

常見內科病

醫藥衛生出版社出版

常見內科病

醫藥衛生出版社出版

內 容 提 要

本書共分十一章，主要按系統分述常見疾病的病因、症狀、診斷、預防及治療。

常 見 內 科 病

醫藥衛生出版社出版

香港歌賦街十七號

印刷者：劬華文化服務社

官塘伊士地112號一樓

中流出版社

定價 \$ 7.00

一九七四年六月版

版權所有・不准翻印

目 录

第一章 传染病学	1
第一节 传染病总论	1
第二节 呼吸道传染病	5
伤风	5
流行性感冒	6
第三节 肠道传染病	7
伤寒及副伤寒	7
细菌性痢疾	9
急性传染性肝炎	11
波状热	13
〔附〕 霍乱与副霍乱	14
第四节 昆虫媒介传染病	17
斑疹伤寒	17
回归热	18
〔附〕 鼠疫	19
第五节 接触传染病	21
狂犬病	21
钩端螺旋体病	22
第二章 寄生虫病	25
第一节 原虫病	25
阿米巴病	25
疟疾	29
黑热病	31
第二节 蠕虫病	34
血吸虫病	34
华枝睾吸虫病	38

姜片虫病·····	40
丝虫病·····	41
钩虫病·····	44
蛔虫病·····	45
绦虫病·····	47
蛲虫病·····	48
肺吸虫病·····	50
第三章 结核病 ·····	52
第一节 病因、病理变化·····	52
第二节 肺结核病·····	53
第三节 肠结核·····	58
第四节 结核性腹膜炎·····	59
第五节 结核性胸膜炎·····	60
第六节 结核性脑膜炎·····	61
第四章 呼吸系统疾病 ·····	63
第一节 大叶肺炎·····	63
第二节 原发性非典型性肺炎·····	66
第三节 肺脓肿·····	67
第四节 支气管炎·····	70
急性支气管炎·····	70
慢性支气管炎·····	71
第五节 支气管哮喘·····	72
第六节 支气管扩张症·····	74
第七节 支气管癌·····	75
第五章 消化系统疾病 ·····	76
第一节 溃疡病·····	76
第二节 胃炎·····	82
急性单纯性胃炎·····	82
慢性胃炎·····	83
第三节 胃肠神经官能症·····	84

第四节	胆道蛔虫症·····	85
第五节	急性胰腺炎·····	86
第六节	肝硬化·····	89
第七节	原发性肝癌·····	91
第六章	循环系统疾病·····	92
第一节	风湿热·····	92
第二节	慢性风湿性心脏病·····	96
第三节	心脏机能不全(充血性心力衰竭)·····	99
第四节	亚急性细菌性心内膜炎·····	103
第五节	心包炎·····	105
急性心包炎·····		105
慢性心包炎·····		106
第六节	高血压病·····	107
第七节	冠状动脉性心脏病·····	111
心绞痛·····		111
心肌梗死·····		112
第八节	慢性肺原性心脏病·····	114
第九节	克山病·····	115
第十节	心脏血管神经官能症·····	118
第七章	泌尿系统疾病·····	120
第一节	急性肾炎(急性弥漫性肾小球肾炎)·····	120
第二节	慢性肾炎(慢性弥漫性肾小球肾炎)·····	122
第三节	肾盂肾炎·····	125
第八章	内分泌、新陈代谢病及地方病·····	126
第一节	糖尿病·····	127
第二节	甲状腺机能亢进·····	134
第三节	单纯性甲状腺肿·····	137
第四节	大骨节病·····	138
第九章	血液系统疾病·····	141
第一节	低色素性贫血(缺铁性贫血)·····	141

第二节	大细胞性贫血	143
第三节	骨髓性贫血(再生障碍性贫血)	143
第四节	白血病	145
第五节	粒性白细胞缺乏症	146
第十章	物理原因及中毒性疾病	147
第一节	中暑	147
第二节	一氧化碳中毒	149
第三节	常见的农药中毒	150
	1059, 1605 和敌敌畏 (D. D. V) 中毒	150
	六六六 和 二二三(滴滴涕)中毒	153
	西力生和赛力散中毒	154
第四节	砷中毒	156
第五节	磷中毒	157
第六节	亚硝酸盐中毒	158
第七节	巴比妥盐类(安眠药)中毒	160
第八节	食物中毒	161
第十一章	神经系统疾病	167
第一节	多发性神经炎	167
第二节	急性感染性多发性神经炎	169
第三节	面神经麻痹	169
第四节	三叉神经痛	170
第五节	脑血管疾病	171
	脑出血	171
	脑血栓形成	173
	脑栓塞	173
	蛛网膜下腔出血	173
第六节	癫痫	174
第七节	神经官能症	176
	神经衰弱	176
	癔病(歇斯底里)	177

