

常见疾病诊疗 与药剂应用

张 虹等◎编著

常见疾病诊疗与药剂应用

张 虹等◎编著

图书在版编目（CIP）数据

常见疾病诊疗与药剂应用 / 张虹, 李育红编著. --
长春 : 吉林科学技术出版社, 2017. 11
ISBN 978-7-5578-3570-5

I. ①常… II. ①张… ②李… III. ①常见病—诊疗
②常见病—用药法 IV. ①R4

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第294731号

常见疾病诊疗与药剂应用

CHANGJIAN JIBING ZHENLIAO YU YAOJI YINGYONG

编 著 张 虹等
出 版 人 李 梁
责任编辑 许晶刚 陆海艳
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 200千字
印 张 11
印 数 1—1000册
版 次 2017年11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 978-7-5578-3570-5
定 价 40.00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

目 录

第一篇 内科常见疾病.....	1
第一章 呼吸系统疾病.....	1
第二章 循环系统疾病.....	9
第三章 消化系统疾病.....	16
第四章 泌尿系统疾病.....	24
第五章 造血系统疾病.....	27
第六章 内分泌及代谢性疾病	33
第七章 风湿性疾病.....	36
第八章 神经系统疾病.....	38
第二篇 外科常见疾病.....	42
第一章 颈部疾病.....	42
第一节 甲状腺功能亢进的外科治疗.....	42
第二节 甲状腺癌	44
第三节 护理	44
第二章 乳腺疾病.....	48
第一节 急性乳腺炎	48
第二节 乳癌	49
第三节 护理	50
第三章 腹外疝.....	52
第一节 概述	52
第二节 常见的腹外疝	53
第三节 护理	54
第四章 急性腹膜炎.....	57
第一节 继发性腹膜炎	57
第二节 腹腔脓肿	58
第五章 胃、十二指肠外科疾病	60
第一节 溃疡病的外科治疗	60
第二节 胃癌	62
第六章 肠疾病.....	64
第一节 急性肠梗阻	64
第二节 急性阑尾炎	66
第三节 结肠癌	70
第七章 直肠肛管疾病.....	72

第一节 直肠肛管检查方法	72
第二节 痔、肛裂、肛瘘、肛周脓肿	73
第三节 直肠癌	73
第八章 肝疾病与门静脉高压症	75
第一节 肝脓肿	75
第二节 原发性肝癌	75
第三节 门静脉高压症	78
第九章 胆道疾病	82
第一节 胆石症	82
第二节 急性胆囊炎	83
第三节 急性梗阻性化脓性胆管炎	84
第四节 护理	85
第三篇 药剂应用总论	87
第一章 概述	87
第二章 药物效应动力学	88
第三章 药物代谢动力学	91
第四章 影响药物作用的因素	94
第五章 药物的一般知识	97
第四篇 西药学	101
第一章 心血管系统药物	101
第一节 抗心律失常药	101
第二节 抗心力衰竭药	103
第三节 抗高血压药	104
第四节 抗心绞痛药	108
第五节 血脂调节药及抗动脉粥样硬化药	109
第六节 利尿药和脱水药	110
第二章 作用于血液、呼吸、消化等系统的药物	113
第一节 血液系统药	113
第二节 呼吸系统药	115
第三节 消化系统用药	116
第四节 子宫收缩药物	118
第三章 常见疾病的药物治疗	119
第一节 高血压	119
第二节 高脂血症	123
第三节 脑卒中	125

第四节 消化性溃疡	128
第五节 糖尿病	131
第六节 骨质疏松症	136
第七节 肺炎	140
第八节 尿道炎	142
第九节 结核病	144
第十节 艾滋病	147
第五篇 中药学	150
第一章 总论	150
第一节 中药的性能	150
第二节 中药的应用	151
第二章 中药的临床药学	154
第一节 概述	154
第二节 中医药学的文明史	154
第三节 中医临床药学的发展方向与设想	155
第四节 中草药的采集与炮制	156
第五节 中药的配伍	159
第六节 中药的禁忌	161
第七节 中药的用药剂量	162
第八节 中药的煎法和服法	164

第一篇 内科常见疾病

第一章 呼吸系统疾病

一、慢性阻塞性肺疾病

(一) 诊断要点及鉴别诊断

1. 诊断要点 有咳嗽、咳痰、呼吸困难以及 COPD 危险因素长期接触史。确诊需行肺功能检查,使用支气管扩张剂后及 $FEV_1 / FVC < 0.70$ 可确认存在不完全可逆的气流受限。
2. 鉴别诊断 COPD 应与支气管哮喘、支气管扩张症、心力衰竭、肺结核等鉴别。

(二) 医嘱处理

1. 检查 血常规、尿常规、便常规检查;肝炎病毒检测;血清生化学检查(肝功能、肾功能、血清离子);动脉血气分析(所有出现 $FEV_1 < 50\%$ 预计值或临床表现提示有呼吸衰竭或右心衰竭的患者,都应该进行血气分析检查);胸部X线检查。必要时胸部CT检查,并发感染时进行痰涂片、痰培养检查。

2. 治疗和管理 2006 年慢性阻塞性肺疾病全球倡议(GLOD) COPD 患者的管理包括以下四个部分:

