

实用内科难症治疗学

赵锐利 夏建胜 主编
桑玉旗 杜黎明

中国医药科技出版社

登记证号：京 075 号

内 容 简 介

本书共分九章，针对内科常见难症进行了全面系统而深入浅出的论述。重点详细介绍了内科循环、呼吸、消化、血液、泌尿、内分泌、神经、感染等系统常见难症的诊断要点及具体治疗方案，内容详实、新颖，具有较强的临床实用性与指导性，对于临床医师更新知识、提高理论水平、增强临床知识具有重要的参考价值，适用广大临床医师、实习医师临床阅读参考。

图书在版编目 (CIP) 数据

实用内科难症治疗学/赵锐利等主编. —北京：中国医药科技出版社，2002.8

ISBN 7-5067-2613-0

I. 实… II. 赵… III. 内科—疑难病—诊疗 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2001) 第 077440 号

中国医药科技出版社 出版
(北京市海淀区文慧园北路甲 22 号)
(邮政编码 100088)

本社激光照排室 排版
保定时代印刷厂 印刷
全国各地新华书店 经销

*

开本 $850 \times 1168 \text{ mm}^{1/32}$ 印张 $16^{3/4}$

字数 471 千字 印数 1—3000

2002 年 7 月第 1 版，2002 年 7 月第 1 次印刷

定价：30.00 元

本社图书如存在印装质量问题，请与本社联系调换 (电话：62244206)

主 编 赵锐利 夏建胜 桑玉旗 杜黎明

副主编 (以姓氏笔画为序)

马占华 王 勇 许 冰 李秀宪

吴卫东 张道华 周长云 苑玉萍

胡 青 赵文星 晁银霞 甄曼丽

编 委 (以姓氏笔画为序)

王红琳 王 敏 邓慧丽 田项楠

孙桂香 刘福印 邹朝辉 李元华

李华振 张玉娟 陈复欣 赵春荣

赵凤梅 南慧敏 智 莉 董显强

前 言

随医学科学技术的飞速发展，许多新理论、新技术不断产生，众多内科疾病在治疗上都有了很大进步。许多以往被临床医生认为较难处理的内科疾病亦有了较多可行治疗方法，众多临床上棘手问题得到解决。为了使广大内科临床医生特别是基层医院医生能尽快了解并熟悉应用这些治疗方法，更好为广大患者服务，我们特邀集内科各学科部分学者、专家及经验丰富的临床医生总结个人多年来积累的丰富工作经验，结合参阅近年来国内外最新文献编撰而成《实用内科难症治疗学》一书。

本书取名《实用内科难症治疗学》意义有二：一是强调临床实用；二是强调难症诊疗。主要供广大基层医院内科医生、医学院校学生学习参考，故编写时强调实用，以开门见山形式全面系统介绍了内科心血管、呼吸、消化、血液、泌尿、内分泌、神经、传染病等各大系统疑难病症。每病分概述、病因及发病机制、诊断要点和治疗四部分。前两部分只做简要介绍，详细介绍诊断和治疗。因此，本书内容丰富详实、新颖，文字简练，重点突出，是内科临床医生特别是基层医院内科医生及临床实习医师难得的实用工具书。

