

实用慢性病治疗学

王學信 陳潔民 主編



山东科学技术出版社

A24026

实用慢性病治疗学

主 编 王学信 陈洁民

山东科学技术出版社

主 编: 王学信 陈洁民

副主编: 陈国威 苏心广 李晨新 常卫国 董泗新 宋献忠
李 健 张 海 张言镇

编 委: (以姓氏笔画为序)

尹燕海 史莲萍 刘延平 张东友 张爱兰 迟东升
胡光照 胡岱美 黄秀兰

编 者: (以姓氏笔画为序)

王学信 王国华 尹燕海 宁桂臣 史莲萍 李 健
李 颜 李均浩 李晨新 刘延平 刘少敏 刘学成
刘润来 刘翠霞 曲义章 朱新宁 邢俊玲 江惠琳
苏心广 苏吉亮 迟东升 陈洁民 陈国威 张 丽
张东友 张 海 张爱兰 张言镇 张鲁春 宋献忠
杨 瑞 武瑞光 胡光照 胡岱美 胡德宏 姚富和
赵惠英 高惠珍 常卫国 黄秀兰 董泗新 蒋雪玲
翟金萍 魏毅民

鲁新登字05号

实用慢性病治疗学

主 编 王学信 陈洁民

*

山东科学技术出版社出版

(济南市玉函路 邮政编码250002)

山东省新华书店发行

山东泰安师专印刷厂印刷

*

787×1092毫米 16开本 27.25印张 4插页 615千字

1994年2月第1版 1994年2月第1次印刷

印数: 1—3000

ISBN7-5331-1378-0

R·395 定价: 25.00元

前 言

内科慢性病是临床常见病，以其反复发作作为特征，严重危害人民的身体健康。长期以来国内无一系统介绍慢性病治疗的专著出版，为此，我们组织了有关专家和富有临床经验的医师编写了此书，希冀对国内同道等有所帮助，相信它能起到有益的作用。

本书共计二十一章，涉及内科领域疾病和有关实验室检查，共350余种。内容以突出实用为特点，主要论述常见内科慢性病的治疗规范与方法，同时亦重点介绍了某些慢性病急性发作的治疗措施，诸如对各种类型休克的抢救、心肺脑复苏术等。在第十七章，单设中医药对慢性病的治疗，这有利于提高治疗效果之目的。因而适合各级医院、疗养院与基层医疗单位临床医师参阅。

本书的编写与出版，得到了山东省泰山慢性病医院领导、山东科学技术出版社、泰安师范专科学校印刷厂的鼎力相助，在此一并表示衷心的感谢，同时对所参考文献的各位作者深表谢意。

由于编者学术水平有限，编写时间仓促，错误和不足之处，敬请广大读者不吝指教。

编者

1994年2月

目 录

第一章 呼吸系统疾病

支气管炎	(1)
慢性支气管炎.....	(2)
支气管哮喘.....	(7)
支气管扩张.....	(12)
阻塞性肺气肿.....	(14)
细菌性肺炎	(18)
病毒性肺炎	(22)
肺脓肿	(23)
肺嗜酸性粒细胞浸润症.....	(25)
弥漫性间质性肺纤维化.....	(27)
肺血栓栓塞	(28)
肺水肿	(30)
急慢性呼吸衰竭.....	(32)
肺部肿瘤	(36)
胸膜炎和胸腔积液	(40)
自发性气胸.....	(42)
肺不张	(44)

第二章 心血管系统疾病

慢性心功能不全	(46)
心律失常	(50)
缺血性心脏病.....	(57)
陈旧性心肌梗塞.....	(60)
高血压病	(61)
风湿热	(63)
风湿性心瓣膜病	(64)
心肌炎	(65)
心肌病	(65)
梅毒性心血管病	(66)

慢性肺原性心脏病	(66)
亚急性细菌性心内膜炎	(67)
慢性心包炎	(68)
高脂血症	(69)
乳头肌功能不全.....	(70)
二尖瓣脱垂综合征	(71)
心脏神经官能症	(71)
周围血管疾病.....	(72)

第三章 消化系统疾病

反流性食管炎	(75)
食管贲门失弛缓症	(76)
食管裂孔疝	(77)
胃炎	(77)
胃粘膜脱垂症.....	(80)
胃下垂	(80)
消化性溃疡	(81)
十二指肠炎	(86)
十二指肠壅积症.....	(86)
胃部手术远期并发症	(87)
上消化道出血附下消化道出血.....	(88)
伪膜性肠炎	(92)
嗜酸性粒细胞性胃炎	(93)
克隆病	(94)
非溃疡性消化不良	(95)
溃疡性结肠炎	(96)
肠道易激综合征.....	(98)
肝硬化.....	(100)
肝性脑病	(106)
胆石病.....	(109)
慢性胆囊炎	(112)
胰腺炎.....	(113)

呃逆..... (116)

