



临床疾病诊疗、检验与护理程序丛书

LINCHUANG JIBING ZHENLIAO JIANYAN YU HULI CHENGXU CONGSHU

内科疾病诊疗程序

NEIKE JIBING ZHENDUAN CHENGXU

总主编 马 智

主 编 李宝祥 狄琢玉 甄淑芳



军事医学科学出版社

★临床疾病诊疗、检验与护理程序丛书

内科疾病诊疗程序

总 主 编 马 智

主 编 李宝祥 狄琢玉 甄淑芳

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

内科疾病诊疗程序/李宝祥,狄琢玉,甄淑芳主编.

- 北京:军事医学科学出版社,2007.8

(临床疾病诊疗、检验与护理程序丛书/马智总主编)

ISBN 978-7-80121-991-6

I. 内… II. ①李… ②狄… ③甄… III. 内科-疾病-诊疗
IV. R5

中国版本图书馆CIP数据核字(2007)第110227号

出 版: 军事医学科学出版社

地 址: 北京市海淀区太平路27号

邮 编: 100850

联系电话: 发行部: (010)63801284

63800294

编辑部: (010)66884418, 86702315, 86702759

86703183, 86702802

传 真: (010)63801284

网 址: <http://www.mmsp.cn>

印 装: 三河佳星印装有限公司

发 行: 新华书店

开 本: 850mm × 1168mm 1/32

印 张: 12.375

字 数: 304千字

版 次: 2007年8月第1版

印 次: 2007年8月第1次

全套定价: 168.00元 每册定价: 24.00元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内 容 提 要

本书重点论述了内科常见疾病的诊疗过程,涉及疾病近 80 种。书中从医生接触患者的角度,对每一种疾病的诊疗过程进行了清晰阐述,从询问病史到体格检查、辅助检查;从诊断、鉴别诊断到治疗方案,每一步骤都为医生提供了精辟的指导。本书力求简明、实用、规范,旨在提高内科医生临床诊疗水平和能力。

《内科疾病诊疗程序》编委会

总 主 编 马 智

主 编 李宝祥 狄琢玉 甄淑芳

副 主 编 姚丽娜 胡江敏 刘宝敏

刘存义 霍明立 张建英

刘东立 乔素伟

编 委 曹彦敏 封小强 常 青

张晓航 张建雷 于福达

邢国辉 曹志民 陈治国

魏士贤 郝建峰

前 言

临床医学是一门实践性很强的学科。医学院校毕业后走上工作岗位的住院医师、经验不足的临床大夫,在实践中必将面临着许许多多的实际问题,如何将书本上汲取来的理论知识与临床实践相结合,如何将书本中学到的对疾病的介绍与临床上复杂的患者主诉及病情相结合,如何对具有相似临床表现的疾病做出正确的诊断和鉴别诊断,并给出切实可行的治疗方案,在诊断过程中又该依据怎样的先后程序等。为此,我们组织了具有丰富临床经验的一线专家编写了这套《临床疾病诊疗、检验与护理程序丛书》。编写本书的目的就是从临床实用的角度出发,给临床医师一个清晰明了的诊疗指导,在理论知识与临床实践中架设一座桥梁,使住院医师能在短时间内掌握诊断、治疗的基本流程,提高专业技能。

本套著作共含七册,《内科疾病诊疗程序》、《外科疾病诊疗程序》、《妇产科疾病诊疗程序》、《儿科疾病诊疗程序》、《五官科疾病诊疗程序》、《临床疾病检验诊断程序》、《实用临床护理程序》。主要涉及相应临床中常见疾病,从医师接触患者的角度,对每一种疾病的诊疗过程进行了清晰阐述,从询问病史到进行体格检查、辅助检查,从诊断、鉴别诊断到提出治疗方案,都为医师提供了方便、简捷的指导。

