

中西医结合 内科常见病

诊治与调护

■主编◇崔利中 王 君 郭洪涛 张月珍

ZHONGXI YI JIE HE NEI KE CHANG JIAN BING ZHEN ZHI YU TIAO HU



中医古籍出版社

中西医结合内科常见病诊治与调护

主 编 崔利中 王 君 郭洪涛 张月珍

副主编 李建文 李建华 崔跃红 王崇玉

于泽年 吕振军 孙振杰 李素云

李本富 张庆业 张德修 张其雷

芦书田 陈洪荣 赵云萌 庞建国

高雪梅 郭良玉 郭秀清 崔立新

编著者 (以姓氏笔画为序)

于泽年 王 君 王 霞 王 静

王崇玉 王 学 王继平 吕振军

刘 燕 孙振杰 孙金英 许建梅

李建文 李建华 李素云 李 敏

张月珍 张庆业 张德修 张守鹏

张玲玲 张其雷 芦书田 陈洪荣

杨吉春 赵云萌 赵西俊 房师勤

庞建国 胡金安 高雪梅 郭洪涛

郭良玉 郭秀清 崔利中 崔立新

崔跃红 崔晓峰 梅善海 槐业炜

槐业东

内 容 提 要

本书从中西医结合的角度,较全面系统地介绍了百余种常见内科病症的病因、临床表现、理化检查、鉴别诊断要点,以及中西医结合治疗和调护等,并充分吸收了当今的新标准、新技术、新药品和新疗法。因此,该书具有新颖、实用、简明的特点,是一本较理想的中西医内科临床工作参考用书。

前 言

《中西医结合常见内科病诊治与调护》是一部内科医护人员的参考用书。本书选择临床上最常见和多发的 120 种内科疾病,就其概念、病因病机、诊断与鉴别诊断、西医治疗、中医辨证施治以及针灸推拿、单方验方、外治疗法、调护等,都作了较为细致地讨论,以便更好地为广大中西医临床工作者提供帮助。本书具有以下几个特点:一是选择收编临床上的常见病和多发病。所选病种不多,论述简明,无广罗原野之嫌,让医生便于翻阅查看,以达实用之目的。二是采用中西两法。本书按照现代医学来分系统、选疾病,在治疗上采用中西两法,使传统的辨证施治与西医西药互为取长补短,以便更好地发挥临床效果。中医药学历史悠久,内容丰富,疗效可靠,不但为中华民族的繁衍、昌盛做出了贡献,而且在科学高度发达的今天,仍然是我们防病治病的不可或缺的手段,继续为人类的健康做出新的贡献。采取西医诊断、中医辨证,是近年来的一种新的尝试,不失为寻求中西医结合的一种途径。同时,也比较符合临床实际。三是治疗与调护并重。“三分吃药七分养”,是对在疾病治疗过程中调养护理的强调。祖国医学历来非常重视病人的调摄护理,我国现存最早的临床著作《伤寒杂病论》就是重视调护的典范。因此,本书用了不少的笔墨对调护作了较为详细的论述。四是注重临床研究新进展。对疾病的病因病理、临床表现、诊断治疗,尽量采用医学研究的新成果、新标准、新疗法,力争最大可能地把医学研究的新进展纳入书中。

本书从 1998 年春天酝酿启笔,到 2001 年春杀青,历时三年多。这期间我们非常注意对新学说、新疗法、新药物的吸收和补充,以使这本书能够跟上医学发展的步伐,更好地服务于内科临床。因此,不少的书稿随时做了补充和调整。由于我们的水平所限,在病种的选择上、在内容的取舍上,都难免有疏漏或错误之处。因此,恳请广大中西医医务工作者乃至广大读者,给予批评指正。在书的出版过程中,得到了中医古籍出版社的鼎力相助,在此表示真诚地感谢。

编 者

2001 年 5 月于山东滨州

目 录

第一章 传染性疾病

第一节	流行性感胃	(1)
第二节	流行性腮腺炎	(6)
第三节	流行性脑脊髓膜炎	(8)
第四节	病毒性肝炎	(13)
第五节	细菌性痢疾	(22)
第六节	霍乱	(28)
第七节	破伤风	(33)
第八节	流行性乙型脑炎	(36)
第九节	疟疾	(41)
第十节	流行性出血热	(46)
第十一节	血吸虫病	(54)
第十二节	绦虫病	(59)
第十三节	囊虫病	(62)
第十四节	蛔虫病	(64)
第十五节	蛲虫病	(67)
第十六节	淋病	(69)
第十七节	梅毒	(73)
第十八节	非淋菌性尿道炎(宫颈炎)	(79)
第十九节	巨细胞病毒感染	(83)
第二十节	艾滋病	(88)

