




NEIKE YISHI CHAFANG SHOUCHE

内科 医师查房手册

主编 刘乃丰 王美美

 军事医学科学出版社

内科医师查房手册

主 编 刘乃丰 王美美
副主编 马根山 沈成兴 林 勇 朱晓莉
夏金荣 任利群 丁家华 张晓良
金 晖

编 者 (以姓氏笔画为序)

丁家华	马坤岭	马根山	王 尧
王美美	王 骏	王 智	尹 群
卢 苓	朱晓莉	任利群	刘乃丰
刘 宏	刘 洋	刘 娟	刘璘琛
许 晋	孙思庆	李卫东	李拥军
余正平	沈成兴	宋慧慧	张 立
张晓良	张晓黎	张 蕾	陆 静
苗 蕾	林 勇	金 晖	赵 刚
俞 婷	施 青	夏金荣	徐晓葵
			黄 静
			谢作玲

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

内科医师查房手册/刘乃丰,王美美主编.

-北京:军事医学科学出版社,2012.8

(主任医师查房系列丛书)

ISBN 978-7-80245-994-6

I. ①内… II. ①刘… ②王… III. ①内科-
疾病-诊疗-手册 IV. ①R5-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第170720号

策划编辑:易凌 责任编辑:曹继荣

出版人:孙宇

出版:军事医学科学出版社

地址:北京市海淀区太平路27号

邮编:100850

联系电话:发行部:(010)66931049

编辑部:(010)66931053,66931039

传真:(010)63801284

网址:<http://www.mmsp.cn>

印装:中煤涿州制图印刷厂北京分厂

发行:新华书店

开本:787mm×1092mm 1/32

印张:29.25

字数:836千字

版次:2013年6月第1版

印次:2013年6月第1次

定价:75.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前言

临床医学发展迅速,特别是内科学领域,不仅对疾病的认识更加深入全面,防治策略和技术方法也得到了循证医学证据所支持。转化医学和个性化医疗成为关注的焦点。

查房是内科医师最重要的医疗活动之一,是获取患者资料并进行病情评估的重要内容,是医师建立诊断并做出治疗决策的重要环节,也是训练年轻医师、培养临床思维能力的关键环节。有鉴于此,我们组织内科各专科的专家,按照内科查房的工作流程编写了这本查房手册,期望对进入规范化培训的住院医师及临床实践的专业研究生起到培训教材的作用,也希望对低年资主治医师有所帮助,作为常备的案头参考书。

因编者较多,风格会有差异,学术观点也难免会有不足之处,特别是各种药物的用法和剂量,读者应以药典和药物说明书为准,确保用药安全。

刘乃丰 王美美
2013年4月于南京

目录

第一章 呼吸系统疾病 1

第一节	肺炎	1
第二节	肺部真菌感染	19
第三节	肺结核	29
第四节	肺脓肿	38
第五节	慢性阻塞性肺疾病	44
第六节	支气管哮喘	54
第七节	支气管扩张	73
第八节	肺癌	78
第九节	肺栓塞	89
第十节	慢性肺源性心脏病	99
第十一节	弥漫性肺间质疾病	102
第十二节	结节病	106
第十三节	胸腔积液	112
第十四节	气胸	118
第十五节	睡眠呼吸暂停综合征	123
第十六节	呼吸衰竭	131
第十七节	咳嗽	136

第二章 循环系统疾病 144

第一节	心力衰竭	144
第二节	原发性高血压	171
第三节	稳定型心绞痛	181
第四节	急性冠状动脉综合征	192
第五节	心律失常	217
第六节	心脏停搏与心脏性猝死	234

第七节	心脏瓣膜病	240
第八节	感染性心内膜炎	259
第九节	原发性心肌病	272
第十节	特异性和应激性心肌病	296
第十一节	心肌炎	311
第十二节	心包疾病	316
第十三节	周围血管病	324
第十四节	闭塞性周围动脉粥样硬化	335
第十五节	血栓性静脉炎	337
第十六节	成人先天性心脏血管病	340

