

ESSENTIALS
of DIAGNOSIS
& TREATMENT

常见500种疾病
诊断与治疗精要

原著 Lawrence M. Tierney, Jr.
Sanjay Saint
Mary A. Whooley

主译 刘春涛 郑尚维



人民卫生出版社

第2版

常见 500 种疾病诊断与治疗精要

Essentials of Diagnosis & Treatment

第 2 版

原著 Lawrence M. Tierney, Jr.
Sanjay Saint
Mary A. Whooley

主译 刘春涛 郑尚维

人民卫生出版社

人民卫生出版社 McGraw-Hill



A Division of The McGraw-Hill Companies

Lawrence M. Tierney, Jr., Sanjay Saint, Mary A. Whooley

Essentials of Diagnosis & Treatment, Second Edition

ISBN: 0-07-137826-X

Copyright © 2002 by The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved. No part of this publication may be reproduced or distributed by any means, or stored in a database or retrieval system, without the prior written permission of the publisher.

Simplified Chinese translation edition jointly published by McGraw-Hill Education (Asia) Co. and People's Medical Publishing House.

常见 500 种疾病诊断与治疗精要, 第 2 版

本书中文简体字翻译版由人民卫生出版社和美国麦格劳-希尔(亚洲)出版公司合作出版。未经出版者预先书面许可, 不得以任何方式复制或抄袭本书的任何部分。

敬告: 本书的译者及出版者已尽力使书中出现的药物剂量和治疗方法准确, 并符合本书出版时国内普遍接受的标准。但随着医学的发展, 药物的使用方法应随时作相应的改变。建议读者在使用本书涉及的药物时, 认真研读药物使用说明书, 尤其对于新药或不常用药更应如此。出版者拒绝因参照本书任何内容而直接或间接导致的事故与损失负责。

图书在版编目(CIP)数据

常见 500 种疾病诊断与治疗精要/刘春涛等主译. —北京:
人民卫生出版社, 2004. 6
ISBN 7-117-06267-3

I. 常… II. 刘… III. 常见病-诊疗 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 063671 号

图字: 01-2003-7631

常见 500 种疾病诊断与治疗精要

主 译: 刘春涛 郑尚维

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 67616688)

地 址: (100078)北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

网 址: <http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

印 刷: 原创阳光印业有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850 × 1168 1/32 印张: 16.125

字 数: 502 千字

版 次: 2004 年 9 月第 1 版 2004 年 9 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 7-117-06267-3/R·6268

定 价: 32.00 元

著作权所有, 请勿擅自用本书制作各类出版物, 违者必究
(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前 言

《常见 500 种疾病诊断与治疗精要》的一个特点是,在每一种疾病之后都附有临床精要 (clinical pearl),这在医学参考书中是独一无二的。在医学的习惯用语中,所谓精要是指以格言或警句的形式浓缩和强调诊断、治疗和预后的某些重要原则,以口语化的方式表达,而且常常带有诙谐的色彩。精要应当尽可能地简明和容易记忆,故而有时候必须肯定地表述而不是或许。某些精要的确是令人难忘的,如“除非 D50 中有 50,所谓脑卒中绝不可能是脑卒中”(A stroke is never a stroke until it's had 50 of D50——在英文中的切韵、对称和反义等修辞手法,不一定在中文里体现得出来——译者注)。这一则精要是 30 年前一位老医生传授给作者的,意指神经系统的局灶性损害可能由代谢性疾病所致——特别是低血糖——而恰当的治疗能够恢复神经系统的正常功能。本书中的精要并非个个都是令人印象深刻、过目不忘的,但对于教学应当不无裨益,我们也希望读者能够享受到挑选和阅读的乐趣。如果我们的读者能够寄来自己的精要,补充到以后的版本中,我们当感激不尽——我们也非常想知道我们的精要是否切题或言简意赅。

