



# 现代临床 全科医学

主 编 张方祥 杨 钧 魏 捷 等

天津科学技术出版社

# 现代临床全科医学

主 编 张方祥 杨 钧 魏 捷 等

天津科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

现代临床全科医学/张方祥等主编. —天津: 天津科学技术出版社, 2011. 11  
ISBN 978-7-5308-6746-4

I. ①现… II. ①张… III. ①临床医学 IV. ①R4

中国版本图书馆CIP数据核字 (2011) 第243615号

---

责任编辑: 袁向远

责任印制: 王莹

---

天津科学技术出版社出版

出版人: 蔡颢

天津市西康路35号 邮编 300051

电话 (022) 23332399 (编辑室) 23332393 (发行部)

网址: [www.tjkjcs.com.cn](http://www.tjkjcs.com.cn)

新华书店经销

山东省英华印刷厂印刷

---

开本 787×1 092 1/16 印张 32.5 字数 920 000

2011年11月第1版第1次印刷

定价: 88.00元

# 编委会

## 主 编

张方祥 (山东省淄博市张店区中医院)

杨 钧 (河北省人民医院)

魏 捷 (济南军区总医院)

张正杰 (山东省滕州市官桥镇卫生院)

王 硕 (高密市中医院)

李丹丹 (济南军区总医院)

## 副主编

张全胜 (甘肃省第二人民医院)

于学红 (威海市立医院)

刘红霞 (烟台市海阳中医药职专附属医院)

苏智星 (湖北省阳新县人民医院)

梁 皓 (河南省濮阳市人民医院)

陈海龙 (洛阳正骨医院)

王丽婷 (甘肃省兰州市城关区第三医院)

## 编 委

郭文英 (河南省濮阳市人民医院)

孔玉显 (河南省濮阳市人民医院)



## 张方祥

1967年2月生，院长，副主任医师。

1991年毕业于潍坊医学院临床医学系。从事神经内科、血栓病专业20年。成功开展了脑血栓形成急性期病态心理分析及治疗等新技术，新项目七项。在《中华实用中西医杂志》、《中华误诊学杂志》、《实用医技》等省级以上医学杂志发表医学论文16篇。形成了一整套血栓病预防与治疗的科学而使用的方案，使本院血栓病治愈好转率由原来的77.8%提高到现在的91.6%，使本院成为当地血栓病患者的主要流向所在。

---



## 杨钧

男，1967年7月生，大学本科，副主任医师。

从事神经外科专业20余年。在中枢神经系统肿瘤、重度神经损伤及神经外科疑难杂症的诊治有较丰富经验。承担省级科研课题二项，获得省级科研成果二项。

# 前 言

全科医学的概念在 20 世纪 80 年代后期引入中国内地医学界,至今已建立起了比较完整的全科医学体系。近年来,我国大力推动卫生体制改革,发展社区卫生服务,使得作为支撑社区卫生服务的主要学科——全科医学的地位不断上升,受到越来越多医学界人士的重视。全科医疗涉及内容广泛,从紧急的医疗问题到缓慢发展、迁延终生的慢性疾病,从人们熟悉的轻微疾病到危机生命的严重疾病都有涉猎。因此全科医生所面临的任务与其他专科医生明显不同,学科特点和其服务模式决定了他们在专业训练中所学的知识既要全面又要有选择性。

自我国大力开展全科医学教育以来,有关全科医师岗位培训的书籍相继出版,促进了社区卫生服务的发展。为了给全科医生提供一本更有针对性、实用性和操作性的参考用书,我们在总结前人经验的基础上,借鉴了国内外大量相关文献资料,编写了本书。本书共分为上下两篇,上篇为全科医学基础,介绍了常见症状的诊断及鉴别诊断、常用检查技术、常用护理技术及全科医疗中的康复医学;下篇详细介绍了内外科、妇产与儿科及其他常见疾病的病因病理、诊断及治疗方法。

