

军医专业五年制试用

诊断学

内科教研室編



目 录

第一篇 問 診 与 症 状 学

第一章 問診 2	七、心悸.....16
一、問診的重要性..... 2	八、水肿.....17
二、問診的方法..... 2	九、疼痛.....18
三、問診的注意事项..... 3	十、排尿异常.....25
四、問診的内容..... 3	十一、恶心与呕吐.....27
第二章 症状学 7	十二、呕血.....28
一、发热..... 7	十三、便血.....29
二、昏迷.....10	十四、腹泻.....30
三、咳嗽、咳痰.....11	十五、腹胀.....32
四、咯血.....12	十六、出血倾向.....33
五、呼吸困难.....14	十七、眩晕.....34
六、紫紺.....15	

第二篇 体 格 檢 查

第三章 基本检查方法36	九、步态.....51
第一节 視診.....37	第五章 皮肤及粘膜52
第二节 触診.....37	第六章 淋巴結56
第三节 叩診.....38	一、全身淋巴結肿大.....56
第四节 听診.....41	二、局部淋巴結肿大.....56
〔附〕嗅診.....42	第七章 头面部58
第四章 一般状况43	一、头颅.....58
一、体温.....43	二、眼.....58
二、脉搏.....44	三、耳.....60
三、呼吸.....45	四、鼻.....61
四、血压.....47	五、口腔.....61
五、发育与营养.....48	六、舌.....62
六、神志.....49	七、咽部、扁桃体及喉.....63
七、面容与表情.....49	八、腮腺.....64
八、体位.....50	第八章 頸部

一、外形及运动	65	(三) 心音的增强、减弱及分裂	90
二、淋巴结	65	(四) 附加心音	91
三、血管	65	(五) 心率与节律	93
四、气管	66	(六) 心脏杂音	94
五、甲状腺	66	(七) 心包摩擦音	99
第九章 胸部	68	(八) 周围血管征象	99
第一节 胸廓	68	〔附〕 常见心脏病典型体征比较表	100
一、胸部体表标志与分区	68	第十章 腹部	103
二、胸廓形状	70	第一节 腹部标志线及分区	103
三、胸壁与乳房	72	第二节 腹部体格检查	105
第二节 肺脏	72	一、视诊	105
一、视诊	72	二、触诊	108
二、触诊	73	三、叩诊	114
三、叩诊	74	四、听诊	116
四、听诊	76	〔附〕 腹部常见疾病的主要症状和体征	117
(一) 听诊的方法、顺序及注意事项	76	第十一章 生殖器及肛门	119
(二) 正常呼吸音	76	一、男性生殖器检查	119
(三) 病理性呼吸音	77	二、女性外生殖器检查	120
(四) 啰音	79	三、肛门和直肠检查	120
(五) 胸膜摩擦音	80	第十二章 脊柱及四肢	121
(六) 支气管语音	81	第一节 脊柱	121
〔附〕 呼吸系统常见病变的典型体征	82	第二节 四肢	122
第三节 心脏	83	第十三章 神经系统检查	125
一、视诊	83	一、生理反射	125
二、触诊	84	(一) 浅反射	125
三、叩诊	85	(二) 深反射	125
四、听诊	88	二、病理反射	127
(一) 听诊部位	88	三、脑膜刺激征	129
(二) 正常心音	89		

第三篇 实 验 诊 断

第十四章 血液与骨髓	131	定	132
第一节 红细胞计数与血红蛋白测定		一、血红蛋白测定	132

二、红细胞计数·····	132	第五节 其他血液检查·····	155
三、红细胞总数及血红蛋白含量的临床意义·····	135	一、红细胞沉降率测定·····	155
第二节 白细胞总数及分类计数·····	136	二、血液寄生虫检查·····	156
一、白细胞总数计数·····	136	(一) 疟原虫检查·····	156
二、白细胞分类计数·····	137	(二) 微丝蚴检查·····	157
三、总数与分类计数的生理及病理变化·····	139	(三) 回归热螺旋体检查·····	158
第三节 止血及凝血检查·····	142	第六节 骨髓涂片细胞检查·····	158
一、出血时间测定·····	142	一、骨髓细胞学检查的临床应用·····	158
二、凝血时间测定·····	142	二、标本的采取和送检要求·····	158
三、血小板计数·····	143	三、血细胞的发育规律及形态特点·····	159
四、血块收缩时间测定·····	145	四、骨髓细胞学检查的步骤·····	159
五、凝血酶元时间测定·····	145	五、分析结果时注意事项·····	161
六、高岭土(白陶土)部分凝血活酶时间(KPTT)·····	146	六、正常及常见血液病的骨髓象特点·····	162
七、凝血酶时间·····	147	第十五章 尿液检查 ·····	165
八、血浆鱼精蛋白付凝试验(3P试验)·····	147	第一节 标本的收集与保存·····	165
〔附〕束臂试验·····	148	第二节 尿常规检查·····	166
第四节 贫血检验·····	148	第三节 尿的特殊检查·····	175
一、红细胞压积测定·····	148	一、酮体试验·····	175
二、几种红细胞指数·····	149	二、尿十二小时细胞计数·····	176
(一) 平均红细胞体积·····	149	三、尿内尿胆元及胆红素定性试验·····	177
(二) 平均红细胞血红蛋白含量·····	150	四、尿液三杯试验·····	177
(三) 平均红细胞血红蛋白浓度·····	150	五、尿乳糜试验·····	178
(四) 计算红细胞指数的临床意义·····	150	第十六章 粪便检查 ·····	180
三、网状红细胞计数·····	151	一、标本采集·····	180
四、红细胞脆性试验·····	152	二、常规检查·····	180
五、异常红细胞的检查·····	153	三、隐血试验·····	184
六、骨髓细胞外铁及铁粒幼红细胞检查·····	154	第十七章 胃液及十二指肠引流液检查 ·····	186
		第一节 胃液检查·····	186
		第二节 十二指肠引流液检查·····	191
		第十八章 穿刺液 ·····	195
		第一节 浆膜腔液·····	195

