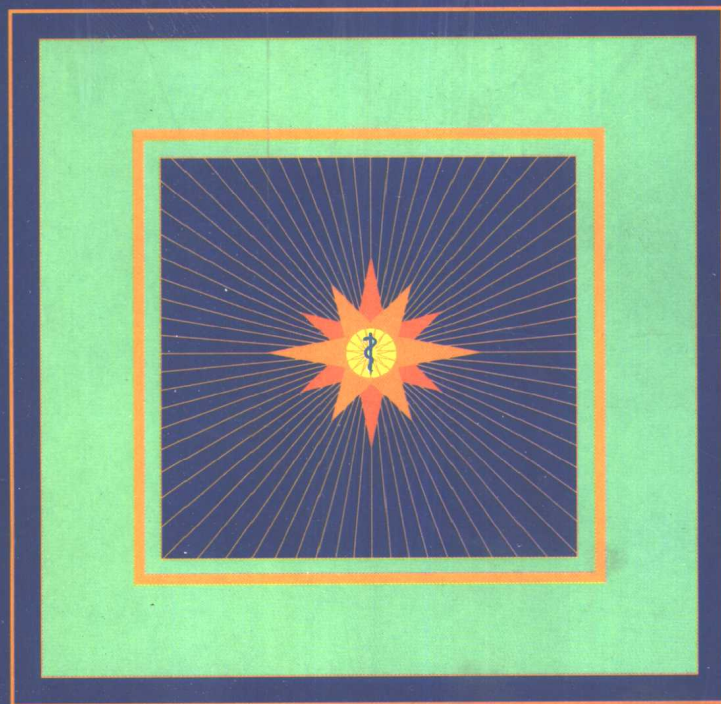


全科医学转型教育系列教材

临床医学

(II)

张爱珍 赵正言 李俊伟 主编



华夏出版社

全科医学转型教育系列教材

临床医学

〈Ⅱ〉

张爱珍 赵正言 李俊伟 主编

华夏出版社

为中国残联全科医学研究与发展中心题

发展全科医学教育
服务人民健康事业

一九九九年九月十六日

吴阶平



总 序

全科医学(家庭医学)近 30 年来在世界范围内有了长足的发展,已经成为初级保健(primary care)领域内相当成熟的新学科。全科医生立足于社区,为个人及其家庭提供集医疗、预防、保健、康复于一体的综合、连续、协调而又方便、经济、优质、有效的基层医疗服务。全科医疗服务与各种专科医疗服务相互协调,优势互补,已成为世界公认的初级保健服务的理想模式。当前,我国的卫生事业面临着许多新的问题,诸如:随着人口老龄化的进程使老年病、慢性非传染性疾病的防治成为日益迫切的问题;随着医学模式的转变及人人享有卫生保健战略的实施,人们对卫生服务的要求越来越高;随着高科技检测、治疗手段的应用,医疗费用不断上涨,但对改善人类总体健康状况却收效甚微,成本与效益严重失衡;随着医学专科的不断分化,对疑难重症的解决不断有所突破,但医患关系淡漠却成为越来越普遍的问题……在应对这些全球性的挑战方面,全科医疗与全科医生显示出了明显的优势,世界全科医生组织著名专家 Dixon 教授总结说:“任何国家的医疗保健系统若不是以受过良好训练、采用现代方法的全科医生为基础,便注定要付出高昂的失败代价。”

从 80 年代末至今,经过近十年的引进、宣传、交流、研究、培训和试点等一系列实践之后,全科医学在我国卫生事业改革与发展中的地位与作用得到了政府的明确肯定和大力提倡,1997 年 1 月 15 日中共中央、国务院在关于卫生改革与发展的决定中明确提出“加快发展全科医学,培养全科医生”,这标志着全科医学在我国的发展已进入一个新的阶段。

要贯彻中央决定,加快发展全科医学,一定要认真抓好以下三个环节,即大力发展全科医学教育,积极开展全科医疗服务,规范认定全科医生的资格。

一、大力发展全科医学教育,培养全科医学人才,是开展全科医疗服务的前提

全科医学是与内、外、妇、儿等学科并列的二级学科。医学生是在医学院毕业即经过基本医学教育之后,再经过 3~4 年的毕业后培训,考试合格后才可成为全科医生,经注册后可从事全科医疗工作。这是国际上发展全科医学、培养全科医生的通常做法。我国卫生技术人员的学历构成正在进行调整,要求新培养的全科医生具有合格的学历,并需经过专科训练,这是完全必要的,只有这样才能保证全科医生的高素质,他们才可能在全科医学领域成为医疗、教学、科研的骨干,以毕业后教育为核心,构建我国全科医生培训的计划、内容、方式,并建设培训基地,这将为我国全科医学的长远发展打下良好的基础。

我国现有医生 200 余万,在基层工作的医生占一半略多,他们在社区(包括农村)卫生服务的第一线,为解决广大群众的健康问题作出了积极贡献。随着社区卫生服务事业的发展,他们面临着新的任务和要求,亟待转变服务模式,提高业务水平。尽管他

