



教育部职业教育与成人教育司推荐教材
卫生职业学校教学改革实验用书

诊断学基础

(护理、药学和医学相关专业用)

主编 常唐喜



高等教育出版社

教育部职业教育与成人教育司推荐教材
卫生职业学校教学改革实验用书

诊断学基础

(护理、药学和医学相关专业用)

主 编 常唐喜

副主编 纪 林 季 平 孙洪业

主 审 朱建宏 朱卫民

编 者 (以姓氏拼音为序)

常唐喜 盐城卫生职业技术学院

陈淑英 复旦大学护理学院

黄树强 莱阳卫生学校

黄燕卿 海南省卫生学校

纪 林 辽源卫生学校

季 平 盐城市第一人民医院

梁 婕 顺德职业技术学院

单乃我 宿州卫生学校

孙洪业 辽阳中医药学校

熊金成 楚雄卫生学校

张益兰 盐城卫生职业技术学院

张 展 重庆市第三卫生学校

高等教育出版社

内容提要

本书是根据教育部“关于制定《2004—2007 年职业教育教材开发编写计划》的通知”精神编写而成。本书内容丰富,包括绪论在内共 10 个部分,第一章到第三章分别介绍了常见症状的病因和诊断要点、问诊的内容和技巧、检体诊断的详细内容和检查方法;第四章到第六章分别介绍了实验诊断、心电图和影像学检查的基本原理、基本知识、基本方法及一些常见疾病的辅助诊断依据;第七章主要介绍了门诊和住院病历等医疗文件的书写格式和内容要求;第八章主要介绍了心理异常等特殊情况的检查内容与检查方法;第九章主要介绍了常用诊疗技术的操作方法和具体要求。

本教材的主要特点:以就业为目标,把培养提高学生的实际动手能力作为素质教育的关键,突出导向性;理论知识以必须够用为度,专业技能以必备实用为准,并增加了一些新的教学内容,突出实用性,体现时代性和先进性;编写风格有所创新,提炼摘编重点内容,提高可读性。本教材不仅可作为高等职业教育护理、药学及医学相关类专业学生的教科书,还可作为临床医学工作者的参考书。

图书在版编目(CIP)数据

诊断学基础/常唐喜主编. —北京:高等教育出版社,
2005.8

护理、药学和医学相关类专业用

ISBN 7-04-017541-X

I. 诊... II. 常... III. 诊断学-高等学校:技术
学校-教材 IV. R44

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 078595 号

策划编辑	瞿德闵	责任编辑	丁燕娣	封面设计	刘晓翔	责任绘图	朱 静
版式设计	王 莹	责任校对	杨雪莲	责任印制	朱学忠		

出版发行 高等教育出版社
社 址 北京市西城区德外大街 4 号
邮政编码 100011
总 机 010-58581000
经 销 北京蓝色畅想图书发行有限公司
印 刷 济南新华印刷厂

购书热线 010-58581118
免费咨询 800-810-0598
网 址 <http://www.hep.edu.cn>
<http://www.hep.com.cn>
网上订购 <http://www.landaco.com>
<http://www.landaco.com.cn>

开 本 787×1092 1/16
印 张 22.75
字 数 550 000

版 次 2005 年 8 月第 1 版
印 次 2005 年 8 月第 1 次印刷
定 价 29.60 元

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请到所购图书销售部门联系调换。

版权所有 侵权必究

物料号 17541-00

前 言

为适应 21 世纪我国医学教育改革和卫生事业发展的需要,根据教育部“关于制定《2004—2007 年职业教育教材开发编写计划》的通知”(教职成司函[2004]13 号)精神,高等教育出版社组织编写了一套适用于护理、药学及医学相关类专业的教学改革实验教材。《诊断学基础》为该套教材之一。

《诊断学基础》教材以就业为目标,以素质教育为基础,以能力为本位,把提高学生的职业能力摆在重要位置,突出导向性;理论知识以必需、够用为度,专业技能以必备、实用为准,具有较强的实用性和针对性;精选教学内容,并将当今有关诊断学的一些新理论、新知识、新技术、新方法编写在教材中,体现时代性和先进性;编排风格新颖,提炼摘编重点内容,便于学生学习和掌握,提高了可读性。这些都是本教材的重要特点。学生通过系统学习和严格训练,能基本掌握疾病诊断的理论知识及相关技能,并为后续课程的学习打下良好基础。本教材主要供护理、药学及医学相关类专业的学生使用,也可作为临床医学工作者的参考书。

《诊断学基础》教材的内容丰富,包括绪论在内共 10 个部分。绪论、第一章常见症状、第七章病历书写由常唐喜编写;第二章问诊和第六章第二节超声检查由季平编写;第三章第一节体格检查的基本方法、第二节一般检查、第三节头部检查、第四节颈部检查由梁捷编写;第三章第五节胸廓、肺和胸膜检查部分由纪林编写;第五节心脏和血管检查部分由单乃我编写;第三章第六节腹部检查由黄燕卿编写;第三章第七节肛门、直肠、生殖器检查,第八节脊柱及四肢检查,第九节神经系统检查由张展编写;第四章实验室检查由熊金成编写;第五章心电图检查由孙洪业编写;第六章第一节 X 线检查由张益兰编写;第八章特殊情况的体格检查方法由黄树强编写;第九章常用诊疗技术由陈淑英编写。

