中国医师协会全科医师分会　组织编写

供全科专业执业医师定期考核使用

全科专业执业医师定期考核用书

主编　杜雪平　郭爱民　方力争

人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

中国医师协会全科医师分会　组织编写
供全科专业执业医师定期考核使用

全科专业执业医师定期考核用书

主　编　杜雪平　郭爱民　方力争

副主编　施　榕　迟春花　冯　玫　陈冬冬

编　委（以姓氏笔画为序）

丁　静　马涵英　云　鹰　王　青　王　晶　王　爽
王　英　王长远　王亚军　王以新　王自强　王杰萍
王莉珉　方力争　冯　玫　刘力戈　刘晓红　孙艳格
迟春花　李　宁　李　泉　李　健　李　燕　李爱阳
毕黎琦　朱　威　郭　媛　肖　刚　杜雪平　杜兆辉
杨　玲　杨向东　杨　平　陈　清　陈　琦　陈冬冬
陈文姬　陈　谨　陈鸿雁　张　黎　林　盪　郭爱民
赵　丽　赵　晨　赵光斌　胡　景　施　榕　骆津蓉
高海清　贾建国　唐海沁　梁永华　董卫国　董爱梅
樊　洁　穆　珺　薛迎红

安徽理工大学 藏書 图書馆

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

全科专业执业医师定期考核用书/杜雪平，郭爱民，方力争主编.—北京：人民卫生出版社，2017

ISBN 978-7-117-24244-8

Ⅰ.①全… Ⅱ.①杜… ②郭… ③方… Ⅲ.①家庭医学-资格考试-自学参考资料 Ⅳ.①R499

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 049096 号

人卫智网	www.ipmph.com	医学教育、学术、考试、健康，购书智慧智能综合服务平台
人卫官网	www.pmph.com	人卫官方资讯发布平台

版权所有，侵权必究！

全科专业执业医师定期考核用书

主　　编：杜雪平　郭爱民　方力争
出版发行：人民卫生出版社（中继线 010-59780011）
地　　址：北京市朝阳区潘家园南里 19 号
邮　　编：100021
E - mail：pmph @ pmph.com
购书热线：010-59787592　010-59787584　010-65264830
印　　刷：北京人卫印刷厂
经　　销：新华书店
开　　本：787×1092　1/16　**印张：**24
字　　数：599 千字
版　　次：2017 年 7 月第 1 版　2017 年 7 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号：ISBN 978-7-117-24244-8/R · 24245
定　　价：52.00 元
打击盗版举报电话：010-59787491　E-mail：WQ @ pmph.com
（凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换）

序

全科医师定期考核是全科医师准入后监管制度的重要部分，也是提高全科医师队伍的整体素质、保证医疗服务质量和医疗安全的重要手段，对于促进全科医师在取得执业医师资格后不断更新专业知识和技能，提高专业技术能力和水平，提升岗位胜任力，保持应有的职业道德水准，更加有效地为人民群众的健康服务具有重要意义。

中国医师协会全科医师分会专业编委会组织编写的《全科专业执业医师定期考核用书》及其配套习题集，编委都来自长年工作在全科医学领域的一线临床工作者和管理者，以及内、外、妇、儿、急诊科等领域的专家。历时两年，经多轮修改、论证、完善而成。该用书将在指导并规范全科医师临床实践工作方面起到重要作用。

希望本书能有助于全科医师更好地理解和掌握全科业务工作中应知应会内容，促进基层医疗服务技能更加科学规范。不断提升为人民大众的服务能力，使人民大众通过家庭医生签约服务有明显的获得感。使全科医生扎根基层，为健康中国做出应有的贡献！

梁万年

前　言

《全科专业执业医师定期考核用书》及其配套习题集是全科医师准入后的执业过程的学习用书。定期考核的重点是以基层基本医疗卫生工作为中心，突出基本医疗卫生知识和基本技能。在具体编辑工作中，我们牢牢把握并充分立足于这一重点。力求通过定期考核促进知识更新和学习，并帮助全科医师维护与提高执业服务能力。

本书编写目标是根据全科医师的执业范围，针对执业标准、执业规范、执业行为进行综合考核，以考核其实际工作能力与水平是否符合继续执业的要求。考核内容包括“三基”（基本理论、基础知识、基本技能）的掌握能力，“四新”（新知识、新理论、新方法、新技术）的学习能力，常见病、多发病、一般急症的处理能力及临床常用药品及器械的规范使用情况。另外，人文医学也是全科医师定期考核的重要内容，包括医学心理学、医学伦理学、相关法律法规、医务人员行为规范、医患沟通技巧、医学人文与文化等。

《全科专业执业医师定期考核用书》分为四篇，共包含 69 章节。内容涉及基层常见疾病、症状、急危重症及基层公共卫生服务，并配以《全科专业执业医师定期考核习题集》解析。系统地诠释了如何用全科医学的思维方式分析生物-心理-社会医学的各个层面的健康问题。

鉴于全科医学目前尚处于发展阶段，《全科专业执业医师定期考核用书》一书难免存在不足或疏漏之处，恳请读者提出宝贵意见。让我们秉承健康至上、精诚奉献的精神，共同为人类健康事业，为全科医学的蓬勃发展在基层扎根并做出应有的贡献！

