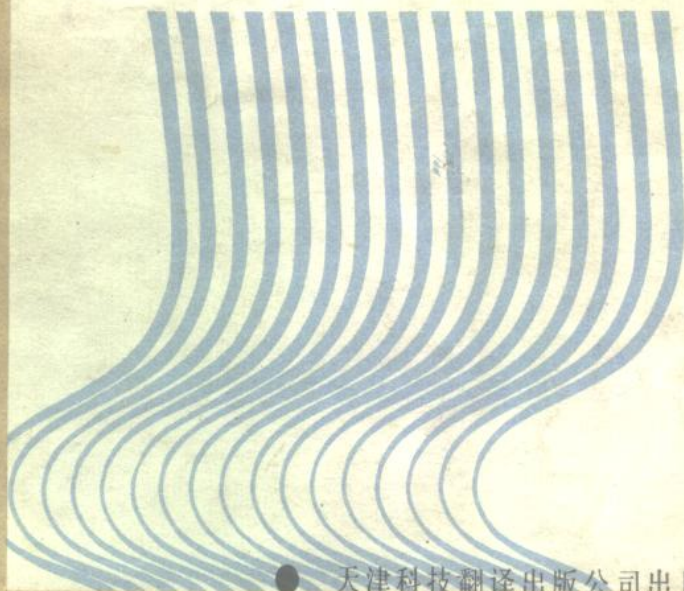


DERN TREATMENT
INTERNAL MEDICINE

内科病最新治疗

● 临床荟萃杂志社编译



● 天津科技翻译出版公司出版

内科病最新治疗 1

临床荟萃杂志社编译

天津科技翻译出版公司

一九八七年 天津

目 录 表

责任编辑：印嘉祥

特约编辑：李世俊

内科病最新治疗

临床荟萃杂志社编译

天津科技翻译出版公司出版 新华书店天津发行所经销

石家庄市中原印刷厂排版印刷

787×1092毫米32开本 13.7印张 295千字

1987年12月第1版 1988年4月第2次印刷

印数：1——14,000册

统一书号

R .2

定 价

目 录

临床治疗艺术浅谈

天津医学院二附院.....	刘桂蕊	1
---------------	-----	---

心血管疾病

难治性心力衰竭的治疗

河北医学院二附院.....	都本洁	6
---------------	-----	---

急性肺水肿的治疗

滨州医学院附属医院.....	张子彬	16
----------------	-----	----

高血压的阶梯治疗方案进展

成都军区卫生学校.....	陈临秀	25
---------------	-----	----

洋地黄中毒的治疗进展

蚌埠市第二人民医院.....	杨荣平	30
----------------	-----	----

洋地黄中毒的抗体治疗新进展

上海市长宁区中心医院内科.....	王汉民	39
-------------------	-----	----

早搏性心律失常的药物治疗

滨州医学院.....	陈志周	46
------------	-----	----

呼吸系统疾病

肺曲菌病的治疗进展

同济医科大学附属同济医院.....	段生福	53
-------------------	-----	----

支气管哮喘治疗的进展

山东省立医院.....	陶仲为	60
-------------	-----	----

0226304-58/31-31482

成人呼吸窘迫综合征的诊断和治疗

南京市鼓楼医院.....侯 杰 68

呼吸衰竭的治疗

中山医大孙逸仙纪念医院.....梁永康 75

肺结核化疗的进展

广东省结核病防治研究所.....吕灿明 81

胸腔积液的治疗

湛江医学院附属医院.....邓国坚 91

自发性气胸的治疗进展

苏州医学院附属第一医院.....胡华成 96

肺心病的抗感染治疗

中国人民解放军二六六医院.....岳沛明 102

消化系统疾病

肝昏迷的治疗进展

中国人民解放军第四军医大学.....潘伯荣 109

肝硬化腹水的治疗进展

上海二医大附属新华医院.....马济民 马骏先 116

门脉高压征的药物疗法

浙江医科大学一附院.....姒健敏 126

消化性溃疡的内科治疗

南京医学院二附院.....姜钰峰 130

返流性胃炎的治疗

泰山医学院附属医院.....童瑞田 138

肠道易激综合征最新治疗

天津医学院二附院.....刘桂蕊 145

习惯性便秘的中医治疗

安徽省人民医院.....冯振兴 149

急性出血坏死型胰腺炎的抢救

重庆医科大学一附院.....王丕龙 155

内科病的营养治疗

广州军区卫生学校.....陈以师 161

泌尿系统疾病

尿路感染治疗进展

中山医科大学一附院.....叶任高 168

