

临床内科常见病 诊疗新进展

总主编 李 美



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS

临床内科常见病诊疗新进展

总主编 李 美



西安交通大学出版社
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS

图书在版编目(CIP)数据

临床内科常见病诊疗新进展 / 李美等主编. —西安:
西安交通大学出版社, 2015.3 (2015.5重印)

ISBN 978-7-5605-7185-0

I. ①临… II. ①李… III. ①内科—常见病—诊疗
IV. ①R5

中国版本图书馆CIP数据核字(2015)第060382号

书 名 临床内科常见病诊疗新进展

总 主 编 李 美

责任编辑 张沛烨 王 磊

出版发行 西安交通大学出版社

(西安市兴庆南路10号 邮政编码710049)

网 址 <http://www.xjtupress.com>

电 话 (029) 82668805 82668502 (医学分社)

(029) 82668315 (总编办)

传 真 (029) 82668280

印 刷 北京京华虎彩印刷有限公司

开 本 880mm×1230mm 1/16 印张 30.375 字数 919千字

版次印次 2015年3月第1版 2015年5月第2次印刷

书 号 ISBN 978-7-5605-7185-0/R·788

定 价 198.00元

读者购书、书店填货、如发现印装质量问题,请通过以下方式联系、调换。

订购热线: (029) 82668805

读者信箱: medpress@126.com

版权所有 侵权必究

编 委 会

总主编 李 美

主 编 李 美 刘 磊 林典义
厉 明 王秀丽 胡彩英

副主编

孙庆兰 王永生 张文杰 苍红英
韩 波 苏英才 王 欢 刘建华
邹春晓 杨 菲 胡 鹏 鲁志红
鹿海峰

编 委 (按姓氏笔画排序)

王 欢 (湖北省京山县人民医院)
王永生 (山东省金乡宏大医院)
王永兰 (湖北医药学院附属人民医院)
王秀丽 (山东省烟台经济技术开发区医院)
厉 明 (山东省烟台经济技术开发区医院)
刘 磊 (山东中医药大学第二附属医院)
刘建华 (三峡大学仁和医院)
孙庆兰 (山东中医药大学第二附属医院)
苍红英 (山东省威海市立医院)
苏英才 (河北省晋州市人民医院)
李 美 (山东中医药大学第二附属医院)
杨 菲 (河北省保定市第三医院)
邹春晓 (河北省邯郸市邯钢医院)
张文杰 (山东省威海市立医院)
林典义 (山东省烟台经济技术开发区医院)
胡 鹏 (湖北省黄石市中心医院)
胡彩英 (湖北省武汉市第十一医院)
鹿海峰 (河北省青龙满族自治县医院)
韩 波 (山东省青岛市海慈医疗集团)
鲁志红 (河北省迁安市人民医院)

前 言

内科学是临床医学的基础,许多疾病都是临床工作中的常见病和多发病,严重威胁着人们的健康。近年来,随着科学技术的飞速发展,临床医学工作的不断进步,诊断技术与治疗方法日新月异。从事临床内科医学的工作者,无疑也必须随着现代医学科学技术的发展不断丰富和更新自己的知识。为了反映当前临床内科常见病的最新研究成果,更好地为临床工作服务,我们在广泛参阅了国内外最新、最权威文献资料基础上,并结合自己的临床工作经验,编撰了《临床内科常见病诊疗新进展》一书。

本书主要以临床为重点,主要介绍了常见症状与体征、常用诊断方法、常用治疗技术以及有关呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、血液系统疾病、内分泌系统疾病及代谢疾病、传染性疾病的临床诊疗情况。全书贯穿了内科各系统疾病的临床症状和诊疗方法,内容突出重点,简明扼要,条理清楚,实用性强。力求为读者提供一本实用的案头参考书。

