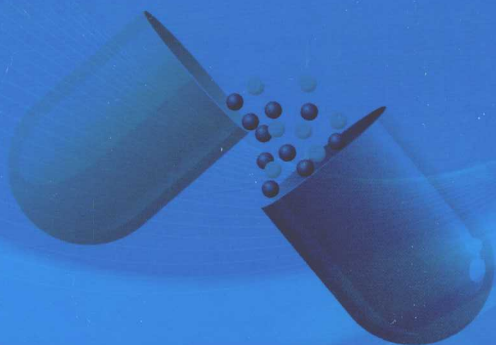


LIN CHUANG CHANG JIAN BING ZHENG ZHUANG
ZHEN DUAN YU ZHI LIAO

临床常见病症状 诊断与治疗

主 编 周玉萍 闫景新 杨根领 等



天津科学技术出版社

THE CHINESE EVIDENCE-BASED MEDICINE CLINICAL JOURNAL
CHINESE JOURNAL OF EBM

临床常见病症状 诊断与治疗

主编 王卫平 副主编 王卫平 王卫平



人民卫生出版社

临床常见病症状诊断与治疗

主编 周玉萍 闫景新 杨根领 等

天津科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床常见病症状诊断与治疗/周玉萍, 闫景新, 杨根领主编. —天津: 天津科学技术出版社, 2010. 8
ISBN 978 - 7 - 5308 - 5899 - 8

I. ①临… II. ①周…②闫…③杨… III. ①常见病—诊疗 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 151283 号

策划编辑: 郑东红

责任编辑: 张 跃

责任印制: 王 莹

天津科学技术出版社出版

出版人: 蔡 颢

天津市西康路 35 号 邮编 300051

电话 (022) 23332399(编辑室) 23332393(发行部)

网址: www.tjkjbs.com.cn

新华书店经销

泰安开发区成大印刷厂印刷

开本 850 × 1168 1/32 印张 13 字数 330 000

2010 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

定价: 28.50 元

主 编	周 玉 萍	闫 景 新	杨 根 领	杜 炳 会	陈 雪 梅
	刘 宪 荣	陈 春 英	田 宗 梅	王 利 东	薛 连 英
	刘 芳 英	崔 爱 军	陈 传 芝	朱 纬 国	陈 陈
副主编	姜 丽 芳	李 遵 清	张 秀 娟	高 晓 翠	丁 忠 爱
	丁 冬 红	刘 庆 梅	顾 秀 武	董 香 玉	谢 晓 燕
	王 春 红	张 岩 珍	李 苗 庆	翟 金 国	魏 春 香
编 委	靳 陆 平	郭 秀 珍	张 金 响	楚 平 华	宋 玉 成
	李 绍 敏	于 詹 来	陈 景 清	韩 凤 娟	任 巧 玲
	王 雪 茹	赵 万 利	李 玉 梅	孙 秀 宏	王 贵 山
	曹 中 昌	刘 茂 祥	卢 世 臣	陈 庆 霞	李 传 明
	刘 朝 军	李 玉 娥	李 荣 琴	李 赵 秋	张 陈 敏
	王 玉 革	闫 延 明	翟 爱 玲	魏 秋 菊	陈 艾 杰
	李 龙 飞	杜 尤 春	庞 传 勤	高 新 华	阮 玖 琼
	王 彬 贞		高 美 荣	张 玉 花	
	谢				

参编单位

山东省济宁市精神病防治院

济宁市传染病医院

济宁市第一人民医院

济宁市医学院附属医院

济宁市中医院

济宁市中区妇幼保健院

菏泽市第三人民医院

济宁学院附属中学

济宁市任城区中医院

济宁市嘉祥县中医院

山东省运河监狱职工医院

前 言

常见临床症状在现代医学中具有重要地位。它是临床工作者诊断疾病的基本条件,正确的防治来自于正确的诊断,而正确的诊断却依赖于临床症状学。熟练掌握和运用临床症状是提高诊断符合率和治愈率的前提,是减少漏诊和误诊的基础。掌握临床症状的多少和熟练程度是评价各级临床医务工作者的诊疗水平的一个重要方面。

