

全国高等医药院校教材配套用书

轻松记忆“三点”丛书

诊断学速记

(第2版)

黎青 陈欢欢◎主编

 学习重点

 复习要点

 考试难点



阿虎医考

中国医药科技出版社

全国高等医药院校教材配套用书

轻松记忆“三点”丛书

诊断学速记^(第2版)

主编 黎 青 陈欢欢

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书是全国高等医药院校教材配套用书之一,高度浓缩了诊断学的基础知识,既切中要点又充分保留了学科系统的完整性,更广泛吸取了各名校优秀学习者的宝贵心得,利于读者提高学习效率,顺利通过考试。

本书是医学生专业知识学习、记忆及应考的必备书,也可作为参加卫生专业技术资格考试的参考书。

图书在版编目(CIP)数据

诊断学速记 / 黎青, 陈欢欢主编. — 2 版. — 北京: 中国医药科技出版社, 2017.5

(轻松记忆“三点”丛书)

ISBN 978-7-5067-7392-8

I. ①诊… II. ①黎… ②陈… III. ①诊断学—医学院校—教学参考资料 IV. ①R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 082342 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 大隐设计

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010-62227427 邮购: 010-62236938

网址 www.cmstp.com

规格 787 × 1092mm $1/_{32}$

印张 14 $5/_{8}$

字数 360 千字

初版 2010 年 3 月第 1 版

版次 2017 年 5 月第 2 版

印次 2017 年 5 月第 1 次印刷

印刷 北京九天众诚印刷有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978-7-5067-7392-8

定价 35.00 元

版权所有 盗版必究

举报电话: 010-62228771

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

出版说明

本系列丛书以全国医学院校教学大纲为依据，以国内医学院校通用的权威教材为基础，针对医学知识难懂、难记、难背的特点，收集、整理中国协和医科大学、北京大学医学部、中国医科大学、中山大学中山医学院、华中科技大学同济医学院等国内知名院校优秀硕士、博士生多年的学习记录和心得编撰而成。丛书在编写过程中对各校在用的教材进行了缜密的分析和比较，各科目分别选择了符合其学科特点，有助于学生进行系统性学习的教材体系作为蓝本。内容简洁精要，切中要点又充分保留了学科系统的完整性，其中更广泛汲取了各名校优秀学习者的宝贵心得，让学生既能将本丛书作为课前预习、课后复习识记的随身宝典，也能帮助学生明确重点和难点内容，提高听课效率，对知识总结归纳、融会贯通，从而减轻学习负担，增强学习效果。

我们鼓励广大读者将本丛书同自己正在进行的课程学习相结合，感受前辈学习者对于知识内容的理解，充分了解自己学习的得失，相互比较，互通有无。我们也相信在我们的帮助下，必定会有更多的医学学习者通过自己的努力品味到知识果实的甜美。

由于我们学识有限，编写时间仓促，疏漏或不当之处请各位同仁和读者批评指正。衷心感谢！祝所有读者学有所成，硕果累累！

目录

第一篇 常见症状

- 第一节 发热 / 2
- 第二节 皮肤黏膜出血 / 5
- 第三节 水肿 / 7
- 第四节 咳嗽与咳痰 / 9
- 第五节 咯血 / 10
- 第六节 胸痛 / 12
- 第七节 发绀 / 15
- 第八节 呼吸困难 / 16
- 第九节 心悸 / 20
- 第十节 恶心与呕吐 / 21
- 第十一节 吞咽困难 / 24
- 第十二节 呕血 / 25
- 第十三节 便血 / 27
- 第十四节 腹痛 / 29
- 第十五节 腹泻 / 32
- 第十六节 便秘 / 35
- 第十七节 黄疸 / 37

- 第十八节 腰背痛 / 40
- 第十九节 关节痛 / 42
- 第二十节 血尿 / 44
- 第二十一节 尿频、尿急与尿痛 / 47
- 第二十二节 少尿、无尿与多尿 / 48
- 第二十三节 尿失禁 / 51
- 第二十四节 排尿困难 / 52
- 第二十五节 肥胖 / 53
- 第二十六节 消瘦 / 53
- 第二十七节 头痛 / 54
- 第二十八节 眩晕 / 57
- 第二十九节 晕厥 / 59
- 第三十节 抽搐与惊厥 / 62
- 第三十一节 意识障碍 / 64
- 第三十二节 情感障碍 / 67

