

# 最新临床内科 诊疗精要

总主编◎郭礼



西安交通大学出版社  
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS

# 最新临床内科 诊疗精要

---

总主编 ◎ 郭 礼



西安交通大学出版社  
XI'AN JIAOTONG UNIVERSITY PRESS

---

### 图书在版编目(CIP)数据

最新临床内科诊疗精要/郭礼总主编. —西安:  
西安交通大学出版社, 2017. 6

ISBN 978-7-5605-9847-5

I. ①最… II. ①郭… III. ①内科—疾病—诊疗  
IV. ①R5

中国版本图书馆CIP数据核字(2017)第164128号

---

书 名 最新临床内科诊疗精要

总 主 编 郭 礼

责任编辑 秦金霞 鄧梦杰

---

出版发行 西安交通大学出版社  
(西安市兴庆南路10号 邮政编码710049)

网 址 <http://www.xjtupress.com>

电 话 (029) 82668805 82668502 (医学分社)  
(029) 82668315 (总编办)

传 真 (029) 82668280

印 刷 北京虎彩文化传播有限公司

---

开 本 889mm×1194mm 1/16 印张 25.25 字数 820千字

版次印次 2018年6月第1版 2018年6月第1次印刷

书 号 ISBN 978-7-5605-9847-5

定 价 198.00元

---

读者购书、书店添货、如发现印装质量问题, 请通过以下方式联系、调换。

订购热线: (029) 82665248 (029) 82665249

投稿热线: (029) 82668502

读者信箱: [medpress@126.com](mailto:medpress@126.com)

版权所有 侵权必究

# 编 委 会

总主编 郭 礼

主 编 郭 礼 苏宝庆 张新梅  
徐敬媛 张 艳 吕 鹏

副主编（按姓氏笔画排序）

万云鹏 朱利勤 李敬珍 张建军  
邵治国 袁江永

编 委（按姓氏笔画排序）

万云鹏（山东省临清市人民医院）  
吕 鹏（郑州大学附属郑州中心医院）  
朱利勤（湖北省黄冈市黄州区人民医院）  
闫朝怡（三峡大学仁和医院）  
苏宝庆（山东省无棣县海丰街道社区卫生服务中心）  
李敬珍（河北省巨鹿县医院）  
张 艳（湖北省武汉市第十一医院）  
张建军（新疆石河子经济技术开发区医院）  
张新梅（河北省冀中能源峰峰集团总医院）  
邵治国（湖北省荆州市中医医院）  
袁江永（河北工程大学附属医院）  
徐敬媛（山东省济宁市兖州区铁路医院）  
郭 礼（甘肃省定西市中医院）

## 郭 礼



男，心血管内科副主任医师，现任定西市中医院心血管内科科主任，1967年10月出生，1991年7月毕业于兰州大学临床医学系。发表国家级论文四篇，省级论文六篇，2008年获得由甘肃省卫计委颁发的“优秀医疗队员”称号，2013当选为甘肃省定西市心血管协会会员，2016年当选为海峡两岸卫生交流协会心脏康复专业委员会甘肃省工作委员会委员，主要从事心血管内科方面的工作，擅长心血管领域急危重症患者的抢救。近一年来着重主导组建甘肃省定西市中医院心脏康复方面的工作。

## 苏宝庆



男，主治医师，现为海丰街道社区卫生服务中心一名全科医师，任职中心副主任。在基层从事医疗卫生工作二十二年，到过本县五处基层单位工作，并任副院长，曾分管医疗、公卫、农合等业务。对于基层常见病、多发病具有丰富的诊治经验，擅长心脑血管疾病、糖尿病等常见慢性病的早期预防和治疗。在《医师在线》上发表《社区医院治疗老年高血压192例患者临床体会》和在《中国医疗管理科学》上发表《浅论慢性胃炎的临床表现及治疗》两篇论文。

## 张新梅



女，1969年出生，河北省冀中能源峰峰集团总医院邯郸院区内科主任，擅长心力衰竭、心律失常等心血管专业。2008年于河北医科大学读在职研究生，1995年-2013年河北省冀中能源峰峰集团总医院心内科，2013年至今任河北省冀中能源峰峰集团总医院邯郸院区内科主任。《灯盏花素联合洛汀新对早期糖尿病肾病尿蛋白的临床研究》获河北省医学会科技二等奖。《倍他乐克对急性心肌梗死心功能的影响》获冀中能源峰峰集团二等奖。《心包留置中心静脉导管引流并注射丝裂霉素治疗恶性心包积液42例》获冀中能源峰峰集团一等奖。2013年《心房颤动口服抗凝药物的研究进展》获冀中能源峰峰集团三等奖。2016年《煤矿工与非煤矿工冠心病筛查冠脉成像结果分析及临床意义》获河北省煤炭工业科学技术奖二等奖。2016年《煤矿工与非煤矿工冠心病筛查冠脉成像结果分析及临床意义》获邯郸市科技进步奖一等奖。2014年峰峰集团被评为拔尖人才。峰峰集团总医院重点学科带头人，多次被评为集团公司、总医院先进个人。

