



KEJIAN JISHI HUIZHEN CONGSHU

科间即时会诊丛书

N 内科 即时会诊

NEIKE JISHI HUIZHEN

主 编 赵水平 李江

湖南科学技术出版社



科间即时会诊丛书

N 内科 即时会诊

NEIKE JISHI HUIZHEN

主 编 赵水平

副主编 李 江

作 者 赵水平 李 江 李向平 周智广
韩照平 肖志杰 吴 洁 王学红
李洁棋 邓 平 叶慧俊 成梅初
张大庆 冉 珂 吴尚洁 吴 军
田 静 周雨迁 周 滔 吴智鸿
谢湘竹 李全忠 郑文莉 彭道地
朱 炎 段 军 李安莹

 湖南科学技术出版社

科间即时会诊丛书

内科即时会诊

主 编：赵水平 李 江

责任编辑：邹海心

出版发行：湖南科学技术出版社

社 址：长沙市湘雅路 276 号

<http://www.hnstp.com>

邮购联系：本社直销科 0731-4375808

印 刷：衡阳博艺印务有限责任公司

(印装质量问题请直接与本厂联系)

厂 址：湖南省衡阳市黄茶岭光明路 21 号

邮 编：421008

出版日期：2005 年 5 月第 1 版第 1 次

开 本：700mm×1020mm 1/16

印 张：23.5

插 页：1

字 数：329000

书 号：ISBN 7-5357-4246-7/R·968

定 价：43.00

(版权所有·翻印必究)



赵水平, 1992年获荷兰莱顿大学博士学位, 中南大学湘雅二医院心血管内科教授, 博士生导师。现为亚太地区动脉粥样硬化学会委员、中国医师协会循证医学专业委员会第一届委员会常务委员、中华医学会心血管病分会动脉粥样硬化学组委员、湖南省医学会心血管病分会委员, 受聘为《中华心血管病杂志》、《中华内科杂志》、《中华老年心脑血管疾病杂志》、《中国动脉硬化杂志》、《临床医学研究杂志》、《心脑血管疾病杂志》、《中西医结合防脑血管病杂志》、《中国医药导刊》编委和《中国高血压杂志》常务编委。曾获部、省级以上的科研基金 12 项和科研成果奖 13 项, 编译出版《临床血脂学》、《心脏内科研修精要》、《心脏病基础诊断与治疗》、《临床血脂100问》、《赫斯特心脏病学手册》、《血脂奥秘100解》、《心血管病指南解读》、《实用循证心脏病治疗学》著作8部, 参编其他著作12部, 发表科研论文320余篇, 其中55余篇发表在国外英文期刊(均属SCI收录)上。



李江, 男, 湖南永州人, 1971年6月生。1994年毕业于前湖南医科大学, 2002年获医学博士学位, 2003年晋升为副教授, 现就职于中南大学湘雅二院心内科从事血脂与冠心病的研究和临床工作, 负责和参与各类科研课题7项, 发表论文20余篇。

出版说明

随着医学科学的发展,临床医学分工越来越细,从早期简单的内、外、妇、儿科发展到细致专业分工,如腹部外科,甚至更专业的肝胆外科,这种专业分工细化对提高疾病治疗水平无疑有极大的推进作用。但是,人体是一个复杂精密的整体,可能同时一位患者在罹患2种以上疾病,却又不可能同时在两个以上科室就診治疗,此时责任科室的医师将遇到非本专业疾病,需要邀请相关专业的医师前来本科室会诊。为了满足科室间会诊的需要,医院里建立了一种专门制度,国外称“on call”,也就是我们常说的随叫随到的“科间即时会诊”。在我国,“科间即时会诊”通常由各专科24小时值班的总住院医师负责。担任“即时会诊”的总住院医师是从优秀中青年医师中选拔出来的,他们熟悉本专业医疗知识,尽管如此,在应邀参加其他科室的“即时会诊”时仍然会遇到比在本专业科室更加复杂的情况,同时又要求做到快速准确诊断和及时果断处置。从某种意义上讲,“科间即时会诊”需要特定的知识和经验,本丛书正是为了满足这一需要编写出版的。