第三章 消化系统疾病 346

第一节	胃食管反流病	346
第二节	食管癌	355
第三节	急性胃炎	362
第四节	慢性胃炎	369
第五节	消化性溃疡	375
第六节	胃癌	382
第七节	功能性消化不良	390
第八节	胃轻瘫综合征	396
第九节	肠结核	400
第十节	克罗恩病	405
第十一节	溃疡性结肠炎	413
第十二节	大肠癌	420
第十三节	肠易激综合征	425
第十四节	大肠息肉	431
第十五节	非酒精性脂肪性肝病	435
第十六节	酒精性肝病	441
第十七节	肝硬化	447
第十八节	原发性肝癌	456
第十九节	肝性脑病	467
第二十节	急性胰腺炎	473
第二十一节	慢性胰腺炎	481
第二十二节	胰腺癌	490

第二十三节	急性腹膜炎	496
第二十四节	结核性腹膜炎	501
第二十五节	上消化道大出血	506
第二十六节	下消化道出血	514

第四章 泌尿系统疾病 521

第一节	血尿	521
第二节	蛋白尿	527
第三节	慢性肾小球肾炎	534
第四节	肾病综合征	541
第五节	尿路感染	551
第六节	肾小管酸中毒	558
第七节	急性肾衰竭	565
第八节	慢性肾衰竭	573

第五章 血液系统疾病 582

第一节	缺铁性贫血	582
第二节	巨幼细胞贫血	587
第三节	自身免疫性溶血性贫血	591
第四节	再生障碍性贫血	596
第五节	骨髓增生异常综合征	606
第六节	急性白血病	615
第七节	慢性粒细胞白血病	632
第八节	淋巴瘤	641
第九节	多发性骨髓瘤	655
第十节	特发性血小板减少性紫癜	666
第十一节	噬血细胞综合征	671

第六章 内分泌系统疾病 679

第一节	垂体瘤	679
第二节	巨人症和肢端肥大症	685
第三节	腺垂体功能减退症	690

第四节	尿崩症	694
第五节	抗利尿激素分泌不适当综合征	698
第六节	甲状腺功能亢进症	702
第七节	甲状腺功能减退症	707
第八节	亚急性甲状腺炎	711
第九节	慢性淋巴细胞性甲状腺炎	714
第十节	低血糖症	718
第十一节	糖尿病	722
第十二节	糖尿病酮症酸中毒	729
第十三节	高渗性非酮症高血糖性昏迷	733
第十四节	库欣综合征	736
第十五节	肾上腺皮质功能减退症	741
第十六节	原发性醛固酮增多症	746
第十七节	嗜铬细胞瘤	753
第十八节	骨质疏松症	758
第十九节	甲状旁腺功能亢进症	764
第二十节	甲状旁腺功能减退症	770

第七章 结缔组织病和风湿病 775

第一节	类风湿关节炎	775
第二节	系统性红斑狼疮	783
第三节	血清阴性脊柱关节病	792
第四节	干燥综合征	822
第五节	多发性肌炎和皮肌炎	831
第六节	硬皮病	837
第七节	系统性血管炎	844
第八节	白塞病	866
第九节	抗磷脂综合征	874
第十节	骨关节炎	883
第十一节	纤维肌痛综合征	890
第十二节	痛风及高尿酸血症	894
第十三节	自身免疫性肝病	904

参考文献 915



4. 是否有恶心、呕吐、腹痛、心悸及头痛、意识改变。
5. 肺炎病变范围大者可有呼吸困难、呼吸窘迫。

二、体检要点

1. 有无高热。
2. 有无呼吸加快。通常 > 20 次/min, 若 > 30 次/min 提示病情危重。
3. 血压变化。收缩压 < 90 mmHg 或舒张压 < 60 mmHg 提示病情危重。
4. 有无急性病容和口唇单纯疱疹。
5. 有无意识模糊。
6. 肺部实变体征或湿性啰音, 有无脓胸、败血症或毒血症、休克等表现及心律失常。

三、资料分析

1. 血常规 外周血白细胞总数及中性粒细胞比例升高, 分类核左移并可见中毒颗粒。酗酒、免疫力低下及年老体弱者白细胞总数正常或减少, 提示预后较差。
2. X线胸片 早期病变肺段纹理增粗、稍模糊, 典型表现为大叶性、肺段或亚肺段分布的浸润、实变阴影, 可见支气管气道征及肋膈角变钝。

