

XIANGCUN
YISHENG
ZHENZHI
BAIBING
ZHINAN

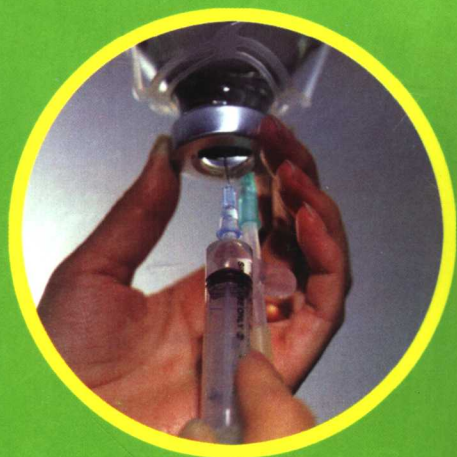


乡村医生

诊治百病指南

主 编 熊振模 熊安安 熊以强

XIANGCUN YISHENG
ZHENZHI BAIBING ZHINAN



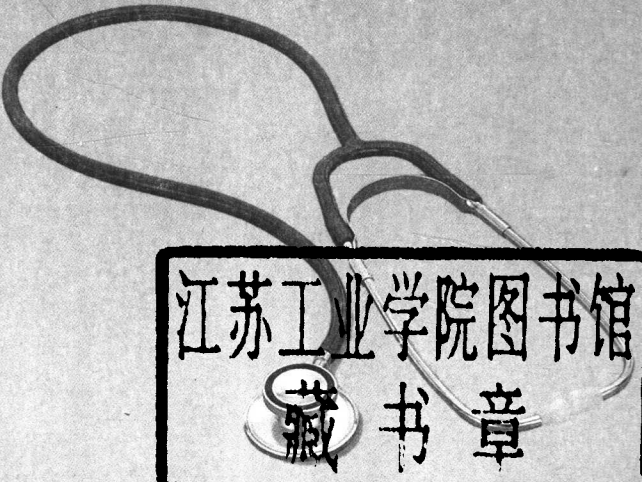
江西科学技术出版社

乡村医生

诊治百病指南

XIANGCUN YISHENG ZHENZHI BAIBING ZHINAN

主 编 熊振模 熊安安 熊以强



江苏工业学院图书馆
藏书章

江西科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

乡村医生诊治百病指南/熊振模等编著. —南昌:江西科学技术出版社, 2006. 10

ISBN7-5390-2969-2

I. 乡… II. 熊… III. 常见病—诊疗—指南 IV. R4-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 130504 号

国际互联网(Internet)地址:

<http://www.jxkjcs.com>

选题序号:ZK2005156

乡村医生诊治百病指南

熊振模等编著

出版	江西科学技术出版社
发行	
社址	南昌市蓼洲街 2 号附 1 号
	邮编:330009 电话:(0791)6623491 6639342(传真)
印刷	江西农大印刷厂
经销	各地新华书店
开本	787mm×1092mm 1/16
印张	28.75
版次	2006 年 11 月第 1 版 2006 年 11 月第 1 次印刷
书号	ISBN 7-5390-2969-2/R·712
定价	36.00 元

(赣科版图书凡属印装错误,可向承印厂调换)

前 言

乡村医生是我国农村卫生队伍的一支主力军,担负着广大农村居民健康保障的重任。中国有八亿多农村人口,他们的健康维护绝大多数都依赖于当地的乡村医生。与城市里的医生们相比,乡村医生对人民健康维护的贡献丝毫不逊色。

一方面,乡村医生承担着为农村居民提供基本医疗服务和疫情报告、预防保健、健康教育等工作任务;另一方面,由于历史的原因,乡村医生大多数低学历或无学历,长期未进行过规范的医疗培训,他们的服务能力和技术水平难以满足农村居民日益增长的卫生服务需求。而在当今信息不断更新的年代,新知识以每年 6.7% 的速率递增。面对信息的轰炸,乡村医生们只能望洋兴叹。显然,他们对知识的渴望和现实的残酷是不相吻合的。

为此,作者根据自己的工作经验以及长期与乡村医生朋友们交流的心得,在广泛收集资料的前提下,编写出这本《乡村医生诊治百病指南》。这是作者毕生的心血结晶,是作者对广大乡村医生的一片真诚。本书内容涉及内、外、妇、儿、五官等临床各科。既有基本原理,也有诊治要点,既有现代进展,又有历史故事。集知识性、趣味性、科学性与实用性为一体。称得上“乡村医生的好帮手”。

在本书的编写过程中,南昌大学医学院第一附属医院李登墉教授,南昌大学第二附属医院叶如美教授、邹文华教授,江西中医学院附属医院汤敏予主任医师、许建人副教授、胡晓荣主任,九江市第一医院费海玲主任医师对本书提出了许多宝贵的修改意见。江西科学技术出版社的徐贤书编审为本书的审稿付出了艰辛而卓有成效的劳动。在此一并表示感谢。