难治性慢性肾盂肾炎的最新治疗

武汉市第一医院.....余秉治 余青萍 174

肾小球疾病的最新治疗

西安医科大学二附院内科.....朱建民 田惠柔 182

泌尿系结石传统治疗评价与治疗进展

湖南医学院二附院.....黄 循 188

内分泌、代谢性疾病

甲状腺危象的治疗进展

大连医学院一附院.....李昌臣 195

原发性肾上腺皮质功能减低症的治疗

天津医学院一附院.....王维力 200

高血钙危象的治疗

南京医学院一附院.....何戎华 205

钾麻痹的治疗

昌潍医学院.....王景林 211

高乳酸血症和乳酸中毒的诊断与治疗

南京军区总医院.....王燕燕 217

肾小管性酸中毒治疗的进展

上海第二医科大学附属瑞金医院...董德长 陈庆荣 222

原发性痛风治疗进展

南通医学院附属医院.....蒋季杰 徐学康 229

尿崩症治疗进展

重庆医科大学一附院内科.....邱鸿鑫 235

更年期综合征的治疗进展

河南医科大学一附院内科.....周慕英 241

神经系统疾病

腔隙性梗塞的治疗

中山医科大学一附院.....蔡新钢 254

脑囊虫病的治疗

北京市宣武医院.....魏岗之 260

美尼尔氏病的诊断与治疗

上海医科大学附属眼耳鼻喉科医院.....朱纪如 266

血液、肿瘤疾病

血友病的治疗

湖南医学院一附院.....周伯通 272

阵发性睡眠性血红蛋白尿

湖南医学院一附院.....齐振华 278

恶性肿瘤加热治疗的进展

上海第二医大附属第九医院.....宁守诚 282

光敏疗法 (PDT) 治疗恶性肿瘤的进展

山西省肿瘤研究所.....黄少勇 288

感染性疾病

重症病毒性肝炎的现代治疗

国家科委重症肝炎攻关组沈耕荣 296

上海二医大附属瑞金医院

细菌感染性腹膜炎的治疗

北京医科大学一附院.....沈宝铨 303

流行性出血热的治疗进展

同济医科大学附属协和医院罗端德 310

流行性出血热低血压休克的抢救

陕西省人民医院.....林永焕 316

产科脓毒性休克的最新治疗

上海二医大附属瑞金医院.....董金林 329

慢性期布鲁氏菌病的治疗

新疆维吾尔自治区地方病防治研究所.....徐震舟 335

疟疾的治疗进展

中国人民解放军第二军医大学.....汪伟业 343

吡喹酮治疗蠕虫病

重庆医科大学.....刘约翰 350

丝虫病的最新治疗

江苏省寄生虫病防治研究所.....刘海云 358

钩虫病的化学治疗

四川省医科院寄生虫病防治研究所.....陈亚伟 364

临床药物应用

常用抗生素的合理应用

华西医科大学一附院.....何瑞华 371

寄生虫病药物临床应用进展

重庆医科大学一附院.....贾 杰 378

止血药的临床应用评价

西安医科大学一附院.....刘陕西 387

钙离子阻滞剂的临床应用

暨南大学医学院心内科.....张德森 394

肝素的临床应用

沈阳军区总医院血液科.....陈 泊 403

胰岛素临床应用的进展

中国医科大学一附院.....富朴云 409

活血化瘀及其配伍治疗心脑血管病进展

江苏省中医研究所内科.....何熹延 415

临床治疗艺术浅谈

天津医学院二附院 刘桂蕊

一

临床治疗学也是一门艺术。世界上有很多论述。比如：I·R·MC·Whinney明确指出：“医生的中心作用为双重任务：理解疾病和理解病人。”因为不把病人作为一个人来理解就很难理解病人的疾病，二者密不可分。G·W·Thorn说：

