




# 常见疾病 诊疗与康复

马菁华 卢艳丽 李玉平◎编著

 吉林科学技术出版社

# 常见疾病诊疗与康复

马菁华 卢艳丽 李玉平◎编著

## 图书在版编目(CIP)数据

常见疾病诊疗与康复 / 马菁华, 卢艳丽, 李玉平编  
著. — 长春: 吉林科学技术出版社, 2018. 4

ISBN 978-7-5578-3697-9

I. ①常… II. ①马… ②卢… ③李… III. ①常见病  
— 诊疗②常见病—康复 IV. ①R4

中国版本图书馆CIP数据核字(2018)第074066号

## 常见疾病诊疗与康复

---

编 著 马菁华 卢艳丽 李玉平  
出 版 人 李 梁  
责任编辑 许晶刚 陆海艳  
封面设计 长春创意广告图文制作有限责任公司  
制 版 长春创意广告图文制作有限责任公司  
幅面尺寸 185mm×260mm  
字 数 226千字  
印 张 11.75  
印 数 650册  
版 次 2019年3月第2版  
印 次 2019年3月第2版第1次印刷

---

出 版 吉林科学技术出版社  
发 行 吉林科学技术出版社  
地 址 长春市人民大街4646号  
邮 编 130021  
发行部电话/传真 0431-85651759  
储运部电话 0431-86059116  
编辑部电话 0431-85677817  
网 址 www.jlstp.net  
印 刷 虎彩印艺股份有限公司

---

书 号 ISBN 978-7-5578-3697-9  
定 价 50.00元

如有印装质量问题 可寄出版社调换

因本书作者较多, 联系未果, 如作者看到此声明, 请尽快来电或来函与编辑部联系, 以便商洽相应稿酬支付事宜。

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85677817

# 目 录

第一篇 基础知识.....	1
第一章 常见症状与体征.....	1
第二章 体格检查.....	14
第三章 常见疾病的病因、发病机制、病理、药理.....	26
第四章 医学伦理学.....	40
第二篇 内科学.....	43
第一章 呼吸系统疾病.....	43
第一节 肺炎.....	43
第二节 肺结核.....	45
第三节 支气管哮喘.....	48
第四节 慢性阻塞性肺疾病.....	51
第五节 肺源性心脏病.....	53
第二章 循环系统疾病.....	56
第一节 高血压.....	56
第二节 心脏瓣膜病.....	65
第三节 心脏骤停与心脏性猝死.....	74
第四节 心源性休克.....	76
第五节 动脉粥样硬化和冠心病.....	80
第六节 心力衰竭.....	91
第三章 消化系统疾病.....	96
第一节 胃食管反流病.....	96
第二节 胃炎.....	97
第三节 消化性溃疡.....	99
第四节 肝硬化.....	101
第五节 肝性脑病.....	102
第六节 胰腺炎.....	104
第四章 泌尿系统疾病.....	108
第一节 急性肾小球肾炎.....	108
第二节 急性膀胱炎.....	109
第三节 急性肾盂肾炎.....	110
第四节 急性肾衰竭.....	111
第五节 慢性肾衰竭.....	112

第五章 血液系统疾病.....	115
第一节 缺铁性贫血.....	115
第二节 白血病.....	116
第三节 淋巴瘤.....	125
第四节 特发性血小板减少性紫癜.....	131
第六章 神经及精神疾病.....	133
第一节 脑出血.....	133
第二节 蛛网膜下腔出血.....	134
第三节 脑血栓.....	135
第四节 脑栓塞.....	137
第五节 精神分裂症.....	137
第六节 抑郁症.....	140
第三篇 外科学.....	143
第一章 颈部疾病.....	143
第一节 甲状腺功能亢进的外科治疗.....	143
第二节 甲状腺癌.....	145
第三节 护理.....	146
第二章 乳腺疾病.....	149
第一节 急性乳腺炎.....	149
第二节 乳癌.....	150
第三节 护理.....	152
第三章 腹外疝.....	154
第一节 概述.....	154
第二节 常见的腹外疝.....	155
第三节 护理.....	156
第四章 急性腹膜炎.....	159
第一节 继发性腹膜炎.....	159
第二节 腹腔脓肿.....	160
第五章 胃、十二指肠外科疾病.....	162
第一节 溃疡病的外科治疗.....	162
第二节 胃癌.....	164
第六章 肠疾病.....	166
第一节 急性肠梗阻.....	166
第二节 急性阑尾炎.....	168
第三节 结肠癌.....	172

第七章 直肠肛管疾病.....	174
第一节 直肠肛管检查方法.....	174
第二节 痔、肛裂、肛瘘、肛周脓肿.....	175
第三节 直肠癌.....	175
第八章 肝疾病与门静脉高压症.....	177
第一节 肝脓肿.....	177
第二节 原发性肝癌.....	177
第三节 门静脉高压症.....	180
第九章 胆道疾病.....	184
第一节 胆石症.....	184
第二节 急性胆囊炎.....	185
第三节 急性梗阻性化脓性胆管炎.....	186
第四节 护理.....	187

