

借

内科学

歌诀

DNA fragments

f DNA

70 = 467 bp

5 = 539 bp

80 = 441 bp

7 = 392 bp

7 = 591 bp

76 = 516 bp

46 = 887 bp

10 = 1121

77 = 854

kDa

4 kDa + 27 kDa

7 + 77

Primer #

47, 48

49, 50

51, 52

53, 54

55, 56

57, 58

59, 60

61, 62

63, 55

Comme

HR N-ter

HC12 N-ter

HC12 N-ter

HC12 N-ter

HC12 N-ter

HR CN-ter

HR C-ter

HC12

OCNC

李殊响

编著



科学出版社

www.sciencepress.com

烟如能兼 10 年麻寒色最平强, 海州, 系烟叶, 一袋内附字样的海州

科学出版社

北 京

内 容 简 介

本书将内科学的内容——呼吸系统疾病、循环系统疾病等13章编成歌诀并辅以图表,共计歌诀160首,图示61幅,表格63个。力求融会贯通、深入浅出、层次分明、图文并茂。

本书可作为全国高等医药院校本科生教学辅导用书,也可供临床医务人员阅读参考,还可作为从事医学相关工作以及爱好者的参考读物。

图书在版编目(CIP)数据

内科学歌诀 / 李殊响编著. —北京:科学出版社,2005.8

ISBN 7-03-013205-X

I. 内… II. 李… III. 内科学-普及读物 IV. R5-49

中国版本图书馆CIP数据核字(2004)第037976号

责任编辑:郭海燕 曹丽英 / 责任校对:张 琪

责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

丽源印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2005年8月第 一 版 开本:720×1000 B5

2005年8月第一次印刷 印张:13 1/2

印数:1—5 000 字数:339 000

定价:19.80 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈路通〉)

前言

内科学是研究内科疾病的病因、发生发展规律、诊断方法和防治措施的一门临床学科,它涉及面广、整体性强,是临床医学的综合学科,也是临床各科的基础。一个好的内科医生在很大程度上就是一个全科医生、通科医生。就内科学的全部内容来说,从病因到病机、从病理解剖到病理生理、从症状到体征、从临床表现到合并症、从临床类型到亚型、从实验室检验到影像学检查、从器械检查到特殊检查、从诊断到鉴别、从治疗到预防、从转归到预后,最重要的内容莫过于诊断与治疗。掌握内科常见病、多发病、高发病的诊断与治疗,对于治愈内科疾病、保障人民健康、提高全民保健能力以及支援祖国四化建设都是非常重要的;对于领会诊治内科病的临床思路,贯彻循证医学与实证医学原则也十分必要。此外,掌握内科病诊治方法还有助于内科医生与医学生学会临床经济学分析,采用成本-效益措施,让现有的医疗保健资源物尽其用,发挥最大效能。那么,如何才能更快更好地掌握常见内科病的诊断与治疗方法呢?如何才能执简驭繁、事半功倍地了解、熟悉,应用飞速发展的医疗新技术、新成果、新药物呢?这正是本书宗旨所在。

本书的中心内容是介绍大内科疾病的诊断方法与治疗措施。众所周知,大内科疾病即广义的内科病,它包括系统内科病、神经-精神疾病、传染病、遗传病与老年病以及内科临床综合征等。由于内科专业发展的需要,内科按不同系统,进一步分化出专科疾病,如呼吸系统疾病、心血管系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、血液与造血系统疾病、内分泌代谢系统疾病、营养与代谢系统疾病、免疫系统疾病(风湿性疾病),除以上八大系统疾病外,另外又衍生出神经系统与精神疾病、传染性疾病、遗传性疾病以及老年性疾病等。大内科疾病范围如此之广,有必要在融会贯通之后深入浅出地加以概括,采用歌诀形式就能达到使内科学由厚变薄、由博返约的目的。

本书较系统地介绍了常见内科疾病的诊断与治疗新方法以及前沿发展动态,全书着眼于大内科常见病的早期、快速、准确、全面、系统、完整的诊断与高效、良效的治疗方法,刻意求新、求精、求实、求是。力求具有较高的学术价值、应用价值与社会价值。中西医并重是我国卫生工作的既定方针,因此本书还对一些内科代表性疾病介绍了中医的辨证论治,此外本书还与时俱进地对内科心身病进行了心理

