

借



中国科学院教材建设专家委员会规划教材
全国高等医学院校规划教材

供临床、预防、基础、口腔、麻醉、影像、药学、检验、
护理、法医等专业使用



诊断学

徐新娟 杨大明 主编



 科学出版社
www.sciencep.com

R44-43

31

中国科学院教材建设专家委员会规划教材
全国高等医学院校规划教材

案例版TM

供临床、预防、基础、口腔、麻醉、影像、药学、检验、护理、法医等专业使用

诊 断 学

主 编 徐新娟 杨大明

副 主 编 陆东风 夏 薇 陈明伟

编 委 (按姓氏汉语拼音排序)

陈明伟 西安交通大学医学院

郭 民 潍坊医学院

何元兵 新疆医科大学

侯月梅 新疆医科大学

李国强 广州医学院

刘俊英 滨州医学院

刘天喜 兰州大学医学院

陆东风 广州医学院

纳志英 昆明医学院

王保中 大同大学医学院

韦建国 咸宁学院

吴 静 兰州大学医学院

夏 薇 北华大学医学院

谢小鲁 西安交通大学医学院

徐新娟 新疆医科大学

杨大明 南通大学附属医院

张朝霞 新疆医科大学

张年萍 大同大学医学院

张小宁 新疆医科大学

科 学 出 版 社

北 京

郑重声明

为顺应教育部教学改革潮流和改进现有的教学模式,适应目前高等医学院校的教育现状,提高医学教学质量,培养具有创新精神和创新能力的医学人才,科学出版社在充分调研的基础上,引进国外先进的教学模式,独创案例与教学内容相结合的编写形式,组织编写了国内首套引领医学教育发展趋势的案例版教材。案例教学在医学教育中,是培养高素质、创新型和实用型医学人才的有效途径。

案例版教材版权所有,其内容和引用案例的编写模式受法律保护,一切抄袭、模仿和盗版等侵权行为及不正当竞争行为,将被追究法律责任。

图书在版编目(CIP)数据

诊断学:案例版 / 徐新娟,杨大明主编. —北京:科学出版社,2008
中国科学院教材建设专家委员会规划教材·全国高等医学院校规划教材
ISBN 978-7-03-021677-9

I. 诊… II. ①徐…②杨… III. 诊断学-医学院校-教材 IV. R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 054342 号

策划编辑:李国红 / 责任编辑:周万灏 李国红 / 责任校对:曾 茹
责任印制:刘士平 / 封面设计:黄 超

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街16号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新蕾印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2008年5月第 一 版 开本:850×1168 1/16

2008年5月第一次印刷 印张:31 3/4

印数:1—5 000 字数:1 010 000

定价:58.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换〈环伟〉)

前言

为深化课程体系与教学方法改革,加大教材建设与改革力度,科学出版社组织全国多所院校编写了本套创新性案例版医学教材,《诊断学》即为其中之一。诊断学是一门由基础医学过渡到临床医学的桥梁学科,是医学生开启临床医学大门的钥匙。基于诊断学教学必须将解剖、生理、病理等基础医学知识与临床症状、体征密切联系的特点,我们借鉴国外 PBL 教学模式,在编写症状学、体格检查、病历书写、实验诊断学、心电图及其他特殊器械等篇章时,尽可能以典型的临床真实病例或标准化病例为先导,将案例与教学内容的核心知识点相结合,提出若干思考题;并在随后的教学内容中,逐条分析案例,给予答案。期望使用这种以案例引导教学的新教材,能激发医学生学习诊断学的兴趣,加深对所学内容的理解,在尽可能短的时间内掌握知识点,提高学习效率;并使医学生对临床依据症状、体征诊断疾病的过程有所了解,有助于培养其临床诊断思维,为过渡到各临床医学学科的学习奠定较扎实的基础。该教材既可供教师以案例为先导进行课堂教学;也可在传统课堂教学之余,以案例作为补充,让学生阅读自学;不啻为广大师生的良师益友。

本教材附以较多的照片和图解,展现重要体征的典型表现、检查手法和操作要领;以利医学生加深印象,掌握规范化体检和操作方法,提高实践能力。

本教材适用于五年制临床医学、预防、基础、口腔、影像、麻醉、护理、药学、检验及全科医学等专业的本科生,并可作为执业医师考试和研究生入学考试的复习用书。

在编写本教材的过程中,新疆医科大学、南通大学及有关兄弟院校的领导给予了大力支持和热忱鼓励,并提出许多宝贵建议和意见。科学出版社有关领导和编辑卓有成效的组织工作和具体指导,为本书的顺利出版提供了保证。编委会成员均为各单位的医疗、教学和科研骨干,拨冗参与编写工作,付出了辛勤劳动。在此一并表示诚挚的感谢。

编写《诊断学》案例教材尚属首次尝试。由于我们的能力有限,加之编写时间较仓促,本教材难免有疏漏和欠妥之处,敬请广大师生和读者不吝赐教,惠予指正,以便修订再版。

徐新娟 杨大明

2006年12月6日

目 录

前言

绪论

- 一、诊断学的概念与重要性 (1)
- 二、诊断学的内容 (1)
- 三、祖国医学和历代医学家对诊断学的贡献 (1)
- 四、诊断疾病的步骤和临床思维方法 (3)
- 五、诊断学的学习方法、要领和要求 (3)

第一篇 症 状 学

- 第1章 常见症状 (5)
 - 第一节 发热 (5)
 - 第二节 头痛 (8)
 - 第三节 水肿 (10)
 - 第四节 皮肤黏膜出血 (12)
 - 第五节 咳嗽与咳痰 (14)
 - 第六节 咯血 (16)
 - 第七节 胸痛 (17)
 - 第八节 呼吸困难 (19)
 - 第九节 发绀 (21)
 - 第十节 心悸 (23)
 - 第十一节 恶心与呕吐 (24)
 - 第十二节 消化不良 (26)
- 第十三节 腹痛 (28)
- 第十四节 呕血与便血 (30)
- 第十五节 腹泻 (32)
- 第十六节 黄疸 (34)
- 第十七节 血尿 (37)
- 第十八节 尿频、尿急与尿痛 (40)
- 第十九节 少尿、无尿与多尿 (42)
- 第二十节 腰背痛 (43)
- 第二十一节 关节痛 (46)
- 第二十二节 眩晕 (48)
- 第二十三节 晕厥 (49)
- 第二十四节 抽搐与惊厥 (51)
- 第二十五节 意识障碍 (52)

