

卫生部
社区卫生
专业技术人员
岗位培训规划教材

全科医疗

主编 / 杨秉辉 刘凤奎



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

卫生部社区卫生专业技术人员岗位培训规划教材

全科医疗

主 编 杨秉辉 刘凤奎

主编助理 王 宇 潘志刚

主 审 曾昭耆

编 委 (以姓氏笔画为序)

王 宇	王建中	刘力戈	刘文虎	刘凤奎	李伟生	毕 奇
华 英	刘晓红	李继梅	杨立沛	杨秉辉	吴玉林	季建林
张 健	杜雪平	郑 捷	贺正一	祝增珠	唐子人	袁 非
阎伦强	屠蕊沁	谢苗荣	潘志刚	戴红蕾		

作 者 (以姓氏笔画为序)

王丹玲	王 宇	王国兴	王建中	孙雪莲	刘力戈	刘文虎
刘丹政	刘凤奎	刘文娟	江孙芳	李伟生	任学军	毕 奇
华 英	刘晓红	李继梅	刘 颖	杨立沛	杨秉辉	吴玉林
张东亮	张红霞	苏建荣	陈 华	陈 洁	陈 磊	季建林
张春玲	肖洪洋	张 健	杜雪平	吴崧涛	陈 葵	周文利
郑 捷	金 明	周春来	贺正一	祝增珠	唐子人	袁卫如
袁 非	阎伦强	脱厚珍	黄新生	屠蕊沁	韩立敏	曾昭耆
谢苗荣	潘志刚	戴红蕾				

人 民 卫 生 出 版 社

图书在版编目 (CIP) 数据

全科医疗/杨秉辉等主编. —北京: 人民卫生出版社,
2008. 5

(卫生部社区卫生专业技术人员岗位培训规划教材)
ISBN 978-7-117-10075-5

I. 全… II. 杨… III. 全科医学-技术培训-教材
IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 043077 号

本书本印次封底贴有防伪标, 请意识别。

卫生部社区卫生专业技术人员岗位培训规划教材 全科医疗

主 编: 杨秉辉 刘凤奎

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 尚艺印装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 33.75

字 数: 800 千字

版 次: 2008 年 5 月第 1 版 2008 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-10075-5/R·10076

定 价: 54.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

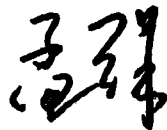
序

1986年全科/家庭医学作为新兴学科引进我国以来,得到了党中央、国务院的高度重视。1997年出台的《中共中央国务院关于卫生改革与发展的决定》中提出“加快发展全科医学,培养全科医师”的战略任务,1999年召开全国全科医学教育工作会议,进一步明确了全科医学发展目标、任务,为在全国开展全科医学教育培训指明了方向。2006年国务院召开全国城市社区卫生工作会议,下发了《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》,指出“大力发展社区卫生服务,对于坚持预防为主、防治结合的方针,优化城市卫生服务结构,方便群众就医,减轻费用负担,建立和谐医患关系,具有重要意义。”同时指出“卫生部门负责组织开展社区卫生服务从业人员岗位培训和继续教育”,“教育部门负责全科医学和社区护理学科教育,将社区卫生服务技能作为医学教育的重要内容”。为此人事部、卫生部、教育部、财政部和国家中医药管理局联合下发了“关于加强城市社区卫生人才队伍建设的指导意见”

为了贯彻执行国务院有关文件精神,构建社区卫生服务体系,培养高质量实用型人才,卫生部科技教育司于2007年制定了面向全国社区卫生人员5年培训工作规划,启动了中西部地区22个省的城市社区卫生人员培训项目。为了保证培训的质量,组织全国的专家制定了《全科医师骨干培训大纲》,修订了《全科医师岗位培训大纲》和《社区护士岗位培训大纲》,并且制定了教材编写规划。为保证教材质量,我们在全国遴选了本领域著名专家、教授作为教材的编者和主讲教师。该套教材一共8本,包括全科医师和社区护士培训的教材,紧紧围绕新教学大纲进行编写,强调教材的针对性和实用性,采取文字教材、视听教材和视频教材同时出版的方式,是一套实用性的立体教材。

这套教材是卫生部科教司向全国推广使用的全科医师和社区护士岗位培训指导教材,她将在全科医师和社区护士的培训工作中发挥重要作用。我衷心祝贺这套教材出版成功!感谢各位专家学者为全科医学教育事业所作的贡献。由于时间仓促,编写中会存在一定的问题,供大家参考。希望大家在使用过程中提出宝贵意见,使之更加完善,为进一步推进我国社区卫生人才培养工作发挥更大作用。

