

基层医院内科 病治疗经验集

郝春会 张 刚 主 编



云南出版集团公司
云南科技出版社
· 昆明 ·

编委会名单

主 编 郝春会 张 刚

副主编 矫玉成 胥俊强

前 言

内科疾病严重威胁人类的健康,其发病率在逐年上升,现已成为人群中主要的死亡原因,越来越引起社会各界特别是医学界的关注和重视。近十几年来,随着基础理论研究的深入,新技术的开展应用及临床经验的积累,对临床常见内科疾病的病因、病理、分类、诊断、治疗、护理和预后的认识发生了质的飞跃。广大医务工作者,特别是基层临床医师急需掌握这些知识及诊疗规范经验,以指导自己的临床实践,应此需要,我们编写了此书。

全书共分为六篇,第一篇为肺部疾病,对肺炎链球菌肺炎、社区获得性肺炎、流感杆菌肺炎及流感病毒性肺炎等疾病进行了叙述;第二篇为胃及肝胆疾病,对急性胃炎、胃癌、肝硬化及胆囊炎等疾病进行了叙述;第三篇为心血管疾病主要叙述了临床常见心血管疾病,如心绞痛,急性心肌梗塞、室上性心动过速,充血性心力衰竭及高血压病等最新诊断及治疗;第五篇为内分泌疾病,主要论述了糖尿病、单纯性甲状腺肿及甲状腺功能减退症;第六篇为脑血管疾病,主要叙述了脑水肿、血管性头痛、病毒性脑炎及脑血管性痴呆的诊断与治疗。力求做到普及与提高对临床常见内科病防治水平的目的。

医学科学的进展一日千里,日新月异,由于水平有限,加之时间仓促,书中难免有差错和遗漏之处,恳请同道和读者批评指正。

编 者



目 录

第一篇 肺部疾病

第一章 肺炎链球菌肺炎 (1)

第一节 病因及发病机制 (1)

第二节 临床表现 (2)

第三节 实验室检查 (3)

第四节 病 理 (3)

第五节 诊 断 (3)

第六节 治 疗 (4)

第七节 预 防 (5)

第二章 流感杆菌肺炎 (6)

第一节 流行病学 (6)

第二节 症状体征 (7)

第三节 疾病病因 (8)

第四节 病理生理 (9)

第五节 诊断检查 (10)

第六节 治疗及预后	(11)
-----------------	------

第三章 流感病毒性肺炎	(12)
-------------------	------

第一节 流行病学	(12)
----------------	------

第二节 病因发病机制	(12)
------------------	------

第三节 临床表现及诊断	(14)
-------------------	------

第四节 治 疗	(15)
---------------	------

第二篇 胃及肝胆疾病

第一章 急性胃炎	(17)
----------------	------

第一节 氧气吸入治疗法	(17)
-------------------	------

第二节 疾病症状与病因	(17)
-------------------	------

第三节 临床表现与诊断	(20)
-------------------	------

第四节 治 疗	(21)
---------------	------

第二章 胃 癌	(24)
---------------	------

第一节 概 述	(24)
---------------	------

第二节 病因与发病机制	(26)
-------------------	------

第三节 分期分型	(29)
----------------	------

第四节 临床表现与诊断	(32)
-------------------	------

第五节 治 疗	(38)
---------------	------

第三章 肝硬化	(46)
---------------	------



第一节 病因与临床诊断	(46)
第二节 治 疗	(50)
第四章 胆囊炎	(54)
第一节 病因及病理	(55)
第二节 疾病分类	(57)
第三节 疾病诊断与治疗	(59)
第三篇 心血管疾病	
第一章 心绞痛	(63)
第一节 心绞痛的病因	(63)
第二节 心绞痛的病理解剖及病理生理	(64)
第三节 心绞痛的发生机制	(65)
第四节 心绞痛的类型及其处理原则	(66)
第五节 心绞痛的诊断与鉴别诊断	(74)
第六节 心绞痛的最新治疗	(79)
第二章 急性心肌梗塞	(85)
第一节 发病机理	(85)
第二节 临床表现	(87)
第三节 实验室与心脏电学检查	(91)
第四节 诊断与鉴别诊断	(97)



