

大学后教育书系

医生必读丛书

主编 吴阶平

副主编 董炳琨

陈化

内科临床指导

中国科学技术出版社 罗慰慈 主编

主 编 的 话

医学生大学毕业后，进入社会，成长为一名能够独立工作的医生，要有一个实践过程。这一成长过程受许多因素的影响，概括地说有客观和主观两个方面。客观上受实践机会、学习环境、工作条件和他人指导等影响。主观上则决定于个人的勤奋和对成长的认识。

医学生毕业后，最好是能在一个正规的教学医院，接受几年有计划的住院医师培养。在有经验的医师指导下从事医疗实践，那里有丰富的图书资料，较为先进的设备，更重要的是有一套比较完善的工作制度，多年形成的良好的科学和医疗工作作风。在这样的环境里锻炼几年，就能比较成熟，基本上可以独挡一面。但是，就我国现有情况看，由于医学教育事业的发展跟不上人民对医生数量的需求，能够承担住院医师培训任务的基地不足以及培养制度的不健全，使许多医学生一毕业就被分配到各种不同的工作岗位，而得不到上述的正规培养的机会。现在已在岗位上工作的医生中也有相当一部分人缺乏这一严格训练，更难给新毕业的医生以必要的指导。

成长过程还取决于个人的勤奋及对成长的理解，勤奋的重要性为大家所熟知，但勤

奋也有如何获得最好的效果的问题。对成长过程有正确的理解和认识，尽早地自觉地按照这一认识去学习去工作，则更是至关重要的问题。

成长过程就是提高实际工作能力，成为有才能、有本领、能解决实际问题的医生的过程，要获得这种“能力”、“本领”根本的办法就是实践、思考、知识相结合。

一切解决实际问题的能力只能来自实践，必须把实践放在第一位。离开了实践就不能真正懂得前人实践中所总结出来的知识，更不能掌握知识为自己所用。不重视临床实践就不可能成为有本领的医生。实践必须和认真思考结合，并学习必要的知识。这样，才能不断前进。

思考能力也是需要培养的。思考是一种有目的的脑力劳动。是从感性认识努力向理性认识提高的过程，是从事物的现象去探讨本质，是认识自然决不能缺少的一种基本功。离开了思考，实践就不能更快积累经验；离开了思考，知识就不能转化为力量。思考是创造性劳动。必须以实践和知识为基础，并需要理论指导。

知识很重要，但知识只有在实践和思考中运用，方可转化为才能。要有解决实际问题的能力，就需要知识，但知识并不是才能，需要一个融会贯通的过程，这就是实践和思考的过程。

医生服务的对象是人，世界上最复杂的

事物莫过于人，人不但是生物有机体，而且有社会性，是有思维和心理活动的。一个具体病人所提供的信息常常是零散的、复杂的、甚至是矛盾的。这就需要医生对信息进行“去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里的改造制做过程”，这就需要考虑，面对一个病人或一个具体医疗问题，医生要思考的范围是很宽的，除了疾病本身所涉及的问题外，还要考虑到病人的家庭条件、社会环境、科学文化素质、心理状态等等，这些与诊断和处置有直接或间接的关系。只有进行全面周密和认真的思考，才可能理解贯穿于整个疾病、整个病人的内在联系的东西。从而得出正确的概念和判断，提出科学的、又是切合实际的处理办法，付诸临床实践。医生要在实践中检验自己的判断及处理办法是否正确，不断总结经验，提高才能。

这个实践、思考和知识不断结合的过程就是医生不断体会病人疾苦，提高对疾病诊断的准确率和治疗有效率的过程，也就是医生成长必经的过程。

在医生成长过程中还有个完善知识结构和知识更新的问题。

医生为解决工作中的困难和提高业务水平，就需要经常查书，阅读文献，不断地吸收新知识。可是书刊杂志浩如烟海，怎样查找所需资料，如何评价和判断其价值，怎样利用，怎样更有效地更新知识等，都有个方法和经验问题。这些都是教科书上没有的东

