

全国中等卫生学校试用教材

内科学和儿科学

(供中医士专业用)

《内科学和儿科学》编写组 编

人民卫生出版社

内科学和儿科学

全国中等卫生学校试用教材《内科学和儿科学》编写组 编

人民卫生出版社出版
(北京市崇文区天坛西里10号)

四川新华印刷厂印刷
新华书店北京发行所发行

787×1092毫米16开本 16印张 365千字
1983年5月第1版 1983年5月第1版第1次印刷
印数：00,001—9,100

统一书号：14048·4333 定价：1.30 元

编写说明

本书是由卫生部和湖北省卫生局组织编写的教材，供全国中等卫生学校中医士专业试用。原由湖北人民出版社出版，自1983年秋起，改由人民卫生出版社出版。

本书内容包括诊断学基础，常见的传染病和内、儿科疾病。鉴于我国幅员辽阔，某些传染病和地方病的发病率有地区上的差别，使用时可根据具体情况，适当掌握。

参加编写的单位有：湖北省黄冈地区卫校、安徽省宿县地区卫校、蚌埠市第三人民医院、吉林省白城地区卫校等。本书由湖北医学院审定。

在编写过程中，承蒙山东省莱阳中医药学校、陕西省渭南地区中医学校等校的大力支持，提供了不少宝贵意见，在此表示感谢。

由于编者水平有限，编写时间仓促，缺点和错误在所难免，欢迎批评指正。望各校师生在使用过程中提出宝贵意见，以便不断总结经验，进一步修订提高。

全国中等卫生学校试用教材《内科学和儿科学》编写组

目 录

第一篇 诊断学基础

第一章 常见症状	2
第一节 发热	2
第二节 水肿	3
第三节 呼吸困难	4
第四节 紫绀	5
第五节 心悸	6
第六节 咳嗽、咳痰、咯血	6
第七节 恶心、呕吐	7
第八节 呕血与黑便	7
第九节 腹痛	7
第十节 腹泻	8
第十一节 黄疸	8
第十二节 排尿异常	10
第二章 病史采集	11
第一节 问诊的方法及注意事项	11
第二节 病史采集的内容	11
第三节 各系统常见症状问诊要点	12
第三章 体格检查	14
第一节 体格检查的基本方法	14
第二节 一般检查	15
第三节 头颈部检查	19
第四节 胸部检查	21
第五节 腹部检查	29
第六节 脊柱及四肢检查	33
第七节 生殖器和肛门检查	33
第八节 神经反射检查	34
第四章 检验诊断	37
第一节 血液检查	37
第二节 尿液检查	39
第三节 粪便检查	40
第四节 肝功能检查	41
第五节 肾功能检查	42
第六节 胸脊液检查	44
第七节 浆膜腔穿刺液检查	45
第五章 特殊检查	46
第一节 X线检查基本知识	46

第二节	心电图检查基本知识	53
第三节	超声波检查基本知识	59
第二篇 传 染 病		
第一章	总论	63
第一节	传染过程	63
第二节	传染病基本特征和临床特点	63
第三节	传染病的流行过程	64
第四节	传染病的诊断	65
第五节	传染病的预防	66
第六节	传染病的治疗	67
第二章	呼吸道传染病	68
第一节	流行性感冒	68
第二节	麻疹	69
第三节	水痘	72
第四节	猩红热	73
第五节	白喉	75
第六节	百日咳	77
第七节	流行性腮腺炎	79
第八节	流行性脑脊髓膜炎	80
第三章	消化道传染病	85
第一节	伤寒与副伤寒	85
第二节	细菌性痢疾	88
第三节	病毒性肝炎	91
第四节	脊髓灰质炎	94
第四章	虫媒传染病	97
第一节	流行性乙型脑炎	97
第二节	疟疾	99
第三节	丝虫病	102
第五章	蠕虫病	105
第一节	蛔虫病	105
第二节	钩虫病	106
第三节	血吸虫病	107
第四节	华支睾吸虫病	110
第五节	绦虫病和囊虫病	112
第六节	蛲虫病	113
第六章	其它传染病	115
第一节	钩端螺旋体病	115
第二节	流行性出血热	117
第三篇 内 儿 科 疾 病		
第一章	儿科基础	120

