

內 儿 科 讲 义

(试 用)

北 京 中 医 学 院

1971 年 10 月

群 本 库

內 儿 科 讲 义

(试 用)



1052120

~~0000448~~

北 京 中 医 学 院

1971 年 10 月

目 录

第一部分 诊断学基础

一、问诊(包括症状诊断).....1	附: 常见心脏病理体征综
问诊.....1	合表.....32
症状诊断.....3	腹部检查.....32
(一)头痛[3] (二)头晕[4]	脊柱、四肢检查.....39
(三)胸痛[4] (四)咳嗽、咯痰[5]	神经反射检查.....39
(五)呕吐[5] (六)腹痛[6]	三、实验室检查.....43
(七)腹泻[6] (八)腰痛[7]	血液检查.....43
(九)水肿(包括腹水)[7] (十)惊	尿液检查.....48
厥[8] (十一)昏迷[9]	粪便检查.....52
二、体格检查.....9	脑脊液检查.....55
一般检查.....10	浆膜腔液检查.....57
头部检查.....16	肝功能检查.....58
颈部检查.....17	肾功能检查.....62
胸部检查.....18	四、X线检查.....64
(一)胸部的常用标志.....18	概述.....64
(二)胸廓及肺的检查.....19	呼吸系统X线检查.....66
附: 肺部常见病理体征综合	其他系统的X线检查.....69
表.....24	附录: 心电图检查.....70
(三)心脏检查.....25	

第二部分 传染病及寄生虫病

一、传染病防治概说.....77	细菌性痢疾.....102
二、热性病.....81	附: 冬眠疗法.....108
热性病辨证论治的一般规律.....81	阿米巴痢疾.....109
附一: 卫气营血辨证.....85	伤寒.....110
附二: 六经辨证.....86	附: 副伤寒.....115
风温.....87	脊髓灰质炎.....115
春温.....90	四、呼吸道传染病.....118
暑温.....91	流行性脑脊髓膜炎.....118
湿温.....94	附一: 治流脑中药注射液制作
三、消化道传染病.....96	方法.....125
传染性肝炎.....96	附二: 腰椎穿刺术.....126

麻疹·····	126	钩虫病·····	162
水痘·····	131	绦虫病·····	165
猩红热·····	133	蛲虫病·····	167
白喉·····	136	六、感染中毒性休克·····	168
百日咳·····	139	附表 1: 各种传染病的潜伏期及隔	
流行性腮腺炎·····	142	离期·····	171
五、虫媒传染病与寄生虫病·····	144	附表 2: 常用物品及排泄物的消毒	
流行性乙型脑炎·····	144	方法·····	173
疟疾·····	151	附表 3: 小儿预防接种顺序表·····	173
丝虫病·····	155	附表 4: 一年中预防接种工作的安	
蛔虫病·····	157	排·····	174
附: 胆道蛔虫症·····	161		

第三部分 内科系统疾病

一、呼吸系统疾病·····	175	(一)急性肾炎·····	248
上呼吸道感染与流行性感冒·····	175	(二)慢性肾炎·····	251
咳嗽·····	178	淋浊·····	255
支气管炎·····	181	泌尿系感染·····	257
哮喘·····	187	肾功能不全·····	259
支气管哮喘·····	191	四、消化系统疾病·····	263
大叶性肺炎·····	195	胃痛·····	263
肺脓肿(肺痈)·····	198	溃疡病·····	266
矽肺·····	200	急性胰腺炎·····	273
肺结核·····	203	腹泻·····	275
附: 结核菌素试验·····	212	腹胀·····	277
结核性胸膜炎·····	213	肝硬化·····	278
附: 胸腔穿刺术·····	216	附: 腹腔穿刺术·····	284
二、循环系统疾病·····	217	噎膈·····	285
心悸·····	217	五、血液系统疾病·····	288
心功能不全·····	219	贫血·····	288
关节痛·····	225	(一)缺铁性贫血·····	291
风湿病与风湿性心脏瓣膜病·····	227	(二)营养性巨红细胞性贫血·····	292
眩晕·····	233	(三)再生障碍性贫血·····	294
高血压病·····	235	出血·····	297
动脉硬化与动脉硬化性心脏病·····	239	紫癜·····	301
三、泌尿系统疾病·····	245	白血病·····	303
水肿·····	245	附: 骨髓穿刺术·····	307
肾小球肾炎·····	247	六、内分泌、代谢疾病·····	308

甲状腺功能亢进	308	(一)神经衰弱	328
糖尿病	311	(二)瘰病	332
七、神经、精神疾病	316	精神病	334
中风	316	八、物理及化学因素所致疾病	338
脑血管疾病	319	概论	338
(一)脑出血	319	中暑及高温作业疾病	339
(二)蛛网膜下腔出血	320	电击伤	342
(三)脑血栓形成	320	溺水	342
(四)脑栓塞	321	一氧化碳中毒	343
(五)脑血管痉挛	322	急性中毒	344
癫痫	322	(一)有机磷农药中毒	345
头痛	325	(二)常见食物中毒防治	346
神经官能症	328	(三)常见药物中毒防治	347

第四部分 儿科常见疾病

一、儿科基础知识	349	新生儿败血症	357
小儿生长发育的规律	349	颅内出血	359
小儿年龄的分期	351	三、小儿营养缺乏症	360
小儿时期的特点	351	营养不良	360
二、新生儿常见疾病	354	佝偻病	363
新生儿特点	354	婴儿手足搐搦症	366
新生儿几种特殊生理现象	355	四、支气管肺炎	367
新生儿破伤风	355	五、婴儿腹泻	371
胎黄	357	六、遗尿	378

附录:

附一: 引用成方索引	379
附二: 小儿常用药物剂量表	386
附三: 常用注射药物配伍禁忌表	389
附四: 实验室检验正常值	393

第一部分 诊断学基础

诊断学基础是临床课的入门课程,也是临床医学的基础课。毛主席教导我们:“**指挥员的正确的部署来源于正确的决心,正确的决心来源于正确的判断,正确的判断来源于周到的和必要的侦察,和对于各种侦察材料的联贯起来的思索。**”诊断学基础,就是学会应用各种侦察疾病的方法,借以对病情进行周密的调查研究,然后对调查材料进行“**去粗取精、去伪存真、由此及彼、由表及里的改造制作工夫**”,从而得出正确的诊断结论,以更好的防治疾病、为人民健康服务。患病以后,表现有自觉不适(主观症状)、功能与器质性改变(客观存在的征象)两个方面,前者通过问诊来进行调查,后者则需通过体格检查、实验室检查、X线检查及其他器械检查来进行调查。上述检查方法都是诊断学基础的内容。

