

內 科 学

(試用教材)

中国人民解放军軍医学院

一九七〇年十二月

目 录

第一单元 呼吸系統疾病

第一章 上呼吸道感染.....	(1)
第二章 支气管炎.....	(2)
急性支气管炎	
慢性支气管炎	
第三章 大叶肺炎.....	(5)
第四章 支气管肺炎.....	(9)
第五章 肺脓肿.....	(12)
第六章 支气管哮喘.....	(14)

第二单元 結核病

第一章 概述.....	(18)
第二章 肺结核病.....	(22)
支气管淋巴結核	
急性粟粒型肺結核	
浸润型肺結核	
第三章 結核性胸膜炎.....	(27)
第四章 腹內結核.....	(28)
肠結核	
肠系膜淋巴結核	
結核性腹膜炎	
第五章 結核性心包炎.....	(32)
急性結核性心包炎	
慢性縮窄性心包炎	
第六章 結核性腦膜炎.....	(34)

第三单元 消化系統疾病

第一章 慢性上腹痛.....	(37)
胃功能紊乱	

胃、十二指肠溃疡病

慢性胃炎

第二章 急性胃肠炎..... (44)

第三章 婴幼儿腹泻..... (46)

第四章 急性胰腺炎..... (50)

第五章 蠕虫病..... (53)

蛔虫病

钩虫病

(绦虫病.....)

(肝吸虫病.....)

第四单元 循环系统疾病

第一章 风湿病..... (64)

第二章 慢性风湿性心瓣膜病..... (66)

第三章 高血压病..... (68)

第四章 冠状动脉粥样硬化性心脏病..... (71)

第五章 心力衰竭..... (72)

第五单元 泌尿系统疾病

第一章 肾小球性肾炎..... (77)

(急性肾炎.....)

慢性肾炎

第二章 肾盂肾炎..... (80)

第六单元 血液及内分泌系统疾病

第一章 缺铁性贫血..... (84)

第二章 过敏性紫癜..... (86)

第三章 甲状腺机能亢进症..... (88)

第七单元 理化因素所致的疾病

第一章 中暑..... (91)

第二章 高原适应不全症..... (94)

第三章 急性中毒的诊断和处理..... (96)

第四章 有机磷农药中毒..... (100)

第八单元 神经系统疾病

第一章 神经系统检查方法..... (103)

第二章 神经系统疾病的诊断原则	(109)
第三章 面神经炎	(109)
第四章 多发性神经炎	(110)
第五章 神经官能症	(112)
神经衰弱	(112)
癔病	(114)
第六章 头痛	(116)
第七章 昏迷	(118)

附 录

一、内科常用技术操作	(122)
胸膜腔穿刺术	(122)
腰椎穿刺术	(123)
腹膜腔穿刺术	(124)
骨髓穿刺术	(125)
胃液检查	(125)
十二指肠引流及胆汁检查	(128)
静脉压测定	(129)
二、小儿特点及常用药物	(130)
(一) 小儿时期特点	(130)
小儿的生长与发育	(130)
小儿生理解剖特点	(131)
(二) 新生儿特点	(132)
(三) 儿科常用药物剂量表	(133)
三、心电图的临床应用	(137)
四、超声波的临床应用	(147)

常見皮膚病的防治

第一章 总论	(151)
第一节 皮肤病的认识过程	(151)
一、感性认识	(151)
二、皮疹间的内部联系	(152)
三、皮疹与正个机体的关系	(153)
第二节 皮肤病的治疗	(153)
一、皮肤病的治疗原则	(153)
二、外用药原则的产生及应用	(153)

第三节 皮肤病的预防和护理	(154)
一、皮肤病的预防	(154)
二、外用药的使用和护理要点	(154)
第四节 皮肤病的诊断方法	(155)
一、对疾病情况的调查	(155)
二、对调查材料的分析	(156)
三、制定治疗计划	(156)
第二章 各论	(157)
第一节 过敏性皮炎	(157)
一、湿疹	(157)
二、药物性皮炎	(157)
三、接触性皮炎	(158)
四、蕁麻疹	(158)
五、稻(水)田皮炎	(158)
六、过敏性皮炎的预防和治疗	(158)
第二节 接触传染性皮肤病	(160)
一、常见的霉菌性皮肤病	(160)
(一)足癬	(160)
(二)手癬	(160)
(三)股癬	(161)
(四)花斑癬	(161)
(五)霉菌性皮肤病的预防	(161)
(六)霉菌性皮肤病的治疗	(161)
二、常见的化脓性皮肤病	(162)
(一)脓疱病	(162)
(二)疖肿	(162)
第三节 物理性皮肤病	(162)
一、鸡眼	(162)
二、胼胝	(163)
三、物理性皮肤病的预防	(163)
四、物理性皮肤病的治疗	(163)

第一单元 呼吸系统疾病

呼吸系统疾病在部队较为常见。过去，由于受叛徒、内奸、工贼刘少奇所推行的反革命修正主义医疗卫生路线的影响，对人民群众和部队中普遍存在的疾病不重视，不研究，使这些疾病一直在危害广大人民群众和部队指战员的健康，影响了劳动力和战斗力。因此，做好这些疾病的防治和研究工作，是贯彻毛主席的无产阶级卫生路线和光辉“六·二六”指示的具体措施，是贯彻执行“备战、备荒、为人民”伟大战略方针的实际行动。我们应在实践中不断地总结经验，做到有所发现，有所发明，有所创造，有所前进。

