

全国高等医药院校试用教材

诊断学基础

(中医专业用)

白求恩医科大学 主编

上海科学技术出版社

编写说明

本书是由卫生部组织有关医学院校编写的教材,供全国高等医学院校中医专业试用。

本教材的内容重点是现代医学的问诊和检体诊断,对常见症状、X线诊断、实验诊断以及心电图、超声波诊断的基本知识和临床意义等也作了简要的介绍。小字排印的内容供参考。根据中医专业当前课程设置和教学安排的实际情况,本教材在内容上省略了与中医专业的现代医学基础课和中医学基础课相重复的部分。各院校在使用本教材时,可根据各自的具体情况,从中选择教学内容。

在本教材初稿讨论期间,相继收到了许多中医学院提出的宝贵意见,在定稿时,又有长春中医学院和贵阳中医学院派代表参加讨论,对本教材的编写和定稿工作帮助很大,特此致谢。

本书系试用教材,请各院校在使用过程中不断总结经验,收集反映,提出宝贵意见,以便进一步修订和提高。

《诊断学基础》编写组

1978年10月

目 录

绪 论

诊断学的定义.....(1)	学习诊断学基础的目的和要求.....(2)
诊断学基础的内容.....(1)	学习诊断学基础的方法和态度.....(3)

第一篇 常见症状

第一节 发热.....(1)	第八节 咯血.....(13)
第二节 昏迷.....(2)	第九节 心悸.....(14)
第三节 水肿.....(4)	第十节 腹痛.....(15)
第四节 头痛.....(6)	第十一节 黄疸.....(17)
第五节 胸痛.....(8)	第十二节 呕吐.....(19)
第六节 呼吸困难.....(9)	第十三节 呕血与黑便.....(20)
第七节 咳嗽.....(11)	

第二篇 问 诊

问诊方法.....(23)	既往史.....(25)
问诊注意事项.....(23)	个人史.....(25)
问诊内容.....(24)	月经与生育史.....(25)
一般项目.....(24)	家族史.....(25)
主诉.....(24)	各系统疾病的问诊纲要.....(25)
现病史.....(24)	

第三篇 检 体 诊 断

第一章 体格检查法.....	体温.....(32)
视诊法.....(27)	脉搏.....(33)
触诊法.....(28)	血压.....(33)
叩诊法.....(29)	呼吸.....(34)
听诊法.....(31)	发育与营养.....(34)
嗅诊法.....(31)	意识状态.....(35)
第二章 一般检查.....	面容与表情.....(35)
第一节 一般状态检查.....(32)	体位.....(36)
性别.....(32)	步态与姿势.....(36)
年龄.....(32)	第二节 皮肤、粘膜和毛发检查.....(36)

第三节 浅表淋巴结检查.....	(38)
第三章 头部检查	
头颅与颜面的检查.....	(39)
眼的检查.....	(39)
耳的检查.....	(40)
鼻的检查.....	(40)
喉的检查.....	(40)
口部检查.....	(40)
第四章 颈部检查	
颈部外形、姿势与运动.....	(42)
甲状腺检查.....	(42)
气管位置检查.....	(42)
颈部血管检查.....	(42)
第五章 胸部检查	
第一节 胸部体表标志.....	(43)
骨骼标志.....	(43)
人工划定的垂直线.....	(44)
胸部的分区.....	(45)
第二节 胸壁及胸廓检查.....	(45)
胸壁(45) 乳房(45) 胸廓(45)	
第三节 肺部检查.....	(47)
视诊.....	(47)
呼吸类型(47) 呼吸频率、节律与深度(49)	
胸廓两侧呼吸运动(49)	
触诊.....	(49)
呼吸运动(49) 语音震颤(49) 胸膜摩擦感(50)	
叩诊.....	(50)
肺上界(50) 肺下界(50) 肺下界移动度(50)	
肺部的正常叩诊音(50) 肺部的病理性叩诊音(51)	
听诊.....	(51)
呼吸音(51) 罗音(53) 胸膜摩擦音(54) 语音传导(55)	
肺部常见疾病体征表.....	(55)
第四节 心脏检查.....	(55)
视诊.....	(56)
心尖搏动位置的变化(56) 心尖搏动强弱及性质的变化(57) 心前区其他部位的搏动(57)	
触诊.....	(57)
心尖搏动(57) 震颤(57) 心包摩擦感(57)	
叩诊.....	(58)
正常的心脏浊音界(58) 异常的心脏浊音界(58)	
听诊.....	(59)

听诊的部位(59) 听诊的顺序(60) 听诊的内容(60)	
心脏常见疾病体征表.....	(68)
第六章 腹部检查	
视诊.....	(70)
腹部外形(70) 腹壁(70)	
触诊.....	(71)
腹壁的紧张度(71) 压痛和反跳痛(72) 肿块(72) 液波震颤(72) 腹内脏器的触诊(72)	
叩诊.....	(74)
腹部叩诊音(75) 脏器的叩诊(75) 移动性浊音(75) 叩击痛(75)	
听诊.....	(76)
肠蠕动感(76) 震水音(76) 血管音(76)	
腹部常见疾病体征.....	(76)
第七章 肛门、直肠和生殖器检查	
第一节 肛门与直肠检查.....	(77)
肛门视诊和触诊.....	(77)
直肠指诊.....	(77)
第二节 男性生殖器检查.....	(78)
阴茎.....	(78)
阴囊及其内容物.....	(78)
前列腺与精囊.....	(78)
第三节 女性生殖器检查.....	(79)
第八章 脊柱与四肢检查	
第一节 脊柱检查.....	(79)
视诊.....	(79)
脊柱形态(79) 脊柱活动度(79)	
触诊和叩诊.....	(79)
第二节 四肢检查.....	(80)
视诊.....	(80)
肢体的形态改变(80) 肢体的异常运动(81) 肢体运动障碍(81) 肢体皮肤和表浅血管的改变(81)	
触诊.....	(82)
叩诊.....	(82)
听诊.....	(82)
第九章 神经系统检查	
第一节 颅神经检查.....	(82)
嗅神经.....	(82)
视神经.....	(82)
动眼神经、滑车神经和外展神经.....	(83)
三叉神经.....	(83)

