

村卫生室人员

内科和儿科培训教材

主编：孟杰

- 紧扣农村卫生人员培训大纲 •
- 结合基层卫生工作现况 •
- 重点突出 内容全面 •



第四军医大学出版社

村卫生室人员内科和儿科 培训教材

主 编 孟 杰

副主编 刘跃超

第四军医大学出版社·西安

内 容 提 要

本培训教材依据卫生部印发的《2009年农村卫生工作要点》及最新的《农村卫生人员培训大纲》结合农村卫生人员实际情况和医疗卫生的实际条件编写。内容比较全面,通俗易懂、实用性强。全书分为两部分十八章系统的讲述了农村常见病症的早期识别和简单处理以及临床必备的实践技能。主要内容包括:内科最常见症状体征的诊断与简单处理,内科最常见急危重病,内科常见慢性疾病的防治知识,儿科常见症状的诊断与简单处理,儿童呼吸系统常见疾病的诊治,儿童常见病例的管理要点,腹泻病的诊治要点,佝偻病、营养性贫血的原因、危害和预防,不同年龄患儿提示重症疾病的症状特点,抗生素和肾上腺皮质激素滥用的危害,农村儿童常见急性中毒、意外伤害的现场救治,医学概论,家庭健康指导,望、触、扣、听检查技巧,测体温、量血压、物理降温、肌肉注射、静脉输液技术,病史、体检的基本方法,简单门诊病历和处方的书写。书后并附有相关的法律、法规。本书针对广大农村卫生人员,旨在加强村卫生人员的实际能力,扩大知识范围,提高理论层次,也可以作为农村家庭中日常病例查找的医用手册。

图书在版编目(CIP)数据

村卫生室人员内科和儿科培训教材. / 孟 杰 编著. —西安: 第四军医大学出版社, 2009. 5

ISBN 978-7-81086-600-2

I. 村… II. 孟… III. ①内科学-教材 ②儿科学-教材 IV. R16 R72

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2009) 第 082208 号

村卫生室人员内科和儿科培训教材

主 编: 孟 杰

责任编辑: 杨耀锦

出 版: 第四军医大学出版社

地 址: 西安市长乐西路 17 号 (邮编: 710032)

电 话: 029-84776765

传 真: 029-84776764

网 站: <http://www.medjw.com>

印 刷: 北京市俊峰印刷厂

版 次: 2009 年 5 月第 1 版 2009 年 5 月第 1 次印刷

开 本: 787mm × 1092mm 1/16

印 张: 13

字 数: 330 千字

书 号: ISBN 978-7-81086-600-2/R·513

定 价: 35.00 元

(版权所有 盗版必究)

前 言

为了落实党的十七大和十七届三中全会精神，坚持科学发展观，深入贯彻落实《中共中央国务院关于进一步加强农村卫生工作的决定》，配合深化医药卫生体制改革和扩大内需工作，抓住中央全面推进农村改革和发展的有利时机，进一步巩固完善新型农村合作医疗制度，深化体制改革，加强农村卫生服务体系建设 and 卫生队伍建设，加快实施《中国农村初级卫生保健发展纲要（2001 - 2010 年）》，达到从整体上推动农村卫生事业发展的目标，卫生部印发了《2009 年农村卫生工作要点》。

为了配合《2009 年农村卫生工作要点》，我们依据最新的《农村卫生人员培训大纲》所提出的对农村卫生人员传染病基本知识培训的内容、目标和要求，结合我国农村卫生的现况，我们组织了一批熟悉农村卫生工作的专家编写了本书。书中从内科和儿科在农村常见病例为基础，重点讲述了病症的早期识别和简单处理以及临床必备的实践技能。内容全面，文字简练，通俗易懂，也可以作为农村家庭中日常病例查找的医用手册。

本书内容分为两部分以十八个章节编写，分为：内科最常见症状体征的诊断与简单处理，内科最常见急危重病，内科常见慢性疾病的防治知识，儿科常见症状的诊断与简单处理，儿童呼吸系统常见疾病的诊治，儿童常见病例的管理要点，腹泻病的诊治要点，佝偻病、营养性贫血的原因、危害和预防，不同年龄患儿提示重症疾病的症状特点，抗生素和肾上腺皮质激素滥用的危害，农村儿童常见急性中毒、意外伤害的现场救治，医学概论，家庭健康指导，望、触、扣、听检查技巧，测体温、量血压、物理降温、肌肉注射、静脉输液技术，病史、体检的基本方法，简单门诊病历和厨房的书写。书后并附有相关的法律、法规。