治疗的简述,以适应医学模式的转变。

本书全部采用歌诀形式,概括了大内科病的诊治要点,并辅以图示与表格,便于读者对比分析,广开思路,有益于开发抽象思维与形象思维,增强理解和记忆,提高医学理论水平和临床实践能力。全书病 67 种、歌诀 160 首、图示 61 幅、表格 63 个,一病至少一图表或一病多图表。全书力求图文并茂、辞约意丰、条分缕析、一清如水、别具一格、言简意赅、生动活泼、丰富多彩。本书结构体裁别开生面、诗词歌赋灵活多样,有三字经、四言短句、五言律诗、七绝七律、顺口溜、打油诗等,读起来琅琅上口,容易记忆,便于掌握,读者只要与注释部分相互参照,便可了然于心。尤其有利于学生与基层医务工作者系统掌握内科学基本理论、基本知识与基本技能。

本书全过程贯彻精品意识与质量意识,注重思想性、科学性、先进性、指导性、适用性、启发性、艺术性、通俗性、可读性,力求概念准确、结构严谨、资料翔实、内容新颖。本书的歌诀部分与大部分图表实际上是笔者执教内科学 20 年的经验与心得。限于作者的水平与能力,不妥之处在所难免,欢迎专家与同道批评指正,不吝赐教。

本书注重体现素质教育与创新能力的培养,为全面提高医学生的综合素质与全方位发展创造条件,为此还贯彻了文理并重的原则,穿插了一些历史人物与历史知识以及成语典故、民间传说。内科学这门学科要记忆的医学知识甚多,笔者在某些疾病中特辟趣味记忆法,亦庄亦谐、寓教于乐,如一叶知秋、兵分两路、三阳开泰、四喜丸子、五虎上将、六六大顺、北斗七星、八仙过海、九九归一、十全十美等,以利学生提纲挈领、生动活泼地记忆并掌握专业知识。

本书既可作为高等医学院校学生学习内科学同步辅导参考书,也可供内科医生、临床各科医生、社区医生及广大基层医务人员阅读参考,还可作为从事医学管理工作、心理学工作者以及广大医学爱好者的参考读物。

本书的写作得到了山西中医学院院长陶功定教授(医学博士)的大力支持,他对本书的结构和内容提出了建设性的、中肯的意见,在此谨致以真诚谢意!尤其要衷心感谢科学出版社给予的各方面鼎力支持,正是该社促成了本书的问世。

李殊响

2004 年 3 月于山西中医学院

目 录

前 言

第一章 呼吸系统疾病 1

- 第一节 急性上呼吸道感染 1
- 第二节 慢性支气管炎 3
- 第三节 阻塞性肺气肿 6
- 第四节 慢性肺源性心脏病 9
- 第五节 支气管哮喘 11
- 第六节 肺炎球菌性肺炎 16
- 第七节 肺结核 19
- 第八节 原发性支气管肺癌 25
- 第九节 气胸 27
- 第十节 慢性呼吸衰竭 29

第二章 循环系统疾病 32

- 第一节 心力衰竭 32
- 第二节 心律失常 36
- 第三节 心脏骤停 40
- 第四节 原发性高血压 44
- 第五节 冠状动脉粥样硬化性心脏病 49
- 第六节 病毒性心肌炎 57
- 第七节 风湿性心瓣膜病 59

第三章 消化系统疾病 63

- 第一节 慢性胃炎 63
- 第二节 消化性溃疡 65
- 第三节 胃癌 70

第四节 肝硬化 73

- 第五节 肝性脑病 76
- 第六节 原发性肝癌 79
- 第七节 急性胰腺炎 81
- 第八节 溃疡性结肠炎 84

第四章 泌尿系统疾病 87

- 第一节 慢性肾小球肾炎 87
- 第二节 肾病综合征 89
- 第三节 急性肾盂肾炎 91
- 第四节 慢性肾衰竭 95

第五章 血液系统疾病 99

- 第一节 缺铁性贫血 99
- 第二节 再生障碍性贫血 102
- 第三节 急性白血病 105
- 第四节 特发性血小板减少性紫癜 109
- 第五节 过敏性紫癜 111