面神经.....(83)	第四节 神经反射检查.....(86)
听神经.....(84)	浅反射.....(86)
舌咽神经和迷走神经.....(84)	深反射.....(86)
副神经.....(84)	病理反射.....(88)
舌下神经.....(85)	牵张反射亢进征象.....(88)
第二节 运动功能检查.....(85)	第五节 脑膜、坐骨神经根
肌力.....(85)	受刺激的征象.....(89)
肌张力.....(85)	脑膜受刺激的征象.....(89)
共济运动.....(85)	坐骨神经根受刺激的征象.....(89)
第三节 感觉功能检查.....(85)	第六节 植物神经系统检查.....(90)
感觉功能检查法.....(85)	皮肤划纹反应.....(90)
感觉障碍的类型.....(85)	眼心反射.....(90)

第四篇 实验诊断

第一章 血液检查

第一节 血液一般检查.....(91)
血红蛋白测定.....(91)
红细胞计数.....(92)
红细胞形态的改变.....(95)
白细胞计数.....(96)
白细胞分类计数.....(96)
嗜中性粒细胞的核象改变.....(99)
白细胞形态的改变.....(99)
红斑狼疮细胞检查.....(100)
第二节 血沉测定.....(100)
第三节 贫血的一般检查.....(101)
网织红细胞计数.....(101)
红细胞压积测定.....(101)
贫血的形态分类.....(102)
第四节 血型鉴定与配血.....(102)
ABO 血型鉴定.....(102)
交叉配血试验.....(103)
第五节 止血、凝血、纤溶功能检查.....(103)
血小板计数.....(104)
血块收缩时间测定.....(104)
出血时间测定.....(105)
凝血时间测定.....(105)
凝血酶原时间测定.....(106)
纤维蛋白原测定.....(106)
血浆鱼精蛋白副凝固试验.....(106)
乙醇凝胶试验.....(106)

优球蛋白溶解时间测定.....(107)
纤维蛋白降解产物胶乳凝集试验.....(107)
凝血酶时间测定.....(107)

第二章 骨髓细胞检查

各系统的血细胞形态.....(108)
骨髓细胞涂片的制备及检查法.....(110)
骨髓细胞分类的正常值.....(110)
骨髓细胞检查结果的分析.....(110)

第三章 尿液检查

第一节 尿液一般检查.....(111)
尿量.....(111)
尿色.....(112)
透明度.....(112)
比重.....(112)
酸碱反应.....(112)
尿沉渣.....(113)
第二节 尿液化学检查.....(117)
尿蛋白定性试验.....(117)
尿糖定性试验.....(118)
尿酮体检查.....(119)

第四章 粪便检查

一般检查.....(119)
显微镜检查.....(120)
隐血检查.....(122)

第五章 痰液检查

一般检查.....(123)
显微镜检查.....(124)

第六章 分泌液、浆膜腔积液和脑脊液检查

第一节 胃液检查·····(124)

一般检查·····(124)

化学检查·····(125)

显微镜检查·····(126)

第二节 十二指肠引流液检查·····(126)

一般检查·····(126)

显微镜检查·····(126)

细菌学检查·····(127)

第三节 浆膜腔积液检查·····(127)

一般检查·····(127)

粘蛋白定性检查·····(127)

显微镜检查·····(127)

渗出液与漏出液的鉴别表·····(128)

第四节 脑脊液检查·····(128)

一般检查·····(128)

化学检查·····(129)

显微镜检查·····(129)

常见的脑及脑膜疾病的脑脊液改变表·····(130)

第五节 前列腺液检查·····(130)

第七章 免疫功能检查

抗链球菌溶血素“O”测定·····(131)

乙型肝炎抗原检查·····(131)

甲种胎儿蛋白检查·····(131)

免疫球蛋白测定·····(131)

玫瑰花环试验·····(132)

淋巴细胞转化试验·····(132)

免疫妊娠试验·····(132)

第八章 酶的检查

血清谷丙转氨酶的测定·····(133)

血清谷草转氨酶的测定·····(133)

血清碱性磷酸酶的测定·····(133)

血清 γ -谷氨酰转肽酶测定·····(133)

血清乳酸脱氢酶同功酶的测定·····(134)

胆碱脂酶测定·····(134)

淀粉酶检查·····(134)

第九章 肝功能检查

第一节 胆色素代谢功能检查·····(134)

血清黄疸指数测定·····(134)

血清胆红素定性检查·····(134)

血清胆红素定量检查·····(135)

尿液胆红素检查·····(135)

尿液胆素原检查·····(135)

第二节 蛋白质代谢功能检查·····(136)

血清白蛋白、球蛋白测定·····(136)

血清蛋白电泳检查·····(136)

脑磷脂胆固醇絮状试验·····(136)

麝香草酚浊度试验·····(136)

硫酸锌浊度试验·····(137)

第三节 排泄功能检查·····(137)

酚四溴酸钠试验·····(137)

第四节 肝功能检查的评价与选择·····(137)

第十章 肾功能检查

昼夜尿比重试验·····(138)

酚红排泄试验·····(138)

内生肌酐清除试验·····(139)

二氧化碳结合力测定·····(139)

非蛋白氮和尿素氮测定·····(139)

第十一章 内分泌功能检查

葡萄糖耐量试验·····(140)

血清蛋白结合碘测定·····(141)

尿中17酮类固醇和17羟皮质类固醇测定·····(141)

促肾上腺皮质激素试验·····(141)

尿中儿茶酚胺测定·····(141)

高渗盐水试验·····(142)

第五篇 X线诊断

第一章 总论

第一节 X线的发生及其特性·····(143)

第二节 X线诊断的应用原理·····(144)

第三节 X线检查方法·····(145)

第四节 X线诊断的原则·····(147)

第二章 呼吸系统X线诊断

第一节 概论·····(148)

呼吸系统X线诊断的原理和应用·····(148)

检查方法·····(148)

第二节 呼吸系统的正常X线表现·····(148)

