

诊断学实习指导

主编 王一举

成都科技大学出版社



诊断学实习指导

主审 蓝培根

主编 王一举

编写 王一举 毛淑芳 邓嘉莉

李治明 邓隆银 刘玉香

唐 中

成都科技大学出版社

(川)新登字015号

责任编辑 刘九成

封面设计 易太平

诊断学实习指导

王一举 主编

成都科技大学出版社出版发行

南充日报社印刷厂 印刷

开本787×1092 1/16 印张10.75 字数250千字

1993年11月第一版 1993年11月第一次印刷

印数1—1,000册

ISBN 7—5616—2687—8/R·108

定价：5.40元

编写说明

为了执行国家教委关于从1991年秋季起,全国各高等医学院校开始使用“全国普通高等学校临床医学、中医学、药学等专业主要课程基本要求(试行)”的规定,在我院原编写的《诊断学实习指导》的基础上,根据我院1993年编写的《诊断学教学大纲》的要求,参考了人民卫生出版社1988年出版的《诊断学》、《诊断学实习手册》及1992年四川省卫生厅编写的《病历书写规范》等有关资料,结合我院教学工作的实际情况编写了这本《诊断学实习指导》。

本书内容有六个部份,即常见症状、检体诊断、实验诊断、心电图检查、病历书写及临床常用诊疗技术等,均以简要文字叙述实习之目的要求和操作方法。此外,除症状学及病历书写两个部分,其余均附有图表以说明正文。该书主要供诊断学教学之用,亦可作为医学生的毕业实习及低年级住院医师在临床工作中参考。

本次编写,得到学院各级领导和成都科大出版社的大力支持,使之能在较短的时间内定稿付印,特别是学院蓝培根院长为我们审稿,在此表示诚挚的谢意。

本次编写,我们对原稿进行了认真的修改和补充,由于水平有限,错误与不妥之处在所难免,恳请读者予以指正。

编 者

1993年4月于川北医学院

目 录

1 常见症状	1
2 体检诊断	14
2.1 一般状态及头颈部 检查	14
2.2 正常肺部 检查	20
2.3 肺部病理体征 检查	23
2.4 正常心脏血管 检查	27
2.5 心脏血管病理体征 检查	30
2.6 正常腹部、脊柱、四肢及神经反射 检查	36
2.7 腹部病理体征 检查	43
3 实验诊断	46
3.1 红细胞计数	46
3.2 血红蛋白测定	49
3.3 网织红细胞计数	50
3.4 红细胞沉降率	51
3.5 白细胞计数	52
3.6 白细胞分类计数	53
3.7 骨髓细胞学 检查	55
3.8 毛细血管脆性 试验	58
3.9 出血时间 测定	58
3.10 血小板计数	59
3.11 血块收缩试验	60
3.12 凝血时间测定	61
3.13 血浆凝血酶原时间测定	62
3.14 尿液理学检查	63
3.15 尿蛋白定性试验	64
3.16 尿糖定性试验	65
3.17 尿酮体定性试验	66
3.18 尿沉渣显微镜检查	66
3.19 酚红排泌试验	68
3.20 昼夜尿比重试验	68
3.21 血清(浆)尿素氮测定	69
3.22 妊娠诊断胶乳凝集抑制试验	70
3.23 尿三胆检查	71
3.24 血清总胆红素和直接胆红素 测定——改良J—G法	72
3.25 血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)测定——赖氏比色法	74
3.26 粪便常规检查	75

3.27	粪便隐血试验	76
3.28	胃液检查	77
3.29	十二指肠引流液检查	78
3.30	脑脊液检查	79
3.31	浆膜腔穿刺液检查	82
4	心电图检查	85
4.1	常用心电图导联连接法	85
4.2	心电轴测定方法	86
4.3	心电图的测定法	87
4.4	正常心电图	88
4.5	心房肥大与心室肥大	90
4.6	心肌梗塞	92
4.7	心包炎	94
4.8	药物作用和电解质紊乱的心电图表现	95
4.9	正常窦性心律及窦性心律失常	96
4.10	过早搏动	97
4.11	阵发性心动过速	98
4.12	扑动与颤动	99
4.13	窦房传导阻滞	101
4.14	房室传导阻滞	101
4.15	室内传导阻滞	102
4.16	预激综合症	103
4.17	心电图的阅读分析方法	104
4.18	附表	105
5	病历书写	108
5.1	病历书写的基本要求	108
5.2	病历书写的统一命名	108
5.3	病历书写的格式、要求与示例	109
5.3.1	门诊病历	109
5.3.2	急诊病历	111
5.3.3	入院病历	112
5.3.4	入院记录	120
5.3.5	再入院病历	122
5.3.6	再入院记录	126
5.3.7	病程记录	128
5.3.8	交班记录	130
5.3.9	接班记录	131
5.3.10	阶段小结	132
5.3.11	请会诊记录	133

