

临床检查及
检验结果分析
表解

主编 刘洪兰 杨斌
赵树范

中国医药科技出版社

96
R44-64
2
7

临床检查及检验 结果分析表解

刘洪兰 · 杨斌 赵树范
主 编

XAP80123



3 0146 9962 7

中国医药科技出版社



C 261342

登记证号:(京)075 号

内 容 摘 要

本书主要参考日本小儿科杂志,1988年9月临时增刊号《从偶然发现的异常所见作出诊断的探索研究》及近年的有关国内、外文献,将临床常见的检查、检验异常结果,采用图表加说明的形式进行了纵横联系与分析叙述。

全书分为10章69个专题。对物理检查、化验检查、特殊检查中发现的血压异常;心律失常;血液生化、电解质、血清酶、血清蛋白、酸碱平衡失调、尿液异常;X线、脑电图、心音异常及颈、腹、乳房肿物从异常点入手,逐步深入地提出了可能的诊断及必要的鉴别诊断检查。

临床检查及检验结果分析表解

刘洪兰 杨斌 赵树范 主编

*

中国医药科技出版社 出版

(北京西直门外北礼士路甲38号)

天津市宝坻县第二印刷厂印刷

全国各地新华书店经销

*

开本 787×1092 1/16 印张 10

字数 224千字 印数 1—3000

1996年 1月第1版 1996年 1月第1次印刷

ISBN 7-5067-0491-9/R·0429

定价:11.00 元

主 编

刘洪兰 杨 斌 赵树范

编者(以姓氏笔画为序)

刘洪兰	李白娥	庞聪玲
范志轩	张汉清	张俊家
杨 斌	赵树范	郭茜茹

序

现代科学技术的飞速发展和应用,使当今临床检查和检验技术的种类、范围和方法不断更新、日趋增多。这为医务人员认识疾病的本质、规律,分析诊断,合理治疗,促进人民健康,提供了很多便利条件和手段。

然而,种类繁多的检查、检验也给患者和临床医师带来了许多问题。因而,合理地利用检查、检验结果,抓住重要线索,纵横联系,综合分析,正确判断,使检查和检验在临床诊断和治疗中发挥更大的效益,对于患者、家属、社会和临床医师来说都是十分重要和必要的。

编者正是为适应这一临床需要,通过对近年来国内、外先进医学科学理论、检查、检验技术进行深入的研究和分析,结合自己的临床实践,从中找到了一些很好的思路和方法,进而编写了这本《临床检查及检验结果分析表解》。它以检查及检验中发现的异常结果为出发点,结合临床表现,采用图解加文字说明的形式,引导人们纵横分析、上下联系,正确诊断。

该书不仅构思新颖,文字简洁,易学易懂;而且图文并茂,条理清晰,一目了然。是中青年医师、实习、进修医师从事临床工作不可多得的好书。

愿该书成为您工作的伴侣和良师益友,为提高医疗质量,实现“2000年人人享有卫生保健”的全球战略目标做出贡献。

魏太星

一九九二年五月于河南医科大学

前 言

已有的医学书籍中,将临床与检查结果综合在一起进行分析叙述的书目较少,发现异常结果后,反过来联系可能存在的临床病变进行逆行分析的编著更少。本书以体检或化验中偶然发现的异常检查结果为起点,用图表加说明的形式进行纵横分析,不仅叙述形式新颖,而且一目了然。因此有助于提高各科临床医生及高年级医学学生的联想、分析能力,有助于开拓思路、启发全面收集资料、培养科学作出诊断与鉴别诊断的正确思维能力。特别适于临床各科中、青年医师与高年级医学学生、进修医生参考阅读。

