

全国高等医药院校试用教材

内科学

(中医专业用)

上册

上海中医学院主编

上海科学技术出版社

全国高等医药院校试用教材

内 科 学

下 册

(中医专业用)

上海中医学院 主编

上海科学技术出版社出版

(上海瑞金二路450号)

新华书店上海发行所发行 上海中华印刷厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 22.5 字数 537,000

1980年2月第1版 1980年2月第1次印刷

印数: 1—49,000

书号: 14119·1419 定价: 2.65 元

全国高等医药院校试用教材

内 科 学

下 册

(中医专业用)

主 编

上海中医学院

编 写 单 位

广州中医学院	上海中医学院	云南中医学院
北京中医学院	江西中医学院	河北新医大学
长春中医学院	陕西中医学院	浙江中医学院
	湖南中医学院	

上海科学技术出版社



A692623

编写说明

本书是由卫生部组织有关医药院校编写的教材,供全国高等医药院校中医专业使用。上册为总论、上篇,下册为下篇、附篇。

总论介绍脏腑、气血、风火湿痰以及六经、卫气营血病机病证的基本概念,并对内科杂病中的治疗原则作了系统的阐述。

上篇介绍祖国医学的常见证候,共51篇。每篇分列概说、病因病理、辨证施治、病案举例、文献摘录等项。并将历代有关对该证的记载,中医的理、法、方、药和临床实践经验,以及对临床有指导意义的重要理论,作必要的论述,从而使中医基本理论方面有所加强。

下篇介绍现代医学的常见疾病,共43篇。每篇分列概说、病因病理、临床表现、诊断和鉴别诊断、主症分析以及中西医两法的防治措施。

附篇介绍现代医学对休克、心跳骤停等急重病症的抢救知识和技能等。

本书曾请上海中医学院院长黄文东教授审阅。

本书系试用教材,希望各院校在使用过程中,不断总结经验,收集反映,提出宝贵意见,以便进一步修订提高。

一九七八年十一月

全国高等医药院校试用教材

内 科 学

上 册

(中医专业用)

上海中医学院 主编

上海科学技术出版社出版

(上海瑞金二路450号)

新华书店上海发行所发行 上海市印刷四厂印刷

开本 787×1092 1/16 印张 12 字数 400,000

1979年12月第1版 1979年12月第1次印刷

印数 1—75,000

书号: 14119·2894 定价: 1.60 元

目 录

总 论

概说	1	风火湿痰病机、病证的基本概念	16
脏腑病机、病证的基本概念	2	一、风	16
一、心	2	二、火	17
附：小肠	4	三、湿	19
二、肝	5	四、痰(饮)	20
附：胆	7	六经辨证与卫气营血辨证	21
三、脾	7	一、六经病机、病证的基本概念	21
附：胃	9	二、卫气营血病机、病证的基本概念	22
四、肺	9	治疗总则	23
附：大肠	11	一、正治反治	23
五、肾	11	二、标本缓急	23
附：膀胱	13	三、脏腑补泻	24
气血病机、病证的基本概念	14	四、八法运用	25
一、气	14		
二、血	15		

上 篇

感冒	29	噎膈	83
内伤发热	34	呕吐	87
咳嗽	40	附：反胃	89
喘证	44	泄泻	90
哮证	49	霍乱	95
饮证	53	痢疾	99
肺痿	57	便秘	104
肺癆	60	胁痛	107
肺癆	64	黄疸	111
胃脘痛	70	湿阻	118
附：吐酸 嘈杂	73	奔豚气	121
腹痛	75	积聚	123
呃逆	79	鼓胀	127

水肿	134	不寐	202
淋证	139	郁证	206
附：尿浊	142	癫狂	210
癃闭	143	痢证	215
消渴	148	厥证	218
遗精	151	痉证	224
附：阳痿	153	附：破伤风	226
腰痛	154	痿证	229
虚劳	157	痹证	234
血证	166	疟证	238
惊悸、怔忡	174	虫证	242
胸痛	179	汗证	245
头痛	184	痧证	250
眩晕	189	痰证	256
中风	194	昏迷	261

