

**2004
年版**

适用于临床执业医师和临床执业助理医师



国家医师资格考试 **临床医师实践技能** **复习应试全书**

国家医师资格考试专家研究组 编

具有丰富教学经验和命题经验的专家教授编写
严格遵循卫生部最新《医师资格考试大纲》
总结提炼过关医师宝贵成功经验

**国家医师资格考试
临床医师实践技能
复习应试全书**

(适用于临床执业医师和临床执业助理医师)

国家医师资格考试专家研究组 编

 **北京科学技术出版社**

图书在版编目(CIP)数据

国家医师资格考试临床医师实践技能复习考试全书/国家医师资格考试专家研究组编. —北京:北京科学技术出版社,2004.2

ISBN 7-5304-2664-8

I. 国… II. 国… III. 临床医学-医师-资格考试-自学参考资料 IV. R192.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 028834 号

国家医师资格考试临床医师实践技能复习应试全书

(适用于临床执业医师和临床执业助理医师)

国家医师资格考试专家研究组 编

北京科学技术出版社

(北京西直门南大街 16 号 邮政编码:100035)

787 毫米×1092 毫米 16 开本 20.5 印张 480 千字

2004 年 2 月第 3 版 2004 年 2 月第 3 次印刷

定价:36.00 元

国家医师资格考试临床医师实践技能复习应试全书

编辑委员会

主编 李和程

编者 (以姓氏笔画为序)

刘 昀 李和程 张 茹 张 鹏

韩红甲 韩振华 葛 衡 翟哲民

编 者 的 话

一、《国家医师资格考试临床医师实践技能复习应试全书》(适用于临床执业医师和临床执业助理医师),是专门为参加 2004 年临床执业医师和临床执业助理医师资格考试的考生全面准备实践技能考试而精心编写的。

二、本书严格遵照卫生部医师资格考试委员会颁布的新版《医师资格实践技能考试大纲》编写,涵盖“考试大纲”所要求的全部测试项目。内容包括:病史采集与病例分析;体格检查与基本操作技能;辅助检查结果判读等。

三、本书简明扼要,编排科学。全书的结构为:考试要点,重点、难点、疑点解析,思考题。就每个测试项目的重点、难点、疑点逐项进行了讲解,并在每一单元后附有一定量的“思考题”,有的放矢,实用性很强。

四、本书总结提炼了以往考试过关医师的宝贵的成功经验,帮助读者掌握考点,突破重点,攻克难点,弄清疑点,有利于读者加深理解,吃得透,化得开;巩固记忆,记得住,想得起,复习起来自然事半功倍,省时高效,短期突击见效特别快。

五、本书由具有丰富教学经验和命题经验的专家教授编写,他们对医师资格实践技能考试的要求和评判标准较为熟悉,所编资料针对性强,切题率高。

六、本书包括执业医师和执业助理医师复习应试的全部内容。执业医师测试书中所有内容,执业助理医师不测试“考试要点”中划“_____”部分以及“重点、难点、疑点解析”和“思考题”中的对应部分。

国家医师资格考试专家研究组

目 录

第一部分 病史采集与病例分析

第一单元 病史采集.....	(3)
(考试要点,重点、难点、疑点解析,思考题)	
第二单元 病例分析	(52)
(考试要点,重点、难点、疑点解析,思考题)	

第二部分 体格检查与基本操作技能

第一单元	体格检查.....	(157)
	基本检查方法.....	(157)
	(考试要点,重点、难点、疑点解析,思考题)	
	一般检查.....	(160)
	(考试要点,重点、难点、疑点解析,思考题)	
	头部.....	(164)
	(考试要点,重点、难点、疑点解析,思考题)	
	颈部.....	(165)
	(考试要点,重点、难点、疑点解析,思考题)	
	胸部.....	(166)
	(考试要点,重点、难点、疑点解析,思考题)	
	腹部.....	(189)
	(考试要点,重点、难点、疑点解析,思考题)	
	肛门、直肠、外生殖器.....	(201)
	(考试要点,重点、难点、疑点解析,思考题)	
	脊柱、四肢及关节	(202)
	(考试要点,重点、难点、疑点解析,思考题)	
	神经系统.....	(203)
	(考试要点,重点、难点、疑点解析,思考题)	
第二单元	基本操作技能.....	(207)
	(考试要点,重点、难点、疑点解析,思考题)	

