

临床医学继续教育教材

内科分册



- 主编单位
浙江省卫生厅
浙江医科大学
中华医学会浙江分会
- 上海科学技术出版社

临床医学继续教育教材

内 科 分 册

(供住院医师用)

浙江省卫生厅

主编单位 浙江医科大学

中华医学会浙江分会

上海科学技术出版社

临床医学继续教育教材

内 科 分 册

(供住院医师用)

浙江省卫生厅

主编单位 浙江医科大学

中华医学会浙江分会

上海科学技术出版社出版

(上海瑞金二路450号)

总发行所 上海发行所发行 祝桥 新华印刷厂印刷

开本 787×1092 1/32 印张 13.75 字数 321,000

1990年11月第1版 1990年11月第1次印刷

印数: 1—4,900

ISBN 7-5323-2128-2/R·611

定价: 6.50 元

总 主 编 王季午

总 编 委 戴 迪 郑 树 王绪鳌 金 干
钱 礼 吕俊升 李正之 洪文澜
石一复 沈世炫 屠中元 王雪蕉
陈健义

分册主编 吕俊升 金 干

编 委 (按姓氏笔划排列)

丁德云 吕俊升 沈世炫 金 干 屠中元
黄怀德

序

由浙江省卫生厅组织浙江医科大学和中华医学会浙江分会编写的临床医学继续教育教材将正式出版,这标志着我国临床医学继续教育工作上了一个新的台阶。

在科学技术飞速发展、医学科技知识更新的周期日益缩短的今天,有计划、有目的地对医学院校毕业生和医师实施医学继续教育制度,是完善我国医学教育体系,进一步提高卫技队伍素质的一项非常重要的工作,也是广大人民群众对我国医学科技事业发展和高水平的医疗保健服务寄予的殷切期望。

目前的当务之急,是要加强和完善住院医师培训制度,使医学院校医学系毕业生进入临床工作后,能得到进一步的临床专业科学知识和技能的系统培训,以不断提高临床医学水平和医疗卫生服务质量,满足人民群众对防病、治病、保健康复日益增长的需求。

1988年,浙江省卫生厅为进一步扩大住院医师培训,使之逐步形成制度化,特邀请部分省内外专家,着手编写“临床医学继续教育教材”(临床医学基础、内、外、妇、儿五个分册),教材在编排上既保持临床医学教育的系统性,又包含本学科及有关交叉学科的近期动态,并重视医师综合分析能力的培养,为读者拓宽思路。内容方面概念清晰、重点明确、繁简适宜、文字大多流畅可读,基本上适应于临床住院医师专业培训的要求,为住院医师培训的规范化提供了良好的基础。

天时地事日相催,冬至阳生春又来。临床医学继续教育制度化规范化的工作在我国尚在起步阶段,就探讨适合国情的规范、制度以及有关配套的政策等方面还需要在今后的实践中认真研究、勇于开拓。“教材”的出版将加快这一进程。在开放、改革的春潮中,愿我国的临床医学继续教育工作方兴未艾,蒸蒸日上,为我国培养高水平的临床医学人才,为更有效地保障人民健康作出应有的贡献。

陈敏章

1989年3月

前 言

随着现代科学的飞速发展和基础学科的不断深化及学科间的互相渗透,医学科学知识的更新周期日益缩短,加强医学本科生教育、毕业后教育和高层次医师的继续教育,已成为当务之急,并引起了国家有关方面的重视和关注,卫生部于1986年4月正式批准浙江医科大学和杭州市卫生局协作开展医学继续教育试点工作。同年7月,浙江医科大学、浙江省卫生厅、杭州市人民政府联合建立了“医学继续教育试点工作领导小组”。1988年10月由卫生厅组织成立了“浙江省继续医学教育委员会”。经过近3年的试点,以浙江医科大学为主先后制订了有关规定和实施方案,现准备由点到面逐步推开,使继续医学教育走向系统化、制度化、规范化。

