



全科医师岗位培训系列教材

社区常见健康问题诊断及处理

SHEQU CHANGJIAN JIANKANG WENTI ZHENDUAN JI CHULI

主编/孙国庆



东南大学出版社

全科医师岗位培训系列教材

社区常见健康问题 诊断与处理

主 编 孙国庆
副主编 陈宽林 潘 涛 李筱蕾 张玉金 赵丽萍
编 者 (按姓氏笔画为序)
方明明(江苏职工医科大学)
李筱蕾(江苏职工医科大学)
孙国庆(江苏职工医科大学)
陈宽林(江苏职工医科大学)
张玉金(江苏职工医科大学)
赵丽萍(江苏职工医科大学)
潘 涛(南京中医药大学)
主 审 张小勇 王一镗 王大为

东南大学出版社

内 容 提 要

本书是全科医师岗位培训系列教材之一,共分5篇,主要介绍常见症状、体征的诊断与处理,常见疾病的诊断与处理,常用实验室检查,社区急救,临床实习指导等。本书根据全科医师岗位培训的教学计划和大纲,结合社区卫生服务工作中的实际情况编写而成,内容丰富,实用性和可操作性强。本书可作为全科医师岗位培训教材,也可作为乡村医师培训教材,同时可供社区医师参考。

图书在版编目(CIP)数据

社区常见健康问题诊断与处理 / 孙国庆主编,陈宽林,潘涛,
李筱蕾副主编. —南京:东南大学出版社,2004. 10
(全科医师岗位培训系列教材 / 陈永年主编)
7—81089—753—5

I. 社... II. ①孙... ②陈... ③潘... 社区健康问题—
技术培训—教材 IV. R197.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2004)第 109644 号

东南大学出版社出版发行
(南京四牌楼2号 邮编 210096)

出版人:宋增民

江苏省新华书店经销 溧阳市晨明印刷有限公司印刷
开本:787mm×1092mm 1/16 印张:33.5 字数:836.2千字
2004年11月第1版 2004年11月第1次印刷
印数:1—5000册 定价:52.00元

(凡因印装质量问题,可直接向发行科调换。电话:025-83795801)

序

社区卫生服务是卫生服务体系的重要基础。积极推进和发展社区卫生服务,是卫生工作贯彻“三个代表”重要思想的具体体现,是卫生改革的重要举措。通过发展社区卫生服务,建立新型的城乡卫生服务体系,可以把群众的大部分健康问题经济、有效地解决在社区,对于保障人民群众基本医疗和预防保健服务的供给,建立新型的医患关系,提高群众健康水平,具有极为重要的意义。

全科医师和社区护士是社区卫生服务的主要提供者,要提高社区卫生服务机构的服务水平,必须要有大量合格的全科医师和社区护士。按照卫生部的要求,根据我国的国情,在大学本科毕业后全科医师规范化培训制度没有建立之前,对基层具有执业资格,已经从事或即将从事社区卫生服务的医、护人员进行岗位培训,是解决全科医师和社区护士来源的主要途径。全科医师和社区护士岗位培训工作关系到社区卫生服务专业队伍的建设,各市卫生行政主管部门应当给予高度的重视,积极做好培训的宣传发动和组织工作。各社区卫生服务机构也应从队伍建设的长远考虑,积极组织本单位的医、护人员分期分批参加培训。

为满足全科医师和社区护士岗位培训工作的需要,我厅组织省内有关医学院校和医疗卫生单位的专家,制订了统一的全科医师和社区护士岗位培训教学计划和大纲,并在此基础上编写了配套的培训教材,这对于统一培训的规格、保证培训的质量是很有必要的。培训教材的参编者都是我省医学院校多年从事这方面教学的骨干教师和有关医疗卫生单位的专家。编者们在编写过程中参考了大量的国内外资料和文献,总结、吸收了国内开展社区卫生服务的

经验,力求做到实用性、科学性和可读性相结合。这些教材不仅可以供全科医师和社区护士岗位培训使用,还可以作为从事社区卫生服务工作的专业人员的参考书。我希望培训教材能为提高我省社区卫生服务人员的业务技术水平和服务质量、推动社区卫生服务健康发展发挥积极的作用。我也希望承担培训工作的院校,在培训工作的实践中及时总结经验,不断了解全科医学和社区卫生服务的新进展,以便于以后教材的修订。