随着医学的发展和我国医疗体制的改革,社区防治工作在现代医学中占据了首要地位。识别、辨认和治疗临床常见症状是各级临床医务工作者和社区防治工作者的基本技能。但目前有关常见临床症状的诊断和治疗的医学专著为数尚少。为适应当前我国医疗方针政策的推广和实际工作的需要,我们特组织了部分经验丰富的专家编写了《临床常见病症状诊断与治疗》一书。

本书共分10章,72节。其内容包括神经科、精神科、内科、外科四个临床学科。分别按病因与发生机理、临床表现、诊断与鉴别诊断和治疗指导四个方面予以阐述。参考了国内外有关医学资料,结合自身临床工作经验,以临床常见症状的诊疗为主线,力求做到内容新颖,重点突出,尽力反映出当代医学的新理论、新概念、新技术,同时又兼顾知识面的广度及临床实用性,使之成为各级临床医务工作者和全科医务工作者及社区防治工作中的参考用书。

限于作者编辑水平,加上临床医学理论内容广泛,书中不足之处敬请同道惠予指正。

编 者

2010年5月于山东·济宁

目 录

第一章 一般症状	1
第一节 发热.....	1
第二节 水肿.....	6
第三节 肥胖	14
第四节 消瘦	27
第五节 失水	34
第二章 神经系统	38
第一节 头痛	38
第二节 眩晕	43
第三节 抽搐与惊厥	50
第四节 颅内压增高	53
第五节 眼球震颤	57
第六节 眼球运动障碍	61
第七节 言语障碍	65
第八节 神经痛	72
第九节 瘫痪	76
第十节 肌肉萎缩	86
第十一节 共济失调	94
第十二节 不自主运动.....	104
第三章 精神疾病	110
第一节 意识障碍.....	110
第二节 感知觉障碍.....	118

第三节	思维障碍	122
第四节	情感障碍	139
第五节	注意障碍	147
第六节	记忆障碍	150
第七节	智能障碍	155
第八节	意志障碍	173
第九节	行为障碍	178
第十节	进食障碍	191
第十一节	睡眠障碍	197
第四章	消化系统	202
第一节	恶心呕吐	202
第二节	腹痛	206
第三节	腹泻	210
第四节	呕血	214
第五节	便血	218
第六节	便秘	222
第七节	黄疸	226
第八节	腹水	230
第九节	肝肿大	236
第十节	腹部肿块	242
第五章	呼吸系统	246
第一节	咳嗽咳痰	246
第二节	呼吸困难	250
第三节	咯血	254
第四节	胸痛	260
第五节	啰音	264
第六节	气胸	266
第六章	循环系统	272

第一节	心悸	272
第二节	心律失常	275
第三节	高血压	283
第四节	紫绀	293
第五节	休克	296
第七章	泌尿系统	302
第一节	蛋白尿	302
第二节	血尿	309
第三节	尿频、尿急与尿痛	314
第四节	尿失禁	319
第五节	排尿困难	322
第八章	造血系统	326
第一节	贫血	326
第二节	出血	333
第三节	脾肿大	337
第四节	淋巴结肿大	341
第五节	白细胞异常	345
第九章	内分泌系统	351
第一节	甲状腺肿	351
第二节	糖尿	355
第三节	血钾异常	368
第四节	血钠异常	375
第五节	血钙异常	381
第十章	临床常见病症状护理	389
第一节	发热	389
第二节	头痛	390
第三节	恶心呕吐	391
第四节	谵妄	393