由于本书涉及内容较广,又加之我们的知识水平有限,书中难免存有失误与不足之处,恳请广大读者提出宝贵的意见。

《临床内科常见病诊疗新进展》编委会

2014年10月

目 录

第一章 内科常见症状与体征.....	(1)
第一节 发 热.....	(1)
第二节 咳嗽与咳痰.....	(2)
第三节 恶心与呕吐.....	(2)
第四节 心 悸.....	(3)
第五节 胸 痛.....	(4)
第六节 呼吸困难.....	(4)
第七节 咯 血.....	(5)
第八节 呕 血.....	(7)
第九节 腹 痛.....	(7)
第十节 腹泻与便秘.....	(8)
第十一节 便 血.....	(9)
第十二节 急性少尿与无尿	(10)
第二章 内科常用诊断方法	(11)
第一节 实验诊断	(11)
第二节 电生理学诊断	(14)
第三节 超声诊断	(16)
第四节 影像学诊断	(19)
第五节 内镜诊断	(23)
第六节 放射性核素诊断	(25)
第三章 内科常用治疗技术	(29)
第一节 静脉穿刺及插管技术	(29)
第二节 机械通气	(35)
第三节 心肺脑复苏	(41)
第四节 心脏电复律	(50)
第五节 氧气疗法	(54)
第六节 雾化吸入疗法	(56)
第七节 血液透析	(57)
第四章 呼吸系统疾病	(61)
第一节 急性上呼吸道感染	(61)

第二节	急性气管-支气管炎	(64)
第三节	慢性支气管炎	(65)
第四节	肺炎链球菌肺炎	(71)
第五节	葡萄球菌肺炎	(74)
第六节	克雷白杆菌肺炎	(75)
第七节	绿脓杆菌肺炎	(76)
第八节	流感嗜血杆菌肺炎	(78)
第九节	军团菌肺炎	(79)
第十节	肺炎支原体肺炎	(79)
第十一节	肺炎衣原体肺炎	(81)
第十二节	病毒性肺炎	(82)
第十三节	真菌性肺炎	(86)
第十四节	放射性肺炎	(87)
第十五节	肺脓肿	(90)
第十六节	支气管扩张症	(95)
第十七节	支气管哮喘	(101)
第十八节	慢性阻塞性肺疾病	(119)
第十九节	睡眠呼吸暂停低通气综合征	(134)
第二十节	原发性支气管肺癌	(139)
第二十一节	急性呼吸窘迫综合征	(150)
第二十二节	肺血栓栓塞	(155)
第二十三节	肺动脉高压	(162)
第二十四节	弥漫性间质性肺病	(170)
第二十五节	呼吸衰竭	(177)
第二十六节	肺结核	(185)
第二十七节	结节病	(197)
第五章	循环系统疾病	(200)
第一节	心绞痛	(200)
第二节	心肌梗死	(216)
第三节	心律失常	(226)
第四节	原发性高血压	(236)
第五节	感染性心内膜炎	(248)
第六节	心脏瓣膜病	(255)
第七节	慢性肺源性心脏病	(259)
第八节	心包炎	(263)
第九节	病毒性心肌炎	(266)

第十节 心肌病	(272)
第十一节 心力衰竭	(279)
第十二节 心脏骤停及心脏性猝死	(286)
第十三节 冠心病的介入治疗	(289)
第十四节 先天性心脏病介入治疗	(303)
第十五节 心脏瓣膜病的介入治疗	(309)
第六章 消化系统疾病	(312)
第一节 反流性食管炎	(312)
第二节 急性胃炎	(314)
第三节 慢性胃炎	(315)
第四节 消化性溃疡	(317)
第五节 食管癌和贲门癌	(321)
第六节 肝硬化	(329)
第七节 肝癌	(333)
第八节 急性胰腺炎	(338)
第九节 胰腺癌	(340)
第七章 泌尿系统疾病	(348)
第一节 急性肾小球肾炎	(348)
第二节 急进性肾小球肾炎	(351)
第三节 急性间质性肾炎	(353)
第四节 慢性肾小球肾炎	(357)
第五节 肾盂肾炎	(359)
第六节 肾病综合征	(362)
第七节 肾衰竭	(370)
第八章 血液系统疾病	(377)
第一节 缺铁性贫血	(377)
第二节 溶血性贫血	(381)
第三节 巨幼细胞性贫血	(382)
第四节 再生障碍性贫血	(384)
第五节 急性白血病	(389)
第六节 慢性粒细胞白血病	(397)
第七节 慢性淋巴细胞白血病	(400)
第八节 非霍奇金淋巴瘤	(404)
第九节 霍奇金病	(417)
第九章 内分泌系统疾病及代谢疾病	(427)
第一节 糖尿病	(427)

第二节 甲状腺功能亢进症..... (435)

第三节 甲状腺功能减退症..... (440)

