

患病早知道

汪伟生 马 华 编著



患病早知道 患病早知道 患病早知道 患病早知道 患病早知道

山西科学技术出版社

患病早知道

汪伟生 马 华 编著

 山西科学技术出版社

晋新登字 5 号

内 容 提 要

本书从症状出发,分别介绍了人们生活中常遇到的最常见的如发热、头痛、咳嗽、胸痛、腹痛、腹泻等 37 种症状;对每一症状都作了简要说明,并对每一症状的病因、诊断的思路及方法、处理与对策等内容作了重点叙述,以帮助读者自我诊断,提高自我治疗意识。本书篇幅虽小,但语言简明精确,通俗易懂,可用作患者求医指南,也可做为家庭保健顾问。

患 病 早 知 道

汪伟生 马华 编著

*

山西科学技术出版社出版

(太原并州北路十一号)

山西省新华书店 发行

晋中日报印刷厂 印刷

*

开本: 787×1092mm 1/32 印张:5.5 字数:119 千字

1991 年 12 月第 1 版 1991 年 12 月太原第 1 次印刷

印数:1—8700 册

*

ISBN 7—5377—0451—1/R·159

定价:3.00 元

前 言

从远古到今天,人类经历了漫长的岁月,在与风风雨雨大自然的搏斗中,人们逐渐积累了抵御各种疾病的方法,使人类得以繁衍。在当今时代,医学有了突飞猛进的发展,人类对疾病的认识已进入到了微观阶段,而“未病先防”也逐渐被疫苗及先进的诊疗手段所取代,但是,预防为主,及早治疗已成为现代人治疗各种疾病的主导思想。

如何预防? 如何早期治疗?

任何事物都有其发展变化的规律,人之生、老、病、死,疾病之发展、传变亦如此。学习、了解、掌握疾病的发展变化规律,就可以做到预防疾病、早期治疗。本书通过对 37 个常见症状的论述,给人们以联想、启发,使读者能见微知著,防微杜渐,即使不能药到病除,也能给您多方面、多渠道的提示,使疾病能够早发现、早治疗,此即本书之宗旨。

在本书即将付梓之际,略书几言,以示广大读者,使其真正做到防患于未然,即使患病,亦要消除麻痹思想,切不可掉以轻心,亡羊补牢,为时不晚,病入膏肓,岂不痛哉! 本书在编写过程中,查阅了大量的资料并结合临床应用体会而作,虽欲尽善尽美,然难免有不妥之处,希望广大读者在阅读本书的同时提出批评指正。

作者

一九九一年九月于太原

目 录

发热.....	(1)
头痛.....	(7)
胸痛	(13)
急性腹痛	(17)
慢性腹痛	(22)
腰痛	(25)
关节痛	(31)
水肿	(35)
咳嗽	(40)
呼吸困难	(45)
紫绀	(50)
心悸	(55)
吞咽困难	(58)
咯血	(62)
呕吐	(67)
上消化道出血(呕血)	(71)
血尿	(76)
多尿	(81)
少尿或无尿	(85)

便血	(89)
便秘	(93)
腹胀	(97)
腹泻.....	(100)
腹水.....	(104)
脾肿大.....	(109)
肝肿大.....	(113)
黄疸.....	(116)
贫血.....	(122)
肥胖.....	(129)
消瘦.....	(132)
厌食.....	(135)
皮疹.....	(138)
色素沉着.....	(144)
眩晕.....	(148)
晕厥.....	(153)
惊厥.....	(160)
昏迷.....	(163)

发 热

发热是指机体对于致病因子的一种全身性反应所造成的机体内部体温的升高而言。一般说来,口腔温度在 37.3°C 以上,腋下温度在 37°C 以上或直肠内温度在 37.6°C 以上,一昼夜波动在 1°C 以上时,可认为有发热。

〔常见病因〕

引起发热的病因很多,临床上大致可区分为感染性与非感染性发热两大类,而以前者为最多见。

1. 感染性发热

包括各种病原体,如病毒、肺炎支原体、立克次体、细菌、螺旋体、真菌、寄生虫等所引起的感染,不论是急性、亚急性或慢性,局部性或全身性,均可出现发热。其原因是由于病原体的代谢产物或其毒素,于白细胞作用而释放出致热原,从而导致发热。

