

现代中西医诊疗丛书

中 西 医 临 床
呼 吸 病 学

主编 武维屏 郝瑞福 田秀英

中国中医药出版社

R36
W41

现代中西医诊疗丛书

以 72/0
中西医临床呼吸病学

《现代中西医诊疗丛书》编委会

主编：胡国臣 张年顺



中国中医药出版社



A0292320

图书在版编目(CIP)数据

中西医临床呼吸病学/武维屏等主编,-北京:中国中医药出版社,1998
(现代中西医诊疗丛书)

ISBN 7-80089-775-3

I. 中… I. 武… III. 呼吸系统疾病-中西医结合疗法 IV. R56

中国版本图书馆 CIP 数据核字(97)第 23902 号

中国中医药出版社出版

发行者:中国中医药出版社

(北京市朝阳区东兴路 7 号 电话:64151553 邮码:100027)

印刷者:秦皇岛卢龙印刷厂印刷

经销者:新华书店总店北京发行所

开 本:787×1092 毫米 16 开

字 数:520 千字

印 张:20.5

版 次:1998 年 4 月第 1 版

印 次:1998 年 4 月第 1 次印刷

册 数:4000 册

书 号:ISBN7-80089-775-3/R·773

定 价:31.00 元

《中西医临床呼吸病学》编委会

主 编 武维屏 郝瑞福 田秀英

副主编 焦 扬 王 玉 周兆山

编写人员:(按姓氏笔划为序)

王 玉	王 强	王 伟	王海彤
王雅娟	田秀英	田 琳	刘 娟
刘 青	刘清泉	孙良梅	李云英
李 忠	冯淬灵	苏惠萍	陈玉珍
武维屏	杨效华	周兆山	罗 慧
金晨羲	郝瑞福	张志明	张治祥
张燕萍	张立山	张 琼	张玉环
张名甫	赵燕荣	姜 波	高志平
黄亦奇	梁直英	梁纪文	焦 扬
彭晓惠	韩佩荣	董西林	蔡鸿彦

前 言

随着社会的发展和科学技术的进步,我国医疗卫生事业取得了巨大成就。“西医、中医、中西医结合”医学为保障广大人民的身体健康做出了很大的贡献。无论是在基础研究,还是在临床诊疗方面,三者都有了很大的发展。尤其是中西医结合工作的大力发展,使其基本形成了一门较为独立的中西医结合学。中西医结合最大的优势是反映在临床诊疗方面。在临床工作中,应用中医和西医两套理论和诊疗方法,相辅相成,互为补充,取得了很好的临床疗效,并积累了大量宝贵的经验。在医疗实践中,西医努力学习和掌握系统的中医知识,中医学习和掌握系统的西医知识,对临床疗效的提高非常重要,现已成为广大医务人员的共识。但目前国内还未有一套系统的大型中西医诊疗丛书出版,广大中、西医临床医师及实习医师查阅及学习颇感不便。所以,系统总结我国当代西医、中医、中西医结合三方面诊疗经验,荟萃临床专家的诊治精华,努力反映临床各科中西医诊疗水平已成为迫在眉睫之事了。

鉴于以上原因及强烈的责任感,我们组织了我国数百位临床各科的西医、中医、中西医结合著名专家共同编写了1800余万字,20部的《现代中西医诊疗丛书》这套巨著。该书适合广大西医、中医、中西医结合专业人员参考使用,是广大基层医师的临床必读书,也是广大中、西医院校实习医师临床学习的重要参考用书。

本套丛书体例新颖,特色鲜明,突出临床,突出诊治,突出中西医并举及在临床治疗上的互参并用。从实际出发,客观介绍每一疾病的各种诊疗方法,围绕临床诊治,详略得当,重点突出。全书内容丰富,资料翔实,体现了科学性、实用性、系统性,反映了当代中西医诊疗水平。每一种书一般分总论和各论两部分,总论主要介绍本学科临床基本知识和技术,并对本学科临床诊疗中具有一般性的问题设专题进行介绍。各论主要介绍疾病的诊疗。以西医病名为纲,中西医内容分述。对每一疾病,均从西医、中医、中西医结合三方面论述其诊治。西医内容包括:〔概述〕、〔诊断要点〕、〔诊断标准〕、〔鉴别诊断〕、〔诊断提示〕〔治疗方法〕、〔治疗提示〕。中医内容包括:〔辨证纲目〕、〔辨证选方〕、〔专方验方〕、〔其它疗法〕、〔中成药〕、〔名医经验〕。中西医结合内容包括:〔治疗思路与方案〕、〔诊疗经验集要〕。