由于水平有限,书中不妥之处在所难免,敬请广大乡村医生和其他读者批评指正。

编者

2006 年秋

目录

第一章 常见症状的诊断与处理	(1)
第一节 发热	(1)
一、全身性	(2)
二、局限性	(2)
三、未明原因的发热	(3)
四、FUO 的常见病诊断	(4)
五、结合病人症状体检推测属哪一系统的病	(5)
六、中枢性发热的特点	(6)
七、对高热(39~41℃)和过高热(41℃以上)应采取的措施	(6)
第二节 头痛	(7)
第三节 眩晕	(10)
第四节 胸痛	(14)
第五节 腹痛	(17)
第六节 咳嗽	(25)
第七节 咯血	(28)
第八节 呕血	(31)
第九节 呕吐	(33)
第十节 便秘	(34)
第十一节 肛门瘙痒	(37)
第二章 危重症	(39)
一、休克	(39)
二、“猝死”种种	(41)
三、心肺复苏	(43)
第三章 感染性疾病拾遗	(47)
一、细菌学鼻祖—罗伯特·科赫	(47)
二、大骨节病病因被破解—T-2 毒素是祸首	(47)
三、莱姆病	(48)
四、卡他布兰汉氏菌	(49)
五、亦轻亦重军团病	(49)
六、易被误识的亚败血症	(50)
七、口蹄疫	(50)
八、毛霉菌	(51)
九、霍乱	(51)
十、鼠疫	(52)

十一、伤寒	(53)
十二、天花	(53)
十三、认识韦格纳肉芽肿	(54)
十四、疟疾	(55)
十五、白喉	(56)
第四章 内科疾病	(57)
第一节 呼吸系疾病	(57)
一、上呼吸道感染	(57)
二、慢性支气管炎	(66)
三、肺气肿	(69)
四、气管异物梗塞	(74)
五、支气管扩张	(75)
六、肺炎	(76)
七、SARS	(78)
八、哮喘	(80)
九、肺结核	(90)
十、肺癌(肺结核并存肺癌)	(91)
第二节 消化系疾病	(92)
一、顽固性呃逆	(92)
二、胃食管反流性疾病	(93)
三、胃黏膜脱垂	(94)
四、胆石症	(95)
五、脂肪肝	(100)
六、肝硬化	(102)
七、慢性肝炎	(106)
八、慢性胃炎	(114)
九、胃及十二指肠溃疡病	(117)
十、急性胰腺炎	(122)
十一、溃疡性结肠炎	(124)
十二、痔疮	(126)
十三、肛门疾病	(131)
第三节 心脑血管疾病	(132)
一、心衰	(132)
二、冠心病	(140)
三、急性心肌梗死	(150)
四、高血压	(154)
五、中风(脑卒中)	(167)
六、脑溢血	(171)
七、脑血栓形成	(176)

八、脑梗死	(177)
九、低血压、疲劳	(179)
附:疲劳	(182)
第四节 内分泌系——代谢性疾病	(184)
一、甲状腺肿大	(184)
二、甲状腺机能亢进	(185)
三、甲状腺机能减退	(187)
四、甲状腺炎	(188)
五、糖尿病	(189)
六、肥胖病、高脂蛋白血症	(194)
七、痛风	(204)
第五节 泌尿生殖系疾病	(207)
一、阳痿	(207)
二、前列腺增生与前列腺炎	(210)
三、性器官病	(215)
四、淋病及其他性病	(217)
五、梅毒	(219)
六、尿路结石	(221)
七、尿频与遗尿	(223)
八、尿液异常	(229)
九、血尿	(230)
第六节 运动系疾病	(232)
一、骨性关节炎	(232)
二、颈椎病	(234)
三、肩关节周围炎(五十肩)	(238)
四、类风湿性关节炎	(241)
五、腰痛	(245)
六、腰椎间盘突出症	(250)
七、坐骨神经痛和梨状肌损伤综合征	(253)
八、下肢发冷(疾病警报)	(255)
九、骨质疏松症	(261)
十、跟骨骨刺及脚跟痛	(263)
第五章 外科疾病	(267)
第一节 毒蛇咬伤	(267)
第二节 毒虫咬伤	(269)
第三节 破伤风	(271)
第四节 狂犬病 狗咬伤	(273)
第六章 妇科疾病	(278)
第一节 外阴疾病	(278)