由于全科医学涉及内容极为广泛,加之近年来医疗技术发展迅速,因此本书在内容和形式上难免有所不足,希望广大读者和同行不吝赐教。

《现代临床全科医学》编委会

2011 年 10 月

# 目 录

## 上篇 全科医学基础

第一章 常见症状	(3)
第一节 发 热	(3)
第二节 咳嗽与咳痰	(5)
第三节 呼吸困难	(7)
第四节 发 绀	(8)
第五节 腹 泻	(9)
第六节 咯 血	(12)
第七节 心 悸	(13)
第八节 晕 厥	(15)
第九节 昏 迷	(16)
第十节 黄 疸	(17)
第十一节 水 肿	(20)
第十二节 急性少尿与无尿	(22)
第十三节 疼 痛	(23)
第二章 常用检查技术	(29)
第一节 一般检查	(29)
第二节 头部检查	(37)
第三节 颈部检查	(43)
第四节 胸廓、胸壁与乳房检查	(45)
第五节 肺与胸膜检查	(49)
第六节 心脏检查	(60)
第七节 腹部检查	(71)
第八节 脊柱与四肢检查	(83)
第九节 神经系统检查	(90)

第三章 常用护理技术	(105)
第一节 口服给药法	(105)
第二节 吸入给药法	(106)
第三节 注射法	(107)
第四节 无菌原则与技术	(110)
第五节 鼻饲法	(113)
第六节 洗胃法	(114)
第七节 灌肠法	(116)
第八节 导尿术	(119)
第九节 生命体征的观察与测量	(120)
第四章 全科医疗中的康复医学	(127)
第一节 康复医学	(127)
第二节 传统康复疗法	(129)
第三节 康复护理技术	(135)
第四节 康复护理评估	(144)

## 下篇 常见疾病的诊断与治疗

第五章 内科常见疾病	(155)
第一节 急性气管—支气管炎	(155)
第二节 慢性支气管炎	(156)
第三节 支气管哮喘	(159)
第四节 病毒性心肌炎	(161)
第五节 冠状动脉粥样硬化性心脏病	(167)
第六节 心律失常	(169)
第七节 高血压病	(184)
第八节 反流性食管炎	(190)
第九节 慢性胃炎	(194)
第十节 急性胃炎	(196)
第十一节 缺铁性贫血	(197)
第十二节 再生障碍性贫血	(200)
第十三节 过敏性紫癜	(203)
第十四节 特发性血小板减少性紫癜	(205)



第十五节	淋巴瘤	(207)
第十六节	类风湿性关节炎	(213)
第十七节	化脓性脑膜炎	(216)
第十八节	三叉神经痛	(219)
第十九节	短暂性脑缺血发作	(222)
第二十节	脑梗死	(226)
第二十一节	帕金森综合征	(236)
第二十二节	偏头痛	(239)
第二十三节	急性脊髓炎	(246)
第二十四节	神经衰弱	(248)
第二十五节	癫痫	(251)
<b>第六章</b>	<b>外科常见疾病</b>	<b>(258)</b>
第一节	气胸	(258)
第二节	肺癌	(264)
第三节	食管癌	(268)
第四节	胃癌	(278)
第五节	肝癌	(281)
第六节	颈椎病	(297)
第七节	单纯下肢静脉曲张	(302)
第八节	椎间盘突出症	(304)
第九节	椎管狭窄	(309)
第十节	脑脓肿	(311)
第十一节	脑出血	(318)
第十二节	脑动脉瘤	(323)
<b>第七章</b>	<b>妇产与儿科常见疾病</b>	<b>(345)</b>
第一节	阴道炎	(345)
第二节	宫颈炎	(350)
第三节	慢性盆腔炎	(355)
第四节	子宫肌瘤	(357)
第五节	妊娠高血压疾病	(360)
第六节	新生儿黄疸	(368)
第七节	小儿腹泻	(370)
第八节	小儿贫血	(377)
第九节	儿童单纯性肥胖症	(385)
第十节	先天性心脏病	(386)

