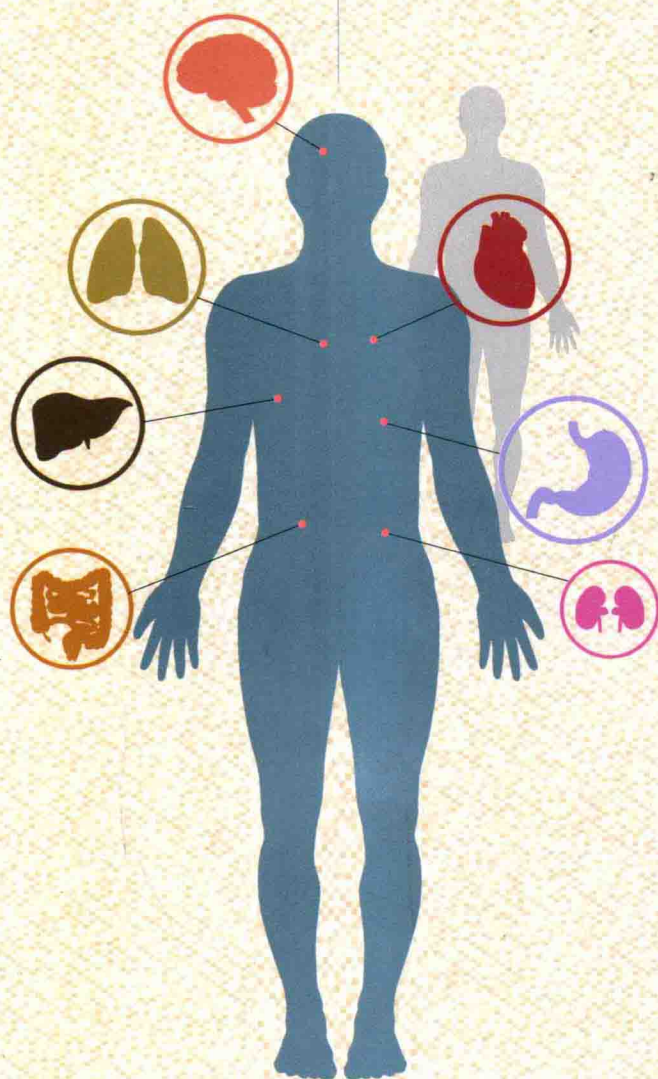


高世东 主编



实用中西医内科常见疾病诊疗

Practical Diagnosis and Treatment to Common Medical Disease



兰州大学出版社
LANZHOU UNIVERSITY PRESS

Practical Diagnosis and Treatment to Common Medical Disease

实用中西医内科常见疾病诊疗

主 编
副主编

高世东
任晓明
许亚宁
郭晓伟

刘晓甫
许衍峰
崔君琴

郭 刚
赵菊花
谢芳芳



兰州大学出版社
LANZHOU UNIVERSITY PRESS

图书在版编目 (C I P) 数据

实用中西医内科常见疾病诊疗 / 高世东主编. — 兰州 : 兰州大学出版社, 2015. 6
ISBN 978-7-311-04783-2

I. ①实… II. ①高… III. ①内科—疾病—中西医结合—诊疗 IV. ①R5

中国版本图书馆CIP数据核字(2015)第130095号

策划编辑 陈红升
责任编辑 张 萍 佟玉梅
封面设计 郇 海

书 名	实用中西医内科常见疾病诊疗
作 者	高世东 主编
出版发行	兰州大学出版社 (地址:兰州市天水南路 222 号 730000)
电 话	0931-8912613(总编办公室) 0931-8617156(营销中心) 0931-8914298(读者服务部)
网 址	http://www.onbook.com.cn
电子信箱	press@lzu.edu.cn
印 刷	兰州德辉印刷有限责任公司
开 本	787 mm×1092 mm 1/16
印 张	31.25(插页 2)
字 数	785 千
版 次	2015 年 6 月第 1 版
印 次	2015 年 6 月第 1 次印刷
书 号	ISBN 978-7-311-04783-2
定 价	78.00 元

(图书若有破损、缺页、掉页可随时与本社联系)

前言

随着新世纪的来临,科学与人文的融合已成为时代的主题。生命科学需要系统复杂科学指导下的还原分析,医学科学以科学精神与成就体现人文关怀。中医学是植根于中华民族优秀文化沃土之中的整体医学,是我国人民数千年来与疾病做斗争的实践经验总结。在生命科学迅速发展的今天,崇尚回归自然成为当前的世界潮流,中医中药被越来越多的国家所认同,其发展恰逢前所未有的良好机遇。随着中医现代化的研究不断深入,中医、中西医结合内科疾病研究也不断进步,以病证结合研究为主要模式的中西医结合诊疗体系逐渐形成,中西医结合治疗内科疾病积累了很多经验,取得了很好效果。鉴于此,为满足中医、中西医结合临床工作者的实际需要,我们结合临床实际工作经验和应用,编写了《实用中西医内科常见疾病诊疗》一书。

