**全科主治医师考试：《答疑周刊》2018年第6期**

问题索引：

一、【问题】呕吐的诊断要点是什么？

二、【问题】呕吐的处理要点是什么？

三、【问题】发热的分类有什么？

具体解答：

**一、【问题】呕吐的诊断要点是什么？**

【解答】

（一）呕吐伴腹痛

1.局限性腹痛

（1）胃、十二指肠溃疡：消化性溃疡是消化系统最常见的疾病。患者既往有溃疡病史，除呕吐外，可有节律性的中上腹隐痛、钝痛或剧痛，进食后能缓解，可伴反酸、嗳气，胃镜检查可明确诊断。

（2）急性细菌性胃炎：此病多有进食不洁食物史且同食者均有发病，患者可有中上腹痛伴呕吐、发热、乏力、口干及尿少等症状，呕吐物及大便检验有助诊断。

（3）急性病毒性肝炎：患者常有肝炎接触史。临床上有呕吐、右上腹疼痛、发热、食欲不振、乏力、恶心、黄疸及肝肿大等症状，血清中氨基转移酶及胆红素增高。

（4）急性胆囊炎、胆石症：患者可有进食油腻食物史。可有右上腹疼痛、阵发性加剧并向右肩及腰部放射；可有发热、恶心和黄疸等症状。Murphy征阳性。

（5）急性阑尾炎：典型的急性阑尾炎有转移性右下腹疼痛，麦氏点压痛或有肌紧张及反跳痛，同时出现发热、呕吐症状。

（6）输尿管结石：患者可有腹部绞痛，疼痛可向外阴部放射，常有尿频、尿急、血尿或呕吐的症状，结合X线片及超声常可明确诊断。

2.弥漫性腹痛

（1）急性腹膜炎：患者有全腹疼痛、拒按、触之成板样硬，同时有发热、恶心、面色苍白、心悸、脉细速及休克等症状。超声及腹穿检查可作为辅助诊断的方法。

（2）肠梗阻：肠梗阻的临床表现有全腹疼痛伴明显腹胀、恶心及呕吐；腹部望诊可见肠型，听诊肠鸣音消失或亢进，腹部X线检查有助诊断。

（二）呕吐伴腹胀

1.幽门梗阻：患者多有溃疡病史。临床上有上腹部饱胀，恶心呕吐，呕吐后腹胀稍缓解。呕吐物常为宿食，腹部体征可见蠕动波触之有震水声，诊断可借助胃镜及X线片。

2.肝硬化失代偿：患者有慢性肝病史，肝功能异常，有腹水或明显气胀，或二者兼而有之，患者食欲减退明显，有时可有恶心呕吐。腹部超声检查可助诊断。

（三）呕吐伴头痛

1.脑梗死脑：出血患者可有头痛、呕吐、流涎、口角歪斜及肢体软弱无力或偏瘫等症状，CT检查可见梗死灶或出血灶。

2.蛛网膜下腔出血：本病常突然发生剧烈性头痛，持续难忍，出现呕吐、视力模糊及昏迷等症状，CT或脑脊液检查可明确诊断。

3.脑肿瘤：有持续性头痛，但不很剧烈，常伴有呕吐、视力模糊、面瘫、听力减弱及肢体无力等，CT检查可明确诊断。

（四）呕吐伴发热

1.中枢神经系统感染：此病起病急，患者全身中毒症状重，有发热、头痛、呕吐、嗜睡、抽搐及昏迷等症状；布氏、克氏征阳性；脑脊液检查能明确诊断。

2.其他系统感染性疾病：小儿和老年人的呼吸道、消化道及泌尿道的感染常伴有发热、咽痛、咳嗽、呕吐、腹泻、尿频及尿痛等症状。血白细胞及中性粒细胞增高，通过相关各系统主要检查可以诊断原发疾病。