本教材在编写过程中得到了卫生部门有关领导大力支持，并提出了指导性意见，有关医界同仁也对该书的编写提出了宝贵意见和建议，在此一并感谢！

由于编写时间仓促及编者水平有限，书中难免有错漏之处，诚恳的期望广大使用教材的培训老师和基层卫生人员批评指正，提出宝贵意见。

全国农村卫生人员培训教材编写组
2009 年 5 月

目 录

第一部分 理论培训

第一章 内科最常见症状体征的诊断与简单处理	1
第一节 发 热	1
第二节 头 痛	3
第三节 胸 痛	5
第四节 腹 痛	7
第五节 腹 泻	11
第六节 尿路刺激征	13
第七节 眩 晕	14
第八节 癫 痫	15
第二章 内科最常见急危重病	19
第一节 心绞痛	19
第二节 急性心肌梗死	21
第三节 糖尿病合并昏迷	24
第四节 急性脑卒中	26
第五节 急性中毒	26
第三章 内科常见慢性疾病的防治知识	28
第一节 高血压病	28
第二节 糖尿病	31
第三节 冠心病	38
第四节 消化性溃疡	43
第四章 儿科常见症状的诊断与简单处理	46
第一节 发 热	46
第二节 咳 嗽	47
第三节 呼吸困难	49
第四节 呕 吐	50
第五节 腹 泻	52
第六节 便 秘	53

第七节 惊厥与癫痫发作	55
第五章 儿童呼吸系统常见疾病的诊治	57
第一节 上呼吸道感染	57
第二节 哮 喘	58
第三节 支气管肺炎	60
第六章 儿童常见病例管理的要点	64
第一节 耳部疾病	64
第二节 营养不良	68
第三节 婴幼儿喂养指导	69
第七章 腹泻病的诊治要点	74
第八章 佝偻病、营养性贫血的原因、危害和预防	78
第九章 不同年龄患儿提示重症疾病的症状特点	82
第一节 新生儿重症疾病的症状特点	82
第二节 儿童重症疾病症状特点	85
第十章 抗生素和肾上腺皮质激素滥用的危害	89
第一节 抗生素滥用的危害	89
第二节 肾上腺皮质激素滥用的危害	91
第十一章 农村儿童常见急性中毒、意外伤害的现场救治	94
第一节 心肺复苏术	94
第二节 休 克	99
第三节 呼吸道异物的急救处理	102
第四节 现场外伤急救术	103
第五节 急性中毒	115
第六节 意外伤害	122

第二部分 临床技能培训及见习

第十二章 医学概论	130
第一节 医学的过去现在和未来	130
第二节 “生物-心理-社会”模式时代的医学	131
第三节 医学的目标是促进人类的健康	132
第四节 临床思维	133
第十三章 家庭健康指导	140
第十四章 视、触、叩、听检查技巧	158
第一节 视 诊	158

第二节 触 诊	158
第三节 叩 诊	159
第四节 听 诊	161
第十五章 测体温、量血压、物理降温、肌肉注射、静脉输液技术	162
第一节 测体温	162
第二节 量血压	162
第三节 物理降温	163
第四节 肌肉注射	163
第五节 静脉注射	164
第十六章 内科病房见习	165
第十七章 病史、体检的基本方法	167
第一节 病史的记录	167
第二节 检体诊断	168
第三节 常用实验室检查	190
第十八章 简单门诊病历和处方的书写	195
第一节 病历书写的基本要求	195
第二节 门诊病历书写要求	195
第三节 处方开据的基本要求	196
乡村医生从业管理条例	198
第一章 总 则	198
第二章 执业注册	198
第三章 执业规则	200
第四章 培训与考核	201
第五章 法律责任	201
第六章 附 则	202

第一部分 理论培训

第一章 内科最常见症状体征的 诊断与简单处理

第一节 发 热

一、概述

正常人体温一般为 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$ (腋测法)。目前较常用的方法是腋测法,既简单方便,又可减少交叉感染,但其缺点是易受外界干扰,准确性稍差。测腋窝体温时应保持腋窝干燥,手臂与腋窝贴紧,放置时间不少于 10min。当人的体温超过正常范围时,即为发热。

二、病因

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。

1. 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。
2. 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、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、中暑及植物神经功能紊乱等也可引起发热。