第二节 脑脊液检查·····	197	三、脂肪代谢功能检查·····	217
第三节 脓肿穿刺液·····	202	四、染料排泄功能检查·····	217
第十九章 痰液检查 ·····	203	五、酶的检查·····	218
第二十章 肾的功能 ·····	206	六、肝功能试验的选择·····	221
一、肾小球功能测定·····	206	七、肝功能试验的评价·····	221
二、肾小管功能测定·····	208	第二十二章 胰腺功能检查 ·····	223
第二十一章 肝功能 ·····	212	一、淀粉酶测定·····	223
一、蛋白质代谢功能检查·····	212	二、葡萄糖耐量试验·····	223
二、胆红素代谢功能检查·····	214		

第四篇 器械检查

第二十三章 心电图 ·····	225	的影响·····	258
第一节 心电产生原理·····	225	第九节 心律失常·····	260
第二节 心电图的导联·····	232	第二十四章 超声波检查 ·····	278
第三节 正常心电图·····	235	第一节 概论·····	278
第四节 心房和心室肥厚·····	241	第二节 超声波诊断·····	280
第五节 急性心肌梗塞·····	245	第三节 超声心动图·····	289
第六节 慢性冠状动脉供血不足·····	251	第二十五章 内窥镜检查 ·····	296
第七节 心包炎与心肌疾病·····	255	第二十六章 放射性同位素检查 ·····	303
第八节 电解质、药物对心电图		第二十七章 肺功能 ·····	319

第五篇 病历书写及诊断步骤与方法

第一章 病历书写 ·····	326	第二章 诊断步骤与方法 ·····	344
-----------------------	-----	--------------------------	-----

引 言

(Introduction)

没有正确的诊断，就不可能有正确、有效的防治措施。诊断学就是传授如何搜集疾病资料的种种方法，以及将收集来的资料进行归纳、推理判断，从而得出正确诊断的一门科学。它是各种医学知识与诊查技术在临床上应用的科学。是医学教育过程中从基础医学过渡到临床阶段必经的桥梁课程。

诊断学教学包括：

问诊及常见症状（症状学）。

体格检查（物理诊断）。

实验诊断。

器械检查 如X线检查、心电图检查、超声波检查、内窥镜检查、放射性核素检查等。

病历编写及诊断步骤与方法。

以上内容中，以采取病史及体格检查，即物理诊断部分最为重要。许多常见病是通过物理诊断得出初步诊断和最后诊断的。不容置疑，随着科学技术飞跃发展，新的实验室检查和先进的器械检查技术不断应用于临床，对许多疾病，尤其是疑难疾病、少见病的诊断和预后判断，确实起到决定性作用。但是，这些检查的正确应用，又是以物理诊断为前提的。只有通过病史的调查和体格检查，并将收集来的临床资料加以综合分析、推理判断，得出初步诊断，才能提出必要的化验检查和器械检查项目，才能进一步得出正确的诊断。所以说问诊和体格检查技术以及书写病历是每个临床医生必须熟练掌握的基本功，而我们军医，应能适应战时环境，掌握过硬的物理诊断技术，就更为重要了。

通过诊断学的学习，要求学员掌握采取病史、体格检查的基本方法，认识典型的常见体征；了解常用的化验、心电图，超声波、内窥镜及同位素检查的诊断价值，如何选择应用及其临床意义；掌握书写病历的内容与格式；初步懂得综合、分析资料，做出诊断的思维方法，以培养分析问题和解决问题的能力。

诊断学是以基础医学为基础的理论紧密联系实际的科学。因此在学习过程中必须联系有关解剖、生理、生化、病理等基础理论，又要重视实践，重视技术操作。对常用的基本功，要严肃认真地反复练习，力求正确熟练；对理学检查，要重视正常体征。只有熟悉正常体征的特点才能发现异常体征，这种辩证关系同学们必须充分认识。

在诊断学学习过程中同学们开始接触病人了。必须认识到在我们取得感性知识的每一个环节，都或多或少地增加病人的负担，而我们所能给予病人的帮助，只有语言的安慰和微不足道的服务。我们必须树立全心全意为伤病员服务的思想，随时随地关心和体贴病人，态度和蔼可亲，要注意自己的一言一行，决不应为了个人的满足而不顾病人痛苦。我们应该认识到，临床见习的场所就是培养无产阶级医疗作风的课堂。