本书系统介绍了中西医结合内科学的基本知识,包括呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、传染病、泌尿系统疾病、血液与造血系统疾病、内分泌与代谢疾病、风湿性疾病、神经系统疾病等内科常见病,每类疾病又分为有中医常见病证、西医常见疾病两大部分。中医病证简述了常见病证的概念,主要病因、病机、病位,列举了诊断要点、类证特征及辨证要点,概括了分型论治、预防措施。西医疾病简述了常见疾病概念、临床特征,主要病因、发病机制、病理特征,临床表现概括了病史、症状与体征,诊断列出了诊断依据和鉴别要点,治疗概括了各种有效的治疗方案、措施和预防措施。

全书内容丰富,贴近临床,重点突出,简练实用,知识系统,既重视中西医知识的系统性,又注意中西医两大系统的关联性和相融性,比较全面地反映了中西医内科临床的新进展。适合中西医内科初、中级工作者及基层和社区工作者在临床工作中参考。

由于编者水平和时间有限,疏漏、错误和不妥之处在所难免,恳请广大读者批评指正。

编者

2015年5月

目 录

第一章 呼吸系统疾病	001
第一节 急性上呼吸道感染	001
第二节 急性气管-支气管炎	005
第三节 慢性支气管炎	007
第四节 慢性阻塞性肺气肿	012
第五节 慢性肺源性心脏病	015
第六节 支气管哮喘	020
第七节 支气管扩张	025
第八节 呼吸衰竭	028
第九节 急性呼吸窘迫综合征	033
第十节 肺炎球菌肺炎	037
第十一节 肺结核	040
第十二节 结核性胸膜炎	045
第十三节 肺间质纤维化	048
第二章 消化系统疾病	053
第一节 急性胃肠炎	053
第二节 慢性胃炎	055
第三节 消化性溃疡	063
第四节 肠结核	068
第五节 溃疡性结肠炎	070
第六节 功能性消化不良	073
第七节 肠易激综合征	075
第八节 肝硬化	079
第九节 急性胆囊炎	085
第十节 慢性胆囊炎	088
第十一节 急性胰腺炎	089
第十二节 慢性胰腺炎	093
第十三节 结核性腹膜炎	096
第十四节 上消化道出血	098

第十五节 胆石症	101
第十六节 脂肪肝	105
第十七节 胃食管反流病	107
第三章 循环系统疾病	112
第一节 心力衰竭	112
第二节 常见心律失常	120
第三节 高血压病	130
第四节 心绞痛	135
第五节 急性心肌梗死	140
第六节 心脏瓣膜病	145
第七节 感染性心内膜炎	149
第八节 心肌炎	152
第九节 心包炎	155
第十节 雷诺病	159
第十一节 血栓性静脉炎	162
第十二节 心血管神经症	164
第十三节 急性心功能不全	166
第十四节 慢性心功能不全	170
第十五节 病毒性心肌炎	175
第四章 泌尿系统疾病	181
第一节 急性肾小球肾炎	181
第二节 急进性肾小球肾炎	185
第三节 慢性肾小球肾炎	187
第四节 肾病综合征	192
第五节 尿路感染	196
第六节 急性肾衰竭	200
第七节 慢性肾衰竭	203
第五章 血液系统疾病	211
第一节 缺铁性贫血	211
第二节 再生障碍性贫血	213
第三节 急性白血病	217
第四节 慢性粒细胞白血病	222
第五节 过敏性紫癜	224
第六节 特发性血小板减少性紫癜	227

第七节 弥散性血管内凝血	230
第八节 巨幼细胞性贫血	233
第九节 溶血性贫血	236
第六章 内分泌系统疾病、代谢疾病和营养疾病	240
第一节 甲状腺功能亢进症	240
第二节 甲状腺功能减退	244
第三节 甲状腺炎	248
第四节 糖尿病	251
第五节 糖尿病酮症酸中毒	259
第六节 肥胖症	261
第七节 痛风	265
第八节 骨质疏松症	268
第九节 代谢综合征	270
第十节 高脂血症及高脂蛋白血症	275
第十一节 慢性肾上腺皮质功能减退症	276
第七章 结缔组织病和风湿病	280
第一节 类风湿关节炎	280
第二节 系统性红斑狼疮	283
第三节 风湿热	286
第四节 强直性脊柱炎	290
第五节 干燥综合征	293
第八章 急性中毒	298
第一节 有机磷杀虫药中毒	298
第二节 急性一氧化碳中毒	300
第三节 急性巴比妥类中毒	302
第九章 神经系统疾病和精神疾病	304
第一节 脑血栓形成	304
第二节 脑出血	307
第三节 癫痫	310
第四节 颅内压增高综合征	315
第五节 急性感染性多发性神经根神经炎	317
第六节 特发性面神经麻痹	320
第七节 多发性硬化	324
第八节 重症肌无力	329

