

临床医学与护理概论

胡昌俊
编著



云南出版集团公司
云南科技出版社

临床医学与护理概论

胡昌俊 编著

云南出版集团公司
云南科技出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床医学与护理概论 / 胡昌俊编著. — 昆明 : 云南科技出版社, 2014.9

ISBN 978-7-5416-8494-4

I. ①临… II. ①胡… III. ①临床医学②护理学
IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 226867 号

责任编辑: 欧阳鹏

封面设计: 涂文静

责任校对: 叶水金

责任印制: 翟 苑

云南出版集团公司

云南科技出版社出版发行

(昆明市环城西路 609 号云南新闻出版大楼 邮政编码: 650034)

北京京华虎彩印刷有限公司 全国新华书店经销

开本: 880mm×1230mm 1/32 印张: 10.25 字数: 189 千字

2018 年 3 月第 1 版 2018 年 3 月第 1 次印刷

定价: 50.00 元

目 录

第一章 妇科常见疾病的诊疗	1
第一节 滴虫性阴道炎	1
第二节 外阴白色病变	4
第三节 痛 经	6
第四节 子宫内膜异位症	9
第五节 子宫肌瘤	14
第六节 妊娠高血压综合征	18
第七节 功能失调性子宫出血	22
第二章 产科妊娠合并症的诊疗	25
第一节 妊娠合并心脏病	25
第二节 妊娠合并病毒性肝炎	30
第三节 妊娠合并贫血	33
第四节 流 产	34
第五节 异位妊娠	40
第六节 产后出血	46
第七节 产褥感染	49
第三章 神经内科临床常见疾病的诊疗与护理	53
第一节 短暂性脑缺血发作的诊断与护理	53

第二节 脑血栓形成的诊断与护理	55
第三节 脑栓塞的诊断与护理	61
第四节 蛛网膜下腔出血的诊断与护理	66
第五节 癫痫的诊断与护理	69
第六节 化脓性脑膜炎的诊断与护理	73
第七节 结核性脑膜炎的诊断与护理	76
第四章 心血管内科临床常见疾病的诊疗与护理	81
第一节 冠心病的诊断与护理	81
第二节 高血压的诊断与护理	87
第三节 心律失常的诊断与护理	92
第四节 二尖瓣狭窄的诊断与护理	97
第五节 心肌病的诊断与护理	100
第六节 肺动脉闭锁的诊断与护理	105
第七节 心衰的诊断与护理	108
第八节 胸主动脉瘤的诊断与护理	113
第九节 心肌炎的诊断与护理	117
第十节 风湿性心脏病的诊断与护理	121
第五章 普外科常见疾病	124
第一节 结节性甲状腺肿	124
第二节 乳腺纤维腺瘤	126
第三节 急性阑尾炎	128
第四节 胆囊炎和胆石症	130
第五节 痔	133
第六章 儿科临床常见疾病的诊疗与护理	137
第一节 新生儿黄疸的诊断与护理	137
第二节 小儿结核性脑膜炎的诊断与护理	141

第三节 小儿脑性瘫痪的诊断与护理	143
第四节 小儿腹痛的诊断与护理	148
第五节 小儿支原体肺炎的诊断与护理	152
第六节 急性扁桃体炎的诊断与护理	154
第七节 急性支气管炎的诊断与护理	157
第八节 小儿哮喘的诊断与护理	161
第九节 肺炎的诊断与护理	165
第十节 小儿多动症的诊断与护理	168
第十一节 小儿厌食症的诊断与护理	173
第十二节 小儿癫痫的诊断与护理	177
第七章 急重症常规诊疗与护理	182
第一节 腰椎穿刺术	182
第二节 中心静脉压测定	185
第三节 心脏电复律	187
第四节 气管插管术	196
第五节 气管切开术	198
第六节 氧疗法	200
第七节 机械通气	208
第八节 心肺脑复苏	211
第九节 复苏后的监测与护理	233
第十节 ICU 的设置与管理	236
第十一节 危重症监护	239
第八章 临床医学检验	241
第一节 血液标本采集和血涂片制备	241
第二节 红细胞检查	244
第三节 白细胞检查	248