第一篇 問診与症状学

(Inquiry & Symptomatology)

第一章 問診

(Inquiry)

一、問診的重要性

問診即詢問病史。仔細、全面地詢問病史是診斷疾病最基本、最重要的方法。某些疾病或疾病的早期，病人可以僅有自覺不適而缺乏客觀體征，此時體格檢查、各種儀器和實驗室檢查常不能發現異常，但細緻的問診卻可獲得診斷的線索。臨床上很多疾病，如慢性氣管炎、潰瘍病、心絞痛、間日瘧等，經全面、仔細地詢問病史，往往可以做出初步診斷。因此，儘管許多新的精密儀器和實驗室檢查方法不斷地應用於臨床，問診仍不失為診斷疾病的重要方法。在戰爭條件下，缺乏完善的設備與條件，則問診對診斷疾病尤為重要。

問診所得的資料，可提供進一步檢查的線索，如病人有咳嗽、咯血，可以考慮病人患有呼吸或循環系統疾病，然後再進一步詢問這兩個系統疾病各自特有的症狀，若同時伴有運動後心悸、氣短、不能平臥及夜間陣發性呼吸困難的病史，則提示可能系循環系統疾病，就可有針對性的選擇X線及心電圖等檢查，往往即可確定診斷。

通過問診可以了解到疾病的發生、發展、現狀、病因、治療經過、既往健康狀態等全部過程，從而獲得診斷和治療的依據。通過與病人親切地交談，尚可了解病人的思想情緒，有利於做好病人的思想工作，解除不必要的疑慮，樹立戰勝疾病的信心，更好地配合治療，提高療效。

問診是診斷疾病的鑰匙，是一項重要的基本功，應認真反復實踐，以掌握問診的技巧。

二、問診的方法

(一) 親切詢問、仔細傾聽病人的敘述 接診病人時要熱情，軍醫的態度表情，應親切和藹，嚴肅認真；問診要耐心、切忌簡單生硬；對某些病理缺陷或奇異表現應高度同情、關懷愛護，切忌譏笑戲弄；病人敘述病史時，軍醫應全神貫注，仔細傾聽，不應一心二用、似聽非聽。這樣才能取得病人的信賴與合作，願意把自己的全部病史傾訴出來。

(二) 隨機引導，啟發式問診 開始問診時可先向病人提問“你覺得怎樣不舒服？”等簡單問題，然後再仔細、認真聽取病人自己的敘述，其間可根據需要插入簡要的提

同，但不宜一问一答或逐句追问，即使病人讲述离题太远，也应耐心听取并灵活地掌握时机加以引导，使其转入有关的问题上来。若病人的叙述仅只三言两语过于简单，应耐心启发诱导，使之讲出全部病情经过。

(三) 重点深入，注意鉴别诊断 要抓住主要症状，深入了解其各方面的特征。对可能产生这一症状的各种疾病，均应结合其临床特点一一询问，以进行初步的鉴别。通过问诊既要取得有诊断意义的病史内容，也要搜集到有鉴别意义的而未出现的资料。

(四) 先问后查或边查边问，随时补充 通常问诊在体格检查前进行，但又可根据体格检查的发现，有针对性地补充问诊，或边查边问，查问结合。在整个诊治过程中，如有必要或发现新的情况，可随时做补充询问。

(五) 对老弱重危病人，可分次询问 对老弱重危病人，可先问重点，后问其他，以免过于劳累而加重病情；对需要紧急处理的病人，只能做重点询问与必要的检查，抓住主要矛盾，立即进行抢救，待病情稳定后，再做补充。

(六) 防止主观性及片面性 在问诊中必须防止抓住一点不及其余的偏向，更不应以自己的主观臆测进行暗示，诱使病人供给符合军医主观想象的资料。

(七) 边问边想，不断深入 在问诊中要边问边思索，考虑主要的症状是什么？病变可能在哪个或哪几个系统？病人对病情有无夸大和缩小？应从不同角度，深入询问，反复核实，力争准确无误。

(八) 其他 对昏迷、精神失常、聋哑人或小儿等不能自述病史者，可由最了解病情的人代述，记录时应注明其与病人的关系，借以判断病史的可靠程度。

最后应将所获得的全部病史资料，按其发生的顺序，分清主次加以归纳整理，按病历格式书写成完整的病史记录，做为诊断和治疗疾病的客观依据。

三、問診的注意事項

(一) 问诊时语言要通俗易懂，避免应用病人不易理解的医学术语；而记录病史时又应将病人的方言土语转换成医学术语。

(二) 对病人所述曾经患过的疾病，应问清并记录其主要症状，以判断其正确性。记录病人所述的病名或药物时应冠以引号。

(三) 对病史中有关病人生活方面的某些资料，应保守秘密，不能做为谈笑资料随意外传。

(四) 对病人带来的其他医疗单位的资料，如诊断书、病情摘要等，仅可做为重要的参考，应以亲自询问的病史及检查结果做为主要的诊断依据。

四、問診的內容

问诊内容包括一般项目、主诉、现病史、既往史、个人史、月经史、婚姻生育史及

家族史。应按上述顺序一一详询，以免遗漏。

(一) 一般项目 (General data) 共十二项，即姓名、性别、年龄、婚否、民族、籍贯、职业 (包括工种)、现住址、部别 (工作单位)、就诊或入院日期、病史记录日期、病史叙述者。这些项目对于疾病的诊断有一定价值，均应认真询问，准确记录。