# 第一篇 基础知识

## 第一章 常见症状与体征

### 一、发热病因及机制

#### 1. 常见病因

(1) 感染性发热：各种病原生物体。

(2) 非感染性发热：① 无菌性坏死物质的吸收；② 抗原-抗体反应；③ 内分泌与代谢障碍；④ 皮肤散热减少；⑤ 体温调节中枢功能失常；⑥ 自主神经功能失调。

#### 2. 发热机制

(1) 致热原性发热：包括外源性和内源性两大类。

(2) 非致热原性发热：① 体温调节中枢受损；② 产热过多；③ 散热减少。

### 二、常见热型及临床意义

① 稽留热：体温恒定地维持在 39-40℃ 以上的高水平，达数天或数周，24h 内体温波动范围不超过 1℃ 为稽留热。常见于大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒等。② 弛张热：体温常在 39℃ 以上，波动幅度大，24h 内波动范围超过 2℃，但都在正常水平以上为弛张热常见于败血症、风湿热、重度结核、化脓性疾患等，又称为败血症热。③ 间歇热：体温骤升达高峰后持续数小时，又迅速降至正常水平，无热期(间歇期)可持续 1 天至数天，如此高热期与无热期反复交替出现为间歇热。常见于疟疾，急性肾盂肾炎等。④ 回归热：体温急骤上升至 39℃ 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 1 次。常见于回归热，何杰金病、周期热等。⑤ 波状热：体温逐渐上升达 39℃ 或以上，数天后又逐渐下降至正常水平，持续数天后又逐渐升高，如此反复多次。常见于布鲁菌病。⑥ 不规则热：常见于结核病，风湿热，支气管肺炎，渗出性胸膜炎等。

### 三、发热伴随症状

1. 寒战 见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、钩端螺旋体病、药物热、急性溶血或输血反应。

2. 结膜充血 见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病。

3. 单纯疱疹 见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎、流行性感冒。

4. 淋巴结大 见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结结核、局灶性化脓性感染、丝虫病、白血病、淋巴瘤、转移癌。

5. 肝脾大 见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、肝及胆道感染、布氏杆菌病、疟疾、结缔组织病、白血病、淋巴瘤及黑热病、急性血吸虫病。

6. 皮肤黏膜出血 见于流行性出血热、病毒性肝炎、斑疹伤寒、败血症、急性白血病、重症再生障碍性贫血、恶性组织细胞病。

7. 关节肿痛 见于败血症、猩红热、布氏杆菌病、风湿热、结缔组织病、痛风。
8. 皮疹 见于麻疹、猩红热、风疹、水痘、斑疹伤寒、风湿热、结缔组织病、药物热。
9. 昏迷 先发热后昏迷见于流行性乙型脑炎、斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢、中暑。先昏迷后发热见于脑出血或巴比妥类药物中毒。

#### 四、咳嗽与咳痰的临床表现

1. 性质 ①干咳或刺激性咳嗽：见于急性或慢性咽喉炎、喉癌、急性支气管炎初期、气管受压、支气管异物或肿瘤、胸膜疾病、原发性肺动脉高压以及二尖瓣狭窄。②湿性咳嗽：见于慢性支气管炎、支气管扩张症、肺炎、肺脓肿和空洞型肺结核。

2. 时间与规律 ①突发性咳嗽：见于吸入刺激性气体、气管异物等。发作性咳嗽可见于百日咳、支气管内膜结核，支气管哮喘（变异性哮喘）。②长期慢性咳嗽：慢性支气管炎、支气管扩张症、肺脓肿及肺结核。③夜间咳嗽：左心衰竭和肺结核患者。

3. 咳嗽声音特点 ①咳嗽声音嘶哑：声带的炎症或肿瘤压迫喉返神经。②鸡鸣样咳嗽：百日咳、会厌、喉部疾患或气管受压。③金属音咳嗽：纵隔肿瘤、主动脉瘤或支气管癌直接压迫气管。④咳嗽声音低微或无力：严重肺气肿、声带麻痹及极度衰弱者。

4. 痰的性质 ①黏液性痰多：急慢性支气管炎、支气管哮喘及大叶性肺炎的初期，肺结核。②浆液性血性泡沫痰：最常见于肺水肿。③脓性痰：见于化脓性细菌性下呼吸道感染。④血性痰：见于呼吸道黏膜受侵害、损害毛细血管或血液渗入肺泡所致。

5. 痰量 ①增多：见于支气管扩张症、肺脓肿和支气管胸膜瘘，且排痰与体位有关。②痰量多时静置后可出现分层现象：支气管扩张症、肺脓肿。③恶臭痰：见于厌氧菌感染。④铁锈色痰：主要提示肺炎球菌肺炎。⑤黄绿色或翠绿色痰：常提示铜绿假单胞菌感染。⑥痰白黏稠且牵拉成丝难以咳出，提示有真菌感染。

#### 五、咯血的概念

喉及喉部以下的呼吸道任何部位的出血，经口腔咯出称为咯血。咯血与上呼吸道出血和呕血鉴别点：病因、出血前症状、外观、出血后痰液性状、血中混有物、pH等。呕血是指上消化道出血经口腔呕出，出血部位多见于食管、胃及十二指肠。

#### 六、咯血病因

1. 支气管疾病 支气管扩张症最为常见。
2. 肺部疾病 肺结核、肺炎、肺脓肿。在我国，引起咯血首要肺部疾病为肺结核。
3. 心血管疾病 二尖瓣狭窄，其次为先天性心脏病所致肺动脉高压或原发性肺动脉高压，另有肺栓塞、肺血管炎、高血压病。
4. 其他 血液病、某些急性传染病、风湿性疾病。

#### 七、咯血伴随症状

1. 咯血伴发热 见于肺结核，肺炎、肺脓肿、流行性出血热、肺出血型钩端螺旋体病、支气管肺癌。
2. 咯血伴胸痛 见于肺炎球菌肺炎、肺结核、肺梗死、支气管肺癌。
3. 咯血伴呛咳 见于支气管肺癌、支原体肺炎。
4. 咯血伴脓痰 见于支气管扩张症、肺脓肿、空洞型肺结核继发细菌感染等。其中干



性支气管扩张症则仅表现为反复咯血而无脓痰。

5. 咯血伴皮肤粘膜出血 见于血液病、风湿病及肺出血型钩端螺旋体病和流行性出血热。
6. 咯血伴杵状指 见于支气管扩张症、肺脓肿、支气管肺癌。
7. 咯血伴黄疸 注意钩端螺旋体病、肺炎球菌肺炎、肺梗死。