胸壁	(148)
肺	(149)
胸部淋巴结	(151)
纵隔	(151)
膈	(151)
胸膜	(151)
第三节 呼吸系统病变的基本	
X线表现	(152)
肺实质的病变	(152)
肺血管改变及支气管病变	(154)
胸膜病变	(154)
第四节 呼吸系统常见疾病的	
X线诊断	(155)
慢性支气管炎	(155)
支气管扩张症	(155)
肺炎	(156)
肺脓肿	(158)
肺结核	(159)
矽肺	(161)
肺肿瘤	(161)
纵隔肿瘤	(163)
常见肺内片状阴影的鉴别诊断表	(164)
肺内圆形病灶阴影的鉴别诊断表	(164)
第三章 循环系统X线诊断	
第一节 概论	(165)
循环系统X线诊断的原理和应用	(165)
检查方法	(166)
第二节 心腔和大血管的正常	
X线表现	(166)
心脏和大血管在几个常规投照位置	
上的投影	(167)
影响心脏和大血管形态的因素	(169)
心脏大小的测量	(170)
第三节 循环系统病变的基本	
X线表现	(170)
心脏增大	(170)
心脏和大血管病变时肺血管的变化	(174)
第四节 循环系统常见疾病的X	
线诊断	(175)
风湿性心脏病	(175)
慢性肺源性心脏病	(177)
高血压性心脏病	(177)
心包疾病	(177)

克山病	(178)
先天性心脏病	(179)
第四章 消化系统X线诊断	
第一节 概论	(181)
消化系统X线诊断原理和应用	(181)
检查方法	(182)
第二节 胃肠道正常X线表现	(182)
胃肠道X线检查时观察的内容和其含	
义	(183)
胃肠道各器官的正常X线表现	(183)
食管(183) 胃(183) 十二指肠(184) 小肠	
(184) 结肠(185)	
第三节 胃肠道病变的基本X线表现	(185)
炎性病变	(185)
溃疡性病变	(185)
肿瘤性病变	(186)
阻塞性病变	(186)
第四节 胆道的检查方法及正常	
X线表现	(186)
检查方法	(186)
正常胆道的X线表现	(187)
第五节 消化道常见疾病的X线诊断	(187)
食管静脉曲张(187) 贲门痉挛(188) 食管癌	
(188) 慢性胃炎(189) 胃、十二指肠溃疡(190)	
胃癌(191) 肠结核(192) 溃疡性结肠炎(194)	
结肠癌(194) 急腹症(194) 胆囊炎(196) 胆	
石症(196) 胆道蛔虫症(196)	
第五章 骨、关节X线诊断	
第一节 概论	(197)
骨、关节X线诊断的原理和应用	(197)
检查方法	(198)
第二节 骨、关节的正常X线表现	(198)
长骨的X线表现及其在生长发育	
中的特点	(198)
关节	(199)
子骨及副骨	(200)
脊柱及其常见的解剖变异	(200)
头颅	(201)
第三节 骨、关节病变的基本	
X线表现	(202)
骨骼病变的基本X线表现	(202)
关节病变的基本X线表现	(204)
第四节 骨、关节常见疾病的	

X线诊断.....	(204)
骨折.....	(204)
关节脱位.....	(206)
化脓性骨髓炎.....	(206)
骨、关节结核.....	(207)
脊柱结核.....	(208)
骨肿瘤.....	(208)
常见的慢性关节疾病.....	(210)
第六章 泌尿系统X线诊断	
第一节 概论.....	(213)
泌尿系统X线诊断的原理和应用.....	(213)
检查方法.....	(213)
第二节 泌尿系统的正常X线表现.....	(214)
肾脏.....	(214)
输尿管.....	(214)
膀胱.....	(215)
第三节 泌尿系统常见疾病的X线诊断.....	(215)
泌尿道结石.....	(215)
泌尿道结核.....	(215)
泌尿道肿瘤.....	(216)
第七章 女性生殖系统X线诊断	
第一节 X线检查方法.....	(217)

平片.....	(217)
造影检查.....	(217)
第二节 节育环的X线检查.....	(217)
节育环在宫腔内的形态.....	(217)
节育环的位置.....	(217)
节育环进入腹腔的X线表现.....	(217)
第三节 妇科疾病病的X线诊断.....	(218)
子宫、输卵管结核.....	(218)
输卵管闭塞.....	(218)
第八章 副鼻窦X线诊断	
第一节 X线检查方法.....	(218)
平片.....	(218)
造影检查.....	(218)
第二节 副鼻窦的正常X线表现及常见疾病的X线诊断.....	(218)
副鼻窦的正常X线表现.....	(218)
慢性副鼻窦炎.....	(218)
副鼻窦肿瘤.....	(218)
第九章 乳突X线诊断	
第一节 X线检查方法.....	(219)
第二节 乳突的正常X线表现.....	(219)
第三节 乳突炎的X线诊断.....	(220)

第六篇 心电图、超声波和放射性同位素诊断

第一章 心电图诊断

第一节 心电图的概念、导联和临床

应用价值.....(221)

心电图的概念.....(221)

心电图导联.....(222)

心电图的临床应用价值.....(223)

第二节 心电图的测量方法及

正常范围.....(223)

心电图的测量方法.....(223)

心电图各波的正常形态及数值.....(227)

第三节 几种常见的异常心电图.....(230)

心室肥厚.....(230)

心肌梗塞.....(232)

慢性冠状动脉供血不足.....(234)

过早搏动.....(236)

阵发性心动过速.....(237)

心房颤动.....	(238)
房室传导阻滞.....	(239)
心室内传导阻滞.....	(240)
第四节 心电图分析方法.....	(241)
分析心电图的步骤.....	(241)
心电图报告方法.....	(242)

第二章 超声波诊断

第一节 超声波诊断的原理和

临床应用.....(242)

超声波诊断的原理.....(242)

超声波诊断的临床应用.....(243)

第二节 人体组织反射波的命名.....(243)

A型回声图的反射波命名.....(243)

超声切面显象图(声象图)的反

射波命名.....(244)

第三节 几种脏器的超声波检查.....(245)

肝脏超声波检查·····	(245)
胆囊超声波检查·····	(249)
脑超声波检查·····	(249)
子宫超声波检查·····	(250)
第四节 超声心动图·····	(251)
超声心动图的原理·····	(251)
超声心动图的临床应用·····	(251)
正常超声心动图的基本波型·····	(251)