们的学历参差不齐,且中专学历层次占有相当大的比例,但作为基层在职卫生技术人员,他们是社区卫生服务的主体,他们的服务性质、工作范围以及服务对象与全科医生的职责十分接近,他们应该是当前开展全科医学转型教育的重点对象。通过培训使他们明确自己的发展方向是成为一个合格的、优秀的全科型人才。也正因为他们置身于社区之中,有基层服务的经验,了解社区居民的卫生服务需求,业务上专科化程度不深,这些恰恰增强了他们对全科医学的亲合力。只要他们接受了全科医学的理论和原则,掌握了全科医疗的服务技能和工作方法,观念上有了转变,就一定会在社区卫生服务中产生立竿见影的作用。

在医学院校的基本医学教育中,应开设全科医学的必修课和选修课,使医学生在校期间就能学到全科医学的理论、原则和适宜技术,理解全科医学的地位和作用,增加对全科医学的兴趣,为使他们立志成为全科医生,或使他们能对全科医学有较全面的认识,为在将来的工作中全科与专科医生之间的合作打下基础。

随着全科医生队伍的形成,全科医学继续教育也将提到议程上来。通过继续教育,使全科医生不断提高服务质量和工作水平,不断更新知识,以便适应社会发展的要求,跟上时代发展的步伐。

全科医学教育还有一个不容忽视的领域,就是乡村医生培训。至2000年,全国80%的乡村医生均将达到中专水平,尽管他们没有受过系统的医学教育,学历偏低,不是经过简单培训就能成为全科医生的。但是,仍然可以把全科医学的一些理论、原则和技能要求融于乡村医生的培训之中,这样不仅可以提高他们对国家发展全科医学的方针政策的认识,使他们对全科医生的重要性和特点有所了解,而且能够提高他们的初级保健工作能力,提高农村卫生服务质量,从而使广大农民直接受益。一些地区的试点工作表明,全科医学教育涉及乡村医生培训领域,不仅是有益的、必要的,而且是完全可行的。

全科医学教育应以毕业后教育为核心,以在职教育为重点,建立全科医学教育体系,多层次、全方位地开展全科医学教育,以适应社会对全科型人才的广泛需求,这样既保证了全科医生培养的高起点、高素质,保证了服务的高质量,又适合当前国情,使城市基层及农村的卫生服务质量尽快得到提高,尽快实现城市卫生服务体系改革和社区卫生服务的目标要求。

二、积极开展全科医疗服务,是全科医学教育的目的,是全科医学发展的关键

我国长期以来基本上实行专科医疗体制,大医院分科越来越细,医生也以提高专科水平作为自己的发展方向。即使是基层医院乃至街道医院和卫生院,也想尽力发展某项专科以突出自己的“特长”。医院无论大小,总是愿以诊疗水平,特别是三级学科的水平作为自身水平的标志,这似乎已成共识。这样就出现了矛盾,基层医院千方百计在诊疗上、在发展某项专科上下功夫,尽量给以人力物力的保证,但终因整体条件的限制而难以与大医院相抗衡。这样,大医院没有顾及,也难以做好的防治保康为一体、以人的健康为中心的综合服务,基层医院却未把它当成自己的工作重点和服务模式,

基层医院想突出医疗特长的愿望很难达到,而群众需要基层卫生机构解决的问题又往往解决得不好,这也正是长期以来很多基层医院陷于尴尬处境的原因。这样的状况不改变,就没有全科医生的容身之地。

建立全科医学教育体系,培养全科医生或能够从事全科医疗工作的基层医生,目的就是为转变医疗服务体制、为发展全科医疗服务提供适宜人才,只有全科医疗广泛开展起来,全科医生才有用武之地,全科医疗的优越性才能为社会、为广大群众所了解、所认同。

卫生部与国家计划发展委员会等十个部委于1999年7月16日联合发布了“关于发展城市社区卫生服务的若干意见”(以下简称意见),对社区卫生服务的目的、任务作了明确的要求和界定,即“社区卫生服务是社区建设的重要组成部分,是在政府领导、社区参与、上级卫生机构指导下,以基层卫生机构为主体,全科医师为骨干,合理使用社区资源和适宜技术,以人的健康为中心、家庭为单位、社区为范围、需求为导向,以妇女、儿童、老年人、慢性病人、残疾人等为重点,以解决社区主要卫生问题,满足基本卫生服务需求为目的,融预防、医疗、保健、康复、健康教育、计划生育技术服务为一体的,有效、经济、方便、综合、连续的基层卫生服务”。一句话,社区卫生服务就是要把广大居民的常见健康问题解决在基层,并不断提高居民的健康水平。这恰恰与全科医疗的目的和全科医生的职责相一致。发展社区卫生服务,会使全科医生有充分的用武之地,全科医学有广阔的发展空间。

“意见”中还明确提出:“逐步建立健全结构适宜、功能完善、规模适度、布局合理、经济有效的社区卫生服务体系,使社区居民都能够拥有自己的全科医师。”这样的服务体系在经济比较发达、卫生服务比较先进的国家已经实现了,在美国、英国、加拿大、澳大利亚等国,一般2000~3000人至多不超过4000人就有一位全科医生。以我国人口之巨,实现每个居民都拥有自己的全科医生,那是何等规模的数量。随着医疗保障体制的改革,全科医生作为医疗保障的第一线医生,作为社区健康的“守门人”,也将是医疗保险制度得以建立的重要基础,全科医生在中国正面临着巨大的社会需求。当前,我国全科医学的发展不仅体现了医学教育与卫生体制改革的发展趋势,而且已经成为落实中央决定的政府行为。