目 录

下 篇

支气管炎.....	269	慢性白血病.....	418
支气管哮喘.....	275	甲状腺功能亢进症.....	421
大叶性肺炎.....	279	糖尿病.....	428
矽肺.....	284	常见肿瘤.....	443
慢性肺源性心脏病.....	288	支气管肺癌.....	446
充血性心力衰竭.....	293	食管癌.....	453
风湿病.....	302	胃癌.....	459
风湿性心瓣膜病.....	308	原发性肝癌.....	465
高血压病.....	315	结肠癌.....	471
脑卒中.....	322	结核病.....	476
冠状动脉粥样硬化性心脏病.....	330	肺结核.....	476
心肌病.....	337	结核性胸膜炎.....	483
克山病.....	343	结核性腹膜炎.....	486
胃与十二指肠溃疡病.....	349	肠结核.....	489
慢性胃炎.....	356	细菌性痢疾.....	492
慢性非特异性溃疡性结肠炎.....	360	伤寒与副伤寒.....	497
肝硬化.....	363	阿米巴病.....	505
胰腺炎.....	372	病毒性肝炎.....	511
慢性肾小球肾炎.....	378	流行性出血热.....	518
肾盂肾炎.....	385	疟疾.....	526
附：尿毒症.....	391	波状热.....	532
缺铁性贫血.....	394	钩端螺旋体病.....	537
再生障碍性贫血.....	398	血吸虫病.....	542
原发性血小板减少性紫癜.....	404	钩虫病.....	558
白细胞减少症和粒细胞缺乏症.....	407	丝虫病.....	561
白血病.....	412	华枝睾吸虫病.....	566
急性白血病.....	414	绦虫病和囊虫病.....	569

附 篇

休克.....	575	心跳骤停的抢救.....	600
水、电解质与酸碱平衡失调.....	587	附录：方剂索引.....	611

下 篇

支 气 管 炎

支气管因受到细菌、病毒的感染或物理、化学因素的刺激以及过敏等而发生的炎症称之为支气管炎，常以咳嗽、咯痰或喘促为主要症状。临床一般分为急性与慢性两类，一般以病程不超过一个月，伴有感冒症候群，病变局限于粘膜，痊愈后能完全恢复粘膜结构和功能者称急性支气管炎；凡病程超过二个月，并连续两年以上发病，或一年发病连续三个月以上引起粘膜及其周围组织炎症者称慢性支气管炎。慢性支气管炎如果治疗不及时可并发肺气肿、肺原性心脏病，严重影响劳动力，甚至危及生命。

支气管炎是一种常见病、多发病。发病季节以冬春多见。急性者可发生于任何年龄，慢性者以成年人多为多，我国慢性支气管炎发病率甚高，50岁以上的患病率约为10~24%，寒冷地区尤为突出。

祖国医学虽无支气管炎这一病名，但有关的文献记载却是非常丰富的，如《素问·宣明五气篇》云：“肺为咳。”《素问·五常政大论篇》亦云：“金不及……其发咳嗽，其脏肺，……金太过……其病咳”，指出了咳嗽之疾其病在肺系，可因邪客于肺，肺气壅实易发，也可因肺之虚损，肺失清肃而病。《中藏经·论肺脏虚实寒热生死逆顺》篇进一步认识到“肺病，实则上气喘急咳嗽，身热脉大也。虚则力乏喘促，右胁胀，语言气短者，是也。”对于本病的治疗，《金匮要略》就有“肺胀，咳而上气，烦躁而喘，脉浮者，心下有水，小青龙加石膏汤主之。”及“咳逆倚息不得卧，小青龙汤主之。”到后来，由于对本病认识的不断深入，分类越来越细，治疗也就日趋完备。《医学入门》已经认识到痰血和本病的关系，提出：“肺胀满，即痰与瘀血碍气，所以动则喘急，或左或右眠一边不得者是。”并且选用四物汤加桃仁等治疗。近几年来支气管炎的研究广泛开展，中西医结合治疗的成果使祖国医学宝库更加丰富。

本病可以参考祖国医学的咳嗽、痰证、饮证、喘证等篇辨证施治。

病因病理

本病病因及发病原理尚未完全明了，但多数认为是一种多病因的疾病。

一、现代医学的认识

〔病因〕

1. 感染因素：某些病毒、霉菌、细菌和支原体可引起呼吸道感染。已知的病毒有鼻病毒、流感病毒、冠状病毒、副流感病毒等。常见的细菌有流感杆菌、肺炎双球菌、甲型链球菌等。

上述病毒、细菌、支原体侵入呼吸道的粘膜上皮细胞，破坏粘膜上皮的完整性，降低呼吸道的防御机能，造成支气管壁的病理损害，引起急性支气管炎或慢性支气管炎的急性发作。

2. 理化刺激因素: 寒冷、气温的骤变、湿度大以及粉尘、烟雾、有害气体(如 SO_2 、 NO_2 、 H_2S 、甲醛、氨等)都可以影响人体或呼吸道局部的正常生理机能, 破坏纤毛上皮、降低支气管的自洁——排除功能, 刺激粘液分泌, 给病毒、细菌的感染造成条件。国内外资料说明, 烟雾主要影响纤毛上皮的功能, 降低吞噬细胞的吞噬作用, 加重支气管炎的病理改变。因此吸烟时间越长, 烟量越大, 其发病率越高(较不吸烟者高 2~8 倍)。大气污染与吸烟对本病的影响有协同作用。非吸烟者在高度大气污染与在很低度大气污染条件下, 慢性支气管炎发病相差 30%, 而吸烟者则相差 88%。

