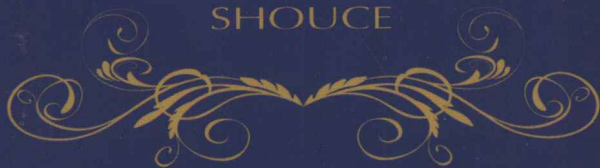


主编 张志庸

胸外科医师 临床实用手册

XIONGWAIKE YISHI
LINCHUANG SHIYONG
SHOUCE



 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

胸外科医师临床实用手册

XIONGWAIKE YISHI LINCHUANG SHIYONG SHOUC

主 编 张 志 庸

编 者 郭 峰 陈 刚

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

胸外科医师临床实用手册/张志庸主编. —北京:人民军医出版社, 2009. 4

ISBN 978-7-5091-2585-4

I. 胸… II. 张… III. 胸腔外科学-手册 IV. R655-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 040796 号

策划编辑:张 田 马 莉 **文字编辑:**霍红梅 **责任审读:**黄翔兵

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社 **经销:**新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 **邮编:**100036

质量反馈电话:(010)51927290; (010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8225

网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印刷:三河市春园印刷有限公司 **装订:**春园装订厂

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:18.75 **字数:**642 千字

版、印次:2009 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~3000

定价:59.00 元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要

编者分 24 章系统阐述了胸外科所有可能涉及的疾病的原因、发病机制、临床表现、诊断要点、处理原则和术后并发症,还概括地介绍了常见症状的鉴别诊断、实验室检查正常值、各种辅助检查、常用药物、肺癌分期、化疗方案、放射治疗和中医药在胸外科的应用等内容,并结合作者多年的临床工作实践及宝贵经验,对有关重要问题进行了总结和评论。本书主要是为了帮助工作在临床第一线的胸外科医师在工作中更准确、更迅速地分析临床和辅助检查资料,在尽可能短的时间内作出合理的判断,并及时解决实际工作中的问题。

前言

工作在第一线的临床医师,面对门诊、急诊或病房患者,首先需要视诊、问诊、触诊和听诊,继之进行必要的实验室检查,收集尽可能全的资料,进行综合分析,做出正确判断,给予患者及时、合理的处理。

胸外科的特点是手术创伤大,涉及重要脏器多(包括呼吸系统、循环系统、消化系统、骨骼肌肉系统、神经系统以及内分泌系统),手术并发症发生率高,出现快,病死率高,因而对胸外科医师提出了更高的要求,要求他们不仅要具有胸外科学的基本知识、基本理论和基本技能,还要掌握与之相关的其他系统的理论和知识,如此才能顺利地完成临床工作。

为了帮助胸外科医师更准确、更全面地分析临床资料和实验室资料,在尽可能短的时间内做出科学、合理的判断,我们在《胸外科医师效率手册》的基础上进行重新修定、编写,除效率手册囊括的内容外,增加了更多章节和更新的内容,以突出其全面、新颖、实用的特点。特别是面对胸外科疾病患者,年轻的胸外科医师应如何思考、分析、归纳、结论,再依此指导其做出正确、恰当、合理的处理方案。编者的初衷是为工作在临床第一线的胸外科医师提供一本随手可查的手册,帮助他们在尽可能短的时间内获得最需要的指导,以解决实际工作中的问题。

本手册各章节并未按照固定格式去编写,而是根据该疾病特点阐述,例如有的已明确发病原因或发病机制,则尽力说明,有的至今尚无定论,仅一带而过。有关术后处理相同者不再赘述重

复。在多数章节最后部分安排有评论,讲述作者在行医过程中对于某种疾病诊治的体会,或经验,或教训,可以说,没有长期工作在临床第一线,没有身临其境,很难描述出当时状况,很难有如此切肤之痛和难忘的深刻教训,也许这也是这本小册子的特点之一。其目的无非是告诉年轻胸外科医师,临床工作千变万化,同一种疾病的表现更是多种多样,并非像教科书那样千篇一律。在诊断和处理疾病过程中,除基本概念和基础知识外,临床医师思路要宽,头脑要灵活,如此在行医生涯中才能得心应手,运用自如,不断积累经验,逐渐成熟,成为一名优秀的胸外科医师。

