

医学综合基础实践

主编 杨青 龙云霞 刘旭忠
张翠 吴慧 翟玉云



中国海洋大学出版社

医学综合基础实践

主 编 杨 青 龙云霞 刘旭忠
张 翠 吴 慧 翟玉云

中国海洋大学出版社
• 青 岛 •

图书在版编目(CIP)数据

医学综合基础实践/杨青等主编. —青岛:中国
海洋大学出版社, 2010. 12

ISBN 978-7-81125-516-4

I. ①医… II. ①杨… III. ①医学—基本知识 IV.
①R

中国版本图书馆CIP数据核字(2010)第 226516 号

出版发行 中国海洋大学出版社

社 址 青岛市香港东路 23 号

邮政编码 266071

网 址 <http://www.ouc-press.com>

电子信箱 hanyt812@yahoo.com.cn

订购电话 0532—82032573(传真)

责任编辑 矫恒鹏

电 话 0532—85902349

印 制 青岛双星华信印刷有限公司

版 次 2010 年 12 月第 1 版

印 次 2010 年 12 月第 1 次印刷

成品尺寸 144 mm×215 mm

印 张 13.125

字 数 353 千字

定 价 35.00 元

《医学综合基础实践》编委会

主 编:杨 青 龙云霞 刘旭忠

张 翠 吴 慧 翟玉云

副主编:王翠华 王晓丽 王 静 王建娥

李文娟 王国宁 黄公昌 王 磊

刘法政 孙全伟 孙善见 杜海燕

刘 河 潘桂芝 律 梅 段桂华

李 香 张雪霜 杨培珂 夏玲芹

宋立梅 徐丽丽 王清刚

《医学综合基础实践》编委会成员 及其工作单位

杨 青	山东省胶州市人民中医医院
龙云霞	山东省胶州市人民中医医院
刘旭忠	山东省胶州市人民中医医院
张 翠	山东省胶州市人民中医医院
吴 慧	山东省胶州市人民中医医院
翟玉云	山东省胶州市人民中医医院
王翠华	山东省胶州市人民中医医院
王晓丽	山东省胶州市人民中医医院
王 静	山东省胶州市人民中医医院
王建娥	山东省胶州市人民中医医院
李文娟	山东省胶州市人民中医医院
王国宁	山东省胶州市中心血站
黄公昌	山东省胶州市中心血站
王 磊	山东省胶州市中心血站
刘法政	山东省胶州市中心血站
孙全伟	山东省胶州市人民中医医院
孙善见	山东省胶州市人民中医医院
杜海燕	山东省胶州市人民中医医院
刘 河	山东省胶州市人民中医医院
潘桂芝	山东省胶州市人民中医医院
律 梅	山东省胶州市妇幼保健院

段桂华	山东省胶州市营海卫生院
李 香	山东省胶州市第二人民医院
张雪霜	山东省胶州市第二人民医院
杨培珂	山东省胶州市妇幼保健院
夏玲芹	山东省胶州市第三人民医院
宋立梅	山东省胶州市人民中医医院
徐丽丽	山东省胶州市人民中医医院
王清刚	山东省胶州市人民中医医院

前 言

医学生经过各个阶段的学习,开始正式的医护生涯。当年轻的医学生们担负起具有重大责任的临床工作时,他们会发现,虽然许多知识都学过,但遇到实际问题却并不熟悉,甚至颇为棘手。因此,作者编写一本解决这方面问题的、较为系统的参考书就显得至关重要。

本书分为基础理论和实践两部分:基础理论部分包括临床综合基础、药理学基础知识、肿瘤学基础知识及临床常见检查基础知识;实践部分包括临床实践技能、病理学常规与免疫组织化学检查及常见临床检查的应用及意义。本书内容详尽、丰富,覆盖面广泛,非常适合年轻的临床住院医师学习和参考。

限于作者的学识和水平,对于书中的不足之处,恳请专家和读者批评指正。

编 者

2010年9月

目 次

上篇 医学综合基础知识概论

第一章 临床综合基础	(3)
第一节 临床基本症状及分析	(3)
第二节 临床基础诊断知识	(45)
第三节 围手术期病人的处理与对手术的正确认识	(60)
第四节 医学法律的基本知识	(74)
第二章 药理学基础概论	(83)
第一节 药效学	(83)
第二节 药物代谢动力学	(84)
第三节 影响药物效应的因素	(87)
第四节 传出神经系统药理学概论	(91)
第五节 中枢神经系统药理学概论	(93)
第六节 抗菌药物概论	(97)
第七节 全身麻醉药	(100)
第八节 局部麻醉药	(104)
第九节 中药基础知识	(108)
第三章 肿瘤学	(114)
第一节 肿瘤的概念	(114)
第二节 肿瘤的特性	(115)
第三节 肿瘤的异型性	(116)
第四节 肿瘤的生长和扩散	(118)
第五节 良性肿瘤与恶性肿瘤的区别	(122)