3. 过敏因素: 过敏反应也可认为是一种特殊刺激作用。由于先天性因素或植物神经系统功能失调, 引起机体反应性的异常改变, 使原来无害的物质如食物、粉尘等起强烈的刺激作用。近年来发现螨及其代谢产物有很强的致敏性, 细菌、病毒的分泌物、代谢产物也可成为抗原。当致敏原进入机体后, 机体产生相应的抗体, 具有特异性; 再次与致敏原接触时, 即引起抗原抗体反应。从免疫病理学上看, 支气管炎与支气管哮喘的区别在于对过敏原的反应强度不同, 支气管炎表现以组织的炎性反应为主。

上述三种因素, 并非孤立的, 而是互相联系、互相影响的。长期的理化因素刺激可使呼吸道抵抗力降低、分泌物增多, 为细菌、病毒的侵入提供了条件。细菌的感染又可引起过敏反应。过敏反应又进一步降低了机体的抵抗力, 有利于细菌的感染。

如果上述病因持续或反复作用, 支气管壁的病理损伤进一步加重, 则逐渐形成慢性支气管炎(见图 1)。

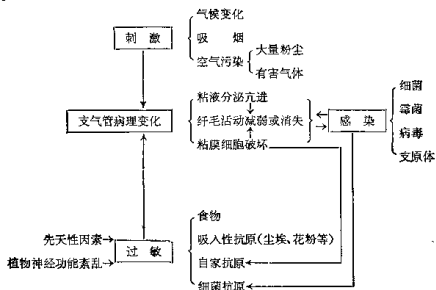


图 1 支气管炎的病因病理示意图

〔病理变化〕 急性支气管炎的病理改变, 主要是支气管粘膜充血水肿, 纤毛上皮细胞受损、脱落, 表面有粘液性或化脓性渗出物, 粘膜下层有白细胞浸润和粘液腺肿大, 痊愈后病变消退, 粘膜恢复正常。

慢性支气管炎的主要病理改变是: 粘膜层纤毛柱状上皮细胞不同程度的损伤、脱落, 杯状细胞增殖; 粘膜下层腺体增生、肥大, 分泌亢进, 尤以粘液腺为著, 粘液分泌增加; 在外膜层, 作为细支气管支架的软骨片, 也发生程度不同的变性和萎缩。同时在粘膜层、粘膜下层有炎细胞浸润, 主要是淋巴细胞和浆细胞, 少数有大单核细胞和嗜酸性细胞浸润。在感染严

重的急性发作期,则中性白细胞多见。此外,病变的支气管壁多有不同程度的充血、水肿及结缔组织增生。当急性发作迁延不愈时,上述改变也可蔓延到细支气管以下部位。这些改变可使管壁增厚、管腔狭窄,由于粘液潴留,可造成不完全阻塞或形成粘液活瓣;吸气时细支气管扩张,气体尚能进入肺泡,呼气时细支气管关闭,气体排出困难,使肺泡内残气蓄积,压力增高,肺泡过度膨胀,甚至肺泡破裂,形成肺气肿。有的患者,由于炎症的长期发展使管壁变薄,逐渐使支气管扩张,使分泌物易于潴留,细菌反复感染,是临床体征上出现肺部罗音长期不能消失的根本原因。病变进一步加重时,还可形成广泛细支气管炎、支气管周围炎及肺炎。炎症不仅波及周围肺组织,并可影响到血管,使血管壁增厚、变性,管腔狭窄,血栓形成,甚至闭塞,加速肺气肿的形成和进展,也是导致肺心病的主要原因。

二、祖国医学的认识 认为支气管炎的发生和发展,与外邪的侵袭以及与肺、脾、肾三脏功能的失调有关。

由于肺的生理、病理特点,容易形成咳嗽、咯痰、喘息等症——支气管炎病变。如《医学三字经》所说:“肺为脏腑之华盖,呼之则虚,吸之则满,只受得本脏之正气,受不得外来之客气,客气干之则呛而咳矣;亦只受得脏腑之清气,受不得脏腑之病气,病气干之,亦呛而咳矣。”就是说:形成支气管炎的病邪,一是外来之客气——外感六淫之邪;一是脏腑之病气——内伤产生的病邪。

1. 外邪因素:外感六淫,从口鼻或皮毛而入,使肺气被束,肺失肃降;嗜食烟酒、辛辣助火之品,灼津生痰,阻塞气道,均可使肺气上逆而生咳嗽、吐痰等症。由于外邪性质的不同及人体强弱和阴阳偏盛差异,因此在症候表现上有风寒、风热、燥火等的不同。