我们的目的仅仅是提供一个小巧的读本,归纳部分疾病的诊断、鉴别诊断和治疗中的关键之处。

Lawrence M. Tierney, Jr., MD

Sanjay Saint, MD, MPH

Mary A. Whooley, MD

2001 年 10 月

于旧金山

目 录

第 1 章	心血管疾病	1
第 2 章	肺部疾病	37
第 3 章	胃肠道疾病	65
第 4 章	肝胆系统疾病	91
第 5 章	血液系统疾病	107
第 6 章	风湿性和自身免疫性疾病	145
第 7 章	内分泌疾病	177
第 8 章	感染性疾病	201
第 9 章	肿瘤性疾病	245
第 10 章	水、电解质和酸碱平衡紊乱	269
第 11 章	泌尿生殖系和肾脏疾病	285
第 12 章	神经系统疾病	309
第 13 章	老年性疾病	329
第 14 章	精神性疾病	339
第 15 章	皮肤疾病	355
第 16 章	妇科、产科及乳腺疾病	407
第 17 章	外科常见疾病	425
第 18 章	儿科常见疾病	439
第 19 章	遗传性疾病	459
第 20 章	眼科常见疾病	465
第 21 章	耳、鼻、喉常见疾病	481
第 22 章	中毒	491

心血管疾病

主动脉病变

■ 诊断要点

- 大部分病人年龄介于 50 ~ 70 岁，危险因素包括：高血压、马方综合征、二叶主动脉瓣、主动脉缩窄、妊娠
- A 型病变累及升主动脉、主动脉弓；B 型病变则无
- 高危病人突然出现发作性胸痛，向肩胛间区放射
- 双上肢血压不相等，A 型病人在主动脉瓣区可闻及新出现的舒张期杂音，和主动脉供血不足有关
- X 线胸片检查几乎总呈异常，心电图如无右冠状动脉病变多无明显改变
- CT、经食道超声检查、MRI 或主动脉造影术常常可以明确诊断

■ 鉴别诊断

- 急性心肌梗死
- 心绞痛
- 急性心包炎
- 气胸
- 肺栓塞
- Boerhaave 综合征

■ 治疗

- 使用硝酸酯制剂和 β 受体阻滞剂使病人的收缩血压降至 100mmHg 左右，脉率降至 60 次/分
- A 型病变者可急诊手术；B 型病人采用药物治疗是合理的；对于高危病人应择期行主动脉手术或经皮穿刺腔内主动脉成形术

■ 精要

严重高血压病人出现休克应高度怀疑主动脉疾病，除非能够排除该病。

肺动脉狭窄

■ 诊断要点

- 是一种先天性疾病，当肺动脉瓣跨瓣压 $> 50\text{mmHg}$ 时出现症状
- 右心室缺血可出现劳力性呼吸困难和胸痛症状，严重病人有发生猝死的可能
- 颈静脉怒张，胸骨旁抬高，收缩期喷射样杂音，第二心音的肺动脉瓣成分延迟、减弱
- 心电图显示右心室肥厚，X线显示主肺动脉和左肺动脉狭窄后扩张
- 超声心动图可明确诊断

■ 鉴别诊断

- 引起左心衰的任何疾病
- 左侧瓣膜疾病
- 原发性肺动脉高压
- 慢性肺栓塞
- 睡眠呼吸暂停
- 慢性阻塞性肺疾病
- 艾森门格（Eisenmenger）综合征

■ 治疗

- 所有病人均应预防感染性心内膜炎
- 肺动脉瓣跨瓣压 $> 50\text{mmHg}$ 的有症状病人应行经皮球囊或手术肺动脉瓣成形术；肺动脉瓣跨瓣压 $> 75\text{mmHg}$ 和存在右心室肥厚的病人应评估其治疗情况
- 轻症患者的预后较好

■ 精要

脸红并伴有心脏杂音的病人应注意是否存在类癌综合征。

主动脉缩窄

■ 诊断要点

- 主动脉弓血压升高，左锁骨下动脉远端分支血压降低
- 年轻成人出现具有特征性的劳累后下肢跛行或软弱无力
- 上肢收缩压高于下肢，但舒张压相似
- 股动脉搏动延迟、减弱，肋间区可扪及侧支循环搏动。背部可闻及收缩晚期吹风样粗糙杂音，主动脉瓣区出现喷射样杂音提示伴有二叶主动脉瓣
- 超声心动图显示左心室肥厚，胸部 X 线片见肋骨下缘受侧支循环压蚀的切迹
- 经食道超声检查或 MRI 检查可明确诊断，血管造影可了解缩窄段前后的压力阶差

