

内科临床实践

指导大纲与案例分析

Guidance and Case Analyses of
Clinical Practices in Internal Medicine

主 编 徐茂锦 蔡 青



上海科学技术出版社

内科临床实践 指导大纲与案例分析

主编 徐茂锦 蔡 青

上海科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

内科临床实践指导大纲与案例分析 / 徐茂锦, 蔡青主编.

—上海: 上海科学技术出版社, 2016.1

ISBN 978-7-5478-2860-1

I. ①内… II. ①徐… ②蔡… III. ①内科学—高等学校—教材 IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 260255 号

内科临床实践指导大纲与案例分析

主编 徐茂锦 蔡青

上海世纪出版股份有限公司 出版
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

上海世纪出版股份有限公司发行中心发行

200001 上海福建中路 193 号 www.ewen.co

浙江新华印刷技术有限公司印刷

开本 889×1194 1/32 印张 6

字数: 120 千字

2016 年 1 月第 1 版 2016 年 1 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5478-2860-1/R·1018

定价: 38.00 元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题,
请向承印厂联系调换

编委会

主 编 徐茂锦 蔡 青

主 审 徐晓璐

副主编 徐荣良 林 寒 陈 莉

编 者 (以章节先后为序)

徐荣良 王 倩 赵立军 武 宁 石 荟 张 伟

林 寒 孙 畅 陈 莉 湛 卫 孙 婧 赖学莉

陈 榕 郭 妍 吴 鸿 蔡 青 高 洁

前 言

临床实践教学是医学教育的重要环节，临床实践教学质量直接影响医学生的教育水平及其毕业后的临床能力。近年来随着教育体制改革的深化、毕业后教育的发展，各层次的临床实践教学任务不断加重。与此同时，临床医学院及各科室出于学科发展的需要，加强医疗特色与学科主攻方向，使临床实践教学资源受限，突出表现在：病种较单一、平均住院日不断缩短，导致全面整体的临床实践教学受限。

为适应新形势下临床实践教学的需要，第二军医大学第一附属医院（上海长海医院）内科教研室依据医学生培养目标和毕业后教育培训的要求，结合医学生临床实习教学和住院医师规范化培训带教的实践，组织教员编写了《内科临床实践指导大纲与案例分析》。本教材以临床医学本科生和住院医师规范化培训教学大纲为依据，突出对内科常见疾病诊断与鉴别诊断要点、检查与治疗原则以及基本技能操作的掌握；精选临床典型案例进行规范化临床思维的培训。本教材既可作为带教老师、医学实习生、规范化培训医生的临床实践教与学的指导用书，也可在临床实践教学资源不足时供师生讨论和交流之用。

由于编者学术水平有限、编写时间仓促，欠妥之处在所难免，诚请广大师生、读者批评指正。

编者

2015年9月

目 录

第一章 循环系统疾病 /1

- 一、心力衰竭 /1
- 二、心律失常 /5
- 三、心脏瓣膜病 /8
- 四、感染性心内膜炎 /11
- 五、原发性高血压 /14
- 六、冠心病、心绞痛 /18
- 七、急性心肌梗死 /21
- 八、先天性心血管病 /24
- 九、心肌炎 /26
- 十、心肌病 /29
- 十一、心包炎 /32
- 附一 中心静脉压测定 /35
- 附二 心脏电复律 /36
- 附三 冠脉造影检查 /37
- 附四 心脏电生理检查 /38
- 附五 先天性心血管病经导管封堵治疗 /39

第二章 呼吸系统疾病 /40

- 一、慢性阻塞性肺病及肺心病 /40
- 二、支气管哮喘 /42

- 三、支气管扩张 /46
- 四、大叶性肺炎 /48
- 五、支气管肺癌 /49
- 六、呼吸衰竭 /51
- 七、胸腔积液 /53
- 八、自发性气胸 /58
- 九、一氧化碳中毒 /60
- 附一 胸腔穿刺术 /62
- 附二 动脉穿刺术 /64
- 附三 支气管镜检查术 /65

第三章 消化系统疾病 /68

- 一、胃食管反流病 /68
- 二、慢性胃炎 /69
- 三、消化性溃疡 /71
- 四、胃癌 /73
- 五、肠结核 /75
- 六、炎症性肠病 /77
- 七、肠易激综合征 /79
- 八、肝硬化 /80
- 九、肝性脑病 /83
- 十、急性胰腺炎 /85
- 十一、慢性胰腺炎 /87
- 十二、胰腺癌 /88
- 十三、结核性腹膜炎 /90
- 十四、上消化道出血 /91
- 十五、有机磷农药中毒 /94
- 附一 腹腔穿刺术 /97

- 附二 三腔二囊管止血法 /99
- 附三 胃镜及超声胃镜检查 /101
- 附四 逆行胰胆管造影 /102
- 附五 肝动脉插管化学栓塞术 /104

第四章 血液系统疾病 /106

.....

