



高等院校“十二五”规划教材

中西医内科实习医师 临床技能手册

ZHONGXIYINEIKESHIXIYISHI
linchuangjìnéngshouce

苏润泽 主编

医
药
类



中山大学出版社
SUN YAT-SEN UNIVERSITY PRESS

高等院校“十二五”规划教材·医药类

中西医内科实习医师 临床技能手册

主 编 苏润泽
副主编 王坤芳

中山大学出版社

· 广州 ·

内 容 简 介

《中医内科实习医师临床技能手册》是高等中医学院中西医结合专业学生进入临床实习必备的参考书。全书共分为10篇,约50万字。本书根据国家对于中西医结合专业学生的培养目标和教学大纲的要求,结合近几年执业医师考试大纲编写,力求内容充实、简明扼要、客观实用。

本书依据西医疾病分类方法,选取内科常见病为对象,每一疾病分为诊断和治疗两大部分:诊断部分按照病史(或常见病因)、症状、体征、辅助检查、鉴别诊断编写;治疗部分按照治疗原则、西医治疗、中医治疗编写。

辨病与辨证相结合是中西医结合的基本思路。疾病的确诊需要充分的诊断依据,证的识别须“四诊合参”。本书中医、西医各具特色、要点突出、条理清晰。

版权所有 翻印必究

图书在版编目(CIP)数据

中医内科实习医师临床技能手册/苏润泽主编. —广州:中山大学出版社, 2014.8
高等院校“十二五”规划教材
ISBN 978-7-306-04990-2

I. ①中… II. ①苏… III. ①内科学—中西医结合疗法—中医学院—教学参考资料 IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2014)第 183811 号

出 版 人: 徐 劲

策划编辑: 周建华

责任编辑: 赵继香

封面设计: 李芳芳

责任校对: 蔡 丹

责任技编: 黄少伟

出版发行: 中山大学出版社

电 话: 编辑部 020-84111996 / 84113349, 010-57174229 / 57168995

发行部 020-84111998 / 84111981, 010-82783676 / 82780542

传 真: 010-82758506

地 址: 广州市新港西路 135 号 邮政编码: 510275

网 址: <http://www.zsup.com.cn> 电子邮箱: bjzhangxf@126.com

印 刷 者: 北京天正元印务有限公司

规 格: 787mm×1092mm 1/16 20 印张 478 千字

版次印次: 2014 年 8 月第 1 版 2014 年 8 月第 1 次印刷

定 价: 43.00 元

如发现本书因印装质量影响阅读, 请与出版社发行部联系调换

前 言

《中西医内科实习医师临床技能手册》是高等中医院校中西医结合专业学生进入临床实习必备的参考书。供全国高等中医药院校学生实习阶段使用，也适用于临床医师继续教育的学习提高使用。本书由具有丰富教学、临床和实践技能的专家针对中西医临床实习医师的实际需要而撰写，是一部高等医药院校学生临床实习的辅导用书。它以全国高等医药类规划教材教学大纲为纲，以强化临床基本功训练为宗旨，切合临床实际，力求内容简明实用，以诊断和治疗为重心。也可作为医师执业资格考试辅导用书。

内科学是临床学科的主干课程，是临床医学各科的基础。本书在编写上注意教学内容的思想性、科学性、先进性、启发性和适用性；坚持体现三基(基本理论、基本知识、基本技能)教学；为了适应高层次人才教育的需要，根据教学大纲要求在五年制教材的基础上突出“更高、更新、更深”的特点，在学科专业教学内容上进行了拓宽，增加了病种，提高了要求。全书共分为 10 篇，约 50 万字，分别为呼吸、循环、消化、泌尿、血液、内分泌及代谢、结缔组织、神经精神等各系统疾病。

基本理论、基本知识和基本技能，即“三基”，是对中西医结合专业学生的基本要求，临床诊断和治疗更是对其能力的检验。辨病与辨证相结合是中西医结合的基本思路。病的确诊需要充分的诊断依据，证的识别需将“四诊合参”。本书中医、西医各具特色，要点突出，简明扼要，条理清晰。

本书包括以下特点：

- (1) 以强化和训练临床思维、解决临床实际问题为出发点，实用性较强；
- (2) 以典型疾病治疗的形式展开，以诊治疾病的过程为主线；
- (3) 本学科的基本知识和技能在疾病的诊疗过程中得以训练和强化。

本书由苏润泽任主编，王坤芳任副主编，李霞、麻莉、王智深、郭春兰参与编写。

由于编者水平所限，书中如有不足之处，敬请使用本书的读者批评指正，以便修订时改进。如读者在使用本书的过程中有其他意见或建议，恳请向编者(bjzhangxf@126.com)踊跃提出宝贵意见。

