

LINCHUANG CHANGJINA JIBING

临床常见疾病 诊治与护理

ZHENZHI YU HULI

主编 陈江山 张国强 等

第二军医大学出版社

临床常见疾病诊治与护理

LINCHUANG CHANGJIAN JIBING ZHENZHI YU HULI

主 编:陈江山 张国强 张玉梅 张 敬

第二军医大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床常见疾病诊治与护理 / 陈江山等主编. — 上海 : 第二军医大学出版社, 2011.5

ISBN 978 - 7 - 5481 - 0239 - 7

I. ①临… II. ①陈… III. ①常见病 - 诊疗②常见病 - 护理 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 072795 号

出版人 陆小新

责任编辑 王 勇

临床常见疾病诊治与护理

主 编 陈江山 张国强 张玉梅 张 敬

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433

电话/传真:021 - 65493093

全国各地新华书店经销

京南印刷厂印刷

开本:710 × 1010 1/16 印张:10 字数:333 千字

2011 年 5 月第 1 版 2011 年 5 月第 1 次印刷

印数:0001 ~ 3500

ISBN 978 - 7 - 5481 - 0239 - 7/R · 1039

定价:25.00 元

(版权所有 盗版必究)

编著者名单 (排名不分先后)

主 编:陈江山 张国强 张玉梅 张 敬

副主编:陈 治 崔 娜 牛泽然 郭晓洁

温丽霞 温省初 刘凤民 王 弘

甄新乐

编 委:文诗伟 王金涛 田保民 孙鲁华

孙莉霄 刘 梅 吴 凡 张望群

张 震 宋洪波 赵春清 贾乘骐

贾士强 彭占仙 蔺彦芬 穆华颖

内 容 提 要

本书共 13 章,分别介绍了颅脑、乳腺、甲状腺、胸部、呼吸道、消化道、心血管系统、消化道、肾脏、女性生殖系统、皮肤、五官、骨科等临床常见疾病的诊断要点、治疗方法与护理措施。本书内容全面,科学实用,可作为基层医护人员及医学院校学生的参考读物。

前 言

随着科学技术的进步,医疗卫生事业的发展进入一个新台阶,临床医学诊疗技术日新月异。临床医护人员只有不断学习本学科前沿知识,才能与时俱进,不断进取,不断创新,从而提高诊疗水平和规范医疗行为,更好地为患者解除病痛。因此,广大医务工作者迫切需要一本规范、新颖、全面、实用的临床工作参考书。

鉴于以上初衷,我们组织相关专业人员,结合多年临床工作经验,根据最新医学进展,编写了《临床常见疾病诊治与护理》一书。

本书共 13 章,系统介绍了临床常见病、多发病的临床表现、辅助检查、治疗方法及护理措施等内容,并详细介绍了常见急诊的救治方法。参与本书编写的人员均为长期工作在临床一线的专家,他们有着丰富的工作经验,熟悉掌握本专业技术,从常用的诊疗技术到最新的诊疗手段,层次分明地予以阐述,以文字简练、内容新颖、重点突出,实用性强为特点,为临床各科医师提供最新、最全面的专业参考。

本书在编写过程中参阅了许多医学著作和文献,在此谨向为本书提供资料的所有编著者致以崇高的敬意。由于参加编写的人员较多,文笔不尽一致,繁简程度也不尽相同,加之编者的水平有限,不足之处在所难免,殷切盼望各位同仁不吝赐教。

编 者

2011 年 3 月

目 录

第一章 颅脑疾病	1
第一节 高颅压性脑积水	1
第二节 癫痫	4
第三节 缺血性脑卒中	10
第四节 脑出血	15
第二章 乳腺疾病	20
第一节 急性乳腺炎	20
第二节 乳腺囊性增生病	22
第三节 乳腺癌	23
第三章 甲状腺疾病	29
第一节 甲状腺功能亢进症	29
第二节 甲状腺机能减退症	34
第三节 食管癌	37
第四节 腐蚀性食管灼伤	42
第四章 胸部疾病	45
第一节 胸部创伤	45
第二节 胸壁疾病	52
第三节 胸膜疾病	56
第四节 膈肌疾病	61