- 一、缺铁性贫血 /106
- 二、再生障碍性贫血 /108
- 三、溶血性贫血 /110
- 四、急性白血病 /113
- 五、慢性髓系白血病 /115
- 六、淋巴瘤 /117
- 七、多发性骨髓瘤 /120
- 八、特发性血小板减少性紫癜 /122
- 九、弥散性血管内凝血 /124
- 附一 骨髓穿刺术 /126
- 附二 骨髓活检术 /129
- 附三 腰椎穿刺及鞘内注射术 /130

第五章 肾脏疾病 /133

.....

- 一、急性肾小球肾炎 /133
- 二、急进性肾小球肾炎 /135
- 三、IgA 肾病 /137
- 四、微小病变性肾病 /139
- 五、肾病综合征 /140
- 六、急、慢性肾盂肾炎 /143
- 七、慢性肾功能衰竭 /145

附 肾脏穿刺活检术 /147

第六章 内分泌及代谢疾病 /149

.....

- 一、甲状腺功能亢进症 /149
- 二、糖尿病 /151
- 三、尿崩症 /154
- 四、原发性醛固酮增多症 /156
- 五、骨质疏松症 /159

第七章 风湿性疾病 /162

.....

- 一、系统性红斑狼疮 /162
- 二、类风湿关节炎 /165
- 三、强直性脊柱炎 /168
- 四、干燥综合征 /170
- 五、多发性肌炎和皮肌炎 /172
- 六、系统性硬化症 /176
- 七、痛风性关节炎 /178
- 附 膝关节腔穿刺术 /180

第一章 循环系统疾病

一、心力衰竭

(一) 询问病史的重点

□□ 诱发心力衰竭的因素 感染、心律失常、精神紧张、妊娠与分娩、贫血、药物等。

□□ 基础心血管疾病 心脏瓣膜病、冠心病、先天性心脏病等。

□□ 心力衰竭的常见症状 劳力性呼吸困难、咳嗽、咯血、疲乏无力、下肢水肿等。

(二) 体格检查

□□ 一般情况 面容、皮肤、血压等。

□□ 心血管疾病体征 杂音、心音等。

□□ 心力衰竭体征 左心心力衰竭体征、右心心力衰竭体征等。

(三) 实验室检查

□□ 血液 全血细胞计数、电解质、肾功能、肝功能、血脂、血培养等。

□□ 超声心动图 心电图（心瓣膜病、心肌病、先天性心脏病）、

运动试验及动态心电图（有无冠心病）、心导管检查、心脏核素检查、心血管造影等。

（四）诊断与鉴别诊断

1. 诊断

（1）确定有无心功能不全：心脏疾病体征 + 肺循环充血的表现或体循环充血的表现。

（2）确定心功能不全程度。

2. 鉴别诊断

（1）支气管哮喘。

（2）渗出性心包炎。

（3）肝硬化、肾炎。

（五）治疗原则

（1）治疗病因及诱因：如手术矫正心瓣膜或先天性心脏病，高血压心脏病时降压治疗，贫血性心脏病时纠正贫血。

（2）一般治疗：休息、饮食、吸氧等。

（3）洋地黄类药物的应用：适应证、禁忌证、毒性作用与处理。

（4）利尿剂的选用。

（5）血管扩张剂的作用。

（6）急性肺水肿的紧急处理。

（7）血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素、受体阻滞剂（ARB）类药物的使用。

（8） β 受体阻滞剂的使用方法。

（六）病例讨论

患者严某，78岁，因活动后气短1年，加重1周伴有下肢水肿住院。1年前患者上三楼或提重物时出现胸闷气

短，休息后好转。此症状反复出现并逐渐加重。目前上一楼就出现气短并时常出现下肢水肿。□周前因感冒后出现气急加重伴有下肢水肿、腹胀纳差。夜间不能平卧，需要枕两个枕头才觉得气急好些。有时夜间气急加重伴咳嗽，坐起来稍缓解。发病以来无明显胸痛。无慢性咳嗽、咳痰病史。既往有高血压□□年，常服用药物，但血压控制不佳。有糖尿病□年，常服二甲双胍，血糖控制良好。无高脂血症史。吸烟□□□年支，已经戒烟□年。