(1) COPD 严重程度的评估: COPD 严重程度的评估应根据患者临床症状的严重程度、肺功能异常的程度以及目前存在的并发症情况进行判断

(2) 减少危险因素:减少个人总的吸烟、职业粉尘、化学物质及室内和室外空气污染接触是预防 COPD 发病和加重的重要目标,戒烟是减少 COPD 发展和加重的独立的最有效最经济的干预方式。

(3) COPD 稳定期治疗和管理:采取能改善症状、提高生活质量的个体化治疗。降低危险因素,药物治疗缓解症状和/或减少并发症。①轻度:积极降低危险因素,流感疫苗,必要时加短效支气管扩张剂;②中度:在轻度治疗基础上,必要时规则使用一种或以上长效支气管扩张剂,康复治疗;③重度:在中度治疗的基础上,如反复加剧使用吸入性糖皮质激素;④极重度:在重度治疗的基础上,如慢性呼衰加长期家庭氧疗,考虑外科治疗。

(3) COPD 急性加重期治疗:①氧疗:鼻导管或文丘里(Venturi)面罩吸氧,必要时给予无创性人工通气,密切监测动脉血气;②给予支气管扩张剂:短效 β_1 -受体激动剂如不能迅速见效,加用抗胆碱药(吸入剂),如病情严重或治疗效果欠佳,再加用茶碱类药物(静脉给药),可采用雾化吸入的方法给予支气管扩张剂;③糖皮质激素:必要时口服或静脉给药;④其他治疗:根据病情需要防治感染,清除痰液,通畅气道,考虑应用无创性机械通气、治疗合并存在的肺心病、心衰、心律失常或其他合并症,一般性治疗、营养支持、密切监护、注意体液平衡等。

二、支气管哮喘

(一) 诊断要点及鉴别诊断

1. 诊断要点 ①反复发作的喘息、呼吸困难、咳嗽、咳痰；②可闻及呼气性哮鸣音，呼气延长；③喘息经治疗或可以自行缓解；④肺功能检查有通气功能障碍：支气管激发或运动试验(+)，支气管舒张试验(+)：FEV1>15% 或 FEV1 增加 >200ml，呼气流量峰值(PEF) 变异率 >20%；⑤除外其他原因引起的喘息、胸闷、咳嗽。

2. 鉴别诊断 心源性哮喘，喘息型慢性支气管炎，支气管肺癌，变态反应性肺浸润。

(二) 医嘱处理

1. 检查 血常规，痰液检查(痰液嗜酸粒细胞、中心粒细胞、涂片及细菌培养查细菌可选择敏感药物)，肺功能检查，呼出气 NO 和 CO 测定(哮喘时气道炎症的无创性标志物)，血气分析，胸部 X 线，特异性抗原测定。

3. 治疗方案

(1) 原则是脱离变应原及药物治疗、处理并发症，达到以下目标：①以最少的治疗达到控制症状的目的；②教会病人自己监测病情及正确用药；③最大限度控制病情，减少缺勤缺学。

(2) 2006 版《哮喘管理和预防的全球策略》(GINA 指南，2006 年 11 月公布在 GINA 网站) 提出了以哮喘临床控制为目标的哮喘治疗循环模式，即评估哮喘控制水平→治疗达到哮喘控制→监测维持哮喘控制。所有哮喘管理必须围绕哮喘临床控制这一新重点展开(控制水平分级标准见表 1-1-2)。

4. 药物治疗

(1) 皮质激素：吸入皮质激素：常用丙酸培氯松或丁地去炎松，用定量雾化吸入器(MDI) 或干粉剂吸入。剂量为：丁地去炎松 200 ~ 600ug/ 天。如病人需口服皮质激素，吸入制剂需继续使用。吸药后漱口以减少对口咽的副作用。口服皮质激素：强的松 30mg/d，用 5 天，如果改善缓慢需延长疗程，疗程短于 14 天不必逐步减量。

(2) 茶碱：常用氨茶碱或缓释型茶碱口服，用于轻—中度发作，剂量为 6 ~ 10mg/kg.d，使血茶碱浓度保持在 5 ~ 15 μg/ml 水平。很多药物如环丙沙星、红霉素、甲氧咪哌、抗抑郁药、地尔硫草、维拉帕米、氟康唑等可使茶碱血药浓度升高。妊娠、肝脏疾患、充血性心力衰竭也可影响茶碱的代谢。

(3) β2—受体激动剂：短效 β2—激动剂，如沙丁胺醇，叔丁喘宁，需要时通过 MDI 或以干粉吸入，剂量 200 ~ 400ug/ 次，5 ~ 10 分钟见效，疗效持续 4 ~ 6 小时。主要副作用为心悸，骨骼肌震颤。频繁用 β2 激动剂提示哮喘加重，此时切忌过分或盲目地增加 β2—激动剂次数，要考虑合用糖皮质激素。

(4) 严重发作的治疗：严重发作时需住院治疗，根据临床资料特别是动脉血气分析来评估病情的严重程度。治疗原则为供氧。支气管舒张等，β2 激动剂可雾化吸入。剂量为沙丁胺醇 1ml 加生理盐水 2ml。口服或静脉注射激素，静注氨苯碱，从未用过苯碱者首次剂量为 4 ~ 6mg/kg，继之以 0.6 ~ 0.8mg/kg.h 静滴。如血气分析示二氧化碳分压进行性升高，考虑机械通气。

