

94
R5
16
2

医士内科实习指南

YISHINEIKESHIXIZHINAN

徐方训 编著

潘伯荣 审校

XAGP/11



3 0109 2793 1

人民军医出版社



C 008047

内 容 提 要

《医士内科实习指南》是中等卫生学校学生进入临床内科实习必备的工具书。本书结合近年来新的诊疗技术的发展,系统的介绍了内科常见疾病的诊断与治疗要点、常用诊疗技术、常用药物的用法、作用与副作用、常用人体检验数值及新旧单位换算、病历编写要求与示范,便于实习生查考。

医士内科实习指南

徐方训 编著

潘伯荣 审校

*

人民军医出版社出版发行

(北京市复兴路 22 号甲 3 号)

(邮政编码:100842)

湖北省公安县印刷厂印刷

*

开本:787×1092 毫米 1/32 印张:7.5 字数:170 千字

1993 年 7 月第 1 版 1993 年 7 月第 1 次印刷

印数:1-10000 册

ISBN 7-80020-386-7/R·328

定价:5.80 元

前 言

本书是为中等卫生学校学生更好地学习内科学课程和进入临床实习编写的。该书选材精辟,内容新颖,实用性强,是医士、卫生医士、口腔医士、妇幼医士、放射医士、助产士、血防医士、麻醉医士、五官科医士临床实习必备的工具书,也可供基层医生参考。

由于编者水平有限,书中不足之处在所难免,敬请专家及读者批评指正。

本书编写承蒙第四军医大学内科学教授潘伯荣审校,谨此致谢。

编者

1993年4月10日

目 录

第 1 章 传染病	(1)
第 1 节 病毒性肝炎	(1)
第 2 节 伤寒和副伤寒	(4)
第 3 节 细菌性痢疾	(7)
第 4 节 流行性脑脊髓膜炎	(9)
第 5 节 疟疾	(13)
第 6 节 流行性乙型脑炎	(15)
第 7 节 流行性出血热	(17)
第 8 节 血吸虫病	(21)
第 2 章 呼吸系统疾病	(23)
第 1 节 急性支气管炎	(23)
第 2 节 慢性支气管炎	(24)
第 3 节 支气管哮喘	(26)
第 4 节 支气管扩张	(29)
第 5 节 慢性阻塞性肺气肿	(31)
第 6 节 细菌性肺炎	(32)
第 7 节 肺脓肿	(35)
第 8 节 慢性肺原性心脏病	(37)
第 9 节 肺结核	(39)
第 10 节 结核性胸膜炎	(44)
第 11 节 自发性气胸	(45)
第 12 节 呼吸功能衰竭	(48)

第3章 循环系统疾病	(50)
第1节 慢性心功能衰竭	(50)
第2节 风湿热	(54)
第3节 风湿性心瓣膜病	(58)
第4节 高血压病	(61)
第5节 心绞痛	(65)
第6节 心肌梗塞	(67)
第7节 心包炎	(72)
第8节 缩窄性心包炎	(74)
第9节 感染性心内膜炎	(75)
第10节 心肌病	(78)
第11节 病毒性心肌炎	(80)
第12节 病态窦房结综合征	(82)
第13节 过早搏动	(83)
第14节 阵发性心动过速	(84)
第15节 心房颤动	(87)
第16节 房室传导阻滞	(88)
第4章 消化系统疾病	(90)
第1节 急性单纯性胃炎	(90)
第2节 慢性胃炎	(91)
第3节 消化性溃疡	(93)
第4节 肝硬化	(96)
第5节 上消化道出血	(99)
第6节 原发性肝癌	(102)
第7节 肝性脑病	(104)
第8节 急性胰腺炎	(107)
第9节 肠结核	(109)

