



中国科学院教材建设专家委员会规划教材

全国高等医药院校规划教材

供五年制、七年制学生及研究生使用

中西医结合内科学

第2版

余绍源 刘茂才 罗云坚 主编

 科学出版社
www.sciencep.com

中国科学院教材建设专家委员会规划教材
全国高等医药院校规划教材

供五年制、七年制学生及研究生使用

中西医结合内科学

第2版

余绍源 刘茂才 罗云坚 主编

中国医学科学院图书馆(CIT)目录编委会

学科: 中西医结合内科学, 余绍源、刘茂才、罗云坚主编, 第2版, 1册, 北京: 科学出版社, 2008.

中国科学院图书馆(CIT)目录编委会, 中国科学院图书馆(CIT)目录编委会, 2008. ISBN 978-7-03-020239-1

1. 中... 2. 余... 3. 刘... 4. 罗... 5. 中西医结合内科学, 科学出版社

中国医学科学院图书馆(CIT)目录编委会(2008)第002138号

责任编辑: 李... 封面设计: 李... 责任印制: 李... 印刷: 李... 装订: 李...

未经许可, 不得以任何形式复制或传播本书内容。违者必究。

科学出版社

北京 100071

电话: (010) 64015000

http://www.sciencep.com

印刷: 李... 装订: 李...

科学出版社发行 北京 100071

2008年8月第1版, 2008年8月第1次印刷

2008年8月第1版, 2008年8月第1次印刷

科学出版社

北京

(北京) 100071 电话: (010) 64015000

内 容 简 介

本套书是在原“面向 21 世纪高等医学院校教材”中西医结合系列教材基础上充实完善而成的第 2 版教材,已被批准纳入“中国科学院教材建设专家委员会规划教材、全国高等医药院校规划教材”。本书为该套教材之一。

本书内容除绪论外,共有 10 篇,分别为呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、血液系统疾病、内分泌及代谢疾病、风湿性疾病、神经系统疾病、肿瘤疾病及传染病。在编写上采用以现代医学疾病分类的系统病名为纲,中医病证与之对应的方法,每个疾病内容包括概述、病因病机、临床表现、实验室和其他检查、诊断和鉴别诊断、治疗及附七个部分。在附中通过案例分析,提出中西医诊断和治疗思路。书中的常用中、西医专有名词均标注英文,旨在加强专业英语教学,提高学生阅读英语专业书籍的能力。

本书主要供高等医药院校五年制、七年制学生及硕(博)研究生使用,也适用于临床医师继续教育的学习。

图书在版编目(CIP)数据

中西医结合内科学 / 余绍源,刘茂才,罗云坚主编. —2 版. —北京:科学出版社,2008.1

中国科学院教材建设专家委员会规划教材·全国高等医药院校规划教材
ISBN 978-7-03-020539-1

I. 中… II. ①余… ②刘… ③罗… III. 中西医结合-内科学-医学院校-教材 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 002438 号

责任编辑:方 霞 李 君 / 责任校对:刘亚琦

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

双 青 印 刷 厂 印 刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2003 年 9 月第 一 版 开本:850×1168 1/16

2008 年 1 月第 二 版 印张:29

2008 年 1 月第二次印刷 字数:926 000

印数:4 001—7 000

定价:59.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈长虹〉)

中国科学院教材建设专家委员会规划教材

全国高等医药院校规划教材

供五年制、七年制学生及研究生使用

第2版

顾问委员会名单

(按姓氏笔画排序)

干祖望	王永炎	王建华	邓铁涛	石仰山	吉良辰
朱良春	任继学	刘仕昌	李国桥	吴咸中	张琪
张学文	陆广莘	陈可冀	欧明	罗金官	周仲瑛
洪广祥	晁恩祥	唐由之	焦树德	靳瑞	路志正
颜德馨					

编审委员会名单

主任委员 邓铁涛 余靖

副主任委员 徐志伟 吕玉波 罗云坚

委员(按姓氏笔画排序)

邓晋丰	邓铁涛	司徒仪	吕玉波	刘玉珍	刘伟胜
刘茂才	刘金文	李云英	李丽芸	吴伟康	余靖
余绍源	张梅芳	陈群	陈全新	陈志强	林毅
罗云坚	罗荣敬	罗笑容	徐志伟	黄春林	黄宪章
黄培新	梁冰	彭胜权	赖世隆	蔡炳勤	熊曼琪
禤国维					

《中西医结合内科学》(第2版) 编委会名单

主 编	余绍源	刘茂才	罗云坚		
副 主 编	黄培新	黄 燕	冯维斌	杨霓芝	张敏州
	黄穗平	邹 旭			
编 委	(以姓氏笔画为序)				
	丁邦晗	王云飞	毛 炜	尹克春	冯维斌
	朱立群	刘 涛	刘伟胜	刘宇龙	刘旭生
	刘茂才	杨志敏	杨霓芝	李 达	李 松
	连新福	吴万垠	吴焕林	何羿婷	余绍源
	邹 旭	张忠德	张敏州	陈 伟	陈红霞
	陈秀华	陈伯钧	陈秋雄	范冠杰	林 琳
	林启展	林晓忠	罗 翌	罗云坚	周 红
	徐 凯	徐大基	黄 燕	黄春林	黄培新
	黄穗平	庾 慧	梁 冰	梁伟雄	葛志红
	韩 云	覃小兰	雒晓东		
秘 书	丁邦晗	连新福	徐大基		

第2版总序

中医药学博大精深,历史悠久,其独特的理论体系和临床疗效为中华民族的繁衍昌盛及人类文明作出了巨大贡献;其辨证论治体系充分体现了中医认识人体健康与疾病的整体观,体现了重视人体自身功能调节以及对环境适应能力个体化治疗的科学内涵。近代中西医结合研究在发展中医的探索过程中,积累了丰富的学术资源,展现了该学科发展的特色与优势,也对中医药学的学术发展产生了深远的影响。

随着中医药教育事业的发展,国家教育部和中医药管理局已把中西医结合教育重点定位在高层次教育。为了适应这一发展的需要,弘扬中医药事业,发挥我国的中西医结合优势,培养高层次及复合型的中西医结合人才,根据教育部《关于“十五”期间普通高等教育教材建设与改革的意见》文件精神,编者于2000年组织了一批具有丰富中西医结合临床实践和教学经验的专家教授,编撰了一套中西医结合内部教材,供校内中西医结合方向本科生及研究生使用。在此基础上,2003年应科学出版社之邀,编者组织相关专家对这套教材进行完善补充,正式出版,套书名为“面向21世纪高等医学院校教材”,并向全国发行,主要供中医院校五年制、七年制学生及研究生使用,同时也面向临床医师继续教育。此套系列教材包括:《中西医结合内科学》、《中西医结合外科学》、《中西医结合妇科学》、《中西医结合儿科学》、《中西医结合骨伤科学》、《中西医结合耳鼻咽喉口腔科科学》、《中西医结合眼科学》、《中西医结合护理学》、《中西医结合生理学》、《中西医结合病理生理学》、《中西医结合诊断学》、《中西医结合临床科研方法学》12本分册。教材一经推出,就因其体例新颖、特色鲜明、内容丰富、资料翔实、重点突出、临床实用而受到广泛欢迎,成为中医和中西医结合的品牌图书之一。

