

ZHONGXIYI JIEHE YU LINCHUANG

中西医结合与临床

赵保礼 赵玉顺 张立庄 王建兵 王晓翔 石军梅 主编

河北科学技术出版社

中西医结合与临床

赵保礼 赵玉顺 张立庄 王建兵 王晓翔 石军梅 主编

河北科学技术出版社

主 编 赵保礼 赵玉顺 张立庄
王建兵 王晓翔 石军梅
副主编 于文宁 张葆华 梁 燕
焦 丽 张翠改 宋俊贞
组织编写 河北省预防医学会卫生监督专业委员会

图书在版编目 (C I P) 数据

中西医结合与临床 / 赵保礼等主编. -- 石家庄 :
河北科学技术出版社, 2013. 6
ISBN 978-7-5375-5968-3

I. ①中… II. ①赵… III. ①中西医结合—临床医学
IV. ①R2-031

中国版本图书馆CIP数据核字 (2013) 第119633号

中西医结合与临床

赵保礼 赵玉顺 张立庄 王建兵 王晓翔 石军梅 主编

出版发行 河北科学技术出版社
地 址 石家庄市友谊北大街 330 号 (邮编: 050061)
印 刷 石家庄文义印刷有限公司
经 销 新华书店
开 本 850 × 1168 1/32
印 张 9.75
字 数 240 千字
版 次 2013 年 8 月第 1 版
2013 年 8 月第 1 次印刷
定 价 26.00 元

编 委 会

主 编 赵保礼 河北医科大学第一医院
赵玉顺 河北省新乐市社会保险职工医院
张立庄 河北医科大学第一医院
王建兵 河北医科大学第一医院
王晓翔 河北医科大学第四医院
石军梅 河北医科大学第四医院

副 主 编 于文宁 河北省石家庄市中医院
张葆华 河北省石家庄市中医院
梁 燕 河北省石家庄市中医院
焦 丽 河北省清河县人民医院
张翠改 河北省人民医院
宋俊贞 河北省血液中心

编 委 会 赵保礼 赵玉顺 张立庄 王建兵 王晓翔
石军梅 于文宁 张葆华 梁 燕 焦 丽
张翠改 宋俊贞

组织编写 河北省预防医学会卫生监督专业委员会

前 言

《中西医结合与临床》一书，介绍了临床上几个主要科室常见病的基本概念和相关诊治理论。包括内科、外科、骨科、妇科、儿科、五官科的常见病中西医诊断、治疗、预防保健等内容。目的是促进基层中西医医务工作者的学术交流，提高其技术水平和医学理论水平。

全书共分为 5 章，20 余万字，适合基层医务工作者和相关人员阅读。该书贴近临床，具有科学性、实用性、可读性与创新性。

本书在编写过程中力求通俗易懂、深入浅出、生动形象、简明扼要，便于基层医生理解和掌握。

由于编者水平有限，本书内容难免存在疏漏之处，恳请医学专家及阅读本书的广大读者批评指正。

编 者

2013 年 3 月

目 录

第一章 内科常见病

第一节	肺炎	(1)
第二节	心脏骤停	(10)
第三节	心房颤动	(22)
第四节	高血压病	(29)
第五节	肺栓塞	(52)
第六节	动脉硬化	(58)
第七节	胃炎	(68)
第八节	胆汁反流性胃炎	(75)
第九节	肝炎	(89)
第十节	糖尿病	(98)

第二章 外科与骨科常见病

第一节	急性阑尾炎	(126)
第二节	腹股沟斜疝	(133)
第三节	肠梗阻	(135)
第四节	胆道蛔虫症	(142)
第五节	急性胆囊炎	(146)
第六节	急性胰腺炎	(153)
第七节	锁骨骨折	(161)