由于撰写本手册时间较紧,部分章节请其他医师帮助完成。郭峰医师撰写第 15 章胸壁病变,第 16 章纵隔疾病中第三节膈疝、第四节膈肌肿瘤和第五节膈膨升。第 17 章纵隔肿瘤和囊肿中第七节神经源性肿瘤、第八节纵隔淋巴瘤、第九节纵隔淋巴结结核、第十节纵隔巨大淋巴结增生和第十一节上腔静脉综合征。陈刚医师完成第 2 章体格检查,第 3 章胸外科常用辅助检查,第 4 章胸部疾病影像学检查和第 5 章胸外科疾病常用特殊检查。其余各章节均由本人撰写。

虽然我们尽了很大的努力,但由于胸外科学内容广泛,涉及相关学科多,新技术、新进展层出不穷,日新月异,加之具体患者均有其不同的临床特点和独特的表现,一本小册子难以包括所有内容,满足每一位患者的治疗需要。此外,由于编写本书的医师水平所限,时间较短,错误或遗漏之处在所难免,望同道给予批评和指正,我们将不甚感激。

张志庸

2009 年 1 月

目 录

序章 临床医师心理素质锻炼和培养	(1)
第 1 章 胸外科疾病常见症状	(4)
第一节 咳嗽	(4)
第二节 咯血	(7)
第三节 胸痛	(11)
第四节 发热	(15)
第五节 声嘶	(19)
第六节 发绀	(22)
第七节 胸腔积液	(25)
第八节 吞咽困难	(29)
第九节 呼吸困难	(33)
第 2 章 体格检查	(38)
第 3 章 胸外科常用辅助检查	(41)
第一节 肿瘤标志物检查	(41)
第二节 甲状腺功能检查	(43)
第三节 内分泌功能检查	(46)
第四节 凝血溶血机制检查	(48)
第五节 心脏超声检查	(50)
第六节 B 型超声检查	(52)
第七节 骨髓穿刺检查	(54)
第 4 章 胸部疾病影像学检查	(57)
第一节 胸部 X 线检查	(57)
第二节 胸部 CT 检查	(60)
第三节 胸部 MRI 检查	(62)

第四节	胸部正电子扫描	(65)
第五节	上消化道钡剂造影	(67)
第 5 章	胸外科疾病常用特殊检查	(70)
第一节	肺功能检查	(70)
第二节	血液气体分析	(74)
第三节	纤维支气管镜检查	(77)
第四节	纤维食管镜检查	(80)
第五节	纵隔镜检查	(82)
第六节	胸腔镜检查	(84)
第七节	食管动力学检查	(88)
第八节	胃液分析	(89)
第九节	核医学检查	(91)
第 6 章	胸部创伤	(95)
第一节	肋骨骨折	(95)
第二节	连枷胸	(97)
第三节	胸骨骨折	(99)
第四节	外伤性气胸	(101)
第五节	外伤性血胸	(105)
第六节	肺挫伤	(110)
第七节	胸部软组织损伤	(114)
第八节	创伤性窒息	(116)
第九节	胸内异物	(117)
第十节	气管支气管断裂	(121)
第十一节	食管贯通伤	(127)
第十二节	胸导管损伤	(132)
第十三节	肺部爆震伤	(135)
第十四节	膈肌破裂	(136)
第十五节	胸腹联合伤	(140)
第 7 章	肺良性疾病	(143)
第一节	错构瘤	(143)
第二节	炎性假瘤	(146)

第三节	肺结核球	(149)
第四节	干酪性结核	(153)
第五节	硬化性血管瘤	(155)
第六节	机化性肺炎	(157)
第七节	肺包虫囊肿	(161)
第八节	肺曲霉菌球	(164)
第九节	支气管结石	(168)
第十节	支气管扩张	(170)
第十一节	肺脓肿	(176)
第十二节	肺大疱	(181)
第十三节	气管狭窄	(184)
第 8 章	肺先天性发育畸形	(188)
第一节	肺隔离症	(188)
第二节	肺动静脉瘘	(192)
第三节	先天性肺发育不全	(196)
第四节	肺囊肿	(200)
第 9 章	肺恶性肿瘤	(205)
第一节	原发性支气管肺癌总论	(205)
第二节	肺癌各论	(220)
第三节	肺癌肉瘤	(244)
第四节	肺转移性肿瘤	(246)
第 10 章	肺小结节的鉴别诊断	(252)
第 11 章	食管良性疾病	(256)
第一节	食管平滑肌瘤	(256)
第二节	食管间质瘤	(259)
第三节	食管憩室	(263)
第四节	食管结核	(268)
第五节	贲门失弛缓症	(270)
第六节	反流性食管炎	(273)
第七节	食管裂孔疝	(277)
第八节	食管穿孔	(279)

