

◆ 山西科学技术出版社

◆ 金立铭 赵莉娟 吴筱芳 张静 编著

西医内科学

— 高等教育自学考试中医专业指导丛书

X I Y I N E I X U E

高等教育自学考试中医专业指导丛书

西 医 内 科 学

金立铭
赵莉娟 编著
吴筱芳
张 静

山西科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

西医内科学/金立铭等编. —太原: 山西科学技术出版社, 2001.8

(高等教育自学考试中医专业指导丛书)

ISBN 7-5377-1860-1

I. 西… II. 金… III. 内科学—高等教育—自学考试—自学参考资料 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 044007 号

高等教育自学考试中医专业指导丛书

西医内科学

金立铭

赵莉娟 编著

吴筱芳

张 静

*

山西科学技术出版社出版 (太原建设南路 15 号)

山西省新华书店发行 山西人民印刷厂印刷

*

开本: 850×1168 1/32 印张: 9.25 字数: 226 千字

2001 年 10 月第 1 版 2001 年 10 月山西第 1 次印刷

印数: 1—2000 册

*

ISBN 7-5377-1860-1

R·691 定价: 20.00 元

如发现印、装质量问题,影响阅读,请与印刷厂联系调换。

前 言

《高等教育自学考试中医专业指导丛书·西医内科学》，系根据中医专业自学考试教学大纲及教材《西医内科学》所列病种，结合本地区常见病及其特点编写而成。

本书在编写中着重突出了以下几点：

1. 从教材内容的深度、广度上，尤突出了培养应用型人才的需要，力求做到内容新、起点高，重点、难点突出，有利于学习者自学。

2. 对每病的病因、病机、诊断、治疗都尽可能反映本学科的新发展，并注意理论和实践相结合，以提高学生的应用能力。

3. 每章均提出明确的学习要求、主要内容，编写了相应的习题和答案，以帮助考生提高应试能力。

本书适合医学院校学生、基础医疗单位医护人员临床参考，也适合参加职业医师考核的人员参考。

限于编写者能力和水平，有纰漏处，敬请指正。

编 者

于山西中医学院

目 录

总论

第一章 传染病	1
学习要求.....	1
主要内容.....	1
第一节 细菌性痢疾.....	1
第二节 伤寒及副伤寒.....	5
第三节 流行性脑脊髓膜炎.....	9
第四节 病毒性肝炎.....	13
第五节 流行性感冒.....	18
第六节 流行性出血热.....	20
第七节 钩体病.....	24
练习题及答案.....	28
第二章 呼吸系统疾病	36
学习要求.....	36
主要内容.....	36
第一节 急性支气管炎.....	36
第二节 慢性支气管炎.....	37
第三节 支气管哮喘.....	40
第四节 肺炎球菌肺炎.....	42
第五节 肺结核.....	45
第六节 结核性胸膜炎.....	50
第七节 原发性支气管肺癌.....	52

练习题及答案	56
第三章 循环系统疾病	68
学习要求	68
主要内容	68
第一节 慢性心功能不全	68
第二节 风湿性心脏瓣膜病	74
第三节 高血压	84
第四节 冠心病	87
第五节 肺心病	94
第六节 病毒性心肌炎	99
第七节 心脏停搏及复苏	101
练习题及答案	106
第四章 消化系统疾病	117
学习要求	117
主要内容	117
第一节 急性胃炎	117
第二节 慢性胃炎	119
第三节 消化性溃疡	121
第四节 胃癌	125
第五节 肝硬化	128
第六节 原发性肝癌	132
第七节 急性胆囊炎	136
第八节 急性胰腺炎	138
练习题及答案	141
第五章 泌尿系统疾病	151
学习要求	151
主要内容	151
第一节 慢性肾小球肾炎	151

第二节	慢性肾盂肾炎	154
第三节	慢性肾功能衰竭	157
	练习题及答案	162
第六章	血液系统疾病	170
	学习要求	170
	主要内容	170
第一节	缺铁性贫血	170
第二节	再生障碍性贫血	172
第三节	急性白血病	175
第四节	慢性粒细胞白血病	179
第五节	特发性血小板减少性紫癜	181
	练习题及答案	184
第七章	内分泌系统疾病	194
	学习要求	194
	主要内容	194
第一节	糖尿病	194
第二节	甲状腺功能亢进症	199
	练习题及答案	203
第八章	中毒急救	212
	学习要求	212
	主要内容	212
第一节	中毒总论	212
第二节	有机磷农药中毒	216
	练习题及答案	220
第九章	神经系统疾病	227
	学习要求	227
	主要内容	227
第一节	急性脑血管疾病	227