三、规范认定全科医生资格是全科医生队伍健全发展的保障

全科医生队伍的建设,不仅需要有其工作岗位和工作任务,而且需要政策支持,最重要的是要建立全科医生的技术职称系列和资格认定标准。

多年来,基层医生的卫生服务工作是属于综合性质的,专科化程度远不及大医院那样专、深、细。但当他们晋升中级以上职称时,却要求专科论文,专科化程度不够的论文则被认为不够水准,即使被评上职称,也往往出于“照顾”。平日的工作要求与评职称时的论文要求之间的矛盾,增加了他们晋升职称的困难,影响了基层专业队伍的稳定性。有些人被“照顾”评上职称后,往往片面地接受了教训,此后的工作重心就偏向病人个体,偏向治疗,偏向少见病;而对群体工作,对预防工作,对防治常见病就缺乏

兴趣。因为如果仍把兴趣和精力放于后者,势必在下轮职称晋升时仍要“吃亏”。解决这一矛盾的根本措施是建立全科医生职称系列。全科医疗是社区卫生服务的基本模式,全科医生是社区卫生服务的技术骨干,只有建立起全科医生职称系列,才标志着全科医生这支新兴力量在卫生技术队伍中,全科医疗在社区卫生服务模式中,真正站住了脚,在卫生法规和人才管理的层面上得到了承认。这不仅为广大基层在职医生指明了自身发展与提高的方向,也有力地激励着他们进步。

当然,一旦全科医生的职称系列确认之后,评审工作就要规范化,包括申报要求、资格标准、评审程序等均应规范,决不能降格以求,决不能草率从事,否则就不利于全科医生的队伍建设,不利于树立全科医生的专业形象,不利于维护全科医生的社会信誉。

在最近召开的全国全科医学教育工作会议上,张文康部长指出:“在我国卫生改革与发展的新时期,发展全科医学教育,培养从事社区卫生服务工作全科医师等有关卫生技术和管理人员,是改革卫生服务体系,发展社区卫生服务的需要;是满足人民群众日益增长的卫生服务需求,提高人民健康水平的需要;是建立城镇职工基本医疗保险制度的需要;是改革医学教育适应卫生事业发展的需要。所以,必须把发展全科医学教育、培养全科医师作为一项重要的任务抓紧抓好。”为响应张部长的号召,我们加紧组织,推出了这套全科医学转型教育系列教材,以便满足各地开展转型培训的需要。这套教材是由20多所医学院校的专家、教授及部分卫生行政领导共同编写,各书的绝大多数编者都有全科医生培训或全科医疗试点的经验。这套教材打破了医学教育传统的学科体系和教材编写惯例,力求体现全科医学的学科特点,力求结合实际,突出实用性。

本套教材主要供在职医生全科医学转型培训使用,也可供在校生开设全科医学必修课或选修课时选用。当前,国内全科医学培训教材不多,仍处于教材建设的初期阶段,距成熟尚远,需要积极探索和发展。只有在不同版本教材的使用中,分析特点、比较长短、鉴别优劣,才能使教材不断优化,逐步成熟。

本套教材的编写得到我国医学界前辈、著名医学教育家吴阶平教授的关心和支持,并出任名誉主编,所有编者深受鼓舞,这充分体现了吴老对全科医学事业的支持。但我们深知,我们的水平和教材的质量与吴老的期望和要求尚有不小的距离。我们将努力提高自己的理论水平,积累实践经验,在教材的使用、修订中,使其质量不断提高。

对于本套教材,欢迎多提宝贵意见。

周东海

2000年1月

前 言

全科医学是在整合生物医学、行为科学和社会科学的最新研究成果及通科医疗成功经验的基础上产生的综合性临床学科,是特有的学科体系。医学的最终目的是要理解病人,服务于病人,满足病人的需要,提高人类的健康水平和生活质量。

临床医学是全科医学中的核心之一,它不仅给全科医师整体的系统的临床学科知识,还特别强调了社区卫生服务中的有关临床问题。只有全面掌握临床医学的知识,才能真正成为名副其实的全科医师。

全科医学转型教育系列教材中的《临床医学》是整套教材的重点课程之一。为了适应我国全科医学转型培训的需要,使一部分临床医学基础较好,又从事社区卫生服务的医务工作者,能在有限时间内,用一定精力基本掌握适应全科医疗服务模式的知识与技能,由浙江大学医学院、福建医科大学、北京医学高等专科学校的教师与临床医师通过全科医学基础理论的学习,理解全科医学的精神,结合临床医学的特点及各自工作实际,协同努力,编写了这本《临床医学》教材。全书共分四篇二十章,分别介绍了各个系统的社区常见疾病,涉及大内科、大外科、妇产科、儿科等学科的主要疾患和诊疗方法。各个学科既有自己的特点,又结合全科医师的思想原则,根据卫生部颁《全科医师规范化培训大纲》和《全科医师岗位培训大纲》的要求编写,以适应全科医学转型教育和住院医师规范化培训的要求。突出了在预防疾病、非药物治疗及转院指征方面的内容;在一线工作的全科医师应该学习和掌握的主要技能;尽量应用全科医学的观点与方法,体现生物-心理-社会医学模式对临床实践的要求及其服务的具体程序;强化了基本知识、基本理论、基本技能的训练。