第九节	食管腐蚀性损伤	(284)
第十节	自发性食管破裂	(287)
第十一节	真菌性食管炎	(289)
第十二节	食管静脉曲张	(291)
第十三节	食管梅毒	(293)
第十四节	食管闭锁	(294)
第十五节	非恶性食管气管支气管瘘	(296)
第十六节	贲门黏膜撕裂症	(299)
第 12 章	食管恶性肿瘤	(301)
第一节	食管癌	(301)
第二节	食管少见恶性肿瘤	(314)
第 13 章	贲门癌	(318)
第 14 章	胸膜疾病	(324)
第一节	结核性胸膜炎	(324)
第二节	急性化脓性胸膜炎	(326)
第三节	慢性脓胸	(329)
第四节	乳糜胸	(332)
第五节	自发性气胸	(335)
第六节	胸膜间皮瘤	(339)
第 15 章	胸壁病变	(346)
第一节	胸壁肿瘤	(346)
第二节	肋软骨炎	(349)
第三节	胸壁结核	(350)
第四节	漏斗胸	(353)
第五节	鸡胸	(356)
第六节	胸骨裂	(357)
第七节	胸廓出口综合征	(359)
第 16 章	纵隔疾病	(362)
第一节	原发性纵隔炎	(362)
第二节	肉芽肿性纵隔炎(硬化性纵隔炎)	(367)
第三节	膈疝	(370)

第四节	膈肌肿瘤	(378)
第五节	膈膨升	(381)
第六节	纵隔疝	(383)
第七节	纵隔气肿	(387)
第八节	纵隔血肿	(393)
第 17 章	纵隔肿瘤和囊肿	(398)
第一节	胸内甲状腺肿	(398)
第二节	胸内甲状旁腺腺瘤和囊肿	(404)
第三节	胸腺肿瘤	(409)
第四节	重症肌无力外科治疗	(422)
第五节	纵隔生殖细胞肿瘤	(426)
第六节	纵隔囊肿	(439)
第七节	神经源性肿瘤	(462)
第八节	纵隔淋巴瘤	(473)
第九节	纵隔淋巴结结核	(475)
第十节	纵隔巨大淋巴结增生	(478)
第十一节	上腔静脉综合征	(481)
第 18 章	胸外科患者术前准备和术后护理	(485)
第一节	开胸术前准备	(485)
第二节	开胸术后处理	(488)
第 19 章	胸外科手术术后常见并发症及处理	(492)
第 20 章	国际肺癌分期和淋巴结分级	(498)
第 21 章	胸部肿瘤化学治疗	(508)
第 22 章	胸部肿瘤放射治疗	(513)
第 23 章	胸部肿瘤免疫学治疗	(517)
第 24 章	胸部肿瘤中医药治疗	(520)
附录 A	胸外科常用药物	(523)
附录 B	胸外科名词	(535)

序章 临床医师心理素质锻炼和培养

一、临床医师基本素质要求

医师在为病人服务的过程中,不但要医好病人的身体疾患,还要解除各种心理障碍,这就要求临床医师应具有较好的与人沟通的能力及一定的心理学知识。每一位临床医师在日常工作中都要设身处地为病人着想,并经常提醒自己:假若病人是自己的父母或兄弟姐妹,应该怎么办?时刻记住所治疗的对象是病人而不是单一的一种疾病。要以病人为中心,诚心实意地为病人服务,不得用各种理由或借口去责难他们。要善待病人,对病人抱有同情心,遵从病人意愿,让自己的一言一行都能增强病人战胜疾病的信心,使病人尽快恢复健康。