## 徐敬媛



从事临床内科工作二十余年，具有丰富的临床经验。曾在《中外医疗》《中国医药导报》等杂志发表论文多篇，并参编《实用临床危重病病学》《现代心血管病学》《临床消化病学》等著作，获得实用新型专利一项。

# P 前言

## Preface

内科学是现代医学的重要组成部分,随着我国经济和社会的迅速发展,人口老龄化、慢性疾病发病率逐渐上升,掌握内科学的知识越来越重要。

本书共分为十五章,较为系统的介绍了内科各专科常见疾病的要点、常用诊断和治疗操作技能、多发病的诊断标准及其规范化治疗,内容简洁丰富,并在紧要处着重强调,结构清晰、明确,实用性较强,有助于临床医师对疾病迅速做出正确的诊断和恰当的处理。

尽管编撰者均倍加努力,但由于编写水平有限,书中内容难免有疏漏和不妥之处,敬请专家、同仁和广大读者提出意见和建议,谢谢。

《最新临床内科诊疗精要》编委会

2017年2月

# C 目录

## Contents

|                     |      |
|---------------------|------|
| 第一章 概 述.....        | (1)  |
| 第二章 内科常见症状.....     | (4)  |
| 第一节 发 热.....        | (4)  |
| 第二节 疼 痛.....        | (6)  |
| 第三节 咯 血 .....       | (10) |
| 第四节 昏 迷 .....       | (12) |
| 第五节 心 悸 .....       | (14) |
| 第六节 呕血与黑便 .....     | (15) |
| 第七节 呕 吐 .....       | (16) |
| 第八节 水 肿 .....       | (18) |
| 第三章 内科常用诊断方法 .....  | (20) |
| 第一节 实验诊断 .....      | (20) |
| 第二节 电生理学诊断 .....    | (23) |
| 第三节 超声诊断 .....      | (25) |
| 第四节 影像学诊断 .....     | (28) |
| 第五节 内镜诊断 .....      | (32) |
| 第六节 放射性核素诊断 .....   | (34) |
| 第四章 内科常用诊疗技术 .....  | (38) |
| 第一节 心脏电复律 .....     | (38) |
| 第二节 心包腔穿刺术 .....    | (41) |
| 第三节 心肺复苏 .....      | (42) |
| 第四节 机械通气 .....      | (45) |
| 第五节 血液透析 .....      | (51) |
| 第六节 氧气疗法 .....      | (67) |
| 第七节 雾化吸入疗法 .....    | (69) |
| 第八节 静脉穿刺及插管技术 ..... | (70) |

|      |                 |       |
|------|-----------------|-------|
| 第九节  | 造血干细胞移植 .....   | (77)  |
| 第五章  | 呼吸系统疾病 .....    | (82)  |
| 第一节  | 急性上呼吸道感染 .....  | (82)  |
| 第二节  | 急性气管—支气管炎 ..... | (84)  |
| 第三节  | 慢性支气管炎 .....    | (85)  |
| 第四节  | 急性呼吸窘迫综合征 ..... | (87)  |
| 第五节  | 支气管肺癌 .....     | (90)  |
| 第六节  | 呼吸衰竭 .....      | (101) |
| 第六章  | 循环系统疾病 .....    | (106) |
| 第一节  | 高血压 .....       | (106) |
| 第二节  | 心律失常 .....      | (111) |
| 第三节  | 心力衰竭 .....      | (121) |
| 第四节  | 心绞痛 .....       | (127) |
| 第五节  | 急性心肌梗死 .....    | (143) |
| 第六节  | 心脏瓣膜病 .....     | (153) |
| 第七节  | 心肌炎 .....       | (158) |
| 第八节  | 慢性肺源性心脏病 .....  | (176) |
| 第九节  | 急性肺源性心脏病 .....  | (181) |
| 第十节  | 肺动脉高压症 .....    | (184) |
| 第十一节 | 心包积液 .....      | (194) |
| 第七章  | 消化系统疾病 .....    | (209) |
| 第一节  | 胃 炎 .....       | (209) |
| 第二节  | 消化性溃疡 .....     | (215) |
| 第三节  | 胃食管反流病 .....    | (219) |
| 第四节  | 食管癌 .....       | (224) |
| 第五节  | 肝硬化 .....       | (234) |
| 第六节  | 胰腺炎 .....       | (238) |
| 第七节  | 原发性肝癌 .....     | (245) |
| 第八章  | 泌尿系统疾病 .....    | (250) |
| 第一节  | 急性肾小球肾炎 .....   | (250) |
| 第二节  | 肾病综合征 .....     | (253) |
| 第三节  | 慢性肾小球肾炎 .....   | (257) |
| 第四节  | 急性间质性肾炎 .....   | (259) |
| 第五节  | 肾衰竭 .....       | (263) |

