



中西医结合 临床教学案例

ZHONGXIYI JIEHE LINCHUANG JIAOXUE ANLI

主编 / 何清湖

ZHONGXIYI JIEHE LINCHUANG JIAOXUE ANLI



湖南科学技术出版社





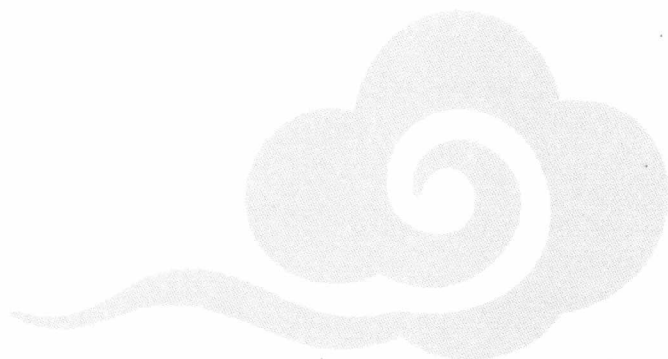
中西医结合 临床教学案例

ZHONGXIYI JIEHE LINCHUANG JIAOXUE ANLI

主编 / 何清湖



湖南科学技术出版社



图书在版编目 (CIP) 数据

中西医结合临床教学案例 / 何清湖主编. —长沙: 湖南科学技术出版社, 2008.11

ISBN 978-7-5357-5498-1

I. 中... II. 何... III. 中西医结合疗法-临床医学-病案-分析 IV. R45

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 173393 号

中西医结合临床教学案例

主 编: 何清湖

责任编辑: 梅志洁

出版发行: 湖南科学技术出版社

社 址: 长沙市湘雅路 276 号

<http://www.hnstp.com>

邮购联系: 本社直销科 0731-4375808

印 刷: 长沙瑞和印务有限公司
(印装质量问题请直接与本厂联系)

厂 址: 长沙市井湾路 4 号

邮 编: 410004

出版日期: 2009 年 1 月第 1 版第 1 次

开 本: 787mm×1092mm 1/16

印 张: 14.75

字 数: 336000

书 号: ISBN 978-7-5357-5498-1

定 价: 28.00 元

(版权所有·翻印必究)

前 言

中西医结合临床医学专业的高等教育已在全国许多中医院校、医药院校和部分综合性大学开办,中西医结合临床一体化的专业培养模式已得到广泛认可,相应的中西医结合临床系列教材包括各院校自编和行业规划教材均已出版,并投入教学使用。现有中西医结合临床教材的编纂重视突出中西医的“病证结合,优势互补,求同存异”原则,教材编纂体例多遵概述、病因病理(包括西医病因病理和中医病因病机)、临床表现、诊断、鉴别诊断、治疗(包括中西医结合治疗基本原则和思路、西医治疗、中医治疗)、预防与调护等逐一编写,强调学生对中西医结合临床学科基础理论、基本知识和基本技能的掌握。但是这种教学方式也带来一些弊端:①与临床治疗的思维有一定距离。②不利于培养学生分析问题与解决问题的能力。③教学方法易走向满堂灌,不利于调动学生主动思考和学习的积极性。而案例式教学现已成为医学临床课程教学方法改革的重要课题,如何探索在中西医结合临床课程中开展案例式教学,值得去探索和研究。为此,我们在2006年向湖南省教育厅申报了省级教改研究项目,并获批准立项。通过该教程的编纂,希望能促进案例式教学在中西医结合临床课程中得到广泛开展,有利于实施床边教学,调动中西医结合临床医学专业的学生主动、积极地认真学习、思考问题,提高他们运用中西医结合的临床思维方法分析问题与解决问题的能力,并有利于培养他们的创新意识,提高创新能力。

《中西医结合临床教学案例》旨在适应当今中西医结合临床教学改革的发展趋势,满足专业教学的需要而编纂。该书“开门见山,切入临床”,突出中西医结合的特点,坚持“病证结合,优势互补,求同存异”的原则;编目的设置紧扣行业规划教材与中西医结合执业医师考试大纲的要求;以“病例摘要”或“典型病案”为出发点,引导学生思考问题、分析问题与解决问题,以提高学生中西医结合的临床能力,通过“解剖麻雀”而达到“举一反三”、“触类旁通”的目的。

全书以西医规范病名为目,涵盖临床内、外、传染、妇、儿、骨伤、眼、耳鼻喉各科中西医结合治疗有特色和优势的病种共89个,其中,以内科疾病为主,兼及其他临床学科。全书以类病为章,以具体病种为节,每节尽量做到体例一致,但考虑到中西医结合临床思维方法的多样性、复杂性,各种不同疾病的教学要求不一样,有些病种强调以中医为主,有些病种要求突出西医,有些病种则中西医并重,故在体例方面同中有异,适当保持各病种的差异,并体现不同专家的个性。一般选用急诊、门诊或住院患者初次就诊的“病例摘要”,也有选用经过系统中西医治疗而获效的“典型病案”,然后根据病情提出相应的问题,并予以解答。每病选1~3个病例或典型病案,每一病例或病案一般包括3项内容:①“病例摘要”或“典型病案”。②提出问题。③问题解答。其他需说明或讨论的项目,则根据具体病案或病例情况设置。问题的提出,不拘一格,但其难度尽量考虑学生的教学层次和接受程度。

