

临床常见病 诊疗进展

刘汉波 朱秀莲 谷秀梅 韩冬梅 主编 ■

linchuang
changjianbing
zhenliaojinshan

南海出版公司

临床常见病诊疗进展

主编 刘汉波 朱秀莲 谷秀梅 韩冬梅

南海出版公司

2006·海口

图书在版编目(CIP)数据

临床常见病诊疗进展/刘汉波,朱秀莲,谷秀梅,韩冬梅主编. —海口:南海出版公司,2006. 2

ISBN 7-5442-3339-1

I. 临… II. ①刘…②朱…③谷…④韩… III. 常见病—诊疗 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 009624 号

LINCHUANGCHANGJIANBINGZHENLIAOJINZHAN

临床常见病诊疗进展

主 编 刘汉波 朱秀莲 谷秀梅 韩冬梅

责任编辑 陈 弥

封面设计 韩志录

出版发行 南海出版公司 电话(0898)66568511(出版)65350227(发行)

社 址 海南省海口市海秀中路 51 号星华大厦五楼 邮编 570206

电子信箱 nhcbgs@0898.net

经 销 新华书店

印 刷 山东省泰安市第三印刷厂

开 本 850 × 1168 毫米 1/32

印 张 9

字 数 230 千字

版 次 2006 年 2 月第 1 版 2006 年 2 月第 1 次印刷

印 数 1 ~ 500 册

书 号 ISBN 7-5442-3339-1/R · 131

定 价 21.00 元

南海版图书 版权所有 盗版必究

主 编
副主编

刘 汉 波
董 纪 翠
亓 兴 中

朱 秀 莲
张 兴 梅
周 长 江

谷 秀 梅
孟 丽 华
孟 宪 华

韩 冬 梅
陈 丽 荣

前 言

21 世纪医学科学技术在迅猛发展,同时现代医学研究也向着微观深入、宏观扩展的整体发展,在医学领域内不断取得相关新知识、新理论、新方法、新技术。临床新技术、新疗法的应用极大地促进了整个临床诊疗水平的提高,使许多急、危、重症病人得到了及时正确的治疗。相信本书的出版能为提高广大临床工作者实际诊疗水平做出贡献。

全书由刘汉波、朱秀莲、谷秀梅、韩冬梅负责统筹编写,其中循环系统,如心脏病的实验室诊断进展、高血压、冠心病的现代治疗进展、冠脉支架新技术等由刘汉波、朱秀莲、谷秀梅、董纪翠、孟丽华、亢兴中、周长江编写;神经系统,如脑出血、脑梗死,以及呼吸系统,如间质性肺炎、急性呼吸窘迫综合征、呼吸衰竭、人工气道的建立与管理机械通气的临床应用气道湿化及护理由朱秀莲、谷秀梅、韩冬梅、董纪翠、张兴梅、陈丽荣、孟丽华编写;机械通气、Alzheimer 病、脑病、短暂性脑缺血治疗进展由刘波波、韩冬梅、张兴梅、陈丽荣、亢兴中、周长江、孟宪华编写。本书从临床工作实际出发,紧扣医学发展的实际和临床工作需要,内容简洁,实用新颖。由于时间短,加之编者水平有限,临床经验不足,书中遗漏以及错误之处在所难免,敬请广大读者斧正。本书在编写的过程中得到了有关领导的大力支持和帮助,在此表示衷心的感谢。

编 者

2006 年 2 月

目 录

第一章 心脏病的实验室诊断进展	1
第一节 心肌梗死的实验诊断	1
第二节 心力衰竭的实验诊断	3
第三节 心脏事件的危险检测	4
第二章 高血压临床特征	6
第一节 我国高血压病的基本趋势	6
第二节 高血压发病的危险因素	7
第三节 靶器官的病理改变与危害	9
第四节 高血压分类、危险度分层	10
第五节 高血压的基本评估	14
第六节 诊断与鉴别诊断	16
第七节 老年人高血压	17
第八节 白大衣高血压	18
第三章 高血压常见并发症	24
第一节 高血压并发脑卒中	24
第二节 高血压并发心脏损害	28
第三节 高血压合并血脂血症	33
第四节 高血压合并糖尿病	35
第四章 高血压的基本治疗	38
第一节 高血压基础治疗	38
第二节 药物治疗	39
第三节 联合用药进展	44