第 10 节	结核性腹膜炎	(110)
第 11 节	溃疡性结肠炎	(112)
第 5 章	泌尿系统疾病	(115)
第 1 节	肾病综合征	(115)
第 2 节	急进性肾小球肾炎	(117)
第 3 节	慢性肾小球肾炎	(119)
第 4 节	隐匿性肾小球肾炎	(121)
第 5 节	肾盂肾炎	(122)
第 6 节	慢性肾功能不全	(125)
第 6 章	造血系统疾病	(129)
第 1 节	缺铁性贫血	(129)
第 2 节	再生障碍性贫血	(132)
第 3 节	过敏性紫癜	(134)
第 4 节	血小板减少性紫癜	(136)
第 5 节	急性白血病	(138)
第 6 节	慢性白血病	(141)
第 7 章	内分泌、代谢疾病	(143)
第 1 节	垂体前叶功能减退症	(143)
第 2 节	甲状腺功能亢进症	(145)
第 3 节	糖尿病	(149)
第 4 节	糖尿病酮症酸中毒及昏迷	(152)
第 5 节	系统性红斑狼疮	(153)
第 6 节	类风湿性关节炎	(155)
第 8 章	理化因素所致的疾病	(158)
第 1 节	有机磷农药中毒	(158)
第 2 节	一氧化碳中毒	(160)
第 3 节	中暑	(162)

第9章 神经系统疾病	(164)
第1节 急性感染性多发性神经炎.....	(164)
第2节 面神经炎.....	(165)
第3节 急性脊髓炎.....	(165)
第4节 脑出血.....	(167)
第5节 蛛网膜下腔出血.....	(169)
第6节 脑血栓形成.....	(170)
第7节 脑栓塞.....	(172)
第8节 癫痫.....	(173)
第10章 精神疾病	(176)
第1节 精神分裂症.....	(176)
第2节 神经衰弱.....	(178)
第11章 内科常用诊疗技术	(179)
第1节 腹腔穿刺术.....	(179)
第2节 胸腔穿刺术.....	(180)
第3节 腰椎穿刺术.....	(181)
第4节 骨髓穿刺术.....	(183)
第5节 心包穿刺术.....	(184)
第6节 肝脏穿刺术.....	(184)
第7节 胃液抽取术.....	(186)
第8节 十二指肠液引流术.....	(187)
第9节 纤维胃镜检查.....	(188)
第10节 三腔双气囊管的应用	(189)
第11节 乙状结肠镜检查术	(190)
第12章 法定计量单位	(192)
第1节 使用法定计量单位的说明.....	(192)
第2节 人体检验新旧单位参考值的换算及实际	

应用中的一些问题·····	(196)
第3节 常用人体检验数值新旧单位换算·····	(198)
第13章 内科常用药物 ·····	(201)
第1节 呼吸系统药物·····	(201)
第2节 循环系统及植物神经系统药物·····	(203)
第3节 消化系统药物·····	(206)
第4节 血液及造血系统药物·····	(208)
第5节 内分泌系统药物·····	(209)
第6节 维生素类药物·····	(210)
第7节 泌尿系统药物·····	(211)
第8节 抗组织胺类药物·····	(212)
第9节 中枢神经系统药物·····	(212)
第10节 解热镇痛及抗风湿药物 ·····	(214)
第11节 抗寄生虫药物 ·····	(215)
第12节 磺胺类药物 ·····	(215)
第13节 抗生素类药物 ·····	(216)
第14章 病历书写 ·····	(219)
第1节 病历编写的重要性·····	(219)
第2节 病历的格式与内容·····	(220)

第 1 章 传染病

第 1 节 病毒性肝炎

本病是由多种肝炎病毒引起的一组传染病,主要表现为食欲减退、恶心、疲乏、肝脏肿大及肝功能异常,部分病人可有黄疸,是当前危害人类健康最大的肠道传染病之一。

一、诊断依据

1. 急性肝炎

(1)无黄疸型肝炎 ①消化道症状,恶心、呕吐、乏力或低热。②肝肿大、质稍硬、压痛、叩击痛。③肝功能检查 SGPT 增高。如乙型肝炎表面抗原阳性或表面抗体、核心抗体效价增高 4 倍以上者。可确诊为乙型肝炎。

