

内科常见疾病临床 诊疗与用药



曹姗姗 等 主编

NEI KE CHANG JIAN JI BING LIN CHUANG
ZHEN LIAO YU YONG YAO

天津出版传媒集团

 天津科学技术出版社

内科常见疾病临床 诊疗与用药

曹姗姗 等 主编

NEI KE CHANG JIAN JI BING LIN CHUANG
ZHEN LIAO YU YONG YAO

天津出版传媒集团



天津科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

内科常见疾病临床诊疗与用药/曹姗姗等主编. —
天津: 天津科学技术出版社, 2017. 6
ISBN 978-7-5576-3443-8

I. ①内… II. ①曹… III. ①内科—常见病—诊疗②
内科—常见病—用药法 IV. ①R5

中国版本图书馆CIP数据核字 (2017) 第158467号

责任编辑: 张 跃
责任印制: 兰 毅

天津出版传媒集团 出版
 天津科学技术出版社

出版人: 蔡 颢
天津市西康路35号 邮编 300051
电话 (022) 23332399 (编辑室)
网址: www.tjkjcs.com.cn
新华书店经销
北京虎彩文化传播有限公司印刷

开本 889×1194 1/16 印张 34.25 字数 1 092 000
2018年6月第1版第1次印刷
定价: 128.00元

主 编

曹姗姗 叶 蕊 尚娜荣 陈爱竹

高丽娟 肖 凤

副主编 (按姓氏笔画排序)

马 季 冉 方 付欣荣 孙 兰

张红香 陈曼丽 贺晖英 唐平阳

唐嗣燕 谭永海

编 委 (按姓氏笔画排序)

马 季 (甘肃省嘉峪关市中医医院)

叶 蕊 (山东省济南市机关医院)

叶鹏飞 (湖北省黄石市爱康医院)

冉 方 (河北省保定市第一中心医院)

付欣荣 (湖北省浠水县中医院)

孙 兰 (山东省淄博市博山区医院)

李艳静 (河北省秦皇岛市第三医院)

肖 凤 (河北省承德市围场满族蒙古族自治县医院)

张红香 (河北省磁县人民医院)

陈爱竹 (山东省聊城市东昌府区古楼街道办事处社区卫生服务中心)

陈曼丽 (石家庄市第三医院)

尚娜荣 (山东省东明县中医院)

贺晖英 (河北省任丘市华北石油井下医院)

高丽娟 (河北省石家庄市第二医院)

唐平阳 (河北省沧州市传染病医院)

唐嗣燕 (湖北省建始民族医院)

曹姗姗 (北京国际旅行卫生保健中心)

谭永海 (山东省惠民县魏集镇卫生院)



◎ 曹姗姗

女，1973年生，2010年毕业于山东大学，获得公共卫生硕士学位。北京国际旅行卫生保健中心副主任医师，北京市健康体检主检医师，美国、澳洲、加拿大签证主检医师。曾主持参与多项省部级课题，发表期刊论文十余篇。



◎ 叶蕊

2003年毕业于内蒙古医科大学，现为济南市医学会健康管理委员会会员，全科医学委员会会员，山东省健康体检与评估委员会会员，发表省级医学论文数篇，参与省级保健课题一项，具有丰富的临床保健经验。

前言

preface

随着医学基础理论不断发展,辅助诊断技术的日益增多,治疗方案和药物选择的余地也就愈来愈广。然而,医师在临床工作中的首要任务,就是以最适应特定病例、特点情况的原则,在短时间内就诊断和治疗作出最佳的决策,这些对临床医师的工作提出了新的、更高的要求。本书运用现代医学的基础理论,结合临床实践经验,遵循实用的原则,全面、系统地总结了内科常见疾病的诊疗方案,旨在帮助基层医务工作者,特别是内科主治医师及时诊断和规范化治疗疾病,以更大程度解除患者的痛苦及挽救患者生命。

本书在临床实践的基础上,参阅了权威医学图书、期刊及有关专家的论述,重点表述了内科常见疾病的临床症状、各项检查、诊断及治疗。在内容上,包括心内科疾病诊疗,呼吸内科疾病诊疗,消化内科疾病诊疗,肾内科疾病诊疗,神经内科疾病诊疗,内分泌科疾病诊疗等。逐病解释,简明扼要,便于操作。具有内容科学、精炼,重点突出,理论性与操作性兼顾的特点。