四、补充检查

1. 入院必须检查的项目
 - (1) 血常规、尿常规、大便常规。
 - (2) 肝肾功能、血糖、电解质、红细胞沉降率、C反应蛋白(CRP)、感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等)。
 - (3) 病原学检查及药敏试验。
 - (4) 心电图。
 - (5) 住院治疗患者入院后应立即采取痰标本, 行涂片革兰染色检查及培养; 体温高、全身症状严重者应同时送血培养。应在首剂抗菌药物治疗前采集痰、血培养。
 - (6) 实施氧合评估: 血氧饱和度(SaO_2)或动脉血气分析测定, 明确有无呼吸衰竭。



2. 根据患者情况进行的检查项目 胸部 CT、D-二聚体、B 超、有创性检查等。

五、诊断依据

1. 确定肺炎诊断

诊断依据:

(1) 新近出现咳嗽、咳痰,或原有呼吸道疾病症状加重,并出现脓性痰,伴或不伴胸痛。

(2) 发热。

(3) 肺实变体征和(或)湿性啰音。

(4) 白细胞(WBC) $> 10 \times 10^9/L$ 或 $< 4 \times 10^9/L$, 伴或不伴核左移。

(5) 胸部 X 线检查显示片状、斑片状浸润性阴影或间质性改变,伴或不伴胸腔积液。

以上 1~4 项中任何一项加第 5 项,并除外肺结核、肺部肿瘤、非感染性肺间质性疾病、肺水肿、肺不张、肺栓塞、肺嗜酸性粒细胞浸润症、肺血管炎等,可建立临床诊断。

2. 评估严重程度

(1) 主要标准:①需要有创机械通气。②感染性休克需要血管收缩剂治疗。

(2) 次要标准:①呼吸频率 ≥ 30 次/min。②氧合指数(PaO_2/FiO_2) ≤ 250 。③多肺叶浸润。④意识障碍/定向障碍。⑤氮质血症($BUN \geq 20$ mg/dl)。⑥白细胞减少($WBC < 4 \times 10^9/L$)。⑦血小板减少(血小板 $< 10 \times 10^9/L$)。⑧低体温($T < 36^\circ C$)。⑨低血压,需要强力的液体复苏。

符合 1 项主要标准或 3 项次要标准以上者可诊断为重症肺炎,需考虑收入 ICU 治疗。

3. 确定病原体

病原体检查标本和方法,见表 1-1-1。



表 1-1-1 社区获得性肺炎主要病原体检测标本和方法

病原体	标本来源	显微镜检查	培养	血清学	其他
需氧菌和兼性厌氧菌	痰液、经纤维支气管镜或人工气道吸引下呼吸道标本、BALF、经 PSB 采集的下呼吸道标本、血液、胸腔积液、肺活检标本、尿液	革兰染色	+	-	免疫层析法检测肺炎链球菌尿抗原(针对成人肺炎链球菌感染的快速诊断方法)
厌氧菌	经纤维支气管镜或人工气道吸引的下呼吸道标本、BALF、经 PSB 采集的下呼吸道标本、胸腔积液	革兰染色	+	-	
分枝杆菌	痰液、经纤维支气管镜或人工气道吸引的下呼吸道标本、BALF、经 PSB 采集的下呼吸道标本、肺活检标本	萋尼染色	+	+	PPD 试验、组织病理
军团菌属	痰液、肺活检标本、胸腔积液、经纤维支气管镜或人工气道吸引的下呼吸道标本、BALF、经 PSB 采集的下呼吸道标本、双份血清、尿液	FA (嗜肺军团菌)	+	IFA、EIA	尿抗原(主要针对嗜肺军团菌 I 型)
衣原体属	鼻咽拭子、双份血清	-	+(有条件时)	肺炎衣原体、MIF、CF、EIA	鼻咽拭子的 PCR 仅限于临床研究

