

临床内科难症治疗学

赵锐利

朱崇第

主编

中国医药科技出版社



临床内科难症治疗学

赵锐利 朱崇第 主编

中国医药科技出版社

登记证号: (京)075号

内 容 简 介

本书详细介绍了内科循环、呼吸、血液、泌尿、内分泌、神经等系统诊断和处理上较为棘手问题,反映九十年代初国内外先进水平,全面系统地介绍了临床研究工作中的一些新知识、新概念,同时还介绍了基础理论最新科研成果。本书阐述简明,内容新颖,参考了国内外大量文献、理论与实践相结合,具有较强的实用性和可读性。

本书可供广大临床医师、科研人员、医学院校师生参考。

临床内科难症治疗学

赵锐利 朱崇第 主编

中国医药科技出版社 出版
(北京西直门外北礼士路甲38号)
北京市卫顺印刷厂 印刷
新华书店北京发行所 发行

开本787×1092mm^{1/32}, 印张15^{1/2}

字数342千字 印数1—5000

1993年10月第1版 1993年10月第1次印刷

ISBN 7-5067-0877-9/R·0782

定价: 12.50元

主 编:	赵锐利	朱崇第		
副主编:	朱传由	谢海连	王福贤	胡爱华
编 委:	(以姓氏笔划为序)			
王立文	王 勇	王福贤	孙卫亚	田丰新
叶 琳	石福铭	朱 军	朱传由	朱桂荣
朱崇第	成广芝	刘月东	刘学锋	吕坤聚
吴卫东	吴明永	汤海涵	杜黎明	李汝芹
李金锋	李素卿	陈新华	杨怀波	许 冰
赵锐利	张宗海	张 颖	张道华	宗碧云
胡 青	胡爱华	郭海建	桑玉旗	桑希荣
袁照阁	夏建胜	董卫平	谢海连	程 霖
窦从海	翟长璠			

前 言

随着现代医学科学技术的迅速发展，我们以解决内科医生的实际需要出发，邀集了部分著名专家、学者等42人总结个人多年来丰富的临床工作经验，结合参阅近年来国内外有关文献资料汇集成《临床内科难症》一书。

本书共分九章，以开门见山的方式叙述了内科心血管、呼吸、消化、血液、泌尿、内分泌、神经、传染病等系统大部分疑难病症。主要包括概述、病因及发病机理、诊断要点或诊断、治疗四方面。其实用性强，内容新颖，文字精简，对于诊断和治疗比较棘手问题作进一步的探讨，重点突出新的进展。可供广大基层医务人员、进修医师及医学院校学生学习参考。

由于编写仓促，水平所限，书中难免出现不足之处，恳请同行们指正。

编 者

1992年12月30日

目 录

第一章 循环系统疾病.....	1
第一节 顽固性心力衰竭.....	1
第二节 阵发性室上性心动过速.....	19
第三节 尖端扭转型室性心动过速.....	29
第四节 洋地黄中毒的诊断与治疗.....	36
第五节 病态窦房结综合征.....	43
第六节 非冠脉粥样硬化性心肌梗塞.....	49
第七节 感染性心内膜炎.....	53
第八节 心力衰竭与妊娠.....	59
第九节 急性心肌梗塞并发心源性休克.....	66
第十节 高血压危象.....	76
第十一节 不稳定型心绞痛.....	85
第十二节 心脏病病人非心脏病手术并发重症心律失常.....	94
第十三节 心脏起搏器综合征.....	101
第十四节 心脏性猝死.....	107
第二章 呼吸系统疾病.....	118
第一节 肺源性心脏病合并高粘度血症.....	118
第二节 慢性肺源性心脏病并低渗血症.....	121
第三节 支气管粘液嵌塞症.....	124
第四节 慢性肺源性心脏病并发冠心病.....	127
第五节 呼吸性酸中毒合并代谢性碱中毒.....	130
第六节 重症哮喘.....	135