卫生部科技教育司



2008年2月

卫生部社区卫生专业技术人员岗位培训规划教材

出版说明

卫生部社区卫生专业技术人员岗位培训规划教材是在卫生部科技教育司统一规划下,由卫生部全科医学培训中心组织全国著名专家编写而成。该套教材是紧紧围绕卫生部 2007 年新修订的全科医师岗位培训大纲和社区护士岗位培训大纲进行编写的,是一套针对性和实用性较强的全科医师和社区护士岗位培训教材。本套教材具有以下特点:

一、具有较高的权威性。全套教材的主编、编者均是全科医学和社区护理学领域的专家,经过严格的遴选产生,长期从事全科医学和社区护理学的工作,对社区卫生服务工作有深入的了解和研究,具有丰富的培训和教材编写经验,同时在全国具有较高的学术地位和知名度。

二、具有较强的针对性和实用性。该套教材紧紧围绕卫生部 2007 年新修订的全科医师和社区护士岗位培训大纲进行编写,在编写过程中不过分强调知识和内容的系统性,重点强调教材的针对性和实用性,力图使该套教材成为社区医生和护士学得懂、用得上的教材。

三、更加注重临床技能的培训,用较大篇幅介绍全科医疗和临床技能,目的在于切实提高全科医师和社区护士的临床诊疗水平,提高社区卫生服务的质量。

四、本套教材进行了新的尝试,将文字教材编写和视听教材录制同步进行,即在出版 6 本教材的同时配有同样 6 套视听教材,视听教材主讲教师即为教材编写的编者,也是习题集的出题专家,充分保证了全套教材的一致性。

五、该套教材为全国开展全科医师和社区护士岗位培训推荐使用教材,也可以做为全科医师、社区护士乃至社区其他卫生技术人员自学教材。

卫生部社区卫生专业技术人员岗位培训规划教材品种

- | | | | |
|-------------------|-----|-----|---------|
| 1. 全科医学基础 | 主 编 | 梁万年 | 郭爱民 |
| | 副主编 | 路孝琴 | 崔树起 |
| 2. 全科医疗 | 主 编 | 杨秉辉 | 刘凤奎 |
| 3. 社区预防医学 | 主 编 | 李 鲁 | 施 榕 |
| 4. 社区保健与康复 | 主 编 | 王茂斌 | 王红静 |
| 5. 社区护理学 | 主 编 | 巩玉秀 | 郑修霞 姚 岚 |
| | 副主编 | 尚少梅 | 么 莉 黄金月 |
| 6. 全科医师临床技能视频配套教材 | 主 编 | 李兰娟 | |
| 7. 全科医师岗位培训习题集 | 主 编 | 路孝琴 | 杜亚平 |
| 8. 社区护士岗位培训习题集 | 主 编 | 巩玉秀 | 郑修霞 |

前 言

全科医学是一门整合生物医学、行为科学和社会学的一门综合性医学学科。自 20 世纪 60 年代以来在经济发达的国家和地区得到了长足发展。随着经济建设的发展,我国民众的物质文化生活水平也在不断提高,对于优质的、第一线的医疗卫生服务的需求也日益高涨。全科医学在我国亦应运而生。

全科医学体现着医学模式自生物学模式向生物-心理-社会医学模式的转化,其精神实质应适用于所有的医学学科,但其技术方法更适用于基层医疗卫生服务。我国幅员辽阔、人口众多,不可能以多建大型医院来解决民众的所有医疗卫生问题,发展全科医学乃成必由之路。故我国政府竭力支持全科医学的发展。

在我国发展全科医学的“瓶颈”之一是人才的缺乏。如何培养大量优秀的全科医师,以适应我国民众急骤增长的全科医学服务的需求,成了我国卫生与教育行政部门极为关注之事。近年来各地全科医学培训如雨后春笋般发展,为规范全科医学培训、保证培训质量,卫生部科教司邀请全科医学专家制定了全科医师培训大纲。卫生部全科医学培训中心负责依据该大纲编写教材。由于基层卫生工作涉及预防、治疗、保健、康复、健康教育、计划生育等众多方面,故此套培训教材亦各有分册供用。

刘凤奎教授与我负责编写《全科医疗》分册。基层卫生工作“六位一体”,全科医师在其中应起组织、管理作用。但全科医师最直接的工作还是临床医疗,而全科医疗又涉及内、外、妇、儿、甚至眼、耳鼻喉、神经、皮肤各科的常见病、多发病,内容繁多。故与刘教授商定约请京、沪各科资深专家及部分全科医学专家共同编写。各位专家医疗、教学、科研事务繁忙,但一经约请,便慨然允诺,并按时完稿,使本书得以及时出版。我与刘教授对于各位专家给予的合作和支持表示衷心的感谢。对卫生部科教司与卫生部全科医学培训中心的指导表示衷心的感谢。