第四节 血液分析仪及其临床应用	251
第五节 肝功能	254
第六节 心肌酶谱	258
第七节 肾功能	260
第八节 尿液生成和标本采集处理	262
第九节 尿液沉渣显微镜检查	264
第十节 尿液化学检查	269
第十一节 尿液分析仪及其临床应用	274
第十二节 脑脊液检验	278
第十三节 浆膜腔积液检验	282
第十四节 生殖系统分泌物检验	288
第九章 临床抗生素的合理运用	294
第一节 抗生素 (Antibiotics) 及分类	294
第二节 抗生素的使用原则	295
第三节 合理应用抗生素的方法	297
第四节 抗生素的联合应用与配伍	301
第五节 抗生素的不良反应	305
第六节 某些疾病时抗生素的应用	307

第一章 妇科常见疾病的诊疗

第一节 滴虫性阴道炎

【概述】

滴虫性阴道炎是由阴道毛滴虫引起，成年妇女阴道滴虫感染率可高达 90%。滴虫不仅寄生于阴道内，亦可寄生于泌尿道下部及子宫颈管内。滴虫能消耗阴道内的糖原，改变阴道的酸碱度。在酸性较低的环境中容易繁殖，并破坏阴道的防御机制，引起继发感染。青春期前与绝经后妇女，因卵巢功能差，雌激素水平低，阴道黏膜上皮内缺乏糖原，不适于滴虫的生长繁殖，因而患滴虫性阴道炎者较少。滴虫也可存在于丈夫的尿道及前列腺的分泌物中。主要通过公共浴池、浴具、游泳池、便器、性交以及消毒不彻底的医疗器械等传染。

【诊断要点】

一、临床表现

女性阴道感染毛滴虫后，一般要经过 4~28 天的潜伏期。有的带虫者可不出现任何症状，女性首次诊断本病时，约 50% 无症状。

起病可急可缓。主要表现阴道分泌物增多，黄绿色，常伴有泡沫，质地稀薄、有腥臭味，严重时尚可混有血丝。分泌物刺激

外阴皮肤及阴道口可引起瘙痒，甚至有阴道口疼痛。病人常因搔抓外阴而致继发性湿疹样改变，局部有糜烂、渗出、结痂和抓痕。少数可侵犯尿道、膀胱，而有尿频、尿急、尿痛，甚至血尿等症状。常伴有下腹酸痛，性交时有疼痛感。

急性期持续 1 周或数月，病情轻重常有波动，月经期后症状加重。随后白带减少，症状减轻，亦可完全消失，但患者成为带虫者。

滴虫能吞噬精子，阴道分泌物可妨碍精子的存活，有的可引起不孕。

妇科检查可发现阴道内有较多黄绿或灰黄色带泡沫的分泌物，宫颈黏膜充血、发炎、肿胀，呈鲜红色，有假膜状的斑点、出血点和草莓状突起，阴道黏膜充血，重者可出现出血点。

二、辅助检查

检查标本可取阴道、尿道、子宫颈及前列腺分泌物。取分泌物前 24~48h 避免性交、阴道灌洗或局部用药，不做双合诊，窥器不涂润滑剂。

1. 镜检法

在玻片上加一滴生理盐水，混入分泌物少许后做镜检。如能发现有呈波形运动的毛滴虫，即可确诊。检验必须及时并需注意保暖，否则滴虫活动力减低，造成辨认困难。也可做涂片用瑞特或姬姆萨染色后镜检。

2. 培养法

可提高阳性检出率达 98% 左右。

三、诊断依据

典型病例诊断多无困难，在阴道分泌物中找到滴虫即可确诊。

【治疗要点】

1. 局部治疗

先用肥皂液擦洗阴道，继用 0.5%~1% 乳酸或醋酸〔可用淡食

醋液替代)冲洗阴道后再用药,可提高疗效。合并细菌感染者,可用 1:2000 新洁尔灭液冲洗。其后,可选用下列任何一种:

(1) 甲硝唑 200~400mg, 每晚置阴道深部, 连续 7~10 天为 1 个疗程。

(2) 滴维净片每日 1 片置阴道穹隆, 10 日为 1 个疗程。

(3) 卡巴砷片 0.2~0.4g 置入阴道后穹隆, 每日 1 次, 7~10 日为 1 个疗程。

(4) 曲古霉素每日塞入阴道内 10 万 u, 10 日为 1 个疗程。

(5) 阿沙霉素每日置入阴道内 1 片, 7~10 日为 1 个疗程。

(6) 中药苦陈皮、苦参、椿树皮根、蛇床子、苍术、黄檗各 15g, 每日 1 剂, 水煎用坐浴。

2. 全身用药

因滴虫性阴道炎常伴有泌尿系统感染, 毛滴虫可侵入到宫颈腺体内, 故仅用局部治疗不易彻底根治, 必须应用全身杀滴虫药物。

(1) 甲硝唑为治疗本病的特效药, 疗效高, 毒性小, 男女双方、未婚妇女均可服用。每次用 0.2g, 每日 3 次, 共用 7 日, 孕妇忌用。如果男方有尿道滴虫病, 也可口服甲硝唑 0.2g, 每日 3 次, 共用 7 日。

(2) 克霉灵成人 10 万 u, 每 12h 服 1 次, 饭后服, 连服 3 日为 1 个疗程。少数患者有恶心、腹部不适等不良反应。本药尤适用于阴道滴虫病合并阴道念珠菌病者。

(3) 曲古霉素口服 5 万 ~10 万 u, 每日 3~4 次, 疗程 7~10 日。对滴虫、念珠菌和阿米巴原虫等均有抑制作用, 适用于上述混合感染。

第二节 外阴白色病变

【概述】

外阴白色病变又称慢性外阴营养不良，系指一组女阴皮肤、黏膜营养障碍所致组织变性及色素改变性疾病，过去称外阴白斑，曾认为是癌前期病变。

【诊断要点】

一、临床表现

1. 增生型

多发生在 30 岁和 60 岁左右两个年龄组的妇女。主要症状为外阴奇痒难忍，抓破后伴有局部疼痛。病变范围不一，主要波及大阴唇、阴唇间沟，阴蒂包皮和后联合等处，常呈对称分布。病区皮肤增厚似皮革，隆起有皱襞或有鳞屑、湿疹样变。外阴颜色多暗红或粉红，夹杂有界限清晰的白色斑块。一般无萎缩或粘连。

2. 硬化苔藓型

可发生于任何年龄，但多见于 40 岁左右妇女。病损区发痒较增生型为轻，皮肤或黏膜变白、变薄，干燥易破裂，并失去弹性。晚期皮肤菲薄皱缩，阴道口挛缩狭窄。妇女患此病者在外阴与肛周区出现锁孔状珠黄色花斑样或白色病损。但一般至青春期的病变多可自行消失。

3. 混合型

表现为在菲薄的外阴发白区的邻近部位或在其范围内，有局灶性皮肤增厚或隆起。

4. 增生型或混合型伴上皮非典型增生者。

二、诊断

因临床无特殊表现，组织活检是唯一的诊断方法。但如外阴局部出现溃疡或界限清楚的白色隆起时，在该处活检发现非典型增生，其癌变的可能性较大。

外阴皮肤发白。伴有瘙痒者应首先排除糖尿病、真菌引起的慢性炎症。无原因的外阴皮肤发白、增厚多为增生型营养不良；皮肤菲薄灰白，提示硬化苔藓型营养不良；但均需经局部组织活检方能最后确诊。

【治疗要点】

以往多主张手术切除，但术后复发率高。近年发现其癌变率仅 2% 左右；即使已有上皮非典型增生者，也仅有一小部分可发展为原位癌或浸润癌。现以药物治疗为主，并能取得较为满意的效果。但治疗后仍应继续随访，特别对增生型营养不良而有溃破、硬结者更应提高警惕，以防发生癌变。

1. 一般治疗

经常保持外阴皮肤清洁干燥，禁用肥皂、高锰酸钾或其他刺激性药物清洗，避免搔抓。不食辛辣或过敏食物。衣着要宽大、透气，以棉制品为好。积极治疗阴道炎、宫颈炎、糖尿病等疾病。多吃富含维生素的饮食，纠正贫血、胃酸低下等。

2. 局部用药

对增生型痛痒，可用 1% 氢化可的松软膏。对硬化苔藓型可采用 2% 丙酸睾酮鱼肝油软膏，每日涂擦 3~4 次，直至皮肤软化，粘连松解和搔痒解除为止。伴严重瘙痒者可同时加用氢化可的松类软膏。对混合型患者，可采用上述两种药膏，交替或合并治疗。

