

全国普通高等教育中医药类规划（辅助）教材



内科诊疗教程

主编 孙颖立 戴万亨

浙江科学技术出版社（供中医类专业用）

全国普通高等教育中医药类规划(辅助)教材

内科诊疗教程

(供中医类专业用)

主 编 孙颖立 戴万亨

副主编 张海洲 张永涛 叶世益 马琼英 刘 萍

编 委 (按姓氏笔画排列)

于 莹	马琼英	王民英	毛 威	叶世益
司秋菊	孙颖立	刘 玲	刘 萍	刘钧超
李应东	李 楠	陆 锋	张永涛	张贵元
张海洲	杨 靖	周 萸	胡运莲	龚向京
魏学琴	魏道武	戴万亨		

浙江科学技术出版社

室

2007年5月18日

图书在版编目(CIP)数据

内科诊疗教程/孙颖立,戴万亨主编。-杭州:浙江
科学技术出版社,2000.6

ISBN 7-5341-1446-2

I. 内… II. ①孙…②戴… III. 内科学-医学院
校-教材 IV. R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 29299 号

全国普通高等教育中医药类规划(辅助)教材

内科诊疗教程

(供中医类专业用)

主 编	孙颖立 戴万亨
责任编辑	马一鸣 呼延华
装帧设计	海 凝
出 版	浙江科学技术出版社
地 址	杭州市体育场路 347 号
印 刷	千岛湖环球印务有限公司
发 行	浙江省新华书店
开 本	787×1092 1/16
印 张	22
出版日期	2000 年 6 月第 1 版 2000 年 6 月第 1 次印刷
书 号	ISBN 7-5341-1446-2/R·231
定 价	24.80 元



《内科诊疗教程》是全国高等中医院校规划教材《内科学》(六版)的配套教材,是为满足学生对内科疾病诊断及治疗临床需要而编写的。它弥补了六版《内科学》因教学时数所限包涵病种少、内容较简单、西医诊断标准及治疗措施阐述不够详细等不足,是一本实用性很强的临床教科书。

本书共分三篇。第一篇常见症状,阐述了内科常见17个症状的诊断思路和方法。第二篇常见疾病诊断与处理,包括传染病、呼吸系统疾病、循环系统疾病、消化系统疾病、泌尿系统疾病、血液系统疾病、内分泌及代谢疾病、风湿性疾病、神经系统疾病、理化因素所致的疾病和急重症抢救共十一章,81个病种。第三篇常用诊疗技术,重点阐述了各种诊疗技术的适应证和注意事项,包括常用穿刺技术、纤维内镜检查、插管术及洗胃术、氧疗及呼吸机使用、起搏与复律、血液净化疗法等。本书另附有内科考试题及题解,供各类学生复习使用。

本教材的特点是:突出内科常见疾病的西医诊断方法与治疗措施,不仅病种较六版教材增多,而且内容也更为丰富、详尽,实用性强。有关疾病的诊断标准与治疗方法力求简洁、新颖,对内科常见病的中医辨证施治及方药也做了简单介绍。本书编入的内科考试试题选自全国十所高等中医院校考试题库,覆盖面广,题型多样,可供学生复习及自我测试。本教材不仅适用于高等中医院校师生临床教学,对初、中级内科医师、成人高考及自学高考学生也是一本很好的参考书。

参加本书编写的有北京中医药大学、成都中医药大学、南京中医药大学、浙江中医学院、湖北中医学院、甘肃中医学院、辽宁中医学院、江西中医学院、河北医科大学中医学院和广西中医学院十所院校。各参加编写院校的领导和本书的编写工作给予了大力支持,在此表示感谢。

本书不当之处,希望各院校广大师生提出宝贵意见,以供修正。

编者

2000年5月18日

目 录

第一篇 常见症状	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 意识障碍	(3)
第三节 头痛	(7)
第四节 水肿	(9)
第五节 皮肤及粘膜出血	(11)
第六节 呼吸困难	(13)
第七节 咳嗽与咳痰	(16)
第八节 咯血	(17)
第九节 胸痛	(19)
第十节 心悸	(21)
第十一节 恶心与呕吐	(23)
第十二节 呕血	(25)
第十三节 便血	(27)
第十四节 腹痛	(29)
第十五节 腹泻	(32)
第十六节 黄疸	(34)
第十七节 血尿	(37)
第二篇 常见疾病诊断与处理	(41)
第一章 传染病	(41)
第一节 伤寒与副伤寒	(41)
第二节 细菌性痢疾	(43)
第三节 霍乱	(46)
第四节 病毒性肝炎	(48)
第五节 流行性脑脊髓膜炎	(52)
第六节 流行性乙型脑炎	(55)
第七节 疟疾	(56)
第八节 钩端螺旋体病	(58)
第九节 血吸虫病	(60)
第十节 流行性出血热	(61)
第二章 呼吸系统疾病	(65)
第一节 急性气管-支气管炎	(65)
第二节 慢性支气管炎	(66)

