

SHIYONG LINCHUANG
NEIKE ZHENLIAOXUE

主 编 孟德芹 郭守玉 楚玉峰

实用临床 内科诊疗学

 吉 林 出 版 集 团
 吉林科学技术出版社

实用临床内科诊疗学

主 编 孟德芹 郭守玉 楚玉峰

吉林科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用临床内科诊疗学 / 孟德芹, 郭守玉, 楚玉峰
主编. —长春: 吉林科学技术出版社, 2012. 2

ISBN 978-7-5384-5612-7

I. ①实… II. ①孟… ②郭… ③楚… III. ①内
科—疾病—诊疗 IV. ①R5

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第272455号

实用临床内科诊疗学

主 编 孟德芹 郭守玉 楚玉峰

责任编辑 孟 波 张伟泽

书籍装帧 麦德森文化传媒

开 本 7870mm×1092mm 1/16

字 数 790千字

印 张 28

印 数 1-1000册

版 次 2012年1月第1版

印 次 2012年1月第1次印刷

出 版 吉林出版集团

吉林科学技术出版社

发 行 吉林科学技术出版社

地 址 长春市人民大街4646号

邮 编 130021

电话/传真 0431-85635185

印 刷 济南龙玺印刷有限公司

书 号 ISBN 978-7-5384-5612-7

定 价 65.00元

编委会

主 编

孟德芹 (山东省章丘市人民医院)

郭守玉 (甘肃省天祝县人民医院)

楚玉峰 (山东省立医院)

副主编

张 艳 (甘肃省张掖市人民医院)

胡 兵 (信阳职业技术学院附属医院)

崔淑兰 (陕西省宝鸡市职业技术学院)

谭维勇 (山东省中医院)

刘 明 (山东中医药大学)

宋洪泉 (山东省中医院)

孟德芹



女，1968年1月出生。1992年7月毕业于潍坊医学院。

现任章丘市人民医院消化、呼吸科主任，副主任医师；章丘市第三批学术技术带头人；济南市医学会消化病分会委员；山东中医药大学兼职副教授；长期从事消化内科临床及教学工作。主要治疗消化科常见病、多发病，擅长治疗消化道大出血、急性胰腺炎、溃疡性结肠炎等，熟练进行电子胃肠镜操作及镜下治疗，获国家发明专利1项，实用新型专利2项。在医学杂志上发表学术论文6篇。

郭守玉

女，大学学历。毕业于兰州医学院。

现任甘肃省天祝县人民医院主治医师，擅长诊治心血管疾病。发表专业论文10余篇，曾先后2次获得“三八红旗手”等荣誉称号。



楚玉峰



女，山东济南人。2007年毕业于上海交通大学医学院，获内科学博士学位。

现为山东省立医院重症医学科主治医师，从事心血管系统急危重症医疗工作。发表相关国内外论文20余篇，参编书籍2部，承担国家及省市级课题3项。

前 言

内科学是临床医学的基础,许多疾病都是临床工作中的常见病和多发病,严重威胁着人们的健康。随着人类文明的进步,自然科学技术飞速地发展,作为生命科学重要组成部分的医学也不断地进步。从事临床内科医学的工作者,无疑也必须随着现代医学科学技术的发展不断丰富和更新自己的知识。为了反映当前内科常见病的最新研究成果,更好地为临床工作服务,我们在广泛参阅了国内外最新文献资料基础上,并结合自己的经验,编撰了《实用临床内科诊疗学》一书。

本书共分上下两篇。上篇总论主要介绍了内科的一些基础知识,包括常见症状、常用的检验技术、常用诊疗技术的内容;下篇各论分别从呼吸系统、消化系统、循环系统、泌尿系统、血液系统、内分泌及代谢、神经系统、风湿性疾病等方面,论述了常见疾病的病因、诊断、治疗等内容。集科学性、先进性和实用性于一体。