第三部分 辅助检查结果判读

第一单元	心电图	(231)
	(考试要点,重点、难点、疑点解析,思考题)	
第二单元	X线片	(262)
	(考试要点,重点、难点、疑点解析,思考题)	
第三单元	实验室检查结果判读	(287)
	(考试要点,重点、难点、疑点解析,思考题)	

第一部分

病史采集与 病例分析

第一单元 病史采集

考试要点

包括主诉、病史采集与记录。测试项目(症状)17项。

1. 发热;
2. 疼痛:头痛、胸痛、腹痛、关节痛;
3. 水肿;
4. 呼吸困难;
5. 咳嗽与咳痰;
6. 咯血;
7. 恶心与呕吐;
8. 呕血;
9. 便血;
10. 腹泻;
11. 黄疸;
12. 消瘦;
13. 心悸;
14. 惊厥;
15. 意识障碍:昏迷、嗜睡、烦躁、谵妄;
16. 少尿、多尿、血尿;
17. 休克(感染性、失血性、心源性、过敏性)。

重点、难点、疑点解析

1. 发热

正常人在体温调节中枢的调控下,机

体的产热和散热过程经常保持动态平衡,当机体在致热源作用下或体温中枢的功能障碍时,使产热过程增加,而散热不能相应地随之增加或散热减少,体温升高超过正常范围,称为发热。

(1)正常体温与生理变异

正常人的体温由大脑皮质和下丘脑的体温调节中枢所控制,并通过神经、体液因素调节产热和散热过程,使其保持动态平衡,故正常人的体温相对恒定。正常人体温一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$,成年人清晨安静状态下的口腔(舌下)体温在 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 之间;肛门内(肛测法)体温较舌下稍高 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$,正常值为 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$;腋窝(腋测法)体温一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。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24小时内,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°C 。妇女在月经前及妊娠期体温稍高于正常。老年人因代谢率稍低,体温相对低于青壮年。

(2)病因

①感染性发热

各种病原体如细菌、病毒、肺炎支原体、立克次体、真菌、螺旋体及寄生虫等侵入机体后,均可引起相应的疾病,不论急性还是慢性、局限性还是全身性均可引起发热,通常称为感染性发热。病原体及其代谢产物或炎性渗出物等外源性致热原,在体内作用于中性粒细胞、单核细胞及巨噬

细胞等,使其产生并释放内源性致热原而引起发热。细菌性致热原是引起感染性发热的常见致热物质。

②非感染性发热

凡是病原体以外的各种物质引起的发热均属于非感染性发热。常见病因如下:

a. 无菌性坏死组织吸收。由于组织细胞坏死、组织蛋白分解及组织坏死产物的吸收,所致的无菌性炎症,常可引起发热,亦称为吸收热。常见于:

I. 物理、化学因素或机械性损伤,如大面积烧伤、内出血及创伤或大手术后的组织损伤;

II. 组织坏死或细胞破坏,如恶性肿瘤、白血病、急性溶血反应等,另外恶性肿瘤组织的高分子物质多糖体成分也有致热原作用;

III. 血管栓塞或血栓形成,如心、肺、脑等内脏器官的血管梗塞或脉管炎所致肢体坏死等。

b. 变态反应。变态反应时形成外源性致热原抗原抗体复合物,激活了致热原细胞,使其产生并释放内源性致热原。如风湿热、血清病、药物热、结缔组织病及某些恶性肿瘤等。

c. 内分泌与代谢疾病。甲状腺功能亢进时产热增多,严重脱水病人散热减少,均可使体温升高。

d. 心力衰竭或某些皮肤病。慢性心力衰竭时由于心输出量减低,尿量减少及皮肤散热减少,以及水肿组织隔热作用,使体温升高。某些皮肤病如广泛性皮炎、鱼鳞病等也使皮肤散热减少,引起发热,但多为低热。

e. 体温调节中枢功能失常。有些致热因素不通过内源性致热原而直接损害体温调节中枢,使体温调定点上移后发出调节冲动,造成产热大于散热,体温升高,称为中枢性发热。常见于:

I. 物理性因素,如中暑;

II. 化学性因素,如重度安眠药中毒;

III. 机械性因素,如脑震荡、颅骨骨折、脑出血及颅内压升高等。

f. 植物神经功能紊乱。由于植物神经功能紊乱,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,常伴有植物神经功能紊乱的其他表现。常见的功能性低热如下:

I. 原发性低热:由于植物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,体温波动范围较小,多在 0.5°C 以内。

II. 感染后低热:由于病毒、细菌、原虫等感染致发热后,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。但必须与因机体抵抗力降低导致潜在的病灶(如结核)活动或其他新感染所致的发热相区别。

III. 夏季低热:低热仅发生于夏季,秋凉后自行退热,每年如此反复出现,连续数年后多可自愈。多见于幼儿,因体温调节中枢功能不完善,夏季身体虚弱,且多在营养不良或脑发育不全者发生。

IV. 生理性低热:如精神紧张、剧烈活动后均可出现低热。月经前及妊娠初期也可有低热现象。

(3)临床表现

①热的分度

按发热的高低可分为:

低 热: $37.3 \sim 38^{\circ}\text{C}$ 。

中度发热: $38.1 \sim 39^{\circ}\text{C}$ 。

高 热: $39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$ 。

超高热: 41°C 以上。

②发热的临床过程及特点

发热的临床经过一般分为以下三个阶段。

a. 体温上升期。体温上升期常有疲乏无力、肌肉酸痛、皮肤苍白、畏寒或寒战等现象。皮肤苍白是因体温调节中枢发出的冲动经交感神经而引起皮肤血管收缩,浅

层血流减少所致,甚或伴有皮肤温度下降。由于皮肤散热减少刺激皮肤的冷觉感受器并传至中枢引起畏寒。中枢发出的冲动再经运动神经传至运动终板,引起骨骼肌不随意的周期性收缩,发生寒战及竖毛肌收缩,使产热增加。该期产热大于散热使体温上升,体温上升有两种方式。

I. 骤升型:体温在几小时内达 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上,常伴有寒战。小儿多伴有惊厥。见于疟疾、大叶肺炎、败血症、流行性感、急性肾盂肾炎、输液或某些药物反应等。

II. 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、布鲁菌病等所致的发热。

b. 高热期。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,大叶肺炎、流行性感、可持续数天,伤寒则可为数周。此期中心体温已达到或高于上移的体温调定点水平,体温调节中枢不再发出寒战冲动,故寒战消失;皮肤血管由收缩转为舒张,使皮肤发红并有灼热感;呼吸加快加剧;开始出汗并逐渐增多。使产热与散热过程在较高水平上保持相对平衡。

c. 体温下降期。由于病因的消除,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,产热相对减少,散热大于产热,使体温降至正常水平。此期表现为出汗多,皮肤潮湿。体温下降有两种方式。

I. 骤降:体温数小时内迅速下降至正常,常伴有大量淋漓。常见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶肺炎及输液反应等。

II. 渐降:指体温在数天内逐渐降至正常,如伤寒、风湿热等。

③热型

不同病因所致的热型常不同,临床常见的热型如下。

a. 稽留热。体温恒定地维持在 $39 \sim$

40°C 以上的高水平,达数天或数周。24 小时内体温波动范围不超过 1°C 。常见于大叶肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期。

b. 弛张热。又称败血症热。体温常在 39°C 以上,波动幅度大,24 小时内波动范围超过 2°C ,但都在正常水平以上。常见于败血症、重症肺结核及化脓性炎症等。

c. 间歇热。体温骤升达高峰后持续数小时,又迅速降至正常水平,无热期可持续 1 天至数天,高热期与无热期反复交替出现。见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

d. 波状热。体温逐渐上升达 39°C 或以上,数天后又逐渐下降至正常水平,持续数天后又逐渐升高,如此反复多次。常见于布鲁菌病。

e. 回归热。体温急骤上升至 39°C 或以上,持续数天后又骤然下降至正常水平。高热期与无热期各持续若干天后规律性交替一次。可见于回归热、何杰金氏病、周期热等。

f. 不规则热。发热的体温曲线无一定规律,可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等。

(4)伴随症状

①寒战

寒战常见于败血症、大叶性肺炎、亚急性细菌性心内膜炎、流行性脑脊髓膜炎、急性胆道感染、丹毒、急性肾盂肾炎、钩端螺旋体病等,少见于结核病、伤寒、副伤寒、立克次体病与病毒感染,一般不见于风湿热。

