



中等卫生职业学校教材

内科学

罗迪民 主编

广西科学技术出版社

内 科 学

罗迪民 主编

*

广西科学技术出版社出版

(南宁市河堤路14号)

广西大学印刷厂印刷

*

开本787×1092 1/16 印张16 字数383,000

1989年6月第1版 1989年6月第1次印刷

印 数: 1—8,000

ISBN 7-80565-112-4

R·27

定价: 5.90元

《中等卫生职业学校教材》编审委员会

主任委员 赵正宝

副主任委员 高林元 温科斌

委员 (按姓氏笔划为序)

元文玮	毛廷隼	叶启端	刘治萌
许振朝	何泉光	何幼明	何志强
李绍仁	李立新	陈耀汉	孟凡侠
欧波	郑国治	罗迪民	高沁昌
梁铭	凌世禧	覃训华	黄钟熙
谭家学	黎瑞文		

编写说明

为了加快培养具有中专水平的乡村医生,适应深化卫生改革的新形势,促进农村基层卫生保健网的巩固和发展,实现世界卫生组织提出的“2000年人人享有卫生保健”的总目标,广西壮族自治区卫生厅委托《中等卫生职业学校教材》编审委员会,组织了以中等卫生学校高级讲师为主体的56位同志,根据卫生厅颁发的“广西中等卫生职业学校三年制医士专业教学计划”提出的培养目标,编写了一套具有21门学科的《中等卫生职业学校教材》。

这套教材,不同于普通中等卫生学校现行的教材,在保持医学科学性、系统性、完整性的基础上,突出针对性和实用性,着力培养具有医学科学基本理论知识和较强实践技能的实用型人才。使学生通过学习,能较快地适应农村基层的卫生工作,运用中西医的理论和方法,防治农村常见病、多发病以及常见的急症抢救。

全套教材共21种,包括政治、医用化学、人体解剖学、生理学、生物化学、微生物学及寄生虫学、病理学、药理学、中医学概要、中医内科学、中医外科学、诊断学基础、内科学、外科学、妇产科学、儿科学、五官科学、传染病学与流行病学、卫生学、初级卫生保健与健康教育等。政治理论课把哲学、政治经济学、科学社会主义、法律知识和卫生立法、民族政策的基本理论知识融为一体;基础课仅阐述与医学有关的基本知识;临床学科则突出内科、外科、妇科、儿科、传染病的防治以及中医内、外科的内容,并重点介绍了初级卫生保健知识,旨在进一步树立预防保健新观念。每种教材的后面附有三年制、二年制、一年制的教学大纲。这套教材适用范围广,主要供中等卫生职业学校三年制医士专业使用,也可供职业高中和各地举办的二年制、一年制乡村卫生员培训班使用,还可供初级卫生人员以及乡村医生、卫生员自学之用。

《中等卫生职业学校教材》编审委员会

1989年2月

前 言

本教材是根据1987年广西壮族自治区卫生厅颁发的《广西中等卫生职业学校教学计划》的要求和课程设置编写而成，供农村医士三年制、二年制及一年制使用。教材内容包括内科各系统疾病和内科学各种诊疗护理技术。其中对内科学的基础理论、基本知识和基本技能进行了简要、系统的阐述。

本教材由广西玉林地区卫生学校罗迪民、陈国莹、赵胜利、梁绍进老师，以及广西医学院王集科副教授共同编写。

为了使本教材内容更充实、完善，能体现医学科学的新成就，我们在编写过程中，参考了全国中等医士专业教材、高等医学院校教材、实用内科学等著作。由于编者水平有限，缺点和错误在所难免，请各校师生在使用过程中提出宝贵意见，以便进一步修订补充。

编者

1989年2月

目 录

第一章 绪论.....	1
第二章 呼吸系统疾病.....	3
第一节 总论.....	3
第二节 急性支气管炎.....	6
第三节 慢性支气管炎.....	7
第四节 支气管哮喘.....	10
第五节 支气管扩张症.....	14
第六节 慢性肺原性心脏病.....	15
第七节 肺炎.....	19
第八节 支气管肺癌.....	24
第九节 肺结核.....	27
第十节 胸膜炎.....	34
第十一节 自发性气胸.....	36
第十二节 呼吸衰竭.....	38
第三章 循环系统疾病.....	43
第一节 总论.....	43
第二节 心功能不全.....	46
第三节 慢性风湿性心脏病.....	54
第四节 高血压病.....	60
第五节 冠状动脉粥样硬化性心脏病.....	64
第六节 心包炎.....	69
第七节 心肌病.....	71
第八节 心律失常.....	74
第四章 消化系统疾病.....	86
第一节 总论.....	86
第二节 胃炎.....	89
第三节 消化性溃疡.....	92
第四节 肝硬化.....	98
第五节 原发性肝癌.....	104
第六节 肝性脑病.....	107
第七节 急性胰腺炎.....	110
第八节 肠结核和结核性腹膜炎.....	113

