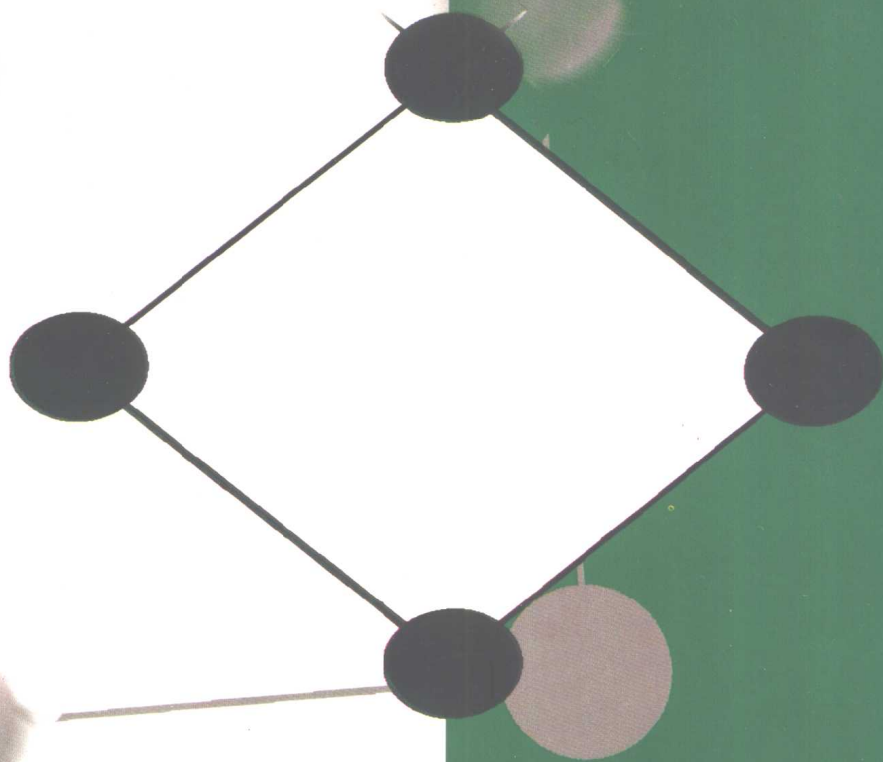


中医中西医结合

继续医学教育系列教材

云南科技出版社
云南省卫生厅

主编 詹文涛 郭永章 程小床
主审 王永炎



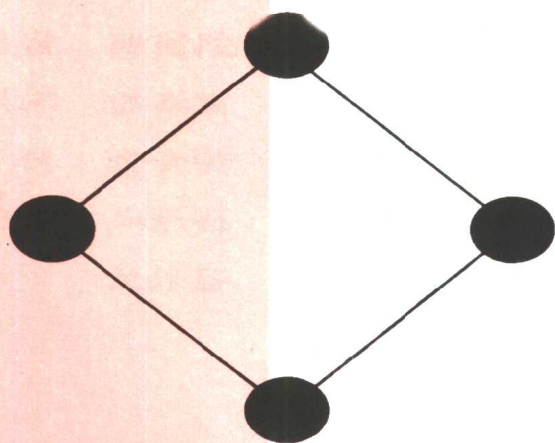
现代医学新进展集粹

中医中西医结合

继续医学教育系列教材

云南科技出版社
云南省卫生厅

主编 詹文涛 郭永章 程小床
主审 王永炎



现代医学新进展集粹

图书在版编目 (C I P) 数据

现代医学新进展集粹/詹文涛, 郭永章, 程小床主编. —昆明: 云南科技出版社, 2000.7

中医中西医结合继续医学教育系列教材

ISBN 7 - 5416 - 1360 - 6

I. 现... II. ①詹...②郭...③程... III. 现代医药学 - 进展 - 医学教育: 终生教育 - 教材 IV. R

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2000) 第 35058 号

书 名: 现代医学新进展集粹

中医中西医结合继续医学教育系列教材

作 者: 云南省卫生厅

主编 詹文涛 郭永章 程小床

出 版 者: 云南科技出版社 (昆明市环城西路 609 号/邮政编码: 650034)