在整个编撰过程中,力求资料翔实、内容丰富,由于医学科技发展迅速,加之我们的时间仓促、学识有限,难免存在不足和失误之处,望同仁和广大读者予以批评指正。

《实用临床内科诊疗学》编委会

2011年11月

目 录

上篇 总论

第一章 内科常见症状	(3)
第一节 咳嗽	(3)
第二节 发热	(4)
第三节 胸痛	(9)
第四节 心悸	(11)
第五节 呼吸困难	(13)
第六节 紫绀	(15)
第七节 腹痛	(18)
第八节 恶心、呕吐	(27)
第九节 急性腹泻	(32)
第十节 黄疸	(33)
第十一节 血尿	(35)
第十二节 头痛	(41)
第二章 内科常用检验技术	(43)
第一节 红细胞检验	(43)
第二节 白细胞检验	(61)
第三节 血液流变学检验	(69)
第四节 蛋白质检验	(76)
第三章 内科常用诊疗技术	(89)
第一节 心肺脑复苏	(89)
第二节 机械通气	(100)
第三节 静脉穿刺及插管技术	(106)
第四节 膀胱造瘘术	(114)
第五节 心包穿刺术	(116)

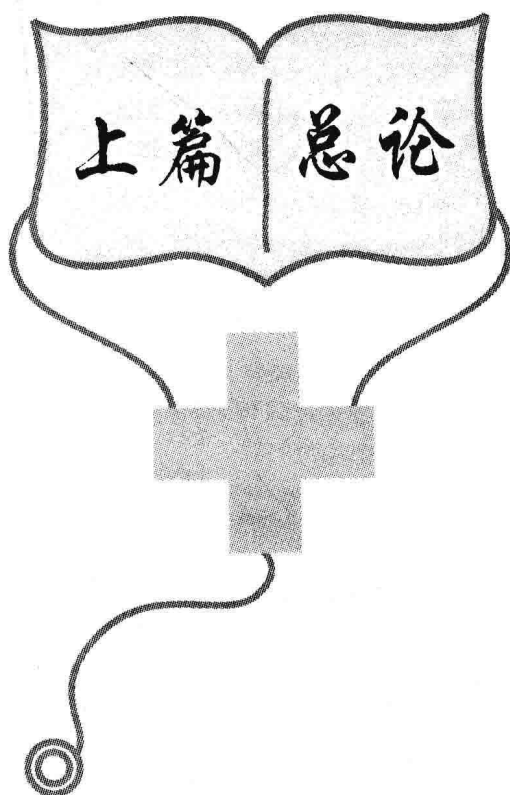
第六节 血液透析·····	(118)
第七节 心脏电复律·····	(121)

下篇 各论

第四章 呼吸系统疾病·····	(129)
第一节 概论·····	(129)
第二节 急性呼吸道感染·····	(132)
第三节 急性气管—支气管炎·····	(134)
第四节 慢性支气管炎·····	(136)
第五节 慢性阻塞性肺气肿·····	(138)
第六节 支气管哮喘·····	(141)
第七节 支气管扩张·····	(143)
第八节 慢性肺源性心脏病·····	(146)
第九节 呼吸衰竭·····	(148)
第十节 细菌性肺炎·····	(151)
第十一节 气胸·····	(153)
第十二节 肺水肿·····	(153)
第十三节 胸膜炎·····	(155)
第十四节 急性肺栓塞·····	(157)
第五章 消化系统疾病·····	(163)
第一节 总论·····	(163)
第二节 上消化道出血·····	(168)
第三节 食管癌·····	(172)
第四节 急性胃炎·····	(177)
第五节 慢性胃炎·····	(179)
第六节 消化性溃疡·····	(181)
第七节 胃下垂·····	(183)
第八节 胃癌·····	(185)
第九节 肠结核·····	(188)
第十节 小肠肿瘤·····	(198)

第十一节	溃疡型结肠炎·····	(205)
第十二节	脂肪肝·····	(216)
第十三节	肝硬化·····	(227)
第十四节	肝性脑病·····	(232)
第十五节	原发性肝癌·····	(233)
第十六节	胆囊癌·····	(248)
第六章	循环系统疾病·····	(254)
第一节	总论·····	(254)
第二节	病毒性心肌炎·····	(258)
第三节	过速性心律失常·····	(264)
第四节	缓慢性心律失常·····	(267)
第五节	先天性心脏病·····	(270)
第六节	稳定性心绞痛·····	(275)
第七节	不稳定性心绞痛(UAP)·····	(279)
第八节	感染性心内膜炎·····	(285)
第九节	二尖瓣狭窄·····	(298)
第十节	二尖瓣关闭不全·····	(301)
第十一节	主动脉瓣狭窄·····	(304)
第十二节	主动脉关闭不全·····	(306)
第十三节	急性心功能不全·····	(308)
第十四节	慢性心功能不全·····	(309)
第十五节	肥厚型心肌病·····	(312)
第十六节	急性心肌梗死·····	(315)
第十七节	心脏缺血性猝死·····	(337)
第十八节	原发性高血压·····	(339)
第七章	泌尿系统疾病·····	(343)
第一节	总论·····	(343)
第二节	慢性肾小球肾炎·····	(345)
第三节	急性肾小球肾炎·····	(348)

