

内科实用治疗学

neikeshiyongzhiliao xue

主编 余光华 主审 郑伟如

四川科学技术出版社
sichuankexuejishuchubanshe

R505
Y9H
c8

103200

内科实用治疗学

主编 余光华
主审 郑伟如

四川科学技术出版社

1996年·成都

C0190388



内科实用治疗学

主 编 余光华
责任编辑 康利华
封面设计 邹宝工
版面设计 康永光
责任校对 戴 林
出版发行 四川科学技术出版社
成都盐道街3号 邮编 610012
开 本 787×1092 毫米 1/16
印 张 22.25 字数 778 千
插 页 4
印 刷 成都铁二局印刷厂
版 次 1996 年 5 月成都第一版
印 次 1996 年 11 月第二次印刷
印 数 9001—14000 册
精装定价 30.00 元
ISBN 7-5364-3341-7/R·729

■ 版权所有·翻印必究 ■

■ 本书如有缺损、破页、装订错误, 请寄回印刷厂调换。

■ 如需购本书, 请与本社邮购组联系。
地址/成都盐道街3号
邮编/610012

《内科实用治疗学》编写人员名单

(按姓氏笔画为序)

王周碧(四川)	王忠和(四川)	王盛宗(上海)	王诗明(四川)
文尚玉(陕西)	邓惠焕(四川)	王 莉(四川)	文华清(云南)
牛培国(河南)	王 晖(江苏)	戈继业(河北)	冯丽华(广西)
石 川(四川)	孙洪业(辽宁)	孙跃忠(辽宁)	曲 梅(西藏)
朱仁良(江苏)	刘放之(四川)	余光华(四川)	宋振凤(河南)
吴德全(广东)	李明贵(四川)	陈显东(四川)	陈昌全(四川)
邹存富(河南)	李 永(四川)	陈显齐(四川)	陈夏蓉(四川)
陈克金(四川)	李俊成(新疆)	吴建英(江苏)	何彦馨(河南)
杨云清(四川)	杨明武(陕西)	肖德明(广东)	何 坪(四川)
吴影秋(江苏)	张 林(四川)	张冰雁(四川)	张晓辉(四川)
张 敏(福建)	张承贤(湖北)	张兴芬(四川)	张志仁(甘肃)
张培林(四川)	张 琳(宁夏)	欧阳琴(江苏)	周美霞(海南)
徐宗娣(浙江)	欧元明(四川)	敖正维(四川)	徐松青(安徽)
秦洪江(四川)	黄东涛(广西)	黄俭强(广东)	黄顺贵(四川)
梁松林(辽宁)	彭建湘(湖南)	赖 安(广东)	贺一革(四川)
蒋美娇(北京)	韩志英(西藏)	熊素琼(四川)	翟瑞玲(河北)

前 言

内科实用治疗学是一本以“内科治疗”为中心的新著,由卫生部第三轮规划教材《内科疾病概要》主编余光华和重庆医科大学第一临床学院内科王周碧教授共同组织编写,由全国著名内科专家郑伟如主审。参加本书撰稿的作者有中山医科大学、重庆医科大学、苏州医学院、南京海军医学高等学校、中国人民解放军福州医学高等专科学校、广东佛山职工医学专科学校、河南新乡市中心医院以及重庆市第九人民医院……等 40 多家医疗卫生单位的专家、教授和经验丰富的医生和老师,他们分布在全国近 30 个省市(详见编写人员名单),因此,本书可算是博采众长、集思广益、内容丰富。本书的特点是:融“诊断——治疗——观察”于一炉,而着重突出了“治疗”的实用性和先进性。

本书历时将近 3 年,今天能和广大读者见面,是与全国同道的齐心协力和大力支持分不开的,是集体劳动的结晶。在此需要特别提出的是全国内科教学研究会的不少同志都给予了本书热情的关怀和鼓励。如马维藩会长、牛培国秘书长和刘逸舟校长等等,对本书的支持起到了十分重要的作用;在本书进行到最艰苦的日子里,万久儒副院长、欧元明大夫、张兴芬大夫以及郭文品、何坪等同志也给予了真诚的帮助。在此一一表示谢意!

由于时间仓促,水平所限,谬误之处,在所难免,敬望全国同道不吝指正。

余光华
1995 年 6 月

2008/3/03

目 录

第一章 内科治疗概述

第一节 内科治疗的指导思想、基本原则和方法	(1)
第二节 内科治疗观察	(3)
第三节 药物不良反应和不良反应先兆	(5)
一、药物不良反应	(5)
二、药物不良反应先兆	(6)
第四节 心理治疗、用药心理及药物的心理效应	(7)
一、心理治疗	(7)
二、用药心理及药物心理效应	(10)
第五节 治疗失误及治疗失误之对策	(11)

