

内科学表解

西安医科大学 第一附属医院内科学教研室

刘陕西 编著

Weikexue
Biaojie

内 科 学 表 解

西安医科大学第一附属医院内科学教研室

刘 陕 西 编 著

总 审 校 杨鼎颐 马志芳

审 校 高 慧 谈一飞 陈思训 邵文斌
王育本 王振容 段仲璧 苟寒梅



000-8-1

13-B-0043-0009-2300-1

5.300-0009-2300-13-B-0043-0009-2

陕 西 科 学 技 术 出 版 社

1987.10
121

内 科 学 表 解

西安医科大学第一附属医院内科学教研室 编著

总主编 刘陕西
副总主编 赵文源、周晓光、王一民、李志海、孙立申
副主编 张晋生、侯春华、高建平、王新宇
编者组 魏国强、侯春华、高建平、王新宇

内 科 学 表 解

西安医科大学第一附属医院内科学教研室

刘陕西 编著

陕西科学技术出版社出版发行
(西安北大街131号)

新华书店经销 西安医科大学印刷厂印刷
787×1092毫米 16开本 10.25印张 23万字

1987年10月第1版 1987年10月第1次印刷

印数: 1—8,000

ISBN 7—5369—0043—0/R·13

统一书号: 14202·206 定价: 2.30元

陕西科学技术出版社

说 明

《内科学表解》是编者在教学过程中，根据1982年全国高等医学院校《内科学教学大纲》及1984年卫生部颁发的《医学专业业务统考命题范围》的要求，以全国统编教材《内科学》第二版为基础，参考有关资料编写而成。

本书内容包括呼吸、循环、消化、泌尿、造血、内分泌系统及代谢、风湿性疾病和关节疾病，以及理化因素所致疾病，共九篇。每篇均冠以概论，以图表形式简述与该系统疾病有关的解剖生理、诊断方法和要求、防治原则等共同要点。每一疾病的病因、发病原理、病理、临床表现、辅助检查等内容，以表解的形式编写而成。内容简明扼要，重点突出，形式新颖，便于理解、记忆。本书可供医学院校学生学习《内科学》、统考复课及各级医生晋升考试复课参考，也可供教学及临床医生参考。

编写完后，经内科学教研室各专业任课教师和组长分别进行审校，最后由杨鼎颐教授和马志芳教授总审校、定稿，并在编写过程中，得到各级领导和同志们的大力支持和关怀，特此一并致谢。

书中编目的疾病属于全国统考命题范围；非统考者列入“附录”。书后附有1984年卫生部颁发的《高等医学院校五年制医学专业业务统考命题范围》。

由于编者缺乏编写经验，业务水平有限，加之时间仓促，错误和欠妥之处在所难免，恳切希望读者予以批评，指正。

自发性气胸	(26)	四、肠结核	(67)
平喘药物	(27)	五、溃疡性结肠炎	(69)
第二篇 循环系统疾病	(29)	编 著 者	
一、循环系统疾病的诊断	(30)	六、克隆病	(71)
二、慢性心功能不全	(31)	七、肝硬化	(72)
三、急性左心功能不全	(33)	八、原发性肝癌	(75)
四、常见的心理失常	(34)	九、肝性脑病	(76)
		十、急性胰腺炎	(77)

1987年

(51)	台灣	一
(52)	漁業大綱與農業	二
(53)	臺灣地圖	三
(54)	臺灣氣候	四
(55)	炎熱林甲蟲害	五
第一篇 呼吸系統疾病 (1)		
一、概論		(2)
二、支氣管哮喘		(5)
三、慢性支氣管炎		(9)
四、慢性阻塞性肺氣肿		(11)
五、肺炎球菌肺炎		(13)
六、肺膿腫		(15)
七、肺結核		(16)
八、原發性支氣管癌		(19)
九、結核性胸膜炎		(21)
十、呼吸衰竭		(22)
十一、慢性肺原性心脏病		(23)
附：支氣管擴張症		(25)
自发性氣胸		(26)
平喘藥物		(27)
第二篇 循環系統疾病 (29)		
一、循環系統疾病的診斷		(30)
二、慢性心功能不全		(31)
三、急性左心功能不全		(33)
四、常見的心律失常		(34)

