

Tarascon

第3版

全科医师 实用诊疗手册

Tarascon Primary
Care Pocketbook

著者 Joseph S. Esherick, MD, FAAFP

主译 赵红

主审 张健



Jones and Bartlett
Publishers



人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

Tarascon

全科医师实用诊疗手册

Tarascon Primary Care Pocketbook

(第3版)

著 者 Joseph S. Esherick, MD, FAAFP

主 译 赵 红

主 审 张 健

译 者 (以姓氏汉语拼音为序)

安 涛 陈雀敏 郭 勇

吉 薇 苏文亭 孙筱璐

王琳琳 徐希奇 张继云



人民军医出版社

图书在版编目(CIP)数据

全科医师实用诊疗手册/(美)艾斯瑞克(Esherick, J. S.)著;赵红主译.
—3版.—北京:人民军医出版社,2011.8
ISBN 978-7-5091-4991-1

I. ①全… II. ①艾… ②赵… III. ①全科医学—手册 IV. ①R4-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第129527号

ORIGINAL ENGLISH LANGUAGE EDITION PUBLISHED BY

Jones and Bartlett Publishers, Inc.

40 Tall Pine Drive

Sudbury, MA 01776

COPYRIGHT 2010

ALL RIGHTS RESERVED

著作权合同登记号:军:图字-2011-007号

策划编辑:吴磊 孟凡辉 文字编辑:李欢 责任审读:余满松

出版人:石虹

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市100036信箱188分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8751

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:京南印刷厂 装订:桃园装订有限公司

开本:850mm×1168mm 1/32

印张:10.625 字数:381千字

版、印次:2011年8月第3版第1次印刷

印数:0001~3000

定价:35.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内 容 提 要

本书简明扼要地讲解了内科学(包括心血管系统疾病、皮肤病、内分泌病、消化系统疾病、血液病、肿瘤、感染性疾病、肾病、神经病、眼科、耳鼻喉科、呼吸系统疾病)、睡眠紊乱综合征、泌尿系疾病、妇科学、产科学、整形外科学、风湿病学、精神病学、儿科学等各学科常见疾病的诊断、治疗及预后评估的要点,以及疼痛处理、保健指南与临终关怀等内容,反映了最新的学科进展,是一本便于基层医护人员随身携带,易于查阅的全科诊疗手册。

序

记得在 20 世纪 40 年代,美国教授 J. Warkentin 和 J. D. Lange 合著了一本《医师手册》(Physician's Handbook)。这本手册从实际出发,收集了临床常用的各种化验方法、适应证、正常值范围、常见病以及多种多发病的主要病因、症状、体征、诊断要点、实验室化验和主要的治疗方案,对实习医师和年轻医师在接收新患者,做常规化验、检查,以及提纲挈领地准备每天早晚查病房回答上级医师的提问时,很有帮助。晚上或假日再抽点时间阅读点别的有关参考资料,真是相得益彰,至今仍然印象非常深刻。那本小书 7 年间在美国出了 5 个新版本,受到了不少医务工作者的欢迎。

近日,见到由中国医学科学院阜外心血管病医院病理科赵红教授等几位医师翻译的美国 Joseph Esherick 博士主编的《Tarascon 全科医师实用诊疗手册》(Tarascon Primary Care Pocketbook)一书。我觉得这本手册的内容与形式相当类似于《医师手册》,但与时俱进,它的内容已更为丰富,正如前言所说“这本手册收集的内容切合实际,不仅介绍了有关临床各学科常见病的诊断和处理要点,治疗和预后的简要分析和评估突出了简捷、实用、新颖、知识更新快等特点,还注意收集近年来一些新兴学科的知识 and 主要进展”。我赞同这一评语。这本书涉及 24 个临床学科有关疾病的内容,它提出的实验室检验方法、临床诊断要点以及有关的治疗方案相当先进,有的还是目前的一些前沿项目。这本手册设有一个编辑部和—一个学科相当全面和高水平的评审委员会把关,保证了内容的全面性和准确性。除以上的内容外还增写了急性中毒、昏迷、疼痛处理、健康保健、临终关怀等方面的专业知识。读者可以根据自己的情况和需要,参考、选

择、补充和应用手册中的有关内容。我相信这本手册对广大的基层以及年轻的医务工作者的日常工作会有所帮助，也一定会受到他们的欢迎。

中国医学科学院基础医学研究所
北京协和医学院基础学院

前 言

本书译自 Joseph Esherick 博士主编的《Tarascon Primary Care Pocketbook》。Esherick 博士是美国加利福尼亚大学洛山矶分校医学院家庭医学系副教授、Ventura 社区医学中心住院部副主任和重症监护中心主任,具有丰富的临床实践和全科临床医学的工作经验。本书自出版以来已发行至第 3 版,其之所以成为全美临床医学的畅销书之一,原因在于该书有一个较高水平的编辑部和水平高、各科专业人员相当齐全的评审委员会,收集的内容切合实际。该书不仅介绍了有关临床各学科常见病的诊断和处理要点,对治疗和预后的简要分析和评估突出了简捷、实用、新颖、知识更新快等特点,还注意收集近年来某些新兴学科的主要知识和主要进展,例如:疼痛处理、急性中毒、昏迷、保健指南、临终关怀等,共计 24 个临床学科,堪称内容新颖和全面的全科医师手册。该书对日常的临床工作具有具体及直接的指导意义,适用于各级临床医务工作者。此书翻译正值我国医疗制度改革不断深入,社区医疗机构逐步建立健全之时,基层医务工作者们需要了解和掌握更多更新的医疗知识和救治技术,我们希望通过本书的翻译出版,能为广大临床一线医务工作者们提供一本更加便捷实用的手册,也为我国医疗制度改革奉献一份绵薄之力。在此仅向参加本书翻译工作并付出辛勤劳动的医师们表示深深的敬意和谢意。

中国医学科学院阜外心血管病医院

目 录

第 1 章 内科学	(1)
第一节 心血管系统疾病	(1)
第二节 皮肤病	(32)
第三节 内分泌病	(37)
第四节 消化系统疾病	(60)
第五节 保健指南	(76)
第六节 血液病	(78)
第七节 肿瘤	(91)
第八节 感染性疾病	(97)
第九节 肾病	(121)
第十节 神经系统疾病	(127)
第十一节 眼科	(151)
第十二节 耳鼻喉科	(155)
第十三节 疼痛	(165)
第十四节 姑息治疗与临终关怀	(171)
第十五节 呼吸系统疾病	(173)
第 2 章 睡眠紊乱综合征	(187)
第一节 睡眠紊乱综合征 1	(187)
第二节 睡眠紊乱综合征 2	(188)
第 3 章 泌尿系疾病	(191)
第一节 良性前列腺增生	(191)
第二节 血尿	(193)
第三节 肾结石	(194)
第四节 尿失禁	(196)
第 4 章 妇科学	(199)
第一节 异常阴道出血	(199)
第二节 闭经	(201)

第三节	乳腺癌的筛查	(202)
第四节	宫颈病变	(204)
第五节	避孕措施	(207)
第六节	口服避孕药	(210)
第七节	多毛症	(212)
第八节	激素替代疗法	(212)
第九节	不孕症	(214)
第十节	盆腔肿块的评估	(216)
第十一节	外阴阴道疾病	(218)
第5章	产科学	(222)
第一节	分娩前例行检查	(222)
第二节	产前胎儿监护	(224)
第三节	妊娠期间常见的情况	(225)
第四节	妊娠期间的糖尿病	(227)
第五节	妊娠期 B 族链球菌感染	(229)
第六节	妊娠高血压	(230)
第七节	羊水过少及羊水过多	(232)
第八节	产后护理	(233)
第6章	骨科学	(236)
第一节	背部疼痛的处理	(236)
第二节	常见足部疾病	(239)
第三节	髋关节疼痛的评估	(240)
第四节	膝部疼痛的评估	(242)
第五节	肩部疼痛	(243)
第7章	风湿病学	(246)
第一节	晶体性关节炎	(246)
第二节	纤维肌痛症	(249)
第三节	风湿性多肌痛	(251)
第四节	类风湿关节炎	(253)
第五节	血清检测	(255)
第六节	系统性红斑狼疮	(257)

第 8 章 精神病学	(260)
第一节 抗抑郁药物的比较	(260)
第二节 抗精神病药物的比较	(261)
第三节 抗焦虑药物的比较	(262)
第四节 躯体形式障碍	(264)
第五节 诈病和做作性障碍	(265)
第 9 章 儿科学	(267)
第一节 儿科门诊用药	(267)
第二节 婴幼儿和儿童贫血	(268)
第三节 青少年医学	(270)
第四节 注意缺陷障碍伴多动	(272)
第五节 疝	(274)
第六节 婴儿和儿童便秘	(275)
第七节 夜间遗尿症	(277)
第八节 大龄婴儿发热的评估	(278)
第九节 小龄婴儿发热的评估	(280)
第十节 趾内翻的评估	(282)
第十一节 小儿跛行的评估	(283)
第十二节 生长停滞	(286)
第十三节 幼儿肠胃炎	(288)
第十四节 新生儿高胆红素血症	(289)
第十五节 免疫接种	(291)
第十六节 新生儿败血症	(293)
第十七节 新生儿复苏	(295)
第十八节 新生儿常规护理	(296)
第十九节 新生儿皮肤病学	(299)
第二十节 新生儿常见问题	(300)
第二十一节 中耳炎的治疗	(303)
第二十二节 体格检查前的准备	(305)
第二十三节 预防保健指南	(306)
第二十四节 儿童呼吸系统感染	(317)

第二十五节	脊柱侧弯	(319)
第二十六节	癫痫发作	(320)
第二十七节	尿路感染	(322)
第二十八节	儿童的视力问题	(324)
缩略词一览表	(326)

第1章 内 科 学

第一节 心血管系统疾病

一、成年人瓣膜性心脏病

成年人瓣膜性心脏病

分类	二尖瓣狭窄	二尖瓣关闭不全	主动脉瓣狭窄	主动脉瓣关闭不全	IHSS	无害性杂音
病因	<ul style="list-style-type: none"> • 风湿性 • 先天性 	<ul style="list-style-type: none"> • 风湿性疾病 • 心内膜炎 • 二尖瓣脱垂 • 乳头肌功能失调 	<ul style="list-style-type: none"> • 风湿性疾病 • 二叶主动脉瓣畸形 • 钙化性狭窄 	<ul style="list-style-type: none"> • 风湿性 • 二叶主动脉瓣畸形 • 心内膜炎 • 主动脉夹层 • 马方综合征/梅毒性主动脉炎 	<ul style="list-style-type: none"> • 先天性 	<ul style="list-style-type: none"> • 正常瓣膜
♀或♂	♀ > ♂	♂ > ♀	♂ > ♀	♂ > ♀	♂ > ♀	♂ = ♀
诊断时年龄	14—28岁	30—50岁	40—50岁	40—50岁	15—50岁	1—15岁
临床特征	<ul style="list-style-type: none"> • CHF症状 • 咯血 • 心悸(心房颤动) 	<ul style="list-style-type: none"> • CHF症状 • 心悸(心房颤动) • 长延迟 	<ul style="list-style-type: none"> • 心绞痛; 5年生存期 • CHF; 2年生存期 • 晕厥; 3年生存期 • 猝死 	<ul style="list-style-type: none"> • CHF症状 • 心绞痛 • 长延迟 	<ul style="list-style-type: none"> • 心绞痛 • CHF症状 • 晕厥 • 猝死 • 长延迟 	<ul style="list-style-type: none"> • 无

(续表)

成年人瓣膜性心脏病

分类	二尖瓣狭窄	二尖瓣关闭不全	主动脉瓣狭窄	主动脉瓣关闭不全	IHSS	无害性杂音
检查后 发现	<ul style="list-style-type: none"> • $\uparrow S_1$ • 心尖舒张期隆隆声 • 收缩前期亢进 • 二尖瓣开瓣音(OS) 	<ul style="list-style-type: none"> • $\downarrow S_1$ • $+S_3$ 奔马律 • 心尖收缩期吹风样杂音 \rightarrow 腋窝 • 室性早搏后未增强 	<ul style="list-style-type: none"> • $\downarrow S_2$ • 右侧第二肋间(ICS)收缩期粗糙样杂音 \rightarrow 颈动脉 • 室性早搏后 \uparrow • S_2 逆分裂 • Gallavardin 体征 	<ul style="list-style-type: none"> • $+S_3$ 奔马律, $\downarrow S_1$ • 舒张期杂音 • 毛细血管搏动征和水冲脉 • 点头征, Duroziez 双重杂音和枪击声 • 颈动脉双重搏动 	<ul style="list-style-type: none"> • 第三肋间收缩期粗糙样杂音 • 平卧 \downarrow, 站立 \uparrow • $+S_4$ 奔马律 • 颈动脉双重搏动 	<ul style="list-style-type: none"> • 左侧第二肋间收缩期柔和喷射样杂音
严重性 指标	<ul style="list-style-type: none"> • $S_2 \rightarrow OS$ 间隔缩短 • 杂音延长 	<ul style="list-style-type: none"> • 无 	<ul style="list-style-type: none"> • 杂音延长 • $+S_4$ 奔马律 • 持续性最强心尖搏动点 	<ul style="list-style-type: none"> • 脉压差增宽 • 奥斯汀·弗林特杂音 • $+S_3$ 奔马律 	<ul style="list-style-type: none"> • 双重搏动 	<ul style="list-style-type: none"> • 无
药物治 疗	<ul style="list-style-type: none"> • 心房颤动: β 受体阻滞药, 地高辛, 华法林 • CHF: 呋塞米 	<ul style="list-style-type: none"> • 无症状慢性 MR 无须药物治疗 • 心房颤动: 华法林 • 急性 MR: ACEI 	<ul style="list-style-type: none"> • 他汀类在 AS 进程中也许有边缘效应 • AVR: 严重 AS (AVA $< 1.0\text{cm}^2$ 或 AV 跨瓣压差 $> 40\text{mmHg}$) 	<ul style="list-style-type: none"> • ACEI 或二氢吡啶类 CCB • CHF 者加呋塞米和地高辛 	<ul style="list-style-type: none"> • β 受体阻滞药 • 维拉帕米 • 丙吡胺 	<ul style="list-style-type: none"> • 无

(续表)

成年人瓣膜性心脏病						
分类	二尖瓣狭窄	二尖瓣关闭不全	主动脉瓣狭窄	主动脉瓣关闭不全	IHSS	无害性杂音
外科治疗时机	• CHF 分级 $\geq 2^a$ 和 MVA $\leq 1.5\text{cm}^2$ PAP $> 50\text{mmHg}$ *如果瓣膜形态良好可行球囊瓣膜切开术	• 无症状 LVEF ≤ 0.6 ESD $\geq 40\text{mm}$ • CHF 分级 ≥ 2 LVEF > 0.3 ESD $\leq 55\text{mm}$	• 症状 LVEF < 0.5 其他需要开胸手术的适应证	• CHF 分级 ≥ 3 治疗 • 无症状严重 AI LVEF ≤ 0.5 ESD $> 55\text{mm}$ 需要开胸手术	• 开始出现症状 • 间隔切除术是可选方法	• 无

源自 2006 美国心脏病学院瓣膜性心脏病治疗指南 (JACC, 2006, 48: 598-675) 和文图拉国家医学中心心脏病学主任 Daniel S. Clark, M. D. 授权并复制。S₁. 第一心音; S₂. 第二心音; S₃. 第三心音; S₄. 第四心音; CHF. 慢性心力衰竭; ACEI. 血管紧张素转化酶抑制剂; IHSS. 特发性肥厚性主动脉瓣下狭窄; ESD. 收缩期末直径; AVR. 主动脉瓣置换; AVA. 主动脉瓣瓣口面积; LVEF. 左室射血分数; MVA. 二尖瓣瓣口面积; CCB. 钙通道阻滞药; PAP. 肺动脉压; a. 见 JACC, 2006, 48: e1-148 和 NEJM, 2005, 352: 2389

二、心房颤动

(一) 病因

1. 冠状动脉疾病 (CAD), 急慢性 CHF 或急性 MI。
2. 肺部疾病 (COPD/阻塞性睡眠呼吸暂停) 和心包炎 (或心肌炎)。
3. 风湿性心脏病 (或瓣膜性心脏病)。
4. 高血压或肥厚性心肌病, 或严重缺氧。
5. 栓子 (肺部)。
6. 饮酒或淀粉样变性。
7. 排除心肺疾病 (若无则为孤立性心房颤动)。
8. 茶碱毒性, 甲状腺功能亢进症或外伤 (胸部钝伤)。
9. 手术 (如冠状动脉旁路移植术后)、病态窦房结综合征、结节病或拟交感神经药毒性。

(二)分类

1. 阵发性。
2. 持续性(电击/药物转复,可复律)。
3. 永久性(电击/药物转复,不能复律)。

(三)非瓣膜性心房颤动 CHADS₂^a 评分决定栓塞性卒中的风险

CHADS ₂ 评分	校正卒中发生率 ^b	CHADS ₂ 卒中风险
0	1.9	低水平
1	2.8	低水平
2	4.0	中水平
3	5.9	中水平
4	8.5	高水平
5	12.5	高水平
6	18.2	高水平

a. CHADS₂评分:最近 100dCHF 加重,高血压,年龄 >75 岁,糖尿病,每项 1 分;有中/短暂时脑缺血(TIA)病史 2 分。b. 美国国家注册心房颤动者每年每 100 例中发生脑卒中的数量。源自 *Annals Intern. Med.*,2003,139:1009-1017

(四)减小心源性脑卒中风险的抗凝治疗

1. 该治疗适用于持续性、永久性或反复发生的阵发性心房颤动。
2. 华法林慢性抗凝治疗以国际标准化比值(INR)=2.5(INR 范围 2~3 滴定),适于 CHADS₂评分中、高水平或瓣膜性心房颤动,或年龄 ≥75 岁,糖尿病(DM),CHF 或左心室射血分数(LVEF) ≤0.35,或之前有心源性脑卒中史/短暂时脑缺血发作史。

3. 如年龄 <75 岁,CHADS₂评分 ≤1 且 LVEF 正常,则每天口服阿司匹林 81~325mg。

4. 在治疗非瓣膜性心房颤动中,华法林使卒中风险降低 64%,阿司匹林降低 22%。

5. 与阿司匹林相比,华法林使得严重颅内出血风险每年增加 0.2%。

6. 华法林禁忌证:无黏附、活性物质滥用、不稳定精神状态、出血性素质、恶病质、严重血小板减少、最近神经外科手术、眼科或外伤手术、活动性出血、心包炎、心内膜炎或颅内出血史。

