

内科若干疾病新诊断标准

(1989年版)

陈复明 蔡贵娣 编

浙江省医学情报研究所

前 言

随着医疗事业的日益发展，对某些疾病的诊断标准和治疗方案逐步进行了修订和充实，使之更切合临床实际。为满足广大医务人员的临床工作需要，我们参阅了截止1988年的大量医学专业杂志，收录了最近全国性医学专业会议、中华医学会学术会议及中华内科杂志编委组成的座谈会中所拟定的内科若干疾病新诊断标准、临床分型和治疗方案，汇编成《内科若干疾病的新诊断标准》。最近又增补了世界卫生组织发表的艾滋病问答，及我国采取的艾滋病防范措施等内容，供广大临床工作者参阅。

本书若有疏漏不妥之处，恳请广大读者批评、指正。

本书由浙江医科大学赵易教授审阅，在此谨致谢意。

编 者

1989年1月

目 录

心血管系统

关于冠状动脉性心脏病命名及诊断标准的建议	(1)
附 I 缺血性心脏病的命名及诊断标准	(2)
附 II 不稳定型心绞痛的定义	(6)
附 III 冠心病的诊断参考标准	(6)
附 IV 急性心肌梗塞休克的诊断标准	(11)
冠心病发作和脑卒中发作的诊断标准	(11)
病态窦房结综合征的诊断参考标准	(16)
成人急性病毒性心肌炎诊断参考标准	(19)
小儿病毒性心肌炎诊断依据参考	(20)
附 I 良性早搏诊断依据	(22)
附 II 小儿原发性心肌病诊断依据	(23)
附 III 原发性心内膜弹力纤维增生症诊断依据	(23)
慢性肺原性心脏病的诊断标准	(24)
附 I 慢性肺原性心脏病 X 线诊断标准	(25)
附 II 慢性肺原性心脏病心电图诊断标准	(25)
附 III 慢性肺原性心脏病超声心动图诊断标准	(26)
附 IV 慢性肺原性心脏病心向量图诊断标准	(27)
慢性肺原性心脏病病情分级和疗效判断标准	(28)
慢性肺原性心脏病基层诊断参考条件	(30)
慢性肺原性心脏病中西医结合辨证分型和治疗原则	(31)
肺性脑病的诊断和临床分级标准	(33)
左侧心力衰竭的诊断标准	(34)
右侧心力衰竭的诊断标准	(35)

心脏压塞的诊断标准	(36)
附 I 肺淤血的诊断标准	(36)
附 II 体循环淤血的诊断标准	(37)
附 III 肺静脉高压的诊断标准	(37)
附 IV 肺动脉高压的诊断标准	(37)
细菌性心内膜炎的诊断标准	(38)
低排血量综合征的诊断标准	(39)
高血压病的诊断及疗效评定标准	(40)
高血压的诊断标准及分期(WHO).....	(41)
克山病的诊断标准	(42)
感染性休克中医辨证分型标准	(43)

呼吸系统疾病

感冒及流行性感冒的诊断要点及防治效果判定标准 ..	(45)
支气管哮喘的诊断、分期和疗效的评定标准	(47)
小儿呼吸道疾病	(49)
附 I 反复呼吸道感染的诊断标准	(49)
附 II 支气管哮喘的诊断及分型标准	(50)
附 III 流行性喘憋性肺炎诊疗常规	(53)
肺结核新分类法	(56)
慢性支气管炎临床诊断及疗效判断标准	(59)
结节病诊断要点	(63)
休克肺的诊断标准及临床分型	(65)
呼吸窘迫综合征(RDS)的诊断及分期标准	(67)
肺癌的早期诊断	(68)
肺癌综合治疗方案	(70)

消化系统疾病

慢性胃炎的分类, 纤维胃镜诊断标准及萎缩性胃炎的

病理诊断标准	(77)
慢性非特异性溃疡性结肠炎的诊断标准	(79)
肠易激综合征临床诊断参考标准	(81)
慢性胰腺炎的诊断	(81)
克隆氏病诊断标准	(82)

