



DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EMERGENCY MEDICINE

丛书主编 王德炳 张树基
本书主编 王德炳 张树基

危重急症的诊断与治疗

内 科 学
MEDICINE

中国科学技术出版社

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EMERGENCY MEDICINE

危重急症的诊断与治疗

內科学
MEDICINE

丛书主编 王德炳 张树基
本书主编 王德炳 张树基

中国科学技术出版社

• 北京 •

(京)新登字 175 号

图书在版编目(CIP)数据

危重急症的诊断与治疗:内科学/王德炳,张树基主编.

北京:中国科学技术出版社,1995.1

ISBN 7-5046-1747-4

I. 危… I. ①王…②张… II. ①内科-急性病-诊疗
②急性病-内科-诊疗 IV. R505.97

中国版本图书馆 CIP 数据核字(94)第 13948 号

2V75/13

中国科学技术出版社出版

北京海淀区白石桥路 32 号 邮政编码:100081

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

朝阳区京精印刷厂印刷

开本:787×1092 毫米 1/16 印张:55.625 字数:1350 千字

1995 年 1 月第 1 版 1995 年 1 月第 1 次印刷

印数:1—3000 册 定价(精装):73.00 元

发展急救医学
保障人民健康

一九九四年冬月 吴阶平

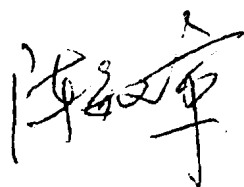


序

急救医学是临床医学的重要组成部分，历来被各级卫生行政部门和临床医学界所重视。我国自80年代始，急救医学逐渐作为一门新兴的独立学科与国际接轨，并得到迅速发展。同时，我们也看到，由于缺少这一领域的专业医学人才，从而不能满足急救医学发展的需要。因此，培养更多的、合格的急救医学专业和管理人才，既是学科发展的需要，也是一项长期而艰巨的任务。

现在，北京医科大学组织了所属各临床学院的100多位副教授以上专家，历经近三年的时间，数易其稿，集体编写《危重急症的诊断与治疗》丛书，确是一件十分有意义的工作。参加此套丛书编写的专家教授们多年从事临床医疗教学工作，对临床危重急症的诊断与治疗积累了丰富的经验。他们将宝贵的经验，紧密结合现代医学的新概念、新技术、新疗法，以新、精、简明易懂、实用为特色编撰成书，考虑到各临床专业和各级医务人员的需要，分内、外、妇、儿、五官科分册，以丛书的形式出版。这套丛书的问世对培养急救医学人才是有益的，相信会受到广大医务工作者的欢迎。

借此丛书出版之际，我衷心地希望社会各有关部门，对急救医学的发展给予更多的关心和支持，为推动我国急救医学事业的发展而共同努力！



一九九五年一月

前 言

急诊医学在国际上作为一门独立学科进展十分迅速，在临床医学领域里具有重要地位。危重急症，病情危殆多变，病死率高。因此，迅速而准确地做出诊断，及时而正确地进行治疗尤为重要。临床工作者，为了做好本职工作，要对日新月异的危重急症发病机理、诊断与治疗的现代进展进行不懈的学习与掌握，并还需认识到一个危重急症可能涉及到多个专业与科室，这就要善于识别判断、组织协调。为了满足临床急诊工作的需要，提高临床工作者对危重病患者的诊断与治疗水平，北京医科大学组织所属各临床医学院教授专家一百余人，根据他们多年的临床实践经验与业务专长，参考近代国内外文献报导，并针对有关疾病在诊断与治疗工作中，中低年医师在临床诊治过程中可能存在的难点与疑点进行阐述，编写了包括内科学、外科学、妇产科学、儿科学及五官科各科《危重急症的诊断与治疗》丛书。在编写过程中，力求做到：（1）新颖。丛书能够反映当代急诊医学的新理论、新概念、新技术、新疗法；（2）全面。丛书除重点介绍急诊医学中常见疾病外，对临床诊治中可能遇到的较为少见的疾病也加以叙述；（3）实用。丛书力求突出各作者的实践经验、更新急诊医学的理论知识，使之既适用于大的综合性医院的住院医师与主治医师，又能对基层医疗单位的医务工作者有所帮助；（4）清晰。丛书对每一疾病的诊断要点与依据，治疗原则，危重指征，治疗方法的选用及药物的使用等介绍，均力求主次分明、重点突出。但限于编辑水平，加上编写的时间紧迫，本书不足之处，尚希同道惠予指正。