中西医结合学科是在我国既有中医,又有西医,两种医学学科体系相互渗透,优势互补,有机结合的状况下而产生的一门新兴学科。其学科体系还有许多难题需要我们去探索与研究,而中西医结合教育仍处在边实践边摸索的过程,如何在中西医结合一体化临床教材编纂与中西医结合临床教学实践的基础上,编纂一本中西医结合临床案例式教材是一项新的教学研究项目,也是中西医结合领域的创新工作。虽然我们为此付出了极大的热情与努力,但由于经验不足,学识水平有限,书中难免有不尽人意之处,祈请各位专家、师生、读者批评指正,以便再版时进一步完善。

何清湖

2008年8月5日于湖南中医药大学

目 录

第一章 内科疾病	1
第一节 支气管哮喘	1
第二节 慢性支气管炎	3
第三节 慢性肺源性心脏病	5
第四节 肺炎	7
第五节 肺结核	8
第六节 支气管扩张症	10
第七节 支气管肺癌	12
第八节 心力衰竭	14
第九节 心律失常	18
第十节 原发性高血压	20
第十一节 心肌梗死	23
第十二节 急性病毒性心肌炎	29
第十三节 风湿性心脏病	31
第十四节 急性胃炎	33
第十五节 慢性胃炎	35
第十六节 消化性溃疡	38
第十七节 上消化道出血	42
第十八节 肝硬化	46
第十九节 胃癌	50
第二十节 胆囊炎	54
第二十一节 急性胰腺炎	56
第二十二节 急性肾小球肾炎	58
第二十三节 慢性肾小球肾炎	61
第二十四节 肾病综合征	63
第二十五节 急性肾盂肾炎	65
第二十六节 慢性肾衰竭	67
第二十七节 缺铁性贫血	69
第二十八节 再生障碍性贫血	71
第二十九节 过敏性紫癜	73
第三十节 特发性血小板减少性紫癜	75
第三十一节 白细胞减少症	77
第三十二节 白血病	79
第三十三节 甲状腺功能亢进症	81
第三十四节 糖尿病	82

第三十五节	痛风	84
第三十六节	类风湿性关节炎	86
第三十七节	系统性红斑狼疮	88
第三十八节	短暂性脑缺血发作	92
第三十九节	脑血栓形成	94
第四十节	脑出血	97
第四十一节	癫痫	98
第四十二节	痴呆	100
第四十三节	有机磷杀虫药中毒	101
第四十四节	中暑	103
第四十五节	病毒性肝炎	104
第四十六节	细菌性痢疾	106
第二章	外科及皮肤性病	109
第四十七节	急性阑尾炎	109
第四十八节	胆石症	111
第四十九节	单纯甲状腺肿	113
第五十节	急性乳腺炎	115
第五十一节	乳腺囊性增生病	118
第五十二节	泌尿系结石	121
第五十三节	慢性前列腺炎	123
第五十四节	前列腺增生症	125
第五十五节	前列腺癌	127
第五十六节	内痔	129
第五十七节	肛瘘	132
第五十八节	血栓闭塞性脉管炎	135
第五十九节	带状疱疹	139
第六十节	湿疹	142
第六十一节	淋病	146
第六十二节	生殖器疱疹	150
第三章	妇产科疾病	155
第六十三节	流产	155
第六十四节	慢性盆腔炎	157
第六十五节	功能失调性子宫出血	160
第六十六节	痛经	164
第六十七节	围绝经期综合征	166
第六十八节	异位妊娠	168
第六十九节	妊娠期高血压疾病	171
第七十节	子宫肌瘤	174
第七十一节	子宫内膜异位症	176
第七十二节	不孕症	178

第四章 儿科疾病·····	181
第七十三节 支气管肺炎·····	181
第七十四节 支气管哮喘·····	183
第七十五节 小儿腹泻·····	184
第七十六节 急性肾小球肾炎·····	186
第七十七节 肾病综合征·····	188
第五章 骨伤科疾病·····	191
第七十八节 桡骨远端伸直型骨折·····	191
第七十九节 颈椎病·····	193
第八十节 腰椎间盘突出症·····	197
第八十一节 骨质疏松症·····	201
第六章 眼、耳鼻喉科疾病·····	204
第八十二节 单纯疱疹病毒性角膜炎·····	204
第八十三节 老年性白内障·····	205
第八十四节 原发性急性闭角型青光眼·····	207
第八十五节 中心性浆液性脉络膜视网膜病变·····	209
第八十六节 变态反应性鼻炎·····	210
第八十七节 急性扁桃体炎·····	216
第八十八节 急性会厌炎·····	220
第八十九节 梅尼埃病·····	223

