

內科学讲义

上册

(试用教材)

重庆医学院

一九七三年十二月

目 录

第一章 呼吸系统疾病

急性气管炎	(1)
慢性气管炎	(2)
支气管哮喘	(5)
肺 炎	(7)
大叶性肺炎	(8)
支气管肺炎	(12)
金黄色葡萄球菌性肺炎	(13)
原发性非典型性肺炎	(14)
肺结核	(16)
胸膜炎	(22)
结核性胸膜炎	(22)
脓 胸	(25)
自发性气胸	(26)
肺脓肿	(29)
支气管扩张症	(31)
矽 肺	(34)
肺 癌	(37)
呼吸衰竭	(42)

第二章 心血管系统疾病

心力衰竭	(47)
风湿病	(53)
急性风湿病	(54)
风湿性心瓣膜病	(58)
亚急性细菌性心内膜炎	(63)
高血压病	(66)
肺原性心脏病	(74)
冠状动脉粥样硬化性心脏病	(78)
心绞痛	(79)
慢性心肌缺血	(81)
心肌梗塞	(82)
心包炎	(85)

心肌病.....	(87)
心律失常.....	(91)
窦性心律失常.....	(92)
过早搏动.....	(92)
阵发性心动过速.....	(95)
心房颤动.....	(99)
心室颤动.....	(101)
房室传导阻滞.....	(103)
昏 厥.....	(105)
第三章 消化系统疾病	
溃疡病.....	(110)
门静脉性肝硬化.....	(114)
急性胰腺炎.....	(120)
原发性肝癌.....	(124)
腹内结核.....	(126)
肠结核.....	(126)
结核性腹膜炎.....	(128)
肠系膜淋巴结结核.....	(130)
急性出血性坏死性肠炎.....	(131)
上消化道出血.....	(133)
腹水.....	(137)
黄疸.....	(140)
第四章 泌尿系统疾病	
急性弥漫性肾小球性肾炎.....	(147)
慢性弥漫性肾小球性肾炎.....	(151)
肾盂肾炎.....	(154)
尿毒症.....	(157)
水 肿.....	(160)
第五章 造血系统疾病	
贫血总论.....	(163)
缺铁性贫血.....	(165)
再生障碍性贫血.....	(168)
紫 癜.....	(172)
过敏性紫癜.....	(172)
原发性血小板减少性紫癜.....	(174)
白血病.....	(176)
急性白血病.....	(177)
慢性白血病.....	(180)
粒细胞缺乏症.....	(182)

淋巴瘤.....	(184)
第六章 内分泌与代谢疾病	
总 论.....	(187)
甲状腺机能亢进.....	(188)
地方性甲状腺肿.....	(193)
垂体前叶机能减退症.....	(195)
慢性肾上腺皮质机能减退症.....	(198)
糖尿病.....	(202)
第七章 物理因子与中毒性疾病	
急性中毒的诊断与处理.....	(211)
有机磷农药中毒.....	(213)
一氧化碳中毒.....	(216)
急性鱼胆中毒.....	(218)
乌头硷类中毒.....	(220)
中 暑.....	(222)
电击伤.....	(224)
溺 水.....	(226)
附 录	
肾上腺皮质激素的临床应用.....	(227)

第一章 呼吸系统疾病

急性气管炎

按照伟大领袖毛主席“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的光辉指示，我们革命医务工作者必须对一些常见病、多发病、普遍存在的病作好预防，改进治疗，以保护人民健康，促进社会主义革命和建设。急性气管炎是最常见的呼吸系统疾病。在身体抵抗力减弱的情况下，常因受细菌或病毒感染而发病。在疾病初起时的症状，祖国医学认为是外感风寒或外感风热。上呼吸道感染后也常继发急性气管炎。高温操作场所气体吸入、战争时敌人使用毒气均可刺激呼吸道而产生严重的急性气管炎，应提高警惕，严加防护。

急性气管炎的主要病理改变是支气管粘膜红肿，有粘液或脓性分泌。病愈后，这些病变可以完全恢复。如不及时治疗，有的可能转变为慢性气管炎。

〔临床表现〕

急性气管炎起病有时干咳、胸闷及胸骨后疼痛，几天后咳出少量粘痰。以后痰液逐渐转为脓性，咳嗽减轻，症状慢慢好转，病程1~3周不等。发病初期，有些病人可有畏寒、低热、乏力、肌肉酸痛等全身症状。胸部体检可能听到少许干、湿罗音。

〔预防〕

要认真贯彻执行预防为主方针，加强身体锻炼，提高抗寒能力。夜营露宿、出汗以后要避免受凉，注意防寒保暖。

〔治疗〕

一、控制感染 发热及咳嗽不易控制时，可适当应用磺胺类药物。较重病员可选用抗菌素，如青霉素40万单位，每日二次，肌注；链霉素每日肌注一克；四环素0.5克，每日四次口服；或强力霉素第一日服200毫克，以后每日饭后服100毫克。

二、止咳祛痰 止咳药常用甘草片，2~3片，每日三次，或复方甘草合剂10毫升，每日三次。祛痰药常用氯化铵0.3~0.6克，每日三次。一般成品止咳药含有止咳剂与祛痰剂，既能止咳，又不妨碍痰液排出。剧烈干咳可用咳必清25毫克，每日三次。