杜雪平

2017 年 2 月

目 录

第一篇 常见症状

第一章 发热 …… 1
第二章 胸痛 …… 5
第三章 心悸 …… 9
第四章 咳嗽 …… 12
第五章 咯血 …… 18
第六章 头痛 …… 21
第七章 头晕 …… 26
第八章 晕厥 …… 31
第九章 抽搐 …… 34
第十章 腹痛 …… 39
第十一章 尿急尿频尿痛 …… 44
第十二章 便血 …… 46
第十三章 水肿 …… 51
第十四章 血尿 …… 54
第十五章 异常子宫出血 …… 56
第十六章 腹泻 …… 59
第十七章 消瘦 …… 64
第十八章 黄疸 …… 68
第十九章 皮疹 …… 74
第二十章 颈肩腰腿痛 …… 80

第二篇 常见疾病

第一章 高血压 …… 85
第二章 糖尿病 …… 91
第三章 冠状动脉粥样硬化性心脏病 …… 107
第四章 脑卒中 …… 121
第五章 血脂异常 …… 135
第六章 骨关节病 …… 140
第七章 上呼吸道感染 …… 148
第八章 社区获得性肺炎 …… 151
第九章 慢性阻塞性肺疾病 …… 158
第十章 胃炎 …… 163
第十一章 消化性溃疡 …… 166

第十二章　病毒性肝炎 …… 171
第十三章　甲状腺功能亢进症 …… 184
第十四章　甲状腺功能减退症 …… 190
第十五章　甲状腺结节和甲状腺癌 …… 194
第十六章　慢性肾脏病 …… 197
第十七章　肺癌 …… 202
第十八章　乳腺癌 …… 207
第十九章　胃癌 …… 211
第二十章　原发性肝癌 …… 214
第二十一章　结直肠癌 …… 218
第二十二章　子宫颈癌 …… 223
第二十三章　失眠 …… 228
第二十四章　焦虑 …… 233
第二十五章　抑郁障碍 …… 241
第二十六章　小儿肺炎 …… 248
第二十七章　小儿腹泻 …… 255
第二十八章　小儿营养障碍疾病 …… 261
第二十九章　带状疱疹 …… 266
第三十章　结膜炎 …… 269
第三十一章　白内障 …… 275
第三十二章　过敏性鼻炎 …… 280

第三篇　常见急危重症

第一章　休克 …… 283
第二章　心脏骤停 …… 289
第三章　创伤 …… 294
第四章　中毒 …… 298
第五章　呼吸困难 …… 304
第六章　急腹症 …… 313
第七章　上消化道出血 …… 318
第八章　昏迷 …… 322
第九章　淹溺 …… 326
第十章　烧伤 …… 331
第十一章　电击伤 …… 335
第十二章　窒息 …… 337

第四篇　公共卫生

第一章　健康教育与健康促进 …… 339
第二章　健康档案的建立与使用 …… 351
第三章　传染病的预防与控制 …… 357
第四章　重性精神疾病患者管理 …… 365
第五章　儿童免疫规划 …… 370

第一篇　常见症状

第一章

发　热

发热(fever)是指致热源或其他原因作用于体温调节中枢，使机体产热增多，散热减少，产热大于散热，出现体温升高超过正常范围的现象。发热是一种基层常见症状，是多种疾病的重要临床表现。正常成人体温一般为36～37℃，在24小时内波动范围不超过1℃，最高体温和最低体温出现的时间根据作息时间的不同而有所变化，一般最低体温出现时间在凌晨3点～4点，下午体温高于上午，最高体温出现在晚上8点～10点。不同个体的体温也略有差异，全科医生可以为其相对固定的服务对象建立一条个体化的体温基线，以供必要时参考。临床上，常用的体温测量方法有腋测法、口测法和肛测法，采用摄氏法或华氏法记录。近年来新出现的测量方法还有耳测法和额测法。用于测量人体体温的仪器称为体温计，常用的有水银体温计、电子体温计和红外线体温计。应用红外线测温计测量额头皮肤温度，仅用于体温筛查，不能用于临床发热的诊断。常用体温测量方法及正常值范围见表1-1-1。

表1-1-1　常用体温测量方法及正常值范围

测量方法	正常值范围	测量部位	测量时间	测量仪器
腋测法	36～37℃	患者腋窝深处，夹紧体温计	10分钟	水银体温计
口测法	36.3～37.2℃	患者舌下，紧闭口唇	5分钟	水银体温计
肛测法	36.5～37.7℃	患者肛门内，取侧卧位，体温计入肛门内长度为总长度一半	5分钟	水银体温计

一、病因

引起发热的原因很多，包括生理性体温升高和病理性发热。

1. 生理性体温升高　是指机体对其自身生理变化的正常反应。常见于进食、剧烈运动、心理应激后，女性月经期和妊娠期也会出现体温轻度升高的现象。

2. 病理性发热　是指各种原因引起的机体体温调定点上升或体温调节障碍，使产热增加或散热减少。临床上，引起病理性发热的疾病很多，一般分为感染性疾病和非感染性疾病。据此，可将发热分为感染性发热和非感染性发热。

