

医院办大学试用教材

内 科 学

第 二 册

上海第一医学院华山医院 编



人 民 卫 生 出 版 社

医院办大学试用教材

内 科 学

第 二 册

上海第一医学院华山医院 编

人 民 卫 生 出 版 社

内 科 学
第 二 册

上海第一医学院华山医院 编

人 民 卫 生 出 版 社 出 版
北 京 新 华 印 刷 厂 印 刷
新 华 书 店 北 京 发 行 所 发 行

787×1092毫米32开本 19印张 417千字

1976年6月第1版第1次印刷

印数：1—400,300

统一书号：14048·3501 定价：1.10元

毛主席语录

阶级斗争是纲，其余都是目。

列宁为什么说对资产阶级专政，这个问题要搞清楚。这个问题不搞清楚，就会变修正主义。要使全国知道。

无产阶级必须在上层建筑其中包括各个文化领域中对资产阶级实行全面的专政。

要无产阶级政治挂帅，走上海机床厂从工人中培养技术人员的道路。

教育必须为无产阶级政治服务，必须同生产劳动相结合。

中国医药学是一个伟大的宝库，应当努力发掘，

使用 说 明

(一)按照由浅入深，理论紧密结合临床实践的原则，内科学共分为三册。第一册供医院办大学第一学年，工农兵学员在内科门、急诊，内科病室以及下农村生产大队参加医护劳动、巡回医疗、学习常见病，进行基本知识、基本技能训练时教学用；第二册供第二学年学员在县人民医院系统学习农村常见病时教学用；第三册供学员在第三年回本院进行急、难、重症教学用。

(二)按照医院办大学的教学计划，基础理论采取紧密结合临床实践分阶段穿插学或集中学。因此本教材把与内科临床密切有关的基础理论知识，包括生理、生化、病理、病理生理、微生物、寄生虫、药理等和临床内容紧密结合起来，按照由易到难的原则分册编写，重新组织教学体系。

(三)由于医院办大学是个新生事物，按照新的教学体系编写教材，这还是初次的尝试，肯定存在着不少缺点、问题和错误，希望得到同志们的帮助和指正，以便今后加以修改，使之逐渐完善。

目 录

第一章 病史和体格检查	1
第一节 小儿病史询问和体格检查.....	1
第二节 常见体征.....	7
第二章 常用药物治疗的基础知识	38
第一节 磺胺和抗菌素.....	38
第二节 肾上腺皮质激素类药物.....	73
第三节 作用于传出神经系统的药物.....	87
第四节 利尿药.....	109
第五节 补液.....	109
第六节 小儿疾病临床用药的特点.....	122
第三章 传染病	129
第一节 传染病总论.....	129
第二节 流行性感冒.....	144
第三节 麻疹.....	149
第四节 流行性腮腺炎.....	156
第五节 水痘.....	159
第六节 脊髓灰质炎.....	161
第七节 病毒性肝炎.....	167
第八节 流行性乙型脑炎.....	184
第九节 百日咳.....	191
第十节 白喉.....	196
第十一节 猩红热.....	200
第十二节 流行性脑脊髓膜炎.....	204

第十三节	细菌性食物中毒·····	214
第十四节	细菌性痢疾·····	218
第十五节	伤寒和副伤寒·····	228
第十六节	败血症·····	245
第十七节	阿米巴病·····	253
第十八节	疟疾·····	264
第十九节	血吸虫病·····	274
第廿节	丝虫病·····	295
第四章	呼吸系统病·····	303
第一节	慢性支气管炎·····	303
第二节	支气管哮喘·····	315
第三节	支气管扩张症·····	325
第四节	肺炎·····	330
第五节	肺结核·····	345
第六节	胸膜炎·····	366
第五章	循环系统病·····	370
第一节	充血性心力衰竭(慢性心功能不全)·····	370
第二节	心律失常·····	385
第三节	休克·····	397
第四节	风湿病(风湿热)·····	405
第五节	慢性风湿性心瓣膜病·····	416
第六节	高血压病·····	422
第七节	慢性肺原性心脏病·····	442
第八节	先天性心脏病·····	449
第六章	消化系统病·····	461
第一节	慢性胃炎·····	461
第二节	胃、十二指肠溃疡病·····	464