《诊断学基础》教材总学时数为 100 学时。各章学时安排如下:

学时	绪论	第一章 常见 症状	第二章 问诊	第三章 体格 检查	第四章 实验室 检查	第五章 心电图 检查	第六章 医学影像 学检查	第七章 病历 书写	第八章 特殊情况的 体格检查方法	第九章 常用诊 疗技术	合计
理论	2	8	2	38	6	4	4	2	6	4	76
实验		2		10	4	2			2	4	24
合计	2	10	2	48	10	6	4	2	8	8	100

本教材在编写过程中,参阅了近期新出版的部分类似教材和相关论著,力求在内容上体现特色和水平,在形式上有所创新,在此一并向这些教材和论著的作者致谢。

由于本教材是卫生职业学校教学改革实验用书,加之时间紧迫和编者水平所限,缺点和不足之处在所难免,恳请各位读者和同道们惠予斧正。

常唐喜
2005 年 4 月

目 录

绪论	1	七、月经史	45
一、诊断学的主要内容	1	八、生育史	45
二、临床诊断的分类	3	九、家族史	46
三、学习诊断学的方法与要求	3	复习思考题	46
复习思考题	4	第三章 体格检查	47
第一章 常见症状	5	第一节 体格检查的基本方法	47
第一节 发热	5	一、视诊	47
第二节 咳嗽与咳痰	9	二、触诊	47
第三节 咯血	11	三、叩诊	48
第四节 呼吸困难	12	四、听诊	50
第五节 发绀	14	五、嗅诊	51
第六节 胸痛	15	第二节 一般检查	51
第七节 心悸	17	一、全身状态检查	51
第八节 水肿	18	二、皮肤及黏膜	56
第九节 恶心与呕吐	20	三、表浅淋巴结	59
第十节 呕血与便血	22	第三节 头部检查	61
第十一节 腹痛	24	一、头颅	61
第十二节 腹泻与便秘	26	二、眼	61
第十三节 黄疸	29	三、耳	63
第十四节 血尿	31	四、鼻	63
第十五节 头痛	33	五、口	64
第十六节 眩晕	35	六、腮腺	66
第十七节 惊厥	36	第四节 颈部检查	66
第十八节 昏迷	38	一、颈部血管	66
复习思考题	40	二、气管	67
第二章 问诊	41	三、甲状腺	67
第一节 问诊的方法与注意事项	41	第五节 胸部检查	68
一、问诊的方法	41	一、胸部的体表标志	68
二、问诊的注意事项	42	二、胸壁与胸廓	71
第二节 问诊的内容	43	三、肺和胸膜	74
一、一般项目	43	四、心脏检查	86
二、主诉	43	五、血管检查	108
三、现病史	44	第六节 腹部检查	119
四、既往史	44	一、腹部的体表标志及分区	119
五、个人史	45	二、视诊	121
六、婚姻史	45	三、触诊	125

四、叩诊	132	一、糖类测定	195
五、听诊	135	二、脂类测定	196
六、腹部常见疾病的主要症状和体征	135	三、无机离子测定	198
第七节 肛门、直肠、生殖器检查	139	四、酶学测定	201
一、肛门与直肠	139	第九节 免疫学检查	203
二、生殖器	141	一、免疫血清学检查	203
第八节 脊柱与四肢检查	142	二、免疫功能检查	205
一、脊柱	142	复习思考题	207
二、四肢	144	第五章 心电图检查	209
第九节 神经系统检查	146	第一节 心电图基本知识	209
一、神经反射	146	一、心电图产生原理	209
二、脑膜刺激征	150	二、心电图导联	211
三、神经系统其他检查	151	第二节 正常心电图	214
复习思考题	155	一、心电图的测量方法	214
第四章 实验室检查	157	二、心电图各波段正常值及临床意义	217
第一节 血液检查	157	第三节 心电图的临床应用	219
一、血液常规检查	157	一、心房与心室肥大	220
二、血液其他检查	162	二、心律失常	221
第二节 骨髓细胞学检查	164	三、冠状动脉供血不足	229
一、应用价值	164	四、心肌梗死	229
二、骨髓检验步骤与正常骨髓象	164	复习思考题	231
三、临床意义	168	第六章 医学影像学检查	232
第三节 尿液及肾功能检查	170	第一节 X线检查	232
一、尿液常规检查	170	一、基本知识	232
二、尿液其他检查	174	二、常见疾病的X线检查	240
三、肾功能检查	176	三、计算机体层摄影和磁共振成像	256
第四节 粪便检查	178	第二节 超声检查	261
一、粪便常规检查	178	一、超声诊断原理	261
二、粪便隐血试验	181	二、超声诊断仪的种类和特征	263
第五节 痰液检查	181	三、超声检查的临床应用	263
一、显微镜检查	181	复习思考题	273
二、细菌学检查	182	第七章 病历书写	275
第六节 其他体液检查	182	第一节 病历书写的基本要求	275
一、脑脊液检查	182	第二节 门诊和住院病历的格式与内容	276
二、浆膜腔穿刺液检查	184	一、门诊病历	276
三、精液检查	186	二、住院期间病历	277
四、前列腺液检查	187	三、住院期间的常用记录	285
五 阴道分泌物检查	188	复习思考题	288
第七节 肝功能检查	189	第八章 特殊情况的体格检查	289
一、肝功能检查的临床价值	189	第一节 精神系统检查	289
二、常用肝功能检查	189	一、采集病史	289
第八节 临床常用生化检查	195		

