



李远征 主编

内科疾病 现代药物 治疗



NEI KE JI BING XIAN DAI YAO WU
ZHI LIAO
LI YUAN ZHENG ZHU BIAN

山东科

出版社

内科疾病现代药物治疗

李远征 主编

山东科学技术出版社

内科疾病现代药物治疗

李远征 主编

*

山东科学技术出版社出版

(济南市玉函路 邮政编码250002)

山东省新华书店发行

山东人民印刷厂印刷

*

787×1092毫米32开本 10.625印张 225千字

1992年3月第1版 1992年3月第1次印刷

印数: 1—7000

ISBN 7—5331—0989—9/R·265

定价: 5.40元

主 编：李远征

副 主 编：李天录 王秀千

江培坤 刘炳德

编 者(以姓名笔画为序):

于丕先	于会芳	马雪银	王太华
尹燕明	孔繁亭	冯 勇	东野光
史继学	孙庆海	考丽娟	齐梅菊
李亚力	李秀春	邵先玉	肖爱芹
吴同果	汪西荣	陈国威	张云彩
张玉江	张金英	张经振	孟宪明
段鲁勤	栾维强	崔洪兰	梁 祎兰
梁爱云	曹 光	黄麟飞	郭衍芬
靳凤琳	管庆波		

责任编辑：宋增艺

前 言

内科疾病庞杂，分科越来越细。近年来，我国内科疾病诊治有了很大的发展，尤其治疗方面更是变化巨大。我国医疗卫生工作的重点在基层，地县级和城市基层医院担负着繁重的医疗任务，他们迫切需要简明实用、体现现代治疗水平的参考书。鉴于此，我们参考了大量国内外资料，集体编写了这本《内科疾病现代药物治疗》。

本书简要介绍内科范围涉及的常见病（或者症状）治疗概况，重点介绍现代药物治疗，具有很强的实用性和先进性。对虽属先进但国内尚且不易买到的新药、不易办到的新法和已经过时的药物或疗法，也给予扼要评介，以扩大知识面，了解新动向，促使知识更新，提高治疗水平。

本书适于从事内科临床工作的各级医生和医学院校师生，尤其是地县级医院从事内科临床工作的医务人员参考。

由于水平所限，不妥之处在所难免，欢迎广大读者批评指正。

编 者

1991年10月

目 录

第一章	感染性疾病	1
第一节	败血病	1
第二节	细菌性肺炎	9
第三节	尿路感染	13
第二章	呼吸系统疾病	21
第一节	支气管哮喘	21
第二节	肺结核病	29
第三节	原发性支气管癌	36
第四节	自发性气胸	40
第五节	咯血	44
第六节	慢性呼吸衰竭	47
第三章	循环系统疾病	58
第一节	心功能不全	58
第二节	心律失常	75
第三节	原发性高血压	107
第四节	冠心病	118
第五节	病毒性心肌炎	133
第六节	休克	136
第四章	消化系统疾病	148
第一节	消化性溃疡	148
第二节	慢性胃炎	156
第三节	肝硬化腹水	160
第四节	肝性脑病	165

第五节	胆道蛔虫病	171
第六节	急性胰腺炎	176
第七节	恶性肿瘤	180
第八节	呃逆	191
第九节	上消化道出血	195
第十节	腹泻	200
第五章	泌尿系统疾病	206
第一节	原发性肾病综合征	206
第二节	急性肾功能衰竭	224
第三节	慢性肾功能衰竭	232
第六章	造血系统疾病	252
第一节	再生障碍性贫血	252
第二节	白血病	259
第七章	神经系统疾病	266
第一节	急性脑血管病	266
第二节	癫痫	279
第八章	内分泌系统和代谢疾病	289
第一节	甲状腺机能亢进症	289
第二节	糖尿病	294
第九章	中毒	308
第一节	有机磷农药中毒	308
第二节	其它杀虫药中毒	313
第十章	传染病与寄生虫病	318
第一节	病毒性肝炎	318
第二节	流行性出血热	323
第三节	寄生虫病	328

第一章 感染性疾病

第一节 败血病

败血病 (Septicemia) 常称败血症，是感染性危重病症。自 1935 年磺胺药和 1940 年青霉素问世以来，败血病的治疗有了突破性进展。几十年来，随着抗菌新药不断涌现与应用，使致病菌也发生了相应的改变，加之激素、肿瘤化疗、免疫抑制剂的广泛应用，导致耐药菌株革兰氏阴性 (G^-) 杆菌和厌氧菌感染相对增多。因此，败血病的病原菌和治疗药物也有较大的变化。