第四节 原发性醛固酮增多症..... (442)

第十章 传染性疾病..... (448)

第一节 病毒性肝炎..... (448)

第二节 细菌性痢疾..... (452)

第三节 传染性非典型性肺炎..... (456)

第四节 获得性免疫缺陷综合征..... (459)

第五节 流行性脑脊髓膜炎..... (462)

第六节 流行性出血热..... (466)

第七节 流行性感胃..... (469)

第八节 流行性乙脑膜炎..... (470)

参考文献..... (474)

第一章 内科常见症状与体征

第一节 发 热

当机体在致热源作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时,体温升高超出正常范围,称为发热。人正常体温一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。

按发热的高低可分为:低热, $37\sim 38^{\circ}\text{C}$;中等度热, $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$;高热, $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$;超高热, 41°C 以上。

一、发病机制

(一)致热源性发热

致热源包括外源性致热源和内源性致热源(又称白细胞致热源)两大类。

(二)非致热源性发热

体温调节中枢直接受损,引起产热过多、散热减少的疾病。

二、病因与分类

临床诊疗中将它分为感染性和非感染性两大类。

(一)感染性发热

临床多见,可以是急性、亚急性或慢性,亦可以是全身性或局部性感染。其病原体可以是病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等。患者除发热外,还有全身毒血症状。

(二)非感染性发热

主要有下列几类原因。

1. 无菌性坏死物质的吸收

(1)机械性、物理性或化学性损害。

(2)血管栓塞或血栓形成,引起的内脏梗死或肢体坏死。

(3)组织坏死与细胞破坏。

2. 抗原-抗体反应

3. 内分泌代谢障碍

4. 皮肤散热减少

5. 体温调节中枢功能失常

高热无汗是 its 特点。见于以下几个方面:①物理性(如中暑)。②化学性(如重度安眠药中毒等)。

③机械性(如脑出血、脑震荡、颅骨骨折等)。

6. 功能性发热

(1)原发性低热。

(2)感染性低热。在判断感染性低热时,必须注意与因抗体抵抗力降低导致潜在的感染病灶活跃(如结核病)或其他新的感染鉴别。

(3)夏季热。

(4)生理性低热。

三、问诊要点

- (1)起病时间、季节、起病的缓急、病程、发热的高低呈间歇性或持续性、诱因。
- (2)有无畏寒、寒战、大汗或盗汗。
- (3)多系统症状询问,是否伴有如咳嗽、咯血、胸痛、咳痰;腹痛、呕吐、腹泻、黄疸;尿频、尿急、尿痛、腰痛;皮肤出血、紫癜;头痛、肌肉关节痛等。
- (4)患病以来的一般情况。如精神状态、食欲、体重有无减少、睡眠、大小便等改变情况。
- (5)病后的诊断与治疗情况。如各种检查的结果、药物治疗的疗效反应等。
- (6)传染病接触史、疫水接触史、手术史、流产或分娩史、服药史、职业特点等。

(王秀丽)

第二节 咳嗽与咳痰

咳嗽是一种保护性反射动作,能有效消除呼吸道内的分泌物或进入的异物。当咳嗽时久、频繁等影响工作、休息,呼吸肌疼痛等则属病理现象。痰液是呼吸道内的病理性分泌物。通过痰液检查可获得病原学、病理学的诊断依据。咳嗽的神经调节控制中枢在延髓。

一、病因

从鼻咽部到小支气管整个呼吸道黏膜受到刺激时均可引起咳嗽,而刺激效应以喉部杓状间腔和气管分叉部的黏膜最敏感。

- (1)呼吸道疾病:呼吸道各部位(咽、喉、气管、支气管、肺等)受到刺激性气体、粉尘、异物、炎症、出血、肿瘤等刺激时均可引起咳嗽,临床最为常见。
- (2)胸膜疾病:炎症、肿瘤、外伤等胸膜病变。
- (3)心血管疾病:各种原因所致左心衰竭导致肺瘀血,肺水肿或右心及体循环静脉栓子脱落,羊水、气栓、瘤栓所致的肺栓塞时,肺泡、支气管内漏出液或渗出液等。
- (4)中枢神经因素:延髓神经中枢受到刺激时。