第二章 心血管疾痼

第一节	充血性心力衰竭	(105)
第二节	休克	(109)
第三节	冠状动脉粥样硬化性心脏病	(117)
第四节	高血压	(127)
第五节	过早搏动	(135)
第六节	病态窦房结综合征	(139)
第七节	病毒性心肌炎	(142)
第八节	血栓闭塞性脉管炎	(147)

第三章 呼吸系统疾病

第一节	急性上呼吸道感染·····	(151)
第二节	急性气管—支气管炎·····	(154)
第三节	慢性支气管炎·····	(156)
第四节	支气管哮喘·····	(160)
第五节	支气管扩张·····	(165)
第六节	阻塞性肺气肿·····	(167)
第七节	肺炎·····	(171)
第八节	慢性肺源性心脏病·····	(176)
第九节	肺结核·····	(182)
第十节	结核性胸膜炎·····	(189)
第十一节	胸腔积液·····	(192)
第十二节	肺脓肿·····	(197)
第十三节	原发性支气管癌·····	(201)
第十四节	弥漫性肺间质纤维化·····	(206)
第十五节	尘肺·····	(210)
第十六节	呼吸衰竭·····	(214)
第十七节	慢性鼻炎·····	(218)
第十八节	慢性化脓性鼻窦炎·····	(223)

第四章 消化系统疾病

第一节	消化道出血·····	(228)
第二节	食管癌·····	(233)
第三节	急性胃炎·····	(237)
第四节	慢性胃炎·····	(240)
第五节	消化性溃疡·····	(246)
第六节	胃肠道功能紊乱·····	(251)
第七节	胃癌·····	(255)
第八节	溃疡性结肠炎·····	(261)
第九节	大肠癌·····	(266)
第十节	肝硬化·····	(271)
第十一节	原发性肝癌·····	(277)
第十二节	急性胆囊炎·····	(282)
第十三节	慢性胆囊炎·····	(285)
第十四节	胆石病·····	(288)
第十五节	急性胰腺炎·····	(292)

第十六节 慢性胰腺炎·····	(296)
第十七节 胰腺癌·····	(299)
第十八节 便秘·····	(305)

第五章 泌尿系统疾病

第一节 急性肾小球肾炎·····	(309)
第二节 慢性肾小球肾炎·····	(313)
第三节 肾病综合征·····	(319)
第四节 肾盂肾炎·····	(325)
第五节 肾石病·····	(329)
第六节 多囊肾·····	(335)
第七节 肾硬化症·····	(338)
第八节 急性肾功能衰竭·····	(340)
第九节 慢性肾功能衰竭·····	(345)
第十节 膀胱癌·····	(351)
第十一节 肾癌·····	(354)
第十二节 前列腺炎·····	(358)
第十三节 前列腺增生·····	(363)

第六章 血液系统疾病

第一节 缺铁性贫血·····	(368)
第二节 再生障碍性贫血·····	(371)
第三节 白细胞减少症与粒细胞缺乏症·····	(375)
第四节 过敏性紫癜·····	(379)
第五节 特发性血小板减少性紫癜·····	(383)
第六节 慢性白血病·····	(386)

第七章 风湿性疾病

第一节 风湿热·····	(390)
第二节 类风湿性关节炎·····	(395)
第三节 强直性脊柱炎·····	(399)
第四节 白塞病·····	(403)
第五节 红斑狼疮·····	(405)
第六节 硬皮病·····	(409)
第七节 干燥综合征·····	(413)

第八章 代谢性疾病

第一节 糖尿病	(417)
第二节 高脂蛋白血症	(425)
第三节 肥胖症	(431)
第四节 痛风	(434)

第九章 内分泌系统疾病

第一节 单纯性甲状腺肿	(438)
第二节 甲状腺机能亢进症	(441)
第三节 甲状腺机能减退症	(445)
第四节 慢性肾上腺皮质机能减退症	(448)
第五节 经前期紧张综合征	(451)
第六节 更年期综合征	(454)
第七节 尿崩症	(457)

