

现代临床医学概论

XIAN DAI LIN CHUANG YI XUE GAI LUN

侯国升◎编著

云南出版集团公司
云南科技出版社

现代临床医学概论

侯国升 编著

云南出版集团公司
云南科技出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

现代临床医学概论 / 侯国升编著. -- 昆明: 云南科技出版社, 2014.6
ISBN 978-7-5416-8166-0

I. ①现… II. ①侯… III. ①临床医学 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 133940 号

责任编辑: 欧阳鹏
封面设计: 涂文静
责任校对: 叶水金
责任印制: 翟 苑

云南出版集团公司
云南科技出版社出版发行
(昆明市环城西路 609 号云南新闻出版大楼 邮政编码: 650034)
南漳县金鑫印务有限责任公司 全国新华书店经销
开本: 880mm×1230mm 1/32 印张: 9.75 字数: 300 千字
2016 年 3 月第 1 版 2016 年 3 月第 1 次印刷
定价: 53.60 元

目 录

第一章 常见症状鉴别诊断和处理	1
第一节 发 热.....	1
第二节 皮肤黏膜出血.....	8
第三节 水 肿.....	10
第四节 咳嗽与咳痰.....	14
第五节 咯 血.....	18
第六节 胸痛.....	22
第七节 发 绀.....	25
第八节 呼吸困难.....	28
第九节 心 悸.....	33
第十节 恶心与呕吐.....	36
第十一节 呕 血.....	40
第十二节 便 血.....	43
第十三节 腹 痛.....	46
第十四节 腹 泻.....	50
第十五节 便秘.....	54
第十六节 黄 疸.....	57
第十七节 腰背痛.....	65

第十八节 关节痛.....	71
第十九节 血 尿.....	76
第二章 现代临床影像学发展.....	79
第一节 不同成像的观察与分析.....	81
一、X 线成像观察与分析.....	82
二、CT 观察与分析.....	83
三、超声图像观察与分析.....	84
四、MRI 观察与分析.....	85
五、医学影像学征象的诊断与鉴别诊断.....	87
第二节 不同成像方法的优选和综合应用.....	88
第三节 图像存档和传输系统.....	92
第三章 美容科临床专题.....	95
第一节 整形美容外科病人的心理.....	95
第二节 整形美容手术室护理风险.....	96
第三节 网络医学与现代整形美容.....	100
第四章 妇科病史和检查.....	103
第一节 妇科病史.....	103
第二节 妇科检查.....	104
一、基本要求.....	104
二、检查方法.....	104
三、妇科常见特殊检查.....	106
第五章 感染性疾病.....	111
第一节 外阴及阴道炎症.....	111
第二节 宫颈炎.....	115
第三节 盆腔炎.....	118

第六章 生殖道肿瘤	121
第一节 外阴阴道肿瘤	121
第二节 宫颈肿瘤	123
第三节 子宫肿瘤	129
第四节 卵巢肿瘤	141
第七章 内脏系统药物药理	150
第一节 心脏疾病药物	150
一、抗慢性心功能不全药	150
二、抗心律失常药 antiarrhythmic	170
三、抗心绞痛药 Drugs used in the treatment of angina	194
第二节 抗高血压药	210
一、抗高血压药物的分类	211
二、常用的抗高血压药	212
三、其他抗高血压药	224
第八章 分子靶向治疗研究分类	228
第一节 针对肿瘤酪氨酸激酶信号转导途径及其抑制剂的应用	228
一、蛋白酪氨酸激酶的分类与功能	229
二、酪氨酸激酶受体信号转导途径	230
三、酪氨酸激酶途径抑制剂	234
四、酪氨酸激酶受体信号转导途径在肿瘤中的意义	237
第二节 抗血管生成的靶向治疗	238
一、血管生成的分期及特征	239
二、肿瘤生长与血管形成	240
三、肿瘤转移的血管依赖性	243
四、肿瘤血管生成的启动与调控	244

五、研究肿瘤血管生成的临床意义	246
第九章 骨外科手术及护理	249
第一节 显微内镜下腰椎间盘突出术	249
第二节 木瓜蛋白酶髓核溶解术	251
第三节 经皮穿刺椎间盘切吸术	253
第四节 椎间孔镜下椎间盘摘除术	255
第五节 经皮激光椎间盘减压术	257
第六节 射频消融髓核成形术	259
第七节 胸腔镜下的脊柱外科手术	260
第八节 腹腔镜下前路腰椎椎间融合术	265
第九节 经皮骨水泥强化技术（椎体成形术、后凸成形术）	270
第十节 导航技术	276
第十章 常见普外科疾病	283
第一节 急性阑尾炎	283
第二节 门静脉高压症	287
第三节 急性胰腺炎	290
第四节 慢性胰腺炎	292
第五节 急性乳腺炎	295
第六节 乳腺增生症	297
第七节 痔 疮	300