第四节 隐匿性肾小球肾炎·····	(350)
第八章 血液系统疾病·····	(352)
第一节 总论·····	(352)
第二节 血色病·····	(354)
第三节 缺铁及缺铁性贫血·····	(357)
第四节 巨幼细胞性贫血·····	(367)
第九章 内分泌及代谢疾病·····	(372)
第一节 总论·····	(372)
第二节 腺垂体功能减退症·····	(375)
第三节 甲状腺功能亢进症·····	(377)
第四节 甲状腺功能减退症·····	(380)
第五节 单纯性甲状腺肿·····	(385)
第六节 亚急性甲状腺炎·····	(387)
第十章 神经系统疾病·····	(389)
第一节 总论·····	(389)
第二节 偏头痛·····	(397)
第三节 脑栓塞·····	(399)
第四节 帕金森病·····	(401)
第十一章 风湿性疾病·····	(412)
第一节 总论·····	(412)
第二节 类风湿性关节炎·····	(414)
第三节 系统性红斑狼疮·····	(425)
第四节 白塞综合征·····	(432)
参考文献·····	(437)



第一章 内科常见症状

第一节 咳嗽

咳嗽是呼吸系统疾病最常见的症状之一,是清除气道内物质的突然爆发性呼气动作,是一种保护性反射。引起咳嗽刺激的部位不同,可致咳嗽的声音和类型各有所异,详细询问病史和仔细观察咳嗽的具体表现,有时对提示诊断线索有所帮助。

一、咳嗽的原因

(一)呼吸道疾病

当鼻、咽、喉、气管、支气管和肺由于刺激性气体(如冷热空气、硫酸、氨等)、炎症、结核、肿瘤、出血、异物及过敏等刺激,均可引起咳嗽。

(二)胸膜疾病

各种胸膜炎或胸膜受刺激(如气胸)时,均可引起咳嗽。

(三)心血管疾病

各种心脏病导致心功能不全引起的肺淤血、肺水肿;或肺循环疾病如肺栓塞时,可引起咳嗽。

(四)中枢神经因素

大脑皮层可影响咳嗽,可随意发生咳嗽或抑制咳嗽。癔病也可引起咳嗽。

二、咳嗽的诊断思维

(一)咳嗽的性质

干咳或刺激性咳嗽见于咽炎、喉炎、喉癌、气管炎、气管受压、支气管异物、支气管肿瘤、外耳道刺激、胸膜炎、轻症肺结核等。湿性或多痰的咳嗽则见于支气管炎、支气管扩张、肺炎、肺脓肿、肺寄生虫病或肺结核有空洞者。

(二)咳嗽的时间与节律

骤然发生的咳嗽多由急性上呼吸道感染(尤刺激性气体吸入)及气管或支气管内异物引起。阵发或痉挛性咳嗽多见于百日咳、支气管哮喘、支气管内膜结核、支气管肿瘤或气管分叉处受压。长期慢性咳嗽多见于慢性支气管炎、慢性纤维空洞型肺结核、支气管扩张、尘肺、慢性肺脓肿等。晨起咳嗽多见于支气管扩张、慢性肺脓肿、慢性支气管炎等,这是由于睡眠时分泌物储留于支气管内,晨起后即有咳嗽以排出分泌物。夜间咳嗽多见于肺结核及心力衰竭患者,为迷走神经兴奋性增高所致。

(三)咳嗽的音色

金属音调的咳嗽可由于纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管癌等直接压迫气管所致。嘶哑性咳嗽见于声带炎、喉炎、喉结核、声带肿瘤、喉癌或喉返神经受压所致声带麻痹。犬吠样咳嗽见于会

厌、喉头疾患或气管异物、气管受压等。

(四)体位的改变

严重支气管扩张患者因支气管内壁破坏、咳嗽反射减弱,大量痰液潴留,当体位改变时,出于分泌物流动刺激正常支气管黏膜而发生咳嗽,咳出大量痰液。脓胸伴支气管胸膜瘘患者在一定体位时脓液进入气管而引起剧咳。纵隔肿瘤、大量胸腔积液患者改变体位时也可引起咳嗽。