1. 姓名 要正确，注意异义同音字。

2. 性别 如许多癌症男性发病率高于女性，而甲状腺机能亢进、癌病则女性多于男性。

3. 年龄 某些疾病与年龄有关，如风湿热于儿童、青年好发，动脉硬化症及癌症多见于中年以上。记录时应填写实足年龄，不应简化为“儿童”、“成年”。

4. 婚否 为诊断妊娠、流产、宫外孕等的重要参考资料。

5. 民族、籍贯 可做为诊断某些疾病的参考。如东北、西北等地区为克山病流行区；内蒙、新疆牧区的包囊虫病和布氏杆菌病；浙江一带为血吸虫病流行区等。

6. 职业 如铅中毒易发生于长期从事铅作业的工人，矽肺好发于经常与矽尘接触的坑道作业者。

7. 现住址及部别 应确切具体，以便联系、随访。

8. 入院日期及病史记录日期 应填写年、月、日，急症及重危病人应注明时、分。

(二) 主诉 (Chief complaints) 为迫使病人就医的最明显的主观感觉或主要原因。主诉应包括病人最感痛苦的一个或几个症状或突出的体征、以及其性质和持续时间。记录主诉时文字要简明扼要，如“尿频、尿急、尿痛两天”。若主诉包括不同时间发生的几个症状，则按先后顺序排列，如“活动后心悸、气短两年，下肢浮肿半月”。若病人的主诉含糊不清或与现病史内容不符合时，应于问完病史后，通过分析思考，从中概括出一个符合实际的主诉。军医通过主诉可初步了解到病人患了哪个系统的疾病或为何种性质的疾病。

(三) 现病史 (Present illness) 是主诉的引伸与展开，是此次疾病的发生发展至就诊时的全部过程。它通常能反应疾病的本质，是问诊的重点。对现病史必须问清以下几个关键性问题，才能充分暴露各种疾病的特殊性。

1. 起病的特点 应问清起病的时间 (要尽量准确)、急缓 (如突然或逐渐) 及可能的诱因 (如受凉、过劳、精神紧张或饮食不洁等)，根据起病的急缓和病程长短可初步区别急性病和慢性病。如大叶性肺炎起病多急骤、病程短；而肺结核起病则较缓慢、病程长。受凉常可引起呼吸道感染，饮食不洁对诊断胃肠道感染有一定的参考意义。

2. 主要症状的特殊性 同一症状可为多种疾病的共同表现，但不同疾病所表现的同一症状又各有其特殊性。以腹痛为例，很多疾病都可产生腹痛，但每一种疾病的腹痛又各有其特点。因此，对腹痛这一症状，必须问清以下特点：

(1) 疼痛的时间：何时开始，有无周期性发作，每次痛多长时间。

(2) 疼痛的部位：何处最痛 (最好令病员用手指出)，是局限性、弥漫性或游走性，有无放射痛，放射到何处。

(3) 疼痛的性质：是隐痛、胀痛、绞痛或刺痛；是阵发性还是持续性。

(4) 疼痛的程度：能否忍受，敢不敢触摸，伴随出汗否。

(5) 伴随症状：是否伴有反酸、暖气、恶心、呕吐、肠鸣、腹泻、黄疸、呕血与便血、发烧等。

(6) 缓解方法：如按摩或压迫、热敷或热饮，进食或服某种药物等。

将上述材料归纳起来，找出疼痛的规律性，可以帮助我们鉴别不同的疾病。如溃疡病的疼痛是慢性、周期性发作，与饮食相关、局限于上腹部、多呈隐痛或烧灼痛、常伴反酸、烧心、暖气、可因进食或服硷性药物而缓解；急性兰尾炎的疼痛特点是突然发病，常起于上腹部，继而转移并固定于右下腹部、疼痛多呈持续性可伴阵发性加剧，常呈刺痛或刀割样疼痛、压迫可使疼痛加剧，可伴恶心、呕吐及发烧。

3. 症状的演变及诊治经过 疾病是不断变化的，在其演变的各个阶段都有其特点，对此也必须注意问清。按症状发生的先后，问清是进行性还是间歇性？是恶化了还是好转了？症状的规律性有无改变及改变的时间、原因等，不合理的治疗可掩盖病情，如兰尾炎的剧烈疼痛可因注射吗啡而减轻或消失。问清诊疗经过十分有助于诊断和治疗，故应了解患病以来，在哪里看过病，做过什么检查，诊断意见如何？用过什么药物（名称、剂量、用法、用药期限）及其疗效等。

4. 其他 如病人的饮食、睡眠、大小便、体重变化、精神状态，及有无口渴、畏寒、发热、出汗等情况均应一一问清，对疾病诊断都有一定意义。

(四) 既往史 (Past history) 重点调查下列内容：

1. 平素健康状况：强壮、瘦弱或一般。

2. 既往患病史 需特别注意调查与本次发病有关或需要鉴别的既往病史，如风湿性心脏病需了解是否患过风湿热？有无菌痢或阿米巴痢疾史对鉴别肝脓肿的性质较重要。为养成严肃认真、调查研究的科学作风，防止粗疏遗漏现象，应按以下内容进行系统回顾：