第五章 泌尿系统疾病	118
第一节 总论	118
第二节 肾小球疾病	121
第三节 肾盂肾炎	127
第四节 慢性肾功能不全——尿毒症	130
第六章 造血系统疾病	135
第一节 总论	135
第二节 贫血概述	136
第三节 出血性疾病	144
第四节 白血病	150
第七章 内分泌、代谢疾病	155
第一节 总论	155
第二节 垂体前叶功能减退症	159
第三节 甲状腺功能亢进症	161
第四节 糖尿病	166
第八章 结缔组织疾病	173
第一节 系统性红斑狼疮	173
第二节 类风湿性关节炎	176
第九章 理化因素所致疾病	180
第一节 急性中毒总论	180
第二节 有机磷农药中毒	185
第三节 一氧化碳中毒	188
第四节 中暑	190
第五节 触电(电击伤)	192
第十章 神经系统疾病	195
第一节 总论	195
第二节 多发性神经炎	198
第三节 面神经炎	200
第四节 急性脊髓炎	201
第五节 急性脑血管病	202
第六节 癫痫	208
第十一章 精神疾病	212
第一节 总论	212
第二节 精神分裂症	215
第三节 神经症	217
第十二章 护理及诊疗技术	221
第一节 注射技术	221
第二节 皮肤试验	225
第三节 穿刺技术	227

胸腔穿刺术	227
腹腔穿刺术	228
腰椎穿刺术	229
骨髓穿刺术	230
肝脏穿刺术	230
心包穿刺术	231
浅表淋巴结穿刺术	232
第四节 其他技术	232
灌肠术	232
导尿术	233
洗胃术	233
鼻饲	234
十二指肠抽液术	234
氧气疗法	235
乙状结肠镜检查	236
三腔双气囊管的应用	237
附《内科学》教学大纲	238

第一章 绪 论

内科学是临床医学中的一门重要学科。它与基础医学和临床医学中的各门学科都有密切的联系。内科学所阐述的疾病病因、发病机理、诊断原则等，在临床医学各学科的理论 and 实践中，均有普遍的意义。可以说，内科学是临床医学的基础。内科学在人民卫生保健事业和医学教育事业中亦占有重要的地位。

内科学的范围很广，包括呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿系统、造血系统、内分泌系统、神经系统、精神病、结缔组织等的常见疾病以及内科诊疗技术。本教材中，每一系统疾病前面均设总论，简要地阐述该系统疾病的共同点。每个疾病的内容包括概念、病因和发病机理、病理解剖、临床表现、实验室检查、并发症、诊断和鉴别诊断、治疗和预防。在这些内容中，以病因、发病机理、诊断、治疗和预防为重点。只有对疾病的病因、发病机理和临床表现有所认识，并作出正确诊断，才能有效地预防和合理地治疗疾病。而早期诊断是早期治疗的关键。

学习内科学的重要和正确的方法是理论紧密联系实际。实践是理论的基础；理论是实践的科学总结，也是对进一步实践的指导。在学习内科学的整个过程中，每一个疾病都要与生理、病理、药理等基础学科的理论相联系，都要与诊断学的理论和诊断方法相联系，还要与该疾病的临床实际相联系。因此不能忽视教学实习和毕业实习这一重要环节。通过理论与实践的紧密结合，在学习上由浅入深，循序渐进，持之以恒，方能达到学好内科学的目的。

