

内儿科常见病防治

NEIERKE CHANGJIANBING FANGZHI

主编 中国农村卫生协会基层医学教育专业委员会



北京科学技术出版社



本教材以疾病为中心，依照由症到病、由病到治的临床思维组织内容，涉及内科、儿科、操作技能三方面的内容。

责任编辑 韩 晖
封面设计 张佳佳

ISBN 978-7-5304-4125-1



9 787530 441251 >

定价：32.00元

内儿科常见病防治

主编 中国农村卫生协会基层医学教育专业委员会

北京科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

内儿科常见病防治/中国农村卫生协会基层医学教育专业委员会主编. —北京:北京科学技术出版社, 2009. 4

ISBN 978-7-5304-4125-1

I. 内… II. 中… III. ①内科-常见病-防治②小儿疾病: 常见病-防治 IV. R5 R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 035050 号

内儿科常见病防治

主 编: 中国农村卫生协会基层医学教育专业委员会

责任编辑: 韩 晖

封面设计: 张佳佳

出 版 人: 张敬德

出版发行: 北京科学技术出版社

社 址: 北京西直门南大街 16 号

邮政编码: 100035

电话传真: 0086-10-66161951 (总编室)

0086-10-66113227 (发行部) 0086-10-66161952 (发行部传真)

电子信箱: bjkjpress@163.com

网 址: www.bkjpress.com

经 销: 新华书店

印 刷: 北京盛兰兄弟印刷装订有限公司

开 本: 787mm×1092mm 1/16

字 数: 370 千

印 张: 14.25

版 次: 2009 年 4 月第 1 版

印 次: 2009 年 4 月第 1 次印刷

ISBN 978-7-5304-4125-1/R · 1145

定 价: 32.00 元



京科版图书, 版权所有, 侵权必究。

京科版图书, 印装差错, 负责退换。

前 言

为贯彻落实财政部、卫生部《关于下达公共卫生专项资金的通知》（财社〔2008〕157号）文件规定，提高乡村两级内儿科人员专业服务能力和管理能力，解决农村基层缺乏相应培训教材和优秀师资的问题，依据卫生部《2009年农村卫生人员培训大纲》要求，我们组织全国内科、儿科的专家，依据《2009年农村卫生人员培训大纲》，结合农村卫生实际情况编写了《内儿科常见病防治》这本教材，并制作了面对村卫生室人员的内儿科培训课程，包含内儿科常见病防治、操作技能等40学时的内容。

教材的编写以疾病为中心，依照由症到病、由病到治的临床思维组织内容，涉及内科、儿科、操作技能三方面的内容。其中内科的内容包括8种内科最常见症状的诊断与处理、4种内科最常见急危重症的识别与处理、4种内科常见慢性病的防治三部分内容；儿科的内容包括儿科常见症状的诊断与处理、儿童常见病例管理、农村儿童常见急性中毒、意外伤害的现场救治、儿科用药等四个部分内容；操作技能包含体检、问诊、临床操作、病历处方等内容。

为使学习者能更有效地利用本书，我们力求重点突出、主次分明，尽量做到科学、实用、通俗易懂，使本书的内容能够更好地适应我国农村卫生工作的实际情况和乡村医生的需求。

本教材是我们组织全国有关专家共同编写的，由于编写时间紧、任务重，难免会有不少欠妥和不足之处。殷切希望广大基层医务人员在使用过程中及时发现问题，多提宝贵意见，以便今后修正和改进。

中国农村卫生协会基层医学教育专业委员会

2009年3月

目 录

第一篇 内科常见疾病

第一章 内科最常见症状的诊断与处理	3
第一节 发热.....	3
第二节 头痛.....	9
第三节 胸痛.....	12
第四节 腹痛.....	16
第五节 腹泻.....	21
第六节 尿路刺激征.....	24
第七节 癫痫发作.....	27
第八节 头晕.....	31
第二章 内科最常见急危重症的识别与处理	37
第一节 急性冠状动脉综合症的急救处理.....	37
第二节 急性中毒.....	44
第三节 糖尿病急症的处理.....	56
第四节 急性脑卒中的急救处理.....	64
第三章 内科常见慢性病的防治	73
第一节 冠心病.....	73
第二节 糖尿病.....	85
第三节 消化性溃疡.....	91
第四节 高血压.....	96

