

Composite Clinical Medicine

综合实用医学

主 编：刘晓红

副主编：井开胜 孙继霞

(上)



黑龙江人民出版社

综合实用医学

主 编 刘晓红

副主编 井开胜 孙继霞

黑龙江人民出版社

中国·哈尔滨

图书在版编目 (CIP) 数据

综合实用医学/刘晓红主编. —哈尔滨: 黑龙江人民出版社, 2009.5

ISBN 978-7-207-08206-0

I. 综... II. 刘... III. 临床医学 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 068877 号

责任编辑: 夏晓平

装帧设计: 孟宏刚

综合实用医学

主编 刘晓红

出版发行 黑龙江人民出版社

通讯地址 哈尔滨市南岗区宣庆小区 1 号楼

邮 编 150008

网 址 www.longpress.com

电子邮箱 hljrmchs@yeah.net

印 刷 哈尔滨工业大学节能印刷厂

开 本 889 × 1194 毫米 1/16

印 张 23

字 数 750 000

版 次 2009 年 5 月第 1 版 2009 年 5 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978-7-207-08206-0/R·254

定 价 120.00 元 (上、下册)

本社常年法律顾问: 北京市大成律师事务所哈尔滨分所律师赵学利、赵景波

前 言

随着高科技时代的到来，科学技术飞速发展，临床医学的新理论和新技术也在不断更新，疾病的诊断、治疗技术及护理方法日新月异。面对这种机遇和挑战，广大医护人员的素质及理论技术也应日臻完善和提高。本书的作者结合自身多年的临床经验，借鉴国内外医疗、护理专家的有关文献，共同编写了《综合实用医学》一书。

本书包括了内科、外科、妇科保健、儿科、皮肤病、放射诊断、放射治疗、检验学、护理学和病案管理等学科。作者力求简明扼要，通俗易懂，系统、准确地介绍临床常见疾病的诊断、治疗及护理，使其成为一部实用性很强的、价值很高的参考书。可供临床专业人员、实习医师及护理人员在临床工作中阅读使用，同时也希望不从事医疗护理工作的读者也能从中受益。

由于临床医学内容丰富，理论体系正在不断发展完善中，本书作者能力有限，故书中不足之处在所难免，敬请国内外同行们批评指正。

编 者

2008 年 12 月

《综合实用医学》编写人员

主 编 刘晓红

副主编 井开胜 孙继霞

编 委 (按姓氏笔画顺序排列)

方阳阳	牛广宇	王 彤	王 纓	王丽红
王顺芝	王凤霞	王秋菊	王蔚然	包艳红
白建蓉	孙 涛	孙吉锋	孙淑霞	邢海冬
邢海红	谷建清	李 莹	李 翠	陆家仁
李继玲	李鹏举	吴景伟	吴艳霞	杨桂杰
闫 杰	张秀英	邹洪洁	张欣鹏	金在花
胡卫华	侯淑香	姜明霞	赵锡霞	高艳波
聂士东	秦金庆	葛迎春	裴卓昕	蔚立波
滕以申	滕以娟			

目 录

内 科

第一章 呼吸系统疾病	(1)
第一节 急性上呼吸道感染	(1)
第二节 急性气管-支气管炎	(4)
第三节 咯 血	(6)
第四节 急性呼吸道窘迫综合征	(12)
第五节 呼吸衰竭	(18)
第六节 慢性阻塞性肺病	(20)
第七节 慢性肺源性心脏病	(24)
第八节 肺 炎	(29)
第二章 心血管疾病	(33)
第一节 心力衰竭	(34)
第二节 心律失常	(49)
第三节 高 血 压	(54)
第四节 心 肌 炎	(61)
第五节 心 包 炎	(66)
第六节 心血管疾病药理学	(72)
第三章 消化系统疾病	(87)
第一节 食管贲门失弛缓症	(87)
第二节 胃食管反流病	(91)
第三节 急性胃炎	(94)
第四节 慢性胃炎	(100)
第五节 消化性溃疡	(104)
第六节 胃 癌	(113)
第七节 肠 结 核	(125)
第八节 急性出血坏死性肠炎	(128)
第九节 溃疡性结肠炎	(133)
第十节 病毒性肝炎概述	(138)
第十一节 甲型病毒性肝炎	(150)
第十二节 乙型病毒性肝炎	(156)

第十三节 丙型肝炎	169
第十四节 丁型肝炎	175
第十五节 戊型肝炎	178
第十六节 己型肝炎	183
第十七节 庚型肝炎	184
第十八节 输血传播病毒相关肝炎	186
第十九节 阿米巴性肝脓肿	189
第二十节 肝包虫病	192
第四章 中医中药治疗神经系统疾病	193
第一节 内耳眩晕症	193
第二节 缺血性中风	195
第三节 出血性中风	200
第四节 偏头痛	204
第五节 癫痫	206
第六节 神经衰弱	209
第五章 结核病	212
第一节 肺结核概述	212
第二节 原发性肺结核	229
第三节 血行播散型肺结核	234
第四节 继发型肺结核	237
第五节 结核性胸膜炎	242
第六节 老年肺结核	246
第七节 结核性脑膜炎	250
第八节 结核性腹膜炎	255
第九节 肠结核	260
第十节 肾结核	263
第六章 精神疾病诊治	268
第一节 器质性精神障碍诊治	268
第二节 精神活性物质所致精神障碍诊治	275