本套著作力求简明、实用、规范,旨在提高临床医师的临床诊疗水平和能力。是住院医师、基层医务工作者常备的参考书。

由于编者能力及时间所限,文中不足之处在所难免,望广大读者赐教。

编者

2007年5月

目 录

第一章 呼吸系统疾病	(1)
第一节 急性上呼吸道感染	(1)
第二节 急性气管-支气管炎	(4)
第三节 慢性阻塞性肺疾病	(7)
第四节 肺脓肿	(13)
第五节 支气管哮喘	(17)
第六节 呼吸衰竭	(26)
第七节 肺结核	(33)
第八节 支气管肺癌	(38)
第九节 支气管扩张症	(49)
第二章 消化系统疾病	(54)
第一节 食管癌	(54)
第二节 胃炎	(58)
第三节 胃癌	(65)
第四节 溃疡型结肠炎	(69)
第五节 大肠癌	(75)
第六节 功能性消化不良	(79)
第七节 肝硬化	(83)
第八节 原发性肝癌	(89)
第九节 胰腺炎	(97)
第十节 胰腺癌	(109)
第十一节 上消化道出血	(114)

第三章 循环系统疾病	(121)
第一节 心肌炎	(121)
第二节 先天性心脏病	(126)
第三节 高血压	(133)
第四节 心脏瓣膜病	(139)
第五节 冠心病	(155)
第六节 心包炎	(179)
第四章 泌尿系统疾病	(188)
第一节 肾小球肾炎	(188)
第二节 肾病综合征	(196)
第三节 IgA 肾炎	(200)
第四节 间质性肾炎	(204)
第五节 尿路感染	(209)
第六节 急性肾功能衰竭	(214)
第五章 内分泌系统疾病	(221)
第一节 甲状腺功能亢进症	(221)
第二节 甲状腺功能减退症	(229)
第三节 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症	(233)
第四节 嗜铬细胞瘤	(236)
第五节 原发性甲状旁腺功能亢进症	(241)
第六节 甲状旁腺功能减退症	(246)
第六章 代谢疾病和营养疾病	(250)
第一节 糖尿病	(250)
第二节 低血糖症	(263)
第三节 痛风	(267)
第四节 骨质疏松症	(274)
第七章 血液及造血系统疾病	(279)
第一节 贫血	(279)

第二节	急性白血病	(296)
第三节	过敏性紫癜	(303)
第四节	特发性血小板减少性紫癜	(306)
第五节	弥散性血管内凝血	(312)
第六节	真性红细胞增多症	(318)
第七节	原发性血小板增多症	(323)
第八章	免疫性疾病	(329)
第一节	类风湿性关节炎	(329)
第二节	系统性红斑狼疮	(336)
第三节	干燥综合征	(340)
第四节	强直性脊柱炎	(346)
第九章	神经系统疾病	(351)
第一节	脑血管疾病	(351)
第二节	特发性面神经麻痹	(358)
第三节	脊髓疾病	(361)
第四节	癫痫	(368)
第五节	偏头痛	(374)
第六节	重症肌无力	(378)

第一章 呼吸系统疾病

第一节 急性上呼吸道感染

急性上呼吸道感染(acute upper respiratory tract infection),简称上感,是鼻咽部或喉部的急性炎症,是呼吸道最常见的一种感染性疾病,多由病毒引起,少数由细菌所致,传染性强。病原入侵上呼吸道后,引起局部黏膜充血、水肿等卡他症状。本病全年皆可发病,冬春季节多发,主要通过飞沫传播,一般为散发,但常在气候突变时流行。

步骤一:病史采集

1. 现病史 应注意询问患者是否急性起病,有无喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕等卡他症状。有无咽痛、咽痒、烧灼感或声嘶的表现,有无畏寒和高热。发病前有无诱发因素,如受凉、淋雨、疲劳过度等。有无头痛、耳痛、听力下降、游走性关节疼痛等伴随症状。