医生服务对象是病人，因此在学习内科知识和技能时，首先要树立全心全意为病人服务的思想和培养人民医生的高尚品德。医务人员不单要看到疾病，更重要的是要看到病人，应充分了解病人的心理，以高度的责任感、同情心和实事求是的作风，满腔热忱地对待病人。正确的诊断和治疗不但需要有广泛的临床知识，而且还需要有高度的责任感才能办到。如草率地采集病史、粗心地进行体格检查，不加思索地滥用药物，则不仅不能达到正确诊断和治疗的目的，相反还会给病人带来不幸。因此在学生时代就应树立良好的医德。其次，要讨常见病、多发病能作出正确的诊断、治疗和预防。没有正确的诊断，就没有正确的治疗和预防。欲得出正确的诊断，必须有可靠的病史，细致的体格检查，敏锐的观察力，正确的逻辑思维和客观的全面分析。对疾病的治疗，应该学会根据一般原则，结合病人的特点如精神状态、体质以及其他的具体情况，制订出切实可行的治疗计划，积极地进行治疗。同时，应采用综合性治疗措施，如病因治疗、对症治疗及支持治疗等。切不可头痛医头，脚痛医脚。要注意整体观念，同时又要考虑个体化原则。因为各个病人的具体情况不同，对各种治疗反应不一。

懂得预防疾病的科学知识，这就要求对疾病的发生原因和发病机理有全面的认识，并能采取相应的预防方法，以达到预防为主的目的。

近年来，由于物理学、化学和生物学在医学领域中的广泛应用，使内科学无论在病因、发病机理、诊断技术、预防方法等各方面都有很大的进展。

由于免疫学、遗传学和内分泌学等学科的进展,使过去在病因和发病机理上不甚明了的疾病得到了进一步的阐明,而且还发现了一些新的疾病。免疫学研究的进展证明,许多疾病的发生和发展与免疫有关。如急性感染性多发性神经根炎和重症肌无力,是神经免疫性疾病。遗传学的研究发现,遗传是许多疾病的致病因素之一。例如由于遗传基因研究的进展便阐明了地中海贫血是属于一种遗传性疾病。由于内分泌学的研究进展,发现下丘脑能分泌下丘脑激素,这些激素对垂体前叶激素的分泌有调节作用,因而证明了神经、内分泌系统相关的学说,对许多疾病的发病机理得到了进一步的解释。

诊断技术方面的高速发展,对一些疾病的早期诊断和确诊率大大提高。例如电子计算机体层摄影技术、放射性核素诊断技术、超声波扫描影像技术、纤维内窥镜检查技术,以及生物化学方法、生物学方法、细胞学方法等的临床应用,大大地提高了诊断的正确性。对提高医疗质量有很大的帮助。

我国内科学近年来和其它学科一样,取得很大的成就。例如高血压病经全国多个省市的人群普查,基本上弄清了我 国高血压病的患病情况,得出高血压病的患病率为2~10%,城市高于农村,华北及京津地区为高发区,广东等沿海地区为低发区。冠心病中西医结合研究的开展,使急性心肌梗塞病死率从过去的40%下降到15%。对克山病的防治研究,也取得了显著成绩,急性克山病的病死率已由过去的30%下降为5%。我国食管癌的早期诊断率和五年存活率已达到世界先进水平。此外传染病,寄生虫病的研究也取得了巨大的成就。我们应该相信,在科学技术正在蓬勃发展的中国,内科学的进展必将取得更大的成就。

复 习 题

1. 如何做好一个内科医生?
2. 你打算怎样学习内科学?

第二章 呼吸系统疾病

第一节 总 论

呼吸系统由呼吸道、肺等器官所组成。其主要功能是气体交换，将吸入空气中的氧弥散到血液中，保证组织对氧需要，同时将代谢产物二氧化碳排出。呼吸系统还具有非特异性与特异性防御、免疫功能。近年发现肺脏与内分泌、代谢之间也有一定的相互关系。

呼吸系统与外界相通，外界各种有害致病物质包括微生物、过敏原、粉尘、有害气体等均可直接侵入，造成病害；全身其它器官的病原体也可通过淋巴、血道播散到肺部。肺脏又与心脏血液动力学关系密切，两者互相影响。呼吸系统疾病包括鼻、咽、喉、气管、支气管、肺脏、胸膜和胸膜腔的疾病，这些都是内科常见病。