2. 内脏失调:脏腑功能失于调节影响及肺,如脾失健运,湿聚为痰,痰浊干肺;肾阳亏虚,气失摄纳;命门火衰,水气不能蒸发,为痰为饮,则气道阻塞;肾阴亏损,虚火内炽,灼伤肺津,皆可使肺失清肃,壅遏不宣,肺气上逆而咳嗽、咯痰。

支气管炎的形成往往是外感和内伤同时影响发病。外邪所以能够犯肺,主要是肺气不足,卫外功能失去调节作用。脾肾阳气亏虚,亦是导致本病反复发作迁延不愈的原因。在这样相互影响下,往往使外邪益盛,正气日衰,而形成咳嗽、咯痰、喘息、气短、肢冷畏寒等本虚标实之证。

临床表现

1. 急性支气管炎:起病较急,一般有上呼吸道感染症状,如发热、畏寒、身痛等。咳嗽为本病的主要症状。开始为干咳、喉痒、胸骨后有闷痛感,过1~2天后咳出少量粘痰或稀薄痰液,以后咳出脓性痰,偶可伴有血丝。一般发热常在3~5天后消退,但咳嗽可延长到一星期以上,然而很少超过一个月。胸部检查早期多无阳性体征,可有呼吸音粗糙,偶可听到干、湿性罗音及哮鸣音。有的患者白细胞计数增多。

2. 慢性支气管炎:以长期反复发作的咳嗽、咯痰、或伴有喘息为主要表现,每次发作的时间都在二个月以上,并有连续二年以上的病史或一年发病连续三个月以上。轻者,仅在晨起和晚睡时较为明显。咯痰多为白色粘液性或稀薄泡沫状。多数患者寒冷季节症状较显著,天暖则症状减轻或消失。如未及时治疗,咳、痰或喘息逐渐加剧,每因受凉、感冒等使炎症加重,引起急性发作,这时则可出现脓性黄痰,或带少许血丝,并可伴有畏寒、发热、头痛等全身症状。部分病人可伴有哮喘,称慢性喘息型支气管炎。肺部检查早期可无明显体征,有时可听到散在干、湿罗音,急性发作期可明显加重,喘息型支气管炎可听到哮鸣音。后期常

出现肺气肿征。X线检查早期无特殊改变,后期可见肺纹理粗乱,呈条状或网状。

肺气肿是常见的继发病,是由于支气管痰液潴留及管壁痉挛引起气道阻塞而造成的阻塞性肺气肿。临床表现为渐进性气短、呼吸困难,甚至发绀,每因继发感染而加剧。查体可见桶状胸,呼吸运动减弱,肋间隙增宽,肺部叩诊呈高清音,肺下界下移,肝浊音界下移,心浊音界缩小或消失,听诊呼吸音减低,呼气延长,心音遥远。

慢性支气管炎根据发作情况可分为三期:

(1) 急性发作期: 原有的咳嗽、咯痰、或喘息明显加重,在短期内突然出现脓性或粘液性痰,痰量明显增加,可伴有发热及其它炎症表现。常见于继发感染。

(2) 慢性迁延期: 一般指咳嗽、咯痰、喘息等症状连续发作、存在,时间超过一个月。

(3) 临床缓解期: 指患者经治疗后或自然好转,无症状或仅有轻微症状在三个月以上。

诊断与鉴别诊断

〔诊断依据〕

1. 急性支气管炎: 凡既往无慢性支气管炎史,而出现咳嗽、咯痰、或喘息等症状,病程在一个月以下者,可诊断为急性支气管炎。

2. 慢性支气管炎: 凡每年咳嗽、咯痰、或喘息在两个月以上,连续两年以上发病,或一年发病连续三个月以上,并排除心肺其它疾病引起者,即可诊断为慢性支气管炎。

〔鉴别诊断〕 需与下列疾病鉴别。

1. 慢性咽喉炎: 以干咳为主要症状,可见咽部充血,淋巴滤泡增生或粘膜苍白,干燥萎缩。

2. 肺结核: 咳嗽为干咳,或痰中带血,或咯血痰。常有结核中毒症状,如低热、疲乏、食欲不振、体重减轻、盗汗、心悸、女患者月经不调等。X线胸部检查常能确定病灶所在。

3. 支气管哮喘: 是一种发作性肺部变态反应性疾病。临床特征为反复发作的、阵发性的、带哮鸣音的呼吸困难。发作和缓解均迅速。多数有较明显的季节性。咳嗽、咯痰症状不明显,或在发作后期可见咳嗽及咯出少量粘液性痰。合并有支气管炎者与喘息型支气管炎难以区分,可借助病史加以鉴别。

4. 支气管扩张: 病程长,但全身情况比较好,咳嗽和咯痰常与体位改变有关。痰量多,每天达数百毫升,痰液静置后可分为三层。有些病者,痰量很少,如合并感染,痰量随之增多,并有发热或咯血等症。支气管造影能确定诊断。

