

第一部分 实践技能

第一章 职业素质

执业医师的职业素质是指与职业要求相应的素质,下面就三个方面的素质提出要求。

一、医德医风

医德医风是指执业医师应具有医学道德和风尚,它属于医学职业道德的范畴。

医学作为一种特殊职业,面对的是有思想、有感情的人类。执业医师担负着维护和促进人类健康的使命,关系到人的健康利益和生命,而人的健康和生命又是世界万物中最宝贵的。因此,执业医师在职业活动中,不仅在医疗技术上要逐渐达到精良,而且面对一个个的患者还需要有亲切的语言、和蔼的态度、高度的责任感和高尚的医学道德情操,只有这样才能使自己成为德才兼备的医学人才和担负起“救死扶伤,治病救人”的光荣使命,也才能成为一个受人民群众爱戴的医生。

医学职业道德是从事医学职业的人们在医疗卫生保健工作中应遵循的行为原则和规范的总和。因此,执业医师要达到医德医风的优良,必须接受医学道德教育和进行自我道德修养,并且要求做到:

1. 要提高对医学道德的基本原则即不伤害原则、有利原则、尊重原则和公正原则的认识和理解,并用这些基本原则指导自己的职业活动;同时,要提高对医疗卫生保健实践中伦理问题的敏感性及运用上述基本原则分析和解决伦理问题,把医疗技术和医学伦理统一起来。

2. 要认真履行卫生部制定的以下医学道德规范

(1) 救死扶伤,实行社会主义的人道主义:时刻为患者着想,千方百计为患者解除病痛。

(2) 尊重患者的人格和权利,对待患者,不分民族、性别、职业、地位、财产状况,都应一视同仁。

(3) 文明礼貌服务:举止端庄,语言文明,态度和蔼,同情、关心和体贴患者。

(4) 廉洁奉公:自觉遵纪守法,不以医谋私。

(5) 为患者保守医密,实行保护性医疗,不泄露患者隐私与秘密。

(6) 互学互尊,团结协作,正确处理同行同事间的关系。

(7) 严谨求实,奋发进取,钻研医术,精益求精。不断更新知识,提高技术水平。

3. 在执业活动中,要不断提高履行上述医学道德基本原则和规范的自觉性和责任感,逐渐形成良好的医学道德信念和养成良好的医学道德行为、习惯和风尚。

4. 随着生物医学的进步,医学高技术迅速发展,过去医学未曾涉及的领域而今成了医务人员活动的舞台,现在人们可以操纵基因、精子、卵子、受精卵、胚胎、人脑、人体和控制人的行

为等。这种增大了的力量可以被正确使用,也可以被滥用,对此应如何控制?而且这种力量的影响可能涉及这一代、下一代以及后几代人,而这一代人的利益和子孙后代的利益发生冲突怎么办……这些医学道德难题不解决,就会影响医学的进一步发展或向健康方向发展。因此,执业医师应结合自己的专业,增强对本专业中出现的医学道德难题的敏感性,进而去分析和研究解决的办法,以保障或促进医学科学的发展。

二、沟通能力

这里的沟通是指人际沟通,而人际沟通又是指人与人以全方位的信息交流以达到人际间建立共识、分享利益并发展人际关系的过程。执业医师在职业活动中,要与其他医务人员、医院管理人员、医院后勤人员,特别是患者及患者家属进行沟通。在此重点阐述医患间的沟通。

医患沟通使医患双方更好地了解和理解,有利于诊治、护理的进行,进而使医疗质量和服务水平得以提高以及促进患者的康复。同时,由于医学技术的进步,大量的诊疗设备介入医疗实践活动中,使医生的诊断、治疗越来越有效,然而医生对这些设备的依赖性也逐渐增强,这样在医患之间出现了有形的医疗机器,医疗双方的思想交流减少,相互之间感情也容易淡漠,即医患关系在一定程度上被物化了,并且医生重视的只是疾病。因此,医患沟通可以弥补上述缺陷,也可以消除双方的误会、减轻医患关系紧张以及减少医患矛盾或纠纷,进而有利于建立和谐的医患关系。

根据信息载体的不同,医患沟通分为语言沟通和非语言沟通两种形式。前者是建立在语言文字的基础上,又分为口头和书面沟通;后者是通过某些媒介和具体行为,又分为肢体语言和行为沟通等。

在医患沟通中,除要求双方要建立在平等、尊重、诚实和互信的基础上外,还要求执业医师做到:

1. 在语言沟通时,执业医师要使用科学、通俗而易于患者理解的语言;使用亲切、温暖、有礼貌的语言。同时,对那些在诊治中有疑惑的患者使用解释性语言;对那些由于疾病缠身,常有不安、焦虑、烦躁、忧虑等不良心理因素的患者使用安慰性语言,使其安心地配合治疗;对那些长期住院、治疗效果不显著而着急、信心不足的患者,要使用鼓励性语言,使其树立战胜疾病的信心等;对那些病情危重而预后不良的患者,要使用保护性语言等。另外,在医患沟通时,执业医师切忌使用简单、生硬、粗俗、模棱两可的语言以及患者难以理解的医学术语等。同时,执业医师还要善于集中注意力而耐心倾听患者的诉说,不要在沟通时心不在焉或轻易打断患者的诉说,并且在患者情绪激动、语言过激、意识到自身偏颇或不当时还能保持沉默、得理让人而不与患者发生争执。

2. 在非语言沟通时,执业医师一方面要善于观察患者的非语言信息并消除患者的顾虑而鼓励其用语言表达出来,以便更准确地了解患者真实想法;另一方面执业医师也要注意自己的仪表、仪态、手势、手姿、眼神、情绪、声音等对患者的影响,即要通过无声的语言传递对患者的关怀和照顾,使患者增强战胜疾病的信心和力量,而不要因此引起误会会使患者多疑,甚至产生悲观失望心理。

总之,执业医师要加强医患沟通,不断地提高沟通能力和沟通效果,这也是职业素质的重要组成部分和要求。

三、人文关怀

医学起源于他人关怀、人类关怀的需要,它与人文有着天然不可分割的联系。我国古称“医乃仁术”,誉医生为“仁爱之士”。以上说明人文关怀是医学的本质特征,也是医学的核心理念。

长期以来,医务人员受生物医学模式的支配,加之随着临床医学分科的细化而形成医生只是面对人体的一个系统乃至一个器官的局面和医学技术的飞速发展导致技术至上主义的滋长以及市场化导致医疗卫生保健机构把追求更大的经济利益成为服务的潜在动力等,从而削弱了医务人员对患者的人文关怀。因此,执业医师有必要重塑和提升人文素质,高扬人文精神的旗帜,积极开展人文关怀,使医学沿着健康的方向发展。

