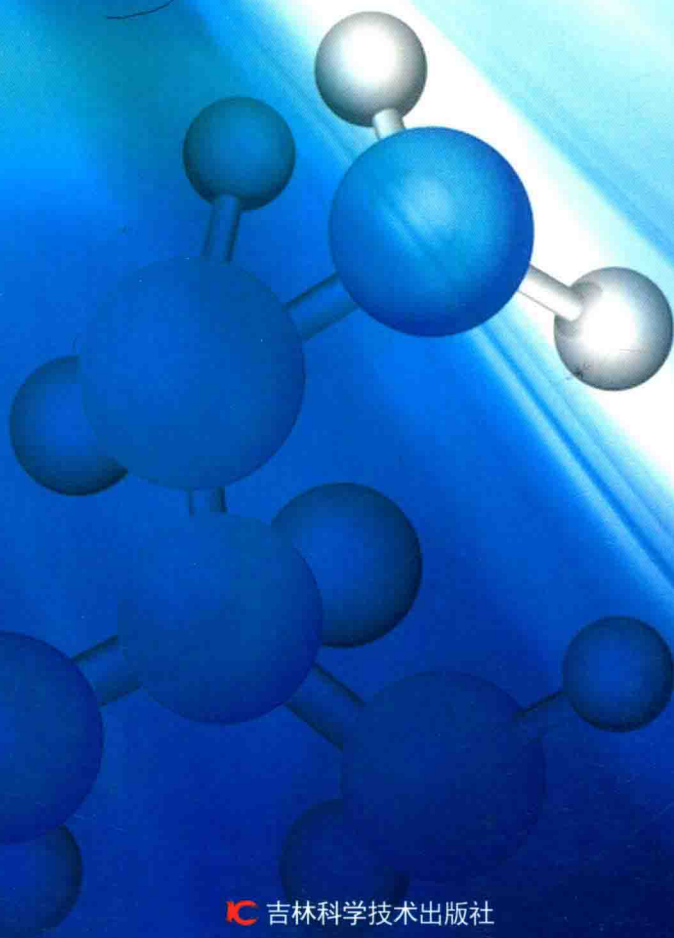


现代临床 内科学

穆维新等◎主编



现代临床内科学

穆维新等◎主编

图书在版编目 (C I P) 数据

现代临床内科学 / 穆维新, 周裔忠, 孟庆兰主编
— 长春 : 吉林科学技术出版社, 2017. 6
ISBN 978-7-5578-2762-5

I. ①现… II. ①穆… ②周… ③孟… III. ①内科学
IV. ①R5

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第159200号

现代临床内科学

XIANDAI LINCHUANG NEIKE XUE

主 编	穆维新等
出 版 人	李 梁
责任编辑	许晶刚
封面设计	长春创意广告图文制作有限责任公司
制 版	长春创意广告图文制作有限责任公司
开 本	787mm×1092mm 1/16
字 数	300千字
印 张	25
印 数	1—1000册
版 次	2017年6月第1版
印 次	2018年3月第1版第2次印刷

出 版	吉林科学技术出版社
发 行	吉林科学技术出版社
地 址	长春市人民大街4646号
邮 编	130021
发行部电话/传真	0431-85635177 85651759 85651628 85652585 85635176
储运部电话	0431-86059116
编辑部电话	0431-86037565
网 址	www.jlstp.net
印 刷	永清县晔盛亚胶印有限公司

书 号	ISBN 978-7-5578-2762-5
定 价	145.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