(2)黄疸型肝炎 发病急,有不同程度的肝炎症状,体征及实验检查异常,血清胆红素在 $17.1\mu\text{mol/L}$ (1.0mg/dl) 以上,尿胆红素阳性,排除其他原因引起的黄疸可确诊。

2. 慢性肝炎

(1)慢性迁延型 有可疑或确诊的肝炎病史,病程 >6 个月者。病情轻、不够诊断慢性活动性肝炎者。有条件的地方作肝活组织检查证实。

(2)慢性活动型 病程在 1 年以上,有明显的症状、体征。有肝外症状,如肝掌、蜘蛛痣。实验室检查 SGPT 反复或持续升高,血清白蛋白减低,白/球蛋白比例明显异常,血清胆红素长期增高、免疫学检查、肝活组织检查,符合慢性活动型肝炎的改变。

3. 重型肝炎

(1)急性重症(暴发型肝炎) 病程在3周内,黄疸急剧进行性加深,有出血倾向,肝脏缩小,有精神、神经症状,短期内出现腹水,肝功能明显受损,胆碱脂酶活力下降,补体 C_3 显著下降,血氨增高。

(2)亚急性重症(亚急性肝坏死) 病程在3周以上,黄疸迅速上升,血清胆红素在 $171\mu\text{mol/L}$ ($10\text{mg}\%$) 以上,具有急性重症肝炎的表现及实验室检查的依据。

(3)慢性重症(慢性肝炎亚急性肝坏死) 表现与亚急性重症肝炎基本相同,具有慢性肝炎或肝炎后肝硬化的病史、体征及实验室检查的异常结果。

4.胆汁淤滞型肝炎 自觉症状较轻,类似急性黄疸型肝炎的表现。有阻塞性黄疸、持续时间长,可达数月。

二、鉴别诊断

1.无黄疸型肝炎与急性胃肠炎,上呼吸道感染鉴别。

2.黄疸型与下列疾病鉴别

(1)急性黄疸型肝炎与中毒性肝炎、钩体病黄疸出血型、胆道结石或炎症、肝脓肿、肝脏肿瘤鉴别。

(2)慢性肝炎与肝硬变、肝癌鉴别。

(3)肝炎后胆红素增多症、先天性(家族性)非溶血性黄疸鉴别。

三、检查项目

(1)血常规。

(2)尿常规、尿三胆。

(3)肝酶谱。

(4)乙肝病毒三大抗原抗体

(5)重型患者查肾功能、出凝血时间、血小板、凝血酶原、 Na^+ 、 K^+ 、 Cl^- 、血氨等。

(6)慢性肝炎查血清蛋白、必要时肝扫描、肝脏穿刺。

四、治疗要点

1. 急性肝炎

(1)一般治疗

①休息 隔离期不少于发病后 40d 或黄疸后 30d。

②饮食 选用易消化、维生素含量丰富的清淡食物,食欲改善后可适当增加热量和蛋白质、避免给予油腻食物。

(2)药物治疗 ①适当补充维生素 B 族和维生素 C,有出血倾向者给予维生素 K。②降低转氨酶选用联苯双脂 25mg,3/d,可用垂盆草、五味子(冲剂、丸剂)等。③如果 HBsAg 阳性可用干扰素(IFN)阻断病毒复制,用量 50~100 万 U 肌注,疗程 2~3 周。阿糖腺苷(Ara-A)15~20mg/(kg·d),静滴 2~3 周。也可用聚肌胞(PolyIC)20~40mg/kg,肌注或静注,每周 2 次。

2. 急性黄疸型肝炎 一般治疗与急性肝炎相同。黄疸可用 50%茵栀黄注射液 40~80ml,加入 10%葡萄糖液 500ml 中静滴。如果黄疸持续不退者,可试用维生素 AD 注射液 0.5ml,肌注,1/d,2 周一疗程。或使用强的松 30~60mg/d,黄疸退后减量维持,疗程不少于 3 周。

