

实用内科手册

主编 黄安艳 陈洪芳 王如焕

SHIYONG NEIKE SHOUCHE



第二军医大学出版社

实用内科手册

主 编 黄安艳 陈洪芳 王如焕

第二军医大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

实用内科手册/黄安艳,陈洪芳,王如焕主编. —上海:第二军医大学出版社,2007.8

ISBN 978-7-81060-713-1

I. 实… II. ①黄…②陈…③王… III. 内科-疾病-诊疗-手册
IV. R5-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 091719 号

责任编辑 孙 岩 李睿旻

实 用 内 科 手 册

主编 黄安艳 陈洪芳 王如焕

第二军医大学出版社出版发行

上海市翔殷路 800 号 邮政编码:200433

电话/传真:021-65493093

全国各地新华书店经销

临沂金山实业有限公司印刷

开本:850×1168 mm 1/32 印张:12.25 字数:315 千字

2007 年 8 月第 1 版 2007 年 8 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-81060-713-1/R·547

定价:25.00 元

参加编写人员名单

主 编	黄安艳	陈洪芳	王如焕
副主编	张 英	赵顺芝	王凤菊
编 者	孙启云	徐 辉	王丽彩
	李红玉	孙正花	许现芳
	李 彩	于晓红	焦桂秀
	安百芬	张永娥	吴茂彩
	吴梅花		

前 言

随着我国人民生活水平的不断提高,人们对健康有了新的认识。掌握一些医学科普知识,了解一些常见病防治的相关知识,合理使用药物等,已成为人们日常生活中不可或缺的一部分。我们在总结多年临床实践经验的基础上,编写了《实用内科手册》一书,期望读者能从书中学到防病、诊病、治病及护理方面的知识。

由于医学模式和健康观念的转变,内科疾病的诊疗和护理也发生了很大的转变。以护理程序为核心,以人的健康为目标,为病人提供生活、心理、社会和文化等各方面的整体护理服务模式,将健康教育作为一项不可或缺的内容融入临床治疗护理过程,使医护质量得到了很大的提高。

本书分上、下两篇,共十二章,从常见症状学,常见诊疗护理技术,各种内科疾病的临床表现、诊断、治疗与护理等方面做了系统的阐述。本书内容丰富、新颖、实用性强,希望能给读者切实的指导与帮助。

由于我们水平有限,资料收集有限,编写时间仓促,书中难免有疏漏不妥之处,恳请广大读者在使用过程中提出宝贵意见和建议。

编 者

2007年4月

目 录

上篇 总 论

第一章 常见症状学	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 水肿	(6)
第三节 咳嗽与咳痰	(10)
第四节 咯血	(16)
第五节 胸痛	(19)
第六节 发绀	(22)
第七节 呼吸困难	(26)
第八节 恶心与呕吐	(31)
第九节 呕血与便血	(34)
第十节 腹痛	(40)
第十一节 腹泻	(44)
第十二节 腹水	(49)
第十三节 黄疸	(51)
第十四节 血尿	(56)
第十五节 抽搐与惊厥	(58)
第十六节 休克	(61)
第十七节 昏迷	(66)
第二章 内科诊疗护理技术	(70)
第一节 颈内静脉穿刺术	(70)

第二节	锁骨下静脉穿刺术	(71)
第三节	股动脉穿刺术	(72)
第四节	胸腔穿刺术	(73)
第五节	腹腔穿刺术	(75)
第六节	三腔二囊管压迫止血术	(76)
第七节	鼻饲	(78)
第八节	灌肠术	(81)
第九节	导尿管	(84)
第十节	心电图机操作	(88)
第十一节	心电监护仪操作	(89)
第十二节	血液透析疗法	(90)
第十三节	高压氧治疗	(92)
第十四节	纤维支气管镜检查	(95)
第十五节	纤维胃镜检查	(96)

下篇 各 论

第一章	呼吸系统疾病	(99)
第一节	急性气管-支气管炎	(99)
第二节	慢性支气管炎	(101)
第三节	支气管哮喘	(104)
第四节	支气管扩张	(108)
第五节	肺炎	(110)
第六节	慢性呼吸衰竭	(114)
第七节	肺结核	(118)
第八节	胸腔积液	(123)
第九节	肺脓肿	(126)