住院医师培养对我国临床医学的整体发展至关重要,是改变目前临床医学中后继乏人及提高临床医学水平的重要措施之一,因此,我省把医学继续教育重点放到刚毕业的住院医师这一层次上。《临床医学继续教育教材》一书就是为了适应这一需要而编写的。本书分为临床医学基础和内、外、妇、儿五个分册,共136个专题,内容力求适应毕业后1~5年的住院医师应掌握的知识,不涉及过于专门的内容。本教材由浙江省卫生厅主持,委托浙江医科大学、中华医学会浙江分会具体组织省内、外专家撰写的。去年10月曾刊出了内、外科两分册(试刊),各20个专题,以冀吸收广大读者的意见,为本书的出版提

供了良好基础。由于这项工作在国内刚刚起步,又限于我们的经验和水平,本书难免有某些不妥之处,恳望同行和读者们给予批评指正。

本书承蒙卫生部部长陈敏章教授撰写序言,谨致谢忱。

此书的出版,多承上海科学技术出版社的积极鼓励和各编写人员单位的大力支持,并此致谢。

戴 迪

1989年6月

编写说明

本教材是为适应内科住院医师进行继续教育的需要而编写的。继续医学教育的主要对象是在职医务人员，目前先在毕业后第一年至第五年的住院医师中进行。因此，本书编写要求既区别于一般教材而有新的内容，又不同于学术讲座或专著，对过专过偏的内容较少涉及，力求适合毕业后一至五年的住院医师采用。按此原则，本教材的选题和编写是从日常临床实践中经常遇到的内科疾病或临床问题中，选出41个专题，包括传染病6个、呼吸系统7个、心血管系统7个、消化系统6个、肾脏系统3个、血液系统4个、内分泌系统4个、神经系统4个。由于这一教材无论在选题上或撰写上，都是新的尝试，作为引玉之砖，谨请广大读者和专家不吝赐教。

内科分册编写委员会

一九八九年八月

目 录

第 一 讲	病毒性肝炎的若干问题	1
第 二 讲	感染性腹泻的现状	13
第 三 讲	流行性出血热的诊断与治疗	22
第 四 讲	寄生虫病的化学治疗	31
第 五 讲	血吸虫病的治疗	38
第 六 讲	败血症的现状	45
第 七 讲	慢性阻塞性肺疾病	60
第 八 讲	特发性间质性肺纤维化	69
第 九 讲	呼吸衰竭的治疗	77
第 十 讲	结核病的化学疗法	87
第十一讲	肺癌的早期诊断及鉴别诊断	97
第十二讲	成人呼吸窘迫综合征	106
第十三讲	心律失常临床诊断若干问题	116
第十四讲	抗心律失常药物的临床应用	126
第十五讲	冠心病的一级预防	147
第十六讲	冠心病	155
第十七讲	高血压病诊治的几个问题	169
第十八讲	心肌病	179
第十九讲	心力衰竭	188
第二十讲	慢性肺原性心脏病	206
第二十一讲	有关消化性溃疡研究进展的几个问题	219

第二十二讲	胃癌的防治	231
第二十三讲	急性上消化道出血的诊治	241
第二十四讲	肝性脑病	249
第二十五讲	急性胰腺炎的诊断与治疗	259
第二十六讲	胃肠激素与临床	270
第二十七讲	急性肾功能衰竭	278
第二十八讲	慢性肾功能衰竭的治疗	287
第二十九讲	肾病综合征的诊断与治疗	302
第三十讲	贫血的诊断和防治原则	311
第三十一讲	急性白血病的防治	327
第三十二讲	原发性血小板减少性紫癜	336
第三十三讲	血栓形成与抗血栓治疗	344
第三十四讲	糖尿病临床若干问题	353
第三十五讲	自身免疫性内分泌病	364
第三十六讲	内分泌病急诊处理	373
第三十七讲	甲状腺功能亢进症(甲亢)	383
第三十八讲	癫痫	391
第三十九讲	急性脑血管病	400
第四十讲	脑病	409
第四十一讲	神经系统疾病的定位诊断	417