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| <b>第九章 内分泌及代谢系统疾病</b> ..... | (270) |
| 第一节 内分泌系统常见疾病概述.....        | (270) |
| 第二节 单纯性甲状腺肿.....            | (272) |
| 第三节 甲状腺功能亢进症.....           | (274) |
| 第四节 糖尿病.....                | (281) |
| 第五节 类风湿关节炎.....             | (289) |
| 第六节 儿童肥胖.....               | (292) |
| 第七节 儿童糖尿病.....              | (294) |
| <b>第十章 神经精神系统疾病</b> .....   | (298) |
| 第一节 神经系统疾病概念.....           | (298) |
| 第二节 面神经炎.....               | (301) |
| 第三节 三叉神经痛.....              | (302) |
| 第四节 癲 癇.....                | (303) |
| 第五节 缺血性脑血管病.....            | (305) |
| 第六节 出血性脑血管病.....            | (309) |
| 第七节 神经衰弱.....               | (313) |
| 第八节 癔 症.....                | (314) |
| 第九节 抑郁症.....                | (315) |
| 第十节 焦虑症.....                | (318) |
| <b>第十一章 造血系统疾病</b> .....    | (322) |
| 第一节 贫血性疾病概述.....            | (322) |
| 第二节 缺铁性贫血.....              | (324) |
| <b>第十二章 传染病</b> .....       | (327) |
| 第一节 传染性非典型性肺炎.....          | (327) |
| 第二节 结核性脑膜炎.....             | (330) |
| 第三节 肠结核.....                | (334) |
| <b>第十三章 理化因素所致疾病</b> .....  | (342) |
| 第一节 中 暑.....                | (342) |
| 第二节 电 击.....                | (343) |
| 第三节 淹 溺.....                | (345) |
| <b>第十四章 老年疾病</b> .....      | (347) |
| 第一节 老年人的膳食与营养.....          | (347) |
| 第二节 老年患者的肠外肠内营养支持.....      | (353) |
| 第三节 衰老的防治.....              | (359) |

|      |                |       |
|------|----------------|-------|
| 第四节  | 老年脂肪肝.....     | (361) |
| 第五节  | 老年便秘的饮食疗法..... | (364) |
| 第十五章 | 中医肾病.....      | (371) |
| 第一节  | 水    肿.....    | (371) |
| 第二节  | 淋    证.....    | (373) |
| 第三节  | 癃    闭.....    | (377) |
| 第四节  | 腰    痛.....    | (378) |
| 第五节  | 消    渴.....    | (383) |
| 第六节  | 遗    精.....    | (387) |
| 第七节  | 虚    劳.....    | (389) |
| 参考文献 | .....          | (394) |

# 第一章 概述

## 一、内科学在临床医学中的重要性

在现代医学发展过程中,逐步形成了临床医学、基础医学和预防医学三大分支。其中,临床医学是研究人体各系统疾病的病因、发病机制、诊断、治疗及预后的学科。临床医学进一步按医疗服务的对象、疾病的特性、治疗手段的不同而划分为内科、外科、儿科、妇产科、五官科等,而且随着临床学科的发展,分科也越来越细。

按照传统内涵而言,内科学是以“非手术方法或药物治疗疾病”为特征而与“以手术为主要方法治疗疾病”的外科学区分的。现代内科学已远远突破了这一传统概念。

内科学是临床医学的重要组成部分,也是临床医学重要的基础学科,它整体性强、涉及面广。无论是哪一临床学科的医生,用什么手段治疗患者,其先决条件是做出正确的诊断。而正确的诊断起始于对患者的问诊技巧,形成于医生仔细的体格检查、有的放矢的辅助检查等每一环节的逻辑思维与缜密的分析论证,这是内科医师的基本功,也是内科学教学的基本原则。因此,内科学所阐述的原则和临床思维方法,不仅是内科医生也是涉及临床学科的所有医生都应学习和掌握的。学好内科学是学好临床医学的关键。

## 二、内科学学习的方法和要求

### (一)理论学习与临床实践并重

掌握好内科学的基础理论知识,对于一个内科医师来讲十分重要。学习内科学要重点掌握每个疾病的临床表现、诊断方法和防治原则与措施,同时还要了解疾病的病因、发病机制、病理解剖和病理生理等方面的知识,从整体上达到对疾病的全面认识。在学习过程中,还要经常复习和密切联系有关基础医学知识,以促进对疾病临床知识的理解和掌握。掌握好内科学的基础理论知识固然十分重要,必须同时重视临床实践,这也是学习内科学的基础理论知识的目所在。临床医学本身是一门实践性很强的学科,只有通过丰富的临床实践活动,才能使基础理论知识变得有血有肉,升华为临床工作能力。

