

# 临床医学概论

全国高等医学院校检验专业专科教材

主 编 罗祖贻 副主编 季寿琪

中国医药科技出版社



R4  
33  
3

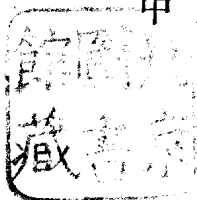
全国高等医学院校检验专业专科教材

# 临床医学概论

主 编 罗祖贻  
副主编 季寿琪

B1120/25

中 国 医 药 科 技 出 版 社



B 072472

高等医学院校检验专业专科教材

**临床医学概论**

主 编 罗祖贻

副主编 季寿琪

•

中国医药科技出版社出版发行  
(北京西直门外北礼士路甲38号)  
海军医学专科学校印刷厂印刷

•

开本787×1092mm1/16 印张 20

数字: 54.4千字 印数: 1—4500

1989年7月第1版 1989年7月第1次印刷

ISBN 7—5067—0096—4/R·0094

---

定价: 7.70

# 出版说明

医学检验是医学中一个重要的分支，与临床医学的发展和提高有密切关系。医学检验在全国高等医学院校中是一个新发展的专业，迫切需要一套具有我国特色、反映医学检验科学技术先进水平的教材。国家教委要求，医学检验教育要大力发展专科层次。近年来，全国高等医学院校医学检验专业的教育已有很大发展，开设医学检验专科的院校愈来愈多，但尚缺乏全国性的系列教材。为此，经全国高等医学检验专业校际会议讨论，决定成立检验专业大专教材编审委员会，编写系列的全国高等医学检验专业专科教材。本系列教材拟编写19门课程，将陆续编写出版。

本系列教材适用于医学检验专业专科全日制、职大、业大、函大、专业证书班等学生使用，也可供临床检验人员、中专教师和临床医师参考。

全国高等医学检验专业专科教材

编审委员会

1986年1月2日

## 《临床医学概论》编者

主 编 罗祖贻

副主编 季寿琪

### 编 审 者

王纪彬 池仁远 何家声 陈家健 罗祖贻

季寿琪 唐 尧 黄国栋 韩培信

### 编 写 者 (以姓氏笔划为序)

王文俊 海军医学专科学校

孔庆治 海军医学专科学校

池仁远 温州医学院

李广岭 海军医学专科学校

余晓明 湖北药检专科学校

陆葆仁 海军医学专科学校

陈家健 温州医学院

罗祖贻 海军医学专科学校

郑蕙芳 南京铁道医学院

徐 鹏 温州医学院

黄国栋 海军医学专科学校

王纪彬 天津第二医学院

朱仁良 海军医学专科学校

阴东平 南京铁道医学院

何家声 南京铁道医学院

邹有政 大连大学医学专科学校

陈 铠 湖北药检专科学校

周象兑 海军医学专科学校

季寿琪 南京铁道医学院

赵增荣 海军医学专科学校

唐 尧 南京铁道医学院

韩培信 海军医学专科学校

# 绪 言

根据全国高等医学检验专业专科教材会议精神，认为目前专科教育正在大力发展，开设检验专科的院校愈来愈多，成人教育需要教材的数量亦相当大，有必要编写全套高等医学检验专业专科教材。《临床医学概论》即为这套系列教材之一。

《临床医学概论》共12章，除“问诊和体格检查”作为基础章节外，包括内、外、妇、儿、传染病等各科有关常见疾病，而以内科疾病为主。讲授内容既照顾到临床基本知识的需要，又注意突出与检验专业的密切联系，为此将发病机理、临床表现和实验室检查列为相对重点。各章节字数基本根据教学大纲所定的教学时数，部分章节内容有所增减。

本书编写参考了大学统编教材和其它有关专著（详主要参考文献），并渗入各编写者的部分理论和实践知识。由于编者水平所限，加以对检验专科教材尚属初次撰写，缺点与错误在所难免，请广大师生在使用过程中提出意见，以利今后进一步修改。

