



附：诊断学基础自学考试大纲

诊断学基础

组编 / 全国高等教育自学考试指导委员会
主编 / 戴万亨

全国高等教育自学考试指定教材 中医学专业（本科）

中国中医药出版社

全国高等教育自学考试指定教材

中医学专业(本科)

诊断学基础

(附:诊断学基础自学考试大纲)

全国高等

员会组编

主 编 戴万亨

副主编 吴永康 魏学琴 周 萸

编 委 谢淑仪 叶学锋 舒惠荃

刘永家 董绪兰 孙德珠

黄大斌 詹华奎 张 泉

主 审 孙颖立

审定人 张海洲 邓道昌

中国中医药出版社

图书在版编目(CIP)数据

诊断学基础/戴万亨主编.

—北京:中国中医药出版社,2000.6

全国高等教育自学考试指定教材

ISBN 7-80156-086-8

I. 诊…

II. 戴…

III. 诊断学—高等教育—自学考试—教材

IV. R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2000)第 60014 号

责任编辑:傅芳

中国中医药出版社出版

(北京市朝阳区东兴路 7 号 电话:64151553 邮码:100027)

印刷者:涿州市星河印刷厂

开 本:787×1092 毫米 16 开

字 数:833 千字

印 张:33.5

版 次:2000 年10月第 1 版

印 次:2000 年10月第 1 次印刷

册 数:001-20100

书 号:ISBN 7-80156-086-8/R·087

定 价:45.00 元

版权所有,不得翻印;所购教材,如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请与当地教材供应部门联系调换。

组 编 前 言

当您开始阅读本书时,人类已经迈入了 21 世纪。

这是一个变幻难测的世纪,这是一个催人奋进的时代。科学技术飞速发展,知识更替日新月异。希望、困惑、机遇、挑战,随时随地都有可能出现在每一个社会成员的生活之中。抓住机遇,寻求发展,迎接挑战,适应变化的制胜法宝就是学习——依靠自己学习,终生学习。

作为我国高等教育组成部分的自学考试,其职责就是在高等教育这个水平上倡导自学、鼓励自学、帮助自学、推动自学,为每一个自学者铺就成才之路。组织编写供读者学习的教材就是履行这个职责的重要环节。毫无疑问,这种教材应当适合自学,应当有利于学习者掌握、了解新知识、新信息,有利于学习者增强创新意识,培养实践能力,形成自学能力,也有利于学习者学以致用,解决实际工作中所遇到的问题。具有如此特点的书,我们虽然沿用了“教材”这个概念,但它与那种仅供教师讲、学生听,教师不讲、学生不懂,以“教”为中心的教科书相比,已经在内容安排、形式体例、行文风格等方面都大不相同了。希望读者对此有所了解,以便从一开始就树立起依靠自己学习的坚定信念,不断探索适合自己的学习方法,充分利用已有的知识基础和实际工作经验,最大限度地发挥自己的潜能,达到学习的目标。

欢迎读者提出意见和建议。

祝每一位读者自学成功。

全国高等教育自学考试指导委员会

1999 年 12 月

编写说明

全国高等教育自学考试中医类专业教材《诊断学基础》是受全国高等教育自学考试指导委员会委托,由成都中医药大学组织有丰富教学和临床经验的教师编写的。教材编写严格按照全国高等教育自学考试中医类专业《诊断学基础》的大纲,在内容和要求上既与全日制普通高等中医院校中医类专业本科的培养目标大体相当,又要有利于自学。根据自学考生的特点确定本书应达到的目标和教学要求,然后据此精选内容。凡是书中出现的概念和术语尽量用通俗易懂的语言说明复杂的概念,力求讲透,达到让自学者容易读懂为目的。考虑到自考学生的部分基础课程知识的不足,在叙述时力求先补充这部分知识,以便于学生理解。

本书主要介绍西医诊断疾病的基本方法和原则,内容包括症状诊断、体检诊断、实验诊断、心电图及影像诊断、病历和诊断方法 5 大部分。书末附有临床常用诊断技术、临床心电图常用表及自学参考学时。为了便于自学,书中插图在本科教材的基础上,又有较大幅度增加;部分心律失常的心电图附有梯形图及文字说明。

全书线条图和心电图诊断、超声诊断、放射诊断及放射性核素诊断的图片放在文中相应部位,统一按章编号,用“图 $\times - \times$ ”表示。凡照片统一放在书后,也按章编号,以“照片 $\times - \times$ ”表示。

书中各种计量单位,均以法定计量单位表示。本书的医学名词尽量采用全国自然科学名词审定委员会公布的医学名词。

本书的插图,由成都中医药大学阳廷福老师绘制,特此致谢。

本书编写内容尽量结合中医专业的临床教学特点,以及不断提高的社会需求,突出思想性、科学性、先进性、启发性和实用性。教材虽经编写组多次修改,审定组专家认真负责地修改、审定,提出许多宝贵意见,但一定仍然存在很多缺点和错误,敬请使用本书的老师和同学们批评指正。

戴万亨

1999.12.16

目 录

绪论	1
----	---

第一篇 症状诊断

第一章 常见症状	5
第一节 发热	5
第二节 疼痛	9
第三节 呼吸困难	17
第四节 咳嗽与咯痰	20
第五节 咯血	22
第六节 恶心与呕吐	24
第七节 呕血与黑粪	26
第八节 腹泻	29
第九节 黄疸	31
第十节 惊厥	36
第十一节 意识障碍	38
第二章 问诊	41

