

内科疾病诊疗基础

NEIKE JIBING ZHENLIAO JICHU

范建场 等 主编



第四军医大学出版社

内科疾病诊疗基础

NEI KE JI BING ZHEN LIAO JI CHU

主 编：范建场 寇建会 周晓琳 马位敏

宋立存 马会敏 贾连春



第四军医大学出版社·西安

图书在版编目(CIP)数据

内科疾病诊疗基础/范建场等主编. -西安:第四军医大学出版社,
2007.5

ISBN 978-7-81086-339-1

I.内… II.范… III.内科-疾病-诊疗-基础 IV.R5-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2007)第075631号

内科疾病诊疗基础

主 编	范建场 寇建会 周晓琳 马位敏 宋立存 马会敏 贾连春
责任编辑	杨耀锦
出版发行	第四军医大学出版社
地 址	西安市长乐西路17号(邮编:710032)
电 话	029-84776765
传 真	029-84776764
网 址	http://press.fmmu.sn.cn
印 刷	涿州市京南印刷厂
版 次	2007年6月第1版 2007年6月第1次印刷
开 本	850×1168 1/32
印 张	10.5
字 数	280千字
书 号	ISBN 978-7-81086-339-1/R·271
定 价	23.00元

(版权所有 盗版必究)

编著者名单（排名不分先后）

主 编：范建场 寇建会 周晓琳 马位敏
宋立存 马会敏 贾连春

副主编：侯殿玺 黄嘉乔 赵 辉 于占庆
张林洁 田东莲 李卫华 李炳华
王惠阁 翟章锁 李晓红

编著者：（按姓氏笔画为序）

弓荣泉 王 虹 王晓琦 石军荣
石亚昕 刘敏芳 刘惠军 邢亚坤
宋兴建 何晓蕊 杨 文 张 虎
张 彦 张金卓 张博海 张春英
张 郁 吴丽平 陈 曦 孟 洁
卓振山 赵 琦 姚和梅 郝英霞
贾志学 高新萍 曹喜瑞 黄 晨
葛树奇 程连房 韩 芳 潘海霞

内 容 提 要

本书共六章，主要介绍了呼吸、消化、循环、内分泌、血液、泌尿等6个系统常见疾病的内科诊断和治疗方法。全书运用现代医学和祖国医学的理论，结合临床实践，从中西医角度进行较全面的科学论述，旨在对基层医务人员，特别是内科主治医师的临床实践有所裨益。本书内容翔实，重点突出，有较强的指导性和实用性；可作为基层医务人员、社区广大医护人员临床指导用书，亦可供医学院校学生学习参考。

前 言

随着医学基础理论不断发展，辅助诊断技术的日益增多，治疗方案和药物选择的余地也就愈来愈广。然而，医师在临床工作中的首要任务，就是以最适应特定病例特点、情况的原则，在短时间内就诊断和治疗作出最佳的决策，这些对临床医师的工作提出了新的更高的要求。本书继承祖国医学的辉煌成果，运用现代医学和祖国医学的基础理论，结合临床实践经验，遵循实用的原则，从中西医的角度全面、系统地总结了内科常见疾病的诊断与治疗方案。旨在帮助基层医务工作者，特别是内科主治医师及时诊断和规范化治疗疾病，以更大程度解除病人的痛苦及挽救患者生命。

编写本书的作者均是长期工作在临床一线，有丰富工作经验，熟练掌握本专业技术的内科医师编著。本书以科学性、指导性、实用性为宗旨，对内科常见疾病的最新诊断标准和治疗方案进行归纳，目的在于为内科医师提供一本既具有临床实用价值，又能反映当今内科诊疗水平的工具书。

全书共分六章，主要介绍了呼吸、消化、循环、内分泌、血液、泌尿等6个系统常见疾病的内科诊断和治疗方法。本书内容翔实，重点突出，有较强的指导性和实用性；可作为基层医务人

