子二钱、川贝二钱、桔梗二钱、甘草钱半、云苓四钱、桔红三钱，如为实热喘则去当归或川芎加石羔、黄芩。如为虚寒喘原方加准山、党参。每日一剂分二次服。

（二）新针疗法：主穴为喘息、膻中，配穴为天突、丰隆。针刺喘息用震颤手法，针感反射到背部或臀部病人当即感到轻松。胸闷胸痛时加膻中。痰多加丰隆。咳嗽呼吸困难加天突，或用三棱针刺人中3—5分深，上下划动。挑治喘息穴疗效亦很好。

（三）白胡椒穴位埋藏：取双侧定喘穴，常规消毒局部浸润麻醉，直切口约1厘米长，0.8厘米深，切除部分脂肪组织，将已消毒的白胡椒（高压消毒或75%酒精浸泡6分钟以上）一侧穴位埋入一粒，缝合一针，碘酒消毒纱布复盖，五天后拆线。适用于无并发症者。

（四）割治疗法：膻中、天突、定喘任选一穴。方法见新医疗法。

二、止喘药的应用：

肾上腺素：可用1%肾上腺素0.3毫升皮下注射，控制发作快，但持续时间短，如连续应用每次量不要超过0.3毫升。

异丙基肾上腺素：发作时10毫克舌下含化，亦可用雾化吸入剂喷喉，作用快，持续时间较肾上腺素稍长。

麻黄素：25毫克，每天三次，作用较慢但持续时间较长，必要时可与肾上腺素同时用，互相取长补短。

以上药物能解除支气管平滑肌痉挛，减少分泌以解除哮喘发作，但有升高血压及心悸等副作用，所以心脏病及高血压忌用。

氨茶碱：发作轻可用0.1—0.2克每天三次，能解除支气管平滑肌痉挛，对心脏无刺激作用，心源性哮喘亦可以用。

三、哮喘持续状态治疗：应注意保持室内温暖，给氧及用镇静药如苯巴比妥或眠尔通。可用2.5%氨茶碱10毫升加50%葡萄糖液20毫升缓慢静脉注射。必要时6—8小时可重复一

次。及加用氢化可的松100毫克加入5—10%葡萄糖液 500 毫升缓慢静脉滴注，亦可用强的松10毫克每天3—4次。发作减轻后渐减量。

四、对症治疗：咳嗽、痰粘可用镇咳祛痰药如氯化铵合剂，镇静药如眠尔通等，及抗组织胺药物如苯海拉明、非那刚等，有减轻哮喘发作作用，可和止喘药同时使用。合并感染者加用抗菌药物。

第五章 支气管扩张症

支气管扩张症是由于支气管管壁损坏和管腔扩张所引起的慢性肺部疾病，多发生于儿童和青年，男性较女性为多。

【病因及发病的理论根据】

形成支气管扩张的基本因素是支气管的长期感染和阻塞。主要为小儿患麻疹、百日咳、流行性感冒后，若并发重症慢性支气管炎，由于支气管壁的肌纤维及弹力纤维被炎症破坏，管壁抵抗力因而减弱，加上炎症性分泌物潴留造成支气管部份阻塞，以致每当吸气时，气体吸入支气管容易，但呼出困难，支气管即向外扩张，逐渐引起支气管呈圆柱状或囊状扩张。由于扩张支气管腔内的分泌物潴留，易并发感染，使支气管扩张加重。其次，支气管异物、支气管内或外肿瘤可使支气管部份阻塞和感染，也可发生本病。此外，肺部慢性炎症病灶引起纤维组织的形成和收缩，胸膜粘连，以致每当吸气时常牵引病变部位的支气管管壁，逐渐形成支气管扩张症，这较常见于慢性纤维空洞型肺结核。