## 八、发绀的分类、临床表现及伴随症状

### 1. 血液中还原血红蛋白增加(真性发绀)

(1) 中心性发绀: 全身性, 皮肤是温暖的。见于肺性发绀如各种严重的呼吸系统疾病, 心性混合性发绀如法洛四联症、Eisenmenger 综合征。

(2) 周围性发绀: 发绀常出现于肢体的末端与下垂部位, 这些部位的皮肤是冷的, 但若给予按摩或加温, 使皮肤转暖, 发绀可消退。

### 2. 血液中存在异常血红蛋白衍生物

(1) 高铁血红蛋白血症, 其量达到  $30\text{g/L}$  时可出现发绀, 如各种化学物质或药物中毒。由于大量进食含亚硝酸盐的变质蔬菜而引起的中毒性高铁血红蛋白血症, 称“肠源性青紫症”。

(2) 先天性高铁血红蛋白血症自幼即有发绀, 而无心、肺疾病及引起异常血红蛋白的其他原因, 有家族史, 身体状况较好。

(3) 硫化血红蛋白血症: 血液中硫化血红蛋白达到  $5\text{g/L}$  即可发生发绀。

3. 伴随症状 ①伴呼吸困难见于重症心、肺疾病及急性呼吸道阻塞、大量气胸等, 而高铁血红蛋白血症虽有明显发绀, 但无呼吸困难。②病程较长时伴杵状指(趾), 主要见于发绀型先天性心脏病及某些慢性肺部疾病。③伴意识障碍及衰竭见于某些药物或化学物质中毒、休克、急性肺部感染或急性心功能衰竭。

## 九、胸痛的临床表现

1. 发病年龄 ①青壮年胸痛多考虑结核性胸膜炎、自发性气胸、心肌炎、心肌病、风湿性心瓣膜病。②40岁以上注意心绞痛、心肌梗死和支气管肺癌。

2. 胸痛部位 ①带状疱疹所致胸痛可见成簇的水疱沿一侧肋间神经分布伴剧痛, 且疱疹不超过体表中线。②肋软骨炎引起胸痛, 常在第一、二肋软骨处见单个或多个隆起, 局部有压痛、但无红肿表现。③心绞痛及心肌梗死的疼痛多在胸骨后方和心前区或剑突下, 可向左肩和左臂内侧放射, 甚或达示指与小指, 也可放射于左颈或面颊部。④夹层动脉瘤引起疼痛多位于胸背部, 向下放射至下腹、腰部与两侧腹股沟和下肢。⑤胸膜炎引起的疼痛多在胸侧部。⑥食管及纵隔病变引起的胸痛多在胸骨后。⑦肝胆疾病及膈下脓肿引起的胸痛多在右下胸, 侵犯膈肌中心部时疼痛放射至右肩部。⑧肺尖部肺癌(肺上沟癌、Pancoast 癌)引起疼痛多以肩部、腋下为主, 向上肢内侧放射。

3. 胸痛性质 ①带状疱疹呈刀割样或灼热样剧痛。②食管炎多呈烧灼痛。③肋间神经痛为阵发性灼痛或刺痛。④心绞痛呈绞榨样痛并有重压窒息感, 心肌梗死则疼痛更为剧烈并有恐惧、濒死感。⑤气胸在发病初期有撕裂样疼痛。⑥胸膜炎常呈隐痛、钝痛和刺痛。⑦夹层动脉瘤常呈突然发生胸背部撕裂样剧痛或锥痛。⑧肺梗死亦可突然发生胸部剧痛或绞痛, 常伴呼吸困难与发绀。

4. 疼痛持续时间 ①平滑肌痉挛或血管狭窄缺血所致的疼痛为阵发性, 炎症、肿瘤、栓塞或梗死所致疼痛呈持续性。②心绞痛发作时间短暂, 而心肌梗死疼痛持续时间很长,

数小时或更长，且不易缓解。

5. 影响疼痛因素 ①心绞痛发作可在劳力或精神紧张时诱发，休息后或含服硝酸甘油或硝酸异山梨酯后于1~2min内缓解，而对心肌梗死所致疼痛则服药无效。②食管疾病多在进食时发作或加剧，服用抗酸剂和促动力药物可减轻或消失。③胸膜炎及心包炎的胸痛可因咳嗽或用力呼吸而加剧。

6. 伴随症状 ①胸痛伴有咳嗽、咳痰和(或)发热见于气管、支气管和肺部疾病。②胸痛伴呼吸困难提示病变累及范围较大，如大叶性肺炎、自发性气胸、渗出性胸膜炎和肺栓。③胸痛伴咯血见于肺栓塞、支气管肺癌。④胸痛伴苍白、大汗、血压下降或休克可见于心肌梗死、夹层动脉瘤、主动脉窦瘤破裂和大块肺栓塞。⑤胸痛伴吞咽困难食管疾病，如反流性食管炎。

## 十、呼吸困难的临床表现

1. 肺源性呼吸困难 病因为呼吸系统疾病引起的通气、换气功能障碍，导致缺氧、二氧化碳潴留。①吸气性呼吸困难：吸气费力，重者因吸气肌极度用力，表现为胸骨上窝、锁骨上窝、肋间隙的凹陷—三凹征。常伴有干咳及吸气性喉鸣。常见于喉、气管、大支气管的狭窄与梗阻。②呼气性呼吸困难：呼气费力，呼气相延长，常伴有哮鸣音。发生机制：肺泡弹性回缩力减退，小气道广泛狭窄。常见于支气管哮喘、慢支、肺气肿。③混合性呼吸困难：呼吸浅快，常伴有呼吸音的异常。发生机制：肺部病变广泛、呼吸面积减少、换气功能下降。常见于广泛肺实变、肺栓塞、肺间质纤维化、大量胸腔积液或气胸。

2. 心性呼吸困难 左心衰竭时肺循环淤血和肺泡弹性降低。表现为劳力性呼吸困难、夜间阵发性呼吸困难、端坐呼吸。右心衰竭时体循环淤血，右心房、上腔静脉压力升高，严重时伴有呼吸困难。