第十章 神经精神疾病

第一节 面神经炎	(462)
第二节 三叉神经痛	(464)
第三节 美尼尔病	(466)
第四节 急性感染性多发性神经炎	(469)
第五节 运动神经元疾病	(472)
第六节 脑出血	(475)
第七节 蛛网膜下腔出血	(479)
第八节 脑血栓形成	(481)
第九节 重症肌无力	(485)
第十节 癫痫	(489)
第十一节 偏头痛	(493)
第十二节 发作性睡病	(496)
第十三节 神经衰弱	(498)
第十四节 精神分裂症	(501)
第十五节 癔症	(507)

第十一章 化学、物理因素所致疾病

第一节	急性中毒的处理	(511)
第二节	一氧化碳中毒	(516)
第三节	强酸类中毒	(517)
第四节	强碱类中毒	(518)
第五节	化妆品中毒	(519)
第六节	甲醇中毒	(520)
第七节	汽油中毒	(521)
第八节	有机磷农药中毒	(522)
第九节	酒精中毒	(525)
第十节	急性巴比妥类药物中毒	(526)
第十一节	阿托品、颠茄、曼陀罗及莨菪中毒	(527)
第十二节	阿片类药物中毒	(528)
第十三节	中毒	(529)
第十四节	冻僵和冻伤	(532)
第十五节	淹溺	(533)
第十六节	电击伤	(534)

附录

方剂索引	(536)
参考书目	(562)

第一章 传染性疾病

第一节 流行性感冒

流行性感冒(influenza,简称流感)是由流感病毒引起的一种具有高度传染性的急性呼吸道传染病。病原体为甲、乙、丙三型流行性感冒病毒,通过飞沫传播。临床特征为起病急,病程短,全身中毒症状明显,有发热、乏力、头痛、周身酸痛等症状。婴儿、老年人有时可继发肺炎。流感属于中医学“感冒”、“风温”、“春温”等范畴。

流感病毒(特别是甲型),极易变异,往往造成暴发流行或大流行。自本世纪以来已有5次世界性大流行,分别发生于1900、1918、1957、1968和1977年,其中以1918年的一次流行最为严重,死亡人数达2000万之多。我国从1953~1976年已有12次中等或中等以上的流感流行,每次流行均由甲型流感病毒所引起。进入80年代以后流感的疫情以散发与小暴发为主,没有明显的流行发生。

〔病原及传播途径〕

流感病毒是一种RNA型的粘液病毒,病毒颗粒呈球形或细长形,直径为80~120nm,有一层脂质囊膜,膜上有糖蛋白纤突,是由血凝素(H)和神经氨酸酶(N)所构成,均有抗原性。血凝素促使病毒吸附到细胞上,故其抗体能中和病毒,免疫学上起主要作用;神经氨酸酶作用点在于细胞释放病毒,故其抗体不能中和病毒,但能限制病毒释放,缩短感染过程。

流感病毒的核酸是8个片段的单股RNA,核蛋白质具有特异性,可用补体结合试验将其区分为甲、乙、丙三型。甲型流感病毒变异是常见的自然现象,主要是血凝素(H)和神经氨酸酶(N)的变异。血凝素有 H_1 、 H_2 、 H_3 ,而神经氨酸酶仅有 N_1 和 N_2 ,有时只有一种抗原发生变异,有时两种抗原同时发生变异。

流感病人是主要传染源,自潜伏期末即可传染,病初2~3日传染性最强,体温正常后很少带毒。病毒存在于病人的鼻涕、口涎、痰液中,并随咳嗽、喷嚏排出体外。传播的途径主要是通过空气飞沫传播,通过感染者说话、咳嗽、喷嚏等方式散播至空气中,并保持30分钟,人们吸入后即能感染。传播的速度取决于人群的拥挤程度。通过污染的食品或玩具,握手等接触,也可引起传播。

人群对流感病毒普遍易感,与年龄、性别、职业等都无关。抗体于感染后1周出现,2~3周达高峰,1~2个月后开始下降,1年左右降至最低水平。抗体存在于血液和鼻分泌物中,但鼻分泌物中的抗体仅为血液中的5%左右。流感病毒三个型之间无交叉免疫,感染后免疫维持时间不长,5个月虽血中有抗体存在,但仍能再次感染同一型病毒。呼吸道产生分泌型抗体,能阻止病毒的侵入,但当局部粘膜上皮细胞脱落后,即失去其保护作用,故局部抗体比血液中抗体更为重要。