第三节	门静脉性肝硬化·····	477
第四节	腹腔结核·····	494
第五节	急性胰腺炎·····	498
第六节	慢性腹泻·····	504
第七节	婴儿腹泻·····	511
第八节	出血性小肠炎·····	521
第七章	肾脏病·····	525
第一节	肾小球肾炎·····	525
第二节	肾病综合征·····	543
第三节	肾盂肾炎·····	550
第八章	神经精神病·····	558
第一节	面神经炎·····	558
第二节	急性感染性多发性神经炎·····	559
第三节	癫痫·····	561
第四节	神经官能症·····	563
第五节	小儿惊厥·····	572
第九章	小儿营养性疾病·····	577
第一节	小儿喂养·····	577
第二节	小儿营养不良·····	580
第三节	维生素D缺乏性佝偻病·····	584
第四节	婴儿手足搐搦症·····	594

第一章 病史和体格检查

通过内科第一册的学习，我们初步掌握了成人的病史询问和体格检查方法。在这基础上，我们将进一步学习小儿病史询问和体格检查方法，以及各种常见、重要体征的临床意义，以便更好地为工农兵服务。

第一节 小儿病史询问和体格检查

【小儿病史询问方法和内容】

(一) 小儿病史询问方法：小儿病史一般由家属供给，应认真耐心听取家长陈述，并结合小儿各年龄的特点作补充询问。

(二) 小儿病史询问的内容：基本上同成人，包括一般项目、主诉、现病史、过去史、个人史（出生史、喂养史、发育史、预防接种史）、家族史等（见内科第一册）。其中对某些项目，小儿有其特点应着重加以询问。如：

1. 年龄：应详细询问“几岁”“几个月”，应记录实足年龄。因为不同年龄期的小儿各有其特点，所患的疾病也有所不同，同时小儿用药剂量要根据年龄。小儿年龄分期如下：

新生儿期：自初生到一个月。

乳儿期：自足月到一足岁，即为哺乳期。

幼儿期：自一岁到三岁。

学龄前期：自三岁到七岁。

学龄期：自七岁到十三岁。

青春期（性发育期）：自十三岁到二十岁，一般女孩发育

比男孩早二年左右。女孩十二岁到十八岁，男孩十四岁到二十岁。

2. 出生情况：包括胎次、产次，母亲孕期健康情况，顺产或难产，娩出后有无经过抢救等。

3. 喂养情况：是母乳喂养或人工喂养，母乳量是否充足，喂养有否定时，辅食品的添加情况，以及平时的饮食习惯。

4. 发育情况：包括体格发育和神经精神发育。前者见体格检查部分；后者是反映神经系统发育程度的物质基础，可通过询问“什么时候会站、会走、会讲、会随意控制大小便”、在学校中学习情况等，加以了解。小儿的神经精神发育有一定的规律性，例如动作发育，多自上而下（先会抬头，以后再会走），从不协调到协调，从粗到细；语言、记忆、模仿和理解力都是通过反复训练，不断通过与外界环境接触，建立和强化条件反射的基础上逐步完善起来的。我们掌握了这些规律（表 1-1），一方面可以帮助判断小儿的发育情况，另一方面可帮助我们以合理的教养来促进小儿神经精神的发育。

表 1-1 乳幼儿的动作、精神、体格发育进程表

月 龄	动 作 发 育	精 神 发 育	体 格 发 育
1 月	吸奶、吞咽、拥抱反射	无意识微笑，号哭	
2 月	开始抬头（不稳）	注视，发出和谐的喉音	
3 月	抬胸、会从仰卧到侧卧	开始认人，发笑声	后囟闭合
4 月	扶坐、握持	咿哑作语	
5~6 月	扶站、伸手取物、翻身	发单调音节，知道人面生熟	颅缝闭合、出牙