第二节 癫痫·····	233
第三节 精神分裂症·····	238
练习题及答案·····	240
附一 抗生素的应用·····	248
附二 西医内科学基础试题及答案·····	258
山西省 1997 年下半年高等教育自学考试	
西医内科学试卷·····	258
答案与评分标准·····	262
山西省 1998 年下半年高等教育自学考试	
西医内科学试卷·····	267
答案与评分标准·····	270
山西省 1999 年下半年高等教育自学考试	
西医内科学试卷·····	274
答案与评分标准·····	277
山西省 2000 年下半年高等教育自学考试	
西医内科学试卷·····	281
答案及评分标准·····	284

第一章

传 染 病

[学习要求]

1. 熟悉常见传染病如细菌性痢疾、伤寒及副伤寒、流行性脑脊髓膜炎、病毒性肝炎、流行性感冒、流行性出血热、钩体病的病原、流行病学、发病机制、病理改变。

2. 掌握上述常见传染病的临床表现、诊断和鉴别诊断、治疗与预防。

[主要内容]

第一节 细菌性痢疾

一、病因及发病机理

本病主要的传染源是患者及带菌者。病菌由大便排出，通过污染的手、水、食物、蝇和用具传播，经口感染。

痢疾杆菌进入人体后先附着于肠粘膜上皮细胞表面，继而侵入细胞内增殖，引起炎症反应，并有大量粘液及纤维蛋白渗出，导致粘膜上皮细胞的变性坏死、脱落及溃疡小表浅形成。肠壁的坏死组织、血液、粘液及脓性渗出物一起排出形成粘液脓血便。痢疾杆菌内毒素使肠壁通透性增高，促进毒素吸收，形成毒血

症，引起发热及微循环障碍，严重者可有感染性休克和中毒性脑病。

二、诊断要点

1. 临床表现：多见于夏、秋季，有与痢疾患者接触史或不洁饮食史。潜伏期数小时至7日，多为1日~2日。

(1) 急性菌痢：

①普通型：起病急，畏寒发热、腹痛、腹泻。腹痛多见于下腹，呈阵发性绞痛或钝痛。腹泻每日10多次至数十次，量少，开始为稀便，可迅速转变为粘液脓血便，量少，常有里急后重感。左下腹有压痛及肠鸣音亢进。病程约1周左右，大多数患者可缓解或恢复，部分病人转为慢性。

②轻型：全身症状轻，腹泻每日数次，稀便有粘液，无脓血，无里急后重。病程持续3日~7日，可不治而愈，亦可转为慢性。

③中毒型：儿童多见，起病急，发病快，病势凶险，高热40℃，个别体温不升高，反复惊厥，迅速发生休克、昏迷和呼吸衰竭，而肠道症状轻，通常分为以下几型：

休克型：主要表现为感染性休克，由于全身微血管痉挛，可有面色苍白、四肢厥冷、脉细速，早期血压可正常，亦可降低甚至测不出，口唇及指、趾发绀，可伴发心功能不全，少尿或无尿，不同程度的意识障碍。

脑型：由于脑血管痉挛导致脑缺血、缺氧、脑水肿及脑疝。以惊厥、昏迷、呼吸衰竭为主要表现。

混合型：为最严重型，兼有上述两型的表现。

(2) 慢性细菌性痢疾：病程超过2个月以上者。腹隐痛，腹泻、便秘交替，大便间歇出现粘液、脓血。左下腹可扪及呈条索状的乙状结肠。部分患者有食欲不振、多梦、健忘等神经衰弱现象。临床上分迁延型、急性发作型、隐匿型三型。

2. 实验室检查:

(1) 血常规:急性病例白细胞总数及中性粒细胞可有轻度升高,慢性病人可有轻度贫血。

(2) 粪便检查:粪便培养出痢疾杆菌可确诊,大便肉眼可见脓血,无粪质。镜检有大量脓细胞或白细胞及红细胞,如有巨噬细胞更有助于诊断。为了提高粪便细菌培养阳性率,应在用抗菌药物前采样,标本必须新鲜,取脓血或粘液部位作培养。

(3) 乙状结肠镜检查:急性期粘膜弥漫充血、水肿、大量渗出、有浅表溃疡。慢性期肠粘膜呈颗粒状,可见溃疡或息肉形成。自病变部位刮取分泌物作培养,可提高细菌检出率。乙状结肠镜检查一般适用于慢性病例。