第五章 呼吸道疾病	66
第一节 急性上呼吸道感染	66
第二节 慢性支气管炎	68
第三节 肺炎	71
第四节 慢性呼吸衰竭	75
第五节 肺癌	78
第六章 消化道疾病	87
第一节 胃炎	87
第二节 消化性溃疡	91
第三节 食管癌	94
第四节 原发性肝癌	98
第五节 胆囊炎	105
第六节 急性胰腺炎	108
第七章 心血管疾病	114
第一节 原发性高血压	114
第二节 冠心病心绞痛	121
第三节 心功能不全	125
第四节 心律失常	130
第五节 感染性心内膜炎	139
第八章 肾脏疾病	144
第一节 急性肾小球肾炎	144
第二节 慢性肾小球肾炎	146
第三节 肾病综合征	149
第四节 慢性肾功能衰竭	153
第五节 急性肾功能衰竭	160
第九章 妇产科常见疾病	166
第一节 生殖系统炎症	166
第二节 生殖器肿瘤	173
第三节 月经失调	178

第四节	妊娠病理	184
第五节	妊娠合并症	194
第十章	皮肤科常见疾病	200
第一节	真菌病	200
第二节	病毒性皮肤病	203
第三节	瘙痒性皮肤病	209
第四节	物理性皮肤病	213
第五节	药疹	220
第十一章	五官科常见疾病	226
第一节	眼部疾病	226
第二节	口腔疾病	236
第三节	耳鼻喉部疾病	240
第十二章	骨科疾病	248
第一节	四肢骨与关节损伤	248
第二节	骨与关节感染	257
第三节	骨与关节结核	262
第四节	骨肿瘤	267
第十三章	临床常见急症	274
第一节	急性颅脑损伤	274
第二节	急腹症	287
第三节	急性中毒	291
第四节	急性多发性创伤	301

第一章 颅脑疾病

第一节 高颅压性脑积水

高颅压性脑积水是由于脑脊液循环通路上的脑室系统和蛛网膜下隙阻塞,引起脑室内平均压力或搏动性压力增高产生脑室扩大,以至不能代偿所引起的临床常见病。

一、诊断要点

(一) 临床表现

蛛网膜下隙出血和脑膜炎并发的高颅压性脑积水,常在发病后2~3周内发生。有些特殊病因的脑积水病人只有脑积水症状而没有局部定位症状,特别是脑室内肿瘤。

1. 头痛 以双额部疼痛最常见。由于卧位时,脑脊液回流较少,故头痛在卧位后或晨起时较重,坐位时可缓解,随着病情进展,夜间常痛醒,出现全头持续性剧痛,颈部疼痛,多与小脑扁桃体凸入枕大孔有关。

2. 恶心、呕吐 常伴有头痛。其特点是在早晨头痛严重时呕吐,这与前庭性呕吐不同。

3. 共济失调 多属躯干性,站立不稳,宽足距,大步幅。小脑半球病变产生的脑积水,可表现为肢体性共济失调。

4. 视力障碍 包括视物不清,视力丧失和外展神经麻痹产生的复视,后期病人可有近期记忆损害和全身不适。视乳头水肿是颅高压的重要体征,外展神经麻痹提示颅内高压而不能做定位诊断,中脑顶盖部位受压有上视和调节受限。脑积水本身可伴有躯体性共济失调,也可指示小脑蚓部病变。

5. 其他 某些局灶性体征可能预示特殊病变位置。

(二) 辅助检查

1. 头颅 CT 扫描 对有高颅压脑积水临床表现的病人头颅 CT 扫描是重要的检查方法,在平扫同时应做增强扫描,这即可观察脑室扩大的程度,也可进一步明确病因。

2. 核磁共振检查 对脑积水的诊断和鉴别诊断均有意义,尤其是对低级星形细胞瘤、脑室内囊肿的诊断更有意义。

3. MRI 可作为脑脊液动力学的检查,这对局限脑室扩大者,可与囊肿区别。

二、治疗方法

1. 对颅高压性脑积水引起视力急剧减退或丧失者,应急症处理,行脑脊液分流术,暂无分流条件,应在病房重症监护室内行脑室穿刺,持续外引流。常用穿刺部位为鼻根后 10 cm,中线右侧旁开 3 cm(即额部)。头皮局部浸润麻醉,颅骨钻孔或锥孔,穿刺额角,可以留置穿刺针,置入硅胶管更好,并在出头皮切口以前在头皮下穿行 3~5 cm,这可减少颅内感染。这种引流可持续 5 天。

