

[英] J.L.BURTON 著

内科诊断提要



中山市人民医院 马昭义 译

广州市第一人民医院 李瑜元 校

广东科技出版社

内科诊断提要

〔英〕 J. L. BURTON 著

中山市人民医院 马昭义 译

广州市第一人民医院 李瑜元 校

广东科技出版社

内科诊断提要

〔英〕 J.L.BURTON 著

中山市人民医院 马昭义 译

广州市第一人民医院 李瑜元 校

广东科技出版社出版

广东省新华书店发行

广东新华印刷厂印刷

787×1092毫米 32开本 9.875印张 200.000字

1984年10月第1版 1984年10月第1次印刷

印数 1—31.000册

统一书号 14182·138 定价1.20元

内 容 简 介

本书原为英国医生考取皇家内科医师学会会员资格的参考书。内容全面讲述内科的心脏病学、胸部疾病、胃肠道病学、血液病学、神经病学、内分泌病学、骨疾病、肾脏病学和风湿病学等分科的诊断要点及有关处理标准，部分篇幅还谈及了与内科关系较密切的皮肤病学、免疫病学、遗传学和微生物学等。本书内容丰富而新颖、实用性强，编写简明独特，方便查阅和记忆，可起提纲挈领的作用，对我国广大医务人员提高业务水平及参加晋升考核都有很大的参考价值，医学院校学生阅读也大有裨益。

144 86 / 12 ✓

译者的话

英国皇家内科医师学会会员资格考试是十分严格的，它分初试和复试两轮，在初试阶段便已有 2/3 考生被淘汰。为了帮助考生参加考试，J. L. BURTON 等著了一套参考书，本书即为其中之一。

本书原名为《Aids to postgraduate medicine》，主要是讲述内科领域的心脏病、胸部疾病、胃肠道疾病、血液病、神经病、内分泌病、骨关节病、肾脏病、风湿病、皮肤病、免疫病学、遗传学和微生物学等疾病的诊疗要点。编写简明独特，内容丰富而新颖，有提纲挈领的作用。

译者为适应广大医务工作者及医学院校学生提高业务水平或应试的迫切需要，竭尽绵力翻译本书，并改名为《内科诊断提要》；又考虑到我国实际情况，在翻译时对书中某些章节作了适当的删改。

本书在翻译过程中，承蒙中山医学院龚诒、邝沛荣等同志的鼓励及中山市人民医院杨汉东、林永健二位医生的帮助，并由广州市第一人民医院李瑜元医师校对全稿，在此一一谨致谢忱！

因译者水平有限，且时间仓促，错误在所难免，敬希读者指正。

译者

一九八四年春

目 录

心脏病学.....	(1)
胸部疾病.....	(24)
胃肠道病学.....	(48)
血液病学.....	(86)
神经病学.....	(129)
内分泌和骨疾病.....	(173)
肾脏疾病.....	(202)
风湿病学.....	(226)
皮肤病学.....	(247)
免疫学.....	(272)
遗传学.....	(280)
微生物学.....	(286)
附：医学词语英汉对照.....	(290)

心脏病学 (Cardiology)

听 诊 (Auscultation)

心 音 (Heart sounds)