(五)年龄与性别

小儿呛咳可由异物吸入、支气管淋巴结肿大压迫气管、支气管所致。40岁以上男性吸烟者应注意慢性支气管炎、肺癌。青年女性长期难以控制的咳嗽应注意支气管内膜结核、支气管腺瘤等。

(六)痰的性质和痰量

急性呼吸道炎症时痰量较少;肺脓肿、支气管扩张、慢性纤维空洞型肺结核患者痰量较多。黄色痰提示呼吸道化脓性感染;绿色痰见于铜绿假单胞菌感染或慢性支气管炎;血痰见于肺结核、肺癌、支气管扩张等;粉红色泡沫痰见于急性肺水肿;铁锈色痰见于肺炎链球菌肺炎;烂桃样痰见于肺吸虫病;棕褐色痰见于阿米巴肺脓肿;恶臭痰见于肺脓肿、支气管扩张等合并厌氧菌感染。

(七)伴随症状

咳嗽伴发热者应考虑肺炎、肺脓肿、胸膜炎;咳嗽伴胸痛者见于肺炎、胸膜炎、气胸、肺癌等;咳嗽伴咯血者常见于肺结核、支气管扩张、原发性支气管癌、风湿性心脏病二尖瓣狭窄等;咳嗽伴呼吸困难者常见于喉炎、喉水肿、喉肿瘤、慢性支气管炎和肺气肿、胸腔积液及气胸等;咳嗽伴哮鸣音见于支气管哮喘、慢性支气管炎、心源性哮喘、气管内异物等;咳嗽伴杵状指常见于支气管扩张、肺脓肿、原发性支气管癌等。

(张 艳)

第二节 发热

一、概述

正常人体的体温在体温调节中枢的控制下,人体的产热和散热处于动态平衡之中,维持人体的体温在相对恒定的范围之中,腋窝下所测的体温为感染 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$;口腔中舌下所测的体温为 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$;肛门内所测的体温为此 $36.50\sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。在生理状态下,不同的个体;不同的时间和不同的环境,人体体温会有所不同。①不同个体间的体温有差异:儿童由于代谢率较高,体温可比成年人高;老年人代谢率低,体温比成年人低;②同一个体体温在不同时间有差异:正常情况下,人体体温在早晨较低,下午较高;妇女体温在排卵期和妊娠期较高,月经期较低;③不同环境下的体温亦有差异:运动,进餐,情绪激动和高温环境下工作时体温较高,低温环境下工作时体温较低。在病理状态下,人体产热增多,散热减少,使体温超过正常时,就称为发热。发热持续时间在二周以内为急性发热,超过二周为慢性发热。

(一)病因

引起发热的病因很多,按有无病原体侵入人体分为感染性发热和非感染性发热两大类。

1. 感染性发热

各种病原体侵入人体后引起的发热称感染性发热。引起感染性发热的病原体有细菌、病毒、

支原体、立克次体、真菌、螺旋体及寄生虫。病原体侵入机体后可引起相应的疾病,不论急性还是慢性、局限性还是全身性均可引起发热。病原体及其代谢产物或炎性渗出物等外源性致热原,在体内作用致热原细胞如中性粒细胞、单核细胞及巨噬细胞等,使其产生并释放白细胞介素-1,干扰素,肿瘤坏死因子和炎症蛋白-1等而引起发热。感染性发热占发热病因的50%~60%。

2. 非感染性发热

由病原体以外的其它病因引起的发热称为非感染性发热。常见以下原因。

(1)吸收热:由于组织坏死,组织蛋白分解和坏死组织吸收引起的发热称为吸收热。①物理和机械因素损伤:大面积烧伤,内脏出血,创伤,大手术后,骨折和热射病等。②血液系统疾病:白血病,恶性淋巴瘤,恶性组织细胞病,骨髓增生异常综合征,多发性骨髓瘤,急性溶血和血型不合输血等。③肿瘤性疾病:各种恶性肿瘤。④血栓栓塞性疾病:静脉血栓形成:如静脉,股静脉和髓静脉血栓形成。动脉血栓形成:如心肌梗塞,脑动脉栓塞,肠系膜动脉栓塞和四肢动脉栓塞等。微循环血栓形成;如溶血性尿毒综合征和血栓性血小板减少性紫癜。