“医学艺术在于：医生永远不能满足于仅仅弄清楚疾病的规律这一单纯的目的，也不应象自然科学家那求真理般的冷漠超然的态度从事医疗工作。医生从事研究和治疗病人时必须保持客观态度，运用智慧去达到传统的目标——治病救人，解除身心痛苦。”苏联一学者认为：“行医，这不仅仅是科学和逻辑思维，而是一种特殊的艺术。”我国的医学家将医学艺术概括为：“诊断正确，诊断和治疗及时这就是医学艺术。”也有人称之为“每个医生都有自己特有的诊断和处理疾病的艺术。”及“符合病人的利益”等等。

我国格言中讲到：“医生的对象不是一个病，而是一个病人。”这就明确了医学与艺术的关系。要为病人解决实际问题，即防治疾病，解除病人的痛苦，恢复健康或延长寿命。要达到此目标必须用科学方法和科学原理。将科学方法和科学原理与病人实际情况相结合，最大限度地符合病人和社会

利益的临床实践，这就是医学艺术。比如高血压的阶梯治疗方案；肺结核病的标准化疗演变为短程化疗方案；腹泻脱水时应用口服补液盐方案等集中地体现了临床治疗的艺术性。

临床治疗艺术的发挥取决于医学基础知识、基础理论、实践经验及对新理论技术的消化吸收。

二

普及、提高、更新，这三者是不同层次不同期的辩证统一、不可分割、融溶一体的知识结晶。没有基础（普及）谈不到提高；没有“旧”（基础）的也不会有新（更新）之说。我国古代成语中的“温故而知新”就是普及、提高、更新的例证；而普及、提高、更新是现代对“温故而知新”的最完善的解释。普及常指基础知识（旧知识）而言，而新知识又是在“旧”（基础）知识中脱胎出来的，是对“旧”知识的继承和发展（提高、更新）。“旧”知识中的许多是经典的、最基础的，因此是学习不可少的必经阶段，是筑造科技智慧大厦的基石。近年有人常讲“知识老化”一词，这种说法不太科学，知识是人类认识范畴，不会有老幼之别，只求“新”不刻苦学习基础知识，没有实事求是的精神，决不会有提高，更不会更新。新的边缘科学也不是面目全非的突变的新东西。他也是多门类、多学科为基础再相互交叉、渗透而成的。如宇宙医学是新学科，再新他还是由人体解剖学、生理学、生化学、物理学、天文学、数学等老学科为基础的，在此基础上增加了生物（人）在宇宙间的失重及磁场、射线等影响作用下的变化。因此，牢牢掌握基础医学是实现现代医学的必由之路。比如WHO治疗高血压的阶梯方案，随着时间推移、

科学技术的进展，阶梯治疗的药物及其组合在更新，疗效在不断提高。又如国际广泛应用的标准抗痨方案将要被短程化疗方案所代替，等等。他们充分体现着新旧关系。请详读本书《高血压的阶梯治疗进展》及《肺结核化疗的进展。》等节。

也有人认为“灵感”一来，新的东西、新的创举、新的发明就会出现，问题就得到解答。是这样，但这种“灵感”必须是在有牢靠的医学基础知识、坚实的医学理论、丰富的临床经验，否则就是胡思乱想和毫无根据的臆测。如一老教授接诊一健壮、肥胖的青年人在晚宴后的夜间突然患病垂危，没有明显体征和实验室资料条件下，他提示抢救工作人员按“急性出血性坏死性胰腺炎”送进重症监护病房，经综合治疗挽救了一条生命。老人曾这样讲过：是万卷书，是几十年的临床实践中患者给了灵感。可参阅本书《急性出血性坏死性胰腺炎》一节。

三

方法学。随着科学的进展，方法学已从“分析方法”进入“系统方法”。系统方法以整体性、综合性和最佳效果为特征。运用这种方法将病人置于系统形式之中进行治疗，可获预期效果。