由于时间仓促,负责撰写的专家较多,每位专家写作的风格又不尽一致,同时限于编者水平,疏漏乃至谬误之处在所难免,祈望各位同仁与读者不吝赐教、指正。

《内科常见疾病临床诊疗与用药》编委会

2017年4月

目 录

CONTENTS

第一章 内科常见症状与体征	(1)
第一节 发 热	(1)
第二节 疼 痛	(3)
第三节 咳嗽与咳痰	(8)
第四节 恶心和呕吐	(9)
第五节 腹 泻	(11)
第六节 晕 厥	(13)
第七节 水 肿	(15)
第八节 发 绀	(16)
第九节 呼吸困难	(18)
第二章 心内科疾病	(22)
第一节 动脉粥样硬化	(22)
第二节 无症状心肌缺血	(29)
第三节 稳定性心绞痛	(31)
第四节 不稳定性心绞痛	(39)
第五节 急性心肌梗死	(48)
第六节 心律失常	(59)
第七节 急性心力衰竭	(68)
第八节 收缩性心力衰竭	(78)
第九节 舒张性心力衰竭	(85)
第十节 原发性高血压	(88)
第十一节 二尖瓣狭窄	(101)
第十二节 二尖瓣关闭不全	(108)
第十三节 主动脉瓣关闭不全	(114)
第十四节 主动脉瓣狭窄	(118)
第三章 呼吸内科疾病	(124)
第一节 上呼吸道感染	(124)
第二节 急性气管-支气管炎	(127)

第三节	慢性支气管炎	(129)
第四节	病毒性肺炎	(132)
第五节	军团菌肺炎	(136)
第六节	肺炎球菌肺炎	(137)
第七节	葡萄球菌肺炎	(140)
第八节	肺真菌病	(141)
第九节	肺结核病	(144)
第十节	肺脓肿	(152)
第十一节	支气管扩张	(158)
第十二节	支气管哮喘	(161)
第十三节	慢性阻塞性肺疾病	(167)
第十四节	呼吸衰竭	(182)
第四章	消化内科疾病	(192)
第一节	胃食管反流病	(192)
第二节	贲门失弛缓症	(196)
第三节	消化性溃疡	(201)
第四节	慢性胃炎	(208)
第五节	食管癌	(218)
第六节	溃疡性结肠炎	(228)
第七节	肠结核	(237)
第八节	克罗恩病	(242)
第九节	病毒性肝炎	(250)
第十节	肝硬化	(258)
第十一节	急性胆囊炎	(263)
第十二节	慢性胆囊炎	(266)
第五章	肾内科疾病	(268)
第一节	慢性间质性肾炎	(268)
第二节	急性间质性肾炎	(272)
第三节	急性肾小球肾炎	(275)
第四节	慢性肾小球肾炎	(278)
第五节	急性肾衰竭	(281)
第六节	慢性肾衰竭	(283)
第七节	急性肾衰竭	(289)
第六章	神经内科疾病	(296)
第一节	化脓性脑膜炎	(296)
第二节	帕金森病	(299)

第三节	阿尔兹海默病	(302)
第四节	路易体痴呆	(307)
第七章	内分泌科疾病	(311)
第一节	糖尿病	(311)
第二节	糖尿病酮症酸中毒	(331)
第三节	糖尿病乳酸性酸中毒	(334)
第四节	高渗性非酮症糖尿病昏迷	(336)
第五节	糖尿病肾病	(338)
第六节	糖尿病眼病	(341)
第七节	糖尿病神经病变	(345)
第八节	糖尿病肠病	(352)
第九节	糖尿病心脏病	(354)
第十节	糖尿病合并脑血管病	(364)
第十一节	糖尿病与高血压	(369)
第十二节	糖尿病下肢血管病变	(378)
第十三节	糖尿病与感染	(381)
第十四节	糖尿病脂质代谢异常	(387)
第十五节	甲状腺功能亢进症	(394)
第十六节	甲状腺功能减退症	(401)
第十七节	腺垂体功能减退症	(407)
第十八节	侏儒症	(411)
第十九节	巨人症与肢端肥大症	(414)
第二十节	肥胖症	(418)
第二十一节	痛风	(422)
第二十二节	低血糖症	(426)
第二十三节	骨质疏松症	(428)
第八章	传染性疾病	(438)
第一节	急性出血性结膜炎	(438)
第二节	流行性腮腺炎	(442)
第三节	麻疹	(446)
第四节	风疹	(449)
第五节	淋病	(450)
第六节	白喉	(457)
第九章	老年疾病	(462)
第一节	人口老龄化与老年病	(462)
第二节	老年人疾病的特点	(464)