西，需要每个医生自己有意识地去培养这种利用的能力。

在医疗实践中所要补充的知识，除上述外大致还有两类。一类是与医生职业有关的人文科学、自然科学知识。这些大都属于边缘学科知识，为社会医学、医学方法、医学心理、医学法学等，以及有关的理工科学知识。另一类是蕴藏在一些正规医院的传统作风和老医生的工作经验之中的知识。例如对病人严谨、求实、整体诊查程序、观察要点、注意事项、工作作风、经验总结等，都是世世代代医学家经验的积累和陶冶而形成的常规和习惯作法，其中很多是属于“不成文法”，一代一代传下来。这些东西看来平常和简单，实际上对医生成长和医学发展都是非常重要的。

这套丛书的主要目的，是想帮助医学毕业生，特别是没有机会在正规教学医院接受住院医师训练的医学毕业生尽快把学校所学知识转化为实际工作能力；补充一些学校所学之不足，完善知识结构，适应社会医疗实践的需要。丛书的作者遵循这样一种精神：不求系统和全面，也不是手册和学科新进展的介绍，而是突出其实用性，帮助医学毕业生在实践中强化基础理论、基本知识和基本技术，在临床诊疗程序、各种技术操作及对病人的各种工作中形成一套科学、正规的工作方法，在观察、思考、推理、判断方面养成严谨、求实的科学作风。一句话，帮助新走

上岗位的临床医生在实践、思考、知识结合方面加深认识，掌握规律，在扎实而科学的基础上走上自觉成长的道路。本丛书作者都有长期实践的经验，努力把他们的切身体会注入书中，丛书第一批拟出9本包括两类内容，一类是内、外、妇、儿各科的临床指导；另一类则着重补充一些与临床实践有关的知识，包括医学法学、医学心理、医学信息资源的利用、社会医学和临床医学与科学，这部分同样强调其实用性。如果这批书达到编者意愿，真正对读者有所帮助的话，将再考虑组织第二批、第三批……

每个医生只有在自己不断努力下，边工作，边思考，边学习，善于利用各种实践机会，善于总结，才能不断提高实际工作能力。本丛书旨在用文字形式来指导读者，难度很大，尽管各作者都努力以自己的经验和体会为基础来写这套丛书，但自己并不满意，过去很少写这种书籍，大家都缺乏经验，因此希望广大读者多予帮助，提出批评和建议。

在编写《医生必读丛书》中得到华杏娥副主任医师的协助，在此谨致谢意。

吴阶平 董炳琨 陈 化

1988年4月

前 言

这本内科临床指导不是一部系统内科全书，它是中国协和医科大学协和医院部分临床教学人员为内科医师熟悉临床而准备的。写作这本书的目的有三方面：（1）向临床工作者有重点地介绍临床上常见疾病的诊断和治疗问题。（2）介绍如何进行临床工作，包括在门诊、急诊或住院部如何做好诊治工作。（3）通过具体的临床实例，如何进行思考。

一些常见疾病的诊断和治疗是广大医师关心的问题。本书的第一部分选取了糖尿病、冠状动脉硬化性心脏病、心绞痛、心肌梗塞、溃疡病等常见病做了较为详细的基础和临床、诊断和治疗的讨论，其中有近期的文献资料，也有作者数十年临床实践的经验。内科临床常见的发热、贫血、支气管哮喘和肾脏疾患的诊断和治疗，也都由各该疾病专业医师、教授由浅入深地逐一介绍。有两种疾病如系统性红斑狼疮和肺间质性疾病，虽然在临床上并不像溃疡病或糖尿病那么多见，但如果临床医师对它们不熟悉，那么将会视而不见，容易造成漏诊或误诊。当然，这里挑选的几种疾病仅仅是内科范围内许许多多疾病中的一些代表，希望将来有机会分批地加以介绍。

离开学校刚进到临床的医师往往希望有

人引路，告诉他们接触病人时，该做什么，怎样去做。在第二部分里我们介绍了我国著名临床学家、医学教育家和西医的秦斗张孝骞教授的名言，“临诊时应当持的态度是：如临深渊、如履薄冰”。在同一章中还举了饶有教育意义的实例来说明如何采取好病史，做好查体，如何在临床上做特殊的检验。临床拾零虽然实例是分散的，从实质上来看，其内容是具有整体性的。临床诊治工作应当有整体的观点。所谓“正规的临床训练”就是对待每一个病例都应当根据规范，系统地、全面地审查每一例患者的疾病，并做好分析、归纳、综合判断。

