

医学助记图表与歌诀丛书

白融 吴莹 余承高 陈栋梁 主编

内科学

助记 图表与歌诀

NEIKEXUE
ZHUJI
TUBIAO YU GEJUE



北京大学医学出版社

医学助记图表与歌诀丛书

内科学助记图表与歌诀

主 编 白 融 吴 莹 余承高 陈栋梁

副主编 黄珊珊 杨 东 徐 畅 沈桂芬

刘晓艳 余 蕾

编 委 (按姓氏笔画排序)

白 融 刘 畅 刘 翔 刘晓艳

杜 鸣 李桂容 杨 东 吴 莹

余 波 余 蕾 余国春 余承高

沈桂芬 陈 曦 陈栋梁 饶邦福

莫朝晖 晏汉娇 徐 畅 黄 觅

黄珊珊 廖 艳

北京大学医学出版社

NEIKEXUE ZHUJI TUBIAO YU GEJUE

图书在版编目 (CIP) 数据

内科学助记图表与歌诀 / 白融等主编. —北京:
北京大学医学出版社, 2018. 10
(医学助记图表与歌诀丛书)
ISBN 978-7-5659-1817-9

I. ①内… II. ①白… III. ①内科学 IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2018) 第 113380 号

内科学助记图表与歌诀

主 编: 白 融 吴 莹 余承高 陈栋梁

出版发行: 北京大学医学出版社

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

电 话: 发行部 010-82802230; 图书邮购 010-82802495

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 中煤(北京)印务有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 郭 颖 责任校对: 靳新强 责任印制: 李 啸

开 本: 710 mm × 1000 mm 1/16 印张: 17.75 字数: 454 千字

版 次: 2018 年 10 月第 1 版 2018 年 10 月第 1 次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-1817-9

定 价: 50.00 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

前 言

内科学是一门重要的临床医学科学，其内容十分丰富。学习、记忆并掌握其繁杂的基本理论知识，需要采取一些行之有效的方法。在许多辅助记忆的方法中，使用歌诀已被证明是收效显著的方法之一。以歌诀为体裁的医学著作在我国古代颇为多见，其特点是内容简要，文从语趣，富有韵律，朗读上口，记忆入心。

在多年的教学工作中，我们体会到，总结性图表具有提纲挈领、概括性强，条理分明、逻辑性强，直观形象、易于理解，简明扼要、便于记忆等特点，通过对比分析，将知识融会贯通，从而启发思维，培养能力。将歌诀与总结性图表结合起来学习，可以收到珠联璧合、相得益彰的良好效果。有鉴于此，我们也试将内科学的基本内容编成歌诀，并用总结性图表加以注释，旨在为广大医学生提供一种新颖、独特、有效的内科学学习方法。

随着医学的不断发展，现在的医学书籍和教材已很难用歌诀体裁来系统描述和阐明相关知识，但我国语言博大精深，为编写内科学歌诀提供了深厚的基础。鲁迅先生曾说：“地上本没有路，走的人多了，也便成了路。”我们殷切地希望有更多的同仁和我们一道，将内科学歌诀编写得越来越好，共同开辟出一条用歌诀的方式学习内科学的新途径。

在华中科技大学、首都医科大学、中南大学、武汉肽类物质研究所和北京大学医学出版社等单位的大力支持和鼓励下，本丛书才能得以顺利出版，在此致以衷心的感谢！

为满足更多读者的需求，本书的编写参考了多种教科书，但由于我们的水平有限，错误、疏漏和不妥之处难免，敬希广大同仁和读者不吝指正。

编者

目 录

第一篇 呼吸系统疾病

第一章	急性上呼吸道感染和急性气管支气管炎·····	1
第二章	慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病·····	4
第三章	支气管哮喘·····	7
第四章	支气管扩张症·····	12
第五章	肺部感染性疾病·····	14
第六章	肺结核·····	20
第七章	原发性支气管肺癌·····	25
第八章	间质性肺疾病·····	26
第九章	肺血栓栓塞症·····	28
第十章	慢性肺源性心脏病·····	30
第十一章	胸膜疾病·····	33
第十二章	急性呼吸窘迫综合征·····	38
第十三章	呼吸衰竭与呼吸支持技术·····	40

