



LINCHUANGSHOUCE

实用临床手册

牟乃洲 王继法 任广来 编著



南海出版公司

99
R4-62
82
2

实用临床手册

牟乃洲 王继法 任广来 编 著

XAP87/12



南海出版公司



3 0035 8306 3

实用临床手册

Shiyong Linchuang Shouce

作 者 牟乃洲 王继法 任广来 编著
责任编辑 原式溶
封面设计 崔丕桓
出版发行 南海出版公司 电话(0898) 5350227 5352906
公司地址 海口市机场路友利园大厦B座3楼 邮编 570203
经 销 新华书店
印 刷 济南市中印刷五厂
开 本 850×1168 毫米 1/32
印 张 11.5
字 数 300 千字
版 次 1998 年 7 月第 1 版 1998 年 7 月第 1 次印刷
印 数 1~2000 册
书 号 ISBN 7-5442-1141-X/R·31
定 价 18.00 元

南海版图书 版权所有 盗版必究

序

《实用临床手册》一书，是山东省临沂市中医医院牟乃洲、王继法、任广来三位医师，参考了《高等医药院校统编教材》、《中华人民共和国药典》等大量临床医学专著，并结合他们多年来的临床经验编写而成。本书内容丰富，较系统地介绍了临床常见病的诊疗常规、常用的中西药物、常用的诊疗操作技术和特殊检查，以及临床检验正常值。其中，不仅有临床医师必需掌握的基本知识和基本技能，又有近年来临床医学进展的有关资料。将上述几方面内容汇集于一书，使广大医师在工作中便于参考，起到少费时、多受益的效果，体现了本书的实用性。本书在编写体例上，采用了归纳分条方式，文字简练，通俗易懂，易于查阅。作者长期在基层医院工作，积累了许多宝贵的临床工作经验，使本书更具有针对基层医师需要的特色。总之，本书是一本内容规范、信息量大、简明扼要、实用性强的临床工具书，它的出版，必将对广大医师，尤其是基层医师、全科医师和年轻医师有重要参考价值，并对临床工作起到积极的推动作用，故乐为作序。

山东省立医院

邵建华

一九九八年六月

前 言

随着医学科学的快速发展,临床医学工作的不断深入,临床疾病谱有了相应的改变,如何适应现代医学模式的转变和临床需求,是目前摆在广大临床医务工作者面前的一项重大课题。为了紧跟医学科学发展的步伐,反映当前临床医学最新研究成果,更好的为临床工作服务,根据广大临床医务工作者的迫切要求,结合临床工作实践,组织编写了这本《实用临床手册》。

按照临床工作者应具备的知识要求,本书分五篇编写,内容包括:临床常见病诊疗常规、临床常用的诊疗技术、特殊检查、临床常用药物、临床检验正常值。

本书内容丰富,编写体例新颖,紧密结合临床,以通俗实用为基本准则,编著了临床工作者必备的知识,基本上能反映出近年来临床医学发展变化的状况,对临床常见的内、外、妇、儿等科的常见病的诊断治疗作了重点记述,并对临床常用中西药物的应用、临床常用诊疗技术的适应症、操作方法、注意事项以及临床正常检验值等内容作了系统编写。在编写题材的选用上,根据临床工作实际,重点介绍了临床常见病的诊断要点、治疗要点,对常用药物的用途、用法、规格、注意事项等内容进行了归纳分条编写,构思新颖、通俗、易掌握。本书注重内容上的先进性和临床使用的易操作性,内容选材参考了高等医药院校统编教材最新版本,常用药物以新版的《中华人民共和国药典》为基本蓝本,并且将近年来临床最新的科研成果完善充实在书中,是目前临床比较先进的参考书。本书的内容信息量较大、重点突出,便于临床工作人员随时查阅,对临床医生是一部难得的工具书。

在编写过程中,为了提高本书的质量和水平,吸取了同行专著

的优秀成果及精辟的论述。在出版过程中,临沂市中医医院领导给予大力支持和精心指导。山东省立医院著名的内科教授、博士生导师邵建华同志对本书进行了审阅,提出了完善意见,并亲笔写了序言。临沂市中医医院廉士和、汤灏、高成娟同志在编辑、排版、印刷、校对等工作中付出了巨大心血。在定稿期间还有许多同行专家提出了很好的修改意见。在此一并致以诚挚的谢意。