第九节 帕金森病333

第十节 失眠342

第十一节 蛛网膜下腔出血348

第十二节 神经衰弱354

第十章 传染性疾病357

第一节 病毒性肝炎357

第二节 流行性感冒369

第三节 流行性腮腺炎374

第四节 伤寒与副伤寒376

第五节 细菌性痢疾379

第六节 流行性脑脊髓膜炎383

第十一章 临床常见检查项目及其临床意义386

第一节 血常规检测386

第二节 尿常规检测390

第三节 粪便常规检查392

第四节 凝血功能检查395

第五节 血液流变学检查396

第六节 早孕和妇科相关检查398

第七节 分泌物检查400

第八节 肝功能及肝炎系列检查401

第九节 肾功能检查410

第十节 肿瘤标志物414

第十一节 内分泌激素检查418

第十二节 血液系统的检查429

第十三节 消化系统的检查433

第十四节 心血管系统的检查441

第十五节 泌尿系统的检查446

第十六节 电解质检测451

第十七节 药物对血液常见项目结果的影响458

第十八节 标本误差因素对尿液分析464

第十九节 标准误差与血液生化检测471

附 录481

临床检验常用人体临床检验与生化检验正常值481

参考文献489

第一章 呼吸系统疾病

第一节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染(acute upper respiratory tract infections)有70%~80%由病毒引起,细菌性感染仅占1%~2%。其特征为起病急骤、病势轻、病程短、预后较好。有部分患者可继发细菌性支气管炎或副鼻窦炎,偶可并发肾炎、风湿病等。某些急性传染病的早期,可表现上呼吸道感染症状,故诊断时应加以识别。

本病属于祖国医学的“伤风”“感冒”“伤寒”范畴。

【病因病机】

急性上呼吸道感染有70%~80%由病毒引起,主要有流感病毒(甲、乙、丙)、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒、鼻病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒、麻疹病毒、风疹病毒等。另有20%~30%的上呼吸道感染由细菌引起。细菌感染可直接感染或继发于病毒感染之后,以溶血性链球菌为最常见,其次为流感嗜血杆菌、肺炎球菌、葡萄球菌等,偶或为革兰阴性细菌。主要表现为鼻炎、咽喉炎或扁桃体炎。各种导致全身或呼吸道局部防御功能降低的原因,如受凉、淋雨、气候突变、过度疲劳等可使原已存在于上呼吸道的或从外界侵入的病毒或细菌迅速繁殖,从而诱发本病。老幼体弱、免疫功能低下或患有慢性呼吸道疾病的患者易感。

中医认为,“夫时气病者,此皆因岁时不和,温凉失节,人感乖戾之气而生,病者多相染易”,“正气存内,邪不可干”。即本病的发生是由于六淫、时行病毒侵袭人体而致病,当卫外功能减弱,肺卫调节疏懈,外邪侵袭时,则易感受而发病。

【诊断要点】

好发于秋—春季节,常有受凉、淋雨和过劳等诱因。

常有咽痛或伴声音嘶哑、喷嚏、流涕、鼻塞、咳嗽、肌肉酸痛、周身不适、畏寒发热和头痛等。

鼻黏膜及咽部急性充血、分泌物增多,咽后壁淋巴滤泡肿胀,但肺部无异常体征。

病毒性感染,白细胞计数多为正常或减少,淋巴细胞比例升高。细菌感染,白细胞计数与中性粒细胞增多和核左移现象。胸部X线检查无异常发现。

根据病因和病变范围的不同,临床表现可有不同的类型:

(1)普通感冒

普通感冒俗称伤风,又称急性鼻炎或上呼吸道卡他,多由鼻病毒引起,其次由冠状病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒等引起。

起病较急,潜伏期1~3天,随病毒而异,肠病毒较短,腺病毒、呼吸道合胞病毒等较长。

主要表现为鼻部症状,如喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕,也可表现为咳嗽、咽干、咽痒或灼热感,甚至鼻后滴漏感。发病同时或数小时后可有喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕等症状。2~3天后鼻涕变稠,常伴咽痛、流泪、味觉减退、呼吸不畅、声嘶等。一般无发热及全身症状,或仅有低热、不适、轻度畏寒、头痛。体检可见鼻腔黏膜充血、水肿、有分泌物,咽部轻度充血。

并发咽鼓管炎时可有听力减退等症状。脓性痰或严重的下呼吸道症状提示合并鼻病毒以外的病毒感染或继发细菌性感染。如无并发症,5~7天可痊愈。

(2)急性病毒性咽炎或喉炎

急性病毒性咽炎:多由鼻病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒以及肠道病毒、呼吸道合胞病毒等引起。临床特征为咽部发痒或灼热感,咳嗽少见,咽痛不明显。当吞咽疼痛时,常提示有链球菌感染。流感病毒和腺病毒感染时可有发热和乏力。腺病毒咽炎可伴有眼结膜炎。体检可见咽部明显充血水肿,颌下淋巴结肿大且触痛。

急性病毒性喉炎:多由鼻病毒、甲型流感病毒、副流感病毒及腺病毒等引起。临床特征为声嘶、讲话困难、咳嗽时疼痛,常有发热、咽痛或咳嗽。体检可见喉部水肿、充血,局部淋巴结轻度肿大和触痛,可闻及喉部的喘鸣音。

