



内科常见病 医护手册

主编 陈坚梅

浙江大学出版社

(浙)新登字10号

内科常见病医护手册

陈坚梅 主 编

责任编辑 夏 海

* * *

浙江大学出版社出版

杭州市文教印刷厂印刷

浙江省新华书店发行

* * *

开本: 787×1092 1/32 印张: 9.5625 字数: 215千字

1991年10月第1版 1991年10月第1次印刷

印数 0001—4060

ISBN 7—308—00890—8/R·025

定价: 4.00元

内科常见病医护手册

主 编 陈坚梅

付主 编 陈艳美 虞修准

编 者 (按姓氏笔划为序)

毛力非 卢美云 吕爱华 朱银棣

陈艳美 陈坚梅 李晓芬 周才土

俞澡甫 姚祖寿 徐旭红 俎德玲

虞修准 蔡松柏 诸葛毅 黎 平

赵依萍 潘金贤

审 阅 蔡松柏 周才土 吕爱华

前 言

现代科学技术的迅速进步，推进着医学科学的发展，临床医学出现了许多新理论、新技术和新方法，使疾病的诊断、治疗和护理有了新的进展。

为适应目前改革开放的新形势，加强医护人员的自身建设，提高医疗护理质量，以及带教工作的需要，我们撰写了《内科常见病医护手册》这本书。

本书叙述了近60余种内科常见病的诊断标准（或诊断依据）、治疗、护理交接班内容及护理要点四方面内容，书末设有附录，编号力求简单、实用和结合临床实践的原则。

本书在编写过程中，自始至终得到了院领导的支持和鼓励，潘金贤院长还为本书作序，在此仅表谢忱，鉴于我们水平有限，缺点和错误在所难免，欢迎批评指正。

编 者

序

这本《内科常见病医护手册》是我院内科系统诸多医护人员的集体著作。编者均为从事本专业工作多年的同志。在实际工作中，特别是在医护质量标准化管理中，大家常常为缺少统一的规范而困惑。基于这一情况，同志们自己动手，收集资料，总结经验，终成一卷。编者为此也化费了大量心血和时间。这是他们热爱医学事业，长期在第一线默默耕耘，辛勤劳动的硕果。

我有幸提前拜读其中的大多数章节，深感内容简明，条理清楚，便于记忆，可操作性强，对各级临床医护工作者，特别是对住院医师、进修实习生和护士，不失为一本好的案头参考书。

本手册是我院第一本正式出版的专业性书籍。她不仅为我们提供了较为丰富又有价值的临床资料，有利于提高医护质量和水平，而且也为我们长期工作在临床第一线的同志们如何发挥自己的特长，著书立说，传世于人开了一个好头，甚感欣慰！

我寄希望于有更多的佳作问世。

潘金贤

1991年9月

目 录

呼吸系统疾病

急性上呼吸道感染.....	3
急慢性支气管炎.....	5
支气管哮喘.....	9
肺炎.....	14
肺脓肿.....	30
支气管扩张.....	22
胸膜炎.....	24
自发性气胸.....	26
慢性肺源性心脏病.....	28
呼吸衰竭.....	34

循环系统疾病

心力衰竭.....	41
风湿性心脏病.....	50
高血压病.....	55
冠心病.....	60
亚急性感染性心内膜炎.....	71
急性心包炎.....	73
病毒性心肌炎.....	75
心肌病.....	78
心律失常.....	81
心脏骤停.....	92

消化系统疾病

急性上消化道出血·····	97
急慢性胃炎·····	101
消化性溃疡·····	104
肝硬化·····	108
肝脓肿·····	111
原发性肝癌·····	115
肝性脑病·····	118
胆道感染—胆囊炎胆结石·····	122
胆道蛔虫病·····	125
急性胰腺炎·····	127
结核性腹膜炎·····	130
肠结核·····	132
泌尿系统疾病	
急性肾小球肾炎·····	137
慢性肾小球肾炎·····	138
原发性肾病综合征·····	141
肾盂肾炎·····	144
急性肾功能衰竭·····	147
慢性肾功能衰竭·····	151
血液系统疾病	
缺铁性贫血·····	159
再生障碍性贫血·····	160
原发性血小板减小性紫癜·····	163
急性白血病·····	165
恶性组织细胞病·····	169
内分泌系统及其他疾病	
甲状腺功能亢进症·····	173