二、精神状态检查	290	三、肌内注射法	326
三、实验室检查	292	四、静脉注射法	328
第二节 临床心理测验	292	第三节 药物过敏试验	329
一、心理诊断与心理测验	292	一、青霉素过敏试验法	329
二、心理测验的种类	293	二、链霉素过敏试验法	330
三、精神症状评定量表简介	294	三、普鲁卡因过敏试验法	331
四、智力测验	296	四、碘过敏试验法	331
五、人格测验	297	第四节 胸膜腔穿刺术	332
第三节 新生儿体格检查	297	一、目的	332
一、新生儿 Apgar 评分	298	二、操作前准备	332
二、皮肤	298	三、操作步骤	333
三、头面部	300	四、注意事项	333
四、颈部	301	第五节 腹腔穿刺术	333
五、胸部	302	一、目的	333
六、腹部	304	二、操作前准备	334
七、肛门及生殖器	305	三、操作步骤	334
八、脊柱、四肢和关节	305	四、注意事项	334
九、神经系统	306	第六节 腰椎穿刺术	335
第四节 婴幼儿体格检查	306	一、目的	335
一、一般检查	306	二、操作前准备	335
二、头颅	308	三、操作步骤	335
三、神经系统	312	四、注意事项	336
第五节 产科检查	313	第七节 局部麻醉	336
一、腹部检查	313	一、局麻药物	336
二、盆腔检查	316	二、一般局麻	337
三、肛门检查	318	三、椎管内麻醉	337
四、阴道检查	319	第八节 脓肿切开引流术	338
五、绘制妊娠图	319	一、浅表脓肿切开引流	338
复习思考题	319	二、深部脓肿切开引流	339
第九章 常用诊疗技术	320	三、切开引流原则和注意事项	339
第一节 无菌技术基本操作	320	四、术后处理	340
一、无菌技术的概念	320	第九节 清创术、换药术	340
二、无菌技术操作原则	320	一、清创术	340
三、无菌技术基本操作方法	320	二、换药术	341
第二节 常用注射技术	324	复习思考题	341
一、皮内注射法	324	实习指导	342
二、皮下注射法	325	参考文献	354

绪 论

诊断学 (diagnostics) 是论述诊断疾病基础理论、基本知识和基本技能的一门学科。其主要任务是使学生掌握诊断疾病的原理和方法,学会采集病史、体格检查,运用基础医学相关知识和临床思维的方法,综合分析人体的客观资料,由表及里,去伪存真,去粗取精,揭示疾病的本质,为疾病诊断奠定基础。诊断学涉及的内容很广,为充分反映生物、心理、社会因素对人类健康的影响,本教材新增了精神系统、临床心理测验及新生儿、婴幼儿、产科检查等内容,其目的是使学生全面掌握诊断学的相关知识和技能,有别于其他《诊断学》教材。同时,将每章、节的重点内容以摘要的形式单独列出,以便学生更好地学习和掌握,是本教材的又一重要特点。

诊断学不仅内容涵盖面广,而且新的技术和方法不断涌现,特别是近些年来,随着医学科学的不断发展和许多现代科学技术在医学领域的广泛应用,不仅缩短了疾病诊断的时间,而且提高了疾病诊断的准确性。但科技的发展仍不能取代医师的问诊、一般物理检查和科学的思维方法等临床诊断的基本要领。虽然本教材主要适用于护理、药学及医学相关专业的学生,只是内容的深浅度略有差异,但掌握疾病诊断的理论和技能、方法仍然是每个医学生必备的基本功,除课堂学习外,还必须利用课余时间和通过临床实践反复训练,才能真正熟练掌握。

一、诊断学的主要内容

(一) 症状和体征

症状 (symptom) 是病人对机体生理功能异常的自身体验和感受,主要是病人主观感觉的异常或不适,如发热、咳嗽、腹痛、呕吐等。在临床上,症状是病史的重要成分,研究症状的发生、发展及演变,对形成初步诊断起主导作用。广义的症状还包括部分体征如黄疸、水肿等。