三、发病机理

人体的正常体温受大脑皮质和丘脑下部体温中枢的调节,使产热和散热保持动态平衡,产热过多或散热过少都可使体温超出正常范围。

最常见的致热因素是致热原,包括细菌内毒素、外毒素及抗原抗体复合物,病毒及其它微生物,无菌性坏死物质的吸收,自主神经功能紊乱等致热原。当致热原进入体内并被中性粒细胞、单核细胞吞噬后,这些细胞便可释放白细胞介素-1、白细胞介素-6、肿瘤坏死因子、干扰素等活性物质。上述物质可直接作用于下丘脑的体温调节中枢而引起发热。因此,细菌、病毒及抗原抗体复合物等致热原并不是导致发热的直接原因,而是以机体内的中性粒细胞、单核-巨噬细胞系统为中介才实现其致热作用的。

四、临床表现

发热早期,由于皮肤血管收缩,温度下降,患者常先有发冷、皮肤苍白及寒战。发热时,呼

吸、心率加快。高热时可引起头痛,甚至中枢神经系统功能紊乱,出现意识不清、昏迷、惊厥或谵妄等。因发热导致的消化道运动功能紊乱,常表现为食欲不振、恶心、呕吐、腹胀、便秘等。因患者在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肤温度降低。

按发热程度的不同,可将发热分为以下几种类型:①低热,37.3~38℃;②中等发热,38.1~39℃;③高热,39.1~41℃;④超高热,41℃以上。

按发热时体温表现形式的不同,可将发热归纳为以下几种类型:①稽留热,体温在39~40℃左右,一天之内波动范围不超过1℃,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℃以上的高热,一天内体温波动大于1℃,即使体温在最低时也高于正常,常见于急性化脓性感染、风湿病、结核病等。③间歇热,体温骤升达39℃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,温度曲线是波浪型,常见于布氏杆菌病等。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。

五、诊断

(一)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、寒战、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的了解;
5. 患病以来的精神状态,食欲、体重的改变,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。

(二)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检查的诊断线索。血液检查着重于血细胞计数及血沉测定,必要时可作血培养。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,应进一步行网织红细胞、骨髓象及其它溶血、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、简单处理

1. 冷敷

如果高烧无法耐受,可以采用冷敷帮助降低体温。在额头、手腕、小腿上各放一块湿冷毛巾,其他部位应以衣物盖住。当冷敷毛巾达到体温时,应更换一次,反复操作直到烧退为止。也可将冰块包在布袋里,放在额头上。

2. 热敷

假使体温不是太高,可以采用热敷来退烧。用热的湿毛巾反复擦拭病人额头、四肢,使身体散热,直到退烧为止。

但是,如果体温上升到 39°C 以上,切勿再使用热敷退烧,应以冷敷处理,以免体温继续升高。

3. 擦拭身体

蒸发也有降温作用。专家建议使用冷自来水来帮助皮肤驱散过多的热。虽然病人可以擦拭(用海绵)全身,但应特别加强一些体温较高的部位,例如腋窝等部位。将海绵挤出过多的水后,一次擦拭一个部位,其他部位应以衣物盖住。体温将蒸发这些水分,有助于散热。

4. 泡澡

有时,泡温水澡同样也可以起到缓解发热的症状。婴儿应以温水泡澡,或是以湿毛巾包住婴儿,每 15 分钟换一次。

5. 补充液体

发热时,机体会流汗散热;但当高热时,机体会因为流失太多水分而关闭汗腺,以阻止进一步的水分流失,这使身体无法散热。应及时补充液体,可喝大量的白开水及果菜汁,其中果菜汁含丰富的维生素及矿物质,尤其是甜菜汁及胡萝卜汁。如病人喝番茄汁,应选用低钠的产品。发烧期间应避免食用固体食物,直到状况好转。

如果呕吐情形不严重,还可以吃冰块退烧。在制冰盒内倒入果汁,冰成冰块,还可在冰格内放入葡萄或草莓,可用于发高烧的儿童。

6. 适当服用止痛药

若感到身体疼痛难忍可服用止痛药。成人可服用 2 片阿司匹林或 2 片扑热息痛,每 4h 服用一次。扑热息痛的优点是较少人对它过敏。由于阿司匹林与扑热息痛的作用方式有些不同,因此单独使用任何一种皆无法有效地控制发高烧时,可两种并用。每 6h 服用 2 片阿司匹林及 2 片扑热息痛。