本书是由不同单位各专业专家共同编写，各章节反映了各位专家的技术专长和多年临床经验，也代表其个人特点和写作风格，因此各章节风格不完全一致在所难免。另外，由

于编写仓促，加之我们学识水平所限，书中难免有不当之
处，恳请同行指正。

本书在编写及出版过程中得到中国医药科技出版社及其
编辑的大力支持和帮助，对此我们表示深深谢意。

编者

2002年5月

目 录

第一章 循环系统疾病	(1)
第一节 顽固性心力衰竭	(1)
第二节 阵发性室上性心动过速	(18)
第三节 尖端扭转型室性心动过速	(27)
第四节 洋地黄中毒的诊断与治疗	(35)
第五节 病态窦房结综合征	(42)
第六节 非冠状动脉粥样硬化性心肌梗死	(49)
第七节 感染性心内膜炎	(55)
第八节 心力衰竭与妊娠	(63)
第九节 急性心肌梗死并发心源性休克	(69)
第十节 不稳定性心绞痛的药物治疗	(77)
第十一节 心脏病病人非心脏病手术并发重症心律失常	(82)
第十二节 心脏起搏器综合征	(88)
第十三节 心脏性猝死	(93)
第二章 呼吸系统疾病	(102)
第一节 慢性肺源性心脏病合并高粘度血症	(102)
第二节 慢性肺源性心脏病合并低渗血症	(106)
第三节 慢性肺源性心脏病并发冠心病	(109)
第四节 支气管粘液嵌塞综合征	(112)
第五节 呼吸性酸中毒合并代谢性碱中毒	(115)
第六节 重症哮喘	(118)
第七节 肺性脑病	(124)
第八节 重症肺炎	(129)
第九节 急性呼吸窘迫综合征	(133)
第十节 肺栓塞	(138)

第十一节	咯血	(141)
第十二节	复发性自发性气胸	(148)
第十三节	不典型肺结核	(151)
第十四节	睡眠呼吸暂停综合征	(156)
第三章	消化系统疾病	(161)
第一节	消化道出血	(161)
第二节	难治性消化性溃疡	(168)
第三节	肠易激综合征	(178)
第四节	溃疡性结肠炎	(183)
第五节	暴发性肝功能衰竭	(190)
第六节	肝硬化腹水	(196)
第七节	肝性脑病	(200)
第八节	原发性肝癌	(207)
第九节	布-加氏综合征	(219)
第十节	急性出血坏死性胰腺炎	(225)
第四章	血液系统疾病	(231)
第一节	再生障碍性贫血	(231)
第二节	难治性特发性血小板减少性紫癜	(243)
第三节	自身免疫性溶血性贫血	(249)
第四节	急性白血病	(256)
第五节	骨髓增生异常综合征	(270)
第六节	多发性骨髓瘤	(281)
第七节	弥漫性血管内凝血	(292)
第八节	慢粒急变	(300)
第九节	真性红细胞增多症	(310)
第十节	原发性骨髓纤维化	(317)
第五章	泌尿系统疾病	(322)
第一节	急进性肾小球肾炎	(322)

第二节	过敏性紫癜性肾炎	(325)
第三节	难治性肾病综合征	(329)
第四节	泌尿系感染	(334)
第五节	急性肾功能衰竭	(346)
第六节	慢性肾功能衰竭	(356)
第六章	内分泌与代谢性疾病	(370)
第一节	垂体危象与垂体卒中	(370)
第二节	甲状腺功能亢进危象	(372)
第三节	粘液性水肿危象	(376)
第四节	重症甲亢伴白细胞减少症	(380)
第五节	肾上腺危象	(384)
第六节	糖尿病酮症酸中毒	(387)
第七节	高渗性非酮症性糖尿病昏迷	(393)
第八节	脆性糖尿病	(399)
第九节	低血糖症	(403)
第十节	痛风	(409)
第七章	神经系统病	(414)
第一节	高血压性脑出血	(414)
第二节	大面积脑梗死	(421)
第三节	蛛网膜下腔出血	(426)
第四节	多发性硬化	(431)
第五节	格林-巴利综合征	(438)
第六节	重症肌无力	(441)
第七节	癫痫与难治性癫痫	(450)
第八章	感染性疾病	(460)
第一节	急性肝功能衰竭	(460)
第二节	暴发型流行性脑脊髓膜炎	(466)

第三节	重症肾综合征出血热	(470)
第四节	中毒型细菌性痢疾	(485)
第五节	流行型乙型脑炎	(488)
第六节	感染性休克	(497)
第九章	其他	(506)
第一节	系统性红斑狼疮	(506)
第二节	重症有机磷农药中毒	(519)

第一章 循环系统疾病

第一节 顽固性心力衰竭

顽固性心力衰竭又称难治性心力衰竭，是指心力衰竭（简称心衰）症状持续存在并且对现时常用的治疗效果较差的心衰。实质上这是一个变化着的概念，随着诊疗技术的不断发展，所谓顽固性心衰的概念和诊断标准也在不断变更。目前顽固性心衰的概念是指心衰患者经适当的利尿剂、洋地黄类制剂和血管扩张剂（包括血管紧张素转换酶抑制剂）治疗及消除诱因和合并症后，症状仍未见好转甚至恶化者。它可能是各种严重器质性心脏病的终末期表现，但也可能有许多患者是由于各种并发症或诊断、治疗措施不当所致。对于这部分病人经过努力调整治疗方案和精心处理后有可能使患者转危为安。

