

内 科 学

吉林医科大学

内 科 学

吉林医科大学

内 科 学

吉林医科大学

1973年11月

*

长春新华印刷厂印刷

毛主席语录

备战、备荒、为人民。

教育必须为无产阶级政治服务，必须同生产劳动相结合。

救死扶伤，实行革命的人道主义。

把医疗卫生工作的重点放到农村去。

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

目 录

第一章 呼吸系统疾病

上呼吸道感染.....	1	支气管扩张症	21
急性支气管炎.....	3	大叶性肺炎	23 v
慢性支气管炎.....	5	小叶性肺炎	29
肺气肿.....	10	肺炎支原体肺炎	30
慢性肺源性心脏病.....	12	过敏性肺炎	31
支气管哮喘.....	16	肺化脓症	32

第二章 循环系统疾病

风湿病	35	心律失常	98
风湿性心瓣膜病	41	窦性心律失常	99
亚急性细菌性心内膜炎	47	过早搏动	101
高血压病	51	阵发性心动过速	103
冠状动脉粥样硬化性心脏病	63	心房扑动与颤动	107
克山病	75	房室传导阻滞	109
心功能不全	84		

第三章 消化系统疾病

急性胃肠炎	113 ✓	慢性腹泻	124
慢性胃炎	115	慢性肝炎	131
胃与十二指肠溃疡	117	门脉性肝硬化	135

第四章 结核病

总论	145	急性结核性心包炎	167
肺结核	152	慢性缩窄性心包炎	170
结核性胸膜炎	162	结核性腹膜炎	172
结核性心包炎	166	肠结核	174

第五章 泌尿系统疾病

总论	179	肾盂肾炎	195
弥漫性肾小球肾炎	184	急性肾盂肾炎	196
急性肾炎	184	慢性肾盂肾炎	201
慢性肾炎	189	慢性肾功能衰竭	204

第六章 血液及造血系统疾病

总论	213	血小板减少性紫癜	231
贫血	216	过敏性紫癜	235
概论	216	白血病	237
缺铁性贫血	220	急性白血病	239
再生障碍性贫血	223	慢性白血病	245
出血性疾病	228	淋巴瘤	247
概论	228		

第七章 内分泌腺疾病

总论	251	甲状腺功能亢进症	272
糖尿病	256	慢性肾上腺皮质功能减退症	280

第八章 结缔组织疾病

总论	287	全身性红斑狼疮	290
----------	-----	---------------	-----

第九章 急性中毒性疾病

总论	295	一氧化碳中毒	306
有机磷农药中毒	302	安眠药、安定药中毒	309

呼吸系统疾病

上呼吸道感染

上呼吸道包括鼻腔、咽喉及气管，凡上述部位粘膜的急性感染，总称为上呼吸道感染，简称“上感”。本病全年均可发生，但以春、冬季节及气候骤变时为多见。一般病情较轻，病程较短，预后较好。但因其发病率较高，影响劳动力较大，可能继发鼻旁窦炎、支气管炎、肾炎或风湿病，且某些急性传染病的早期，亦常有上呼吸道感染症状，若不细致鉴别，极易误诊，故本病在临床上有其重要意义。

【病因】 本病主要由病毒引起，约占70~80%，常见的有伤风病毒、腺病毒、肠道病毒等。少数由细菌引起，通常以溶血性链球菌为多见，其次为葡萄球菌、肺炎双球菌、流感杆菌等。也有部分病人系由支原体引起。引致上呼吸道感染的病毒或细菌，亦常存在于健康人的上呼吸道，但并不致病，当身体抵抗力低下，如受寒、淋雨、过度疲劳后，则常可诱发。本病可借飞沫传染，故人群密集处易于传播。

【病理】 一般鼻咽部有卡他性炎症，鼻粘膜水肿、充血、上皮细胞破坏，并有中性粒细胞及吞噬细胞的浸润，可能找到病毒包涵体。如合并细菌感染，粘膜细胞可有坏死、变性及局部脱落。鼻腔分泌物初为少量粘液，以后变为脓性，并可引起局部淋巴结炎。按病变累及部位，可有鼻炎、咽炎、扁桃体炎、喉炎及气管炎。

【临床表现】 本病的临床症状依病因不同而有所差异。

病毒感染 最多见者为伤风，亦称普通感冒，由伤风病毒引起。其特点是发病率高，传染性强。传染方式是通过含有病毒的飞沫或被病毒污染的用具，潜伏期为1~2日。临床表现为全身不适，轻度畏寒，一般不发热，或仅有轻度发热，有时头痛。局部症状有打喷嚏、排清水鼻涕、鼻塞及嗅觉不灵，有耳咽管炎时，听力可减退。3~5日后，鼻腔分泌物变稠变黄，全身症状逐渐消退，一般病例约经一周即可恢复。检查发现鼻咽粘膜充血肿胀，血液白细胞计数正常或偏低。少数病例，尤其抵抗力低下者，如未经适当治疗可并发急性鼻旁窦炎、中耳炎或颈淋巴结炎。腺病毒引起者为咽、结膜热，多见于儿童，夏季较易流行，发病急，病程短，约3~5日即愈。主要表现为发热、咽痛、眼结膜炎与颈淋巴结肿大。肠道病毒引起者为疱疹性咽炎，亦多见于儿童，夏季较易流行，有发热、咽痛等症状，病程约一周。检查发现前咽、软腭、悬雍垂和扁桃体有灰白色小丘疹，丘疹周围粘膜有红晕，以后可形成疱疹，破溃后可形成浅溃疡，往往丘疹、