第一讲 病毒性肝炎的若干问题

我国是病毒性肝炎流行高发地区,甲、乙、非甲非乙型肝炎均有发病,丁型肝炎的抗体阳性率亦在5~10%之间。1979年全国流行病学调查表明,甲肝IgG抗体平均阳性率71.4%,HBsAg阳性率平均为8.75%(3.81~16.97%),推算全国HBsAg阳性携带者约占1亿人口左右,此外,乙肝感染后导致慢性肝炎、肝硬化,并与肝癌有一定关系。

一、流行病学

(一) 甲肝流行病学特点

甲肝在我国流行广,全国查明抗HA-IgG平均阳性率为71.4%,而30岁以上人群高达80~90%。甲肝为粪口传播,在潜伏末期及发病早期粪内已有大量病毒,可污染水源、食物,造成流行。我国甲肝流行病学特点是①发病率高,呈地方性流行;②呈水型、食物型爆发(如1988年上海市通过污染的泥蚶引起近30万人发病);③儿童、青少年发病高;④亚临床型多见;⑤抗HA-IgG阳性率随年龄而递增。

(二) 乙肝流行病学特点

乙肝具有传染性强、传播途径复杂、容易慢性化、慢性患者病毒携带率高等特点。据统计,除HBsAg阳性携带者约达1亿人口外,每年尚有500万现症病人。其中50%为慢性肝炎,

构成了一个庞大的传染源,特别是HBsAg也阳性者,传染性更强。

乙肝病毒可通过多种方式排出体外,如①随血、淋巴通过腺体分泌,如唾液、乳汁、汗液、精液、阴道分泌物排出;②通过肾、胆汁随尿、粪排出;③随月经血排出;④借助输血、针头、医疗器械带出体外;⑤孕妇经胎盘将病毒排入胎血或羊水中;⑥意外损伤,自伤口排出。因此,乙肝传播途径广泛,首先是经血(包括输血、注射器、血制品、医疗器械)传播。其次是母婴传播(约占30~85%),母婴可通过分娩传播、宫内传播(5~10%)、产后母婴密切接触。此外,家庭内密切接触,也是乙肝传播的另一途径。

(三) 非甲非乙型肝炎

目前均认为存在着两型非甲非乙型肝炎,即血传性(非流行性)、水传性(流行性)非甲非乙型肝炎。

血传性非甲非乙型,在我国散发肝炎中约占17.8~27.6%,其传播途径类似乙肝,有慢性病毒携带、向慢性肝炎转化等特点。而流行性非甲非乙型肝炎流行规律极似甲肝,近年来我国新疆地区已有发现。

(四) 丁型肝炎(δ 肝炎)

我国 δ 肝炎的流行情况还缺乏资料,据个别地区调查 δ 抗体阳性率在5~10%之间,发病情况尚无确切临床资料。

二、病毒性肝炎的病原及其抗原 抗体在临床上的意义

(一) 甲型病毒性肝炎

1973年 Feinstone 首次用免疫电镜技术在甲肝病人粪内

找到甲肝病毒抗原颗粒，这种颗粒对甲肝患者恢复期血清能起特异性免疫凝集反应，这表明甲肝恢复期血清中存在能对抗此种颗粒的抗体。国内早已在早期甲肝患者粪便内提取到甲肝病毒颗粒，并先后建立检测方法。