目 录

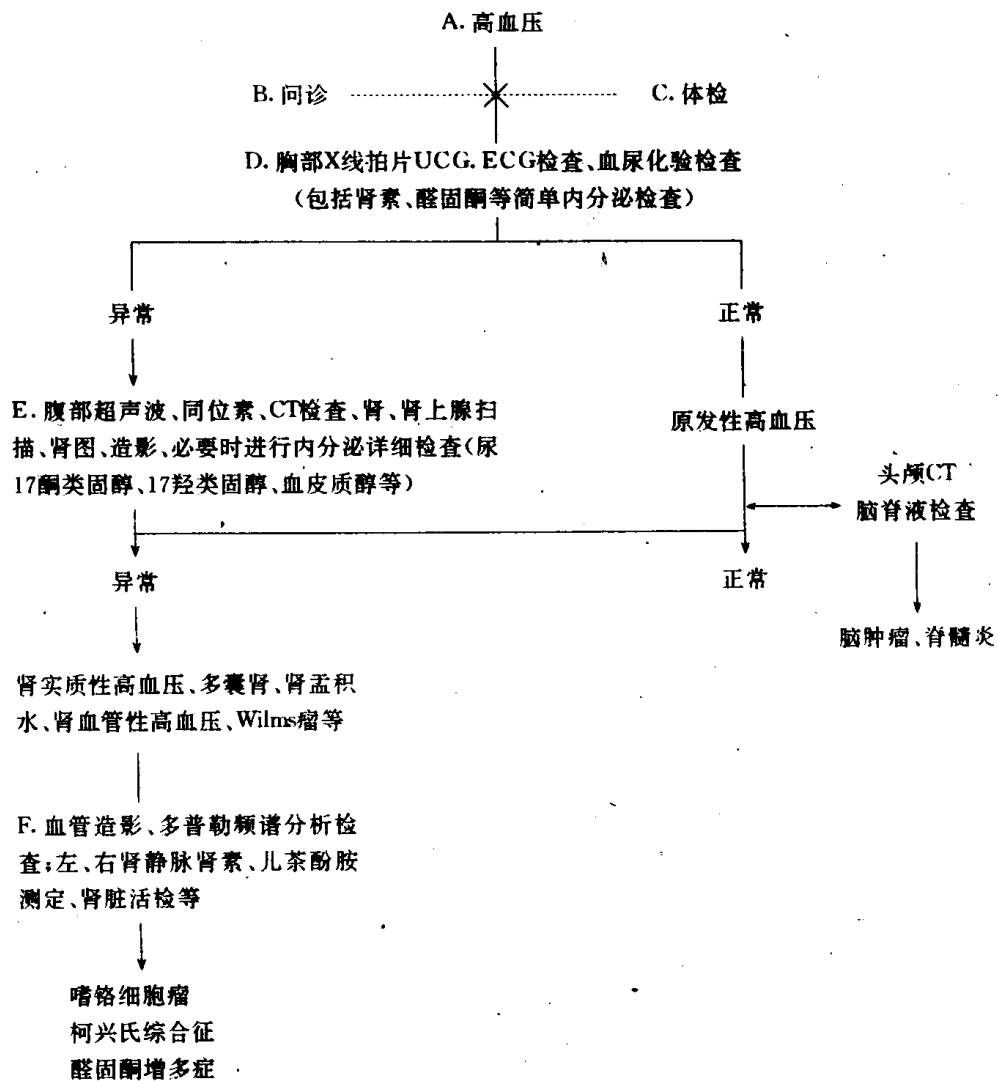
第一章 血压异常	(1)
第一节 高血压	(1)
第二节 低血压	(4)
第二章 心律失常	(6)
第一节 心律失常的分类	(6)
第二节 心律失常的诊断方法及步骤	(8)
第三节 R—R 间期不等的心律失常与 R—R 间期规整的心律失常	(11)
第三章 水电解质异常	(14)
第一节 高钠血症	(14)
第二节 低钠血症	(16)
第三节 高钾血症	(18)
第四节 低钾血症	(20)
第五节 高钙血症	(24)
第六节 低钙血症	(26)
第七节 高镁血症	(28)
第八节 低镁血症	(30)
第九节 高磷血症	(32)
第十节 低磷血症	(34)
第十一节 高氯血症	(36)
第十二节 低氯血症	(37)
第四章 血清酶学异常	(39)
第一节 高谷—草、谷—丙转氨酶血症	(39)
第二节 高碱性磷酸酶(ALP)血症	(41)
第三节 低碱性磷酸酶血症	(43)
第四节 高乳酸脱氢酶(LDH)血症	(45)
第五节 高肌酸磷酸激酶(CPK)血症	(47)
第六节 高酸性磷酸酶(ACP)血症	(49)
第七节 高淀粉酶血症	(51)
第五章 血液化学异常	(53)
第一节 高尿素氮(BUN)血症	(53)
第二节 高氨血症	(55)
第三节 高尿酸血症	(56)
第四节 低尿酸血症	(58)
第五节 高血糖症(血糖>120mg/dl)	(59)