第四章 泌尿系统疾病

急性肾小球肾炎 (119)
 急慢性肾小球肾炎 (121)
 慢性肾小球肾炎 (122)
 肾病综合征 (123)
 隐匿性肾小球肾炎 (126)
 肺肾综合征 (126)
 放射性肾炎 (127)
 肾小管酸性中毒 (127)
 范可尼综合征 (128)
 高钙性肾病 (128)
 低钾性肾病 (130)
 急性肾功能衰竭 (130)
 慢性肾功能衰竭 (133)
 急性尿路感染 (137)
 慢性肾盂肾炎 (138)
 肾结核 (139)
 肾小动脉硬化 (140)
 肾静脉血栓形成 (140)
 肾结石 (141)
 肾下垂 (142)

第五章 血液系统疾病

缺铁性贫血 (144)
 再生障碍性贫血 (145)
 红细胞葡萄糖6-磷酸脱氢酶缺乏
 所致溶血性贫血 (147)
 自身免疫性溶血性贫血 (148)
 阵发性睡眠性血红蛋白尿 (151)
 慢性粒细胞白血病 (152)
 慢性淋巴细胞白血病 (154)
 淋巴瘤 (155)
 脾功能亢进 (158)

血友病 (159)
 原发性血小板减少性紫癜 (160)
 过敏性紫癜 (163)
 白细胞减少症和粒细胞缺乏症 ... (164)
 多发性骨髓瘤 (164)

第六章 新陈代谢疾病

糖尿病 (167)
 糖尿病酮症酸中毒 (172)
 乳酸性酸中毒 (173)
 糖尿病高渗性昏迷 (174)
 血卟啉病 (175)
 单纯性肥胖 (177)
 高脂血症及高脂蛋白血症 (178)
 痛风及高尿酸血症 (180)
 血色病 (182)
 维生素缺乏病 (183)

第七章 内分泌系统疾病

单纯性甲状腺肿 (185)
 甲状腺机能减退 (186)
 甲状腺机能亢进症 (188)
 甲状腺炎 (192)
 甲状腺肿瘤 (194)
 垂体前叶功能减退症 (194)
 侏儒症 (196)
 巨人症和肢端肥大症 (198)
 垂体肿瘤 (199)
 尿崩症 (200)
 抗利尿激素过多综合症 (201)
 肾上腺皮质功能减退症 (202)
 肾上腺皮质机能亢进症 (203)
 原发性醛固酮增多症 (204)
 嗜铬细胞瘤 (204)
 特发性浮肿 (205)
 甲状旁腺机能减退症 (205)

甲状旁腺机能亢进症·····	(206)	骨质疏松症·····	(229)
多囊卵巢综合症·····	(207)	第十章 神经系统疾病	
先天性卵巢发育不全·····	(207)	三叉神经痛·····	(231)
更年期综合征·····	(208)	偏头痛·····	(232)
男性生殖腺机能减退症·····	(208)	感染性多发性神经根炎·····	(233)
男性乳房发育症·····	(209)	重症肌无力·····	(234)
乳溢症·····	(210)	坐骨神经痛·····	(236)
性早熟瘤·····	(210)	脊髓炎·····	(237)
抗利尿激素过多症群·····	(211)	脊髓压迫症·····	(238)
胰高血糖素瘤·····	(211)	周期性麻痹·····	(238)
多发性内分泌腺瘤·····	(212)	巴金森氏病·····	(239)
第八章 结缔组织及变态反应性疾病		短暂性脑缺血发作·····	(240)
系统性红斑狼疮·····	(215)	脑血形栓成·····	(241)
类风湿性关节炎·····	(216)	脑栓塞·····	(243)
皮肤炎和多发性肌炎·····	(217)	脑出血·····	(244)
进行性全身性硬皮病·····	(217)	蛛网膜下腔出血·····	(246)
结节性多动脉炎·····	(218)	癫痫·····	(249)
白塞氏病·····	(219)	第十一章 休 克	
干燥综合征·····	(219)	心源性休克·····	(254)
韦格内肉芽肿·····	(220)	低血容量性休克·····	(267)
脂膜炎·····	(220)	感染性休克·····	(270)
混合结缔组织病·····	(221)	过敏性休克·····	(272)
免疫性疾病—血清病·····	(221)	神经原性休克·····	(273)
药物疹·····	(221)	第十二章 心肺脑复苏	
热带性嗜酸性粒细胞增多症·····	(222)	心肺脑复苏术·····	(275)
血管神经性水肿·····	(223)	药物治疗及生命支持·····	(276)
结节病·····	(223)	复苏后的治疗·····	(281)
第九章 纤维组织与骨关节疾病		第十三章 恶性肿瘤的内科治疗	
纤维组织炎综合征·····	(225)	抗肿瘤药物分类及机理·····	(284)
纤维性骨炎·····	(225)	肿瘤化疗的适应症及注意事项·····	(284)
感染性关节炎·····	(225)	常见恶性肿瘤诊治规范·····	(285)
肩关节周围炎·····	(226)	恶性肿瘤的对症治疗·····	(288)
肋软骨炎·····	(226)	第十四章 免疫学及免疫疗法	
骨关节炎·····	(227)	免疫学的有关概念·····	(290)
大骨节病·····	(228)	变态反应·····	(291)