第二篇 问 诊

- 第2章 问诊 (54)
 - 第一节 问诊的重要性 (54)
 - 第二节 问诊的医德要求 (54)
 - 第三节 问诊的内容 (54)
 - 第四节 问诊的方法与技巧 (56)
- 第五节 问诊示范 (56)
- 第六节 特殊情况的问诊技巧 (58)
- 第七节 重点问诊的方法 (59)
- 第八节 问诊内容与问诊方法的评估 (59)

第三篇 体 格 检 查

- 第3章 基本检查方法 (61)
 - 第一节 视诊 (61)
 - 第二节 触诊 (62)
 - 一、触诊方法 (62)
 - 二、触诊注意事项 (62)
 - 第三节 叩诊 (63)
 - 一、叩诊方法 (63)
 - 二、叩诊注意事项 (63)
 - 第四节 听诊 (64)
 - 一、听诊方法 (64)
 - 二、听诊注意事项 (64)
 - 第五节 嗅诊 (65)
- 第4章 一般检查 (66)
 - 第一节 全身状态检查 (66)
 - 一、性别 (66)

二、年龄	(66)	三、鼻出血	(86)
三、生命征	(66)	四、声嘶	(87)
四、发育与体型	(67)	第6章 颈部	(88)
五、营养状态	(67)	第一节 检查内容	(88)
六、意识状态	(67)	一、外形与分区	(88)
七、精神状态	(67)	二、姿势与运动	(88)
八、语调与语态	(68)	三、皮肤与包块	(88)
九、面容与表情	(68)	四、血管	(88)
十、体位	(69)	五、甲状腺	(89)
十一、姿势	(70)	六、气管	(90)
十二、步态	(70)	附:颈部体检纲要	(90)
第二节 皮肤	(70)	第二节 颈部包块及其鉴别	(90)
一、颜色	(70)	第7章 胸部	(92)
二、湿度	(71)	第一节 胸部的体表标志	(92)
三、弹性	(71)	一、骨骼标志	(92)
四、皮疹	(71)	二、垂直线标志	(93)
五、脱屑	(72)	三、自然陷窝和解剖区域	(93)
六、皮下出血	(72)	四、肺和胸膜的体表投影	(94)
七、蜘蛛痣与肝掌	(72)	第二节 胸壁、胸廓和乳房	(94)
八、水肿	(72)	一、胸壁	(94)
九、皮下结节	(73)	二、胸廓	(95)
十、溃疡与糜烂	(73)	三、乳房	(96)
十一、瘢痕	(73)	附:胸壁、胸廓和乳房检查纲要及结果记录	
十二、毛发	(73)	举例	(97)
第三节 淋巴结	(74)	第三节 肺和胸膜	(98)
一、表浅淋巴结分布	(74)	一、视诊	(98)
二、检查方法及顺序	(74)	二、触诊	(99)
三、淋巴结肿大的病因与特点	(75)	三、叩诊	(101)
附:一般检查的体检纲要	(75)	四、听诊	(102)
第四节 一般检查中的某些异常发现	(75)	附:肺部检查纲要	(104)
一、发育异常	(75)	第四节 呼吸系统异常发现及其鉴别	(105)
二、色素沉着	(76)	一、肺实变	(105)
第5章 头部	(77)	二、肺气肿	(106)
第一节 头发与头皮	(77)	三、肺不张	(107)
第二节 头颅	(77)	四、胸腔积液	(108)
第三节 颜面及其器官	(78)	五、气胸	(109)
一、眼	(78)	第五节 心脏检查	(111)
二、耳	(81)	一、视诊	(111)
三、鼻	(81)	二、触诊	(112)
四、口	(82)	三、叩诊	(113)
五、腮腺	(83)	四、听诊	(115)
附:头部体检纲要和结果记录举例	(84)	第六节 血管检查	(120)
第四节 头部检查中某些异常发现及其鉴别	(85)	一、脉搏	(120)
一、视力障碍	(85)	二、血压	(122)
二、眼球突出	(85)	三、血管杂音及周围血管征	(123)

附:心脏、血管检查纲要和结果记录举例	第一节 肛门与直肠	(123)	(156)
第七节 心血管系统常见异常发现及其鉴别	一、检查体位	(124)	(156)
一、心脏瓣膜损害(各部位主要杂音)	二、视诊	(124)	(156)
二、心包积液	三、触诊	(126)	(157)
三、心力衰竭	第二节 男性生殖器	(128)	(157)
第8章 腹部	一、阴茎	(130)	(157)
第一节 腹部的体表标志及分区	二、阴囊	(130)	(158)
一、体表标志	三、前列腺	(130)	(159)
二、腹部分区	四、精索	(130)	(159)
第二节 视诊	第三节 女性生殖器	(131)	(159)
一、腹部外形	一、外生殖器	(132)	(159)
二、腹壁	二、内生殖器	(133)	(160)
三、腹壁静脉	附:肛门、直肠与生殖器检查纲要和结果记录举例	(134)	(160)
四、呼吸运动	第10章 肌肉骨骼系统	(135)	(162)
五、胃肠型和蠕动波	第一节 脊柱	(135)	(162)
六、上腹部搏动	一、脊柱的体表定位	(136)	(162)
第三节 听诊	二、脊柱检查	(136)	(162)
一、肠鸣音	第二节 四肢与关节	(136)	(163)
二、血管杂音	一、一般检查	(136)	(163)
三、摩擦音	二、关节检查	(136)	(164)
四、搔弹音	附:肌肉骨骼系统检查纲要和结果举例	(136)	(166)
第四节 叩诊	第11章 神经系统检查	(137)	(167)
一、腹部叩诊音	第一节 精神状态	(137)	(167)
二、肝脏及胆囊叩诊	一、意识	(137)	(167)
三、胃泡鼓音区	二、记忆、思维、情感、智能	(137)	(167)
四、脾脏叩诊	三、言语	(137)	(167)
五、移动性浊音	第二节 脑神经检查	(138)	(167)
六、膀胱叩诊	第三节 感觉功能检查	(138)	(169)
七、肋脊角叩痛	一、浅感觉检查	(138)	(169)
第五节 触诊	二、深感觉检查	(139)	(169)
一、腹壁紧张度	三、复合感觉检查	(140)	(169)
二、压痛及反跳痛	第四节 运动功能检查	(140)	(169)
三、脏器触诊	一、肌张力损害表现	(141)	(170)
四、腹部肿块	二、去脑强直	(146)	(170)
五、液波震颤	三、共济失调	(147)	(170)
六、振水音	四、不自主运动	(147)	(170)
附:腹部体检纲要和结果记录举例	第五节 神经反射检查	(147)	(170)
第六节 腹部异常发现及其鉴别	一、浅反射	(147)	(171)
一、腹水	二、深反射	(147)	(171)
二、腹部肿块	三、病理反射	(149)	(172)
三、肝大	四、脑膜刺激征	(151)	(173)
四、脾大	第六节 自主神经功能检查	(152)	(174)
五、腹膜刺激征	第12章 全身体格检查	(154)	(175)
第9章 肛门、直肠和生殖器	第一节 全身体格检查的基本要求	(156)	(175)
	第二节 全身体格检查纲要	(156)	(175)

