



临床疾病诊疗、检验与护理程序丛书

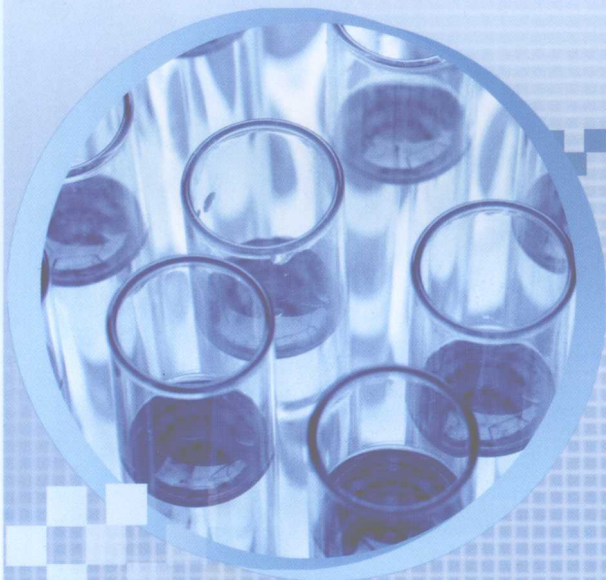
LINCHUANG JIBING ZHENLIAO JIANYAN YU HULI CHENGXU CONGSHU

临床疾病检验诊断程序

LINCHUANG JIBING JIANYAN ZHENDUAN CHENGXU

总主编 马 智

主 编 赵 军 张 芳 桑荣霞



军事医学科学出版社

★临床疾病诊疗、检验与护理程序丛书

临床疾病检验诊断程序

总 主 编 马 智
主 编 赵 军 张 芳 桑荣霞

军事医学科学出版社
· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

临床疾病检验诊断程序/赵军,张芳,桑荣霞主编.
-北京:军事医学科学出版社,2007.8
(临床疾病诊疗、检验与护理程序丛书/马智总主编)
ISBN 978-7-80121-991-6

I. 临… II. ①赵… ②张… ③桑… III. 临床医学-医学检验
IV. R446.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 110226 号

出 版:军事医学科学出版社
地 址:北京市海淀区太平路 27 号
邮 编:100850
联系电话:发行部:(010)63801284
63800294
编辑部:(010)66884418,86702315,86702759
86703183,86702802
传 真:(010)63801284
网 址:<http://www.mmssp.cn>
印 装:三河佳星印装有限公司
发 行:新华书店

开 本:850mm×1168mm 1/32
印 张:10.25
字 数:253 千字
版 次:2007 年 8 月第 1 版
印 次:2007 年 8 月第 1 次
全套定价:168.00 元 每册定价:24.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

内 容 提 要

本书重点阐述了临床常用检验学检查技术在临床疾病诊断中的应用。本书以临床疾病为纲,结合疾病来阐述检验学在临床中的诊断运用。书中列有疾病 90 余种,涉及呼吸系统、消化系统、心血管系统、神经系统、泌尿系统、妇产科、儿科等各临床科系。从不同疾病检验检查方法的比较、优选及检验结果,到最后的诊断分析,给临床医生提供了一个清晰的流程指导。本书力求简明、实用、规范,旨在提高各临床医生疾病诊疗的水平和能力。

《临床疾病检验诊断程序》编委会

总 主 编	马 智		
主 编	赵 军	张 芳	桑荣霞
副 主 编	刘新平	张凤巧	郝育英
	李献军	李晓玲	康晨霞
	刘一婷	王铭超	秦洪茹
	贾会珍		
编 委	马广骏	王永红	梁雪山
	王菊美	朱春艳	

