

高等中医函授教材

西医内科学基础

(上)

光明中医函授大学 主编

光明中医



光明日报出版社

高等中医函授教材

西医内科学基础

(上)

内科诊断学

光明中医函授大学 主编

翁维权	主 编			
孙占新	副主编			
王正宾	孙建佩	刘善廉	秦筱梅	编
梁永信	姬长明	蔺竹亭		
王育学	审 阅			

光明日报出版社

导 言

中医教育学，是一门古老而崭新的科学。中医教育的历史，若从师徒授受和医籍编纂算起，已有两千余年。近代史上的中医教育，首推一八八五年浙江陈虬创立的利济医学堂。新中国诞生不久，创办了北京、上海、广州和成都四所中医学院，从而揭开了当代中医教育的序幕，至现在，全国已发展到三十三所。但是，如果把我国中医教育的实践经验加以分析、研究、总结和提炼、升华，揭示它的规律，使之成为一门专门的学科——中医教育学的话，那么，它还处在再创阶段。这就是说，中医教育及其规律存在的历史是悠久的，但论述中医教育及其规律的学科却是崭新的。因此，中医教育工作需要进行探索和研究。

在探索和创建适合我国国情的中医教育的时候，我们必须植根于我们民族文化的肥沃土壤之中，充分重视中医典籍在培育和造就历代医家中的伟大作用。事实上，在长期的历史发展中，逐渐形成了具有中华民族特色的中医药理论体系，它既有丰富的临床经验，又有高深的理论基础。历代医学家就是把这些医学道理传授给他们的弟子，其中部分人经过刻苦自学和临床实践，成为医术高超的医学家，这是我国历代医学家成才之路，亦是中医教育史上培养人才的宝贵经验。这就是我们民族中医教育事业的光辉历史。

在新的历史时期，作为中医教育工作来说，既要给学生打好传统医学的基本功，又要使他们掌握一些新兴的科学知识，使继承与发展得到统一。根据这种认识，我们十分认真地研究和设计了光明中医函授大学的教学计划、教材内容、教学方法与教学手段。归结起来即是：注意打好中医基本功，注意提高中医基本理论水平 and 培养临床诊治技能，着力培养辨证论治的思维方法，竭

4481/25

诚发挥中医在防病治病中的特长。并在这个基础上，扩大学员的知识面。我们把这些要求与思想，全面体现在本校的教材建设中。其目的是使中医人才的知识结构更加合理，以便能担负起继承和发扬祖国医药学防病治病的光荣任务。

在回顾中华民族医学教育历史，展望现代医学教育的发展趋势以及总结三十多年正反两方面经验的基础上，我们认为，要培养出适合四化需要的合格中医人才，对中医教育的课程设置有教材内容，就要进行必要的改革，建立起新形势下所需要的中医教材。我们正在朝这一方向努力。在认真研究高等中医院校教材和广泛征询中医专家、学者和医务人员意见的基础上，新编了这套较为完整的中医教材，定名为《高等中医函授教材》（包括了二十八门课程）。教材的编写人员，由本校选聘知名教授、学者和学有专长者担任，编写时，我们力求各门教材要有鲜明的针对性，在内容上富有实用性，在文字表达上深入浅出、简明易懂，以便于自学或函授。此外，我们还将根据需要，选编一些辅导材料，以帮助学员（读者）理解教材内容，更好地学取中医知识。

由于教材编写时间仓促，又竭力于继承与创新，不足之处在所难免，敬希学员和广大读者惠赐宝贵意见，以便在再版时修订。

光明中医函授大学教育研究室

一九八五年十月十四日

编 者 的 话

这本为上下两册，上册为《内科诊断学》，下册为《内科临床学》，上、下册既有联系，又可各自独立成书。本书虽为光明中医函授大学的教材，也同时为西医院校的大专教材。——
的西医课程其要求与授课深度历来颇多歧异，莫衷一是。但从在职培训教育这一角度出发，我们考虑，还是侧重于实用性，故照顾的面要比较全一些，但简明扼要。这样看起来比本科教材层次要低一些，但要求却提高了。编者经验和水平所限，不足之处，或可难免，望付印之后能听到有关专家意见，再加改进。