第二章 呼吸系统疾病治疗

第一节 慢性支气管炎	(14)
第二节 支气管哮喘症	(16)
第三节 支气管扩张症	(19)
第四节 肺炎	(22)
一、肺炎链球菌肺炎	(22)
二、葡萄球菌肺炎	(24)
三、肺炎杆菌及其他革兰氏阴性杆菌肺炎	(25)
四、缘脓杆菌性肺炎	(26)
五、军团菌肺炎	(26)
六、病毒性肺炎	(27)
七、肺炎支原体肺炎	(28)
八、霉菌性肺炎	(28)
I. 肺放线菌病	(28)
II. 肺念珠菌病	(29)
III. 肺隐球菌病	(30)
IV. 肺曲菌病	(30)
V. 肺奴卡氏菌病	(31)
第五节 肺脓肿	(31)
第六节 呼吸衰竭	(34)
第七节 成人呼吸窘迫综合征	(37)

第八节 支气管肺癌	(40)
第九节 气胸	(42)
第十节 胸膜炎	(44)
第十一节 结节病	(46)
第十二节 肺气肿	(48)
第十三节 肺血栓栓塞和急性肺源性心脏病	(50)

第三章 循环系统疾病治疗

第一节 风湿热和风湿性心瓣膜病	(52)
一、风湿热	(52)
二、风湿性心瓣膜病	(54)
第二节 高血压病	(58)
附：高血性心脏病	(62)
第三节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(63)
一、隐性冠心病	(63)
二、心绞痛	(64)
三、心肌梗塞	(66)
四、心肌纤维化	(69)
五、猝死	(69)
第四节 原发性心肌病	(70)
一、扩张型心肌病	(70)
二、肥厚型心肌病	(71)
三、限制型心肌病	(72)
第五节 梅毒性心血管病	(72)
附：脚气病性心脏病	(73)
第六节 围产期心肌病	(74)
第七节 亚急性细菌性心内膜炎	(75)
第八节 心肌炎	(77)
第九节 心功能不全	(78)
第十节 心律失常	(82)
第十一节 慢性肺源性心脏病	(91)
第十二节 血栓闭塞性脉管炎	(93)
第十三节 雷诺综合征	(94)
第十四节 心神经官能症	(95)
第十五节 休克	(96)
第十六节 心包炎	(100)
一、急性心包炎	(100)
二、缩窄性心包炎	(101)
第十七节 克山病	(102)
第十八节 病态窦房结综合征	(103)

第十九节 心脏骤停	(104)
第二十节 多发性大动脉炎	(107)
附:主动脉夹层动脉瘤	(108)

第四章 消化系统疾病治疗

第一节 胃炎	(110)
一、急性胃炎	(110)
二、慢性胃炎	(112)
第二节 消化性溃疡	(114)
第三节 肝硬化	(116)
第四节 原发性肝癌	(118)
第五节 肝原性脑病	(120)
第六节 急性胰腺炎	(121)
第七节 急慢性胆囊炎	(123)
一、急性胆囊炎	(123)
二、慢性胆囊炎	(124)
第八节 胃癌	(125)
第九节 急性出血性坏死性肠炎	(126)
第十节 溃疡性结肠炎	(128)
第十一节 胃肠道功能紊乱	(129)
第十二节 急性腹膜炎	(130)
第十三节 便秘与腹泻	(131)
一、便秘	(131)
二、腹泻	(132)
第十四节 克隆病	(133)
第十五节 类癌和类癌综合征	(134)
第十六节 上消化道出血	(135)

第五章 泌尿系统疾病治疗

第一节 急性肾功能衰竭	(138)
第二节 慢性肾功能衰竭(尿毒症)	(140)
第三节 急性肾小球性肾炎	(144)
第四节 急进性肾小球肾炎	(146)
第五节 慢性肾炎	(148)
第六节 肾病综合征	(149)
第七节 急性肾盂肾炎	(152)
第八节 尿路结石	(154)
第九节 肾小管性酸中毒	(156)
一、近端肾小管性酸中毒	(156)
二、远端肾小管性酸中毒	(157)

三、缓冲缺乏性远端肾小管性酸中毒	(158)
四、弥漫性远端肾小管性酸中毒	(158)
附：尼可尾综合征	(159)
第十节 梗阻性肾病	(160)

第六章 血液及造血系统疾病治疗

第一节 缺铁性贫血	(162)
第二节 巨动红细胞性贫血	(163)
第三节 再生障碍性贫血	(165)
第四节 溶血性贫血	(168)
一、阵发性睡眠性血红蛋白尿	(169)
二、蚕豆病	(169)
三、自身免疫性溶血性贫血	(169)
四、血红蛋白病	(170)
第五节 白细胞减少和粒细胞缺乏症	(171)
第六节 急性白血病	(172)
第七节 慢性白血病	(179)
一、慢性粒细胞性白血病	(179)
二、慢性淋巴细胞性白血病	(181)
第八节 多发性骨髓瘤	(181)
第九节 血小板减少症	(184)
第十节 过敏性紫癜	(185)
第十一节 淋巴瘤	(187)
第十二节 脾机能亢进症	(190)
第十三节 弥漫性血管内凝血	(191)

第七章 内分泌及代谢性疾病治疗

第一节 垂体前叶功能减退症	(194)
第二节 尿崩症	(195)
第三节 单纯性甲状腺肿大	(196)
第四节 甲状腺机能亢进症	(198)
第五节 甲状腺功能减退症	(200)
第六节 慢性淋巴细胞性甲状腺炎	(202)
第七节 亚急性甲状腺炎	(203)
第八节 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症	(204)
附：肾上腺危象	(204)
第九节 原发性醛固酮增多症	(205)
第十节 皮质醇增多症	(207)
第十一节 糖尿病	(209)
第十二节 低血钾和高血钾症	(212)