外 科

第一章 麻醉	281
第一节 全身麻醉	281
第二节 局部麻醉	283
第三节 椎管内麻醉	285
第四节 神经外科手术的麻醉处理	292

第五节 胸外科手术的麻醉处理	(295)
第六节 腹部手术的麻醉处理	(296)
第七节 泌尿外科手术的麻醉处理	(297)
第二章 颅脑损伤	(298)
第一节 头皮损伤	(299)
第二节 颅骨损伤	(300)
第三节 脑损伤	(302)
第三章 颅内肿瘤	(308)
第一节 神经胶质瘤	(309)
第二节 脑膜瘤	(313)
第三节 垂体腺瘤	(315)
第四章 胃十二指肠溃疡	(317)
第一节 胃与十二指肠溃疡外科治疗	(317)
第二节 胃与十二指肠溃疡并发症外科治疗	(320)
第五章 急性阑尾炎	(324)
第六章 肛裂	(330)
第七章 直肠肛管周围脓肿	(335)
第八章 肛瘘	(337)
第九章 痔	(341)
第十章 泌尿系统疾病	(344)
第一节 泌尿系统损伤	(344)
第二节 泌尿、男性生殖系统感染	(350)
第三节 良性前列腺增生症	(353)
第十一章 骨折	(358)
第一节 上肢骨折	(362)
第二节 下肢骨折	(366)
第三节 脊柱骨折	(370)

妇女保健

第一章 概 述	(373)
第二章 青春期保健	(374)
第三章 围婚期保健	(378)
第四章 孕产期保健	(381)
第五章 更年期保健	(384)

儿 科

第一章 急性上呼吸道感染	(387)
第二章 急性支气管炎	(390)
第三章 肺 炎	(391)
第四章 小儿腹泻	(398)

皮 肤 病

第一章 头 癣	(407)
第二章 手足癣	(410)
第三章 甲 癣	(412)
第四章 体 癣	(415)
第五章 股 癣	(417)
第六章 花斑癣	(418)
第七章 癣菌疹	(419)
第八章 念珠菌病	(420)
第九章 麻 风	(422)
第十章 疥 疮	(426)

放射技术和肺部感染性疾病的诊断

第一章 X线成像原理	(429)
第二章 X线检查技术	(430)
第三章 肺结核 X线检查诊断	(439)
第一节 概 述	(439)
第二节 原发性肺结核	(441)
第三节 血行播散型肺结核	(443)
第四节 浸润性肺结核	(443)
第四章 肺炎 X线检查诊断	(445)
第一节 大叶性肺炎	(445)
第二节 小叶性肺炎	(446)
第三节 支原体肺炎	(446)
第四节 过敏性肺炎	(447)
第五节 间质性肺炎	(447)
第六节 肺脓肿	(448)

放射治疗

第一章 概 述	(449)
第二章 颅内肿瘤的放射治疗	(454)
第三章 头颈部肿瘤	(458)
第四章 前列腺癌放射治疗	(469)
第五章 肺癌放射治疗	(471)
第六章 淋巴瘤放射治疗	(475)

检 验

第一章 标本采集前言	(482)
第二章 一般标本采集	(487)
第三章 微生物标本的采集与运送	(496)
第四章 免疫标本采集	(504)
第五章 分子生物学标本采集	(509)
第六章 特殊疾病标本采集	(509)
第七章 标本送检、处理及存放	(517)
第八章 检验前标本的质量控制	(518)
第九章 病理诊断的任务和检查种类	(521)
第十章 组织标本收集、取材、固定和制作	(523)
第十一章 肺间质疾病病理诊断	(530)

护 理

第一章 基本护理	(539)
第一节 病人清洁护理	(539)
第二节 生命体征的观察与护理	(541)
第三节 给药护理	(545)
第四节 输血护理	(547)
第五节 导尿技术	(550)
第二章 呼吸系统疾病护理	(552)
第三章 循环系统疾病护理	(556)
第四章 消化系统疾病护理	(560)
第五章 结核疾病护理	(565)
第一节 肺结核的护理	(565)

第二节 肺结核并发症和合并症的护理	(578)
第三节 老年人肺结核的护理	(585)
第四节 肺外结核护理	(590)
第六章 外科感染护理	(602)
第七章 创伤护理	(604)
第八章 外科乳房疾病护理	(607)
第九章 外科腹部疾病护理	(610)
第十章 妇产科护理	(615)
第一节 高危妊娠护理	(615)
第二节 异常分娩护理	(628)
第三节 妊娠滋养细胞疾病护理	(633)
第四节 子宫颈癌护理	(640)
第五节 手术病人护理	(645)
第六节 妇科内窥镜操作护理	(648)
第十一章 精神疾病护理	(652)
第一节 基础护理	(653)
第二节 精神异常状态的护理	(658)
第三节 急危状态的防范和护理	(661)