第三章 放射性同位素诊断

第一节 同位素功能测定·····	(252)
甲状腺吸 ¹³¹ 碘功能测定·····	(252)
放射性同位素肾图·····	(252)
第二节 同位素脏器扫描·····	(253)
机理及应用范围·····	(253)
甲状腺扫描·····	(253)
肝脏扫描·····	(253)

第七篇 诊断与病历

第一节 诊断·····	(255)
诊断步骤·····	(255)
诊断内容·····	(256)
误诊原因·····	(256)
诊断中的注意事项·····	(257)

第二节 病历·····	(257)
病历的重要性·····	(257)
病历内容·····	(257)
病历书写注意事项·····	(259)

附 录

(一)临床诊断技术·····	(261)
胸腔穿刺术·····	(261)
心包穿刺术·····	(262)
腹腔穿刺术·····	(262)
骨髓穿刺术·····	(263)
腰椎穿刺术·····	(264)
肝活体组织穿刺术·····	(264)
十二指肠引流术·····	(265)
纤维光束内窥镜检查术·····	(266)
乙状结肠镜检查术·····	(267)
直肠镜检查术·····	(268)
肘前静脉压测定法·····	(268)
中心静脉压测定法·····	(269)
血液循环时间测定法·····	(270)
结核菌素试验·····	(270)
毛细血管脆性试验·····	(271)

基础代谢率测定·····	(271)
(二)临床常用正常值·····	(272)
血液一般检查·····	(272)
血液化学检查·····	(273)
血清免疫学检查·····	(274)
血清酶学检查·····	(274)
骨髓细胞检查·····	(275)
尿液检查·····	(276)
粪便检查·····	(277)
肝功能检查·····	(277)
肾功能检查·····	(278)
胃、十二指肠液检查·····	(278)
脑脊液检查·····	(279)
内分泌功能检查·····	(279)
其他检查·····	(279)

第一篇 常见症状

第一节 发 热

【体温调节与发热机理】 正常人的体温是在大脑皮层和丘脑下部体温中枢的调节下，通过神经、体液的作用，使产热和散热保持动态平衡，达到相对的恒定。产热过多，或散热过少，都可使体温超出正常范围，引起发热。

最常引起发热的因素是致热原。与人体发热有关的致热原有病原体致热原(内毒素、外毒素等)和类固醇致热原。这两种致热原都不能直接作用于体温调节中枢，直接起作用的是由中性粒细胞和单核细胞所产生的白细胞致热原，当这些细胞发生吞噬作用时，或与病原体致热原、类固醇致热原、抗原抗体复合物等发生接触时，则能释出一种致热物质，即白细胞致热原。它可以直接作用于体温调节中枢而引起发热。其次，由于某些疾病本身所引起的产热过多、散热过少、或体温调节障碍，也可导致发热。这种发热称为非致热原性发热。

【发热直接引起的症状】 发热开始时，每有寒战，这是由于身体在致病因子的作用下，通过运动神经使肌肉收缩所致。发冷、恶寒和皮肤苍白是因为在发热之初，皮肤血管收缩，皮肤温度下降的缘故。发热时，因组织代谢增强，需氧量增加，所以呼吸和心率都加快。高热可引起头痛，甚或导致中枢神经系统功能紊乱，出现意识不清、昏迷、谵妄或惊厥。发热时，因消化功能和胃肠蠕动失调，常出现舌苔增厚、食欲不振、恶心呕吐、腹胀或便秘等。发热病人因身体消耗较大，常觉倦怠无力，肌肉酸痛，周身不适。高热时，可因肾血流量减少和因呼吸增速所致的失水量增加，而出现口干、尿量减少或尿色深黄。退热时可伴随散热而出现大量出汗和皮肤温度降低。

【热型】

(1) 稽留热：其特点是体温增高，一般在 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右，一天之内波动范围不超过 1°C ，且持续时间较长，可连续多日不退，多见于伤寒、大叶性肺炎等。

(2) 弛张热：一般为 39°C 以上之高热，一日间的体温波动在 1°C 以上，最低体温亦常高于正常。此类热型常见于急性化脓性感染、风湿病、结核病等。

(3) 间歇热：体温急骤上升达 39°C 以上，持续数小时或更长，然后下降至正常。经数小时或数日的间歇又再次升高，如此反复发作，常见于疟疾。

(4) 波浪热：体温逐渐上升，达高峰后又逐渐下降，下降至一定程度后又逐渐上升，如此反复，温度曲线呈波浪型，见于布氏杆菌病等。

(5) 回归热：高热持续一段时间后退热，间歇数天，高热又再次出现，如此反复数次，见于回归热、淋巴瘤等。

【病因】引起发热的疾病很多,概括地可分为感染性发热与非感染性发热两种,前者较多见。

(1) 感染性发热: 病原体有病毒、支原体、立克次体、细菌、螺旋体、真菌、寄生虫等。病原体的代谢产物或其分泌的毒素,可作用于白细胞使其产生致热原而引起发热。

(2) 非感染性发热: 主要由以下几个原因所引起。

1) 坏死物质的吸收: 如急性心肌梗塞、重度外伤、烧伤、恶性肿瘤、急性白血病和急性溶血性贫血等。

2) 变态反应: 如风湿病、血清病、药物热、播散性红斑狼疮等。

3) 产热过多或散热过少: 前者如甲状腺机能亢进、癫痫和惊厥等; 后者如大量脱水和牛皮癣等。

4) 体温调节中枢功能失常: 如中暑、颅内肿瘤、脑血管意外等。

5) 植物神经功能紊乱: 是功能性发热的主要原因。

【问诊要点】当病人诉说发热时,应详细询问已发热多久,热的升降和波动情况,热度多高,高峰出现的时间和持续多久等,以确定发热的急、缓、长、短和热型如何。了解热型对诊断有一定帮助。