二、问诊要点

- (1)发病年龄、咳嗽和咳痰的病程与节律。
- (2)咳嗽的程度、音色与影响因素。
- (3)咳痰的痰的性状与量及其变化。
- (4)咳嗽与咳痰有哪些伴随症状。

(王秀丽)

第三节 恶心与呕吐

恶心为上腹部不适、紧迫欲吐的感觉;呕吐则是胃或部分小肠内容物通过食管逆流经口腔排出的现象。

一、病因

(一)反射性呕吐

- (1)消化系统疾病:如急、慢性胃肠炎,消化性溃疡,幽门梗阻,肠梗阻,急性肝炎,急性胆囊炎,胆石症,急性胰腺炎,急性腹膜炎等。
- (2)其他系统疾病:如泌尿系统结石、肾绞痛、肾盂肾炎、盆腔炎、急性心肌梗死、心力衰竭、急性传染

病、青光眼、屈光不正等。

(二) 中枢性呕吐

(1) 中枢神经系统疾病,如脑膜炎、脑炎、脑肿瘤、脑积水、脑血管意外、颅脑外伤等。

(2) 药物或毒物作用,如洋地黄、吐根碱、抗癌药物以及砷、有机磷等。

(3) 其他:妊娠、尿毒症、酮中毒、低钠血症等。

(三) 前庭障碍性呕吐

迷路炎、晕动病等。

(四) 神经官能性呕吐

胃肠神经官能症、癔症等。

二、鉴别诊断要点

(1) 呕吐伴腹泻,多见于急性胃肠炎或细菌性食物中毒。

(2) 呕吐伴眩晕,常见于前庭障碍。

(3) 呕吐伴右上腹痛、发热、寒战或黄疸者,应考虑胆囊炎、胆石症或肝炎。

(4) 呕吐伴剧烈头痛,常提示中枢神经系统疾病、偏头痛、青光眼等。

(5) 呕吐大量隔宿食物者,应考虑幽门梗阻或十二指肠淤滞。

三、处理

(1) 治疗引起呕吐的原发疾病。

(2) 对症治疗:可适当选用维生素 B₆ 50 mg,肌内注射;胃复安 10~20 mg,肌内注射;或山莨菪碱 10 mg,肌内注射。

(王秀丽)

第四节 心悸

心悸是一种自觉心脏跳动的不适感觉或心慌感。心悸时心率可快、可慢,也可有心律失常。

一、病因、病理

(一) 心脏搏动增强

心脏收缩力增强引起的心悸,生理性原因有:①剧烈运动,精神过度紧张。②饮酒、茶、咖啡。③药物,如肾上腺素、甲状腺片等。

病理性原因有:①心室肥大,如高血压心脏病及主动脉瓣、二尖瓣关闭不全,动脉导管未闭,室间隔缺损等。②甲状腺功能亢进症、贫血、发热、低血糖症等可引起心脏搏出量增加,搏动增强。

(二) 心律失常

(1) 各种原因引起的窦性心动过速、阵发性室上速或室性心动过速(室速)。

(2) 窦性心动过缓、病态窦房结综合征(病窦)或高度房室传导阻滞。

(3) 房性或室性早搏、心房颤动。

(三) 心脏神经官能症

由自主神经功能紊乱所致。

二、诊断要点

(一) 病史

有基础心脏病或其他疾病的病史、症状和体征,或存在上述某种诱因。

(二) 伴随症状

(1) 心悸伴心前区痛可见于冠心病(心绞痛、心肌梗死)、心肌炎、心包炎,亦可见于心脏神经官能症。

- (2)心悸伴发热见于急性传染病、风湿热、心肌炎、心包炎、感染性心内膜炎。
- (3)心悸伴晕厥或抽搐见于高度房室传导阻滞、心室颤动或室速、病窦综合征。
- (4)心悸伴贫血见于各种原因引起的急性失血,此时常有虚汗、脉搏细弱、血压下降或休克。
- (5)心悸伴消瘦及出汗见于甲状腺功能亢进症。

三、治疗

(一)一般处理

治疗原发病,解除诱因。

(二)对症处理

- (1)心率快者可应用减慢心率的药物,如普萘洛尔(心得安)10~20 mg,一日3次口服。
- (2)心率慢者给予阿托品、异丙肾上腺素或行心脏起搏治疗。
- (3)如为心律失常,则根据其不同类型选用相应的抗心律失常药物。

(王秀丽)

