


中西医临床用药手册

ZHONGXIYI LINCHUANG YONGYAO SHOUCHE

传染科 分册

总主编 / 何清湖 周 慎
主 编 / 赵国荣

 湖南科学技术出版社



中西医临床用药手册

传染科 分册

主编：王伯岳、王伯岳、王伯岳
副主编：王伯岳、王伯岳、王伯岳

人民卫生出版社



中西医临床用药手册


ZHONGXIYI LINCHUANG YONGYAO SHOUCHE

传染科 分册

总主编 / 何清湖 周 慎

主 编 / 赵国荣

副主编 / 李勇华 熊 焰 陈兰玲

 湖南科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

中西医临床用药手册. 传染科分册 / 何清湖, 周慎总主编; 赵国荣主编. — 长沙: 湖南科学技术出版社, 2009. 12

ISBN 978-7-5357-6015-9

I. ①中… II. ①何… ②周… ③赵… III. ①临床药
学—手册②传染病—用药法—手册 IV. ①R97-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 242141 号

中西医临床用药手册 传染科分册

总主编: 何清湖 周慎

主 编: 赵国荣

策划编辑: 邹海心

文字编辑: 唐艳辉

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 0731-84375808

印 刷: 衡阳博艺印务有限责任公司

(印装质量问题请直接与本厂联系)

厂 址: 湖南省衡阳市黄茶岭光明路 21 号

邮 编: 421008

出版日期: 2010 年 3 月第 1 版第 1 次

开 本: 850mm×1168mm 1/32

印 张: 11.25

字 数: 364000

书 号: ISBN 978-7-5357-6015-9

定 价: 23.00 元

(版权所有·翻印必究)

前 言

中药是在中医学基础理论指导下，用以防治疾病的药物。其特征包括三个方面：①传统中药药性理论标识药性。②中医药功效主治术语标识药物的功效主治。③药物配合使用时，按照中药七情和合、方剂君臣佐使关系进行调剂，对患者进行辨证论治。符合这三点基本内容的药物称为中药。在实际临床工作中，用单味中药（又称单方）治病的占少数，大部分是用两味以上的中药组成复方治病。因此，从药物组成上可将中医学体系分为单方和复方两个部分，后者又称方剂学，而实际上中药是方剂的组成单元，方剂是中药的组合应用，两者密不可分。

西药是在现代医学基础理论指导下，用以防病治病的药物。其特征包括三个方面：①以药物本身的物理和化学性质表述药物性能。②以医学功效主治术语表述药物功效与适应证。③药物配合使用时，根据药物同用是否产生物理、化学变化，或药物之间是否产生拮抗和协同作用而定。具有如上三点基本内容的药物称为西药。

从本质上说，中西药作用于人体，皆通过影响机体的生理、生化及病理等环节发挥效应，治愈疾病，因而构建中西药结合学术体系是可行的。但是，要将通过两种不同发展途径、发展模式、发展背景下形成的学术体系有机结合，其过程相当艰巨。目前的难点有二：一是传统中医学理论的现代化，由于传统中医学理论并不是在现代科学背景下产生的，要阐明其科学内涵需要付出艰辛的努力；二是中医学体系的复杂性，中药的主要资源是天然产品，结构复杂，再加之配伍成复方，其成分更为复杂，要找到解决复杂科学问题的途径和方法，逐步解决这个关键课题。

构建中西药结合体系需分步实施，整体推进。可以分为以下三步走。

第一步，开展临床研究，摸索中西药结合应用的经验，证实其疗效，总结中西药结合应用的思路与方法。具体表现为三点：

一是辨证与辨病用药相结合。中医更注重辨证，着眼于整体，把人本身的阴阳失调和外部环境结合起来，强调因人、因时、因地制宜，用药时侧重平衡阴阳，调理气血，以调动机体内在抗病修复能力，但对病的局部往往重视不够；西医注重疾病诊断，注重病因、病理形态和病理生理的改变，治疗时往往注重局部病变而忽视整体。辨病与辨证相结合，既明确疾病的基本矛盾，又了解疾病各阶段的主要矛盾，这是中西药合理使用的前提。