第二篇 儿科常见疾病


第一章 儿科常见症状的诊断与处理	105
第二章 儿童呼吸系统常见病诊治	115
第一节 小儿急性上呼吸道感染.....	115
第二节 小儿支气管肺炎.....	116
第三节 儿童哮喘的早期诊断和规范化治疗.....	120



第三章 儿童常见病例管理·····	127
第四章 小儿腹泻病·····	136
第五章 佝偻病与营养性贫血的诊治·····	142
第一节 营养性缺铁性贫血·····	142
第二节 营养性维生素 D 缺乏性佝偻病·····	145
第六章 常见儿童重症疾病的症候特点·····	149
第七章 小儿药物治疗特点·····	153
第八章 儿童常见急性中毒、意外伤害的现场救治·····	157
第一节 常见中毒预防处理·····	157
第二节 儿童意外伤害的现场救治·····	159
第九章 新生儿窒息新法复苏技术·····	166

第三篇 临床技能

第一章 体格检查——基本检查法·····	177
第二章 临床基本操作·····	181
第三章 内科见习·····	191
第四章 问诊·····	193
第一节 问诊的方法与技巧·····	193
第二节 问诊的内容·····	194
第五章 体格检查·····	198
第六章 病历和处方的书写·····	215
第一节 病历书写·····	215
第二节 处方书写·····	220



第一篇

内科常见疾病

.....

第一章 内科最常见症状的诊断与处理

第一节 发 热

一、发热的概念

任何原因使体温超过正常水平，称为发热。

正常体温：口腔体温 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ ；腋下体温 $<0.5^{\circ}\text{C}$ ；直肠体温 $>0.5^{\circ}\text{C}$ 。一日内体温略有波动，上午偏低，下午偏高，但不超过 1°C 。

二、发热的病因

引起发热的原因很多，最常见的是感染（包括各种传染病），其次是结缔组织病（胶原病）、恶性肿瘤等。

（一）感染性发热

临床上引起发热最常见的原因，病原体侵入人体产生病变后，可因急性/慢性或局部/全身感染引起发热。临床上主要见于以下感染性疾病。

1. 细菌性感染 化脓性扁桃体炎、支气管炎、大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、各种化脓性脑膜炎、细菌性痢疾、伤寒、猩红热、百日咳、脓肿、胆囊炎、肾盂肾炎、丹毒、布氏杆菌病、破伤风等。

2. 病毒性感染 流行性腮腺炎、风疹、麻疹、水痘、流行性感、呼吸道病毒感染、病毒性肝炎、脊髓灰质炎、流行性乙型脑炎、传染性单核细胞增多症、流行性出血热等。

3. 寄生虫病 支原体肺炎、疟疾、阿米巴痢疾、阿米巴肝脓肿、黑热病等。

4. 螺旋体感染 如钩端螺旋体病、回归热等。

5. 蠕虫病 如急性血吸虫病、丝虫病、华支睾吸虫病等。

6. 立克次体病 如斑疹伤寒、恙虫病等。

（二）非感染性发热

发热性疾病中，除感染因素外，非感染因素也占了一定的比例，主要见于以下几种原因。

1. 无菌性组织损伤或坏死 手术组织损伤、严重外伤、烧伤、内出血、大血肿吸收、血管血栓、恶性肿瘤、白血病、淋巴瘤、溶血反应。

2. 变态反应 抗原、抗体反应，如风湿病、血清病、药物热。

3. 内分泌、代谢障碍 如甲状腺机能亢进、惊厥及癫痫持续状态所致的产热过多，因大量失血、严重脱水引起脱水热等。

4. 皮肤散热障碍 广泛性疤痕、广泛性皮炎、先天性汗腺缺乏症等皮肤疾病或包盖

过严(多见于小婴儿)所致的散热障碍。

5. 体温中枢调节功能障碍 物理(中暑)、化学(安眠药)、机械(脑出血、肿瘤、外伤)

