

冯卫华 靳双周◇编著

内科

常见疾病

诊断 与 治疗

中医古籍出版社

《内科常见疾病诊断与治疗》编委

主 编：冯卫华 靳双周

副主编：张金凤 耿春浩 崔红玲 吴彩霞 陈志东
张有才 陈 萍 李志平 赵红艳 王随亮

编 委：（以下以姓氏笔画为序）

王旋麟 王献中 刘泽有 刘定军 买国平
许国战 许新举 李国富 闫清社 张 华
杨艳冬 姚冬云 赵晓林 聂爱玲 姬文燕
韩通世

前 言

内科常见疾病在临床内科医学中具重要地位，其发病率高，慢性病多见，复发率高，病种广，作为临床医师应对常见病能够正确作出诊断，并及时给予正确处理，从而有效地提高临床治愈率，减少死亡率。为了提高内科常见疾病患者的救治水平，促进祖国医学事业的发展，我们广泛参阅了国内外同类文献资料并结合自己的临床工作经验而编成此书。

此书共分十一章及附录两部分，其主要内容包括内科各系统常见病，内科常用诊疗操作方法，以及常用实验室检查正常值。对于每种疾病按概述、病因、诊断与治疗叙述，以诊断治疗为重点，对每种疾病病因给以概括介绍，对于诊断要点或诊断标准以最新内容描述，治疗部分结合国内外最新治疗方法，新药物给以更为详细阐述，同时又兼顾基层医院医疗条件限制而采用较为基本、有效、新的治疗方法。附录部分主要介绍临床常用实验室正常值以供临床参考。

在本书编写过程中力求做到内容新颖、重点突出，反映当代内科医学的新理论、新概念、新技术、新疗法。同时又兼顾知识面的广度及临床实用性。使之既适用于大的综合性医院住院医师与主治医师，又能对基层医疗单位的医务工作者有所帮助，也可作为内科进修医师的实用教材或高等医学院校学生参考用书。

在本书编写过程中承蒙北京医科大学、河南医科大学多位内科专家、教授的具体指导，在此一并表示感谢。

但限于编辑水平，加上内科领域基础理论及实际问题涉及范围非常广泛，内容日新月异，加上编写时间紧迫，书中不足之处希望读者鉴谅，并予指导。

目 录

第一章 症状学

第一节 发热	(1)
第二节 头痛	(12)
第三节 胸痛	(20)
第四节 腹痛	(25)
第五节 呼吸困难	(29)
第六节 黄疸	(32)
一、溶血性黄疸	(32)
二、肝细胞性黄疸	(33)
三、胆汁淤积性黄疸	(33)
四、先天性非溶血性黄疸	(34)
五、多因性黄疸(混合性黄疸)	(35)
第七节 腹泻	(37)
第八节 恶心与呕吐	(41)
第九节 便血	(44)
第十节 咳嗽	(46)
第十一节 血尿	(49)
第十二节 意识障碍	(52)
第十三节 眩晕	(57)
第十四节 晕厥	(60)
第十五节 惊厥	(65)

第二章 心血管系统

第一节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(69)
------------------------	------

一、原发性心脏骤停·····	(69)
二、心绞痛·····	(69)
三、心肌梗塞·····	(78)
四、心衰型和心律失常型冠心病·····	(87)
五、无症状性心肌缺血·····	(87)
第二节 高血压病·····	(88)
第三节 心律失常·····	(102)
一、过早搏动·····	(102)
二、阵发性心动过速·····	(109)
三、心房颤动·····	(117)
四、室性心动过速·····	(122)
五、病态窦房结综合征·····	(124)
六、房室传导阻滞·····	(126)
第四节 心功能不全·····	(129)
一、慢性心功能不全·····	(129)
二、急性心功能不全·····	(139)
第五节 病毒性心肌炎·····	(149)
第六节 感染性心内膜炎·····	(152)
第七节 风湿热与心脏瓣膜病·····	(155)
一、风湿热·····	(155)
二、二尖瓣狭窄·····	(162)
三、二尖瓣关闭不全·····	(166)
四、主动脉瓣关闭不全·····	(168)
五、主动脉瓣狭窄·····	(170)

第三章 呼吸系统

第一节 自发性气胸·····	(173)
第二节 成人呼吸窘迫综合征·····	(177)

