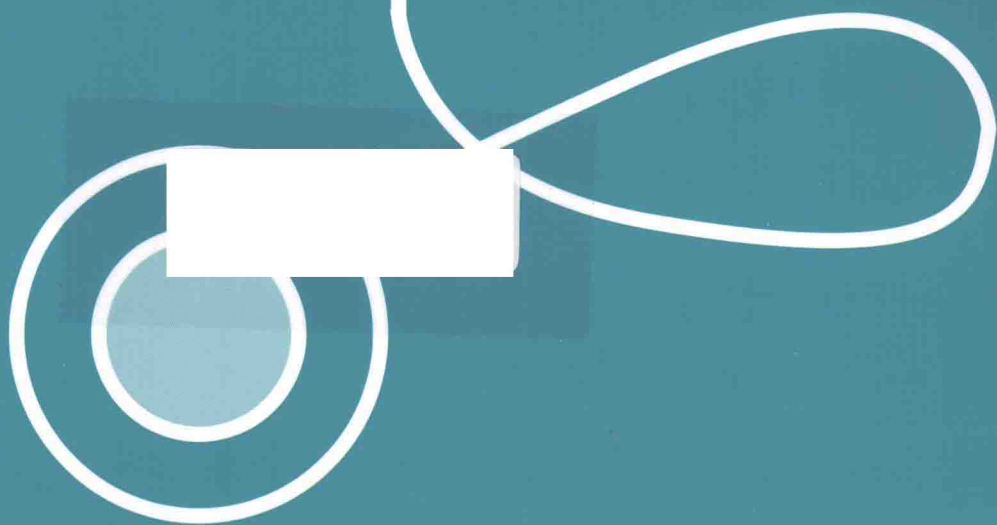


Clinical Diagnosis and Treatment of Common Diseases in
Department of Internal Medicine

内科常见疾病 临床诊疗与思维： 全科医生手册

主 编 于志刚
副主编 苏德淳 毋 健 王 帅 门莉莉



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS

浙江大学出版社

内科常见疾病临床诊疗与思维： 全科医师手册

主 编 于志刚



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS
浙江大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科常见疾病临床诊疗与思维：全科医师手册 / 于志刚主编. —杭州：浙江大学出版社，2015.7

ISBN 978-7-308-14795-8

I. ①内… II. ①于… III. ①内科—常见病—诊疗—手册 IV. ①R5-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 127405 号

内科常见疾病临床诊疗与思维：全科医师手册

于志刚 主编

责任编辑 张 鸽 (zgzup@zju.edu.cn)
责任校对 潘晶晶
封面设计 黄晓意
出版发行 浙江大学出版社
(杭州市天目山路 148 号 邮政编码 310007)
(网址: <http://www.zjupress.com>)
排 版 杭州中大图文设计有限公司
印 刷 浙江省邮电印刷股份有限公司
开 本 787mm×1092mm 1/16
印 张 28.25
字 数 687 千
版 次 2015 年 7 月第 1 版 2015 年 7 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-308-14795-8
定 价 79.00 元

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

浙江大学出版社发行部联系方式: 0571-88925591; <http://zjdxcs.tmall.com>

前 言

全科医学,也称家庭医学,源于古代医学质朴的思想体系和作业方式,同时又融入了现代科学的理论与技术。其在1969年经美国医学专科委员会批准,成为美国第20个医学专科组织,标志着家庭医学的诞生,以后逐渐在许多国家推广。全科医学之所以发展得如此迅速,并受到各国民众的欢迎,是由于它推行和贯彻了新的生物—心理—社会医学模式,弥补了单纯生物医学模式下所形成的医学观念和医疗服务体系的缺陷,并较好地解决了医疗费用上涨、人口老龄化、疾病谱改变等医学界面临的新问题。全科医学是关于综合性地处理社区居民常见健康问题的医学专科,换言之,是一个关于基层医疗、初级卫生保健、社区卫生服务的医学专科。随着经济的发展和医疗保障水平的提高以及人民群众对健康需求的增加,人们对全科医师的要求也越来越高。然而医学科学发展迅速,各种新概念、新理论、新治疗观念不断出现,且疾病种类繁多、病情复杂,如何全面、准确掌握内科常见病的诊疗常规是刚迈入全科医疗工作岗位的新医师所面临的新挑战。如何尽快帮助一名医学生快速成长为一名全科医师,是医疗机构当前所需面对的迫切问题。