前 言

临床医学是一门实践性很强的学科。医学院校毕业后走上工作岗位的住院医师、经验不足的临床大夫,在实践中必将面临着许许多多的实际问题,如何将书本上汲取来的理论知识与临床实践相结合,如何将书本中学到的对疾病的介绍与临床上复杂的患者主诉及病情相结合,如何对具有相似临床表现的疾病做出正确的诊断和鉴别诊断,并给出切实可行的治疗方案,在诊断过程中又该依据怎样的先后程序等。为此,我们组织了具有丰富临床经验的一线专家编写了这套《临床疾病诊疗、检验与护理程序丛书》。本书编写的目的就是临床实用的角度出发,给临床医师一个清晰明了的诊疗指导,在理论知识与临床实践中架设一座桥梁,使住院医师能在短时间内掌握诊断、治疗的基本流程,提高专业技能。

本套著作共含七册,《内科疾病诊疗程序》、《外科疾病诊疗程序》、《妇产科疾病诊疗程序》、《儿科疾病诊疗程序》、《五官科疾病诊疗程序》、《临床疾病检验诊断程序》、《实用临床护理程序》。主要涉及相应临床中常见疾病,从医师接触患者的角度,对每一种疾病的诊疗过程进行了清晰阐述,从询问病史到进行体格检查、辅助检查,从诊断、鉴别诊断到提出治疗方案,都为医师提供了方便、简捷的指导。

本套著作力求简明、实用、规范,旨在提高临床医师的临床诊疗水平和能力。是住院医师、基层医务工作者常备的参考书。

由于编者能力及时间所限,文中不足之处在所难免,望广大读者赐教。

编者

2007年5月

目 录

第一章 呼吸系统疾病	(1)
第一节 肺炎	(1)
第二节 肺结核	(4)
第三节 支气管哮喘	(9)
第四节 慢性阻塞性肺病	(13)
第五节 慢性肺源性心脏病	(15)
第六节 呼吸衰竭	(19)
第七节 肺癌	(21)
第八节 胸腔积液	(26)
第九节 肺栓塞	(31)
第十节 急性呼吸窘迫综合征	(34)
第二章 消化系统疾病	(38)
第一节 消化性溃疡	(38)
第二节 溃疡性结肠炎	(42)
第三节 急性胃肠炎	(47)
第四节 急性胰腺炎	(49)
第五节 肝硬化	(53)
第六节 原发性肝癌	(57)
第七节 胰腺癌	(61)
第八节 消化道出血	(64)
第九节 急性胆囊炎	(68)
第三章 循环系统疾病	(71)
第一节 冠心病	(71)

第二节	急性风湿热	(76)
第三节	感染性心内膜炎	(79)
第四节	病毒性心肌炎	(84)
第五节	窦性心律失常	(87)
第六节	房性心律失常	(90)
第七节	室性心律失常	(95)
第八节	房室交界区性心律失常	(97)
第九节	房室传导阻滞	(99)
第四章	泌尿系统疾病	(101)
第一节	尿路感染	(101)
第二节	急性肾小球肾炎	(103)
第三节	慢性肾小球肾炎	(107)
第四节	肾病综合征	(110)
第五节	急性肾功能衰竭	(114)
第六节	慢性肾功能衰竭	(119)
第七节	前列腺癌	(124)
第五章	血液和造血系统疾病	(129)
第一节	缺铁性贫血	(129)
第二节	巨幼细胞性贫血	(133)
第三节	溶血性贫血	(136)
第四节	再生障碍性贫血	(139)
第五节	粒细胞减少和粒细胞缺乏症	(143)
第六节	弥散性血管内凝血	(147)
第七节	白血病	(152)
第八节	骨髓增生异常综合征	(156)
第九节	多发性骨髓瘤	(159)
第十节	血栓性血小板减少性紫癜	(164)
第十一节	传染性单核细胞增多症	(167)