为了适应社会发展的需求,与时俱进地反映中西医结合领域的最新进展,在科学出版社的大力支持下,2007年广州中医药大学第二临床医学院(广东省中医院)牵头,编者再次组织一批优秀的中西医结合临床实践和教学专家,开始了这套教材第2版修订工作。经过半年多的精心组织,艰苦努力,充实内容,查漏补缺,补充新进展等,使此书的修订工作得以圆满完成。

本套第2版修订教材因其鲜明的特色和较高的学术水平被批准纳入“中国科学院教材建设专家委员会规划教材、全国高等医学院校规划教材”。因此套书名称随之做了相应改动。为了适应形式的变化、临床教学的需要,去掉了第1版教材中的《中西医结合生理学》、《中西医结合病理生理学》、《中西医结合诊断学》,增加了《中西医结合急诊内科学》、《中西医结合皮肤性病科学》。本套教材的编写遵循高等中医药院校教材建设的一般原则,注意教学内容的思想性、科学性、先进性、启发性和适应性,坚持体现“三基”(基本理论、基本知识、基本技能)教学,以适应高层次人才教育的需要。根据教学大纲的要求,在五年制教材的基础上突出“更高、更新、更深”的特点,在相关学科专业的教学内容上进行了拓宽,增加了病种,提高了要求;注重立足专业教学要求和中西医结合临床工作的实际需要,构筑中西医结合人才必须具备的知识与能力素质结构,强调学生临床思维、实践能力与创新精神的培养。在编写体例方面,注意基本体例保持一致,包括定义与概述、病因病理、临床表现与诊断、治疗与调护、预后与转归等部分;各学科根据自身不同的特点,有所侧重,加大教案、例图的比例,使学生更加容易理解与掌握教学内容;在教学内容的有机组合方面,教材既注意中西医内容方面分别阐述,又尽量保持中西医理论各自的完整性;同时,在提供适宜知识素材的基础上,注意进一步拓展专业知识的深度与广度,采用辨病与辨证相结合,力图使中西医临床思维模式达到协调。

在这次教材再版的修订过程中,编者借鉴了国内外最新的统编与规划教材,参考了大量文献以及最新疾病诊断标准、治疗指南等,补充完善了中西医结合研究的最新成果,从而使本套教材的教学内容与学术观点能跟上中西医结合研究的进展,反映当前中西医结合的临床和教学水平。

本套教材虽然几经修改,但由于编者水平与经验有限,中西医结合研究进展迅速,难免存在错漏之处,恳请有关专家与同行给予指正。随着临床医疗水平的不断提高,本教材也将会定期修订,以不断适应中医药学术的发展和人才培养的需求。

编审委员会

2007.12

第2版前言

一、关于编写

中西医结合内科学是临床学科的主干课程,是临床医学各科的基础。本书在编写上注意教学内容的思想性、科学性、先进性、启发性和适用性;坚持体现三基(基本理论、基本知识、基本技能)教学;为了适应高层次人才教育的需要,根据教学大纲要求,在五年制教材的基础上突出“更高”、“更新”、“更深”的特点,在学科专业教学内容上进行了拓宽,增加了病种,提高了要求。

全书除绪论外,共分十篇,分别为呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、血液系统疾病、内分泌及代谢疾病、风湿性疾病、神经系统疾病、肿瘤疾病及传染病。各篇的总论分别概述了本系统疾病的种类、症状、检查、诊断、治疗以及中西医结合的展望等。

本书在中、西医学教学内容的有机组合上,就中、西医内容做了分别阐述,尽量保持中医、西医理论各自的完整性,考虑学生在学习本门课程之前已系统学习了《中医内科学》,因此本书在中医内容方面主要是针对具体的西医疾病进行中医病因病机分析和辨证论治,力求用中医理论阐明每一疾病的病因和病机,辨证论治中分述证候、治法、代表方剂、常用药物及加减法,使学生掌握具体每一疾病的证治方药。而在病因和发病机制、病理、临床表现、实验室和其他检查、诊断和鉴别诊断等方面主要阐述西医内科学内容,治疗则是中、西医并重,并在提供深度与广度适宜的知识素材的基础上,采用辨病与辨证相结合,尽量使中、西医学的两种临床思维模式在临床实践中达到某种程度的协调一致,培养学生的中西医结合临床思维,这点在附中的病案分析里力求重点体现,是本书的特色之一,也为临床案例式、启发式教学作出探索。教材中参考了高等医学院校中医、西医内科教材以及相关的中西医结合专著,应用了当前最新的诊断标准、治疗指南和中西医结合研究的有关成果,从而使中西医结合的教学内容、学术观点,能跟上目前中医学、西医学相关专业的学科进展。书中的常用中、西医专有名词均标注英文,旨在加强专业英语教学,提高学生阅读英语专业书籍能力。

本书在编写过程中,承蒙国家中医药管理局有关领导的高度重视和大力支持,并得到全国名老中医邓铁涛教授等专家学者以及吴咸中、陈可冀院士等全国中西医结合专家的悉心指导,在此一并表示衷心的感谢。

二、关于修订

本书第1版出版以来受到了多方面高度的重视,为培养中西医结合专业七年制学生,指导临床医生开展临床、科研等方面起到了重要的作用。第1版出版四年来,在教学实践中,我们发现教材还存在某些不足,如内容还需要适当精练和充实,全书还需要进一步规范统一。同时医学科学又有了新的进展,及时对本教材进行修订显得十分必要。本教材旨在为五年制、七年制学生及研究生使用,供参加中西医结合专业执业医师考试者参考,故修订时在原版的基础上参考了《2005年中西医结合执业医师考试大纲——内科学》等资料,以精益求精为原则,适时进行了调整和补充。

在修订的体例上,采用以现代医学疾病分类的系统病名为纲目,中医病证与之对照的方法,每个疾病内容包括概述、病因病机、临床表现、实验室和其他检查、诊断和鉴别诊断、治疗、附病案分析七个部分。

