

许国瑛 申玉璋 主编

临床诊断 基本知识

• 人民卫生出版社 •

临床诊断基本知识

许国瑄 申玉璋 主编

齐今吾 申玉璋
许国瑄 陈维信 编

人民卫生出版社

临床诊断基本知识

许国璋—申玉璋 主编

人民卫生出版社出版

(北京市崇文区天坛西里10号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

新华书店北京发行所发行

787×1092毫米32开本 13印张 6插页 283千字

1977年8月第1版 1985年3月第2版第3次印刷

印数：205,501—260,600

统一书号：14048·3555 定价：1.95元

〔科技新书目 82 — 37〕

再 版 说 明

《临床诊断基本知识》一书于 1977 年出版后，曾受到广大读者的热情支持和鼓励。

随着广大基层医药卫生工作者技术水平的不断提高，为了满足广大读者的需要，我们对第一版《临床诊断基本知识》进行了修订再版。

本书修订后由原来的五章增至六章，内容增加了一倍，并附插图 160 余幅。在第一章“症状学”中，除对 18 个症状进行了修改充实外，增加了“发绀”、“排尿异常”、“血尿”、“皮肤粘膜出血”四个症状；在第三章体格检查中，除修改了原内容外，还增加了“体格检查的基本方法及其应用”，并增补了“神经系统检查”的内容；在第四章“临床诊断与病历编写”中，增加了病例分析示例，以助读者掌握病例分析的正确方法；在第五章“临床常用的实验室检查”项内，增补了痰液、脑脊液、浆膜腔穿刺液、胃液、十二指肠引流液、肾功能、肝功能检查以及免疫学检查的内容，供临床工作中参考；为了提高一般诊疗操作技术水平，我们增写了第六章，内容为“临床常用诊疗操作技术”，共 14 项，将对基层卫生工作者有所裨益。

在本书第一版编写中，尚有许多同志参加，再版的所有插图均由我校教材科姚承璋、王序、董为同志绘制或重绘，在此特向以上同志表示谢意。

由于水平所限，时间紧迫，书中一定会存在缺点和错误，恳请广大读者批评指正。

编者

1983 年 7 月

于中国医科大学

目 录

第一章 症状学	1
第一节 发热	1
第二节 休克	9
第三节 呼吸困难	14
第四节 发绀	18
第五节 咳嗽与咳痰	20
第六节 咯血	21
第七节 胸痛	23
第八节 消化道出血(呕血、便血)	25
第九节 黄疸	30
第十节 腹痛	37
第十一节 腹泻	43
第十二节 水肿	45
第十三节 排尿异常	51
第十四节 血尿	53
第十五节 腰痛	55
第十六节 皮肤粘膜出血	58
第十七节 昏迷	60
第十八节 头痛	63
第十九节 眩晕	66
第二十节 晕厥	68
第二十一节 惊厥与抽搐	69
第二十二节 麻木	72
第二章 问诊	75
第一节 问诊内容	76

第二节	问诊方法·····	78
第三节	各系统疾病的问诊提要·····	80
第三章	体格检查·····	82
第一节	体格检查的基本方法及其应用·····	82
第二节	一般检查·····	90
第三节	皮肤、粘膜及浅表淋巴结的检查·····	103
第四节	头部及颈部检查·····	108
第五节	胸廓检查·····	116
第六节	肺部检查·····	120
第七节	心脏检查·····	134
第八节	腹部检查·····	168
第九节	脊柱和四肢的检查·····	190
第十节	外生殖器、肛门与直肠的检查·····	194
第十一节	神经系统检查·····	196
第四章	临床诊断与病历编写·····	218
第一节	临床诊断步骤与思维方法·····	218
第二节	分析诊断时应注意的几个问题·····	220
第三节	病历编写·····	226
第四节	病历编写和病历分析示例·····	231
第五章	临床常用的实验室检查·····	243
第一节	常用血液学检查·····	243
一、	红细胞检查·····	244
二、	白细胞检查·····	251
三、	止血与凝血障碍检查·····	260
四、	骨髓细胞学检查·····	269
五、	常用的几种血液学检查操作方法·····	281
第二节	红细胞沉降率(ESR)检查·····	290
第三节	尿液检查·····	292
第四节	粪便检查·····	311