第六章 内分泌系统疾病	(172)
第一节 垂体瘤	(172)
第二节 甲状腺功能亢进症	(176)
第三节 甲状腺功能减退症	(183)
第四节 库欣综合征	(187)
第五节 原发性醛固酮增多症	(191)
第六节 嗜铬细胞瘤	(194)
第七节 甲状旁腺功能亢进症	(198)
第八节 甲状旁腺功能减退症	(202)
第九节 糖尿病	(205)
第十节 低血糖症	(214)
第七章 风湿病和结缔组织病	(217)
第一节 类风湿关节炎	(217)
第二节 系统性红斑狼疮	(221)
第三节 硬皮病	(227)
第四节 干燥综合征	(230)
第八章 神经系统疾病	(235)
第一节 急性感染性多发性神经炎	(235)
第二节 脑膜炎	(237)
第三节 病毒性脑炎	(244)
第四节 感染、中毒及代谢性脑病	(247)
第五节 周期性麻痹	(249)
第六节 急性脑血管病	(251)
第七节 肝豆状核变性	(253)
第八节 阿尔茨海默病	(254)
第九章 传染性疾病	(256)
第一节 流行性出血热	(256)
第二节 流行性脑脊髓膜炎	(260)

第三节	流行性乙型脑炎	(263)
第四节	疟疾	(266)
第五节	病毒性肝炎	(268)
第六节	细菌性痢疾	(274)
第七节	白喉	(276)
第十章	妇产科疾病	(279)
第一节	妊娠高血压综合征	(279)
第二节	异位妊娠	(283)
第三节	羊水栓塞	(286)
第十一章	儿科疾病	(290)
第一节	新生儿母婴血型不合溶血病	(290)
第二节	新生儿败血症	(294)
第三节	佝偻病	(298)
第四节	迟发性维生素 K 缺乏症	(303)
第五节	皮肤黏膜淋巴结综合征	(306)
第十二章	急性中毒及物理因素疾病	(309)
第一节	一氧化碳中毒	(309)
第二节	有机磷中毒	(310)
第三节	乙醇中毒	(313)
第四节	巴比妥类药物中毒	(315)

第一章 呼吸系统疾病

第一节 肺 炎

肺炎主要是指终末气道、肺泡和肺间质的炎症。引起肺炎的病因较多,以感染最常见,其他尚有理化因子、免疫损伤等。多数患者在发病前有受凉、淋雨、劳累、酗酒或上呼吸道感染史。感染可由细菌、病毒、支原体、真菌、寄生虫等引起,但细菌性肺炎是最常见的肺炎。

步骤一:临床资料

细菌性肺炎多半起病急骤,先有寒战,继之高热,体温可达 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$,可呈稽留热。数小时内即有明显的咳嗽、咯痰、胸痛和呼吸困难等呼吸道症状。肺实变时,患侧肺部可闻及病理性支气管呼吸音、干湿性啰音。支原体肺炎多数起病缓慢,具有典型肺炎时约半数患者有发热、头痛、干咳、无痰伴胸痛,约半数患者吸气末可闻及干啰音或湿啰音。病毒性肺炎临床表现一般较轻,与支原体肺炎的症状相似。起病缓慢,有头痛、乏力、发热、咳嗽,咯少量黏痰。

步骤二:检验项目的选择

1. 血液检查 白细胞计数及分类计数、红细胞沉降率、丙氨酸氨基转移酶、天冬氨酸氨基转移酶、肌酸激酶、乳酸脱氢酶。
2. 尿液检查 化学检查。
3. 浆膜腔积液检查 理学检查、有形成分检查、糖、氯化物、蛋白。

4. 病原学检查 痰涂片,血、痰、胸腔积液培养。

5. 血清学检查 肺炎支原体抗体、病毒系列抗体、军团菌抗体、肺炎衣原体抗体。

步骤三:检验结果的分析

1. 血象 细菌性肺炎白细胞总数和中性粒细胞多有不同程度的升高,白细胞计数常在 $(10 \sim 30) \times 10^9/L$,中性粒细胞多在0.8以上,呈核左移,可见中毒颗粒。年老体弱、免疫力低下者的白细胞计数常不增高,但中性粒细胞百分比仍高。肺部炎症显著但白细胞计数不增高常提示病情严重。