(1)感染性发热:各种病原体及其产物引起的各种感染性疾病均可出现发热的临床表现,如细菌、病毒、真菌、支原体、立克次体、螺旋体、寄生虫等。

(2)非感染性发热:包括由非感染性致热源引起的致热源性发热(炎性渗出物、无菌坏死组织、某些类固醇物质、抗原抗体复合物、细胞因子等)和非致热源性发热(如中枢性发热、引起产热过多疾病所致、引起散热减少疾病所致)。引起非感染性发热的常见疾病见表 1-1-2。

表 1-1-2 非感染性发热的常见病因

疾病分类	常见疾病
风湿性疾病	风湿热、类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、斯蒂尔(Still)病、原发性血管炎等
恶性肿瘤	各种实体脏器恶性肿瘤和血液系统恶性肿瘤(白血病、淋巴瘤、恶性组织细胞病等)
内分泌代谢疾病	甲状腺功能亢进、甲状腺炎、痛风、重度脱水等
颅脑疾病	颅脑外伤、脑出血、癫痫持续状态等
皮肤病变	广泛性皮炎、鱼鳞病等导致皮肤散热减少
理化因素所致疾病	中暑、大面积烧伤、大手术、内出血、骨折等
社会心理因素	心理应激、伪装热等
血管性因素	心肌梗死、肺梗死、血栓性静脉炎、组织缺血坏死等
其他	药物热、血清病、输液反应、自主神经功能紊乱等

二、临床表现

(一) 临床过程及特点

机体发热的临床过程大致分为三个时相:体温上升期、高热持续期和体温下降期。

1. 体温上升期 在发热的开始阶段,一般体温调定点上移,体温调节中枢经交感神经将发出的指令分别到达散热和产热器官,一方面,引起皮肤收缩、血流减少,皮肤温度下降,导致散热减少,患者可有皮肤苍白、发冷、畏寒等表现;另一方面,引起骨骼肌不随意周期性收缩和竖毛肌收缩,产热增加,患者出现寒战、皮肤"鸡皮疙瘩"等现象,此阶段患者还常自觉疲乏无力、肌肉酸痛等。体温上升方式可表现为骤升(数小时内)和缓升(数天内)两种方式。

2. 高热持续期 当体温升高达到调定点的新水平时,体温不再升高,持续一段时间,又称高峰期或稽留期。不同疾病高热期持续时间不等,可从数小时到数天,甚至数周。患者常常发冷、寒战消失,出现皮肤发红、灼热感,口唇干燥,呼吸加深加快,心率增快等临床表现。

3. 体温下降期 此期又称退热期,机体体温调定点恢复到正常水平,体温调节中枢使交感神经紧张性活动降低,皮肤血管进一步扩张,散热增加,产热减少。患者常表现为大量出汗,严重者可致脱水。体温下降可表现为骤降(数小时内)和渐降(数天内)两种方式。

(二) 热度与病程

1. 发热分度 一般根据口腔温度将发热分为以下四度:低热 37.3～38℃;中等度热 38.1～39℃;高热 39.1～41℃;超高热 41℃以上。不同疾病引起发热的程度有时也呈现一定特征,但并不绝对。例如,自主神经功能紊乱引起的功能性发热一般以低热为主,血管性因素引起的吸收热一般很少表现为高热和超高热,以中、低度发热为主。

2. 发热病程 不同原因引起发热的病程不同,按照发热病程,可将发热分为短期发热

和长期发热。

(1)短期发热:发热病程持续在2周以内。短期发热的常见原因以感染性疾病为主,一般来讲,随着病程的延长,感染性疾病的可能性逐渐减小。少部分感染性疾病引起发热的病程也较长,超过2周,常见的有结核病、感染性心内膜炎、脓肿、布鲁菌病、伤寒等。

(2)长期发热:发热病程超过3周。长期发热原因中,以结缔组织病、恶性肿瘤、变态反应性疾病等原因引起的非感染性发热为常见,是基层重要的转诊指征之一。临床上,将发热时间超过3周、体温多次超过38.3℃、经过至少住院1周或3次门诊系统检查仍不能明确原因的发热称为不明原因发热(fever of unknown origin,FUO),包括经典FUO、AIDS相关FUO、粒细胞缺乏FUO和住院FUO。

3. 热型以时间为横轴、体温为纵轴,将发热患者的体温记录在体温单上,可描绘出体温曲线。引起发热的多数疾病,其体温曲线变化有一定的规律性,称为热型。不同疾病的热型有所区别,典型的热型对判断病因、评价疗效和估计预后均具有重要参考价值。但随着抗菌药物、退热药的广泛应用,典型的热型已很少见。临床上常见的热型见表1-1-3。

表1-1-3 常见热型及临床意义

热型	判断依据	临床意义
稽留热	体温维持在39～40℃以上,24小时内体温波动不超过1℃的热型	常见于大叶肺炎、伤寒等
弛张热	24小时内体温波动超过2℃,但体温均高于正常,常在39℃以上	常见于脓毒症、化脓性炎症等
波状热	体温逐渐上升至39℃或以上,持续数天后又逐渐下降至正常,体温正常数天后又逐渐升高的热型	常见于布鲁菌感染
间歇热	体温骤升到最高点后持续数小时,骤降至正常水平。无热期可持续1天或数天后,再次出现体温骤升的热型	常见于疟疾、急性肾盂肾炎等
回归热	体温骤升至最高峰后持续数天,体温又迅速下降至正常,如此反复交替发作的热型	常见于回归热、霍奇金病等
不规则发热	发热的体温曲线无规律	常见于结核病、风湿热等