第二节 白带	(281)
第三节 月经疾病	(283)
第四节 苦夏痛经	(286)
第五节 阴道炎	(290)
第六节 接触性疼痛与出血	(294)
第七节 子宫巧克力囊肿	(296)
第八节 宫颈炎	(299)
第九节 盆腔炎	(302)
第十节 不孕	(305)
第十一节 乳房肿痛	(309)
第十二节 乳汁分泌不足	(312)
第十三节 外阴疾病(女阴瘙痒)	(313)
第七章 皮肤科疾病	(315)
第一节 颌颈部肿块	(315)
一、常见的先天性肿块	(315)
二、常见的颌颈部炎症肿块	(315)
三、常见的颌颈部肿瘤	(316)
第二节 慢性溃疡	(316)
第三节 褥疮	(319)
第四节 手脚皸裂	(322)
第五节 冻疮、冻伤	(326)
第六节 烧伤及烫伤	(327)
第七节 寻常痤疮	(329)
第八节 皮肤瘙痒	(330)
第九节 荨麻疹	(332)
第十节 湿疹	(334)
第十一节 带状疱疹	(335)
第十二节 紫癜	(337)
第十三节 鸡眼(附甲沟炎)	(341)
第十四节 肌注硬结、疤痕	(342)
第十五节 斑秃	(345)
第八章 耳鼻喉科疾病	(349)
第一节 耳部疾病	(349)
一、耳聋	(349)
二、中耳炎	(354)
三、异物入耳处下六法	(355)
四、耳鸣	(356)
第二节 鼻部疾病	(357)
一、慢性鼻炎	(357)

二、鼻出血	(359)
三、夜间睡眠打鼾	(360)
第九章 口腔科疾病	(363)
第一节 口腔科疾病	(363)
一、口腔干燥	(363)
二、口臭	(364)
三、口唇干裂	(366)
四、口腔溃疡	(366)
五、鹅口疮	(370)
六、舌痛	(371)
第二节 牙科疾病	(372)
一、龋齿	(374)
二、牙髓炎	(375)
三、牙龈炎	(376)
四、牙周炎	(376)
第三节 咽与喉部疾病	(378)
一、慢性咽炎	(378)
二、喉痉挛	(380)
三、鱼刺鲠喉	(380)
四、急性会厌炎	(381)
五、腮腺炎	(382)
第十章 眼科疾病	(385)
一、急性卡他性结膜炎	(385)
二、角膜炎	(385)
三、角膜异物	(386)
四、角外伤家庭急救	(387)
五、干眼症	(387)
六、色素膜炎综合征	(389)
七、眼中风	(389)
八、青光眼	(392)
九、白内障	(395)
十、溢泪症及其他	(397)
第十一章 神经系和精神疾病	(403)
第一节 三叉神经痛	(403)
第二节 面肌痉挛	(404)
第三节 面瘫	(405)
第四节 癫痫	(406)
第五节 精神分裂症	(410)
第六节 抑郁症	(413)

第七节 强迫症	(415)
第八节 焦虑症	(416)
第九节 恐怖症	(416)
第十节 疑病症	(417)
第十一节 癔症	(417)
第十二节 帕金森氏病	(419)
第十三节 脊髓空洞症	(422)
第十四节 老年痴呆症	(423)
第十二章 新发现感染性疾病	(427)
第一节 疯牛病埃博拉出血热	(427)
一、库鲁病和英国疯牛病	(427)
二、埃博拉出血热(EBHF)	(428)
三、西尼罗河病毒	(429)
四、亨德拉病毒	(430)
五、尼巴病毒	(430)
六、拉沙热病毒	(430)
七、马尔堡病毒	(430)
八、马秋波病毒	(430)
九、登革热	(431)
十、流行性出血热	(431)
十一、凶险、汉坦病毒肺综合征	(431)
十二、基孔肯雅出血热	(432)
十三、新疆出血热	(432)
十四、黄热病	(432)
十五、汉江病毒	(432)
十六、禽流感	(433)
十七、猴痘	(433)
第二节 艾滋病	(433)
第十三章 新型综合征	(438)
一、与环境有关	(438)
二、身体状态与疾病有关	(444)
三、与饮食有关	(448)
第十四章 毒瘾	(450)

第一章 常见症状的诊断与处理

第一节 发热

1654 年英国波义耳 Boyle. R. 发现人体具有恒定的体温并证明其明显高于室温。1724 年采用 Fahrenheit 华氏温度计、1742 年采用 Celcius 摄氏温度计, Jacoby 等将未明热原因归纳为:①三大类主要原因;②少见疾病。

未明热的三大类主要原因:感染、肿瘤、胶原-血管疾病

感染:感染不外乎由细菌、病毒、真菌及寄生虫引起。细菌性感染除伤寒外,绝大部分血白细胞计数均升高,而病毒性感染,白细胞仅个别偏高,大部分正常或偏低,寄生虫感染必须找到病原体。真菌的诊断除了白色念珠菌、隐球菌、曲霉菌外,其他临床诊断有困难,常在大量抗生素应用后出现。正常人的体温保持在 $36.2 \sim 37^{\circ}\text{C}$ 之间。人体腋下温度持续在 $37.1 \sim 37.9^{\circ}\text{C}$ 之间称为低烧。低烧一般为生理性和病理性两种。

