

乡镇卫生院卫生技术人员在职培训系列教材

全科常见症状 诊断、治疗、转诊思路 培训指导

李 雪 袁雅冬 席 彪 主 编



中国协和医科大学出版社

乡镇卫生院卫生技术人员在职培训系列教材

全科常见症状诊断、治疗、 转诊思路培训指导

主 编：李 雪 袁雅冬 席 彪

副主编：马少卫 聂子元 王 卿

编 者（按姓氏拼音顺序排列）：

崔史杰（河北医科大学研究生院）

段建召（河北医科大学第二医院）

宫小薇（河北医科大学第二医院）

郭建云（河北省张北县医院）

郝慧瑶（河北医科大学第二医院）

焦晓丹（河北医科大学第二医院）

李 琛（河北医科大学第二医院）

李 雪（河北医科大学第二医院）

马少卫（河北医科大学第二医院）

聂子元（河北医科大学第二医院）

王 卿（河北医科大学第二医院）

席 彪（河北省医科大学）

袁雅冬（河北医科大学第二医院）

张海中（河北医科大学第二医院）



中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

全科常见症状诊断、治疗、转诊思路培训指导 / 李雪, 袁雅冬, 席彪主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2017. 9

ISBN 978-7-5679-0828-4

I. ①全… II. ①李… ②袁… ③席… III. ①常见病-诊疗 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 167619 号

乡镇卫生院卫生技术人员在职培训系列教材 全科常见症状诊断、治疗、转诊思路培训指导

主 编: 李 雪 袁雅冬 席 彪
责任编辑: 吴桂梅

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260431)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京朝阳印刷厂有限责任公司

开 本: 787×1092 1/16 开
印 张: 13. 25
字 数: 260 千字
版 次: 2017 年 9 月第 1 版
印 次: 2017 年 9 月第 1 次印刷
定 价: 35. 00 元

ISBN 978-7-5679-0828-4

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

前 言

调查发现，基层全科医生在临床诊断、治疗、转诊培训方面有较大需求，这也是影响他们医疗质量的关键问题。为了帮助基层全科医生提高临床诊断和治疗能力，我们专门编写了这本《全科常见症状诊断、治疗、转诊思路培训指导》，希望能够对基层全科医生有所裨益。

病人首诊时往往陈述的是身体的主要不适，而且这些身体不适就是临床上的症状或体征，因此，本书选择了35个基层首诊常见症状，按照临床思路和程序逐步展开分析判断，在不断提出假设、寻找证据、论证假设过程中建立正确的临床思维。特别是希望通过不断的诊断、治疗、转诊相互关联的临床训练中，强化循证观念和科学理念。

这是我们为基层卫生专业技术人员提供的第九本培训指导，可谓量身定制。本书以临床规律为指导，以基层卫生服务机构的基本条件为基础，以广大全科医生的需求为出发点，通过内容的指引，促进全科医疗工作在正确的轨道上不断提升。

我们将不断努力，坚持深入基层调查研究，坚持听取全科医生的意见，坚持为基层医疗卫生专业人员提供更多实用而有价值的教学材料和产品。

席彪

目 录

1. 发热	1
2. 皮肤黏膜出血	11
3. 水肿	16
4. 咳嗽	22
5. 咯血	30
6. 胸痛	37
7. 发绀	46
8. 呼吸困难	51
9. 心悸	58
10. 恶心与呕吐	62
11. 吞咽困难	66
12. 呕血	70
13. 便血	74
14. 腹痛	79
15. 腹泻	92
16. 便秘	95
17. 黄疸	97
18. 腰背痛	100
19. 关节痛	107
20. 血尿	112
21. 尿频、尿急、尿痛	117
22. 少尿、无尿、多尿	120
23. 尿失禁	127
24. 排尿困难	130
25. 肥胖	134
26. 消瘦	140
27. 头痛	147

28. 眩晕.....	156
29. 晕厥.....	162
30. 抽搐与惊厥.....	170
31. 意识障碍.....	179
32. 皮疹.....	186
33. 贫血.....	192
34. 全血细胞减少.....	197
35. 耳聋、耳鸣.....	201

1. 发 热

一、概述

发热是指人的体温升高超过正常范围。正常人体温相对恒定，一般在 36~37℃，由于测量部位不同而有所差异，腋窝温度为 36~37℃，口腔温度为 36.3~37.2℃，直肠温度为 36.5~37.7℃。不同时间、不同状态体温略有差异，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 24 小时内波动范围不超过 1℃。根据体温的高低（以口腔温度为准），把发热分为：低热（37.3~38℃）、中等热度（38.1~39℃）、高热（39.1~41℃）、超高热（41℃以上）。