免疫缺陷病	(293)	昏迷	(340)
免疫刺激疗法	(299)	表浅淋巴结肿大	(340)
第十五章 临床常用药物作用机制		血尿	(340)
及毒副作用		乳糜尿	(341)
抗高血压药物及分类	(299)	水肿	(341)
治疗心功能不全药物	(303)	腹痛	(342)
抗心律失常药物	(308)	呕吐	(342)
镁制剂在临床上的应用	(309)	腹胀	(343)
抗凝血药物及溶栓疗法	(311)	黄疸	(343)
抗菌药物的合理应用	(313)	便血	(343)
糖皮质激素的合理应用	(313)	急性支气管炎	(344)
老年人用药应注意的问题	(314)	慢性支气管炎	(344)
第十六章 常见药物所致中毒的治疗		阻塞性肺气肿	(345)
有机磷农药中毒处理	(321)	肺不张	(345)
镇静、安定及催眠药中毒处理	(322)	细菌或病毒性肺炎	(345)
急性酒精中毒处理	(322)	哮喘	(346)
第十七章 中医对慢性病的治疗理		肺脓肿	(346)
论与学说		胸膜炎	(347)
中医治疗的基本理论与特点	(324)	肺水肿	(347)
整体观念	(324)	心律失常	(347)
恒动学说	(325)	缺血性心脏病	(348)
辨证论治	(326)	高血压病	(349)
阴阳学说	(327)	高脂血症	(349)
五行学说	(327)	多发性大动脉炎	(349)
慢性病人的生理特点及治疗原则	(333)	血栓闭塞性脉管炎	(349)
慢性病人使用中药特点	(334)	肢端动脉痉挛症	(350)
第十八章 中医辨证论治方剂与针灸		慢性腹泻	(350)
长期低热	(336)	便秘	(350)
高热	(336)	消化道出血	(351)
头痛	(336)	胃及十二指肠溃疡	(351)
偏头痛、三叉神经痛	(337)	胃下垂	(351)
眩晕	(338)	慢性肠炎	(352)
晕厥	(338)	慢性胆囊炎和胰腺炎	(352)
抽搐	(339)	肝脓肿	(353)
瘫痪	(339)	急、慢性肝炎	(353)

消化道癌	(353)	腹膜透析疗法	(369)
急、慢性肾盂肾炎	(354)	结肠透析	(370)
急、慢性肾小球肾炎	(354)	离子交换树脂疗法	(371)
急、慢性肾功能衰竭	(355)	人工起搏的临床应用	(372)
肾及尿路结石	(356)	电击复律治疗心律失常	(374)
各种贫血、白血病	(356)	胃肠道外输液	(375)
紫癜	(357)	输血疗法	(376)
硬皮病	(358)	冬眠疗法	(377)
系统性红斑狼疮	(358)		
结节性多动脉炎、肌炎、 皮炎及脂膜炎	(359)	第二十章 临床常用诊疗操作规范	
血卟啉病	(359)	洗胃法	(379)
单纯性甲状腺肿、甲状腺肿瘤 ..	(360)	十二指肠引流术	(380)
甲状腺机能亢进	(360)	三腔管的应用	(380)
尿崩症	(360)	肝脏活体组织穿刺术	(382)
更年期综合征	(361)	腹腔穿刺术	(383)
肾上腺皮质功能减退症、 甲状腺机能减退症	(362)	腰椎穿刺术	(383)
糖尿病	(362)	心包穿刺术	(383)
男性生殖机能减退症	(362)	胸腔穿刺术	(384)
肥胖症	(363)	骨髓穿刺术	(385)
干燥综合征	(363)	导尿术	(385)
药物性皮炎、血管神经性水肿 ..	(363)	胃分泌液检查	(386)
类风湿性关节炎、痛风	(364)	前列腺检查及按摩术	(387)
大骨节病	(364)	腹膜后充气造影术	(387)
颈椎病、颈性眩晕、骨质增生 ..	(365)	第二十一章 特种检查临床意义和正常值	
多发性神经炎、感染性神经炎、 脊髓炎	(365)	心电图检查	(388)
重症肌无力、进行性肌营养不良、 周期性麻痹	(366)	心电图负荷试验判定标准	(394)
震颤麻痹、手足徐动症	(366)	心电图向量图常用正常范围及 诊断标准	(395)
精神分裂等症	(367)	房室束(His束)电图	(401)
神经衰弱	(367)	心血管疾病的放射性核素检查 ..	(402)
弥漫性血管内凝血	(368)	心音图	(405)
		收缩时间间期测定	(407)
		心尖搏动图	(407)
		颈动脉搏动图	(408)
		颈静脉搏动图	(409)
第十九章 临床常用内科疗法			