5.3.12	会诊记录	133
5.3.13	转科记录	134
5.3.14	接收记录	135
5.3.15	术前讨论记录	136
5.3.16	手术记录	137
5.3.17	死亡记录	137
5.3.18	死亡讨论记录	138
5.3.19	出院记录	139
5.3.20	书写医嘱的要求与规定	140
5.3.21	处方的要求与规定	141
5.4	病历排列顺序	142
5.4.1	住院期间病历排列顺序	142
5.4.2	出院病历排列顺序	142
5.5	附录 医护常用外文缩写	143
6	临床常用诊疗技术	146
6.1	洗胃术	146
6.2	双囊三腔管压迫止血法	147
6.3	胃液分析	148
6.4	十二指肠引流术	149
6.5	纤维胃镜检查	150
6.6	乙状结肠镜检查	151
6.7	静脉切开术	152
6.8	周围静脉压测定术	153
6.9	中心静脉压测定术	154
6.10	循环时间测定	156
6.11	胸腔穿刺术	157
6.12	腹腔穿刺术	158
6.13	腰椎穿刺术	159
6.14	心包穿刺术	161
6.15	骨髓穿刺术	162
6.16	血气分析标本的采集和保存	164

1 常见症状

一、发热

(一) 常见原因

1、感染性发热：各种病原体感染，如病毒、细菌、肺炎支原体、立克次体、真菌、寄生虫等所引起的感染，不论急性、亚急性或慢性、局部或全身性，均可出现发热。

2、非感染性发热：主要由下列几类原因所致：

(1) 无菌性坏死物质的吸收：组织、器官的机械性、物理性或化学性损害，血管病变所致的组织缺血坏死，肿瘤所致的组织破坏。

(2) 抗原—抗体反应：如风湿热、血清病、药物热、结缔组织病等。

(3) 内分泌与代谢障碍：如甲亢、严重失血。

(4) 皮肤散热减少：如广泛性皮炎、鱼鳞癣等，一般为低热。

(5) 体温调节中枢功能失调：各种颅内病变、中暑、药物中毒等直接损害体温调节中枢。

(6) 植物神经功能紊乱：表现为低热。

(二) 临床表现：

1、发热的临床分度：

低热： $37.3 \sim 38^{\circ}\text{C}$ 。

中等度热： $38.1 \sim 38.9^{\circ}\text{C}$ 。

高热： $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 。

超高热： 40.1°C 以上。

2、高热的表现类型：

(1) 稽留热 (continued fever)：体温持续于 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右，达数天或数周，24小时波动范围不超过 1°C 。见于大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒等的发热极期。

(2) 弛张热 (remittent fever)：体温在 39°C 以上，但波动幅度大，24小时内体温差达 2°C 以上，最低时一般仍高于正常水平。可见于败血症、风湿热、重症肺结核、化脓性疾病等。

(3) 间歇热 (intermittent fever)：高热期与无热期交替出现。见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

(4) 回归热 (recurrent fever)：体温急骤升高至 39°C 以上，持续数天后又骤然下降至正常水平，经过一段时期又重复发热，然后又下降，规律地交替，见于回归热。