### (二)培养正确的临床思维

广义的临床思维的培养应以循证医学理念为指导,狭义上讲是指医生运用已掌握理论知识和临床经验,结合患者的具体情况,进行科学的综合分析和逻辑推理,形成正确的诊断和解决方案的思维过程。人类生命现象的复杂性和认识的局限性,决定了临床工作固有的挑战性,同时也决定了临床医生必须用科学的临床思维方法面对千变万化的病情。养成科学的临床思维,应遵循以下基本原则。

(1)正确处理主观与客观的关系。在临床工作中,有时自觉或不自觉地犯两种错误:一种是主观臆断,表现为对待具体的病情上,不能客观分析,凭已有的经验想当然;一种是过分依赖辅助检查,表现为面对患者,不重视详细的病史采集和体格检查,无的放矢,盲目检查,这既造成患者不必要的经济负担,更由于检查的盲目性而延误诊断,甚至丧失治疗时机。不可否认,日益增多的检查技术在医学领域的应用为临床医生的诊断提供了极其重要的依据,但重要的是这些检查一定是要建立在医生的问诊和体格检查的基础上,而这也是任何辅助检查都不能取代的。因此,临床工作中必须正确处理主观与客观的关系。

(2)正确处理整体与局部的关系:人是一个生命的有机整体,各脏器之间存在着紧密的联系,这是人作为一个生命的有机整体的基本特征。认识疾病必须把握这一基本特征。患者的病变可能发生在某一局部的器官或组织,局部的病变既可以影响到全身,也可能表现为其他器官或组织病变的症状,如心房颤动不

一定全是心脏病所致,也可能是由于甲状腺功能亢进引起。因此,临床诊断时,应避免根据某一局部临床征象立即做出某一诊断,否则容易犯“头痛医头,脚痛医脚”的错误。

(3)正确处理共性与个性的关系:关于疾病基本理论知识是人类在与疾病的长期斗争中积累形成的,这无疑是临床工作者开展疾病诊断与治疗的基础。但是疾病发生于个体时,受到个体差异和其他因素的影响,所得疾病的临床表现并不是千篇一律。如果按照“本本主义”去诊断某个具体患者的疾病时,可能会出现漏诊或误诊。因此,临床诊治疾病过程中,必须进行辩证思维,正确处理共性与个性的关系,才会做出正确的诊治。

### (三)树立良好的医德医风

医生是一个神圣的职业,不仅要具备精湛的业务知识,掌握为患者解除疾病痛苦的专业本领,更应该具备高尚的医德,养成良好的医风。当前,我国正处在社会转轨时期,树立良好的医德医风更是时代的呼唤。作为医学生,从选择这个职业的那天起,就应该把培养良好的医德医风作为自己职业生涯的不懈追求。必须以高度的责任感、同情心,满腔热情地对待患者,要想患者之所想、急患者之所急、痛患者之所痛,树立全心全意为患者服务的思想。

## 三、内科学的进展

### (一)医学模式的转变

现代医学起源于生物医学模式,已有 400 多年的历史,这种医学模式对人类健康及疾病的认识从纯生物学的角度去分析,强调生物学因素及人体病理生理过程,着重躯体疾病的防治,被称为是传统的医学模式。随着社会进步和科学技术的发展,这一模式的局限性和消极性日渐显露。人既有生物属性又有社会属性,因此人们逐渐认识到心理因素、社会因素是决定人体健康的重要因素。1948 年,世界卫生组织提出健康新观念,从生物、心理和社会三个方面考察健康现象。美国罗彻斯特大学医学院精神病学教授 G·L·Engel 1977 年在《科学》上发表《需要新的医学模式:对生物医学的挑战》一文,在批判生物医学模式局限性的基础上,正式从理论上提出了生物-心理-社会医学模式。新的医学模式强调了卫生服务的整体观,从原有的医学范畴扩展到社会医学、心理学这个广阔领域。在治疗上要采取多样化综合治疗,从局部治疗到整个人体治疗,从医病到医人,从个体医疗到面向群体医疗保健,从医院扩展到社会,从单纯治疗到预防和治疗相结合,从防病治病扩展到对人群的健康监护以及提高人体身心素质。医学模式的转变,对临床医师的知识结构提出了更高、更新的要求,要求临床医师要主动学习一些医学心理学和医学社会学等方面的知识,以适应这一模式的转变。