疱疹、溃疡三者同时存在。

细菌感染 以溶血性链球菌感染最多见,主要呈咽炎及扁桃体炎。临床表现起病急,高热,或伴有寒战,全身酸痛,乏力,并有咽痛,吞咽时加剧。检查可见扁桃体肿大充血,上附有黄白色点状渗出物,较易拭去;悬雍垂和咽部均充血;颈淋巴结肿大压痛。血液检查白细胞总数稍高,粒细胞有核左移现象。由链球菌引起者,血液中抗链球菌溶血素“O”滴度增加,喉拭子涂片或培养可发现病原菌。病程约一周,可并发扁桃体周围脓肿、鼻旁窦炎、中耳炎或败血症,偶可继发风湿病或肾炎。

【诊断和鉴别诊断】 根据病史、全身临床表现及局部炎症改变,诊断一般并不困难。但本病可由多种病因引起,临床上应予区别是病毒感染或为细菌感染,以利治疗时药物的选择。一般成人病毒感染,病情较轻,发热不高,血液白细胞计数正常或稍低,粒细胞无核左移现象,咽分泌物培养无重要细菌生长。细菌感染则病情较重,发热较高,血液白细胞计数增多,粒细胞有核左移现象,咽部渗出物较多,喉拭子可培养出致病细菌。

本病需与下列疾病相鉴别。

一、流行性感 有流行趋势,起病急骤,发热较高,全身酸痛显著,中毒症状较重,而上呼吸道症状相对较轻。

二、过敏性鼻炎 常有季节性,起病快,病程短,有反复发作史,喷嚏多,鼻涕清水样,鼻粘膜水肿、苍白,分泌物中有较多的嗜酸性粒细胞。

三、急性传染病前驱期 急性传染病如麻疹、白喉、脊髓灰白质炎、流行性脑脊髓膜炎等传染病的早期常有上呼吸道症状,根据病史、季节、流行情况、临床特点、查体发现及有关的化验检查,可资鉴别。

【预防】

一、贯彻预防为主方针,大搞爱国卫生运动,开展群防群治工作。

二、坚持锻炼,增强体质,提高机体抗病能力。特别要加强户外运动,以增强肺功能和呼吸道对寒冷的适应能力。

三、气候冷时,应注意保暖,避免室内外温差过大。集体居住处所,宜定期开窗通风,保持空气流通。

四、如有流行,应注意呼吸道隔离,不到公共场所,以避免相互传播。

五、食醋蒸熏可预防流感及其他呼吸道感染,一般家庭应用市售食醋按每立方米空间2~10毫升的剂量,加水一倍稀释,关闭门窗,加热蒸熏,每次一小时,每日或隔日一次,连续数天。大型公共场所,则每立方米空间用醋100毫升。

六、中草药,可用板兰根、蒲公英、野菊花或贯众叶,任选一、二种,每种5钱至1两作茶剂或煎服。

七、近年有用金刚烷胺(Amantadine),能阻止病毒穿入细胞,抑制病毒的繁殖,每次100毫克,每日二次,连服7~10日。对某些病毒感染可降低发病率。

八、如已发生上感,勿用力捏鼻揩涕,以防分泌物挤入鼻旁窦,而引起鼻旁窦炎。

【治疗】

一、一般治疗 多饮开水,饮食要稀软易消化,根据病情适当休息。

二、针灸治疗 主穴取谷合,发热配曲池,头痛配印堂,咽痛配少商,鼻塞配迎香,

咳嗽配天突。

三、中草药 根据病情及当时当地可能获得的药物选用：

(一) 鲜生姜 3～5 片切碎，加红糖 1 两，煎汤热服，然后盖被出汗。

(二) 银翘解毒丸、桑菊感冒片、犀羚感冒片等可酌情选用。

(三) 鹅不食草与柴胡等量制成针剂名为“热可平”，每支 2 毫升肌注，对病毒感染如病毒性肺炎、感冒及流感均有一定效果。

(四) 上感合剂：大青叶 2 两，夏枯草 2 两，野菊花 3 两，胡颓子 5 钱，水煎服，每日一剂。

四、中医辨证论治

(一) 风寒表证 恶寒重，发热轻，头痛，身痛，或伴咳嗽。苔薄白，脉浮。治宜辛温解表。方剂为荆防败毒散加减：荆芥 3 钱，防风 2 钱，羌活 2 钱，前胡 3 钱，杏仁 3 钱，桔梗 2 钱，甘草 1 钱。头痛加白芷，咳嗽痰多加半夏，陈皮。