三、草 药

(一) 鱼腥草一两 煎服，日一次

(二) 肺经草三至五钱 煎服或焙干磨粉服，日三次，有止咳作用。

(三) 桑白皮、枇杷叶各一钱 煎服，日一次。

四、中药 咳嗽、痰稀白属寒者，用杏苏饮（杏仁三钱 苏叶二钱 前胡二钱 甘草二钱

桔梗二钱 半夏二钱 桔皮三钱 枳壳三钱 茯苓三钱 大枣三个 生姜一钱。

咳嗽、痰稠黄属热者，用麻杏石甘汤（麻黄二钱 杏仁三钱 甘草钱半 石膏一两）。

慢 性 气 管 炎

慢性气管炎是一种常见的呼吸系统疾病，对劳动人民健康危害很大。无产阶级文化大革命以前，叛徒、内奸、工贼刘少奇顽固推行反革命修正主义路线，根本不重视常见病、多发病的防治，致使很多慢性气管炎患者得不到诊治，严重地影响了革命和生产。在毛主席“把医疗卫生工作的重点放到农村去”的伟大号召指引下，全国广大医务人员深入工厂、农村防病治病，并开展了对慢性气管炎的防治研究，取得了不少成绩。今后还应进一步做好这方面的工作，为保护劳动人民的健康作出贡献。

〔病因与发病原理〕

慢性气管炎是多方面的因素长期相互作用而形成的。“外因通过内因而起作用”。外因主要有感染、物理及化学刺激等因素；内因方面为过敏体质、机体的抗病能力降低，尤其是呼吸系统的防御功能减退等。

一、外 因

（一）感染 慢性气管炎一般是由于反复感冒或多次急性气管炎发作以后，逐渐发展而成的。感染是发病的一个重要因素。感染包括病毒和细菌的侵入。从病人痰中分离出来的病毒和细菌种类很多，主要有粘液病毒（包括流感和副流感病毒）、流感杆菌、肺炎双球菌、奈瑟氏菌和甲型链球菌。动物实验结果表明，病毒先使呼吸道粘膜发生变性坏死，其后继发细菌感染。这与临床感冒后继发感染，病情恶化的情况相符。

（二）物理及化学刺激 大量烟尘及空气中二氧化硫等有害气体可刺激呼吸道造成损害。长期吸入有害烟尘可引起慢性气管炎。在资本主义国家一些工厂密集地区缺少卫生防护，大气污染情况严重，慢性气管炎的发病率也特别高。吸烟也是一种烟雾刺激。长期吸烟可使支气管粘液腺增生，分泌增多，肺通气功能减低。吸烟者比不吸烟者慢性气管炎发病率高。因此，吸烟与本病是有一定关系的。戒烟有利于病情的缓解。

二、内 因

（一）机体抵抗力减低 健康人呼吸道有很强的御病能力，依靠纤毛运动和吞噬细胞可清除侵入下呼吸道的细菌或其他有害尘粒。若因各种原因降低机体抵抗力，呼吸道防御能力减退，就容易招致感染。老年人支气管粘膜纤毛上皮萎缩、变性，喉头反射能力减低，使下呼吸道容易受病毒或（和）细菌的侵犯。

按中医理论，慢性气管炎属内伤咳嗽，因脾虚生湿聚痰，上犯于肺；或因肝郁化火，灼津为痰；或因胃气虚弱影响津液输化。总之，内伤是咳嗽的病因，应随证立法，加以治疗。

（二）过敏体质 一部份慢性气管炎病人与过敏因素有关。大约20%病人幼年有哮喘史。过敏原以吸入为主，如尘土、烟味等，也有对呼吸道细菌感染过敏者，甚至寒冷空气也可引起支气管组织充血、水肿、坏死等异常反应。有时痰内嗜酸性白细胞增多及抗原皮试阳性，提示病因可能与过敏有关。

慢性气管炎的病理改变，主要是支气管粘膜肥厚，杯状细胞增生，腺体增生肥大，平滑肌有不同程度的痉挛，管腔有粘液或脓性分泌，管壁有炎性浸润及轻度纤维增生。由于支气管腔狭小，咳嗽时肺泡内压力升高，可进而形成肺气肿、肺源性心脏病等合并症。

总之，引起慢性气管炎的因素是综合性的：感冒或物理、化学因素能破坏下呼吸道防御机能，损伤粘膜上皮细胞，为细菌感染开辟道路。炎症引起了粘液分泌增多，妨碍纤毛运动。粘液积滞有利于细菌滋生。感染与粘液分泌互为因果，长期反复加重，形成慢性气管炎。

[临床表现]

患者有多年的慢性咳嗽，往往在秋末或冬季加重，入春缓解。咳嗽以清晨或夜间较为剧烈，痰粘、色白、量多寡不一。一般不发热。剧咳后可出现短暂的胸闷、气急或伴有哮喘。肺部听诊可无异常，或在两肺中下部听到干、湿罗音。

[诊断分型]

一、诊断标准 临床上以咳嗽、咯痰为主要症状（亦可伴有喘息）反复发作，每年患病至少三个月，并持续两年以上者，始诊断为慢性气管炎。在诊断本病时，还应排除能引起以上类似症状之心、肺其他疾病，如肺结核、尘肺、肺脓肿、支气管哮喘、支气管扩张、心脏病等。