王德炳

1995年1月于北京医科大学

目 录

第一章 症状学	(1)
第一节 发热	(1)
第二节 头痛	(5)
第三节 胸痛	(10)
第四节 腹痛	(13)
第五节 呼吸困难	(19)
第六节 心悸	(25)
第七节 恶心与呕吐	(27)
第八节 腹泻	(30)
第九节 腹水	(36)
第十节 黄疸	(41)
第十一节 血尿	(49)
第十二节 晕厥	(52)
第十三节 眩晕	(55)
第十四节 惊厥	(59)
第十五节 意识障碍	(64)
第二章 呼吸系统疾病急诊	(70)
第一节 咯血	(70)
第二节 呼吸衰竭	(75)
第三节 成人呼吸窘迫综合征	(81)
第四节 急性肺水肿	(84)
第五节 支气管哮喘	(90)
第六节 慢性肺源性心脏病	(97)
第七节 肺炎	(103)
第八节 肺血栓栓塞症	(109)
第九节 胸腔积液	(113)
第十节 自发性气胸	(117)
第十一节 多器官功能衰竭	(120)
第三章 心血管系统疾病急诊	(123)
第一节 心肺复苏	(123)
第二节 休克	(129)
第三节 充血性心力衰竭	(145)
第四节 急性左心衰(肺水肿)	(159)
第五节 冠状动脉硬化性心脏病	(162)
第六节 心脏瓣膜病	(180)
第七节 心肌炎	(187)
第八节 心肌病	(193)
第九节 原发性高血压及高血压急症	(201)

第十节 感染性心内膜炎	(209)
第十一节 急性心包炎	(215)
第十二节 心律失常	(221)
第十三节 主动脉夹层动脉瘤	(262)
第十四节 心脏起搏器急症	(266)
第四章 消化系统疾病急诊	(270)
第一节 上消化道出血	(270)
第二节 下消化道出血	(278)
第三节 消化性溃疡穿孔	(283)
第四节 急性胃扩张	(286)
第五节 急性胃炎	(288)
第六节 急性出血性坏死性肠炎	(290)
第七节 伪膜性肠炎	(293)
第八节 缺血性结肠炎	(297)
第九节 肝硬化	(299)
第十节 肝肾综合征	(305)
第十一节 肝性脑病	(307)
第十二节 急性胆囊炎	(310)
第十三节 胆道蛔虫症	(314)
第十四节 急性胰腺炎	(315)
第十五节 原发性腹膜炎	(325)
第五章 代谢内分泌疾病急诊	(327)
第一节 垂体卒中	(327)
第二节 垂体前叶机能减退危象	(330)
第三节 甲状腺机能亢进危象	(335)
第四节 粘液水肿性昏迷	(340)
第五节 嗜铬细胞瘤危象	(344)
第六节 急性肾上腺皮质功能不全	(347)
第七节 糖尿病酮症酸中毒	(349)
第八节 非酮症性高血糖高渗性糖尿病昏迷	(353)
第九节 低血糖危象	(358)
第十节 乳酸酸中毒	(363)
第十一节 血叶啉病危象	(365)
第十二节 痛风危象	(368)
第六章 造血系统疾病急诊	(370)
第一节 贫血	(370)
第二节 再生障碍性贫血	(378)
第三节 溶血危象	(382)
第四节 急性粒细胞缺乏症	(386)
第五节 急性白血病	(389)
第六节 特发性血小板减少性紫癜	(399)
第七节 过敏性紫癜	(402)
第八节 血友病甲	(405)
第九节 消耗性血栓出血疾病	(408)