二、病因

发热的症状诊断并不复杂，医师通过患者问诊、测量体温可以做出诊断。发热的病因诊断最为重要，只有查明病因，才能合理和有效地治疗发热。其病因通常分为感染性和非感染性两类，感染性最常见，非感染性发热虽然所占比例不大，但原因复杂多样（图 1-1）。

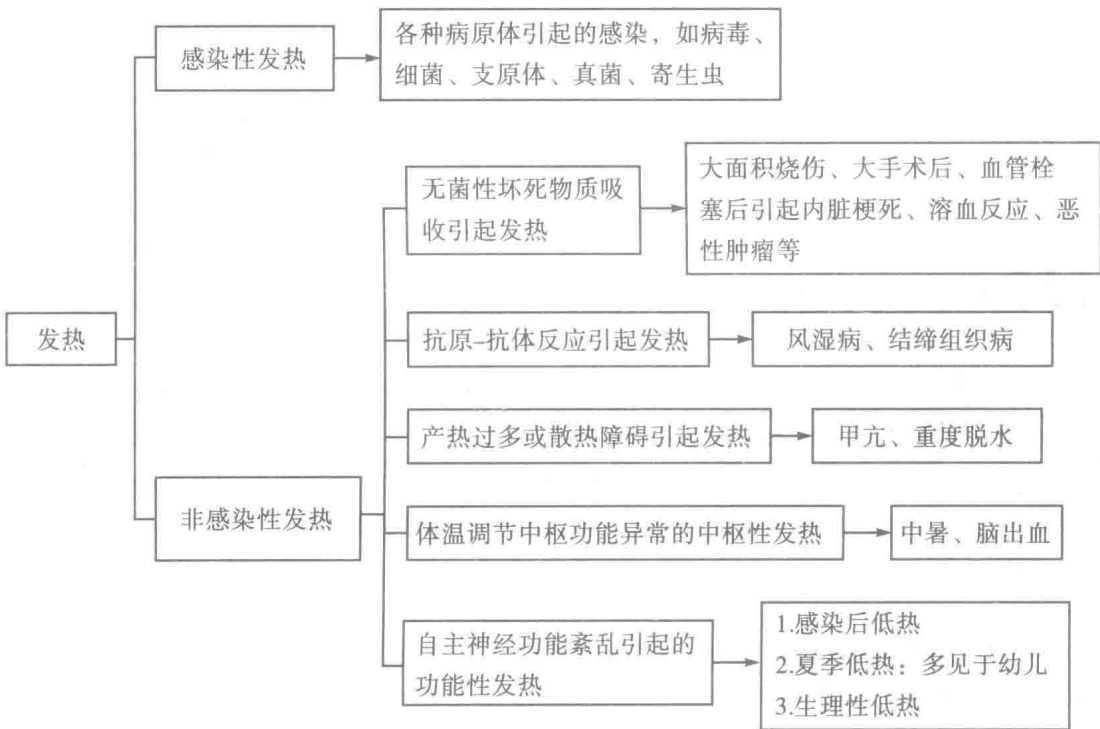


图 1-1 发热的病因

三、诊断思路

第一步：针对发热本身问诊，初步判断疾病类别

1. 询问发热起病缓急、病程长短：发热起病急、病程少于2周者，主要由感染引起，病毒感染多见，但也要警惕其他感染性疾病，如尿路感染、细菌性肺炎等。其次注意非感染性疾病，如肿瘤和结缔组织病。如果发热持续3周以上，体温多次超过38.3℃（腋温），经过至少1周细致地检查仍不能明确诊断，称为不明原因发热（fever unknown origin, FUO）。临床表现缺乏特征性，乡镇卫生院实验室检查有一定的局限性，往往需转诊上级医院（图1-2）。