本书编写过程中，得到南京铁道医学院、温州医学院、天津第二医学院、海军医学专科学校、大连大学医学专科学校、湖北药检专科学校等单位领导和教师的支持与指导，潘其声、林友俊、高雪芝、王晓明、张忠林、张子沪、曹维彬等老师参与了有关章节的评审工作，潘明、徐冰同志为稿件的组织整理工作付出了辛勤的劳动，均在此致谢。

罗祖贻 季寿琪

1988年12月于南京

# 目 录

<b>第一章 问诊和体格检查</b> .....	(1)
第一节 问诊.....	(1)
第二节 体格检查.....	(4)
<b>第二章 传染病</b> .....	(21)
第一节 总论.....	(21)
第二节 麻疹.....	(25)
第三节 水痘和带状疱疹.....	(28)
第四节 流行性腮腺炎.....	(30)
第五节 病毒性肝炎.....	(32)
第六节 流行性乙型脑炎.....	(38)
第七节 脊髓灰质炎.....	(40)
第八节 流行性出血热.....	(42)
第九节 狂犬病.....	(45)
第十节 百日咳.....	(47)
第十一节 猩红热.....	(50)
第十二节 白喉.....	(52)
第十三节 流行性脑脊髓炎.....	(55)
附：结核性脑膜炎	
第十四节 伤寒和副伤寒.....	(60)
第十五节 霍乱和副霍乱.....	(64)
第十六节 细菌性痢疾.....	(68)
第十七节 布氏杆菌病.....	(73)
第十八节 疟疾.....	(76)
第十九节 钩端螺旋体病.....	(80)
<b>第三章 呼吸系统疾病</b> .....	(84)
第一节 急性上呼吸道感染.....	(84)
第二节 慢性支气管炎.....	(85)
第三节 肺原性心脏病.....	(88)
第四节 支气管哮喘.....	(93)
第五节 肺炎.....	(95)
一、肺炎球菌肺炎.....	(95)

二、病毒肺炎·····	(98)
三、小儿肺炎·····	(98)
第六节 呼吸衰竭·····	(103)
第七节 肺结核·····	(109)
第八节 渗出性胸膜炎·····	(115)
第九节 肺癌·····	(118)
<b>第四章 循环系统疾病</b> ·····	<b>(121)</b>
第一节 风湿性心瓣膜病·····	(121)
第二节 感染性心内膜炎·····	(126)
第三节 高血压病·····	(129)
第四节 冠状动脉粥样硬化性心脏病·····	(134)
一、心绞痛·····	(134)
二、心肌梗塞·····	(137)
三、心脏性猝死·····	(141)
第五节 慢性心功能不全·····	(142)
<b>第五章 消化系统疾病</b> ·····	<b>(149)</b>
第一节 胃炎·····	(149)
一、急性胃炎·····	(149)
二、慢性胃炎·····	(150)
第二节 消化性溃疡·····	(153)
第三节 胃癌·····	(159)
第四节 溃疡性结肠炎·····	(162)
第五节 急性阑尾炎·····	(165)
第六节 肠梗阻·····	(169)
第七节 胆石症、胆囊炎、胆道蛔虫症·····	(173)
第八节 肝硬化·····	(177)
第九节 原发性肝癌·····	(184)
第十节 急性胰腺炎·····	(188)
第十一节 急性腹膜炎·····	(191)
第十二节 婴儿腹泻·····	(194)
<b>第六章 泌尿、生殖系统疾病</b> ·····	<b>(201)</b>
第一节 肾小球肾炎·····	(201)
一、急性肾小球肾炎·····	(201)
二、慢性肾小球肾炎·····	(203)
第二节 肾病综合征·····	(205)
第三节 慢性肾功能不全·····	(208)