支原体或衣原体感染时大多数患者白细胞总数正常,约5%可高于正常,也可有中性粒细胞增多,或淋巴细胞、单核细胞增多,可有轻度贫血及网织红细胞增加。

病毒感染时白细胞计数早期常降低,以后可以正常或升高,常伴有淋巴细胞的减少。

2. 尿液检查 一般正常或有少量蛋白尿。

3. 肝功能检查 一般正常,偶有丙氨酸氨基转移酶增高。感染较重时,可继发肝功、心肌酶谱改变。

4. 痰液的检查 涂片镜检操作简便、结果快速。通过对痰标本涂片固定染色或涂片直接镜检,可取得最早期的初步病原学诊断,有时可达到确诊的目的。根据涂片检查,做培养鉴定。

痰涂片革兰染色若见成对或短链状排列的阳性球菌,并见大量中性粒细胞,则对诊断肺炎链球菌肺炎有意义。若见大量成堆的葡萄球菌与脓细胞,白细胞内见革兰阳性球菌,对诊断葡萄球菌肺炎有意义。若见大量革兰阴性杆菌或球杆菌,对诊断革兰阴性杆菌肺炎有意义。痰涂片发现真菌菌丝,对诊断真菌(如念珠菌等)肺部感染有意义。留取痰液标本时,应用清水反复漱口后,用力咳嗽,从呼吸道深部咳出新鲜痰液送检。

培养阳性可作为肺炎的病原学确诊,进一步做药敏试验可指

导临床合理选用抗生素。

5. 胸腔积液检查 胸腔积液是肺炎链球菌肺炎最常见的并发症,发生率10%~20%。若积液多则应及时抽出或采用胸腔插管引流加抗生素治疗;如形成包裹,可用胸腔插管引流加抗生素治疗加溶栓药物胸腔内注射。支原体肺炎有胸膜渗出时,胸水的特征为渗出液,葡萄糖正常,蛋白增高,多核、单核细胞不定。

6. 血培养 在抗菌药物使用前做血培养,20%可呈阳性。原发性金黄色葡萄球菌肺炎血培养阳性率低,血原性感染者阳性率高,有诊断价值。肺炎患者血培养和痰培养分离到相同的细菌,该菌可确定为肺部感染的病原菌。

7. 血清学检查 血清学检查是诊断肺炎支原体感染最好的方法。酶联免疫吸附试验(ELISA)检测的是特异性肺炎支原体IgM,敏感性和特异性较高。发病后1周即可检测出特异性IgM,10~30d达高峰,12~16周转为阴性。特异性为80%~100%,敏感性为71%。核酸杂交技术已开始用于肺炎支原体的诊断,可达到早期快速反应的要求。抗链球菌溶血素“O”效价明显升高是化脓性链球菌感染的血清学证据。

步骤四:诊断

(一) 诊断要点

根据症状、体征、胸部X线检查及实验室检查,一般诊断不难。

(二) 鉴别诊断

首先必须把肺炎与上呼吸道感染和下呼吸道感染区别开来。呼吸道感染虽然有咳嗽、咯痰和发热等症状,但各有其特点,上下呼吸道感染无肺实质浸润,胸部X线检查可鉴别。其次,必须把肺炎与其他类似肺炎的疾病区别开来。肺炎常需与下列疾病鉴别:

1. 肺结核 肺结核多有全身中毒症状,如午后低热、盗汗、疲

乏无力、体重减轻、失眠、心悸等。X线胸片见病变多在肺尖或锁骨上下，密度不均，消散缓慢，且可形成空洞或肺内播散。痰中可找到结核分枝杆菌。一般抗菌药物治疗无效。

2. 肺癌 多无急性感染中毒症状，有时痰中带血丝。血白细胞计数不高，若痰中发现癌细胞可以确诊。肺癌可伴发阻塞性肺炎，经抗生素治疗后炎症消退，肿瘤阴影渐趋明显，或可见肺门淋巴结肿大，有时出现肺不张。若经过抗生素治疗后肺部炎症不易消散，或暂时消散后于同一部位再出现肺炎，应密切随访，对其中有吸烟史及年龄较大的患者，更需加以注意，必要时进一步做CT、MRI、纤维支气管镜和痰脱落细胞等检查，以免贻误诊断。