（五）呕吐伴胸痛：心肌梗死患者常有高血压、高脂血症及心绞痛的病史，如突然发生胸痛、心悸、出冷汗、脉细速及休克等症状，根据临床表现、心肌酶谱及心电图检查可确诊。

（六）呕吐伴眩晕：梅尼埃病多见于女性患者。发病时可有呕吐、眩晕而不能睁眼，卧床后症状稍有缓解，数天后可恢复，常见眼球有震颤而无阳性神经系统体征。

（七）呕吐伴心理障碍 ：神经官能性呕吐此病以女性多见，常有精神心理障碍病史。临床上除呕吐外，无其他任何症状。尽管发生呕吐，但仍能照常工作和生活。

（八）其他

1.糖尿病酮症酸中毒：患者多有糖尿病史。除呕吐外，可闻及烂苹果气味，重者可发生水、电解质紊乱。高血糖及血尿酮体阳性有助于诊断。

2.早期妊娠：凡月经过期的生育年龄妇女，喜食酸味食物，伴疲乏、恶心、呕吐及晕倒等症状时，应做尿妊娠试验以明确诊断。

**二、【问题】呕吐的处理要点是什么？**

【解答】

1.医师应安慰患者，使其保持安静。为患者擦净呕吐物，嘱漱口清洁口腔及卧床休息，暂时禁食。

2.应保留患者的呕吐物、二便及食具，以备查验。

3.对消化性溃疡患者给予必要的、足够疗程的药物治疗。对幽门梗阻的患者应先嘱其禁食，并作胃肠减压，同时给予静脉补液以纠正水、电解质紊乱，并转至专科医院以明确病因。

4.对常见感染性疾病伴呕吐者，如抗感染治疗无效或病情加剧时，应转上级医院进一步治疗。

5.中枢系统感染、脑部疾病、败血症、急性肝炎、胆囊炎、腹膜炎及肠梗阻等危重患者应立即转上级医院，以免延误诊治。

三、【问题】发热的分类有什么？

【解答】

发热可分为感染性与非感染性两大类。

（一）感染性发热

1.呼吸系统感染 大多为热程在2周以内的急性发热，如上呼吸道感染，常伴有鼻塞、流涕、咽喉疼痛及全身酸痛，血常规示白细胞正常，多为病毒性感染；气管和支气管炎、肺炎、胸膜炎常伴有咳嗽、咳痰、咯血及胸痛等症状，可检查血白细胞、X线胸部摄片、痰培养等明确诊断。若上述症状伴长期低热（体温在37.3〜38℃持续4周以上），胸片显示两肺上叶病变，要考虑结核感染可能；若痰涂片找到抗酸杆菌、结核菌素（PPD）试验阳性则更有助于诊断。

2.泌尿系统感染 急性肾盂肾炎，以育龄女性多见，起病急骤、中度发热（38〜39℃）或高热（39〜41℃）。常有畏寒、寒战，伴尿频、尿急、尿痛及腰酸痛，查体可有肾区叩击痛。血象示白细胞总数和中性粒细胞增高，尿检示白细胞增多，也可有镜下或肉眼血尿及中段尿细菌定量培养阳性。

3.消化系统感染

（1）急性菌痢:于夏季多见，常有不洁饮食史，并伴有腹痛、腹泻或脓血便，大便细菌培养

阳性。中毒性菌痢在儿童中较为多见，临床表现有高热伴意识障碍，为明确诊断常需做便培养。

（2）伤寒、副伤寒：呈稽留热，体温持续在39〜41℃，常伴有神志淡漠、心率相对缓慢，可见玫瑰疹，血常规示白细胞减少和嗜酸性粒细胞消失，肥达试验及血培养可呈阳性。

4.腹腔脏器感染 在急性胆囊炎、胰腺炎、阑尾炎中，患者常伴有腹痛或腹部包块，根据腹痛的部位、白细胞计数和B超等检查一般不难判断。如急性胆囊炎，常有右上腹痛并放射至右肩背部。急性胰腺炎为中上腹痛伴血清淀粉酶升高。急性阑尾炎常伴有转移性右下腹痛，且右下腹有压痛及反跳痛。

5.心血管系统感染 感染性心内膜炎，多见于有基础心脏疾病者，如心瓣膜病变、人工心瓣膜置换术后等。可有中度发热或高热，呈弛张热；常伴乏力、多汗、肌肉酸痛等全身症状；有心脏杂音改变及血管栓塞征象，血培养阳性；心脏超声示有赘生物则有助于诊断。

6.神经系统感染

（1）流行性乙型脑炎:常见于夏秋季节（7〜9月份），儿童多见；起病急，有高热、头痛、呕吐、嗜睡等症状且伴颈项强直，脑膜刺激征可呈阳性；脑脊液检查示无色透明、压力增高、白细胞增多且以单核细胞增多为主，糖和氯化物正常。

（2）化脓性脑膜炎:多发生在冬春季节。脑脊液混浊，白细胞可数以万计，中性粒细胞占80%以上，糖减少，蛋白质增加，脑脊液涂片及培养有细菌生长。

7.急性传染病 如流行性出血热，多有明确的流行病学史，常以发热伴有结膜充血、酒醉貌及肾功能损害为其特点。另外，急性发疹性传染病，如猩红热、风疹、麻疹和水痘等常有发热，可根据患者的年龄、出疹的特点及伴随的症状，一般不难诊断。

8.其他 对于长期不明原因的发热，应注意隐蔽部位的病变，如肝脏、腋下、脊椎、盆腔、鼻窦、乳突等局部脓肿，尤其是肝脓肿早期常无局部体征；结核或脊椎旁脓肿体检时常易被忽略；粟粒性结核可有眼脉络膜结核结节；直肠指检可发现肛旁脓肿、前列腺脓肿等，故眼底检查、直肠指检应作为发热的常规检查。

（二）非感染性发热

1.血液系统疾病 如急性白血病、急性再障、恶性组织细胞病以及淋巴瘤等常以发热为首发症状，且伴有贫血、出血，或肝、脾、淋巴结肿大，可行血常规、骨髓检查或淋巴结活检，以明确诊断。

2.风湿性疾病 如风湿热、系统性红斑狼疮、多发性肌炎和皮肌炎、成人STill病、结节性多动脉炎及韦格纳肉芽肿等，此类患者可有长期发热（2周以上），伴有皮肤、关节及全身多器官的损害，免疫学检查常可测出多种自身抗体。

3.恶性肿瘤 各种实体肿瘤常有低热及相应部位的症状和体征，需要进一步检查。如肝癌常有肝大、肝区疼痛及既往有慢性肝病史等，可行肝功能、甲胎蛋白、B超或CT等检查以明确诊断。

4.其他

（1）代谢障碍性疾病:如甲亢，由于代谢亢进使产热增多；或重度脱水使散热减少而导致发热。

（2）中枢性发热:在高温季节，对高龄老人或野外作业者，有突然高热伴神志不清时，应考虑中暑。还有一些感染后低热、生理性发热等均需除外器质性疾病才能做出诊断。

全科主治医师考试：《答疑周刊》2018年第6期（word版下载）

〖医学教育网版权所有，转载务必注明出处，违者将追究法律责任〗