

内科常见病

临床实践手册

NEIKE CHANGJIANBING LINCHUANG SHIJIANSHOUSE

主 编 纪春梅 阚淑娟 李林旭 芦珊珊



河北科学技术出版社

内科常见病临床 实践手册

主 编 纪春梅 阚淑娟 李林旭 芦珊珊

河北科学技术出版社

主 编 纪春梅 阚淑娟 李林旭 芦珊珊
副主编 张贺齐 李 明 汪 静 何 华
苗昌荣 么焕新
编 委 (以姓氏笔画为序)
么焕新 马艳丽 纪春梅 何 华
李 明 李林旭 李小艳 芦珊珊
汪 静 张贺齐 苗昌荣 阚淑娟

图书在版编目 (C I P) 数据

内科常见病临床实践手册 / 纪春梅等主编. — 石家庄 : 河北科学技术出版社, 2013.8
ISBN 978-7-5375-6209-6

I. ①内… II. ①纪… III. ①内科—常见病—诊疗—手册 IV. ①R5—62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 157443 号

内科常见病临床实践手册

纪春梅 阚淑娟 李林旭 芦珊珊 主编

出版发行 河北科学技术出版社
地 址 石家庄市友谊北大街 330 号(邮编:050061)
印 刷 石家庄市文义印刷有限公司
经 销 新华书店
开 本 850×1168 毫米 1/32
印 张 12.375
字 数 310 千字
版 次 2013 年 8 月第 1 版
2013 年 8 月第 1 次印刷
定 价 25.00 元

前 言

临床医学是一门实践性较强的学科。刚走上工作岗位的住院医师、临床医生经验不足,在实践中必将面临着许多实际问题,如何将书本上汲取来的理论知识与临床实践相结合、将书本中学到的对疾病的介绍与临床上复杂患者主诉及病情相结合;如何对具有相似临床表现的疾病做出正确的诊断和鉴别诊断,并给出切实可行的治疗方案,在诊断过程中又该依据怎样的先后顺序等。为此,我们组织了具有丰富临床经验的一线专家编写了《内科常见病临床实践手册》一书。

本书突出临床,注重实际,给临床医师一个清晰明了的诊疗指导,在理论知识与临床实践中架设一座桥梁,使相关医务工作者能在短时间内掌握诊断、治疗的基本流程,提高专业技能。本书共含七章,主要涉及相应临床中的常见疾病,从医师接触患者的角度,对每一种疾病的诊疗过程进行了清晰阐述,从询问病史到进行体格检查、辅助检查,从诊断、鉴别诊断到提出治疗方案,都为医师提供了方便、简捷的指导。本书力求简明、实用、规范,旨在提高临床医师的临床诊疗水平和能力,是住院医师、基层医务工作者常备的内科疾病诊断临床参考用书。

由于编者水平所限,书中不足之处在所难免,望广大读者赐教。

编 者

2013年6月

目 录

第一章	消化系统疾病用药	1
第一节	慢性胃炎	1
第二节	胃食管反流病与反流性食管炎	6
第三节	消化性溃疡	15
第四节	溃疡性结肠炎	25
第五节	上消化道出血	44
第六节	急性胆囊炎	55
第七节	急性胰腺炎	59
第二章	呼吸系统疾病用药	71
第一节	急性气管—支气管炎	71
第二节	慢性阻塞性肺疾病	74
第三节	支气管哮喘	84
第四节	支气管扩张症	108
第五节	肺脓肿	116
第六节	肺栓塞	122
第七节	急性呼吸窘迫综合征	134
第三章	血液系统疾病用药	151
第一节	急性再生障碍性贫血	151
第二节	弥散性血管内凝血	155
第三节	急性失血性贫血	163
第四节	过敏性紫癜	165
第四章	循环系统疾病用药	168
第一节	心绞痛	168