病毒性肝炎的诊断、治疗及治愈标准	(83)
------------------------	--------

附：关于“婴儿时期病毒性肝炎”	(98)
-----------------------	--------

腹膜透析并发腹膜炎的诊断标准	(99)
----------------------	--------

血液系统疾病

再生障碍性贫血诊断标准	(100)
缺铁性贫血的诊断标准	(102)
血红蛋白病诊断标准	(102)
自身免疫性溶血性贫血的诊断标准	(104)
阵发性睡眠性血红蛋白尿的诊断及疗效标准	(105)
有关出凝血疾病的诊断标准（血友病甲、血友病乙、	

血管性假血友病、巨血小板综合征、血小板无力

症、原发性血小板减少性紫癜、DIC诊断标准） … (108)

关于急性非淋巴细胞白血病分型的修改意见	(112)
---------------------------	---------

急性白血病形态分型诊断标准	(114)
---------------------	---------

中枢神经系统白血病诊断标准	(117)
---------------------	---------

急性白血病疗效标准	(117)
-----------------	---------

关于白血病前期的一些建议	(119)
--------------------	---------

新生儿败血症诊断标准	(120)
------------------	---------

泌尿系统疾病

肾小球疾病的临床分型	(122)
------------------	---------

尿路感染的诊断和治疗标准	(124)
--------------------	---------

关于小儿肾小球疾病临床分类和治疗建议	(128)
--------------------------	---------

急性肾性肾功能衰竭的诊断标准	(134)
新陈代谢和结缔组织疾病	
糖尿病诊断标准	(135)
附 I 糖尿病的分型、诊断顺序及诊断标准(WHO)	(135)
附 II 妊娠妇女的葡萄糖耐量诊断标准	(137)
糖尿病诊治	(138)
附 I 糖尿病酮症酸中毒治疗参考方案	(138)
附 II 非酮症性高渗性糖尿病昏迷的诊断和治疗参考方案	(141)
附 III 糖尿病乳酸性酸中毒诊断和治疗参考方案	(144)
系统性红斑狼疮的诊断标准	(146)
风湿热诊断标准	(147)
类风湿性关节炎诊断治疗方案	(149)
附: 类风湿性关节炎的“纽约诊断标准”	(155)
神经和精神科疾病	
各类脑血管疾病诊断要点	(155)
附 I 蛛网膜下腔出血的诊断标准	(158)
附 II 脑出血的诊断标准	(159)
附 III 脑血栓的诊断标准	(159)
附 IV 脑栓塞的诊断标准	(160)
附 V 一过性脑缺血发作(TIA)的诊断标准	(160)
脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准	(162)
脑卒中临床疗效评定标准	(165)
急性脑卒中治疗方案	(166)
脑血管疾病分类	(168)

脑动脉硬化症诊断标准	(170)
高血压性脑出血的分级	(171)
癫痫发作分类法 附：癫痫持续状态	(172)
国际癫痫和癫痫综合征分类	(173)
帕金森病及帕金森综合征的诊断标准和鉴别诊断	(175)
帕金森病及帕金森综合征的分类	(177)
神经症临床工作诊断标准	(179)
精神疾病分类——1984	(189)
精神分裂症临床工作诊断标准	(194)
躁狂抑郁症（躁郁症）临床工作诊断标准	(195)
精神分裂症中医辨证分型	(198)

其 它

脑囊虫病的诊断标准	(199)
流行性出血热防治方案	(202)
小于胎龄儿诊疗常规	(216)
慢性放射病的诊断标准 附：慢性放射病分度标准 ..	(218)
中医虚证辨证参考标准	(219)
全国卫生标准技术委员会劳动卫生标准	(222)
获得性免疫缺陷综合征的诊断标准	(224)
世界卫生组织发表的关于艾滋病问答及我国的防范措 施.....	(226)
临床检验正常参考值（血、尿、粪）.....	(229)

关于冠状动脉性心脏病命名 及诊断标准的建议

(第一届全国内科学术会议心血管病专业组 1980)

在1980年12月4~10日中华医学会第一届全国内科学术会议期间,心血管病专业组对冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病)的临床诊断标准问题组织了两次讨论。建议目前采用世界卫生组织所通过的命名及诊断标准(见附录),以利国际交流,并对此作以下几点补充说明:

1. 心电图运动试验(包括双倍二级梯、活动平板及蹬车试验)有假阳性,其假阳性率的高低与所检查对象中冠心病的患病率密切相关。举例说,在一般无症状人群中,假设4%的人有冠心病,即1000人中40人有冠心病;又假设运动试验的敏感性为80%,特异性为90%,则有冠心病的40人中阳性者为32人,无冠心病的960人中阳性者为96人,共有阳性者128人,而假阳性者占 $96/128$,即75%,在妇女中假阳性率特别高,相反,在拟诊为心绞痛的患者中,假定80%有冠心病,1000人中800人有冠心病,其中试验阳性者就占640人,无冠心病的200人中阳性者有20人,则总共阳性的660人中假阳性率约占3%。同样,休息时心电图ST-T改变的特异性也较差。因此,在一般人群中不宜单独根据心电图运动试验结果或休息时心电图ST-T改变来确诊冠心病,也不应当用它们进行冠心病普查。阳性运动试验只能供辅助诊断用,或看作一种“易患因素”。

2. 在临床诊断中,特别是对不典型心绞痛患者,或以心力

衰竭、心律失常为唯一表现的患者,可以结合休息时心电图或运动试验,并参考年龄、性别、血压、血脂、有无糖尿病等因素作出判断。在40岁以上的男性、45岁以上的女性,伴有一项以上易患因素(高血压、高血脂、糖尿病)者,虽无明显症状,如运动试验阳性,也可诊断为可能是冠心病。对上述情况,必要时及有条件时还可进行超声心动图和放射性核素等其它检查以协助诊断。但在冠心病的流行病学调查中,不可在诊断标准中加入各项易患因素。

3. 在流行病学或临床研究中,应说明各种冠心病的类型,评价中西药物疗效时不宜选用无症状的或可能的冠心病患者。

4. 关于命名,同意冠心病与缺血性心脏病可作为同义词应用,其它名称建议不再沿用。

附 I 缺血性心脏病的命名及诊断标准

——国际心脏病学会和协会及世界卫生组织临床命名
标准化联合专题组的报告(Circulation 59:607 1979)

很久以前,流行病学家已了解到必需有一个标准化的命名及诊断标准。然而,只有评价的目标是标准化了,才可能将各个结果加以比较。在缺血性心脏病领域,由于新的诊断和治疗方法的迅速发展,引起世界的兴趣和探讨,特别迫切需要一个能为国际上接受的缺血性心脏病命名,并说明其所根据的概念。这些定义是根据临床观察,包括心电图、酶变化,但不包括冠状动脉造影。

缺血性心脏病的定义是,由于冠状循环改变引起冠状血流和心肌需求之间不平衡而导致的心肌损害。缺血性心脏病包括急性暂时性的和慢性的,可由于功能性改变或器质性病变而引

起。非冠状动脉性血液动力学改变引起的缺血，如主动脉瓣狭窄则不包括在内。“缺血性心脏病”与“冠状动脉粥样硬化性心脏病”是同义词。其它名称不主张再沿用。其分类如下：

一、原发性心脏骤停

原发性心脏骤停是一突然事件，设想是由于心电不稳定所引起；没有可以作出其它诊断的依据（注1）。如果未作复苏或复苏失败，原发性心脏骤停归诸于猝死（注2）。以往缺血性心脏病的证据可有可无，如果发生死亡时无人见到，则诊断是臆测性的。

二、心绞痛

1. 劳累性心绞痛：

劳累性心绞痛的特征是由运动或其它增加心肌需氧量的情况所诱发的短暂胸痛发作，休息或舌下含服硝酸甘油后，疼痛常可迅速消失。劳累性心绞痛可分为三类：（1）初发劳累性心绞痛：劳累性心绞痛病程在1个月以内。（2）稳定型劳累性心绞痛：劳累性心绞痛病程稳定1个月以上。（3）恶化型劳累性心绞痛：同等程度劳累所诱发的胸痛发作次数、严重程度及持续时间突然加重。

2. 自发性心绞痛：

自发性心绞痛的特征是胸痛发作与心肌需氧量的增加无明显关系。与劳累性心绞痛相比，这种疼痛一般持续时间较长，程度较重，且不易为硝酸甘油缓解。未见酶变化。心电图常出现某些暂时性的S-T段压低或T波改变。自发性心绞痛可单独发生或与劳累性心绞痛合并存在。