第十节 输血及成分输血、输液反应	(415)
第七章 肾脏疾病急诊	(421)
第一节 急性肾小球肾炎	(421)
第二节 急性肾盂肾炎	(425)
第三节 肾病综合征	(427)
第四节 急性过敏性间质性肾炎	(432)
第五节 尿路感染	(434)
第六节 急性肾功能衰竭	(439)
第七节 慢性肾功能衰竭	(448)
第八章 神经系统疾病急诊	(453)
第一节 高血压性脑出血	(453)
第二节 短暂性脑缺血发作	(457)
第三节 脑梗塞	(460)
第四节 脑蛛网膜下腔出血	(466)
第五节 急性脊髓炎	(469)
第六节 急性感染性多发性神经根炎	(472)
第七节 急性感染中毒性脑病	(476)
第八节 重症肌无力	(478)
第九节 周期性瘫痪	(482)
第十节 癫痫	(486)
第十一节 脑震荡	(494)
第九章 免疫及皮肤疾病急诊	(496)
第一节 天疱疮	(496)
第二节 类天疱疮	(500)
第三节 重症药疹	(502)
第四节 系统性红斑狼疮	(506)
第五节 皮炎	(511)
第十章 传染病急诊	(515)
第一节 流行性感冒	(515)
第二节 麻疹	(517)
第三节 流行性腮腺炎	(522)
第四节 流行性乙型脑炎	(525)
第五节 病毒性脑膜脑炎	(529)
第六节 重型病毒性肝炎	(532)
第七节 流行性出血热	(538)
第八节 传染性单核细胞增多症	(543)
第九节 狂犬病	(546)
第十节 艾滋病	(549)
第十一节 脊髓灰质炎	(553)
第十二节 斑疹伤寒	(556)
第十三节 猩红热	(559)
第十四节 白喉	(563)
第十五节 流行性脑脊髓膜炎	(567)

第十六节	化脓性脑膜炎	(571)
第十七节	细菌性痢疾	(574)
第十八节	霍乱	(578)
第十九节	细菌性食物中毒	(582)
第二十节	伤寒	(587)
第二十一节	破伤风	(592)
第二十二节	败血症	(596)
第二十三节	结核性脑膜炎	(601)
第二十四节	新形隐球菌脑膜炎	(606)
第二十五节	阿米巴病	(612)
第二十六节	疟疾	(617)
第十一章	理化因素所致疾病急诊	(621)
第一节	急性中毒总论	(621)
第二节	急性有机磷农药中毒	(631)
第三节	氨基甲酸酯类农药中毒	(635)
第四节	拟除虫菊酯类农药中毒	(637)
第五节	有机氮农药—杀虫脒中毒	(639)
第六节	刺激性气体中毒	(640)
第七节	急性一氧化碳中毒	(643)
第八节	急性氰化物中毒	(646)
第九节	急性硫化氢中毒	(648)
第十节	氮气窒息	(651)
第十一节	急性有机溶剂中毒	(653)
第十二节	急性砷化氢中毒	(656)
第十三节	亚硝酸盐中毒	(659)
第十四节	急性苯的氨基、硝基化合物中毒	(661)
第十五节	镇静药、催眠药、安定药中毒	(664)
第十六节	中暑	(667)
第十七节	冻僵	(669)
第十八节	毒蛇咬伤	(672)
第十九节	电击伤	(677)
第二十节	淹溺	(680)
第二十一节	其他常见毒物中毒	(682)
第十二章	水、电解质及酸碱失调急诊	(689)
第一节	水的正常代谢, 脱水及水中毒	(689)
第二节	钠的正常代谢, 低钠血症及高钠血症	(703)
第三节	钾的正常代谢, 低钾血症及高钾血症	(712)
第四节	镁的正常代谢, 高镁血症及低镁血症	(724)
第五节	酸碱失衡	(729)
第十三章	急诊治疗方法	(745)
第一节	急诊常用药	(745)
第二节	抗生素的临床应用	(764)
第三节	溶栓治疗	(773)
第四节	氧气疗法	(779)