二是发挥中西医药理论对临床应用的指导作用。用西医药理论指导中药应用有时是不恰当的。如小檗碱（黄连素）能消炎，但临床用于肠炎有时无效，这是因为肠炎属中医“泄泻”范畴，泄泻的辨证有寒热虚实，黄连及其小檗碱只适用于湿热泄泻，对于虚寒泄泻非但无效，反而有害。同样，用中医药理论指导西药应用也不恰当。如目前市场上可供选择使用的抗高血压药物有60余种，可分为利尿药、 β 受体阻滞药、钙拮抗药、血管紧张素转化酶抑制药、血管紧张素II受体阻滞药、 α 受体阻滞药、血管扩张药、交感神经阻滞药等。临床必须弄清患者的高血压类型及发病机制，合理选用降压药，笼统地应用一种降压药治疗高血压，疗效不理想。这就需要临床医师既要掌握中医药基本理论，又要掌握现代医药基本理论，才能发挥中西药结合的优势。

三是发挥中西药各自优势，取长补短。如病毒感染，选用既对“证”而又有良好抗病毒作用的中药为主治疗，必要时辅以西药对“症”处理。恶性肿瘤患者采用化学药物治疗（简称化疗）和放射治疗（简称放疗）的同时，辅以扶正祛邪中药，以增强机体免疫力；减轻化疗、放疗的不良反应，促进机体康复。急性心肌梗死患者，救治以西药为主、中药为辅，或单用西药；而康复治疗则以中药为主、西药为辅，或单用中药。

第二步，加强传统中药理论研究，这是实现中药现代化的关

键课题，也是构建中西药结合体系的前提条件。千百年来传统中药理论一直指导着临床用药，是中医药理论的精华部分。而传统中药理论又是最难实现现代化的部分。如用提取分离方法研究中药物物质基础，其提取的成分未必全是有效成分，须经药理实验证明其有效性；即使证实属于有效成分，还必须体现中药药性理论中的四气五味、归经、升降浮沉、功效之间的联系，方可使用。进一步说，每一味中药性味、归经各有不同，按“君、臣、佐、使”组成的复方又千差万别，如何体现这些理论在物质基础、药效、质量控制及作用机制等方面的差异，体现中药化学成分定性定量与药效间的相互关联，获得安全、有效、均匀、稳定的中药规范和标准，都需要加强研究。

第三步，中西医药学理论、方法互相渗透、互相融合，形成具有独特优势的中西药结合体系。将中西药学体系中各分支学科进行对比不难发现，除基础理论的差异性较大以外，其他分支学科具有较强的互通性。如药理学与中药药理学、中药化学与药物化学、中药制剂学与药剂学、中药药材学与生药学等，由于中药学的一些分支学科相对年轻，一般都借鉴了现代药学的研究方法。由于中药学研究对象更复杂，研究方法也需要更综合、更前沿。

西医临床用药与中医临床用药各有特色与优势，自成体系。总体来说，西医用药重在辨病，而中医用药重在辨证；西医用药重在局部，针对性较强，而中医用药重在整体，协调性较强；西医用药以化学药物为主体，而中医用药以自然药物为主体。如何在临床上将两种用药方法相互结合，以取长补短，优势互补，提高临床疗效，降低不良反应，使患者达到最大治疗效果，是我国医学界、特别是中西医结合医学应努力探索的主体问题。受国家中医药管理局安排，由湖南中医药大学作为牵头业务单位，负责组织全国 30 余家中西医结合重点医疗单位和重点专科，完成“中西医结合优势单病种诊疗规范”课题的研究，借此课题研究的同时，我们与湖南科学技术出版社协商，编纂了《中西医临床

用药手册》丛书，旨在为各科临床医师提供一套系统的中西医结合临床用药指导丛书。

《中西医结合临床用药手册》丛书以临床用药为主体内容，突出中西医结合的特色，包括临床用药的总体思路、方案和具体方法，以及临床结合用药的注意事项，尽量做到每部书稿思路清楚、明晰，方法具体、详细，科学、规范，强调先进性和实用性。