第五节	失眠.....	396
第六节	焦虑抑郁.....	398
第七节	幻觉妄想.....	400
第八节	自杀.....	402

第一章 一般症状

第一节 发热

正常人的体温维持相对恒定,这是由于大脑皮层和丘脑下部体温调节中枢,通过神经和体液因素,调节产热和散热过程,维持两者处于动态平衡的结果。任何原因使产热多及/或散热少,动态平衡失常,体温超过正常的范围,即可认为发热。测量体温常以口温、肛温、腋温为标准。一般而言,当腋下温度超过 37°C 或口腔温度超过 37.5°C ,一昼夜体温波动在 1°C 以上可称为发热。发热根据体温升高的程度(以口腔温度为例)可分为低热 $37.5\sim 37.9^{\circ}\text{C}$,中等热 $38.0\sim 38.9^{\circ}\text{C}$,高热 $39.0\sim 40.9^{\circ}\text{C}$,超高热 41°C 以上四种。其热型可分为稽留热、弛张热、间歇热、不规则热等。

【病因】

在大多数情况下发热是人体防御疾病的一种保护性反应。应因其中枢神经系统发育不全,高热时易致惊厥、昏迷,甚至造成死亡。通过发热,机体代谢率增高使白细胞吞噬能力、机体免疫功能都有所增强。但体温过高,体质消耗,常有水、电解质失调。根据发生机理分为两类:

1. 致热原性发热

人体血液中,中性粒细胞和大单核白细胞受到某些刺激时,例如:细菌及其产物、内毒素、病毒、真菌、抗原-抗体复合物等的刺激,可产生和释放致热物质,作用于体温调节中枢引起发热。

2. 非致热原性发热

(1)产热过多:如癫痫持续状态、甲状腺机能亢进。

(2)散热减少:如广泛性皮炎。

(3)体温调节障碍:如中暑、中枢神经系统疾病等。

【发生机理】

发生机理主要是体温调节中枢的体温调定点上移。外致热原使体内产生内生致热原细胞的激活物(包括各种病原体、内毒素、抗原抗体复合物、淋巴因子、类固醇产物和一些炎性物质),进入人体后,通过各种不同途径激活产内生致热原细胞,使之产生并释放内生致热原(白细胞介素1、白细胞介素2、肿瘤坏死因子和干扰素等)。其致发热的机理尚未完全阐明。目前认为可能是通过某些生物活性物质,如前列腺素E(PGE)、单胺(去甲基肾上腺素、5-羟色胺)、环磷酸腺苷(cAMP)、钙/钠比值改变、内啡肽等作为中介,作用于体温调节中枢,使体温调定点上移。对体温重新调节,发出调节冲动,作用于交感神经引起皮肤血管收缩,散热减少。另一方面作用于运动神经引起骨骼肌的周期性收缩而发生寒战,使产热增加。因皮肤血管收缩使皮温下降,刺激了冷感受器向丘脑下部发出传入冲动,也参与寒战的发生。因此调节的结果是产热大于散热,以致体温升高,上升到与体温调定点相适应的新水平。关于内生致热原作用的部位,有学者认为在第三脑室壁的视上隐窝处,有一特殊部位为下丘脑终板血管器,内生致热原作用于巨噬细胞后,释放的介质作用于此处而引起发热。

非感染性发热如无菌性组织损伤(心肌梗死、肺栓塞、术后发热、胸腔积血等)变态反应、血型不合的输血、药物热、药物引起的结缔组织病等,致体温升高的机理主要为抗原抗体复合物对产生致热原细胞有特殊的激活作用,使之产生并释放内生致热原。恶性肿瘤引起发热,部分患者合并感染,单纯肿瘤而致发热者约近半数,多数学者认为由恶性肿瘤破坏的炎性病灶和肌瘤本身的免疫

反应所致。常见恶性组织细胞病、淋巴瘤、前列腺癌、肾癌、结肠癌、胰腺癌、肝癌、肺癌、多发性骨髓瘤等。由于产热散热异常引起的发热,产热大于散热者,有甲状腺危象、癫痫持续状态和嗜铬细胞瘤等。因散热减少所致者有阿托品中毒、大量失水、失血等。脑部有广泛慢性退行性病变或脑出血、流行性乙型脑炎等损害丘脑下部,可有超高热。交感神经受抑制,皮肤干而无汗,散热减少。

