

第五篇 中西医结合内科学

第一章 呼吸系统疾病

第一节 急性上呼吸道感染

一、病因病机

西医——**病毒**。

二、中医病位

肺卫。

三、鉴别诊断

	普通感冒	急性病毒性咽炎和喉炎	急性咽-扁桃 体炎	急性疱疹性 咽峡炎	急性咽结 膜炎
症状	咽干，鼻塞、喷嚏、低热、咳嗽、流涕。 声嘶 1~2周消失 单纯性疱疹	急性病毒性咽炎—— 咽痒、灼热感， 咽痛 不明显 ，咳嗽少见。 急性喉炎—— 声音嘶 哑 ， 说话困难 ，咳嗽时疼 痛，发热、咽痛或咳嗽	咽痛 发热 畏寒	咽痛、发热	咽痛、发 热、流泪、 畏光
体征	鼻黏膜充血、水肿，有分泌物 眼结膜充血	咽部水肿、充血 局部淋巴结肿大，触痛 喉部喘息	咽部充血 扁桃体肿大 、 充血 ，表面有 黄色点状渗出 物 ，颌下淋巴 结肿大压痛	咽部、软腭、 悬雍垂和扁 桃体有 丘 疹、疱疹 、 溃疡 ，周围 黏膜有红晕	咽部及结 膜充血 颈部 淋巴 结肿大 角膜炎

四、中医辨证论治

风寒束表证——辛温解表——**荆防败毒散**

风热犯表证——辛凉解表——**银翘散或葱豉桔梗汤**

暑湿伤表证——清暑祛湿解表——**新加香薷饮**

第二节 急性支气管炎

一、西医病因

病原微生物——**病毒**最常见的微生物。

理化因素——冷空气、粉尘、刺激性气体或烟雾。

过敏反应。

二、诊断

1. 呼吸道症状

干咳或有少量黏液痰，随后痰量增多，咳嗽加剧，**偶伴血痰**。

两肺散在**干、湿啰音**。

2. X线胸片

正常或肺纹理增粗。

三、中医辨证论治

风寒袭肺证——疏风散寒，宣肺止咳——**三拗汤合止嗽散**

风热犯肺证——疏风清热，宣肺止咳——**桑菊饮**

燥热伤肺证——疏风清肺，润燥止咳——**桑杏汤**

凉燥伤肺证——轻宣凉燥，润肺止咳——**杏苏散**

第三节 慢性支气管炎

一、西医病因

吸烟——**最重要**的环境发病因素。感染——发生发展的**重要**因素。

二、临床表现

1. 症状

咳嗽、咳痰、喘息，每年发病持续**3个月**，并连续**2年**或以上。

2. 体征

干、湿性啰音，**哮鸣音**，**肺气肿**。

3. X线检查

肺纹理**增多、变粗、扭曲**，呈**网状**或**条索状**阴影，向肺野周围延伸，以两肺中下野明显。

4. 最常见的并发症

阻塞性肺气肿。

三、中医辨证论治

1. 实证

风寒犯肺证——宣肺散寒，化痰止咳——**三拗汤合止咳散**

风热犯肺证——清热解表，止咳平喘——**桑菊饮**

痰湿蕴肺证——燥湿化痰，降气止咳——**二陈汤合三子养亲汤**

痰热郁肺证——清热化痰，宣肺止咳——**清金化痰汤**

寒饮伏肺证——温肺化饮，散寒止咳——**小青龙汤**

2. 虚证

肺气虚证——补肺益气，化痰止咳——**玉屏风散**

肺脾气虚证——补肺健脾，止咳化痰——**补肺汤**

肺肾气阴两虚证——滋阴补肾，润肺止咳——沙参麦冬汤合

六味地黄丸

第四节 慢性阻塞性肺疾病 (COPD)

