



主 编 刘 明

内科疾病 最新治疗指南

NEIKE JIBING

ZUIXIN ZHILIAO ZHINAN

62

中国医药科技出版社

内科疾病最新治疗指南

GUIDE OF THE LATEST TREATMENT
ABOUT MEDICAL DISEASES

刘 明 主 编

中国医药科技出版社

图书在版编目(CIP)数据

内科疾病最新治疗指南/刘明主编. —北京:中国医药科技出版社,1996.7

ISBN 7-5067-1617-8

I. 内… II. 刘… III. 内科—疾病—治疗—指南 IV. R505-62
中国版本图书馆 CIP 数据核字(96)第 14416 号

内科疾病最新治疗指南

刘 明 主 编

*

中国医药科技出版社出版

泰安市泰山制版中心印刷

新华书店总店北京发行所经销

*

开本 850×1168mm 1/32 印张 8.84

字数 212 千字 印数 1—500

1996 年 7 月第 1 版 1997 年 4 月第 2 次印刷

ISBN 7-5067-1617-8

R·1411 定价:17.80 元

主 编	刘 明			
主 审	王其新	袁训书	李天禄	
副主编	刘淑贞	庄新云	王桂明	梁祎兰
	魏翠萍	孟凡怡	张继风	艾红冰
	吕学爱	崔瑞亭	张红欣	唐先格
	谭启生	李延峰	陈普林	邵康明
	元西霖			

编 委(按姓氏笔划为序)

王咏梅	王春霞	吕小红	吕如云
孙 伟	孙卫东	孙国明	孙兆刚
刘 军	刘玉明	刘恩玺	刘焕林
徐秀丽	许 涛	张同孟	张庆香
张九海	张新萍	李 芝	谷伟建
杜 明	杨 光	赵淑莲	郝太存
段 勤	柴振忠	曹化明	董桂云
董兴刚	续 锦	焉 涛	谢风英

序

近年来,随着现代科学技术的迅速发展和医学科学的不断进步,时代也在呼吸内科医师不断扩大知识面,实现知识更新。但是日常诊疗繁忙的临床工作者和课业负担很重的医学生,往往在许多大部头专著面前“望而生畏”,也的确无暇“顾及”,都希望看到一些简明扼要、治疗新、信息量大的小部头参考书,以应诊治与监护之急需。

刘明等同志多为医、教、研第一线的青年业务骨干,他们结合多年的临床实践经验,参考了大量国内外有关最新资料,急广大医护工作者之急需,编写了这本《内科疾病最新治疗指南》。该书着重详述了内科各系统常见病、多发病的最新药物治疗和新技术治疗,扼要阐述了新药物的作用机理和疾病的诊断要点。该书由多名专家教授任主审。具有很强的先进性、实用性和科学性。是一本内容新颖、言简意赅及知识全面的参考书。

该书的出版必将有益于广大内科医务工作者加快实现知识更新的进程,对于提高基层医务人员业务素质和医护质量,提高人民的健康水平也将起到积极的推动作用。故乐为作序。

袁训书

一九九六年八月

前 言

随着基础医学和生物医学工程学等学科的发展,现代内科常见疾病与危重病的诊治方法也不断进步。为跟上医学发展步伐,熟练掌握最新的诊断和治疗技术,临床内科医生迫切需要一本资料新、易掌握及实用的参考书。基于这一需要,我们组织有关医疗、教学及护理的专家、业务骨干集体编写了这本《内科疾病最新治疗指南》。

该书着重详细介绍了现代内科常见疾病的最新药物治疗、新技术治疗,扼要阐述了新药物的作用机理及疾病诊断要点。内容包括呼吸、循环、消化、泌尿、血液、内分泌与代谢等系统的内科常见疾病与危重病的诊治。并附有内科现代常用药物、实用临床检验正常参考值及新版药典药物新旧名称对照。每章后均列有部分主要参考文献,以供读者查阅。其特点是内容新颖、简明扼要、注重实用。编写人员结合多年的临床实践实验,参阅了大量国内外最新资料,使各方面内容尽量体现近年来的最新进展。实为各级临床医师、护理工作者、医学院及卫校师生实现知识更新的参考书。也是自学考试及基层医生培训的重要参考书目。