第二篇 循环系统疾病

第一章	心力衰竭·····	46
-----	-----------	----

2 目 录

第二章	心律失常	55
第三章	动脉粥样硬化和冠状动脉粥样硬化性心脏病	64
第四章	高血压	75
第五章	心肌疾病	81
第六章	心脏瓣膜病	84
第七章	心包疾病	89
第八章	感染性心内膜炎	93
第九章	心搏骤停与心脏性猝死	97

第三篇 消化系统疾病

第一章	胃食管反流病	100
第二章	食管癌	102
第三章	胃炎	103
第四章	消化性溃疡	105
第五章	胃癌	110
第六章	肠结核和结核性腹膜炎	112
第七章	炎症性肠病	116
第八章	结直肠癌	120
第九章	功能性胃肠病	122
第十章	肝硬化	124
第十一章	原发性肝癌	127
第十二章	肝性脑病	130
第十三章	胰腺炎	133

第十四章 慢性腹泻和便秘	139
第十五章 消化道出血	141

第四篇 泌尿系统疾病

第一章 总论	145
第二章 肾小球疾病概述	149
第三章 肾小球肾炎	153
第四章 肾病综合征	159
第五章 IgA 肾病	164
第六章 间质性肾炎	165
第七章 继发性肾病	167
第八章 尿路感染	170
第九章 急性肾损伤（急性肾衰竭）	174
第十章 慢性肾衰竭	177

第五篇 血液系统疾病

第一章 贫血概述	181
第二章 缺铁性贫血	184
第三章 再生障碍性贫血	186
第四章 溶血性贫血	188
第五章 巨幼细胞贫血	190
第六章 白细胞减少和粒细胞缺乏症	192
第七章 骨髓增生异常综合征	193

4 目 录

第八章 白血病	195
第九章 淋巴瘤	200
第十章 出血性疾病概述	204
第十一章 紫癜性疾病	206
第十二章 弥散性血管内凝血	210

第六篇 内分泌系统和营养代谢性疾病

第一章 腺垂体功能性疾病	214
第二章 甲状腺功能亢进症	216
第三章 单纯性甲状腺肿	223
第四章 甲状腺功能减退症	224
第五章 库欣综合征	226
第六章 原发性醛固酮增多症	230
第七章 原发性慢性肾上腺皮质功能减退症	232
第八章 嗜铬细胞瘤	234
第九章 糖尿病	236
第十章 血脂异常和脂蛋白异常血症	244
第十一章 肥胖症	246

第七篇 风湿性疾病

第一章 总论	247
第二章 风湿热	251

第三章	类风湿关节炎·····	253
第四章	系统性红斑狼疮·····	257
第五章	骨质疏松症·····	260
第六章	骨关节炎·····	261

第八篇 理化因素所致疾病

第一章	急性中毒·····	262
第二章	有机磷杀虫药中毒·····	265
第三章	一氧化碳中毒·····	268
第四章	中暑·····	270
主要参考文献	·····	272