(2)变态反应性发热:变态反应产生时形成外源性致热原抗原抗体复合物,激活了致热原细胞,使其产生并释放白细胞介素-1,干扰素,肿瘤坏死因子和炎症蛋白-1等引起的发热。如风湿热、药物热,血清病和结缔组织病等。

(3)中枢性发热:有些致热因素不通过内源性致热原而直接损害体温调节中枢,使体温调定点上移后发出调节冲动,造成产热大于散热,体温升高,称为中枢性发热。如:①物理因素:如中暑等。②化学因素:如重度安眠药中毒等。③机械因素:如颅内出血和颅内肿瘤细胞浸润等。④功能性因素:如植物神经功能紊乱和感染后低热。

(4)其他:如甲状腺功能亢进,脱水等。发热都是由于致热因素的作用使人体产生的热量超过散发的热量,引起体温升高超过正常范围。

(二)发生机理

1. 外源性致热原的提入

各种致病的微生物或它们的毒素,抗原抗体复合物,淋巴因子,某些致炎物质(如尿酸盐结晶和硅酸盐结晶),某些类固醇,肽聚糖和多核苷酸等外源性致热原多数是大分子物质,侵入人体内后不能通过血脑屏障作用于体温调节中枢,但可通过激活血液中的致热原细胞产生白细胞介素-1等。白细胞介素-1等的产生:在各种外源性致热原侵入人体内后,能激活血液中的中性粒细胞,单核-巨噬细胞和嗜酸性粒细胞等,产生白细胞介素-1,干扰素,肿瘤坏死因子和炎症蛋白-1。其中研究最多的是白细胞介素-1。

2. 白细胞介素-1的作用部位

(1)脑组织:白细胞介素-1可能通过下丘脑终板血管器(此处血管为有孔毛细血管)的毛细血管进入脑组织。

(2)POAH神经元:白细胞介素-1亦有可能通过下丘脑终板血管器毛细血管到达血管外间隙(即血脑屏障外侧)的POAH神经元。

3. 发热的产生

白细胞介素-1作用于POAH神经元或在脑组织内再通过中枢介质引起体温调定点上移,体温调节中枢再对体温重新调节,发出调节命令,一方面可能通过垂体内分泌系统使代谢增加和域通过运动神经系统使骨骼肌阵缩(即寒战),引起产热增加;另一方面通过交感神经系统使皮肤血管和立毛肌收缩,排汗停止,散热减少。这几方面作用使人体产生的热量超过散发的热量,体

温升高,引起发热,一直达到体温调定点的新的平衡点。

二、发热的诊断

(一)发热的程度诊断

- (1)低热人体的体温超过正常,但低于 38°C 。
- (2)中度热人体的体温为 $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ 。
- (3)高热人体的体温为 $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$ 。
- (4)过高热人体的体温超过 41°C 。

(二)发热的分期诊断

1. 体温上升期

此期为白细胞介素-1 作用于 POAH 神经元或在脑组织内再通过中枢介质引起体温调定点上移,体温调节中枢对体温重新调节,发出调节命令,可通过代谢增加,骨骼肌阵缩(寒战),使产热增加;皮肤血管和立毛肌收缩,使散热减少。因此产热超过散热使体温升高。体温升高的方式有骤升和缓升两种。

- (1)骤升型:人体的体温在数小时内达到高热或以上,常伴有寒战。
- (2)缓升型:人体的体温逐渐上升在几天内达高峰。

2. 高热期

此期为人体的体温达到高峰后的时期,体温调定点已达到新的平衡。

3. 体温下降期

此期由于病因已被清除,体温调定点逐渐降到正常,散热超过产热,体温逐渐恢复正常。与体温升高的方式相对应的有两种体温降低的方式。

- (1)骤降型:人体的体温在数小时内降到正常,常伴有大汗。
- (2)缓降型:人体的体温在几天内逐渐下降到正常。体温骤升和骤降的发热常见疟疾,大叶性肺炎,急性肾盂肾炎和输液反应。体温缓升缓降的发热常见伤寒和结核。

(三)发热的分类诊断

1. 急性发热

发热的时间在二周以内为急性发热。

2. 慢性发热

发热的时间超过二周为慢性发热。

(四)发热的热型诊断

在不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上,将不同时间测得的体温数值按顺序连接起来,形成体温曲线,这些曲线的形态称热型。