第一章 傳染病学

第一节 傳染病总論

【傳染病的概念】 傳染病是由病原体侵入人体在体内生长繁殖而引起的疾病。这类疾病能在人群中相互传播，甚至广泛流行，因而对社会及个人都有重大影响。

【傳染病的病原、傳染途径和发病过程】

一、病原体 每种傳染病都有它特殊的病原体，常见的病原体有下列几种

（一）病毒 可引起伤风、流行性感胃、麻疹、流行性乙型脑炎等疾病。

（二）立克次体 可引起斑疹伤寒、恙虫病等疾病。

（三）细菌 可分为球菌和杆菌两大类。球菌引起的傳染病有大叶肺炎、流行性脑脊髓膜炎等。杆菌引起的有白喉、细菌性痢疾、伤寒、结核病等。

（四）螺旋体 钩端螺旋体病、回归热等，都由螺旋体引起。

（五）原虫 疟疾、阿米巴痢疾、黑热病等，由原虫引起。

（六）霉菌 可引起某些皮肤及内脏傳染病，如癣、放线菌病、念珠菌病等。

二、傳染源 病原体必须在人或动物体内寄生和繁殖，然后通过患病的人或动物以及带菌者，经过一定的途径直接或间接傳染给他人或其他动物。这些患傳染病的人、动物或带菌者都是傳染源。

三、传染途径 病原体从被感染的生物体内排出需经一定的途径才能侵入健康机体。主要传染途径如下：

(一) 呼吸道传染 病人或带菌者咳嗽、打喷嚏、吐痰或谈话时，病原体随着飞沫飘浮在空气中，健康人吸入后，就可能被传染，这就叫飞沫传染。如果病原体随着痰液或飞沫落在尘土中，人吸入了这种尘埃，也能被传染，这就叫尘埃传染。伤风、流行性感冒、肺结核等，主要就是经过呼吸道传染的。

(二) 肠道传染 病原体自病人或带菌者的粪便中排出，经过被粪便污染的水、食物或手由口进入体内，就可能被传染。另外，苍蝇是传染这类疾病的主要媒介。常见的肠道传染病有伤寒、痢疾、传染性肝炎、霍乱等。

(三) 昆虫媒介传染 昆虫叮咬了病人，再叮咬健康人并将病原体传入健康人体，就可引起相应传染病。如虱子传播斑疹伤寒及回归热，白蛉子传播黑热病，蚊子传播流行性乙型脑炎、疟疾，跳蚤传播鼠疫等。

(四) 接触传染 主要由于接触病人的皮肤、粘膜或接触被病原体污染的生活用具、公用物品等而传染。最常见于一些皮肤病如癣，另外钩端螺旋体病也可因接触了被污染的水、土壤及食物而引起。

四、传染病的发病过程

(一) 潜伏期 自病原体侵入机体到出现临床症状为止，称为潜伏期。潜伏期的长短因传染病的种类而异。

(二) 前驱期 潜伏期后接着就是前驱期，此时患者只有较轻的自觉症状，而常无明显的体征改变。

(三) 发病期 有明显的自觉症状及客观体征，各种传染病此期都有特殊的临床表现。

(四) 恢复期 患者症状已消失，但仍须进行适当的治疗

与护理。

五、人体免疫力 患过传染病后，患者可产生免疫力（就是有能力克服病原体的致病力而不再得这种传染病）。有的免疫力较强较久，如患麻疹、天花后，一般终生不再患此病；有的持续短时间即消失，如伤风、痢疾等，因此在第一次受染痊愈后不久，还会再次受染。

【传染病的预防】

一、控制传染源

（一）疫情报告 应当报告的传染病共二十五种，甲类有鼠疫、天花、霍乱；乙类有流行性乙型脑炎、白喉、斑疹伤寒、回归热、痢疾（杆菌性痢疾与阿米巴痢疾）、伤寒及副伤寒、猩红热、流行性脑脊髓膜炎、麻疹、脊髓灰质炎、百日咳、炭疽病、波状热、森林脑炎、狂犬病、血吸虫病、钩虫病、疟疾、丝虫病、黑热病、恙虫病、出血热等。掌握疫情主要靠传染病的发现和及时报告，这是卫生防疫机构实施防疫措施的主要根据。以上各病和地方卫生行政机关规定的其他传染病都应按照规定的办法及时报告。