第五节 胸痛

胸痛是胸部的疼痛感。可以由胸廓或胸壁疾病引起,也可来源于胸腔内脏器病变。此外,腹部病变也可引起胸痛。上述部位的各种病变和理化因素,如炎症、缺氧、内脏膨胀、机械压迫、异物、外伤和肿瘤等刺激了分布在该部位的感觉神经末梢,兴奋传导到大脑皮质,便会产生痛觉。有时脏器与体表某部位受到脊神经后根同一传入神经支配,该脏器的刺激在大脑皮质可产生相应体表的痛觉,即放射痛。

一、病因

引起胸痛的原因很多,主要为胸部疾病,包括胸壁疾病、心血管疾病、呼吸系统疾病和纵隔疾病。

二、问诊要点

- (1)发病年龄、起病缓急、胸痛部位、范围及有无放射痛。
- (2)胸痛性状、轻重及持续时间、发生疼痛的诱因、加重与缓解的方式。
- (3)伴随症状。

(王秀丽)

第六节 呼吸困难

呼吸困难既是主观症状,即患者感到呼吸费力或气不够用;又是客观体征,表现为呼吸深度或频率的改变、节律不规则、辅助呼吸肌参与呼吸运动或端坐呼吸等。

一、病因

(一)呼吸系统疾病

1. 气道阻塞

指气道狭窄或阻塞所致通气障碍为主的各种疾病,如炎症、水肿、肿瘤、异物等。

2. 肺疾病

如炎症、水肿、瘀血、纤维化、肺不张等,影响气体交换、弥散等通气功能障碍出现呼吸困难。

3. 胸廓疾病

如严重胸廓畸形、气胸、大量胸腔积液、胸廓外伤等,影响肺呼吸运动、肺通气功能。

4. 神经肌肉疾病

导致呼吸肌无力或麻痹，主要影响通气。如脊髓灰质炎、急性多发性神经根炎、重症肌无力等。

5. 膈肌运动障碍

影响肺活量、通气。如膈神经麻痹、高度肠胀气、大量腹水、腹腔巨大肿瘤、胃扩张、妊娠末期等。

(二) 心血管系统疾病

各种原因所致心力衰竭、心包压塞、原发性肺动脉高压和栓塞等，导致肺瘀血或肺水肿，影响气体交换、弥散。

(三) 理化因素或代谢障碍等导致的中毒

影响呼吸中枢功能。

(四) 血液病

主要影响红细胞携带氧的能力下降。如重度贫血、高铁血红蛋白血症等。

(五) 神经精神因素

1. 颅脑疾病

如颅脑外伤、脑出血、脑肿瘤、脑或脑膜炎症等损害致呼吸中枢功能障碍。

2. 精神因素

如癔症。

二、发病机制及临床表现

1. 肺源性呼吸困难

因通气、换气功能障碍导致缺氧和(或)二氧化碳潴留引起。需特别掌握吸气性、呼气性、心源性呼吸困难特点及鉴别点。

2. 心源性呼吸困难

主要由左心和(或)右心衰竭引起，两者发生机制不同，左心衰竭所致的呼吸困难较为严重。

3. 中毒性呼吸困难

4. 神经、精神性呼吸困难

掌握重症颅脑疾病与癔病呼吸困难的特点与区别。

三、问诊要点

(1) 呼吸困难发生的诱因、表现(吸气性、呼气性还是吸与呼都感困难)。

(2) 呼吸困难起病缓急，是突发性还是渐进性。

(3) 呼吸困难与活动、体位变换的关系，昼夜是否一样。

(4) 呼吸困难是否伴有发热、胸痛、咳嗽、咳痰，咳痰的性状如何，是否伴有咯血(量与性状)。

(5) 呼吸困难有无排尿、饮食异常，有无高血压、肾病与代谢疾病的病史。

(6) 呼吸困难有无药物、毒物摄入史及头痛、意识障碍、颅脑外伤等。

(王秀丽)