第五节	呼吸机的临床应用	(783)
第六节	血液气体分析与酸碱平衡	(788)
第七节	呼吸功能监测	(797)
第八节	心血管疾病重症监护	(801)
第九节	急诊人工心脏起搏术	(805)
第十节	心脏复律术	(809)
第十一节	透析疗法	(813)
第十四章	诊疗操作方法	(820)
第一节	气管插管术	(820)
第二节	气管切开术	(820)
第三节	胸腔穿刺术	(821)
第四节	心包穿刺术	(823)
第五节	中心静脉压测定	(824)
第六节	心导管检查术	(825)
第七节	洗胃术	(829)
第八节	三腔管应用	(830)
第九节	腹腔穿刺术	(831)
第十节	导尿术	(832)
第十一节	静脉切开术	(833)
第十二节	锁骨下静脉穿刺术	(834)
第十三节	颈内静脉穿刺术	(836)
第十四节	股静脉穿刺术	(838)
第十五节	骨髓穿刺术	(839)
第十六节	腰椎穿刺术	(840)
常用实验室检查正常(参考)值		(842)
汉英对照索引		(866)

第一章 症状学

第一节 发热

发热是指人的体温因为各种原因超过正常高限而言。国内测定正常人的体温是：腋表平均 36.8°C ，口表 37.1°C ，肛表 37.5°C 。

正常的人上午体温较低，下午体温较高，但波动不超过 1°C ，妇女排卵后体温较高，月经期体温较低。

【病因和发病机制】

体温的维持比较恒定。通过产热及散热之间的平衡由体温调节中枢下丘脑进行调节。

引起发热的原因主要是内源性致热原。细菌、真菌、病毒、内毒素、原胆烷醇酮、抗原抗体复合物等，作用于粒细胞、单核巨噬细胞系统，经过一系列的代谢反应，产生内生性致热原。内生性致热原为一蛋白质，作用于下丘脑的体温调节中枢，使其调节点上移。此时体温调节中枢对体温重新调节，由此发生冲动，经交感神经使皮肤血管收缩，散热减少；此外，发出的冲动经运动神经使骨骼肌周期性收缩，发生寒战，使产热增加。这样产热就大于散热，使体温上升到新的调节点。

内生性致热原如何引起体温调节中枢的调节点提高，可能与其使下丘脑 PGE_1 及 PGE_2 合成增加有关。

阿斯匹林等药物所以能使体温下降，因其可抑制 PG 的合成。肾上腺皮质类激素所以能使体温下降，因其可抑制 PG 的释放及抑制粒细胞释放内生性致热原，可抑制免疫反应使抗原抗体复合物减少，内生性致热原产生减少。

一般情况下发热主要是散热功能减弱，而在甲状腺机能亢进，引起体温升高，则主要是产热增加。

造成发热的病因不外乎有二类：

一、感染性

包括病毒、细菌、霉菌、原虫等引起的感染。

二、非感染性

包括肿瘤、变态反应、结缔组织病、甲状腺功能亢进、固醇热、中暑及中枢性发热等。

从生理意义上讲，发热可以加强吞噬细胞的活力及增强肝脏的解毒功能，但亦可引起人体不适，如头疼、无力、全身酸软，对小孩可引起呕吐、惊厥。如有心脏病心力衰竭，发热引起心率增快，可诱发或加重心力衰竭。因发热，出汗，可引起失水，大量出汗可发生低血钠。

体温在 42°C 以上时，可使一些酶的活力丧失，使大脑皮质产生不可逆的损害，可发生昏迷甚至死亡。

体温超过 41°C 以上时，多有体温调节中枢功能障碍，见于严重感染、甲状腺危象、中

暑、输液反应等。其对机体可产生很大的危害，可使血脑屏障功能减低，有毒物质进入。产生心力衰竭、呼吸衰竭而导致死亡。

【诊断要点及注意事项】

一、病史

- (一) 起病的缓急。
- (二) 持续性还是周期性。
- (三) 有无寒战。
- (四) 有无咽痛、流鼻涕、咳嗽、胸痛。
- (五) 有无腹痛、腹泻、腰痛、膀胱刺激症状，有无尿血、便血。
- (六) 有无头痛、恶心、呕吐。
- (七) 有无关节痛、肌肉痛。
- (八) 有无皮疹、瘙痒、黄疸。
- (九) 有无传染病接触史。