续表

病原体	标本来源	显微镜检查	培养	血清学	其他
支原体属	鼻咽拭子、双份血清	-	+(有条件时)	颗粒凝集、EIA、CF	鼻咽拭子的PCR仅限于临床研究
病毒	鼻腔冲洗液、鼻咽吸引物或拭子、BALF、肺活检标本、血清	FA(流感病毒、呼吸道合胞病毒)	+(有条件时)	CF、EIA、LA、FA	组织病理(检测病毒)
真菌	痰液、经纤维支气管镜或人工气道吸引的下呼吸道标本、BALF、经PSB采集的下呼吸道标本、肺活检标本、血清	KOH浮载剂镜检、HE、GMS染色、黏蛋白卡红染色(隐球菌)	+	1-3-β-D 葡聚糖(接合菌、隐球菌除外)ELISA法检测半乳糖甘露聚糖(适用于曲霉菌)	组织病理
肺孢子菌	痰液、经纤维支气管镜或人工气道吸引的下呼吸道标本、BALF、经PSB采集的下呼吸道标本、肺活检标本	姬姆萨染色、甲苯胺蓝染色、GMS、FA	-	-	组织病理

BALF: 支气管肺泡灌洗液; PSB: 防污染毛刷; PPD: 结核菌素纯蛋白衍化物; PCR: 聚合酶链反应; FA: 荧光抗体染色; IFA: 间接荧光抗体法; EIA: 酶免疫测定法; KOH: 氢氧化钾; HE: 苏木精-伊红染色; GMS: Gomori 乌洛托品银染色; CF: 补体结合试验; MIF: 微量免疫荧光试验; LA: 乳胶凝集试验; ELISA: 酶联免疫吸附试验。当痰培养分离的细菌与大多数痰涂片白细胞中的微生物形态一致时, 痰培养的结果将更可靠。尿抗原检测是诊断 I 型嗜肺军团菌感染最迅速有效的方法, 常应用 EIA 法或免疫层析法; +: 阳性; -: 阴性

(1) 痰: 咳痰标本采集方便, 是最常用的下呼吸道病原学标



本。①采集:尽量在抗生素治疗前采集标本。嘱患者先行漱口,并指导或辅助其深咳嗽,留取脓性痰送检。无痰患者检查分枝杆菌和肺孢子菌可用高渗盐水雾化吸入导痰。真菌和分枝杆菌检查应收集3次清晨痰标本。对于厌氧菌、肺孢子菌,采用支气管肺泡灌洗液(BALF)标本进行检查的阳性率可能更高。②送检:尽快送检,不得超过2小时。延迟送检或待处理标本应置于4℃保存(疑为肺炎链球菌感染不在此列),保存的标本应在24小时内处理。③实验室处理:挑取脓性部分涂片做革兰染色镜检,选取合格标本(鳞状上皮细胞 <10 个/低倍视野,多核细胞 >25 个/低倍视野,或两者比例 $<1:2.5$)。将合格标本接种于血琼脂平板和巧克力平板两种培养基,必要时加用选择性培养基或其他培养基。用标志4区划线法接种做半定量培养。

(2)侵袭性诊断技术仅选择性地适用于以下CAP患者:①经验性治疗无效或病情仍然进展者,特别是已经更改抗菌药物1次以上仍无效时。②怀疑特殊病原体感染,采用常规方法获得的呼吸道标本无法明确致病原时。③免疫抑制宿主罹患CAP经抗菌药物治疗无效时。④需要与非感染性肺部浸润性病变鉴别诊断者。

1)经纤维支气管镜或人工气道吸引:如吸引物细菌培养浓度 $\geq 10^5$ cfu/ml可认为是致病菌,低于此浓度者则多为污染菌。

2)防污染样本毛刷(PSB):如所取标本培养细菌浓度 $\geq 10^3$ cfu/ml,可认为是致病菌。

3)支气管肺泡灌洗(BAL):如灌洗液培养细菌浓度 $\geq 10^4$ cfu/ml,防污染BAL标本细菌浓度 $\geq 10^3$ cfu/ml,可认为是致病菌。

4)经皮细针抽吸检测(PFNA)和开胸肺活检:两种方法所取标本检测的敏感性和特异性很好。但由于是创伤性检查,容易引起并发症,如气胸、出血等,临床一般用于对抗菌药物经验性治疗无效或其他检查不能确定者。

(3)血和胸腔积液培养:肺炎患者血和痰培养分离到相同细菌,可确定为肺炎的病原菌。如仅血培养阳性,但不能用其他原因如腹腔感染、静脉导管相关性感染解释菌血症的原因,血培养的细菌也可认为是肺炎的病原菌。胸腔积液培养到的细菌则基本可认为是肺炎的致病菌。由于血或胸腔积液标本的采集均经