员、社区广大医护人员临床指导用书，亦可供医学院校学生学习参考。

本书在构思和编写过程中，参阅了众多医学著作和文献，力求在继承的基础上创新和发展。但由于篇幅有限，时间紧迫，难免在编写过程中出现疏漏，甚至错误之处，诚恳期望广大同仁和读者批评指正，以便修订时改进。

编 者

2007年3月

目 录

第一章 呼吸系统疾病诊疗基础

第一节 慢性支气管炎	1
第二节 阻塞性肺气肿	5
第三节 慢性肺源性心脏病	8
第四节 呼吸衰竭	15
慢性呼吸衰竭	16
急性呼吸窘迫综合征	22
第五节 支气管哮喘	25
第六节 肺炎	32
肺炎球菌肺炎	32
金黄色葡萄球菌肺炎	37
肺炎支原体肺炎	38
肺念珠菌病	39
传染性非典型肺炎	41
第七节 肺结核	43
第八节 支气管扩张	54

第二章 消化系统疾病诊疗基础

第一节 胃炎	60
急性胃炎	60
慢性胃炎	63
第二节 消化性溃疡	67

第三节 炎症性肠病	74
溃疡性结肠炎	74
克罗恩病	81
第四节 肝硬化	86
第五节 肝性脑病	95
第六节 急性胰腺炎	103
第七节 上消化道出血	109

第三章 循环系统疾病诊疗基础

第一节 慢性心力衰竭	120
第二节 快速性心律失常	133
期前收缩	133
阵发性室上性心动过速	137
房室结折返性心动过速	139
房室折返性心动过速	141
心房颤动	142
第三节 缓慢性心律失常	146
病态窦房结综合征	146
房室传导阻滞	149
第四节 原发性高血压	153
第五节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	162
心绞痛	163
稳定型心绞痛	164
不稳定型心绞痛	171
心肌梗死	173
第六节 病毒性心肌炎	188

第四章 内分泌系统疾病诊疗基础

第一节 甲状腺功能亢进症	192
--------------	-----

第二节 甲状腺功能减退症·····	202
第三节 库欣综合征·····	206
第四节 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症·····	210
第五节 糖尿病·····	214
糖尿病酮症酸中毒·····	226
高渗性非酮症糖尿病昏迷·····	229
第六节 骨质疏松症·····	230

第五章 造血系统疾病诊疗基础

第一节 缺铁性贫血·····	236
第二节 再生障碍性贫血·····	241
第三节 巨幼细胞性贫血·····	245
第四节 白血病·····	249
急性白血病·····	250
慢性粒细胞白血病·····	258
慢性淋巴细胞白血病·····	263
第五节 淋巴瘤·····	265
第六节 弥散性血管内凝血·····	272

第六章 泌尿系统疾病诊疗基础

第一节 急性肾小球肾炎·····	277
第二节 急进性肾小球肾炎·····	282
第三节 慢性肾小球肾炎·····	284
第四节 肾病综合征·····	289
第五节 尿路感染·····	299
第六节 急性肾衰竭·····	305
第七节 慢性肾衰竭·····	312

第一章 呼吸系统疾病诊疗基础

第一节 慢性支气管炎

慢性支气管炎(chronic bronchitis, 简称慢支)是指气管、支气管黏膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。本病若缓慢进展,常并发阻塞性肺气肿,甚至肺动脉高压、肺源性心脏病。它是一种严重危害人民健康的常见病,尤以老年人多见。慢支的病因尚不完全清楚,但与大气污染、吸烟、感染、过敏因素等有关。

慢性支气管炎分为单纯型和喘息型两型:①单纯型:主要表现为咳嗽、咳痰;②喘息型:除有咳嗽、咳痰外,尚有喘息和哮鸣音。

按病情进展分为三期:

1.急性发作期 指在一周内出现脓性或黏液脓性痰,痰量明显增加,或伴有发热等炎症表现,或“咳”、“痰”、“喘”等症状任何一项明显加剧。

2.慢性迁延期 指有不同程度的“咳”、“痰”、“喘”症状迁延一个月以上者。

3.临床缓解期 经治疗或临床缓解,症状基本消失或偶有轻微咳嗽和少量痰液,维持两个月以上者。

本病属中医“咳嗽”范畴。咳不离肺,亦与其他脏腑密切相关。盖肺为娇脏,不耐邪侵,脾肾为生痰之源,肺为贮痰之器,无论外感内伤,五脏六腑病变,皆令人咳。

【现代医学】

一、诊断要点

根据咳嗽、咳痰或伴喘息,每年发病持续三个月,连续两年

或两年以上,并排除其它心、肺疾患(如肺结核、尘肺、哮喘、支气管扩张、肺癌、心脏病、心力衰竭等)时,可作出诊断。如每年发病持续不足三个月,而有明确的客观检查依据(如X线、呼吸功能等)亦可诊断。

二、辅助诊断

1. 血液检查 细菌感染时可出现白细胞总数和中性粒细胞增高。喘息型者嗜酸性粒细胞可增高。

2. 痰液检查 可培养出致病菌。涂片可发现革兰阳性菌或革兰阴性菌,或大量中性粒细胞和已破坏的杯状细胞。喘息型者痰中可见较多的嗜酸性粒细胞。

3. 呼吸功能检查 早期无异常。如有小气道阻塞时,最大呼气流速-容量曲线在75%和50%肺容量时,流量明显降低。发展到有阻塞性通气功能障碍时,第一秒用力呼气量占用力肺活量的比值减少($<70\%$),最大通气量减少($<$ 预计值的80%),流速-容量曲线减低更为明显。

4. X线检查 早期可无异常。长期反复发作者,可见肺纹理增粗、紊乱,呈网状或条索状、斑点状阴影,以双肺下野明显。

三、鉴别诊断

1. 支气管哮喘 ①常有家庭或个人过敏性疾病史;②以发作性哮喘为特征,发作时两肺满布哮鸣音,缓解后可无症状;③喘息型慢性支气管炎以咳嗽、咳痰为主,伴发喘息,症状缓解后,肺部仍可听到哮鸣音;④哮喘并发慢支和(或)肺气肿时则难以鉴别,应详细询问病史。

2. 肺结核 ①有慢性咳嗽、咳痰等病史;②有发热、乏力、盗汗及消瘦等结核中毒症状;③痰液检查及胸部X线检查可助鉴别。

3. 肺癌 ①多数有数年吸烟史;①可有刺激性咳嗽,常有反复发生或持续时间较长的痰中带血,或者慢性咳嗽性质发生改变;③胸部X线检查和痰脱落细胞学及纤维支气管镜检查可助鉴别。

4. 支气管扩张 ①有咳嗽、咳痰反复发作的特点，常有反复咯血，合并感染时有多量脓性痰；②胸部X线检查可见到双肺中下野肺纹理粗乱或呈卷发样；③薄层高分辨CT检查有助诊断。