第四节 泌尿系感染	(212)
一、肾盂肾炎	(212)
二、肾及肾周围脓肿	(213)
三、膀胱炎	(214)
四、尿道炎	(215)
第五节 男性生殖系感染	(216)
一、前列腺炎	(216)
二、副睾炎	(218)
<b>第七章 妇产科疾病</b>	(220)
第一节 早期妊娠	(220)
第二节 妊娠高血压综合征	(221)
第三节 葡萄胎	(226)
第四节 恶性葡萄胎	(227)
第五节 绒毛膜癌	(228)
第六节 子宫颈癌	(230)
第七节 阴道炎	(233)
<b>第八章 血液系统疾病</b>	(236)
第一节 贫血	(236)
一、缺铁性贫血	(239)
二、巨幼红细胞性贫血	(241)
三、再生障碍性贫血	(244)
四、溶血性贫血	(246)
附：新生儿溶血症	(249)
第二节 白血病	(252)
一、急性白血病	(253)
二、慢性白血病	(256)
(一) 慢性粒细胞性白血病	(256)
(二) 慢性淋巴细胞性白血病	(257)
第三节 出血性疾病	(257)
一、原发性血小板减少性紫癜	(262)
二、过敏性紫癜	(264)
三、播散性血管内凝血	(266)
<b>第九章 内分泌、代谢和营养疾病</b>	(271)
第一节 垂体前叶功能减退	(271)
第二节 甲状腺机能亢进症	(274)
第三节 皮质醇增多症(柯兴综合征)	(279)
第四节 糖尿病	(284)

第五节 维生素D缺乏症·····	(291)
一、佝偻病·····	(291)
二、手足搐搦症·····	(295)
<b>第十章 风湿病与骨关节病·····</b>	<b>(297)</b>
第一节 风湿热·····	(297)
第二节 系统性红斑狼疮·····	(300)
第三节 类风湿性关节炎·····	(304)
<b>第十一章 理化因素所致疾病·····</b>	<b>(309)</b>
第一节 中毒总论·····	(309)
第二节 有机磷农药中毒·····	(315)
第三节 一氧化碳中毒·····	(317)
第四节 中暑·····	(318)
第五节 淹溺·····	(322)
<b>第十二章 神经系统疾病·····</b>	<b>(323)</b>
第一节 急性脑血管疾病·····	(323)
第二节 癫痫·····	(328)
第三节 周期性麻痹·····	(331)
临床医学概论教学大纲·····	(333)
主要参考文献·····	(340)

# 第一章 问诊和体格检查

## 第一节 问 诊

### 一、问诊的重要性

问诊(inquisition,interrogation history taking)是通过和病人谈话来了解疾病的详细情况的一项重要诊断方法。是诊断疾病最基本、最重要的手段。有些疾病或在疾病的早期,病人可能仅有自觉症状而没有客观体征,如神经衰弱、糖尿病等。其问诊所得的资料却能更早地提供诊断的依据。同时也可为进一步选择其它检查手段提供线索。如果忽视问诊、病史不全、资料不确切则可导致漏诊或误诊。因此,问诊是诊断疾病的第一步。

### 二、问诊的方法及注意事项

(一)直接询问 唯有病人自己对疾病的体会最深刻,对病情最了解。因此问诊应直接询问病人。对昏迷病人、小儿及不愿讲话者可以询问其家属、亲友、同事或知情人,待病人清醒及愿意讲话时再加以补充。代诉者应注明系何人及其与病人关系。对病情危重病人,则应抓紧询问扼要的病史,进行重点的检查,并立即进行抢救,待病情好转后再补问详细病史。询问病史一般在体检前进行,但在体检期间及其以后发现新的问题可随时加以补问,即所谓“查问结合”。

(二)善于运用技巧 开始与病人交谈时,医生可先提出一些一般性问题,如:“你感觉哪里不舒服?”“你哪里不好受?”等,随即耐心静听病人的陈述,有时为了充实或确定病人所述的材料,可以插问,但必须防止暗示性的套问,避免主观。在技巧方面要灵活,有的可以正问,如“你发热量体温有多少度?”有的可以反问,如对疑似糖尿病者,问“你喝水是否喝得很少?吃饭是否吃得不多?”对各种类型病人能做到“使健谈者不离题太远,使保守者能宣露其隐,使迟钝者能知其所趋。”