三、慢性肺源性心脏病

(一) 诊断要点及鉴别诊断

1. 诊断要点：慢性肺原性心脏病诊断标准（全国第二次肺心病专业会议修订，1977年9月在大连制定，1980年第三次会议修订）：慢性肺胸疾病或肺血管病变，主要根据病史、体征、心电图、X线，并可参考放射性同位素、超声心动图、心电向量图、肺功能或其他检查判定。慢性肺心病基层诊断参考条件：①慢性胸肺疾患或 / 和具有明显肺气肿征；②气急、发绀能除外其它心脏病所致者，或出现无其它原因可以解释的神志改变；③剑突下明显增强的收缩期搏动或 / 和三间瓣区（或剑突下左侧）心音较心尖部明显增强或出现收缩期杂音；④肝大压痛，肝颈反流征阳性或 / 和踝以上水肿伴颈静脉怒张；⑤静脉压增高；⑥既往有肺心病史或右心衰竭史。以第1条为基数，加上第2～6条中任何一条即诊断为肺心病。

(2) 鉴别诊断：急性肺心病，风湿性心脏病，原发性扩张性心肌病，冠心病。

(二) 医嘱处理

1. 检查 血常规、尿常规、便常规检查；肝炎病毒检测；胸部X线；心电图；必要时查动脉血气分析、痰细菌培养+药敏、痰查结核菌、肺功能检查、血清生化学检查（肝功能、肾功能、血清离子）、超声心动图、心电向量图诊断标准、放射性同位素肺灌注扫描。

2. 治疗方案

(1) 急性加重期：①控制感染：参考痰菌培养及药物敏感试验选择抗生素，在还没有培养结果前，根据感染的环境及痰涂片革兰染色选用抗生素，原则上选用窄谱抗生素为主，必须注意可能的继发真菌感染；②通畅呼吸道，纠正缺氧和二氧化碳潴留；③控制心力衰竭：积极控制感染，改善呼吸功能，心力衰竭能得到改善，对治疗后无效的较重病人可适当选用利尿、强心或血管扩张药（利尿剂应用后应注意预防可能出现的低钾、低氯性碱中毒及痰液粘稠不易排出和血液浓缩等不良反应，肺心病病人慢性缺氧及感染、对洋地黄类药物耐受性很低、疗效较差、且易发生心律失常，强心剂的剂量宜小，一般约为常规剂量的1/2或2/3量，选用作用快、排泄快的强心剂，用药前应注意纠正缺氧，防治低钾血症，以免发生药物毒性反应；④控制心律失常；⑤加强护理工作：严密观察病情变化，加强心肺功能监护，注意翻身、拍背排除呼吸道分泌物以有效改善通气功能。

(2) 缓解期：原则上采用中西医结合的综合措施，增强病人的免疫功能，去除诱发因素，减少或避免急性加重期的发生，逐渐使肺、心功能得到部分或全部恢复。

四、支气管扩张症

(一) 诊断及鉴别诊断

1. 诊断要点 根据慢性咳嗽、大量脓痰、反复咯血和肺同一部位反复感染等病史，肺部听到固定、持续存在的湿罗音，结合童年有诱发支气管扩张的呼吸道感染或全身性疾病病史，做出初步诊断，进一步通过支气管造影和胸CT明确诊断。

2. 鉴别诊断 慢性支气管炎、肺脓肿、肺结核、先天性肺囊肿、弥漫性泛细支气管炎。

(二) 医嘱处理

1. 检查 常规检查：血常规、尿常规、便常规检查；肝炎病毒检测；胸部影像学检查（传统的X线成像、计算机X线成像CR或CT）；推荐检查项目：动脉血气分析；痰细

菌培养 + 药敏；痰查结核菌；肺功能检查；心脏彩超（PDE）；纤维支气管镜检查：有助于确定炎症及出血部位，鉴别支气管内肿瘤、异物等。

2. 治疗方案

（1）保持呼吸道引流通畅：①祛痰剂：沐舒坦或氨溴索口服或静点；②体位引流或支气管镜引流；③支气管舒张药（氨茶碱或 β_2 受体兴奋剂）。

（2）控制感染：根据痰培养细胞药敏结果选择抗生素。一般多为混合细菌感染，尽量选择广谱抗生素，如有厌氧菌感染给予甲硝唑或替硝唑。

（3）手术治疗适应症：①反复发生严重感染与咯血。危及生命的大咯血。②病变不超过两个肺叶，或虽两侧病变，但主要在某一肺叶也可以手术。

（4）咯血处理：咯血每日超过 500ml 或每小时咯血在 100ml 以上者称为大咯血。大咯血有窒息、循环障碍或失血贫血的危险，对于久病体弱、年迈衰弱、咳嗽乏力者，即使小量咯血也可能造成窒息。有生命危险。