第三节 特殊情况的体格检查	(178)
第四节 重点体格检查	(179)
附:重点体格检查要点举例	(179)

第五节 全身与重点体格检查中常见的问题	(180)
---------------------------	-------

第四篇 辅助检查

第13章 心电图	(181)	二、通气功能检查	(249)
第一节 临床心电学的基本知识	(181)	三、换气功能检查	(252)
一、心电图产生原理	(181)	四、小气道功能检查	(254)
二、心电图各波段的组成和命名	(184)	五、肺顺应性和气道阻力的检查	(256)
三、心电图导联体系	(184)	六、肺功能检查结果分析	(257)
第二节 心电图的测量和正常数据	(186)	七、血液气体分析和酸碱测定	(258)
一、心电图测量	(186)	第15章 内镜检查	(263)
二、正常心电图波形特点和正常值	(188)	第一节 基本原理	(263)
三、小儿心电图特点	(190)	一、内镜发展简史	(263)
第三节 心房、心室肥大	(190)	二、现代内镜的特点	(263)
第四节 心肌缺血与ST—T改变	(194)	三、内镜的主要用途	(264)
第五节 心肌梗死	(196)	第二节 上消化道内镜检查	(264)
第六节 心律失常	(203)	第三节 内镜下逆行胰胆管造影术	(265)
一、概述	(203)	第四节 下消化道内镜检查	(266)
二、心肌电生理	(204)	第五节 纤维支气管镜检查及支气管肺泡灌洗	(267)
三、窦性心律及窦性心律失常	(204)	一、纤维支气管镜检查	(267)
四、期前收缩	(205)	二、支气管肺泡灌洗	(269)
五、异位性心动过速	(208)	第16章 临床常用诊断技术	(271)
六、扑动与颤动	(213)	一、导尿术	(271)
七、传导异常	(214)	二、胸膜腔穿刺术和胸膜活体组织检查术	(272)
八、逸搏与逸搏心律	(227)	三、腹膜腔穿刺术	(273)
九、宽QRS波心动过速的鉴别诊断	(227)	四、心包腔穿刺术	(273)
第七节 电解质紊乱和药物影响	(233)	五、肝穿刺活体组织检查术及肝穿刺抽脓术	(274)
一、电解质紊乱	(233)	六、肾穿刺活体组织检查术	(276)
二、药物影响	(236)	七、骨髓穿刺术及活体组织检查术	(277)
第八节 其他常用心电学检查	(239)	八、淋巴结穿刺术及活体组织检查术	(279)
一、心脏起搏器及起搏心电图	(239)	九、腰椎穿刺术	(279)
二、动态心电图	(242)	十、中心静脉压测定	(280)
三、心电图运动负荷试验	(245)	十一、胃液采集术	(281)
第九节 心电图的分析方法和临床应用	(247)	十二、十二指肠液引流术	(281)
一、心电图分析方法和步骤	(247)	十三、结核菌素试验	(282)
二、心电图的临床应用	(247)		
第14章 肺功能检查	(248)		
一、肺容积检查	(248)		

第五篇 实验诊断学

第17章 总论	(284)	三、实验诊断学的应用范围	(285)
第一节 实验诊断学及其进展	(284)	第二节 临床检验标本的采集方法	(286)
一、实验诊断学的基本概念及其发展简史	(284)	一、血标本采集	(286)
二、实验诊断学的主要内容和现状	(285)	二、尿液标本采集	(286)
		三、粪便标本采集	(287)