丛书以临床学科设子书书名，以类病为章，以单病种为节。节下设无题概述、用药思路、西医常规用药方案、西医特殊用药方案、中医辨证治疗方选、名医用药经验方选、中药成药用药方案和注意事项。

1. 无题概述 简述该病基本概念、分类、发病率、临床特点、西医基本病因病理；另段简述中医相应病名（含国家标准病名、中医传统病名）、病因病机。

2. 用药思路 分析本病中、西医临床用药的特色、优势与不足，概述中西医结合临床用药的目的、基本思路和原则。要求分析客观，思路清楚、明晰，具有指导意义。

3. 西医常规用药方案 介绍本病西医常规用药的方案，具体分类设置标题，根据具体病种不同而定，要求分类（分题）科学合理，切合临床实际。用药方法介绍药名、剂量规范，具体、详细，易于使用。

4. 西医特殊用药方案 介绍本病特殊人群、特殊病情、合并病症等临床特殊情况的用药方案。

5. 中医辨证治疗方选 介绍本病中医常见证型以及各证的主症、治法、方药和加减等。

6. 名医用药经验方选 介绍现代名老中医对本病独特的用药经验和方法（包括具体处方）。

7. 中药成药用药方案 介绍本病有针对性的中成药处方和用法。包含中成药名、处方组成、功能主治、用法用量（含使用注意）。

8. 注意事项 介绍本病中西医临床用药的使用注意事项。

本丛书的编纂是在中国中西医结合学会的指导下，由湖南省中西医结合学会和湖南中医药大学具体负责组织完成，各分册主编多由湖南省中西医结合学会各专业委员会主任委员担任。虽然我们抱着“锐意创新，敢为人先”的精神并用极大的热情去做这么大的一个工程，但由于学识水平有限，时间较紧，加上中西医结合本身是一个创新性的学科，对其学科内涵以及研究的思路与方法，还有许多值得商榷的地方，且“仁者见仁，智者见智”，我们也就权当抛砖引玉，希望各位读者能多提宝贵意见，以便再版时进一步修订与完善！同时，对陈可冀院士、陈士奎教授、王阶教授、蔡光先教授、尤昭玲教授对本丛书的审定表示衷心的感谢！

何清湖

2009年5月

编写说明

本书是《中西医临床用药手册》丛书之一，是为反映我国日益丰富和发展的中西医结合治疗传染病临床用药方法和手段而编写的一本中西医结合传染科医师必备的实用型参考书。

根据传染科常见病种的中西医临床用药一般规律和特点，本书力求贯彻中西医有机结合思路，以现代医学为主线，以中医辨证论治为基础，充分反映本学科在现代医学中的最新进展和在中医中的最新成果，做到规范化和实用性。书中每个病种前面都先简单介绍了其病因病理及流行病学，中医的病因病机、病位、病性和可能的病势。不同病原体引起的传染病中、西医临床用药各有特色，本书在中西医结合用药思路的介绍中突出了各自的特点，更着重于结合用药的思路阐述。具体用药介绍中注重了药物本身的不良反应，也提醒了中西药合用可能产生的不良反应及结合用药使用注意。传染病重在预防，故本书介绍了预防用药。名医用药经验简单介绍了各名医的中医病因病机认识，着重于介绍其临床实用的用药经验。总之，本书既应用循证医学的观点，融入现代医学有证据的、国际公认的临床诊治指南中的用药方案，也注意中医药特点，突出中西医结合用药特色，具有科学性、时代性和实用性。