编 者

目 录

第一篇 呼吸系统疾病

第一章 急性上呼吸道感染和急性

气管-支气管炎 1

第一节 急性上呼吸道感染 1

第二节 急性气管-支气管炎 4

第二章 肺部感染性疾病 7

第一节 肺炎链球菌肺炎 7

第二节 肺炎支原体肺炎 10

第三节 病毒性肺炎 11

第四节 肺脓肿 12

第三章 慢性支气管炎、慢性

阻塞性肺病 15

第一节 慢性支气管炎 15

第二节 阻塞性肺气肿 18

第四章 慢性肺源性心脏病 22

第五章 支气管扩张症 26

第六章 支气管哮喘 29

第七章 弥散性肺间质疾病 34

第一节 间质性肺疾病 34

第二节 特发性肺纤维化 35

第八章 胸腔积液 37

第九章 原发性支气管肺癌 41

第十章 呼吸衰竭 46

第一节 急性呼吸衰竭 46

第二节 慢性呼吸衰竭 48

第二篇 循环系统疾病

第一章 心力衰竭 52

第二章 心律失常 56

第一节 快速性心律失常 56

第二节 缓慢性心律失常 59

第三章 高血压病 63

第四章 冠状动脉粥样

硬化性心脏病 67

第一节 心绞痛 67

第二节 心肌梗死 70

第五章 风湿性心脏瓣膜病 74

第六章 亚急性感染性心内膜炎 77

第七章 心肌疾病 80

第一节 原发性心肌病 80

第二节 病毒性心肌炎 83

第八章 心包炎 87

第一节 急性心包炎 87

第二节 缩窄性心包炎 89

第九章 心血管神经症 90

第三篇 消化系统疾病

第一章 胃食管反流病 92

第二章 食管癌 95

第三章 胃炎 98

第一节 急性胃炎 98

第二节 慢性胃炎 99

第四章 消化性溃疡 103

第五章 胃癌 106

第六章 肠结核 109

第七章 炎症性肠病 112

第一节 溃疡性结肠炎 112

第二节 克罗恩病 115

第八章 大肠癌 118

第九章 肠易激综合征 121

第十章 肝硬化 124

第十一章 原发性肝癌 129

第十二章 胰腺炎 132

第一节 急性胰腺炎 132

第二节 慢性胰腺炎 135

第四篇 泌尿系统疾病

第一章 急性肾小球肾炎 138

第二章 慢性肾小球肾炎 142

第三章 肾病综合征	146	第四章 骨质疏松症	231
第四章 糖尿病肾病	149	第八篇 结缔组织病与风湿病	
第五章 尿路感染	153	第一章 类风湿关节炎	234
第六章 急性肾衰竭	156	第二章 系统性红斑狼疮	238
第七章 慢性肾衰竭	160	第三章 干燥综合征	242
第五篇 血液系统疾病		第四章 强直性脊柱炎	244
第一章 贫血	165	第五章 骨性关节炎	247
第一节 缺铁性贫血	165	第九篇 神经系统疾病	
第二节 再生障碍性贫血	168	第一章 周围神经疾病	250
第二章 白细胞减少和粒细胞 缺乏症	172	第一节 三叉神经痛	250
第三章 白血病	175	第二节 特发性面神经麻痹	253
第一节 急性白血病	175	第三节 急性炎症性脱髓鞘性多发性 神经病	256
第二节 慢性髓细胞白血病	183	第二章 脑血管疾病	261
第四章 紫癜性疾病	187	第一节 短暂性脑缺血发作	261
第一节 特发性血小板减少性紫癜	187	第二节 脑梗死	263
第二节 过敏性紫癜	190	第三节 脑出血	271
第六篇 内分泌系统疾病		第四节 蛛网膜下腔出血	276
第一章 单纯性甲状腺肿	195	第五节 脑动脉硬化症	279
第二章 弥漫性毒性甲状腺肿	197	第六节 椎基底动脉供血不足	282
第三章 甲状腺功能减退症	202	第三章 帕金森病	285
第四章 亚急性甲状腺炎	206	第四章 癫痫	289
第五章 慢性淋巴细胞性甲状腺炎	209	第五章 偏头痛	295
第六章 库欣综合征	212	第六章 痴呆	299
第七章 原发性慢性肾上腺 皮质功能减退症	216	第一节 Alzheimer 病	299
第七篇 代谢疾病和营养疾病		第二节 血管性痴呆	301
第一章 糖尿病	219	第七章 重症肌无力	303
第二章 血脂异常和脂蛋白异常 血症	225	第十篇 精神疾病	
第三章 痛风	228	第一章 神经衰弱	308
		第二章 抑郁性神经症	311
		参考文献	314