1）一般处理：绝对卧床休息。镇静、止咳。

2）药物治疗：①垂体后叶素：为大咯血首选药物，使用方法：垂体后叶素 12U 加入 10% 葡萄糖或生理盐水 30ml 缓性静脉注射（15 分钟），然后用 10 ~ 20U 加入 5% 葡萄糖液 250ml 静脉滴注，3 ~ 4 次 /d。副作用有头痛、面色苍白、心悸、腹痛、便间及血压升高，禁忌症：高血压、冠心病、妊娠；②普鲁卡因：有扩张血管、降低肺动脉压的作用，适合高血压、冠心病、妊娠对垂体后叶素禁用者，使用法：50 ~ 100mg 加入 5% 葡萄糖液 40ml，缓慢静脉注射，或 100 ~ 300mg 加入 5% 葡萄糖 500ml 静脉滴注（使用前先作过敏试验）；③鱼精蛋白注射液：可拮抗肝素，加速凝血而止血，适用于肝功能不全及有凝血功能障碍者，使用方法：50 ~ 100mg 加入 5% 葡萄糖液 45ml 静脉缓慢注入，1 ~ 2 次 /d，连续使用不超过 72 小时；④止血、凝血药物：氨基己酸、对羧基苄胺、抗纤维蛋白溶解。

3）介入治疗：中等量以上咯血（100ml）内科治疗未控制，支气管造影后行动脉栓塞，用明胶海绵或聚乙烯醇栓。

4）紧急手术治疗：仅用于内科综合治疗无效或有窒息危险的大咯血病人。

五、肺炎

（一）诊断及鉴别诊断

1. 诊断要点 从临床处理的要求出发，肺炎的诊断应当包括 3 项目标：①是否存在肺炎；②病情严重程度的最初评估；③确凿的病原微生物学诊断（肺炎病原学诊断很重要，但又有一定困难，临床实践中由于不易获得非污染检验标本和技术本身的某些缺陷，精确的病原学诊断十分困难。鉴于肺炎诊断特别是病原学诊断的困难，而抗生素治疗的发展和实践经验的积累，目前倾向性意见是门诊治疗的符合社区获得性肺炎（CAP）诊断标准的患者不必常规作病原学检查，住院的 CAP 则需要病原学检查，血和胸液培养是优选无污染标本，特别是血培养应列为常规。创伤性采样技术适用于经验性抗菌无反应、免疫抑制、怀疑特殊病原体感染而常规标本检测阴性或难以检测等情况时）。

社区获得性肺炎诊断标准（中华医学会呼吸病学分会 2006 年社区获得性肺炎诊断和治疗指南）：①新近出现的咳嗽、咳痰或原有呼吸道症状加重，并出现脓性痰伴或不伴胸痛，②发热；③肺实变体征和（或）闻及湿性啰音；④血 WBC $>10 \times 10^9/L$ 或 $<4 \times 10^9/L$ ，

伴或不伴细胞核左移；⑤胸部 X 线检查显示片状或斑片状浸润性阴影或间质性改变，伴或不伴胸腔积液。

以上 1-4 项任何一项加 5 项，并除外肺结核、肺部肿瘤、肺感染性肺间质性疾病、肺水肿、肺不张、肺栓塞、肺嗜酸性粒细胞浸润症及肺血管炎等后，可建立临床诊断。

医院获得性肺炎（HAP）的临床诊断依据（2002 年指南）：同 CAP。但临床表现、实验室和影像学所见对 HAP 的诊断特异性甚低，尤其应注意排除肺不张、心力衰竭和肺水肿、基础疾病肺侵犯、药物性肺损伤、肺栓塞和 ARDS 等。粒细胞缺乏、严重脱水患者并发 HAP 时 X 线检查可以阴性，卡氏肺孢子虫肺炎有 10% ~ 20% 患者 X 线检查完全正常。

必须特别强调：准确的病原学诊断对 HAP 处理的重要性甚过 CAP。HAP 患者除呼吸道标本外常规作血培养 2 次。

重症肺炎诊断标准（2006 年 CAP 指南）：出现下列征象中 1 项或以上者可诊断为重症肺炎，需密切观察，积极救治，有条件时，建议收住 ICU 治疗：①意识障碍；②呼吸频率 ≥ 30 次/min；③ $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ ， $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300 \text{ mmHg}$ ，需行机械通气治疗；④动脉收缩压 $< 90 \text{ mmHg}$ ；⑤并发脓毒性休克；⑥ X 线胸片显示双侧或多肺叶受累，或入院 48h 内病变扩大 $\geq 50\%$ ；⑦少尿：尿量 $< 20 \text{ ml/h}$ ，或 $< 80 \text{ ml/4h}$ ，或并发急性肾功能衰竭需要透析治疗。

诊断：符合 1 条主要标准或 2 条次要标准。

（2）鉴别诊断 应与肺部感染性疾病如干酪性肺炎、不同病原体肺炎鉴别、急性肺脓肿、肺癌及其他疾病如肺梗塞、渗出性胸膜炎、膈下脓肿、胆囊炎、胰腺炎、阑尾炎鉴别。

（二）医嘱处理

1. 检查 常规检查：血常规、尿常规、便常规检查；胸片 X 线摄片。推荐检查项目：胸部 CT、痰细菌学检查（痰涂片、痰培养 + 药敏试验）、血或胸液培养、血清相关病原体抗体滴度测定，痰找癌细胞、痰找结核杆菌，重症患者尚需检查血气分析、肝肾功能、电解质等。