编者名单

主 编 穆维新 周裔忠 孟庆兰 刘盈盈

副主编 刘 瑾 徐雪芬

个人简介

穆维新，男，出生于1970年4月，河北省临西县人，汉族，毕业于河北医科大学临床医学系，大学本科学历，硕士研究生学位，内科副主任医师，河北省医学会急诊分会第三届青年会委员，中华医学会会员。现就职于石家庄市井陉矿区医院任院长兼大内科主任，为石家庄市井陉矿区专业技术拔尖人才，石家庄市井陉矿区政协常委。主要研究方向为呼吸内科肿瘤姑息治疗及内科急诊急救的治疗并有很深的造诣。共发表中文或科技核心期刊论文十余篇，2010年及2013分别获得河北医学科技奖三等奖及二等奖各一次，均为第一主研人，2013年及2015年两次在河北医科大学第四医院第八、第九届科技表彰大会上受到表彰。在研河北省卫生厅科研项目两项。曾在河北医科大学第四医院从事急诊医学工作，并积累了丰富的急诊急救的工作经验，尤其在机械通气技术、心肺脑复苏术技术、重症感染的治疗、多脏器衰竭替代治疗等方面有较高的专业水平。多次参加国家级省级组织的学术大会，对国内外内科理论的新进展、新理论、新技术有较全面的掌握并能应用于临床。



周裔忠，男，生于1970年6月，江西九江人，汉族，博士，主任医师。

2002-2005年在第三军医大学攻读博士学位，在这期间，以第三负责人参与并完成一项国家自然科学基金项目-钙介导的PTEN/PI3K信号通路负性调控心肌肥大的研究(30370584)。博士学位论文中首次提出了“心肌肥厚的负性调控”的概念，受到同行评议专家的好评。



2005年9月起一直在江西省人民医院工作，多年来一直从事心内科临床科研工作，擅长心血管危重疾病的抢救及冠心病、心力衰竭、心律失常、高血压病、结构性心脏病等心血管疾病的诊断与治疗。能完成冠脉造影及成型术、起搏器植入术、左右心导管检查、IABP植入、肾动脉造影、先心病介入治疗、二尖瓣狭窄球囊扩张、床旁心包穿刺等心脏手术。

获省卫生厅立项课题三项：1. 辛伐他汀对正常高值血压者血管弹性结构的影响；2. 双源CT对冠心病患者PCI术后检查冠脉支架通畅性及左室功能的可行性研究；3. 动态监测左室舒张末压及左房压指导PBMV扩张终点的可行性研究。已在中华心血管病杂志、中华高血压杂志、中华老年心脑血管病杂志、中华临床医师杂志、心脏杂志等多家杂志上发表论文约20余篇。

目前是江西省研究型医院学会胸痛专业委员会委员、中国老年保健协会心血管专业委员会委员、中华临床医师杂志及中国医药导报等审稿专家。

孟庆兰，女，临床硕士，副主任医师，沧州市人民医院心内科副主任，2003年毕业于河北医科大学临床医学系，2003年至今于沧州市人民医院从事心内科临床一线工作，工作10余年来抢救大量心内科危重症患者，2012年取得心内科临床硕士学位，同年在北京阜外心血管病医院心律失常中心进修学习心脏电生理及起搏治疗，目前从事心内科冠脉介入及电生理介入手术工作，因工作突出及成绩优异于2016年被选拔远赴美国普林斯顿医学中心进行心内科介入医师培训学习。目前获得科研河北省卫生厅医学科技奖三等奖一项，发表论文多篇。



刘盈盈，女，主治医师，1980年2月出生，吉林省长春市人，2007年7月毕业于吉林大学中日联谊医院并获硕士研究生学位。硕士毕业后留院从事临床工作至今，2009年晋升为主治医师，一直在临床从事一线工作，擅长肾脏病常见病、多发病的诊断及治疗，包括原发、继发性肾小球疾病、肾病综合征、糖尿病肾病、高血压肾损害等。



2015年9月至2016年3月于解放军总医院肾病内科进修学习，并于2016年12月获吉林大学肾脏病博士学位，主要研究方向为肾间质纤维化的发病机制及治疗。

发表多篇论文及多部著作，承担或参与多项国家及、省级课题项目，并参与国家重大科学研究计划课题：“肾脏发育关键因子在分子诊断及修复再生中的作用”研究，项目编号2011CB944004。