(5) 波状热 (undulant fever)：体温逐渐升高达 39°C 以上，数天后又逐渐下降至正常水平，随后又逐渐升高，如此反复多次，常见于布鲁斯菌病。

(6) 不规则热 (irregular fever)：发热无一定规律，可见结核病、风湿热、

支气管肺炎、胸膜炎、感染性心内膜炎等。

(三) 发热原因的诊断步骤

问诊：发热起病的缓急及伴随症状。传染病病人接触史、疫水接触史、手术史、流产或分娩史等。

查体：体温（发热极期注意观察热型）、脉搏、呼吸、血压。意识状态、黄疸、贫血、皮疹、皮肤粘膜出血，浅表淋巴结肿大，关节肿痛，肺部体征、心杂音、肝脾大等。

实验室检查：血常规，尿常规，有指征的做中段尿培养，大便致病菌培养。有指征时做血片检疟原虫、狼疮细胞，或伤寒、斑疹伤寒、钩端螺旋体等血清免疫学反应，血细菌培养、浆膜腔积液常规检查、骨髓检查等。

其它辅助检查：有指征时摄胸部平片，胃肠钡餐、超声波等检查。必要时还可做浆膜腔积液或深部脓肿诊断性穿刺。

二、疼痛

(一) 头痛 (headache)：是指额、顶、颞及枕部的疼痛

1、常见原因：

(1) 颅内疾病：

I、颅内感染性疾病：脑膜炎、脑炎、脑脓肿、脑蛛网膜炎等。

II、颅内血管疾病：脑血管意外（脑出血、脑血栓形成、脑栓塞、蛛网膜下腔出血），高血压脑病、脑供血不足、颅内动脉瘤、风湿性脑脉管炎、静脉窦血栓形成等。

III、颅内占位性病变：脑瘤、颅内转移瘤、脑结核瘤、脑囊虫病、脑血吸虫病、脑包虫病、脑膜白血病浸润等。

IV、颅脑外伤：脑振荡、脑挫伤、硬脑膜下出血、脑外伤后遗症等。

V、其他：偏头痛、丛集性头痛（组织胺性头痛）、头痛型癫痫、腰椎穿刺后头痛等。

(2) 颅外疾病：

I、骨疾病：颅底凹陷症、颈椎病等。

II、神经痛：三叉神经痛、舌咽神经痛。

III、颞动脉炎。

IV、眼源性、耳源性、鼻源性、牙源性头痛。

(3) 全身性疾病：

I、急性与慢性全身感染。

II、心血管疾病：高血压、慢性心功能不全等。

III、中毒：铅、酒精、一氧化碳、有机磷、颠茄等中毒。

IV、中暑。

V、其他：尿毒症、低血糖、贫血、系统性红斑性狼疮、肺性脑病、月经期头痛、经绝期头痛等。

(4) 神经官能症、神经衰弱、癔病。

2、诊断步骤。

(1) 病史：注意病人性别（如偏头痛、丛集性头痛以女性多见），年龄、职业、急起或缓发。了解头痛的部位、性质、程度、发生时间、病程、激发或缓解因素、伴随症状。了解有无急性感染史、高血压动脉硬化史、颅脑外伤史。

(2) 查体：测量体温、脉搏、呼吸、血压。注意有无贫血、出血素质、龋齿、颈淋巴结肿大、颈项强直等。有指征时五官科检查（包括眼底检查），全面的神经系统检查。

(3) 实验室检查：血常规、尿常规。有指征时做急性感染性疾病的血清免疫学检查、脑脊液检查。

器械检查：有指征时颈椎摄片，鼻旁窦摄片，脑超声、脑电图、脑血管造影、放射性核素脑扫描、脑室造影、电子计算机X线体层扫描等检查。

(二) 胸痛 (chest pain)

1、常见原因：

(1) 炎症：皮炎、非化脓性肋软骨炎、带状疱疹、肌炎、流行性肌痛、胸膜炎、心包炎、纵隔炎、食管炎等。

(2) 内脏缺血：心绞痛、急性心肌梗塞、心肌病、肺梗塞等。

(3) 肿瘤：原发性肺癌、纵隔肿瘤、骨髓瘤、白血病等的压迫或浸润。

(4) 其他原因：自发性气胸、胸主动脉瘤、夹层主动脉瘤、过度换气综合征、外伤等。

(5) 心脏神经官能症：

2、诊断步骤：

(1) 病史：了解胸痛起病的急缓、部位、性质、病程，影响因素与伴随症状。注意心脏病、肺及胸膜疾病、高血压动脉硬化等病史，吸烟史，胸部手术史。

(2) 检体：体温、脉搏、呼吸、血压。注意颈、锁骨上、腋窝淋巴结有无肿大，胸腹部体征。

(3) 实验室检查：血常规。有指征时查血脂质、血清谷草转氨酶、肌酸磷酸激酶、血沉、血PH测定。

(4) 器械检查：胸部X线透视或摄片。有指征时心电图描记、X线胸部体层摄片、放射性核素肺扫描。

(三) 腹痛 (abdominal pain)