责任编辑: 温 翔

封面设计: 徐 芸

责任校对: 金 唐

照排印刷: 滇黔桂石油勘探局昆明印刷厂

发 行 者: 云南科技出版社

开 本: 787×1092 1/16

印 张: 23.875

字 数: 550 千

版 次: 2000 年 7 月第 1 版

印 次: 2001 年 5 月第 2 次印刷

印 数: 2101—3000 册

书 号: ISBN 7 - 5416 - 1360 - 6/R·196

定 价: 39.50 元

若发现印装错误请与承印厂联系

主编、副主编简介

主 编



詹文涛 1937年生，云南人，国家审定的第二批继承名老中医学术经验导师，云南省名中医，主任医师，教授。20世纪50年代初毕业于昆明医士学校，1962年成为成都中医药大学首届优秀毕业生。詹氏中西医功底深厚，既勤于读书，善于理论思考，又勤于临证，认真总结经验，深受国内老一辈中医名家之厚爱，詹氏兼收并蓄众多名医临床秘津，擅长诊治心血管、神经系统疾病及自身免疫性疾病等急危重症和难治病，尤致力于中医、中西医结合内科急诊救治。70年代即开展心脑血管疾病专科研究，80年代初即为全国中医中风急症协作组主要成

员，1986年以后主管全国中医、中西医结合急症工作，对中国中医急诊学术发展和网络建设做出了贡献。在长期的中医临床、教学、科研和管理工作中，逐步形成对内科危急重症和一些疑难病症中医防治和系统临床思维及方法。70余篇论文在国内外专业期刊发表，其所主编的《长江医话》、《中医医疗事故纠纷的防范及处理》、《神奇的云南中医药》；农村医生必读中医药系列教材——《中医基础与临床》、《临床常用中草药》、《中西医结合临床诊疗概要》、《针灸及其经络适宜技术》四部在云南省农村全面普及教育，产生巨大社会效益；中医、中西医结合继续医学教育系列教材——《内科危急重症中医证治》、《现代医学新进展集粹》、《中药方剂研究进展》、《难治病中医证治精华》、《名中医真传》等即将出版，受到各方面的高度评价与关注。其心脑血管疾病及扶正祛邪等临床研究成果多次获铁道部、云南省和国家中医药管理局奖。曾任国家中医药管理局医政司司长、政策法规司司长、局发言人及云南省卫生厅副厅长。现任中国中医药学会、针灸学会常务理事，中国中医急诊分会顾问，“中国中医药网”专家团专家，云南省发明协会副会长，云南省中医药、针灸、中西医结合三个学会会长，云南省高级中医药技术职称评审委员会主任，《云南中医药杂志》主编、香港中华中医药学院客座教授、香港世界传统医学研究会国际学术顾问等职。



郭永章 1941年12月生。1965年毕业于昆明医学院医疗专业，1986年赴法国波尔多第二大学肝胆胰外科学习一年。现任昆明医学院副院长、教授、主任医师、云南省学位委员会委员、云南省肝胆胰外科研究中心副主任、云南省中西医结合第二临床研究中心主任、中国中西医结合学会云南分会副理事长、全国急腹症专业委员会第二届、三届理事、云南省急腹症专业委员会主任委员、《云南中医中药杂志》编委。

从事普外临床、教学30多年，主要侧重于肝胆外科，中西医结合治疗胆石症、甲状腺炎、乳腺包块。尤其对胆道结石的排石、溶石有较深入的研究。曾先后在国内外杂志上发表论文20余篇。获省、厅级科技成果奖八项。目前是硕士研究生和博士研究生导师。



程小床 1959年毕业于昆明医学院医疗系。同年分配到昆明医学院第一附属医院内科工作。从事心血管疾病的临床、教学及科研工作。1983年至今在干部医务科，在完成临床工作的同时，担任过昆医附一院副院长兼干疗科主任10年余。现为中华老年病学会委员，曾任省老年病分会第三届、四届主任委员，现任教授（主任医师）。先后在省级以上学术期刊上发表论文20余篇，曾获省科技进步奖三项，卫生厅科研成果奖三项。1992年10月获享受中华人民共和国国务院“政府特殊津贴”奖励。