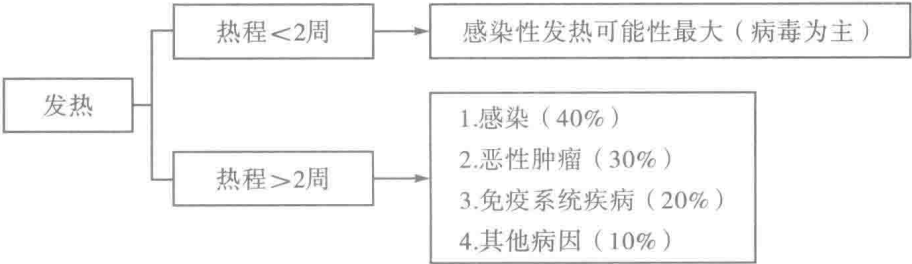


图 1-2 发热的临床诊治流程（根据热程判断）

2. 询问热度高低：根据患者发热程度高低协助判断是否存在感染及可能的感染类型。但需注意儿童和老年人由于体温调节能力差，更易发生高热和体温过低（图1-3）。

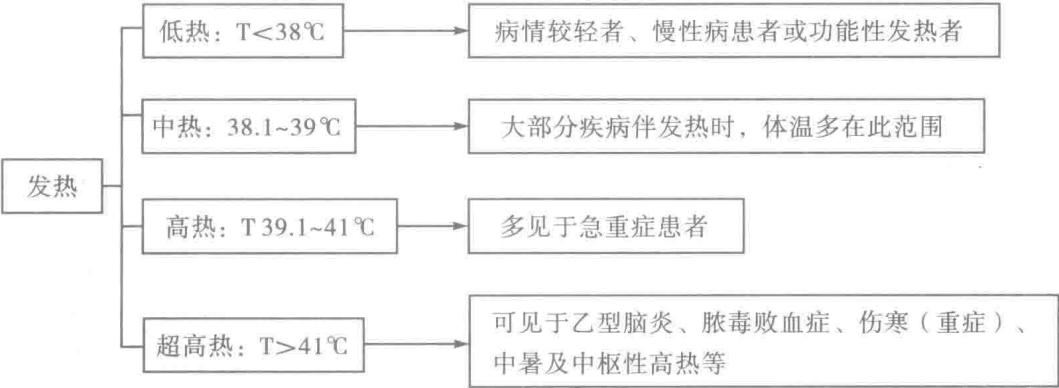


图 1-3 发热的临床诊治流程（根据热度判断）

3. 询问发热的规律性：部分发热患者体温呈一定规律性，称为热型。临床常见的热型有：稽留热、弛张热、间歇热、波状热、回归热、不规则热。根据热型的不同，也有助于发热病因的诊断（图1-4）。但热型与个体反应性强弱有关，并且由于抗生素及解热药的应用可使某些疾病的热型变得不典型。

