

内科学见习指导

(供内部使用)

协和医院内科教研室

一九九三年三月

说 明

内科学系统学习包括按照教学大纲所规定的课堂讲授和与其结合的临床见习。临床见习课是学生所学理论与实际有机结合的重要途径。此见习指导专供内科临床见习所用,使临床见习有的放矢。所规定的教学内容以常见病,多发病为重点,原则上按见习指导内容教学,但老师可根据专科情况适当调整每次见习内容。由主治医师或高年资住院医师带课间见习,每次见习有重要讨论内容,可适当介绍一些少见而临床上有重要性的疾病。见习形式力求生动活泼,避免只是简单重复大课讲授内容,注意采用启发式的教学方法,培养学生的发现问题、分析问题和解决问题的能力。

一九九三年二月

目 录

呼吸系统疾病:

第一次见习: 肺炎球菌性肺炎、肺结核、肺癌

第二次见习: 支气管哮喘、慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、肺原性心脏病

循环系统疾病:

第一次见习: 心脏瓣膜病、心功能不全

第二次见习: 高血压病、冠心病、(心功能不全)

消化系统疾病:

第一次见习: 消化性溃疡、胃炎、急性胰腺炎

第二次见习: 肝硬化、肝癌、肝昏迷、结核性腹膜炎

泌尿系统疾病:

见习内容: 急性(慢性)肾小球肾炎、肾盂肾炎、慢性肾功能不全

血液和造血系统疾病:

第一次见习: 缺铁性贫血、再生障碍性贫血、溶血性贫血、特发性血小板减少性紫癜

第二次见习: 急性(慢性)白血病、淋巴瘤

内分泌及代谢疾病:

第一次见习: 甲状腺机能亢进症、皮质醇增多症

第二次见习: 糖尿病、阿狄森病

内 科 见 习 指 导

呼 吸 系 统 疾 病

目的要求：

- 一、掌握：肺炎球菌肺炎、支气管哮喘、慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、慢性肺源性心脏病、肺结核、肺癌的诊断要点及治疗原则
- 二、熟悉：1、肺炎球菌肺炎的病理
2、慢性支气管炎、肺气肿、肺心病、肺结核的预防原则
- 三、了解：1、上述疾病的鉴别诊断
2、肺结核X线特点、痰菌检查、结核菌素试验、卡介苗接种
3、支气管哮喘、慢支、肺气肿、肺心病病图

学时：每次见习三学时

教学形式：选择典型病例进行床边讲解，并组织学生讨论

第 一 次 见 习

- 一、病名：肺炎球菌性肺炎、肺结核、肺癌
- 二、学时：3学时
- 三、教学内容

I. 肺炎球菌性肺炎

- 诊断依据：1、症状：突起寒战、高热、胸痛、咳嗽、咳痰、
2、体征：急性病容、口唇疱疹、肺部早期呼吸运动及呼吸音减弱，实变期叩浊，语颤增强，管性呼吸音及湿罗

音；消散期湿罗音。

- 3、实验室检查：白细胞增高。中性粒细胞增多，核左移或胞浆内中毒颗粒；痰涂片多形核白细胞中见革兰氏染色阳性的双球菌。痰或血培养分离出病原体。
- 4、X线检查：早期肺纹增多或移薄阴影。实变期见按叶或段分布的大片均匀致密阴影。

鉴别诊断：

- 1、与其它细菌性肺炎的鉴别
- 2、与病毒性肺炎和肺炎支原体肺炎相鉴别
- 3、与肺结核、肺脓肿、肺癌、胸膜炎相鉴别

治疗原则

- 1、一般疗法：支持疗法：休息、饮水、流质饮食等
对症疗法：降温、去痰镇咳、止痛。给氧等
- 2、抗菌素：首选青霉素或根据药敏结果选用敏感抗生素。
- 3、防治并发症：注意中毒性休克的防治。