与此同时,在以“人”为本的医疗思想指导下,任何一名专科医师不仅要熟练掌握本专业诊疗知识技术,同时也应该从整体健康的角度去关心患者,他们需要谨慎周密地考虑其他专科疾病与本专科疾病的关系。一个人的精力是有限的,要求一名专科医师熟练地掌握其他专科医学知识肯定是不现实的,但是简捷有效地了解相关专科知识以便处理复杂的临床问题,处理多种疾病共存现象,又是非常必要的。本丛书内容为此类学习提供了实用的系统知识。

本丛书共有4本分册,《外科即时会诊》、《内科即时会诊》、《急诊会诊》和《精神科即时会诊》(供非精神科医生专用)。这些内容已经能够涵盖各级综合医院中最常见的科间即时会诊问题,丛书内容精练,实用性强。其中《精神科

即时分册》做了一个副标题“供非精神科医师专用”，则是考虑到大部分综合医院未设精神科，而精神障碍是影响躯体疾病的治疗的不可忽视的因素，在邀请精神科会诊不方便的条件下，临床医师适当掌握一些精神障碍疾病的诊疗知识，对提高临床疗效很有好处。

编写“科间即时会诊丛书”，在我国还是一种尝试，缺乏可以借鉴的样板。中南大学湘雅医院、湘雅二医院、湘雅三医院的高年资医师赵水平教授、何爱咏教授、李凌江教授、肖奇明教授以及他们的同事有感于“科间即时会诊”在综合医院临床活动中的重要性，在繁忙的医疗、教学、科研活动之余，争分抢秒，不遗余力完成了编写任务。尽管本书尚不尽如人意，可能有这样或那样的不足和缺陷，但她毕竟是一个新生事物，适应和满足了临床即时会诊的发展需要，希望广大读者能喜欢她，呵护她，对本书的编写工作提出宝贵的意见。

湖南科学技术出版社

2005年1月

前言

无论是在大医院或是在小医院，各专科间经常需要即时会诊，常常要求立即解决住院病人的非专科的问题。同时，对于所有的内科医师，经常也会遇到许多不太熟悉的临床问题需要即时解决，在某种程度上，与总住院医师的工作性质相当。本书就是为了满足这种需要而编写的，目前国内尚无一本有关类似的参考书。

本书讲述了各专科间即时会诊需要解决的内科问题，包括常见症状的鉴别和处理、急症检验、围手术期的内科问题、妊娠与分娩的内科问题，还包括心血管疾病、消化性疾病、呼吸系统疾病、内分泌代谢性疾病等方面常用药物的介绍。

本书内容精简实用，条理清楚，携带方便，易于参考查阅。参加编写者均为刚完成总住院训练的临床医师，编写时注重结合各自的临床经验，以便能给内科医师特别是总住院医师提供一本有价值的、携带方便的参考书。但是，由于作者们的能力有限，书中的错误在所难免，敬请同行们批评指正！

编 者

2004年11月23日

目录

第一章

常见症状的鉴别诊断及处理

(138)	第一节	发热	.....	(1)
(141)	第二节	昏迷	.....	(8)
(143)	第三节	头痛	.....	(14)
(152)	第四节	眩晕	.....	(21)
(160)	第五节	急性胸痛	.....	(27)
(161)	第六节	晕厥	.....	(34)
(169)	第七节	心悸	.....	(38)
(170)	第八节	水肿	.....	(44)
(172)	第九节	呼吸困难	.....	(50)
(174)	第十节	咳嗽	.....	(58)
(175)	第十一节	咯血	.....	(61)
(177)	第十二节	腹痛	.....	(64)
(182)	第十三节	恶心呕吐	.....	(75)
(184)	第十四节	呕血与黑便	.....	(80)
(187)	第十五节	急性腹泻	.....	(85)
(188)	第十六节	便秘	.....	(89)
(194)	第十七节	黄疸	.....	(92)
(196)	第十八节	少尿和无尿	.....	(98)
(198)	第十九节	血尿	.....	(103)
(200)	第二十节	关节肿痛	.....	(108)
(203)	第二十一节	抽搐	.....	(114)
(208)	第二十二节	高血压	.....	(119)
(215)	第二十三节	输血反应	.....	(123)
	第二十四节	紫癜	.....	(129)
	第二十五节	止血障碍	.....	(133)