全科医学在我国发展较晚,大家对全科医学的精神、实质、技术、方法都仍在进一步地领会与学习之中,所以本书必不完善。由于作者大多长年在三级医院工作,对于基层工作亦少具体感受,故书中之内容是否切合在基层工作的全科医师的需要亦尚待实践的检验。此外,由于本书内容涉及面广,有的叙述一种病、有的介绍一组病、有的则类似于某种疾病诊疗的“总论”,故体例并不完全统一,可能给教与学双方都带来一定的不便。可能有更多的缺点和不足是我们自己尚未意识到的,衷心希望各位专家学者、各位师生多多批评指正,以冀在有机会再版时改进。

愿本书能为我国全科医学事业的发展添砖加瓦。

杨秉辉

2007 年 12 月

目 录

第一篇 常见症状篇

第一章 发热	1
第二章 急性胸痛	9
第三章 咳嗽	20
第四章 咯血	30
第五章 呼吸困难	41
第六章 头痛	54
第七章 眩晕	60
第八章 晕厥	65
第九章 抽搐	72
第十章 肢体无力与麻木	78
第十一章 昏迷	83
第十二章 呕吐	92
第十三章 呕血、黑便与便血	98
第十四章 急性腹痛	108
第十五章 腹泻	116
第十六章 便秘	130
第十七章 黄疸	137
第十八章 水肿	145
第十九章 少尿与无尿	150
第二十章 血尿	154
第二十一章 眼红与眼痛	157
第二十二章 关节痛	162

第二篇 常见疾病篇

第一章 呼吸系统疾病·····	171
第二章 心血管系统疾病·····	185
第三章 消化系统疾病·····	211
第四章 泌尿系统疾病·····	230
第五章 内分泌和代谢性疾病·····	249
第六章 外科疾病·····	271
第七章 妇产科疾病·····	293
第八章 神经系统疾病·····	314
第九章 儿科疾病·····	325
第十章 眼疾病·····	354
第十一章 耳鼻喉科疾病·····	367
第十二章 皮肤病与性病·····	380
第十三章 恶性肿瘤的防治·····	393
第十四章 心理疾患·····	401

第三篇 社区医疗其他相关知识篇

第一章 急症与急救·····	425
第二章 全科医疗中的用药原则·····	468
第三章 健康档案和病案分析·····	481
第四章 社区常用实验室检查·····	508

第一篇 常见症状篇

第一章

发 热

【概述】 发热是各科病人经常发生的一种临床表现。发热是指体温超出正常界限值。正常体温是指,口腔温度(舌下测量)36.3~37.2℃。直肠温度比口腔温度约高0.3~0.5℃。腋窝温度比口腔温度约低0.2~0.4℃。不同个体的正常体温略有差异,少数健康成人其口腔温度可低于36.3℃或高于37.2℃。

依体温上升的程度可分为低热(38℃以内),中等热(38~39℃),高热(39~40.5℃)和过高热(40.5℃以上)。

正常情况下,人的体温是恒定的。正常体温的维持是产热和散热两个过程动态平衡的结果。人体这种平衡是由体温调节装置来加以维持和调节的,使体温维持于37℃左右。

【常见病因】 发热是临床上许多疾病引起的最常见的症状。大致可分感染性疾病和非感染性疾病。感染性疾病又分为全身和局部感染。

一、感染性疾病

(一)细菌性感染

包括败血症、脑膜炎、猩红热、细菌性痢疾、结核病、肺炎、扁桃体炎、中耳环炎、乳突炎、疖肿。细菌所致的全身感染,几乎都有发热。若感染很轻,或呈慢性,或严重感染而全身情况极度衰弱者也可不发热。

(二)病毒感染

包括普通感冒、流行性感、风疹、流行性腮腺炎、流行性出血热、脊髓灰质炎、病毒性脑炎、严重急性呼吸综合征(SARS)。

(三)立克次体感染:

包括斑疹伤寒、Q热、恙虫热。

(四)真菌感染

包括放线菌可引起心内膜炎、脑炎、脑脓肿,球孢子菌可引起肺部感染而形成薄壁空洞,隐球菌可引起脑膜炎、脑肉芽肿,淋菌可引起肺部感染,白色念珠菌可引起阴道炎、口

腔炎、肺脓肿,以及败血症、心内膜炎等。真菌感染多在全身性疾病基础上发生,长期应用抗生素,皮质激素或肿瘤放疗化疗则更易发病,深部真菌感染常表现发热。

(五)螺旋体感染

包括钩端螺旋体病、回归热、鼠咬热、樊尚咽峡炎等。

(六)原虫感染

包括疟疾、阿米巴肠炎、阿米巴肝脓肿等。

(七)蠕虫感染

包括血吸虫病、丝虫病、肺吸虫病、华支睾吸虫病、内脏蠕虫转移症等。

二、非感染性疾病

(一)风湿性疾病

包括系统性红斑狼疮、皮炎炎、结节性多动脉炎、类风湿关节炎、结节病、淀粉样变等。

(二)血液系统疾病

包括白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病、多发性骨髓瘤、再生障碍性贫血继发感染等。

(三)恶性肿瘤

肝、胆、胰、肺、消化道、肾上腺、脑、肾、甲状腺等肿瘤均易引起发热,包括单发性肿瘤、继发性肿瘤及类癌综合征均可引起发热。

(四)内分泌疾病

甲状腺功能亢进,嗜铬细胞瘤、肾上腺皮质增多症(某些先天性)。

(五)中枢神经性疾病及功能性发热

脑血管意外,脑血栓后脑软化,蛛网膜下腔出血,脑外伤,脑及脊髓肿瘤,中枢神经变性疾病如多发性硬化症等。

(六)外科手术后吸收热或出血后或组织坏死发热

外科无菌手术后可见有中等度发热 38℃左右,持续 3~5 天后恢复正常如脾切除术发热。

消化道出血引起的发热多为低热和中等度发热,持续一周左右可自行消退。腹腔内出血也可因血液刺激和吸收而引起低热。

急性心肌梗死,心肌组织坏死引起中等热,个别高热,持续数日到一周。

(七)药物和化学因素

药物如异烟肼、磺胺药、青霉素、氨苄西林、链霉素、先锋霉素等。输液中含有致热源、误输异型血,输白蛋白、疫苗接种等引起发热。

(八)体液失衡

严重脱水、酸中毒时出现发热。

【诊断思路】 发热是一种常见症状,在人的一生中不知有过多少次发热。而医生在一天工作中也看到不同发热类型的病人。

当接诊发热的病人时,首先要搞清楚体温度数,发热时间长短,有什么规律特点,伴随症状,体征,做了哪些检查,其结果如何。归纳一下有哪些阳性的异常检查结果,用了哪些

药物或做了哪些治疗处理,其治疗效果如何等。

从上述这些材料中考虑这些病人的发热是属于哪种类型发热。是感染性疾病还是非感染性疾病。进一步考虑具体点,可能是哪个疾病?为明确其诊断,需做哪些检查、化验,或补充做哪些检查、化验。从而把诊断搞清楚,直到病人用药及时治疗(图 1-1-1)。