病案管理

第一章 概 述	(665)
第二章 病案建立和形成	(674)
第三章 病案的收集与整理	(676)
第四章 病案登记	(678)
第五章 病案的归档	(681)
第六章 病案供应、控制与存储	(682)
第七章 病案保护	(686)
第八章 病案统计	(689)
第九章 国际疾病分类	(692)
第十章 手术操作分类	(701)
第十一章 病案质量管理	(705)
第十二章 现代技术在病案管理中的应用	(715)

内 科

第一章 呼吸系统疾病

呼吸系统疾病是人类最常见多发的疾病,约占内科疾病的25%,在我国疾病的死亡原因调查中,呼吸系统疾病居第一位。呼吸系统的功能是吸入新鲜空气,通过肺泡内的气体交换,使血液得到氧并排出二氧化碳,从而维持正常人体的新陈代谢。机体与外界环境进行气体交换的过程称为呼吸。气体交换地有两处,一是外界与呼吸器官如肺、膈的气体交换,成肺呼吸或膈呼吸(外呼吸)。另一处由血液和组织液与机体组织、细胞之间进行气体交换(内呼吸)。

呼吸系统与外界的直接沟通,使外界有害物质如微生物、粉尘、过敏源和有害气体等直接吸入呼吸道造成各种损害;而身体其他器官的病原体也可通过淋巴和血液循环播散到肺部;全身器官的疾病如自身免疫性疾病、血液、代谢等疾病也可累及到肺脏;肺与心脏也有血流动力学的关系,二者的病变也相互影响。呼吸系统疾病与其他系统疾病一样,周密详细的病史和体格检查是诊断呼吸系统疾病的基础,X线胸部检查对肺部病变具有特殊的重要作用。由于呼吸系统疾病常为全身性疾病的一种表现,还应结合常规化验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。

呼吸系统疾病有感冒、肺炎、气管炎、哮喘、肺结核、尘肺等,若得不到及时控制或病情迁延恶化,将发展成为肺心病、肺气肿、呼吸衰竭、心衰、肺癌等。

第一节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染(acute upper respir tract infection)是指自鼻腔至咽部之间的急性炎症的总称,是呼吸道最为常见的一种呼吸道传染病。90%左右由病毒引起,细菌感染常继发于病毒感染之后。本病主要病原体是病毒,少数是细菌。发病不分季节、性别、职业和地区,任何年龄均可发病,通过含有病毒的飞沫、雾滴,或经污染的用具进行传播。机体抵抗力降低时,如受寒、劳累、淋雨等情况,原已存在或由外界侵入的病毒或(和)细菌,迅速生长繁殖,导致感染。本病通常病情较轻、病程短、可自愈,预后良好。但由于发病率高,并具有一定的传染性,不仅影响工作和生活,有时还可伴有严重并发症如急性鼻窦炎、中耳炎、气管-支气管炎。以咽炎为表现的上呼吸道感染,部分患者可继发溶血性链球菌引起的风湿热、肾小球肾炎等,少数患者可并发病毒性心肌炎,应予警惕。

【病因病理】

急性上呼吸道感染约有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。细菌感染可直接或继病毒感染之后发生,以溶血性链球菌为多见,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。其感染的主要表现为鼻炎、咽喉炎或扁桃腺炎。

当有受凉、淋雨、过度疲劳等诱发因素,使全身或呼吸道局部防御功能降低时,原已存在于上呼吸道或从外界侵入的病毒或细菌可迅速繁殖,引起发病,尤其是老幼体弱或有慢性呼吸道疾病如鼻旁窦炎、扁桃腺炎者,更易罹病。

鼻腔及咽喉膜充血、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,大量脓性分泌物。

【临床表现】

本病潜伏期1~3d,起病多较急。根据年龄大小、体质强弱及病变部位的不同,病情的缓急、轻重程度也不同。根据病因,临床表现可有以下几类:

1. 普通感冒又称急性鼻炎或上呼吸道卡他 以鼻咽部卡他症状为主要表现。成人多数为鼻病毒引起，次为副流感病毒、呼吸道合胞病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒等。起病较急，初期有咽干、咽痒或烧灼感，发病同时或数小时后，可有喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕，2~3d后变稠。可伴咽痛，有时由于耳咽管炎使听力减退，也可出现流泪、味觉迟钝、呼吸不畅、声嘶、少量咳嗽等。一般无发热及全身症状，或仅有低热、不适、轻度畏寒和头痛。检查可见鼻腔粘膜充血、水肿、有分泌物，咽部轻度充血。如无并发症，一般经5~7d痊愈。