糖尿病	177
弥漫性血管内凝血 (DIC)	182
系统性红斑狼疮 (S.L.E)	185
有机磷农药中毒	188
神经系统疾病	
急性感染性多发性神经根神经炎	196
急性脊髓炎	197
脑血栓形成	199
脑栓塞	202
脑出血	204
蛛网膜下腔出血	208
癫痫	210
周期性麻痹	213
重症肌无力	215
传染病	
爱滋病	223
流行性出血热	225
钩端螺旋体病	229
病毒性肝炎	234
肺结核	241
伤寒	248
细菌性痢疾	250
麻疹	253
流行性脑脊髓膜炎	255
流行性乙型脑炎	358
流行性腮腺炎	262
多系统器官衰竭	265

附录:

1. 几种护理常规.....	270
2. 常用护理问题名称.....	273
3. 常用溶液介绍.....	277
4. 临床检验正常参考值.....	279
及B超参考测值	
5. 抗生素选用参考表.....	286
6. mmHg→Kpa 换算表.....	290
7. mmH ₂ O→pa 换算表.....	291
8. 血糖单位数值的换算.....	293
9. 英制和旧杂制单位与SI单.....	294
位的换算	
10. 医学专业中常用的计量单位换.....	
算系数.....	297



急性上呼吸道感染

Acute infection of the upper respiratory tract

诊断依据:

一、可有受凉、过累、体弱、呼吸道慢性炎症等病史。

二、分以下各种类型:

1. 普通感冒:

(1) 病毒感染, 秋冬春季多见。

(2) 起病较急, 局部症状有喷嚏、鼻塞、流涕, 咽部干痒、灼热感或咽痛, 声音嘶哑或咳嗽, 全身症状较轻。

(3) 检查可见鼻粘膜充血、水肿, 有较多的分泌物, 咽部轻度充血。

2. 急性咽—喉—气管炎(也称急性呼吸道疾病)

(1) 病毒引起, 冬春季多见。

(2) 有咽痛、声嘶、轻度干咳、发热、体温可高达 39°C 全身酸痛不适。

(3) 检查见咽部充血, 有灰白色、点状渗出物, 咽后壁淋巴滤泡增生, 颌下淋巴结肿大。

3. 细菌性咽—扁桃体炎:

(1) 多由细菌引起。

(2) 起病急, 咽痛明显, 畏寒发热, 体温可达 39°C 以上, 头痛全身不适, 呕吐、腹痛等。

(3) 检查咽部明显充血，扁桃体肿大，充血、表面有黄白色点状渗出物，颌下淋巴结肿大压痛。

4. 疱疹性咽峡炎

(1) 病毒引起，多数发生夏季。

(2) 明显咽痛，发热。

(3) 检查见咽部充血，于软腭、悬雍垂、咽部及扁桃体表面有灰白色丘疱疹及浅表溃疡。

三、血象：病毒感染：白细胞较正常或偏低，淋巴细胞比例升高。

细菌感染：白细胞及中性粒细胞增多和核左移现象。

四、咽拭子细菌培养和病毒分离可助诊断。

五、需与麻疹、百日咳、白喉、猩红热等急性传染病初期症状鉴别。

治疗：

一、对症处理：

休息、保暖、多进水。

发热、全身酸痛者给予解热止痛药，如阿斯匹林、克感敏等。

可选用相应祛痰剂，超声雾化等有利于排痰和改善症状。

二、控制感染

1. 细菌感染：使用安全有效抗生素。

2. 病毒感染：使用抗病毒药物：如感冒通2* 3次/日、维C银翘片2* 3/次日。

板兰根针剂2ml 2次/日；冲剂1—2袋
3次/日。银黄注射液 2ml 2次/日肌

注，此外尚有抗病毒药聚肌胞、干扰素等。

力争选用价廉有效的药物。

护理交接班内容及护理要点：

参阅急慢性支气管炎有关章节。

急慢性支气管炎

Acute and chronic bronchitis

诊断依据：

急性气管—支气管炎：

一、起病较急，常见有急性上呼吸道感染症状。

二、当炎症累及气管，则出现咳嗽、咳痰，常为刺激性干咳，少量粘液性痰伴胸骨后不适感或钝痛。当感染蔓延至支气管时咳嗽加剧，咳痰增多，呈粘液性或粘液脓性痰，偶有痰中带血。