呼吸系统：有无胸痛、咳嗽、咳痰、咯血、呼吸困难、发热、盗汗及消瘦等。

循环系统：有无心悸、呼吸困难、心前区疼痛、咯血、尿少、水肿、发热、多汗、关节痛、头痛及血压情况。

消化系统：饮食习惯、饮食情况，有无吞嚥困难、反酸、暖气、烧心、恶心、呕吐、呕血、便血、腹痛、腹胀、腹块、黄疸、腹泻、便秘及消瘦等。

泌尿系统：有无水肿、腰痛及向阴部放射痛、血尿、少尿或无尿、多尿、尿频、尿急、排尿痛、排尿困难、尿失禁等。

造血系统：有无心悸、头晕、乏力、紫癜及出血，周身或腹内肿块。

肌肉及骨骼系统：有无畸形、骨折、局部肌肉萎缩、局部疼痛及运动受限等。

神经系统：有无头痛、眩晕、失眠、嗜睡、意识障碍、痉挛、瘫痪、视力障碍、感觉异常等。

代谢及内分泌系统：有无多饮、多食、多尿、多汗、多便、怕冷或怕热、性格改变、

骨骼、皮肤、毛发、甲状腺、性器官发育及性功能、体重等情况。

3. 预防接种史 何时接种过何种疫苗, 以及疫苗的付反应与现病的关系。

4. 过敏史 有无对某些药物、食品及其他物质的过敏史, 以及好发某种过敏性病。这有助于诊断过敏性疾病, 也可预防在治疗中发生过敏反应。

5. 外伤手术史 何时受过何种外伤, 做过何种手术, 如头痛可能与脑外伤有关, 腹部手术可能发生术后肠粘连而产生腹痛。

(五) 个人生活史 (Personal history)

1. 出生地与留居地 生于何地, 到过何地, 留居时间, 这对某些地方病与传染病的诊断有参考价值。

2. 生活情况与习惯 主要指与发病有关的情况, 如吃生鱼 (鱼生粥)、生肉, 有无烟酒嗜好及其用量等。

3. 工作环境 有无与有害物质及传染病人接触的历史, 接触时间的长短, 劳动防护条件如何等。

(六) 月经史 (Menstrual history) 女性病人应询问月经初潮年令, 每次持续及间隔日数、末次月经时间及闭经年令并按下列方式记录:

初潮年令 $\frac{\text{行经日数}}{\text{月经周期}}$ 末次月经日期 (或闭经年令)

例如 13 $\frac{3-5}{26-30}$ 77. 2. 18 (或46岁)

此外还要询问经血量、颜色、有无血块及痛经、有无白带、量多少及有无臭味。

(七) 婚姻生育史 (Marital & Obstetric history) 应询问结婚年令、爱人健康情况, 如患病或已死亡, 应记录所患疾病或死亡原因及时间; 妊娠次数及分娩次数、妊娠期及分娩时的情况、有无流产、早产、死胎、手术产、产褥期情况及计划生育措施等。如为男性病人, 应询问其爱人的生育情况。

(八) 家族史 (Family history) 主要询问其父母、兄弟姐妹及子女的健康情况、患病情况及死亡原因, 对血友病、糖尿病、精神病、高血压病、癌症等病人, 应讯问其家族中有无类似病人。遇有这些具有遗传性的疾病时, 必要时应询问祖父、母或外祖父、母的健康情况。尚应特别注意有无传染病, 如肝炎、肺结核等易在密切接触中发生。

第二章 症状学

(Symptomatology)

由于疾病引起病人的主观不适，或不正常的感觉，如疼痛、心悸、恶心、乏力等，称为**症状**；而可经检查者的感官察觉到的客观表现，如心脏杂音、肺部罗音、抵抗、触痛等，称为**体征**。但临床上也将一些易被病人自己察觉的明显体征，如黄疸、水肿、包块等列入于症状范畴之内，故本章将紫绀、水肿等项列入症状学中一并讨论。

症状是体内器质性病理变化或机能异常的客观表现，是认识疾病的重要线索，通过对症状特点和其演变分析，结合其他检查所见，常能得出初步诊断来。

学习症状学的目的，在于初步了解常见症状的概念、发生的原因、特点、伴随症状，以及问诊要点，以便既有重点而又全面地搜集病史，为诊断疾病服务。

一、发 热

(Fever)

正常人体温在大脑皮层和下丘脑体温调节中枢（产热中枢与散热中枢）的控制下，维持相对恒定。各种原因使产热过多，或散热过少，以致体温超过正常范围，即为发热。引起发热的病因种类繁多，遇有发热病人，需详询病史，细致地进行检查，必要时需观察病程及热型，以早找出发热原因，给予治疗。