第一节	小儿年龄分期及特点	120
第二节	小儿生长发育	121
第三节	小儿喂养	123
第四节	小儿保健	125
第五节	小儿疾病诊疗特点	126
第二章	新生儿疾病	128
第一节	新生儿解剖生理特点及护理	128
第二节	未成熟儿解剖生理特点及护理	129
第三节	新生儿败血症	130
第四节	新生儿颅内出血	131
第五节	新生儿硬肿症	132
第六节	新生儿被伤风	132
第三章	呼吸系统疾病	133
第一节	支气管炎	134
	急性支气管炎	134
	慢性支气管炎	135
第二节	支气管哮喘	136
第三节	肺炎	139
	肺炎双球菌肺炎	139
	支气管肺炎	142
第四节	肺脓肿	144
第五节	原发性肺癌	146
第六节	肺结核	148
第四章	循环系统疾病	154
第一节	慢性心力衰竭	154
第二节	急性风湿病	159
第三节	慢性风湿性心脏瓣膜病	162
第四节	高血压病	165
第五节	冠状动脉粥样硬化性心脏病	168
第六节	慢性肺原性心脏病	173
第五章	消化系统疾病	176
第一节	婴幼儿腹泻	176
第二节	急性胃肠炎	179
第三节	胃与十二指肠溃疡	180
第四节	慢性胃炎	183
第五节	肝硬化	184
第六节	原发性肝癌	188
第六章	营养性疾病	191
第一节	婴幼儿营养不良	191
第二节	维生素D缺乏性佝偻病	192
第三节	维生素D缺乏性手足搐搦症	194
第七章	泌尿系统疾病	196

第一节 急性肾炎	196
第二节 慢性肾炎	197
第三节 肾盂肾炎	200
第四节 慢性肾功能衰竭	201
第八章 血液系统疾病	204
第一节 贫血	204
缺铁性贫血	205
再生障碍性贫血	206
第二节 白血病	207
急性白血病	208
慢性白血病	209
第三节 出血性疾病	210
原发性血小板减少性紫癜	210
过敏性紫癜	211
第九章 内分泌及代谢疾病	214
第一节 甲状腺功能亢进	214
第二节 糖尿病	216
第十章 地方病	219
第一节 克山病	219
第二节 地方性甲状腺肿	220
第十一章 化学及物理因素引起的疾病	222
第一节 急性中毒的诊断及处理原则	222
第二节 有机磷农药中毒	224
第三节 急性一氧化碳中毒	226
第四节 中暑	227
第十二章 神经精神疾病	229
第一节 脑血管意外	229
脑出血	229
蛛网膜下腔出血	230
脑血栓形成	231
脑栓塞	232
第二节 癫痫	232
第三节 神经官能症	234
神经衰弱	235
癔病	236
第四节 小儿惊厥	237
附录一 临床常用技术操作	239
一、导尿术	239
二、灌肠术	239
三、胸腔穿刺术	239
四、腰椎穿刺术	240

五、骨髓穿刺术·····	240
附录二 常用临床检验正常值·····	241
附录三 常用化验标本的采取·····	243
附录四 常用预防接种表·····	244
附录五 传染病报告卡·····	245

第一篇 诊断学基础

诊断学基础是阐述诊断疾病的基本知识和基本检查方法的课程，它是临床医学的一门基础课程，在整个医疗实践中占有重要的地位。因此，每个医务工作者都必须重视诊断学的学习。

诊断学基础包括以下四个内容：

一、常见症状 包括临床上最常见的部分症状。症状是病人所觉察到的异常感觉或现象。症状往往可作为诊断的重要依据，因此询问时，应深入细致地了解，然后作客观实际的分析。

二、病史采集(即问诊) 问诊是通过医生的询问与病人的叙述，借以了解疾病的发生和发展的一种诊断方法。问诊所得的资料往往是诊断某些疾病的重要依据，要问好病史，我们必须了解和掌握各系统疾病的常见症状及问诊要点。