由于我们水平有限,经验不足,加之编写时间仓促,书中难免存在一些缺点和错误,恳请有关专家和同仁批评指正。我们殷切希望本书的出版发行能对临床业务工作起到积极的作用。

编 者

1998年2月

目 录

第一篇 常见病诊疗常规	(1)
一、内科常见病诊疗常规	(1)
(一)循环系统疾病	(1)
(二)呼吸系统疾病	(16)
(三)血液和造血系统疾病	(24)
(四)消化系统疾病	(30)
(五)泌尿系统疾病	(35)
(六)内分泌及代谢疾病	(38)
(七)风湿性疾病和关节疾病	(41)
二、外科常见病诊疗常规	(42)
(一)脑外科	(42)
(二)胸外科	(47)
(三)腹部外科	(51)
(四)泌尿外科	(63)
(五)骨外科	(73)
三、妇科常见病诊疗常规	(89)
(一)产科常见病诊疗常规	(89)
(二)妇科常见病诊疗常规	(106)
四、小儿科常见病诊疗常规	(121)
(一)新生儿疾病	(121)
(二)营养缺乏性疾病	(127)
(三)代谢性及遗传性疾病	(132)
(四)急症处理	(133)

五、传染科常见病诊疗常规	(136)
(一)肠道传染病	(136)
(二)呼吸道感染病	(141)
(三)虫媒传染病	(143)
(四)动物源性传染病	(144)
(五)蠕虫病	(148)
(六)小儿传染病	(152)
六、神经、精神科常见病诊疗常规	(161)
(一)周围神经疾病	(161)
(二)脊髓疾病	(163)
(三)脑部疾病	(163)
(四)肌肉疾病	(171)
(五)精神分裂症	(172)
(六)躁狂抑郁症	(173)
(七)反应性精神障碍	(175)
(八)神经症	(175)
(九)精神发育迟缓	(179)
第二篇 临床常用的诊疗技术	(181)
一、胸腔穿刺技术	(181)
二、静脉切开术	(182)
三、周围静脉压测定术	(183)
四、腰椎穿刺术	(185)
五、心包穿刺术	(185)
六、骨髓穿刺术	(186)
七、淋巴结穿刺术	(186)
八、肝脏穿刺术	(187)
九、肝脓肿抽脓术	(188)
十、脾脏穿刺术	(188)

十一、腹腔穿刺术	(190)
十二、膀胱冲洗术	(191)
十三、输卵管通液术	(193)
第三篇 特殊检查	(194)
一、心电图	(194)
二、超声波	(194)
三、X 线检查	(196)
四、直肠和乙状结肠镜检查术	(197)
五、纤维胃、十二指肠镜检查术	(198)
六、纤维结肠镜检查术	(199)
七、纤维支气管镜检查术	(200)
第四篇 常用药物	(203)
一、抗微生物类药物	(203)
二、心血管疾病类药物	(217)
三、血液系统疾病类药物	(233)
四、消化系统疾病类药物	(241)
五、激素及其有关类药物	(252)
六、维生素类药物	(255)
七、解热消炎镇痛类药物	(258)
八、呼吸系统疾病类药物	(264)
九、利尿剂与脱水剂类药物	(271)
十、神经系统及精神病类药物	(274)
十一、抗过敏类药物	(282)
十二、兴奋平滑肌、横纹肌类药物	(283)
十三、纠正水、电解质、酸碱平衡类药物	(284)
十四、麻醉药类物	(287)
十五、妇产科疾病类药物	(289)
十六、免疫调节类药物	(291)

十七、酶类及其它制剂	(294)
十八、五官科疾病类药物	(296)
十九、生物制品类药物	(308)
二十、抗寄生虫类药物	(313)
二十一、抗肿瘤类药物	(317)
二十二、特异性解毒剂类药物	(321)
二十三、糖尿病与甲状腺疾病类药物	(326)
二十四、消毒及皮肤疾病类药物	(330)
第五篇 临床检验正常值	(338)
一、血液	(338)
二、骨髓	(347)
三、尿液	(348)
四、肾功能	(350)
五、粪便	(350)
六、胃液	(351)
七、十二指肠引流液	(352)
八、浆膜腔漏出液	(352)
九、脑脊液	(353)
十、精液	(353)
十一、前列腺液	(354)
十二、内分泌功能	(354)