(二) 风热表证 发热重，怕冷轻，口干微渴，咽喉肿痛，或咳嗽痰黄。苔薄黄，脉浮数。治宜辛凉解表。方剂为银翘散加减：银花 4 钱，连翘 3 钱，荆芥 2 钱，薄荷 1.5 钱，芦根 5 钱，桔梗 2 钱，杏仁 3 钱，牛蒡子 3 钱，甘草 7 钱。

五、对症治疗

(一) 退热镇痛 发热、头痛、全身酸痛较重者，可服少量退热剂如复方阿司匹林 0.3～0.5 克，但对体质虚弱者要慎重，以免因应用大量退热剂引起大汗、失水以至虚脱。头痛严重可用磷酸可待因 0.015～0.03 克，咽痛时可用冷盐水漱口或含薄荷喉片。

(二) 祛痰镇咳 有咳嗽时可服棕色合剂（复方甘草合剂）10 毫升每日三次，干咳时可用咳必清 25 毫克每日 3～4 次，痰稠咳出较难者可用氯化铵 0.3～0.6 克每日三次。

(三) 其它 鼻塞用 1% 麻黄素点鼻，卡他症状较重可加用异丙嗪 25 毫克内服。

六、抗菌治疗 高热病重，尤其年老体弱患者，可按病情及治疗反应选用磺胺嘧啶 1 克与等量碳酸氢钠同服，一日四次；土霉素 0.5 克，一日四次口服；或青霉素 20～40 万单位，每日二次肌注。

急性支气管炎

急性支气管炎是由于致病微生物的感染或理化因子的刺激所引起的支气管急性炎症。通常病变仅局限于粘膜，病愈后，粘膜可恢复正常结构和功能。本病可发生于任何年龄、地区和季节，但年老体弱者和幼儿较易罹患。多见于我国北方寒冷地区，冬春季发病较多。

【病因】

感染 急性支气管炎多系上呼吸道感染下行蔓延所致，开始常为病毒感染，继之细菌侵袭。常见的致病菌为肺炎双球菌、链球菌、葡萄球菌、卡他球菌、流感杆菌等。

理化刺激 某些物理或化学因子如寒冷、高温的刺激，烟雾、粉尘、硫化氢等的吸入，战争中敌人使用的光气、氯气、芥子气、催泪性毒气等均可引致本病。

其他 某些患者亦可由于呼吸道对某些物质引起变态反应，使支气管的清除作用削弱，容易继发感染。

【病理】 急性支气管炎，常局限于大中支气管，亦可波及细支气管。由感染所引起的支气管炎，粘膜充血肿胀，纤毛柱状上皮细胞脱落，粘膜下层水肿，白细胞浸润和粘液腺肿大，初为粘液分泌物，后为粘液脓性分泌物。在一般情况下，病变很少波及支气管壁的深层组织，亦不波及支气管周围组织，病愈后，粘膜的结构和功能可恢复正常。由毒气引起的支气管炎，其轻重因吸入毒气的种类、浓度及快慢而异，严重者支气管粘膜呈坏死炎症，并可形成浅表溃疡。

【临床表现】 急性支气管炎的主要症状为咳嗽、咳痰和胸骨后紧闷感。在发病之初如上呼吸道感染，有全身不适、酸痛、畏寒、头痛、鼻塞、流涕、低热等症状。当炎症延及支气管时，则咳嗽、咳痰为本病的主要表现。初为刺激性咳嗽，或咳少量粘液痰，粘稠不易咯出，以后痰量增多，变为粘液脓性，此时痰液松动而较易咳出。一般3~5日逐渐好转，少数病例咳嗽、咳痰可持续2~3周。

少数病例，病变可累及细支气管，病情较一般急性支气管炎严重，往往由于细支气管的痉挛及分泌物的阻塞，引起呼吸困难及哮鸣音，易发展为支气管肺炎，此种情况多发生于老、弱及婴幼儿，由于抵抗力较差所致。

一般病例无特殊体征，有时可闻及呼吸音粗糙，偶闻散在的干性罗音。炎症侵犯细支气管时，可听到不固定的少许湿罗音，多在肺底部，于咳嗽后减少或消失。伴有支气管痉挛时可闻及哮鸣音。

化验检查末梢血白细胞及中性粒细胞数正常或轻度增高。X线检查大多正常或肺纹理增粗。

【诊断和鉴别诊断】 根据新近发生的咳嗽、咳痰，肺部有散在而变动的干、湿性罗音，病人一般情况较好，可诊断为急性支气管炎。但本病的症状可为某些传染病如麻疹等的前驱表现，在传染病的流行季节应加注意。同时应与类似疾病相鉴别。

一、支气管肺炎 发热、咳嗽、呼吸困难均较明显，严重者有发绀、昏迷，小儿还可有惊厥及脑膜刺激症状。两肺湿罗音增多，末梢血中白细胞数增高，X线胸部检查呈支气管肺炎改变。*3. 支气管肺炎*