【瓣膜关闭】

1. 第一心音 (二尖瓣和三尖瓣关闭)：

(1) 第一心音增强发生于：

- ① 二尖瓣狭窄；
- ② 高动力性循环；
- ③ 心动过速。

(2) 吸气时三尖瓣区第一心音分裂属正常。

2. 第二心音 (主动脉瓣和肺动脉瓣关闭)：

(1) 吸气时第二心音分裂属正常，特别是儿童。

(2) 肺动脉第二音响亮而狭窄的分裂发生于肺动脉高压。

(3) 肺动脉第二音柔和而宽阔的分裂发生于肺动脉狭窄。

(4) 肺动脉第二音的阔分裂见于右束支传导阻滞(RBBB)。

(5) 肺动脉第二音固定的宽阔分裂发生于房隔缺损。

(6) 肺动脉第二音反常性分裂（在吸气时分裂不明显）发生于左束支传导阻滞（LBBB），罕见于主动脉狭窄和严重高血压。

【开放性拍击音】

1. 仅在房室瓣狭窄时听到。

2. 提示房室瓣活动尚好。

3. 二尖瓣狭窄时二尖瓣开放性拍击音在心尖内侧最清楚。

4. 呼气时较响亮，所以不同于肺动脉第二音分裂。

5. 开放性拍击音接近第二心音提示瓣膜严重狭窄。

【喷射音】

收缩早期喀喇音发生是由于主动脉瓣或肺动脉狭窄，或由于肺或体循环高压时肺动脉或主动脉扩张。

【心室充盈音（三心音节律）】

1. 舒张期心音来源于：

(1) 第三心音（迅速心室充盈）。

(2) 第四（房性）心音（有力的心房收缩）。

(3) 第三第四心音重叠。

2. 第三心音在青年人听到属正常，于下述情况发生在成年人：

(1) 右或左心衰竭。

(2) 二尖瓣或三尖瓣关闭不全。

(3) 缩窄性心包炎（早期而尖锐）。

3. 第四心音（心房音）是异常心音，发生于左室充盈阻力增高，例如高血压左室肥厚（LVH），主动脉狭窄。

于心动过速期间，重叠音属正常。

【心外音】

通常是来自心包，随呼吸和体位而改变。

心 杂 音 (Heart murmurs)