一、西医病因病机

1. 病因

吸烟——最常见的危险因素。感染因素——发生与进展（加重）的重要因素之一。

2. 病理

(1) 病理改变：**慢性支气管炎+肺气肿**。

(2) 分为：小叶中央型（多见）、全小叶型及混合型。

二、临床表现

1. 特征

不完全可逆的、持续性的气流受限，呈**进行性**发展。

2. 症状

气短、喘息或呼吸困难——标志性症状。

3. 体征（慢性支气管炎+肺气肿）

视	桶状胸 ——胸廓前后径增大，肋间隙增宽，剑突下胸骨下角增宽
触	双侧语颤减弱或消失
叩	肺部过清音，心浊音界缩小，肺下界和肝浊音界下降
听	两肺呼吸音减弱，呼气延长，湿和/或干性啰音；心率增快、心音遥远，肺动脉高压、肺心病

4. 并发症

慢性肺源性心脏病——最主要的并发症。

5. 分级

分级	肺功能	
I级：轻度	FEV ₁ /FVC < 70% 存在气流受限	FEV ₁ ≥ 80% 预计值
II级：中度		50% ≤ FEV ₁ < 80% 预计值
III级：重度		30% ≤ FEV ₁ < 50% 预计值
IV级：极重度		FEV ₁ < 30% 预计值或 < 50% 预计值，伴慢性呼吸衰竭

三、西医疗疗

1. 急性加重期（提示：咳痰喘加重或痰量增多或呈黄痰）

支气管舒张药；持续低流量吸氧；控制感染；糖皮质激素；祛痰剂。

2. 稳定期治疗

支气管舒张药；祛痰药；糖皮质激素；长期家庭氧疗（LTOT）。

四、中医辨证论治

外寒内饮证——温肺散寒，解表化饮——小青龙汤

痰热郁肺证——清肺化痰，降逆平喘——越婢加半夏汤或桑

白皮汤

痰浊壅肺证——健脾化痰，降气平喘——三子养亲汤合二陈汤

肺脾气虚证——补肺健脾，益气平喘——补肺汤合四君子汤

肺肾气虚证——补肺益肾，降气平喘——平喘固本汤合补肺汤

阳虚水泛证——温肾健脾，化饮利水——真武汤合五苓散

第五节 支气管哮喘

一、西医病因病机

1. 病因

(1) 遗传因素

(2) 激发因素: ①吸入物; ②感染; ③食物; ④阿司匹林、普萘洛尔。

2. 病机

气道炎症——是哮喘的最重要的发病机制，哮喘的本质。

伏痰——成为发病的“夙根”。

二、临床表现

1. 症状

(1) **发作性伴有哮鸣音**的呼气性呼吸困难; **端坐呼吸**, 咳大量**白色泡沫痰**。

(2) 治疗或自行缓解。

(3) 咳嗽变异型哮喘——**顽固性咳嗽**为唯一的症状; 运动性哮喘——运动时出现。

(4) **夜间**及凌晨发作和加重。

(5) 发作前有鼻痒、喷嚏、流涕、胸闷。

2. 体征

发作时: 胸部过度充气, “**三凹征**”, 广泛的哮鸣音, 呼气音延长。

三、鉴别诊断

心源性哮喘:

(1) 有**高血压、冠心病、风心病和二尖瓣狭窄**等病史和体征。

(2) 咳**粉红色泡沫痰**, 两肺可闻及广泛**湿啰音**和**哮鸣音**, 左心界扩大, 心率增快, 心尖部可闻及**奔马律**。

(3) 胸部X线: 心脏增大, **肺淤血**。

提示: 一时难以鉴别**忌用肾上腺素或吗啡**。

四、西医治疗

1. 激素

最有效的控制气道炎症的药物。**吸入**为首选途径。**长期**治疗哮喘的**首选**药物。

2. β_2 受体激动剂

缓解**轻、中度**急性哮喘症状的**首选**药物。

3. 白三烯受体拮抗剂

扎鲁司特，孟鲁司特。除吸入激素外，**唯一可以单独应用的长效控制药**。

4. 茶碱类

五、中医辨证论治

1. 发作期

寒哮证——温肺散寒，化痰平喘——**射干麻黄汤**

热哮证——清热宣肺，化痰定喘——**定喘汤或越婢加半夏汤**

寒包热哮证——解表散寒，清化痰热——**小青龙加石膏汤或**

厚朴麻黄汤

风痰哮证——祛风涤痰，降气平喘——**三子养亲汤**

2. 缓解期

肺虚证——补肺固表——**玉屏风散**

脾虚证——健脾化痰——**六君子汤**

肾虚证——补肾纳气——**金匱肾气丸或七味都气丸**

第六节 肺炎

一、分型

类型	咳嗽咳痰特点
肺炎链球菌肺炎	肺实变（叩诊呈浊音、听诊语颤增强、支气管呼吸音） 铁锈色
葡萄球菌肺炎	脓痰、 粉红色乳状

续表

类型	咳嗽咳痰特点
克雷伯杆菌肺炎	砖红色胶冻样或灰绿色
军团菌肺炎	黏痰，或脓痰、血痰（体温上升与脉搏不呈比例）
支原体肺炎	持久的阵发性刺激性呛咳，干咳无痰或少痰

二、诊断

病原菌检测——是确诊各型肺炎的主要依据。

三、西医治疗

抗生素——**首选**治疗手段。

肺炎链球菌肺炎——**首选青霉素G**。军团菌肺炎——**首选红霉素**。

肺炎支原体——**首选大环内酯类**药物。肺炎衣原体肺炎——**首选红霉素**。

葡萄球菌肺炎——**耐青霉素酶**的半合成青霉素或头孢菌素类。

四、中医辨证论治

邪犯肺卫证——疏风清热，宣肺止咳——**三拗汤或桑菊饮**

痰热壅肺证——清热化痰，宽胸止咳——**麻杏石甘汤合《千金》苇茎汤**

热陷心包证——清热解毒，化痰开窍——**清营汤合菖蒲郁金汤**

阴竭阳脱证——益气养阴，回阳固脱——**生脉散合四逆汤**

正虚邪恋证——益气养阴，润肺化痰——**竹叶石膏汤**

第七节 原发性支气管肺癌

一、病理

1. 按解剖学分类

(1) 中央型肺癌：段支气管至主支气管的癌肿，占 3/4，以鳞状上皮细胞癌和小细胞未分化癌多见。

(2) 周围型肺癌：段支气管以下的癌肿，占 1/4，腺癌多见。

2. 按组织学分类

(1) 小细胞癌：恶性程度最高，对放疗和化疗较敏感。生长快，侵袭力强，远处转移早。

(2) 鳞癌：最常见，吸烟史，以中央型肺癌多见。生长慢，转移晚，手术

(3) 腺癌：女性，与吸烟关系不大，多表现为周围型。

(4) 大细胞未分化癌。

二、临床表现

1. 原发肿瘤引起的症状

咳嗽、咯痰——刺激性干咳或有少量黏液痰，高调金属音。血痰、大咯血；胸闷、气急；体重下降；发热。

2. 肿瘤局部扩展引起的症状

局部扩展	症状
胸膜或纵隔	不规则钝痛
胸壁、肋骨或压迫肋间神经	胸痛剧烈，且有定点或局部压痛，呼吸、咳嗽则加重
大气道	吸气性呼吸困难
食管	咽下困难、支气管-食管瘘
喉返神经	则发生声音嘶哑
侵犯纵隔，压迫上腔静脉	上腔静脉压迫综合征：头、颈、前胸部及上肢水肿淤血
肺上沟癌压迫颈部交感神经	同侧霍纳综合征（眼睑下垂、眼球内陷、瞳孔缩小、额部少汗等）或引起同侧臂丛神经压迫征