第一篇 呼吸系统疾病

第一章 急性上呼吸道感染和 急性气管 - 支气管炎

第一节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染是指鼻腔、咽或喉部呼吸道黏膜的急性炎症的总称，是呼吸道最常见的一种传染病。全年均可发病，以冬、春季节多见，可通过含有病毒的飞沫或被污染的用具传播，多数为散发性。一般病情轻，病程短，可自愈，预后良好。本病归属于中医学“感冒”范畴。

一、诊断要点

（一）症状、体征

根据病因不同，临床表现可有不同的类型：

1. 普通感冒

普通感冒俗称“伤风”，又称为急性鼻炎或上呼吸道卡他，以鼻咽部卡他症状为主要表现。潜伏期短，起病较急，初期有咽干、咽痒或烧灼感，发病同时或数小时后，可有喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕，2~3天后变稠，可伴咽痛，有时由于耳咽管炎使听力减退，也可出现流泪、味觉迟钝、呼吸不畅、声嘶、少量咳嗽等。一般无发热及全身症状，或仅有低热、不适、轻度畏寒和头痛。体检可见鼻腔黏膜充血、水肿，有分泌物，咽部轻度充血，偶有眼结膜充血。如无并发症，一般经5~7天痊愈，伴有并发症者可致病程迁延。

2. 急性病毒性咽炎、喉炎

（1）急性病毒性咽炎。多由鼻病毒、腺病毒、流感病毒、副流感病毒以及肠病毒、呼吸道合胞病毒等引起。临床特征为咽部发痒和灼热感，疼痛不持久，也不突出，当有吞咽疼痛时，常提示有链球菌感染，咳嗽少见。流感病毒和腺病毒感染时可有发热和乏力。体检咽部明显充血和水肿，颌下淋巴结肿大且触痛。腺病毒咽炎可伴有眼结合膜炎。

（2）急性病毒性喉炎。多由流感病毒甲型、副流感病毒及腺病毒等引起。临床特征为声嘶、讲话困难，常有发热、咳嗽伴咽痛。体检可见喉部水肿、充血，局部淋巴结轻度肿大和触痛，有时可闻及喘息声。

3. 急性疱疹性咽峡炎

急性疱疹性咽峡炎常由柯萨奇病毒A引起，表现为明显咽痛、发热，病程约一周。查体可见咽部充血，软腭炎、悬雍垂、咽及扁桃体表面有灰白色疱疹及浅表溃疡，周围伴红晕。多于夏季发作，多见于儿童，偶见于成人。

4. 急性咽结膜炎

急性咽结膜炎主要由腺病毒、柯萨奇病毒等引起,表现为发热、咽痛、畏光、流泪。查体见咽及结膜明显充血。病程4~6天,常发生于夏季,游泳中传播,儿童多见。

5. 急性咽扁桃体炎

急性咽扁桃体炎多由溶血性链球菌引起,其次为流感嗜血杆菌、肺炎球菌、葡萄球菌等。起病急,咽痛明显,畏寒,发热,体温可达39℃以上。查体见咽部明显充血,扁桃体肿大、充血,表面有黄色点状渗出物,颌下淋巴结肿大、压痛,肺部无异常体征。

(二) 辅助检查

(1) 血常规。病毒性感染见白细胞计数正常或偏低,淋巴细胞比例升高。细菌感染可有白细胞计数与中性粒细胞增多和核左移现象。

(2) 病原学检查。因病毒类型繁多,且明确类型对治疗无明显帮助,一般无须明确病原学检查。细菌培养可判断细菌类型并做药敏试验以指导临床。

(三) 鉴别诊断

(1) 过敏性鼻炎。临床上很像“伤风”,所不同者为起病急骤、鼻腔发痒、频繁喷嚏、流清水样鼻涕,发作与环境或气温突变有关,有时对异常气味亦可发作,经过数分钟至1~2小时症状消失。检查可见鼻黏膜苍白、水肿,鼻分泌物涂片可见嗜酸粒细胞增多。

(2) 流行性感。为流感病毒引起,常有明显的流行。起病急,全身症状较重,高热、全身酸痛,眼结膜炎症状明显,但鼻咽部症状较轻。取患者鼻洗液中黏膜上皮细胞的涂片标本,用荧光标记的流感病毒免疫血清染色,置荧光显微镜下检查,有助于早期诊断,或病毒分离或血清学诊断可供鉴别。

(3) 急性传染病前驱症状。如麻疹、脊髓灰质炎、脑炎等,在患病初常有上呼吸道症状,在这些病的流行季节或流行区应密切观察。在一周内,如果呼吸道症状减轻但出现新的症状,须进行必要的实验室检查,以资区别。

二、治疗

治疗原则:首先,注意预防,应加强体育锻炼,提高机体的御寒能力,保持室内通风;其次,发挥中医药治疗的特色和优势,辨证分型。

(一) 西医治疗

(1) 对症治疗。病情较重或发热者或年老体弱者应卧床休息,忌烟,多饮水,室内保持空气流通。如有发热、头痛,可选用解热止痛片,如复方阿司匹林、去痛片等口服;咽痛可用消炎喉片含服,局部雾化治疗;鼻塞、流鼻涕可用1%麻黄素滴鼻。