【呼吸系统解剖】

呼吸器官从鼻开始到环状软骨下端称为上呼吸道，主要包括鼻、咽、喉。环状软骨下端以下的气管、支气管称为下呼吸道。

一、气管和支气管 气管分为左右两总支气管，右总支气管分出右上叶、中叶和下叶支气管。左总支气管分出上叶支气管、下叶支气管。各叶支气管再分成段支气管，以后再分成细支气管，依次分支，约分6~25代后成为终末细支气管，共同构成气体进出的通道。管壁上有少量肺泡，兼有气体通道和气体交换的功能。气管及支气管由粘膜、粘膜下层和外膜组成。粘膜为假复层纤毛柱状上皮和分泌粘液的杯状细胞组成，粘膜下层含有弹力纤维、血管、淋巴组织、浆液及粘液腺，后者可分泌浆液及粘液；外膜由“C”字形软骨及结缔组织构成。支气管越向下分，管径越小，软骨成分逐渐减少，平滑肌相应增加；支气管上皮的柱状细胞越向外周越小，到达细支气管仅有单层纤毛上皮细胞和偶见的杯状细胞，其壁无软骨或粘液腺；末梢细支气管柱状上皮细胞则变成无纤毛的立方上皮细胞。支气管平滑肌收缩可引起广泛的小支气管痉挛，导致阻塞性呼吸困难。

二、肺 肺呈圆锥形，位于纵隔两侧。上端称肺尖，下部称肺底，内侧称纵隔面，外侧称肋面。肺门是支气管、肺动脉、肺静脉、神经、淋巴管等出入之处。此外，在肺门还有若干淋巴结，称肺门淋巴结。

支气管入肺后按肺大叶分支，再分出肺段支气管。肺段支气管及其所分布的肺区称支气管肺段。右肺分10个肺段，左肺分8个肺段。肺段分布有临床意义，如肺部炎症或肺不张时常呈叶、段分布（图2-1）。

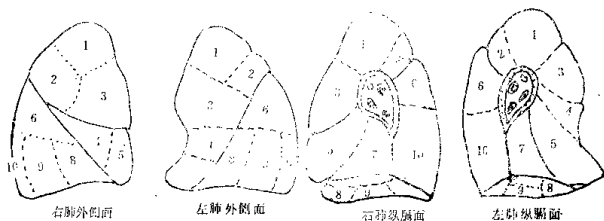


图 2-1 肺段分布

末稍细支气管远端即为肺腺泡单位(或称初级肺小叶)。每一呼吸性细支气管与2~3个肺泡管相通。肺泡管以下就是肺泡囊。肺泡管和肺泡囊上皆有肺泡,是气体交换场所。肺泡壁有肺泡孔,使相邻的肺泡相互交通,肺泡壁由肺泡上皮细胞、毛细血管上皮细胞和两者的基底膜融合而成,气体通过肺泡——毛细血管膜弥散到血液。肺泡上皮细胞可分泌表面活性物质,调节肺泡表面张力,使其在呼气末不萎陷,对维持正常的呼吸极为重要。

肺有双重血液供应。肺动脉沿支气管行走,在肺泡间隔形成肺泡毛细血管网进行气体交换。肺静脉始于肺泡毛细血管网,逐渐形成肺静脉,回流到左心房。支气管动脉营养肺和支气管,与支气管伴行,至呼吸性细支气管,形成毛细血管网,营养各级支气管。支气管静脉与支气管动脉伴行,经上腔静脉回至右心房。

三、胸膜 胸膜为浆膜,有脏层和壁层之分。脏层衬在肺的表面,并且深入肺裂;壁层衬在胸壁内面。两层胸膜在肺门相连,形成封闭的囊。正常时,肺充满胸腔,脏层和壁层胸膜紧密相贴,故仅为一个潜在的间隙,其中含少量润滑浆液。壁层胸膜有感觉神经分布,胸膜病变时可引起胸痛;脏层胸膜无感觉神经分布。

【呼吸系统的生理功能】

一、呼吸道的粘液——纤毛活动 从鼻腔粘膜到细支气管的粘膜,都有纤毛上皮细胞,杯状上皮细胞和粘液腺分泌粘液,纤毛上皮细胞的纤毛浸浴在约5微米厚的粘液液中,以利其经常的摆动。如空气中混悬着的颗粒被吸入呼吸道后,较大者通过喷嚏直接从鼻腔排出,细小者则沉落在鼻咽部及下呼吸道,可借助于纤毛波浪形运动,将含颗粒的粘液送至支气管的敏感部分或咽部,然后咳出或咽下。沉积在呼吸道上粘膜的颗粒,大部分可于一小时内被清除。因纤毛的运动有赖于粘液的存在,若粘液变稠、干燥、吸烟或吸入有害气体,纤毛活动便可遭到损害。某些病毒感染可损害支气管上皮,因而可诱发细菌感染。

