



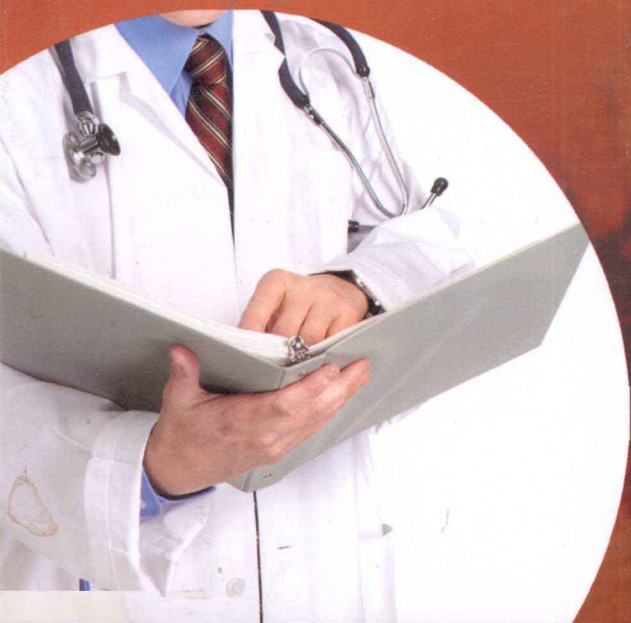
中国科学院教材建设专家委员会规划教材

全国高等医药院校规划教材

临床医学概论

案例版™

陈 昱 杨建新 主编



科学出版社



中华人民共和国教育部
全国高等学校教材

全国高等学校临床医学专业
规划教材

临床医学概论

第2版

主编 王斌全 副主编 王斌全 王斌全



人民卫生出版社

国科学院教材建设专家委员会规划教材
全国高等医药院校规划教材

临床医学概论

案例版TM

主 编 陈 垦 杨建新

编 委 (按姓氏笔画排序)

王希成	广东药学院附属第一医院	张永成	广东药学院附属第一医院
龙友明	广东药学院附属第一医院	张 明	广东药学院附属第二医院
叶中绿	广东医学院附属医院	陈日玲	广东医学院附属医院
田 刚	西安交通大学医学院	陈 垦	广东药学院临床医学院
杨卫民	华中科技大学同济医学院附属同 济医院	罗清逢	广东医学院附属医院
杨建新	广东药学院临床医学院	周万兴	广东药学院附属第一医院
李卫平	上海交通大学医学院附属仁济医院	周昭远	广东药学院附属第一医院
李国标	广东药学院临床医学院	洪铭范	广东药学院附属第一医院
李荣山	山西医科大学第二医院	钱聚标	广东药学院临床医学院
李贵平	南方医科大学南方医院	殷利民	广东药学院附属第一医院
李晨钟	南方医科大学南方医院	梁丽宁	广东药学院临床医学院
吴梅丽	广东医学院附属医院	蒋文功	广东药学院临床医学院
邱 焯	广东药学院临床医学院	蒋立艳	广东药学院临床医学院
汪根树	中山大学附属第三医院	游洪波	华中科技大学同济医学院附属同 济医院
宋泽庆	广东医学院附属医院	潘学谊	广东药学院附属第一医院

学术秘书 徐毅晖 杨元生 广东药学院临床医学院

科 学 出 版 社

北 京

· 版权所有 侵权必究 ·

举报电话:010-64030229;010-64034315;13501151303(打假办)

内 容 简 介

本教材为全国高等医药院校规划教材,以概论介绍为主,并精选常见病、多发病,主要内容包括绪论、诊断学基础、肿瘤学、内科学、外科学、妇科学和儿科学。本教材以临床医学基础理论、基本知识和基本技能为重点,摆脱了以往临床医学专业教材的框架,力求完整地反映临床医学的全貌,内容简练实用,知识点明确,努力体现科学性、先进性、实用性和通用性的特点。本教材采用了案例和教学内容相结合的编写形式,融案例教学于课堂理论授课之中,极大地丰富了教学内容,起到了启发学生创新思维,提高学生学习的主动性和积极性的作用。

本教材适用于高等医药院校非临床医学专业,包括医药营销学以及药理学、临床药理学、生物制药、药学、中药学、药物监测、制药制剂等专业,也可供对临床医学感兴趣的读者参考。

图书在版编目(CIP)数据

临床医学概论 / 陈垦,杨建新主编. —北京:科学出版社,2011.9
中国科学院教材建设专家委员会规划教材·全国高等医药院校规划教材
ISBN 978-7-03-032126-8

I. 临… II. ①陈… ②杨… III. 临床医学-医学院校-教材 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 170474 号

责任编辑:周万灏 / 责任校对:桂伟利

责任印制:刘士平 / 封面设计:范璧合

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科学出版社出版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

新蕾印刷厂印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2011 年 9 月第 一 版 开本:787×1092 1/16

2011 年 9 月第一次印刷 印张:23 1/4

印数:1—5 000 字数:565 000

定价:48.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

前 言

随着医学科学的迅猛发展,临床医学专业的划分越来越细,诊疗手段也日新月异。为使非临床医学本科教育更好地适应培养现代医学人才的需要,使学生掌握更多、更实际的临床医学知识,更好地促进非医学类学生学习临床医学知识,我们编写一部适合非临床医学专业学生使用的教材是十分必要的。如何使非临床医学专业的学生在有限的学时内掌握临床医学知识体系及其主要内容,是我们组织编写《临床医学概论》的基本出发点和目的。