第六节 肿瘤的命名与分类·····	(124)
第七节 肿瘤的病因学和发病学·····	(126)
第八节 肿瘤的病理学检查方法·····	(131)
第四章 常用临床检查基础知识·····	(134)
第一节 检验质控标准·····	(134)
第二节 临床输血基础知识·····	(150)
第三节 影像学基础知识·····	(167)

下篇 医学综合基础实践

第五章 临床实践技能·····	(173)
第一节 内科基本操作技术·····	(173)
第二节 外科基本操作技术·····	(197)
第三节 护理基本操作技术·····	(246)
第六章 病理常规与免疫组织化学检查·····	(311)
第一节 病理基本操作规程·····	(311)
第二节 免疫组织化学技术在病理诊断中的应用·····	(338)
第七章 常用临床检查的应用及意义·····	(366)
第一节 常用实验室检查·····	(366)
第二节 CT 扫描基本操作技术 ·····	(388)
第三节 X 线及 MRS 临床应用 ·····	(400)
参考文献·····	(408)

上篇

医学综合基础知识概论

第一章 临床综合基础

第一节 临床基本症状及分析

【发 热】

发热的病因复杂,常成为诊断上的难题。因此,凡遇有发热原因未明者,必须认真细致地进行全面检查,并结合动态观察,以便及时做出正确诊断。有时还须鉴别是否为伪装发热。

一、如何问病史

详细询问病史,取得第一手正确资料,往往对发热病因的诊断有重要的启发。传染病和寄生虫病流行病学史的资料对诊断尤为重要。发病地区和季节对传染病与寄生虫病特别重要。血吸虫病、黑热病、丝虫病等有严格的地区性。斑疹伤寒、回归热、白喉、流行性脑膜炎等流行于冬春季节;伤寒、副伤寒、乙型脑炎、恙虫病等则流行于夏秋;钩端螺旋体病的流行常见于夏收和秋收季节。麻疹、猩红热、伤寒等病愈后常有相当牢固的免疫力,第二次发病的可能性很小。中毒型菌痢、细菌性食物中毒的患者发病前多有不洁饮食史,且常累及群体。疟疾、病毒性肝炎、全身性巨细胞病毒感染、艾滋病等可通过输血而传染。阿米巴肝病多有慢性痢疾病史。此外,还应询问职业史,如冶炼工人可罹患铸工热、高温作业者可罹患热射病,五氧酚钠急性中毒所致的发热与多汗易误诊为急性感染。

由于化学合成药物的广泛应用,对原因未明的发热要注意药物热的可能性。药物热一般伴有药疹,有时临床表现类似系统性红斑狼疮。发热患者应用解热药、磺胺类、某些抗生素、安眠药等,

发热持续或先前无发热而出现发热者(尤其是伴发皮疹者),须警惕药物热的可能性。无皮疹的药物热甚少见,但最易于忽略。

二、如何分析临床表现

发热的患者常伴有各种各样的临床表现,不同的临床表现,提示不同的疾病。在化学合成药物疗程中出现原因未明的发热要注意药物热的可能性。

目前由于广谱抗生素、抗肿瘤药物、糖皮质激素等的广泛应用,引起二重感染(机会感染)而致发热不退,或退热后又再发热者亦时有见之。若病人同时应用大剂量糖皮质激素治疗,可使发热不明显而致漏诊。

(一)热型

许多发热疾病具有特殊的热型(体温曲线),这些热型对鉴别诊断很有帮助。

1. 稽留热

体温持续于 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$, 达数天或数周之久, 24 h 内体温波动不超过 1°C , 可见于大叶性肺炎、伤寒、副伤寒、斑疹伤寒、恙虫病等急性传染病的极期。

2. 弛张热

体温在 24 h 内波动达 2°C 或更多。可见于结核病、败血症、局灶性化脓性感染、支气管肺炎、渗出性胸膜炎、感染性心内膜炎、风湿热、恶性组织细胞病等, 也可见于伤寒和副伤寒。

3. 双峰热

体温曲线在 24 h 内有两次高热波峰, 形成双峰, 可见于黑热病、恶性疟、大肠杆菌败血症、铜绿假单胞菌败血症。

4. 间歇热

体温突然上升达 39°C 以上, 往往伴有恶寒或寒战, 历经数小时后又下降至正常, 大汗淋漓, 经一至数天后再突然升高, 如此反复发作, 为间歇热, 是间日疟和三日疟的特点, 也可见于化脓性局灶性感染。