二、支气管哮喘 与毛细支气管炎的症状颇相似，但其发病突然，咳嗽咳痰较轻，两肺布满哮鸣音，发作多在夏季，常无感染表现。若有长期反复发作史，则更易确定。

三、支气管内膜结核 如按急性支气管炎治疗三周以上症状尚未减轻，阵发性刺激性咳嗽加剧，尤其有反复咯血者，应想到支气管内膜结核之可能，需进一步查痰找抗酸杆菌。

【预防】 平时要注意锻炼身体，增强体质，提高机体抗病能力；宣传卫生知识，积极防治上感；在生产过程中，注意三废（废气、废水、废渣）的处理，加强防尘及有害刺激性气体的防护。

【治疗】

一、一般治疗 体温增高时，多饮热水或姜糖水。咳嗽咳痰时给予祛痰镇咳药，如复方甘草合剂10毫升，每日三次。痰稠难于咳出时给予氯化铵0.3~0.5克，每日三次。发

热、全身酸痛者给予退热镇痛药，如复方阿司匹林0.3~0.5克每日三次，或扑热息痛0.5克每日三次。如支气管痉挛出现哮喘音者，可给予支气管扩张药，如氨茶碱0.1~0.2克每日三次，或麻黄素0.03克每日三次，并给抗过敏药如苯海拉明25毫克每日2~3次，或异丙嗪25毫克每日2~3次。

二、抗感染治疗 穿心莲片3~5片每日三次，或穿心莲注射液2毫升每日一次肌注。如体温在1~2天内不退或白细胞升高时，可适当给予长效磺胺（SMP）首次1.0克以后每天0.5克内服。痰培养有链球菌、肺炎双球菌、流感杆菌时可用青霉素40~80万单位每日二次肌注，或并用链霉素0.5克每日二次肌注，以防感染下行引起肺炎。

三、中草药治疗

（一）苏叶3钱，桔梗3钱，煎服。

（二）桑白皮1两，双花5钱，车前5钱，煎服。

（三）紫菀3钱，百部3钱，煎服。

（四）枇杷叶3钱，桑叶3钱，栀子1两，车前1两，煎服。

四、新针治疗 主穴：天突，定喘，丰隆。备穴：尺泽，足三里。

五、中医辨证论治

（一）风寒型 咳嗽，痰稀薄泡沫状，咽痒，发热恶寒，口不渴，舌苔薄白，脉沉弱或沉弦。宜宣肺解表，镇咳祛痰。方剂用止咳散加减：紫菀、百部、白前、荆芥各3钱，桔梗、陈皮、甘草及干姜各1.5钱。

（二）风热型 咳嗽，痰多黄稠，咽痛，口渴，身热，汗出，舌苔薄黄，舌质红，脉浮数或沉数。宜疏风清热，止咳化痰。方剂用麻杏石甘汤加减：麻黄1钱，杏仁2钱，生石膏4钱，甘草1钱，百部3钱，白前3钱。

（三）燥热型 干咳无痰，或少痰不易咳出，胸闷或胸痛，鼻燥咽干，身热，皮肤干燥，舌尖红，舌苔黄而干，脉多细数。宜清肺润燥，止咳化痰。方剂用沙参麦冬汤加减：沙参3钱，玉竹2钱，生甘草1两，桑叶1.5钱，天冬3钱，麦冬3钱，蛤粉5钱，梨皮4钱。

慢性支气管炎

慢性支气管炎是常见多发的呼吸道疾病，病理改变主要为支气管粘膜及其深层组织的慢性炎症、纤维化与萎缩。临床表现主要为慢性咳嗽、咳痰、或伴有喘息，常引起肺气肿、肺心病及心肺功能衰竭等后果。本病的特点为病程长，易复发，老年人多见，对劳动人民的健康危害极大。根据全国27个省、市、自治区五千一百多万人口调查资料，患病率为3.8%，50岁以上老年人患病率为12.9%。吉林省30万人口调查资料，患病率为4~10%，50岁以上老年人患病率高达14%。

【病因病机】 本病的病因较为复杂，目前尚未十分明了，一般认为主要有感染、理化刺激、过敏反应等因素。

感染 是各种致病因素中的一个主要而带有普遍性的因素。常见的致病菌为流感杆

菌、肺炎双球菌、甲型链球菌、奈瑟氏球菌等，前二者目前认为可能为本病最主要的致病菌。病毒中以流感病毒、鼻病毒、腺病毒等较为常见。病毒感染所造成的呼吸道上皮损伤，有利于细菌的继发感染，反复感染的结果，势必破坏呼吸道的防御功能，又给病原体的侵袭创造条件，以致逐渐发展为慢性支气管炎。

理化刺激 包括气候改变、大气污染及吸烟等因素。风寒、烟雾、尘埃、吸烟、有害气体等长期反复的刺激，均可引起支气管粘膜的炎症病变。寒冷是一个重要的致病因素，本病北方多于南方，冬春季节易于发病，均足以说明寒冷与本病的关系。吸烟者较不吸烟者发病率高，且吸烟越久患病数越多，症状亦越重，停止吸烟后，症状可好转，足见吸烟与本病的关系较为密切。大气污染可促使本病的发生和发展，大气污染严重地区发病率亦较高。