体征 (sign) 是医生在对病人进行体格检查时的异常发现,如皮肤黄染、心脏杂音、肝脾大等。体征对临床诊断的形成起着重要的作用。症状和体征可单独出现,亦可同时发生,在同一疾病的不同阶段,症状及体征有其自身的变化规律。本教材选择临床各学科中带有普遍性的 22 个常见症状,对其病因、诊断要点等分别作了简要的阐述。

(二) 问诊

问诊 (inquiry) 是以对话方式向病人或知情人了解病情和健康状态的一种诊断方法。通过全面仔细的问诊,了解病人发病原因与诱因,主要病痛 (症状、体征),持续时间及诊治经过等,有些疾病在询问病史后,进行分析、推导

就可得出初步诊断即症状诊断。问诊内容包括一般项目、主诉、现病史、既往史、个人史、婚姻史、月经和生育史及家族史。问诊所得到的资料经过分析、整理,再按一定的格式记录下来就是病史。病史是最基本、最重要的诊断资料。

(三) 体格检查

体格检查(physical examination)是医生利用自己的感官(如眼、耳、鼻、手)或借助简单的工具(如听诊器、血压计、叩诊锤等),对病人进行详细的观察和检查,揭示机体正常和异常征象的临床诊断方法。通过这种方法对病人健康状态和病情进行评估后提出的临床判断,称为体检诊断(physical diagnosis)。体格检查的基本方法是视、触、叩、听和嗅诊。体格检查的操作具有很强的技艺性。对被检查者能否进行细致而熟练的体格检查,直接关系到临床诊断的正确性。因此,在进行体格检查时,要全面细致、动作协调、娴熟精确。体格检查是所有临床医师都必须熟练掌握的基本技能。详细的问诊、准确的体格检查,往往可对许多疾病作出诊断。

(四) 实验室检查

实验室检查(laboratory examination)是通过生物学、化学等实验方法对被检者的血液、体液、分泌物、排泄物等进行检查,获得疾病的病原体、组织的病理形态或器官功能状态等资料,再结合病情进行全面分析的诊断方法。实验室检查涉及面广,包括微生物学、寄生虫学、生物化学、细胞学、病理学、免疫学和分子生物学等领域。但由于标本采集、保存运送、仪器稳定性、操作技术等因素的影响,实验结果常产生差异。因此,要客观辩证地看待实验结果,将实验结果与病史和体格检查结合起来,作出全面系统的分析,才能有效地应用于临床。

(五) 辅助检查

辅助检查(assistant examination)包括临床上常用的各种诊断技术,如X线、心电图、超声等检查,这些检查对临床疾病的诊断具有重要的参考价值。

(六) 病历书写

病历是医师将问诊、体格检查及实验室检查等资料,经过整理加工和科学的思维分析所形成的书面记录。它是病人病情变化和诊疗过程的全面记录,反映了医疗技术水平和服务质量,不仅是临床科研、教学工作的重要资料,有时还是重要的法律文件。其书写格式和内容有具体严格的要求。

(七) 特殊情况体格检查

特殊情况体格检查系统介绍了精神系统、临床心理测验及新生儿、婴幼儿、产科检查的相关知识和技能,对疾病的诊疗和预防控制有重要的参考价值。可使护理、药学及医学相关专业类的学生增加对各临床专科知识的了解,通过掌握具体的检查方法,提高对未来岗位工作的适应性。

(八) 常用诊疗技术

常用诊疗技术都是临床上最重要的操作技术,不仅对疾病的诊断和治疗有重要的意义,而且对护理、药学及医学相关专业的学生有普遍的实用性,应认真学习和努力掌握。

二、临床诊断的分类

临床诊断除反映疾病的性质、名称外,还应反映病因和机体的功能状态。一种疾病完整的诊断应包括病因诊断、病理解剖诊断和病理生理诊断。

(一) 病因诊断

病因诊断是根据致病因素所作出的诊断,它能明确提出致病的主要因素和疾病的本质,如高血压性心脏病、病毒性肝炎、消化性溃疡、结核性腹膜炎等。病因诊断对疾病的发展、转归、预防和治疗有指导意义。许多疾病可通过各种检查方法如细菌学检查、病毒分离、活体组织检查、免疫学检测等方法来明确病因,以便采取有效的干预措施。

(二) 病理解剖诊断

病理解剖诊断又称病理形态学诊断,是对病变的部位、性质、组织结构或细胞水平的病变均能提出明确的诊断,如大叶性肺炎、冠状动脉粥样硬化性心脏病、胆囊炎等。这些诊断并不都是经过病理活检才能作出的,而是通过询问病史、体格检查、实验室检查及器械检查等结果综合分析作出的,但对于肿瘤的病理解剖诊断,应获得病理活组织检查的依据。

(三) 病理生理诊断

病理生理诊断是反映疾病时器官或机体功能状态的诊断,如心功能不全,呼吸功能衰竭、肾衰竭等。它不但指出病人的整个机体或器官的功能改变,也可对预后判断和劳动能力的鉴定提供重要依据。