2. 非感染性发热

(1) 无菌性坏死物质的吸收:①机械性、物理性或化学性损伤,如大手术后组织损伤、内出血、大血肿、大面积烧伤等;②因血管栓塞或血栓形成而引起的心肌、肺、脾等内脏梗塞或肢体坏死;③组织坏死与细胞破坏如恶性肿瘤、白血病、溶血反应等。

(2) 抗原—抗体反应:如风湿热、血清病、药物热、结缔组

织病等。

(3)内分泌与代谢障碍:可引起产热过多,如甲状腺功能亢进;或散热过少,如重度失水等均可导致发热。

(4)皮肤散热减少:如广泛性皮炎、鱼鳞癣等。慢性心功能不全时由于心输出量降低,皮肤血流减少,以及水肿的隔热作用,致散热减少而引起发热,但一般多为低热。

(5)体温调节中枢功能失常:见于物理性的如中暑,化学性的如重度安眠药中毒,机械性的如脑出血、硬膜下出血、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,致使其功能失常而引起发热。

〔诊断的思路及方法〕

1. 联想

主要是系统地回忆起病的缓急、热度的高低、热程的长短以及体温的波动情况,并回忆发热前有无畏寒、寒战,热退时有无大量出汗等情况以及起病的季节、当地传染病的流行情况和经过等。

(1)有明显的寒战多见于急起高热,一般为细菌感染的特征,如败血症常有反复寒战,大叶性肺炎多数只有一次寒战,感染性心内膜炎、流行性脑脊髓膜炎、急性肾盂肾炎、急性肝胆疾病、丹毒等也可引起反复寒战高热。还有非细菌性感染如疟疾、何杰金病、流感,或输液、输血反应等也常有寒战。用退热药后,尤其是剂量偏大时也可引起寒战,需注意鉴别。

(2)热程长短及体温波动情况:①稽留热:热度持续在 39°C 以上,24小时内波动在 1°C 以内,常见于大叶性肺炎、伤寒与副伤寒等传染病的极期;②弛张热:体温在 39°C 以上,24小时内体温差达 2°C 以上,体温最低时一般仍高于正常水平。

多见于感染性心内膜炎、流行性感、恶性组织细胞病、急性白血病、重症肺结核、渗出性胸膜炎、风湿热等。③间歇热：热度在 39°C 以上，数小时内可退至正常，伴大量出汗、畏寒或寒战，无热期（间歇期）持续一天乃至数天，反复发作。常见于败血症、急性肾盂肾炎、播散性结核、疟疾等。革兰氏阴性杆菌败血症的热型常呈双峰，即一天内有两次高热。④回归热：为反复的短期发热，体温急骤升高至 39°C 以上，持续数天后又骤然下降至正常水平，高热与无热期各持续若干天，即规律地互相交替一次，见于间日疟、三日疟、回归热、何杰金病。局限性化脓性病灶、总胆管结石伴胆管炎也可引起反复性周期性发热。凡胆石症手术后有这种发热时，应怀疑有总胆管残留结石。⑤波状热：体温逐渐上升达 39°C 以上，数天后又逐渐下降至正常水平，然后又逐渐升高，如此反复多次，常见于布鲁氏杆菌病。⑥不规则发热：发热无一定规律，可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎、感染性心内膜炎等。

总之发热是疾病过程中人体的一种反应，因此热度高低，热程长短以及热型等都和人体反应有关，且受解热药、抗生素、激素等影响。

2. 预测

通过对上述的联想，再结合发热时所伴随的其他症状、体征以及流行病史对所患何种疾病有一个基本的估计，使之得到正确的处理与对策。

(1) 发热伴有咳嗽、胸痛、气促、咯痰、咯血等呼吸系统症状时提示有气管、支气管、肺或胸膜疾病。

(2) 发热伴有心悸、呼吸困难、心绞痛或休克者多数为心血管疾病，如感染性心内膜炎、心肌炎、心包炎、急性心肌梗塞

等。

(3)发热伴有腹痛、腹部包块、呕血、黑便、黄疸和其他消化道症状则提示肝、胆、胰腺和阑尾等病变。急性发热伴发急性腹痛和腹泻,提示有细菌性痢疾、霍乱、副霍乱或细菌性食物中毒等疾病。