(3)急性疱疹性咽峡炎

常由柯萨奇病毒A引起,表现为明显咽痛、发热,病程约1周,多于夏季发作,儿童多见,偶见于成年人。体检可见咽充血,软腭、悬雍垂、咽及扁桃体表面有灰白色疱疹及浅表溃疡,周围有红晕,以后形成疱疹。

(4)咽结膜热

主要由腺病毒、柯萨奇病毒等引起。临床表现有发热、咽痛、畏光、流泪。体检可见咽及结合膜明显充血。病程4~6天,常发生于夏季。儿童多见,游泳者易于传播。

(5)细菌性咽—扁桃体炎

多由溶血性链球菌,其次为流感嗜血杆菌、肺炎球菌、葡萄球菌等引起。起病急,明显咽痛、畏寒、发热(体温可达39℃以上)。体检可见咽部明显充血,扁桃体肿大、充血,表面有黄色脓性分泌物,颌下淋巴结肿大、压痛,肺部无异常体征。

【鉴别诊断】

过敏性鼻炎:临床表现酷似普通感冒,但起病急骤,持续时间短,常迅速痊愈。主要表现为喷嚏频作,鼻涕多,呈清水样,发作与环境、气温突变有关,有时异常气味亦可引起发作,数分钟至1~2小时内痊愈。检查可见鼻腔黏膜水肿、苍白,分泌物中有较多嗜酸粒细胞。常反复发作。

樊尚咽峡炎:咽部有污灰色坏死组织形成的伪膜,剥离后可见出血与溃疡。可有中度发热,全身症状不重,而咽峡局部症状重。伪膜涂片检查可见梭形杆菌与奋森螺旋体。

流行性感冒:常有明显流行病史。起病急,全身症状较重,高热,全身酸痛,眼结膜症状明显,而鼻咽部症状较轻。病毒分离或血清学诊断可供鉴别。取患者鼻洗液中黏膜上皮细胞的涂片标本,用荧光标记的流感病毒免疫血清染色,置荧光显微镜下检查,有助于早期诊断。

急性传染病前驱期症状:麻疹、脊髓灰质炎、脑炎、流行性脑膜炎、伤寒等病的发病初期常有上呼吸道感染症状。应提高警惕,注重流行病学资料,抓住各病特征性症状,进行必要

化验检查以资鉴别,并密切观察。

白喉:起病较缓慢,咽、喉或鼻部等有灰白色伪膜,不易剥落,剥落后易出血。可取伪膜或组织交界处分泌物直接涂片检查或细菌培养,对分离所得白喉杆菌,可进一步做毒力检查。

【西医治疗】

一、对症治疗

发热或病情较重,需卧床休息,多饮水。可口服解热镇痛剂,如阿司匹林、感冒冲剂等。咳嗽时,给予溴己新、喷托维林。鼻塞、流涕严重者,给予氯苯那敏、阿司咪唑口服。咽痛时,口含四季润喉片、溶菌酶、草珊瑚含片、金嗓子喉宝等。

二、病因治疗

抗病毒药物:吗啉双胍 0.1~0.2g,3次/日,或利巴韦林 1~2片,3~4次/日,或每天 10~15mg/kg 分两次肌注或静滴,病情严重者必要时干扰素雾化吸入或 100 万 U 肌注,1次/日,连续 5~7 日。

抗生素:如为细菌感染所致,首选青霉素 G,也可用红霉素。严重者用头孢菌素等药物口服、肌注或静滴。

【辨证论治】

一、风寒感冒

主证:恶寒重,发热轻,无汗,头项强痛,肢体酸痛,鼻塞声重,喷嚏,鼻流清涕,喉痒咳嗽,痰多稀薄,舌苔薄白,脉浮。如恶寒甚,则脉见浮紧。

治法:辛温解表,宣肺止咳。

方药:荆防败毒散加减。荆芥 10g,防风 10g,柴胡 10g,前胡 10g,杏仁 10g,茯苓 10g,甘草 3g,川芎 10g,枳壳 10g,桔梗 6g,生姜 10g。

加减:恶寒甚,无汗为表寒重,可加麻黄、桂枝以发汗散寒;鼻塞流清涕,加苍耳子、辛夷以通鼻窍;头痛甚,加白芷;身痛甚,加羌活、独活以祛风除湿止痛;寒热往来,口苦,加黄芩配柴胡以和解少阳郁热;如感邪浅,临床仅见微恶风寒,头痛,无汗,鼻塞流涕,脉浮,可用加味葱豉汤(葱白 6g,淡豆豉、苏叶、生姜各 10g,红糖适量)。

二、风热感冒

主证:发热重,微恶风寒,汗出不畅,头胀痛,咽干、咽痛或咽喉掀红肿痛,口渴欲饮,鼻塞流涕,咳嗽,痰黏或黄,舌尖红,苔薄白或微黄,脉象浮数。

治法:辛凉解表,清肺透热。

方药:银翘散加减。金银花 15g,连翘 15g,蒲公英 15g,牛蒡子 10g,桔梗 10g,荆芥 6g,薄荷 6g,淡豆豉 10g,甘草 6g,芦根 15g。注意煎服法:鲜芦根煎汤,香气大出,即取服,勿过煮,肺药取轻清,过煮则味厚而入中焦。病轻者 1 日 1 剂,重者 1 日 2 剂。