第五章 冠心病的降脂治疗	47
第一节 联合降脂治疗的迫切性	47
第二节 联合降脂治疗	48
第三节 联合降脂治疗的不良反应	51
第六章 难治性心力衰竭的治疗进展	53
第一节 难治性心力衰竭的基础治疗	53
第二节 不同病因难治性心力衰竭的治疗	53
第三节 冠心病、高血压病引起的难治性心力衰竭治疗	55
第七章 心肌再灌注的影响因素	63
第一节 急性心肌梗死冠脉再通后无再流的机制	63
第二节 评价心肌再灌注的方法	64
第三节 改善心肌再灌注的措施	66
第八章 冠脉支架新技术	73
第一节 血管内支架	74
第二节 涂层材料	75
第三节 涂层药物	76
第九章 支气管哮喘药物治疗进展	90
第一节 糖皮质激素	92
第二节 β_2 受体激动剂	94
第三节 茶碱类	95
第四节 抗胆碱能药物	96
第五节 白三烯调节剂	97
第六节 其他治疗哮喘药物	98
第十章 弥漫性间质性肺疾病	100
第一节 病因和分类	100
第二节 诊断进展	101
第十一章 急性呼吸窘迫综合征	106
第一节 急性呼吸窘迫综合征的命名及病因	106

第二节	急性呼吸窘迫综合征的病理生理基础·····	107
第三节	急性呼吸窘迫综合征临床表现·····	108
第四节	实验室检查及监测·····	108
第五节	血流动力学检查·····	110
第六节	急性呼吸窘迫综合征判断标准·····	110
第七节	治疗·····	111
第八节	护理要点·····	113
第十二章	呼吸衰竭·····	114
第一节	呼吸衰竭的分类·····	114
第二节	临床表现·····	115
第三节	治疗·····	116
第四节	呼吸衰竭护理·····	117
第十三章	人工气道·····	126
第一节	人工气道的建立·····	126
第二节	人工气道的管理·····	127
第三节	气囊的管理·····	128
第四节	人工气道的湿化·····	129
第五节	吸痰·····	131
第十四章	机械通气的临床应用·····	134
第一节	概述·····	134
第二节	通气模式的特点和应用·····	136
第三节	肺保护性通气·····	142
第十五章	气道湿化及护理·····	146
第一节	人工气道对呼吸道功能的影响·····	146
第二节	气道湿化目的和方法·····	147
第三节	氧气疗法·····	151
第四节	氧疗并发症的预防和治疗·····	155
第十六章	脑病·····	157

第一节	神经细胞损伤的病理机制·····	157
第二节	保护神经细胞·····	159
第三节	血脑屏障对神经保护剂疗效的阻碍作用·····	162
第十七章	短暂性脑缺血治疗进展·····	164
第一节	临床表现·····	164
第二节	短暂性脑缺血发作的诊断和评价·····	168
第三节	短暂性脑缺血药物治疗·····	170
第四节	短暂性脑缺血发作的处理·····	173
第五节	外科治疗·····	174
第六节	脑卒中脑细胞保护治疗进展·····	176
第十八章	Alzheimer 病 ·····	186
第一节	胆碱酯酶抑制剂·····	186
第二节	治疗老年性痴呆(AD)和血管性痴呆(VD)的药物 ··· ·····	189
第三节	抗氧化剂和神经保护剂·····	190
第四节	谷氨酸盐受体拮抗剂·····	195
第五节	非甾体抗炎药·····	197
第六节	神经营养因子·····	197
第七节	抗淀粉样蛋白的药物·····	198
第十九章	消化性溃疡·····	200
第一节	胃酸和胃蛋白酶在消化性溃疡发病中的主导作用 ··· ·····	201
第二节	幽门螺杆菌与消化性溃疡·····	201
第三节	胃黏膜屏障的损害是溃疡病的基本原因·····	206
第四节	遗传因素在消化性溃疡发病中的作用·····	207
第五节	胃及十二指肠运动功能异常·····	209
第二十章	重症急性胰腺炎·····	210
第一节	重症急性胰腺炎的诊断·····	210