第二章 急症检验

(1)	第一节 血常规检查	血常规	第 138 页
(8)	第二节 大小便常规	尿常规	第 145 页
(11)	第三节 肝功能异常	肝功能	第 149 页
(15)	第四节 肾功能异常	肾功能	第 155 页
(25)	第五节 心肌酶及其他标志物异常	心肌酶	第 160 页
(34)	第六节 高钾血症	高钾血症	第 167 页
(38)	第七节 低钾血症	低钾血症	第 169 页
(44)	第八节 低镁血症	低镁血症	第 170 页
(50)	第九节 低钠血症	低钠血症	第 172 页
(53)	第十节 高钙血症	高钙血症	第 174 页
(61)	第十一节 低钙血症	低钙血症	第 175 页
(64)	第十二节 血脂异常	血脂	第 178 页
(72)	第十三节 高血糖症	高血糖症	第 182 页
(80)	第十四节 低血糖症	低血糖症	第 184 页
(82)	第十五节 低磷酸盐血症	低磷酸盐血症	第 187 页
(88)	第十六节 血气分析	血气分析	第 189 页
(92)	第十七节 代谢性酸中毒	代谢性酸中毒	第 194 页
(98)	第十八节 代谢性碱中毒	代谢性碱中毒	第 196 页
(101)	第十九节 高渗状态	高渗状态	第 198 页
(108)	第二十节 出血倾向	出血倾向	第 200 页
(111)	第二十一节 心电图异常	心电图	第 202 页
(119)	第二十二节 心律失常	心律失常	第 208 页
(123)	第二十三节 肺功能异常	肺功能	第 216 页
(131)		血常规	第 42 页
(131)		肾功能	第 52 页

第三章

围术期的内科问题

- 第一节 围术期与心血管疾病 (220)
- 第二节 围术期与肺部疾病 (227)
- 第三节 围术期与肾脏疾病 (232)
- 第四节 围术期与内分泌代谢性疾病 (237)
- 第五节 围术期与肝脏疾病 (242)
- 第六节 围术期与血液病 (248)

第四章

妊娠与分娩时的内科问题

- 第一节 妊娠、分娩与心血管疾病 (256)
- 第二节 妊娠与肺部疾病 (265)
- 第三节 妊娠与肾脏病 (270)
- 第四节 妊娠、分娩与内分泌代谢性疾病
..... (274)
- 第五节 妊娠与肝脏疾病 (280)
- 第六节 妊娠与血液疾病 (288)

第五章

即时诊疗操作

- 第一节 动脉穿刺 (299)
- 第二节 胸腔穿刺 (301)
- 第三节 腹腔穿刺术 (302)
- 第四节 心包腔穿刺术 (304)
- 第五节 导尿术 (305)
- 第六节 骨髓穿刺术及骨髓活体组织检查术
..... (307)

第七节	腰椎穿刺	(309)
第八节	气管插管	(311)
第九节	心脏电复律和除颤	(314)
第十节	机械通气	(315)

第六章 即时用药精要

第一节	心血管疾病用药	(324)
第二节	消化性疾病用药	(332)
第三节	呼吸科常用药物	(337)
第四节	内分泌代谢性疾病用药	(339)
第五节	神经科常用药物	(346)
第六节	精神科常用药物	(355)
第七节	抗生素的临床应用	(357)
第八节	风湿性疾病用药	(362)

第七章

(082)	 陳寶和 著 第一集
(108)	 陳寶和 著 第二集
(302)	 朱陳寶和 著 第三集
(404)	 朱陳寶和 著 第四集
(508)	 朱寶和 著 第五集
(602)	 朱寶和 著 第六集
(702)	.....