第一篇 常见病诊疗常规

一、内科常见病诊疗常规

(一)循环系统疾病

风 湿 热

【诊断要点】

1. 发病前 1~4 周有链球菌感染史,如咽峡炎、扁桃体炎、猩红热等。

2. 主要临床表现:①发热。②心脏炎。③多发性关节炎。④舞蹈症。⑤环形红斑、结节性红斑或皮下结节。⑥严重时,可侵犯胸膜、腹膜、肾、虹膜睫状体等器官。

3. 化验:①白细胞及中性粒细胞增多。②血沉增快。③C-反应蛋白阳性。④抗链球菌溶血素“O”增高。⑤抗链球菌激酶升高。⑥抗透明质酸酶滴定度>128 单位。

4. 心电图检查可出现下列一项或数项变化:①P-R 间期延长;②Q-T 间期延长;③S-T 段抬高或降低;④T 波平坦、低平或倒置;⑤各种心律失常,如早搏、心动过速、房室传导阻滞等。

5. 超声心动图及 X 线检查,观察各房室有无增大。

【治疗要点】

1. 卧床休息,注意营养,保暖,防湿等。

2. 消除链球菌感染,可选用青霉素、红霉素等。

3. 抗风湿治疗:①肾上腺皮质激素,如强的松、地塞米松、氢化可的松等。②水杨酸制剂,如乙酰水杨酸、水杨酸钠、苯乐来等。③消炎镇痛药,如氯灭酸、消炎痛、萘普生、布洛芬等。

4. 青少年患者为预防复发,可每月肌注苄星青霉素 120 万 U。

慢性风湿性心瓣膜病

【诊断要点】

1. 主要依据风湿病史及心脏体征等临床资料。
2. X 线及心电图诊断有参考价值;超声心动图可提供一些特征性改变,有助于判定瓣膜病型。
3. 要除外其他心脏病。
4. 心脏各瓣膜病变的鉴别见表 1-1。

表 1-1 慢性风湿性心瓣膜病诊断要点

	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	三尖瓣 关闭不全
心脏 主要 体征	心尖区隆隆 样舒张中晚期 杂音 舒张期震颤 心尖区第一 心音亢进 开瓣音 P ₂ 亢进和分裂 三尖瓣区全 收缩期杂音	心尖区Ⅰ级 以上吹风样全 收缩期杂音, 向腋下及肩胛 下传导 心尖区第一 心音减弱 P ₂ 分裂	主动脉瓣区粗 糙、响亮,呈喷 射样收缩期杂 音,向颈部传导 收缩期震颤 A ₂ 正常 或减弱 收缩压降低, 脉压小	主动脉瓣第Ⅰ 区吹风样,舒 张早期杂音, 向心尖部传导 A ₂ 减弱 或消失 Austin-Flint 氏杂音 周围循环血 管征 脉压差增大	胸骨左缘 3 ~5 肋间吹风 样、粗糙、全收 缩期杂音 伴收缩期搏动
X 线 特征	左心缘平直 左心房增大, 食管压迹, 右心室扩大, 双重阴影 肺动脉段突出 中重度狭窄 可有肺淤血	左心室和左 心房增大 透视见左 心房搏动 肺动脉段突出	左心室肥大 主动脉突出 可见瓣膜 钙化	左心室增大 主动脉弓突出 透视主动脉 搏动明显	右心房及右 心室肥大
心电 图	二尖瓣 P 波 右心室肥大 右束支传导 阻滞 电轴右偏	左心室肥大, 劳损 电轴左偏	左心室肥大, 劳损	左心室肥大, 劳损 电轴左偏	常有电轴 右偏
超声 心动图	二尖瓣呈 “城墙”样, 前后叶舒张期 同向运动 左心房、右 心室增大	左心房显著 扩大 左心房后壁收 缩早期“C 凹” 现象 左心室扩大	主动脉瓣开放 幅度 < 10mm 开放速度缓慢 < 30mm/s 主动脉增厚 左心室流出 道增宽	主动脉关闭呈 双线,主动脉 内经增宽,舒缩 径差大	室间隔与左 心室后壁同 向运动