第一章 内科疾病

第一节 支气管哮喘

一、病例摘要

赵某，女，25岁。

主诉：阵发性气喘9年，发作2天。

现病史：9年前因装修新居接触油漆后感咽部不适，继而咳嗽、气喘，经治疗后缓解。此后，一旦接触油漆、汽油、煤油等即诱发气喘。春秋季节易发作，使用支气管解痉药后迅速缓解。非发作期心肺功能如常人。曾做支气管扩张试验，吸沙丁胺醇200 μ g，15分钟后FEV₁增加21%。2天前患感冒，继而咳嗽，咳黄黏稠痰，发热口渴，并逐渐出现气喘，不能平卧，遂入院治疗。

既往史：年幼时曾患皮肤湿疹。

个人史：无烟酒嗜好。职业无特殊。

家庭史：母亲有哮喘病。

体格检查：T 37.5℃，P 104次/分，R 30次/分，BP 135/90mmHg。神志清晰，端坐位，气促状，口唇、指甲无发绀，额部微汗，颈软，颈静脉无怒张。胸部无畸形，叩诊稍呈过清音，两肺呼吸音低，闻及广泛哮鸣音，两肺底细湿啰音。心浊音界未扩大，心率104次/分，律齐，各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹软，肝脾肋下未及，双下肢无浮肿，无杵状指（趾）。舌红，苔黄腻，脉滑数。

辅助检查：Hb 126g/L，RBC $4.02 \times 10^{12}/L$ ，WBC $11.6 \times 10^9/L$ ，N 0.86，L 0.14。X线胸片示两肺纹理增多。心电图正常。肺功能检查，吸沙丁胺醇200 μ g后峰流速为正常预计值的62%。动脉血气分析（不吸O₂），pH 7.53，PaCO₂ 43mmHg，PaO₂ 64mmHg。

二、提出问题

1. 本病例的西医诊断及依据、中医诊断及辨证分析分别是什么？
2. 本病例需与哪些疾病鉴别？
3. 本病例的中西医结合治疗原则及方案有哪些？

三、问题解答

（一）本病例诊断

1. 西医诊断 支气管哮喘（急性发作期）。

诊断依据：①患者有反复发作的喘息病史，发作有明显诱因、有季节性且使用支气管解痉药后可迅速缓解，有哮喘病的家族史。②体查示双肺叩诊过清音，呼吸音低，广泛哮鸣音。③肺功能检查：支气管扩张试验阳性，示通气功能障碍。

2. 中医诊断 哮喘发作期，热哮。

辨证分析：患者肺内素有热痰蕴伏，外邪（风寒、风热、粉尘、异味气体等）

侵袭，引动宿根，肺失清肃，肺气上逆而致痰气搏击，交阻气道，则喉中哮鸣，气促顿作；痰热交结，则咳黏稠黄痰；痰火郁蒸，灼伤津液，则口渴；舌红、苔黄腻、脉滑数乃痰热之象。

（二）本病的鉴别诊断

1. 喘息性慢性支气管炎 以咳嗽、咳痰起病，发病年龄较大，冬季易发作，既往有吸烟史，也有气喘症状，肺部可有哮鸣音，吸入支气管解痉药后效果不如哮喘显著，与本病例不符。

2. 心源性哮喘 为左心功能不全的表现，以老年人多见，大多由原发性高血压、冠心病、二尖瓣狭窄等引起。典型发作以夜间阵发性气急、胸闷、肺部听诊有哮鸣音及双肺底有湿啰音等为主要表现。可咳痰稀白或咳粉红色泡沫痰，脉搏细弱频数，心界向左下扩大，心律失常，心音异常。与本病例不符。

3. 支气管肺癌 咳嗽，痰少，痰中带血，肺部可有局限性哮鸣音，对支气管扩张药反应差。一般无过敏性疾病史和家族哮喘史。与本病例不符。胸部 CT、痰细胞学检查及支气管镜检查有助于鉴别。

4. 气管肿瘤 咳嗽，咳少量痰，有时痰中带血。肿瘤阻塞气管内径一半以上可出现胸闷、憋气，往往为吸气性呼吸困难。病情呈进行性进展，对支气管解痉药反应差，一般无过敏性疾病史和家族哮喘史。与本病例不符。

5. 变态反应性肺浸润 除气喘外，咳嗽、咳痰，有时咳出痰栓，可有短暂性肺不张，病程相对较短，X线胸片有多发性、游走性、浸润性病灶，外周血嗜酸性粒细胞增多。与本病例不符。

（三）中西医结合治疗原则与方案

1. 西医治疗

（1）控制急性发作：①寻找急性发作的诱因并作相应处理。急性发作往往由某些诱因激发，如肺部感染、利尿后呼吸道失水、接触过敏原等。本病例发作可能与呼吸道感染有关，可静脉滴注抗生素控制感染。②合理应用平喘药。可根据哮喘发作的轻重选择平喘药，本病例为中度发作，可口服氨茶碱，并雾化吸入 β_2 受体激动剂（如沙丁胺醇或特布他林等）和糖皮质激素，也可合并吸入抗胆碱药物（如异丙托溴铵等）。③控制并发症。哮喘发作期可能合并存在酸碱紊乱、电解质平衡失调、低氧血症、脱水、气胸、纵隔气肿、肺不张等，应及时纠正。