过敏反应 某些致敏原如花粉、飞絮、霉菌孢子、或体内细菌感染的代谢产物，进入有过敏体质的人体后，机体即产生相应的抗体，当再次与致敏原接触时，即可致敏。呼吸道局部引起充血、水肿、甚至坏死等异常反应，呼吸道的清除作用遭到破坏，因而易于继发感染，故可为慢性支气管炎急性发作的原因之一。

本病可能是多种因素反复交叉作用的后果。以上三种因素是互相联系而又互相促进的，如长期风寒、吸烟或污浊空气的刺激，使气管支气管分泌增加，病毒感染使粘膜细胞受损，影响纤毛活动，为细菌的停留和繁殖创造条件，被破坏的细胞及细菌又成为机体中的异物引起过敏反应，而过敏反应又给感染创造有利条件。

免疫球蛋白对呼吸道感染的易感性有着重要作用。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 的合成受到损害而减少。IgA 缺乏常常是慢性支气管炎患者易于发生感染的因素之一。

上述因素都属外因，都要通过机体的内因而起作用。如机体防御功能减弱，则存在于咽部的非致病菌，亦可引起急性发作。随着年龄的增长，机体的防御机构逐渐减弱，如老年人，纤毛上皮萎缩变性，功能减退，即较易罹患感染。

【病理】 慢性支气管炎病理变化的特点，主要是支气管壁纤毛柱状上皮脱落，杯状细胞增多，粘液腺增生肥大，粘膜及粘膜下组织有炎细胞浸润，轻度的纤维组织增生，管壁增厚，管腔狭窄。

由于支气管内膜因慢性炎症及退行性变，纤毛上皮的清除功能受损，以致引流不畅，引起继发感染。支气管壁及其周围组织的纤维性变，引起支气管的变形、扭曲或狭窄，加以支气管粘膜的肿胀、分泌物的阻塞及平滑肌的痉挛，以致造成通气、换气等一系列的呼吸功能障碍。

【临床表现】 慢性支气管炎根据临床特点的不同，可分为单纯性和喘息性二型。

单纯性慢性支气管炎：其临床特点为慢性、复发性及季节性咳嗽、咳痰。常于冬春季节天气寒冷时发病，天气转暖后缓解。轻症病人除早晚有刺激性咳嗽、咳少量粘液痰外，无明显异常体征。此时若能及时防治，除去致病因素，可防止复发。若治疗不及时，反复发作，迁延日久，则病情转重，咳嗽加剧，痰多呈白色泡沫样。若合并感染，则症状加重，痰量增多，变为黄色脓性痰，并有低热、全身不适等症状。严重者有呼吸困难，老

年患者反复发作迁延多年，并发肺气肿后，则呼吸困难日益明显。肺部有不同程度的干湿性罗音，以肺底为多。

喘息性慢性支气管炎：多见于幼儿及年老久咳者，主要由于支气管平滑肌痉挛及痰液的阻塞。临床上以喘息为特征，起病缓慢，常于久咳后逐渐出现喘息、气短等症状。两肺有喘鸣音，肺底有湿性罗音。

【诊断和鉴别诊断】 凡咳嗽、咳痰或伴有喘息反复发作，每年至少三个月，持续二年以上，并能除外引起咳嗽、咳痰、喘息症状的其他心肺疾患（如肺结核、尘肺、肺脓肿、支气管哮喘、支气管扩张、心脏病等），可诊断为慢性支气管炎。

本病主要应与支气管扩张及支气管哮喘相鉴别。

一、支气管扩张 易与单纯性慢性支气管炎相混。但支气管扩张起病年龄较轻；痰量多，呈脓性，以清晨及晚间为多，常伴有咯血；病变部位往往有固定性罗音；胸部X线检查，病侧肺纹有时呈网状阴影，支气管碘油造影，病变支气管呈柱状或囊状扩张影。

二、支气管哮喘 易与喘息性慢性支气管炎相混。病史在鉴别上甚为重要。后者常先有若干年咳嗽、咳痰史，以后才逐渐出现喘息。前者则有多年的发作性喘息，突然出现，突然缓解，发作常有季节性，并常有过敏史及家属史。

喘息性慢性支气管炎与支气管哮喘鉴别表

鉴别项目	喘息性慢性支气管炎	支 气 管 哮 喘
病 史	先有咳嗽、咳痰，以后伴有喘息。无过敏史	长期反复发作性哮喘后，始伴有慢性咳嗽咳痰
症 状	以咳嗽、咳痰为主，喘息较轻，冬重夏轻	以发作性哮喘为主，咳嗽、咳痰较轻，一般夏季发作较多
体 征	两肺底可闻湿罗音，偶有散在干罗音	发作时两肺布满哮鸣音，发作间歇无异样呼吸音