第一篇 呼吸系统疾病

第一章 急性上呼吸道感染和急性气管支气管炎

急性上呼吸道感染

上感临床最常见，病毒感染较普遍。病史诱因鼻咽征，局症较重全身轻。结合血象与胸片，临床诊断分五型。治疗支持与对症，保持室内气流通。休息戒烟水多饮，用药解热与镇痛。

表 1-1-1 急性上呼吸道感染概况

项目	基本要点
病因与发病机制	① 70% ~ 80% 由病毒引起，常见有鼻病毒、冠状病毒、腺病毒、流感和副流感病毒、柯萨奇病毒等 ② 细菌以溶血性链球菌多见。冬春季多发，无交叉免疫，有一定的传染性，可反复多次发作
临床分型及表现	① 普通感冒：以鼻咽部卡他症状为主 ② 病毒性咽炎和喉炎：由鼻病毒、腺病毒、流感病毒等引发，表现为咽痒和灼热感、声嘶，咽痛不明显 ③ 疱疹性咽峡炎：由柯萨奇 A 病毒引起，表现为明显咽痛、发热，咽峡部见灰白色疱疹及浅表溃疡 ④ 咽结膜炎：由腺病毒、柯萨奇病毒引起，有发热、咽痛、畏光等症状，咽及结膜充血明显 ⑤ 细菌性咽 - 扁桃体炎：溶血性链球菌是细菌性咽 - 扁桃体炎最常见的病原体
辅助检查	血白细胞计数多正常或偏低，细菌感染时增多。胸部 X 线检查正常
诊断	病因诊断需行细菌培养、病毒分离或血清学检查以确诊
鉴别诊断	① 过敏性鼻炎；② 流行性感冒；③ 前驱症状与上呼吸道感染相似的其他传染病
治疗及预防	对症处理，防治继发细菌感染。增强体质是最好的预防措施

流行性感冒

高热剧咳衰竭症，气道症轻全身重，结合季节流行史，病毒分离可确诊。解热镇痛对症疗，卧床休息水多饮，抗病毒药可选用，继发肺炎应抗菌。

表 1-1-2 流行性感冒概况

项目	基本要点
病原体	流感病毒按抗原性分为甲、乙、丙 3 型，甲型流感病毒常引起大流行。流感病毒抗原性变化较快，人类无法获得持久的免疫力
发病机制	病毒通过神经氨酸酶的作用，进入细胞内繁殖。可有支气管肺炎改变
潜伏期	1~3 天，常有明显流行
主要症状	全身中毒症状较重，鼻咽部症状较轻。起病急，有畏寒、高热、头痛、头晕、全身酸痛、乏力等中毒症状，伴咽痛、流涕、流泪、咳嗽等症状，少数患者有食欲减退、腹痛、腹泻等
血常规	外周血中白细胞正常或减低，淋巴细胞相对增加
病原学检查	鼻咽分泌物或口腔含漱液可分离出流感病毒
抗流感病毒抗体检测	恢复期血清中抗流感病毒抗体滴度与急性期相比升高 4 倍或以上
治疗	对患者进行隔离、支持和对症治疗，及早应用抗病毒药物
预防	加强身体锻炼，增强体质，劳逸结合，生活规律，避免受凉，冬季多开窗通气。流行季节减少聚会，少去公共场所

急性气管-支气管炎

感冒之后又咳嗽，先为干咳后痰喘，双肺粗糙呼吸音，消炎祛痰与平喘。

表 1-1-3 急性气管-支气管炎概况

项目	基本要点
病因与发病机制	①感染：病毒、细菌、衣原体、支原体等引起的直接感染，或因上呼吸道感染蔓延所致 ②物理、化学因素：冷空气、粉尘、刺激性气体的吸入 ③过敏：花粉、真菌孢子
临床表现	①起病急，常有上呼吸道感染症状 ②全身症状一般较轻，可有发热，体温 38℃ 左右；咳嗽、咳痰，偶有气促感 ③体征不多，可有散在的、部位不固定的干、湿啰音
辅助检查	血象多正常，胸片多正常或仅有肺纹理增粗，痰培养可发现致病菌
诊断	根据病史、症状、体征、胸片等来诊断，病因的确定需进行病毒、细菌学检查
鉴别诊断	①流行性感冒；②急性上呼吸道感染；③其他伴发急性支气管炎症状的疾病（如支气管肺炎、肺结核、肺脓肿、麻疹、百日咳等）
治疗	可选用大环内酯类、青霉素类、喹诺酮类、头孢菌素等，止咳祛痰，必要时平喘治疗（图 1-1-1，图 1-1-2）
预后	反复发作或迁延不愈可能演变成慢性支气管炎
预防	增强体质，清除鼻咽部病灶，防治上呼吸道感染，防止空气污染