本书分为病毒感染（病毒性肝炎、水痘和带状疱疹、麻疹、流行性腮腺炎、登革热、流行性乙型脑炎、肾综合征出血热、传染性单核细胞增多症、流行性感冒、狂犬病、艾滋病、严重急性呼吸综合征），立克次体感染（流行性斑疹伤寒、恙虫病），细菌感染（败血症、感染性休克、猩红热、伤寒和副伤寒、细菌性食物中毒、细菌性痢疾、霍乱、白喉、百日咳、流行性脑脊髓膜炎、布氏杆菌病、鼠疫），螺旋体感染（钩端螺旋体病、回归热），原虫感染（阿米巴肠病、疟疾），蠕虫感染（日本血吸虫

病、蛔虫病、蛲虫病、囊虫病、钩虫病、丝虫病)共6章。由于传染科收治的患者中一部分是病毒性肝炎后肝硬化和肝癌患者,虽然这些患者大部分在内科诊治,但本书还是将这两个病收录。

由于目前中西医结合临床用药尚无公认的、成熟的、规范的用药方案,故本书有一定的开创性。适用于各医院传染科中西医结合临床医师参阅,也适用于各位中、西医药学爱好者阅读。

本书编委多来自于临床一线高年资医师,编写历时一年,虽几经易稿,但缺点和错误在所难免,恳请国内外专家教授和各位读者批评指正,以便进一步修改和完善。

赵国荣

2009年5月

第一章 病毒感染	(1)
第一节 病毒性肝炎	(1)
附一：肝炎肝硬化	(31)
附二：原发性肝癌	(49)
第二节 水痘和带状疱疹	(60)
一、水痘	(61)
二、带状疱疹	(65)
第三节 麻疹	(68)
第四节 流行性腮腺炎	(74)
第五节 登革热	(80)
第六节 流行性乙型脑炎	(88)
第七节 肾综合征出血热	(100)
第八节 传染性单核细胞增多症	(111)
第九节 流行性感胃	(117)
附一：人禽流行性感胃	(125)
附二：甲型 H1N1 流感	(129)
第十节 狂犬病	(132)
第十一节 艾滋病	(136)
第十二节 严重急性呼吸综合征	(154)
第二章 立克次体感染	(165)
第一节 流行性斑疹伤寒	(165)
附：地方性斑疹伤寒	(171)
第二节 恙虫病	(172)
第三章 细菌感染	(178)
第一节 败血症	(178)
第二节 感染性休克	(188)
第三节 猩红热	(201)
第四节 伤寒与副伤寒	(207)
一、伤寒	(207)

二、副伤寒	(214)
第五节 细菌性食物中毒	(215)
第六节 细菌性痢疾	(225)
第七节 霍乱	(234)
第八节 白喉	(242)
第九节 百日咳	(250)
第十节 流行性脑脊髓膜炎	(258)
第十一节 布氏杆菌病	(268)
第十二节 鼠疫	(274)
第四章 螺旋体感染	(282)
第一节 钩端螺旋体病	(282)
第二节 回归热	(292)
第五章 原虫感染	(297)
第一节 阿米巴肠病	(297)
第二节 疟疾	(305)
第六章 蠕虫感染	(317)
第一节 日本血吸虫病	(317)
第二节 蛔虫病	(323)
第三节 蛲虫病	(329)
第四节 囊虫病	(333)
第五节 钩虫病	(337)
第六节 丝虫病	(341)

第一章 病毒感染

第一节 病毒性肝炎

病毒性肝炎是由多种肝炎病毒引起的以肝脏损害为主的一组全身性传染病。主要临床表现以疲乏、食欲减退、肝大、肝功能异常为特征，部分患者出现黄疸或无症状。按病原学分类，目前已确定的有甲型、乙型、丙型、丁型、戊型共5型病毒性肝炎。其中甲型和戊型主要表现为急性肝炎，乙型、丙型、丁型主要表现为慢性肝炎，严重的可发展为肝硬化甚至肝癌。甲型病毒性肝炎（简称甲肝）和戊型病毒性肝炎（简称戊肝）主要经粪-口途径传播，乙型病毒性肝炎（简称乙肝）、丙型病毒性肝炎（简称丙肝）、丁型病毒性肝炎（简称丁肝）主要以血液、体液等胃肠外传播。人群对肝炎病毒普遍易感，呈全年散发。

