

内科疾病诊疗标准

NEI KE JI BING ZHEN LIAO BIAO ZHUN

郭健福 连润生 汇编 陆 玮 审阅

山西省 长治市卫生局
长治卫生学校

内科疾病诊疗标准

山西省长治卫生学校

郭健福

汇编

太行白求恩国际和平医院

连润生

上海医科大学附属华山医院

陆 玮 审阅

长治市卫生局
山西省
长治卫生学校

前 言

《内科疾病诊疗标准》一书，比较全面地收集了近年来国内外重要学术会议(卫生组织)关于内科疾病方面的诊断标准、疗效标准和防治方案。反映了当前内科领域在诊断和防治等方面的技术水平、科研成果和最新进展。具有科学性、先进性、实用性、指导性等特点。由于这些重要的资料都散载在各种医学期刊、和会议文件中，翻阅和查找起来十分不便。为了节省时间，应用方便，满足使用需要，我们特将其摘录、整理、汇编成册，可作为内科医(教)师(士)在临床、科研、教学中必备的工具参考书。特别是对初步入临床实习的大、中专医学生以及乡村医生可随身携带、作为工作中的“拐杖”。

全书按大学本科教材顺序编排，包括传染病、呼吸系统疾病、心血管系统疾病、泌尿系统疾病、造血和血液系统疾病、内分泌及代谢性疾病、结缔组织疾病、理化因素所致疾病、神经及精神病等十大部分。后附15种急症抢救的诊断标准及抢救成功指标。共70个病种，110个题目。

本书由长治卫生学校内科教师郭健福、太行白求恩国际

和平医院内科主治医师连润生汇编。在汇编过程中，蒙上海医科大学讲师附属华山医院内科主治医师陆玮等具体指导，对本书的资料收集、摘录、编排等方面提出了许多宝贵意见和多方面的帮助。在此一并致谢。

由于我们水平很低、学习浅薄，对诊疗标准的内容理解的也不深，加之经验缺乏、时间仓促，书中错误和缺点一定在所难免，恳切希望同道批评指正。

长治市卫生局

长治卫生学校

1986年3月

目 录

第一部分 传染病

感冒及流行性感 冒诊断要点和防治效果判定标准	1
病毒性肝炎防治方案	5
流行性出血热的诊断标准	27
流行性出血热早期定度标准	29
流行性出血热防治(试行)方案	30
流行性脑脊髓膜炎防治方案	45
布病疫区(以县为单位)鉴定和验收试行标准	56
人布氏菌病的诊断和治疗效果判断试行标准	58
钩端螺旋体病诊断标准	61

第二部分 呼吸系统疾病

支气管哮喘的诊断、分期和疗效的评定标准	67
慢性支气管炎临床诊断及疗效判断标准	70
肺气肿诊断标准	75
成人型呼吸窘迫综合征诊断和分级标准	77
休克肺诊断标准及临床分型	81
结核病流行病学指标及有关概念	83
肺结核分类法	91
肺结核化学疗法	95
抗结核药物耐药性测定暂行规定	108

原发肺结核中支气管淋巴结结核诊断标准·····	105
肺癌的病理分期和分类方案·····	108
早期肺癌的诊断标准·····	111
肺癌疗效标准·····	112
肺癌 T N M 分级定义及分期标准·····	113
肺癌早期发现对象、方法和步骤·····	115
肺癌综合治疗(协助研究)方案·····	117
结节病的诊断要点·····	125
矽肺及混合性矽肺病理诊断分期标准·····	128

第三部分 心血管系统疾病

冷休克诊断试行标准·····	131
常见心律失常病因、严重程度及疗效参考标准·····	132
病态窦房结综合征的诊断参考标准·····	136
诊断风湿热的参考标准·····	139
高血压病的新诊断标准和疗效评定标准·····	146
关于冠状动脉性心脏病命名及诊断标准的建议·····	149
冠心病诊断参考标准·····	155
急性心肌梗塞休克的诊断标准·····	165
冠心病心绞痛疗效评定标准·····	166
冠心病发作和脑卒中发作的诊断标准·····	168
关于肺心病普查工作中的统一规定·····	174
慢性肺源性心脏病诊断标准·····	175
慢性肺源性心脏病心电图向量图诊断标准·····	178
慢性肺源性心脏病超声心动图诊断标准·····	180
慢性肺源性心脏病基层诊断参考条件·····	181

慢性肺源性心脏病病情分级和疗效判断标准·····	182
慢性肺源性心脏病中西医结合辨证分型和治疗原则·····	185
肺性脑病的诊断和临床分级标准·····	188
病毒性心肌炎诊断依据参考·····	189
克山病防治工作标准·····	193