在无产阶级文化大革命前,由于叛徒、内奸、工贼刘少奇所推行的反革命修正主义卫生教育路线,医学教育不是为无产阶级政治服务,而是为少数老爷服务。诊断学基础的教学内容,则是求洋求全、内容繁琐、故弄玄虚,把学生培养成“坐高楼、蹲医院,追求大洋全,心电、脑电、X线,离开化验难诊断”的脱离工农的严重倾向,正如毛主席一针见血的指出的那样,医院那套检查方法,根本不适合农村。培养医生的方法也只是为了城市。在修正主义教育路线影响下,虽然有时也强调“三基”,但是重理论、轻实践,严重的脱离了三大革命运动和农村实际。无产阶级文化大革命,彻底地摧毁了刘少奇的资产阶级司令部,修正主义卫生教育路线受到了批判,促进了卫生教育事业的发展并能沿着毛主席的无产阶级革命卫生路线前进。我们必须以“6.26指示”为纲,结合农村实际,在内容上坚决砍去繁琐内容,力求“少而精”,学以致用。

物理诊断(问诊、体格检查)是通过眼、耳、鼻、舌、身这五个官能把病理征象反映到头脑中,经过综合分析得出诊断的一种简便而准确的检查方法,是符合“6.26指示”精神、适合农村和战备需要的基本检查方法,是基本功。因此,我们要以深厚的无产阶级感情来学好物理诊断。“**有比较才能鉴别**”,物理诊断的学习必须由正常到异常,只有掌握了正常才能鉴别病理体征。学习要做到仔细、认真、客观。临床实习是“**从战争学习战争**”的重要的学习方法。实习中要发扬“**救死扶伤,实行革命的人道主义**”,以白求恩医生的两个“极端”为榜样,在为人民服务的过程中,学会为人民服务的本领。

一、问诊(包括症状诊断)

问 诊

问诊是对疾病进行调查研究的一项重要手段,是通过与患者或其他有关人员的谈话来了解病情或健康情况的诊断方法。从问诊中,可以使医生得到发病情况的第一手资料,成为医生

诊断疾病的可靠根据之一。

毛主席教导我们：“认真研究情况，从客观的真实情况出发，而不是从主观的愿望出发”，“研究问题，忌带主观性、片面性和表面性”。我们询问病史，必须如实的反映病情的真实情况，切忌主观、片面，更不能做暗示性的提问。

抓主要矛盾，“捉住了这个主要矛盾，一切问题就迎刃而解了”。症状虽然多种多样，但必然有主要的症状存在，不要为枝节症状所迷惑。

“千万不要忘记阶级斗争”。我们在询问病史时，要带着阶级斗争、路线斗争观念和无产阶级感情，用阶级观点了解我们的服务对象，对阶级兄弟要用两个“极端”来要求自己。

问诊的次序和内容，则根据病情来区别对待，如危重病人要快问快查，以迅速进行抢救；急性病时，一些次要项目可以不问。问诊的次序和内容是：

1. **一般情况：**包括姓名、性别、年龄、婚姻、成分、籍贯、职业、住址、就诊日期。

2. **主诉：**病人的主要症状(或体征)及患病时间。举例：发热、咳嗽一天。

3. **现病史：**按发病的先后顺序，详细的询问起病日期、原因、症状、病情变化、诊疗经过和与本病有鉴别意义的症状。主要症状、特异性有鉴别意义的症状和特殊治疗应仔细询问。例如：疼痛时要了解其部位、性质、时间、放射部位、诱发与缓解因素、伴有症状(如腹痛伴有恶心呕吐)及诊疗经过等。

4. **过去史：**询问过去的重要病史，特别是与本次疾病有关的情况，包括：过去有无类似发作、传染病史、预防接种、过敏病史及健康情况等。必要时可按系统回顾。

5. **工作及生活史：**与职业病、地方病、传染病有关的工作及生活史，如工种、外出地点、婚姻情况、家族健康情况等；如为女性，则需了解月经及生育情况。劳动人民的慢性病常与旧社会时的苦难遭遇有关，这不仅使我们认识到某些疾病发生的阶级根源，并且是阶级教育和增强无产阶级感情的好教材。

祖国医学是我国人民几千年来与疾病斗争的经验总结，问诊内容大致与现代医学相同，不同者是需要进行辨证，辨明证候的表里、寒热、虚实，而有“十问”(一问寒热二问汗，三问饮食四问便，五问头身六胸腹，七聋八渴俱当辨，九问旧病十问因，再兼服药参机变，妇女尤必问经带，小儿当问麻疹斑)。中医对证候的问诊的要点是：

1. 寒热：

寒热有外感、内伤之不同。问诊时要注意恶寒、发热的特点，两者的相互关系及伴随的其他症状。

恶寒、发热同时出现时多属外感，常同时兼有头痛、鼻塞、身疼等症状。恶寒重、发热轻为外感风寒；恶寒轻、发热重为外感风热；寒热交替发作叫往来寒热，常伴口苦、咽干、恶心、胸胁苦满，为半表半里证，如疟疾。

发热有虚有实。发热伴有口渴、汗出、便秘的是实热；午后低热伴有消瘦、颧红、手足心热、盗汗的是虚热(阴虚内热)。

恶寒也有虚有实。新病在外感初起时的恶寒，属于实证(表实证)；久病后经常怕冷，并伴手脚发凉、喜热饮、大便稀，属虚证(阳虚或虚寒证)。

2. 汗出：

汗出伴恶寒、发热为表虚，如外感风邪及风热(风温)；无汗伴恶寒、发热为表实，如外感寒邪。白天汗出，兼气短、怕冷称为自汗，属气虚阳虚；睡后汗出、醒来汗止称为盗汗，常兼夜热、

手足心热,属阴虚。突然出现大汗淋漓或汗出如油,兼面白、额凉、肢冷时称“绝汗”,属脱阳危证,如休克。

3. 饮食:

口渴思冷饮是实热证;口渴不思饮是脾虚湿盛或内有痰饮。喜热饮是胃寒;喜冷饮是胃热。饮水即吐是胃有停水;吐后思饮是胃津已伤。

多食易饥是胃内有热;食欲减少是脾胃之虚。食后腹痛减轻是虚证,如脾胃虚弱;食后痛重是实证,如食积、气滞、血瘀等。

4. 二便:

便秘而有发热、口渴的是实热证;久病后便秘多是气血两亏。腹泻大便清稀,四肢凉是脾胃虚寒;大便粘稠酸臭、肛门灼热为热滞;大便脓血、里急后重为痢疾;黎明时肠鸣、腹泻是脾肾阳虚,称为“五更泻”。

一般说,小便清白属寒,小便黄赤属热。如小便黄赤混浊,伴有尿急、尿频、尿痛的属湿热下注膀胱(如泌尿系感染时);如小便清长,伴有尿频、腰痠、怕冷是肾阳不足;尿量很多,伴有口渴、多饮是消渴病(如糖尿病、尿崩症)。

5. 经、带:

妇女要问经、带。月经要注意周期、血量、颜色、血块等。如经期提前、量多、色深时是血热;经期延后、量少、色淡是血虚;经色紫暗或伴血块、小腹疼痛拒按、经后腹痛减轻等是气滞血瘀。

带下则应注意颜色、气味、粘稠度。如带下清稀而腥的多属虚寒;带下黄稠而臭的多属湿热。

症 状 诊 断

“任何运动形式,其内部都包含着本身特殊的矛盾。这种特殊的矛盾,就构成一事物区别于他事物的特殊的本质。”某些疾病虽然可以出现同样的症状,但由于疾病的性质不同而有它自己的特殊性,我们就是根据这些特殊性来进行各病的鉴别。在症状上的询问,要着重问清有关鉴别的几个关键问题,才能对诊断有所帮助。结合问诊的需要,有必要在问诊后面来介绍症状诊断。

症状是患者的主观不适或有形态的异常,症状往往对于诊断有很大帮助,有时能为进一步检查做向导。一些疾病的早期或功能性疾病,常由于缺乏体征或不出现特殊检查的阳性结果,往往根据症状来进行诊断。

这里仅介绍几个重要症状的发生原因及其表现特点,借以达到举一反三的作用。

(一)头痛

头痛是临床上常遇到的症状,引起头痛的原因很多,常见的原因有:①颅内疾病,如脑炎、脑膜炎、脑肿瘤、脑脓肿、脑震荡、脑血管意外等;②五官疾病,如视力障碍、青光眼、鼻窦炎、副鼻窦炎、鼻咽癌等;③全身性疾病,如感冒、疟疾、高血压(原发性或继发性)、神经官能症、偏头痛等。

祖国医学将头痛分为外感、内伤两大类。突然起病引起的头痛常伴有寒热症状,多是外感头痛,有风寒、风热、风湿三种,风寒头痛可伴有恶寒、鼻塞、清涕、身疼等症状;风热头痛常伴有

发热、面赤、口渴、尿黄等症状；风湿头痛则伴有头胀如裹、身重肢困、脘闷食少等症状。长期头痛、时发时止为内伤头痛，有肝阳、肾虚、痰浊等类型，肝阳头痛常兼有头晕、易怒、口苦、失眠等症状；肾虚头痛可兼有头晕、耳鸣、腰膝酸软、遗精等症状；痰浊头痛可有头昏头蒙、胸脘满闷、呕恶痰涎等症状。

头痛病人要询问头痛的程度、部位、发生时间及伴随症状。

1. 疼痛的程度：剧烈头痛常见于脑膜炎、偏头痛、高血压脑病等；中度头痛见于脑肿瘤、鼻窦炎、眼的疾病等。

2. 疼痛的部位：前额痛常见于眼鼻疾病、贫血、高热等；侧头痛多见于乳突炎、偏头痛、鼻咽癌等；枕部痛可见于高血压、脑肿瘤、癫痫等；头顶痛常见于神经官能症；全头痛或部位不定常见于脑炎、脑震荡、动脉硬化、神经官能症等。

3. 头痛的发作时间：脑肿瘤、鼻窦炎常在清晨时较重；眼病常在下午或晚上加重，特别在阅读时。

4. 伴有症状：脑膜炎、脑炎、脑肿瘤时多伴有喷射性呕吐；眼病常伴有视力减退；鼻窦炎则伴有流脓鼻涕；神经官能症则可伴有失眠、心悸等症状。

（二）头晕

头晕有旋转性（眩晕）与非旋转性的区别。旋转性头晕（眩晕）有自身或外在环境的转动感。头晕的常见原因是：①耳部疾病，如迷路水肿（耳源性眩晕）、运动病（晕车晕船）、链霉素中毒等；②脑部疾病，如小脑肿瘤；③心血管疾病，如高血压、动脉硬化；④其他疾病，如贫血、神经官能症、女性更年期症候群、睡眠不足等。

眩晕在中医辨证中常以虚证或虚中挟实为主，一般有肝阳、气血亏虚、肾虚、痰浊等类型。肝阳眩晕多兼有面红、易怒、口苦、失眠、多梦等症状；气血亏虚眩晕可伴有面色苍白、皮毛指（趾）甲不华、疲倦、精神不振、饮食减少、心悸等症状；肾虚眩晕则兼有记忆衰退、腰膝痠软、遗精、耳鸣等症状；痰浊眩晕则伴头重如蒙、胸脘满闷、食欲不振、呕恶痰涎等症状。

头晕患者须询问发作时的特征、发作时间与环境、伴有症状等。如头晕时感到自身或周围物体旋转，多表示为耳源性眩晕或小脑病变；伴有恶心、呕吐、眼球震颤时，要考虑耳源性眩晕；伴有头痛、失眠、心悸等多种症状，可能是神经官能症；坐车坐船时发生头晕，运动病的可能性大。

（三）胸痛

胸痛的常见原因有：①胸壁疾患，如肋间神经痛、带状疱疹、外伤等；②呼吸系统疾病，如胸膜炎、自发性气胸、肺结核、大叶性肺炎等；③心血管疾病，如心包炎、心绞痛、心肌梗塞等。

胸痛在祖国医学中有胸、胁之分。胸痛多属心、肺，常有放射至肩背的特点，如胸痛牵彻到背部的叫“胸痹”；胸痛放射至左肩甚或左臂内侧的叫“真心痛”（如心绞痛）；胸痛如伴有咯出脓血是“肺痛”（如肺脓肿、支气管扩张）；胸痛伴高热、咳嗽、气喘是热性病（如大叶性肺炎）；胸痛兼咳嗽、潮热、颧红、盗汗常见于虚劳病（肺癆即肺结核）。胁痛则多与肝有关，如肝郁或气滞血瘀等。