第六节	低血糖症	(61)
第七节	高胆固醇血症	(63)
第八节	低胆固醇血症	(65)
第九节	高甘油三脂血症	(67)
第十节	高胆红素血症(一)	(69)
第十一节	高胆红素血症(二)	(71)
第十二节	高胆红素血症(三)	(73)
第六章	血清蛋白异常	(75)
第一节	低蛋白血症	(75)
第二节	低丙球蛋白血症	(77)
第三节	高 IgE 血症	(78)
第四节	低补体血症	(80)
第七章	酸碱平衡失调	(82)
第一节	代谢性酸中毒	(82)
第二节	代谢性碱中毒	(84)
第八章	尿液异常	(86)
第一节	蛋白尿	(86)
第二节	血尿	(88)
第三节	细菌尿	(90)
第四节	糖尿	(92)
第五节	结晶尿	(94)
第九章	特殊检查异常	(96)
第一节	胸部异常阴影	(96)
第二节	纵膈异常阴影	(102)
第三节	头颅钙化影	(104)
第四节	脑电图异常	(106)
第五节	心电图异常	(108)
第十章	其它检查异常	(110)
第一节	心音异常	(110)
第二节	心脏血管杂音	(112)
第三节	胸部听诊异常(不含罗音)	(116)
第四节	腮腺肿胀	(118)
第五节	甲状腺肿大	(119)
第六节	肝肿大	(121)
第七节	腹部肿块	(122)
第八节	乳房结节	(124)
第九节	色素沉着	(125)
第十节	睑结膜、口腔粘膜苍白	(128)
第十一节	血便	(130)

第十二节	颈淋巴结肿大.....	(131)
第十三节	皮肤、毛发色素脱失	(133)
第十四节	肌张力异常.....	(135)
第十五节	肌无力.....	(136)
第十六节	不自主运动.....	(139)
第十七节	不随意运动.....	(143)

第一章 血压异常

第一节 高血压



A. WHO 规定:正常成人血压为:收缩压 $\leq 140\text{mmHg}$ (18.6kPa),舒张压(以 Swan 第 5 点 $<\text{Korotkow}>$ 消失点为准) $\leq 90\text{mmHg}$ (12.0kPa);若收缩压 $\geq 160\text{mmHg}$ (21.3kPa)和/或舒张压 $\geq 95\text{mmHg}$ (12.7kPa)谓高血压。血压值介于正常与高血压值之间者,为临界性高血压。儿童血压 $\geq 135/90\text{mmHg}$ ($18.0/12.0\text{kPa}$);乳幼儿 $\geq 110/80\text{mmHg}$ ($14.7/10.7\text{kPa}$)谓高血压。近年来对高血压和需要治疗的基本标准有逐渐向低值移动的倾向。1988 年美国提出:成年人正常舒张压应在 85mmHg (11.3kPa)以下,舒张压在 $85\sim 89\text{mmHg}$ ($11.3\sim 11.8\text{kPa}$)者为高值正常血压;若在 $90\sim 104\text{mmHg}$ ($12.0\sim 13.8\text{kPa}$)间为轻型高血压; $105\sim 114\text{mmHg}$

(14.0~15.2kPa)之间为中型高血压;≥115mmHg(15.3kPa)者为重型高血压。收缩压的正常值应<140mmHg(18.6kPa),若为140~159mmHg(18.6~21.1kPa)为可疑单纯性高血压;≥160mmHg(21.3kPa)为单纯收缩期高血压。