西医部分的〔诊断提示〕和〔治疗提示〕是本书重要特色之一。这部分内容重点对该病在发生、发展,以及诊治过程中有关诊断、治疗的重点、难点等诸多相关问题进行临床提示,集中反映了临床专家的诊治精华和实践经验。〔诊断标准〕重点介绍了本病目前最新统一的西医诊断标准,有重要的参考价值。

中医部分内容丰富,实用性强。既有辨证论治,又有专方验方的应用,及其他临床行之有效的方药、方法。中西医结合部分重点介绍疾病在治疗上的中西医方法协同作用,有有机结合应用,既体现了当代中西医结合诊治的成果,又具有很好的学术及实用价值。

本套丛书共计 20 种，包括《中西医临床肿瘤学》、《中西医临床疼痛学》、《中西医临床骨伤科学》、《中西医临床皮肤病学》、《中西医临床儿科学》、《中西医临床妇科学》、《中西医临床外科学》、《中西医临床肛肠病学》、《中西医临床呼吸病学》、《中西医临床消化病学》、《中西医临床心血管病学》、《中西医临床肾病学》、《中西医临床血液病学》、《中西医临床神经病学》、《中西医临床急诊学》、《中西医临床老年病学》、《中西医临床眼科学》、《中西医临床耳鼻喉科学》、《中西医临床精神病学》、《中西医临床性病学》。

本套丛书的编写工程浩大，各书主编及编写人员表现出了极大的责任心，付出了巨大的努力。同时又得到了许多学术界知名专家的指导及国家中医药管理局有关领导的关怀和支持，谨此致谢。

鉴于本套丛书涉及面较广，临床疾病诊疗又极具复杂性，又受编审时间和编者水平的限制，故书中不妥和疏漏之处在所难免，尚请广大读者批评指正，以便今后再版时修订和更新，使本套丛书成为广大医务人员的良师益友。

《现代中西医诊疗丛书》编委会

一九九六年三月二十八日

《现代中西医诊疗丛书》编委会

学术顾问 (按姓氏笔划为序)

王永炎 李振吉 陈士奎 吴咸中 沈自尹
尚炽昌 施 杞 唐由之 翁维良

总 编: 张文康

总 审: 陈可冀

主 编: 胡国臣 张年顺

执行主编: 张明理

副 主 编: 韦绪性 李佩文 洪家铁 彭 勃 韦绪怀
石效平 鹿道温

编 委 (按姓氏笔划为序)

王友和 王玉来 王自敏 韦绪怀 韦绪性
石学敏 石效平 田秀英 仝选甫 吕宏生
刘玉宁 刘 锋 杜 建 李巧凤 李国栋
李佩文 张明理 张年顺 杨毓华 吴运泉
欧阳恒 武维屏 周庚生 郝瑞福 胡国臣
洪家铁 倪世美 崔乃杰 鹿道温 彭 勃
焦增绵

编写说明

呼吸系统疾病是内科常见病、多发病,严重危害人民身体健康。早在七十年代周总理就发出防治“呼吸四病”的指示,二十七年来中西医医务工作者在防治呼吸系统疾病的医疗实践中,取得了很大成绩,积累了丰富的经验。本书力图将大家的宝贵经验进行一次广泛的收集整理,故编写人员大多为有临床经验的主治医师以上人员,遍布全国十余省市。在编写过程中,我们注重吸取古、今、中、西医文献资料,斟酌取舍,纳入文中,以期达到为从事临床医、教、研工作的医务人员,提供一册简捷方便的参考书之目的。

由于时间仓促,编写水平有限,本书错误不足之处,在所难免,希望读者及广大中西医同道不吝赐教。

编者

1997·3

目 录

专题篇	1
第一节 肺系疾病中医治法概要.....	1
第二节 抗菌药物在呼吸系统感染中的应用.....	6
第三节 呼吸系统疾病中激素的应用.....	19
第四节 呼吸系统常见疾病X线影像学临床诊断概要.....	23
第五节 肺功能检查.....	32
第六节 血气分析.....	35
第七节 纤维支气管镜检查与支气管肺泡灌洗在呼吸系统疾病中的运用.....	40
第八节 呼吸机的临床应用.....	47
第九节 氧气疗法.....	51
第十节 呼吸道疾病中湿化与雾化疗法.....	53
第十一节 呼吸系统感染的微生物学检查.....	64
病证篇	71
第一章 上感及急性气管炎	71
第一节 上呼吸道感染.....	71
第二节 急性气管-支气管炎.....	80
第二章 慢性阻塞性肺病	86
第一节 慢性支气管炎.....	86
第二节 支气管哮喘.....	94
第三节 肺气肿.....	109
第四节 支气管扩张.....	119
第五节 肺不张.....	128
第三章 肺部感染性疾病	130
第一节 细菌性肺炎.....	130
第二节 病毒性肺炎.....	145
第三节 支原体肺炎.....	156
第四节 军团菌肺炎.....	163
第五节 肺真菌病.....	167
第六节 吸入性肺炎.....	182
第七节 老年性肺炎.....	186
第八节 肺脓肿.....	195
第四章 肺结核病	201
第五章 特发性肺纤维化	214
第六章 职业性肺疾病	220