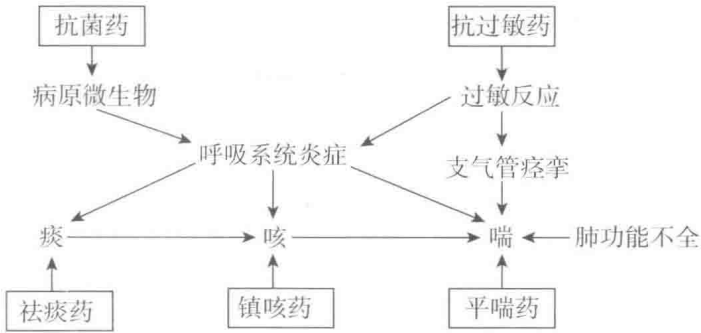


图 1-1-1 呼吸系统疾病病理及用药示意图

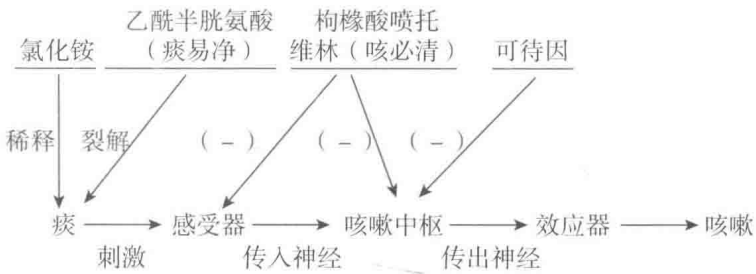


图 1-1-2 咳嗽反射及镇咳药、祛痰药作用环节示意图

第二章 慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病

慢性支气管炎

咳嗽咳痰或伴喘，程逾两年有间断。两肺啰音纹理粗，痰检细菌有球杆。大量中性粒细胞，止咳解痉加祛痰。发作抗菌加药敏，锻炼戒烟并保暖。

表 1-2-1 慢性支气管炎概况

项目	基本要点
临床表现	
症状	多缓慢起病，病程较长，反复急性发作而病情加重，冬天寒冷时加重。主要症状有慢性咳嗽、咳痰、喘息
体征	早期可无任何异常体征。急性发作期可有散在的干、湿啰音，多在背部及肺底部，咳嗽后可减少或消失。啰音多少和部位均不定。喘息型者可闻及哮鸣音及呼气音延长，而且不易完全消失
诊断和鉴别诊断	①咳嗽、咳痰，或伴喘息，每年发病持续3个月，连续2年或以上，并排除其他心、肺疾患时，可作出诊断 ②X线检查：早期无异常。后期表现为肺纹理增粗、紊乱，呈“M”状、条索状、斑片状阴影，以下肺明显
治疗	
急性加重期的治疗	①控制感染：根据药敏结果选用有效抗生素 ②祛痰、镇咳药：如氯化铵合剂、溴己新、喷托维林等 ③解痉、平喘：常用氨茶碱、特布他林等
缓解期的治疗	加强锻炼，增强体质，提高免疫功能

