

<<实用消化系统疾病症状体征鉴别诊断>>

图书基本信息

书名：<<实用消化系统疾病症状体征鉴别诊断>>

13位ISBN编号：9787801218926

10位ISBN编号：7801218922

出版时间：2006-12

出版时间：军事医学科学出版社

作者：闫春雷

页数：363

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

## <<实用消化系统疾病症状体征鉴别诊断>>

### 内容概要

《实用五官科疾病症状体征鉴别诊断》以症状体征为纲，以疾病为目，辩证地讨论和建立妇产科系统疾病的诊断步骤和方法。

总论部分阐述了诊断的基本步骤、诊断思维、诊断依据和方法、诊断形式和内容等；然后分述了五官科常见症状体征约22个，对每个症状体征分别按病理分类、机理、诊断方法、鉴别诊断予以阐述。

本书体现了全、新、精的特点，是提高临床医生症状体征诊断鉴别水平和能力的工具书。

书籍目录

第一篇 总论 第一章 诊断的基本步骤 第二章 诊断的思维 第三章 诊断的依据和方法 第四章 诊断的形式和内容  
第二篇 五官科特殊检查法 第一章 眼科特殊检查法 第二章 耳鼻咽喉检查法 第三章 口腔科特殊检查  
第三篇 各论 第一章 视力障碍 第二章 红眼 第三章 泪溢 第四章 角膜浑浊 第五章 眼球突出 第六章 眼球内陷 第七章 眼痛 第八章 色觉异常 第九章 听力异常 第十章 耳鸣 第十一章 耳痛 第十二章 耳溢液 第十三章 鼻出血 第十四章 鼻溢液 第十五章 咽痛 第十六章 声音嘶哑 第十七章 咽部异物感 第十八章 口腔痛 第十九章 口炎、舌炎、龈炎 第二十章 口臭 第二十一章 牙齿异常 第二十二章 腮腺区肿大

## 章节摘录

书摘第三章 头痛 头痛是临床上最常见的症状之一，涉及到各个科室，尤其在神经系统疾病中多见，其病因十分复杂。

发病率高，人群中几乎90%的人一生中都有头痛发作，有人称头痛是仅次于感冒的常见病，其实头痛是一种症状，而不是一种疾病。

头痛一般是指前面在眉毛以上，后面在枕下部以上即头颅上半部这一范围的疼痛。

一、病因分类(一)理化因素颅内、外致痛组织受到炎症、损伤或肿物的压迫、牵引、伸展、移位等因素而致头痛。

1. 血管被压迫、牵引、伸展或移位导致的头痛 常见于： 颅内占位性病变：如肿瘤、脓肿、血肿等使血管受到压迫、牵引，伸展或移位； 颅内压增高：如脑积水、脑水肿、静脉窦血栓形成、脑肿瘤或脑囊虫压迫堵塞； 颅内低压：如腰穿或腰麻或手术、外伤后，脑脊液丢失较多，导致颅内低压。

2. 各种原因引起颅内、外动脉扩张导致的头痛 如颅内、外急性感染时，病原体毒素可以引起动脉扩张；代谢性疾病如低血糖、高碳酸血症与缺氧；中毒性疾病如一氧化碳中毒，酒精中毒等；脑外伤、癫痫、急性突发性高血压(嗜铬细胞瘤、急性肾炎等)。

3. 脑膜受到化学性刺激 (1)细菌性脑膜炎：如脑膜炎双球菌、肺炎双球菌、链球菌、葡萄球菌、大肠杆菌、绿脓杆菌、变形杆菌、淋球菌、产气杆菌、肺炎杆菌、结核杆菌、布氏杆菌等。