(2) 抗病毒治疗。由于目前有滥用造成流感病毒耐药现象,所以如免疫功能正常,无发热,发病不超过2天,一般无须应用。对于免疫缺陷患者,可早期常规使用。利巴韦林和奥司他韦有较广的抗病毒谱,对流感病毒、副流感病毒和呼吸道合胞病毒等有较强的抑制作用,可缩短病程。

(3) 抗菌药物治疗。单纯的病毒感染一般不用抗生素。如有细菌感染,如白细胞升高、咽部脓苔、咯黄痰和流脓涕等细菌感染证据,可选用适合的抗生素,如青霉素类、第一代头孢菌素、大环内酯类和喹诺酮类。

(二) 中医治疗

1. 辨证分型

(1) 风寒束表证。

【治法】辛温解表。

【方药】荆防达表汤或荆防败毒散加减。主要药物：荆芥、防风、苏叶、豆豉、葱白、生姜、杏仁、前胡、桔梗、甘草、橘红。

(2) 风热犯表证。

【治法】辛凉解表。

【方药】银翘散或葱鼓桔梗汤加减。主要药物：金银花、连翘、黑山栀、豆豉、薄荷、荆芥、竹叶、芦根、牛蒡子、桔梗、甘草。

(3) 暑湿伤表证。

【治法】清暑祛湿解表。

【方药】新加香薷饮加减。主要药物：金银花、连翘、鲜荷叶、芦根、香薷、厚朴、扁豆。

(4) 气虚感冒证。

【治法】益气解表。

【方药】参苏饮加减。主要药物：党参、甘草、茯苓、苏叶、葛根、前胡、半夏、陈皮、枳壳、桔梗。

(5) 阴虚感冒证。

【治法】滋阴解表。

【方药】葳蕤汤加减。主要药物：玉竹、甘草、大枣、豆豉、薄荷、葱白、桔梗、白薇。

2. 其他治疗

(1) 常用中成药。

① 感冒软胶囊。

【适应证】感冒风寒证。

【用法】口服，每次2~4粒，每日2次。

② 柴胡口服液。

【适应证】风热感冒发热。

【用法】口服，每次10~20ml，每日3次。

③ 藿香正气口服液。

【适应证】暑湿感冒。

【用法】口服，每次半支~1支，每日2次。用时摇匀。

(2) 针灸。

① 针刺法。

【使用方法】患者握拳，手背四五掌指关节前陷中取腋门穴，避开可见静脉，用毫针顺掌骨间隙刺0.5~1寸^①，左右捻转数次，局部有酸胀、麻木感，一般取单侧即可。

^① 1寸≈3.33cm。

②穴位贴敷法。

【使用方法】将豆豉 15g 研成细末，葱白连须 6 个打烂成泥，加入面粉 10g，将上药分成两份，每份另加生姜 1 片、蛋清 1 个，用大蒜汁将诸药搅拌成团，敷太渊、经渠、列缺、外关、内关、阳池、大陵、劳宫穴。先敷一侧，外以纱布固定，12h 更换另一侧。

③按摩法。

【使用方法】先点按合谷、大椎、风池穴各 30s，再提拿肩井穴数次，然后用两个拇指在面部推印堂、推眉弓、揉按太阳穴数次。

第二节 急性气管 - 支气管炎

一、诊断要点

急性气管 - 支气管炎是由生物、物理、化学刺激或过敏等因素引起的急性气管 - 支气管黏膜炎症，也可由急性上呼吸道感染迁延而来。临床主要症状有咳嗽和咳痰，常见于寒冷季节或气候突变时。本病可发生于任何年龄，以老人、幼儿及体弱者多见，迁延不愈或者反复发作可演变成慢性支气管炎。本病归属于中医学“咳嗽”范畴。

（一）病史

本病起病较急，常先有急性上呼吸道感染症状。

（二）症状

当炎症累及气管、支气管黏膜，则出现咳嗽、咳痰，先为干咳或少量黏液性痰，后可转为黏液脓性，痰量增多，偶可痰中带血。如支气管发生痉挛，可出现程度不等的气促，伴胸骨后发紧感。全身症状一般较轻，可有发热，38℃ 左右，多于 3~5 天降至正常。咳嗽和咳痰可延续 2~3 周才消失，如迁延不愈，日久可演变为慢性支气管炎。

