

ZHENDUANXUE  
YU JIANBIE  
ZHENDUAN  
NEIKJIBING  
ZHENDUANXUE  
YU JIANBIE  
ZHENDUAN  
NEIKJIBING  
ZHENDUANXUE  
YU JIANBIE  
ZHENDUAN  
NEIKJIBING  
ZHENDUANXUE  
YU JIANBIE  
ZHENDUAN  
NEIKJIBING  
ZHENDUANXUE  
YU JIANBIE  
ZHENDUAN  
NEIKJIBING

# 内科疾病诊断与鉴别诊断学

NEIKE JIBING ZHENDUAN YU JIANBIE ZHENDUANXUE

黄从新 贾汝汉 主编

HUANGCONGXIN JIARUHAN ZHUBIAN

湖北科学技术出版社



主编  
出版社

# 内科疾病

NEIKE JIBING

## 诊断与鉴别诊断学

ZHENDUAN YU JIANBIE ZHENDUANXUE

黄从新 贾汝汉 主编

HUANGCONGXIN JIARUHAN ZHUBIAN

湖北科学技术出版社

HUBEI KEXUE JISHU CHUBANSHE

2022/23

内科疾病诊断与鉴别诊断学

©黄从新 贾汝汉 主编

责任编辑:熊木忠

封面设计:戴 旻

技术编辑:苏江洪

出版发行:湖北科学技术出版社

电话:86782508

地 址:武汉市武昌黄鹤路75号

邮编:430077

印 刷:武汉市科普教育印刷厂

邮编:430035

787mm × 1092mm 16开 79.25印张

5插页 1990千字

2001年1月第1版

2001年1月第1次印刷

印数:0 001-3 000

定价:150.00元

ISBN 7-5352-2537-3/R·544

本书如有印装质量问题 可找承印厂更换

主 编	黄从新	贾汝汉				
副主编	唐其柱	王晋明	沈志祥	罗和生	丁国华	杨 炯
	李 竞	高清平				
秘 书	邱昌建	张宝珍				

编写人员 (以姓氏笔画为序):

丁国华	王晋明	王跃岭	王 纯	王德胜	王 颖
方 红	文重远	左 进	甘佩珍	石 明	叶丽娟
孙来宝	孙永林	孙 军	冉宗学	江 洪	许家俐
沈志祥	沈 磊	沈 岚	邓 涛	邓汉华	刘红燕
刘冬舟	刘 军	刘 军	刘 平	余保平	李 竞
李长生	李 瑾	李 虹	伍远雄	毕会民	吴小军
陈 芳	陈 葵	陈明铠	陈友华	陈伦华	陈雪芹
林国生	邹莉萍	张庆华	张丙宏	罗和生	胡成林
胡 卫	胡 克	胡苏萍	胡海云	胡曙萍	邱昌建
杨 波	杨 炯	杨定平	杨咏梅	杨定位	周桂兰
周秋凤	周纪宁	赵 亮	赵玉荣	施 冰	姜诗琴
贾汝汉	贾 宁	贺 磊	夏 豪	高清平	高 凌
袁武堂	袁藕莲	盛利华	柴 红	湛 辉	黄从新
黄国明	黄杰安	董卫国	唐其柱	韩 斌	韩其蔚
彭 燕	曹 霞	漆曙辉	蒋 琳	葛 健	詹玲屏
谭诗云	蔡 江	蔡茂云	黎明江	操寄望	薛彩云
欧阳镜铭					

## 序

疾病的诊断与鉴别诊断是每一个临床医生的日常工作，也是一个医生医疗水平的重要标志之一。因此，培养科学的诊断思维，构建全面合理的诊断知识结构，努力提高临床诊断的准确率，应引起广大临床医师的高度重视。

近一二十年来，科学技术迅猛发展，人类正逐步进入信息时代，疾病的各种检查手段达到了前所未有的进步，各种诊断设备日趋齐全和完善。随着诊断手段的增多和日益精细，许多疾病的诊断水平也得到了空前的提高。有些诊断手段本身都达到了空前的专业化，而且这种局面正日益继续下去，而已经形成或逐渐形成一个相对独立的专业知识领域，如超声诊断学、放射诊断学、核素诊断学等。一方面，深化了人类对疾病的认识，使临床医师的诊断水平空前提高；另一方面，迄今为止，任何一种独立的诊断手段都还远远没有达到某种完美的程度，具有目前自身难以克服的局限性，不能从整体角度和系统的角度去看待一种疾病或某个病人的疾病，难于达到完整、准确地诊断疾病。因此，一个临床医师在自己的临床实践中，既要充分地利用先进仪器设备，但又不能唯仪器设备论，不能完全依赖仪器设备。仍需要仔细采集病史及进行认真的体格检查，从病史和体征出发，再根据仪器设备检查的资料来分析综合，从而对病人的疾病作出最完整、最准确的诊断。至少现在如此，可能在一个相当长的时间内还是如此。