该书的出版,承蒙袁训书院长、教授作序,王其新、李天禄和袁训书等专家教授主审,在此表示衷心的感谢!更祈望该书能成为广大医护工作者的良师益友,也希望道给予批评指正。

编者

一九九六年七月于泰山

目 录

第一章 呼吸系统疾病.....	1
第一节 慢性支气管炎.....	1
第二节 支气管哮喘.....	2
第三节 军团菌肺炎.....	5
第四节 革兰阴性杆菌肺炎.....	6
第五节 自发性气胸.....	8
第六节 慢性肺原性心脏病	10
第七节 慢性呼吸衰竭	12
第八节 肺结核	14
第九节 支气管肺癌	16
第十节 肺栓塞	18
第十一节 咯血	20
第二章 心血管系统疾病	25
第一节 心功能不全	25
第二节 心律失常	30
第三节 高血压病	36
第四节 心绞痛	39
第五节 急性心肌梗死	42
第六节 感染性心内膜炎	47
第七节 病毒性心肌炎	48
第八节 心源性休克	50
第九节 洋地黄中毒	52
第十节 扩张型心肌病	54

第十一节	肥厚型心肌病	56
第十二节	顽固性心力衰竭	58
第三章	消化系统疾病	64
第一节	反流性食管炎	64
第二节	出血性胃炎	65
第三节	消化性溃疡	66
第四节	呃逆	70
第五节	上消化道出血	71
第六节	溃疡性结肠炎	74
第七节	肝硬化	76
第八节	肝性脑病	79
第九节	急性胰腺炎	80
第四章	血液与泌尿系统疾病	85
第一节	缺铁性贫血	85
第二节	再生障碍性贫血	87
第三节	原发性血小板减少紫癜	89
第四节	白血病	91
第五节	白细胞减少和粒细胞缺乏症	94
第六节	播散性血管内凝血	96
第七节	急性肾小球肾炎	98
第八节	慢性肾小球肾炎	99
第九节	原发性肾病综合征	101
第十节	急性肾功能不全	102
第十一节	慢性肾功能不全	105
第十二节	尿路感染	107
第五章	内分泌与代谢疾病	111
第一节	甲状腺机能亢进症	111
第二节	糖尿病	114

第三节	糖尿病酮症酸中毒·····	119
第四节	电解质紊乱·····	121
第六章	传染病与神经系统疾病·····	128
第一节	流行性出血热·····	128
第二节	病毒性肝炎·····	130
第三节	艾滋病·····	132
第四节	急性感染性多发性神经炎·····	134
第五节	脑出血·····	135
第六节	脑梗塞与脑血栓形成·····	138
第七节	癫痫·····	140
第七章	危重病与急诊·····	144
第一节	多脏器功能失常综合征·····	144
第二节	成人呼吸窘迫综合征·····	150
第三节	心肺脑复苏·····	152
第四节	急性有机磷农药中毒·····	157
第五节	感染性休克·····	160
第六节	急性一氧化碳中毒·····	162
第七节	急性乙醇中毒·····	164
第八节	溺水·····	165
第八章	诊治新技术·····	170
第一节	支气管肺泡灌洗术·····	170
第二节	肺活组织检查·····	173
第三节	导管消融术·····	177
第四节	经皮冠状动脉腔内成形术·····	179
第五节	主动脉内球囊反搏术·····	183
第六节	核素心肌灌注显像·····	187
第七节	心脏电复律·····	188
第八节	结核菌的基因诊断·····	192

第九节	漂浮导管检查.....	193
第十节	锁骨下静脉穿刺插管术.....	195
第十一节	机械呼吸的临床应用.....	196
第十二节	溶栓治疗术.....	200
附录一	现代内科常用药物.....	203
附录二	实用临床检验正常参考值.....	232
附录三	药物新旧名称对照.....	269

第一章 呼吸系统疾病

第一节 慢性支气管炎 (Chronic Bronchitis)