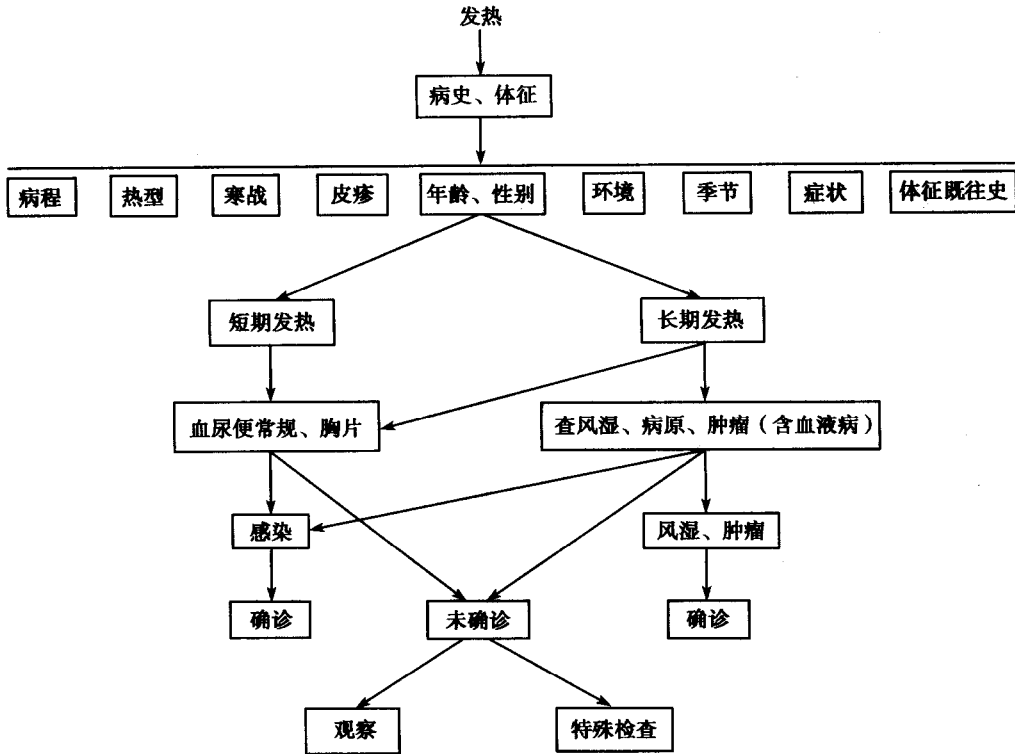


图 1-1-1 发热诊断程序示意图

一、病程长短

在急诊,大多数发热疾病,主要是由于急性感染,药物过敏等引起。发热突然,发热起始时间明确,而且经过 1~2 日治疗疾病可愈,或诊断已明确,常见于急性上呼吸道感染、急性化脓性扁桃体炎等,发热时间短则以病毒感染的可能性大,如超过两周烧不退,经检查(主要针对感染的)未见阳性结果,也经过了抗感染治疗不见好转,则少考虑是感染性疾病,应想到非感染性疾病,考虑慢性发热情况存在,但不能放弃感染性疾病继续检查和治疗,应继续找感染灶,当缺乏感染证据时,不轻易放弃对感染的诊断,除非临床获得了非感染的确凿证据。

发热病程变成长期者,在治疗中明确诊断,但热不退、症状不缓解、甚至加重时,切勿随意动摇,更改或放弃感染的诊断,这时应考虑是否有脓肿形成;细菌不敏感或抗生素药量不足;有夹杂感染(二重感染);合并其他疾病,或全身状况差,抵抗力低等原因。

其次想到其他慢性病灶,有慢性中耳炎、乳突炎、鼻窦炎、胆囊炎、泌尿系感染、肾盂肾炎、附件炎等。

二、热 型

(一)发热常见的几种热型

包括稽留热、弛张热、间歇热、周期热、双峰热、不规则热和颠倒热。

(二)疾病和热型的关系

热型在临床诊断治疗上具有一定的参考价值。发热有明显的热型特点。但有些情况会影响热型,目前,抗生素的广泛应用,一有发热,或只有一些咽痛、咳嗽症状就用上抗生素,或用退热药,或用激素等,见不到典型的热型曲线,影响对疾病诊断。又如,在疾病过程中,出现并发症、夹杂症,或二重感染的情况,也使我们看不出典型热型。

疾病和热型存在一定的关系。

稽留热,应想到大叶性肺炎,伤寒,副伤寒,恙虫病等,也见于A族链球菌性咽峡炎,蜂窝织炎以及斑疹伤寒等。

弛张热可见于败血症,脓毒血症,肺脓肿,严重的肺结核等。

周期热常见于淋巴瘤,布氏菌病,回归热,脑膜炎等。

间歇热,应想到疟疾(间日疟、三日疟)、局灶性化脓性感染,结核以及某些革兰氏阴性杆菌败血症等。

双峰热,应想到粟粒型肺结核,恶性疟、黑热病、大肠杆菌败血症等。

不规则热流行性感冒,肺结核,渗出性胸膜炎,不典型疟疾,风湿热,恶性肿瘤。或用药的干扰,如退热剂、激素使热型不规则。

马鞍型热可见于登革热。

三、寒 战

明显发冷可伴有寒战或战栗,寒战伴有肌肉颤抖;粟表现为皮肤出现粟粒疙瘩。畏寒仅有发冷,畏寒与寒战是有区别的。许多发热疾病发热前会有畏寒怕冷,畏寒提示可能要发热、有的已经发热应该试体温。

寒战常伴发热,而且常常是寒战即出现发热甚至高热。寒战也常使体温升高,体温升高的高度受丘脑下部调节。寒战几乎见于任何感染性疾病,不论是细菌、寄生虫、立克次体还是病毒所引起,寒战总是这些疾病急性期的一个特征。

单纯寒战可见于许多疾病,而复杂寒战则多见于寄生虫的自然生物学周期、感染播散或某些并发症的发展阶段。疟疾是典型寒战的疾病,多数病人均有此症状。所以有明显寒战者不能忘记该病人是否患疟疾病。结合临床做疟原虫检查。但并非疟疾均有寒战或畏寒,不能因缺乏此症状而否定该病。

一切细菌感染多有畏寒,局限性脓肿侵入血流时,常有寒战,败血症、脓毒性感染、感染性胆管炎、大叶肺炎、丹毒、骨髓炎,产后脓毒血症,急性肾盂肾炎等常有寒战。在使用抗生素之前结合临床做血、尿、胆汁或骨髓培养。