②面容

伤寒病患者常有表情淡漠;面容苍白见于贫血、急性白血病、结核病、恶性网状细胞病等;麻疹病患者则呈现特殊的面容(结膜充血、眼睑浮肿、畏光、眼分泌物增多等);发热伴有面部蝶形红斑是系统性红斑狼疮的特殊表现;口唇疱疹见于大叶性肺炎、间日疟、流行性脑脊髓膜炎。

③皮肤

皮疹可见于发疹性传染病、变态反应、

血液病、结缔组织疾病等。不同的发疹性传染病有不同的发疹特点,对鉴别诊断很有帮助。原因一时未明的皮疹,还应考虑血液病皮疹的可能性。出血性皮疹见于某些较严重的急性传染病、血液病及其他出血体质。皮肤及软组织的化脓病灶,常提示发热原因,或败血症的来源或并发症。药物性皮炎常发生于药物治疗第5~20天之间,但一般第6~10天为多。皮肤出现黄疸,往往提示肝胆道疾病、溶血性疾病或中毒性肝损害。

④淋巴结

局限性淋巴结肿痛常提示局部炎症病变,但也有不少例外,如急性发疹性发热疾病伴耳后、枕骨下淋巴结肿痛,强烈提示风疹的诊断。全身性淋巴结肿大是泛发性淋巴结组织病变或全身性感染的体征。全身性淋巴结肿大伴周期性发热,是何杰金氏病的临床特征;如伴有不规则发热,应注意传染性单核细胞增多症、结核病、急性淋巴细胞白血病、恶性网状细胞病等。

⑤眼、耳、鼻、口咽部

败血症、流行性脑脊髓膜炎、细菌性心内膜炎病者可出现眼结膜淤点,是有价值的诊断支持点之一。如忽略慢性化脓性中耳炎,可漏诊耳源性脑脓肿。病者有鼻咽症状时,如仅考虑急性上呼吸道感染,则不能及早发现麻疹、急性病毒性肝炎与支原体肺炎。咽部视诊对发热病者是不可忽略的常规检查。

⑥呼吸系统

咳嗽、咯痰、流涕、咽痛是上呼吸道感染的主要症状。大叶性肺炎发病时体温突然上升至39~40℃,伴恶寒、寒战,以后几天内保持高热状态,昼夜波动很小,最后往往骤然下降至正常。当有化脓性病变时(肺脓肿、肺坏疽、脓胸),通常发热很高,昼夜间波动很大,往往于热退时大汗淋漓。发热兼有胸部症状时,如有条件应做胸部X线检查。

⑦循环系统

伴有发热的心血管疾病可见于心内膜炎、心包炎、心肌炎、脏器血管梗塞(肺栓塞、心肌梗死、脾栓塞等)、血栓性静脉炎等疾病。发热期间出现的器质性心瓣膜杂音,或原来的心杂音响度明显增强或音质改变,强烈提示心内膜炎的可能性。心包炎的病征是心包摩擦音与心包积液征。风湿性、非特异性、结核性心包炎发热往往不高,而化脓性心包炎时则往往发热高而波动大,多伴有恶寒或寒战。

⑧消化系统

发热伴有明显腹痛要考虑胆囊炎、阑尾炎、胰腺炎、坏死性肠炎及急性腹膜炎等疾病。

⑨肝、脾肿大

发热伴有肝、脾肿大,应考虑造血器官疾病,急性与慢性传染病、结缔组织病、急性溶血等情况。

⑩泌尿生殖系统

对原因未明的发热需做尿常规检查。急性肾盂肾炎通常有膀胱刺激征、腰痛等症状提示诊断。肾结核通常发热不高,如不累及膀胱,不出现膀胱刺激征,此时提示诊断的根据是肾外结核病史与尿常规发现镜下血尿。肾周围炎或肾周围脓肿常伴有高热,肾区疼痛及肾区叩击痛。向尿路穿破的肾脓肿除有发热、尿路刺激症状等外,还有明显的脓尿。