5. 肺癌: 以咳嗽或咯血为主要症状,多发于40岁以上吸烟多者,咳嗽多为刺激性呛咳。X线检查有助于确诊。

主证分析

1. 咳嗽、咯痰: 是本病的主要症状。多数由于外邪犯肺,或脾虚生痰等所引起。外邪或为风寒,或为风热,或挟燥邪。风寒犯肺,常见咳吐白痰而稀,若从热化则痰由白转黄。风热犯肺,常见咳嗽痰黄而稠。挟燥邪则多干咳无痰或少痰。脾虚则咳嗽痰多,咯痰旷日持久。外邪引起的咳嗽咯痰,不管是急性支气管炎或慢性支气管炎急性发作,大多伴有外感症状,如发烧,头痛,恶寒等。如果是慢性迁延期或缓解期的咳嗽咯痰则不同,一般无外感症状,是脾虚还是肺肾虚,当根据临床不同症情予以鉴别。

2. 气喘: 急性支气管炎多数由于外感风寒或风热,使肺气闭塞,肃降失常而致气喘。慢性支气管炎后期,气喘成为经常性,轻者活动气短,重者喘息不能平卧,面色黧黑,而浮足肿,

是由于病久肺肾两虚,使肺虚不能降气,肾亏不能纳气所致。

治疗

一、辨证施治

(一)急性支气管炎

1. 风寒束肺:

〔主证〕 咳嗽,痰白而稀,恶寒发热,头痛全身酸楚,舌苔薄白,脉浮。

〔治法〕 祛风散寒,宣肺化痰。

〔方药〕 三拗汤^[24]加味。

麻黄 6 克 杏仁 10 克 荆芥 10 克 前胡 10 克 桔梗 6 克
甘草 6 克 苏子 10 克

2. 风热袭肺:

〔主证〕 咳嗽痰黄,或有口干咽痛,发热微恶风,舌苔薄黄或薄白,脉浮数。

〔治法〕 疏风清热,宣肺化痰。

〔方药〕 桑菊饮^[322]加减。

桑叶 10 克 薄荷 5 克 杏仁 10 克 前胡 10 克 连翘 10 克
牛蒡子 10 克 桔梗 6 克 鲜芦根 30 克 黄芩 10 克

若痰热偏盛,症见咳嗽痰黄稠,胸闷气促,口渴喜冷饮,发热或便干者,宜清热化痰,可用清金化痰汤^[348]。

3. 燥热伤肺:

〔主证〕 干咳无痰,或痰少不易咯出,鼻燥咽干,咳甚则胸痛,或有形寒、身热等表症。舌尖红,苔薄黄,脉数。

〔治法〕 辛凉清肺,润燥化痰。

〔方药〕 桑杏汤^[321]加减。

桑叶 10 克 杏仁 10 克 沙参 10 克 象贝母 10 克 豆豉 10 克
瓜蒌皮 10 克 山梔子 10 克 梨皮 6 克 黄芩 10 克

若火燥犯肺,症见面红咽干,舌红少津,治宜清肺降火,以清燥救肺汤^[340]加减。

(二)慢性支气管炎

1. 痰湿犯肺:

〔主证〕 咳嗽多痰,痰白而粘,胸脘作闷,纳差腹胀,苔白,脉弦滑。

〔治法〕 燥湿化痰。

〔方药〕 半夏厚朴汤^[96]加减。

半夏 10 克 厚朴 6 克 茯苓 10 克 苏子 10 克 生姜 6 克
大枣五枚 陈皮 6 克 苍术 6 克

喘者加麻黄、杏仁。

2. 外寒内饮:

〔主证〕 咳嗽气喘,痰白多泡沫,无汗恶寒,口中和或口干不欲饮,身体疼痛而沉重,甚则肢体浮肿,苔白滑,脉弦紧。

〔治法〕 解表温里,宣肺化饮。

〔方药〕 小青龙汤^[48]加减。

炙麻黄 6 克 桂枝 6 克 五味子 6 克 白芍 10 克 半夏 10 克

细辛 3 克 干姜 6 克 炙甘草 6 克 紫菀 10 克

若口干或吐黄痰者或烦躁者加生石膏 30 克。

3. 外寒内热:

〔主证〕 咳嗽音哑,痰浓咯艰,恶寒鼻塞,口渴咽痛,或有身热,甚则气逆而喘,舌苔白腻或微黄,脉浮滑数。

〔治法〕 散寒清热。

〔方药〕 用麻杏石甘汤^[353]加味。

麻黄 6 克 杏仁 10 克 生石膏 30 克 甘草 6 克 桑白皮 10 克

黄芩 10 克 桔梗 6 克 苏叶 10 克

4. 肺脾两虚:

〔主证〕 自汗气短,纳差便溏,每遇风寒咳嗽或喘发作加重,苔薄白,脉细弦。

〔治法〕 益气补脾。

〔方药〕 六君子汤^[57]加减。

党参 10 克 白术 10 克 茯苓 10 克 陈皮 6 克 炙甘草 6 克

生黄芪 10 克 山药 10 克

5. 肺肾两虚:

〔主证〕 咳嗽久作,呼多吸少,动则益甚,痰稀色白,畏寒肢冷,苔白而滑,脉沉细无力。

〔治法〕 温肾摄纳。

〔方药〕 《金匱》肾气丸^[227]加减。

炙附片 10 克 肉桂 6 克 熟地 15 克 山药 15 克 山萸肉 10 克

茯苓 12 克 泽泻 10 克 补骨脂 10 克

若喘甚,可加局方黑锡丹^[408]镇纳肾气而定喘。

若兼见神疲肢软,纳呆便溏等脾虚者,可加党参、白术、炙甘草健脾益气。

若腰酸头晕,短气自汗,五心烦热,口燥咽干,舌红苔少,脉细数者为肺肾阴虚,可用七味都气丸^[10]合参蚘散^[743]。若痰粘难咯者,也可用金水六君煎^[224]标本兼顾。

慢性支气管炎的急性发作期与急性支气管炎的临床表现大致相似,因此慢性支气管炎的急性发作期可以参考急性支气管炎进行辨证施治。

从祖国医学看来,急性支气管炎,以实证多见,治疗以祛邪为主。慢性支气管炎的急性发作期及慢性迁延期以“本虚标实”为特点,治疗当以扶正祛邪为主。即一方面补其虚,另一方面祛其邪,至于缓解期,当根据“虚者补之”的原则,治疗以补虚扶正为要。

二、西药治疗

1. 止咳、祛痰、平喘:咳嗽剧烈时,可给予止咳剂,如棕色合剂 10 毫升,每日 3 次。复方甘草片 2 片,每日 3 次,兼喘者,可用氨茶碱 0.1 克,或百喘朋 1 片,每日 3 次。喘急时可用氨茶碱 0.25 克,加 50% 葡萄糖 40 毫升,缓慢静脉注射,或舒喘宁 10 毫克,每日 2 次。或用舒喘宁气雾剂 0.2 毫克,一日数次。或用芸香草油气雾剂,每日 3 次。痰多时可用祛痰剂,如氯化铵 0.6 克,每日 3 次,或 10% 碘化钾 5 毫升,每日 3 次,或必消痰 4 毫克,每日 3 次。

2. 控制感染:急性支气管炎及慢性支气管炎急性发作期,可口服磺胺甲甲基异恶唑

(SMZ) 1克, 每日2次, 或复方新诺明1~2片, 每日2次。四环素0.5克, 每日4次。强力霉素0.1克每日2次。病情重者, 可与肌肉或静脉注射抗菌素如青霉素、卡那霉素、庆大霉素、链霉素等。

3. 菌苗注射: 是将慢性支气管炎患者痰培养中分离出的常见菌株, 增殖、灭活后制成, 多称为哮喘菌苗。一般在慢性支气管炎发作季节前一个月开始注射, 初次剂量从0.1~0.2毫升开始, 每周在上臂外侧三角肌附着处皮下注射一次, 每次增加0.1~0.2毫升, 最后维持在0.5~1.0毫升, 可注射一个发作季节, 也可全年注射。

预防

1. 积极开展卫生宣传教育, 认真普及预防支气管炎的知识, 群众自觉地起来和疾病作斗争。结合爱国卫生运动, 改善环境卫生和工业卫生, 积极消除烟尘和空气污染, 加强劳动保护。

2. 锻炼身体, 增强体质。在全身锻炼的基础上, 还可以做耐寒锻炼, 方法是从夏天开始, 用冷水洗脸、洗鼻、洗手、擦身, 长期坚持下去, 到冬天仍不间断。

3. 提倡戒烟, 已患支气管炎的病人, 应当绝对忌烟。

(中医研究院东直门医院 田德录 冯世纶)

支气管哮喘

支气管哮喘是一种常见的支气管过敏反应性疾病, 其临床特征是反复发作的、伴有哮鸣音的、以呼气性为主的呼吸困难。可发生于任何年龄, 但以12岁前开始发病者居多, 大多数好发于秋冬季, 春季次之, 夏季最少。

在祖国医学中, 本病属哮喘证范畴。《金匱要略·肺痿肺癰咳嗽上气病》描述其特点是“咳而上气, 喉中水鸡声”。《诸病源候论·久咳逆上气候》又有“定后复发, 连滞、经久也”的记载, 说明古代对于本病具有慢性、反复发作性的特点, 已早有认识。《证治要诀·哮喘》指出“宿有此根”, 《临证指南医案》又有“幼稚天哮”之说, 进一步认识到本病与体质因素有一定关系。在长期的临床实践中, 祖国医学对于防治哮喘积累了丰富的经验。

