

跨考专业课书系

跨考教育
WWW.KUAKAO.COM

全国硕士研究生入学考试

跨考专业课

西医综合大纲配套一本通

④ 内科学

总策划◎跨考考研专业课研究院

主编◎杨净 王棋然 主审◎于吉人



内科学专场讲座



在线答疑



内科学要点精述

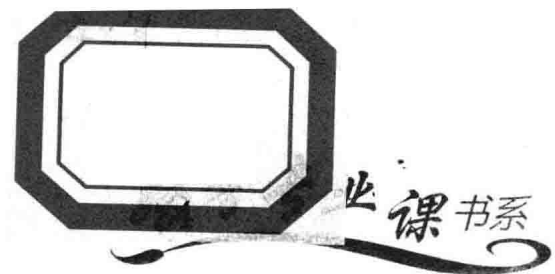


本学科8K脑图



医学英文

 北京理工大学出版社
BEIJING INSTITUTE OF TECHNOLOGY PRESS



跨考专业课

西医综合大纲配套一本通

内科学

总策划◎ 跨考考研专业课研究院

主 编◎ 杨净 王棋然

主 审◎ 于吉人

版权专有 侵权必究

图书在版编目 (CIP) 数据

跨考专业课西医综合大纲配套一本通 / 杨净, 王棋然主编. —北京: 北京理工大学出版社, 2013. 3

ISBN 978-7-5640-7226-1

I. ①跨… II. ①杨… ②王… III. ①现代医药学-研究生-入学考试-自学参考资料
IV. ①R

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 004950 号

出版发行 / 北京理工大学出版社

社 址 / 北京市海淀区中关村南大街 5 号

邮 编 / 100081

电 话 / (010) 68914775 (办公室) 68944990 (批销中心) 68911084 (读者服务部)

网 址 / <http://www.bitpress.com.cn>

经 销 / 全国各地新华书店

印 刷 / 三河市文阁印刷厂

开 本 / 787 毫米 × 1092 毫米 1/16

印 张 / 58.5

插 页 / 6

字 数 / 1372 千字

版 次 / 2013 年 3 月第 1 版 2013 年 3 月第 1 次印刷

定 价 / 128.00 元 (全 5 册)

责任编辑 / 张慧峰

责任校对 / 周瑞红

责任印制 / 边心超

图书出现印装质量问题, 本社负责调换

目 录



内 科 学

第一章 诊断学	1	第六节 冠状动脉粥样硬化性	
第一节 常见症状学	1	心脏病	110
第二节 体格检查	10	第七节 高血压	116
第三节 实验室检查	27	第八节 原发性心肌病	121
第四节 器械检查	40	第九节 心肌炎	123
第二章 呼吸系统疾病	45	第十节 心包疾病	124
第一节 慢性支气管炎和阻塞性肺气		第十一节 感染性心内膜炎	126
肿	45	第四章 消化系统疾病	136
第二节 慢性肺源性心脏病	49	第一节 胃食管反流病	136
第三节 支气管哮喘	51	第二节 慢性胃炎	138
第四节 支气管扩张	54	第三节 消化性溃疡	139
第五节 呼吸衰竭	56	第四节 肠结核	143
第六节 肺炎	59	第五节 肠易激综合征	144
第七节 弥漫性间质性肺疾病	62	第六节 肝硬化	145
第八节 肺脓肿	63	第七节 原发性肝癌	148
第九节 肺血栓栓塞性疾病	65	第八节 肝性脑病	150
第十节 肺结核	67	第九节 结核性腹膜炎	152
第十一节 胸腔积液	70	第十节 炎症性肠病	154
第十二节 气胸	73	第十一节 胰腺炎	158
第十三节 急性呼吸窘迫		第十二节 中毒	162
综合征	74	第十三节 上消化道大出血	164
第十四节 原发性支气管肺癌	76	第五章 泌尿系统疾病	174
第三章 循环系统疾病	90	第一节 肾脏疾病总论	174
第一节 心力衰竭	90	第二节 肾小球肾炎	176
第二节 心率失常	96	第三节 肾病综合征	179
第三节 心脏骤停与心脏性		第四节 IgA 肾病	181
猝死	102	第五节 尿路感染	182
第四节 心脏瓣膜病	103	第六节 急性肾衰竭	185
第五节 动脉粥样硬化	109	第七节 慢性肾衰竭	187



第六章 血液系统疾病	195
第一节 贫血概述	195
第二节 缺铁性贫血	197
第三节 再生障碍性贫血	199
第四节 溶血性贫血	201
第五节 骨髓增生异常综合征 ...	203
第六节 白血病	204
第七节 淋巴瘤	210
第八节 特发性血小板减少性 紫癜	213
第九节 出血性疾病概述	215
第七章 内分泌系统和代谢疾病	224
第一节 总论	224