二、临床类型 慢性气管炎分为单纯性和喘息性两类。前者以咳嗽、咯痰为主，后者除了咳嗽、咯痰外尚伴有哮喘音。

祖国医学认为慢性气管炎属于咳嗽、痰饮、喘促等症的范畴。中医临床一般分为四型：

（一）虚寒型 痰多，色白，清稀。四肢背部冷感。尿频或尿不禁。口淡不渴，喜热饮。舌质胖嫩，苔白滑润。脉沉细无力。

（二）痰湿型 痰多，色白，或稀或稠。脘闷。气短。肢体困重。口淡发粘，食少腹胀，大便溏。舌苔白腻。脉濡滑。

（三）痰热型 痰黄稠粘。胸满气粗。口渴喜冷饮。小便黄，大便秘。发热或不发热。舌苔黄或白黄。脉弦滑或数。

（四）肺燥型 干咳，无痰或少痰，痰粘连成丝，不易咯出。口鼻干燥，大便秘。舌质红，少津，少苔或无苔。脉细弦或数。

[并发症]

一、肺气肿 患者之支气管管腔因炎症而狭窄。吸气时支气管舒张，空气流入肺泡；但在呼气时支气管收缩，使管腔更为狭窄，气体不易呼出，以致肺泡内压力相应增高，形成“阻塞性呼吸”。长期剧烈的咳嗽，使肺泡壁的弹性逐渐减退。在肺泡内压力增高、泡壁持续扩张的情况下，肺泡膨胀，便形成肺气肿。肺气肿的临床表现为进行性的呼吸困难，严重者尚有缺氧、紫绀。患者胸部呈桶状，呼吸运动及语颤减弱，肺肝界下降，心浊音界缩小，肺部叩诊过度回响，听诊呼吸音减弱。X线检查两肺透光度增加。肺气肿患者的肺功能有所减低，严重时可有呼吸衰竭。

二、肺原性心脏病 肺原性心脏病多发生在肺气肿的基础上。由于肺泡膨胀、破裂，使肺泡壁毛细血管床减少，肺循环阻力增大，加上缺氧引起肺小动脉痉挛，加重右心负担，右心室逐渐肥厚、扩张，引起肺原性心脏病。（见《肺原性心脏病》节）

三、支气管肺炎 慢性气管炎病人支气管分泌物增加，管腔狭窄，分泌物引流不畅，容易引起继发感染。炎症向支气管周围及肺实质扩散，形成支气管肺炎。

四、自发性气胸 在肺气肿的基础上，由于阻塞性呼吸或剧烈咳嗽，肺泡内压力显著增高，肺泡胸膜可突然破裂，产生自发性气胸，应予以及时抢救（见《自发性气胸》节）。

[预 防]

根据各地普查资料看来，感冒是引起气管炎发生和复发的重要原因之一，应大力开展感冒的群防群治活动。如有流行，可采用食醋熏蒸（关好门窗，用稀释食醋文火慢蒸，使空气中有较浓的酸味即可）等方法。要增强体质，搞好爱国卫生运动，改善环境，加强工矿卫生，消除废气和烟尘，加强劳动保护。有咳嗽、咯痰等呼吸道症状者应戒烟。

[治 疗]

一、祛痰、止咳、平喘 对顽固性咳嗽可用复方桔梗散0.3克，每日三次。因含鸦片，不宜久用，以免成瘾。平喘常用氨茶碱0.1克，每日三次，或麻黄素25毫克，每日三次。祛痰、止咳药见《急性气管炎》节。

新针治疗对平息症状有一定效果，常用合谷、大椎、风门等穴位。咳嗽严重加天突，痰多加丰隆。

二、中医辨证

（一）虚寒型 应补肾纳气，止咳化痰。可用都气丸（五味子、地黄、山药、泽泻、茯苓、山茱萸、丹皮各三钱）。

（二）痰湿型 应健脾燥湿，止咳化痰。可用二陈汤（陈皮三钱 半夏三钱 茯苓四钱 甘草一钱）。

（三）痰热型 应清热化痰。可用麻杏石甘汤加味（麻黄一钱 杏仁三钱 石膏五钱 枇杷叶五钱 银花三钱 连翘三钱 瓜蒌五钱 甘草二钱）。

（四）肺燥型 应润燥化痰。可用润肺饮（知母三钱 瓜蒌皮四钱 茯苓三钱 麦冬三钱 陈皮二钱 桔梗钱半 天花粉三钱 生地三钱 甘草二钱）。

三、中草药方剂 “中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，加以提高。”全国各地发掘了大量中草药方剂，这些药物大部分止咳、祛痰、平喘的作用比较好，副作用小，药源广，经济方便，容易推广。如东北的满山红（干叶五钱至一两，水煎，分三次服）、四川的芸香草（现已提纯为亚硫酸氢钠胡椒酮，并制成气雾剂）、湖南的矮地茶（干叶一两半，水煎，分三次服）等等，疗效均较好，现正在不断总结经验，以期进一步提高疗效。

四、化学疗法控制感染 慢性气管炎急性发作与感染有关，使用抗菌素等化学疗法可收到较好效果。常用四环素0.5克，每日四次口服；青霉素40万单位，每日2~3次合并链霉素每日一克肌注。也可服用强力霉素，首剂200毫克，以后每日100毫克，或用增效剂甲氧苄氨嘧啶(TMP)160毫克、磺胺甲基异噁唑 800毫克合用，每日二次口服。个别病例

用以上药物无效者，可用庆大霉素及氨基青霉素短期肌注治疗。

五、菌苗 菌苗可能通过脱敏和免疫两方面的作用增进机体的抗病能力，对防止慢性气管炎的复发有一定作用。常用三联菌苗（甲型链球菌、奈瑟氏球菌和白色葡萄球菌），每毫升含菌6—9亿，每周皮下注射两次，首剂0.1毫升，每次递增0.1毫升，直到0.5—1.0毫升为维持量。总疗程约几个月到半年。