1、急性腹痛：起病急、病情重、变化快。

(1) 常见原因：

I、腹膜急性发炎：常由胃肠穿孔所引起。其特点为：疼痛定位明显，一般位于炎症所在部位，可有牵涉痛；呈持续性锐痛；腹痛常因加压、改变体位、咳嗽或喷嚏而加剧；病变部位有压痛、反跳痛与肌紧张；肠鸣音消失。

II、腹腔器官急性发炎：如急性胃炎、急性肠炎、急性胰腺炎。

III、空腔脏器梗阻或扩张：腹痛常为阵发性与绞痛性，可甚剧烈。如肠梗阻、胆道蛔虫病、泌尿道结石梗阻、胆石绞痛发作。

IV、脏器扭转或破裂：腹内有蒂脏器（卵巢、胆囊、肠系膜、大网膜等）急性扭转可引起强烈的绞痛或持续性痛；急性内脏破裂如肝破裂、脾破裂、异位妊娠破裂、疼痛

急剧并有出血病征。

V、腹腔内血管梗阻：少见。但腹痛相当剧烈，主要发生在心脏病、高血压动脉硬化化的基础上，如肠系膜上动脉梗塞、夹层主动脉瘤等。

VI、中毒与代谢障碍：铅中毒绞痛、急性血卟啉病、糖尿病酮中毒。腹痛的特点为：腹痛剧烈，与轻微的腹部体征呈明显对比；腹痛剧烈而无明确定位，有原发病的临床表现与实验室检查特点。

VII、胸腔疾病的牵涉痛：肺炎、肺梗塞、急性心肌梗塞、急性心包炎、食道裂孔疝等，疼痛可向腹部放射，类似“急腹症”。

（2）诊断步骤：

I、病史：注意病人年龄、性别、婚姻、职业，腹痛发作时间，部位、性质与程度、诱因与缓解因素，主要伴随症状：如心脏病史、高血压动脉硬化史、腹部化脓感染史、手术史等。

II、查体：测体温、脉搏、呼吸、血压，全面检查胸腹部体征。

III、实验室检查：血常规、尿常规及大便常规（注意蛔虫卵、血便）。

酮体定性试验、尿铅定量测定、尿卟胆原定性试验、血糖测定、尿与血清淀粉酶测定。

IV、器械检查：腹部X线透视或摄片，超声检测肝脾与腹部包块。

（3）剖腹探查：诊断未明或有手术指征的急性腹痛病例，经考虑及时剖腹检查。

2、慢性腹痛：

（1）常见原因：

I、腹腔脏器慢性炎症：慢性胃炎、慢性胆道感染、慢性盆腔炎、慢性胰腺炎、结核性腹膜炎等，呈持续性或间歇性钝痛或锐痛。

II、脏器慢性扭转或梗阻：如慢性胃扭转，肠扭转，常呈发作性胀痛或绞痛。

III、腹膜或脏器包膜的牵张：如手术后或炎症后腹膜粘连、慢性肝脾大所致的肝包膜牵张，均可引起持续性胀痛。

IV、化学性刺激：消化性溃疡、食管炎或食管溃疡、可因胃酸作用而发生刺痛或灼痛。

V、中毒与代谢障碍：铅中毒、尿毒症等的腹痛可呈慢性过程。

VI、肿瘤压迫或浸润：多见于发展中的腹腔恶性肿瘤，由于压迫或浸润感觉神经而引起。

VII、神经精神因素：如胃神经官能症、结肠激惹综合征、胆道运动功能障碍等。

（2）诊断步骤：

I、病史：问诊时注意问腹痛的部位、性质、程度、病程、诱发、加重或缓解疼痛的因素，主要伴随症状，过去腹部疾病的诊断与治疗史，腹部外伤与手术史等。

II、查体：注意细致的胸部与全腹部检查。直肠指检。

III、实验室检查：血、尿、粪常规。粪便隐血反应。有指征时尿铅定量、尿中卟胆原定性试验，尿与血浆淀粉酶测定等。

IV、器械检查：超声腹部检查。有指征时作胃钡餐X线检查、钡剂灌肠造影检查、纤维胃十二指肠镜检查、纤维结肠镜检查、肾盂与膀胱造影、腹膜后注气造影X线摄片、电子计算机X线体层扫描(CT)等检查。