黄从新教授和贾汝汉教授是长期从事诊疗工作的临床大师，不管是指导博士生、硕士生，还是培养青年医生和基层进修医师，都深深感到必须加强正确的诊断观点和诊断思维的培养，必须在临床上建立完整、准确的疾病诊断，于是组织一批临床经验丰富的饱学之士编写了这本《内科疾病诊断与鉴别诊断学》，以切合临床的主题和简洁通俗的文字，向读者展示了一个靓丽的天地，每一个欲成临床大医者不可不进入这个天地而领略其风光。

值得一提的事，世上没有一成不变的事情，临床诊断也不例外。每一次科学的“完成”都意味着新的问题，随着科学技术的进步，本书中有些诊断方法可能被淘汰，新的诊断方面随时产生。科学请求被人超越，请求相形见绌。因此，只有在实践中不断探索、总结，才能不断提高临床诊疗水平。

是为序！

李庚山

2000年4月于湖北武昌楚康楼

# 前 言

诊断和鉴别诊断是临床医师的基本技能，是一个医师医疗水平的重要标志之一。除了一些简单的病症以外，大多数疾病的正确诊断，必须首先进行有效的鉴别诊断。

## 一、诊断和鉴别诊断的基本概念

### (一) 诊断

诊断是医师在对病人进行了一系列病史采集、体格检查和必要的实验室检查以后作出的病情判断。临床诊断是一个综合性诊断，严格来讲，一个完整的诊断应该包括病因诊断、病理生理诊断和病理诊断等。但由于科学技术发展水平的限制，人类对自身疾病的病因、病理、诊断及治疗方法的认识还远远没有达到十分明确的程度，对许多病人，上述几个方面的诊断还不能完全达到，只能作出其中一项或部分诊断。有时甚至连其中一项也不能完成，只能根据病人的陈述，结合医师的医学知识和临床经验而进行分析和推理，作出一个初步结论，即所谓“印象”(impression)，或称为症状诊断(symptomatic diagnosis)。

1. 病因诊断 在诊断中能明确疾病的病因。如风湿性心脏病、冠状动脉粥样硬化性心脏病、肺炎球菌性肺炎等都是病因诊断。

2. 病理诊断 在诊断中能明确疾病的病理改变。如二尖瓣狭窄、急性肝坏死等。在内科疾病的诊断中，多数情况下的病理诊断较难。

3. 病理生理诊断 在诊断中能明确病理生理过程。如房室结折返性心动过速、心功能三级等。

### (二) 鉴别诊断

由于疾病的临床表现具有多样性和复杂性的特点，每一个症状、体征和某一种疾病之间并不是完全呈一对一的关系，临床医师不可能对每一种疾病都能从一个表现中作出诊断，多数情况下都需要在诊断中进行有效的鉴别诊断。鉴别诊断就是以病人的某一主要表现为线索，对可能出现这一表现的各种疾病进行分析比较，根据伴随的其他表现和实验室检查资料，结合医生的知识结构和临床经验进行综合判断，从而肯定哪种疾病，否定哪种疾病，最后建立正确的诊断。

临床医师在诊断中必须进行有效的鉴别诊断是由于临床表现的多样性和复杂性所决定的。这些表现主要体现在以下几个方面：

(1) 一个系统的疾病可以以另一个系统的病症为主要表现。如心功能不全多为大多数心血管疾病的最后结局和主要的病理生理过程，但左心功能不全时常主要表现为呼吸困难，因此，在诊断左心衰竭时必须与支气管哮喘等呼吸系统疾病相鉴别。

(2) 多种疾病或一种疾病发生并发症时, 两种或多种疾病之间、并发症与原发疾病之间可相互影响, 临床表现互相掩盖。如肠结核患者并发肠粘连或肠穿孔时可导致肠梗阻或腹膜炎的症状和体征; 心脏瓣膜病时可出现较为特征性的病理性杂音, 但若并发了心功能不全, 则因心脏的收缩功能减退而可使心脏杂音减退或消失。因此, 在诊断时必须分析识别, 与相应的疾病相鉴别。