第二节 头 痛

一、概述

头痛是指额、顶、颞及枕部的疼痛。大多无特异性,但反复发作的、持续的或渐进性加重的头痛,可能是患某些器质性疾病的信号。

二、病因与发病机理

1. 颅脑病变 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,通透性增加致脑水肿、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:脑出血或蛛网膜下腔出血时,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。⑤其他: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。

2. 颅外病变 头皮的感染、创伤、鼻窦或副鼻窦的急慢性炎症或肿瘤、眼屈光不正、青光眼、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急或慢性头痛。

3. 全身性疾病 高血压病时血压的剧烈变化,在心衰时颅内静脉的淤血及缺氧,肝病时肝脏解毒功能的减退,肾病时代谢产物在体内蓄积等均可引起头痛。贫血时,由于脑组织缺氧也可引起头痛。

4. 神经官能症 长期过度精神紧张、焦虑等可致大脑动脉功能紊乱而致头痛。神经衰弱、癔病、精神病、睡眠不足、过度疲劳等均可致头痛。

三、临床表现

1. 头痛的部位 全头痛见于脑炎、脑膜炎、眼部疾病或高热时;颞部痛见于偏头痛、中耳炎、高血压等;枕部痛见于颈肌炎、枕大神经炎等;头颈部剧烈痛且伴有脑膜刺激征者,多见于流行性脑脊髓膜炎、蛛网膜下腔出血等。颅内病变的头痛多较深而且弥散,头痛部位与病变部位一定相一致,但头痛多向病灶侧弥散;高血压头痛多在额部或整个头部;眼源性头痛多浅在且局限于眼眶、前额或颞部;鼻源或牙源性头痛也多较表浅。

2. 头痛的性质 剧烈头痛常见于三叉神经痛、偏头痛及脑膜刺激痛;脑肿瘤引起的头痛多为轻或中度,但可进行性加重;高血压性、血管性及发热性头痛多带有搏动感;有时功能性头痛也较剧烈。神经痛多呈电击样或刺痛样。肌肉收缩性头痛多伴局部沉重或紧缩感。

3. 头痛发作的缓急程度 急性发作性头痛多见于颅内急性炎症、蛛网膜下腔出血、急性充血性青光眼、腰穿后头痛等。青壮年突发剧烈头痛而不伴发热、呕吐及意识障碍者,需考虑颅内动脉瘤或血管畸形致蛛网膜下腔出血的可能。慢性进行性头痛见于脑瘤、脑脓肿或尿毒症等。进行性头痛且伴恶心、呕吐等颅内高压症状者,应考虑到颅内肿瘤的可能。反复发作的阵发性头痛多见于偏头痛、高血压或神经功能性头痛。

4. 头痛的时间规律 额窦炎所致头痛以晨起时较重;屈光不正致头痛多在晨起时轻而午后重;丛集性头痛常于夜间发作;偏头痛常呈周期性发作;三叉神经痛发生于眼支时,可因洗脸或揉眼而诱发;神经性功能性头痛多在精神过度紧张或情绪激动时出现,病程较长。

5. 头痛加重或减轻的影响因素 脑瘤、脑脓肿、蛛网膜下腔出血等因颅内压增高而引起的头痛,可因咳嗽、用力排便或身体前倾而加重;贫血或腰穿后头痛常于立位时加重,而卧位时减轻;丛集性头痛于直立位时减轻;头颈肌肉收缩性头痛,多于捏挤、按摩该部肌肉后减轻;脑膜炎或蛛网膜下腔出血时常于屈颈时加重。

6. 伴随症状 头痛伴呕吐者,多见于脑膜炎、脑炎、脑瘤、急性充血性青光眼;头痛伴剧烈眩晕者,多见于小脑肿瘤、椎-基底动脉供血不足等;头痛伴偏身麻木或肢体运动障碍者,应考虑脑瘤、脑出血、高血压脑病或脑梗塞等;头痛同时出现视力减退者,见于青光眼、脑瘤或屈光不正等;头痛伴鼻塞、流鼻涕者,多为副鼻窦炎所致;耳道流脓伴头痛时,应考虑耳源性脑脓肿、中耳炎、乳突炎的可能;伴有精神症状的头痛,应考虑额叶肿瘤的可能。对有神经衰弱或癔病