第七章 结缔组织病的肺部表现.....	234
第一节 系统性红斑狼疮.....	234
第二节 类风湿性关节炎.....	238
第八章 肺循环疾病.....	243
第一节 肺水肿.....	243
第二节 慢性肺原性心脏病.....	246
第三节 肺血栓栓塞.....	259
第九章 原发性肺恶性肿瘤——肺癌.....	263
第十章 支气管、肺良性肿瘤.....	273
第一节 支气管腺瘤.....	273
第二节 肺纤维瘤.....	276
第十一章 胸膜疾病.....	279
第一节 结核性胸膜炎.....	279
第二节 脓胸.....	283
第三节 自发性气胸.....	285
第十二章 睡眠呼吸暂停综合征.....	290
第十三章 胸内结节病.....	292
第十四章 呼吸衰竭.....	297
第十五章 成人呼吸窘迫综合征.....	308
附录 常用临床检验参考值.....	313

专 题 篇

第一节 肺系疾病中医治法概要

肺系疾病主要有咳嗽、哮喘、喘证、肺癆、肺癰、肺痿和肺胀等。病因多由外感和内伤所致，病机总为肺失宣发肃降，病证不外寒热虚实。其常用治法较多，除了辨证立法、选用内服汤药的内治法外，还有针灸、推拿、敷贴、埋线等其他治法。肺系疾病的内治法以脏腑辨证为基础，注重脏腑论治以调节脏腑功能。肺系疾病临床表现多有咳、痰、喘，故应注重止咳、化痰、平喘等对症治疗。现将各治法分述如下。

一、脏腑治法

脏腑是构成人体的有密切联系的整体，五脏之间有生克乘侮的关系，脏腑之间有互为表里的联系。因此，在进行脏腑辨证治疗肺系疾病时，直接治肺法和根据五脏生克关系、脏腑表里关系治疗的间接治肺法常作为确定治疗手段时的两大纲法。

