

中等卫生职业技术学校教材



内科学

(供乡村医士专业用)

湖南科学技术出版社

R5
76
3

中等卫生职业技术学校教材

内 科 学

(供乡村医士专业用)

主编: 文德耀

编者: 文德耀 陈 亮 谢沛林

曹颂尧 蒋会魁

主审: 李学渊 于维汉

湖南科学技术出版社



B

511800

中等卫生职业技术学校教材

内 科 学

文德耀 等主编

责任编辑：王一方

*

湖南科学技术出版社出版发行

(长沙市展览馆路3号)

湖南省新华书店经销 湖南省新华印刷一厂印刷

*

1988年9月第1版第1次印刷

开本：787×1092毫米 1/16 印张：18.5 字数：435000

印数：1——24000

ISBN7—5357—0497—2

R·111 定价：4.95 元

《中等卫生职业技术学校教材》编委会

主任委员 顾英奇

副主任委员 陈 璋

编 委 (按姓氏笔画为序)

方克家	王翔朴	叶雨文	龙沛之	卢永德	刘友斌	朱 杰
吴丽贞	余浣珍	李学渊	杨永宗	金庆达	周衍椒	陈建雄
许雪娥	易有年	苏先狮	赵尚久	张悟澄	唐先魁	康 平
游孟高	傅敏庄	彭泽南	韩建生	盛昆岚	董来炜	熊声忠

编委会办公室主任 吴丽贞 (兼)

副主任 唐起伦

出版说明

在卫生部和各级地方政府的关怀和支持下,中等卫生职业技术学校乡村医士专业已在全国部分县、市创办,以打通人才通向农村的路子,加强农村卫生队伍的建设。为提供系统而实用的教材,湖南省政府、省卫生厅和湖南科学技术出版社联合组织编写出版《中等卫生职业技术学校教材》共十五种,包括政治常识、医用基础化学、生物化学与生理学、解剖学与组织胚胎学、医学微生物学与人体寄生虫学、病理学、药理学、诊断学基础、中医学、内科学、流行病学与传染病学、外科学(含皮肤病学)、五官科学、妇女儿童保健学、卫生学等。计划至一九八九年陆续出齐,向全国发行,供三年制乡村医士专业使用,亦可兼作基层卫生人员的自学参考。

本教材是在保持医学科学系统性、完整性的基础上,突出农村、城镇基层的实际需要和防病治病特点。其内容分配和中专医士教材相当,但注重实用性,兼顾先进性,并力求在理论上深入浅出,文字上通俗易懂,同时注意现场急救和应变能力的培养,旨在造就能防能治、独当一面而又具有八十年代医学知识水平的新型乡村医士。

本教材以湖南中等卫生学校讲师以上教师为主主编,江苏、广东、吉林等省参加协编;由湖南医学院等三所高等院校的专家、教授主审;并邀请鄂、苏、浙、鲁等近十个省市有丰富教学和临床经验的教师审稿,他们中的多数均为全国统编中专教材的主编;同时亦广泛征求了乡村医生和基层医务人员的意见。目的在于保证书稿内容的科学、实用和全面。

为加强对教材编写工作的领导并提高书稿质量,本教材组织了编写委员会,由卫生部顾英奇副部长担任主任委员。

为了便于卫生职校老师安排教学进度并熟悉课程内容,本教材后均附有教学大纲。但教材建设是一项长期而艰巨的工作,中等卫生职业技术教育在我国刚刚兴起,编写适合乡村医士专业的系列教材亦属初次尝试。因此,书中不可避免地还有一些不足之处,诸如内容详略是否恰当,大纲安排是否合理,理论技能是否全面等等,都有待于广大职校师生、本书读者以及专家们的批评指正,以便不断修订完善。

需要说明的是,本教材有关剂量单位均采用国际单位制和我国剂量法的新规定,但为方便学生参考原来出版各类书刊,因此,又同时列出旧制与国际单位制的对比及其换算方法。

前 言

本教材供中等卫生职业技术学校三年制“乡村医士专业”使用，并被列为全国乡村医士资格考试的主要参考书，亦可供基层医务工作者自学提高用。

为满足我国农村及基层医疗单位的实际需要，本书以内科常见病、多发病、急症为重点，突出各种疾病的临床表现、诊断、治疗和预防等内容，力求理论联系实际，学以致用。为方便临床，拓宽知识，本书对某些目前较公认且确有一定疗效的中医治疗，作了适当的介绍；对近年来现代医学的新进展，特别是有关诊疗方面的新成就，也有所反映。

本书初稿完成后，曾召开审定稿会议，对全部内容进行了认真细致的讨论与修正。出席这次审定稿会议的专家除主审李学渊教授与本书五位编者外，还邀请了王忠度主任医师，宁资闾、彭国长两位高级讲师参加。全书插图由黄庞祉高级讲师绘制。此外，邵阳市卫生局及编者单位的领导在本书编写过程中，均给予了大力支持，在此谨致谢意。