第七节	肺原性脑病·····	141
第八节	成人呼吸窘迫综合征·····	147
第九节	复发性自发性气胸·····	151
第十节	不典型肺结核·····	155
第三章	消化系统疾病·····	162
第一节	上消化道大出血·····	162
第二节	难治性消化性溃疡·····	170
第三节	早期胃癌·····	180
第四节	急性出血坏死性胰腺炎·····	192
第五节	肝性脑病·····	197
第六节	顽固性肝硬化腹水·····	210
第七节	暴发性肝功能衰竭·····	214
第八节	炎症性肠病·····	222
第四章	血液系统疾病·····	233
第一节	再生障碍性贫血·····	233
第二节	难治性原发性血小板减少性紫癜·····	246
第三节	自身免疫性溶血性贫血·····	252
第四节	急性白血病·····	260
第五节	骨髓增生异常综合征·····	271
第六节	难治性多发性骨髓瘤·····	277
第七节	弥漫性血管内凝血·····	284
第五章	泌尿系统疾病·····	294
第一节	急进性肾小球肾炎·····	294
第二节	过敏性紫癜性肾炎·····	297
第三节	难治性肾病综合征·····	300
第四节	难治性慢性肾盂肾炎·····	306
第五节	急性肾功能衰竭·····	312
第六节	慢性肾功能衰竭·····	323

第六章	内分泌与代谢性疾病	335
第一节	重症甲亢伴白细胞减少症	335
第二节	重症恶性突眼	340
第三节	甲状腺危象	343
第四节	甲状腺功能减退危象	349
第五节	脆性糖尿病	354
第六节	糖尿病酮症酸中毒	359
第七节	非酮症高渗性糖尿病昏迷	364
第七章	神经系统疾病	369
第一节	高血压性脑出血	369
第二节	大面积脑梗塞	377
第三节	散发性脑炎	385
第四节	癫痫与难治性癫痫	393
第五节	多发性硬化	402
第六节	格林-巴利综合征	411
第七节	重症肌无力	415
第八节	蛛网膜下腔出血	426
第八章	感染性疾病	431
第一节	重症肝炎	431
第二节	暴发型流行性脑脊髓膜炎	442
第三节	重症流行性出血热	446
第四节	中毒性菌痢	456
第五节	流行性乙型脑炎	461
第六节	感染性休克	467
第九章	其它	477
第一节	重症有机磷农药中毒	477
第二节	系统性红斑狼疮内科临床表现与诊治	483

第一章 循环系统疾病

第一节 顽固性心力衰竭

顽固性心力衰竭又称难治性心力衰竭,是指心力衰竭(简称心衰)症状持续存在并且对现时常用的治疗效果较差的心衰。实质上这是一个变化着的概念,随着诊疗技术的不断发展,所谓顽固性心衰的概念和诊断标准也在不断变更。既往认为,心衰患者经过严格休息,正规饮食,应用洋地黄类强心剂及利尿剂治疗仍然无效者,称为顽固性心衰。目前顽固性心衰的概念则是指心衰患者在上述治疗的基础上加用扩张血管药物后仍不见好转者。它可能是各种严重器质性心脏病的终末期表现,但也可能有许多患者是由于各种并发症或诊断、治疗措施不当所致。对于这部分病人经过努力调整治疗方案和精心处理后有可能使患者转危为安。

【有关病因及诱发因素】

一、严重的心脏基础病损

各种心脏病发展到了严重的晚期阶段均可成为顽固性心衰的基础病变。一般认为有如下三个方面:

(一) 广泛的心肌严重损害

如大面积或多发性心肌梗塞及其并发的室壁瘤,弥漫性重症心肌炎,严重的扩张型心肌病,冠心病引起的弥漫性心肌硬化等造成心肌基本收缩单位的大量破坏,心肌收缩力严重减损。

(二) 阻力负荷过重

如原发性或继发性高血压，尤其是恶性高血压引起的重症高血压性心脏病的晚期；重度主动脉瓣狭窄、冠心病及某些先心病的晚期等造成的心室壁过度肥厚或晚期伴左心腔扩张。这些病人心肌能量的供应及利用均发生障碍，同时心室的顺应性明显下降，先出现舒张功能障碍，晚期收缩功能及舒张功能均发生严重障碍。在治疗上产生了互相矛盾的情况，致使心衰难以治疗。

(三) 心脏容量负荷过重

如严重的二尖瓣关闭不全（包括乳头肌功能不全，腱索或乳头肌断裂，二尖瓣病变等）；重度主动脉瓣关闭不全；重度三尖瓣关闭不全，尤其常见于风心病的多瓣膜病变者及分流量较大的先天性心脏病均可使接受异常返流或分流的心室容量过大，心腔过度扩张，心肌纤维过度受到牵拉，粗细肌丝交叉重叠的部分明显减少，参与滑动反应的横桥数量明显减少，心肌收缩力减弱，当肌节拉长到 $3.65\mu\text{m}$ 时，心肌收缩力几乎降至零。