副主编

杨万泽 云南中医药学会秘书长、云南省卫生厅中医中药管理处处长。

王天朝 云南省卫生厅科教处处长。

喻安书 中国中医药学会内科分会委员、消渴病专业委员会副主任委员，中国老年学学会理事，云南省老年学学会副理事长、秘书长，云南省中西医结合学会理事，昆明医学院第二附属医院教授，云南省中西医结合第三临床研究中心副主任。

1996.01

祝中医、中西医结合继续教育

系列教材出版发行：

农村与基层是中医与西医
结合的广阔天地，将大有作为。

吴咸中贺

一九九九年二月

不断更新知识，不断努力创新，
迎接廿一世纪的到来。· 书沈
中元继续发扬创新精神。
陈可冀
一九九九年
夏月

中国科学院院士、中国中西医结合学会会长陈可冀教授题词

詹厅长：

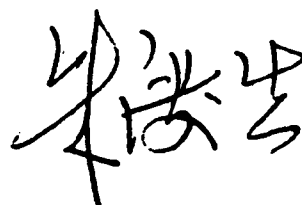
您好！

来信收到，非常感谢。您离开行政岗位之后，仍在继续为卫生事业的发展贡献力量，令人钦佩。对乡村医生进行植根培训和推行中医、中西医结合继续教育制度这两件事都很有意义，必将对云南全省中医、中西医结合工作起到极大的推动作用。

《中医、中西医结合继续医学教育系列教材》即将付印，我对此表示衷心的祝贺。对于题字、题词问题，中央领导同志去年以来已有明确要求，还望见谅。

若有机会，定去看看您及云南中医工作。

新春佳节即将来临，祝节日快乐！全家幸福！

A handwritten signature in black ink, reading '朱庆生' (Zhu Qingsheng) in a cursive style.

原中华人民共和国卫生部副部长兼国家中医药管理局局长朱庆生的祝贺信

余 序

21 世纪即将来临，人类已进入信息时代，世界科学技术的发展日新月异，知识经济已初见端倪，新世纪的到来给中医药事业的发展带来了新的挑战和机遇，知识的快速更迭，技术进步的加速以及竞争的加剧，使终身教育显得比任何时候都更加重要。中医药要全面振兴，关键是学术发展与创新，基础是人才培养与中医药队伍整体素质的提高，因此，只有加速开展中医药继续教育，建立和完善中医药人员终身学习制度，才能适应中医药现代化的需要。云南省制定并实施的“植根计划”在对乡村医生进行中医药知识的培训、全面提高云南省乡村中医药人员的素质方面做了大量的工作，取得了显著的成绩。为进一步加强对中医药高层次人才的培养，省卫生厅又委托云南中医药、中西医结合、针灸三个学会，由詹文涛教授牵头，组织云南省一批知名专家编写了“中医、中西医结合继续医学教育系列教材”是非常及时的，相信这套教材对提高中医药队伍人才素质、推动中医药继续教育将起到积极的作用。

值此出版之际，谨以为序。

中华人民共和国卫生部副部长
兼 国家中医药管理局局长 余 靖
中国中医药学会会长、教授

王 序

21 世纪是生命科学兴起的时代，21 世纪的教育就是学习，将建立终身学习的制度。世纪之交医学向着促进健康、维护健康、发挥智力潜能、提高生存质量发展，中医学将进一步完善学科建设，加强学术规范、技术标准的研究与推广，同时要推动中医药健康产业的发展。为实现这一目标，核心是现代化与中医、中西医结合队伍群体素质的全面提高。由原中医药管理局首任医政司司长詹文涛教授领衔，集数十位中西医药、中西医结合专家教授的智慧与经验，编写了这套中医、中西医结合继续医学教育系列教材——《内科危急重症中医证治》；《现代医学新进展集粹》；《中药方剂研究进展》；《难治病中医证治精华》；《名中医真传》。它一方面突出了中医、中西医结合在危急重症救治、难治病的治疗和处方用药的最新成就方法，另一方面又集现代医学研究新进展的精华，既概要展示了中、西医学现代研究进展的新成果与大量信息，又充分反映一大批专家学者的宝贵诊疗经验。这套教材的推广使用，无疑将大大裨益于中医、中西医结合群体素质的提高，促进中医、中西医结合内涵质量的发展，促进中医药的现代化。在此教材付梓之际，谨致热烈祝贺，爰乐以为序。