（三）体征

可无明显阳性体征，也可在两肺闻及散在干、湿性啰音，部位常不固定，咳痰后可减少或消失。

（四）辅助检查

周围血白细胞计数和分类多无明显变化。细菌性感染较重时白细胞计数可增高。痰涂片或培养可发现致病菌。X 线胸片检查大多数正常或肺纹理增粗。

（五）鉴别诊断

（1）流行性感。起病急骤，发热较高，全身中毒症状，如全身酸痛、头痛、乏力等明显，呼吸道局部症状较轻。常有流行病史，依据病毒分离和血清学检查，有助于鉴别。

（2）急性上呼吸道感染。鼻咽部症状明显，咳嗽轻微，一般无咳痰，肺部无异常体征。胸部 X 线正常。

（3）其他。支气管肺炎、肺结核、肺癌、肺脓肿、麻疹、百日咳等多种肺部疾病可伴有急性支气管炎的症状，应详细检查，以资鉴别。

二、治疗

治疗原则：中医治疗以宣肺化痰止咳为主，兼以疏散外邪。咳嗽较剧者可考虑使用西医止咳药物。有病毒引起者一般不必应用抗生素。如有继发细菌感染，表现为高热、痰黄稠或成脓性，或原有慢性呼吸系统疾病，或既往有风湿性心脏病、心脏病、肾炎等病史者，可选用适当的抗菌药物治疗，也可根据细菌种类及药敏试验结果选用有效抗菌药物。

（一）西医疗疗

（1）一般治疗。多休息，保暖，多饮水，避免劳累。

（2）抗菌药物治疗。有细菌感染证据时应及时使用，如青霉素、磺胺制剂（SMZ-TMP）、螺旋霉素、喹诺酮类（氧氟沙星、环丙沙星等）、头孢类抗生素等。一般口服抗菌药物即可，症状较重者可肌注或静脉注射。

（3）对症治疗。咳嗽较剧、无痰时，可用右美沙芬、喷托维林等。痰稠不易咳出时，可用复方氯化铵合剂、溴己新，也可用雾化疗法帮助祛痰（生理盐水加 α -糜蛋白酶5mg）。较为常用的为兼顾止咳和化痰的棕色合剂。发生支气管痉挛时，可用平喘药，如氨茶碱、 β_2 受体激动剂等。发热时，可用解热镇痛药对症处理。

（二）中医治疗

1. 辨证分型

（1）风寒袭肺证。

【治法】疏风散寒，宣肺止咳。

【方药】三拗汤合止嗽散加减。主要药物：麻黄、杏仁、桔梗、前胡、甘草、橘皮、金沸草。

（2）风热犯肺证。

【治法】疏风清热，宣肺化痰。

【方药】桑菊饮加减。主要药物：桑叶、菊花、薄荷、连翘、前胡、牛蒡子、杏仁、桔梗、大贝母、枇杷叶。

（3）燥热伤肺证。

【治法】疏风润燥，清肺止咳。

【方药】桑杏汤加味。主要药物：桑叶、薄荷、豆豉、杏仁、前胡、牛蒡子、南沙参、大贝母、天花粉、梨皮、芦根。

（4）凉燥伤肺证。

【治法】轻宣凉燥，润肺止咳。

【方药】杏苏散加减。主要药物：苏叶、杏仁、前胡、紫菀、款冬花、百部、甘草、麦冬、浙贝。

2. 其他治疗

（1）常用中成药。

①急支糖浆。

【适应证】风热犯肺证。

【用法】每次20~30ml，每日3次。

② 参苏颗粒。

【适应证】 风寒袭肺证。

【用法】 每次 1 包，每日 2 次。

③ 止嗽丸。

【适应证】 风寒袭肺证。

【用法】 每次 20 粒，每日 3 次。

(2) 针灸。

① 针刺法。

【使用方法】 取天突、尺泽、太渊、列缺、合谷、定喘、肺腧穴。风寒束肺加鱼际、风池、风门穴；风热犯肺加大椎、鱼际、曲池、大杼穴；燥热伤肺加内关、膻中穴；痰湿阻肺加脾腧、太渊、丰隆、足三里穴；肝火灼肺加肝腧、鱼际、支沟、行间穴；肺肾阴虚加脾腧、肾腧、气海、关元、足三里穴。根据病情每次选 4~6 穴，急性支气管炎或慢性支气管炎急性发作，针刺以泻法为主，虚证宜平补平泻，根据情况不同每日 1~2 次，每次留针 10~20min，间隔 5min 捻转行针一次，10 次为一疗程。

② 穴位埋线法。

【使用方法】 取肺俞、脾俞、肾俞、膻中穴。局部常规消毒，以注射用 8 号针尖为套管，1.5 寸毫针剪去针尖为针芯，刺入穴位后行提插捻转手法，待出现针感时，将羊肠线 2cm 送入针孔内并留于穴位内。每月 3 次，3 个月为一疗程。