编 者

1989年5月于青岛

内科诊断学

目 录

第一章 常见症状	(1)
第一节 发热.....	(1)
第二节 头痛.....	(4)
第三节 胸痛.....	(6)
第四节 腹痛.....	(7)
第五节 水肿.....	(9)
第六节 呼吸困难.....	(11)
第七节 咳嗽与咯痰.....	(13)
第八节 咯血.....	(15)
第九节 紫绀.....	(16)
第十节 恶心与呕吐.....	(17)
第十一节 呕血与黑粪.....	(19)
第十二节 腹泻.....	(20)
第十三节 黄疸.....	(22)
第十四节 意识障碍.....	(25)
第二章 体检诊断	(28)
第一节 头部.....	(28)
第二节 颈部.....	(36)
第三节 胸部.....	(38)
一、胸部的体表标志和分区.....	(38)
二、胸壁与胸廓的检查.....	(41)
三、肺与胸膜的检查.....	(44)

第四节 心脏、血管	(56)
〔心脏〕	(56)
一、视诊	(57)
二、触诊	(58)
三、叩诊	(60)
四、听诊	(63)
〔血管〕	(81)
一、视诊	(81)
二、触诊	(82)
三、听诊	(83)
四、血压的测量	(83)
第五节 腹部	(84)
一、腹部体表标志及分区	(85)
二、视诊	(88)
三、触诊	(91)
四、叩诊	(99)
五、听诊	(102)
六、腹部常见疾病的主要症状和体征	(103)
第六节 脊柱及四肢	(112)
一、脊柱	(112)
二、四肢	(113)
第七节 神经反射检查	(117)
一、浅反射	(117)
二、深反射	(118)
三、病理反射	(121)
四、脑膜刺激征	(123)
五、拉赛格氏征	(124)
第三章 器械检查	(125)
第一节 心电图	(125)

一、心电图基本知识	(125)
二、心电产生原理	(126)
三、心电图导联	(135)
四、心电向量与心电图的关系	(142)
五、心电轴	(145)
六、正常心电图的测量方法	(150)
七、心房肥大	(154)
八、心室肥大	(155)
九、冠状动脉供血不足	(160)
心绞痛 (161) 慢性冠状动脉供血不足 (163) 心电图 负荷试验 (163)	
十、心肌梗塞	(170)
急性心肌梗塞的基本图形 (170) 心肌梗塞心电图的演 变及分期 (173) 心肌梗塞的定位诊断 (174) 不典型 梗塞心电图的表现 (176)	
十一、室内传导阻滞	(179)
十二、预激综合征	(184)
第二节 超声显像检查	(187)
一、超声的物理基础	(188)
二、超声的诊断基础	(191)
三、超声诊断术语和名词解释	(192)
四、肝脏疾病超声显象检查	(194)
五、胆道疾病超声显象检查	(199)
六、胰腺疾病超声显象检查	(203)
七、腹部肿块的超声显象检查	(206)
八、胸膜肥厚和胸腔积液超声检查	(208)
九、肾脏疾病超声检查	(208)
十、超声心动图检查	(214)
第四章 实验检查	(229)