(3) 患者罹患某种疾病时, 因功能代偿或失代偿时的表现可有很大不同, 临床表现可发生较大变化, 也需要在诊断时进行鉴别。如肾功能不全失代偿期可表现为全身症状, 需和多种疾病相鉴别。

(4) 有些疾病患者在疾病的早期可无明显症状或症状不典型。如糖尿病患者早期可无明显自觉症状或仅有乏力等, 需仔细识别而进一步做血糖或糖耐量检查, 并和多种疾病相鉴别。甲状腺功能亢进症的患者因甲状腺激素分泌过高而出现消瘦为典型表现, 但如果进食较多而使摄入热量超过消耗的热量, 则可无明显消瘦。

(5) 有些患者因生理性原因或机体反应能力较差, 临床表现也可偏离某种疾病的特征表现。如老年人的机体反应能力较低或合并多种疾病而对某种疾病的表现出现较大程度的偏离, 如老年人罹患急性心肌梗塞时可有少数人表现为无痛性, 老年人患甲状腺功能亢进症时可表现为淡漠型, 机体反应能力较低的人患感染性疾病时白细胞计数并不显著增高。因此, 也需要鉴别。

(6) 仪器检查及其他检查的局限性也导致了检查结果需要在诊断中鉴别。如活动平板试验诊断冠心病是一项有价值的方法, 但可出现假阳性, 其结果在用于诊断时也需要鉴别。

对于上述各种需要鉴别的情形, 一般从下列几个方面入手进行鉴别:

(1) 深入采集病史, 分析鉴别。病史是疾病动态发展的轨迹, 往往折射出许多疾病的真实表现, 对于每一个病人都需要认真采集病史而分析, 有助于鉴别诊断。

(2) 全面分析资料, 比较鉴别。对每个病人的各种临床资料都要全面分析和比较, 寻找能反映疾病本质特征的东西, 鉴别哪种疾病的存在。

(3) 运用逻辑方法, 推断鉴别。对有关临床资料进行逻辑分析, 在推断中排除一些思考过的疾病, 最后确定疾病的诊断。

(4) 调整认识角度, 转换鉴别。人们往往习惯与在即定的背景下用常规思维方法来考虑问题, 尤其是医生每天在临床上工作, 有时对某些症状或体征的诊断已形成一定的思维定势。但有时又不能据此作出正确的诊断。因此, 对较复杂的疾病或依某一诊断而治疗无效或无明显效果的病人应调整认识角度, 转换思维方法, 来进行深入细致的分析和再认识, 有时可得出新的正确的诊断。

## 二、诊断和鉴别诊断的基本步骤和要求

进行诊断和鉴别诊断时, 一般包括以下三个基本步骤: 第一, 搜集临床资料。主要包括采集病史、体格检查和有目的地开展一些实验室检查等。第二, 分析判断。用临床特有的多种思维方法对一系列临床资料进行分析和综合, 提出初步诊断。第三, 临床验证, 确定诊断。有些病例需要在住院中进一步检查或治疗, 根据验证的结果确定诊断。如果是门诊病人, 大多数病人在初诊时可能为症状诊断或印象。在经过比较详细的体格检查和必须的实验室检查后可能得出病因和病理诊断。如果是住院病人, 可首先采集病史、体格检查和分析门

诊资料,根据上述材料作出基本诊断、确定临床类型,并分析和寻找出基本病因。为了进一步作出诊断和鉴别诊断,可提出继续检查的项目。在住院期间,要在查房中着重于病程观察,包括观察病情的演变,分析治疗的效果,并决定进一步的处理方案。诊断明确、治疗有效的病例应力求巩固疗效,促进尽早治愈,并防止和减少疾病本身可能发生的各种合并症,监测和防止药物及其相互作用引起的不良反应。诊断仍有怀疑的病例,应再次全面复习临床资料,必要时全面作体检,分析疑点,寻找线索,力求尽早明确诊断,并调整治疗方案。诊断明确但治疗效果不够理想者,则要分析原因,是病人存在影响疗效的因素,还是治疗方案存在缺点,再据此作出相应的调整。出院前要对住院过程作出总结,为病人作出出院诊断。相对来讲,出院诊断应该是最准确的诊断,是最终诊断,可由此来拟订出院后的继续治疗方案,必然会影响到病人今后的医疗,故应慎之又慎,尽量做到确定无疑。