中国工程院院士

中国中医研究院院长 王永炎

中国中医药学会副会长

前 言

20 世纪后半叶，人类科学技术发展承前启后，继承创新，迅猛发展步入鼎盛时期。世界各国，审时度势，相继确立了“科教兴国”和可持续发展的建国方略，大大加快了科学技术迅猛发展的步伐，高新技术日新月异，知识陈旧周期日趋缩短，从人类第一次科技革命（农业革命，又称绿色革命）的上千年，迄今在某些学科领域中的知识更新，已不再是千年、百年，而是十几年、几年。21 世纪的人类已进入知识经济时代，科学技术知识将真正成为第一生产力。国家的强盛，民族的兴衰，人类的进步，经济的发展，将从根本上决定于科学技术的水平和群体科学技术素质的高低。就每一个人而言，自身的科技内涵素质和水平将决定其生存的价值、社会的地位与作用。医学科学，是以人为主体的保障人类健康为目的的科学技术，在世界宝贵财富中，人是第一位最宝贵、最重要的，健康所系，生命攸关。因此，一切领域中的高新科学技术的发展，都将迅速全面的渗透到生命科学、医学科学领域中来。具有中国特色的当今中国医学科学领域，包涵着中医药学和现代医学两大体系，它不仅完好的继承和发扬具有五千年历史的系统而完整的中国医药学，而且还充分吸收利用与现代化科学技术同步发展的西方医药学。在中国《宪法》“发展传统医药与现代医药”的保障下，中医药学与西医药学这两大医学科学体系中的新理论、新知识、新技术、新方法层出不穷，高速发展。根据国家卫生部与国家中医药管理局的明文规定，对所有在职的医疗卫生技术人员实施继续医学教育制度，继续医学教育所获得的学分将作为每一位医疗卫生技术人员晋级聘用的主要根据。继续医学教育是医科大学生毕业后的医学新理论、新知识、新技术、新方法的追加教育与知识更新，对提高医学科学技术水平及群体素质，具有极其深远的战略意义，也是每一位现职医疗卫生科技工作者的最大需要。受云南省卫生厅委托，由云南省中医药学会、针灸学会和中西医结合学会牵头，组织数十位省内丰富实践经验的资深专家教授，用近两年的时间，编写完成了这套中医、中西医结合继续医学教育系列教材，包括《内科危急重症中医证治》、《难治病中医证治精华》、《中药方剂研究进展》、《名中医真传》、《现代医学新进展集粹》五部，作为 21 世纪的献礼图书，同时也是献给长期战斗在医疗卫生第一线同志们的一份心血。我相信这套系列教材的问世与推广运用，不仅将裨益于正在发展中的云南中医药、中西医结合事业，也必将裨益于所有工作在医疗卫生战线上朋友们医学科学技术水平的提高。本系列教材的编纂得到国家卫生部、国家中医

药管理局、云南省卫生厅领导以及国内中医、中西医结合高层专家的热情关注与大力支持，谨此谢忱。我真诚地期望这一套教材的问世，将成为医药卫生界同仁的良师益友。科学技术日新月异，以及本系列教材内容要求高、新、精、深，重点突出，如挂一漏万，缺点不足，敬希指正，以促其至臻至善。

詹文涛

现代医学新进展集粹

主 编 唐文涛 郭永章 程小床
副主编 杨万泽 王天朝 喻安书
主 审 王永炎
编 委 (接姓氏笔划排列)

丁龙恺	王松丽	王正强	王天朝
白中华	闫 东	杨万泽	杨绵本
李立春	李其皓	李惠芳	沈 明
张灿珍	张天玉	张学宁	苏美仙
吴光瑛	庞瑞麟	明庆华	赵旭东
周崇斌	胡侦明	冒长峙	倪 昆
徐婷华	高连相	袁援生	郭永章
郭 涛	黄青青	黄 华	葛元靖
程小床	蒋绿之	喻安书	唐文涛
廖淑清	翟淑兰		