3. 全身用药

精神较紧张，瘙痒明显以致失眠者，可内服镇静、安眠和抗过敏药物。也可采用中医辨证治疗。

4. 激光治疗

对硬化苔藓型有效，但易复发。

5. 手术治疗

凡症状明显，经药物治疗无效，或有重度非典型增生。或局部出现溃疡、结节等病变者，均可行局部病灶切除或单纯外阴切除术，切除后标本送病检，要注意切缘有无残留的非典型增生病变。

第三节 痛经

【概述】

妇女在行经期间及其前后，可有轻度下腹疼痛、坠胀、腰酸、乳房胀痛及乏力等感觉，属生理现象。如果疼痛超过一定程度，甚至伴有恶心、呕吐、冷汗甚至晕厥等症状，是为痛经。痛经有原发性和继发性两种，原发性痛经多指生殖器官无明显病变者，故又称功能性痛经，常发生在月经初潮或初潮后不久之未婚者或发生已婚未育者。原发痛经在婚后或正常分娩后多可缓解或消失。继发性痛经多因生殖器官的器质性病变所致，如子宫内膜异位症、盆腔炎症等。

【诊断要点】

一、临床表现

继发性痛经多有其原发疾病表现，原发性痛经常发生于年轻女性，初潮后数月开始，30岁以后发生率逐渐减少。

1. 腹痛

一般于初潮后数月出现，其特点是月经来潮前数小时已感疼痛，来潮后疼痛逐步加剧，疼痛常呈痉挛性、阵发性下腹部疼痛

或坠痛，可向腰部、股内侧及阴道、肛门部放射。疼痛可持续数小时甚至 1~2 天。以后疼痛逐渐减轻至消失。腹痛剧烈时，可伴有面色苍白、出冷汗、手足发凉，甚至产生晕厥、虚脱等症状。有的可伴有胃肠道症状，如恶心、呕吐、腹泻及肠胀气或肠痉挛痛等。可提前或与腹痛同步逐渐减轻、消失。

2. 试验性治疗

服抗 PG 合成药可缓解症状。

二、辅助检查

1. 妇科检查

盆腔生殖器官无明显异常病变，有时也可见宫颈口狭小，子宫过度倾曲。

2. 基础体温测定，呈双相曲线。

3. 经血前列腺素测定，显示有异常增高。

【鉴别诊断】

继发性痛经的诊断参见各原发疾病的诊断。原发性痛经的诊断主要需与各种继发性痛经、腹痛的鉴别。

1. 子宫内膜异位症

多发生在 30~45 岁之间，痛经进行性加重，可伴有月经量多、经间出血或不孕，妇科检查常于子宫直肠凹及子宫骶骨韧带处扪及一个或数个触痛性硬结或包块。月经期结节增大或出现新的结节。活体组织检查及腹腔镜检查可确诊。

2. 子宫肌腺症

多发生在 40 岁以上痛经进行性加重，常有月经过多、经期延长、不孕。子宫球型增大，其大小在经期前后可改变，质硬。B 超可见子宫增大，肌层回声不均匀。造影显示宫腔增大，造影剂进入肌层间质。

3. 经血引流受阻所致腹痛

处女膜闭锁、阴道完全横膈、阴道斜膈，残角子宫。结核感染、

子宫手术后瘢痕形成,使宫颈口狭窄甚至闭锁、宫腔粘连。可因经血外流受阻引起痛经。疼痛也有周期性,多伴月经过少甚或闭经。通过询问病史及妇科检查,可明确诊断。

4. 慢性盆腔炎

可有急性盆腔炎史,平时有腰腹坠痛,经期加重。妇科检查附件增厚,触痛,也可有炎性包块。急性发作时,小腹疼痛拒按,多伴有发热,血白细胞增高,白带增多,疼痛不具有周期性发作的特点。