第十一节	小儿心率失常	(395)
第十二节	麻疹	(403)
第十三节	幼儿急疹	(405)
第八章	其他常见疾病	(407)
第一节	眼睑炎	(407)
第二节	泪囊炎	(410)
第三节	细菌性结膜炎	(411)
第四节	细菌性角膜炎	(412)
第五节	原发性青光眼	(413)
第六节	年龄相关性白内障	(420)
第七节	视网膜血管疾病	(423)
第八节	玻璃体疾病	(428)
第九节	视神经炎	(436)
第十节	单纯疱疹	(438)
第十一节	带状疱疹	(440)
第十二节	接触性皮炎	(443)
第十三节	湿疹	(448)
第十四节	神经性皮炎	(451)
第十五节	脂溢性皮炎	(453)
第十六节	荨麻疹	(454)
第十七节	痤疮	(460)
参考文献		(465)





# 第一章 常见症状

## 第一节 发热

### 一、发热的概念

正常人受体温调节中枢的有效调控,并通过神经、体液因素使机体产热和散热过程呈动态平衡,使体温保持在相对恒定的范围内。当机体在致热原作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍,导致机体产热多于散热,致使体温高出正常范围,称为发热。

### 二、正常体温与生理变异

正常人体温一般为 $36\sim 37\text{ }^{\circ}\text{C}$ 左右。按测量方法不同而有所差异,口腔测温(舌下) $36.3\sim 37\text{ }^{\circ}\text{C}$ ,腋窝测温比口腔测温低 $0.2\sim 0.4\text{ }^{\circ}\text{C}$ ,直肠测温比口腔测温高 $0.3\sim 0.5\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。正常体温在不同个体之间略有差异,且受机体内、外因素的影响稍有波动。一天之中下午体温较早晨稍高,剧烈运动、劳动或进餐后体温略升高,但波动范围一般不超过 $1\text{ }^{\circ}\text{C}$ 。妇女在月经前及妊娠期体温稍高于正常,老年人因代谢率低,其体温低于青壮年,幼儿的高级神经系统尚未发育完善,调节能力差,波动幅度大,易引起发热。

### 三、发热的病因

引起发热的病因甚多,临床上可分为感染性和非感染性两大类,以前者多见。

#### (一) 感染性病

因各种病原体(如病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等)引起的感染,不论是急性、亚急性或慢性,局部性或全身性,均可致发热。其原因系由于病原体的代谢产物或其毒素作用于白细胞而产生致热原。

#### (二) 非感染性病因

##### 1. 无菌性坏死物质的吸收

(1) 各种肿瘤及血液病(如癌、类癌、淋巴肉瘤、急性白血病、急性溶血等)所引起的组织坏死及细胞破坏。

(2) 因血管栓塞或血栓形成引起的心、肺、脾等内脏梗塞或肢体坏死。

(3) 机械性、物理性或化学性的损害:如大面积烧伤、大手术后组织损伤、内出血、大血肿等。

##### 2. 抗原-抗体反应

可见于风湿热、血清病、结缔组织病、药物热等。

##### 3. 内分泌与代谢障碍性疾病

如甲状腺机能亢进及大量脱水,前者引起产热过多,后者引起散热减少。

#### 4. 皮肤散热减少

一般为低热,如广泛性皮炎、鱼鳞癣及慢性心力衰竭而引起的发热。

#### 5. 体温调节中枢功能失常

常见因素为:①物理性(如中暑、日射病);②化学性(如重度安眠药中毒);③机械性(如脑出血、硬脑膜下出血、脑震荡、颅骨骨折)等,上述各种原因可直接损害体温调节中枢,使其功能失常而引起发热,高热无汗是此类发热的特点。

#### 6. 自主神经功能紊乱

由于自主神经功能紊乱,影响正常的体温调节过程,使产热大于散热,体温升高,多为低热,常伴有自主神经功能紊乱的其他表现。诊断时应首先排除各类疾病后才能确定。常见的功能性低热有以下几点。

(1)原发性低热:由自主神经功能紊乱所致的体温调节障碍或体质异常,低热可持续数月甚至数年之久,热型较规则,体温波动范围小,多在 $0.5^{\circ}\text{C}$ 之内。