体格检查：血压□□□ □□ □□□□，心率□□次□□□□，体温□□℃，呼吸□□次□□□□。半卧位，口唇无发绀，颈静脉充盈，胸廓正常，无明显桶状胸，两肺底可闻及少量湿啰音，心界向左下扩大，心尖部可闻及□级收缩期吹风样杂音，余瓣膜区未闻及杂音。肝脏肋下刚触及，有轻度触痛。墨菲征阴性，脾脏未触及。移动性浊音阴性。双下肢凹陷性水肿明显。入院检查：心电图提示左心增大伴劳损，□线胸片提示心影增大，心胸比为□□□，两下肺片状影。心脏超声提示左心增大，二尖瓣关闭不全，左心室射血分数(□□□□)□□%。血常规提示白细胞计数为□×□□⁹□□，中性粒细胞比例□□%，余正常。尿常规、粪常规正常。肝、肾功能正常，脑钠肽(□□□)□□□□□□□□□□。

病史特点

- (□) 老年男性，起病缓慢，病程较长。
- (□) 主要症状是劳力性呼吸困难□年，因感冒加重□周。
- (□) 体格检查发现血压偏高，心率偏快，心脏向左下扩大并伴有二尖瓣关闭不全，两肺底可闻及湿啰音，肝脏略肿大，颈静脉充盈，双下肢水肿。
- (□) 心电图提示左心肥大伴劳损，胸片提示心影增大，两下肺有片状阴影。心脏超声提示左心增大，二尖瓣关闭不全，□□□□降低。

(5) 白细胞计数及中性粒细胞比例偏高, BNP 增高明显。

(6) 既往有 10 年高血压病史, 4 年糖尿病病史, 600 年吸烟史。无明确的慢性支气管炎病史及哮喘史。

诊断线索 可根据劳力性呼吸困难、水肿、心脏增大伴有 LVEF 降低等三个线索展开诊断分析。以第一个呼吸困难为例, 提示心、肺疾病可能性最大, 因为心、肺疾病是导致呼吸困难最常见的原因。

诊断与鉴别诊断 引起活动后呼吸困难的常见心脏原因包括心力衰竭、冠心病、心包积液等。肺部疾病引起的肺功能减退如慢性支气管炎、哮喘、支气管扩张、胸腔积液、气胸、严重肺大疱等。根据患者的症状特点、体格检查及实验室检查阳性结果, 挑选出可能性最大的疾病。因患者无明确的肺病史, 体格检查无明显桶状胸, 胸片未见明显肺病征象, 且 BNP 明显增高。因此考虑心脏疾病引起呼吸困难的可能性大。心脏疾病中能明确的是心力衰竭, 因为有心脏增大、LVEF 降低、BNP 明显升高等检验指标提示心力衰竭, 而且患者有导致心力衰竭的基础疾病, 如长期高血压, 临床表现也符合全心心力衰竭。至于心力衰竭的基础病因除了高血压是否还存在冠心病, 值得进一步检查。因为患者年龄大, 有高血压、糖尿病、吸烟等冠心病危险因素, 并且活动后胸闷气短加重也符合冠心病表现。心包积液临床不符合, 因为心脏超声已经排除了。心力衰竭加重的常见因素以感染尤其肺部感染多见, 本例白细胞计数偏高可能提示存在肺部感染。另外, 如果有冠心病, 那么心肌缺血加重或心肌梗死也是导致心力衰竭加重的常见原因, 应观察心电图动态变化以及肌钙蛋白是否明显升高。

初步诊断

- (1) 原发性高血压、高血压心脏病、心功能 IV 级。
- (2) 肺炎。
- (3) 冠心病?
- (4) 2 型糖尿病。

拟进一步检查

- (□) 复查心电图, 检查肌钙蛋白水平, 排除心肌梗死。
- (□) 待心功能改善后进行冠状动脉造影以明确冠心病诊断。
- (□) 检查血脂、血糖。

治疗原则

- (□) 心力衰竭治疗(利尿、扩张血管、强心)注意电解质紊乱、肾功能减退、洋地黄中毒。
- (□) 抗感染治疗。
- (□) 高血压治疗。
- (□) 糖尿病治疗。
- (□) 抗栓治疗(阿司匹林)。
- (□) 如有冠心病给予他汀类药物治疗。

(徐荣良 王 倩)

二、心律失常

(一) 询问病史的重点

- (□) 发作时间与诱因: 何年、月、周、日; 运动、紧张等。
- (□) 持续时间与频度: 发作时有无血流动力学障碍。
- (□) 伴随症状与终止方式。
- (□) 是否诊断、治疗、结果如何。
- (□) 既往心脏病史、家族史。

(二) 体格检查

- (□) 全面系统体格检查。
- (□) 注意心脏大小, 搏动如何、杂音、节律、心音改变, 血压情况, 脉搏与心搏是否一致, 颈动脉搏动。
- (□) 体循环或肺循环淤血的体征。

（三）实验室检查

- （1）血电解质：尤其是血钾。
- （2）心电图：胸片、超声心动图、动态心动图。
- （3）根据需要可进一步选择：食管心电图、心室晚电位、直立倾斜试验、临床电生理检查。