三、体格检查 是医生运用自己的感觉器官和简单的医用工具，对病人进行包括望、触、叩、听的全面检查的方法，它是诊断疾病的主要手段之一。通过体检，可区别正常情况和异常情况。

四、辅助检查 包括常用的实验室检查、X线检查、心电图检查、超声波检查等，它是临床诊断的一种辅助诊断的方法，对诊断疾病有一定的作用，但也有它一定的局限性。我们必须根据病情的需要，合理选用。

根据我们采集的病史、体格检查和必要的实验室检查及其他特殊检查的结果，结合各科的基本理论、基本知识，进行综合分析、推理和判断而作出初步诊断，有了正确的诊断，才有正确的治疗。一个初步的诊断，尚需要在医疗实践中进一步加以验证。

将我们所采集的病史及体格检查所获结果及病人经过治疗后病情的变化等记录下来，就成了病历。病历是诊断、治疗和预防等工作的依据。病历书写有一定的格式和记录方法，也是医务人员的重要基本功之一。

学习诊断学基础要以唯物辩证法为指导，坚持实践第一的观点，强调理论与实践的统一。在临床工作中，使理论知识不断得到巩固和提高。

第一章 常见症状

症状是指在病理基础上产生的异常感觉，如发热、胸痛等。体征则是指病理改变的客观表现，如心脏杂音、腹部包块等。广义的症状包括症状和体征，有时二者难于严格区分，如黄疸、水肿既可算是症状，又可算是体征。

病人的症状是提供疾病诊断的线索，联系其发生机理和临床意义，并结合其它的检查，作深入细致的综合分析才能对疾病作出正确的诊断。现将常见症状分述如下：

第一节 发 热

体温计有口表、肛表和腋表三种。正常人口腔体温为 $36.2\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ ；腋窝体温比口腔体温约低 0.5°C ；直肠体温比口腔体温约高 0.5°C 。正常人体温昼夜相差在 1°C 以内，早晨较低，晚上、饭后及劳动后体温可略高。正常人的体温在大脑皮层和丘脑下部体温中枢的调节下，保持相对的恒定，这主要是由于产热过程和散热过程在神经体液的调节下保持动态平衡的结果。如产热和散热过程失去动态的平衡，产热过多或散热过少，致体温超出正常范围，则称为发热。临床上根据体温升高的程度分为：低热 ($37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$)、中等度热 ($38\sim 39^{\circ}\text{C}$)、高热 ($39\sim 41^{\circ}\text{C}$)、超高热 (41°C 以上)。

某些发热病，常有特征性热型，对诊断有一定帮助。常见的热型有如下几种：

一、稽留热 为高热，达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右，可持续数日或数周，每日变动范围在 1°C 以内，见于大叶性肺炎、伤寒等（图 1-1）。

二、弛张热 为高热，而体温波动较大，每日变动范围可达 2°C 以上，但体温最低时仍高于正常水平，见于化脓性疾病，如肺脓肿、败血症等（图 1-2）。

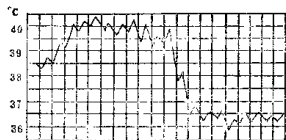


图 1-1 稽留热

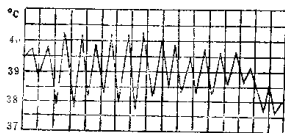


图 1-2 弛张热

三、间歇热 体温突然升高，可达 39°C 以上，持续数小时或数日后骤然降至正常，经间歇一段时间（数小时或数日）后，又突然升高，如此反复发作，见于疟疾等（图 1-3）。

四、消耗热 体温变动范围更大，每日在 $3\sim 5^{\circ}\text{C}$ 之间，见于败血症、重症肺结核等（图 1-4）。

五、不规则热 体温变动极不规则，持续时间也不一定，见于风湿热、流感等（图 1-5）。

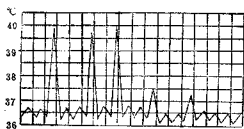


图 1-3 间歇热

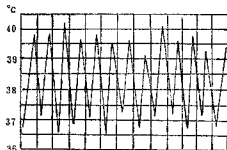


图 1-4 消耗热

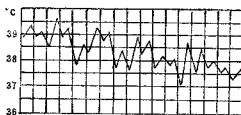


图 1-5 不规则热

第二节 水 肿

机体组织间隙有过多的液体潴留时称为水肿。按之出现凹陷者称凹陷性水肿。

水肿的发生有多种因素,主要是:①毛细血管内压力增高;②血浆胶体渗透压降低;③毛细血管通透性增加;④淋巴回流障碍;⑤由于醛固酮与抗利尿激素增多所致的钠和水的潴留等。