甲肝：甲肝病毒（HAV）经口进入体内后，由肠道进入血流，引起短暂的病毒血症，约1周后进入肝细胞并在里面复制，2周后由胆汁排出体外。HAV在肝内复制的同时，亦进入血液循环引起低浓度的病毒血症。HAV引起肝细胞损伤的机制尚未完全明了，曾认为由于HAV对肝细胞的直接杀伤作用，但体外细胞培养和动物实验均不支持此观点。目前认为在感染早期，由于HAV大量增殖，使肝细胞轻微破坏，随后细胞免疫起了重要作用。由于HAV抗原性较强，容易激活特异性CD8⁺T淋巴细胞，通过直接作用和分泌细胞因子使肝细胞变性、坏死。在感染后期，体液免疫参与其中，抗HAV产生后可能通过免疫复合物机制使肝细胞破坏。

乙肝：乙肝的发病机制很复杂，肝细胞病变主要取决于机体的免疫状况，免疫应答既可清除病毒，同时亦导致肝细胞损伤，甚至迫使病毒变异。乙肝病毒（HBV）侵入人体后，未被单核-吞噬细胞系统清除的病毒到达肝脏或肝外组织，如胰腺、胆管、脾、肾、淋巴结、骨髓等。HBV侵入肝细胞的机制尚未完全明了，研究认为主要有两种方式，一种方式是HBV通过Pre S1蛋白直接与肝细胞膜特异受体结合，另一种方式通过Pre S2蛋白先与PHSA结合，PHSA再与肝细胞膜上清蛋白受体或清蛋白聚合体结合，PHSA起桥联作用将HBV黏附于肝细胞膜上。目前更多学者接受第一种方

式。以上两种均使病毒包膜与肝细胞膜融合，导致病毒侵入。HBV 进入肝细胞后即开始其复制过程，HBV DNA 进入细胞核形成共价闭环状 DNA (cccDNA)，以 cccDNA 为模板合成前基因组 mRNA，前基因组 mRNA 进入胞浆作为模板合成负链 DNA，再以负链 DNA 为模板合成正链 DNA，两者形成完整的 HBV DNA。HBV 复制过程非常特殊，细胞核内有稳定的 cccDNA 存在；有一个逆转录步骤。机体免疫反应不同，导致临床表现各异。当机体处于免疫耐受状态，如围生期获得 HBV 感染，由于小儿的免疫系统尚未成熟，不发生免疫应答，多成为无症状携带者；当机体免疫功能正常时，多表现为急性肝炎经过，成年感染 HBV 者常属于这种情况，大部分患者可彻底清除病毒而痊愈；当机体免疫功能低下、不完全免疫耐受反应产生、HBV 基因突变逃避免疫清除等情况下，可导致慢性肝炎；当机体处于超敏反应，大量抗原-抗体复合物产生并激活补体系统，以及在肿瘤坏死因子、白介素-1、内毒素等参与下，导致大片肝细胞坏死，发生重型肝炎。乙型肝炎的肝外损伤主要由免疫复合物引起，急性乙型肝炎早期偶尔出现的血清病样表现很可能是循环免疫复合物沉积在血管壁和关节腔滑膜并激活补体所致，此时血清补体滴度通常显著下降；在慢性乙型肝炎时循环免疫复合物也可沉积在血管壁，导致膜性肾小球性肾炎伴发肾病综合征，在肾小球基底膜上可检出 HBsAg、免疫球蛋白和补体 C3；免疫复合物也可导致结节性多动脉炎。这些免疫复合物多是抗原过剩的免疫复合物。乙型肝炎慢性化的发生机制未充分明了，但有证据表明，免疫耐受是关键因素之一。由于 HBeAg 是一种可溶性抗原，HBeAg 的大量产生可能导致免疫耐受。