（2）防止复发：①与患者共同分析发作情况以及生活工作环境，制定长期防治计划。②坚持每天测峰流速，监测肺功能变化，并记哮喘日记。③吸入维持量糖皮质激素。④避免接触哮喘激发因素。⑤特异性变应原的脱敏治疗。

2. 中医治疗 清热宣肺，涤痰平喘。

方药：定喘汤加减。炙麻黄 6g，款冬花 10g，桑白皮 10g，法半夏 10g，白果 10g，苏子 10g，黄芩 10g，杏仁 10g，连翘 10g，地龙 10g，甘草 6g。水煎服，每天 1 剂，分 2 次服。

临症酌情加减：表热甚者，加金银花、薄荷以清热解表；肺气壅实，痰鸣息涌不得卧者，加葶苈子、瓜蒌皮等以泻肺平喘；痰黄黏稠难咳出者，加用黛蛤散、知母、鱼腥草以清热化痰；痰多色黄胸痛者，加桃仁、薏苡仁、冬瓜仁、芦根以化痰通络；便秘者，加大黄、枳实以通腑利肺。

四、病例讨论

支气管哮喘的西医治疗有哪些新进展?

1. 吸入性糖皮质激素 是当前最有效的首选药物。目前所用定量雾化器的抛射剂为氟利昂 (CFC), 它一方面不利于保护大气臭氧层, 另一方面所推进的雾粒不够细小, 主要沉积于气管、主支气管, 不易到达细支气管及肺泡区。近来开发的一种以氢化氟烷-134a (HFA) 作助推剂的丙酸倍氯米松 (BDP) 正在面市, 可以较低的 BDP 剂量, 达到与 CFC-BDP 相同的效果, 从而提高疗效, 减少局部的不良反应。

2. β_2 受体激动剂 近年长效 β_2 受体激动剂如沙美特罗 (部分受体激动剂) 和富马酸福莫特罗 (全受体激动剂) 具有较高的亲脂性和对 β_2 受体的选择性, 易于穿过胞膜而持续起效, 与糖皮质激素同时吸入, 可明显改善夜间症状, 且疗效优于激素剂量加倍。

3. 舒立迭 为干粉吸入剂, 是氯地卡松与沙美特罗的混合制剂, 效果好并强于各自分用的效果, 可促进 β_2 受体的合成, 因此无 β_2 受体减敏现象。

4. 白三烯拮抗药 临床应用的白三烯拮抗药主要有扎鲁司特和孟鲁司特, 两者可有效控制症状, 改善肺功能, 与吸入性皮质激素有协同作用, 可减少后者的用量, 特别适用于运动性哮喘和阿司匹林哮喘, 口服每天 1~2 次, 使用方便, 但价格昂贵。

5. IL-5 受体拮抗药 Retinoic acid, 可抑制嗜酸性细胞在呼吸道的聚集, 减轻呼吸道炎症和呼吸道高反应性。抗 IL-5 抗体 SC55700 在动物实验中可阻断抗原诱导的嗜酸细胞性炎症, 也已进入临床试验。

6. 基因治疗 仍处于实验阶段。基因治疗的对象主要为激素抵抗型和激素依赖型或难治性重症哮喘。目前基因转移的研究主要集中于以下几方面: 针对糖皮质激素受体 (GR); 针对哮喘相关细胞因子如 IL-4、IL-5、IL-10; 针对转录因子 NF- κ B; DNA 疫苗等。

7. 特异性 DNA 免疫疗法 采用细胞内抗原, 通过组织相容性抗原 I 在 CD8⁺T 细胞表达, 而不是传统的细胞外抗原通过组织相容抗原 II 在 CD4⁺T 细胞表达的方法, 可以大大减少免疫注射时间, 减轻免疫过敏反应, 获得较高的免疫效果。

第二节 慢性支气管炎

一、病例摘要

林某, 男性, 65 岁。

主诉: 咳嗽, 咳痰, 气喘 20 年, 加重 7 天。

现病史: 患者 20 年来每年冬季咳嗽, 咳痰, 痰量少, 呈白黏状, 伴有气喘。无咳血, 无低热、盗汗。1 周前受凉, 上述症状加重, 气急明显, 痰呈黄色脓性, 黏稠不易咳出, 口渴。无胸痛、咳血和呕吐、腹泻等症。

既往史: 无特殊。

个人史: 吸烟史 20 年, 每天 10 支, 饮酒史 20 年, 每天饮黄酒 250g。

家族史: 父亲因“肺气肿”病故。

体格检查: T 37℃, P 104 次/分, R 26 次/分, BP 120/75mmHg。营养中等, 神志清晰, 自动体位, 无发绀。咽峡部稍充血, 胸廓正常, 两侧呼吸运动对称, 叩诊呈

清音，两肺可闻及哮鸣音和湿啰音。心率 104 次/分，律齐，各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹平软，全腹无压痛，肝脾肋下未扪及。无杵状指（趾）。舌淡红，苔黄腻，脉滑数。