2. 在脑积水病人病情允许情况下,可选择脑室分流术或切除颅内原发病变解除脑积水症状。

3. 肿瘤引起的梗阻性脑积水,可在肿瘤切除前做脑室分流术,防止出现术前颅高压和术后脑室系统阻塞不缓解产生的危险。小脑中线部位肿瘤较大时,分流后有出现小脑幕裂孔上疝的可能。如病灶属于恶性肿瘤,有肿瘤细胞沿分流管扩散到其他部位的危险。在肿瘤切除手术时,先做脑室穿刺,放出脑脊液,这有利于术中的肿瘤暴露,并穿刺骨孔,也可为术后急性脑室穿刺放液,持续性外引流提供方便。

三、护理措施

(一) 心理护理

1. 耐心倾听病人的主诉,并向病人解释出现头痛、呕吐的原因。
2. 与病人交流时尽量语言简洁、使用非医学术语,使病人能理解和接受。
3. 详细解释诊断、检查、治疗的过程,使病人能配合治疗护理。

(二) 饮食指导

1. 颅内压增高的病人,应给予流质或半流质饮食,指导少量多餐,以防止呕

吐误吸引起窒息。

2. 小儿病人顺从其饮食习惯, 尽量避免小儿进食时哭闹。麻醉清醒、肛门排气后方可进食流质饮食。

3. 腹胀常因术后脑脊液对腹腔刺激引起肠蠕动减弱所致, 应禁食至肠鸣音恢复正常后方可进食, 早期不应进食易产气食物如牛奶, 必要时腹部湿热敷以刺激肠蠕动。

4. 如无腹泻、腹胀等不良反应可逐渐过渡到普食。

(三) 体位护理

1. 可给予半坐位或坐位以减轻头痛。

2. 呕吐病人, 侧卧位头偏向一侧。术后抬高床头 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$, 以利于引流。

3. 脑室外引流的病人应保持平卧位。

(四) 病情护理

1. 遵医嘱定时观察意识、瞳孔、血压、呼吸、脉搏的变化, 并及时记录。

2. 当病人出现头痛、呕吐时, 认真观察并记录呕吐特点、时间, 呕吐物的性质、颜色、数量。

3. 及时清理呕吐物, 必要时应更换床单及病服。

4. 呕吐时指导病人不要过分的紧张, 防止呕吐物的误吸引起窒息。

(五) 用药护理

遵医嘱按时、按量、准确地给予脱水剂, 并观察用药后的效果。

(六) 管道护理

1. 观察记录引流液的颜色、性质、数量。维持引流袋的高度正确, 以避免引流过度造成的低颅压或引流不充分引起颅内压增高。

2. 指导病人不要坐起或大幅度翻身, 意识障碍病人应给予适当约束, 防止引流管脱出。

3. 每日更换无菌引流袋, 更换时应注意消毒保持无菌状态, 防止感染。

(七) 并发症护理

1. 感染 是分流术后最严重的并发症, 护理过程中需注意保持室内空气的新鲜, 尽量减少探视人员; 密切观察病人体温的变化; 指导病人不要触摸伤口, 必要时可适当约束肢体; 注意观察腹部情况, 有无腹痛等腹膜刺激征。

2. 脏器穿孔 脏器穿孔为分流管在腹腔随脏器活动而穿透脏器所致, 护理人员应严密注意病人有无气胸、胸腔积液、腹腔积液、阴囊或腹股沟疝囊积液及

阴道或膀胱穿孔,大肠或小肠、直肠穿孔、脐部穿孔等表现。一旦脏器穿孔,应立即报告医生行并行分流管取出手术。

3. 颅内压增高 常因分流管堵塞或末端被组织嵌入所致。病人可出现头痛、呕吐、意识改变等表现。应加强病情观察,遵医嘱可给予脱水治疗,配合行脑室外引流或再次分流手术前准备。