第二节	重症急性胰腺炎的治疗及进展·····	212
第二十一章	干扰素治疗慢性乙型病毒性肝炎的进展·····	220
第一节	干扰素的生理功能与研究历史·····	220
第二节	干扰素抗乙肝病毒的作用机制·····	221
第三节	干扰素治疗慢性乙肝的疗效·····	222
第四节	聚乙二醇化干扰素治疗病毒性肝炎进展·····	224
第五节	小儿乙型肝炎干扰素的治疗·····	226
第六节	干扰素治疗中的不良反应·····	226
第二十二章	出血倾向的评估·····	228
第一节	出血倾向的评估·····	229
第二节	新生儿出血倾向的评估·····	230
第三节	出血筛选试验·····	232
第二十三章	出血性疾病治疗·····	236
第一节	出血性疾病的分类·····	236
第二节	出血性疾病的治疗·····	238
第三节	止血药物的应用·····	239
第二十四章	弥散性血管内凝血·····	245
第一节	病因和机制·····	245
第二节	诊断与鉴别诊断·····	246
第三节	治疗·····	250
第二十五章	宫腔镜技术·····	253
第一节	接触型宫腔镜和现代接触型宫腔镜·····	254
第二节	末端带球囊的宫腔镜·····	255
第三节	液体灌流方式和膨宫液·····	255
第四节	CO ₂ 气体膨宫·····	257
第五节	纤维宫腔镜的发明·····	257
第六节	持续灌流宫腔镜·····	257
第七节	临床应用·····	258

第八节	宫腔镜手术护理·····	259
第二十六章	疼痛的诊断与发生机制·····	263
第一节	第五生命体征——疼痛·····	263
第二节	疼痛的分类·····	264
第三节	疼痛发生的机制·····	265
第四节	慢性疼痛的发生机制·····	268
第五节	脊髓损伤后幻觉痛的发生机制·····	269
第六节	疼痛的诊断·····	270
第七节	疼痛的规范化处理·····	271

第一章 心脏病的实验室诊断进展

心血管疾病是威胁人类健康与生命的头号杀手,高发病率、高致残率、高死亡率及较高的治疗费用已使其成为阻碍社会发展的一大障碍。最近的流行病学资料显示,美国有 5000 万病人患高血压,每年有 760 万病人患心肌梗死,已有 490 万病人被诊断为充血性心力衰竭。我国现有高血压患者约 1.6 亿,高血脂人数达 1.6 亿,约有 400 万心力衰竭病人,心血管疾病已逐渐成为我国城乡居民的第一位死因。随着临床检验医学的快速发展与研究的深入,许多新的检测项目(特别是一些心脏标志物)的相继问世,检验方法也不断更新与改进,极大地促进了临床心血管疾病的实验诊断的革命。临床实验室检查在心血管疾病的防治中责任重大,在心血管疾病的早期诊断、早期治疗、病情监测及估计病人的预后等方面发挥着越来越重要的作用。

第一节 心肌梗死的实验诊断

对于急诊胸部不适,疑为心肌梗死的患者,多用心电图结合心肌损伤标志物如肌酸激酶(CK)、肌酸激酶 MB 同工酶(CK-MB)、肌红蛋白(myoglobin, Mb/Myo)及心肌肌钙蛋白(cardiac troponin, cTn)I 或 T 等进行诊断与鉴别诊断。这些标志物在正常情况下存在于心肌细胞中,心肌梗死发作后释放入血,若在血中发现这些物质水平升高则表明有心肌损伤存在。相对而言,CK、CK-MB 和 Mb 等心脏特异性稍差一些,若体内其他部位肌肉受损,血

中这些标志物水平也可升高。近些年来,cTn(包括 cTnI 和 cTnT)的临床检测越来越受到重视。cTn 只存在于心脏,是诊断心肌损伤(尤其是心肌梗死)灵敏性和特异性最好的生物标志物,在急性冠状动脉综合征(acute coronary syndrome, ACS)的危险性分类中也有重要的临床应用价值。选择测定 cTnI 或 cTnT,完全取决于医院自身具体情况,通常认为这两项试验的临床应用价值相同。cTn 是国内外公认的诊断心肌损伤的确诊标志物。急性心肌梗死发作后 4~10h 升高,12~48h 达到高峰,增高可持续 7~10d(cTnI)或 10~14d(cTnT)。特别有利于诊断迟到的心肌梗死和不稳定性心绞痛(UAP)、心肌炎的一过性损伤。现用的指南强调病人入院后 8~12h 期间应多次测定,因为从心肌受损到血中出现 cTn 有一个延迟期,连续监测对于避免漏诊心肌梗死很重要。若病人血中 cTn 水平持续升高,则很可能发生心肌损伤并且发生心脏病的危险性增加。cTn(或其他以上所指标志物)正常并不能说明没有心脏病,只能说明没有心肌受损。若胸痛是心梗的先兆的话,测定血清心肌损伤标志物之后再进行其他进一步的检查是非常必要的。