第二篇 检体诊断

第三章 基本检查法	46
第四章 一般检查	51
第一节 全身状态检查	51
第二节 皮肤检查	58
第三节 浅表淋巴结检查	61
第五章 头部检查	64
第六章 颈部检查	72
第七章 胸部检查	75
第一节 胸部体表标志及分区	75
第二节 胸廓、胸壁及乳房检查	77
第三节 肺和胸膜检查	80
第四节 心脏血管检查	94
第八章 腹部检查	120
第九章 外生殖器、肛门和直肠检查	136
第十章 脊柱与四肢检查	139

第十一章 神经系统检查	143
-------------	-----

第三篇 实验诊断

第十二章 血液检查	160
第一节 血液一般检查	160
第二节 贫血的其他检查	165
第三节 血液流变学检查	167
第四节 止血与凝血功能检查	169
第五节 血型鉴定与配血试验	173
第十三章 骨髓检查	176
第十四章 尿液检查	181
第十五章 粪便检查	189
第十六章 胃及十二指肠引流液检查	193
第十七章 痰液检查	196
第十八章 浆膜腔穿刺液检查	198
第十九章 脑脊液检查	200
第二十章 免疫学检查	203
第二十一章 酶学检查	211
第二十二章 肝脏病常用的实验室检查	215
第二十三章 肾功能检查	222
第二十四章 血气分析及常用生化检查	227
第一节 血液气体分析和酸碱度测定	227
第二节 常用临床生化检查	230

第四篇 心电图及影像诊断

第二十五章 心电图诊断	236
第一节 心电图基本知识	236
第二节 心电图的测量、正常值及其变化的临床意义	247
第三节 心房及心室肥大	253

第四节	心肌梗死与心肌缺血·····	256
第五节	心律失常·····	263
第六节	某些心脏病、电解质紊乱 及药物所致的心电图改 变·····	278
第七节	与心电图检查有关的其 他检查·····	281
第八节	心电图的分析法及应用 价值·····	283
第二十六章	超声诊断 ·····	285
第一节	超声诊断的基础知识·····	285
第二节	超声心动图·····	288
第三节	肝胆胰脾声像图·····	296
第四节	肾、膀胱及前列腺声像 图·····	300
第五节	妇产科超声检查·····	302
第六节	其他部位的超声检查·····	305
第二十七章	放射诊断 ·····	310
第一节	总论·····	310
第二节	呼吸系统的放射诊断·····	317
第三节	循环系统的放射诊断·····	333
第四节	消化系统的放射诊断·····	342
第五节	泌尿系统的放射诊断·····	352
第六节	骨、关节系统的放射诊 断·····	357
第七节	中枢神经系统的放射诊 断·····	370
第八节	眼、耳鼻咽喉科的放射诊 断·····	375
第九节	介入性放射学·····	378
第二十八章	放射性核素诊断 ·····	382
第一节	总论·····	382
第二节	脏器功能检查·····	382
第三节	脏器显像·····	387
第四节	体外放射性分析·····	391

第五篇 病历与诊断方法

第二十九章	病历 ·····	397
--------------	-----------------	-----

第三十章	诊断步骤与临床思维方 法 ·····	405
-------------	-------------------------------	-----

附 篇

I	临床常用诊断技术 ·····	410
一、	胸膜腔穿刺术·····	410
二、	心包穿刺术·····	411
三、	腹腔穿刺术·····	412
四、	膝关节腔穿刺术·····	413
五、	腰椎穿刺术·····	414
六、	骨髓穿刺术·····	415
七、	肝脏穿刺术(肝脏活体组织穿 刺术)·····	416
八、	肾脏活体组织穿刺术·····	417
九、	淋巴结穿刺术·····	419
十、	胃液采集术·····	419
十一、	十二指肠液引流术·····	420
十二、	导尿术·····	421
十三、	直肠镜检查术·····	421
十四、	乙状结肠镜检查术·····	422
十五、	纤维内镜检查·····	423
十六、	中心静脉压测定·····	426
II	临床心电图常用表 ·····	428
III	自学学时安排表 ·····	432
	后记·····	434

附:诊断学基础自学考试大纲

《自学考试大纲》出版前言·····	437
I 课程性质与设置目的·····	438
II 课程内容与考核目标·····	439
III 有关说明与实施要求·····	472
附录 题型举例·····	474
《自学考试大纲》后记·····	476

绪 论

诊断学基础是研究诊断疾病的基本理论、基本技能和临床思维方法的学科。正确诊断疾病是临床医学的最基本任务之一，是预防和治疗疾病的前提。《诊断学基础》课程的基本任务是研究症状和体征的发生发展规律、机制及建立诊断的思维程序，从而以科学的态度在各种情况下去认识疾病。《诊断学基础》是基础医学与临床医学的桥梁课，也是临床各科的基础。中医和西医在诊断疾病时因理论不同各有特点而自成体系，但都面对的是同一对象——病人。中医学专业的学生学习《诊断学基础》的目的是要使学生能初步掌握西医诊断疾病的方法，为临床课奠定基础，为丰富中医临床诊断手段服务。