第一章 常见症状的鉴别诊断及处理

第一节 发热

【病例】

28岁，男性。突发高热半月，弛张热型，在当地医院经抗炎、抗病毒治疗1周无效，以“发热待查”收入院。

【特别提醒】

体温测量应严格、规范，首先应明确有无发热，否则易造成诊断和处理上的失误。感染性疾病、恶性肿瘤及自身免疫性疾病是发热最常见的原因。

【问诊要点】

1. 起病方式及特点 是急性起病还是隐袭起病，低热、高热还是超高热？热型如何？入院时已有发热还是在住院过程中出现的发热？急性短期发热大多数属于感染。长期低热首先应考虑慢性感染、自身免疫性疾病、恶性肿瘤、内分泌疾病等，在排除器质性低热后再考虑有无生理性低热（如月经前、妊娠期）、神经性低热等功能性低热。超高热（体温 $>41.0^{\circ}\text{C}$ ），主要见于体温调节中枢功能障碍，如中暑、日射病、脑部疾病（严重脑外伤、脑出血、脑炎、脑肿瘤）。了解热型（稽留热、弛张热、间歇热、波状热）有助于发热病因诊断和鉴别。

2. 有哪些伴随症状

询问有无畏寒、寒战、皮疹、肌痛、关节痛、头痛、咳嗽、咳痰、胸

痛、恶心、呕吐、腹痛、腹泻、盗汗等症状以及静脉穿刺部位是否疼痛。

3. 有无相关的其他病史

有无因创伤而致脾切除病史？是否存在恶性疾患？最近是否接受过化学药物治疗？是否正在或最近服用免疫抑制剂，如泼尼松、硫唑嘌呤？以上病史均提示患者免疫功能低下，易受微生物感染。对于瓣膜性心脏病患者（包括人工瓣膜）应询问有无牙科手术史，警惕感染性心内膜炎发生。询问近期有无输血史？是否进行过纤维支气管镜检查？在输血后或纤维支气管镜检查后常可出现低热（体温 $\leq 38.3^{\circ}\text{C}$ ）。

4. 与发热有关的个人史

询问近期旅游史；有无血吸虫疫水接触史；有无艾滋病危险因素（如性乱史、吸毒史）；是否接触过家饲宠物；发病前是否食过涮牛肉、涮羊肉等。

5. 曾服用过何种药物

询问患者有无药物过敏史？是否服用过退热剂和抗生素？长期服用抗生素（ ≥ 4 个月）应考虑梭状芽孢杆菌导致假膜性肠炎的可能。应尽可能询问近期服用过的所有药物，因有些药物可导致发热。

6. 是否有潜在的院内感染因素

静脉穿刺处、鼻饲管（易造成鼻窦炎）、中心静脉导管部位的感染是医院内发热的常见原因。

【体格检查】

首先应测体温、呼吸、脉搏、血压等生命体征，重点检查浅表淋巴结是否肿大；皮肤黏膜有无皮疹、瘀点、瘀斑；巩膜是否黄染；有无结膜充血；眼球是否突出，眼裂有无增宽；外耳道有无流脓；鼻窦有无压痛；扁桃体是否肿大；有无口腔溃疡；颈是否强直，克氏征、布氏征是否阳性；有无病理征；四肢肌肉有无压痛，关节是否肿胀；有无肝脾肿大及心、肺、腹、神经系统主要体征。

【辅助检查】

1. 初步检查

血常规（包括嗜酸性粒细胞计数）、尿常规、粪常规、血沉、C反应蛋白、X射线胸片、腹部及盆腔B超。

2. 进一步检查

生化检查、病原体检查、免疫学检查、特殊影像学检查及病理活检。

【鉴别诊断】

1. 感染性发热

根据临床表现及实验室检查，首先确定感染部位。长期不明原因发热尤应注意隐蔽性病灶，如肝脏、膈下、脊椎、盆腔、鼻窦、乳突等局部脓肿。再选相应的标本（如血、尿、粪、痰、骨髓、胆汁、胸腔积液、腹水、脑脊液）做培养或血清免疫学检查以寻找病原学依据。以下为感染性发热的常见原因及相关检查。

（1）细菌

怀疑败血症应在患者发热初期或发热高峰时做血培养，且尽可能在抗生素治疗前。疑为伤寒感染可行血清肥达反应试验，同时血培养，必要时骨髓培养。疑为结核查 PPD 皮试；连续 3 次痰找抗酸杆菌；血清查 PPD-IgM、PPD-IgG；结明试验；胸腔积液测腺苷脱氨酶；有条件行结核培养。