本书作者根据长期的临床工作与教学经验,编写了这本深入浅出、通俗易懂的内科常见病全科医师手册。其内容具有适用性、简明性,包括内科疾病常见症状、各系统疾病诊疗与思维,能帮助全科医生对常见内科疾病的诊治形成基本的认知体系,也便于临床查阅使用。

本书中所介绍的诊疗方法是作者根据目前学术界的主流观点和自身多年的临床经验编写的,难免有疏漏和不妥之处,希望同仁和读者不吝赐教,以资修订。

最后,感谢出版社的各位工作人员,尤其是张鸽编辑,是你们不辞辛苦的劳作方使这本书得以面世。

于志刚

2015年7月22日

目 录

第一篇 消化系统疾病

第一章 胃 炎	3
第一节 急性胃炎	3
第二节 慢性胃炎	4
第三节 特殊类型的胃炎或胃病	5
第二章 消化性溃疡	10
第三章 胃泌素瘤	14
第四章 胃 癌	17
第五章 贲门失弛缓症	19
第六章 食管裂孔疝	21
第七章 胃食管反流病	23
第八章 食管贲门黏膜撕裂综合征	26
第九章 食管癌	28
第十章 功能性消化不良	30
第十一章 肠易激综合征	32
第十二章 血管活性肠肽瘤	34
第十三章 肠结核	37
第十四章 缺血性肠病	40
第十五章 结核性腹膜炎	41
第十六章 溃疡性结肠炎	43
第十七章 克罗恩病	46
第十八章 腹 泻	50
第十九章 便 秘	53
第二十章 结直肠癌	56

第二十一章	自身免疫性肝炎	58
第二十二章	原发性硬化性胆管炎	61
第二十三章	原发性胆汁性肝硬化	62
第二十四章	非酒精性脂肪性肝病	64
第二十五章	酒精性肝病	66
第二十六章	药物性肝病	68
第二十七章	肝硬化	71
第二十八章	原发性肝癌	76
第二十九章	自身免疫性胰腺炎	78
第三十章	急性胰腺炎	80
第三十一章	慢性胰腺炎	83
第三十二章	胰腺癌	85
第三十三章	消化道出血	88
第三十四章	不明原因消化道出血	93
参考文献	95

第二篇 心血管系统疾病

第一章	原发性高血压	99
第二章	继发性高血压	107
第三章	稳定型心绞痛	109
第四章	急性冠脉综合征	116
第五章	心律失常	134
第一节	病态窦房结综合征	134
第二节	心房颤动	135
第三节	预激综合征	137
第四节	房室传导阻滞	138
第六章	心力衰竭	141
第一节	慢性心力衰竭	142
第二节	急性心力衰竭	149
第七章	心肌炎	152
第八章	肥厚型心肌病	155
第九章	二尖瓣狭窄	158
第十章	二尖瓣关闭不全	160
第十一章	主动脉瓣狭窄	163
第十二章	主动脉瓣关闭不全	166
第十三章	心包疾病	168
第一节	心包积液与心脏压塞	168

第二节 缩窄性心包炎	170
第十四章 感染性心内膜炎	172
第一节 自体瓣膜心内膜炎	172
第二节 人工瓣膜心内膜炎	174
第三节 静脉药瘾者心内膜炎	175
第十五章 房间隔缺损	176
第十六章 室间隔缺损	178
第十七章 动脉导管未闭	180
第十八章 肺动脉瓣狭窄	182
第十九章 主动脉夹层	184
参考文献	187

第三篇 呼吸系统疾病

第一章 慢性阻塞性肺病	193
第二章 慢性肺源性心脏病	197
第三章 肺水肿	200
第四章 肺动脉高压	203
第五章 肺动脉栓塞	207
第六章 呼吸衰竭	211
第七章 急性上呼吸道感染	215
第八章 急性气管-支气管炎	218
第九章 支气管扩张症	220
第十章 肺脓肿	222
第十一章 社区获得性肺炎	225
第十二章 医院获得性肺炎	229
第十三章 支气管哮喘	232
第十四章 肺结核	237
第十五章 睡眠呼吸暂停低通气综合征	241
第十六章 急性呼吸窘迫综合征	246
第十七章 特发性肺纤维化	249
第十八章 外源性过敏性肺泡炎	252
第十九章 肺泡蛋白质沉积症	254
第二十章 原发性支气管肺癌	256
第二十一章 气 胸	260
第二十二章 结节病	263
第二十三章 胸腔积液	266
参考文献	270