一、诊断学基础的内容

病人的实际病情往往错综复杂、变化多端。临床医生通过问诊、体格检查、实验室检查及各种临床辅助检查，将获取的资料进行科学的整理、分析、综合，以求提出符合病人客观实际的诊断。《诊断学基础》就是解决如何诊断疾病的一门课程。

《诊断学基础》的内容很广，新的检查手段和方法不断涌现，本教材中所涉及的只能是临床各科中最基本的方面，一些专业性较强的诊断技术将在实习和毕业后的医疗实践中逐步掌握。本书包括以下主要内容：

（一）症状诊断 包括问诊和常见症状。

1. 问诊 是医师通过和病人或有关人员交谈，借以了解疾病的发生发展、诊疗过程、既往健康情况，从而提出临床判断的一种诊断方法。症状诊断主要是通过问诊来实现的，问诊是诊断疾病的第一步，很多疾病可从问诊得出诊断或为进一步诊断提供重要的线索。

2. 症状 患病时，机体功能发生异常，病人主观感觉到的异常和不适，称为症状。症状常能较早提示疾病存在。临床上，病人出现异常感受时，有时尚不能检查出病理形态改变，此时，症状可能成为疾病的唯一表现。研究症状发生的病因和机制、同一症状在不同疾病时的特点，可以帮助我们对疾病进行分析和判断，对形成初步诊断或印象起着主导作用。本书所列的常见症状，只是众多症状中的一小部分。通过对常见症状的学习，使学生初步学会分析症状的病因、产生机制、临床表现和诊断要点，从而达到正确诊断的目的。

（二）检体诊断 医师运用自己的感官或借助于简单的检查工具对病人进行检查，称为体格检查。通过体格检查来收集资料、认识疾病的诊断方法，称为检体诊断。体格检查时的异常发现，称为体征。检体诊断是建立在解剖学和病理学基础上的。检体诊断的基本方法包括视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊。体格检查的操作具有很强的技艺性，必须经过严格的训练，才能达到动作轻柔、和谐、准确、娴熟。体格检查的结果正确与否，直接关系到诊断的正确与否，因而是建立正确诊断的关键。

详尽真实的病史和系统可靠的体格检查，可作出初步诊断或为诊断提供线索。现代科学技术的飞速发展，为我们诊断疾病提供越来越多的高、精、尖的仪器设备，但症状诊断和检体诊断仍然是最基本的诊断方法，而且不需要特殊设备，简便易行，因此是每个临床医师都

必须熟练掌握的基本功。

(三) 实验诊断 实验诊断是通过物理、化学和生物学等实验室检查方法,对病人的血液、体液、排泄物、分泌物、组织细胞等标本进行检查,从而获得疾病的病原体、组织的病理形态改变和器官功能变化等资料,再结合临床病情进行全面分析以协助临床进行诊断的一种实验室诊断方法。随着科学技术飞速发展,各种现代化仪器设备不断涌现,检查结果日益准确,检查范围不断扩大,实验诊断已成为临床诊断不可缺少的重要组成部分。但是,由于疾病的阶段性,标本的采集、转送和保存,检验方法的精确程度,仪器的稳定性,技术人员的熟练和细致程度等环节的不同,可能导致数据差异。当实验室检查结果与临床其他表现不符时,必须结合临床资料全面分析或进行必要的复查。

(四) 心电图及影像诊断 本书包括心电图诊断、超声诊断、放射诊断和放射性核素诊断。自伦琴 1895 年发现 X 线以后不久,在医学上就形成了放射诊断学并奠定了医学影像学的基础。50 年代到 60 年代开始应用超声与核素扫描进行人体检查,出现了超声显像和 γ 闪烁成像。70 年代到 80 年代又相继出现了 X 线计算机体层成像 (CT)、磁共振成像 (MRI) 和发射体层成像 (ECT)。虽然各种成像技术的成像原理与方法不同,诊断价值与限度各异,但都是使人体内部结构和器官形成影像,从而达到诊断的目的,因而它们同属于影像诊断的范畴。

1. 心电图诊断 心脏电激动时,将测量电极放置在心脏或人体表面的一定部位,用心电图机记录出来的心脏电变化的连续曲线,称为心电图。心电图主要用于诊断各种心律失常、各种心脏病变及危重病人的监护。心电图诊断在临床工作中已日益显示其重要性。

2. 超声诊断 超声诊断是运用超声波的原理,对人体软组织的物理特性、形态结构与功能状态作出判断的一种非创伤性检查方法。超声诊断的优点是操作简便、可多次重复、能迅速获得结果、对人体无害且无特殊禁忌证。目前已广泛应用于除肺、胃肠、骨以外的各种组织和器官,广泛应用于临床各科。

3. 放射诊断 包括 X 线诊断、CT、MRI、数字减影血管造影 (DSA) 等诊断技术。X 线检查能验证其他检查所发现的问题,有时并能发现检体诊断及实验诊断难于觉察的病变。CT 使传统的 X 线检查难以显示的器官及病变成像,且图像逼真、清晰,从而扩大了检查范围,提高了诊断准确率。MRI 的三维成像和流空效应使病变定位诊断更为准确,并可观察病变与血管的关系。DSA 对动脉的显示已达到或超过选择性动脉造影的水平。