第三节	支气管哮喘	(67)
第四节	阻塞性肺气肿	(71)
第五节	慢性肺源性心脏病	(72)
第六节	肺炎	(75)
第七节	肺结核	(77)
第八节	胸膜炎	(80)
第九节	气胸	(81)
第十节	原发性支气管癌	(83)
第三章	循环系统疾病	(85)
第一节	慢性充血性心力衰竭	(85)
第二节	心律失常	(87)
第三节	原发性高血压	(102)
第四节	心绞痛	(106)
第五节	急性心肌梗死	(107)
第六节	风湿热	(110)
第七节	慢性心脏瓣膜病	(112)
第八节	感染性心内膜炎	(118)
第九节	心肌病	(121)
第十节	病毒性心肌炎	(125)
第十一节	心包炎	(127)
第四章	消化系统疾病	(131)
第一节	急性糜烂出血性胃炎	(131)
第二节	慢性胃炎	(132)
第三节	消化性溃疡	(133)
第四节	胃癌	(135)
第五节	肠结核	(136)
第六节	溃疡性结肠炎	(138)
第七节	肝硬化	(140)
第八节	原发性肝癌	(143)
第九节	肝性脑病	(145)
第十节	急性胰腺炎	(146)
第十一节	结核性腹膜炎	(147)
第十二节	急性上消化道大出血	(149)
第五章	泌尿系统疾病	(152)
第一节	急性肾小球肾炎	(152)
第二节	慢性肾小球肾炎	(154)
第三节	肾病综合征	(157)
第四节	尿路感染	(160)
第五节	慢性肾功能衰竭	(162)
第六章	血液系统疾病	(167)

第一节 缺铁性贫血	(167)
第二节 巨幼红细胞性贫血	(168)
第三节 再生障碍性贫血	(169)
第四节 自身免疫性溶血性贫血	(171)
第五节 阵发性睡眠性血红蛋白尿	(173)
第六节 白细胞减少症和粒细胞缺乏症	(174)
第七节 急性白血病	(176)
第八节 慢性粒细胞性白血病	(179)
第九节 骨髓增生异常综合征	(181)
第十节 淋巴瘤	(182)
第十一节 多发性骨髓瘤	(184)
第十二节 过敏性紫癜	(186)
第十三节 特发性血小板减少性紫癜	(188)
第十四节 弥散性血管内凝血	(189)
第十五节 输血和输血反应	(191)
第七章 内分泌与代谢疾病	(194)
第一节 甲状腺功能亢进症	(194)
第二节 糖尿病	(195)
第三节 水、电解质与酸碱平衡失调	(200)
第八章 风湿性疾病	(212)
第一节 类风湿性关节炎	(212)
第二节 系统性红斑狼疮	(214)
第九章 神经系统疾病	(219)
第一节 癫痫	(219)
第二节 急性脑血管疾病	(221)
第三节 急性多发性神经根神经炎	(226)
第十章 理化因素所致疾病	(228)
第一节 有机磷农药中毒	(228)
第二节 急性一氧化碳中毒	(230)
第三节 镇静催眠药物中毒	(231)
第四节 中暑	(233)
第十一章 内科急重症	(235)
第一节 呼吸衰竭	(235)
第二节 急性肺水肿	(239)
第三节 心脏骤停与复苏	(240)
第四节 急性肾功能衰竭	(242)
第五节 多系统脏器衰竭	(245)
第六节 休克	(248)
第三篇 常用诊疗技术	(255)
第一章 常用穿刺技术	(255)

第一节 胸腔穿刺术	(255)
第二节 腹腔穿刺术	(256)
第三节 腰椎穿刺术	(256)
第四节 骨髓穿刺术	(257)
第五节 心包穿刺术	(258)
第六节 肝脏穿刺术	(258)
第七节 肾脏穿刺术	(259)
第二章 纤维内镜检查	(261)
第一节 上消化道内镜检查	(261)
第二节 腹腔镜检查	(264)
第三节 下消化道内镜检查	(264)
第四节 纤维支气管镜检查	(265)
第五节 膀胱镜检查	(266)
第三章 插管术及洗胃术	(268)
第一节 气管插管术	(268)
第二节 三腔两囊管的使用	(269)
第三节 洗胃术	(270)
第四章 氧疗及呼吸机的使用	(272)
第一节 氧疗	(272)
第二节 呼吸机的使用	(273)
第五章 起搏与复律	(275)
第一节 人工心脏起搏	(275)
第二节 心脏电复律	(277)
第六章 血液净化疗法	(279)
附录一 临床检验参考值	(284)
附录二 内科考试试题及答案	(292)

第一篇 常见症状

第一节 发热

正常人有相对恒定的体温。发热是指病理性的体温升高，是人体对于致病因子的一种全身反应。按发热程度的不同，临床上可分为低热（体温 $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$ ）、中等度发热（体温 $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ ）、高热（体温 $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$ ）和超高热（体温 41°C 以上）。

【病因】

引起发热的病因很多，一般分为感染性和非感染性两大类。

（一）感染性发热

由各种病原体所致，不论急性与慢性、全身性与局限性感染均可引起发热。

（二）非感染性发热

1. 坏死物质的吸收：如大面积烧伤、大手术后、急性心肌梗死、肢体坏死、急性白血病、癌症、急性溶血等。
2. 变态反应：如血清病、药物热、风湿热以及系统性红斑狼疮等。
3. 内分泌、代谢障碍：如甲亢、大量脱水等。
4. 体温调节中枢功能失常：如中暑、药物中毒、颅脑外伤、脑出血等。
5. 神经官能症：常表现低热，诊断时须排除上述疾病后才能确诊。