第五节	痰液检查·····	319
第六节	脑脊液检查·····	322
第七节	浆膜腔穿刺液检查·····	328
第八节	胃液检查·····	331
第九节	十二指肠引流液检查·····	336
第十节	肾功能检查·····	339
第十一节	肝脏功能检查·····	347
第十二节	免疫学检查·····	363
第六章	临床常用诊疗操作技术·····	374
一、	皮内注射·····	374
二、	皮下注射·····	378
三、	肌肉注射·····	379
四、	静脉穿刺与注射·····	380
五、	导尿术·····	382
六、	灌肠术·····	383
七、	胸腔穿刺及放液术·····	385
八、	心包穿刺及放液术·····	388
九、	腹腔穿刺及放液术·····	389
十、	腰椎穿刺术·····	392
十一、	骨髓穿刺术·····	394
十二、	胃液采取术·····	396
十三、	十二指肠液引流术·····	398
十四、	静脉压测定·····	399
附录	实验室检查正常值·····	401
	血液学检查·····	401
	血液生化检查·····	402
	尿液·····	405
	脑脊液·····	406
	胃液·····	407
	十二指肠引流液·····	407
	其他·····	407

第一章 症 状 学

第一节 发 热

正常人的体温，由于在大脑皮层和丘脑下部体温调节中枢（包括产热与散热中枢）的调节下，使机体的产热过程与散热过程保持着相对平衡，因此维持在一个比较恒定的正常范围内。一般腋温为 $36^{\circ}\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。由于某些病因使机体产热过多、散热不良或调节功能发生障碍，使体温高于正常范围，称为发热。在大多数情况下，发热是属于人体防御功能的一种反应。

临床上引起发热的疾病很多。对发热病人进行分析时，应首先了解起病情况、发热天数、体温波动情况及其他症状等；再结合体格检查和病人的年龄、性别、季节特点以及当地疾病的流行情况等进行分析，找出发热原因，以确立诊断，给予治疗。

根据发热的程度，临床上可分为：微热（ $37^{\circ}\sim 38^{\circ}\text{C}$ ）、中等热（ $38^{\circ}\sim 39^{\circ}\text{C}$ ）、高热（ $39^{\circ}\sim 40^{\circ}\text{C}$ ）及超高热（ 40°C 以上）。

某些发热疾病，常具有特征性的热型，对诊断有一定帮助。

1. **稽留热** 多为高热，体温持续在 $39^{\circ}\sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右，可达数日或数周，每天体温波动在 1°C 以内。见于大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒等（图 1-1-1）。

2. **弛张热** 多为高热，每天体温波动较大，可超过 2°C ，

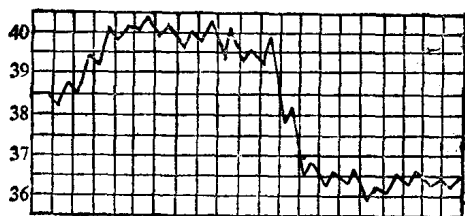


图 1-1-1 稽留热

一般最低体温仍高于正常。见于化脓性疾病、败血症、严重肺结核等 (图 1-1-2)。

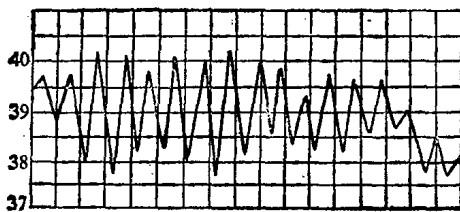


图 1-1-2 弛张热

3. 间歇热 发热期与无热期交替出现。体温突然升高，可达 39°C 以上，持续数小时后骤然降到正常，经一至数天间隔期后又突然升高，如此反复发作。见于疟疾、慢性胆道病、肾盂肾炎、淋巴瘤等 (图 1-1-3)。