临床医师的时间很紧,每天都忙于琐碎繁杂的病房工作中,其中辛劳非常人所知。尽管如此,还要多一点时间与病人沟通,耐心听取他们反映的意见或建议,将病人从疑惑、苦恼中解放出来,乐观地面对疾病,获得病人的信任并使病人积极地配合治疗,这是临床工作最重要的保证。

保持谦虚、谨慎的态度是作为医师的基本素质。首先要清楚无论你怎么聪明,知识多么丰富,你的认识和理解都是有限的,不能听不得相反的意见或观点,要清楚治疗的结果才是证实正确与错误的最终标准。要尊重护士、实习医师、进修医师的意见,他们可能比你接触病人的时间更多,了解的更深入。

要摆正从医的心态,不要抱有任何个人目的去行医,不要为了得到什么才去做某件事,记住你的唯一目的就是悬壶济世,治病救人。在医疗纠纷或医疗事故中,在医疗方面的不足往往是该做的没有做到,不该做的去做了。

开卷有益,利用业余时间要多读些书。读书可以增长知识,启发思考,挖掘智慧,帮助解决实际问题。除了有长期读书计划之外,手头还要备有随时可翻阅查找的书籍,包括图谱、手册和专著。

作为临床医师还要清楚地认识到,从书本上获得知识固然重要,但是临床医学是一门经验科学,实践经验比书本上讲的更为重要,也更为实际。因为临床医学是临床医师多年实践经验的总结,这些书籍是临床医师写的。

用一些时间耐心地与亲属交谈,解答他们的各种问题,帮助他们解除疑

虑、分担悲伤。医师、护士与病人要相互信任,密切配合。如果医患双方存有戒心,彼此相互提防,肯定治疗过程延长,气氛不融洽,疗效打折扣。

保持良好乐观的心态,顺利时不沾沾自喜,遇到挫折不悲观失望。要知道自己从事的事业不会永远一帆风顺,要从胜利中吸取经验,从挫折、失败中总结教训,不断增长才识,逐渐成熟。

二、与病人及其家属沟通的艺术

临床沟通并非每位医师都能胜任,它需要一定的技巧,是一门艺术。良好的沟通并非一成不变,应视病人的需要而改变,但是基本原则是给病者以诚实、幽默和谦虚的态度,这是医护人员应具备的永恒的美德。

临床医学中一个重要的技巧和乐趣在于如何用我们的行动和态度去影响病人,从获得的症状、体征和辅助检查结果中,如何去综合分析,全面考虑,最后确定诊断。然而,从病人那里获得的信息并非完全真实或正确,它容易受到医师的态度、医院和诊疗环境、病人主观希望或忧虑、恐惧等因素的影响。所以,首先我们应该调整医护人员的心态,采取病史时耐心听取病人的叙述,并加以引导。注意周围环境,使病人毫无顾虑地讲出内心希望,消除心中恐惧,使医患交流畅通。临床中我们不乏看到某些医师与病人的关系非常融洽,病人可以将不愿向家人说出的事情讲给他的主治医师听,因为病人信任他,认为医师与他之间无血缘、经济或利益上的关系,完全是在“疾病”这一范畴内沟通。

学点或懂点心理学对临床工作有较大的帮助,可以清楚病人在想什么,在忧虑什么。有的病人明知某些事情却答非所问,极力回避,此时过分直率地询问可能会伤害病人,这时可以采取诱导式询问,先入为主式提问,开放式提问,围绕病人的询问方式,涉及家人的提问,以及重复询问等。除与病人交流外,还要听取护士、下级医师和周围人员的看法。只有完全掌握病人的心中所想,才能有针对性地去工作。

注意用行动和效果说话。话讲的不能太满,不要轻易许诺,否则,一旦结果未能如病人所愿,如手术不顺利,治疗效果不理想,出现并发症,甚至有生命危险等,病人和家属的态度就有可能改变,从信任到怀疑,到对立,直到对簿公堂。另外,我们平时做的所有诊断和处理未必都完全正确,因为,医学的很多领域尚有许多未知数,我们还未完全弄清、彻底掌握。医师也是在不断深入研究的过程中,去伪存真,逐渐接近疾病的真实面目,最后达到正确诊断和治疗。