加减:头痛甚,加蔓荆子、桑叶、菊花以清利头目;咳嗽痰多加杏仁、浙贝母、瓜蒌皮止咳化痰;咽痛红肿,加板蓝根、马勃、玄参以清热解毒利咽;高热,口渴甚者,加知母、生石膏、板蓝根、天花粉以清热生津;秋季兼燥邪伤人,伴有咳嗽痰少,口、咽、鼻、唇干燥,苔薄少津,加

沙参、天花粉、梨皮以清肺润燥；邪未入里，无里热者，忌用桑白皮、黄芩、黄连等苦寒药物，以免寒邪内伏，延长病程。

三、表寒里热

主证：发热恶寒，无汗，头痛，肢体烦痛，鼻塞声重，口渴，咽痛，咳嗽气促，痰黄黏稠，心烦，或溲赤便秘，舌质红，苔薄白或黄，脉浮数。

治法：疏风宣肺，散寒清热。

方药：麻杏石甘汤加味。麻黄 10g，杏仁 10g，生石膏 30g，甘草 6g，鱼腥草 20g，桑白皮 12g，地骨皮 15g，川贝母 10g，陈皮 10g，桔梗 10g。

加减：如外寒较甚，加苏叶、羌活以祛风散寒止痛；里热较甚，咽喉掀红疼痛，可加板蓝根、黄芩以清热解毒；大便秘结，身热不退，苔腻，脉滑实而数，乃表里俱实之证，可改用防风通圣散以表里双解。

四、暑湿感冒

主证：身热恶寒，汗少或汗出热不解，头昏重胀痛，肢体困倦酸痛，口渴心烦，小便短赤，胸闷，呕恶，纳呆，或大便泄泻，口中黏腻，苔薄黄腻，脉濡数。

治法：清暑化湿解表。

方药：新加香薷饮。香薷 10g，藿香 10g，川朴 10g，扁豆花 10g，豆卷 10g，滑石 18g，甘草 3g，金银花 15g，连翘 10g，白芷 10g。

加减：暑热偏盛，加黄连、青蒿清解暑热；湿邪偏盛，加苍术、羌活，或用藿香正气散化湿解表；兼有食滞，加麦芽、神曲、陈皮以消积和胃；大便泄泻，加苍术、茯苓、薏苡仁苦温淡渗祛湿；小便短赤，心烦，加竹叶、赤茯苓以清热利湿除烦。

五、体虚感冒

1. 气虚感冒

主证：恶寒重，微觉发热，鼻塞流涕，头痛，平素不耐风寒，自汗，短气，乏力，或咳嗽痰白，舌质淡，苔薄白，脉浮无力。兼阳虚，则见面色苍白，恶寒甚，四肢不温，脉沉无力。

治法：益气解表。

方药：补中益气汤加减或小柴胡汤加减或柴胡桂枝汤加减。黄芪 30g，党参 15g，白术 10g，当归 10g，桂枝 6g，白芍 12g，陈皮 10g，柴胡 10g，甘草 3g，升麻 6g，防风 6g。

加减：鼻塞者，加苍耳子、辛夷以散风寒，通鼻窍；咳嗽痰多，加桔梗、半夏、杏仁以利肺化痰；头痛甚者，加川芎、白芷以疏风止痛；阳虚，加制附子、细辛以温阳散寒。

2. 阴虚感冒

主证：身热微恶风寒，少汗，头昏心烦，手足心热，口干渴，干咳少痰，小便短赤，舌红少苔，脉浮细数。兼血虚，则面色不华，唇甲色淡，心悸。

治法：滋阴解表。

方药：加减葳蕤汤化裁。玉竹 15g，白薇 10g，葱白 3 根，豆豉 10g，薄荷 6g，桔梗 6g，甘草 3g，大枣 5 枚。

加减：口渴甚，加沙参、天花粉以养阴生津；咽干，咳嗽或咳痰不爽，加牛蒡子、瓜蒌皮以利咽化痰；表证重，加葛根、柴胡；血虚，加当归、生地，或选用荆防四物汤加减。

【预防】

加强身体锻炼,增强正气卫外能力,可以根据不同的年龄和体质情况,进行各种体育活动,如广播操、太极拳、八段锦、跑步等。

要养成经常性户外活动习惯。

保持室内外环境卫生和个人卫生,室内应经常开窗,以使空气新鲜,并有充足的阳光照射。

第二节 急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎(acutetracheo-bronchitis)是病毒和细菌感染,物理、化学性刺激或过敏反应等引起的气管和支气管黏膜急性炎症。本病属于祖国医学的“咳嗽”“痰饮”范畴。

【病因病机】

一、发病原因

急性气管-支气管炎生物性病因中最重要的是病毒感染,包括腺病毒、冠状病毒、流感病毒A和B、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、柯萨奇病毒A21、鼻病毒等。肺炎支原体、肺炎衣原体和百日咳杆菌,也可以是本病的病原体,常见于年轻成人。早年认为百日咳为儿童疾病,但20世纪80年代以来美国等国家在年长儿童和年轻人中本病增加,旧金山市的一项研究表明,咳嗽 ≥ 2 周的153例成人中有12%证明为百日咳杆菌感染。呼吸道感染的常见病原菌如肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌和卡他莫拉菌亦常怀疑为本病的致病菌,但除非在新生儿、人工气道或免疫抑制患者,至今没有细菌性支气管炎的确切证据。