(八) 围手术期护理

1. 术前护理

(1) 注意观察神志、瞳孔、生命体征改变,及时发现颅内压增高的征象。

(2) 注意头痛、呕吐的性质,以确定颅内压增高的程度。

(3) 行脑室-腹腔分流术前,双侧头、颈、胸、腹部清洁备皮。

2. 术后护理

(1) 观察生命体征、瞳孔、意识情况,防止术后颅内血肿形成。

(2) 注意切口处皮下及分流管通过皮下隧道有无积液产生。

(3) 脑室-腹腔分流术后早期会出现腹胀、腹痛、恶心、呕吐、食欲下降等症状,如一周内症状未改善,提示有腹膜炎可能。

(4) 按压阀门,防止引流管堵塞。术后 1~3 日每 3~4 h 按压一次,每次 15min 左右。

(5) 注意体温变化,如体温持续升高,应做腰穿进行脑脊液生化检查,判断有无颅内感染。

第二节 癲 病

癲病是由多种病因引起的一组综合征,现多数人认为癲病是多基因遗传。癲病的病因中除部分病人病因不明而称之为特发性癲病外,大多数病人多由各种病因引起而称之为症状性或继发性癲病。

一、诊断要点

(一) 临床表现

根据癲病临床发作表现,可分为大发作、小发作、局限性发作和精神运动性发作共 4 类。

1. 大发作 病人意识突然丧失,全身痉挛性抽搐,多持续数分钟,可间歇数周或数月一次,也可一周数次,发作过程分四期:

(1)前驱期:发作前1~2日内可表现精神不振,兴奋易激惹,头痛头晕,全身不适等,反复发作病人多有将要出现癫痫发作的感觉。

(2)先兆期:运动性先兆,手、脚或面部出现抽动,头颈向一侧扭转等;感觉性先兆是指身体肢体或躯干某部分麻木感、蚁走感或电击样感觉,偶见疼痛的先兆;听、视觉先兆指视物模糊,闪光或彩色幻觉,眼前火球飞过感觉,还有听觉声响、言语、歌曲声等;内脏性先兆,即腹部不适,疼痛或恶心;精神性先兆是指有兴奋、愤怒、恐惧等。一般多为数秒钟到1~2 min不等。

(3)痉挛期:病人尖叫一声,即刻昏倒,头面部可有跌伤,双侧瞳孔散大光反应消失,全身肌肉呈强直性痉挛性抽搐,双上肢多呈内收位,两下肢伸直位,由于喉肌及呼吸肌痉挛而引起呼吸困难或呼吸暂停,全身缺氧,口唇面部青紫,经数秒钟后进入阵挛期,表现为全身肌肉呈现节律性抽搐,常有咬肌痉挛而将唇舌咬破口吐血泡沫,由于膀胱肌肉痉挛而引起小便失禁,每次发作大约持续数分钟。

(4)痉挛后期:全身肌肉痉挛停止后,呼吸逐渐恢复平稳,缺氧状态改善,呼吸节律恢复正常,10 min后病人由昏迷转清醒,但对其发作过程不能记忆,多数发作后病人进入睡眠状态持续数小时,再清醒后病人多头痛,头昏,四肢酸痛无力,有时出现精神异常兴奋表现。有时还可出现暂时性偏瘫或单瘫。由于病人反复多次的强直性痉挛发作,常伴有呼吸困难或短时间呼吸暂停而引起一定程度的脑缺氧,持续发作导致脑弥散性损害而造成病人智力减退或呈现迟钝、痴呆状态,有时也可一次发作后病人未醒又进入再次发作呈现癫痫持续状态进入深昏迷,引起严重脑缺氧、脑水肿,长时间全身肌肉痉挛还可引起心功能障碍。每一次大发作都要引起一定程度的大脑缺氧、充血和水肿,多次反复发作则造成严重脑缺氧和脑水肿,使之容易又产生癫痫大发作,这样就形成癫痫发作的病理性恶性循环,若不及时控制则可造成癫痫连续状态产生严重脑水肿而死亡,对此应视为急症抢救处理。