第五节 急性心肌梗死的最新治疗	(101)
第三章 充血性心力衰竭	(106)
第一节 心力衰竭的概念	(106)
第二节 病因和发病机理	(108)
第三节 临床特征	(111)
第四节 诊断与鉴别诊断	(115)
第五节 最新治疗	(121)
第四章 高血压病	(147)
第一节 概述	(147)
第二节 原发性高血压的发病机制	(149)
第三节 病 理	(152)
第四节 高血压的临床表现及分类	(153)
第五节 高血压的诊断	(157)
第六节 高血压的最新治疗	(159)
第四篇 内分泌疾病	
第一章 糖尿病	(170)
第一节 病因及发病机理	(170)
第二节 临床特点及诊断	(172)
第三节 最新治疗	(173)



第四节 糖尿病的预防与护理	(176)
第二章 单纯性甲状腺肿	(178)
第一节 病因和发病机制	(179)
第二节 临床表现	(179)
第三节 实验室检查	(180)
第四节 诊断和鉴别诊断	(180)
第三章 甲状腺功能减退症	(181)
第一节 病因和发病机制	(182)
第二节 临床表现	(182)
第三节 实验室检查	(183)
第四节 诊断和鉴别诊断	(184)
第五节 治 疗	(185)
第五篇 泌尿系疾病	
第一章 肾功能衰竭	(187)
第一节 急性肾功能衰竭	(187)
第二节 慢性肾功能衰竭	(200)
第二章 肾小球疾病	(211)
第一节 肾小球疾病的临床分型	(212)
第二节 急性肾小球肾炎	(218)



第三节	原发性肾小球疾病中高凝状态	(228)
第四节	抗凝治疗适应证	(231)
第五节	各种抗凝剂的选择与应用	(232)
第三章	尿路感染	(234)
第一节	非特异性尿路感染	(235)
第二节	尿路寄生虫病	(244)
第三节	尿路霉菌病	(245)
第四章	肾病综合征	(246)
第一节	肾病综合征的病因及临床表现	(246)
第二节	肾病综合征的辅助检查	(251)
第三节	肾病综合征的诊断依据与鉴别诊断	(253)
第四节	肾病综合征的治疗进展	(255)
第六篇	脑血管性疾病	
第一章	脑水肿	(260)
第一节	血脑屏障的概念	(260)
第二节	脑水肿的分类	(261)
第三节	脑水肿的发病机理	(263)
第四节	脑水肿的临床表现	(266)
第五节	脑水肿的治疗	(270)



第二章 病毒性脑炎	(276)
第一节 病毒性脑炎的概念	(276)
第二节 急性病毒性脑炎	(278)
第三节 慢病毒性脑炎	(287)
第四节 病毒性脑炎的治疗	(290)



第一篇 肺部疾病

第一章 肺炎链球菌肺炎

肺炎链球菌肺炎是由肺炎链球菌所引起的肺实质性炎症。通常起病急骤,以高热,寒战,咳嗽,血痰及胸痛为特征。在 X 片胸片中呈肺段或肺叶急性炎性实变。近年来因为抗菌药物的广泛应用,使本病的起病方式,症状以及 X 线改变均不典型。