（一）发热的病因 通常分为感染性与非感染性两大类。

1. 感染性发热 为最常见的病因。病毒、肺炎支原体、立克次体、细菌、螺旋体、真菌、寄生虫等各种病原体所致的感染，均可引起发热。

临床上常见于各系统、器官的感染性炎症（如肺炎、肾盂肾炎、胆道炎症等），寄生虫病（如疟疾、丝虫病等）及传染性疾病（如伤寒、流行性感冒、流行性脑脊髓膜炎等）。

2. 非感染性发热

（1）无菌性坏死 如广泛的组织创伤、大面积烧伤、心肌梗塞、恶性肿瘤、血液病（如白血病、淋巴瘤等）。

（2）结缔组织疾病及变态反应 如系统性红斑狼疮、皮炎、风湿热、及药物热、血清病等。

（3）内分泌及代谢障碍 如甲状腺机能亢进（产热过多）、严重失水（散热过少）。

（4）体温调节中枢功能障碍 如中暑、重度安眠药中毒、脑血管意外及颅脑损

伤等。

(5) 神经官能性发热 为植物神经功能紊乱导致体温调节障碍而引起的发热。诊断本病时必须十分谨慎，只有排除其他原因后方可成立诊断，以免延误治疗。夏季热多见于小儿及未成年者，也属此范畴。

(二) 发热的程度、分期和热型

临床上根据体温升高的程度，将发热分为低热($37.1\sim 38^{\circ}\text{C}$)、中等热($38.1\sim 39^{\circ}\text{C}$)、高热($39.1\sim 40^{\circ}\text{C}$)和过高热(40°C 以上)。

发热过程一般可分为以下三期：

1. 热的上升期 有骤升和渐升两种表现。骤升是体温急速上升，于数小时内达高峰，常伴有恶寒战慄，见于大叶性肺炎、流行性感冒、疟疾等。渐升是体温缓慢上升，数日内才达高峰，见于伤寒等。

2. 热的持续期 为发热高潮阶段，高热可持续数小时（如疟疾），数日（如流行性感冒）或数周（如伤寒）。

3. 热的下降期 有骤退和渐退两种表现。骤退是体温于数小时内降至正常，见于大叶性肺炎、疟疾，常伴有大汗，于老年体弱及有心血管疾病的患者易导致虚脱，应加以注意。渐退即体温在几天内逐渐降至正常，见于伤寒、布鲁氏杆菌病（波状热）等。

热型 临床上常见的热型如下：

1. 稽留热 高热持续于 $39\sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右，可达数日或数周，一日内昼夜体温差值不超过 1°C ，温度一般上午较低，下午较高。见于大叶性肺炎、伤寒、乙型脑炎等（图2—1）。

2. 弛张热与消耗热 持续高热，但体温波动大，昼夜体温差值超过 2°C 以上，见于各种败血症、重症肺结核、风湿热、肺脓肿、肝脓肿等。如昼夜体温差值超过 3°C 以上者又称消耗热（图2—2）。



图2—1 稽留热型

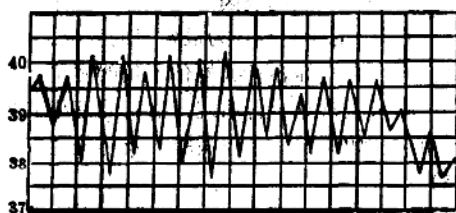


图2—2 弛张热型

3. 间歇热与周期热 每间隔一到数天体温一度升高，可达 39°C 以上，又较迅速地降至正常，见于疟疾、慢性胆道感染及肾盂肾炎等（图2—3）。

一连几天或几周发热，间隔一定期间不发热，周期性出现的热型称为周期热，见于淋巴瘤、布鲁氏杆菌病等。

4. 不规则热 发热无一定规律, 持续时间也不等, 见于风湿热、肺结核、流行性感冒及癌瘤性发热等(图2-4)。

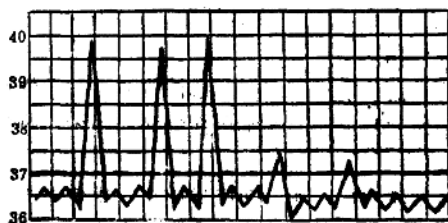


图2-3 间歇热型

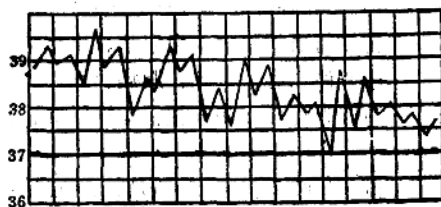


图2-4 不规则热型

(三) 问诊要点

遇有发热病人, 应详询发热的有关情况, 如何时开始发热; 有何诱因; 发热是突然的还是逐渐地; 发热时间是在午前或午后, 白天还是夜晚; 发热的程度; 持续性或间歇性, 持续时间及间歇时间; 自然退热或药物退热退热方式(骤退或渐退); 发热的季节、地区; 职业(工种)及工作环境; 同时期周围有无类似发热病人; 既往有无发热性疾病、输血、疫苗接种史等。现将有关内容分述如下:

1. 起病缓急 体温上升迅速者, 如大叶性肺炎、疟疾等, 逐渐上升者见于结核病、伤寒等。

2. 病程的长短 急性感染性疾病发热病程常较短。如发热持续两周以上, 称为长期发热, 见于伤寒、结核病、败血症、亚急性细菌性心内膜炎、肝脓肿、慢性胆道感染、血吸虫病、白血病、恶性淋巴瘤、恶性网状细胞增生症、癌、结缔组织病等。