II、肺 结 核

一、诊断依据

- 1、症状：许多症状不典型或无明显症状。
 - (1)、全身中毒症状：午后低热、盗汗、纳差、乏力、消瘦等。
 - (2)、呼吸系统症状：干咳、咯血、胸痛、呼吸困难。
- 2、体征：肺部体征多缺如
- 3、X线检查：发现早期结核的主要方法。表现因类型不同而异。

4 4、痰结核菌检查：诊断肺结核的主要依据

5、血沉增快

二、诊断分类：

I型、原发型肺结核

II型：血行播散型肺结核

III型：浸润型肺结核

IV型：慢性纤维空洞型肺结核

V型：结核性胸膜炎

三、鉴别诊断：

1、I型须与纵膈肿瘤、淋巴瘤鉴别

2、II型应与伤寒、败血症、矽肺、肺泡细胞癌鉴别。

3、III型及IV型应与慢性支气管炎、支气管扩张、肺炎、肺癌、肺脓肿相鉴别。

4、V型应与肺不张、胸膜肥厚及其它引起胸腔积液的心、肝、肾、肿瘤相鉴别。

四、抗痨原则：早期用药、联合用药、适量、规律、全程用药。

五、防痨原则：

1、控制传染源：有效化疗患病者

2、切断传播途径：患者隔离及痰的处理

3、增强免疫力：降低易感性：种好卡介

III 支气管肺癌

一、病理特点

1、分型：中央型肺癌：生长在叶、段以上的支气管、位于肺

门附近者。占3/4。

周围型肺癌：肿瘤生长在段以下的支气管，位于肺的边缘者。

约占1/4

2、分类：

(1)、鳞癌

(2)、腺癌

(3)、小细胞未分化癌

(4)、大细胞未分化癌

(5)、细支气管——肺泡癌

二、诊断依据：强调早期诊断

1、症状体征：早期无明显症状。常见表现为：咳嗽、咯血、胸痛、气急、发热、喘鸣、消瘦及恶液质。肿瘤压迫或侵犯引起的临床表现及肺外表现。

2、X线检查：发现肺癌的重要方法之一。

3、痰液脱落细胞学检查：简单而有效的早期确诊方法

4、纤支镜检查：主要适用于中央型肺癌

5、活组织检查：涉及淋巴结、肺部肿块部位。

6、其它：放射性核素扫描、剖胸探查等。

三、鉴别诊断：主要与肺结核、肺炎、肺脓肿相鉴别。还应与慢性和化性肺炎、纵膈淋巴结、肺部良性肿瘤相鉴别。

四、治疗原则：依病人情况、分型、分期等选用合理方法。目前多采用以手术切除为主，辅以放射、化疗、中医中药、免疫治疗的综合方法

第 二 见 习

支气管哮喘、慢性支气管炎、阻塞性肺气肿、肺原性心脏病

I 支气管哮喘

诊断依据:

1、病史及症状:反复发作的病史。典型的发作经过——发作前粘膜过敏先兆:鼻咽痒、喷嚏、咳嗽等;继之出现呼吸困难、多汗、紫绀。停止前咳出较多稀薄痰液后迅速恢复如常人。内源性哮喘起病较缓。持续时间较长。哮喘持续状态指严重的哮喘发作持续24小时以上。

2、体征:呼气性呼吸困难。双肺满布哮鸣音

3、实验室检查:

(1)、嗜酸性粒细胞及 IgE 可增高

(2)、皮肤敏感试验阳性

(3)、组胺激发试验阳性

(4)、肺功能检查:发作时阻塞性通气障碍。 PaO_2 可降低,严重 CO_2 潴留及呼吸性酸中毒。弥散功能正常。

鉴别诊断:

1、心源性哮喘

2、喘息性支气管炎

3、支气管肺癌

4、变态反应性肺浸润

治疗原则

1、去除病因:

2、控制发作:依不同发作类型、发作程序选用不同的药物。

3、预防复发:强体、健身、去除诱因。

II、慢性支气管炎、阻塞性肺气肿及慢性肺源性心脏病

一、慢性支气管炎

1、概念：气管、支气管粘膜及周围组织的慢性非特异性炎症。持续发展可导致肺气肿、肺心病。

2、病因及发病机理：病因尚未完全明了。机理可能为机体内外多种因素综合作用所致。

3、诊断依据：

- (1)、症状：咳嗽或（和）喘反复发作
- (2)、体征：早期无异常。并发肺气肿时有肺气肿的体征
- (3)、实验室检查：痰、血的细菌学检查
- (4)、辅助检查：X线：早期无异常，反复发作可见肺纹理增粗、紊乱。

(5)、诊断标准：咳、痰或（和）喘，每年发病持续三个月，连续两年或以上，并排除其它心肺疾患（如肺结核、尘肺、支气管哮喘、支气管扩张、肺癌、心脏病等）可作出诊断。

4、治疗原则：不同病期采取不同的治疗方法

(1)、急性发作期与慢性迁延期的治疗：控制感染为主，辅以祛痰、镇咳、解痉、平喘及中医药治疗。

(2)、缓解期的治疗：以提高机体抵抗力和预防复发为主。可采用下述措施：预防性用药（中医 ，抗菌素）及免疫治疗。

5、预防

二、慢性阻塞性肺气肿

1、诊断依据：

- (1)、症状：在原有慢支症状的基础上逐渐出现加重的呼吸困难
- (2)、体征：典型为桶状胸，呼吸运动减弱。叩呈过清音，心界缩小。

(3) (3). 器械检查:

X线检查: 肋间隙增宽, 肋骨平行, 膈肌低平, 胸透亮度增加, 肺纹外带稀、细, 内带粗、乱。

呼吸功能检查: 残气量增加, 最大通气量及第一秒时间肺活量降低。

(4). 实验室检查: 血气分析可见 PaO_2 下降, PaCO_2 升高。

(5). 治疗原则: 改善呼吸功能为主, 同时进行病因及并发症的治疗。

三、慢性肺源性心脏病:

1. 诊断依据:

(1). 慢性胸、肺疾患病史: 根据病史 (80%以上为慢支), 体征 (阻塞肺气肿征)、X线或肺功能判定。

(2). 临床表现: 本病发作期与缓解期交替进行。

A. 缓解期: 心功能多为代偿期。肺功能部分代偿主要症状为缺氧症状 (乏力、气促、劳力下降、心悸等, 肺气肿征及肺动脉高压征 (P_2 亢进) 和右心室肥厚征 (三尖瓣区收缩期杂音及剑下收缩期搏动等)。

B. 急性加重期: 通常由呼吸道感染诱发, 出现呼吸衰竭及右心衰竭, 以其中之一为主或两者并重。出现相相应的表现。

(3). 辅助检查: 确定肺动脉高压及右心室肥厚, 包括X线、EKG、NCG、心电向量图等。

2. 鉴别诊断: 须与下列疾病相鉴别:

(1). 风湿性心瓣膜病

(2). 冠心病

(3). 心肌病

3. 治疗原则

(1). 缓解期: 采取中西结合的综合措施。

A、防治原发病及呼吸道感染 B、改善呼吸功能

(2)、急性加重期:

A 积极控制感染

B 治疗心、肺衰竭。改善心、肺功能(参见有关章节)。

C 防治并发症

D 加强护理

循 环 系 统

目的:

一、掌握慢性风湿性心瓣膜病、高血压病、冠心病、心功能不全的诊断及处理原则。

二、熟悉各种常见心律失常、心包炎、心内膜炎的诊断及处理原则。

三、了解循环系统有关的特殊检查

学时: 每次 3 学时

教学形式: 选择典型病例进行床边讲解、组织学生讨论。

第 一 次 见 习

心脏瓣膜病。

心脏瓣膜病

诊断依据：

一、二尖瓣狭窄

1、症状：心悸气促、咳嗽咯血。吞咽困难及声嘶、胸痛、并发房颤、急性肺水肿、栓塞或右心衰时。可有相应表现。

2、体征：二尖瓣面容。各种并发症的表现；触诊：舒张期震颤；叩诊：心界向左扩大；听诊：心尖部局限性低调的隆隆样舒张期杂音，可伴第一心音亢进，开瓣音及Graham-Steell杂音。