全科医学是一门新的临床学科,本书的编写人员主要是长期从事临床工作的专科医生,对全科医学的理解难免存在一定的距离,甚至有不妥的方面。另外,本教材由于内容繁多、编写时间紧迫,可能存在不完善之处,恳请广大医护工作者、学生、读者不吝赐教。

主编

2000.10

全科医学转型教育系列教材编辑委员会

主 编 周东海
副主编 陈晓非 董先雨 李同良 高志杰 汤小泉
执行主编 高文铸 吴春容(常务)
选题策划 王智钧 张 伟

* * * *
2013/05
《临床医学》编写委员会

主编单位 浙江大学医学院

参编单位 福建医科大学 北京医学高等专科学校

主 编 张爱珍 赵正言 李俊伟

副主编 谢 幸 傅国胜 厉有名 吕联煌 廖崇先 王金瑞 王照品

编 委(按姓氏笔划为序)

王正平	王凤鸣	王金瑞	王照品	王桂蓉	王华林	水泉祥
尹金福	厉有名	刘 进	刘有恃	刘晚茵	刘长生	李俊伟
关养时	邱丽倩	吕联煌	朱 莹	杜立中	杜传军	杨德春
杨梅丽	谷 卫	陈幸生	吴尧崧	宋水江	陈志哲	陈元仲
陈有英	陈关福	陈惠敏	张爱珍	林 俊	林继超	岳 岚
郑 敏	赵正言	俞惠民	欧弼悠	战 榕	贺 晶	姚 克
唐佩文	唐达星	高惠娟	徐 侃	陶惠民	康曼丽	曹 敏
梁玉英	梁 黎	梁伟峰	黄建富	黄荷凤	黄淑桦	傅国胜
谢 幸	詹文龙	廖崇先	魏 健			

目 录

第三篇 器官系统疾病

第一章 呼吸系统疾病	(1)
第一节 急性上呼吸道感染及急性气管 - 支气管炎	(1)
第二节 慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、肺源性心脏病	(3)
第三节 支气管扩张症	(12)
第四节 肺炎	(13)
第五节 呼吸衰竭	(16)
第六节 气胸	(19)
第七节 肺结核病	(20)
第八节 胸腔积液	(25)
第九节 原发性支气管肺癌	(26)
第二章 循环系统疾病	(30)
第一节 心力衰竭	(30)
第二节 心律失常	(37)
第三节 原发性高血压	(44)
第四节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(51)
第五节 心脏瓣膜病	(56)
第六节 心肌疾病	(63)
第七节 心脏神经官能症	(66)
第三章 消化系统疾病	(68)
第一节 胃炎	(68)
第二节 消化性溃疡	(71)
第三节 胃癌	(74)
第四节 慢性结肠炎	(77)
第五节 胃肠道功能紊乱	(79)
第六节 肝炎	(81)
第七节 肝硬化	(83)
第八节 原发性肝癌	(87)
第九节 急性胰腺炎	(89)
第十节 上消化道出血	(92)
第十一节 腹外疝	(94)
第十二节 肠梗阻	(99)

第十三节	腹部损伤	(102)
第十四节	阑尾炎	(105)
第十五节	痔	(108)
第十六节	胆石病	(110)
第十七节	胆道感染	(113)
第十八节	伤寒	(117)
第十九节	细菌性病疾	(120)
第二十节	霍乱	(124)
第二十一节	肠道寄生虫病	(128)
第四章	泌尿系统疾病	(129)
第一节	血尿	(129)
第二节	肾小球疾病	(131)
第三节	泌尿系统感染	(138)
第四节	慢性肾功能不全	(141)
第五节	包茎和包皮过长	(144)
第六节	前列腺炎	(145)
第七节	泌尿系结石	(147)
第八节	前列腺癌	(150)
第五章	血液系统疾病	(153)
第一节	贫血	(153)
第二节	溶血性贫血	(157)
第三节	白细胞减少症和粒细胞缺乏症	(160)
第四节	白血病	(163)
第五节	出血性疾病	(168)
第六节	血小板减少性紫癜	(172)
第六章	内分泌与代谢性疾病	(178)
第一节	单纯性甲状腺肿	(178)
第二节	甲状腺功能亢进症	(179)
第三节	高脂血症和高脂蛋白血症	(183)
第四节	糖尿病	(186)
第五节	肥胖症	(196)
第六节	痛风	(199)
第七章	风湿性疾病	(203)
第一节	系统性红斑狼疮	(203)
第二节	类风湿性关节炎	(206)
第三节	风湿热	(210)
第八章	运动系统疾病	(214)
第一节	骨折概论	(214)
第二节	常见骨折	(218)
第三节	关节脱位	(231)

