

百种内科疾病 诊疗方法

Baizhong neike jibing
Zhenliao fangfa

张钦强 于素芹 主编
刘汝锦 张延勋



山东大学出版社

百种内科疾病 诊疗方法

张钦强 于素芹 主编
刘汝锦 张延勋

山东大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

百种内科疾病诊疗方法/张钦强等主编. — 济南: 山东大学出版社, 2009. 11

ISBN 978-7-5607-3997-7

I. 百…

II. 张…

III. 内科—疾病—诊疗

IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 206254 号

山东大学出版社出版发行

(山东省济南市山大南路 27 号 邮政编码: 250100)

山东省新华书店经销

济南景升印业有限公司印刷

880×1230 毫米 1/32 9.5 印张 235 千字

2009 年 11 月第 1 版 2009 年 11 月第 1 次印刷

定价: 28.00 元

版权所有, 盗印必究

凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页, 由本社营销部负责调换

《百种内科疾病诊疗方法》编委会

主 审	张延勋			
主 编	张钦强	于素芹	刘汝锦	张延勋
副主 编	李永祚	周建波	赵文忠	张守龙
	王 彬	沈雁岩	董砚奉	王秀玲
编 委	(以姓氏笔画为序)			
	丁吉芳	于素芹	王 彬	王凤红
	王克珍	王秀玲	文京奇	任 丽
	刘汝锦	李永祚	沈雁岩	张守龙
	张岳光	张延勋	张钦强	周怀德
	周建波	赵文忠	钟晓春	黄家博
	董砚奉			
秘 书	赵文忠	张守龙	王 彬	

前 言

科学技术高度发展,带来临床医学的发展机遇,新的诊疗理念和新的诊疗技术给临床医师不断提供与疾病作斗争的武器,促进了诊疗水平的提高。但是,在选择和应用新的理念和新的诊疗技术时,也给临床医师尤其是基层临床医师带来了一些困惑。

临床医学的发展有一定规律,即“实践、认识”反复过程。而近年来发展起来的循证医学就是临床医学发展轨迹上的一大亮点,掌握和运用循证医学是临床诊治工作的方向和准则。我们从这一观点出发,结合基层实际,参考近年来出版的教科书、工具书,并参阅了近来发表的相关“诊疗指南”和“诊疗共识”,编写了本书。将百种常见疾病的诊断、治疗规范,以条文的形式介绍给基层临床医师,供其参考,以达到“临床共识”,规范诊疗行为。为便于临床医师查阅引用相关内容,在本册后列出了部分引用文献。本书也适用于实习、进修医师参考。

由于我们编写水平、解读引用文献资料能力有限,加之时间仓促,书中错漏在所难免。医学发展迅速,本书部分观点也可能滞后。诚望各位同道予以批评、指正!

编者

2009年8月

目 录

心血管疾病·····	(1)
心力衰竭·····	(1)
1. 慢性心力衰竭 ·····	(2)
2. 急性心力衰竭 ·····	(8)
心律失常 ·····	(10)
3. 病态窦房结综合征 ·····	(10)
4. 心房扑动 ·····	(12)
5. 心房颤动 ·····	(13)
6. 房室交界处折返性心动过速 ·····	(15)
7. 预激综合征 ·····	(16)
8. 房室传导阻滞 ·····	(17)
9. 室内传导阻滞 ·····	(18)
10. 室性心动过速 ·····	(20)
11. 心室扑动与心室颤动 ·····	(22)
12. 心脏骤停与心脏性猝死 ·····	(23)
13. 高血压 ·····	(31)
冠状动脉粥样硬化性心脏病 ·····	(40)
14. 稳定型心绞痛 ·····	(40)
15. 不稳定型心绞痛 ·····	(46)
16. 心肌梗死 ·····	(49)
17. 冠状动脉粥样硬化性心脏病的介入诊断和治疗 ·····	(55)
18. 主动脉夹层 ·····	(56)