这些教材的编写和出版得到了各有关医学院校和医疗卫生单位,特别是东南大学出版社的大力支持,教材的参编人员付出了大量的辛勤劳动,在此,对这些单位的有关同志和有关部门一并表示感谢。

江苏省卫生厅厅长

周珉

2004年6月

前 言

全科医学是一门集临床医学、预防医学、康复医学以及人文社会学相关学科于一体的综合性医学专业,属临床二级学科。全科医学强调以人为中心、以家庭为单位、以整体健康的维护与促进为方向的负责式照顾。开展社区卫生服务工作的当务之急是编好一套好教材、造就一支高素质的全科医师队伍,能切实解决社区卫生服务工作中遇到的常见健康问题。

《社区常见健康问题诊断与处理》是全科医师培训系列教材之一。社区常见健康问题的诊断与处理是全科医师开展社区卫生服务工作必须掌握的理论、知识与技能。本书在编写过程中依据全科医师岗位培训教学计划与课程培训大纲,结合社区卫生服务工作中的实际情况,在内容上力求做到科学性、先进性与实用性的统一。本书共分为五篇。第一篇常见症状、体征与处理;第二篇常见疾病的诊断与处理;第三篇常用实验室检查;第四篇社区急救;第五篇临床实习指导。本书从社区卫生服务中遇到的常见健康问题着手,结合症状学、临床医学、急救医学等学科的新进展,着重阐述了常见症状、体征、疾病、急症的主要病因、诊断与鉴别诊断及处理。疾病部分详细介绍了内、外、妇、儿、五官、眼科、传染科等学科的常见病、多发病的诊断与治疗。对重点疾病均介绍了诊断与鉴别诊断的思考步骤流程,突出了临床思维的过程。第三篇介绍了常用实验室检查的主要方法、适用范围及临床意义。最后还介绍了《社区常见健康问题诊断与处理》这门课的临床实习的基本要求。

本书在编写过程中,承蒙张小勇、王一镠、王大为等教授的指导与审阅,为本书顺利出版做了大量认真、细致的工作,在此表示深深的感谢。由于时间和水平所限,书中难免存在不少缺点,敬请读者、同行不吝赐教和指正。

孙国庆

2004年9月29日



目 录

第一篇 常见症状、体征与处理

第一章 常见全身症状、体征及处理	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 水肿	(4)
第三节 发绀	(7)
第四节 黄疸	(8)
第五节 皮疹	(11)
第六节 皮肤、黏膜出血	(13)
第七节 浅表淋巴结肿大	(15)
第二章 常见呼吸系统症状、体征及处理	(17)
第一节 咳嗽与咳痰	(17)
第二节 咯血	(20)
第三节 呼吸困难	(22)
第三章 常见循环系统症状、体征及处理	(25)
第一节 胸痛	(25)
第二节 心悸	(27)
第四章 常见消化系统症状、体征及处理	(29)
第一节 腹痛	(29)
第二节 恶心与呕吐	(32)
第三节 呕血	(34)
第四节 便血	(36)
第五节 腹泻	(38)
第六节 便秘	(40)
第七节 腹水	(41)
第八节 腹部包块	(44)
第五章 常见泌尿系统症状、体征及处理	(46)
第一节 尿频、尿急与尿痛	(46)

第二节 排尿困难	(47)
第三节 血尿	(49)
第六章 常见神经系统症状、体征及处理	(51)
第一节 头痛	(51)
第二节 眩晕	(53)
第三节 惊厥	(55)
第四节 晕厥	(57)
第五节 意识障碍与昏迷	(59)
第二篇 常见疾病的诊断与处理	
第一章 内科常见疾病的诊断与处理	(62)
第一节 急性上呼吸道感染	(62)
第二节 支气管哮喘	(64)
第三节 慢性肺源性心脏病	(69)
第四节 肺炎	(73)
第五节 肺结核	(77)
第六节 高血压病	(84)
第七节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(88)
第八节 心律失常	(96)
第九节 慢性心力衰竭	(109)
第十节 血脂异常	(113)
第十一节 胃食管反流病	(118)
第十二节 胃炎	(121)
第十三节 消化性溃疡	(124)
第十四节 胃癌	(127)
第十五节 功能性消化不良	(130)
第十六节 肠易激综合征	(132)
第十七节 肝硬化	(134)
第十八节 急性胰腺炎	(137)
第十九节 慢性肾小球肾炎	(140)
第二十节 尿路感染	(142)
第二十一节 缺铁性贫血	(144)
第二十二节 白血病	(147)
第二十三节 甲状腺功能亢进	(150)
第二十四节 糖尿病	(154)