二、肺泡巨噬细胞 小于2微米的颗粒可进入肺泡,肺泡表面的颗粒随着呼吸运动,肺收缩而带到具有纤毛的气道;亦可通过肺泡巨噬细胞携带到达细支气管,然后借粘液——纤毛运动向上载运而清除;或穿过肺泡壁由淋巴清除。细菌可以经常从空气或呼吸道被吸入气道及肺泡,由肺泡巨噬细胞吞噬,通过它释放的溶菌酶加以消灭。抗原致敏的淋巴细胞可激活巨噬细胞,增加它的吞噬和杀菌力,但饮酒、吸烟和吸入有害气体可损害巨噬细胞的活

力，肾上腺皮质激素则有稳定溶菌酶的作用，均对灭菌不利。

三、咳嗽反射 咳嗽为保护性的反射动作。咽、气管、支气管黏膜下有丰富的感觉神经末梢，能感受化学和机械性刺激，通过传入纤维传到延髓呼吸中枢引起咳嗽反射。首先是短促的吸气，声门随之关闭，膈下降，继而呼气肌和膈肌快速收缩，使肺内压增高，然后声门突然张开，肺内高压空气喷出而出，冲过狭窄的声门裂隙发生咳嗽动作与特别的“咳声”，把呼吸道内的分泌物或异物排出体外。剧烈频繁的咳嗽常使患者疲劳，肺泡内压力升高增加呼吸和血液循环负担。

四、呼吸道的分泌物 呼吸道分泌的粘液中含有特异性抗体和非特异性的酶，如免疫球蛋白IgA，由局部上皮细胞分泌，具有抗病毒作用，呼吸道的抵抗力与分泌物中的免疫球蛋白含量有密切关系，溶菌酶可裂解革兰氏阳性菌的胞壁，导致细菌死亡。

五、肺换气功能 空气进入肺泡后，与肺毛细血管内血液进行气体交换，这一交换是顺着每种气体的分压差而通过物理弥散过程进行的。即气体从分压高处向分压低处弥散，直至两侧气体分压平衡为止。氧从肺泡弥散到肺毛细血管的混合静脉血中去，两侧分压很快得到平衡。二氧化碳取反的方向弥散，从静脉血向肺泡排出，氧的弥散量随生理要求而变化，运动时可较静息时增加数倍。二氧化碳的弥散速率比氧约大20倍。所以临床上常见缺氧，而二氧化碳潴留则在较严重时才出现。

【呼吸系统疾病的临床表现】

一、症状 呼吸系统疾病的常见症状有：全身症状如畏寒战栗、发热、衰弱乏力等，与一般感染性疾病相同；局部症状有咳嗽、咯痰、咯血、气急、哮喘和喘鸣、胸痛等，为一般呼吸道疾病所共有，并可提示本系统的疾病。这些症状在诊断学基础已有介绍。哮喘和喘鸣都是空气通过狭窄的气道时发出的高音调的呼吸附加音，有时不用听诊器也能听到。哮喘是小支气管痉挛引起的呼气性高音调的呼吸附加音，为支气管哮喘的特征性症状。喘鸣则为上呼吸道狭窄引起的吸气性高音调的呼吸附加音，见于喉头水肿、喉和气管的炎症、肿瘤和异物。

二、体征 由于病变性质、范围的不同，胸部体检可以完全正常也可有明显的体征。早期较小而位在深部的病变可无明显体征。支气管病变以干、湿罗音为主。肺部病变可有呼吸音的性质、音调和强度的改变。胸膜炎的体征诊断意义较大，如叩诊实音、听到胸膜摩擦音和呼吸音减弱对诊断均有帮助。

【实验室检查】

一、血常规检查 如白细胞总数和中性粒细胞比例的增加，尤其是出现中毒颗粒时，提示感染，特别是细菌感染；过敏因素或寄生虫感染嗜酸性粒细胞增加。

二、痰和胸液检查 是本系统疾病最重要的实验诊断方法。痰液检查方法有肉眼观察；涂片细胞分类、细菌、真菌检查；病原体的培养和动物接种，并作药物敏感试验。胸液检查包括肉眼观察、比重、细胞计数和分类、病原体的分离等。脱落细胞检查对肿瘤的诊断有很大的帮助。