关于降压治疗的开始时间(血压值)为:舒张压>115mmHg(15.3kPa)者宜立即开始治疗;105~114mmHg(14.0~15.2kPa)者应在两周内考虑治疗方案;90~104mmHg(12.0~13.8kPa)者,宜在两个月内反复测量血压,以确定血压的实际数值;85~90mmHg(11.3~12.0kPa)者,一年以内再诊;即使舒张压<85mmHg者,也应在两年之内复查血压。以轻症高血压的血压值作为判断治疗开始时期的指标。

新近 WHO/ISH 又修定了上述高血压的标准:所谓轻型高血压是舒张压在 90~104mmHg(12.0~13.8kPa),要准确诊断,其治疗目的是将舒张压维持在 90mmHg(12.0kPa)以下;若收缩压高,也应予以控制。尽快开始药物治疗的指征有:收缩压>160mmHg(21.3kPa),有心血管合并症征象,肾疾患征象,脑卒中,心疾患,有突然死亡的家族史,及吸烟,空腹血糖高,肌酐增高等。比较积极地、准确地治疗轻型高血压,是近年来高血压治疗上的重要进展。此法也适用于老年人。

B. 问诊内容:除了循环系统症状如头疼、头晕、心悸、气短等外,还有恶心,视力障碍,鼻腔出血,注意力不集中等症状。乳幼儿要注意有无易激惹、夜间觉醒次数多。另外有无腰痛、血尿、腹疼等症状。当然,家族史,服药史也很重要。

C. 查体时要注意鉴别血压的增高是原发性还是继发性。测量身高、体重、体型;注意身体各部位血管杂音、中枢神经系统症状,有无心、肾功能不全、颜面部异常及皮肤色素沉着等。上下肢、左右侧血压明显差异,是主动脉狭窄和大动脉炎的诊断线索;遇有体位变化引起明显血压波动时,要考虑植物神经活动功能紊乱或嗜铬细胞瘤。此外听诊应注意有无咳嗽音、主动脉瓣闭锁不全杂音等。为了监测颅内高压和高血压的进展程度,应做眼底检查。

D. 胸部 X 线检查要注意有无心脏扩大和瘀血、胸水、肋骨压迹;超声波(超声心动图、超声波心脏断层扫描)检查对判定心脏大小、内部结构及功能、有无心包积液等极有帮助;心电图尚可了解心肌肥大、QT 间期、ST—T 异常(产生儿茶酚胺的肿瘤可导致 T 波倒置、而醛固酮增多症、柯兴氏综合征时,因血钾降低,也可出现 T 波异常和 U 波高大等表现)。血液学检查应包括贫血、低蛋白血症、尿酸、尿素氮、肌酐、钾、钠等电解质水平。尿液检查包括蛋白尿、血尿、糖尿等。怀疑有原发性醛固酮增多症时,要做必要的内分泌(醛固酮)、血钾等检查。