第七节 咯 血

咯血是指喉及喉以下呼吸道出血经口排出。

一、病因

(一) 呼吸系统疾病

以肺结核最多见，其次为支气管扩张、肺癌。其他原因包括肺脓肿、慢性支气管炎、肺炎、肺梗死、支气管结石、肺寄生虫病、肺囊肿、尘肺、支气管异物及韦格肉芽肿等。

(二)其他系统疾病

循环系统疾病(如二尖瓣狭窄、房间隔缺损、动脉导管未闭等)、血液病(如血小板减少性紫癜、白血病、血友病、再生障碍性贫血等)、风湿病(如白塞病、结节性动脉周围炎等)、传染病(如肾综合征出血热、钩端螺旋体病等)、肺出血肾炎综合征及子宫内膜异位症等。

二、诊断

(1)咯血与呕血的鉴别:见表 1-1。

表 1-1 咯血与呕血的鉴别要点

	咯血	呕血
病因	肺结核、支气管扩张症、肺癌、肺炎、肺脓肿、心脏病等	消化性溃疡、肝硬化、急性胃黏膜病变、胆管出血等
出血前症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽等	上腹不适、恶心、呕吐等
出血方式	咳出	呕出,可为喷射状
血色	鲜红	暗红、棕黑,有时鲜红
血中混合物	痰、泡沫	食物残渣、胃液
酸碱度	碱性	酸性
黑便	除非咽下血,否则无	有,柏油样便,呕血停止后仍持续数日
出血后痰性状	常有血痰数日	无痰

(2)明确病因:通过详细的病史询问、全面的体格检查、胸部 X 线及其他必要检查综合判断。如咯血伴低热、盗汗,胸片示空洞等病灶时应考虑肺结核病(痰查到结核杆菌可确诊)。40 岁以上的男性吸烟者,少量咯血,胸片示占位性病变,应考虑肺癌可能(病理学确诊,如纤维支气管镜检查等)。长期咳嗽、咳脓痰、反复咯血,应考虑支气管扩张(支气管造影可确诊)。发热、咯血、皮下出血、尿少、休克、肾功能异常,可能为肾综合征出血热。咯血伴全身出血倾向,应考虑血液病,需做相应的检查。

(3)确定出血部位:胸部听诊及酌情选择 X 线、CT、纤维支气管镜以及支气管动脉造影等检查。

(4)判断严重程度:每日咯血量<100 mL 为小量咯血,100~500 mL 为中等量咯血,>500 mL(或 1 次咯血>300 mL)为大量咯血。1 次出血量>800 mL 可有血压改变,>1 500 mL 可发生休克。短时间内大量咯血,血块阻塞气道可引起窒息,表现为突然烦躁不安、极度紧张、端坐呼吸、咯血不畅、发绀、昏迷、抽搐等。

三、治疗原则

(一)小量咯血

应镇静、止咳,保持大便通畅,酌情应用止血药物,如卡巴克络(安络血)片、云南白药等。

(二)中等量及大量咯血

1. 一般处理

卧床休息(患侧卧位)、镇静、通便、吸氧、监护生命体征等。

2. 止血

(1)药物:垂体后叶素 5 U 加入 50%葡萄糖液 40 mL,缓慢静脉注射。继用 10~20 U 加入 50%葡萄糖液 500 mL 中静脉滴注维持。冠心病、高血压患者及孕妇忌用。普鲁卡因 200~300 mg 或酚妥拉明 10~20 mg 加入 5%葡萄糖液 500 mL 静脉滴注。云南白药 0.5 g,每日 3 次口服。

(2)经纤维支气管镜局部止血:灌注冷生理盐水、凝血酶止血,明胶海绵、Fogarty 气囊压迫止血,或激光止血氩气刀止血等。

(3)支气管动脉栓塞疗法。

(4)反复大量咯血,内科治疗无效者,出血部位明确,对侧肺无活动性病变,且无手术禁忌证,可行相应肺叶或肺段切除术。

3. 输血

咯血量过多,可根据血压和血红蛋白酌情输注新鲜血。

(三) 窒息

- (1) 立即取头低脚高体位, 拍击患者背部, 以便血块排出。
- (2) 尽快挖出或吸出口、咽、喉、鼻部血块, 保持气道通畅。
- (3) 必要时气管插管或气管切开, 吸出瘀血, 解除呼吸道阻塞。
- (4) 充分给氧。
- (5) 心跳、呼吸停止者, 立即予心肺复苏术。纠正酸碱平衡失调。

(四) 其他

病因治疗。

(王秀丽)