三、X线检查 是诊断呼吸系统疾病的重要手段之一，方法有胸部透视、一般摄片、断层摄影、计算机断层X线扫描、荧光缩影、支气管造影和血管造影等。

四、放射性核素检查 用于肺梗塞、支气管肺癌的诊断。

五、支气管镜的检查 对支气管肿瘤的诊断很有帮助，可直接窥视肿瘤，取活组织检查。

六、活组织检查 如锁骨上淋巴结肿大，可作活组织切片检查，有助于肿瘤和淋巴结病变的诊断。胸膜活检，作病理切片检查，帮助了解胸膜病变的性质。

七、超声波检查 超声波探查胸腔积液并可指导胸腔穿刺抽液。

八、血pH和血液气体分析

1. 血pH 正常人血浆pH值为7.35~7.45，均值7.4。呼吸衰竭时可发生呼吸性酸中毒，pH值降低。

2. 血液气体分析 通过血液气体（简称血气）分析，可以了解氧饱和度与血液酸碱平衡情况，为及时诊断和合理治疗提供客观依据。

动脉血氧分压（ PaO_2 ）正常值为95~100毫米汞柱，降至50毫米汞柱以下为呼吸衰竭；降至30毫米汞柱为危险信号；20毫米汞柱为人体所能耐受的最低值。

动脉血二氧化碳分压（ PaCO_2 ）正常值35~45毫米汞柱。 PaCO_2 的改变直接反映通气功能状态。通气功能减退如呼吸道阻塞或呼吸中枢受抑制时 PaCO_2 增高。 PaCO_2 低于正常者，说明通气过度，见于瘵病或人工呼吸器使用过程中。

【诊断】

呼吸系统疾病中的常见病、多发病，如肺结核、支气管肺癌等的彻底治疗或控制的关键，在于早期诊断。一些慢性疾病如慢性阻塞性肺部疾病，往往发病潜隐，早期症状不够明显，常不被患者所注意，一旦所有症状具备，疾病则已发展较严重。所以必须贯彻“预防为主”的方针。

呼吸系统的症状可以是全身性疾病在肺部的表现，而许多肺部疾病又可有肺外的表现，且它们大多具有共同的症状，因此，必须全面的考虑，就系统的病史、体格检查、X线和其他实验室检查的结果等经过综合分析，力求作出病因、部位、病理、合并症和功能的诊断。

第二节 急性支气管炎

急性支气管炎一般指气管及支气管的急性炎症。多由感染引起，炎症局限于粘膜，病愈后能完全恢复正常。本病常见于冬春季气候突变之时，年老、体弱、婴幼儿易患本病。临床症状主要有咳嗽和咳痰。

【病因和发病机理】

一、感染 多由急性上呼吸道感染引起，先是病毒感染，继而受细菌侵袭，蔓延至气管、支气管。常见的病毒是合胞病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒等，常见的致病细菌是肺炎球菌、流感杆菌、链球菌和葡萄球菌等。

二、物理和化学性刺激 如吸入的氨、二氧化硫、氯、烟雾、粉尘，过冷或高热空气对气管、支气管均有刺激作用，亦可引起本病。

三、变态反应 如吸入花粉、有机粉尘、霉菌、孢子等，或对细菌蛋白质的过敏而引起气管、支气管过敏性炎症反应。

上述三种病因，是急性支气管炎发病的条件。在一般情况下，感染是较常见的因素，亦可

以是综合性的因素。当受凉、过劳使全身或呼吸道局部抵抗力降低时，在上述发病条件下，可引起急性支气管炎。

【病理】

病变局限于气管、支气管粘膜，表现有充血、肿胀、纤毛上皮细胞损伤脱落和白细胞浸润，分泌物增多，若继发细菌感染，分泌物可呈粘液脓性。在一般情况下，病变不波及支气管周围组织，炎症消退后气管、支气管粘膜的结构与功能恢复正常。

【临床表现】

(一) 全身症状 可有轻度畏寒、发热、头痛、全身不适或酸痛、食欲不振等。

(二) 呼吸道症状 多先有上呼吸道感染症状，如鼻塞、喷嚏、流鼻涕、咽部痛痒、声音嘶哑等。继而出现咳嗽、咳痰，先是刺激性干咳，以后咳少量粘液痰并逐渐转变为粘液脓性痰，常伴发胸骨后钝痛。听诊可闻干性罗音，伴有支气管痉挛时，可听到哮鸣音，后者多见于儿童。痰稀薄者可听到散在性湿性罗音。但多数听诊呼吸音无明显改变或仅有呼吸音增粗。