执业医师要对患者实施人文关怀,应该要做到:

1. 要具备一定的医学人文素质,在此基础上逐渐培养医学人文精神的理念和开展医学人文精神的实践——医学人文关怀的实践。为此,执业医师要学习和丰富自己的医学人文知识,如医学与哲学、医学伦理学、医学心理学、医学社会学、医学史、医学美学、卫生法学等医学与人文学相互交融、结合与统一的学科,以提高其医学人文素质。

2. 要树立医学人文精神的理念,即对患者健康和生命权利的敬畏,关爱患者的生命价值,尊重患者的人格和尊严,维护患者的自主性。

3. 要进行医学人文精神的实践即医学人文关怀的实践,具体表现在:

(1) 要改变单纯的生物医学模式,树立“生物-心理-社会”的整体医学模式,即在医疗卫生保健活动中,既要重视患者的躯体疾病,又要了解和关注患者的心理状态和社会环境,以整体的观点对待疾病和患者,防止局部的、片面的观点。

(2) 在医疗卫生保健服务活动中,要以患者为中心,时刻把患者的健康和生命利益放在首位,当患者的利益需要服从社会利益时也要使患者利益的损失减低到最小限度。

(3) 提供热诚、负责地最优化服务,即执业医师要改变患者“求医”的观念,要对患者开展热诚、负责的服务;同时,在医疗卫生保健服务中,对患者采取的措施是在当时的医学科学发展水平和客观条件下痛苦最小、耗费最少、效果最好和安全度最高的方案。

第二章 病史采集

病史采集是医师通过对患者或相关知情人员(如家属和同事等)的系统询问而获取病史资料的过程,是医师诊治疾病的第一步。病史资料的完整性和准确性对疾病的诊断和处理是极其重要的,它不仅可提示医师体格检查时的查体重点及为进一步进行实验室检查和辅助检查提供线索,而且更重要的是在临床工作中有一部分疾病仅通过病史采集即可基本确立诊断。若想实现上述目的,注意病史采集的内容和病史采集的技巧是极其重要的,否则可能会造成临床工作中的误诊和漏诊。为了做好病史采集工作及确保病史资料的完整性、准确性和可靠性,将分别介绍病史采集的内容和病史采集的技巧如下:

【病史采集的内容】

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊内容包括

(1) 发病可能的病因和诱因。

(2) 根据主诉症状进行纵向询问。

(3) 有助于鉴别诊断的横向询问,即伴随症状询问。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊?做过哪些检查?应询问到医院做过的检查项目。

(2) 治疗和用药情况,疗效如何?应具体询问治疗的方法和药物,有无疗效?

3. 一般情况 发病以来饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况,即现病史五项,以便了解患者的一般情况。若患者患病时间很短,甚至不超过1天,体重不会有变化者,可以免询问体重变化情况,若考虑与疾病有关时,可询问近期体重变化情况。

(二) 其他相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史,包括相关的既往患病史、个人史和家族史,女性必要时询问月经、婚育史等。

【病史采集的技巧】

(一) 条理性强,要抓住重点 病史采集一定要以主诉症状为重点,先由简易问题询问开始,逐步深入进行有目的、有层次、有顺序的纵向询问,把主诉症状问深问透,然后再针对与鉴别诊断相关的阳性或阴性症状进行询问。如一位发热的患者,应以发热为询问的重点,询问发热的可能诱因、起病的缓急、病程的长短、加重或缓解的因素,询问热度和发热的特点,以确定热型,把发热问深问透。然后再进行有助于鉴别诊断的横向询问,即伴随症状询问,如伴有寒战,见于肺炎球菌肺炎、败血症等;伴明显头痛,见于颅内感染、颅内出血等;伴有胸痛,常见于肺炎球菌肺炎、胸膜炎等;伴有腹痛,可见于急性细菌性痢疾、急性胆囊炎、急性阑尾炎等;伴尿频、尿急,见于尿路感染等。还有一些伴随症状,不一一列举。

(二) 要紧密围绕病情询问 在病史采集过程中,患者所谈的内容一定要紧密围绕病情,

以免离题太远,影响病史采集效果。这里面有一个重要的问题,就是医患沟通的技巧问题,这是能做到紧密围绕病情询问的重要保证。

(三) 运用思维和判断 在病史采集过程中,要不断对采集到的信息进行思维和联想,对资料加以分析、综合和判断,逐步形成对患者可能的诊断意见,而不是单纯笔录的被动过程。问诊过程一定要自始至终贯彻临床思维分析的原则。

(四) 病史采集语言要通俗易懂,避免暗示性语言和逼问 在病史采集过程中,一定要用通俗易懂的语言,避免使用患者不易懂的医学术语生硬地询问,如“鼻窦炎”和“里急后重”等,因为这些术语即使是对文化程度较高的患者来说,也难以理解,甚至被理解错误,以致结果可能会带来一个不准确的病史资料,导致诊断错误。在病史采集过程中,还应避免使用暗示性语言和逼问,这样更会带来一个不准确的病史资料,导致诊断错误。

(五) 注意病史采集过程中的态度 医师必须对患者有高度的责任心和同情心,态度要和蔼可亲,耐心体贴,在病史采集一开始就主动形成一种体贴入微及宽松和谐的气氛,这对顺利完成病史采集是非常重要的。

上述病史采集的内容和病史采集的技巧适用于所有症状、体征和疾病。关于病史采集的具体内容将在下面分别予以介绍。

一、发热

【基本知识】

(一) 概述 发热是指人的体温超过正常高限而言,是体温调节异常的结果。人的正常体温是随测量部位不同而异,腋温为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$,口温为 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$,肛温为 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。正常人体温常可有变异,一般上午体温较低,下午体温略高,但 24 小时内波动幅度不超过 1°C ;妇女排卵后体温较高,月经期体温较低;运动或进食后体温略高;老年人体温略低。

正常人体的产热和散热保持动态平衡。由于各种原因导致产热增加和散热减少,体温超过正常,则出现发热。一般来说发热是机体有较强反应能力的一种表现,发热本身可以增强机体内吞噬细胞的活动及肝脏的解毒功能。但另一方面发热可给人体带来不适和危险,如常发生头痛、无力、全身酸痛,严重发热可因大量出汗而引起脱水和电解质紊乱,可因心率快而诱发或加重心力衰竭,体温在 42°C 以上可使一些酶的活力丧失,使大脑皮层产生不可逆的损害,最后导致昏迷,直至死亡。