心肌疾病	(60)
19. 扩张型心肌病	(60)
20. 肥厚型心肌病	(64)
21. 致心律失常性右室心肌病	(68)
心脏瓣膜病	(71)
22. 二尖瓣疾病	(71)
23. 主动脉瓣疾病	(75)
24. 多瓣膜病	(79)
先天性心血管病	(80)
25. 房间隔缺损	(81)
26. 室间隔缺损	(82)
27. 动脉导管未闭	(84)
28. 感染性心内膜炎	(85)
29. 急性心包炎	(89)
呼吸系统疾病	(93)
30. 支气管哮喘	(93)
31. 慢性阻塞性肺疾病	(95)
32. 慢性肺源性心脏病	(98)
33. 支气管扩张	(100)
34. 肺结核	(102)
35. 原发性支气管肺癌	(104)
36. 细菌性肺炎	(107)
37. 肺脓肿	(109)
38. 间质性肺疾病	(111)
39. 脓胸	(113)
40. 肺血栓栓塞症	(114)
呼吸衰竭	(117)
41. 慢性呼吸衰竭	(118)
42. 急性呼吸衰竭	(119)



消化系统疾病	(121)
43. 胃食管返流病	(121)
44. 慢性胃炎	(123)
45. 消化性溃疡	(125)
46. 胃癌	(129)
47. 急性胰腺炎	(131)
48. 肝硬化	(134)
49. 原发性肝癌	(140)
50. 肝性脑病	(143)
51. 上消化道出血	(146)
炎症肠病	(150)
52. 溃疡性结肠炎	(150)
53. 克罗恩病	(153)
泌尿系统疾病	(157)
肾炎综合征	(157)
54. 急性肾小球肾炎	(157)
55. 慢性肾小球肾炎	(159)
56. 肾病综合征	(161)
57. 尿路感染	(162)
58. 慢性肾衰竭	(165)
59. 急性肾衰竭	(168)
60. 透析疗法	(173)
血液系统疾病	(175)
61. 再生障碍性贫血	(175)
62. 铁缺乏和缺铁性贫血	(177)
63. 巨幼细胞贫血	(179)
64. 溶血性贫血	(181)



65. 特发性血小板减少性紫癜	(184)
66. 过敏性紫癜	(187)
白血病	(189)
67. 急性白血病	(190)
68. 慢性髓细胞白血病	(193)
69. 慢性淋巴细胞白血病	(195)
内分泌及代谢疾病	(198)
70. 垂体瘤	(198)
71. 尿崩症	(199)
72. 甲状腺功能亢进症	(201)
73. 甲状腺功能减退症	(206)
74. 库欣综合征	(208)
75. 原发性醛固酮增多症	(211)
76. 嗜铬细胞瘤	(213)
77. 原发性甲状旁腺功能亢进症	(216)
78. 甲状旁腺功能减退症	(218)
79. 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症	(220)
80. 糖尿病	(223)
81. 糖尿病酮症酸中毒	(226)
82. 高渗性非酮症糖尿病昏迷	(228)
风湿性疾病	(230)
83. 系统性红斑狼疮	(230)
84. 类风湿性关节炎	(234)
中毒性疾病	(238)
85. 急性有机磷中毒	(238)
86. 急性乙醇中毒	(241)
87. 镇静催眠药中毒	(244)



神经系统疾病	(248)
88. 短暂性脑缺血发作	(248)
89. 动脉硬化性脑梗死	(250)
90. 脑栓塞	(255)
91. 蛛网膜下腔出血	(256)
92. 脑出血	(262)
93. 脑肿瘤	(267)
94. 癫痫	(270)
95. 偏头痛	(272)
96. 三叉神经痛	(275)
97. 帕金森病	(277)
98. 多发性神经病	(279)
99. 急性脊髓炎	(281)
100. 重症肌无力	(285)
参考文献	(290)



心血管疾病

心力衰竭

心力衰竭(heart failure)是由各种心脏结构或功能性疾病导致心室充盈及或射血能力受损而引起的一组临床综合征。由于心室收缩功能下降,射血功能受损,心排出量不能满足机体代谢的需要,器官、组织血液灌注不足,同时出现肺循环和或体循环淤血,临床表现主要是呼吸困难、无力而致体力活动受限和水肿。某些情况下心肌收缩力尚可使射血功能维持正常,但由于心肌舒张功能障碍,左心室充盈压异常升高,使肺静脉回流受阻,而导致肺循环淤血。后者常见于冠心病和高血压心脏病心功能不全的早期或原发性肥厚性心肌病等,称之为舒张期心力衰竭。心功能不全或心功能障碍理论上是一个更广泛的概念,伴有临床的心功能不全称之为心力衰竭,而有心功能不全者,不一定全是心力衰竭。

(一)病因

心衰是由于任何原因的初始心肌损伤(如心肌梗死、心肌病、血流动力学负荷过重、炎症等),引起心肌结构和功能的变化,最后导致心室泵血和(或)充盈功能低下。心衰是一种进行性的病变,一旦起始,即使没有新的心肌损害,临床亦处于稳定阶段,仍可自身不断发展。

(二)心力衰竭的类型

- (1)左心衰、右心衰和全心衰。
- (2)急性和慢性心衰。
- (3)收缩性和舒张性心衰。



(三)慢性心衰的分期和分级

(1)心力衰竭的分期:根据心衰发生发展的过程,从心衰的高发危险人群进展成器质性心脏病,出现心衰症状直至难治性终末期心衰,可分成 A、B、C、D 期,从而提供了从“防”到“治”的全面概念。这四期不同于纽约心脏学会(NYHA)的心功能分级,是两种不同的概念。

A 期为“前心衰阶段”。

B 期为“前临床心衰阶段”。

C 期为临床心衰阶段。

D 期为难治性终末期心衰阶段。

(2)心力衰竭的分级:NYHA 心功能分级:Ⅰ级,日常活动无心衰症状;Ⅱ级,日常活动出现心衰症状(呼吸困难、乏力);Ⅲ级,低于日常活动出现心衰症状;Ⅳ级,在休息时出现心衰症状。反映左室收缩功能的 LVEF 与心功能分级症状并非完全一致。

(3)6 分钟步行试验评估:此方法安全、简便、易行,已逐渐在临床应用,不但能评定病人的运动耐力,而且可预测患者预后。如 6 分钟步行距离小于 300 米,提示预后不良。根据 US Carvedilol 研究设定的标准:6 分钟步行距离小于 150 米为重度心衰;150~450 米为中重度心衰;大于 450 米为轻度心衰,可作为参考。



慢性心力衰竭

【临床表现】

临床上左心衰竭最为常见,除肺部疾患,单纯右心衰竭较少见。左心衰竭后继发右心衰竭而继发全心衰者,以及由于广泛心肌疾病同时波及左右心而发生全心衰者,临床上更为多见。

(一)左心衰竭

左心衰竭以肺淤血及心排血量降低为主:

(1)症状

①程度不同的呼吸困难:劳力呼吸困难、端坐呼吸、夜间阵发性



呼吸困难、急性肺水肿。

②咳嗽、咳痰、咯血。

③乏力、疲倦、头晕、心慌。

④少尿及肾功能不全损害症状。

(2)体征

①肺部啰音。

②心脏体征：除基础心脏病的固有体征外，慢性左心衰的患者一般均有心脏扩大、肺动脉瓣区第二心音亢进及舒张期奔马律。

(二)右心衰竭

右心衰竭以体静脉淤血的表现为主：

(1)症状：消化道症状、劳力性呼吸困难。

(2)体征：水肿、颈静脉征、肝脏肿大、心脏体征。

(三)全心衰竭

右心衰继发于左心衰，当右心衰出现后，右心排血量减少，因此阵发性呼吸困难等肺淤血症状反而有所减轻。扩张型心肌病等表现为左右心室同时衰竭者，肺淤血症状往往不很严重，左心衰的表现为心排血量减少的相关体征。

【实验室检查】

实验室检查包括二维超声心动图(2DE)及多普勒超声、核素心室造影及核素心肌灌注显像、X线胸片、心电图、冠状动脉造影、心肌活检等。

【诊断和鉴别诊断】

(一)诊断

心力衰竭的诊断是综合病因、病史、症状、体征及客观检查而作出的。首先应有明确的器质性心脏病的诊断。心衰的症状、体征是诊断心衰的重要依据。疲乏、无力等由于心排出量减少的症状无特异性，诊断价值不大。而左心衰的肺淤血引起不同程度的呼吸困难，右心衰的体循环淤血引起的颈静脉怒张、肝大、水肿等是诊断心衰的重要依据。



(二)鉴别诊断

心力衰竭主要应与支气管哮喘、心包积液、肝硬化腹水伴下肢水肿等疾病鉴别。

【治疗】

(一)一般治疗

(1)去除诱发因素:需预防、识别与治疗能引起或加重心衰的特殊事件,特别是感染。肺梗死、心律失常特别是房颤(AF)并快速心室率、电解质紊乱和酸碱失衡、贫血、肾功能损害等均可引起心衰恶化,应及时处理或纠正。

(2)监测体重:每日测定体重以早期发现液体潴留非常重要。如患者在3天内体重突然增加2kg以上,应考虑已有钠水潴留(隐性水肿),需加大利尿剂剂量。

(3)调整生活方式:①限钠;②限水;③营养和饮食;④休息和适度运动。

(4)避免使用的药物:下列药物可加重心衰症状,应尽量避免使用:①非甾体类抗炎药和COX₂抑制剂。②皮质激素。③I类抗心律失常药物。④大多数CCB。⑤“心肌营养”药,这类药物包括辅酶Q₁₀、牛磺酸、抗氧化剂、激素(生长激素、甲状腺素)等,其疗效尚不确定,且和治疗心衰的药物之间可能有相互作用,不推荐使用。

(5)氧气治疗:氧气用于治疗急性心衰,对慢性心衰(CHF)并无应用指征。无肺水肿的心衰患者,给氧可导致血流动力学恶化,但对心衰伴夜间睡眠呼吸障碍者,夜间给氧可减少低氧血症的发生。

(二)药物治疗

心衰的常规治疗包括联合使用三大类药物,即利尿剂、ACEI(或ARB)和 β 受体阻滞剂。为进一步改善症状、控制心率等,地高辛应是第四个联用的药物。醛固酮受体拮抗剂则可应用于重度心衰患者。

(1)心衰时利尿剂的应用要点:

①利尿剂是唯一能充分控制心衰患者液体潴留的药物,是标准治疗中必不可少的组成部分。



②所有心衰患者有液体潴留的证据或原先有过液体潴留者,均应给予利尿剂。阶段 B 的患者因从无液体潴留,不需应用利尿剂。

③利尿剂必须及早应用。因利尿剂缓解症状最迅速,数小时或数天内即可发挥作用,而 ACEI、 β 受体阻滞剂需数周或数月。

④利尿剂应与 ACEI 和 β 受体阻滞剂联合应用。

⑤襻利尿剂应作为首选。

⑥利尿剂通常从小剂量开始(氢氯噻嗪 25mg/d,呋塞米 20mg/d 或托拉塞米 10mg/d)逐渐加量。氢氯噻嗪 100mg/d 已达最大效应,呋塞米剂量不受限制。一旦病情控制(肺部啰音消失,水肿消退,体重稳定),即以最小有效量长期维持。在长期维持期间,仍应根据液体潴留情况随时调整剂量。每日体重的变化是最可靠的检测利尿剂效果和调整利尿剂剂量的指标。

⑦长期服用利尿剂应严密观察不良反应的出现,如电解质紊乱、症状性低血压以及肾功能不全,特别在服用剂量大和联合用药时。

⑧出现利尿剂抵抗时(常伴有心衰症状恶化),处理对策为呋塞米静脉注射 40mg,继以持续静脉滴注(10~40mg/h),两种或两种以上利尿剂联合使用,或短期应用小剂量的增加肾血流的药物如多巴胺 100~250 μ g/min。

(2)血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)在心衰的应用要点:

①全部 CHF 患者必须应用 ACEI,包括阶段 B 无症状性心衰和 LVEF<40%~45%者,除非有禁忌证或不能耐受,ACEI 需终身应用。

②ACEI 禁忌证:对 ACEI 曾有致命性不良反应,如曾有严重血管性水肿、无尿性肾功能衰竭的患者或妊娠妇女需绝对禁用。以下情况须慎用 ACEI:①双侧肾动脉狭窄。②血肌酐水平显著升高[>265.2 μ mol/L(3mg/dL)]。③高血钾症(>5.5mmol/L)。④低血压(收缩压<90mmHg)需经其他处理,待血流动力学稳定后再决定是否应用 ACEI。⑤左室流出道梗阻,如主动脉瓣狭窄、梗阻性肥厚型心肌病等。

③ACEI 与 β 受体阻滞剂合用有协同作用。ACEI 与阿司匹林合用并无相互不良作用,对 CHD 患者利大于弊。



(3) β 受体阻滞剂在心衰时的应用要点:

①所有慢性收缩性心衰, NYHA II、III级病情稳定患者, 以及阶段 B、无症状性心衰或 NYHA I 级的患者($LVEF < 40\%$), 均必须应用 β 受体阻滞剂, 且需终身使用, 除非有禁忌证或不能耐受。

②NYHA IV 级心衰患者需待病情稳定(4 天内未静脉用药, 已无液体潴留并体重恒定)后, 在严密监护下由专科医师指导应用。

③应在利尿剂和 ACEI 的基础上加用 β 受体阻滞剂。应用低或中等剂量 ACEI 时即可及早加用 β 受体阻滞剂, 既易于使临床状况稳定, 又能早期发挥 β 受体阻滞剂降低猝死的作用和两药的协同作用。

④禁用于支气管痉挛性疾病、心动过缓(心率低于 60 次/分)、II 度及以上房室阻滞(除非已安装起搏器)患者。有明显液体潴留, 需大量利尿者, 暂时不能应用。

(4) 地高辛在心衰的应用要点:

①应用地高辛的主要目的是改善慢性收缩性心衰的临床状况, 因而适用于已应用 ACEI(或 ARB)、 β 受体阻滞剂和利尿剂治疗, 而仍持续有症状的心衰患者。重症患者可将地高辛与 ACEI(或 ARB)、 β 受体阻滞剂和利尿剂同时应用。

②地高辛也适用于伴有快速心室率的 AF 患者, 但加用 β 受体阻滞剂, 对运动时心室率增快的控制更为有效。

③地高辛没有明显的降低心衰患者死亡率的作用, 因而不主张早期应用, 亦不推荐应用于 NYHA I 级患者。

④AMI 后患者, 特别是有进行性心肌缺血者, 应慎用或不用地高辛。

⑤地高辛不能用于窦房阻滞、II 度或高度房室阻滞患者, 除非已安置永久性起搏器; 与能抑制窦房结或房室结功能的药物(如胺碘酮、 β 受体阻滞剂)合用时, 必须谨慎。

⑥地高辛需采用维持量疗法, 0.25mg/d。70 岁以上, 肾功能减退者宜用 0.125mg 每一日或隔日一次。

(5) 醛固酮受体拮抗剂在心衰应用的要点:

①适用于中度、重度心衰, NYHA III 或 IV 级患者, AMI 后并发

心衰,且 LVEF $<40\%$ 的患者亦可应用。

②应用方法为螺内酯起始量 10mg/d,最大剂量为 20mg/d,酌情亦可隔日给予。

③本药应用的主要危险是高钾血症和肾功能异常。入选患者的血肌酐浓度应在 176.8(女性)~221.0(男性) $\mu\text{mol/L}$ (2.0~2.5mg/dL)以下,血钾低于 5.0mmol/L。

④一旦开始应用醛固酮受体拮抗剂,应立即加用襻利尿剂,停用钾盐,ACEI 减量。

(6)血管紧张素 II 受体拮抗剂(ARB):ARB 应用中需注意的事项同 ACEI,如要监测低血压、肾功能不全和高血钾等。

(三)非药物治疗

(1)心脏再同步化治疗(CRT)的适应证:凡是符合以下条件的 CHF 患者,除非有禁忌证,均应该接受 CRT:LVEF $\leq 35\%$;窦性心律;左心室舒张末期内径(LVEDD)大于等于 55mm;尽管使用了优化药物治疗,NHYA 心功能仍为 III 级或 IV 级;心脏不同步(目前标准为 QRS 波群大于 120ms)。

(2)埋藏式心律转复除颤器的适应证:①心衰伴低 LVEF 者,曾有心脏停搏、心室颤动(VF)或伴有血流动力学不稳定的室性心动过速(VT),推荐植入 ICD 作为二级预防以延长生存。②缺血性心脏病患者,MI 后至少 40 天,LVEF $\leq 30\%$,长期优化药物治疗后 NYHA 心功能 II 或 III 级,合理预期生存期超过一年且功能良好,推荐植入 ICD 作为一级预防以减少心脏性猝死,从而降低总死亡率。③非缺血性心肌病患者,LVEF $\leq 30\%$,长期最佳药物治疗后 NYHA 心功能 II 或 III 级,合理预期生存期超过一年且功能良好,推荐植入 ICD 作为一级预防以减少心脏性猝死,从而降低总死亡率。④对于 NYHA III~IV 级、LVEF $\leq 35\%$ 且 QRS $>120\text{ms}$ 的症状性心衰,可植入 CRT-D 以改善发病率和死亡率。

(3)心脏移植:心脏移植可作为终末期心衰的一种治疗方式,主要适用于无其他可选择治疗方法的重度心衰患者。

(刘汝锦)