③ 耳针法。

【使用方法】 取肺、气门、神门穴。急性支气管炎加枕、肾上腺、耳迷根穴。每次选 3~4 穴，中等刺激，留针 30~60min，双耳皆针，每日或隔日一次，10 次为一疗程。

④ 隔药物灸。

【使用方法】 取神阙穴。白芥子 3g，半夏 3g，公丁香 0.5g，麻黄 5g，细辛 2g，麝香少许，研细为末，密封备用。神阙穴常规消毒后，取药粉适量装满肚脐，将鲜姜一片（厚约 0.3cm，姜片可用针扎数孔）盖于药粉上，上置大艾炷施灸，每日灸一次，每次灸 3~5 壮，每 10 次为一疗程，疗程间隔 5~7 日。

⑤ 穴位敷贴法。

【使用方法】 大蒜适量捣成泥样，取如豆瓣大一团，置于伤湿止痛膏中心。每晚洗足后贴双足涌泉穴，次晨揭去，连贴 3~5 次。

第二章 肺部感染性疾病

第一节 肺炎链球菌肺炎

一、诊断要点

由肺炎球菌或肺炎链球菌所引起，占社区获得性肺炎中的半数以上。通常急骤起病，以寒战、高热、胸痛、咳嗽和血痰为特征。X线显示肺叶或肺段的实变阴影。近年来，由于抗菌药物的广泛应用，致使本病的起病方式、症状及X线改变均不典型。本病归属于中医学“咳嗽”、“喘证”、“肺炎喘嗽”等范畴。

（一）病史

患者发病前常有受凉、淋雨、疲劳、醉酒、精神刺激、病毒感染史，半数病例有数日的上呼吸道感染先驱症状。

（二）症状

起病多急骤，有高热、寒战，体温在数小时内可以升到 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ ，高峰在下午或傍晚，也可呈稽留热，与脉率相平行。患者感全身肌肉酸痛，患侧胸部疼痛，可放射到肩部、腹部，咳嗽或深呼吸时加剧。痰少，可带血丝或呈铁锈色。胃纳锐减，偶有恶心、呕吐、腹痛或腹泻，有时误诊为急腹症。

（三）体征

患者呈急病容，面颊绯红，皮肤干燥。口角和鼻周可出现单纯性疱疹。病变广泛时可出现气急、紫绀。有败血症者，皮肤和黏膜可有出血点；巩膜黄染；颈有阻力提示可能累及脑膜。早期肺部体征无明显异常，仅有胸廓呼吸运动幅度减小，轻度叩浊，听诊呼吸音减低和胸膜摩擦音。肺实变时有典型的叩浊、语颤增强和支气管呼吸音。消散期可闻及湿啰音。心率增快，有时心律不齐。

本病自然病程为1~2周，发病第5~10天时，发热可以自行骤降或逐渐减退。使用有效的抗菌药物，可使体温在1~3天内恢复正常，其他症状随之消失，逐渐恢复健康。

（四）辅助检查

（1）血象。血白细胞计数多数在 $(10 \sim 20) \times 10^9/\text{L}$ ，中性粒细胞多在80%以上，并有核左移或胞质内毒性颗粒。年老体弱、酗酒、免疫低下者的白细胞计数常不增高，中性粒细胞百分比仍高。

（2）血培养。在抗菌药物使用前作血培养，20%可呈阳性。

（3）痰培养。痰涂片检查有大量中性粒细胞和革兰阳性成对或短链状球菌，在细胞内者更有意义。痰培养在24~48h可以确定病原体。痰标本送检注意事项：器皿洁净无菌，用药之前收集，避免污染，取深部咳出的脓性或铁锈色痰；为了避免痰标本污染，可在漱口后取痰。

（4）X线检查。早期仅见肺纹理增粗或肺段、叶稍模糊；实变期在实变阴影中可见支

气管气道征，肋膈角可有少量胸腔积液征；消散期炎症浸润逐渐吸收，可有片块区域吸收较早，呈现“假空洞”征。多数在起病3~4周完全消散。老年患者病灶消散较慢，可成为机化性肺炎。

（五）鉴别诊断

（1）干酪性肺炎。急性结核性肺炎临床表现与肺炎球菌肺炎相似，X线亦有肺实变；结核病常有低热乏力，痰中容易找到结核菌。X线显示病变多在肺尖或锁骨上下，密度不均，历久不消散，且可形成空洞和肺内播散。肺炎球菌肺炎经青霉素治疗3~5天，体温多能恢复正常，肺内炎症也较快吸收。

（2）急性肺脓肿。早期临床表现与肺炎球菌肺炎相似。随着病程的发展，大量脓臭痰为肺脓肿的特征，致病菌有金葡球菌、克雷白杆菌及其他革兰阴性杆菌和厌氧菌。X线显示脓腔和液平，较易鉴别。