〔诊断〕

一、流行病学

散发患者以冬春季较多,但大流行不受季节限制,其特点是突然发生,传播迅速,在一个地区一般在3~5日内达到高峰,并迅速向其他地区蔓延。大流行多为甲型流感病毒发生变异所引起。

二、临床表现

流感的潜伏期一般为1~3日(数小时至4天)。起病急骤,轻重不一。以单纯流感较多,局部症状一般较轻,全身中毒症状明显,有畏寒、高热(可达39~40℃),全身酸痛、头痛、无力等。上呼吸道症状可有鼻塞、流涕、干咳、咽痛等。尚可见到以恶心、呕吐、腹泻为主的流感者。病程一般为3~5日。症状消失后,仍感软弱无力,精神较差,体力恢复缓慢。

1. 肺部并发症

(1)原发性病毒性肺炎 多见于原有心脏病患者(特别是风湿性心脏病、二尖瓣狭窄患者)或孕妇。临床表现高热持续不退,气急、紫绀、阵咳、咯血等症状,体检发现双肺呼吸音低,满布哮鸣音,但无实变体征。病程可长达3~4周,血白细胞计数低,中性粒细胞减少。X线检查双肺部呈现散在性絮状阴影。痰与血培养均无致病菌生长,痰液中易分离到流感病毒,抗菌药物治疗无效,病死率较高。死亡原因多为心力衰竭或周围循环衰竭。

(2)继发性细菌性肺炎 单纯型流感2~4日后,病情加重,体温升高并有寒战,全身中毒症状明显,咳嗽加剧,咳吐脓痰,伴有胸痛。查体可见患者呼吸困难,口唇紫绀,肺部满布罗音,有实变或局灶性肺炎征。白细胞和中性粒细胞显著增高,很难分离到流感病毒,但在痰液中能找到致病菌,以金黄色葡萄球菌、肺炎球菌和嗜血杆菌为多见。

(3)病毒与细菌混合性肺炎 流感病毒与细菌性肺炎同时并存,起病急,高热持续不退,病情较重,可呈支气管肺炎或大叶性肺炎,也可找到病原菌。

2. 肺外并发症

(1)Reye's综合征 甲型和乙型流感的肝脏、神经系统并发症,也可见于带状疱疹病毒感染。Reye's综合征限于2~16岁的儿童,因与流感有关,可呈暴发流行。临床上急性呼吸道感染热退数日后,出现恶心、呕吐,继而嗜睡、昏迷、惊厥等神经系统症状,脑脊液检查正常,无脑炎征,但有脑水肿和缺氧性神经细胞退行性变病理改变;肝肿大,但无黄疸,肝功能轻度损害,肝细胞有脂肪浸润;血氨增高。

(2)中毒性休克综合征 多在流感后出现,伴有呼吸衰竭,胸片可显示成人呼吸窘迫综合征,但肺炎病变不明显。血液中可有流感抗体上升,气管分泌物可找到金黄色葡萄球菌等致病菌。

(3)横纹肌肌溶 局部或全身骨骼肌坏死,表现为肌痛和肌弱,血清肌酸磷酸激酶(CPK)升高、电解质紊乱,可见急性肾功能衰竭。

三、实验室检查

1. 血象

白细胞计数及中性粒细胞减少,淋巴细胞相对增加,嗜酸粒细胞消失。合并细菌性感染时,白细胞总数和中性粒细胞增高。

2. 免疫荧光或免疫酶染法检测抗原

鼻粘膜或分泌物涂片,用荧光或酶标记的流感病毒免疫血清染色检出抗原,可做流感早期快速诊断。如鉴定甲、乙、丙型流感,则需应用单克隆抗体检测抗原。

3. 病毒分离

急性期患者的咽漱液或鼻咽部的冲洗液,接种于鸡胚羊膜腔中培养,进行病毒分离。

4. 多聚酶链反应测定流感病毒 RNA

应用多聚酶链反应—酶梁(PCR—EIA)直接从患者分泌物中检测流感病毒 RNA,是个直接、快速、敏感的方法,比病毒培养敏感得多。

5. 血清学检查

血凝抑制试验及补体结合试验测定急性期和恢复期血清中的抗体,如有 4 倍以上增长,则为阳性。中和免疫酶试验测定中和滴度,可检测中和抗体。这些都有助于回顾性诊断和流行病学调查。