本教材以临床医学基础理论、基本知识和基本技能为重点,摆脱了以往临床医学专业教材的框架,力求完整地反映临床医学的全貌,内容简练实用,知识点明确,学生好学,教师好教,努力体现科学性、先进性、实用性和通用性的特点。为顺应教学改革的潮流,采用了案例和教学内容相结合的编写形式,融案例教学于课堂理论授课之中,极大地丰富了教学内容,起到了启发学生创新思维,提高学生主动性和积极性的作用。

我们在编写过程中组织了不同单位各临床主要学科的、具有丰富教学和临床工作经验的中青年教师进行了精心策划,编写组成员结合多年教学、临床经验及学生的专业特点,以概论介绍为主,并精选常见病、多发病,主要包括绪论、诊断学基础、肿瘤学、内科学、外科学、妇科学和儿科学等内容。本教材能够适用于高等医药院校非临床医学专业,包括药学、临床药理学、生物制药、药理学、中药学、药物监测、制药制剂、医药营销等专业。我们相信本教材会在高等医学院校非临床医学专业学生的临床医学知识培养中发挥积极的作用。

编写适用于非临床医学专业使用的临床医学教材是一项全新的工作,由于编者水平有限,本教材中难免有疏漏之处,请允许我们在以后的教学实践中得到充实、完善。

陈 垦 杨建新

2011年6月

目 录

前言		
绪论	.....	(1)
第一篇 诊断学基础		
第一章 症状学	.....	(7)
第一节 发热	.....	(7)
第二节 呼吸困难	.....	(10)
第三节 呕血与咯血	.....	(13)
第四节 腹痛	.....	(16)
第五节 水肿	.....	(18)
第六节 昏迷	.....	(20)
第二章 体格检查	.....	(22)
第一节 基本检查法	.....	(22)
第二节 一般检查	.....	(24)
第三节 皮肤、浅表淋巴结	.....	(28)
第四节 头面颈部	.....	(30)
第五节 胸部	.....	(35)
第六节 腹部	.....	(49)
第七节 脊柱与四肢	.....	(58)
第八节 神经反射检查	.....	(60)
第三章 心电学检查	.....	(65)
第一节 心电图检查	.....	(65)
第二节 心电图运动负荷试验	.....	(93)
第三节 动态心电图	.....	(96)
第四章 X线、CT和MRI检查	.....	(98)
第一节 X线检查	.....	(98)
第二节 CT检查	.....	(107)
第三节 MRI检查	.....	(109)
第五章 超声检查	.....	(112)
第六章 核医学检查	.....	(117)
第二篇 肿瘤学		
第一章 肿瘤学概论	.....	(120)
第二章 原发性肺癌	.....	(129)
第三章 乳腺癌	.....	(134)
第四章 结肠癌	.....	(138)
第五章 子宫肌瘤	.....	(142)
第六章 子宫颈癌	.....	(145)
第三篇 内科疾病		
第一章 呼吸系统疾病	.....	(149)
第一节 呼吸系统疾病概论	.....	(149)
第二节 慢性阻塞性肺疾病	.....	(152)
第三节 肺部感染	.....	(156)
第四节 肺结核	.....	(161)
第二章 循环系统疾病	.....	(166)
第一节 循环系统疾病概论	.....	(166)
第二节 原发性高血压	.....	(169)
第三节 动脉粥样硬化和冠状动脉硬化性心脏病	.....	(173)
第三章 消化系统疾病	.....	(182)
第一节 消化系统疾病概论	.....	(182)
第二节 消化性溃疡	.....	(185)
第三节 肝硬化	.....	(189)
第四章 泌尿系统疾病	.....	(195)
第一节 泌尿系统疾病概论	.....	(195)
第二节 肾小球肾炎	.....	(199)
第三节 尿路感染	.....	(203)
第五章 血液和造血系统疾病	.....	(207)
第一节 血液和造血系统疾病概论	.....	(207)
第二节 贫血	.....	(208)
第三节 白血病	.....	(214)
第六章 内分泌系统及代谢性疾病	.....	(220)

第一节 内分泌系统及代谢性
疾病概论 (220)

第二节 糖尿病 (226)

第七章 神经系统疾病 (234)

第一节 神经系统疾病概论 (234)

第二节 急性脑血管疾病 (236)

第八章 传染病 (245)

第一节 传染病概论 (245)

第二节 病毒性肝炎 (253)

第三节 艾滋病 (261)

第四篇 外科疾病

第一章 外科疾病概论 (264)

第二章 损伤 (267)

第一节 损伤概论 (267)

第二节 骨折概论 (273)

第三节 腹部损伤 (279)

第三章 感染性疾病 (286)

第一节 感染性疾病概论 (286)

第二节 急性阑尾炎 (291)

第三节 胆道感染 (295)

第四章 外科其他性质疾病 (300)

第一节 肠梗阻 (300)

第二节 尿路结石 (304)

第五篇 妇产科疾病

第一章 女性生殖系统解剖及
妇产科疾病概论 (310)

