

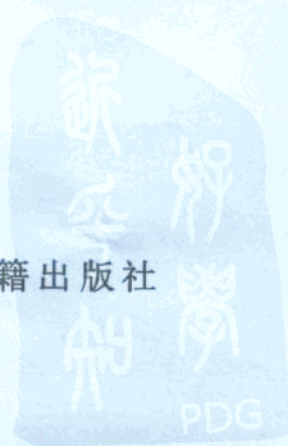
常见病中西医结合 治疗及护理

主 编

陈增芳



中医古籍出版社



前 言

《常见病中西医结合治疗及护理》一书,在老专家和学者的指导下,经过多次反复修改,终于与广大读者见面了。在当今科技革命和社会变革的年代里,为了建设有中国特色的社会主义,不仅人口要有计划的增长,而且要优生优育。此书运用了新的思维方式,新的治疗技术手段,以中西医兼治的方法,使常见病得到了中医的治疗西医的弥补,或西医的治疗中医的弥补。遵照“中国医药学是一个伟大的宝库,应当努力发掘加以提高”的指示,利用了中药价格便宜,副作用少,就地采取的优点,继承发扬祖国医药学的遗产,使其在医疗卫生领域内发扬光大,除其糟粕吸收其精华。同时又利用了西药治疗见效快,口服、肌肉注射、静脉点滴均可的优点,使其常见病、多发病、难治病能得到中西医兼治,提高疗效。

(本书共分四部分(儿科部分、妇科部分、内科部分及护理部分),并附录了新的治疗方法和操作技术。均以中西医治疗为原则,阐述常见病的症状、特征、治疗方法和预防措施。)具有科学性、知识性、实用性。同时借阅了历年来国内外医学界权威的著作作为参考资料,并得到了医学界老教授的亲自指导。使此书无论是在知识的阐述,还是中西医的治疗方案,都讲究科学、准确,着眼于读者,使用于患者,使病人花钱少治大病。是基层医务工作者,实习、进修生、保教人员及年青母亲必读之书。

在编写过程中,由于时间紧,有些系统没能全面阐述,并且也难免有不当之处,渴望读者给予批评指正。

编 者

目 录

儿科部分

第一章 儿科基础.....	(1)
第一节 发育和命名.....	(1)
第二节 预防接种.....	(5)
第二章 常见症状和处理.....	(8)
第一节 发热.....	(8)
第二节 呕吐.....	(13)
第三节 不自主动作.....	(21)
第四节 呼吸困难.....	(23)
第三章 呼吸系统疾病.....	(26)
第一节 急性上呼吸道感染.....	(28)
第二节 痉挛性喉炎.....	(30)
第三节 支气管肺炎.....	(31)
第四节 腺病毒肺炎.....	(34)
第五节 大叶性肺炎.....	(36)
第四章 循环系统疾病.....	(38)
第一节 心血管解剖特点.....	(38)
第二节 先天性心脏病.....	(38)
第三节 病毒性心肌炎.....	(42)
第四节 心律失常.....	(45)
第五章 消化系统疾病.....	(54)
第一节 口腔炎.....	(54)

第二节 小儿肠炎	(56)
第三节 出血性坏死性肠炎	(64)
第四节 胃结石症	(65)
第五节 厌食症	(66)
第六节 肠痉挛	(67)
第六章 泌尿系统疾病	(69)
第一节 急性肾炎	(69)
第二节 肾病综合征	(73)
第三节 泌尿系统感染	(76)
第四节 尿路结石	(79)
第五节 乙型肝炎相关性肾炎	(80)
第七章 血液系统疾病	(83)
第一节 贫血概述	(83)
第二节 营养性小细胞性贫血	(85)
第三节 营养性大细胞性贫血	(87)
第八章 传染性疾病	(90)
第一节 甲型肝炎	(90)
第二节 乙型肝炎	(93)
第三节 流行性腮腺炎	(97)
第四节 病毒性脑炎	(100)
第五节 麻疹	(103)