第三节 老年人的合理用药..... (466)

第四节 老年蛛网膜下隙出血..... (471)

第五节 老年癫痫..... (475)

第十章 公共卫生..... (479)

第一节 公共卫生的概念..... (479)

第二节 公共卫生的体系与职能..... (480)

第三节 公共卫生的主要内容..... (483)

第四节 突发公共卫生事件..... (487)

第五节 职业卫生..... (499)

第六节 疾病的社区预防..... (508)

第七节 传染病的预防控制..... (512)

第八节 传染病的治疗..... (517)

第九节 地方病防治管理..... (519)

第十节 艾滋病的防治管理..... (528)

参考文献..... (535)

第一章 内科常见症状与体征

第一节 发 热

一、发热的概念

正常人受体温调节中枢的有效调控,并通过神经、体液因素使机体产热和散热过程呈动态平衡,使体温保持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的功能障碍,导致机体产热多于散热,使体温高出正常范围,称为发热。

二、正常体温与生理变异

正常人体温一般为 $36^{\circ}\text{C}\sim 37^{\circ}\text{C}$ 左右。按测量方法不同而有所差异,口腔测温(舌下) $36.3^{\circ}\text{C}\sim 37^{\circ}\text{C}$,腋窝测温比口腔测温低 $0.2^{\circ}\text{C}\sim 0.4^{\circ}\text{C}$,直肠测温比口腔测温高 $0.3^{\circ}\text{C}\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。正常体温在不同个体之间略有差异,且受机体内、外因素的影响稍有波动。一天之中下午体温较早晨稍高,剧烈运动、劳动或进餐后体温略升高,但波动范围一般不超过 1°C 。妇女在月经前及妊娠期体温稍高于正常;老年人因代谢率低,其体温低于青壮年;幼儿的高级神经系统尚未发育完善,调节能力差,波动幅度大,易引起发热。

三、发热的病因

引起发热的病因甚多,临床上可分为感染性和非感染性两大类,以前者多见。

(一) 感染性病

因各种病原体(如病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等)引起的感染,不论是急性、亚急性或慢性,局部性或全身性,均可致发热。其原因系由于病原体的代谢产物或其毒素作用于白细胞而产生致热原。

(二) 非感染性病因

1. 无菌性坏死物质的吸收

(1) 各种肿瘤及血液病(如癌、类癌、淋巴肉瘤、急性白血病、急性溶血等)所引起的组织坏死及细胞破坏。

(2) 因血管栓塞或血栓形成引起的心、肺、脾等内脏梗死或肢体坏死。

(3) 机械性、物理性或化学性的损害:如大面积烧伤、大手术后组织损伤、内出血、大血肿等。

2. 抗原-抗体反应

可见于风湿热、血清病、结缔组织病、药物热等。

3. 内分泌与代谢障碍性疾病

如甲状腺功能亢进及大量脱水,前者引起产热过多,后者引起散热减少。

4. 皮肤散热减少

一般为低热,如广泛性皮炎、鱼鳞癣及慢性心力衰竭而引起的发热。

5. 体温调节中枢功能失常

常见因素为：①物理性(如中暑、日射病)。②化学性(如重度安眠药中毒)。③机械性(如脑出血、硬脑膜下出血、脑震荡、颅骨骨折)等，上述各种原因可直接损害体温调节中枢，使其功能失常而引起发热，高热无汗是此类发热的特点。

6. 自主神经功能紊乱

由于自主神经功能紊乱，影响正常的体温调节过程，使产热大于散热，体温升高，多为低热，常伴有自主神经功能紊乱的其他表现。诊断时应首先排除各类疾病后才能确定。常见的功能性低热有以下几点。