在临床实践中,一种疾病的完整诊断应力求明确上述三个方面的诊断。例如风湿性心脏瓣膜病、二尖瓣狭窄、心房纤颤、心功能Ⅲ级。

患者的病情是不断变化的,诊断疾病的过程,也是对疾病认识不断深化的过程,初步的印象可能在疾病发展过程中得到证实,也可能被否定,此时应及时修改或更正原来的诊断,作出符合疾病本质的正确诊断。正确诊断的确立,关系到治疗措施的制定,临床医师应尽一切努力,及早提出正确完整的诊断。

三、学习诊断学的方法与要求

诊断学的实践性很强,教学方式与基础课大不相同,大量教学活动是在病房、在病床旁进行的。除了掌握诊断学的基础理论、基本知识、检查方法和诊断的思维程序外,医学生还必须学会与患者面对面交谈,取得患者的信任与合作,要做到关心、体贴、爱护患者,实现人性化服务。患者既是学习的来源,又是服务的对象,在学习过程中要尽可能减少患者的负担及痛苦。

诊断学的内容建立在医学基础理论课之上,诊断学的学习实际上也是医学理论知识在实践中转化和积累的过程。为了加深理解,融会贯通,医学生要经常复习这些课程,主动分析诊断学学习过程中的问题,做到温故而知新。只有掌握了症状学和检体诊断的知识和技能,才能对临床各科的学习起到承上启下的桥梁作用。诊断学的学习效果,直接影响着医学生将来的临床思维和

实践能力。因此,医学生要深入病房多看、多查、多问,善于利用一切机会和途径打下坚实的基础,比如重视课前预习、积极参加病例讨论、坚持阶段总结等,才能举一反三、融会贯通。

诊断学的学习要求如下:

1. 坚持“一切以病人为中心”,学会与病人接触和交流。
2. 能独立进行系统且有针对性的病史采集,理解病人的主诉、病史及体征的内在联系和临床意义。
3. 能独立进行全面有序的体格检查,操作规范,并一边检查一边分析思考各种可能的诊断。
4. 熟悉临床常用实验检查项目的临床意义,能根据病人的病情正确选择检查项目,会分析判断实验检查结果。
5. 能对问诊、体格检查的结果进行归纳、整理,书写格式正确、内容完整的病历。
6. 了解常用 X 线和超声检查的适应证,熟悉其临床意义。
7. 熟悉心电图机的操作,掌握正常心电图及常见异常心电图的图形分析。
8. 能根据病史、体格检查及必要的辅助检查资料,按照诊断程序进行临床分析和综合,提出初步临床诊断。

复习思考题

1. 诊断学的主要内容包括哪些?
2. 一个完整的诊断包括哪些方面?
3. 如何学好诊断学?有何具体要求?

第一章 常见症状

症状(symptom)是指患者主观的异常感觉或不舒适感觉,如头痛、发热、胸痛、咳嗽等;体征(sign)是指医生对患者体格检查所得到的客观改变,如心脏杂音、肺部啰音、肝脾大等。广义的症状也包括体征。症状和体征是疾病造成机体功能障碍或器质性变化的临床表现,是诊断疾病的重要线索或依据。

疾病的症状很多,有时可单个或多个同时出现,严重时可危及患者的生命。因此,在追寻病因、进行诊断时,必须结合所有临床资料进行综合分析,切忌作出片面诊断。本章仅就临床上一些常见而比较重要的症状加以扼要阐述。

第一节 发 热

正常人的体温,在体温调节中枢的有效控制下,并通过神经、体液因素使产热和散热过程保持着动态平衡,将体温维持在相对恒定的范围内。当机体在致热原(pyrogen)作用下或各种原因引起体温调节中枢功能发生障碍,致体温超出正常范围,则称为发热(fever)。

(一) 人体正常体温

正常人的口腔(舌下)温度一般在 37°C 左右(大致在 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$),腋窝温度比口腔温度低 $0.2\sim 0.4^{\circ}\text{C}$,直肠内温度比口腔温度约高 $0.2\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。正常体温在不同个体之间略有差异,且常受机体内、外环境的影响而稍有波动。在24 h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 。妇女在月经前及妊娠期体温稍高于正常。老年人因代谢率稍低,体温相对低于青壮年。另外,在高温环境下体温也可稍升高。

(二) 常见病因

引起发热的病因很多,临床上常分为感染性发热和非感染性发热两大类,以前者最为多见。

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、原虫的感染,均可引起发热。

2. 非感染性发热(non-infective fever)

(1) 变态反应与过敏性疾病 如风湿热、药物热、血清病等。

(2) 结缔组织病变 如急性系统性红斑狼疮、结节性动脉炎、皮炎等。

(3) 无菌性坏死物质的吸收 如急性心肌梗死、大手术后组织损伤、大面积烧伤、内出血等。

人体正常体温
口腔温度为
 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$,
腋窝温度比口
腔温度低 $0.2\sim$
 0.4°C ,直肠内
温度比口腔温
度约高 $0.2\sim$
 0.5°C ;一日内
体温波动不超
过 1°C