2. 治疗方案 ①一般治疗：对症治疗：包括降温、止咳、止痛，卧床休息，重症患者注意生命体征的检测；②抗菌治疗：使用有效抗生素，不同人群 CAP 患者初始经验性选择抗生素抗感染治疗，必要时结合病原检测结果选择有效抗生素；③重症肺炎治疗：支持治疗包括吸氧、静脉输液、适当保温，休克者应在心功能可以承受的情况下补充晶体和胶体溶液，应用血管活性药物维持血压，积极控制感染，适量使用糖皮质激素，纠正酸中毒，维持水、电解质平衡，注意心、肾功能的保护与维持，避免使用易损害心、肾功能的药物。

六、 支气管肺癌

（一）诊断及鉴别诊断

1. 诊断要点 本病的诊断除了根据临床症状和典型病史，主要依靠 X 线、纤维支气管镜检查 and 细胞学检查等方法。必须强调的是争取做到早期发现、早期诊断、早期治疗。凡具备以下征象的中老年患者，经短期观察及积极对症治疗后未见疗效者，均应密切观察，进一步检查以警惕肺癌的可能。①无明显的刺激性咳嗽两周以上，治疗无效；②原有呼吸道疾病（如慢支炎），咳嗽性质改变；③持续或反复在短期内痰中带血而无其它原因可解释；④复发的同一部位肺炎特别是节段性肺炎；⑤反无症状的肺脓肿，脓痰少且抗炎治

疗效果不佳；⑥查体时发现单侧肺门影增大，局限性肺气肿或叶段性肺不张，胸腔积液；⑦不明原因的四肢关节疼痛及杵状指。

2. 鉴别诊断 肺炎、结核球、肺门淋巴结核、粟粒灶肺结核、结核性胸膜炎、肺脓肿、纵隔淋巴瘤。

（二）医嘱处理

1. 检查 常规检查：血常规、尿常规、粪常规，胸部 X 线摄片、胸部 CT、痰脱落细胞学检查、纤维支气管镜检查、活组织检查、胸腔积液检查等。推荐检查项目：免疫学检查癌胚抗原等。

2. 治疗方案 目前肺癌的治疗方法仍以手术切除为主的综合治疗，治疗的联合方式：小细胞肺癌选用化疗 + 放疗 + 手术；非小细胞肺癌则首选手术，然后是放疗和化疗。

七、肺结核

（一）诊断及鉴别诊断

1. 诊断要点 有下列表现应考虑肺结核的可能，应进一步做痰和胸部 X 线检查（中华医学会结核病学分会 2004 年肺结核诊断和治疗指南）。应注意约有 20% 活动肺结核患者也可以无症状或仅有轻微症状。①咳嗽、咳痰三周或以上，可伴有咯血、胸痛、呼吸困难等症状；②发热（常午后低热），可伴盗汗、乏力、食欲降低、体重减轻、月经失调；③结核变态反应引起的过敏表现：结节性红斑、泡性结膜炎和结核风湿症（Poncet 病）等；④结核菌素（PPD 5U）皮肤试验：我国是结核病高流行国家，儿童普种卡介苗，阳性对诊断结核病意义不大，但对未种卡介苗儿童则提示已受结核分支杆菌（简称结核菌）感染或体内有活动性结核病，当呈现强阳性时表示机体处于超过敏状态，发病几率高，可作为临床诊断结核病的参考指征；⑤患肺结核时，肺部体征常不明显，肺部病变较广泛时可有相应体征，有明显空洞或并发支气管扩张时可闻及中小水泡音，康尼峡缩小提示肺尖有病变。

X 线胸部检查是诊断肺结核的重要手段，对早期诊断，确定病变部位、范围、性质、了解其演变及选择治疗等有重要意义。结核菌检查是确诊结核病的依据，同时也是判断疗效、随访病情的重要指标。

结核病分类（1999 年结核病分类标准）：①原发型肺结核：为原发结核感染所致的临床病症，包括原发综合征及胸内淋巴结结核；②血行播散型肺结核：包括急性血行播散型肺结核（急性粟粒型肺结核）及亚急性、慢性血行播散型肺结核；③继发型肺结核：是肺结核中的一个主要类型，包括浸润性、纤维空洞及干酪性肺炎等；④结核性胸膜炎：临床上已排除其它原因引起的胸膜炎；⑤其它肺外结核：按部位及脏器命名，如骨关节结核、结核性脑膜炎、肾结核、肠结核等。

在诊断肺结核时，可按上述分类名称书写诊断，并应注明范围（左、右侧、双侧）、痰菌和初、复治情况。

2. 鉴别诊断 肺癌，肺炎，肺脓肿，慢性支气管炎，支气管扩张，发热性疾病。

（二）医嘱处理

1. 检查 常规检查：血常规、尿常规、粪常规，胸部 X 线摄片、PPD、痰涂片抗酸染色找结核菌、痰分离培养法（可直接获得菌落，便于与非结核分支杆菌鉴别，是结核病诊断金标准），结核菌聚合酶链反应（PCR）+ 探针检查（痰、支气管肺泡灌洗液（BALF）、