第八节	肋骨骨折	(164)
第九节	肱骨干骨折	(167)
第十节	尺桡骨骨折	(170)
第十一节	股骨颈骨折	(174)
第十二节	股骨干骨折	(177)
第十三节	胫腓骨骨折	(181)
第十四节	胸、腰椎单纯性压缩性骨折	(184)
第十五节	关节脱位	(187)
第十六节	颈椎病	(193)
第十七节	肩关节周围炎	(197)
第十八节	腰椎间盘突出症	(201)
第十九节	腰肌劳损	(206)
第二十节	股骨头坏死	(209)
第二十一节	强直性脊柱炎	(215)

第三章 妇科疾病

第一节	宫颈糜烂	(221)
第二节	子宫肌瘤	(226)
第三节	卵巢囊肿	(234)
第四节	急性乳腺炎	(244)

第四章 儿科疾病

第一节	小儿厌食症	(253)
第二节	小儿肺炎	(261)
第三节	小儿感冒	(269)

第五章 五官科疾病

第一节	过敏性鼻炎	(276)
第二节	耳炎	(285)
第三节	咽喉炎	(289)
第四节	口腔癌	(294)
参考文献		(299)

第一章 内科常见病

第一节 肺炎

一、概述

肺为“娇脏”，与大气相通，全身血液流经肺脏，易遭受病原微生物的侵袭导致肺部炎症，通常称为肺炎。大多肺炎是由病原微生物感染所致，但其他一些致病因素也可引起肺炎，例如过敏性肺炎、放射性肺炎等。肺炎的特征是在肺间质和肺泡内有渗出性炎症，使肺组织呈或多或少的实变。肺炎是常见病，在人的一生中，很可能会患一种或多种肺炎。

数十年前，肺炎主要以肺部 X 线改变分为大叶性肺炎、小叶性肺炎和间质性肺炎。以往的分类已不适用于现在，目前将肺炎分为医院获得性肺炎和社区获得性肺炎。从治疗判断预后等角度，主要采用病原学（病因）分类。

二、病因

引起肺炎的病原体很多，主要有细菌、病毒、真菌、支原体、立克次体、寄生虫等，近年来发现衣原体也可引起肺炎。病原体中最常见的为细菌，主要有需氧革兰染色阳性球菌，如肺炎双球菌、葡萄球菌、化脓性链球菌；需氧革兰染色阴性杆菌，如大肠杆菌、绿脓杆菌、克雷白杆菌、流感嗜血杆菌、嗜肺军团杆菌、变形杆菌等。除需氧细菌外，还有厌氧菌。

病原体进入体内，不一定引起发病，这是因为人体有一整套防御机制。呼吸道的防御机制有鼻咽过滤、会厌反射、咳嗽反射、呼吸道黏液纤毛清除功能、体液免疫及细胞免疫。当机体的抵抗

力受到损害，足够数量的病原菌到达下呼吸道，破坏防御机制或有强毒力的致病菌侵袭可导致发病。肺炎的发生有两种方式：

(1)病原体由周围环境经上呼吸道吸入肺内。吸入是常有的现象，5%的正常人及70%神志受损的人在睡眠时有吸入，吸入几乎是不可避免的。

(2)病原体由其他途径进入血液，进而侵入肺内。肺内血管像树一样分支广泛，毛细血管与肺泡内皮细胞距离很近，所以病原体易滞留于肺泡或肺间质内，病原体在肺泡或肺间质内繁殖，发生毛细血管扩张、充血，大量白细胞和红细胞浸润，浆液渗出，浆液含有多种营养成分，是良好的培养基，有利于细菌的生长，并使感染借助液体流动或通过肺泡间孔和细支气管向邻近肺组织蔓延，病原体可以被包围在白细胞之间，最后通过白细胞表面的吞噬作用而被消灭，通过有效的抗菌药物治疗及自身白细胞的吞噬作用，病原体可逐步被消灭，使肺部炎症得以控制。