第二篇 问诊

第一章 问诊的重要性与医德要求 / 70

- 第一节 问诊的重要性 / 70
- 第二节 问诊的医德要求 / 71

第二章 问诊的内容 / 72

第三章 问诊的方法与技巧 / 76

- 第一节 问诊的基本方法与技巧 / 76
- 第二节 重点问诊的方法 / 76
- 第三节 特殊情况的问诊技巧 / 76

第三篇 体格检查

第一章 基本方法 / 78

第一节 视诊 / 78

第二节 触诊 / 78

第三节 叩诊 / 79

第四节 听诊 / 80

第五节 嗅诊 / 81

第二章 一般检查 / 82

第一节 全身状态检查 / 82

第二节 皮肤 / 88

第三节 淋巴结 / 92

第三章 头部检查 / 96

第一节 头发和头皮 / 96

第二节 头颅 / 96

第三节 颜面及器官 / 97

第四章 颈部检查 / 106

第五章 胸部及肺检查 / 109

第一节 胸部的体表标志 / 109

第二节 胸壁、胸廓与乳房 / 111

第三节 肺和胸膜 / 115

第四节 呼吸系统常见疾病的主要症状和体征 / 126

第五节 心脏检查 / 127

第六节 血管检查 / 147

第七节 循环系统常见疾病的主要症状和体征 / 153

第六章 腹部检查 / 159

- 第一节 腹部的体表标志及分区 / 159
- 第二节 视诊 / 161
- 第三节 触诊 / 168
- 第四节 叩诊 / 180
- 第五节 听诊 / 183
- 第六节 腹部常见疾病的主要症状和体征 / 186

第七章 生殖器、肛门及直肠检查 / 195

- 第一节 男性生殖器检查 / 195
- 第二节 女性生殖器检查 / 199
- 第三节 肛门与直肠检查 / 209

第八章 脊柱与四肢检查 / 214

- 第一节 脊柱检查 / 214
- 第二节 四肢与关节检查 / 218

第九章 神经系统检查 / 225

- 第一节 脑神经检查 / 225
- 第二节 运动功能检查 / 228
- 第三节 感觉功能检查 / 233
- 第四节 神经反射检查 / 235
- 第五节 自主神经功能检查 / 239

第十章 全身体格检查 / 243

- 第一节 全身体格检查的基本要求 / 243
- 第二节 全身体格检查的基本项目 / 243
- 第三节 特殊情况的体格检查 / 243
- 第四节 老年人的体格检查 / 244

第五节 重点体格检查 / 244

第四篇 实验诊断

第一章 概论 / 246

第二章 临床血液学检测 / 248

第一节 血液一般检测 / 248

第二节 溶血性贫血的实验室检测 / 254

第三节 骨髓细胞学检测 / 258

第四节 血型鉴定与交叉配血试验 / 262

第三章 血栓与止血检测 / 264

第一节 血管壁检测 / 264

第二节 血小板检测 / 265

第三节 凝血因子检测 / 265

第四节 抗凝系统检测 / 267

第五节 纤溶活性检测 / 267

第六节 血液流变学检测 / 268

第七节 血栓弹力图检测 / 268

第八节 检测项目的选择和应用 / 268

第四章 排泄物、分泌物及体液检验 / 269

第一节 尿液检测 / 269

第二节 粪便检测 / 278

第三节 痰液检测 / 281

第四节 脑脊液检测 / 282

第五节 浆膜腔积液检测 / 286

第六节 生殖系统体液检测 / 289

第五章 肾脏病常用实验室检测 / 292

- 第一节 肾小球功能检测 / 292
- 第二节 肾小管功能检测 / 294
- 第三节 血尿酸检测 / 295
- 第四节 肾小管性酸中毒检测 / 295
- 第五节 肾功能检测项目的选择和应用 / 296