第一节 病因及发病机制

肺炎链球菌(*Streptococcus pneumoniae*),旧称肺炎双球菌或肺炎球菌(*pneumococci*),为革兰氏阳性双球菌,属链球菌的一种。肺炎链球菌根据其荚膜特异性多糖抗原分型,目前丹麦分 84 型(丹麦血清研究所为被 WHO 认可的唯一抗血清来源),美国分 86 个血清型。我国曾在 80 年代进行全国范围致病菌型调查,从血、脑脊液和中耳分泌物分离的菌株以 5 型最多,其次为 6、1、19、23、14、2、3、型等,以第 3 型毒力最强,儿童则多为 6、14、19 及 23 型。肺炎链球菌可引起大叶肺炎,皆为原发性,大多数见于 3 岁以上小儿,年长儿较多。因此时机体防御能力逐渐成熟,能使病变局限于一个肺叶或一个节段而不致扩散。婴幼儿时期偶可发生。气候骤变时机体抵抗力降低,发病较多,冬春季多见,可能与呼吸道感染



流行有一定关系。

第二节 临床表现

(1) 症状起病前常有受凉,淋雨,疲劳,醉酒,病毒感染史,多数有上呼吸道前驱症状,起病多急剧。突发高热、寒战,肌肉酸痛,纳差、疲乏和烦躁不安。体温可高达 $40 \sim 41^{\circ}\text{C}$ 。呼吸急促达 $40 \sim 60$ 次/分,呼气呻吟,鼻扇,面色潮红或紫绀。可有患侧胸部疼痛,放射至肩部或腹部,患儿多卧于病侧。最初数日多咳嗽不重,无痰,后可有痰呈铁锈色。早期多有呕吐,少数患儿有腹痛,有时易误诊为阑尾炎。幼儿可有腹泻。轻症者神志清醒,少数患儿出现头痛、颈强直等脑膜刺激症状。重症时可有惊厥、谵妄及昏迷等中毒性脑病的表现,常被误认为中枢神经系统疾病。严重病例可伴发感染性休克,甚至有因脑水肿而发生脑疝者。较大儿童可见唇部疱疹。

(2) 胸部体征早期只有轻度叩诊浊音或呼吸音减弱。病程第 2~3 日肺实变后有典型叩诊浊音、语颤增强及管性呼吸音等。消散期可听到湿罗音。少数病例始终不见胸部异常体征。确诊须靠 X 线检查。

(3) X 线检查早期可见肺纹理加深或局限于一个节段的浅薄阴影,以后有大片阴影均匀而致密,占全肺叶或一个节段,经治疗后逐渐消散。可见肺大泡。少数病例出现胸腔积液。值得指出,在肺部体征出现之前,即可能用 X 线透视查出实变。多数患儿在起病 3~4 周后 X 线阴影消失。

(4) 自然病程大多在病程第 5~10 日体温骤退,可在 24 小时内下降 $4 \sim 5^{\circ}\text{C}$,低到 35°C 左右时,可见大汗及虚弱,类似休克状态。早期应用抗生素治疗者可于 1~2 日内退热,肺部体征约 1 周左右消失。



第三节 实验室检查

白细胞及中性粒细胞明显增高,白细胞总数可达 $20 \times 10^9/L$ 以上,偶达 $50 \times 10^9 \sim 70 \times 10^9/L$,但也有少数病儿的白细胞总数低下,常示病情严重。作气道分泌物、血液、胸水培养可获肺炎链球菌。此外,可采用从血、尿标本用 CIE、LA 等方法检测肺炎链球菌荚膜抗原,用放射免疫、杀菌力试验和 ELISA 等方法测定肺炎链球菌抗体作辅助诊断。尿检查可见微量蛋白。C 反应蛋白往往阳性。

第四节 病 理

病理以肺泡炎为主,很少涉及肺泡壁或支气管壁的间质。一般多局限于一个肺叶或其大部分,偶可同时发生于几个肺叶,右上叶或左下叶最为多见。未经治疗的病肺最初显著充血,第 2~3 日肺泡内含纤维素渗出物、大量红细胞和少量中性粒细胞,以及大量肺炎链球菌,此时称红色肝变期。第 4~5 日肺泡内充满网状纤维素,网眼中有大量中性粒细胞及大单核细胞,红细胞渐消失,肺叶由红色转变为灰色,又称灰色肝变期。以后,白细胞大量破坏,产生蛋白溶解酶,使渗出物中的纤维素被溶解,是为消散期。