在正常情况下，由于人体呼吸道防御机制，病原体进入体内不一定引起发病，有些因素可使其防御功能下降，病原体乘虚而入，导致机体发病。这些诱因包括如下：

(1)上呼吸道感染。病毒感染能破坏支气管黏膜的完整性，影响黏液—纤毛活动，从而导致细菌的感染。

(2)突然消瘦、饥饿、疲劳、醉酒等，削弱全身抵抗力，使细胞吞噬作用减退，免疫功能减弱，导致发病。

(3)患有一些基础疾病，如免疫缺陷、糖尿病、肾衰竭等，也是易感因素。

(4)一些人更易患肺炎，当一些疾病损害了机体的防御功能而使其易发生肺炎。这些疾病包括严重的急慢性疾病、昏迷、晚期癌症、糖尿病、肾衰竭、呼吸衰竭等，还有像白血病、艾滋病患者也易患肺炎。长期应用呼吸器治疗者，也可通过医务人员传播，例如医务人员接触不同患者后不洗手或未更换手套，再者气管插管可以损害气道和下呼吸道的清除功能。还有长期使用镇静

剂的患者，可减弱中枢神经系统的功能造成误吸机会增加。有些患者长期应用肾上腺皮质激素、免疫抑制剂、抗肿瘤药物，这些药物可以使机体免疫功能低下，也使患者易发生肺炎。有些人长期使用和滥用抗生素，也可增加耐药细菌的繁殖，从而增加患肺炎的机会。

三、常见的肺炎

肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、嗜肺军团菌、肺炎支原体等为社会获得性肺炎的主要病原微生物，多为致病菌。大肠杆菌、绿脓杆菌、克雷白杆菌、变形杆菌等革兰阴性杆菌常为医院获得性肺炎的病原菌，多为条件致病菌，免疫功能低下及应用广谱抗生素者易患真菌性肺炎，白色念珠菌、球型酵母菌、隐球菌、肺曲霉菌、组织胞浆菌、放线菌、奴卡式菌为主要病原；免疫功能低下及艾滋病者易患卡氏肺囊虫肺炎及弓形虫病。

老年人肺炎多为支气管肺炎，也称为小叶性肺炎，多继发于某些原发疾病，其中最常见的是急性脑血管疾病，其次是心脏病、慢性阻塞性肺疾病。肿瘤和其他感染性疾病，病原体主要是细菌，除肺炎双球菌外，更多见的是革兰阴性杆菌，如流感嗜血杆菌、绿脓杆菌、大肠杆菌、变形杆菌等。目前在老年人中，嗜肺军团菌引起的肺炎也比较常见，长期应用广谱抗生素或老年肿瘤患者应用抗肿瘤药物，也易发生真菌性肺炎。

青壮年人最易患细菌性肺炎、支原体肺炎，也常患病毒性肺炎。细菌性肺炎的病原体主要为肺炎双球菌、金黄色葡萄球菌、化脓性链球菌等，而以肺炎双球菌引起的肺炎最常见。

四、临床表现

肺炎的主要症状是咳嗽、咳痰、发热、胸痛等，这些症状的表现强度有很大差异。由于抗生素的广泛使用，很多肺炎的临床表现已很不典型，较为多见的症状为发热，老年人或衰弱者可完全不发热。细菌性大叶性肺炎，常见于完全健康的人，突然寒战与高热起病，如不治疗则可发展为持续高热，并出现剧烈咳嗽和

咳痰，痰为红色或铁锈色，常有胸痛。重症肺炎患者不一定有高热和显著白细胞增高。由假单胞菌（如绿脓杆菌）和克雷白杆菌引起的肺炎，虽然病情凶险，但常仅有中度发热，白细胞甚至不升高，严重肺炎影响呼吸面积及发生循环衰竭时，可出现发绀、面色苍白、四肢湿冷等表现。