第六章 肝脏病常用实验室检测 / 297

- 第一节 肝脏病常用的实验室检测项目 / 297
- 第二节 常见肝脏疾病的各种实验诊断指标变化特点 / 309
- 第三节 常见肝脏病检查项目的合理选择与应用 / 310

第七章 临床常用生物化学检测 / 311

- 第一节 血糖及其代谢物的检测 / 311
- 第二节 血清脂质和脂蛋白检测 / 316
- 第三节 血清电解质检测 / 319
- 第四节 血清铁及其代谢物检测 / 324
- 第五节 心肌酶和心肌蛋白检测 / 326
- 第六节 其他血清酶检测 / 330
- 第七节 内分泌激素检测 / 332
- 第八节 治疗性药物检测 / 341

第八章 临床常用免疫学检测 / 342

- 第一节 体液免疫检测 / 342
- 第二节 细胞免疫检测 / 346
- 第三节 肿瘤标志物检测 / 349
- 第四节 自身抗体检测 / 351
- 第五节 感染免疫检测 / 354

第六节 移植免疫检测 / 355

第七节 其他免疫检测 / 357

第九章 临床常见病原体检测 / 359

第一节 标本的采集运送、实验室评价和检查方法 / 359

第二节 病原体耐药性检测 / 360

第三节 临床感染常见病原体检测 / 360

第四节 病毒性肝炎检测 / 362

第五节 性传播疾病病原体检测 / 367

第六节 医院感染常见病原体检查 / 370

第十章 其他检测 / 372

第一节 基因诊断 / 372

第二节 流式细胞术及其临床应用 / 372

第三节 染色体检测 / 372

第四节 床旁检测 / 372

第五篇 辅助检查

第一章 心电图 / 374

第一节 临床心电图学的基本知识 / 374

第二节 心电图的测量和正常数据 / 377

第三节 心房肥大与心室肥厚 / 383

第四节 心肌缺血与 ST-T 改变 / 385

第五节 心肌梗死 / 387

第六节 心律失常 / 390

第七节 电解质紊乱和药物影响 / 399

第八节 心电图的分析方法和临床应用 / 401

第二章 其他常用心电学检查 / 402

第一节 动态心电图 / 402

第二节 心电图运动负荷试验 / 403

第三章 肺功能检查 / 406

第一节 通气功能检查 / 406

第二节 换气功能检查 / 412

第三节 小气道功能检查 / 413

第四节 血气分析和酸碱测定 / 414

第四章 内镜检查 / 423

第一节 上消化道内镜检查 / 423

第二节 下消化道内镜检查 / 426

第三节 纤维支气管镜检查 / 429

✧ 第六篇 病历书写 ✧

第一章 病历书写的基本要求 / 434

第二章 病历书写格式及内容 / 435

第一节 住院病历 / 435

第二节 门(急)诊病历 / 442

第三节 表格式住院病历 / 442

第三章 电子病历 / 443

✧ 第七篇 诊断疾病的步骤和临床思维方法 ✧

第一章 诊断疾病的步骤 / 446

- 第一节 搜集临床资料 / 446
- 第二节 分析、综合和评价资料 / 446
- 第三节 提出初步诊断 / 447
- 第四节 验证或修正诊断 / 447

第二章 临床思维方法 / 448

- 第一节 临床思维的两大要素及应注意的问题 / 448
- 第二节 临床思维的基本方法 / 448
- 第三节 诊断思维的基本原则 / 449
- 第四节 循证医学在临床诊断思维中的应用 / 449
- 第五节 临床诊断思维的特点与常见诊断失误的原因 / 450

第三章 临床诊断的内容 / 451

- 第一节 诊断的内容与格式 / 451
- 第二节 诊断书写要求 / 451

第一章

第一篇 常见症状

第一节 发热

一、定义

正常人的体温受体温调节中枢调控，使产热和散热过程呈动态平衡，保持体温在相对恒定的范围内。当机体在致热原作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时，体温升高超过正常范围，称为发热。