辅助检查：①血常规，Hb 146g/L，RBC $4.2 \times 10^{12}/L$ ，WBC $11.2 \times 10^9/L$ ，N 0.84，L 0.16。②X 线胸片示两肺纹理增多、紊乱。

二、提出问题

1. 本病例的西医诊断及依据、中医诊断及辨证分析分别是什么？
2. 本病例需与哪些疾病鉴别？
3. 本病例的中西医结合治疗原则及方案有哪些？

三、问题解答

（一）本病例诊断

1. 西医诊断 慢性支气管炎（喘息型）急性发作期。

诊断依据：①老年男性患者，发病 20 年，反复咳嗽，咳痰，冬季发作，加重 1 周。吸烟史 20 年。②两肺散在哮鸣音和湿啰音。③白细胞总数和中性粒细胞计数增多，X 线胸片示两肺纹理增多、紊乱。

2. 中医诊断 久咳，痰热郁肺证。

辨证分析：患者咳喘日久，肺气不足，复感风热之邪，肺失宣肃，痰热壅阻气道，肺气上逆，故咳嗽、气喘，咳痰黄稠，不易咳出；火热伤津，故口渴欲饮；苔黄腻，脉滑数为痰热之象。

（二）本病的鉴别诊断

1. 支气管扩张症 也有反复咳嗽和咳痰，但起病年龄较轻，并有大量脓性痰或反复咳血。

2. 支气管哮喘 有家族或个人过敏史，大都自少年或幼年起病，春秋季节发作，支气管解痉药效果显著。

3. 硅沉着病（矽肺） 有粉尘接触史，胸片上有矽结节，可与慢性支气管炎相鉴别。

4. 肺癌 病程较短，以刺激性干咳为主，常有痰血，可闻及局限性哮鸣音，X 线胸片发现块状阴影。

5. 肺结核 常有低热盗汗、乏力、消瘦、纳差等结核中毒症状，X 线胸片显示结核病灶。

（三）中西医结合治疗原则与方案

1. 西医治疗

（1）控制感染：及时使用有效足量抗生素。一般按常见致病菌选用适当抗生素，有条件时做痰细菌培养，根据药敏试验合理选择抗生素。

（2）祛痰止咳：可用溴己新（必嗽平）、氯化铵、复方甘草片等，痰量较多者不宜用镇咳药。痰液黏稠不易咳出者可用 α -糜蛋白酶加入生理盐水雾化吸入。

（3）解痉平喘：可用氨茶碱、特布他林等口服，或应用吸入剂如沙丁胺醇、特布他林等 β_2 受体激动剂。

（4）病情缓解后应提高机体抗病能力，预防急性发作。

2. 中医治疗 清热化痰，宣肺止咳。

方药：桑白皮汤加减。桑白皮 10g，法夏 10g，苏子 10g，杏仁 10g，浙贝母 10g，黄芩 10g，黄连 3g，山栀 10g，甘草 5g。水煎服，每天 1 剂，分 2 次服。

第三节 慢性肺源性心脏病

一、病例摘要

黄某，男，62 岁。

主诉：反复咳嗽、咳痰伴气促 20 年，加重伴双下肢浮肿 3 年。

现病史：患者 20 年前受凉后出现咳嗽、咳痰、气喘，冬季易发作。近 3 年症状加重，发作时出现心悸、下肢浮肿和不能平卧。10 天前受凉后咳嗽、气喘症状加重，咳黄痰量多，心悸，夜间不能平卧，伴发热，出汗，口渴，大便秘结。

既往史：否认结核病史。患者平素自汗，怕风，易疲乏，容易感冒。

个人史：吸烟史 30 年，每天 10 支，否认饮酒史。

体格检查：T 38.1℃，P 120 次/分，R 25 次/分，BP 105/60mmHg。慢性病容，营养中等，神志清晰，端坐呼吸，口唇发绀。颈静脉怒张。桶状胸，肋间隙增宽，两肺叩诊过清音，两肺呼吸音低，可闻及散在较多干湿啰音。心尖搏动位于剑突下，心率 120 次/分，律齐，心音低远，三尖瓣区闻及 2/6 级收缩期吹风样杂音， $P_2 > A_2$ 。腹软，全腹无压痛，肝肋下 2cm，剑突下 5cm，质软、光滑，肝颈静脉回流征阳性，脾肋下未触及。双下肢凹陷性浮肿。无杵状指（趾）。舌质暗红，苔黄腻，脉弦滑数。

辅助检查：Hb 156g/L，RBC $4.8 \times 10^{12}/L$ ，WBC $14.0 \times 10^9/L$ ，N 0.86，L 0.14。血清 K^+ 4.2mmol/L， Na^+ 136mmol/L， Cl^- 100mmol/L。X 线胸片示两肺透亮度增高，纹理增多呈网状，肋间隙增宽，右下肺动脉干横径 18mm，右前斜位肺动脉圆锥凸起。心电图示窦性心动过速，肺型 P 波，电轴右偏 +120°。动脉血气分析（不吸 O_2 ），pH 7.35， $PaCO_2$ 54mmHg， PaO_2 42mmHg。