5. 波状热

体温在数天内逐渐上升至高峰,然后逐渐下降至常温或微热状态,不久又再发,呈波浪式起伏,可见于布鲁菌病、恶性淋巴瘤、周期热等。

6. 再发热

再发热又称回归热。热型特点是高热期与无热期各持续若干天,周期性互相交替。可见于回归热、鼠咬热等。

7. 双相热

第一次热程持续数天,然后经一至数天的退热,又突然发生第二次热程,持续数天而完全退热。此型发热可见于某些病毒感染,如脊髓灰质炎、淋巴细胞脉络丛脑膜炎、登革热、麻疹以及病毒性肝炎等。

8. 不规则热

发热持续时间不定,变动无规律,为不规则热。可见于流感、支气管炎、渗出性胸膜炎、感染性心内膜炎、恶性疟、风湿热等。

发热是疾病过程中人体的一种反应,发热量高低和持续时间以及体温曲线的形式很大程度上取决于人体的反应性,且受治疗(如解热药、抗菌药物、糖皮质激素等)的影响。因此,仅在未经治疗的典型病例,方可能有典型的热型。

(二) 寒战

寒战是由于致热原急剧作用于机体所引起,以某些细菌性感染与疟疾最为常见。临床表现为皮肤血管急剧收缩,肌肉抖动与高度的寒冷感。寒战常见于败血症、大叶性肺炎、感染性心内膜炎、流行性脑膜炎、急性胆道感染、丹毒、间日疟和三日疟、回归热、急性肾盂肾炎、钩端螺旋体病等。寒战罕见于结核病、伤寒、副伤寒、立克次体病与病毒感染,一般不见于风湿热。

(三) 面容

伤寒病人常表情淡漠,斑疹伤寒、恙虫病、流行性出血热病人则常呈醉酒样面容,猩红热病人有口唇周围明显苍白;麻疹病人呈现特殊的面容(如结膜充血、眼睑浮肿、畏光、眼分泌物增多等),面

容苍白见于急性白血病、恶性组织细胞病、再生障碍性贫血等，结核病病人虽无明显贫血而面容也显得苍白，发热伴有面部蝶形红斑是系统性红斑狼疮的特殊病征。口唇疱疹可见于大叶性肺炎、间日疟、流行性脑膜炎，而一般不见于小叶性肺炎、干酪性肺炎、恶性疟与结核性脑膜炎。

(四) 皮疹

皮疹可见于发疹性传染病、变态反应、血液病、结缔组织病等。不同的发疹性传染病有不同的发疹特点，对鉴别诊断很有帮助。

原因一时未明的皮疹，还应考虑血液病皮疹的可能性。不论淋巴细胞型或粒细胞型白血病、网状细胞肉瘤、淋巴肉瘤、霍奇金病等，均可伴有皮肤损害，甚至可为首发的症状。

出血性皮疹见于某些较严重的急性传染病、血液病及其他出血性疾病，钩端螺旋体病、流行性出血热、败血症、感染性心内膜炎、急性白血病、再生障碍性贫血、恶性组织细胞病、重症肝炎等常有皮肤出血点或瘀斑出现，特别是流行性脑膜炎的出血性皮疹，对提示早期诊断甚有帮助。皮肤及软组织的化脓病灶，常提示为发热原因或败血症的来源或并发症。药物性皮炎常发于药物治疗第 5～20 d 之间，但一般以第 6～10 d 为多。皮肤出现黄疸，往往提示肝胆道疾病、溶血性疾病或中毒性肝损害。

三、体格检查的思路及侧重点

1. 淋巴结

局限性淋巴结肿痛常提示局部急性炎症病变，例如颌下淋巴结肿痛，常提示口腔与咽部感染，急性发疹性发热疾病伴耳后、枕骨下淋巴结肿痛，强烈提示风疹。恙虫病的焦痂常位于隐蔽的部位，往往因局限性（腹股沟、腋窝）淋巴结肿痛而导致焦痂的发现。淋巴肉瘤较常累及 1～2 组颈淋巴结，有明显的硬度，而淋巴结转移癌则显得较硬实。全身性淋巴结肿大是泛发性淋巴组织病变或全身感染的病征。全身性淋巴结肿大伴周期性发热，是典型霍奇金病的临床特征，若伴有不规则发热，应注意传染性单核细胞增多