呼吸系统疾病中以感染性疾病最多，致病微生物是发生呼吸道感染的条件。空气中的致病微生物（如肺炎双球菌、链球菌、流感病毒等）经常被吸入呼吸道，有的则寄居于上呼吸道内。但“唯物辩证法认为外因是变化的条件，内因是变化的根据，外因通过内因而起作用。”在正常人体的抵抗力作用下，这些被吸入或居于上呼吸道的致病微生物，并不能引起疾病，而当人体抵抗力降低时，这些微生物才得以大量繁殖而使人致病。

预防呼吸系统疾病应抓住以下环节：

一、加强耐寒锻炼，增强机体对寒冷和气候变化的适应能力。

二、开展群众性的卫生防病工作，军医应根据呼吸系统疾病的病因，做好预防为主的宣传教育，同时制订出切实可行的防治措施。

三、药物预防：部队的经验证明，根据环境、季节情况采取集体投药或个人投药的方法进行预防，可使呼吸系统感染的发病率明显下降，常用药方有：

（一）黄皮叶一两，玉叶金花五钱，倒扣草三钱，地胆头三钱，金沙藤六钱，山芝麻五钱，水煎，每日一剂，分二次服。

（二）三桠苦五两，大枫艾五两，切碎加水 100 斤煮浓，每人日服 200 毫升，分三次服，连服 3—4 天。

此外尚可用水杨梅（根）、野菊花、胡芦茶、贯众等煎服或当茶饮，也可用热姜汤、辣汤祛寒。

第一章 上呼吸道感染

上呼吸道感染是受凉后机体抵抗力低下时由病毒或细菌感染引起的鼻、咽、喉及气管粘膜的炎症。常见病原为伤风病毒、腺病毒、葡萄球菌等，一般以病毒感染为主（称为感

冒)，细菌感染多为继发，但也可单独发生。

临床表现

起病较急，表现有轻度畏寒、微热、头痛、全身酸痛，伴有鼻塞、流清水样鼻涕、打喷嚏、嗅觉不灵、口唇疱疹等。合并咽喉炎时则有咽部疼痛、声音嘶哑。合并气管炎时则有咳嗽、咳痰。有些病员还可并发鼻窦炎。在老人及小儿以及身体衰弱的病员，炎症常向下蔓延继发支气管炎及支气管肺炎。上呼吸道感染病员一般于3—5天后全身症状消失，鼻腔及气管分泌物变稠变黄，7—10天痊愈。

“研究问题，忌带主观性、片面性和表面性。”某些传染病如麻疹、流行性脑脊髓膜炎等，在早期也表现上呼吸道感染症状，因此，必须用两个“极端”的精神，详细观察病情变化，注意鉴别。

治疗

“我们必须学会全面地看问题，不但要看到事物的正面，也要看到它的反面。”在治疗时，决不可因本病预后良好而麻痹大意，对老人、小儿及体弱者尤应注意。

一、一般治疗：一般可照常工作，严重者需卧床休息，多饮水，注意保暖。

二、发汗解表及新针治疗：可用预防感冒的中草药，如玉叶金花、山芝麻、葫芦茶、贯众等，也可用成药银翘解毒丸1—2丸，日2—3次，或复方阿斯匹林0.3—0.5克，日2—3次口服。发热者可针刺曲池、大椎等穴；头痛可针刺太阳、印堂、风池等穴；鼻塞可针刺迎香穴。

三、对症治疗：鼻塞者可用麻黄素或鼻眼净滴鼻。咽痛者可用1：5000呋喃西林溶液或复方硼酸溶液漱口。咳嗽无痰可给咳必清25毫克，日三次，或复方甘草合剂10毫升，日三次口服。痰粘不易咳出者，可用祛痰剂，如氯化铵0.6克，日三次或桔梗日3—4钱，水煎服。

四、控制感染：一般病员不需抗菌药物，对老人、小儿及高热病员可选用以下药物。

（一）抗感染一号：三桠苦根三钱，百两金二钱，淡竹叶三钱，加水300毫升，煎至200毫升，分二次服。

（二）磺胺噻唑或长效磺胺（首次1.0克，以后每日0.5克，连服三天）。

（三）青霉素：每日40万单位，分二次肌注。

第二章 支气管炎

急性支气管炎

急性支气管炎多为受凉、劳累后，全身抵抗力或呼吸道粘膜局部抵抗力降低，而使细菌或病毒得以侵犯，引起大中型支气管粘膜的急性炎症。绝大多数是上呼吸道感染的

继发病。

病初多有上呼吸道感染症状，继之出现咳嗽、咳痰。初为干咳，以后可咳出粘液性痰，逐渐变为脓性痰。胸骨下闷胀或疼痛。全身感染症状在3—5日内可消退，但咳嗽可持续2—3周。查体于肺部可听到呼吸音粗糙或少量干性罗音，在小儿有时可听到大水泡音。