一、低血钾症	(212)
二、高血钾症	(213)
第十三节 低血钙及高血钙症	(214)
一、低血钙症	(214)
二、高血钙症	(215)
第十四节 低镁血症和高镁血症	(216)
一、低血镁症	(216)
二、高血镁症	(217)
第十五节 代谢性酸碱中毒	(217)
一、代谢性酸中毒	(217)
二、代谢性碱中毒	(219)
第十六节 脱水(失水)	(219)
第十七节 水过多和水中毒	(221)

第八章 精神神经系统疾病治疗

第一节 头痛	(222)
第二节 失眠	(223)
第三节 癫痫	(225)
第四节 癔症	(227)
第五节 神经衰弱	(229)
第六节 心身病	(230)
第七节 精神分裂症	(232)
第八节 脑血管意外	(234)
一、脑出血	(234)
二、脑血栓形成	(236)
三、脑栓塞	(238)
第九节 老年性痴呆	(239)
第十节 帕金森病	(240)
第十一节 周期性瘫痪	(242)
第十二节 面神经炎	(243)
第十三节 格林巴利综合征	(244)

第九章 风湿性疾病治疗

第一节 系统性红斑狼疮	(246)
第二节 硬皮病	(248)
第三节 结节性脂膜炎	(250)
第四节 类风湿性关节炎	(251)
第五节 多发性肌炎与皮肌炎	(253)
第六节 重叠结缔组织病	(255)
第七节 混合结缔组织病	(256)

第八节 变应性亚败血症	(257)
第九节 干燥综合征	(257)

第十章 理化因素疾病治疗

第一节 急性有机磷农药中毒	(259)
第二节 急性一氧化碳中毒	(262)
第三节 亚硝酸盐中毒	(263)
第四节 乌头碱中毒	(264)
第五节 灭鼠药中毒	(265)
一、磷化锌中毒	(265)
二、敌鼠中毒	(266)
三、安妥中毒	(266)
第六节 毒草中毒	(267)
第七节 常用药物中毒	(268)
一、巴比妥类药物中毒	(268)
二、急性氯丙嗪中毒	(269)
三、安定类药物中毒	(270)
四、急性苯妥英钠中毒	(270)
五、洋地黄类药物中毒	(271)
六、急性阿托品类药物中毒	(272)
第八节 急性酒精中毒	(273)
第九节 中暑	(274)
第十节 晕动病	(275)

第十一章 骨关节病治疗

第一节 强直性脊柱炎	(277)
第二节 瑞特综合征	(279)
第三节 银屑病性关节炎	(279)
第四节 肠炎性关节炎	(281)
一、炎症性肠病与关节病	(281)
周围性关节炎	(281)
二、肠道感染后反应性关节炎	(281)
痢疾杆菌感染后关节炎	(281)
沙门氏菌感染后关节炎	(282)
耶尔森尼亚菌感染后关节炎	(282)
三、惠普耳病	(282)
第五节 痛风与假性痛风	(283)
一、痛风	(283)
二、假性痛风	(284)
第六节 复发性多软骨炎	(286)

第七节 骨关节炎(退行性关节病)	(286)
第八节 骨软化症	(289)
第九节 骨质疏松症	(290)
第十节 病毒性肝炎所致的关节病	(293)
第十一节 结核性关节炎	(294)
第十二节 淋病性关节炎	(295)
第十三节 糖尿性关节病	(295)
第十四节 太吉综合征	(296)

第十二章 免疫性疾病治疗

第一节 血清病	(297)
第二节 荨麻疹	(297)
第三节 过敏性休克	(299)
第四节 自身免疫性疾病	(300)
第五节 免疫缺陷病	(301)
第六节 艾滋病	(302)

第十三章 营养缺乏病治疗

第一节 蛋白质热能不足	(304)
第二节 维生素 A 缺乏症	(305)
第三节 维生素 B ₁ 缺乏症	(308)
第四节 维生素 B ₂ 缺乏症	(309)
第五节 维生素 C 缺乏症	(310)
第六节 维生素 K 缺乏症	(311)
第七节 维生素 D 缺乏症	(312)
第八节 维生素 E 缺乏症	(314)

第十四章 常见传染性疾病治疗

第一节 病毒性肝炎	(316)
第二节 流行性出血热	(320)
第三节 细菌性痢疾	(324)
第四节 流行性脑脊髓膜炎	(326)
第五节 败血症	(328)
第六节 肺结核	(330)
第七节 钩端螺旋体病	(337)
第八节 疟疾	(339)
第九节 钩虫病	(341)
第十节 蛔虫病	(342)