2. 小发作 多发生于青春期前的病人,高峰在6~10岁,瞬间意识丧失。每次发作只在几秒钟,发作日达数十次或上百次,特别精神兴奋,受刺激时或过度换气时加剧,发作时可突然面色苍白,眼发呆,停止活动,不跌倒,呼之不应,某局部肌肉抽搐或点头运动,有时还有眼球向上颤动,头向后仰。若不治疗,长

期发作则可使体力智力发育受到抑制,甚至变成白痴。

3. 局限性发作 可发生在任何年龄,但在青春期发作较频繁,局限性发作多有意识保存或只轻度混浊,发作类型有 Jackson 性发作、旋转性发作、一侧痉挛发作。

4. 精神运动性发作 即复杂性部分发作,这种发作又称为朦胧发作,主要症状在基本感觉运动的基础上,多先出现各种各样的先兆,病人常难以描述,常见的有上腹部不适或奇异的内脏感觉,热感或胸闷感,由胃上升到咽喉部;一种不舒适的幻嗅味、幻听,幻视。精神经历的先兆有环境生疏,对环境不信任,人格解体,情绪改变,发怒或恐惧心态,痛苦或欣快感。

(二) 辅助检查

1. 颅骨 X 线平片 对了解病因有一定帮助。如外伤性癫痫可发现颅骨骨折或颅骨缺损,碎骨片或金属异物颅内存留等。如颅内发现有病理性钙化,可根据其钙化部位、大小、形态等判断其原因。当颅内占有位性压迫存在时,可有脑回压迹增多,蝶鞍床突骨质吸收和颅缝分离。在婴儿性偏瘫时多有颅骨不对称的表现。

2. 腰椎穿刺 可作为常规检查,对分析癫痫的病因有一定帮助,如为特发性癫痫,脑脊液检查常在正常范围,而症状性癫痫,则常可发现一些异常改变,如 CSF 中细胞增多,应考虑为炎症或寄生虫,脑脊液中蛋白增多且压力增高时应怀疑有颅内肿瘤之可能。

3. 蛛网膜下隙脑池造影 可作为一种选择的检查方法,对了解癫痫的致病原因很有帮助,同时,也有治疗(分离粘连)的作用。

4. 脑血管造影 可根据需要进行检查,脑血管造影对怀疑有颅内占位性病变或动静脉畸形者很有帮助。

5. 神经影像学检查 多数癫痫病人致病灶多有病理学改变的基础,故通过 CT 或 MRI 检查时可发现其原发病,结合 EEG 改变有助于原始病灶的定位。

6. 脑电图检查(EEG) 脑电图检查对癫痫病人的诊断及病灶定位具有独特的价值,常表现为阵发性的脑波异常。一般在检查前三天停用抗癫痫药物,采用头皮电极描记,多在病人清醒状态下进行,对不合作者或小儿也可作睡眠脑电图描记。为了提高阳性诊断率,可反复多次检查,必要时应进行癫痫诱发试验。还可采用脑电地形图与 EEG 配合应用,对寻找原发病灶的定位有较高的价值。

7. EEG 24h 监测及录相 EEG 监测 具体方法是:电极片固定贴附在头上,把安装好的磁带盒挂在病人腰带上,作 24 h 脑电描记,病人可自由活动,当病人有特殊感觉或犯病先兆时可按一下预先学会使用的 Mark 记号,病人或家属记下病人在何时有何种感觉或犯病的先兆,以利回收处理分析 24 h EEG 与临床表现相对照。对回收中所发现的痫波发放情况还可以通过 EEG 机打印下来,供作分析与保存。

8. 单光子发射断层脑扫描(SPECT)检查 是一种痫灶定位的有效方法,是将核素显影与 CT 的三维摄像相结合,绘出不同截面的核素分布图,它不仅能反映出痫灶的位置与形态,而且还可显示出痫灶区脑血流与代谢变化。一般在癫痫发作间歇期,痫灶局部多呈现血流灌注降低,而在癫痫发作期痫灶区血流灌注明显增加,经对间歇期与发作期间减影后,则可绘出明确的原始痫灶的部位与范围,给临床提供有价值的参考。