3、辅助检查：X线示左房大，肺动脉干突出，右室大；ECG示二尖瓣型P波，右室肥大或右束支传导阻滞。房颤；超声心动图示“城墙样”改变。

二、二尖瓣关闭不全

1、症状：早期轻者无症状或仅有无力气、心悸。重者有心功能不全。

2、体征：望诊：心尖搏动向左下移位。呈抬举性；触诊：可有收缩期震颤；叩诊：心界向左扩大；听诊：心尖区吹风样全收缩期返流性杂音，向左腋极左背部传导。常伴第一心音减弱。

3、辅助检查：X线示左房、左室大；ECG示左室肥大劳损、左房大。房颤或双室增大；超声心动图左房、左室大，二尖瓣口不能完全闭合。收缩期逆流。

三、主动脉瓣狭窄

1、症状：轻者无症状。重者乏力、眩晕、昏厥。心绞痛及左心衰。

2、体征：望诊：心界向左下扩大；触诊：主动脉瓣区收缩期震颤；叩诊：心界向左下扩大；听诊：主动脉瓣区喷射性粗糙响亮的

收缩期杂音。呈递增递减型(菱形)。向颈动脉及锁骨下动脉传导。主动脉瓣区第二心音减弱或消失。脉搏减弱。脉压变小。

8、辅助检查：X线示左室大；ECG示左室肥大劳损及室内传导阻滞；超声心动图示主动脉瓣增厚，其开放速度及幅度减小。收缩期逆流。
*→ A瓣狭窄B关闭不全可出现：
晕厥、心绞痛、心衰。*

四、主动脉瓣关闭不全 *出现心衰三至五年内可致死亡。*

1、症状：早期无症状；晚期心功能不全，心绞痛，昏厥。

2、体征：望诊：心尖搏动向左下移位呈抬举样；听诊：主动脉瓣第一与第二听诊区高调、递减型、吹风样舒张期杂音。向心尖区传导。坐位前倾，呼气后屏气易听到，可伴Austin-Flint氏杂音。*示：心音不全与杂音同时出现，中间有一短暂间隙。*主动脉瓣区第二心音减弱或消失；有周围血征。

8、辅助检查：X线示靴形心；ECG示左室肥大劳损，电轴左偏。超声心动图示左室大。左室流出道增宽。主动脉瓣关闭线呈双线或三线可获舒张期逆流。

五、三尖瓣狭窄

1、症状：因多合并二尖瓣狭窄，症状多来自二尖瓣病变，有疲乏及呼吸困难。

2、体征：颈静脉怒张；三尖瓣区隆隆样舒张期杂音，可伴震颤，吸气时杂音增强，可有三尖瓣开瓣音，肝肿大显著，有腹水及水肿。

3、辅助检查：X线示右房大。ECG示右房大或有房颤；超声心动图示三尖瓣曲线增厚，呈城墙样改变。

六、三尖瓣关闭不全

1、症状：主要为右心衰症状，原有左心衰者，可因出现三尖瓣关闭不全而使肺淤血症状减轻。

2、体征：右心扩大。心前区有舒张期搏动，三尖瓣区可闻及返流性全收缩期杂音，吸气时增强；颈静脉充盈伴收缩期搏动。肝肿大伴收缩晚期扩张性搏动。晚期可有胸水、腹水、黄疽及皮下水肿等。