非生物性致病因子有矿、植物粉尘、刺激性气体(强酸、氨、某些挥发性溶剂、氯、硫化氢、二氧化硫和溴化物等),环境刺激物包括臭氧、二氧化氮、香烟和烟雾等。

二、发病机制

病理改变主要为气管-支气管黏膜充血、水肿,分泌物增加。黏膜下层水肿,有淋巴细胞和中性粒细胞浸润。病变一般仅限于气管、总支气管和肺叶支气管黏膜,严重者可蔓延至细支气管和肺泡,引起微血管坏死和出血。损害严重者黏膜纤毛功能降低,纤毛上皮细胞损伤、脱落。炎症消退后,气管-支气管黏膜的结构和功能多能恢复正常。

近年来有人注意到急性支气管炎与气道高反应性之间的关系。在复发性急性支气管炎的病人轻度支气管哮喘发作较正常人群为多。反之,急性支气管炎病人既往亦多有支气管哮喘或特异质病史,提示支气管痉挛可能是急性支气管炎病人咳嗽迁延不愈的原因之一。

中医认为本病为风寒风热外侵,邪袭肌表,肺气不宜,清肃失职,痰液滋生;或感受燥气,气道干燥,咽喉不利,肺津受灼,痰涎黏结,均可引起外感咳嗽。

【诊断要点】

常继发于上呼吸道感染,也可由理化因素刺激或有害气体吸入等引起。

急性咳嗽,咳痰。开始多为干咳,以后可有稀薄痰液或黏痰,不易咳出。部分患者有胸

骨后不适感或钝痛。

两肺呼吸音粗糙,部分患者可闻及干、湿性啰音,咳痰后啰音可有变化或消失。

白细胞总数及中性粒细胞大致正常或稍增高。

胸部X线检查无特殊或肺纹理增粗。

【鉴别诊断】

急性上呼吸道感染:鼻咽部症状较明显,一般无咳嗽、咳痰。

支气管肺炎:咳嗽、气促较剧烈,全身症状较重,发热较高,肺部听诊有捻发音,白细胞总数及中性粒细胞常升高。

胸部X线检查可协助诊断。

【西医治疗】

一、一般治疗

休息,保暖,多饮水,摄取足够的热量。

二、抗菌治疗

可选用红霉素、螺旋霉素、SMZ-TMP、阿莫西林、头孢氨苄、头孢拉定、氧氟沙星。必要时,肌注环丙沙星、青霉素、庆大霉素。

三、对症治疗

祛痰镇咳剂:喷托维林、盐酸溴己新、苯丙哌林等药物。

解痉剂:氨茶碱0.1g,每日3次。或二羟丙茶碱0.1g,每日3次。

解热镇痛剂:发热可用解热镇痛剂。

【辨证论治】

一、风寒外束,肺失宣降

主证:咳嗽痰稀,喉痒声重,鼻塞流涕,或兼有恶寒发热,无汗,头痛,舌苔薄白,脉浮或浮紧。

治法:疏风散寒,宣肺止咳。

方药:杏苏散加减。杏仁10g,苏叶12g,前胡10g,桔梗10g,半夏10g,陈皮10g,茯苓10g,甘草6g,生姜6g。

加减:如兼喘满气逆,身痛,骨节疼痛者,加麻黄10g,海风藤10g,追地风10g;外寒内热,证见恶寒而喘,口渴咽痛者,治以散寒清热,方用麻杏石甘汤合银翘散加减治疗。

二、风热犯表,肺失宣畅

主证:咳嗽痰稠,咳而不爽,口渴咽痛,或兼身热,头痛,恶风,汗出等表证。或苔薄黄,脉浮数。

治法:辛凉解表,清热肃肺。

方药:银翘散加减。金银花30g,连翘15g,板蓝根30g,薄荷10g,牛蒡子10g,桔梗10g,芦根30g,黄芩15g,杏仁10g,川贝10g,甘草9g。

加减:如兼咽喉疼痛加山豆根10g,射干10g,胖大海10g;口干渴加知母10g,生石膏30g,

天花粉 15g;夏令夹暑加六一散 10g,鲜荷叶 10g,香薷 10g;大便干燥加大黄 10g,虎杖 30g。

三、风燥伤津,肺失清润

主证:干咳,连声作呛,喉痒咽干,唇鼻干燥;无痰或痰少而粘连成丝,不易咳出,或痰中带有血丝,口干,初起或伴鼻塞,头痛,微寒,身热等表证,舌苔薄白或薄黄,质红干而少津,脉浮或数或小数。