2. 急性病毒性咽炎和喉炎 由鼻病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒以及肠病毒、呼吸道合胞病毒等引起。临床表现为咽痒和灼热感，咽痛不明显。咳嗽少见。急性喉炎多为流感病毒、副流感病毒及腺病毒等引起，临床表现为明显声嘶、讲话困难、可有发热、咽痛或咳嗽，咳嗽时咽喉疼痛加重。体检可见喉部充血、水肿，局部淋巴结轻度肿大和触痛，有时可闻及喉部的喘鸣声。

3. 急性疱疹性咽喉炎 常由柯萨奇病毒A引起，表现为明显咽痛、发热，病程约一周。检查可见咽充血，软腭、悬雍垂、咽及扁桃体表面有灰白色疱疹有浅表溃疡，周围有红晕。多于夏季发作，多见儿童，偶见于成人。

4. 急性咽结膜炎 主要由腺病毒、柯萨奇病毒等引起。临床表现为发热，咽痛、畏光、流泪，咽及结合膜明显充血。病程4~6d，常发生于夏季，游泳中传播。儿童多见。

5. 急性细菌性咽—扁桃体炎 多由溶血性链球菌引起，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。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。

【检查诊断】

急性上呼吸道感染的诊断一般不困难，根据病史、流行情况、鼻咽部发炎的症状和体征，结合实验室和胸部透视或照片等检查可作出临床诊断。如要进行病原学诊断，则需进行细菌培养或病毒分离，或以免疫荧光法、酶联免疫吸附检测法、血凝抑制试验等进行病毒血清学检查，一般可确定病因。

(一) 检查

1. 血常规 病毒性感染见白细胞计数正常或偏低，淋巴细胞比例升高。细菌感染时白细胞计数及中性粒细胞增多和核左移现象，但体弱儿或严重病例可减少。

2. 病毒和病毒抗原的测定 病毒和病毒抗原的测定，视需要可用免疫荧光法、酶联免疫吸附检测法、血清学诊断法和病毒分离和鉴定，以判断病毒的类型，区别病毒和细菌感染。

3. 细菌培养 以确诊细菌感染和判断细菌类型及药敏试验。

(二) 鉴别诊断

1. 急性传染病前驱症状 典型的感冒症状轻，病程短，有自愈倾向，一般7~10d即可恢复正常；但其临床表现常缺乏特征性。某些疾病，尤其是传染病的早期症状，仅有发热、头痛、乏力及轻度呼吸道症状，类似感冒，易于误诊，以致延误病情，须提高警惕。所以应与麻疹、百日咳、猩红热、流行性感冒、脊髓前角灰质炎等急性传染病早期作鉴别。

(1) 麻疹。麻疹是由麻疹病毒引起的急性传染病。多发生于儿童。麻疹早期，有明显的上呼吸道及眼结膜卡他症状，发病即可见发热、畏光、流泪、流涕、咳嗽等症，容易与流行性感冒相混淆。但是，在麻疹发病第2~3d可在病人颊黏膜及唇内侧，出现直径0.5~1mm的小白点，周围环绕红晕，用压舌板刮不掉，由少逐渐增多，可能相互融合，称口腔麻疹斑，此斑一旦出现，即可确诊。感冒无此斑出现。

(2) 百日咳。百日咳是由百日咳（嗜血）杆菌引起的急性呼吸道传染病，常见于小儿。其特征是阵发性痉挛性咳嗽，并伴有深长的鸡鸣样吸气声。本病初期与感冒症状相似，容易混淆。一般经过7~10d左右，出现特征性痉咳，即阵发性短促咳嗽，声声相连，连续十余声或数十声，随之深吸气发出鹭鸶鸣样高调吼声，暂时间歇后再反复发作。病程可达三个月之久。这些特征，都是感冒所没有的，可资鉴别。

(3) 猩红热。猩红热是由乙型溶血性链球菌所致的急性传染病。临床特征为发热、咽喉炎、全身有弥漫性鲜红色皮疹和疹退后明显的皮肤脱屑。因为猩红热与感冒都是冬春季常见病，早期症状又很相似，所以容易混淆。但猩红热发病后，咽部明显红肿疼痛，一昼夜内出现典型皮疹，舌鲜红无苔如杨梅，均与感冒有明显不同，可资鉴别。

(4) 脊髓灰质炎。是由脊髓灰质炎病毒引起的急性传染病。本病多发生在夏秋季节，主要通过消化道传染。

多发生于儿童,尤其好发于5岁以下小儿。本病潜伏期3~35d,平均为5~14d。起病可缓可急,主要表现为发热,一般在38℃~39℃之间,伴多汗,并有咳嗽、流涕等上呼吸道感染现象,经过2~3d体温可恢复正常。1~6d后,再次发热,与第一次发热形成两次发热高峰,即“双相热型”。这是脊髓灰质炎发热的特殊热型,凭此可与感冒相鉴别。随后,逐渐出现肌肉疼痛、知觉过敏、项背强直,以至出现肢体瘫痪等典型症状。