(二) 常见病因 发热的病因通常分为感染性和非感染性两大类,而以感染性更常见。

1. 感染性发热

(1) 急、慢性传染病。

(2) 急、慢性全身性或局灶性感染性疾病。

各种病原体包括细菌、病毒、真菌、支原体、立克次体、螺旋体、原虫、寄生虫等。

2. 非感染性发热

(1) 风湿性疾病:①风湿热;②结缔组织病:如系统性红斑狼疮、类风湿关节炎、成人斯蒂尔病(Still disease)、多发性肌炎、混合性结缔组织病等。

(2) 恶性肿瘤:①各种恶性实体瘤;②血液系统恶性肿瘤:如白血病、淋巴瘤、多发性骨髓瘤等。

(3) 无菌性组织坏死:①内脏梗死:如心肌梗死、肺栓塞、脾梗死;②大面积组织损伤:如烧伤、大手术等。

(4) 内分泌及代谢疾病:如甲状腺功能亢进症(包括甲状腺危象)、嗜铬细胞瘤及严重脱水等。

(5) 中枢神经系统疾病:如脑出血、脑外伤、脑肿瘤、中枢神经系统变性疾病等。

(6) 物理因素:如中暑、日射病、放射线病等。

(7) 变态反应:①药物热;②溶血:如药物引起的溶血和血型不合输血引起的溶血等。

(8) 其他:如自主神经功能紊乱影响正常体温调节,可产生功能性发热,包括:①感染后热;②神经功能性低热。

(三) 临床特点

1. 发热的分度 根据体温的高低不同,将发热分为如下四度:

(1) 低热:温度为 $37.3 \sim 38^{\circ}\text{C}$ 。

(2) 中等度热:温度为 $38.1 \sim 39^{\circ}\text{C}$ 。

(3) 高热:温度为 $39.1 \sim 41^{\circ}\text{C}$ 。

(4) 超高热:温度为 41°C 以上。

2. 发热的分期和常见热型及其临床意义 自发病起发热可分为前驱期、体温上升期、高热期和体温下降期。

(1) 前驱期:根据发热病因的不同,此期可持续数小时至数天不等,表现各异,多数为全身不适、乏力、头痛、四肢酸痛和食欲缺乏等。

(2) 体温上升期:有骤升和渐升之别,体温骤升者常伴有寒战,见于肺炎球菌肺炎和疟疾等;渐升者则开始先呈低热,数天内上升到高热,见于伤寒等。

(3) 高热期:指发热的最高阶段,可见皮肤潮红而灼热、呼吸和心跳加速等。其持续时间随病因不同而异,如疟疾仅数小时,肺炎球菌肺炎为数天,而伤寒可达数周。其体温曲线即热型亦因病因不同而异,不同的疾病有不同的特殊热型,但由于抗生素、肾上腺糖皮质激素和解热药的应用及个体的差异等原因,有时热型可不典型。常见的热型及其临床意义如下:①稽留热:体温持续在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上达数天或数周,24 小时内波动范围不超过 1°C 。见于肺炎球菌肺炎和伤寒等。②弛张热:因常见于败血症,故又称败血症热型,体温常在 39°C 以上,而波动幅度大,24 小时内波动范围达 2°C 以上,但最低体温仍高于正常水平。除见于败血症外,还可见于风湿热、重症肺结核和化脓性炎症等。③间歇热:体温骤升达高峰,持续数小时后,骤降至正常,经过 1 天至数天后,又骤然升高,如此高热期与无热期反复交替发作。见于疟疾、急性肾盂肾炎等。④波状热:体温逐渐升高达 39°C 或以上,持续数天后逐渐下降至正常水平,数天后又逐渐上升,如此反复交替发作多次。常见于布氏杆菌病。⑤回归热:体温骤升达 39°C 以上,持续数天后又骤降至正常水平,数天后又骤然升高,持续数天后又骤降,如此反复发作。可见于回归热、霍奇金淋巴瘤、周期热等。⑥不规则热:发热无一定规律。见于结核病、风湿热、支气管炎等。

(4) 体温下降期:此期常表现为多汗和皮肤潮湿。有骤降和渐降两种方式。体温在数小时内降至正常为骤降,如间歇热型和回归热型,常见于疟疾、肺炎球菌肺炎和输血反应等。体温在数天内降至正常为渐降,如波状热型,常见于伤寒、风湿热等。

【病史采集要点】

(一) 现病史

1. 针对发热本身的问诊

(1) 询问发热的可能诱因、起病的缓急、病程的长短、加重或缓解的因素:急性起病,发热

病程少于两周者为急性发热,主要由感染引起;两周以上体温在 38°C 以上的发热为长期发热,常由感染、肿瘤和结缔组织病引起,但仍以感染为主;体温在 38°C 以内的非生理性发热,持续1个月以上者,称慢性低热,可能是器质性低热,也可能是功能性低热。

(2) 询问热度和发热的特点,以确定热型,对发热的诊断和鉴别诊断有帮助。如上所述稽留热见于伤寒、肺炎球菌肺炎等;弛张热见于败血症、风湿热、重症肺结核和化脓性炎症等;间歇热见于疟疾、急性肾盂肾炎等;波状热见于布氏杆菌病;回归热见于疾病回归热、霍奇金淋巴瘤、周期热等;不规则热见于结核病、风湿热、支气管炎等。

2. 相关鉴别问诊

(1) 伴有寒战:①一次性寒战:即先寒战后发热,发热后不再发生寒战,见于肺炎球菌肺炎、输血反应、输液反应;②反复性寒战:见于疟疾、败血症、急性胆囊炎、感染性心内膜炎、钩端螺旋体病和某些淋巴瘤。

(2) 伴出血现象:见于肾综合征出血热、某些血液病(如急性白血病、急性再生障碍性贫血)、弥散性血管内凝血、钩端螺旋体病、炭疽、鼠疫等。

(3) 伴明显头痛:见于颅内感染、颅内出血等。

(4) 伴有胸痛:常见于肺炎球菌肺炎、胸膜炎、肺脓肿等。在心包炎、心肌炎、急性心肌梗死时也可有发热伴胸痛。

(5) 伴有腹痛:可见于急性细菌性痢疾、急性胆囊炎、急性阑尾炎、肠结核、肠系膜淋巴结结核、肝脓肿、急性病毒性肝炎、急性腹膜炎及腹部肿瘤如淋巴瘤、肝癌、结肠癌等。

(6) 伴尿痛、尿频、尿急:见于急、慢性肾盂肾炎、急性膀胱炎、肾结核等。

(7) 伴有明显的肌肉痛:可见于多发性肌炎、皮肌炎、旋毛虫病、军团菌病、钩端螺旋体病等。

(8) 伴有皮疹:见于如下情况:①发疹性传染病:发热与皮疹出现的时间常有固定关系:发热1天出现皮疹,见于水痘;2天后出现皮疹,见于猩红热;3天后出现皮疹,见于天花;4天后出现皮疹,见于麻疹;5天后出现皮疹,见于斑疹伤寒;6天后出现皮疹,见于伤寒。②非传染性疾病:常见于风湿热、药物热、系统性红斑狼疮、败血症等。