第二节 甲状腺功能亢进	225
第三节 甲状腺功能减退症	230
第四节 糖尿病	232
第五节 糖尿病酮症酸中毒及 高血糖高渗状态	236
第六节 库欣综合征	238
第七节 嗜铬细胞瘤	241
第八节 原发性醛固酮增多症 ...	242
第八章 结缔组织病和风湿性疾病 ...	248
第一节 总论	248
第二节 类风湿关节炎	249
第三节 系统性红斑狼疮	252



第一章 诊断学

大纲要求:

发热、水肿、呼吸困难、胸痛、腹痛、呕血及黑便、咯血、昏迷。★

包括一般检查、头颈部检查、胸部检查、腹部检查、四肢脊柱检查、常用神经系统检查。★

血尿便常规检查, 常规体液检查, 骨髓检查, 常用肝、肾功能检查, 血气分析, 肺功能检查。★

心电图检查、X线胸片、超声波检查(常用腹部B超及超声心动图检查)、内镜检查(支气管镜及消化内镜检查)。★

第一节 常见症状学

一、发热

(一) 正常体温

正常人体温一般为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 之间, 24小时内波动范围不超过 1°C 。

(二) 发生机制

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

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; ②炎性渗出物及细菌性坏死组织; 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; 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, 作用于体温调定点, 使体温上升。

(2) 内源性致热源

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使产热增加, 散热减少。如白介素(IL-1)、肿瘤坏死因子(TNF)和干扰素等。

2. 非致热源性发热

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、甲状腺功能亢进症等; ③引起散热减少的疾病: 如广泛性皮肤病、心力衰竭等。

(三) 发热的分度

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。



(四) 发热的临床过程

表 1.1.1 发热的临床分期

	体温上升期		高热期	体温下降期	
	骤升型	缓升型		骤降	渐降
特点	散热 < 产热		散热 = 产热	散热 > 产热	
临床表现	体温在几小时内达 39 ~ 40℃ 或以上, 常伴有寒战	体温逐渐上升在数日内达高峰, 多不伴寒战	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	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	体温在数天内逐渐降至正常, 出汗多, 皮肤潮湿
临床意义	疟疾、大叶性肺炎、败血症、流行性感冒、急性肾盂肾炎、输液或药物反应	伤寒、结核病、布氏杆菌病	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	疟疾、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎及输液反应	伤寒、风湿热

(五) 热型及临床意义

表 1.1.2 各类热型的临床意义

热 型	发热特点	维持时间	24hT 波动范围	常见疾病
稽留热	体温恒定维持在 39 ~ 40℃	数天或数周	不超过 1℃	大叶性肺炎、斑疹伤寒及伤寒高热期
弛张热	39℃ 以上	——	超过 2℃	败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症等
间歇热	体温骤升达高峰后持续数小时, 又迅速降至正常。高热期与无热期交替	无热期 1 至数天	——	疟疾、急性肾盂肾炎等
波状热	逐渐 ↑ (>39℃), 逐渐 ↓	数日后降至正常	——	布氏杆菌病
回归热	急骤 ↑ (>39℃)	同上	——	回归热、HD
不规则热	无一定规律	——	——	结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等

(六) 伴随症状

表 1.1.3 发热的伴随症状

症状	常见疾病
寒战	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
结膜充血	麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病
口唇单纯疱疹	大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、间日疟、流行性感冒
淋巴结肿大	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
肝脾肿大	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

续表

症状	常见疾病
皮肤黏膜出血	重症感染及某些急性传染病：流行性出血热、病毒性肝炎、斑疹伤寒、败血症 血液病：急性白血病、重症再生障碍性贫血、恶性组织细胞病
关节肿痛	败血症、猩红热、布氏杆菌病、风湿热、结缔组织病、痛风
皮疹	麻疹、猩红热、风疹、水痘、斑疹伤寒、风湿热、结缔组织病、药物热
昏迷	先发热后昏迷：乙脑、流脑、斑疹伤寒、中毒性菌痢、中暑
	先昏迷后发热：脑出血、巴比妥类中毒

二、水肿

水肿是指人体组织间隙有过多的液体积聚使组织肿胀。液体积聚于体腔内时称积液。一般情况下，水肿不包括内脏器官局部的水肿，如脑水肿、肺水肿等。

（一）发病机制

产生水肿的主要因素：①钠与水的潴留，如继发性醛固酮增多症等；②毛细血管滤过压升高，如右心衰竭等；③毛细血管通透性增高，如急性肾炎等；④血浆胶体渗透压降低，如血清蛋白减少；⑤淋巴回流受阻，如丝虫病等。

（二）病因与临床表现

1. 全身性水肿

（1）心源性水肿与肾源性水肿

表 1.1.4 心源性、肾源性水肿的鉴别

鉴别点	肾源性	心源性
开始部位	从眼睑、颜面开始而延及全身	从下垂部开始，向上延及全身
主要机制	钠水潴留	体静脉瘀血
发展快慢	发展常迅速	发展常缓慢
水肿性质	软而移动性大	比较坚实，移动性较小
伴随症状	伴有其他肾脏病征，如高血压，蛋白尿，血尿，管型尿，眼底改变等	伴有心功能不全病征，如心脏增大，心脏杂音，肝肿大，静脉压升高等