第十节 肺源性心脏病	(129)
第二章 循环系统疾病	(133)
第一节 冠心病	(133)
第二节 原发性高血压	(141)
第三节 感染性心内膜炎	(144)
第四节 心律失常	(148)
第五节 病毒性心肌炎	(164)
第六节 心功能不全	(167)
第七节 急性心包炎	(172)
第三章 消化系统疾病	(175)
第一节 急性胃炎	(175)
第二节 慢性胃炎	(177)
第三节 消化性溃疡	(180)
第四节 肝硬化	(183)
第五节 急性胰腺炎	(188)
第六节 上消化道大出血	(191)
第七节 食管癌	(195)
第八节 肠结核	(198)
第九节 结核性腹膜炎	(201)
第十节 炎症性肠病	(204)
第十一节 原发性肝癌	(208)
第十二节 肝性脑病	(212)
第四章 泌尿系统疾病	(216)
第一节 急性肾小球肾炎	(216)
第二节 慢性肾小球肾炎	(218)
第三节 肾盂肾炎	(221)

第四节	急性肾衰竭	(224)
第五节	慢性肾衰竭	(228)
第六节	膀胱炎	(232)
第七节	肾病综合征	(233)
第五章	血液系统疾病	(237)
第一节	缺铁性贫血	(237)
第二节	巨幼细胞贫血	(239)
第三节	溶血性贫血	(242)
第四节	白血病	(245)
第五节	再生障碍性贫血	(249)
第六节	特发性血小板减少性紫癜	(251)
第七节	弥散性血管内凝血	(254)
第八节	淋巴瘤	(257)
第九节	多发性骨髓瘤	(259)
第六章	内分泌代谢疾病	(265)
第一节	甲状腺功能亢进症	(265)
第二节	糖尿病	(268)
第三节	痛风	(273)
第四节	垂体瘤	(276)
第五节	高脂血症和高脂蛋白血症	(279)
第六节	尿崩症	(281)
第七节	库欣综合征	(282)
第七章	神经系统疾病	(287)
第一节	急性炎症性多发性神经根神经炎	(287)
第二节	急性脊髓炎	(290)
第三节	癫痫	(292)

第四节	帕金森病	(296)
第五节	急性脑血管疾病	(301)
第六节	面神经炎	(311)
第七节	重症肌无力	(312)
第八节	坐骨神经痛	(315)
第八章	风湿性疾病	(318)
第一节	风湿热	(318)
第二节	类风湿关节炎	(320)
第三节	系统性红斑狼疮	(323)
第九章	常见急症	(327)
第一节	急性一氧化碳中毒	(327)
第二节	毒蛇咬伤	(330)
第三节	溺水	(332)
第四节	电击	(335)
第五节	中暑	(338)
第六节	有机磷农药中毒	(340)
第七节	镇静催眠药中毒	(344)
第八节	心脏骤停	(347)
第十章	常见传染病	(351)
第一节	病毒性肝炎	(351)
第二节	流行性乙型脑炎	(355)
第三节	流行性出血热	(358)
第四节	伤寒与副伤寒	(361)
第五节	细菌性痢疾	(365)
第六节	阿米巴痢疾	(367)
第七节	流行性脑脊髓膜炎	(371)

第八节	获得性免疫缺陷综合征	(374)
第九节	淋病	(377)
第十节	尖锐湿疣	(378)

上篇 总 论

第一章 常见症状学

第一节 发 热

正常人在体温调节中枢的调控下,机体的产热和散热过程保持相对平衡。当机体受到致热源的作用或下丘脑体温调节中枢的功能发生障碍时,产热过程增加,而散热不能相应地随之增加甚至减少,体温升高超过正常范围,称为发热。当腋下温度高于 37°C ,口腔温度高于 37.2°C ,或直肠温度高于 37.6°C ,一昼夜间波动在 1°C 以上时,可认为发热。按发热的高低可分为:低热($37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$)、中等度热($38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$)、高热($39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$),超高热为 41°C 以上。

【常见病因】

发热的原因可分为感染性和非感染性两类,其中以感染性最为常见。

1. 感染性发热 各种病原体,如病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等所引起的感染。由于病原体的代谢产物或毒素作用于单核-巨噬细胞系统而释放出致热源,从而导致发热。

2. 非感染性发热 ①结缔组织与变态反应性疾病,如风湿热、类风湿病、系统性红斑狼疮等。②组织坏死与细胞破坏,如白血病、各种恶性肿瘤、大手术后、大面积烧伤、急性溶血等。③产热过多或散热减少,如甲状腺功能亢进(产热过多)、重度脱水(散热减少)等。④体温调节中枢功能障碍,如中暑、颅脑损伤、颅内肿瘤等。