（二）病人的隔离 早期诊断和隔离病人是防疫措施的重要步骤。可根据实际情况及条件采取多种隔离办法。如在家庭内隔离的病人，最好有单独房间、饮食用具及被褥等；办不到的话，也要尽量少和别人接触。在传染病流行季节如有必要，可以选择一定条件的房屋或院落作临时隔离室，以便收容那些在家庭内无隔离条件的病人，这样集中隔离、治疗、观察可以减少传染源的分散和向外散布的机会。有条件的可送入传染病院隔离，根据不同的病种送入不同的隔离室。隔离时间应从发病起至临床症状和并发症消失以后。有条件进行细菌学检查的，最好在排泄物或分泌物查不出病原体再解除

隔离。

隔离方法应依照传染方式和传染性的强弱而有不同。天花、霍乱、鼠疫、白喉等病传染性强的应严密隔离；流行性感冒、流行性脑脊髓膜炎进行呼吸道隔离（不住在一起、戴口罩）；伤寒、痢疾等病行消化道隔离（不接触病人和他用过的物品，对这些物品及病人排泄物消毒）。对昆虫媒介传染病，就要防除四害，例如对流行性乙型脑炎、疟疾、丝虫病等须有防蚊设备；斑疹伤寒、回归热等病必须灭虱；鼠疫应灭鼠、灭蚤等。

（三）留验和发现带菌者 凡和重要传染病人接触过、有可能受到感染而成为新的传染源的人，都要留验或进行必要的检查。留验期限要一直等到该传染病的最长潜伏期终了为止。

二、切断传染途径、消灭传染媒介

（一）大力开展各地卫生运动，改善环境卫生，管好粪肥、水源、食物，积极消灭苍蝇，是切断肠道传染途径的主要措施。对呼吸道传染病来说，要切断传染途径，就须注意通风，使空气流通、阳光充足，避免拥挤，减少尘埃，不和病人接近。必要时，戴口罩和消毒病人排泄物污染的东西。对于昆虫媒介传染病则需彻底消灭媒介昆虫，例如灭蚊，灭蚤，灭虱等。对于接触传染病来说，就要避免和病人或含病原体的东西直接接触。

（二）消毒 消毒方法有许多种，可根据具体条件采用不同方法。物理方法：如曝晒、焚烧、煮沸、蒸汽等都可达到消毒目的。化学药品如石炭酸、来苏、生石灰、漂白粉等。杀虫药有二二三（滴滴涕）及六六六、敌百虫、敌敌畏等。

对病人接触过的东西如衣服、被褥、书籍、食具、生活日用品等，能煮的煮沸消毒 30 分钟，不能煮的于阳光下曝晒 6~8

小时,无保留价值的可烧毁。室内家具、墙壁、门窗、地面,必要时可用 3~5% 来苏溶液或石炭酸液擦洗或喷雾消毒。有些传染病,用通风几小时的方法,也可达到消毒目的。病人的排泄物、分泌物也可用石灰乳、5% 来苏或石炭酸溶液或 20% 漂白粉消毒 2 小时。医疗器械及用具能煮的煮沸消毒,不能煮的用 3~5% 来苏或石炭酸等消毒液浸泡,或用消毒液擦拭。

三、增加人体免疫力 根据具体情况实施预防接种,使人们产生自动免疫力,就可达到预防某些传染病的目的。

第二节 呼吸道传染病

伤 风

【病因】 本病为病毒引起的上呼吸道粘膜发炎的传染病,传染性强,全年都可发生,而以冬春气候突变时为多,受寒、淋雨及过度劳累,为发病诱因。

【临床表现】 潜伏期为 1~2 日,发病初全身不适,轻度畏寒,一般不发热或轻度发热,头痛,同时鼻腔、咽部发痒,引起喷嚏、咳嗽、流清水样鼻涕、鼻塞等。如炎症侵及咽喉部则咽喉干燥、声音嘶哑,炎症延及气管则有干咳、胸骨下闷痛等。一般经过 5~7 天逐渐痊愈。若发生中耳炎、鼻旁窦炎、肺炎等并发症,则病程延长,病情加重。

【治疗】 适当注意休息,年老体弱及有发热者最好卧床休息,多喝水。头痛、发热,可给复方阿斯匹林 0.4 克,一日 2~3 次,或索密痛 0.5 克一日数次。鼻塞可用鼻眼净点鼻,每日数次。咳嗽、吐黄痰、中耳炎、鼻旁窦炎患者,可服用磺胺噻唑及碳酸氢钠各 1.0 克,每 6 小时一次。一般不需用抗菌