胸痛病人要询问胸痛的部位、时间、性质和伴有症状。

1. 疼痛的部位：胸膜炎常位于侧胸部的腋下；肋间神经痛时多沿肋间分布；心绞痛或心肌梗塞常位于胸骨下或心前区，并常放射到左肩、左臂内侧甚至到达小指及无名指。

2. 疼痛的时间：深呼吸或咳嗽引起胸痛加剧，常见于胸膜炎、大叶性肺炎、肋间神经痛；心

绞痛则常在劳累时发作。

3. 疼痛的性质：肋间神经痛常为针刺样或刀割样痛；带状疱疹常为烧灼样剧痛；心绞痛或心肌梗塞常为压迫样或窒息样疼痛。

4. 伴有症状：肺炎常伴有发热、咳嗽、气急等症状；气胸常伴有咳嗽、呼吸困难；心肌梗塞常伴有休克症状。

（四）咳嗽、咯痰

咳嗽一般都有咯痰，如咳嗽时无痰则称干咳。

引起咳嗽的原因有：①呼吸系统疾病，如支气管炎、支气管扩张、肺炎、肺结核、肺脓肿、支气管哮喘、支气管肺癌等；②心血管疾病，如二尖瓣狭窄时的肺充血，左心功能不全（左心衰竭）时的肺水肿；③传染病，如麻疹、百日咳、白喉等。

在祖国医学中，咳嗽分为外感、内伤两类。外感咳嗽中，如为风寒咳嗽，则兼有鼻塞、流涕、发冷、发热、头痛、身疼等症状；如为风热咳嗽，则伴有发热、头痛、咯痰黄稠、口渴、咽痛、尿黄等症状。内伤咳嗽中，如为痰湿咳嗽则伴有痰多而白、胸闷食少等症状；火热咳嗽则兼痰稠而少、咯痰不爽、咽干喉痒、胸胁疼痛等症状；阴虚内热咳嗽，常兼有夜热、盗汗、腰痛、遗精、咯血等症状。

咳嗽病人要问清起病的特点、性质、出现时间、痰的特点和伴有症状。

1. 起病特点：咳嗽是突然起病的，常见于急性支气管炎、肺炎、某些传染病；慢性咳嗽则多见于慢性支气管炎、支气管扩张、肺结核等。

2. 性质：肺结核早期常为轻微短促的咳嗽；百日咳则表现为阵发性痉挛性咳嗽，一般持续咳嗽数十声后吸气并伴回鸣声。

3. 咯痰的特点：体位改变时咯出大量脓痰，常见于肺脓肿、支气管扩张；铁锈色痰见于大叶性肺炎；粘液泡沫痰见于支气管炎、支气管哮喘；浆液泡沫痰或粉红色泡沫痰见于肺水肿；血痰或咯血可见于肺结核、支气管扩张、二尖瓣狭窄等。

4. 伴有症状：伴有发热可见于肺部感染或传染病；伴有呼吸困难、紫绀，常见于支气管哮喘发作及左心功能不全；伴有消瘦可见于肺结核、支气管肺癌。

（五）呕吐

呕吐常发生于消化系统疾病时，但也见于其他系统疾病。常见的原因有：①胃（肠）原性呕吐，如胃炎、胃及十二指肠溃疡、胃癌所引起的幽门梗阻，各种病因引起的肠梗阻；②中枢性呕吐，常由于颅内压增高，如脑膜炎、脑炎、脑血管意外、脑肿瘤等；③反射性呕吐，常见于腹内器官的急性病变，如胃（肠）穿孔、急性胰腺炎、急性阑尾炎、急性胆囊炎、急性腹膜炎、急性胃肠炎、胆道蛔虫症等。其他如心肌梗塞、肺炎、中毒等也可引起呕吐。

中医认为呕吐的原因是胃失和降，一般有虚实两种。一般来说，呕吐物色清、无味、喜热饮的是寒呕；呕吐物色浊、酸臭、喜冷饮是热呕。实证呕吐，如为突然起病并伴有寒热的是外感；如吐物酸臭，腹胀而痛，嗳气厌食，是有食积；如呕吐清涎，脘闷食少，腹中肠鸣，为痰饮内停；如呕吐酸水，嗳气，腹胀，胁痛，是肝胃不和。虚证呕吐，常由于脾胃虚寒或胃阴不足，如兼有面白，无力，四肢不温，大便稀，是脾胃虚寒；如干呕口干，饥不能食，是胃阴不足。

呕吐病人要询问与恶心、饮食的关系，呕吐物的性质，伴有症状。

1. 与恶心、饮食的关系：呕吐呈喷射性而不伴恶心时，见于中枢性呕吐；呕吐伴有恶心，但呕吐后恶心好转，见于胃源性呕吐。发病前有进食不洁或腐败食物时，要考虑食物中毒；吐出

物为前一天所吃食物见于幽门梗阻。

2. 呕吐物的性质：呕吐物呈酸臭味常见于幽门梗阻；混有粪便或胆汁可见于肠梗阻；混有血液，少量时为呕吐剧烈所致，多量时见于胃及十二指肠溃疡、胃癌、食道静脉曲张所致的上消化道出血。

3. 伴有症状：伴有发热、头痛时见于传染病，如流行性脑脊髓膜炎、流行性乙型脑炎、肺炎；伴有腹部剧痛应考虑急性阑尾炎、急性胰腺炎、急性胆囊炎、胃穿孔、肠梗阻等；伴有腹泻常表示为急性胃肠炎；伴有昏迷要考虑尿毒症、糖尿病酸中毒、脑溢血、药物中毒等；如为女性在生育年龄伴有停经，应考虑妊娠呕吐。

(六) 腹痛

腹痛的原因很多，但多由腹内器官疾病所引起；极少数是由胸腔器官疾病所引起的反射性上腹痛，如大叶性肺炎（下叶）、胸膜炎、心肌梗塞等。

祖国医学对腹痛的辨证是：拒按时属实，喜按时为虚；暴痛的属实，久痛的为虚；痛时喜热（热饮或热熨）多寒，痛时喜凉多热。由于腹痛常伴呕吐，故证候类型与呕吐者相似，但应注意虫积腹痛（肠寄生虫病），虫积腹痛多伴有腹痛拒按有块，面黄，异嗜症，睡中咬牙，而有虫斑等。