(4)发热伴有腰痛、尿频、尿急、尿痛及血尿等症状多为泌尿系统疾病。

(5)发热伴有头痛、呕吐、惊厥、昏迷等神经系统症状者多考虑中枢神经系统的疾病,如脑膜炎、脑炎、脑血管意外、中暑等。

(6)发热伴有明显关节肿痛、心率增快、心律失常,少数病人可出现环形红斑或结节等症状,是风湿热的有力证据。发热伴有关节酸痛、皮损、贫血、乏力或有多个脏器损害(如肝、肾、心、肺等),提示结缔组织病的可能。需要提及的是小儿常易有高热惊厥,但并不一定有严重的胸部疾患;在年老体弱患者发生严重的感染时,可出现神志变化,但体温未必很高,有的甚至可无发热症状。

(7)发热伴有相对性缓脉多见于伤寒、副伤寒或病毒性感染性疾病。

(8)发热伴有中毒性休克常见于休克型肺炎、败血症、暴发型流行性脑脊髓膜炎、中毒性痢疾、流行性出血热等。

(9)患伤寒的病人表情淡漠,流行性出血热患者常呈醉酒貌,猩红热患者有口唇周围卷白圈,麻疹病人有眼睑浮肿、结膜充血、畏光及眼分泌物增多等征象,蝶形红斑多是播散性红斑狼疮的特征。

(10)发热伴有口唇疱疹可见于大叶性肺炎、流行性感冒

等急性病。

(11)发热伴有皮疹是很多传染病的特征,尤其是小儿患者。如伤寒、麻疹、猩红热、风疹、水痘等(详见皮疹节);皮肤、粘膜出血点或瘀点常见于心内膜炎、流脑、败血症、急性白血病等。

(12)发热伴黄疸主要见于肝胆系统疾病。甲型肝炎常于发热1~5天后热退时出现黄疸;急性暴发性肝炎多有不规则发热;慢性活动性肝炎常有低热;钩端螺旋体病、恶性疟疾、总胆管结石也可有发热与黄疸并存。

(13)皮肤有化脓性病灶常提示为金黄色葡萄球菌感染。

(14)发热伴有局部淋巴结肿大和压痛常是局部急性炎症或淋巴结核;淋巴结明显肿大、有粘连而无痛者多见于急性白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病或转移性肿瘤等。

(15)发热伴有肝脾进行性肿大多见于急性传染病,如伤寒、病毒性肝炎、疟疾、粟粒性结核病等;也可发生在白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病等患者。

(16)血吸虫病主要流行于长江中、下游及以南地区,农民、渔民、船民为多见;黑热病常流行于长江以北地区,以儿童和青年多见;森林脑炎见于林区作业人员;流脑流行于冬春季节;乙脑、脊髓灰质炎、伤寒、副伤寒常在夏秋二季发病;细菌性痢疾、食物中毒等病人在发病前多有不洁饮食史;阿米巴肝脓肿多有慢性阿米巴痢疾病史。

〔处理与对策〕

发热的病因虽多,但总的来说不外乎感染与非感染性两大类。一般来说绝大多数发热都是由各种致病的微生物所致,治疗当以针对病因。假如正处于某种传染病流行季节,病人又

有可疑某种传染病的临床表现,则应该在严密的观察情况下,先按可疑病处理,如长期发热不能审清病情的,须积极寻找病因,以尽快明确诊断。对于暂时不能找到病因的,可以按最可能的疾病进行诊断治疗。

1. 高热的处理与对策

(1)对原因不明长期高热病人,应到医院进行系统检查,以免延误治疗。

(2)对于没有明确诊断的疾病,尽量不要盲目用药,以免扰乱发热的热型,掩盖疾病的真象。

(3)对一时诊断有困难,且病情又比较严重者,可根据临床拟诊作试验性治疗,用药必须考虑选择特效药,如疑为疟疾时可用氯喹或奎宁;怀疑风湿热时选用水杨酸钠制剂;又疑为结核病投以抗痨药等。

(4)对于体温过高者,应在积极寻找病因的同时,可给予酌情对症处理:①卧床休息。②进食以营养丰富的高糖、高蛋白质、高维生素流质或半流质,鼓励多吃水果或多饮水,病情较重的可静脉补液,尤其对有脱水的病人更为重要。③针刺往往能起到很好的退热作用,可选用合谷、太冲、曲池、大椎、间使等穴。④物理降温固然必不可少,可用井水或冰水湿敷前额、颈、腋下、大腿内侧等部位;或用冰袋置于头、颈、腋下、腹股沟区等部位;对于体温持续不降者,还可用 35~50%酒精擦浴,擦浴部位如耳后、颈、胸、大腿内侧等,或用冷盐水低位灌肠。当体温退至 38.5℃ 以下时停止物理降温。药物降温可选择以下退热药中的一种即可,如安乃近、赐他静、柴胡、安热静、复方奎宁等,剂量应根据病人情况而定,一般给常规用量的 1/2 或 1/3 为宜,以防因体弱、小儿、老年或毒血症状严重