四、鉴别论断

1. 呼吸道感染

发病缓慢,症状较轻,无明显中毒症状,血清学和免疫荧光等检验可有助于鉴别。

2. 流行性脑脊髓膜炎

早期症状往往类似流感,但其季节性强,儿童多见。早期有剧烈头痛、脑膜刺激症状、瘀点、口唇疱疹等,脑脊液检查可明确诊断。

3. 支原体肺炎

支原体肺炎与原发性病毒性肺炎的 X 线表现相似,但前者病情较轻,冷凝集试验和 MG 链球菌凝集试验可呈阳性。

4. 军团病

多见于夏秋季,临床上表现为重型肺炎,白细胞总数增高,并有肝、肾合并症,但轻型病例类似流感。红霉素、利福平、庆大霉素等抗生素对军团病治疗有效。病原学检查有助于确诊。

〔治疗〕

一、西医治疗

1. 一般治疗

患者应卧床休息,多饮水,流质或半流质饮食。室内空气要新鲜,温度要适宜,保持口腔、鼻咽清洁,防止继发细菌感染。

2. 对症治疗

高热、头痛、全身酸痛者,酌情给予 APC 或安痛定等镇痛退热药,但应防止出汗较多引起虚脱,儿童要禁用阿司匹林,防止 Reye's 综合征的发生。咳嗽者可给咳必清、可待因、止咳合剂等。

3. 抗病毒治疗

发病 1~2 天内给予金刚烷胺盐酸盐或金刚乙胺,能减轻症状,缩短病程,起治疗作用。金刚烷胺每日 100~2000mg,儿童每日 4.4~8.8mg/kg,均分 2 次口服,疗程为 5~7 日。一般无副作用,但须注意胃肠道和神经系统反应,如过度兴奋、言语含糊、震颤、失眠、头