(9) 伴有黄疸:常见于病毒性肝炎、胆囊炎、化脓性胆管炎、钩端螺旋体病、败血症和其他严重感染、急性溶血等。

3. 诊疗经过问诊

(1) 患病以来是否曾到医院就诊,做过哪些检查?如血常规、尿常规、粪常规、外周血中性粒细胞碱性磷酸酶(NAP)染色、胸部X线片或CT检查、腹部B型超声或CT检查、肝肾功能检查、免疫学检查(包括抗核抗体谱、免疫球蛋白、补体等)、骨髓检查、各种病理学检查等,检查结果如何?

(2) 治疗和用药情况,疗效如何?包括各种抗生素治疗的疗效和肾上腺糖皮质激素或免疫抑制剂的治疗疗效等。

4. 患病以来的一般情况问诊 包括饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况等,即现病史五项,以了解全身一般情况。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1. 既往有无结核病、肝炎、结缔组织病、糖尿病和肿瘤等疾病史;有无传染病接触史;有无药物和食物过敏史;有无外伤、手术史。

2. 有无长期疫区居住史;有无烟酒嗜好;性病和冶游史。

3. 爱人健康状况,女性月经婚育情况,有无流产史等。

4. 有无相关遗传性疾病家族史。

【例题 1】

简要病史:女性,25岁,2天来高热伴尿痛来急诊就诊。

初步诊断:急性尿路感染。问诊内容如下:

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 发病可能诱因:如妇女卫生状况差及劳累等。

(2) 体温升高和变化情况,有无寒战。

(3) 尿痛的性质(烧灼痛、刺痛)及与排尿时间的关系,是否伴尿频、尿急和排尿困难。

(4) 尿的颜色变化(如出现血尿或混浊状脓尿)。

(5) 有无腰痛。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊?做过哪些检查?如到医院做尿常规、血常规、尿细菌学检查和肾脏B超检查等。

(2) 治疗和用药情况,疗效如何?如是否应用过抗生素治疗,若用过,是哪些抗生素?疗效如何?

3. 一般情况 饮食、睡眠、大便和体重变化情况。

(二) 其他相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史 既往有无类似发作,有无糖尿病、结核病、妇科病病史或服用免疫抑制药物史,月经和婚育史及不洁性交史等。

【例题 2】

简要病史:男性,52岁,2天来发热伴右下肢皮肤红、痛来门诊就诊。

初步诊断:右下肢丹毒。问诊内容如下:

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 发病可能诱因:如有无足癣、皮肤局部破损等。

(2) 体温升高和变化情况,有无寒战。

(3) 右下肢皮肤红、痛的特点,如范围大小、边界是否清楚,有无肿胀、流液,疼痛性质,对行走和右下肢活动有无影响。

(4) 有无全身中毒症状,如全身乏力、疼痛,食欲减退等。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊?做过哪些检查?如到医院做血常规检查和局部细菌学检查等,检查结果如何?

(2) 治疗和用药情况,疗效如何?如是否应用过抗生素治疗,若用过,是哪些抗生素?疗效如何?

3. 一般情况 近期睡眠、大便、小便和体重变化情况。

(二) 其他相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史 既往有无类似发作,有无糖尿病、丝虫病、局部皮肤病病史或服用免疫抑制药物史等。

二、疼痛

头 痛

【基本知识】

(一) 概述 头痛是指颅内或颅外疾病对头部疼痛敏感结构的刺激,造成头颅上半部(眉毛、耳轮上部、枕外隆突连线以上)的疼痛。

对疼痛敏感的头颅结构包括颅外结构(头皮、皮下组织、肌肉、帽状腱膜、骨膜、黏膜、颅外血管)和颅内结构(颅内动脉、静脉,静脉窦,脑膜,V、X、XI对脑神经,颈₁₋₂神经,丘脑感觉中继核等组织)。上述某一或数个结构一旦受累,就可产生头痛。

(二) 常见原因 按疾病累及头部疼痛结构的不同,头痛可分为8类:

1. 颅与颅外结构疾病 颅骨、眼(青光眼等)、口腔、五官科(副鼻窦、乳突)炎症或肿瘤或肉芽肿等疾病。

2. 外伤性头痛 颅脑外伤、脑震荡后综合征。

3. 血管性头痛

(1) 继发性血管性头痛:发热、缺血性和出血性脑血管病、Tolosa-Hunt综合征、高血压、重度子痫前期、癫痫后、中枢神经系统血管炎和颞动脉炎、贫血、真性红细胞增多症、缺氧、高二氧化碳血症等。

(2) 原发性血管性头痛:偏头痛、丛集性头痛。

4. 肌源性头痛 继发性肌收缩性头痛;原发性肌收缩性头痛(紧张性头痛)。

5. 脑膜疾病 流行性脑脊髓膜炎,流行性乙型脑炎等各种急性和慢性脑膜炎和脑膜脑炎、脑膜癌病、蛛网膜下腔出血。

6. 脑脊液动力学变化 颅内压增高、交通性、阻塞性和正常压力性脑积水、颅内占位病灶(各种脑瘤、囊虫病和包虫病等寄生虫病、脑脓肿、转移瘤、肉芽肿等)、颅低压性头痛。

7. 反射性头痛 咳嗽性头痛。

8. 精神性头痛 癔症性头痛、妄想等精神性头痛、抑郁性头痛。

(三) 临床特点 头痛可局限于某一侧、枕部或全头部。

双颞或枕部持续性钝痛或头部束带紧扎样头痛,无搏动性也无恶心、呕吐、畏光和畏声。疼痛部位有压痛。不影响日常生活的头痛,则为肌收缩性头痛(紧张性头痛)。

颞侧或双颞侧,全头部的搏动样头痛,头痛持续数小时或1天。头痛时伴恶心、呕吐,甚至腹泻、面色变白等自主神经症状。且有畏光和(或)畏声。睡眠后减轻。反复发作。此为血管性头痛。

出现下列表现之一者应高度疑为器质性病变的头痛,应深入检查:①首次发作剧烈头痛;②亚急性起病头痛,数周内持续性进行加重;③头痛过程逐渐出现视神经乳头水肿;④头痛伴有强迫头位;⑤慢性头痛过程出现癫痫、言语障碍、瘫痪等神经系统损害。