第三节	咯血·····	(182)
第四节	支气管哮喘·····	(192)
第五节	肺炎·····	(200)
一、	肺炎球菌肺炎·····	(200)
二、	金黄色葡萄球菌肺炎·····	(203)
三、	军团菌肺炎·····	(204)
四、	革兰阴性杆菌肺炎·····	(206)
五、	肺炎支原体肺炎·····	(208)
六、	厌氧菌肺炎·····	(209)
第六节	原发性支气管肺癌·····	(209)
第七节	慢性呼吸衰竭·····	(215)
第八节	胸腔积液·····	(224)
第九节	肺脓肿·····	(230)
第十节	慢性肺源性心脏病·····	(233)

第四章 消化系统

第一节	反流性食管炎·····	(237)
第二节	急性单纯性胃炎·····	(239)
第三节	慢性浅表性胃炎·····	(240)
第四节	消化性溃疡·····	(244)
第五节	上消化道出血·····	(253)
第六节	下消化道出血·····	(261)
第七节	结肠克隆病·····	(264)
第八节	肠易激综合征·····	(269)
第九节	溃疡性结肠炎·····	(271)
第十节	肝硬化腹水·····	(279)
第十一节	原发性肝癌·····	(284)
第十二节	肝性脑病·····	(295)

第十三节 急性胆囊炎·····	(301)
第十四节 急性胰腺炎·····	(305)

第五章 泌尿系统

第一节 尿路感染·····	(308)
第二节 急性肾小球肾炎·····	(313)
一、血尿·····	(314)
二、蛋白尿·····	(314)
三、水肿·····	(314)
四、高血压·····	(314)
五、少尿·····	(314)
六、肾功能损伤·····	(315)
七、全身表现·····	(315)
八、合并症·····	(315)
第三节 急进性肾小球肾炎·····	(318)
第四节 肾病综合征·····	(321)
第五节 肾小管性酸中毒·····	(328)
第六节 糖尿病肾病·····	(333)
第七节 肾结石·····	(335)
第八节 急性肾功能衰竭·····	(338)
第九节 慢性肾功能衰竭·····	(347)

第六章 血液病学

第一节 缺铁性贫血·····	(354)
第二节 巨幼细胞性贫血·····	(357)
第三节 溶血性贫血·····	(359)
一、自身免疫性溶血性贫血·····	(363)
二、阵发性睡眠性血红蛋白尿·····	(366)

三、遗传性球形红细胞增多症·····	(368)
四、葡萄糖 6 磷酸脱氢酶缺陷·····	(369)
五、血红蛋白病·····	(370)
六、母婴血型不合溶血病·····	(371)
七、药物性溶血性贫血·····	(374)
第四节 再生障碍性贫血·····	(375)
第五节 白细胞减少症和粒细胞缺乏症·····	(379)
第六节 白血病·····	(382)
一、急性白血病·····	(382)
二、慢性粒细胞白血病·····	(393)
第七节 骨髓异常增生综合征·····	(398)
第八节 多发性骨髓瘤·····	(403)
第九节 淋巴瘤·····	(407)
第十节 弥散性血管内凝血·····	(415)
第十一节 过敏性紫癜·····	(418)
第十二节 原发性血小板减少性紫癜·····	(420)

第七章 内分泌系统

第一节 甲状腺功能亢进症·····	(423)
第二节 甲状腺危象(甲亢危象)·····	(431)
第三节 尿崩症·····	(432)
第四节 甲状腺功能减退症·····	(435)
第五节 甲状腺炎·····	(439)
一、急性甲状腺炎·····	(439)
二、亚急性甲状腺炎·····	(440)
三、慢性淋巴细胞性甲状腺炎·····	(441)
第六节 单纯性甲状腺肿·····	(442)
第七节 成人垂体前叶功能减退症·····	(445)

第八节	皮质醇增多症·····	(449)
第九节	原发性醛固酮增多症·····	(452)
第十节	嗜铬细胞瘤·····	(456)
第十一节	糖尿病·····	(460)
第十二节	低血糖症·····	(474)
第十三节	高脂血症和高脂蛋白血症·····	(476)