引起病理性低烧的原因很多。体内慢性感染灶是常见的原因。如结核病、慢性支气管炎、慢性胆道感染、慢性肝炎、盆腔炎、扁桃体炎、鼻窦炎等都能出现低烧。有些非感染性疾病也会引起病理性低烧,如甲状腺功能亢进症、变态性反应性疾病和结缔组织疾病(如风湿热、药物热、血清病、急性皮炎等)、肝硬化、肠道溃疡病以及间脑综合征 P 等。有些人低烧查不出脏器疾病,为功能性低烧,由植物神经功能紊乱所引起,这类低烧约占全部低烧病因的 $56\% \sim 64\%$,多见于青年女性。如感染后低烧、夏季低烧都是功能性低烧。

青年学生长期低热,最常见的原因是结核病。低热表示病变活动,此时常伴有乏力、纳差、消瘦、月经稀少等结核中毒症状,血沉常增快,最常见的是肺结核,也可以是淋巴腺、肠、肾、骨、女性盆腔等肺外结核,它们或许并不出现局部症状,但可通过各种手段查出,如不能明确诊断,但仍怀疑为结核,可做抗结核试验治疗。

其次,引起长期低热的病还有:①慢性局灶性感染(如慢性扁桃体炎);②甲状腺功能亢进;③风湿热;④结缔组织病(如系统性红斑狼疮)等。这些病一般诊断不难,还有一种习惯性低热,多见于年轻女性。有少数病人仍未能作出诊断,其转归可有以下三种:①经一段时间(时间可以较长)低热自动缓解,这可能是病毒感染;②抗感染试验治疗有效,说明体内有潜在的细菌感染;③皮质激素试验治疗有效,而且停药后不再出现低热,则可能有潜在的免疫介导性疾病。

一、全身性

(1) 结核(粟粒性)。

(2) 感染性心内膜炎(亚急性)。

(3) 其他少见感染:巨细胞病毒感染,弓形体病,波状热,鹦鹉热,淋球菌菌血症,慢性脑膜炎球菌菌血症,播散性霉菌病。

二、局限性

在局限性感染中各种隐蔽的脓肿均可致发热。肝内或肝周围脓肿常是隐伏的,初期可无肝肿大及压痛。

应仔细询问腹泻史、胆道疾患及腹部外伤史,血清碱性磷酸酶及核苷酶常升高。横膈抬高,特别是伴有肺不张或胸腔积液者应疑及肝脓肿或膈下脓肿,联合应用肝和肺同位素扫描有助于确诊。泌尿道是腹膜腔外的一个重要局部感染部位。仔细检查尿液可以提供肾盂肾炎的证据,但肾痈或肾周脓肿则较难诊断。肾周脓肿可以发展到相当大而不引起疼痛及局部体征。前列腺脓肿检查时可能遗漏,特别是意识迟钝的老年患者。此外,骨髓炎亦可为未明热的原因。

(1) 肝脏感染:肝脓肿、胆管炎。

(2) 其他内脏感染:胰腺脓肿,输卵管、卵巢脓肿,胆囊积液,胆囊周围脓肿。

(3) 腹腔内感染:肝下、膈下、结肠旁、阑尾、盆腔及其他脓肿。

(4) 尿路感染:肾盂肾炎,肾痈、肾周脓肿,前列腺脓肿肿瘤胶原-血管疾病感染约占40%。

1. 临床表现支持感染的特点有:

(1) 突然起病。

(2) 体温高于40℃,伴或不伴寒战。

(3) 呼吸道症状如咽痛、流涕、咳嗽。

(4) 重度不适伴有肌肉关节疼痛、头痛、畏光及眼球疼痛。

(5) 恶心、呕吐、腹泻。

(6) 脾脏、淋巴结肿大。

(7) 脑膜刺激征。

(8) 白细胞 $>12000/\text{mm}^3$ 或 $<5000/\text{mm}^3$ 。但这些症状都不是特异的,例如亦可见于急性白血病或系统性红斑狼疮。一般规律是,发热以月计者,时间愈长,感染的可能性愈小;慢性发热极少为感染所致。全身感染主要是结核和感染性心内膜炎。结核所致长期发热一般为粟粒性,且结核菌素试验常阴性,肺部的粟粒性病灶亦常缺如,但可因骨髓受累或脾功能亢进引起贫血和白细胞减少;类白血病反应表示骨髓受累,也提示本病的诊断。感染性心内膜炎的可能性应经常警惕。患者似乎常患流感、卒中、尿路感染和关节炎等各种疾病。常因短期应用抗菌素使临床征象隐蔽和血培养阴性。心脏杂音可以很轻甚至缺如,尤其是右侧心内膜炎。诊断的关键是多次进行血培养,但仔细观察心内膜炎的周围体征,如杵状指、淤点、