V、剖腹探查：拟诊为腹腔内脓肿、肿瘤、脏器扭转等均以考虑剖腹探查。

三、咳嗽、咳痰

(一) 常见原因

1、咳嗽：

(1) 呼吸道疾病：从鼻咽到小支气管整个呼吸道粘膜受到刺激时，均可引起咳嗽。引起刺激的原因，大多是炎症、肿瘤、结核、出血、异物、过敏及刺激性气体（如冷热空气、氨等）。

(2) 胸膜疾病：胸膜炎或胸膜受刺激时。

(3) 心血管疾病：心脏病伴肺淤血、肺水肿及体循环静脉的脱落栓子发生肺栓塞时。

(4) 中枢神经因素：脑炎、癔病等。

2、咳痰：

当呼吸道——咽、喉、气管、支气管和肺因各种原因（病原性、过敏性、物理性、化学性）而发炎时，及有坏死产物时，肺淤血或肺水肿时，均可引起咳痰。

(二) 咳嗽、咳痰的诊断步骤

1、病史：

(1) 咳嗽的性质：单声咳嗽，见于咽或喉炎，气管炎初期，胸膜炎，早期或轻症肺结核，吸烟及神经因素等；慢性连续性咳嗽、见于慢性支气管炎、支气管扩张及慢性肺脓肿等；发作性咳嗽、见于气管异物，气管受压迫，百日咳及急性喉炎等。

(2) 咳嗽的时间：晨咳，及与体位改变有关的咳嗽：见于支气管扩张，慢性肺脓肿等。夜咳：常见于慢性支气管炎，肺结核及左心功能不全。

(3) 咳嗽的音色：金属声咳嗽，常见于纵隔肿瘤、支气管肺癌及主动脉瘤压迫气管；嘶哑咳嗽，多见于声带炎、喉炎、喉结核、喉癌等；无声（或无力）咳嗽，见于声带麻痹、声带水肿及极度衰竭等；犬吠声咳嗽，见于喉狭窄、气管受压及癔病等。

(4) 痰性质和痰量：每天咳大量脓痰可见于支气管扩张或肺脓肿；铁锈色痰见于肺炎球菌所致大叶性肺炎。

(5) 伴随症状：伴咯血，常见于肺结核，支气管扩张，支气管肺癌，肺脓肿及风湿性心脏病二尖瓣狭窄；伴胸痛，常见于流感，肺炎，胸膜炎及肺结核等；伴呼吸困难，常见于喉炎、慢支炎肺气肿、重症肺炎或肺结核、胸腔积液及积气等。

2、查体：根据所获体征进一步缩小诊断范围。

3、化验：血常规化验以了解有无细菌感染性血象；痰的化验可以明确病因（找细菌、癌细胞）。

4、X线检查：可以进一步确定病变的部位和性质。

四、咯血

喉部以下的呼吸道出血、血液通过咳嗽由口腔排出叫咯血。

(一) 常见原因

1、呼吸道疾病：

(1) 肺结核；

(2) 支气管扩张；

- (3) 慢性支气管炎;
- (4) 支气管肺癌;
- (5) 肺部感染: 各型肺炎、肺脓肿。
- (6) 尘肺;
- (7) 肺吸虫病;
- (8) 钩端螺旋体病: 肺出血型。

2、心血管疾病: 风湿性心脏病二尖瓣病变最常见, 高血压及动脉硬化有时亦可出现咯血。

3、出血性疾病: 血友病、白血病、血小板减少性紫癜等。

4、其它: 肺脓肿穿入肺组织, 替代性月经、出血热、肺梗塞等。

(二) 诊断步骤

1、病史: 注意询问引起咯血的相应疾病的历史和咯血量及伴随症状。

2、查体: 注意引起咯血的相应疾病的体征, 如心脏病的体征等。

3、辅助检查: X线检查了解有无肺结核、肺炎, 肺癌的征象; 痰菌检查可确定肺结核和其它肺部感染; 支气管镜检可了解有无支气管内肿瘤、异物、炎症等。

五、呼吸困难

(一) 常见病因: 主要见于呼吸系统疾病和循环系统疾病, 其次是中毒、神经精神疾病及血液疾病所致。

1、肺源性呼吸困难:

(1) 喉与气管疾病: 如喉部狭窄、气管和支气管狭窄、阻塞及扩张引起通气障碍。

(2) 肺部疾病: 如肺的炎症、水肿、淤血、梗塞、压迫、肺癌、不张、纤维化及气肿等, 因肺泡呼吸面积减少, 影响气体交换。

(3) 胸膜腔疾病: 如大量胸腔积液、积气、积脓及明显的胸膜增厚粘连, 因肺组织受压及胸廓活动受限、肺容积缩小、引起通气与换气障碍。

(4) 胸壁疾病: 如呼吸肌麻痹、胸廓变形或硬化, 可使呼吸运动障碍。

2、心源性呼吸困难: 主要发生于各种心脏病所致左心或右心功能不全。

3、中毒性呼吸困难: 如严重的感染中毒症, 酸中毒, 某些药物或化学物品引起急性中毒。

4、神经精神性呼吸困难: 各种颅内疾病引起颅内压增高时、精神或心理因素的影响等。

(二) 诊断步骤

1、病史: 原发病的历史及呼吸困难的伴随症状。如阵发性呼吸困难伴哮鸣音及窒息感见于支气管哮喘及心性哮喘; 呼吸困难伴有一侧胸痛, 常见于自发性气胸、大叶性肺炎、急性胸膜炎及急性心肌梗死等; 呼吸困难伴有发热, 可见于肺炎、急性渗出性胸膜炎、肺结核、急性脓胸、急性脑膜炎、急性心包炎、急性脑炎、脑脓肿、急性咽后壁及扁桃体周围脓肿等; 呼吸困难伴有咳嗽、黄痰, 见于慢支炎、肺气肿继发感染; 伴有泡沫痰, 见于急性左心衰竭肺水肿及急性有机磷中毒; 伴有大量脓性痰, 见于肺脓肿、支气管扩张症等; 呼吸困难伴有昏迷, 常见于脑出血、脑膜炎、休克型肺炎、尿毒

症、肺性脑病、肝性脑病及急性中毒等。

2、查体：注意呼吸困难的特点，是吸气性呼吸困难、呼气性困难，还是混合性呼吸困难；呼吸的节律、频率、深度的变化。注意检查引起呼吸困难的原发病相应体征。

3、辅助检查：安排各种与原发病有关的辅助检查。作动脉血气分析，以了解有无缺氧及二氧化碳潴留及其程度。

六、紫绀

(一) 常见原因

1、中心性紫绀：

(1) 呼吸道阻塞：如喉、气管、支气管阻塞。

(2) 肺部疾病：如肺炎、肺气肿、肺水肿、肺纤维化等。

(3) 胸膜疾病：如大量胸膜腔积液或气胸。

(4) 静脉血液混入动脉血内：可见于紫绀型先天性心血管病，如法乐氏四联症等。

2、周围性紫绀：

(1) 静脉淤血：如右心功能不全，缩窄性心包炎等。

(2) 动脉缺血：如严重休克时。肢体动脉阻塞或小动脉痉挛（如寒冷或其它强烈刺激时），也可引起局限性紫绀。

3、混合性紫绀：可见于全心功能不全时。

4、高铁血红蛋白血症：硫化血红蛋白血症时由于血液中含有异常血红蛋白衍生物，也可出现紫绀。

(二) 诊断步骤

1、病史：详细询问有无引起紫绀的原发病存在，紫绀的伴随症状。如紫绀伴有突然发作的高度呼吸困难可见于急性呼吸道阻塞，急性肺梗塞以及各种原因所致的气胸；紫绀伴有明显呼吸困难，常见于各种原因的心力衰竭及肺疾患；紫绀伴有杵状指(趾)，常见于紫绀型先天性心脏病及慢性肺部疾患。