内科部分

第一章 呼吸系统疾病	(107)
第一节 急性气管 - 支气管炎	(107)
第二节 慢性支气管炎	(108)

第三节	阻塞性肺气肿	(111)
第四节	肺源性心脏病	(112)
第五节	支气管哮喘	(116)
第六节	支气管扩张症	(119)
第七节	肺脓肿	(121)
第八节	肺结核	(123)
第九节	肺炎	(126)
第十节	原发性支气管癌	(127)
第二章	循环系统疾病	(131)
第一节	原发性高血压	(131)
第二节	冠状动脉粥样硬化性心脏病	(134)
第三章	消化、血液及内分泌系统疾病	(141)
第一节	慢性胃炎	(141)
第二节	消化性溃疡	(142)
第三节	再生障碍性贫血	(145)
第四节	糖尿病	(148)

妇科部分

第一章	妇产科中医基础	(153)
第一节	妇女的生理特点	(153)
第二节	妇女的病理特点	(154)
第二章	月经不调	(156)
第一节	经行先期	(156)
第二节	月经后期	(159)
第三节	月经过多	(161)
第四节	月经过少	(162)
第五节	痛经	(163)

第六节 闭经	(167)
第七节 功能失调性子宫出血	(169)
第三章 女性生殖系统炎症及不孕症	(172)
第一节 盆腔炎	(172)
第二节 宫颈炎	(175)
第三节 阴道炎	(177)
第四节 不孕症	(179)
第四章 妊娠病理	(182)
第一节 异位妊娠	(182)
第二节 妊娠剧吐	(184)
第三节 死胎	(185)
第五章 女性生殖器肿瘤	(187)
第一节 子宫肌瘤	(187)
第二节 子宫颈癌	(189)
第六章 其它疾病	(195)
第一节 产褥期感染	(195)
第二节 子宫脱垂	(197)
第三节 外阴白色病变	(199)

其他部分

第一章 儿科护理特点	(201)
第二章 急症处理	(210)
第一节 心跳呼吸骤停	(210)
第二节 感染性休克	(213)
第三节 小儿惊厥	(215)
第三章 急性中毒	(217)
第一节 概述	(217)

第二节	肠源性紫绀	(219)
第三节	曼陀罗中毒	(220)
第四节	苦杏仁中毒	(221)
第五节	发芽马铃薯中毒与河豚中毒	(222)
第六节	一氧化碳中毒	(223)
第七节	巴比妥类药物中毒	(225)
第八节	氯丙嗪类药物中毒	(226)
第九节	水杨酸类中毒	(228)
第十节	有机磷中毒	(229)
第四章	正确使用抗生素	(233)
第五章	临床检验	(239)
第一节	血液细胞检查	(239)
第二节	出血和凝血功能检查	(245)
第三节	血液有机化合物(代谢物)检查	(247)
第六章	常用操作技术	(266)

儿 科 部 分

第一章 儿科基础

第一节 发育和命名

生长发育包括整个器官形态上的增大,细胞组织的成熟,生理功能(神经、精神活动)的完善。小儿生长发育是否正常可通过一系列指标进行定性和定量判断。也有通过观察小儿的一系列生理特点对发育情况给予概括的确定,因而熟悉小儿生长发育的各项指标和生理特征,是儿科诊疗的基础。

一、小儿生长发育的指标

体重:是反映小儿生长发育及身体各部位的总和,是反映营养状况最易获得的指标。儿科临床给药、输液等也常按体重计算。

出生的平均体重为 3kg。1 年以内:

前半年: $\text{体重(kg)} = \text{出生体重(kg)} + \text{月龄} \times 0.6(\text{kg})$

后半年: $\text{体重(kg)} = \text{出生体重(kg)} + \text{月龄} \times 0.5(\text{kg})$

2~12 岁: $\text{体重(kg)} = \text{年龄} \times 2(\text{kg}) + 8(\text{kg})$

上述公式计算出的得数是大约平均数,在临床应用时,可根据小儿的胖瘦有所加减。但体重增长超出或低于以上规律都是异

常。

身高:指从头顶到足底的全身长度,包括头、躯干(脊柱)和下肢。2~12岁身高可按下公式粗略估计:身高(高 cm) = 年龄 × 5cm + 75cm

足月新生儿出生时约 50cm;生后 6 个月时身长约 68cm;1 岁时身长约 75cm。坐高:是指小儿直坐的高度,由头顶至坐骨结节长度。出生时坐高为身长的 60%,6~7 岁时不足 60%。

上下部量:身体全部长度,以耻骨联合上缘分界,分为上下两部分。

上部量主要表示头及脊柱的生长,下部量代表下肢长骨的生长。出生时上部量约占身长 60%,下部量约占 40%,因为身长的中点位于脐部以上,显示下肢短,形成小儿和成人不同体态。出生后下部量的增长比上部量快,上部量到 7 岁左右才达出生时的 2 倍,而下部量在 3 岁以后就加倍了,表示小儿身长的增长主要是长骨的增长。身材高大者下肢较长。

头围:反映脑及颅骨发育状态,不同年龄的头围平均值:

足月新生儿出生时约 34cm;1 岁时约 46cm;

2 岁时约 48cm;6 岁时约 50cm。

测量头围时以眉弓上缘至枕骨结节周径为准,若头围大或小于正常值表示异常。

胸围:胸围代表肺的发育,也与胸廓发育有关。婴儿出生时胸围比头围小 1~2cm,一般在 1 岁时赶上头围,1 岁至青春前期,胸围超过头围的 cm 数约等于周岁数减 1。

新生儿约 33cm。

1~2 岁约 47~48cm。

6 岁约 54cm。

胸廓:新生儿为筒状,以后随年龄的增长横径渐超过前后径而接近成人,显著的胸廓畸形见于佝偻病、慢性肺炎、脓胸、肺脓肿、

心脏病、脊柱畸形等。

囟门:前囟为顶骨和额骨边缘形成的菱形间隙。出生时大小约1.5~2cm(对边中点连线长度),6个月后逐渐骨化而变小,约在1~1岁半时闭合。前囟检查在儿科临床很重要,早闭或过小见于头小畸形,迟闭或过大见于佝偻病、克汀病或脑积水,前囟饱满常示颅内压增高,如脑炎、脑膜炎、脑肿瘤等。而前囟凹陷见于极度消瘦或脱水者。后囟则为顶骨与枕骨边缘形成三角形间隙。出生时很小或已闭合,最迟约于6~8周闭合。

牙齿:5~6个月小儿开始出牙,2~2.5岁乳牙出齐,总数共20个,乳牙数等于月龄减4~6,出牙过晚见于佝偻病或呆小病。恒牙于6岁时开始长出,乳牙则陆续脱落,而以恒牙代之。

骨化中心:小儿的骨化中心按年龄出现,并按年龄接合,应用X线检查,骨化中心的多少和骨化部位的接合情况标志着骨的生长结束,故骨龄(或骨成熟龄)是生长的较好指数。

腕部X片见骨化中心出现的顺序:4个月时出现钩状骨,6个月时出现头骨,2~3岁出现三角骨,4~6岁出现月骨、大小多角骨,5~8岁时出现舟状骨,最后于10~13岁时出现豆骨。