第一节 女性生殖系统解剖 (310)

第二节 妇产科学诊治进展 (315)

第二章 产科常见疾病 (318)

第一节 妊娠诊断 (318)

第二节 正常分娩 (321)

第三章 妇科常见疾病 (328)

第一节 女性生殖系统炎症 (328)

第二节 月经失调 (337)

第六篇 儿科疾病

第一章 儿科疾病概论 (342)

第一节 小儿年龄分期 (342)

第二节 小儿生长发育 (343)

第三节 小儿药物治疗 (349)

第二章 小儿肺部感染性疾病 (351)

第一节 小儿肺部感染性疾病
概论 (351)

第二节 支气管肺炎 (355)

第三章 维生素 D 缺乏性佝偻病 (362)

参考文献 (365)

绪 论

临床医学(clinical medicine, CM)是医学科学中研究疾病的诊断、治疗和预防的各专业学科的总称。它根据病人的临床表现,从整体出发结合研究疾病的病因、发病机制和病理过程,进而确定诊断,通过治疗和预防以消除疾病、减轻病人痛苦、恢复病人健康、保护劳动力。临床医学是一门实践性很强的应用科学,重点在诊断与治疗疾病。临床医学涉及面非常广,包括内科学、外科学、妇产科学、传染病学、神经病学、儿科学等各学科的内容,各学科之间虽独立分科,有各自的独立性与整体性,但彼此之间却又相互密切联系。近年来,以生物学、化学、物理学、数学和基础医学的理论与技术蓬勃发展为基础,临床医学的内容正在不断更新和深入,并进入一个飞跃发展的时代。

【临床医学的发展】

医学的发展经历了近4000年,从远古时代的神学医学、古代的经验医学、近代的实验医学到目前所提倡的循证医学,在不同的历史阶段,产生了相应的医学模式,反映了医学水平的变化与发展。

原始人类在依靠植物为生的长期过程中,人类还未出现有真正所谓的医学。奴隶社会已开始出现“职业医生”,但奴隶社会的医学笼罩着浓厚的宗教色彩,是一种神学(宗教)医学,常含有许多迷信成分,为了驱逐身体内的鬼怪,使用了催吐、下泄、利尿、发汗等方法。奴隶社会后期,医学逐步摆事实脱神学束缚与巫医分离,走上了独立发展的道路。

中世纪的社会,医学的发展受到了极大的阻碍。但由于鼠疫、麻风与梅毒等传染病在欧洲猖獗流行,又可使医生在实践中积累了经验,懂得了严格隔离病人才能控制其蔓延,这为欧洲医院的建立提供了依据。港口检疫的实施,控制了传染病的进一步蔓延。当时的阿拉伯医学在化学、药物学和制备药物方面取得的成就十分突出,极大地丰富了以后药物制剂的发展。中世纪欧洲临床医学的发展还表现在医学校、医院和药房的建立。中世纪的医学未能脱离神学色彩,依然由宗教所控制。

16世纪“文艺复兴”的兴起,使医学界产生了一场以帕拉切尔苏斯为代表的医学革命。帕拉切尔苏斯指出人体的生命过程是化学过程,他重视实践,反对烦琐的经院哲学,反对中世纪的传统和权威观念。以宗教控制的医学时代已逐渐退出历史舞台,进入一个以经验为主导的医学时代,这是第一个里程碑。

17世纪时,物理学、化学和生物学的进步,使医学家开始怀疑旧的医学学说,并提出新的学说,倡导以实验客观为基础的医学,成为人类医学上的第二个里程碑。1543年,维萨里发表《人体构造论》,建立了人体解剖学,标志着医学新征途的开始。实验、量度的应用,使生命科学开始步入科学轨道,其标志是哈维发现血液循环。随着实验的兴起,显微镜把人们带到一个新的认识水平。18世纪莫干尼把对疾病的认识由症状推到了器官,建立了病理解剖学,为研究疾病的生物学原因开辟了道路。19世纪中叶的德国病理学家微尔啸,充实和发展了形态病理学,开辟了病理学的新阶段。此外,牛痘接种的发明,公共卫生和社会医学的一些问题引起人们的重视。19世纪下半叶巴斯德证明发酵及传染病都是微生物引起的,德国人科赫发现了霍乱弧菌、结核杆菌及炭疽杆菌等,并改进了培养细菌的方法和细菌

染色方法,大多数主要致病菌在此时期内先后发现。巴斯德还用减弱微生物毒力的方法首先进行疫苗的研究,从而创立经典免疫学。

19世纪诊断学有了很大的进步,叩诊法在临床上推广应用;雷奈克发明了听诊器;许多临床诊断辅助手段,如血压测量、体温测量、体腔镜检查都是在19世纪开始应用的。19世纪中叶,解剖学的发展和麻醉法、防腐法和无菌术的应用,对外科学的发展,起了决定性的作用。到19世纪末期,体腔外科普遍发达,这样许多临床专业(如妇科、泌尿科、眼科等)中除进行内科处置外,外科方法也获得重要地位。到了19世纪末,内科学迅速发展。狂犬疫苗、白喉和破伤风抗毒素、百日咳疫苗的研制,解决系列传染性疾病的防治问题。20世纪初维生素的发现与胰岛素的提取,揭开了代谢与内分泌疾病有效治疗的序幕。而最大的突破是化学疗法的创立和抗生素的发现。1908年德国人埃尔利希合成抗梅毒药物,开创了化学疗法;1928年英国人弗莱明发现抗生现象;1935年德国人多马克发现磺胺药的抑菌作用,解决常见感染的特效治疗问题。由1940年起,人们又相继提取出青霉素、链霉素等抗生素,扩大了治疗范围。对病毒感染,虽然还缺乏杀灭病原体的药物,但也相继研制出一些有效的疫苗,如小儿麻痹症疫苗、麻疹疫苗、风疹疫苗和乙型肝炎疫苗。