第四篇 泌尿系统疾病

第一章	急性肾小球肾炎	273
第二章	急进性肾小球肾炎	275
第三章	肾病综合征	277
第四章	IgA 肾病	281
第五章	隐匿性肾小球肾炎	283
第六章	慢性肾小球肾炎	284
第七章	糖尿病肾病	286
第八章	系统性红斑狼疮性肾炎	288
第九章	急性间质性肾炎	290
第十章	急性肾衰竭	291
第十一章	慢性肾衰竭	294
第十二章	尿路感染	297
参考文献	300

第五篇 血液和风湿系统疾病

第一章	急性白血病	303
第二章	急性淋巴细胞白血病	305
第三章	急性早幼粒细胞白血病	307
第四章	急性髓细胞白血病(非急性早幼粒细胞白血病)	309
第五章	慢性髓系白血病	310
第六章	慢性淋巴细胞白血病	312
第七章	温抗体型自身免疫性溶血性贫血	315
第八章	缺铁性贫血	317
第九章	再生障碍性贫血	319
第十章	巨幼细胞性贫血	321
第十一章	弥散性血管内凝血	323
第十二章	特发性血小板减少性紫癜	325
第十三章	多发性骨髓瘤	327
第十四章	骨髓增生异常综合征	329
第十五章	淋巴瘤	332
第一节	霍奇金淋巴瘤	332
第二节	弥漫大 B 细胞性淋巴瘤	333
第十六章	类风湿关节炎	334
第十七章	系统性红斑狼疮	339

第十八章 强直性脊柱炎	342
第十九章 系统性硬化病	345
第二十章 干燥综合征	348
第二十一章 特发性炎性肌病	351
第二十二章 贝赫切特病	353
参考文献	356

第六篇 内分泌与代谢系统疾病

第一章 糖尿病及其相关并发症	359
第一节 糖尿病	359
第二节 糖尿病酮症酸中毒	368
第三节 高渗高血糖综合征	370
第二章 低血糖症	371
第三章 甲状腺功能亢进症	373
第四章 甲状腺功能减退症	378
第五章 甲状腺炎	380
第一节 亚急性甲状腺炎	380
第二节 慢性淋巴细胞性甲状腺炎	381
第六章 甲状腺结节	383
第七章 库欣综合征	385
第八章 原发性醛固酮增多症	387
第九章 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症	392
第十章 原发性甲状旁腺功能亢进症	395
第十一章 原发性甲状旁腺功能减退症	398
第十二章 垂体瘤	400
第十三章 巨人症与肢端肥大症	402
第十四章 腺垂体功能减退症	404
第十五章 生长激素缺乏性侏儒症	406
第十六章 尿崩症	408
第十七章 抗利尿激素分泌失调综合征	410
第十八章 嗜铬细胞瘤	412
第十九章 高尿酸血症与痛风	413
第二十章 原发性骨质疏松症	417
参考文献	420

第七篇 内科常见临床症状与体征

第一章 发 热	423
---------------	-----

第二章	皮肤黏膜出血	424
第三章	水 肿	425
第四章	咳嗽与咳痰	426
第五章	咯 血	427
第六章	胸 痛	428
第七章	发 绀	429
第八章	呼吸困难	430
第九章	心 悸	431
第十章	恶心与呕吐	432
第十一章	呕 血	433
第十二章	便 血	434
第十三章	黄 疸	435
第十四章	血 尿	436
第十五章	少尿、无尿与多尿	437
参考文献	438

第一篇

消化系统疾病

第一章

胃 炎

胃炎(gastritis)是胃黏膜对胃内各种刺激因素的炎症反应。生理性炎症是胃黏膜屏障的组成部分之一,但若炎症使胃黏膜屏障及胃腺结构受损,则可出现中上腹疼痛、消化不良、上消化道出血甚至癌变。根据其病理生理和临床表现,胃炎可大致分为急性胃炎、慢性胃炎和特殊类型的胃炎。

第一节 急性胃炎

急性胃炎(acute gastritis)也称糜烂性胃炎、出血性胃炎、急性胃黏膜病变,在胃镜下可见黏膜糜烂和出血。组织学上通常可见胃黏膜急性炎症,但也有仅伴很轻甚至不伴有炎症细胞的浸润。