3. 肺外表现

杵状指、类癌综合征。

三、实验室检查

1. 胸部X线——是发现肺癌的最基本方法。

(1) 中央型肺癌：①肺门类圆形，边缘毛糙，分叶或切迹。

②“S”征：肿块与肺不张、阻塞性肺炎并存。③间接征象：局限性肺气肿、肺不张、阻塞性肺炎和继发性肺脓肿。

(2) 周围型肺癌：①局限性小斑片状阴影。②毛刺、切迹和分叶。③偏心性癌性空洞。

2. 病理学检查——确诊。

四、西医治疗

手术治疗；小细胞癌——**首选化疗，以及放疗。**

五、中医辨证论治

气滞血瘀证——化痰散结，行气止痛——**血府逐瘀汤**

痰湿蕴肺证——祛湿化痰——**二陈汤合栝蒌薤白半夏汤**

阴虚毒热证——养阴清热，解毒散结——**沙参麦冬汤合五味**

消毒饮

气阴两虚证——益气养阴，化痰散结——**生脉散合沙参麦冬汤**

第八节 慢性肺源性心脏病

一、西医病因

支气管、肺疾病慢性阻塞性肺疾病最多见。

二、临床表现

1. 肺、心功能代偿期（缓解期）

(1) 症状：咳嗽、咳痰、气促，活动后可有心悸、呼吸困难、

乏力和劳动耐力下降。

(2) 体征：**发绀、肺气肿体征**。偶有干、湿性啰音，**心音遥远**。

右心室肥厚：三尖瓣区收缩期杂音或剑突下心脏搏动增强。

2. 肺、心功能失代偿期（急性发作期）

(1) 呼吸衰竭

症状：呼吸困难，**夜间为甚**，肺性脑病。

体征：发绀，**颅内压升高**。病理反射（+）。

(2) 右心衰竭

症状：**心悸、食欲不振、腹胀、恶心等**。

体征：**颈静脉怒张**，肺水肿，心率增快，**三尖瓣区舒张期杂音**。肝大压痛（+），肝-颈静脉反流征（+），**腹水**，下肢水肿。

三、诊断

1. 代偿期

基础肺病 + 右心肥厚、扩张。

2. 失代偿期（右心衰）

代偿期表现 + 呼吸衰竭（缺氧、肺性脑病、血气分析）+ **心力衰竭**（体循环淤血）。

3. 并发症

肺性脑病为肺源性心脏病死亡的首要原因。

诊断（肺病 + 右房、右室大 + 右心衰）

病史	慢性支气管炎、肺气肿、肺血管病变
肺动脉高压	P₂亢进 ，胸骨左缘第2~3肋间收缩期搏动
右室增厚	剑突下心尖搏动增强，三尖瓣区收缩期杂音
右心功能失代偿	颈静脉怒张，肝颈静脉反流征（+），肝大压痛，踝以上水肿
X线胸片	肺动脉高压、右心室增大（心尖向左移位）
心电图	右心室肥大（电轴右偏）肺型P波（ 高尖P波 ）

四、中医辨证论治

1. 急性加重期

痰浊壅肺证——健脾益肺，化痰降气——**苏子降气汤**痰热郁肺证——清肺化痰，降逆平喘——**越婢加半夏汤**痰蒙神窍证——涤痰开窍，息风止痉——**涤痰汤**，另服**安宫****牛黄丸或至宝丹**阳虚水泛证——温肾健脾，化饮利水——**真武汤合五苓散**