支 气 管 哮 喘

支气管哮喘是一种常见的慢性病，有反复发作的细支气管痉挛，表现为阵发性、带有哮鸣音的呼气性呼吸困难。

〔病 因〕

过敏反应是发病的一个重要因素。外界过敏原（变应原）是多种多样的，如气候变化、花粉、烟尘、药物、食物等，甚至体内细菌、寄生虫代谢产物亦可引起过敏反应。

“外因通过内因而起作用”。内因是患者的过敏体质，在机体过敏的基础上吸入过敏原而发生哮喘。通过体内神经和体液的作用，支气管平滑肌痉挛、粘膜水肿、分泌物增多，支气管腔明显变窄，通气发生障碍而导致哮喘发作。发作停止后，这些改变也迅速消退。

〔临床表现〕

典型发作前常有咳嗽、胸闷等先兆症状，很快出现呼吸困难，带有哮鸣音，呼气长而费力，咳嗽，痰多且粘，很难咯出。为了减轻呼吸困难，病人常采取端坐姿态，将手抵于膝上，张口抬肩，以便充分使用颈、腹、腰及背部肌肉辅助呼吸。严重时唇指发紫，额部冷汗淋漓，烦躁不安。体格检查可见胸廓较饱满，叩诊两肺过度回响，听诊两肺有广泛哮鸣音。如此典型发作往往持续数分钟或数小时，随着咯出粘痰而症状逐渐缓解。严重时发作可持续数天，称为“哮喘状态”。此时病人严重缺氧，极度疲劳，如不及时处理，有时甚至危及生命。在发作初期，部份病人有血液嗜酸性粒细胞增多现象。支气管哮喘在发作间歇期患者一如常人，可无任何症状及异常体征。

〔诊断与鉴别诊断〕

发作期具有典型症状和体征，诊断不难。间歇期要根据详细询问病史来确定诊断。哮喘是一种症状，应与喘息性慢性气管炎、心源性哮喘等相鉴别。

一、喘息性慢性气管炎 慢性气管炎伴有显著粘膜水肿、支气管痉挛而产生哮鸣音者，称为喘息性慢性气管炎，鉴别要点如下表：

二、心源性哮喘 心脏病左心功能不全时，肺郁血、水肿，可突然引起咳嗽、哮喘和呼吸困难。二者的病理变化不同，处理方法也不同，应仔细鉴别。

当一时诊断不清时，可给氨茶碱静注，不可使用肾上腺素或大量补液，以免心脏病加重。

	支 气 管 哮 喘	喘 息 性 慢 性 气 管 炎
病 史	常有过敏史 无慢性咳嗽、多痰史 用支气管解痉药或激素疗效明显	有久咳、多痰史 用抗菌素及支气管解痉药有效
症 状	喘息突然发作，缓解也迅速。间歇期无症状，一般夏秋发作	早晚喘重，咯痰后减轻；冬季或感冒后加重，夏季减轻
体 征	发作时两肺有哮鸣音	两肺底有湿罗音，偶有干罗音

	支 气 管 哮 喘	心 源 性 哮 喘
病 史	有长期反复发作史 无心脏病史	病史较短 有高血压、心脏病、慢性肾炎等病史
体 检	肺气肿征 哮鸣音为主 下肢不肿	心界多扩大，可有心脏杂音及心律紊乱 肺底有湿罗音 下肢常浮肿

〔并发症〕

支气管哮喘多年反复发作，常可并发慢性气管炎、肺气肿、肺原性心脏病、自发性气胸等等。

〔预防〕

平时加强体育锻炼，增强体质。原有哮喘的病儿有时也可因体质（内因）增强而不再有哮喘发作。若能找出引起哮喘的外因（变应原），如对某种食物过敏等，应尽量避免与之接触。对机体各种慢性病灶也应彻底清除，以免诱发哮喘。

〔治疗〕

“人民群众有无限的创造力”。在伟大领袖毛主席的无产阶级革命路线指引下，广大革命医务人员发扬敢于斗争敢于胜利的革命精神，创造了许多支气管哮喘的新医疗法，为根治支气管哮喘奠定了良好的基础。治疗支气管哮喘的方法很多，我们应根据病人的具体情况，选用、合用或轮用以下疗法：