非感染性疾病如急性溶血性疾病在发生溶血时多有明显的畏寒、寒战。

虽然肿瘤少有发冷和寒战,但个别恶性肿瘤如恶性淋巴瘤、恶性腹膜间质瘤、胰癌、肾

上腺皮质细胞癌可伴有明显寒战。所以不能因有寒战而否定肿瘤的诊断。

四、皮 疹

发热伴皮疹,常是一些传染性疾病,而皮疹在疾病的一定时期出现。根据皮疹形态、出疹时期、分布,指导临床考虑疾病的诊断。当然也有一些非传染病发热伴皮疹者。非感染性疾病伴皮疹的疾病有风湿性疾病。

常见发疹性疾病有:麻疹、风疹、水痘、肾综合征出血热、猩红热、流行性脑脊髓膜炎、伤寒、斑疹伤寒、恙虫病、梅毒、风湿热、药物疹、红斑狼疮等。

五、发热与年龄、性别、生活工作环境、季节、地区关系

(一)年龄

老 龄:各种恶性肿瘤、风湿性多肌痛症、颞动脉炎、原因不明的肝内肉芽肿病、血管免疫母细胞性淋巴结病、原发性硬化性脉管炎、肺栓塞、心肌梗死、心肌梗死后综合征。

年轻女性:系统性红斑狼疮多发。

老 龄 发 烧 特 点 如 果 是 感 染, 尽 管 局 部 有 严 重 感 染 灶, 但 全 身 症 状 不 明 显, 自 觉 症 状 轻 微, 局 部 阳 性 体 征 欠 缺, 可 以 不 出 现 原 发 病 的 症 状 而 出 现 非 特 异 性 症 状, 容 易 发 生 并 发 症, 所 以 使 症 状、体 征 错 综 复 杂。

(二)性别

结 节 性 多 动 脉 炎、强 直 性 脊 柱 炎、痛 风 性 关 节 炎 男 性 多 发。女 性 多 发 肾 盂 肾 炎、盆 腔 结 核、类 风 湿 性 关 节 炎、混 合 性 结 缔 组 织 病、进 行 性 系 统 性 硬 化 症、淋 菌 性 原 发 性 腹 膜 炎、绒 癌。

(三)生活工作环境关系

牧 民 可 患 布 氏 菌 病, 野 外 及 林 区 工 作 者 可 患 恙 虫 病、莱 姆 病; 东 北 地 区 因 吃 螞 蛄 煮 食 不 当 而 引 起 肺 吸 虫 感 染(肺 吸 虫 病 之 称)。制 革 工 人 可 患 炭 疽 病; 制 糖 工 人 可 患 急 性 霉 蔗 肺; 种 植 蘑 菇 工 人 可 患 蘑 菇 肺 病; 高 温 作 业、高 温 环 境 可 患 中 暑; 水 田 作 业 可 患 钩 端 螺 旋 体 病。江 淮 下 游 涉 游 疫 区 可 患 血 吸 虫 病, 钩 端 螺 旋 体 病; 生 饮 河 水 可 患 肝 吸 虫 病; 生 食 鱼 虾 可 患 华 支 睾 吸 虫 病; 非 正 常 性 生 活 可 患 淋 病 性 关 节 炎、淋 病 性 腹 膜 炎、梅 毒、艾 滋 病; 接 触 宠 物 可 患 弓 形 虫 病 等。

(四)季节

冬 春 季 流 感、流 行 性 腮 腺 炎; 1~5 月 流 行 性 脑 脊 髓 膜 炎; 5~6 月 及 10~翌 年 1 月 流 行 性 出 血 热; 6~8 月 恙 虫 病、登 革 热、登 革 出 血 热; 夏 秋-脊 髓 灰 质 炎、疟 疾、乙 型 脑 炎(北 京 地 区 7、8、9 三 个 月); 晚 秋 初 冬 易 患 传 染 性 单 核 细 胞 增 多 症。

(五)多发地区

黑 龙 江 省-莱 姆 热 多 发; 东 北、内 蒙 古、西 藏、西 北 各 大 牧 区-布 氏 杆 菌 病; 华 东、长 江 以 北、四 川-黑 热 病; 河 南、西 藏、云 南-旋 毛 虫 病; 山 东、河 南 以 南、贵 州、四 川 以 东-丝 虫 病; 长 江 流 域、江 南-血 吸 虫 病; 南 方 沿 海-登 革 热、登 革 出 血 热; 江 苏、内 蒙 古-附 红 细 胞 体 病。

六、症状与疾病关系

由一些症状想到某些疾病:

- (一)咳嗽、咽痛伴发热,想到呼吸道感染。
- (二)咳嗽、咯血伴发热,想到肺炎。
- (三)泌尿系刺激症状伴发热,想到膀胱炎、肾盂肾炎。
- (四)腹痛伴发热,如果腹痛,转移右下腹、发热应想到阑尾炎;如果腹痛在左上腹、发热应想到胰腺炎,如腹痛在右上腹、发热应想到胆道感染。

七、体征与疾病

- (一)发热伴黄疸:发热、黄疸想到肝炎;发热、黄疸、腹痛想到胆道感染。
- (二)发热伴关节肿痛:化脓性关节炎、过敏性关节炎、风湿性疾病表现。
- (三)发热伴扁桃体化脓:发热、扁桃体化脓、颌下淋巴结肿大想到急性化脓性扁桃体炎。
- (四)发热伴鼻窦压痛:发热、鼻窦压痛、流黄涕想到鼻窦炎。
- (五)发热伴淋巴结肿大:发热、颌下淋巴结肿大,想到口腔、牙根、扁桃体化脓;及少见的川崎病;全身的淋巴结肿大考虑淋巴瘤等。

八、结合实验室检查结果判断疾病

(一)血沉快

红细胞沉降率(血沉)加速主要由于血浆纤维蛋白原和球蛋白的增多以及白蛋白减少,其原因很多。血沉作为辅助诊断依据。

急性感染开始时,一般尚无血沉加快,大概经过 30 小时之后,开始加速,持续时间较长。至恢复期亦常未恢复至正常。

急性黄疸型病毒性肝炎患者多不加快,有助于与黄疸型钩端螺旋体病相鉴别。在伤寒早期血沉也不快,有助于与败血症相鉴别。

(二)C 反应蛋白(CRP)

用于鉴别细菌和病毒感染,(在多数病毒感染中保持不变),监视病情,确定抗生素治疗的疗程。CRP 的正常值为 $\leq 8\text{mg/L}$ 。

增高至 $10\sim 99\text{mg/L}$,提示局灶性细菌感染或败血症。

$\text{CRP}\geq 100\text{mg/L}$,提示败血症或其他侵袭性感染。

浓度在发病几小时就开始增高。人体中增高一倍的平均时间为 8 小时。恢复期病人,CRP 能在 6~10 天内降至 20mg/L 。

(三)其他检查

风湿性疾病检查、四唑氮蓝试验、中性粒细胞碱性磷酸酶反应、病原学检查、病毒性疾病的检查、血清抗体检查、细菌检查、X 线检查、B 超检查。

九、根据疾病史及某些特殊临床表现

仅以肺外结核为例说明。肺外结核除有结核病的一般症状外,也有某些少见的临床表现。肺外结核临床表现错综复杂,有某些特殊表现,常常影响到诊断和治疗。

如类似风湿性疾病,主要表现有雷诺氏现象、多发性关节炎、皮肤结节性红斑、实验室检查肝功异常,血清球蛋白升高,有的病人类风湿因子阳性,狼疮细胞阳性等。这些病人

常与红斑狼疮、结节性动脉周围炎、类风湿关节炎有相似之处,不易鉴别,易造成误诊。以长期高热为主要表现,类似败血症。心血管系统改变,主要表现为反应性心肌炎,房室传导阻滞,过敏性脉管炎,结核性大动脉炎。血液系统改变,表现有血红蛋白降低、血白细胞低、有的表现类似白血病样反应及真性红细胞增多。

十、功能性低热

功能性低热表现,全身情况一般良好,可参加正常工作和学习,但容易疲劳,皮肤灼热感,试用抗感染抗风湿或抗结核治疗均无效;低热常伴有自主神经功能紊乱的表现,疲劳、多汗、多虑、多梦、失眠等;低热的发生有规律性或季节性,低热的症状每年可在一定时间内出现,又可在一定时间内自然消失;低热对其身体无影响,经反复详细体检以及长时间的观察仍找不到病因。

功能性低热可能系机体体质异常或体温调节中枢功能障碍所致,诊断开始时不要轻易诊断功能性低热,必须慎重,在除外器质性低热后再考虑功能性低热。功能性低热有神经功能性低热,感染治愈后低热,月经周期的排卵期及妊娠期低热,受孕热等。