5. 慢性肺间质性疾病 ①临床表现为进行性加重的呼吸困难，多伴有咳嗽、咳痰；②肺功能检查为限制性通气功能障碍和弥散功能下降的特点；③肺活检可确诊。

四、治疗要点

针对慢性支气管炎的病因、病期和反复发作的特点，采取防治结合的综合措施。

(一) 急性发作期的治疗

1. 控制感染 根据感染的主要致病菌和药物敏感试验选用抗菌药物。

2. 祛痰、镇咳 常用药物有：氯化铵合剂、必嗽平、沐舒坦等。对老年体弱无力咳痰或痰量较多者，以祛痰为主，不主张用强镇咳药物，以防痰液不能排出而加重病情。

3. 解痉、平喘 有气喘者，可用解痉平喘药，茶碱类如氨茶碱、 β_2 受体激动剂如沙丁胺醇等及抗胆碱能药物如异丙托品等，根据患者对药物的反应选择使用。

4. 气雾治疗 雾化吸入，可增加气道的湿化，有助于痰液排出。可用生理盐水或加入溴己新、异丙托溴胺等。

(二) 缓解期治疗

加强体质锻炼，提高自身抗病能力。积极防治上呼吸道感染和消除对呼吸道的刺激因素，如戒烟、加强个人卫生、采用免疫治疗等。

【中医学】

一、诊断

1. 辨证依据

(1) 有慢性咳嗽病史；

(2) 有脏腑功能失调，痰湿或痰热蕴肺，外感诱发等病因；

(3) 出现咳嗽、喉痒、咯痰、胸闷或胸痛等症状；

(4) 舌淡或红，苔白腻或黄腻，脉细缓或滑数。

2. 临床分型

(1) 咳嗽，咳白色清稀痰，头痛恶寒、鼻塞、流涕、舌苔薄白、脉浮者为风寒咳嗽型；

(2) 咳嗽吐黄稠痰，咳痰不爽，发热口渴，咽喉肿痛，尿黄，舌红苔薄黄，脉浮数者为风热咳嗽型；

(3) 干咳无痰，鼻燥咽干，恶风发热，咳甚胸痛，舌尖红，苔薄黄而燥，脉细数者为阴虚外感燥热咳嗽型；

(4) 咳嗽痰多，痰白清稀，气短倦怠，胸脘痞闷，纳少便溏，溲清，舌淡苔白腻，脉缓或濡滑者为阳虚痰湿咳嗽型；

(5) 咳嗽气逆，牵引胸胁作痛，面赤烦渴，舌红苔薄黄少津，脉弦数者为肝火犯肺咳嗽型。

二、治疗

1. 治疗原则 外感咳嗽，宣肺透邪为宜，忌过早收敛滋补；内伤咳嗽，调理脏腑为主，须标本兼顾。

2. 治疗方法

(1) 风寒咳嗽型用麻黄汤或小青龙汤加减：麻黄 10g，桂枝 10g，杏仁 9g，干姜 6g，细辛 9g，泡参 30g，茯苓 15g，厚朴 9g，川芎 9g，淫羊藿 15g；

(2) 风热咳嗽型用银翘散与麻杏石甘汤加减：金银花 15g，麻黄 9g，杏仁 9g，桔梗 9g，芦根 30g，苦葵 15g，枳实 12g，薏苡仁 30g，黄芩 9g，生石膏 25g；

(3) 阴虚外感燥热咳嗽型用沙参麦冬汤与麻杏石甘汤加减：明沙参 30g，麦冬 15g，杏仁 9g，麻黄 10g，芦根 30g，桔梗 9g，生石膏 25g，甘草 3g；

(4) 阳虚痰湿咳嗽型用理中汤合苓桂术甘汤加减：泡参 40g，茯苓 20g，桂枝 10g，干姜 10g，苍术 9g，厚朴 9g，川芎 9g，淫羊藿 30g，白蔻 9g；

(5)肝火犯肺咳嗽型用黛蛤散合清金化痰汤加减:青黛 12g,海蛤壳 12g,瓜壳 15g,麦冬 15g,桑皮 9g,知母 15g,黄芩 9g,川贝粉 6g(冲服)。针灸治疗主穴选用肺俞、曲池、合谷、太冲、丰隆,灸肺俞、肾俞、气海、足三里。

第二节 阻塞性肺气肿

阻塞性肺气肿(Obstructive pulmonary emphysema, 简称肺气肿)系指终末细支气管远端(呼吸性细支气管、肺泡管、肺泡囊和肺泡)的气道弹性减退、过度膨胀、充气和肺容积增大,并伴有气道壁破坏的病理状态。引起慢性支气管炎的各种因素如吸烟、感染、大气污染、过敏等,均可引起阻塞性肺气肿。

阻塞性肺气肿按其临床及病理生理特征可分为下列类型:

1. 气肿型(又称红喘型, PP 型) 其主要病理改变为全小叶型或伴小叶中央型肺气肿。临床上起病隐袭,常由于过度通气,可维持动脉血氧分压正常,呈喘息状,晚期可发生呼吸衰竭或伴右心衰竭。