一、中医辨证

（一）寒喘痰稀、怕冷、苔白属寒者，用射干麻黄汤（射干二钱 半夏二钱 五味子三钱 款冬花三钱 麻黄一钱 生姜一钱 细辛五分 紫苑钱半 大枣四枚）。

（二）热喘痰黄、发热、苔黄属热者，用麻杏石甘汤（麻黄二钱 杏仁三钱 味膏一两 甘草钱半）。

二、草 药

（一）云香草一两煎水，分三次服，或用提纯制剂胡椒酮气雾剂，雾化吸入。

（二）洋金花（曼陀罗花）半朵，研成细末，卷入烟卷内烧吸。

三、新医疗法

(一) 新针 取大椎、定喘等穴。

(二) 耳针 取平喘、肺、肾上腺穴。

(三) 割治 取膈中穴(切平皮肤长1厘米左右,摘除少量皮下脂肪组织,并用止血钳略加按摩刺激,然后压迫止血。一般不缝合,盖上海布,五天后除去纱布)。

四、解除支气管痉挛药物

(一) 氨茶碱 0.1~0.2克,每日三次口服。病情较重时用氨茶碱0.25+50%葡萄糖液20毫升,静脉缓注,约10分钟注完。

(二) 麻黄素 25毫克,每日三次口服,或30毫克,皮下注射。奏效较慢,作用和缓。

(三) 肾上腺素 0.25~0.5毫升皮下注射,每四小时一次,能迅速有效地解除支气管痉挛。但作用短暂,有高血压及冠状动脉疾患患者禁用。

(四) 喘息定(异丙肾上腺素) 10毫克舌下含化,每日三次,或气喘气雾剂(1%硫酸异丙肾素)于发作时吸入。

五、激素

强的松10毫克,每日三次口服,对顽固性病例可以使用。对“哮喘状态”病人,可用氢化考的松静脉滴入。有溃疡病或高血压患者慎用。

六、抗组织胺药物

对哮喘状态时显烦躁不安者,可口服苯海拉明25毫克,每日三次,或异丙嗪25毫克,每日三次。

七、哮喘菌苗

常用三联菌苗(草绿色链球菌、蔡瑟氏卡他细球菌和白色葡萄球菌)每毫升含菌6亿。于哮喘好发季节前1~2月起每周皮下注射一次,自0.1毫升起,每周递增0.1~0.2毫升,直到0.5~1毫升后为维持量。8~10针以上开始起效,疗程1~2年。

八、哮喘状态的抢救

哮喘状态时,病员有大汗、张口呼吸,体液耗损太大而摄入较少,以致痰液更形粘稠,不易咯出,因而加重呼吸道阻塞。应及时进行补液、吸氧,加强支持疗法,并选用适当抗菌素以控制合并感染。哮喘持续发作,病员一般情况衰竭,经一般支气管解痉等处理无效时,可用氢化考的松100毫克加于5%葡萄糖液500毫升中静脉滴注(每日可用氢化考的松200~400毫克),或强的松10毫克,每日3~4次口服。病人情绪紧张时,可用少量镇静剂,如安定5毫克口服或肌注,但禁用吗啡、可待因等药物,以免呼吸中枢受到抑制。

肺 炎

肺炎是内科常见病之一,可由多种病原所引起,多有发热、咳嗽、咯痰、胸痛等症状。由于机体抵抗力强弱不一,病因及病变性质不同,其临床表现也各具特点,治疗方法也不尽一样。临床工作中常根据病因、病理形态、临床表现等分为大叶性肺炎,小叶性肺炎(即支气管肺炎)、金黄色葡萄球菌肺炎及原发性非典型性肺炎等。

大 叶 性 肺 炎

大叶性肺炎主要由于肺炎双球菌所引起，病理上有大叶分布的实变，临床上以突起畏寒、高热、咳嗽、胸痛、咯铁锈色痰及肺部实变体征为其特点。

〔病因〕

绝大多数为肺炎双球菌所引起，少数为溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌、肺炎杆菌等所引起。肺炎双球菌革兰氏染色阳性，常成对排列。

肺炎双球菌能寄生于人的鼻咽部。用血清分类法可分为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型及第Ⅳ菌群，后者又分为70余型。Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型的带菌率较低，但毒性较高，易于致病。具有毒力的肺炎双球菌有多糖类所组成的荚膜，病菌毒力的生成均由荚膜而来。

肺炎双球菌对一般消毒剂如升汞、石灰酸及高锰酸钾等溶液均甚敏感。阳光直接暴晒一小时或加热至52°C，10分钟即可致死，但在干燥痰液中却能生存数月。

大叶性肺炎四季均有发病，但冬、春两季，气候突变，或在受寒、淋雨、上呼吸道感染之后机体抵抗力降低时易于发病。可发生于任何年龄，以青壮年较多。

〔发病原理〕

当机体防御机能失调时，病菌侵入上呼吸道开始繁殖，感染物向下蔓延，使支气管、肺泡以及全叶受到感染。

大叶性肺炎通常为局限于一个肺叶的炎症，偶有累及两叶或两叶以上者，右侧比左侧稍多。炎症开始于肺叶的中心，逐渐向周围扩散至全叶；经过充血期、红色肝变期、灰色肝变期、消散期四个阶段。

一、充血期 受损肺叶呈充血肿胀，经过12~24小时即转入下一阶段；

二、红色肝变期 由于受损肺叶高度充血，大量红细胞及纤维蛋白性浆液渗出，以致肺泡内无气而变实，犹如肝脏，称红色肝变期。本期2~4日即转入下一阶段；

三、灰色肝变期 大量渗出物压迫肺泡壁，使肺由充血转为贫血，致肺组织由红而转为灰白兼带微黄色。此期红细胞破坏，有大量白细胞渗出，吞噬现象明显，经2~4日而转入下一阶段；

四、消散期 由于浆液的自溶及巨细胞的吞噬作用，使肺泡内的纤维蛋白性浆液逐渐吸收，已破坏的细胞逐渐消失；肺泡上皮细胞新生，肺组织逐渐恢复其松软状态。此期约3~5日，亦延迟消散，长达数周者。

以上四期不是截然分开的，且整个肺叶亦非同一期内全部受到侵袭，所以该受累肺叶不是处于共同一致的病理阶段。例如，肺叶中心部可能已进入灰色肝变阶段，而周围部则尚在红色肝变阶段。消散的程序亦随其当初侵袭的先后而有所不同。

在疾病初期，部份病例肺炎双球菌可由病变部位的淋巴管或肺泡毛细血管进入血循环而致菌血症或败血症；可引起关节、脑膜、心内膜的病变。亦可由肺直接蔓延到胸膜、心包等处而引起脓胸、化脓性心包炎。