四、痰液标本采集	(287)	三、尿液的化学检验	(362)
五、阴道分泌物采集	(287)	四、尿液的显微镜检验及尿沉渣自动 分析	(364)
六、精液和前列腺液采集	(287)	五、尿液常用特殊检验	(368)
七、浆膜腔积液标本采集	(288)	六、尿液自动化仪器检测	(371)
第三节 实验诊断的影响因素和质量 控制	(288)	第二节 粪便检验	(373)
一、实验的影响因素	(288)	一、一般性状检查	(373)
二、实验方法标准化	(288)	二、化学检验	(374)
三、参考值与医学决定水平	(289)	三、显微镜检测	(374)
四、实验室质量控制	(289)	第三节 脑脊液检查	(375)
第 18 章 临床血液学检测	(290)	一、一般性状检查	(375)
第一节 血液一般检测	(290)	二、化学检查	(376)
一、全血细胞计数	(290)	三、显微镜检测	(378)
二、网织红细胞检测	(302)	四、其他检查:病原体检查	(379)
三、血细胞比容测定和血细胞有关参数 的应用	(303)	五、脑脊液检查的临床应用	(379)
四、红细胞沉降率的检测	(306)	第四节 浆膜腔积液的检查	(380)
第二节 溶血性贫血常用的实验室检验	(307)	一、一般性状检查	(380)
一、溶血性贫血的分类和诊断步骤	(307)	二、化学检查	(381)
二、溶血性贫血的实验室筛选检测	(308)	三、显微镜检测	(382)
三、确立溶血性贫血类型的实验室检验	(309)	四、浆膜腔积液检验的临床应用	(382)
第三节 骨髓细胞形态学检查	(313)	第五节 生殖系统分泌物检查	(384)
一、血细胞发育过程中形态变化的一般 规律	(313)	一、精液检查	(384)
二、骨髓涂片细胞形态学检查的内容和 方法	(319)	二、前列腺液检查	(387)
三、常用的血细胞化学染色	(323)	三、阴道分泌物检查	(388)
四、常见血液病的细胞学特征	(327)	第六节 痰液检查	(389)
第四节 血型鉴定与交叉配血试验	(335)	一、一般性状	(389)
一、红细胞血型系统	(335)	二、显微镜检查	(390)
二、其他血型系统	(338)	三、痰培养	(390)
第五节 血栓与止血的检验	(340)	第 20 章 肾功能实验室检测	(391)
一、正常止血、凝血和抗凝机制	(340)	第一节 绪论	(391)
二、出血性疾病和血栓栓塞性疾病的 分类	(343)	一、排泄功能	(391)
三、毛细血管壁的常用检验	(347)	二、调节功能	(391)
四、血小板的常用检验	(348)	三、内分泌功能	(391)
五、凝血因子的常用检验	(350)	第二节 肾小球功能检查	(392)
六、抗凝因子的常用检验	(352)	一、内生肌酐清除率的测定	(392)
七、纤溶活性的检测	(353)	二、血尿素的测定	(393)
八、出血性疾病的实验室诊断步骤	(355)	三、血清尿酸的测定	(393)
第 19 章 排泄物、分泌物及体液检测	(360)	第三节 肾小管功能检查	(394)
第一节 尿液检验	(360)	一、远端肾小管功能试验	(394)
一、尿液的收集与保存	(360)	二、近端肾小管功能试验	(394)
二、尿液一般性状检验	(361)	第四节 肾血流量测定	(395)
		第五节 肾功能试验的临床应用	(395)
		第 21 章 肝功能实验室检测	(398)
		第一节 肝脏的基本功能	(398)
		一、代谢功能	(398)
		二、生物转化功能	(398)

三、分泌与排泄功能	(398)	二、钙、磷代谢与调节	(424)
四、免疫功能	(398)	三、钙、磷的测定与临床意义	(426)
第二节 蛋白质代谢功能试验	(398)	四、骨代谢标志物测定	(426)
一、血清总蛋白、白蛋白、球蛋白测定	(398)	第六节 水、电解质平衡与酸碱平衡紊乱 的检测	(428)
二、血清前白蛋白测定	(399)	一、血清钾、钠、氯的测定	(428)
三、血清蛋白电泳测定	(400)	二、血液气体分析	(429)
四、血氨测定	(400)	三、酸碱平衡失调的判断	(431)
第三节 胆红素代谢功能检测	(401)	第七节 内分泌功能测定	(434)
第四节 胆汁酸代谢检测	(402)	一、甲状腺激素测定	(435)
第五节 与肝脏疾病有关的血清酶学 检验	(403)	二、甲状旁腺激素测定	(438)
一、主要反映肝细胞损害的酶	(403)	三、肾上腺激素测定	(438)
二、主要反映肝内外阻塞和肝占位性 病变的酶	(404)	四、性腺激素测定	(440)
三、主要反映肝硬化的酶	(406)	五、垂体激素测定	(441)
四、其他酶学试验	(406)	第 23 章 临床免疫学检查	(443)
第六节 染料摄取和排泄功能检测	(406)	第一节 体液免疫检测	(443)
一、靛氰绿滞留率试验	(406)	一、免疫球蛋白检测	(443)
二、利多卡因试验	(407)	二、血清检测	(444)
第七节 肝脏疾病检验项目的选择和临床 应用	(407)	第二节 细胞免疫功能检查	(446)
一、探测肝损害	(407)	一、淋巴细胞表面标志检测	(446)
二、鉴别黄疸	(407)	二、淋巴细胞功能检测	(447)
三、判断预后	(407)	三、细胞因子检测	(448)
四、病因和特殊肝病诊断	(407)	第三节 肿瘤标志物检测	(449)
第 22 章 临床常用生物化学检测	(408)	一、蛋白质类肿瘤标志物	(449)
第一节 糖代谢紊乱的检查	(408)	二、糖类肿瘤标志物	(450)
一、空腹血糖检测	(408)	三、酶类肿瘤标志物	(451)
二、口服葡萄糖耐量试验	(409)	四、肿瘤标志物检测的选用	(452)
三、血清胰岛素检测和胰岛素释放试验	(410)	第四节 自身免疫的检测	(453)
四、血清 C-肽检测	(411)	一、自身抗体检测	(453)
五、糖化血红蛋白和糖化血清蛋白的 检测	(411)	二、自身抗体检测项目的选择和应用	(456)
第二节 脂类代谢紊乱的检查	(413)	第 24 章 临床病原体检测	(457)
一、血清脂质检测	(413)	第一节 标本的采集、运送和检测方法	(457)
二、血清脂蛋白检测	(414)	一、标本采集和运送	(457)
三、血清载脂蛋白检测	(415)	二、病原体检测方法	(458)
第三节 心肌酶和心肌蛋白的检测	(417)	第二节 细菌耐药性检查	(459)
一、心肌酶检测	(418)	一、耐药性及其发生机制	(459)
二、心肌蛋白检测	(420)	二、抗菌药物敏感性试验	(459)
第四节 血、尿淀粉酶和脂肪酶的检测	(422)	三、细菌耐药性的检测项目	(460)
一、血、尿淀粉酶测定	(422)	第三节 病毒性肝炎标志物检测	(461)
二、血清脂肪酶的检测	(423)	一、甲型肝炎病毒标志物检测	(461)
第五节 钙、磷与骨代谢异常检测	(424)	二、乙型肝炎病毒标志物检测	(461)
一、钙、磷的分布与生理功能	(424)	三、丙型肝炎病毒标志物检测	(463)
		四、丁型肝炎病毒标志物检测	(463)
		五、戊型肝炎病毒标志物检测	(464)
		六、庚型肝炎病毒标志物检测	(464)
		第四节 医院感染的实验诊断	(464)