(三)准确估计 病人的叙述难免有杂乱或轻重颠倒之处,有时记忆不清,顺口称是,有的甚至夸张其症状或隐瞒病情,因此必须准确估计,加以分析整理,然后记入病史内。

(四)全面观察 一边问病人一边要注意观察。如观察病人对自己所患疾病的看法;精神状态;对人的态度;病人的性格、情感、文化程度、以及对生活学习与职业的反应等。

(五)重要的阴性症状也应询问 询问病史时不但应注意病人现有的明显症状,而且也应注意病人的阴性症状,因重要的阴性症状在鉴别诊断上有一定的价值。如询问发热病人,在发热前有无畏寒或寒战,即使没有也应询问并加以记录。因其对严重感染性疾病或疟疾有重要的鉴别诊断价值,如发热前有畏寒或寒战退热前有出汗则应考虑到患疟疾的可能性,如没有,则应考虑到其他发热性疾病。

(六)要有高度的爱伤观点 医生对待病人应具有高度的爱伤观点、同情心与责任感。态度应和蔼,举止要严肃。要细心耐心,避免急躁情绪,切忌训斥态度,如“你罗嗦什么?”“不要说废话!”。

(七)问诊语言要通俗,记录要精练准确 问诊时语言要通俗,不应使用不适当的有特定涵

义的医学术语，如“端坐呼吸”、“里急后重”、“谵妄”、“淋巴结肿大”等，但在记录时不宜用俗语或方言。文字要精练、准确、科学。如病人诉“小肚子痛”“拉稀”，应写为“下腹部疼痛”“腹泻”。

(八)贯彻保护性医疗制度，避免“医原病” 医护人员应贯彻保护性医疗制度，要防止对病人有不良刺激的语言与表情。如病人诉述近月来有腹痛、大便带血、日渐消瘦的症状时，医生即随便的追问病人“你家族中是否有患胃癌的？”因而病人很快意识到自己是否患了胃癌，思想顾虑重重，可能导致病情日益加剧，其实病人可能是患“溃疡病”，不一定是“胃癌”，这就是由于医生的语言刺激而引起的所谓“医原病”。

(九)其它医疗单位转来的资料(如门诊病历、病历摘要等)仅作参考，决不代能替医生的亲自问诊。

(十)问诊对临床检验工作的重要性 临床检验由于所检验的标本来自复杂的人体，因此受影响的因素较多。例如：高脂肪膳食后，血清麝香草酚浊度加深；高蛋白饮食，使血液尿素含量显著提高；食用肉类、鱼类及叶绿素丰富的蔬菜时，大便隐血可出现假阳性。除了食物因素外，不少药物的应用往往也可影响临床检验的结果，特别是与人体正常中间代谢物极为相似的药物，更带来分析上的复杂化，影响临床检验结果的正确性。因此，如病人前来抽血作肝、肾功能检查，应问病人是否空腹。如发生下列情况，必须详细追问病人的全部用药史：

①临床检验结果出现不可能的异常值；②在检验过程中发生异常情况；③观察到几种理应有联系的检验项目之间出现矛盾情况；④检验结果与临床征象不一致。详细询问病人的全部用药史，包括目前正在运用与以往曾经应用过的所有药物。其项目包括什么时间应用过什么药物，所有药物的剂量、用药途径与方法，用药时间的长短，用药后有无不适反应等。

### 三、问诊的内容

(一)一般项目 包括姓名、性别、年龄、籍贯、民族、婚姻、住址、职业(工种)、入院日期、记录日期、病史陈述者及可靠程度。

(二)主诉(chief complaints) 是病人的主要陈述，是促使病人就医的主要症状及其病期，是病人最痛苦的感觉。通常与疾病的临床症状相符合，具有诊断意义。如消化性溃疡病人的吐酸、上腹部疼痛；细菌性肺炎病人的发热，咳嗽、咳铁锈色痰、胸痛等。

主诉中应包括起病的缓急，时间的长短，症状的性质、部位与严重程度。文字必须简明扼要，如“发热、流涕、咳嗽已2天”“间断咳嗽已4年，大咯血已半小时”，“反复上腹痛、吐酸已11年”，“骤发右下腹绞痛已3小时半”。

(三)现病史(present illness) 是病史的主要组成部分，主要记述病人现在所患疾病的详细经过，包括起病、疾病的演变及诊疗经过等。现病史可按以下的程序恰当地加以描写。