（2）其他类型水肿

表 1.1.5 其他类型的水肿

类型	主要机制	水肿部位	临床特点
肝源性	门脉高压症、低蛋白血症、肝淋巴液回流障碍、继发醛固酮增多	主要表现为腹水，可首先见于踝部，逐渐向上蔓延，而头、面部及上肢常无水肿	肝功能减退，门脉高压
营养不良性	低蛋白血症、VitB ₁ 缺乏	从足部逐渐蔓延全身	水肿发生前常有消瘦、体重减轻
黏液性	组织液含蛋白量较高	颜面、下肢	非可凹性
经前期紧张综合征	情绪和内分泌消失	眼睑、踝、手部	月经前 7~14 天出现，可伴乳房胀痛及盆腔沉重感，月经后水肿逐渐消退
其他	药物性、特发性、妊娠中毒、血清病、老年性水肿、间脑综合征、血管神经性水肿		



2. 局部性水肿

常由于局部静脉、淋巴回流受阻或毛细血管通透性增加所致，如肢体血栓形成致血栓性静脉炎、丝虫病致象皮腿、局部炎症、创伤或过敏等。

(三) 伴随症状

表 1.1.6 水肿的伴随症状

伴随症状	常见原因
肝大	为心源性、肝源性与营养不良性，而同时有颈静脉怒张者则为心源性
蛋白尿	伴重度蛋白尿，常为肾源性，而轻度蛋白尿也可见于心源性
呼吸困难与发绀	由于心脏病、上腔静脉阻塞综合征所致
与月经周期有关	经前期紧张综合征
消瘦、体重减轻	营养不良

三、呼吸困难

(一) 肺源性呼吸困难

表 1.1.7 三种类型肺源性呼吸困难的鉴别

类型	吸气性	呼气性	混合性
发病机制	呼吸肌极度用力，胸腔负压增加	肺泡弹性减弱和（或）小支气管的痉挛或炎症	肺或胸膜腔病变使肺呼吸面积减少导致换气功能障碍
临床表现	吸气显著费力，严重者吸气时可见“三凹征”，亦可伴干咳及高调吸气性喉鸣	呼气费力、呼气缓慢、呼吸时间明显延长，常伴呼气期哮鸣音	吸气期及呼气期均感呼吸费力、呼吸频率增快、深度变浅，可伴有呼吸音异常或病理性呼吸音
常见疾病	喉部、气管、大支气管的狭窄与阻塞	慢性支气管炎（喘息型）、慢性阻塞性肺气肿、支气管哮喘、弥漫性泛细支气管炎	重症肺炎、重症肺结核、大面积肺栓塞、弥漫性肺间质疾病、大量胸腔积液、气胸、广泛性胸膜增厚

三凹征：指吸气时胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙出现明显凹陷，是由于上部气道部分梗阻所致吸气性呼吸困难。常见于气管异物、喉部水肿、白喉等。

(二) 心源性呼吸困难

表 1.1.8 两种类型心源性呼吸困难的鉴别

类型	左心衰	右心衰
病因	肺瘀血和肺泡弹性降低	体循环瘀血
发病机制	①肺瘀血，使气体弥散功能降低；②肺泡张力增高，刺激牵张感受器兴奋呼吸中枢；③肺泡弹性减退，肺活量减少；④肺循环压力升高对呼吸中枢的反射性刺激	①右心房和上腔静脉压升高，刺激压力感受器反射性地兴奋呼吸中枢；②血氧含量减少，代谢产物增加，刺激呼吸中枢；③瘀血性肝大、腹腔和胸腔积液，使呼吸运动受限，肺交换面积减少
常见疾病	风湿性心脏病、高血压心脏病、冠状动脉硬化性心脏病	慢性肺源性心脏病、某些先心病或由左心衰发展而来，也可见于急性或慢性心包积液

(三) 中毒性呼吸困难

1. 代谢性酸中毒

①发病机制：血中代谢产物增多，刺激颈动脉窦、主动脉体化学受体或直接兴奋刺激呼吸中枢引起呼吸困难。②临床表现：出现深长而规则的呼吸，可伴有鼾音，称为酸中毒大呼吸（Kussmaul 呼吸）。③常见疾病：引起代谢性酸中毒的基础病因，如尿毒症、糖尿病酮症等。



2. 药物中毒

①发病机制：抑制呼吸中枢引起呼吸困难。②临床表现：呼吸缓慢、变浅伴有呼吸节律异常的改变，如 Cheyne - Stokes 呼吸（潮式呼吸）或 Biots 呼吸（间停呼吸）。③常见药物：吗啡类、巴比妥类等中枢抑制药物和有机磷杀虫药中毒。