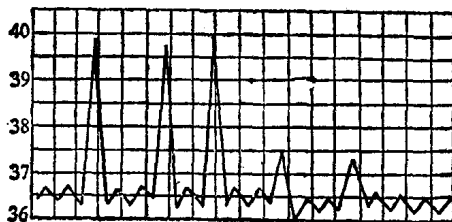


图 1-1-3 间歇热

三、二、一、二、一、二

4. 波状热 体温逐渐升高,若干日后逐渐下降到微热或正常水平,如此呈波状起伏多次。见于布氏杆菌病。

5. 不规则热 发热无一定规律,持续时间不定。见于肺结核、风湿热、支气管肺炎、癌性发热等(图 1-1-4)。

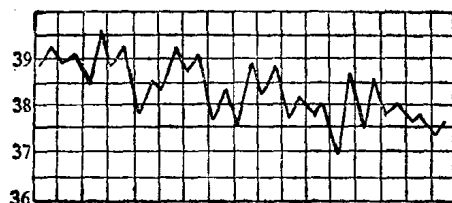


图 1-1-4 不规则热

由于人体的反应性不同,因此同一疾病可在不同病人的身上表现出不同的热型,有时可有两种或两种以上热型交互存在。老年人患休克型肺炎,可无高热或不发热。此外,由于抗生素、解热药或肾上腺皮质激素的广泛应用,典型热型已不多见。故需按具体情况做具体分析,以求正确诊断。

临床上常见的发热疾病有:

(一) 急性高热

1. 急性传染病

(1) 流行性感冒:病原为流感病毒,多为流行性发病。病人突然畏寒、高热、头痛、周身酸痛、眼眶及眼球后疼痛、结膜充血、白细胞减少。病程不超过一周。

(2) 麻疹:病原为麻疹病毒,多见于小儿,冬末春初发病。患儿有高热、头痛、怕光、流泪、眼分泌物增多、鼻塞、流涕及打喷嚏等上呼吸道卡他症状。发热第2~3天颊粘膜处可见周围有红晕的小白点,叫科氏斑,是早期诊断麻疹的

重要依据。发热第3~4天出现斑丘疹，先见于发际、耳后，逐渐向颈项、躯干及四肢散布。

(3) 猩红热：病原为乙型链球菌，经呼吸道传染，多发于冬春两季。病人突然高热，并有咽痛、咽峡部充血，颈淋巴结肿胀、压痛。数小时至一日后出现皮疹，初见于颈部，一日内遍及全身。皮疹为弥漫性细小密集红色斑疹，压之退色。口唇周围有苍白圈。舌乳头粗大色红，称“草莓舌”。一周左右皮疹消退，有秕糠样脱屑，手掌与足底常有大片脱皮。

(4) 流行性脑脊髓膜炎：简称流脑，为脑膜炎双球菌侵犯中枢神经系统的一种急性传染病。多在冬春流行，多见于儿童。起病急骤、突然高热、头痛、呕吐、烦躁不安、昏迷，颈项强直，克尼格征阳性，婴儿囟门饱满隆起，有角弓反张。皮肤可有瘀点或瘀斑。白细胞增多，脑脊液混浊，涂片检查可在细胞内找到脑膜炎双球菌，皮肤瘀点或瘀斑涂片亦可找到病原菌。

(5) 流行性乙型脑炎：是由乙型脑炎病毒侵犯中枢神经系统引起的一种急性传染病。经蚊子传播，有严格的季节性，80~90%的病例发生在7、8、9三个月。起病急，高热，伴头痛、呕吐、嗜睡或烦躁等，重症可迅速出现昏迷、惊厥或呼吸衰竭。常有脑膜刺激症状，深浅反射消失或增强，巴彬斯基征阳性。可出现强直性或弛缓性瘫痪。白细胞增高达1~3万，以中性分叶核粒细胞居多。