【临床表现】

一般可分为三个阶段:

1. 体温上升期

其特点为产热大于散热,体温可在数小时内升高或逐渐升高,临床表现为皮肤苍白,干燥无汗,“鸡皮疙瘩”及寒战。由于体温调节中枢兴奋性发生改变,使患者体表皮肤血管收缩,排汗少,散热也少。因寒冷的感觉反射性地引起竖毛肌收缩,并使肌肉群也发生收缩,而引起鸡皮疙瘩、寒战及皮肤苍白。

2. 高热期

其特点为产热和散热在较高水平上趋于平衡,体温维持在较高状态。患者体表皮肤血管由痉挛转为扩张,汗腺分泌增多,因此出现皮肤潮红且灼热,呼吸、心跳加快加强和出汗,神志不清、谵妄、小儿四肢抽搐等。

3. 退热期

其特点为散热增加而产热趋于正常,体温可逐渐下降或骤降。在体温下降时由于大量出汗,丧失大量的液体,年老体弱及心血管患者易出现血压下降,脉搏细速及四肢冰冷等虚脱或休克现象,因此应加以注意,必须立即给予及时的处理。不恰当地服用解热剂也可导致体温骤退而出现虚脱或休克症状,故给解热剂时应慎重。

【诊断方法】

1. 病史与体格检查

详细询问病史(包括流行病学资料),认真系统体格检查。如

起病缓急,发热期限与体温的高度和变化。畏寒多数提示感染,淋巴瘤、恶性组织细胞瘤等约 2/3 也有畏寒,说明畏寒并非感染性疾病所特有。有明显寒战则常见于严重的细菌感染(肺炎双球菌性肺炎、败血症、急性肾盂肾炎等)、疟疾、输血或输液反应等。如发热伴有神经系统症状,如剧烈头痛、呕吐。意识障碍及惊厥、脑膜刺激征等,则提示病变在中枢神经系统,应考虑脑炎、脑膜炎。结核病、伤寒、立克次体病与病毒感染少见。发热常伴有头昏、头晕、头痛、乏力、食欲减退等非特异症状,无鉴别诊断意义。但是定位的局部症状,有重要参考价值。老年患者有严重感染时,常有神志变化,而体温不一定很高值得注意。

2. 分析热型

(1)按温度高低(腋窝温度):分为低热型($<38^{\circ}\text{C}$)中热型($38\sim39^{\circ}\text{C}$)、高热型($39\sim40^{\circ}\text{C}$)、超高热型($>40^{\circ}\text{C}$)。

(2)按体温曲线形态分型:如稽留热、弛张热、间歇热、双峰热、消耗热、波状热、不规则热等。大多认为热型与病变性质有关。决定病变性质的因素为内生致热原产生的速度、量和释放入血的速度,均影响体温调定点上移的高度和速度。

3. 区别感染性发热与非感染性发热

(1)感染性发热:感染性发热多具有以下特点:①起病急伴有或无寒战的发热。②全身及定位症状和体征。③血象,白细胞计数高于 $1.2 \times 10^9/\text{L}$,或低于 $0.5 \times 10^9/\text{L}$ 。④四唑氮蓝试验(NBT),如中性粒细胞还原 NBT 超过 20%,提示有细菌性感染,有助于与病毒感染及非感染性发热的鉴别。(正常值 $<10\%$)应用激素后可呈假阴性。⑤中性粒细胞碱性磷酸酶积分增高:正常值为 $0\sim37$,增高愈高愈有利于细菌性感染的诊断,当除外妊娠、癌肿、恶性淋巴瘤者更有意义。应用激素后可使之升高或呈假阳性。⑥C 反应蛋白测定(CRP):阳性提示有细菌性感染及风湿热,阴性多为病毒感染。