二、治疗

治疗原则：消灭病原体，控制病情发展，减轻症状，避免并发症，从而达到临床治愈的目的。西医治疗认为针对病原菌选用有效抗生素治疗是肺炎治愈的关键。中医认为本病为人体正虚之时，感受外邪，邪袭肺卫，逆传心包，变生诸证，治疗基本上是按风温辨证。

（一）西医治疗

（1）抗菌药物治疗。一经诊断应立即开始抗生素治疗，不必等待细菌培养结果。首选青霉素G。对于成年轻症患者，用80万单位每日肌注3次，或者普鲁卡因青霉素每12h肌注60万单位。病情稍重，则宜用240万~480万单位青霉素G静脉滴注，每6~8h一次；重症及并发脑膜炎时，可加至每日1000万~3000万单位，分4次静脉滴注。滴注时每次量尽可能在1h内滴完，以便产生有效血浓度。患者对青霉素过敏，轻症可用红霉素、林可霉素；重症患者还可改用其他第一代或第二代头孢菌素，但头孢菌素有时与青霉素有交叉过敏性，用药前宜作皮肤过敏试验；多重耐药菌株感染可用万古霉素等。抗菌药物疗程一般为5~7天，或在退热后3天停药。

（2）支持疗法。病人应卧床休息，注意足够蛋白质、热量和维生素等的摄入，观测呼吸、心率、血压及尿量，注意可能发生的休克。有明显胸痛，可给少量止痛剂，如可待因15mg。不用阿斯匹林或其他退热剂，以免大量出汗、脱水，且干扰真实热型，引起临床判断错误。鼓励饮水每日1~2L，轻症患者不需常规静脉输液，确有失水者可输液，保持尿比重在1.020以下，血清钠保持在145mmol/L以下。由于发热使水分及盐类较多缺失，故一般用1/4~1/2生理盐水加5%葡萄糖水。禁用抑制呼吸的镇静剂。

（3）并发症的处理。用适当抗菌药物后，高热一般在24h内消退，或数日逐渐下降。体温再升或3天后仍不退者，应考虑肺炎球菌的肺外感染，如脓胸、心包炎或关节炎等。持续发热的其他原因还有混杂细菌感染、药物热或存在其他并存的疾患。有肿瘤或异物阻塞支气管时，肺炎虽在治疗后消散，但阻塞因素未除，仍可再度出现肺炎。

（二）中医治疗

1. 辨证分型

（1）邪犯肺卫证。

【治法】疏风清热，宣肺止咳。

【方药】三拗汤或桑菊饮加减。主要药物：麻黄、杏仁、甘草、菊花、薄荷、桑叶、桔梗、连翘、芦根。

(2) 痰热壅肺证。

【治法】清热化痰，宽胸止咳。

【方药】麻杏石甘汤合千金苇茎汤加减。主要药物：麻黄、杏仁、石膏、甘草、苇茎、生薏仁、冬瓜子、桃仁。

(3) 热闭心神证。

【治法】清热解毒，化痰开窍。

【方药】清营汤加减。主要药物：犀角、生地、玄参、竹叶心、麦冬、丹参、黄连、金银花、连翘。

(4) 阴竭阳脱证。

【治法】益气养阴，回阳固脱。

【方药】生脉散合四逆汤加减。主要药物：人参、麦冬、五味子、炙甘草、附子、干姜。

(5) 正虚邪恋证。

【治法】益气养阴，润肺化痰。

【方药】竹叶石膏汤加减。主要药物：竹叶、石膏、麦冬、人参、半夏、甘草。

2. 其他治疗

(1) 常用中成药。

① 莲花清瘟胶囊。

【适应证】热毒袭肺证。

【用法】每次4粒，每日3次，口服。

② 清开灵注射液。

【适应证】热闭心神证。

【用法】每次20~40ml，加入5%葡萄糖注射液250ml静脉点滴，每日2次。

③ 复方鱼腥草片。

【适应证】痰热证。

【用法】每次4片，每日3次，口服。

(2) 针灸疗法。

① 穴位敷贴法。

【使用方法】取黄芩、白芷各15g，白芥子100g，细辛、川贝、大黄各10g，淀粉40g，麝香少许，将上药共研细末，充分混合后用温水适量调成糊状。取2~3层纱布按左、右肺体表投影的大小剪成半圆锥形状，平放在左、右胸肺部相应的部位，然后将配好的糊膏以30~50mm的厚度均匀地涂在整块剪好的纱布上，相当于一肺的面积5~8cm²，局部可有灼热感时如皮肤红润，可将纱布揭下，隔日一次，3次为一疗程。主治肺部感染。