第四节	颈肩痛与腰腿痛·····	(234)
第五节	运动系统常见慢性损伤·····	(237)
第六节	骨与关节结核·····	(241)
第七节	骨肿瘤·····	(242)
第九章	神经系统疾病·····	(245)
第一节	急性脑血管疾病·····	(245)
第二节	癫痫·····	(251)
第三节	震颤麻痹·····	(255)
第四节	颅内肿瘤·····	(257)
第五节	意识障碍·····	(258)

第四篇 急诊医学

第一章	急诊医学概论及其他特殊临床问题·····	(261)
第一节	急诊医学的一般原则与现场急救·····	(261)
第二节	中暑·····	(263)
第三节	电击·····	(267)
第四节	淹溺·····	(269)
第五节	创伤急救·····	(271)
第六节	烧伤·····	(274)
第七节	猝死·····	(278)
第二章	急性中毒·····	(283)
第一节	急性中毒概述·····	(283)
第二节	有机磷农药中毒·····	(285)
第三节	一氧化碳中毒·····	(289)
第四节	食物中毒·····	(292)
第五节	毒蛇咬伤中毒·····	(295)
附:	《临床医学》〈Ⅱ〉教学大纲·····	(298)

第三篇 器官系统疾病

第一章 呼吸系统疾病

呼吸系统疾病是常见病、多发病,在我国疾病死亡率的统计中,因呼吸系统疾病而死亡者在农村仍占第一位,在城市占第二位,如果加上肺癌及肺源性心脏病的死亡率,其危害性则更加突出。对呼吸系统疾病的防治,已成为提高我国全民族健康水平的重要工作之一。

随着现代医学的发展,近十几年来对慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘等疾病有了深入的、本质上的了解,在治疗上也有了抗炎治疗、家庭氧疗等突破性进展,有更多的、更有效的抗生素来治疗不同病原菌引起的肺部感染,对古老的结核病已有了一整套现代结核病学分类及防治方法。随着诊断学技术日新月异的发展和现代治疗学的开展,肺癌的早期诊断已可以实现,使5年生存率得以提高。本章就以上述呼吸系统常见病的最新诊治成果为基础,重点讲述其一般诊治方法及社区防治工作,供社区内科医生或全科医生参考。

第一节 急性上呼吸道感染及急性气管-支气管炎

急性上呼吸道感染是鼻、咽、喉部急性炎症的概称,是呼吸道最常见的传染病,占急性呼吸道疾病半数以上。大多数由于病毒感染,小部分为细菌感染。本病不仅具有较强的传染性,而且可引起严重并发症,应积极防治。

一、急性上呼吸道感染

本病全年皆可发生,冬春季节多发,可通过含有病毒的飞沫或被污染的用具传播,多数为散发性,但常在气候突变时流行。

【病因】

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、柯萨奇病毒等。少数由细菌感染直接引起或继病毒感染之后发生,以溶血性链球菌多见,其次为流感嗜血杆菌、肺炎球菌和葡萄球菌等。偶见革兰阴性杆菌。

【病理】

鼻腔及咽黏膜充血、水肿、上皮细胞破坏,少量单核细胞浸润,有浆液性及黏液性炎性渗出。继发细菌感染后,有中性粒细胞浸润,出现大量脓性分泌物。

【临床表现】

1. 普通感冒 俗称“伤风”,以鼻咽部卡他症状为主要表现。起病较急,可有喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕,2~3天后变稠。可伴咽痛、声嘶、轻度咳嗽等。一般无发热及全身症状,或仅有低热、不适、轻度畏寒和头痛。检查可见鼻腔黏膜充血、水肿、有分泌物,咽部轻度充血。如无并发症,一般经3~5天痊愈。

2. 咽炎、喉炎和扁桃体炎 咽炎临床特征为咽部发痒和灼热感,咽部疼痛或咽下疼痛。可有发热和乏力。体检咽部明显充血和水肿。颌下淋巴结肿大且触痛。

喉炎临床特征为声嘶、讲话困难、咳嗽时疼痛,常有发热、咽炎或咳嗽。体检可见喉部水肿、充血,局部淋巴结轻度肿大和触痛,有时可闻及喘息声。

扁桃体炎临床特征为起病急,明显咽痛、畏寒、发热,体温可达 39℃ 以上。检查可见咽部明显充血,扁桃体肿大、充血,表面有黄色点状渗出物,颌下淋巴结肿大、压痛,肺部无异常体征。

【辅助检查】

有明显发热者须做血常规检查,病毒性感染见白细胞计数正常或偏低,淋巴细胞比例升高;细菌感染有白细胞计数与中性粒细胞增多现象。

【诊断与鉴别诊断】

1. 诊断 根据病史、流行情况、上呼吸道发炎的症状和体征,可做出临床诊断。结合周围血象可大致区分病原体是病毒还是细菌。

2. 鉴别诊断

(1) 过敏性鼻炎 临床上很像“伤风”,所不同的是本病以鼻腔发痒、频繁喷嚏、大量清水样鼻涕为突出表现,且大多有花粉等过敏原诱发,起病急骤又很快痊愈。

(2) 流行性感冒 常有明显的流行,起病急,高热、头痛、四肢酸痛、乏力等全身症状较重,而呼吸道局部症状较轻。

(3) 急性传染病前驱症状 如麻疹、脊髓灰质炎、脑炎等在患病初期常有上呼吸道症状,在这些病的流行季节或流行区应密切观察,当难以区别时,对这些病例可及时转上级医院进一步诊治。