1. 稽留热

人体的体温维持在高热和以上水平达几天或几周。常见大叶性肺炎和伤寒高热期。

2. 弛张热

人体的体温在一天内都在正常水平以上,但波动范围在 2°C 以上。常见化脓性感染,风湿热,败血症等。

3. 间歇热

人体的体温骤升到高峰后维持几小时,再迅速降到正常,无热的间歇时间持续一到数天,反复出现。常见疟疾和急性肾盂肾炎等。

4. 波状热

人体的体温缓升到高热后持续几天后,再缓降到正常,持续几天后在缓升到高热,反复多次。常见布鲁杆菌病。

5. 回归热

人体的体温骤升到高热后持续几天后,再骤降到正常,持续几天后在骤升到高热,反复数次。常见恶性淋巴瘤和部分恶性组织细胞病等。

6. 不规则热

人体的体温可高可低,无规律性。常见结核病,风湿热等。

三、发热的诊断方法

(一)详细询问病史

1. 现病史

(1)起病情况和患病时间:发热的急骤和缓慢,发热持续时间。急性发热常见细菌、病毒、肺炎支原体、立克次体、真菌、螺旋体及寄生虫感染。其它有结缔组织病,急性白血病,药物热等。长期发热的原因,除中枢性原因外;可包括为以下四大类:①感染是长期发热最常见的原因。常见伤寒、副伤寒、亚急性感染性心内膜炎、败血症、结核病、阿米巴肝病、黑热病、急性血吸虫病等。在各种感染中,结核病是主要原因之一,特别是某些肺外结核,如深部淋巴结结核、肝结核。②造血系统的新陈代谢率较高,有病理改变时易引起发热,如非白血性白血病、深部恶性淋巴瘤、恶性组织细胞病等。③结缔组织疾病如播散性红斑狼疮、结节性多动脉炎、风湿热等疾病,可成为长期发热的疾病。④恶性肿瘤增殖生长迅速,当肿瘤组织崩溃或附加感染时则可引起长期发热,如肝癌、结肠癌等早期常易漏诊。

(2)病因和诱因:常见的有流行性感,其它病毒性上呼吸道感染,急性病毒性肝炎,流行性乙型脑炎,脊髓灰质炎,传染性单核细胞增多症,流行性出血热,森林脑炎,传染性淋巴细胞增多症,麻疹,风疹,流行性腮腺炎,水痘,肺炎支原体肺炎,肾盂肾炎,胸膜炎、心包炎,腹膜炎,血栓性静脉炎,丹毒,伤寒、副伤寒、亚急性感染性心内膜炎、败血症、结核病、阿米巴肝病、黑热病、急性血吸虫病,钩端螺旋体病,疟疾,阿米巴肝病,急性血吸虫病,丝虫病,旋毛虫病,风湿热。药热,血清病,系统性红斑狼疮,皮炎,结节性多动脉炎,急性胰腺炎,急性溶血,急性心肌梗塞,脏器梗塞或血栓形成,体腔积血或血肿形成,大面积烧伤,白血病,恶性淋巴瘤,癌,肉瘤,恶性组织细胞病,痛风发作,甲状腺危象,重度脱水,热射病,脑出血,白塞氏病,高温下工作等。

(3)伴随症状:有寒战、结膜充血、口唇疱疹、肝脾肿大、淋巴结肿大、出血、关节肿痛、皮疹和昏迷等。发热的伴随症状越多,越有利于诊断或鉴别诊断,所以应尽量询问和采集发热的全部伴随症状。寒战常见于大叶肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、钩端螺旋体病;药物热、急性溶血或输血反应等。结膜充血多见于麻疹、咽结膜热、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病等。口唇单纯疱疹多出现于急性发热性疾病。如大叶肺炎,流行性脑脊位膜炎,间日疟,流行性感等。淋巴结肿大见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结结核、局灶性化脓性感染、丝虫病、白血病、淋巴瘤、转移癌等。

肝脾肿大常见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、肝及胆道感染、布鲁杆菌病、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤及黑热病、急性血吸虫病等。出血可见于重症感染及某些急性传染病,如流行性出血热、病毒性肝炎、斑疹伤寒、败血症等。也可见于某些血液病,如急性白血病、重型再生障碍性贫血、恶性组织细胞病等。关节肿痛常见于败血症、猩红热、布鲁菌病、风湿热、结缔