支气管扩张多发生于较小的支气管，下叶多于上叶，左叶多于右叶。由于管壁表层常有静脉曲张，易引起出血。由于病变部位局部抵抗力低，易并发感染。

【临床表现】

支气管扩张症最主要症状为咳嗽、咳痰、咯血和继发性感染。咳嗽多为阵发性，多见于体位变动，尤其是早晨起床时。卧于患侧时减轻，反之则加重。

咳嗽常伴有大量黄绿色浓痰，放于玻璃瓶内可分三层：上层是泡沫，中层清粘液，下层为脓块。如有厌氧菌感染痰呈恶臭味。

咯血也较常见，有时咯血成为唯一的症状，咯血量大小不等。这是病变部位的毛细血管破裂所致。

反复继发细菌感染也为本病特征之一，此时患者高热，咳嗽加剧，痰量增加等。

体检时早期可无阳性体征，有时可在病变部位听到湿性罗音，痰咳出后罗音可暂时消失，呼吸音减弱。如肺部有大块纤维化，可听到支气管呼吸音。

久病患者可有营养不良、消瘦、肺气肿、贫血和杵状指等。

【诊断和鉴别诊断】

根据慢性咳嗽、大量脓痰病史，可疑为本病，加上X线照片或支气管造影即可明确诊断。本病早期只有轻度咳嗽，偶有咯血应与慢性支气管炎、肺结核鉴别诊断。慢性支气管炎痰量少、无大量咯血史，以干性罗音为主，无恒定性局限性湿性罗音。肺结核病变多在上肺叶，阳性体征少，痰量少，痰中可找到结核菌，必要时X线检查可发现结核病灶。

【防治】

我们应遵照伟大领袖毛主席关于“应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医

药卫生事业”的教导，积极预防和早期治疗各种急、慢性呼吸道疾患。平时应加强锻炼，增强体质，避免受寒冷，减少呼吸道感染，是预防本病的重要措施。

支气管扩张症主要治疗原则有下列几方面：

一、促进脓痰排除：患者每日早晚作体位引流各一次，每次20—30分钟。采用的体位，取决于病变的部位，一般下叶支气管扩张，病人取俯卧位，下肢在床上躯干悬于床缘，两手撑地，用力咳痰。如病人体力不能支持，可平卧床上，将床脚垫高，使病人呈头低足高位，用力咳痰。如病变在上叶，则采取坐位。此外服用麻黄素 25 毫克或氨茶硷 0.1 克，每日三次，解除支气管痉挛，或用氯化铵每次1.0—2.0克，每日三次，稀释痰液，均有利痰的咳出和引流。

二、控制感染：继发感染者用抗菌药治疗。也可用抗菌药由支气管滴入病变部位。

三、止血：如咯血量不多，卧床休息或用云南白药，每日三次，每次一小瓶；红铁树叶 1——2 两，水煎服等。血量多者，白芨一两，血余炭、蒲黄各五钱，研成粉末拌匀，每日三次，每服一钱半，温水送服；或用脑下垂体后叶素10单位，用10毫升生理盐水稀释后静脉缓慢注射，效果良好。但有高血压，动脉硬化，心脏病和妊娠者忌用。此外可用安咯血和6-氨基己酸。

四、外科手术：病灶比较局限，其余肺机能比较正常，又无心血管、肾、肝病严重合并症，均可施行外科手术；如有屡次大咯血或肺部化脓性感染，更应施行手术治疗。

第二篇 循环系统疾病

第一章 心力衰竭

因心脏收缩力量不足而引起大、小循环障碍者称心力衰竭。大多数心力衰竭患者经过合理的治疗可以转危为安，恢复一定的劳动力，如处理不及时或处理不恰当，可引致死亡。为了更好地掌握心力衰竭转化的条件、方法，首先要掌握它的发生、发展过程的规律性。

【病因及发病理论根据】

一、凡能影响心脏收缩力量的一些因素，如心肌本身病变或心脏长期负担加重，均为发病的基本原因，常见于下列疾病：如心瓣膜病、先天性心脏病、高血压病、肺原性心脏病、心肌炎、冠状动脉硬化性心脏病等。

二、在以上原因的基础上，下列因素可诱发心力衰竭：①各种急性感染，特别是呼吸道感染与风湿病；②精神或体力过劳；③妊娠与分娩；④异位性心动过速；⑤严重贫血及营养不良；⑥输液过量或过快。

正常心脏有较大的适应和代偿能力，心输出量与全身组织的需要量是处于相对平衡状态。当心脏有病和负担加重时，心收缩力减退，心输出量减少，这种相对平衡状态遭到破坏，但机体可以通过心跳加快使心输出量增加，以及依靠心肌肥大和心脏扩大来代偿，因为在生理限度内，心肌纤维越伸长，越肥大，心脏收缩力越强，使心输出量增加。故在相当长的时间内还可以保持心输出量与组织需要量之间的平衡，保持正常的劳动力（称代偿期）。但如心肌肥大及扩大超过限度时，冠状动脉不能相应增加供血，形成心肌营养不良，此时由心肌肥大和扩大所获得的强力收缩就会转化为收缩无力（即失代偿期），而发生心力衰竭。