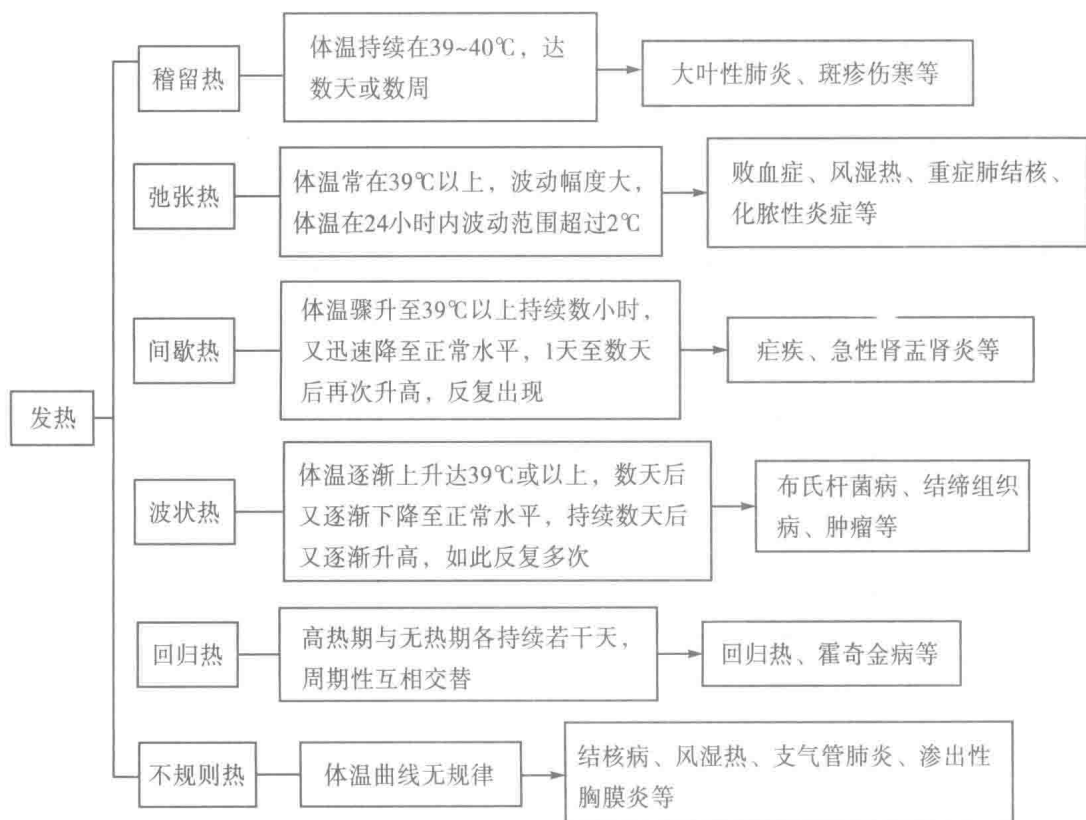


图 1-4 发热的临床诊治流程（根据热型判断）

4. 询问发热诱因和加重或缓解因素：有受凉或风险接触史者考虑为感染性疾病。

第二步：结合发热伴随症状和体征进一步缩小疾病范围

1. 伴有咳嗽、咳痰、胸痛、咯血，考虑为呼吸系统疾病，如急性上呼吸道感染、肺炎（表 1-1）。

2. 伴有腹痛、腹泻、呕吐考虑消化系统疾病，如阑尾炎、胆囊炎、肝脓肿等（表 1-2）。

3. 伴有尿频、尿急、尿痛、腰痛、血尿，考虑为泌尿系统疾病，如膀胱炎、输尿管炎、肾炎（表 1-3）。

4. 伴有皮疹、关节红肿、关节疼痛、关节畸形、肌肉疼痛考虑为风湿性疾病，此类患者多表现不典型，部分可出现为长期低热，伴急性感染时可有高热，除列表中的系统性红斑狼疮、干燥综合征、成人 Still 病也需除外，但此类疾病诊断较为困难，需转诊上级医院进一步查自身抗体、免疫球蛋白、补体等项目（表 1-4）。

5. 伴头痛、头晕等神经系统症状，或出现意识障碍者，常见于颅内感染、感染中毒性脑病、颅内出血等，病情紧急，需立即转诊上级医院（表 1-5）。

6. 伴淋巴结肿大、肝脾大，多见于传染性疾病或血液系统疾病。如为①局部淋巴结肿大：压痛、界清，多见于炎症；质地较硬、无压痛，见于转移癌、淋巴瘤。②全

身性淋巴结肿大：有压痛，见于传染性单核细胞增多症；无压痛或者压痛不明显，见于白血病、淋巴瘤等恶性疾病（表 1-6）。

表 1-1 呼吸系统疾病

伴随症状	临床特点	考虑疾病	需要获取的新证据
发热+鼻部症状	发热伴有鼻部症状，如喷嚏、鼻塞、流清水样鼻涕；也可伴有咽干、咳嗽、咽痒	普通感冒	1. 血常规：病毒感染时白细胞计数正常或偏低，伴淋巴细胞比例增高；细菌感染者白细胞计数与中性粒细胞增多，核左移 2. 病原学检查 3. 胸部 X 线片：正常
发热+咽痛	1. 发热伴明显的咽痛，病程约 1 周，多发生于夏季，儿童多见 2. 查体咽部充血，软腭、腭垂、咽、扁扁桃体表面有灰白色疱疹及浅表溃疡，周围伴红晕	急性疱疹性咽峡炎	
	1. 发热伴有咽痛、畏光、流泪，咽及结膜明显充血 2. 病程 4~6 天，多见于夏季，由游泳传播，儿童多见	急性咽结膜炎	
	1. 发热伴咽痛、畏寒，体温达 39℃ 以上 2. 查体咽部明显充血，扁桃体肿大、充血，表面有黄色脓性分泌物，有时伴有颌下淋巴结肿大、压痛，肺部查体无异常体征	急性扁桃体炎	
发热+咳嗽、咳痰	1. 发热、咳嗽、咳痰，或原有呼吸道疾病症状加重，并出现脓性痰，伴或不伴胸痛 2. 查体有肺实变体征和（或）闻及湿性啰音	肺炎	1. 血常规：白细胞数量 $>10 \times 10^9/L$ 或 $<4 \times 10^9/L$ ，伴或不伴细胞核左移 2. 胸部影像学：片状、斑片状浸润性阴影或间质性改变 上述临床特点及血常规中任何一项，加胸部影像学，并除外肺部其他疾病后，可明确临床诊断
	1. 高热、畏寒、咳嗽、咳大量脓臭痰 2. 有口腔手术、昏迷呕吐或异物吸入史	肺脓肿	1. 血常规：白细胞计数正常或增多 2. 胸部 X 线：浓密的炎症阴影中有坏死、空洞、气液平面
	1. 发热、胸痛、呼吸急促、周身不适、食欲不振 2. 患侧呼吸运动减弱，胸部语颤减弱，叩诊呈浊音，听诊呼吸音减弱或消失	脓胸	1. 血常规：白细胞计数正常或增多 2. 胸部 X 线：少量胸腔积液可见肋膈角消失的模糊阴影；积液量多时可见肺组织受压萎陷，积液呈外高内低的弧形阴影；大量积液使患侧胸部呈一片均匀模糊阴影，纵隔向健侧移位

