

常见病特色治疗新编

姚凤祥 谭毓美 主编



SHANGHAI KEXUE JISHU WEN XUE CHUBANSHE

UBANSHE 上海科学技术文献出版社

前 言

建国初期,党和政府号召全国医药界努力发掘整理祖国医学宝库,创造世界上独特的中西医结合的医疗方法,为人类健康服务。几十年来,中西医结合治疗的优越性毋庸置疑。随着现代医学科学的发展,中西医结合在方法学、机制探索、临床疗效等方面取得了较大的进展。国内许多医疗单位根据自己的优势和特色,对危害健康的许多慢性病、常见病,应用中西医结合的治疗原则,作了更深层次的探索研究,效果显著。

目前还有很多具有较大社会效益、值得推广的中西医结合治疗方法,尚未发挥它应有的作用。有鉴于此,我们在海军后勤部卫生部的领导和支持下,邀请了国内从事中西医结合工作的部分专家,共同编写了《常见病特色治疗新编》一书,旨在为临床医务工作者提供一本实用、简便的工作用书,对中西医结合治疗研究工作者亦有参考价值。

我们本着实践第一的观点,坚决贯彻党在科学上“百家争鸣,百花齐放”的方针,广收博采来自基层医疗单位的宝贵经验,但由于篇幅和人力限制,仅对82种病症的中西医结合治疗方法进行了整理编写。其中不少经验已较成熟,且有普遍意义,可供广大基层医生参照应用。某些经验是在特定的时空环境和个体的条件下取得的疗效,但它又确实通过临床实践行之有效的,因此也提供给读者参考,以便选择应用。

文稿在成书过程中,承蒙海军第四二二医院梁恩礼副主任医师化了不少精力进行审定,尤为感谢的是第二军医大学附属

长海医院内科教授、中西医结合专家张家庆主任医师为本书两次精心审阅、修改,使书稿质量大大提高。此外,海军医学研究所《海军医学》主编陈阳同志,亦曾对本书稿提出有益的建设性意见,在此一并致谢。

由于编者水平有限,加之成书期短,疏漏错误难免,恳请广大读者批评指正。

编者

1993年6月

目 录

第一章	心、脑血管疾病	(1)
一	冠状动脉粥样硬化性心脏病、心绞痛	(1)
二	老年急性心肌梗塞合并重度泵功能衰竭	(6)
三	高血压病	(7)
四	高脂血症	(10)
五	室性早搏	(13)
六	慢性肺原性心脏病	(15)
七	动脉硬化性脑梗塞	(18)
第二章	呼吸系统疾病	(21)
一	支气管哮喘	(21)
二	慢性支气管炎	(24)
三	小儿肺炎	(26)
第三章	消化系统疾病	(30)
一	慢性萎缩性胃炎	(30)
二	胆汁反流性胃炎	(33)
三	溃疡病并发幽门梗阻	(35)
四	急性上消化道出血	(37)
五	顽固性呃逆	(40)
六	溃疡性结肠炎	(41)
七	肠道易激综合征	(43)
八	慢性病毒性肝炎	(45)
九	胆石症	(48)

十	胆道蛔虫症	(50)
十一	婴幼儿流行性腹泻	(52)
第四章	造血系统和血液疾病	(55)
一	再生障碍性贫血	(55)
二	白细胞减少症	(57)
三	血小板减少性紫癜	(60)
第五章	泌尿系统疾病	(63)
一	急性肾小球肾炎	(63)
二	慢性肾小球肾炎	(64)
三	肾病综合征	(68)
四	慢性肾功能衰竭	(74)
第六章	风湿类疾病	(78)
一	类风湿关节炎	(78)
二	强直性脊柱炎	(80)
三	风湿寒性关节痛	(82)
四	急性痛风性关节炎	(83)
第七章	神经系统疾病	(85)
一	神经衰弱	(85)
二	癫痫	(86)
三	偏头痛	(89)
四	坐骨神经痛	(91)
五	中枢性顽固性呕吐	(92)
第八章	泌尿外科疾病	(94)
一	前列腺增生症	(94)
二	慢性前列腺炎	(96)
三	肾结石	(98)
第九章	普通外科疾病	(103)