第六章 内分泌代谢系统疾病 113

- 第一节 甲状腺功能亢进症 113
- 第二节 糖尿病 117
- 第三节 肥胖症 123

第七章 风湿疾病 126

- 第一节 类风湿关节炎 126

第二节	系统性红斑狼疮	129
第八章	理化因素所致疾病	132
第一节	急性有机磷杀虫药中毒	132
第二节	急性一氧化碳中毒	135
第三节	中暑	137
第九章	神经系统疾病	140
第一节	三叉神经痛	140
第二节	特发性面神经麻痹	142
第三节	急性炎症性脱髓鞘多发 性神经病	145
第四节	偏头痛	147
第五节	脑血栓形成	150
第六节	脑出血	153
第七节	癫痫	156
第十章	精神性疾病	160
第一节	精神分裂症	160
第二节	神经衰弱	163
第三节	癔症	165

参考文献

第十一章	传染性疾病	168
第一节	伤寒	168
第二节	细菌性痢疾	170
第三节	病毒性肝炎	173
第四节	流行性出血热	178
第五节	流行性感冒	181
第六节	艾滋病	182
第七节	传染性非典型肺炎	185

第十二章	遗传性疾病	189
第一节	21 三体综合征	189
第二节	马方综合征	191
第三节	A 型血友病	192
第四节	白化病	194

第十三章 老年性疾病	197
第一节 睡眠呼吸暂停综合征	197
第二节 骨质疏松症	200
第三节 骨性关节炎	202
第四节 阿尔茨海默病	204

..... 207

第一章 呼吸系统疾病

第一节 急性上呼吸道感染

一、诊断

(一) 歌诀

病史诱因鼻咽征
局症较重全身轻
结合血象与胸片
临床诊断分五型
病毒抗原定病因
并发诊断应连通

(二) 注释

任何疾病的诊断依据都不外乎三个方面,即病史、临床表现(包括症状与体征)以及辅助检查,辅助检查包括实验室检查、影像、心电图、超声波以及内镜等。综合的临床诊断是医生制定治疗方案的重要依据,必须做到系统、全面、准确、概括且重点突出,一个完整的诊断包括病因诊断、病理解剖诊断、病理生理诊断、分型与分期诊断以及并发症与伴发症诊断等,其中病因诊断是最重要也是最理想的,是首要的诊断内容。

急性上呼吸道感染是指鼻腔、咽腔或喉部炎症的统称,是呼吸道最常见的一种传染病,简称“上感”,本病的诊断依据与要点是:

1. 病史与流行情况:

- 1) 患者周围有“上感”病人。
- 2) 常见诱因有受凉、淋雨、过度疲劳与过度紧张等。
- 3) 发病季节多为冬春季,多数为散发,但气候骤变时可造成小流行。
- 4) 老幼体弱者或有慢性呼吸道疾病如鼻窦炎、扁桃体炎者更容易患本病。

2. 症状与体征:

- 1) 鼻咽部局部症状重而全身症状轻。常见症状有鼻塞、流涕、咽干咽痒咽痛、轻咳、发热。
- 2) 鼻咽部体征有鼻黏膜充血水肿、咽红肿、咽及扁桃体肿大、局部淋巴结肿大和触痛。
3. 外周血象:如为病毒感染,白细胞计数正常或偏低而淋巴细胞比例增高;如为细菌感染,白细胞总数及中性粒细胞增高,严重时可有核左移现象。
4. X线检查:胸片未见异常,如并发急性气管-支气管炎时会出现肺纹理增粗。

5. 分型诊断:临床有五种类型,即普通感冒(I型)、病毒性咽喉炎(II型)、疱疹性咽峡炎(III型)、咽结膜热(IV型)、细菌性咽-扁桃体炎(V型)。成人多为I、II、V型,儿童常为III、IV型。