五、诊断与鉴别诊断

（一）肺炎的诊断

一旦怀疑自己患了肺炎，应及时去医院做进一步检查以明确诊断并及时治疗，避免贻误病情。首先应向医生讲清自己的发病情况及症状，对患有肺炎的患者一般应做如下检查。

1. 血常规检查

这是最常用的检查手段，其中包括血白细胞总数，各种白细胞在白细胞总体中所占的百分比。正常人白细胞总数在 $4 \times 10^9/L \sim 10 \times 10^9/L$ ，中性白细胞百分比小于 70%，如果白细胞总数超过 $10 \times 10^9/L$ ，中性白细胞百分比超过 70%，我们就说这个患者的血象高，这是细菌性肺炎常见的血象改变。

2. X 线胸片检查

通过给患者进行 X 线胸片检查，可以直接了解肺部的变化，这是诊断肺炎的重要手段，虽然通过血象和 X 线胸片可以诊断肺炎，但肺炎是由什么病原体引起的，是由细菌，还是由病毒、支原体、真菌等引起的，细菌的种类是什么，上述两项检查就不能告诉我们了，只有合理的取得患者的痰、血样品做培养才有可能找出真正的致病菌，这样医生们就可以有针对性的采用对病原体敏感的药物进行治疗了。血常规、胸部 X 线检查及痰的检查是患有肺炎患者进行的最基本检查，除此之外还有胸部 CT 检查（医学上称为电子计算机断层扫描）。但是如果患者在同一部位反复发生肺炎或 X 线胸片上有其他可疑的病变，而一般检查又难以明确诊断时，就需要进行胸部 CT 检查或其他更进一步的检查了。

3. 留取痰液标本

患者在留取痰液标本前，应先用盐水或其他漱口水充分漱口，少痰者可先行热蒸汽吸入或高涨盐水雾化吸痰，鼓励患者咳嗽，从下呼吸道咳出痰标本。为检测是否为痰，而不是口腔口水，可在低倍显微镜下观察痰涂片，如果鳞状上皮 <10 个，而白细胞 >25 个，或者两者比例 $<1:2.5$ ，才算合格标本，否则应让患者重新留取痰液。

目前留取痰液标本的方法有以下几种：

(1)咳痰法。通过患者的咳嗽将痰排出。

(2)经气管穿刺吸痰法。用针从环甲膜处穿刺，将痰液吸出。

(3)经纤维支气管镜吸引法。将气管镜插入气道，吸引出深部的痰液。后两种方法患者难以接受，但准确性高。咳痰法简便易行，采用咳痰法留取痰液的方法如下：晨起第一口痰吐掉，漱口后留第二口痰。咳痰前用清水或淡盐水漱口，目的是减少咽部的细菌混入痰液中，咳出的痰液放在预先准备好的无菌标本盒或瓶内，尽快送去检查。

(二)鉴别诊断

1. 肺结核

浸润性肺结核与轻型肺炎相似，但前者发病缓慢，中毒症状相对较轻，可有反复咯血，病灶常位于肺尖，X线检查其病灶有特征性。干酪性肺炎多有长期发热、乏力和消瘦，X线呈大片密度增高阴影，其中有多多个不规则的薄壁空洞，对侧肺常有播散病灶。痰结核菌阳性，病程长，抗结核治疗有效。

2. 肺癌

患者年龄多较大，起病缓慢，常有刺激性咳嗽和少量咯血，无明显全身中毒症状，血白细胞计数不高，若痰中发现癌细胞可以确诊。肺癌可伴发阻塞性肺炎，若经有效抗生素治疗后肺部炎症迟迟不消散，或暂时消散后又复出现者，应密切随访，必要时进一步做CT、MRI、纤维支气管镜检查、痰脱落细胞检查等，