由于编写中等卫生职业技术学校教材的工作尚属首次，所以，难免存在种种不足之处，我们恳请广大读者批评指正。以便能在今后修订时改正，从而使本书更加完善。

编 者

1987年10月

目 录

绪论	(1)	第七节 结核性腹膜炎	(130)
第一章 呼吸系统疾病	(4)	第八节 门脉性肝硬化	(132)
第一节 概述	(4)	第九节 原发性肝癌	(137)
第二节 急性上呼吸道感染	(8)	第十节 肝性脑病	(140)
第三节 急性支气管炎	(9)	第四章 泌尿系统疾病	(146)
第四节 慢性支气管炎	(11)	第一节 概述	(146)
第五节 阻塞性肺气肿	(14)	第二节 肾盂肾炎	(149)
第六节 支气管哮喘	(15)	第三节 肾小球肾炎	(152)
第七节 支气管扩张	(20)	第四节 慢性肾功能衰竭	(158)
第八节 肺炎	(22)	第五章 造血系统疾病	(165)
第九节 肺脓肿	(27)	第一节 概述	(165)
第十节 支气管肺癌	(30)	第二节 贫血	(166)
第十一节 肺结核	(33)	第三节 白血病	(172)
第十二节 结核性胸膜炎	(42)	第四节 白细胞减少和粒细胞缺乏症	(175)
第十三节 呼吸衰竭	(45)	第五节 淋巴瘤	(176)
第二章 循环系统疾病	(50)	第六节 恶性组织细胞病	(177)
第一节 概述	(50)	第七节 出血性疾病	(178)
第二节 慢性心功能不全	(56)	第六章 内分泌及代谢疾病	(180)
第三节 休克	(61)	第一节 概述	(180)
第四节 风湿热	(64)	第二节 甲状腺功能亢进症	(181)
第五节 风湿性心瓣膜病	(67)	第三节 单纯性甲状腺肿	(184)
第六节 亚急性感染性心内膜炎	(71)	第四节 垂体功能减退症	(185)
第七节 高血压病	(74)	第五节 糖尿病	(186)
第八节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(77)	第七章 结缔组织疾病	(190)
第九节 慢性肺源性心脏病	(82)	第一节 类风湿性关节炎	(190)
第十节 心肌疾病	(85)	第二节 系统性红斑狼疮	(192)
第十一节 心包炎	(92)	第八章 理化、生物因素所致疾病	(194)
第十二节 心律失常	(96)	第一节 急性中毒概述	(194)
第十三节 心脏骤停	(104)	第二节 农药中毒	(196)
第三章 消化系统疾病	(110)	第三节 毒鼠药中毒	(200)
第一节 概述	(110)	第四节 毒蕈中毒	(201)
第二节 胃炎	(114)	第五节 催眠、镇静药中毒	(202)
第三节 消化性溃疡	(117)	第六节 一氧化碳中毒	(203)
第四节 胃癌	(123)	第七节 酒精中毒	(204)
第五节 溃疡性结肠炎	(126)	第八节 触电与电击	(205)
第六节 肠结核	(128)	第九节 溺水	(206)

第十节 中暑.....	(207)	第十一节 重症肌无力.....	(237)
第九章 神经系统疾病	(210)	第十二节 周期性麻痹.....	(238)
第一节 概述.....	(210)	第十三节 昏迷.....	(239)
第二节 面神经炎.....	(214)	第十章 精神疾病	(245)
第三节 三叉神经痛.....	(215)	第一节 概述.....	(245)
第四节 坐骨神经痛.....	(217)	第二节 精神分裂症.....	(255)
第五节 多发性神经炎.....	(218)	第三节 躯体疾病伴发的精神障碍.....	(258)
第六节 急性脊髓炎.....	(221)	第四节 感染性精神病.....	(260)
第七节 脑血管意外.....	(223)	第五节 神经症.....	(260)
第八节 颅内肿瘤.....	(230)	第六节 精神发育迟滞.....	(263)
第九节 癫痫.....	(232)	第七节 精神疾病的治疗、护理和预防.....	(265)
第十节 散发性脑炎.....	(236)	教学大纲	(271)

绪 论

【概念】

内科学是临床医学的主要学科之一，也是其他各门临床学科的基础。根据经典划分，人们依治疗方法不同将临床医学分为内科学、外科学。前者以内服药物为主要治疗手段；后者以手术为主要治疗手段；但随着医学科学的发展和专门化，许多疾病，如老年疾病、儿童疾病、传染病、神经病、精神病等相继由内科学领域分出，各自成为独立的学科。故现在的内科学概念是指运用基础医学的理论和研究方法研究人体呼吸、循环、消化、造血、泌尿、内分泌、运动等系统的疾病及营养、代谢、理化因素所引起的疾病的临床学科，主要讨论每一疾病的病因、发病机理、病理过程、诊断、治疗、预后、预防等问题。

【本书内容】

本书根据卫生职业学校的培养目的和要求，主要介绍上述各系统、组织的常见病、多发病。考虑到教学大纲中未列神经、精神病学课程，故将这部分内容归于内科学范畴作介绍。为便于学习和掌握本学科的基本理论、基本知识和基本技能，在每一系统或各类疾病的各章均冠以概述，简要叙述其解剖、生理要点，主要临床表现，诊断方法和防治原则。对每一疾病的叙述，包括疾病的概念、病因及发病机理、病理、临床表现、并发症、辅助检查、诊断及鉴别诊断、治疗、预防等全面而系统的临床知识。