强迫头位,头位变化时头痛加重或出现意识障碍,见于四脑室肿瘤、寄生虫、后颅窝或颅脊交界处肿瘤。

头痛伴有视神经乳头水肿和恶心、呕吐,见于各种原因造成的颅内压增高或高血压脑病。

直立后数分钟头痛逐渐加重,平卧后头痛缓解、脑脊液压力低于 70mmH₂O,则为颅低压性头痛。

头痛时有发热、脑膜刺激征,见于各类脑膜炎,蛛网膜下腔出血,此时脑脊液检查有鉴别意义。

头痛伴脑实质损害症状和体征(偏瘫、偏身感觉障碍、偏盲、癫痫、失语、认知障碍、意识障碍等)。见于脑出血、脑炎、脑肿瘤、脑挫裂伤。

【病史采集要点】

现病史 详细了解头痛的各种基本特征,对诊断十分重要。

1. 针对头痛本身的问诊 询问头痛起病的快慢(急性头痛、慢性间歇性头痛),头痛部位,头痛性质,头痛持续时间,头痛程度。如为慢性头痛,则应询问头痛有无间歇发作及发作次数和日期。

头痛程度各人的忍受程度不一,但从无头痛患者,突然出现严重头痛,则应特别重视颅内器质性疾病。

2. 相关鉴别问诊 患病以来的伴随症状,诱发加重和缓解因素。有时提供病因的依据,所以尽可能仔细询问。

(1) 伴有畏光、畏声、恶心、呕吐的反复发作的头痛,以血管性头痛中的偏头痛为多见。

(2) 头痛伴有反复呕吐者应考虑颅内压增高。有发作性视幻觉性偏头痛或视觉皮质的局限性器质性疾病的头痛。

(3) 直立可使低颅压头痛增剧。腰穿后头痛为低颅压头痛。

(4) 有视力减退应注意青光眼、眼科疾病、垂体瘤。

(5) 有耳部流脓、脓涕、颞部疼痛者应考虑五官科疾病。有涕中带血者应注意鼻咽癌。头痛伴发热者应注意各种急性或慢性脑膜炎。

(6) 头痛伴发脑实质损害表现(偏瘫、偏盲、癫痫、失语、意识障碍等)应注意脑血管意外、脑炎、脑肿瘤。

(7) 有强迫头位者则应考虑四脑室占位。

(8) 压迫样或紧箍样头痛伴颞部、颈枕部肌压痛。

3. 诊疗经过问诊 在外做过哪些检查 血常规、头颅 CT/MR、脑脊液检查结果。血压、眼压和五官科检查结果。经过哪些治疗,疗效如何?

4. 患病以来的一般情况问诊

(1) 遗传家族史。

(2) 长期疫区居住史、性病和冶游史。

(3) 头颅外伤史。

头痛有外伤史者应注意颅内硬膜下血肿,脑外伤。有家族史者多为偏头痛。有冶游史者,则应注意梅毒。在牧区的头痛应注意包虫病和囊虫病。

【例题】

简要病史:女性,27岁,因剧烈头痛和发热一周伴复视二天入院。

本例患者最可能是结核性脑膜炎引起的头痛,相关的病史采集应包括:

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 发病可能诱因:结核接触史、卫生状况差等。

(2) 体温升高和变化情况,有无寒战。

(3) 头痛的性质:头痛局限于某一侧、枕部或全头部、双颞部、枕部;持续性或阵发性;钝痛或束带紧扎样头痛;有无搏动性等。

(4) 伴随症状:有无恶心、呕吐、畏光和畏声、癫痫、言语障碍、瘫痪等神经系统症状。

(5) 发病以来饮食、睡眠和体重变化情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊?做过哪些检查?如到医院做过的尿常规、血常规、脑脊液检查、颅脑CT/MR等。

(2) 治疗和用药情况,疗效如何?如是否应用过抗生素治疗。若用过,是哪些抗生素?疗效如何?

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史 既往有无颅脑外伤、五官疾病。有无糖尿病、结核病、妇科病或服用免疫抑制剂病史,月经和婚育史及不洁性交史。有无去过林牧区等。

胸痛

【基本知识】

(一) 概述 胸痛是门诊患者就诊的常见原因。可以由心血管疾病、呼吸系统疾病、纵隔内其他器官疾病或脊柱疾病引起。此外,有相当数量的胸痛和精神因素有关。

最常见的胸痛是心脏疾病引起的胸痛。大部分非心源性胸痛源自于胸膜或胸壁,壁层胸膜有痛觉神经分布,主要来自于肋间神经和膈神经。肺组织和脏层胸膜缺乏痛觉感受器,因此肺实质即使有严重的病变,如果没有波及胸膜也可以没有胸痛发生。

(二) 常见病因

1. 肺及胸膜病变 常见于胸膜疾病,如胸膜炎、脓胸、气胸、血胸或胸膜肿瘤;或累及胸膜的肺部疾病,如肺炎、晚期肺癌等。急性支气管炎或剧烈咳嗽可引起胸骨后疼痛。

2. 心血管疾病 如心绞痛、急性心肌梗死、心肌炎、心包炎、二尖瓣或主动脉瓣病变、主动脉夹层、肺栓塞、和心血管神经症等。

3. 胸壁疾病 如带状疱疹、肋软骨炎、肋间神经炎、肋骨骨折、皮肤感染、肋骨肿瘤、强直性脊柱炎、颈椎病等。

4. 纵隔疾病 如纵隔肿瘤、反流性食管炎、食管裂孔疝、食管癌等。

5. 其他 膈下脓肿、肝脓肿等可引起牵涉性胸痛。

(三) 临床特点 根据胸痛的性质可分为以下几类:

1. 胸膜性胸痛 胸膜性胸痛的特点是胸痛和呼吸有关,呈锐痛,深吸气时加重,呼气或屏气时疼痛减轻或消失。胸膜性胸痛的感觉源于壁层胸膜受到刺激。常见于胸膜疾病,如胸膜炎、气胸,以及累及胸膜的肺实质疾病,如肺炎、肺栓塞和恶性肿瘤等。病变波及膈胸膜时可出现牵涉痛,膈肌中央部分的疼痛常常放射到颈部和肩部,膈肌外周部分的疼痛会放射到下胸部、腰部和上腹部。

不同疾病引起胸膜性胸痛出现的速度和伴随症状不同,急骤发生的胸痛常提示气胸、肺栓塞;较快出现的疼痛伴咳嗽、发热见于肺炎、脓胸;缓慢出现的胸痛伴疲乏、体重下降者应考虑结核和肿瘤。