一、水肿的病因、分类与临床特点

(一) 局限性水肿 多见于局部静脉回流、淋巴回流受阻,如血栓性静脉炎、丝虫病等。

(二) 全身性水肿

1. 心原性水肿 是心功能不全的常见症状之一。其发生的原理主要是:静脉回流受阻,致静脉压与毛细血管内压力增高,液体从血管内滤出增多;心搏量减少、肾血流量相应减少,致肾小球对水与钠的滤过减少,引起钠、水潴留;由于体循环淤血,致毛细血管壁因缺氧而致通透性增加,使水肿加重;胃肠道淤血妨碍蛋白质的消化与吸收,肝淤血降低了合成血浆蛋白的功能以及对醛固酮和抗利尿激素的灭能作用。心原性水肿的特点是上行性的,由于重力关系,水肿首先出现于身体最低部位(如踝部等),病情加重时逐渐向上发展。水肿严重时可出现浆膜腔积液。

2. 肾原性水肿 急性肾炎的水肿,其发生的原因主要是:肾血管痉挛,肾血流量和肾小球滤过率降低,造成钠与水在体内潴留;因变态反应引起全身毛细血管通透性增加,使血浆内水分外渗形成水肿;由于液体大量渗入组织间隙,使血浆容量减少,引起醛固酮分泌增加,进一步增加了水肿的程度。慢性肾炎水肿其发生的原因主要是由于长期大量蛋白尿,使血浆蛋白减少,胶体渗透压降低,以及血容量降低所致醛固酮分泌增加等。肾原性水肿的主要特点为下行性的,首先出现于眼睑、颜面等处,严重者可遍及全身。

3. 肝原性水肿 发生的原因是：由于肝功能减退影响了蛋白的合成和对激素的灭能，使血浆胶体渗透压降低，血中抗利尿激素和醛固酮浓度相对增高，引起水、钠潴留而致水肿。肝硬化所致的门静脉高压，促使腹水形成，并进一步使有效血容量降低，引起醛固酮分泌增多，使水、钠潴留加重，其特点是水肿发生缓慢，首先出现于踝部，严重时呈下肢水肿、腹水甚至胸水，而面部及上肢很少发生水肿，这是肝原性水肿区别于其他水肿的特殊点。

4. 营养不良性水肿 其主要原因是由于血浆蛋白减少，血浆胶体渗透压降低。蛋白质不足又可使肝功能受损，致醛固酮与抗利尿激素的灭能作用不足，又间接加重了水、钠潴留。特点是水肿出现前有体重减轻、消瘦等表现；水肿多从下肢开始，一般为上行性的，严重时可出现浆膜腔积液。

第三节 呼吸困难

呼吸困难是一种常见的症状，病人主观上感到空气不足，客观上表现为呼吸费力，出现鼻翼扇动、张口呼吸并有呼吸频率、深度与节律的改变。严重呼吸困难时，病人被迫坐起，称为端坐呼吸。

一、肺原性呼吸困难 是因呼吸器官疾病而使肺通气、换气功能不良、肺活量降低、血中二氧化碳浓度增高和缺氧等所致。临床上有三种表现形式：

(一) 吸气性呼吸困难 表现为吸气特别困难，呼吸徐缓而深，严重者吸气时锁骨上下窝、胸骨上窝、肋间隙明显凹陷——“三凹征”，并伴有高调的吸气性哮鸣音，常见于气管、大支气管炎、水肿、痉挛或异物等所致的呼吸道狭窄。