表现患者,在未能明确排除器质性疾病之前,绝不可轻易诊断为神经功能性头痛。

四、诊断

(一)问诊要点

1. 起病时间、急缓、程度、部位、范围、性质、程度、频度(间歇性/持续性)、诱发或缓解因素。
2. 是否伴有失眠、焦虑、剧烈呕吐(是否喷射性)、头晕、眩晕、晕厥、出汗、抽搐、视力下降、感觉或运动异常、精神异常、嗜睡、意识障碍等。
3. 有无感染、高血压或动脉硬化、颅脑外伤、肿瘤、精神障碍、癫痫、神经官能症及眼、耳、齿等病史。
4. 职业特点及毒物接触史。
5. 治疗经过及对药物的反应情况。

(二)检查要点

查要突出重点,即根据问诊材料考虑到最大可能的某种或某几种疾病后,首先加以检查,以求尽快肯定或否定某些诊断。例如头痛而有呕吐的患者,一旦病史不符偏头痛、青光眼、癫痫、胃肠道病变等时,应即考虑到颅内病变,要尽快进行一系列神经系统和有关的实验室检查,直至确诊为止。

在明确头痛病因后,有时还需要进一步的检查,这是由于:①头痛原因可能不止一个,如偏头痛患者易患高血压;脑外伤后头痛除神经衰弱表现外,还可合并有其他类型的甚至颅内并发症的头痛。②一种头痛的病因可继发另一种病因的头痛。如副鼻窦炎可诱发眶上神经痛,中耳炎可继发颅内脓肿等。在临床中均应提高警惕。

五、简单处理

1. 轻度头痛,一般不用休息,可服用止痛药,如去痛片等。如有剧烈头痛,必须卧床休息。
2. 环境要安静,室内光线要柔和。
3. 可按头痛的部位给予针灸、按摩治疗,前额痛可取印堂、合谷、阳白穴,两侧痛可取百会,后顶痛可取风池、外关等穴位。
4. 有头痛眩晕、心烦易怒、夜眠不佳、面红、口苦症状的病人,应加强其精神护理,消除病人易怒、紧张等不良情绪,以避免诱发其他疾病。高血压病人应注意休息,保持安静,按时服降压药。
5. 对一些病因明确疾病引起的头痛,应先控制病情,以缓解疼痛。

第三节 胸 痛

一、概述

胸痛一般由胸部疾病引起,少数其他部位的疾病亦可引起胸痛。由于个体对疼痛的耐受性不一,胸痛的程度与原发病的病情轻重不一定相平行。

二、病因及发病机理

各种刺激因子如缺氧、炎症、肌张力改变、肿瘤浸润、组织坏死以及理化因素等,都可刺激胸部的感觉神经纤维产生痛觉冲动,并传至大脑皮质的痛觉中枢引起胸痛。

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二肋骨与肋软骨交界处,也可发生于其它肋软骨。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. 胸膜与肺部疾病

(1) 胸膜疾病 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) 肺部疾病 肺炎、肺癌、肺结核、肺梗塞等肺实质病变波及胸膜壁层时常可引起胸痛。

3. 心血管疾病 常见于心绞痛、心肌梗死、心包炎等。

4. 纵隔疾病 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。

三、临床表现

1. 发病年龄

青壮年胸痛,应注意结核性胸膜炎、自发性气胸、心肌炎、心肌病、风湿性心瓣膜病,在40岁以上还应注意心绞痛、心肌梗死与肺癌。

2. 胸痛部位

包括疼痛部位及其放射部位。胸壁疾病特点为疼痛部位局限;炎症性疾病,尚伴有局部红、肿、热表现。食管及纵隔病变,胸痛多位于胸骨后,进食或吞咽时加重。心绞痛和心肌梗死的疼痛多位于心前区胸骨后或剑突下,常放散至左肩、左臂内侧,达无名指与小指,亦可放散至左颈与面颊部,误认为牙痛。夹层动脉瘤疼痛位于胸背部,向下放射至下腹部、腰部与两侧腹股沟和下肢。自发性气胸、胸膜炎和非梗死的胸痛多位于腋前线与腋中线附近,后者累及肺底、膈胸膜,则疼痛也可放射于同侧肩部。肺尖部肺癌(肺上沟癌)以肩部、腋下痛为主,向上肢内侧放射。

3. 胸痛性质

带状疱疹呈刀割样痛或灼痛,剧烈难忍。食管炎则为烧灼痛。心绞痛呈绞窄性并有重度窒息感;心肌梗死则疼痛更为剧烈并有恐惧、濒死感。干性(纤维索性)胸膜炎呈尖锐刺痛或撕裂痛。肺癌呈胸部闷痛,而肺尖部肺癌疼痛则呈火灼样,夜间尤甚。夹层动脉瘤为突然发生胸背部难忍的撕裂样剧痛,肺梗死亦为突然剧烈刺痛或绞痛,常伴呼吸困难与发绀。