二、诱发因素

心衰的发作或加重常有明显或不明显的诱因，不除掉这些诱因，心衰治疗也难以达到满意的效果，即使得以纠正也是暂时的，可反复出现心衰的加重。显然找出心衰的诱因并消除之是非常重要的。常见诱因有如下几种：

(一) 明显的诱发因素

1. 感染 各种感染均可加重或诱发心衰。但以呼吸道感染最为常见，有时易与左心功能不全的肺瘀血的表现相混淆，应注意区别。

2. 重度贫血 使循环过度加快，心率加速，心肌供氧减

少，心衰难以控制。

3. 心律失常 心室律过快过慢均可使心衰加重，其中以快速型房颤最为常见。缓慢性心律失常造成的心衰使处理更棘手。

4. 妊娠分娩 因为妊娠至 32 周左右时血容量明显增加，可达 30~50%。分娩期子宫收缩，宫内血流转移至体循环，再加上产妇的用力屏气动作均使心脏负荷加重。如果不解决妊娠与分娩的问题，心衰的治疗也是极其困难的。

(二) 表现不典型的诱发因素

以上诱发因素易被发现，也易受到重视，常可得到适当处理。但是临床上表现不典型的诱因常被忽视，而造成心衰难以控制，因此应注意寻找这种诱发因素并予以消除。

1. 非典型的风湿活动 因为风湿活动可使心脏瓣膜及心肌损害加重，致使心衰难以控制。这种风湿活动可以无关节及皮肤症状，血沉也可不快，抗“O”也可不高。据有人统计，风湿活动的病人血沉快者约占 61%，抗“O”高者约占 47%。

据华北、东北心血管病协作组 1981 年学术会议拟订，对已有风湿性心脏病患者，根据 Jones 标准不能肯定有风湿活动时，下列条件可作为诊断风湿活动的参考：

(1) 原有的心脏杂音性质发生肯定的变化或出现新的病理性杂音；

(2) 近期出现心脏进行性扩大或进行性心功能减退；

(3) 心力衰竭难以控制，特别是在儿童、青少年及妇女中；

(4) 新出现的心律失常，不能用药物及电解质紊乱解释者；

- (5) 发热、多汗、乏力者；
- (6) 心衰时血沉正常，心衰纠正后血沉反而加快；
- (7) 近期上呼吸道链球菌感染，心脏症状出现或加重；
- (8) 抗风湿活动治疗后病情好转。

要注意与亚急性感染性心内膜炎相鉴别。

2. 不典型亚急性感染性心内膜炎 (SBE) 症状不典型是近代 SBE 的常见特征，误诊也常由此引起。SBE 使心脏瓣膜损害进行性加重，使心衰治疗困难。发热是 SBE 常见症状，但有 16% 病例无发热，抗生素的滥用是主要原因；近年来有报道；皮肤瘀点，发生率由原来的 85% 下降至 20~40%；贫血约占 75% 以上；心脏杂音的易变性及心脏明显扩大是很重要的特点；二维超声心动图发现明显的瓣膜赘生物对本病诊断价值较大；如疑及 SBE 时，可做血培养，阳性血培养是有决定诊断意义的。关于血培养，要注意抽血的时机，多次抽血，抽血量要达 5~10ml；对用过抗生素的病人，要对培养基适当处理，适当延长培养时间等有助于提高血培养阳性率。

3. 肺栓塞 大面积肺动脉栓塞引起的临床表现显著，不难识别。而对一些由于复发性多发性肺小动脉栓塞者，表现不典型，其症状与心衰症状相似，致使误诊率较高。据报道误诊率高达 90%。肺栓塞可反射性引起肺小动脉痉挛，使肺循环阻力增加，使心衰加重难以控制。

4. 严重电解质紊乱 慢性充血性心衰的病人由于长时间的胃肠道充血，食欲差，再加上限盐饮食及反复使用利尿剂，容易发生低血钾、低血钠、低血氯、低血镁、代谢性酸碱中毒等。尤其是低血钾，使心肌的应激性升高，可增加洋地黄敏感性；又因血钾低，细胞内钾外移，细胞外钠和钙