第二十五节 痛风	(160)
第二十六节 类风湿性关节炎	(162)
第二十七节 急性脑血管病	(164)
第二十八节 骨质疏松症	(167)
第二章 外科常见疾病的诊断与处理	(170)
第一节 外科感染	(170)
第二节 水、电解质及酸碱平衡失调	(178)
第三节 肿瘤	(185)
第四节 急腹症	(189)
第五节 急性胆囊炎	(193)
第六节 常见骨折	(194)
第七节 关节脱位	(206)
第八节 慢性软组织损伤	(211)
第九节 颈肩痛和腰腿痛	(215)
第十节 乳腺疾病	(220)
第十一节 前列腺炎与前列腺增生	(227)
第三章 妇、儿科常见疾病的诊断与处理	(233)
第一节 生殖道感染	(233)
第二节 阴道出血	(239)
第三节 围绝经期综合征	(241)
第四节 新生儿黄疸	(244)
第五节 小儿支气管肺炎	(247)
第六节 营养不良	(253)
第七节 小儿肥胖病	(256)
第八节 维生素 D 缺乏性佝偻病	(258)
第九节 小儿腹泻	(261)
第四章 五官科常见疾病的诊断与处理	(269)
第一节 慢性结膜炎	(269)
第二节 睑腺炎与睑板腺囊肿	(271)
第三节 老年性白内障	(273)
第四节 青光眼	(275)
第五节 中耳炎	(280)
第六节 鼻炎与鼻窦炎的	(284)
第七节 扁桃体炎	(290)

第八节 耳聋	(293)
第五章 常见传染病的诊断与处理	(296)
第一节 病毒性肝炎	(296)
第二节 细菌性痢疾	(300)
第三节 钩虫病	(302)
第四节 蛔虫病	(304)
第五节 血吸虫病	(306)
第六节 肾综合征出血热	(308)
第七节 伤寒	(310)
第八节 流行性腮腺炎	(313)
第九节 严重急性呼吸综合征	(315)
第十节 性传播疾病	(323)

第三篇 常用实验室检查

第一章 常用实验诊断	(329)
第一节 血、尿、粪三大常规和血沉检查	(329)
第二节 肝肾功能检查	(339)
第三节 常用临床生物化学检查	(346)
第四节 常用临床免疫学检查	(352)
第五节 血型鉴定与配血试验	(354)
第六节 止血与凝血障碍检查	(355)
第二章 常用器械检查	(359)
第一节 心电图检查	(359)
第二节 肺部 X 线检查	(367)

第四篇 社区急救

第一章 概论	(371)
第二章 急救基本理论与技能	(377)
第一节 急诊病史的采集	(377)
第二节 心肺脑复苏术	(378)
第三节 创伤现场急救技术	(380)
第四节 常用急救技术	(383)