1.起病的情况与患病的时间。

2.主要症状的特点：包括性质(如疼痛有绞痛、灼痛、刺痛、锐痛、钝痛、隐痛、胀痛、酸痛等)、部位、时间、程度及缓解方法等。

3.病因与诱因。

4.病情的发展与演变。

5.伴随症状 如发热可伴有畏寒、寒战、发汗；腹痛可伴有呕吐、腹泻；咳嗽可伴有咳痰、咳血等。

6.诊疗经过。

7. 一般情况 即发病对健康的影响,如精神状态、体力、食欲、睡眠与大小便情况等。

8. 具有鉴别诊断意义的阴性症状 如高热疑是“疟疾”时,即使没有畏寒、寒战也应写入。又如怀疑有“大叶性肺炎”时,即使无铁锈色痰也应写入。

(四) 既往史 (past history) 主要叙述病人过去的健康状况以及曾患疾病。从出生到这次起病时为止,按时间顺序依次记载。尤其与现病史有密切关系者,更应详细询问。内容包括:

1. 平素健康情况:良好、一般、欠佳。

2. 急性传染病史。

3. 预防接种史:应写明种类及最近一次接种的日期。

4. 系统回顾:为了防止遗漏,可按各系统的疾病加以询问,分述如下:

(1) 呼吸系统 是否常有鼻塞、喉痛、咳嗽、咳痰(痰量、性状、粘稠、颜色、气味)、咯血、胸痛、呼吸困难、盗汗、发热等。

(2) 循环系统 是否有过心悸、气喘、脚肿、心前区疼痛、咳嗽、咳血、晕厥、高血压等。

(3) 消化系统 食欲如何、有无嗝气、泛酸、恶心、呕吐、腹痛、腹胀、黄疸、大便情况(腹泻、次数、性状、量、色、味、黑便、便血),有无里急后重等。

(4) 泌尿生殖系统 是否有过排尿困难、尿频、尿急、尿痛、尿道流脓、排石、水肿、腰痛、遗精、阳痿等。

(5) 造血系统 有无疲乏、无力、头晕、头昏、眼花、耳鸣、记忆力减退、黄疸、淤点、淤斑、肝、脾、淋巴结肿大等。

(6) 内分泌系统及代谢 有无畏寒、怕热、多汗、多食、多饮、多尿、消瘦或肥胖、性功能改变等。

(7) 神经精神系统 有无头痛、喷射性呕吐、失眠、嗜睡、记忆力减退、瘫痪、昏迷、抽搐、精神异常等。

(8) 运动系统 有无四肢关节肿痛、运动障碍、形态异常等。

(9) 皮肤方面 有无癣、疮、疖肿、皮疹史。

5. 过敏史:包括过敏体质(有哮喘、荨麻疹史),对药物、食物、花草、皮毛、油漆、化学制品有无过敏。

6. 外伤史:如有无脑或肢体外伤、骨折等。

7. 手术史:如有手术史,则按时间顺序排列手术种类、部位、术后愈合情况。

8. 其他:个别情况下须询问冶游史。

(五) 个人史 (personal history) 包括出生地点、曾到过的地区及其居住时间,尤其注意是否到过地方病或传染病流行地区;生活饮食习惯,有无烟酒等嗜好;职业、工种、劳动条件,有无毒物或粉尘的接触史等。

(六) 月经史 (menstrual history) 包括月经初潮的年龄、月经周期和行经的日数、末次月经的日期或闭经的年龄。经血的量、色,经期出现的症状,有无痛经及白带。

(七) 婚姻史 (marital history) 包括是否结婚及结婚年龄,爱人健康情况,如对方死亡则应询问其死亡原因及时间。

(八) 生育史 (obstetrical history) 包括妊娠次数,分娩情况,有无流产、早产、死

胎、剖腹产、产后大出血、产褥热等。

在生育年龄时期，应询问计划生育情况。

(九)家族史(family history) 包括询问病人的父母、兄弟、姐妹及子女的健康情况。特别要注意有无遗传性疾病(如血友病、白化病等)及可能与遗传有关的疾病(如糖尿病、高血压、精神病、肿瘤等)及传染病(如结核病、传染性肝炎等)。

若在几个成员或几代人中皆发生同样的疾病，则须绘出家谱图。

(季寿琪)