二、体格检查 应对下述检查更加注意。

- (一) 体温的高低与脉搏呼吸次数的上升是否一致。
- (二) 热型。
- (三) 咽部是否红肿，扁桃体情况。
- (四) 胸部情况，特别注意有无肺部体征。
- (五) 腹部有无压痛，肌紧张，肝脾是否肿大。
- (六) 有无全身淋巴结肿大。
- (七) 有无皮疹，黄疸。
- (八) 颈部有无抵抗，甲状腺是否肿大。

三、辅助检查

因为发热的病因很多，应结合病史及体格检查有针对性地进行，下列各项应作为常规检查。

- (一) 白细胞计数及白细胞分类。
- (二) 尿常规检查。
- (三) 高热、寒战时应作血培养及血涂片找疟原虫。
- (四) 怀疑呼吸系统疾病应作X线胸部透视或胸片。
- (五) 肝大、肝区痛者作B型超声波检查，肝功能检查。
- (六) 有脑膜刺激征，看眼底及作腰椎穿刺检查。
- (七) 有出血倾向者应查血红蛋白，血小板，出、凝血时间。
- (八) 长期发热者应照胸片，做肥达反应，外斐反应，布氏杆菌凝集试验，抗链球菌溶血素“O”测定，OT试验，C反应蛋白，抗核抗体，血沉，蛋白电泳，免疫球蛋白等。
- (九) 做中段尿培养。

【诊断与鉴别诊断】

一、根据口表体温的高低分为：

- (一) 低热 37.4℃~38℃。

(二) 中度发热 $38.1^{\circ}\text{C} \sim 38.9^{\circ}\text{C}$ 。

(三) 高热 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 。

(四) 超高热 40°C 以上。

二、发热超过两周为长期发热，少于两周为急性发热。体温超过 38.5°C 两周以上未确定发热原因者，称为高热原因未明。

三、发热时热型对鉴别诊断有帮助。

(一) 稽留热 体温持续在 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 之间几天到几周，波动不超过 1°C 。见于大叶性肺炎，伤寒，斑疹伤寒等。

(二) 弛张热 体温在 39°C 以上，24 小时内波动相差 2°C 以上。见于败血症、风湿热、重症结核、渗出性胸膜炎、化脓性炎症等。

(三) 间歇热 高热与体温正常交替出现，体温正常后 1~2 天再次高热，反复发生。见于疟疾、急性肾盂肾炎、局限性化脓性感染等。

(四) 回归热 体温达 39°C 以上，持续几天，降到正常后，隔几天又发生高热，反复发生。见于回归热、何杰金氏病、鼠咬热、某些疟疾。

(五) 波状热 体温逐渐上升高达 39°C 以上，几天后逐渐下降到正常，数日后体温又逐渐升高，反复多次。见于布氏杆菌病、恶性淋巴瘤、脂膜炎等。

(六) 不规则热 发热无一定的规则。见于结核病、感染性心内膜炎、风湿热等。

(七) 消耗热 高热，每日体温波动很大，达 $3^{\circ}\text{C} \sim 5^{\circ}\text{C}$ ，并反复发生寒战。见于严重结核病、脓毒血症、败血症等。

(八) 双峰热 24 小时内体温出现两个高峰，见于败血症。

四、中枢性高热的特点是体温可高达 $40^{\circ}\text{C} \sim 42^{\circ}\text{C}$ ，无汗，昼夜改变不大，对解热药物无效，见于脑外伤。