续 表

伴随症状	临床特点	考虑疾病	需要获取的新证据
低热+盗汗、乏力	1. 午后低热、盗汗、疲乏无力、体重减轻，女性患者可有月经失调或闭经 2. 可伴有少量咯血或大咯血 3. 可有胸膜性胸痛	肺结核	1. 胸部 X 线：病变多发生在上叶的尖后段、下叶的背段和后基底段，呈多态性，密度不匀，消散缓慢，可形成空洞或肺内播散 2. PPD 试验：强阳性 3. 痰涂片：找到结核分枝杆菌 4. γ -干扰素释放试验：阳性

表 1-2 消化系统疾病

伴随症状	临床特点	考虑疾病	需要获取的新证据
发热+右上腹痛	1. 发热 2. Murphy 征阳性 3. 皮肤、巩膜黄染	胆囊炎、 胆囊结石	1. 血胆红素、尿胆原升高 2. 血白细胞增多 3. 肝胆 B 超：胆囊增大、囊壁增厚，可见结石
弛张热+肝区叩击痛	1. 弛张热、寒战 2. 肝区持续性钝痛或胀痛 3. 恶心、呕吐、食欲减退 4. 查体肝区叩击痛、肝大	肝脓肿	1. 血常规白细胞或中性粒细胞增多 2. 生化：转氨酶和血清胆红素常升高 3. 腹部 CT、B 超可见肝区脓肿形成
发热+转移性右下腹痛	1. 转移性右下腹痛 2. 随后出现发热 3. 查体右下腹固定压痛，可有反跳痛及肌紧张	阑尾炎	1. 血常规白细胞或中性粒细胞增高 2. 阑尾 CT、B 超可见阑尾肿大、溃疡等

表 1-3 泌尿系统疾病

伴随症状	临床特点	考虑疾病	需要获取的新证据
发热+尿频、尿急、尿痛	1. 发病突然，有尿频、尿急、尿痛，尿路烧灼感，可见终末血尿 2. 体温正常或低热 3. 查体：耻骨上膀胱区可有压痛，但无腰部压痛，可有尿道脓性分泌物	急性细菌性膀胱炎	尿沉渣白细胞增多，也可有红细胞；尿细菌培养可见细菌；肾功能一般正常

续 表

伴随症状	临床特点	考虑疾病	需要获取的新证据
发热+腰痛	1. 发热：突然发生寒战、高热，体温上升至 39℃，伴有头痛、全身痛及恶心、呕吐 2. 腰痛呈单侧或双侧，有明显的肾区压痛、肋脊角叩痛 3. 由上行感染所致的急性肾盂肾炎发病时即出现尿频、尿急、尿痛、血尿	急性肾盂肾炎	1. 血常规白细胞增高，中性粒细胞增多 2. 尿液检查有白细胞、红细胞、蛋白、管型及细菌 3. 尿细菌培养每毫升尿菌落在 10⁵以上

表 1-4 风湿性疾病

伴随症状	临床特点	考虑疾病	需要获取的新证据
发热+颊部红斑+光过敏	1. 原因不明的反复发热，抗炎退热治疗无效 2. 两颧突出部位固定红斑，扁平或隆起 3. 片状隆起于皮肤的红斑，呈盘状，黏附有角质脱屑和毛囊栓 4. 日光照射有反应，引起皮疹 5. 无痛性口腔或鼻咽部溃疡 6. 非侵蚀性关节炎，累及 2 个或更多的外周关节，有压痛、肿胀或积液 7. 胸膜炎或心包炎 8. 癫痫发作或精神症状 上述症状可能并不同时出现	系统性红斑狼疮	1. 肾脏病变：尿蛋白>0.5g/24h 或有管型 2. 血液学改变：溶血性贫血，或白细胞减少，或淋巴细胞减少，或血小板减少 3. 免疫学异常：抗 ds-DNA 抗体阳性，或抗 Sm 抗体阳性，或抗磷脂抗体阳性 4. 抗核抗体：效价异常 上述实验室检查及临床特点中有 4 项或 4 项以上符合者可诊断
发热+肌痛、肌无力	1. 原因不明的发热，热型不定 2. 骨骼肌受累为主要特征，包括四肢近端肌肉、颈部屈肌、脊柱旁肌肉、咽部肌肉、呼吸肌等，表现为肌无力、肌肉压痛 3. 特异性皮肤表现：①上眼睑和眶周可有特殊的水肿性淡紫色斑；②四肢关节的伸侧面可见红斑性鳞屑性疹。其他表现还有肩背部、颈部、前胸领口“V”字区弥漫性红斑	多发性肌炎/皮肌炎	1. 血清肌酶谱增高 2. 肌电图示肌源性损害 3. 肌炎特异性自身抗体阳性 4. 肌肉活检（上级医院）