二、提出问题

1. 本病例的西医诊断及依据、中医诊断及辨证分析分别是什么？
2. 本病例需与哪些疾病鉴别？
3. 本病例的中西医结合治疗原则及方案有哪些？

三、问题解答

（一）本病例诊断

1. 西医诊断 ①慢性支气管炎（喘息型）急性发作期。②慢性阻塞性肺气肿。③慢性肺源性心脏病。④右心衰竭。⑤呼吸衰竭。

诊断依据：①长期反复咳嗽、咳痰、气促病史；两肺闻及散在较多干湿性啰音；X 线胸片示纹理增多呈网状；有长期吸烟史。②长期反复咳嗽、咳痰、气促病史；体查有桶状胸，肋间隙增宽，两肺叩诊过清音，两肺呼吸音低等肺气肿征；X 线胸片示两肺透亮度增高，肋间隙增宽。③慢性阻塞性肺疾病病史及体征；心尖搏动位于剑突下，三尖瓣区可闻及 2/6 级收缩期吹风样杂音， $P_2 > A_2$ ；X 线胸片示肺动脉扩张；心电图示肺型 P 波，电轴右偏。④心悸、气促、双下肢浮肿病史；颈静脉怒张，肝大，肝颈静脉回流征阳性。⑤心悸、气促；端坐呼吸，口唇发绀；动脉血气分析

$\text{PaCO}_2 > 50\text{mmHg}$, $\text{PaO}_2 < 60\text{mmHg}$, 提示 II 型呼吸衰竭。

2. 中医诊断 ①久咳。②肺胀, 属肺气亏虚, 痰热瘀阻证。

辨证分析: 外感风热或风寒化热, 内有痰湿, 痰热相搏, 壅遏肺气, 故咳嗽、喘促, 不能平卧; 风热犯肺, 卫表失疏, 腠理不固, 故发热汗出; 痰热内蕴, 则咳吐黄痰量多; 肺热耗伤津液, 故口渴; 肺气郁久留瘀, 痰热瘀阻, 故唇绀舌暗; 肺与大肠相表里, 肺气不利, 腑气不通, 故大便干结; 素体肺气亏虚, 卫表不固, 故自汗畏风, 反复感冒, 疲乏无力; 肺气不足, 复感外邪, 失于通调, 水道不利, 故下肢浮肿; 舌暗红, 苔黄腻, 脉弦滑数, 为痰热瘀阻之象。

(二) 本病的鉴别诊断

1. 冠心病 慢性肺源性心脏病和冠心病都多见于老年患者, 且可发生心脏扩大、心律失常和心力衰竭(简称心衰)等。但冠心病可有心绞痛表现, 常伴有高血压、肥胖和高脂血症, 平静或运动心电图显示缺血性 ST 段压低, 以左心增大为主, 常无基础性肺部疾患。与本病例不符。

2. 原发性扩张型心肌病 扩张型心肌病多表现为全心扩大、心律失常、左心衰, 可出现二尖瓣和三尖瓣关闭不全的收缩期杂音, 无肺部基础性疾患。与本病例不符。X 线胸片、心电图和超声心动图检查可资鉴别。

3. 风湿性心脏瓣膜病 风湿性心脏病(简称风心病)三尖瓣疾患应与肺心病的功能性三尖瓣关闭不全相鉴别。风心病二尖瓣狭窄并关闭不全也是引起肺动脉高压和右心肥大的常见原因, 但风心病常见于年轻人, 常有风湿性关节炎和心肌炎病史, 心衰时杂音减弱, 心衰控制后杂音增强, 心电图有二尖瓣型 P 波, X 线胸片或超声心动图检查显示左心房扩大, 均与本病例不符。

(三) 中西医结合治疗原则与方案

1. 西医治疗

(1) 积极控制感染: 本患者病情急性加重的诱因是肺部感染, 故应用抗生素控制感染, 以静脉滴注为主, 药物选择参考痰细菌培养及药敏试验。

(2) 通畅呼吸道, 改善呼吸功能: 加强护理, 翻身拍背排出呼吸道分泌物; 使用支气管解痉药和祛痰药, 配合呼吸机支持。

(3) 纠正缺氧和二氧化碳潴留: 可用鼻导管或面罩给氧, 控制吸氧浓度在 30% 以下, 以 $\text{PaO}_2 > 60\text{mmHg}$ 为目标; 本病例 PaCO_2 偏高, 但 pH 值在正常范围, 可不用呼吸兴奋药刺激通气, 以免加重通气负担, 使氧耗量增加, 待肺部感染控制后, 通气阻力降低以及全身体力恢复, PaCO_2 可恢复正常。

(4) 控制感染和心衰: 慢性肺心病患者一般在积极控制感染, 改善通气功能后心衰能得到改善, 患者尿量增多, 水肿消退, 肿大的肝脏缩小、压痛消失, 不需加用利尿药。如治疗无效的较重患者, 可适当选用利尿药、正性肌力药或血管扩张药。低氧血症情况下使用强心剂容易中毒, 应减量使用, 并选用作用时间短、排泄快的制剂, 如毛花苷 C 0.2 ~ 0.4mg。