20世纪,发病机制的研究也取得很大成就。最突出的当推对免疫的研究,即研究在机体和致病因子交互作用的过程中机体所起的作用。人们逐渐了解到免疫过程的许多细节,发现免疫机制也会给机体造成损害,如过敏性疾病。对血型 and 异体组织移植的研究则带来实际的好处,安全输血和器官移植都是这种研究的成果。免疫学还给医学提供一种灵敏的方法,即我们可以利用抗原抗体反应检测特异蛋白。

医学上的这些进展是同物质科学和工程技术部门的帮助分不开的,它们为基础研究提供了大量灵敏高效的仪器设备和相应的技术,包括光学观测、电学检测、化学分析、显微操作,以及电子放大和计算机技术。此外还为临床直接提供了许多医疗器械,其中以内窥镜为最早:在19世纪就已制成喉镜、眼底镜、膀胱镜和气管镜,20世纪60年代出现的光导纤维镜,使检查更为便利,可以观察过去难以达到的死角。19世纪末制成的X线机在20世纪也不断得到改进,出现了利用对比剂的各种造影技术。在20世纪70年代研究出计算机断层成像技术(CT)。到20世纪80年代,根据磁共振原理又研究出核磁共振成像技术。这两种技术连同20世纪50年代出现的超声成像技术等组成了医学影像学。另一方面,生物电的检测技术开始于20世纪初,先是心电测定,继而脑电测定和肌电测定技术也用于临床,然后又研究出诱发电位检查和心脏电生理检查等技术。目前心电检查已成常规身体检查的必要组成部分。人造器官和器官功能辅助装置是另一项重大成就。20世纪40年代出现人工肾,此后又有人工心肺机、人造心脏瓣膜,甚至整个人工心脏进入临床应用。辅助装置如助听器、心脏起搏器等应用更为广泛。现在,一个先进的医院备有各种监测仪器,它们组成网络记录着病人的主要生理指标,可在发现异常变化时自动告警。病案记录都存储在计算机里,便利了医务人员的及时检索。利用人工智能技术研制的专家系统还可帮助医生分析检查结果、作出诊断、选择疗法、决定治疗剂量和判断预后。

以客观实验为基础的医学模式虽能为疾病的诊治提供有力证据,但仅凭个人经验和检查结果还不能做出最佳决策,而医学统计学的发展使医学得以量化,临床学家成为科学家可能得以实现,通过统计量化的方法可获取疾病诊治最佳措施。20世纪70年代后期,在国际医学领域内,日益发展和完善的临床流行病学以其先进的临床科研方法学推动了临床医学研究,产生了日益增多的高质量临床研究成果,同时总结出一系列严格评价的方法和

标准,促进了临床医学信息科学的发展和循证医学实践。1992年,加拿大学者 Sackett 等在国际上正式提出循证医学概念。同年,英国牛津大学成立科克伦(Cochrane)中心,由此宣告了循证医学的正式问世。临床医生对病人诊治,都应该有充分的科学依据,任何决策都需建立在科学证据的基础上,而这种科学证据是当前最佳的证据,就是循证医学,目前被认为是医学发展史上的第三个里程碑。

一、临床医学的内容

临床医学涉及面非常广,主要内容包括以下几个方面。

(一) 内科学

内科学是研究各个疾病的病因、发病机制、发展规律、诊断方法和防治措施的临床医学。整体性强,涉及面广,其范围包括呼吸、循环、消化、泌尿、造血、内分泌系统及代谢、营养、风湿等常见疾病以及理化因素所致疾病。近年来,随着基础理论与应用技术的发展,内科学的内容在不断地更新、提高、发展,且相应地分成许多专科,如心脏病学、肺病学、消化病学、血液病学、老年病学、肿瘤学等等。早年属于内科学范围的传染病学、职业病,由于各自具有一定的特性,已成为独立的学科。

(二) 外科学

外科学是医学科学的一个重要组成部分,在古代,外科学的范畴仅仅限于一些体表的疾病和外伤。随着医学的发展,它目前的范畴包括了许多的内部的疾病,分类为损伤、感染、肿瘤、畸形及其他性质疾病。外科学与内科学的范畴是相对的,外科一般以需要手术或手法为主要疗法的疾病为对象,而内科一般以应用药物为主要疗法的疾病为对象。然而,外科疾病也不是都需要手术的,而常是在一定的发展阶段才需要手术,例如化脓性感染,在早期一般先用药物治疗,形成脓肿时才需要切开引流。而一部分内科疾病在它发展到某一阶段也需要手术治疗,例如难治疗性的溃疡性结肠炎,有严重并发症时常需要外科的手术治疗。由于外科领域日渐扩大,逐步按不同专业形成各种外科分科:如按身体的部位而分脑外科、胸部外科、骨科、泌尿外科等;或按疾病的性质分为整形外科、肿瘤外科、血管外科、内分泌外科;按患者的年龄又可分为小儿外科、老年外科。外科中各专科成立后,其余未被包括在专科范畴内的称普通外科。