6. 自主神经功能紊乱 功能性低热。

三、发热的临床表现

(一) 发热过程

1. 体温上升期 当体温调节点升高时,而体温未升高。机体要发挥保热机制,确保体温升高。病人可表现为皮肤苍白、干燥、乏力、肌肉酸痛、畏寒或寒战。可分为:①骤升型:数小时内体温上升到 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$,见于疟疾、肺炎、败血症等,常有寒战或畏寒。②缓升型:经数天体温升高到高峰,见于伤寒、结核病、布氏杆菌等,此类患者常无寒战。

2. 高热期 可分为如下6种类型。

(1)稽留热:体温持续在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 达数天或数周,24小时体温波动 $<1^{\circ}\text{C}$ 。主要见于大叶性肺炎、伤寒等。

(2)弛张热:体温常在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$,24小时体温波动 $>2^{\circ}\text{C}$ 。主要见于败血症、重症结核病、局灶性化脓性感染、风湿病、感染性心内膜炎。

(3)间歇热:发热时体温骤然升高到 39°C 以上,可伴有畏寒、寒战,持续数小时后又降到正常;经1天或数天后,又再次突然升高,如此反复。主要见于间日疟、三日疟、急性肾盂肾炎等。

(4)回归热(又称再发热):体温骤然升高至 39°C ,持续数日后又骤然下降至正常。高热期与无热期各数天,如此规律性反复发作。主要经见于回归热、周期热、霍奇金(Hodgkin)病等。

(5)波浪热:体温在数天内逐渐升高达 39°C 或以上,持续数日后,逐渐下降至正常或低热状态,数日后又逐渐上升,如此反复交替发作。主要见于布氏杆菌病。

(6)不规则热:发热时间不定,发热无规律。见于结核病、风湿热、癌性发热等。

(二) 伴随症状

1. 全身性症状 寒战、畏寒、肌肉酸痛、疲乏无力、食欲不振。寒战常见于细菌(肺炎、肾盂炎、败血症、流脑),可见于疟疾、药物热、急性溶血、输血输液反应;少见病毒、结核、伤寒;不见于风湿病。

2. 各系统症状 头痛、呕吐;咳嗽、咳痰;腹痛、腹泻;尿频、尿急;关节肿痛。

(三) 伴随体征

1. 皮肤黏膜

(1)结膜充血:见于麻疹、流行性出血热、钩端螺旋体病、斑疹。

(2)皮疹:①与热程相关,发热和皮疹出现的时间常常相对固定,出疹时间自第1至6天,依此为水痘、猩红热、天花、麻疹、斑疹伤寒、伤寒。②与热程无关,常见于风湿热、药物热、系统性红斑狼疮、败血症等。

(3)出血倾向:血液病、流脑、败血症、肝炎。

(4)黄疸:常见于病毒性肝炎、恶性组织细胞病、胆囊炎、化脓性胆管炎、钩端螺旋体病、败血症和其他严重感染、急性溶血等。

(5)单纯疱疹:大叶性肺炎、流脑、流感。

- (6) 伤口 (包括拔牙、任何治疗操作)。
2. 淋巴结肿大 一般炎症如淋巴结炎; 特殊炎症如结核、传染性单核细胞增多症; 肿瘤如淋巴瘤、白血病。
3. 肝脾肿大 可见于肝胆疾病 (肝炎、感染、血吸虫)、败血症、风湿病、血液病、伤寒、疟疾。
4. 关节肿痛 见于风湿病、痛风、败血症。
5. 意识障碍 见于中枢神经系统感染、中暑、严重全身性感染 (脓毒症、中毒性痢疾、肺炎)。

四、诊断途径

(一) 病史

1. 一般病史: 发病时间、热度、缓急、持续或间断、病程。
2. 伴随症状: 全身与各系统症状。
3. 诊治经过: 使用抗生素、糖皮质激素、解热镇痛药。
4. 病前创伤史: 手术、有创操作 (拔牙、分娩、流产)、外伤。
5. 既往史: 既往疾病及发热病史。
6. 个人生活史: 职业; 异地情况 (居住迁移、外出旅游或经商); 环境 (宠物); 接触发热病人。
7. 家族史