【诊断思路】

发热的诊断很复杂，需根据以下几点综合分析：

（一）病史

详细询问病史可为发热的诊断与鉴别诊断提供重要线索，如发病地区及季节对传染病与寄生虫病特别重要；血吸虫病、黑热病等有严格的地区性；斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎、白喉等流行于冬、春季，伤寒、乙型脑炎则流行于夏、秋季。预防接种史、急慢性传染病接触史、药物及毒物接触史等均很重要。

（二）临床特点

1. 热型：发热的热型对病因诊断很有意义。

（1）稽留热：高热持续于 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 之间达数天或数周，24 小时体温波动在 1°C 以内，可见于大叶性肺炎、伤寒等。

（2）弛张热：高热达 39°C ，24 小时体温波动超过 2°C ，可见于结核病、败血症、风湿热及脓毒血症等。

（3）间歇热：发热期与无热期交替出现，可见于疟疾、肾盂肾炎、回归热、淋巴瘤、布氏杆菌病等。

（4）不规则热：可见于风湿热、流感、支气管肺炎、肺结核及癌性发热等。

临床上由于使用退热药物以及个体差异、年老体弱等因素均可使热型不典型，故考虑诊断时需综合分析。

2. 伴随症状:

(1) 寒战: 发热伴寒战常见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、钩端螺旋体病、疟疾等。

(2) 结膜充血: 常见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病等。

(3) 口唇疱疹: 可见于风疹、斑疹伤寒、伤寒、大叶性肺炎、疟疾等。

(4) 出血现象: 可见于流行性出血热、斑疹伤寒、败血症、急性与亚急性细菌性心内膜炎、钩端螺旋体病、急性白血病、急性再生障碍性贫血等。

(5) 淋巴结肿大: 可见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结结核、局限性化脓性感染、白血病、淋巴瘤等。

(6) 肝、脾肿大: 可见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、胆道感染、布氏杆菌病、疟疾、黑热病、急性血吸虫病、结缔组织病、白血病、淋巴瘤等。

(7) 关节肿痛: 可见于败血症、猩红热、布氏杆菌病、结核病、风湿热、结缔组织病等。

(8) 意识障碍: 可见于乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、中毒型菌痢、脑型疟疾、中暑、脑出血等。

(三) 实验室及其他检查

1. 血象:

(1) 白细胞总数: 发热时白细胞总数增多见于化脓性细菌性感染、风湿热、白血病及类白血病反应等。大多数病毒感染无白细胞增多, 甚至减少, 这种现象也可见于某些细菌感染(伤寒、副伤寒、波状热、结核病的某种类型)和某些原虫感染(黑热病、疟疾)。急性再生障碍性贫血及某些急性白血病时白细胞不增多反而减少。

(2) 中性粒细胞核左移与中毒性变化: 周围血液中杆状核增多并可出现晚幼粒、中幼粒、早幼粒等细胞称为核左移, 常见于各种病原体所致的感染, 特别是急性化脓性感染, 核左移程度与感染的严重程度以及机体反应能力有关, 如白细胞总数及中性粒细胞百分率增高但无核左移表示感染较轻, 患者抵抗力较强; 如核左移明显表示感染严重。

中性粒细胞的中毒性变化表现为细胞核固缩、变性, 胞浆颗粒变粗、染色较深(中毒性颗粒), 胞浆内出现空泡等。可见于严重的细菌性感染、中毒、恶性肿瘤等。

(3) 嗜酸性粒细胞: 发热伴有明显的嗜酸性粒细胞增多见于急性血吸虫病、丝虫病、过敏性肺炎、热带嗜酸粒细胞增多症以及寄生虫感染等; 嗜酸粒细胞减少或消失对伤寒的诊断很有意义。

(4) 淋巴细胞计数: 绝对性淋巴细胞增多见于传染性单核细胞增多症(可见异型淋巴细胞)、传染性淋巴细胞增多症、百日咳等; 相对性淋巴细胞增多见于某些病毒性感染、伤寒、副伤寒、粒细胞缺乏症、再生障碍性贫血等。