第一章 内科治疗概述

第一节 内科治疗的指导思想、基本原则和方法

(一)指导思想

要进行系统的治疗必须有正确的理论指导,这些理论包括矛盾论、实践论和辩证唯物论。矛盾论就是两点论,我们在治疗中既要看到有利的一面;又要看到不利的一面;既要看到局部又要看到全貌;既要看到显而易见的问题又要看到深藏未露的问题;既要看到药物的作用,也要注意心理因素的影响……总之,要充分把握住我们治疗的根本点而不要忘记诸多的复杂问题,特别是相反的一面。祖国医学中的阴阳、表里、寒热、虚实、脏腑、气血……无不包含矛盾论的思想和方法。实践论是指导一切实践活动的理论,治疗实践当然也不例外。“没有理论指导的实践是盲目的实践”,没有理论指导的治疗当然也是盲目的治疗。“实践是检验真理的唯一标准”,我们所采取的治疗是否正确必须经过医疗实践的验证。辩证唯物论是我们分析问题和解决问题的钥匙,对一个疾病一经下诊,如果我们就把已经形成的一套治疗方法不加分析地硬搬上去,不管具体对象,再好的方法也可能达不到预期的目的,这就需要“具体问题具体分析”,全面地、整体地解决治疗中出现的各种问题。

(二)内科治疗的基本原则

在上述基本理论观点的指导下,内科治疗应该遵循的基本原则是:治中有防,防中有治,防治结合。

1. **治病求因、有的放矢、诊治统一的原则:**这一原则是最基本的原则。“治病必求于本”,指的就是治疗要有高度的针对性,而这种针对性是建立在确切诊断的基础之上的;没有准确的诊断就不可能有中肯的治疗,就不可能做到有的放矢。

2. **急则治标、缓则治本、标本兼顾的原则:**这一原则在祖国医学中早已明确提出,用现代医学的话说,就是在紧急情况下先按主要表现(标)进行抢救,待病情好转后再仔细寻找病因(本)加以去除,这二者必须紧密结合,不可只顾一头。

3. **个体化原则(即具体化原则,或曰“一切从实际出发”的原则):**每个患者每种疾病都有自身的特点,必须根据患者不同的年龄、性别、病情轻重、原有健康状况、用药情况……多方面考虑,具体问题具体分析,具体解决,治疗方案、治疗方法和用药选择都应有所区别。

4. **整体化原则:**一个人是一个完整的生物有机体,各器官系统的活动是相互影响的,在治疗中必须注意整体性;人也是“自然的”和“社会的”的人,自然气候和各种社会因素对人的影响也是不可忽视的。祖国医学在治疗上很重视总体的辨证论治,很重视“六淫”(指季节气候的不良影响)“七情”(指心理变化的不良影响),就是这一原则的体现。

5. **理论与实践密切结合的原则:**治疗实践是一种十分具体的实践活动,对病情的分析、推理、判断(作出诊断),是一种应用理论的过程;在治疗过程中经过不断观察、总结、寻找规律,这又是一个从实践到理论的过程。只有将理论和实践紧密结合,才能在治疗中找出经验,总结教训,随后才会有高水平的治疗。

6. **剖析两面,回避不利的原则:**根据“两点论”的观点,在治疗中既要充分考虑药物的治疗作用,也要充分考虑到药物“致病”的不良作用(如近年来抗菌素的滥用造成了不少的药源性损害)。对于不利的一面要尽量加以回避。

7. **少而精的用药原则:**在治疗中可能遇到许多需要处理的问题,似乎需要很多药才能解决,此时特别要防止“大包围”,应对药物进行精选,充分发挥每种药物的作用,这就是少而精的原则。

8. **系统性原则:**任何一种药物治疗一经采用都应注意系统性和连贯性,如抗菌治疗和抗凝治疗。不注意贯彻这一原则,常常是“抗药”菌株产生的基础。

9. **早期治疗原则:**任何一种疾病,只要一经确立,都应及早治疗,这样既可收到较好效果,又可防止很多并发症的产生;有的还直接涉及到预后的好坏,癌症和传染性疾病尤其是这样。

10. **“攻其一点,旁及其余”的原则:**这一原则,也可以说是一种“战术”。在临床上病情的变化有时十分复杂,犹如一团乱麻,造成治疗难于下手,此时就特别需要分析各种错综复杂的矛盾,找出“关键点”,然后针对这一点集中加以解决。同时也不忽视其他

相对次要的问题,这就是攻其一点旁及其余的含义。因为主要矛盾和次要矛盾是相对的,在一定条件下是可以相互转化的,所以对于主要矛盾和次要矛盾的处理,既要突出“主攻点”,又要顾及“次要点”。

除上述各种治疗原则外,在祖国医学中一个最基本的治疗原则就是“辨证论治”。这个原则是非常精辟的,对于现代医学的治疗用药同样具有指导意义;祖国医学中还有“因势利导”(根据具体的病势制定有利的治疗方案)、“以平为期”(以平衡机体的内外环境为目的)、“同病异治”、“异病同治”、“正治”、“反治”以及“因时、因地、因人制宜”等不同的治疗原则,都可以“为我所用”。

(三)内科治疗的基本方法

各种各样的治疗方法,归纳起来共有四大类,即药物治疗、手术治疗、心理治疗和物理治疗。除手术治疗一般不列入内科基本治疗之外,其他三大治疗方法都为内科所采用,但最基本的内科治疗还是药物疗法。