E. 腹部超声波检查:简便易行,能较准确地观察肾脏和肾上腺形态,配合同位素扫描,CT 检查,能协助早期诊断。再结合内分泌学检查,必要时多普勒超声检查,可以判定肿瘤的性质。

F. 考虑手术治疗时,必须弄清解剖学定位,但血管造影和肾脏活检有一定危险性,因而应由专科医师施行。

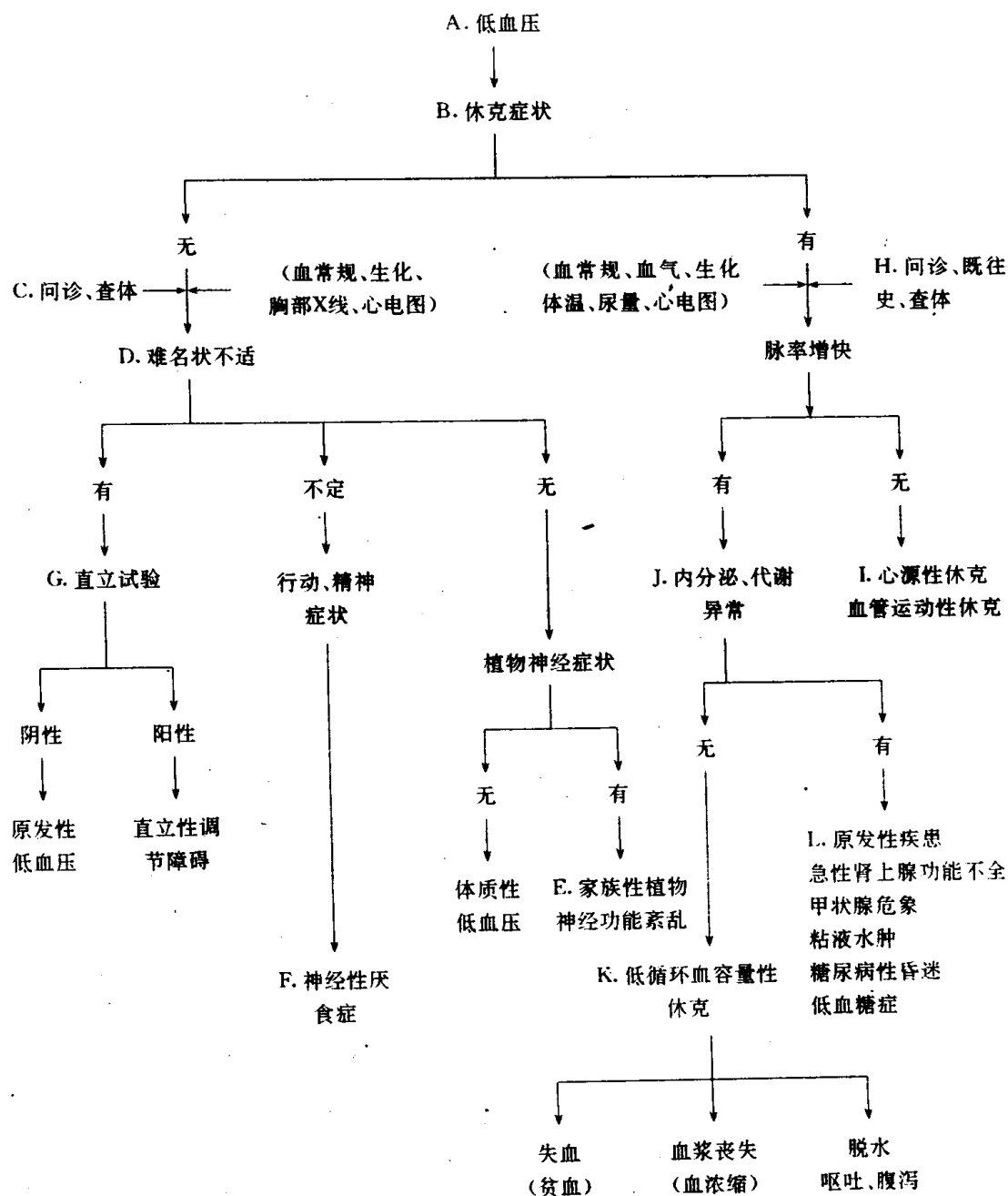
G. 通过以上检查,一般可以明确诊断,然而还应考虑到中枢神经性疾患(肿瘤、炎症等)、慢性铅中毒、有机磷农药中毒等也可引起高血压。

毫米汞柱与千帕的对应值

1mmHg=0.133kPa

mmHg	kPa	mmHg	kPa
60	8.0	125	16.6
65	8.6	130	17.3
70	9.3	135	18.0
75	10.0	140	18.6
80	10.7	145	19.3
85	11.3	150	20.0
90	12.0	155	20.6
95	12.6	160	21.3
100	13.3	165	21.9
105	14.0	170	22.6
110	14.7	175	23.3
115	15.3	180	23.9
120	16.0	185	24.6