(1)原发性低热：由自主神经功能紊乱所致的体温调节障碍或体质异常，低热可持续数月甚至数年之久，热型较规则，体温波动范围小，多在 0.5°C 之内。

(2)感染后低热：感染致发热后，低热不退，而原有感染已愈，此系体温调节中枢对体温的调节功能仍未恢复正常所致。

(3)夏季低热：多见于幼儿，且多于营养不良或脑发育不全者发生。

(4)生理性低热：如精神紧张、剧烈运动后，月经前及妊娠初期可有低热现象。

四、发热的临床表现

(一)发热的分度

按发热的高低(以口腔测量为准)可分为：①低热： $37.3^{\circ}\text{C} \sim 38.0^{\circ}\text{C}$ 。②中等度热： $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39.0^{\circ}\text{C}$ 。③高热： $39.1^{\circ}\text{C} \sim 41.0^{\circ}\text{C}$ 。④超高热： 41°C 以上。

(二)发热的临床过程

急性发热的临床经过一般分为以下三个阶段。

1. 体温上升期

体温上升有骤升和缓升两种方式。

(1)骤升型：体温在几小时内达 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上，常伴有寒战。见于疟疾、大叶性肺炎、败血症、急性肾盂肾炎等。

(2)缓升型：体温逐渐上升，在数日内达高峰，多不伴寒战。如伤寒、结核病等所致的发热。

2. 高热期

是指体温上升达高峰之后保持一定时间，持续时间长短可因病因不同而异。

3. 体温下降期

体温下降有骤降和渐降两种方式。

(1)骤降：是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、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎等。

(2)渐降：是指体温数天内逐渐降至正常，如伤寒、风湿热等。

五、常见的热型及临床意义

发热性疾病可引起很多症状，发热仅是发热性疾病过程中机体的反应之一。发热的高低和长短以及体温的形式，取决于机体的反应性和治疗(抗菌药物、解热药物、肾上腺皮质激素类药物等)的影响，因此未经治疗的典型病例，才可能有典型的热型。

(一)稽留热

稽留热体温常在 39°C 以上，昼夜间体温变动范围较小，一般上午体温较下午低，但 24 h 内变动不超过 1°C ，这种热型可持续数天或数周，退热可渐退或骤退。临床常见于大叶性肺炎、肠伤寒、斑疹伤寒、恙虫病等急性发热病的极期。

(二)弛张热

弛张热体温高低不等，昼夜之间体温波动范围较大，发热时体温可在 39°C 以上，24 h 内体温差达

1.5℃~2.0℃或更多,但最低温度仍在正常体温以上。临床常见于败血症、严重肺结核、脓毒血症、肝脓肿、支气管肺炎、亚急性细菌性心内膜炎、风湿热、肠伤寒、恶性组织细胞病等。

(三) 间歇热

间歇热体温可突然高达39℃以上,先有恶寒或寒战,经几个小时后体温恢复正常,大汗淋漓,以后间歇数小时或1~2日体温又突然升高,反复发作,如此高热与无热交替出现,称为间歇热。临床常见于疟疾,如间日疟或三日疟、化脓性局灶性感染、肾盂肾炎等。

(四) 回归热

回归热是指体温突然升高可达39℃以上,持续数日后降至正常,经过若干时间又重新发热,持续数日以后,又下降至正常,即高热期与无热期各持续若干天,周期性互相交替出现,也称再发热。临床常见于鼠咬热,或在某些发热性疾病的基础上又合并其他发热病。

(五) 波状热

体温在数天内逐渐上升至高峰,然后又逐渐下降至微热或常温,不久再发,体温曲线呈波浪式起伏,称为波状热。临床常见于布氏杆菌病、恶性淋巴瘤、胸膜炎、周期热等。

(六) 不规则热

发热无一定的规律,持续时间也不一定,称为不规则热。临床常见于流感、支气管肺炎、渗出性胸膜炎、亚急性细菌性心内膜炎、风湿热、恶性疟疾、肺结核;也可见于疾病过程中有两种或两种以上的发热疾病合并存在时,如大叶性肺炎引起脓胸及败血症等并发症时,热型可由稽留热变为弛张热。另外,发热患者使用某些药物,如解热镇痛药、肾上腺皮质激素类药物引起退热,可使原来的热型变为不规则热型。