3. 慢性迁延性肝炎 有活动时与急性肝炎处理相同。

4. 慢性活动性肝炎 ①给予高蛋白饮食,助消化药和复合维生素 B。②护肝,可用能量合剂或 10%葡萄糖液加维生素 C 1~2g,静滴,疗程 2 周左右。③根据情况慎用免疫抑制剂,强的松 30mg/d,硫唑嘌呤 50mg,症状控制后减量维持。

5. 淤胆型肝炎的治疗 同急性肝炎,根据病情的发展可用强的松 10mg,3/d,症状控制后减量维持。

6. 重症肝炎

(1)减少肠道氨的来源与吸收 控制蛋白质的摄入,使用新

霉素或巴龙霉素口服或灌肠,可给予乳果糖 15~20g,口服,3/d。可用谷氨酸钠 23~46g/d,静滴。

(2)防治脑水肿、补充电解质 有颅内压增高者给予高渗脱水剂,如甘露醇、山梨醇等。也可给予血管扩张剂、改善微循环;如东莨菪碱。

(3)调节氨基酸代谢失调 可用支链氨基酸,如六合氨基酸 250ml,静滴。

(4)胰高血糖素——胰岛素疗法(G—I 疗法)具有促进肝细胞再生作用,阻止肝细胞进一步坏死。用法,胰高血糖素 1mg,加正规胰岛素 8~10U,加 10%葡萄糖 500ml,静滴。

(5)防治 DIC 与出血 ①出血量多者输新鲜血或血浆代用品。②有 DIC 者,用肝素 1mg/kg,加入 10%葡萄糖液内、静滴。密切观察病情变化,必要时重复一次。

(6)肝肾综合征的治疗 采用腹膜透析或血液透析。

第 2 节 伤寒和副伤寒

本病是分别由伤寒杆菌及甲、乙、丙型副伤寒杆菌引起的急性肠道传染病。典型病例以持续发热、全身中毒症状、相对缓脉、玫瑰疹、脾脏肿大与白细胞减少为特征。以肠出血和肠穿孔为主要并发症。

一、诊断依据

1. 缓慢起病。
2. 持续发热 5d 以上,可呈稽留热、弛张热、不规则热型。
3. 特殊中毒症状,如表情淡漠、神志呆滞、重者谵妄、神志不清。
4. 消化道症状食欲减退、腹痛、腹胀,或便秘。
5. 相对缓脉,出现玫瑰疹(病程 7~10d)。

6. 脾脏肿大,部分病人肝脏肿大。
7. 白细胞数减少,嗜酸性粒细胞减少或消失。
8. 参考流行病学资料。

附鉴别副伤寒,以下几点可作参考。

1. 临床表现,潜伏期短为 6~8d(伤寒为 10~14d)。起病较急、体温上升快、波动大,中毒症状轻,消化道症状多见、出现早。皮疹少见,如有则出现较早、形大、数目多。

2. 实验室检查 肥达氏反应有一定特异性。

二、鉴别诊断 应与病毒感染、疟疾、急性血吸虫病、血行播散性结核病、败血症、恶性网状细胞病等鉴别。

三、检查项目

1. 白细胞数减少,嗜酸性粒细胞减少或消失。

2. 肥达氏反应在第 2 周开始阳性。“O”抗原凝集价 1:80 以上,“H”抗原凝集价 1:160 以上,有诊断价值。少数病人在病程中始终阴性,故肥达氏反应阴性不能排除伤寒与副伤寒。

3. 血培养阳性,在第 1~2 周阳性率最高。病程中骨髓培养可呈阳性。

4. 尿粪培养在第 3~4 周阳性率较高。

四、并发症

1. ①肠出血是主要并发症,多发生在病程第 2~3 周。②肠穿孔多发生在病程第 3 周。

2. 中毒性心肌炎、支气管炎与支气管肺炎等。

五、治疗要点

1. 一般疗法

(1)按消化道传染病常规隔离。

(2)饮食 发热时给高热量流质或半流质饮食,热退后改为普通饮食。

(3)护理 观察体温、脉搏和血压,注意口腔清洁、防止褥疮和肺部感染。

(4)对症处理 高热时用物理降温,如冰袋、温水擦浴等方法,不宜用大量退热剂。可选用亚冬眠疗法。便秘时用生理盐水低压灌肠,禁用泻药。腹胀时用肛管排气。中毒症状重者用肾上腺皮质激素。