■ 鉴别诊断

- 高血压
- 肾动脉狭窄
- 肾实质疾病
- 嗜铬细胞瘤
- 盐皮质激素过多
- 口服避孕药
- 库欣（Cushing）综合征

■ 治疗

- 手术是主要的治疗手段，合适的病人可施行经皮球囊成形术
- 所有的病人均应预防感染性心内膜炎直至该病治愈
- 25%的病人在手术后仍有高血压

■ 精要

高血压伴有二叶主动脉瓣者应高度警惕主动脉缩窄。

房间隔缺损

■ 诊断要点

- 病人如房间隔缺损小通常无症状,且寿命不受影响
- 大的缺损常于40岁时出现症状,包括劳力性呼吸困难、疲劳、心悸
- 可出现反向的血栓栓塞,如上、下肢血栓引起脑及肢体的栓塞较引起肺栓塞的多,随着缺损的增大,此类表现更明显
- 右心室增大,肺动脉瓣区第二心音亢进并固定分裂,可闻及收缩期吹风样杂音
- 超声心动图示右心室肥厚,心电图右偏(流入孔继发性缺损),左前分支传导阻滞(流入孔原发性缺损),大约95%的病人有完全性或不完全性右束支传导阻滞
- 可出现心室颤动
- 超声心动图结合造影可诊断该疾病,放射性核素造影或心导管检查可测定肺循环和体循环的血流比例(PF:SF)

■ 鉴别诊断

- 左心室功能衰竭
- 左侧瓣膜疾病
- 原发性肺动脉高压
- 慢性肺栓塞
- 睡眠呼吸暂停
- 慢性阻塞性肺疾病
- 艾森门格综合征
- 肺动脉狭窄

■ 治疗

- 小缺损不需手术纠正
- 病人如PF:SF > 1.7或PF:SF虽小但有右心室衰竭的证据者可行手术或经皮心导管置入补片闭合缺损的治疗
- 手术禁忌证:伴有肺动脉高压者或右向左分流者

■ 精要

对于心房压力梯度低的病人其发生感染性心内膜炎的几率低,对于该类患者不需预防感染性心内膜炎。

室间隔缺损

■ 诊断要点

- 病人的症状与室间隔缺损的大小以及左向右分流的程度有关
- 很多先天性室间隔缺损在儿童期自行关闭
- 成人小的室间隔缺损如无感染性心内膜炎常常无症状
- 大缺损者在胸骨左缘出现响亮的全收缩期杂音，伴有震颤；第二心音亢进
- 超声心动图检查可明确诊断，放射性核素血管造影或心导管检查可测定肺循环和体循环的比例（PF：SF）

■ 鉴别诊断

- 二尖瓣反流
- 主动脉狭窄
- 各种原因引起的心肌病

■ 治疗

- 无症状的小缺损病人不需行手术治疗
- 出现轻度的呼吸困难者可使用利尿剂降低前负荷
- PF：SF > 2 的病人应行手术修补，防止其出现不可逆性肺血管疾病
- 病人如逐渐出现反向分流，即使无合并肺动脉高压（艾森门格综合征）亦应行手术治疗
- 预防感染性心内膜炎

■ 精要

缺损越小越容易出现心内膜炎。

动脉导管未闭

■ 诊断要点

- 胚胎时期由于动脉导管未闭合，血流从主动脉持续性流向肺动脉
- 主要表现为左心衰或肺动脉高压的症状，很多病人无症状
- 脉压增宽，第二心音亢进，肺动脉瓣区出现持续性“机器样”响亮杂音
- 超声多普勒检查有助于诊断，血管造影或 MRI 主动脉造影可供选择

■ 鉴别诊断

如病人出现左心衰，应与下列疾病作鉴别：

- 二尖瓣反流
- 主动脉狭窄
- 室间隔缺损

如病人有肺动脉高压证据，应考虑：

- 原发性肺动脉高压
- 慢性肺栓塞
- 艾森门格综合征

■ 治疗

- 对于早产儿可采用药物闭合，可使用吲哚美辛或阿司匹林
- 手术或经皮导管介入治疗存在大缺损的或有症状的病人，目前对于合并有中度肺动脉高压的病人其疗效有争议
- 预防感染性心内膜炎

■ 精要

如果病人年龄超过 10 岁病情无进展，则至成人通常也无症状。

二尖瓣狭窄

■ 诊断要点

- 最常见的病因为风湿性心脏病，但 30% 的病人无相关疾病病史
- 呼吸困难，端坐呼吸，夜间阵发性呼吸困难，甚至咯血——常因心脏负荷过重引起（如妊娠、水钠潴留），或心动过速
- 很多病人右心室扩大，可扪及抬举样搏动；偶可有开瓣音
- 第一心音亢进，第二心音增强。这些心音通常较心尖区低调的舒张期隆隆样杂音易于听到
- 超声心动图显示左心房异常，常常伴有心房颤动，可明确诊断、评价病情严重程度