突然高热，持续不久即退热，有意识障碍但可睁眼，见于大脑皮层广泛性损害所致的醒状昏迷。

五、发热的伴随症状对发热原因的鉴别很有帮助。

(一) 伴有寒战 寒战产生的原因是致热原作用于体温调节中枢使其调节点提高，此时血液的温度对于调节来说是低的，因而患者感觉发冷，寒战，同时肾上腺素分泌增加，交感神经兴奋，血管收缩。因寒战时肌肉的颤抖使产热增加，加之血管收缩，皮肤散热减少，血液温度增高。当其达到体温调节点所要求的温度时，寒战即终止。

伴有寒战的高热可分为两种：

1. 一次性寒战 即先寒战后高热，发热后不再发生寒战。见于大叶性肺炎、输血及输液反应。

2. 反复发生寒战高热 见于败血症、感染性细菌性心内膜炎、疟疾、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎，在淋巴瘤亦可见到这种现象。

后背部有发冷的感觉，无发抖现象，俗称畏寒，多见于病毒感染。

(二) 伴有皮疹 发热伴有皮疹的疾病甚多，但常见者为：

1. 发疹性传染病 除伴有各自疾病的特征性皮疹外，与发热后皮疹出现的时间有较为固定的关系。发热 1 日后出现皮疹，见于水痘；2 日后出现皮疹，见于猩红热；3 日后出现皮疹，见于天花；4 日后出现皮疹，见于麻疹；5 日后出现皮疹，见于斑疹伤寒；6 日后出现皮疹，见于伤寒。

2. 发热与皮疹的出现没有固定的关系，内科常见的疾病有：

(1) 风湿热 其典型的表现为发热，游走性关节痛，皮疹。特征性皮疹为环形红斑。亦可发生结节性红斑、多型性红斑。

(2) 药物性 多在用药后1周左右发生，其典型表现为发热，关节痛，肌肉痛。皮疹特征是多种形状，对称分布，痒。常见者为猩红热样、麻疹样、固定性红斑等。常见引起药物热的药物有 β -内酰胺类抗生素、氯霉素、苯巴比妥等。其热型可为弛张热或稽留热。易被误认为感染未被控制。药物热发生的规律常为：感染应用抗生素，病情好转，再度发烧并出现皮疹，应高度怀疑为药物热。若白细胞计数不增高而嗜酸性细胞数目增多，则可能性更大。

(3) 系统性红斑狼疮 其典型表现为高热，关节及肌肉痛，多脏器损害，皮疹。其热型不规则，但不伴有寒战。皮疹为面部的蝶形红斑、多型性红斑。亦可有毛囊丘疹、荨麻疹、广泛性紫癜等。亦可有雷诺现象。

(4) 败血症 临床常见引起皮疹者为金黄色葡萄球菌败血症，典型表现为高热，关节痛，皮疹，迁移病灶。皮疹的特征为丘疹其顶端有小脓疮。脓疮涂片可找到金黄色葡萄球菌。亦可发生麻疹样、荨麻疹样皮疹。

(5) 变应性亚败血症 其典型表现为高热，关节痛，皮疹。热型为弛张热或稽留热，很像败血症。但血培养阴性，无感染灶，用抗生素无效，而用肾上腺皮质激素有效。其皮疹为多形性、猩红热样、麻疹样、荨麻疹样、也可有淤点、淤斑。

(三) 伴有出血倾向 所谓出血倾向是指自发出血，或外伤如针刺后出血不易止。常见的疾病有：

1. 流行性出血热 其典型表现为高热，三痛（头痛、腰痛、全身痛），三红（面部、颈部、胸部红），呈醉汉貌，软腭、腋下可见出血点。严重时皮肤淤斑，尿血，便血，咯血。由病毒引起。

2. 钩端螺旋体病 其典型表现为高热，寒战，肌肉痛，眼结膜充血，淋巴结肿大，咯血，鼻出血，呕血，尿血，皮肤及粘膜出血。

3. 急性白血病 其临床表现为高热，出血倾向，贫血症状，淋巴结肿大，脾肿大。

4. 急性血小板减少性紫癜 其临床表现为高热，皮肤紫癜，鼻出血，牙龈出血，颊粘膜血泡，尿血，便血。

(四) 伴有淋巴结肿大为主，脾肿大为辅 发热伴有淋巴结肿大临床上并不少见。由于炎症引起的淋巴结肿大，发展快，有压痛，可有粘连。由于结核引起者，则发展较慢，粘连多见。由于淋巴结肿瘤，转移瘤引起的淋巴结肿大，发展慢，质硬，无压痛。