第四部分 消化系统疾病

慢性胃炎的分类、纤维胃镜病理诊断标准及萎缩性胃 炎的病理诊断标准·····	201
消化性溃疡疗效观察的考核方案·····	204
胃、十二指肠溃疡病急性穿孔诊断标准·····	207
上消化道出血程度分级·····	211
胃癌的临床病理分期·····	212
胃癌非手术治疗试行方案·····	214
胃癌疗效评定标准·····	218
克隆(Crohn)氏病诊断标准·····	219
慢性非特异性溃疡结肠炎的诊断标准及治愈标准·····	220
大肠癌分型及大肠息肉分类标准·····	222
大肠癌放射治疗协作方案·····	235
大肠癌单纯化疗试行方案·····	237
大肠癌配合化疗试行方案·····	238
大肠癌疗效评定标准·····	239
原发性肝癌诊断、分型、分期与疗效标准·····	240
中西医结合治疗胆道疾病诊疗标准·····	242

第五部分 泌尿系统疾病

关于原发性肾小球疾病的临床分类初步方案·····	248
关于各类型原发性肾小球疾病治疗的参考意见·····	251
修订肾小球疾病临床分型的意见·····	256
尿路感染的诊断、治疗标准·····	259
急性肾功能衰竭诊断标准·····	264

第六部分 造血和血液系统疾病

再生障碍性贫血的诊断标准·····	268
再生障碍性贫血的疗效标准·····	270
慢性再障中医辨证分型及治疗·····	271
原发性血小板减少性紫癜的诊断标准和治疗效果判断 标准·····	272
弥散性血管内凝血诊断标准草案·····	273
关于白血病分型的建议·····	278
中枢神经系统白血病诊断标准草案·····	283
急性白血病疗效标准草案·····	284
关于白血病前期的几点意见·····	285
真性红细胞增多症诊断标准·····	288
非何杰金氏淋巴瘤工作分类方案及诊断指标·····	289
恶性网状细胞病的诊断标准·····	296

第七部分 内分泌及代谢疾病

地方性甲状腺肿防治工作标准(试行)及补充说明·····	298
世界卫生组织糖尿病诊断标准·····	302
糖尿病诊断标准·····	303

第八部分 结缔组织疾病

系统性红斑狼疮的诊断标准·····	304
皮肤炎的诊断标准·····	307
系统性硬皮病的诊断标准·····	308
白塞氏病的诊断标准·····	310
类风湿性关节炎诊断治疗方案·····	311

第九部分 理化因素所致疾病

急性有机磷农药中毒的防治试行方案·····	317
铅中毒的诊断标准及处理原则·····	325
汞中毒的诊断标准及处理原则·····	328
职业性苯中毒诊断标准及处理原则·····	330
职业性急性氯气中毒诊断标准及处理原则·····	334
减压病的诊断标准及处理原则的试行草案·····	337

第十部分 神经及精神病

脑血管疾病分类草案·····	342
急性脑卒中治疗方案·····	345
颅内外动脉吻合术的适应症、禁忌症和疗效评定标准··	348
脑动脉硬化症诊断标准·····	350
癫痫发作分类及药物临床疗效评定的建议·····	351
癫痫发作的分类法·····	354
帕金森病及帕金森综合征的分类·····	356
帕金森病及帕金森综合征的诊断标准和鉴别诊断·····	358
中华医学会精神病分类·····	361

精神疾病治疗效果评定标准修正草案·····	367
精神分裂症的诊断参考标准·····	370
几种神经症的诊断标准·····	372
附录：急症抢救的诊断标准及抢救成功指标·····	379

上各型更为显著，常需休息。

注：①治疗观察对象，选择中度型以上病例，但预防对象中除挫顿型诊断为可疑感冒外，其他各型均应统计在内。有条件者进行鼻病毒或其他呼吸道病毒分离，做病原学诊断。暂无病毒分离条件者，采取双份血清，以区别于流感和非流感。