(一)直接治肺法

常用的有宣肺、降肺、温肺、清肺、润肺、敛肺、补肺、泻肺八法。

1. 宣肺：宣肺，即宣通肺气，恢复其宣降功能之治法。主要包括宣肺散寒、宣肺解热、宣肺降逆及宣肺行水四法。

(1)宣肺散寒法：适用于寒邪束表，肺失宣肃，症见恶寒发热、头身疼痛、鼻塞、咳嗽、胸闷不舒、吐痰清稀。以麻黄汤、荆防败毒散为代表方。

(2)宣肺解热法：适用于温邪侵袭，肺卫失宣，症见身热恶风、咽痛、流涕、咳嗽、舌尖红、脉浮等。以桑菊饮、银翘散为代表方。

(3)宣肺降逆法：适用于邪犯肺卫，肺失肃降而喘促、咳嗽者。偏寒多用三拗汤之类，偏热多用麻杏石甘汤之类。

(4)宣肺行水法：适用于外邪侵犯，肺气不宣，不能通调水道，因而水湿停滞者，症见浮肿、小便不利，兼有恶风、发热、脉浮等。以越婢汤及越婢加术汤为代表方。

2. 降肺：降肺，即用肃降肺气、降气化痰，降火肃肺、肃肺祛痰等方药，以治疗因肺失肃降所致的咳、痰、喘等症。主要包括肃降肺气，降气豁痰及肃肺祛痰三法。

(1)肃降肺气法：适用于肺气壅郁、肺失肃降而气逆咳嗽或咳喘者。以苏子降气汤及葶苈大枣泻肺汤为代表方。

(2)降气豁痰法：适用于痰涎壅盛所致之咳嗽痰多。以三子养亲汤、加味半夏丸为代表方。

(3)肃肺祛痰法：适用于痰血内阻之咳嗽者。代表方为桃仁散和加味当归丸。

3. 温肺：温肺，即用温阳、祛痰、化饮、降逆的方药，治疗因肺寒所致的痰、哮、喘、咳等症。主要包括温肺止咳、温中化痰、温肺平喘及温肺理气四法。

(1)温肺止咳法：适用于肺寒咳嗽、痰多、清稀、色白等症。以止咳散为代表方。

(2)温肺化痰法：适用于形寒肢冷，肺脾俱寒，咳嗽吐稀涎痰者。以加味理中丸为代表方。

(3)温肺平喘法:适用于肺寒喘证与哮喘。以小青龙汤、苏子降气汤、射干麻黄汤、苓甘五味加姜辛半夏杏仁汤为代表方。

(4)温肺理气法:适用于肺寒、气机不利而咳嗽上气者。以九宝饮酌加旋覆花汤为代表方。

4. 清肺:清肺,即通过清泄肺热、清热降逆等,以消除热毒壅肺及肺热喘咳的治法。主要包括清肺化痰、清肺泻火、清暑益肺、清肺降逆及清肺解毒五法。

(1)清肺化痰法:适用于肺热痰多的咳嗽。以清肺化痰汤为代表方。

(2)清肺泻火法:适用于火热咳嗽。以二母宁嗽汤为代表方。

(3)清暑益肺法:适用于暑热伤肺之咳喘。以加味玉露散为代表方。

(4)清肺降逆法:适用于肺热喘咳之证。以麻杏石甘汤、定喘汤为代表方。

(5)清肺解毒法:适用于热毒壅肺,症见发热、胸痛、咳唾脓血;或咽喉、腮颊肿痛。以千金苇茎汤、普济消毒饮等为代表方。

5. 润肺:润肺,即用滋养肺阴的方药以达润燥清肺的治法。适用于温燥伤肺,津液被灼,出现头痛身热,心烦口渴,干咳无痰,或痰少咳出不畅,咳甚则胸痛,鼻燥咽干,咽喉疼痛,既有肺热,又有伤津等症。以桑杏汤、沙参麦冬汤、养阴清肺汤为代表方。

6. 敛肺:敛肺,即通过收敛肺气,以达止咳、平喘、止汗、止血的治法。主要包括敛肺降逆、敛肺止血、敛肺止汗三法。

(1)敛肺降逆法:适用于肺气耗散,肺虚不敛的久咳不止,脉细而数之证。以五味子汤、人参补肺饮为代表方。

(2)敛肺止血法:适用于久咳不愈并见咯血者。以五味子、白及、阿胶、海蛤粉等敛肺、止血药为主,辅以百合、百部、贝母等润肺、化痰、止咳之品,共收敛肺止血之效。

(3)敛肺止汗法:适用于气阴两虚,卫外失固而自汗、盗汗甚多,久汗不止等。以生脉散为代表方。

7. 补肺:补肺,即通过补肺气、养肺阴,以消除肺虚证候的治法。主要包括补气、滋阴、双补气阴三法。

(1)补益肺气法:适用于肺气虚弱的少气懒言,声低气短,动则气促,自汗等症。以补中益气汤、玉屏风散、人参蛤蚧散为代表方。

(2)滋养肺阴法:适用于肺阴不足或肺癆阴虚的干咳无痰,痰中带血,午后潮热,盗汗遗精等症。以琼玉膏、百合固金汤为代表方。

(3)双补气阴法:适用于肺气阴两虚的气短懒言,头昏少神,咽干口渴,久咳,汗多,唇舌干燥等症。以生脉散为代表方。

8. 泻肺:泻肺,即通过泻肺逐饮,通调水道,以清除和改善痰水壅肺的治法。适用于痰水壅肺的喘息气促,胸肋疼痛等症。轻症以葶苈大枣泻肺汤,重症以十枣汤或大陷胸汤为代表方。

以上八法,宣肺、降肺、清肺、泻肺,属于祛邪;温肺、润肺,有其祛邪的一面,又有其扶正的一面;补肺、敛肺均属扶正。临证时,以上诸法多参合应用,如宣、降同用,清、降同用,清、润同用,清、宣同用,润、降同用,敛、补同用,还可多法叠合运用,如温、清、宣、敛合用,宣、降、清、润合用等等。