第五节 休克·····	(386)
第六节 创伤·····	(390)
第七节 中枢神经衰竭·····	(393)
第八节 死亡的识别·····	(396)
第三章 常见急症及处理·····	(399)
第一节 急性呼吸衰竭·····	(399)
第二节 重症哮喘·····	(400)
第三节 自发性气胸·····	(401)
第四节 咯血·····	(402)
第五节 急性心力衰竭·····	(404)
第六节 心律失常·····	(406)
第七节 高血压急症·····	(415)
第八节 急性心肌梗死·····	(418)
第九节 上消化道出血·····	(419)
第十节 肝性脑病·····	(421)
第十一节 急性肾衰竭·····	(422)
第十二节 糖尿病急性并发症·····	(423)
第十三节 急性脑血管病·····	(426)
第十四节 癫痫持续状态·····	(430)
第四章 小儿常见急症及处理·····	(432)
第一节 小儿惊厥·····	(432)
第二节 小儿昏迷·····	(433)
第三节 小儿急性心力衰竭·····	(434)
第四节 小儿急腹症·····	(435)
第五节 小儿输液反应·····	(439)
第六节 婴儿闷热综合征·····	(439)
第五章 五官科常见急症及处理·····	(441)
第一节 眼部外伤·····	(441)
第二节 鼻出血与鼻外伤·····	(443)
第三节 耳外伤·····	(444)
第四节 咽喉与食管化学伤·····	(445)
第五节 气道异物·····	(447)
第六章 急性中毒及处理·····	(448)
第一节 急性中毒概论·····	(448)



第二节 急性农药中毒·····	(451)
第三节 急性杀鼠剂中毒·····	(457)
第四节 急性一氧化碳中毒·····	(458)
第五节 急性乙醇中毒·····	(460)
第六节 急性药物中毒·····	(461)
第七节 急性食物中毒·····	(464)
第七章 环境危害急症及处理·····	(468)
第一节 溺水·····	(468)
第二节 电击伤·····	(469)
第三节 烧伤·····	(470)
第四节 冻伤·····	(472)
第五节 中暑·····	(474)
第六节 自缢·····	(475)
第七节 动物蜇咬伤·····	(476)
第五篇 临床实习指导	
第一章 病历书写·····	(478)
第一节 采集病史的基本方法与技巧·····	(478)
第二节 重点病史的采集方法·····	(480)
第三节 临床特殊情况的问诊技巧·····	(481)
第四节 病史书写的基本规则·····	(483)
第五节 门诊病历书写·····	(484)
第六节 住院病历格式与内容·····	(485)
第七节 常用检查申请单书写·····	(490)
第八节 门诊处方书写·····	(491)
第二章 临床诊断·····	(492)
第一节 诊断步骤·····	(492)
第二节 临床思维·····	(493)
第三节 临床诊断的内容与格式·····	(496)
第三章 临床实习·····	(498)
第一节 内科实习·····	(498)
第二节 外科实习·····	(499)
第三节 妇产科实习·····	(500)

第四节	儿科实习·····	(501)
第五节	传染科实习·····	(502)
第六节	眼、耳鼻喉咽喉科实习 ·····	(502)
第七节	功能科实习·····	(503)
第八节	急诊科实习·····	(504)
第四章	临床常用诊疗技术·····	(505)
第一节	皮下注射法·····	(505)
第二节	静脉注射法·····	(505)
第三节	胸膜腔穿刺术·····	(506)
第四节	腹膜腔穿刺术·····	(507)
第五节	腰椎穿刺术·····	(508)
第六节	骨髓穿刺术·····	(509)
第七节	洗胃术·····	(511)
第八节	灌肠术·····	(512)
第九节	安置胃管术·····	(513)
第十节	气管切开术·····	(513)
第十一节	紧急环甲膜切开术·····	(514)
第十二节	导尿术·····	(515)
第十三节	前列腺检查及按摩术·····	(516)
第十四节	眼底检查法·····	(517)
第十五节	急救止血法·····	(518)
第十六节	清创术·····	(519)
第十七节	宫颈活组织检查术·····	(519)
主要参考文献·····		(521)



第一篇 常见症状、体征与处理

第一章 常见全身症状、体征及处理

第一节 发 热

正常人在体温调节中枢的有效调节下,机体的产热与散热始终保持着动态平衡,使体温保持在相对恒定的正常范围内。当机体在致热原的作用下或发生体温调节中枢功能障碍时,会导致机体产热增加而散热不随之增加,或存在散热障碍而散热明显减少,使体温升高超过正常范围,称为发热(fever)。发热是常见的症状之一,其本质为人体对致病因子的一种全身性反应。发热在一定程度上可以反映疾病的严重程度及病情的变化。

【病因】

发热的病因多而复杂,依据致热原的性质与来源不同,发热可分为感染性与非感染性两大类。

1. 感染性发热 感染为发热最常见的病因。各种病原体如细菌、病毒、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等侵入机体后,引起全身性或局限性感染,不论是急性感染还是慢性感染,均可引起发热。