脑电图检查及诊断标准	(410)
超声检测正常值	(411)
常用心脏切面正常值	(412)
脑超声多勒特检查	(413)
Doppler心脏舒张功能测定	
正常指标	(414)
人体脏器超声显象探测正常值...	(145)
肢体 Doppler 检查	(419)

临床常用检验正常值	(419)
-----------------	---------

附录

一、常用溶液所含离子的	
毫当量	(422)
二、毫克和毫当量折算法 ...	(422)
三、药物与酒精和某些食物的	
配合禁忌	(423)
主要参考文献	(424)

第一章 呼吸系统疾病

支 气 管 炎

支气管炎 (bronchitis) 急性发作期是由感染和理化刺激所致的呼吸道急性炎症。常继发于各种病毒引起的上呼吸道感染如普通感冒、流感等,在急性呼吸道感染中,90%以上为病毒引起,支原体感染者占4~5%,细菌感染者仅占1~2%。常见的病毒有鼻病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒及某些肠道病毒(埃可病毒、柯萨奇病毒)等。细菌有肺炎双球菌、流感嗜血杆菌、化脓性葡萄球菌、链球菌等。在小儿可继发于麻疹和百日咳,在老年人因高龄体质虚弱或合并其它疾病更易发生,也可见于慢性支气管炎急性发作时。理化因素有强冷空气、有害粉尘、刺激性气体等所致。诊断主要根据病史、症状和体征。在鼻炎或咽喉炎的基础上出现刺激性干咳、胸骨后灼痛、声音嘶哑、咳时胸痛。1~2天后可出现白粘痰,有时带血丝,继发细菌感染咳脓性痰。一般不发烧,可有头痛,全身不适。个别人有低烧到中烧。查体咽部充血、肺部可无体征或呼吸音粗及干罗音。胸透可无异常或肺纹理增重,旨在排除结核或肺癌。血象检查:病毒感染白细胞数正常或降低,淋巴细胞百分比升高;细菌感染后白细胞总数正常或升高,而中性粒细胞百分比升高。

【治疗】

1. 抗病毒治疗

目前尚无有效抗病毒制剂,临床主要采用对症处理,但可考虑使用:

(1)病毒灵(吗啉胍)0.1~0.2克每日3次;有人认为它有广谱抗病毒作用,但也有异议。

(2)金刚烷胺(amantadine),每日100~200毫克,连服4~6周,在甲型流感流行期间,给易感者投药对甲型流感病毒有选择性抑制作用。

(3)甲苄噻脲(缩胺硫脲, methizazone)、疱疹净(idoxuridine, IDUR),也可试用于腺病毒感染(预防)。

(4)三氮唑核苷(virazole),近年发现该药是一种抗病毒谱广、作用强、毒性小的合成新药,对DNA和RNA病毒都有抑制作用,临床正在试用,俗名称病毒唑0.1~0.2克,肌注,每日2次,或者按每日每公斤体重10~15毫克,用葡萄糖或氯化钠500毫升稀释(约1毫克/毫升)缓慢静滴,5~7天为一疗程。笔者观察疗效比较可靠。但禁用于孕妇。

(5)复方大青叶液口服或肌注;银黄口服液口服;抗病毒口服液及其它中成药制剂可考虑应用。

2. 抗菌治疗

因在病毒感染基础上继发细菌感染,表现咳黄痰或伴发烧,且细菌以G⁺球菌为主或伴G⁻菌感染,故应积极控制感染,

可考虑下列抗生素:

1. 青霉素80万^u, 肌注, 每8~12小时一次; 或者使用400~640万^u, 稀释静滴。使用前应先用生理盐水稀释作皮试(注意排除假阳性), 如皮试阴性方可应用。也可用氨苄青霉素2~3克, 用0.9%盐水20毫升稀释静注, 每日两次, 虽然抗菌谱广但疗效不及青霉素, 且氨苄青霉素容易出现皮疹。

2. 先锋霉素IV 0.125~0.25克, 每日3~4次口服, 广谱高效。

3. 氨基甙类: 链霉素0.5克肌注, 每日二次; 卡那霉素0.5克, 每日2次; 或庆大霉素8万^u, 每日2次。

4. 如对青霉素过敏可考虑使用盐酸洁霉素0.6克, 每日2次; 笔者认为: 此药虽属窄谱抑菌药, 但投放市场较晚, 细菌的抗药性较差, 疗效显著。

5. 口服抑菌制剂: 复方新诺明, 2[#], 每日两次, 首剂加倍口服, 本药抗菌谱广, 价廉易得, 疗效可靠。副作用有过敏(以皮疹多见), 但所顾及的问题是該药能在肾小管内形成结晶损害肾脏, 出现血尿等, 故在服药时最好同服等量苏打片, 以碱化尿液, 促进在肾脏的排泄。土霉素0.5克, 每日四次, 口服, 特点是广谱抑菌药, 价廉易得, 可加用TMP 0.1克每日两次口服。麦迪霉素或乙酰螺旋霉素0.2~0.4克每日3次口服, 属窄谱抗菌素, 对G⁻菌无效, 此二药对部分病人胃肠道症状明显。

