

前 言

随着科学技术的不断进步，有关医学基础理论与内科临床均获得迅速发展，涌现出很多新成果与新经验。为了搞好临床教学查房，带好实习医生及提高内科临床医师水平，特参阅有关文献、资料，结合作者多年来实际工作中的经验，编写了此书。

本书按系统编排，分为十三章，摘要地介绍了内科常见病在查房中讲解的知识内容。资料新颖，理论与临床相结合，重点突出，简要，实用。可供广大基层医务人员和医学院校实习生业务学习和临床工作中参考。

本书虽属内科医师的基础读物，但其内容涉及到内科各个专业。由于水平所限，书中可能会有错误或不妥之处。愿请医界同道与广大读者批评指正。

编者于东营

1992.3.

目 录

第一章 循环系统	1
第1节 漂浮导管的临床应用	1
第2节 心脏血液动力学参数	3
第3节 手术后低心排综合征	5
第4节 极化液治疗急性心肌梗塞	6
第5节 感冒合并心肌炎的诊治	6
第6节 老年人心电图异常时手术适应症的选择	8
第7节 左前分枝阻滞 (LAFB) 心电图改变的临床意义	9
第8节 器质性与功能性ST—T改变的鉴别	9
第9节 慢性难治性充血性心力衰竭的新型强心药物的应用	10
第10节 慢性难治性充血性心力衰竭新型血管扩张剂的应用	10
第11节 蝮蛇抗栓酶治疗心脏病所致的脏器栓塞	11
第12节 冠心病溶栓疗法	11
第13节 急性心肌梗塞静滴硝酸甘油 (TNG)	11
第14节 蝮蛇抗栓酶皮肤试验	12
第15节 $Q-T_c$ (corrected QT)	12
第16节 室性早搏	12
第17节 青年人室性早搏的临床意义	16
第18节 QT间期延长的临床意义	16
第19节 奎尼丁晕厥发生的有关因素	17
第20节 心脏性猝死——急性心肌梗塞并室颤	18
第21节 冠心病的心脏听诊及心音图的变化	19
第22节 β -受体过敏综合征	20

第23节	直背综合征	21
第24节	早期复极综合征	22
第25节	高频心电图	23
第26节	非侵入性检查方法对冠心病患者左室功能的评价及其临床意义	24
第27节	放射性核素对心血管疾病诊断的评价	25
第28节	右室梗塞并发心源性休克	26
第29节	主动脉瓣关闭不全的周围血管征	26
第30节	心律失常研究的几个问题	27
第31节	甲状腺机能亢进引起的房颤	28
第32节	心阻抗血流图的临床应用	29
第33节	抬腿试验诊断早期急性心包炎	37
第34节	异位性快速心律的治疗	37
第35节	高血压T波的改变	38
第36节	ATP纠正阵发性室上性心动过速	38
第37节	P波倾斜角对肺心病的诊断意义	39
第38节	冠心病、高血压性心脏病室性早搏的临床意义	40
第39节	根据室上性异位搏动诊断急性心肌梗塞	41
第40节	隐匿性早搏双联律	42
第41节	原发性心肌病诊断问题的回顾	42
第42节	老年心血管病患者的拔牙问题	45
第43节	心肌梗塞区伸展 (Infarct expansion) 即IE及其临床和病理生理意义	46
第44节	左室容积的计算	46
第二章	呼吸系统	48
第45节	血液流变学及其在肺科疾病中的应用	48
第46节	慢性阻塞性肺部疾病(COPD)的分型及治疗	48