【学习方法和要求】

(一)学习内科学的方法

1.理论联系实际：理论是前人实践的科

学总结，用以实践指导；实践是理论的基础，是检验、发展理论的源泉。学习内科学必须贯彻理论联系实际的原则，既要联系解剖、生理、生化、微生物与寄生虫、病理、药理等基础医学的理论，联系诊断学的理论和检查技术，来加深对临床知识的理解与记忆；更要联系临床实际，通过临床病例示教、见习和毕业前的临床实习，来印证与巩固课堂理论讲授，并学到一些临床实际应用的知识和技能。因此，整个学习过程，就是理论密切联系实际的应用过程，任何脱离实际或轻视理论指导的认识，都是错误的，也是有害的。

2.循序渐进：要掌握医学科学，须经历艰苦复杂的学习过程，必须由浅入深，由简而繁，由易而难，通过理论、实践多次反复强化，才能使感性认识上升到理性认识，即由了解、熟悉到掌握阶段。因此，学习内科学，也必须遵循上述掌握知识的规律性，循序渐进，先从基础知识入手，逐步掌握临床知识。

(二)学习内科学的基本要求

1.树立正确的学习目的和态度：我们学习临床医学的目的在于防治疾病、保护人民的健康或减轻疾病的痛苦。因此，在整个学习过程和毕业后的工作中，一定要刻苦钻研，谦虚上进，对待病人要有高度的同情心和责任感，要把病人当亲人，急病人之所急，痛病人之所痛，树立全心全意为人民服务的高尚医德，做一位白求恩式的卫生工作者。

2.树立整体观念，正确运用临床思维：人体是在神经系统管辖下的有机总体，某一系统脏器的疾病，不仅直接影响该器官的功能

活动,而且牵涉整个机体的功能发生改变。为了正确地理解疾病的本质,解决临床上的诊断和防治方面的实际问题,必须应用辩证唯物主义的思想方法,从整体出发,全面考虑问题,既要看到疾病的局部病变,又要考虑疾病对全身的影响,不能有见病不见人,爱病而不爱病人的局部观点和错误倾向。

3. 对一个病应全面了解,重点掌握:了解疾病的病因、发病机理和病理变化,是理解其临床表现和并发症的依据;掌握疾病的诊断,是制定防治措施的基础,因为只有正确的诊断,才有合理的治疗,只有治疗合理,才能使病人解除或减轻疾病痛苦。从本专业的实际情况出发,要求对讲授的疾病,均要了解或熟悉其病因、发病机理和病理变化,熟悉或掌握其临床表现、诊断、治疗和预防。

4. 切实掌握常见病、多发病的防治措施:危害人民健康的常见病和多发病,是本教材的重点编写内容,也是要求乡村医生、基层医务人员的重点学习内容,因为只有掌握常见病、多发病,并能独立地制定合理的防治措施,才能解决大多数人的疾病痛苦。此外,对内科学范围的一些基本理论、基本知识和基本技能,必须切实掌握,以便为进一步自学、实践、提高打好基础。

【内科学的进展】

时代在前进,科学在发展。近年来,现代医学进展很快,内科学也不例外,在疾病的病因和发病机理方面,许多疾病已日趋明确和深化;在疾病的诊断技术和防治措施方面,都有很大提高和发展。

(一)病因与发病机理方面的进展 由于免疫学、遗传学、内分泌学的研究进展,使不少疾病的病因与发病机理得到进一步阐明。免疫学的进展证明,许多疾病的发生、发展与免疫有关,如甲状腺功能亢进症、类风湿性关节炎等属自身免疫性疾病;遗传学的研究发现,许多疾病的致病因素与遗传有关,如血红蛋白病系由于遗传上的缺陷,控

制血红蛋白中珠蛋白链合成的基因异常,并确知各种血红蛋白在化学结构上的差异;内分泌学研究的进展,发现下丘脑多种神经内分泌激素和一些神经递质的作用,使调节人体生理活动的神经系统和内分泌系统之间的相互关系得到更深入的认识,并对某些疾病的发病机理提供了进一步的解释,如消化道激素、前列腺素等的发现和研究,对消化系统、循环系统疾病的发病机理和治疗的探索开辟了新途径等。

(二)疾病诊断技术方面的进展 临床生化分析向超微量、高效能、高速度和自动化方向发展,已有每小时能完成300份标本、20项指标的多道生化分析仪。单克隆抗体制备成功,为诊断学和实验医学提供了新的有效手段。纤维内窥镜在消化道、呼吸道、泌尿道疾病的广泛应用,对早期诊断和确诊起到很大作用,并可用于止血、切除息肉、取出结石等治疗。电子监护系统对心、肺、脑疾病的连续监测和自动报警,提高了抢救危重病人的成功率。放射免疫测定、超声显象、核素扫描、电子计算机X线体层扫描(CT)、核磁共振等无创伤性诊断技术已广泛应用,大大提高了诊断特别是肿瘤诊断的准确性。