三、诊断

临床上,发热主要依据典型的临床表现和体温测量结果来确诊。常采用水银体温计测量腋窝深部温度。一般情况下,若患者有典型发热的临床表现,经腋测法,体温大于37℃;或经口测法,体温大于37.2℃,可诊断为发热。婴幼儿和神志不清患者不能采用口测法,多用肛测法,诊断标准为体温大于37.7℃。需注意的是,诊断时需排除测量误差。常见的测量误差见于以下情况:采用腋测法时,腋窝有汗液;体温计未能夹紧;测量局部有致热或降温物质;测量前未将体温计的水银柱甩到35℃以下等。

四、鉴别诊断

主要指发热可能原因的临床诊断,一般依据发热临床表现和伴随症状进行判断。发热常见伴随症状及临床意义见表1-1-4。

表 1-1-4 发热常见伴随症状及临床意义

伴随症状	临床意义
寒战	患者反复发生寒战，多见于血流感染、疟疾等感染性疾病。而于输液或输血中发生的仅一次的寒战，则多为输血及输液反应等。
淋巴结肿大	全身性淋巴结肿大多提示为全身性疾病，常见于传染性单核细胞增多症、组织坏死性淋巴结炎、淋巴瘤及转移癌等。疼痛明显的淋巴结多提示淋巴结炎；无痛性淋巴结肿大需注意淋巴瘤、转移癌的可能。
肝脾肿大	多见于白血病、淋巴瘤、传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、布鲁菌病、疟疾及急性血吸虫病等。
皮疹	常见于麻疹、风疹、猩红热、伤寒等法定传染病、结缔组织病、风湿热以及药物热等。
出血	常见于流行性出血热和血液系统疾病等。
昏迷	多见于颅内感染，如流行性乙型脑炎。而斑疹伤寒及中毒性菌痢等也可引起昏迷发生。

五、治疗

1. 病因治疗　病因治疗需在明确疾病诊断后，依据病因制订个体化的治疗方案，同时辅以一般治疗。

2. 对症治疗　包括药物治疗、非药物治疗和一般治疗。

(1)药物治疗

1)解热镇痛药：是目前缓解发热症状最主要的药物，如对乙酰氨基酚(扑热息痛)、布洛芬及氨基比林等。对乙酰氨基酚和布洛芬为口服制剂，而氨基比林可肌肉注射，吲哚美辛栓剂则可直肠内使用。解热镇痛药物主要的不良反应是对胃黏膜的损伤，可引起急性胃黏膜损伤，进而出现上消化道出血。而这类药物对肾脏的影响则表现为间质性肾炎，患者可出现蛋白尿等改变。对乙酰氨基酚长期或过量服用可引起肝细胞坏死；儿童应用阿司匹林退热需警惕瑞氏综合征。

2)糖皮质激素：对于发热患者，糖皮质激素并非常规应用药物。对发热原因尚不明确病例不推荐使用糖皮质激素作为退热药物。反复或大量应用糖皮质激素可引起机体较严重的不良反应，包括骨质疏松、股骨头坏死、胃溃疡、血糖升高、血压升高、钠水潴留以及因免疫抑制引起感染扩散等。地塞米松因半衰期很长(可达 36～54 小时)，对发热的影响更为显著，更不应随意使用。

(2)非药物治疗：针对发热的主要非药物治疗方法为物理降温，常用冰袋、冰帽、温水和乙醇局部擦浴。应用冰袋需注意：如冰块已经完全融化则应更换；冰袋不应直接接触皮肤；定期更换部位。应用乙醇擦浴需注意乙醇对皮肤的刺激作用，乙醇浓度不宜过高。

(3)一般治疗：患者反复发热增加机体消耗；反复应用退热药则可能引起胃黏膜损伤和间质性肾炎；患者发热时机体不感蒸发增加，而应用退热药物大量出汗，则易出现脱水及低钠血症等离子紊乱。因此，发热患者需注意液体补充、热量补充、离子补充。必要时可应用胃黏膜保护剂以减少非甾体退热药对胃的损伤。

(王　爽　王杰萍)