治疗原则是抗感染和镇咳祛痰。抗感染药物可用抗感染一号、穿心莲、磺胺或青霉素等；镇咳祛痰除与治疗上呼吸道感染相同外，尚可选用以下药方：

麻黄三钱，杏仁四钱，甘草二钱，生石膏五钱。白痰多加炙半夏三钱，陈皮二钱；咳剧气促加苏子二钱，白芥子三钱，水煎服，每日一剂。

天冬二钱，金盏银盘二钱，百部一钱，山香一钱，枇杷叶二钱，陈皮二钱，水煎服，每日一剂。

桑白皮、枇杷叶（刷去毛）各四钱，水煎服，每日一剂，连服三、五天。

对急性支气管炎的治疗必须彻底，否则容易迁延不愈转为慢性。

慢性支气管炎

慢性支气管炎是由于长期、反复的细菌感染或理化因素的长期刺激，如污浊的空气、各种刺激性尘埃或气体、吸烟、风寒等，使支气管纤毛上皮防卫机能减退，支气管分泌物引流不畅，血液供应不充分，上皮细胞破坏，粘液腺增殖，粘膜增厚或萎缩，粘膜下层也有纤维增生，造成支气管粘膜的慢性炎症。

临床表现

毛主席教导我们说：“我们看事情必须要看它的实质，而把它的现象只看作入门的向导”。本病的临床表现为慢性、反复发作和不断加重的咳嗽和咳痰。多发生在寒冷季节，气候转暖症状即好转或完全消失。早晚咳嗽明显，咳白色粘痰，全身无感染症状。如未及时治疗，则发作次数逐年增多，持续时间延长，咳嗽加剧，痰量增多。感染加重时，痰呈脓性，并可有发热等全身症状。早期对呼吸功能无明显影响，当感染加重时可出现轻度呼吸困难，感染控制后即消失。有些病员在感染加重后，由于机体对细菌毒素过敏，支气管平滑肌痉挛而产生哮喘；但这种哮喘无阵发性发作的典型表现，持续存在，程度较轻，称哮喘性支气管炎。

查体早期无明显体征。久病者可出现散在的干湿性罗音，出现的时间及部位均不恒定，咳出痰后，罗音减少或消失。哮喘性支气管炎在肺部可听到较弥漫的哮鸣音。

根据临床表现特点，一般认为连续咳嗽、咳痰四个月以上；或连续两年，每年咳嗽、咳痰在两个月以上，而除外其他心肺疾病者，即可诊断为慢性支气管炎。

并发症

“研究事物发展过程中的各个发展阶段上的矛盾的特殊性，不但必须在其联结上、在其总体上去看，而且必须从各个阶段中矛盾的各个方面去看”。慢性支气管炎若治疗

不彻底，加上反复感染，使支气管壁的损害加重而发展为并发症阶段，对病员健康危害更大。常见的并发症有慢性阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病及支气管扩张症。

一、慢性阻塞性肺气肿：慢性支气管炎由于痰液潴留、支气管痉挛及管壁粘膜增生等变化而形成支气管腔狭窄，产生呼气量小于吸气量，使肺泡过度膨胀，甚至破裂融合，肺泡弹性降低而产生肺气肿。病员除具有慢性支气管炎的症状外，由于通气及换气功能的逐渐减低，而出现呼吸困难，呼气时尤为明显。最初仅在行动时感到气急，以后逐渐加重，终至坐卧也感到呼吸困难。较重的病例，因动脉血缺氧，出现紫绀。咳嗽常很顽固而痛苦。查体呈桶状胸，叩诊肺反响增强（空匣音）、心浊音界缩小、肺肝界下降，听诊呼吸音减弱、呼气音延长，由于心脏被气肿的肺所遮盖，心音有远隔感。X线检查肺透过度增强，肺纹增多，肋间增宽，横膈下降。

二、慢性肺源性心脏病：肺气肿时肺泡内压力增加，肺毛细血管扭曲、阻塞或破坏，肺毛细血管床减少，阻碍气体交换，同时导致肺动脉压升高，增加右心室负担，引起右心肥大或扩张，最后发生右心衰竭，称为肺源性心脏病。病员除具有慢性阻塞性肺气肿的表现外，并有右心衰竭的表现。如呼吸困难与紫绀非常明显，颈静脉怒张，肝肿大，肝颈静脉逆流征阳性及全身水肿，尤以下肢为著。心力衰竭时多伴有肺部或支气管感染。由于支气管粘膜水肿及炎性浸润的加重，以及反射性支气管痉挛等因素，加剧了病员的呼吸困难，从而引起二氧化碳潴留诱致呼吸性酸中毒。病员往往表现昏睡或意识朦胧、谵妄等精神状态，最后可导致昏迷，临床上称“二氧化碳麻醉状态”。此时检查血浆内二氧化碳结合力显著升高。

三、支气管扩张症：慢性支气管炎后期因支气管壁弹性纤维和肌层的破坏，及支气管周围纤维组织增生，牵引管壁；加上支气管腔部分阻塞，使支气管远端产生高压而形成支气管扩张。这种扩张的支气管，分泌物易于积聚，引流不畅，造成反复感染。病员有间歇性发烧，咳大量脓痰，痰液静置分三层。咳嗽及咳痰与体位变化有关，可伴有咯血，有时可产生大咯血。查体肺部有局限于某区域固定性之湿罗音。