(马季)

第二节 疼 痛

一、疼痛的概念与类型

(一) 疼痛的概念

疼痛是临床常见的症状,是各种损伤性(化学的、机械的、温度的、生物的)刺激作用于神经末梢的痛觉感受器,通过神经纤维传导至丘脑及大脑皮质,产生的一种复杂的痛苦感觉。常伴有精神痛苦和机体的防御反应。不同的脏器受损时疼痛的性质也不相同,临床可根据患者疼痛的部位、性质和发作情况等对疾病做出判断。

(二) 疼痛的类型

按发生部位与传导途径不同,疼痛可分为如下类型。

1. 皮肤痛

疼痛感来自体表,可表现为刺痛或烧灼样痛,如皮肤被刺伤、切割、挤压、烧灼等引起的疼痛,定位较明确。

2. 内脏痛

位于身体深部脏器的病理性疼痛,痛觉产生较慢而持续,定位不明确,不同的脏器对损伤刺激的敏感性不同。中空脏器(如胃、肠、膀胱、胆囊等)对张力刺激极为敏感,因此当肠梗阻、肠痉挛等引起肠腔内张力增高时,会产生剧烈疼痛。而心肌、骨骼肌则对缺血较为敏感。

3. 牵涉痛

是指内脏器官或深部组织的疾病引起的疼痛,经常在身体的某一体表部位也会感到疼痛或痛觉过敏。由于发生牵涉痛的体表部位与患病的内脏部位都受同一脊髓节段的后根神经支配,因此痛觉被牵涉到由

相应脊髓后根所支配的皮肤区域。如心绞痛可出现心前区、左肩、左上臂内侧的疼痛；胆囊病变，除有右上腹疼痛外，还会伴有右肩疼痛；肾和输尿管结石引起的疼痛，常放射至腰和腹股沟处；胰腺炎常有腰背部牵涉痛。

二、头痛

头痛是指额、顶、颞及枕部的疼痛，可见于多种疾病，大部分无特殊意义，如发热常伴有头痛，但反复发作或持续的头痛，可能是某些器质性疾病的信号，应认真检查，明确诊断，及早治疗。

（一）头痛的常见病因

引起头痛的原因很多，常见于以下几点。

1. 颅脑病变

（1）感染：各种脑膜炎、脑膜脑炎、脑炎、脑脓肿、脑结核病、脑寄生虫病、中毒性脑病等。

（2）血管病变：蛛网膜下腔出血、脑出血、脑血栓形成、脑栓塞、高血压脑病、脑供血不足、颅内动脉瘤等。

（3）占位性病变：脑肿瘤、颅内转移瘤、脑结核瘤、颅内白血病浸润、颅内囊虫病、包虫病等。

（4）颅脑外伤：脑震荡、脑挫伤、硬脑膜下血肿、颅内血肿、脑外伤后遗症等。

（5）其他：偏头痛、头痛型癫痫、腰椎穿刺后及硬膜外麻醉后头痛等。

2. 颅外病变

（1）颅骨疾病：如颅骨肿瘤。

（2）颈部疾病：如颈椎病。

（3）神经痛：如三叉神经痛、舌咽神经痛、枕神经痛等。

（4）眼、耳、鼻和齿疾病所致的头痛。

（5）肌收缩性头痛（或称紧张性头痛）。

（二）头痛的发病机制

（1）血管因素：各种原因引起的颅内外血管的收缩、扩张及血管受牵引或伸展。

（2）脑膜受刺激或牵拉。

（3）具有痛觉的脑神经（三叉神经、面神经、舌咽神经、迷走神经）和第1、2、3颈神经被刺激、挤压或牵拉。

（4）头、颈部肌肉收缩。

（5）五官病变和颈椎病。

（6）生化因素及内分泌紊乱。

（7）神经功能紊乱。

（三）头痛的临床表现

往往根据病因的不同而各有特点。

1. 发病情况

急性起病并有发热者常为感染疾病所致；急剧的头痛，持续不减并有不同程度的意识障碍而无发热者，提示颅内血管性疾病；长期的反复发作的头痛或搏动性头痛，多为血管性头痛（如偏头痛）或神经官能症；慢性进行性头痛并有颅内高压的症状应考虑颅内占位性病变。