(5) 周围血象出现较多的幼稚白细胞: 可见于白血病、类白血病反应。

(6) 红细胞及血小板计数: 若明显减少可见于急性白血病、再生障碍性贫血、恶性组织细胞病等。

(7) 病原体检查: 微丝蚴、疟原虫、黑热病原虫、回归热螺旋体、钩端螺旋体等均可从血液中直接检出而确诊。

(8) 红斑狼疮细胞: 对诊断系统性红斑狼疮意义很大。

2. 血液或骨髓培养: 原因不明的发热而具有感染性血象者是血或骨髓培养的指征, 尤其对败血症、伤寒与副伤寒、波状热、细菌性心内膜炎等疾病的病因诊断有决定性意义。

3. 尿、粪便检查：常规检查及细菌培养对急性肾盂肾炎、急性细菌性痢疾等病可以确诊。
4. 血沉检查：病理性血沉加速最常见于炎症、结缔组织病、恶性肿瘤、中毒、严重肝脏疾病以及贫血等。血沉对风湿热与结核病的诊断及估计活动程度意义较大。
5. 免疫及血清学检查：对某些感染性疾病及结缔组织病等有重要诊断意义。如病毒性肝炎的免疫学检查、伤寒血清凝集试验（肥达反应）、斑疹伤寒血清反应（外-斐反应）、嗜异性凝集试验（对传染性单核细胞增多症有诊断意义）、抗链球菌溶血素“O”测定、抗核抗体检查等。
6. 骨髓象检查：对白血病、再生障碍性贫血、恶性组织细胞病等有决定性诊断意义。
7. 淋巴结活检：对发热伴有淋巴结肿大者有诊断意义。
8. 其他：如X线检查、超声波、心电图等检查均为发热待查的常规检查，结核菌素试验对活动性结核有一定的诊断意义。

【处理要点】

1. 低热患者一般不必采取退热措施。
2. 诊断前最好不用或慎用退热药物，尤其不可滥用肾上腺皮质激素，以免掩盖症状，贻误诊断及治疗。
3. 高热患者需采取必要的退热措施，一般主张物理降温，如酒精擦浴、冰袋冷敷等。药物降温如阿司匹林、吲哚美辛栓、柴胡注射液等应从小剂量开始，尤其年老体弱者应慎用，防止出汗过多，造成虚脱或休克。
4. 高热病人应静脉输液，一般24小时最少2000ml，液体可选用5%葡萄糖盐水、10%葡萄糖液、林格液等，不能进食者要注意补钾，防止水、电解质平衡紊乱。严密观察病情变化，测体温、血压、脉搏、呼吸，必要时每1~2小时检测1次。
5. 发热的病因诊断有时较为困难，如经各种检查仍未能找到病因者，或由于条件所限无法进行有关项目的检查，必要时可根据临床高度怀疑的疾病予以相应的治疗并观察疗效，予以诊断。用于诊断性的药物有抗菌药物、抗风湿药物、抗结核药物、抗原虫药物等。在治疗过程中，应密切观察病情变化，以防延误病情。

第二节 意识障碍

意识是大脑高级功能活动的综合表现，包括觉醒状态与意识内容两个方面。人们的觉醒状态是上行激活系统（意识“开关”系统）的功能，涉及经典的感觉传导通路（特异性上行投射系统）、脑干网状结构（非特异性上行投射系统）。意识“开关”系统激活大脑皮质并使之维持一定水平的兴奋性则达到觉醒状态，进而产生意识内容。意识内容包括思维、记忆、定向力、感觉、情感以及对内外环境的认识。当大脑皮质和（或）脑干损害时可产生不同程度的意识障碍（觉醒障碍、意识内容障碍）。

【病因】

（一）颅脑疾患

1. 中枢神经系统感染：如各种脑炎、脑膜炎、脑脓肿、脑型疟、脑包囊虫病。
2. 颅脑非感染性疾病：①脑血管病，如脑出血、脑血栓、高血压脑病；②颅内占位性疾病，如脑部肿瘤、脑内血肿；③颅脑损伤，如脑震荡、脑挫裂伤、颅骨骨折；④癫痫等。

（二）全身性疾病

颅外疾病影响到代谢而出现继发性脑损害者称为继发性代谢性脑病，常无局限性神经体征和脑膜刺激征，轻则意识内容减少（如定向障碍），重则昏迷。可见于：①急性重症感染，如中毒性菌痢、中毒性肺炎；②内分泌与代谢障碍，如尿毒症、肝性脑病、肺性脑病、甲状腺功能减退、甲状腺危象、严重脱水、酸中毒、酮中毒、低血糖、重度营养不良；③外源性中毒，如一氧化碳、酒精、巴比妥、地西洋（安定）、有机磷农药、砷、氰化物中毒；④物理性与缺氧性损害，如窒息、溺水、电击；⑤心血管病，如心脏骤停、严重心律失常（阿-斯综合征）。

【诊断思路】

（一）病因诊断

颅内外的多种病变可致意识障碍，应通过直接对话或询问陪送者了解有关情况，以便提供诊断线索。当室内有炉火、煤气而通风不良时，可引起一氧化碳中毒；饮酒、喷洒农药及服用巴比妥、砷剂、氰化物等可引起外源性中毒。严重感染、休克、心脏骤停与严重肝肾病变均可引发内源性中毒，导致意识障碍。

（二）临床特点

1. 意识障碍的程度：常见三个类型：①觉醒障碍，如嗜睡、昏睡、昏迷；②意识内容障碍，如谵妄、醒状昏迷（去皮质综合征、无动性缄默症、植物人）；③意识模糊。一般分为五个临床类型。

（1）嗜睡：即病理性倦睡，陷入持续的睡眠状态，可被唤醒，并能正确回答问题或作出反应，但当刺激停止后很快入睡。

（2）意识模糊：即意识混浊或朦胧，表现为觉醒与意识的轻度障碍。常有简单的精神活动，但定向障碍，对时间、地点、人物的定向能力不佳，多见于重症感染、高热，有时则被忽视。