一、现代治疗败血病的常用抗菌药物

1. 青霉素类

青霉素类抗生素是繁殖期 (快速) 杀菌剂，分为天然与半合成两大类。

(1) 天然青霉素：代表药为青霉素 G，即通常说的青霉素。尽管青霉素有过敏反应、耐药菌株不断增加，但在治疗革兰氏阳性 (G^+) 菌和阴性球菌的感染方面仍属首选药。对螺旋体也有杀灭作用，对产酶金黄色葡萄球菌 (简称金葡菌) 无效。

(2) 半合成青霉素类：

①耐酶青霉素，又称新青霉素，具有青霉素 G 的作用，但作用较差，且价格昂贵，对产 β -内酰胺酶的金葡菌感染为首

选药。传统药物以新青霉素Ⅰ (Oxacillin, 苯甲异噁唑青霉素、苯唑青霉素) 最为常用。近年来有 β 酶强效抑制剂问世, 如棒酸、青霉烷砒, 并已与广谱青霉素制成复合制剂。

②广谱青霉素, 对 G^+ 菌的作用多不如青霉素 G, 对产酶的金葡菌多不如新青霉素。目前临床主要用于 G^- 杆菌的感染, 常用的有氨基青霉素类的氨苄青霉素 (Ampicillin), 在轻度 G^- 菌感染和合并肾功能不全的 G^- 菌感染时为首选药。因其毒性低且可口服, 故应用广泛。羧基青霉素类羧苄青霉素 (Carbenicillin)、磺基类的磺苄青霉素 (Sulbenicillin) 以及新药羧噻吩 (Licacillin), 因药价昂贵, 又有更优越的抗生素出现, 故渐少使用。脲基青霉素类的氧哌嗪青霉素 (Piporacillin) 对 G^+ 菌的作用略低于氨苄青霉素, 但对包括绿脓杆菌、肠杆菌在内的各种 G^- 杆菌的作用明显优于氨苄青霉素、羧苄青霉素、磺苄青霉素。对厌氧菌、肠球菌和部分沙雷氏菌也有效。因此, 当今在临床上治疗 G^- 菌感染, 特别是医院内引起的严重 G^- 菌感染, 有替代氨基甙类及其它抗 G^- 杆菌药物的趋势。目前它已成为对绿脓杆菌严重感染的首选药。同类药尚有硫苯咪唑青霉素 (Mezlocillin、Mezlin)、苯咪唑青霉素 (Azlocillin、Azlin)、呋苄青霉素等, 但作用均不如氧哌嗪青霉素。

2. 头孢菌素类

头孢菌素是 60 年代研究发现的对 β -内酰胺酶稳定的一种抗生素, 俗称先锋霉素类 (以下简称头孢), 近年来已迅速发展至第 4 代计 20 多个品种。因其抗菌谱广 (G^+ 、 G^- 、厌氧菌和耐酶各种菌)、毒性低、过敏反应少, 故有不断扩大、取代多种传统抗菌药物的趋势。第 1~4 代依次耐酶性增强,

毒性减低。市售凡带号序者，不论多少号，皆为第1代，如先锋1号、V号。目前就世界范围来说，第1代头孢已逐渐被第3代代替，第4代刚开始进入临床。我国虽起步较晚，但起点较高，已能生产第3代头孢。但第1代头孢仍在广泛使用中。（表1-1）。

表 1-1 各代部分头孢菌素作用

代序	名 称	剂量 (g/d)	抗菌作用	适应症
第1代	头孢噻吩 (Cephalothin, 噻孢霉素、先锋霉素 I)	2~6	G ⁺ 菌作用大,对 G ⁻ 菌作用小,对绿脓杆菌无效	G ⁺ 菌 (含耐药金葡菌)的各种感染
	头孢氨苄 (Cephalexin, 头孢力新、先锋霉素 IV)	0.75~4	抗菌谱与先锋 I 相似,但作用较弱,口服吸收好	各种 G ⁺ 菌的轻型感染
	头孢唑啉 (Cefazolin, 先锋霉素 V)	1~2	抗菌谱同先锋 I,但对 G ⁻ 菌的作用较强,在 1 代头孢中最优	G ⁺ 菌致的各种感染
	头孢拉定 (Cephradine, 头孢雷定、先锋霉素 VI)	2~4	同 上	同 上
第2代	头孢呋肟 (Cefuroxime, 头孢呋新)	2~4	对 G ⁺ 、G ⁻ (除绿脓、沙雷) 均有较强作用	造价高,临床少用
	头孢羟唑 (Cefamandol, 头孢孟多)	2~8	同 上	
	头孢甲氧噻吩 (Cefoxitin, 头孢西丁)	2~8	抗菌活性较前二者稍弱,但对厌氧菌有较强作用	