胸液等)。推荐检查项目:胸部 CT、结核菌药物敏感性检测(对肺结核痰菌阴转后复阳、化学治疗 3 ~ 6 个月痰菌仍持续阳性、经治疗痰菌减少后又持续增加及复治患者应进行药物敏感性检测,原发耐药率较高地区,有条件时初治肺结核也可行药物敏感性检测),纤维支气管镜检查、活组织检查、胸腔积液检查等。

2. 治疗原则 肺结核的化疗原则:为早期、规律、全程、适量、联合五项原则。整个化疗方案分为强化和巩固两个阶段。多数肺结核患者采用不住院治疗,对肺结核患者实施有效治疗管理,即目前推行的在医务人员直接面视下督导化疗(Directly observed treatment short course, 简称 DOTS),确保肺结核患者在全疗程中规律、联合、足量和不间断地实施规范化疗,减少耐药性的产生,最终获得治愈(中华医学会结核病学分会 2004 年肺结核诊断和治疗指南)。

化疗方案:

(1) 初治肺结核的治疗

1) 初治的定义:有下列情况之一者谓初治:①尚未开始抗结核治疗的患者;②正进行标准化疗方案用药而未满疗程的患者;③不规则化疗未满 1 个月的患者。

2) 初治方案:强化期 2 个月/巩固期 4 个月。常用方案:2S(E)HRZ/4HR; HRZ/4HR; 2S(E)HRZ/4H3R3; 2S3(E3)H3R3Z3/4H3R3; 2S(E)HRZ/4HRE; 2RIFATER/4RIFINAH(固定复合剂是由各种药物按固定剂量的配比制成的复合制剂,如由异烟肼、利福平、吡嗪酰胺和由异烟肼、利福平组成的复合制剂,名称分别是卫非特、卫非宁,复合制剂的优点是有利于保证患者联合、足量的化疗,并便于督导管理:RIFATER:卫非特,异烟肼 80mg+ 利福平 120mg+ 吡嗪酰胺 250mg; RIFATER:卫非宁,异烟肼 100mg+ 利福平 150mg)。

初治强化期第 2 个月末痰涂片仍阳性,强化方案可延长 1 个月,总疗程 6 个月不变(巩固期缩短 1 个月)。若第 5 个月痰涂片仍阳性,第 6 个月阴性,巩固期延长 2 个月,总疗程为 8 个月。对粟粒型肺结核(无结核性脑膜炎者)上述方案疗程可适当延长,不采用间歇治疗方案,强化期为 3 个月,巩固期为 HR 方案 6 ~ 9 个月,总疗程为 9 ~ 12 个月。

菌阴肺结核患者可在上述方案的强化期中删除链霉素或乙胺丁醇。

(2) 复治肺结核的治疗

1) 复治的定义:有下列情况之一者为复治:①初治失败的患者;②规则用药满疗程后痰菌又复阳的患者;③不规律化疗超过 1 个月的患者;④慢性排菌患者。

2) 复治方案:强化期 3 个月/巩固期 5 个月。常用方案:2SHRZE/1HRZE/5HRE; 2SHRZE/1HRZE/5H3R3E3; 2S3H3R3Z3E3/1H3R3Z3E3/5H3R3E3。

(3) 肺结核常见并发咯血处理:绝大多数情况表明病情活动、进展,但少数也可在肺结核已好转或稳定时发生。

1) 咯血者应进行抗结核治疗,中、大量咯血应积极止血,保持气道通畅,注意防止窒息和出血性休克发生。

2) 药物治疗:一般改善凝血机制的止血药对肺结核大咯血疗效不理想。脑垂体后叶素仍是治疗肺结核大咯血最有效的止血药,可用 5 ~ 10U 加 25% 葡萄糖 40ml 缓慢静注,持续 10 ~ 15min。非紧急状态也可用 10 ~ 20U 加入 5% 葡萄糖 500ml 缓慢静滴。对

脑垂体后叶素有禁忌的患者可采用酚妥拉明 10 ~ 20mg 加 25% 葡萄糖 40ml 静注，持续 10 ~ 15min 或 10 ~ 20mg 加入 5% 葡萄糖 250ml 静滴（注意观察血压）。

3) 以中下肺野病变为主，引起大咯血的肺结核，无膈肌粘连者也可采用人工气腹萎陷疗法止血。

4) 近年支气管动脉栓塞术介入疗法治疗肺结核大咯血收到了近期良好的效果。

第二章 循环系统疾病

一、原发性高血压

(一) 诊断及鉴别诊断

1. 诊断标准 ①国际标准 (WHO/ISH): 收缩压 (SBP) $\geq 140\text{mmHg}$ 和 / 或舒张压 (DBP) $\geq 90\text{mmHg}$; ②非药物状态下二次或以上非同日多次重复血压测定所得的平均值; ③适用于男女两性任何年龄的成人; ④血压水平的定义和分类。⑤当收缩压和舒张压分属于不同分级时, 以较高的级别作为标准; ⑥既往有高血压史, 目前正服抗高血压药, 血压虽已低于 $140/90\text{mmHg}$, 亦应诊断为高血压; ⑦需排除继发性高血压; ⑧危险度分层: 根据心血管疾病危险因素及合并的靶器官损害进行危险分层。