第五节 诊 断

如早期缺乏咳嗽和胸部体征,易与其它急性热病相混。如同时有呕吐、头痛、谵妄或惊厥等特征,则应与中枢神经系统传染病



及中毒型菌痢区别,急需 X 线透视以肯定诊断。有时腹痛和呕吐很明显,特别在右下叶发生肺炎时,可刺激膈肌以致在右下腹也出现腹痛,很像急性阑尾炎。鉴别时应注意肺炎患儿的腹部压痛不限于右下腹,腹肌痉挛可在轻缓的压力下消失,并无深层压痛。此外,患大叶肺炎时,体温和白细胞总数一般均较急性阑尾炎更高。支气管结核合并肺段病变或干酪性肺炎的体征与 X 线所见,可与大叶肺炎相似,但发病较缓,肺部阴影消失缓慢,结核菌素试验阳性,有助于结核诊断。此外应与其它病原引起的肺炎如肺炎杆菌肺炎、支原体肺炎相鉴别。

第六节 治 疗

一般疗法可参阅支气管肺炎治疗节。由于绝大多数肺炎链球菌菌株仍对青霉素很敏感,一般应用青霉素 G 可迅速治愈。常用剂量为 5 万 ~ 10 万 u/(kg · d),或每日给 60 万 ~ 100 万 u 或更多,分 4 次肌注或静脉给药。青霉素过敏的患儿可静脉注射红霉素 100mg/(kg · d),好转后可改为口服。治疗应持续 1 ~ 2 周,或完全退热后 3 ~ 5 天。如青霉素用药后 2 ~ 3 日病情未见好转,应考虑偶见的抗青霉素菌株而改用其它抗菌药物。可根据咽拭子培养出的肺炎链球菌敏感试验结果而改用其它药物。由于小儿肺炎常常不能在 24 小时内作出特异性病原诊断,因而可使用广谱抗生素来治疗不明致病菌的肺炎,近年来多应用一代和二代头孢菌素如头孢唑啉(Cefazolin)、头孢噻吩(Cefalot-hin)、头孢呋肟(Cefaroxime)等。对表现感染性休克或脑水肿、脑疝的病例,应按感染性休克或颅内高压征专章所述进行抢救。对晚期就诊者必须注意较常见的并发症,如脓胸、肺脓肿、心包炎、心肌炎及中毒性肝炎,而给予适当的治疗。脓胸需穿刺抽脓。肺炎链球菌并不产生真正的外毒



素,荚膜多糖抗原也不会引起组织坏死。因而大叶肺炎愈后通常不会遗留肺损伤。但是多叶肺炎遗留在肺中的瘢痕偶可引起慢性限制性肺疾患。

肺炎链球菌肺炎并发症

未经适当治疗的病人可发生脓胸、肺脓肿、心肌炎、心包炎等。败血症病人可并发感染性休克。抗生素治疗后并发症已少见。

第七节 预 防

在某些国家和地区,易发肺炎链球菌感染的高危人群(包括小儿,尤其是患有镰状细胞病的儿童最易感染)试用多价肺炎链球菌多糖疫苗预防,认为有效。目前仍在继续研究中。

我国使用的肺炎球菌疫苗为“多价肺炎球菌疫苗”(纽莫法23),美国默沙东公司研制生产,经我国卫生部批准在全国推行。

该疫苗是将肺炎球菌杀死,提取其荚膜多糖制成的,接种后诱发产生抗体,有效的预防肺炎球菌肺炎和败血症。该疫苗包含了主要引起肺炎和败血症的23种肺炎球菌,对90%的肺炎球菌产生免疫力,故称“多价”。该疫苗经一次注射后,15天产生保护性抗体,保护期至少持续五年;必要时,在一次注射后第六年再注射一次。