第一章 常见症状鉴别诊断和处理

第一节 发 热

正常人的体温受体温调节中枢所调控，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的范围内。当机体在致热源 (pyrogen) 作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时，体温升高超出正常范围，称为发热 (fever)。

【正常体温与生理变异】正常人体温一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 左右，正常体温在不同个体之间略有差异，且常受机体内、外因素的影响稍有波动。在 24 小时内下午体温较早晨稍高，剧烈运动、劳动或进餐后体温也可略升高，但一般波动范围不超过 1°C 。妇女月经前及妊娠期体温略高于正常。老年人因代谢率偏低，体温相对低于青壮年。另外，在高温环境下体温也可稍升高。

【发生机制】在正常情况下，人体的产热和散热保持动态平衡。由于各种原因导致产热增加或散热减少，则出现发热。

1. 致热源性发热：致热源包括外源性和内源性两大类。

(1) 外源性致热源 (exogenous pyrogen)：外源性致热源的种类甚多，包括：①各种微生物病原体及其产物，如细菌、病毒、

真菌及支原体等；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，特别是肾上腺皮质激素的代谢产物原胆烷醇酮(etiocholanolone)；⑤多糖体成分及多核苷酸、淋巴细胞激活因子等。外源性致热源多为大分子物质，特别是细菌内毒素分子量非常大，不能通过血脑屏障直接作用于体温调节中枢，而是通过激活血液中的中性粒细胞、嗜酸性粒细胞和单核-吞噬细胞系统，使其产生并释放内源性致热源，通过上述机制引起发热。

(2) 内源性致热源(endogenous pyrogen)：又称白细胞致热源(leukocytic pyrogen)，如白介素(IL-1)、肿瘤坏死因子(TNF)和干扰素等。通过血-脑脊液屏障直接作用于体温调节中枢的体温调定点(setpoint)，使调定点上升，体温调节中枢必须对体温加以重新调节发出冲动，并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(临床表现为寒战)，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，停止排汗，散热减少。这一综合调节作用使产热大于散热，体温升高引起发热。

2. 非致热源性发热：常见于以下几种情况：

(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、甲状腺功能亢进症等。

(3) 引起散热减少的疾病：如广泛性皮肤病、心力衰竭等。

【病因与分类】发热的病因很多，临床上可分为感染性与非感染性两大类，而以前者多见。

1. 感染性发热(infeCTive fever) 各种病原体如病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等引起的感染，不论是急性、亚急性或慢性、局部性或全身性，均可出现发热。

2. 非感染性发热(noninfeCTive fever) 主要有以下几类原因：

(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，亦称为吸收热 (absorption fever)。常见于：①机械性、物理或化学性损害，如大手术后组织损伤、内出血、大血肿、大面积烧伤等；②因血管栓塞或血栓形成而引起的心肌、肺、脾等内脏梗死或肢体坏死；③组织坏死与细胞破坏，如癌、白血病、淋巴瘤、溶血反应等。

(2) 抗原-抗体反应：如风湿热、血清病、药物热、结缔组织病等。

(3) 内分泌与代谢疾病：如甲状腺功能亢进、重度脱水等。

(4) 皮肤散热减少：如广泛性皮炎、鱼鳞癣及慢性心力衰竭等而引起发热，一般为低热。

(5) 体温调节中枢功能失常：有些致热因素不通过内源性致热源而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，造成产热大于散热，体温升高，称为中枢性发热 (centric fever)。常见于：①物理性：如中暑；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。上述各种原因可直接损害体温调节中枢，致使其功能失常而引起发热，高热无汗是这类发热的特点。

(6) 自主神经功能紊乱：由于自主神经功能紊乱，影响正常的体温调节过程，使产热大于散热，体温升高，多为低热，常伴有自主神经功能紊乱的其他表现，属功能性发热范畴。常见的功能性低热有：①原发性低热：由于自主神经功能紊乱所致的体温调节障碍或体质异常，低热可持续数月甚至数年之久，热型较规则，体温波动范围较小，多在 0.5°C 以内。②感染后低热：由于病毒、细菌、原虫等感染致发热后，低热不退，而原有感染已愈。此系体温调节功能仍未恢复正常所致，但必须与因机体抵抗力降低导致潜在的病灶（如结核）活动或其他新

感染所致的发热相区别。③夏季低热：低热仅发生于夏季，秋凉后自行退热，每年如此反复出现，连续数年后多可自愈。多见于幼儿，因体温调节中枢功能不完善，夏季身体虚弱，且多于营养不良或脑发育不全者发生。④生理性低热：如精神紧张、剧烈运动后均可出现低热。月经前及妊娠初期也可有低热现象。