第二节 低 血 压



A. 首先应确定低血压的标准，然血压易受年龄、季节影响而波动，所以明确诊断低血压并不容易。收缩压的年龄界限值：新生儿为 70mmHg (9.3kPa)；6 个月～1 岁为 60mmHg (8kPa)；2～4 岁为 74mmHg (9.87kPa)；5～7 岁为 80mmHg (10.67kPa)；8～12 岁为 90mmHg (12kPa)。通常成年人收缩压低于 90mmHg (12kPa) 即视为低血压。

B. 血压在 60mmHg (8kPa) 以下，并有面色苍白、脉搏细数、四肢厥冷、尿量减少、意识障碍等症，则诊断为休克。

C. 在问诊、查体时，力求找出引起低血压的器质性疾病。为此，要做血常规、血液生化、尿常规、胸部 X 线摄片、心电图（包括立位心电图），必要时做脑电图、头颅 CT 检查。

D. 所谓难名状不适系指身体有一种说不清的不适,而且找不到相应的器质性疾患。

E. 家族性植物神经功能紊乱,是一种植物神经与感觉神经选择性受损的先天性神经发育障碍。表现为味觉障碍、舌面光滑(味蕾缺失)、吞咽运动调节障碍(呛噎、呕吐、误咽等)、泪液过少,角膜感觉缺失、唾液过多、多汗、体温调节障碍、不稳定性高血压、直立性低血压及其它中枢神经症状。

F. 神经性厌食症,主要见于青春期女性,没有器质性原发病或精神疾患,表现为长期持续性不摄饮食,明显消瘦。对此有必要作心理检查。

G. 直立试验:测定并记录安静卧位时的脉搏、血压、心电图,然后令受试者起立保持立位十分钟,再测定这种立位状态的脉搏、血压、心电图。如果脉压差小于 16mmHg(2.13kPa)以上、收缩压降低 21mmHg(2.8kPa)以上、脉搏数增加 21 次/分以上,心电图 T 波高度降低 0.2mV 以上,即为阳性。原发性低血压是指具有不适症状的持续性低血压状态。