病因病理

一、现代医学的认识 支气管哮喘的病因目前尚不完全清楚, 但已肯定大多数与过敏反应有关。具有过敏性体质的人, 当机体接触某些致敏性物质(抗原)后, 便产生特异性抗体, 以后再次接触同一抗原, 即可发生抗原-抗体反应, 导致哮喘发作。

〔病因与发病原理〕

1. 外源性(吸入性)哮喘: 致敏原来自体外, 主要是吸入花粉、屋尘(包括螨及其代谢产物)、真菌孢子及某些生产性粉尘、动物毛屑等。此外, 进食鱼、虾、蟹及蛋类, 接触油漆、染料亦可致敏。发病者多为儿童和青年。往往有荨麻疹、湿疹、过敏性鼻炎等过敏病史及/或家族史。外源性致敏原进入体内, 可产生多量的特异性抗体——免疫球蛋白E (IgE), 附着在支气管粘膜的肥大细胞及血液嗜碱粒细胞上。若患者再次接触同一抗原, 抗原即与附着在肥大细胞表面的IgE相结合, 发生过敏反应, 使肥大细胞破坏, 释出多种生物活性物质, 如慢反应素(SRS-A)、组织胺、5-羟色胺、缓激肽等, 引起支气管平滑肌痉挛、粘膜充血水肿、粘液腺分泌增加, 使细支气管管腔狭窄, 肺的通气不畅而发生以呼气性为主的呼吸困难, 导

致哮喘发作。

2. 内源性(感染性)哮喘: 致敏原来自体内, 为细菌或病毒感染的产物, 故与鼻、咽、扁桃体、肺或其他感染病灶未及时清除有一定关系。多在成年起病。其发病原理尚不清楚。有人认为: 上述细菌或病毒产物促使B淋巴细胞产生抗体——免疫球蛋白M(IgM), 组成抗原-抗体复合物, 沉积于支气管粘膜下微血管, 在补体参与下发生过敏反应, 破坏粒细胞, 释出慢反应素等, 引起支气管平滑肌痉挛、粘膜充血水肿、粘液腺分泌增加而导致哮喘发作。

哮喘病史较长, 可终年发作, 而无明显缓解季节, 常系内源性 with 外源性过敏原混合存在的结果。

以上系哮喘的过敏反应学说。但过敏性体质并非人人皆有, 据统计它与遗传有一定关系。通过用某些抗原做成的抗哮喘疫苗, 应用于对该抗原产生哮喘的病人可以治愈的事实, 证明这种过敏性也是可以消失的。此外, 本病也可在精神刺激、吸入某些刺激性气体或气温变化时发生, 这种发病并无抗原-抗体反应参加, 可能通过神经反射作用、迷走神经兴奋性增高所致。

〔病理变化〕

早期病变有支气管粘膜嗜酸粒细胞及淋巴细胞浸润, 支气管平滑肌痉挛, 粘膜充血水肿和分泌增加, 肺泡膨胀, 哮喘发作后即可恢复。严重病变有支气管粘液腺体肥大增生, 基底膜增厚变性和纤毛上皮细胞损伤、脱落, 支气管管壁增厚; 常并发阻塞性肺气肿; 部分病人可因小支气管内痰液阻塞而造成局部肺不张; 急剧发作时可并发气胸。

二、祖国医学的认识

古代通过对本病临床的长期观察, 根据发作时痰气相击, 哮喘有声, 而粘痰一经咳出, 或经祛痰治疗后病即迅速缓解, 从而认为宿痰伏于体内, 遇某种诱因而触发, 以致痰气搏击于气道, 是哮喘发作的基本病理。至于痰浊平时伏于何处? 又有在肺、膈上及胃脘等不同说法。诱发因素, 则有感受风寒暑热、伤于情志、疲劳或误食过食某些食物等, 皆能使气机逆乱, 肺气不得肃降, 搏触内伏之痰而发病。正如《症因脉治·哮喘病》所说: “痰饮留伏, 结成窠臼, 潜伏于内, 偶有七情之犯, 饮食之伤, 或外有时令之风寒, 束其肌表, 则哮喘之症作矣。”

哮喘的根本原因, 可能与肾虚有关。因哮喘自幼而发者, 当发育期部分病人可自愈, 即肾气逐渐旺盛之故; 中年以上患者, 较难根治, 亦与肾气逐渐衰弱有关; 而反复发作, 在缓解期仍有轻度哮喘者, 与肾不纳气更有直接关系。在中西医结合的研究中, 有人多次测定与肾阳有关的尿17-羟皮质类固醇及17-酮类固醇的含量, 发现哮喘患者普遍低于正常值, 亦支持肾虚之说。但肾虚与过敏性体质究竟有何本质联系, 尚需深入、细致地进一步探讨和研究。从祖国医学的观点看来, 肾阳为元气之根, 司气之摄纳。同时, 肾虚则上不能输精以养肺, 又无以暖脾助其运化水谷, 故使脾肺之气不足, 而易为风寒、饮食所伤, 渐至津液不化, 变成痰浊, 伏留体内, 遇感而发。所以不难理解, 肾虚与哮喘的病理关系极为重要。