发热的病因分
为感染性和非
感染性两类,
以感染性最
多见

- (4) 血液病 如急性白血病、恶性组织细胞病、淋巴瘤等。
- (5) 恶性肿瘤 如肝癌、肺癌、肾癌、胰腺癌等。
- (6) 内分泌或代谢障碍疾病 如痛风、甲状腺功能亢进、癫痫持续状态、重度脱水等。
- (7) 体温调节中枢功能障碍 如脑出血、重度安眠药中毒、中暑等。
- (8) 自主神经功能紊乱。

(三) 诊断要点

1. 临床表现

(1) 发热分度 根据热度的高低常分为四度: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。发热时常有畏寒、头痛、口干、疲乏、食欲下降、皮肤无汗等不适。体温急剧升高时伴有寒战。高热时皮肤灼热潮红、烦躁、神志恍惚、谵语、呼吸及脉搏加快,甚至抽搐昏迷。

(2) 发热过程 一般可分为三个阶段:

1) 体温上升期:临床表现为疲乏、不适感、肌肉酸痛、皮肤苍白、干燥、无汗、畏寒或寒战等症状。体温上升有两种表现,一种是体温急剧升高(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,见于肺炎球菌性肺炎、疟疾、流行性感冒等;另一种是体温缓慢上升(缓升型),数日内才达高峰,见于伤寒、结核病等。

2) 高热持续期:此时体温已达高峰,临床表现为皮肤潮红而灼热、呼吸加快加深、出汗等。此期可持续数小时(如疟疾)、数天(如流行性感冒、肺炎球菌性肺炎)或数周(如伤寒)。

3) 体温下降期:由于机体的防御功能与适当的治疗,疾病得到控制,体温恢复正常。体温下降的方式亦有两种表现,一种是骤降,体温于数小时内迅速下降至正常,有时可低于正常,常伴有大量出汗,见于疟疾、肺炎球菌性肺炎等;一种是渐降,体温于数天内降至正常,如伤寒、风湿热等。

(3) 热型(fever type) 将发热性疾病在不同时期测得的体温数值分别记录在体温单上,并用直线连接成不同形状(形态)的体温曲线,常表现出有特征性的热度变化规律称为热型。常见的热型有:

1) 稽留热(continued fever):体温在 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 或以上,24 h内波动范围不超过 1°C ,持续数日或数周。见于伤寒、大叶性肺炎等发热的极期(图1-1)。

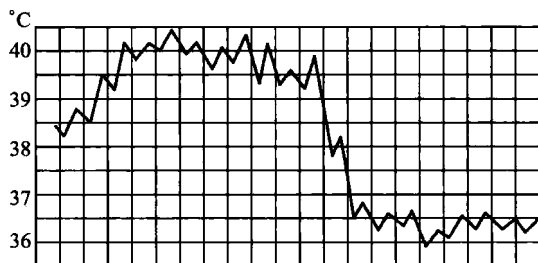


图1-1 稽留热

临床上根据发热程度分低热、中度热、高热和超高热

发热的过程分为体温上升期、高热持续期、体温下降期三个阶段

常见的热型有稽留热、弛张热、间歇热、波状热、回归热及不规则热

2) 弛张热 (remittent fever): 体温在 39°C 以上, 波动度大, 24 h 内波动范围超过 2°C , 但都在正常水平以上。见于风湿热、败血症、严重肺结核、脓毒血症等 (图 1-2)。

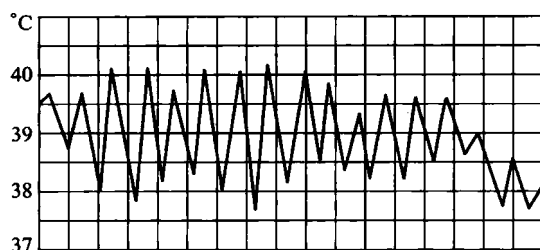


图 1-2 弛张热

3) 间歇热 (intermittent fever): 体温突然上升达 39°C 以上, 持续数小时或更长, 然后迅速下降至正常水平。发热与无热状态交替出现。见于疟疾、肾盂肾炎等 (图 1-3)。

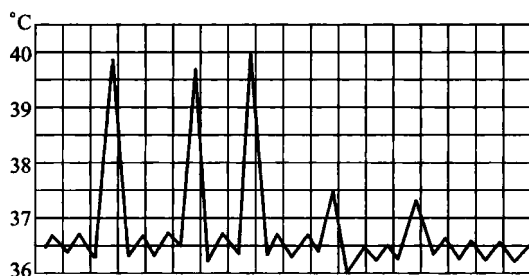


图 1-3 间歇热

4) 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, 反复出现, 体温曲线呈波状起伏。见于布鲁菌病 (图 1-4)。