刘瑾，女，出生于1981年9月，2007年7月毕业于昆明医科大学，获肿瘤学硕士学位。2007年9月就职于曲靖市第一人民医院，一直在住院部肿瘤科从事临床工作至今，2009年完成住院医师规范化培训，2012年1月聘任肿瘤科主治医师。2014年1月至6月于中山大学附属肿瘤防治中心内科进修学习半年。任职期间，任曲靖市医学会专业委员会委员，昆明医科大学海源学院兼职讲师，云南省肿瘤专科护士培训基地授课教师。

从参加工作以来，努力学习本专业的理论知识和专业技能，重视不断提高自己的业务水平，系统掌握各类肿瘤常见疾病的基础理论和专业知识。争取外出学习机会，多次参加国家级省内外举办的学术会议，2012年至2015年每年参加全国临床肿瘤学大会（CSCO）学习，聆听著名专家学者的学术讲座，开阔视野，并多次去省市级兄弟单位学习交流新的知识和医疗技术。熟练掌握了肿瘤科常见疾病、多发病机疑难杂症的诊治技能，特别擅长肺癌、结直肠癌、乳腺癌、淋巴瘤的放化疗及生物靶向治疗及危重肿瘤病人的抢救治疗，能独立解决本专业复杂疑难问题。



徐雪芬，女，1969年10月出生，江苏武进人，汉族人，学历本科，现主任医师。研究方向：普内科、神经内科。

于1992年7月毕业于江苏大学，临床专业医学系，后在常州市第四（肿瘤）人民医院普内科工作。1999年9月至2000年至上海瑞金医院神经内科进修，于2011年晋升主任医师。对普内科尤其是神经内科的常见病、多发病熟练诊治，对神经内科的疑难危重病例予指导抢救，对普内科病例的诊治很有经验。发表多篇文章在国家级核心期刊。



目 录

第一章 呼吸系统疾病.....	1
第一节 急性气管-支气管炎.....	1
第二节 肺部感染性疾病	3
第三节 肺结核	10
第四节 支气管扩张	17
第五节 慢性阻塞性肺疾病	21
第六节 支气管哮喘	27
第二章 神经系统疾病.....	38
第一节 急性炎症性脱髓鞘性多发性神经病	38
第二节 急性脊髓炎	40
第三节 短暂性脑缺血发作	42
第四节 脑血栓形成	44
第五节 脑栓塞	48
第六节 脑出血	49
第七节 蛛网膜下腔出血	51
第八节 癫痫	53
第九节 流行性乙型脑炎	58
第十节 病毒性脑膜炎	62
第十一节 视神经脊髓炎	64
第十二节 急性播散性脑脊髓炎	67
第三章 肾脏系统疾病.....	69
第四章 咯血.....	119

第五章 气胸与血气胸.....	128
第六章 呼吸衰竭.....	136
第七章 肺栓塞.....	154
第八章 高血压病.....	166
第九章 高脂血症.....	177
第十章 感染性心内膜炎.....	182
第十一章 心包疾病.....	185
第十二章 心脏瓣膜病变.....	189
第一节 二尖瓣狭窄	189
第二节 二尖瓣关闭不全	191
第三节 主动脉瓣狭窄	192
第四节 主动脉瓣关闭不全	194
第五节 三尖瓣狭窄	195
第六节 三尖瓣关闭不全	196
第七节 肺动脉瓣狭窄	197
第八节 肺动脉瓣关闭不全	198
第九节 联合瓣膜病	198
第十三章 心肌疾病.....	200
第一节 心肌病	200
第二节 克山病	204
第三节 心肌炎	206
第十四章 心律失常.....	209
第一节 窦性心律失常	209
第二节 房性心律失常	214
第三节 房室交界区性心律失常	221