4. 放射性核素诊断 利用放射性物质的示踪作用,可作脏器功能检查、脏器显像和体外放射分析。放射性核素对甲状腺、肝、肾、心、肺、脑、血液、骨骼等脏器的病变及功能状态都可作出判断,尤其是体外放射分析技术可以对极微量物质进行定量分析,已成为重要的研究手段和诊断工具。

除上述检查内容外,临床还有心向量图、心音图、心尖搏动图、颈动脉波图、脑电图、肌电图、肺功能检查、纤维内镜等器械检查,限于篇幅,本书未能涉及。

(五) 病历和诊断方法 病历是关于病人发病情况、病情发展变化、转归和诊疗情况的系统记录。编写完整的病历是医师必须掌握的一项基本技能,病历编写的质量可以反映医疗质量和学术水平的高低,在编写病历的过程中医师的业务水平可得到不断提高。诊断的过程就是认识疾病的过程,也是透过现象看本质的过程。要作出正确诊断,不仅需要足够的医学专业知识和技能,还必需有正确的诊断步骤和思维方法。本教材将介绍病历编写的格式、内

容、要求及病历举例,诊断的方法、步骤、内容及思维方法。

二、诊断学基础的重要性

临床诊断的确定,无论对病人还是对医师都是十分重要的和严肃的。确切的早期诊断能使病人及时得到正确治疗,从而达到中断自然病程、早日康复的目的;相反,诊断不清或不及时甚至诊断错误,势必使病情由轻到重、由简单到复杂,进而危及患者生命。因此,学习《诊断学基础》课程对每个医务工作者都是十分重要的。

一个合格的临床医师,要经过基础理论课程学习、临床课程的学习,还要经过临床实习及许多方面的临床实践,才能逐步学会和达到。在教学过程中,不可能在基础理论课程学习之后就直接进入临床课程的学习,必须经过《诊断学基础》的学习之后才能转入临床课程的学习阶段。因此,《诊断学基础》被认为是学习各种临床课程的“入门”或“桥梁”,是把基础学科的基本理论和知识具体地结合并应用到临床实践的课程。

人体是完整的有机体,任何部分和系统的疾病都与整体和其他部分或系统相互影响,因此,无论哪一临床专业学科都不能完全脱离临床医学的整体而独立。在实际工作中,临床医学的基本理论在所有医学专业学科中都是一致的,因此,有关诊断学基础的基本理论和方法,不仅适用于内科,也适用于其他临床专业学科。诊断学基础的内容,包括搜集临床资料的步骤和方法,对症状、体征和各种实验室及其他检查结果的评价、分析和推理,对疾病预后的判断等等,都是临床工作者必须学习和掌握的,因而也必然成为各临床学科的基础。学习过《诊断学基础》只是一个起点,需要经过反复实践、连续培训的过程,才能真正达到作为临床各科共同基础的目的。

三、学习方法和要求

《诊断学基础》的内容是建立在医学基础课,如生物学、解剖学、生理学、微生物与寄生虫学、生物化学、病理学、药理学等基础上的,为加深理解,课余时间应对有关内容进行复习,以达到基础与临床联系、理论与临床实践相结合的目的。

《诊断学基础》是一门实践性很强的课程。它的教学方式与基础课有很大不同,除课堂教学、实验课外,大量的教学活动应在医院中进行。例如,肺部啰音、心脏杂音、肝脏肿大、脑膜刺激征等众多的体征只有从病人身上才能真切地认识到和体会到。学习时,除必须掌握诊断学的基本理论、基本知识、检查方法和思维程序外,还必须善于同病人交往,取得病人的信任与合作。全心全意为病人服务是我们的根本出发点,医务人员应关心体贴病人、同情和爱护病人,从病人的利益出发,在体格检查、诊疗操作等过程中,切勿增加病人的痛苦。

学习《诊断学基础》的另一特点是必须熟练掌握临床诊断的检查方法,其中尤其是体格检查方法。而这些方法和众多的体征绝不是轻而易举就可以掌握的,它不仅是技术性的,而且是艺术性的。为达到熟练掌握各种体格检查方法,必须在自己身上或同学之间反复练习正规、系统的检查法,熟能生巧,学有所成。只有熟悉了正常状态后,才能更好地认识病态变化;在正常与异常比较之中,使知识巩固、理解透彻、体会深刻。

正确的判断来源于正确的观察与思考,在临床工作中,切忌主观、臆断、粗枝大叶、不懂装懂。每一个正确的认识都需要“实践、认识、再实践、再认识”的过程,临床医师必须

在反复的医疗实践过程中，逐步学会临床思维方法、检查技术，逐步提高诊断水平。

学完本门课程后应达到：①学会系统问诊并掌握常见症状的临床意义；②能进行系统体格检查，掌握常见体征的临床意义；③掌握血、尿、粪常规检查及其他临床常用检验的参考值和临床意义；④掌握心电图和影像诊断的适应症，熟悉或了解其正常表现和异常表现的临床意义；⑤能编写出符合病人实际的、规范的住院病历；⑥根据病史、体检结果，必要的实验室及其他检查结果，提出初步诊断。

(戴万亨)