三、体检：两肺呼吸音增粗，或伴散在的干湿性啰音。

四、全身症状一般较轻，体温往往 38°C 左右，多于3~5日降至正常，咳嗽咳痰有时可延续2~3周才消失。

五、X线检查：大多正常或肺纹理增加。

六、应排除肺炎、支气管肺炎、肺结核、支气管癌支气管内膜结核等。

慢性支气管炎：（79年11月广州）

一、临床上以咳嗽、咳痰为主要症状或伴有喘息，每年发病持续三个月，并连续两年以上。

二、排除具有咳嗽、咳痰、喘息症状的其它疾病（如肺结

核、尘肺、肺脓肿、心脏病、心功能不全、支气管扩张、支气管哮喘、慢性鼻咽疾患等)。

三、分型:

1.单纯型慢性支气管炎:诊断符合慢性支气管炎诊断标准,具有咳嗽、咳痰二项症状。

2.喘息型慢性支气管炎:诊断符合慢性支气管炎诊断标准,具有喘息症状,并经常或多次出现哮鸣音。

四、分期:

1.急性发作期:

一周内出现脓性或粘液脓性痰,痰量明显增多,或伴有其他炎症表现,或一周内咳、痰、喘症状任何一项加剧至重度,或重症病人明显加重者。

2.慢性迁延期:

指病人有不同程度的咳、痰、喘症状迁延不愈,或急性发作期症状一个月后仍未恢复到发作前水平。

3.临床缓解期:

指病人经过治疗或自然缓解,症状不足轻度,持续二个月或以上。

治疗:

一、急性气管—支气管炎的治疗:

1.控制感染:

细菌感染:使用安全有效抗生素。

病毒感染:使用抗病毒药物。

2.对症处理:

休息、保暖、多进水。

发热、全身酸痛者,给予阿斯匹林、克感敏等。

二、慢性支气管炎：

1. 发热期处理：

(1) 控制感染，选用安全有效抗生素。

可选择地应用：复方新诺明2* 2次/日、青霉素、链霉素，氨基糖甙类以及大环内脂类和头孢菌类灭滴灵等药物。

(2) 祛痰：促进痰液排出。

常用有氯化铵、或碘化钾0.3~0.6 3次/日，必嗽平16mg 3/次日，注意镇咳药不利于排痰，故痰多时不宜使用。

(3) 解痉平喘：喘息型患者并发肺气肿者可使用：

a、茶碱类： $\left\{ \begin{array}{l} \text{氨茶碱} 0.1 \text{ 3次/日} \\ \text{喘定} 0.2-0.3 \text{ 3次/日} \end{array} \right.$

b、拟肾上腺素药：

$\left\{ \begin{array}{l} \text{异丙基肾上腺素} 10\text{mg/次舌下含服舒喘灵} 4\text{mg 3次/日} \\ \text{氯喘片、复方氯喘片} 1-2^* \text{ 3次/日} \end{array} \right.$

亦可使用舒喘灵气雾剂。

c、糖皮质激素对不易控制喘息症状的发作在安全有效抗生素的使用下可短期合用，常用有：强的松10mg 3次日。

氢化考的松100—200mg/500ml静滴 1次/日。

地塞米松 5—10mg/500ml静滴 1次/日。

(4) 体外膈肌起搏器及超声雾化吸入，有利于改善呼吸道功能。

(5) 注意纠正水电解质酸碱平衡的失调，稳定机体内环境。

2. 缓解期治疗：

(1) 预防性用药。

选用付作用小，抗菌谱较广的抗菌药。如复方新诺明

等，在好发季节每周服药2~3天。

(2) 免疫治疗：

a、核酪—麻疹病毒疫苗的培养液

2—4ml肌注，1—2次/周，3—6个月。

b、气管炎疫苗：可在发作季节前开始应用，每周皮下注射一次，首次0.1ml，每次递增0.1~0.2ml，无反应增至0.5~1.0ml，1—2年。

c、死卡介苗皮肤划痕法：每周1—2次。

d、脂多糖：0.5~1.0mg肌注1次/日或1次/2天。20次为一个疗程。

e、左旋咪唑：50mg 3次/日，每1~2周连服3天。

3. 病因治疗：

如戒烟、改善劳动条件、避免致敏原、进行脱敏疗法等。

护理交接班内容：

- 1.咳嗽性质（刺激性干咳，阵发性咳嗽）及频率。
- 2.痰量及性质（泡沫状、粘液状、粘液脓性、脓性）。
- 3.呼吸改变（深浅快慢、有无喘息）缺氧程度（指甲、唇紫绀情况）。
- 4.体温变化。
- 5.局部应用抗生素方法（雾化吸入等及疗效）。

护理要点：

- 1.注意保暖，防止受凉。
- 2.鼓励排痰，预防痰栓阻塞呼吸道。
- 3.鼓励多饮水，吸烟者劝其戒烟。