（3）昏睡：处于熟睡状态，不易唤醒，强刺激（压迫眶上切迹）可被唤醒，但答话含糊、简短、易错，且迅速入睡。

（4）昏迷：严重意识障碍，脑功能高度抑制，随意运动丧失。可分为浅、深或轻重两型。浅昏迷，尚有痛觉和生理反射；深昏迷，反射消失，对外界刺激无反应。不可逆性昏迷或过度昏迷即脑死亡，意味着生命的终止。

（5）谵妄：以兴奋性增高为主的急性脑功能失调，表现为意识模糊、定向障碍、感觉错乱（幻觉、错觉）、躁动不安、多语而杂乱，常见于高热、药物中毒（阿托品、酒精中毒）、代谢障碍（肝性脑病、尿毒症）、严重心脑血管疾病（肺性脑病）。

2. 意识状态的评定：主要通过详细询问病史、系统体检（神经系统检查为重点）和辅助检查（脑电图等）进行综合判断，尤其应重视睁眼、运动、言语、瞳孔反射、呼吸等生理反应状况。常用压眶试验（压迫眶上切迹）观察痛觉反应来判断昏迷深浅。现用格拉斯哥（Glasgow）昏迷评定标准，主要是依据睁眼动作、言语反应、运动反应，最高分是15分，最低分是3分，分数低者意识障碍重。如各种刺激均无睁眼动作（1分）、无言语反应（1分）、无运动反应（1分），共3分，为最严重意识障碍或脑死亡，7分以下为昏迷。记分高者意识障碍轻，预后亦较好。

3. 伴随症状：伴随症状具有鉴别诊断意义。①先发热后有意识障碍者多见于急性中枢神经系统感染（脑炎、脑膜炎）或其他感染（伤寒、中毒性菌痢、休克型肺炎）、代谢内分泌障

碍（如甲状腺危象）、药物中毒（如阿托品）。②先有意识障碍后有体温升高，见于中风（如脑出血）、药物中毒（如巴比妥类）。③意识障碍伴有呼吸异常，如潮式呼吸并带有尿味，提示尿毒症；呼吸深大并有烂苹果味，提示糖尿病酮症酸中毒；呼气带有肝臭味见于肝昏迷；呼气带有大蒜味见于有机磷农药中毒。④意识障碍伴有血压异常，如伴有高血压见于高血压脑病、高血压危象、急性脑血管病、颅内压升高；伴有低血压者可见于严重出血、感染、心衰等原因所致的休克。⑤伴有皮疹，见于发疹性传染病、流脑、败血症等。⑥伴有黄疸，多见于肝胆疾患、溶血危象、某些传染病（如钩端螺旋体病）。⑦伴有瞳孔改变，如吗啡、巴比妥类、有机磷中毒时瞳孔缩小；阿托品、乌头碱、乙醇、氰化物中毒，或癫痫、低血糖时瞳孔扩大；双侧瞳孔不等大或忽大忽小见于颅脑外伤、脑炎、脑膜炎、中风等疾病引起的颅内压过高或脑疝。

4. 注意排除类似的精神神经疾患：后者表现为对刺激缺乏反应，貌似意识障碍，如精神抑制状态、精神病性木僵、闭锁综合征等。

（1）精神抑制状态：突然屏气或呼吸急促、双目紧闭、肢体乱动或伸直，对外界刺激无反应，常见于癔病或严重精神创伤之后，女性多见。

（2）木僵：或称为精神病性木僵，不动、不语、不食，肢体蜡样僵直，对刺激无反应，常伴有流涎、尿潴留等自主神经功能紊乱表现。见于精神分裂症。

（3）闭锁综合征：不动、不语，靠眼睑睁闭和眼球垂直运动表达思想。见于脑桥基底部肿瘤或血管病，因大脑与脑干网状激活系统无损，故无明显意识障碍。

（三）实验室检查与其他检查

1. 实验室检查：

（1）血、尿、粪一般检查：可寻找病因并进行鉴别诊断，如中性粒细胞增高、核左移、形态改变常见于感染。

（2）血生化检测：如电解质、血糖、血尿素氮、肌酐、二氧化碳结合力、血清酶、血氨、肝肾功能等项目有助于判断器官功能和机体内环境。

（3）细胞学和血清学检测：其结果常揭示病因所在。

（4）脑脊液检查：对中枢性神经系统感染具有重要意义，但在颅内高压时应在脱水治疗后腰穿。

（5）其他检查：如血气分析对呼吸衰竭和其他危重症有价值；煤气中毒时检测碳氧血红蛋白；酮中毒时检测血清酮体，均有诊断意义。

2. 其他检查：

影像诊断应用日益广泛，包括X线诊断、CT、磁共振（MRI）、超声诊断（经颅多普勒超声）与放射性核素显像技术。心电图（包括心室晚电位、高频心电图）、肺功能、急诊内镜检查等用于心肺疾患与其他严重器官损害的诊断。