(35)	炎熱蟲害防治	一
(36)	漁業問題與黃	二
(37)	臺灣氣候	三
(38)	炎熱林甲蟲害	四
第三篇 消化系統疾病 (39)		
一、概論		(41)
二、胃炎		(45)
三、消化性潰瘍		(46)
四、腸結核		(49)
五、潰瘍性結腸炎		(54)
六、克隆病		(55)
七、肝硬化		(56)
八、原發性肝癌		(58)
九、肝性腦病		(59)
十、急性胰腺炎		(60)

十一、结核性腹膜炎	(79)
十二、黄疸的鉴别诊断	(80)
附：上消化道大量出血	(82)
第四篇 泌尿系统疾病	(85)
一、概论	(86)
二、肾小球疾病	(90)
三、肾盂肾炎	(97)
四、慢性肾功能不全(尿毒症)	(98)
第五篇 血液和造血系统疾病	(101)
一、贫血概论	(102)
二、缺铁性贫血	(104)
三、再生障碍性贫血	(106)
四、溶血性贫血	(108)
五、出血性疾病	(111)
六、白血病	(116)
七、淋巴瘤	(120)
第六篇 内分泌系统疾病	(123)

一、概论	(124)
二、甲状腺功能亢进症	(127)
三、皮质醇增多症	(130)
附：腺垂体机能减退症	(132)
亚急性甲状腺炎	(134)
慢性淋巴细胞性甲状腺炎	(135)
第七篇 代谢疾病	(137)
糖尿病	(138)
第八篇 风湿性疾病和关节疾病	(143)
附：系统性红斑狼疮	(144)
类风湿性关节炎	(146)
第九篇 理化因素所致疾病	(149)
一、中毒概论	(150)
二、急性有机磷农药中毒	(152)
附：中暑	(154)
急性一氧化碳中毒	(155)
附：统考命题范围	(156)

(原稿由夏雨林抄) 雜記 第一章 亂世之餘言自《鴻臚記》

第一篇 呼吸系统疾病

一、概论

局吸系统解剖功能

		传导气道						终末呼吸单位	
解剖	上呼吸道	下呼吸道			(肺腺泡单位)				
分级	鼻→环状软骨→气管→总支气管→叶支气管→段支气管→亚段支气管→细支气管→终末细支气管→呼吸性细支气管→肺泡管→肺泡囊→肺泡	(0)	(1)	(2)	→	(7)	(8)→(19)	(20→23)	(24→27)
生理功能	1. 清滤空气 2. 湿化空气 达95%相 对湿度 3. 加温空气 至37℃	1. 通气功能 2. 自净功能 粘液-纤毛运动 咳嗽反射 免疫功能	换气功能 免疫功能 (依赖肺泡上皮细胞) I型细胞: 披覆肺泡表面 II型细胞: 产生表面活性物质 肺泡巨噬细胞: 吞噬和清除进入肺泡的颗粒性物质及微生物						



肺通气功能检查

检 查 项 目	概 念 和 方 法	正 常 值	
		男	女
(一) 肺容量			
1. 基础肺容量			
潮气量 (VT)	为一次平静呼吸，进出肺内的气体量	500毫升	
补吸气量 (IRV)	为平静吸气末，再用力吸气所吸入的气量	2,160毫升	1,500毫升
补呼气量 (ERV)	为平静呼气后的最大呼气量	900毫升	560毫升
残气量 (RV)	为最大呼气后肺内残留的气量	1,380±631毫升	1,301±466毫升
2. 含有两个或两个以上的基础肺容量			
深吸气量 (IC)	为平静呼气末的最大吸气量。 $IC = VT + IRV$	2,600毫升	1,900毫升
功能残气量 (FRC)	为平静呼气后肺内残留的气量。 $FRC = ERV + RV$	2,270±809毫升	1,858±552毫升
肺活量 (VC)	为最深吸气后的最大呼气量	3,470毫升	2,440毫升
肺总量 (TLC)	为深吸气后肺内所含的气量	5,090±866毫升	3,996±832毫升
(二) 通气功能			
1. 每分钟静息通气量 (VE)	为静息状态下，每分钟吸入或呼出的气量。 $VE = VT \times 呼吸频率 / 分$	6,663±200毫升	4,217±160毫升
2. 最大通气量 (MVV)	以最大速度和幅度呼吸 1 分钟的气量	104±2.71升	82.5±2.17升
3. 用力肺活量 (FVC)	为深吸气后，最快用力呼出的气量	3,470毫升	2,440毫升
1 秒用力呼出量 (FEV ₁)	为用力呼气肺活量曲线上第 1 秒钟所呼出的气量	3,179±117毫升	2,314±48毫升
最大中期呼气流速 (MMFR)	为用力肺活量曲线中段肺容量与其所用呼气时间之比值	3.369升/秒	2.887升/秒
(三) 气体分布			
一次呼气法 (氮稀释法)	常用吸入纯氧后测定呼出气的氮浓度作为判断指标	<1.5%	
重复呼吸法 (氮清洗法)		<2.5%	