### (一) 采集病史

病史是疾病发生和演变的过程,往往沉淀着疾病真象的印迹,因此,采集病史是诊断的第一步。有的疾病如心绞痛尤其劳累型心绞痛,根据病史就可以作出诊断。有的疾病在其病史中提供的信息,有助于判断疾病的类型、病程的分期、基本病因和诱发因素,也是决定治疗方案的重要基础。还有的疾病如高血压,其早期体检和实验室检查可能均为阴性,此时病人的一些非特异性主诉如头昏、焦虑、失眠、头部搏动感、胸闷等就成为作出诊断或进一步检查的重要线索。尽管近十多年来,许多新的现代化检查器械和手段陆续投入临床应用,为我们提供了大量精确和客观的资料,但病史采集的重要性仍未降低或改变,熟练地采集病史应成为临床医师的基本功。

采集好病史并不难,关键还在于重视和耐心。这两者又是有联系的,重视了才能做到耐心,才能不惜时间去做。有经验的高年资医师在查房过程中往往不仅认真聆听下级医师的病史和病情汇报,还常在床边通过倾听病人陈述、询问病情来龙去脉,甚至了解症状的某些细微末节来采集病史和掌握第一手材料,这种方法和态度值得年轻医师学习。

采集病史贵在细致。病史来自病人的陈述,但病人并非医师也未学过医学知识,其对症状和感觉的描述难以做到确定无误,这就需要作分析。有经验的医师在倾听病人陈述时应作细致的分析,以提高病史材料的正确性,避免诊断时走弯路。

病史的采集不是一次性地仅在人院时或首次查房中进行,而应不断地进行。首次的病史采集应尽量全面些、细致些,但即使是经验丰富的高年资医师仍难以做到百无一漏,需要在尔后的每次查房中继续采集病史,以作弥补。病人的病情不断在演变中,治疗的干预又可产生新的情况,掌握这些动态的变化,有助于判断病情发展变化的趋势,有助于作出更加正确的诊断。

### (二) 体格检查

全面、细致的体格检查也是作出正确临床诊治的基础。有的体征对疾病的诊断起决定性作用;有的则可提供十分有益的线索,把诊断引向正确的方向;还有的可帮助我们排除某些疾病,缩小鉴别诊断考虑的范围。对于初次查房的病人均应作一次全面系统的体检,以后隔一段时间还应再次作全面体检。在两次全面体检之间,每天例行的查房中仍应有重点地复查一次体征。如病人出现新的情况,或实验室检查提示新的线索,应再作有针对性的体检。原有的体征发生变化,也要重视,要跟踪检查直至水落石出。如感染性心内膜炎的确诊无疑要



依赖血培养结果,但如在每天查房的体检中仔细听诊心脏,发现新的心脏杂音,或原有杂音的性质、响度、部位等有了明显改变,且在不同的时间有动态变化,则在血培养得到阳性结果之前,仍有可能作出初步诊断。

### (三) 实验室检查和特殊检查

目前,由于技术的进步,影像学检查已可深入人体器官,对脏器的内部结构与功能作出可靠的评价,而临床检验的水平已可精确定量人体微量物质,甚至可在分子细胞水平和基因水平上揭示某些极早期和极细微的变化,这就弥补了体检的不足,丰富了临床医师对疾病的认识,大大提高了临床诊断的正确性,并有可能对疾病作出早期诊断。

临床医师应恰当运用这些检查方法。众多的检查项目各有其适用的对象和范围,应在分析病史和体检结果的基础上选择必要的、有针对性的实验室和特殊检查项目。

要避免过度应用这些检查。“拉网式”的检查不仅增加病人的经济负担和痛苦,且可能反而延误病情。滥用各种检查的现象实际上反映了这些医师医学知识的贫乏,基本功的欠缺和思想上的疏懒,不愿做过细的工作,企图用简单的方法抄近路、走捷径来获得诊断结果。正在学习和提高的年轻医师必须切实防止这种不良倾向。也要避免过度依赖这些检查结果。无论何种检查囿于设备和条件、操作技巧以及发报告人的水平,其结果均可能出现某种程度的偏差。一项检查的诊断符合率如达95%,可以认为其临床价值很高,但依然存在5%左右的漏诊或误诊可能性。何况不少检查项目还可以有假阳性结果,故对任何检查结果均应作客观分析,要懂得任何检查不论其价值多高,多属于辅助性诊断方法,而正确的诊断来自于对所有的资料所作的全面的分析。