表 1-5 发热伴头痛、头晕等神经系统症状

伴随症状	临床特点	考虑疾病	需要获取的新证据
发热+精神行为异常	1. 起病急，病情重，前驱症状有发热（38～40℃）、上呼吸道感染 2. 精神和行为异常、认识功能障碍，或癫痫发作 3. 可有口唇疱疹病史 4. 查体高级智能和精神行为障碍，轻度脑膜刺激征	疱疹病毒性脑炎	1. 脑电图：脑电波异常，常表现为弥漫性高波幅慢波 2. 头颅 CT 或 MRI：一侧或两侧颞叶和（或）额叶低密度灶，边界不清 3. 脑脊液：白细胞数轻度增多，以淋巴细胞或单核细胞为主，糖和氯化物基本正常
发热+头痛+脑膜刺激征	1. 夏秋季高发，急性或亚急性起病 2. 体温一般不超过 40℃，年龄越大病情越重 3. 剧烈头痛、恶心、呕吐，脑膜刺激征 4. 病毒感染的全身症状，如畏光、肌痛等	病毒性脑膜炎	1. 脑脊液：淋巴细胞轻度增多，蛋白含量轻度增高，糖和氯化物含量正常 2. 头颅 CT：阴性
	1. 急性起病 2. 高热、寒战 3. 头痛、呕吐、意识障碍、抽搐，脑膜刺激征	化脓性脑膜炎	1. 脑脊液：以中性粒细胞为主的白细胞计数明显升高 2. 脑脊液培养查找病原菌

表 1-6 传染性疾病和血液系统疾病

伴随症状	临床特点	考虑疾病	需要获取的新证据
发热+淋巴结肿大+咽峡炎	1. 低至中等程度的发热，热型不规则，热程数日至数周 2. 浅表淋巴结肿大 3. 咽峡炎 4. 部分病人可伴有肝脾大	传染性单核细胞增多症	1. 血常规：白细胞数正常或升高，淋巴细胞绝对值增高，异性淋巴细胞超过 10% 2. 嗜异性凝集试验（HAT）：阳性 3. 病原学：EBV 特异性抗体阳性
发热+皮疹	与鼠类直接和间接接触史，进入疫区或 2 个月以内有疫区居住史，潜伏期 2 周左右，典型病例表现为发热、出血和肾脏损害三类主要症状，以及发热、低血压休克、少尿、多尿、恢复期共五期经过 1. 发热期：表现为感染中毒症状，颜面、颈、胸部充血，重者呈醉酒貌，腋下和胸背部出血，呈搔抓样、条索点状瘀斑、球结膜水肿，肾脏损害表现为蛋白尿、血尿和少尿倾向，肝脏损害 2. 低血压休克期：发热 4～6 日后体温渐退，其他症状反而加重，部分出现低血压或休克	流行性出血热	1. 血常规：白细胞增多，血小板减少 2. 尿常规：尿蛋白阳性，镜检可见红细胞、白细胞、管型 3. 肝肾功能可有损伤 4. 血清特异性抗体可检出阳性 5. 病原学：汉坦病毒检测

续 表

伴随症状	临床特点	考虑疾病	需要获取的新证据
发热+出血+贫血	1. 低热，也可达 39~40℃，热型不定 2. 出血可发生在全身各个部位，以皮肤瘀点、瘀斑、鼻出血、牙龈出血、月经过多多见，也可有广泛性出血及颅内、内脏出血 3. 贫血呈进行性 4. 查体：可有贫血貌，全身皮肤黏膜出血点及瘀斑，淋巴结、肝脾大，关节骨骼疼痛，胸骨压痛	白血病	1. 血常规：大部分患者白细胞增高，也有少数患者白细胞计数正常或减少，血片分类检查见原始和（或）幼稚细胞 2. 骨髓象：原始细胞占全部骨髓有核细胞≥20% 3. 转上级医院
发热+无痛性淋巴结肿大	1. 发热伴有盗汗、体重减轻（6个月以内体重减轻 10%以上） 2. 无痛性淋巴结肿大，浅表淋巴结肿大最为常见 3. 深部淋巴结肿大或结节病变	淋巴瘤	1. 血常规：轻度或中度贫血，少数白细胞轻度或明显增加，伴中性粒细胞增多 2. 骨髓涂片：RS 细胞 3. 病理检查明确诊断（转上级医院）