一	痔	(103)
二	急性乳腺炎	(105)
三	乳腺增生病	(106)
四	血栓闭塞性脉管炎	(108)
五	表浅静脉炎	(112)
第十章	骨伤科疾病	(114)
一	急性软组织炎症	(114)
二	肩关节周围炎	(115)
三	踝关节扭伤	(116)
四	急性腰扭伤	(117)
五	足跟骨刺	(118)
六	颈椎病	(120)
七	膝关节创伤性滑膜炎	(122)
八	腰椎间盘突出症	(124)
九	小儿膝关节疲劳痛	(126)
第十一章	妇产科疾病	(128)
一	不孕症	(128)
二	功能性子宫出血	(130)
三	盆腔炎	(133)
四	习惯性流产	(136)
五	妊娠剧吐	(138)
六	阴道炎	(139)
七	外阴白斑	(143)
八	子宫颈炎	(144)
第十二章	皮肤科疾病	(148)
一	尖锐湿疣	(148)
二	扁平疣	(149)

三	荨麻疹·····	(151)
四	腋臭·····	(152)
五	酒渣鼻·····	(154)
六	痤疮·····	(155)
七	激素依赖性皮炎·····	(158)
八	寻常型银屑病·····	(159)
九	带状疱疹·····	(161)
十	黄褐斑·····	(163)
第十三章 眼耳鼻喉和口腔科疾病·····		(165)
一	中心性浆液性视网膜脉络膜病变·····	(165)
二	眶上神经痛·····	(166)
三	麦粒肿·····	(167)
四	无眼球上睑凹陷·····	(169)
五	春季结膜炎·····	(170)
六	链霉素中毒性耳聋·····	(171)
七	梅尼埃病·····	(173)
八	慢性化脓性中耳炎·····	(174)
九	慢性鼻炎·····	(175)
十	慢性鼻窦炎·····	(176)
十一	变应性鼻炎·····	(179)
十二	慢性咽炎·····	(180)
十三	萎缩性咽炎·····	(182)
十四	急性喉炎·····	(183)
十五	流行性腮腺炎·····	(184)
十六	四环素牙·····	(186)
十七	牙髓炎·····	(187)
十八	复发性口疮·····	(188)

十九	颞下颌关节功能紊乱综合征·····	(190)
二十	三叉神经痛·····	(192)
附录	医学常用测量项目参考及习用单位与 SI 单位换算 关系一览表·····	(195)

第一章 心、脑血管疾病

一、冠状动脉粥样硬化性心脏病、心绞痛

概述

冠状动脉粥样硬化性心脏病是指冠状动脉粥样硬化性病变,导致心肌缺血、缺氧而引起的心脏病,与冠状动脉痉挛统称为冠状动脉性心脏病(简称冠心病)。多见于40岁以上的男性和绝经期后的女性,脑力劳动者较多,近年发病率有增高趋势。本病的病因尚未完全明了,可能与年龄大、高血压、高脂血症、糖尿病、吸烟、肥胖等因素有密切关系。近来的研究发现,血栓素 A_2 的增多,前列环素 I_2 的减少,两者比例失调对致病也有一定作用。血中高密度脂蛋白的减少可影响细胞内胆固醇的清除,易导致动脉粥样硬化。细胞脂蛋白受体的缺乏也可能是病因之一。因冠状动脉病变的部位、范围及程度不同和心肌供血不足的发展速度、范围及程度不同等,临床上可分为隐性冠心病、心绞痛、心肌梗塞、心肌硬化和猝死等。冠状动脉粥样硬化、管腔狭窄 $>50\%$ 者,可发生心绞痛、心肌梗塞、心律失常或猝死。心绞痛是由急性心肌缺血、缺氧引起的发作性胸骨后疼痛。常见的原因有冠状动脉粥样硬化、冠状动脉痉挛,也可发生于冠状动脉栓塞、冠状动脉先天性畸形、主动脉瓣狭窄或关闭不全、肥厚性心肌病等。祖国医学认为是“心气不足”、“心阳不振”,以致寒凝气滞、瘀血和痰浊阻碍心脉,影响气血运行所致的征候。