1. 药物治疗:此法又可分为西药治疗(或称化学药物治疗——简称化疗)和中药治疗两类。

(1)西药疗法:这是本书采用最多的方法,根据给药途径不同,又可分为:①口服疗法(这在主要治疗方法中又是最常采用的)。②注射疗法(包括皮下注射、肌肉注射、静脉注射、静脉点滴、胸腔内注射、心腔注射、气管内注射、关节腔注射、椎管内注射、导管内局部注射……等等)。③局部疗法(如局部喷雾疗法、局部药物贴敷、熏洗、揉擦以及局部封闭、直肠灌注……等等)。由于科技的飞速发展,化疗药物层出不穷,品种繁多,给临床治疗提供了极大的方便和选择余地,但此法也面临着不少的问题,比如大量的“药源性疾病”和某些药物的滥用——特别是抗菌素的用量越用越大,抗药菌株不断增加,将给这一疗法带来前所未有的困境,这是值得高度重视的。

(2)中药疗法:本书不少疾病都采用了中药(主要是植物药)治疗:①复方疗法(根据辨证论治的原则将多味中药组成复方,煎服,此法是主要的中药治疗方法,其具体方法很多,详后)。②单方验方治疗。③中成药治疗(口服、注射目前都用得较广泛)。④中药纯化制剂治疗(已与西药类似,如麻黄素)。

在中医中药的辨证施治中,必须按照“理→法→方→药”的程序进行,没有明确的推理判断(与西医的诊断过程一致),就不应该进行“立法”(确定方案);先推理,再立法,然后再“选方”,待确定了治疗方向后,最后才能选用药物。这种治疗融“理论——原则——方法——用药”于一体,充分体现了祖国医学在治疗学上严密的科学性。在具体用药上还必须遵循“君——臣——佐——使”的组合要求,用通俗的话说就是要首先决定主药(起决定作用的药物),随即选择辅助主药发挥治疗作用的药物,再选择抵

消主药不良反应的药物,最后选择调和诸药的药物,并严格注意药物间的配伍禁忌(中医对各药间的关系归纳为“单——需——使——畏——恶——杀——反”,其中相恶、相杀、相反的药物在一起,就可引起不良反应,或减低疗效,或增强毒性)。

针对不同病情在应用中医中药时,又有“汗、吐、下、和、清、温、消、补”各法。

汗法——指以发汗的方药祛除病邪的治法。此法常常与解肌、透疹等方药一起构成解表法。通过宣发肺气、调和营卫、开泄腠理使在表之邪随汗而除。

吐法——是一种利用催吐作用以排除宿食、毒物、痰热的治疗方法。除有排除宿食、毒物、引流“痰液”的作用外,还可起到减低腹压、调整内脏活动、减轻水潴留的作用。

下法——是通便、下积、泻实、逐水等治法的总称。病变在中下焦且体质较强而病邪又较盛者皆可用此法。下法有增强肠蠕动、清除肠道毒物、护肝、利胆、改善微循环、促进积液排除、积血吸收、利尿和保护肾功等作用。

和法——是一种和解表里、调节脏腑功能的治法,主要用于调和胃肠、调和肝脾。本法有消炎解热、抑制病原微生物、改善膈肌毗邻脏器病变、增强神经体液调节功能等作用。慢性肝炎、慢性胆囊炎、慢性胃炎等均可采用此法。

清法——用清热解毒、清热除湿、清热泻火等药物组成方剂的治法,均可称为清法。根据现代医学的研究;此法有抑制病原微生物繁殖、抑制肿瘤生长、调节免疫功能、解热、消炎、除毒、改善机体反应性、促进损伤修复、改善微循环等多种效应。因此,本法应用很广。

温法——通常是指用温经散寒、回阳救逆的温热药组成的方剂的治法。该法有调节植物神经功能、增强垂体肾上腺和能量代谢的作用。此外,还有增强胃肠功能、增加冠脉灌注、纠正休克和心律失常、提高免疫功能和消炎镇痛等多种作用。因此,临床应用也很广泛。

消法——凡以促进消化、增进食欲、消积化滞为主的治法,均可称为消法。此法可以达到调节胃肠蠕动、抑菌解毒、降低血糖血脂、改善冠脉血供的目的;有的还有补充营养的作用,如谷芽、麦芽、山楂均含有蛋白、糖和脂肪等营养成分。此外,“渗湿利水法”也可算作消法之一,但通常已将其另列,此处从略。

补法——凡机体虚弱而采用补益药治疗的方法,均为补法。此法对于祖国医学来说是独具特色的。因气血阴阳的不同,又可分为:

补气(健脾)法:是以补气健脾养胃一类药物组成方剂来治疗疾病的方法。这种治法对神经、内分泌、免疫、心血管、消化和物质代谢及造血功能等都有增强作用。此外,还有抗菌、解毒、消炎、兴奋肌力、防治肿瘤、增强营养的作用。

补血法:是以养血药治疗疾病的方法。此法主要在于促进红细胞的生成,同时对神经营养、心肌功能、免疫代谢也有良好的影响,还有保护肝脏、调节性功能等作用。

温补肾阳法:指用温肾、扶正固本的方药治疗疾病的方法。这种方法的作用与补气法有许多相似之处(见前),尤以强壮作用为显。

补阴法:指用生津液、滋脏腑等方药治疗虚症的方法。此法有镇静、调节内分泌(特别是性腺)改善代谢、增强免疫、促进微循环,促进造血等作用。补气、补血、滋阴、温补各法常常相互参合使用以发挥协同作用。