症、结核病、急性淋巴细胞型白血病、恶性组织细胞病、系统性红斑狼疮、野兔热、弓形虫病、艾滋病等。

2. 眼、耳、鼻、口咽部

巩膜视诊有助于黄疸的早期发现。败血症、流行性脑膜炎、感染性心内膜炎可出现眼结膜瘀点,是有价值的诊断支持点之一。眼底检查可能有助于急性粟粒型结核、结核性脑膜炎、感染性心内膜炎、系统性红斑狼疮、白血病等疾病的诊断。如忽略检出慢性化脓性中耳炎,可漏诊耳源性脑脓肿。病人有鼻咽症状时,仅考虑急性上呼吸道感染,可未能及早发现麻疹、脊髓灰质炎、急性病毒性肝炎与肺炎支原体肺炎。口咽部视诊对发热病人是不可忽略的常规检查。

3. 呼吸系统

咳嗽、咳痰、流涕、咽痛是上呼吸道感染的主要症状。上呼吸道感染虽可能有高热,但常无呼吸困难,而毛细支气管炎、重症肺炎或伴有大量胸腔积液的渗出性胸膜炎时则常有呼吸困难,甚至鼻翼扇动。

大叶性肺炎发病时体温突然上升至 $39^{\circ}\text{C} \sim 40^{\circ}\text{C}$,伴恶寒、寒战,以后几天内保持高热状态,昼夜波动很小,最后往往骤然下降至正常。支气管肺炎、肺炎支原体肺炎、肺结核及渗出性胸膜炎,体温上升较为缓慢,维持于不太高的水平,昼夜间波动较大而不规则。当有化脓性病变化时(肺脓肿、肺坏疽、脓胸),通常发热很高,昼夜间波动很大,往往于热退时大汗淋漓。活动性肺结核则常以咳嗽、潮热、盗汗、消瘦等为主要症状。

发热兼有胸部病症时,应做胸部 X 线检查。

4. 循环系统

心血管疾病的主要症状是心悸、心前区痛、呼吸困难、发绀与水肿。伴有发热的心血管疾病可见于心内膜炎、心包炎、心肌炎、脏器血管梗死(肺梗死、心肌梗死、脾梗死等)、静脉血栓形成等疾病。

发热期间出现的器质性心瓣膜杂音,或原来的心脏杂音响度

明显增强或音质改变,强烈提示心内膜炎的可能性。特别是出现乐性杂音时,常提示瓣膜穿孔或腱索断裂的出现。

心包炎的体征是心包摩擦音与心包积液。心包摩擦音可经听诊而确定。心包积液一般可经体格检查、X线透视而查出,超声检查也有诊断意义,必要时经诊断性穿刺而证实。风湿性、非特异性、结核性心包炎发热往往不高,而化脓性心包炎时则往往发热高而波动大,多伴有恶寒或寒战。

心肌炎一般只有中等度发热或微热。发热与心率的比例常不对称(体温上升不高而心率却显著增快或减慢)或出现各型心律不齐而提示诊断。如兼有第一心音减弱,心脏普遍性增大、奔马律,则心肌炎的诊断大致可以确定,但轻症病例须经心电图描记方能发现。

脏器血管梗死以突然发作的局限性疼痛为主诉,以后才有轻度或中等度发热,发热这一症状无助于提示早期诊断。

5. 消化系统

发热病人常有不同程度的消化系统症状,如恶心、呕吐、食欲不振,便秘或腹泻,但这些症状无特异性。消化障碍症状虽可起自消化系统疾病本身,但也可见于许多全身性疾病,特别是急、慢性传染病与恶性肿瘤。如过分注意局部症状,可能将严重的全身性疾病误诊为急性胃肠炎。发热伴有明显腹痛要考虑胆囊炎、阑尾炎、胰腺炎、坏死性肠炎及急性腹膜炎等疾病。发热伴有肝、脾肿大,应考虑造血器官疾病、急性与慢性传染病、结缔组织病、急性溶血等情况。肝、脾都是胚胎时期的造血器官,故造血器官病变时,两者往往同时发生病变而肿大。肝、脾均有网状内皮系统成分,是机体的免疫器官,许多急性与慢性传染病(包括原虫感染)、结缔组织病等也往往累及肝、脾。肝、脾又是红细胞破坏及其分解产物处理的场所,故急性溶血过程中也常出现肝、脾肿大,临床上较为特别的是风湿热,如不伴有失代偿性风湿性心瓣膜病,肝脾一般不肿大。

6. 泌尿生殖系统

对原因未明的发热须做尿常规检查。曾有忽略尿常规检查,