(6) 伤寒：是由伤寒杆菌引起的肠道传染病，全年散发，夏秋多见。起病较缓，第一周体温呈梯形上升，第二周以后为稽留高热，伴面色苍白、表情淡漠、不思饮食、腹胀、便秘等症状。有相对缓脉，肝脾稍肿大，白细胞减少。病后

6~7天胸腹部可见少许玫瑰疹。一周后血液肥达反应可出现阳性。约在第四周体温缓慢下降。经氯霉素等治疗4~5日后体温可降至正常。

(7) 斑疹伤寒：分流行性及地方性两类，前者由体虱传染，冬春多见；后者为鼠蚤传染，夏秋较多；均为立克次体感染所致。流行性者起病急，持续高热两周左右。发病后第4~6天出现皮疹，先出现在肩部，24小时后延至颈、背、腹、四肢，面部较少。神经系统症状明显，剧烈头痛、兴奋、烦躁，脉快，肝脾肿大。白细胞正常或增加，血外斐反应阳性。地方性者症状较轻。

(8) 细菌性痢疾：是由痢疾杆菌引起的消化道传染病，多见于夏秋季节。发冷、发热、腹痛、腹泻（每日数次至数十次），伴有粘液脓血便、有里急后重感。左下腹部常有明显压痛，大便检查可发现脓细胞。儿童在肠道症状出现之前可有高热，容易发生惊厥、循环衰竭（中毒型痢疾）。

(9) 疟疾：是由疟原虫引起的传染病，通过蚊子叮咬感染。临床以间日疟多见，三日疟及恶性疟少见。八、九月为流行季节。发病急，突然寒战（持续 $\frac{1}{2}$ ~2小时），继之高热，持续4~5小时，大汗后退热。间日疟隔天发作一次，三日疟隔两天发作一次，恶性疟发作不规律。病人可有脾肿大，白细胞数正常或稍低，反复发作可出现贫血或黄疸。重症可有高热不退、昏迷、惊厥、腹泻、红黑色尿、休克等表现。在发冷寒战期及发作6小时内，血内疟原虫较多，如能查到，是诊断本病最可靠的依据。

(10) 布氏杆菌病：高热，常为波状热型，多有明显出汗、头痛、全身肌肉酸痛、关节痛，肝脾肿大及睾丸肿大，白细胞减少，血布氏杆菌凝集反应阳性（1:100以上）。有流行

病史。

2. 感染性疾病

(1) 上呼吸道感染：包括咽峡炎、扁桃体炎及气管炎。有不同程度的发冷、发热、头痛、咳嗽等。白细胞计数常增高。急性扁桃体炎时扁桃体红肿，可有脓栓。

(2) 大叶性肺炎：冬春两季多见。突然寒战、高热、咳嗽、咯铁锈色痰，呼吸急促。发病后2~7天病变部位触诊语音震颤增强，叩诊浊音，可听到支气管性呼吸音及湿性罗音。白细胞计数明显增高，中性粒细胞核左移。

(3) 败血症：常见的有金黄色葡萄球菌败血症及肠道革兰氏阴性杆菌败血症。前者约半数以上有皮肤病灶，多有皮疹（出血性、荨麻疹及小脓疱），病程稍长的，软组织、肺等可发生化脓性迁徙病灶。革兰氏阴性杆菌败血症多继发于肠道、胆道、尿路感染。病人多为弛张热，伴有寒战、多汗、肝脾肿大。大肠杆菌败血症易并发休克，其特点是早期出现且持续时间较长；迁徙性病灶少见。有的病人稽留高热，相对缓脉，白细胞正常或偏低，类似伤寒的表现。真菌败血症过去少见，但近年有所增加。通常发生于长期应用皮质激素及（或）广谱抗生素的过程中，值得临床重视。