(二) 呼气性呼吸困难 表现为呼气费力、延长而缓慢，常伴有哮鸣音，见于肺组织弹性减弱(如肺气肿等)及小支气管狭窄(如痉挛性支气管炎、支气管哮喘等)时。

(三) 混合性呼吸困难 表现为呼气与吸气均感费力，呼吸频率增加，见于肺呼吸面积减少(如肺炎、肺不张、肺纤维化、肺水肿等)或肺呼吸受限制(如胸膜炎、胸腔积液、气胸等)时。

二、心原性呼吸困难 呼吸困难是心力衰竭最早出现的症状之一。

左心衰竭的呼吸困难主要是由于肺淤血所致。由于肺血管淤血，肺泡内张力增加，刺激肺牵张感受器，通过迷走神经反射兴奋呼吸中枢，引起快而浅的呼吸；同时因淤血挤压肺泡，使其弹性减低，妨碍其扩张与收缩，使肺活量降低；肺淤血阻碍肺毛细血管的气体交换。急性左心衰竭多表现为夜间阵发性呼吸困难，发作时病人多在夜间睡眠中突然窒息被迫坐起，有气喘、紫绀、咳粉红色泡沫痰。双肺湿性罗音、心率加快等。这种阵发性呼吸困难称为“心性哮喘”，可见于高血压性心脏病、冠状动脉硬化性心脏病等。其发作原因与夜间迷走神经兴奋性相对增高，致冠状动脉收缩，心肌供血不足，以及平卧时肺活量降低和下半身静脉回流增多，使肺淤血加重之故。

右心衰竭引起的呼吸困难主要是由于体循环淤血所致。由于右心房及上腔静脉入口处血压升高，刺激其压力感受器，反射地兴奋呼吸中枢；血氧含量降低，酸性代谢产物(乳酸、丙酮酸)蓄积，刺激呼吸中枢而致呼吸困难。病人出现颈静脉怒张、肝大、水肿及相应的心脏病体征。

三、中毒性呼吸困难 在代谢性酸中毒(尿毒症、糖尿病酮中毒)时，由于血中酸

性代谢产物刺激呼吸中枢，呼吸深而大，可伴有鼾声，称为“酸中毒大呼吸”（亦称库斯矛氏呼吸）（图1-6）。潮式呼吸（陈-施二氏呼吸），其特点是呼吸幅度由浅逐渐加深，继而逐渐减弱，乃至呼吸暂停，然后又重复上述呼吸节律。它的产生是由于呼吸中枢严重缺氧而受到抑制，反应性降低所致，多发生于中枢神经系统疾病如脑循环障碍，颅内压增高以及某些中毒，如糖尿病酸中毒、巴比妥中毒等（图1-7）。



图 1-6 酸中毒大呼吸



图 1-7 潮式呼吸

此外，神经精神疾病（脑部疾患、癔病等）也可引起呼吸困难。

第四节 紫 绀

紫绀又称发绀，一般是指血液中还原血红蛋白浓度增高或出现异常血红蛋白衍化物（如高铁血红蛋白、硫化血红蛋白）而使皮肤与粘膜呈现紫蓝色的现象而言。

引起发绀的基本原因，是血液中还原血红蛋白绝对量增高。当毛细血管血液的还原血红蛋白超过5克%即可出现发绀。严重贫血病人（血红蛋白量为4~5克%）常不能显示发绀，因为血红蛋白量少，即使全部氧合血红蛋白都处于还原状态，也不足以引起发绀。根据发绀的原因，常作如下分类：

一、血液中还原血红蛋白增多

（一）中枢性发绀（动脉性缺氧）①血液在肺内氧合不足：血液流经肺脏时未得到充分氧合，因而体循环毛细血管中还原血红蛋白量增高以致出现紫绀，常见于各种严重的呼吸器官疾病；②静脉血与动脉血液混合：某些病理情况下，使部分静脉血通过异常通道进入体循环，如分流量超过心输出量的1/3时，即可出现紫绀，如先天性心脏病法乐氏四联症等。

（二）周围性紫绀（组织中毛细血管血液脱氧过多）①静脉淤血：血流缓慢时，氧在组织中充分被消耗掉，则引起发绀，可见于心力衰竭、缩窄性心包炎时；②动脉缺血：严重休克时，心脏输出量显著降低，病人皮肤及粘膜出现青灰色。