【转诊指征】

凡高热数日不退或出现明显气急、心悸、咳嗽咳痰加重、关节肿痛、浮肿等情况,均需考虑转诊。

【治疗】

1. 一般治疗 ①病情较重、发热者或年老体弱者应嘱卧床休息,忌烟,多饮水。②保持室内空气流通。③多进食富含维生素 C 的水果、食品、蔬菜。④注意呼吸道病人的隔离,防止交叉感染。

2. 对症治疗 鼻塞、流涕、喷嚏等以卡他症状为主,可用以抗过敏成分为主的抗感冒药物,如非那根糖浆、康泰克、息斯敏等;以发热、头痛、四肢酸痛等为主,可选用解热镇痛药或其复方制剂,如泰诺、百服宁、散利痛等;咽痛可用各类含片含服或其散剂咽喉局部治疗;有干咳时可用咳必清、复方甘草合剂等。

3. 抗病毒治疗 可用利巴韦林 200mg 口服,每天 3 次或 0.3g 静脉点滴,每天 2 次;中药可选用鱼腥草、板蓝根、小柴胡等。

4. 抗感染药物治疗 如有细菌感染,可选用适合的抗生素如青霉素、罗红霉素等。

【预防与保健】

增强机体自身抗病能力是预防急性上呼吸道感染的最好办法,如坚持有规律的、合适的身体锻炼,坚持冷水浴,提高机体预防疾病的能力及对寒冷的适应能力。做好防寒工作,避免发病诱因。生活有规律,避免过劳。

社区预防工作包括:①组织社区人员开展锻炼身体的活动。②当本社区在相同时期内有较多人员患病时要及时向有关防疫部门报告。③必要时对高危人群给予抗病毒药预防。

二、急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎是由感染、物理、化学刺激或过敏因素引起的气管、支气管黏膜的急性炎症,常于寒冷季节、气候突变、受凉、机体免疫力低下时发病,也可由急性上呼吸道感染迁延而来。

【病因、发病机制】

常见于寒冷季节或气候突变时节,也可由急性上呼吸道感染迁延而来,多在受凉或机体免疫力低下时发病。常见的感染病毒有鼻病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒、副流感病毒等。常见的细菌有流感嗜血杆菌、肺炎球菌、葡萄球菌等。花粉等变态反应原亦可发展为过敏性急性支气管炎。此外,一些刺激性的气体、烟雾等也可诱致支气管急性炎症。

【临床表现】

1. 症状 主要为咳嗽和咳痰。起病较急,常先有急性上呼吸道感染症状。炎症累及气管、支气管黏膜则出现咳嗽、咳痰,先为干咳或少量黏液性痰,后可转为黏液脓性痰,痰量增多,咳嗽加剧,偶

可痰中带血。如支气管发生痉挛,可出现程度不等的气促,伴胸骨后发紧感。咳嗽和咳痰可延续 2~3 周才消失,如迁延不愈,日久可演变为慢性支气管炎。

2. 体检 两肺呼吸音粗糙,可有散在干、湿性啰音,啰音部位常不固定,咳痰后可减少或消失。全身症状一般较轻。可有发热,38℃左右,多于 3~5 天降至正常。

【辅助检查】

白细胞计数和分类多无明显改变。细菌性感染较重时白细胞计数可增高。痰涂片或培养可发现致病菌。X 线胸片检查大多数正常或肺纹理增粗。

【诊断与鉴别诊断】

1. 诊断 根据病史、咳嗽和咳痰等呼吸道症状以及两肺散在干、湿性啰音等体征,结合血象和 X 线胸片检查,可做出临床诊断;进行病毒和细菌检查有助于病原学诊断。

2. 鉴别诊断

(1) 流行性感冒 起病急骤,发热较高,全身酸痛、头痛、乏力等中毒症状明显,常有流行病史,并依据病毒分离和血清学检查,可以鉴别。

(2) 急性上呼吸道感染 鼻咽部症状明显,一般无咳嗽、咳痰,肺部无异常体征。

(3) 其他 支气管肺炎、肺结核、肺癌、肺脓肿、麻疹、百日咳等多种肺部疾病可伴有急性支气管炎的症状,应详细检查,以资鉴别。

【转诊指征】

数日后高热不退、咳嗽咳痰加重或痰中带血或出现大量脓痰、呼吸困难明显或出现发绀、局部胸痛、有肺炎体征等情况时应行转诊。

【治疗】

1. 抗感染药物治疗 根据感染的病原体可选用抗感染药物治疗并根据病情轻重情况选择口服、肌注或静脉给药。青霉素 80 万单位,肌注,每天 2 次;头孢氨苄或头孢拉定胶囊 0.5g 每天 3 次,或头孢唑林 2.0g 静脉点滴每天 2 次;大环内酯类如螺旋霉素、交沙霉素,剂量为 0.2~0.4g 每天 3 次或罗红霉素 150mg 每天 2 次,新大环内酯类有克拉霉素 0.25~0.5g 每天 2 次、阿奇霉素 0.5g 每天 1 次,连服 3 天后停药即可。