二、正常体温与生理变异

1. 正常体温 正常体温一般为 36~37℃。

2. 生理变异 24 小时内，上午<下午，剧烈运动、劳动或进餐后体温略可升高，但波动范围不超过 1℃。女性月经前及妊娠期可稍升高。老年人稍低于年轻人。

三、发生机制

1. 致热原性发热

(1) 外源性致热原：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，包括：①病原体及其产物；②炎症渗出物及无菌性坏死组织；③抗原-抗体复合物；④类固醇；⑤多糖体成分及多核苷酸、淋巴细胞激活因子等。

(2) 内源性致热原：为小分子物质，存在于单核细胞及巨噬细胞内，如 IL-1、TNF、IL-6 和 IFN 等。

外源性致热原 → 中性粒细胞、嗜酸性粒细胞、单核-巨噬细胞 → 内源性致热原 → 下丘脑体温调节中枢 → 前列腺素 E₂ 合成 → 体温调定点上升 → 体温上升。

2. 非致热原性发热

(1) 体温调节中枢直接受损：颅脑外伤、出血、炎症等。

(2) 引起产热过多的疾病：癫痫持续状态、甲状腺功能亢

进症等。

(3) 引起散热减少的疾病：广泛性皮肤病、心力衰竭等。

四、病因与分类

1. 感染性发热 各种病原体感染均可能引起。

2. 非感染性发热

(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，所致的无菌性炎症所致，亦称为吸收热。

(2) 变态反应性疾病：如风湿热、血清病、药物热、结缔组织病等。

(3) 内分泌与代谢疾病：如甲状腺功能亢进症等。

(4) 皮肤病变：如广泛性皮炎、鱼鳞癣及慢性心衰等而引起，一般为低热。

(5) 体温调节中枢功能失常：直接损害体温调节中枢，使体温调定点上移后发出调节冲动所致，称为中枢性发热。见于中暑、安眠药中毒、脑出血、脑震荡、颅骨骨折等。特点是高热无汗。

(6) 自主神经功能紊乱。

五、临床表现

1. 发热的分度 以口腔温度为标准，按发热的高低可分为：

(1) 低热 $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$ 。

(2) 中等度热 $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ 。

(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

(1) 体温上升期 体温上升期常有疲乏无力、肌肉酸痛、皮肤苍白、畏寒或寒战等现象。

皮肤苍白是因体温调节中枢发出的冲动经交感神经而引起皮肤血管收缩，浅层血流减少所致，甚至伴有皮肤温度下降。

由于皮肤散热减少刺激皮肤的冷觉感受器并传至中枢引起畏寒。中枢发出的冲动再经运动神经传至运动终板，引起骨骼肌不随意的周期性收缩，发生寒战及竖毛肌收缩，使产热增加。该期产热大于散热，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。小儿易发生惊厥。见于疟疾、大叶性肺炎、败血症、流行性感、急性肾盂肾炎、输液或某些药物反应等。

②缓升型：体温逐渐上升在数日内达高峰，多不伴寒战，如伤寒、结核病、布氏杆菌病等所致的发热。

(2) 高热期 是指体温上升达高峰之后保持一定时间，持续时间的长短可因病因不同而有差异。如疟疾可持续数小时，大叶性肺炎、流行性感、伤寒则可为数周。在此期中，体温已达到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，故寒战消失；皮肤血管由收缩转为舒张，使皮肤发红并有灼热感；呼吸加快变深；开始出汗并逐渐增多。使产热与散热过程在较高水平保持相对平衡。

(3) 体温下降期 由于病因的消除，致热原的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，产热相对减少，散热大于产热，使体温降至正常水平。此期表现为出汗多，皮肤潮湿。体温下降有两种方式。

①骤降：指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。常见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎及输液反应等。

②渐降：指体温在数天内逐渐降至正常，如伤寒、风湿热等。

六、热型及临床意义

1. 热型的定义 发热患者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成体温曲线，该曲线的不同形态称为热型。

2. 常见热型

(1) 稽留热：是指体温恒定地维持在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 以上的高水平，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