【病因和发病机制】

1. 应激:如严重创伤、手术、多器官功能不全等。
2. 药物:非甾体类抗炎药物(non-steroid anti-inflammatory drugs, NSAIDs),如阿司匹林、对乙酰氨基酚等,抗肿瘤药物,铁剂,氯化钾等。
3. 酒精:乙醇具有亲脂性和溶脂性,可导致胃黏膜糜烂及黏膜出血,且炎症细胞浸润多不明显。
4. 创伤和物理因素:留置鼻饲管、剧烈恶心、胃内异物、食管裂孔疝、胃镜下各种止血术、微创治疗等。

【症状与体征】

常有上腹疼痛、恶心、呕吐、食欲不振等;重症者可有呕血、黑便、脱水、酸中毒或休克;轻者可无症状,仅在胃镜检查时发现。

主要并发症是上消化道出血,失血性休克,水、电解质及酸碱平衡紊乱等。

【辅助检查】

胃镜或上消化道钡餐造影。

【诊断要点】

有严重疾病史、用药史、饮酒史等,典型临床表现及胃镜检查可确诊。

【鉴别诊断】

应与消化性溃疡、食管静脉曲张破裂、胃癌、急性胆囊炎、急性阑尾炎、急性胰腺炎、急性心肌梗死等相鉴别。

【治疗】

1. 去除病因(如应戒酒),积极治疗原发病。病情允许可停用 NSAIDs 等。
2. 注意休息,清淡饮食,必要时应禁食、禁水。
3. 腹痛者可予解痉剂,如 654-2 注射液 10mg,肌肉注射;剧烈呕吐者应注意水、电解质及酸碱平衡。
4. 可应用抑酸剂和胃黏膜保护剂,如奥美拉唑 20mg+生理盐水 100mL,1 次/d,静脉滴注以抑酸;瑞巴派特 0.1g,3 次/d,口服以保护胃黏膜等。
5. 并发症治疗。若为上消化道出血,详见第一篇第三十三章“消化道出血”。

第二节 慢性胃炎

慢性胃炎(chronic gastritis)的胃黏膜呈非糜烂样炎症改变,组织学特点为显著炎症细胞浸润、上皮增生异常、胃腺萎缩及瘢痕形成等。病变轻者不需要治疗,当上皮增殖异常、胃腺萎缩时应积极治疗。最常见的病因是幽门螺杆菌(*helicobacter pylori*, Hp)感染。

【病因和发病机制】

1. 物理因素:如饮酒、浓茶、浓咖啡、过冷、过热食物等。
2. 化学因素:药物、十二指肠-胃反流、吸烟等。
3. 生物因素:如细菌感染、Hp 感染。
4. 自身免疫因素:慢性胃炎患者血清中可检测出壁细胞抗体,伴贫血者可检测出内因子抗体。
5. 其他:年龄因素、胃黏膜营养因子缺乏、营养不良、系统性疾病等。

【症状与体征】

大多数患者无明显症状,可表现为中上腹不适、饱胀、钝痛、烧灼痛等,也可呈食欲不振、暖气、反酸等消化不良症状。

体征多不明显,有时上腹轻压痛,恶性贫血者可有全身衰弱,可出现明显厌食、体重减轻、贫血症状,一般消化道症状较少。

【辅助检查】

1. 部分患者可有贫血症状及血清维生素 B₁₂ 浓度降低。非萎缩性胃炎患者胃酸分泌可正常或降低,有时可升高;萎缩性胃炎患者胃酸分泌则明显降低,甚至缺乏。慢性萎缩性胃炎为胃体萎缩时,血清胃泌素水平则出现中到重度升高;但胃窦黏膜严重萎缩时,血泌素水平可正常或降低。自身免疫性胃炎患者可检测到壁细胞抗体或内因子抗体。
2. X 线钡餐检查对慢性胃炎的诊断帮助不大,但可用于鉴别诊断。

3. 慢性胃炎的确诊主要依赖内镜检查和胃黏膜活检,尤其是后者的诊断价值更大。目前,放大内镜和电子染色内镜对慢性萎缩性胃炎的诊断很有帮助。

4. 慢性胃炎的诊断应力求明确病因,建议常规检测 Hp。

【诊断要点】

主要依赖内镜检查和胃黏膜活检。

【鉴别诊断】

本病需要与消化性溃疡、慢性胆管疾病、胃癌、功能性消化不良等疾病相鉴别。

【治疗】

慢性胃炎的治疗目的是缓解症状和改善胃黏膜炎症反应;治疗应尽可能针对病因,遵循个体化原则。

1. 一般治疗包括去除病因,戒烟、戒酒,规律饮食,避免刺激性食物等。

2. Hp 阳性的慢性胃炎有胃黏膜萎缩、糜烂或消化不良症状时,推荐 Hp 根除治疗。根除 Hp 可能减缓癌变进程和降低胃癌发生率,但最佳的干预时间为胃部癌前病变(包括萎缩、肠上皮化生和上皮内瘤变)发生前。

3. 有胃黏膜糜烂和(或)以反酸、上腹疼痛等症状为主者,可根据病情或症状严重程度选用抑酸剂、H₂受体拮抗剂或质子泵抑制剂(proton pump inhibitor, PPI)。