6. 病因诊断:病原学检查可明确病因。一般情况下不做,必要时可进行细菌培养和病毒分离或病毒血清学检查,免疫荧光法、酶联吸附法、血凝抑制试验等可判断病毒类型,区别病毒或细菌感染从而可确定病因诊断。本病70%~80%由病毒引起,包括流感(甲、乙、丙)病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、腺病毒、鼻病毒等,常见的细菌为溶血性链球菌、流感嗜血杆菌、葡萄球菌等。

7. 并发症的诊断:根据疾病的诊断步骤,还应注意有无并发症,常见的并发症包括急性鼻窦炎、急性中耳炎、急性气管-支气管炎、风湿热、急性肾小球肾炎、病毒性心肌炎等,总之,上呼吸道感染是多种疾病的渊源,不可掉以轻心。

(三) 图

“上感”临床类型诊断、病因诊断与并发症诊断的内在联系(图1-1)。

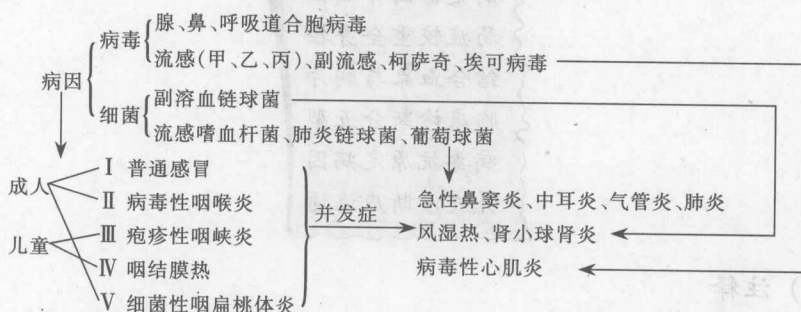


图1-1 “上感”分型、病因及并发症诊断

二、治疗

(一) 歌诀

保持室内气流通
休息戒烟水多饮
对因头青病毒唑
对症解热与镇痛
维C银翘板蓝根
鼻塞可用滴鼻净

(二) 注释

本病尚无特效抗病毒药物,故以支持、对症和中医治疗为主。

(1) 一般治疗:①室内空气要流通,但应注意防止受寒;②短期卧床;③戒烟、多饮水;④加强营养,清淡饮食,补充维生素,尤其是维生素C。

(2) 病因治疗:①抗病毒感染:广谱抗病毒药物利巴韦林(病毒唑)主张早期使用;②抗细菌感染:如第一代头孢菌素、青霉素类等。

(3) 对症治疗:头痛、发热、全身肌肉酸痛症状者,可应用解热镇痛药如阿司匹林、对乙酰氨基酚(扑热息痛)、布洛芬等。

(4) 中医治疗:应用中药治疗有较好疗效,如银翘解毒丸、柴胡注射液、正柴胡饮、小柴胡冲剂和板蓝根冲剂等。

(5) 抗鼻塞治疗:五型“上感”中以普通感冒最常见,普通感冒俗称“伤风”,又称急性鼻炎或上呼吸道卡他,以鼻咽部卡他症状为主要临床表现,如鼻塞较重,可用1%麻黄素滴鼻溶液,如对麻黄碱耐受,可选用1%的滴鼻净溶液,其化学名为萘甲唑啉。

第二节 慢性支气管炎

一、诊断

(一) 歌诀

慢支诊断三步曲
症征辅检与病史
二型三期要明确
四菌五毒需牢记

(二) 注释

慢性支气管炎是指气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异炎症,临床以咳嗽、咳痰、哮喘及反复发作的慢性过程特征,其诊断要点包括诊断依据、分型分期诊断与病因诊断。

1. 诊断依据:不外乎三个方面,即病史、临床表现与辅助检查,分述如下:

- 1) 慢性咳嗽、咳痰史。
- 2) 临床表现包括症状与体征两个方面:患者具有咳嗽、咳痰、喘息、气急(呼吸困难)等症状以及肺底散在干、湿啰音等体征。
- 3) 血常规检查可见白细胞总数与中性粒细胞增高,喘息型慢性支气管炎嗜酸粒细胞也增多。
- 4) 痰涂片或培养可见四大优势菌。
- 5) 呼吸功能减退,残气量增加,最大肺活量与时间肺活量减少。