三、鉴别诊断

1. 急性细菌性痢疾应与下列疾病相鉴别:

(1) 阿米巴痢疾:常缓慢起病,毒血症状轻,少有发热,腹痛轻,无里急后重。大便次数不太多,大便多呈暗红色或紫红色果酱状,粪量中等,附粘液,有恶臭。显微镜下红细胞较多,可查见溶组织阿米巴滋养体或包囊。

(2) 霍乱、副霍乱:属烈性传染病,临床以剧烈泻吐、排泄大量米汤样大便,继之脱水、肌肉痉挛等为特征,严重者可因休克、尿毒症和酸中毒而死亡。

(3) 细菌性胃肠型食物中毒:由于进食细菌及毒素污染的食物引起。有集体进食同一食物及在同一潜伏期内集体发病的病史。有恶心、呕吐、腹痛、腹泻等急性胃肠炎表现,大便多为稀水便,脓血便及里急后重少见,病程短。确诊有赖于从病人呕吐物、粪便及可疑食物中检出同一病原菌。

2. 慢性菌痢须与下列疾病鉴别:

(1) 结肠癌及直肠癌:当有继发感染时可出现腹痛、腹泻及脓血便。可肛门指诊及进一步做钡灌肠、乙状结肠镜来协助诊

断。

(2) 慢性非特异性溃疡性结肠炎：可有反复的腹泻及脓血便，但大多以血便为主，通过肠镜和钡灌肠来明确诊断。

四、治疗

1. 急性菌痢：

(1) 一般治疗和对症治疗：卧床休息，饮食一般以流质或半流质为宜，保证足够水分、电解质及酸碱平衡。有失水现象者可给予口服补液盐（ORS），呕吐不能进食者，应给予5%~10%葡萄糖液或生理盐水静脉滴注，有酸中毒者给予碱性液体。腹痛、里急后重明显者可用阿托品、山莨菪碱等。

(2) 病原治疗：

①磺胺药：复方新诺明，成人每次2片，每日2次，首剂加倍。

②氟哌酸：200mg~300mg，每日2次~4次，疗效较好。

③抗生素：丁胺卡那霉素0.2g~0.4g，每日2次，肌肉注射；卡那霉素1.0g，每日2次肌肉注射；庆大霉素8万单位，每日2次~3次肌肉注射；氨苄青霉素每日4g~8g，静脉滴注。

④呋喃唑酮：0.1g，每日4次，口服。

⑤黄连素：0.3g，每日4次，口服。

(3) 中毒型菌痢治疗：应从降温（冷盐水灌肠及双氯灭痛栓塞肛）、止惊（氯丙嗪、异丙嗪1mg/kg~2mg/kg，肌肉注射或静脉滴注）、纠正微循环障碍入手，可用血管扩张剂（如阿托品、山莨菪碱、东莨菪碱等），并加用肾上腺皮质激素以减轻中毒症状。脑水肿者可行脱水治疗，有水电解质平衡紊乱时，应及时纠正。

2. 慢性菌痢：治疗原则主要采取消除感染、提高机体抵抗力和改善肠道功能相结合的综合措施。宜用两种不同类型的抗菌药物，疗程需适当延长或用反复多疗程方法治疗。亦可用0.3%

黄连素液，或 1:5 000 呋喃西林淀粉浆液或 5% ~ 10% 大蒜浸出液，每晚保留灌肠 1 次，10 次 ~ 14 次为 1 个疗程。灌肠液内可加用普鲁卡因以减轻肠道刺激，可加用中药锡类散以促进溃疡愈合，加 5mg 地塞米松以增加药物渗入和减轻肠道过敏。

第二节 伤寒及副伤寒

伤寒及副伤寒是由伤寒杆菌及副伤寒甲、乙、丙杆菌引起的急性肠道传染病，主要通过食物和饮水传播。其病理特点是全身单核吞噬细胞系统的增生性反应；临床特征为持续性发热、特殊中毒症状与消化道症状等。肠出血、肠穿孔为主要的严重并发症。其特点是起病急、病情重、并发症多、复发率和病死率高、呈多元耐药等。

一、病因和发病机理

传染源为患者及带菌者。病菌随粪便排出体外，通过污染的手和被污染的水和食物，以及苍蝇等传播。人对本病普遍易感，病后可获持久的免疫力。本病以夏秋季发病率最高，但卫生条件不良地区，终年均可发病。