第二节	急性心肌梗死	180
第三节	心脏瓣膜病	196
第四节	慢性心力衰竭	210
第五节	急性心包炎	217
第六节	风湿热	222
第五章	神经系统疾病用药	229
第一节	短暂性脑缺血发作	229
第二节	脑梗死	236
第三节	脑出血	251
第四节	蛛网膜下隙出血	263
第五节	中枢神经细菌感染	270
第六节	帕金森病	280
第七节	重症肌无力	289
第八节	多发性肌炎和皮肌炎	296
第九节	周期性麻痹	299
第十节	失眠	302
第十一节	舞蹈病	309
第十二节	癫痫	313
第六章	泌尿系统疾病用药	323
第一节	急性泌尿系统感染	323
第二节	急性肾衰竭	325
第三节	慢性肾衰竭	330
第四节	急性肾小球肾炎	343
第五节	急进性肾小球肾炎	348
第六节	慢性肾小球肾炎	352
第七节	隐匿性肾小球肾炎	358
第八节	急性间质性肾炎	361
第九节	溶血性尿毒症综合征	367

第七章	内分泌系统疾病用药	372
第一节	甲状腺功能亢进	372
第二节	甲状腺功能减退危象	375
第三节	高渗性高血糖状态	377
第四节	糖尿病酮症酸中毒	381
第五节	乳酸性酸中毒	385

第一章 消化系统疾病用药

第一节 慢性胃炎

【概述】

慢性胃炎 (chronic gastritis) 是由多种病因引起的胃黏膜慢性炎性病变或萎缩性病变。其发病率高, 临床上十分常见, 占接受胃镜检查患者的 80%~90%, 男性多于女性, 随年龄增长发病率逐渐增高。病因主要与幽门螺杆菌 (helicobacter pylori, 简称 H pylori、Hp) 感染, 饮食和环境因素, 自身免疫因素, 其他如胆汁、胰液反流、酗酒、服用 NSAID 药物、某些刺激性食物有关。其中以胃黏膜 Hp 感染最为常见。根据病理组织学改变, 将慢性胃炎分成浅表性即非萎缩性 (non-atrophic)、萎缩性 (atrophic) 和特殊类型 (special forms) 三大类。按炎症部位分为慢性胃窦炎和慢性胃体炎, 后者与自身免疫有关, 同时伴有恶性贫血, 发病率较低。临床常见慢性胃窦炎, 其主要病理学特征是炎症, 后期以胃黏膜固有腺体萎缩和肠化生为主要病理特点。

【临床表现】

慢性胃炎病程迁延, 大多数患者无明显症状, 部分患者有消化不良症状, 如无规律上腹部隐痛、餐后饱胀、食欲减退、泛酸、嗝气。胃体萎缩性胃炎 (A 型) 主要表现为明显厌食、贫血、舌炎、腹泻等。

【检查】

(一) 体格检查

1. 一般无阳性体征或仅有上腹轻压痛。

2. A 型胃炎患者可出现贫血、舌炎、舌萎缩及四肢感觉异常（如麻木、痛觉过敏等）。

（二）辅助检查

1. 实验室检查

（1）幽门螺杆菌检测：一般可根据所在医院条件，选用以下任何一种检测方法诊断幽门螺杆菌感染，包括活检胃黏膜组织的快速尿素酶试验、病理 Giemsa 染色或 Warthen—Starry 染色检测 Hp，亦可行¹³C 或¹⁴C 呼气试验诊断 Hp，近来有报道检测粪便中 Hp 抗原，对确定 Hp 感染亦有较高的诊断价值。

（2）其他检查：胃酸测定、血清胃泌素检测等仅在疑有胃泌素瘤时需要检测，对本病的诊断价值不大；血清抗壁细胞抗体、抗内因子抗体、维生素 B₁₂ 浓度和吸收试验等，一般不做，仅在疑有 A 型胃炎及恶性贫血时予以检查。

2. 特殊检查

（1）胃镜及活检组织病理学检查：是本病最可靠的诊断方法。浅表性胃炎内镜下可见有如下表现：胃黏膜充血、水肿，红白相间，以红为主，或呈麻疹样表现，有灰白或黄白色分泌物附着，可见有糜烂和出血点；萎缩性胃炎则见有色泽深浅不一，皱襞变细、平坦，黏膜下血管显露如树枝状或网状。