3. 中毒性呼吸困难 ①Kussmaul呼吸：代谢性酸中毒时酸性代谢产物刺激呼吸中枢。常见于尿毒症、糖尿病酮症酸中毒、肾小管酸中毒。②药物或化学物质抑制呼吸中枢，表现为呼吸缓慢或间停呼吸(Cheyne-Stokes呼吸和Boit呼吸)。

4. 神经精神性呼吸困难 ①重度颅脑疾患：呼吸慢、深以及节律异常。②癔病：呼吸浅快，呼吸性碱中毒表现(口周及肢体麻木、手足搐搦)。③神经官能症：常表现为叹息样呼吸。

## 十一、水肿的常见病因

1. 全身性水肿 常见于右心衰竭、心包疾病、各型肾炎和肾病、失代偿期肝硬化、慢性消耗性疾病长期营养缺乏、蛋白丢失性胃肠病、重度烧伤、维生素B1缺乏症、黏液性水肿、经前期紧张综合征、药物性水肿、特发性水肿、妊娠中毒症、硬皮病、皮炎、血清病、间脑综合征等。

2. 局部性水肿 常见于局部炎症、肢体静脉血栓形成及血栓性静脉炎、上或下腔静脉阻塞综合征、丝虫病所致象皮肿、创伤或过敏等。

## 十二、恶心与呕吐的伴随症状、临床特点及意义

1. 伴腹泻者多见于急性胃肠炎或细菌性食物中毒、霍乱、副霍乱和各种原因的急性中毒。

2. 呕吐大量隔夜食物，且常在晚间发生，提示有幽门梗阻、胃潴留或十二指肠淤滞。

3. 呕吐物多且有粪臭者可见于肠梗阻。
4. 伴右上腹痛及发热、寒战或者黄疸者应考虑胆囊炎或胆石症。
5. 呕吐后上腹痛缓解常见于溃疡病。
6. 伴头痛及喷射性呕吐者常见于颅内高压症或青光眼。
7. 伴眩晕、眼球震颤者，见于前庭器官疾病。
8. 正在应用某些药物如抗菌药物与抗癌药物等，则呕吐可能与药物副作用有关。
9. 已婚育龄妇女伴停经，且呕吐在早晨者应注意早孕。
10. 有肾功能不全、糖尿病、电解质紊乱、重症甲亢等病史，呕吐伴有明显的恶心者，应考虑尿毒症、酮中毒、低钠、低氯、甲亢危象。

### 十三、腹痛的临床表现

1. 腹痛的部位：上腹部或剑突下的疼痛多为食管、胃、十二指肠、胆系和胰腺疾病。阑尾炎是最常见的肠道炎症病变，其典型的腹痛是转移性右下腹痛，右下腹有固定压痛(McBurney点)。胆囊炎、胆石症、肝脓肿等疼痛多在右上腹。小肠疾病疼痛多在脐部或脐周。下腹部疼痛常由结肠病变及盆腔疾病导致。广泛性腹痛可为腹膜的病变，如结核性腹膜炎、恶性肿瘤腹膜广泛转移或腹膜粘连。不定位的腹痛可见于血卟啉病、腹型癫痫、铅中毒、腹型过敏性紫癜。

2. 腹痛的性质：绞痛见于空腔脏器的梗阻；持续性腹痛多见于腹腔内脏器的炎症；消化性溃疡病，多有典型的腹痛表现即慢性、节律性、周期性上腹痛；幽门梗阻则为胀痛，并在呕吐后缓解；突然发生的中上腹剧烈刀割样痛、烧灼样痛，多为胃、十二指肠穿孔；阵发性剑突下钻顶样疼痛是胆道蛔虫症的典型表现；持续性广泛性剧烈腹痛并有腹壁肌紧张或板样腹，提示急性弥漫性腹膜炎。慢性肝炎与充血性肝肿大(如心力衰竭、肝淤血)多为胀痛；结肠病变，疼痛常在便后减轻，而小肠则否。直肠病变常伴里急后重。

3. 腹痛与体位的关系：痛时辗转不安，喜按，胆道蛔虫症。痛时体位固定，不敢活动，拒按，急性腹膜炎。左侧卧位可使胃黏膜脱垂病人的疼痛减轻。膝胸或俯卧位时可使十二指肠淤积症的疼痛及呕吐症状缓解。反流性食管炎病人在躯体前屈时剑突下的烧灼痛明显而直立位时可减轻。

4. 诱发因素：胆囊炎或胆结石发作前常伴进食油腻食物。而急性胰腺炎常有酗酒或暴饮暴食史。腹部受外部暴力作用和用力过猛导致的突发剧烈腹痛并伴休克者，可能是肝、脾破裂。

5. 伴随症状：发热：腹腔脏器炎症、脓肿等。休克：腹腔空腔脏器穿孔，实性脏器的破裂，严重炎症，急性腹内器官的绞窄、心肌梗死等。呕吐：胆囊炎、胰腺炎、阑尾炎、胃肠道梗阻、胆道或泌尿系结石。腹泻：胃肠炎、痢疾、溃疡性结肠炎、肠结核、crohn病、食物中毒等。血便：痢疾、肠套叠、急性出血性坏死性肠炎、过敏性紫癜、绞窄性肠梗阻、肠系膜动脉血栓、溃疡性结肠炎、Crohn病、肠结核及结肠癌等。血尿：泌尿系结石。黄疸：肝胆疾病、胰腺炎、胰腺癌以及溶血性黄疸等。呕血：溃疡病、胆道出血、胃癌、急性胃黏膜损害。腹部包块：炎性包块、肿瘤、肠套叠、肠扭转、卵巢囊肿蒂扭转、蛔虫性肠梗阻。