由于本次同时编写系列教材中增加了《中西医结合急诊内科学》,故部分内科急症,如心脏骤停与复苏、急性肾功能衰竭、肝衰竭、弥散性血管内凝血、脑衰竭、急性中毒、有机磷杀虫药中毒等急诊相关的病种移到该书编写。本书增加了特发性肺纤维化、胸膜炎、心肌病、心包疾病、甲状腺炎、血脂异常、痛风、淋巴瘤、胰腺癌、食管癌等病种,在内容方面更新了疾病的最新诊断标准和西医治疗措施。在体例方面做了适当调整,使教材更为紧凑、简明而又重点突出。如将“中医病因病机”、“西医发病机制”及“病理”合起来为一个项目,改为“病因病机”。病案分析仍以附录形式出现,精简了病历摘要,删除治疗经过,强调针对本病例进行具体的分析;诊断思路分成中医和西医诊断思路;治疗思路也分中医治疗、西医治疗及中西医结合治疗思路。这样,使得所采取的治疗措施能够在课程中得到引证,做到理论密切联系实际,强化了病例的示范性,更加注重在教学过程中临床思维的培养。

本教材修订过程中,原则上保持了原来的编委会人员。余绍源教授、刘茂才教授、罗云坚教授继

续担任主编,增加邹旭教授担任副主编,编写人员除了个别因为工作调动进行适当调整之外,各系统仍以各专科为负责单位进行修订工作。全书英文标注仍由毛炜主任医师负责,徐大基教授,连新福、丁邦哈副主任医师负责本书的统稿工作,曹爱琴医生也为稿件的校对做了大量的工作,在此一并致以衷心的感谢。

《中西医结合内科学》编委会

2007年6月6日

第1版前言

本书为面向21世纪高等医学院校中西医结合系列教材之一,供全国高等中西医院校五年、七年制学生及研究生使用,也适用于临床医师继续教育的学习提高使用。

内科学是临床学科的主干课程,是临床医学各科的基础。本书在编写上注意教学内容的思想性、科学性、先进性、启发性和适用性;坚持体现三基(基本理论、基本知识、基本技能)教学;为了适应高层次人才教育的需要,根据教学大纲要求,在五年制教材的基础上突出“更高、更新、更深”的特点,在学科专业教学内容上进行了拓宽,增加了病种,提高了要求。

全书除绪论外共有10章,分别为传染病、呼吸、循环、消化、泌尿、血液、内分泌及代谢、神经系统等系统疾病以及风湿性疾病、理化因素所致疾病。各章的总论分别概述了本系统疾病的种类、症状、检查、诊断、治疗以及中西医结合的展望等。

在编写体例上,采用以现代医学疾病分类的系统病名为纲目,中医病证与之对照的方法,每个疾病内容包括概述、中医病因病机、病因和发病机制、病理、临床表现、实验室和其他检查、诊断和鉴别诊断、治疗、附录九个部分。书末参考文献及附方剂索引,以备查阅。

在中、西医学教学内容的有机组合上,本书在中、西医内容方面做了分别阐述,尽量保持中、西医理论各自的完整性,由于学生在学习本门课程之前已系统学习了《中医内科学》,因此本书在中医内容方面主要是针对具体的西医疾病进行中医病因病机分析和辨证论治,力求用中医理论阐明每一疾病的病因和病机,辨证论治中分述证候特点、治法、代表方剂、常用药物、基本处方、加减法,使学生掌握具体每一疾病的证治方药。而在病因和发病机制、病理、临床表现、实验室和其他检查、诊断和鉴别诊断等方面主要阐述西医内科学内容,治疗则是中、西并重,并在提供深度与广度适宜的知识素材的基础上,采用辨病与辨证相结合,尽量使中、西医学的两种临床思维模式在临床实践中达到某种程度的协调一致,培养学生的中西医结合临床思维,这点在附录中的病案分析力求重点体现,是本书的特色之一,也为临床案例式、启发式教学做出探索。教材中参考了高等医学院校中医、西医内科教材以及相关的中西医结合专著,应用了当前最新的诊断标准、治疗指南和中西医结合研究的有关成果,从而使中西医结合的教学内容、学术观点,能跟上目前中医学、西医学相关专业的学科进展。书中的常用中、西医专有名词均标注英文,旨在加强专业英语教学,提高学生阅读英语专业书籍能力。

本书的编写分工,绪论、消化系统、血液系统疾病及传染病主要由余绍源教授、罗云坚教授、黄穗平教授、罗翌副教授、葛志红副教授负责,神经系统疾病、风湿性疾病、理化因素所致疾病主要由刘茂才教授、黄培新教授、黄燕教授、刘涛副教授负责,呼吸系统疾病主要由刘伟胜教授负责,循环系统疾病主要由黄春林教授、张敏州教授负责,内分泌及代谢疾病主要由冯维斌教授负责,泌尿系统疾病主要由杨霓芝教授负责;全书英文标注由毛炜副教授负责,连新福、林晓忠负责统稿工作,陈淑慧等在读七年制研究生协助计算机文字处理工作。

本书在编写过程中,承蒙国家中医药管理局有关领导的高度重视和大力支持,并得到全国名老中医邓铁涛教授等著名专家学者,以及陈可冀院士等全国著名中西医结合专家的悉心指导,科学出版社为本书的出版和发行做了大量的工作,在此一并表示衷心的感谢。

中西医结合目前处于不断探索阶段,医学科学的发展也日新月异,书中关于中西医结合的某些具体内容和学术观点尚可能不够成熟,我们编写七年制中西医结合教材尚属首次,由于编写时间紧迫,编者水平所限,书中难免有不足之处,我们将在今后的临床与教学实践中不断总结经验,也祈望使用本书的教师、学生和读者提出宝贵意见,以便进一步修改提高。

《中西医结合内科学》编委会

2003年6月

目 录

第2版总序	
第2版前言	
第1版前言	
绪论	(1)

第一篇 呼吸系统疾病

第1章 总论	(4)	第6章 呼吸衰竭	(31)
第2章 支气管哮喘	(6)	第7章 肺炎	(39)
第3章 支气管扩张	(13)	第8章 特发性肺间质纤维化	(46)
第4章 慢性阻塞性肺疾病	(18)	第9章 胸膜炎	(50)
第5章 慢性肺源性心脏病	(25)		

第二篇 循环系统疾病

第1章 总论	(55)	第6章 风湿热	(99)
第2章 心力衰竭	(59)	第7章 心脏瓣膜病	(105)
第3章 心律失常	(69)	第8章 病毒性心肌炎	(112)
第4章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(79)	第9章 原发性心肌病	(118)
第一节 心绞痛	(79)	第10章 心包疾病	(125)
第二节 急性心肌梗死	(83)	第一节 急性心包炎	(125)
第5章 高血压病	(91)	第二节 缩窄性心包炎	(128)