3. 化学毒物中毒

表 1.1.9 常见化学毒物中毒机制

	一氧化碳中毒	亚硝酸盐和苯胺类中毒	氰化物中毒
发生机制	吸入的 CO 与血红蛋白结合形成碳氧血红蛋白，失去携带氧的能力导致缺氧	使血红蛋白变为高铁血红蛋白失去携带氧的能力导致缺氧	氰离子抑制细胞色素氧化酶的活性，影响细胞呼吸作用，导致组织缺氧引起呼吸困难，严重时引起脑水肿抑制呼吸中枢

（四）其他类型呼吸困难

表 1.1.10 其他类型的呼吸困难

类型	机制	临床表现	常见疾病
神经性	颅压增高、呼吸中枢供血下降	呼吸变慢变深、抽泣样呼吸、吸气突然停止	脑出血、脑炎、脑膜炎、脑脓肿、脑肿瘤、脑外伤
精神性	过度通气而发生呼吸性碱中毒	呼吸变快变浅、叹息样呼吸、手足搐搦	癔症
血源性	红细胞携氧量减少，血氧含量降低	呼吸浅、心率快	重度贫血、高铁血红蛋白血症、硫化血红蛋白血症
	缺氧和血压下降，刺激呼吸中枢		大出血、休克

四、胸痛

（一）临床表现

表 1.1.11 各种类型的胸痛特征

疾病	疼痛性质	部位	特点
心绞痛	绞榨样	胸骨后、心前区、剑突下	重压窒息感
心肌梗死	剧烈	胸骨后、心前区、剑突下	伴苍白、BP 下降、休克、恐惧、濒死感
带状疱疹	刀割样或灼热样剧痛	——	疱疹不超过体表中线
夹层动脉瘤	突然撕裂样剧痛或刀割样痛	胸背部可放射至下腹、腰部、腹股沟	伴苍白、休克，BP 下降但高于正常
气胸	发病初期撕裂样疼痛	一侧胸痛	伴呼吸困难，健侧卧痛可减轻
渗出性胸膜炎	隐痛、钝痛、刺痛	一侧，胸侧部	咳嗽或用力呼吸疼痛加重
大叶性肺炎	较剧烈	一侧，可放射至肩、腹	同上，伴呼吸困难
反流性食管炎	烧灼痛	胸骨后	伴吞咽困难，进食时发作或加剧
肺梗死	剧痛或绞痛	胸部	三联征：咯血、发绀、呼吸困难
肺上沟瘤	火灼样	肩部、腋下、向上肢内侧放射，夜间尤甚	Homer 综合征：同侧瞳孔缩小、眼睑下垂、眼球内陷、额部、胸壁无汗或少汗

（二）伴随症状

表 1.1.12 胸痛的伴随症状

伴随症状	常见疾病
咳嗽、咳痰和（或）发热	气管、支气管和肺部疾病

续表

伴随症状	常见疾病
呼吸困难	提示病变累及范围较大，如大叶性肺炎、自发性气胸、渗出性胸膜炎和肺栓塞
咯血	肺栓塞、支气管肺癌
苍白、大汗、血压下降或休克	心肌梗死、夹层动脉瘤、主动脉窦瘤破裂和大块肺栓塞
吞咽困难多	食管疾病，如反流性食管炎

五、腹痛

(一) 病因

1. 急性腹痛

由腹腔器官急性炎症、阻塞或扩张、扭转或破裂所致；也可因腹膜炎症、腹壁疾病、腹腔内血管阻塞引起；胸腔器官疾病致腹部牵涉痛（肺炎、肺梗死、心绞痛、心肌梗死、急性心包炎、胸膜炎、胸椎结核、食管裂孔疝）和全身性疾病（糖尿病酸中毒、尿毒症、铅中毒、血卟啉病）也能引起腹痛。

2. 慢性腹痛

由腹腔脏器的慢性炎症、扭转、梗阻、包膜牵张、空腔器官张力变化所致；消化性溃疡、中毒与代谢障碍、肿瘤压迫及浸润和胃肠神经功能紊乱等也会引起慢性腹痛。

(二) 发生机制

表 1.1.13 腹痛的发生机制

	内脏性腹痛	躯体性腹痛	牵涉痛
信号传导	腹内某一器官的痛觉信号由交感神经传入脊髓	来自腹膜壁层及腹壁的信号，经体神经传至脊神经根，反映到相应脊髓节段所支配的皮肤	内脏痛觉信号传至相应脊髓节段，引起该节段支配的体表部位疼痛
内脏定位	不确切	准确	明确
疼痛部位	近腹中线	腹部一侧	体表部位
性质	感觉模糊	剧烈而持续	剧烈锐痛
伴随症状	恶心、呕吐、出汗	局部腹肌强直、压痛、反跳痛	压痛、肌紧张、感觉过敏