4. 根据患者症状可选用促动力药、消化酶制剂等。以上腹饱胀、恶心或呕吐等为主要症状者可用促胃肠动力药;而伴胆汁反流者则可应用促动力药和(或)有结合胆酸作用的胃黏膜保护剂;有明显进食相关的腹胀、纳差等消化不良症状者,可考虑应用消化酶制剂。

5. 有明显精神心理因素的慢性胃炎患者可用抗抑郁药或抗焦虑药。

6. 慢性萎缩性胃炎尤其是伴有中重度肠化或上皮内瘤变者,须定期行内镜和病理组织学检查随访。伴高级别上皮内瘤变者可考虑内镜下行黏膜切除术(endoscopic mucosal resection, EMR)或内镜下黏膜剥脱术(endoscopic submucosal dissection, ESD)。

第三节 特殊类型的胃炎或胃病

急性腐蚀性胃炎

急性腐蚀性胃炎(acute corrosive gastritis)是由于自服或误服强酸或强碱等腐蚀剂后引起的胃黏膜变性、糜烂、溃疡或坏死性病变。早期临床表现为胸骨后及上腹部的剧痛,重者将导致出血或穿孔,晚期可导致食管狭窄。

【病因和发病机制】

损伤的范围和深度与腐蚀剂的性质、浓度和数量,及腐蚀剂与胃肠道接触的时间和胃内所含食物量有关。

【症状与体征】

吞服腐蚀剂后即感口腔、咽喉、胸骨后及上腹部剧烈疼痛、烧灼感,吞咽困难,呼吸困难,

恶心,呕吐血性物或黏稠的分泌物,严重时因食管、胃广泛的腐蚀性坏死而致休克,也可出现食管及胃的穿孔,引起纵隔炎、胸膜炎和弥漫性腹膜炎,继发感染者可出现高热。

由于与强酸或强碱接触,食管和胃常发生全层灼伤。此种坏死组织易液化而遗留较深的溃疡乃至穿孔,晚期可引起消化道狭窄。

【辅助检查】

1. 实验室检查:血常规检查,必要时对剩余腐蚀剂或呕吐物进行化学鉴定。
2. 其他辅助检查:

(1) X线检查:急性期一般不宜作上消化道钡餐检查,以免引起食管和胃穿孔;待急性期过后,钡餐检查可了解胃窦黏膜有无粗乱、胃腔有无变形、食管有无狭窄情况,也可了解胃窦狭窄或幽门梗阻的程度。晚期,若患者只能吞咽流质,则可吞服碘水行造影检查。

(2) 胃镜检查:早期绝对禁忌胃镜检查;晚期,若患者可进流质或半流质饮食,则可谨慎做胃镜检查,以了解食管与胃窦、幽门有无狭窄或梗阻。

【诊断要点】

根据病史、临床表现及辅助检查,可以明确诊断。

【鉴别诊断】

本病需与急性化脓性胃炎相鉴别。急性化脓性胃炎起病急,以败血症和急性腹膜炎为主要表现,患者有寒战、发热、上腹明显压痛,随着病情的发展可出现胃穿孔和腹膜炎表现,且外周血白细胞增加,以中性粒细胞升高为主。

【治疗】

1. 一般治疗:应了解口服的腐蚀剂种类,并及早静脉输液补充足够的营养,纠正电解质和酸碱失衡,保持呼吸道畅通;禁食,一般忌洗胃,以免发生穿孔,若有食管或胃穿孔的征象,应尽早手术。

2. 减轻腐蚀剂继发的损害:为了减少毒物的吸收,减轻黏膜灼伤的程度,吞服强酸者可先饮清水,口服氢氧化铝凝胶,或尽快给予牛乳、鸡蛋清及植物油;吞服强碱者可口服食醋加温水(一般不宜服浓食醋,因浓食醋与碱性化合物作用时产生的热量可加重损害),然后服少量蛋清、牛乳或植物油。