【处理要点】

意识障碍病因多端，脑内与全身性改变复杂，故不应执一招一法，而宜采用综合治疗措施，主要是一般处理、对症处理、病因治疗以及恢复期的改善脑代谢措施。

（一）一般处理

1. 密切观察，特殊护理：常将患者安置于备有抢救设施的重症监护室，以便加强临床观察，及时抢救。

2. 体位适宜，头偏一侧：常取仰卧位或侧卧位，头面偏向一侧，便于口鼻分泌物、呕吐

物引流，防止窒息或吸入性肺炎。

3. 防治感染，褥疮护理：意识障碍者常取被动体位或强迫体位，易引起局部压迫缺血性损伤或感染，故要求床褥平整、清洁，每2~4小时翻身1次，骨突受压处酌用气圈或海绵垫，并适当按摩，外用促进血液循环的药物。

4. 保持气道、二便通畅：深昏迷者易发生舌后坠或痰阻，应注意体位，及时吸痰，注意口腔卫生；排便困难者给予相应处理，必要时导尿、膀胱冲洗、服用缓泻剂或灌肠。

5. 补充液体与营养：不能进食者可插管鼻饲，禁食者经静脉补充液体、电解质和营养物质，以满足生理需要，维持酸碱平衡。病情好转后，及时给予高蛋白、高维生素且易消化的流质饮食。

（二）对症处理

1. 降低颅内压：对颅内高压综合征宜用高渗脱水剂（甘露醇、甘油）、利尿剂（呋塞米、依他尼酸）或肾上腺糖皮质激素。注意随病情变化而调整给药频度，并防治副作用。

2. 给氧：脑功能障碍时常有缺氧性损害，故应及时给氧，一般用鼻塞或鼻管法给氧，也可用面罩吸氧，危重者酌用呼吸机。

3. 抗抽搐：抽搐、惊厥常见于重度意识障碍者，其可增加能耗、加重缺氧和脑损伤，故常用抗抽搐药物、镇静剂或抗精神病药物，如苯二氮草类、苯巴比妥、苯妥英钠、丙戊酸钠。最常用地西泮、硝西泮或氯硝西泮静脉推注。

4. 其他：调节水、电解质与酸碱平衡，调整血压，改善微循环，抑制细胞与炎性因子（如肿瘤坏死因子、白三烯）的释放，增强心、肺功能，处理消化道出血、肝肾衰竭、中枢性发热或继发感染等并发症。

（三）病因治疗

查明基本病因与诱因后应立即给予正确处理，如有颅内占位性病变、颅脑外伤、血肿者应早期行开颅手术；中枢神经系统感染应选用有效药物，细菌、螺旋体感染宜选用敏感的抗生素，对新型隐球菌脑膜炎常选用两性霉素B、5-氟胞嘧啶；对脑型血吸虫、脑包囊虫者给予吡喹酮；对甲状腺危象者给予抗甲状腺药物；对安眠药、抗精神病药、有机磷农药中毒和肝肾功能衰竭者应及时排除外源性或内源性毒物，维持重要脏器的生理功能，血液净化疗法具有一定疗效。

（四）脑营养代谢促进剂

本品旨在改善脑代谢，恢复脑功能，减少后遗症。常用药有：①胞二磷胆碱（尼可林）：为核苷衍生物，可增强脑干网状结构功能，改善意识状态；兴奋锥体系，有助于恢复受损的运动功能；增加脑血流量，改善脑代谢。常用量为1g加入10%葡萄糖液内静脉滴注，可长期使用。②脑复新（吡硫醇）：此为维生素B₆衍生物，易通过血脑屏障，促进脑细胞摄取葡萄糖和糖代谢，并增加脑血流量（特别是代谢率高的灰质），从而增加脑的抗缺氧能力，利于受损脑细胞的修复。常用量为0.5~1.0g加入10%葡萄糖液中静脉滴注，每天1次，连用3周，休息1周后再开始下一个疗程，可长期使用。③其他：改善脑营养代谢的药物还有ATP、辅酶A、维生素B族、维生素E、脑复康（吡乙酰胺）、谷氨酸、γ-氨基酪酸（GABA）、乙酰谷酰胺、克脑迷、氯酯醒、回苏灵等。清除自由基、减轻过氧化损害的药物也有利于脑功能的恢复，目前试用甘露醇、苯巴比妥、苯妥英钠、糖皮质激素、延胡索酸尼唑芬诺、活血素（二氢麦角隐停A）、甲苄咪唑（麻醉剂）等药物。

第三节 头痛

头痛系指眼眉以上至枕下部的疼痛,包括额、顶、颞及枕部疼痛。各种原因刺激头部致痛结构均可招致头痛,颅外的致痛结构如头皮、肌肉、帽状腱膜、骨膜、血管、硬脑膜、脑神经(尤其是第Ⅴ、Ⅹ、Ⅹ对)、颈神经($C_1 \sim C_3$ 脊神经分支),也包括颅内外血管周围的交感神经($C_3 \sim T_3$)。以上组织受到牵引、移位、压迫、外伤或炎症刺激均可发生相应区域的不同性质的头痛。血管源性头痛最为常见,颅内外血管的痛觉多由三叉神经的细小无髓鞘纤维传导,后者遇刺激则释放P物质、肽管活动肠道多肽、降钙素基因相关肽等物质,使血管扩张、血管壁通透性增加,从而导致血中致痛物质(如前列腺素、组胺、钾离子、5-羟色胺等)刺激神经末梢,引发头痛。