第三篇 消化系统疾病

第1章 总论	(131)	第4章 肝硬化	(148)
第2章 慢性胃炎	(133)	第5章 溃疡性结肠炎	(157)
第3章 消化性溃疡	(139)	第6章 肠易激综合征	(164)

第四篇 泌尿系统疾病

第1章 总论	(169)	第4章 尿路感染	(182)
第2章 慢性肾小球肾炎	(171)	第5章 慢性肾衰竭	(189)
第3章 肾病综合征	(176)		

第五篇 血液系统疾病

第1章 总论	(195)	第一节 急性白血病	(214)
第2章 缺铁性贫血	(198)	第二节 慢性白血病	(219)
第3章 再生障碍性贫血	(203)	第6章 特发性血小板减少性紫癜	(224)
第4章 白细胞减少和粒细胞缺乏症	(209)	第7章 恶性淋巴瘤	(230)
第5章 白血病	(214)		

第六篇 内分泌及代谢疾病

- | | | | |
|--------------------|-------|----------------|-------|
| 第1章 总论 | (237) | 第4章 糖尿病 | (249) |
| 第2章 甲状腺功能亢进症 | (239) | 第5章 血脂异常 | (256) |
| 第3章 甲状腺炎 | (245) | 第6章 痛风 | (262) |

第七篇 风湿性疾病

- | | | | |
|------------------|-------|-------------------|-------|
| 第1章 总论 | (268) | 第3章 系统性红斑狼疮 | (277) |
| 第2章 类风湿关节炎 | (271) | | |

第八篇 神经系统疾病

- | | | | |
|-------------------------------|-------|-------------------|-------|
| 第1章 总论 | (283) | 第3章 急性脑血管疾病 | (302) |
| 第2章 周围神经疾病 | (286) | 第4章 帕金森病 | (313) |
| 第一节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神
经病 | (286) | 第5章 癫痫 | (318) |
| 第二节 特发性面神经麻痹 | (291) | 第6章 运动神经元病 | (329) |
| 第三节 三叉神经痛 | (293) | 第7章 老年期痴呆 | (334) |
| 第四节 坐骨神经痛 | (297) | 第8章 重症肌无力 | (340) |

第九篇 肿瘤疾病

- | | | | |
|--------------------|-------|-----------------|-------|
| 第1章 总论 | (345) | 第5章 原发性肝癌 | (367) |
| 第2章 原发性支气管肺癌 | (347) | 第6章 胰腺癌 | (374) |
| 第3章 食管癌 | (355) | 第7章 大肠癌 | (380) |
| 第4章 胃癌 | (360) | | |

第十篇 传染病

- | | | | |
|------------------|-------|--------------------|-------|
| 第1章 总论 | (386) | 第6章 流行性脑脊髓膜炎 | (419) |
| 第2章 霍乱 | (389) | 第7章 流行性乙型脑炎 | (426) |
| 第3章 伤寒与副伤寒 | (395) | 第8章 钩端螺旋体病 | (431) |
| 第4章 病毒性肝炎 | (403) | 第9章 登革热 | (437) |
| 第5章 细菌性痢疾 | (413) | 第10章 肺结核 | (441) |

- 参考文献

绪 论

一、中医内科学

(一) 中医内科学的病、证、症

徐大椿在《医学源流论·病症不同论》中说：“凡病之总者，谓之病，而一病必有数症。……如疟，病也；往来寒热、呕吐、畏风、口苦，是症也，合而为疟。”又在《医学源流论·知病必先知症论》中说：“凡一病必有数症，有病同而症异者，有症同而病异者，有症与病相同者，有症与病不相同者，盖合之则曰病，分之则曰症。同此一症，因不同，用药亦异，变化无穷，当每症必究其缘由，详其情况，辨其异同，审其真伪，然后详其治法。”这里所说的“症”，即是症状，是疾病的临床表现；“证”是指证候，是“辨其异同，审其真伪”，从若干复杂症状、脉、舌中，经过分析、综合、归纳而得出来的疾病属性；由一组具有临床特征，并各有不同演变规律的症状综合起来就是“病”。

因此，中医内科学的特点在于辨证，辨证论治是中医内科学的精髓。

(二) 中医内科学的病因病机

引起中医内科病证的原因很多，主要为六淫、七情、饮食、劳逸、痰饮、瘀血、虫毒、疫疠、瘴气、秽浊之气等。以上致病因素作用于人体后，发生疾病与否与下列原因有关：

1. 发病条件

(1) 正气不足是疾病发生的主要根据，所以《素问·刺法论》说：“正气存内，邪不可干”。《素问·评热病论》说：“邪之所凑，其气必虚”。

(2) 邪气是疾病发生的重要条件，如毒力较强的疫毒，骤然侵袭，正不胜邪而致发病。

2. 发病与体质

正气虚弱与体质禀赋密切相关。

(1) 体质决定是否发病，如卫气不固者稍感风寒即感冒，卫气密固者，则不易感冒风寒。

(2) 体质决定对某种致病因素的易患性，如瘦人多火，易得癆嗽；肥人痰湿，善病中风；老年肾虚，多病痰饮咳嗽等。

(3) 体质决定疾病的证型，如同是湿邪伤人，脾阳素盛，则可得阳黄黄疸；脾阴素盛，易得阴黄黄疸。

总的来说中医内科学的基本机制在于邪正虚实，阴阳偏胜，升降失常，气血逆乱，风、寒、燥、火、湿、痰、饮之内生，脏腑失调，六淫与卫气营血表里浅深的病机改变。

(三) 中医内科的辨证论治

辨证论治是中医内科诊治方法，是中医理论方药在临床实际中的运用，是指导临床工作的理论原则。辨证论治的过程是认识疾病和治疗疾病的过程。辨证是根据四诊所搜集的病情资料，从症状和体征入手，结合体质因素、环境因素，通过分析、综合、归纳，从而提示疾病的本质（属性），得出结论，根据疾病辨出的属性——“证”，确定治疗原则，按治则选择方剂，再从方剂中加增减取舍而处方遣药。因此，辨证是论治的前提和依据，论治是辨证的目的，是治疗疾病的手段和方法。

中医内科既要辨证，亦要辨病。辨病施治，是认识和解决每一种疾病的基本矛盾；辨证施治，是认识和解决疾病过程中的主要矛盾。在辨证的基础上辨病，在辨病的范围内辨证，两者相辅相成，体现出中医独特的理论体系和灵活多变的临床经验。

病和证的关系，还表现在同一疾病可以出现不同的证，即“同病异证”，在施治时，可以“同病异治”；不同的疾病，又可以出现相同的证，即“同证异病”，在施治时，可以“异病同治”，这也是中医内科中常用的治疗方法。