月 龄	动 作 发 育	精 神 发 育	体 格 发 育
7~8月	爬行、独坐、扶栏杆 自站	能叫“爸爸”“妈妈”，注意 观察大人行动	
9~10月	开始迈步（不稳）	懂几个复杂词意，开始领会 大人意图（通过语言或手 势，如再见、灯在那里）	
12月	独站，能被搀着一手 走	会叫人，开始自己取物	
15月	独走	能正确指出自己身体各部 分，开始自己吃东西	前囟闭合
18月	爬短梯阶	会用3个字以上字组说话， 会翻书、堆积木等	
24月	能跑，动作自己能节 制	能说4~5个字组的话，白天 能控制大小便	乳齿出齐
36月	能折迭纸张、手帕等 细小动作	会唱短歌，会听从大人命 令，喜欢交小朋友	

5. 预防接种史：包括接种内容、时间和次数。

上述项目，视不同年龄有重点地询问，如新生儿重点询问出生史，营养不良患儿重点询问喂养史，传染病重点为接触史、预防接种史，患脑发育不全者应重点询问发育史等。

【小儿体格检查的方法】

小儿和成人不同，不能很好地配合体检，医务人员必须耐心、细致，态度要和蔼，动作要轻柔，并注意保暖。检查程序可灵活掌握，不必按照成人检查顺序，应按小儿年龄特点从受刺激少的部位开始，如可先做望诊、数脉搏、呼吸，然后再进行心肺听诊和腹部触诊，检查头、颈、四肢，把口腔和咽部检查放在最后。检查完毕，应按顺序，有系统、有重点地记录下来。

【小儿体格检查的内容】

(一) 测量：包括体重、身长、头围、胸围、体温、呼吸、脉搏、血压等的测量，上述测量数据能帮助初步判断小儿的体格发育和营养状况以及某些系统的生理功能，对诊断疾病有一定帮助。

1. 体重：正常小儿出生时平均体重 3 公斤，5 个月时 6 公斤，1 岁时 9~10 公斤，2 岁时 12 公斤。

各年龄小儿平均体重可按下式推算（以公斤为单位）：

$$1\sim12\text{个月乳儿体重} = (\text{足月数} \times 0.6) + 3$$

$$1\sim12\text{岁小儿体重} = (\text{实足年龄} \times 2) + 7 \sim 8$$

2. 身长：出生时小儿身长平均 50 厘米，1 周岁时达 75 厘米，2 岁时 85 厘米，二岁到青春期前可按下式推算：

$$\text{身长 (厘米)} = (\text{实足年龄} \times 5) + 75 \sim 80$$

3. 头围：用皮尺测量枕骨隆起和眉间水平线，绕头一周。出生时头围平均 34 厘米，6 个月时平均 42 厘米，1 岁时 46 厘米，2 岁时 48 厘米。

4. 胸围：用皮尺测量，二臂下垂，从背后肩胛骨下方到前面乳晕下绕胸一周。新生儿胸围比头围略小，到 6 个月时与头围相等，6 个月以后应超过头围。

5. 体温：年幼儿多用肛表测体温，既准确，又安全。正常小儿肛温为 $36.5 \sim 37.5^{\circ}\text{C}$

6. 呼吸：年龄越小，每分钟呼吸次数越多。

1 岁以内 约 30~40 次/分

1 岁以上 约 25~35 次/分

5 岁 约 25 次/分

10 岁 约 20 次/分

7. 脉搏：年龄越小，脉搏越快。在安静时的脉搏次数：

新生儿	120~140 次/分
1 岁	110~120 次/分
5 岁	100 次/分
10 岁	85 次/分

8. 血压：测量小儿血压应用合适的袖带，宽度约为上臂长的 $\frac{2}{3}$ 。若袖带过宽，所测得的血压就偏低；太窄则偏高。儿童期的正常血压可用下列公式推算：收缩压 = $80 \sim 90 + (2 \times \text{年龄})$ ，舒张压较收缩压低 $20 \sim 40$ 毫米汞柱，收缩压最高不超过 120 毫米汞柱，舒张压不超过 80 毫米汞柱。

(二) 一般状况：包括精神状况、对四周环境的反应、面色，有无气急、青紫，有无发育异常等。因为幼儿的疾病体征常不典型，对诊断带来困难，而对一般状况的了解，常能帮助判断疾病的轻重，有助于及时的诊疗。