(二) 体格检查

- (1) 生命体征
- (2) 皮肤黏膜: 皮疹、出血、黄疸、伤口、针眼。
- (3) 淋巴结
- (4) 五官病灶: 鼻窦、扁桃体。
- (5) 甲状腺
- (6) 肺部: 啰音。
- (7) 心脏: 杂音。
- (8) 腹部: 肝脾肿大、膀胱、肾区叩击痛。
- (9) 四肢关节: 全身躯体压痛。
- (10) 神经系统: 脑膜刺激征。

(三) 诊断思路

1. 根据伴随系统症状诊断: 如尿频、尿急提示泌尿系统疾病; 咳嗽、咳痰提示呼吸系统疾病; 头痛、呕吐提示中枢神经系统疾病。
2. 根据病程诊断
 - (1) 短程 (1~2天): 是最常见的发热, 如普通感冒、化脓性扁桃体炎、支气管炎或肺炎、泌尿道感染。
 - (2) 中程 (>3天或>1周): 此类病人如伴随某个系统的症状, 如尿频、尿急, 则按各系统思路诊断; 无系统症状者称“感冒样发热”, 可能是败血症、肝炎、传染性单核细胞增多症等。
 - (3) 原因不明发热: 常有4大类病因①感染性疾病, 最常见于结核或伤寒等; ②风湿

病；③血液病或肿瘤；④其他：如甲状腺技能亢进等。

五、发热病人的处理

乡医只能处理诊断明确的、村里可治疗的疾病，其他均应转院。

(1) 乡医可治疗的疾病，包括普通感冒、化脓性扁桃体炎、支气管炎（包括慢性肺部疾病的继发感染）、轻症肺炎（经医院确诊后，可在村里治疗）、泌尿道感染等。

(2) 需要转院的病人：凡超出上述范围的发热病人均应转院诊治。

六、农村常见疾病的诊断与处理

(一) 普通感冒

普通感冒是由鼻病毒、冠状病毒、副流感病毒、流感病毒、呼吸合胞体病毒、腺病毒、肠道病毒等一组疾病。以鼻咽部症状为主，病情轻、病程短并且有自限性。据 WHO 统计有 100 余种病毒；单鼻病毒就有 100 余种血清类型，并不断变异。

病毒从呼吸道分泌物中排出并传播，当机体抵抗力下降，如受凉、营养不良、过度疲劳、烟酒过度、全身性疾病及鼻部本身的慢性疾病影响呼吸道畅通等，容易诱发感染。感冒发作后继发细菌感染。感冒起病时鼻内有干燥感及痒感、打喷嚏、全身不适或有低热，以后渐有鼻塞、嗅觉减退、流大量清水鼻涕、鼻粘膜充血、水肿、有大量清水样或脓性分泌物等。若无并发症，病程约为 7~10 天。

【病原学】

(1) 感冒的病因在 20 世纪 50 年代分离出许多呼吸道病毒后才开始了解（见表 1-1-1）。

表 1-1-1 感冒相关病毒

普通感冒相关病毒	抗原类型	发现时间	占感冒总数 (%) *
鼻病毒	100 种, 1 种亚型	1956 年	30~40
冠状病毒	3 种以上	1958 年	≥10
副流感病毒	4 种	1956 年	很少
呼吸道合胞体病毒	2 种	1956 年	很少
流感病毒	3 种	1933 年	10~15
腺病毒	47 种	1953 年	5
其他（肠道病毒、麻疹、风疹、水痘）			5
推测未发现			25~30
α 溶血性链球菌 A+			5~10
亚肺病毒 ()		2001 年	

* 据美国统计。

+ 包括因用临床表现不能鉴别的链球菌咽炎与病毒性咽炎。

(2) 主要病毒有鼻病毒、冠状病毒、呼吸道合胞体病毒 (RSV)、腺病毒及其他肠道病毒，还有粘病毒属、副粘病毒、微小 RNA 病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒等。2001 年发现亚肺病毒，可见于所有儿童，但以 5 岁以下儿童居多，遍及全世界。