第47节	肺心病与微循环障碍	49
第48节	低渗血症的治疗	51
第49节	呼吸衰竭的诊断	53
第50节	慢性肺原性心脏病急性呼吸衰竭的处理	72
第51节	肺癌合并眶尖综合征	88
第52节	肺心病患者酸碱失衡的血气分析	88
第三章	消化系统	96
第53节	四环素胸腔注射治疗肝性胸水	96
第54节	食管静脉破裂出血	97
第55节	早期肝硬化的诊断方法	97
第56节	食管静脉曲张出血的药物治疗	97
第57节	利多卡因治疗顽固性呃逆	98
第58节	消炎痛治疗门脉压增高症	98
第59节	肝昏迷的治疗	98
第60节	药物性肝损害	98
第61节	上消化道大出血的治疗	99
第62节	利他林 (Ritalin) 治疗顽固性呃逆	99
第63节	华蟾素治疗顽固性呃逆	99
第64节	肝结核的诊断和治疗	99
第65节	血性腹水的病因及诊断	100
第66节	氟哌啶醇治疗顽固性呃逆	101
第67节	提跟震动试验在诊断阑尾炎时的应用	101
第68节	肝细胞性及梗塞性黄疸的鉴别诊断	102
第69节	阿米巴肝脓肿	102
第70节	锡类散或锡类散配合氢化考的松治疗慢性非特异性溃疡性结肠炎	104
第71节	灭滴灵 (Metronidazolium) 治疗非特异性溃疡性结肠炎	104
第72节	急性腹痛的诊断	105

第四章 泌尿系统	108
第73节 肝素静脉点滴治疗肾小球肾炎	108
第74节 肌苷改善肾功能	108
第75节 α -巯基丙酰甘氨酸长期使用治疗胱氨酸结石症	108
第76节 胰岛素治疗慢性肾功能衰竭	108
第77节 改良口服透析法合用中药治疗慢性肾功能衰竭	109
第78节 肾脏在调节酸碱平衡中的作用	109
第79节 潘生丁对肾疾患的治疗	110
第80节 氮质血症的必须氨基酸疗法	111
第81节 尿毒症的内分泌紊乱	112
第82节 大黄静脉点滴治疗慢性肾功能不全	119
第83节 无症状性血尿	119
第84节 血尿	121
第85节 急进性肾炎综合征	121
第86节 普通显微镜代替相差显微镜鉴别血尿来源	122
第87节 无蛋白尿性肾小球肾炎	122
第88节 克冠二氮草对肾小球肾炎的临床疗效	123
第89节 红细胞活体染色后用光学显微镜鉴别血尿来源的方法	123
第90节 透析治疗	124
第五章 血液系统	128
第91节 血小板无力症	128
第92节 六神丸并HOAP方案治疗急性非淋巴细胞性白血病	128
第93节 多毛细胞白血病(网状细胞白血病)	129
第94节 感染性疾病并发播散性血管内凝血(DIC)的机制	130

第95节	病源微生物与DIC	131
第96节	感染性疾病并发DIC的治疗	132
第97节	青霉素诱发急性再生障碍性贫血	133
第98节	原发性血小板增多症的隐匿状态	133
第99节	急性白血病的化学药物治疗	134
第100节	恶性组织细胞病(恶组)	135
第101节	从“5”来记忆小儿造血演变	138
第六章	新陈代谢病	139
第102节	糖尿病神经病变的药物治疗	139
第103节	非胰岛依赖性糖尿病(NIDDM)口服药治疗的 建议	139
第104节	白内障(糖尿病性)形成机制	139
第105节	糖尿病的饮食	140
第106节	糖尿病研究	141
第七章	神经系统	144
第107节	高脂血症对神经系统的损害	144
第108节	丙硫咪唑治疗脑型猪囊尾蚴病	148
第109节	抗衰老治疗	148
第110节	耳鸣	148
第111节	眩晕	148
第112节	脑栓塞治疗的新药研究	148
第113节	中枢性发烧有那些特点	149
第114节	苯丙酮尿症	150
第115节	Fisher 综合征	151
第116节	脑干脑炎的临床诊断	151
第117节	青壮年自发性脑内出血	153
第118节	小脑中风	154
第119节	格林—巴利二氏综合征(G.B.S)	155
第120节	用脑电图机作眼震电图的临床应用	155