以免贻误诊断。

3. 急性肺脓肿

早期临床表现与肺炎球菌肺炎相似。但随病程进展，咳出大量脓臭痰为肺脓肿的特征。X 线显示脓腔及液平面。

4. 其他

伴剧烈的胸痛时，应与渗出性胸膜炎、肺梗死相鉴别。相关的体征及 X 线影像有助于鉴别。肺梗死常有静脉血栓形成的基础，咯血较多见，很少出现口角疱疹。下叶肺炎可能出现腹部症状，应通过 X 线、B 超等与急性胆囊炎、膈下脓肿、阑尾炎等进行鉴别。

六、治疗

肺炎患者的治疗原则：

(1)抗病原菌治疗，又称“治本”，这是最重要的，特别要注意的是正确合理使用抗生素。

(2)全身支持疗法：包括充足的热量、营养、蛋白的摄入，维持体内水电解质的平衡。

(3)治疗原发疾病及提高免疫力。如糖尿病、肿瘤所致的阻塞性肺炎，均应积极控制原发病。

(4)如果肺炎是由病原体从原发灶经血液循环入侵至肺引起的，应及时消除和治疗原发病灶。

(5)如肺炎有合并症（如休克、脓胸）时，应予以积极治疗。

(6)对症治疗，如充分休息、吸氧、排痰、退热等。

(一)抗菌药物治疗

正确选用抗菌药物是肺炎治疗的关键，肺炎确诊后，在用药前应及时、尽早采集痰标本，经过痰培养后，进行细菌鉴定及细菌敏感试验，明确病原学诊断，以便针对性使用敏感的抗菌药物治疗。大多数细菌所致肺炎在细菌病原学未分离出来前，为不延误病情，多采取经验性治疗。如果考虑到为社区获得性肺炎，则可考虑先使用针对球菌及流感嗜血杆菌的药物，如青霉素、第一

代头孢菌素、大环内酯类抗生素等。对病原不明、病情较重的肺炎，则可选用第二代头孢菌素，如希克劳（头孢克洛）、西力欣（头孢呋辛）等，这类药物对球菌、杆菌均起作用，覆盖面较广。

对于轻症肺炎，可选用口服抗菌药，如大环内酯类及喹诺酮类抗生素等。对于中、重症肺炎可采用肌肉注射或静脉点滴，应用某种抗生素至少要观察 3~5d，无效后才考虑更换其他抗菌药物。选用抗菌药物时要注意药物的相互作用，如大环内酯类和喹诺酮类药物可影响茶碱代谢，引起血中茶碱浓度升高，而产生中毒反应。所以当这两种抗菌药与茶碱类药物并用时，应适当调整剂量。重症肺炎时，常两种抗生素联合应用，在注意其正效应的同时，也应注意药物不良反应的叠加。肺炎患者应用抗菌药物的疗程，应视病情轻重程度而定，一般应用 1~2 周。在应用抗生素的同时，可配合其他药物，如祛痰止咳药、退热剂等。

肺炎患者联合应用抗生素有以下几种情况：

(1)重症肺炎患者急需处理，病原菌培养结果尚未得出，可联合应用，如青霉素与庆大霉素或其他抗生素联合应用。

(2)肺炎是由两种病原体引起，如细菌性肺炎并发真菌感染，再给抗生素的同时，应加上抗真菌药物。

(3)在重症肺炎时，应用两种具有协同作用的抗生素，用以加强抗菌效果。例如头孢菌素类与氨基糖甙类抗生素联合应用，常起协同作用。

肺炎患者联合应用两个或两个以上抗生素是不是比用单一抗生素效果好？事实不尽如此。不合理的联合应用不但不能增加效果，反而出现相反效应。盲目联合应用多种抗生素除可能造成拮抗效果外，还可以造成更多的耐药菌株、药物过敏、菌群失调以及经济上的浪费。对于大多数细菌性肺炎只需一种抗菌药物治疗并根据致病菌的药敏来选择药物。抗菌药物联合应用时，应用有协同或累加作用的药物，同时根据药敏试验进行调整，这样才能取得较好的效果。