(3) 链球菌亦作为感冒病因，尽管轻度链球菌性咽炎不同于病毒性咽炎，但临床上无

法鉴别。

(4) 约 1/3 至 1/4 感冒的病因不明。

(5) 感冒频繁发生的原因，是由于病毒感染后有 2 种情况：①感染后能产生免疫力，但又可被不同血清型的同种病毒感染，如鼻病毒、腺病毒、流感病毒、埃可病毒、柯萨奇病毒；②感染后不能产生免疫力，可反复被同种病毒感染，有冠状病毒、呼吸道合胞体病毒及副流感病毒。

(6) 约有 5% 感冒病人同时存在 2 种或以上病毒。

【流行病学】

1. 发病频率 感冒是缺勤、缺课最常见原因。发生感冒次数与年龄成反比。据 1 项研究，<1 岁婴儿每年平均 6.7 次，1~5 岁的 7.4~8.3 次，十几岁的 4.5 次，母亲 4.5 次，父亲 3.5 次。接触幼儿的成人，感冒次数增加，因他们把新病毒带回家来。

2. 季节发病率

(1) 季节发病规律：鼻病毒感染可全年发生，但在 9 月与 3 月有 2 次高峰；其他病毒均有不同高峰期。

(2) 相关因素：与人群聚集（如上学）有关；与气温与湿度亦有关。

3. 传播方式 呼吸道病毒的主要贮存部位是幼儿的上气道。感冒最易在家庭、学校托儿所传播。儿童从同学中获得新的病毒株，带回家中，传递给家庭成员。

感冒传播的自然机制不清。可能的传播方式有：①直接接触皮肤和环境表面的感染分泌物；②暂时传递到空气中的呼吸道分泌物的大颗粒 ($>10\mu\text{m}$)，扩散不超过 1m，落到黏膜表面，如眼结膜或鼻黏膜；③悬浮在空气中的微粒 ($<5\mu\text{m}$) 可把病毒悬浮在空气中，持续 1 小时，可吸入感染，如流感病毒。

某些病毒（如鼻病毒），必须身体接触才能有效传播。鼻病毒宜在 $33\sim 34^{\circ}\text{C}$ 生活，故主要在鼻部生成，从高浓度的鼻分泌物排出。短暂的手接触，可把病毒，从感染者的手传递给易感者的手上。当易感者的污染手指触摸自己鼻或眼黏膜时，引起感染。有一项家庭传播的研究，家庭成员有患感冒时，母亲手指经杀病毒溶液处理后，母亲的感染率下降。

鼻病毒亦可通过空气的大的或小的悬浮微粒传播。所有呼吸道病毒的传播是不同的，但需要进一步研究。

【临床表现】

普通感冒的潜伏期，不同病毒稍有差异，一般在 12~72 小时。

1. 症状

鼻病毒感染病人常在第 1 天同时有打喷嚏、流鼻涕、鼻塞，迅速加重，第 2~3 天最严重。其他有咽部不适、喉头刺痒。病程早期可有声音嘶哑、咳嗽，并可持续 1 周，此时，鼻咽部症状消失。有关冠状病毒症状的资料有限。

鼻病毒引起的感冒平均病程是 1 周，但约有 1/4 病人可长达 2 周。

2. 体格检查 尽管病人感到不适，但体征甚少。鼻子发红、流涕是感冒的特征。腺病毒感染的咽结膜热与单纯性带状疱疹性咽炎。胸部检查可有干性啰音。

成人与儿童普通感冒的临床表现类似。但是，幼儿的副流感病毒或 RSV 病毒感染可导致肺炎、假膜性喉炎及气管支气管炎，而这些病毒对成人只患感冒。成人与儿童的鼻病毒、冠状病毒、副流感病毒及 RSV 感染是有所差别。