2. 非药物治疗:不需药物(或仅以药物辅助配合)的治疗方法,归属为非药物治疗。如:

(1)物理疗法:这种方法本书主要用于辅助治疗,根据所选用的治疗物质不同,又可分为光疗、热疗、声疗(如体外超声碎石)、电疗(如电击除颤)、机械疗法(如牵引)等等。从原理上讲,放射治疗也应属于这一类,但因其具有更多的生物效应(特别是毒性反应)故常单独列出。

(2)放射治疗:多用于肿瘤的选择性治疗,如失去手术治疗机会的肺癌、恶性淋巴瘤等均可采用。

(3)心理治疗:这种既古老而又年轻的治疗方法,在“生物医学模式”的年代里是不够重视的,目前(社会—心理—生物医学模式兴起的时代)正日益受到人们的关注(后专论)。

(4)综合治疗:凡上述各法之外的治疗,只要与药物治疗相配合使用者,本书均列入综合疗法之内。例如针灸疗法(含耳针疗法)、放血疗法、胎肝细胞输注、骨髓移植、透析疗法、营养疗法、光量子疗法、阳光浴、导入疗法……等等,不一一列举。随着科技的不断进步,治疗方法将不断更新,还会出现许多新的疗法,供我们选用。然而,无论怎样演变,药物疗法还是最基本的治疗方法。

(余光华)

第二节 内科治疗观察

治疗观察将涉及到治疗效果的评定,治疗不良反应的发现,治疗经验的总结。观察仔细与否直接影响着治疗的成败。因此,我们不可能只有治疗措施而没有治疗观察。本世纪伟大的生理学家巴甫洛夫曾经在他进行科学实验的门口,醒目地写着:“观察!观察!再观察!”说明观察是何等的重要。只有以明察秋毫的目光去观察认识事物,才有可能发现问题、思考问题,进而正确地处理问题。

(一)内科治疗观察的内容

内科治疗观察的目的在于深入了解治疗效果的优劣,以寻求新的治疗方法和手段,更好地治病救人。临床主要观察的内容如下。

1. 病情变化的观察:病情的变化大致上有两个方面的因素,一是疾病本身随着病程的推移,要变化;二是随着治疗措施的实施病情要变化。例如慢性肺心病急性发作常有心力衰竭,但当感染被控制、通气功能得到改善、心衰开始好转后正处在利尿之际,此时如投以口服利尿剂,往往很快发生利尿,这种“利尿”到底是心衰好转的结果还是利尿剂的作用要仔细观察、深入分析才能作出判断,不能立刻归结为某一药物的疗效。观察病情的主要内容有二:第一是某一疾病最突出的症状、体征和实验室检查(应列出观察指标);第二是与生命密切相关的指征(即体温、脉搏、呼吸、血压、神志、瞳孔六项)。第一项是与治疗有明显针对性的部分,是重点中之重点,第二项是病情变化非常敏锐的部分。也就是说,观察病情变化,一应抓“特异性”,二应抓“灵敏性”。其他可能引起病情变化的因素(如环境、气候、心理因素、人为因素等等)在分析治疗反应时也应注意其影响。

2. 药物疗效的观察:药物疗效好坏的评定,事先要有固定的、全面的、系统的观察目标,对于药物的种类、生产厂家、制剂类型、用量、给药途径和方法……等等,事先都应明确规定,无论是对躯体的(如症状、体征、实验指标)、心理的(如心理状态、心理活动、行为变化等等)及其他有关的观察,都应根据具体疾病而定(参见本书各节)。

3. 药物不良反应观察:化疗药物引起的不良反应已成为当今医学界十分注目的问题,可以涉及到机体的各个器官、系统,特别是消化、神经精神系统及心、肝、肾三脏,受影响最明显,故有“是药三分毒,只是量不同”之说。介于这一问题比较复杂,后面再列专节叙述。

(二)治疗观察的重点

治疗观察的主要内容已如前述,在这些内容中还应该找出观察的重点。

1. 先兆征象的观察:任何事物现象的发生都有先兆。“月晕而风,础润而雨”是一种自然气候变化的先兆,人体接受治疗之后,在出现明显的治疗反应之前也有先兆,我们观察“先兆”其目的在于早期发现“苗头”,即时提高警觉,进入全面系统的疗效观察,或提前处理即将发生的严重毒性损害和过敏性休克等。

2. 潜在问题的观察:有些现象比较隐蔽,不容易发现,此时应借助于分析、推理和经验提示,以极其敏锐的目光去搜寻“蛛丝马迹”,从而找出治疗中潜在的问题。例如氯霉素的骨髓毒、链霉素的耳毒、

异烟肼的肝毒作用,早期都比较隐蔽,特别是不会说话的小儿和反应迟钝的老人尤为注意,若待问题明朗之后,已经不可逆转时,再来处理损失就大了。双氢链霉素引起的永久性耳聋就是例子。