腹痛时应询问其部位、性质、起病情况、放射部位、诱发及缓解因素。

1. 腹痛的部位：上腹痛常见于胃炎、胃及十二指肠溃疡、胃癌、胆道蛔虫病、胆囊炎及胆结石、胰腺炎等；脐周围痛常见于蛔虫病、肠梗阻、肠炎、过敏性紫癜等；下腹痛常见于阑尾炎、痢疾、泌尿系感染及结石、痛经、盆腔炎、宫外孕破裂、肠结核等；全腹痛常见于各种原因引起的腹膜炎。

2. 性质：空腔器官（胃肠、输尿管、胆囊胆管等）引起的疼痛常为绞痛性；胃及十二指肠溃疡常呈灼痛；急性炎症或内脏破裂、穿孔常呈阵发性加剧的绞痛或剧痛，也可呈持续性剧痛；慢性炎症常呈钝痛或隐痛。

3. 放射部位：胰腺炎或慢性十二指肠溃疡可放射到腰背部；胆囊炎及胆结石可放射到右背或右肩；泌尿系结石可放射至下腹部或阴部；盆腔炎可放射至腰骶部。

4. 诱发或缓解因素：如胆囊炎及胆结石可因高脂肪饮食而诱发；十二指肠溃疡于气候易变季节复发，饥饿时易诱发疼痛，进食或硷性药物可使之缓解；胃炎则常于进食后加重；痛经则发生于经期。

5. 伴有症状：急性腹痛常伴有恶心、呕吐；炎症时可伴有发冷、发热；胆囊炎及胆结石可伴有黄疸；过敏性紫癜可见到便血、皮肤紫癜或荨麻疹；细菌性痢疾则伴有便次增多、里急后重及脓血便。

(七) 腹泻

腹泻的常见病因是：①肠道感染性炎症，是腹泻最常见的原因，如急性肠（胃）炎、痢疾、霍乱、血吸虫病、肠结核、溃疡性结肠炎等；②肠道肿瘤，如结肠癌、直肠癌、结肠息肉等；③肠道吸收障碍，如胰腺及胆道疾病、胃酸缺乏等；④肠运动功能失调，如精神神经性腹泻（过敏性结肠）。

中医论述腹泻有泄泻、痢疾的区别：

泄泻：泄泻与脾胃功能密切相关，引起脾胃功能障碍的原因，不外外感寒湿、伤食、脾胃虚弱、脾肾阳虚、肝脾不和。如大便清稀、腹痛肠鸣、寒热头痛时，多属寒湿泄泻；如大便酸臭、腹满而痛、泻后痛减、嗳气不食，可能为伤食泄泻；如大便稀软、食少运迟、面黄、无力、精神不振、

多属脾胃虚弱;如黎明泄泻、腹部怕冷、四肢不温,可能是脾肾阳虚;如泄泻与精神因素有关,表现胸胁胀闷作痛、暖气易怒、不思饮食,多属肝脾不和。

痢疾:与泄泻不同者是大便脓血并伴里急后重,与感受湿热、寒湿外邪后损伤胃肠有关。如大便脓血、肛门灼热、尿黄而少,属于湿热痢;如大便粘液、四肢不温、喜热怕冷,多属寒湿痢;如下痢日久,倦怠无力,食少运迟,称为久痢(脾虚下痢即慢性痢疾)。

腹泻病人在问诊时应注意大便的次数和性状、腹泻与腹痛的关系、病期、发生原因、伴有症状。

1. 大便的次数和性状:水样大便、次数多,多为小肠炎,如急性肠(胃)炎;脓血便多见于菌痢;棕红色甜面酱样大便见于阿米巴痢疾;血水样大便多见于坏死性小肠炎;蛋花汤样稀便见于肠道菌落失调(伪膜性肠炎)、婴儿消化不良;脂肪便见于胰腺、胆道疾病;米泔水样大便见于霍乱。

2. 腹泻与腹痛的关系:脐周绞痛常见于急性肠炎;左下腹痛多见于菌痢;右下腹痛常见于阿米巴痢疾、肠结核。腹泻后腹痛缓解常见于急性肠炎;腹泻后腹痛不缓解多见于菌痢;无痛性腹泻见于霍乱。

3. 病期:急性腹泻常见于急性菌痢、急性肠炎、婴儿消化不良等;慢性腹泻则考虑慢性菌痢、阿米巴痢疾、慢性结肠炎、血吸虫病、过敏性结肠、肠道肿瘤、肠结核等。

4. 发生原因:如生活在长江一带并有涉水史者要考虑血吸虫病;有进食不洁史或同餐者多人发生腹泻要考虑肠道感染(菌痢、急性肠炎)及食物中毒;大量应用广谱抗菌素要考虑菌落失调(伪膜性肠炎)。

5. 伴有症状:伴有便脓血、里急后重多见于菌痢;伴有低热、盗汗、消瘦时要想到肠结核;如发生在中年以上并伴有贫血、消瘦者,要考虑肠道肿瘤的可能。

(八)腰痛

腰痛的常见原因是:①脊椎及脊椎关节病变,如脊椎炎、椎间盘(髓核)脱出症、腰椎结核、骨折、骶髂关节炎等;②脊椎附近软组织疾患,如腰部扭伤、腰肌劳损、肌纤维组织炎等;③腰椎附近内脏病变,如肾炎、肾盂肾炎、肾及输尿管结石、肾结核、痛经等。

中医有“腰为肾之府”的说法,故腰痛与肾有关。如腰痛重著、转侧不便、阴雨加重,多属寒湿腰痛;如伴有尿频、尿急、尿痛,多属湿热下注;如腰酸而痛、膝软无力、头晕耳鸣、遗精阳痿,是肾虚腰痛;如痛如锤刺、痛处不移、局部拒按、或有外伤,是瘀血腰痛。

腰痛病人要问明疼痛的特点、有无外伤或扭伤、与气候的关系、伴有症状等。

1. 疼痛特点:腰肌劳损常呈钝痛或酸痛;腰肌纤维组织炎常呈沉重感钝痛,活动或劳动后减轻而休息后加重,有时会突然消失或出现;肾脏疾患常为隐痛性,并常以一侧明显。

2. 起病原因:腰部扭伤常有推举重物、身体过力扭转或外伤史;腰椎骨折则有摔伤、压伤史。

3. 与气候关系:腰肌纤维组织炎、类风湿性关节炎常与气候变化有关。

4. 伴有症状:类风湿性脊椎炎可伴有指关节梭形肿大、关节畸形、肌肉萎缩、消瘦、贫血等症状;椎间盘脱出症可伴有走路困难、咳嗽或喷嚏加重疼痛;肾脏疾患可伴尿频、排尿困难、血尿、水肿等症状。