### 十四、腹泻发生机制与临床表现

1. 渗透性腹泻 特点为禁食 48 小时后腹泻减轻或停止，血浆 - 粪便溶质差(血浆渗透

压  $-2X(\text{粪 Na}^+ \text{粪 K}^+)$  扩大, 常大于  $100\text{mmol/LH}_2\text{O}$ 。对糖酶缺乏导致糖类吸收不良是临床上此型腹泻的主要病因; 外源性泻药等药物亦可引起渗透性腹泻。

2. 分泌性腹泻 特点为每日大便量超过  $1\text{L}$ , 水泻无脓血; 血浆 - 粪溶质差小于  $50\text{mmol/LH}_2\text{O}$ ; 粪 pH 偏中 / 碱性; 禁食 48 小时后腹泻持续存在, 量大于  $500\text{ml/d}$ 。细菌肠毒素促进肠上皮细胞主动分泌, 见于急性食物中毒或肠道感染 (霍乱)。

3. 渗出性腹泻 主要是炎症渗出, 其特点为粪便混有渗出液和脓血。最常见炎症性肠病: 呈脓血便伴发热、营养不良等。非感染性如肿瘤、免疫、理化或血管因素所致。肿瘤坏死或继发感染, 放射线损伤, 变态免疫反应, 如嗜酸细胞性胃肠炎, 维生素缺乏等。假膜性肠炎是一种消化道黏膜坏死性炎症, 属于渗出性腹泻, 粪便呈水样或米汤样, 并含有假膜。

4. 胃肠运动功能异常性腹泻 此类型常见疾病有肠易激综合征、甲状腺功能亢进症等。运动异常性腹泻特点是: 粪便稀烂不含渗出物, 伴肠鸣亢进。

### 十五、呕血常见病因及部位

1. 消化系统疾病 ①食管疾病: 大量呕血常由门脉高压所致的食管静脉曲张破裂所致, 食管异物戳穿主动脉可造成大量呕血, 并常危及生命。②胃及十二指肠疾病: 胃及十二指肠溃疡最常见。③肝、胆道疾病。④胰腺疾病。

2. 消化系统临近器官疾病 胸主动脉瘤破裂进入食管, 腹主动脉瘤破裂进入十二指肠。

3. 全身性疾病 ①血液疾病: 血小板减少性紫癜、过敏性紫癜、白血病、血友病、霍奇金病、遗传性毛细血管扩张症、弥散性血管内凝血及其他凝血机制障碍 (如应用抗凝药过量)。②感染性疾病: 流行性出血热、钩端螺旋体病、登革热、暴发型肝炎、败血症。③结缔组织病: 系统性红斑狼疮、皮炎、结节性多动脉炎累及上消化道。④其他: 尿毒症、肺源性心脏病、呼吸功能衰竭。

### 十六、呕血伴随症状、体征和临床意义

1. 上腹痛 中青年反复发作的周期性和节律性上腹痛, 多为消化性溃疡。如老年人出现无规律上腹痛并伴纳差和消瘦者, 应考虑胃癌的可能。

2. 肝脾肿大伴腹水 提示肝硬化, 应考虑食管胃底静脉曲张破裂出血。肝脏明显肿大, 质地坚硬并伴结节不平, AFP 升高者应考虑肝癌。

3. 黄疸、寒战、发热伴右上腹绞痛 应怀疑胆系出血; 同时发现皮肤黏膜有出血倾向者, 见于感染性疾病。

4. 皮肤粘黏膜出血 常与血液病及凝血功能障碍有关。

5. 相关病史 近期有酗酒或服用非甾体类消炎药物或外伤、颅脑手术后的病人考虑为急性胃黏膜病变。剧烈呕吐后出现呕血常为食管贲门黏膜撕裂综合征。

### 十七、便血临床表现

血便的颜色可呈鲜红色、暗红或黑色柏油样。少量的消化道出血, 一般无肉眼可见的粪便颜色改变, 须经隐血试验才能确定才, 称隐血便。

上消化道出血多为柏油便。若短时间出血量超过  $1000\text{ml}$ , 则大便可排出较鲜红色血便, 低位小肠或右半结肠出血, 一般为暗红色或果酱色。左半结肠出血, 粪便可全为血液或与粪便混合。血色鲜红不与粪便混合, 仅粘附于粪便表面或于排便前后有鲜血滴出或喷射出

者，提示为肛门或肛管疾病出血。食用动物血、猪肝等也可使粪便呈黑色，但免疫法查大便隐血为阴性。服用铋剂、铁剂、炭粉及中药等药物也可使粪便变黑，但一般为灰黑色无光泽，且隐血试验阴性。

### 十八、便血伴随症状及意义

1. 便血伴腹痛 慢性反复上腹痛，呈周期性与节律性，出血后疼痛减轻者，见消化性溃疡；上腹部绞痛，黄疸者应考虑胆道疾病。
2. 便血伴里急后重感 提示肛门、直肠疾病，多见于细菌性痢疾、直肠炎、直肠癌等。
3. 便血伴腹部肿块 多考虑结肠癌、肠结核、肠套叠、克罗恩病、小肠恶性淋巴瘤。
4. 便血伴皮肤黏膜出血 可见于血液病、急性感染性疾病等。
5. 便血伴发热 见常于传染病、恶性肿瘤、急性出血性坏死性肠炎等。
6. 便血伴腹部肿块 常见于结肠癌、肠结核、肠套叠、crohn 病及小肠良、恶性肿瘤等。

### 十九、黄疸鉴别诊断

1. 溶血性黄疸 溶血导致大量红细胞破坏形成大量非结合胆红素，超过正常水平而出现黄疸。血清总胆红素升高，以非结合胆红素为主。溶血黄疸一般较轻，呈浅柠檬色。急性溶血性可伴发热、寒战、头痛、呕吐并有不同程度的贫血貌和血红蛋白尿（尿呈酱油色或浓茶色），严重者可有急性肾功能衰竭。慢性溶血多为先天性，除贫血外尚有脾肿大。