向细胞内转移，形成细胞内钾少，钙滞留，后者可使细胞内线粒体氧化磷酸化解耦，线粒体受损，而影响强心剂及利尿剂的作用，使心衰控制困难。此外，低镁血症也应重视。临床上曾遇到一些病例由于缺镁而造成病人精神不振，疲乏无力，心衰难以治疗，洋地黄类药物用量很小也易引起中毒，经过补充镁盐（25%硫酸镁 10ml 加到液体中静脉点滴），经 1 周左右，病人一般情况明显改善，此时再应用洋地黄类药物也不易引起中毒。因此，顽固性心衰病人应高度重视镁盐的补充。

5. 其他 如大剂量抗心律失常药物的使用引起心功能的抑制，尤其象双异丙吡胺及 β 受体阻滞剂等负性肌力作用比较明显的药物；过度利尿引起血容量减少；体力、环境、情绪的负担也是不容忽视的诱因。

6. 不同种类的心脏病引起心衰难治疗的原因和诱因也有差别，如冠心病心肌梗塞多为梗塞面积过大，或多次梗塞、室壁瘤、心律失常；风心病则多为风湿活动、SBE、肺栓塞等；先心病可能是由于缺损过大，肺动脉高压，感染性心内膜炎；肺心病多是呼吸衰竭、肺部感染、电解质紊乱、酸硷失衡等；高心病多为血压持续升高因素致使心衰难以控制。

【诊断要点】

顽固性心衰的诊断主要根据是：心脏病病史，心力衰竭的临床表现及常规治疗无效。据典型的表现，诊断一般不难，但是临床情况是复杂的，有时也会出现诊断失误。所以对于一个治疗效果不好的心衰病人，首先要复核心衰的诊断是否正确，因为心衰的一些症状和体征并非特异。如心衰的二个主要症状呼吸困难及水肿，极容易与呼吸道疾病、纵膈或肺内肿瘤、心包积液、肝脏疾病、肾脏疾病等相混淆。因此，

首先要排除与心衰相似，而实际上不是心衰的各种疾病。如诊断错误，按心衰治疗自然无效。应注意与如下疾病相鉴别：

一、左心衰竭的鉴别诊断

1. 支气管哮喘 无心脏病病史，有反复发作史，发作前有咳嗽、胸闷、打喷嚏等先兆，无心脏病体征，双肺布满哮鸣音，呈呼气性呼吸困难，可有肺气肿体征，这些均有别于心脏病的左心衰竭。

2. 慢性支气管并肺气肿 合并感染时，气喘加重，并发气胸时呼吸困难更重。但是无夜间阵发性呼吸困难发作的特点，无左心室受损的体征。

3. 气管阻塞性疾病 纵隔肿瘤、气管内异物、支气管肺癌等，常可引起呼吸困难且伴心动过速，有时误认为心衰。但是其吸气性呼吸困难、伴阻塞性或压迫性肺不张的体征，以及胸片、支气管镜检查有助于鉴别。

4. 弥漫性肺间质纤维化 呼吸困难是突出的症状，常用治疗方法效果较差，胸部X线及肺组织活检有助于诊断。

5. 其他 如代谢性酸中毒的深大呼吸；老年人、体力衰弱者、极度肥胖、严重贫血等所产生的劳力性呼吸困难，均易与心衰相混淆，应加以区别。

二、右心衰竭的鉴别诊断

右心衰竭应与静脉压升高、肝大、浮肿等表现的其他疾病相鉴别：

1. 心包积液或缩窄性心包炎 心脏无杂音、心脏搏动弱、肺内无罗音、有奇脉、心音遥远；心影随体位改变而变化；无心脏病病史；超声心动图检查及X线检查均有助于鉴别。

2. 腔静脉综合征 上下腔静脉阻塞时与心衰的体征极

相似，但患者心脏无扩大，无病理性杂音，亦无肺瘀血的症状和体征。腔静脉造影和X线检查有助于诊断。

3. 其他 肾原性浮肿、肝硬化引起的浮肿等有时也需要与心衰引起的浮肿相区别。

【治疗】

顽固性心衰的治疗措施基本上包括四个方面：复核引起心衰的原发病病因是否得到了正确及时的处理，重新复核常规治疗是否得当、正确；在此基础上还要考虑是否有严重的并发症未得到有效的纠正；最后可选用一些新型的治疗心衰的药物进行试用。