## 三、诊断和鉴别诊断的思维方法

临床诊断过程是一种认识过程。因此,诊断过程中离不开科学的思维方法。在临床上医务工作者经过长期实践探索和经验积累而形成的一套特有的思维方法,即临床思维方法对建立正确的诊断具有重要价值。在进行诊断和鉴别诊断中,临床思维方法的特点是一要全面和辩证,二要发展和变化。既十分强调资料的重要性,要求系统、完整和翔实地收集各种临床资料,又客观全面和辩证地分析疾病,作出正确的诊断;要求用发展和变化的观点动态地进行分析,因人而异、因病而异地选择适当的治疗措施。由于每一个病人的临床资料都只是疾病的表现形式之一,可能是疾病本质特征的表现即真象,也可能是非本质特征的表现,即假象,都有一定局限性,因此,对临床资料的评估应该实事求是、恰如其分。

### (一) 临床思维的基本原则

临床思维是一个比较复杂的思维活动,在进行诊断和鉴别诊断中必须遵循下列基本原则:

1. 整体性原则 应从整体观点出发,全面观察病情,分析其内部与外部、局部与整体、结构与功能、心理与社会、生理与病理等各方面的表现,综合地分析其变化,才能如实反映人体整体的统一性。不从整体性原则出发,临床上许多疾病现象将难以解释。

2. 动态性原则 疾病的发生和发展是一个连续不断的运动过程,没有一种疾病是完全静止的。因此,在疾病的不同时期,其诊断也可以是变化的。此外,在疾病的不同时期,病

人的临床表现也会逐渐表现出来,也便于诊断的建立。有一个著名的老教授说过,内科医师要作出正确的诊断,最大的法宝就是动态观察。

3. 具体性原则 临床上所见到的不是疾病的概念,而是一个个具体的病人,在病人身上既有教科书上所规定的概念中的一般性特点,又有该病人不同于概念规定的特殊性特点,应对具体病人作具体分析,综合判断来得出结论。用药也必须根据病人的具体情况,遵循个体化的原则。

4. 实践性原则 临床医学是实践医学,临床思维也来自临床实践。医学理论和诊治方案是否符合实际,是否正确反映了疾病的本质和规律性,这并非理论问题,而是一个实践问题。只有在临床实践中达到预期目的,医学理论或诊治方案的客观真理性才算是被证实了。

5. 社会性原则 医师既是物质生产的间接创造者,也是精神文明产品的直接创造者,临床医师要从这一高度认识自己的社会责任,在临床医疗过程中不但要努力提高诊断的准确率和治愈率,而且要把疾病放在人体自然—社会整体系统中考察,制定有效的社会防治措施。

6. 循证医学原则 在诊断和鉴别诊断中,要有临床流行病学实践的观念,许多诊断及鉴别诊断的正确性在多中心随机试验的观察中进行验证。

## (二) 诊断和鉴别诊断的几种思维形式

在临床诊断和鉴别诊断中,最常用的几种思维形式是分析、综合和类比。即对于一个病人,首先在采集病史、体格检查后进行必要的实验室检查,然后将这些临床资料进行分析、归纳和总结。如在临床上,许多高年资医师在查房时首先对病人的临床资料进行一个小结,总结出该病例的临床特点,包括病人的年龄、性别、家族史、病史、体征、实验室检查结果、治疗的反应性等,这些体现着分析、综合等思维方式。这种思维方式不同程度的贯彻在每个医师的日常工作中,只是不同的医生掌握及利用的程度不同而已。能正确熟练地应用者,必然能带来临床诊断与鉴别诊断的正确与高效。

此外,在临床诊断与鉴别诊断的思维方式中,我们还应重视和学习另外一些思维方式,如直觉思维、辩证思维等。

直觉思维是直接领悟的思维,是人脑对突然出现在面前的新事物、新现象、新问题及其关系的一种迅速识别,是一种对事物的敏锐而深入的洞察和直接的综合判断。直觉思维在临床思维中具有重要作用,许多学术造诣较高且临床经验丰富的医生利用直觉思维对病人的抢救具有更加重要的意义。