（三）混合性紫绀 心力衰竭可引起紫绀，这是由于血液在肺内氧合不足以及周围血流缓慢、毛细血管内血液脱氧过多所致。

二、血液中含有异常血红蛋白衍生物（变性血红蛋白衍生物）如摄食变质的蔬菜后，肠管内有亚硝酸盐与硫化物产生而被吸收时，引起硫化血红蛋白症或高铁血红蛋白症，皮肤与粘膜亦呈发绀现象，称为“肠原性紫绀”。

第五节 心悸

心悸，即自觉心跳，并伴有心前区不适感。引起心悸的原因有：心脏搏动增强，如情绪激动、剧烈运动、发热、甲状腺功能亢进症、贫血等；心律失常，如心动过速、心动过缓、过早搏动、心房颤动等；另外，亦见于心脏神经官能症。

第六节 咳嗽、咳痰、咯血

一、咳嗽

咳嗽是一种保护性反射动作。呼吸道的异常分泌物和吸入的异物，可借咳嗽反射排出体外。对有咳嗽的病人，应注意咳嗽的时间及伴随的症状。咳嗽无痰者称干咳，常见于咽炎、胸膜炎等。咳嗽有痰者称湿性咳嗽，常见于慢性支气管炎、肺炎、支气管扩张、肺脓肿等。

某些咳嗽常有一定时间，如支气管扩张、慢性支气管炎，多在晚上睡前或早晨起床时咳嗽，冬季加重；肺结核、支气管淋巴结肿大，常在夜间咳嗽。

咳嗽伴有发烧，见于呼吸器官感染。咳嗽伴有哮鸣，见于支气管哮喘等。咳嗽伴有咯血，见于支气管扩张、肺结核、肺癌等。

二、咳痰

咳出的分泌物称为痰。对于咳痰者应注意痰的性质、痰量及气味。

(一) 痰的性质

粘液性痰 无色透明见于支气管炎、支气管哮喘等。

脓性痰 黄绿色粘稠见于肺脓肿、支气管扩张等。

铁锈色痰 见于大叶性肺炎。

血性痰 见于肺结核、支气管扩张等。

(二) 痰量 24小时痰量达数百毫升以上者，见于肺脓肿、支气管扩张。

三、咯血

喉、气管、支气管及肺实质的出血，自口腔咯出称为咯血(咳血)。大量咯血时应注意与呕血相鉴别，其鉴别要点如表1-1。

表 1-1 咯血与呕血的鉴别

	咯 血	呕 血
病史	有肺结核、支气管扩张或心脏病史	有溃疡病及肝硬化病史
出血前常有的症状	喉部痒症、刺激感及咳嗽	恶心、呕吐
出血方式	咯 出	呕 出
血液颜色	鲜 红	棕色或暗红
血液内混有物	气泡及痰	食物残渣，无气泡
酸碱反应	碱 性	酸 性
黑 便	无(除非血液被吞下)	有
出血后几天内痰的情况	痰内常常带血，颜色较深	无 痰

第七节 恶心、呕吐

恶心是一种急迫欲吐的感觉，常为呕吐的先兆，其发生机理与呕吐相同。

呕吐是胃内容物不自主地经贲门、食管而从口腔冲出来的现象。

引起呕吐的原因：

一、中枢性呕吐 系呕吐中枢受刺激而引起，见于颅内压增高的疾病，呕吐往往于头痛剧烈时出现，常为喷射性，吐前无恶心，如脑膜炎、脑肿瘤等。

二、胃原性呕吐 胃粘膜受化学药品刺激、胃肠道炎症、肿瘤或梗阻均可引起呕吐，且伴有恶心。呕吐与进食有关，吐后胃部较舒适，如服用某些药物（如水杨酸类、氯化铵）、慢性胃炎、胃癌、幽门梗阻等。

三、反射性呕吐 腹腔内脏病变波及腹膜时，可引起反射性呕吐（如胆囊炎、阑尾炎）。其次如迷路受刺激也可发生呕吐（如晕车、晕船），其特点为胃虽已空虚，但呕吐动作并不停止。