P. S. 有些疾病的腹痛涉及多种发生机制，如阑尾炎早期疼痛在脐周或上腹部，为内脏性疼痛；随着疾病的发展，持续而强烈的炎症刺激出现牵涉痛，疼痛转移至右下腹麦氏点；当炎症进一步发展波及腹膜壁层，则出现躯体性疼痛。

(三) 临床表现

1. 腹痛部位

表 1.1.14 腹痛部位的临床意义

部位	疾病	部位	疾病
中上腹部	胃、十二指肠疾病、急性胰腺炎	右下腹麦氏点	急性阑尾炎
右上腹部	胆囊炎、胆石症、肝脓肿	下腹或左下腹	溃疡性结肠炎、肠易激综合征
脐部或脐周	小肠疾病	下腹	膀胱炎、盆腔炎、异位妊娠破裂

P. S. 弥漫性或部位不定：主要见于急性弥漫性腹膜炎、机械性肠梗阻、急性出血坏死性肠炎、血卟啉病、铅中毒、腹型过敏性紫癜等。



2. 腹痛性质和程度

- ①突发的中上腹剧烈刀割样痛、烧灼样痛：胃、十二指肠溃疡穿孔；
- ②中上腹持续性隐痛：慢性胃炎及胃、十二指肠溃疡；
- ③上腹部持续性钝痛或刀割样疼痛呈阵发性加剧：急性胰腺炎；
- ④阵发性绞痛，相当剧烈，致使病人辗转不安：胆石症或泌尿系统结石；
- ⑤阵发性剑突下钻顶样疼痛：胆道蛔虫症；
- ⑥持续性、广泛性剧烈腹痛伴腹壁肌紧张或板样强直：急性弥漫性腹膜炎。

其中隐痛或钝痛多为内脏性疼痛，多由胃肠张力变化或轻度炎症引起，胀痛为实质脏器包膜牵张所致。

表 1.1.15 三种绞痛的鉴别

疼痛类别	疼痛部位	其他特点
肠绞痛	多位于脐周围，下腹部	常伴有恶心、呕吐、腹泻、便秘、肠鸣音增加等
胆绞痛	多位于右上腹，放射至右背部与右肩胛	常有黄疸、发热，肝可触及或 Murphy 征阳性
肾绞痛	位于腰部并向下放射，达于腹股沟、外生殖器及大腿内侧	常有尿频、尿急，小便含蛋白质、红细胞等

3. 诱发因素

胆囊炎或胆石症发作前常有进油腻食物史；急性胰腺炎发作前常有酗酒、暴饮暴食史；机械性肠梗阻多与腹部手术有关；腹部受暴力引起的剧痛并有休克，可能是肝、脾破裂所致。

4. 发作时间

餐后痛见于胆胰疾病、胃部肿瘤或消化不良；周期性、节律性上腹痛见于胃、十二指肠溃疡；子宫内膜异位者腹痛与月经来潮相关；卵泡破裂者发作在月经间期。

5. 与体位的关系

胃黏膜脱垂病人左侧卧位可使疼痛减轻；十二指肠壅滞症患者膝胸或俯卧位可使腹痛及呕吐等症状缓解；胰体癌患者仰卧位时疼痛明显，而前倾位或俯卧位时减轻；反流性食管炎患者烧灼痛在躯体前屈时明显，直立位时减轻。

(四) 伴随症状

表 1.1.16 腹痛的伴随症状

伴随症状	常见疾病
发热、寒战	急性胆道感染、胆囊炎、肝脓肿、腹腔脓肿，或腹腔外感染性疾病
黄疸	肝胆胰疾病、急性溶血性贫血
休克	同时有贫血：腹腔脏器破裂（如肝、脾或异位妊娠破裂）；无贫血者：胃肠穿孔、绞窄性肠梗阻、肠扭转、急性出血坏死性胰腺炎，腹腔外疾病如心肌梗死、肺炎
呕吐	食管、胃肠病变，呕吐量大提示胃肠道梗阻
反酸、嗝气	胃十二指肠溃疡或胃炎
腹泻	消化吸收障碍或肠道炎症、溃疡或肿瘤
血尿	泌尿系疾病（如泌尿系结石）

六、呕血

呕血是上消化道疾病（指屈氏韧带以上的消化道，包括食管、胃、十二指肠、肝、胆、胰疾病）或全身性疾病所致的上消化道出血，血液经口腔呕出。常伴有黑便，严重时可有急性周围循环衰竭的表现。

(一) 临床表现

1. 呕血与黑便

出血量多、在胃内停留时间短、出血位于食管时血色鲜红或混有凝血块，或为暗红色；当出血量较少或在胃内停留时间长，则因血红蛋白与胃酸作用形成酸化正铁血红蛋白，呕吐物可呈咖啡渣样，为棕褐色。呕血的同时因部分血液经肠道排出体外，可形成黑便。

2. 失血性周围循环衰竭

表 1.1.17 失血性周围循环衰竭

出血量	临床表现（出血量占循环血容量百分比）
<10%	不明显
10%~20%	头晕、无力等症状，多无血压、脉搏等变化
>20%	冷汗、四肢厥冷、心慌、脉搏增快等急性失血症状
>30%	神志不清、面色苍白、心率加快、脉搏细弱、血压下降、呼吸急促等急性周围循环衰竭表现