(三) 传染病学

传染病学目前已从内科学中分离出来,它是研究传染病和寄生虫病在人体内、外环境中发生、发展、传播和防治规律的科学。其重点在于研究这些疾病的发病机制、临床表现、诊断和治疗方法。同时兼顾流行病学和预防措施的研究,以求达到防治结合的目的。

(四) 神经病学

神经病学又称临床神经病学,主要研究脑和神经系统其他部位的炎症、血管病、肿瘤、变性畸形、遗传、免疫反应、营养代谢性疾病、中毒和创伤等疾病的诊断和防治。近年来,由于神经组织胚胎学、神经解剖学、神经生理学、神经生物化学、神经病理学、神经药理学的

迅速发展,并成为防治神经系统疾病的理论基础。近代科学技术的特殊辅助检查的发展,有可能更准确及时地确定疾病部位和性质。在防治方面,除了应用各种传统和近代的内科治疗外,外科手术也日益发展,促使临床神经病学又形成神经内科学和神经外学两个分支,神经病学又与其他临床学科交叉、融合,相互渗透形成新边缘学科,如神经眼科学、神经耳科学、神经内分泌学等,从各个学科的角度加深对神经系统疾病的研究。

(五) 精神病学

精神病学是研究各种精神疾病的病因、发病机制、临床特征、转归和防治措施的临床医学。精神病的历史可谓源远流长,但现代精神病学的创立和发展则是近百年的事,精神活动是人脑在反映客观事物时所进行的一系列复杂性的功能活动,主要包括认识、情感、意志等过程,精神病就是由不同原因所引起大脑功能系列紊乱,临床上表现为精神活动的异常,包括感知、思维、情感、注意、记忆、行为、意识和智能等方面的异常。近十年来,行为科学的迅速发展,其与精神病学关系密切,内容涉及社会学、心理学、遗传学、人类学和神经科学。有人主张将精神病学纳入行为医学,还有人认为精神病学应改名为精神医学,除研究精神疾病的发生和防治外,还研究各种因素对精神活动的影响以及精神卫生对社会各领域所起的作用等。主张开展深入而广泛的精神卫生服务,为个人、家庭和社会各部门提供更多的精神卫生咨询和指导。

(六) 儿科学

儿科学是一门研究小儿生长发育规律,提高小儿身心健康水平和疾病防治的医学科学。它的服务对象是体格和智能处于不断生长发育中的小儿,其生理病理等方面都与成人有所不同,而且具有动态的特点。它的任务是不断探索儿科医学理论并在实践中总结经验,提高疾病防治水平,降低儿童发病率和死亡率,增强儿童体质,保障儿童健康,提高中华民族的整体素质。按儿科学的工作性质,可分为预防儿科学、发育儿科学和临床儿科学即儿科诊疗学。

(七) 妇产科学

妇产科学是专门研究妇女特有的生理和病理的一门科学,一般分为三部分:产科部分,是研究妇女在妊娠、分娩和产褥期的生理和病理,包括胎儿和新生儿的生理和病理;妇科部分,是研究在非妊娠状态下妇女生殖系统可能遇到的一些特殊变化和疾病;计划生育部分,是研究并指导如何有计划地控制生育。

(八) 诊断学

诊断学是通过采集病史和进行各种医学检查来收集有关就诊者健康状况或病情的资料,然后加以归纳分析,并作出概括性判断的一门学科,诊断是临床医学最根本的任务之一,是预防和治疗疾病的前提。一个完整的诊断内容应包括对疾病的性质、部位、病理形态的认识,还包括致病因素、功能状态和病人全面健康状况等的判断。根据其取得资料的不同,可分为症状诊断、体检诊断、实验诊断、生物电流诊断、超声波诊断、X线诊断、放射性核素诊断、内镜诊断、手术诊断和试验治疗诊断等。只有将这些方法有选择地相互地配合使用,才能得出比较确切完整无缺的诊断。

在临床医学内的其他各项内容,在本书的各章节中都有详细谈及,此处不再详述。值得强调的是以上各学科之间虽独立分科,有各自的独立性与整体性,但它们之间却又相互密切联系,相互影响,相互促进。此外,还有相当数量的疾病未收入本书之内,学生应参考有关专著,以扩大知识面。

二、现代医学特点与发展趋势

(一) 现代医学的特点

1. 分科分类更细,其范围在不断扩大 医学科学越分越细,一切有助于诊断、治疗和预防疾病的物理学、化学和生物学知识和技术,都会成为医学的内容。然而作为医学的核心,现代医学仍然由三个部分组成,即临床医学、群体医学和其基础医学。临床医学或称治疗医学,主要以求诊的个体病人为对象,讨论疾病的诊断和治疗。群体医学即预防医学,以一定的社群为对象,研究人群的健康情况和疾病在人群中的分布,着重讨论致病原因及相应预防措施。基础医学研究人体的结构、功能、遗传和发育以及病原体、免疫及病理过程、药物作用、发病机制等,基础医学近年取得的飞跃发展,带动着整个医学阔步前进。