2. 对症药物治疗 咳嗽较剧无痰时可用右美沙芬片 20~40mg 每天 3 次;咳嗽咳痰时可用复方甘草合剂等祛痰止咳糖浆;痰稠不易咳出时可用复方氯化铵合剂、或溴己新片 16mg 每天 3 次、或沐舒坦片 30~60mg 每天 3 次。气急并伴有哮鸣音时可给予氨茶碱片 0.1~0.15g 每天 3 次。

【预防与保健】

1. 增强体质,防止感冒,做好个人防护,避免接触诱发因素和吸入过敏原。

2. 社区卫生工作 开展群众性的体育活动、练体操和气功等,对提高人群免疫力有良效,值得推广。改善劳动卫生环境,防止社区空气污染。

第二节 慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、肺源性心脏病

慢性支气管炎、阻塞性肺气肿是世界范围的多发病、常见病。

一、慢性支气管炎

慢性支气管炎(简称慢支)是指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。患病率 3%~9%,50 岁以上者为 13%。本病可并发阻塞性肺气肿,甚至肺动脉高压及慢性肺源性心脏病。

【病因与病机】

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综合结果。

1. 呼吸道感染 流感病毒、鼻病毒、流感嗜血杆菌、肺炎球菌等病毒和细菌的反复感染是本病

发生和发展的重要因素。

2. 吸烟 对慢性支气管炎的发生有肯定的关系。吸烟的时间愈长、吸烟的量愈多,患病率也愈高,吸烟者比不吸烟者高 2~8 倍,每天吸 25 支纸烟以上者比不吸烟者高 20 倍。戒烟可使病情减轻。香烟含焦油、尼古丁和氰氢酸等多种化学成分,可引起支气管黏膜上皮细胞增生、变异、损害,纤毛运动减低,支气管杯状细胞增生,黏液分泌增多,呼吸道净化功能减弱,为感染创造了条件。

3. 气象因素 寒冷常为慢性支气管炎发作的重要原因和诱因,平均气温、气温日变差等气象指标与慢支病情的加重有密切关系。

4. 理化因素 刺激性烟雾、粉尘、大气污染中的有害气体等对气道的慢性刺激常为慢性支气管炎的发病原因之一。接触工业粉尘和有毒气体的工人患病率也较高。

5. 过敏因素 慢性支气管炎与过敏因素有一定关系,尤其是喘息型慢性支气管炎患者,有过敏史者较多。尘螨、细菌、真菌、寄生虫、花粉以及化学气体等均可引起过敏。

6. 自身因素 部分慢性支气管炎患者副交感神经功能亢进,使气道反应性较正常人增强,轻微外来刺激即可引起支气管痉挛、分泌增多。老年人及有些免疫功能缺陷或损坏的患者,其呼吸道防御功能减弱。此外,能量供应不足,维生素 A 与 C 的缺乏,均使呼吸道防御能力受到影响,黏膜上皮细胞修复能力减退,有利于慢支的发生与发展。

【病理】

主要病理变化为呼吸道的一种慢性非特异性炎症改变。支气管壁有炎症细胞浸润、充血、水肿和纤维增生,较小的支气管由于软骨破坏,周围纤维组织增生,而引起肺组织结构破坏,导致慢性阻塞性肺气肿和肺间质纤维化。

【临床表现】

1. 症状

(1)咳嗽咳痰 长期、间歇性咳嗽,早期昼多于夜,病情发展时夜多于昼,尤以临睡前或清晨起床时咳嗽更多。轻症在气候转冷或突变时发病,气候转暖时咳嗽减轻或消失;重症四季均咳,冬春季加剧,早晚加重。绝大部分患者伴有咳痰,痰多呈白色黏液泡沫状,继发细菌感染时痰转为黄色黏液脓性或黄绿色。痰中可带有血丝。

(2)喘息 由支气管痉挛引起,也可由于支气管黏膜水肿、管壁肥厚、痰液阻塞所致。

(3)呼吸道反复感染 表现为咳、喘加重,痰量增多而呈脓性,可伴畏寒发热、全身乏力。这些表现往往以年或月为单位反复出现。

2. 体征 早期可无异常体征。急性发作期可有散在的干、湿啰音,多寡和部位不定。部分患者可听到哮鸣音及呼气延长。并发肺气肿时有肺气肿体征(见肺气肿节)。

【辅助检查】

1. X 线检查 肺纹理增强、增多、紊乱、轨道征等。合并支气管周围炎者肺纹理边缘模糊。

2. 肺功能检查 早期常无变化。如有小气道阻塞时,最大呼气流速-容积曲线在 75% 和 50% 肺容量时流量明显降低;闭合容积可增加。发展到气道狭窄或有阻塞时,第一秒用力呼气量占用力肺活量的比值减少($< 70\%$),最大通气量减少($< 预计值的 80\%$)。