## 第二节 体格检查

体格检查(physical examination)是医生运用自己的感觉器官(眼、耳、鼻、手)或借助于简单的诊断工具(听诊器、叩诊锤)来检查病人身体状况的一组最基本的检查方法。多数疾病可以通过体格检查再结合病史作出临床诊断。

### 一、基本检查方法

基本检查方法有5种：即望诊、触诊、叩诊、听诊与嗅诊。医生要想熟练地运用这些方法并使自己的检查结果具有精确可靠的诊断价值，必须具有丰富的医学基础知识(机体的解剖形态、生理功能、病理改变)和反复的临床实践才能做到。

(一)望诊(inspection) 是医生用视觉来观察病人全身或局部表现的诊断方法。对某些疾病的诊断相当可靠，如贫血、黄疸、紫绀、荨麻疹等。

望诊通常包括病人的一般状态、年龄、发育、营养、意识表情、体位、步态、姿势等。

局部望诊是对身体各部分作更深入的观察，如头、颈、胸、腹部等。

(二)触诊(palpation) 是医生通过手的感觉进行诊断的一种方法。触诊的应用范围很广，如皮肤、皮下组织、肌肉、骨骼、淋巴结、心脏、血管、肺。腹部脏器如肝、脾，还有肛门直肠、阴道等处皆可用触诊进行检查。

触诊的方法：

1.浅部触诊法：用平放而不加压力的手指或手掌以滑动的方式、轻柔地进行触摸，检查有无抵抗、疼痛或搏动等。主要用于皮肤、胸部、腹部、关节、软组织、浅部的动、静脉和神经等的检查。

2.深部触诊法：用手指或手掌施加不同程度的压力，触摸深部，借以更精细地确定病变的部位及性质。本法主要用于腹部检查。根据检查项目的不同可分以下几种。

(1)深部滑行触诊法：常用于腹腔深部和胃肠病变的检查。

(2)深插触诊法：用于检查腹部深在病变部位的局限性压痛点(如阑尾压痛点、胆囊压痛点)或反跳痛。

(3)双手触诊法：适用于检查肝、脾、肾、子宫、腹腔肿瘤和产前检查胎儿等。

(4)冲击触诊法：又称浮沉触诊法，用于大量腹水触及肝脾或肿块时。

(三)叩诊(percussion) 用手指叩击人体表面各部所引起震动声音的特性，来判断被检查部位各组织器官的物理状态有无异常。叩诊一方面听反响，一方面靠指下感觉，即指感差异。

## 叩诊的方法:

1. 直接叩诊法: 用右手中间三个并拢而微屈的手指掌面直接叩击检查部位。此法适用于检查胸、腹部面积较广泛的病变, 如大量胸水或腹水时。

2. 间接叩诊法: 又称指指叩诊法。将左手中指第二指节紧贴于被叩部位, 其他各指稍抬起, 以右手中指(叩指)指端垂直地叩打左手中指第二指节前端, 叩打时要借腕关节和掌指关节的活动而避免肘关节及肩关节参加活动, 这样连续叩打二次, 听其音响, 同时体察被叩打指下的感觉差异, 判断其音响清浊、强弱与长短。叩击动作要灵活、短促, 而富有弹性。叩击后右手中指立即抬起, 以免影响音响效果。

叩诊音: 根据音响的强弱、长短、高低、临床上区分为以15种叩诊音:

(1) 清音(resonance): 为叩击弹性含气器官所产生的音响强、音调低、振动持续时间长的声音。如叩肺脏。

(2) 鼓音(tympany): 为叩击含气器官所产生的音响更强, 音调更低, 振动持续时间更长的声音。如叩击胃、肠、气胸、肺大空洞。

(3) 过清音(hyperresonance): 介于清音与鼓音之间。如叩肺气肿病人的肺脏。

(4) 浊音(dullness): 为叩击邻近含气组织之实质器官所产生的音响较弱、音调较高、振动持续时间较短的声音。如叩心、肝被肺边缘所覆盖的部分。在病理情况下, 当肺组织含气量减少时, 如大叶性肺炎实变期叩诊呈浊音。