【临床表现】

(一) 发热的分度

按发热的高低可分为：

低热 $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$

中等度热 $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$

高热 $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$

超高热 41°C 以上

(二) 发热的临床过程及特点

发热的临床经过一般分为以下三个阶段。

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 (brucellosis) 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、流行性感冒可持续数天，伤寒则可为数周。在此期间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，致热源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 (crisis)：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 (lysis)：指体温在数天内逐渐降至正常，如伤寒、风湿热等。

【热型及临床意义】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（形状）称为热型 (fever-type)。不同的病因所致发热的热型也常不同。临床上常见的热型有以下几种。

1. 稽留热 (continued fever) 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，24h 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。

2. 弛张热 (remittent fever) 又称败血症热型。体温常在 39°C 以上，波动幅度大，24h 内波动范围超过 2°C ，但都在正常水平以下。常见于风湿热、肺结核及化脓性炎症等。

3. 间歇热 (intermittent fever) 体温骤升达高峰后持续数小时，又迅速降至正常水平，无热期（间歇期）可持续 1 天至数天，

如此高热期与无热期反复交替出现。常见于疟疾、急性。肾盂肾炎等。

4. 波状热 (undulant fever) 体温逐渐上升达 39°C 或以上, 数天后又逐渐下降至正常水平, 持续数天后又逐渐升高, 如此反复多次。常见于布氏杆菌病。

5. 回归热 (recurrent fever) 体温急剧上升至 39°C 或以上, 持续数天后又骤然下降至正常水平。高热期与无热期各持续若干天后规律性交替一次。可见于回归热、霍奇金 (Hodgkin) 病等。

6. 不规则热 (irregular fever) 发热的体温曲线无一定规律, 可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等。

不同的发热性疾病各具有相应的热型, 根据热型的不同有助于发热病因的诊断和鉴别诊断。但必须注意: ①由于抗生素的广泛应用, 及时控制了感染, 或因解热药或糖皮质激素的应用, 可使某些疾病的特征性热型变得不典型或呈不规则热型; ②热型也与个体反应的强弱有关, 如老年人休克型肺炎时可有低热或无发热, 而不具备肺炎的典型热型。

【伴随症状】

1. 寒战常见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、钩端螺旋体病、药物热、急性溶血或输血反应等。

2. 结膜充血常见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病等。

3. 单纯疱疹多出现于急性发热性疾病, 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。

4. 淋巴结肿大常见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结核、局灶性化脓性感染、丝虫病、白血病、淋巴瘤、转移癌等。

5. 肝脾肿大常见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、

肝及胆道感染、布氏杆菌病、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤及黑热病、急性血吸虫病等。

6. 出血发热伴皮肤黏膜出血可见于重症感染及某些急性传染病,如流行性出血热、病毒性肝炎、斑疹伤寒、败血症等。也可见于某些血液病,如急性白血病、重症再生障碍性贫血、恶性组织细胞病等。

7. 关节肿痛常见于败血症、猩红热、布氏杆菌病、风湿热、结缔组织病、痛风等。

8. 皮疹常见于麻疹、猩红热、风疹、水痘、斑疹伤寒、风湿热、结缔组织病、药物热等。

9. 昏迷先发热后昏迷者常见于流行性乙型脑炎、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢、中暑等。

【问诊要点】

1. 起病时间、季节、起病情况(缓急)、病程、程度(热度高低)、频度(间歇性或持续性)、诱因。

2. 有无畏寒、寒战、大汗或盗汗。

3. 应包括多系统症状询问,是否伴有咳嗽、咳痰、咯血、胸痛;腹痛、恶心、呕吐、腹泻;尿频、尿急、尿痛;皮疹、出血、头痛、肌肉关节痛等。

4. 患病以来一般情况,如精神状态、食欲、体重改变、睡眠及大小便情况。

5. 诊治经过(药物、剂量、疗效)。

6. 传染病接触史、疫水接触史、手术史、流产或分娩史、服药史、职业特点等。

第二节 皮肤黏膜出血

皮肤黏膜出血 (mucocutaneous hemorrhage) 是因机体止血或凝血功能障碍所引起, 通常以全身性或局限性皮肤黏膜自发性出血或损伤后难以止血为临床特征。

【病因与发生机制】皮肤黏膜出血的基本病因有三个因素, 即血管壁功能异常、血小板数量或功能异常及凝血功能障碍。

1. 血管壁功能异常: 正常在血管破损时, 局部小血管即发生反射性收缩, 使血流变慢, 以利于初期止血, 继之, 在血小板释放的血管收缩素等血清素作用下, 使毛细血管较持久收缩, 发挥止血作用。当毛细血管壁存在先天性缺陷或受损伤时则不能正常地收缩发挥止血作用, 而致皮肤黏膜出血。常见于:

(1) 遗传性出血性毛细血管扩张症、血管性假性血友病。

(2) 过敏性紫癜、单纯性紫癜、老年性紫癜及机械性紫癜等。

(3) 严重感染、化学物质或药物中毒及代谢障碍, 维生素 C 或维生素 PP 缺乏、尿毒症、动脉硬化等。

2. 血小板异常: 血小板在止血过程中起重要作用, 在血管损伤处血小板相互黏附、聚集成白色血栓阻塞伤口。血小板膜磷脂在磷脂酶作用下释放花生四烯酸, 随后转化为血栓烷 (TXA₂), 进一步促进血小板聚集, 并有强烈的血管收缩作用, 促进局部止血。当血小板数量或功能异常时, 均可引起皮肤黏膜出血, 常见于:

(1) 血小板减少: ①血小板生成减少: 再生障碍性贫血、白血病、感染、药物性抑制等; ②血小板破坏过多: 特发性血小板减少性紫癜、药物免疫性血小板减少性紫癜; ③血小板消耗过多: 血栓性血小板减少性紫癜、弥散性血管内凝血。

(2) 血小板增多: ①原发性: 原发性血小板增多症; ②继发性: 继发于慢性粒细胞白血病、脾切除后、感染、创伤等。此类疾病血小板数虽然增多, 仍可引起出血现象, 是由于活动性凝血活酶生成迟缓或伴有血小板功能异常所致。

(3) 血小板功能异常: ①遗传性: 血小板无力症 (thrombasthenia) (主要为聚集功能异常)、血小板病 (thrombopathy) (主要为血小板第3因子异常) 等; ②继发性: 继发于药物、尿毒症、肝病、异常球蛋白血症等。

3. 凝血功能障碍: 凝血过程较复杂, 有许多凝血因子参与, 任何一个凝血因子缺乏或功能不足均可引起凝血障碍, 导致皮肤黏膜出血。

(1) 遗传性: 血友病、低纤维蛋白原症、凝血酶原缺乏症、低凝血酶原血症、凝血因子缺乏症等。

(2) 继发性: 严重肝病、尿毒症、维生素K缺乏。

(3) 循环血液中抗凝物质增多或纤溶亢进: 异常蛋白血症类肝素抗凝物质增多、抗凝药物治疗过量、原发性纤溶或弥散性血管内凝血所致的继发性纤溶。

【临床表现】皮肤黏膜出血表现为血液淤积于皮肤或黏膜下, 形成红色或暗红色斑。压之不褪色, 视出血面积大小可分为瘀点、紫癜和瘀斑。血小板减少出血的特点为同时有出血点、紫癜和瘀斑、鼻出血、牙龈出血、月经过多、血尿及黑便等, 严重者可导致脑出血。血小板病患者血小板计数正常, 出血轻微, 以皮下、鼻出血及月经过多为主, 但手术时可出现出血不止。

因血管壁功能异常引起的出血特点为皮肤黏膜的瘀点、瘀斑, 如过敏性紫癜表现为四肢或臂部有对称性、高出皮肤 (荨麻疹或丘疹样) 紫癜, 可伴有痒感、关节痛及腹痛, 累及肾脏时可有血尿。老年性紫癜常为手、足的伸侧瘀斑; 单纯性紫癜为慢性四肢偶发瘀斑, 常见于女性病人月经期等。因凝血功能

障碍引起的出血常表现有内脏、肌肉出血或软组织血肿，亦常有关节腔出血，且常有家族史或肝脏病史。

【伴随症状】

1. 四肢对称性紫癜伴有关节痛及腹痛、血尿者，见于过敏性紫癜。

2. 紫癜伴有广泛性出血，如鼻出血、牙龈出血、血尿、黑便等，见于血小板减少性紫癜、弥散性血管内凝血。

3. 紫癜伴有黄疸，见于肝脏病。

4. 自幼有轻伤后出血不止，且有关节肿痛或畸形者，见于血友病。

【问诊要点】

1. 出血时间、缓急、部位、范围、特点（自发性或损伤后）、诱因。

2. 有无伴发鼻出血、牙龈渗血、咯血、便血、血尿等出血症状。

3. 有无皮肤苍白、乏力、头晕、眼花、耳鸣、记忆力减退、发热、黄疸、腹痛、骨关节痛等贫血及相关疾病症状。

4. 过敏史、外伤、感染、肝肾疾病史。

5. 过去易出血及易出血疾病家族史。

6. 职业特点，有无化学药物及放射性物质接触史、服药史。

第三节 水 肿

水肿 (edema) 是指人体组织间隙有过多的液体积聚使组织肿胀。水肿分为全身性与局部性。当液体在体内组织间隙呈弥