■ 鉴别诊断

- 任何原因引起的左心室功能衰竭
- 二尖瓣脱垂（如存在收缩期杂音）
- 其他原因引起的肺动脉高压
- 左心房粘液瘤
- 三心房心（在小于 30 岁的病人）
- 三尖瓣狭窄

■ 治疗

- 如有心功能衰竭症状可使用利尿剂并限制钠盐的摄入
- 对于心房颤动病人，予以 β 受体阻滞剂、钙离子通道阻滞剂如维拉帕米、地高辛等控制心室律，可长期使用抗凝剂如华法林
- 对有症状且伴二尖瓣瓣孔 $< 1.2\text{cm}^2$ 的病人行二尖瓣瓣膜成形术或瓣膜置换术，瓣膜成形术仅在瓣膜无钙化的病人中施行
- 25 岁以前需预防 β 溶血性链球菌感染，且需终生预防感染性心内膜炎

■ 精要

有些病人可出现声音嘶哑，是位于主动脉和肺动脉之间的喉返神经受压所致。

二尖瓣关闭不全

■ 诊断要点

- 病因包括：风湿性心脏病、感染性心内膜炎、二尖瓣脱垂、局部缺血致乳头肌功能紊乱、腱索撕脱
- 急性：立即出现急性肺水肿症状
- 慢性：可数年无症状，然后出现劳力性呼吸困难和乏力
- 第一心音通常减弱，可闻及高调全收缩期杂音，当手指压迫心尖时杂音增强。严重的慢性反流者其心尖区可闻及第三心音，杂音为非全收缩期，急性期很少听见
- 心电图示左房异常、左心室肥厚，慢性者房颤为典型的临床表现
- 超声心动图可明确诊断，评估其病情轻重

■ 鉴别诊断

- 主动脉狭窄或硬化
- 三尖瓣关闭不全
- 肥厚型梗阻性心肌病
- 室间隔缺损
- 房间隔缺损

■ 治疗

- 心内膜炎或腱索撕脱引起的急性二尖瓣关闭不全要求立即行手术修补
- 慢性病人应预防感染性心内膜炎，对于症状严重及超声检查提示左心室功能紊乱者（射血分数 $< 55\%$ ）或超声心动图示左心室扩张者亦应行手术治疗
- 轻至中度症状患者可使用利尿剂，限制钠盐的摄入，减轻心脏后负荷（如使用 ACE 阻滞剂）；地高辛、 β 受体阻滞剂和钙离子通道阻滞剂控制房颤的心室律，并给予华法林抗凝治疗

■ 精要

在二尖瓣关闭不全的患者中可观察到颈动脉搏动的快速起伏。

主动脉瓣狭窄

■ 诊断要点

- 病因包括：先天性二叶主动脉瓣，正常三叶主动脉瓣随年龄增长逐渐钙化；风湿热较罕见，可引起单独的主动脉瓣狭窄
- 呼吸困难、咽峡炎，可仅为昏厥或合并其他症状，1% 无症状病人出现猝死
- 颈动脉搏动减弱、延迟，第二心音主动脉瓣成分减弱或消失，第二心音分裂。胸骨右缘闻及吹风样、粗糙、递增-递减型收缩期喷射样杂音，常向颈部放射
- 心电图显示左心室肥厚，X 线胸片检查提示主动脉瓣钙化
- 超声检查可明确诊断且可评估瓣口面积大小和跨瓣压力阶差，心导管检查可进一步确定病情严重程度，50% 的病人伴随冠状动脉粥样硬化性疾病

■ 鉴别诊断

- 二尖瓣关闭不全
- 肥厚型梗阻性心肌病或扩张型心肌病
- 房间隔或室间隔缺损
- 其他原因引起的昏厥，例如室性心动过速

■ 治疗

- 所有有症状的病人都应行手术治疗，最好在发生心衰之前
- 伴有左室功能衰退的无症状病人如超声多普勒检查提示主动脉瓣跨瓣压力阶差很高（ $> 80\text{mmHg}$ ）或瓣口面积显著减小者（ $\leq 0.7\text{cm}^2$ ）应行手术治疗
- 经皮球囊瓣膜成形术可短期内（6 个月）减轻无手术指征病人的症状