(续表)

代 序	名 称	剂 量 (g/d)	抗 菌 作 用	适 应 症
第 3 代	头 孢 噻 甲 羧 肟 (Cef- tazidime, CZD, 复达欣、 头孢塔齐定)	2~6	G ⁺ 、G ⁻ 菌均具较强活 性, 对绿脓具强大活性	绿脓严重感 染
	头 孢 三 嗪 (Ceftriaxone, CTRX, 头孢噻肟三嗪、 菌必治)	0.5 ~4	同上, 对绿脓作用较弱	G ⁺ 、G ⁻ 菌特 别是粪链球 菌感染
	头 孢 氨 噻 肟 (Cefo- taxime, CTX)	2~8	G ⁺ 、G ⁻ 活性与头孢三嗪 相似或略强, 对绿脓低	肠杆菌感染
	头 孢 哌 酮 (Cefopera- zone, CPZ, 头孢氧哌唑、 先锋必)	2~8	对 G ⁺ 菌活性与头孢噻 甲相似, 对 G ⁻ 菌除变异 变形杆菌, 均较后者为弱	G ⁻ 菌的各种 感染
第 4 代	头 孢 噻 甲 酚 肟 (Cetazidime)	未	对高度耐药菌株敏感	多试用于严 重耐药菌株 感染
	氨噻羧甲胺菌素 (Agth- raonam)	定		

总的来说, 第1代中的先锋V号较优。第2代少用, 第3代是目前较理想者, 对G⁺、G⁻菌均有很好的作用, 特别是对G⁻菌的严重感染效果显著。第4代对β-内酰胺酶高度稳定, 对多数耐药菌株的活性超过第3代头孢及氨基甙类抗生素。

3. 氨基甙类抗生素

氨基甙类抗生素是一种静止期(缓慢)杀菌剂。主要作用于G⁻杆菌, 对G⁺菌作用较弱。传统的链霉素除仍用于结核病外, 现临床上已基本不用。庆大霉素对G⁻菌(包括绿脓

菌)有明显的作用,对 G^- 菌所致的严重感染是首选药,与青霉素等联用,可发挥协同作用。由于其肾毒性及易产生耐药性,故对轻度感染不宜首选,目前有滥用之弊。卡那霉素因毒性大、易耐药,现已少用;丁氨卡那霉素毒性低于卡那霉素,对耐庆大霉素者仍有效。妥布霉素 (Tobramycin) 抗菌谱与庆大霉素相同,且交叉耐药,对一般 G^- 菌的作用次于庆大霉素,但对绿脓杆菌优于庆大霉素,且肾毒性低。西梭霉素 (Sisomicin) 与庆大霉素相比,作用强,毒性也大。乙基西梭霉素 (Netilmicin) 作用与庆大霉素相似,但肾毒性低,与庆大霉素无交叉耐药,可用于耐庆大霉素的 G^- 菌严重感染。

4. 大环内酯类抗生素

大环内酯类抗生素抗菌谱窄,主要对 G^+ 菌起快速抑菌作用。代表药是红霉素,抗菌作用低于青霉素,且易耐药,仅用于不能使用青霉素者。有严重的胃肠道及血管刺激副作用(0.1%浓度静滴可免于出现静脉炎,5%葡萄糖液 500ml 内加 5% 小苏打 1.5ml 或维生素 C 1g 可提高稳定性)。其它如麦迪霉素、白霉素、螺旋霉素等,作用尚不及红霉素,但副作用小,可用于轻型感染。

5. 氯霉素

氯霉素因其偶见的骨髓毒性作用而被冷落,但至今仍是治疗伤寒、副伤寒的有效药物,甚至是首选药物。特别是脑脊液及体腔液中,浓度可达血浓度的 50%,在临床上有特殊的价值。

6. 抗真菌药

抗真菌药主要有:二性霉素 B (Amphotericin B)、5-氟

胞嘧啶 (5-Fluorocytosine, 5-FC)、酮康唑 (Ketoconazole)、咪康唑 (Miconazole)、益康唑 (Econazole)、伊曲康唑 (Itraconazole)、氟康唑 (Fluconazole)。其中对深部真菌感染仍以二性霉素 B 作用较肯定, 但副作用大, 有时难以使用。