询问发热的伴随症状对确定疾病的部位和性质有一定的意义。伴有头痛、呕吐和意识障碍者,应多考虑中枢神经系统疾病,如脑膜炎、脑炎等。伴有咳嗽、胸痛者多为肺或胸膜的疾病。伴有腹泻时,应考虑肠道感染,如肠炎、菌痢、伤寒、副伤寒。伴有右上腹痛者,应多考虑肝胆系统的疾患。肺下叶炎症波及横膈胸膜时,也可引起上腹痛。伴右下腹痛者,应多考虑急性阑尾炎。伴有全下腹痛者,在妇女要考虑盆腔器官的炎症。发热同时有全腹痛者,要考虑急腹症、腹膜炎等的可能性。伴有腰痛和排尿异常者,可能为泌尿系统感染。发热伴有发疹或出血者,多考虑急性传染病或败血症。

此外,对过去有无传染病史或传染病接触史,有无慢性感染性疾病等,也要询问,供作诊断时参考。

【检查要点】对发热病人应进行系统的全身检查。要特别注意检查皮肤、淋巴结、心、肺、腹(包括肝脾)、四肢和神经系统。详细观察病人的精神状态,如有无谵妄及其对周围环境的反应如何等。

血、尿、粪便的常规检查也很重要。尤其是血和尿的检查,常可对发热原因提供线索。血液检查着重在白细胞计数和血沉。必要时还应作血培养。一般细菌性和化脓性感染可致白细胞增多,而病毒性感染则常使白细胞减少。白细胞分类计数和血小板计数对诊断急性白血病等血液病很重要。如发热患者有贫血,应作网织红细胞、骨髓象和其它溶血方面的检查。尿检查应注意红、白细胞和蛋白。大便检查应注意性状、细胞及虫卵。X线检查对寻找潜在病灶常有很大帮助,如结核病、肿瘤等。有时还需进行细菌学、血清学、免疫学和寄生虫学等方面的检查。

(北京中医学院 李英林)

第二节 昏 迷

昏迷是严重的意识障碍,是由多种不同病因,使高级神经活动受到严重抑制的表现。

一般根据意识障碍程度的不同,分为浅昏迷和深昏迷两种。

浅昏迷:病人的随意运动丧失,对周围事物及声、光等刺激全无反应,但对较强的疼痛刺激尚有痛苦表情和简单的防御动作。患者的吞咽、咳嗽和角膜反射及瞳孔对光反应仍然存在,呼吸、脉搏和血压等一般无明显改变。

深昏迷:病人全身肌肉松弛,处于被动体位,对各种刺激全无反应,吞咽、咳嗽、角膜和腱反射以及瞳孔对光反应均消失,大小便失禁,仅维持呼吸和心跳功能。

【病因与发生机理】

(1) 感染性疾病:中毒性肺炎、中毒性菌痢、败血症、白喉、伤寒、猩红热、百日咳、泌尿系统感染等,可因毒素侵入中枢神经系统引起中毒性脑病而发生昏迷;引起脑膜炎、脑炎、脑脓肿及脑型疟疾等的各种病原体,都可直接损害中枢神经系统而引起昏迷。

(2) 颅脑非感染性疾病:脑血管意外、脑肿瘤、脑外伤、癫痫持续状态等均可引起昏迷,发生的原因与脑组织受到破坏、压迫或脑细胞功能障碍有关。

(3) 代谢紊乱:肝硬化、糖尿病、尿毒症、低血糖等患者可因脑细胞代谢障碍,或代谢生成的有毒物质作用于中枢神经系统而出现昏迷。肺性脑病及心源性脑缺血病人发生昏迷的主要原因是脑组织缺氧。

(4) 中毒:一氧化碳、安眠药、有机磷农药、酒精等中毒可直接抑制中枢神经系统引起昏迷。

(5) 物理因素:高热、中暑、电击、溺水、冻僵等都可使大脑皮质功能受损而发生昏迷。

(6) 内分泌功能障碍:脑垂体功能减退、甲状腺功能亢进危象、甲状腺功能减退、肾上腺功能减退危象等都可引起昏迷。

【问诊要点】昏迷病人的病史甚为重要,应迅速、重点地向家属及知情者询问。问诊要点如下。

(1) 昏迷发生的急缓:急骤发生的昏迷,可见于某些意外引起的疾病,如中暑、中毒、电击伤和脑外伤等,中枢神经系统的急性感染,如暴发型流行性脑脊髓膜炎,以及慢性疾病的急性并发症,如脑血管意外、心源性脑缺血、脑疝等。缓慢发生的昏迷,多见于肺性脑病、肝昏迷、尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、中枢神经系统慢性感染等。

(2) 昏迷发生时的情况:物理因素引起的昏迷,如电击、中暑等常可问出病因。中毒所致者,常有毒品接触史。冬季居住于炉灶通风不良的室内发生昏迷时,应想到一氧化碳中毒。

(3) 昏迷的伴随症状:伴有高热者应多考虑感染性疾病。伴有抽搐的可见于癫痫、高血压脑病、脑出血、颅脑损伤、颅内占位性病变。有偏瘫的多为脑血管意外或脑瘤。肝性昏迷多伴有黄疸、腹水等。尿毒症引起的昏迷多伴有水肿、贫血和高血压等。

(4) 既往病史:常可作为判定昏迷病因的重要参考。注意有无可以发生昏迷的疾病,如风湿性心脏病瓣膜病、高血压病、动脉粥样硬化、肺源性心脏病、肝硬化、慢性肾炎、慢性肾盂肾炎、糖尿病、甲状腺功能亢进症等。

【检查要点】体检时应重点检查体温、血压、脉搏、呼吸、皮肤、粘膜、瞳孔、心、肺、腹及神经系统。首先,应注意检查有无脑病变的定位征象和脑膜刺激征象,前者多见于颅脑疾患,后者多见于脑膜疾患,两者全无则多为代谢紊乱、中毒、感染、心脏等疾患所致。

昏迷伴有高血压时,要考虑脑出血、高血压脑病或肾功能衰竭等。伴血压过低时,常见于感染性休克、低血糖、氯丙嗪及巴比妥类药物中毒等。

昏迷伴深大呼吸时,应想到肝性昏迷、糖尿病酮症酸中毒及肾功能衰竭等。呼吸变慢者,见于颅脑疾患,以及巴比妥类药物中毒。伴有呼吸困难者,见于心、肺疾患,亦可见于氯丙嗪、白果、亚硝酸盐等中毒。呼吸不规则常见于各种病因引起的中枢性呼吸衰竭。