(四) 中医内科的治疗总则

中医的治疗总则也充分体现中医的特色，它包括了正治反治、标本缓急、扶正祛邪、脏腑补泻及三因制宜等。

二、西医内科学

(一) 西医内科学的病、症、征

西医内科学诊治过程中，主要是辨病。西医内科对病的诊断，即病的确定，是通过病史的收集、体检、实验室检查、影像表现、病理改变等资料综合分析，得出病的诊断。一般先找出疾病的部位，病变器官，所属系统如呼吸系统、心血管系统、消化系统等，然后确定病理属性，如支气管扩张、冠状动脉硬化性心脏病、肝硬化、甲状腺功能亢进症等。由病

原体引发的疾病则需找出病原体,如伤寒、细菌性痢疾、病毒性肝炎等。或根据病理、实验室、影像学结果予以确诊,如胃癌、胆结石、心肌梗死、脑出血或梗死等。因此,诊断的确定,是西医内科临床的首要问题,只是确诊了“病”,才能进行治疗。

西医内科,没有“证”这一辨治要求,但其对症状的鉴别诊断与中医同等重要。西医辨证是为了辨病,如黄疸,若轻度黄疸,可能是溶血、胆囊炎、轻型肝炎;如果是重度黄疸且呈渐进性,有腹部包块,可能是结石、肿瘤;如重度黄疸,起病急骤,且伴有发热、腹痛,则可能是胆管梗阻。在体检时与中医重视辨“证”有相类似之处,西医重视辨“征”,即患者出现的特殊表现,如脑膜炎时的布氏征、克氏征,胆囊炎时出现的墨菲征,腹膜炎时出现的反跳痛等。

(二) 西医内科学疾病的诊断

临床实践,诊断为先。要治疗内科疾病,首先要诊断正确。由于临床症状的错综复杂,要达到诊断正确,必需做到:①准确详细掌握病情,包括病史收集,系统的体格检查和必要的实验室检查及其他检查,详尽地占有病情资料;②将所掌握的材料联系起来,作缜密的思考。

根据患者临床表现的症状,研究它们之间的联系(内在本质),找出其中重点症状(主要矛盾),然后从主要矛盾出发,想到所有的可能性,即列出与此病重点症状有关联的一切疾病,经过论证,逐一加以排除,筛选出2~3个最近似的诊断,再对每一个拟诊疾病的支持点及不支持点加以衡量。在衡量时,不但要注意支持点或不支持点的数量多少,更要注意的是其质量,是不是强烈的支持或不支持。然后,在这2~3个最近似的诊断中找出支持点最强,而且不支持点较弱的那一种疾病作为第一诊断。当然,如果支持点很强烈,而不支持点可以全部用这个诊断取解释,这样,作为第一诊断就相当准确。但是,如果还有一些不支持点不能用第一诊断解释,那么,对第一诊断必须,采取缜密态度,密切注意病情变化,以便随时更正诊断。临床上,千万不能被自己初下的诊断所束缚。如果发现后来的化验临床资料对诊断有动摇时,应有勇气推翻原先的诊断,直至诊断确实不能推翻时,才是最后正确的诊断。

(三) 西医内科学的进展

近年来,医用生物化学、医用物理学、计算机技术和基础医学理论和技术的发展亦促进了内科学的发展。遗传学、免疫学深入到基因、细胞生物学和分子生物学水平,使很多疾病的病因和发病机制得以进一步明确。一些新的诊断技术的应用,大大提高了检验水平,如酶联免疫吸附测定、酶学检查

技术、高效液相层析、细胞和血中病毒及其DNA、RNA的测定、分子选材及分析、单克隆抗体的制备和聚合酶链反应等。临床生化分析已向自动化、高速、高效和超微量发展。监测系统先进技术的应用,提高了抢救危重病的质量。内镜的改进,对疾病的诊断治疗也有很大的帮助。影像学的进步,CT、MRI、数字减影法、心血管造影、放射性核素检查等新技术,超声诊断技术的发展,如三维立体成像,多普勒、彩色血流显像等,均不断提高了内科的诊断水平。

在内科治疗方面,新的有效药物不断增加,使内科病的疗效不断提高。介入性疗法不断发展,如冠心病及多种内科病的治疗,血液透析等血液净化技术普及和应用等使内科学在治疗上不断进步。

(四) 医学模式的转变

过去医学模式是“生物医学模式”,其着重点是对某一种疾病的诊断和治疗,而不太重视与疾病有关的心理因素和社会因素。事实上,内科学家们发现,在防治疾病的过程中,心理问题和社会环境因素十分突出。经研究显示,人类疾病约50%与生活方式和行为有关,20%与生活环境和社会环境有关,20%与退休、衰老等生物学因素有关,还有10%与卫生服务缺陷有关。因而医学模式亦应转变为“生物-心理-社会医学模式”。这就是从局部到整个人体,从医病到医人,从个体到群体,从原有的生物医学范畴扩展到社会医学、心理医学。因而,内科学的内容,也将随着医学模式的改变更新。

三、中西医结合内科学

(一) 中西医结合的必然性

中、西医各有自己的理论体系,自成一家。中华民族传统医学是世界文化的精粹之一,在人类几千年繁衍过程中,担负着救死扶伤、治病救人的重任,其博奥精深的内涵,浩如烟海的经验,至今仍未被现代科学所破解,它的挖掘、整理和提高均需结合现代医学并赖以实现。这也是中医走向世界的必然之路。西医自引入中国以来,对我国医学与世界接触起着介导和催化作用。西医学界经临床实践,亦体会到中、西医学各有长短,中西医结合对中医学乃至西医学的发展有重大的战略意义。这种科学发展的趋向,促成了中西医结合的紧迫感、时代感和责任感。

(二) 中西医结合的可行性

中西医结合是一个较为复杂的问题,在理论方面,各有特定的体系,将两者熔为一炉,成为一种合

金,恐怕不是一件易事。目前许多医学工作者已在各个方面展开了探索,试图用现代科学,从宏观和微观去阐释中医理论,但可能需要漫长的岁月。因此,中西医结合的可行性,目前仍主要应用在临床中。

1. 病名的统一

过去中医以症状作为病名较多,如头痛、眩晕、泄泻、呕吐等。因而与现代医学的病名往往难以对应,造成中西医交流、结合的困难。有识之士开始将中医病名加以修正、规范,使之与西医病名对应,如肺热病对应肺部感染、胆胀对应胆囊炎、肠郁对应肠易激综合征,至于恶性肿瘤,也由原来的肺积对应肺癌直接改为肺癌。当然,这种方式并非完美,但已是有益得探索,以后会不断修改完善。