第四节 心脏传导阻滞	225
第五节 室性心律失常	229
第六节 抗心律失常药物应用	234
第七节 心脏起搏器的应用	237
第十五章 心力衰竭	239
第十六章 休克	247
第十七章 二尖瓣狭窄	253
第十八章 风湿热	260
第十九章 急性心肌梗塞	265
第二十章 病毒性心肌炎	274
第二十一章 冠状动脉粥样硬化性心脏病	277
第一节 概述	277
第二节 无症状性心肌缺血	278
第三节 心绞痛	279
第四节 急性心肌梗死	287
第五节 缺血性心肌病	300
第六节 猝死	301
第二十二章 先天性心脏病	303
第一节 概述	303
第二节 房间隔缺损	308
第三节 室间隔缺损	315
第四节 动脉导管未闭	321
第五节 法洛氏四联症	328
第二十三章 直肠癌	335
第二十四章 乳腺癌	344

第二十五章 肿瘤急症..... 361

第一节 上腔静脉综合征 361

第二节 脊髓压迫 365

第三节 颅内压增高 369

第四节 高钙血症 373

第五节 急性肿瘤溶解综合征 378

第二十六章 多发性硬化..... 382

第二十七章 肾脏特殊检查..... 393

第一节 肾脏X线检查 393

第二节 肾脏超声检查 393

第三节 肾放射性核素检查 394

第四节 肾活体组织检查 395

第一章 呼吸系统疾病

第一节 急性气管-支气管炎

急性气管-支气管炎是由生物、物理、化学刺激或过敏等因素引起的气管-支气管黏膜的急性炎症，主要症状有咳嗽、咳痰，常见于寒冷季节或气候突变时，有时是由急性上呼吸道感染蔓延所致。常见致病菌为流感嗜血杆菌、肺炎链球菌、卡他莫拉菌等，衣原体和支原体感染有所增加；也可在病毒感染的基础上继发细菌感染。

门诊部分

【问诊要点】

1. 发病前有无诱因。
2. 咳嗽的性质、出现的时间、咳痰的颜色、痰量的变化、与体位的关系。
3. 是否发热，发热的时间、热度，是否有胸痛、咯血。
4. 既往有无慢性鼻炎、鼻窦炎及扁桃体炎。

【体检要点】

1. 部分患者体温升高。
2. 两肺呼吸音增粗，有时闻及散在的干湿啰音，咳嗽后啰音可减少或消失；伴有支气管痉挛时，可闻及哮鸣音。

【辅助检查】

1. 血常规 病毒感染者白细胞计数正常或偏低，淋巴细胞比例升高；细菌感染者白细胞计数及中性粒细胞比例升高。
2. 病毒和病毒抗原的测定 咽拭子病毒分离鉴定和血清学检查等，有助于确定病毒感染的诊断。
3. X线胸片 大多数正常，或肺纹理增粗。

【诊断思路】

1. 诊断依据

- (1) 起病较急，常有急性上呼吸道感染的症状。
- (2) 急性气管炎患者常有刺激性干咳，咳少量黏液性痰伴胸骨后不适；急性支气管炎患者咳嗽剧烈、痰量较多，为黏液痰或黏液脓性痰，偶尔痰中带血。
- (3) 全身症状较轻，体温一般不超过 38°C ，但有时也会超过 38.5°C 。
- (4) 体检见上。
- (5) X线胸片大多数正常，或肺纹理增粗。
- (6) 应排除肺炎、肺结核、支气管内膜结核、肺癌等疾病。

2. 鉴别诊断

- (1) 流行性感冒：①常有流行病史；②起病急，全身中毒症状重，可出现高热、全身肌肉酸痛、头痛、乏力，但呼吸道症状较轻；③根据病毒分离及血清学检查结果可确诊。

(2) 急性上呼吸道感染：①鼻咽部症状明显；②无明显的咳嗽、咳痰；③肺部无异常体征；④X线胸片正常。

(3) 咳嗽变异性哮喘：①干咳为主，咳嗽易于夜间和凌晨发作；②抗生素及镇咳药治疗无效，而给予糖皮质激素或 β_2 受体激动剂(如沙丁胺醇等)后咳嗽减轻或消失；③支气管舒张试验(可逆试验)阳性。