自发性心绞痛患者的疼痛发作频率、持续时间及疼痛程度可有不同的临床表现。有时，患者可有持续时间较长的胸痛发作，类似心肌梗塞，但没有心电图及酶的特征性变化。

某些自发性心绞痛患者在发作时出现暂时性的S-T段抬高，常称为变异型心绞痛（注3）。但在心肌梗塞早期记录到这一心电图图型时，不能应用这一名称。

初发劳累性心绞痛、恶化型心绞痛及自发性心绞痛常统称为“不稳定型心绞痛”。本报告则选用这些各自特异的名称。

三、心肌梗塞

（一）急性心肌梗塞：急性心肌梗塞的临床诊断常根据病史、心电图和血清酶的变化而作出。

病史：典型的病史是出现严重而持久的胸痛。有时，病史不典型，疼痛可以轻微甚或没有，可以主要为其它症状。

心电图：肯定性改变是出现异常，持久的Q波或QS波以及持续1天以上的演进性损伤电流。当心电图出现这些肯定性变化时，仅凭心电图即可作出诊断。另一些病例，心电图示有不肯定性改变，包括：（1）静止的损伤电流。（2）T波对称性倒置。（3）单次心电图记录中有一病理性Q波。（4）传导障碍。

血清酶：①肯定性改变包括血清酶浓度的序列变化，或开始升高和继后降低。这种变化必须与特定的酶以及症状发作和采取血样的时间相隔相联系。心脏特异性同功酶的升高亦认为是肯定性变化。②不肯定改变为开始时浓度升高，但不伴有随后的降低，不能取得酶活力的曲线。

1. 肯定的急性心肌梗塞，如果出现肯定性心电图改变和/或肯定性酶变化，即可诊断为明确的急性心肌梗塞，病史可典型或不典型（注4）。

2. 可能的急性心肌梗塞：当序列、不肯定性心电图改变持续超过24小时以上，伴有或不伴有酶的不肯定性变化，均可诊断为可能急性心肌梗塞，病史可典型或不典型。

在急性心肌梗塞恢复期，某些患者可呈现自发性胸痛，有时可伴有心电图改变，但无新的酶变化，其中某些病例可诊断为Dressler氏梗塞后综合征，某些为自发性心绞痛患者，另一些则为急性心肌梗塞复发或可能有扩展。其它的诊断措施可能有助于建立确切的诊断。

(二) 陈旧性心肌梗塞：

陈旧性心肌梗塞常根据肯定性心电图改变，没有急性心肌梗塞病史及酶变化而作出诊断。如果没有遗留心电图改变，可根据早先的典型心电图改变或根据以往肯定性血清酶改变而诊断。

四、缺血性心脏病中的心力衰竭：

缺血性心脏病可因多种原因而发生心力衰竭，它可以是急性心肌梗塞或早先心肌梗塞的并发症，或可由心绞痛发作或心律失常所诱发。在没有以往缺血性心脏病临床或心电图证据的心力衰竭患者（排除其它原因），缺血性心脏病的诊断乃属推测性。

五、心律失常

心律失常可以是缺血性心脏病的唯一症状。在这种情况下，除非进行冠状动脉造影证明冠状动脉阻塞，否则缺血性心脏病的诊断是臆测性的。

“梗塞前心绞痛”和“中间型冠状动脉综合征”这二名称不包括在本报告内。因为根据本组的意见，前者的诊断是回忆诊断，仅在少数病例中能得到证实；而后一诊断的所有病例均可归属于本报告所描述的缺血性心脏病分类中的一种。

注1 发生于已证实为心肌梗塞早期的死亡不包括在内，而应认为是由于心肌梗塞所致的死亡

注2 本报告特意略去猝死的定义，因为猝死是心脏骤停的结果。

注3 这一心电图表现也可称为 Prinzmetal 心绞痛，但在 Prinzmetal 报告前已有其他作者报道描述这一情况，所以采用“变异型心绞痛”这一名称

注4 当出现肯定的心电图改变时，确诊的梗塞有时可称为穿壁性。如仅有ST-T波的演变不出现Q或QS波，但有肯定的酶变化，则称为非穿壁性或心内膜下梗塞

摘自《中华内科杂志》1981；20(4)：253

附Ⅱ 不稳定型心绞痛的定义

(美国心脏病协会 1975)