根据甲肝病毒抗原性质，属于RNA病毒，在感染人或猕猴的肝细胞浆内复制，经胆管排入肠道，病毒血症时间短暂，不存在慢性带病毒者。在急性肝炎病人，当转氨酶达高峰前5~13天，粪内已可检出甲肝抗原(HA_{Ag})，粪内抗原持续7~13天，在黄疸出现后，粪内抗原迅速减少，数天后即消失而不能测出，故传染性即已降低。在急性期及恢复期血清内均可测出特异性抗HA。此种抗体有IgM、IgG两种。抗HA-IgM在急性期、恢复期均可出现，持续3~6月后消失，因此可作为甲肝早期诊断的指标。而抗HA-IgG则在恢复后期才能出现，而且可以持续存在5~10年以上，因此不能作为早期诊断，而必须用双份血清滴度增高4倍以上方有诊断意义。由于抗HA-IgG检测的开展，利于血清流行病学调查以了解甲肝在人群中的发病情况，根据调查，在幼年时期即可获得甲肝的隐性或亚临床感染。

(二) 乙型病毒性肝炎

乙肝病毒的抗原性较为复杂，至目前已公认有四大抗原抗体系统，即表面抗原抗体(HBsAg-抗HBs)、核心抗原抗体(HBcAg-抗HBc)、e抗原抗体(HBeAg-抗HBe)、Dane颗粒抗原抗体(Dane颗粒、抗Dane颗粒)等。

1. 表面抗原抗体系统(HBsAg、抗HBs) HBsAg是病毒的外壳蛋白。HBsAg检查的临床意义：①能帮助乙肝的早期诊断，因HBsAg在潜伏末期即可阳性，检出率一般在70%左右。HBsAg阳性表示有乙肝感染、病毒携带，有利于病原

学诊断及鉴别诊断。但 HBsAg 阴性不能排除乙肝,而且对 HBsAg 阳性者是否即为急性乙肝所致,尚需结合临床。注意 HBsAg 阳性携带者感染其他疾病及重叠甲型或其他型别病毒性肝炎的可能。②有助于乙肝的预后估计:如急性期症状消失,肝功能恢复,而 HBsAg 持续不转阴,约2/3的病情转为慢性迁延;长期 HBsAg 阳性携带者易导致肝硬化;少数甚至向肝癌转化。③有助于助血员及各种血制品的筛选:使输血后乙型肝炎发病率明显下降。④有利于乙肝流行病学调查:不但 HBsAg 阳性可作为乙肝感染的指标,还可以作为乙肝传播途径的调查研究。⑤有利于发现与乙肝有关的疾病:如肝硬化,原发性肝癌以及肝外损害,如内科病中膜性肾小球性肾炎、结节性动脉周围炎、白细胞减少、皮肤病等与乙肝的关系。

至于 HBsAg 阳性的滴度,往往与肝炎病情不成正比,即无症状的慢性携带者可出现血液中 HBsAg 滴度高,而重症肝炎反而滴度较低,甚至早期转阴。这与机体免疫机理有关,但 HBsAg 阳性的传染性与滴度成正比。

HBsAg 可使机体产生相应的抗 HBs,多数病人是随着抗 HBs 出现而 HBsAg 随之消失,多在感染后4~5月出现,一般抗体滴度不高,可以持续6个月至3年而渐消失。抗 HBs 阳性表示乙肝感染已进入恢复期,说明具有一定的免疫力。抗 HBs 阳性临床意义是①有利于乙肝的诊断:因肝炎发病期血清 HBsAg 转阴,而抗 HBs 阳转,说明感染已进入恢复期,是诊断急性乙肝的标志;此外抗 HBs 阳性也可作为过去感染乙肝的指标。②可作为乙肝疫苗接种后的疗效考核指标:接种乙肝疫苗后抗 HBs 阳转,表示已对乙肝产生有效免疫。