昏、乏力、情绪障碍、共济失调等，孕妇和哺乳妇禁用。金刚乙胺的副作用比金刚烷胺要少。

4. 抗菌治疗

一般不用抗生素，对有继发性细菌感染者或年老体弱者，可酌情使用。

二、辨证施治

1. 邪袭卫表

主证 发热，咳嗽，头痛，恶风寒，口渴，痰多，无汗。苔白或微黄，脉浮数，亦可见弦滑。

治则 辛凉解表，宣泄肺热。

方药 银翘散加减：金银花 20g，连翘、牛蒡子、桑叶各 12g，芦根、桔梗各 9g，薄荷、杏仁、荆芥各 6g。

临证加减 无汗者，荆芥加至 9 克；心烦者，加山栀；喘促者，加炙麻黄、生石膏；痰多者，加贝母；头痛者，加菊花。病情比较重者，可每日 2 剂。服药后以微汗为佳。

2. 邪郁上焦

主证 发热，头痛头胀，咳嗽，咽痛，口渴，可见有恶寒。舌红、苔白或腻，脉数大。

治则 疏风清热，宣肺止咳。

方药 翘荷汤加减：连翘 12g，薄荷、杏仁、桔梗、贝母、牛蒡子、生甘草各 9g。

临证加减 目赤者，加桑叶；咽痛甚者，加马勃；苔腻者，加通草；痰多者，加橘红。

3. 痰热阻肺

主证 发热，胸闷气粗，咳嗽，痰多、痰鸣、痰粘而黄。舌红、苔黄或腻，脉数滑或弦。

治则 清热化痰，宣肺平喘。

方药 贝母瓜蒌散合千金韦茎汤加减：瓜蒌 18g，贝母、竹茹、杏仁、芦根、冬瓜仁、半夏、橘红各 9g，连翘、黄芩各 12g。

临证加减 热甚者，加山栀、双花；胸闷甚者，加郁金、金沸草；痰鸣甚者，加射干。

4. 邪蕴肺胃

主证 发热，口渴，咳嗽，喘促，甚则鼻煽，胸痛，痰多质粘色黄，纳呆，大便干或不爽。舌红、苔黄腻，脉数弦滑。

治则 清气泄热，宣肺平喘。

方药 麻杏石甘汤加减：生石膏 30g，麻黄、甘草、桔梗各 6g，杏仁、贝母各 9g，黄芩、芦根、瓜蒌、前胡各 12g，连翘 10g。

临证加减 无汗或少汗者，加薄荷、豆豉；热甚者，加双花；胸闷者，加半夏、郁金。

5. 气分热炽

主证 发热汗出，咳嗽胸痛，口渴，尿黄赤少，痰粘。舌红、苔黄，脉数滑。

治则 清气泄热，生津止渴。

方药 白虎汤加减：生石膏 30~60g，知母、芦根、茯苓各 12g，贝母、杏仁、连翘、黄芩各 9g，甘草 6g。

临证加减 热甚者，加双花；口渴甚者，加天花粉、麦冬；痰粘，咳声不扬者，加桔梗。

6. 余邪未清

主证 咳嗽，低热或夜热早凉，痰粘，量或多或少。苔薄黄，脉数。

治则 清透余邪,调补气阴。

方药 青蒿鳖甲汤加减:鳖甲 12g,青蒿、贝母、桑叶各 10g,杏仁、双花、芦根、前胡、枇杷叶各 9g,连翘、桔梗、黄芩、甘草各 6g。

临证加减 纳呆者,加谷芽、麦芽;胸痛有痰者,加冬瓜仁、薏仁;口干甚者,加天花粉;气短者,加沙参、太子参。

三、其他疗法

1. 体针

取水沟、大椎、合谷、十宣、阳陵泉、太冲;根据病人临床症状选配曲池、涌泉、印堂、丰隆。每次取 3~5 主穴,针刺。

2. 耳针

取交感、神门、皮质下、脑点、心,重症用强刺激,可留针 1 小时。每日 1 次。

3. 中成药

可选用银翘解毒片、桑菊感冒片、天津感冒片、Vc 银翘片等。

4. 单验方

(1)预防 ①取食醋适量,放在容器内煮沸,进行室内空气消毒(可以杀灭流感病毒),早晚各 1 次,每次约 30 分钟;②葱白 3 根,水煎服,连服 3 天;③大蒜不拘量,日常吃;④大蒜头 1 个,切成薄片,与凉开水 300ml 一起放入密封容器内,6~7 小时后,再加入碎冰糖 30g,配制成蒜糖水,每天早晚各 1 次用蒜糖水漱口;⑤野菊花、贯众各 15g,板蓝根 30g,水煎服。

(2)治疗 ①大青叶 90g,水煎 2 次,共浓缩至 300ml,每次 50ml,每 3 小时 1 次,连服 5~7 天;②鲜鱼腥草 60g,绞汁冲蜂蜜服,分 3~4 次服,每日 1 剂。③荆芥、防风、前胡、黄芩、桔梗各 10g,牛蒡子、柴胡、草河车、枳壳(炒)各 12g,甘草 6g。水煎温服,每日 1 剂,分 2~3 次服;④鲜葱白 30g,生姜 15g,桑叶 10g,绿豆衣 10g(无绿豆衣以芦根代之),先以清水浸 20 分钟,文火轻煎 15 分钟,分 2~3 次温服,服感微微汗出,不宜大汗,儿童按年龄减轻用量。

5. 食疗方

荸荠(洗净去皮切片)40g,鸭梨(洗净去皮、切片)30g,生姜 30g,水煎饮汁食梨和荸荠。脾胃虚寒者慎服。

〔调护〕

1. 要隔离流感患者;流感流行期间勿到公共场所如影剧院、商场等人群集中的地方进行活动。

2. 注意天气冷暖,增减衣服,不要受凉,避免过劳。

3. 室内温度适宜,保持空气流通,每天至少开窗 3 次,每次 20~30 分钟,但不要让病人直接吹风。

4. 患者应注意休息,保持情绪稳定。

5. 病初宜半流质素食,高热时宜流质素食,并多进鲜水果或果汁;退热 1 天即可进半流质素食,2~3 天后可适当进食瘦肉、鲜鱼等,恢复期可予普食。

6. 鼓励患者多饮温开水,避免语言过多。

7. 严禁患者吸烟及被动吸烟。

8. 流感发病后易传变,有的病人初期就出现高热不退,诊治失时或因病情突然恶化而出现神志不清、谵妄等症状,甚者可导致血压下降或休克,应密切注意观察病情,特别是年老体弱和小儿患者,尤其要注意,以便及时发现,及时救治。