痛性结节、Janeway 病损、Roth 斑点、脾肿大和显微血尿都是重要的。

2. 非感染由自身免疫病和肿瘤所引起:前者目前可从血清中检测特异的抗体等,大部分病人对激素治疗反应较好,但病情时有反复。肿瘤早期可以手术切除,晚期有全身转移者则每况愈下。

3. 肿瘤约占未明热的 20%:最常见的是淋巴瘤。由于长期发热的淋巴瘤主要累及腹膜后淋巴结,故诊断特别困难。恶性网状细胞增生症及白血病亦常表现为发热。骨髓瘤和慢性淋巴细胞白血病的发热常是由于夹杂感染而非肿瘤本身所致。肾腺癌伴有发热是熟知的。结肠癌亦可有持续性或间歇性发热,曾发现 2 例结肠腺癌患者分别反复发热 1 年半和 3 年,癌肿切除后发热停止。发热原因可能由于癌肿沿浆膜扩散产生结肠旁脓肿;息肉样瘤可以坏死和形成脓肿。胰头癌或胆道口壶腹癌常因部分性胆道梗阻造成发热。广泛转移性癌特别是累及肝脏及骨骼者可以是持续发热的原因。

4. 胶原-血管性疾病约占 15%:系统性红斑狼疮及类风湿性关节炎,在其较常见的症状出现之前数周至数月即可出现发热等全身症状。临床上未明热中,类风湿性关节炎较急性风湿热多见,有人报告占 6%。Bujak 等在约 200 例反复发作性不明热中,发现 10 例此病男性成人患者,其表现为长期发热或伴寒战、关节痛、肌痛、咽痛、浆膜炎、一过性皮疹(热退疹消,大的皮疹中央发白,很具特征性)、淋巴结肿大、肝脾肿大、贫血,白细胞总数及中性粒细胞均增高,血沉明显增快。水杨酸盐对本病有明显的缓解和控制作用。结节性多动脉炎和坏死性肉芽肿可以发热,前者的线索是皮肤、肾脏损害伴高血压,嗜酸粒细胞增加及周围神经炎;而鼻窦及乳突的病损是后者诊断的线索。颞动脉炎可表现为发热、不适、体重减轻,同时常有轻度关节痛及肌肉软弱(风湿性多发性肌痛)。血沉明显增快、颞动脉增粗、触痛可以提示诊断。皮炎、结节炎脂膜炎均可作为未明热的原因。

三、未明原因的发热

发热超过 38℃,持续 3 周以上,经比较全面的检查和化验仍查不出原因者,称为未明热。首先大多数长期不明原因的发热已证明是由于常见病的非典型表现而不是罕见病所引起,在综合医院中,感染、肿瘤、胶原性血管病也常导致长期发热。应先考虑常见病、多发病,其中绝大多数均系感染所致,多数情况下采用细菌学及免疫学检查有助于诊断。询问病史时应特别注意流行病学因素,询问有关用药和用药后累及某特定器官系统的情况,仔细留意伴随症状,体检时应详细检查局部感染病灶、皮损、淋巴结、直肠、女性盆腔器官及男性睾丸。FUO 诊断的确立除完整的病史和详细的体检外,没有“一套常规检查”的依据,而应个体化并从病史、体检和简单的实验室检查的异常中发现得到启发。在诊断过程中,可优先考虑如下检查并作出进一步评估:全血细胞计数,包括分类和血小板计数;血生物化学常规,包括乳酸脱氢酶(LDH)、胆红素和肝酶;尿分析,包括镜检;胸片;红细胞沉降率(ESR);抗核抗体;类风湿因子;血管紧张素转换酶(ACE);抗生素使用并常规 3 次血培养,巨细胞病毒 IgM 抗体或血病毒检测;儿童和年轻人嗜异白细胞抗体试验;结核菌素皮试,腹部 CT 或放射性核素显像;HN 抗体或病毒检测。FUO 诊断困难性在于这些检查配合往往尚难于确诊,有报道显示从入院到确诊平均需 19 天时间(7,10)。FUO 病因,非特征性表现的常见比罕见病多,故应强调从病史、体检正确理解常规实验室检查中入手。

1. **病史:**完整的病史很重要,包括饮酒、用药情况、职业、宠物、旅行、家族性疾病和过去病史。通过病史可提供线索的疾病包括阿米巴病(外国旅行)、家族性地中海发热(家族史)、鹦鹉热(接触鹦鹉)、转移癌(过去原发癌)和药物热(服药史)。注意腹部过去炎症史尤其重要,一组病例中,9例有腹内脓肿、憩室炎或阑尾炎发作史。特殊的主诉并非都有帮助。仅约一半的病人主诉腹部和约1/4病人中枢神经系统相应部位有病变。