(三)疾病的预防和治疗方面的进展 透析疗法(腹腔透析、人工肾)的应用,使肾功能衰竭患者延长寿命;脏器移植,特别是骨髓、肾、肝、心脏等移植,均获得了成功,使脏器功能严重衰竭病人的寿命明显延长;埋藏式微型和长效能源人工心脏起搏器的应用,给病态窦房结综合征、Ⅱ度房室传导阻滞等心脏病患者带来福音;药理学有关受体学说、受体阻滞和神经递质的研究,生产出肾上腺素能 β 受体阻滞剂、 H_2 受体阻滞剂、多巴胺能受体阻滞剂等药物应用于临床,治疗多种疾病已取得了满意效果;其他如免疫工程、免疫治疗等,对不同类型的先天性或获得性免疫缺陷疾病治疗,取得了良好疗效。

【我国内科学的主要成就】

建国30多年来，我国内科学领域在现代医学、祖国传统医学、中西医结合研究方面均取得了巨大成绩。在防治地方性甲状腺肿、地方性氟中毒、克山病等疾病已取得了可喜的成就；对严重危害人民健康和生命的心血管疾病、呼吸系疾病及肿瘤方面，进行了大面积的普查和防治，如急性克山病的病死率

已从过去的30%下降到5%，急性心肌梗塞的病死率已从以前的40%下降到15~8%，食道癌的早期诊断率和五年存活率已达世界先进水平，三尖杉酯碱治疗白血病，也取得了满意的效果等。此外，在发掘祖国医学遗产，利用中西医结合防治疾病方面，均取得了一定进展。

〔邵阳市卫生学校 文德耀〕

第一章 呼吸系统疾病

呼吸系统疾病包括呼吸道、肺脏、胸膜和胸膜腔的疾病,这些都是内科常见病。引起呼吸系统疾病的病因有感染、过敏性因素、粉尘和有害气体、肿瘤及全身疾病等。由于抗生素和抗痨药物的广泛应用,对呼吸系统感染如急性支气管、肺部炎症和肺结核等感染性疾病的防治已取得很大进展,其发病率和病死率已显著下降,但非感染性疾病如肿瘤和尘肺,特别是阻塞性肺病则随着工业的迅速发展和大气的严重污染,其患病率和死亡率仍在不断上升。因此,积极防治这些疾病对提高人们的健康水平是非常重要的。

本章重点叙述急性上呼吸道感染、慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、支气管哮喘,肺炎、肺结核、结核性胸膜炎、呼吸衰竭等疾病。

第一节 概 述

机体在新陈代谢过程中,需要不断地从外界吸进氧气,从体内呼出二氧化碳,这种机体与外界之间的气体交换称为呼吸。呼吸功能由呼吸系统完成,但气体在机体内的运输则靠血液循环来实现。因此,呼吸系统的生理功能和病理变化,与血液循环密切相关。

在呼吸过程中,不仅吸入机体所必需的氧气,也会同时吸入外界环境中的有害气体、烟尘、变应原及各种微生物等致病因子。但是由于呼吸系统还具有机械、免疫、代谢、生化、内分泌等一整套的防御功能,故在机体正常情况下可防止吸入因素的危害,但当机体抵抗力降低或外界有害因素强烈时,就可能引起呼吸器官或其他系统组织器官病变。

【解剖生理概要】

呼吸系统由鼻、咽、喉、气管、支气管、

肺、胸膜、胸廓等组成。鼻、咽、喉称上呼吸道,气管、支气管称下呼吸道。

(一)上呼吸道 鼻腔有鼻甲的弯曲结构,内有鼻毛和富于血管与纤毛上皮的粘膜,使吸入的空气得以清滤、湿化而温暖。鼻咽、咽和喉部富于淋巴组织,如扁桃体、增殖体等,它们起着保护作用。会厌、声带都具有保护性反射作用,防止口腔分泌物或食物误入下呼吸道。

(二)下呼吸道 指气管-支气管-肺段的分枝,管壁内层覆盖着有纤毛的粘膜,粘膜能分泌粘液,可以粘住空气里的灰尘和细菌,粘膜上的纤毛不停地向喉部方向摆动,把粘有灰尘和细菌的粘液逐渐推向喉部,并经咳嗽排出体外。此外,呼吸道的分泌物中尚有特异性抗体和非特异性的酶,如溶菌酶、 α_1 抗胰蛋白酶、干扰素等,具有抑菌和抗病毒的作用,是呼吸道防御系统的组成部分。

(三)肺 是呼吸系统的主要器官,位于胸腔内,左右各一,左肺分两叶,右肺分三叶,左右支气管分别进入左右两肺,在肺内形成树枝状分枝,愈分愈细,最后形成肺泡

管，肺泡管上附有许多肺泡。肺泡是肺的基本单位，其总数约3~7.5亿，总面积达100平方米左右，因而肺脏具有极为广泛的呼吸面积。肺泡壁由一层薄的上皮细胞构成，外面缠着毛细血管和弹力纤维，毛细血管与肺泡上皮紧贴在一起，结构很薄，有利于气体交换。弹性纤维使肺具有良好的弹性，当吸气时，肺泡扩张，呼气时，由于弹性纤维收缩，使肺泡缩小，排出气体，因此肺泡的弹性是气体交换不可缺少的条件。肺泡周围有丰富的毛细血管网，与肺部的动、静脉交通，吸入的氧气和排出的二氧化碳均通过肺泡壁与肺泡周围的毛细血管进行气体交换。气体交换在肺泡内之所以能进行，这与肺泡内、肺泡周围毛细血管内的氧和二氧化碳的压力有关：肺泡内氧气的压力是100毫米汞柱而毛细血管内氧的压力是40毫米汞柱，故吸入的氧气由肺泡内压力大的地方向周围毛细血管内弥散而被吸入；二氧化碳在肺内毛细血管处的压力是46毫米汞柱，在肺泡内为40毫米汞柱，故呼气时毛细血管内的二氧化碳向肺泡内弥散而被呼出。