第二节 流行性腮腺炎

流行性腮腺炎(epidemic parotitis mumps,简称腮腺炎或流腮)是由流行性腮腺炎病毒所致的呼吸道传染病。多发于儿童和青少年,成人中也有发病。中医学称为痄腮,认为是由风温毒邪所致。临床上以发热,耳下腮部肿胀疼痛为主要特征。本病全年都有发生,冬春易于流行。儿童患者易并发脑膜脑炎,成人易并发睾丸炎或卵巢炎。一般预后良好,患病后可获得持久免疫力,再发者极少见。

〔病原及传播途径〕

腮腺炎病毒属于副粘液病毒,系核糖核酸型。病毒直径约为85~300nm,平均140nm。对物理化学因素的作用均甚敏感,1%来苏、乙醇、0.2%福马林等可于2~5分钟内将其灭活,暴露于紫外线下迅速死亡。在4℃时其活力可保持2个月,37℃时可保存24小时,加热至55~60℃时10分钟即失去活力,-65℃可存活数月至数年。该病毒只在人类中发现,但可在猴、鸡胚羊膜和各种人和猴的组织培养中繁殖。猴对本病最易感。该病毒只有一种血清型。感染腮腺炎病毒后无论发病与否都能产生免疫反应,再次感染发病者很少见。

流行性腮腺炎为世界各地常见的传染病,传染源为早期患者和隐性感染者。病毒存在于患者唾液中的时间较长,自腮腺肿大前6天至肿大后9天均可检出,因此在2周内的高度传染性。本病主要是通过飞沫经呼吸道感染。人群对本病普遍易感,但由于1岁以内婴儿体内尚有经胎盘获自母体的特异性抗体,成人中约80%曾患过显性或隐性感染而产生一定的特异性抗体,因此约90%病例发生于1~15岁,尤其5~9岁的儿童。

〔诊断〕

一、流行病学

发病前2~3周,常有腮腺炎接触史。

二、临床表现

潜伏期8~30天,平均18天。起病大多较急,有发热、头痛、全身不适等。一侧或双侧腮腺以耳垂前下方为中心发生肿胀,表面不红,边缘不清,触之有弹性感,有压痛,咀嚼时局部胀痛加重,腮腺管口可见红肿。舌下腺与颌下腺可同时肿大,大多于1~3天到达高峰,持续4~5天逐渐消退而恢复正常。整个病程约10~14天。

不典型病例可无腮腺肿胀,而以单纯睾丸炎或脑膜炎的症状出现,也有仅见颌下腺或舌下腺肿胀者。

三、实验室检查

白细胞计数大多正常或稍增加,淋巴细胞相对增多。血清、尿淀粉酶活力增高。早期

病例,唾液、尿、血、脑脊液以及脑、甲状腺等其他组织中可分离出腮腺炎病毒。

四、鉴别诊断

本病应与化脓性腮腺炎、颈淋巴结炎相区别,前者多见于久病衰弱者,胀痛较甚,常为单侧,脓肿形成时,腮腺转软有波动,腮腺管口可挤出脓液;后者多见于儿童,肿胀部位在颈部或颌下,且压痛较明显,可触及边缘清楚而质地坚硬的核心,有时表浅能移动。另外,还要注意与症状腮腺肿大、过敏性腮腺炎、其他病毒所引起的腮腺炎和脑膜炎等相鉴别。

〔治疗〕

一、西医治疗

(1)隔离患者使之卧床休息至腮腺肿胀完全消退。注意口腔清洁,饮食以流质、软食为宜,避免酸性食物,保证液体摄入量。

(2)抗生素和磺胺药物一般无效。有试用干扰素者似有疗效。

(3)氦氖激光局部照射治疗流行性腮腺炎,对止痛、消肿有一定的效果。

(4)肾上腺皮质激素治疗无肯定效果,对重症或并发脑膜炎、心肌炎等时可考虑短期使用。

(5)并发脑膜脑炎者,有颅内压增高时,可静脉滴注 25% 山梨醇或 20% 甘露醇等利尿脱水剂。

(6)男性成人患本病早期应用乙蔗酚,3 次/d,每次 1mg 口服,可能有预防睾丸炎发生的功能。并发睾丸炎时,必须卧床休息,以丁字带提高阴囊。如高热不退,局部肿痛剧烈,可给予强的松 20~40mg/d,分 4 次口服,连服 3~5 日。