(2)非感染性发热:非感染性发热具有下列特点:①热程长超过2个月,热程越长,可能性越大。②长期发热一般情况好,无明显中毒症状。③贫血、无痛性多部位淋巴结肿大、肝脾肿大。

4. 实验室和辅助检查

结合临床表现有选择地进行,并作分析判断。如血常规、尿常规、病原体检查(直接涂片、培养、特异性抗原抗体检测、分子生物学检测等)X线、B型超声、CT、MRI、ECT检查,组织活检(淋巴结、肝、皮肤黍膜)、骨髓穿刺等。

【治疗指导】

1. 病因治疗

高热病因确定后,针对病因给予治疗,如过敏则抗过敏治疗,细菌性感染则给抗生素等治疗。

2. 对症治疗

(1)发热:①物理降温:一般采用冷毛巾湿敷额部,5~10分钟交换1次。体温在39℃以上时,头部给予冰帽或冰枕,可帮助散热和防止脑细胞受损。体温在39.5℃可作酒精或温水擦浴。对于过高热(>41℃)尚可采用冰盐水保留灌肠,将患者置于冰水浴盆中或空调病房中,或用冰盐水洗胃,亦可静脉注射冰化葡萄糖生理盐水,可补充水分和热量,并能迅速降温;②药物降温:可口服或肌注解热镇痛药,如乙酰水杨酸;中药大青叶、柴胡注射液或连翘、金银花、板蓝根、黄芩配甘草用水煎服等。若感染或结核病灶引起的发热,则在有效抗生素或抗结核治疗下,同时应用肾上腺皮质激素治疗,有明显解热效果。对于过高热伴惊厥、谵妄者可行冬眠疗法,按病情可采用冬眠Ⅰ号(氯丙嗪50mg、异丙嗪50mg、杜冷丁100mg、5%葡萄糖液250mL)、冬眠Ⅱ号(杜冷丁100mg、异丙嗪50mg、氢麦角碱0.6~0.9mg、5%葡萄糖液250mL)、或冬眠Ⅲ号(普鲁卡因3~5g、司巴丁0.2~0.3mg、硫酸镁6g、生理盐水1500mL)静滴。

(2)脑水肿:若因发热引起脑水肿,在积极治疗原发病的同时,可用20%的甘露醇250mL加地塞米松5~10mg快速静滴,有利于降低体温和减轻脑水肿,或用20%甘露醇250mL与50%葡萄糖注射液80mL交替静滴,6h交替1次,或用速尿40~100mg静推,还可使用其他脱水药,如山梨醇等。

(3)惊厥:高热惊厥或谵妄者,可酌情应用镇静剂,如苯巴比妥0.1~0.2g肌注;地西洋10mg肌注或静注;10%的水合氯醛20mL保留灌肠。

(4)心衰:西地兰0.4~0.6mg加入25%葡萄糖20~40mL静推。

(陈春英)

第二节 水 肿

过多的体液在组织间隙或体腔中积聚称为水肿(edema)。正常体腔中只有少量液体,若体腔中体液积聚则称为积水(hydrops),如腹腔积水(腹水)、胸腔积水(胸水)、心包积水、脑室积水、阴囊积水等。水肿液一般即是组织间液,根据水肿液含蛋白质的量的不同,可将水肿液分为渗出液(exudat),其相对密度 >1.018 ,及漏出液(transudat),其相对密度 <1.015 。

【病因】

水肿按分布范围可分为全身性水肿(ana-sarca)和局部水肿(local edema)。水肿常按其原因而命名,如心源性水肿、肝源性水肿、肾源性水肿、淋巴性水肿、炎症性水肿等等。

1. 全身性水肿

(1)心脏性:风湿病、高血压病、梅毒等各种病因及瓣膜、心肌等各种病变引起的充血性心力衰竭,缩窄性心包炎等。

(2)肾脏性:急性肾小球肾炎、慢性肾小球肾炎、肾病综合征、