(5) 积极处理并发症: 对肺性脑病、酸碱失衡和电解质紊乱、心律失常、休克、消化道出血、DIC 等并发症及时处理。

(6) 待患者进入缓解期, 应采取长期家庭氧疗、调整免疫功能等措施以防止复发。

2. 中医治疗 急性加重期宜清热化痰行瘀; 缓解期宜补益肺气。

方药：先予清气化痰丸加减，胆南星 10g，陈皮 10g，黄芩 10g，全瓜蒌 15g，枳实 10g，杏仁 10g，法夏 10g，茯苓 10g，桃仁 10g，丹参 10g，甘草 3g。水煎服，每天 1 剂，分 2 次服，待病情缓解后予补肺汤加减。

第四节 肺炎

一、病例摘要

熊某，男性，30 岁。

主诉：发热、咳嗽、胸痛、气急 3 天。

现病史：3 天前淋雨受凉后突发寒战，高热，咳嗽、咳黄色脓痰，量少，伴有右胸痛，气急，并出现疲乏，头痛，全身肌肉酸痛，纳差，遂收治入院。

既往史、个人史和家族史：均无特殊。

体格检查：T 39.5℃，P 110 次/分，R 26 次/分，BP 105/60mmHg。神志清楚，稍气促。口唇可见疱疹，咽部充血，颈软，胸廓无畸形，胸壁无压痛，右下肺叩诊稍浊，语颤增强，右下肺闻及湿啰音和支气管呼吸音，语音传导增强，未闻及胸膜摩擦音。心浊音界未扩大，心率 110 次/分，律齐，各瓣膜区未闻及病理性杂音。腹软，全腹无压痛，肝脾肋下未及。舌红，苔薄白，脉数。

辅助检查：①Hb 136g/L，RBC $4.5 \times 10^{12}/L$ ，WBC $18.0 \times 10^9/L$ ，N 0.92，L 0.08。②X 线胸片（不吸 O₂）示肺纹理增多，右下肺大片均匀致密阴影。③痰直接涂片见革兰阳性成对球菌。④动脉血气分析，pH 7.36，PaO₂ 53mmHg。

二、提出问题

1. 本病例的西医诊断及依据、中医诊断及辨证分析分别是什么？

2. 本病例需与哪些疾病鉴别？

3. 本病例的中西医结合治疗原则及方案有哪些？

三、问题解答

（一）本病例诊断

1. 西医诊断 ①右肺下叶肺炎链球菌肺炎。②呼吸衰竭（I 型）。

诊断依据：①青年男性，急性起病，受凉淋雨为诱因，继而出现寒战、高热、咳嗽、咳黄痰、右胸痛、气急等症状。②右下肺实变征。③血白细胞和中性粒细胞计数增高。④X 线胸片示右下肺大片均匀实变阴影；痰直接涂片见革兰阳性成对球菌。

2. 中医诊断 肺热病，表寒肺热证。

辨证分析：风寒之邪自口鼻而入，首先犯肺。寒邪困遏卫阳，故恶寒；卫气奋起抗邪，邪正相争，故发热；寒邪入里化热，里热亢盛，炼津成痰，痰热内阻，肺失清肃，故为咳嗽、咳痰黄稠、气喘、胸痛；热灼津伤，故口渴；舌红苔薄白脉数为表寒里热之象。

（二）本病的鉴别诊断

1. 肺结核 浸润性肺结核与轻症肺炎易混淆，但前者起病缓慢，毒血症轻，病灶多位于肺尖、锁骨上下部或下叶背段。浸润性肺结核多有长期发热、乏力、消瘦，X 线胸片呈大片密度稍高阴影中有多个不规则空洞，并有肺内扩散，痰结核菌阳性，均与本病例不符。

2. 肺癌引起阻塞性肺炎 发病年龄较大, 常有刺激性咳嗽和少量痰血, 起病较缓慢, 全身症状较轻, 抗生素疗效较差, 胸部阴影吸收较慢。与本病例不同。

3. 肺梗死 常见于心瓣膜病或静脉血栓形成者, 发热和白细胞计数增多的程度较低而短暂, 咯血多见, 胸痛剧烈, X 线胸片有特征性表现。与本病例不符。

(三) 中西医结合治疗原则与方案

1. 西医治疗

(1) 抗菌药物治疗: 首选青霉素 G 80 万 U, 每天肌内注射 3 次, 重症可静脉滴注 400 万 U/d。对青霉素过敏、耐青霉素或多重耐药菌株感染者, 可用喹诺酮类、头孢噻肟或头孢曲松等, 多重耐药菌株感染者可用万古霉素, 疗程为 14 天, 或在退热后 3 天停药或由静脉用药改为口服, 维持数天。

(2) 对症支持疗法: 卧床休息, 注意补充足够蛋白质、热量和维生素。

(3) 并发症的处理: 感染性休克和呼吸衰竭是较严重的并发症。败血症、化脓性胸膜炎、化脓性心包炎和脑膜炎等也可能出现。本病例存在 I 型呼吸衰竭, 应立即氧疗, 使 PaO_2 保持在 60mmHg 以上。