1. 整体原则 将疾病和病人，病人和社会视为一个整体，即内环境（病与病人）和外环境（病人与空间和时间）是统一的。新的医学模式是生物、心理、社会的整体性。内在和外在是相互作用和依存的。提高了整体水平，其治疗就更有坚实的基础。通过心理因素调动病人的主观能动性。依病人病情的不同分期进行心理失衡的调整，排除致病因素

以达到适应社会、自然环境。采用多层次治疗，其中包括自身治疗、家庭治疗、医院治疗和社会治疗等，即治疗方案的整体性。如更年期综合征是每个女人生平中必经时期，但由于精神、文化、社会、生活习惯等因素可使症状轻重相差悬殊，而通过精神、药物疗法又可使内在和外在环境统一。请学习参看本书《更年期综合征治疗进展》一节。

2. 综合措施 一个治疗方案和自然界其它形式一样，是一个多因素、多变化的系统，同时也有一个多层次的等级系统。因此，系统方法重视综合措施。比如，一个单纯性的大叶性肺炎，只强调用青霉素治疗，而轻视休息、保温、呼吸新鲜空气等是不利于患者迅速康复的。对于重症，难症更需要给予系统化、采用多角度、多层次的投药，才会使治疗有希望。当您读完《难治性心力衰竭的治疗》及《产科脓毒性休克的最新治疗》两节就晓得综合治疗的身价。疾病的形成和发展是很复杂的过程，这就决定了必须是多种途径，比如输尿管结石的治疗可采取外科，内科，或中药，或西药、或激光，或不同的组合，见《泌尿系结石传统治疗与评价》一节。

3. 辨证施治 在祖国医学中的辨证施治就如现代的在动态变化中寻求最佳效果的治疗方案。由于疾病自身发展不平衡就自然形成了不同层次，各不同层次间又相互关联。病人的疾病都处在时间和空间的变化过程。医生在此过程中掌握时机、选择最佳方案。比如流行性出血热在进展中临床表现不同，同时又常并发DIC、ARDS、急性肾衰、急性肺水肿等，对如此变化快又预后严重的疾病只有在动态变化中及时更换治疗方案，即辨证施治。《流行性出血热的治疗进展》及《流行性出血热低血压休克的抢救》等节描写详细。

系统方法的有序性，即“部分之秩序”与“过程之秩序”而在治疗方案中的药物配伍和剂量相同，（即部分秩序），在相同的情况下给药时间的先后秩序（即过程之秩序），治疗效果就有显著差异。辨证施治就集中地体现有序性。

四

治疗决策。对任何国家保健事业的经济来源总是有限的，因此付的代价最低而获得最高疗效为理想。治疗的决策必须是改善患者的健康状态，符合病人和社会的最大利益为准。国际防痨推广的“短程化疗方案”治疗结核病，WHO 提倡的“口服补液盐”治疗脱水的方案就充分体现这一原则。

在医疗实践，决策医生普遍遇到的一件事是限于人力、物力仅仅能选择一部分病人进行治疗。理论上我们可以按队伍的某一端去选择。如果必须选择，我们就选预计效果最好的那些人。为此，先应确定哪些东西标志着这种效果，如果不作这种治疗的话该病人就可能在短期内死亡。比如尿毒症。医生的决策治疗除延长病人寿命，还必须注意寿命的质量。

总的原则是：治病救人，符合病人和社会的最大利益。

难治性心力衰竭的治疗

河北医学院二附院 都本洁

难治性心衰也称顽固性心衰，随着科学技术的发展，难治性心衰的概念已经改变，目前是指强心疗法、利尿疗法及血管扩张剂治疗仍不见效者方称为难治性心衰。这种心衰是由特异的原因与诱因所致。因此，难治性心衰的治疗成功与否，关键在于对难治的原因与诱因是否能正确诊断与全面解除。