【治疗要点】

1. 保持和改善心脏代偿功能,可适当活动和锻炼,但应避免心脏负荷过重。对Ⅰ、Ⅱ级心功能病人,应当安排适当工作;对Ⅲ、Ⅳ级心功能病人,应给予休息,并限制其活动量。

2. 积极防治链球菌感染,预防并发症。

3. 治疗心功能不全。

4. 外科手术治疗。

高血压病

【诊断要点】

1. 诊断高血压病的条件,世界卫生组织建议使用的高血压诊断标准是:①凡收缩压 $\geq 21.3\text{kPa}$ (160mmHg)或舒张压 $\geq 12.7\text{kPa}$ (95mmHg)即可确诊为高血压。凡收缩压 $> 18.6\text{kPa}$ (140mmHg)而 $< 21.3\text{kPa}$,或舒张压 $> 12.0\text{kPa}$ (90mmHg)而 $< 12.7\text{kPa}$ 者定为临界高血压。临界高血压不应计入高血压之内。对过去有高血压史,长期(3个月以上)未经治疗,此次检查血压正常者,即不列为高血压。②诊断为高血压病者,除血压符合上述条件外,尚须排除慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、肾动脉狭窄、嗜铬细胞瘤、原发性醛固酮增多症、妊娠高血压综合征及大动脉炎等所致继发性高血压。

2. 高血压病的临床分期:

一期:血压达到确诊高血压水平,临床无心、脑、肾并发症表现者。

二期:血压达到确诊高血压水平,并有下列一项者:①脑出血或高血压脑病;②左心衰竭;③肾功能衰竭;④眼底出血或渗出,可有或无视神经乳头水肿。

急进型高血压(恶性高血压):病情急剧发展,收缩压持续 $> 17.3\text{kPa}$ (130mmHg)以上,有眼底出血、渗出或视乳头水肿,并有脑血管意外、心力衰竭及进行性肾功能衰竭。

【治疗要点】

1. 劳逸结合, 稳定情绪, 低盐、低脂肪饮食。

2. 降压药物: 可单独或联合应用以下药物: ①利尿降压药: 双氢克尿塞、氯噻酮、速尿、利尿酸、安体舒通、氨苯喋啶等。②血管扩张药: 肼苯哒嗪、硝普钠、硝苯吡啶等。③交感神经抑制药: 利血平、降压灵、呱乙啶、美加明、酚妥拉明、倍他洛克等。

3. 对高血压危象及高血压脑病应: ①选用快速降压药, 如硝普钠、氯苯甲噻二嗪、肼苯哒嗪、酚妥拉明、硫酸镁等。②制止抽搐可选用苯巴比妥钠、水合氯醛等。③降低颅内压可选用甘露醇、山梨醇、高渗葡萄糖液等。

冠状动脉粥样硬化性心脏病

本病简称冠心病。一般分为 5 种临床类型: 隐性冠心病; 心绞痛; 心肌梗死; 心肌硬化; 猝死。

心 绞 痛

【诊断要点】

1. 心绞痛有 5 个特点: ①常由体力劳动或情绪激动诱发; ②发生部位在胸骨后, 并向肩部及臂部放射; ③呈压榨性疼痛; ④持续时间多在 2~3 分钟; ⑤能为休息或硝酸甘油缓解。

2. 心电图检查: ①S-T 段压低; T 波倒置; ②心律失常; ③不典型心绞痛 S-T 段抬高; ④约有半数正常心电图, 可考虑作运动试验、放射性核素检查、冠状动脉造影等。

【治疗要点】

1. 发作时紧急治疗: 应立即停止一切活动, 选用: ①硝酸甘油 0.3~0.6mg, 舌下含化。②消心痛 5~10mg, 舌下含化。③心痛定 5~10mg, 舌下含化。④冠心苏合丸 3 粒口服。

2. 缓期治疗: ①工作与休息应根据病情加以调整。②避免诱发心绞痛的体力和精神因素。③适当的体育活动。④药物治疗: 可选用硝酸类(硝酸甘油、消心痛等); β -受体阻滞剂(心得安、氨酰心