慢性阻塞性肺疾病

慢咳气促活动重，叩诊过清桶状胸。隙宽亮高^[1]横膈降，通气量少残气充。除因对症止咳喘，氧疗并练呼吸功。

注：[1] 亮高是指X线检查两肺透亮度增加。

表 1-2-2 慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 的临床表现

项目	基本要点
临床表现	
症状	①慢性咳嗽、咳痰 ②气短或呼吸困难是 COPD 的标志性症状 ③喘息和胸闷
体征	①视诊：胸廓前后径增大，肋间隙增宽，剑突下胸骨下角增宽，称为桶状胸。部分患者呼吸变浅，频率加快 ②触诊：双侧语颤减弱 ③叩诊：肺部过清音，心浊音界缩小，肺下界和肝浊音界下降 ④听诊：两肺呼吸音减弱，呼气延长，部分患者可闻及干啰音和（或）湿啰音
辅助检查	① FEV ₁ /FVC：一秒用力呼气容积 / 用力肺活量 (FEV ₁ /FVC) 是评价气流受阻的一项敏感指标 ② FEV ₁ % 预计值：是评价 COPD 严重程度的良好指标，变异性小，易于操作 ③ RV/TLC：残气量 / 肺总量 (RV/TLC) 增加 (> 40%) 对诊断阻塞性肺气肿有重要意义 ④ TLC、FRC、RV：肺总量 (TLC)、功能残气量 (FRC)、残气量 (RV) 增高对诊断 COPD 有参考价值 ⑤ VC：肺活量 (VC) 减低对诊断 COPD 有参考价值 ⑥ 肺部 X 线检查：早期无改变，晚期出现非特异性改变，因此对诊断 COPD 价值不大 ⑦ 血气分析：对确定低氧血症、高碳酸血症、酸碱平衡失调及判断呼吸衰竭类型有重要价值
诊断、分级及分期	①不完全可逆的气道受阻是诊断 COPD 的必备条件。吸入支气管舒张药后 FEV ₁ /FVC < 70% 及 FEV ₁ < 80% 预计值，可确定为“不完全可逆性气流受阻” ②少数患者无咳嗽、咳痰，仅 FEV ₁ /FVC < 70%、FEV ₁ ≥ 80% 预计值，在排除其他疾病后，可诊断为 COPD ③根据 FEV ₁ /FVC、FEV ₁ % 预计值和临床症状，将 COPD 的严重程度由轻到重分四级 ④ COPD 病程分慢性阻塞性肺疾病急性加重期和稳定期
鉴别诊断	COPD 应与支气管哮喘、支气管扩张、肺结核、肺癌等相鉴别
并发症	常见有慢性呼吸衰竭、自发性气胸、慢性肺源性心脏病
治疗	见表 1-2-3

表 1-2-3 慢性阻塞性肺疾病的防治

项目	防治要点
稳定期的治疗	①教育和劝导患者戒烟,脱离污染环境 ②支气管舒张药: β_2 肾上腺素受体激动药(沙丁胺醇、特布他林等),抗胆碱药(异丙托溴铵、噻托溴铵),茶碱类(氨茶碱)。喘息型患者禁用 β_2 受体激动药 ③祛痰药:常用药物如盐酸氨溴索等。禁用中枢性强镇咳药,以免加重呼吸道阻塞,导致病情恶化 ④糖皮质激素:对重度和极重度、反复加重的患者,长期吸入糖皮质激素与长效 β 肾上腺素受体激动药联合制剂可增加运动耐量、减少急性加重发作频率、提高生活质量、改善某些患者的肺功能 ⑤常用剂型有沙美特罗+氟替卡松、福莫特罗+布地奈德 ⑥长期家庭氧疗(LTOT)指征为: $\text{PaO}_2 \leq 55\text{mmHg}$ 或 $\text{SaO}_2 \leq 88\%$, 有或没有高碳酸血症; PaO_2 为 $55 \sim 60\text{mmHg}$ 或 $\text{SaO}_2 < 89\%$, 并有肺动脉高压、心力衰竭、水肿或红细胞增多症(血细胞比容 > 0.55)
急性加重期的治疗	①确定病情加重的诱因(最常见的诱因是细菌或病毒感染) ②低流量吸氧,给氧浓度(%) $= 21 + 4 \times \text{氧流量(L/min)}$,一般为 $28\% \sim 30\%$ ③支气管舒张药 ④抗生素:常见的加重病情的感染细菌为肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、甲型链球菌和奈瑟球菌。故抗生素应选用青霉素、红霉素、氨基糖苷类等 ⑤糖皮质激素
COPD 的预防	主要是避免发病的高危因素和病情急性加重的诱发因素,同时增强机体免疫力。其中戒烟是预防 COPD 的重要措施