3、辅助检查：X线示右房及右室扩大，上腔静脉影增宽有明显搏动；ECG示右室和室大。常伴房颤。超声心动图示右室大，室间隔呈矛盾运动。返流回声。

完整诊断

- 1、风湿病（活动期或非活动期）。
- 2、受累瓣膜表现（病理解剖诊断）
- 3、心律失常表现（病理生理诊断）
- 4、心功能分级

鉴别诊断（参考）

1、单纯二狭应与二狭合并二漏。左房黏液瘤。先心病。风湿性心脏炎。先天性三心房。原发性心肌病等相鉴别。

2、二尖瓣关闭不全；相对性与器质性鉴别。二尖瓣脱垂。主动脉瓣狭窄。肥厚性心肌病。室缺。乳头肌功能不全。

3、主动脉瓣狭窄。二尖瓣关闭不全。主动脉硬化。室缺。IHSS。主动脉瓣上狭窄。

4、主动脉瓣关闭不全；相对性与器质性。风湿性。主动脉粥样硬化性。梅毒性。先天性。感染性心内膜炎。二狭。Marfan氏综合征。

5、三尖瓣关闭不全，二尖瓣关闭不全。主动脉瓣狭窄等。

治疗

一、代偿期

- 1、一般治疗：注意活动、饮食、保暖防感冒等。
- 2、药物治疗：抗生素防治链球菌感染。保持和改善心脏代偿功能。

二、失代偿期

- 1、积极治疗心衰及各种并发症
- 2、外科换瓣治疗。

第二次见习

高血压病、冠心病、 心功能不全

I、高血压病

诊断依据：

1、症状：缓进型者早期无症状或出现头痛头晕、耳鸣眼花、心悸健忘、易怒失眠及疲乏等；形成“高心病”后可出现左心衰表现。脑、肾等器官受累时出现相应表现。急进型高血压（又称恶性高血压）和高血压危象的有关症状。

2、体征：A、确诊高血压的标准为收缩压等于或高于21.3 KPa，舒张压等于或高于12.6 KPa（二者有一项经核实即可）；而凡舒张压大于12 KPa小于12.6 KPa或收缩压大于18.6 KPa小于21.3 KPa，定为临界高血压（以上采用世界卫生组织诊断标准）。对过去有高血压史，长期（三月以上）未经治疗，此次检查血压正常者，即不列为高血压。如一向治疗而此次血压正常者，仍应列为高血压。有疑问者可在停药1月后复查再做诊断。B、心脏体检可查及心界向左扩大，心尖搏动增强。A₂亢进。心尖和（

(或)主动脉瓣区有Ⅱ~Ⅲ级收缩期吹风样杂音。还可有房颤等心律失常。C、眼底变化。

3. 高血压分期(1)Ⅰ期：高血压达确诊标准。临床无心、脑、肾并发症表现。(2)Ⅱ期：血压达确诊标准，并有下列一项者：①体检、X线、ECG或超声检查见有左室肥大；②眼底检查有眼底动脉普遍或局部变窄；③蛋白尿或(和)血浆肌酐浓度轻度升高；(3)Ⅲ期：血压达确诊标准并有下列一项者：①脑出血或高血压病；②左心衰；③肾功衰；④眼底出血或渗出、视神经乳头水肿或有或无(4)恶性高血压(急型高血压)病情急骤发展。舒张压常持续在16.9 KPa以上，并有眼底出血、渗出或乳头水肿。

鉴别诊断：主要与下列继发性高血压鉴别。

(一) 肾性高血压：1. 慢性肾小球肾炎和肾盂肾炎等肾实质性高血压。2. 肾血管性高血压。如肾动脉狭窄。3 先天性肾畸形。

(二) 内分泌疾病：1. 嗜铬细胞瘤。2. 原发性醛固酮增多症。3. 柯兴氏综合征。4. 甲亢、甲状旁腺机能亢进症。垂体前叶机能亢进症。肾上腺性变态综合征。绝经期综合征等。

(三) 大血管病变：1 先天性主动脉狭窄。2. 多发性大动脉炎

(四) 颅脑疾病、脑外伤、脑炎、脑肿瘤、脑干和中脑疾病等。

(五) 妊娠、妊娠中毒症、围产期心脏病

(六) 其它：各种结缔组织病。使用药物等。

治疗：

一、一般治疗。劳逸结合、低盐低脂饮食、戒烟戒酒。

二、药物治疗。对轻症者选用一种药物。无效或重症者须联合用药。目的使血压维持正常或接近正常水平。减轻症状。防止心脑肾并发症的发生。对高血压危象及高血压脑病则应紧急处理。常用