一般在3~5天后体温下降，全身症状明显减轻，但咳嗽、咳痰可持续2~3周。血常规检查，白细胞计数多正常或轻度增高。胸部X线检查多无异常改变。

【诊断及鉴别诊断】

诊断主要根据症状和体征，并须与以下疾病进行鉴别。

(一) 急性上呼吸道感染 鼻咽部症状较明显，一般无咳嗽、咳痰，肺部无体征。

(二) 流行性感冒 常有流行情况，起病急，发热、头痛和全身酸痛等全身症状显著，而上呼吸道症状则较轻。

(三) 支气管肺炎 咳嗽、气促较剧烈，发热及全身症状较重；肺部听诊有较细小的湿罗音；白细胞升高；X线胸部检查可见斑点、小片状阴影。

此外，麻疹、百日咳、白喉等疾病早期常有急性支气管炎表现，应结合流行情况，临床表现加以鉴别。

【治疗】

(一) 一般治疗 有发热者应适当休息，进易消化食物，多饮水。

(二) 药物治疗 频咳无痰者用咳必清25mg，口服3次。咳嗽粘稠，可用必嗽平8~16mg，口服3次，或氯化铵合剂10ml，每日3次口服。若发热头痛可用解热镇痛药，如阿司匹林、安乃近或去痛片等。高热咯脓痰有细菌感染者可适当使用抗菌药物，如青霉素、四环素或磺胺甲基异恶唑等。

(三) 中医辨证施治 临床常见风寒型和风热型。风寒型治疗宜用疏风散寒，选用杏苏散加减。风热型治疗宜用疏风清热，选用桑菊饮加减。

第三节 慢性支气管炎

慢性支气管炎是指气管、支气管粘膜及其周围的非特异性慢性炎症。临床上以咳嗽、咳痰以及反复发作的慢性经过为特点。病变持续进展可并发慢性阻塞性肺气肿，慢性肺原性心脏病。本病是常见病和多发病，多发于40岁以上，并随年龄增长患病率逐渐增加，寒冷地区如

我国北方比南方多见，农村比城市略高，工矿地区高于一般城市，吸烟者患病率亦高。

【病因及发病原理】

本病病因比较复杂，其发病与反复感染和某些理化因素长期刺激，如寒冷、烟雾、灰尘等以及免疫球蛋白的缺乏有关。

一、细菌和病毒的反复感染 是主要而常见因素，当机体的抗病力降低，呼吸道清除机能亦减低时，细菌或病毒经上呼吸道入支气管，侵入粘膜层生长繁殖而发病。反复感染或病变迁延不愈，可转变成慢性支气管炎。常见的致病菌为肺炎双球菌、流感杆菌、甲型链球菌、奈瑟氏球菌等；病毒有流感病毒、鼻病毒、腺病毒、呼吸道合胞病毒等。

二、理化因素的长期刺激 有害气体如二氧化硫、硫化氢、刺激性烟雾、粉尘、吸烟等长期刺激可使支气管粘膜发生炎症。气候突然变化、寒冷空气的刺激是发病的最常见诱因。因冷刺激可反射性地引起支气管局部循环障碍，使局部抗病能力降低，给细菌可乘之机，导致疾病发生。

三、过敏因素 慢性支气管炎特别是喘息型患者，常有过敏史。常见的过敏原有花粉、尘埃、细菌、真菌、寄生虫等，也有进食某些食物和药物而引起过敏。

四、机体内在因素 ①机体的呼吸道和全身的防御功能降低时容易得病，如上呼吸道慢性炎症、年老、长期慢性病等。②免疫反应异常（包括过敏、自体免疫及免疫反应减弱等）。近年免疫研究发现慢性支气管炎病人甲种免疫球蛋白（IgA）减少，呼吸道分泌物中及粘膜表面的主要免疫球蛋白是IgA，它与呼吸道对感染的抵抗力有直接关系，由于支气管上皮的损伤，IgA的合成受到损害，则病人易发生呼吸道感染。③植物神经功能失调，特别是副交感神经功能亢进，使支气管痉挛及分泌物增多，易于继发感染。

【病理】

慢性支气管炎的病变常波及支气管壁全层，支气管粘膜纤毛上皮细胞变性、脱落、粘液腺增生，分泌亢进，深层有炎症细胞浸润和不同程度的纤维性变，管腔内粘液性或粘液脓性分泌物增多；有的粘膜可变为灰白、萎缩，支气管内分泌物反而减少。当炎症往下扩展到细支气管，破坏管壁平滑肌及弹力纤维，纤维组织增生，引起细支气管的变形、扭曲或狭窄，造成不完全阻塞可发展为支气管扩张、肺气肿以及肺源性心脏病。