第二章

胸　痛

一、病因

胸痛是临床上常见的症状，主要由胸部疾病所致，少数由其他疾病引起。

二、临床表现

1. 发病年龄　青壮年胸痛多考虑结核性胸膜炎、自发性气胸、心肌炎、心肌病、风湿性心瓣膜病；40 岁以上则须注意心绞痛、心肌梗死和支气管肺癌。

2. 胸痛部位　大部分疾病引起的胸痛常有一定部位。例如胸壁疾病所致的胸痛常固定在病变部位，且局部有压痛。若为胸壁皮肤的炎症性病变，局部可有红、肿、热、痛表现；带状疱疹所致胸痛，可见成簇的水泡沿一侧肋间神经分布伴剧痛，且疱疹不超过体表中线；肋软骨炎引起胸痛，常在第一、二肋软骨处见单个或多个隆起，局部有压痛、但无红肿表现；心绞痛及心肌梗死的疼痛多在胸骨后方和心前区或剑突下，可向左肩和左臂内侧放射，甚至达无名指与小指，也可放射于左颈或面颊部，误认为牙痛；夹层动脉瘤引起疼痛多位于胸背部，向下放射至下腹、腰部与两侧腹股沟和下肢；胸膜炎引起的疼痛多在胸侧部；食管及纵隔病变引起的胸痛多在胸骨后；肝胆疾病及膈下脓肿引起的胸痛多在右下胸，侵犯膈肌中心部时疼痛放射至右肩部；肺尖部肺癌引起疼痛多以肩部、腋下为主，向上肢内侧放射。

3. 胸痛性质和程度　胸痛的程度可呈剧烈、轻微和隐痛。胸痛的性质可有多种多样。例如带状疱疹呈刀割样或灼热样剧痛；食管炎多呈烧灼痛；肋间神经痛为阵发性灼痛或刺痛；心绞痛呈绞榨样痛并有重压窒息感；心肌梗死则疼痛更为剧烈并有恐惧、濒死感；气胸在发病初期有撕裂样疼痛；胸膜炎常呈隐痛、钝痛和刺痛；夹层动脉瘤常呈突然发生胸背部撕裂样剧痛或锥痛；肺梗死亦可突然发生胸部剧痛或绞痛，常伴呼吸困难与发绀。

4. 疼痛持续时间　平滑肌痉挛或血管狭窄缺血所致的疼痛为阵发性，炎症、肿瘤、栓塞或梗死所致疼痛呈持续性。如心绞痛发作时间短暂（持续 1～5 分钟），而心肌梗死疼痛持续时间很长（数小时或更长）且不易缓解。

5. 影响疼痛因素　主要为疼痛发生的诱因、加重与缓解的因素。例如心绞痛发作可在劳力或精神紧张时诱发，休息后或含服硝酸甘油或硝酸异山梨酯后于 1～2 分钟内缓解，而对心肌梗死所致疼痛则服上述药物无效；食管疾病多在进食时发作或加剧，服用抗酸剂和促动力药物可减轻或消失；胸膜炎及心包炎的胸痛可因咳嗽或用力呼吸而加剧。

三、诊断

(一) 胸壁疾病

1. 肋软骨炎 受累的肋软骨膨隆、肿大、有明显的自发性疼痛和压痛，局部无红、热改变，多数病例仅侵犯单根肋软骨，患处疼痛和压痛的程度轻重不等，严重者咳嗽、深呼吸、转身活动、抬举上肢，肋间肌和胸大肌牵扯痛。

2. 带状疱疹 患处皮肤自觉灼热感或者神经痛，触之有明显的痛觉敏感，持续1～3天，好发部位依次为肋间神经、颈神经、三叉神经和腰骶神经支配区域，患处常首先出现潮红斑，很快出现粟粒至黄豆大小的丘疹，簇状分布而不融合，继之迅速变为水疱，疱壁紧张发亮，疱液澄清，外周绕以红晕，各簇水疱群间皮肤正常；皮损沿某一周围神经呈带状排列，多发生在身体的一侧，一般不超过正中线。

(二) 心血管系统疾病

1. 心绞痛 前胸阵发性、压榨性疼痛，可伴有其他症状，疼痛主要位于胸骨后部，可放射至心前区与左上肢，劳动或情绪激动时常发生，每次发作持续3～5分钟，可数日一次，也可一日数次，休息或服用硝酸酯制剂后消失。

诊断：典型的症状加心电图检查可见以R波为主的导联中，ST段压低，T波平坦或倒置，发作过后数分钟内逐渐恢复，心电图负荷试验或24小时动态心电图连续监测，选择性冠状动脉造影确诊。

2. 心肌梗死 剧烈而较持久的胸骨后疼痛，持续时间超过30分钟，可出现发热、心动过速、白细胞增高和红细胞沉降率加快、胃肠道症状、心律失常、低血压和休克、心力衰竭等。

诊断：典型的ST段抬高型心肌梗死心电图表现是ST段抬高呈弓背型，病理性Q波，T波倒置，其动态改变是：起病数小时内，可尚无异常或出现异常高大两肢不对称的T波，为超急性改变；数小时后ST段明显抬高，弓背向上，与直立的T波连接，形成单相曲线，数小时至2日内出现病理性Q波，同时出现R波减低；为急性期改变，Q波在3～4天内稳定不变，在早期如不进行治疗干预，ST段抬高持续数日至两周左右，逐渐回到基线水平，T波则变为平坦或倒置，为亚急性期改变；数周至数月后，T波呈V形倒置，两肢对称，波谷尖锐，为慢性期改变；T波倒置可永久存在，超声心动图提示室壁运动功能异常，心肌坏死标志物(肌钙蛋白、心肌酶)增高。