2. 分型与分期诊断:单纯型主要表现为咳嗽、咳痰,喘息型除咳嗽咳痰外,另有喘息,伴有哮鸣音;急性发作期咳、痰、喘任何一项明显加剧,慢性迁延期咳、痰、喘症状迁延一个月以上者,临床缓解期症状基本消失并保持两个月以上。

本病分为二型三期,二型是单纯型与喘息型;三型分别指急性发作期、慢性迁延期、临床缓解期。



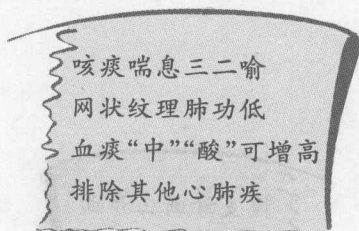
3. 病因诊断: 主要指感染因素的主要病因——细菌与病毒, 常见四大优势菌是指肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、甲型链球菌和奈瑟球菌, 病毒主要指鼻病毒、腺病毒、流感病毒、黏液病毒与呼吸道合胞体五大病毒。



四大优势菌 (bacteria) 与五大病毒 (virus), 可缩写为 “B4V5”
(见图 1-2。)

二、诊断标准

(一) 歌诀



(二) 注释

根据 1979 年全国支气管炎临床专业会议制定的标准, “慢支”的诊断是:

(1) 根据咳嗽、咳痰或伴喘息, 每年发病持续三个月而连续两年或两年以上者 (三二喻)。



三二喻——比喻为三个月和两年。

(2) 如每年发病不足三个月, 而有明确的客观依据, 也可做出诊断, 例如:

- 1) X 线可见肺纹理增粗紊乱呈网状或条索状, 以下肺野明显。
 - 2) 呼吸功能减退, 肺功能低下, 主要表现为最大通气量 (MBC) < 预计值的 80%, 时间肺活量第一秒率 (FEV₁) < 70%。
 - 3) 血常规检查可见白细胞总数与中性粒细胞增高, 喘息型“慢支”可见嗜酸粒细胞增多。
 - 4) 痰涂片可见大量中性粒细胞增多, 喘息型“慢支”可见嗜酸粒细胞增多。
- (3) 排除其他心肺疾病, 如肺结核、尘肺、支气管哮喘、支气管扩张、肺癌、各种心脏病与心力衰竭等。

(三) 图

“慢支”诊断依据与步骤 (图 1-2。)

三步曲是指一首复杂乐曲的三个阶段三个部分，正如一部长篇小说分为上、中、下部篇章。如巴金的身世三步曲《家》、《春》、《秋》；爱情三步曲《雾》、《雨》、《电》。

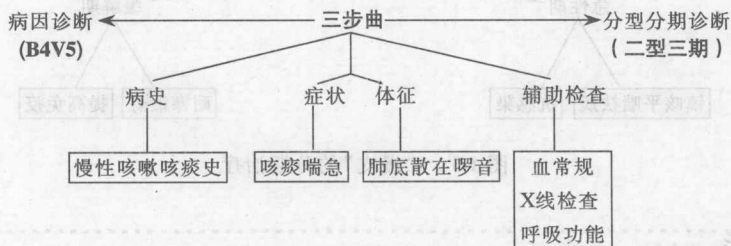


图 1-2 “慢支”诊断要点

三、治疗

(一) 歌诀

治疗要分急缓期
镇咳平喘痰雾去
抗炎青红头氨环
耐寒锻炼增免疫

(二) 注释

应采取防治结合的综合措施。

1. 治疗方法:治疗方法随临床分期而异。

2. 急性发作期的治疗:

1) 镇咳祛痰:常用氯化铵、溴己新。

2) 解痉平喘:常用氨茶碱、二羟丙茶碱(喘定)、沙丁胺醇(舒喘灵)口服,必要时应用泼尼松、地塞米松等糖皮质激素。

3) 雾化治疗:可选用抗生素、祛痰剂、激素以及沙丁胺醇(舒喘灵)、异丙托品、 α -糜蛋白酶等雾化吸入,以加强局部消炎及稀释痰液的作用。

4) 抗感染治疗:如青霉素类、红霉素等大环内酯类、头孢菌素类、氨基苷类等抗生素以及环丙沙星等氟喹酮类抗菌药。

3. 缓解期的治疗:

1) 加强锻炼,增强体质,提高免疫功能。

2) 常进行耐寒锻炼如一年四季冷水洗脸以及冬泳等。

3) 适当应用一些增强免疫功能的药物,如核酪注射液、胸腺肽注射液、八味地黄丸、左旋咪

唑以及卡介苗纯蛋白衍生物等。

(三) 图

“慢支”急性期与缓解期的治疗措施图 1-3。

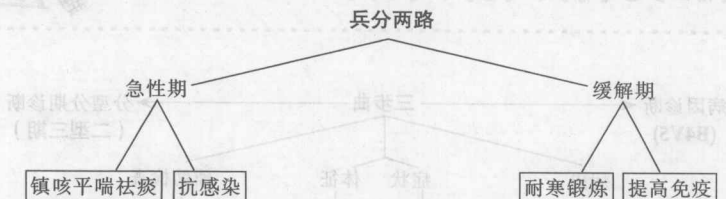


图 1-3 “慢支”的分期治疗



兵分两路——秦朝末年，楚义帝令刘邦与项羽兵分两路，夺取咸阳，可比拟为慢性支气管炎的急性期与缓解期的治疗。

第三节 阻塞性肺气肿

一、诊断

(一) 歌诀

特征体征“慢支”史
影像血气肺功异
AB混合共三型
病因诊断莫忘记

(二) 注释

阻塞性肺气肿指终末细支气管远端充气、过度膨胀，气腔弹性减退和肺容量增大的病理状态，它与“慢支”、支气管哮喘统称为慢性阻塞性肺病（COPD）。肺气肿的诊断依据与诊断步骤是：

1. 诊断依据：

(1) “慢支”病史。

(2) 肺气肿特征：主要指肺气肿体征，其视、触、叩、听四诊的特征性体征是：

1) 视诊：胸廓饱满呈桶状胸、呼吸动度减弱，严重时出现发绀。

2) 触诊：语颤减弱或消失。

3) 叩诊：呈过清音，心浊音界缩小或不易叩出，肺下界和肺肝浊音界下移。

4) 听诊：心音遥远，心率快，肺泡呼吸音减弱，呼气延长，并发感染时肺部可有干、湿啰音。

可概括为:

常有发绀桶状胸
语颤减弱过清音
心界缩小肝下移
双肺干湿与哮鸣

(3) 影像主要指 X 线检查,胸透与胸片可见:

- 1) 肋间隙增宽,肋骨平行。
- 2) 胸廓活动减弱,膈降低或低平。
- 3) 两肺透亮度增加。
- 4) 局限性肺气肿或肺大疱。
- 5) 肺纹理增粗或紊乱。
- 6) 心脏呈垂直位,心影狭长。
- (4) 动脉血气分析:动脉血氧分压降低、二氧化碳分压升高。
- (5) 肺功能降低:① $FEV_1 < 60\%$;② $MBC < 80\%$;③残气容积(RV) $> 40\%$ 。

2. 分型诊断:

(1) 气肿型(又称红喘型,PP 型,A 型):多见于老年,形体瘦弱,咳嗽较轻、痰少、气喘明显,湿性啰音密布,桶胸多明显。

(2) 支气管炎型(又称紫肿型,BB 型,B 型):多见于年龄较轻者,多肥胖,有发绀,咳嗽较重、痰多,气喘较轻,湿性啰音多有密布,桶胸不明显。

(3) 混合型:A 型、B 型同时存在。

3. 病因诊断:

(1) 原发病为“慢支”。

(2) 遗传因素:属常染色体隐性基因遗传,是由于先天性缺乏 α_1 -胰蛋白酶(α_1 -AT)所致,其与青年期肺气肿发病有密切关系。

(三) 表

肺气肿分型诊断依据之一——两种基本类型的肺气肿见表 1-1。

表 1-1 A 型肺气肿与 B 型肺气肿

肺气肿体征	气肿型	支气管炎型
别名	红喘型 PP 型 A 型	紫肿型 BB 型 B 型
视诊	喘息外貌 消瘦(老人) 桶状胸	发绀明显 肥胖(年轻轻) 颜面臃肿
触诊	语颤↓ R 动度↓	尚有奇脉
叩诊	过清音 心界↓ 肺肝浊音界↓	心界↓ 肺肝浊音界↓