2. 病原治疗

(1)氯霉素 成人剂量 $1\sim 1.5\text{g/d}$,儿童 $30\sim 50\text{mg/kg}$,分 $3\sim 4$ 次口服或静滴,热退后减半量,维持用药 $7\sim 14\text{d}$ 。用药期间白细胞数在 $3\times 10^9/\text{L}(3000/\text{mm}^3)$ 以下,考虑停药或更换其他药物。

(2)复方新诺明 成人剂量每次口服 3 片,每日 2 次,热退后改为 2 片。疗程 $7\sim 14\text{d}$ 。

(3)氨苄青霉素 成人剂量 $2\sim 4\text{g/d}$,儿童 $40\sim 80\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$,肌注或静滴。

(4)羧氨苄青霉素 成人剂量 $2\sim 4\text{g/d}$,儿童 $100\text{mg}/(\text{kg}\cdot\text{d})$,分 4 次口服,疗程 $2\sim 3$ 周。

(5)吡哌酸 0.5g ,口服, $3\sim 4/\text{d}$ 。

(6)氟哌酸 0.6g ,口服, $3/\text{d}$ 。

3. 并发症的治疗

(1)肠出血 卧床休息,大出血者禁食至出血停止后 24h ,观察血压、脉搏及大便情况。酌情使用止血药物、抗血纤溶芳酸,适当补液,根据病情可考虑输血。

(2)肠穿孔 转外科手术,选用广谱抗生素控制感染。

(3)中毒性心肌炎 绝对卧床休息,观察心律、脉搏及血压变化,酌情考虑使用强的松。如有心律失常者,针对不同类型治疗。

第3节 细菌性痢疾

细菌性痢疾,简称菌痢,是由痢疾杆菌引起的急性肠道传染病。以腹痛、腹泻、里急后重、排粘液脓血样大便为特征。

一、诊断依据

1. 急性菌痢的临床表现 ①轻者类似急性肠炎、腹泻、稀便带少量粘液,里急后重感轻。②典型者突然发病,伴有发热、腹泻、粘液脓血便,日数十次,里急后重,腹痛和左下腹压痛。脱水、酸中毒及电解质平衡紊乱。③结合流行病学资料,有菌痢接触史和不洁饮食史,多发生于夏秋季。

2. 慢性菌痢的临床表现 ①多次反复发生腹泻、粘液、泡沫便、少数脓血便。②病程超过2个月以上。③触诊 左下腹触及索状物和按痛。④流行病学资料有菌痢病史。

3. 中毒性菌痢的临床表现 ①突然起病、寒战、高热、烦躁、抽搐、嗜睡、谵妄、昏迷及惊厥。呼吸功能衰竭与休克。②早期肠道症状不明显。③1~7岁儿童多见。④夏秋季多见。

二、鉴别诊断

1. 急性菌痢 与细菌性肠炎、病毒性肠炎、食物中毒、阿米巴痢疾等鉴别。

2. 慢性菌痢 与慢性血吸虫病、溃疡性结肠炎、肠结核、肠息肉、慢性阿米巴痢疾、直肠癌等鉴别。

3. 中毒性菌痢 与脑型疟疾、中毒性休克、乙脑等鉴别。

三、检查项目

1. 血象 白细胞数和中性粒细胞增高,有核左移现象。

2. 大便常规 ①粪质少,有粘液和脓血。②镜检有大量脓细胞、红细胞及巨噬细胞。③取新鲜粪便或肛拭子培养,如有痢疾杆菌生长可确诊。

3. 乙状结肠镜检 可发现粘膜充血、出血、水肿、表浅溃疡或肥厚。

四、治疗要点

1. 急性菌痢

(1) 一般治疗与对症处理 ①按肠道传染病隔离,临床症状消失大便连续 2 次培养阴性,方可解除隔离。②卧床休息,给予流质或半流质饮食。③如有脱水者口服 ORS 液,必要时给 5%葡萄糖盐水或平衡盐静滴。有酸中毒者补碱性药物。④如有高热者用解热镇痛药或物理降温。⑤如有腹痛给颠茄合剂 10ml, 3/d;普鲁本辛 15mg, 3/d;服止宁 10mg, 3/d 或用热水袋局部热敷。