治疗

“大量的人力物力应该放在群众最需要解决的问题上去。”慢性支气管炎是一种常见的疾病，如得不到及时正确的治疗，则病变进一步发展，可产生一系列并发症，严重影响“抓革命，促生产”。医务人员对常见疾病应遵照毛主席的教导，“完全”、“彻底”为人民服务，想方设法积极地进行研究治疗。要用毛泽东思想武装头脑，充分调动病员的主观能动性，建立与疾病作斗争的信心。平时应注意锻炼身体，增强体质，不吸或少吸烟，在有刺激性尘埃及气体的环境中工作时应作好必要的防护。

一、新针疗法：主穴：天突，大幅度捻转。备穴：咳嗽不止针治喘，轻咳痰多针丰隆，失眠、体弱针足三里。

二、割治疗法：主穴：膻中。备穴：气短时配治喘，咳嗽多痰时配肺俞，效果很好。

三、中草药：

矮地茶二两，岗梅二两，枇杷叶二两，水煎服，每日一剂。

桑皮五钱，桔梗四钱，百部钱半，远志五钱，荆芥一钱，川贝二钱，甘草五钱，水煎服，每日一剂。

川贝母一钱研末，取梨一个，切开梨去核，把川贝末填入梨核空处，把梨紧合起来，蒸食或煮水吃。

穿心莲全草一两，水煎服，每日一剂。

四、症状治疗：祛痰止咳可用氯化铵、复方甘草合剂、半夏露、枇杷露、清肺化痰丸等，咳痰有困难时，可适当给以蒸气吸入。解除支气管痉挛可用氨茶碱0.1—0.2克，每日三次，或麻黄素0.03克，每日2—3次口服，也可用异丙基去甲肾上腺素5—10毫克舌下含服或雾化吸入。

五、控制感染：因慢性支气管炎多为混合感染，故抗菌药物多联合应用或用广谱抗菌素治疗。亦可用支气管局部治疗，一般用青霉素20万单位、链霉素0.2克、1%麻黄素1毫升作雾化吸入。抗菌素应用时间以达到控制感染为度，不宜过久。

六、并发症治疗：肺源性心脏病发生呼吸功能衰竭，二氧化碳麻醉时，应及时氧气吸入，以矫正动脉血缺氧及呼吸性酸中毒。应以间歇给氧法为宜，在给氧同时须并用呼吸中枢兴奋剂如尼可刹米，山梗茶碱等。如有烦躁不安等精神症状时需要镇静时，可用水合氯醛内服或保留灌肠，禁用吗啡（因能抑制呼吸中枢）。由于反复发作的呼吸道感染而诱发心力衰竭，感染控制后，症状常迅速减轻，因此应用抗菌素控制感染为治疗心力衰竭的重要措施，一般不用强心药物。但如心力衰竭严重而用上述措施不能纠正时，可用毒毛旋花子苷静脉注射，同时应用双氢克尿塞或汞剂利尿。

支气管扩张症的内科治疗主要是促进脓痰引流及控制感染。引流的体位取决于病变的部位，一般使病变部较气管和喉为高，以利于脓痰的顺流咳出（病重或衰弱病人不用）。

第三章 大叶肺炎

大叶肺炎是部队常见的急性肺部疾病，受侵的肺组织呈大叶渗出性炎性病变，绝大多数的病例是由肺炎双球菌所引起。

本病的发生、发展是机体与肺炎双球菌之间矛盾斗争的过程；肺炎双球菌侵入下呼吸道能否发病，虽与侵入细菌的数量、毒力有关，但主要取决于机体抵抗力的强弱。毛主席教导我们说：“外因是变化的条件，内因是变化的根据，外因通过内因而起作用。”正常人鼻咽腔有肺炎双球菌寄居，由于支气管的纤毛运动有清除异物的功能，减少了细菌侵入下呼吸道的机会，大多数带菌者仍然是健康的，即使侵入的细菌致病力高，如机体抵抗力强，也未必发病；只有在机体防御机能受某些诱因影响而被削弱时，才使矛盾转化而发生肺炎。

本病多发生在青壮年，以春冬二季较多见。受凉、过劳为其常见的诱发因素。我军指战员在“提高警惕，保卫祖国”，“要准备打仗”的战备任务中，以“一不怕苦，二不怕死”的革命精神，不惧艰难，不避风雨，遇到上述诱因的机会较多，但只要注意增强个体的抵抗力，采取相应的预防措施，可避免或减少肺炎的发生。

病理变化及临床表现

大叶肺炎的临床表现是起病急，具有全身毒血症状及呼吸系统症状。本病在病理演变的各个阶段中各有其特点。“如果人们不去注意事物发展过程中的阶段性，人们就不能适当地处理事物的矛盾。”

一、早期（充血期）表现：

当肺炎双球菌侵入肺泡后，在十几小时内使大叶或肺段组织发生充血及渗出，肺泡内充满渗出物。由于病变迅速扩散，所以病员急骤发病，全身中毒症状较重，常以恶寒战栗开始，继而出现高热，体温持续在 $39-40^{\circ}\text{C}$ ，伴有头痛，全身酸痛，咳嗽，有少量粘液痰。多数病员由于炎症累及壁层胸膜，引起胸痛，似针刺样，随深呼吸和咳嗽而加重。如病变在肺下叶涉及膈胸膜时，疼痛放射至上腹部，此时应注意与急腹症鉴别。