过皮肤,故其结果须排除操作过程中皮肤细菌的污染。

(4)尿抗原试验:包括军团菌尿抗原和肺炎链球菌尿抗原。

4. 鉴别诊断

(1)干酪性肺炎:常有结核中毒症状,胸部X线表现为肺实变,消散慢,病灶多在肺尖或锁骨下、上叶后段或下叶背段,易形成空洞并在肺内播散。痰中可找到结核杆菌。

(2)急性肺脓肿:早期临床症状相似,病情进展可出现咳大量脓臭痰,胸部X线早期为大片实变阴影,后出现空洞及液平。

(3)肺癌伴阻塞性肺炎:常有长期吸烟史、刺激性干咳和痰中带血史;无明显急性感染中毒症状;痰脱落细胞可阳性;症状反复出现;胸部CT可发现肺肿块、肺不张或肿大的肺门淋巴结;纤维支气管镜检查有助于鉴别诊断。

社区获得性肺炎诊治流程见图1-1-1。

六、治疗

1. 支持和对症治疗

(1)卧床休息,进食富有营养及维生素的流质或半流质饮食。

(2)维持体液和电解质平衡等,失水时供给充分的水分及盐类,可静脉滴注生理盐水或葡萄糖盐水。

(3)刺激性咳嗽可给予可待因,止咳祛痰可用氯化铵或棕色合剂,痰多者禁用止咳剂。

(4)有剧烈胸痛时可用小量可待因。

(5)发热时可用物理降温,不用或慎用解热药,以免引起大汗而导致脱水。

(6)呼吸困难者鼻导管吸氧。若呼吸衰竭进行性加重,应给予呼吸机辅助通气。

(7)腹胀、鼓肠时可行腹部热敷和肛管排气,有明显麻痹性肠梗阻或胃扩张应禁食,给予胃肠减压,直到肠蠕动恢复。

(8)烦躁不安、谵妄者可用地西洋(安定)5 mg 肌内注射或水合氯醛1~1.5 g 灌肠,禁用抑制呼吸的镇静剂。

2. 抗菌药物治疗

(1)尽早开始抗菌药物经验治疗(表1-1-2)。

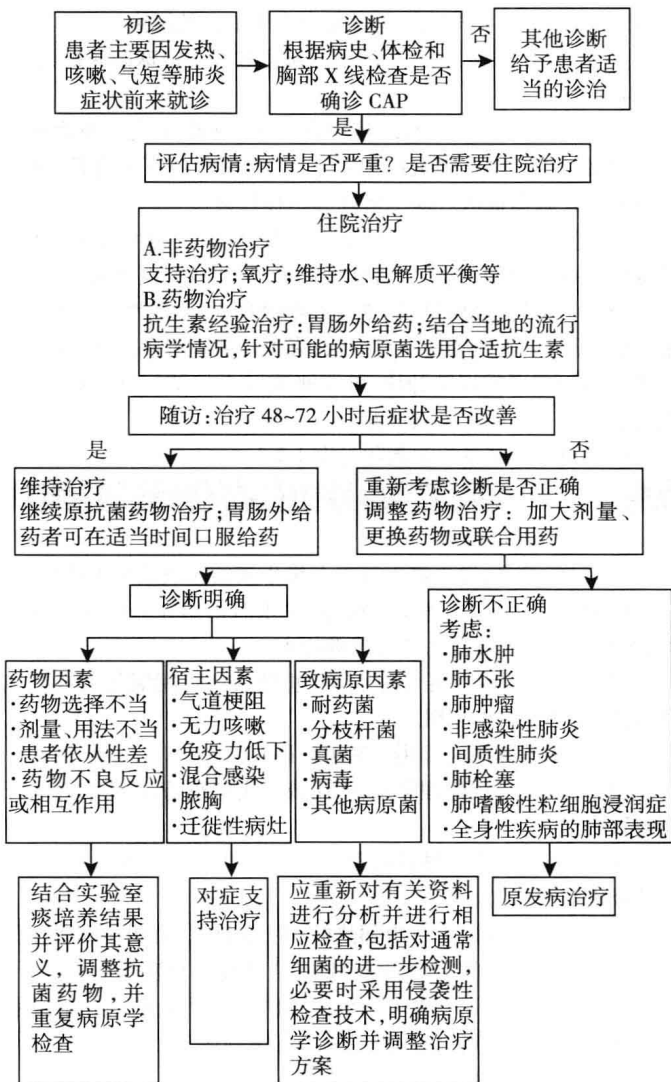


图 1-1-1 社区获得性肺炎诊治流程

表 1-1-2 社区获得性肺炎的经验治疗

不同人群	常见病原体	初始经验性治疗的抗菌药物选择
青壮年、无基础疾病患者	肺炎链球菌、肺炎支原体、流感嗜血杆菌、肺炎衣原体等	①青霉素类(青霉素、阿莫西林等);②多西环素(强力霉素);③大环内酯类;④新一代或第二代头孢菌素;⑤喹诺酮类(如左旋氧氟沙星、莫昔沙星等)
老年人或有基础病患者	肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、需氧革兰阴性杆菌、金黄色葡萄球菌、卡他莫拉菌等	①第二代头孢菌素(头孢呋辛、头孢丙烯、头孢克洛等)单用或联合大环内酯类;②β-内酰胺类/β-内酰胺酶抑制剂(如阿莫西林/克拉维酸、氨苄西林/舒巴坦)单用或联合大环内酯类;③喹诺酮类