经过一定时期，由于机体产生免疫力，病菌被白细胞、巨噬细胞所吞噬、消除，全部

体征逐渐恢复正常。个别病例消散迟缓，或可有坏死与脓肿形成。

〔临床表现〕

一、典型病例 起病多急骤，常以寒战开始，迅速出现高热，体温稽留于 40°C 左右。病初患者颜面潮红，脉搏快而充实，呼吸增快，病侧胸痛每随呼吸、咳嗽而加剧。有频繁的咳嗽，无痰或仅有少量粘液痰，痰内可带血丝或咯血。及至红色肝变期，则咯出典型铁锈色痰，再后则咯出脓性痰。重症者因高度毒血症与缺氧血症而有紫绀、呼吸困难、腹痛、腹泻、意识模糊、谵妄、甚至昏迷。有中毒性肝炎时，可出现黄疸。一般成人多以呼吸系统症状为主，老年人及儿童则消化系统及神经系统症状较多见。

在典型的未经特殊治疗的病例，在病程第7天左右体温骤降至 37°C 以下，病人全身大汗，血压下降，脉搏微弱，随后呼吸改善，症状迅速减轻。也有少数病例体温渐退而逐步恢复正常。在抗菌药物治疗下，体温多在用药1~2天内下降，迅速恢复正常。

体格检查时，病人多有呼吸急促。重型患者可有鼻翼煽动，口周疱疹，唇、甲紫绀。肺部体征随病程发展而有变异。病初24~36小时内，患部仅有呼吸音减弱和轻度叩浊。至发病2~3日后，全肺叶受损时，乃有叩浊、语颤增强、管样或支气管肺泡呼吸音及湿性罗音等。一般在进入恢复期，上述体征逐渐消失，但肺部体征在症状消失后尚可持续1~2周，偶可达1个月左右。

解放以来我国医疗卫生事业有了飞跃发展，很多肺炎病例在疾病的早期即经有效治疗，病变停止发展，症状较轻，体征少而不明显，少有实变体征，病程亦短，常不呈上述典型过程。

二、休克型肺炎 亦称中毒性肺炎，是由于机体抵抗力低下或对细菌过敏所致的严重全身毒血症状。常累及血管、心、脑、肝、肾等重要脏器，而以周围血管麻痹为最显著。本型特点为起病突然，突出表现为休克状态，收缩压低于80毫米汞柱，甚至测不出，重要器官血液灌注不足。病人感畏寒、心悸、四肢冷、出冷汗，体温往往在 37°C 以下。虽呼吸系统症状及体征可不明显，但神经系统症状如神志模糊、昏迷则较一般肺炎为常见。休克型肺炎病情危重，变化迅速，若抢救不及时，在短期内可危及病员生命。我们革命医务工作者必须遵循毛主席的教导：“救死扶伤，实行革命的人道主义”，及时发现，努力抢救。

〔诊断〕

一、典型病例不难诊断 在本病多发季节（冬、春）于受凉或淋雨后，突感畏寒、寒战、高热、咳嗽、胸痛、咯铁锈色痰，口唇疱疹，结合其肺部实变体征，即可得出大叶性肺炎的诊断。但在发病的早期，仅有畏寒、发热而呼吸系统症状及体征尚不明显时，易误诊为“上呼吸道感染”。个别以胃肠症状为主诉者亦可能误诊为“急性胃肠炎”或“急腹症”。因此在本病多发季节应详询病史，细查肺部，必要时进行血液白细胞计数及胸部X线检查，以明确诊断。

二、实验室检查 血液白细胞总数增高，多在15,000~30,000/立方毫米，中性粒细胞占80%以上。个别重症病例或年老体弱机体防御机能低下者，白细胞计数可不增加或反而降低，但中性粒细胞所占百分比仍较高。若白细胞总数超过30,000/立方毫米，并持

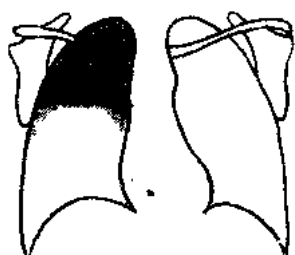


图 1—1 右上肺大叶性肺炎

续高热时，应怀疑有并发症存在。血及痰培养找到肺炎双球菌有助于确诊。

三、X线检查 对早期及不典型病例的诊断具有重要价值。在病初充血期，肺部尚无明确体征时，可见患部肺纹理增加，透明度降低。及至病变扩展至肺叶大部或全部时，实变阴影密度均匀一致（图 1—1）。在消散期，实变阴影密度逐渐减低，范围变小，终至完全吸收或仅留少许纤维条索影。

休克型肺炎的早期发现，及时抢救，关系病员生命的安危，必须严加注意。肺炎病例一定要测血压。对于老年、体弱、体温不高或先高后低、脉搏微弱、冷汗淋漓者，应严密观察，常测血压，警惕休克的发生。

〔鉴别诊断〕

大叶性肺炎应与以下疾病鉴别：

一、干酪性肺炎（结核性大叶性肺炎） 多有结核病史，起病较缓，病程较长，多有盗汗、咯血，痰中可找到结核杆菌。X线检查可见肺内常有播散病灶，亦可形成空洞。

二、肺脓肿 早期为化脓性肺炎，发热呈弛张型，持续不退，往往寒战更明显，咯血机会较肺炎多，常在第二周后咯出大量脓痰。X线检查显示肺内有密度增高阴影，或出现内有液平之空洞。一般剂量之抗菌素往往疗效较差。