第八章 神经系统

第一节	脑梗塞·····	(482)
一、脑血栓形成	·····	(482)
二、脑梗塞	·····	(485)
第二节	脑蛛网膜下腔出血·····	(487)
第三节	脑出血·····	(490)
第四节	癫痫·····	(498)

第九章 结缔组织病

第一节	系统性红斑狼疮·····	(509)
第二节	类风湿性关节炎·····	(515)
第三节	干燥综合征·····	(519)

第十章 中 毒

第一节	一氧化碳(煤气)中毒·····	(523)
第二节	急性巴比妥类药物中毒·····	(526)
第三节	急性有机磷农药中毒·····	(528)

第十一章 内科常用诊疗技术

第一节	胸腔穿刺术·····	(533)
第二节	心包穿刺术·····	(534)

第三节	腹腔穿刺术·····	(535)
第四节	腰椎穿刺术·····	(536)
第五节	骨髓穿刺术·····	(537)
第六节	骨髓活检术·····	(538)
第七节	心内膜心肌活检术·····	(539)
第八节	中心静脉压测定·····	(540)
第九节	心导管检查术·····	(540)
第十节	气管内插管术·····	(545)
第十一节	气管切开术·····	(546)
第十二节	三腔二囊管压迫止血术·····	(547)
第十三节	肝穿活检术·····	(549)
第十四节	肝穿刺抽脓术·····	(550)
第十五节	B超引导下胰腺穿刺术·····	(551)
第十六节	经皮肝穿刺酒精注射疗法·····	(552)
第十七节	肾活检·····	(552)
第十八节	纤维支气管镜检查术·····	(554)
第十九节	纤维胃十二指肠镜检查术·····	(555)
第二十节	纤维结肠镜检查术·····	(556)
第二十一节	腹腔镜检查术·····	(558)
第二十二节	内镜下逆行胰胆管造影·····	(559)
第二十三节	静脉肾盂造影·····	(560)
第二十四节	洗胃术·····	(561)
第二十五节	静脉切开术·····	(563)
第二十六节	锁骨下静脉穿刺术·····	(564)
第二十七节	颈内静脉穿刺术·····	(566)
第二十八节	股静脉穿刺术·····	(568)
第二十九节	动脉穿刺术·····	(569)
第三十节	导尿术·····	(570)

第三十一节 膀胱冲洗术.....	(571)
------------------	-------

附录 常见临床检验参考值

一、血液一般检查	(573)
二、血液生化及免疫学检查	(578)
三、尿液一般检查	(586)
四、粪便检查	(588)
五、胃液	(589)
五、肽胃泌素试验	(589)
六、脑脊液	(589)
七、精液	(590)
八、十二指肠引流液	(591)
九、肾功能检查	(592)
十、骨髓	(593)

第一章 症状学

第一节 发热

致热原作用于体温调节中枢或体温中枢本身功能紊乱等原因，致体温超出正常范围，称为发热。正常人口腔温度 $36.3 \sim 37.2^{\circ}\text{C}$ ，直肠温度比口腔温度约高 $0.3 \sim 0.5^{\circ}\text{C}$ ，腋窝温度比口腔约低 $0.2 \sim 0.4^{\circ}\text{C}$ ，正常人下午体温较早晨高，一般不超过 1°C ，妇女排卵后体温较高，老年人体温较青壮年低。

引起发热的病因甚多，可分为感染性与非感染性两类，感染性发热见于各种病原体感染，非感染性发热见于抗原抗体反应，内分泌与代谢疾病，无菌性坏死物质的吸收，植物神经功能紊乱，体温调节中枢功能失常等。根据口表体温的高低将发热分为低热 ($37.4^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$)、中等度热 ($38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$)，高热 ($39.1^{\circ}\text{C} \sim 41^{\circ}\text{C}$)，超高热 (41°C 以上)。

【诊断要点】

1. 临床表现：热型及发热时的伴随症状对疾病的诊断有帮助。

(1) 热型：稽留热见于大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒等，体温持续在 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 之间几天到几周，一日间波动不超过 1°C 。弛张热见败血症、风湿热、重症结核、渗出性胸膜炎、化脓性炎症等，体温在 39°C 以上，24 小时内波动相差 2°C 以上。间歇热见于疟疾、急性肾盂肾炎、局限性化脓性感染等，高热与体温正常交替出现，体温正常后 1~2 天再次高热；反复发生。回归热