对于心肌标志物的应用,临床推荐的常用方案是两种标志物的联合使用,即将一种快速升高的早期标志物与另一种为持续升高且特异性高的确诊标志物(如 cTn)的联合使用。此方案有助于快速鉴别非心肌梗死的胸痛患者,改善急诊科的周转及对患者的管理。特别是明显改善了 ACS 诊断的准确性和适时性,减少了患者的观察时间和费用。当然对于因胸痛入院后的几个小时(发病 6h 后)仍不能确定 ACS 的患者,使用早期标志物是不必要的。在这种情况下,建议单独测定 cTn。

缺血修饰白蛋白(IMA)测定这一新的实验项目,已用于在急诊室就诊的胸痛病人的诊断及鉴别诊断。认为 IMA 是评价心肌缺血的较好的生物标志物,检测出 ACS(特别是早期心肌缺血)的灵敏度较高。如果发生缺血,IMA 的水平就会发生变化(升高)。

美国食品与药品监督管理局(FDA)已批准此实验项目用于在 cTn 阴性及心电图正常的病人中排除心肌缺血。然而,有些没有缺血证据的病人,也可能有高水平的 IMA。因此,IMA 水平升高的病人,需要进行进一步检查,以确定是否心脏方面存在问题。此外,与 IMA 类似,髓过氧化物酶、CD40 配体、妊娠相关血浆蛋白 A 等在评价心肌缺血和 ACS 危险性分类方面也显示较好的价值,但其临床特异性还需更多研究证实。

第二节 心力衰竭的实验诊断

心力衰竭是导致疾病和 65 岁以上的病人住院的首要原因之一。心力衰竭是指心脏不能泵足够量的血液到身体各处,最常见的原因是心肌收缩能力下降,是许多心血管病如心肌梗死、扩张性心肌病、瓣膜病、先天性心脏病后期表现,其中更以左心力衰竭更为常见。心力衰竭的实质是心室功能的减退,表现为心脏射血分数(ejection fraction, EF)的降低,正常人 EF 一般 >60%,如射血分数低于 40% 称心力衰竭。在此以前心力衰竭的诊断主要依靠临床(如病人主诉)和物理仪器,如超声心动仪和 X 线检查等。

钠尿肽又称脑钠肽(B-type natriuretic peptides 或 brain natriuretic peptides, BNP),这一新的实验室检测指标在心力衰竭临床诊断中的应用受到广泛关注。BNP 是调节体液、体内钠平衡、血压的重要激素,当心血容积增加和左室压力超负荷时即可大量分泌。当前可用于诊断心力衰竭的是检查两种钠尿肽:BNP(B 钠尿肽)和前-BNP(N-末端前 B 钠尿肽)即 NT-proBNP。临床研究和应用表明,BNP 或 NT-proBNP 两者应用价值基本相同,都是较好的心力衰竭时的心脏标志物。对有相应的临床症状、疑为心力衰竭的患者,检测 BNP 或 NT-proBNP 有助于确立心力衰竭的诊断。

临床最常用检测 BNP 或 NT - proBNP 来鉴别充血性心力衰竭和肺功能不全。如果没有这些物质的升高,那么表明病人可能不是心源性的呼吸困难。对于不同程度的心力衰竭,这些标志物水平变化是很灵敏的。同时,希望在几天期间连续测定 BNP 或 NT - proBNP,可使医生能调整对充血性心力衰竭的药物治疗,使其更精确有效。当然,检测 BNP 或 NT - proBNP 并不是诊断心力衰竭的必要条件,并不能替代常用的各种辅助检查(如超声心动图、左心射血分数等)。BNP 或 NT - proBNP 在预后评价和治疗指导等方面的应用仍需更多的临床实验证据支持。

第三节 心脏事件的危险检测

心脏病发作和心力衰竭经常是由动脉粥样硬化所致的心脏动脉中形成栓塞引起。40 多年的临床实践与研究已经认识到脂质,特别是胆固醇的升高,是将来发生心脏疾病的一类关键的危险因素。临床测定血清总胆固醇(TC)以及低密度脂蛋白胆固醇(LDL - C,也称“坏胆固醇”),高密度脂蛋白胆固醇(HDL - C,也称“好胆固醇”)和甘油三酯(TG)水平对心脏事件的危险评估是非常重要的。当然,有条件的实验室还可开展血清载脂蛋白 AI、B 及脂蛋白(a)等项目的临床测定。控制饮食、运动及药物治疗有助于降低脂质水平,降低发病的危险性。然而,大约有近 1/3 的心血管疾病病人出现心脏病发作,其胆固醇水平是正常的,很显然在这些病人中,其他因素可能与疾病的发生有关。