第一章 常见症状

病人主观感到的异常或不适称为症状，如头痛、乏力、呼吸困难、呕吐等；医生客观检查到的病态表现称为体征，如心脏杂音、啰音、肝脾肿大、皮疹等。但有的体征病人自己能主观感觉到，医生也能客观检查到，所以既是症状又是体征，如发热、皮肤黄疸、水肿等。广义的症状也包括体征。症状是诊断疾病或鉴别诊断的主要依据，也是反映病情的重要指标之一。本章仅对临床常见而又重要的症状的发病原因与机制、临床表现和鉴别诊断要点加以扼要的阐述。

第一节 发 热

正常人保持恒定的体温，是因大脑皮质和丘脑下部体温调节中枢调节产热和散热过程保持动态平衡之故。致热原作用于体温调节中枢或体温调节中枢本身功能紊乱等原因，导致体温超出正常范围，称为发热。

引起发热最常见的物质是致热原。致热原是具有致热性或含致热成分的物质。传统上分为外源性和内源性致热原两大类。目前认为，许多外源性致热原是通过激活产生内生致热原细胞，使之形成和释放内生致热原的物质而引起发热，故现称为发热激活物。发热激活物包括各种微生物病原体及其产物，如细菌、病毒、真菌及细菌毒素等，炎症渗出物及无菌性坏死组织，抗原-抗体复合物，多糖体成分、淋巴细胞激活因子等。发热激活物多为大分子物质，不能通过血脑屏障直接作用于体温调节中枢。发热激活物能激活血液中的单核细胞、中性粒细胞、嗜酸粒细胞等白细胞，使之形成并释放内生致热原（又称白细胞致热原）。目前已明确的内生致热原主要是白介素-1（IL-1）、肿瘤坏死因子（TNF）、干扰素（IFN）、白介素-6（IL-6）及巨噬细胞炎症蛋白-1（MIP-1）。内生致热原以某种方式改变下丘脑温敏神经元的化学环境，使体温调节中枢的调定点上移。于是，正常血液温度变为冷刺激，体温中枢发出冲动，引起调温效应器的反应。一方面通过运动神经引起骨骼肌紧张度增高或寒战，使产热增加；另一方面，经交感神经系统引起皮肤血管收缩，使散热减少。于是，产热大于散热，体温升至与调定点相适应的水平。发热的基本机制包括三个基本环节（图 1-1）。多数病理性体温升高（如传染性或炎症性发热）均属此类。少数病理性体温升高则是被动性的，其升高的水平可超过体温调节点的水平，是体温调节机构失调控或调节障碍的结果。

一、病因

引起发热的病因甚多，可分为感染性与非感染性两大类，而以前者多见。

(一) 感染性发热 各种病原体所引起的感染，不论是急性、亚急性或慢性，局部性或全身性，均可引起发热。如病毒、支原体、立克次体、细菌、螺旋体、真菌、寄生虫等。其原因是由于病原体的代谢产物或其毒素，作用于单核细胞-巨噬细胞系统而释出内生致热原，从而导致发热。

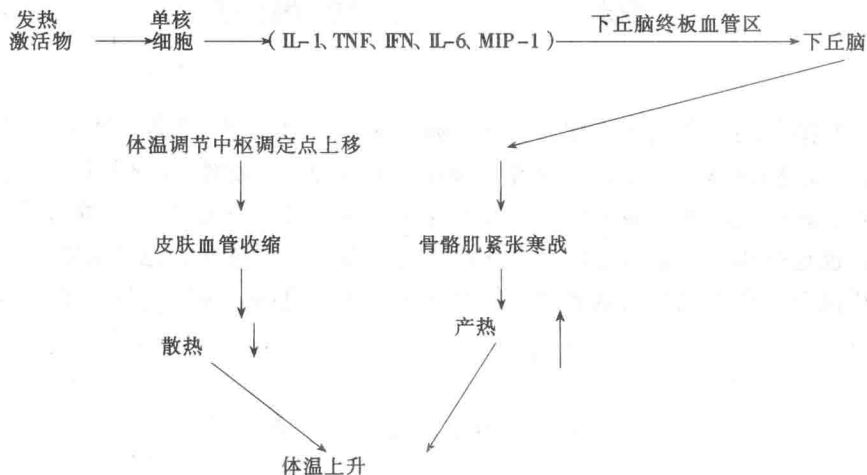


图 1-1 发热基本环节示意图

(二) 非感染性发热

1. 无菌性坏死物质的吸收 组织细胞坏死、组织蛋白分解及坏死产物的吸收，可导致无菌性炎症而发热。如大手术、内出血、大面积烧伤、脏器的梗死或肢体坏死、肿瘤的坏死、溶血反应等。

2. 抗原-抗体反应 如风湿热、血清病、药物热、结缔组织疾病等。

3. 内分泌与代谢障碍 如甲状腺功能亢进症时产热增多；严重脱水时因心排血量减少而散热减少。

4. 皮肤散热减少 如广泛性皮炎、鱼鳞癣等。慢性心功能不全心输出减少、皮肤血流量降低，以及水肿的隔热作用，使散热减少而引起低热。

5. 体温调节中枢功能失常 如中暑、安眠药中毒、脑出血、脑外伤等，直接损害体温调节中枢，使其功能失常而发热。

6. 植物神经功能紊乱 由于植物神经紊乱，影响正常的体温调节过程，使产热大于散热，体温升高，属功能性发热，临床上常表现为低热。

二、临床表现

正常成人的体温相对恒定，口腔温度波动于 $36.3^{\circ}\text{C} \sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 之间。但不同个体的正常体温略有差异，儿童因基础代谢率较高，体温较成人稍高；老年人因基础代谢率稍低，体温较青壮年稍低。生理状态下，体温也有轻微的波动，如下午较早晨为高，剧烈运动、进食后或