(5) 流行性脊髓膜炎简称“流脑”。是由脑膜炎双球菌所引起的急性传染病。多在冬春季节流行,常见于儿童,通过空气中的飞沫传播。其主要临床表现为:发病急,突然高热,头痛、呕吐,皮肤黏膜有出血点或淤斑,颈项强直等脑膜刺激征。辅助检查可见:白细胞总数明显增高;脑脊液穿刺呈化脓性改变;脑脊液涂片镜检可找到脑膜炎双球菌;血液和脑脊液细菌培养阳性。根据临床脑膜刺激征、皮肤黏膜出血点及细菌感染的检查结果,均可与上感相区别。

2. 与过敏性鼻炎鉴别 有些患者全身症状不重,常有喷嚏、流清水鼻涕、鼻黏膜苍白,临床上很像“伤风”,所不同是起病急骤、鼻腔发痒、频繁喷嚏、流清水样鼻涕,发作与环境或气温突变有关,有时对异常气味亦可发作,经过数分钟至1~2h痊愈,应考虑过敏性鼻炎。鼻黏膜苍白、水肿,鼻拭子涂片如嗜酸粒细胞增多,可助诊断。

3. 流行性感冒 流行性感冒常有明显的流行。起病急,全身症状较重,高热、全身酸痛、眼结膜炎症状明显,但鼻咽部症状较轻。取患者鼻拭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,或病毒分离或血清学诊断可供鉴别。

4. 急性气管-支气管炎 表现为咳嗽痰多,鼻部症状较轻,白血细胞可升高,X线胸片常可见肺纹理增强。

【治疗】

(一) 一般治疗

注意适当休息,病情较重或发热者或年老体弱者应卧床休息。居住环境要注意清洁、安静、光线充足,室温应保持在20~22℃,相对湿度为55%~60%,定时开窗换气(2~3次/d,30min/次),避免对流风直接吹到患者。忌烟,多饮开水,发热期间宜给流质或易消化食物(如去脂酸奶)。注意口腔、眼、鼻的局部清洁。注意呼吸道隔离,减少继发细菌感染的机会。

(二) 对症治疗

1. 降温及镇静 39℃以上高热可给予物理降温,如头、颈部冷敷,35%~50%酒精擦浴大血管走行部位或温水擦浴,或口服阿司匹林每次5~10mg/kg,或口服扑热息痛每次10~15mg/kg。咽痛者可用复方硼砂溶液漱口,华素片、银黄含片或溶菌酶片等,或局部雾化治疗。高热烦躁者给退热剂的同时应给予苯巴比妥以防止惊厥的发生。

2. 鼻塞 先清除鼻腔分泌物,用0.5%麻黄素于睡前或进食前10~15min滴鼻,每次每侧鼻孔滴入1~2滴,可减轻鼻黏膜充血肿胀,使呼吸道通畅,便于呼吸和吮乳。

3. 咳嗽 一般不用镇咳药,常用祛痰止咳药。如止咳常用复方甘草合剂10ml,3/d;溴己新(必嗽平),0.7ml/kg/d,分2~3次口服;沐舒痰60mg,3/d;干咳可用可待因糖浆5ml或咳快好20mg,2~3/d。

4. 止惊及镇静 惊厥及烦躁不安给机体带来一系列不良影响,如呼吸、循环功能的改变,大量能量及氧的消耗,故须及时处理。安定,每次0.3mg/kg静注,20~30min后可重复注射;鲁米那钠,每次0.005~0.008/kg口服;水化氯醛,每次60mg/kg灌肠;冬眠合剂,冬眠灵、非那更每次各0.5~1mg/kg,6h一次,可用2~3次。优点是解除血管痉挛,改善微循环,减低脑耗氧量。

(三) 抗病毒药物

可防止病毒进入宿主细胞,抑制病毒核酸的复制,干扰病毒蛋白质的合成,从而有可能抑制病毒在细胞内的繁殖,达到防治的目的。可试用病毒唑(virazole),为广谱抗病毒药物,剂量每日10~15mg/kg,肌肉或静脉给药。或用病毒唑片(2mg),7岁以下每2h含服一片,6次/d,夜间停服,热退后改为4次/d,3~5d为一疗程。或试用0.5%病毒唑滴鼻,每1~2h滴1次。有人主张用气雾给药。亦可用潘生丁每日3~5mg/kg,分2~3次口服,近年发现该药对病毒有抑制作用。

(四) 控制细菌感染

急性上呼吸道感染是最常见的社区获得性感染,大多由病毒所致,病程有自限性,不需使用抗菌药物,予以对症治疗即可痊愈。但少数患者可为细菌性感染或在病毒感染基础上继发细菌性感染,此时可予以抗菌