【预防】

一、坚持锻炼，增强体质，提高机体抗病能力。提倡户外运动，渐进地进行耐寒锻炼，以增强对寒冷的适应能力。

二、重视环境卫生，注意“三废”的处理，加强通风、除尘、防毒等设备及劳动保护。改良灶灶，避免漏烟、倒烟。吸烟者，特别是已患病的吸烟者，应及早戒烟。

三、积极防治上感及其他呼吸道疾病，轻病早治，冬病夏治，以防止本病的发生及发展。

（一）长期坚持体穴按摩有使经络通畅、气血旺盛及改善肺功能之效，穴位取太阳、风池、天突、膻中及足三里，每晨按摩10分钟，同时兼作深呼吸。

（二）采用上感合剂（大青叶2两，夏枯草2两，野菊花3两，胡颓子5钱，水煎服）等中草药及适当的抗菌素，积极治疗上感，以免长期反复形成慢性支气管炎。

（三）食醋蒸薰 能杀灭多种致病菌，有防治上感之效，具体方法见“上呼吸道感染”。

（四）菌苗预防 用本地区病人痰液分离出的菌株制成多价菌苗作雾化吸入，或皮下注射，初量0.3毫升，以后每次增加0.1毫升，增至0.5~1.0毫升为维持量，每周注

射一次,10次为一疗程。使机体产生免疫作用,可防治上感。

【治疗】

一、中草药 近年来在群众性防治慢性支气管炎的临床实践中,发现了许多对炎、咳、痰、喘疗效较好的中草药,为治疗本病开辟了广阔的前途。

目前各地筛选出的中草药有满山红、小叶枇杷、矮地茶、棒棒木、白皮松松塔、暴马丁香、白毛夏枯草、棉花根、芸香草、丝瓜藤等,可就地选用,一般多用其复方。

(一)三暴红 三棵针3钱,暴马丁香3钱,满山红4钱,加水煎服,有镇咳、祛痰、消炎作用。

(二)复方暴马片 暴马丁香1两,黄芩3钱,黄柏3钱,豆根3钱,蒲公英4钱,以上一日量,制成浸膏后打片,有镇咳、祛痰、消炎作用。

(三)复方葶苈子合剂 葶苈子3钱,百部3钱,远志3钱,加水300毫升,煎至90毫升,加硼砂0.5钱,每次10毫升,日服三次。有镇咳、祛痰、止喘作用。

二、针灸 发作时针肺俞、列缺、太渊等穴,气促加定喘,咳剧加天突,痰多加丰隆,发热加曲池。

三、中医辨证论治

(一)痰湿型 痰多色白,或稀或稠,脘闷气短,肢体困重,口淡发粘,食少腹胀,大便溏,舌苔白腻,脉濡滑。治法宜健脾,燥湿,化痰。方剂为二陈汤合三子养亲汤加减:陈皮2钱,半夏2钱,茯苓4钱,杏仁3钱,白芥子2钱,苏子3钱,紫菀3钱,百部3钱。如胸闷较甚,加厚朴1.5钱,苍术3钱。如兼感风寒加紫苏叶3钱,防风3钱,寒重者加麻黄3钱。

(二)痰热型 痰黄粘稠,胸满气粗糙,口渴喜冷饮,小便黄,大便秘,发热或不发热,苔黄或白黄,脉弦滑或数。治法宜清肺化痰。方剂用泻白散加味:桑白皮、地骨皮、黄芩、瓜蒌皮各3~5钱,浙贝母2钱,冬瓜子5钱。如体质阴虚,舌红,加南沙参、麦冬、知母各3钱。如痰中带血加仙鹤草、墨旱莲各4钱,白茅根1两,侧柏叶3钱。

(三)虚寒型 痰多色白清稀,四肢背部冷感,尿频或尿不禁,或动则气喘更甚,腰酸腿软,口淡不渴,喜热饮。舌质胖嫩,苔白滑润,脉沉细乏力。治法补肺肾,止咳化痰。方剂用肾气丸加减:党参3钱,熟地4钱,山萸肉3钱,熟附子3钱,肉桂1钱,胡桃肉、补骨脂、胎盘各3钱。如痰多,加杏仁、浙贝母、半夏、茯苓各3钱。饮食减少,加白术3钱,陈皮2钱。

(四)肺燥型 干咳,无痰或少痰,痰粘连成丝,不易咳出,口鼻干燥,大便干。舌质红少津,甚或无苔,脉细弦或数。治法宜养阴,清肺,润燥。方剂用沙参、石斛、麦冬、百合、生地、功劳叶、地骨皮、百部、黄芩、紫菀、杏仁各3钱。若见咳痰挟血,加白芨3钱,茜草根3钱,藕节4钱。若见口渴唇裂,可加天花粉4钱,生梨皮4钱,芦根1两。

四、控制感染 在有急性呼吸道感染的症状和咳粘液脓性痰时,可全身或局部应用抗菌素。一般急性发作时,可选用四环素类、青霉素及磺胺类药物。

(一)四环素类 此类药物是治疗慢性支气管炎合并感染或急性发作时的主要药

物,它能控制支气管感染的主要致病菌,且可口服,反复应用时易于接受。一般采用土霉素或四环素,每日2克,分四次服用。但其半衰期较短,只有5.6~9.6小时,故服用次数较频。强力霉素的半衰期长达20小时,剂量第一日200毫克,分二次口服,以后每日口服100毫克即可。甲烯土霉素、二甲胺四环素呼吸道浓度高,有利于控制呼吸道感染,剂量同强力霉素。