经口进入的伤寒及副伤寒杆菌侵入肠壁，经淋巴通路达肠系膜淋巴结，病菌在此繁殖并经胸导管进入血液循环，引起第一次菌血症，因菌量很小，此时不出现临床症状；病菌随血流可到达每个器官并继续大量繁殖，再次进入血流引起第二次菌血症，释放内毒素，产生临床症状。病菌主要侵犯肠壁集合淋巴结及孤立淋巴滤泡，使其发生髓样肿胀，而后坏死、结痂。小肠肠壁有血管侵蚀及穿孔的危险。

二、诊断要点

1. 临床症状：起病缓慢，体温初呈梯形上升，继以稽留高热，表情淡漠，食欲不振，腹胀多见，具有特征性，便秘，少数以腹痛为主（肠道病变重而广泛，谓之“结肠伤寒”）；重症者有

精神恍惚、呆滞、反应迟钝、听力减退（重听），甚至谵妄、昏迷或头痛显著，并出现脑膜刺激征（虚性脑膜炎）。

2. 体格检查：

(1) 热型：病程第一周，呈梯形上升，可在5日~7日内高达39℃~40℃，继为稽留型（此热型可发生于任何严重感染者，但对本病的诊断有重要价值）。在有效抗菌药物的控制下，热型呈梯形下降。

(2) 相对缓脉：典型病例有相对缓脉，少数有重脉。如并发心肌炎，则相对缓脉消失。

(3) 玫瑰疹：病程1周左右（第6天~12天），胸腹皮肤可见玫瑰疹，次为背部，四肢少见，分批出现，3天~5天消退。

(4) “伤寒舌”：其特征为舌苔黄、厚、腻，舌边无苔，舌质红绛，对诊断有参考价值。

(5) 肝脾肿大：在病程1周末可有脾肿大，质软如唇有压痛，肝亦可见肿大，质软，有压痛，不宜重压，以免肠出血或穿孔。

3. 并发症：在疾病第3周，由于小肠中溃疡形成，产生严重肠出血、肠穿孔及腹膜炎。中毒性心肌炎其特点为脉搏逐渐增快。

4. 实验室检查：

(1) 血常规：白细胞计数低于正常，提示病重。分类中中性粒细胞比例降低，淋巴细胞相对增高，嗜酸粒细胞显著减少或消失是本病的特点。

(2) 肥达反应：在起病后第一周末相关抗体效价逐步增加，故首次肥达反应阴性不能排除伤寒诊断。动态检测肥达反应（每隔1周或10天复检1次），效价显著递增，有诊断意义。

(3) 血培养：病程第1、2周阳性率最高可达80%以上。但因采血量少于5ml或已用抗菌药物等因素呈阴性结果，不能轻易

否定诊断。可作骨髓培养，其阳性率较血培养高，对已用抗菌药物治疗，血培养阴性者尤为适用。

(4) 其他检查：近年来建立了一些新的免疫学诊断方法，检测伤寒杆菌抗原、抗体，例如 EIA 方法可检测伤寒杆菌抗原，也可用本法检测 IgM 或 IgG 型抗体，有助于早期诊断。

三、鉴别诊断

临床症状不典型者，需与其他发热性疾病相鉴别：

1. 病毒感染：发病较急，有畏寒发热，而无提示感染病灶的系统表现，热程很少超过 10 天以上，少有神经系统毒血症，一般无肝脾肿大，没有玫瑰疹、肥达反应与血培养均阴性。病程有自限性。

2. 疟疾：多数疟疾病人起病急骤，有典型的周期性发作，热前畏寒与寒战，热退时大汗，体温波动大、热退后情况好，脾肿大明显，血片可发现疟原虫。但与恶性疟的鉴别诊断尤其应予重视。恶性疟起病急缓不一，热型多不规则，常先出现间歇性低热，继以弛张热或持续高热，凶险发作者常有谵妄、昏迷等神经系统症状和体征，脑脊液除压力增高外，细胞数与生化检查大多正常。

3. 粟粒性结核病：病人长期发热，中毒症状显著，盗汗、脉快、气促、发绀，呈消耗性表现。胸片可见大小一致、分布均匀的粟粒样结节，痰涂片及培养可获结核分枝杆菌，抗结核治疗有效。严重病人临床酷似伤寒，有稽留热、相对缓脉、脾肿大、白细胞偏低、肥达反应呈假阳性，临床极易误诊伤寒。

4. 急性血吸虫病：重度感染者可有高热稽留、相对缓脉、意识模糊、肝脾肿大，类似伤寒。但本病血象白细胞计数及嗜酸粒细胞显著增加，有流行区疫水接触史，大便涂片或孵化阳性，或直肠粘膜活检发现血吸虫虫卵则可确诊。