【病历记录要点】

重点记录患者咳嗽、咳痰的性质，特点，与体位的关系，体温的高低，发病前有无诱因。

【门诊急诊处理】

1. 一般治疗 适当休息，多饮水，避免吸入刺激性气体。

2. 对症治疗

(1) 止咳祛痰：干咳者可给予口服咳必清(25 mg，每日3次)或苯丙哌林(20~40 mg，每日3次)或右美沙芬(15~30 mg，每日3次)；对有痰的患者可给予口服盐酸氨溴索(30~60 mg，每日3次)，或溴己新(8~16 mg，每日3次)，或强力稀化黏素(300 mg，每日3次)，或复方甘草合剂(10ml，每日3次)，不宜给予可待因等强力镇咳药。

(2) 解痉、抗过敏：对于支气管痉挛的患者，可给予氨茶碱(100mg，每日3次)，或沙丁胺醇(2~4mg，每日3次)，或氯雷他定(10mg，每日1次)，或扑尔敏(4mg，每日3次)。

(3) 发热：体温在38.5℃以下可给予物理降温，体温在38.5℃以上可临时给予解热镇痛药散利痛1片。

3. 抗菌药物 对于发热、咳脓痰和外周血白细胞增高者可选用青霉素类、大环内酯类、氟喹诺酮类或头孢菌素类。病情较轻者可口服阿莫西林(500 mg，3~4次)，或罗红霉素(150 mg，每日2次)，或阿奇霉素(500 mg，每日1次)，或左氧氟沙星(200 mg，每日2次)，或头孢丙烯(250~500 mg，每日2次)，或头孢克洛(250 mg，每日3次)；病情较重者可注射或静脉滴注抗菌药物。

查房部分

【入院后评估】

1. 病史询问要点同门诊部分。

2. 体格检查要点同门诊部分。

3. 辅助检查要点 痰培养可培养出病原菌，根据药敏结果指导抗生素应用。痰培养应尽可能在使用抗生素前进行。

【病情分析】及【治疗计划和方案】见门诊部分。

【病程观察】

1. 病情观察 经上述积极治疗后，发热、咳嗽、咳痰等症状可迅速好转，血白细胞计数及中性粒细胞百分比恢复正常。

2. 疗效分析和处理 痊愈的指标为临床症状和体征消失，胸部X线正常。若疗效欠佳，临床症状和体征加重，胸部X线肺纹理增强或出现新病灶，可根据痰培养药敏结果调整抗生素。

【预后评估】

本病预后良好，体温多在3~5 d降至正常，咳嗽、咳痰有时延续2~3周才消失，如迁

延不愈，可演变成慢性支气管炎。

【出院医嘱】

1. 避免劳累、着凉，加强体育锻炼。
2. 患者戒烟，脱离污染环境。

第二节 肺部感染性疾病

一、肺炎球菌肺炎

肺炎球菌肺炎由肺炎球菌或称肺炎链球菌引起，约占社区获得性肺炎的半数，通常起病急骤，多以高热、寒战、咳嗽、咳铁锈色痰或血痰及胸痛为特征，X线胸片呈肺段或肺叶急性炎症实变。发病以冬季与初春为多，患者常为既往健康的青壮年或老年与婴幼儿。

门诊部分

【问诊要点】

1. 注意有无饮酒、吸烟、过度劳累或受寒、上呼吸道感染等诱因，老年人有无痴呆、慢性心、肺疾患病史，既往是否在同一部位患过肺炎（与肺癌引起的阻塞性肺炎鉴别）。
2. 起病是否急骤、有无寒战、高热或体温低于正常。
3. 咳嗽的性质、痰的颜色、痰量的变化，有无咯血、胸痛。
4. 是否有恶心、呕吐、腹痛、心悸及头痛、意识改变。

【体检要点】

1. 注意有无急性病容、呼吸急促、口唇单纯疱疹和高热。
2. 注意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，意识改变或神经症状以及心律失常。