高音调提示压力大通过的孔相应小，例如主动脉瓣关闭不全 (AI)。

低音调提示压力小通过的孔相应大，例如二尖瓣狭窄 (MS)。

【收缩期杂音】

1. 收缩中期喷射性杂音：

(1) 主动脉瓣区：

① 主动脉狭窄——借助脉压小和震颤（病人前倾呼气时）而证实本诊断；

② 血流速度增加；

③ 瓣膜增厚或硬化，不伴狭窄；

④ 瓣膜后扩张，例如高血压。

(2) 肺动脉瓣区：

① 功能性，特别是在年轻人；

② 肺动脉瓣狭窄；

③ 房隔缺损 (ASD)、完全性肺静脉畸形引流 (TAPVD)、高动力性循环引起血流速度增快；

④ 瓣膜后扩张，例如肺动脉高压或主动脉瘤。

2. 全收缩期杂音：

杂音从第一心音延长至第二心音：

(1) 二尖瓣关闭不全——传播至腋窝。

(2) 三尖瓣关闭不全——吸气时增强杂音柔和，除非有肺动脉高压。

(3) 室隔缺损 (VSD) ——杂音在左侧第 3 ~ 4 肋间，90% 有震颤。

3. 响亮的收缩期杂音伴有震颤的原因是：

(1) 在心尖——二尖瓣关闭不全。

(2) 在左侧第四肋间——室隔缺损 (VSD) 。

• (3) 在肺动脉瓣区——肺动脉狭窄。

(4) 在主动脉瓣区——主动脉狭窄。

【舒张期杂音】

1. 二尖瓣或三尖瓣狭窄：

2. 狭窄程度是由杂音期限，而不是由杂音强度提示。

(1) 二尖瓣狭窄——用钟形听诊器轻放心尖部，病人左侧卧位呼气时杂音最明显。收缩期前增强常是单纯狭窄的体征，但于房颤时此症消失。

(2) 三尖瓣狭窄——在吸气时杂音较响。

2. 二尖瓣或三尖瓣增厚，例如活动性风湿性心脏炎的 Carey-Combs 杂音。

3. 房室血流速度增加：

(1) 室隔缺损 (VSD) 和动脉导管未闭 (PDA) 时的二尖瓣。

(2) 房隔缺损 (ASD) 和完全性肺静脉畸形引流 (TAPVD) 时的三尖瓣。

4. 主动脉瓣或肺动脉瓣关闭不全：

(1) 主动脉瓣关闭不全——常致疏忽，用膜型听诊器沿左侧胸骨往下听，可听到柔和的“沙沙声”的杂音，病人前倾吸气时杂音最清楚。

(2) 肺动脉瓣关闭不全——常常由于肺动脉高压。

(3) 奥-弗杂音 (Austin-Flint murmur) 功能性二尖瓣狭窄，可以发生于主动脉瓣关闭不全。

(4) 格-斯尔杂音 (Graham-Steell murmur) 肺动脉关闭不全，可发生二尖瓣狭窄伴肺动脉高压。

【持续性杂音（“机鸣状杂音”）】

1. 动脉导管未闭（左第二肋间或锁骨下）。
2. 主动脉-肺动脉隔缺损（左第二或第三肋间）。
3. 肺动静脉瘘（全肺野）。
4. 在肺动脉闭锁症，支气管动脉侧支吻合。
5. 人工导管，布氏或瓦氏分流 (Blalock or Waterston shunt)。
6. 静脉哼鸣 (Venous hum)。

【呼吸对杂音的影响】

1. 吸气时增加右室心搏排血量，所以三尖瓣狭窄 (TS)，三尖瓣关闭不全 (TI) 和肺动脉瓣狭窄 (PS) 的杂音强度增强。

2. 吸气时增加肺血管容量和降低左室心搏排血量，所以，二尖瓣狭窄 (MS)、二尖瓣关闭不全 (MI)、主动脉瓣狭窄 (AS)、主动脉瓣关闭不全 (AI) 的杂音强度降低。

【体位对杂音和心音的影响】

1. 二尖瓣收缩期和舒张期杂音：左侧卧位杂音增强。
2. 主动脉瓣杂音，喷射性喀喇音和心包摩擦音：坐位

时，杂音增强。

3. 功能性收缩期杂音：卧位时杂音增强。

4. 静脉哼鸣：仅在立位时听到。

【药物对杂音的影响】

1. 增加小动脉阻力的药物会降低收缩期喷射性杂音，和增强各瓣膜回流性杂音。

2. 血管扩张剂具有相反的作用。

【儿童期功能性收缩期杂音的特点】

1. 无其他异常发现。

2. 无震颤。

3. 杂音通常短，频率低，在收缩早期或中期。

4. 不局限于一个特殊的区域，且不传导到心前区之外。

5. 杂音强度常随体位的变化而异。

【瓣膜疾病的原因】

1. 先天性。

2. 风湿性。

3. 梅毒性。

4. 感染性心内膜炎（细菌或真菌）。

5. 利-萨（Libman-Sach）心内膜炎。

6. 类癌。

7. 强直性脊椎炎。

8. Marfan综合征。

9. 动脉粥样硬化。

10. 夹层动脉瘤。

11. 外伤。

【鉴别诊断】

1. 功能性杂音。
2. 心房粘液瘤。
3. 肥厚性阻塞性心肌病 (HOCM)。
4. 乳头肌或腱索破裂。
5. Valsalva窦动脉瘤 (Sinus of valsalva)。

心力衰竭 (Heart failure)

【左心衰竭的原因】

1. 压力超负荷:
 - (1) 高血压。
 - (2) 主动脉瓣狭窄。
 - (3) 主动脉缩窄。
2. 容量超负荷:
 - (1) 主动脉瓣或二尖瓣关闭不全。
 - (2) 室隔缺损或动脉导管未闭。
 - (3) 动-静脉瘘或贫血。
3. 心肌缺血:
 - (1) 冠状动脉疾病。
 - (2) 严重贫血。
 - (3) 心动过速。
4. 原发性心肌疾病:
 - (1) 心肌炎。
 - (2) 心肌病。

【右心衰竭的原因】

1. 压力超负荷:

- (1) 继发于左心衰竭或二尖瓣狭窄的肺动脉高压。
- (2) 肺心病。
- (3) 严重肺动脉瓣狭窄。

2. 容量超负荷:

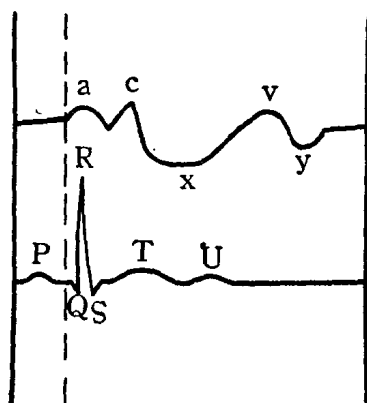
- (1) 三尖瓣关闭不全。
- (2) 房隔缺损 (ASD) 或完全性肺静脉畸形引流。

颈静脉脉搏

(Jugular venous pulse)

【正常的颈静脉脉搏波】

正常的颈静脉脉搏波见图 1。



- a: 心房收缩
- c: 颈动脉的影响
- v: 静脉充盈
- y: 伴随房室瓣开放

图 1

【异常的颈静脉脉搏波】

1. 巨大“a”波：
 - (1) 肺动脉高压。
 - (2) 严重肺动脉瓣狭窄。
 - (3) 三尖瓣狭窄。
2. 大炮波：
 - (1) 规则的：结性节律。
 - (2) 不规则的：
 - ① 完全性心脏传导阻滞；
 - ② 多发性期前收缩。
3. 无“a”波：心房纤颤。
4. 独立“a”波：完全性心脏传导阻滞。
5. 大的“v”波：三尖瓣关闭不全（借助触到肝脏收缩期搏动而证实）。
6. 深的“y”降支：任何原因引起的颈静脉压过高，特别是缩狭性心包炎。
7. 缓慢的“y”降支：三尖瓣狭窄。

动 脉 脉 搏

(Arterial pulse)

【心动过速的原因】

1. 窦性心动过速。
2. 室上性（包括房性或结性）心动过速。
3. 心房扑动。
4. 心房颤动。

5. 室性心动过速。

6. 心室扑动。

【窦性心动过速的原因】

1. 高动力性循环（参见19页）。

2. 充血性心力衰竭。

3. 缩窄性心包炎。

4. 使用某些药物（如肾上腺素、阿托品、硝酸盐等）。

5. 低血容量休克（急性出血等）。

【慢而规则脉搏的原因】

1. 窦性心动过缓。

2. 完全性心脏传导阻滞。

3. 2 : 1房室传导阻滞。

4. 伴有高度房室传导阻滞的心房扑动和心房颤动。

5. 窦性停搏伴有自发性结性心律。

【窦性心动过缓的原因】

1. 先天性。

2. 体育锻炼。

3. 发热性疾病康复期。

4. 黄疸。

5. 粘液性水肿。

6. 体温过低。

7. 颅内压升高。

8. 药物，如洋地黄。

9. 血压迅速升高。

10. 迷走神经紧张性一时性增加，如呕吐。

【漏搏原因】

1. 窦房阻滞。
2. 房性期前收缩被阻滞。
3. 第二度心脏传导阻滞。

【不规则脉搏的原因】

1. 期前收缩（室性或室上性）。
2. 心房颤动。
3. 窦性心律不整。
4. 心房扑动伴有各型传导阻滞。
5. 第二度心脏传导阻滞。
6. 容量的不均匀也可发生奇脉和交替脉。

【心房颤动的原因】

1. 风湿性心脏病（特别是二尖瓣狭窄）。
2. 毒性甲状腺肿。
3. 心肌缺血。
4. 高血压。
5. 特发性心房颤动，病态窦房结综合征或二尖瓣脱垂。
6. 慢性缩窄性心包炎。
7. 房隔缺损（年龄大于50岁）。
8. 心肌病。
9. 罕见于心房粘液瘤、细菌性心内膜炎、急性心包炎、支气管癌、肺心病、肺叶切除术后及头部外伤。