总之,临床医师的素质锻炼和培养不是一朝一夕、轻而易举就能成功

的,它需要在漫长的医疗实践过程中,不断学习、调整、修正和提高,这里有痛苦、悲伤,也有快乐、喜悦。千里之行,始于足下,只有我们脚踏实地不断进取,不断拼搏,精益求精,勇于实践,才会最终成为品德高尚、医技高超的医学专家。

第 1 章 胸外科疾病常见症状

第一节 咳 嗽

一、基 本 概 念

咳嗽是一种强烈的呼气性冲击动作。首先是短而深的吸气,继而是声门关闭,腹肌、肋间肌收缩,致肺内压增高,最后是声门开放,将肺内高压气体喷射出来。

咳嗽是一种神经反射,中枢位于延髓呼吸中枢旁。咳嗽刺激大多数来自呼吸道黏膜感受器,少数来自呼吸道以外的器官或组织,经迷走神经感觉支传递到咳嗽中枢。传出纤维通过喉下神经、膈神经及脊神经将反应传到声门、膈肌及其他呼吸肌,引起咳嗽动作。

咳嗽是人体保护性生理反射动作,咳嗽能将呼吸道内异物或分泌物排出体外,消除呼吸道内刺激因子,有效地预防呼吸道感染。但另一方面,咳嗽也可使呼吸道内感染扩散,增加胸膜腔内压,加重心脏负担。剧烈咳嗽可能使已受损的呼吸道黏膜破裂出血,使肺大疱破裂产生自发性气胸。长期慢性咳嗽可促使慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者形成肺气肿。

嗽咽是慢性咽炎引起的一种反复清喉动作,为一种习惯性动作,它不是咳嗽,应与之鉴别。

咳嗽是呼吸系统疾病的常见症状之一。耳、鼻、咽、喉、气管、支气管、肺、胸膜等脏器,因炎症、淤血、物理、化学或变态反应因素刺激,均可引起咳嗽。引起咳嗽的常见胸部疾病如表 1-1 所示。

表 1-1 引起咳嗽的常见疾病

咽、喉疾病	慢性咽炎、喉炎,喉结核,喉癌
气管疾病	感冒,气管炎症,气管肿瘤,气管异物
支气管疾病	急慢性支气管炎,百日咳,支气管扩张,支气管内膜结核,支气管良性肿瘤,支气管肺癌

(续 表)

肺部疾病	各种致病源性肺炎,肺结核,肺脓肿,肺真菌病,肺吸虫病,肺棘球蚴病,Wegener肉芽肿,矽肺及肺尘埃沉着病,肺泡蛋白沉着症,肺弥漫性间质纤维化,放射性肺炎
胸膜疾病	化脓性胸膜炎,结核性胸膜炎,胸腔积液,气胸,慢性脓胸,胸膜肿瘤
纵隔疾病	纵隔肿瘤,纵隔淋巴结肿大,膈疝
其他	高温气体或寒冷空气,烟尘、工业气体气雾刺激。变态反应性鼻炎,支气管哮喘。膈下脓肿

二、临床特点

1. 病史及症状

(1)咳嗽性质:干咳或刺激性咳嗽多见于慢性喉炎、喉癌、气管炎、支气管异物、支气管肿瘤,伴有大量咳痰则见于支气管炎、支气管扩张、肺脓肿、肺棘球蚴病和肺结核空洞。

(2)咳嗽节律:单声咳嗽见于喉炎、气管炎症、长期吸烟、早期结核病,以及习惯性咳嗽。阵发性咳嗽常见于吸入异物、支气管哮喘、支气管内膜结核和支气管肿瘤。一般支气管和肺部炎症多出现连续性咳嗽。

(3)咳嗽出现时间:晨起即出现的咳嗽多见于上呼吸道感染、慢性支气管炎和支气管扩张患者,原因为睡眠时呼吸道内分泌物潴留在支气管内,晨起后因分泌物刺激致阵发性咳嗽。夜间咳嗽多见于肺结核与心力衰竭患者。

(4)咳嗽音色:短促轻咳,咳不清爽见于干性胸膜炎、大叶性肺炎、胸腹部外伤或术后。犬吠样咳嗽多见于喉部疾患、声带水肿、气管异物。嘶哑性咳嗽多提示声带炎症或喉返神经受压。