7. 其它抗菌药物

(1) 林可霉素 (Lincomycin, 洁霉素) 和氯林可霉素 (Clindamycin): 其抗菌谱与红霉素相似, 为快速抑菌药。氯林可霉素作用强于林可霉素 4 倍, 且副作用小, 对厌氧菌也有强大的抗菌作用。适用于各种 G^+ 菌重度感染的败血症及骨髓炎、各种厌氧菌感染等。

(2) 复方新诺明 (SMZ Co.): 为慢性抑菌药, 用于治疗 G^+ 菌的轻度感染或败血症的辅助药物。

(3) 四环素族: 为快速抑菌药, 因其毒副作用大, 现已少用。强力霉素 (Hydrochloriduin) 因其毒性较小、半衰期长, 仍用于轻型感染。

(4) 甲硝唑 (灭滴灵): 治滴虫药, 现已单独或配合其它抗菌药物广泛用于厌氧菌的感染。

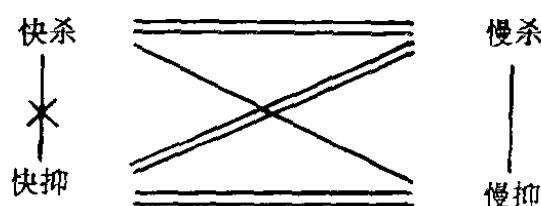
(5) 万古霉素: 有时可作为耐酶金葡菌严重感染的首选药。这是因为近年来耐新青霉素 I 的金葡菌 (MRSA) 感染发生率迅速上升, 且与其它新青霉素和头孢菌素类交叉耐药, 而只有万古霉素敏感。本药只能静滴, 毒性也较大。

(6) 利福平: 主要用于治疗结核, 也可用于其它细菌感染。

二、抗菌药物的配伍

从抗菌机理上可将抗菌药物分成四类: ①繁殖期杀菌剂 (以下简称快杀), 如青霉素、头孢类等; ②静止期杀菌剂

(慢杀)，如氨基甙类、多粘菌素等；③快速抑菌剂（快抑），如氯霉素、林可霉素类、大环内酯类、四环素族等；④慢效抑菌剂（慢抑），如磺胺类等。目前对耐药、耐酶的严重感染特别是败血病，多采用联合用药（见图）。



各类抗菌药物联合应用效应示意图

- == 表示二者联用疗效协同或相加；
- 表示彼此影响不大；
- X- 表示拮抗，疗效减弱。

快抑类抗菌药物几个品种联用有协同或相加作用；快杀、慢杀加快抑也有协同或相加作用；快杀类几个品种联用时有时有拮抗作用。葡萄糖液中不能加新生霉素，生理盐水中不能加二性霉素 B，林格氏液中不能加二性霉素 B、四环素族。联合用药最好分别注射，有的必须分别注射。

三、抗菌药物的选择和使用

1. 尚不能确定病原菌种类的败血病

临床上如果确诊为败血病，但分不清是 G^+ 菌还是 G^- 菌的感染，常采用强有力的多种抗生素联用。对凭临床经验、尚无血培养结果而判定的败血症，应服从临床诊断，待血培养

结果报告后再调整更换。

2. G^+ 菌败血病

首选青霉素 G，一般剂量 400 万~800 万 u/d 加入液体（最好是生理盐水）中半小时内滴完。为维持血清药物浓度，可分次静注或静滴，但不宜与维生素 C、庆大霉素混合注射。病情严重者可加大剂量，有用至 1200 万~3000 万 u/d 者。如系金葡菌感染，则应首选苯唑青霉素，亦可用先锋霉素 V 等第 1 代头孢。苯唑青霉素用法是：0.5g 静注，每 4~6 小时 1 次。如为 MRSA 败血病，则首选万古霉素。

3. G^- 杆菌败血病

(1) 病情较轻者首选氨苄青霉素。用法：8~12g/d，溶于生理盐水，分次静脉给药，每次输注时间不大于 1 小时，不宜与维生素 C、乳酸钠、氯霉素混合输注。如疗效不明显，说明细菌对氨苄青霉素耐药，可改用庆大霉素加氧哌嗪青霉素。此时庆大霉素用量要小，一般为 8 万~16 万 u/d，静滴。氧哌嗪青霉素用量 4~6g/d，分次静脉给药。