一、病因治疗

(一) 内科可以缓解除去的病因

1. 甲状腺机能亢进性心脏病 此时由于代谢率高，心率快，心脏负荷加重，再加上甲状腺素对心肌的毒性作用，使心肌应激性和自律性升高，易诱发心绞痛、心律失常，使心衰难以治疗。所以必须控制甲状腺功能。典型的甲状腺功能亢进（简称甲亢）不难识别，自然也会引起人们的重视。应该指出的是，一些不典型的甲亢易被临床忽视，而使心衰不易治疗。所以应重视这些不典型甲亢的表现，如有下列情况可提示考虑甲亢的诊断：

(1) 无法解释的心动过速，治疗效果不好的持续性房颤或心房扑动；

(2) 收缩压高，脉压差大，无其他原因可查者；

(3) 原因不明的低热、性格改变或皮肤细腻、温暖、湿润、怕热；

(4) 老年人不明原因的腹泻，大便常规检查正常。

出现上述情况，要做进一步检查，确定诊断，并给予抗

甲状腺药治疗。

2. 高血压性心脏病 此类病人发生心衰是由于后负荷过重引起，如果高血压得不到控制，心脏后负荷很重，那么心衰也不能得到有效控制。所以首先要控制血压在理想水平，心衰方能顺利得到纠正。

3. 脚气病性心脏病 病人由于缺乏硫胺引起心肌损害产生心衰，单纯应用常规方法治疗这种心衰疗效不好。但是在补充应用硫胺的基础上再应用强心剂、利尿剂可收到迅速明显的效果。

4. 其他 如冠心病，应积极改善心肌缺血；贫血性心脏病要积极纠正贫血，否则心衰的治疗效果也不理想。

(二) 外科手术可以除去的病因

1. 肾动脉狭窄、嗜铬细胞瘤、主动脉缩窄、原发性醛固酮增多症等引起的继发性高血压性心脏病发生心衰，如不进行外科手术除去这些病因，高血压就难以控制，心衰也就变成难治性。所以，要积极采取手术除去病因。

2. 乳头肌或腱索断裂 此为急性心肌梗塞或心内膜炎的并发症。由二尖瓣严重的返流致使心衰难以控制，只有在稳定期及时进行二尖瓣置换术，方能使心功能得到有效的治疗。

3. 瓣膜病变 严重的主动脉瓣狭窄、二尖瓣狭窄或者关闭不全，这种机械性的梗阻或瓣损不解除，心衰也难以控制。所以要及时行外科手术治疗，除去病因。

4. 室壁瘤 有时由于室壁瘤的存在可使心肌梗塞后的病人反复发生心衰且难以控制，此时只有外科手术切除室壁瘤才能使心功能得以改善。

5. 主动脉窦瘤破裂及其他类型的先心病发生心衰，常规

治疗有时效果也不好，需要手术治疗畸形后才能使心衰得以控制。

二、复核常规治疗是否得当

(一) 病人休息、环境、情绪、饮食

危重病人需绝对卧床休息，病情较轻者可适当活动以增强心肌的储备能力及防止血栓形成。绝对卧床休息的病人，其思想负担较重，应给予解释，解除其思想顾虑，使其在脑力上得到休息。饮食以低盐少食多餐，防止过饱为原则。一般需严格控制钠摄入量，顽固性心衰病人每日在 500mg 以下，饮水量在 1000ml 以下，有稀释性低血钠时限水更为重要。贫血及营养不良的病人应适当增加热量及营养食品，肥胖者每日总热量应控制在 1200 卡以下为宜。

(二) 强心甙类药物的应用是否恰当

强心甙仍为治疗顽固性心衰的主要药物之一，不能因为其未奏效而轻易停用，应分析用量是否不足或过量，然后制订出适当的用药方案。目前强心甙所规定的用药剂量，是一个平均剂量，所以具体到某一个人差别较大，也就是用药量的个体化差异较大，用于各种疾病的差异也较大。因此要认真分析，不能千篇一律，为此要注意如下几个问题：

1. 下列因素易导致洋地黄中毒 低血钾、低血镁、高龄、肝、肾功能严重减退、感染、风湿活动、严重缺氧、弥漫性心肌损害、甲状腺功能障碍。另外与某些药物并用，如利血平、胍乙啶、 β 受体阻滞剂、奎尼丁、异搏定等。

2. 如下列情况强心甙疗效差或不宜应用 高动力循环状态的心衰，包括甲亢、严重贫血、维生素 B₁ 缺乏症等；高度二尖瓣狭窄、缩窄性心包炎或大量心包积液；肥厚型心肌病，尤其是梗阻型，应用洋地黄可引起严重血流动力学障碍。