②诊断过程中还应注意排除过敏性鼻炎，副鼻窦炎及其他传染病早期。

（二）流感 系指流感病毒引起的急性上呼吸道感染，起病急骤，以全身症状为主，可分四型。

单纯型：畏寒发热（可高达40℃），全身不适，腰背酸痛、头痛（以前额、眼珠或颈后最重）、鼻塞咳嗽、少痰、胸痛、颜面潮红，眼结合膜及咽部充血。

肺炎型：发热，剧（阵）咳、咯粘液脓痰，痰中带血，气促，发绀。

中枢神经型：持续高热，中枢神经症状明显，严重头痛、头晕、呕吐、谵妄、虚脱、甚至昏迷，并可出现脑膜刺激症状及脑炎体征。

胃肠型：除全身症状外，有明显胃肠道症状，如恶心、呕吐、腹痛、腹泻等。

注：治疗观察对象为单纯型及胃肠型患者，除临床诊断外，须采取双份血清和病毒分离作病原学诊断。在预防对象中，上述四型均须计算。

（三）感冒及流感的鉴别诊断

1、主要根据流行病学资料。流感流行快，在短期内有很多人发病。

2、流感一般全身症状重。感冒全身症状轻，鼻部症状重。

3、病毒分离及血清学诊断。

(四) 中医分型

风寒型：发热恶寒、无汗、口不渴、全身酸痛、鼻塞、流涕、喷嚏、喉痒、痰稀或干咳无痰。苔薄白。浮脉紧。

风热型：发热不恶寒、汗出、口渴、头痛、咽喉红痛或口鼻干燥，咳嗽吐黄白痰，苔薄黄。脉浮数。

夹湿型：发热，头痛而重，或头胀如裹、肢体困倦、脘闷恶心。肠鸣腹泻。苔白腻。脉滑或浮慢。

二、治疗效果判断标准

(一) 判定疗效 判定疗效时以发病24小时以内治疗者为统计对象，流感患者尚须有病原学诊断。

(二) 疗效分级：

显效：

服药24小时内，全身及局部主要症状如发热，流涕等消失或基本消退。

有效：

服药24—48小时内，全身及局部主要症状如发热，流涕等消失或基本消退。高热（39℃以上）病人，体温在24小时内下降2℃以上，不再回升者。

无效：

不符合以上标准者均为无效。

(三) 几点说明。①流感患者有条件的应注意观察，以体温为观察疗效主要指标，每4小时测体温1次，以腋温37℃以下为正常，37.5℃以下列为基本消退。

②感冒以体温及流涕为观察疗效主要指标。

③起病24小时后开始治疗及有合并症者，均不列入统计对象。

三、预防效果判断标准

1、感冒以易感者（成人每年4次以上）、轻度单纯型慢性支气管炎患者或正常人为对象，注意抓住9~10月间及其他好发季节，进行预防观察。每组150~200人以2~3月为1个流行过程，有条件的观察2个流行过程，中间停药1~2个月；无条件的至少继续观察1个季度以上，每组人数需增加至300人。每周用药3天（星期1、3、5），每天服药1次，看服下肚。服药期间每2~3天观察1次。流感与流行早期进行对照观察，每日服药1次，连续7天。

2、感冒：除计算发病人次外，尤应注意患者病情轻重（记分法）、病程长短，有条件的比较鼻病毒分离阳性率。

3、同上，加上血清抗体增长情况。

病毒性肝炎防治方案（试行）

（全国病毒性肝炎专题学术会议制订，南宁，1984年12月）

病毒性肝炎（包括甲型、乙型、非甲非乙型以及与乙型肝炎合并感染的delta肝炎）是法定传染病，具有传染性较强，传播途径复杂，流行面广泛，发病率较高等特点；部分乙型和非甲非乙型肝炎病人可演变成慢性，对人类健康危害甚大。

防止病毒性肝炎感染要贯彻预防为主方针，加强领导，深入宣传，发动群众，搞好爱国卫生运动，采取以切断传播途径为主的综合防止措施。甲型肝炎和流行性非甲非乙型肝炎，以切断肠道外如经血传播等途径为主。要力争早发现、早诊断、早隔离、早报告、早治疗及早处理疫点，以防止流行，提高疗效，要做好易感人群的保护，减少疾病发生。

病毒性肝炎的预防

一、管理传染源

1、报告和登记：各级医务人员对疑似、确诊、住院、出院、死亡的急性、慢性迁延性和慢性活动性肝炎病例均应作传染病报告，专册登记和统计。报告卡必须填写完整、准确，并在备注栏内注明急性、慢性迁延性、慢性活动性、疑似和输血后肝炎。检测乙型肝炎病毒表面抗原HBSAg的

病例，应在报告卡上注明阳性或阴性。各省、市、自治区应创造条件设点试行急性病毒性肝炎病原学分型报告和统计，分成甲型、乙型、非甲非乙型和未定型(见下述诊断标准)。遇到急性肝炎暴发时，应先电话报告，然后填写卡片报告；有条件的省、市、自治区也可作病原学分型报告。对疑似肝炎病例，应尽快确诊，或否定诊断后，作更正报告。对慢性迁延性及慢活动性肝炎病例，复发一次，报告一次。

各级卫生防疫站应做好疫情统计，各类肝炎应分别进行登记(包括按病原学分类登记)重复报告者剔除，其中慢性迁延性及慢性活动性肝炎病例，一年只登记一次，一年复发跨两个年度者只在第一年登记。