■ 精要

Galavinden 现象是指在主动脉瓣区和心尖区同时可听诊到主动脉瓣狭窄性杂音，且在胸骨左下缘未闻及杂音。

主动脉瓣关闭不全

■ 诊断要点

- 病因包括：先天性二叶主动脉瓣、感染性心内膜炎、风湿性心脏病、马方综合征、强直性脊柱炎、反应性关节炎和梅毒
- 急性主动脉瓣关闭不全：可突然发作性出现急性肺水肿
- 慢性主动脉瓣关闭不全：直到中年才出现症状，常表现为胸痛或左心衰
- 慢性主动脉瓣关闭不全：第一心音减弱，脉压增宽，水冲脉，毛细血管搏动征（Quincke 征），脉搏忽升忽降（Corrigan 脉），当听诊器轻压股动脉时可闻及双期杂音（Duroziez 征）
- 慢性主动脉瓣关闭不全可闻及柔和的、高调的叹气样递减型舒张早期杂音，偶尔可在非风湿性心脏病病人的心尖区同时闻及舒张期隆隆样杂音（Austin-Flint 杂音）。在急性主动脉瓣关闭不全病人，其舒张期杂音较短
- 心电图提示左心室肥厚，X 线检查示左心室扩张
- 超声多普勒检查有助诊断并可评估其病情严重程度

■ 鉴别诊断

- 伴有 Graham Steell 杂音的肺动脉高压
- 二尖瓣狭窄或三尖瓣狭窄（罕见）
- 其他原因引起的左心衰
- 左前降支动脉狭窄引起的 Dock 杂音

■ 治疗

- 血管扩张剂（如硝苯地平和 ACE 受体阻滞剂）可延缓瓣膜病变的发展，推迟瓣膜置换时间
- 在慢性主动脉瓣关闭不全患者，手术可纠正病人超声检查显示的轻度左室功能紊乱或扩张所引起的症状
- 急性主动脉瓣关闭不全患者由于其主动脉解剖异常或感染性心内膜炎，需要行手术置换瓣膜

■ 精要

主动脉瓣关闭不全引起的 Key-Hodgkin 杂音粗糙、刺耳，是由于小叶膨出所致。

三尖瓣狭窄

■ 诊断要点

- 通常起源于风湿性心脏病，偶见于类癌样心脏疾病
- 当病因为风湿性心脏病时，常合并有二尖瓣狭窄
- 有右心衰的表现：肝肿大，腹水，外周水肿，颈静脉怒张伴有显著的 α 波
- 舒张期隆隆样杂音沿着胸骨左缘传导，吸气时杂音增强
- 超声多普勒检查有助于诊断

■ 鉴别诊断

- 主动脉瓣关闭不全
- 二尖瓣狭窄
- 任何原因引起的伴有右心衰竭的肺动脉高压

■ 治疗

- 严重病例应行瓣膜置换术
- 经皮球囊瓣膜成形术对很多病人有效

■ 精要

3% 的患有左侧风湿性心脏病的病人有三尖瓣狭窄。

三尖瓣关闭不全

■ 诊断要点

- 病因包括：感染性心内膜炎、右心室衰竭、类癌综合征、系统性红斑狼疮、三尖瓣下移畸形（Ebstein 畸形）
- 大多数病人右心室扩张起源于左侧心脏病
- 症状有水肿、腹部不适、厌食以及相关疾病的一些症状
- 颈静脉搏动出现显著的 v 波，肝脏搏动，腹壁静脉回流异常
- 高调的吹风样全收缩期杂音沿胸骨左缘传导，吸气时增强为特征性改变
- 超声多普勒检查有助于诊断

■ 鉴别诊断

- 二尖瓣关闭不全
- 主动脉瓣狭窄
- 肺动脉瓣狭窄
- 房间隔缺损
- 室间隔缺损

■ 治疗

- 对于存在容量负荷过重者可使用利尿剂和给予低钠饮食
- 如症状严重且三尖瓣狭窄为原发性者可行瓣膜修补、瓣膜成形术或切除瓣膜行瓣膜置换术

■ 精要

超过 90% 的病人其明显的右心衰竭实际上是由左心衰竭引起的。