3. 主动脉夹层 突发的、剧烈的、胸背部撕裂样疼痛，严重的可以出现心衰、晕厥、甚至突然死亡，多数患者同时伴有难以控制的高血压，周围动脉搏动消失，左侧喉返神经受压时可出现声带麻痹，在夹层穿透气管和食管时可出现咯血和呕血，夹层压迫上腔静脉出现上腔静脉综合征，压迫气管表现为呼吸困难，压迫颈胸神经节出现Horner综合征，压迫肺动脉出现肺栓塞体征，夹层累及肠系膜和肾动脉可引起肠麻痹乃至坏死和肾梗死等体征，胸腔积液也是主动脉夹层的一种常见体征，多出现于左侧。

诊断：结合典型的症状及普通胸片就可以提供诊断的线索，对于急性胸背部撕裂样疼痛，伴有高血压的患者，如果发现胸片中上纵隔影增宽，或主动脉影增宽，一定要进行进一步CTA、MRA检查，数字剪影血管造影(DSA)是诊断主动脉夹层“黄金标准”，超声检查可显示真、假腔的状态及血流情况，还可显示并发的主动脉瓣关闭不全、心包积液及主动脉弓分支动脉的阻塞等情况。

4. 心包疾病 患者常有气短、颈静脉怒张、心界扩大、脉压小及奇脉，重者有肝大、腹水。

诊断：结合典型的症状加X射线心脏检查及超声检查可以证实大量心包积液存在。结核性心包炎、肿瘤转移心包及黏液性水肿常有大量心包积液，穿刺心包液体检查其性质，对病因诊断有极大帮助。

（三）呼吸系统疾病

1. 肺栓塞 主要是突发胸痛、咯血、呼吸困难和休克。

诊断：大多数呈非特异性的心电图异常。最常见的改变是窦性心动过速。当肺动脉及右心压力升高时，可出现V1-V2甚或V4 T波倒置和ST段异常，也可表现为：Ⅰ导联S波加深，Ⅲ导联出现Q波及T波倒置。常有低氧血症，核素肺通气-灌注扫描异常，肺动脉CTA可见肺动脉大分支血管的栓塞。如可疑下肢深静脉血栓可行肢体静脉造影多普勒超声血管检查，肺功能检查包括肺泡氧分压与动脉血氧分压差通气/血流灌注比值和无效腔气量/潮气量比值。

2. 胸膜炎 胸痛、咳嗽、胸闷、气急，甚至呼吸困难。感染性胸膜炎或胸腔积液继发感染时，可有恶寒、发热，病情轻者可无症状。不同病因所致的胸膜炎可伴有相应疾病的临床表现。

诊断：血常规：白细胞计数正常或早期略增高，很少超过12×10^9/L，血沉增快；痰菌检查：痰菌阳性，胸液检查为渗出性、透明、草黄色，、比重大于1.018；李凡他试验阳性，蛋白定量大于30g/L；胸部X线检查：中、下肺野大片密度增深阴影，少量积液时仅表现肋膈角变钝。

3. 自发性气胸 胸痛常在发生气胸当时出现突然尖锐性刺痛和刀割痛，疼痛部位不肯定，可局限在胸部，亦可向肩、背、上腹部放射，明显纵隔气肿存在时，可出现持续的胸骨后疼痛，刺激性咳嗽等。

诊断：典型的症状及肺功能检查出现严重的肺功能障碍。动脉血气检查为低氧血症；X线检查是诊断气胸最可靠的方法，可显示肺萎缩程度、有无胸膜粘连、纵隔移位及胸腔积液等，气胸侧透明度增强，无肺纹理，肺萎缩于肺门部，和气胸交界处有清楚的细条状肺边缘，纵隔可向健侧移位，尤其是张力性气胸更显著，少量气胸则占据肺尖部位，使肺尖组织压向肺门；如有液气胸则见液平面，CT检查对胸腔内少量气体的诊断较为敏感。

4. 大叶性肺炎 典型症状为突然寒战、高热，体温高达39～40℃，呈稽留热型，伴有头痛、全身肌肉酸软、食欲缺乏、咳嗽、咳痰，早期为刺激性干咳，继而咯出白色黏液痰或带血丝痰，1～2天后，可咯出黏液血性痰、铁锈色痰、脓性痰，消散期痰量增多，痰黄而稀薄；胸痛，常有剧烈胸痛，呈针刺样，随咳嗽或深呼吸而加重，可向肩或腹部放射，下叶肺炎可刺激隔胸膜引起腹痛，可被误诊为急腹症；呼吸困难因肺实变致通气不足、气体交换障碍、动脉血氧饱和度降低而出现发绀、胸痛、呼吸困难。其他症状少数有恶心、呕吐、腹胀或腹泻等胃肠道症状，重症时可出现神志模糊、烦躁、嗜睡、昏迷等。

诊断：典型的症状及血常规检查包括血白细胞总数及分类：白细胞总数超过10×10^9/L，中性白细胞百分比超过70%，则提示为细菌引起的肺炎，病菌浓度≥10^7cfu/ml，可认为是肺炎的致病菌，血和胸腔积液培养是肺炎病原学诊断的方法，X线胸片检查是肺炎的重要检查方法，CT、MRI检查对于经X线胸片检查不能确诊的患者，可进行CT、MRI检查，以明确诊断。