四、其他 可见于代谢性酸中毒及电解质紊乱（糖尿病酸中毒、尿毒症）、妊娠呕吐等。此外，尚有神经官能症性呕吐，其发病与精神因素有关，伴有神经官能症症状。

呕吐物一般为食物、食物屑、粘液，有时可呕吐胆汁、血性胃内容物，甚至为血液，还可吐出蛔虫。

第八节 呕血与黑便

呕血与黑便是上消化道（食管、胃、十二指肠）出血的特征。呕血的颜色取决于出血量和血液在胃内滞留时间的长短，如血在胃内停留时间很短则呕出为鲜红，若时间较长，则血红蛋白经盐酸作用后变为盐酸血红蛋白，呕出时呈咖啡样，若由大便排出，则呈柏油样黑便。上消化道出血见于胃及十二指肠溃疡、肝硬化等病。

第九节 腹 痛

腹痛的原因很多，主要是由于腹腔内各器官的疾病引起；某些腹外脏器或全身性疾病亦可引起腹痛，其发作有急有缓，遇到腹痛患者应询问以下内容：

一、部位 腹痛的部位对诊断有很重要的意义，根据疼痛的部位可以初步推断是某脏器的疾病。如右上腹部疼痛应考虑肝、胆疾病；上腹部疼痛多为胃、十二指肠溃疡；左下腹痛系降结肠、乙状结肠的疾病（如菌痢等）和女性的附件炎；脐周痛多系肠蛔虫症。此外，少数心肌梗塞、肺底炎症等腹外疾病也可引起腹痛。

二、疼痛的性质及程度 应询问是绞痛、钝痛、灼痛、刀割样痛等，疼痛是持续性或是阵发性，如内脏穿孔往往为突然发生剧烈刀割样痛（如溃疡病穿孔），炎性病变呈持续性痛（如肝炎），空腔脏器梗阻呈阵发性绞痛（如肠梗阻）。

三、腹痛加重或减轻的因素 如胆绞痛常因食油腻食物后发作，溃疡病疼痛常在进食或服用碱性药物后可缓解。

四、腹痛的伴随症状 如发热、腹泻、呕吐、黄疸等。

第十节 腹 泻

排便次数增多及粪便稀薄，称腹泻。是由于粪便在肠内运行过速所致。常见病因有：

一、胃原性腹泻 如慢性萎缩性胃炎、胃癌，或胃肠吻合手术后均可引起胃酸减少或缺乏，造成消化不良而发生腹泻。

二、肠原性腹泻 如肠道感染(肠炎、菌痢、肠结核等)，肠道肿瘤(结肠癌、直肠癌等)，肠血循环障碍(心力衰竭、门静脉性肝硬化等)。

三、胰原性或胆原性腹泻 如慢性胰腺炎、阻塞性黄疸等。

四、其他疾患所致腹泻 如甲状腺功能亢进、尿毒症等。

腹泻的病程长短，起病缓急，大便性状、次数、有无恶臭、有无未消化食物、脓血、粘液，是否伴随腹痛、里急后重等临床特点均具有诊断意义。无痛性腹泻每日数次，无脓血粘液，伴有贫血，常见于胃原性腹泻；餐后数小时内发生腹泻，并伴剧烈呕吐者，为食物中毒的临床表现；起病急，一日腹泻数十次，为脓血粘液不含粪块，伴左下腹痛及里急后重者，以急性菌痢可能性最大；腹泻伴腹部肿块、贫血及体重减轻，应考虑到肠道肿瘤和结核。