2、查体：注意检查紫绀的部位，如周围性紫绀，多发于末梢部位，如手指、足趾、鼻尖及耳廓等处，且这些部位皮肤是冷的。中心性紫绀，主要在颜面、也可累及四肢、但皮肤是温暖的。

注意检查可引起紫绀的原发病体征。

3、辅助检查：

动脉血气分析检查了解缺氧的程度。

安排与可疑原发病有关的辅助检查。

七、水肿

(一) 常见原因

1、全身性水肿：

(1) 心源性：是右心功能不全的表现之一。渗出性或缩窄性心包炎也可引起。

(2) 肾源性：可见于肾炎、肾病综合症时。

(3) 肝源性：见于肝硬化时。

(4) 营养性：由营养不良所致低蛋白血症引起。

(5) 其它：如粘液性水肿，是甲状腺功能低下的表现。经前期紧张综合征，妊娠中毒症及药物所致的水肿等。

2、局限性水肿：如栓塞性静脉炎、丝虫病所致象皮腿、局部炎症、创伤或动、静脉受压等。

(二) 诊断步骤

1、病史：

(1) 详细询问水肿开始发生的时间、部位。

(2) 了解是全身性水肿或是局限性水肿，有无引起水肿的一些疾病的历史。

(3) 了解水肿的伴随症状，以缩小诊断范围。如伴有心累、气急、最先发生于人体的下垂部位，可能系心源性水肿；最先发生眼睑及面部，伴有尿少，高血压，蛋白尿的为肾性水肿；有慢性消耗性疾病、重度烧伤史，水肿前有消瘦、体重减轻等表现，可为营养不良性水肿。

2、查体：

(1) 仔细检查水肿的分布及特点：如肝性水肿可伴腹水，粘液性水肿为指压皮肤后不产生明显的凹陷。

(2) 检查水肿的伴发体征：如心脏病体征，肝脾大小，有无胸腹壁静脉曲张，有无皮肤苍黄，干燥，毛发脱落，反应迟顿等甲状腺功能低下的体征。

3、辅助检查：血常规、尿常规、血浆蛋白、肝肾功能检查及可疑原因的相应辅助检查。

八、心悸

(一) 常见病因

1、心脏搏动增强：

生理性可见于健康人在强烈体力活动或精神过度紧张时。

病理性心悸增强可见于

(1) 心室肥大：各种心脏病均可引起。

(2) 引起心排血量增加的疾病：如贫血、高热、甲状腺功能亢进等。

2、心律失常：

(1) 心动过速：

(2) 心动过缓：

(3) 心律不齐：

3、心脏神经官能症：

(二) 诊断步骤

1、病史：了解有无高血压、风湿热、心脏病、肺结核、甲状腺功能亢进等病史，以往心悸发作史，发作诱因等。

2、查体：注意测体温、脉率、心率与心律、呼吸、血压，注意有无贫血、甲状腺肿大、心肺体征、体重减轻等。

3、实验检查：血常规、血沉率，及所疑病有关的实验检查。

4、器械检查：常规作心电图，X线胸部透视，有指征时X线胸部摄片、超声心动图等检查及所疑疾病有关检查。

九、恶心与呕吐

(一) 常见原因

1、中枢性呕吐：

(1) 神经性呕吐：

I、任何中枢神经病变引起颅内压增高使呕吐中枢直接受刺激都可引起。

II、前庭功能障碍：如晕动病、内耳眩晕病、药物副作用所致。

III、内源性中毒、尿毒症、糖尿病酮中毒与代谢紊乱（如低钾、低钠）引起的呕吐、大致也属中枢性。

2、周围性呕吐：

(1) 胃源性呕吐：各种胃疾病、及胃粘膜受刺激。

(2) 反射性呕吐：当腹腔内感觉神经受到刺激时，特别是腹腔内脏病变侵及腹膜时。

3、妊娠呕吐：目前认为与体内雌激素增多有关，精神因素与维生素B₆缺乏等也可能起一定作用。

(二) 诊断步骤

1、病史：

(1) 呕吐的表现特点：呕吐前有无恶心、呕吐是否有诱因。如呕吐为喷射状、吐后不感轻松、无恶心先兆、常为中枢神经病变所致呕吐。

(2) 呕吐伴随症状：如呕吐伴剧烈头痛，一般是颅内压增高的征象；呕吐伴头痛、发热、多见于各种急性传染病早期；晨起呕吐隔夜食物、提示有幽门梗阻的现象；有胃炎或糖尿病史而伴有明显恶心呕吐时，提示尿毒症或酮中毒的可能；呕吐伴黄疸，可见于急性黄疸型肝炎、急性胆道感染、胆石症、急性胰腺炎等。