9. 神经心理学检查 可用各种精神、心理学测试量表进行,以检查癫痫病人的智力、记忆力、定向力、判断力及语言功能。因在顽固性癫痫病人中约 1/3 有精神方面的障碍,因此,此项检查很重要。

二、治疗方法

(一) 药物治疗

1. 苯巴比妥(鲁米那) 适用于大发作,局限癫痫、精神运动性癫痫发作亦有效,对小发作则作用小。成人每日 60 ~ 80 mg,儿童 3 ~ 8 mg/kg,长期服用应减量。

2. 苯妥英钠(大仑丁) 对大发作、局限性发作和精神运动性发作疗效好,对小发作无效。成人每日 300 mg,儿童 4 ~ 7 mg/kg,每日分 1 ~ 2 次服,长期服用时应减量。

3. 扑痫酮(去氧苯巴比妥或麦苏林) 对大发作、局限性发作和精神运动性发作均有良好疗效。成人每日 500 ~ 1 500 mg,儿童 10 ~ 25 mg/kg,2 ~ 3 次/d,口服。

4. 丙戊酸 适用于大发作、精神运动性发作、失神发作。成人每日 600 ~ 1500 mg,儿童 30 ~ 50 mg/kg,3 次/d,口服。

5. 密那丁 适用于小发作。成人 0.5 g,3 次/d,儿童 30 ~ 50 mg/kg 分 3 次口服。

6. 三甲双酮 对小发作有效,对其他类型发作无效。剂量:成人 0.5 g, 3 次/d,儿童 10~20 mg/kg,3 次/d 口服。

7. 安定 可以控制大小发作,但主要用于癫痫持续状态时静脉注射,成人 10~30 mg 分次静点,儿童 0.15~0.5 mg/kg,分次静点。

(二)手术治疗

1. 适应证

(1)长期服用抗癫痫药物或经正规服用抗癫痫药或经血药物浓度监测已达有效浓度,仍不能控制癫痫发作,发作频率大约在每月两次以上,病程在 4 年以上者。

(2)因癫痫发作不能正常工作、学习或生活,已引起一定的智能、精神与发育障碍者。

(3)癫痫灶系一侧性,并局限某脑区,发作恒定,无自行缓解趋势,手术不会造成严重功能障碍者。

(4)两侧大脑半球广泛性脑电图异常或痫灶放电极于脑主要功能区,药物控制无效可采用多软膜下横纤维切断或大脑半球间连合切断术。

2. 禁忌证 波及语言、运动、感觉皮质的癫痫灶,切除后可能导致永久性功能障碍,是手术禁忌。

3. 麻醉 由于术中多需用皮层电极探测致痫灶,故最好用局麻,或先用全麻,当进行皮层电极探测时减少麻醉用量使病人清醒,探测完毕再加深麻醉;也可用硫贲妥钠诱导插管,然后用笑气加用肌肉松弛剂,这样很少影响脑皮层电活动而利于脑电检查。

4. 脑皮层电极探测 手术部位的脑区显露后,将皮层电极支架固定在颅骨切口缘上,安装好皮层电极采用地毯式在手术野的皮层区探测,对发现棘波灶活动区域标以黑数字号码,然后绘出痫灶地域图,以确定手术切除范围。若当探测不到异常波时,则应用电刺激的诱发方法,一般使用双形波电流,1~2.5 伏,每秒 50 周,刺激 3~5 min,然后进行描记观察后放电的持续时间,如后放电持续时间 14 s 内,则属正常范围,如后放电持续时间超过 15 s 以及电刺激时产生先兆或发作与平时相似时,应考虑该区就是致癫痫灶。

5. 致痫灶的切除 切除致癫痫灶,对治疗癫痫是最有价值的,但手术必须将癫痫连同致痫灶一并切除,致痫灶切除应采用软膜下切除的方法,切除后仍需用皮层电极进行复查,直到后放电呈现正常节律为止。对位于主要功能区的