2. 辨病与辨证相结合

(1) 先辨病:大多数教科书和医学书籍、期刊都采用了西医病名,也是诊断方面的融合统一,如中医的臌胀、单腹胀、蜘蛛蛊等都归属于肝硬化失代偿期的范畴,中医的胃脘痛、吐血、呕吐、反胃、嘈杂、痞满等病归属于消化性溃疡、慢性胃炎、功能性消化不良、反流性食管炎与胃肿瘤等疾病。要做到归属正确不误,则首先应做到辨病。因而完整、系统、准确地掌握西医诊断知识和技能是前提。如“消渴病”,中医分三消,但事实上临床消渴病患者往往没有“三多一少”症状,必需经过做血糖检查,然后确诊;又如“肺癆病”,中医的四大主症:咳嗽、咯血、潮热盗汗、消瘦,但临床有时未必全备,有时甚至无症状,须经过胸片诊断确诊。因此临床工作中既需懂中医,又要懂西医,这也是编写《中西医结合内科学》的初衷之一。

(2) 辨病与辨证相结合:通常说在辨证的基础上辨病,在辨病的范围内辨证,严格地说应该是在辨“症”的基础上辨病,即症状鉴别诊断问题,辨病完成,诊断确立,下一步就是辨证,即该病在现阶段的本质,也是中医理论指导下找出病的根本病因病机。如肾炎,在不同阶段,可以分别是风水泛滥、脾虚湿困、湿热浸淫、脾肾阳虚等证。如中西医结合诊断:急性肾小球肾炎(风水泛滥);胃溃疡(肝胃不合);高血压(肝阳上亢)。

(3) 治疗上的中西医结合:中西医结合各自从不同角度,认识疾病,治疗疾病。具体对某个病来说,中西医亦各有所长,各有所短。在临床中,取长补短是中西医结合成功的关键。

1) 对于病原体明确的疾病,中西医结合治疗,对杀灭病原体、改善症状、预防并发症有良好效果,如肠伤寒,是由伤寒杆菌所致疾病,西医用杀菌药治疗,中医用温病理论,从湿温论治;肺结核病,西医针对结核菌用药,中医按癆瘵论治,两者结合可收到更好效果。

2) 对病因不明的疾病,中西医结合可促使疾病的康复。如红斑狼疮,由于发病原因不甚明确,西医用激素等免疫抑制药治疗,中医则辨为热毒炽盛、气滞血瘀、毒邪攻心、风湿热痹等证型,采用不同的治法治疗。这种灵活多变的治法提高了中西医结合的疗效。

3) 对于早期诊断难以明确的疾病,在西医继续寻找病因、对症治疗的情况,中药可发挥其辨证论治的优势作用。如肝硬化代偿期,病情隐袭,失代偿期诊断较易明确,故早期中药治疗可以发挥阻断肝纤维化作用,而失代偿期则应中西医结合治疗。

4) 在疾病不同阶段,中西医均有其优势表现,如哮喘,急性期用西药止哮,慢性期用中医培元固本,标本结合,使疾病得以缓解和康复。

5) 抢救危重病例,中西医结合成功率显著提高,如肝昏迷、中风等危重病症,中西医都在某阶段、某环节中各有所长,两者紧密结合,使抢救成功率大大提高。

四、如何学好中西医 结合内科学

内科学在临床医学中占有重要的位置。它是临床医学各科的基础,而且与它们存在着密切的联系,故学好内科学是学好临床医学的关键。本教材以西医病名为纲,概属中医范畴,病因病机(中、西)、临床表现、实验室和其他检查、诊断和鉴别诊断、治疗(中医辨证治疗、西医治疗),通过学习,能基本掌握每个疾病的中西医有关知识。

内科学课程,分系统学习和毕业实习两个阶段。系统学习包括课堂系统讲课和相关的临床见习。毕业实习是在上级医师指导下,作临床诊疗实践,将本教材上学到的理论应用于临床实践,解决临床上的实际问题。因此是通过学习、实践、认识、再实践、再认识的过程,从中不断总结经验教训,从而完善和进一步提高理论知识水平以及发现问题、分析问题和解决问题的能力。再学习中,务必扎实地掌握内科学的基础理论、基本知识和基本技能,在毕业后能独立防治常见病。毕业后通过临床实践,应能进行自学和开展科学研究等活动,不断提高理论水平和防治疾病的能力。

在学习,中,首先要树立全心全意为人民服务的思想和救死扶伤的人道主义高尚医德。不但要重视疾病的诊疗技术,还要充分了解患者的心态,以高度的责任感和同情心进行医疗实践,为保护人民的健康,为发展我国医学科学和社会主义现代化做出应有的贡献。

(余绍源)

第一篇

呼吸系统疾病

第 1 章 总 论

呼吸系统由呼吸道和肺两大部分组成。呼吸道包括鼻、咽、喉、气管和各级支气管。临床上通常将呼吸道分为上、下两部分。鼻腔、咽和喉称上呼吸道。把气管及各级支气管称下呼吸道。肺由肺实质(支气管树和肺泡)以及肺间质(结缔组织、血管、淋巴管、淋巴结和神经)组成,表面包有脏胸膜。呼吸道是气体进入体内的通道,肺泡是人体内气体交换的主要场所。在呼吸过程中与外界环境相通,因此呼吸系统的防御功能非常重要。呼吸系统的防御功能包括物理(如鼻部加温、鼻纤毛过滤、咳嗽、喷嚏、支气管收缩、黏液-纤毛运输系统等)、化学(溶菌酶、乳铁蛋白、蛋白酶抑制剂、抗氧化的谷胱甘肽、超氧化物歧化酶等)、细胞吞噬(肺泡巨噬细胞、多形核粒细胞)及免疫(B细胞分泌IgA、IgM等,T细胞介导的迟发型变态反应,杀死微生物和细胞毒作用等)等。肺也是一个重要的内分泌、代谢器官。肺能够利用葡萄糖为人体供给能量,提供氨基酸、脂肪合成的底物,肺能够合成蛋白质,组成肺的结构蛋白、胶原纤维、免疫球蛋白和各种蛋白酶。肺间质结缔组织的支架作用为保持肺的构型和正常呼吸动力机制所必须,是细胞活动、物质交换的重要场所,也是防治有害物质侵袭和促进修复的第二道防线。肺还是血管活性物质的代谢场所,参与细胞主要是肥大细胞和血管内皮细胞。肺的神经内分泌作用主要体现在,呼吸道散在分布一种起源于外胚层的神经上皮体,类似肠道上皮嗜银细胞,具有多种内分泌功能,是肺部肿瘤产生异位性内分泌的主要来源细胞。