而热度过高者发生虚脱的危险。⑤对高热伴有惊厥病人,应在适当降温的同时,给予镇静剂,如苯巴比妥钠,成人 100~200 毫克/次,肌注;儿童 3~7 毫克/公斤/次,肌注,或用 10%水合氯醛成人 10~15 毫升低位保留灌肠,儿童 0.3~0.5 毫升/公斤/次。中成药安宫牛黄丸、紫雪丹、至宝丹皆为清心退热、止惊开窍醒神之佳品,有条件者可选用之。

2. 长期低热的处理与对策

(1)对于长期低热而疑有结核病、结缔组织疾病,或其他慢性感染性疾病者,应去医院进一步检查确诊,针对病因给予治疗。

(2)如确诊为功能性低热,除适当休息、消除顾虑、加强锻炼、增强体质外,可口服谷维素或少量退热药,一般不需特殊治疗,更不能滥用抗生素,也不需长期休息。对感染后低热可选用保太松、安乃近、消炎痛等药物治疗,一般用 1 次或 1~2 天体温即可恢复正常。如用药后热退,停药后体温又回升,可能是感染未痊愈,即中医所称的“余邪未尽”,此时可继续用抗生素,或根据中医辨证施治。对于夏季低热可选用藿香正气丸(散)或六一散之类。

头 痛

头痛是许多疾病伴有的常见症状,通常指眼眶以上至枕下区之间的各种疼痛。有时亦是一些严重疾病或是慢性疾病

突变的早期征候之一,因此,有必要通过对头痛发生的病因、急性、慢性及头痛的部位、程度、性质、持续时间和并发症进行必要的分析、检查,对早期诊断、治疗及预防疾病的发展有着十分重要的意义。

〔常见病因〕

1. 偏头痛(血管性头痛)、丛集性头痛(组织胺性头痛)。

2. 颅内疾病

(1)炎症性疾病:见于各种脑膜炎、脑炎、脑脓肿、蛛网膜炎。

(2)颅内肿瘤、寄生虫性囊肿及肉芽肿。

(3)脑血管疾病:脑溢血、脑血栓形成、脑栓塞、蛛网膜下腔出血、高血压脑病、动脉瘤、静脉窦血栓形成。

(4)头颅外伤:脑震荡、脑挫伤、硬脑膜外及硬脑膜内出血、脑震荡后遗症。

(5)头痛型癫痫、癫痫后头痛。

3. 颅腔邻近的病变

(1)三叉神经痛、舌咽神经痛、枕神经痛。

(2)眼病:青光眼、屈光及调节障碍。

(3)鼻窦窦炎、鼻咽癌。

(4)中耳炎及内耳炎。

(5)齿髓炎。

(6)肌肉收缩性头痛(紧张性头痛)。

(7)颞动脉炎。

(8)颅骨骨膜炎、骨髓炎。

4. 全身及躯体某些系统疾病

(1)急、慢性传染病:流行性感冒、伤寒、肺炎、疟疾等。

(2)急、慢性中毒：一氧化碳、酒精、颠茄、鸦片、铅、汞等中毒。

(3)内脏疾病：心脏病、肺气肿、高血压、贫血、更年期综合征。

(4)神经功能性头痛。

(5)其他如尿毒症、糖尿病、痛风、便秘等。

〔诊断的思路及方法〕

1. 联想

(1)头痛发生的缓急及经过：突然发生剧烈头痛，常属器质性病变。在青壮年无高热而伴有频繁呕吐者，常提示蛛网膜下腔出血；高血压病患者，突然感到剧烈头痛，可能发生了脑血管意外；急起头痛伴有发热，常提示脑膜炎、脑炎等急性感染性疾病；缓慢发生的头痛，呈进行性加剧，且有颅内压增高的表现时，可能有颅内占位性病变(脑瘤、脑脓肿、血肿等)；无颅压增高的慢性头痛，如有外伤史者，常见于脑震荡后遗症；如无外伤史者，可见于颈椎综合征、高血压性头痛、副鼻窦炎等；偏头痛的主要特征常是慢性反复发作性头痛。