(二)间接治肺法

即通过五脏生克关系,脏腑表里关系进行治疗的方法。常用的有肺脾同治、肺肝同治、肺肾同治、肺心同治、肺肠同治、肺脾肾同治、肺肝脾同治七法。

1. 肺脾同治法

(1)培土生金以治痰源:临床多见咳喘痰多清稀,胸闷乏力。多于治肺方中合入二陈汤、参苓白术丸、苓桂术甘汤等方。

(2)益气固表以防风犯:临床多见哮喘多汗,稍受凉即发鼻塞、流清涕,多以玉屏风散、四君子汤等方化裁。

(3)苦降辛开以利脾胃运化、气机升降:临床多见哮喘,胸满脘胀,苔腻而黄,脉滑数。多以半夏泻心汤与治肺药合方化裁。

2. 肺肝同治法

(1)泻肝清肺以治木火刑金:症见咳喘阵作,干咳无痰或痰黄粘稠,痰中夹血。多将泻白散、黛蛤散加入宣降肺气方中。

(2)理气降逆以畅达气机:如咳、喘与情志月经有关时,选用四逆散、小柴胡汤加减。

(3)酸甘柔润以养肝熄风,临床多见哮喘咳嗽骤发骤止,苔薄白,舌质略红,脉细弦小数。可用过敏煎合地龙、僵蚕或全蝎等,或合钩藤、白蒺藜等药治之。

3. 肺肾同治法

(1)温肾散寒以治顽固寒喘:临床见哮、喘,痰多,遇寒加剧或引发,腰膝酸冷。多用麻黄附子细辛汤少加泻肺药。

(2)温肾纳气以治喘促、喘脱:临床多见哮喘持续,汗出淋漓,呼多吸少,痰声漉漉。多用都气丸加紫石英、补骨脂、沉香粉等。

(3)滋阴补肾,壮水之主:临床多用于久服激素类药物后乏力,动则作喘,口渴,舌红脉细,多用六味地黄丸、麦味地黄丸等服一阶段后,待阴生阳长,再进阴阳双补之剂,同时渐减激素。

(4)温补肾命,益火之源:临床多见哮喘日久,面色觥白或黧黑,动则喘甚,腰膝酸冷,阵阵衰热。舌质淡,苔白,脉细缓无力。多用二仙汤、青娥丸、金匱肾气丸合入治肺药中。

4. 肺心同治法

(1)宣痹通阳以畅心肺气血:临床多见哮喘,胸憋闷痛,痰多色白,用瓜蒌薤白桂枝汤合入治肺药中。

(2)活血通脉以利肺气宣降:哮喘久发,面色黧黑,心悸时作,舌有瘀斑,脉结代,多用丹参饮、血府逐瘀汤加治肺药。

(3)温阳化饮以助气运血行:哮喘久发,颜面虚浮,动则心悸喘重,舌暗红,苔腻,多用桑苏桂苓饮、瓜蒌薤白半夏汤、苓桂剂加治肺药。若饮郁化热,多用金匱木防己汤加治肺药。

5. 肺肠同治法

(1)宣肺通便以治肺热肠实:症见咳、喘、哮,气粗声高,伴有寒热,大便数日不解,苔黄腻,脉弦滑,多用宣白承气汤化裁或己椒苈黄丸加理肺药。

(2)解肌清里以治肺热里传阳明:症见咳、喘、哮,伴有寒热,大便稀薄,口渴苔黄,脉弦数,尤儿科多见,多用葛根苓连汤化裁。

6. 肺脾肾同治法:滋肺肾化痰湿以治肺肾阴虚,见痰湿内停之咳喘痰多,五心烦热,自汗盗汗,多用金水六君煎化裁。

7. 肺肝脾同治法:养肝健脾理肺治咳喘久发,痰稀白量多,水肿,纳呆乏力,常用当归芍药散加宣降肺气药。

二、对症治疗

(一)止咳法

咳嗽是肺系疾病的主要证候之一,做为一个症状,又可见于多种肺系疾病之中。外感与内伤多种病因导致肺气失于宣发、肃降时均可产生咳嗽症状。对于咳嗽的治疗其主要方法是根据其病因病机进行治疗。古人云:“咳嗽不离乎肺,咳嗽不只于肺”,前述脏腑论治中,基本概括了针对病因病机治疗咳嗽的原则。针对症状治疗,有止咳和镇咳两法。止咳法如宣肺止咳、肃肺止咳、化痰止咳、理气止咳等。刘河间云“咳嗽者,治痰为先;治痰者,下气为上”。因此止咳药多有利肺气、化痰浊作用。药如杏仁、前胡、紫菀、贝母等。镇咳即对咳嗽剧烈,或咳嗽并咳血需急当止咳者用之。药如罂粟壳、诃子肉、五倍子等,此类药一般不主张早用,以免闭门留寇。

(二)平喘法

喘是肺系疾病常见证候之一。做为症状,可见于多种急慢性疾病之中。“喘分虚实”、“哮分寒热”、“哮必兼喘”。因此喘不外寒热虚实四证。治疗当守《素问·至真要大论篇》“寒者温之,热者清之,虚者补之,实者泻之”的原则。常用药实喘多选麻黄、葶苈子等宣降肺气之品,虚喘多用五味子、补骨脂、人参、附片之品,具体可参阅喘证辨治。

(三)化痰法

已成之痰,内贮于肺,肺气壅塞,可致上逆为咳,甚而作喘等肺系疾病。因此,化痰法亦为肺系疾病治疗时所常用。主要有燥湿化痰、清热化痰、润燥化痰、温化寒痰、祛风化痰五法。