4. 持续时间

平滑肌痉挛或血管缺血所致疼痛为阵发性;炎症、肿瘤、梗死或栓塞所致疼痛为持续性。如心绞痛发作时间短暂,而心肌梗死疼痛持续时间很长且不易缓解。

5. 影响疼痛因素

包括发生诱因、加重与缓解因素。劳累、体力活动、精神紧张可诱发心绞痛发作,休息、含服硝酸甘油或硝酸异山梨酯可使绞痛缓解,而对心肌梗死疼痛则无效。胸膜炎的胸痛则可因深呼吸与咳嗽而加剧,停止胸廓运动则胸痛减轻或消失。反流性食管炎的胸骨后灼痛,饱餐后出现,仰卧或俯卧位加重,服用抗酸剂和促动力药后可减轻或消失。

四、诊断

(一)问诊要点

1. 胸痛的部位 胸骨后痛者多由心血管、食管或纵隔病变所引起;心前区疼痛常为心血管病变的表现之一;侧胸痛可见于胸膜炎;疼痛沿肋间隙分布者多为肋间神经病变所致;下胸痛时还应注意膈肌或膈下病变。

2. 放射痛及其放射部位 心血管病变或膈肌病变引起的胸痛常伴放射痛,前者可向左肩臂放射。后者可向病变同侧的肩部放射。

3. 胸痛性质 胸膜炎时疼痛多为刺痛,肋间神经痛多为灼痛,心绞痛多同时伴心前区压榨感,纵隔病变则常为隐痛。

4. 胸痛的持续时间 心绞痛很少持续超过 15min,而心肌梗死所致疼痛则多在半小时以上;粘连性胸膜炎多为长期钝痛;纵隔肿瘤所致疼痛多持续存在且逐渐加重。

5. 胸痛的诱因 咳嗽或深呼吸致胸痛加剧者,以胸膜、肋骨或肋间肌病变居多;激动或劳累后出现心前区疼痛,可能为心绞痛或心肌梗死所致。

6. 胸痛的伴随症状 心前区疼痛伴休克、心力衰竭者,多为心肌梗死所致;突发胸痛伴呼吸困难及咳嗽者,多为气胸或肺梗死;胸痛伴咳嗽、发热者,多见于纵隔肿瘤或食道肿瘤。

(二)检查要点

1. 包括发病年龄、发病急缓、诱因、加重与缓解的方式。

2. 包括胸痛部位、性质、程度、持续时间、及其有无放射痛。

3. 包括呼吸、心血管、消化系统及其他各系统症状和程度。

五、简单处理

1. 卧床休息,采取自由体位,如为胸膜炎所致者,朝患侧卧位可减轻疼痛。

2. 局部热敷。

3. 口服止痛药物,可选用阿司匹林 0.3 ~ 0.6g,每日 3 次;扑热息痛 0.25 ~ 0.5g,每日 3 次,或消炎痛 25mg,每日 3 次。若加用安定 5mg,每日 3 次,效果更好。

4. 若疑为心绞痛者,可舌下含服硝酸甘油或心痛定 5 ~ 10mg。

5. 经上述紧急处理后疼痛仍未缓解时,应速送医院急救。

第四节 腹 痛

一、概述

由腹部脏器疾病(占多数)、腹腔外疾病及全身性疾病造成的腹部疼痛。病变性质可为器质性,亦可为功能性。临床上分为急性腹痛和慢性腹痛。

二、病因及发病机理

- 1. 腹部疾病 腹腔器官的急慢性炎症、溃疡、梗阻、血管栓塞、穿孔、扭转、肿瘤等均可引起急性或慢性腹痛,胃肠道的急性扩张、平滑肌痉挛或血管痉挛收缩、栓塞等对内脏神经的刺激是产生腹痛的病理基础。
- 2. 胸部疾病 肺下叶或肺底部炎症、胸膜炎、气胸、心绞痛或心肌梗死等,有时可通过相关神经节段的反射或通过对膈胸膜的刺激而引起腹痛的症状。
- 3. 神经系统疾病 脊髓下段肿瘤或胸椎下段结核等,可因对腹壁感觉神经传导通路的刺激而引起腹痛。
- 4. 全身性疾病 荨麻疹时肠壁的过敏性渗出、水肿,过敏性紫癜时肠管浆膜下出血,尿毒症时代谢产物对腹腔浆膜层的刺激等,均可引起腹痛。铅中毒时则可表现为特征性的肠绞痛。