诊断要点

1. 多在劳累、情绪激动、饮食、受寒等情况下发作，休息后可缓解。

2. 突然发作的胸骨体上段或中段后的压榨性、闷胀性或窒息性疼痛，可放射到左肩、左上肢前内侧，历时1~5 min，偶有持续15 min者，可自行缓解。休息或舌下含服硝酸甘油后数分钟内亦可终止发作。

3. 在发作时，心电图检查中R波为主的导联上，ST段压低，T波平坦或倒置，发作过后很快恢复。双倍二级梯试验出现ST段水平或下斜型压低 ≥ 0.1 mV，或诱发心绞痛。冠状动脉造影检查可发现动脉粥样硬化引起的狭窄性病变及其确切部位、范围和程度。

心绞痛的临床类型

劳累性心绞痛 由运动或其它增加心肌需氧量的情况所诱发的短暂胸痛发作，休息或舌下含服硝酸甘油后，疼痛可迅速消失。劳累性心绞痛可分为3类：(1)初发型：病程在1个月以内，发作日趋频繁或加重。(2)稳定型：指病程稳定在1个月以上。(3)恶化型：同等程度劳累所诱发的胸痛发作次数、严重程度及持续时间突然加重。

自发性心绞痛 其特征是胸痛发作与心肌耗氧量的增加无明显关系。与劳累性心绞痛相比，这种疼痛一般持续时间较长，程度较重，且不易为硝酸甘油缓解。未见酶变化，心电图常出现某些暂时性的ST段压低或T波改变。自发性心绞痛可单独发生或与劳累性心绞痛合并存在。疼痛发作频率、持续时间及程度不同，可有不同的临床表现。或有持续时间较长的胸痛发作，类似心肌梗死，但无心电图及酶的特征性变化。某些自发性心绞痛患者在发作时出现暂时性的ST段抬高，称为变异型心绞痛。初

发劳累性心绞痛、恶化型劳累性心绞痛及自发性心绞痛常统称为“不稳定型心绞痛”。

疗效评定标准

心绞痛症状疗效评定标准

显效 劳累性心绞痛经治疗后按心绞痛症状分级降低2级,原为Ⅰ、Ⅱ级者心绞痛基本消失(即在较重的超过日常活动的体力活动基本上也不出现心绞痛),不用硝酸甘油。非劳累性心绞痛经治疗后症状消失或基本消失,每周发作次数不多于2次,基本不用硝酸甘油。

改善 劳累性心绞痛经治疗后心绞痛症状降低1级,硝酸甘油减量50%以上。原为Ⅰ级者心绞痛基本消失,不用硝酸甘油。非劳累性心绞痛经治疗后心绞痛次数及硝酸甘油用量减少50%以上。

无效 症状无变化,硝酸甘油用量无改变,或有减少,但未达到改善程度。

加重 疼痛发作次数、程度及持续时间加重,或心绞痛症状升级,硝酸甘油用量增加。

心电图疗效评定标准

显效 休息时心电图恢复至正常或大致正常。双倍二级梯运动试验由阳性转为阴性。次极量分级运动试验(-),或运动耐量上升2级(+).

改善 休息时心电图或双倍二级梯运动试验ST段不降,在治疗后回升0.05 mV以上,但未正常。在主要导联倒置T波变浅(达50%以上),或T波由平坦转为直立。次极量分级运动试验较治疗前运动耐量上升1级(+).

无改变 休息时心电图或运动试验与治疗前基本相同,或有改善,但未达到“改善”项中的规定。

加重 休息时心电图或双倍二级梯运动试验 ST 段较治疗前下降 0.05 mV 以上。在主要导联倒置 T 波加深(达 50%以上),或直立 T 波变为平坦,平坦 T 波变为倒置。次极量分级运动试验运动耐量较运动前下降 1 级,出现(+).