(2)病毒性脑膜炎：如肠道病毒、疱疹病毒、虫媒病毒、流行性腮腺炎病毒。

(3)其他生物感染性脑膜炎：如隐球菌、钩端螺旋体、立克次体、弓形虫病、阿米巴、囊虫病、血吸虫等。

(4)血性脑脊液：如蛛网膜下腔出血、腰穿误伤血管及脑外伤等引起硬、软脑膜炎及蛛网膜发生炎症反应。

(5)癌性脑膜炎：如癌症的脑膜转移、白血病、淋巴瘤的脑膜浸润。

(6)反应性脑膜炎：如继发于全身感染、中毒，以及耳鼻感染等。

(7)脑室或鞘内注射药物或造影剂：无论是水溶性或非水溶性作为化学因素，动物试验证实均致脑膜炎反应。

4. 头颈部肌肉持久的收缩 如头颈部肌肉持续收缩、颈部疾病引起反射性颈肌紧张性收缩，如颈椎骨性关节炎、颈部外伤或颈椎间盘病变等。

5. 脑神经、颈神经及神经节受压迫或炎症 常见三叉神经炎、枕神经炎、耳神经炎肿瘤压迫等。

6. 眼、耳、鼻、副鼻窦、牙齿等处的病变 可扩散或反射到头面部引起的放射性疼痛。

(二)内分泌因素 常见于女性偏头痛，初次发病常在青春期，有月经期好发，妊娠期缓解，更年期停止的倾向。

紧张性头痛在月经期、更年期往往加重。

更年期头痛，使用性激素类药物可使发作停止。

(三)精神因素 常见于神经衰弱、癔病或抑郁症等。

二、机理 (一)头痛的解剖生理学基础 头痛是头颅的痛觉纤维受到致痛性物质的刺激，产生神经冲动，经痛觉传导通路传递到大脑皮质痛觉感受区而产生痛觉。

部分精神性头痛如神经官能症，精神病忧郁症患者例外。

1. 颅内疼痛敏感组织 颅内疼痛敏感组织大体上可分为三部分： (1)血管：静脉窦和与之相连接处的皮质静脉、脑膜中动脉、脑底动脉环以及和其相连接处的脑动脉。

(2)硬脑膜：特别是颅底部硬脑膜，其中颅前窝在底部筛板处最敏感，颅中窝底部以硬脑膜中动脉附近最敏感。

(3)脑神经：三叉神经、舌咽神经、迷走神经及其神经节，面神经在颅内的根丝和颈1~3脊神经的分支受到刺激和牵扯时也会出现痛感。

2. 颅内疼痛不敏感组织 脑实质、脑室、室管膜、脉络丛、大部分软脑膜不产生疼痛感觉。

## &lt;&lt;实用消化系统疾病症状体征鉴别诊断&gt;&gt;

3. 颅外病变牵涉的头痛 颅外痛觉纤维广泛分布于各种组织, 包括头皮与面部所有结构如头皮和面部的皮肤、血管、肌肉, 以及口腔鼻腔的黏膜、中耳、外耳、牙髓、眶内组织等。虽然这些部位引起的疼痛都是局限性的, 但是却可以扩散至头部较大范围。

(二)头痛的传导 疼痛敏感组织感受疼痛刺激后, 由末梢感受器发出冲动, 经痛觉传导通路至大脑皮质。

1. 颅外疼痛 颅外疼痛由三叉神经、上段颈神经, 部分由舌咽神经、迷走神经传导。

2. 颅内的疼痛 颅内的疼痛由三叉神经、舌咽神经、迷走神经、颈2—3神经和大脑动脉周围的交感神经丛传导。

(1)小脑幕以上的结构遭受疼痛刺激时由三叉神经传导, 疼痛的感觉反映在前额部、颞侧部及眼眶部。

(2)小脑幕则由三叉神经第1支发生的小脑幕神经支配。

该神经与滑车神经邻近走行, 在小脑幕神经两层之间进入幕中, 向后走行并发出许多分支, 呈扇形网眼状排列, 并发出小分支到横窦、大脑镰后部、上矢状窦后部等处。

这样, 小脑幕上面、横窦上面和上矢状窦后部等处的刺激就可以沿着三叉神经第1支传导, 同时向眼眶, 前额和颞部放射引起该部头痛。

(3)颅后窝的痛觉刺激由舌咽迷走神经和颈1~3神经传导, 疼痛的感觉反映在枕部, 枕后部以及上颈部。

如果将头部按顶、耳、颌划线分为前后两部分, 一般说来幕上各颅内结构引起的头痛在前部, 幕下各结构引起的头痛在后部。

(4)横窦、直窦、乙状窦的痛觉由舌咽迷走神经传导。

一般来说幕上各颅内结构的痛觉刺激所造成的头痛多出现在经过头顶和耳廓切面的前方; 幕下各结构的痛觉刺激所造成的头痛多出现在此切面的后方。

3. 疼痛敏感组织受到伤害性刺激时, 或者对痛觉传导起抑制作用的结构受损时, 这些都会产生疼痛。

局部疼痛指疼痛的部位即是病变所在地, 多为感觉感受器或神经末梢受到伤害性刺激而引起; 扩散性疼痛表现为疼痛向邻近部位扩散, 即有一个神经分支扩张到其他分支。

如牙痛可导致面部和颞部疼痛; 灼痛为某些周围神经干病变中发生的剧烈烧灼样疼痛; 放射痛为沿着神经或神经干向末梢方向的放射性疼痛; 牵涉痛为在内脏病变中, 出现在同一脊髓节段所支配的皮肤区的疼痛; 中枢痛指中枢神经系统疾病中发生的自发性远端部位的疼痛; 幻肢痛指感到已经截去的肢体中发生的疼痛; 内脏痛通常难以定位, 可伴有牵涉痛和植物神经系统征象如面色苍白、出汗、血压降低等。

4. 关于偏头痛发病机理的几种学说 (1)血管学说: 认为偏头痛的发作前期先是颅内血管收缩, 接着头痛期是颅外血管扩张, 出现搏动性头痛, 同时颅内血管亦扩张。

在偏头痛发作开始时由于5-羟色胺从血小板中释放出来, 直接作用于颅内小血管而使之收缩, 当血浆中5-羟色胺浓度下降时, 其对大动脉的收缩作用消失, 即可出现血管扩张。

(2)神经学说: 认为偏头痛的发作是由于中枢神经系统紊乱所引起, 而血管的改变是继发于神经的影响, 其证据是部分患者在头痛发作前有情绪不稳、睡眠障碍、植物神经系统症状等, 并可有神经介质如某些肽类物质代谢紊乱。

(3)综合因素学说: 认为是神经、血管与神经介质三者综合性因素。

(4)心理因素: 一般具有高度紧张、认真、固执己见、争强好胜, 敏感、多疑、容易烦恼等人格特点。

(5)激素学说: 偏头痛往往在青春期开始发作, 部分女性患者的偏头痛发作与月经有关。

(6)其他因素: 钾离子在局部过高可导致疼痛, 交感神经兴奋性增高时亦导致疼痛, 另外姿势、烟酒也可导致疼痛, 如伏案工作者, 长时间低头、屈颈, 造成慢性、持久的颈部肌肉收缩, 引起疼痛。

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>