昏迷伴有瞳孔缩小,常见于有机磷农药、巴比妥、氯丙嗪、吗啡、毒蕈等中毒,亦可见于肾功能衰竭时。瞳孔缩小伴有高热,见于桥脑出血;再伴有四肢阵发性强直性抽搐,则见于脑室出血。瞳孔扩大者,见于阿托品、麻黄碱、乌头、一氧化碳中毒。双侧瞳孔不等大或忽大忽小,多见于脑血管意外、脑疝。

昏迷病人如呼出气味为烂苹果味,则见于糖尿病酮症酸中毒。如呼出气味呈腥臭味(肝臭),则见于肝硬变或暴发性肝炎引起的肝昏迷。如呼出气味有尿臊味,则见于肾功能衰竭。

明确昏迷的原因,还常需借助血常规、尿常规及酮体、血生化、心电图、脑脊液、眼底等检查。

(北京中医学院 武作朝)

第三节 水 肿

身体组织间隙有过多的体液积聚,以致发生肿胀时,称为水肿。通常所谓的水肿,指皮肤及皮下组织间隙的体液过度积聚而言。水肿有全身性的,也有局限性的。

全身性水肿的早期,表现为体重的迅速增加。以后随着水肿的加重,则出现皮肤肿胀、皮纹展平、弹性减退。水肿容易出现于组织松软和身体较低的部位。

局限性水肿则几乎都是局部病变所致。

水肿按压后出现凹陷的,称凹陷性水肿;按压后无明显凹陷的,称非凹陷性水肿。

【发生机理】 水肿发生的机理比较复杂,主要是由于自血管进入组织间的液体超过了从组织间返回血管的液体量所致。造成这种不平衡的原因有以下几种。

(1) 静脉压升高: 毛细血管静脉端的压力超过 15 毫米汞柱时,由组织间回吸到毛细血管内的液体减少,可导致液体聚积在组织间隙,发生水肿。

(2) 血浆胶体渗透压降低: 血浆蛋白的胶体渗透压是将液体从组织间隙吸回到血管内的主要动力。当血浆蛋白量,特别是白蛋白量减少时,则血浆胶体渗透压降低,自组织间隙回吸入血管内的液体即可减少,乃形成水肿。

(3) 毛细血管壁的通透性增强: 感染、化学刺激和物理刺激都可使毛细血管壁的通透性增强,使原来不能透过的蛋白分子能够漏到组织间隙中去,既降低了血浆的胶体渗透压,又增加了组织液的渗透压,使液体滞留在组织间隙而引起水肿。

(4) 钠和水的潴留: 肾小球滤过率降低或肾小管吸收率增加均可引起水、钠潴留,发生水肿。前者多见于肾炎,后者可见于继发性醛固酮增多症。

(5) 淋巴回流障碍: 由毛细血管动脉端渗入到组织间隙的体液,大部分于毛细血管的静脉端被吸回血管内,一部分则进入毛细淋巴管中,经淋巴管注入静脉。淋巴管阻塞时,因组织间液量和其中的蛋白量都增加,所以能发生水肿,这种水肿都是局限性的。

【病因】

(1) 心脏病: 水肿是心脏功能不全的常见症状之一。心功能不全时心排血量减少, 可使肾血流量降低, 尿形成减少, 水分潴积体内; 同时, 由于滤到原尿中的钠量减少, 致密斑细胞受刺激而兴奋, 促使近球旁细胞增加肾素的分泌, 通过肾素-血管紧张素-醛固酮系统的作用, 引起水钠潴留。

右心衰竭时, 毛细血管静脉端的压力升高, 长期肝郁血所致之对醛固酮的灭能作用减弱和蛋白合成减少都是引起心病性水肿的因素。

心病性水肿, 最先见于踝部, 于劳累后明显, 而在休息后减轻。随着心力衰竭的加剧, 水肿逐渐向上扩展。其分布的部位可随体位而改变, 立位时水肿分布在两下肢, 半坐位时则在臀部、大腿根部及背部。水肿严重时, 可并发胸腔、腹腔甚或心包腔的积液。

(2) 肾脏病: 急性肾炎时肾小球滤过率降低, 致水钠滤出减少, 加上滤出的水钠又可以被功能尚好的肾小管吸收, 所以可出现比较明显的水钠潴留。

慢性肾炎肾病期的水肿, 主要是由于长期从尿中丢失了大量蛋白, 使血浆蛋白减少, 血浆的胶体渗透压降低所致。

急性肾炎时的水肿, 多为轻度或中度, 但发展很快, 常先见于眼睑和面部, 迅速波及全身。肾病型慢性肾炎的水肿常较重, 以面部下肢较明显, 严重者头皮、前胸、腹壁、阴囊等处都可出现水肿, 也可出现腹水和胸水。

(3) 肝脏病: 肝病时, 肝脏合成蛋白的功能减退, 可引起血浆胶体渗透压的降低, 发生水肿。肝硬变的大量腹水可使下腔静脉回流不畅, 导致下肢的水肿。肝病后, 对血中雌激素、醛固酮及抗利尿激素的灭能作用减弱, 从而加剧了水、钠潴留。

(4) 营养不良: 营养不良性水肿的原因, 主要是由于血浆蛋白减少所致的血浆胶体渗透压降低, 此外维生素 B₁ 缺乏所致的周围小动脉扩张和心肌受损, 以及营养不良所致的肝功能损害也是引起水肿的因素。肝功能减退时, 对醛固酮与抗利尿激素的灭能作用不足, 也加重了钠、水的潴留。

营养不良性水肿在水肿发生之前, 可有体重减轻、消瘦等表现, 以后才逐渐出现水肿。水肿为全身性的, 但由于体位关系常先出现于下肢, 严重时可出现浆膜腔积液。

(5) 内分泌疾患: 甲状腺功能减退可引起粘液性水肿, 其特点是非凹陷性的。皮质醇增多症(柯兴综合征)可因水、钠潴留而发生水肿。经前期紧张综合征常有水肿, 可能与雌激素增多引起的钠、水潴留有关。