5. 肺癌 肺癌早期症状常较轻微，甚至可无任何不适。中央型肺癌症状出现早且重，周围型肺癌症状出现晚且较轻，甚至无症状，常在体检时被发现。肺癌的症状大致分为：局部症状、全身症状、肺外症状、浸润和转移症状。局部症状如咳嗽、痰中带血或咯血、胸痛、胸闷、气急、声音嘶哑；全身症状如发热、消瘦和恶病质；肺外症状如肺源性骨关节增生症、与肿

瘤有关的异位激素分泌综合征；外侵和转移症状如淋巴结转移，胸膜受侵和转移，上腔静脉综合征，肾脏转移，消化道转移，骨转移；中枢和周围神经系统症状如癌肿压迫或侵犯颈交感神经引起 Horner 综合征，压迫或侵犯臂丛神经时引起臂丛神经压迫征，表现为同侧上肢烧灼样放射性疼痛、局部感觉异常和营养性萎缩。肿瘤侵犯膈神经时，可造成膈肌麻痹；出现胸闷、气急，压迫或侵犯喉返神经时，可致声带麻痹出现声音嘶哑。

诊断：典型的症状及通过 X 线检查可以了解肺癌的部位和大小，可能看到由于支气管阻塞引起的局部肺气肿、肺不张或病灶邻近部位的浸润性病变或肺部炎变；支气管镜检查：通过支气管镜可直接窥察支气管内膜及管腔的病变情况，：采取肿瘤组织供病理检查，或吸取支气管分泌物做细胞学检查，以明确诊断和判定组织学类型；痰细胞学检查；剖胸探查术；ECT 检查；纵隔镜检查。

（四）纵隔疾病

食管癌：早期症状常不明显，但在吞咽粗硬食物时可能有不同程度的不适感觉，包括咽下食物哽噎感、胸骨后烧灼样、针刺样或牵拉摩擦样疼痛、食物通过缓慢并有停滞感或异物感等。哽噎停滞感常通过吞咽口水后缓解消失。症状时轻时重，进展缓慢；中晚期食管癌典型的症状为进行性吞咽困难，先是难咽干的食物，继而是半流质食物，最后水和唾液也不能咽下，常吐黏液样痰，为下咽的唾液和食管的分泌物。患者逐渐消瘦、脱水、无力，持续胸痛或背痛表示为晚期症状，癌已侵犯食管外组织。

诊断：典型的症状及 X 线双重对比造影早期可见食管黏膜皱襞紊乱、粗糙或有中断现象，小的充盈缺损，局限性管壁僵硬，蠕动中断，小龛影，中、晚期有明显的不规则狭窄和充盈缺损，管壁僵硬，有时狭窄上方口腔侧食管有不同程度的扩张；B 超检查是否有肝脏等脏器转移；实验室检查贫血程度和癌胚抗原检测；CT 检查有无脑部、肺部等处转移。

四、院前急救

以胸痛为主要症状的疾病有些十分凶险，如急性心肌梗死、主动脉夹层、急性肺动脉栓塞和气胸等，需根据症状和体征正确识别判断和迅速转院治疗，在基层如及时适当处理，可挽救患者生命和有利于转院后进一步治疗。

1. 气胸　气胸多数通过保守和排气疗法可有效治疗，但张力性气胸病情危急，应迅速解除。胸腔内正压以避免发生严重的并发症，紧急时应立即胸腔穿刺排气。在基层无其他抽气设备时，为抢救患者生命，可用粗注射针头，剪取一节橡皮手套的指套，指套末端剪一小裂缝扎在针头尾部，通常选择患侧胸部锁骨中线第 2 肋间为穿刺点插入胸腔临时排气，高压气体从小裂缝排出，待胸腔内减压至负压时套囊即塌陷，小裂缝关闭，气胸症状得到缓解，必要时转院进一步治疗。

2. 急性心肌梗死　通过详细询问症状，特别是剧烈持续的胸骨后疼痛大于 30 分钟以上患者，结合既往病史、心血管危险因素、心电图 Q 波、ST-T 动态改变，可诊断急性心肌梗死。应询问病史、体格检查和 18 导联心电图，明确诊断后，首先应缓解症状，无禁忌证的患者，立即舌下含用硝酸甘油 0.5～1.0mg，每 5 分钟重复一次，总量不超过 1.5mg；其次可进行抗血小板治疗，立即使用阿司匹林 300mg 嚼服，有阿司匹林禁忌及消化性溃疡、消化道出血者，立即给予氯吡格雷 300～600mg 口服，尽快转运上级医院进一步治疗。

（唐海沁　杜雪平）

第三章

心　悸

心悸(palpitation)是指人们主观感受到的一种和心脏跳动相关的不适感觉，经常也被称为心慌。

一、临床表现

心悸表现为自觉心脏跳动的不适感或心慌感。

二、心悸与心率、心律的关系

1. 心悸与心率快慢变化不一定平行　心悸与心率快慢变化不一定平行，可伴有心率加快，也可有心率减慢；还有可能是正常范围心率。

2. 心悸与心律　心悸时与心律变化不一定平行，可伴有心律失常；心悸时也可能是正常心律。

三、诊断

1. 心悸可见于生理状态　例如健康人吸烟，饮浓茶、咖啡或酒，进行剧烈运动，情绪激动，精神紧张，女性妊娠等。

2. 心悸可见于心脏本身疾病　例如心室肥大、心肌缺血、充血性心力衰竭以及各种心律失常(如窦性心动过速、窦性心动过缓、病窦综合征、房性期前收缩、心房扑动、心房颤动、阵发性室上性心动过速、室性期前收缩、室性心动过速、心室颤动、一度或二度或三度房室传导阻滞等)。