对黄痰明显且全身症状较著者可联用青十链(卡那、庆大)霉素, 起到广谱杀菌作用。

3. 对症处理

(1) 干咳者可用中枢性非成瘾性镇咳药, 如咳必清(toclase), 除中枢作用外, 还可轻度抑制支气管内感受器及传入神经末梢, 每次25毫克每日3次; 咳平(hustazol), 除镇咳外, 对支气管痉挛及充血水肿还有缓解作用, 每次10毫克口服3次。末梢性镇咳药, 可抑制肺脏牵张感受器, 如退咳(tessalon), 每次0.1克口服3次。那可丁(narcotine), 兼有支气管解痉作用, 每次15~30毫克每日3~4次。可待因30毫克用于剧咳妨碍睡眠者。

(2) 痰多且粘稠时, 可口服化痰药。① 恶性祛痰剂: 这类药口服后通过刺激胃内的迷走神经末梢(化学感受器), 反射性兴奋迷走神经, 使支气管粘膜腺体分泌活跃, 使痰液稀释, 容易咳出。如氯化铵0.3~0.9克每日3次, 碘化钾0.3克每日3次; 阿斯维林(asverin), 每次30毫克每日3次; 远志合剂每次10毫升每日3次; 中药制剂鲜竹沥每次10毫升每日3次。氯化铵和碘化钾有时也配成合剂, 每次口服10毫升。远志合剂和氯化铵不宜用于肺性脑病患者。② 粘痰溶解剂: 此类药可通过水解粘痰中的双氢键或二硫键, 使痰液变稀易于咳出。如必嗽平8毫克每日3次。

(3) 对伴有支气管痉挛者可口服喘定、氨茶碱、舒喘灵口服或者吸入。详见支气管哮喘章。

慢性支气管炎

慢性支气管炎(chronic bronchitis 简称慢支)。临床上以咳嗽、吐痰为主要

症状或伴喘息,每年发作至少持续3个月,且连续两年以上。如果一年发作超过6个月,或尽管症状不典型但有x线胸片及肺功能表现异常也可确诊。本病是严重危害人们健康的多发病、常见病。据调查,我国有3000多万人患病,患病率为3~5%,患病率随年龄增长而增加,50岁以上患病率可急剧上升至10~15%。北方的发病率高于南方,农村高于城市,是影响劳动力的重要原因。约有1~2%的慢支患者,发展成为肺气肿和肺心病。本病在冬春发病较多或急性加重。本病的病因尚未完全明了。一般认为与内因(遗传因素、过敏因素、呼吸道防御功能降低及植物神经功能失调等)及外因(长期的理化刺激如吸烟、寒冷、空气污染和感染)有关。其中以受凉、感冒和急性支气管炎起病者占76.8~79.0%;吸烟者的发病率比不吸烟者高1~2倍。本病分为:①单纯型,以咳嗽、咳痰为主要症状;②喘息型,以咳嗽、咳痰、喘憋为主要症状,常伴有哮鸣音。症状以清晨最为明显。本病临床上分为三期即急性发作期、慢性迁延期和临床缓解期。X线胸片,早期无异常,随病情进展肺纹增重、粗乱或中断;后期肺气肿时可见双肺透光度增强、膈肌低平。肺功能检查,早期一般无异常,后期表现为阻塞性(为主)及限制性通气功能障碍,一秒量(FEV_{1.0})、一秒率(FEV_{1.0}%)显著降低,而残气量(RV)及残总比(RV/TLC)明显升高。换气功能一般无变化。本病需与支气管哮喘、尘肺、肺结核、支气管扩张等鉴别。

【预防和治疗】

1. 预防

(1)加强体质锻炼,提高抗病能力。如做工间操、自由操、呼吸体操、太极拳、穴位按摩、各种气功、耐寒锻炼(在条件许可时冬泳锻炼颇为有益)、晨起跑步等。

(2)积极防治感冒。感冒既是慢性支气管炎的病因,又是许多疾病的诱因,因而应高度重视,无病预防,患病积极及时治疗。

(3)时刻保持心情舒畅。近年来心身医学的研究注意到心理情感与疾病的关系非常密切,情绪低落、消极悲观的人极易患感冒及其它疾病,推测其机理可能是通过神经—体液(内分泌)机制或其它中介环节损伤了整体的抗病能力及呼吸道局部的免疫力,当病原体侵入呼吸道后不能及时地将其消灭或者因“正气虚弱”为病原微生物入侵创造了条件。

(4)消除对呼吸道的刺激因素。包括戒烟、改善卫生环境、防治大气污染、清除工业粉尘等不良理化刺激,气温骤降时注意防寒。注意劳逸结合。

2. 缓解期的治疗

根据国内外大量临床免疫、药理和病理的研究工作,发现用免疫疗法和抗胆碱药物治疗能取得较好疗效,临床中使我们体会到:在慢性支气管炎治疗中,重要的是纠正机体的免疫及副交感神经的功能障碍,增强机体抗感染、抗理化刺激、抗过敏等的能力,降低机体对外因的兴奋性,以达到治愈和改善病情及防止复发的目的。