2. 非感染性发热 是指除病原体以外的各种原因引起的发热。

- (1) 变态反应性疾病:如药物热、血清病等。
- (2) 风湿性疾病:如风湿热、系统性红斑狼疮等。
- (3) 血液病:如白血病、淋巴瘤等。
- (4) 恶性肿瘤。
- (5) 组织损伤:如手术后、烧伤、骨折、无菌性坏死、急性溶血等。
- (6) 内分泌与代谢疾病:如甲状腺功能亢进症、严重脱水等。
- (7) 体温调节中枢功能失常:如中暑、药物中毒、颅内高压症等。
- (8) 自主神经功能紊乱。

【临床特点】

1. 体温的测量方法与发热程度 体温有三种测量方法,即口测法、腋测法、肛测法。体温的测量方法不同,测出的体温也有一定差异,一般肛测法比口测法高 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$,口测法比腋测法高 $0.2\sim 0.4^{\circ}\text{C}$ 。按口测法测得体温的高低将发热程度分为:

- (1) 低热: $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$;
- (2) 中度发热: $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$;
- (3) 高热: $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$;

(4)超高热: 41°C 以上。

2. 临床过程 各种原因引起的发热, 无论过程长短, 均表现为三个时期。

(1)体温上升期: 此期内机体产热大于散热而使体温上升, 多伴有疲乏无力、肌肉酸痛、皮肤苍白、畏寒或寒战等。

①骤升型: 体温在数小时内达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 或 40°C 以上, 多伴有寒战, 小儿可出现高热惊厥。多见于疟疾、肺炎球菌肺炎、败血症、流行性感冒、急性肾盂肾炎、输液反应及某些药物引起的变态反应等。

②缓升型: 体温上升缓慢, 多在数天内达高峰, 不出现寒战。常见于伤寒、结核病等。

(2)高热期: 体温上升达高峰后, 维持一定的时间。持续时间的长短因病因不同而有明显差异, 如疟疾多持续数小时, 而肺炎球菌肺炎、流行性感冒可持续数天, 伤寒则持续达数周。

(3)体温下降期: 随着病因的消除或应用了降温药物, 使致热原的作用逐渐减弱或消失, 产热相对减少, 机体散热大于产热, 体温降至正常水平。该期多伴有出汗、皮肤潮湿。

①骤降型: 体温在数小时内迅速降至正常, 多伴有大汗淋漓, 常见于疟疾、肺炎球菌肺炎、急性肾盂肾炎、输液反应等。

②缓降型: 体温在数天内逐渐降至正常, 常见于伤寒、风湿热等。

3. 热型及临床意义 发热患者, 须每天多次测量体温。将不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上, 并将各数值点连接起来, 所形成的体温曲线的形态, 称为热型。不同原因引起的发热, 其热型各具有一定的特征, 常见的热型有:

(1)稽留热: 体温持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 达数天或数周, 24 小时内体温波动差值 $< 1^{\circ}\text{C}$ 。多见于肺炎球菌肺炎、伤寒等。

(2)弛张热: 又称为败血症热, 体温多高达 39°C 以上, 波动幅度大, 24 小时内体温波动范围超过 2°C , 且最低体温仍高于正常。多见于败血症、风湿热、各种急性化脓性炎症等。

(3)间歇热: 体温骤升达高峰后持续数小时, 又迅速降至正常, 无热期可持续 1 天至数天, 高热期与无热期反复交替出现。多见于急性肾盂肾炎、疟疾等。

(4)不规则热: 体温变化无规律性, 高热持续时间不定, 每天体温波动范围也不定, 可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、感染性心内膜炎等。