治法:疏风清肺,润燥止咳。

方药:桑杏汤加减。桑叶 10g,杏仁 10g,沙参 15g,浙贝母 10g,豆豉 10g,山栀子 10g,梨皮 10g。

加减:若津伤较甚者配麦冬、玉竹各 15g 滋养肺阴;热重者酌加生石膏 30g,知母 10g,以清肺泄热;痰中夹血配白茅根 30g 清热止血;如外无表证,而证见目干、鼻干、咽干、干咳、舌干无苔者,为温燥伤肺,气阴两伤所致,临床上多用清燥救肺汤治疗,方药为桑叶 10g,党参 10g,甘草 6g,枇杷叶 10g,生石膏 30g,阿胶 10g,杏仁 10g,麦冬 12g,黑芝麻 10g;有痰加浙贝母 10g,血枯加生地 15g,热甚加水牛角 30g,羚羊角 3~10g。

四、表证已罢,邪入伤肺

主证:咳逆阵作,痰多黏稠,或胸满气粗,口干,舌质红,苔白或黄,脉弦滑或数。

治法:清热化痰,利肺止咳。

方药:千金苇茎汤合泻白散加减。芦根 30~60g,冬瓜子 30g,薏苡仁 30g,桑白皮 10g,地骨皮 15g,桔梗 12g,黄芩 15g,金银花 30g,连翘 15g,板蓝根 30g,浙贝母 10g,甘草 6g。

加减:口渴重者加生石膏 30g;发热,体温高,白细胞增多者,加柴胡 15~30g,黄芩 30g;胸满喘促者加前胡 10g,白前 12g;胸痛郁闷加瓜蒌 15g,枳实 12g,玄参 12g;大便干加草决明 30g,甚者加玄明粉 10g,瓜蒌仁 10g,或加大黄 10g;小便不利加石韦 30g,车前子 15~30g;吐痰成块者,加沙参 15g,天花粉 15~30g;恶心呕吐加枇杷叶 10g,竹茹 10g;咽喉痛者加薄荷 10g,牛蒡子 12g,山豆根 13g;身体素虚,行动乏力者,加人参 10g,或沙参 15g,玄参 15g,党参 15g。

【预防】

戒烟、酒、劳欲。

防治感冒。

第三节 慢性支气管炎

慢性支气管炎(chronic bronchitis)是由感染或非感染因素引起的气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。阻塞性肺气肿和肺心病是慢性支气管炎最常见的并发症。

本病属于祖国医学的“咳嗽”“喘证”“痰饮”范畴。

【病因病机】

一、西医病因病理

病因及发病机制:慢性支气管炎的病因较为复杂,往往是多种因素长期相互作用的结果,常见因素有遗传因素、感染因素、吸烟、气候因素、理化因素、过敏因素、自主神经功能失调等。

病理:早期表现为小气道不同程度的上皮细胞变性、坏死、增生,鳞状上皮化生,杯状细胞增生,炎症细胞浸润,黏膜水肿,分泌物增多。继之黏液腺泡增多。支气管黏膜上皮表面的纤毛变短,其修复功能下降。支气管平滑肌增厚,管腔狭窄。

二、中医病因病机

中医病因病机主要包括外邪侵袭、肺脏虚弱、脾虚生痰、肾气虚衰。

本病常因暴咳迁延未愈,邪恋伤肺,使肺脏虚弱,气阴耗伤,肺气不得宣降,故长期咳嗽、咳痰不愈,日久累及脾肾。病情多为虚实夹杂,正虚多以气虚为主或兼阴虚,痰饮停聚为实,或偏寒,或偏热,日久夹瘀。其病位在肺,涉及脾、肾。

慢性支气管炎的病因为病毒和细菌的反复感染形成了支气管的慢性非特异性炎症。当遇烟雾粉尘、污染大气等慢性刺激亦可发病;吸烟使支气管痉挛、黏膜变异、纤毛运动降低、黏液分泌增多,有利感染;与过敏因素也有一定关系。当机体抵抗力减弱时,气道在不同程度敏感性的基础上,有一种或多种外因的存在,长期反复作用,可发展成为慢性支气管炎,这也是慢性支气管炎的病因之一。如长期吸烟损害呼吸道黏膜,加上微生物的反复感染,可发生慢性支气管炎,甚至发展成慢性阻塞性肺气肿或慢性肺心病。

三、西医学认识

本病病因及发病原理尚未完全明了,一般认为是由于机体内外多种因素相互作用的结果。

感染因素:某些病毒、细菌、霉菌可引起呼吸道感染。已知的病毒有流感病毒、鼻病毒、腺病毒、合胞病毒等,常见的细菌有流感杆菌、肺炎双球菌、甲型链球菌等。

过敏因素:许多抗原性物质如尘埃、尘螨、细菌、花粉及化学气体等,均可作为致敏因素,引起发病。特别是喘息型慢性支气管炎病人与过敏因素关系较密切。

理化刺激:长期吸烟、刺激性烟雾、粉尘,有害气体以及气温骤然变冷等,均可损害呼吸道黏膜,使呼吸道的防御功能降低而引起慢性炎症。尤其是吸烟,时间愈长,烟量愈大,患病率愈高。