（2）上消化道 X 线钡餐检查：由于临床上胃镜的广泛应用，临床上已较少使用 X 线钡餐检查来诊断胃炎。黏膜局部痉挛性收缩，皱襞增粗、迂曲等为常见的 X 线表现。

【诊断常规】

（一）诊断要点

1. 发病与年龄呈正相关，男多于女，老年人多为萎缩性，年轻人多为浅表性。

2. 起病缓慢，诱因较多，如吸烟、饮酒、药物等。

3. 有上腹隐痛、食欲减退、餐后饱胀、泛酸等消化道症状。

4. 胃镜及病理检查、X 线上消化道钡餐明确为慢性胃炎，胃镜则可确定有无胃黏膜萎缩。

（二）鉴别诊断

1. 胃溃疡。患者常有泛酸、上腹痛等症状，疼痛有规律，胃镜及病理检查或上消化道 X 线钡餐可明确诊断。

2. 功能性消化不良。有上腹痛、饱胀不适、泛酸、嗝气等消化不良表现，胃镜、X 线钡餐、B 超检查无器质性病变发现。

3. 胃癌。患者年龄较大，有进行性消瘦、贫血的表现，胃镜及活组织检查可明确诊断。

4. 慢性肝病。往往有慢性乙型或丙型肝炎病毒感染史，血清胆红素、转氨酶增高，B 超示肝脏回声不均等。

5. 胆囊炎、胆石症。患者常有右上腹痛，进食油腻可诱发，B 超检查可明确诊断。

【治疗常规】

慢性胃炎的治疗包括病因治疗、对症治疗，无症状的慢性浅表性胃炎可不做任何处理。慢性胃炎需要根据不同的临床症状和内镜及病理改变情况选择不同的治疗。消除或削弱攻击因子，增强黏膜防御能力，缓解患者不适症状，定期胃镜随访观察。

（一）一般治疗

嘱患者注意休息，生活有规律，戒烟酒，避免咖啡、浓茶等刺激性食物。尽量避免使用对胃黏膜有损害的药物。

（二）用药常规

1. 根治幽门螺杆菌

（1）适应证：①有明显异常的慢性胃炎（胃黏膜有糜烂、中至重度萎缩及肠化生、异型增生）。②有胃癌家族史。③伴糜烂性十二指肠炎症。④消化不良症状经常规治疗疗效差。

(2) 根治方案

1) 质子泵抑制药 (PPI) + 两种抗生素

PPI 标准剂量 + 克拉霉素 500mg + 阿莫西林 1 000mg, 每日 2 次, 疗程 1 周。

PPI 标准剂量 + 阿莫西林 1 000mg + 甲硝唑 400mg, 每日 2 次, 疗程 1 周。

PPI 标准剂量 + 克拉霉素 250mg + 甲硝唑 400mg, 每日 2 次, 疗程 1 周。

PPI 标准剂量: 奥美拉唑 20mg 或兰索拉唑 30mg 或泮托拉唑 40mg 或埃索美拉唑 20mg。

2) 铋剂 + 两种抗生素

铋剂标准剂量 + 阿莫西林 500mg + 甲硝唑 400mg, 每日 2 次, 疗程 2 周。

铋剂标准剂量 + 四环素 500mg + 甲硝唑 400mg, 每日 2 次, 疗程 2 周。

铋剂标准剂量 + 克拉霉素 250mg + 甲硝唑 400mg 每日 2 次, 疗程 1 周。

铋剂标准剂量: 枸橼酸铋钾 240mg 或胶体果胶铋 240mg。

目前 Hp 菌株对甲硝唑耐药率正在迅速上升, 呋喃唑酮抗 Hp 作用强, Hp 不易产生耐药性, 可用呋喃唑酮代替甲硝唑, 剂量为每次 100mg, 每日 2 次。