(2)感染后低热:感染致发热后,低热不退,而原有感染已愈,此系体温调节中枢对体温的调节功能仍未恢复正常所致。

(3)夏季低热:多见于幼儿,且多于营养不良或脑发育不全者发生。

(4)生理性低热:如精神紧张、剧烈运动后,月经前及妊娠初期可有低热现象。

### 四、发热的临床表现

#### (一)发热的分度

按发热的高低(以口腔测量为准)可分为:①低热: $37.3\sim 38^{\circ}\text{C}$ ;②中等度热: $38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$ ;③高热: $39.1\sim 41^{\circ}\text{C}$ ;④超高热: $41^{\circ}\text{C}$ 以上。

#### (二)发热的临床过程

急性发热的临床经过一般分为以下三个阶段。

##### 1. 体温上升期

体温上升有骤升和缓升两种方式。

(1)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。见于疟疾、大叶性肺炎、败血症、急性肾盂肾炎等。

(2)缓升型:体温逐渐上升,在数日内达高峰,多不伴寒战。如伤寒、结核病等所致的发热。

##### 2. 高热期

是指体温上升达高峰之后保持一定时间,持续时间长短可因病因不同而异。

##### 3. 体温下降期

体温下降有骤降和渐降两种方式。

(1)骤降:是指体温于数小时内迅速下降至正常,有时可略低于正常,常伴有大汗淋漓。常见于疟疾、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎等。

(2)渐降:是指体温数天内逐渐降至正常,如伤寒、风湿热等。

### 五、常见的热型及临床意义

发热性疾病可引起很多症状,发热仅是发热性疾病过程中机体的反应之一。发热的高低和长短以及体温的形式,取决于机体的反应性和治疗(抗菌药物、解热药物、肾上腺皮质激素类药物等)的影响,因此未经治疗的典型病例,才可能有典型的热型。

### (一)稽留热

稽留热体温常在 $39^{\circ}\text{C}$ 以上,昼夜间体温变动范围较小,一般上午体温较下午低,但24小时内变动不超过 $1^{\circ}\text{C}$ ,这种热型可持续数天或数周,退热可渐退或骤退。临床常见于大叶性肺炎、肠伤寒、斑疹伤寒、恙虫病等急性发热病的极期。

### (二)弛张热

弛张热体温高低不等,昼夜之间体温波动范围较大,发热时体温可在 $39^{\circ}\text{C}$ 以上,24小时内体温差达 $1.5\sim 2.0^{\circ}\text{C}$ 或更多,但最低温度仍在正常体温以上。临床常见于败血症、严重肺结核、脓毒血症、肝脓肿、支气管肺炎、亚急性细菌性心内膜炎、风湿热、肠伤寒、恶性组织细胞病等。

### (三)间歇热

间歇热体温可突然高达 $39^{\circ}\text{C}$ 以上,先有恶寒或寒战,经几个小时后体温恢复正常,大汗淋漓,以后间歇数小时或 $1\sim 2$ 日体温又突然升高,反复发作,如此高热与无热交替出现,称为间歇热。临床常见于疟疾,如间日疟或三日疟、化脓性局灶性感染、肾盂肾炎等。

### (四)回归热

回归热是指体温突然升高可达 $39^{\circ}\text{C}$ 以上,持续数日后降至正常,经过若干时间又重新发热,持续数日以后,又下降至正常,即高热期与无热期各持续若干天,周期性互相交替出现,也称再发热。临床常见于鼠咬热,或在某些发热性疾病的基础上又合并其他发热病。

### (五)波状热

体温在数天内逐渐上升至高峰,然后又逐渐下降至微热或常温,不久再发,体温曲线呈波浪式起伏,称为波状热。临床常见于布氏杆菌病、恶性淋巴瘤、胸膜炎、周期热等。

### (六)不规则热

发热无一定的规律,持续时间也不一定,称为不规则热。临床常见于流感、支气管肺炎、渗出性胸膜炎、亚急性细菌性心内膜炎、风湿热、恶性疟疾、肺结核;也可见于疾病过程中有两种或两种以上的发热疾病合并存在时,如大叶性肺炎引起脓胸及败血症等并发症时,热型可由稽留热变为弛张热。另外,发热病人使用某些药物,如解热止痛药、肾上腺皮质激素类药物引起退热,可使原来的热型变为不规则热型。