一、难治性心衰的原因与诱因 心衰有50%左右是有原因与诱因可查的。难治性心衰的原因与诱因主要有以下各方面。

(一) 心肌梗塞 关键在于心肌缺血坏死的面积过大，1. AMI面积过大(40~60%以上)；2. 多次心肌梗塞，尸检证明60岁以上的心肌梗塞，有40.7%在二次以上；3. 右室梗塞，下壁AMI有3~43%甚至78%累及右室，容易发生右心衰及休克，这种心衰不敢补液时将变为难治；4. 广泛性心肌缺血，在AMI时由于冠一冠反射，引起广泛性心肌缺血，导致难治性心衰。这种情况应用钙拮抗剂解除冠一冠反射至为重要。

(二) 弥漫性心肌炎与心肌病 尤以风湿性比病毒性更易心衰；扩张性心肌病比肥厚性心肌病更易心衰，较为难

治。

(三) 肺栓塞 是临床上最易漏诊与误诊的并发症，肺栓塞时常有肺——肺反射，导致心衰难治。肺栓塞时强心剂及利尿剂有时暂时疗效不佳。

(四) 严重电解质紊乱 低钾及/或低镁未解除的心衰，强心剂易发心脏毒性反应，疗效欠佳。

(五) 心脏机械性障碍 严重瓣膜损伤、心房粘液瘤、乳头肌或腱索断裂、室间隔穿通及心脏部分破裂等导致的心衰，药物控制比较困难，只有及时手术处理。

(六) 严重缺氧血症。

(七) 心脏极度扩张。

(八) 严重感染（心内及心外）。

(九) 严重心律失常（过速与过缓）。

(十) 洋地黄中毒。

(十一) 利尿过度。

(十二) 有特异性心肌损害病因，如甲亢、甲减等未解除，均可使心衰变为难治。

二、难治性心衰治疗 常规治疗心衰的方法仍属必要外必须针对难治的原因及/或诱因进行有针对性处理，方能提高难治性心衰治愈率。

(一) 治疗原则 难治性心衰应针对以下治疗原则：

1. 大面积心肌损伤或心脏手术后发生者除药物外往往需用主动脉内气囊反搏器辅助治疗；2. 机械因素引起者须及时手术治疗；3. 电解质紊乱、洋地黄中毒，心律失常及有其他特异病因者必须采取相应的处理。

(二) 合理用药 合理用药是提高治愈率的关键，在以

下各方面应引起注意。

1. 镇静安眠剂 心衰患者需要体力与精神两方面充分休息，这就需合理应用镇静安眠剂：（1）镇静安眠剂一般都是小量镇静，大量安眠。根据目的不同，用不同剂量；（2）用药要主动及时，凡是重症心衰均须镇静安眠；（3）选择过去不常用的敏感药物。心肌梗塞的泵衰或肺水肿用吗啡3～5毫克静脉注射往往有良效。但有明显青紫、呼吸衰竭、脑动脉硬化脑供血不全、支气管痉挛及重症休克时慎用。肺心病的心衰不轻易用大量镇静安眠剂，以免抑制呼吸及咳嗽反射，但在躁动不安、抽搐、长期不能入睡时应慎用。一般以安定、奋乃静、10%水化氯醛（10～20毫升保留灌肠）为宜。

2. 强心剂与强心疗法 强心剂有三类，各有优缺点，关键在于按个体差异选择适宜的药物，以发挥最大的强心作用。

（1）洋地黄类制剂 关键在于熟练掌握几种制剂，根据心衰的具体情况，按药代动力学与药效动力学，有针对性地用药，为此应注意以下几点：

①小量洋地黄有小作用，大量有大作用，中毒有坏作用。但大量有大作用并非无限大，用到一定剂量起到一定作用，再加量也不增加疗效，只有增加毒性反应。

②洋地黄中毒的胃肠道症状，视觉紊乱及神经系症状，多和剂量呈正比，而心脏的毒性反应和用量大小不成比例。往往有中毒诱因所致，常见的中毒诱因有严重心肌损伤，严重电解质紊乱，严重心肌缺氧及肺栓塞等，因此在这些情况下必须小量慎用，以免疗效不佳，反而出现心脏的毒性反应。