早期胸部体征不明显，但如仔细查体，可发现病变部位叩诊呈轻度浊音，呼吸音减弱，可能听到细小湿罗音，这对早期诊断有重要意义。部份病员口唇有单纯性疱疹。白细胞总数可达2万—3万/立方毫米。X线检查一般无异常或患部肺野轻度模糊。在此期如能得到及时治疗，肺部病变可迅速吸收痊愈。

个别病员可能由于严重的感染中毒或机体对细菌过敏，血管舒缩中枢发生功能紊乱，参加微循环的小动脉痉挛和小静脉扩张，大量血液淤积在皮肤、内脏的毛细血管内，使有效循环血量大为减少，导致中毒性休克的发生。休克型肺炎病员，常无呼吸系统的临床表现，而表现为明显的周围循环衰竭的症状，如面色苍白、四肢冰冷，出冷汗，精神烦躁或神智不清，脉搏细速，体温低下，血压下降。血液白细胞计数很高，中性粒细胞占80%以上，有明显核左移，甚或有中毒颗粒。部份严重病例因机体反应低下，白细胞不增高或低于正常。

二、实变期及消散期的表现：

有些病员未经及时治疗，发病后1~2天炎症继续发展，肺泡内充满大量纤维蛋白、红细胞、白细胞和肺炎双球菌，肺呈大叶实变。全身症状均见加重，部份病员痰中带血或咳出铁锈色痰。后者是由于肺泡内大量红细胞破坏分解，形成含铁血黄素与痰液混合咳出所致。

查体则出现肺实变体征，病变部位语颤增强，叩诊浊音，有支气管呼吸音，语音传导增强。如作肺部X线检查可见密度均匀的片状阴影。

实变期约2~7天，由于机体免疫力逐渐增长而成为矛盾的主要方面，炎症可逐渐液化和吸收，而转入消散期。体温恢复正常，症状缓解，肺实变体征逐渐消失，但可听到较多湿罗音。退热一周左右，肺部体征完全消失，约三周，多数病员肺部阴影亦消失。

在毛主席光辉“六·二六”指示的指引下，广大革命医务人员，面向工农兵，为工

农兵服务，送医送药上门，使大部分病员得到早期治疗，典型经过的病员已比较少见。现临床上常可见到只引起分叶（肺段）肺炎，其表现症状轻，体征不明显，白细胞数轻度增加，病程短，很快恢复健康。

祖国医学认为大叶肺炎属于“咳嗽”的范围，之所以引起本病，是由于人体虚弱，或肺胃蕴热，或素有痰热，又外感风寒，初期多为表寒肺热，中期多为肺有痰热，后期入营伤阴，多有肺的阴气不足。

诊断及鉴别诊断

一、大叶肺炎的早期诊断

大叶肺炎发展至实变期，具有典型临床表现时，一般诊断不难，但由于早期胸部体征不明显，诊断可能迁到困难。凡有突然高热、咳嗽、胸痛、血液白细胞数增高，均应想到大叶肺炎的可能性，须及早治疗。

二、休克型肺炎的诊断

病员主要表现为周围循环衰竭的症状，起病急骤，白细胞计数很高且核左移或有中毒颗粒，虽无明显呼吸系统征象，亦应考虑休克型肺炎的可能，凡重症肺炎、体温不升，心率在120次/分以上，年老体弱或出现血压偏低等情况时，均有突然发生休克的可能。军医思想上必须有所警惕。密切观察血压及脉搏，随时注意休克前期症状，及早发现，积极抢救。

三、鉴别诊断：大叶肺炎应注意与下列疾病鉴别：

（一）支气管肺炎：多见于儿童及老年，起病较慢，多有原发疾病可查，呈弛张热型。查体可发现散在的干、湿性罗音，以肺底部为多，无实变体征。X线检查显示小片状阴影散在肺的一侧或两侧。

（二）原发性非典型肺炎：（见肺结核章鉴别诊断部分）。

（三）渗出性胸膜炎：起病较慢，病程较长，体温不规则，波动较大。伴有消瘦，盗汗等结核中毒症状。有胸腔积液体征，胸腔穿刺可抽出液体。

治 疗

大叶肺炎在其发展过程中，包含着许多矛盾，根本的矛盾是感染，一旦出现休克，则休克又上升为主要矛盾。故抗感染和抢救休克，是治疗大叶肺炎的主要原则。

一、一般处理和对症治疗

卧床休息，注意保温，给于流质饮食，鼓励多饮水，如有休克者避免搬动病员。体温在39°C以上可用酒精擦浴，头部冷敷，针刺大椎、尺泽、合谷，强刺激。慎用解热片，以免出汗过多，发生虚脱。咳嗽剧烈，痰多，可给镇咳祛痰药。胸痛明显者，针刺内关、阳陵泉，或给可待因0.03克口服。