辩证思维是高一层次的思维方式,建立正确的临床诊断,离不开辩证思维。对许多复杂的疑难病例,只有辩证思维才能够认清疾病的本质。

总而言之,人的思维方式较多,但其基本特点主要有三个,即思维的自觉能动性、知识和经验的储备性和个人间的差异性。在临床诊断和鉴别诊断中,不同的医生都有不同的思维方式,对疾病表现的认识及深度不尽相同,导致诊断的正确率有别,反映出—个医师的水平。临床医师应努力学习和锻炼自己的思维能力,不断提高诊疗水平。

(黄从新 贾汝汉)

## 目 录

<b>第一篇 呼吸系统疾病</b>	
<b>第一章 呼吸系统症状学</b> .....	3
第一节 呼吸困难 .....	3
第二节 咳嗽 .....	5
第三节 胸痛 .....	7
<b>第二章 肺部感染性疾病概述</b> .....	9
第一节 上呼吸道感染 .....	9
第二节 下呼吸道感染 .....	12
<b>第三章 病毒感染</b> .....	23
第一节 概述 .....	23
第二节 流行性感胃 .....	25
第三节 病毒性肺炎 .....	25
<b>第四章 肺部细菌感染</b> .....	31
第一节 临床诊断方法概要 .....	31
第二节 肺炎链球菌肺炎 .....	33
第三节 葡萄球菌肺炎 .....	35
第四节 肺炎克雷白杆菌肺炎 .....	36
第五节 其他常见革兰氏阴性杆菌肺炎 .....	37
第六节 军团菌肺炎 .....	38
第七节 肺脓肿 .....	40
<b>第五章 肺结核和其他分枝杆菌疾病</b> .....	43
第一节 肺结核病 .....	43
第二节 非结核分支杆菌肺炎 .....	46
<b>第六章 肺部真菌感染</b> .....	48
第一节 肺念珠菌病 .....	48
第二节 肺曲菌病 .....	49
第三节 肺隐球菌病 .....	50
<b>第七章 肺部寄生虫感染</b> .....	52
第一节 肺吸虫病 .....	52
第二节 肺血吸虫病 .....	54
第三节 卡氏肺孢子虫病 .....	55
<b>第八章 阻塞性疾病概述</b> .....	58
<b>第九章 支气管哮喘</b> .....	59

第十章 慢性支气管炎 .....	61
第十一章 肺气肿 .....	64
第十二章 支气管扩张 .....	66
第十三章 囊性纤维化 .....	69
第十四章 支气管肺癌 .....	71
第十五章 肺部其他原发性恶性肿瘤 .....	77
第一节 肺纤维肉瘤 .....	77
第二节 肺平滑肌肉瘤 .....	78
第三节 肺原发性何杰金氏病 .....	78
第四节 肺淋巴肉瘤 .....	79
第五节 肺原发性横纹肌肉瘤 .....	79
第六节 肺原发性恶性纤维组织细胞瘤 .....	79
第十六章 肺良性肿瘤及瘤样病变 .....	81
第一节 支气管腺瘤 .....	81
第二节 肺错构瘤 .....	82
第三节 肺炎性假瘤 .....	83
第四节 支气管平滑肌瘤 .....	83
第五节 肺畸胎瘤 .....	84
第六节 肺良性透明细胞瘤 .....	84
第十七章 肺转移性肿瘤 .....	86
第十八章 肺栓塞 .....	88
第十九章 原发性肺动脉高压 .....	91
第二十章 肺动静脉畸形和其他肺血管异常 .....	94
第一节 肺动静脉畸形 .....	94
第二节 肺隔离症 .....	96
第二十一章 肺水肿 .....	98
第二十二章 肺心病 .....	101
第二十三章 弥漫性肺间质性疾病的鉴别诊断 .....	105
第二十四章 特发性肺纤维化 .....	118
第二十五章 肺和结缔组织疾病 .....	121
第一节 类风湿性关节炎 .....	121
第二节 系统性红斑狼疮 .....	122
第三节 干燥综合征 .....	123
第四节 白塞氏病 .....	125
第五节 系统性硬化症 .....	127
第六节 皮炎炎和多发性肌炎 .....	128
第七节 结节性多动脉炎 .....	129
第二十六章 结节病 .....	131
第二十七章 弥漫性肺出血的鉴别 .....	134
第二十八章 肺嗜酸性粒细胞增多症和嗜酸性粒细胞肉芽肿 .....	138