第121节	胃复安引起锥体外系症状	159
第122节	诱发电位在神经科的应用	160
第123节	散发性病毒性脑炎	161
第124节	脑出血与脑血栓形成的鉴别诊断	162
第八章	传染病	164
第125节	流行性出血热 (EHF)	164
第126节	流行性出血热的流行病学	166
第127节	流行性出血热的临床表现	166
第128节	流行性出血热的诊断	166
第129节	流行性出血热的治疗	167
第130节	流行性出血热的几个问题	167
第131节	重症肝炎的治疗	170
第132节	HBsAg 慢性携带者的处理	172
第133节	发热的基本原理	173
第134节	卡那霉素灌肠治疗难治性急性菌痢	173
第135节	病毒性肝炎	174
第136节	澳抗阳性者恋爱结婚问题	175
第137节	五型病毒性肝炎的鉴别	176
第138节	感染性休克的治疗	177
第139节	感染与白细胞的升降	178
第九章	结缔组织病	180
第140节	变应性亚败血症	180
第141节	痛风性关节炎	181
第142节	琉甲丙脯酸治疗类风湿性关节炎	181
第143节	关节炎病人为何有“小气象台”之称	183
第十章	中毒	183
第144节	乐果中毒死亡的有关因素	183
第145节	纳洛酮 (Naloxone) 治疗急性酒精中毒	181
第146节	农药中毒的急救—拟除虫菊酯类的中毒	

	与急救.....	184
第147节	急性拟除虫菊酯农药中毒.....	186
第148节	VitE中毒症.....	188
第149节	菜豆角中毒.....	189
第十一章	体征、反射.....	190
第150节	Schamorth 征.....	190
第151节	肝静脉回流障碍综合征 (Budd—Chiari Syn)	190
第152节	Hagen—Poiseuille定律的公式及其临床意义	191
第153节	神经反射: 掌颌反射及压眶面容反应.....	191
第154节	甲亢三联征.....	191
第十二章	化验.....	193
第155节	常用的血液流变学指标和正常值.....	193
第156节	体重指数及其意义.....	193
第157节	血液流变学正常值及其影响因素.....	194
第158节	血清 T_3 、 T_4 值的临床意义.....	195
第159节	肝功检查与肝病临床.....	195
第160节	血液流变学及其临床意义.....	196
第十三章	药物.....	203
第161节	如何正确使用硝酸甘油片.....	203
第162节	抗血小板药物.....	203
第163节	钙离子拮抗剂与其它心血管药物合用的几个问题	204
第164节	丙缓脉灵 (Pramaline Neo—Gilurytmal)	205
第165节	安他心 (安他唑林, Antistin)	205
第166节	糖酐酯(右旋糖酐硫酸酯钠Dextran Sulphate, Ds—Na)	206
第167节	抗菌素类药物对各种病毒感染为什么无效.....	206

第168节	心得安的用途·····	207
第169节	心得安的新用途·····	208
第170节	划痕卡介苗误作皮下注射的处理·····	209
第171节	β -受体阻滞剂·····	210
第172节	β_1 与 β_2 受体之对比·····	211
第173节	芦笋治癌·····	212

第一章 循环系统

第1节 漂浮导管的临床应用

自右颈内静脉做经皮穿刺，右颈内静脉插管到右心房，约10—20厘米，从右房到右室10厘米，从右室到肺动脉10厘米，进肺毛细血管10厘米，合计50—60厘米，进右房后即气囊注气，见到中心静脉压（CVP）或右房压（RAP）的波型，进入右室出现右室压力波型（RVP），有早搏可注利多卡因1—2毫克/公斤体重，到肺动脉出现肺动脉压波（PAP），进入毛细血管出现肺毛细血管嵌入压（PCWP）波型，正常值为 $0.666\text{ kPa} - 2.13\text{ kPa}$ （5—16mmHg），平均 1.2 kPa （9mmHg），此时气囊放气，不能保持充气状态，否则产生肺梗塞或肺小动脉破损。

操作步骤：先用22G细针连2毫升注射器自胸锁乳突肌止端，自胸骨与锁骨两止端之间所形成的三角顶点，经皮穿入颈内静脉，抽得并确定为静脉血，而后自细针内腔或沿细针外壁插入塑料制的细而有韧性探条漂浮导管，可沿探条作引心而插入，如训练有素操作熟练，一般需10—15分钟可完成。