(二) 青霉素类 如经上药治疗3~4天疗效不佳时,可改用青霉素40万单位,每日二次肌注。通常与链霉素合用,每次0.5克,每日二次肌注。氨苄青霉素是广谱的抗菌素,在酸中稳定,口服易吸收,剂量为500毫克每6小时口服一次。

(三) 磺胺药 磺胺甲基异恶唑(SMZ)对革兰氏阳性及阴性细菌均有效,且抗菌作用强,若与磺胺增效剂甲氧苄胺嘧啶(TMP)合用,则可加强抗菌效力,如前述诸药失效,可选用此种复方磺胺增效剂。TMP-SMZ合剂每片含TMP80毫克及SMZ400毫克,成人一般每次2片,每日2次,感染严重者,则每次3片。

五、镇咳 咳嗽过剧者可用镇咳药,但应注意分泌物较多难于咳出者,应用强力镇咳药后,痰液不易咳出,反造成不利。

(一) 一般可用棕色合剂10毫升日服三次,复方甘草片2~3片日服三次,或咳必清25毫克日服三次,咳嗽过剧者可临时服用复方樟脑酊3~5毫升,注意后者常服可成瘾。

(二) 咳嗽剧烈,痰量不多,须常镇咳者,可选用拿咳平(Noscapine),其镇咳作用与可待因相等,但不成瘾,每次15~20毫克,日服三次。

(三) 剧咳而痰多者,可选用阿斯凡林(Asverin),除有镇咳作用外,尚兼有祛痰作用,每次30毫克,日服三次。

六、祛痰 支气管腔内存在过多分泌物时,可阻塞管腔引起喘息,影响通气,并为细菌感染创造条件,故祛痰在治疗中占有重要地位。

(一) 保持室内足够的湿度,多饮开水,每日蒸气吸入2~3次每次半小时,或雾化吸入5%重碳酸钠溶液均有利于液化痰液。

(二) 常用的祛痰药有氯化铵每次0.3~0.6克,日服三次,远志合剂每次10毫升,日服三次。此等药物虽能液化痰液,但效力不强。

(三) 非感染粘液痰可用必嗽平(Bisolvon),是一种溶粘液祛痰剂,能使痰中的酸性粘多糖纤维断裂而致痰粘度降低易于咳出。每次4~8毫克,日服3~4次。痰易净(Mucomyst)可使痰中粘液蛋白溶解,20%溶液1~2毫升雾化吸入,每日3~4次。此药有引起支气管痉挛的副作用,可用异丙肾上腺素消除之。此外青霉素类药物或高浓度氧气可使此药失去作用,故应分开或交替使用。

(四) 感染性脓性痰可用蛋白溶解酶,包括胰蛋白酶及 α 糜蛋白酶,能溶解脱氧核糖核酸(感染性痰液的主要成分)及粘蛋白(非感染性痰液的主要成分),故对脓性痰及粘液痰均有溶解作用。剂量均为5毫克雾化吸入或气管内滴入。

七、平喘 包括拟交感胺类、黄嘌呤衍化物、抗组织胺药及甾皮质激素。

(一) 黄嘌呤衍化物 一般可应用氨茶碱0.1~0.2克,日服三次,急重时则用0.25克加于25%葡萄糖液内静脉缓注。茶碱类衍化物二羟丙基茶碱(喘定)松弛支气管平滑肌

作用较强，平喘效应可维持六小时，且对胃肠道刺激性小，每次0.1~0.2克口服三次。

(二) 拟交感胺类药 主要为作用于 β 受体的支气管扩张剂，异丙肾上腺素（喘息定）为其代表性药物，每次5~10毫克，每日3~4次舌下含，或0.5%溶液0.5毫升喷雾吸入，可引起心跳过速及血压变化是其缺点。如试用小量，即现心跳、头痛等副作用，则应改用他药。夜罗宁（Inolin）对心率及血压的影响较少，口服每次3毫克，肌注每次0.1~0.2毫克，静注每次0.1~0.2毫克加25%葡萄糖液20~40毫升，亦可用0.5%溶液0.3~0.5毫升喷雾吸入。索必它（Salbutamol）对循环的影响小，是一种长效的支气管扩张剂，一次应用可持续数小时，一般每次200微克喷雾吸入。

(三) 抗组织胺药 一般可用扑尔敏2~4毫克，口服三次。安其敏25~50毫克，口服2~3次。喘咳宁（Orthoxine）为较新的抗组织胺药物，有显著松弛支气管平滑肌作用，每次50~100毫克，必要时每3~4小时服一次。