初次治疗失败者, 可用 PPI、铋剂合并两种抗菌药物的四联疗法进行治疗。

2. 消化不良症状的治疗

(1) 促胃肠动力药: 适用于以上腹胀、早饱、嗝气为主要症状者, 可消除或减少胆汁反流, 常用药物有如下几种。

1) 甲氧氯普胺。每次 5~10mg, 每日 3 次, 餐前 30min 口服。禁用于嗜铬细胞瘤、进行放疗或化疗的乳癌、胃肠道活动增强后会导致危险的患者, 如机械性肠梗阻、胃肠出血患者。

2) 多潘立酮(吗丁啉, domperidone)。每次 10~20mg, 每日 3 次, 餐前 30min 口服。不良反应少, 主要为口干、头痛及高泌乳素血症有关的内分泌问题。

3) 西沙必利(普瑞博斯, cisapride)。每次 5~10mg, 每日 3 次, 餐前 30min 口服, 疗程 2~8 周。是全胃肠动力药, 不良反应较少, 肝功能不全者用半量。

此外, 尚有莫沙必利、伊托必利等全胃肠动力药可供选用。

(2) 抑酸药及抗酸药: 适用于有胃黏膜糜烂或以烧灼感、泛酸、上腹饥饿痛为主要症状者。常用药物有西咪替丁(泰胃美)、雷尼替丁(善胃得、西斯塔)、法莫替丁(高舒达、信法丁、保胃健)、尼扎替丁(爱希)、奥美拉唑(洛赛克、奥克)、兰索拉唑(达克普隆)、泮托拉唑(泰美尼克)、雷贝拉唑(波力特)、埃索美拉唑(耐信)。

(3) 胃黏膜保护药: 可增强胃黏膜防御功能, 适用于有胃黏膜糜烂、出血或症状明显者。常用药物有硫糖铝(胃溃宁)、米索前列醇(喜克溃)、枸橼酸铋钾(德诺, 得乐)。

3. 萎缩性胃炎的治疗。以对症治疗为主, 伴恶性贫血者可予维生素 B₁₂ 每次 250 μ g, 每日 3 次和叶酸每次 5mg, 每日 3 次。有肠上皮化生者可予中成药胃复春每次 4 片, 每日 3 次, 口服; 增生平, 每次 4~8 片, 每日 2 次, 口服; 猴菇菌片, 每次 3~4 片, 每日 3 次, 口服等。

4. 中药。可作为辅助性治疗。

5. 其他。抗抑郁镇静药适用于睡眠差, 有明显精神因素者; 抗氧化剂如 β 胡萝卜素, 锌、硒等微量元素, 维生素 C, 维生素 E 或可帮助肠上皮化生和不典型增生逆转。

(三) 外科手术

慢性胃炎如病理确诊为重度不典型增生, 则行胃大部切除术治疗。

（四）异型增生

除上述治疗外，关键在于定期随访，应给患者作耐心解释，消除其恐癌心理，对肯定的重度异型增生则可考虑予以预防性手术。目前多采用内镜下胃黏膜切除术。

第二节 胃食管反流病与反流性食管炎

【概述】

胃食管反流病（GERD）是指胃、十二指肠内容物反流入食管而产生烧灼感、泛酸等症状的病态，该病亦可引起反流性食管炎及咽喉、气管炎症等食管以外的病症。反流物以胃酸、胃蛋白酶多见，也可为十二指肠液、胆酸、胰液等，反流可由于胃大部切除后、胃肠吻合术后、胃食管吻合术后、食管肠吻合术后。患者可无食管炎症的内镜表现而仅有临床症状。有食管炎者，临床表现与炎症程度不平衡。胃食管反流病的发病主要是抗反流防御机理减弱和反流物对食管黏膜攻击作用的结果。本病欧美国家较常见，人群中 有 10%~20% 的人有胃食管反流症状，国内报道胃食管反流病占胃镜检查的 5.8%，男女均可患病，常以中年人居多。