临床医师常感到困惑的问题是怎样才能做好科学地分析，系统地归纳和综合判断。换一句话说，就是当我们遇到一个病例时如何进行诊断和鉴别诊断。有的医师反映：自己找一本书念很容易，困难在于如何针对一个具体病例进行分析和诊断。看医学杂志的医师最愿意读的栏目往往是“临床病例分析”，特别是结合病例的病理检查发现进行讨论。有的医师说这种栏目中的文章最为有肉有骨，活泼生动，而且最容易联系实际，也是学了之后最能帮助临床诊病治病的。

为此，我们在第三部分中选取了几个有教育意义的实际病例进行拟诊讨论，诊断分析，附带也介绍了治疗的转归。黄疸伴发热和肺内粟粒样病变伴发热都是临床常见的症候，如何逐步分析是临床上需要掌握的。对

于淋巴结肿大，关节痛和咯血等常见的症状怎样分析，我们这里举了相应的病例进行分析讨论。肺癌伴有低血糖和神经运动障碍不是多见的病例，库兴氏综合征也较少，但是如果能够了解这些病例发生各种症状的机理，将来遇到类似的症状时不难触类旁通，推论自如了。

希望这本“指导”真能有助于读者。像这样的组合也算是一种尝试，尚望同道批评指正。

罗慰慈

1988年4月

目 录

一、糖尿病的诊断与治疗	1
二、冠心病的诊治	28
三、急性心肌梗塞的诊断和治疗	47
四、系统性红斑狼疮	62
五、溃疡病	80
六、肾脏病的诊治	98
七、支气管哮喘难治吗?	108
八、要熟悉慢性肺间质病	125
九、贫血的鉴别诊断与治疗	135
十、发热的诊断和鉴别诊断	149
十一、低热、关节疼痛……	155
十二、上腹痛、发热、黄疸……	161
十三、发热、淋巴结肿大……	168
十四、抽搐、痰中带血……	179
十五、库兴氏综合征	187
十六、双肺弥漫性粟粒样病变	196
十七、如何做一名好住院医师	206
十八、临床拾零	212

糖尿病的诊断与治疗

糖尿病是由于胰岛素不足或胰岛细胞代谢作用缺陷所引起的葡萄糖、氨基酸及脂质代谢紊乱的一种综合征。血循环中葡萄糖浓度异常升高为其基本特征。随着病程的进展，可导致眼、肾、神经、血管及心脏等组织器官的慢性进行性病变。

糖尿病分型

一、胰岛素依赖型糖尿病

(Insulin Dependent Diabetes Mellitus)

任何年龄均可发病，大多数小于30岁。起病时糖尿病症状比较明显，血糖水平波动很大，有酮症倾向，依赖外源胰岛素存活。血清胰岛素及C肽水平很低，约40~70%病

人血清胰岛细胞抗体阳性。与 HLA—DR 抗原有关联，我国胰岛素依赖型糖尿病与 HLA—DR₃ 有高度相关性。此型约占我国糖尿病总数 5 ~ 10%。

二、非胰岛素依赖型糖尿病 (Non—Insulin —Dependent Diabetes Mellitus)

多数病人发病年龄超过 35 岁。部分病人体重超重或肥胖。起病缓慢，症状不十分严重；有的病人体格检查时才发现高血糖；有的病人因并发症如视力下降、外阴搔痒、尿潴留等就诊时，才发现高血糖。内生胰岛素水平正常、稍低或偏高。无酮症倾向，在应激情况下可发生酮症或高渗性昏迷。此型约占糖尿病总数的 90%。

三、营养不良性糖尿病 (Malnutrition— Related Diabetes Mellitus)

发病年龄多数在 30 岁以下，有长期营养不良史，消瘦显著，并无酮症倾向，需要胰岛素治疗。分两个亚型：(1) 纤维结石性胰腺性糖尿病；(2) 蛋白质缺乏性胰腺性糖尿病

四、糖耐量低减 (Impaired Glucose Tolerance)

无糖尿病症状，空腹血糖 $< 140\text{mg/dl}$ ，根据口服葡萄糖耐量试验的血浆葡萄糖浓度诊断。糖耐量低减者，虽无临床症状，但常有餐后高血糖，仍可引起糖尿病的慢性并发症。给予适当的教育、指导和管理，可以使其中部分病人的糖耐量恢复正常。

五、妊娠糖尿病 (Gestational Diabetes)