### (二)循证医学的发展

传统的临床思维模式基于专家经验和理论之上,称之为经验医学。针对经验医学模式的固有缺陷,20 世纪 80 年代循证医学(EBM)的概念应运而生。EBM 重点是在临床研究中采用前瞻性随机双盲对照及多中心研究的方法,系统地收集、整理大样本研究所获得的客观证据作为医疗决策的基础。循证医学并非要取代临床技能、临床经验、临床资料和医学专业知识,它只是强调任何医疗决策应建立在最佳科学研究证据基础上,不能因此忽视临床医生对于每一个具体患者认真的个体化分析。

### (三)内科学专业进展

近年来,内科学各专业无论在疾病的病因和发病机制、检查和诊断技术方面,还是在预防和治疗方面都取得了很大进展。

#### 1. 病因和发病机制方面

近年来,由于遗传学、免疫学、病理生理学、内分泌和物质代谢研究等方面的进展,使许多疾病的病因和发病机制得以进一步明确,目前已深入到细胞生物学和分子生物学水平进行发病机制的研究。如关于心力衰竭发病机制,认识到心室重塑是引起心力衰竭发生、发展的基本机制;如近年来从染色体基因内 DNA 的分析来认识海洋性贫血和白血病的发病机制,发现了 575 种以上人类异常血红蛋白,并从胎儿绒毛膜或羊水细胞的 DNA 分析做出胎儿海洋性贫血遗传类型和血友病的产前诊断。

## 2. 检查和诊断技术方面

临床生化分析已向自动化、高速、高效和超微量发展,多道生化分析仪已在临床广泛应用。高效液相层析、酶联免疫吸附测定、细胞和血中病毒及细菌的 DNA 和 RNA 测定、分子遗传学分析、单克隆抗体的制备、聚合酶链反应和酶学检查技术均为临床诊断提供了重要信息。各种内镜如消化道、呼吸道、泌尿道、腹腔、血管内镜,可通过直接观察、电视、照相、采取脱落细胞和活体组织检查及内镜下止血、取石、切除等,大大提高了相关疾病的早期诊断和确诊率,并开辟了新的治疗途径。各种监护系统如心、肺、脑的电子监护系统能连续监测病情,提高了抢救危重患者的成功率。超声诊断已发展到实时三维成像;血管内超声显像及血管镜检查弥补了血管造影的不足,对血管病变尤其对冠状动脉粥样硬化病变的诊断具有重要的意义。数字减影法心血管造影、放射性核素检查及正电子发射计算机体层显像等新技术,对提高内科疾病的诊断水平起着重要的作用。

## 3. 预防和治疗

新的急性传染性呼吸系统疾病——传染性非典型肺炎(SARS)和人禽流感的流行,来势凶猛,危害极大。我国相关专家在较短的时间内确定了病原及传播途径,制定了有效的防治措施,使之很快得到控制。心血管疾病的诊治方面,介入治疗的发展已达到了较高的水平,如冠心病的球囊扩张加支架置入,心律失常的消融治疗,先天性心脏病的封堵治疗等均取得了很好的效果。应用针对幽门螺杆菌的抗菌治疗,从根本上改变了消化性溃疡的总体预后等。

有理由相信,随着基础医学研究不断深入,医学模式的转变,循证医学的发展,以及现代高新技术在医学领域的广泛应用,内科学发展必将取得更大的成就。

(郭 礼)

## 第二章 内科常见症状

### 第一节 发 热

#### 一、发热机制

正常人的体温受体温调节中枢调控,并通过神经、体液因素使产热和散热过程呈动态平衡,保持体温在相对恒定的范围内。当机体在致热原作用下或各种原因引起体温调节中枢功能障碍时,体温升高超出正常范围,称为发热。正常人体温保持在一定范围内,腋窝温度为  $36^{\circ}\text{C} \sim 37^{\circ}\text{C}$ ,口腔温度为  $36.3^{\circ}\text{C} \sim 37.2^{\circ}\text{C}$ ,直肠温度为  $36.5^{\circ}\text{C} \sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。正常体温在不同个体之间略有差异,且常受机体内、外因素的影响而稍有波动。下午体温较早晨稍高,剧烈运动、劳动或进餐后体温也可略升高,但一般波动范围不超过  $1^{\circ}\text{C}$ 。发热是机体对致病因素的一种全身反应。

多数患者的发热是由于致热原引起的。致热原包括外源性和内源性两大类。

##### (一)外源性致热原

外源性致热原的种类甚多,包括:①各种微生物病原体及其产物,如细菌、病毒、真菌及支原体等。②炎性渗出物及无菌性坏死组织。③抗原抗体复合物。④某些类固醇物质,特别是肾上腺皮质激素的代谢产物原胆烷醇酮。⑤多糖体成分及多核苷酸、淋巴细胞激活因子等。外源性致热原多为大分子物质,特别是细菌内毒素分子量非常大,不能通过血脑屏障直接作用于体温调节中枢,而是通过激活血液中的中性粒细胞、嗜酸性粒细胞和单核-巨噬细胞系统,使其产生并释放内源性致热原,引起发热。