【鉴别诊断】

1. 流感

(1) 流感流行预警：①门急诊上呼吸道感染病人 3 天内呈直线上升；②连续发现典型流感病人；③ 2 例病人的家庭增加；

(2) 与一般感冒鉴别

2. 与非感冒发热鉴别

(1) 如下 3 点不支持普通感冒①寒战：普通感冒是畏寒、无寒战，流感与传染性非典型肺炎可有寒战；②体温 $\geq 40^{\circ}\text{C}$ ，普通感冒可能性小；③发热超过 3 天应开始考虑非感冒，超过 1 周则不可能是感冒。这 3 点是笔者从临床中总结的，如有上述任何一项则应转院检查。

(2) 有基础病、免疫缺陷者，即使罹患感冒亦应慎重处理。

【治疗】

普通感冒不可能有根治方法。因为它是许多病毒所致的一组疾病，而且病毒变异很快，现有抗病毒药物无效，它是滥用抗生素最严重的一组疾病。

目前过度治疗十分严重。对感冒的概念不清，发热 10~20 天，由于无其他症状而误诊为感冒者很多。

主要是对症治疗。可用 I 代抗组织胺与 NSAIDs (对乙酰氨基酚) 合用。但应注意此类药物的不良反应、过敏反应以及对血象与肝肾功能的影响。由于抗组织胺药物有镇静作用，对机动车驾驶员或高空作业者应慎用。对进食差的病人可适当输液。应保证充足睡眠、很好休息。

【预防】

勤洗手、消毒手；勿摸鼻与眼；打喷嚏或咳嗽时应用卫生纸捂住口鼻。

(二) 化脓性扁桃体炎

1. 病原体：主要是链球菌等，少数可是杆菌感染。

2. 治疗：应抗首选抗链球菌的抗生素，如大环内酯；高热者可选用适量氟美松；其他治疗可用漱口液及口含片。

3. 鉴别诊断：由于传染性单核细胞增多症可有急性化脓性扁桃体炎，但本病有全身淋巴结肿大、肝脾肿大，可资鉴别。

(三) 支气管炎或肺炎

两者均有发热、咳嗽。但急性支气管炎，一般情况好，而肺炎患者一般情况差。故对病情重者应作胸部 X 线检查。

处理：大环内酯类+喹诺酮类药物。

(四) 泌尿道感染

1. 诊断

膀胱炎：有尿频、尿急，无发热及肾区叩击痛。

肾盂肾炎：有尿频、尿急、肾区叩击痛，发热 $38.5\sim 39.5^{\circ}\text{C}$ 。

前列腺肥大： >50 岁男性，可有前列腺肥大，导致泌尿道感染，是常见的发热病因。

2. 治疗 可用氨基糖苷类或 III 代头孢霉素；体温正常 72 小时后，改口服 2 周。

第二节 头 痛

头痛是泛指头部上半部即眉弓至枕下部的疼痛，是一个常见的症状。许多疾病均可有头痛，但有时无特殊意义，如发热时可伴有头痛，精神紧张、过度疲劳也可出现头痛等。基层医生主要应及时识别危急病症的头痛。如新发生的剧烈难忍的头痛应立即转诊；对慢性起病，伴有咳嗽、喷嚏时加重，或晚上痛醒，或进行性加重者可能为颅内病变。