(张方祥)

## 第二节 咳嗽与咳痰

咳嗽是一种保护性反射动作,借以将呼吸道的异物或分泌物排出。但长期、频繁、剧烈的咳嗽以致影响工作与休息,则失去其保护性意义,属于病理现象。咳痰是借助咳嗽动作将呼吸道内病理性分泌物或渗出物排出口腔外的病态现象。

### 一、咳嗽常见病因

主要为呼吸道与胸膜疾病。

(1)呼吸道疾病:从鼻咽部到小支气管整个呼吸道黏膜受到刺激时均可引起咳嗽,而刺激效应以喉部杓状间腔和气管分叉部的黏膜最敏感。呼吸道各部位受到刺激性气体、烟雾、粉尘、异物、炎症、出血、肿瘤等刺激时均可引起咳嗽。

(2)胸膜疾病:胸膜炎、胸膜间皮瘤、胸膜受到损伤或刺激(如自发性或外伤性气胸、血胸、胸膜腔穿刺)等均可引起咳嗽。

(3)心血管疾病:如二尖瓣狭窄或其他原因所致左心功能不全引起的肺淤血与肺水肿,或因右心或体循环静脉栓子脱落引起肺栓塞时,肺泡及支气管内有漏出物或渗出物,刺激肺泡壁及支气管黏膜,出现咳嗽。

(4)胃食管反流病:胃反流物对食管黏膜的刺激和损伤,少数病人以咳嗽与哮喘为首发或主要症状。

(5)神经精神因素:呼吸系以外器官的刺激经迷走、舌咽和三叉神经与皮肤的感觉神经纤维传入,经喉下、膈神经与脊神经分别传到咽、声门、膈等,引起咳嗽;神经官能症,如习惯性咳嗽、癔症等。

## 二、咳嗽的常见病因

主要见于呼吸系统疾病。如急、慢性支气管炎、支气管哮喘、支气管肺癌、支气管扩张、肺部感染(包括肺炎、肺脓肿等)、肺结核、过敏性肺炎等。另外,心功能不全所致肺淤血、肺水肿以及白血病、风湿热等所致的肺浸润等。

## 三、咳嗽的临床表现

为判断其临床意义,应注意详细了解下述内容。

### (一)咳嗽的性质

咳嗽无痰或痰量甚少,称为干性咳嗽,常见于急性咽喉炎、支气管炎的初期,胸膜炎、轻症肺结核等。咳嗽伴有痰液时,称为湿性咳嗽,常见于肺炎、慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿及空洞型肺结核等疾病。

### (二)咳嗽出现的时间与规律

突然出现的发作性咳嗽,常见于吸入刺激性气体所致急性咽喉炎与气管—支气管炎、气管与支气管异物、百日咳、支气管内膜结核、气管或气管分叉部受压迫刺激等。长期慢性咳嗽,多见于呼吸道慢性病,如慢性支气管炎、支气管扩张、肺脓肿和肺结核等。

周期性咳嗽可见于慢性支气管炎或支气管扩张,且往往于清晨起床或晚上卧下时(即体位改变时)咳嗽加剧;卧位咳嗽比较明显的可见于慢性左心功能不全;肺结核病人常有夜间咳嗽。

### (三)咳嗽的音色

指咳嗽声音的色彩和特点。

(1)咳嗽声音嘶哑:多见于喉炎、喉结核、喉癌和喉返神经麻痹等。

(2)金属音调咳嗽:见于纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管癌、淋巴瘤、结节病压迫气管等。