目 录

第一章 医学诊断学新进展	(1)
第一节 临床检验学新进展	(1)
一、血细胞分析参数的临床意义	(1)
二、肝功能的检验进展	(8)
三、风湿病自身抗体检测的临床意义	(12)
四、血液流变学的临床应用	(16)
五、细胞因子测定及其临床意义	(18)
第二节 医学影像学新进展	(22)
一、超声影像学临床应用新进展	(22)
二、磁共振成像在临床上的应用	(29)
三、CT 在临床上的应用	(33)
四、介入性放射学的临床应用	(42)
第三节 放射性核素在临床上应用的概况与进展	(53)
一、序言	(53)
二、临床核医学的定义及内容	(55)
三、核医学得以迅速发展的原因	(56)
四、放射性核素在临床上应用的概况	(56)
五、核医学在临床上应用的进展	(67)
第四节 内窥镜临床应用进展	(71)
一、消化内镜的诊断与治疗进展	(71)
二、腹腔镜手术的进展	(81)
三、胆道镜临床应用进展	(83)
第二章 危重症的研究新进展	(87)
第一节 90 年代多脏器功能失常综合征研究现状	(87)
第二节 心肺复苏研究进展	(92)
第三节 感染性休克研究新进展	(98)
第三章 临床医学新进展	(106)
第一节 急性心肌梗塞诊断与治疗进展	(106)
第二节 心力衰竭的诊断与治疗进展	(116)

第三节	心律失常的现代治疗	(127)
第四节	原发性高血压诊断与治疗进展	(140)
第五节	肺结核的诊断与治疗进展	(157)
第六节	睡眠呼吸暂停综合征	(169)
第七节	糖尿病的诊断与治疗新进展	(176)
第八节	骨质疏松症的研究进展	(186)
第九节	血液病诊断与治疗新进展	(197)
第十节	急性上消化道出血诊断与治疗进展	(208)
第十一节	病毒性肝炎诊断与治疗的进展	(214)
第十二节	急性胰腺炎诊断与治疗进展	(229)
第十三节	胆石症诊断治疗的进展	(236)
第十四节	疼痛临床治疗的新进展	(242)
第十五节	男性学诊断治疗新进展	(254)
第十六节	眼科学诊治新进展	(268)
第十七节	耳鼻喉科学诊断与治疗进展	(276)
第十八节	皮肤病学诊断与治疗的进展	(291)
第十九节	恶性肿瘤诊断与治疗进展	(299)
第二十节	精神医学和医学心理学新进展	(324)
第四章	药物研究进展及合理用药	(335)
第一节	抗菌药物研究进展	(335)
第二节	肾上腺糖皮质激素的临床应用	(350)
第三节	抗组胺药的新进展	(357)
第四节	治疗药物监测的意义及临床应用	(362)
后 记		(366)

第一章 医学诊断学新进展

第一节 临床检验学新进展

一、血细胞分析参数的临床意义

外周血液血细胞的计数及白细胞分类，是临床诊疗工作中一个十分重要的基本检验项目，作为常规检验而被广泛应用。

血常规的检验方法由早年的手工操作、显微镜计数，到 20 世纪 50 年代后向半自动、自动化检测方向发展。20 世纪 90 年代以来，全自动血细胞分析仪（或称血球计数仪）已在我国逐渐普及，在良好的质量控制和管理下，它可以大大缩短检测时间，提高所测参数的精度，检测外周血细胞的 18 个或 18 个以上的参数，为临床提供准确性高的大量信息。

各种不同型号的全自动血细胞分析仪，分别采用：电阻抗、激光、细胞化学、电磁波、射频、偏振光等不同组合的检测方法，对外周血细胞进行分析。目前所使用的各型仪器包括：①有关红细胞的参数 7 项：RBC、HGB、HCT、MCV、MCH、MCHC、RDW；②有关白细胞的参数 7 项：WBC、LY%、LY、MID (MO)%、MID、GR%、GR；③有关血小板的参数 4 项：PLT、MPV、PDW、PCT；④白细胞、红细胞、血小板直方图。