【辅助检查】

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。酒精中毒、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. 痰涂片及荚膜染色镜检 可见革兰染色阳性双球菌，2~3次痰检为同一细菌有意义。
3. 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。

【诊断思路】

1. 诊断依据

- (1) 有受凉、淋雨、醉酒或疲劳等诱因。
- (2) 起病急骤，寒战、高热、咳嗽、胸痛、咳铁锈色痰或痰中带血。
- (3) X线胸片显示肺叶、肺段或亚肺段分布的均匀密度增高影或浸润影。
- (4) 痰涂片革兰染色可见成对或短链状排列的阳性球菌，痰培养分离出肺炎链球菌。
- (5) 血培养分离出肺炎链球菌。

符合第(1)~(3)项加(4)~(5)项中任一项可确诊肺炎球菌肺炎。

2. 不典型表现

(1) 急腹症型：以腹痛为主要表现，可误诊为胆囊炎或阑尾炎。

(2) 胃肠炎型：可表现为恶心、呕吐、腹痛、腹泻。

(3) 休克型肺炎：①休克(血压 $<80/50$ mmHg，常在肺实变前出现)，微循环衰竭(四肢发冷、少尿、脉搏细数)；②气急、发绀；③体温过高或体温不升；④外周血白细胞总数及中性粒细胞比例明显升高；⑤中毒性脑病(意识淡漠或谵妄)、中毒性心肌炎(心音低钝、心动过速、心力衰竭)或中毒性肠麻痹。

3. 鉴别诊断

(1) 干酪性肺炎：常有结核中毒症状，胸部X线表现肺实变，消散慢，病灶多在肺尖或锁骨下、上叶后段或下叶背段，新旧不一，有钙化点，易形成空洞并肺内播散，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，致病菌多为金黄色葡萄球菌、克雷白杆菌、厌氧菌等。胸部X线早期为大片实变阴影，后出现空洞及液平。

(3) 其他病原体所致肺炎：多为院内感染，金黄色葡萄球菌肺炎、克雷白杆菌肺炎病情通常较重；患者多有基础疾病；痰或血的细菌培养阳性可鉴别。

(4) 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；痰脱落细胞检查可阳性；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。

【病历记录要点】

重点记录患者发病前有无上述诱因，咳嗽、咳痰的性质，体温的高低，有无胸痛、胸闷和其他肺外表现。

【门诊急诊处理】

1. 抗菌药物治疗 首先给予经验性抗生素治疗，然后根据细菌培养结果进行调整。经治疗不好转者，应再次复查病原学及药物敏感试验进一步调整治疗方案。

(1) 轻症患者：①首选青霉素。青霉素G 80万U肌注，每日3次；或普鲁卡因青霉素60万U肌注，每日2次，疗程5~7 d。②青霉素过敏者可选用大环内酯类，如红霉素口服，500 mg，每日4次；或红霉素1.5 g/d分次静滴；或罗红霉素150 mg，每日2次；或林可霉素2 g/d，肌注或静滴；或克林霉素0.6~1.8 g/d，分2次肌注；或氯林可霉素1.8~2.4 g/d，分次静滴。

(2) 较重症患者：青霉素G每日120万U，分2次肌注，加用丁胺卡那霉素0.4 g/d，分2次肌注；或红霉素1.0~2.0 g/d，分2~3次静滴；或克林霉素0.6~1.8 g/d，分3~4次静滴；或头孢噻吩钠(先锋霉素I)2~4 g/d，分3次静注。疗程2周或体温下降3 d后改为口服，老人、有基础疾病者可适当延长。8%~15%青霉素过敏者对头孢菌素类有交叉过敏，应慎用，对出现青霉素速发性过敏反应则禁用头孢菌素，如青霉素皮试阳性而头孢菌素皮试阴性者可用。

2. 对症治疗见入院治疗。

查房部分

门诊治疗疗效欠佳或病情较重的患者可入院治疗。

【入院后评估】

1. 病史询问要点同门诊部分。