5. 恶性组织细胞病：不规则高热，进行性贫血、出血，脾

肿大，淋巴结肿大，病情进展快，病程可达数月。外周血象呈全血细胞减少，骨髓细胞学检查可发现恶性组织细胞。

四、治疗

1. 一般治疗：按消化道传染病隔离消毒。卧床休息，给予营养丰富、容易消化、少渣的食物，高热期宜用流质，以后随体温下降适当调整。

2. 对症治疗：高热时宜采用物理降温，不宜用大量退热药，以免虚脱。便秘时以生理盐水低压灌肠，开塞露通便。腹胀严重者可利用肛管排气。

3. 病原治疗：喹诺酮类抗菌药物抗菌谱广，杀菌作用强，抑制细菌 DNA 旋转酶，阻碍 DNA 复制，对伤寒杆菌有强大的抗菌作用，药敏率高，应列为首选。但氯霉素等传统药物仍然是多数地方，特别是经济欠发达地区治疗本病的主药。

(1) 喹诺酮类：诺氟沙星每日 0.8g~1.2g，分 4 次口服。氧氟沙星每日 300mg~600mg，分 2 次~3 次口服。环丙沙星每次 0.2g，每日 3 次，口服。

(2) 氯霉素：成人 1g/日~1.5g/日，儿童 25mg/kg~30mg/kg 体重，静脉滴注，待体温正常后，减半量连用 10 日~14 日。在治疗过程中，每 2 日~3 日复查血常规，如有白细胞明显减少，应更换其他药物。

(3) 头孢菌素类：第二代、第三代头孢菌素在体外有强大的抗伤寒杆菌作用，如头孢曲松、头孢他啶等第三代头孢菌素，一日剂量 2g~4g，分 2 次~3 次静脉注射，疗程 1 周~2 周。

(4) 复方新诺明：成人 2 片/次，2 次/日，首剂加倍。儿童 2 岁~5 岁每次 0.5 片~1 片，5~10 岁每次 1 片~2 片，2 次/日，口服，疗程 10 日~14 日。严重肝病、肾功能不全、磺胺药过敏、妊娠初期或婴幼儿均不宜使用。

(5) 羟氨苄青霉素：本品在胃肠道吸收快而完全。成人一日

2g~4g, 分次口服, 疗程2周~3周。

4. 并发症的治疗:

(1) 肠出血: 绝对静卧, 禁食, 注射镇静剂及止血药, 视出血量多少, 适量输入新鲜血, 注意水、电解质平衡。大量出血经积极的内科治疗无效时, 可考虑手术处理。

(2) 肠穿孔: 禁食, 胃肠减压, 静脉补充液体和电解质; 加强抗生素治疗, 争取早期手术治疗, 可降低病死率。

(3) 中毒性心肌炎: 可应用改善心肌营养的药物, 出现心力衰竭时, 可在严密观察下应用小剂量洋地黄制剂

5. 慢性带菌者的治疗: 应用氨苄青霉素, 每日3g~6g, 分次口服, 联用丙磺舒, 每日1g~1.5g, 连用4周~6周。也可应用环丙沙星, 可能对慢性带菌者有效。若合并慢性胆囊炎及胆汁培养出伤寒杆菌, 可手术治疗。

第三节 流行性脑脊髓膜炎

流行性脑脊髓膜炎(简称流脑), 是脑膜炎双球菌引起的急性呼吸道传染病。临床症状为突起发热、头痛、呕吐、皮肤粘膜瘀点及脑膜刺激征阳性, 脑脊液呈化脓性改变。病菌亦可不侵入脑膜而仅呈败血症表现。传染源主要是带菌者, 通过含有脑膜炎双球菌的飞沫传播。病后免疫力不持久。流行季节多在冬春, 2月~4月为流行高峰。

一、病因和发病机理

病原菌常见脑膜炎双球菌, 为革兰阳性球菌。病原菌侵入鼻咽部粘膜后, 病情的发展取决于机体免疫力和细菌毒力, 如人体免疫力强, 则入侵病原菌迅速被消灭; 若免疫力较弱, 则病原菌在鼻咽部繁殖, 当人体免疫力下降或细菌毒力较强时, 病原菌从鼻咽部粘膜进入血循环, 继而侵犯脑脊髓膜, 形成化脓性脑脊髓膜炎。暴发型流脑主要是由于脑膜炎双球菌内毒素所致的急性微