第三章 支气管哮喘

支气管哮喘

胸闷并咳重气喘，缓时正常发突然。过敏感染是诱因，满肺哮鸣高嗜酸。
解痉抗菌抗过敏，减敏有效先找原。

表 1-3-1 支气管哮喘概况

项目	基本要点
发病机制	见图 1-3-1
分级标准	见表 1-3-2
辅助检查	包括血液检查、痰液检查、呼吸功能检测（表 1-3-3）和动脉血气分析（表 1-3-4）
诊断标准	<p>①发作时有胸闷、咳嗽、呼气性呼吸困难，多与接触变应原、吸入刺激性气体、病毒性上呼吸道感染、运动有关</p> <p>②两肺有哮鸣音</p> <p>③可用支气管舒张药或自行缓解</p> <p>④临床表现不典型者，如符合下列 3 项中的 1 项可诊断</p> <p>a. 支气管激发或运动试验阳性</p> <p>b. 支气管舒张试验阳性（吸入 β_2 受体激动药后 FEV_1 增加 $> 15\%$ 或绝对值增加 $> 200\text{ ml}$）</p> <p>c. 呼气流量峰值（PEF）昼夜波动率 $\geq 20\%$。除外其他原因所引起的喘息、胸闷、咳嗽</p>
鉴别诊断	见表 1-3-5
治疗	<p>①脱离变应原</p> <p>②药物治疗：见表 1-3-6 和图 1-3-2</p> <p>③急性发作期治疗：目的是尽快缓解气道痉挛，纠正低氧血症，恢复肺功能</p> <p>a. 轻度：经 MDI 吸入 SABA，在第 1 小时内每 20 分钟吸入 1~2 喷</p> <p>b. 中度：吸入 SABA，第 1 小时内可持续雾化吸入。联合应用雾化吸入短效抗胆碱药、激素混悬液</p> <p>c. 重度至危重度：持续雾化吸入 SABA。联合雾化吸入短效抗胆碱药、激素混悬液以及静脉应用茶碱类药物。吸氧。尽早静脉应用激素。注意维持水、电解质平衡，纠正酸碱失衡。当 $\text{pH} < 7.20$ 且合并代谢性酸中毒时，应适当补碱（见图 1-3-3）</p>

注：MDI 为定量气雾剂，SABA 为短效 β_2 受体激动药。

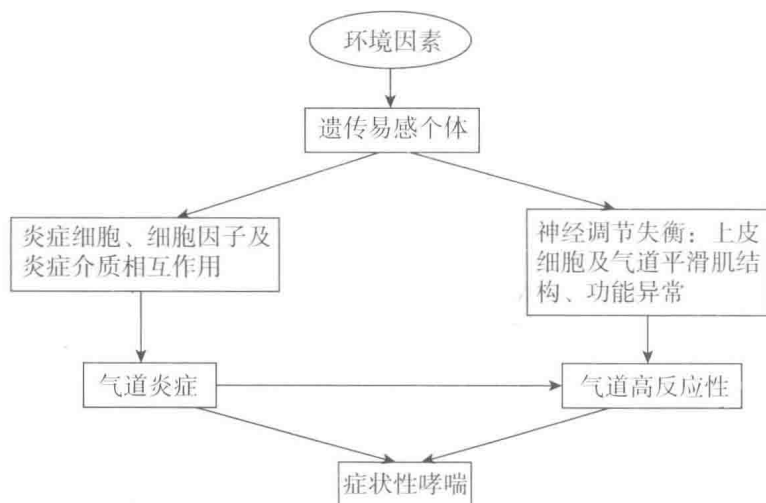


图 1-3-1 哮喘的发病机制



重症支气管哮喘的治疗

激素茶碱，氧疗抗炎。纠酸对症，雾化补液。
先快后慢，先浓后淡。先盐后糖，见尿钾盐。

表 1-3-2 哮喘急性发作期分级标准

临床特点	轻度	中度	重度	危重度
气短	步行、上楼时	稍事活动	休息时	
体位	可平卧	喜坐位	端坐呼吸	
讲话方式	连续成句	常有中断	单字	不能讲话
精神状态	尚安静	有时焦虑或烦躁	常有焦虑、烦躁	嗜睡、意识模糊
出汗	无	有	大汗淋漓	
呼吸频率	轻度增加	增加	> 30 次/分	
辅助呼吸肌活动	无	有	常有	胸腹矛盾运动
哮鸣音	散在，呼吸末期	响亮、弥漫	响亮、弥漫	减弱或无
脉率	< 100 次/分	100 ~ 120 次/分	> 120 次/分	脉率变慢或不规则
奇脉	无	可有	常有	无
PEF 占预计值	大于 80%	60% ~ 80%	< 60%	
PaO ₂ (吸空气)	正常	60 ~ 80 mmHg	< 60 mmHg	
PaCO ₂	正常	≤ 45 mmHg	> 45 mmHg	
SaO ₂ (吸空气)	> 95%	91% ~ 95%	≤ 90%	
pH	正常	正常	降低	降低