治疗方法

冠脉通 每剂以姜黄 30g,秦艽 15g,北五加皮 15g,骨碎补 15g,牛膝 15g 为主药。按辨证加减:气虚者加黄芪;血虚者加熟地等。每天 1 剂,水煎浓缩为 100 ml,每次 50 ml,每天服 2 次。治疗心绞痛 116 例,显效 42 例(36.2%),改善 64 例(55.2%),无效 10 例(8.6%)。总有效率为 91.38%。心电图不正常 82 例中,治疗后显效 13 例(15.8%)。改善 34 例(41.5%),无变化 35 例(42.7%)。总有效率为 57.3%。

心脉通 每次 4 片,每天服 3 次,1 个月为一个疗程,连续用药 2 个疗程。治疗心绞痛 353 例,显效 186 例(52.7%),改善 139 例(39.4%),无效 28 例(7.9%)。有慢性冠状动脉供血不足的心电图改变 340 例,治疗后显效 119 例(35.0%),改善 115 例(33.8%),无效 105 例(30.9%),加重 1 例(0.3%)。

蒺藜皂甙 用蒺藜皂甙胶囊或片 0.1~0.15g,餐后服,2 周为一个疗程。治疗冠心病心绞痛 406 例,经 1~2 个疗程,症状缓解 334 例,总有效率为 82.3%;心电图改善的总有效率为 52.7%。

清栓酶 清栓酶 0.01~0.012U/kg 体重,加入 10%葡萄糖液 250 ml,静脉滴注,每天 1 次(用药前先作过敏皮试),2~3 周为 1 个疗程。治疗心绞痛 29 例,显效 20 例(69.0%),改善 7 例(24.12%),无效 2 例(6.9%)。总有效率为 93.1%。

调微 1 号片 以东莨菪碱为主,每片 40 mg。于第一天每次服 1 片,每天 3 次。以后每天每次增加 1 片,至每次 6 片,每天 3

次。以此剂量维持 15 天。然后每天每次递减 1 片,至开始时剂量后停药。治疗过程中停用其他有关药物。疗程结束后胸闷、心绞痛、心电图、心脏收缩间期、心尖搏动图的总有效率分别为 94.1%、80%、70.6%、76.5% 和 68.8%。调微 1 号可调整微循环灌注,降低全血粘度,从而提高心功能,改善临床症状。

至阳穴埋藏微型助压器 用直径为 0.23 mm 的不锈钢丝制成直径 1 mm、长 2 cm 螺旋,弹力适中的微型助压器。用 1% 新洁尔灭浸泡消毒。使用时用生理盐水冲洗干净,装入 24 号空心针内。至阳穴局部常规消毒,在局麻下经皮穿刺将微型助压器植入至阳穴皮下。埋藏后,患者自行背靠突出物顶压微型助压器,每天 3~4 次,每次顶压 3~5 min,14 天为一个疗程。治疗 1 个疗程后取出助压器。观察心绞痛 26 例,显效 88.5%。

救心膏敷贴 每贴药膏含硝酸甘油 1 mg,七厘散(内含血竭、乳香、没药、红花、麝香、冰片、朱砂、儿茶等)20 mg。心绞痛发作时,取药膏均匀地敷贴于心前区皮肤,直径为 2~5 cm,每天 1 帖。个别仍有疼痛者,临睡前再贴 1 剂。观察心绞痛 40 例,显效 90%。贴后 5~10 min 疼痛开始缓解,20~30 min 可完全缓解。缓解作用可维持 4~5 h。

麝香心绞痛膏敷贴 用麝香心绞痛膏(内含麝香、牙皂、白芷等药)2 张,分别贴于心前区痛处及心俞穴,24 h 更换 1 次。观察心绞痛 287 例,显效 28.6%,总有效率为 81.9%。心电图异常的 223 例中,有效 89 例(39.9%)。伴有高血压的 76 例中,有效 50 例(65.8%)。与空白胶布敷贴的对照组比较,有显著差异($P < 0.01$)。

(张庆喜 王肇基)