第一节	单纯性嗜酸性粒细胞增多症	138
第二节	持续性嗜酸性粒细胞增多症	138
第三节	哮喘性嗜酸性粒细胞增多症	139
第四节	热带嗜酸性粒细胞增多症	140
第五节	慢性嗜酸性粒细胞增多症	141
第六节	嗜酸性粒细胞肉芽肿	141
第二十九章	肺泡蛋白沉积症	143
第三十章	能引起弥漫性改变的肺肿瘤	144
第一节	肺部的原发性肿瘤	144
第二节	肺转移性肿瘤	146
第三十一章	尘肺	149
第三十二章	肺泡微结石症	153
第三十三章	急性呼吸窘迫综合征	154
第三十四章	纵隔疾病	156
第三十五章	胸腔积液	161
第三十六章	胸膜肿瘤	182
第三十七章	气胸	184
第三十八章	呼吸控制性疾病的鉴别诊断	187
第三十九章	呼吸系统疾病常用诊疗技术	191
第一节	支气管镜检查	191
第二节	支气管肺泡灌洗	192
第三节	胸膜、肺穿刺活检	193
第四节	下呼吸道感染的微生物诊断	194
第五节	肺功能测试	197
<b>第二篇 循环系统疾病</b>		
第一章	症状学	213
第一节	水肿	213
第二节	紫绀	216
第三节	心悸	218
第四节	晕厥	221
第五节	高血压及高血压病	226
第六节	低血压及休克	234
第七节	心动过速	241
第八节	心动过缓	251
第九节	过早搏动	261
第十节	心房扑动	267
第十一节	心房颤动	270
第十二节	心脏杂音	273
第十三节	心室增大	280

<b>第二章 疾病与病症</b> .....	289
第一节 心力衰竭.....	289
第二节 冠心病.....	305
第三节 风湿性心瓣膜病.....	327
第四节 感染性心内膜炎.....	334
第五节 心肌病.....	338
第六节 肺动脉高压.....	347
第七节 急性主动脉夹层.....	349
<b>第三章 常用诊疗技术</b> .....	355
第一节 心电图检查.....	355
第二节 动态血压监测.....	363
第三节 动态心电图检查.....	366
第四节 心电监护.....	370
第五节 心率变异.....	373
第六节 QT 间期离散度.....	379
第七节 食管电生理检查操作技术.....	382
第八节 心电图平板运动负荷试验.....	386
第九节 倾斜试验.....	393
第十节 心脏导管术.....	396
第十一节 静脉压测定.....	402
第十二节 心功能测定.....	404
第十三节 心包穿刺术.....	410
<b>第三篇 消化系统疾病</b> .....	
<b>第一章 消化系统疾病常见症状及体征</b> .....	415
第一节 厌食.....	415
第二节 恶心与呕吐.....	417
第三节 吞咽困难.....	422
第四节 上消化道出血(呕血与黑便).....	426
第五节 下消化道出血(便血).....	433
第六节 腹痛.....	439
第七节 腹泻.....	448
第八节 便秘.....	456
第九节 腹部胀气.....	459
第十节 腹水.....	463
第十一节 黄疸.....	465
第十二节 肝脏肿大.....	474
第十三节 脾脏肿大.....	479
第十四节 腹部肿块.....	483
<b>第二章 食管疾病</b> .....	488

第一节	食管贲门失弛缓症	488
第二节	反流性食管炎	490
第三节	食管裂孔疝	492
第四节	腐蚀性食管炎	494
第五节	自发性食管破裂	495
第六节	食管癌	497
<b>第三章</b>	<b>胃、十二指肠疾病</b>	<b>502</b>
第一节	急性胃炎	502
第二节	慢性胃炎	503
第三节	功能性消化不良	504
第四节	消化性溃疡	505
第五节	消化性溃疡的并发症	507
第六节	消化性溃疡的术后并发症	510
第七节	卓-艾综合征(胃泌素瘤)	513
第八节	胃嗜酸性肉芽肿	514
第九节	胃石症	515
第十节	急性胃扩张	517
第十一节	十二指肠郁积症	518
第十二节	胃癌	520
第十三节	十二指肠肿瘤	522
<b>第四章</b>	<b>小肠疾病</b>	<b>525</b>
第一节	急性出血坏死性小肠炎	525
第二节	肠结核	527
第三节	吸收不良综合征	528
第四节	乳糜泻	530
第五节	盲攀综合征	532
第六节	短肠综合征	533
第七节	肠道脂代谢障碍症(whipple's病)	534
第八节	假性肠梗阻	536
第九节	肠道血管畸形	538
第十节	原发性小肠肿瘤	540
第十一节	原发性小肠淋巴瘤	541
<b>第五章</b>	<b>大肠疾病</b>	<b>544</b>
第一节	溃疡性结肠炎	544
第二节	克罗恩病(crohn病)	546
第三节	急性阑尾炎	549
第四节	结肠血吸虫病	551
第五节	阿米巴肠病	553
第六节	细菌性痢疾	555
第七节	伪膜性肠炎	556