【病因及诱发因素】

一、严重的心脏基础病损

各种心脏病发展到了严重的晚期阶段均可成为顽固性心衰的基础病变。一般认为有如下3个方面：

1. 广泛的心肌严重损害 如大面积或多发性心肌梗死及其并发的室壁瘤、重症心肌炎、严重的扩张型心肌病、冠心病引起的弥漫性心肌硬化等造成心肌基本收缩单位的大量破坏，心肌收缩力严重减退。

2. 阻力负荷过重 如原发性或继发性高血压，尤其是恶性高血压

引起的重症高血压性心脏病的晚期；重度主动脉瓣狭窄、冠心病及某些先心病的晚期等造成的心室壁过度肥厚或伴左心腔扩张。这些病人心肌能量的供应及利用均发生障碍，同时心室的顺应性明显下降，先出现舒张功能障碍，晚期收缩功能及舒张功能均发生严重障碍。在治疗上产生了互相矛盾的情况，致使心衰难以治疗。

3. 容量负荷过重 如严重的二尖瓣关闭不全(包括乳头肌功能不全、腱索或乳头肌断裂、二尖瓣病变等)、重度主动脉瓣关闭不全、重度三尖瓣关闭不全，尤其常见于风心病的多瓣膜病变者及分流量较大的先天性心脏病均可使接受异常返流或分流的心室容量过大，心腔过度扩张，心肌纤维过度受到牵拉，粗细肌丝交叉重叠的部分明显减少，参与滑动反应的横桥数量明显减少，心肌收缩力减弱，当肌节拉长到 $3.65\mu\text{m}$ 时，心肌收缩力几乎降至零。

二、诱发因素

心衰的发作或加重常有明显或不明显的诱因，不除掉这些诱因，心衰治疗也难以达到满意的效果，即使得以纠正也是暂时的，可反复出现心衰的加重。因此，找出心衰的诱因并消除之是非常重要的。常见诱因有如下几种：

1. 明显的诱发因素

(1) 感染 各种感染均可加重或诱发心衰。但以呼吸道感染最为常见，有时易与左心功能不全的肺瘀血的表现相混淆，应注意区别。

(2) 重度贫血 使循环过度加快，心率加速，心肌供氧减少，心衰难以控制。

(3) 心律失常 心室率过快过慢均可使心衰过重，其中以快速型房颤最为常见。缓慢性心律失常造成的心衰使处理更棘手。

(4) 妊娠分娩 因为妊娠至32周左右时血容量明显增加，可达30%~50%。分娩期子宫收缩，宫内血流转移至体循环，再加上产妇的用力屏气动作均使心脏负荷加重。如果不解决妊娠与分娩的问题，心衰的治疗也是极其困难的。

2. 表现不典型的诱发因素 明显的诱发因素易被发现，也易受

到重视，常可得到适当处理。但临床上表现不典型的诱因常被忽视，而造成心衰难以控制，因此应注意寻找这种诱发因素并予以消除。

(1) 非典型的风湿活动 因为风湿活动可使心脏瓣膜及心肌损害加重，致使心衰难以控制。这种风湿活动可以无关节及皮肤症状，血沉也可不快，抗“O”也可不高。据有人统计，风湿活动的病人血沉快者约占 61%，抗“O”高者约占 47%。

据华北、东北心血管病协作组 1981 年学术会议拟订，对已有风湿性心脏病患者，根据 Jones 标准不能肯定有风湿活动时，下列条件可作为诊断风湿活动的参考：

- ①原有的心脏杂音性质发生肯定的变化或出现新的病理性杂音；
- ②近期出现心脏进行性扩大或进行性心功能减退；
- ③心衰难以控制，特别是在儿童、青少年及妇女中；
- ④新出现的心律失常，不能用药物及电解质紊乱解释者；
- ⑤发热、多汗、乏力者；
- ⑥心衰时血沉正常，心衰纠正后血沉反而加快；
- ⑦近期上呼吸道链球菌感染，心脏症状出现或加重；
- ⑧抗风湿活动治疗后病情好转。