第一节 血液检查	(229)
〔血常规检查〕	(229)
一、红细胞记数和血红蛋白检查	(229)
二、白细胞记数和白细胞分类	(233)
〔贫血性疾病的其他检查〕	(238)
一、网织红细胞计数	(238)
二、红细胞比积的测定	(239)
三、红细胞平均指数的计算	(239)
〔溶血性贫血常用的实验〕	(240)
一、红细胞渗透脆性试验	(241)
二、酸溶血试验	(241)
三、蔗糖水溶血试验	(241)
四、尿含铁血黄素试验	(242)
五、冷溶血反应	(242)
六、抗人球蛋白试验	(242)
〔红细胞沉降率检查〕	(243)
〔血型鉴别和配血〕	(244)
一、ABO 血型系统	(244)
二、Rh 血型系统	(245)
三、血型鉴定及配血	(245)
四、献血员的选择	(247)
〔骨髓细胞学检查〕	(247)
一、骨髓细胞学检查的临床应用	(247)
二、血细胞的形态学特点	(247)
三、骨髓细胞学检查法及结果分析	(252)
〔常用的血细胞化学染色法〕	(254)
一、过氧化物酶染色法	(255)
二、碱性磷酸酶染色法	(256)
三、糖原染色法	(257)

四、铁粒染色法	(257)
〔常见血液病的血液学特点〕	(258)
一、缺铁性贫血	(258)
二、溶血性贫血	(259)
三、巨幼红细胞性贫血	(259)
四、急性再生障碍性贫血	(260)
五、慢性型再生障碍性贫血	(260)
六、急性白血病	(261)
七、慢性粒细胞白血病	(262)
八、慢性淋巴细胞白血病	(262)
九、多发性骨髓瘤	(263)
十、恶性组织细胞瘤	(263)
十一、原发性血小板减少性紫癜	(264)
〔止血与凝血障碍的检查〕	(265)
一、出血时间测定	(265)
二、血小板计数	(265)
三、凝血时间测定	(265)
四、血块退缩试验	(266)
五、血浆凝血酶原时间测定	(266)
六、凝血酶原消耗试验	(267)
七、白陶土部分凝血活酶时间	(267)
八、简易凝血活酶生成试验	(267)
〔弥散性血管内凝血的实验室检查〕	(268)
一、血小板计数	(268)
二、血浆凝血酶原时间	(268)
三、血浆纤维蛋白原定量	(268)
四、凝血酶时间测定	(268)
五、鱼精蛋白副凝试验	(268)
六、优球蛋白溶解时间	(269)

第二节 尿液、肾功检查	(269)
〔尿液检查〕	(269)
一、标本的收集与保存	(269)
二、一般性状检查	(270)
三、化学检查	(275)
四、显微镜检查	(281)
〔肾脏功能试验〕	(286)
一、肾小球滤过功能试验	(286)
二、肾小管功能试验	(290)
三、肾血流量测定	(291)
四、酸碱平衡功能试验	(292)
五、肾小管酸中毒诊断试验	(293)
第三节 粪便检查	(295)
一、标本采取	(295)
二、粪便检查内容	(295)
第四节 胃液及十二指肠引流检查	(301)
一、胃液检查	(301)
二、十二指肠液检查	(307)
第五节 肝脏疾病常用的实验室检查	(309)
一、蛋白质代谢功能实验	(310)
二、脂肪代谢功能试验	(312)
三、肝脏疾病免疫学检查	(312)
四、酶学检查	(315)
五、染料排泄功能试验	(317)
六、胆红素代谢功能试验	(319)
第六节 脑脊液检查	(322)
一、适应症及标本采集	(322)
二、检查内容	(323)
第七节 浆膜腔穿刺液检查	(326)

一、一般性状检查.....	(328)
二、化学检查.....	(328)
三、显微镜检查.....	(329)
四、微生物学检查.....	(330)
五、细胞学检查.....	(330)
第五章 病历编写.....	(332)

第一章 常见症状

第一节 发 热

正常人的体温是相对恒定的，一般早晨比较低一些，下午比较高一些。但波动范围一般不超过 1°C ，且维持在 37°C 左右。这是由于正常人的体温是在大脑皮层和丘脑下部体温调节中枢的调节下，通过神经、体液的作用，使产热和散热保持动态平衡，体温达到相对的恒定。如果由于某种原因引起这种动态平衡的破坏，使产热过多及（或）散热过少，于是体温超出正常范围，即称为发热。