(5)回归热: 体温骤升至 39°C 或 39°C 以上, 持续数天后又骤降至正常, 高热期与无热期各持续数天后规律性交替 1 次, 可见于回归热、霍奇金病等。

(6)波状热: 体温逐渐上升达 39°C 或 39°C 以上, 数天后逐渐降至正常水平, 数天后又逐渐上升, 反复多次, 见于布氏杆菌病等。

【伴随症状与诊断思路】

发热多伴有其他症状, 一般而言, 伴随症状越多、越突出, 越有利于病因的诊断。对发热患者应详细而全面地了解其发热特征与伴随症状。发热患者问诊的重点为发热的诱因, 有无发热患者接触史、起始情况, 有无寒战及其他伴随症状; 已经开始治疗的患者, 应问清已用的药物与剂量。体格检查应根据患者的病史特点有重点地进行, 但应首先排除引起发热的急性传染病及其他严重疾病。

1. 寒战 起病急, 发热前伴有寒战, 多为感染性发热, 尤其是细菌性感染。如寒战呈一过性, 多见于肺炎球菌肺炎、输血输液反应等; 若为反复性寒战, 多见于疟疾、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、败血症、流行性脑脊髓膜炎等。



2. 皮疹 发热伴有皮疹,多见于急性传染病。皮疹的特点(如分布部位、发展顺序、形状大小、颜色变化)、出疹与消失的时间不同,有利于病因诊断。如带状疱疹多在发热 1~2 天时出现疼痛性疱疹;水痘多在发热第 2 天时出现皮疹;幼儿急诊于发热第 3 天热退时出疹;麻疹则于发热第 4 天出疹;伤寒于发热第 7 天出现玫瑰疹。有些非传染性疾病在发热的同时也可出现皮疹,如风湿热可出现环状红斑、皮下结节;系统性红斑狼疮可在面部出现蝶形红斑;某些药物(如氨苄西林、低分子右旋糖酐等)过敏也可出现皮疹,而且多伴有明显瘙痒。

3. 出血倾向 发热伴有皮肤、黏膜出血多见于重症感染、血液系统疾患及某些急性传染病,如败血症、急性白血病、急性再生障碍性贫血、恶性组织细胞病、流行性出血热、重症肝炎等。

4. 淋巴结肿大 发热伴有局部淋巴结压痛性肿大,多提示该淋巴回流区域内存在炎症;伴有局限性淋巴结无痛性肿大,多见于淋巴瘤、白血病、恶性肿瘤淋巴转移;伴有全身淋巴结肿大,多见于淋巴组织疾患或全身性感染,如传染性单核细胞增多症、急性淋巴细胞性白血病、淋巴瘤、艾滋病等。

5. 肝、脾肿大 发热伴有肝、脾肿大,可见于血液系统疾患、风湿病及某些感染性疾患,如慢性溶血性、病毒性肝炎、疟疾、血吸虫病、伤寒、感染性心内膜炎等。

6. 黄疸 发热伴黄疸多见于肝胆疾患、溶血性疾患及中毒性肝损害等。发热的同时出现黄疸,伴有右上腹疼痛,见于急性胆囊炎、化脓性胆管炎、胆石症等;黄疸前期有发热,黄疸加深时热退,为病毒性肝炎的临床特点;先有发热,随后出现黄疸及酱油色尿,见于急性溶血。

7. 呼吸系统症状 发热伴有咳嗽、咳痰、流涕、咽痛,无明显呼吸困难,多为急性上呼吸道感染;呼吸困难明显多见于毛细支气管炎、重症肺炎及胸膜炎伴大量胸腔积液;伴咳嗽、咳痰、盗汗、消瘦、乏力,且为午后低热者,应排除肺结核。

8. 循环系统症状 发热伴有心率加快、心脏杂音及第一心音减弱等循环系统症状,可见于感染性心内膜炎、急性心肌梗死、急性心肌炎、急性心包炎等。

9. 胃肠道症状 发热伴有恶心、呕吐、腹泻,最常见于急性胃肠炎;若出现黏液脓血便,并伴有里急后重,应首先排除细菌性痢疾;若伴右上腹疼痛或 Murphy(莫非)征阳性,提示为急性胆囊炎。急性阑尾炎、急性胰腺炎、急性腹膜炎等急腹症,则先出现腹痛,而后出现发热,并伴有腹部体征。