2. 纵隔性胸痛 纵隔内脏器包括气管、食管、胸腺、心脏、大动脉和淋巴结等,这些部位的病变都可能引起胸痛。纵隔性胸痛由内脏神经支配,疼痛常常位于胸骨后和心前区,也可以放射到颈部、上臂甚至背部。疼痛的性质、程度、放射部位以及疼痛的诱因对相应疾病的诊断具有重要意义。心绞痛是胸痛的常见原因,由心肌缺血引起,为压榨样或绞窄样疼痛,休息或含服硝酸甘油可缓解。急性心肌梗死时可以出现性质相近但更为严重而持久的胸痛。心绞痛和急性心肌梗死所致胸痛具有一定的特征性,又称缺血性胸痛。性质类似的胸痛还见于大块肺栓塞。急性心包炎所致的胸痛可因为呼吸、吞咽或弯腰而加重。主动脉夹层的胸痛特点为突然出现剧烈的撕裂样胸痛,可以放射到背部、延伸到腹部甚至下肢。食管疾病引起的“烧灼样”疼痛往往与进食有关。剧烈干咳刺激气管黏膜上的神经末梢可引起胸骨后疼痛。

3. 胸壁痛 引起胸壁痛的原因包括胸壁软组织、骨骼和神经的病变。咳嗽和躯体运动可以明显地加重胸壁痛,疼痛在两次咳嗽间期持续存在。疼痛较局限,定位准确,按压疼痛部位往往可使疼痛加重,并且性质与患者的感觉相同。

肋间肌肉损伤可由剧咳、外伤等引起。肋骨骨折的主要原因为外伤,有时见于长时间剧烈的咳嗽。肋软骨炎好发于第2、3、4肋软骨,局部可以出现肿胀或包块,有压痛。骨转移瘤、多发性骨髓瘤可以侵犯肋骨引起疼痛。肋间神经炎主要表现为表浅的刀割样疼痛,病变区域有痛觉过敏或麻木。带状疱疹在出现典型的皮疹前往往不易明确诊断,疼痛的性质为“烧灼样”,常常发生于一侧,沿肋间神经走行部位分布,可以累及一到多个肋间。

由于神经后根的压迫和炎症刺激引起的疼痛,称为根性痛。性质为剧痛或钝痛,可以因为活动,尤其是咳嗽而加重。病因包括椎间盘突出、强直性脊柱炎、脊椎肿瘤和脊髓炎症或恶性疾病。

4. 其他 临床上一种多发生于左侧胸部的常见胸痛,疼痛部位主要位于心前区或心尖部,程度较重,性质为锐痛,常常在吸气时出现,有时部位变化不定。多发生于休息或轻度活动时,情绪波动可诱发或加重胸痛,常常伴有呼吸困难和高通气。其意义在于和其他严重的胸痛,如心绞痛相鉴别。

【病史采集要点】

(一) 现病史

1. 针对胸痛本身问诊

(1) 询问胸痛的发病年龄、起病缓急、胸痛部位、性质、诱因、持续时间和缓解方式,区分胸膜性胸痛和纵隔性胸痛对病变部位和性质的判断具有重要意义。

(2) 对于纵隔性胸痛发生部位、性质和放射特点的询问有助于心绞痛、心肌梗死、主动脉夹层等的诊断。

2. 相关鉴别问诊

(1) 伴发热:主要见于肺脏和胸膜的炎症,也见于肺栓塞、急性心肌梗死。

(2) 伴呼吸困难:常见于重症肺炎、胸膜炎、气胸、肺栓塞、心肌梗死和高通气综合征。

(3) 伴吞咽困难:常见于食管疾病。

3. 诊疗经过问诊

(1) 患病以来是否曾到医院就诊?

(2) 治疗及用药情况,疗效如何?

4. 患病以来或近期的一般情况问诊。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1. 既往有无肺部疾病(肺结核、肿瘤)、高血压、冠心病、消化系统疾病病史,有无深静脉血栓形成病史或危险因素,有无外伤史、药物过敏史。

2. 个人史和家族史 烟酒嗜好,饮食习惯,家族遗传病史。

【例题 1】

简要病史:男性,65岁,突发胸骨后疼痛2小时。高血压病史15年。

初步诊断为急性心肌梗死,相关的病史采集包括:

(一) 现病史

1. 根据主诉和相关鉴别询问

(1) 发病诱因:劳力、激动等。

(2) 胸痛的程度、范围、性质,有无放射,疼痛是否呈持续性,有无缓解。以前有无类似发作。

(3) 胸痛与呼吸、咳嗽、体位的关系,有无出汗、发热、心悸、晕厥等。

(4) 伴随症状:有无呼吸困难、咯血。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊,做过哪些检查?

(2) 治疗及用药情况,疗效如何?

3. 一般情况 近期饮食、睡眠、大小便和体重变化。

(二) 其他相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史 高血压病的具体情况(最高血压、药物治疗及疗效),有无冠心病、糖尿病、高脂血症、结核病史,有无烟酒嗜好。

【例题 2】

简要病史:女性,45岁,突发右侧胸痛伴憋气2小时。因下肢骨折卧床1周。

初步诊断为肺栓塞,相关的病史采集应包括:

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别询问

(1) 发病诱因:有无误吸、有无体位变化等。

(2) 右侧胸痛性质,与呼吸、咳嗽、体位等的关系,有无放射,加重或缓解的因素。

(3) 呼吸困难的特征(吸气性、呼气性或混合性,与劳力的关系)和程度。

(4) 伴随症状:有无咳嗽、咳痰、咯血,痰的性状。有无发热。

(5) 患病以来大、小便情况,饮食情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊,做过哪些检查?

(2) 治疗及用药情况,疗效如何?