根据Starling定律除肺动脉高压及剖胸等情况外，PCWP等于或略大于左房压（LAP）从而可以了解左心的工作量和前负荷，正常人RAP（右房压）略低于LAP（左房压），冠心病及肺有病变时RAP与LAP的差距加大，漂浮导管除了可测定PCWP外，还可应用温差热稀释原理计算心输出量（CO）。

$$CO = (MAP - RAP) \times 80 \div SVR$$

$$SVR = (MAP - RAP) \times 80 \div CO$$

*MAP*为动脉均压

SVR ($\text{dynes} \cdot \text{sec} \cdot \text{cm}^{-5}$) 为周围血管阻力。

例1 $MAP = 7.9 \text{ kPa} (60 \text{ mmHg})$
 $CVP = 0.266 \text{ kPa} (2 \text{ mmHg})$
 $PCWP = 0.533 \text{ kPa} (4 \text{ mmHg})$
 $CO = 1.5 \text{ L/min}$
 $SVR = 3093 \text{ dynes} \cdot \text{sec} \cdot \text{cm}^{-5}$

*PCWP*低, *MAP*即低, 因此*SVR*高, 此结果分析为前负荷低, 故要补充循环血容量, 一般以晶体液为宜, 如为失血性休克则需输血, 如无上述确切血流动力学参数, 临床上仅随便给以升压药结果使*SVR*更高对病情不利。

例2 $MAP = 8 \text{ kPa} (60 \text{ mmHg})$
 $CVP = 1.07 \text{ kPa} (8 \text{ mmHg})$
 $PCWP = 2.4 \text{ kPa} (18 \text{ mmHg})$
 $CO = 1.5 \text{ L/min}$
 $SVR = 2773 \text{ dynes} \cdot \text{Sec} \cdot \text{Cm}^{-5}$

这种病人心排量 (*CO*) 低, *SVR*高, 显然是未经治疗的“低排高阻”者, 仅给麻黄素*CO*不增加, 且可导致心率增加。应即给血管扩张药, 硝酸甘油或硝普钠为主药, 使*SVR*减低, 从而可提高*CO*。

例3 $MAP = 8 \text{ kPa} (60 \text{ mmHg})$
 $SVR = 600 \text{ dyn} \cdot \text{Sec} \cdot \text{Cm}^{-5}$
 $CVP = 0.67 \text{ kPa} (5 \text{ mmHg})$
 $PCWP = 0.53 \text{ kPa} (4 \text{ mmHg})$

$$CO = 6L/min$$

显示全身血管已极度扩张,此情况常发生在脓毒性休克,过敏反应及使用血管扩张药超量时,治疗应给以 α -肾上腺能受体刺激药,包括麻黄素。

例4 $MAP = 8kPa (60mmHg)$
 $CVP = 1.6kPa (12mmHg)$
 $PCWP = 2.13kPa (16mmHg)$
 $CO = 3L/min$
 $SVR = 1200dyn \cdot sec \cdot cm^{-5}$

显示充血性心力衰竭。处理上主要是改善心肌功能,给以心肌收缩药。

以上四例可借以说明S—G导管检查所得的参数在临床上的重要性。

漂浮导管(S.G导管·Swan—Ganz导管)临床应用。

(1) 心源性休克。(2) 心肌梗塞。(3) 心力衰竭。(4) 冠脉手术六个月内再发生阻塞,心功不全。(5) 用于冠状动脉分流术。(6) 手术中暂时阻断大动脉而产生肺动脉高压,致心肌缺血,除麻醉采取措施(如加深全麻)外,利用S—G导管,并降低PCWP。(7) 漂入带起搏导线的漂浮导管对有房室传导阻滞者(如AVB II°或更严重者)立即起搏用以控制心律和心率。

漂浮导管禁忌:(1) 局部感染。(2) 颈内静脉狭小或畸形。(3) 凝血障碍和其纠正前。

第2节 心脏血流动力学参数

一、压力 单位为kPa

左心房(LAP): $M \leq 1.6kPa$

左心室 (LVP) : $S\ 13.33-18.67 / EDP.0-1.6\ LVEDP$
 $2.667\sim 5.33kPa$ 为心功不全。

主动脉 (AOP) : $S13.33-18.67/D6.67-9.33$

肺动脉嵌压 (PCWP) : $M1.07-1.6kPa$ 、 $PCWP2.4\sim$
 $4.67kPa$ 为心功不全

右心房: $M\leq 0.8kPa$ 。 $PAP\geq 1.33-2.13kPa$ 为心功不全

右心室: (RVP) : $S10-30/EDP.0-6$ 。 $RVEDP\geq 1.33\sim$
 $2.67kPa$ 为心功不全

肺动脉 (PAP): $S1.33-4/D0.533-1.6$, $PAP\geq 4.63-12kPa$
为心功不全。

二、容积

左心 (休息状态)