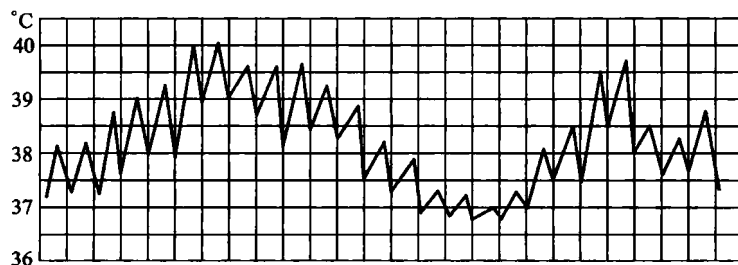


图 1-4 波状热

5) 回归热 (recurrent fever): 体温急骤上升至 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、霍奇金病、周期热等 (图 1-5)。

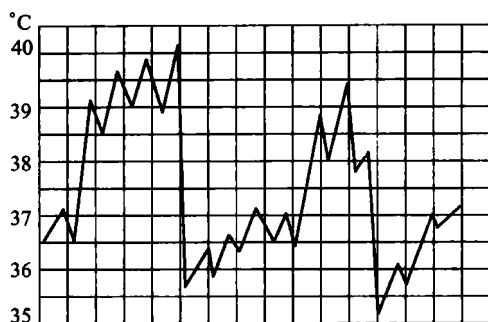


图 1-5 回归热

6) 不规则热 (irregular fever): 发热无一定规律。可见于肺结核、风湿热、支气管炎、癌症等 (图 1-6)。

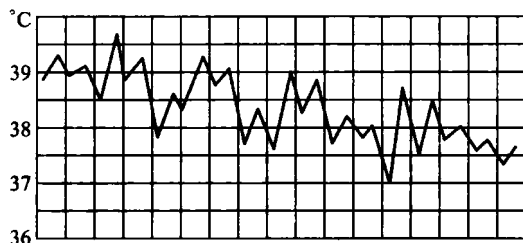


图 1-6 不规则热

老年、体弱者患感染性疾病时可无寒战高热,甚至不发热,应予以重视

在疾病过程中,独特的热型可为疾病诊断提供重要的依据。但由于抗菌药物、解热药、肾上腺皮质激素的使用等都可以干扰发热的规律,使之变得不典型。此外,个体对疾病的反应不尽相同,老年、体弱者反应性差,患感染性疾病时可无寒战高热,甚至不发热,在诊断中应予以重视。

2. 伴随症状

(1) 发热伴寒战 常由外源性致热原 (主要是细菌内毒素) 所引起。常见于大叶性肺炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、败血症等。

(2) 发热伴结膜充血 常见于麻疹、流行性出血热、钩端螺旋体病、斑疹伤寒等。

(3) 发热伴皮肤改变 不少急性发疹性传染病在一定的病期可出现特征性皮疹,如猩红热、麻疹、风疹、伤寒、斑疹伤寒等。出血性皮疹见于白血病、急性再生障碍性贫血等血液病,亦可见于败血症、感染性心内膜炎、流行性脑脊髓膜炎、流行性出血热、登革热等重症感染。皮肤黄染 (黄疸) 常见于胆道梗阻、重症肝炎、急性溶血。环形红斑见于风湿热。面部蝶形红斑见于红斑狼疮。固定性药疹见于某些药物过敏。化脓性病灶存在常提示为感染的来源。

(4) 发热伴淋巴结肿大 常见于局灶性化脓感染,还可见于传染性单核细胞增多症、淋巴结结核、风疹、绦虫病、淋巴瘤、转移癌等。

(5) 发热伴肝脾大 可见于病毒性肝炎、急性血吸虫病、肝胆系感染、败

发热伴出血性皮疹,常提示有严重疾病,常见于重症感染和血液病

血症、疟疾、伤寒、副伤寒、传染性单核细胞增多症、白血病、淋巴瘤等。

(6) 发热伴其他阳性体征 肺实变、肺部啰音应考虑呼吸系统疾病。心包摩擦音应考虑心包炎。心脏杂音出现或有改变见于风湿热或感染性心内膜炎。肾区叩痛、尿路刺激征见于肾盂肾炎、肾周围炎。关节疼痛、肿胀、活动受限见于风湿热、败血症。脑膜刺激征出现常提示脑膜炎、颅内感染。出现多个系统器官损害体征者应考虑全身性疾病或败血症。

3. 辅助检查

(1) 血白细胞计数分类 多数病毒感染白细胞无明显增减。白细胞增多常见于细菌性感染,革兰阳性球菌感染时中性粒细胞比例常明显增高,如金黄色葡萄球菌、肺炎球菌等感染。白细胞减少见于某些革兰阴性杆菌感染,如伤寒、布氏杆菌病等,也见于再生障碍性贫血、粒细胞缺乏症等。急性严重感染时中性粒细胞浆内可出现中毒性颗粒。白细胞分类中嗜酸性粒细胞增多见于变态反应性疾病、寄生虫病。淋巴细胞增多见于病毒感染,如风疹、传染性单核细胞增多症。单核细胞增多见于某些细菌感染,如活动性结核病、传染性单核细胞增多症等。