治疗。

1. 急性细菌性咽炎及扁桃体炎 患者扁桃体有渗出物、颈淋巴结肿大、发热伴周围血象白细胞及中性粒细胞升高有助于细菌性感染的临床诊断。如患者已出现猩红热样皮疹，或有扁桃体周围脓肿，则可诊断为细菌性感染。急性细菌性咽炎及扁桃体炎的病原菌主要为 A 组 β 溶血性链球菌，少数为 C 组或 G 组 β 溶血性链球菌。针对 β 溶血性链球菌感染选用抗菌药物。给药前先留取咽拭培养，有条件者可做快速抗原检测试验（RADT）作为辅助病原诊断。由于溶血性链球菌感染后可发生非化脓性并发症——风湿热和肾小球肾炎，因此抗菌治疗以清除病灶中细菌为目的，疗程需 10d。

(1) 青霉素。为首选药物。可选用青霉素 G，也可肌注普鲁卡因青霉素或口服青霉素 V，或口服阿莫西林。疗程均为 10d。某些患者的依从性较差，预计难以完成 10d 疗程者，可予苯唑青霉素单剂肌注。

(2) 红霉素。青霉素过敏患者可口服红霉素等大环内酯类，疗程 10d。

(3) 其他可选药物。有口服第一代或第二代头孢菌素，疗程 10d，但不能用于有青霉素过敏性休克史的患者。此外，磺胺类药物不易清除咽部细菌，A 组溶血性链球菌对四环素类耐药者多见，这两类药物均不宜选用。

2. 急性细菌性中耳炎 病毒性上呼吸道感染可合并轻度中耳炎表现，不需抗生素，但如表现为急性的耳部疼痛、听力下降、发热、鼓膜进行性充血和膨隆，或已有鼓膜穿孔伴流液时，则需考虑急性细菌性中耳炎的临床诊断，可予以抗菌治疗。急性细菌性中耳炎的病原菌以肺炎链球菌、流感嗜血杆菌和卡他莫拉菌最为常见，三者约占病原菌的近 80%；少数为 A 组溶血性链球菌、金葡菌等。抗菌治疗应覆盖肺炎链球菌、流感嗜血杆菌和卡他莫拉菌。疗程 7~10d，以减少复发。中耳有渗液时需采取标本做细菌培养及药敏试验。初始宜口服阿莫西林。如当地流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌产 β 内酰胺酶菌株多时，也可选用阿莫西林/克拉维酸口服。其他可选药物有复方磺胺甲噁唑和第一代、第二代口服头孢菌素。青霉素过敏患者除有青霉素过敏性休克史者外，确有用药指征时可慎用头孢菌素类。

3. 急性细菌性鼻窦炎 急性细菌性鼻窦炎常继发于病毒性上呼吸道感染，以累及上颌窦者为多见。病原菌以肺炎链球菌和流感嗜血杆菌最为常见，两者约占病原菌的 50% 以上；卡他莫拉菌在成人和儿童中各约占病原菌的 10% 和 20%；尚有少数为厌氧菌、金葡菌、化脓性链球菌及其他革兰阴性杆菌。初始治疗宜选用能覆盖肺炎链球菌、流感嗜血杆菌和卡他莫拉菌的抗菌药物。在获知细菌培养及药敏试验结果后，必要时再加以调整。局部用血管收缩药，以利于鼻窦内脓液引流。疗程 10~14d，以减少复发。

【预防】

春季是上呼吸道感染的多发时节，风和日丽，群体活动会增加，交叉感染的机会也就增多了。此外，生活环境对身体的不利，如室内装修不合格等都会增加上呼吸道感染的机会。

1. 锻炼身体 预防上呼吸道感染，首先要注意经常锻炼身体，提高自身的抵抗力。适度运动可以使血液中白细胞介素增多，进而增强免疫细胞的活性，消灭病原体，达到提高人体免疫力的目的。

2. 充足睡眠 要注意劳逸结合，避免过分疲劳，充足睡眠。人在睡眠时，机体其他脏器处于休眠状态，而免疫系统处于活跃状态，白血球增多、肝脏功能增强，从而将侵入体内的细菌、病毒消灭。

3. 保暖 注意气温变化，随时增减衣服，避免受凉。

4. 补充营养 注意膳食平衡，要多食富含维生素的蔬菜、水果。食梨、甘蔗、萝卜、草莓、紫葡萄等深色水果，它们富含抗氧化剂，可以对抗造成免疫细胞破坏和免疫功能降低的自由基。维生素 C 和维生素 E 它们有抗感染功效，并可减轻呼吸道充血和水肿。

5. 个人与环境卫生 要注意个人卫生，勤洗手，经常开窗通风，保持室内空气新鲜。

6. 避免交叉感染 老人、儿童、孕妇等体质较弱的人，应少出入公共场所，尽量不到医院等病人较集中的地方，到医院看病时，应该戴口罩，避免交叉感染。

(王顺芝)

第二节 急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎 (acute tracheobronchitis) 是由于感染性或非感染性因素所引起的支气管、支气管黏膜急性炎症。这是婴幼儿时期的常见病、多发病，往往继发于上呼吸道感染之后，也常为肺炎的早期表现。本病多同时累及气管、支气管，故称急性气管-支气管炎。临床主要症状有咳嗽和咳痰。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。