2. 中医治疗 解表散寒, 清肺平喘。

方药: 麻杏石甘汤加味。麻黄 6g, 石膏 20g, 杏仁 10g, 甘草 5g, 黄芩 10g, 桔梗 10g, 瓜蒌 15g, 桑白皮 10g。水煎服, 每天 1 剂, 分 2 次服。

第五节 肺结核

一、病例摘要

张某, 男性, 56 岁。

主诉: 发热、咳嗽、消瘦 1 个月, 咳血痰 10 天。

现病史: 患者近月始出现发热, 以午后为甚, 体温 $37.5^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$, 咳嗽, 多为干咳, 乏力, 无畏寒, 曾服解表宣肺中药, 症状无明显缓解, 且形体日渐消瘦。近 10 天来, 咳嗽, 痰中带鲜红色血丝, 曾服头孢氨苄、卡巴克络 (安络血) 及清肺止血中药, 病情无明显好转, 随即来诊。患者自觉午后潮热, 烦躁, 口唇干燥, 乏力, 纳差。

既往史、个人史及家族史: 均无特殊。

体格检查: T 37.7°C , P 66 次/分, R 20 次/分, BP 110/80mmHg。形体偏瘦, 皮肤巩膜无黄染, 浅表淋巴结不肿大。两肺触诊语颤对称, 叩诊清音, 呼吸音清晰, 右上肺可闻及局限性湿啰音。心率 66 次/分, 律齐。腹软, 无压痛, 肝脾肋下未触及, 双下肢不肿。舌红, 少苔, 脉弦细。

辅助检查: WBC $8.2 \times 10^9/\text{L}$, N 0.76, RBC $4.2 \times 10^{12}/\text{L}$, Hb 109g/L, PLT $213 \times 10^9/\text{L}$ 。血清结核菌素试验阳性, 痰涂片找到抗酸杆菌。X 线胸片示右上肺边缘模糊淡薄阴影。

二、提出问题

1. 本病例的西医诊断及依据、中医诊断及辨证分析分别是什么?

2. 本病例需与哪些疾病鉴别?

3. 本病例的中西医结合治疗原则及方案有哪些?

三、问题解答

(一) 本病例诊断

1. 西医诊断 右上肺浸润型肺结核。

诊断依据：①中年男性，以咳嗽、咯血、午后潮热、消瘦为主要症状，常规抗感染治疗无效。②体检右上肺局限性湿啰音。③结核菌素试验阳性。④痰涂片找到抗酸杆菌。⑤胸片示右上肺浸润性病灶。

2. 中医诊断 肺癆，肺阴亏损证。

辨证分析：患者正气不足，癆虫袭肺，肺体受损，肺阴亏耗，肺失滋养，清肃无权，故干咳无痰、口燥咽干；虚火上炎，灼伤肺络，故咳血；阴虚火旺，灼津外泄，故潮热、盗汗；肺虚耗夺脾气以自养，脾失健运，故纳差、乏力；舌红少苔，脉弦细为肺阴亏损之象。

(二) 本病的鉴别诊断

1. 肺癌 多发生于40岁以上的中老年人，多有长期吸烟史，有刺激性咳嗽、痰中带血、胸痛和进行性消瘦。胸部X线表现为肺癌肿块常呈分叶状，有毛刺、切迹。癌组织坏死液化后可形成偏心厚壁空洞。多次痰脱落细胞和结核分枝杆菌检查及病灶活体组织检查可以鉴别。

2. 肺炎 有轻度咳嗽、少痰、低热的支原体肺炎、病毒性肺炎和过敏性肺炎与肺结核相似，尚未鉴别时，不宜急于抗结核治疗。支原体肺炎在2~3周内可自行消散；过敏性肺炎患者血中嗜酸性粒细胞增多，且肺内浸润病灶常呈游走性。细菌性肺炎因病原体不同而临床特点各异，但大都起病急，伴有发热，咳嗽、咳痰明显。胸片表现密度较淡且较均匀的片状或斑片状阴影，抗菌治疗后体温迅速下降，1~2周阴影有明显吸收。

(三) 中西医结合治疗原则与方案

1. 西医治疗

(1) 抗结核化疗是治疗关键：化疗原则是早期、规律、全程、适量和联合用药。应根据宿主情况、结核菌耐药性和药物作用3个方面综合考虑选择药物。本病例为初发患者，估计对结核菌耐药的可能性较小，可给予2HRZ/4HR短程化疗方案，即强化期2个月，用异烟肼(H) 0.3g/d，利福平(R) 0.45g/d，吡嗪酰胺(Z) 1.5g/d，每天清晨顿服；巩固期4个月，改用异烟肼和利福平，用法用量同前。

(2) 对症治疗：本病例咯血量中等，嘱患者卧床休息，取侧卧位，防止窒息，并注射维生素K和卡巴克络。

(3) 营养支持治疗。

2. 中医治疗 滋阴润肺。

方药：月华丸加减。沙参10g，麦冬10g，玄参10g，生地黄15g，百部10g，天冬10g，仙鹤草10g，牡丹皮10g，知母10g，白及10g，甘草5g。水煎服，每天1剂，分2次服。