左室舒张末期: $70-100ml/M^2$

左室收缩末期: $25-30ml/M^2$

心脏指数 (C.I.) : $2.7-4.2L/min/M^2$, $1.5-2.5$ 为心功
不全。

每搏指数 (SVI) : $40\pm 7ml/beat/M^2$, $20-40$ 为心功不全。

每搏做功指数 (LVSWI) : $45-60g\cdot M/BEAT/M^2$ 。 $10-$
 30 为心功不全

右心 (休息状态)

每搏做功指数 (RVSWI) : $5-10g\cdot M/BEAT/M^2$, <2 为心
功不全。

三、阻力 单位: $dyn\cdot sec\cdot cm^{-5}$

体循环阻力 (SVR) : $770-1500$

肺循环阻力 (PVR) : $200-300$

肺动脉阻力: (PAR) : $75-120$

心脏指数 (CI) 与脑、肾、皮肤血流灌注的相互关系:

根据Forrester的研究:

(1) 心脏指数 $2.7-4.3L/min/m^2$ 为组织灌注正常;

- (2) 心脏指数 $2.2-2.7L/min/m^2$ ，亚临床降低；
- (3) 心脏指数 $1.8-2.2L/min/m^2$ ，生命器官灌注不足；
- (4) 心脏指数 $<1.8L/min/m^2$ ，重度灌注不足，心源性休克。

第3节 手术后低心排综合征

一、临床类型

- 1. 心脏指数降低；
- 2. 体循环血管阻力增高；

二、术后心排血功能的估价方法：

(1) 左房充盈压：根据左房或肺毛细血管楔压来测定循环容量和左心功能是否保持正常。

(2) 心排血量测定：以上两项均可以S.G导管获得数据，心脏指数范围为 $2.4-4.4$ 升/分/平方米，平均为 2.5 升/分/平方米，临床上以能维持心脏指数在此范围为目标，而体循环阻力用下式计算：

$$\text{体循环阻力} = \frac{\text{平均动脉压} - \text{中心静脉压}}{\text{心排血量}}$$

正常值为 $900-1400$ 达因·秒/厘米²

三、治疗 四个原则：

(1) 排除各种任何可引起低心排的机械性因素。(2) 采取措施将左房压或毛细血管楔压维持在适当水平，根据Starling定律获得最高的每搏输出量。(3) 加用心肌正性收缩药物。(4) 降低体循环阻力。

降低后负荷用硝普钠，硝酸甘油酯，冠心病病人用硝酸甘油酯效果较好。对增强心肌收缩力药物首选多巴胺，多巴酚丁胺，或肾上腺素，异丙肾，阿拉明。主动脉内气囊反搏和人工左室辅助装置，对低心排综合征在某些药物不能奏效时，可选择性应用支持循环，可用主动脉内球囊反搏(IABP)或左室辅助装置

(ALVAD)。IABP可(1)降低射血阻抗。(2)降低心肌耗氧量。(3)增加冠状动脉循环血流量来改善心功能,增加心排出量。

IABP并发症:

(1) 动脉内膜剥脱。(2) 夹层动脉瘤形成。(3) 动脉阻塞和出血。

四、低心排综合症的预后

CI(心脏指数)在 $2.1-3.0L/min/m^2$ 者为A级,生存率98%。
CI在 $1.2-2.1$ 者为B级,生存率54%。CI在 $1.2L/min/m^2$ 以下者为C级,生存率仅3%。

第4节 极化液治疗急性心肌梗塞

方法:

1. 极化液1000毫升,内含葡萄糖300克,普通胰岛素50单位,氯化钾6克。 $0.5-2.0$ 毫升/公斤/小时,静滴48小时。
2. 氯化钾1.5克。普通胰岛素8—16单位。10%葡萄糖500毫升。1—2次/天,7—14天静滴。
3. 20%葡萄糖300毫升。普通胰岛素20—30单位。肝素25000单位,2小时滴完,每日一次。肝素的优点:保护血管内皮细胞,防止血小板在血管内膜上凝聚,增加脂蛋白分解酶的活性,减轻脂血症,降低机体对胰岛素产生的耐药性,促进组织对葡萄糖的利用,取代了氯化钾。对一般急性心梗可用。个别有低糖反应。