肺容量及其组成

肺通气功能障碍的临床分型及其鉴别

肺 总 量	肺 活 量	深 吸 气 量	潮气	平静呼气基线	呼吸	VC	阻 塞 性		限 制 性
							减低或正常	减低	
						RV	增加	减低	
						TLC	正常或增加	减低	量容积(一)
						RV/TLC	明显增加	正常或略增加	量容积基
						FEV ₁ /FVC	减低	正常或增加	量容积
						MMFR	减低	正常或减低	量容积
						临床意义	见于哮喘、慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、重症支气管扩张、其它气管-支气管狭窄的疾病	胸壁或呼吸肌疾病；肺急性浸润、肺水肿、间质性肺纤维化；胸膜疾病；肺部占位性疾病；肺组织缺损	
		功能残气量	残气	最大呼气基线					

血液气体分析和酸碱度的测定

实测项目	正 常 值	计算项目	正 常 值
1. pH 血液酸碱度	7.35~7.45	1. AB 标准磷酸根	22~27毫当量/升
2. PaO ₂ 动脉血氧分压	100.0毫米汞柱	2. SB 标准碳酸氢盐	22~27毫当量/升
3. PaCO ₂ 动脉血二氧化碳分压	35~45毫米汞柱	3. BE 剩余碱	-3~+3
4. HB 缓冲碱	45~55毫当量/升	4. SBE 标准剩余碱	-3~+3
5. CO ₂ CP 二氧化碳结合力	23~31毫当量/升	5. SaO ₂ 动脉血氧饱和度	97%

注：以上检查以pH、PaCO₂和BE为主。

酸碱平衡失调和电解质紊乱的诊断及治疗原则

分 类	pH	PaCO_2	BE	CO_2CP	K^+	Cl^-	治 疗 原 则
呼 吸 性 代 偿 性	正常	增高	正值增大	升高	正常	降低	改善肺泡通气，给呼吸兴奋剂
失代偿性	<7.35	增高	不变或 正值增大	升高	增高	降低	同 上
合 并 酸 中 毒	<7.35	增高	负值增大	升高或 降低	增高	增高	4% 碳酸氢钠滴注+呼吸兴奋剂+解痉剂
合 并 代 谢 性 硝 中 毒	增高或 降低	增高	正值增大	升高	降低	降低	补充 K^+ 、 Na^+ 和 Cl^- ，限制激素和利尿剂
呼 吸 性 中 毒	>7.45	降低	负值增大	降低	降低	降低	以治疗原发病为主，减度过度换气
代 谢 性	正常或 >7.45	增高	正值增大	增高	降低	降低	补充 K^+ 、 Na^+ 和 Cl^-