(4) 结核病：表现为急性发热的有粟粒型肺结核、支气管内膜结核、干酪性肺炎及急性渗出性胸膜炎等。

(5) 急性肾盂肾炎：多见于女性及儿童。突然发冷、发热、腰痛、尿频、尿急、排尿痛。尿常规检查白细胞增多，如有条件可作消毒中段尿细菌培养。

(6) 急性胆囊炎：突然发冷、发热、右季肋下阵发性剧痛，并向右肩部放散、恶心、呕吐，可发生黄疸。右季肋下腹肌紧张，胆囊区有压痛。白细胞增多。

(7) 肝脓肿：细菌性肝脓肿继发于胆道感染或败血症。发冷、发热、右季肋部疼痛，肝脏与肋间有压痛及叩痛。白细胞增多。阿米巴性肝脓肿的症状及经过较为缓和。

(8) 妇科疾病：常见的有产褥感染或急性盆腔炎症。

(9) 外科疾病：常见的有疖、蜂窝组织炎、深部脓肿、急性乳腺炎、骨髓炎等。

3. 结缔组织疾病

(1) 风湿热：多见于青年。有长期不规则发热、多汗、多发性游走性关节炎。可有风湿结节或环形红斑。常并发风湿性心脏炎(心肌炎、心内膜炎、心包炎)。白细胞增加，血沉加速。

(2) 系统性红斑狼疮：简称 SLE。患者 80% 为女性，多在 20~40 岁发病。病人发热，面部有蝶形红斑。可有多系统损害，如关节痛、风湿样关节炎、肾炎、肝脏损害、胸膜炎、间质性肺炎、心内膜炎等。白细胞偏低，血沉明显加速，末梢血中可找到红斑狼疮细胞。抗核抗体阳性。

4. 肿瘤性疾病

(1) 急性白血病：高热，口腔及咽峡感染，贫血及出血倾向，肝、脾、淋巴结肿大，白细胞可增多、正常或减少，末梢血涂片检查可见大量原始细胞及幼稚细胞，骨髓涂片呈增生性改变，以幼稚细胞为主。

(2) 淋巴瘤：以淋巴肉瘤及何杰金氏病较为常见。发热，颈、腋下、腹股沟等浅表淋巴结肿大，亦可有胸、腹腔淋巴结肿大。脾肿大，肝也可肿大。可有皮肤瘙痒、乏力等。

(3) 恶性肿瘤：可因组织破溃坏死引起发热，因受累器官不同，其症状各异。

(二) 长期微热

1. 慢性感染

(1) 结核病：活动性结核病是微热较为常见的原因。有全身结核中毒症状，如盗汗、衰弱、乏力、食欲不振、体重减轻等。局部症状可因受累器官的不同而异。

(2) 慢性肾盂肾炎：为微热的常见病因。多见于已婚女性。除有微热外，多伴有腰痛和尿路刺激症状，如尿频、尿急、排尿痛等。有肾区叩痛及输尿管压痛。尿检查白细胞增多。中段尿细菌培养可为阳性。

(3) 慢性胆囊炎：有急性胆囊炎的病史。除微热外，有食欲不振、恶心、呕吐、右上腹慢性疼痛等症状，触诊肝脏可肿大，胆囊区在深吸气时可有压痛。十二指肠液分析乙胆汁中白细胞增多，培养可有细菌生长。

(4) 慢性扁桃体炎：有扁桃体反复发炎的病史。常有扁桃体肿大、发红或有脓栓。

(5) 慢性盆腔炎症：微热，月经不调，白带多，下腹部及腰骶部有不适感或疼痛。

2. 无黄疸型迁延性或慢性肝炎

临床表现有微热，休息时发热较低，活动或劳累时略有升高，热程可持续数月或几年；除伴有食欲不振、腹胀、消瘦、乏力、肝区隐痛、肝脾肿大等肝炎表现外，还兼有水肿以及多汗、易兴奋、失眠等植物神经功能紊乱症状。肝功能多正常或有轻度改变。