续表

肺气肿体征	气肿型	气管炎型
听诊	心音遥远 HR ↑ 肺泡呼吸音 ↓ 呼气 ↑ 干湿啰音、哮鸣音	尚有 P ₂ ↑
上述体征概括为	3236	3327



上表中 3236 的内涵是指 A 型肺气肿的相关体征的数字化, 视诊征象 3 条、触诊征象 2 条、叩诊 3 条、听诊 6 条; 同理, 3327 是指 B 型肺气肿视、诊、叩、听体征数字概括。

二、治疗

(一) 歌诀

舒张气管与激素
抗菌氧疗和手术
医疗体育腹式呼
康复治疗措施五

(二) 注释

肺气肿治疗的目的在于改善呼吸功能, 提高患者的工作与生活能力, 具体措施为:

(1) 应用舒张支气管的药物, 如抗胆碱药 (如异丙托品)、茶碱类 (如氨茶碱)、 β_2 肾上腺受体激动剂 (如沙丁胺醇)。

(2) 如有过敏因素存在, 可适当选用糖皮质激素, 可经口服、静脉注射或雾化吸入等方式。

(3) 急性发作期, 根据病原菌或经验应用有效抗菌药物如青霉素、庆大霉素、头孢菌素、环丙沙星等。

(4) 家庭氧疗: 每天 10 ~ 15 小时, 1 ~ 2L/min, 持续给氧吸入, 能延长寿命, 改善生活质量。

(5) 局限性肺气肿或肺大疱, 可选择减容手术与肺移植术, 单侧移植比全肺效果好。

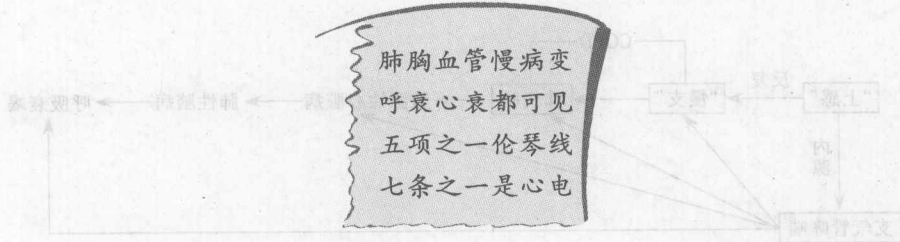
(6) 呼吸功能锻炼: 作腹式呼吸与应用缩唇呼吸法, 一手置腹部, 一手放胸前, 深吸气缓呼气, 鼻吸气口呼气且作口哨状, 以加强呼吸肌活动, 增加膈的活动能力。

(7) 康复治疗: 由训练有素的理疗师指导, 可进行气功、太极拳、呼吸操、定量行走或登梯练习 (五种方法)。

第四节 慢性肺源性心脏病

一、诊断标准

(一) 歌诀



(二) 注释

本病是由于慢性肺和胸廓疾病,或肺血管病变所引起的肺动脉高压进而引起的右室肥厚,甚至发生右心衰竭的心脏病,简称慢性肺心病。根据 1977 年我国修订的肺心病诊断标准(郑州会议),其诊断要点是:

- (1) 患者有“慢支”、肺气肿或其他肺胸疾病或肺血管病变。
- (2) 肺心功能失代偿期(包括加重期)主要表现为呼吸衰竭,心力衰竭表现可有可无。
- (3) 伦琴射线即 X 射线。X 线检查具有下列五项之一者可作为诊慢性肺心病的依据:
 - 1) 右肺下肺动脉干扩张,其横径 $\geq 15\text{mm}$,其横径与支气管横径之比值 ≥ 1.07 。
 - 2) 肺动脉段明显突出或其高度 $\geq 3\text{mm}$ 。
 - 3) 中心肺动脉扩张和外周分支纤细,两者形成鲜明对比。
 - 4) 肺动脉圆锥部显著突出或锥高 $\geq 7\text{mm}$ 。
 - 5) 右室扩大。