【临床表现】

包括食管内症状和食管外症状。

1. 食管内症状包括

（1）胃灼热和泛酸：胃灼热和泛酸是 GERD 常见的症状，50% 以上的患者有此症状，多为上腹部或胸骨后的一种温热感或烧灼感。卧位、季节变换、某些特殊食物可诱发或加重症状，立位、饮水或服抗酸剂可缓解。

（2）胸痛：反流物刺激食管痉挛导致胸痛，疼痛位于胸骨后、剑突下或上腹部，可向左臂、胸、背、肩、颈、下颌和耳部放射，有时类似心绞痛。

(3) 吞咽困难：也是 GERD 患者的常见症状。早期为炎症刺激致食管痉挛引起而呈间歇性发作。晚期因炎症、溃疡致食管瘢痕形成、管腔狭窄而呈进行性加重。

2. 食管外症状包括

(1) 咽喉部症状：部分患者可出现咽部异物感、发音困难、咳嗽、憋球感、喉痛、经常清喉和声音嘶哑等。

(2) 肺部表现：GERD 患者可出现肺部表现，可有呛咳、支气管炎、哮喘样发作、吸入性肺炎、肺间质纤维化、哮喘等。

【检查】

(一) 体格检查

1. 一般可无明显体征。

2. 如并发黑便和（或）呕血，则有贫血貌。

3. 对表现为反复咳嗽、哮喘的，如疑及本病，则需肺部听诊，通常可闻及哮鸣音、细湿啰音。此时，应通过病史询问与支气管哮喘鉴别。

(二) 辅助检查

1. 实验室检查

(1) 血常规：如患者并发黑便和（或）呕血，则血红蛋白下降。

(2) 粪常规：如患者并发黑便和（或）呕血，则大便潜隐血试验阳性。

2. 特殊检查

(1) X 线检查：平卧或头低脚高位吞钡 X 线透视是了解有无胃食管反流的简易方法，诊断的敏感性不高。有食管下段黏膜皱襞粗乱、食管蠕动减弱、运动不协调或不规则收缩等表现者，可诊断为反流性食管炎，此项检查还可证实有无憩室、裂孔疝和肿瘤等病变。

(2) 内镜检查：是诊断反流性食管炎的重要手段。半数以上

患者内镜下可见食管黏膜充血、糜烂、溃疡等病变，结合病理活检有利于明确病变性质。部分患者有胃食管反流病的症状，而内镜检查无反流性食管炎的征象，目前称为内镜阴性的胃食管反流病。

(3) 24h 食管 pH 监测：便携式 pH 记录仪对患者进行 24h 食管下段 pH 连续检测，被认为是诊断本病的金标准。目前常用的观察指标有：24h 食管内 $\text{pH} < 4$ 的总时间（正常值 $< 4\%$ ）、 $\text{pH} < 4$ 的反流次数（正常 < 66 ）、反流持续 $\geq 5\text{min}$ 的次数（正常 ≤ 3 ）、最长反流持续时间（正常值 $< 18\text{min}$ ）。为避免假阳性和假阴性，检查前 3d 应停用抑酸剂和促胃肠动力药。

(4) 食管测压：凡食管下段括约肌（LES）压力 $< 10\text{mmHg}$ （1.3kPa），可提示本病。

(5) 核素扫描：上述诊断有困难时，可行此检查。诊断敏感性较高，检出率可大于 60%。

(6) 便携式 24h 胆红素监测：常采用 Bilitec 2 000 检测，其测得的光吸收值与胆红素浓度一致，将 < 0.14 作为正常值的标准，此项检查是目前诊断胃食管反流中碱性反流的主要方法。

【诊断常规】

（一）诊断要点

1. 患者有明显的泛酸、烧灼感等反流症状，内镜下有反流性食管炎的表现，并排除其他疾病所致的食管炎。

2. 有明显的泛酸、烧灼感等反流症状，虽无反流性食管炎的内镜诊断依据，但 24h 食管 pH 监测提示胃食管反流。

3. 质子泵抑制剂试验性治疗使症状缓解、疗效显著者。即患者有典型症状，但无法行内镜和食管 24h pH 检测，给予奥美拉唑（洛赛克）每次 20mg，口服，每日 2 次，如治疗 1 周后症状消失或基本好转，即可诊断。