1岁时在腕部有3个骨化中心(腕骨2个、桡骨远端1个),3岁时有4个,6岁时有7个,8岁时有9个,10岁时有10个(出齐)。

二、命名

胎儿期:从生殖细胞结合开始到婴儿出生为胎儿期,共40周(实际上从受精开始算为38周),传统称为10月怀胎。

新生儿期:从胎儿娩出,脐带结扎后至刚不满28天。

婴儿期:指出生到刚不满1岁的小儿(0岁年龄组)。

幼儿期:从1周岁到不满3岁为幼儿期。

学龄前期:从3周岁到入学前为学龄前期(约为3~5岁)。

学龄期:从入学到青春发育开始前,约为6岁到12岁(6~12岁年龄组)。

青春期:女孩从约12岁到18岁,男孩从约13岁到20岁为青春期。

足月正常新生儿:指孕期满37周至不足42周(259~293天)娩出,体重 $\geq 2500\text{g}$,身长达到45cm,身体各器官形态与功能已成熟者。

早产儿(未成熟儿):孕期小于37周出生的新生儿,体重 $\leq 2500\text{g}$,身体各器官尚未成熟者。

过期产儿:孕期满42周或42周以上(294或294天以上)娩出的新生儿,不论体重如何,均称过期产儿。

低出生体重儿:出生体重在2500g或小于2500g以下的新生儿。

极低出生体重儿:出生体重低于1500g的新生儿。

足月小样儿:足月产儿,出生体重不足2500g者。

巨大儿:出生体重在4000g的胎儿。

高危新生儿:(1)妊娠在37周以前或42周以后出生者;(2)出生体重在2500g以下者;(3)小于胎龄儿或大于胎龄儿;(4)手术产儿;(5)出生过程中,或出生后情况不良,生后1min内APGAR评分为0~4分或5min在6分以下者;(6)单一的脐动脉或任何重要的畸形,或疑为畸形,或其他先天性或遗传性疾病;(7)兄姐在新生儿期死亡,或母亲有感染;(8)母亲小于18岁或大于35岁;(9)母亲有异常妊娠病史:如早产、流产、宫产、难产、死产、死胎;(10)母亲妊娠期患妊娠中毒症、前置胎盘、胎盘早剥等;(11)母孕期合并有心脏病、肾炎、血液病、传染性肝炎、风疹、水痘等;(12)母孕期接受大量的放射线、化学毒物,或服用对胎儿有影响的药物;(13)胎位异常;(14)多胎妊娠;(15)母亲在孕期有过痛苦事件,或妊娠剧吐。

围产期:孕期满28周至产后1周。

三、小儿生长发育的生理特征

角膜反射、结膜反射、瞳孔反射、吞咽反射：出生时即存在，终身不变。如减弱或消失，表示神经系统有病理变化。

拥抱反射：出生时即存在，3~4个月消失。若出生时暂时消失提示有脑水肿，出生时缺如，或短时间内存在，后又消失，表示大脑有损伤。

吸吮反射：出生时存在，2~3个月后逐渐消失，代以自主动作，若吸吮无力多见未成熟儿、颅脑损伤、严重感染时，若持续不退或重复出现见于锥体病。

握持反射：出生时存在，2~3个月后消失，若出生时无此动作，表示大脑损伤，若长期存在提示脑性瘫痪。

划跖试验：2岁以前可呈弱阳性，2岁以后仍存在表示锥体束损害。

克匿格氏征抬腿试验：新生儿期可呈阳性，持续阳性者表示颅内感染。

吸吮反射：出生时存在，大约4个月消失。

觅食反射：出生时存在，3~4个月消失。

踏步反射：新生儿期存在，1.5~3个月消失，如4个月后仍存在可能为脑性瘫痪。

第二节 预防接种

预防接种是保护儿童健康成长防止传染病发生的有效措施。预防接种的目的是要增强小儿体质、防止传染病、培育品德优良、智力发达、体格健全的下一代。降低小儿的发病率和死亡率。按期进行预防接种，不仅能使机体产生特异性抗体，提高其免疫能