【病因】

(一) 感染

当机体受凉、淋雨、过劳等情况下均会使呼吸道抗病能力降低，防御机能被削弱，有利于病毒、细菌的侵入而引起感染。感染可由病毒、细菌直接感染，也可因急性上呼吸道感染的病毒或细菌蔓延引起本病。常见的病毒为鼻病毒、呼吸道合胞病毒、流感、副流感病毒及风疹病毒等。在病毒感染的基础上，机体防御能力进一步下降，使细菌得以侵入，常见致病细菌以肺炎球菌、 β -溶血性链球菌、葡萄球菌、流感杆菌、百日咳杆菌及支原体等多见。上呼吸道感染如扁桃体炎、鼻窦炎、咽炎等均可向下蔓延，亦可引起本病。

(二) 非感染因素

吸入过冷空气、各种矿物植物粉尘、强酸、氯气、某些挥发性有机溶剂、氨、硫化氢、二氧化硫或溴化物的气味，环境刺激物臭氧和二氧化氮或吸烟草制品等，损伤气管与支气管黏膜可导致急性炎症。

(三) 过敏反应

咳嗽变异型哮喘，这类哮喘的支气管收缩程度不足以引起显著的哮喘音，其原因可能是有特异性体质的人吸入变应原，或在气道高反应性相对轻微时慢性接触刺激物。常见的致病原包括花粉、有机粉尘、真菌孢子等的吸入。此外，钩虫、蛔虫的幼虫在肺内移行，或对细菌蛋白质的过敏，均可引起气管-支气管的过敏炎症的反应，亦可导致本病。

【病理】

黏膜充血是早期改变，接着出现脱屑，水肿，黏膜下层白细胞浸润，和黏稠或黏液脓性分泌物产生。支气管纤毛柱状上皮损伤，巨噬细胞和淋巴管的防御功能障碍，细菌得以侵犯正常时无菌的支气管，继而细胞碎片以及黏液脓性分泌物积累。咳嗽对于排除支气管分泌物是必需的。支气管壁水肿，分泌物滞留以及某些病人的支气管平滑肌痉挛，可导致气道阻塞。

【临床表现】

急性气管-支气管炎往往先有急性上呼吸道感染的症状：不适、寒战、低热，背部和肌肉疼痛以及咽喉痛。剧烈咳嗽的出现通常是支气管炎出现的信号，开始时干咳无痰，但几小时或几天后出现少量黏痰，稍后出现较多的黏液或黏液脓性痰，明显的痰提示多重细菌感染。如支气管发生痉挛，可出现程度不等的气促，有些人有烧灼样胸膈后痛，咳嗽时加重。在无并发症的严重病例，发热 38.8°C 左右可持续3~5d。随后急性症状消失（尽管咳嗽可继续数周）。持续发热提示合并肺炎，可发生继发性于气道阻塞的呼吸困难。

无合并症的急性支气管炎几乎无肺部体征，可能闻及散在的高音调或低音调干啰音，偶然在肺底部闻及捻发音或湿啰音。尤其在咳嗽后，常可闻及哮喘音。持续存在的胸部局部体征提示支气管肺炎的发生。

严重并发症通常仅见于有基础慢性呼吸道疾病的病人。这些病人的急性支气管炎可致严重的血气异常（急性呼吸衰竭）。

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。

【诊断和鉴别诊断】

通常根据病史、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，并能排除为其他疾病所引起的作出诊断。但如果病情严重或迁延，可做胸部X线检查以排除其他疾病或合并症。当存在严重的基础慢性呼吸道疾病时，应监测动脉血气分析。对抗生素治疗无效或有特殊情况（如免疫抑制）的病人，应做痰革兰氏染色和培养，以明确致病菌。

急性气管-支气管炎需与下列疾病相鉴别：

1. 流行性感冒 为流感病毒引起，起病急骤，发热较高，全身中毒症状，如全身酸痛、头痛、乏力等，呼吸系症状较轻。常有流行病史，并依据病毒分离和血清学检查，较易与急性气管-支气管炎区别。
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发病早期均可伴有急性支气管炎的症状，应详细询问病史及检查，以资鉴别。

【治疗】

1. 一般治疗 病人应休息至体温正常。发热期间应鼓励病人多喝水（3~4L/d）。防止粉尘、刺激性气

体、烟草、寒冷空气等再次吸入刺激呼吸道。解热镇痛药如：阿司匹林 650mg 或对乙酰氨基酚 650mg，4~6h/次（成人）；对乙酰氨基酚 10~15mg/kg，4~6h/次（儿童）可缓解不适合降低体温。