(二)肺炎的支持疗法

(1)监测体温、呼吸、血压、氧饱和度、血气及电解质、微循环及尿量。

(2)卧床，足够蛋白质、热量和维生素，输液、给氧。

(3)剧烈胸痛应用少量镇痛剂；避免抑制呼吸；气管镜去除痰栓。

(4)抗休克及弥散性血管内凝血（DIC）治疗；积极处理胸膜炎、脓胸、心包炎。

(5)呼吸衰竭时应用机械通气。

(三)中药治疗

1. 风热犯肺

主症：咳嗽，痰盛，发热，气喘鼻煽，无汗，舌苔薄白，脉浮数。

治法：清热解毒，辛凉透表。

方药：麻黄 3g，杏仁 9g，甘草 6g，生石膏 12g，银花 6g，连翘 9g，桔梗 6g，芥穗 12g，鲜芦根 30g。

用法：水煎服。

按语：此属风温犯肺之证，故治以辛凉宣透达邪为主，佐以清热解毒，治以麻杏石甘汤与银翘散化裁获效，可谓平淡神奇。

2. 邪热内结

主症：恶寒发热，咳嗽胸痛，无汗，恶心呕吐，腹痛便结，舌红苔黄腻，脉滑数。

治法：宣肺通腑，清泻热结。

方药：生石膏 45g，瓜蒌 30g，大黄 5g，杏仁 10g，知母 15g，苍术 10g，赤芍 15g，柴胡 10g，前胡 10g，芦根 30g。

用法：水煎服。

按语：温热之邪犯扰于肺，传于大肠，表里同病，故治以宣肺通腑、清泻热结之法。方用前胡、杏仁宣开肺气，生石膏、知母、瓜蒌、芦根清除里热，更用生大黄通泻腑气，釜底抽薪，以

解上焦肺金之热雍，又配苍术运脾祛湿，以和胃气，柴胡疏肝清热，以舒中土，赤芍活血，以防凉寒过用有碍血行而使邪难解除。妙在大剂量使用生石膏，而稍佐以小量生大黄。配合主方，颇中病机。

3. 肺胃郁热

主症：身热有汗不解，咳嗽痰内见红，舌苔薄腻而黄，脉濡滑数。

治法：清宣肺胃而化痰热。

方药：嫩前胡 4.5g，清水豆卷 12g，水炙桑叶 9g，金银花 9g，连翘壳 9g，光杏仁 9g，象贝粉 4.5g，黑山栀 9g，生甘草 3g。

用法：水煎服。

按语：风温，身热有汗不解，无形寒头痛之象，病邪由表入里，尚在卫、气之间。叶香岩谓“在卫汗之可也，到气才可清气”，故治以栀子豉汤法清气透卫。以其身热汗出，表卫已虚，故透卫仅取桑叶、豆卷等微辛微甘之品，勿令重虚其表，庶免汗多亡阳；以其已具脉数、苔黄之候，尚无烦躁、口渴等症，里热未炽，故清热只用银花、连翘、山栀等轻清之品，使药力不犯中下二焦，勿令药过病所；以其“未传心包，邪尚在肺”，故以前胡、杏仁、象贝粉等宣肺化痰。

4. 痰热雍肺，木火侮金

主症：壮热不退，恶寒，午后更甚，咳嗽急促，痰稠量少，胸胁窜痛，咳嗽尤甚，口干苦，不饮食，小便黄涩，大便干燥，舌红苔黄白较厚，舌根腻，脉细数。

治法：清肺豁痰，平肝降火。

方药：龙胆草，栀子，木通，泽泻，生地，白花蛇舌草，黄芩，法半夏，瓜蒌仁。

用法：水煎服。

按语：由于肝气郁结，气郁化火，木火刑金，肺金失肃，因而咳嗽阵作；肝胆火旺则口苦；肝气太过，故胸胁窜痛，性急易