2. 支气管炎型(又称紫肿型, BB 型) 其主要病理变化为慢支伴小叶中央型肺气肿,易反复发生呼吸道感染,导致呼吸衰竭和右心衰竭。

3. 混合型 以上两型为典型的特征性类型,临床上二者常同时存在者,称为混合型。

本病属中医“咳喘”、“肺胀”范畴。由于肺脾肾气虚,痰浊阻肺,加之外感六淫而诱发。

【现代医学】

一、诊断

(一)临床表现

1. 症状 在原发病症状的基础上出现逐渐加重的呼吸困难。慢支急性发作时,胸闷、气促加重,严重时可能出现呼吸衰竭的症

状,如发绀、头痛、嗜睡、神志恍惚等。

2. 体征 早期体征不明显。典型的体征为桶状胸,呼吸运动减弱;语音震颤减弱,叩诊呈过清音,心浊音界缩小或消失,肝浊音界下移;听诊呼吸音减弱,呼气延长。并发感染时肺部可有干、湿罗音。如出现剑下心脏搏动,该处的心音明显强于心尖区,常提示并发慢性肺源性心脏病。

(二)辅助诊断

1. 血象 一般无异常,继发感染时可出现白细胞、中性粒细胞增高。

2. 痰液检查 痰培养可出现致病菌。

3. 呼吸功能检查 慢支并肺气肿时,呼吸功能既有通气功能障碍,如第一秒用力呼气量占用力肺活量的比值($FEV_1/FVC\%$) $<60\%$,最大通气量低于预计值的 80% ;尚有肺容积变化,如残气量增加,残气量占肺总量的百分比增加,超过 40% 对诊断阻塞性肺气肿有重要意义。

4. 动脉血气分析 早期无变化,随病情发展,动脉血氧分压(PaO_2)降低,二氧化碳分压($PaCO_2$)升高,可出现呼吸性酸中毒,pH值降低。

5. X线检查 肺容积扩大,肋骨平行,肋间隙增宽,肺透亮度增加,横膈下移。

二、鉴别诊断 参阅本章第一节。

三、并发症

1. 自发性气胸 肺气肿易并发自发性气胸。如有突然加剧的呼吸困难,并伴有明显的胸痛、发绀,体检患侧肺呼吸音减弱或消失,叩诊为鼓音,应考虑气胸存在,通过X线检查,可明确诊断。

2. 肺部急性感染 易并发支气管肺炎,常有畏寒、发热、呼吸困难、咳嗽、咳痰加重、血象检查异常等。

3. 慢性肺源性心脏病 详见本章第三节。

四、治疗要点

主要改善呼吸功能，提高患者工作、生活能力，针对病因及并发症进行预防。①解除气道阻塞中的可逆因素；②控制咳嗽和痰液的生成；③消除和预防气道感染；④控制各种合并症；⑤避免吸烟和其他气道刺激物、麻醉和镇静剂、非必要的手术或所有可能加重本病的因素；⑥解除患者常伴有的精神焦虑和忧郁。

具体措施如下：

1. 提高机体抵抗力，增强呼吸功能 预防呼吸道感染至关重要，可采取耐寒锻炼，并针对原发病进行防治。呼吸功能锻炼可采取以下措施：①作腹式呼吸，缩唇缓慢呼气，以加强呼吸肌的活动，增加膈肌的活动能力；②全身运动，如步行、踏车、广播操、呼吸操、太极拳等，锻炼呼吸循环功能。

2. 家庭氧疗 每天10~15h(1~2L/min)持续的给氧可延长生命。

3. 控制感染 急性发作期根据病原菌或经验应用有效抗菌药物。

4. 支气管舒张剂 酌情应用舒张支气管药物，如抗胆碱药、茶碱类、 β_2 肾上腺素受体激动剂。

【中医学】

一、诊断

1. 辨证依据

(1)有慢性咳喘病史；

(2)有脾肾虚损，痰浊阻肺，外邪诱发等病因；

(3)出现咳嗽上气，喘息抬肩，胸闷心悸，动则尤甚，面目浮肿等症状；

(4)舌淡红，苔腻，脉细。

2. 临床分型

(1)咳喘气短难续，胸闷心悸，自汗畏寒，痰多易咯，便溏溲清，舌淡苔白，脉细弱者，为气虚痰湿证；