2. **体格检查:**大量FUO病例由体验时的特殊发现可初步得出诊断。例如轻度甲状腺肿大(甲状腺炎),牙周炎和牙齿松动(牙脓肿),增厚的颞动脉(颞动脉炎),心脏杂音随体位改变(心房黏液瘤),广泛色素沉着过多(Whipple症)等,而淋巴结病,可能被认为是重要的发现,却常与特殊疾病或阳性的活检无关。

3. **临床特征:**虽然FUO的许多病因都有特定的热型,但大多数病例发热的高低、热型和间歇时间与诊断无关。仅少数病例有特定的热型,如非镰状疟或周期性中性粒细胞减少症。

4. **实验室检查:**靠非侵入性实验室检查可诊断约1/4的FUO病例。由于先进培养系统能检出难培养细菌,分支杆菌或真菌不成为FUO病因,因而其作用正在减弱。腹部计算机X线体层照像术(CT)和肝胆超声显像几乎应用于所有FUO病例,一项研究显示每个病人超过3次CT或超声检查,假阴性CT结果时有报道,如脉管炎、结节性多动脉炎、肉芽肿或慢性胆囊炎等,由于超声检测在肝、脾和腹膜内脓肿中很多误诊标记扫描对感染或恶性肿瘤所致FUO有帮助,诊断率可能比CT或超声波高。已报道的阳性结果包括类肉瘤病、地方性Castleman病、甲状腺炎、巨细胞性动脉炎;假阴性结果包括继发感染病灶(如血肿或假性囊肿)、脾脓肿。1²⁵I标记免疫球蛋白闪烁显像显示出对检测感染灶的高敏感性。检测白介素(IL) - β_1 。肿瘤坏死因子(INF) - α 、IL - 6和IL - 1受体拮抗剂等对FUO的诊断是无益的。

5. **侵入性检查:**近一半FUO病因诊断依靠活检术或剖腹术。大多数病人至少经过一次这些检查,甚至平均达2.8~4.6次活检。包括腹腔镜下肝活检术,不管有无腹部病变特征,阳性率达20%,但单独肝活检意义不大。

四、FUO的常见病诊断

1. **结核病:**大多数导致FUO的结核,是没有胸部X线粟粒特征的播散性肺结核,可能是致死原因,但此原因在FUO病人是最容易治疗的,仅在浸润性病变的进展期前后,行胸片对照可行能被发现,常伴血沉升高和贫血。约一半以上病人结核菌素皮试阴性,1/4~1/2者抗酸杆菌痰涂片阳性。80%~90%粟粒性结核肺和肝活检为肉芽肿(可见干酪化和结核杆菌各约一半)。约一半病例骨穿活检示肉芽肿,当伴贫血、白细胞减少、单核细胞增多时,则阳性率超过80%。支气管肺泡灌洗液细菌培养常呈阳性,但抗酸杆菌罕见。

2. **腹内脓肿:**腹内脓肿位置多变,腹痛、恶心、呕吐或腹泻常提示腹膜内脓肿或慢性胆囊炎。据报道绝大多数肝、脾或腹膜内脓肿有触痛。克隆病可致腹膜内或腹膜后脓肿,而感染性心内膜炎则可致脾脓肿。培养阴性的心内膜炎,延长细菌培养时间(如5天~2周),定期用一氮萘橙染色法行血培养或盲法固体传代培养以分离罕见病原体(如巴尔通氏体属、军团杆菌属、伯纳特氏柯克斯氏体属),并注意抗生素对典型病原体的抑制作用。用食管超声心动技术检查,其阳性率超过90%。

3. **巨细胞病毒**(cytomegalovirus, CMV): 1/4 具免疫应答能力的成人有 CMV 单核细胞增多症, 但发热超过 3 周, 临床表现类似单核细胞增多症, 但喉痛、咽喉红斑、淋巴细胞瘤病毒表现见于近一半病例。非洲淋巴细胞瘤病毒(EBV)和 HIV 可致类似症状, 但持续发热应考虑 CMV。CMV 均有反应性淋巴细胞增多症和中度血清转氨酶升高, 诊断通过血清学试验(CMV - IgM)或血病毒分离确定。

4. **肾细胞瘤**: 肾细胞瘤或肾上腺样瘤常致疲劳和体重减轻, 但超过 15% 病人表现为间歇热。镜下血尿或由红细胞生成素产生增多所致的红细胞增多症应考虑该诊断。有时没有肝转移迹象却有异常肝功能试验, 原发肿瘤切除后通常恢复正常。颞动脉炎(巨细胞性动脉炎)在 55 岁以下罕见, 但约占老年人 FUO 的 15%, 典型表现为头痛、发热、贫血或极高血沉, 其他包括出汗、关节痛、视觉失调或颞动脉增厚触及小结节形成等, 确诊需颞动脉活检。