要注意与亚急性感染性心内膜炎相鉴别。

(2) 不典型亚急性感染性心内膜炎(SBE) 症状不典型是近代 SBE 的常见特征，误诊也常由此引起。SBE 使心脏瓣膜损害进行性加重，使心衰治疗困难。发热是 SBE 常见症状，但有部分病例无发热，抗生素的滥用是主要原因；近年来皮肤粘膜损害的发生率已明显下降；贫血多见；心脏杂音的易变性是重要的特点，但实际上少见；二维超声心动图发现明显的瓣膜赘生物对本病诊断价值较大。如疑及 SBE 时，可做血培养，阳性结果具有确诊意义。关于血培养，要注意抽血的时机，多次抽血，抽血量要达 5~10ml；对用过抗生素的病人，要对培养基适当处理，适当延长培养时间等有助于提高血培养阳性率。

(3) 肺栓塞 大而积肺动脉栓塞引起的临床表现显著，不难识别。而对一些由于复发性多发性肺小动脉栓塞者，表现不典型，其症状与心衰症状相似，致使误诊率较高。肺栓塞可反射性引起肺小动脉痉挛，使

肺循环阻力增加,使心衰加重难以控制。

(4) 严重电解质紊乱 慢性充血性心衰患者由于长时间的胃肠道充血,食欲差,再加上限盐饮食及反复使用利尿剂,容易发生低血钾、低血钠、低血氯、低血镁、代谢性酸碱中毒等。尤其是低血钾,使心肌的应激性升高,可增加洋地黄的敏感性;又因血钾低,细胞内钾外移,细胞外钠和钙向细胞内转移,形成细胞内钾少、钙潴留,后者可使细胞内线粒体氧化磷酸化解耦,线粒体受损,而影响强心剂及利尿剂的作用,使心衰控制困难。此外,低镁血症也应重视。临床上曾遇到一些病人由于缺镁而造成病人精神不振,疲乏无力,心衰难以纠正,洋地黄类药物用量很小也易引起中毒,经过补充镁盐,病人一般情况明显改善,此时再应用洋地黄类药物也不易引起中毒。因此,顽固性心衰病人应高度重视镁盐的补充。

(5) 其他 如具有负性肌力作用的抗心律失常药物的应用,过度利尿引起的血容量减少,体力、环境、情绪因素等也是不容忽视的诱因。

不同种类的心脏病引起心衰难以治疗的原因和诱因也有差别,如冠心病心肌梗死多为梗死面积过大,或多次梗死,室壁瘤,心律失常;风心病则多为风湿活动、SBE、肺栓塞等;先心病可能是由于缺损过大、肺动脉高压、SBE;肺心病多是呼吸衰竭、肺部感染、电解质紊乱、酸碱失衡等;高心病多为血压持续升高因素致使心衰难以控制。

【诊断要点】

顽固性心衰的诊断主要根据是:心脏病病史、心力衰竭的临床表现及常规治疗无效。据典型的表现,诊断一般不难,但是临床情况是复杂的,有时也会出现诊断失误。所以对于一位治疗效果不好的心衰病人,首先要复核心衰的诊断是否正确,因为心衰的一些症状和体征并非特异。如心衰的两个主要症状呼吸困难及水肿,极容易与呼吸道疾病、纵隔或肺内肿瘤、心包积液、肝脏疾病、肾脏疾病等相混淆。因此,首先要排除与心衰相似,而实际上不是心衰的各种疾病。如诊断错误,按心衰治疗自然无效。应注意与如下疾病相鉴别:

一、左心衰竭的鉴别诊断

1. 支气管哮喘 无心脏病病史，有反复发作史，发作前有咳嗽、胸闷、打喷嚏等先兆，无心脏病体征，双肺布满哮鸣音，呈呼气性呼吸困难，可有肺气肿体征，这些均有别于心脏病的左心衰。