10. 泌尿系统症状 发热伴有尿急、尿频、尿痛、下腹不适及腰痛,多提示为泌尿系统感染,如急性肾盂肾炎、尿路感染等。

11. 关节、肌肉疼痛 发热伴有关节、肌肉疼痛,应注意排除风湿病、结缔组织病、败血症、痛风等。

12. 昏迷 先发热随后出现昏迷,多见于流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、斑疹伤寒、中毒性痢疾、中暑等;若先昏迷而后出现发热,则多见于脑出血、急性药物和毒物中毒(如巴比妥类药物中毒)等。

【处理】

发热治疗的关键是病因治疗。因此,应全面了解病因、病情,进行必要的辅助检查,以明确病因诊断。检查标本应在用药之前留取。白细胞总数及中性粒细胞增高,多提示为细菌性感染,也可见于风湿热;中性粒细胞核左移,可见于伤寒、流行性感、严重细菌性化脓性感染、乙型脑炎等;嗜酸性粒细胞增多,见于血吸虫病、药物热、霍奇金病等;嗜酸性粒细胞减少或消失,

见于伤寒,淋巴细胞增多,多见于慢性淋巴细胞性白血病、传染性单核细胞增多症、病毒性感染等。必要时,可进行血沉、血培养、胸部X线摄片、肝肾功能和B超等检查。选择检查应有针对性,以免造成误诊。

1. 病因治疗 为治疗的关键,明确病因后应积极治疗原发病。

2. 对症治疗 降温治疗应慎重,低热及中度发热一般不主张降温治疗;高热患者,特别是当体温超过 40°C 并伴惊厥、谵妄或高热伴休克、心功能不全以及中暑患者,应紧急降温,治疗方法可依据病情特点及条件选择。

(1)物理降温:①冷毛巾湿敷:浸过冷水的毛巾敷于额部、颈部及腹股沟部,每5~10分钟更换1次;②冰敷:用冰袋敷于前额、枕后、颈部、腋窝、腹股沟部等;③擦浴:可用 $32\sim 36^{\circ}\text{C}$ 温水或30%~50%乙醇擦浴;④体内降温:可应用冰等渗盐水行胃或直肠灌洗,用于中暑高热及中枢性高温的患者。

(2)药物降温:如物理降温无效或出现紧急情况时,应及时应用药物降温。一般常用解热镇痛药,但应注意用药禁忌证。如急重患者应用一般解热镇痛药无效时,可给予人工冬眠疗法。应用解热镇痛药应适量。剂量过大时,可因出汗过多、血压下降而诱发休克。对于老年、体弱患者及婴幼儿应减量给药。

3. 辅助治疗 加强护理,高热期患者应卧床休息,多饮水,适当补液,以维持水、电解质平衡,供给足够的能量。

4. 诊断性治疗 经过各种辅助检查仍未明确病因者,可慎重应用诊断性治疗,如抗感染、抗结核、抗风湿、抗肿瘤以及抗原虫等治疗,通过观察疗效以明确病因。

(潘 涛)

第二节 水 肿

人体组织细胞内及组织间隙有过多的液体潴留,导致组织肿胀的现象称为水肿(edema)。根据病因与发生机制不同,水肿分为全身性水肿与局限性水肿。液体在体内各组织间隙弥漫性分布时,称为全身性水肿;液体积聚于局部组织间隙内时,称为局限性水肿。正常情况下,血管内、外液体的平衡,依赖于血管内、外的静水压与胶体渗透压的平衡。血管内静水压增加及胶体渗透压下降,可使水分及小分子溶质由血管内移向血管外,从而引起水肿。

依据水肿的程度不同分为:①轻度水肿:眼睑及脚踝部水肿,指压后组织轻度凹陷,复平较快;②中度水肿:为全身疏松组织的可见性水肿,指压后组织明显凹陷,复平缓慢;③重度水肿:为全身组织的严重水肿,低部位皮肤紧张发亮,甚至有液体渗出,可伴有体腔内积液。

【病因】

(一)病理性因素

1. 全身性水肿

(1)心脏疾患:见于心功能不全、缩窄性心包炎、心包积液、心肌病等。其中以各种原因导致的心功能不全,尤其是右心功能不全为最多见。

(2)肾脏疾患:见于急、慢性肾小球肾炎、肾病综合征、慢性肾盂肾炎等。其中肾病综合征