第八节 肠道气囊肿病	558
第九节 结肠憩室病	559
第十节 放射性肠炎	561
第十一节 肠易激综合征	562
第十二节 大肠良性肿瘤	564
第十三节 肠道类癌及类癌综合征	566
第十四节 大肠癌	569
第十五节 蛋白丢失性胃肠病	572
第十六节 性传播性肛门直肠疾病	574
<b>第六章 肝脏疾病</b>	<b>578</b>
第一节 药物性肝损害	578
第二节 脂肪肝	579
第三节 酒精性肝病	580
第四节 肝硬化	583
第五节 原发性肝癌	585
第六节 肝脏良性肿瘤	588
第七节 肝性脑病	589
第八节 肝脓肿	591
第九节 肝糖原累积病	592
第十节 遗传性高胆红素血症	593
<b>第七章 胆道疾病</b>	<b>595</b>
第一节 胆道运动功能障碍	595
第二节 胆囊管综合征	601
第三节 胆石症	603
第四节 急性胆囊炎	608
第五节 慢性胆囊炎	611
第六节 急性化脓性胆管炎	613
第七节 原发性硬化性胆管炎	616
第八节 胆囊切除术后综合征	620
第九节 胆囊良性肿瘤和增生	624
第十节 胆囊癌	626
第十一节 胆管良性肿瘤	629
第十二节 胆管癌	630
第十三节 腹壶周围癌	632
<b>第八章 胰腺疾病</b>	<b>636</b>
第一节 急性胰腺炎	636
第二节 慢性胰腺炎	639
第三节 胰腺癌	641
第四节 胰腺内分泌肿瘤	644
<b>第九章 腹膜疾病</b>	<b>648</b>



第一节	结核性腹膜炎	648
第二节	自发性细菌性腹膜炎	650
第三节	继发性化脓性腹膜炎	652
第四节	腹膜恶性间皮瘤	654
第五节	腹膜假性粘液瘤	655
<b>第十章</b>	<b>消化系统疾病诊疗常规</b>	<b>657</b>
第一节	腹腔穿刺术	657
第二节	胃肠减压术	659
第三节	十二指肠引流术	661
第四节	灌肠术	663
第五节	洗胃术	665
第六节	三腔二囊管压迫止血术	667
第七节	肝脏穿刺与活组织检查术	669
第八节	肝脓肿穿刺术	670
第九节	胃镜检查术	672
第十节	结肠镜检查术	675
第十一节	经内镜逆行胰胆管造影术	678
第十二节	消化系统常见疾病的 B 型超声波检查	682
<b>第四篇</b>	<b>泌尿系统疾病</b>	
<b>第一章</b>	<b>症状学</b>	<b>693</b>
第一节	腰痛	693
第二节	少尿与无尿	694
第三节	血尿	696
第四节	蛋白尿	700
<b>第二章</b>	<b>急性肾小球肾炎</b>	<b>703</b>
<b>第三章</b>	<b>急进性肾小球肾炎</b>	<b>706</b>
<b>第四章</b>	<b>肾病综合征</b>	<b>712</b>
<b>第五章</b>	<b>隐匿性肾炎</b>	<b>719</b>
<b>第六章</b>	<b>IgA 肾病</b>	<b>721</b>
<b>第七章</b>	<b>慢性肾小球肾炎</b>	<b>724</b>
<b>第八章</b>	<b>急性间质性肾炎</b>	<b>728</b>
<b>第九章</b>	<b>肾小管性酸中毒</b>	<b>732</b>
<b>第十章</b>	<b>狼疮性肾炎</b>	<b>736</b>
<b>第十一章</b>	<b>过敏性紫癜性肾炎</b>	<b>741</b>
<b>第十二章</b>	<b>泌尿系感染</b>	<b>743</b>
<b>第十三章</b>	<b>常染色体显性遗传型多囊肾病</b>	<b>749</b>
<b>第十四章</b>	<b>急性肾功能衰竭</b>	<b>752</b>
<b>第十五章</b>	<b>慢性肾功能衰竭</b>	<b>758</b>