(5) 实音(flatness): 为叩击不含气的实质器官所产生的音响更弱、音调更高、振动持续时间更短的声音, 亦称重浊音或绝对浊音, 比浊音更实, 如叩击心、肝之中央部分、股部之肌肉等。在病理情况下, 当叩诊大量胸腔积液或巨大肿瘤时可出现实音。

(四) 听诊(auscultation) 听诊是直接用耳朵或借助于听诊器来听取不能由空气传导的体内微弱的声音, 根据脏器发音的性质及变化来推断其状态或病变性质。如听心、肺、胃肠等之音响。临床上心脏的各类杂音与心律失常, 肺部的病理性呼吸音等, 基本上都可在听诊时发现。

(五) 嗅诊(smelling) 嗅诊是指以嗅觉判断发自病人的异常气味与疾病之间关系的一种诊断方法。如呼、吸气时有烂苹果味见于糖尿病酮中毒病人, 氨气味见于尿毒症病人, 恶臭味见于肺脓肿病人。粪便有腐败性臭味见于消化不良, 腥臭味见于细菌性痢疾。小便氨味浓烈见于泌尿系感染等。

## 二、一般检查

### (一) 全身状态检查

1. 性别: 正常人的性征是明显的, 不难判断。但性别与某些疾病的发生率有关。如甲状腺疾病和系统性红斑狼疮多发生于女性; 胃癌, 食管癌多发生于男性。

2. 年龄: 机体状态可因年龄而产生变化, 因此对疾病的发生与预后的判断也有密切关系。如佝偻病、麻疹、白喉多见于幼儿与儿童; 结核病、风湿热多见于少年; 动脉硬化、冠状动脉疾患则多见于老年。

3. 体温: 体温(temperature)测量对临床工作十分重要。

体温测量有: ①口测法(正常值为 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ ); ②肛测法(正常值为 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$ ), 肛测法一般较口测法高 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ ; ③腋测法(正常值为 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ )。

正常人在24小时内体温略有波动, 一般相差不超过 $1^{\circ}\text{C}$ 。生理状态下, 早晨略低, 下午

略高;运动或进食后体温稍高;老年人体温略低,妇女在月经期前或妊娠期间略高。

体温高于正常称发热,发热的临床分度如下:

低热 37.5~38℃

中度发热 38~39℃

高热 39~40℃

超高热 40℃以上

体温过低 低于36℃

体温过低见于休克病人、急性大出血、慢性消耗性疾病、年老体弱、严重营养不良、甲状腺功能低下以及在低温环境中暴露过久等。

热型(体温曲线)常见的有:

(1)稽留热(continued fever):体温持续于39~40℃左右,达数天或数周,24小时波动范围不超过1℃(图1-1)。见于大叶性肺炎、伤寒、斑疹伤寒等的发热极期(即高热持续期)。

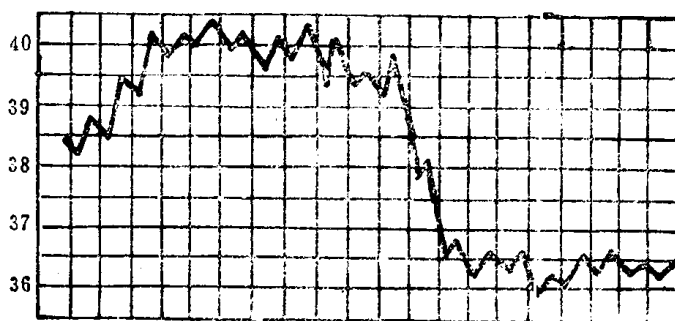


图1-1 稽留热

(2)弛张热(remittent fever):体温在39℃以上,但波动幅度大,24小时内体温差达2℃以上,体温最低时一般仍高于正常水平(见图1-2)。见于败血症、风湿热、重症肺结核、化脓性疾患等。