(3)阵发性连续剧咳伴有高调吸气回声(犬吠样咳嗽):见于百日咳、会厌、喉部疾患和气管受压等。

(4)咳嗽无声或声音低微:可见于极度衰弱的病人或声带麻痹。

## 四、痰的性状及临床意义

痰的性质可分为黏液性、浆液性、脓性、黏液脓性、血性等。急性呼吸道炎症时痰量较少,多呈黏液性或黏液脓性;慢性阻塞性肺疾病时,多为黏液泡沫痰,当痰量增多且转为脓性,常提示急性加重;支气管扩张、肺脓肿、支气管胸膜瘘时痰量较多,清晨与晚睡前增多,且排痰与体位有关,痰量多时静置后出现分层现象:上层为泡沫、中层为浆液或浆液脓性、底层为坏死组织碎屑;肺炎



链球菌肺炎可咳铁锈色痰；肺厌氧菌感染，脓痰有恶臭味；阿米巴性肺脓肿咳巧克力色痰；肺水肿为咳粉红色泡沫痰；肺结核、肺癌常咳血痰；黄绿色或翠绿色痰，提示铜绿假单胞菌（绿脓杆菌）感染；痰白黏稠、牵拉成丝难以咳出，提示有白色念珠菌感染。

### 五、咳嗽与咳痰的伴随症状

(1)咳嗽伴发热：见于呼吸系(上、下呼吸道)感染、胸膜炎、肺结核等。

(2)咳嗽伴胸痛：多见于肺炎、胸膜炎、自发性气胸、肺梗死和支气管肺癌。

(3)咳嗽伴呼吸困难：见于喉炎、喉水肿、喉肿瘤、支气管哮喘、重度慢性阻塞性肺疾病、重症肺炎和肺结核、大量胸腔积液、气胸、肺淤血、肺水肿、气管与支气管异物等。呼吸困难严重时引起动脉血氧分压降低(缺氧)出现发绀。

(4)咳嗽伴大量脓痰：见于支气管扩张症、肺脓肿、肺囊肿合并感染和支气管胸膜瘘等。

(5)咳嗽伴咯血：多见于肺结核、支气管扩张、支气管肺癌、二尖瓣狭窄、肺含铁血黄素沉着症、肺出血肾炎综合征等。

(6)慢性咳嗽伴杵状指(趾)：主要见于支气管扩张、肺脓肿、支气管肺癌和脓胸等。

(7)咳嗽伴哮鸣音：见于支气管哮喘、慢性支气管炎喘息性、弥漫性泛支气管炎、心源性哮喘、气管与支气管异物、支气管肺癌引起气管与大气管不完全阻塞等。

(8)咳嗽伴心窝部烧灼感、反酸、饭后咳嗽明显：提示为胃食管反流性咳嗽。

(张方祥)

## 第三节 呼吸困难

呼吸困难指病人呼吸时感到费力。客观表现为呼吸活动用力，重者有鼻翼煽动，张口耸肩，发绀，并有呼吸频率、深度与节律的改变。它既是症状又是体征。

### 一、病因、病理

#### (一)肺源性呼吸困难

由呼吸系统疾病引起的通气、换气功能障碍，导致缺氧和(或)二氧化碳潴留。因呼吸系统病变部位不同，临床可表现为吸气性、呼气性及混合性呼吸困难。

#### (二)心源性呼吸困难

由左心和(或)右心衰竭引起。左心衰竭所致呼吸困难较为严重。急性左心衰时，常出现阵发性呼吸困难，多在夜间睡眠中发生，称夜间阵发性呼吸困难，有的甚至不能平卧，称端坐呼吸。可有哮鸣音，称为心源性哮喘。

#### (三)中毒性呼吸困难

代谢性酸中毒时，可出现酸中毒大呼吸(kussmaul呼吸)；急性感染时，由于体温升高及毒性代谢产物的影响，刺激呼吸中枢，使呼吸频率增加；某些药物和化学物质中毒如吗啡类、巴比妥类药物、有机磷中毒时，呼吸中枢受抑制，使呼吸变慢，并可以表现为呼吸节律异常。

#### (四)神经精神性呼吸困难

重症颅脑疾患如颅脑外伤、出血、炎症、肿瘤时，呼吸中枢因受增高的颅内压及供血减少的影响，使呼吸变慢而深，并常伴有呼吸节律异常。神经官能症或癔症病人，由于精神或心理因素的