2. 分化和综合并重 如生理学研究,一方面从系统、器官到细胞、分子,由宏观到微观逐层深入;另一方面是把这些成分再综合起来,在整体上研究它们如何在神经、内分泌和免疫系统的控制下协调行动以适应环境的变化。提出了人体内环境稳态破坏的致病概念,大多数重大疾病都是破坏了稳态,医疗的任务就是协助机体恢复这个稳态。

3. 医学模式的转变 为了发扬生物医学模式的长处,克服其缺陷和不足,以适应现代医学的需要,通过对生物医学模式的改进、完善和充实,医学模式正在实现生物医学模式向生物-心理-社会医学模式转变。生物-心理-社会医学模式是在生物医学模式的基础上进一步扩大和完善而产生的,它克服了生物医学模式忽视人的心理因素和社会因素的局限性,强调全面地、系统地从生物因素、心理因素和社会因素综合认识人类的健康与疾病。实现这种模式的转变,对医学的发展和进步有着重要的意义:①更能适应医学社会功能的要求;②有利于解决现代医学重大课题;③为医学教育的改革提出了新的方向;④对改进医疗服务方向和质量有指导意义。

4. 在研究的时空尺度越来越大 群体医学本身视野广阔,但现代医学不仅范围更广且工作更深入,多学科的综合研究可认识宏观环境万物间的复杂联系。大规模工业污染带来的公害病,引起人们对生态学和环境科学的重视,认识到要用全球观点考虑问题。人口问题提到国际论坛。由微观到宏观,由大分子、细胞,经器官、生理系统、个体,直到种群、生态系统、生物圈,每个层次都自成系统,并指导着现代的医学思维。

(二) 发展趋势

生命科学将成为当代科学中的带头学科;分子生物学将对医学的发展继续起主导作用,并和生物技术、生物医学工程结合,带动医学各领域的发展,加速预防、诊断、治疗等的更新,使整个医学面貌发生根本改观。医学的发展将要重视以下几个方面:①保护和改善自然环境,防治污染,控制人口,根本上改善人类生存条件;②从经验医学向循证医学的转变是世界范围临床医学发展的大方向,这种转变的前提就是要使临床决策有据可循,循证医学使临床医学研究和临床实践发生了巨大的转变;③应用高科技,解除恶性肿瘤、心脑血管

管病、地方病、中毒、糖尿病、肝炎、呼吸系病、艾滋病等危害最严重疾病对人类的威胁；④通过全民健康教育，最大限度地提高人民群众的自我保健能力。

三、临床医学概论的学习目的与要求

临床医学概论学整合临床医学相关内容于一体的综合性医学专业学科，其范围涵盖了各种年龄、性别、各个器官系统以及各类疾病。本科阶段的临床医学概论教育是指非医学专业的本科生通过必修课的形式开展的临床医学入门教育。

学习临床医学概论的目的是在学习巩固本专业理论知识的同时，了解临床医学的观念、原则；掌握有关现代临床医学概论的基本知识、基本理论和基本技能，能够运用现代临床医学概论理解联系检验学的相关知识以及防治常见的疾病。在走向工作岗位后，具有一定的联系临床的能力，能与临床医生密切合作，为最终独立胜任医院检验科的各项工作和具有一定的研究能力打下坚实的基础。

为此，学生首先要牢固树立全心全意为人民服务的思想和培养人民医生的高尚品德，无论是临床医生或是其他从事医药工作的人都不能单单只重视疾病，更重要的是要重视病人。其次要注重能力的培养，尤其是要结合本专业特点，寻求临床思维方法去解决所遇问题。医学各基础学科和诊断学是临床医学的基础，在学习临床医学的过程中要经常复习和密切联系有关基础学科知识。如学习内科学除了要掌握各个疾病的临床表现，诊断方法和治疗措施之外，同时还要深入研究相关的药学知识，这样才能更好地理解临床知识并运用专业知识解决面临的问题。再次，利用学习临床医学的知识，培养自学能力，树立“终生学习”的观念，以利于专业知识的加深，使自己得到不断的提高与发展，有助于适应以后的工作需要。

(陈 垦)

第一篇 诊断学基础

第一章 症状学

症状(symptom)是指病人主观感受到的不适或异常感觉,例如,头痛、乏力、呼吸困难、呕吐等。体征(sign)是指医生或他人客观检查到改变,如心脏杂音、啰音、肝脾肿大、皮疹等。但是有些体征,病人自己能主观感觉到,医生也能客观检查到,所以既是症状又是体征,如发热、皮肤黄疸、水肿等。广义的症状也包括体征。症状是诊断疾病或鉴别诊断的主要依据,也是反映病情的重要指标之一。

症状学(symptomatology)研究症状的识别、发生机制、临床表现特点及其在诊断中的作用。是医师向患者进行疾病调查的第一步,是问诊的主要内容,是诊断、鉴别诊断的重要线索和主要依据,也是反映病情的重要指标之一。