孕妇本来没有糖尿病。妊娠期，通常在妊娠中期或后期出现糖尿病，称为妊娠糖尿病。分娩后，部分产妇的糖耐量恢复正常，另有部分产妇的糖尿病一直持续，可根据其对外源胰岛素依赖的程度再作分型。

病因与发病机制

糖尿病病因至今尚未完全阐明。大量的实验研究与临床资料表明，糖尿病不是单一病因所致的单一疾病，而是复合病因的综合征。

一、遗传

糖尿病是一种遗传性疾病。其临床表现的多型性显示糖尿病是多基因遗传疾病。非胰岛素依赖型糖尿病的遗传倾向较胰岛素依赖型糖尿病更为显著。通过基因遗传的可能不是糖尿病本身，而是对糖尿病的易感性。具备糖尿病的易感性，加上环境因素的作用就可出现临床糖尿病。环境因素可分为两类：一类是直接损害胰岛 β 细胞功能的，如病毒感染及化学毒性物质；另一类是增加胰岛素需要量，加重胰岛 β 细胞负荷的，如长期的高热量膳食、肥胖、妊娠、长期的过度紧张以及一些化学药物的作用。

二、胰岛素分子结构异常

胰岛素基因位于第11号染色体短臂。由于基因突变，胰岛 β 细胞合成的胰岛素分子结构异常，生物活性显著降低，出现

非胰岛素依赖型糖尿病。已报告的病例有胰岛素分子 B₂₅ 苯丙氨酸被亮氨酸取代, B₂₄ 苯丙氨酸被丝氨酸取代。B₂₅ 或 B₂₄ 的取代造成胰岛素分子结构的改变及胰岛素分子与胰岛素受体结合的一个重要位点的丢失。

三、自身免疫

胰岛素依赖型糖尿病,临床症状出现前血清中可测到胰岛素自身抗体、胰岛细胞抗体。胰岛的典型病变是淋巴细胞浸润及 β 细胞选择性的被破坏。胰岛素依赖型糖尿病常与其他自身免疫性疾病如甲状腺病、重症肌无力或爱迪森氏(Addison's)病等同时存在。胰岛素依赖型糖尿病与 HLA—DR₃、HLA—DR₄、或 HLA—DR₃/DR₄ 抗原高度相关。这些事实均表明胰岛素依赖型糖尿病是一种自身免疫疾病,胰岛 β 细胞发生自身免疫病变。实验证明,这个自身免疫过程在临床糖尿病出现之前数月或数年就已经开始。

四、胰岛素受体及受体后的反应异常

胰岛素在细胞水平的生物作用是通过与靶细胞膜上的特异受体结合而启动的。胰岛素受体是一种糖蛋白,每个受体由 α 、 β 各两个亚单位组成,其间由二硫键相连。 α 亚单位穿过细胞膜,一端暴露在细胞膜表面,具有胰岛素结合位点。 β 亚单位由细胞膜向胞浆延伸,是胰岛素引发细胞膜与细胞内效应的功能单位。胰岛素与受体结合后, β 亚单位中酪氨酸激酶被激活,使受体磷酸化,并产生第二信使,调节细胞内酶系统活性,控制物质代谢。受体数量处于合成与降解的动态平衡中。胰岛素受体基因位于第 19 号染色体。

胰岛素受体数量的减少或受体后反应的异常是非胰岛素依赖型糖尿病发病机制的主要环节。Olefsky 等报告,非胰

胰岛素依赖型糖尿病人的胰岛素受体中酪氨酸激酶活性显著低于正常，影响受体磷酸化及第二信使的生成。

五、糖尿病的代谢紊乱

胰岛 β 细胞合成与分泌胰岛素，经过血液循环到达体内各组织器官的靶细胞，与特异受体结合，引发细胞内物质代谢的效应。在这一整体过程中，任何一个环节发生变异，均可表现为胰岛素的绝对或相对缺乏。

胰岛素的生理作用是促进葡萄糖进入肌肉、脂肪、白细胞、乳腺及脑垂体等组织细胞；促进肌细胞及肝细胞内糖原合成及氧化；抑制肝脏及肾脏的糖原异生，从而减少葡萄糖的生成。提高葡萄糖激酶、磷酸果糖激酶及丙酮酸激酶的活性，增加葡萄糖的利用。胰岛素抑制脂肪酶活性，减少脂肪水解，并增强肝细胞及脂肪细胞的磷酸戊糖途径，使糖转变为脂肪。因此，胰岛素是降低血糖的激素，是一种储能激素。