【病因】

(一) 颅内疾患

1. 感染:如脑炎、脑膜炎。
2. 血管病变:如脑出血、蛛网膜下腔出血、脑供血不足、脑梗塞、高血压脑病、脑动脉瘤或血管畸形。
3. 占位性病变:如脑部肿瘤、脑寄生虫病、中枢神经系统白血病。
4. 其他:如脑外伤、血管性头痛性、癫痫与高级神经活动障碍等。

(二) 颅外病变

1. 颅骨肿瘤、炎症或外伤。
2. 神经痛:如三叉神经、舌咽神经、颈神经痛。
3. 眼、耳、鼻与牙齿病变。
4. 其他:如颈椎病、头颈肌肉痉挛或炎症。

(三) 全身性疾病

- (1) 急性感染:如流行性感冒、肺炎、钩端螺旋体病。
- (2) 中毒:如铅、酒精、一氧化碳、有机磷、颠茄等中毒。
- (3) 其他:如中暑、尿毒症、低血糖、贫血、肺性脑病、月经期头痛。

【诊断思路】

(一) 病因诊断

详问病史,寻找病因,并注意辨别功能性抑或器质性头痛。问诊重在头痛特点与伴随症状,尤其是头痛部位、时间、性质、程度、发生速度与影响因素;伴随症状具有鉴别诊断意义,例如头痛伴有发热、呕吐、意识障碍常提示颅内感染。

(二) 临床特点

头痛类型繁多,各具特征,常见临床类型分述如下。

1. 血管性头痛:此为发作性神经-血管功能障碍所致,故又称为血管神经性头痛,常见各种偏头痛、丛集性头痛,表现为突发剧痛、自行或药物缓解、反复发作等特征。

- (1) 典型偏头痛:好发于青春期女性,常于月经前或行经期发作,具有周期性。临床发作可分为四期:①前驱期:与5-羟色胺(5-HT)、单胺氧化酶(MAO)、前列腺素、雌激素等血清物质异常有关,发作时颅脑血管先收缩后扩张,有闪光幻觉,可伴眩晕、口唇麻木;②头痛前期(先兆期):发生搏动性头痛、单侧视觉障碍;③头痛极期:头痛甚剧,可伴恶心呕

吐；④头痛后期：痛减、嗜睡，部分患者表现为兴奋、多语。

(2) 普通型偏头痛：最为多见，疼痛发作可持续数天，伴乏力和胃肠症状（恶心、呕吐、食欲减退）。发作常无先兆期，与月经无明显相关性，依此与典型偏头痛鉴别。

(3) 丛集性头痛：常见于青壮年男性，多无先兆，发作时头痛起于眼部、眶部，向颈部或顶部扩散，伴有流泪、鼻塞、出汗等。每于夜间发作，持续1~2小时。可在数天、数月内频繁发作，进入间歇期后不留后遗症。

(4) 特殊型偏头痛：往往在发作缓解后留有眩晕、眼肌瘫痪、肢体偏瘫等神经功能障碍，多为可逆性损害。①基底动脉型偏头痛：好发于女青年，与月经密切相关。发作过程为，先有眼前暗点、偏盲或黑朦，继之听力减退、眩晕、共济失调、构音困难，数分钟后出现枕部搏动性剧痛，伴有恶心、呕吐、短暂意识障碍。②眼肌瘫痪型偏头痛：每于头痛减轻后出现同侧眼肌瘫痪。③偏瘫型偏头痛：发作后出现对侧肢体瘫痪，持续时间短暂，自行恢复。④偏头痛等位发作：周期性地发生某些神经、精神障碍，但无明显头痛，如周期性地发生闪光暗点、偏瘫、偏麻、腹痛、眩晕或精神异常（情绪变化、定向障碍、记忆丧失、梦样状态）。

2. 紧张性头痛：又称肌收缩性头痛、精神肌源性头痛、普通头痛、单纯性头痛。主要由精神紧张、颅周肌肉张力增高引起，与血浆乳酸、缓激肽、5-羟色胺、钾离子、磷离子浓度变化有关。头痛特征为双侧或全头弥漫性压紧样疼痛，呈非搏动性；后枕部头痛，可延及两颞，局部压痛。

3. 颅内占位性病变引起的头痛：多由颅脑肿瘤、硬脑膜下血肿、脑脓肿及其他占位性病变刺激、牵拉、压迫邻近疼痛敏感结构而致痛，后期则呈弥漫而持久的钝痛，晨起较重，咳嗽、排便等颅内压增高状态使疼痛加重，同时伴有原发病表现，影像学检查常可明确病因。

4. 颅内低压性头痛：见于颅脑外伤后脑脊液漏或腰穿后，也偶见于严重脱水者。表现为头痛、头晕，坐立位时加重。脑脊液检查发现压力低于70cmH₂O (0.69kPa)。

5. 高血压性头痛：多为持续性全头痛，晨著，以沉重感、压迫性或钝痛多见。恶性高血压、高血压脑病、高血压危象时头痛剧烈，伴有恶心、呕吐、视力减退、视乳头水肿等颅内高压表现，系统体检可发现血压升高，心、脑、肾损害。