H. 一旦诊断为休克,必须立即建立静脉通道迅速救治,同时密切观察血压,并做心电图、测尿量、体温、血常规、血糖、电解质、动脉血气分析等项检查。

I. 心源性休克和血管运动性休克,也可出现心率增快。心源性休克常见于大面积急性心肌梗塞,及由气胸或急性心包腔填塞致使心脏受压等情况。血管运动性休克见于过敏、肾上腺皮质功能不全、感染、中毒等。

J. 有慢性内分泌、代谢机能异常者,可因感染、应激等种种原因而出现休克。

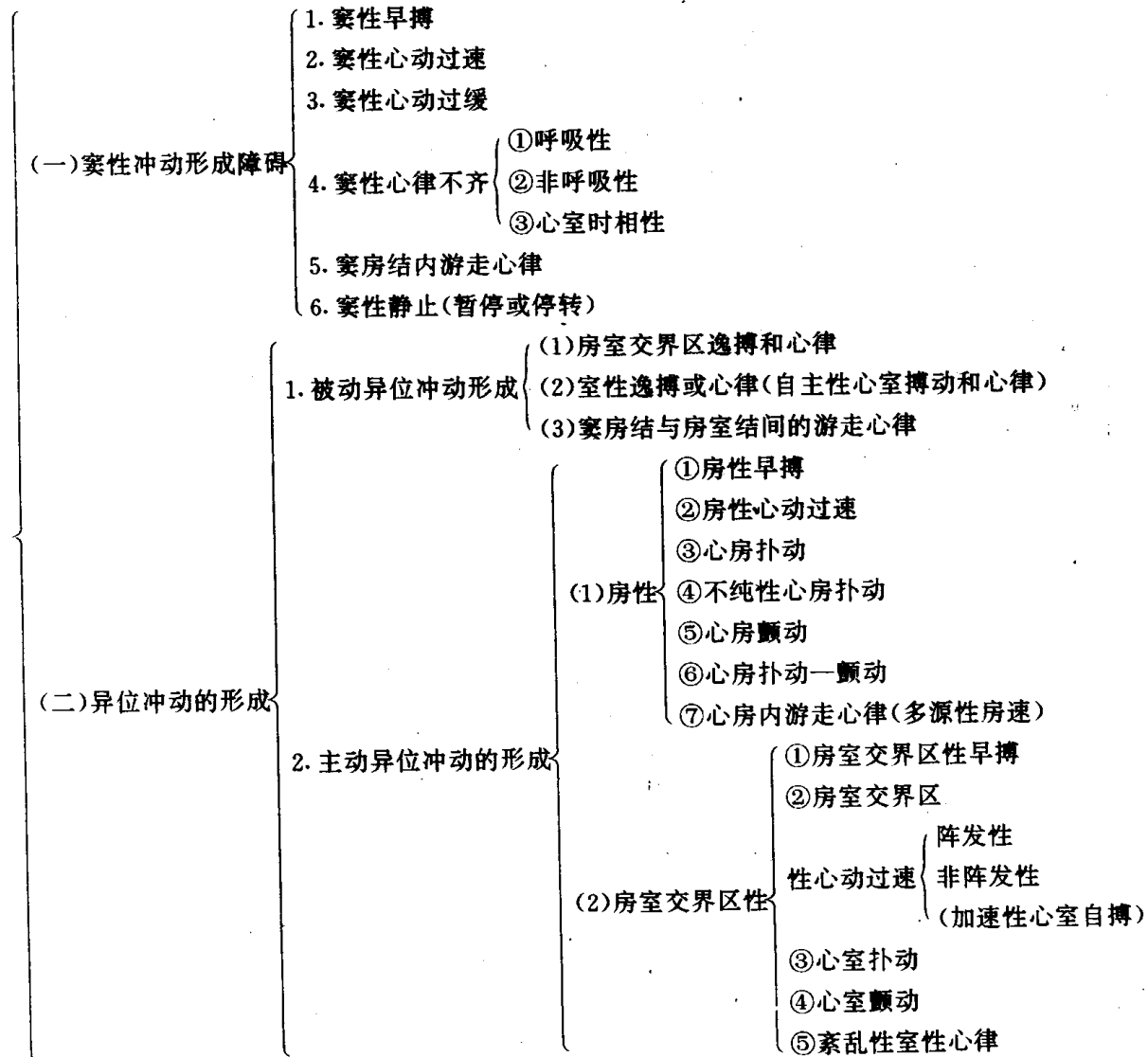
K. 低循环血容量性休克,在小儿最多见,初期由末梢血管代偿性收缩维持血压,继而血压下降并出现各种症状。因出血、脱水(腹泻、呕吐、发热等)、血浆大量移向体腔而发病。

L. 原发病是肾上腺皮质或甲状腺机能障碍、糖代谢异常。急性肾上腺皮质功能不全者往往存在慢性肾上腺皮质功能低下状态,血压低下、血糖低、血钾高、血清钠/钾比值低于 30,常在 20 左右,血浆皮质醇低下,乃由败血症所致急性肾上腺皮质功能低下综合征。甲状腺危象表现高热、大汗、脉率快、心律不齐、充血性心力衰竭、烦躁、昏迷、痉挛、呕吐、肌力减低等。甲状腺机能亢进患者出现上述症状时,应当考虑甲状腺危象。

第二章 心律失常

第一节 心律失常的分类

一、冲动形成障碍



二、冲动传导障碍

- (一) 窦房传导阻滞
 - 1. 文氏型(莫氏 I 型)
 - 2. 莫氏 II 型
- (二) 房内传导阻滞
 - 1. I°房室传导阻滞
 - 2. II°房室传导阻滞
 - 莫氏 I 型(文氏型)
 - 莫氏 II 型
 - 3. 高度房室传导阻滞
- (三) 房室传导阻滞
 - 4. 完全性房室传导阻滞
 - ① 房室结传导阻滞
 - ② 希氏束内传导阻滞
 - ③ 希氏束下传导阻滞
 - 5. 双重房室传导阻滞
 - 6. 超常房室传导阻滞
- (四) 室内传导阻滞
 - 1. 半支传导阻滞
 - 左前半传导阻滞
 - 左后半传导阻滞
 - 2. 右束支传导阻滞
 - 完全性
 - 不完全性
 - 3. 左束支传导阻滞
 - 完全性
 - 不完全性
 - 4. 双侧束支传导阻滞
 - 双束支阻滞
 - 三束支阻滞
 - 5. 非特异性室内传导阻滞(弥漫性)
- (五) 传出阻滞