本章仅对临床上较为常见而又重要的症状的发病原因与机制、临床表现和鉴别诊断要点加以扼要的阐述。

第一节 发热

案例 1-1-1

患者,女,25岁,农民。

主诉:发热、咳嗽、咳痰7天余,伴腹泻3天。

现病史:7天前头痛、咳嗽、发热,在社区医院就诊,按“上呼吸道感染”给予利巴韦林(病毒唑)等治疗,效果不佳。7天后再次出现发热、咳嗽、咳痰伴腹泻,体温波动于39.1~40℃。腹泻每日排黄稀水样便3~5次,无里急后重,咳嗽伴少量白色黏痰。发病以来自觉乏力、精神差,食欲减退,伴汗少、腹痛,无恶心、呕吐及尿频尿急,小便色黄。

体格检查:T 39℃,P 70次/分,R 22次/分,BP 130/72mmHg。表情淡漠,上胸部可见3个玫瑰疹,心肺未见明显异常。腹平,脐周轻压痛,无反跳痛,肝肋下3cm,质软,无压痛,脾轻度肿大,肠鸣音活跃。

既往史:既往体健,无急、慢性传染病史及手术史、外伤史,无药物过敏史,预防接种史不详。

问题:

1. 该患者的主要症状是什么?
2. 该患者主要症状有哪些特点?
3. 该患者的伴随症状有哪些?

【定义】

正常人体温因受大脑皮质及下部体温中枢的控制,通过神经、体液因素调节产热与散

热过程,而保持相对恒定。当机体在致热原(pyrogen)作用下或各种原因引起体温调节中枢的功能障碍时,体温升高超出正常范围,称为发热(fever)。

【正常体温与生理变异】

正常健康人的体温比较恒定,一般保持在 36~37℃左右,正常体温在不同个体之间略有差异,且常受机体内、外因素的影响稍有波动。一般而言,妇女高于男性;儿童因基础代谢率较高,体温较成人稍高;老年人因基础代谢率稍低,体温较青壮年稍低。生理状态下,体温也有轻微的波动,如昼夜中,清晨 2~6 点最低,下午 5~6 点最高,剧烈运动、进餐后或劳动后,以及妇女在月经前、妊娠期,体温也可升高 0.5℃ 以上。生理性的体温波动范围一般不超过 1℃。另外,在高温环境下体温也可稍升高。

案例 1-1-1 分析 1

1. 该患者的主要症状是发热。
2. 根据已有病史资料,该患者发热的原因可能为感染性发热。

【发生机制】

在正常情况下,人体的产热和散热保持着动态平衡。由于各种原因导致产热增加或散热减少,则出现发热。在大多数情况下,发热是人体对致病因子的一种病理生理反应。

1. 致热原 多数患者的发热是由于致热原所致。致热原是一类能引起恒温动物体温异常升高物质的总称,微量物质即可引起发热。目前已知的致热原可概括为外源性和内源性两大类。

(1) 外源性致热原(exogenous pyrogen):如内毒素、外毒素和结核菌素。外源性致热原不能直接作用于体温中枢,而是通过激活血液中中性粒细胞、嗜酸粒细胞和单核-吞噬细胞系统,使其产生并释放内源性致热原,引起发热。

(2) 内源性致热原(endogenous pyrogen):又称白细胞致热原(leukocytic pyrogen),如白介素(IL-1)、肿瘤坏死因子(TNF)和干扰素等,通过血-脑屏障直接作用于体温调节中枢的体温调定点,而引起发热。

2. 非致热原性发热 非致热原性发热见于:①体温调节中枢直接受损,如颅脑外伤、出血、炎症等;②引起产热过多的疾病,如癫痫持续状态、甲状腺功能亢进症等;③引起散热减少的疾病,如广泛性皮肤病、心力衰竭等。此外,其他因素(如物理、化学因素)可直接作用于体温调节中枢引起发热。

案例 1-1-1 分析 2

1. 结合以上所述,该患者发热的特点为高热,热型为稽留热。
2. 本例患者病程 7 天余,属高热,在体温上升期属骤升型,不伴寒战。

【病因】

引起发热的病因甚多,可分为感染性与非感染性两大类,而以前者为多见。

1. 感染性发热(infective fever) 感染性发热可以是急性、亚急性或慢性,亦可以是全身性或局部性感染。其病原体可以是病毒、细菌、支原体、立克次体、螺旋体、真菌、寄生虫等。患者除发热外,还有全身毒血症状。其原因是由于病原体的代谢产物或其毒素,作用

于单核-吞噬细胞系统而释出内源性致热原,从而导致发热。

2. 非感染性发热(noninfective fever)

(1) 无菌性坏死物质的吸收:①机械性、物理性或化学性损害,如大手术、内出血、大面积烧伤等;②血管栓塞或血栓形成引起的心、肺、脾等内脏梗死或肢体坏死;③组织坏死与细胞破坏,如肿瘤的坏死、白血病、淋巴瘤、溶血反应等。