6. 外伤性头痛：①头皮裂伤或脑挫裂伤后瘢痕形成，刺激颅内外痛觉敏感结构而头痛，其部位较为局限，常伴有局部皮肤痛觉过敏，程度轻重不一；②外伤后自主神经功能异常性头痛，因颈交感神经链受损所致，头痛常发于单侧额颞部，伴有同侧瞳孔改变（先扩大后缩小）、眼睑下垂或面部多汗。

7. 眼、耳、鼻、鼻窦及牙病伴发的头痛：①眼源性头痛，见于青光眼、虹膜炎、屈光不正、眼眶肿瘤、球后视神经炎、眼内化脓性感染等，常见球后或额颞区疼痛。②耳源性头痛，如急性乳突炎引起耳后疼痛，常伴有眩晕、眼震；病毒性膝状神经节带状疱疹引起外耳道或耳后痛，数天后出现带状疱疹和面瘫。③鼻源性头痛，鼻腔、鼻窦炎可引起额颞区或眼球周围痛，伴有鼻塞、流涕等，鼻窦炎常于晨起加重；鼻部肿瘤、鼻咽癌可引起牵涉性头痛。④牙病性头痛，见于牙周脓肿、龋齿等。

8. 中毒、发热及其他原因的头痛：①多种发热性疾病可因内、外源性炎症介质的作用而引起中毒—发热性头痛，常为搏动性，随体温升高而加剧。②脑缺氧、一氧化碳中毒、应用血管扩张剂、低血糖、高碳酸血症等情况诱发血管舒缩功能障碍，可引起程度不同的头痛，伴随症状、体征与特殊检查有助于确诊。③头痛型癫痫呈刻板性、短暂性发作，脑电图可有异常。

(三) 实验室与其他检查

头痛病因多端,实验室与器械检查各有侧重。

1. 实验室检查:除血、尿常规外,酌情检查血沉、血生化、肝肾功能、免疫指标、内分泌激素浓度或细菌培养。脑脊液检查对颅脑疾患的病因诊断颇具价值。

2. 其他检查:①影像学检查最为常用,包括X线检查(摄片、造影)、CT、MRI、TCD(经颅多普勒检查)、PET(正电子发射断层)等;②脑电图(EEG),对癫痫等疾患的诊断具有重要意义;③专科器械检查,为眼、耳、鼻、牙源性头痛的主要诊断方法。

【处理要点】

(一) 病因治疗

寻找并去除病因是治疗的关键,如颅内占位性病变的手术疗法;脑外伤、高血压、感染、癫痫等相关病的内外科处理。往往依病因、发作频度、发展趋势等情况而分别处理。

(二) 对症处理

主要措施为镇痛、镇静、血管活性药物与激素等药物的应用。

1. 镇痛:①非甾体类抗炎药(NSAID),如阿司匹林0.2~0.6g,每天2~4次;吲哚美辛(消炎痛)25~75mg。②吗啡受体激动剂,哌替啶(度冷丁)50mg,或芬太尼0.1mg,或美沙酮(非那酮)5~10mg,或喷他佐辛(镇痛新)25~50mg,每天1~4次。

2. 镇静与抗癫痫药:常用苯妥英钠、苯巴比妥、地西泮(苯二氮草类)、卡马西平(酰胺咪嗪)、丙戊酸钠。

3. 控制血管扩张的药物:①麦角胺,每次口服1mg;复方制剂麦咖片(麦角胺1mg、咖啡因100mg)每次1~2片,每天极量6片,每周极量12片。疗效好,但副作用大。②5-羟色胺拮抗剂,如二甲麦角新碱每次1~4mg、苯噻啶每次0.5~1.0mg,对部分患者有效。③单胺氧化酶抑制剂,常用苯乙肼,每次15mg,每天2~3次。

4. 激素类:地塞米松、泼尼松等糖皮质激素主要用于炎性疼痛、脑水肿或急性脑血管病;雌激素等性激素酌用于月经期偏头痛。

5. 调整颅内压:颅内高压者选用甘露醇、呋塞米等脱水剂;颅内压过低,则应适量补液、注射垂体后叶素或调节酸碱平衡。

6. 手术疗法:顽固性表浅神经源性头痛可行高频电热神经破坏术;难治性血管性头痛试用颞浅动脉结扎术。

(三) 其他疗法

包括理疗、封闭、针灸、推拿与中药疗法。中医认为,头痛归因于风、阳、痰、火、瘀、虚诸因素,损及肝、胆、脾、胃、肾诸脏腑。临床上有不同证型,审因论治、辨证施治多能奏效,常用引经药如川芎(太阳)、白芷(阳明)、柴胡(少阳)、苍术(太阴)、吴萸(厥阴)、细辛(少阴)等,虫类药如全蝎、蜈蚣、水蛭、地鳖虫、地龙、僵蚕之属,搜风镇痛力卓。

第四节 水 肿

人体组织间隙有过多的液体积聚时称为水肿(edema)。水肿有全身性与局限性之分。液体在体内组织间隙呈弥漫性分布时称为全身性水肿。水肿出现前表现为体重增加。液体积聚于局部组织间隙时称为局限性水肿。