(1)气管炎菌苗(哮喘菌苗)所含菌种有1~14联之多。最常用者为三联(甲型链球菌、白色葡萄球菌、卡他菌苗)菌苗。气雾给药疗效最佳,注射次之,口服

最差。应用菌苗后有效病例的白细胞吞噬功能较对照组明显升高,裂解素滴度增高,有关细菌的皮肤试验阳性率降低,还可能有脱敏作用。疗程至少3个月以上,通常为2~3年。有效率达70~80%。近年来人们主张留取慢支病人的痰液做细菌培养,培养出致病菌种后制成疫苗,再给该患者注射,有的放矢进行免疫治疗,这种疫苗针对性强、疗效高。但必须在条件较好有较高的技术设施前提下才能做到,故目前尚难普及。

(2)卡介苗(BCG结核活菌苗)。采用无毒牛型结核菌悬液制成。本品原用于预防结核,属于一种特异性免疫制剂,后证明它具有促进巨噬细胞吞噬功能的作用,为一种很好的非特异性免疫增强剂。近年来用于癌症病人的辅助治疗及慢性支气管炎的预防治疗,它可能是增强并调整机体对侵入体内抗原的非特异性免疫反应,而增强机体的抗炎、抗过敏和抗理化刺激作用。我国湖南省最早应用卡介苗治疗慢支,多用灭活后的死卡介苗,每毫升含75毫克,每周在患者前臂处划痕接种死卡介苗1~2次,3~6个月后改为每周1次,稳定3~6个月后改为每月1~2次,历时1~2年。在慢支明显好转的同时,感冒次数减少,抗寒能力和体力增强。原理可能在于增强细胞免疫功能和脱敏作用。一般有效率约为90%,显效率约为50%。

(3)脂多糖。每毫升含脂多糖湿重0.5毫克,第1~5次的剂量分别为0.2,0.4,0.6,0.8,和1.0毫升,以后剂量保持1毫升,皮下注射20次或更长为一疗程,有效率为70%左右,可提高非特异性免疫力。

(4)核酪注射液。本品由核酸及酪蛋白水解制得,内含核酸及酪蛋白的水解物和多种氨基酸,每次2~4毫升,皮下或肌肉注射,每周2~3次,3~6月为疗程,长期注射未见副作用。用于慢支缓解期预防急性发作,笔者观察可减少感冒次数及减轻症状,疗效可靠,且价格低,药源广,有重要实用价值。

(5)转移因子(TF)。该品是从健康人的白细胞提取的小分子肽类物质(分子量小于5000),可将细胞免疫活性转移给受体以提高后者的细胞免疫功能。由于它没有抗原性,所以不需皮试,也不存在相互排斥问题。可采用皮下注射和肌肉注射,每周1~2次,一月后改为每2周1次。近年来作者采用上臂内侧皮下注射,每次1支,每周两次,连用3周,然后改为每周1次,连用4周(共7周注射10支),停10~15天后再按上述方法重复治疗。通过22例病人在冬春寒冷季节连续观察5个月,与既往同期相比,感冒次数由人均4次降到1.6次,收到显著效果。我们体会本疗法优点有二:一是经上臂内侧皮下注射,药物可直接作用于腋窝淋巴结,作用迅速;二是经休息10~15天后再用药,可恢复免疫系统对刺激的敏感性,避免“免疫疲劳症”的出现。

(6)胸腺素:10毫克,肌注,每日或隔日一次,连用30天为一疗程。详见其它章节。

(7)免疫核糖核酸(iRNA)、短棒菌苗(短小棒状杆菌菌苗)、左旋咪唑等也可应用。详见其它章节。

以上药物均为主动免疫制剂即通过刺激机体免疫系统同疾病作斗争。

(8)丙种球蛋白(γ -Globulin)。一种是从健康人的静脉血提取的,丙种球蛋白含量在95%以上;另一种是从胎盘血制取的,丙种球蛋白含量占90%左右,有效成分相对较少。因含有健康人血清所具有的各种抗体,故可增强机体抵抗力以预防感染。每次1支,肌肉注射。一般认为其作用可维持一月。因这种抗体不是自身产生的且作用短暂,故称为被动免疫。

(9)辅酶 Q_{10} 注射液。本品为细胞呼吸和细胞代谢的激活剂,是机体的非特异性免疫增强剂,近年来用于慢性支气管炎的辅助治疗,收到一定的效果。用法是每次5~10mg,肌注(每支5mg),每日1次,连用2~3周,休息后再重复治疗。