（2）病毒

病毒全套可检测 EB 病毒、风疹病毒、巨细胞病毒、人乳头状病毒、柯萨奇病毒；肝炎全套可对甲型、乙型、丙型、丁型、戊型肝炎病毒抗体检查；怀疑流行性出血热病毒感染可用免疫荧光法检查血清抗体；疑为艾滋病检测血清 HIV 抗体。

（3）真菌感染

咽拭子、痰涂片、粪便、尿沉渣涂片检查真菌芽孢、菌丝或行真菌培养。

（4）寄生虫

粪检如找蛔虫卵、阿米巴滋养包囊等以及寄生虫全套检查（酶联免疫吸附法查旋毛虫、肺吸虫、肝吸虫、血吸虫抗体、囊虫抗体）。怀疑疟疾行血涂片、骨髓片中找疟原虫。

（5）其他

怀疑钩体病可查血清钩端螺旋体抗体；疑为梅毒螺旋体感染可行快速血浆反应素试验（RPR）。支原体、衣原体感染查血支原体、衣原体抗体；冷凝集素试验阳性或动态冷凝集素滴度增高主要见于肺炎支原体。立克次体感染查外斐试验。

2. 肿瘤

导致发热的血液系统肿瘤常见于淋巴瘤、白血病、恶性组织细胞病，往往有血常规检查异常，骨髓穿刺、骨髓活检及淋巴结活检可明确诊断。导致发热的实体肿瘤常见于肾细胞癌、肝细胞癌、骨肉瘤、心房黏液瘤。除此之外，男性应注意前列腺癌筛查；女性应注意乳腺癌、卵巢癌、子宫内膜癌筛查。

(1) 肿瘤标志物检测

甲胎蛋白 (AFP)、 α -L 岩藻糖苷酶 (AFU)、肝癌特异性蛋白 (SHCS-P)、癌胚抗原 (CEA)、前列腺特异性抗原 (PSA)、癌抗原 125 (CA125) 等。

(2) 寻找肿瘤部位

影像学、内镜检查 (X 射线、B 超、心电图、肌电图、CT、MRI、支气管镜、结肠镜、胃镜、胸腔镜、腹腔镜、纵隔镜检查) 应结合具体病例需要，酌情安排。活体组织病理检查，如淋巴结活检、肝活体组织穿刺以及剖腹探查。

3. 自身免疫性疾病

导致发热的自身免疫性疾病常见于系统性红斑狼疮、风湿热、成人 Still 病、类风湿关节炎、多发性肌炎、皮肌炎、血管炎、舍格伦综合征、混合性结缔组织病等。以下免疫学检查 (如 ANA、ENA 等) 有助于诊断及鉴别自身免疫性疾病。

(1) 抗链球菌溶血素 (ASO)

增高提示近期曾感染溶血性链球菌；80% 的风湿热患者在溶血性链球菌感染后 4~6 周可出现 ASO 增高，大于 200U，对诊断风湿热有参考价值。

(2) 类风湿因子 (RF)

RF 是类风湿关节炎的诊断指标之一，但特异性不高，亦可见于其他自身免疫性疾病，如舍格伦综合征、系统性红斑狼疮、硬皮病等，以及感染性心内膜炎、结核、慢性活动性肝炎和 5% 正常老年人。

(3) 抗核抗体 (ANA)

作为自身免疫性疾病筛选试验，滴度大于 1:40 为阳性，大于 1:80 有临床意义。低滴度 ANA 亦可见于感染性疾病、肿瘤及正常人。

(4) 抗双链 DNA 抗体 (抗 ds-DNA)

抗 ds-DNA 是系统性红斑狼疮特异性抗体，且滴度越高，提示疾病越活跃。

(5) 抗 Sm 抗体

系统性红斑狼疮血清标记性抗体，在系统性红斑狼疮中阳性率约为30%，与系统性红斑狼疮活动性无明显关系。

(6) 抗中性粒细胞胞浆抗体 (ANCA)

分为胞浆型 (c-ANCA) 和核周型 (p-ANCA)。c-ANCA 主要见于韦格纳肉芽肿，特异性 95%；p-ANCA 可见于显微镜下多动脉炎、变异性嗜酸性肉芽肿性血管炎、系统性红斑狼疮、类风湿关节炎等。

(7) 抗 SSA 抗体和抗 SSB 抗体

最常见于舍格伦综合征，其中抗 SSB 抗体特异性较高。抗 SSA 抗体和抗 SSB 抗体还可见于系统性红斑狼疮、类风湿关节炎。

(8) 抗核内核糖核蛋白抗体 (抗 u-RNP)

在混合性结缔组织病中的阳性率几乎为 100%，且滴度高。低滴度可见于系统性红斑狼疮、类风湿关节炎等其他自身免疫性疾病。

(9) 抗 Jo-1 抗体

多发性肌炎或皮肌炎标记性抗体。

(10) 抗 Scl-70 抗体

硬皮病的标记性抗体。

(11) 抗 r-RNP 抗体

常在系统性红斑狼疮活动期及有内脏损害或狼疮性脑病的患者中存在，与抗 ds-DNA 抗体消长相平行。

(12) 抗心磷脂抗体 (ACL)

在系统性红斑狼疮患者中阳性率为 30%~40%，亦可出现在有血栓形成、血小板减少、习惯性流产等表现的抗磷脂综合征中。

4. 体温调节障碍所致发热

中暑、日射病、脑部疾患所致中枢性发热、自主神经功能紊乱、内分泌代谢紊乱 [如甲状腺功能亢进 (以下简称甲亢)]、皮肤病所致散热减少 (如广泛性皮炎) 等。

5. 药物热

导致发热的药物有：抗生素 (特别是 β 内酰胺类、磺胺类)、非甾体抗炎药 (如布洛芬)、甲基多巴、奎尼丁、普鲁卡因胺、苯妥英钠、氯丙嗪、卡马西平、别嘌醇及抗肿瘤药物。有些药物可作用于下丘脑而使体温调定点上移导致发热，如三环抗抑郁药、巴比妥类药物。抗组胺药、抗帕金森病药物则可通过抑制出汗而使散热减少。

6. 其他

肺栓塞、急性心肌梗死、深部静脉血栓、血肿形成、炎性肠病、酒精性肝炎、术后热等。

7. 不明原因发热 (fever of unknown origin, FUO)

FUO 指 38.0℃ 以上发热至少持续 3 周以上, 经 1 周检查还不能确诊者。大多数 FUO 最终为感染性发热、恶性肿瘤、自身免疫性疾病, 仍有 10% 不明原因。

【即时处理】

1. 降温治疗

因热型和热程变化可以反映病情变化, 对诊断有重要价值, 故一般发热不急予降温, 以便观察热型和热程, 但体温高于 40.0℃ 需紧急处理。

(1) 物理降温

冷毛巾湿敷, 冰敷 (额、枕后、颈、腋、腹股沟), 25%~50% 乙醇擦浴。

(2) 药物降温

泰诺林控释片、柴胡注射液、氨基比林及赖氨比林注射液。年老体弱患者用此类药注意防虚脱。

(3) 冬眠疗法

氯丙嗪 50 mg + 异丙嗪 50 mg + 哌替啶 100 mg 放入 250 mL 生理盐水 (或葡萄糖液) 中静脉滴注, 用量视病情决定。

2. 病因治疗

发热最根本、最关键是针对病因治疗。

(1) 感染性发热

针对病原体不同, 选用有效药物治疗。

1) 肺炎: 肺炎的治疗应根据痰革兰染色和临床表现来决定。需要住院的社区获得性肺炎可单独选用喹诺酮类抗生素 (如左氧氟沙星) 或第三代头孢菌素加大环内酯类抗生素; 或 β 内酰胺类/ β 内酰胺酶抑制剂加大环内酯类抗生素联合治疗。对于严重的社区获得性肺炎 (神志改变、脉搏 > 125 次/min、呼吸频率 > 30 次/min、收缩压 < 90 mmHg、体温 > 40℃ 或 < 35℃) 应立即给予大环内酯类 (或喹诺酮类) 抗生素联合第三代头孢菌素 (或 β 内酰胺类抗生素/ β 内酰胺酶抑制剂) 治疗。疑为绿脓杆菌感染, 经验性治疗