见于回归热、柯杰金氏病、鼠咬热。某些疟疾，体温达 39°C 以上，持续几天，降到正常后，隔几天又发生高热，反复发生。波状热见于布氏杆菌病、恶性淋巴瘤、脂膜炎等，体温逐渐上升高达 39°C 以上，几天后逐渐下降到正常，数日后体温又逐渐升高，反复多次。不规则热见于结核病、感染性心内膜炎、风湿热等，发热无一定的规则。消耗热见于严重结核病、脓毒血症、败血症等，高热，每日体温波动很大，达 $3^{\circ}\text{C} \sim 5^{\circ}\text{C}$ ，并反复发生寒战。双峰热见于黑热病、败血症、粟粒性结核，高热在 24 小时内有二次，小波动形成双峰。马鞍热见于登革热，发热数天，退热一天，又再发热数天。

(2) 伴随症状：①发热时伴有寒战，见于大叶性肺炎、败血症、感染性心内膜炎、疟疾、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、输血及输液反应等。②发热时伴有皮疹见于伤寒、斑疹伤寒、副伤寒、风湿热、系统性红斑狼疮、败血症、变应性亚败血症以及药物性皮炎。③伴有出血倾向见于流行性出血热、钩端螺旋体病、急性白血病、急性血小板减少性紫癜等。④发热伴有口唇疱疹，常见于流脑、肺炎双球菌性大叶性肺炎、疟疾。⑤伴全身淋巴结肿大压痛，见于传染性单核细胞增多症；全身淋巴结肿大无压痛，见于急性淋巴细胞白血病；全身淋巴结明显肿大无压痛、周期性发热，见于柯杰金氏病；全身淋巴结明显肿大压痛或压痛不著，见于血管性免疫母细胞淋巴瘤；局部淋巴结肿大压痛，见于炎症所致者；局部淋巴结肿大，硬、无压痛，见于转移瘤；淋巴结很快增大而且肿大较著，见于炎症、自身免疫反应；淋巴结肿大未经特殊治疗而自行缩小或消退者，可除外由于恶性疾患所致。⑥伴有脾肿大可见于恶性组织细胞增多症、黑热病、疟疾、伤寒。⑦伴有腹痛常见于急性细菌性痢疾、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、急性肠系膜淋巴结炎、肝脓肿。⑧伴有胸痛常见于大叶性肺炎、胸膜炎、肺脓肿等。⑨伴有严重的头痛常见于脑

炎、脑膜炎、脑脓肿等。⑩伴有明显的肌肉痛常见于皮肤炎、旋毛虫病、军团病、钩端螺旋体病等。⑪伴有神志障碍常见于中枢神经系统感染、感染中毒性脑病、脑软化等。⑫伴有休克常见于大叶性肺炎、败血症、急性细菌性痢疾、流行性出血热等。⑬心脏杂音的改变提示心内膜炎。

(3) 发热与心率关系：通常情况下，体温升高 1°C ，心率增加约 12~15 次/分。若体温上升 1°C ，而心率增加大于 15 次/分时，见于甲状腺机能亢进、风湿热、败血症、心力衰竭合并感染等。若体温升高 1°C ，心率增加小于 12 次/分时，见于伤寒、脑膜炎颅压高者、甲状腺机能低下、房室传导阻滞、伪热。

(4) 面容：伤寒表情淡漠，无欲状。斑疹伤寒、流行性出血热则呈酒醉状。面颊蝶形红斑是系统性红斑狼疮（SLE）的特征。

2. 实验室检查：对于发热病人应常规进行以下检查：

(1) 白细胞计数与白细胞分类：严重细菌化脓性感染，如败血症，白细胞总数及中性粒细胞皆显著增多；有时可呈类白血病样反应或核左移，并出现嗜碱性颗粒与空泡变性的中毒性变化；有时总数不高，但中性粒细胞仍显著增多。传染性单核细胞增多症的血象中，淋巴细胞占半数以上，异型淋巴细胞占 10% 以上，尤具有诊断意义。伤寒、布氏杆菌病、疟疾及病毒性疾病患者白细胞总数减少或正常。变态反应性疾病血中嗜酸性粒细胞则显著增多。