2. 头痛部位

了解头痛部位是单侧、双侧或枕部、局部或弥散、颅内或颅外对病因的诊断有重要价值。前额部疼痛，多见于青光眼、鼻窦炎等；一侧头痛，常见于偏头痛、中耳炎、乳突炎；全头痛，多见于全身性或颅内感染性疾病；颅内病变的头痛常为持续性且较弥散；颅内深部病变的头痛多向病灶同侧放射。

3. 头痛的程度与性质

（1）痛的程度：一般分为轻、中、重，但与病情的轻重并无平行关系。剧烈头痛多见于脑膜炎、偏头痛、

三叉神经痛等。脑肿瘤引起的头痛多为中度或轻度。

(2)头痛的性质:高血压性、血管性及发热性疾病的头痛常为搏动性;神经痛多呈电击样痛或刺痛;肌肉收缩性头痛多为重压感、紧箍感。

4. 头痛出现的时间与持续时间

某些头痛可发生在特定时间,如颅内占位病变往往清晨加剧;鼻窦炎的头痛经常发作于清晨和上午;女性偏头痛常与月经周期有关等;脑肿瘤的头痛多为持续性,可有长短不等的缓解期。

5. 诱发和缓解因素

如咳嗽、打喷嚏、摇头、俯身可使颅内高压性头痛、血管性头痛、颅内感染性头痛及脑肿瘤性头痛加剧。低头可使鼻窦炎头痛加重。慢性或职业性的颈肌痉挛所致的头痛,可因活动按摩颈肌而逐渐缓解;偏头痛在应用麦角胺后可获缓解。

(四)头痛的伴随症状

(1)头痛伴剧烈呕吐:提示为颅内高压,头痛在呕吐后减轻者可见于偏头痛。

(2)头痛伴眩晕:见于小脑肿瘤、椎基底动脉供血不足。

(3)头痛伴发热:见于感染性疾病。

(4)慢性进行性头痛伴精神症状:应注意颅内肿瘤。

(5)慢性头痛突然加剧并有意识障碍:提示可能发生脑疝。

(6)头痛伴视力障碍:可见于青光眼或脑瘤。

(7)头痛伴脑膜刺激征:提示脑膜炎或蛛网膜下腔出血。

(8)头痛伴癫痫发作:可见于脑血管畸形、脑内寄生虫或脑肿瘤。

(9)头痛伴神经功能紊乱:可能是神经功能性头痛。

三、胸痛

胸痛主要由胸部疾病引起,少数由其他部位的病变所致。因痛阈的个体差异不同,故胸痛的程度与原发疾病的病情轻重并不完全一致。

(一)胸痛的常见病因

引起胸痛的原因很多,主要为胸部疾病,包括以下几种。

(1)胸壁疾病:皮下蜂窝织炎、带状疱疹、肋软骨炎、肋间神经炎、肌炎、肋骨骨折、急性白血病、多发性骨髓炎等。

(2)心血管疾病:心绞痛、急性冠脉综合征包括不稳定性心绞痛、心肌梗死、心肌炎、急性心包炎、主动脉瘤、主动脉窦瘤破裂、主动脉夹层动脉瘤、肺栓塞、肥厚型梗阻性心肌病和心脏神经官能症等。

(3)呼吸系统疾病:胸膜炎、胸膜肿瘤、自发性气胸、血胸、肺炎、肺癌。

(4)纵隔疾病:纵隔炎、纵隔气肿、纵隔肿瘤、反流性食管炎、食管裂孔疝等。

(5)其他:膈下脓肿、肝脓肿、脾梗死、肝癌、颈椎病(可致心前区痛)。

(二)胸痛的临床表现

不同原因引起的胸痛各有疼痛部位、放射部位、胸痛的性质及持续时间等特点。

1. 发病年龄

青壮年胸痛,应注意结核性胸膜炎、自发性气胸、肺炎、心肌炎和急性心包炎。

2. 胸痛部位

包括疼痛部位及其放射部位。如胸壁疾病特点为疼痛部位局限,局部有压痛;胸壁皮肤炎症,常伴有局部红、肿、热表现;带状疱疹是成簇水疱沿一侧肋间神经分布伴剧痛,疱疹不越过体表中线;非化脓性肋软骨炎多侵犯第一、二肋软骨,局部肿胀隆起;心绞痛和心肌梗死的疼痛多在心前区与胸骨后或剑突下并放射到左肩、左臂内侧、无名指与小指,亦可放射至左颈、咽及面颊部;急性心包炎疼痛及放射部位基本与心绞痛相同;主动脉夹层动脉瘤疼痛位于胸背部,向下放射至下腹等;食管及纵隔病变,胸痛也位于胸骨