二、中草药治疗

（一）辨证施治：

初期：以疏风宣肺为主，佐以辛凉解表。可用桑菊饮、银翘散加减。

用药：薄荷、防风、桑叶、菊花、连翘、银花、北杏、桔梗、甘草、芦根。

中期：以清热解毒为主，佐以宣肺化痰。可用麻杏石甘汤，千金苇茎汤加减。

用药：麻黄、杏仁、甘草、生石膏、苇茎、薏仁、冬瓜仁、桃仁、黄芩、黄连。

胸痛剧烈选加施覆花、郁金、赤芍、桔络、丝瓜络等；痰多选加瓜蒌皮、北杏、葶苈子、贝母等；口干选加花粉、知母等；痰有血选加藕节、白茅花、竹茹等。

后期：以清营养阴为主。可用清营汤加减。

用药：水牛角、生地、玄参、竹芯、银花、连翘、黄芩、丹参、麦冬、地龙、天麻。

(二) 鱼腥草 1~2 两，桔梗 3 钱，杏仁 2 钱。先将桔梗、杏仁煎半小时，然后加入鱼腥草同煎 5 分钟；每日一剂，分二次服，如热未退，加生石膏一两。重症 每日二剂，连服二天。

三、抗菌药物：

(一) 穿心莲：(1) 糖衣片，每片 0.25 克，每次 4 片，每日服 3~4 次，必要时首次可加至 8 片。(2) 注射液 2 毫升，每日一次 (含生药 6 克)。

(二) 青霉素：一般剂量为 60~80 万单位/日，重症病员给 80~120 万单位/日，分 2~4 次肌肉注射。病情重者还可加用链霉素。

(三) 磺胺类药物：常用磺胺嘧啶或磺胺噻唑，每次服 1.0 克，每日 4~6 次，首次倍量，同时服等量碳酸氢钠，嘱病员多饮水。

青霉素或磺胺类药物至退热后 3~5 天停用。

四、休克型肺炎的抢救 (中毒性休克的抢救)：

休克型肺炎为内科急症之一，病情危急，时间就是生命，军医必须遵照伟大领袖毛主席“救死扶伤，实行革命的人道主义”的教导，以对工作的极端的负责任，对同志对人民的极端热忱和只争朝夕的精神，立即进行抢救。抢救的关键是迅速恢复血压，“捉住了这个主要矛盾，一切问题就迎刃而解了。”具体处理如下：

(一) 病人平卧，不用枕头，氧气吸入，注意保暖。有呼吸衰竭时加大吸氧，并交替使用山梗菜硷、可拉明等呼吸中枢兴奋剂。

(二) 针刺提升血压：主穴：素髻 (鼻尖部，向后直刺 7—8 分)，内关。配穴：阴郄 (内关上 3 寸)，复留。

(三) 升压药物：

去甲肾上腺素：一般用去甲肾上腺素加入 5% 葡萄糖液中，配成 1~2 毫克% 浓度，滴入静脉。依血压情况调节药物浓度和滴入速度，3~5 分钟内效果不显时，可逐步提高药物浓度 (可达 6 毫克%)，如血压已恢复正常，则减缓滴速，调整到维持收缩压在 100 毫米汞柱左右的最低速度，逐渐降低浓度至 1 毫克%，血压稳定 6—8 小时后可酌情停用。滴液中加入维生素丙 1 克静脉滴注，有加强去甲肾上腺素的作用及解毒作用。也可辅以其他升压药物，如新福林 10 毫克，可拉明 10 毫克肌注或静滴。

阿托品：有周围血管痉挛表现时，如面色苍白，四肢冰冷，严重缺氧，检查眼底可见血管痉挛，而心率在 140 次/分以下，可首先采用阿托品。经临床实践证明，能解除血管痉挛，改善周围循环阻力，使回心血量增加，提高血压，对抢救感染中毒性休克，有

较好疗效。用法是成人每次1~3毫克静脉缓注(儿童0.03~0.05毫克/公斤/次),每10~15分钟重复注射一次。或3~6毫克阿托品加入5%葡萄糖或生理盐水100毫升中静脉点滴,当血压上升,面色转红,则逐渐减少剂量或延长注射间隔时间,待血压稳定后停药。

(四) 激素:与大剂量抗菌素并用,具有良好的降温、抗炎、抗休克、抗过敏等促进症状缓解的作用。一般采用短期(1~2天内)大剂量疗法,以氢化考的松100~200毫克加入葡萄糖液内静滴。必要时可重复应用,病情改善后停用。

(五) 抗菌素:休克期宜短期内采用足量有效的抗菌素。除应用青、链霉素肌注外,同时静脉滴入广谱抗菌素如四环素或金霉素,每日1克。

(六) 强心剂的应用:当休克时间较长、输液量较大或心率较快时,或出现心力衰竭时,可静注毒毛旋花子苷K 0.125~0.25毫克,或西地兰0.2~0.4毫克。必要时6~8小时后重复一次。

(七) 维持水电解质平衡和纠正酸中毒:24小时内输液量一般控制在2000毫升左右。重症休克可在第一小时内输入500毫升,以后按一般速度输入,待尿量达500毫升/日以上,收缩压稳定在90毫米汞柱以上,可逐渐停止输液。滴入速度不宜过快,以防发生肺水肿。输液多用5~10%葡萄糖液,也可加少量盐水。休克时间较长,如有严重酸中毒时(二氧化碳结合力低于30容积%),可给4%碳酸氢钠液200~300毫升静点。或11.2%乳酸钠60~100毫升加入5%葡萄糖500毫升中静点。