力,而且也是抵制传染病的发生、流行和保护易感儿童健康的有力措施。

一、预防接种的程序

预防接种的程序和制品的应用,接种以对象和疫苗的不同而有所区别,其制品繁多,具体应用各种不一,详见后表。

二、接种反应的处理

接种的反应,可分为一般反应和异常反应,表现为局部反应和全身反应。

局部反应:一般在接种 24h 左右,局部发生红、肿、热、痛的现象,不必处理,但是有时反应较强,如腋下锁骨上窝淋巴结肿大、压痛,应给予热敷。

全身反应:主要表现为发热,伴有头痛、寒战、恶心、呕吐、腹痛、腹胀、腹泻等症状,一般情况下这种反应是轻微的、短暂的,体温恢复正常后,其它症状自然消失,不需特殊处理,若反应较重可对症处理。

异常反应:常常表现为晕厥和过敏性休克,一旦出现应积极抢救,如给氟美松肌肉注射,非那根肌肉注射或口服,重者给盐酸肾上腺素。

晕厥:大多在空腹、疲劳、精神紧张、恐惧时注射数分钟内突然发生,轻者仅感心慌无力、恶心、手足发麻等。往往短时间即过,重者表现面色苍白、心慌、流汗、手足凉或晕倒失去知觉。

过敏性休克:仅个别小儿发生,多在注射后 20 分钟内发生。如烦躁不安,面部潮红、呕吐、呼吸困难、心跳减弱,继之血压下降、紫绀、无脉、四肢厥冷、抽风或大小便失禁。

注射前应消除紧张恐惧心理,接种前勿空腹或做过度的运动,注射时尽量减少疼痛刺激,操作要熟练,选择适宜针头。发生晕厥

时立即让小儿平卧式取头低位,喂热水或糖水。随机针刺人中,重者皮下注射0.1%盐酸肾上腺素。

三、接种方法及注意事项

1. 接种时应严格无菌操作,严格消毒,注射时每人一针。

2. 接种制品打开前应详细检查标签上是否清楚、准确,注意制品有效期,玻璃瓶有无裂纹及产生沉淀凝块等。

3. 液体制品使用前必须摇匀,然后打开,干燥制品按说明书规定方法稀释,溶解摇匀后使用。

4. 注射部位的选择:百白破三联混合菌苗、麻疹疫苗、乙型脑炎疫苗、伤寒菌苗均为皮下注射,注射部位为上臂外侧三角肌附着处。

皮肤最好使用2.5%碘酒消毒,然后用75%酒精脱碘待干后再接种,然后用干棉球压迫注射部位迅速拔出针头(但麻疹疫苗、卡介苗均不能用碘消毒)。

5. 注射动物血清制品必须做过敏试验,阴性者方能注射。

第二章 常见症状和处理

小儿从出生到成年期,是处于一个不断生长和发育的过程,此过程并非单纯是量的增加也是成人的缩影,除了量的增加外,其机体形态与各器官的功能均有质的不同,加之社会因素和环境因素的影响,父母的溺爱和各种外界因素的侵袭,故易于发病,而每一种病又有不同的症状和体征,其变化多端,往往难以审定。特别是对一些重症、少见症、急症,变化快进展迅速,如不能熟练地掌握每个病相应的症状,易延误治疗,甚至有生命危险。为此本章阐述了常见病的主要症状和处理,如发热、呕吐、小儿肥胖和不自主动作的讨论。使临床工作者能对部分常见症状及时做出灵敏反应,达到早防、早治、早愈之目的。

第一节 发 热

正常人的体温是由大脑皮层和丘脑下部体温调节中枢所控制,并通过神经和体液调节产热和散热过程,从而保持了产热和散热这对矛盾的动态平衡,使人体有相对恒定的体温。以中医学认为“人之伤于寒也,则为热病,阴胜则寒,重寒则热”“阳胜生外热”,故前人也为发热之病积累了丰富的经验。本节根据中西医理论阐述发热的诊断和治疗。