【病因】

1. 颅内病变

(1) 感染性疾病：见于脑炎、脑膜炎、脑脓肿等。

(2) 占位性病变：见于颅内原发性肿瘤、转移瘤、脑寄生虫病等。

(3) 脑血管疾病：见于脑出血、蛛网膜下腔出血、脑梗死、动脉瘤、脑供血不足、高血压脑病、脑血管畸形等。

(4) 脑外伤：见于脑震荡、脑挫裂伤、硬膜下血肿、脑外伤后遗症等。

(5) 其他：如偏头痛、丛集性头痛（组胺性头痛）、头痛型癫痫、低颅压等。

2. 颅外病变

(1) 颅骨疾病：见于颅底凹陷症、颅骨肿瘤等。

(2) 颈椎病及颈椎其他疾病。

(3) 神经痛：如三叉神经痛、舌咽神经痛、枕神经痛等。

(4) 其他：如颞动脉炎、紧张性头痛、眼源性、鼻源性、耳源性、牙源性头痛等。

3. 全身性疾病

(1) 感染：见于流行性感冒、肺炎、伤寒等发热疾病。

(2) 心血管病：见于高血压、慢性心功能不全等。

(3) 中毒：见于一氧化碳、有机磷、酒精、铅、药物（血管扩张剂、钙离子拮抗剂）等。

(4) 其他：如低血糖、贫血、尿毒症、肺性脑病、系统性红斑狼疮、中暑、真性红细胞增多症、月经期头痛、更年期征候群等。

4. 神经官能症 见于神经衰弱、癔病等。

【发生机制】

各种致病因素引起：①颅内外血管的收缩、扩张，以及血管受牵引或伸展（如颅内占位病变对血管的牵引挤压）；②脑膜受刺激或牵拉；③三叉、舌咽、迷走神经和颈神经受刺激挤压或牵拉；④头、颈部肌肉的收缩；⑤五官和颈椎病变；⑥生化因素及内分泌紊乱；⑦神经功能紊乱等任何一种情况改变，由痛觉传入纤维经脊髓丘脑束或三叉丘系传入到大脑皮质中央后回及其他区域，引起头痛。

【临床表现】

1. 发病情况

(1) 急性、剧烈：蛛网膜下腔出血、脑炎、脑膜炎、青光眼、脑外伤、中暑等。

(2) 间断性头痛：偏头痛、紧张性头痛、头痛性癫痫、三叉神经痛、高血压病等。

(3) 进展性头痛：颅内肿瘤、结核性脑膜炎等。

(4) 慢性头痛：见于高血压、神经官能症、副鼻窦炎、屈光不正、脑外伤后遗症等。

2. 头痛的部位

(1) 额部：鼻窦炎、颅内高压、幕上占位病变等。

(2) 枕部：颈椎病+幕下病变、紧张性头痛等。

(3) 一侧：偏头痛、眼部病变、神经痛等。

(4) 弥漫性：高血压病、高烧、高颅压等。

3. 头痛的性质

(1) 蛛网膜下腔出血：剧烈头痛，伴呕吐，脑膜刺激征。

(2) 脑梗死：钝痛、胀痛，可伴偏瘫等。

(3) 血管性：搏动性痛、胀痛、钝痛。

(4) 神经痛：电击样、针刺样痛。

(5) 神经官能症：性质不定。

(6) 肿瘤：钝痛、胀痛。

4. 头痛与时间的关系

(1) 早晨：鼻窦炎，高颅压。

(2) 下午：偏头痛。

(3) 晚上：肌紧张性头痛。

(4) 阅读后：屈光不正。

5. 伴随症状

(1) 伴随症状：疾病

(2) 呕吐：多种原因颅内压增高，伴有脑膜刺激征、视乳头水肿等。

(3) 发热：颅内感染、风湿病。

(4) 眩晕：内耳病变、小脑、脑干病变、椎-基底动脉供血不足等。

(5) 视觉障碍：偏头痛、青光眼、脑瘤。

(6) 抽搐：高烧、癫痫。

(7) 颅神经麻痹：脑干肿瘤、炎症。

(8) 昏迷：颅内严重感染、高颅压、颅内出血等。

【诊断途径】

1. 病史

(1) 现病史

1) 起病：急性头痛，亚急性头痛，慢性头痛，还是反复发作性头痛。

2) 时间：早晨，下午，晚间睡眠中，阅读后。

3) 持续/间歇：反复发作性或持续性头痛，持续期与间歇期时间。

4) 部位：额、颞部、枕部或全头痛；一侧或双侧；

5) 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) 加重或减轻因素：咳嗽、喷嚏；精神紧张，疲劳，休息后减轻；进餐、阅读后加重。

7) 伴随症状：咳嗽、喷嚏；精神紧张，疲劳，休息后减轻；进餐、阅读后加重。

(2) 既往史：类似头痛史；头部外伤；高血压、癫痫、糖尿病、慢性肾病、肺心病及