5. 异位妊娠

可有停经史,阴道有少量血,突起一侧少腹撕裂样痛,腹部检查有明显压痛及反跳痛。

【治疗要点】

1. 一般治疗

做好解释、宣教工作,经前期及经期应避免精神紧张、劳累及感受寒凉。卧床休息、注意经期卫生等。

2. 止痛解痉

下腹置热水袋,酌服颠茄合剂,必要时注射阿托品 0.5mg。

3. 前列腺素合成酶抑制剂

为减少前列腺素的释放,可于经前 3~5 天口服吲哚美辛 25mg,或乙酰水杨酸 0.3g,或甲氯灭酸 250mg,或布洛芬 400mg,均每日 2~4 次。

4. 内分泌治疗

(1) 雌激素疗法常用于子宫发育欠佳者。每晚服用己烯雌酚 1mg,于月经第 6 天开始口服,每晚 1 次,续服 20 天,连用 3 个月经周期。此法能抑制排卵,亦能促使子宫发育,防止下次痛经的发生。但部分患者会出现恶心、呕吐等症,可同时给予维生素 B₆ 口服,以减少反应。

(2) 孕激素疗法治疗膜性痛经,可减轻子宫因痉挛性收缩所

造成的疼痛。常用炔诺酮、炔异诺酮或甲孕酮每天 4~8mg 口服。自月经第 5 天起,连服 20 日,连用 3 个月经周期;或自月经第 21 天起,肌注黄体酮加 20mg/d,共 5 次。多数患者在停药后半年内无痛经现象。

(3) 口服避孕药疗法用避孕药 I 号或五号,于月经第 5 天起。每晚口服 1~1.5 片连服 22 天。治疗后第一个月症状即可减轻,第二个月起效果更加显著。

5. 中医辨证治疗。

6. 手术治疗

对宫颈口小或颈管狭窄者,可于经前试用宫颈扩张器,使经血畅流,必要时可连续进行 2~3 周期;子宫后倾后屈者,可试胸膝卧位,每日 1 次,每次 10~15min。如子宫极度后倾后屈,经治无效者,可考虑子宫悬吊手术。此法较适合久婚不孕者。

对极少数严重痛经病人有时需考虑能前神经切除术治疗。

第四节 子宫内膜异位症

【概述】

具有生长能力及功能的子宫内膜组织出现在子宫腔以外部位者,称为子宫内膜异位症。当内膜在子宫肌层内生长,且局限于子宫者,为内在性子宫内膜异位症,又称子宫肌腺病;内膜侵犯子宫肌层以外的组织,称外在性子宫内膜异位症,其中以卵巢最为常见,此外子宫骶骨韧带、子宫下段后壁浆膜层以及子宫直肠陷凹、乙状结肠的盆腔腹膜、阴道直肠隔等处也较为常见。异位的子宫内膜,在月经周期中受卵巢激素的影响,亦可出现增生或

分泌期改变,但这种形态上完全良性的内膜组织却可像恶性肿瘤一样播散、种植与转移,本病多发生于生育年龄妇女。

【诊断要点】

一、临床表现

症状与体征随病变部位与范围不同而异,并与月经周期有密切关系,典型的子宫内膜异位症病史为继发性、进行性的痛经和性交痛,常伴有不孕及月经过多等症状。约20%患者无自觉症状。

1. 痛经与疼痛

主要表现为继发性与渐进性痛经。疼痛多位于下腹部及腰骶部,可放散至阴道、会阴、肛门或大腿部。常于经前1~2天开始,经期第1天最剧烈,持续至经后逐渐消退,但随月经周期而呈进行性加重,且疼痛程度与病灶大小不成正比。少数患者的巧克力囊肿在行经期间发生自然破裂,产生突发性脐周或下腹剧痛。当异位内膜累及子宫直肠陷凹及子宫能骨韧带时,多有性交疼痛和肛门坠胀感,以月经来潮前性交痛最为明显,且与异位灶的部位有关,多见于直肠子宫陷凹有异位病灶或因病变导致子宫后倾固定的患者;腹壁瘢痕子宫内膜异位症,经期见腹壁瘢痕增大并感剧痛;肠道内膜异位伴有腹泻或便秘,甚至有周期性便血,大便时可引起难忍的疼痛;膀胱内膜异位可出现周期性尿频、尿痛或尿血;卵巢巧克力囊肿破裂时可引起急性腹痛和腹膜刺激征,酷似宫外孕破裂症状。

2. 月经失调

周期缩短,经量增多,或经量少而经期延长,经前点滴出血等。

3. 不孕

约30%~50%的患者有原发性或继发性不孕。多数内膜异位患者输卵管并无阻塞,可因输卵管与其周围组织有粘连,致蠕动受限;少数为管腔阻塞;子宫位置后倾固定、卵巢功能失调等原因。