3. 并发症的观察:在治疗过程中可能因疾病本身出现并发症,也可能因药物作用带来并发症,后者则是治疗观察的重点。例如,长期大剂量使用皮质激素,很容易造成应激性溃疡、药物性精神病、柯兴氏症、继发感染……等等;广谱抗菌素使用时间过长,可以带来肠道菌群失调和霉菌感染,就是治疗感冒的一般解热镇痛药也可以造成水盐代谢紊乱及严重的骨髓抑制。诸如此类不胜枚举(详见各节)。

4. 险情观察:治疗中有时可以发生险情。例如,抗凝治疗,有时可以引起颅内出血继发脑疝,死亡率极高;奎尼丁治疗心律失常,可以突然发生心跳骤停;青霉素注射可以突然发生过敏性休克。临床用药种类繁多,各种药物的反应千差万别,如果没有“治疗险情”的观察和准备,常常是事故发生的根源之所在。

(三)治疗观察的方法

根据不同的疾病、不同的用药、不同的治疗目的要求,可以选用不同的观察方法。

1. 重点观察法:“危、重、急”症和特殊病例常常需要重点观察,先制订观察项目,观察时作好系统记录,治疗结束后再作全面的总结评价。这样可以为日后提供可靠的治疗依据。

2. 连续观察法:观察的主要对象和要求,基本上与重点观察法一致,并常常联合使用,但有些具有研究价值的病例,虽然病情不重,也可以采用连续观察法。

3. 随机观察法:这种治疗观察是在日常的治疗中普遍采用的,每天查房,实际上就是这种观察。这种观察有可能从“偶然性中发现必然性”,由于机遇很多,如果应用得好,很可能观察到不少有价值的东西(包括正副两方面的多种治疗反应)。例如,在抗感染治疗的过程中,患者的各种症状、体征都明显好转而却出现了体温的再度升高,倘停止用药体温反而下降,这就提示我们“药物热”的可能性。如果不注意这一点,再加大抗菌素剂量,必然促使病情恶化。

4. 对比性治疗观察法:这种治疗观察法主要用于临床科研,如评价药物的确切疗效。其具体要求是:必须设立对照组(不服用治疗药物,只用安慰剂,其人数和各方面条件几乎和观察对象完全一致),然后对“采用某一药物治疗”的群体——治疗组,进行严格的对照观察。为了加强治疗组和对照组的可比性,必须做好以下几点:

(1)确定好研究对象,欲达此目的,必须做到:①两组病例要有一致公认的诊断标准。②两组患者均要有严格一致的限制条件(纳入标准)和排除标准

(例如年龄、性别、病情轻重、病程长短……等等)。

(2)合理分层:对已定的研究对象进行分层,即对影响观察结果的各种因素要分出层次,一般按年龄、性别、病情轻重、病程长短进行,使两组尽可能一致,但不宜过细。

(3)合理分组:在分层的基础上再进行尽量客观的随机(而不是随意)分组。例如用抽签法将研究对象分成治疗观察组和安慰对照组。

(4)同期对照观察:对观察组和对照组的患者在进行观察时,必须在时间(年、月、日、时)、空间(地点、环境、条件)上完全一致的前提下同时进行观察。

(5)双盲对照观察:观察者及与观察有关的人员对具体观察的药物和安慰剂都不知道,所观察的药物和安慰剂以编号代替,只有最后总结完疗效时才知道第几号药有效,第几号药无效。

(6)加强依从性,防止干扰与沾染:在治疗中对观察组和对照组都必须按规定服药,使其服从安排,不随意服药,这就是“依从性”;防止干扰,就是防止被研究对象服用其他药物;防止沾染,就是防止对照组的患者误服治疗组的药物。

(7)评定疗效(或不良反应):治疗组和对照组都要有严格统一的标准,特别是计量标准,这样才有确切的可信度。

(8)对中止观察者要有正确评价标准:例如,已服某种被研究的药物很久无效而退出者,在评价疗效时不能将其排除在统计数之外,相反,刚刚开始服药还不能说明疗效而退出者,则不能作为无效例而纳入统计。

总之,治疗对比观察法,是比较严密的,不论是药物疗效还是药物不良反应的评价都是最客观的,在作出结论之前还要经过严密的统计学处理,才会作出最终评价。

以上所提的四种治疗观察法,以随机观察法用得最多,以对比观察法要求最严。在临床治疗观察中到底采用何种方法,没有定式,而且还可根据实际需要选用其他方法。例如,分段观察法(治疗告一段落后观察也就随之结束)、定期观察法、长期观察法等,都可以根据治疗目标的要求酌情选用。

(四)治疗观察的手段和规律

临床常用的治疗观察的手段有:①主要而且常用的还是仔细询问病情,了解症状的改变。②同时采用“望、触、叩、听、嗅”五种观察手段,直接收集有价值的资料。③实验仪器检查和先进设备的应用自然是最能准确说明问题的,有条件者应尽可能采用,但作为“临床治疗观察”,特别是基层,需要强调的还是“望触叩听嗅”,去寻找治疗中的“客观资料”。