慢性支气管炎是指气管、支气管粘膜及其周围组织的慢性非特异性炎症。

〔诊断要点〕

一、咳嗽、咳痰、气喘反复发作,以冬春季为著。与感染、吸烟及过敏等因素有关。每年发作至少3个月并连续2年以上,且排除其他心肺疾患。

二、1. 急性发作期:1周内“咳、痰、喘”症状加重;或1周内出现脓性痰、痰量明显增多并伴发热、白细胞增多等炎症表现。查体时可闻及干湿性罗音。2. 慢性迁延期:“咳、痰、喘”症状不同程度存在,迁延超过1个月。3. 缓解期:经治疗或自然缓解 ≥ 2 个月。

三、X线检查示肺纹理增多、紊乱,或呈支气管周围炎性改变,病程长者多有肺气肿影像。外周血白细胞及中性粒细胞计数可增高。喘息型者血嗜酸性粒细胞增多。

〔治疗〕

一、急性发作期及迁延期治疗:

1. 忌烟、保持室内空气流通,防止受凉感冒。必要时吸氧。
2. 控制感染:轻者予以口服复方新诺明 1.0g, b. i. d., 首剂加

倍。老年及肾功能差者适当减量；乙酰螺旋霉素、红霉素、利君沙、氟哌酸等也可应用。重者应肌注或静脉用药。如常用青霉素、氨苄青霉素、灭滴灵、先锋霉素Ⅵ或培福新等，疗程7~14天。治疗第三天无效即可更换抗生素或联合用药。最好根据痰培养药敏结果选择敏感抗生素。

3. 止咳祛痰：干咳时可用咳必清 25mg t.i.d.；咳平 10mg t.i.d.；可待因 15~30mg t.i.d.。痰多者用氯化铵 0.3g, t.i.d.（现少用）；强力痰灵 0.5g, t.i.d.；鲜竹沥 10ml, t.i.d.； α -糜蛋白酶 10mg, im, b.i.d.。也可采用超声雾化吸入抗生素、激素及利痰药物等。

4. 解痉平喘：氨茶碱、肾上腺素、 β 受体兴奋剂等均可适当选用（详见哮喘节）。

二、缓解期治疗：

加强锻炼、预防感冒，适当应用气管炎菌苗及免疫增强剂，服用固本咳喘片等中药制剂。

（刘明、李天禄）

第二节 支气管哮喘 (Bronchial Asthma)

支气管哮喘是在支气管高反应状态下，由于变应原或其他因素引起的广泛气道痉挛狭窄性疾病。

〔诊断要点〕

一、既往有哮喘史，秋冬季易发，与感染、过敏、遗传及饮食等有关。

二、常夜间发作，发作前有鼻痒、流涕、咳嗽，继之出现胸闷、呼

吸困难、强迫体位，两肺布满哮鸣音，心率快，紫绀，大汗，重者面色苍白，四肢湿冷，呼吸衰竭，昏迷。

三、哮喘持续状态：哮喘发作持续 24 小时以上，症状严重，应用一般药物乃至小剂量激素治疗无效者。

四、X 线检查示肺充气过度，透明度增高，并发感染时肺纹理多乱。嗜酸粒细胞增多，血清 IgE 增高。血气 PaO_2 及 PaCO_2 有异常改变。肺功能测试为阻塞型通气功能障碍。

〔治疗〕

一、去除诱因，脱离过敏原，吸氧治疗。

二、控制急性发作

(一)拟肾上腺素类药物 现多采用选择性 β_2 受体兴奋剂，以减少对心脏的副作用，但冠心病、高血压者慎用。

1. 舒喘灵 2. 4~4.8mg, t. i. d. ; 或 0.1~0.2mg 雾化吸入；博利康尼，可气雾吸入、口服、皮下注射及静脉用药。喘康速气雾剂 250~500 μg ，吸入，3~4 次/d；片剂 0.25mg，口服 t. i. d. ; 也可 0.25~0.5mg 缓慢静注。此外间羟异丙肾上腺素、氯喘、氨哮素及喘敌素等作用基本相似。