3. 一般情况 近期饮食、睡眠、大小便和体重变化。

(二) 其他相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病相关的其他病史 下肢骨折的情况,有无下肢水肿,有无高血压、心脏病,有无慢性呼吸系统疾病史,有无口服避孕药使用史。

腹 痛

【基本知识】

(一) 概述 腹痛多数由腹部脏器疾病引起,但腹腔外疾病及全身系统性疾病也可导致腹痛。腹痛不仅是临床常见的症状,也是患者就诊的重要原因。临床上一般按起病缓急、病程长短把腹痛分为急性腹痛与慢性腹痛。

(二) 常见病因

1. 急性腹痛

- (1) 腹部空腔脏器阻塞或扩张:如肠梗阻、肠套叠等。
- (2) 腹腔脏器急性炎症:如急性胃炎、急性肠炎等。
- (3) 腹膜炎:多由胃肠穿孔所致,少部分为自发性腹膜炎。
- (4) 腹腔脏器破裂或扭转:如肝、脾破裂、卵巢囊肿蒂扭转等。
- (5) 腹壁疾病:如腹壁皮肤带状疱疹、腹壁挫伤及脓肿。
- (6) 腹腔内血管病变:如夹层腹主动脉瘤、缺血性肠病和门静脉血栓形成。
- (7) 胸腔疾病:如心绞痛、心肌梗死肺梗死、胸膜炎、胸椎结核。
- (8) 全身性疾病:如糖尿病酮症酸中毒、尿毒症、腹型过敏性紫癜等。

2. 慢性腹痛

- (1) 消化性溃疡。
- (2) 消化道运动障碍:如胆道运动功能障碍、功能性消化不良等。
- (3) 腹腔脏器的慢性炎症:如反流性食管炎、慢性胃炎、结核性腹膜炎等。
- (4) 腹腔肿瘤的压迫及浸润:以恶性肿瘤居多。
- (5) 腹腔脏器包膜的牵张:如肝淤血、肝脓肿、肝癌等。
- (6) 腹腔脏器的扭转或梗阻:如慢性胃、肠扭转,十二指肠淤滞等。
- (7) 中毒与代谢障碍:如铅中毒、尿毒症等。

(三) 临床特点

1. 部位 通常腹痛部位多为病变所在部位。如胃、十二指肠疾病和急性胰腺炎多在中上腹;急性阑尾炎疼痛在右下腹麦氏点;小肠疾病多在脐部或脐周;胆囊炎、胆石症、肝脓肿等多在右上腹;结肠疾病多在下腹或左下腹。膀胱炎、盆腔炎及异位妊娠破裂,疼痛也在下腹部。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、急性出血坏死性肠炎、铅中毒、腹型过敏性紫癜等。

2. 性质和程度 突发的中上腹剧烈刀割样痛、烧灼样痛,多为消化性溃疡穿孔。胆石症或泌尿系结石常为剧烈阵发性绞痛,使患者辗转不安。胆道蛔虫症的典型表现为阵发性剑突下钻顶样疼痛。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。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。胀痛可能为实质脏器的包膜牵张所致。隐痛或钝痛多为内脏性疼痛,常由胃肠张力变化或轻度炎症引起。

3. 发作时间 餐后痛可能由于胆胰疾病、胃肿瘤或消化不良引起;饥饿痛发作呈周期性、节律性者见于消化性溃疡;卵泡破裂者发作在月经间期;子宫内膜异位者腹痛与月经来潮相关。

4. 诱发因素 胆囊炎或胆石症常有发作前进油腻饮食史;部分机械性肠梗阻多与腹部手

术有关;急性胰腺炎发作前常有酗酒或暴饮暴食史;腹部受暴力引起的剧痛并伴有休克者,可能是肝、脾破裂引起。

5. 与体位的关系 某些体位使腹痛加剧或减轻可能成为诊断的线索。如胃黏膜脱垂左侧卧位可使疼痛减轻。胰体癌仰卧位时疼痛明显,而前倾位或俯卧位时减轻。十二指肠淤滞症膝胸位或俯卧位可使腹痛及呕吐等症状缓解。反流性食管炎烧灼痛在躯体前屈时明显,直立位时减轻。

【病史采集要点】

(一) 现病史

1. 针对腹痛本身的问诊

(1) 腹痛起病情况:有无饮食、手术等诱因,急性起病者要特别注意各种急腹症的鉴别,应仔细询问、寻找诊断线索。缓慢起病者要考虑功能性与器质性,良性与恶性疾病的区别,除病因、诱因外,还应特别注意缓解因素。

(2) 腹痛的性质和程度:腹痛的性质与病变性质密切相关。绞痛多为空腔脏器痉挛、扩张或梗阻所致;烧灼痛多与化学性刺激有关,如高胃酸分泌。剧烈刀割样疼痛多为脏器穿孔或严重炎症所致;持续钝痛可能为实质脏器牵张或腹膜外刺激所致;隐痛或胀痛反映病变轻微,可能为脏器轻度扩张或包膜牵扯等所致。

(3) 腹痛的部位:腹痛的部位多代表疾病部位,对牵涉痛的理解更有助于判断疾病的部位和性质。

(4) 腹痛的时间与进食、活动、体位的关系:已如前述。饥饿性疼痛,进食缓解对高酸分泌性胃病,尤其是十二指肠溃疡诊断有帮助。

2. 相关鉴别问诊 腹痛的伴随症状对确立疾病的性质、严重程度均十分重要。腹痛伴发热、寒战显示有炎症存在,见于急性胆道感染、腹腔脓肿、肝脓肿,也可见于腹腔外疾病。腹痛伴休克同时有贫血者可能是腹腔脏器破裂;无贫血者见于胃肠穿孔、肠扭转、绞窄性肠梗阻、急性出血坏死性胰腺炎。腹腔外疾病如心肌梗死、肺炎也可有腹痛与休克,应特别注意。腹痛伴黄疸可能与肝胆胰疾病有关。急性溶血性贫血也可出现腹痛与黄疸。腹痛伴血尿可能为泌尿系疾病(如泌尿系结石)所致。腹痛伴反酸、呕吐、腹泻提示食管、胃肠病变,呕吐量大提示胃肠道梗阻;伴反酸、嗝气提示消化性溃疡或胃炎;伴腹泻提示消化吸收障碍或肠道炎症、溃疡或肿瘤。

3. 诊疗经过问诊

(1) 患病以来是否到医院就诊?做过哪些检查?体格检查有哪些阳性发现?有否行血常规、尿常规、大便常规、肝肾功能及生化检查、腹部B超或CT检查、内镜检查、病理检查等,结果如何?