劳动后,以及妇女在月经前、妊娠期,体温也可升高 0.5°C 以上。生理性的体温波动范围一般不超过 1°C 。

(一) 发热的临床分度 按发热的高低可分为:①低热: $37.4^{\circ}\text{C} \sim 38^{\circ}\text{C}$;②中等度热: $38.1^{\circ}\text{C} \sim 39^{\circ}\text{C}$;③高热: $39.1^{\circ}\text{C} \sim 41^{\circ}\text{C}$;④超高热: 41°C 以上。

(二) 发热过程 发热一般可分为3个阶段。

1. 体温上升期 临床表现为畏寒或寒战、皮肤苍白并干燥无汗、疲乏无力、肌肉酸痛等症状。皮肤苍白是因为皮肤血管收缩,浅表血流减少甚至皮肤温度下降、散热减少所致。畏寒是皮肤血管收缩、血流减少,皮温下降刺激冷感受器,信息传入感觉中枢而有畏寒感觉。交感神经传出的冲动引起皮肤竖毛肌收缩而使皮肤呈“鸡皮”样。寒战则是骨骼肌的不随意收缩而使产热增多所致。体温上升有两种方式:

(1) 骤升型:体温在几小时内达 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上,常伴有寒战。见于大叶性肺炎、疟疾、败血症、流感、急性肾盂肾炎、输液反应或某些药物反应等。

(2) 缓升型:体温于数日内缓慢上升达高峰,多不伴寒战。见于伤寒、结核病等。伤寒以阶梯状上升的高热为特征。

2. 高热持续期 此期可持续数小时(如疟疾)、数日(如肺炎、流感)或数周(如伤寒)。此时体温已达到体温调定点水平,体温调节中枢不再发放寒战冲动,故畏寒、寒战消失;皮肤血管由收缩转为舒张,临床表现为皮肤潮红而灼热,产热与散热在较高水平上保持平衡。由于体温增高,基础代谢率增高,故病人呼吸加快加强,心率加快,可有出汗。

3. 体温下降期 由于机体的防御作用及适当治疗,疾病得到控制,内生致热原的作用逐渐减弱、消失,体温中枢的体温调定点逐渐降到正常水平,产热减少、散热增多,使体温恢复正常。降温的方式有两种:

(1) 骤降:体温于数小时内迅速下降至正常,有时甚至可低于正常,伴有大汗。见于疟疾、大叶性肺炎、急性肾盂肾炎及输液反应等。

(2) 渐降:体温于数日内逐渐降至正常,如伤寒、风湿热等。

(三) 热型 在不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上,将各体温数值点连接起来形成体温曲线。体温曲线的不同形态(形状),称为热型。许多发热性疾病都具有比较特异的热型,因此,典型的热型对疾病的诊断很有价值。临床常见的热型有下列数种。

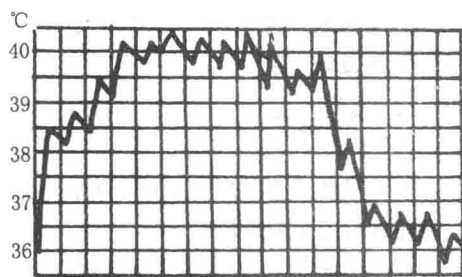


图 1-2 稽留热

1. 稽留热: 体温持续于 39°C 以上,达数日或数周,24h波动范围不超过 1°C 。见于大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒等的发热极期(图1-2)。

2. 弛张热: 体温在 39°C 以上,但波动幅度大,24h内体温差达 2°C 以上,最低时一般仍高于正常水平。常见于败血症、风湿热、重症肺结核、化脓性炎症等(图1-3)。

3. 间歇热: 高热期与无热期交替出现,体温波动幅度可达数度,无热期(间歇期)可持续1天至数天,反复发作。见于疟疾、急性肾盂肾炎等(图1-4)。

4. 不规则热: 发热无一定规律,可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等(图1-5)。

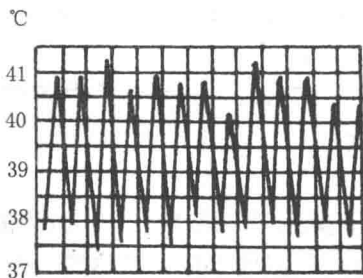


图 1-3 弛张热

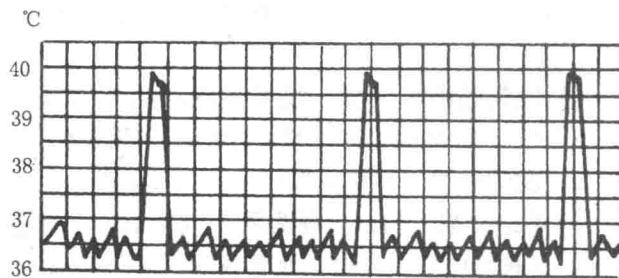


图 1-4 间歇热

5. 回归热：体温骤然升至 39℃ 以上，持续数日后又骤然下降至正常水平，高热期与无热期各持续若干日后即有规律地交替一次。见于回归热、霍奇金病、周期热等（图 1-6）。