2. 鉴别诊断 肾实质病变, 肾动脉狭窄, 嗜铬细胞瘤, 原发性醛固酮增多症, 库欣综合征。

(二) 医嘱处理

1. 检查 常规检查: 全血细胞计数, 血红蛋白和血细胞比容; 血生化 (钾、FBG、血清总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇和尿酸、肌酐); 尿液分析 (尿蛋白、糖和尿沉渣镜检), 糖尿病和慢性肾病患者应每年至少查一次尿蛋白; 心电图。推荐检查项目: 超声心动图、颈动脉和股动脉超声、餐后血糖 (2hPG, 当 $\text{FBG} \geq 6.1\text{mmol/L}$ 或 110mg/dl 时测量)、C 反应蛋白 (高敏感)、微量白蛋白尿 (糖尿病患者必查项目)、24h 尿蛋白定量 (若纤维素试纸检查为阳性者检查此项目)、眼底检查和胸片、睡眠呼吸监测 (睡眠呼吸暂停综合征)。对疑及继发性高血压者, 根据需要分别进行以下检查: 血浆肾素活性, 血及尿醛固酮, 血及尿儿茶酚胺, 动脉造影, 肾和肾上腺超声、CT 或 MRI。

2. 治疗原则 高危及很高危病人: 无论经济条件如何, 必须立即开始对高血压及并存的危险因素和临床情况进行药物治疗; 中危病人: 先观察患者的血压及其他危险因素数周, 进一步了解情况, 然后决定是否开始药物治疗; 低危病人: 观察患者相当一段时间, 然后决定是否开始药物治疗。

(1) 非药物治疗: ①减轻体重: 建议体重指数 (BMI kg/m^2) < 24 ; ②合理膳食: 减少钠盐, $< 6\text{g/d}$, 减少膳食脂肪, 补充适量优质蛋白质, 注意补充钾和钙, 如绿叶菜鲜奶豆类制品等, 多吃蔬菜和水果, 限制饮酒; ③增加体力活动: 有氧运动如慢跑、快步走、太极拳等; ④减轻精神压力, 保持心理平衡; ⑤戒烟。

(2) 药物治疗: 常用六类降压药: ①利尿剂: 双氢克尿噻, 呋塞米; ② β - 受体阻滞剂: 普萘洛尔、美托洛尔、阿替洛尔、比索洛尔等; ③血管紧张素转换酶抑制剂 (ACE-I): 包括卡托普利、依那普利、苯那普利、赖诺普利等; ④血管紧张素 II 受体拮抗剂: 氯沙坦、缬沙坦等; ⑤钙拮抗剂: 二氢吡啶类: 硝苯地平、硝苯地及其控释片、尼群地平、尼卡地平、氨氯地平等, 非二氢吡啶类: 地尔硫卓、维拉帕米等; ⑥ α - 受体阻滞剂: 特拉唑嗪、

哌唑嗪。

(3) 降压药应用的几个问题: ①终身治疗; ②先单-用药, 再联合用药; ③先小剂量, 逐渐增加剂量; ④注意药物不良反应及停药综合征; ⑤宜选长效制剂; ⑥个体化。

(4) 联合用药方法: ①利尿剂与 β -受体阻滞剂, ②利尿剂与 ACE-I 或血管紧张素受体拮抗剂, ③钙拮抗剂(二氢吡啶类)与 β -受体阻滞剂, ④钙拮抗剂与 ACE-I, ⑤ α -受体阻滞剂与 β -受体阻滞剂。

(5) 高血压危象及处理原则:

高血压危象包括高血压急症和高血压亚急症。

高血压急症(Hypertensive emergencies)的特点是血压严重升高(BP>180/120mmHg)并伴发进行性靶器官功能不全的表现。高血压急症需立即进行降压治疗以阻止靶器官进一步损害。高血压急症包括高血压脑病、颅内出血、急性心肌梗死、急性左室衰竭伴肺水肿、不稳定性心绞痛、主动脉夹层动脉瘤。

高血压亚急症(Hypertensive urgencies)是高血压严重升高但不伴靶器官损害。

高血压危象的处理:

高血压急症: 这类病人应进入加强监护室, 持续监测血压和尽快应用适合的降压药。

降压目标是静脉输注降压药, 1h 使平均动脉血压迅速下降但不超过 25%, 在以后的 2~6h 内血压降至约 160/100 ~ 110mmHg。血压过度降低可引起肾、脑或冠脉缺血。如果这样的血压水平可耐受的和临床情况稳定, 在以后 24 ~ 48h 逐步降低血压达到正常水平。下列情况应除外: 急性缺血性卒中—没有明确临床试验证据要求立即抗高血压治疗; 主动脉夹层应将 SBP 迅速降至 100mmHg 左右(如能耐受)。