##### (二)内源性致热原

又称白细胞致热原,如白介素(IL)、肿瘤坏死因子(TNF)和干扰素等。内源性致热原一方面通过血脑屏障直接作用于体温调节中枢的体温调定点,使调定点上升,体温调节中枢必须对体温加以重新调节发出冲动,并通过垂体内分泌因素使代谢增加或通过运动神经使骨骼肌战栗(临床表现为寒颤),使产热增多;另一方面,可通过交感神经使皮肤血管及竖毛肌收缩,停止排汗,散热减少。这一综合调节作用使产热大于散热,体温升高而引起发热。

其他原因也会导致产热增加或散热减少,引起发热。包括:①体温调节中枢直接受损,如颅脑外伤、出血、炎症等。②引起产热过多的疾病,如癫痫持续状态、甲状腺功能亢进症等。③引起散热减少的疾病,如广泛性皮肤病、心力衰竭等。

#### 二、发热症状

发热之初,由于皮肤血管收缩,温度下降,患者常先有发冷、皮肤苍白及寒颤。发热时,呼吸频率加快。高热可引起头痛,甚至中枢神经系统功能紊乱,出现意识不清、昏迷、惊厥、谵妄等。发热时消化功能及胃肠道运动失调,常出现纳差、恶心、呕吐、腹胀、便秘等。发热时体力消耗增加,故可出现倦怠无力、肌肉酸痛、周身乏力等,因肾血流减少、呼吸加速所致失水及经皮肤失水增加等原因,可出现口渴、少尿、尿色加深等改变,退热时伴随散热可出现大量出汗及皮温降低。

按发热程度的不同,可将发热分为以下几种类型。①低热: $37.3^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$ 。②中等发热: $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$ 。③高热: $39.1^{\circ}\text{C} \sim 41^{\circ}\text{C}$ 。④超高热: $41^{\circ}\text{C}$ 以上。

(1)发热过程可分为三个阶段。①体温上升期:体温上升期常有疲乏无力、肌肉酸痛、皮肤苍白、畏寒

或寒颤等现象。体温上升有骤升型和缓升型两种方式:骤升型体温在几小时内达  $39^{\circ}\text{C}$  以上,常伴有寒颤,小儿易发生惊厥,见于疟疾、流行性感胃等;缓升型体温逐渐上升,在数日内达高峰,多不伴寒颤,如伤寒、结核病等所致的发热。②极期:是指体温上升达高峰之后保持一定时间,持续时间的长短可因病因不同而有差异。如疟疾可持续数小时,流行性感胃可持续数天,伤寒则可为数周。③体温下降期:由于致热原的作用逐渐减弱或消失,体温中枢的体温调定点逐渐降至正常水平,使体温降至正常。此期表现为出汗多,皮肤潮湿。体温下降有骤降和渐降两种方式:骤降指体温于数小时内迅速下降至正常,有时可略低于正常,常伴有大汗淋漓,常见于疟疾等;渐降指体温在数天内逐渐降至正常,如伤寒等。

(2)热型及意义:某些传染病具有特征性热型,有助于疾病的鉴别,常见热型有以下几种。①稽留热:体温在  $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$  左右,一天之内波动范围不超过  $1^{\circ}\text{C}$ ,持续时间较长,可连续数月不退。多见于伤寒、大叶性肺炎等。②弛张热:一般为  $39^{\circ}\text{C}$  以上的高热,一天内体温波动大于  $1^{\circ}\text{C}$ ,即使体温在最低时也高于正常,常见于急性化脓性感染、风湿热、结核病等。③间歇热:体温骤升达  $39^{\circ}\text{C}$  以上,持续数小时或更长,然后下降至正常,再经数小时或数日后再次升高,如此反复发作,最常见于疟疾。④波浪热:体温逐渐上升,达高峰后逐渐下降,下降至一定程度后又逐渐上升,如此反复,温度曲线是波浪形,常见于布鲁杆菌病等。⑤回归热:高热持续一段时间消退,间歇数天后再次出现,如此反复,见于淋巴瘤、回归热等疾病。需要特别指出的是,由于当前医疗条件的改善及广谱抗生素的应用,一些典型的热型在临床上已不常见。

### 三、发病原因

导致机体发热的原因较多,归纳起来可分为感染性与非感染性两大类,以感染性者最常见。

#### (一)感染性发热

病原体包括细菌、病毒、支原体、衣原体、立克次体、真菌、寄生虫等。

#### (二)非感染性发热

重度外伤、手术、心肌梗死、恶性肿瘤等,因坏死物质的吸收可导致发热,风湿病、血清病、药物热、播散性系统性红斑狼疮等变态反应因素也可引起发热,甲状腺功能亢进、大量脱水、中暑及自主神经功能紊乱等也可引起发热。