由于呼吸道与外界相通,在呼吸过程中,外界环境中的有机或无机粉尘,包括各种微生物、蛋白变应原、有害气体等,皆可进入呼吸道及肺部导致防御功能的损伤引起疾病。包括呼吸器官的各种感染,上呼吸道疾病,气管、支气管疾病。肺是体内循环的重要器官,各种原因引起低蛋白血症时,会发生肺间质水肿或胸膜腔液体漏出。肺与全身各

器官的血液及淋巴循环相通,所以肺外器官的菌栓、血栓、癌栓,均可达到肺,引起肺内病变。

呼吸系统的常见症状有咳嗽、咯痰、咯血、胸闷、胸痛、喘鸣、呼吸困难等。因为呼吸系统感染性疾病引起全身症状主要表现为恶寒、发热、衰竭、乏力等。

呼吸系统常见检查:

(1) 血液检查:呼吸系统感染时,中性粒细胞增加,有时还伴有中毒颗粒,嗜酸粒细胞增加提示过敏因素、曲霉菌或寄生虫感染。其他血清学抗体试验,如荧光抗体、对流免疫电泳、酶联免疫吸附测定,对于病毒、支原体、细菌等感染的诊断均有一定的价值。

(2) 痰液检查:痰涂片的低倍镜视野里上皮细胞 <10 个,白细胞 >25 个为相对污染少的痰标本,定量培养菌量 $\geq 10^7$ cfu/ml可判定为致病菌。若经环甲膜穿刺气管吸引、或经纤维支气管镜防污染双套管毛刷采样,可防止咽喉部寄殖菌的污染,对肺部微生物感染病因诊断和药物选用有重要价值。反复做痰脱落细胞检查,有助于肺癌的诊断。

(3) 影像学检查:胸部X线透视配合正侧位胸片,可发现被心、纵隔等掩盖的病变,并能观察横膈、心血管活动情况。胸部CT能进一步明确病变部位、性质以及有关气管、支气管通畅程度。磁共振显像(MRI)对纵隔疾病和肺血栓栓塞可有较大帮助。肺血管造影用于肺血栓栓塞症和各种先天性或获得性血管病变的诊断;支气管动脉造影和栓塞术对咯血有较好的诊治价值。

(4) 胸部超声检查:用于胸腔积液及肺外周肿物的定位,指导穿刺抽液及穿刺活检。

(5) 胸腔积液检查和胸膜活检:常规胸腔积液检查可明确渗出性还是漏出性胸腔积液。检查胸腔积液的溶菌酶、腺苷脱氨酶、癌胚抗原及进行染色体分析,有助于结核与恶性胸腔积液的鉴别。脱落细胞和胸膜病理活检对明确肿瘤或结核有诊断

价值。

(6) 纤维支气管镜(纤支镜):纤维支气管镜能深入亚段支气管,直接窥视黏膜水肿、充血、溃疡、肉芽肿、新生物、异物等,作黏膜的刷检或钳检进行组织学检查;并可经纤支镜做支气管肺泡灌洗,灌洗液的微生物、细胞学、免疫学、生物化学等检查,有助于明确病原和病理诊断;还可通过它取出异物、诊断咯血,经高频电刀、激光、微波及药物治疗良、恶性肿瘤。借助纤支镜的引导还可作鼻气管插管。

(7) 胸腔镜:对原因不明的胸膜疾病(特别是胸腔积液)、膈肌、纵隔、心包和肺浅表病变诊断很有帮助。亦可辅以胸膜粘连术和粘连带灼断术治疗恶性胸腔积液和顽固性气胸。器械方面除硬质和纤维光束胸腔镜外,纤支镜、纵隔镜、腹腔镜均可用作代用品;近年来尚有治疗手术用胸腔镜,可行肺叶切除等手术,大大减少了剖胸创伤。

(8) 肺活体组织检查:经纤支镜作病灶活检可反复取材,有利于诊断和随访疗效。靠近胸壁的肿块病灶,可在胸透、B超或CT引导下定位做经胸壁穿刺肺活检,进行微生物和病理检查。以上两种方法,不足之处为所取肺组织过小,必要时可作开胸肺活检。

(9) 呼吸功能的测定:通过其测定可了解呼吸疾病对肺功能损害的性质和程度。对某些肺部疾病的早期诊断具有重要价值。测定通气与血流在肺内的分布、右至左静脉血的分流,以及弥散功能,有助于明确换气功能损害的程度。呼吸肌功能和呼吸中枢敏感性反应性测定,再结合动脉血气分析,可对呼吸衰竭病理生理有进一步了解,并能对呼吸衰竭的性质、程度以及防治和疗效判断等作出全面评价。

(10) 呼吸系统疾病的诊断:周密详细的病史和体格检查是诊断呼吸系统疾病的基础,普通X线和CT胸部检查对肺部病变具有特殊重要的作用。由于呼吸系统疾病常为全身疾病的一种局部表现,还应结合常规实验室及其他特殊检查结果,进行全面综合分析,力求作出病因、解剖、病理和功能的诊断。

中医学在两千多年前就对呼吸系统疾病有较系统的认识。对治疗“哮喘”、“喘证”、“肺胀”、“悬饮”、“肺痈”等疾病积累了大量临床资料和经验。肺主气,司呼吸,开窍于鼻,外合皮毛,故风、寒、燥、热等六淫外邪由口鼻、皮毛而入者,每都首先犯肺。同时因肺居胸中,其位最高,覆盖诸脏之上,其气贯百脉而通它脏,故内伤诸因,除肺脏自病外,它脏有病亦可影响到肺。因此其发病原因有外感、内伤两方面。主要的病理变化为肺气宣降失常,实者由于

痰邪阻肺,肺失宣肃,升降不利;虚者由于肺脏气阴不足,肺不主气而升降无权。如六淫外侵,肺卫受邪,则为感冒;内、外之邪干肺,肺气上逆则病咳嗽;痰虫蚀肺则病癆;痰邪阻肺,肺失宣降则为哮、为喘;肺热生疮则成痈;久病伤肺,肺气不能敛降则为肺胀;肺叶痿而不用则为肺痿。此外,肺有通调水道,下输膀胱的功能,与大肠为表里,可助心主治节,脾为金母,肝肺升降相因,金水相生,故其为病可涉及心、脾、肝、肾、膀胱、大肠等脏腑,与其他多个相关病证有密切的关系,临证应予联系处理。

治疗方面包括西医治疗及中医辨证施治:

西医治疗包括病因及对症治疗,采取抗感染,解痉平喘、止血、止痛等治疗,还可以应用胸腔镜对一些肺功能差的患者进行肺部手术。由于非创伤性面罩通气的推广,将预防一些患者发展为呼吸衰竭,使部分呼吸衰竭患者免于气管插管或切开。肺移植的开展,有可能成为对高度失代偿呼吸功能不全的患者的治疗手段。