肺及肺循环除吸收氧和排出二氧化碳外，尚有调节肺内水分、散热和分泌免疫球蛋白等功能。

(四)胸膜 是一层光滑而薄的浆膜，分为脏、壁两层。脏层胸膜覆盖在肺的表面，无痛觉神经；壁层胸膜紧贴在胸廓内壁、膈肌上面及纵隔外侧面，有灵敏的痛觉神经分布。两层胸膜之间形成一个密闭的负压腔隙，称胸膜腔，内有少量浆液以资滑润，从而减少呼吸时两层胸膜之间的摩擦。当胸膜发炎时，可产生大量渗出液，形成胸膜腔积液，并可引起两层胸膜之间的粘连；当胸膜受损时，空气进入胸膜腔，形成气胸。这两种情况都可压迫肺脏，引起呼吸、循环功能紊乱。

(五)胸廓 由脊柱、肋骨、胸骨、肋间肌及膈肌构成。胸廓除储藏和保护心、肺等重要器官外，其主要作用是呼吸运动。当吸

气时，膈肌收缩使腹腔脏器下移，肋间肌收缩使肋骨向上抬起，引起胸廓增大，肺泡扩张，空气进入肺内，呼气时，胸廓、腹部脏器复位，肺泡回缩，气体呼出体外。凡胸廓任一组成部分的缺陷或病变，均会影响呼吸运动，不利于气体在肺内进行交换。(图1—1)

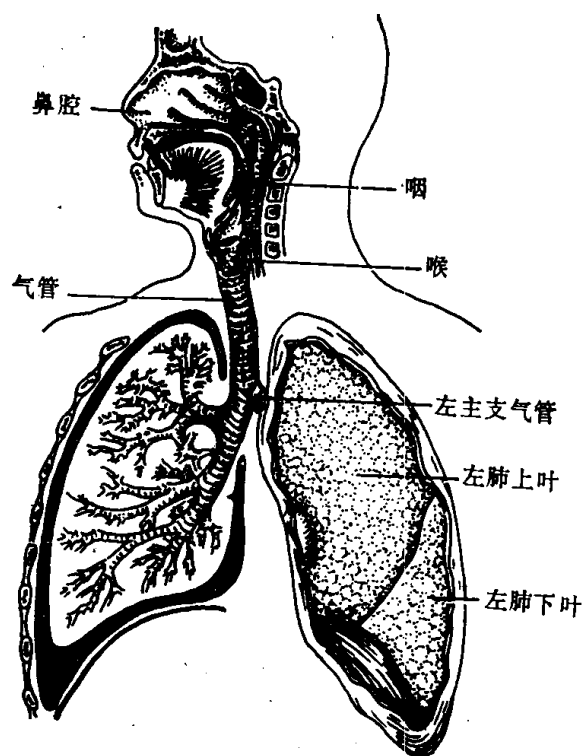


图1—1 呼吸系概观

(六)呼吸功能 主要是肺的通气、换气功能。肺的通气和换气功能是在呼吸中枢支配下，通过胸廓、胸膜、呼吸道和肺的共同协调作用，使气体出入肺泡，从而达到吸进新鲜氧气，排出二氧化碳，保证机体新陈代谢的需要。

1.潮气量：指正常人在平静呼吸时，每次吸入或呼出的气体量。成人约400~500毫升。

2.肺活量：指在尽力深吸气后，再尽力呼气所能呼出的气体量。测定肺活量，可判断健康人呼吸功能的强弱，在一定意义上反映了呼吸功能的潜在能力。当肺组织损害如肺结核、肺纤维化、肺不张等情况下，可以减少换气面积而使肺活量下降，胸廓病变、胸腔积液、气胸、胸膜粘连等，亦可使肺活

量降低。正常成年男子肺活量为3.47升，女性为2.44升，青壮年比老年人为大。

3.通气量：肺的通气量是指单位时间内进出肺的气体总量。它与潮气量、肺活量相比，能更好地反映肺的通气功能。

每分钟通气量：是指每分钟呼出或吸入的气体总量。它的多少取决于呼吸深度（潮气量的大小）和呼吸频率，其相互关系为：

每分钟通气量 = 潮气量 × 呼吸频率（次/分）

平静呼吸时，正常成人每分钟通气量为6~8升，女性略低于男性，小于3升/分者为通气不足。如以最大的呼吸深度和速度所达到的每分钟通气量称最大通气量。它代表单位时间内肺的全部通气功能得到充分发挥时的通气量，是检查肺通气功能指标之一。正常值为男性约100升，女性约80升。慢性阻塞性肺疾病患者（如慢性支气管炎、支气管哮喘、阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病）每分钟最大通气量就明显低于正常人。