2. 慢性支气管炎并肺气肿 合并感染时，气喘加重，并发气胸时呼吸困难更重。但是无夜间阵发性呼吸困难发作的特点，无左心室受损的体征。

3. 气管阻塞性疾病 纵隔肿瘤、气管内异物、支气管肺癌等，常可引起呼吸困难且伴心动过速，有时误认为心衰。但是其吸气性呼吸困难，伴阻塞性或压迫性肺不张的体征，以及胸片、支气管镜检查有助于鉴别。

4. 弥漫性肺间质纤维化 呼吸困难是突出的症状，常用治疗方法效果较差，胸部X线及肺组织活检有助于诊断。

5. 其他 如代谢性酸中毒的深大呼吸，老年人、体力衰弱者、极度肥胖、严重贫血等所产生的劳力性呼吸困难，均易与心衰相混淆，应加以区别。

二、右心衰竭的鉴别诊断

1. 心包积液或缩窄性心包炎 心脏无杂音，心脏搏动弱，肺内无罗音，有奇脉，心音遥远，心影随体位改变而变化，超声心动图检查及X线检查均有助于鉴别。

2. 腔静脉综合征 上下腔静脉阻塞时与心衰的体征极相似，但患者心脏无扩大，无病理性杂音，亦无肺瘀血的症状和体征。腔静脉造影和X线检查有助于诊断。

3. 其他 肾源性浮肿、肝硬化引起的浮肿等有时也需要与心衰引起的浮肿相区别。

【治疗】

一、病因治疗

1. 内科可以缓解除去的病因

(1) 甲亢性心脏病 此时由于代谢率高，心率快，心脏负荷加

重,再加上甲状腺素对心肌的毒性作用,使心肌应激性和自律性升高,易诱发心绞痛、心律失常,使心衰难以治疗。所以必须控制甲状腺功能。典型的甲亢不难识别,自然也会引起人们的重视。应该指出的是,一些不典型的甲亢易被临床忽视,而使心衰不易治疗。应重视这些不典型甲亢的表现,如有下列情况可提示甲亢的诊断:

- ①无法解释的心动过速,治疗效果不好的持续性房颤或房扑;
- ②收缩压高,脉压差大,无其他原因可查者;
- ③原因不明的低热,性格改变或皮肤细腻、温暖、湿润、怕热;
- ④老年人不明原因的腹泻,大便常规检查正常。

出现上述情况,要做进一步检查,确定诊断,并给予抗甲状腺药物治疗。

(2) 缺血性心脏病 对于大面积心梗患者,除积极抗心肌缺血治疗外,应及时进行再灌注治疗。有溶栓适应症者应不失时机地进行溶栓治疗。无溶栓适应症或溶栓失败者应考虑直接经皮冠状动脉腔内成形术(直接 PTCA)或补救性 PTCA,溶栓成功者亦应考虑择期 PTCA 治疗。无 PTCA 适应症者,应行冠状动脉旁路移植术(CABG)。

(3) 高血压性心脏病 此类病人发生心衰是由于后负荷过重引起,如果高血压得不到控制,心脏后负荷很重,那么心衰也不能得到有效控制。所以首先要控制血压在理想水平,心衰方能顺利得到纠正。

(4) 脚气病性心脏病 病人由于缺乏硫胺引起心肌损害产生心衰,单纯应用常规方法治疗这种心衰疗效不好。但是在补充应用硫胺的基础上再应用抗心衰药物可收到迅速明显的效果。

2. 外科手术可以除去的病因

(1) 瓣膜病变 在瓣膜性心脏病中,主要问题是瓣膜本身有机械性损害,而任何内科治疗或药物均不能使其消除或缓解。因此,对所有有症状的瓣膜性心脏病心衰(心功能Ⅱ级及以上)以及重度主动脉瓣病变伴有晕厥、心绞痛者,均应进行介入治疗或手术修补或置换瓣膜。只有这样才能去除病因,控制心衰,提高长期生存率。

(2) 乳头肌或腱索断裂、室间隔穿孔 此为急性心梗的并发症。

二尖瓣严重的返流、心室水平的血液分流使心衰难以纠正，只有在二尖瓣置换术或室间隔修补术后，才有可能使心衰得到有效控制。

(3) 室壁瘤 室壁瘤的存在可使心肌梗死后的病人反复发生心衰且难以控制，此时只有外科手术切除室壁瘤才能使心功能得以改善。

(4) 肾动脉狭窄、嗜铬细胞瘤、主动脉缩窄、原发性醛固酮增多症等引起的继发性高血压性心脏病发生心衰，如不进行外科手术除去这些病因，高血压就难以控制，心衰也就变成难治性。所以要积极采取手术除去病因。