内在因素:呼吸道局部防御和免疫功能低下及自主神经功能失调是引起慢性支气管炎的常见内在因素。特别是老年人呼吸道组织退行性变和免疫功能低下更易受病原微生物的感染。此外,营养因素(如维生素C、A缺乏)对支气管炎的形成也有一定的影响。

中医学认为本病的发生与发展,常与外邪的反复侵袭、肺脾肾三脏功能失调,致使肺气上逆密切相关。①外邪侵肺尤其是外感六淫,邪气由口鼻侵入肺系,致使肺气不降而上逆,发为咳嗽、咯痰。其中早期以风寒、风热或风燥为多见,以邪实为主,即是谓此而言。②烟毒侵袭。长期吸烟、饮酒、过食辛辣等亦是导致本病的常见原因。尤其是烟毒侵袭,每易发为本病。③正气内伤。若肺气虚弱、卫外不固,每易遭受外邪入侵,以致咳嗽反复发作;或因年老体虚,脾肺肾气虚,水津不布,痰饮内停,阻遏于肺,引起长期咳喘;急性发作往往由外邪(如风寒、风热)引动痰饮而致咳喘加剧;而脾肺气虚又是招致外邪入侵的内在因素。故临床每常表现为反复的外感及咳喘的急性发作。病情经久不愈,常由脾肺损及于肾,致肾气亏虚,摄纳无权,故病情重者常伴有气喘不能平卧,动则尤甚等肾不纳气之候。

总之,本病具有本虚标实的病机特点。早期以邪实为主,除六淫、痰湿之外,久则瘀血内阻;后期正气大伤,尤其伤及于肾。故其病程绵长,经久难愈。

四、中西医结合研究

国内自20世纪50年代开始即开展慢性支气管炎的中医临床及基础方面的研究,尤其注重中西医结合研究。有学者认为,肺气虚是发病的首要条件,肺气虚的实质包括呼吸道特异性和非特异性免疫功能低下,自主神经功能失调等。肺合皮毛,肺虚者呼吸道局部抵抗力下降,各种病邪每常乘虚侵入,引起反复发病。病情发展至脾虚及肾虚,则是病变从呼吸系统逐渐波及全身多系统的一个演变过程。此时呼吸道局部症状加重,同时出现消化、循环系统功能性及器质性改变,内分泌功能低下,自身免疫功能下降,细胞能量代谢下降等病理生理及病理解剖的改变。这些改变反过来成为影响疾病过程的内在因素,使正愈虚而邪愈盛,邪愈盛则正更虚,因此治疗必须标本兼顾才能逐步改变这种恶性循环。

国内曾以肺功能测定作为慢性支气管炎等咳喘病辨证的一项客观指标。如咳喘常经历肺气未虚—肺气虚—脾肺两虚—肺脾肾俱虚等几个阶段,每一阶段均有相应的肺功能改变:肺气未虚,肺功能测定仅有小气道通气功能障碍,表现为50%肺活量最大呼气流速(V50)、25%肺活量最大呼气流速(V25)、最大呼气中段流速(MMFF)测值降低;肺气虚时,表现出气道全程的通气障碍,除上述测值下降外,补呼气量(ERV)、最大呼气1秒量(FEV1)、最大呼气流速(PEF)测值也显著下降;当发展到脾肺两虚,表现出肺的弹性明显减退以及气道阻力增加,出现残气量(RV)、残气量与肺总量之比(RV/TLC)增高及时间肺活量(FVC)、肺活量(VC)、深吸气量的下降;最后发展至肺脾肾俱虚时,肺的弹性回缩力进一步下降,除上述肺功能测定异常外,常有功能残气量(FRC)增高。这些既可作为中医学认识本病的病理演变过程的客观指标,亦可为辨证论治提供理论依据。

【诊断要点】

潜隐发病。咳嗽、咳痰或伴喘息每年发病持续超过3个月,连续2年以上,并能排除其他疾病。

常有吸烟史或大气污染、感染、寒冷或其他理化因素刺激等病因。

分型特点:①单纯型,咳嗽多以清晨或夜间为重,痰多黏稠,灰白色透明,急性加重期痰量增多,变得更黏稠或黄色。多数患者无明显异常体征。重症患者或急性加重时肺部可闻及啰音。②喘息型,除有单纯型症状、体征外,有喘息症状,肺部常有哮鸣音。后期可伴肺气肿征。

胸部X线检查:早期多无异常。病情加重后可出现肺纹理增多或可见“轨道影”。

肺功能检查:可有小气道功能损害或阻塞性通气功能障碍。

【鉴别诊断】

支气管哮喘:喘息型慢性支气管炎需与哮喘鉴别,鉴别关键是咳和喘发生的时间先后关系,若先咳后喘多为慢性支气管炎;先喘后咳为支气管哮喘。哮喘多为发作性;发作时布满哮鸣音,缓解后症状消失,支气管解痉剂治疗效果良好。

支气管扩张:具有咳嗽、咳痰反复发作的特点,合并感染时有大量脓痰或有反复和多少不等的咯血史,肺部以湿啰音为主,多位于一侧且固定在下肺。可有杵状指(趾)。X线检查常见下肺纹理乱,呈卷发状。支气管造影或CT可以鉴别。