2. 过去史 有无类似发作史,如有,应询问以往的诊治经过。有无肺结核、肺气肿、支气管扩张等病史。

3. 个人史 有无吸烟史,如有,应询问吸烟的每日支数及吸烟年数。

4. 家族史 一般无特殊。

步骤二:体格检查

1. 可见鼻腔黏膜、咽部充血,甚至有喉头水肿。

2. 可有扁桃体肿大、充血,甚至化脓。

3. 有时咽部、软腭及扁桃体表面可有灰白色疱疹及浅表溃

疡。

4. 肺部有无异常体征。

步骤三:辅助检查

1. 实验室检查

(1)血常规:白细胞计数多正常或稍低,分类计数淋巴细胞相对增高。细菌感染者白细胞总数与中性粒细胞可升高,并核左移。

(2)血清学检查:取急性期与恢复期血清做补体结合试验、中和试验和血凝抑制试验,如双份血清抗体效价升高4倍或以上者有助于诊断。

(3)病原学检查:以咽漱液、鼻洗液等标本接种于鸡胚羊膜腔,分离病毒,可获阳性。细菌感染者应做咽拭子细菌培养和药物敏感试验。

2. 特殊检查 X线胸部透视或胸片常无异常发现。

步骤四:诊断

(一) 诊断要点

1. 有鼻咽部的卡他症状。
2. 鼻腔黏膜、咽部充血。
3. 可有扁桃体肿大、充血,甚至化脓。
4. 有时咽部、软腭及扁桃体表面可有灰白色疱疹及浅表溃疡。

5. 外周血象正常或偏低,X线胸部检查无异常。

(二) 鉴别诊断

1. 过敏性鼻炎 常有季节性,发作与环境、气温变化或吸入刺激性气体有关。起病急,鼻腔发痒,频繁喷嚏,流清水样鼻涕。检查鼻黏膜苍白、水肿,鼻分泌物涂片可见嗜酸性粒细胞增多。

2. 急性传染病前驱症状 许多病毒性急性传染病如麻疹、脊髓灰质炎及脑炎等,发病初期常有上呼吸道感染的症状。但通过流行病及必要的实验室检查,可以鉴别。

3. 流行性感 冒 是由流感病毒引起的急性呼吸道传染病,病原体为甲、乙、丙三型流行性感冒病毒,有明显的流行史,通过飞沫传播,临床上有急起,高热、乏力、全身肌肉酸痛,全身症状重而呼吸道症状轻,病程短,有自限性,老年人和伴有慢性呼吸道疾病或心脏病的患者易并发肺炎。

4. 肺炎 一般无呼吸道卡他症状,起病初期可有高热、肌肉酸痛、咳嗽,病程4~5 d后X线胸片可见有密度增高阴影。

5. 禽流感 人类患上禽流感后,潜伏期一般为7 d以内,早期症状于其他流感非常相似,主要为发热、流涕、鼻塞、咳嗽、咽痛、头痛、全身不适,部分患者可有恶心、腹痛、稀水样便等消化道症状,有些患者可见眼结膜炎,体温多维持在39℃以上,一些患者胸部X线片还会显示单侧或双侧肺炎,少数患者伴胸腔积液。

6. 传染性非典型肺炎 也称严重呼吸窘迫综合征,起病急,表现为发热($>38^{\circ}\text{C}$)、头痛、关节酸痛、乏力、腹泻;无上呼吸道卡他症状;干咳、少痰;肺部体征不明显,严重者出现呼吸加速、明显呼吸窘迫;白细胞计数正常或偏低,淋巴细胞计数减低;肺部影像学检查发现为片状、斑片状浸润性阴影或呈网状改变。

步骤五:治疗

1. 一般治疗 应卧床休息,多饮水,室内保持适当的温度和湿度。注意增强体质,劳逸结合,生活有规律,是预防上呼吸道感染的理想方法。

2. 对症治疗 可选用含有解热镇痛及减少鼻咽部充血和分泌物的抗感冒复合剂或中成药,如对乙酰氨基酚(扑热息痛)、双酚伪麻片、银翘解毒片等。

3. 病因治疗

(1)抗菌药物治疗:如有细菌感染,可根据病原菌选用敏感的抗菌药物。经验用药,常选青霉素、第一代头孢菌素、大环内酯类或喹诺酮类。

(2) 抗病毒药物治疗: 早期应用抗病毒药有一定效果。利巴韦林有较广的抗病毒谱, 对流感病毒、副流感病毒和呼吸道合胞病毒等有较强的抑制作用。奥司他韦(oseltamivir)对甲、乙型流感病毒神经氨酸酶有较强的抑制作用, 可缩短病程。金刚烷胺、吗啉胍和抗病毒中成药也可选用。

步骤六: 注意事项

1. 观察内容 根据病史、症状、体征, 本病诊断不难。予以相应治疗后, 主要观察患者症状是否缓解, 体温是否正常; 如治疗效果不佳, 则应进一步检查, 观察血象中白细胞是否升高, 胸片有无出现新的病灶, 调整抗生素治疗方案后, 仍需要密切观察病情变化。