二、辨证施治

1. 温毒在表

主证 轻微发热恶寒,一侧或二侧耳下腮部漫肿,咀嚼不便,或有咽红。苔薄白或淡黄,舌红,脉浮数。

治则 疏风清热,散结消肿。

方药 银翘散加减:银花、大青叶各 20g,连翘、牛蒡子、桔梗、芦根各 12g,荆芥 10g,甘草 6g。

临证加减 喉痛咽红者,加板蓝根、山豆根、马勃;腮肿疼痛甚者,加夏枯草、丹皮。

2. 热毒蕴结

主证 壮热烦躁,头痛,口渴饮水,食欲不振,或伴呕吐,腮部漫肿、胀痛、坚硬拒按,咀嚼困难,咽红肿痛。舌红苔黄,脉象滑数。

治则 清热解毒,软坚散结。

方药 普济消毒饮加减:黄芩、连翘、牛蒡子、僵蚕、马勃、桔梗、柴胡各 12g,黄连、薄荷、甘草各 10g,板蓝根 30g,丹皮 15g。

临证加减 腮部漫肿,硬结不散者,加夏枯草、海藻、昆布;热毒壅盛,大便秘结者,加大黄、玄明粉;邪毒引睾窜腹者,则以龙胆泻肝汤加减治疗;温毒炽盛,内窜心肝者,急用局方至宝丹或安宫牛黄丸内服。

三、其他疗法

1. 中成药

- (1)天津感冒片 5~8 片,每日 3 次口服,适用于温毒在表。
- (2)复方大青叶合剂或银黄口服液 10~20ml,每日 3 次口服。
- (3)紫金锭、金黄散、青黛散,选一种用白开水调匀后,外敷患处。
- (4)板蓝根注射液,每次 2ml,每日 2 次,肌肉注射。

2. 单方验方

- (1)板蓝根 60~90g,煎服;或再加大青叶 15g,煎服。
- (2)大黄(研末)2 份,芒硝 1 份,水或醋调涂患处,每日 3~4 次。
- (3)鲜公英或鲜马齿苋任选 1 种,捣烂外敷涂患处。
- (4)地丁 15g,水煎服,每日 1~2 剂。

3. 针刺疗法

取翳风、颊车、合谷,中强刺激,不留针;发热,加曲池;并发睾丸肿痛,加蠡沟、三阴交,每日 1 次。

4. 耳针疗法

取穴对屏尖、颊、肾上腺;配穴内分泌、皮质下、胃、脾、神门、肝、胰、胆,进针后强刺激捻转针数次,每 10 分钟 1 次,共留针半小时。也可肝穴透针胰胆穴,胃穴透针脾穴,每日 1~2 次。一般 2~3 次便可治愈。

〔调护〕

- 1.及时隔离患者,直到腮腺肿胀消退 5 天左右为止。对易感者采用病毒活疫苗作喷喉或气雾免疫,保护率可达 100%。
- 2.发热期间应卧床休息。
- 3.饮食给予半流质或软食,避免酸味、肥腻及不易消化的食物,并保持口腔卫生。
- 4.密切观察,注意并发症。绝大多数患者预后良好,个别伴有严重并发症,如重型脑膜炎及心肌炎、肾炎等,必须慎重处理积极抢救。

第三节 流行性脑脊髓膜炎

流行性脑脊髓膜炎(epidemic cerebrospinal meningitis)是由脑膜炎双球菌所致的急性化脓性炎症。致病菌由鼻咽部侵入血循环,形成败血症,最后局限于脑膜及脊髓膜,形成化脓性脑脊髓膜病变。流行性脑脊髓膜炎(以下简称流脑)属中医学温疫、春温的范畴。临床以起病急骤、发热、头痛、呕吐、颈项强直及皮肤瘀点为特征,多流行于春秋两季,14 岁以下儿童发病率较高。

流脑并发症包括继发感染,在败血症期播散至其他脏器而造成的化脓性病变,脑膜炎本身对脑及其周围组织造成的损害,以及变态反应性疾病。继发感染以肺炎最多见,且好发于老年和婴幼儿。其他有褥疮、角膜溃疡、尿道感染。后遗症可由任何并发症引起,其中常见有耳聋、失明、动眼神经麻痹、瘫痪、智力或性情改变、精神异常和脑积水。

〔病原及传播途径〕

脑膜炎球菌属奈瑟氏菌属,为革兰阴性球菌,呈卵圆形,常成对排列。该菌仅存在于