第二章 流感杆菌肺炎

流感嗜血杆菌之所以被如此命名,是因为曾误认为它是 1889 年流感大流行的原因。根据社区获得性肺炎的大多数研究,它是细菌性肺炎较为常见的病因,仅次于肺炎链球菌。含 b 型(Hib)多糖荚膜的菌株毒性最强,最容易引起严重疾病,包括脑膜炎,会厌炎和菌血症性肺炎。

第一节 流行病学

人类是流感嗜血杆菌的惟一宿主,它寄居于正常人的上呼吸道,无荚膜型菌株和 b 型流感嗜血杆菌均视为上呼吸道的正常菌群。鼻腔带菌率为 25%,喉部带菌率为 45%,大多为无荚膜型菌株,3%~15% 为 b 型流感嗜血杆菌,但在婴幼儿集聚的机构,鼻咽部 b 型流感嗜血杆菌的带菌率高达 58%,在成人患有慢性肺部疾病、心脏病、低丙种球蛋白血症和长期吸烟人群中,鼻咽部分分离到 b 型流感嗜血杆菌的机会增多。本病具两个高发年龄组,即 6 个月~5 岁的婴幼儿组和有基础疾病的成人组。男女均可发病,在婴幼儿组男女之比约 1.5:1,成人组男女相当。秋冬季为发病高峰季节,常发生于上呼吸道感染之后。某些呼吸道病毒如流感病毒可促进流感嗜血杆菌肺炎的发生,尤其在流行性感冒流行之际,流感嗜血杆菌肺炎的发病率增加且病情严重。1892 年 Pfeiffer 观察到此现象,并首次从流感患者的鼻咽分泌物中分离出流感嗜血杆菌,



被误认为流感的病原菌而定名沿用至今。

流感嗜血杆菌肺炎(hemophilusinfluenzapneumonia)是由流感嗜血杆菌引起的肺部炎症。过去认为本病在成人中罕见,主要发生在6个月~5岁的婴幼儿,常并发化脓性脑膜炎。近年来,流感嗜血杆菌在成人肺炎中地位为临床所认识,据统计10%~20%的社区获得性肺炎由流感嗜血杆菌引起,33%~65%的医院内肺炎首先是鼻咽部流感嗜血杆菌内源性吸入作为始动菌,继发其它革兰阴性杆菌感染而致。起病前有上呼吸道感染史,表现为发热、咳嗽、咳脓性痰、呼吸急促、发绀。与一般肺炎相似,呼吸音低,闻及湿啰音,少数并发脓胸,时有胸腔积液体征。

第二节 症状体征

起病前有上呼吸道感染史,表现为发热、咳嗽、咳脓性痰、呼吸急促、发绀。与一般肺炎相似,呼吸音低,闻及湿啰音,少数并发脓胸,时有胸腔积液体征。流感嗜血杆菌肺炎(hemophilusinfluenzaepneumonia)易并发于流感病毒或葡萄球菌感染的病人,起病较缓,病程为亚急性。临床及X线所见均颇似肺炎球菌肺炎。但以下几个特点值得注意:①有痉挛性咳嗽,颇似百日咳,有时像毛细支气管炎;②全身症状重,中毒症状明显;③白细胞增高明显,可达2万~7万,有时伴有淋巴细胞的相对或绝对升高;④X线胸片可呈粟粒状阴影,常于肺底部融合;⑤小婴儿多并发脓胸、心包炎、败血症、脑膜炎及化脓性关节炎;⑥易后遗支气管扩张症。流感嗜血杆菌肺炎(hemophilusinfluenzaepneumonia)易并发于流感病毒或葡萄球菌感染的病人,起病较缓,病程为亚急性。临床及X线所见均颇似肺炎球菌肺炎。但以下几个特点值得注意:①有痉挛性咳嗽,颇似百日咳,有时像毛细支气管炎;②全身症状重,中毒症状明显;