三、小叶性肺炎（支气管肺炎） 多发生在老年及幼儿，病程及热型不定，病变多为双侧，无典型肺实变体征，双肺下部多有湿性罗音。X线检查可见双肺散在小片状阴影，沿支气管分布，双肺下部较多。

四、肺癌伴有继发感染 多见于40岁以上患者，起病较缓，中毒症状较轻，可持继咯血痰。X线检查肺都有炎变，但历久不见消退，且有块影和（或）肺门淋巴结肿大、肺不张等。

〔并发症〕

因抗菌药物普遍早期应用，并发症已大为减少。偶可出现：

一、渗出性胸膜炎 可有胸痛，胸透可见微量积液，多随肺炎症的消散而消失。

二、脓胸 由渗出性胸膜炎转变而来，可发生于肺炎同时或肺炎消散之后，表现为再度发热、胸痛、气短，周围血及胸水中白细胞及中性粒细胞均增多。病侧胸部有积液体征，局部压痛甚至浮肿，应尽量胸透并进行穿刺抽脓。

三、由肺炎双球菌败血症所致的脑膜炎、化脓性关节炎等近来均已少见。

〔治疗〕

抗菌素的应用常能迅速治愈本病。祖国医学对肺炎的治疗亦积累了许多有效方药，可根据病情及具体条件选用以下疗法。

一、抗菌素 以青霉素为主。青霉素40万单位，每日肌注3—4次，待体温正常，湿

罗音消失后再用2—3天，或全疗程7—10天左右。病情严重者，可加用链霉素肌注，0.5克/次，每日二次。

有下述情况者改用其他抗菌素：

1. 对青霉素过敏；

2. 用青霉素、链霉素合并治疗3—5天，病情无好转，体温仍不下降，应改用庆大霉素（肌注4万单位/次，每日四次）、四环素（2克/日、口服或静脉滴注）、氯霉素（2克/日，口服或静脉滴注）或红霉素（2克/日，口服或静脉滴注）。

3. 注射不效、一般情况不严重时，可用磺胺嘧啶与等量碳酸氢钠同服，首剂各2克，以后每日四次，每次各1克，连服5—7天。服药期间应大量饮水，以利药物排泄。

二、中草药 祖国医学认为肺炎属于肺实热症。在疾病早期恶寒、发热、头痛、全身疼痛、脉浮数、舌苔薄白、属外感风热者，可用银翘散（银花 连翘 桔梗 薄荷 牛蒡子 竹叶 荆芥 甘草 淡豆豉 芦根）。当病情发展，表里皆病，里热重，畏寒轻，咳嗽，口渴，苔黄，可用麻杏石甘汤（麻黄 杏仁 石膏 甘草）。在肺实热明显时，可用清热、宣肺、祛痰药，如鱼腥草桔梗汤（鱼腥草桔梗）或千金苇茎汤（芦根 苡仁 冬瓜仁 桃仁）。

三、一般治疗 卧床休息，注意保暖，给以镇咳化痰药。呼吸困难有紫绀者，可吸氧。高热可用物理降温，或服少量退热药。胸痛剧烈者，可给止痛片。

四、休克型肺炎的治疗

（一）应尽快纠正休克

1. 输液加去甲肾上腺素升压作用较好。先以每100毫升液体中加1毫克去甲肾上腺素，以每分钟20滴左右的速度滴入静脉，根据血压情况调整浓度及速度，使血压维持在90—100/60—70毫米汞柱。血压稳定后，逐渐减少去甲肾上腺素的剂量，最后停药。

2. 若去甲肾上腺素之升压效果不好，可改用重酒石酸间羟胺（即阿拉明，10—20毫克肌注，每 $\frac{1}{2}$ —1小时一次，或10—100毫克加于50%葡萄糖液250毫升中，静滴）或盐酸

甲氧胺（美速克新命，10—20毫克肌注，每 $\frac{1}{2}$ —1小时一次，或20毫克加于5%葡萄糖液100毫升中，静滴）。

3. 用去甲肾上腺素或间羟胺升压无效者，可改用异丙肾上腺素或恢压敏，后者可联用。异丙肾上腺素能减低周围血管阻力，增强心收缩力，对肢冷尿少者尤为适用。每200毫升5%葡萄糖液中加入0.5毫克异丙肾上腺素，静脉缓慢滴入，保持心率不超过120次/分为宜。恢压敏可静滴（40毫克/100毫升）或肌注（每次20毫克）。用升压药物期间，应经常观察血压，使维持在90—100/60—70毫米汞柱即可。

4. 若无输液条件，或在准备输液过程中，可用苯肾上腺素（新福林）5—10毫克肌注，每 $\frac{1}{2}$ —1小时一次。

（二）控制感染必须及时、有力

除及时作痰培养并取菌作药物敏感试验以供选择抗菌素的参考外，应立即给予比普通剂量大一倍的抗菌素。抗菌素宜联合应用，并以静脉途径给药。

(三) 水及电解质平衡失调的纠正

在休克型肺炎的治疗过程中，应经常检查血钾、非蛋白氮，二氧化碳结合力等的改变，若有失调，应及时加以纠正。在肺部大面积炎症实变情况下，尤其原有肺部慢性病变（如慢性气管炎，肺气肿、重度肺结核、肺原性心脏病等）伴有心肺功能不全者，静脉内过速，过大剂量的液体注入能引起急性肺水肿和心力衰竭，必需警惕。输液速度应缓慢，24小时总输液量不宜超过2,000毫升。若有肺水肿出现，可用小剂量毒毛旋花子苷K静注。