3. 伴随症状

(1) 伴寒战 凡有恶寒战栗者, 多继起高热, 如大叶性肺炎、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、败血症等急性感染性疾病; 流行性脑脊髓膜炎、钩端螺旋体病、疟疾等传染性疾病; 急性溶血性疾病等。

(2) 伴出血倾向 可见于流行性出血热、重症病毒性肝炎、钩端螺旋体病、败血症、急性白血病、再生障碍性贫血、亚急性细菌性脑膜炎等。

(3) 伴昏迷或剧烈头痛、喷射性呕吐 见于伤寒、流行性脑脊髓膜炎、乙型脑炎、脑型疟疾、中毒性菌痢、中暑等, 多先发热, 继而昏迷; 脑出血、巴比妥类中毒等, 发热于昏迷之后。

(4) 伴结合膜充血 见于麻疹、流行性出血热、钩端螺旋体病、斑疹伤寒等。

(5) 伴口唇疱疹 常见于发疹性传染病(如风疹、麻疹、猩红热、水痘), 高热伴口唇疱疹者, 常见于流行性感冒、流行性脑脊髓膜炎、疟疾、大叶性肺炎。

(6) 伴咽喉痛 见于急性扁桃体炎、急性咽喉炎、急性白血病等。

(7) 伴淋巴结肿大 可见于淋巴结核、局部化脓性感染、风疹、传染性单核细

胞增多症、白血病、淋巴瘤、丝虫病、转移癌等。

(8) 伴关节痛 常见于风湿热、结核性风湿症、结缔组织病、过敏性紫癜、血清病等。

(9) 伴肝脾肿大 可见于病毒性肝炎、疟疾、黑热病、布氏杆菌病、败血症、急性血吸虫病、结缔组织病、白血病、淋巴瘤等。

(10) 伴恶心、呕吐、腹痛、腹泻 可能为消化系统疾病，如急性胃肠炎、急性胰腺炎、急性胆囊炎、肠结核、克隆氏病、溃疡性结肠炎、急性细菌性痢疾、阿米巴痢疾等。

(11) 伴咳嗽、咳痰、胸痛 可能为呼吸系统疾病，如上呼吸道感染、支气管炎、肺炎、肺结核、胸膜炎等。

(12) 伴尿频、尿急、尿痛 见于泌尿系统感染，如膀胱炎、肾盂肾炎等。

4. 发病地区与季节 某些寄生虫病如丝虫病、黑热病、血吸虫病等有严格的地区性。斑疹伤寒、流行性脑脊髓膜炎、白喉等，多发于冬春二季；伤寒、乙型脑炎、脊髓灰质炎等，多于夏季发生；钩端螺旋体病好流行于夏秋收割季节或洪水期间。

5. 既往传染病及预防接种史 水痘、麻疹、猩红热、伤寒等痊愈后有较持久的免疫力；接种牛痘、伤寒等疫苗后，免疫力可维持一定时期；病毒性肝炎、疟疾等可通过输血而被传染。

6. 职业与工作环境 高温作业者可患热射病或长期发热；接触五氯酚钠可发生急性中毒而发热、多汗。

二、昏 迷

(Coma)

昏迷是严重的意识障碍，病人神志完全不清，强烈刺激也不能使之清醒，浅昏迷时，角膜反射、瞳孔反射仍然存在，对强烈刺激，如压迫眶神经等，尚有反应；深昏迷时，一切感觉、反射完全消失，仅存留心跳、呼吸等最基本的生命活动。介于二者之间者为中度昏迷，此时角膜反射已见减弱，但强烈刺激仍有反应。

(一) 常见病因 可分为感染性与非感染性两类：

1. 感染性疾病

(1) 颅内感染 如脑炎、脑膜炎、脑脓肿等。

(2) 全身感染 如中毒性肺炎及中毒性菌痢所致的中毒性脑病、钩端螺旋体病、斑疹伤寒等。

2. 非感染性

(1) 颅脑病变 脑血管意外、高血压脑病、脑肿瘤、癫痫、脑外伤等。

(2) 化学物中毒 如安眠药物、有机磷、酒精、一氧化碳中毒等。

(3) 代谢障碍 如肝昏迷、尿毒症、糖尿病昏迷、低血糖昏迷等。

(4) 严重的呼吸循环功能障碍 如肺性脑病、阿—斯氏综合征(心原性脑缺血综合征)等。

(5) 物理性损伤 如电击、溺水、中暑等。

(二) 问诊要点 应向家属或护送者详细询问昏迷的时间,起病的缓急及经过,治疗情况及伴随症状。发病前有无发热、头部外伤、精神刺激、进食有毒食物或药品;发病环境的取暖通风条件、是否高温作业、有无接触有害物质或气体;既往有无高血压、心脏病、肺气肿、肝脏病、肾脏病、糖尿病等疾病;家族中及周围有无类似病人。要问清昏迷后的病情变化、治疗情况及伴随症状:

1. 伴呼吸减慢 可见于巴比妥、鸦片及有机磷中毒;尿毒症及糖尿病可见酸中毒大呼吸。

2. 伴发热 见于中暑或感染性疾病。

3. 伴血压增高 见于高血压脑病、脑血管意外。

4. 伴低血压 见于感染中毒性休克、心肌梗塞、内出血等。

5. 伴瞳孔改变 阿托品中毒、低血糖昏迷、癫痫时瞳孔散大;有机磷、毒蕈、吗啡等中毒时瞳孔缩小。

6. 伴脑膜刺激征 见于脑膜炎、蛛网膜下腔出血。

7. 伴神经系统定位体征 见于脑出血、脑栓塞、脑血栓,或颅内占位性病变。

8. 伴皮肤改变及特殊气味 败血症、流行性出血热、钩端螺旋体病等可伴皮肤出血点;一氧化碳中毒时,病人颜面粉红、口唇呈樱红色;糖尿病昏迷者有苹果味;尿毒症者有氨味;肝昏迷者有肝臭;有机磷中毒者口腔有蒜臭味。

三、咳嗽、咳痰

(Cough Expectoration)

咳嗽可将呼吸道分泌物、吸入的异物、粉尘微粒、微生物排出体外,是机体的一种保护性反射动作。同时,咳嗽、咳痰也是呼吸系统疾病的常见症状。详细了解咳嗽、咳痰的特征、观察痰液的性状及进一步的实验室检查,可协助诊断、指导治疗。

(一) 咳嗽、咳痰的病因

1. 呼吸系统疾病 是最常见的病因。

咽炎、喉炎、喉结核、喉癌等常引起干咳。

气管或支气管炎、支气管哮喘、支气管结核、支气管扩张、支气管肺癌、百日咳,以及物理、化学、过敏性因素等对气管、支气管粘膜的刺激,均可引起咳嗽,且常伴不同程度的咳痰。

肺部炎症、肿瘤、结核、脓肿、尘肺及肺吸虫病等也可引起咳嗽、咳痰。

胸膜炎、血胸、脓胸、气胸、或纵隔病变累及气管、胸膜时,均可引起咳嗽。

2. 心血管疾病 左心衰竭时的肺充血、肺水肿,可引起咳嗽,痰呈浆液性或粉红色泡沫状。肺梗塞也可引起咳嗽,并以突然胸痛、血痰为其特征。

3. 其他原因 皮肤受寒冷刺激,或三叉神经分布的鼻腔粘膜、舌咽神经支配的咽喉部粘膜受刺激时,可反射性引起咳嗽。

(二) 问诊要点

1. 咳嗽的性质 咳嗽无痰者,称为干咳。常见于急性咽喉炎、支气管炎早期、支气管淋巴结核、支气管肺癌、轻症肺结核等。

咳嗽伴痰者,称湿性咳嗽,常见于支气管炎、支气管扩张症、肺炎、肺脓肿、肺吸虫及空洞型肺结核。

2. 咳嗽出现的时间与规律 突然发生的咳嗽,多由于急性上呼吸道感染或异物等引起;长期的慢性咳嗽,常见于慢性支气管炎、支气管扩张症、肺结核、慢性肺脓肿等。发作性咳嗽常见于百日咳、支气管淋巴结核或肿瘤压迫气管等情况;周期性咳嗽可见于慢性支气管炎、支气管扩张等痰液较多的疾病,多于清晨起床及晚间卧床等体位变动时咳嗽加剧。夜间咳嗽较剧者,见于左心衰竭、肺结核等,可能与迷走神经在夜晚兴奋性增高有关。

3. 咳嗽的音色 犬吠样咳嗽见于百日咳;咳嗽声音嘶哑,见于喉炎、喉结核、喉癌等;咳嗽声音低微,可见于严重肺气肿、声带麻痹或极度衰弱者;咳嗽带金属音调,见于主动脉瘤、支气管肺癌压迫气管时。

4. 痰的性质及痰量 应注意24小时痰量多少、痰与体位的关系、痰的性质、颜色、有无特殊臭味等,对诊断、治疗、观察疗效均有重要意义(详见化验诊断中痰液检查)。

5. 伴随症状

(1) 咳嗽伴发热 多见于呼吸道炎症,如肺炎、肺脓肿、肺结核。

(2) 咳嗽伴发热 胸痛、呼吸困难 见于胸膜炎、肺炎等。

(3) 咳嗽伴哮喘 见于支气管哮喘、哮喘性支气管炎、心性哮喘。

(4) 咳嗽伴呕吐 见于慢性咽炎、百日咳等。

四、咯 血

(Hemoptysis)

从喉至肺,任何部位出血,经呼吸道咳出者称为咯血。口腔、鼻腔及上消化道出血,易与咯血相混淆。鼻腔出血多从前鼻孔流出,其鼻中隔前下方常可见出血灶;鼻腔后部出血易误诊为咯血,此时做鼻咽镜检查,可见血自后鼻孔沿咽后壁下流,不难确诊。尚需检查口咽部,有无咽炎、牙周病及口腔溃疡,以排除口咽部出血。大咯血须与上消化道出血的呕血相鉴别,其鉴别要点见表2-1。