2. 动态观察 单纯的上感一般不需要住院治疗, 仅需对症、支持治疗, 治疗中注意观察病情变化, 如发热者体温是否降至正常, 咽喉痛是否好转等, 若病情有加重或治疗效果不明显, 则需进行进一步的鉴别诊断, 予以复查血常规、X线胸片等以调整治疗措施。对证实有细菌感染的, 应加用抗生素治疗, 并继续观察治疗效果, 同时可考虑留院观察或住院治疗。治疗后患者体温正常、症状消失, 则可考虑出院, 并嘱患者门诊随访。

第二节 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。临床主要症状有咳嗽和咯痰。常见于寒冷季节或气候突变时。可以由病毒、细菌直接感染, 也可由急性上呼吸道感染的病毒或细菌蔓延而引起本病。

步骤一: 病史采集

1. 现病史 患者就诊时, 应询问患者咳嗽、咯痰的时间, 咳嗽的声音, 是否伴有声音嘶哑等。询问患者痰液的量、颜色, 痰中是

否带有血丝。询问有无鼻塞、咽痛、流涕等上呼吸道感染的前驱症状。有无乏力、畏寒、发热和肌肉酸痛等症状。是否伴有胸闷、气急的症状。

2. 过去史 有无肺结核、支气管扩张的病史。有无类似发作史,若有,应询问以往的诊治经过。有无药物、食物过敏史,如有,应询问何种药物、食物。

3. 个人史 是否有吸烟史,如有,应询问吸烟的每日支数及吸烟年数。

4. 家族史 一般无特殊。

步骤二:体格检查

1. 部分患者两肺呼吸音正常。

2. 少数患者可在两肺听到散在干、湿性啰音,啰音部位不固定,咳嗽后可减少或消失。

步骤三:辅助检查

1. 实验室检查

(1)血常规:病毒感染时外周血白细胞计数并不增加,仅淋巴细胞相对轻度增加,细菌感染时白细胞计数 $> 10 \times 10^9/L$,中性粒细胞计数也升高。

(2)痰培养:可发现致病菌,如流感嗜血杆菌、肺炎球菌、葡萄球菌等。

2. 特殊检查 X线胸片检查,大多数表现正常或仅有肺纹理增粗。

步骤四:诊断

(一)诊断要点

1. 常先有鼻塞、流涕、咽痛、畏寒、发热、声嘶和肌肉酸痛等。

2. 咳嗽为主要症状。开始为干咳、胸骨下刺痒或闷痛感。1~2 d后有白色黏膜,以后可变脓性,甚至伴血丝。

3. 胸部听诊呼吸音粗糙,并有干、湿啰音。用力咳嗽后啰音

性质、部位改变或消失。

4. 外周血象正常或偏低,细菌感染时外周血白细胞升高。痰培养如检出病原菌,则可确诊病因。

5. X线胸部检查正常或仅有肺纹理增粗。

(二) 鉴别诊断

1. 流行性感 起病急骤,发热较高,有全身酸痛、头痛、乏力的全身中毒症状,有流行病史。

2. 急性上呼吸道感染 一般鼻部症状明显,无咳嗽、咯痰,肺部无异常体征,胸部无异常体征。

3. 其他 如支气管肺炎、肺结核、肺癌、肺脓肿、麻疹、百日咳等多种肺部疾病可伴有急性支气管的症状,通过详细询问病史、体格检查,多能做出诊断。

步骤五:治疗

1. 一般治疗 休息、保暖、多饮水、补充足够的热量。

2. 对症治疗 一般可根据患者的症状予以对症治疗。干咳无痰者,可用喷托维林(咳必清)、可待因或联邦止咳露。咳嗽有痰不易咳出者,可选用盐酸氨溴索、溴己新(必嗽平)等,也可用雾化帮助祛痰。中成药止咳祛痰药也可选用。发生支气管痉挛时,可用平喘药如茶碱类、 β_2 受体激动剂等。发热时可用解热镇痛药。

3. 抗感染治疗 根据感染的病原体及药物敏感试验选择抗菌药物治疗。一般在没有得到明确感染病原体之前,可选用大环内酯类、青霉素类、头孢菌素类和喹诺酮类药物。多数患者口服抗菌药物即可,症状较重者可用肌肉注射或静脉滴注。