(2) 病情严重者首选氨基甙类或氧哌嗪青霉素。氧哌嗪青霉素用量应大，6~16g/d，分次静脉给药。也可二者联用。如条件许可或合并肾功能不全者，可选用第 3 代头孢。目前国外多提倡第 3 代或第 2 代头孢与氨基甙类联用。在 G^- 杆菌败血病中，大肠杆菌败血病为常见、难治的败血病，如首选庆大或妥布霉素无效，应尽快改用氮草脲青霉素 (Mecillinum, Fl₁₀₆₀)。该药对大肠杆菌的抗菌活性特强，国内已能制造。用量：20~60mg/(kg·d)，静注或静滴。头孢菌素（第 1、2 代）和 SMZ Co. 对大肠杆菌败血病也有一定的疗效。青霉素 G 的剂量需达 2000 万~4000 万 u/d 时，对大

肠杆菌败血病及其它 G⁻ 杆菌败血病方有效。

4. 厌氧菌败血病

灭滴灵 (Metronidazole) 为首选药。临床应用已十分广泛，常与其它抗菌药联合应用。其抗厌氧菌谱广，易达到有效浓度，不引起二重感染，不产生伪膜性肠炎，与其它抗菌素无配伍禁忌。不仅用于治疗，而且能预防厌氧菌感染。用法：首剂 15mg/kg，静滴，每 6 小时重复 1 次。应用时将药物稀释至 8μg/ml 以下，并与碳酸氢钠混合（每 100mg 灭滴灵加碳酸氢钠 1mmol）于 1 小时内滴完。现已有静滴剂供使用，可按 1g/d 左右的剂量使用。亦可口服，剂量 1.2~1.8g/d，分 3 次口服，7~10 日为 1 疗程。对厌氧菌败血病也有用青霉素及氯霉素的。对拟脆弱杆菌败血病，常首选氯林可霉素。

5. 真菌败血病

对真菌败血病，二性霉素 B 为首选药。用法：静滴，开始首次剂量以每次 0.1mg/kg，滴速宜缓慢，每日 1 次，以后酌情逐渐加量，最大量不超过每次 1mg/kg。此药毒性大，常不能完成疗程而被迫停用。

四、其它治疗

其它治疗包括：处理局部感染病灶、提高全身抵抗力、中医中药及对症处理等。

第二节 细菌性肺炎

细菌性肺炎 (Bacterial Pneumonia) 在临床上仍属常见，特别是老年及晚期衰竭的病人，常以并发症的形式出现并可置人于死地。治疗细菌性肺炎的关键是确定病原菌及选用恰

当的抗菌药物。当今引起肺炎的致病菌往往具有耐药、产酶、厌氧、条件致病等特点。军团菌病 (Legionnaire's Disease) 主要累及肺脏, 虽属传染病范畴, 亦是一种肺炎, 在国内已有报道, 应予警惕。

一、抗菌药物的选择

一般来说, 院外感染以 G^+ 球菌为多, 可先试用青霉素 G 或氨苄青霉素。院内感染严重者, G^- 杆菌的可能性较大, 在未明确病原菌之前可先试用氨基甙类加半合成青霉素或头孢菌素类, 但必须在留出痰培养标本 (至少在痰涂片) 后进行, 培养及药敏结果报告后再行调整 (参见本章第一节)。

1. G^+ 球菌肺炎

G^+ 球菌肺炎包括肺炎双球菌肺炎、葡萄球菌肺炎等 (当今的首选药物参见本章第一节)。肺炎球菌肺炎轻症或对青霉素过敏者 (部分头孢与青霉素有交叉过敏), 仍可使用传统治疗方法, 如 SMZ Co. 2 片, 日服 2 次; 红霉素 1.5g/d, 口服或静滴; 林可霉素 2g/d, 静滴; 氯林可霉素 0.6~1.8g/d, 口服或注射给药; 头孢氨苄 (Cephalexin, 头孢力新、先锋 IV) 0.5g, 口服, 每 6 小时 1 次。总疗程 5~7 日, 退热后 3 日停药。对产酶金葡菌肺炎, 近年来有耐酶新药氮草脒青霉素 (Mecillinum、FI₁₀₆₀), 对 β -内酰胺酶较稳定, 对 G^- 杆菌作用强于氨苄青霉素, 且不易耐药。20~60mg/(kg·d), 静注或静滴。耐酶青霉素与氨基甙类联用有协同作用。近年来发现一种耐甲氧苯青霉素的金葡菌, 一般耐酶青霉素及头孢类均无效, 只对万古霉素敏感。万古霉素 1~2g/d, 静滴, 但毒副反应较大, 常有静脉炎、皮疹、药物热、耳肾毒等。传统的红霉素、林可霉素、氯林可霉素、利福霉素等也有使用者。