临床表现

哮喘发作前, 多有鼻痒、喷嚏、喉痒、咳嗽、胸闷等先兆症状, 迅即引起发作。

〔症状与体征〕

1. 典型发作: 常在夜间发生, 病人突然感胸闷窒息, 迅速发生呼吸困难, 呼气延长, 伴有哮鸣。为减轻气喘, 被迫坐起, 双手撑床, 张口抬肩, 所有辅助呼吸肌均参加活动。精神烦躁, 汗出。发作可持续数分钟、几小时或更长。发作停止前开始咳嗽, 咯出大量粘液泡沫样

痰后,呼吸逐渐通畅,哮喘停止。

哮喘发作时胸部多较饱满,叩诊有过度回响;听诊两肺满布哮鸣音,呼气延长。长期哮喘发作并慢性气管炎时,则在缓解后也可听到干、湿性罗音;并发阻塞性肺气肿时,就有肺气肿的体征。

2. 哮喘持续状态:严重的哮喘发作持续24小时以上,或发作剧烈,经治疗12小时以上仍未能控制者,称为哮喘持续状态。除具有上述典型发作的表现外,患者面色苍白,唇指紫绀,大汗淋漓,四肢冰冷,甚至因严重缺氧,二氧化碳潴留而导致呼吸功能衰竭。发生的原因主要有:①感染未能控制和/或某些吸入性抗原持续存在;②发作后的多汗、张口呼吸及茶碱类药物的利尿作用等引起失水,以致痰液更加粘稠,难以咳出;③精神过度紧张及体力疲劳;④严重缺氧、二氧化碳潴留和呼吸性酸中毒;⑤并发肺不张、气胸等。

〔实验室与X线检查〕 血白细胞计数一般正常,继发感染时增高;白细胞分类嗜酸性粒细胞可高至5~15%或更多。痰涂片检查可见大量嗜酸性粒细胞,并可见夏-雷氏结晶体。X线检查仅见两肺纹理增粗或透亮度增高。

〔分型〕 按起病与临床表现,可分为下列三型:

1. 感染型哮喘:诱发原因多为反复的上呼吸道感染或肺部感染。多数于成年起病。病前可有促使体质衰退的因素如肺结核、某些慢性病、妇女产后感染等。本型在我国农村较为多见。

2. 吸入型哮喘:发病与吸入某些外界过敏性抗原(特别是风媒花粉)有密切关系,故多有明确的季节性,一般以春、秋季最多。发作前多有鼻痒、咽痒、甚至眼痒、连续喷嚏、流清水样鼻涕和咳嗽等过敏性表现。大都在儿童或青年时起病,有过敏性家族史。血清中免疫球蛋白E(IgE)含量较正常人高数倍,而感染型哮喘病人的含量则正常或很低。

3. 混合型哮喘:兼有上述两型特点。此类病人病史多较长,哮喘常终年发作而无明显缓解季节。

〔并发症〕 多年反复发作,可并发慢性气管炎、阻塞性肺气肿、甚至肺原发性心脏病;由于肺泡破裂可并发气胸,痰栓阻塞支气管可造成局部肺不张。

诊断与鉴别诊断

〔诊断依据〕 根据反复发作的以呼气性为主呼吸困难,伴有哮鸣、咳嗽、咯痰等症状,诊断多无困难。

〔鉴别诊断〕 应与下列疾病鉴别。

1. 心脏性哮喘:见于左心衰竭、肺水肿。有阵发性气促、不能平卧和哮鸣,常夜间发作,与支气管哮喘相类似。但心脏性哮喘常见于中年以上患者,频繁咳出泡沫或血性痰,多有高血压、冠心病或风心病病史,体检时两肺底常有湿性罗音,并有心脏病的其他征象,如心脏扩大、心区杂音或心律失常等,可资区别。

2. 慢性喘息型气管炎:多见于老年人,发病缓慢,先有气管炎病史,然后才有哮喘发作,发病时,两肺散在哮鸣音,两肺底常有湿性罗音,血和痰中嗜酸性粒细胞不多。这些与支气管哮喘均有所不同。

3. 支气管肺癌:由于癌肿压迫气管、支气管,或再继发感染,可发生哮鸣、气急、咳嗽或咯血。但癌肿病史多不长,气急发作不明显,哮鸣音多局限,支气管解痉剂止喘效果不佳等,可有助鉴别。