安、美多心安等);钙离子阻滞剂(硝苯吡啶、异搏定等);抑制血小板聚集的药物(潘生丁、阿司匹林等);活血化瘀或温通类中药。⑤外科治疗:主动脉—冠状动脉搭桥术等。

急性心肌梗死

【诊断要点】

1. 胸骨后或心前区剧烈压榨样疼痛,持续 10 分钟以上,且用硝酸甘油不能缓解。

2. 心电图动态性改变;见表 1-2。

表 1-2 心肌梗死的心电图动态性改变

分期	时间	心电图改变
超急性期	发病数小时内	异常高大的 T 波
急性期	发病数小时至数日	S-T 段抬高,与直立 T 波连接形成单向曲线。1~2 日出现病理性 Q 波
亚急性期	发病数日至数周	S-T 段逐渐回到基线水平, T 波变平坦或倒置,病理性 Q 波
慢性期	发病数周至数月	T 波倒置逐渐加深,数月后倒置 T 波逐渐变浅,也可固定不变,病理性 Q 波

3. 心肌梗死的心电图定位;见表 1-3。

表 1-3 心肌梗死部位的心电图定位

	I	II	III	aVR	aVL	aVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
前壁	±				±			±	+	+	+	
前间壁	±						+	+	+			
前侧壁	+				+					±	+	+
广泛前壁	±				±		+	+	+	+	+	
下壁		+	+			+						
下侧壁	±	+	+		±	+				+	+	+
心尖部		±	±			±		+		+	±	±

4. 血清酶活性增加:见表 1—4。

表 1—4 心肌梗死时的血清酶活性增加情况

	正常值(u)	开始上升 时间(h)	达高峰时间	恢复到正常 时间(d)
CPK	0~20	3~6	12~36h	3~4
GOT	8~40	6~12	24~48h	4~7
LDH	50~400	12~24	3~4d	8~14
HBD	55~144	12~24	3~4d	10~15

【治疗要点】

1. 立即送入冠心病监护病房,绝对卧床休息。一周后根据病情逐渐开始活动。

2. 吸氧。

3. 解除疼痛:可选用杜冷丁或吗啡,硝酸甘油或消心痛等。

4. 缩小缺血范围:① β -受体阻滞剂如心得安。②钙阻滞剂如硫氮卓酮、异博定、心痛定等。③溶血栓剂如尿激酶、链激酶等。④极化液。

5. 并发症的处理:①心源性休克:采用补液、纠酸,选用血管活性药物、肾上腺皮质激素等。②心力衰竭:可选用多巴酚丁胺、西地兰等。③心律失常(见心律失常部分)。

6. 以上治疗无效时,可考虑采用体外反相搏动术、主动脉内气囊反搏术、冠状动脉搭桥术、梗死心肌切除术等。

急性心包炎

【诊断要点】

1. 全身症状根据病因及个体反应有所不同。常见病因有:结核性、病毒性、化脓性、尿毒症状及肿瘤性等。

2. 突然发生心前区钝痛或锐痛,可向左肩、左臂、颈部、背部及上腹部放射。出现心包摩擦音。

3. 心包渗液时出现呼吸困难、心率快；心尖搏动减弱、心浊音界扩大且随体位改变，听诊心音远而轻。

4. 心包填塞征：可有胸前区满闷、呼吸困难、紫绀、脉搏细弱，出现奇脉，颈静脉怒张、肝大、腹水、下肢浮肿，重者出现休克。

5. X线检查：积液多于300ml时，心影扩大，可呈梨形，并随体位改变，心脏正常曲线消失，心脏搏动减弱或消失。

6. 心电图、超声波、放射性核素、心包渗液穿刺检查均有利于诊断。

【治疗要点】

1. 病因治疗。

2. 心包穿刺抽液，抽液后可向心包腔注入抗生素或化学治疗药物。

3. 对症治疗：卧床休息，呼吸困难者吸氧；胸痛剧烈者，给予镇痛剂。

亚急性感染性心内膜炎

【诊断要点】

1. 有慢性心瓣膜病或先天性心脏病史，近期内有急性感染、外科手术或器械检查等诱因。

2. 有不规则持续1周以上的发热、消瘦、进行性贫血及身体各部位血管栓塞症状；心脏听诊出现新的杂音。重症病例出现心力衰竭。

3. 化验：红细胞减少，白细胞中度增加，核左移，血沉增快。血液培养同时作药物敏感试验。

【治疗要点】

1. 卧床休息，供给维生素及富含营养易消化食物，保持水及电解质平衡。

2. 药物治疗：①链球菌、肠球菌、葡萄球菌等感染用青霉素或联合应用链霉素等。②真菌感染用二性霉素B或与5-氟尿嘧啶