(2) 尿常规：任何原因引起的发热皆可发现轻度蛋白尿，无诊断价值。显著蛋白尿并有血尿或脓尿，则应考虑尿路感染。结缔组织疾病如 SLE、结节性动脉炎、或肾肿瘤皆可出现尿常规异常发现。

(3) 病原体显微镜检查：如血涂片找疟原虫、回归热螺旋体、粪便涂片找阿米巴原虫等。

(4) 细菌学检查：常规行血培养，必要时行骨髓培养、中段尿及痰液培养，除普通细菌培养外，必要时行乙型细菌、厌氧菌、真菌培养。

(5) 血清学检查：如伤寒的肥达氏、斑疹伤寒的外斐氏试验；钩端螺旋体病的凝集溶解试验；流行性乙型脑炎的补体结合试验；传染性单核细胞的嗜异性凝集试验；病毒性疾病的抗原抗体检测等，一般采取急性期、恢复期双份血清，抗体滴度呈4倍增加者有诊断意义。

(6) 常规行胸部X线，B超检查。

(7) 有脑膜刺激征，看眼底及作腰椎穿刺检查。

(8) 有出血倾向者应查血红蛋白，血小板，出、凝血时间。

(9) 长期发热应查血沉，抗核抗体，细胞反应蛋白、免疫球蛋白、抗链球菌溶血素“O”测定等。

(10) 骨髓穿刺涂片或骨髓活检对血液病如白血病或恶组病特别重要。

【发热病因的诊断及鉴别诊断】

1. 急性发热：热程在1~2周以内者称为急性发热。病因多为感染性，多伴有明显的伴随症状。但有些病则无特征性表现。

(1) 感染性急性发热：

①病毒性感染：多伴有畏寒，无发抖，如病毒性上呼吸道感染、流行性感冒、流行性乙型脑炎、传染性单核细胞增多症、流行性出血热、登革热。

②支原体感染、肺炎支原体肺炎。

③立克次体感染：斑疹伤寒，多伴有皮疹，且多于发热与日后出现皮疹。

④细胞性感染：如大叶性肺炎、上呼吸道感染、肾盂肾炎、胆道感染、急性前列腺炎、臀部深部肌肉脓肿，急性细菌性痢疾等，大叶性肺炎多伴寒战、胸痛，急性细菌性痢疾多伴有腹痛，

急性胆囊炎、肾盂肾炎多伴有寒战、腹痛或腰背部疼痛。

⑤螺旋体感染：如钩端螺旋体病，伴有寒战、肌肉痛、眼结膜充血，淋巴结肿大及出血倾向（咯血、鼻出血、呕血、尿血、皮肤及粘膜出血）。

⑥寄生虫感染：如疟疾，常反复发生寒战高热，多为周期性、规律性发热，伴脾大、贫血。

（2）非感染性急性发热：

①结缔组织——血管性疾病：如风湿热、药物热、SLE 等。风湿热多伴有游走性关节痛、环形红斑。药物热多发生在用药后 1 周左右，多伴有皮疹。SLE 多伴有关节、肌肉痛、皮疹及多脏器损害。

②恶性肿瘤及血液病：如急性白血病，多伴有出血、贫血、淋巴结肿大、脾肿大。血涂片及骨髓检查可助诊。

2. 长期发热：

亦称原因不明发热。指体温多次超过 38.5°C 以上，热程超过两周，经完整病史，仔细体格检查、常规的实验室检查，仍不能明确诊断者。有的病人热程可长达数月甚至 1 年以上。

（1）感染性疾病：

①结核病：引起长期发热的结核病主要是粟粒性肺结核。因早期肺部 X 线及 OT 试验均正常易漏诊。

②伤寒、副伤寒：因症状不典型及肥达氏反应阴性而造成诊断困难，多次血培养或骨髓培养是确诊的依据。

③急性细菌性心内膜炎：常因心脏杂音不明显或血培养阴性而造成诊断困难，如持久不明发热，反复出现肺梗塞或其他部位梗塞，则提示有本病的可能。如临床疑为本病，应在停用抗菌药物后，反复多次血培养或骨髓培养。有时 L-型细菌或厌氧菌均可引起感染性心内膜炎，因此应采取相应的培养。超声心动图检查可发现赘生物所在部位，对诊断甚有价值。