2、查体：仔细检查有无引起呕吐的可疑疾病的体征，如腹膜刺激征、黄疸等腹部体征。

3、安排与呕吐可能原因有关的辅助检查。

十、腹泻

(一) 常见原因

1、急性腹泻的原因：

(1) 食物中毒：沙门氏菌、肉毒杆菌污染的食物中毒、或毒蕈、河豚鱼及发芽的马铃薯所致食物中毒。

(2) 急性传染病：急性细菌性痢疾、霍乱、付霍乱、伤寒、付伤寒、流行性感胃等。

(3) 药物与化学毒物：如硫酸镁、砷、磷等。

(4) 饮食不慎及变态反应性胃肠疾病：如食生冷食物或对鱼、虾、乳、蛋类食物的过敏。

2、慢性腹泻的原因：

(1) 胃源性疾病：慢性萎缩性胃炎、胃酸缺乏症、胃切除术后、胃癌等。

(2) 肠源性疾病：慢性细菌性或阿米巴痢疾、肠结核、慢性非特异性溃疡性结肠炎、局限性肠炎、直肠癌等。

(3) 胰源性疾病：慢性胰腺炎胰腺癌等。

(4) 其它：如结肠过敏、甲状腺功能亢进、消化不良及吸收不良综合征。

(二) 诊断步骤

1、病史：

(1) 详细了解腹泻有无诱因、腹泻的次数、大便的性状、量以及腹泻伴随症状。如大便次数多、呈水样或稀薄样大便、量多、伴腹痛腹胀者、一般为小肠炎性腹泻；如食后数小时发生腹泻、粪便中常见混有未消化食物及少量粘液、并伴有剧烈呕吐、腹痛、常有同食者同时发病、为食物中毒性腹泻；大便次数多、发病急、粪便呈粘液、脓血样、有发热、腹痛、里急后重等症状者、多为急性细菌性痢疾；有长期腹泻史、粪便稀薄含少量粘液、时有腹泻和便秘交替、右下腹痛、潮热盗汗者、多为肠结核。

(2) 详细询问有无引起腹泻的常见疾病的历史、如溃疡病史、结核史等。

2、查体：

详细检查了解病人的一般健康情况、有无引起腹泻的常见病的体征。

3、辅助检查：

(1) 大便常规及细菌学的检查：

(2) 与可能腹泻原因有关的辅助检查：如乙状结肠镜或纤维结肠镜检查、胃肠钡餐等。

十一、呕血

(一) 常见原因

1、食管疾病：食管炎、食管憩室炎或溃疡、食管癌、食管异物，外伤、粘膜糜烂等。

2、胃及十二指肠疾病：

(1) 胃、十二指肠溃疡。

(2) 胃炎：以急性糜烂性胃炎出血多见。

(3) 胃癌：一般为小量持续性出血。

(4) 胃粘膜脱垂症。

3、肝脏疾病：以肝硬变引起呕血最为常见。

4、胆道、胰腺疾病：胆道感染、蛔虫及结石等可引起胆道出血、经总胆管流入十二指肠；胰腺癌及壶腹癌侵蚀十二指肠可致上消化道出血。

5、血液疾病：如白血病、再生障碍性贫血、血小板减少性紫癜；血友病等。

6、其他：

(1) 急性传染病：如流行性出血热、暴发性肝炎、钩端螺旋体病等。

(2) 尿毒症。

(二) 诊断步骤

1、首先确定是呕血、而不是咯血。

2、通过病史了解有无可引起呕血的疾病和诱因存在、如溃疡病、肝硬化、及一些特殊药物的服药史：如阿斯匹林、保泰松、肾上腺皮质激素等药。

3、详细询问呕血的量及伴随症状：如呕血前节律性上腹痛、或临床已证实有溃疡病史、多为溃疡病出血；呕血发生于中年以上、胃病史较短者、呕吐物多为咖啡渣样、