(二) 伴随症状

表 1.1.18 呕血的伴随症状

伴随症状	常见疾病
上腹痛	中青年人，慢性反复发作的上腹痛，具有一定周期性与节律性：消化性溃疡； 中老年人，慢性上腹痛，疼痛无明显规律性并伴有厌食、消瘦或贫血：胃癌
肝脾肿大	脾肿大，皮肤有蜘蛛痣、肝掌、腹壁静脉曲张或有腹水，化验有肝功能障碍：肝硬化门脉高压； 肝区疼痛、肝大、质地坚硬、表面凹凸不平或有结节，血清甲胎蛋白（AFP）阳性：肝癌
黄疸	黄疸、寒战、发热伴右上腹绞痛而呕血：胆道疾病； 黄疸、发热及全身皮肤黏膜有出血倾向：感染性疾病，如败血症及钩端螺旋体病
皮肤黏膜出血	血液疾病及凝血功能障碍性疾病
其他	近期有服用非甾体类抗炎药物史、酗酒史、大面积烧伤、颅脑手术、脑血管疾病和严重外伤伴呕血者，应考虑急性胃黏膜病变。在剧烈呕吐后继而呕血，应注意食管贲门黏膜撕裂
头晕、黑矇、口渴、冷汗	血容量不足，可于出血早期随体位变动发生。伴有肠鸣、黑便者，提示有活动性出血

七、便血

(一) 临床表现

血便颜色：出血量多、速度快则呈鲜红色；若出血量少、速度慢，血液在肠道内停留时间较长，则可为暗红色。粪便可全为血液或混合有粪便，也可仅黏附于粪便表面或于排便后肛门滴血。消化道出血每日在 5mL 以下者，无肉眼可见的粪便颜色改变，称为隐血便，须用隐血试验才能确定。

排便后滴血：直肠癌、痔、肛裂；暗红色果酱样血便：阿米巴痢疾；黏液脓性鲜血便：急性菌痢；洗肉水样血便：急性出血坏死性肠炎；黑色（柏油便）：>50mL/d，上消化道出血（Hb + 硫化物 → 硫化亚铁）。

(二) 伴随症状

表 1.1.19 黑便的伴随症状

伴随症状	常见疾病
腹痛	慢性反复上腹痛，且呈周期性与节律性，出血后疼痛减轻：消化性溃疡； 上腹绞痛或有黄疸伴便血：胆道出血； 腹痛时排血便或脓血便，便后腹痛减轻：细菌性痢疾、阿米巴痢疾或溃疡性结肠炎； 腹痛伴便血还见于急性出血性坏死性肠炎、肠套叠、肠系膜血栓形成或栓塞、肠癌等



续表

伴随症状	常见疾病
里急后重	肛门、直肠疾病，见于痢疾、直肠炎及直肠癌
发热	传染性疾病，如败血症、流行性出血热、钩端螺旋体病或部分恶性肿瘤，如肠道淋巴瘤、白血病
皮肤黏膜出血	急性传染性疾病及血液疾病，如重症肝炎、流行性出血热、白血病、过敏性紫癜、血友病等
皮肤改变	皮肤有蜘蛛痣及肝掌：肝硬化门脉高压；皮肤黏膜有毛细血管扩张：遗传性毛细血管扩张症
腹部肿块	肠道恶性淋巴瘤、结肠癌、肠结核、肠套叠及 crohn 病

八、咯血

(一) 咯血与呕血的区别

表 1.1.20 咯血与呕血的区别

	咯血	呕血
病因	肺结核、支气管扩张、肺癌、肺炎、肺脓肿、心脏病等	消化性溃疡、肝硬化、急性胃黏膜病变、胆道出血、胃痛等
出血前症状	喉部痒感、胸闷、咳嗽等	上腹部不适、恶心、呕吐等
出血方式	咯出	呕出，可为喷射状
出血颜色	鲜红	暗红色、棕色、有时为鲜红色
血中混有物	痰、泡沫	食物残渣
酸碱反应	碱性	酸性
黑便	无，咽下血量较多时可有	有，可为柏油样便，可持续数日
出血后痰的性状	常有血痰数日	无痰

(二) 病因

1. 支气管疾病

常见有支气管扩张、支气管肺癌、支气管结核和慢性支气管炎等。

2. 肺部疾病

常见有肺结核、肺炎、肺脓肿等。肺炎出现的咯血，常见于肺炎球菌肺炎、金黄色葡萄球菌肺炎、肺炎杆菌肺炎和军团菌肺炎，支原体肺炎有时也可出现痰中带血。在我国，引起咯血的首要原因仍为肺结核。发生咯血的肺结核，多为浸润型、空洞型肺结核和干酪样肺炎，急性血行播散型肺结核较少出现咯血。