(6) 药物因素: 很多药物可引起水、钠潴留而导致水肿, 如肾上腺皮质激素、甘草流浸膏、睾丸酮、雌激素等。

(7) 结缔组织疾患: 红斑性狼疮、皮肤炎等, 可因皮肤病变本身或并发的心、肾损害而发生水肿。

(8) 过敏性疾患: 药物过敏和血清病等可由于血管活性物质的作用, 使血管扩张, 渗出增多, 发生水肿。

还有一种是原因未明的水肿, 称特发性水肿, 最多见于妇女。往往在直立时水肿明显, 卧床休息后则减轻或消退。

【问诊要点】

(1) 水肿的分布: 全身性水肿多见于肾脏病、心脏病、营养不良及内分泌疾患。局限性

水肿多见于局部炎症、过敏、静脉或淋巴回流受阻。

(2) 水肿发生的快慢: 急性肾炎、肾病综合征和过敏性疾患引起的水肿, 发生较快。营养不良、心力衰竭、慢性肾炎、内分泌疾患等引起的水肿, 多缓慢出现, 逐渐遍及全身。

(3) 水肿开始出现的部位和时间: 心脏病性水肿, 轻者常出现于劳累之后, 先见于下肢。肾脏病性水肿, 轻者多于晨起时出现于眼睑或面部。

(4) 水肿的伴随症状: 心脏病性者常伴有心悸、气短、发绀和不能平卧等。肾脏病性者常伴有血尿、尿少或高血压症状。肝病性者在水肿不很严重时, 即可出现腹水。伴有贫血者, 可能是慢性肾炎、营养不良等所致。

此外, 尚应详细询问既往有无心、肾、肝或慢性消耗性疾病的病史, 有无偏食, 胃肠道手术和寄生虫病等。

【检查要点】 系统的全面检查对水肿的诊断十分重要, 检查时应注意观察水肿的分布情况, 并鉴别是全身性水肿的局部表现, 还是局限性水肿; 前者将水肿部位抬高后可以明显减轻, 后者很少受体位变更的影响。水肿部位伴有静脉曲张者, 多为静脉回流受阻所致。水肿处有红、肿、热、痛者, 常为炎性水肿。水肿伴有发绀、心界扩大、心脏杂音和肝颈静脉回流征阳性, 则为心脏病性水肿; 若伴有心界扩大、心音遥远, 则提示为渗出性心包炎。肾脏病性水肿常伴有蛋白尿、管型及高血压。肝病性水肿时常可发现皮肤有蜘蛛痣、脾肿大或腹壁静脉曲张。内分泌疾患所引起的水肿, 则伴有该腺体功能异常的表现。

血、尿常规检查对营养不良性水肿及肾脏病性水肿的诊断有一定价值。肝功能、肾功能、胸部X线等检查, 有助于心、肾、肝病性水肿的鉴别。必要时, 还要做内分泌功能、心电图、骨髓穿刺等检查。

(北京中医学院 康廷培)

第四节 头 痛

头痛是临床上最常见的症状之一, 有时是某些严重疾病的早期的主要表现。头痛既可出现于颅内外疾患, 又可发生于全身或内脏疾患; 既可以是器质性病变引起的, 又可以是神经功能性的。因此, 对头痛患者必须全面系统地进行病史询问和各项检查。

【病因与发生机理】

(1) 颅内疾患: 头痛可见于颅内组织的炎症、脑血管疾患、脑瘤和颅脑损伤等。

1) 炎症: 脑膜炎、脑炎、蛛网膜炎和脑脓肿都可引起头痛。其发生机理, 是由于发热时脑血流量增加、病原体的毒素刺激脑膜或颅内血管通透性增加所引起的水肿及颅内高压, 使血管和脑膜受牵引所致。

2) 脑血管疾病: 脑出血和蛛网膜下腔出血的头痛是由于血液对颅内外痛觉敏感部分的压迫、移位等机械性影响和红细胞及其破坏产物对该部分的刺激而引起。脑血管畸形和先天性脑动脉瘤也可引起头痛, 前者是由于颅内某一区域血管的异常、扩张或出血所致; 后者是由于动脉瘤压迫、刺激或破裂出血所引起。高血压脑病的头痛是由于发病前血压突然升高, 继发急性脑水肿所引起。脑供血不足的头痛, 可能是缺血时侧枝血管扩张所致。

3) 脑瘤: 可因瘤体牵扯血管, 颅内压升高, 颅神经和交感神经传入纤维直接受压或受损而导致头痛。

4) 颅脑损伤: 脑震荡、外伤性颅内血肿和脑挫伤都可以引起头痛。

(2) 脑血管舒缩功能障碍: 常见的有偏头痛和丛集性头痛。偏头痛是一种发作性血管舒缩不稳定, 加上某些体液物质暂时性改变所引起的疾病。丛集性头痛表现为在某一段时间内一连串的密集发作。其病因尚未明确, 一般认为是由颅外或颅内血管扩张所致, 亦有人认为是血管对组织胺过敏所引起。

(3) 颅外局部疾患:

1) 颅外软组织疾患: 头皮的感染、肿瘤、创伤和神经炎等可直接刺激感觉神经末梢而引起头痛。

2) 鼻和副鼻窦疾患: 鼻和副鼻窦的急慢性炎症或肿瘤均可引起头痛。

3) 眼部疾患: 屈光不正、青光眼和视神经炎等都可引起头痛。

4) 耳部疾患: 如急性中耳炎、急性乳突炎等。

5) 颈部疾患: 颈性头痛是由颈椎和枕部、颈部、肩部的软组织病变所致。见于颈肌炎、颈肌损伤、颈椎病等。

(4) 全身或内脏疾患: 高血压性头痛系血压突然升高所致。右心衰竭可因静脉压升高, 颅内静脉郁血和缺氧而出现压迫性头痛。肝病时可因解毒功能障碍而出现头痛。肾脏病时可因代谢产物在体内郁积引起头痛。贫血病人的头痛与脑组织缺氧有关。急性一氧化碳中毒的头痛与脑缺氧和血管舒缩功能障碍有关。