后,进食或吞咽时加重;自发性气胸、胸膜炎和肺梗死的胸痛多位于患侧腋前线与腋中线附近,后二者如果及肺底、膈胸膜,则疼痛也可放射到同侧肩部等。

3. 胸痛性质

呈多样性,带状疱疹呈刀割样痛或灼痛;肋间神经痛为阵发性灼痛或刺痛;食管炎则为烧灼痛;心绞痛呈绞窄性伴重压窒息感;心肌梗死则疼痛更为剧烈并有恐惧感、濒死感;主动脉夹层动脉瘤为突然发生的胸背部撕裂样疼痛;干性胸膜炎常呈尖锐刺痛或撕裂痛等;肺栓塞亦为突然剧烈刺痛或绞痛,常伴有呼吸困难与发绀。

4. 持续时间

血管平滑肌痉挛或血管狭窄缺血所致疼痛常为阵发性;炎症、肿瘤、栓塞致疼痛呈持续性。如心绞痛发作时间短(1~5 min,不超过15 min),而心肌梗死疼痛时间长(30 min以上或数小时),且不易缓解。

5. 影响疼痛的因素

包括发生诱因、加重与缓解因素。如劳累、精神紧张可诱发心绞痛,休息并含服硝酸甘油等可缓解,而对心肌梗死无效;胸膜炎的胸痛,在深呼吸与咳嗽、打喷嚏时加重;反流性食管炎的胸骨后灼痛,常在餐后1 h出现,仰卧、俯卧或弯腰时加重,服用促动力药等可减轻。