3. 急性肺脓肿 早期临床表现与肺炎链球菌肺炎相似。但随着病程进展，咳出大量脓臭痰为肺脓肿的特征。X线显示脓腔及气液平，易与肺炎相鉴别。

4. 肺血栓栓塞症 肺血栓栓塞症多有静脉血栓的危险因素，如血栓性静脉炎、心肺疾病、创伤、手术和肿瘤等病史，可发生咯血、晕厥，呼吸困难较明显，颈静脉充盈。X线胸片示区域性肺纹理减少，有时可见尖端指向肺门的楔形阴影，动脉血气分析常见低氧血症及低碳酸血症。D-二聚体、CT、肺动脉造影、放射性核素肺通气/灌注扫描和MRI等检查可帮助进行鉴别。

5. 非感染性肺部浸润 还需排除非感染性肺部疾病，如肺间质纤维化、肺水肿、肺不张、肺嗜酸性粒细胞浸润症和肺血管炎等。

第二节 肺结核

结核病的病原菌为结核分枝杆菌，包括人型、牛型、非洲型和鼠型4类。人肺结核的致病菌90%以上为人型结核分枝杆菌，少数为牛型和非洲型分枝杆菌。主要通过咳嗽、喷嚏、大笑、大声谈话等方式把含有结核分枝杆菌的微滴排到空气中而传播。咳嗽是

肺结核患者排出微滴的主要方式,又是常见症状,因此飞沫传播是肺结核最重要的传播途径。结核病的易感人群为:婴幼儿、老年人、HIV 感染者、免疫抑制剂使用者、慢性疾病患者等。

步骤一:临床资料

肺结核的临床表现多种多样,尤其在结核病疫情得到控制、发病率低的地区。

1. 咳嗽、咯痰 是肺结核最常见的症状。咳嗽较轻,干咳或少量黏液痰。有空洞形成时,痰液增多。若并发细菌感染,痰可呈脓性。若并发支气管结核,表现为刺激性咳嗽。

2. 咯血 $1/3 \sim 1/2$ 的患者有咯血。咯血量多少不定,多数患者为少量咯血,少数为大量咯血。

3. 胸痛 结核累及胸膜时可表现为胸痛,为胸膜性胸痛。随着呼吸运动和咳嗽加重。

4. 呼吸困难 多见于干酪样肺炎和大量胸腔积液患者。

5. 全身症状 发热为最常见的症状,多为午后潮热,当肺部病灶急剧进展播散时,可有高热。部分患者有倦怠乏力、盗汗、食欲减退和体重减轻等症状。育龄妇女患者可有月经不调。

步骤二:检验项目的选择

1. 血液检查 白细胞计数及分类计数、谷丙转氨酶、胆红素、碱性磷酸酶、尿酸、血沉。

2. 病原学检查 痰涂片检查、痰培养、结核菌 DNA 检测。

步骤三:检验结果的分析

1. 痰结核分枝杆菌检查 是确诊肺结核的主要方法,也是制订化疗方案和考核治疗效果的主要依据。每一个有肺结核可疑症状或肺部有异常阴影的患者都应该查痰。

(1)痰涂片检查:是简单、快速、易行和可靠的方法,但欠敏感。每毫升痰中至少含有 5 000 ~ 10 000 个细菌时可呈阳性结果。痰涂片检查阳性只能说明痰中含有抗酸杆菌,不能区分是结核分