2. 肾上腺素 与茶碱类联用疗效好。方法：0.1%肾上腺素 0.2~0.3ml 皮下注射，10~15 分钟一次，连用 2~3 次，无效时停用。

(二)茶碱类 不仅抑制磷酸二酯酶(PDE)使 cAMP 水解减少、舒张平滑肌、而且有抗炎、利尿及增加膈肌收缩之功效。方法：
1. 氨茶碱其最佳血药浓度为 10~20mg/L。0.1~0.2g, t. i. d. 或缓释片 0.2g, q12h 口服；重者 0.25g 加入 50%葡萄糖 20ml 缓慢静注；也可用 0.5~0.75g 加入 10%葡萄糖 500ml 中静滴。注意每日总量不超过 1.5~1.75g。
2. 也可选用喘定，副作用较小。口服 0.2g, t. i. d. , 或 0.25g 静注，也可 0.5~1.0g 加入液体中静滴。

(三)激素 轻者强的松口服，短程应用，清晨顿服；重者地塞

米松 5~10mg 静注,可重复应用。也可吸入二丙酸氯地米松。

(四)抗胆碱药 能减少 cGMP 浓度,使生物活性物质减少,从而松弛气管平滑肌。常用药物为阿托品、654—2、东莨菪碱及异丙阿托品等。

(五)新药及老药新用

1. 钙拮抗剂 如维拉帕米、心痛定等口服或含化,可阻止钙离子进入肥大细胞,以缓解支气管平滑肌收缩。

2. 酮替酚(噻哌酮) 能抑制肥大细胞等释放组胺和慢反应物质,产生较强的抗过敏反应。可预防哮喘发作。1mg b.i.d.。连续服用 6 周无效宜停用。主要有嗜睡、倦怠副作用。

3. 多虑平 可能有调节神经功能、兴奋 β 受体作用。我们用该药治疗哮喘 43 例,有效率达 97.7%,也有报道达 100%。

4. 硫酸镁 因镁离子可通过激活腺苷酸环化酶使细胞内 cAMP 浓度增高,且能改善微循环,降低肺动脉压,从而扩张支气管,有利于纠正缺氧。25%硫酸镁 10~20ml 加入液体中静滴,q.d.。肾功能不全、严重呼衰及低血压者慎用。

5. 酚妥拉明 为 α 受体阻滞剂,可对抗组胺和 5-羟色胺,扩张支气管,且能扩张小动脉,降低肺动脉压改善微循环,从而改善通气。用法:0.1~0.5mg/min 静滴,直至症状缓解。(如 10mg 加入 100ml 液体中,每分钟 15 滴,即 0.1mg/min)。

6. 硝酸甘油 能扩张支气管并能降低肺动脉压力,从 5~10 μ g/min 开始,逐渐适当加量,有一定疗效,特别适用于并发冠心病、高血压患者。

7. 碳酸氢钠 对合并代谢性酸中毒者该药有一定疗效。剂量视病情及血气分析而定。

8. 其他 可试用强力安喘通、康宁克通、苯妥英钠、前列腺素等,也可试用乙醚灌肠。

(六)积极控制感染和促进排痰

1. 选用有效抗生素如青霉素类、头孢菌素类等。
2. 适当选用必嗽平、强力痰灵、超声雾化、导管吸痰等。

(七) 预防复发

1. 多用激素气雾剂吸入,也可应用色甘酸二钠、酮替酚、萘芴酞酮、曲尼司特、特非那丁等。
2. 脱敏疗法,但尚有争论。
3. 适当选用哮喘疫苗及转移因子、左旋咪唑等免疫调节剂,以及中医中药制剂如固本咳喘片等。也可选用顿克 2mg, im, 6 个月一次。