【正常体温和测量】

正常体温可以波动于一定范围,由于测量体温的方法不同,正常体温范围则不同。

1. 肛门测温: 试温时小儿取屈膝侧卧位, 温度计涂凡士林后送入肛门内 2~4cm, 放置约 5min; 正常 $36.2^{\circ}\sim 38^{\circ}\text{C}$ 。

2. 口腔测温: 将温度计放在舌下, 紧闭口唇 2~3 分钟。此种测量方法受哭闹、饮食及吸入空气温度的影响, 正常 $36^{\circ}\sim 37.4^{\circ}\text{C}$ 。

3. 腋下测温: 温度计放在腋窝, 上臂紧贴胸壁 5min, 易受上肢活动、喂奶或饭后、哭闹影响, 正常 $36^{\circ}\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。

【发热种类】

(一) 按发热的高低分类

1. 低热: 腋下体温在 $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$
2. 中等热: 腋下体温在 $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$
3. 高热: 腋下体温在 $39.1\sim 40.4^{\circ}\text{C}$
4. 超高热: 腋下体温在 40.5°C

(二) 按热型分类(排除影响体温的各种原因后)

1. 稽留热: 体温达 39°C 以上持续数日或数周, 每日体温升降不到 1°C , 如大叶性肺炎。

2. 弛张热: 每日体温波动在 $1\sim 2^{\circ}\text{C}$ 左右, 一般在 39°C 以上, 多见于败血症、脓毒血症、肝脓肿等。

3. 间歇热: 发热期与无热期交替出现, 见于疟疾、肾盂肾炎、布杆菌病。

4. 不规则热: 发热无一定规律, 可见于风湿热、流行性感冒、支气管肺炎、肺结核等。

(三) 按病因分类

1. 急性发热: 指热程在 15 天以内, 是儿科最常见的临床症状。引起发热的疾病甚多, 以急性感染性疾病最多见, 如上呼吸道感染、肺炎、急性菌痢、化脓性脑膜炎、急性泌尿系感染、流行乙型脑炎、麻疹、腮腺炎等。

2. 长期发热: 指热程在 2 周以上反复发作或热程迁延。常见有以下疾病:

(1)感染性疾病,如结核病、慢性肝胆系统感染、慢性肾盂肾炎、亚急性细菌性心内膜炎、波状热、传染性单核细胞增多症。

(2)结缔组织疾病,如风湿病、全身性红斑狼疮、结节性动脉周围炎、小儿风湿病、皮炎、变应性亚败血症。

(3)血液病,如白血病合并感染。

(4)恶性肿瘤,如霍杰金氏病、淋巴肉瘤、肾胚胎瘤、恶性网状细胞增生症。

(5)其它,如甲状腺功能亢进、暑热症、功能性低热。

【伴随症状】

详细询问病史,了解起病的缓急,病程经过,热度的高低以及伴随的症状,以便寻找诱发因素,早期做出诊断。

例如:发热伴寒战,常见于大叶性肺炎、败血症、急性肾盂肾炎、急性胆囊炎、疟疾等。

发热伴淋巴结肿大,常见于传染性单核细胞增多症、风疹、水痘系丝虫病、淋巴结结核、局灶性化脓等。

发热伴恶心呕吐,食欲差,厌食油腻要想到传染性肝炎;发热伴腹痛,大便脓血见于细菌性痢疾等。

发热伴头痛、嗜睡、呕吐时应考虑颅内感染。

发热伴贫血、出血应考虑败血症,白血病。

发热伴尿频、尿急、尿痛要考虑到泌尿系感染。

发热伴咳嗽、气急、呼吸困难常为呼吸系统疾病。

【辨证施治】

(一)外感发热:临床常见因外感而致发热,有外感风寒,外感风热等。

1. 外感风寒:因风寒之邪,束于肌表,肺气郁而不宣,故发热。

症状及脉象:患儿热无汗,喜入母怀,咳嗽声重,鼻涕清涕,面赤气急,舌淡、苔黄,指纹浮红,脉象浮紧。

治则:解表散寒,辛温宣肺。