注意事项：

- 1. 药物热常见的如别嘌醇、抗组胺药物、巴比妥类、头孢菌素类、西咪替丁、甲基多巴、青霉素类、异烟肼等。一般停药后 48 小时药物热会减轻。
- 2. 感染性疾病在老年患者或非常小的患者经常表现症状和体征不典型，而病情恶化快。
- 3. 免疫缺陷、免疫抑制性患者感染风险高，包括机会性感染。
- 4. 发热相关的症状包括出汗、畏寒、寒战和头痛。

第三步：确诊疾病后治疗方案的选择

- 针对发热本身的治疗：①如病人情况允许，最好在查明病因后针对病因治疗。
- ②解热镇痛药物，如布洛芬、乙酰氨基酚、吲哚美辛、双氯芬酸等退热药物治疗。
- ③注意摄入充足液体量。④详细治疗方案见表 1-7~表 1-12。

表 1-7 呼吸系统疾病

疾病名称	治疗方案
普通感冒	呼吸道病毒感染，目前尚无特效抗病毒药物，以对症治疗和中医治疗为主
急性疱疹性咽峡炎	1. 对症治疗：休息、解热镇痛、抗鼻塞等
急性咽结膜炎	2. 病因治疗：抗病毒药物有一定疗效，如有细菌感染可酌情选用抗菌药物
急性扁桃体炎	3. 中医治疗

续 表

疾病名称	治疗方案
肺炎	1. 尽快（4~8 小时内）给予抗菌药物 2. 初始治疗 2~3 天后进行临床评估，根据患者病情变化调整抗菌药物 3. 对症支持治疗：退热、止咳化痰、吸氧 4. 考虑为重症肺炎或常规治疗无效时应转诊上级医院
肺脓肿	1. 积极控制感染，合理应用抗生素 2. 痰液引流：体位引流，辅以祛痰药、雾化吸入和支气管镜吸引 3. 支持治疗：加强营养，提高免疫力
脓胸	控制感染，引流胸腔积液，使肺复张，恢复肺功能
肺结核	转诊专科医院

表 1-8 消化系统疾病

疾病名称	治疗方案
胆囊炎、胆囊结石	1. 禁食、解痉、抗生素等内科治疗 2. 胆囊结石及内科治疗无效的胆囊炎，可手术治疗或转诊上级医院
阑尾炎	手术切除，遇到婴幼儿、老年人、孕妇等病情复杂的患者应转诊上级医院
肝脓肿	1. 非手术治疗适用于急性期肝局限性炎症，脓肿尚未形成者应积极治疗原发病灶，应用抗生素，全身对症支持治疗，B 超引导下经皮肝穿刺引流冲洗，注入抗生素 2. 脓肿较大、怀疑破溃等情况应转诊上级医院手术治疗

表 1-9 传染性疾病或血液系统疾病

疾病名称	治疗方案
传染性单核细胞增多症	1. 大多数 EBV 感染者不需要治疗，注意休息，对症治疗 2. 伴扁桃体显著肿大、自身免疫性溶血、严重血小板减少者可应用糖皮质激素 3. 阿昔洛韦及其衍生物治疗
流行性出血热	按照传染病控制有关规定处理，及时进行传染病报告，开展健康教育等措施。本病目前无特效疗法，主要进行综合性预防性治疗，做到早发现、早休息、早治疗，应就近在有条件的医院治疗，并警惕休克、少尿及出血的发生 1. 发热期：抗病毒治疗；减轻外渗；改善中毒症状；预防 DIC 2. 低血压休克期：补充血容量；纠正酸中毒；适当应用血管活性药物和糖皮质激素 3. 少尿期：稳定内环境，维持水电解质、酸碱平衡；促进利尿；透析疗法 4. 多尿期：维持水电解质平衡；预防感染
白血病	转诊上级医院
淋巴瘤	

表 1-10 泌尿系统疾病

疾病名称	治疗方案
单纯性膀胱炎、尿道炎	1. 尽快给予抗菌药物 2. 初始治疗 2~3 天后进行临床评估，根据患者病情变化调整抗菌药物 3. 对症支持治疗：退热、多饮水，勤排尿
急性肾盂肾炎	1. 卧床休息，充分饮水，多排尿 2. 起病急且病情重者应尽早根据医生经验选用抗菌药物，一般首选革兰阴性杆菌有效的抗生素，得到药敏报告后根据药敏调整药物。有败血症时应转诊上级医院