- 一、医院感染的流行病学特点 (464)
- 二、医院感染的微生物学检测 (465)
- 三、医院环境中细菌污染的监测和消毒
灭菌效果的监测 (465)

第六篇 病历书写

- 第 25 章 病历书写的重要性 (467)
- 第 26 章 病历书写的基本要求 (468)
- 第 27 章 病历书写的种类、格式与内容 ... (469)
 - 第一节 住院期间病历 (469)
 - 一、住院病历 (469)
 - 二、常用医疗文件 (473)
 - 三、再次住院病历(再入院记录) (476)
 - 四、表格式住院病历 (476)
 - 第二节 门诊病历 (479)
- 一、书写要求 (479)
- 二、书写内容 (479)
- 三、门诊病历举例 (479)
- 第 28 章 病历书写中常见错误及其防范 ... (481)
 - 一、常见错误 (481)
 - 二、错误的防范 (482)
- 第 29 章 病历报告的内容和方法 (483)
 - 一、口述病历的内容和方法 (483)
 - 二、书面病历报告的内容和方法 (483)

第七篇 如何进行临床诊断

- 第 30 章 临床诊断必须具备的职业态度
..... (484)
- 第 31 章 诊断疾病的步骤 (485)
 - 一、搜集临床资料(data collection) ... (485)
 - 二、分析综合资料做出初步诊断(data
processing and primary diagnosis) ... (485)
 - 三、验证或修正诊断(diagnosis correcting)
..... (486)
- 第 32 章 临床思维方法 (488)
 - 一、方法概要 (488)
 - 二、临床诊断思维的基本原则 (489)
 - 三、临床诊断的内容和格式 (490)
 - 四、临床思维导学案例 (491)
- 第 33 章 临床诊断中的循证医学理念 (492)
 - 一、循证医学与临床诊断学 (492)
 - 二、循证临床实践改变医师的思维模式
..... (492)
 - 三、循证临床实践的范畴 (492)
 - 四、循证临床实践的五步法 (492)
 - 五、诊断疾病导学案例 (493)

绪 论

一、诊断学的概念与重要性

《诊断学》是论述诊察判断疾病的基本理论、基本方法、基本技能以及认识疾病的科学临床思维方法的一门学科。《诊断学》是建立在基础医学、现代科技、临床实践经验上的一门临床基础课,是基础医学与临床医学的桥梁课,也是临床各科的基础。要成为一名优秀的临床医生,必须熟练掌握诊断学的基础理论知识、基本技术和方法。

诊断(diagnosis)一词来自希腊文,是辨认、判断的意思。医学术语中借用了这个词语,用以表示通过病情记录(nosography)、体征及其他医学检查手段,来判断疾病的本质;也表示通过疾病的表现,来认识疾病内在属性的一道程序。要完成这一程序,医生必须具有系统的医学知识和一定的临床经验。临床诊断的确定,无论对患者还是对医师都是十分重要和严肃的。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。建立诊断是临床各项工作(医疗、科研、教学)中的第一步,及时而正确的诊断,在临床工作中十分重要。确切的早期诊断能使患者及时得到正确治疗,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,较轻的疾病也会进展成为重症,单纯的疾病将会带来多种复杂的并发症,进而危及患者生命。因此,学习《诊断学》课程对每个医学生都是十分重要的。一个医学生要经过基础医学及临床课程的理论学习,还要接受临床实习及一系列的临床实践的训练,才能逐步掌握临床工作方法,最终达到合格的临床医师的标准。在医学教育过程中,不可能在完成基础理论课程之后就直接进入临床课程的学习,必须学习《诊断学》这门课程作为过渡,然后才能转入临床课程的学习阶段。因此,《诊断学》被认为是学习各门临床课程的“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,各系统、器官有其相对的独立性,但又相互联系、相互配合、相互制约,密切相关。因此,每一个临床专业学科都不能脱离临床医学的整体。在实际工作中,临床医

学的基本理论、基本技能在所有医学专业学科中都是一致的。有关诊断学的基本理论、知识和方法,不仅适用于内科,也适用于外科、妇产科及其他临床专业学科。诊断学的内容,包括搜集临床资料的步骤和方法,对症状、体征、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,都是临床工作者必须学习和掌握的。因而,诊断学必然成为各临床学科的基础。

二、诊断学的内容

《诊断学》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。本教材以病例分析的形式论述疾病各种临床表现及其发生机制,讲解问诊和体格检查的基本内容和方法技巧,学习如何用科学的逻辑程序和方法去识别、判断疾病,以揭示其本质,获得正确的临床诊断,并为部署进一步检查和防治措施提供科学的依据。本书突出临床技能的基本功训练,强化各种症状的问诊提要,规范体格检查手法和顺序,将各种症状、体征和实验室异常发现的临床意义集中编写,精讲多练,留有学生自学练习的余地,有利于临床思维能力的培养,亦有利于当前诊断学教学的实施。本书列有较多的典型病例分析,内容丰富、实用,尽量贴近临床,有助于学生加深对理论知识的理解,提高实际诊断和临床思维的能力。图表、照片较多,有利于学生理解、记忆,提高形象思维和学习兴趣,充分调动学生的学习积极性,启发学生主动学习、主动探索,培养学生的创造精神和实践能力。另外,本书注重反映诊断学中的国内外新进展,包括新理论、新技能、新方法,便于学生掌握现代化、规范化的诊断学理论和方法。诊断学主要介绍以下基本诊断方法:询问病史、体格检查、实验诊断、心电图及其他特殊器械诊断技术。

(一) 症状诊断

症状诊断(symptomatic diagnosis)包括问诊和常见症状。

1. 问诊(inquisition) 是医师通过和患者或有关人员交谈,借以了解疾病的发生发展、诊疗

过程和既往健康情况等,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,一些疾病可从问诊得出初步诊断,大多数情况下可为进一步诊断提供重要的线索。