(2) 病原治疗 ①一般选用复方新诺明 2 片, 2/d。②氟哌酸 0.1~0.2g, 3~4/d。③吡哌酸 0.5g, 3~4/d。④呋喃唑酮 0.4g/d, 分 4 次口服。⑤氯霉素 0.25g, 4/d。⑥庆大霉素 12~14 万 U/d, 分 3 次肌注。疗程 5~7d。

(3) 中医中药治疗 ①黄连素 0.3~0.4g, 4/d, ②大蒜、马齿苋、苦参、绿茶可选择使用。

2. 慢性菌痢

(1) 一般治疗 给予少渣易消化饮食,有肠道寄生虫者应驱虫。

(2) 调整肠道功能和菌群失调 可用乳酸杆菌制剂,如表飞鸣等。

(3) 病原治疗 ①有条件者根据药敏程度给药,联合用药,延长疗程及重复治疗或间歇用药。②药物选择同急性菌痢,疗程连用 5d,停药 2d,然后再用 5d。

(4) 保留灌肠 0.2%呋喃西林 100~200ml,或 5%大蒜液 100ml 加呋喃西林 0.2g,强的松 10mg,每晚 1 次,10~15d 为一疗程。

(5)菌苗治疗 一般结合抗生素疗法时加用混合菌苗或自身菌苗 0.25ml,逐渐增至 2.5ml,皮下注射,1/d,20d 为一疗程。

3. 中毒型菌痢

(1)一般治疗 保持呼吸道通畅、平卧、给氧。

(2)病原治疗 ①氨苄青霉素 50mg/kg,静滴,②氯霉素静滴,成人剂量 2.0g/d,儿童剂量 50mg(kg./d),庆大霉素成人剂量 12 万~24 万 U,分 2~3 次,儿童 3~6 万 U/kg,2~3/d。

(3)高热惊厥的处理 用亚冬眠疗法可降温止痉。①氯丙嗪和异丙嗪各 1~2mg/kg,肌注或静注,根据病情 2~4h 可重复 1 次。必要时可加用安定 10mg,肌注,小儿每岁 1mg,也可用水合氯醛 40~60mg/kg,保留灌肠。②用冰袋,置于大血管处。或用氯化可的松加入液体中静滴。

(4)循环衰竭的处理 ①补充血容量,等渗电解质液占 1/2~1/3,排尿后补钾。②纠正酸中毒,用 5%碳酸氢钠 5ml/kg,或 11.2%乳酸钠 3ml/kg,静滴可提高二氧化碳结合力 4.5mmol/L (10 容积%),然后根据化验结果调整。③升血压,如经补容后周围循环功能不见好转者,可选用多巴胺 10~20mg,加入液体中静滴。④有心功能不全者,用西地兰 0.2~0.4mg,静注。

(5)脑水肿和呼吸衰竭的处理 ①如有脑水肿时,用 20%甘露醇或 25%山梨醇 1.5~2g/kg,快速静滴,必要时重复 1 次 (6~8h)。②如出现呼吸功能衰竭,可用于呼吸中枢兴奋药如可拉明,人工呼吸,气管插管等。

第 4 节 流行性脑脊髓膜炎

流行性脑脊髓膜炎,简称流脑,是由脑膜炎双球菌引起的一种急性呼吸道传染病。主要表现以突起高热、头痛、呕吐、皮肤粘膜瘀点和脑膜刺激征为特征。