5. **Still 病**: 诊断全靠临床特征, 包括发热、关节痛、肌痛、关节炎、喉痛、淋巴结肿大、脾肿大、胸膜炎和心包炎。发热可能先于其他特征一年。通常为高热, 每天可一至二个高峰, 发热期间, 有时可见始发于躯干的短暂皮疹, 呈持续性或间歇数周至数年的发作。常见贫血、白细胞增多和血沉升高, 肝酶有时增高。活动期血清铁蛋白水平很高, 淋巴结活检示反应性增生, 皮损活检示血管周围慢性炎症细胞浸润。

6. **结节性多发性动脉炎**: 临床表现多种多样。常见不适、肌痛和发热, 特征性表现为肾和胃肠道等器官反应性受累。高特异性特征包括单神经炎、睾丸触痛、青斑网状炎。病人通常有抗中性白细胞抗体、白细胞计数和血沉升高。HBsAg(+), 见于 15% 病人。诊断依据活检或动脉造影证实有动脉瘤或动脉狭窄。

7. **类肉瘤病**: 常累及肺、皮肤、眼和淋巴结。ACE 活性升高约于 2/3 病人但常见假阳性和假阴性结果。胸片几乎都有双侧肺门淋巴结肿大和/或弥漫性实质浸润。活检见单核细胞和肉芽肿性炎症可确诊。

8. **人工发热**: 当临床症状与已知疾病不相符时, 应考虑人工发热和自致感染。临床线索包括不伴心动过速或皮肤温暖的高热、不常见热型(如很简单的热峰或失去后期高峰)和当观察者出现时发热消退, 秘密服用致热药物等。自致的真实感染是通过注射体液或者其他污染物质。导致的疾病以不能解释的多微生物菌血症、一系列不同病原的菌血症发作或反复软组织感染(蜂窝织炎或皮下脓肿)为特征。

五、结合病人症状体检推测属哪一系统的病

(1) 有发热、咽痛、咳嗽、胸痛、咳痰、呼吸困难等, 可归属于呼吸系统。是支气管、肺、还是胸膜病变需通过体检及 X 线检查来区别。一个熟练的住院医师可以根据病史及体检, 鉴别(是胸腔积液, 还是肺实质的病变 X 线只是帮助确认及定位而已)。

(2) 腹痛、腹泻、恶心、呕吐、加上发热, 可考虑是胃肠道的疾病, 如夏天急起的发热脓血便要考虑细菌性痢疾, 大便如呈果酱色还要想到阿米巴痢疾。发热, 右上腹剧痛、伴黄疸要想到胆囊炎、胆石症或肝炎; 腹痛、腹胀、发热、体检右下腹麦氏点有压痛反跳痛要想到阑尾炎、右附件炎; 如全腹压痛有腹部板样强直要考虑胃肠穿孔引起的腹膜炎, 如全腹有揉面感, 发热、腹痛持续时间较长者, 需考虑结核性腹膜炎; 女病人下腹痛、发热最好请妇产科医生检查。除外盆腔病患, 其他腹泻、恶心、呕吐、阵阵腹痛要想到肠梗阻及腹腔内血管的病变等。

(3) 发热伴尿频、尿痛、尿急,尚有腰痛血尿或脓尿,应考虑泌尿系统的疾病,有时泌尿道结石引起梗阻导致感染。

(4) 中枢神经系统炎性病变,常表现为发热、头痛、颈硬直、脑膜刺激征,重者可有神志不清、昏迷等。以脑膜炎多见,神志有改变者,亦需考虑脑炎、腰穿脑脊液检查对鉴别化脓性、结核性和病毒性脑膜炎有帮助。

(5) 发热、贫血、白细胞低或很高并伴有出血倾向者,要考虑血液方面的疾病,如白血病、再生障碍性贫血和淋巴瘤、恶性网织细胞增多症等。除血常规检查外尚需作骨髓检查或淋巴结活检等帮助诊断。

(6) 发热、心跳、气短、浮肿、心脏扩大、有杂音、心律不齐者要考虑在有心脏病基础上合并感染,如亚急性细菌性心内膜炎、风湿活动,亦可为单独心包炎、无心瓣膜病变,可通过心包穿液决定是脓肿、结核,还是其他。

(7) 发热、关节肿痛、皮疹、结节红斑、结合血中有各种自身抗体要考虑系统性红斑狼疮、硬皮病、皮炎、类风湿性关节炎等,可进一步作皮肤活检及一些特殊检查来确诊。中枢性发热是由于丘脑下部体温调节中枢受损,导致产热和散热功能障碍所引起的,常见于缺氧性脑疾、中毒性脑疾、脑出血,尤其是血液进入脑室或原发性脑室出血、脑软化等。