2. 肝细胞性黄疸 肝细胞广泛损害的疾病均可发生黄疸，如病毒性肝、肝硬化、钩端螺旋体病、败血症、中毒性肝炎等。主要为血中结合胆红素增加。皮肤、粘膜呈浅黄至深黄色，病人可有乏力、腹胀及食欲减退等症状，严重者可有出血倾向。结合与非结合胆红素均增加。尿胆红素阳性，尿胆原可增高。

3. 胆汁淤积性黄疸 可分为肝内胆汁淤积和肝外胆汁淤积。前者见于肝内泥沙样结石、癌栓、寄生虫病、毛细胆管型病毒性肝炎、药物性胆汁淤积、原发性胆汁性肝硬化等。后者可由胆总管的狭窄、结石、炎症水肿、蛔虫及肿瘤等阻塞而引起。胆汁淤积性黄疸病人皮肤呈暗黄色甚至黄绿色，并有皮肤瘙痒及心动过缓，尿色加深，粪便颜色变浅灰或呈白陶土色。血清胆红素增加，以结合胆红素为主，尿胆红素阳性。

4. 先天性非溶血性黄疸 系因肝细胞对胆红素的摄取、结合和排泄缺陷所致的黄疸。

### 二十、腹水常见疾病的鉴别诊断

1. 结核性腹膜炎 有结核病史，腹水以少量至中量者为多，腹水为草黄色渗出液，少数为淡血性，以淋巴细胞为主，腹水动物接种的阳性率可达 50% 以上。腹腔镜及活组织检查对诊断困难者有确诊价值，腹腔镜检查在腹膜有广泛粘连应属禁忌。

2. 肝硬化腹水 一般为漏出液：①并发自发性腹膜炎时，腹水透明度降低，比重介于漏出液和渗出液之间，白细胞增多，常在  $500 \times 106/L$  以上，其中多形核白细胞（PMN）计数大于  $250 \times 106/L$ 。致病菌多为革兰阴性杆菌，应做腹水细菌培养，以明确诊断，②并发结核性腹膜炎时，腹水性质可介于渗出液和漏出液之间，以淋巴细胞为主，一般细菌培养阴性。③合并原发性肝癌时，腹水多为血性，应做细胞学检查。

3. 腹腔恶性肿瘤 包括腹膜转移癌、恶性淋巴瘤、腹膜间皮瘤等。腹水生长迅速且持续存在，可为黄色或血性渗出液。细胞学检查如果方法得当阳性率相当高且假阳性少，是

鉴别良恶性腹水的主要方法，腹水 CEA 增高。

## 二十一、肝肿大概念、病因与机制

正常肝下缘一般在肋缘下不能触及，在剑突下可触及肝下缘，多在 3cm 以内或不超过上腹部剑突下至脐连线的上 1/3 处，超过称为肿大（右侧胸腔积液、肺气肿至膈肌下降、腹壁松软和内脏下垂时，肝下缘有时可触及）。引起肝肿大的疾病可分为感染性、非感染性。

1. 感染性肝肿大 ①病毒性感染；②衣原体性感染；③立克次体性感染；④细菌性感染；⑤螺旋体性感染；⑥真菌性感染；⑦原虫性感染；⑧蠕虫性感染。

2. 非感染性肝肿大 ①中毒性；②淤血性；③胆汁淤积性；④代谢障碍性；⑤肝硬化；⑥肿瘤和囊肿；⑦结缔组织病；⑧血液病。

按发病时间的长短，又可分为急性肝肿大和慢性肝肿大。肝发生炎症及肝细胞坏死持续 6 个月以上称为慢性肝炎。

## 二十二、肝肿大诊断及鉴别诊断

对于肝肿大的诊断主要通过①病史 ②体格检查 ③实验室检查 ④器械检查。

1. 病毒感染 病毒感染是我国引起肝肿大的最常见的原因。最常见的是乙、丙型

2. 酒精性肝病 酒精性肝病是因长期、大量饮用各种含乙醇的饮料所致的肝脏损害性病变。分为酒精性脂肪肝、酒精性肝炎、酒精性肝硬化。

3. 自身免疫性肝炎 自身免疫性肝炎是一种病因不明的以高球蛋白血症，有多种自身抗体和汇管区呈碎屑样坏死为特征的肝脏炎症性病变。

4. 肝硬化 肝硬化是一种以肝组织弥漫性纤维化，假小叶和再生结节形成为特征的慢性肝病。临床上有多系统受累，以肝功能损害和门脉高压为主要表现。

5. 原发性胆汁性肝硬化 其病变主要为肝内细小胆管的慢性非化脓性破坏性炎症，有长期持续性肝内胆汁淤积，最终演变为再生结节不明显肝硬化。

6. 原发性肝癌 是指肝细胞或肝内胆管细胞发生的癌。

## 二十三、浅表淋巴结的触诊方法与顺序

1. 浅表淋巴结的触诊方法 ①颈部淋巴结由浅入深进行滑动触诊，病人应头稍低或偏向检查侧，以使皮肤或肌肉松弛，便于触诊。②锁骨上窝淋巴结病人取坐位或卧位，头稍向前屈，用双手进行触诊，左手触诊右侧，右手触诊左侧，由浅入深至锁骨后深部。③腋窝淋巴结以一手扶病人前臂稍外展，一手进行检查，一般医生以右手检查左侧，以左手检查右侧，由浅入深直达腋窝顶部。④滑车上淋巴结 医生左手托病人左前臂，以右手向滑车上部位由浅入深地进行触诊，以检查左侧滑车上淋巴结，检查右侧时则相反。