中医治疗包括饮食调护、情志疗法,四诊合参,辨证施治,采用辨病与辨证相结合,以实则泻之、虚则补之、虚实夹杂者虚实兼治为基本原则。常用的治法有宣肺、肃肺、清肺、泻肺、温肺、润肺、补肺、敛肺八法。其中宣、肃、清、泻属于祛邪;温、润既有祛邪的一面,又有扶正的一面;补、敛均属扶正,临证时可按病情斟酌应用。此外还可以根据五脏生克关系进行治疗。虚证用补脾(补母)、滋肾(补子)的治法,如肺脾气虚者用培土生金法;肺肾阴虚者用金水相生法。实证可用泻肝的治法,如肝火犯肺,用清泻肝火之法。也可以通过脏腑的表里关系进行治疗,如肺之实证、热证可泻大肠,使肺热或痰浊从大肠下泄以降肺气。呼吸系统疾病的患者应注意气候变化,做好防寒保暖,避免受寒感冒。饮食忌肥腻、生冷、辛辣及过咸,戒烟酒。哮喘患者应避免刺激性气体、灰尘、花粉,忌食海鲜等食物,防止过度疲劳及情志刺激。对咯血量多者,应立即卧床休息,给予精神安慰,消除紧张情绪,并且密切观察病情,警惕气随血脱危象的发生。还应适当加强锻炼,增强体质,提高抗病能力。

中西医结合方面,中、西医具有各自的优势,在临床诊治时,应用科学的态度,正确认识各自的优缺点,取两者之优势,这样才能达到最佳疗效。如急性细菌性感染性疾病使用抗菌药物治疗疗效肯定,而对于病毒性感染,中医药治疗发挥了较大的作用。中西医结合治疗肺纤维化及慢性呼吸衰竭,对于延缓肺纤维化的进程及呼吸肌的疲劳有较好的疗效。

(林琳)

第2章

支气管哮喘

支气管哮喘(bronchial asthma)简称哮喘,是一种气道的慢性炎症性疾病,许多细胞和细胞组分参与此过程的发生。这种慢性炎症引起气道高反应性,导致喘息、呼吸困难、胸闷和咳嗽反复发作,常发生在夜间和清晨。其发生与广泛多变的可逆性气流受限有关,常可自行缓解或通过治疗缓解。

全球哮喘患病率为1%~18%,可发生于任何年龄,一般认为儿童患病率高于青壮年,老年人群患病率有增高的趋势;成人男女患病率大致相同;发达国家高于发展中国家,城市高于农村;约40%的患者有家族史。

支气管哮喘属于中医学“哮喘”(asthma with wheezing)范畴。

一、病因病机

中医认为哮喘的病理因素以痰为主。痰的产生主要由于人体津液不归正化,凝聚而成,如伏藏于肺,则成为发病的潜在“夙根”,因各种诱因如气候、饮食、情志、劳累等诱发。“伏痰”遇感引触,痰随气升,气因痰阻,相互搏结,壅塞气道,肺管狭窄,通畅不利,肺气宣降失常,引动停积之痰,而致痰鸣如吼,呼吸气促困难,甚则喘息不能平卧。严重者肺不能治理调节心血运行,肾虚命门之火不能上济于心,则心阳同时受累,发生喘急鼻煽,胸高气促,张口抬肩,汗出肢冷,面色青紫,肢体浮肿,烦躁昏昧等喘脱危候。若长期反复发作,寒痰伤及脾肾之阳,痰热耗灼肺肾之阴,则可由实转虚,在平时表现肺、脾、肾等脏器虚弱之候,可见短气、疲乏,并有轻度喘促。如长期不愈,反复发作,病由肺累及脾、肾、心,可导致肺气胀满,不能敛降之肺胀。

现代医学认为哮喘的发病机制十分复杂,许多因素参与其中。“气道炎症学说”是目前公认的最重要的哮喘发病机制,哮喘是一种慢性过敏性气道炎症(allergic airway inflammation, AAI)。外源性过敏原(尘螨、花粉、真菌等)使肥大细胞脱颗粒所释放出的炎性介质,除了能引起速发相哮喘反应(immediate asthmatic reaction, IAR)外,其中的白三烯(LTs)、血小板活化因子(PAF)和嗜酸粒细胞趋化因子(ECF)等,可使嗜酸粒细胞、淋巴细胞、中性粒细胞、巨噬细胞等炎症细胞从外周循环血液募集到气道并活化,释放出许多炎性介质。其

中以嗜酸粒细胞释放的嗜酸粒细胞阳离子蛋白(ECP)、主要碱性蛋白(MBP)、LTs和PAF等最为重要,可导致迟发相哮喘反应(late asthmatic reaction, LAR)。

此外,过敏反应学说,神经-受体失衡学说,其他如感染、药物、运动、遗传、胃-食管反流等引发的哮喘也是解释哮喘发生发展的重要理论。

气道内以嗜酸粒细胞浸润为主的过敏反应性炎症是哮喘的主要病理特征。早期表现为支气管黏膜肿胀、充血,分泌物增多,气道内炎症细胞浸润、气道平滑肌痉挛等可逆性的病理改变,在病情缓解后可基本恢复正常。但当哮喘反复发作后,支气管呈现慢性炎症性改变,表现为柱状上皮细胞纤毛倒伏、脱落,上皮细胞坏死,黏膜上皮层杯状细胞增多,支气管黏膜层大量炎症细胞浸润、黏液腺增生、基底膜增厚,支气管平滑肌增生。以呼气期为主的通气功能障碍,可导致肺泡内气体滞留。不可逆性通气功能障碍,使肺泡长期过度膨胀,弹性降低,可形成阻塞性肺气肿,甚至慢性肺源性心脏病。

二、临床表现

1. 症状

典型哮喘的表现为反复发作性喘息,大多有季节性,日轻夜重(夜间和凌晨易发),常常与吸入外源性变应原有关,可自行缓解或应用支气管舒张剂治疗后缓解。缓解期患者可无任何哮喘症状。非典型的支气管哮喘可表现为发作性胸闷或顽固性咳嗽。后者又称“咳嗽变异性哮喘(cough variant asthma, CVA)”,以顽固性咳嗽为主要临床表现,无喘息症状。

2. 体征

急性发作时,两肺闻及弥漫性哮鸣音,以呼气期为主,当伴有呼吸道感染时,常有湿啰音存在。一般缓解期无特殊体征,长期反复发作者可有轻度肺气肿征。

3. 常见并发症

发作时可并发气胸(aeropleura)、纵隔气肿(mediastinal emphysema)、肺不张(pulmonary atelectasis);长期反复发作和感染可并发慢性支气管炎(chronic bronchitis)、肺气肿(pulmonary emphyse-