### 四、问诊要点

- (1)起病的时间、季节、起病的急缓、病程的长短、体温升高的程度及持续或间隔的时间、诱发因素等。
- (2)有无畏寒、寒颤、大汗或盗汗。
- (3)询问各系统的症状,有时不同系统或器官的主要症状可提示病因所在的部位。
- (4)诊治经过,包括用药名称、剂量、疗效等,特别是对抗生素、退热药、糖皮质激素等药物的使用经过需要详尽地了解。
- (5)患病以来的精神状态,食欲、体温的改变,睡眠及大小便情况。
- (6)传染病接触史、疫水接触史、手术史、流产或分娩史、服药史、职业特点等方面的资料也可为疾病诊断提供重要的线索。

### 五、检查要点

应对发热患者进行系统性全身检查,特别要注意皮肤、黏膜、浅表淋巴结、心、肺、腹(包括肝、脾、胆囊)、四肢及神经系统的检查。

血、尿、粪便的检查常可提供进一步的诊断线索。血液检查着重于血细胞计数及血沉测定,必要时可做血培养。一般情况下,细菌性和化脓性感染时血细胞计数增加,尤其中性粒细胞比例增加明显,病毒感染时则常可见白细胞计数变化不大甚或下降,而淋巴细胞比例则上升。白细胞分类计数及血小板计数时对诊断白血病等血液病有重要价值。如发热的同时伴有贫血,应进一步进行网织红细胞、骨髓象及其他溶血、凝血方面的检查。大便检查应注意性状、细胞成分及虫卵的观察。X线检查对寻找潜在的病灶,如结核、肿瘤等有很大帮助,有时还需进行细菌学、血清学及寄生虫等方面的检查。

## 六、伴随症状

### (一)发热伴寒颤

见于肺炎球菌肺炎、败血症、胆囊炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾等。

### (二)发热伴结膜充血

见于麻疹、流行性出血热、钩端螺旋体病、斑疹伤寒等。

### (三)发热伴单纯疱疹

见于肺炎球菌肺炎、疟疾、流行性脑脊髓膜炎等。

### (四)发热伴皮疹

见于麻疹、风疹、水痘、伤寒、猩红热、药物热、风湿热等。

### (五)发热伴皮肤黏膜出血

见于流行性出血热、败血症、急性白血病、急性再生障碍性贫血等急性传染病和血液病。

### (六)发热伴淋巴结肿大

见于传染性单核细胞增多症、淋巴结结核、局灶性化脓性感染、白血病、转移癌等。

### (七)发热伴肝脾大

见于病毒性肝炎、肝及胆管感染、疟疾、伤寒、急性血吸虫病、白血病、恶性淋巴瘤等。

### (八)发热伴关节肿痛

见于风湿热、败血症、猩红热、痛风等。

(郭 礼)

## 第二节 疼 痛

疼痛是临床常见的症状,也是促使患者就医的主要原因。疼痛是一种不愉快的感觉和情绪上的感受,伴随着现有的或潜在的组织损伤,是主观性的。疼痛对机体的正常生命活动具有保护作用,但强烈或持久的疼痛又会造成生理功能的紊乱,甚至休克。

疼痛发生的机制尚不完全清楚。一般认为神经末梢(伤害性感受器)受到各处伤害性刺激(物理的或化学的)后,经过传导系统(脊髓)传至大脑,而引起疼痛感觉。任何形式的刺激,达到一定的强度,都能引起疼痛。引起疼痛的刺激物称为致痛物质,它包括乙酰胆碱、5-羟色胺、组胺、缓激肽及钾离子、氢离子和组织损伤时产生的酸性产物等。有研究表明,前列腺素  $E_1$  可提高疼痛感受器对化学介质和其他致痛刺激的敏感性,疼痛感受器是游离神经末梢,外周感受器受刺激后,冲动经脊髓的后根神经节细胞,并沿脊髓丘脑侧束进入内囊传至大脑皮质中央后回的第一感觉区,引起定位准确的疼痛感觉。头面部的痛觉由三叉神经传导至丘脑束,再上行至脑桥与脊髓丘脑束汇合,进入大脑皮质中央后回第一感觉区。内脏的痛觉冲动主要通过交感神经传入,经后根进入脊髓,沿与躯体神经相同的途径到达大脑感觉中枢。气管与食管的感觉则是通过迷走神经干的传入纤维而上传。

疼痛按发生的部位与传导途径不同,可分为皮肤痛、内脏痛(类似内脏痛和真性内脏痛)、深部痛、牵涉痛。

皮肤痛:皮肤受一定强度的刺激后产生两种不同性质的痛,其特点为皮肤痛有明确定位;双重痛感,皮肤受损后首先出现的是一种尖锐的刺痛——快痛,在1~2秒后出现一种烧灼样痛——慢痛。撤离刺激后快痛很快消失,而慢痛持续数秒并伴有情绪反应、心血管和呼吸的变化。