(四) 糖皮质激素 一般不用，重症病例并有喘息者，其它药物无效时可短时试用，每次强地松5~10毫克，口服3~4次。

肺 气 肿

肺气肿是指肺泡过度充气和膨大，伴有肺组织弹性减退，使肺脏容积增大和肺功能受损。临床主要表现为气体交换及血液循环障碍。

【分类】

一、慢性阻塞性肺气肿 在弥漫性小支气管狭窄或堵塞的基础上发生，多见于慢性支气管炎、支气管哮喘、百日咳等病。

二、萎缩性肺气肿 由于肺泡壁弹性组织生理的衰退萎缩所致的肺泡膨胀。多见于老年人，故亦称老年性肺气肿。

三、代偿性肺气肿 一部分肺组织的纤维收缩、肺不张、肺切除，或胸膜过度增厚等，失去呼吸功能，未受损的肺组织则代偿性的加强呼吸，终致肺泡胀大而成肺气肿。

四、间质性肺气肿 因剧烈咳嗽，小支气管或肺泡破裂，空气窜入肺间质，形成间质性肺气肿。

临床上以慢性阻塞性肺气肿为多见，故本节重点叙述此种肺气肿。

【病因病机】 肺气肿常为肺部疾病如慢性支气管炎、支气管哮喘、支气管扩张、肺结核、尘肺等病的晚期并发症。在此等疾病的进程中，由于细支气管痉挛，粘膜肿胀，炎性分泌物的滞留，管壁纤维化等，引起气流受阻，呼气时细支气管口径变小，空气易进难出，肺泡充气过度而膨胀，局部压力增高，在咳嗽时此种情况尤为显著。加以支气管反复发生急性炎症，致细支气管壁的软骨破坏，细支气管失去软骨的支持，在呼气时更易陷闭，妨碍空气排出，更使肺泡过度膨胀。长期反复的肺泡膨胀，肺泡壁毛细血管受压，血流受阻，营养障碍，弹力纤维受损，肺泡壁弹性减退，使肺泡进一步扩张、破坏、甚至互相融合，最终肺泡不能回缩，形成阻塞性肺气肿。

【病理】 肺泡大量充气，肺容积增大，在大气压下不能回缩，肺表面呈很多大泡。

显微镜下可见肺泡极度扩张，泡壁变薄，弹力纤维变细或断裂，肺泡间隔消失，常见几个肺泡合成一个大泡。肺泡壁毛细血管狭窄、阻塞和破坏，毛细血管床减少。这些改变在肺尖或肺边缘部特别明显。此外尚可见到原发病或并发症如慢性支气管炎或慢性肺原性心脏病等相应的病变。

肺泡长期过度扩张，使肺脏膨胀，胸廓膨满，横膈下降，呼吸幅度降低，使肺残气量增加和通气功能障碍。由于肺泡的过度膨胀或破裂，使肺泡间毛细血管狭窄、阻塞或破坏，肺泡间无血流通过，等于无效腔，此时虽部分肺泡尚能通气，亦不能进行气体交换；另有些肺泡可能陷闭，此时肺泡间虽仍有血流通过，但肺泡不能通气，无法进行气体交换，形成动静脉分流。以上情况均造成通气与血流比率失常，因而产生缺氧及二氧化碳潴留。

由于肺毛细血管床减少，肺循环阻力增加，加以缺氧引起肺血管痉挛，红细胞增多引起的血液粘稠度增加，使肺循环的阻力进一步增高，形成肺动脉高压。长期的肺动脉高压则加重右心室的负担，久之逐渐造成右心室肥厚及扩张，进而发展为慢性肺原性心脏病。

【临床表现】

症状 慢性阻塞性肺气肿多在慢性支气管炎、支气管哮喘等呼吸系统疾病的基础上发生，除慢性咳嗽、咳痰、或气喘等原发病的症状外，主要表现为渐进性的呼吸困难与发绀。最初仅于较费力的活动如上楼登高时出现气促，以后逐渐在一般活动如走路时即出现，甚至说话穿衣均感吃力，严重时在静坐状态亦有气短，辅助呼吸肌活动明显，并可出现唇、舌、耳垂、指、趾发绀。晚期病例由于严重缺氧及二氧化碳潴留，可表现为烦躁不安、嗜睡、谵妄、意识模糊、甚至陷入昏迷，

体征 重度肺气肿胸廓呈桶状，肋骨平举，肋间隙增宽，肋骨下角增大，呼吸运动减弱。叩诊呈过清音，肺下界下移，心浊音界缩小，听诊呼吸音减弱，呼气延长，心音遥远，有时在剑突下才能听到。腹部呼吸运动较明显，腹肌多较紧张，常可触到肝下界。

【实验室检查】

X线检查 肺野透明度增加，肺纹理纤细变直，胸廓扩张，膈肌下降、变平，活动度减弱，肺动脉阴影显著，心影狭长，近似垂直位。

血象检查 由于长期缺氧代偿的结果，血液红细胞数和血红蛋白量可有不同程度的增高。

肺功能检查 残气量增加，残气占肺总量40%以上，最大通气量低于8万毫升/分，时间肺活量1秒率<60%。

【诊断】 重症肺气肿，根据慢性呼吸系统疾病史，结合上述症状、体征和X线检查所见，诊断并不困难。

【并发症】

一、自发性气胸 因肺泡破裂所致，可突然发生急剧的胸痛和呼吸困难。在已有严重肺功能损害者，一旦发生气胸，病情甚为严重，可导致窒息和休克。

二、慢性肺原性心脏病 肺泡过度充气膨胀和破裂，肺泡间毛细血管狭窄和破坏，肺血管阻力增高，形成肺动脉高压，加重右心的负担，如病变不断进展，可致慢性肺原