(5)阵发性咳嗽:百日咳患儿常有阵发性连续剧咳,数十次咳后做深吸气,气流经过狭窄喉头产生高调吼鸣。支气管哮喘患者在发作即停时出现阵发性咳嗽并呼气性喘鸣。

(6)体位改变:肺脓肿和支气管扩张的排痰量与体位改变有一定的关系。支气管扩张患者常在某种体位时容易咳嗽并咳出大量脓性痰,痰排净后咳嗽缓解。支气管胸膜瘘并脓胸患者,在某个体位脓液进入支气管时引起咳嗽,并咳出大量脓液。大量胸腔积液时咳嗽也与体位有关。

(7)患者年龄、性别状况:小儿呛咳多提示呼吸道异物、支气管纵隔淋巴结肿大。青壮年长期咳嗽应注意罹患肺结核、支气管扩张。中年以上吸烟者应警惕支气管肺癌、慢性支气管炎、肺气肿。青年女性难以控制的咳嗽应注意支气管内膜结核、支气管内肿瘤。健康状态良好的慢性咳嗽者,多见于慢性咽炎、喉炎及支气管炎,也可见于支气管扩张。进行性消瘦的慢性咳嗽者,须注意消耗性疾病,如肺结核、肺部恶性肿瘤。

(8)职业和环境:长期接触有害粉尘应想到相应的肺尘埃沉着病,接触刺激性气体引发的咳嗽容易判断,厨师、家庭主妇咳嗽多因慢性支气管炎,教师、吸烟、酗酒者多因慢性咽炎所致。进入高原地区出现剧烈咳嗽可能为高山性肺水肿。

(9)流行地区:患者来自草原牧区应想到肺棘球蚴病的可能,来自长江流域或南方接触过疫水者应想到肺吸虫病。

(10)伴发症状:咳嗽伴发热可能为肺炎、肺脓肿、急性渗出性胸膜炎。咳嗽伴胸痛可能为胸膜疾病或肺部病变累及胸膜,如肺炎、肺梗死。难以忍受的胸部疼痛可能为支气管肺癌累及肋骨或胸壁。伴胸闷、憋气的慢性咳嗽,可能有胸腔积液。咳嗽合并低热、盗汗时,应想到肺结核或结核性胸膜炎。咳嗽并大量咯血要注意是否存在支气管扩张或空洞性肺结核。伴有大量脓痰的咳嗽可能为支气管扩张或肺脓肿。咳果酱样痰时应想到肺内寄生虫病。慢性咳嗽伴杵状指须注意支气管扩张、慢性肺脓肿、慢性肺性骨关节病。伴血痰的慢性咳嗽见于较多的呼吸系统病变,如肺结核、支气管肺癌、支气管扩张、慢性肺脓肿、肺吸虫病、淤血性支气管炎以及慢性支气管炎。

2. 体征 依视、触、叩、听顺序进行体格检查。一侧胸廓膨满,肋间隙饱满提示该侧胸腔积液或气胸;胸廓塌陷、肋间隙狭窄提示慢性脓胸。颈静脉怒张、头面部肿胀可能为上腔静脉梗阻、或因纵隔肿瘤或因支气管肺癌。不要忽视检查颈部气管位置,慢性肺结核、肺不张时气管移向患侧,气胸、胸腔大量积液气管被推向健侧。颈部皮下积气可因张力性气胸或纵隔气肿所致。锁骨上淋巴结肿大提示肿瘤转移所致。肺上部叩诊为浊音应想到肺结核,下胸部浊音则应更多地考虑肺部炎症或胸腔积液。一侧过度轻音考虑气胸,双侧过度轻音则提示慢性阻塞性肺气肿。双侧散在干啰音为慢性支气管炎的表现,咳嗽后吸气末出现的局限性肺上部细小湿啰音提示浸润性肺结核可能。肺内局限性湿啰音提示肺部炎症,下肺野持续湿啰音可能为支气管扩张,而双侧弥漫性湿啰音则是肺水肿的特征。

3. 痰液检查 痰液检查可了解痰的量、色、气味及性质,对呼吸道症状的鉴别有重要价值。痰中找到抗酸杆菌、肿瘤细胞、肺吸虫卵和阿米巴滋养