2. 浅表淋巴结触诊顺序 耳前、耳后、乳突区、枕骨下区、颌下、颈后三角、颈前三角、锁骨上窝、腋窝、滑车上、腹股沟、腠窝等。

3. 淋巴结肿大时应注意部位、大小、硬度、压痛、活动度、有无粘连、局部皮肤有无红肿、瘢痕和瘰管等。

## 二十四、紫癜概念、原因

紫癜是指皮肤或黏膜下出血，出血直径为 3 ~ 5mm 者为紫癜，直径不超过 2mm 者称出血点或瘀点，直径 5mm 以上者为瘀斑。

常见原因 血管缺陷、血小板量或质的异常、凝血异常、纤溶异常、抗凝物质增多等。

## 二十五、紫癜的临床特点及鉴别

紫癜一般可见于全身各处皮肤和黏膜，一般均不高出皮面，只有过敏性紫癜病人的紫癜才分布于四肢和臀部，而且可高出皮面。紫癜开始为红色，压不褪色，逐渐变暗变黄，1~2周即可消失，同时常伴有其他出血倾向，如鼻出血、牙龈出血、尿血和便血等。小红痣和充血皮疹为红色和压不褪色，但小红痣无高出皮面，表面光亮，常终生不消失，充血性皮疹亦为红色，但压后褪色。紫癜的临床表现：①引起紫癜的原发病的表现。②紫癜本身的表现和身体其他部位出血的表现。

## 二十六、正常脾脏的体表投影及脾肿大的原因

正常脾脏在右腋中第9~11肋骨之间，其长度约为4~7cm，叩诊时，此部位叩浊，但前方不超过腋前线。正常情况下，肋缘下不能触及脾脏，除极少数因内脏下垂，左侧胸腔积液、气胸等使脾向下移位而触及外，凡在仰卧或侧卧位能触及脾脏则均为脾肿大。引起脾肿大的常见原因有：

1. 感染 细菌性感染（如伤寒、布氏杆菌病）、病毒感染、立克次体感染、寄生虫感染（疟疾、血吸虫病）。
2. 自身免疫病 可见于系统性红斑狼疮、Felty综合征、血清病等。
3. 血液病 ①溶血性疾病如遗传性球形红细胞增多症。②恶性血液疾病如白血病、恶性淋巴瘤、恶性组织细胞病等。③骨髓增殖性疾病如真性红细胞增多症、原发性血小板增多症和原因未明的髓样化生等。
4. 淤血性脾肿大 肝硬化，门静脉阻塞血栓、狭窄，肝静脉阻塞布一加综合征、脾静脉阻塞血栓、狭窄，心源性病因（缩窄性心包炎）。
5. 类脂沉积病 见于Gaucher病、Niemann-Pick病等。
6. 其他 可见于脾肿瘤、脾囊肿、淀粉样变性等。

## 二十七、脾肿大的测量方法及分度标准

1、脾肿大的测量方法 ①第1测量（又称甲乙线）：指左锁骨中线左肋缘至脾下缘的距离，以cm表示，脾轻度肿大时只作第1测量。②第2测量（甲丙线）：指左锁骨中线与左肋缘交点至脾远点的距离。③第3测量（丁戊线）：指脾右缘与前正中线的距离，超过中线时以“+”表示，未超过中线时以“-”表示。

2、临床常用脾肿大分度标准 ①轻度肿大 不超过肋缘下2cm；②中度肿大 超过2cm至脐水平线以上；③高度肿大（巨脾）超过脐水平线或前正中线。

## 二十八、多尿、少尿、无尿的定义及临床意义

正常人的尿量一般为500~2500ml/d（平均1500ml/d），其中白天尿量占全日的三分之二，夜尿量占三分之一。如果日尿量及/或其分布超过这个范围称为尿量异常，有多尿、少尿、无尿与夜尿增多四种情况。

1. 多尿 指24小时尿量>3000ml。它可为生理性即正常人习惯于多饮而水摄入量太多导致的水利尿。病理性多尿则常由为肾浓缩功能不全、溶质性利尿或垂体后叶抗利尿激素缺乏或肾脏对抗利尿激素失敏所致，在后一情况尿量更多，一般>3500ml/d，称为“尿

崩”，最多可超过每日8000ml甚至10000ml以上。多尿常见于(1)内分泌—代谢疾病；(2)肾脏病；(3)精神性疾病：精神性多饮、精神分裂症；(4)排水性：各种原因水肿的消肿期多尿，利尿剂利尿。

2. 少尿与无尿 少尿指24小时尿量 $< 400\text{ml}$ 或持续每小时 $< 17\text{ml}$ 。如24小时尿量 $< 100\text{ml}$ 或12小时完全无尿称为“无尿”。少尿无尿基本病因：(1)肾前性如有效血容量减少、心脏排血功能下降、肾血管病变等。(2)肾性如肾小球病变、肾小管病变。(3)肾后性如机械性尿路梗阻、尿路的外压等。

### 二十九、夜尿增多临床意义

通常白天尿量占全日的三分之二，夜尿量占三分之一，如夜尿量占全日总尿量的50%以上或 $> 750\text{ml}$ 称为“夜尿增多”。提示肾浓缩功能减退，是老年人常有的表现，也是慢性肾功能不全的最早症状和肾间质疾病病人的常见主诉。如不论尿量多少，尿比重持续地固定在1.010上下（即等渗尿），则提示肾的浓缩与稀释功能多已丧失，为肾功能衰竭尿毒症的表现之一。