2. 抗菌药物治疗 根据感染的病原体、病情轻重情况，可选用抗菌药物治疗。如青霉素、磺胺制剂（SMZ-TMP）、螺旋霉素、喹诺酮类（氧氟沙星、环丙沙星等）、头孢类抗生素等。阿奇霉素是大环内酯类抗生素，具有抗菌谱广、不良反应少等优点，尤其对革兰阳性菌、衣原体、支原体疗效显著。阿奇霉素与菌必治、清开灵联合应用，其药效互补、且价格低廉，基层医院病人易接受，还可缩短疗程、提高疗效，用药期间未见明显不良反应，值得基层医院临床推广应用。一般口服抗生素即有效，个别用静脉注射。

3. 对症治疗 镇咳、祛痰一般常用咳美酚 10mg，3 次/d。咳重、痰少者，可用咳必清 25mg，3 次/d。痰液黏稠不易咳出者，可用必嗽平 8~16mg，口服，3 次/d 或用巯甲华酰氨酸 0.5g，3 次/d。咳嗽不伴有痰者应鼓励多饮水并行蒸气吸入较为有效，蒸气吸入通过减少刺激和减低支气管分泌物的黏稠度起到镇咳作用。如剧烈干咳影响睡眠及工作，可用可待因 30mg 睡前服用。可待因具有镇咳止痛和轻度镇静作用，对缓解痛性咳嗽特别有效。支气管痉挛者，可应用氨茶碱、舒喘灵等。

【预防】

在晴好的天气里，去户外活动，呼吸新鲜空气，可以慢跑或做体操，这都有助于提高机体的免疫力，减少疾病的易感性。家里和办公室都应经常通风换气，以防病菌和烟雾等空气污染滞留室内，加重病情或导致患病。感冒是急性支气管炎的主要诱因，因此避免在寒冷季节长时间待在室外，又湿又冷的环境极易受凉感冒。流感期间，也应避免去人多的地方，以免增加感染机会。香烟对呼吸系统的损害是非常严重的，如果已患急性支气管炎，吸烟将加重病情，戒烟后会发现病情有所逐渐改善。如果长期吸烟，部分的肺部伤害可能无法回复，但及早戒烟，痊愈的机会愈大。二手烟的危害也很大，尤其是女性应摆脱二手烟所带来的患病几率。此外，痰液稠不易咳出者，使用热蒸气可帮助缓解堵塞。方法为将一杯开水放在口鼻下让热蒸气熏，也可将浴室门窗关闭，打开热水让热气充满整个浴室，然后吸入暖湿的水气。患有急性支气管炎时，应及时尽早治疗，以免反复发作成为慢性支气管炎。

（王顺芝）

第三节 咯 血

咯血是指喉以下呼吸道或肺组织出血，通过咳嗽反射经口腔咯出称为咯血。临床上引起咯血的疾病有支气管疾病（如支气管扩张、支气管肺癌等）、肺部疾病（如肺结核、肺脓肿等）、心血管疾病、血液病、急性传染病等。

咯血量的多少视病因或病变的性质而异，分为小量咯血（24h 咯血量小于 100ml）、中等量咯血（24h 咯血量在 100~500ml）和大量咯血（24h 咯血量大于 500ml，急性大咯血指急剧从口鼻喷射出大量鲜血，出血量在 2000ml 以上）。大量咯血时因大量出血而致低血容量休克，因气管、支气管突然吸入大量血液而发生窒息，从而严重威胁生命。小量咯血有时仅痰中带血而被忽视，咯血量多少并不一定与疾病的严重程度完全一致，小量咯血，尤其是持续痰中带血，可能是肺癌的一种临床表现。由于小量咯血也可能是严重疾病或肿瘤的早期症状，因此，不仅对大量咯血要采取有效措施，进行止血及抢救，对小量咯血也应查明原因，妥善处理。

【病因】

咯血病因复杂，引起咯血的疾病繁多，主要是呼吸系统疾病，严重危害人们健康，尤其是大量咯血，致死率高达 7%~32%，成为一大杀手。治疗咯血的关键在于弄清病因，因为不同病因引起的咯血，治疗方法各异，一旦方法不对，往往达不到疗效甚至使病情恶化。分析咯血病因，总结治疗方法，对有效治疗该病具有十分重要的意义。

1. 呼吸系统疾病 肺结核、支气管扩张、肺癌、肺脓肿，支气管炎，肺炎，肺真菌病，肺阿米巴病，肺吸虫病，支气管结石，尘肺，恶性肿瘤肺转移，良性支气管瘤等。

2. 心血管系统疾病 风湿性心脏病二尖瓣狭窄，肺动脉高压，肺栓塞，肺动静脉瘘等。

3. 全身性疾病与其他原因 血小板减少性紫癜，白血病，血友病，再生障碍性贫血，弥散性血管内凝血，肺出血型钩端螺旋体病，流行性出血热，肺型疟疾，慢性肾衰竭，尿毒症，白塞病，胸部外伤，肺出血，肾炎综合征，替代性月经，氰中毒和结缔组织病等。

【临床表现】

除原发性疾病的临床表现外，咯血的临床特点如下：