素。中药羚翘解毒丸有解热、发汗、镇咳等作用，每次 1~2 丸，一日二次；或银翘解毒片 4 片，一日二次内服。

流行性感冒

本病为流行性感冒病毒所致的急性呼吸道传染病，传播迅速，短时间内可使许多人感染。临床特点是突然发热、头痛、全身酸痛、结膜充血及鼻塞、干咳。

【临床表现】 潜伏期 1~3 天，可有以下三型：

一、单纯型 起病突然，伴有寒战，体温急剧上升可达 39℃，周身疼痛，头痛，咽喉粘膜充血，面部潮红，结膜充血，脉搏较快，也可有鼻塞、干咳等症状，通常 3~5 天后体温渐下降，症状也逐渐消失。

二、肺炎型 病变蔓延侵及细支气管或同时合并细菌感染，引起细支气管炎及肺充血。患者咳嗽加重，呼吸困难，紫绀，并有弛张型发热，可有血色泡沫样痰，全身衰竭，病情发展较快。

三、合并症型 常见的合并症有化脓性支气管炎、鼻窦窦炎及扁桃体炎等。此时患者咳嗽较厉害，咯粘液脓性痰，体温持续不退，头痛，流脓性鼻涕，咽痛，扁桃体红肿有分泌物，颌下淋巴结肿大、疼痛。

【治疗】 卧床休息，多喝水，给以流质或半流质饮食（见《常用医护技术》），发热过高时冷敷或头置冰袋，也可用解热止痛剂，如复方阿斯匹林，扑热息痛，索密痛等；咳嗽及痰较多时可用止咳祛痰剂。有继发感染时适当用磺胺药或抗菌素，常用青霉素 10 万~20 万单位，肌肉注射，每 6 小时一次。对年老体弱患者虽无合并症，也可酌情用抗菌素，预防继发感染。

其余呼吸系传染病见《常见儿科病》。

第三节 肠道传染病

伤寒及副伤寒

【病因】 伤寒是伤寒杆菌所致的急性肠道传染病。病变主要为小肠的淋巴组织增生及坏死，再形成溃疡。临床特点有稽留性高热，相对性缓脉、玫瑰疹、脾肿大、白细胞减少。本病终年都可发生，但多见于5~9月份。

【临床表现】 潜伏期平均为10~14天，起病缓慢，可有畏寒、全身不适、头痛、食欲不振、体温呈梯形上升，一周内升达39~40℃，此时肝脾可轻度肿大，有腹胀、腹泻、腹部中度压痛；并有表情淡漠、神志迟钝、听觉不敏、嗜睡、谵妄。在病程第二、三周呈稽留热型，约在第四周初体温早晚相差大，呈弛张热型，继之体温在数天内逐渐恢复正常。病程中脉搏与体温不一致，脉相对地慢。起病6~10天时，皮肤可分批出现玫瑰疹，压之褪色，常见于上腹部及胸背部，约2~3日后消失。通常白细胞总数较低(3000~5000/立方毫米)，嗜酸性白细胞显著减少或消失。整个病程一般4~5周左右。有的体温正常5~10天后可有复发，症状较第一次轻，病程也较短，偶有复发3~4次的。

【并发症】

一、肠出血 常见于第三周，约占伤寒病例的7~13%。轻者仅大便中有隐血，重者有大量出血、体温骤退、脉搏上升、血压下降、面色苍白、出冷汗、烦躁不安，严重者发生休克、昏迷。

二、肠穿孔 也多发生在第三周，为伤寒严重的并发症，

约占2~8%。常先有腹胀、腹泻或肠出血，右下腹突然剧痛，伴以恶心、呕吐、脉搏加快，体温下降后又上升。诊查时腹肌痉挛有弥漫性压痛及反跳痛，肝浊音界消失，此时白细胞增多。应及时手术治疗。

三、心肌炎 表现为心跳加快，第一心音减弱，心律不整，可出现奔马律，血压低等。

【诊断】 根据典型临床表现及血常规检查，就可以作出诊断。有条件的可作实验室检查，以确定诊断。

一、肥达氏反应 试验中所用的抗原伤寒杆菌的菌体抗原“O”及鞭毛抗原“H”。试验目的在于测定患者血清中抗体滴度。第一周前常为阴性，此后阳性率逐渐增加，2~4周阳性率可达90%。一般“H”凝集价1:80，“O”凝集价1:160就可初步诊断伤寒。