### 三十、尿路刺激征概念及临床意义

定义 尿频、尿急和尿痛合称膀胱刺激征。是泌尿系统最常见的症状之一。

(1)尿频 正常人每日白天平均排尿4~6次，夜间0~2次（与饮水量及年龄有关）。如果排尿次数明显超过正常范围就是尿频。

(2)尿急 是指刚有尿意就要立刻排尿，甚至未及赴厕就排出尿来。

(3)尿痛 是指排尿时感到疼痛，出现在尿道口、尿道内、会阴部或耻骨上区。

#### 1. 临床意义

(1)生理性尿频：见于饮水过多，精神紧张或气候寒冷时排尿次数增多。

(2)病理性尿频：①多尿性尿频：排尿次数增多而每次尿量不少。见于糖尿病，尿崩症，精神性多饮和急性肾功能衰竭的多尿期。②炎症性尿频：尿频而每次尿量少，多伴有尿急和尿痛，尿液镜检可见炎性细胞。见于膀胱炎、尿道炎、前列腺炎和尿道旁腺炎。③神经性尿频：尿频而每次尿量少，不伴尿急尿痛，尿液镜检无炎性细胞。见于中枢及周围神经病变如癔症，神经源性膀胱。④膀胱容量减少性尿频：见于膀胱占位性病变、妊娠子宫增大或卵巢囊肿等压迫膀胱、膀胱结核引起膀胱纤维性缩窄、尿道口周围病变。

2. 尿急 见于炎症、结石和异物、肿瘤、神经源性、高温环境下尿液高度浓缩等。

3. 尿痛 ①引起尿急的病因都可以引起尿痛。②疼痛部位多在耻骨上区，会阴部和尿道内，尿痛性质可为灼痛或刺痛。③尿道炎多在排尿开始时出现疼痛。④后尿道炎、膀胱炎和前列腺炎常出现终末性尿痛。

### 三十一、头痛常见病因、临床表现及伴发症状

1. 常见原因 颅脑病变、颅外病变、全身性疾病、神经症等。

#### 2. 临床表现

(1)发病情况：①急性起病并有发热者常为感染性疾病所致。②急剧的头痛，持续不减，并有不同程度的意识障碍而无发热者，提示颅内血管性疾病（如蛛网膜下隙出血）。③长期的反复发作头痛或搏动性头痛，多为血管性头痛（如偏头痛）或神经症。④慢性进



行性头痛并有颅内压增高的症状(如呕吐、缓脉、视神经乳头水肿)应注意颅内占位性病变。

⑤青壮年慢性头痛,但无颅内压增高,多为肌收缩性头痛(或称肌紧张性头痛)。

(2)头痛部位:①偏头痛及丛集性头痛多在一侧。②颅内病变的头痛常为深在性且较弥散,颅内深部病变的头痛部位不一定与病变部位相一致,但疼痛多向病灶同侧放射。

③高血压引起的头痛多在额部或整个头部。④全身性或颅内感染性疾病多为全头部痛。⑤蛛网膜下隙出血或脑脊髓膜炎尚伴有颈痛。⑥眼源性头痛为浅在性且局限于眼眶、前额或颞部。⑦鼻源性或牙源性也多为浅表性疼痛。

(3)头痛的程度与性质:头痛的程度分轻、中、重,但与病情的轻重并无平行关系。②三叉神经痛、偏头痛及脑膜刺激的疼痛最为剧烈。

(4)头痛出现的时间与持续时间:颅内占位性病变往往清晨加剧。鼻窦炎的头痛也常发生于清晨或上午,丛集性头痛常在晚间发生,女性偏头痛常与月经期有关,脑肿瘤的头

痛多为持续性,可有长短不等的缓解期。

(5)加重、减轻或激发头痛的因素:①咳嗽、打喷嚏、摇头、俯身可使颅内高压性头痛、血管性头痛、颅内感染性头痛及脑肿瘤性头痛加剧。②丛集性头痛在直立时可缓解。③颈肌急性炎症所致的头痛可因颈部运动而加剧。④慢性或职业性的颈肌痉挛所致的头痛,可因活动按摩颈肌而逐渐缓解。⑤偏头痛在应用麦角胺后可获缓解。

### 3. 伴发症状

(1)伴剧烈呕吐为颅内压增高,头痛在呕吐后减轻者见于偏头痛。(2)伴眩晕见于小脑肿瘤、椎一基底动脉供血不足。(3)伴发热见于感染性疾病。(4)慢性进行性头痛,伴出现精神症状者应注意颅内肿瘤。(5)慢性头痛突然加剧并有意识障碍者提示可能发生脑疝。(6)伴视力障碍可见于青光眼或脑肿瘤。(7)伴脑膜刺激征提示有脑膜炎或蛛网膜下隙出血。(8)伴癫痫发作可见于脑血管畸形、脑内寄生虫病或脑肿瘤。(9)伴神经功能紊乱症状可能是神经功能性头痛。

## 三十二、意识障碍常见病因、临床表现

意识障碍是指人对周围环境及自身状态的识别和觉察能力出现障碍。可表现为嗜睡、意识模糊和昏睡,严重的意识障碍为昏迷。常见病因有:重症急性感染,颅脑非感染性疾病(脑血管疾病、脑占位性疾病、颅脑损伤、癫痫),内分泌与代谢障碍(尿毒症、肝性脑病),心血管疾病,水、电解质平衡紊乱,外源性中毒,物理性及缺氧性损害。

1. 嗜睡 最轻的意识障碍,是一种病理性倦睡,患者陷入持续睡眠状态,可被唤醒,并能正确回答和做出各种反应,但当刺激去除后很快又再入睡。

2. 意识模糊 意识水平轻度下降,较嗜睡为深的一种意识障碍,能保持简单的精神活动,但对时间、地点、人物的定向能力发生障碍。

3. 昏睡 是接近于人事不省的意识状态。处于熟睡状态,不易唤醒。虽在强烈刺激下(如压迫眶上神经,摇动患者身体等)可被唤醒,但很快又再入睡。醒时答话含糊或答非所问。

4. 昏迷 (1)轻度昏迷:①意识大部分丧失,无自主运动,对声、光刺激无反应,对疼痛刺激尚可出现痛苦的表情或肢体退缩等防御反应。②角膜反射、瞳孔对光反射、眼球运动、吞咽反射等可存在。(2)中度昏迷:①对周围事物及各种刺激均无反应,对于剧烈刺激可出现防御反射。②角膜反射减弱,瞳孔对光反射迟钝,眼球无转动。(3)深度昏迷: