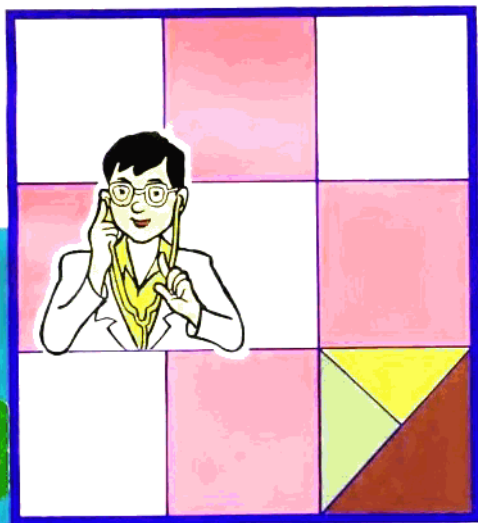


★ 中国乡村医生丛书 ★

ZHONGGUOXIANGCUNYISHENGCONGSHU

实用内科诊疗

范作文 主编



★河北科学技术出版社★

主 编 范作文

副主编 曹光华 康甲顺 孙荣华 高山鹰

编 委 (以姓氏笔画为序)

于淑敏 刘汉金 孙思文 孙荣华

杨 健 孟 军 范作文 赵从军

高山鹰 郭丽娜 康甲顺 曹光华

前 言

在医学科学飞速发展的今天,为适应广大基层医务人员的实际工作需要,进一步加强对农村常见病、多发病的防治,我们在深入基层,比较广泛地征求了基层医务人员意见的基础上,参考国内外有关文献资料,结合多年来的临床实践,编写了这本《实用内科诊疗》。该书亦可作为进修、实习人员及具有初中以上文化程度的医学爱好者自学用书。

全书共十章。第一章“内科急症”,着重介绍了6种常见内科急症的诊断和处理要点。第二章至第十章,分述了呼吸系统、循环系统、消化系统、泌尿系统、血液系统、新陈代谢、风湿性、内分泌及神经、精神系统等80余种内科常见病、多发病的诊治。书末附有“常用化验正常值”,读者可根据实际需要予以查找。全书内容注重科学性、先进性,且简明扼要,通俗实用,论点明确,防治结合与中西医结合,以求尽量符合广大基层医务人员的实际需要。

感谢支持和帮助我们编写此书的所有人。至于书中之不足,敬祈广大读者批评指正。

编 者

目 录

第一章 内科急症	(1)
第一节 急性出血	(1)
第二节 呼吸衰竭	(9)
第三节 休克	(17)
第四节 心力衰竭	(24)
第五节 心脏骤停	(34)
第六节 急性肾功能衰竭	(40)
第二章 呼吸系统疾病	(48)
第一节 急性上呼吸道感染	(48)
第二节 慢性支气管炎	(50)
第三节 支气管扩张	(53)
第四节 支气管哮喘	(56)
第五节 肺炎	(60)
第六节 肺脓肿	(67)
第七节 肺结核	(71)
第八节 自发性气胸	(78)
第三章 循环系统疾病	(83)
第一节 风湿性心瓣膜病	(83)
第二节 亚急性感染性心内膜炎	(89)
第三节 高血压病	(92)
第四节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(98)
第五节 原发性心肌病	(112)

第六节 病毒性心肌炎.....	(116)
第七节 慢性肺源性心脏病.....	(119)
第八节 先天性心脏血管病.....	(122)
第九节 心律失常.....	(130)
第四章 消化系统疾病	(155)
第一节 慢性胃炎.....	(155)
第二节 消化性溃疡.....	(157)
第三节 溃疡性结肠炎.....	(163)
第四节 慢性肝炎.....	(168)
第五节 肝硬化.....	(173)
第六节 急性胰腺炎.....	(179)
第七节 结核性腹膜炎.....	(184)
第八节 胃肠道功能紊乱.....	(187)
第五章 泌尿系统疾病	(190)
第一节 原发性肾小球疾病.....	(190)
第二节 肾盂肾炎.....	(201)
第三节 慢性肾功能不全.....	(209)
第六章 血液系统疾病	(218)
第一节 缺铁性贫血.....	(218)
第二节 巨幼细胞贫血.....	(220)
第三节 再生障碍性贫血.....	(224)
第四节 白细胞减少症与粒细胞缺乏症.....	(229)
第五节 白血病.....	(232)
第七章 新陈代谢疾病	(242)
第一节 低钾血症.....	(242)
第二节 高钾血症.....	(245)
第三节 代谢性酸中毒.....	(248)

第四节 代谢性碱中毒·····	(252)
第五节 糖尿病·····	(254)
第八章 风湿性疾病 ·····	(268)
第一节 类风湿性关节炎·····	(268)
第二节 系统性红斑狼疮·····	(272)
第九章 内分泌疾病 ·····	(277)
第一节 垂体前叶功能减退症·····	(277)
第二节 尿崩症·····	(281)
第三节 甲状腺机能亢进症·····	(285)
第四节 甲状腺机能减退症·····	(292)
第五节 原发性慢性肾上腺皮质机能减退症·····	(295)
第十章 神经、精神系统疾病 ·····	(299)
第一节 三叉神经痛·····	(299)
第二节 面神经麻痹·····	(302)
第三节 内耳眩晕病·····	(304)
第四节 急性脊髓炎·····	(307)
第五节 脑血管意外·····	(309)
第六节 癫痫·····	(321)
第七节 周期性麻痹·····	(326)
第八节 神经官能症·····	(328)
附 临床检验正常值 ·····	(338)

第一章 内 科 急 症

第一节 急 性 出 血

咯 血

喉部以下呼吸道或肺组织出血，经口腔咯出，称为咯血。

【病因和发病原理】

1. 胸部外伤

如胸部刺伤、枪弹伤、重击伤及肋骨骨折等，可使肺血管破裂而引起咯血。

2. 支气管疾患

如慢性支气管炎、支气管扩张、支气管肺癌、支气管内膜结核等，可致局部血管破裂而发生咯血，其中以支气管扩张最为多见。

3. 肺部疾患

如肺炎、肺脓肿、肺结核、肺吸虫病、肺包虫病、恶性肿瘤肺转移等，可使肺内血管破裂而发生咯血，尤以肺结核多见。

4. 心血管疾患

最常见的为风湿性心脏病二尖瓣狭窄，此外，如肺动脉高压症、肺梗塞、肺动静脉瘘等，均可因肺血管壁破裂与肺充血而引起咯血。

5. 全身性疾病

急性传染病引起的咯血，以肺出血型钩端螺旋体病、流行性出血热为多见；血液病引起的咯血，常见于急性白血病、血友病与血小板减少性紫癜；此外，播散性红斑性狼疮、结节性多动脉炎、白塞氏病等，亦可引起咯血，但相对少见。

【临床表现】

1. 症状

(1) 咯血性质：反复大咯血者，常见于支气管扩张、肺脓肿、空洞型肺结核及肺动脉瘤，肺出血型钩端螺旋体病也可发生大咯血。铁锈色痰见于大叶性肺炎；脓血痰见于肺脓肿、金黄色葡萄球菌性肺炎；咖啡色血痰见于肺阿米巴病；棕色血痰常为肺吸虫病；心力衰竭患者的血痰呈泡沫状。

(2) 伴随症状：急性起病，伴有高热、寒战、咳嗽者，见于细菌性肺炎、急性肺脓肿等细菌感染；起病缓慢，伴有低热、盗汗、消瘦乏力者，多见于肺结核及肺霉菌病；长期慢性咳嗽，吐大量脓痰者，多为支气管扩张、慢性肺脓肿；伴有胸痛者，常见于大叶性肺炎、肺梗塞；咯血伴心悸、呼吸困难者，提示为心脏疾患所致。

2. 体征

咯血伴有杵状指（趾），多见于支气管扩张、慢性肺脓肿与肺癌晚期；咯血伴有明显的肺部体征，如呼吸音改变、干湿性罗音或实变体征等，提示有肺部病变；咯血伴有心脏扩大、病理性杂音、心率增快、紫绀、下肢浮肿等，提示为心脏疾患；咯血伴有皮肤、粘膜等全身性出血倾向者，见于急性白血病、血友病、血小板减少性紫癜等血液系统疾患。

3. 辅助检查

(1) 化验：

①痰液检查：如查找致病菌、寄生虫卵、病理细胞等，对肺炎、肺结核、肺癌、肺霉菌病等疾病的诊断有重要意义。

②血液检查：白细胞总数和中性粒细胞增高，多为急性感染性疾患；血沉增快常见于肺结核、肺癌；血中出现幼稚型白细胞，应想到白血病的可能；出凝血时间、血小板计数、骨髓检查等，有助于血液系统疾患的诊断。

(2) 其他：疑为肺部病变时，胸部 X 线透视、摄片、体层摄片及支气管碘油造影等放射性检查意义较大。支气管镜检查对中央型肺癌、支气管内膜结核等疾患的诊断有重要价值。同位素肺扫描有助于肺癌的诊断。心电图、超声心动图检查对鉴别是否为心脏疾患所致的咯血有重要价值。

【并发症】

急性大咯血可致窒息。长期反复咯血可并发贫血。

【诊断与鉴别诊断】

根据咯血前常有喉部发痒、胸闷及咳嗽，所咯之血呈鲜红色，混有泡沫及痰液，血液呈碱性反应，咯血后数日内常有血痰，通常有心、肺疾患的病史及体征等，一般不难作出诊断。咯血需与下列情况相鉴别：

少量咯血需与咽喉或后鼻腔出血相鉴别，借助鼻咽镜检查可予确诊。大量咯血需与呕血相鉴别。见表 1-1。

表 1-1 咯血与呕血的鉴别

咯血	呕血
1. 咯血前常感喉部发痒	1. 呕血前常感恶心及上腹不适
2. 咳出	2. 呕出
3. 血色鲜红，常混有泡沫	3. 血呈暗红色或咖啡样，无泡沫，易凝成块状
4. 血中常混有痰液	4. 血中常混有食物残渣
5. 粪便颜色一般无改变	5. 数天内常有黑便
6. 血呈弱碱性反应	6. 血呈酸性反应
7. 常有支气管、肺病或心脏病史	7. 常有胃病或肝病史

【治疗】

1. 病因治疗

参见有关章节。

2. 一般治疗

卧床休息。烦躁不安者可给予三溴片、安定、利眠宁等镇静剂。咳嗽剧烈者可适当给予镇咳剂，如咳必清、咳息定、可待因等，但忌用吗啡。

3. 咯血的处理

(1) 止血药的应用：

①咯血仅为痰中带血者，一般无需特殊处理。

②咯血较多或大咯血者，首选垂体后叶素 5~10U，肌注，每日 1~2 次；或 5~10U 加入 50% 葡萄糖液 40ml 中缓慢静注；或 10U 加入 50% 葡萄糖液 500ml 中静滴。本药可引起恶心、呕吐、腹痛、心悸、面色苍白等，高血压、心脏病及孕妇忌用。不能用垂体后叶素者，可选用 1~2% 普鲁卡因 5~10ml 静注；或 150~300mg 加入 5% 葡萄糖液 500ml 中静滴。用前须做过敏试验，过敏者忌用。此外，亦可根据病情，选用对氨基苯胺、6-氨基己酸、止血环酸、止血敏、鱼精蛋白、安络血等止血药物。

(2) 反复大咯血者，可少量输血（新鲜血），每次 100~200ml，有促进止血作用。

(3) 反复大咯血，经各种内科治疗无效者，在明确出血部位后，可考虑外科手术治疗。

(4) 因大咯血而发生窒息者，应立即进行体位引流倒血。如卧位时，应将患者头颈部及上半身向下（头低脚高位）以利倒血。牙关紧闭者，应撬开牙关，挖出口腔内血块，拍击后背，以利血块排出。必要时可在喉镜下做气管插管吸出血块，或用气管镜吸引血块。紧急情况下可做气管切开，从套管中吸引血块，以解除呼吸道阻塞。

【预防】

积极治疗原发病，加强机体锻炼，提高机体的抗病能力，避免上感及其他传染性疾病的发生。

呕 血

食管、胃、十二指肠、空肠上段及胰腺、胆道等上消化道部位的出血，经口腔呕出，称为呕血。

【病因和发病原理】**1. 上消化道疾病**

(1) 胃、十二指肠疾病：如胃、十二指肠溃疡、胃癌、急性胃炎、慢性胃炎、胃粘膜脱垂症、十二指肠炎、十二指肠憩室及肿瘤等，均可致局部血管破裂而发生呕血，其中以胃、十二指肠溃疡最为常见。

(2) 胆道、胰腺疾患：胆系感染、胆石症、胆囊癌、胆管癌、胆道蛔虫、胰腺癌、壶腹周围癌及异位胰腺等，均可致胆道、胰腺出血而发生呕血。

(3) 食管疾病：门脉性肝硬化或血吸虫性肝硬化所引起的食管、胃底静脉曲张破裂，食管炎、食管癌所致的局部血管破裂，均可引起呕血。

(4) 药物因素：水杨酸制剂、肾上腺皮质激素、消炎痛、保泰松等对胃粘膜的刺激，可引起小血管破裂而发生呕血。

2. 全身疾患

(1) 急性感染性疾病：如猩红热、败血症、流行性出血热、暴发性肝炎、钩端螺旋体病等，均可因凝血机制障碍和血管脆性增加而发生呕血。

(2) 心血管病：如急性心肌梗塞、充血性心力衰竭、肺原性心脏病、腹主动脉瘤破入上消化道及遗传性出血性毛细血管扩张症等，均可发生呕血。

(3) 风湿性疾病：如系统性红斑性狼疮、皮炎、结节性多动脉炎等，可有呕血发生。

(4) 血液病：如血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血、白血病、血友病、弥漫性血管内凝血（DIC）、过敏性紫癜等，均可因出、凝血机制障碍而发生呕血。

(5) 其他：如尿毒症、脑溢血和昏迷病人并发的应激性溃疡，可致呕血。

【临床表现】

1. 症状

(1) 呕血的特点：大量呕血呈鲜红色或喷涌状呕血者，多为门静脉性肝硬化合并食管或胃底静脉曲张破裂所致。呕吐暗红色或咖啡样物，多为胃部疾患合并出血，出血量多可能为胃、十二指肠溃疡，出血量少可能为慢性胃炎。

(2) 呕血后的表现：呕血后上腹疼痛缓解者多为胃、十二指肠溃疡；上腹痛不见缓解常见于胃癌；右上腹疼痛缓解后出现呕血或伴黑便者，应考虑胆道出血；出血后出现腹水、昏迷者，提示门静脉性肝硬化。

2. 体征

呕血伴有蜘蛛痣、脾大、腹水者，应疑及肝硬化并发食管、胃底静脉曲张破裂出血。呕血伴有消瘦、左锁骨上淋巴结肿大者，常见于胃癌。呕血伴有黄疸、胆囊肿大者，提示胆道出血或壶腹周围癌出血。呕血伴有其他部位出血时，应考虑全身性疾病所致。

3. 辅助检查

(1) 化验：

① 呕吐物潜血试验，可确定是否为消化道出血。

② 血常规：血色素进行性下降，说明出血在继续进行。呕血伴白细胞明显增高，见于胆系感染。白细胞减少，见于肝硬化、再生障碍性贫血。疑呕血为出血性疾病和血液病所致时，应做血小

板计数、出凝血时间、凝血酶原时间及骨髓象检查，以求得正确诊断。

③其他：肝功能检查，有助于各种原因引起的肝硬化的诊断。血沉加快，见于红斑性狼疮、结节性多动脉炎等风湿性疾病。血查狼疮细胞，对红斑性狼疮有诊断价值。胃液分析，胃酸过多提示十二指肠溃疡病或慢性肥厚性胃炎；胃酸缺乏提示胃癌或慢性萎缩性胃炎；胃液脱落细胞学检查，找到瘤细胞可确定胃癌的诊断。

(2) 三腔管检查：当根据病史、体征和化验检查仍不能确定呕血是食管或胃底静脉破裂还是胃、十二指肠溃疡时，可应用三腔管检查。三腔管放入胃内后，将胃气囊和食管气囊充气压迫胃底和食管下段，用生理盐水经胃管将胃内存血冲洗干净，如果吸出后的胃液仍有血液，则以胃、十二指肠溃疡（或胃癌）出血的可能性大。

(3) 上消化道钡剂造影：一般需在出血停止、大便潜血阴性后进行。可发现门静脉性肝硬化所引起的食道静脉曲张、食管癌以及溃疡病、胃癌、胃粘膜脱垂症、食管裂孔疝、十二指肠憩室等疾病不同的放射线征象。为了早期明确诊断，决定治疗方案，亦可在呕血停止后 24~48 小时进行，但需应用稀钡检查，操作手法应轻柔，以免过度刺激而引起再度出血。

(4) 纤维食管、胃及十二指肠镜检查：对食管静脉曲张、食管癌、食管溃疡、贲门粘膜撕裂及胃癌、胃炎、胃粘膜脱垂症、急性胃粘膜病变、胃及十二指肠溃疡有重要诊断价值。出血停止后 24~48 小时内行急症检查阳性率更高。凡遇原因不明的呕血及手术前需确定出血部位、决定手术方案时，可行急症纤维内窥镜检查。

(5) 超声波与肝扫描：有助于肝硬化、肝癌的诊断。

【并发症】

急性大量呕血时，可并发失血性休克。

【诊断与鉴别诊断】

根据呕血前常有恶心、上腹不适或呕吐，呕出的血色暗红或呈咖啡样，常混有食物残渣，血液呈酸性反应，呕血后数日内常有黑便等特点，一般不难作出诊断。呕血需与下列情况进行鉴别：

1. 假性呕血

系指口、鼻、咽喉出血及咯血咽下后再呕出的血，患者有口、鼻、咽喉出血存在或有咯血的临床特点，且病人承认不断咽血，呕出物多为陈旧性碎血块。患者素往也无慢性胃病或肝病病史。

2. 咯血

详见咯血的“诊断与鉴别诊断”。

【治疗】

1. 一般治疗

安静休息，消除顾虑。大量呕血或出现休克时，病人可采取头低足高位。烦躁不安者，可酌情选用安定、异丙嗪、10%水合氯醛等镇静剂，肝病患者应禁用巴比妥类药物。密切观察病人的血压、脉搏及尿量变化。一般不需禁食，可给流质或半流质饮食，但门脉性高压症所致的出血应禁食 48~72 小时。

2. 止血

(1) 可根据出血性质，选用安络血、新凝灵、维生素 K₃、抗血纤溶芳酸、止血敏、凝血酸或硫酸鱼精蛋白。

(2) 溃疡病出血者，可用去甲肾上腺素 1~2mg 加入氢氧化铝凝胶 10ml 内，口服，一日 3 次；或去甲肾上腺素 4~8mg 加入生理盐水 250~500ml 内，分多次口服。出血量大而不易控制者，可用“Y”形管插入胃内，迅速注入冰冻盐水 500~1000ml，随即尽量吸出，在 30~60 分钟内用水 5~10L，可使胃内温度降低，血管收缩，从而达到止血效果。

(3) 门静脉高压症所致出血，可用垂体后叶素 5~10U，加入 10%葡萄糖 20~40ml 内缓慢静注，然后于 10%葡萄糖 250~

500ml 中再加 10~20U, 持续静滴。高血压、肺心病、心力衰竭及孕妇禁用。如无效, 可行三腔管压迫止血; 或在内窥镜直视下电灼或激光止血; 或在内窥镜直视下注射 5% 鱼肝油酸钠等硬化剂。

(4) 急救 24~48 小时后, 仍然继续大出血时, 如有手术指征, 应争取手术治疗。

3. 补液、输血、纠正休克

患者出现脱水时, 可静滴 5% 葡萄糖盐水 1000~1500ml。出血严重或发生休克时, 应立即输血 200~600ml, 以维持收缩血压不低于 12kPa (90mmHg)。输血后血压、脉搏无好转时, 可选用升压药物, 如阿拉明、去甲肾上腺素、新福林等。

在缺乏血源的情况下, 可用血浆或其他代用品补充, 如低分子右旋糖酐或 706 代血浆。

【预防】

积极治疗原发病。胃、十二指肠溃疡应少进刺激性食物并避免酗酒。门脉性肝硬化患者应加强营养, 避免应用对肝脏有损害的药物。

第二节 呼吸衰竭

呼吸衰竭是指呼吸功能严重损害, 导致缺氧或/和二氧化碳潴留, 从而引起一系列生理功能和代谢紊乱的临床综合征。

【病因和发病原理】

1. 神经中枢及其传导系统病变

如脑炎、脊髓灰质炎、电击、药物中毒、神经肌肉阻滞等, 可直接或间接抑制呼吸中枢, 影响呼吸肌活动, 引起通气不足或呼吸停止, 产生缺氧和二氧化碳潴留。

2. 呼吸道及肺组织病变

如支气管哮喘、慢性支气管炎、肺气肿、支气管异物阻塞、广

泛肺间质纤维化、重症肺结核、尘肺等，可因肺通气不足、气体分布不均、有效弥散面积减少、通气/血流比率失调而致缺氧和二氧化碳潴留。严重创伤、感染、大手术与休克时，可引起广泛性非特异性肺组织反应，病人表现为急性呼吸困难和进行性低氧血症（ARDS），常导致急性呼吸衰竭。