二、支 气 管 哮 喘

定义 支气管哮喘是一种变态反应性疾病，临床表现为反复发作性带有哮鸣音的呼气性呼吸困难。

病因、发病原理和临床表现 见下图。

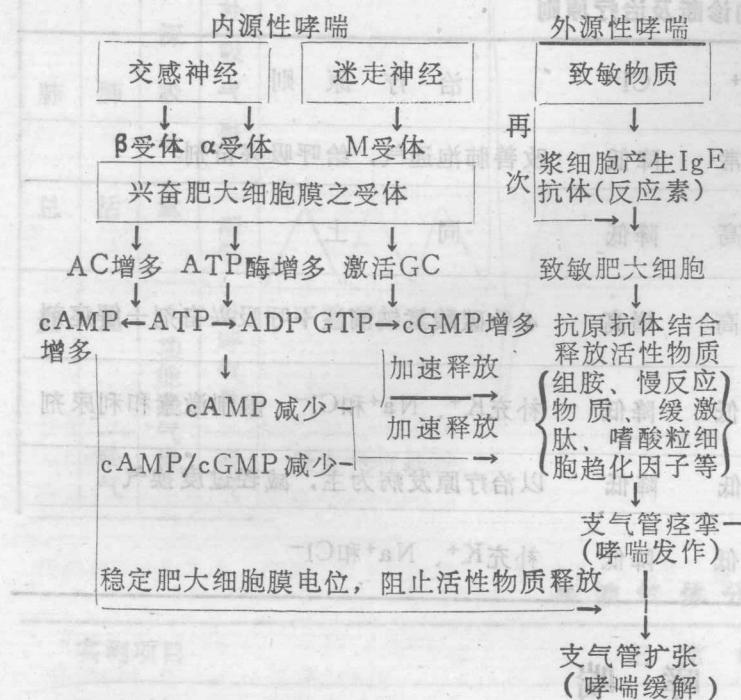
诊断和鉴别诊断

(一) 有反复发作的支气管哮喘病史；

(二) 发作时有呼气期带哮鸣音的呼吸困难，肺部遍布哮鸣音；

(三) 支气管解痉剂得以缓解。病因诊断：(1)详细询问病史；(2)皮肤敏感试验；(3)特异性致敏原体外试验；(4)血液及呼吸道分泌液免疫球蛋白测定。

病因及发病原理



临床表现、分型和并发症

→ 临床表现 → 反复发作性，伴有哮鸣音的呼气性呼吸困难。发作时，呼吸困难，胸部紧迫感，被迫端坐，两手前撑，两肩耸起，额部冒汗，可有干咳，严重时发绀，发作将停时，咳出较多稀薄痰液后，气喘减轻，哮喘停止，不久恢复到病前状态。

→ 体征 → 发作时 → 呈肺气肿体征，呼气期两肺遍布哮鸣音
→ 发作停后 → 肺部体征可完全恢复正常

→ 临床分型 → 外源性、内源性和混合性。三者的区别见下表

→ 并发症 → 自发性气胸、纵隔气肿、肺不张、慢性支气管炎、阻塞性肺气肿等

注：GC：鸟苷环化酶 GTP：三磷酸鸟苷 cGMP：环磷酸鸟苷 AC：腺苷环化酶 ATP：三磷酸腺苷 cAMP：环磷酸腺苷 ADP：二磷酸腺苷

支气管哮喘各型的区别

区别点	外源性	内源性	混合性
家族过敏史	常有	少有	
个人过敏史	常有	少有	
发病年龄	童年或青少年	成年	
发病季节	春、秋季多见	可终年发作	介于前二者之间
发病先兆	常有喷嚏、流涕、眼痒等	常于上呼吸道感染数日后的哮喘发作	间，可先后发生或混合存在
发作频率	间歇性	较为经常	
外源性过敏原	+	-	
过敏原皮试	+	正常或稍增多	
嗜酸粒细胞	增多	正常或稍增多	
血清IgE	半数以上增高	多数正常	

异丙阿托品等)。

5. 抑制生物活性物质释放：如茶碱类，拟肾上腺素类、糖皮质激素、色甘酸钠等。
 6. 对症治疗：如吸氧、祛痰、补液等。
 7. 提高 β -能受体水平：如拟肾上腺素类、糖皮质激素等。
 8. 提高cAMP水平：如前列腺素E₂。
- 常用支气管解痉剂(拟肾上腺素类、糖皮质激素和茶碱类)的作用机理：



哮喘发作时的治疗选择

病 情	治 疗 措 施
轻度发作	首选舒喘、氯喘等；新针治疗；口服氨茶碱、麻黄素；祛痰剂
中度或较重发作	静注氨茶碱、皮下注射肾上腺素、口服强的松（5~10毫克/次，一日三次或15~30毫克晨间顿服，每日或隔日一次）、抗感染、吸氧、祛痰等
哮喘持续状态	吸氧、氨茶碱静注、补液、抗感染、静滴糖皮质激素、纠正酸中毒、处理并发症
慢性反复发作	去除病因、抗原脱敏（主要用于过敏型和混合型）、色甘酸钠（对预防过敏型哮喘发作较好）、噻呱酮（外源型或其它各型）、二丙酸氯地米松（用于依赖糖皮质激素者）、乙酰胆碱能阻滞剂（阿托品、热参片等）

(二) 防治措施：

1. 去除病因：如避免接触有关致病因素，脱敏治疗等。
2. 控制发作：见上表。
3. 预防复发：适当加强体力和呼吸锻炼、去除诱因、增强免疫功能（脱敏治疗、菌苗治疗、转移因子等）、中医中药治疗。