三、哮喘持续状态的处理

1. β_2 受体兴奋剂吸入,如喘康速等。
2. 氨茶碱或喘定与激素可联用,静注或静滴,激素宜适当加大剂量,如地塞米松 20~30mg/d,但不超过 3 天,并逐渐减量。
3. 迅速纠正缺氧,防治水、电解质紊乱及酸碱失衡,积极处理气胸、心衰、消化道出血等并发症。
4. 病情危重时立即采用气管插管或气管切开,进行呼吸机辅助呼吸。指征:① $\text{PaO}_2 < 6.6\text{kPa}$, $\text{PaCO}_2 > 6.6\text{kPa}$;②不能忍受的呼吸窘迫;③意识障碍;④呼吸心跳骤停。
5. 病情仍危重,可试用分侧支气管肺泡灌洗术等,但要求技术条件较高(详见《诊断新技术》章节)。

(刘明、李天禄、王桂明)

第三节 军团菌肺炎(军团菌病)

(Legionnaires' Disease)

军团菌肺炎是由嗜肺军团杆菌引起的一种以发热及肺炎为主的全身性疾病。

〔诊断要点〕

一、老年及有慢性病或免疫受损者易发,夏秋季多见。可散发,也可暴发流行。起病先缓后急,畏寒、发热、咳嗽,咳痰,有时咯血;头痛、肌痛、恶心、腹痛、腹泻。重者出现神经精神症状及呼吸、循环衰竭。查体可见相对缓脉、可有淋巴结及肝脾肿大。早期肺部湿罗音,病情进展则有实变体征。

二、辅助检查:外周血白细胞及中性粒细胞增多,血沉快。可有蛋白尿,血BUN、CPK增高,可有低钠、低磷血症。痰可培养出军团菌。也可经直接免疫荧光检查出军团菌抗原物。也可查血中军团菌抗体,间接免疫荧光试验达1:128以上,试管凝集试验达1:80或以上为阳性标准。胸片示早期外周斑片状肺泡内浸润,以后肺实变,单侧或双侧下叶多见,可伴胸腔积液。

〔治疗〕

一、首选红霉素 1.0g 静滴, b. i. d, 也可口服; 利福平口服 0.45g q. d., 最好与红霉素联用。或强力霉素 0.2g, q. d. 疗程 3 周, 否则易复发。

二、积极防治并发症, 加强支持疗法。

(刘明、刘淑贞、王桂明)

第四节 革兰阴性杆菌肺炎

(Gram Negative Bacillary Pneumonia)

革兰阴性杆菌肺炎是医院获得性肺炎。常见细菌有绿脓杆菌、肺炎克雷伯杆菌、大肠杆菌、变形杆菌等, 多为条件致病菌, 大都耐药, 治疗困难, 预后较差。

〔诊断要点〕

一、病人有基础疾病,并接受抗生素、激素、细胞毒类药物治疗,或气管插管、切开和机械通气等损伤呼吸道防御功能的诱因。

二、多为老年人,起病隐袭,可有发热、呼吸道症状及精神症状。查体可有双肺下或背部湿性罗音。

三、辅助检查:痰培养见绿脓杆菌等革兰阴性杆菌。外周血中性粒细胞增多,有核左移。X线示双肺下叶散在片状浸润病变,可有微脓肿形成等。

〔治疗〕

一、有效抗生素控制感染,常据药敏结果选用抗生素。

1. 青霉素类:现常用者为氧哌嗪青霉素,它对绿脓杆菌效果好,对克雷伯杆菌也有一定疗效。用量为8~12g/d,分2次静滴。亦可应用阿洛西林或美洛西林。

2. 头孢菌素:对大肠杆菌、克雷伯杆菌宜选用第二、三代;对绿脓杆菌应选用三代中的头孢他定,2~8g/d,静滴,分2~3次,也可用头孢哌酮。

3. 喹诺酮类:对阴性杆菌效果好。如环丙氟哌酸0.4~0.8g/d,分三次静滴。还有甲氟哌酸,氟嗪酸,培福新等。

4. 氨基甙类:常与 β 内酰胺类(如安灭菌等)联用。常用者丁胺卡那霉素、妥布霉素及奈替霉素等。

5. 应用抗生素时,宜大剂量、长疗程联合用药,静脉滴注为主,雾化吸入治疗为辅。

二、积极处理原发病,加强代谢支持疗法,对症处理等。

(刘明、刘淑贞)