二、老年急性心肌梗塞合并重度泵功能衰竭

概述

心脏泵功能衰竭(简称泵衰)是急性心肌梗死(AMI)最严重的并发症,预后差。国内1984年报道病死率为38.6%。中西医结合治疗可提高疗效。祖国医学认为,“心主身之血脉”,“血液在脉管中运行不息全靠心气推动”。有人将“心气”理解为心脏泵功能。“气为血帅,气行则血行,气滞则血瘀”,因此气滞血瘀,脉络闭塞是AMI又一根本病机,这与冠脉闭塞、微循环血流不畅似相一致。重度泵衰竭可理解为“阳微阴厥,心阳外越,阳虚水饮凌心射肺,心阳阻塞”。老年人心阳不足明显,心气不足,心气衰弱血液运行不畅,血瘀塞络阻心脉造成不通。心阳靠肾阳之温煦,故泵衰多气虚为本,血瘀为其标,标实本虚,阳脱或阴阳两脱是其共性。其一般发病规律多为先实后虚,病初以阳虚邪实为主,后期则以阴虚、阴阳俱虚乃至亡阳为主。故应辨证再辅以现代医学检查,就其主次缓急作适当处理。

诊断要点

1. 确诊为冠心病急性心肌梗死患者。
2. 具有周围循环衰竭症状,如肢冷、出汗、神志障碍、发绀、烦躁、尿少等。
3. 梗死前血压正常者收缩压下降至 ≤ 10.7 kPa (80 mmHg);或原有高血压者收缩压已下降10.7 kPa (80 mmHg)以上。
4. 可排除其他原因引起的血压下降者。

疗效评定标准

显效 收缩期血压上升至 ≥ 12.0 kPa (90 mmHg),肺水肿

消失,末梢循环灌注不足症状完全消失。

有效 收缩期血压上升至 $10.7 \sim 12.0 \text{ kPa}$ ($80 \sim 90 \text{ mmHg}$),肺水肿消失,原有末梢循环灌注不足症状消失 $> \frac{1}{2}$;或收缩期血压上升至 $\geq 12.0 \text{ kPa}$ (90 mmHg),肺水肿消失,原有末梢循环灌注不足症状消失 $< 1/2$ 者。

无效 虽有血压上升,但 $< 10.7 \text{ kPa}$ (80 mmHg),肺水肿无明显改善,末梢循环灌注不足症状无明显减轻。

治疗方法

开始以多巴胺、可拉明混合静脉滴注,若无效即用硝普钠静脉滴注,若无效则用硝普钠加多巴胺静脉滴注。以后用红参、麦冬、五味子、丹参、生黄芪、附子、干姜、甘草、葛根、生大黄为基本方,按中医辨证随证加减治疗。治疗 62 例,显效 23 例 (37.1%),有效 20 例 (32.3%),无效 3 例 (4.8%),死亡 16 例 (25.8%)。治疗后心电图 R 波总和 (ΣR) 好转率为 51.6% ,ST 下降好转率为 38.7% ,异常 Q 波总和 (ΣQ) 好转率为 33.9% 。

(李桂君 徐敬书 张亭栋)

三、高血压病

概述

高血压病是危害健康的一种常见病。40 岁以后发病率明显增高,以动脉血压增高为其主要临床表现。可引起血管、脑、心、肾等重要器官的病变。病因目前仍未明确,据对本病的大量观察和研究发现,本病与年龄增长因素有一定关系。城市居民发病率较农村居民高,从事脑力劳动,尤以需要注意力高度集中、精神紧张而体力活动较少的职业,可能是导致血压增高的因素。饮食含钠盐量高和吸烟者发病率较高。遗传因素与本病的发生有密

切关系。本病属于祖国医学的“眩晕”、“肝风”、“肝阳”、“肝火”、“中风”等症。因忧、思、郁、怒伤肝，年老或先天禀赋不足，饮食劳倦伤脾，均可引起肝气郁滞，气郁化火，火热上扰以肝肾两经为主，表现肾阴不足，肝阳上亢而致病。