1. 全身淋巴结肿大有压痛，见于传染性单核细胞增多症。

2. 全身淋巴结肿大无压痛，见于急性淋巴细胞白血病。

3. 全身淋巴结明显肿大无压痛，周期性发热，见于何杰金氏病。

4. 全身淋巴结明显肿大有压痛或压痛不著，见于血管性免疫母细胞淋巴瘤。

5. 局部淋巴结肿大有压痛，见于炎症所致者。

6. 局部淋巴结肿大，硬，无压痛，见于转移瘤。

7. 淋巴结很快增大而且肿大较著，见于炎症，自身免疫反应。

8. 淋巴结肿大未经特殊治疗而自行缩小或消退者，可除外由于恶性疾患所致。

(五) 伴有脾肿大为辅，淋巴结肿大为辅

1. 恶性组织细胞增多症 其典型表现为发病急, 高热, 脾肿大, 可有淋巴结肿大、黄疸、贫血、出血倾向, 可有皮肤红斑、皮下结节。

2. 黑热病 其典型表现为起病缓慢, 长期不规则发热, 巨脾、贫血、皮肤色素增多。

3. 疟疾 其典型表现为周期性、规律性发热, 伴有寒战、脾肿大、贫血、淋巴结不大。

4. 伤寒 其典型表现为逐渐起病, 呈稽留热, 表情淡漠, 腹胀、便秘、脉缓、脾肿大, 发病 6~7 天后胸腹部可出现玫瑰疹, 肝可轻度肿大。淋巴结不大。

(六) 伴有腹痛 常见于急性细菌性痢疾、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、急性肠系膜淋巴结炎、肝脓肿。

(七) 伴有胸痛 常见于大叶性肺炎、胸膜炎、肺脓肿等。

(八) 伴有严重的头痛 常见于脑炎、脑膜炎、脑脓肿等。

(九) 伴有明显的肌肉痛 常见于皮肌炎、旋毛虫病、军团病、钩端螺旋体病等。

(十) 伴有神志障碍 常见于中枢神经系统感染、感染中毒性脑病、脑软化等。

(十一) 伴有休克 常见于大叶性肺炎、败血症、急性细菌性痢疾、流行性出血热等。

六、高热原因不明, 最后确诊大约感染占 40%, 肿瘤占 30%, 结缔组织病占 20%, 其他占 10%, 在这 10% 中有 5% 可能仍找不到致病的原因。

七、长期低烧

最常见的原因有结核病、胆道感染、结缔组织疾病、泌尿系感染、肝脏肿瘤、甲状腺机能亢进及功能性低烧。

八、发热与心率无平行关系

通常情况下, 体温升高 1℃, 心率增加约 12~15 次/分。若体温上升 1℃, 而心率增加 >15 次/分时, 见于甲状腺机能亢进、风湿热、败血症、心力衰竭合并感染等。若体温升高 1℃, 心率增加 <12 次/分时, 见于伤寒、脑膜炎颅压高者、甲状腺机能低下、房室传导阻滞、伪热。

九、发热与呼吸频率有平行关系

通常体温升高 1℃, 呼吸次数增加 3~4 次/分。若体温升高, 呼吸次数增加超过此范围, 见于肺部炎症、胸膜炎、大量腹水、晚期妊娠等。

十、骤升骤退型, 常见于大叶性肺炎、疟疾。体温升高速度及下降速度皆很快。

十一、缓升缓退型, 常见于伤寒、副伤寒。

十二、午后低烧, 夜间盗汗, 见于活动性肺结核。

十三、甲状腺机能亢进患者, 虽感染不重, 但可发高烧。甚至诱发甲状腺危象。而甲状腺机能低下患者, 则相反。

十四、大面积烧伤发生绿脓杆菌败血症患者, 可发生低体温。在某些疾病, 如风湿热、红斑狼疮, 用退热药物, 如消炎痛栓、强的松等, 也可发生低体温。

(张树基)