3. 风湿热

患风湿热的病人，有的可有长期微热、多汗、心率快、关节痛等风湿活动的症状。白细胞常增多，血沉加速。

耳
乙
耳
乙
耳
乙
耳
乙

4. 甲状腺机能亢进

病人由于体内甲状腺激素过多，代谢亢进，常有微热、心跳、多汗、食欲亢进、消瘦、甲状腺肿大。甲状腺区可听到血管杂音。

发热的伴随症状：

发热伴寒战，常见于败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、大叶性肺炎等。先发热后昏迷见于乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、中毒性菌痢、中暑等；先昏迷后发热则见于脑溢血、巴比妥类药物中毒等。发热伴出血现象见于重症麻疹、流行性出血热、急性白血病等。发热伴淋巴结肿大，可见于传染性单核细胞增多症、淋巴结结核、淋巴瘤、白血病等。发热伴肝脾肿大，可见于败血症、病毒性肝炎、白血病、疟疾等。发热伴关节肿痛，可见于风湿热、结核病、结缔组织病等。

第二节 休 克

休克是急性循环功能不全综合征，是临床各科严重疾病常见的并发症。其发生的基本原理是有效循环血量不足，引起组织和器官的微循环灌流不足。临床表现为四肢潮冷，面色苍白或紫绀，血压下降（收缩压 <80 毫米汞柱），脉搏细数，尿量减少，烦躁不安，反应迟顿，神志模糊，甚至昏迷死亡。一旦发生，必须积极救治。

（一）分类

1. **感染性休克** 临床最常见。细菌、病毒、霉菌、螺旋体、立克次体等感染均可引起。但以革兰氏阴性细菌引起的较多，常见于细菌性痢疾、流行性脑脊髓膜炎、泌尿道和

胆道感染引起的败血症。革兰氏阳性细菌感染引起的休克见于肺炎双球菌引起的肺炎等。病原体产生的内毒素或外毒素，早期使血管收缩，后期则使血管扩张，血液滞留在微循环内，使有效循环血量减少，血压下降，发生休克。

2. 创伤性休克 常见于各种严重创伤，如骨折、挤压伤、战伤、手术创伤等。

创伤性休克可在创伤后立即出现，亦可在数小时或更长一点的时间后出现，前者称为原发性或神经反射性休克，后者称为继发性休克。引起创伤性休克的因素比较复杂，有以下几点：(1)剧烈疼痛，是引起神经反射性休克的主要原因；(2)出血；(3)受伤局部的血浆渗出；(4)损伤组织的分解产物及缺氧代谢产物的吸收入血；(5)细菌感染所产生的毒素等。

3. 失血或失液性休克 临床常见。急性大出血，大量体液丧失如腹泻、呕吐、大汗等均可引起；大面积烧伤后的血浆渗出，糖尿病多尿、酸中毒等体液丢失均可导致有效循环血量减少，血压下降，发生休克。

出血性休克和失液性休克又称为低血容量性休克。大面积烧伤后，在48小时内发生的休克又称为烧伤性休克。

4. 心源性休克 多见于急性心肌梗塞，严重心肌疾病如心肌炎、急性克山病等，严重心律失常如阵发性室性心动过速，以及急性心包填塞、晚期心力衰竭等。心排血量减少，血压下降。

5. 过敏性休克 常发生于对某些药物（如青霉素）、血清制剂或疫苗过敏时。一般认为是抗原抗体反应。当过敏原进入机体后，机体就形成IgE抗体（一种亲细胞抗体）。这种抗体能持久地吸附在血液中嗜硷性粒细胞的表面或组织（特别是皮肤和粘膜）中毛细血管周围的肥大细胞表面，使