第十一节 黄 疸

黄疸是由于血液内胆红素浓度增高(超过2毫克%)，使皮肤、粘膜、巩膜黄染。是肝脏疾病的主要症状之一。但在肝胆以外的疾病，也可发生黄疸(如胰头癌)。

正常胆红素新陈代谢(图1-8) 为了便于了解各种黄疸发生的机理，首先必须了解正常人的胆红素新陈代谢。

衰老的红细胞在网状内皮系统(主要在肝、脾和骨髓)内破坏而释放出血红蛋白，经网状内皮细胞而变为间接胆红素(即游离胆红素)，由血液运输至肝细胞内与葡萄糖醛酸结合而形成直接胆红素(即结合胆红素)经胆道排入肠内，为胆汁的主要成分之一。排入肠道的直接胆红素，被肠内细菌还原成尿胆原，其大部分由粪便排出，并经空气氧化而形成粪胆素，一小部分在肠内被吸收，经门静脉回到肝脏，其中大部分又被肝细胞转变为直接胆红素重新排入胆道(此过程称为胆红素的肠肝循环)，小部分进入血循环内，经肾随尿排出体外，经空气氧化成尿胆素。

正常血液中总胆红素(间接胆红素与直接胆红素)量不超过0.8~1.0毫克%，间接胆红素为非水溶性，不能由肾小球滤过，直接胆红素系水溶性，故在超过肾阈浓度时，可由肾脏排出。

黄疸发生的机理

一、溶血性黄疸(图1-9)

由于红细胞破坏过多(如疟疾、异型输血、新生儿黄疸等)，形成大量间接胆红素，超过了肝脏的处理能力，同时因贫血而引起的缺氧更使肝细胞的排泄功能受到损伤，以致血液中间接胆红素增加而产生黄疸。其特点是血中间接胆红素增多，胆红素定性试验(凡登白试验)呈间接反应阳性，大便色深，小便中尿胆原增加，但无胆红素。

二、肝细胞性黄疸(图1-10)

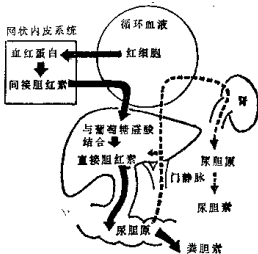


图 1-8 胆红素正常代谢示意图

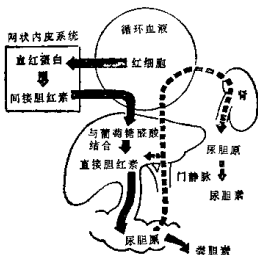


图 1-9 溶血性黄疸示意图

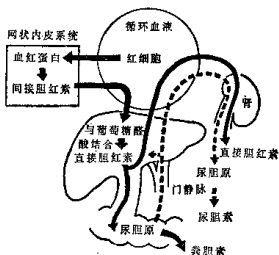


图 1-10 肝细胞性黄疸示意图

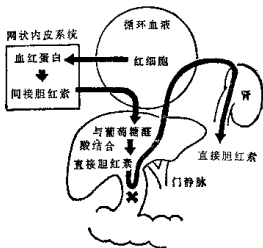


图 1-11 阻塞性黄疸示意图

肝细胞受损时（如病毒性肝炎、中毒性肝炎、肝硬化等），不能将间接胆红素全部转变为直接胆红素，以致血中间接胆红素增加，同时，由于肝脏产生的直接胆红素，可透过坏死的肝细胞周围流入组织间隙，经淋巴系统回流入血循环或由于毛细胆管与地赛氏腔直接沟通而反流入血液，致使血中直接胆红素也增高，尿中也出现直接胆红素。此外，由门静脉吸收的尿胆原，因肝细胞不能全部处理，而大量进入血循环内，故尿内排出的尿胆原增加。综上所述，此类黄疸的特点是间接与直接胆红素均增加。

三、阻塞性黄疸（图 1-11）

是由于胆道阻塞（如胆石、炎症、肿瘤等），在阻塞上端胆管内压力不断增高，胆管逐渐扩大，最后使肝内小胆管破裂，胆汁便直接或由淋巴管反流入体循环，结果血中直接胆红素增高。因胆道阻塞程度不同，故进入肠内的胆汁减少或完全缺乏。此类黄疸的特点是血中直接胆红素增加，胆红素定性试验呈直接反应阳性；尿中出现胆红素而缺少尿胆原，粪中粪胆素减少或缺乏，粪色变浅甚至呈陶土色。

临床上，某些病例的黄疸发生机理是综合性的，如肝细胞性黄疸可合并肝内阻塞，长期的阻塞性黄疸又可以引起肝细胞损害。