② 针刺疗法。

【使用方法】取肺俞、合谷、孔最穴，用毫针针刺上穴，均采用泻法。如高热可在尺泽或十宣穴速刺放血少许。主治大叶性肺炎。

③拔罐疗法。

【使用方法】先用梅花针在背部、肩胛内侧缘两旁点刺，至表皮轻度发红，然后拔火罐4~6个。主治大叶性肺炎。

④脐疗法。

【使用方法】取艾叶一团、葱白3根，加醋或烧酒捣烂成泥状，敷于脐上，并用胶布固定。24h后去掉，然后用三棱针点刺虎口穴，使其出血少许。主治病毒性肺炎。

第二节 肺炎支原体肺炎

一、诊断要点

肺炎支原体肺炎是由肺炎支原体所引起的呼吸道和肺部的急性炎症，常同时有咽炎、支气管炎和肺炎。本病占非细菌性肺炎的1/3以上，或各种原因引起的肺炎的10%，常于秋、冬季发病。病人中儿童和青年人居多，婴儿有间质性肺炎时应考虑可能患支原体肺炎。本病归属于中医学“咳嗽”、“喘证”、“肺炎喘嗽”等范畴。

（一）病史

潜伏期2~3周，通常起病较缓慢，有乏力、咽痛、咳嗽、发热、食欲不振、肌痛症状等。

（二）症状

阵发性刺激性呛咳为本病的突出症状。发热可持续2~3周，体温恢复后可能还有咳嗽。肺外表现更常见，如皮炎等。

（三）体征

体检可见咽部充血，儿童可并发鼓膜炎和中耳炎，颈淋巴结肿大。肺部体检可无明显体征。

（四）辅助检查

（1）血常规。白细胞总数正常或稍增多，以中性粒细胞为主。

（2）冷凝集试验。起病后2周，约2/3病人冷凝集试验阳性，滴定效价大于1:32。特别是当滴度逐步升高时，有诊断价值。

（3）X线检查。肺部病变表现多样化，早期呈细网状，以后融合成片状影，近肺门较深，以下肺野多见。病变常经3~4周后自行消散。

（五）鉴别诊断

根据症状、体征和实验室检查，尤其是血清中特异性抗体及病原学检查等诊断。本病轻型须与病毒性肺炎、军团菌肺炎相鉴别。周围血嗜酸粒细胞正常，这与嗜酸粒细胞增多性肺浸润亦有所鉴别。

二、治疗

治疗原则：参见本章第一节。

（一）西医治疗

本病具有自限性，多数患者不经治疗可自愈。早期使用适当抗菌药物可减轻症状及缩短疗程。大环内酯类是治疗支原体肺炎的首选药，如红霉素 0.3g，每日 4 次。阿奇霉素、克拉仙等新一代大环内酯类药治疗效果较佳，胃肠道副作用小。环丙沙星、氧氟沙星等喹诺酮类也有很好的治疗作用，可用于成人及大年龄儿童。疗程一般 2~3 周。青霉素及头孢菌素类抗菌药物无效。对于剧烈呛咳者，应适当给予镇咳药。

（二）中医治疗

参见本章第一节。

第三节 病毒性肺炎

病毒性肺炎是由上呼吸道病毒感染，向下蔓延所致的肺部炎症。多见于小儿及老年人，以及原有慢性心肺疾病或免疫功能低下者。本病归属于中医学“咳嗽”、“喘证”、“肺炎喘嗽”等范畴。

一、诊断要点

（一）症状

病毒性肺炎好发于冬春季节，临床症状通常较轻，与支原体肺炎的症状相似，但起病较急，发热、头痛、全身酸痛、倦怠等较突出；常在急性流感症状尚未消退时，即出现咳嗽、少痰，或白色黏液痰、咽痛等呼吸道症状。小儿或老年人易发生重症病毒性肺炎，表现为呼吸困难、发绀、嗜睡、精神萎靡，甚至发生休克、心力衰竭和呼吸衰竭等合并症，也可发生急性呼吸窘迫综合征。

（二）体征

本病常无显著的胸部体征，病情严重者呼吸浅速，心率增快，发绀，肺部干、湿性啰音。

（三）辅助检查

血常规白细胞计数正常、稍高或稍低，血沉通常在正常范围内，痰涂片所见的白细胞以单核细胞居多，痰培养常无致病细菌生长。胸部 X 线检查可见肺纹理增多，小片状浸润或广泛浸润，病情严重者显示双肺弥漫性结节性浸润，但大叶实变及胸腔积液者少见。

二、治疗

治疗原则：参见本章第一节。

（一）西医治疗

以对症治疗为主，卧床休息，居室保持空气流通，注意隔离消毒，预防交叉感染，给予足量维生素及蛋白质，多饮水，少量多次进食，酌情静脉输液及吸氧，保持呼吸道通畅，及时消除上呼吸道分泌物。原则上不宜应用抗生素，以防继发性细菌感染；一旦明确已合并细菌感染，应及时选用敏感的抗生素。