(10)其它免疫增强剂如左旋咪唑(Levamisole)、干扰素(Inteferon)也可应用,详见肺部肿瘤章节。

(11)中药代茶饮,组方为黄芪30克,川芎、丹参各15克,用开水浸泡后当茶喝,收到一定疗效。黄芪为补气药,能增强细胞免疫功能,增加食欲,使体质及抗病能力增强。丹参及川芎有活血化淤,降低血粘度改善微循环,最近研究提示川芎能解除肺小动脉痉挛、升高动脉氧分压的作用。

3. 急性发作期的治疗

(1)积极控制感染

①如病人在短期内咳嗽、吐痰和/喘憋明显加剧,常有发烧(注意老年人或体质极度虚弱者可不发烧),均提示病情急性加重。诱因有气温骤降、受凉等。应首先抗感染。轻度感染(指症状较轻),咳(黄)痰量不多,体温一般低于 38°C ~ 38.4°C 可采用口服或肌注抗生素。如土霉素(0.5克每日四次)、复方新诺明(每次2

片每日两次首剂加倍)、强力霉素(0.1克每天两次首剂可加倍)、先锋霉素IV(0.5克每日3~4次)、麦迪霉素及乙酰螺旋霉素等。肌注药物可选用青霉素(80万 μ 每8小时1次)或洁霉素(0.6每日2次)与链霉素(0.5每日2次)或庆大霉素(8万 μ 每日两次)联用。一般连用5~7天。近年来用灭滴灵0.2~0.4克,一日3次与上述抗生素联用收到明显效果。

②中、重度感染,常表现为咳大量脓痰、发烧为特征(注意老年体弱者可不发烧甚至体温降低)。重点是静脉足量联合足疗程使用抗生素,可选择青霉素G400~800万单位每日分两次稀释静滴,或一次静滴于睡觉前追加肌注射剂量以维持有效杀菌浓度。因其为窄谱杀菌剂,最好与氨基甙类抗生素联合应用,增加抗菌谱并起到协同的作用。如庆大霉素16~24万 μ ,丁胺卡那霉素0.4~0.6克稀释静滴,后两者因有肾脏及耳毒性应予以注意,尤其是老年应特别重视。如效果不理想可给先锋霉素V每日4~5克静滴。可酌情给灭滴灵0.5~1.0克静滴。如对青霉素或先锋霉素过敏可选用红霉素(每天1~1.5克)或盐酸洁霉素(每日1.8~2.4克)稀释静滴,为扩大抗菌谱,提高疗效可与氨基甙类合用。近年来临床上常把普通青霉素G与氨苄青霉素联用收到明显效果,减少了副作用。详见肺脓肿及肺炎章节。

2. 镇咳祛痰

不能单用止咳药物。因痰液不能咳出时,阻塞气道,使病情加重。用祛痰剂促进痰液引流有利于感染的控制,同时有助于改善通气与换气。

①碘化钾或氯化铵0.3~0.6克,每日

3次。有稀释痰液的作用。

②棕色合剂10毫升每日3次。

③远志合剂10毫升每日3次。

④中药鲜竹沥10毫升每日3次。

氯化铵、棕色合剂及远志合剂慎用于肺性脑病患者。

⑤必嗽平(Bisolvon, 溴己新或溴苄环己铵): 本品为一种粘痰溶解剂, 能使痰液中酸性糖蛋白的多糖纤维素裂解, 使痰液粘稠度降低, 易于咳出。8~16毫克每日3次口服, 也可肌注。对溃疡病患者慎用。

⑥痰易净(Airbron, 乙酰半胱氨酸): 也是一种粘痰溶解剂, 其分子中的巯基(-SH)能使粘液中粘蛋白的双硫键(-S-S-)断裂, 使痰液粘度降低, 易于咳出或吸出。可配成10~20%的浓度1~2毫升, 雾化或直接气管内滴入, 每日3~4次。

⑦雾化吸入法稀释痰液: 适用于急性期痰液特别粘稠者。

α -糜蛋白酶5毫克用生理盐水10~20毫升稀释超声雾化吸入, 每日2~3次。能使痰液变稀, 药物本身对局部有消炎作用。

胰脱氧核糖核酸酶5~10万^u用生理盐水5~10毫升雾化吸入, 每日3~4次。

庆大霉素8万^u、氨茶碱0.25克、氟美松2毫克、 α -糜蛋白酶10毫克用生理盐水100毫升稀释, 每次50毫升吸入, 每日两次。加抗生索的目的是局部消炎。

肝素25毫克用盐水20毫升稀释吸入, 肝素的作用是多方面的。可能有: a. 抗凝血酶作用; b. 降低血液粘滞性, 减少红细胞粘附作用, 改善脏器的微循环;

c. 缓解支气管痉挛, 降低气道阻力, 防止血小板释出5-羟色胺等介质; d. 激活和释放肺泡壁的脂蛋白酶使呼吸道粘稠分泌物水解; e. 有抗炎、抗过敏、抗渗出作用; f. 有降血脂作用及扩张冠状动脉作用。