3. 心血管疾病

较常见于二尖瓣狭窄，其次为先心病所致肺动脉高压或原发性肺动脉高压，另有肺栓塞、肺血管炎、高血压病等。

(三) 临床表现

1. 年龄

青壮年咯血常见于肺结核、支气管扩张、二尖瓣狭窄等。40 岁以上有长期吸烟史者，应高度注意肺癌。

2. 咯血量

每日咯血量 $<100\text{mL}$ 为小量， $100 \sim 500\text{mL}$ 为中等量， $>500\text{mL}$ 或一次咯血 $100 \sim 500\text{mL}$ 为大量。大量咯血主要见于空洞性肺结核、支气管扩张和慢性肺脓肿。支气管肺癌少有大大



咯血，主要表现为痰中带血。慢性支气管炎和支原体肺炎也可出现痰中带血或血性痰，但常伴有剧烈咳嗽。

3. 颜色和性状

表 1.1.21 咯血的颜色和性状

痰液颜色	疾病	痰液颜色	疾病
鲜红色	肺结核、支气管扩张、肺脓肿和出血性疾病	暗红色	二尖瓣狭窄
铁锈色血痰	肺炎球菌肺炎、肺吸虫病和肺泡出血	浆液性粉红色泡沫痰	左心衰竭
砖红色胶冻痰	肺炎克雷伯杆菌肺炎	黏稠暗红色血痰	肺栓塞

(四) 伴随症状

表 1.1.22 咯血的伴随症状

伴随症状	常见疾病
发热	肺结核，肺炎、肺脓肿、流行性出血热、肺出血型钩端螺旋体病、支气管肺癌
胸痛	肺炎球菌肺炎、肺结核、肺栓塞（梗死）、支气管肺癌
呛咳	支气管肺癌、支原体肺炎
脓痰	支气管扩张、肺脓肿、空洞性肺结核继发细菌感染
皮肤黏膜出血	血液病、风湿病及肺出血型钩端螺旋体病和流行性出血热
杵状指	支气管扩张、肺脓肿、支气管肺癌
黄疸	钩端螺旋体病、肺炎球菌肺炎、肺栓塞

九、昏迷

昏迷是严重的意识障碍，表现为意识持续的中断或完全丧失。按其程度可分为三个阶段。

表 1.1.23 昏迷的强度

程度	临床表现
轻度	意识大部分丧失，无自主运动，对声、光刺激无反应，对疼痛刺激尚可出现痛苦的表情或肢体退缩等防御反应。角膜反射、瞳孔对光反射、眼球运动、吞咽反射等可存在
中度	对周围事物及各种刺激均无反应，对剧烈刺激可出现防御反射。角膜反射减弱，瞳孔对光反射迟钝，眼球无转动
深度	全身肌肉松弛，对各种刺激全无反应。深、浅反射均消失

第二节 体格检查

一、一般检查

(一) 全身状态检查

1. 体温测量及正常范围

- ①口测法：正常值为 $36.3 \sim 37.2^{\circ}\text{C}$ 。该法结果较为准确，但不能用于婴幼儿及神志不清者。
- ②肛测法：正常值为 $36.5 \sim 37.7^{\circ}\text{C}$ 。该法测值稳定，多用于婴幼儿及神志不清者。
- ③腋测法：正常值 $36 \sim 37^{\circ}\text{C}$ 。为最常用的体温测定方法。注意腋窝处应无致热或降温物品，并应将腋窝汗液擦干，以免影响结果。

生理情况下，体温有一定的波动。早晨体温略低，下午略高，在 24 小时内波动幅度一般不超过 1°C ；运动或进食后体温略高；老年人体温略低，月经期前或妊娠期妇女体温略高。



2. 发育

成人发育正常的指标包括：①头部的长度为身高的 $1/7 \sim 1/8$ ；②胸围为身高的 $1/2$ ；③双上肢展开后，左右指端的距离与身高基本一致；④坐高等于下肢的长度。

3. 营养状态

前臂曲侧或上臂背侧下 $1/3$ 处脂肪分布的个体差异最小，为判断脂肪充实程度最方便和最适宜的部位。

①营养不良：由于摄食不足或（和）消耗增多引起。一般轻微或短期的疾病不易导致营养状态的异常，故营养不良多见于长期或严重的疾病。当体重减轻低于标准体重的 10% 时称为消瘦，极度消瘦者称为恶病质。

②营养过度：当超过标准体重的 20% 以上者称为肥胖，亦可计算体重质量指数 [体重 (kg) / 身高的平方 (m^2)]，按 WHO 的标准，男性大于 27，女性大于 25 即为肥胖症。按其病因可将肥胖分为外源性和内源性两种。