(九)水肿(包括腹水)

水肿有全身性水肿和局部性水肿。常见的原因有心脏性、肝脏性、肾脏性、营养不良性、阻

塞性(静脉或淋巴管阻塞)、炎症性(感染或中毒)、过敏性等。

中医认为,水肿与肺、脾、肾三脏有关(详见水肿病)。如水肿由脸面开始,兼有恶风寒、发热、咳嗽时,属于肺气不宣;肢体浮肿,按之凹陷,身重困倦,食少便溏,属于脾阳不运;如水肿按之凹陷不易起并伴有腰膝酸软,阴部湿冷,四肢不温,面色灰暗,属于肾阳不足;腹部胀大时则称为单腹胀(膨胀)。

水肿病人要注意水肿部位、发展情况、病史及伴有症状等。

1. 水肿部位: 眼睑或面部水肿见于肾炎早期、局部炎症、百日咳或剧咳、失眠等;身体上部水肿见于上腔静脉阻塞(纵膈肿瘤压迫);单纯性腹水见于肝硬化、腹膜炎;两侧下肢对称性水肿,见于肾炎、心功能不全、营养不良及妊娠;一侧下肢水肿见于淋巴管阻塞(淋巴管炎及丝虫病)、局部炎症;全身性水肿见于心功能不全、肾炎、营养不良等。

2. 发展情况: 心脏性或营养不良性水肿先出现于下肢,然后逐渐上延至全身;肾脏性水肿先出现于眼睑,然后逐步遍及全身;肝脏性水肿先出现腹水,进一步出现下肢乃至全身水肿。

3. 水肿性质: 凹陷性水肿见于肾脏性、心脏性及营养不良性水肿,非凹陷性水肿见于淋巴管阻塞。

4. 病史及伴有症状: 心脏性水肿常有心脏病史,可伴有呼吸困难、发绀、心悸等症状;肝脏性水肿可伴有食欲不振、消瘦、肝区痛、黄疸;营养不良性水肿可伴有发育营养不良的病史及表现;炎症性水肿可伴有局部炎症、发冷发热等感染症状;过敏性水肿可伴有皮肤发痒、荨麻疹等。

(十)惊厥

惊厥表现为全身性或局部性的肌肉抽动,常伴有意识丧失和大小便失禁。大人与儿童都可发生惊厥,尤其是婴幼儿,由于中枢神经系统尚未发育成熟,故更易发生惊厥。

惊厥的发生原因有: ①感染(发热)性惊厥,如脑炎、脑膜炎、菌痢、脑脓肿、脑型疟疾及急性感染引起的高热;②精神神经系统疾病,如癫痫、脑血管意外、脑肿瘤、脑囊虫病、癌病;③全身疾患,如中毒(一氧化碳中毒、酒精中毒、番木鳖中毒等),代谢障碍(如尿毒症、糖尿病酸中毒、缺钙引起的手足搐搦症),缺氧(如窒息、心脏停搏)。

祖国医学论述惊厥,包括了痫证和惊风(成人叫痉证)。痫证即现代医学中的癫痫;惊风则有急惊(实证)和慢惊(虚证)的区别。惊厥与心、肝、肾三脏有关。

痫证: 表现为突然昏倒、口吐白沫,两眼上翻、四肢抽搐,短时间即恢复正常。

惊风: 急惊风的症状急重,常伴发热,故属实证热证,如抽风伴有恶寒、高热、头痛,多由外邪诱发;如伴有腹满、腹痛、便秘、食少、痰多、发热,属痰食诱发;如由惊恐后发生,或伴发热、惊厥、面色时青时红,多由惊恐诱发。慢惊风则呈慢性经过,属虚证寒证(也可有虚热证),如伴有疲乏无力、精神萎靡、面色萎黄、食少便溏、四肢不温、轻微浮肿,多属脾阳不运;如兼有面色晄白、四肢冰冷、泻下清水、痰涎较多,是由于脾肾阳虚;如抽风时发时止、面色晄白、有时潮红、烦躁汗出,是气阴两虚。

惊厥病人要注意询问过去病史、发热情况、年龄特点、伴有症状。

1. 过去病史: 如癫痫及幼儿高热惊厥时,过去常有类似发作史;旧法接生或皮肤损伤史要考虑破伤风的可能;过去有过肾炎、糖尿病者要考虑代谢障碍引起的惊厥;过去有高血压史则应注意脑血管意外的可能;服用过药物则注意番木鳖等中枢性兴奋药的使用。

2. 发热情况: 如伴有高热多属于感染性惊厥,过去可有发热惊厥的病史。

3. 年龄: 新生儿要考虑颅内出血、破伤风、高热惊厥等; 1~6 个月要考虑手足搐搦症(缺钙所引起)、颅内出血后遗症及高热惊厥; 7 个月以上要考虑高热惊厥、癫痫及乙脑、流脑、菌痢等急性传染病。

4. 伴有症状: 如伴有发热、头痛、呕吐时, 要考虑脑炎、脑膜炎、脑脓肿等; 伴有水肿、呼吸困难要想到肾炎、心脏病; 伴有头晕、头痛、呕吐时要考虑高血压脑病的可能; 婴幼儿伴有高热则要考虑高热惊厥; 如伴有哭笑、打闹、或僵卧不动并有明确的精神强烈刺激, 要考虑癔病的可能性。

(十一)昏迷

昏迷是一种严重的症状, 是中枢神经被严重抑制后、对外界事物或刺激失去了反应的一种病理状态, 应迅速诊断、急救处理。

昏迷的常见病因是: ①脑部疾患, 如流行性乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、脑肿瘤、癫痫、脑血管意外、颅外伤等; ②代谢障碍, 如肾炎尿毒症、糖尿病酸中毒、肝昏迷、低血糖昏迷等; ③急性中毒, 如安眠药、一氧化碳、有机磷农药等的中毒; ④其他, 如急性感染(疟疾、肺炎、菌痢、流脑、败血症等)及中暑等。

中医方面, 昏迷的病因有外感也有内伤。外感病在病邪传里时可发生昏迷, 如兼见高热、谵语、腹胀、便秘时, 多属热传胃腑(热在阳明); 如兼见高热、面红、谵语、皮肤斑疹甚至抽风时, 多属热传心肝(热入营血)。内伤病的昏迷则多见于中风及脱阳危证, 中风(脑血管意外)时常见突然昏倒、喉间痰鸣, 醒后多出现半身不遂及口眼歪斜; 脱阳危证(休克)时则伴有面白、冷汗、四肢厥冷等。