诊断要点

诊断高血压病的条件 凡收缩压 ≥ 21.3 kPa(160 mmHg)，舒张压 ≥ 12.7 kPa(95 mmHg)，两者中有一项可确诊高血压病。凡收缩压 ≥ 18.6 kPa(140 mmHg)而 < 21.3 kPa(160 mmHg)，或舒张压 > 12.0 kPa(90 mmHg)而 < 12.7 kPa(95 mmHg)者，定为临界高血压。临界高血压不列入高血压病之内。对过去有高血压史，长期(> 3 个月)未经治疗，此次检查血压正常者，即不列为高血压病。如一向采用药物治疗，此次检查血压正常者，仍属高血压病。有疑问者可在停药1个月后复查再作诊断。除血压符合上述条件外，尚须排除慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、肾动脉狭窄、嗜铬细胞瘤、原发性醛固酮增多症、妊娠高血压综合征及大动脉炎等所致的继发性高血压，才能诊断为高血压病。

高血压病的临床分期 (1)Ⅰ期高血压病：血压达高血压病诊断标准，无心、脑、肾并发症者。(2)Ⅱ期高血压病：血压达高血压病诊断标准，并有下列一项者：左心室肥大；眼底动脉普遍或局部变窄；蛋白尿或肾功能轻度受损。(3)Ⅲ期高血压病：血压达高血压病诊断标准，并有下列一项者：脑出血或高血压脑病；左心衰竭；肾功能衰竭；眼底动脉硬化、出血，可有视神经乳头水肿。

病情急骤进展，舒张压持续 17.3 kPa(130 mmHg)，有眼底出血、渗血或视神经乳头水肿，并有脑血管意外、心力衰竭及进行性肾功能衰竭者称为急进型高血压(恶性高血压)。

疗效评定标准

显效 舒张压下降 > 1.33 kPa，并达正常范围；舒张压虽未

降至正常,但已下降 >2.66 kPa。

有效 舒张压下降 <1.33 kPa,但已达正常范围;舒张压比治疗前下降 $1.33\sim2.53$ kPa,但未达正常范围;收缩压较治疗前下降 >4 kPa。

无效 未达到以上标准者。

治疗方法

注意劳逸结合,保证足够睡眠,适当参加体育锻炼,低盐、低脂肪饮食,防止肥胖,戒烟。

威乐降压片 山楂、葛根各 24 g,红藤、虎杖、桑寄生各 10 g,将以上中药制成浸膏后,再加可乐宁 0.075 mg,利血平 0.25 mg,异丙嗪、二氢氯噻嗪各 12.5 mg,制成 15 片。每次服 5 片,每天 3 次,15 天为一个疗程。用药 1 个疗程后 84 例收缩压下降均值 5.54 kPa,舒张压下降均值 2.88 kPa。

罗布麻袋泡茶 罗布麻每袋含罗布麻干浸膏 0.25 g,绿茶 1.75 g。每天 2~3 袋,每袋冲 2~3 次,每次服一杯,2~3 个月为 1 个疗程。治疗开始时停用其他降压降血脂药。60 例治疗前后比较,血压均值下降显著。按舒张压下降 >1.33 kPa(10 mmHg)为有效,有效率为 50%。

降压袋泡茶 含勾藤、夏枯草、茺蔚子、决明子、黄芩和茶叶等量研末混匀包装,每袋 2.2g。每次 2 袋,用开水泡代茶饮,每天 3 次,餐前饮用,14 天为 1 个疗程。治疗 61 例,降压显效 27 例,有效 22 例,无效 12 例。

耳针心穴 用 1.3 cm 长毫针针刺双耳心穴,进针 0.2~0.3 cm,针后施以提插捻转法使患者耳廓有烧灼感或脱落感。若患者无此感觉或拒绝提插捻转时,则在针刺有痛感或胀感后,用 G6805 治疗机的一根导线的两极,分别在双侧针柄上用连续波、频率 5 Hz 持续刺激。均留针 30 min,每天 1 次,30 次为 1 个疗