治疗观察的方法和手段已如上述,但在临床工作中,要驾驭自如谈何容易?然而万事万物总有一定的规律性可寻,临床治疗观察的规律就是“观察——

思考——应用”三者紧密结合在一起。没有思考的观察是发现不了深层次的问题的；没有观察的思考是毫无根据的猜测；观察了，也思考了，但如果不再应用到实践中去检验，仍然没有意义，因为这种观察没有给随后的治疗实践带来好处。换句话说，治疗观察的规律就在于，在给于患者的治疗中再去仔细观察患者的各种反应，发现问题后再深入分析思考，然后把所得到的经验再回到治疗中去应用（当然是更合理更高水平的治疗了），这个连续的过程就是治疗观察的规律。

（余光华 王诗明）

第三节 药物不良反应和不良反应先兆

随着大量新药的不断问世，用药剂量的不断增大，用药疗程的不断延长以及联合用药的广泛采用等等问题，药物除了“治病”的一面得到了充分的显示，另一面——即“致病”的一面也日益暴露出来。后者已成为当今医学界普遍重视的问题。本节仅简述药物不良反应及不良反应先兆两点。

一、药物不良反应

药物越多，引起的药源性毒害也越多。根据近年的统计资料，在我国住院病人中药源性疾病的发生率已高达10~20%（50年代还不足1%），每年死于药源性疾病的患者高达19.2万人，相当于我国主要传染病死亡人数的10倍以上；全世界抗生素造成的聋哑儿童人数高达100万人之巨，占各种原因所造成的聋哑儿童人数的50%以上，而且还在以每年2~4万的人数递增。到目前为止，药源性疾病的种类已达200余种之多，其中抗菌素、洋地黄、利尿剂、胰岛素等所致者占总数的90%，如此惊人的状况不能不引起我们临床治疗上的高度重视。

（一）不良反应产生的基础

造成不良反应的因素很多，诸如：

1. **药物本身的性质**：由于药物理化因素、组成结构不同，对人体有不同的作用。例如，磺胺类药物引起皮疹，氯霉素可致“再障”，抗痨药易损害肝脏等等，这是药物本身的性质不同所决定的。中药也不例外，例如斑蝥、川乌有剧毒，蜈蚣、雄黄毒性较强，细辛、吴茱萸有小毒，这也是它们自身的性质差异所决定的。据有关统计，药物不良反应的发生率居首位的是心血管类药和神经精神类药，其次是各类抗菌素（曾一度居于首位）。有的药物的不良反应发生率高达60%左右。药物不良反应的出现，还与剂量有密切关

系，故有“是药三分毒，只是量不同”之说。

2. **机体的个体差异**：使用同一种药物在不同的个体可以产生不同的反应。导致这种不同反应的因素有多种，如：

（1）**年龄因素**：婴幼儿尤其是新生儿，生理功能不健全，对药物的解毒能力低下，如对无味红霉素、氯霉素、氨基糖甙类抗菌素、巴比妥类药都很容易发生中毒，常规剂量即可引起严重反应；老年患者（特别是70岁以上）对洋地黄类药、抗精神病药、降压药、降糖药、抗凝剂、 β 受体阻滞剂等等都很容易发生不良反应。

（2）**性别因素**：女性患者发生药物性再障、药源性SLE、粒细胞减少症的机率明显高于男性。

（3）**遗传因素**：如葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏者，很容易发生伯氨奎宁型溶血性贫血；乙酰化代谢异常者，很容易患药源性肝病。

（4）**原有疾病基础**：如消化吸收功能有障碍者，明显地影响药物的血中浓度；心功能不良者，将影响药物的分布；肝功能不健全者，使用抗痨药物时很易导致肝内淤胆；肾功能不良者，很容易引起蓄积性药物中毒（药物半衰期延长）。

（5）**原有用药基础**：有两种情况，一种情况是对某种药物耐受性越来越高，如不少患者用安眠药后对这类药物的耐受性就不断增强，越到后面用同等剂量反应越小；另一种情况是，越到后面，中毒反应越明显，洋地黄类药最为典型。

（6）**个体素质**：个体素质差者，尤其是肝肾功能不佳者很容易产生药物不良反应；过敏素质者容易产生变态反应。

（7）**其他**：如低耐受性反应，是由于个体对某种药物耐受性低，在常规剂量下引起的不良反应。例如有的个体一般剂量的氨茶碱就可引起明显的呕吐反应，常量的异烟肼就可引起严重的药源性肝病。此外，还必须指出的是，一种药物可以引起多种不良反应，多种药也可引起同一不良反应。

3. **用药的时间**：根据时辰药理学的研究，许多药物的毒副作用与用药时间有着密切的关系（显示出明显的昼夜节律）。例如，心脏病者对洋地黄的敏感性在夜间比白天高出40倍，故夜间用这类药稍有不慎即易发生中毒危险；皮质激素早上8点用药造成肾上腺皮质萎缩的副反应最小。季节不同也可影响药物的作用。

4. **地域因素**：实际上是各地的疾病谱有差异，因此用药的种类和方法有差异，从而发生药物毒副反应的比率、类别和程度乃有差异。例如疟疾高发区奎宁引起的粒细胞减少症就远远高于其他地区。

5. **医源性因素**：用药适应症的选择（当与不当）、用药剂量的大小、用药时间的长短、联合用药的指征、给药途径的选择（当与不当）……都与药物毒副反应的发生与否及发生反应的轻重程度有关。此