真性内脏痛:是内脏本身受到刺激时产生的疼痛。为一种钝痛、酸痛或烧灼痛,也可为绞痛。由空腔脏器的扩张、痉挛或强烈收缩,化学物质的刺激,脏器的牵拉引起。其特点为内脏痛位于身体内部,发生的较缓慢,但持续时间较长;缺乏双重痛感;定位不明确,疼痛区域边缘不易确定。

类似内脏痛:是由体腔的壁层受刺激引起的疼痛,如胸膜、腹膜受到炎症、压力、摩擦或手术等导致的

疼痛。此种疼痛还有一个特点是其相应脊髓神经段的皮肤出现疼痛或痛觉过敏。

**深部痛:**深部痛是指肌肉、肌腱、筋膜及关节的疼痛。

**牵涉痛:**牵涉痛是指内脏器官或深部组织的疾病引起的疼痛,可在体表的某一部位也发生痛感或痛觉过敏区。因为有病变的内脏神经纤维与体表某处的神经纤维经同一脊髓节段面进入脊髓,来自内脏的传入神经纤维途经脊髓上行到大脑皮质,除反映内脏痛外,还会影响同一脊髓段的体表神经纤维,传导和扩散到相应的体表部位而引起疼痛。如心绞痛,除在心前区及胸骨后引起疼痛外,还可放射至左肩或左臂内侧。

疼痛要注意分析疼痛的部位、持续时间、性质与强度、诱发和缓解的因素。下面介绍几种常见的疼痛。

## 一、头痛病因与发病机制

### (一)颅内疾患

颅内组织的炎症、血管病变、肿瘤、损伤等均可引起炎症。①炎症:脑膜炎、脑炎、蛛网膜炎、脑脓肿等发病时由于脑血流量增加、毒素刺激脑膜或脑血管,脑水肿、颅内高压等均可使脑血管、脑膜受到牵拉而产生头痛。②脑血管病变:脑出血或蛛网膜下隙出血时,血液中细胞及其破坏产物、出血灶对脑组织的压迫等均可导致头痛;脑血管畸形及先天性动脉瘤发生破裂出血,刺激或压迫脑膜或脑组织可产生头痛;高血压脑病时,由于脑血管的突然扩张及继发脑水肿可引起头痛。③肿瘤:颅骨使颅内容物相对固定,颅内肿瘤生长过程可直接压迫脑组织或阻塞脑脊液循环通路或因空间占位效应均可导致头痛。④颅脑损伤:脑损伤、颅内血肿等可导致脑水肿或直接压迫、刺激脑膜或脑实质而引发头痛。

### (二)脑血管舒缩功能障碍

偏头痛及丛集性头痛发作时,均存在脑血管的舒缩功能障碍,其中血管扩张或脑血管对组胺过敏是最可能引发头痛的直接原因。

### (三)颅外疾病

头皮感染、创伤、鼻窦的急慢性炎症或肿瘤、眼屈光不正、光眼、视神经炎、急性中耳炎、急性乳突炎,颈椎或枕部、颈部、肩部软组织病变等均可引起头痛。

## 二、胸痛

### (一)发病机制

外伤、炎症、肿块或出血,刺激肋间神经、膈神经、迷走神经的感觉纤维或脊髓神经传入纤维等原因,均可引起胸痛。胸痛既可由胸壁本身病变所致,也可由胸内器官或腹腔器官的病变引起。

#### 1. 胸壁病变

(1)软组织损伤或炎症:病毒侵犯胸壁肌肉可致流行性胸痛;胸背肌肉局部损伤或过度劳累所致胸背肌肉劳损也可引起胸痛。

(2)肋骨病变:肋软骨炎最常发生于第2肋骨与肋软骨交界处,也可发生于其他肋软骨。肋骨骨膜的挫伤或肋骨骨折、肋骨髓炎、风湿性脊椎炎、胸椎结核、急性白血病等也可引起胸痛。

(3)肋间神经炎等可致明显胸痛。

#### 2. 胸膜与肺部疾患

(1)胸膜疾患:结核性胸膜炎、化脓性胸膜炎、胸膜肿瘤、气胸等可引起胸痛。

(2)肺部疾患:肺炎、肺癌、肺结核、肺梗死等肺实质病变波及胸膜壁层时常可引起胸痛。

#### 3. 心血管疾患

常见于心绞痛、心肌梗死、心包炎等。

#### 4. 纵隔疾患

纵隔肿瘤、急性纵隔炎、食管炎、食管裂孔疝、食管肿瘤、食管憩室等可引起胸痛。

#### 5. 横膈及膈下病变

常见于膈下脓肿、传染性肝炎、阿米巴肝炎、肝癌、肝脓肿及胆囊炎等。