【临床表现】

1. 发热的分度 按发热的高低可分为:低热 $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$, 中等度热 $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$, 高热 $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$, 超高热 41°C 以上。

2. 发热的临床过程及特点 发热的临床经过一般分为以下三个阶段。

(1)体温上升期:体温上升期常有疲乏无力、肌肉酸痛、皮肤苍白、畏寒或寒战等现象。

(2)高热期:指体温上升达高峰之后保持一定时间,持续时间的长短可因病因不同而有差异。此期中体温已达到或略高于上移的体温调定点水平,体温调节中枢不再发出寒战冲动,故寒战消失;皮肤血管由收缩转为舒张,使皮肤发红并有灼热感;呼吸加快变深;开始出汗并逐渐增多。产热与散热过程在较高水平上保持相对平衡。

(3)体温下降期:由于病因的消除,致热源的作用逐渐减弱或消失,体温中枢的体温调定点逐渐降至正常水平,产热相对减少,散热大于产热,使体温降至正常水平。此期表现为出汗多,皮肤潮湿。

【热型及临床意义】

1. 稽留热 体温恒定地维持在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上的高水平,达数天或数周。24 小时内体温波动范围不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期。

2. 弛张热 体温常在 39°C 以上,波动幅度大,24 小时内波动

范围超过 2°C ，但都在正常水平以上。常见于败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症等。

3. 间歇热 体温骤升达高峰后持续数小时，又迅速降至正常水平，无热期(间歇期)可持续 1 天或数天。如此高热期与无热期反复交替出现。见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

4. 不规则热 发热的体温曲线无一定规律，可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等。

【伴随症状】

1. 寒战 常见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、钩端螺旋体病、药物热、急性溶血或输血反应等。

2. 结膜充血 常见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病等。

3. 单纯疱疹 口唇单纯疱疹多出现于急性发热性疾病，常见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、间日疟、流行性感胃等。

4. 淋巴结肿大 常见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结核、局灶性化脓性感染、丝虫病、白血病、淋巴瘤和转移癌等。

5. 肝脾肿大 常见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、肝及胆道感染、布氏杆菌病、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤及黑热病、急性血吸虫病等。

6. 出血 发热伴皮肤黏膜出血可见于重症感染及某些急性传染病，如流行性出血热、病毒性肝炎、斑疹伤寒、败血症等。也可见于某些血液病，如急性白血病、再生障碍性贫血、恶性组织细胞病等。

7. 关节肿痛 常见于败血症、猩红热、布氏杆菌病、风湿热、结缔组织病和痛风等。

8. 皮疹 常见于败血症、猩红热、布氏杆菌病、风湿热、结缔组织病和药物热等。

9. 昏迷 先发热后昏迷者常见于流行性乙型脑炎、斑疹伤寒、

流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢、中暑等；先昏迷后发热者见于脑出血、巴比妥类中毒等。

【临床护理】

1. 一般护理

(1)休息：发热时卧床休息。保持环境整洁，空气清新，室温维持在 $20\sim 24^{\circ}\text{C}$ ，湿度 $55\%\sim 60\%$ 为宜，常通风换气。病人宜穿透气、棉质衣服，避免衣物过厚而阻碍散热，若有寒战应保暖。

(2)补充营养及液体：指导病人摄取足够液体与热量，如无心肾功能损害，每天至少摄入 $2\,000\text{ ml}$ 水分以防脱水。能进食者，给予高热量、高维生素、营养丰富的流质或半流质饮食，维持水和电解质平衡。必要时遵医嘱予静脉输液。

(3)口腔、皮肤护理：高热病人易发生口腔炎，可予生理盐水餐前、餐后、睡前漱口。病情重者，协助口腔护理。病人大量出汗后给以温水擦拭，及时更换衣裤，保持皮肤清洁、干燥，防止感染。