(四) 肾上腺皮质激素的应用

氢化可的松静脉滴注能改善血液动力学及机体代谢，从而产生抗休克的作用。用时宜在1~2小时内使用大剂量为妥（如氢化可的松100—200毫克加于5%葡萄糖液250毫升中，或用地塞米松5—10毫克用上述液体稀释后静脉滴注，每日1~2次）。

(五) 中枢兴奋剂

对明显紫绀、呼吸困难、神志不清者，除吸氧以外，可酌用山梗菜硷、苯甲酸钠咖啡因或尼可刹米交替肌注以兴奋呼吸循环中枢。

(六) 适当的对症治疗

保暖、安静、吸痰，必要时气管插管或气管切开加压给氧，有时成为挽救病人生命之关键。在应用大剂量抗菌素及进食量很少的情况下，大量维生素（尤其是B族维生素）的补充也不容忽视。

〔预防〕

本病无明显的传染性，早期治疗效果良好。通过体育锻炼，增强体质以增加机体的防御能力，避免受寒、雨淋、过劳、防治上呼吸道感染对预防大叶性肺炎有一定意义。

支 气 管 肺 炎

支气管肺炎是由肺炎双球菌、葡萄球菌、链球菌等所引起，病变沿支气管呈小叶性分布；以咳嗽、发热、咯痰为主要症状，多发生在老年人及婴幼儿，病期与热型不定，常为某些传染病（如伤寒、流感、百日咳、麻疹）或昏迷病人的并发症。

【临床表现】

可有畏寒，发热（热型不规则，但病情较重者体温往往不很高），咳嗽，呼吸困难，咯粘液泡沫痰或脓性痰，偶有血痰。因病变在支气管周围，远离胸膜，常无胸痛。胸部体



图1—2 支气管肺炎

检多无叩浊，可有支气管肺泡呼吸音及散在干性和湿性罗音。血液白细胞计数增高不明显。X线检查，肺下部可见散在点状或片状阴影（图1—2）

〔治疗〕

常用青霉素与链霉素合并治疗。若无显效，尽早改用其他抗菌素，如庆大霉素、氯

霉素、四环素等,选择服用。若能作痰中细菌药物敏感试验,有的放矢,效果更好。对剧咳有喘痰者,可给以镇咳化痰药物,或用蒸汽吸入。如痰多而稠,加之全身衰弱无力咳痰,以致痰液阻塞气管造成呼吸困难、缺氧、紫绀者,应作气管切开,但应注意术后护理。

要帮助病人多翻身,气急者应吸氧。还应注意全身支持治疗及体液、电解质平衡。

【预防】

对老年人及婴幼儿患有传染病者,以及对于昏迷病人加强护理,避免受凉,可减少支气管肺炎的发生。

金黄色葡萄球菌性肺炎

金黄色葡萄球菌所致的肺炎病情多较严重,并发症多,与一般肺炎双球菌性肺炎有所不同。金黄色葡萄球菌不易侵袭完整的粘膜,只有当其他病原体使上呼吸道及支气管上皮细胞发炎、坏死,葡萄球菌沿支气管侵入肺组织而发病。

葡萄球菌性肺炎没有明显季节性。原发性葡萄球菌性肺炎常发生于流感或上呼吸道感染之后;继发性葡萄球菌性肺炎多继发于葡萄球菌性败血症,身体其他部位有化脓性感染,其中皮肤疖痈最常见。

金黄色葡萄球菌感染具有化脓和组织破坏特性。由于细菌固有的酶及毒素作用(如透明质酸酶、凝固酶、白细胞毒素等),在细菌繁殖过程中极易导致炎症的扩散,血管栓塞的形成以及白细胞的破坏;其结果是症状严重,病变广泛,在支气管、细支气管及肺泡引起化脓性病灶和栓塞病变,还可引起肺脓肿及脓胸。

【临床表现】

起病较急骤。原发性金黄色葡萄球菌性肺炎常有呼吸道感染症状,肺部体征的出现常较缓慢,但中毒症状严重,有寒战、高热,其热型不定,老年病人由于机体反应性较低,可仅有微热或不发热,青壮年可呈弛张热或不规则热型。由于毒素的吸收,部份病员可出现休克,亦可出现精神萎靡、意识朦胧、反应迟钝、昏迷或烦躁不安。因葡萄球菌之化脓性倾向较强,细支气管及肺泡发生坏死、溃破而有脓肿形成,咯脓血痰,量不多但粘稠。患者常有胸痛、气短。

原发性葡萄球菌性肺炎之呼吸道症状可能较显著,而继发性者可能较轻,但常有周身器官如肝、肾、脑等迁徙性脓肿或皮肤疖痈。有时可有皮疹(可为荨麻疹、出血样斑丘疹、出血性瘀斑或瘀点等)。

体征:早期胸部体征常不明显,病情进一步发展时,可有叩浊、呼吸音降低或细湿罗音。金黄色葡萄球菌性肺炎患者往往临床表现重笃,但异常体征却相对地较少。

实验室检查:白细胞总数大多在2万以上,甚至高达5万,分类有明显核左移,且胞浆内有中毒颗粒。痰涂片或培养有葡萄球菌。继发性葡萄球菌性肺炎之血培养可阴性。

X线检查:早期,肺部有一至数块不规则浸润性阴影,数天内迅速扩大,其后炎症病变中呈蜂窝样改变,可有空洞或大泡形成,亦可并发胸腔积液(脓胸)或液气胸(脓气胸)。