4. 目前我国反流性食管炎的诊断标准（1999 年中华消化内

镜学会于山东烟台制订),以食管的内镜表现作为判断食管炎症的依据:内镜下正常者为0级,有点状或条状发红、糜烂、无融合现象者为Ⅰ级(轻度);有条状发红、糜烂,并有融合,但非全周性者,为Ⅱ级(中度);病变广泛、发红、糜烂融合呈全周性或为溃疡者,为Ⅲ级(重度)。

5. 患者如出现咽痛、声音嘶哑、咳嗽等食管外症状,反复发作,对症治疗效果不明显,应疑及本病,可行内镜、食管24h pH检测或质子泵抑制剂试验性治疗等予以证实。

(二) 鉴别诊断

1. 感染性食管炎。好发部位为食管的中段,病原菌检查阳性。

2. 药物性食管炎。一般常有服药史,部位以近段食管为多见。

3. 消化性溃疡。常有规律性的上腹痛,伴有泛酸,胃镜或X线钡餐检查可明确。

4. 胆系疾病。常有右上腹痛,进食油腻食物可诱发,B超检查可证实。

5. 贲门失弛缓症。X线食管钡剂提示食管下段呈对称性漏斗状狭窄,结合胃镜检查可以鉴别。

6. 功能性消化不良。有上腹痛或饱胀不适,伴有泛酸、嗝气等消化不良症状,内镜、X线钡餐无明显器质性病变。

7. 心绞痛。胸痛发作多以运动时出现,心电图和运动试验可明确。

8. 支气管哮喘。发作往往有季节性,常有诱发因素,内镜或X线钡餐均无明显异常。

【治疗常规】

治疗原则为缓解症状、治愈食管炎、预防和治疗重要的并发症、防止复发。

（一）一般治疗

改变生活方式。嘱患者抬高床头，睡眠时床头抬高 15～20cm；避免饱食；避免过食及睡前进食；避免进食降低 LES 压力的食物（脂肪、咖啡、巧克力、薄荷、汽水）以及高酸性食物（柠檬果汁、番茄汁）；忌烟、忌酒。

改变生活方式是 GERD 治疗的第一步，且应贯穿在整个治疗过程中。研究发现 20%～30% 患者通过改变生活方式，减少药物维持治疗的剂量，增强治疗效果。禁用抗乙酰胆碱药、茶碱、钙通道阻滞药、地西洋、麻醉药、黄体酮等药物。

（二）用药常规

目前对于反流性食管病的药物治疗多主张采用递减法，即一开始首先使用质子泵抑制剂加促胃肠动力药，以求迅速控制症状，快速治愈食管炎，待症状控制后再减量维持，对于治疗药物的选择，GERD 患者就诊时宜先按症状分为轻、中、重三类。一般来说，症状轻、食管黏膜损害不严重的患者常选用常规剂量作用比较温和的抑酸药物（ H_2RA ），有时为了快速缓解症状亦可选用作用比较强的抑酸药物（PPI）。对症状重、食管黏膜损害严重的患者则应选用强效的抑酸药物，如雷贝拉唑或埃索美拉唑，标准剂量为每日 2 次，必要时加用促胃肠动力药。

1. 用药方式

（1）递增法（step up）：Ⅰ期治疗，即基础治疗，主要为改变生活方式，症状发作时可加用抗酸药或小剂量 H_2RA 。Ⅱ期治疗，适用于Ⅰ期治疗无缓解的 GERD 患者，可在Ⅰ期治疗的基础上加用标准剂量 H_2RA 或促胃肠动力药。Ⅲ期治疗，即药物强化治疗，可联合应用 H_2RA 和促胃肠动力药，或加大 H_2RA 用量，或 PPI 加用促胃肠动力药。药物动力学研究发现该给药方法并不比一次性给予 PPI 治疗优越，临床操作时患者满意率较低。

（2）一步法（step in）：也称递减法（step down），即一开