⑪肌肉与关节

发热伴有肌肉疼痛见于许多急性传染病,一般无特征性诊断意义。如腓肠肌剧烈疼痛,常提示钩端螺旋体病。局部肌痛兼有发热与白细胞增多,需检查有无深部脓肿。多关节肿痛或疼痛是关节炎的病征,病因可为化脓性、感染中毒与变态反应性等。

⑫神经系统

发热伴有意识障碍或(及)脑膜刺激征,提示中枢神经系统损害,可由于中枢

神经系统疾病、某些全身性疾病或中毒等所致。发热兼有精神症状,不少起源于急性全身性感染、内分泌代谢障碍、结缔组织病、血液病等全身性疾病与中毒(外因性或内因性)。植物神经功能紊乱与间脑综合征,均被认为是一部分慢性微热状态的病因。

(5) 诊断技巧

问诊发热病人,首先应详细询问病史,了解其体温变化,明确热型,掌握发热的伴随症状尤为关键;同时应进行详细的体检,口咽部、肺部及腹部体征对了解病因非常重要;而必要的常规检查如血常规、尿常规、胸透等对于初筛发热病因尤为必要。对于临床上高度怀疑某病,但又因条件所限,无法进行相关的检查,必要时可予以相应的治疗,并观察治疗效果,以协助诊断。总之发热本身是一个复杂的临床症状,作为一个临床医生,一定要详细了解病史,做详细全面的体格检查。有针对性地提出相应的客观检查。综合问题,全面分析,不要片面地得出结论,只有这样才能真正明确导致发热的致病原因。

2. 疼痛:头痛、胸痛、腹痛、关节痛

疼痛是临床上常见的症状,也是促使病人就医的主要原因。疼痛按发生部位与传导途径的不同可分为皮肤痛、内脏痛(类似内脏痛与真性内脏痛)、深部痛及牵涉痛4种,问诊疼痛患者,应从以下几个方面详细询问。

(1) 发病的特点

内脏平滑肌的痉挛性疼痛发作历时长短不一,从数秒至数小时不等,疼痛部位与病变部位一致,如胃与十二指肠溃疡的疼痛常表现为上腹部的周期性与节律性痛。肾绞痛的发作与间歇时间无规律。心绞痛为突然发生,历时可数秒至数十秒不等,但

较少超过15分钟。

(2) 疼痛部位

在皮肤痛与类似内脏痛,疼痛明显的部位多是病变所在,而深部痛和内脏痛,往往定位较模糊,但和神经的节段分布有关。如急性阑尾炎早期腹痛可在脐上方,类似急性胃炎,以后才逐渐移至右下腹。下肺的大叶性肺炎及胸膜炎有时也可表现为腹痛,易误为急腹症。此即所谓牵涉痛。

(3) 疼痛的性质与强度

疼痛性质可为刺痛、刀割痛、烧灼痛、胀痛、绞痛与搏动性痛。强度可为轻微痛、钝痛或锐痛。痛的经过可为间歇性、阵发性、周期性、持续性或持续性伴阵发性加剧。由于各人对痛觉感受程度的差异和病变部位不同,因此,不能完全用痛的程度去衡量病变的轻重。但通过对疼痛的性质及程度等的了解,对确定病因及病变的性质有较大的帮助。腹部空腔器官的梗阻(如肠梗阻),为突然发生的腹部绞痛,初较轻并逐渐加重达高峰持续30秒至30分后,逐渐缓解以至消逝,间歇一段时间后重复发作。消化性溃疡的上腹痛一般较轻,痛的性质为绞痛、钝痛或烧灼痛,而在穿孔时则疼痛发生急骤并很快达到高峰。心绞痛常剧烈而呈压榨样并有窒息感。偏头痛与脑膜刺激的头痛甚为剧烈。头痛不断加重并伴有呕吐者提示颅内压增高,可见于脑肿瘤或脓肿。