2. 症状(symptom) 患者病后对机体生理功能异常的自身体验和感觉称为症状,如瘙痒、疼痛、心悸、恶心及眩晕等。症状常能较早提示疾病的存在。临床上,有时患者已出现异常感受,但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导向作用。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患者进行检查,称为体格检查(physical examination)。体格检查时的异常发现,即患者的体表或内部结构发生可察觉的改变称为体征,如皮肤黄染、肝脾肿大。通过体格检查,发现体征,进一步提出的诊断称为检体诊断。体格检查建立在解剖学和病理学的基础上。体格检查的基本方法包括视诊、触诊、叩诊、听诊和嗅诊。体格检查的内容、程序和方法必须做到规范化,而且体格检查的操作具有很强的技艺性,常能体现临床医生的业务水平。医学生必须经过严格的训练,才能达到动作轻柔、和谐、准确和娴熟。体格检查的结果准确与否,直接关系到诊断的正确与否,因而是建立正确诊断的关键。

凭借详尽真实的病史和系统可靠的体格检查,即可做出初步诊断或为诊断提供线索。尽管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,提供越来越敏感、特异的手段和方法,但症状诊断和体格检查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(laboratory diagnosis)是通过物理、化学、生物学、生物化学、微生物学、免疫学和分子生物学等实验室检查方法,对患者的血液、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、综合分析,以协助临床诊断的一种诊断方法。随着科学技术飞速发展,各种现代化仪器设备不断涌现,检查范围不断扩大,检查结果日益

准确,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,试剂的质量和技术人员的操作技能等环节的不同,均可能导致数据差异。当实验室检查结果与临床其他资料不符时,必须结合临床情况全面分析,必要时进行复查。

(四) 辅助检查

辅助检查(assistant examination)包括心电图检查、心向量图、肺功能检查及内镜等器械检查。一些临床常用诊断技术如胸膜腔穿刺术、腹膜腔穿刺术、心包腔穿刺术及腰椎穿刺术等也列入辅助检查。这些检查对临床诊断有重要价值。

(五) 病历书写和诊断方法

病历是关于患者发病情况、病情发展变化、转归和诊疗情况的系统记录,是临床医生做出诊断、选择治疗、判断预后的重要依据,是依法行医的法律文件。书写完整的病历是医师必须掌握的一项基本技能,在书写病历的过程中各级医师的业务水平可得到不断提高。病历的质量可以反映医疗质量和学术水平的高低,是考核医院综合整体水平和医务人员业务、医德水平的凭证。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。要做出正确诊断,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。本教材介绍病历书写的格式、内容、要求及病历举例,并讨论诊断的方法、步骤、内容及思维方法。

三、祖国医学和历代医学家 对诊断学的贡献

早在公元前,四诊就已在我国广为流传,即“望色,闻声,观形,切脉”。通过观察面色表情、形态容貌以诊察疾病的所在和严重程度,以脉搏的强弱、节律来判断脏腑、气血的盛衰,诊断疾病和推测预后。公元前7世纪,周代即有病案记录。公元前4世纪,古希腊医学家希波克拉底(Hippocrate)的著作《希波克拉底全集》中已有关于“希氏面容”——恶液质病容的描述。公元2世纪,罗马名医 Galen 区分了人体动脉、静脉,实验研究了结扎动脉和静脉后对肢体的影响,观察了脉搏频率和呼吸运动的关系,建立了系统的脉搏学说。他通过截断脊髓感觉神经后对肢体感觉和运动影响的实验,为神经支配的分布在诊断中的作用找到了理论依据。他还发明了直肠和阴道内镜。1761年,奥地利医师 Auenbrugger 受酒店学徒工叩敲酒坛、探测坛中的余酒量的启示,发明了叩诊法。1828年,法国医师 Piorry 创

建了间接叩诊法。1816年,法国医师 Laennec 创制了木制单管听筒器,并著有《医学听诊法》。

四、诊断疾病的步骤 和临床思维方法

(一) 疾病的诊断步骤及相关注意事项

1. 疾病的诊断步骤

(1) 第一步,收集资料。手段包括:①病史询问:客观而详细的病史资料对诊断有极大的帮助,甚至可以解决半数以上的诊断问题;②体格检查:在问诊基础上进行全面系统又重点深入的体检,可解决大部分临床诊断问题;③实验室检查及辅助检查:在问诊及体格检查的基础上,有的放矢地选择适当的项目,使临床诊断更及时而准确。

(2) 第二步,资料的综合分析:通过对以上来源获得的资料的综合分析,抓住主要矛盾,做出初步诊断。

(3) 第三步,验证或修正诊断:通过对病情变化的细致观察、进一步检查及对治疗效果的判断,在临床实践中验证或修正诊断。

2. 诊断相关的注意事项

(1) 常见误诊、漏诊的原因:①资料收集不完整、不确切;②临床观察不细致,检验结果误差;③先入为主,主观臆断;④医学知识不足,缺乏临床经验。

(2) 诊断的种类:①直接诊断:适用于病情简单、直观时;②排除诊断:病情不十分典型,有1~2个其他诊断需进一步排除时可用此法;③鉴别诊断:病情复杂,有多种可能的诊断,需进一步鉴别,逐步确定诊断。

(3) 诊断内容:①病因诊断;②病理解剖诊断;③病理生理诊断;④疾病的分型与分期;⑤并发症的诊断;⑥伴发疾病的诊断。

(二) 临床思维基本原则

(1) 实事求是,避免主观臆断,减少误诊。

(2) “一元论”即尽量用一个疾病去解释多种临床表现。

(3) 以临床流行病学所描述的发病率和疾病谱为依据,进行选择诊断,诊断时首先考虑常见病、多发病。

(4) 先考虑器质性疾病,后考虑功能性疾病,以免延误了疾病的治疗时机。

(5) 首先考虑可治性疾病,在没有完全确诊为“不可治”疾病以前,先考虑可治性疾病,这样可最大程度的减少诊断过程中的周折。

(6) 简化思维程序,抓住关键和特征,在最

小范围内选择最大可能的诊断,以给患者最及时的处理。

五、诊断学的学习方法、 要领和要求

《诊断学》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、病理学和药理学等基础上的,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》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,心脏杂音、肝脾肿大或脑膜刺激征等体征只有从患者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,还必须善于同患者交往、沟通,取得患者的信任与合作,建立和谐、融洽的医患关系。全心全意为患者服务是我们的根本出发点,医务人员应关心体贴患者、同情和爱护患者,一切从患者的利益出发,在体格检查、诊疗操作等过程中,尽量避免增加患者的痛苦。