胰岛素绝对或相对的缺乏必然导致肝糖原合成减少，糖异生增加，组织细胞利用葡萄糖减少，血糖升高。同时，脂肪合成减少，脂肪分解加速，血浆脂质增加；脂蛋白酯酶活性降低，脂蛋白代谢减慢，血浆脂蛋白浓度升高，呈高甘油三酯血症或高胆固醇血症。

临 床 表 现

高血糖为糖尿病的基本生化改变。血糖浓度超过肾糖阈（血浆葡萄糖 180mg/dl ），则葡萄糖从尿中排出，尿中葡萄糖含量增高，尿渗透压升高，尿量增多。由于排尿增多，病人感觉口渴，饮水量增加。大量葡萄糖从尿中丢失，为维持机体热量的供应，病人进食量增加。胰岛素不足时，组织细胞不

能利用葡萄糖,蛋白及脂肪分解加速,病人体重减轻。因此,典型的症状是多尿、多饮、多食及体重减轻,即“三多一少”。出现“三多一少”症状时,空腹血糖常超过 250mg/dl。

胰岛素依赖型糖尿病起病较急,症状明显。部分病人以酮症酸中毒昏迷为首发症状。

非胰岛素依赖型糖尿病起病缓慢,多数病人症状较轻,甚至不被病人自己注意。有的病人是进行健康检查时才发现高血糖。有的病人发生糖尿病并发症后才发现糖尿病。非胰岛素依赖型糖尿病病人常不能叙述准确的起病时间。首发症状是多种多样的,如低血糖反应、视力下降、外阴瘙痒、皮肤疖肿、体重减轻等。

诊 断

糖尿病的诊断是按照症状与血糖水平来判定的。目前多数国家采用 WHO (世界卫生组织) 提出的诊断标准。下述标准中的血糖系指静脉血浆葡萄糖浓度。

一、符合下列任何一条即可诊断成人糖尿病

1. 具有典型的糖尿病症状,检查任意时间的血糖超过 200mg/dl。
2. 空腹血糖超过 140mg/dl,两次或两次以上。
3. 无临床症状,空腹血糖不超过 140mg/dl 疑有糖尿病患者,作口服葡萄糖耐量试验。试验结果: (1) 服糖后 2 小时血糖超过 200mg/dl; (2) 服糖后 $\frac{1}{2}$ 、1、1 $\frac{1}{2}$ 小时三点中至少有一点的血糖超过 200mg/dl。

二、具备下列三条可诊断糖耐量低减

1. 空腹血糖不超过 140mg/dl。
2. 葡萄糖耐量试验 2 小时血糖高于 140mg/dl，低于 200mg/dl
3. 葡萄糖耐量试验，服糖后 $\frac{1}{2}$ 、1、1 $\frac{1}{2}$ 小时三点中至少有一点的血糖超过 200mg/dl。

三、儿童糖尿病的诊断

儿童糖尿病通常具有明显的症状，血糖与尿糖显著增高，尿酮体阳性，任意时间血糖超过 200mg/dl。大多数儿童糖尿病可以通过血糖测定及时诊断，并立即开始治疗，此时不必要也不适宜再做葡萄糖耐量试验。

少数儿童和少年糖尿病没有明显症状，需要做葡萄糖耐量试验以明确诊断。口服葡萄糖量 1.75g/kg ，总量不超过 75g。诊断标准与成人糖尿病略有不同。无症状者应具备下列两条：（1）空腹血糖超过 140mg/dl；（2）2 小时血糖超过 200mg/dl，并且 $\frac{1}{2}$ 、1、1 $\frac{1}{2}$ 小时三点中有一点血糖超过 200mg/dl。

四、妊娠糖尿病

世界卫生组织糖尿病专家组报告指出妊娠糖尿病诊断标准与其他成人相同。

根据美国国家糖尿病数据组的建议，美国继续采用 O'Sullivan 标准。国内一些医院如北京协和医院亦沿用 O'Sullivan 标准。

O'Sullivan 标准是：

空腹血糖 105mg/dl

口服葡萄糖 100g