三、临床表现

- 1. 腹痛部位
一般以病变部位多见,见表 1-1。

表 1-1 不同部位疾病导致的腹痛位置

病变部位	疼痛部位
胃、十二指肠、胰腺疾病	中上腹
胆道疾病、肝脏疾病	右上腹
阑尾炎	右下腹麦氏点
小肠疾病	脐部周围
结肠疾病	左下腹
膀胱炎、盆腔炎、异位妊娠	下腹
腹膜炎、肠梗阻、铅中毒、血卟啉病	弥漫或不固定

- 2. 腹痛性质
见表 1-2。

表 1-2 腹痛性质与常见疾病的关系

腹痛性质	常见疾病
中上腹剧痛	消化性溃疡穿孔
中上腹持续剧痛或阵发性加剧	急性胃炎、急性胰腺炎
阵发性绞痛	胆石症、泌尿系结石
剑突下阵发性钻顶样痛	胆道蛔虫症
广泛、持续痛伴腹肌紧张	急性弥漫性腹膜炎
隐痛或钝痛	内脏性疼痛
胀痛	实质脏器包膜牵张

3. 诱发因素

胆囊炎或胆石症发作前常有进油腻食物史,急性胰腺炎发作前常有酗酒或暴饮暴食过程,肝脾破裂常有外力作用过程并伴休克表现。

4. 发作时间与体位的关系

见表1-3。

表1-3 腹痛发作时间、体位与常见疾病的关系

腹痛发作时间、体位	常见疾病
餐后痛	胆胰疾病、胃部肿瘤、消化不良
周期性、节律性饥饿痛	消化性溃疡
与月经周期有关	子宫内膜异位症
月经间期痛	卵泡破裂
左侧卧位上腹痛减轻	胃黏膜脱垂
仰卧位时疼痛加重	胰体癌
前屈加重、直立减轻	反流性食管炎

四、诊断

(一) 问诊要点

1. 腹痛的部位 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;急性阑尾炎疼痛在右下腹McBurney点;小肠疾病疼痛多在脐部或脐周;结肠疾病疼痛多在下腹或左下腹部。膀胱炎、盆腔炎及异位妊娠破裂,疼痛亦在下腹部。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、血卟啉病、铅中毒、腹型过敏性紫癜等。

2. 腹痛起病的缓急及病程的长短 胃肠道平滑肌痉挛、胃肠道梗阻、穿孔,胆石症或输尿管结石,实质性脏器的梗死或破裂,腹部器官的急性炎症,一般均发病较急且病程相对短;也可是在长期慢性疾病急性发作者,如慢性阑尾炎的急性发作。上述疾病,临床上称其为急腹症。慢性胃炎、胃及十二指肠溃疡、慢性胆囊炎、慢性胰腺炎、肠结核等,起病缓慢,病情可反复发作,病程较长。

3. 腹痛的性质 阵发或间歇性腹痛常由胃肠平滑肌痉挛引起。腹膜后位的输尿管在结石梗阻时也产生痉挛,引起腰、腹痛。机械性肠梗阻时,由于肠管为克服阻力而产生强力蠕动,可引起较强烈的阵发性腹痛。由空腔脏器的痉挛、血管栓塞或器官扭转所引起的腹痛一般其性质均为绞痛,如输尿管结石、肠系膜动脉栓塞、卵巢囊肿蒂扭转等,均可引起腹部绞痛。腹部持续性钝痛则多为炎症所致,如急性腹膜炎、急性阑尾炎、急性胰腺炎等。腹痛是一组较复杂的症状,前面所述仅是腹痛性质的一般规律,临床上遇到具体情况时,还需具体分析。以急性阑尾炎为例,发病早期时可仅表现为上腹或脐周的阵发性钝痛;如果阑尾腔内由于粪石等造成梗阻,也可表现为痉挛性的阵发绞痛;而当阑尾发生穿孔,由于阑尾腔内的压力已降低,反而绞痛消失,代之以因壁层腹膜刺激而引起的右下腹痛,甚至全腹痛。