2. 缓解期

肺肾气虚证——补肺纳肾，降气平喘——**补肺汤**气虚血瘀证——益气活血，止咳化痰——**生脉散合血府逐瘀汤**

第九节 呼吸衰竭（助理不考）

一、临床表现

1. 急性呼吸衰竭临床表现

(1) **呼吸困难**——临床**最早**出现的症状。(2) **发绀**——是缺氧的典型临床表现。

2. 慢性呼吸衰竭临床表现

(1) 呼吸困难。

(2) 神经精神症状。

(3) 血液循环系统——肺动脉高压、右心衰、体循环淤血。

二、诊断

呼吸类型	PaO_2	$PaCO_2$
I型 呼吸衰竭	< 60 mmHg	≤ 50 mmHg
II型 呼吸衰竭		> 50 mmHg

确诊——**动脉血气分析**。

三、西医治疗

氧疗方法：Ⅰ型呼衰——高浓度($>35\%$)吸氧；Ⅱ型呼衰——持续低浓度给氧。

四、中医辨证论治

痰浊阻肺证——化痰降气，宣肺平喘——二陈汤合三子养

亲汤

肺肾气虚证——补益肺肾，纳气平喘——补肺汤合参蛤散

脾肾阳虚证——温肾健脾，化湿利水——真武汤合五苓散

痰蒙神窍证——涤痰开窍，息风止痉——涤痰汤、安宫牛黄

丸、至宝丹

阳微欲脱证——益气温阳，固脱救逆——独参汤、参附注

射液

第二章 循环系统疾病

第一节 心力衰竭

提示：左肺右体：左心衰——肺淤血；右心衰——体循环淤血

一、病因

1. 基本病因

(1) 原发性心肌损害

(2) 心脏负荷过重

2. 诱因

(1) 感染：呼吸道感染是最常见、最重要

(2) 心律失常

(3) 过度劳累、情绪激动

(4) 血容量增加：静脉输液过多、过快

(5) 应用心肌抑制药物

(6) 其他：**洋地黄类药物**、高热、严重贫血

二、分级

心力衰竭心功能（劳力性心绞痛）分级——美国纽约心脏病学会（NYHA）

分级	活动耐量	疲乏、心悸、呼吸困难或心绞痛
I级	日常活动量 不受 限制	一般活动不引起
II级	体力活动受到 轻度 限制	一般活动可出现（步行200米以上、登1层楼以上引起）
III级	体力活动 明显 受限	小于一般活动出现（步行200米、登1层楼引起）
IV级	不能 从事任何体力活动	休息状态下出现心衰

第二节 急性心力衰竭

一、临床表现（急性左心衰）

1. 早期表现

劳力性呼吸困难、**夜间**阵发性呼吸困难。

2. 急性肺水肿

端坐呼吸、咳**粉红色**泡沫样痰，心尖区第一心音减弱、舒张早期**奔马律**，肺动脉瓣区第二心音亢进，两肺满布湿啰音和哮鸣音。

3. 心源性休克

(1) 低血压。

(2) 组织低灌注：①皮肤湿冷、苍白、紫绀；②心动过速；

③尿量减少；④意识障碍。

4. 其他

①**昏厥**（阿-斯综合征）；②**心脏骤停**。

二、诊断

1. 急性左心衰竭诊断：呼吸困难，急性肺水肿，心源性休克。

2. 急性右心衰竭诊断

(1) 病因：右心室梗死、肺栓塞。

(2) 临床表现：突发的呼吸困难、低血压、颈静脉怒张等。

三、西医治疗

1. 急性左心衰的治疗原则

降低左房压和（或）左室充盈压；增加左室心搏量；减少循环血量；减少肺泡内液体渗入，保证气体交换。

2. 急性左心衰竭的治疗

提示：端坐吸氧，腿下垂；强心（洋地黄类）、利尿（襻利尿剂-呋塞米）、打吗啡；扩张血管硝普钠（收缩压 > 110mmHg 安全，< 90mmHg 禁忌）；开放通路四肢压。