2. 病情观察

(1)监测体温变化，根据病种及病情决定测量体温的时间间隔。注意热型、发热持续时间、伴随症状、身心反应，结合实验室检查，以综合评估病情。

(2)密切观察意识、生命体征变化并记录出入量：发热时神经系统的兴奋性增高，高热病人常表现烦躁不安、谵语，但重症或极度衰竭的病人，其神经系统呈抑制状态，表现为嗜睡，甚至昏迷。高热时病人由于致热原对心脏窦房结的刺激而心率增快，随体温的升高而心率增加，体温每升高 1°C ，心率每分钟可增加 10 次左右。高热时血压也相对升高。但伤寒、严重毒血症等病人的心率则加快甚至减慢，血压下降，出现中毒性休克。退热时，由于副交感神经的兴奋性也有所加强，因而心率减慢、血管扩张、大量出汗及排尿，随体液的丢失而血压可能下降。所以，当高热骤退时极易发生虚脱。由于体温升高及酸性代谢产物蓄积，刺激呼吸中枢兴

奋性增高而出现呼吸加快。当高热持续时,由于水钠潴留以及肾小管重吸收功能增强,病人表现为尿量减少,尿比重及血中非蛋白氮增加,尿中氯化物降低。退热期尿量增多,比重下降,尿中氯化物反而增多。

3. 对症护理

(1)发热时每4小时测量体温、脉搏、呼吸1次,体温突然升高或骤降可随时测量并记录,记录时应注意判断热型。

(2)体温在 39°C 以上者给头部冰袋或冰帽, 39.5°C 以上者给予酒精或温水擦浴,无效时按医嘱行药物降温或针灸降温。体温骤降时应予以保暖,及时测量血压、脉搏、心率等,严防虚脱。

(3)过高热出现谵妄、惊厥、昏迷时加用床挡,以防坠床,压舌板裹以纱布放在上、下臼齿间,以防舌咬伤。

(4)当发热原因不明的病人疑似传染病时,先按疑诊进行预防性隔离,以免发生交叉感染。

4. 治疗护理

(1)心理护理:由于高热或持续高热时可出现一系列临床表现,此时病人常有求医心切、担忧、恐惧等心理。医务人员应根据原发病种的不同给予心理疏导,运用简单易懂的医疗知识向病人讲明病情,增强信心,配合治疗,不可操之过急。对病人要多巡视、多询问、多交谈,尽早解除顾虑,消除恐惧心理。

(2)协助医师诊断与治疗:协助医师尽快查找高热原因,及时留取三大常规检验标本,抽血送细菌培养等。观察体温热型并及时向医师汇报。

(3)行诊断性穿刺:如腰穿、骨穿等,应备好穿刺物品,配合操作,并观察病人在穿刺过程中的反应等。腰椎穿刺后嘱病人去枕平卧4~6小时,如病人出现头痛、呕吐或意识障碍,可能为低颅压所致,应通知医师给予相应处理。骨穿后应让病人平卧休息1~2小时,并观察局部有无出血现象。采取诊断性治疗时,应密切观察

药物疗效,如病因明显,则应按医嘱严格掌握用药剂量及给药时间。

(4)降温处理:常用物理降温,可用冷敷头部或大动脉,25%~50%酒精或32~36℃温水擦浴,冷(温)盐水灌肠等。但要避免持续长时间冰敷同一部位,以防止局部冻伤。同时,注意周围循环状况,有脉搏细速、面色苍白、四肢厥冷者,禁用冷敷和酒精擦浴。全身发疹者,禁擦浴降温。持续高热物理降温效果欠佳者,可用药物降温。退热药用量不宜过大,以免大量出汗导致虚脱。高热惊厥者,可遵医嘱采用冬眠疗法或亚冬眠疗法。用药之前应先补足血容量,用药过程中避免搬动病人,观察生命体征,保持呼吸道通畅。

(5)对症退热:常选用非甾类抗炎药,护士应观察病人有无胃肠道反应及消化道出血等不良反应。退热致大量出汗时,应注意有无虚脱、低血压及其他不良反应。在应用肾上腺皮质激素治疗时,应根据病情严格掌握药物剂量及给药时间;在应用免疫抑制剂治疗时,应每两周查白细胞、血小板和尿常规1次,嘱病人减少外出,预防感冒。

(黄安艳 孙启云)

第二节 水 肿

人体组织间隙有过多的液体积聚使组织肿胀称为水肿。水肿可分为全身性和局部性。当液体在体内组织间隙呈弥漫性分布时称全身性水肿(常为凹陷性),液体积聚在局部组织间隙时称局部性水肿。

【病因与临床表现】

1. 全身性水肿

(1)心源性水肿:主要是右心衰竭的表现。水肿特点是首先出现于身体下垂部位。能起床活动者,最早出现于踝内侧,行走活动