(三) 皮肤：包括皮肤弹性、皮下脂肪厚薄，有无贫血、黄疸、青紫、皮疹等。小儿出疹性疾病较多，皮疹的特殊形态往往能帮助明确诊断。

(四) 淋巴结：小儿的淋巴系统在生后 10 年以内发育快，尤其在幼儿时期。到性成熟期，淋巴组织渐行退化。正常小儿在颈侧、枕部、腹股沟可摸到不超过黄豆大小、单独的、软的淋巴结，可移动，与皮肤无粘连，无压痛。但颌下淋巴结、胸廓淋巴结、锁骨上淋巴结及肘淋巴结，一般在正常情况下不应摸到。

(五) 头部器官：

1. 头颅：囟门和颅缝的改变可衡量小儿骨骼的发育。一般前囟大小不应超过 2.5×2.5 厘米，在 $1 \sim 1\frac{1}{2}$ 岁闭合。颅缝在 6 个月以后全闭合。检查前囟在临床上有很大意义：颅内压增高使前囟紧张而隆起，日久可使骨缝分开；颅内压

减低（如脱水）时，前囟下陷；前囟迟迟未闭提示骨化障碍，为佝偻病、克汀病的临床表现之一；前囟过早关闭提示大脑发育不全。

2. 眼：注意有无充血、巩膜黄染、结膜干燥斑。

3. 耳：注意有无外耳道溢脓。

4. 鼻：鼻腔可因炎症反应而肿胀，以致造成鼻堵塞而引起呼吸困难。副鼻窦在2岁以后才开始发育，故年幼小儿很少患副鼻窦炎。

5. 口：检查时应由外而内观察唇、口角、颊粘膜、齿、龈、舌。牙周脓肿可以是小儿发热的原因。同时注意悬雍垂后面（鼻咽部）有否脓样分泌物，它是慢性炎症的现象。3~4岁期间上呼吸道感染时常有扁桃体肿大及鼻咽部腺样体增殖。高热呼吸困难时，应观察咽后壁有否脓肿。

有两种牙齿。头二年长出的临时牙齿称乳牙，6岁以后长出替换乳牙的称恒牙。大多数小儿在出生后半岁左右出牙，少数可早到4个月或迟至10个月。全副20只乳牙一般在2~2½岁长出完毕。

（六）胸部：注意外观有无胸廓畸形。小儿胸壁薄，因此叩诊手法要轻。

心：正常婴儿心脏呈横位，所以心尖常在左侧第4肋间乳线外侧，到5岁以后，才达5肋间乳线上。新生儿及幼小婴儿二个心音一样响亮，肺动脉瓣区第二音常较主动脉瓣区第二音为高（因肺动脉相对地较大）。小儿常有生理性窦性心律不齐。

肺：婴幼儿因胸廓较薄，呼吸音响亮，呼气较响，接近成人支气管肺泡呼吸音。因幼儿不会合作作深呼吸，若欲听取细小罗音，可利用小儿的啼哭；细湿罗音有时只能在啼哭

吸气的终末听到。亦可利用啼哭时，查触觉震颤。

(七) 腹部：婴儿的腹部外观较饱满，但一般腹围与胸围相仿，不应超过胸围。婴儿期以后腹围应较胸围为小。显著的慢性腹部隆起，见于佝偻病、结核性腹膜炎及巨结肠等症。腹部检查时，应设法分散小儿注意力，婴儿可让他吸吮母乳，用温暖的手检查，勿使紧张啼哭，以免腹肌紧张而影响检查效果。正常幼儿，肝脏可在右肋下触及1~2厘米，五、六岁以后逐渐摸不到。脾脏在婴儿期偶可触及，一般不能摸到。