表 1-11 神经系统疾病

疾病名称	治疗方案
疱疹病毒性脑炎	治疗不及时或治疗不充分者，死亡率高达 60%~80%，一旦怀疑此病应转诊上级医院 1. 早期抗病毒治疗：阿昔洛韦、更昔洛韦等 2. 糖皮质激素：采用早期、大量和短程给药原则 3. 对症支持治疗
病毒性脑膜炎	自限性疾病，主要是对症治疗、支持治疗和防治并发症
化脓性脑膜炎	1. 针对病原菌选取足量敏感的抗生素 2. 糖皮质激素 3. 对症支持疗法

表 1-12 风湿性疾病

疾病名称	治疗方案
系统性红斑狼疮	目前还没有根治的办法，该疾病具有高度异质性，临床医生需根据病情轻重程度掌握好治疗的风险与效益，制订具体治疗方案，因此，建议及时转诊上级医院诊治 1. 一般治疗：宣教正确认识疾病，去除影响疾病预后的因素 2. 药物治疗：非甾体抗炎药、糖皮质激素、免疫抑制剂等

第四步：转院指征

发热病因复杂，涉及全身多个脏器，很难在短时间内做出准确判断。当出现下列情况时宜转至大中型综合医院救治：①一般状况衰竭。②高热伴有反复寒战。③伴有严重胸痛、大量咯血等。④伴有严重的肌痛或任何部位的严重疼痛。⑤伴有咽喉疼痛或吞咽困难。⑥出现精神状态改变。⑦伴有频繁呕吐。⑧需要进行支气管镜检查、肺功能检查、病理活检等明确诊断时。⑨怀疑结核杆菌感染时。⑩怀疑肿瘤性疾病时。⑪经治疗后症状无好转的患者。⑫原因不明的发热。

(李 雪 宫小薇)

2. 皮肤黏膜出血

一、概述

皮肤黏膜出血是指由于机体止血与凝血功能障碍引起的自发性或轻微外伤后出血，血液由毛细血管进入皮肤或黏膜下组织。表现为血液淤积于皮肤或黏膜以下，形成红色或暗红色斑，压之不褪色，视出血面积大小可分为瘀点（亦称出血点，直径不超过2mm）、紫癜（直径3~5mm）和瘀斑（直径大于5mm）。

二、诊断思路

皮肤黏膜出血的发病年龄、诱因、出血部位及分布特点、伴随症状在诊断及治疗中至关重要，对以皮肤黏膜出血为主诉的病人，应仔细询问病史，详细查体，常规检查项目包括血常规、尿常规、便常规、DIC 常规、肝功能等，尽快明确病因（图 2-1），进行相应治疗，严密监测患者生命体征，一旦发现休克、意识障碍及时转诊上级医院。皮肤黏膜出血的具体临床思路如下。

第一步：根据发病年龄判断疾病的性质

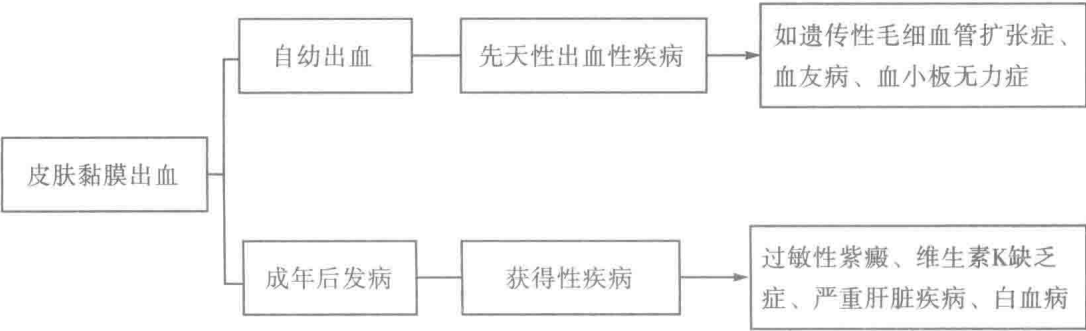


图 2-1 皮肤黏膜出血的病因

第二步：根据伴随症状判断疾病类别

1. 血管壁缺陷：因血管壁功能异常引起的出血特点为皮肤黏膜的瘀点、瘀斑，如遗传性毛细血管扩张症、过敏性紫癜、老年性紫癜、单纯性紫癜等。老年性紫癜常为手、足的伸侧瘀斑；单纯性紫癜为四肢伴慢性偶发瘀斑，常见于女性患者月经期等（表 2-1）。