第二节 头痛

急性头痛和急性加重的头痛是临床上最常见的症状之一。头痛泛指头颅上半部即眉弓至枕下部范围的疼痛。

【病因和发病机制】

凡颅内外或全身性疾病影响了颅底的脑膜颅内外动脉, 颅内静脉窦, 三叉神经, 舌咽神经和迷走神经, 第1~3颈神经以及头颈部软组织等对疼痛敏感的结构时均可产生头痛, 例如颅内血管被肿瘤、异物、疤痕、出血、炎症渗出物等牵拉, 伸展, 移位或挤压可以产生头痛; 肺气肿、心功能不全时颅内静脉扩张, 可以产生偏头痛; 发热时颅外动脉扩张可以引起血管性头痛; 颅内压力增高或降低时, 可刺激或牵引上述颅内痛觉敏感结构, 产生高颅压或低颅压性头痛; 头颈部肌肉的持续性收缩可以表现为肌收缩性头痛; 功能性或神经性头痛可能由于病人的痛阈减低所致; 生化、内分泌因素对头痛也有影响, 如偏头痛的病人血小板聚集性增高, 聚集的血小板释放出5-羟色胺、去甲肾上腺素、花生四烯酸等物质。5-羟色胺经代谢转化为5-羟吲哚乙酸在尿中排出, 使血浆中5-羟色胺含量降低, 影响了正常情况下5-羟色胺维持颅内外动脉壁收缩张力的作用。花生四烯酸转化为前列腺素, 其中的PGE使颅外血管强烈扩张而引起头痛。偏头痛的病人女性较多, 发作多在经前期、经期, 更年期后发作逐渐停止, 说明与内分泌因素有关。

【诊断要点及注意事项】

头痛的诊断主要在于确定病因, 而其病因有的比较明确, 有的却一时不易弄清。现就有关要点及注意事项介绍如下:

一、问诊

在头痛的诊断中间诊相当重要, 大多数通过问诊就可以做出正确诊断或为进一步检查提供依据, 因而首先应着重了解头痛本身的特点。

(一) 现病史

1. 头痛起病的形式 急性头痛, 亚急性头痛, 慢性头痛, 还是反复发作性头痛。
2. 头痛出现的时间 早晨, 下午, 还是晚间睡眠中。
3. 头痛持续的时间 是反复发作性头痛, 还是持续性头痛, 持续时间的长短, 间歇期多长。
4. 头痛的部位 疼痛系位于一侧, 双侧, 前额部, 颞部, 还是后枕部或全头均痛。
5. 头痛的性质 钝痛, 搏动性痛, 尖锐痛, 放射性痛, 还是胀痛或钳夹样紧缩感。
6. 头痛加重或减轻的因素 是否咳嗽、喷嚏用力而使头痛加重, 与体位有无关系。精神紧张, 疲劳可否加重头痛, 休息后能否减轻, 进餐、阅读与头痛是否有关。
7. 头痛的伴发症状 有无视觉障碍, 如闪光暗点, 有无恶心, 呕吐, 意识障碍, 抽搐, 肢体无力, 头昏, 眩晕, 有无流泪, 鼻塞, 流涕及发热, 对于伴发症状按颅脑、头颈部、全身、功能性疾病的顺序问诊, 防止遗漏。

(二) 既往史 首先了解有无类似头痛史, 有无头部外伤, 若有, 应问清当时外伤情况及程度, 有无高血压、癫痫病史, 有无糖尿病、慢性肾病、肺心病及其他系统疾病。

(三) 家族史 家族中是否有类似头痛患者, 有无发作性头痛及癫痫患者。

二、体格检查

应全面考虑, 突出重点, 所谓突出重点是根据问诊材料考虑到最大可能的某种或某几种疾病, 在全面查体时予以特别注意, 必要时应有针对性地进行辅助检查, 以尽快地作出诊断。