(5) 主动脉窦瘤破裂及其他类型的先心病发生心衰 常规治疗有时效果也不好，需要手术治疗畸形后才能使心衰得以控制。

二、去除诱发因素

诱发因素的存在可使心衰成为难治性，只有消除诱因，才能收到预期的治疗效果。包括控制感染，纠正贫血及电解质紊乱，控制风湿活动，治疗心律失常特别是房颤并快速心室律，注意是否并发肺栓塞等。

三、改善生活方式，降低新的心脏损害的危险性

如戒烟、戒酒，肥胖患者应减轻体重。控制高血压、高血脂、糖尿病。饮食宜低脂、低盐，重度心衰患者应限制水入量，应每日称体重以早期发现液体潴留。

应鼓励心衰患者做动态运动，以避免去适应状态。重度心衰患者，可在床边小坐，其他不同程度的心衰患者，可每日多次步行，每次3~5分钟；心衰稳定，心功能较好者，可在专业人员监护下进行症状限制性有氧运动，如步行，每周3~5次，每次20~30分钟。但避免作用力的等长运动。

四、复核洋地黄制剂应用是否恰当

洋地黄制剂可使心衰的临床症状得到改善。它除具有正性肌力作用外，目前认为可能是主要通过降低神经内分泌系统的活性起作用。其中地高辛是惟一经过安慰剂对照临床试验评估的洋地黄制剂，它对

心衰患者死亡率的影响是中性的，长期治疗不增加死亡率，且对窦性心律患者有效。洋地黄制剂用量是否恰当对心衰的控制有明显的影响。临床治疗中应注意以下几点。

(1) 地高辛应用的目的在于改善心衰患者的临症症状，对于无症状患者不主张应用。地高辛的治疗地位为辅助用药而非首选药物，应与利尿剂、ACEI 和 β 受体阻滞剂联合应用。对于已开始 ACEI 或 β 受体阻滞剂的治疗，但症状改善欠佳，应及早使用地高辛。如果患者对 ACEI 和 β 受体阻滞剂反应良好，足以控制症状，此时可以停用地高辛。如果某患者仅使用地高辛，则应加用 ACEI 或 β 受体阻滞剂。地高辛更适宜于心衰伴有快速心室率的房颤患者。由于地高辛不能降低病死率，因而不主张早期应用。

(2) 地高辛的使用方法 目前多采用自开始即用固定的维持量给药方法，即维持量疗法，0.125~0.25mg/d，对于 70 岁以上或肾功能受损者，地高辛宜用小剂量（0.125mg）每日 1 次或隔日 1 次。必要时如为了控制房颤的心室率，可采用较大剂量（0.375~0.50mg/d），但不宜作为窦性心律心衰患者的治疗剂量，而且在同时应用 β 受体阻滞剂的情况下一般并不需要。

(3) 地高辛与奎尼丁、异搏定、普鲁卡因酰胺、胺碘酮、双异丙吡胺、心律平等合用时，血清地高辛浓度增加，从而增加洋地黄中毒的发生率，此时地高辛宜减量。低血钾、低血镁、甲状腺功能低下时也宜发生洋地黄中毒，应注意及时纠正。地高辛的不良反应主要出现在大剂量用药时，而临床上产生疗效，大剂量并不需要。

(4) 下列情况洋地黄疗效差或不宜应用 高动力循环状态的心衰，包括甲亢、严重贫血、维生素 B₁ 缺乏症等；严重二尖瓣狭窄、缩窄性心包炎或大量心包积液；肥厚型梗阻性心肌病，应用洋地黄可引起严重血流动力学障碍。

(5) 正确判定洋地黄制剂过量或不足，熟练掌握洋地黄的不良反应。有学者提倡使用地高辛血清浓度测定的方法，指导地高辛剂量的选择，但是尚无证据表明所测得血清地高辛浓度可以反映地高辛的剂量是否恰当。地高辛放射免疫测定法主要用于帮助判断洋地黄中毒而