二、病原菌培养 只在有条件的医院才能作到。

【鉴别诊断】

一、斑疹伤寒 起病急、寒战、高热、脉搏快，斑疹出现较早也较多，病程短，约为二周，体温速退，外斐氏反应阳性。

二、疟疾 周期性发热，且体温波动大，初发数周后，脾肿大且硬，血液中找到疟原虫。

三、粟粒性结核 本人或家庭中有结核病史，脉搏快，呼吸急促，体温较不规则，如有条件作肺部X线照象，可见粟粒型病灶。

【治疗】

一、一般疗法 对伤寒病人的护理十分重要。应绝对卧床休息，吃软而易消化和无渣饮食（见《常用医护技术》），供给足量的水分。经常清洁皮肤，帮助病人翻身，防止褥疮。体温39°C以上应冷敷或酒精擦浴。保持大便通畅，便秘者可隔日

用生理盐水低压灌肠；腹胀时用肛管排气。由于伤寒经治疗后，症状消失快而肠道病变愈合慢，所以恢复期患者的饮食不宜增加太快，以免发生并发症。

二、抗菌素 氯霉素、合霉素效果良好。成人氯霉素每日1克，分四次服；合霉素剂量加倍；3~5日后体温即可降至正常，但应继续服用直至2~3周后方可停药。这类药物可引起粒细胞缺乏症，因此用药期间应3~5日查白细胞总数及分类。金霉素、土霉素、四环素对本病也有效，剂量与氯霉素相同，如果氯霉素疗效欠佳或发生严重反应时可改用这些药。

三、并发症的治疗 肠出血者安静卧床，24小时内停饮食，腹部冷敷，失血过多时可酌情输血。如发现肠穿孔应及早手术治疗。心肌炎（见循环系统疾病）患者绝对卧床休息，可服用维生素B₁ 10~20毫克，一日三次，也可给予50%葡萄糖溶液60毫升，静脉注射，一日二次。

【预防接种】 伤寒及副伤寒混合疫苗皮下注射，初次量为0.5毫升，以后每隔一周注射1毫升，共注射三次，此后每年行预防接种一次。

副 伤 寒

除潜伏期较短外，其他症状与伤寒相似，只病程较短，临床上难以与伤寒鉴别，可用细菌培养和肥达氏反应来鉴别，治疗也与伤寒相同。

细菌性痢疾

本病是由痢疾杆菌引起的肠道急性传染病，以全身中毒症状、腹痛、里急后重及腹泻、排脓血样便为主要临床表现，流行于夏秋两季。

【临床表现】 依临床表现不同可分以下各型：

一、典型急性型 潜伏期 1~7 天，起病急，有畏寒、高烧、恶心、呕吐、腹痛、腹泻，腹泻一昼夜内可达十几次或二十几次，最初为稀便，继之为脓血便，并有里急后重。大便涂片，在显微镜下检查可见多数白细胞，并有大噬细胞。白细胞总数增多(8000~20000/立方毫米)，中性粒细胞也增多。及时治疗一般于 6~7 天内体温渐下降，症状好转，2~3 周痊愈。若治疗不及时易转为慢性型。

二、轻型 全身症状轻微或无，腹痛不显著，大便中有粪质及粘液，也可见脓血便。此型在成人中多见。大便显微镜检查，可见红、白细胞，有时也见大噬细胞。

三、暴发型 起病急骤，有严重中毒症状，寒战、高烧、呕吐、可有血样便，有时甚至无腹泻症状，很快就昏迷休克，应及时抢救。

四、慢性型 少数急性型患者，因治疗不彻底而转为慢性，饮食不当、腹部受凉及过劳等因素，可引起反复发作。发作时大便次数增多，含有粘液、脓、血，症状时轻时重，长期不愈。

【诊断】 依靠临床表现及大便检查，可作出诊断。有条件作大便培养，可确定病原体。本病应与阿米巴痢疾(详后)鉴别。

【治疗】 吃软而易消化的食物，供给足量水分。脱水严重时，可静脉输液：5%葡萄糖液及生理盐水 1000~3000 毫升。药物治疗如下：

一、磺胺药物 其中以磺胺嘧啶最好，其次为磺胺噻唑。首次剂量为 2 克，以后每 4~6 小时一次，每次 1 克，加等量碳酸氢钠同服。用药期间多喝水，定期留尿检查，以免出现肾脏