四、中医辨证论治

心肺气虚证——补益心肺——养心汤合补肺汤

心脾阳虚证——益气健脾，温阳利水——真武汤

心阳欲脱证——回阳固脱——独参汤或四味回阳饮

第三节 慢性心力衰竭

一、西医病因病理

心力衰竭始于心肌损伤，导致病理性重塑，从而出现左心室扩大和（或）肥大。

二、临床表现

1. 慢性左心衰（肺淤血 + 器官低灌注）

(1) 症状：①呼吸困难：**劳力性呼吸困难**——最早，端坐呼吸、夜间阵发性呼吸困难（心源性哮喘）。②咳嗽、咳痰、咯血。③组织低灌注：乏力、疲倦、头昏、心慌。

(2) 体征：

①肺部体征：两肺底湿性啰音；哮鸣音；胸腔积液。

②心脏体征：心脏扩大——二尖瓣关闭不全（心尖区舒张期奔马律、心尖区收缩期杂音）交替脉。肺动脉高压——肺动脉瓣第二音（P₂）亢进。

2. 慢性右心衰（体循环淤血）

(1) 症状：腹胀、食欲不振、肝区胀痛

(2) 体征：颈静脉怒张，肝-颈静脉反流征阳性；黄疸、肝大伴压痛；**下垂部位凹陷性水肿**；胸水、腹水；周围性紫绀。

心脏体征：提示：**右心室扩大——三尖瓣关闭不全——三尖瓣收缩期杂音。**

三、实验室检查及其他检查

X线胸片：心脏增大、肺淤血、肺动脉高压、胸腔积液。

超声心动图：确诊（大小、瓣膜结构、舒缩功能、射血分数）。

四、诊断

1. 慢性左心衰 = **左心大（心尖区舒张期奔马律、心尖区收缩期杂音）**

肺淤血（呼吸困难、肺部干、湿啰音）

肺动脉高压（肺动脉瓣区第二心音亢进）

2. 慢性右心衰 = **右心大（三尖瓣关闭不全）**

体循环淤血（下肢水肿、胸水、腹水、颈静脉怒张、肝大、肝-颈静脉回流征阳性）

3. 全心衰 = 肺淤血 + 体循环淤血（呼吸困难症状有不同程度减轻）

五、西医治疗

扩血管——血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）、卡托普利。

减慢心率—— β 受体阻滞剂、（**洛尔）、收缩支气管。

利尿——利尿剂（呋塞米），襻利尿剂首选。

强心——地高辛（洋地黄）。

六、中医辨证论治

气虚血瘀证——补益心肺，活血化瘀——**保元汤合血府逐瘀汤**

气阴两虚证——益气养阴，活血化瘀——**生脉饮合血府逐瘀汤**

阳虚水泛证——益气温阳，化瘀利水——**真武汤合葶苈大枣泻肺汤**

痰饮阻肺证——温化痰饮，泻肺逐水——**苓桂术甘汤合丹参饮**

第四节 心律失常

分类

快速性心律失常	过早搏动	房性早搏
		房室交界性早搏
		室性早搏
	心动过速	室性心动过速
阵发性室上性心动过速		

续表

快速性心律失常	房颤
	房扑
缓慢性心律失常	窦性心动过缓
	房室传导阻滞
	病态窦房结综合征

第五节 快速性心律失常

一、临床表现

分类	临床表现	
阵发性室上性心动过速	心悸	突发突止
早搏	胸闷	—
房颤	头晕	心音强弱不等、心律绝对不规则、脉搏短绌
室性心动过速	乏力	—

二、心电图表现

类型	心电图
过早搏动	
房性早搏	①提前出现P'波，形态与窦性P波不同。②P'-R间期 >0.12 秒。③QRS形态正常，亦可增宽。④代偿间歇（PP间期）不完全
房室交界性早搏	①提前出现的QRS波，逆行P波，可出现在QRS之前、之中或之后。②QRS形态正常。③代偿间歇多完全
室性早搏	①QRS提前出现，宽大、畸形或有切迹，时间 ≥ 0.12 秒。②T波亦宽大，其方向与QRS主波方向相反。③代偿间歇完全
心动过速	
室上性心动过速	(1) 心率快而规则，160~220次/分。 (2) P波形态与窦性不同。 (3) QRS波群形态通常为室上性，亦可增宽、畸形。 (4) ST-T波无变化，发作中也可以倒置

续表

类型		心电图
心动过速	室性心动过速	(1) 3个或以上的室早连发。 (2) 常没有P波或P波与QRS无固定关系，且P波频率比QRS波频率缓慢 (3) 频率多数为每分钟140~220次，室律略有不齐。 (4) 偶有心室夺获或室性融合波
	房颤	P波消失，代之以大小不等、形态不同、间隔不等的f波，频率为350~600次/分。
	房扑	P波消失，代之以连续性锯齿样f波（各波大小、形态相同，频率规则，为250~350次/分）。

三、西医治疗

分类		首选治疗方法
窦性心动过速		首选 β受体阻滞剂
过早搏动	房性期前收缩	首选 β受体阻滞剂
	室性期前收缩	利多卡因
阵发性室上性心动过速		颈动脉按摩、压迫眼球
		首选 腺苷 ，无效改用静注 维拉帕米 血流动力学不稳定立即电复律，射频消融为根除治疗
房颤、房扑		抗凝-华法林、 β受体阻滞剂 、心律转复
室性心动过速		①血流动力学不稳定：直流电复律
		②无血流动力学障碍：氟卡胺、β受体阻滞剂、维拉帕米、胺碘酮

四、中医辨证论治

心虚胆怯证——镇惊定志，养心安神——**安神定志丸**
 心血不足证——补血养心，益气安神——**归脾汤**
 阴虚火旺证——滋阴清火，养心安神——**天王补心丹**