(八) 脊柱、四肢：注意四肢有无畸形，脊柱有无前凸、后凸、侧凸等。

(九) 肛门、外生殖器：注意有无先天性畸形，如先天性无肛（多伴有肛瘘）、先天性尿道下裂及两性畸形等。

第二节 常见体征

肺部体征

这里还包括胸壁和胸膜等疾病的体征。

【胸廓外形异常】

健康人的胸廓两侧对称；脊柱正面正直，侧面有四个生理性弯曲。常见的胸廓外形异常有：

(一) 桶状胸：胸廓的前后径与横径均增大，两者几乎相等，呈圆桶状。它是由于肺组织弹性减弱，肺泡内气体过度充盈所致，常见于因慢性支气管炎、哮喘等病因引起的肺气肿。

(二) 扁平胸：胸廓的前后径显著减小，呈扁平状。某些瘦长的正常人可见扁平胸，在疾病情况下如双侧肺结核伴有胸膜增厚时亦可见扁平胸。

(三) 鸡胸：胸骨下部前凸，前后径增大而横径狭小。常伴有肋软骨增大，呈串珠状。见于佝偻病。

(四) 脊柱畸形所引起的胸廓外形异常：可因发育畸形、脊柱结核、软骨病等原因，脊柱可发生侧凸、后凸或前凸，伴有胸廓变形。

(五) 胸廓一侧平坦或局部塌陷：可见于因肿块（包括肿大的淋巴结）压迫支气管所引起的肺不张；慢性纤维空洞型肺结核所引起的肺萎缩；化脓性胸膜炎吸收后所引起的胸膜粘连收缩等，都可使患侧胸廓平坦或局限性凹陷，肋间变狭，脊柱向健侧凸出，引起胸廓畸形。

(六) 胸廓一侧增大或局部隆起：见于代偿性肺气肿、胸腔大量积液、积气，患侧胸廓饱满，肋间隙增宽。心前区隆起，多表示幼年时即有心脏病，因心脏扩大影响胸廓外形所致。胸骨左、右缘第二肋间上下隆起，常因主动脉瘤或纵隔肿瘤所致。

【胸廓两侧呼吸运动不对称】

正常时，两侧胸廓呼吸运动相等。在单侧胸膜炎、胸腔积液、胸膜增厚、气胸、肺炎、肋骨骨折、肋间神经痛等病理情况下，或由于呼吸活动受到限制，或由于疼痛，病侧肺部的呼吸运动幅度减弱，而健侧往往呈代偿性增强。但肺气肿或双侧胸腔积液时，两侧肺部的呼吸运动幅度均减弱。

【语颤和语音传导增强或减弱】

触诊检查语颤和听诊检查语音或耳语音，其原理和意义均相同。

(一) 影响语颤和语音传导强弱的因素有：

1. 发音的强弱。
2. 支气管是否通畅，腔内有无分泌物，有无阻塞。

3. 支气管和胸壁之间的肺组织状况 如肺组织含气量愈少, 密度愈高, 则语颤和语音音波的传导愈好、愈强。

4. 胸膜腔的情况 正常时, 胸膜的壁层和脏层相互紧贴, 腔内没有空气, 故语颤和语音音波容易从支气管传到胸壁。如果胸膜腔内有了积气或积液, 语颤和语音音波传导就会减弱或消失。

5. 胸壁的厚薄 语颤和语音音波的强弱与胸壁的厚薄成反比。胸壁厚者, 语颤和语音音波的传导较胸壁薄者为弱。

(二) 单侧或双侧语颤和语音传导的改变:

减弱常见于:

1. 支气管完全阻塞引起的肺不张。

2. 肺气肿。

3. 胸腔积液以及积液吸收后所形成的明显胸膜增厚可出现语颤和语音传导减弱。(但在胸腔积液液面附近, 常出现语颤、语音增强现象, 这是由于胸水压迫肺, 使肺含气量减少之故)。

4. 气胸或液气胸。

增强常见于:

1. 因肺炎、肺梗塞等引起的肺实变。因为肺组织内有渗出, 密度增高, 故传导语颤和语音较好。

2. 靠近胸壁的肺部较大空洞。语颤和语音音波在空洞内得到共鸣, 空洞周围肺组织又因有炎症或纤维增生病变, 有利于传导, 故语颤和语音传导增强。

【气管位置偏移】

正常时, 气管位置居中。胸腔、纵隔或肺的疾病, 可使气管发生移位。如单侧胸腔大量积气(气胸)、积液等疾病时, 可使气管偏向健侧; 如一侧肺不张、肺纤维化等时, 气