(2)头痛的部位：颅外病变其头痛特点是局限而表浅，颅内病变则较弥散且深在。偏头痛以右侧颞部为多见，一侧颞部头痛又可见于青光眼、虹膜睫状体炎、颞动脉炎、神经痛等患者。颅内压增高和副鼻窦炎患者常发生额部头痛，枕颈部痛常反映后颅窝病变或颈椎综合征等。颅后凹肿瘤、蛛网膜下腔出血、高血压病、动脉硬化症等多见于头顶部痛或全头痛，为位置不肯定的头痛。

(3)头痛的程度：因对疼痛耐受性不同，个体差异较大。最剧烈的头痛常见于颅内动脉瘤破裂引起蛛网膜下腔出血，在

脑膜炎、脑肿瘤、高血压脑病、偏头痛、三叉神经痛和高热患者中头痛亦较剧烈。

(4)头痛的性质:临床上大部分头痛其性质并无特异性;功能性及精神性头痛的性质多样,且不固定;面部阵发性触电样刀割样或撕裂样剧烈疼痛,并沿三叉神经分布区内放射,或于剧痛时伴同侧面肌痉挛,是三叉神经痛的特征;搏动性跳痛常见于高血压病和血管性头痛(偏头痛);钳夹样痛则主要发生在颈椎病,如颈椎骨关节炎。

(5)头痛发生的时间和持续时间:清晨头痛加剧多见于颅内压增高;规律性的晨间头痛常见于副鼻窦炎;夜间发作的头痛是丛集性头痛的征象;长时间的读书看报后痛多为眼源性头痛;三叉神经痛持续时间短促,仅数秒或数十秒钟;偏头痛多发生在下午,可持续数小时或1~2日,且可反复发作;脑肿瘤引起的头痛是慢性进行性加剧;神经官能症的头痛则病程多较长。

2. 预测

(1)头痛同时有高热和脑膜刺激征见于脑膜炎。

(2)头痛伴有剧烈频繁呕吐常为颅内高压的表现,临床见于蛛网膜下腔出血、高血压脑病、颅后凹肿瘤。若头痛达高峰时发生呕吐,呕吐后头痛明显减轻者提示偏头痛。

(3)头痛伴有剧烈眩晕见于小脑肿瘤、小脑桥脑角肿瘤、椎——基底动脉供血不足的患者。

(4)头痛伴有视力障碍,多见于脑瘤;偏头痛发作开始常有闪光、火花、暗点、迷雾等视觉先兆现象;头痛伴有复视和长期发热,常提示结核性脑膜炎。

(5)头痛伴失眠多见于神经官能症或紧张性头痛的患者。

(6)头痛伴有精神症状常提示病情严重,须特别注意。慢性进行性头痛的患者,若早期表现滞呆、淡漠,或相反表现如欣快者,有额叶脑瘤的可能。

(7)已确诊为慢性颅内压增高的患者,当头痛逐渐加剧时,提示有脑疝的危险。高血压、动脉硬化患者,突然发生剧烈头痛,应考虑有发生脑出血或蛛网膜下腔出血的可能;急性颅脑外伤患者,头痛逐渐加重且出现意识障碍时,可能发生颅内血肿或硬膜下血肿。

(8)有偏瘫、偏身、感觉减退、眼球偏斜、共济运动失调者,可发生于脑血管意外、脑炎、颅内占位性病变、头颅外伤等。

(9)腰椎穿刺后的头痛常因直立位而加重,平卧后可减轻,大多在术后数小时或数天内发生,常为跳动性隐痛,一般在1~3天内症状消失。

〔处理与对策〕

头痛的防治涉及多方面的问题,最重要的还是病因治疗,同时给予对症处理。如病情严重或病因不能明确,经处理无效者,应及时到医院诊治。

1. 常用止痛药物可选用去痛片、安乃近、颅痛定、安痛定等其中之一。还可以试用安定、谷维素、维生素B₁或针刺合谷、外关、风池、太阳、印堂、后溪等穴。

2. 紧张性头痛(肌肉收缩性头痛)应首先解除恐惧或紧张状态,注意劳逸结合。药物可选用脑立清片、健脑片、复方刺五加、五味子糖浆和安定片等。还可对枕、颈部肌肉进行按摩,针灸风池、风府、肩井、天柱、太阳、头维、足三里等穴位。

3. 慢性高血压性头痛坚持正确的降压治疗,同时还可辅以镇痛或镇静药,中药可试用菊花、夏枯草、白芍、天门冬、元