（七）呼吸的调节 呼吸运动由许多呼吸肌的协同活动来实现，而呼吸肌属骨骼肌，本身无自律性，因此呼吸运动的节律性及其对机体代谢的适应，均需通过中枢神经系统的调节来完成。呼吸肌受膈神经和肋间神经支配，这些神经的细胞体位于脊髓，并接受呼吸中枢的控制。最基本的呼吸中枢在延髓，桥脑的有关中枢对形成正常的节律性呼吸运动有调整作用，而桥脑的呼吸调节中枢又受丘脑下部和大脑皮质的支配与调节。此外，二氧化碳和低氧血可通过化学感受器反射地刺激呼吸中枢而维持呼吸运动。代谢性酸中毒时，动脉血和脑脊液pH下降亦能刺激呼吸中枢，如酮症酸中毒及尿毒症时呼吸常深大。

【主要临床表现】

（一）症状 呼吸系统疾病最常见的是感染性疾病，其全身症状常有畏寒、发热、食欲不振、疲倦无力等，慢性感染或肺癌则可有全身消瘦，长期低热等症状。

局部症状有咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难等。

1.咳嗽：咳嗽是一种保护性反射动作，借以排除呼吸道内分泌物或吸入的异物。引起咳嗽的原因系呼吸道和胸膜的炎症或理化因素的刺激。急性干咳常由咽、喉、气管、支气管炎症引起；咳嗽伴有吸气性喘鸣，常为上呼吸道异物梗阻所致；晨起半声咳或无力性咳嗽或带血痰常提示肺结核；高音调的阻塞性咳嗽常由支气管肿瘤引起较大支气管狭窄所致。干咳剧烈时要适当止咳，以免胸内压增高而发生肺气肿、气胸、咯血等不良后果，同时咳嗽也易致肺内感染扩散。

2.咳痰：有痰必须咳出，痰的性状对诊断有一定帮助。粘液性、粘液脓性痰常提示为支气管和肺部慢性炎症；咳铁锈痰是肺炎球菌肺炎的特点；多量脓痰或脓臭痰常提示支气管扩张、肺脓肿；棕红色或巧克力色痰常为阿米巴肺脓肿；果酱色稠痰要考虑肺吸虫病；粉红色泡沫痰是急性肺水肿的征象。

3.咯血：少量咯血为痰中带血或仅见血丝，大量咯血为整口咯出，量达数百毫升。呼吸系统常见大咯血的原因是肺结核、支气管扩张、肺脓肿等。中年以上的少量咳血有时是肺癌的早期表现，应引起重视。咯血时，肺内病变易于播散；大咯血还可引起失血性休克或因血块堵塞气管而发生窒息，故咯血必须及时处置。

4.胸痛：凡胸内脏器或胸壁组织病变均可引起胸痛。早期胸膜炎由于脏层及壁层胸膜摩擦，常感锐利的胸部刺痛，局部加压或胸部运动减少，胸痛可以减轻；突然出现胸前区疼痛伴有气促甚至冷汗休克者，多见于自发性气胸、心肌梗塞、肺梗塞；肺内病变累及胸膜、肋间神经炎、带状疱疹、膈下脓肿等，均可引起胸痛。

5.呼吸困难：病人感觉气促、呼气费力，伴有呼吸频率、深度与节律发生改变者，称为呼吸困难。引起呼吸困难的原因很多，临床上最主要的原因有：①呼吸道急、慢性炎

症，特别是慢性支气管炎所致之阻塞性肺气肿、肺原性心脏病；②肺部急、慢性炎症，如肺炎、肺结核、肺脓肿等使呼吸面积减少；③胸膜病变，如大量胸腔积液、自发性气胸、胸膜粘连等对肺组织的压缩；④呼吸道狭窄或堵塞，如支气管哮喘、支气管肺癌、支气管内异物、纵膈肿瘤、白喉等；⑤其他如心源性、中毒性、神经精神性呼吸困难，及各种原因引起的变性血红蛋白症、严重贫血等。

(二)体征 呼吸系统疾病的体征，因病变性质、范围及病程而异。全身性体征有呼吸频率、节律、深度的改变，有鼻翼扇动、三凹征、紫绀、杵状指、端坐呼吸、甚至神志改变等。胸部常见体征有肺实变体征、肺内炎症体征、胸腔积液体征、肺气肿体征、气胸体征、液气胸体征、呼吸道狭窄或受压体征等。(详见诊断学基础)

【诊断】

呼吸系统疾病的病因和临床表现是多方面的，有时错综复杂，与其他系统疾病密切关联，一时难于肯定原发病是在肺内还是肺外，同时有些疾病如慢性支气管炎、肺结核、肺癌应特别强调早期诊断和早期治疗，才能解除病人的疾病痛苦。因此，对呼吸系统疾病的诊断，必须以辩证唯物主义为指导思想，运用正确的临床思维方法，根据病史、症状、体征，结合必要的辅助检查，综合分析判断，及时得出符合实际的正确结论。