4. 面容与表情

表 1.2.1 特殊面容与表情

面容	表情	面容	表情
急性病容	急性感染性疾病，如肺炎球菌肺炎、疟疾、流行性脑脊髓膜炎	慢性病容	慢性消耗性疾病，如恶性肿瘤、肝硬化、严重结核病
贫血面容	各种原因所致的贫血	肝病面容	慢性肝脏疾病
肾病面容	慢性肾脏疾病	甲亢面容	甲亢
黏液性水肿面容	甲状腺功能减退	苦笑面容	破伤风
肢端肥大症面容	肢端肥大症	伤寒面容	肠伤寒、脑脊髓膜炎、脑炎等高热衰竭患者
二尖瓣面容	风湿性心瓣膜病二尖瓣狭窄	满月笑容	Cushing 综合征及长期应用糖皮质激素者
面具面容	震颤麻痹、脑炎		

5. 体位

表 1.2.2 常见体位

体位	常见疾病	体位	常见疾病
自主体位	正常人、轻症和疾病早期患者	强迫仰卧位	急性腹膜炎
被动体位	轻度衰竭或意识丧失者	强迫俯卧位	脊柱疾病
辗转体位	胆石症、胆道蛔虫症、肾绞痛	强迫侧卧位	一侧胸膜炎和大量胸腔积液
强迫蹲位	先天性发绀型心脏病	角弓反张位	破伤风及小儿脑膜炎
强迫坐位	心、肺功能不全者	强迫停立位	心绞痛

6. 步态

表 1.2.3 特殊步态

步态	常见疾病	步态	常见疾病
醉酒步态	小脑疾病、酒精中毒、巴比妥中毒	共济失调步态	脊髓痨
慌张步态	震颤麻痹	间歇性跛行	高血压、动脉硬化患者
跨阈步态	腓总神经麻痹	剪刀步态	脑瘫、截瘫
蹒跚步态	佝偻病、大骨节病、进行性肌营养不良、先天性双侧髋关节脱位		



(二) 皮肤

1. 颜色

与毛细血管的分布、血液的充盈度、色素量的多少、皮下脂肪的厚薄有关。

①苍白：仅见肢端苍白，可能与肢体动脉痉挛或阻塞有关，如雷诺病、血栓闭塞性脉管炎等。

②发红：见于发热性疾病，如肺炎球菌肺炎、肺结核、猩红热、阿托品及一氧化碳中毒等。皮肤持久性发红见于 Cushing 综合征及真性红细胞增多症。

③发绀：见于还原血红蛋白增多或异常血红蛋白血症。

④黄染。

表 1.2.4 三种常见皮肤黄染的鉴别

	黄疸	胡萝卜素增高	黄色素的药物
分类	血清内胆红素浓度增高 $> 34 \mu\text{mol/L}$	血中胡萝卜素增高 $> 2.5 \text{g/L}$	阿的平、呋喃类药物
出现顺序	始于巩膜、硬腭后部及软腭黏膜上。随胆红素浓度增高，黏膜黄染更明显时，才会出现皮肤黄染	始于手掌、足底、前额及鼻部皮肤；一般不出现巩膜和口腔黏膜黄染	始于皮肤，严重者也可出现于巩膜
巩膜特点	近角巩膜缘处黄染轻、黄色淡；远角巩膜缘处黄染重、黄色深	—	角巩膜缘处黄染重，黄色深；离角巩膜缘越远，黄染越轻，黄色越淡

2. 皮疹

表 1.2.5 常见皮疹的鉴别

分类	临床表现	常见疾病
斑疹	局部皮肤发红，一般不凸出皮面	斑疹伤寒、丹毒、风湿性多形红斑
玫瑰疹	为一种鲜红色圆形斑疹，直径 $2 \sim 3 \text{mm}$ ，检查时拉紧皮肤或以手指按压可使皮疹消退，松开时又复出现，多出现于胸腹部	伤寒、副伤寒
丘疹	除局部颜色改变外，病灶凸出皮面	药疹、麻疹、湿疹
斑丘疹	在丘疹周围有皮肤发红的底盘	猩红热、风疹、药疹
荨麻疹	为稍隆起皮面的苍白色或红色的局限性水肿	速发性皮肤变态反应

3. 皮下出血

皮下出血分为：小于 2mm 称为瘀点， $3 \sim 5 \text{mm}$ 称为紫癜，大于 5mm 称为瘀斑，片状出血并伴有皮肤显著隆起称为血肿。皮疹受压时一般可褪色或消失，瘀点和小红痣受压后不褪色，但小红痣于触诊时可感到稍高于皮面，且表面光滑。皮下出血见于造血系统疾病、重症感染、某些血管损害性疾病以及毒物或药物中毒等。

(三) 淋巴结

1. 局限性淋巴结肿大

①非特异性淋巴结炎：由引流区域的急、慢性炎症所引起，如急性化脓性扁桃体炎、牙龈炎。

②淋巴结结核。

③恶性肿瘤淋巴结转移：肺癌可向右侧锁骨上窝或腋窝淋巴结群转移；胃癌多向左侧锁骨上窝淋巴结群转移，因此处系胸导管进颈静脉的入口，这种肿大的淋巴结称为 Virchow 淋巴结，常为胃癌、食管癌转移的标志。