(4) 牵涉痛放射部位

了解牵涉痛对疾病的诊断有一定帮助。如前所述的心绞痛除在心前区及胸骨后疼痛外尚可放射至左肩和左臂内侧。心包炎时心包壁层受刺激引起的疼痛可放射至肩峰、三角肌及颈部。下叶肺炎疼痛可放射至腹部。又如急性胆囊炎除引起右上腹疼痛外还可放射至右肩胛下区。十二指肠溃疡后壁穿孔或急性胰腺炎疼痛向背部放射。输尿管结石的绞痛沿患侧腹直肌的

边缘向侧腹部和腹股沟放射。尿道痛向阴茎、会阴放射。前列腺痛向会阴、腰骶部及外生殖器等处放射。女性盆腔疾病疼痛向腰骶部及会阴等处放射。

(5) 诱发与缓解疼痛的因素

呼吸或咳嗽时加剧,则疼痛可能是呼吸系统疾病所致,如胸膜炎。心前区痛,舌下含硝酸甘油可迅速缓解者多为心绞痛。空腹时胃痛发作,在进食或应用抗酸药物后痛可缓解者,多为十二指肠溃疡。进油腻食物后腹部剧痛可能与胆囊或胰腺疾病有关。疼痛于运动后出现,休息后缓解可能是缺血所致。疼痛可因某种体位或活动而诱发或缓解者,提示疼痛来源于骨骼、关节、肌肉或韧带的疾病。因咳嗽、打喷嚏、用力而激发疼痛者,通常为神经根、韧带病变。刺激皮肤使疼痛加剧者,多为周围或中枢神经系统感觉神经原病变。

(6) 临床常见的几种疼痛

① 头痛

头痛是指额、顶、颞及枕部的疼痛,很多疾病都可出现头痛症状,大部分无特殊意义,例如全身感染发热性疾病往往伴有头痛。精神紧张、过度疲劳也可有头痛。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,及时治疗。

a. 病因。

I. 颅脑病变。

① 感染:脑膜炎、脑膜脑炎、脑炎、脑脓肿等。

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、脑血管畸形、血栓闭塞性脉管炎等。

③ 占位性病变:脑肿瘤、颅内转移瘤、颅内白血病浸润、颅内囊虫病或包虫病等。

④ 颅脑外伤:脑震荡、脑挫伤、硬膜

下血肿、颅内血肿、脑外伤后遗症。

⑤ 其他:偏头痛、丛集性头痛(组织胺头痛)、头痛型癫痫。

II. 颅外病变。

① 颅骨疾病:颅底凹入症、颅骨肿瘤。

② 颈椎病及其他颈部疾病。

③ 神经痛:三叉神经、舌咽神经及枕神经痛。

④ 眼、耳、鼻和牙疾病所致的头痛。

III. 全身性疾病。

① 急性感染:如流行性感冒、伤寒、肺炎等发热性疾病。

② 心血管疾病:如高血压病、心力衰竭。

③ 中毒:如铅、酒精、一氧化碳、有机磷、药物(如颠茄、水杨酸类)等中毒。

④ 其他:尿毒症、低血糖、贫血、肺性脑病、系统性红斑狼疮、月经期及绝经期头痛、中暑等。

IV. 神经官能症。

神经衰弱及癔病性头痛。

b. 临床表现。

I. 发病情况。急性起病并有发热者常为感染性疾病所致。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(如蛛网膜下腔出血)。长期的反复发作头痛或波动性头痛,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压增高的症状(如呕吐、缓脉、视神经乳头水肿)应注意颅内占位性病变。青壮年慢性头痛,但无颅内压增高,常因焦急、情绪紧张而发生,多为肌收缩性头痛(或称肌紧张性头痛)。

II. 头痛部位。弄清头痛部位是单侧、双侧、前额、或枕部、局部或弥散、颅内或颅外对病因的诊断有重要价值。偏头痛及丛集性头痛多在一侧。颅内病变的头痛常为深在性且较弥散,颅内深部病变

的头痛部位不一定与病变部位相一致,但疼痛多向病灶同侧放射。高血压引起的头痛多在额部或整个头部。全身性或颅内感染性疾病的头痛,多为全头部痛。蛛网膜下腔出血或脑脊髓膜炎除头痛外尚有颈痛。眼原性头痛为浅在性且局限于眼眶、前额或颞部。鼻原性或牙原性也多为浅表性疼痛。