(三)胸痛的伴随症状

(1)伴吞咽困难或疼痛:提示食管疾病,如反流性食管炎。

(2)伴呼吸困难者:提示病变较大范围,见于大叶性肺炎、自发气胸、渗出性胸膜炎和肺栓塞等。

(3)伴咳嗽、咳痰和(或)发热:提示气管、支气管、肺部疾病。

(4)伴咯血:见于肺炎、肺结核、肺栓塞、支气管肺癌。

(5)伴面色苍白、大汗、血压下降或休克:多考虑心肌梗死、夹层动脉瘤、主动脉窦瘤破裂和大面积肺栓塞等。

四、腹痛

腹痛多数由腹部脏器疾病引起,但腹腔外疾病及全身疾病也可引起。病变的性质可为器质性,也可为功能性。

(一)腹痛的常见病因

一般按起病缓急、病程长短分为急性与慢性腹痛。

1. 急性腹痛

又称急腹症,常见病因有以下几种。

(1)腹腔器官急性炎症:如急性胆囊炎、急性胰腺炎、急性阑尾炎、急性胃肠炎等。

(2)空腔脏器阻塞或扩张:如肠梗阻、胆石症、胆管蛔虫病、泌尿系结石梗阻。

(3)脏器扭转或破裂:如肠扭转、肠系膜或大网膜扭转、卵巢扭转、肝脾破裂、异位妊娠破裂等。

(4)腹膜炎:多由胃肠穿孔及阑尾炎穿孔引起。

(5)腹腔内血管阻塞:如缺血性肠病、夹层腹主动脉瘤、脾梗死等。

(6)腹壁疾病:如腹壁挫伤、脓肿及腹壁带状疱疹。

(7)胸腔疾病所致的腹部牵涉性痛:如急性下壁心肌梗死、肺栓塞、肺炎、胸膜炎、急性心包炎、食管裂孔疝等。

(8)全身性疾病所致的腹痛:如腹型过敏性紫癜、尿毒症等。

2. 慢性腹痛

(1)腹腔器官慢性炎症:如反流性食管炎、慢性胃炎、慢性胆囊炎、溃疡性结肠炎等。

(2)胃、十二指肠溃疡。

(3)脏器包膜的牵张:腹腔内实质性器官因病变肿胀,导致包膜张力增加而发生的腹痛,如肝瘀血、肝炎、肝脓肿、肝癌等。

(4)中毒与代谢障碍:如铅中毒、尿毒症等。

(5)肿瘤压迫及浸润。

(6)自主神经功能紊乱:如胃肠神经官能症、肠易激综合征。

(二)临床表现

1. 腹痛部位

一般腹痛部位多为病变所在部位。如胃、十二指肠疾病、急性胰腺炎,疼痛多在中上腹部;胆囊炎、胆石症、肝脓肿等疼痛多在右上腹;急性阑尾炎痛在右下腹;小肠疾病疼痛多在脐部或脐周;结肠疾病疼痛多在右下腹部;膀胱炎、盆腔炎及异位妊娠破裂,疼痛在下腹部;弥漫性或部位不定的疼痛见于急性弥漫性腹膜炎(原发性或继发性)、机械性肠梗阻、急性出血性坏死性肠炎等。

2. 腹痛的性质和程度

腹痛的性质和程度与病变性质密切相关。突发的中上腹剧烈刀割样痛、烧灼样痛,多为胃、十二指肠溃疡穿孔;中上腹持续性剧痛或阵发性加剧应考虑急性胃炎、急性胰腺炎;胃肠痉挛、胆石症或泌尿系结石常为阵发性绞痛,相当剧烈,致使患者辗转不安;阵发性剑突下钻顶样疼痛是胆管蛔虫症的典型表现;持续性、广泛性剧烈腹痛伴腹壁肌紧张或板样强直,提示为急性弥漫性腹膜炎;隐痛或钝痛多为内脏性疼痛,多由胃肠张力变化或轻度炎症引起;胀痛可能为实质性脏器包膜牵张所致。

胃肠痉挛、胆石症或泌尿系结石引发的阵发性绞痛鉴别如下。

(1)肠绞痛:疼痛多位于脐周、下腹部,常伴有恶心、呕吐、腹泻、肠鸣音亢进。

(2)胆绞痛:疼痛位于右上腹,放射至右背与右肩胛,常伴有黄疸、发热,肝可触及或墨菲征阳性。

(3)肾绞痛:疼痛位于腰部并向下放射,达于腹股沟、外生殖器及大腿内侧,常有尿频、尿急,小便含蛋白质、红细胞。

3. 腹痛的诱发因素

胆囊炎或胆石症发作前常有油腻食物进食史,急性胰腺炎发作前常有酗酒、暴食史;部分机械性肠梗阻与腹部手术有关;肝、脾破裂一般见于腹部外伤。

4. 腹痛发作时间与体位的关系

餐后痛可能由于胆胰疾病、胃部肿瘤或消化不良所致;饥饿疼痛呈周期性、节律性者见于胃窦、十二指肠溃疡;子宫内膜异位症腹痛与月经有关;卵泡破裂发生在月经中期;胃黏膜脱垂的患者左侧卧位可以减轻疼痛。

(三)伴随症状

(1)腹痛伴有黄疸:可见于肝及胆管炎症、胆石症、胰头癌、急性溶血等。

(2)腹痛伴发热、寒战:如有高热或弛张热,常提示腹膜或腹内脏器急性炎症;低热或不规则热,常提示结核或肿瘤等。

(3)腹痛伴休克:有贫血者可能是腹腔脏器破裂(如肝、脾或异位妊娠破裂);无贫血者见于胃肠穿孔、绞窄性肠梗阻、肠扭转、急性出血性坏死性胰腺炎。腹腔外疾病如心肌梗死也可有腹痛与休克。

(4)腹痛伴反酸、嗝气:提示胃十二指肠溃疡、胃炎或溃疡性消化不良。

(5)腹痛伴呕吐:常见于食物中毒、肠梗阻、急性胰腺炎等。

(6)腹痛伴腹泻:提示消化吸收功能障碍、肠炎、过敏性疾病、肠结核、结肠肿瘤等。

(7)腹痛伴血便:如阿米巴痢疾、肠癌、肠套叠、急性出血性坏死性肠炎等。

(8)腹痛伴血尿:泌尿系疾病,如泌尿系结石等。

(马 季)