（四）诊断与鉴别诊断

- （1）根据病史：体格检查和实验检查做出心律失常诊断。
- （2）寻找心律失常发生的基础：有无器质性心脏病。
- （3）心律失常临床类型：缓慢性、快速性。

（五）治疗原则

- （1）兴奋迷走神经治疗：适用于终止阵发性室上性心动过速，如刺激咽喉、屏气等。
- （2）药物治疗：适用于各种心律失常类型，具体应用根据患者心律失常类型、全身情况，药物代谢及特性。心律失常药物分类、用量、副作用。
- （3）心脏电复律与人工心脏起搏：掌握适应证，选择治疗方法。

（六）病例讨论

患者女性，22岁，大学生，因反复心悸、头晕2年就诊。平时身体健康，无心悸发作时无任何症状。心悸发作突然，无明显诱因，与运动、情绪等无关，自测脉搏快而细弱，伴有头晕，无晕厥，可自行终止，且可迅速恢复平时的心率，终止后无不适。2年间共发作5次，发作常持续数十分钟到1小时不等。体格检查无异常，来医院就诊时心电图正常。血常规、X线胸片、生化检查、甲状腺功能正常。

病史特点

- (□) 青年女性，病程长，发病呈发作性。
- (□) 心慌发作伴头晕，突发突止，无晕厥。
- (□) 体格检查无心脏阳性体征。
- (□) 平时心电图无异常，发作时心电图未做。
- (□) 既往身体健康，无心脏病史。

诊断线索 心慌是唯一主诉，也是诊断的唯一线索。引起心慌的常见原因包括心律失常、心脏病伴有心肌收缩增强、心脏以外的疾病如甲状腺功能亢进（甲亢）、贫血、发热等，其次是精神性因素，比如紧张、焦虑症等，其中最常见的是心律失常。

诊断与鉴别诊断 该患者主诉为心悸伴头晕，突发突止，发作后不遗留症状，平时身体健康。根据这些特点首先要考虑阵发性心律失常。常见的是阵发性室上性心动过速，该疾病为房室结双径路或者房室旁路折返性心动过速，突发突止，无器质性心脏病基础，多数预后良好，对血流动力学影响小，但是如果心室率超过 300 次/分 则可能会因血压偏低导致头晕或者晕厥。确诊则需要发作时心电图证实或者通过心脏电生理检查证实房室结或房室旁道的存在及诱发房室折返性心动过速。在临床上比较常见，应首先考虑。当然也应该考虑阵发性室性心动过速的可能，有些特发性室性心动过速可以发生在无器质性心脏病的年轻人，但是发病率明显低于室上性心动过速，确诊同样需要发作时心电图或者心脏电生理检查。室性心动过速往往发生于器质性心脏病患者，在此患者可能性较小。

需要鉴别的疾病如下。

(□) 贫血：年轻女性可能由于月经过多、消化道出血等原因出现贫血，导致窦性心动过速而出现心悸。但此患者平时健康，血常规正常，可以排除。

(□) 甲状腺功能亢进：年轻女性多见，伴有多汗、消瘦、大便次数增多、心悸等。该患者无多汗、消瘦，甲状腺功能正常，可排除。

(3) 低血糖：多数见于糖尿病服用降糖药过量或胰岛素过量，年轻人也可见，但往往在饥饿时出现，伴有心悸、虚弱出汗、头晕、饥饿感，严重时可昏迷。此患者发病无明显诱因，且生化检查正常，可排除。

(4) 焦虑症：可出现心悸、胸闷等不适，往往有诱发因素，比如精神压力过大、情绪抑郁、不良事件导致的精神刺激等。一般心悸持续时间长，常常不能缓解，无明显心动过速。该患者心悸突发突止，发作时心率快，终止后无不适，与此症不符。

初步诊断 阵发性室上性心动过速。

拟进一步检查 住院做心脏电生理检查。

治疗原则 射频消融治疗。

(徐荣良 王 倩)

三、心脏瓣膜病

(一) 询问病史的重点

(1) 风湿热病史（在我国仍为常见病因）、感染、发热史（心内膜炎所致）。

(2) 冠心病、动脉硬化史，如高血压、心肌梗死。

(3) 自幼心脏杂音（二叶主动脉瓣，先天性）。

(4) 外伤、昏厥史（如二尖瓣脱垂，梗阻性心肌病等）。

(5) 并发症如心力衰竭、肺部感染、栓塞等症状的询问。重点强调瓣膜损害可能病因诊断的线索。

(二) 体格检查

(1) 细微全面的体格检查：面容、皮肤等一般状况不能忽视。

(2) 心血管的重要体征：心脏大小、心脏杂音、心音等。

(3) 注意是否有肝脾肿大、腹水、下肢水肿等。