(八) 脱水剂的应用:休克时间较长,出现肾功能不全,无尿或有脑水肿时,可用25%山梨醇或20%甘露醇250毫升静注,成人与小儿均为1~2克/公斤/次,视尿量情况,必要时6~8小时后可重复应用。

(九) 有烦躁不安精神症状时可采用新针疗法,针刺人中、涌泉、百会、神门等穴。如仍不能控制,可适量使用冬眠药物如氯丙嗪及异丙嗪,或用水化氯醛、苯巴比妥钠等。

中毒性痢疾、流行性脑脊髓膜炎、败血症等感染性疾病所引起的中毒性休克,除有针对性的抗感染治疗外,均可按上述方法处理。

第四章 支 气 管 肺 炎

支气管肺炎多见于小儿和年老体弱者,并常是许多急性传染病和慢性消耗性疾病的继发证。本章重点讨论小儿支气管肺炎。

小儿机体发育不成熟,神经调节机能较差,免疫力较低,肺泡数量少,间质血管丰富,支气管腔较狭窄,分泌物不易排出,这是小儿好发肺炎的内在因素。小儿患呼吸道感染或某些感染病时,机体抵抗力低下,肺炎双球菌、金黄色葡萄球菌或病毒等可乘

虛而入，引起发病。

临床表现

起病较急，多有着凉诱因或上感病史，患儿咳嗽、发烧，体温高低不等。由于肺泡及细支气管炎，使有效呼吸面积减少，细支气管通气障碍，出现不同程度的呼吸困难，可见呼吸加快，多在40次/分以上，重者鼻翼煽动，呼吸辅助肌参与运动，出现吸气三凹征（胸骨上窝、肋间隙及剑突下）。乏氧严重时可见口围及颜面发绀。本病病变特点为肺部散在的炎性小病灶，叩诊多无明显异常，听诊两肺可出现广泛的中小水泡音，尤以双肩胛下与腋下较多，双肺还可听到干性罗音。部分患儿X线检查在肺部双侧可见散在的点状或小片状阴影，以两下肺野较多见。极少数患儿病灶可融合，出现实变体征，X线可呈大片状阴影。

肺炎是全身性疾病，除呼吸系统受累外，神经、循环、消化等系统均可受累，出现精神萎靡、烦躁不安、心跳加快、呕吐或腹泻等。“被根本矛盾所规定或影响的许多大小矛盾中，有些是激化了，有些是暂时地或局部地解决了，或者缓和了，又有些是发生了，……”。由于缺氧与感染中毒损伤心肌，且肺部淤血，使血流阻力增加，加重了右心室负担，可发生心力衰竭。表现呼吸困难及发绀突然加重，心跳加快，常达160次/分以上，心音低钝，甚或节律不正。由于大循环迅速淤血，肝脏进行性增大。

少数患儿可因感染中毒与乏氧使脑实质细胞充血、水肿，甚至出现变性、坏死的病理改变。临床见患儿呕吐、惊厥、昏迷及脑膜刺激症状。如此症状持续24小时以上，腰穿见脑脊液除压力增高外，无明显改变时，称为中毒性脑病。如抢救不及时易产生智力障碍、瘫痪等后遗症。

毛主席教导我们：“尤其重要的，成为我们认识事物的基础的东西，则是必须注意它的特殊点，……”。出生后一个月左右的小儿反应能力低下，患肺炎时多无发烧，咳嗽，气喘，同时因呼吸浅表也不易听到罗音，但如果表现不吃奶、吐泡沫、发绀等，就应考虑存在肺炎的可能。

治 疗

小儿病情变化快，特别是重症肺炎，严重威胁患儿生命，我们必须以“完全”、“彻底”的精神，积极抢救。

一、一般疗法：为了让患儿充分休息，一些注射、操作等应尽量集中时间进行；要耐心护理，注意变换患儿体位；室内空气要新鲜；给营养较丰富易消化的饮食，多给饮水。

二、抗感染：

（一）矮地茶1两、枇杷叶7片、陈皮5钱，水煎服，每天一剂，7天为一疗程，疗效明显。

（二）穿心莲片：成人4~6克/日，分四次口服；或用注射液2毫升，每日一次，肌注。小儿根据年龄与病情酌减。

（三）青霉素：3~5万单位/公斤/日，分2~3次肌注。链霉素：25~50毫

克/公斤/日，分2次肌注。青、链霉素多联合使用。还可用青霉素2.5~5万单位，链霉素50~100毫克做双侧肺俞穴位注射。

(四) 四环素：25~50毫克/公斤/日，分3次口服。重症患儿给15~25毫克/公斤/日，加入5~10%葡萄糖100~200毫升内静脉点滴，每分钟8~13滴左右为宜。

三、对症处理：

(一) 保持呼吸道通畅，及时吸痰，防止窒息。乏氧重者应给氧气吸入。咳嗽重时给祛痰止咳药物。

(二) 高热处理：可针刺曲池，或用安乃近曲池穴位注射，也可给安乃近点鼻，退热效果均较满意。物理降温用30~40%酒精擦浴，或敷以冰袋。为防止体弱小儿出汗多造成虚脱，故阿斯匹林等退热剂的使用量不宜过大。