急性严重感染时,中性粒细胞浆内可出现中毒性颗粒

(2) 尿检查 肾盂肾炎、膀胱炎、肾结核、泌尿系结石等疾患,尿检时可发现白细胞、红细胞。

(3) 大便检查 急性菌痢、肠炎,粪内可有红细胞、白细胞。急性阿米巴痢疾可查到阿米巴滋养体。大量水样腹泻者应送验霍乱弧菌。

(4) X线检查 有呼吸、循环系统症状、体征者应作X线检查,以协助诊断。

(5) 超声检查 对腹部器官疾患、心包炎、心内膜炎可选用二维超声检查。

(6) 其他 疑为疟疾者应作血涂片查疟原虫。发热原因不明者应及时做血培养,以追踪明确病原诊断;必要时还应做血清学、骨髓、脑脊液检查。

原因不明的发热,应做血培养或血清学、骨髓、脑脊液检查

第二节 咳嗽与咳痰

咳嗽(cough)是促使痰液或气道异物排出的一种保护性生理反射。频繁或剧烈的咳嗽则属病态,其发生大多是咳嗽中枢受到迷走神经传入刺激而驱动的,该刺激大部分来自下呼吸道。咳痰(expectoration)也是一种保护性反射。病理情况下,支气管分泌的黏液增多并混有炎性物质、微小的异物颗粒或血液积集,形成黏液性痰、脓性痰或血痰等。当机械性刺激或来自肺外器官的刺激所引起的咳嗽则常为无痰干咳。

(一) 常见病因

1. 呼吸道疾病 从鼻咽部到小支气管的黏膜受到刺激时,均可引起咳嗽,喉部杓状间腔和气管分叉处的黏膜对刺激尤为敏感。呼吸道各个部位,如咽、喉、气管、支气管和肺部,由于刺激性气体的吸入以及异物、炎症、结核、肿瘤、出血和过敏等刺激,均可引起咳嗽。

咳嗽多因呼吸道、肺和胸膜受刺激而引起,心血管疾病和中枢神经系统的病变也可引起咳嗽

2. 胸膜疾病 胸膜炎或胸膜受到刺激(如自发性气胸)时均可引起咳嗽。

3. 心血管疾病 二尖瓣狭窄或其他原因所致左心功能不全引起的肺淤血、肺水肿,或因右心及体循环的栓子脱落发生肺栓塞时,肺泡及支气管内有漏出或渗出物,可出现咳嗽与咯血。

4. 中枢神经因素 大脑皮层可影响咳嗽。人可以随意发生咳嗽或随意抑制咳嗽。

(二) 诊断要点

1. 询问病程

(1) 急性咳嗽病程几天至几周,如感冒、急性咽炎、急性支气管炎、肺炎,心力衰竭引起的肺水肿、肺淤血等。

(2) 慢性咳嗽病程可长达数月甚至数年,如慢性支气管炎、肺结核、肺癌、百日咳、支气管哮喘等。

2. 询问性质

(1) 短促而反复发生的刺激性干咳见于胸膜炎、气胸、支气管内新生物、支气管异物、慢性咽炎等。

(2) 咳嗽有大量痰常见于慢性支气管炎、支气管扩张症、空洞型肺结核、伴有支气管瘘的脓胸等。

(3) 痰液性质、颜色与气味 如呈脓性痰系呼吸道化脓性感染,厌氧菌感染痰恶臭味,“巧克力”色痰见于阿米巴肝脓肿并发肺脓肿,铁锈色痰见于大叶性肺炎,绿色痰见于铜绿假单胞菌(绿脓杆菌)感染,肺吸虫病痰多呈褐色,血性痰见于肺癌等。

3. 询问节律

(1) 单声咳嗽可见于上呼吸道感染、咽炎、支气管炎、早期肺结核等。

(2) 阵发性咳嗽见于百日咳、支气管哮喘、气管异物等。

(3) 连续性咳嗽见于慢性支气管炎、肺结核空洞、支气管扩张等。

4. 伴随症状

(1) 咳嗽伴声音嘶哑 见于急性喉炎、声带炎症、纵隔肿物压迫喉返神经等。

(2) 咳嗽伴呕吐 常见于百日咳。

(3) 咳嗽伴发热 见于上呼吸道感染、肺炎、肺结核。

(4) 咳嗽伴气急 见于支气管哮喘、心功能不全(尤其左心功能不全)等。

(5) 咳嗽伴有两肺弥漫的大中水泡音或哮鸣音 见于支气管炎;支气管哮喘多以喘鸣音为主,同时有呼气性呼吸困难。

(6) 咳嗽伴有杵状指(趾) 常见于支气管扩张、肺脓肿、肺癌等。

(7) 肺尖部有局限性固定的小水泡音,见于浸润性肺结核;肺下部固定性水泡音见于支气管扩张。

(8) 咳嗽伴有心脏杂音、心力衰竭者,在心血管疾病多见;咳嗽发生在进

痰液的量、性质、颜色、气味等对病因诊断有意义

气管异物者,突然发生阵发性呛咳,伴明显的呼吸困难