(一)详细调查病史 包括现病史、既往病史和家族史等。如肺结核患者，在现病史中除有咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、气促等呼吸系症状外，尚有长期低热、夜间盗汗、食欲减退、倦乏无力，身体日见消瘦等全身表现，且早期症状有时常以全身毒性表现为主，肺部症状轻微或缺乏；在既往史中有的有原发型肺结核史或有利于发生肺结核的矽肺、糖尿病等病史；在家族史中注意有无结核病患者。

(二)系统而全面的体格检查 呼吸系统

疾病的体征，在肺内、肺外可有所表现，如肺结核和支气管癌的肺外播散或转移；且有些疾病系全身性疾病在肺部的表现，如左心功能不全引起的肺瘀血、肺水肿，低蛋白血症引起的胸腔积液（漏出液），系统性红斑狼疮、淋巴瘤、白血病引起的肺部改变等。因此，呼吸系统疾病的诊断，不能局限于肺部，要从全身来考虑。当然肺部体征的发现，对呼吸系统疾病的诊断是很重要的线索或依据。

(三)辅助诊断 根据病史和体查反映的临床征象，可得出疾病诊断的初步印象，此时应进一步有选择地做一些辅助检查，以便确诊。

1. 实验室检查

①血液检查：血常规及血沉应列为常规检查。白细胞总数增多、中性白细胞比率增高、核左移，常提示细菌性感染所引起的呼吸道和肺部急性炎症，嗜酸性粒细胞增加常提示过敏因素或寄生虫感染的存在；血沉增快，对活动性肺结核的诊断有参考意义。血清抗体检查，如免疫球蛋白IgE测定，有利于外源性支气管哮喘的诊断，红细胞凝集试验阳性为支原体肺炎的诊断提供了依据等。

②痰液检查：肉眼检查主要观察痰的外观、性质、气味、一日痰量等，如多量脓臭痰提示肺内慢性化脓性炎症伴厌氧菌感染；显微镜检查主要是涂片直接观察有无弹力纤维、夏科雷登氏结晶、肺吸虫卵，涂片作革兰染色观察细菌、真菌，抗酸染色观察有无抗酸杆菌，瑞氏染色检查、嗜酸性粒细胞、癌细胞等；细菌培养应留晨痰放于消毒培养基内送细菌培养和药物敏感试验。

③胸水检查：根据肉眼观察、生化检验、显微镜检及细菌培养，以鉴别胸水是渗出液还是漏出液，如为渗出液确定其病原。

2. X线检查

①胸部透视：可以转动体位，从不同角度来观察支气管、肺、胸膜、纵膈、横膈病变，缺点是对微小病灶、对比度小的阴影不

易识别,且结果判断因人而异,同时不能留下记录作前后对比观察。

②胸部照片:一般作前后位摄片,必要时摄侧位或左、右前斜位片或体层片,以判明肺部病变的部位、大小、性质。

③支气管碘油造影:对疑为支气管扩张、阻塞病例,可行支气管碘油造影以确诊。

3.纤维支气管镜检查:可直接观察支气管内病变,并可采取活体组织送病理检查,窥镜可取出支气管内异物,对支气管肺癌可直接进行观察。

4.活体组织检查:通过纤维支气管镜可采取支气管内壁上之活体组织;利用胸腔镜可采取肺、肺门、纵膈淋巴结的活体组织;特制的穿刺针(可利用老式的肝组织活检针)可采取胸膜组织,但应有胸水情况下才能进行;其他可切除锁骨上窝、腋窝淋巴结进行活检,亦可用穿刺涂片染色镜检,对转移癌及某些慢性炎症亦有诊断价值。

5.超声波和放射性核素扫描:A型超声波对胸腔积液、包裹性胸膜炎、胸膜肥厚提供诊断参考,并指导胸腔穿刺部位;放射性核素扫描对肺内占位性病变的诊断有帮助。

6.呼吸功能测定:用肺活量计测定肺容量及时间通气量等,以估计通气障碍的性质与程度;血气分析可检查血液 pH、 P_{aO_2} (氧分压)、 P_{aCO_2} (二氧化碳分压)等,以了解换气功能、肺泡弥散功能等。

总之,一个完整的诊断,应包括病因、解剖部位、病理和功能的诊断。呼吸系统的完整诊断,必须根据上述诊断方法所取得的资料,经过综合归纳、分析判断,才能得出正确的结论。

【防治原则】

呼吸系统疾病的防治应坚持预防为主、防治结合的原则。临床上对常见的肺部感染性疾病应重视病因治疗,合理使用抗生素(广谱、联合、足量、全程)及时控制感染,减少并发症。对肺癌等疑难疾病应力争早期诊断,以便早期治疗,提高手术治疗效果;对慢性肺