第八节 呕 血

呕血是上消化道急性出血时, 血液经口腔呕出的现象。

一、病因

- (1) 食管疾病: 食管炎、食管癌、食管贲门黏膜撕裂、食管裂孔疝等。
- (2) 胃及十二指肠疾病: 消化性溃疡、慢性胃炎、急性胃黏膜病变、胃癌、十二指肠炎等。
- (3) 肝、胆、胰疾病: 肝硬化所致胃底及食管下端静脉曲张破裂、肝癌、胆管癌、胆管结石、胰头癌等。
- (4) 血液系统疾病: 血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、白血病、再生障碍性贫血、血友病、DIC 等。
- (5) 急性传染病: 流行性出血热、钩端螺旋体病、暴发性肝炎等。

二、鉴别诊断要点

- (1) 中青年, 有慢性反复发作的上腹痛病史, 并带有周期性与节律性, 多为消化性溃疡。中老年人, 有慢性上腹痛, 但疼痛无明显规律性, 并有厌食及消瘦者, 应警惕胃癌。
- (2) 伴肝掌、蜘蛛痣、脾大、腹壁静脉曲张或腹水者, 提示肝硬化门静脉高压、食管静脉曲张破裂出血。
- (3) 伴黄疸、发热和右上腹绞痛者, 可能系胆管疾病所致。
- (4) 皮肤黏膜有出血者, 可能为血液疾病、传染病、败血症或尿毒症等。
- (5) 剧烈呕吐后继而呕血者, 应考虑有食管贲门黏膜撕裂的可能。
- (6) 近期有服用非甾体类药物史、大面积烧伤、颅脑手术、休克、严重外伤者, 应注意急性胃黏膜病变(应激性溃疡)。

三、处理

- (1) 患者应卧位休息, 严密监测生命体征, 保持呼吸道通畅, 避免呕血时血液吸入引起窒息, 必要时吸氧。出血期间禁食。
- (2) 积极补充血容量。
- (3) 止血治疗。

(厉 明)

第九节 腹 痛

一、病因

(一) 急性腹痛

- (1) 腹腔器官急性炎症。

- (2)空腔脏器阻塞或扩张。
- (3)腹膜炎症。
- (4)腹腔内血管阻塞。
- (5)腹壁疾病。
- (6)胸腔疾病。
- (7)全身性疾病。

(二)慢性腹痛

- (1)腹腔器官慢性炎症。
- (2)空腔脏器的张力变化。
- (3)消化性溃疡。
- (4)腹腔脏器的扭转或梗阻。
- (5)脏器包膜的牵拉。
- (6)中毒与代谢障碍。
- (7)肿瘤压迫及浸润。
- (8)胃肠神经功能紊乱。

二、发病机制及特点

腹痛有 3 种基本发生机制。

(一)内脏性腹痛

是某一器官受到刺激,信号经交感神经通路传至脊髓,特点:①部位不确切,接近中线。②感觉模糊。③常伴恶心、呕吐、出汗等其他自主神经兴奋症状。

(二)躯体性腹痛

来自腹膜壁层及腹壁的痛觉信号,经体神经传至脊神经根,反映到相应脊髓节段所支配的皮肤。特点:①定位准确。②剧烈而持续。③可有局部腹肌强直。④腹痛随体位、咳嗽变化而加重。

(三)牵涉痛

是腹部引起的疼痛,刺激经内脏神经传入,影响相应脊髓节段而定位于体表。特点:程度剧烈,部位准确,局部有压痛,肌紧张及感觉过敏。

三、问诊要点

腹痛的起病情况、性质及严重度、部位、时间、伴随症状。

(厉 明)

第十节 腹泻与便秘

一、腹泻

腹泻是由于肠黏膜分泌旺盛或吸收障碍、黏膜炎症、肠蠕动亢进等原因致使排便次数增多,粪质稀薄或带有病理成分。一般来说,长期或剧烈的腹泻对人体是有害的,但同时腹泻又是一种保护性症状,可将人体肠道内的有害物质排出体外。

(一)病因

急性腹泻的病因包括:各种病原体感染所致的肠道疾病;急性中毒,如食物或化学物质中毒等;全身性感染;其他如变态反应、药物不良反应等。

慢性腹泻的病因包括:胃、肠、胰或肝源性的消化系统疾病;内分泌及代谢障碍性疾病;神经功能紊乱;其他系统疾病,如尿毒症、放射性肠炎等。