第5节 感冒合并心肌炎的诊治

柯萨奇B组病毒, ECHO病毒等经飞沫、苍蝇、蚊子导致传染。

潜伏期2—5天，常以发热性咽炎起病，经血管淋巴道致全身脏器损害，其中以侵袭心肌率最高，损伤亦重。

初发症状：发烧占33.1%。胸疼，呼吸困难，咽疼，咳嗽，头疼，心悸，恶心，上感症状占40%—76%。

心肌炎经过：特发性心肌炎，有自觉症状者占44%，心脏扩大占35%，心电图异常占91%。伴有室性心律失常，房室传导阻滞。超声心动图85.7% (12/34) 左室运动功能降低，示心肌炎未完全治愈或有后遗症的病例不少。

病毒性心肌炎病理机制：

病毒存在部位：在电子显微镜中可见病毒在心肌细胞，坏死的心肌细胞，成纤维细胞，巨噬细胞和嗜中性白细胞及培养的心肌细胞中，从连续接种培养6个月培养物上清液中可分离出较高浓度的病毒，这对解释人类心肌炎慢性化和陈旧性病灶园形细胞浸润是极重要的。

心肌炎发病机制：假说有二：

1. 病毒直接损伤心肌，电镜下发现病毒存在于心肌细胞内及病初在出现炎症细胞浸润之前可见散在的心肌坏死。

2. 免疫引起的损伤：因胸腺切除，全身照射等，使T细胞减少，可抑制动物发生病毒性心肌炎。

心肌炎后心脏扩大症与慢性心肌炎：

心肌炎后遗症可有一部分相当于扩张型（30%），肥厚型，和限制型心肌病。

(1) 心肌炎后心脏扩大症 (PMC)：指心脏阴影增大，内腔扩大，有室壁肥厚（扩张性肥厚）的心肌炎后遗症。

(2) 心肌炎后状态，无肥厚扩张的病例。即 (POST myocarcitis state change)。

(3) 心肌炎后纤维化病：若呈纤维化时。

PMC发生机制：因病灶广泛，心肌细胞部分丧失，代替性小血管周围纤维化增多，收缩期内部抵抗力增加，心肌顺应性及

收缩力降低，发生代偿性心脏扩张，继而心室肥厚。

PMC病理生理：

心室扩张致室壁应力上升，而心肌细胞收缩功能下降。在持续性潜在感染及免疫反应，或伴机械负荷过重的非特异性局限性心肌炎及再染等，进一步导致心肌损害，心收缩功能下降。PMC时在多个切片中才能找到稀少的炎症痕迹，而慢性心肌炎在一张切片中能发现某种程度的残存炎症。

治疗：

初期病毒感染数小时内：机体产生干扰素，它直接防止病毒感染正常细胞，并促进产生天然的杀伤（*Natural Killer*）细胞，使巨噬细胞活化，感染细胞溶解，防止病毒繁殖和释放肾上腺皮质激素，抑制巨噬细胞向炎症部位浸润，故此时用皮质激素无益。自感染第二天开始产生对病毒特异性的IgM抗体，第四天达高峰。早期使用抗体，特别是中和抗体有益，但临床实际的效果有限。

感染第九天心肌炎到极期，由于与补体有关的抗体依赖细胞中介的细胞毒，引起心肌细胞损伤显著，故此时用激素或其它免疫抑制剂有效。附加因素如肾上腺皮质激素，运动，饮酒，妊娠，男性和营养不良状态，可使病毒感染加重，应尽力排除之。

Brillingham协定疗法：

1. 初始治疗（一周）：强地松 1.25 毫克/公斤/日，分二次服。硫唑嘌呤 2 毫克/公斤/日，一次服。

2. 减量（3—6周）：强地松 0.3 毫克/公斤/日。硫唑嘌呤若能耐受可不减量。

第6节 老年人心电图异常时 手术适应症的选择

心电图异常不等于心功能异常，非手术禁忌症，以往有心梗