4. 腹痛的发作时间 暴饮暴食的急性上腹痛常见于急性胃炎、急性胰腺炎或急性胃扩

张。空腹时发生的上腹痛常见于十二指肠溃疡,而进食后即发生的疼痛则常见于胃炎或胃溃疡。进食油腻食物后发生的腹痛,常见于胆囊炎或胆石症。腹痛后即急于排解大便,而便后又可迅速缓解者,多见于慢性结肠炎。排尿时发生的下腹痛则需考虑膀胱炎或膀胱结石的可能。

5. 腹痛的放射 右上腹痛向右肩放射时,多见于胆囊炎或胆石症,也可见于肝右叶上部病变;一侧腹痛并向同侧阴囊或阴唇放射者,多为输尿管结石;胰腺炎时,腹痛常向左后腰部放射;子宫、输卵管、直肠的病变可放射至腰骶部;冠心病所致上腹痛,可放射至左肩、左臂。

6. 腹痛加重与缓解的影响因素 按压使腹痛加剧者,多为炎症所引起;而按压时减轻者则多属痉挛性疼痛;服用小苏打等碱性药物后可缓解的上腹痛,多见于十二指肠溃疡及肥厚性胃炎;因进食而加重者,常见于胃炎、胰腺炎等引起的腹痛;肠炎引起的腹痛,可在便后减轻,而肠梗阻引起的腹痛,常在呕吐及排气后减轻或缓解。

7. 伴随症状 腹痛伴有血尿时,应考虑泌尿系结石或感染的可能;腹痛伴腹泻时,需注意食物中毒、肠炎或菌痢的可能;伴腹胀、呕吐及停止排气者,应考虑肠梗阻的可能;呕吐出蛔虫者,应考虑胆道蛔虫症的可能;腹痛伴血便时常见于肠套叠、出血坏死性肠炎、肠系膜动脉栓塞及结肠癌等;腹痛伴寒战、高热时,需考虑化脓性胆管炎、大叶性肺炎的可能;急性腹痛伴休克,则多见于内脏器官的破裂、出血或急性出血坏死性胰腺炎、心肌梗死等;腹痛伴有腹部包块时,需考虑肿瘤、结核或慢性炎性包块的可能;腹痛伴黄疸时,则需考虑胆囊炎、胆石症、肝炎或胰头癌的可能。

8. 其它 肠套叠、蛔虫性肠梗阻及胆道蛔虫症,多见于儿童患者;阑尾炎、胰腺炎则以中、青年发病多见;胆囊炎、胆石症则以中老年女性多见;卵巢囊肿蒂扭转、异位妊娠、盆腔炎等则是女性疾病。有铅接触史而出现频繁腹部绞痛者,应考虑到铅中毒的可能。

(二)检查要点

1. 一般状态 表情痛苦、呻吟不止、辗转不安者,多见于机械性肠梗阻、输尿管结石、胆道蛔虫症等急腹症;腹痛伴皮肤、黏膜苍白,则有腹腔内出血的可能。

2. 心、肺情况 肺下叶的大叶性肺炎、心肌梗死、膈胸膜炎等均可引起上腹痛。

3. 腹部检查 炎症尚未侵及壁层腹膜时,一般仅有局部深压痛,而当炎症侵及壁层腹膜时,则可有反跳痛、肌紧张等腹膜炎的体征;幽门梗阻时可在上腹部见到胃型、胃蠕动波及振水音;机械性肠梗阻时,则可见腹胀、肠型及肠鸣音亢进,但发展至肠麻痹时则肠鸣音消失;腹痛伴有腹胀膨隆或腹腔积液、皮肤黏膜苍白、血压下降等休克表现时,提示有内出血的可能,可见于宫外孕等;腹痛伴上腹部肿块者,可见于肝癌、肝脓肿、肾周围脓肿或胰腺癌等;右下腹肿块则可能与回盲部肿瘤、结核、阑尾周围脓肿等有关;剧烈腹痛伴下腹肿块者,应考虑有卵巢囊肿蒂扭转或乙状结肠扭转的可能。对于腹痛患者,除上述各部位的检查外,还需注意避免遗漏腹股沟、外生殖器及肛门的检查。如腹股沟斜疝的内容物嵌顿时,可表现为腹痛、腹胀、呕吐等肠梗阻症状,体检时在腹股沟则可发现疝的存在。通过直肠指诊,可以发现盆腔脓肿、直肠癌等病变。

五、简单处理

1. 禁食、输液、纠正水、电解质和酸碱平衡的紊乱。
2. 积极抢救休克。
3. 有胃肠梗阻者应予胃肠减压。
4. 应用广谱抗生素以预防和控制感染。