《诊断学》教学的另一特点是必须熟练掌握临床诊断的基本方法,尤其是体格检查方法,然而它绝不是轻而易举就可以掌握的,为达到熟练掌握各种体格检查的方法,医学生必须在自己身上或同学之间反复练习规范、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维。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经历“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、体格检查技术,逐步提高诊断水平。

学习诊断学只是一个初涉临床课程的开端,不是一经学过即可掌握的。然而这个开端很重要,学习诊断学是步入各种临床教学的起点,需要经过反复的实践和连续的培训,诊断学的教学内容应贯穿在临床教学的始终。因此,在学习诊断学中要注意以下几点:

1. 现象与本质 医学生在学习病理生理学和病理学后,初步地了解了发生某些疾病时患者在生理功能和病理形态等方面的改变,仅能通过这些知识来解释临床上出现的某些症状和体征。患者的症状、体征及各项检查结果都是疾病的临床表现,一定的临床表现具有一定的临床意义,可利于医生做出疾病的诊断,这就是现象与本质的关系。换言之,必须透过现象看到本质。例

如,胸骨左缘第3、4肋间听到心包摩擦音,这是一种病理现象,其本质就是纤维蛋白性心包炎。不同疾病有不同的临床表现;即使是同一疾病,在不同患者身上的表现也可以不完全相同,即“同病异症”。也就是说,疾病的临床表现往往比较复杂,这就要求我们必须掌握各种症状、体征及各项检查结果的临床意义。

2. 临床常用诊断技能与高科技检查手段的关系 正确熟练地掌握问诊、查体诊断和常用一般实验室检验的基本功,是不容忽视和十分必要的。而另一方面,由高科技发展而来的各种实验室检查和特殊器械检查方法,则为临床诊断提供了极有价值的各种资料,大大提高了诊断的准确性。但临床医生切不可盲目依赖仪器检查,忽略了病史采集、体格检查和科学的临床思维。

3. 共性与个性 不同疾病可出现相同的表现(共性),而同一征象在不同的疾病中又有其独特的临床特点(个性)。例如:肺炎、肺水肿、肺淤血、肺癌等都可出现肺部湿啰音,湿啰音是这些病变的共性;但肺炎的湿啰音常局限于某一局部,并随病情好转而消失;肺水肿的湿啰音始发于肺底部,很快布满双肺;肺淤血的湿啰音常局限于双肺底;肺癌的湿啰音常恒定局限于某一部位,并伴持久干性啰音。在分析临床资料时,既要注意共性,又要注意个性。

4. 典型与不典型 临床上典型病例只占少数,大多数患者的临床表现可因预防接种或早期

接受治疗而不典型。疾病的典型临床表现为人们熟知,不典型表现却给人以许多假象。如下叶肺炎表现为腹痛;急性心肌梗死没有胸痛,而表现为胃肠道症状;等等。往往造成误诊、漏诊。由于临床症状表现多变,体征和实验室检查结果也可因病情不同而异乎寻常。一个初学者,首先应当熟记典型表现,然后才可能对不典型病例有较高的警惕。只有开阔思路、考虑全面,不断从实践中总结经验、从失误中吸取教训,才能不断提高诊断的准确性。

学完《诊断学》课程后应达到下列要求:①学会系统问诊,并掌握常见症状的临床意义。②能规范、系统地体格检查,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基本掌握心电图,熟悉或了解其正常表现和常见异常表现的临床意义。⑤能书写出符合要求的、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,提出符合逻辑的初步诊断。

今天的医学生将是明天的医生。学习诊断学,就是为了在临床学习入门时有一个良好的开端,自觉地陶冶一个好医生必须具备的医德风范、道德情操和行为标准;高标准,严要求,刻苦练就临床医师应有的扎实基本功,为下一步临床学习打好坚实的基础。

(徐新娟)

第一篇

症状学

第1章 常见症状

第一节 发热

案例 1-1-1

患者,男,21岁,学生。

主诉:发热3天。

现病史:4天前患者受凉后出现鼻塞、流涕、咽痛、伴有轻咳,在社区医院就诊,按“感冒”给予“银翘片”等治疗,效果不佳。3天前出现发冷、发热,体温波动于 $39.3\sim 40^{\circ}\text{C}$ 。咳嗽较前明显加重,痰量增多,呈铁锈色痰,有时感右胸疼痛不适,以深吸气时明显,并出现口周疱疹。发病以来自觉乏力,精神差,食欲减退,无腹痛、腹泻、恶心呕吐及尿频尿急,小便色黄,大便正常。

既往史:既往体健,无急、慢性传染病史及手术、外伤史,无药物过敏史,预防接种史记不清楚。

问题:

1. 该患者的主要症状是什么?
2. 该患者主要症状有哪些特点?
3. 该患者的伴随症状有哪些?

【定义】

发热(fever)指致热原直接作用于体温调节中枢、体温中枢功能紊乱或各种原因引起的产热过多、散热过少,导致体温升高超过正常范围的情形。

正常人的体温一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。但在不同个体之间可有差异,且受机体内、外因素的影响。比如在24小时内一般下午体温较早晨体温稍高,剧烈运动或进餐后体温也可略升高,但一般波动范围不超过 1°C 。老年人因代谢率稍低,体温可低于青壮年。

【病因】

发热的病因很多,临床上一般分为感染性发热和非感染性发热两大类,以感染性发热为多见。

1. 感染性发热(infective fever) 指由各种病原体,如病毒、细菌、支原体、衣原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等引起的感染性疾病所导致的发热。

2. 非感染性发热(noninfective fever)

(1) 无菌性坏死物质的吸收:由于组织细胞坏死、组织蛋白分解及组织坏死产物的吸收,所致的无菌性炎症常可引起发热,常见于:①物理、化学或机械性损害,如大血肿、内出血、大面积烧伤、大手术后组织损伤及内出血等。②血栓形成或血管栓塞引起脏器梗死或肢体坏死。③组织坏死与细胞破坏,如白血病、癌症、溶血反应等。