Ⅲ. 头痛的程度与性质。头痛的程度一般分为轻、中、重,但与病情的轻重并无平行关系。三叉神经痛、偏头痛及脑膜刺激症的疼痛最为剧烈。脑肿瘤的痛多为中度或轻度。高血压性、血管性及发热性疾病的头痛,往往带搏动性。有时神经功能性头痛也颇剧烈。神经痛多呈电击样痛或刺痛,肌肉收缩性头痛多为重压感、紧箍感或钳夹样痛。

Ⅳ. 头痛发生的时间与持续时间。某些头痛可发生在特定时间。如颅内占位性病变往往清晨痛加剧。鼻窦炎的头痛也常发生于清晨或上午,丛集性头痛常在晚间发生,女性偏头痛常与月经期有关,脑肿瘤的头痛多为持续性可有长短不等的缓解期。

Ⅴ. 加重、减轻或激发头痛的因素。咳嗽、打喷嚏、摇头、俯身可使颅内高血压性头痛、血管性头痛、颅内感染性头痛及脑肿瘤性头痛加剧。丛集性头痛在直立时可缓解。颈肌急性炎症所致的头痛可因颈部运动而加剧。慢性或职业性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可获缓解。

c. 伴随症状。

Ⅰ. 头痛同时伴剧烈呕吐者提示为颅内压增高,头痛在呕吐后减轻者可见于偏头痛;

Ⅱ. 头痛伴眩晕者见于小脑肿瘤、椎一基底动脉供血不足;

Ⅲ. 头痛伴血压增高者,应注意原发性高血压及继发性高血压,或颅内高压引

起的血压升高;

Ⅳ. 头痛伴发热者常见于全身性感染性疾病或颅内感染;

Ⅴ. 头痛伴脑膜刺激症者提示有脑膜炎或蛛网膜下腔出血;

Ⅵ. 慢性进行性头痛伴有精神症状者应注意颅内肿瘤;

Ⅶ. 慢性头痛突然加剧并有意识障碍者提示可能发生脑疝;

Ⅷ. 头痛伴有视力障碍者,可见于青光眼或脑瘤;

Ⅸ. 头痛伴癫痫发作者可见于脑血管畸形、脑内寄生虫病或脑肿瘤;

X. 头痛伴神经功能紊乱者可能是神经功能性头痛;

XI. 慢性进行性头痛患者若早期表现精神、情绪异常,应警惕额叶肿瘤的可能。

d. 诊断技巧。

由于头痛病因复杂,且往往后果严重,故临床医生特别是首诊医生,决不能依据表面现象而轻易的做出诊断。对疑难病例,必须进行详细的问诊,如头痛的部位、时间、轻重、性质、与体位活动的关系等,细致的体格检查特别是神经系统专科查体也非常必要,对一些病例,眼科、耳鼻喉科检查及有关的化验检查也属必要,有指征时,还需做脑电图、颈部血管彩色超声多普勒、脑血管造影等检查,方能明确诊断。头痛可由于某些因素而激发、加重或减轻。如腰椎穿刺后的头痛常因直立位而加重,平卧位或补液后可稍缓解;颈肌急性炎症所致的头痛,若运动颈部常使头痛加重,反之,与职业有关的颈肌过度紧张所致的头痛,则因活动颈部得以减轻。另外,注意在问诊过程中,应注意逐步深入、有层次、有目的、有顺序的询问,避免暗示性提问,如头痛病人就诊,应问:“什么时候开始头痛的?”“哪一部分?一侧还是两侧?”“多在什么情况下发作?”“头痛时还有没有其他不舒服?”“你了解自己的血压吗?”“晚上休息