三、冲动形成障碍合并传导障碍和分类困难者

- (一) 房室分离
 - 完全性
 - 不完全性
- (二) 预激综合征(WPW 综合征)
- (三) 反复搏动、反复心律和反复心律性心动过速
- (四) 并行心律: 房性、房室交界性、室性和混合性
- (五) 心房分离
- (六) 交替电压
- (七) 缓慢房性心律
- (八) 冠状窦性心律
- (九) 冠状节性心律
- (十) L—G—L(短 PR 间期)综合征
- (十一) 隐匿传导

四、人工起搏器心律

- (一)固定频率的室性起搏器节律
- (二)按需型室性起搏器节律
- (三)房性起搏器节律
- (四)冠状窦起搏器节律
- (五)心房同步起搏器节律
- (六)双点(房室顺序)起搏器节律

第二节 心律失常的诊断方法及步骤

(一)全面掌握临床资料:临床资料对解释心律失常有重要作用。包括年龄、以前有否类似心律失常及其发作的经过和频度;有无已知的心脏病、充血性心力衰竭及非心源性疾患,如甲亢,服药史(尤其洋地黄及某些抗心律失常药物等)和电解质失衡等情况。如带有人工心脏起搏器的患者,应详细询问人工心脏起搏器的植入过程(包括植入的日期和类型),因起搏器功能失调可导致各种严重心律失常。此外,必须复习患者过去的全部心电图,确定病人过去是否已有心脏异常,如各种早搏,心肌缺血、损伤性改变、传导阻滞(左、右束支阻滞、双或三束支阻滞),预激综合征、心肌梗塞、二尖瓣脱垂综合征等。这些资料对鉴别室上性或室性心动过速和提高诊断的准确性方面,都有相当的价值。

(二)全面阅读心电图:全面阅读心电图可确定基本心律是正常窦性节律还是其它异位心律。如有心律失常,应弄清其发生是偶然、频发或持续性,规则,不规则或反复发生,或是各型心律失常混合存在;是否有各种可能与心律失常混淆的伪差存在,并确定该心律失常是简单的还是复杂的,其临床重要性(良性或恶性)如何等。

(三)确定主导心律:全面阅读心电图之后,即可明确该患者的主导心律是正常窦性心律还是异位心律?如为窦性心律,还需要明确其冲动形成是主动性抑或被动性。不过,大多数常见和单纯的心律失常中,其主导心律往往是窦性;其次是心房颤动;再次为心房扑动。偶尔,在同一帖心电图,主导心律可以转变(即从窦性变成异位或从异位变成窦性,甚至可从一种异位变成另一种异位)。有时,很难确定主导心律,尤其在复杂心律失常时。即使异位心律,也应首先弄清是否哪怕是偶然出现的窦性心搏,确定窦性心律的存在与否,对鉴别心律失常极为有用。

(四)明确是否有P波存在:通过明确是否有P波存在,可大大缩小心律失常的鉴别范围。当P波似乎存在时,必须肯定是真正P波还是其它波,有时房颤波,房扑波、T波、U波,甚至有些无关的伪差可被误认为是P波。如肯定有P波存在,还应明确P与QRS的关系,是有关系还是各自独立。

1. P波存在:在肯定P波存在后,还应进一步明确该P波是窦性还是异位。其诊断步骤如下:

(1)明确P波的起源:经过认真的分析,若P波确属窦性者,就可确定心脏节律的类型。如不属窦性,则可能起源于心房、房室交界区或偶尔为心室的异位起搏点。起源于心房的P波与窦性P波极为相似,单从形态上难以辨认,唯其频率稍快;起源于房室交界区或心室的