部疾病,应指导患者加强体格锻炼,并注意营养和休息,提高机体的抗病能力,减少复发。

~~~~~第二节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染简称上感,主要是由病毒(部分可为细菌)引起的鼻、鼻咽或咽喉部急性炎症的总称。临床上以鼻咽部炎症为主者称普通感冒,表现为发热、头痛、鼻塞、流涕、咽痒、全身不适等;以咽喉部炎症为主者称急性咽喉炎,表现为发热、咽痛、声嘶等。上感传染性强、发病率高,部分病人患病后可继发鼻窦炎、气管炎等,少数病人于病情好转后发生急性肾炎或风湿热,因此必须积极防治。

本节主要叙述普通感冒。

【病因及发病机理】 本病大多数是由病毒引起,常见有鼻病毒、副流感病毒、腺病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒、呼吸道合胞病毒等;少数由细菌引起,常见有溶血性链球菌、肺炎双球菌、葡萄球菌、流感杆菌感染所致。病毒传染性强,通过含有病毒的飞沫及被污染的用具而感染;细菌感染常继发于病毒感染之后,但亦可直接感染。

本病一年四季均可发生,但以气候突变时和冬春季多发。病后免疫力较弱而持续时间不长,加上健康人群中常有带病毒者,人体对各种病毒感染之间又缺乏交叉免疫,故一年之内一个人可多次感染本病。

当人体受凉、淋雨、过度疲劳时、或老幼体弱个体,或原有鼻旁窦炎、扁桃体炎等慢性炎症者,因其全身或呼吸道局部防御功能低下,可导致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而发病。

【病理】 鼻、咽等上呼吸道粘膜充血、水肿、上皮细胞破坏,少量白细胞浸润,分泌物增多。一般为浆液性、粘液性分泌物,如继发细菌感染,中性粒细胞浸润,上皮细

胞变性、坏死、脱落，则有大量脓性分泌物。

【临床表现】

1. 症状：起病较急，一般以鼻塞、流清鼻涕、喷嚏、咽干痒开始，伴有头痛、疲倦、肌肉痠痛、全身不适，微热或不发热，少数可有高热。幼儿上感多有高热，甚至伴抽搐。经2~3天后鼻涕变稠，可有咽痛、声嘶、干咳，如无合并症，病后5~7天痊愈。

2. 体征：鼻腔有分泌物，鼻通气不良，咽部充血，扁桃体红肿，有的伴有眼结膜充血、流泪，颌下淋巴结肿大和轻压痛，肺部无异常体征。

3. 血象：白细胞计数偏低或正常，提示病毒感染；白细胞计数和中性粒细胞均增高，说明系细菌感染。

【并发症】

1. 继发感染：当机体抵抗力减弱时，鼻咽部感染可蔓延而引起鼻窦炎、中耳炎、气管和支气管炎等。

2. 继发或诱发风湿热、肾炎：由于病原体毒素及变态反应对机体的影响，少数患者主要是小儿患者可继发或诱发风湿热、肾炎、心肌炎等。

【诊断及鉴别诊断】

(一) 诊断 根据着凉、淋雨或劳累之后，突然发生鼻塞、流涕、喷嚏、咽痒、头痛、发热、周身不适等症状，结合鼻咽粘膜充血、扁桃体红肿而无肺部异常体征，即可作出感冒或上感的诊断。细菌性感染者全身症状较重，咽痛较明显，且有白细胞总数与中性粒细胞增多；病毒性感染者则鼻塞、流涕、喷嚏等症状较重而白细胞总数正常或偏低。

(二) 鉴别诊断 本病须与下列疾病相鉴别：

1. 流行性感：全身中毒症状重而鼻咽部症状较轻；传染性比上感强，易造成大流行。

2. 过敏性鼻炎：常有过敏反复发作史；起病急骤，主要表现是鼻腔发痒、喷嚏频繁、

流清水样鼻涕，而全身症状轻微；持续时间短暂，常在数分钟至1~2小时而缓解；鼻粘膜苍白、水肿，鼻分泌物涂片可发现多量嗜酸性粒细胞。

3. 麻疹、百日咳、猩红热、流行性脑脊髓膜炎等急性传染病的早期症状颇似上感，应严密观察病情发展，寻找这些疾病的特有临床表现并根据实验室检查来进行鉴别。

【治疗】

1. 一般治疗：适当休息，注意保暖，多饮开水，饮食清淡等。

2. 对症治疗：头痛发热者予镇痛解热药，如A·P·C0.42克或阿司匹林0.5克或去痛片0.5克，口服每日3次。高热者予头部冷敷、安痛定2毫升肌内注射；鼻塞严重者予鼻通或1%麻黄素10毫升分次滴鼻；咽痛可用消炎喉片含服；咳嗽可用咳必清或各种止咳糖浆内服；感冒速效片（丸）、板兰根冲剂等亦可使用。

3. 抗菌药物：由细菌感染，合并气管、支气管炎、扁桃体炎、鼻旁窦炎、中耳炎；既往有风湿热、肾炎、心肌炎，年幼、体弱、老年患者，可适当使用抗菌药物，如复方新诺明、麦迪霉素、青霉素、强力霉素等。病毒感染患者不需用抗生素。

【预防】

1. 锻炼身体，提高体质，增强机体对寒冷的适应力和对疾病的防御能力。

2. 避免受凉、淋雨、劳累等发病诱因。

3. 病毒感染者应注意呼吸道隔离，防止交叉感染。

~~~~~第三节 急性支气管炎

急性支气管炎是因感染或理化因素刺激所引起的支气管粘膜的急性炎症。这是一种呼吸道的常见疾病，多发生在寒冷季节和气候突变之时，以发热、咳嗽、咳痰为特点。因病变主要局限于支气管粘膜，及时治疗可