怎么样?”等等。总之,只要临床医师能详细的询问病史、细致的体检,选择必要的辅助检查,进行科学的归纳,则不难做出正确的诊断,并给予妥善的处理。

②胸痛

胸痛主要由胸部疾病所引起,少数由其他部位的病变所致。因痛阈个体差异性大,故胸痛的程度与原发疾病的病情轻重并不是完全一致。

a. 病因。

各种刺激因子如缺氧、炎症、肌张力改变、癌肿浸润、组织坏死以及物理、化学因子都可刺激胸部的感觉神经纤维产生痛觉冲动,并传至大脑皮层的痛觉中枢引起胸痛。引起胸痛的病因有:

I. 胸壁疾病。急性皮炎、皮下蜂窝组织炎、带状疱疹、非化脓性肋软骨炎、肌炎、流行性肌炎、肋间神经炎、肋骨骨折、多发性骨髓瘤、白血病对神经压迫或浸润。其特点为疼痛部位固定,局部有压痛。

II. 心脏与大血管疾病。心绞痛、急性心肌梗死、心肌病、急性心包炎、二尖瓣或主动脉瓣的病变、胸主动脉瘤、主动脉窦动脉瘤、肺栓塞、心脏神经官能症。

III. 呼吸系统疾病。胸膜炎、胸膜肿瘤、自发性气胸、支气管炎、肺癌等。

IV. 纵隔肿瘤。纵隔炎、纵隔肿瘤、纵隔脓肿。

V. 其他。食道炎、食道癌、食道裂孔疝、膈下脓肿、肝脓肿、脾栓塞等。

b. 临床表现。

I. 疼痛部位。很多疾病引起的胸痛常有一定的部位。例如,胸壁疾病所致的胸痛常固定于病变部位,且局部多有明显压痛;胸膜炎所致的胸痛,在胸廓呼吸扩张较大的部位,如胸侧部较明显;心绞痛常在胸骨后方或心前区,且可放射至左肩及左臂内侧;纵隔或食道疾病所致的疼痛常在胸骨后。

II. 疼痛性质。胸痛的程度可自剧烈

的疼痛至轻微的隐痛。疼痛性质也多种多样:肋间神经痛呈阵发性的刺痛;肌痛呈酸痛或锥痛;心绞痛常呈压榨样痛并伴有压迫感或窒息感;主动脉瘤侵蚀胸壁时呈锥痛;膈疝呈灼痛或膨胀感;原发性肺癌可有极难受的胸部闷痛。

III. 疼痛时间及影响疼痛的因素。胸痛可呈阵发性或持续性。心绞痛常于用力或精神紧张时诱发,呈阵发性,一般1~5分钟即止;心肌梗死常呈持续剧痛;心脏神经官能症所致的胸痛则常因运动而减轻;纤维素性胸膜炎的胸痛常于咳嗽或呼吸时加剧,停止胸廓运动则缓解;胸壁疾病所致的疼痛常在局部受压迫或胸廓活动时加剧,局部麻醉后疼痛即缓解,食道疾病的疼痛常于吞咽食物时发作或加剧;脊神经后根疾病所致的疼痛则于转身时加剧。

c. 伴随症状。

I. 心血管系统。以心绞痛、心肌梗死、心包炎及心肌炎所引起的胸痛最为常见。心血管系统疾病引起胸痛的共同特点是:疼痛多位于胸骨后或心前区,少数在剑突下,疼痛可向左肩背部、颈部、牙齿、左前臂内侧等部位放射,常因体力活动或精神因素而诱发或加剧,休息后或经药物治疗后可好转或停止。

II. 呼吸系统。以胸膜炎、大叶性肺炎、肺结核、自发性气胸及肺癌最为常见。呼吸系统疾病所致的胸痛,常因咳嗽或深呼吸而加剧,多伴有咳嗽、咯痰或咯血,常伴有原发病的症状和体征。在渗出性胸膜炎早期,以纤维素性渗出为主时,胸痛为主要表现,吸气时加重,而随病情进展,发展至胸腔积液时,胸痛反而缓解;自发性气胸常因持重物、屏气、剧烈运动或咳嗽时突然发生一侧胸痛,伴有进行性呼吸困难;大叶性肺炎患者胸痛的同时伴有高热和铁锈色痰。胸部体格检查与X线检查常可明确病变。

III. 消化系统。食管疾病如食管炎、