3. 胸廓及胸膜病变

如胸部外伤、畸形、胸膜粘连、增厚、大量胸腔积液、气胸等，因影响胸廓活动和肺脏扩张，可导致肺通气量减少，吸入气体分布不均，从而引起缺氧和二氧化碳潴留。

【临床表现】

1. 症状与体征

除原发病的症状、体征外，呼吸衰竭的临床表现，主要由缺氧和/或二氧化碳潴留引起。

（1）呼吸困难：常是最早出现的症状，轻者仅感呼吸费力，重者呼吸窘迫，甚至可发生窒息。呼吸可呈浅速或浅缓，节律不规则或抽泣样改变。

（2）紫绀：血中还原血红蛋白超过 50g/L (5g/dl)，或血氧饱和度低至 75% 时即出现紫绀。紫绀的出现，说明机体缺氧已达严重程度，为呼吸衰竭较重的表现。临床常以口唇和口腔粘膜较为显著。

（3）精神、神经症状：慢性缺氧仅影响智力和定向功能，常被忽视；随缺氧加重，可出现烦躁不安、神志恍惚、谵妄甚至昏迷。急性严重缺氧可立即出现精神错乱、烦躁、昏迷、抽搐等症状。二氧化碳潴留常引起神志淡漠、肌肉震颤、间歇抽搐、嗜睡、昏迷等中枢抑制表现。但中枢抑制前常有失眠、烦躁、精神错乱等神经兴奋症状。查体可有浅深反射消失并出现病理反射。

（4）心血管系统：早期可有心率增快、血压上升。缺氧可引起肺动脉高压，使慢性阻塞性肺病患者出现右心功能不全。严重

者可出现血压下降、心律失常（如出现心动过缓和传导阻滞，甚至发生心室颤动和心室停顿）。

（5）其他：严重缺氧和二氧化碳潴留，可引起肝细胞变性坏死，出现肝功能损害。部分患者可发生肾功能衰竭，出现少尿、蛋白尿和氮质血症。

2. 辅助检查

（1）血液气体分析：氧分压（ PaO_2 ）低于 8.0kPa （ 60mmHg ），二氧化碳分压（ PaCO_2 ）高于 6.67kPa （ 50mmHg ）时，可作为呼吸衰竭的诊断标准。

（2）pH 值：反映血液的酸碱度，正常值为 $7.35\sim 7.45$ ，升高提示碱中毒，降低为酸中毒。

（3）二氧化碳结合力（ CO_2CP ）：正常值为 $22\sim 30\text{mmol/L}$ （ $22\sim 30\text{mEq/L}$ ）。增高表示代谢性碱中毒或代偿性呼吸性酸中毒；减低表示代谢性酸中毒或代偿性呼吸性碱中毒；呼吸性酸中毒伴代谢性酸中毒时，二氧化碳结合力可降低、正常或稍高。

（4）电解质测定：

①血清钾（ K^+ ）：酸中毒早期细胞内 K^+ 外逸，故血 K^+ 增高；病情缓解及应用激素和利尿剂后，又常发生低血钾。

②血清钠（ Na^+ ）：由于利尿剂的应用，血清钠往往偏低。

③血清氯（ Cl^- ）：二氧化碳潴留时， HCO_3^- 代偿性增高，可使血 Cl^- 相应减少；同时因酸中毒，肾脏排酸性尿，亦常引起血清 Cl^- 偏低。

（5）血常规检查：感染明显者白细胞明显增多，中性粒细胞增高；年老体弱者，白细胞总数可以不增多，但中性粒细胞大多偏高。慢性呼吸衰竭患者，红细胞和血色素大多继发性增高。

（6）X 线检查：对了解肺部情况，明确病情有帮助。

3. 临床分型

（1）根据病程分类：