哮 喘 持 续 状 态

定义 哮喘发作严重，持续在24小时以上者，称哮喘持续状态。

病因、发病原理、临床表现和实验室检查 见下图。

治 疗

(一) 吸氧。

(二) 氨茶碱 0.25~0.5 克缓慢静注或静滴。

(三) 补液：为最有效的祛痰方法。每日静滴葡萄糖生理盐水2,000~4,000毫升。

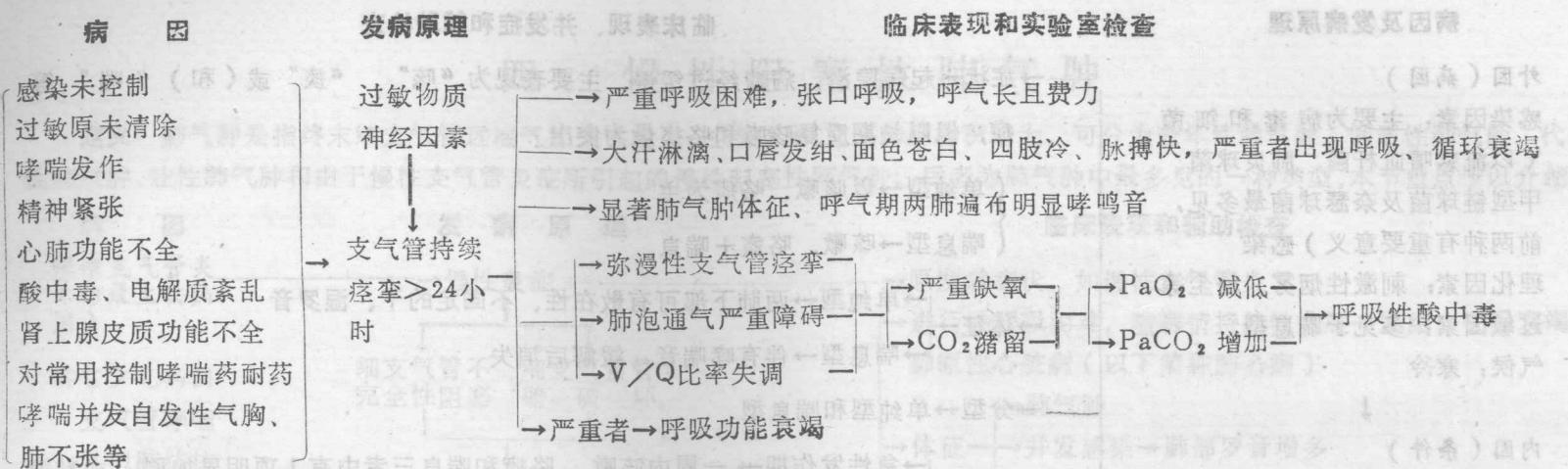
(四) 纠正酸中毒：当发生呼吸性酸中毒伴有代谢性酸中毒时，可给5%碳酸氢钠静滴。

(五) 糖皮质激素：静滴氢化考的松或地塞米松，待哮喘控制后即速减量或停药。

(六) 改善通气。

(七) 抗感染：可用青霉素和链霉素肌注。

(八) 处理并发症。



三、慢性支气管炎

定义 慢性支气管炎是指气管、支气管粘膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。

病因、发病原理、临床表现和辅助检查 见下图。

诊断标准 (1) 咳嗽、咯痰，或伴喘息反复发作，每年患病至少 3 个月，并持续两年以上；(2) 可排除其它心、肺疾病，如肺结核、支气管哮喘、尘肺、支气管扩张、肺癌、心脏病、心功能不全等。

防治

(一) 急性发作期：以控制感染为主。

1. 抗感染：以青霉素和链霉素联合应用为主。其它常

用药物有复方磺胺甲基异恶唑、强力霉素、红霉素等。

2. 祛痰、止咳：可用复方甘草合剂、氯化胺等。

3. 解痉、平喘：如氨茶碱、拟肾上腺素类药等，常用于慢支喘息型。

4. 气雾疗法：可将上述有关药物进行雾化喷吸。

(二) 缓解期：以增强体质，提高机体抗病能力和预防复发为主。

1. 免疫治疗：气管炎菌苗、核酸酶素等。

2. 中医扶正固本治疗。

病因及发病原理

外因(病因)

感染因素：主要为病毒和细菌（以流感嗜血杆菌、肺炎球菌、甲型链球菌及奈瑟球菌最多见，前两种有重要意义）感染

理化因素：刺激性烟雾、粉尘等

过敏因素：多见于喘息型

气候：寒冷

内因(条件)