(2) 治疗和用药情况,结果如何?包括各种抗生素、解痉药物、质子泵抑制剂、生长抑素等药物的应用和疗效。

4. 患病以来一般情况问诊 包括饮食、睡眠、大便、小便和体重变化情况等,即现病史五项,以了解全身一般情况。

(二) 相关既往及其他病史的问诊

1. 既往史 有无结核、肝炎、糖尿病、肿瘤病史,有无传染病接触史,有无药物和食物过敏史,有无外伤手术史。如有消化性溃疡病史要考虑溃疡穿孔;有心血管意外病史要考虑血管栓塞。

2. 个人史 有无长期疫区居住史,有无烟酒嗜好,有无性病及冶游史。如有酗酒史要考虑急性胰腺炎、急性胃炎;育龄妇女有停经史要考虑宫外孕。要注意腹痛与年龄、性别、职业的关系,幼儿常见原因有先天畸形、肠套叠、蛔虫病等;青壮年以急性阑尾炎、胰腺炎、消化性溃疡等多见;中老年以胆囊炎、胆石症、恶性肿瘤、心血管疾病多见;育龄妇女要考虑卵巢囊肿扭转、宫外孕等;有长期铅接触史要考虑铅中毒。

3. 有无相关遗传家族史。

【例题】

简要病史:男性,21岁,腹痛伴恶心呕吐6小时急诊就诊。

本例患者最可能是急性阑尾炎引起的腹痛,相关的病史采集应包括:

(一) 现病史

1. 根据主诉及相关鉴别问诊

(1) 起病情况:①有无饮食、受寒等诱因;②是突然发病还是缓慢起病,急性起病者要特别注意各种急腹症的鉴别;缓慢起病者要考虑功能性与器质性;③有无缓解和缓解因素,包括禁食、保温和体位等。

(2) 腹痛的性质和程度:是阵发性绞痛还是持续性胀痛;是剧烈刀割样痛还是持续钝痛或隐痛。

(3) 腹痛的部位:是全腹痛还是局部痛,什么部位最明显,有无放射痛(牵涉痛),有无转移性腹痛。

(4) 恶心、呕吐的情况:恶心、呕吐的频率,呕吐物的性质和量等。

(5) 发病以来饮食、睡眠和大便情况。

2. 诊疗经过

(1) 是否到医院就诊?做过哪些检查?如血常规、血尿淀粉酶、腹部平片、腹部CT等。

(2) 治疗和用药情况,疗效如何?如是否应用抗生素治疗,若用过,疗效如何?

(二) 相关病史

1. 有无药物过敏史。

2. 与该病有关的其他病史 既往有无类似发作,有无消化性溃疡病、胆道疾病、胰腺疾病史等。有无腹部手术史。

3. 有无烟酒嗜好。

4. 有无肿瘤等遗传家族史。

腰 痛

【基本知识】

(一) 概述 腰痛是临床常见症状之一,其病史采集对明确病因、初步诊断和鉴别诊断都具有十分重要意义。脊柱外科、创伤骨科、肾内科、肿瘤科、妇科等许多疾病均可以引起腰痛。

(二) 常见病因及分类

1. 外科损伤及病变

(1) 急性损伤:因各种暴力所致脊柱骨折,韧带、肌肉、关节囊撕裂,急性椎间盘突出等。

(2) 慢性损伤:不良体位、劳动姿势等引起的慢性累积性损伤、韧带炎、肌肉劳损、脊柱滑脱等。

(3) 脊椎感染性病变:可分为化脓性感染,如椎间隙感染、椎体骨髓炎和特异性感染,如脊

柱结核等。

(4) 脊椎无菌性炎症:常由寒冷、潮湿、变态反应所致,如风湿性肌纤维织炎、类风湿关节炎、第三腰椎横突综合征、强直性脊柱炎等。

(5) 脊柱退行性变 椎间盘退变,继发性椎管狭窄,老年性骨质疏松症,退变性脊柱滑脱、不稳等。

2. 先天性疾患和肿瘤

(1) 脊柱侧凸畸形,隐性脊柱裂,腰椎骶化或骶椎腰化,发育性椎管狭窄,椎体畸形等。

(2) 肿瘤骨与软组织肿瘤,骨髓或神经系统肿瘤等。

3. 内脏疾病引起的牵涉性疼痛 妇科盆腔疾病、前列腺疾病、肾脏疾病(如肾结石、肾盂肾炎等)、肝胆疾病和心脏病等可引起腰部疼痛。

4. 精神性因素 慢性疲劳综合征、神经衰弱、抑郁症等。

(三) 临床特点

1. 急性损伤 脊椎骨折及软组织损伤:有明显的外伤史,多由高空坠落所致,骨折部有压痛和叩痛,脊椎可能有后突或侧突畸形,并有活动障碍。

2. 慢性劳损及退行性病变

(1) 椎间盘突出症:青壮年多见,以腰4~骶1易发。常有负重或扭伤史。可突发或缓慢发病。主要表现为腰痛和坐骨神经痛,卧床休息时缓解。可有下肢麻木,冷感或间歇跛行。

(2) 退行性脊柱病变:多见于50岁以上患者,晨起时感腰痛、酸胀,僵直而活动不便,活动腰部后疼痛减轻。劳累后腰痛加重,以傍晚时明显。卧床休息可缓解,查体腰椎无明显压痛。

(3) 腰肌劳损:常因腰扭伤治疗不彻底或累积性损伤,患者自觉腰骶酸痛、钝痛,休息时缓解,劳累后加重。

(4) 腰肌纤维织炎:常因寒冷、潮湿、慢性劳损所致。患者大多感腰背部弥漫性疼痛,以腰椎两旁肌肉及髂嵴上方为主,早起时加重,活动数分钟后好转,但活动过多疼痛又加重。轻叩腰部感疼痛缓解。

3. 炎症性病变

(1) 结核性脊椎炎:结核性脊椎炎中最常见的疾病,腰椎最易受累,其次为胸椎。背部疼痛常为首发症状,局限于病变部位。呈隐痛、钝痛或酸痛,夜间明显,活动后加剧。伴有低热、盗汗、乏力、食欲缺乏。晚期可有脊柱畸形,冷脓肿及脊髓压迫症状。

(2) 化脓性脊柱炎:本病不多见,常因败血症、外伤、腰椎手术、腰穿和脊髓造影感染所致。患者感剧烈腰背痛,有明显压痛叩痛,伴畏寒高热等全身中毒症状。

4. 脊椎肿瘤 以转移性恶性肿瘤多见,如前列腺癌、甲状腺癌、乳腺癌等转移或多发性骨髓瘤累及脊椎。其表现为顽固性腰背痛,剧烈而持续。休息和药物均难缓解,并有放射性神经根痛。

5. 脊神经根病变

(1) 脊髓压迫症:见于椎管内原发性或转移性肿瘤、硬膜外脓肿或椎间盘突出等。主要表现为神经根激惹征,患者常感觉颈背痛或腰痛,并沿一根或多根脊神经后根分布区放射,疼痛剧烈,呈烧灼痛或绞痛,脊柱活动、咳嗽、喷嚏时加重。有一定定位性疼痛,并可有感觉障碍。

(2) 腰骶神经根炎:主要为下背部和腰骶部疼痛,并有僵直感,疼痛向臀部及下肢放射,腰骶部有明显压痛。严重时有关节性感觉障碍,下肢肌力减弱,肌萎缩,腱反射减退。

6. 内脏疾病引起的腰痛