【临床表现】

一、症状 本病起病大多潜隐，病程长，仅部分患者起病前有急性上呼吸道感染史。主要是慢性反复发作和不断加重的咳嗽、咯痰。起初多在寒冷季节发病，咳嗽以清晨或夜间为甚，痰量不多，痰液一般为白色粘液泡沫状，粘稠不易咯出。在急性呼吸道感染时症状加剧，痰量增多，咯粘液脓性或脓性痰，偶可痰中带血。一般无发热，伴有感染时可有不规则发热。部分病人因感染而支气管痉挛，粘液分泌增多，可发生喘息。随着病程发展终年咳嗽、咳痰不停，冬季加剧。

根据症状不同，临床上将本病分为单纯型与喘息型两种。单纯型慢性支气管炎多见，有反复咳嗽、咯痰、无明显气喘；而喘息型慢性支气管炎由于感染或过敏引起支气管痉挛，除咳嗽、咯痰外，常有喘息症状。

二、体征 早期肺部多无体征，有的在肺底部可听到湿性或干性罗音，尤其背部下方为多，常于咳嗽或明显咯痰后消失。喘息型支气管炎在咳嗽或深吸气后可听到哮鸣音，缓解

后消失。病程长者可有肺气肿体征。

【并发症】

一、慢性阻塞性肺气肿及慢性肺原性心脏病 这是慢性支气管炎最常见的并发症，慢性阻塞性肺气肿发展至晚期，由于肺循环阻力增加和肺通气功能与换气功能障碍，形成慢性肺原性心脏病。

二、肺部急性感染 慢性支气管炎及阻塞性肺气肿，往往容易并发肺部的急性感染，特别是抵抗力和肺功能较差的年老患者，更易并发支气管肺炎。此时，患者有畏寒、发热、呼吸困难、咳嗽加剧、咯痰增多，白细胞总数及中性粒细胞增多。X线检查，两下肺有斑点和薄片状阴影。年老患者有时虽有严重感染，但可无发热，而仅有呼吸困难，痰量及脓性成分增多。

【辅助检查】

一、实验室检查 并发感染时，白细胞总数和中性粒细胞增多，喘息型患者可有嗜酸性白细胞增高。痰液细菌培养常可检出致病菌。

二、X线检查 早期无特殊征象。病程长者两肺可有肺纹理增加、下肺野多于上肺野。当并发肺气肿时，可见肺透亮度增加，横膈下降平坦、活动减弱，胸廓扩张，肋间隙增宽，心脏呈垂直位。

【诊断和鉴别诊断】

诊断主要依据病史及临床表现，其诊断标准是：凡有慢性或反复咳嗽、咳痰每年发病至少持续三个月，并连续两年或以上者，在排除心、肺及其它疾病之后，诊断即可成立。

慢性支气管炎须与下列疾病鉴别：

一、肺结核 活动性肺结核常有发热、乏力、消瘦、盗汗等全身毒血症状，肺部异常体征多局限于肺上部，胸部X线检查可见结核病灶，血沉常增快，痰中可找到结核杆菌。

二、支气管扩张 亦有慢性咳嗽、咳痰。但本病多发生于儿童或青年期，痰量多，呈脓性，常有反复咯血。病变部位（往往在肺底部）有较恒定的湿性罗音，可有杵状指（趾）。X线检查可见下肺野纹理粗乱，或蜂窝状阴影。

三、支气管哮喘 多为幼年起病，症状呈发作性哮喘，血嗜酸性粒细胞常增高，缓解期可无症状，常有过敏体质，多有家族史。

四、支气管肺癌 40岁以上的患者，特别是有吸烟习惯者，有刺激性干咳，并常有痰中带血者，应警惕肺癌的可能，可进行X线胸片检查，痰脱落细胞的检查，纤维支气管镜检查等可及时作出诊断。

【治疗】

一、除去病因 除去病因可以达到改善病情或根治的目的。如发病与吸烟有关者，则应戒烟；与职业工种有关者，则应改善劳动条件或改换工种；与过敏有关者，应避免致敏原等。

二、急性发作期的治疗 以控制感染为主，同时辅以镇咳、祛痰、平喘。

（一）控制感染 当感冒发热，咳嗽、气急加重，痰不易咳出或痰量不多、呈脓性；喘息型喘息加重，而一般平喘药不易控制时，应及时使用抗生素药物，可选用：

1. 青霉素和链霉素合用 是治疗本病常用药物，可用青霉素40万~80万单位 肌肉注