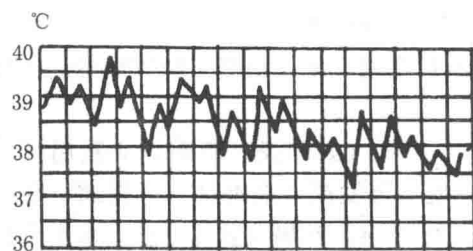


图 1-5 不规则热

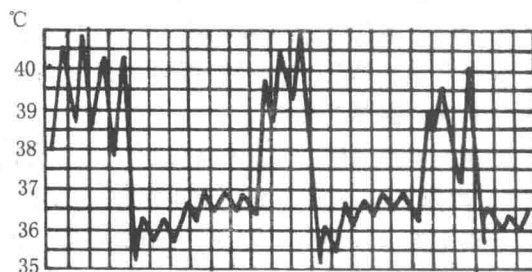


图 1-6 回归热

6. 波状热：体温逐渐升高达 39℃ 或以上，数天后逐渐下降至正常水平，数天后再次逐渐升高，如此反复多次。常见于布鲁斯菌病（图 1-7）。

独特的热型虽有助于诊断与鉴别诊断，但须注意，由于抗生素、解热药与激素的广泛应用，可使一些疾病的热型变为不典型。此外，热型也和个体反应有关，年龄、营养状态均可影响热型。

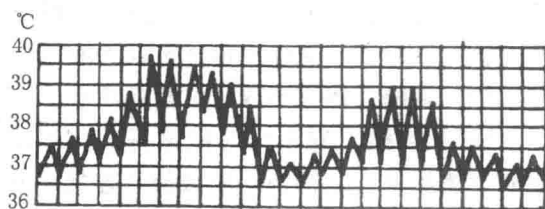


图 1-7 波状热

三、问诊要点

由于发热多数为感染性发热，故应注意询问与感染有关的病情。

(1) 发热时间的长短与起病缓急，有无恶寒、寒战或出汗。如寒战常见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、疟疾、钩端螺旋体病、溶血及输血反应等。

(2) 体温变化规律并分析热型。根据热型来协助判断疾病的种类。

(3) 发热的伴随症状，有提示诊断意义。如发热伴意识障碍，常提示中枢神经系统的疾患；发热伴腹泻时，要考虑肠道感染，如肠炎、痢疾等；发热伴皮疹时应注意是否为急性出疹性传染病如水痘、麻疹、猩红热、伤寒、斑疹伤寒等，以及风湿热、结缔组织疾病及药物热。发热伴口唇单纯疱疹常见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、间日疟、流行性感冒等。发热伴眼结膜充血多见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病等。

(4) 有无传染病密切接触史、饮食不洁史、疫水接触史、手术史、流产或分娩史等。并

注意发病的季节与地区。

四、检查要点

对发热病人应进行系统而全面的体检。

(一) **观察面容** 高热者可为急性热病容；伤寒为无欲状面容；休克时面容呈死灰色；结核病人慢性面容；破伤风时则出现特殊苦笑面容。

(二) **重点检查** 皮肤、淋巴结、心、肺、肝、脾和神经系统。注意有无皮疹、意识障碍、周围循环衰竭等。

(三) 实验室与器械检查

1. **血常规检查** 如白细胞增加，多考虑细菌性感染、白血病等；白细胞减少，多考虑病毒感染、伤寒、系统性红斑狼疮、再障、恶性肿瘤、非白血性白血病及各种慢性炎症等。

2. **尿常规检查** 注意尿蛋白及红、白细胞，怀疑尿路感染时应作中段尿培养。

3. **粪常规检查** 致病菌培养、毛蚴孵化法在有指征时也应进行。

4. 有指征时作血涂片查疟原虫、回归热螺旋体、狼疮细胞等，或进行伤寒、钩端螺旋体等免疫学检查。

5. 必要时做血培养、脑脊液检查、骨髓检查、结核菌素皮内试验等。

6. 疑为呼吸道感染应摄X线胸片；消化系疾病可作钡餐、钡剂灌肠造影，纤维胃肠镜检查；超声波检查有助于肝、胆、胰、肾等脏器病变的诊断；浆膜腔积液或深部脓肿等可进行诊断性穿刺。

第二节 疼 痛

疼痛是损害性刺激作用于机体时所产生的复杂的感觉，常伴有不愉快的情绪活动和机体的防御反应。疼痛是临床的常见症状，也是促使病人就医的主要原因。各种损害导致机体产生痛觉，促使机体迅速避开或除去这些损害，因而痛觉是机体避开或除去损伤的一种信号。但强烈或持久的疼痛又会造成生理功能紊乱，甚至休克，因此必须了解病因，明确诊断，恰当处理。

引起疼痛的刺激方式在各种组织有所不同。一般来说，引起皮肤痛的方式是戳刺、切割、挤压、烧伤等；胃肠对机械性牵拉、缺血、痉挛和炎症比较敏感，因而在粘膜发炎、平滑肌扩张或痉挛、肠系膜根部牵拉等常引起胃肠痛；骨骼肌疼痛是由于缺血、坏死、出血、结缔组织撕裂及长时间收缩等所引起；心绞痛与急性心肌梗死的疼痛是由于心肌缺血；关节可因滑膜在高渗盐水或炎症作用下产生疼痛；动脉在针刺、强烈搏动（如偏头痛）或其他疾患（如蛛网膜下腔出血与颞动脉炎）时，产生疼痛。