(2) 抗原-抗体反应:如风湿热、血清病、药物热、结缔组织疾病等。

(3) 内分泌与代谢障碍:如甲状腺功能亢进症时产热增多;重度脱水时因心输出量减少而散热减少。

(4) 皮肤散热减少:如广泛性皮炎、鱼鳞癣等。慢性心功能不全心输出量减少、皮肤血流量降低,以及水肿的隔热作用,使散热减少而引起低热。

(5) 体温调节中枢功能失常:①物理性,如中暑;②化学性,如重度安眠药中毒等;③机械性,如脑出血、脑震荡、颅骨骨折等。

(6) 自主神经功能紊乱:由于自主神经功能紊乱,而影响正常的体温调节过程,使产热大于散热,体温升高,属功能性发热,临床上常表现为低热。

【临床表现】

1. 发热的分度 按发热的高低可分为:①低热:37.3~38℃;②中等度热:38.1~39℃;③高热:39.1~41℃;④超高热:41℃以上。

2. 发热过程

(1) 体温上升期:临床表现为畏寒或寒战、皮肤苍白并干燥无汗、疲乏无力、肌肉酸痛等症状。体温上升有两种方式:

1) 骤升型:体温在几小时内达39~40℃或以上,常伴有寒战。见于大叶性肺炎、疟疾、败血症、流感、急性肾盂肾炎等。

2) 缓升型:体温于数日内缓慢上升达高峰,多不伴寒战。见于伤寒、结核病等。伤寒以阶梯状上升的高热为特征。

(2) 高热持续期:此期可持续数小时(如疟疾)、数日(如肺炎、流感)或数周(如伤寒)。畏寒、寒战消失,皮肤潮红而灼热,产热与散热在较高水平上保持平衡。由于体温增高,基础代谢率增高,呼吸加快加强,心率加快,可有出汗。

(3) 体温下降期:此期产热减少、散热增多,使体温恢复正常。降温的方式有两种:

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

2) 渐降:体温于数日内逐渐降至正常,如伤寒、风湿热等。

案例 1-1-1 分析 3

1. 本例患者的伴随症状有:咳嗽、咳痰、腹泻、头痛、表情淡漠、玫瑰疹、肝脾肿大,以上症状以伤寒多见。

2. 还应问及有无关节痛等症状。

【热型及临床意义】

发热患者在不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上,将各体温数值点连接起来形成体温曲线。体温曲线的不同形态(形状)称为热型(fever type)。不同的病因所致发热

的热型也常不同。临床上常见的热型有：

1. 稽留热(continued fever) 体温持续于 39℃ 以上,达数日或数周,24 小时波动范围不超过 1℃,常见于大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒等的发热极期。

2. 弛张热(remittent fever) 体温在 39℃ 以上,但波动幅度大,24 小时内体温波动范围超过 2℃,最低时一般仍高于正常水平,常见于败血症、风湿热、重症肺结核、化脓性炎症。

3. 间歇热(intermittent fever) 高热期与无热期交替出现,体温波动幅度可达数度,无热期(间歇期)可持续 1 天至数天,反复发作,常见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

4. 波状热(undulant fever) 体温逐渐升高达 39℃ 或以上,数天后逐渐下降至正常水平,持续数天后再逐渐升高,如此反复多次,常见于布鲁菌病。

5. 回归热(recurrent fever) 体温骤然升至 39℃ 以上,持续数日后又骤然下降至正常水平,高热期与无热期各持续若干日后规律性交替一次,常见于回归热、霍奇金淋巴瘤、周期热等。

6. 不规则热(irregular fever) 发热无一定规律,可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎等。

案例 1-1-1 分析 4

1. 本案例提供的资料中缺乏传染病接触史(如有无传染病患者接触史、近期有无疫区居住史等)重要资料,故应在问诊中补充。

2. 根据目前所掌握的病史资料,诊断考虑伤寒可能性大。

【伴随症状】

1. 寒战(rigor) 常见于疟疾、大叶性肺炎、败血症、急性溶血性疾病、急性胆囊炎等。

2. 结膜充血 常见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒、钩端螺旋体病等。

3. 单纯疱疹 多出现于急性发热性疾病,常见于大叶性肺炎、流行性脑脊髓膜炎等。

4. 淋巴结肿大 常见于传染性单核细胞增多症、风疹、淋巴结核、局灶性化脓性感染等。

5. 肝脾肿大 常见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、肝及胆道感染、布鲁-菌病等。

6. 皮肤、黏膜出血 可见于流行性出血热、钩端螺旋体病、急性白血病等。

7. 关节肿痛 常见于败血症、猩红热、布鲁-菌病、风湿热、结核病、结缔组织病等。

8. 尿痛、尿急、尿频 常见于尿路感染如肾盂肾炎等。

9. 咳嗽、咳痰、胸痛 常见于呼吸系疾病如上感、支气管炎、肺炎、肺结核等。

10. 恶心、呕吐、腹痛、腹泻 常见于急性胃肠炎、细菌性痢疾等。

11. 皮疹 常见于麻疹、猩红热、风疹、水痘、斑疹伤寒、风湿热、结核病等。

12. 昏迷 可见于乙型脑炎、流行性脑脊髓膜炎、脑型疟疾、脑出血、蛛网膜下腔出血等。

第二节 呼吸困难

案例 1-1-2

患者,男,70 岁,退休干部。

主诉:突起呼吸困难、咳粉红色泡沫痰 1 天。

现病史:1 天前活动后突起呼吸困难,呈混合性呼吸困难,不能平卧,大汗淋漓,口唇发绀,烦躁不安,且咳粉红色泡沫痰。发病以来精神差,进食不佳,大小便正常。