3. 心悸可见于心脏以外一些疾病　例如发热、甲状腺功能亢进症、贫血、休克、低血糖、嗜铬细胞瘤、肺动脉血栓栓塞、主动脉夹层、张力性气胸等，往往在心悸同时还伴随一些其他症状。

4. 心悸可见于自主神经功能紊乱　例如心脏神经官能症、β-受体功能亢进、更年期综合征等。

5. 心悸可见于应用某些药物时　一些药物如肾上腺素、去甲肾上腺素、异丙基肾上腺素、阿托品、甲状腺素片、咖啡因等应用时都可能出现心悸。

四、鉴别诊断

1. 心悸伴随发热　可见于一些感染性疾病如急性呼吸道或胃肠道传染病、感染性心内膜炎，此时心悸多因为发热引起代谢增强，导致心率加快和心脏搏动增强而产生；也可见于

一些非感染性疾病如风湿热、心脏本身的疾病，如心肌炎、心包炎等。

2. 心悸伴随贫血 可见于各种急性或慢性失血性疾病，如慢性胃肠道失血、胃十二指肠溃疡出血、月经过多、痔疮、肺结核、支气管扩张等。此时心悸多因为贫血引起器官或组织缺氧，机体通过调节心率来提高心输出量以增加氧供，增快的心率会引起心悸的感觉。

3. 心悸伴随晕厥 主要见于心律失常如窦性停搏、二度房室传导阻滞、三度房室传导阻滞、室性心动过速、病态窦房结综合征等；此时心悸多因为上述心律失常引起心率减慢，心脏舒张期延长，心室充盈时间延长导致心脏搏动增强而产生。也可见于肺血栓栓塞症，多见于栓塞肺动脉主干或大面积肺栓塞时。

4. 心悸伴随胸痛 可见于心脏本身疾病如心肌缺血、心肌炎、心包炎等，此时心悸多因为交感神经兴奋性增加引起心率增快、心脏搏动增强。也可见于主动脉夹层、肺动脉栓塞、张力性气胸等疾病。

5. 心悸伴随呼吸困难 可见于心脏本身疾病如心力衰竭、心肌缺血、心肌炎、心包积液等。此时心悸多因为交感神经兴奋性升高和肾素-血管紧张素-醛固酮系统激活引起心率加快和心肌收缩力增加。也可见于肺血栓栓塞症、肺动脉高压、肺源性心脏病、重度贫血等。

6. 心悸伴随消瘦 可见于甲状腺功能亢进症，此时心悸多因为甲状腺激素升高引起交感神经兴奋性增加所致；也可见于糖尿病心肌病，此时心悸多因为糖尿病引起心脏微血管病变和心肌代谢紊乱导致心律失常。

7. 心悸伴随出汗 可见于甲状腺功能亢进症；也可见于低血糖症，此时心悸多因为发作低血糖时，交感神经兴奋性增加导致释放去甲肾上腺素、肾上腺素等所致。

五、治疗

（一）生理状态引起的心悸的治疗

对于健康人吸烟、饮浓茶、咖啡或酒、进行剧烈运动、情绪激动、精神紧张等引起的心悸的治疗主要是非药物方式，包括去除诱因如戒烟、饮淡茶、减少咖啡或酒的摄入量；在一定范围内适量运动；保持良好心态及避免情绪大起大落和精神过度紧张等。

（二）心脏本身疾病引起的心悸的治疗

1. 心力衰竭的治疗 针对病因、去除诱发因素、休息、限制钠盐、药物治疗（根据具体情况选择利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素受体拮抗剂、醛固酮受体拮抗剂、β-受体阻滞剂、正性肌力药如洋地黄类、硝酸酯类等）；对部分难治性心力衰竭患者可根据适应证进行心脏再同步化治疗或心脏移植。

2. 心肌缺血的治疗 去除诱发因素、保持适当体力活动、一般不需要卧床休息、控制饮食不饱餐、药物治疗（根据具体情况选择 β-受体阻滞剂、硝酸酯类、钙通道阻滞剂、曲美他嗪）、介入治疗、外科手术治疗。

3. 窦性心动过速的治疗 针对病因、去除诱因、部分患者可能需要使用 β 受体阻滞剂或地尔硫䓬来控制心率在合适范围。

4. 窦性心动过缓的治疗 一般没有供血不足症状的患者可以随访观察。若患者出现心率缓慢相关的供血不足，临时可用一些提高心率的药物如阿托品、异丙肾上腺素等。必要时需要植入临时或永久性心脏起搏器。

5. 病窦综合征的治疗 对于表现为心动过缓的患者，一般如果没有供血不足的症状可以随访观察；若患者出现心率缓慢相关的供血不足，需要植入心脏起搏器。对于表现为心动