一、发病原因与发病机理 引起发热的原因临床上大致可分为两大类，即感染性发热和非感染性发热。

（一）感染性发热 临床上最为多见，包括各种病原体如细菌、病毒、真菌、寄生虫、立克次体、螺旋体、肺炎支原体等感染引起的发热。无论是急性或慢性感染，全身性或局限性感染，均可出现发热。发热是由于病原体代谢产物或其毒素，作用于白细胞释出致热原所致。

（二）非感染性发热原

1. 无菌性坏死物质的吸收 如大面积烧伤、严重组织外伤、大手术后、心肌梗塞、胃肠道出血、急性溶血性贫血、白血病、恶性肿瘤等引起的发热。

2. 抗原-抗体反应 如风湿热、药物热、结缔组织病等引起的发热。

3. 内分泌与代谢障碍 如甲状腺功能亢进、重度脱水等。前者是由于产热过多，后者是由于散热过少所致。

4. 皮肤散热减少 如广泛性皮炎、鱼鳞癣等影响皮肤散热所致。

5. 体温调节中枢功能失调 如中暑、安眠药中毒、脑溢血等，由于体温调节中枢受到损害所致。

6. 植物神经功能紊乱 由于植物神经功能紊乱，影响正常体温的调节，临床上常表现为低热，属功能性发热范畴。

二、临床表现

(一) 发热的分度：

低热 $37.4 \sim 38^{\circ}\text{C}$

中等度热 $38 \sim 39^{\circ}\text{C}$

高热 $39 \sim 41^{\circ}\text{C}$

超高热 41°C 以上

(二) 热型

1. 稽留热 体温持续于 $39 \sim 40^{\circ}\text{C}$ 左右达数天或数周，一天内体温波动范围不超过 1°C ，见于大叶性肺炎、伤寒等（见图 1-1）。

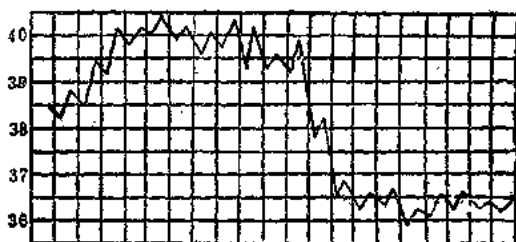


图 1-1 稽留热

2. 弛张热 最高体温在 39°C 以上，但波动幅度大，一天内体温差达 2°C 以上。体温最低时一般仍高于正常水平。见于败血症、风湿热、结核病等（见图 1-2）。