步骤六:注意事项

1. 观察内容 应注意观察治疗后患者病情演变情况,发热者体温是否恢复至正常,咳嗽者是否好转,咯痰者痰量是否减少,肺部体征是否好转等;并可根据患者的具体情况,相应治疗的疗效评

估,调整治疗方案。

2. 动态诊疗 本病一般经门诊治疗即可获得痊愈,但门诊治疗5~7 d病情仍无好转或反而加重者则需要及时住院治疗,行血培养、痰培养等进一步检查,以明确病因,并给予积极的抗生素治疗和对症治疗、支持治疗。患者体温正常、症状缓解后可予以出院,并嘱患者门诊随访。

第三节 慢性阻塞性肺疾病

慢性阻塞性肺疾病(chronic obstructive pulmonary disease, COPD)是一种具有气流受限特征的肺部疾病,气流受限不完全可逆,呈进行性进展。确切的病因还不十分清楚,但认为与肺部有害气体或有害颗粒的异常炎症反应有关。COPD包括伴有气流受限的慢性支气管炎、肺气肿和部分支气管哮喘。危险因素主要是吸烟。近年来其发病率和死亡率不断上升。

步骤一:病史采集

1. 现病史 应注意询问有无喘息症状,本病患者起病初期可无此类表现,当肺功能下降明显时则出现喘息症状。呼吸困难是否呈进行性加重,本病早期只在上楼、劳动后气促,晚期则平地活动甚至休息时也存在。注意询问有无慢性咳嗽、咯痰、痰量多少、痰的颜色,是否有季节发病的特点。

2. 过去史 有无类似发作病史,如有,应询问以往诊治的经过,是否长期服药,为何种药物。有无药物、食物过敏史,若有,应询问何种药物、食物。

3. 个人史 是否有长期粉尘、烟雾或有害气体接触史,有无吸烟史,如有,应询问吸烟的量、年数。

4. 家族史 有无类似的发作病史, α_1 抗胰蛋白酶缺乏引起者,往往有家族史。

步骤二:体格检查

早期可无任何异常体征。随病情进展可出现以下体征:

1. 胸廓前后径增大,剑突下胸骨下角增宽(桶状胸)。部分患者呼吸变浅,频率增快,严重者可有缩唇呼吸等;触觉语颤减弱。叩诊呈过清音,心浊音界缩小,肺下界和肝浊音界下降。
2. 两肺呼吸音减弱,呼气延长。部分患者肺部可有散在的干、湿性啰音。
3. 晚期呼吸困难加重,发作时身体常呈前倾位,辅助呼吸肌参与运动,表现为吸气三凹征。
4. 如出现颈静脉怒张、肝颈回流征阳性、肝脏肿大、压痛和下肢水肿,提示并发肺原性心脏病。
5. 如有神志改变、嗜睡等,提示并发肺性脑病。

步骤三:辅助检查

1. 实验室检查

(1)血常规:缓解期患者白细胞总数及分类多正常;急性发作期,尤其是并发细菌感染时白细胞总数和中性粒细胞可升高,伴核左移。

(2)血气分析:对于晚期 COPD 患者,动脉血气分析测定非常重要,可以确定患者是否并发有呼吸衰竭和酸碱失衡;在海平面及呼吸室内空气的条件下, $\text{PaO}_2 < 8.0 \text{ kPa}$ (60 mmHg), 伴或不伴 $\text{PaCO}_2 > 6.0 \text{ kPa}$ (45 mmHg), 诊断为呼吸衰竭。

(3)痰培养:可检出病原菌,常见的病原菌有肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌、肺炎克雷白杆菌、白色念珠菌等。同时做药物敏感试验可指导临床合理应用抗生素治疗。

(4) α_1 抗胰蛋白酶(α_1 -AT): α_1 -AT 是肝脏合成的急性期蛋白,其主要作用是抗蛋白水解酶特别是对中性粒细胞释放的弹力酶的抑制作用;目前有一种学说认为肺气肿的发生是由于蛋白酶和抗蛋白水解酶之间不平衡所致, α_1 -AT 是体现人最重要的抗蛋