有些高血压急症患者用口服短效降压药可能有益, 如卡托普利、拉贝洛尔、可乐宁。

急症常用降压药有硝普钠(静脉), 尼卡地平、乌拉地尔、二氮嗪, 肼苯达嗪、拉贝洛尔、艾司洛尔、酚妥拉明等。

二、 冠状动脉粥样硬化性心脏病 - 稳定型心绞痛

(一) 诊断及鉴别诊断

1. 诊断要点 根据典型的发作特点和体征, 休息或含用硝酸甘油后缓解, 结合年龄和存在的其他冠心病危险因素, 除外其他疾病所致的心绞痛, 即可建立诊断。发作时心电图检查可见以 R 波为主的导联中, ST 段压低, T 波平坦或倒置(变异型心绞痛则有关导联 ST 段抬高), 发作过后数分钟内逐渐恢复, 心电图无改变者可考虑作心电图负荷试验。稳定型心绞痛通常均为劳力性心绞痛, 劳力性心绞痛的特点是: 发作的性质在 1 ~ 3 个月内并无改变, 诱发疼痛的劳力和情绪激动的程度相同, 每次发作的性质和部位无改变, 疼痛时间相仿(3 ~ 5min), 用硝酸甘油后, 也在相同时间内发生疗效。

2. 鉴别诊断: 稳定型心绞痛需要与心脏神经症、不稳定型心绞痛和急性心肌梗死、其他疾病引起的心绞痛、肋间神经痛、其他不典型疼痛(胃食管返流、食管动力障碍、食管裂孔上等食管疾病以及消化性溃疡、颈椎病)等鉴别。

(二) 医嘱处理

1. 检查 常规检查: 血常规、尿常规、粪常规, BG、血脂, 心脏 X 线检查, 心电图检查, 心电图负荷试验, 动态心电图, 超声心动图检查。推荐检查项目: 心肌造影(放射性核素

检查、核素心腔造影)、冠状动脉造影等。

2. 治疗原则

治疗目的：预防心肌梗死，改善预后；减轻症状和缺血发作，提高生活质量。

治疗原则：①一般治疗：发作时立即休息，平时尽量避免各种确知的诱发因素，调整日常生活与工作量，减轻精神负担，保持适当的不致发生疼痛症状为度的体力活动，治疗相关疾病（高血压、糖尿病、贫血、甲亢等）；②药物治疗：抗心绞痛和抗缺血药物（硝酸酯类等），预防心肌梗死和死亡的药物（抗血小板治疗，降脂治疗，血管紧张素转换酶抑制剂）；③经皮冠状动脉介入治疗（PCI）；④冠状动脉旁路手术；⑤运动锻炼疗法。

三、 冠状动脉粥样硬化性心脏病

不稳定型心绞痛和非 ST 段抬高型心肌梗死

（一）诊断及鉴别诊断

1. 诊断要点：临床上不稳定型心绞痛（UA）的诊断主要依据临床变化及发作时心电图 ST-T 的动态改变，如心脏肌钙蛋白（cTnT 及 cTnI）阳性提示已发生微量心肌损伤，文献报道 cTnT 及 cTnI 超过正常值的 3 倍，可考虑非 ST 段抬高型心肌梗死（NSTEMI）。UA 胸部不适的性质与典型的稳定型心绞痛相似，通常程度更重，持续时间更长，可达 30min，胸痛可在休息发生；诱发心绞痛的体力活动与之突然或持久的降低；心绞痛发生频率、严重程度和持续时间增加；出现静息或夜间心绞痛；胸痛放射至附近的或新的部位；发作时伴有新的相关症状，如出汗、恶心、呕吐、心悸或呼吸困难；常规休息或舌下含服硝酸甘油的方法只能暂时或不能完全缓解症状。在老年女性及糖尿病患者症状可不典型。

UA 心电图表现：大多数表现为胸痛发作时有一过性 ST 变化（降低或抬高），T 波倒置。如胸前导联出现提示急性心肌缺血的 ST 段变化、对称的 T 波倒置，往往由于前降支的严重狭窄，危险性较高。

这些心电图变化随心绞痛的缓解而完全或部分消失。如持续 12h 以上，提示 NSTEMI。如果患者具有稳定型心绞痛的典型病史或冠心病诊断明确（即往有心肌梗死，冠状动脉造影提示狭窄或非侵入性试验阳性），即使没有心电图变化，也可以根据临床表现作出 UA 的判断。

美国心脏病学会 / 美国心脏学会（ACC/AHA）不稳定型心绞痛与非 ST 段抬高心肌梗死治疗指南（2002 年最新重要修订）危险评分法：7 项评估指标：①年龄 > 65 岁；② > 3 个冠心病危险因素；③既往冠脉造影证实有血管闭塞；④ ST 段偏移；⑤ 24h > 2 次心绞痛发作；⑥ 7d 内使用阿司匹林；⑦心肌标志物升高。上述各项指标有则记 1 分，无则记 0 分。

总评分越高表明危险性越高。

（2）鉴别诊断：UA 应与稳定型心绞痛、急性心肌梗死鉴别，其余同稳定型心绞痛。

（二）医嘱处理

1. 检查 心电图，连续心电监护、冠状动脉造影、冠状动脉内超声显像、冠状动脉内镜检查。心脏标志物检查：CK-MB（肌酸激酶）、肌红蛋白、cTnT 或 cTnI：敏感性和特异性高于 CK-MB，约持续 2 周，帮助危险分层和选择治疗方法。但极早期敏感性低，发现再梗死的能力有限。如发病后 6h 内肌钙蛋白阴性，应在发病后 8-12h 再测。其他检查