呼吸道防御、免疫功能降低

植物神经功能失调

气管、支气管粘膜及其周围组织

慢性非特异性炎症

粘膜充血、水肿，粘液腺增生肥大和杯状细胞增多、分泌功能亢进，纤毛运动减弱

临床表现、并发症和辅助检查

临床表现、并发症和辅助检查

→症状→起病隐匿，病情经过缓慢。主要表现为“咳”、“痰”或(和)“喘”等症状，但以长期反复咳嗽和咯痰最为突出

{ 单纯型→以咳嗽、咯痰为主

{ 喘息型→咳嗽、咯痰+喘息

→体征→单纯型→两肺下部可有散在性、不固定的干、湿罗音

→喘息型→伴有哮鸣音，缓解后消失

→分型→单纯型和喘息型

→分期→急性发作期→一周内咳嗽、咯痰和喘息三者中有1项明显加剧；或粘液脓性痰明显增多；或伴有发热等炎症表现

→慢性迁延期→三症持续>1个月

→临床缓解期→三症基本消失>2个月

→并发症→阻塞性肺气肿(最常见)、肺心病、肺部急性感染、自发性气胸

→X线检查→肺纹理增粗、紊乱及／或肺气肿的X线征象

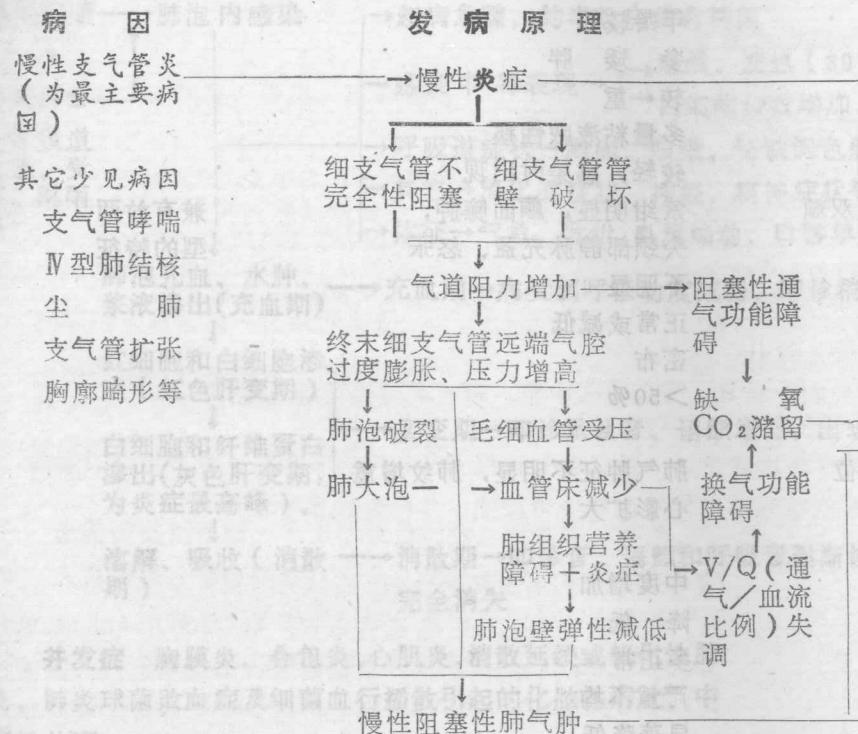
→痰液检查→急性发作期呈粘液脓性或脓性痰，有大量中性粒细胞

→喘息型者痰中可见较多嗜酸粒细胞

→痰涂片或细菌培养常见四大优势菌

四、慢性阻塞性肺气肿

定义 肺气肿是指终末细支气管远端气腔弹性减退、过度膨胀、充气和肺容积增大。可分为老年性肺气肿、间质性肺气肿、代偿性肺气肿、灶性肺气肿和由于慢性支气管炎症所引起的慢性阻塞性肺气肿。后者为肺气肿中最多见的一种类型，本节重点予以介绍。



诊断 (1)有慢性支气管炎等病史；(2)肺气肿的临床表现；(3)肺气肿X线征象；(4)肺功能检查符合肺气肿诊断标准。根据前三项可作出临床诊断，肺功能检查

具有确定诊断价值。

治疗 (1)病因治疗与慢性支气管炎的治疗相同；(2)加强呼吸运动锻炼；(3)并发症的治疗。