下列症状均于3周内开始出现，1周内有发作，而不出现象急性心肌梗塞的心电图改变及血清酶增高。

1. 初发劳累性心绞痛 心绞痛初次发作，或间隔6个月以上无发作而又复发。

2. 恶化增剧型劳累性心绞痛 原有稳定型心绞痛的病例，疼痛加重、频率增高及时限延长，变得易于诱发，疼痛的放射性增强。硝酸甘油一般难以奏效。

3. 新的自发性(卧位性)心绞痛 于安静时发作，发作时间超过15分钟，硝酸甘油不能缓解。胸痛发作时常常伴有一过性ST段变化(抬高或压低)或T波倒置^[1]。

注 [1] 心绞痛发作时出现上述心电图改变，称变异型心绞痛。

附Ⅲ 冠心病的诊断参考标准(删节)

(全国中西医结合防治冠心病、心绞痛、心律失常研究座谈会修订 1979)

I. 冠心病

1. 有典型心绞痛发作或心肌梗塞，而无重度主动脉瓣狭

窄、关闭不全、主动脉炎，也无冠状动脉栓塞或心肌病的证据。

2. 男性40岁、女性45岁以上病人，休息时心电图有明显心肌缺血表现，或心电图运动试验阳性，无其他原因（各种心脏病、植物神经功能失调、显著贫血，阻塞性肺气肿、服用洋地黄、电解质紊乱）可查，并有下列三项中的二项者：高血压，高胆固醇血症，糖尿病。如无有关临床症状，可诊断为无症状冠心病。

3. 40岁以上病人有心脏增大，或心力衰竭，或乳头肌功能失调伴有休息心电图明显心肌缺血表现，而不能用心肌疾病或其他原因解释，并有下列三项中的二项者：高血压，高胆固醇血症，糖尿病。

Ⅰ. 可疑冠心病 可疑心绞痛或严重心律失常，无其他原因可解释，并有下列三项中的二项者：40岁以上，高胆固醇血症，休息时或运动后心电图可疑。

Ⅱ. 心肌梗塞的诊断标准

1. 急性心肌梗塞 有下列三项之二，可诊断为急性心肌梗塞：

- ① 临床症状典型。
- ② 心电图有异常Q波及/或ST-T符合心肌梗塞的衍变。
- ③ 血清酶增高，符合心肌梗塞的过程。

2. 陈旧性心肌梗塞

① 符合(1~7)项中任何一项，可诊断为陈旧性心肌梗塞：

- 1) $I、II、V_2 \sim 6 Q \geq 0.03'' + Q/R \geq \frac{1}{8}$ 。
- 2) $I、II、V_1 \sim 6 Q \geq 0.04''$ 。
- 3) $aVLQ \geq 0.04'' + R \geq 3mm$ 。
- 4) $IIQ \geq 0.04''$ (aVF 同时有Q波)。
- 5) $aVFQ \geq 0.04''$ 。

6) $V_2 \sim V_6$ QS型, 其右侧胸导联有R波。

7) $V_1 \sim 4$ 或 $V_1 \sim 5$ 或 $V_1 \sim 6$ 全部呈QS。

② 有肯定资料(如心电图)证明既往患过急性心肌梗塞, 目前虽心电图属正常范围, 仍可诊断为陈旧性心肌梗塞。

IV. 心绞痛分型

1. 稳定型心绞痛 大多为劳力型心绞痛。在3个月时间内, 心绞痛诱因、次数及持续时间不定。

(1) 劳力型心绞痛:

I级: 较日常生活重的体力活动引起心绞痛。日常活动无症状, 如平地小跑, 快速或持重物上三楼、上陡坡引起心绞痛。

II级: 日常体力活动引起心绞痛。日常活动稍受限。如在正常条件下步行3~4站(3~4华里), 上三楼、上坡等引起心绞痛。

III级: 较日常活动轻的体力活动引起心绞痛。日常活动明显受限。如在正常条件下常速步行1~2站(1~2华里), 上二楼、上小坡引起心绞痛。

IV级: 轻微体力活动(如在室内缓行)引起心绞痛。严重者休息时亦发生心绞痛。

(2) 非劳力型心绞痛:

① 情绪激动性(包括精神紧张)。

② 卧位性(包括夜间心绞痛)。

非劳力型心绞痛症状分级:

轻度: 有较典型的心绞痛发作, 每次持续时间数分钟, 每周疼痛至少发作2~3次或每日发作1~3次, 但疼痛不重, 有时需口含硝酸甘油。

中度: 每日有数次较典型的心绞痛发作, 每次持续数分钟到10分钟左右, 绞痛较重, 一般都需口含硝酸甘油。

重度：每日有多次典型心绞痛发作，因而影响日常生活活动（例如大便、穿衣等活动）。每次发作持续时间长，需多次口服硝酸甘油。

2. 不稳定型心绞痛

（1）进行性心绞痛：在3个月之内，以劳力型为主的心绞痛发作次数增加、时间延长。引起发作的活动量也下降，有时甚至在休息时也发作，但不符合“中间综合征”的标准。

（2）新近的心绞痛：发生在1个月之内的心绞痛，且有进行趋势。

（3）心肌梗塞后心绞痛：发生于急性心肌梗塞后的30天之内的绞痛。

（4）中间综合征：

①在24小时之内反复心绞痛发作，心绞痛重、时间长，常在15分钟以上，诱因不明，在休息时发作，硝酸甘油效果差或无效。

②血清酶一般正常，或稍升高（不超过正常值的50%）

③心电图上出现ST-T改变，但无异常Q波。

3. 变异型心绞痛

（1）有定时发作倾向，夜间或凌晨发作多见，无明确诱因。

（2）发作时ST段抬高。

（3）发作心绞痛较重，时间长。

说明

1. 典型心绞痛是指发作性的、位于胸骨后或左前胸比较固定部位的狭窄性疼痛或明显压迫感，可放射到左肩、左臂、上腹部等处，多发生于体力活动、情绪激动、饱餐、受寒之当时，偶可在安静时发生，休息或用硝酸甘油在3~5分钟内可以缓解者而言。类似的但不完全符合于此种性质的胸部疼痛，

又无其他原因（如植物神经功能性失调，胸部病变，纵隔、食管、胃、胸椎或颈椎病变）可解释者，为可疑性心绞痛。

2. 诊断冠心病，应具体说明根据本标准第几条，并列举其类型，如心绞痛、心肌梗塞、无症状冠心病等。

3. 诊断心绞痛应按上述分型标准作出诊断，如为劳力型心绞痛应注明分级。

4. 诊断心肌梗塞时，应分别注明急性或陈旧性。

5. 休息时心电图明显心肌缺血型表现，是指在R波占优势的导联上有缺血型ST段下降，超过0.05mV，或T波倒置超过2mm（在正常不出现倒置的导联）而言。

6. 诊断心力衰竭时，要分别注明Ⅰ、Ⅱ或Ⅲ度。

7. 乳头肌机能失调，是指40岁以后出现心尖区收缩期Ⅲ级以上杂音，经观察杂音响度变动较大，无其他原因可解释。

8. 严重心律失常，是指多源性室性早搏，并行节律，心房颤动或扑动，室性心动过速，左束支传导阻滞，双束支传导阻滞，窦房传导阻滞，频发窦性静止及第Ⅱ度、第Ⅲ度房室传导阻滞而言。

9. 休息时心电图出现下列各项中的任何一项为可疑。

① 在R波占优势的导联上，有缺血型ST段下降到接近0.05mV。

② 在R波占优势的导联上，有近似缺血型ST段下降，超过0.075mV。

③ 在R波占优势的导联上，T波平坦、切迹或双相（正常不出现此种变化的导联）。

④ 频发性早搏（二联律、三联律或二次连发等），室上性心动过速，阵发性心房颤动，窦性心动过缓之心率每分钟在40次以下，第Ⅰ度房室传导阻滞，完全性右束支传导阻滞或左