C 反应蛋白(CRP)水平测定也受到关注。CRP 是一种炎性标志物,动脉粥样硬化也有炎性反应及炎性成分。CRP 升高的病人,其心脏病发作、卒中、猝死及血管疾病的危险性增加。由于健康人体内的 CRP 水平通常 $< 3\text{mg/L}$,因此筛查一定要使用高敏感的检测方法测定超敏(或称高敏感)CRP(high sensitive CRP,hs -

CRP),即检测方法应具有能检测到 $\leq 0.3 \text{ mg/L}$ 的CRP的能力。检测应进行两次(最好间隔两周),取平均值作为观测的基础。一般认为,用于心血管疾病危险性评估时, $\text{hs-CRP} < 1.0 \text{ mg/L}$ 为低危险性, $1.0 \sim 3.0 \text{ mg/L}$ 为中度危险性, $> 3.0 \text{ mg/L}$ 为高度危险性。如果 $\text{hs-CRP} > 10 \text{ mg/L}$,表明可能存在其他感染,应在其他感染控制以后重新采集标本检测。

有几种非药物治疗来降低CRP,有CRP升高的病人都应该考虑采用这些方法。包括减肥、控制饮食、运动和戒烟。糖尿病CRP水平也能升高,所以CRP升高的病人应该检查有无糖尿病。某些药物,特别是阿司匹林和调脂药(特别是他汀类)已显示可降低CRP水平。有其他危险因素且CRP升高的病人可采取针对CRP升高的治疗。还不推荐CRP升高但没有其他危险因素的病人进行药物治疗,也不清楚是否降低了CRP水平可降低心脏疾病将来的发病危险性。

国外还推出另一项新的实验室检查(PLAQ检查),其测定脂蛋白磷脂酶 A_2 (Lp-PLA_2)水平。 Lp-PLA_2 在血管壁内产生氧化分子,它更易于导致动脉粥样硬化和产生不稳定性斑块。 Lp-PLA_2 水平的升高预示着有斑块形成和破裂的很大危险性,并且不依赖其他脂类和CRP水平。有 Lp-PLA_2 水平升高的病人似乎发生心脏事件的危险性很大。上述所列的很多针对CRP升高的治疗似乎对于高水平的 Lp-PLA_2 也有帮助。

(刘汉波 张兴梅 孟丽华 韩冬梅 周长江)

第二章 高血压临床特征

1999 年 2 月世界卫生组织/国际高血压学会 (World Health Organization/International Society of Hypertension, WHO/ISH) 高血压治疗指南及 1999 年 10 月中国高血压防治指南均将高血压定义为在未服用抗高血压药物的情况下,收缩压 (systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 毫米汞柱 (mmHg) 和/ (或) 舒张压 (diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 mmHg, $1\text{ mmHg} = 0.133$ 千帕 (kPa)。测量 3 次非同日血压均符合上述标准,即可诊断为高血压。患者既往有高血压史,目前正服抗高血压药,血压虽已低于 $140\text{ mmHg}/90\text{ mmHg}$,也应诊断为高血压。在绝大多数患者中,高血压的病因不明,称原发性高血压 (primary hypertension, PH; 或 essential hypertension, EH), 占高血压患者中的 95% 以上;在不足 5% 患者中,血压升高是某些疾病的一种临床表现,本身有明确而独立的病因,称为继发性高血压 (secondary hypertension)。

第一节 我国高血压病的基本趋势

我国面临着高血压病患者日益增多的趋势。近十年来,我国人群中,致心血管病特别是高血压、冠心病、脑卒中的发病危险因素在增高,如人群中收缩压较 10 年前升高 $1.8 \sim 8.2\text{ mmHg}$,舒张压升高 $1.3 \sim 6.7\text{ mmHg}$, 体重指数升高 $0.5 \sim 2.1$, 男性吸烟率仍在 60% 以上。我国 3 次大规模全国性高血压抽样调查结果显示, 15 岁以上人群高血压患病率 1959 年 5.11%, 1979 ~ 1980 年为