疼痛按发生的部位与传导途径不同可分为下列几种类型的疼痛。

1. **皮肤痛** 疼痛来自体表，定位明确，其刺激可分为机械性的、化学性的和温度的。皮肤损伤可发生两种不同性质的疼痛：首先出现的是一种尖锐的刺痛（快痛）；继而在1~2s后出现一种烧灼样痛（慢痛），称为“双重痛感”。如以止血带结扎肢体使神经组织缺血，然后戳刺皮肤，则刺痛消失，只感觉烧灼样痛。

2. **内脏痛** 内脏痛是内脏疾病的临床症状之一。引起内脏痛的刺激主要由交感神经传

导，但骨盆区、食管与气管由迷走神经传导。引起内脏痛的适宜刺激是：①突然牵拉或扩张；②痉挛或强烈的收缩，特别是当伴有局部缺血时；③化学刺激；④机械性刺激。发炎的脏器或组织对引起疼痛的刺激尤为敏感。内脏痛的感觉位于身体的深部，发生较慢而较持续，缺乏“双重痛感”，定位较不明显，痛区的边缘也难以确定。

3. 牵涉痛 是指内脏器官或深部组织的疾病引起的疼痛，可在体表的某一部位也发生痛感或痛觉过敏区。牵涉痛的部位与病变的内脏有一定解剖相关性，即患病内脏的传入神经纤维和被牵涉皮肤部位的传入神经纤维由同一后根进入脊髓，故牵涉痛的部位对病变部位的判断有一定帮助。如胆囊疾病的疼痛除右上腹外还可出现右肩痛，心绞痛除心前区及胸骨后的疼痛外还可牵涉至左上肢内侧等（图 1-8）。

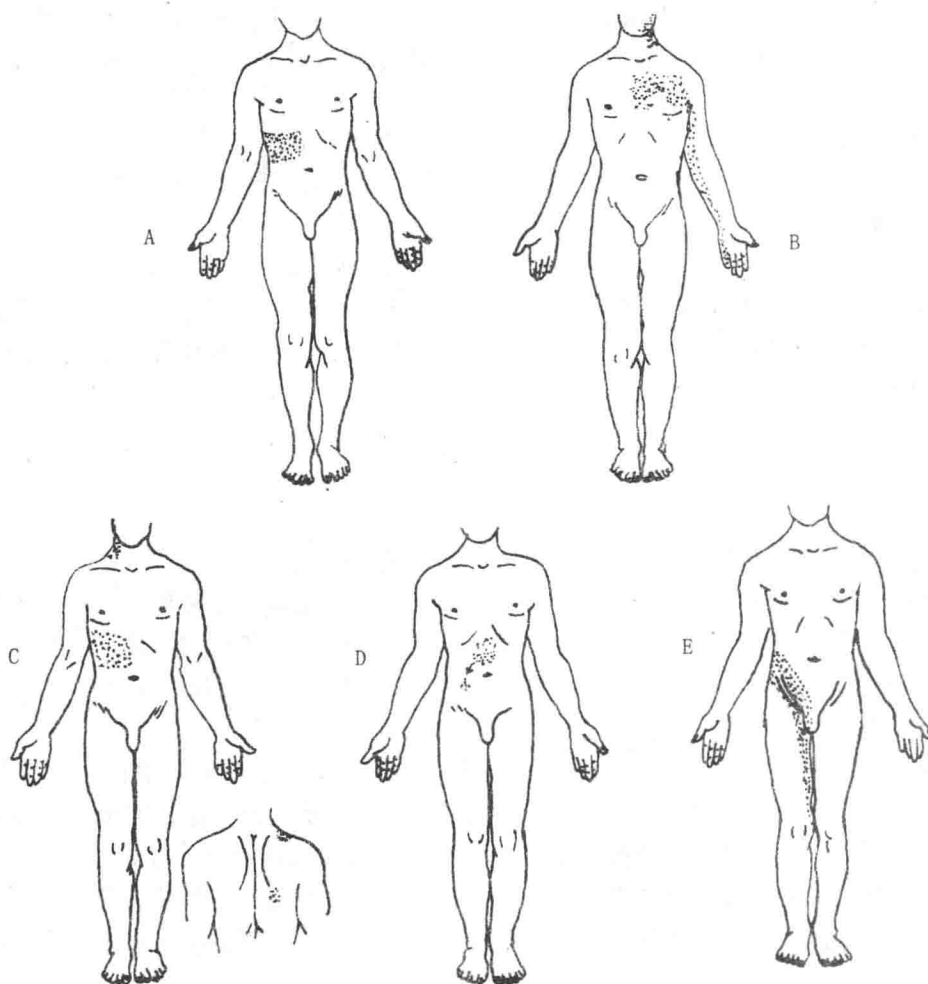


图 1-8 内脏疾病时牵涉痛的部位

A. 胸膜炎 B. 心绞痛 C. 胆石症 D. 阑尾炎 E. 肾绞痛

疼痛的部位常提示病变的所在，现将头痛、胸痛、腹痛分别简述如下。