2. 核心抗原抗体系统 (HBcAg、抗 HBc) HBcAg 是 Dane 颗粒的核心成分,本质是 DNA 核蛋白体。该抗原存在于

肝细胞核内,血液中一般不能检出,可通过超离心法自感染乙肝的人尸体肝中提取。但血液中可相应出现抗HBc,在急肝时,当转氨酶达到高峰时,血清中即可测出抗HBc。一般凡是HBsAg阳性血中,抗HBc多般亦阳性。因此它不是说明感染恢复的保护性抗体,而且比抗HBs早1~2月出现。抗HBc阳性的临床意义在于①可作为乙肝感染诊断指标:不管在急性期、恢复期都是代表乙肝的感染,特别是在HBsAg阴转,而抗HBs尚未阳转时及HBsAg阴性乙肝患者,检测抗HBc更具有意义。据统计在HBsAg阴转中尚有8~27%乙肝患者可检出抗HBc,所以国内报告,乙肝的病原诊断如单检HBsAg其阳性率为50.2%,如加测抗HBs则诊断阳性率可提高至61.3%,如再加测抗HBc则对乙肝病原学诊断可达到75.16%。②抗HBc阳性,需区别其为IgM抑或IgG、IgM抗HBc阳性不仅代表乙肝的急性期或近期感染,而且也说明肝细胞内有病毒活动性复制,或病变慢性。而IgG抗HBc阳性不一定是病毒复制,而是乙肝感染后的持续性血清学反应。③可作为乙肝疫苗安全性考核指标。④筛选血源同样重要。

因此,对乙肝的诊断,必须同时检测HBsAg、抗HBs、抗HBc,然后综合分析病情属于那个阶段,决不能单纯依赖HBsAg是否阳性或以HBsAg阴性而片面地决定是否乙肝的诊断。

3. e抗原抗体系统(HBeAg、抗HBe) HBeAg是1972年Magniuse所发现的另一新抗原系统。HBeAg的本质是HBV核心颗粒的主要构成蛋白,其合成由HBV遗传基因密码所控制。它只存在于HBsAg阳性血液中,且和抗HBe相互排斥存在。e抗原抗体的临床意义是①HBeAg阳性是乙肝具有较强

传染性的重要标志：因HBsAg常与 Dane、DNA 多聚酶相伴存，因此在母婴传播中，凡是 HBsAg、HBsAg均阳性者，其子女 HBsAg 阳性感染率几乎达到80~100%，而抗HBsAg阳性者，其传染性最低。据调查 HBsAg 阳性血中 HBV-DNA全部阳性，而抗HBsAg阳性者也有33.3% HBV-DNA 阳性，说明也有一定的传染性。②抗HBsAg与原发性肝癌甲胎蛋白阳性相关：因此对慢性肝病，HBsAg、抗 HBsAg 同时阳性应定期测AFP，如有相关增高，应高度监测肝癌的发生可能。

（三）非甲非乙型肝炎

目前尚无公认的、确切的检测抗原、抗体的方法，只能靠排甲（抗 HA-IgM阴性）、排乙（抗 HBc-IgM 阴性）、排 EB-IgM、排 OMV-IgM，方能作临床诊断。

（四）丁型(δ因子)肝炎

我国部分地区根据酶联法检测抗HD-IgM和抗HD-IgG，发现δ抗体阳性率为5~10%，说明我国亦存在此类肝炎。δ因子只存在于 HBsAg 阳性血液中，其类型有乙型、丁型肝炎同时感染者，其临床呈急性自限性乙肝经过，丁型肝炎病毒(HDV)的增殖受到乙肝病毒感染的限制，肝脏损害轻微；如为重叠感染，即HBsAg携带者感染 HDV后常导致急性肝炎发作，但其演变情况取决于原有肝脏损害：①无症状HBsAg携带者可进展为慢性肝病；②原有慢性肝病者常迅速发展为严重的慢性活动性肝炎，重症肝炎。据有关报道，在HBsAg阳性慢活肝及肝硬化者，分别有32%和52%在肝内可检出丁型肝炎抗原(HDAg)。所以目前认为乙肝病毒和δ因子双重感染引起的肝炎易致慢性、易致重型。