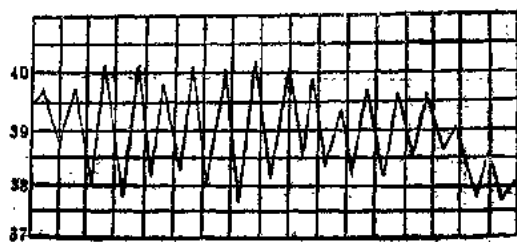


图1-2 弛张热

3. 间歇热 高热期与无热期交替出现。体温波动幅度可达数度。间歇期（无热期）可持续一至数天，反复发作。见于疟疾、肾盂肾炎等（见图1-3）。

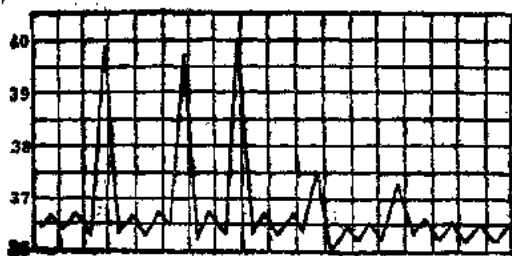


图1-3 间歇热

4. 波浪热 体温逐渐升高达高峰后又逐渐下降，然后再继续上升，反复发作。见于布氏杆菌病等（见图1-4）。

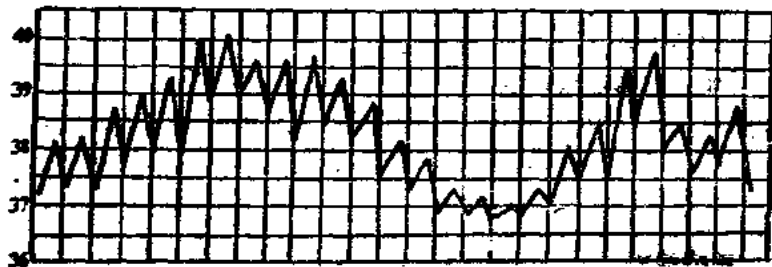


图1-4 波浪热

5. 不规则热 发热无一定规律性。见于结核病、风湿热、渗出性胸膜炎等（见图1-5）。



图1-5 不规则热

三、伴随症状

（一）伴寒战 多见于感染，见于大叶性肺炎、急性胆囊炎、急性肾盂炎、流行性脑脊髓膜炎、疟疾等。急性溶血性疾患也可伴寒战。

（二）伴皮疹 多见于急性传染病，尤多见于小儿，如麻疹、风疹、水痘、伤寒、斑疹伤寒等。

（三）伴淋巴结肿大 见于结核病、白血病、淋巴瘤等。

（四）伴肝脾肿大 见于急性病毒性肝炎、传染性单核细胞增多症、胆道感染、白血病、淋巴瘤、结缔组织病等。

（五）伴出血素质 见于流行性出血热、重症麻疹、病毒性肝炎、败血症、感染性心内膜炎、钩端螺旋体病、白血病、再生障碍性贫血、恶性组织细胞病等。

（六）伴关节痛 见于败血症、结核病、风湿热、结缔组织病、痛风等。

四、问诊注意事项 应注意询问起病急缓、病程，有无恶寒或寒战、大汗等，伴随全身或局部症状，有无传染病接触史等。

第二节 头 痛

头痛是一个常见的症状，有时是某些严重疾病的早期症状。

它既可出现于颅内、颅外疾患，也可发生于全身性疾患。

一、病因

(一) 颅内疾病

1. 颅内感染性疾病 脑膜炎、脑炎、脑脓肿、蛛网膜炎等。
2. 颅内血管病变 脑出血、脑血栓形成、脑栓塞、蛛网膜下腔出血、高血压性脑病、脑动脉硬化、风湿性脑脉管炎等。
3. 颅内占位性病变 脑肿瘤、颅内转移瘤、脑结核瘤、脑囊虫病、脑血吸虫病、脑膜白血病浸润等。
4. 颅脑外伤 脑震荡、脑挫伤、硬脑膜下出血、脑外伤后遗症等。
5. 其他 偏头痛、头痛型癫痫、腰椎穿刺后头痛等。

(二) 颅外疾病

1. 颅外软组织疾病 头皮的感染、肿瘤、创伤、神经炎等。
2. 眼、鼻、耳、牙源性头痛 鼻和鼻窦炎症或肿瘤、屈光不正、青光眼、视神经炎、急性中耳炎、牙齿疾患等。

(三) 全身性疾病

1. 急、慢性全身感染。
2. 心血管病变 高血压病、慢性心功能不全等。
3. 中毒 酒精、铅、一氧化碳、有机磷、颠茄等中毒。
4. 中暑。
5. 其他 尿毒症、低血糖、贫血、脑性脑病、系统性红斑狼疮、月经期头痛、经绝期头痛等。

(四) 神经功能性头痛 神经衰弱、癔病等。

二、伴随症状

(一) 伴发热 见于脑膜炎、脑炎、脑脓肿及其他全身性感染性疾病。

(二) 伴呕吐 见于脑膜炎、脑炎、脑肿瘤、急性充血性青光眼等。

(三) 伴半身麻木或肢体运动障碍 见于高血压脑病、脑血