丙肝：丙肝病毒 (HCV) 进入体内后，首先引起病毒血症，病毒血症间断地出现于整个过程。目前研究认为 HCV 致肝损伤有以下因素的参与，其中免疫应答起重要作用。①HCV 直接杀伤作用：HCV 在肝细胞内复制干扰细胞内大分子的合成，增加溶酶体膜的通透性而引起细胞病变。另外，HCV 表达产物对肝细胞有毒性作用，在体外表达 HCV 某些蛋白时，对宿主菌或细胞有毒性作用。②宿主的免疫因素：已证实肝组织内存在 HCV 特异性细胞毒性 T 淋巴细胞 (CD8⁺ T 细胞)，可在攻击 HCV 的同时，也导致免疫损伤。③自身免疫：HCV 感染者常伴有自身免疫改变，血清中可检出多种自身抗体，提示有自身免疫机制的参与。④细胞凋亡：正常人肝组织内无 Fas 分子的表达，HCV 感染肝细胞内有大量 Fas 表达，同时，HCV 可激活 CTL 表达 FasL，Fas 和 FasL 是一对诱导细胞凋亡的膜蛋白分子，两者结合导致细胞凋亡。HCV 感染后有超过 50% 转为慢性。慢性化的可能原因主

要有：①HCV 的高度变异性。②HCV 对肝外细胞的泛嗜性。③HCV 在血液中滴度低，免疫原性弱，机体对其免疫应答低下，甚至产生免疫耐受，造成病毒持续感染。

丁肝：发病机制尚未完全明了，目前认为病毒复制本身及其表达产物对肝细胞有直接作用。但无确切证据。

戊肝：发病机制尚不清，可能与甲肝相似。细胞免疫是引起肝细胞损伤的主要原因。戊肝病毒（HEV）经消化道侵入人体后，在肝脏复制，在潜伏期后半段开始，HEV 开始在胆汁中出现，随粪便排出体外，并持续至起病后 1 周左右。同时病毒进入血流导致病毒血症，病毒血症持续时间在不同个体差异大，可以是短暂一过性，亦可持续至发病后 100 日以上。

病毒性肝炎的基本病变以肝损害为主，肝外器官可有一定损害。各型肝炎的基本病理改变表现为弥漫性肝细胞变性、坏死，同时伴有不同程度的炎症细胞浸润，间质增生和肝细胞再生。

急性肝炎相当于中医国家标准的病名肝热病，慢性肝炎相当于肝著，重型肝炎相当于肝瘟；黄疸、胁痛属本病范畴。中医学认为其发病多由外感受湿热、疫毒之邪，侵及中焦，郁蒸肝胆，肝失疏泄，脾失健运而成。其病位在肝胆，与脾胃有关；其病性可表现为虚、实或虚实夹杂，虚为脾胃亏虚之虚寒或肝肾阴虚，实为湿热、疫毒、寒湿等。

用药思路

1. 抗病毒是关键，但不是唯一的治疗。有效的抗病毒治疗能清除病毒，改善肝脏的炎症和坏死。但目前无特效药，如干扰素、核苷类药各有其缺陷。中药实验显示有不少抗病毒作用，但临床上无论单方、验方、复方，经多中心、双盲对照的前瞻性研究证实者甚少，有待进一步研究。在慢性病毒性肝炎中，抗病毒不可缺少，但仅抗病毒尚不够，应结合其他治疗。

2. 抗肝纤维化治疗不容忽视。肝纤维化是肝脏炎症和坏死持续存在的必然结果，而且贯穿于疾病的始终。目前已知有一系列药物和因子具有抗肝纤维化作用，但无一种被批准应用于临床。临床研究证明，活血化瘀药物，可阻抑肝纤维化发展，甚至使形成的肝硬化逆转。但慢性病毒性肝炎患者肝纤维化机制远较实验性肝损伤复杂，从中医辨证来看，除血瘀外，尚有湿热、肝郁、脾虚、阴虚等证，单味中药很难起到整体治疗效果，而复方可解决此问题，复方抗肝纤维化有独特的优势，需进一步加强研究。

3. 中西医结合治疗是最佳选择。西药治疗病毒性肝炎的主要优势是抗