(3)喘息型慢支的治疗

原则是有效地控制支气管痉挛, 改善通气, 纠正缺氧和高碳酸血症, 防止并发症的发生。

①轻症病人可采用口服氨茶碱、喘定等药。

②中重症病人可在口服上述药物基础上加用 β_2 受体兴奋剂如舒喘灵、克喘素、博利康尼等口服, 急症病人可吸入舒喘灵气雾剂, 疗效迅速可靠。如口服药物不能有效地控制症状者, 可静滴氨茶碱或喘定, 必要时可酌情在短时间内使用小量糖皮质激素, 详见支气管哮喘一节。

③非特异性抗炎治疗: 目的是消除非细菌感染引起的非特异性炎症、降低气道的反应性。如扑尔敏、酮替芬、息斯敏等药物口服, 详见支气管哮喘一节。

(4)急性发作期治疗上应注意的几个问题。

①维持水电平衡: 因细菌感染招致发烧, 增加机体的消耗, 呼吸频速更加重了这一病理生理变化。特别是喘息型慢支病人更是如此。呼吸道蒸发、大量出汗及/或使用利尿剂都可引起水电解质紊乱。要维持水电平衡说起来容易做起来难: a. 对肾功能正常的病人当食欲低下时, 每天应经静脉输液给予2~3克氯化钾, 每天应至少给予4~5克氯化钠(相当于0.9%盐水500毫升), 以避免低渗血症的发生; b. 每天的入水量原则上是量出为入, 发烧病人体

温每升高一度,补液量相应增加80~100毫升,对食欲低下患者,一般而言在心功能良好的状况下,每天入液量不应少于2000~2500毫升。

②注意维持心肺功能:因慢支并发肺气肿和肺心病,因此应在消炎祛痰的基础上,给予间断吸氧或持续低流量吸氧。

③注意营养支持治疗。

④注意防治呼吸衰竭和肺性脑病。

支气管哮喘

支气管哮喘(bronchial asthma)是因支气管对各种刺激的反应性增高引发的可逆性气道阻塞为特点的疾病。临床表现为发作性喘憋、咳嗽、咳痰和肺内闻及哮鸣音。病理变化是支气管平滑肌痉挛、支气管粘膜分泌亢进和支气管粘膜肿胀为主。多数患者发病与支气管产生变态反应有关。一般认为本病发病率约占人口的2%。本病可发生于任何年龄,约有半数在12岁以前发病,约50%病人于青春后期可缓解。本病的性别差异在儿童期较明显,男女之比约为1.5~3.3:1,而成人以后无性别差异。

病因和发病机制为:

1. 过敏因素,引起哮喘常见的外源性过敏原不胜枚举。主要有:①食物性抗原,如蛋类、肉类、水果、蔬菜、酒和其它醇类饮料、巧克力、牛奶、麦类等;②吸入性抗原,包括风媒花粉、屋尘、螨类、真菌芽孢、各种曲霉菌、节肢动物躯壳、锯末、动物的皮屑、毛发、鸟类羽毛等。还有某些化学物质如二氧化硫、惰性气体及大气污染的各种因素。近年来尚有报告

抗生素(氨苄青霉素、螺旋霉素)、铂的复合盐类、环氧树脂、染料工业、羊毛工业、净化剂工业等的吸入性粉尘均可成为过敏原。③对阿斯匹林或其它安乃近类药物过敏。一些有家族史的哮喘患者,多是由遗传引起的过敏体质,目前认为多因缺乏分泌型IgA所致。分泌型IgA是由支气管粘膜的基底细胞膜上的浆细胞产生,是机体粘膜局部抵抗感染的重要部分,当缺乏IgA时,呼吸道防御机能减弱,过敏原易侵入机体,同时哮喘病人IgE明显增加,大量IgE吸附在肥大细胞或嗜碱粒细胞表面,机体处于致敏状态,一旦过敏原入侵,激发抗原抗体反应,从而释放生物活性物质:如组织胺、5-羟色胺、慢反应物质、缓激肽等,引起支气管平滑肌强烈痉挛,造成支气管哮喘发作。近来也认为IgG和IgM在哮喘发作中有一定作用。

2. 神经因素,气管及支气管平滑肌受植物神经支配。迷走神经可使支气管平滑肌痉挛性收缩,而交感神经则可使支气管平滑肌松弛。部分哮喘病人发病是由于迷走神经亢进或交感神经功能低下所致。

3. 前列腺素,近年注意到前列腺素(PG)对支气管的收缩与舒张产生明显影响,PGE₁和PGE₂能使支气管平滑肌松弛,而PGF_{2α}能使支气管收缩。

4. Ca⁺⁺与支气管哮喘,近年注意到Ca⁺⁺在维持气道平滑肌张力及某些生物介质释放中的重要作用,发现Ca⁺⁺拮抗剂在哮喘治疗中具有一定作用。

目前一致公认,神经因素或各种介质都是通过影响cAMP/cGMP比值而发挥作用,各种平喘药也是直接或间接影响cAMP与cGMP而发挥治疗作用,cAMP