枝杆菌还是非结核分枝杆菌。由于非结核分枝杆菌少,故痰中检出抗酸杆菌有极重要的意义。若给予合理的抗结核治疗后,痰菌转阴,说明治疗有效。如果阴转后又转阳,说明治疗失败,疾病复发,需及时调整治疗方案。

(2)痰培养:结核分枝杆菌培养为痰结核分枝杆菌提供准确可靠的依据,培养法检出率比涂片法高2倍,常作为结核病诊断的金标准。并可行菌种鉴定,判断是结核分枝杆菌还是非结核分枝杆菌感染,同时对分离菌进行药物敏感试验,指导临床合理选择抗结核药物治疗。结核分枝杆菌培养费时较长,一般2~6周,阳性结果随时报告,培养至8周仍未生长者报告阴性。

(3)结核菌其他检查:结核菌DNA检测是目前应用比较广泛的一种结核菌检验项目,有快速、敏感、特异性高等优点,使结核病的快速诊断取得一定进展。结核抗原和抗体的检测是结核病感染的辅助诊断指标,但目前仍在研究阶段,临床意义尚不明确,需改进和完善。

2. 血常规 患者可表现为白细胞总数正常,淋巴细胞比例升高,有助于与细菌性肺炎相鉴别。后者常表现为白细胞总数和中性粒细胞比例升高;粟粒型肺结核可有全血性贫血、白细胞减少或偶见类白血病反应,白细胞高达 $(30 \sim 40) \times 10^9/L$;慢性重症肺结核由于慢性消耗、营养不良常导致贫血。

3. 血沉 结核活动期血沉可以增快,病情好转时血沉减慢,稳定期血沉正常,因此对判断结核活动性有一定的参考值,但对结核病的诊断无特异性。各种细菌感染、组织损伤、恶性肿瘤、高胆固醇血症患者均可见血沉增快;此外,妇女月经期、妊娠期等生理情况下也可出现血沉增快。

4. 肝功能 对结核病的诊断无帮助,可用于观察药物的不良反应。异烟肼、利福平、吡嗪酰胺均可引起肝功能的损伤,尤其是三药联合使用时,有长期酗酒史者,乙型肝炎、乙肝病毒携带者或

老年人较容易发生,多发生在治疗的早期,表现为谷丙转氨酶的升高,也可出现胆红素、碱性磷酸酶增高。因此在化疗过程中要定期检查肝功能。

5. 肾功能 利福平和吡嗪酰胺可引起急性间质性肾炎,吡嗪酰胺可以引起血尿酸的升高,在化疗过程中需注意监测。

步骤四:诊断

(一) 诊断要点

1. 全身症状 全身不适、倦怠、失眠、烦躁、面颊潮红、心悸、长期低热,或不规则高热、潮热。女性患者可有月经失调、闭经。老年免疫功能障碍、有并发症(糖尿病、慢性阻塞性肺病等)者结核症状不典型。

2. 呼吸道症状 咳嗽、咯痰、咯血、胸痛,以及不同程度胸闷和呼吸困难。

3. 肺部体征 早期病变范围小不易检查到阳性体征。病变范围较大者在病变部位,叩诊呈浊音,听诊语音亢进,肺泡呼吸音减低和湿啰音。

4. 诊断 痰结核菌阳性是重要诊断依据。若3次涂片,1次培养均阴性(菌阴结核),诊断标准如下:

- (1) 典型肺结核临床症状和胸部X线表现。
- (2) 抗结核治疗有效。
- (3) 临床可排除其他非结核性肺部疾患。
- (4) PPD(5U)强阳性;血清抗结核抗体阳性。
- (5) 痰结核菌PCR+探针检测呈阳性。
- (6) 肺外组织病理证实结核病变。
- (7) BALF检出抗酸分枝杆菌。
- (8) 支气管或肺部组织病理证实结核病变。

具备(1)~(6)中3项或(7)~(8)中任何一项可确诊。