昏迷病人在询问时要重点、迅速, 注意阶级斗争的动向。病史中注意过去史、发病情况和伴有症状。

1. 过去史: 注意有无糖尿病、肾炎、高血压病、心脏病、癫痫、肝病等病史。

2. 发病情况: 发病前有无高热、外伤、使用或接触农药及剧毒药、冬季室内生火方式、服用过的药物、精神刺激等。结合季节特点, 要注意考虑有无传染病的可能。

3. 伴有症状: 发病前伴有发热、头痛、呕吐、抽风时, 要考虑流脑、乙脑、脑型疟疾、中毒性菌痢、肺炎、败血症等; 颅外伤可能伴有头部伤痕、流血、皮下血肿等; 伴有偏瘫常表示脑血管意外; 糖尿病酸中毒则可伴有消瘦、皮肤粘膜干燥、多尿等; 有机磷农药中毒可伴有多汗、流涎、恶心呕吐、呼吸困难等症状; 癫痫则常伴唇舌咬伤、外伤、抽风、口吐白沫等症状。

二、体格检查

“无数客观外界的现象通过人的眼、耳、鼻、舌、身这五个官能反映到自己的头脑中来, 开始是感性认识。”体格检查就是医生运用感觉器官(可借助简单的工具如听诊器等)来了解病人得病后的一些表现, 通过全面检查来积累资料, “这种感性认识的材料积累多了, 就会产生一个飞跃, 变成了理性认识”, 因此, 这些调查材料应该当做入门的向导, 结合问诊及其他检查的资料, 加以整理、改造并分析研究, 才能得出初步的诊断。这就要求我们在检查病人时, 必须全面、仔细和合于实际(而不是错觉)。

体检内容包括望诊、触诊、叩诊、闻诊四个阶段。

望诊: 望诊是用眼来观察病人的意识状态、表情、体位和身体各部的情况。望诊最好在自然光线下进行,因为在一般灯光下,黄疸或细微的颜色变化容易被漏掉。

触诊: 包括脉诊(切脉)和用手的感觉来判断所触器官或组织特征(如位置、大小、性质、疼痛及移动度)的检查方法,检查时要集中精力、认真负责,手法要由浅入深(由轻转重)、由健康部位渐移至病痛部位。

叩诊: 由于人体各部含气量(弹性)不同,当用手叩击体表时即产生不同的音响,根据其音响特点来了解各器官的状态。

闻诊: 是通过鼻嗅、耳听(可利用听诊器)对病人所产生的气味(如口中呼气、排泄物的气味等)、声音(如呼吸音及心音等)进行了解,以判断人体内部的状态。

一 般 检 查

包括体温、脉象、舌及舌苔、呼吸、血压、意识状态、面容与表情、体位、发育营养、皮肤粘膜、淋巴结等。

(一)体温

正常人的口腔温度是 $36.5\sim 37^{\circ}\text{C}$; 直肠温度约高出口腔温度 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$; 腋下温度较口腔温度低约 0.5°C 。体温超过正常时称为“发热”, $37.5\sim 38^{\circ}\text{C}$ 为低热; $38\sim 39^{\circ}\text{C}$ 为中等发热; $39\sim 41^{\circ}\text{C}$ 为高热; 41°C 以上为过高热。过高热要采取迅速的降温措施,以免病人发生危险。感染性疾病是发热的最常见原因。

发热的类型有以下几种:

稽留热: 体温常在 39°C 以上,每天波动范围不超过 1°C ,可持续数日或数周,见于大叶性肺炎、伤寒等(图 1-1)。

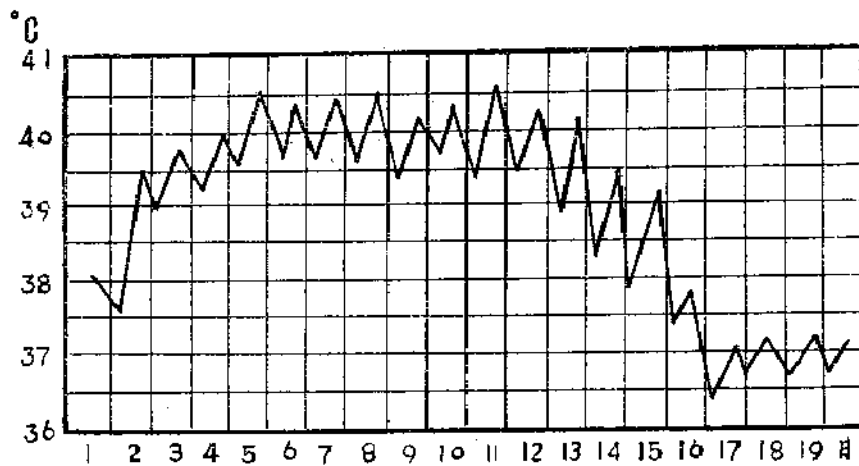


图 1-1 稽留热

弛张热: 体温日差在 1°C 以上,但每日体温并不降到正常,可见于各种感染性疾病(图 1-2)。

消耗热: 一日间体温变动很大,高时可达 40°C ,低时可在正常以下,常见于脓毒败血症及结核病(图 1-3)。

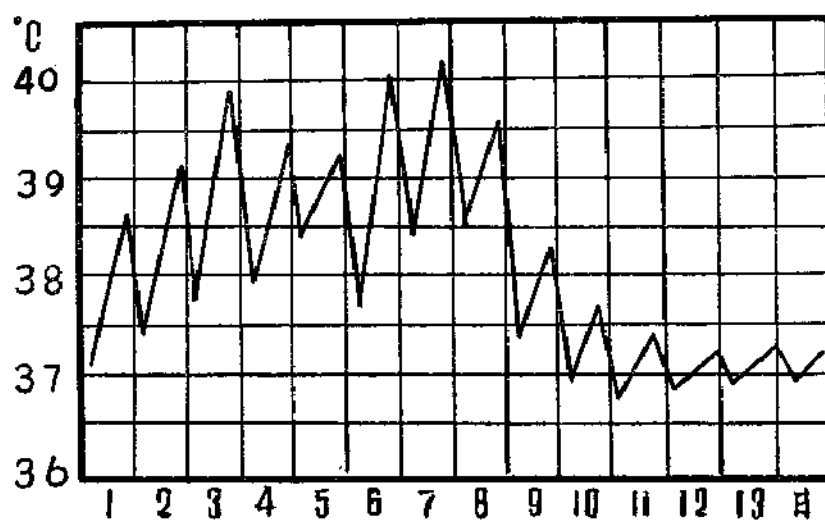


图 1-2 弛张热

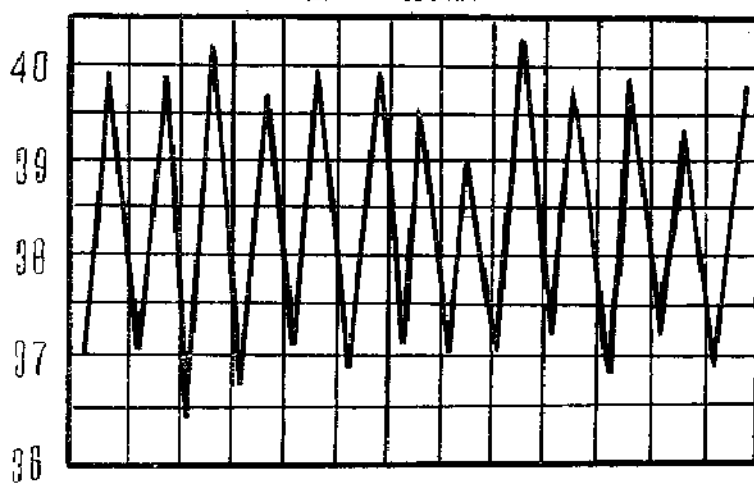


图 1-3 消耗热

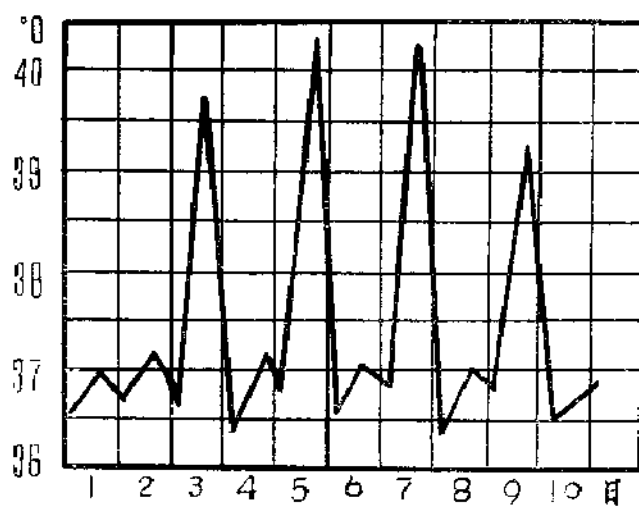


图 1-4 间歇热

间歇热：发热期与无热期交替出现，每隔1~2天发热一次，是疟疾的典型表现(图1-4)。

波浪热：体温逐渐上升，然后逐渐下降，以后又再度上升和下降，呈周期性发作，呈波浪状，见于流产杆菌病(布氏杆菌病)(图1-5)。

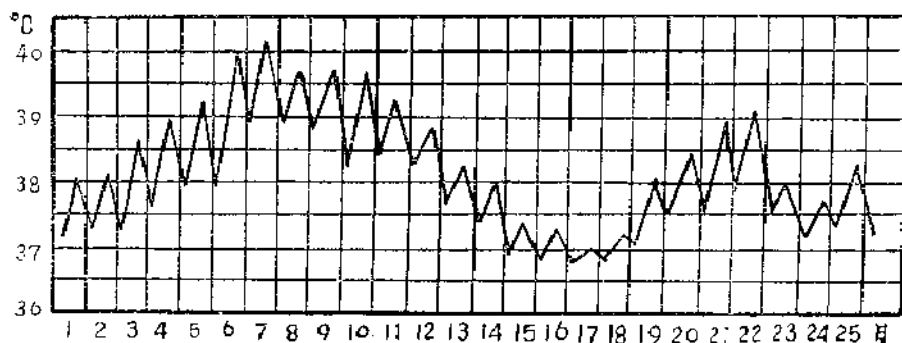


图1-5 波浪热

(二)脉象

正常脉率是一息(一呼一吸)四次，每分钟约60~80次。超过100次/分时称为心动过速，少于60次/分时为心动过缓。诊脉时，除速率外还要注意节律、强弱及血管壁的状态。

诊脉是祖国医学中的一项重要诊病方法，对判断疾病的表里、寒热、虚实有一定帮助，是劳动人民几千年来临床实践的丰富经验的总结，应当努力挖掘、加以提高。

诊脉方法：

诊脉的部位一般在腕部桡动脉上，称为“寸口”。寸口脉分成寸、关、尺三部，高骨处(桡骨茎突)为关，关前为寸，关后为尺(图1-6)。脉与五脏相应是：左手寸、关、尺分别与心、肝、肾(阴)相应；右手寸、关、尺则与肺、脾、肾(阳)相应。

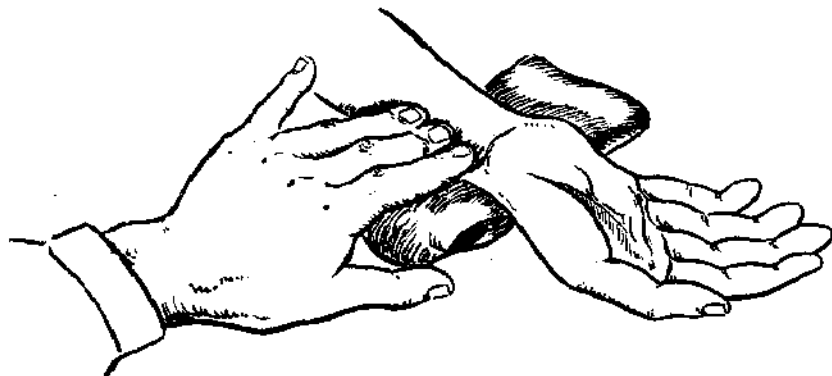


图1-6 诊脉方法

诊脉时医生与病人相对而坐，以左手诊病人右手脉，右手诊左手脉。医生先以中指定关部，然后将食指、无名指分别放在寸、尺部，按浮、中、沉顺序来诊脉。

诊脉前应先让病人休息一下，以使气血平静才能正确反映病情，医生也应沉着平静、精神贯注。

常见脉象及其临床意义：