1. 燥湿化痰法:适用于湿痰证,症见痰多易咯,胸脘痞闷,呕恶眩晕,肢体困倦,舌苔白滑或腻,脉缓或弦滑等,常用燥湿化痰药如半夏、南星、陈皮等,代表方如二陈汤。

2. 清热化痰法:适用于热痰证,症见咳嗽痰黄,粘稠难咯,舌红,苔黄腻,脉滑数等。常用清热化痰药如瓜蒌、胆南星等,代表方如清气化痰丸、小陷胸汤等。

3. 润燥化痰法:适用于燥痰证。症见痰稠而粘,咯之不爽,咽喉干燥,甚则呛咳,声音嘶哑等。常用润肺化痰药如贝母、瓜蒌等,代表方如贝母瓜蒌散。

4. 温化寒痰法:适用于寒痰证。症见咳痰清稀色白,舌苔白滑等。常用温化寒痰药如干姜、细辛等,代表方如苓甘五味姜辛汤。

5. 祛风化痰法:适用于风痰症,外感风邪,肺气不宣,痰浊内生。症见恶寒发热,咳嗽痰多,咽痒,舌苔薄白等,常以宣散风邪药与化痰药合用,代表方如止嗽散。

止咳、化痰、平喘法多参合应用,如止咳、化痰同用,化痰、平喘同用,止咳、平喘同用,止咳、化痰、平喘合用。临证时当灵活变通应用。

另有辨病与辨证相结合治疗,也当重视。如肺癆,除辨证论治外,可加中药抗癆药如黄芩、百部、侧柏叶等;肺痈,除分期辨证外,可加用鱼腥草、连翘、桔梗、贝母等排脓解毒药;哮喘按内源性、外源性分别加用中药解痉,脱敏药如蝉衣、僵蚕、防风、乌梅等。详见各章,此不赘述。

还有饮食疗法,可做为内治法的辅助治疗之一。如胖大海冰糖茶、梨与冰糖同蒸,治疗火燥咳嗽、音哑失音等;沙参煲鸡蛋养阴清肺,可治肺结核痰中带血;川贝母、梨汁、冰糖炖服治疗阴虚咳嗽等。祖国医学食疗宝库中,有许多方法可参阅、借鉴,不一一叙述。

三、针灸疗法

1. 体针:①主穴:肺俞、尺泽。②配穴:痰多配丰隆;咽痒而咳刺天突;胸膈憋闷刺内关、膻中;恶寒发热加泻大椎、合谷;头痛刺太阳、风池;气逆作咳,胸肋引痛配阳陵泉、太冲;咳喘日久体弱温灸肺俞、肾俞、脾俞。③手法:外感实证宜浅刺,用泻法;内伤虚证宜平补平泻,并可配合艾灸。

2. 耳针:①主穴:肺、神门。②配穴:咳嗽配支气管、枕点;哮喘配肾、肾上腺、平喘、交感、皮质下。③手法:每日1次,每次留针30分钟或1小时,5~10次为1个疗程,疗程间休息3~5天。

3. 皮肤针:咳嗽叩刺督脉经、膀胱经的上背部,以皮肤红润或少量出血为度,每日1次,5次为1个疗程。哮喘发作期,可用皮肤针叩击鱼际及前臂手太阴肺经循行部15分钟,两侧胸锁乳突肌15分钟,有缓解作用。

4. 拔罐疗法:①走罐:取上背部脊柱两侧,3~5天治疗1次,5次为1个疗程。②刺络拔罐:部位同走罐,先用皮肤针叩刺,再施拔罐。

四、推拿

长期推拿治疗能提高患者免疫力,对肺系疾病的预防及缓解其临床症状有较好疗效。

1. 手法:平推、按、揉、提拿等。
2. 取穴:膻中、天突、肩井、肺俞、膈俞、肾俞等。
3. 疗程:每日1次。实证6次为1个疗程,虚证12次为1个疗程。各疗程之间休息3~5天。

五、外治法

(一)敷法

1. 生南星末或白芥子末适量,姜汁调敷足心以治痰喘上气。
2. 寒痰用草乌、南星、白果各等量,姜调敷肺俞穴、膻中穴。
3. 热痰用大黄、五倍子、牡蛎各等量为末,以醋调敷膻中穴、肺俞穴。

(二)贴法

三健膏(天雄、川乌、川附子、桂心、官桂、桂枝、细辛、川椒、干姜各等份,麻油熬,加黄丹收膏)摊贴肺俞穴,3日一换,可治哮喘。

(三)涂法

白芥子、延胡索各30g,甘遂、细辛各15g,入麝香1.5g,研末杵匀,姜汁调涂肺俞、膏肓、百劳等穴,10日一换。最好在夏月三伏天涂,用以治哮喘。

(四)熨法

紫苏子60g,白芥子30g,萝卜子60g,炒熨背部以治痰实气喘。

(五)擦法

1. 姜汁和蜜擦背治干咳。
2. 荞面和鸡蛋清为团,擦胸口治哮喘痰稠,大便结实热证。
3. 姜渣、竹沥擦胸治痰结。
4. 杏仁河子散(杏仁、青黛、河子肉,佐以海蛤粉、半夏、香附、瓜蒌,以姜汁、白蜜调)擦胸背治肺胀,咳而上气,烦躁而喘。