【处理】

一、感染性疾病

细菌性感染,针对病原选择合适的抗生素。病毒性感染、寄生虫感染、真菌感染给予相应的抗病原治疗。在抗病原治疗的同时对其症状进行有效的处理。

二、非感染性低热

风湿性疾病,肿瘤性疾病,血液病,根据专科医生制定治疗方案给予治疗。

功能性低热,针对病因处理,中医中药及对症处理。

三、高热处理

一般采取先物理降温后药物降温的原则,物理降温如敷冰袋、酒精浴。药物降温可先用中药,如牛黄清热散、新清宁口服,或经验方大黄 15 克、芒硝 4 克、玄参 15 克、甘草 6 克煎成 100ml,分 2 次口服;后选用西药,可选用安乃近滴鼻、吲哚美辛、对乙酰氨基酚、复方阿司匹林等口服。有时也可选用激素降温以减轻症状,高热不退也可选用冬眠治疗(冬眠一、二、三号)。

【转诊指征】 高热不退;初步检查处理未能明确诊断;病情危重伴神志不清、休克、黄疸、心脏呼吸、肾脏等脏器功能不全或衰竭者;考虑非感染性发热,如风湿性疾病、血液病、恶性肿瘤等,转往上级医院作进一步检查和治疗者。

参考文献

1. 刘凤奎. 病毒性肝炎并发胆道疾病的研究. 见:高寿征. 病毒性肝炎防治研究. 北京:北京出版社, 1993, 305-309
2. 张斌等. 内科急诊见肾移植术后病人分析. 中华实用医学杂志, 2002, 12: 23-25
3. 王宝恩. 内科感染性疾病的中西医结合治疗. 北京:人民卫生出版社, 1987

4. 王立英,杨立佩等. 长程发热 311 例临床诊断体会. 中华实用医学杂志,2002,4(24):22-24
5. 何立戌等. 肺外结核病某些少见的临床表现. 首都医药,1999,6(2):44-45
6. 卢亚军等. 伤寒 56 例临床分析. 首都医药,1998,5(11):45
7. 陈镜英,闵贤. 发热待查. 南京:江苏科学技术出版社,1983
8. 王红,等. 发热待查 130 例病因分析. 中华实用医学杂志,2001,5:37-38
9. 卓趋等. 发热待查 125 例分析. 重庆医科大学学报,2001,3:312-315
10. 董临江等. 腹腔镜对发热待查患者的诊断作用. 中华消化内镜杂志,1998,2:120
11. 操寄望等. 以发热待查就诊的恶性肿瘤患者 30 例临床分析. 临床内科杂志,1998,2:95-96
12. 任少华. 发热待查患者骨髓培养的诊断价值. 国外医学临床生物化学与检验学分册,2000,2:110
13. 朝阳医院内科. 正常体温及影响体温的有关因素. 中华医学杂志,1974,11:700-704
14. 陈新谦,金有豫,汤光. 新编药理学,第 15 版. 北京:人民卫生出版社,2003
15. 刘凤奎. 急诊症状诊断与处理,北京:人民卫生出版社,2006,1-31

(刘凤奎)



急性胸痛

【概述】 各种刺激因子都可以刺激胸部的感觉神经末梢产生疼痛,并传至大脑皮层的痛觉中枢引起疼痛。胸部的感觉神经纤维有肋间神经感觉纤维、支配心脏和主动脉的交感神经纤维、支配气管与支气管的迷走神经纤维及膈神经的感觉纤维。由于病变内脏与分布体表的传入神经进入脊髓同一节段,并在后角发生联系,来自内脏的痛觉冲动直接激发脊髓体表感觉神经元,引起相应体表区域的痛感。故非胸部内脏疾病也可引起胸痛。

【常见病因】

一、胸廓或胸壁疾病

胸壁肌肉劳损、肋间神经痛、带状疱疹、急性皮炎、皮下蜂窝织炎、流行性胸痛、肌炎、非化脓性软骨炎、肋骨骨折、多发性骨髓瘤等。

二、心血管系统疾病

心绞痛、急性冠状动脉综合征、心肌炎、心包炎、二尖瓣或主动脉瓣病变、主动脉瘤、主动脉窦瘤破裂、夹层动脉瘤、肺栓塞、肺动脉高压及心脏神经官能症等。

三、呼吸系统疾病

胸膜炎、胸膜肿瘤、肺炎、急性气管-支气管炎、肺癌、自发性气胸等。

四、纵隔疾病

纵隔炎、纵隔脓肿、纵隔肿瘤、食道裂孔疝、食管癌等。

五、其他

膈下脓肿、肝脓肿、脾梗死、胆囊炎、胰腺炎等。

【诊断思路】 与急性胸痛有关的四个危险性最高的疾病是急性心肌梗死、急性肺栓塞、主动脉夹层动脉瘤及张力性气胸。

这些病人病情变化快,可能随时会发生死亡。社区医生的任务是在众多表现为急性胸痛的疾病中识别出这些高危的疾病并给予及时、适当的处理。同时尽快将病人转送到