为了提高诊断质量，各级医院开设肝炎门诊。

2. 隔离和消毒：急性甲型肝炎隔离期自发病日算起3周。乙型肝炎与甲型肝炎不同。可不定隔离日期，如需住院治疗，也不宜以H B s A g阴转或肝功能完全恢复正常为出院标准，只要病情稳定，可以出院。流行性非甲非乙型肝炎隔离可暂同甲型肝炎；非流行性非甲非乙型肝炎处理同乙型肝炎。条件具备时，甲、乙和非甲非乙三型肝炎宜分室住院治疗。对留家病例，可开设家庭病床，由街道医院或公社卫生院负责隔离治疗。

病人隔离治疗后。对其居住、活动地区(家庭、宿舍及托幼机构等)应尽早进行终末消毒，由城区卫生防疫站和农村卫生院负责进行。对日常性消毒工作和留家病人的家庭消毒隔离，由基层医疗机构和病人所在单位或家庭其他成员共同进行。各级基层卫生防疫站要对肝炎病例个案和暴发流行进行流行病学调查。

3. 有关行业人员肝炎患者的管理：对生产、经营食品单位的直接接触入口饮食品人员，职工食堂全体工作人员。食品商贩以及保育人员等，每年应作健康检查。发现肝炎病人立即进行隔离治疗。急性肝炎患者待临床症状消失、肝功能正常后可恢复不接触食品、食具或幼儿的工作，达到痊愈标准（见后），方可恢复原工作。患慢性活动性肝炎或慢性迁延性肝炎者，一律调离直接接触入口食品、食具或幼儿工作。疑似肝炎病例在未确诊或排除前，应暂时停止原工作。

上述范围的新增人员和临床工作人员，在参加工作前必须进行健康检查。

4. 幼托机构中儿童肝炎患者的管理：幼托机构发现急性甲型或流行性非甲非乙型肝炎病人后，除患儿隔离治疗外，应对接触者进行医学观察45天。医学观察范围，根据调查后确定，一般以患儿所在班级为主。观察期间不办理入托、转托手续。对出院的肝炎患儿，尚需继续观察一个月，并需持有区、县级或街道、公社级医院痊愈证方可回所。对与急性肝炎密切接触的儿童，自最后一次接触日起，医学观察45天（如系留家病人的接触者，则延长至75天），未发病者方可回班。

5. 献血员管理：献血员应在每次献血前进行体格检查，检测谷丙转氨酶及HBsAg（采用RPHA或ELISA）。肝功能异常或HBsAg阳性者不得献血。有条件的省、市、自治区可开展抗乙型肝炎病毒抗原抗体抗HBc测定（采用ELISA），抗HBc阳性者不得献血。

6. 乙型肝炎病毒表面抗原携带者的管理：乙型肝炎病毒表面抗原携带者系指血液HBsAg阳性，但无肝炎症状、

体征,各项肝功能检查正常,经半年观察无变化者。对这类携带者不按现症肝炎病人处理,除不能献血外,可照常工作和学习,但要加强随访。携带者要注意个人卫生和经期卫生,以及行业卫生;防止自身唾液、血液和其它分泌物污染周围环境,感染他人;所用食具、刮脸修脚用具、牙刷、盥洗用品与健康人分开。对HBeAg,携带者应进一步用灵敏的方法检查乙型肝炎病毒e抗原(HBeAg)如属阳性则不宜直接接触食品、食具婴幼儿。在人群中不宜无目的地进行HBsAg普查。

二、切断传播途径:

1.提高个人卫生水平:利用黑板报,小报、电影、电视、广播等各种宣传工具,广泛开展卫生宣传教育。各企业单位应创造条件,提供流动水供洗手及洗餐具,养成食前便后洗手的良好习惯。

2、加强饮食、饮水、环境卫生管理:饮食行业(包括个体开业户)及集体食堂都应认真执行《中华人民共和国食品卫生法(试行)》,尤其要做好食具消毒。食堂、餐厅应实行分餐制或公筷制。要加强生食水产品的卫生监督,加强对产地水域的卫生防护,防止粪便和生活污水的污染。要掌握产地病毒性肝炎流行和水域水的污染情况,以及运销过程中的卫生问题。一旦发现有污染可能,应立即采取相应措施。于短时期内供应大量贝类水生动物时,应留样以便考查。

、要加强水源保护,严防饮用水被粪便污染。对甲型肝炎流行区的井水或缸水,须用漂白粉消毒,余氯保持在0.3mg/L。对甲型肝炎暴发点,水余氯应保持在1.0mg/L。中、小学校要供应开水,学生自带水杯。