清楚地了解血液分析仪的性能，正确的分析和恰当的应用仪器所提供的信息，将给临床工作提供很大的帮助。

（一）红细胞的检测及临床应用

1. RBC（红细胞数）：在正常情况下其值与血红蛋白相对应，但在小细胞或大细胞性贫血时则不相一致。

由于血小板与红细胞在同一通道计数，根据细胞体积的大小来区分，2~20fl 的细胞为血小板，36fl 以上的细胞为红细胞。此外，白细胞并未去除，但与红细胞数相比，白细胞数微乎其微，影响可忽略不计。

若白细胞数显著增高或有多量巨大血小板时，可致红细胞数假性增高。而当血液中有冷凝集素，标本溶血或凝集等情况下，则可致红细胞数假性减少。（影响 RBC、WBC、PLT 计数的常见因素见表 1—1）

2. HGB（血红蛋白）：通常采用氰化高铁法测定，由于其测定方法直接、精确，常作为优先的参考指标。

单位容积血液中的 HGB、RBC 的正常范围，受地区、年龄、性别等多种因素的变化而有所差异，而血液分析仪的报告中所提供的仅有一种正常参考值，因此医务人员必

表 1—1

影响 WBC、RBC 和 PLT 的常见原因

血细胞名称	假性结果	原 因	说 明
WBC	增 加	有核红细胞 血小板凝块 巨大血小板 未溶解的红细胞	WBC 分布图的淋巴细胞峰左移, 或该峰左侧端拖尾: 如样本中存在巨大血小板或血小板凝块大于 35fl 时, 仪器将它们归为淋巴细胞。偶尔可有未溶解 RBC 也同样干扰 WBC 的计数和分类。
	减 少	冷凝聚素 冷球蛋白 微小血液凝块	抗凝剂不足或未将标本混匀, 可发生血液标本微小凝块, 此时导致 WBC 等减低。 如标本中存在冷凝聚素, 特别在天气寒冷时可发生 WBC 相互聚集, 从而影响计数结果。
RBC	增 加	WBC 增多 血小板凝块 巨大血小板	WBC > $50 \times 10^9/L$ 时, 可明显影响红细胞计数, 此时评估结果时应注意扣除 WBC。 血小板体积或其凝块 > 36fl, 对 RBC 有影响。
	减 少	冷凝聚素 冷球蛋白 溶血 血液凝块	冷凝聚素导致 RBC 聚集, RBC 计数减少, MCV 增大分布图向右侧拖长尾, 有时主峰右侧见一低矮的细胞群体, 如冷凝聚效价高时, 可同时引起 WBC、PLT 及 RBC 的显著减低。溶血可发生在体内外, 混匀标本时应避免发生溶血。
PLT	增 加	细胞碎片 溶血 小红细胞	DIC 或细胞毒药物治疗白血病时, 可产生细胞碎片, 缺铁或地中海贫血及严重的肾病性贫血时, RBC 体积微小, 此时对 PLT 分布图影响明显, 其右侧尾部有一强细胞峰。
	减 少	冷凝聚素 血小板凝集 血液凝块	血标本中血小板部分凝聚时, 分布图曲线崎曲不平, 未在 20fl 处收尾, 冷凝聚素引起的血小板减少, 常伴有 RBC 和/或 WBC 的减少, 而且多发生在寒冷的冬季。

须根据被检者的具体情况来判定。

3. MCV (平均红细胞体积): 是由仪器直接测量的参数, 由于仪器可在短时间测量大数量的红细胞, 其结果的参考价值很大。一般以 82 ~ 92fl 为正常值, 但多以 < 80fl 为减小, > 100fl 为增高。

以上 RBC、HGB、MCV 为仪器直接测定的参数, 而 HCT、MCH、MCHC 则由以上三个参数计算得出, 其计算公式如下:

$$HCT\% = \frac{RBC (\times 10^{12}/L) \times MCV}{10}$$

$$MCH (pg/RBC) = \frac{HGB (g/L)}{RBC (\times 10^{12}/L)}$$

$$MCHC (\%) = \frac{HGB (g/L)}{HCT (\%)} \times 10$$