(六)吸法

三奇散(款冬花、木鳖仁,或款冬、雄黄、艾叶各30g,共研末)摊纸上卷筒烧烟吸治咳嗽,水肿喘促。

(七)塞法

1. 白果麻黄栓(白果、麻黄各等量捣碎)塞鼻治寒哮。
2. 金银丸(巴豆霜、姜汁为丸,橘皮裹)塞鼻治喘。

(八)雾化吸入法

鲜竹沥水 20mL 置雾化器中雾化吸入以化痰。

(九)埋线法

选取定喘、大椎、肺俞、厥阴俞、中府、尺泽等穴，埋植羊肠线，每 20~30 天 1 次，连续数次以治疗哮喘。

(十)割治法

选取膻中穴，常规消毒皮肤后，切开膻中穴皮肤，以刀刺激骨膜数次，然后缝合包扎。

第二节 抗菌药物在呼吸系统感染中的应用

呼吸系统感染包括上呼吸道感染和下呼吸道感染。上呼吸道感染包括普通感冒，流行性感冒，急性咽喉炎，急性扁桃体炎，急性喉炎，急性会厌炎等。下呼吸道感染包括急性支气管炎，慢性支气管炎急性发作，支气管扩张并发感染，急性细支气管炎，肺炎，肺脓肿，脓胸等。下呼吸道感染习惯上称为肺部感染。上呼吸道感染主要由病毒引起，其次为细菌，偶也见有支原体。下呼吸道感染的病原微生物主要为细菌，其次为病毒、支原体，偶有衣原体、立克次体、原虫等。本篇主要讲抗菌药物在呼吸系统感染中的应用。

一、呼吸系统感染的种类及病原微生物

医院内外耐药菌株变迁，患者免疫缺陷程度，年龄，抗菌药物应用状况等对呼吸系统感染的病原菌均有相当影响。在院外获得感染的儿童、青壮年患者，其病原菌多为肺炎球菌，其余尚有流感杆菌，金黄色葡萄球菌等，较少见者为溶血性链球菌、肠道革兰氏阴性杆菌、支原体、衣原体、立克次体、真菌、厌氧菌等。院内呼吸系统感染的病原菌中革兰氏阴性杆菌明显增多，其中肺炎杆菌，绿脓杆菌和大肠杆菌较多见，产气杆菌、变形杆菌、沙雷氏菌、不动杆菌属、阴沟杆菌、枸橼酸杆菌等少见。其次为耐青霉素 G 的金黄色葡萄球菌，肠球菌，支原体，厌氧菌，真菌等，偶有嗜肺军团菌。血液病及恶性肿瘤患者常有严重的免疫缺陷，老年人常有各种慢性病，免疫功能和白细胞吞噬功能减弱，M 球蛋白增多而 γ 球蛋白相对减少，发生呼吸系统感染时病原菌多为革兰氏阴性杆菌，其次为革兰氏阳性球菌如金黄色葡萄球菌，肠球菌，肺炎球菌等。一些条件致病菌如卡他奈瑟菌，草绿色链球菌，念珠菌属，表皮葡萄球菌，曲菌等也有成为病原的可能。经常应用抗菌药物者由于革兰氏阳性球菌如肺炎球菌，溶血性链球菌等易于被杀灭，因而其肺部感染也多为革兰氏阴性杆菌、耐青霉素 G 金黄色葡萄球菌、真菌等引起。昏迷、休克等患者常因吸入口腔分泌物而发生厌氧菌如类杆菌属，消化球菌，消化链球菌，梭状杆菌等所致的肺部感染。长期应用利福平、链霉素的患者易继发真菌，特别是白色念珠菌所致的肺部感染。

二、常用于呼吸系统感染的抗菌药物

常用的抗菌药物有 β -内酰胺类(青霉素类，头孢菌素类)，大环内酯类(红霉素及其衍生物，螺旋霉素和麦迪霉素及其乙酰衍生物等)，复方磺胺药，氨基糖甙类(庆大霉素，妥布霉素，阿米卡星，卡那霉素，奈替米星等)，半合成四环素(多西环素，米诺环素等)，林可霉素类(林可霉素，克林霉素)，利福平，氯霉素等。近年来常用者有氟喹诺酮类(诺氟沙星，依诺沙星，氧氟沙星，培氟沙星，环丙沙星)，但不宜用于 16 岁以下的儿童。