需入院治疗、但不必收住 ICU 的患者	肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、混合感染(包括厌氧菌)、需氧革兰阴性杆菌、金黄色葡萄球菌、肺炎支原体、肺炎衣原体、呼吸道病毒等	①静脉注射第二代头孢菌素单用或联合静脉注射大环内酯类;②静脉注射喹诺酮类;③静脉注射β-内酰胺类/β-内酰胺酶抑制剂(如阿莫西林/克拉维酸、氨苄西林/舒巴坦)单用或联合静脉注射大环内酯类;④头孢噻肟、头孢曲松单用或联合静脉注射大环内酯类
需入住 ICU 的重症患者		
A 组: 无铜绿假单胞菌感染危险因素	肺炎链球菌、需氧革兰阴性杆菌、嗜肺军团菌、肺炎支原体、流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌等	①头孢曲松或头孢噻肟联合静脉注射大环内酯类;②静脉注射喹诺酮类联合氨基糖苷类;③静脉注射β-内酰胺类/β-内酰胺酶抑制剂(如阿莫西林/克拉维酸、氨苄西林/舒巴坦)联合静脉注射大环内酯类;④厄他培南联合静脉注射大环内酯类



续表

不同人群	常见病原体	初始经验性治疗的抗菌药物选择
B 组： 有铜绿 假单胞 菌感染 危险因 素	A 组常见病原体 + 铜绿假单胞菌	①具有抗假单胞菌活性的 β -内酰胺类抗生素(如头孢他啶、头孢吡肟、哌拉西林/他唑巴坦、头孢哌酮/舒巴坦、亚胺培南、美罗培南等)联合静脉注射大环内酯类,必要时还可同时联用氨基糖苷类;②具有抗假单胞菌活性的 β -内酰胺类抗生素联合静脉注射喹诺酮类;③静脉注射环丙沙星或左旋氧氟沙星联合或基糖苷类

(2)明确病原体后,对经验治疗效果不满意者,可按药敏试验结果调整用药(表 1-1-3)。

(3)轻症患者可口服用药;重症患者选用静脉给药,待临床表现显著改善并能口服时改用口服药。

表 1-1-3 社区获得性肺炎的病原治疗

病原	宜选药物	可选药物	备注
肺炎链球菌	青霉素,氨苄(阿莫)西林	第一代或第二代头孢菌素	
流感嗜血杆菌	氨苄西林,阿莫西林,氨苄西林/舒巴坦,阿莫西林/克拉维酸	第一代或第二代头孢菌素,氟喹诺酮类	10% ~ 40% 的菌株产 β -内酰胺酶
肺炎支原体	红霉素等大环内酯类	氟喹诺酮类,多西环素	
肺炎衣原体	红霉素等大环内酯类	氟喹诺酮类,多西环素	
军团菌属	红霉素等大环内酯类	氟喹诺酮类	