(三) 小儿惊厥的处理：

1. 制止惊厥：对正在惊厥的患儿要立即针刺人中、涌泉、十宣等穴或给镇惊药物，如：水合氯醛30~60毫克/公斤/次，注肛，效果较好。鲁米那5~8毫克/公斤/次，肌注或静注。氯丙嗪1~2毫克/公斤/次，肌注或静注。阿米妥钠5~10毫克/公斤/次，肌注，作用较快。如用某一种药后10~20分钟仍惊厥不止，可再用第二次或换其他镇惊药。

2. 防止窒息及外伤：

(1) 对惊厥患儿要立即侧卧，环境保持安静，松解衣扣，随时清除鼻咽分泌物，以防阻塞呼吸道发生窒息。

(2) 有乏氧表现者给以吸氧，必要时口对口呼吸。

(3) 除精心护理外，必要时可加床档以防坠床；用纱布包裹压舌板或牙刷把，垫于齿间，防止舌咬伤。

感染、颅内病变、代谢紊乱等疾病引起的惊厥发作均可按此紧急处理。然后再根据不同的原因进行治疗。如脑膜炎、中毒性痢疾、破伤风等应行抗感染治疗；热性疾病如上呼吸道感染、急性扁桃体炎等引起的热性惊厥应迅速降温（热性惊厥多见于婴幼儿，惊厥多发生在起病第一天，且发作一次后一般不再发作，无神经系统体征，既往多有类似发作史）；婴幼儿低钙惊厥应给钙剂静注，特发性癫痫主要用新针疗法。

(四) 心力衰竭的处理：

除吸氧、镇静外，可用毒毛旋花子苷K 0.007~0.01毫克/公斤/次，加入20毫升葡萄糖液中，静脉缓注，15分钟注完为宜。如心力衰竭仍存在，6~8小时后可重复使用。也可选用其他洋地黄类药物，用洋地黄类药物时禁忌同时给钙剂。

(五) 激素的使用：对高热持续不退、暴喘及中毒症状严重，如并发休克或脑病者可使用激素。一般用氢化考的松2~5毫克/公斤/次，加入5~10%葡萄糖液内静脉点滴。

(六) 脑病后遗症——瘫痪的处理：

1. 新针疗法：

取穴：哑门、大椎、陶道、风池、安眠₂、上廉泉、天突、合谷、内关、神门、曲

池、三阴交、足三里、阳陵泉、阴陵泉。

方法：根据瘫痪部位每天取两个中枢穴，加2~3个四肢穴交替使用，10~15天为一疗程。一般用强刺激手法，中枢穴位可考虑用中、弱刺激手法。脑病恢复期有失语及吞咽困难者可针刺上廉泉、天突。

亦可如上法取穴作电针治疗，用脉冲电（直流电），通电时间10~15分钟。

2. 埋线疗法：

取穴同新针疗法，埋线后15天内不扎针。

第五章 肺 脓 肿

由化脓性细菌引起局部肺组织感染，进而形成脓肿者称肺脓肿。本病主要病原体为链球菌、葡萄球菌、肺炎双球菌或肺炎杆菌等。临床上所见到的肺脓肿大多是多种细菌混合感染。

以上病原体可由呼吸道吸入、血液传播、邻近器官感染病灶的直接蔓延或肺部原有疾病的继发感染所引起。以呼吸道吸入感染最为多见。肺脓肿大都发生在口腔感染、口咽部手术或全身麻醉之后。脓肿的好发部位是上叶后段和下叶背段；这些部位在侧卧或仰卧时居最低位，为吸入物最易流入的区域。血源性肺脓肿主要发生在金黄色葡萄球菌败血症时，一般是多发病灶，可出现在肺部的任何部位。

“事物发展的根本原因，不是在事物的外部而是在事物的内部，在于事物内部的矛盾性。”肺脓肿的发生，除与细菌数量和毒力有关外，全身抵抗力减弱和呼吸系统正常防御机能障碍占主要的地位。本病在祖国医学称“肺痈”，“肺痈”的主要成因为外感风热之毒，薰蒸于肺，肺受热灼，气失肃肃，热壅血瘀，腐败化脓而成痈。或因痰热素盛，过食辛热炙煿，湿热蕴结日久，再因外感风热，内外合邪，更易发病。

临床表现

“成为我们认识事物的基础的东西，则是必须注意它的特殊点，就是说，注意它和其他运动形式的质的区别。”本病在急性期大致分为化脓性肺炎和脓肿破溃两个阶段。起病急骤，类似大叶肺炎，全身感染中毒症状明显。表现为恶寒高热，精神不振等。局部表现有患侧胸痛、咳嗽、少量粘液痰，此为化脓性肺炎阶段。如未能及时诊治，发病后十天左右，脓肿成熟，向支气管破溃，咳出大量脓性痰，痰量每日可达数百毫升，稍有鱼腥味，若有厌氧菌感染，则痰有恶臭。痰放置瓶中，常分为三层：上层为泡沫，中层为浆液，下层为脓液或破溃的肺组织沉渣。大量咳痰后，体温下降，感染中毒症状减轻，但咳嗽和脓痰仍持续，由于肺组织破坏，可有大量咯血。如病员抵抗力强，支气管引流通畅，治疗及时，约2—3个月可痊愈。局部体征与脓肿的大小、位置有关。深部小脓肿，体征可不显著，脓肿大而接近胸壁时，患处语颤减弱，叩诊呈浊音，听诊呼吸