(5) 头颈肌收缩性头痛: 是由于额部、颞部和枕部肌肉持续的痉挛性收缩所致。

(6) 神经功能性头痛: 是由于长期神经过度紧张、精神刺激、焦虑等所致的大脑功能紊乱所造成, 见于神经衰弱、癔病、精神病、睡眠不足与过度疲劳等。

【问诊要点】

(1) 头痛部位: 全头痛见于脑炎、脑膜炎、眼部疾患或高热时; 额部痛见于偏头痛、中耳炎、高血压等; 枕部痛见于颈肌炎、枕大神经炎等; 头颈部剧烈疼痛且伴有脑膜刺激征者, 常见于流行性脑脊髓膜炎、蛛网膜下腔出血等; 头颅深部病变所致的头痛、其疼痛多向病变同侧的外面放散, 但与病变部位不一定符合, 应予注意。

(2) 头痛发生的缓急: 急性发作性头痛多见于颅内急性炎症、蛛网膜下腔出血、急性充血性青光眼、腰椎穿刺后头痛等。对于青壮年骤然发生剧烈头痛, 不伴发热而伴呕吐及意识障碍者, 应注意颅内动脉瘤或脑血管畸形引起蛛网膜下腔出血的可能。慢性进行性头痛见于脑瘤、脑脓肿和尿毒症等。对于渐进性的头痛且伴有颅内压增高表现者, 应警惕颅内占位性病变。反复发作的阵发性头痛多见于偏头痛、高血压和神经功能性头痛。

(3) 头痛的性质: 剧痛见于颅内急性化脓性感染、蛛网膜下腔出血、偏头痛或三叉神经痛等; 钝痛见于神经衰弱、慢性额窦炎、屈光不正、尿毒症等; 搏动性疼痛常见于偏头痛、丛集性头痛、高血压和发热等; 挤压性痛见于贫血、右心衰竭和一氧化碳中毒等。

(4) 时间与规律: 额窦炎所致者晨起较重; 屈光不正引起者多于晨起轻、午后较重; 脑瘤或脑脓肿等所致之颅内压增高引起的头痛以清晨最重; 丛集性头痛常于夜间发作; 偏头痛常呈周期性发作; 三叉神经痛发生于眼支时, 可由于揉眼或洗脸而触发; 神经功能性头痛多于过度紧张或情绪激动时出现, 且病程较长。

(5) 头痛加重或减轻的因素: 脑瘤、脑脓肿、蛛网膜下腔出血等因颅内压升高引起的头痛, 可因咳嗽、用力排便或身体前倾而加重; 贫血或腰穿后引起的头痛, 常于立位时加重, 卧

位时减轻;丛集性头痛于直立时减轻;头颈肌收缩性头痛,多于捏压或按揉该部肌肉时减轻;颈肌急性炎症所致的头痛,于运动颈部时可使头痛加重;脑膜炎或蛛网膜下腔出血所致之头痛,常于屈颈时加剧。

(6) 伴随症状: 头痛伴随有呕吐者,常见于脑膜炎、脑炎、脑瘤、急性充血性青光眼;剧烈偏头痛也常发生恶心呕吐。头痛伴有剧烈眩晕者,见于小脑肿瘤,椎-基底动脉供血不足等。头痛伴有发热者,见于脑膜炎、脑炎、脑脓肿等。头痛伴有半身麻木或肢体运动障碍者,应多考虑脑瘤、脑脓肿、高血压脑病、脑血管意外等。头痛同时出现视力减退者,见于青光眼、脑瘤或屈光不正等。头痛若伴有脓性鼻涕、鼻塞者,多为副鼻窦炎所致。耳道流脓的患者出现头痛时,应注意耳源性脑脓肿的发生。伴有精神症状,如精神呆滞或欣快等,应警惕额叶肿瘤或脓肿的可能。对有神经衰弱或癔病表现之头痛病人,在未能排除器质性疾患之前,切勿轻率地诊断为神经功能性头痛。

【检查要点】

(1) 头部: 应注意头颅的大小、形状与全身的比例,有无局限性凹陷或隆起,小儿尚须注意颅骨硬度及前囟的情况。视力和眼压测定可发现屈光不正和青光眼。眼底检查发现乳头水肿时,提示为颅内压增高所致之头痛。疑有颅内占位性病变者,必要时可作脑超声波、脑电图、气脑造影、脑血管造影、脑室造影和放射性同位素脑扫描等检查。额窦炎引起的头痛常可出现眶上眉根部压痛或叩击痛。鼻腔有脓性分泌物且副鼻窦有压痛,常提示副鼻窦炎。外耳道有脓性分泌物或鼓膜穿孔者提示有中耳炎。乳突炎时乳突部有叩痛。头痛伴有面色潮红或苍白者,多系脑血管舒缩功能失常所致。

(2) 颈部: 有项强、布鲁辛斯基(Brudzinski)征、克尼格(Kernig)征者,见于脑膜炎和蛛网膜下腔出血。颈肌紧张并有压痛,为颈部疾患所致之头痛。伴有颈淋巴结肿大者应注意鼻咽癌。

(3) 血压: 凡头痛病人都应作这项检查。

(4) 神经系统: 有锥体束征者提示为脑出血、脑肿瘤或脑脓肿等。

此外尚应注意有无贫血、发绀、皮下结节和血管痣等。有皮下结节者应考虑脑囊虫;面部有血管痣提示颅内血管可能有畸形。必要时还需进一步作血、尿、脑脊液检查或颅部X线检查等。

(北京中医学院 武作朝)

第五节 胸 痛

胸痛是由于多种原因引起的临床常见症状。由于某些内脏疾患,如心脏血管或肿瘤所致之胸痛,有时会危及患者的生命,所以应予重视。

【病因】 胸痛是由于外伤、炎症、肿块或组织缺血,刺激了肋间神经、膈神经和迷走神经的感觉纤维或脊髓神经后根传入纤维等所引起。

(1) 胸壁病变:

1) 软组织损伤或炎症: 流行性胸痛是病毒侵犯胸部肌肉所引起的一种疾病,常呈流行性发病。胸背肌肉局部损伤及过度劳累后所引起的胸背肌劳损也可引起胸痛。

2) 肋骨病变: 肋软骨炎最多发生于第二肋骨与肋软骨交界处,亦可发生于其它肋软