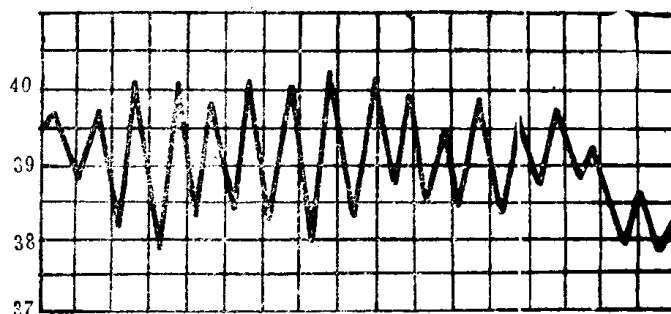


图1-2 弛张热

(3)间歇热(intermittent fever):高热期与无热期交替地出现。体温波动幅度可达数度。无热期(间歇期)持续1天乃至数天,反复发作(图1-3)。见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

(4)回归热(recurrent fever):体温急骤升高39℃以上,持续数天后又骤然下降至正常水平,高热期与无热期各持续若干天,即规律地互相交替(图1-4)。见于回归热、何杰金病等。



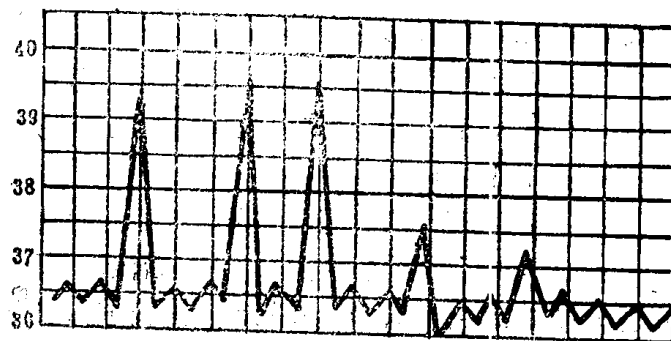


图1-3 间歇热

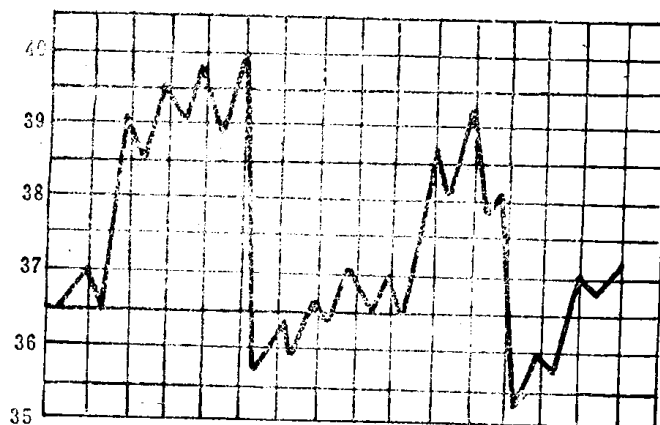


图1-4 回归热

(5)不规则热(irregular fever): 发热无一定规律(图1-5)。可见于结核病、风湿热、支气管肺炎、渗出性胸膜炎、感染性心内膜炎等。

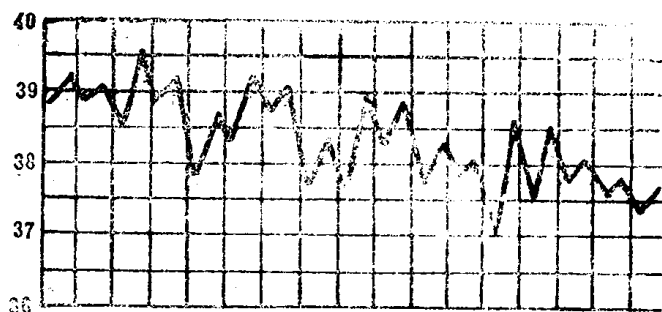


图1-5 不规则热

4.呼吸、脉搏、血压。

5.发育与体型 发育的正常与否，通常以年龄，智力和体格成长状态之间的关系来判断。临床上将成年人的体型(habitus)分为3种：

- (1)瘦长型(无力型)：体高肌瘦，颈细长，肩垂，胸廓扁平，腹上角小于 $90^\circ$ 。
- (2)矮胖型(超力型)：体格粗壮，颈粗短，面红、肩平、胸廓宽阔，腹上角常大于 $90^\circ$ 。
- (3)均称型(正力型)：体格的各部分结构匀称适中。

6.营养：营养状态是根据皮肤、毛皮、皮下脂肪、肌肉的发育情况综合判断的。营养状