大环内酯类和利福平的分子量较大，氯霉素和 TMP 的脂溶性较高，均易渗入支气管——

肺组织中。红霉素和氯霉素在痰及支气管分泌物中的浓度均为血药浓度之半(40%~60%),TMP的痰中浓度甚至超过血浓度。氨基糖甙类在痰中浓度均为血药浓度的20%~30%,因不同品种而异。脓痰中的钙、镁离子及脓腔中的酸性和厌氧环境常影响本类药物的抗菌活性。 β -内酰胺类系通过弥散进入支气管-肺组织中,其在痰及支气管分泌物中的浓度远较血浓度低,一般仅为后者的1%~10%,但因可用较大量,且肺部有炎症时渗入的药物浓度明显升高而达有效水平,故仍是常被采用的药物。克林霉素或林可霉素应用一般剂量后在痰中可达有效浓度,并具较强穿透痰中糖蛋白成分的活力,糖蛋白有保护细菌的作用,很多抗菌药物不易透入。氟喹诺酮类如依诺沙星、环丙沙星等也有相当量渗入痰-支气管分泌物中。

(一)大环内酯类

大环内酯类(macrolides)主要供口服,为大分子内酯药物,脂溶性较好。静脉注射制剂应用其乳糖酸盐或酒石酸盐,国内常用者有红霉素及其酯化物,麦迪霉素和螺旋霉素及其乙酰化衍生物,以及交沙霉素、吉他霉素(柱晶白霉素)等,近年来有较多新品种问世,大多为红霉素衍生物,如罗红霉素,阿齐红霉素,氧甲红霉素,地红霉素以及乙酰麦迪霉素等。

大环内酯类的抗菌谱与青霉素G相似,属窄谱抑菌抗生素,对需氧革兰氏阳性菌如葡萄球菌属(已有耐药株),链球菌属,李斯德菌属,炭疽杆菌等有较强抗菌活性,对肠球菌属也具有一定作用,对革兰氏阴性菌的作用较差,除嗜肺军团菌、百日咳杆菌、脑膜炎球菌、淋球菌,以及某些流感杆菌、空肠弯曲菌、志贺菌属、布鲁菌属外,绝大多数肠杆菌科细菌均对本类耐药。支原体属和衣原体属对本类特别敏感。大多数厌氧菌对本类敏感,脆弱类杆菌虽亦有敏感株,但耐药者多。

军团菌肺炎在医院内外获得性肺炎中均占一定比例,病死率高,红霉素为首选药物,剂量宜较大。本品也是敏感革兰氏阳性球菌、支原体属、衣原体属等所致咽喉炎、细支气管炎、肺炎等的选用药物或首选药物,对社会获得性肺部感染(病原为肺炎球菌、流感杆菌、肺炎支原体、嗜肺军团菌等)尤有应用指征。

(二)氨基糖甙类

氨基糖甙类的拮抗对象主要为革兰氏阴性杆菌,包括一些比较耐药的条件致病菌如绿脓杆菌、沙雷菌属、肠杆菌属、枸橼酸杆菌属、不动杆菌属、产碱杆菌属等,其中以阿米卡星的作用为最好。氨基糖甙类对革兰氏阳性球菌也有一定活性,但不如一二代头孢菌素,其中以奈替米星的活力为较强。本类药物虽对淋球菌和流感杆菌的产酶和非产酶株均有相当活性,但临床疗效一般,非首选或选用药物。本类与青霉素类联合对肠球菌属具协同作用,乃细胞壁受损后本类药物易于透入而作用于靶位所致。对厌氧菌完全无效。

国外常用的氨基糖甙类有庆大霉素、妥布霉素、阿米卡星。国内应用的品种较多,除奈替米星尚少采用外,常用者有链霉素、卡那霉素、新霉素、核糖霉素、小诺霉素等。链霉素对革兰氏阳性菌的活性较弱,其用途已局限於结核、布鲁氏杆菌病(与四环素合用)、鼠疫、感染性心内膜炎(与青霉素G合用);卡那霉素对肠杆菌属、绿脓杆菌等的作用较弱,而耳肾毒性又较强,已渐趋淘汰之列;新霉素的耳、肾毒性更强,仅限于口服及局部应用。

氨基糖甙类作用于细菌蛋白质合成的全过程,抑制其合成和释放,并导致细菌细胞膜通透性增加,胞质内重要物质外漏而引起细菌迅速死亡。本类与 β -内酰胺类合用常可获得协同或累加作用,拮抗现象少见,但联合药敏试验仍具重要参考价值。细菌对本类药物的耐药性主要由于纯化酶的产生,其次为靶位结构和转运系统的改变。链霉素、庆大霉素、妥布霉素等可为多种纯