(五)心率与节律控制

1. 基于 AFFIRM、PIAF、RACE 和 SPAF 的研究,在治疗晚期心脏病老年患者时更倾向于控制心率伴抗凝治疗,而非控制节律。

休息时目标心率 60~80/min,6min 步行试验时心率 ≤150/min。

2. 在治疗轻微心脏病年轻患者时,优先控制节律,对于不能耐受症状者或运动能力差晚期心脏病者,也可选择控制节律。

3. 如果心房颤动>6个月或左心房>5cm,不太可能维持窦性节律。
4. 如果患者状态不稳定,如高血压、心绞痛或心力衰竭,则采用直流电击复律。

(六)控制心率的药物

1. 地尔硫草:每天口服 120~360mg。
2. 美托洛尔:每天口服 50~450mg。
3. 维拉帕米:每天口服 120~480mg。

如果 LVEF \leq 0.35 或为失代偿性心力衰竭时,使用这些药物时要谨慎。

4. 地高辛负荷剂量为每 6 小时口服 0.25mg,直到心室率被控制(4 次剂量通常是足够的),然后每天口服 0.125~0.25mg 作为维持量。

(1)肾功能受损或同时用地尔硫草、维拉帕米或胺碘酮时,负荷剂量和维持量要减量。

(2)仅控制静止时心室率。

5. 如果患者有低血压、CHF、预激综合征,或快速心室率对上述标准药物治疗不显效,则给予胺碘酮。

(1)推荐咨询心脏病专家。

(2)多药物相互作用(减少 33%~50%华法林剂量)。

(3)注意心脏传导阻滞、肺毒性、肝毒性、甲状腺功能减退症或甲状腺功能亢进症。

(七)是否需要同步电击复律或药物复律

1. 电击复律或药物复律时机

(1)血流动力学不稳定(胸痛、CHF 或休克),立即给予。

(2)经胸超声心动图阴性,心房颤动持续时间<48h。

(3)经食管超声心动图阴性,已开始给予肝素。

(4)足量抗凝后 3 周。

2. 双相电击复律采用前后位置放置垫子的方法,电击复律的成功率最高(几乎 100%)。

3. 药物复律:氟卡尼、多非利特、普罗帕酮、伊布利特或胺碘酮。

4. 成功复律后继续华法林抗凝至少 4 周。

5. 成功复律后继续给予 β 受体阻滞药或钙通道阻滞药,预防心房重塑,维持窦性节律。

(八)心房颤动的诊断检查

1. 心电图,X线胸片,二维超声心动图。

2. 实验室检查:全血细胞计数,基本的代谢指标,促甲状腺激素及血脂水平及尿药物筛查。

3. 如果临床有心肌缺血的指征,无创性检查予以排除。

(九)特殊情况

1. 心率 >220 或给予房室结阻断药后心率增加,考虑存在旁路。
 - (1)送至医院行直流电击复律,或伊布利特、胺碘酮治疗。
 - (2)行导管消融术消除旁路。
2. 甲状腺功能亢进症
 - (1)给予 β 受体阻滞药和抗甲状腺药物控制心率。
 - (2)根据共同的疾病状态,考虑急性抗凝。
3. 妊娠
 - (1)地高辛、 β 受体阻滞药、维拉帕米或地尔硫草是控制心率的安全药物。
 - (2)皮下肝素或阿司匹林是安全的抗凝药物。
4. 心房灶的导管消融术适于对控制心率药物不显效的患者。

参 考 文 献

- [1] Circulation, 2006, 114: 257-354
- [2] JAMA, 2003, 290(2): 2685-2692
- [3] Ann. Intern. Med., 2003, 139: 1009-1033
- [4] NEJM, 2001, 344: 1411-1420
- [5] NEJM, 2002, 347: 1825-1840
- [6] Ann. Intern. Med., 2007, 146: 857-867

三、充血性心力衰竭

(一)病因

1. 缺血性心脏病(占所有病例的 40%)。
2. 瓣膜性心脏病(占所有病例的 12%)。
3. 高血压性心脏病(占所有病例的 11%)。
4. 非缺血性扩张性心肌病(占所有病例的 32%)。
5. 心包疾病。
6. 慢性肺病进展至肺源性心脏病。
7. 心肌炎。
8. 肥厚性心肌病。
9. 围生期心肌病。
10. 毒素/药物引起[如乙醇、可卡因、甲基苯丙胺或蒽环类抗生素(尤其和曲妥珠单抗一起使用时)]。
11. 浸润性疾病(如血色素沉着病,肉状瘤病,淀粉样变性病)。