3. 对症治疗:对剧痛者给予止痛药,如吗啡肌注;对呼吸困难者给予氧气吸入;对已有喉头水肿、呼吸严重阻塞者,应及早作气管切开,并应用广谱抗生素防止继发感染。在早期,为了避免发生喉头水肿,可酌情在发病 24h 内使用肾上腺糖皮质激素,以减轻咽喉部局部水肿,并可减少胶原及纤维瘢痕组织的形成。另外,可用氢化可的松或地塞米松静脉滴注,数天后可改成泼尼松片口服,但不应长期服用。

4. 并发症的治疗:若并发食管狭窄、幽门梗阻者可行内镜下气囊扩张治疗;食管局部狭窄时,可植入支架治疗;对不宜行扩张或支架治疗者,应行手术治疗。

急性化脓性胃炎

急性化脓性胃炎(acute purulent gastritis)指由甲型溶血性链球菌、金黄色葡萄球菌或大肠杆菌等引起的化脓性炎症,常源于黏膜下层,并扩展至全层胃壁,可出现胃穿孔和腹膜

炎表现,且外周血白细胞增加,以中性粒细胞升高为主,若内科治疗多无效,则需紧急外科手术治疗。

【病因和发病机制】

一般人很少患除 Hp 之外的感染性胃炎,但当机体免疫力下降时,如艾滋病(acquired immune deficiency syndrome, AIDS)患者、长期大量使用免疫抑制剂者、严重疾病晚期者等,可发生各种细菌(非特异性细菌,和特异性细菌如结核分枝杆菌、梅毒螺旋体)、真菌和病毒(如巨细胞病毒)所引起的感染性胃炎。细菌侵入胃壁的途径:①因胃溃疡、慢性胃炎、胃憩室、胃癌等,使胃黏膜受损使致病菌直接由受损黏膜侵犯胃壁所致;②发生败血症、细菌性心内膜炎、骨髓炎等时,致病菌通过血流进入胃壁;③发生胆囊炎、腹膜炎时,致病菌通过淋巴系统进入胃壁。

【症状与体征】

常以急腹症形式发病。突然出现上腹部疼痛,伴发热、寒战、恶心、呕吐等症状。腹痛可呈渐进性加重,坐位时疼痛有所缓解,卧位时加重,此为本病的特异性症状。随着病情的发展,体温可进一步升高,呕吐物可由脓性液变为脓血性液,尚可出现腹胀、腹膜炎体征及黑便,但多无腹泻。病程后期可出现休克征象,与细菌毒素造成的感染中毒及失血、失液有关。严重病例较早出现休克,且预后不良。除早期外,常有腹膜炎体征,腹部较膨隆,压痛、反跳痛及肌紧张,以上腹部为重。若炎性渗出液较多,可有炎性腹水,表现为移动性浊音阳性,但罕有大量腹水。肠鸣音在早期亢进,以后则渐弱或消失。

穿孔、急性腹膜炎和感染性休克是本病常见的并发症。

【辅助检查】

1. 血液检查:外周血白细胞计数升高,多在 $10 \times 10^9/L$ 以上,以中性粒细胞为主,并出现核左移现象。胃液、腹水及血液细菌培养可发现致病菌。
2. X线腹部平片:显示胃扩张,胃壁内有气泡存在。
3. X线钡餐:一般应列为禁忌,以免引起胃穿孔。
4. 胃镜检查:全胃弥漫性炎症,胃黏膜呈炎性充血、水肿,或可见广泛出血、糜烂,皱襞粗大结节样,病理检查可见菌体及大量中性粒细胞浸润,也可有局部脓肿形成。
5. B超或CT检查:显示胃壁明显增厚,由产气芽孢杆菌引起胃壁内可见气泡形成的低密度样改变。

【诊断要点】

1. 有致免疫力下降的因素,且出现身体其他部位感染灶。
2. 急性起病,剧烈上腹痛,恶心,呕吐,伴有全身中毒症状。
3. 腹部平片示胃腔积气,超声或CT提示胃壁增厚。
4. 除穿孔外,可行胃镜检查,结合病理结果可作诊断。

【鉴别诊断】

常需首先除外消化性溃疡穿孔、急性化脓性胆囊炎或胆管炎、急性胰腺炎,再结合上述诊断要点,即可得到正确诊断。