X 射线是由德国科学家伦琴于 1895 年发现的,为此,他获得了 1901 年的诺贝尔物理奖,他是世界上第一位获得诺贝尔奖的人。



(4) 心电图检查对肺心病诊断阳性率为 60.1%~88.2%,具有下列七条主要条件之一者可以诊断:

- ① 额面平均电轴 $\geq 90^\circ$;
 - ② $V_1 R/S \geq 1$;
 - ③ 重度顺钟向转位, V_5 导 $R/S \leq 1$;
 - ④ $Rv_1 + Sv_5 > 1.05\text{MV}$;
 - ⑤ aVR 导 R/S 或 $R/Q \geq 1$;
 - ⑥ $V_1 \sim V_3$ 呈 Qs, Qr, qr (需除外心肌梗死);
 - ⑦ 肺型 P 波。
- (5) 再参考心电图向量图、超声心动图、肺阻抗血流图,肺功能检查、动脉血气分析,血液检查与其他,择其要者分述如下:

- 1) 超声心动图检查:右心室流出道内径 $\geq 30\text{mm}$ 、右心室内径 $\geq 20\text{mm}$,左右心室内径的比值 < 2 。
- 2) 动脉血气分析:可出现低氧血症或合并高碳酸血症,如 $Pa_{O_2} < 7.98\text{kPa}(60\text{mmHg})$ 和(或) $Pa_{O_2} > 6.65\text{kPa}(50\text{mmHg})$,提示有呼吸衰竭。
- 3) 肺功能检查对早期或缓解期肺心病患者有意义。

4) 血液检查:红细胞与血红蛋白可升高;全血黏度及血浆黏度可增加;合并感染时,白细胞总数与中性粒细胞都增高;部分患者可有肝、肾功能改变;血钾高于正常值,血钠、氯、钙、镁常低于正常值。

(三) 图

“上感”、“慢支”、支气管哮喘、肺气肿四病的内在联系见图 1-4。

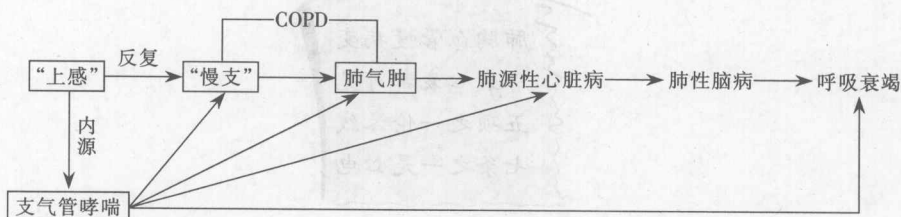


图 1-4 呼吸道四病的内在联系

二、治疗措施

(一) 歌诀

吸氧通气抗感染
利尿强心扩血管
“水电”平衡纠酸碱
营养护理多锻炼

(二) 注释

肺源性心脏病按其临床表现分为肺功能代偿期(包括缓解期)与失代偿期(包括急性加重期)。失代偿期治疗原则是控制感染、通畅呼吸道,纠正缺氧和二氧化碳潴留,控制呼吸衰与心力衰竭;代偿期的治疗原则是采用中西医结合的综合措施,增强免疫功能。其治疗方法分述如下:

1. 急性加重期:

- (1) 低流量($1 \sim 2\text{L/min}$),低浓度($< 35\%$)持续给氧。
- (2) 保持呼吸道通畅:①首先清除口咽分泌物;②痰多而黏稠时,给予祛痰药;③支气管痉挛患者雾化吸入 β_2 受体激动剂沙丁胺醇(舒喘灵);④病情危重者可采用气管插管和气管切开,建立人工呼吸道作机械通气。
- (3) 控制感染:参考痰菌培养及药敏试验,选择抗菌药物。
- (4) 原则上选用作用轻、小剂量利尿剂如双氢氯噻嗪(简称“双克”),尿量多时加用保钾利尿剂如氨苯蝶啶,必要时可用呋塞米(速尿)。
- (5) 洋地黄剂量宜小,一般为常规剂量的 $1/2$ 或 $2/3$,同时选作用快、排泄快的毛花苷丙(西