(2) 变态反应:变态反应时形成外源性致热原抗原抗体复合物,激活了致热原细胞,使其产生并释放内源性致热原。

(3) 心力衰竭或某些皮肤病:慢性心力衰竭时由于心输出量降低,尿量减少及皮肤散热减少,以及水肿组织隔热作用,使体温升高。某些皮肤病如广泛性皮炎、鱼鳞病等也因散热减少,引起低热。

(4) 内分泌与代谢疾病:如甲状腺功能亢进、严重脱水,体温均可升高。

(5) 体温调节中枢功能失常:①物理性,如中暑、日射病。②化学性,如重度安眠药中毒。③机械性,如脑出血、脑震荡、颅骨骨折等。上述原因可直接损害机体体温调节中枢引起发热,该类疾病引起的发热多数高热而无汗。

(6) 自主神经功能紊乱:由于自主神经功能紊乱,影响正常体温调节过程,使产热大于散热,体温升高。该类患者多为低热,常伴有自主神经功能紊乱的其他表现,如心悸、失眠、易出汗等,

属功能性发热的范畴。①原发性低热:由于自主神经功能紊乱所致的体温调节异常,低热可持续数月甚至数年,温度波动范围小,多在 0.5°C 以内。②感染后低热:由细菌、病毒、原虫等感染所致发热后,长期低热不退,而原有感染疾病已痊愈,这是由于体温调节中枢的调节功能仍未完全恢复正常所致。③夏季低热:仅在夏季出现低热,入秋后体温正常,如此反复连续,数年后多可自行缓解。

案例 1-1-1 分析 1

1. 该患者的主要症状为发热。
2. 根据已有病史资料该患者发热的原因可能为感染性发热。

【发病机制】

正常人的体温受体温调节中枢控制,并通过神经、体液因素使产热和散热过程呈动态平衡,保持体温在相对恒定范围内。由于各种原因导致机体的产热增加或散热减少,就可出现发热。

1. 致热原性发热 致热原包括外源性和内源性两大类。

(1) 外源性致热原包括:①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。②炎性渗出物及无菌性坏死组织。③抗原-抗体复合物。④某些类固醇物质。⑤多糖体成分及多核苷酸、淋巴细胞激活因子等。外源性致热原多为大分子物质、特别是细菌内毒素分子质量很大,不能通过血-脑屏障,而是通过激活血液中的中性粒细胞、嗜酸粒细胞和单核-吞噬细胞系统,使其产生并释放内源性致热原,进而作用于体温调节中枢引起发热。

(2) 内源性致热原:外源性致热原均能激活血液中的单核-吞噬细胞系统,包括中性粒细胞、单核细胞、嗜酸粒细胞等,使之形成并释放内源性致热原(endogenous pyrogen)。主要有白细胞介素-1(IL-1)、白细胞介素-6(相对 IL-6)和肿瘤坏死因子(TNF)。内源性致热原分子质量较小,可被蛋白酶类破坏。内源性致热原可通过血-脑屏障直接作用于体温调节中枢。

内源性致热原直接作用于大脑视丘下部体温调节中枢的体温调定点,使调定点(温阈)上升,体温调节中枢必须对体温加以重新调节,发出调节冲动,通过垂体内分泌因素使代谢增加或通过运动神经使骨骼肌阵缩,使产热增多;另一方面可通过交感神经使皮肤血管及竖毛肌收缩,排汗停止,散热减少。这一综合调节作用使产热大于散热而发热。

2. 非致热原性发热

(1) 体温调节中枢直接受损:如颅脑外伤、出血、炎症等。

(2) 引起产热过多的疾病:如癫痫持续状态、甲状腺功能亢进等。

(3) 引起散热减少的疾病:如广泛性皮肤病、心力衰竭等。

【临床表现】

1. 发热的分度 按发热的高低(以口腔测量为准)可分为:①低热: $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$ 。②中度热: $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ 。③高热: $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$ 。④超高热: 41°C 以上。

2. 发热的临床过程及特点 发热临床上一分为三个阶段。

(1) 体温上升期:此期常有疲乏无力、皮肤苍白、肌肉酸痛、畏寒或寒战等临床表现,产热大于散热使体温上升。体温上升有两种方式。

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

2) 缓升型:体温呈逐渐上升,在数日内达高峰,多不伴寒战。常见于伤寒、结核病、布氏杆菌病等所致的发热。

(2) 高热期:体温上升达高峰后保持一段时间,持续时间的长短因病因不同有所差异。此期机体温度已达或略高于上移的体温调定点水平,体温调节中枢不再发出寒战冲动。皮肤血管由收缩转为舒张从而使皮肤发红,出汗逐渐增多,呼吸加快变深,机体产热与散热在较高水平上保持相对平衡。

(3) 体温下降期:由于病因的消除,致热原作用逐渐减弱或消失,体温中枢的体温调定点逐渐降至正常水平,散热大于产热,使体温逐渐降至正常水平。依据体温降低快慢分为以下两种方式。

1) 骤降(crisis):体温于数小时内迅速下降至正常,有时可略低于正常,常伴有大汗淋漓。常见于大叶性肺炎、疟疾、急性肾盂肾炎及输液反应等。

2) 渐降(lysis):体温在数天内逐渐下降至正常,如伤寒、风湿热等。

【热型及临床意义】

体温曲线的不同形态(形状)称为热型(fever type)。临床常见的热型如下。

1. 稽留热(continued fever) 体温维持在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 甚至以上,达数天或数周。24小时内体温波动范围不超过 1°C 。常见于大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期(图 1-1-1)。

2. 弛张热(remittent fever) 又称败血症热型。体温常在 39°C 以上,24小时内波动幅度较大,一般超过 2°C ,且都高于正常,常见于败血症、重症肺结核及化脓性炎症等(图 1-1-2)。

3. 间歇热(intermittent fever) 体温骤升达高峰后持续数小时,又骤降至正常水平,无热期可持续1天至数天,高热期与无热期反复交替