3. 痰液检查 痰涂片或痰培养对明确慢支感染的病原体(主要是细菌)有意义。

【诊断与鉴别诊断】

1. 诊断 根据咳嗽、咳痰或伴有喘息,每年发病持续 3 个月、连续两年或以上,并排除其他心、肺疾病(如肺结核、肺尘埃沉着症、哮喘、支气管扩张、肺癌、心脏病)者即可做出诊断。如每年发病持续不足 3 个月,但有明确的客观检查依据(如 X 线、肺功能等)亦可诊断。

2. 分型与分期 根据临床表现分为单纯型慢性支气管炎和喘息型慢性支气管炎。前者主要表现为咳嗽、咳痰;后者除咳嗽、咳痰外尚有喘息症状,并伴有哮鸣音。根据病情和病程进展分为:

(1)急性发作期 指在 1 周内出现脓性或黏液脓性痰,痰量明显增加,或伴有发热等炎症表现,或在 1 周内咳、痰或喘等症状中任何一项明显加剧。

(2)慢性迁延期 指有不同程度的咳、痰、喘症状迁延到1个月以上者。

(3)临床缓解期 指病情自然缓解或经治疗后症状基本消失,或偶有轻微咳嗽和少量痰液,保持两个月以上者。

3.鉴别诊断 ①支气管扩张症:本病也有慢性咳嗽、咳痰,但多数病人为大量脓性痰或反复咯血。X线胸片及支气管碘油造影有助于本病诊断。②支气管哮喘:多在幼年或青年发病,有家族或个人过敏史,发病的季节性强,发病经过是以发作性喘鸣为特征,支气管解痉剂效果明显,而无明显慢性咳嗽、咳痰。③肺结核:常有结核中毒症状,如低热、盗汗、乏力、消瘦、食欲不振等。咳嗽、咳痰较轻,无明显季节性,青少年多见。X线检查肺部有改变。血沉增快。痰检查结核菌可为阳性。

【转诊指征】

慢性支气管炎急性发作经一般治疗无好转或有明显呼吸困难、发绀、浮肿、听诊呼吸音明显减弱或消失、年龄大于70岁、合并有严重冠心病的慢支急性发作者。

【治疗】

1.急性发作期的治疗

(1)控制感染 慢性支气管炎急性加重多与感染有关,包括病毒感染与细菌感染。经验性治疗首选 β 内酰胺类(青霉素类、头孢菌素类)抗生素,也常选用大环内酯类、氨基糖苷类、氟喹诺酮类等。痰或气道分泌物培养的致病菌药敏试验对抗感染治疗的选择有帮助。对于较轻的患者选择口服或肌注给药,而对较重的患者应静脉注射给药。

(2)止咳祛痰 常用的药物有:①溴己新,口服每次8~16mg,每日3~4次;雾化吸入0.2%溶液,每次2ml,每日1~3次;静脉注射,每次4~8mg,每日1~2次。②氨溴索,口服每次30~60mg,每日3次。③强力稀化黏素,口服每次300~600mg,每日3~4次。

(3)解痉平喘 对伴有气急及喘息性慢性支气管炎患者可应用支气管扩张剂(详见本章慢性阻塞性肺气肿节)。

2.缓解期的治疗

(1)祛除发病因素 了解病人工作、生活情况,寻找有无引起慢性支气管炎的发病因素,采取一切措施加以排除,如戒烟,避免有害气体和过敏物质的接触,清除上呼吸道的慢性病灶如慢性鼻窦炎、慢性扁桃体炎,及时治疗急性上呼吸道感染等。

(2)提高机体抗病能力,预防慢支急性发作 可选用下列方法:①气管炎菌苗治疗:常用气管炎三联菌苗,每周皮下注射1次,从0.1ml开始,每次递增0.1ml,直至0.5~1ml,疗程1~2年。②卡介苗素注射:每周肌注3次,每次1ml(含卡介苗提取物干重0.5mg),疗程1年。③核酪注射液:每周皮下或肌肉注射两次,每次2~4ml,在冬季发病季节前用2~3个月;也可口服代替注射。

(3)中医中药治疗 方法和组方很多,可根据不同分型选用。也可采取冬病夏治的方法。

【预防与保健】

1.加强体育锻炼,增强耐寒能力。

2.搞好公共卫生和家庭、工作区的环境卫生,认真处理“三废”,防止大气污染及家庭的小环境污染。

3.搞好卫生宣传,积极防治上呼吸道感染。戒烟是预防本病的重要措施之一,应大力宣传吸烟的害处。

4.改善居住条件,做好防尘、防烟和防寒工作。

二、慢性阻塞性肺气肿

慢性阻塞性肺气肿是在慢性支气管炎的基础上引起的呼吸性细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡的持久性扩大,过度充气,并伴有破坏性改变,因而导致肺组织弹力减退、容积增大和含气增多的一种病理状态。它有别于只有过度膨胀,但不伴有破坏性病变的所谓功能性肺气肿,如代偿性肺气肿、老年性肺气肿等。所谓慢性阻塞性肺疾病(简称慢阻肺,COPD)是指具有气流阻塞特征的慢性支气管炎和/或肺气肿,其气流阻塞呈进行性发展,可逆性很小。没有气流阻塞的慢性支气管炎或