六、中枢性发热的特点

(1) 脑部有弥漫性损害,丘脑下部受到破坏。

(2) 有感染的证据。

(3) 突然出现发热。

(4) 常为高热、体温可呈直线上升,达 $40 \sim 41^{\circ}\text{C}$,出现体温危象。

(5) 躯干温度虽然高,但肢体温度不高,两侧皮肤温度不对称(超过 0.5°C)。

(6) 虽然高热,但中毒症状不明显,不伴有寒颤。

(7) 体温高,但多汗(交感神经受抑制)、皮肤干燥,心率、脉搏不快,很少看到呼吸急促。

(8) 体温波动性大与情绪有关,激动时体温增高,且往往随气温的变化而变化,气温低时,体温随之下降。

(9) 一般不伴有周围白细胞增高,但有时会感染而白细胞显著增高,或者白细胞总数虽然变化不大,而核左移明显时,多提示丘脑下部损害较重。

(10) 用抗生素有效,但应用中枢性抑制药如苯巴比妥、冬眠灵等和作用于植物神经中枢的药物如维生素及退热药(如阿司匹林)有时奏效。植物神经功能紊乱的患者,可出现中枢性低热,因体温调节发生障碍,多表现为低热,多见于青年女性,常伴有头痛、头晕、心慌、气短、多汗、血压易波动,有时出现晕厥等一系列植物神经症状,神经系统检查有器质性病。

七、对高热($39 \sim 41^{\circ}\text{C}$)和过高热(41°C 以上)应采取的措施

(1) 头部冷敷使用冷湿敷中置以冰袋,亦可用冰水行冷湿敷。

(2) 酒精擦背部。

(3) 如体温极高,当天气闷热潮湿时,肢体喷湿,用扇扇之。

(4)用冰水 300 ~ 500ml 灌肠。

(5)冰水浸浴,如为中暑性高热,体温极高可达 42 ~ 43℃,则应尽一切可能在短时间内争取体温下降至安全限度以内 39℃,将患者浸入冰水(0℃)并以冰块保持水温,同时用毛巾不断擦拭体表,促使皮肤血管扩张,加速发热。

(6)水分补充,在高热大量出汗的患者,入水量每天应在 2500 ~ 3000ml 以上,可采用 5% 葡萄糖生理盐水静脉或皮下注射。

(7)复方阿司匹林 0.3g 或 0.5g 或阿司匹林顿服。

(8)氯丙嗪(冬眠灵)25 ~ 50mg 溶于等渗液内,静脉滴入或肌肉注射。小儿惊厥的处理:①立即针灸人中、内关、百会、中冲。②纱布包用压舌板压住舌面。③窒息时口对口呼吸、氧气吸入。④抗惊厥剂,交替使用(10% 水合氯醛 4 ~ 6cm/kg/次,释稀后灌肠;luminal 5 ~ 8mg/kg/次肌注;阿米妥 5 ~ 8mg/kg/次肌注;wintenmi 与 phenagen 各 1mg/kg/次肌注或静脉点滴)。⑤注意保持周围环境安静。

第二节 头痛

1873 年 Living 出版的一本专著《A contribution to the pathology of nerve storme》,作者认为偏头痛和癫痫是同一类痛,是脑的释放,或称神经风暴所致,1888 年 WR. Cower 首先描述本症,认为偏头痛是神经特别是植物神经系统的一种发作性功能紊乱。20 世纪 30 年代 Wolff 提出了血管原学说。

概念头痛病是人们生活当中最常见的一种病症。据长期临床调查总结,正常健康的人群当中有 70% 以上患有头痛病,只不过是程度不同而已。头痛的原因很多而且复杂。

【鉴别诊断】

1. 三叉神经引起的头痛仅限面部三叉神经分布区:疼痛呈闪电样、刀割样剧痛,年龄多在 40 岁以上。

2. 引起头痛的常见眼病:眼源性头痛仅局限于眼眶及颞部,多由于眼睛方面的疾病引起。

(1)青光眼:急性青光眼由于眼压急剧增高,眼球变硬如石,可致剧烈头疼、呕吐。因多为一眼发作,故头痛偏重一侧者居多,同时伴有眼珠胀疼、流泪、视力不良。单纯性青光眼所致的头疼和眼部症状不太严重,头痛的同时不会引起呕吐,视力仅有轻度减退,但看灯光时可见彩色光环(医学上叫虹视现象)。

(2)青-睫综合征:发作时眼压中度增高而伴轻度头疼,一侧或双侧均有视力轻度减退,以及虹视现象。发病 1 ~ 2 周后多可自行缓解,视力恢复正常。但多次反复发作或长期不愈者也会影响视力。

(3)虹膜睫状体炎:发病初期极易误诊为感冒或 conjunctivitis。仔细分辨,发现头疼与眼球疼同时存在,视力减退,3 ~ 5 天后症状更加严重,出现眼红、流泪、怕见光,但不像结膜炎那样有较多的眼屎。如不及时诊治,虹膜与周围组织粘连会引起严重后果。

(4)视神经病:由颅内压增高引起的视神经乳头水肿与视神经萎缩,可产生头痛、呕吐